

《研究報告》

暴力と攻撃行動に対処する精神科看護実践の技術的諸相

—「読みと見極め」および「身体準備性」について—

岡 田 実¹⁾

要旨：精神科臨床に見られる暴力と攻撃行動をめぐる問題は、軽視できない現象として注目を集めている。精神科看護師はこのようなリスクの高い状況に身を置きながら、患者の安全の確保と治療的な保護を目指してケアに取り組んでいる。

本稿の目的は、精神科看護師が患者の救急場面や急性期状態をどのように認知し、どのような過程を経て事態の収拾に当たっているのか、その介入のメカニズムを明らかにすることにある。このために暴力や攻撃行動の場面に介入し、事態に首尾よく対処し収拾することのできた筆者自身の臨床経験を詳細に記述し、これを事例研究として分析・解釈しようと試みた。その結果、暴力や攻撃行動に介入している精神科看護師の認知の仕組みや行動として、「読みと見極め」および「身体準備性」の概念が抽出され、これらを蓄積するものとして「臨床経験のプール」が導き出された。また「臨床経験のプール」は、他の臨床家にも広く見い出すことができる照合・検索システムであることが示唆された。

キーワード：入院患者、暴力と攻撃行動、精神科看護介入技術、読みと見極めおよび身体準備性

はじめに

精神科臨床において救急の状態や急性期状態にある患者の行動を理解するには、彼らの体験世界が通常の世界と異質なため多くの困難を伴う。安全と保護を目的とした医療従事者の治療や看護行為も、クライアントにとっては自らの世界を脅かす行為と捉えられ、攻撃や暴力で反撃する場合がある。精神科看護師はクライアントと最も近い位置にあって治療処置や療養生活に多くの接点を持つため、こうした暴力や攻撃行動に曝される場面が多い。

精神科看護実践はこれまで幾多の暴力と攻撃行動の場面に立ち会いながら、患者の暴力や攻撃に介入する経験を蓄積してきた。しかし、こうした経験が精神科看護実践において重要な機能を果たしていながら、これまで介入技術として言語化されずまた記述もされてこなかった。しかしながら暴力と攻撃行動の状態に対する看護介入が、全く無策のままの状態に置かれてきたわけではない。かつても現在も、暴力と攻撃行動の

状態に対処する治療や看護は、倫理的配慮を基盤に継続されている。

最近では、患者の暴力に曝される精神科看護師という抜き差しならない実態を反映してか、看護師の受けた身体的・言語的暴力への対処および影響を調査した小宮ら（2005）の研究、入院患者からの暴力エピソードを持つ看護師の感情と対処を扱った谷本（2006）の研究、看護師への暴力の実態と心身への影響および求められるサポート体制を提案した安永（2006）の研究が見られる。これらの研究は、暴力への対処を余儀なくされている精神科看護師の深刻な実態、そして何よりもサポートを必要とする切実な事情を明らかにしている。

精神科急性期病棟をフィールドに看護ケアの構造を分析した先行研究としては、133の看護ケア場面から10のカテゴリ（①意思の尊重②安全の保障③添う④時間の流れの提供⑤現実吟味⑥行動の指示⑦緊張緩和のテクニック⑧いたわりの方法⑨食事の調整・サービス⑩スタッフ間の調整）とこれらを構成する72のサブカ

1) 弘前学院大学看護学部 〒036-8231 弘前市稔町20-7

Tel: 0172-31-7162, FAX: 0172-31-7101, E-mail: okada@hirogaaku-u.ac.jp

テゴリを抽出した萱間（1991）の研究をあげることができる。萱間は精神科急性期病棟で観察された72の技術が「看護者が患者の状態に応じたケアの方法を患者との直接的な体験の共有によって患者のペースで構成」され、これを実施できる要因は「看護者の経験による技術の多様な広がり」と、患者に対するコミットメントの度合いである」（76頁）と結論づけた。萱間（1991）の研究は、精神科急性期病棟における看護ケアの技術的な広がりとその意味を明らかにするという先駆的な意義を果たした。

半構成的なインタビュー法を用いた岡田（2007）の最近の研究は、精神科急性期病棟でのケア場面に限らず、患者による暴力や攻撃に遭遇した精神科看護師の臨床経験を遡及的に尋ね、実施された介入技術を分析した結果、79個のサブカテゴリとこれらに一定のまとまりを与える28個のカテゴリを抽出し、これらを技術が適用される3つの臨床場面（基本的ケアの実践／救急・急性期ケア場面の原則／攻撃場面の収拾）に区分した。この研究を通じて岡田は、救急の状態や急性期状態で求められる精神科看護技術が、日常生活療養場面で適用されている技術の延長上にある高度な技術であること、またこれらの技術は看護師に内面化された内省的な臨床経験に根ざしていることを明らかにした。

萱間の研究が精神科急性期病棟における看護ケアの構造とその意味を分析したものとするれば、岡田の研究は急性期病棟に限らず精神科臨床全般において、暴力や攻撃行動への対処・収拾に適用されている技術の構造を広く分析したものといえよう。しかし技術が適用された詳細なメカニズムを明らかにするには至っていない。そこで精神科看護師が攻撃や暴力に対処した具体的な経験に焦点を当て、その場면을詳細に記述する必要性に気づいた。そして各種の介入技術がどのような状況を背景に適用されているのかを分析・解釈することで、介入技術が適用されるコンテキストが得られるのではないかと考えた。暴力や攻撃に対処した臨床経験を、具体的かつ詳細に記述することによって、読者とコンテキストを共有することを促すとともに、何よりも暴力や攻撃への対処策を求め続けている看護現場に提供したいと考えたからである。

本研究では患者の暴力や攻撃行動を扱うが、精神的な問題を抱えるクライアントや患者全てに、暴力と攻撃行動のリスクがあるとは考えていない。ある一定

の患者群やその病態に、これらのリスクが高まる一時期があると考ええるものである。

研究の目的

看護師が精神科病棟入院患者の暴力と攻撃行動をどのように認知し、どのような過程を経て事態を収拾するに至ったのかを記述し、暴力や攻撃に有効に対処する看護師の介入技術とそのメカニズムを明らかにすることを目的とする。

用語の定義

1. 暴力と攻撃行動

Stephen と Tony（2001）によると、aggressive behavior（攻撃行動）は必ずしも身体損傷を伴わず、他者に対して優位を確保し傷つけようとするをいい、これに対して Violence は aggressive な動機に駆り立てられ、他者に対して強い身体的な力を用いることを意味しているという。本研究では、患者から他の患者へあるいは看護師などの医療従事者に向けられた身体的接触のある攻撃を violence と定義し、violence に至らない前段階の諸形態を aggression（攻撃性）や aggressive behavior と定義する。

2. 危機介入と精神科救急対応

Kleespies（1998）と Callahan（1998）は心理的危機（psychological crisis）を思考や意思決定および個人の機能レベルの混乱とし、必ずしも深刻な身体的危害や生命にかかわる危険を伴わないのに対して、心理的救急（psychological emergency）は危険が切迫しこのままだと犠牲者が出る状況と想定され、一挙に危険の可能性の低下あるいは消去を意図した迅速な対応が求められる状況にあるとした。このことから、暴力と攻撃行動に曝されている患者と看護師は crisis ではなく emergency の状態にあると定義する。これまでの精神科看護の領域では、精神科的救急対応と危機介入を厳密に区別してこなかった。この混乱を指摘しながら、精神科看護において精神科救急（psychiatric emergency: PE）介入の概念を位置づけ、日々行われている精神科救急看護（psychiatric emergency nursing）の目的と実践的な諸原則を提起した Ward（1995）が、初めて救急介入の意味づけやそれに向かっ

た精神科看護実践の地平を拓いた。

3. 精神科看護介入技術

本研究でいう精神科看護介入技術は、精神科病院において患者を対象にその理解と関わりを基盤として、彼らの置かれた場面や状況に最適な支援を提供する看護実践と捉える。本研究で扱っているのは、患者に攻撃行動や暴力のリスクが高く認められる場面や既に発生している救急および急性期場面であって、その支援を目的に提供される看護実践は、精神科看護師の認知・行動・態度・感情・倫理の諸側面を背景に含んでいることを前提としている。

研 究 方 法

1. 研究デザイン

本研究は自己エスノグラフィーの方法を用いた。

患者の暴力と攻撃行動に対処した2つの状況の記述は、筆者がintervieweeに語らせる格好をとっているが、実際は救急の状態や急性期場面に立ち会った状況を説明しているのは筆者自身である。筆者が経験した実際の場面を想起し、救急の状態や急性期状態を認知した状況から、その状態を収拾するまでの間に生じたエピソードを再現する努力を払った。筆者との掛け合いを通じて語りを促しながら、場面の詳細な記述を求めている。また語りは状況をどのように理解したのか、その時の自分の認知や感情の動き等、あるいはそれらを詳細にするための自己洞察等を経過時間軸に沿って説明する努力を払っている。臨床経験を記述した後に、記述内容を相対化するように読み返した結果、発生した疑問に再度答えるように記述を追加するという手続きを数回行った。このように自己内対話を行いながら、記述内容をより詳細にしていった。筆者がintervieweeに語らせているのは、こうした自己内対話のプロセスであり、記述内容をより臨床的な「確からしさ」に近づける作業でもある。これらの記述から、介入している看護師の認知・行動・感情に関する内容を抽出し、その特徴を導き出した。

本研究では事例の記述方法として、救急の状態や急性期状態に介入した看護師自身の経験に焦点を合わせ、看護師個人が個人的な経験を記述するという自己エスノグラフィーアプローチを採った。個人の内省に基づいた記述作業とその解釈を中心としたもので、本

研究のように複雑な状況把握を読者と共有することが望まれるテーマでは、個人的語りの手法が適切であると考えたからである。

EllisとBochner (2006)によると、この手法は自分の身体感覚や思考・感情に注意を払い、自分の「生きられた経験」(本研究では介入場面で得られた諸経験)を理解するために、自己の内省と感情的想起を駆使しながら自分の経験を記述する方法として紹介され、医師・看護職・ソーシャルワーカー・学校教師など、援助的な職業に従事している実践家との共感形成に効果的な方法であるとされている。この手法は「読者に、描かれた経験を、真に迫り、納得できて、あり得ることだと感じさせることができる (151頁)」という意味で妥当性があり、また「個人的語りは、いつも特定の時と場所で生み出されるもので、そこでは、現在と想像される未来と思い出される過去が結びつけられる (151頁)」ため、実証的な信頼性は確保されないが、物語への他者の参加によって信頼性をチェックできるとされる。さらに看護研究の領域で適用されるエスノグラフィーの手法とデータ解釈のバイアスの理解については、RoperとShapira (2003)の解説を参考にした。(19, 32頁)

2. 研究対象

本研究で分析・解釈される状況は、筆者が2001年精神科病院において経験した、患者の救急状況や急性期状態に対処した2つのエピソードである。5年後の2006年にそのエピソードに遡及してインタビューし記述したものである。

3. 倫理的配慮

事例のテキスト1・2に記述されたそれぞれの状況は、筆者と救急の状態や急性期症状を呈した患者との相互作用で構成されている。したがってテキスト上の情報を組み立てることによって患者を特定できないように、本事例を歪曲しない範囲で加工した。

結 果

1. 事例のテキスト

【事例1】

統合失調症患者Aが準夜勤帯で軽躁状態と「狙われている」という幻覚妄想状態を呈し、看護師の目の前で

急性期症状を現し始めた。看護師は患者への刺激を回避し、患者に安全かつ保護的な環境を提供しながら、最も望ましい方法で当直医師の診察につなげ急性期状態を収拾するに至った。(会話の“”は患者の発言,「」は看護師の発言であることを意味している。)

〔語り1-1〕

…出来れば準夜勤は静かにスタートしたいですね。患者さんたちに病状の変化があって、もしそれに治療や介入が必要なら、日勤の内にある程度対処しておいて欲しいです。ま、突発的なこともありますから仕様がなんですけど、とりあえずはきちんと対処してまとめることも、準夜勤者の大事な仕事ですけど…。でも申し送りが終わってから、患者さんたちの様子を見るために病棟をラウンドしますが、というのは、申し送りで受けた色んな情報を頭において、それを確認するんです。でも考えもしない突発的な病状に出会ってしまうと、もちろん想定外ですから、正直言って「聞いてないよ!」と叫びたいくなります。

デイルームの畳のコーナーにAさんが色々な小物を沢山並べ始めていました。“これは何だ?”と思ひながら、丁度夕食の配膳が始まる時間だったので、「もう少しで夕食だから、Aさん、広げたものをとりあえず片付けましょうか…」と声を掛けると“はい!分かりました”っていいながら、そそくさとかたづけ始めたんです。その妙に機敏な動きとか丁寧な振る舞いを見て、「躁病なんかにある気分が高揚している状態とは随分違うな…」という印象がありましたから、「いますぐ緊急に介入する程でもないなあ…」と少し様子を見ることにしました。ただ、今の所は一人で盛り上がっている状態に思えたんですが、これが他の患者さんを巻き込み始めたら危ないなあ…とか。周りの患者さんたちはAさんが妙な動きをしているとは分かっているようで、患者さんたちなりに《触らぬ神に祟りなし》のような受け取りをしているように見えたんです。だから様子を見られるかなって…。でもAさんを気にし始める患者さんが出始めると、Aさんが攻撃されることがあるかもしれない…という気はしていました。

Aさんの経過を見ながら、病棟をラウンドしてきた当直師長にそれとなくAさんの様子を伝えておきました。巻き込みとか攻撃が見られたら当直医

師の診察をお願いしますと、事前に話しておきました。勿論、同僚の準夜勤者にも事の成り行きと私の心積もりはいつておきました。ま、後は観察しながらタイミングを見ることですかね。…

某日、看護師は準夜勤に入ろうと、日勤からの申し送りを受けていた。申し送りが終わり必要な書類に記入している時、デイルームの方が何やらざわついていることに気づいた。看護師がデイルームに行ってみると、患者AさんがデイルームのTVの前に配置してある畳座敷のコーナーに、周辺にある各種の小物(トランプ等のゲーム用品や食事に使う折りたたみ机)を整然と並べ、あたかもそれらを展示するかのようにならべている最中だったという。

看護師はその様子から躁状態の患者によく見られる「身の回り品の華やかな陳列や散らかし」を咄嗟に思いついたことで、申し送りにはその情報はなかったにしても、Aさんのただならぬ病状を察知し始めたという。小物を陳列している様子を見て、躁状態を思いついた周辺事情について次のように説明する。

〔語り1-2〕

…躁状態にある患者さんがベッドサイドを飾る様子を二度見た経験があります。看護学生の時分に一度、そして仕事を始めてから一度です。この二度の経験とも全然同じでないわけで、その人らしい飾り方や散らかし方があります。こうした飾り方からすると、Aさんの今回の小物を散りばめるように広げた行為と広がった小物の風景は、むしろ少し特徴的でした。何というか、生活観があまり感じられなかったような気がします。

どうして躁状態を思いついたかということですが、単にこれまでの二度の臨床経験を思い出しただけなんです。その人達がしていたことを即座に思い出だけでなく、その人達の顔や入院していたときの様子や、それを見た時の私の反応や感情も思いだすんです。ですから、Aさんの小物を展示している様子を見て、いつか見たことのある光景がイメージされたんです。その患者さんの特徴とか病状等が浮かんで来たんだと思います。…

看護師が思いついたのは問題となる行動だけではなく、その行動を呈した当事者の臨床状態やその時の看護師の個人的な反応も一緒に思い出している。つまり

病理学的な精神症状（テクニカルターム）やそれらの厳密な定義を、知識や記号として引き出しているのではなく、すなわち軽躁状態や躁状態という病理学的な解釈を連想しているのではなく、そのような状態にある患者の色々な属性を捉えた療養生活世界のコンテクストを思い出しているのである。

その後、看護師は「ただならない病状」に対する理解を突き詰めていく作業を始めている。「…片付けましょうか」という指示に、ぎこちなさはあってもAさんは極めて従順に対応できていたため、不機嫌や攻撃性を伴う躁状態に観察される気分が高揚した状態という病状ではなく、「巻き込みや攻撃される状態が現れるまでは経過観察できる状況」にあるという具合に、状況のコンテクストに適するように修正した上で理解をしている。

看護師はこうした自分の判断を、口頭で同僚や当直師長に伝えることによって、「経過観察をする」というケア方針の妥当性を確保したように思われる。同僚や当直師長とのやりとりが、言語化と説明という作業を通じて病状の見方（仮説）の妥当性を検証することにもなっているように見える。二人夜勤の体制においてペアを組む同僚との意思疎通が確保されれば、単独で判断することによってケア方針が一面的になるリスクを避けることが出来る。この行為がいわゆる「報告」や「情報交換」であり、こうした行為が事故を未然に回避する重要な方法のひとつである。

ここでAさんが攻撃を被ることはあっても、看護師や他の患者に攻撃を仕掛けてはこないという確信がどこから得られたのだろうか。攻撃して来ないという確信の根拠についての疑問に、看護師は次のように続ける。

〔語り1-3〕

…どうしてかっていうと、Aさんが入院する時のそもそものエピソードには、他人に暴力を振るったことがあるという情報はなかったし、Aさんが入院してからの療養生活を見ても、こちらの方に向いてくる攻撃性は感じたことはありません。もし仮にあるとすれば、自分自身に攻撃性を向けてしまうタイプのように思いました。

仮にこのこと以外に外に向かう攻撃性があるとすれば、多分他の患者から攻撃を受けた時の反撃かな？という位の見通し？…。

Aさんの病状変化に対して「観察しながらタイミングをみる…」という経過観察と介入の覚悟を決めた看護師は、その後の観察を次のように続ける。

〔語り1-4〕

…先ず夕食場面をうまくクリアできるかどうかが最初の関門です。看護師二人で60名弱の患者の食事をコントロールするわけですから、ハプニングがあれば一気にトラブルに発展してしまうこともありえます。ここをクリアできれば、後は睡眠を中心に動静観察と他患者とトラブルっていないかを見ていくことになります。

この患者は夕食後も消灯後もベッド上で過ごしていましたから、静かでした。心配しすぎかな…と思ってしまうほど。でもやっぱり事態が変わってきました。消灯後9時半位からですが、しきりにナースステーションを覗き込み、そのうち室内に入り込んできました。入ってきてからが大変でした。動きが素早くなって“狙われています！狙撃者がいます。銃口がこっちを向いています”とって室内の色んなところに頻りに身を隠し始めました。そのうち“ガスが臭います！ガス攻撃です！”といい始めてさらに落ち着きをなくす状態でした。すっかり急性期そのもので、「変だな？…薬が弱いのかなあ？」と処方内容も見ました。確かに薬は弱いものでした。これがタイミングだなあ…という気持ちが募ってきたんですけど、どうしたものか…と。Aさんが“かくまって！”ということでしたから、少なくともナースステーションがAさんにとっては避難場所になっていたこと、さらに室内では私の背中に隠れたりしましたから、私が攻撃の対象になることはないという確信しました。あとはなるべく刺激しないように、刺激してナースステーションから既に消灯している病室に帰してしまうとリスクが高くなると考えました。当直医の診察につなげるにはどうしたらいいのか…というあたりに難しさを残しました。…

看護師は巡回の度に睡眠を観察する等、動静の観察を継続している。本人に対する観察のほかに、当初最も警戒していた他患者の動きも並行して観察している。事態は予測や覚悟のとおり、Aの病状は入院1週目とはいえ急性期状態を露呈するに至った。看護師は眼前で象徴的に展開されている急性期状態に翻弄され

ることなく、既にその原因を検索し始めている。入院時のエピソードと同じ状態だったため、看護師は最近の出来事やAの処方薬等も一緒に確認している。

事態が暴力や攻撃を伴う緊急事態に転じることがあるとすれば、それは本人から他患者に対する干渉とそれに対する反撃として顕在化するに違いないと、看護師は状況を読んでいる。これは単なる憶測ではなく、入院時の病歴や入院以後の様子を検討した結果であって、看護師のAに対する一定の理解でもある。

急性期症状を呈したAさんをナースステーション内に留め置いたまま、Aが最も支配されている観念に配慮し、Aが安全かつ保護的だと感じられる環境を確保することを優先している。そして本人を刺激することなく、看護師が狙撃者からの攻撃を防御しAさんを保護することを伝えながら、当直医の診察につなげる最善の方法を検討している。この局面の難しさは、当の本人を自分たちの周辺に留めながら、当直に対してどんな情報をどこまで伝えることが可能か…ということだったに違いない。

〔語り1-5〕

…「…Aさんの話は良く分かりました。私の近くにしゃがんで居れば安心ですから、離れないで下さいよ。背中につかまってもいいですよ。この話は私たちだけでなく先生にも聞いたもらった方がいいと思いますけど…」と話を向けるとAさんは“……”と無言でしたから、ペアの看護師に電話を頼みました。多少演技的にならざるを得ませんが、助けが必要で加勢を求めるという構図も考えました。結局、当直師長には事前に夕食配膳前の様子を報告してありましたので、本人を前にしてあからさまな情報を伝えるわけには行きませんでしたから、それでもこちらの意図を汲んでくれたようで、当直師長と当直医師が駆けつけてくれました。…

その後、Aは当直医師の診察を受け、最終的には個室隔離による治療が採用された。入室の際には多少の抵抗を見せ、看護師と当直師長によって両脇を抱えられながらの入室になったという。看護師はAの病状から服薬していないのではないかと疑いを持っていた。したがって隔離後、本人に服薬を促す際、水の飲み下しの確認だけでなく開口を求めた所、やはり飲み下したのは水だけで、錠剤は上下の歯で挟むように口

腔内に潜めていたことが判明した。これを受けとめて、看護師はAに狙われている状態から逃れるには、一時的にでも薬の助けが必要であることを説明したという。結局、注射薬ではなく経口薬にしたいとの本人の選択を受けて与薬となる。これはA自身が治療に取り組み始めた最初の契機であつたのかもしれない。

唐突な病状の変化（実は入院してからもAは狙われ続けていたのである）を目にすることから始まった看護師の準夜勤は、個室に隔離され与薬を受け入れた後に、毛布を頭から被り部屋の壁に背をもたれかけたAが横臥すると、既に深夜勤への申し送りの時間が迫っていたという。15年以上の臨床経験を持つ看護師にとって、眼前で繰り広げられる臨床状況の展開、これから起こりえる状況の予測、こうした状況展開の可能性に対するケア対応等、観察・予測・判断・ケア行動・評価そして観察という連続したループが目まぐるしく展開し、一定の収まりとアウトカムを達成できた勤務として、忘れ難い臨床経験になったと述べている。

【事例2】

統合失調症患者Cが準夜勤帯で「天井が落ちてくる」という幻覚妄想状態を呈し、頓服を促した看護師に丸椅子を持ち上げ振り下ろすという攻撃行動を向けてきたが、この攻撃を安全にかわし当直医師の診察につなげ事態を収拾するに至った。

〔語り2-1〕

…準夜勤は男性看護師とペアでした。病棟をラウンドした限り、Cさんは21時30分頃まではいつもとは違った様子もなく、ベッド上に横になっていました。準夜勤で訴えが集中するのは、消灯してから21時から23時位までの間ですから、消灯後は1時間毎に12時までラウンドします。患者の病状によってラウンドのタイミングは違ってきますけど。

懐中電灯で天井を照らしながら、静かに病室と病床を見て患者さん一人ひとりの所在を確認していきます。ベッド上に患者さんがいない時は、所在が確認できるまでどこに居るか探します。大抵はトイレに入っているか、喫煙していることが多いんですが。病棟内どこを探しても姿が発見できなくて、仮にデイルームの網戸に直径40cm位の破れた穴でも発見しようものなら、事態はあつと

いう間に緊急性を帯びてきます。その時には離院を想定し、捜索体制を敷かなければなりません。

そのCさんは、22時のラウンドでベッド上に姿がなく、それだけでなくこれから起床するかのようになり、寝具をすっかり片付けて姿が見えなくなっていたんですね。男子トイレに行ってCさんの名前を呼ぶと、返事はしなかったけど、カセットレコーダーを手にトイレから出てきました。「トイレでテープを聞いていたのかあ…？」と思い、時間も時間だったので、「Cさん、まだ夜の10時だけど、眠れないのであればお薬やりましょうか？」っていうと、“……”と返答が返ってきません。Cさんはさっと自室に戻っていきました。その後姿を見て「…何だかいつもと違うなあ、どうしたんだろお？…」と、いつもとは違う何かを感じながら消灯後の薄暗いCさんの病室に行ってみました。「先ず布団を敷かなきゃ、寝られないねえ…」と布団を敷くように促しました。Cさんは敷き始めたんだけど、動作がぎこちなく、途中で途切れる感じで不自然だったように思います。

「なんだか変だあ…、やっぱりいつもと違う」という印象が段々強くなってきました。頓服をナースステーションかそれとも部屋のどちらで飲むのか聞いたら“ここで（病室で飲むから）”ということでした。

頓服を持ってナースステーションから出がけに、近くにいた同僚に「Cさん、今夜ちょっと変だね」と声を掛け、右手に懐中電灯を持ち左手に頓服を握って、Cさんの病室の前に着いた時、あらかじめ30cm位開けておいた病室の戸が閉めてあったんです。「変だ！この閉まってあるその戸を開けた後に、何かがある！」という、なんだか《察知するもの》がありました。明らかに覚悟が必要だ…という気にもなって、この時は鳥肌が立って顔面から血の気が引くのを感じていました。ここで部屋に入るのを止めることも出来たかもしれませんが、どういう訳か鳥肌が立つのを感じながら入っていったんですね。そおっと戸を開けて、病室の戸を開け室内に踏み入れた途端、ベッドランプに薄暗く照らされたCさんが仁王立ちしているように映ったんです。

夕闇の訪れと共に、準夜勤に従事する看護師は少し

ずつ緊張が増してくる。病棟のラウンド、夕食時や夕薬と就寝時薬の与薬等、ルーチンの業務を処理しながら、メモにこそ取らないが「今日はどう？」“まずまずかなあ…”“ちょっと調子悪い”などと意味不明でとりとめもない言葉を廊下や病室で交わしながら、それへの反応を通じて観察しているのである。看護師とCさんは、こうしたやりとりでコミュニケーションがとれる関係にあったという。何も話してこなければつづがない状態で、何かある時には相談に来る関係である。事例1もそうであったが、この事例も同様で、日勤帯からの申し送り事項にない変化に見舞われている。当然のことながら、緊急事態は前触れもなくいきなりやって来る。

看護師はCさんの最初の異変を、「すっかり片付いた寝具」に見ている。これ以上寝る必要がなく起床を決めこんだかのような様子に、いつもとは違う何かを感じたのである。そして大分古くなった大きなカセットレコーダーを片手にトイレから無表情に出て来て、そして声を掛けても返答がない様子に「ただならぬ予感」を重ねたのである。口を真一文字に結び、やはりどことなく《かたい表情》を感じていたという。そして、開けてあった戸が閉まっていることに気づいた時には、予感の断片から確信が形作られ始めたのである。このように、看護師の「あれ？いつもと違う…」という感知が随所に現れている。いつものCさんの姿や態度と今のその比較対照の作業は、観察された状況に即応するようなスピード感で行われている。

その後、病室を訪ね就寝できるように頓服薬の服用を促し、病室に届けようとした時、いつもとは違う何かが走り始めたのである。

〔語り2-2〕

…開けてびっくりしました。実は開ける時には体の幅の2倍位広く開けたようです。床灯をつけていたので薄明るい感じだったけど、身に付けているものが奇妙そのものでした。両足に長靴を履いて、腰にバスタオルを巻いて、首の周りはまるで赤ん坊の涎掛けのようにしてフェイスタオルを掛けて、頭にベッドサイドに置いてある丸椅子を被り、4本ある足のうち2本を両手に持って、座る部分の裏面を頭頂部に被るような格好で、なんと仁王立ちになってたんです。

先ず奇妙な格好にびっくりして、「どう（したの?!）…」といった後に言葉が出てこなかった。そ

うしている内に、両手で握っていた丸椅子が静かに上に持ち上がり、それを私に振り下ろそうとしていました。この時、Cさんが私を椅子で叩こうとしていることが分かったんです。振り下ろしたスピードは、その時の私の受け取り方だとゆっくりしているように見えました。…

この後、予想したとおり攻撃が始まった。さらに、看護師は閉じられた戸口に立った時「何かがある！」と感知し、どんな形態をとるかは分からないにしても、攻撃される可能性も考え、ある程度の覚悟はしていたという。攻撃をどのように受け、そしてかわすことが出来たかについて、次のように説明している。

〔語り2-3〕

…攻撃を受ける直前は、右手に持っていた懐中電灯はありませんでした。頓服だけを左手に持っている状態でした。懐中電灯は病室入口の廊下側にある手摺と壁の隙間に置かれ、これは意識してそこに置いたんだと思います。ですから両手のうち右手を使おうと思えば自由に使える状態だったと思います。…

この時、懐中電灯を持っていた右手が自由になっていたのは、病室の戸が閉められていた段階、すなわち「ただならない状態」を感知した時で、懐中電灯をひとまず近くに置いて右手を開けておいたからだと説明している。これは両手が塞がっていると、万が一のときに対応できないと考えたからだと説明している。右手を自由にしてから閉じた戸を右手で広く開け放った。室内に一步入った直後の本人の様子は、上記の通りである。

〔語り2-4〕

…ゆっくりしているように見えたのか、それとも実際は素早かったのかという判断はできませんが、丸椅子がまるでスローモーションのように振り下ろされたように記憶しています。振り下ろされた椅子を高い位置から両手で押さえて（丁度、円形の座面を両手で掴むような格好）、病室の入り口から廊下へ、そしてナースステーション前の廊下に、Cさんを引っ張り出す格好になりました。なぜならナースステーションにいる同僚からも見える場所に、この様子を曝す必要があると即座に考えたからです。私が丸椅子を掴みながら

移動したのは、自分一人では対処できないので、何としても同僚の助勢が必要だと考えたからだと思います。

病室から廊下に引き出す途中で、丸椅子を持った両手の位置をCさんの腰よりも低い位置に支え、最後にその丸椅子を時計方向にクルッと回すと、Cさんは丸椅子の足を持ったままスルッと、音も立てずにナースステーションの前の床に転がりました。椅子をもっているCさんを廊下に引き出す時には、本人が押し出すスピードよりも早目に、ですから廊下に引き出した時にはCさんの上体が前につんのめる格好で、本人の足並みがその後ろをついてくる感じでした。ですから、自然に抵抗を感じることなく転がすことが出来たと思います。

すぐに丸椅子を除去して、床に仰向けに転がっているCさんの両上肢を抑制することに専念していると、同僚がこの事態に気づいてくれて、抑制している現場に駆けつけてくれました。緊急場面で助けを呼ぶのは簡単なようで難しいといえますね。この状態はまさにそうした状態で、同僚に助けを求めようとすればできたのに、声も出なかったと記憶しています。ですから、同僚が気づいて現場に駆けつけてくれたときは、抑制しながらホッとしていましたし嬉しかったですね。

その場に駆けつけてくれた同僚に「当直呼んで！」（この声も大きなものでなく、小声でこわばっていたと思います）と、すぐに当直医師への連絡を頼みました。同僚は事態をすぐ理解してくれたようで、すぐに電話連絡してくれました。組み伏せられているCさんに「どこか痛いところないかい？」と疼痛の有無を確認して、「どうして！（私を攻撃するの）…？」という言葉でCに向けて発したと思います。でも、半分薄笑いの表情が返ってくるだけでした。

私の左手に持っていたはずの頓服は、握り潰したように錠剤の形が崩れて、後で探すとかろうじてユニフォームのポケットの中に入っていました。いつどんなタイミングで左ポケットに入れたのかは分かりません。…

この場面は、当直医師と師長および同僚の準夜勤者との4人で対処・収拾したことになる。攻撃を受けた

看護師が同僚のサポートがなくても安定してCさんを身体的に抑制できていたため、その間に同僚看護師が当直医師に電話連絡を入れることができた。したがって、特に病院全体に警報を発信する必要がなかったという。当直医師と師長が病棟に到着した後に、看護師はこれ以上の攻撃がないことを確認してCさんの抑制を解き、両者に打撲などの外傷がないことを確認した上で、当直医師の診察を受けてもらったという。

看護師は当直医師に事態の推移を報告し、診察の結果Cさんは隔離されることになった。隔離後は敷布団と掛布団を頭からすっぽりと被り、怯えるように「天井が落ちてくる…」といいながらずっとその格好をとっていたという。Cさんの奇妙な格好による攻撃が看護師に「ただならない状態」を感じさせたが、実際の所、Cさんは今にも天井が落ちてくるのではないかと「ただならない予感」に怯えていたことが分かった。これを受けて看護師は、自分自身の行為がCさんにとって「ただならない予感」の一部に組み込まれた結果、怯えを誘う脅威の一部として攻撃されたのではないだろうか…と回想していた。

事例2では、瞬時の判断が正確な状況認識によって裏打ちされた結果、文字通り攻撃行動が双方にとって安全に「かわされた」のである。看護師が《かわし》、患者Cさんが《かわされた》という関係になってはいるが、これとて看護師と患者双方の関係の所産である。情報によると、看護師は小柄でCさんは看護師よりは上背が高いとのことである。この患者が看護師に対して計画的で徹底した攻撃（すなわち狙った攻撃）を加えていたとしたら、看護師はその攻撃を回避するために攻撃を鈍らせる方法で反撃する可能性もあっただろう。この段階になると、双方にそれ相応の外傷を伴うのが通例である。事例2は看護師が攻撃をあたかもさらいといなし、患者がいなされるままに身を任せたと関係が見えるのである。この暴力のエピソード以後、患者と看護師の間に関係修復の余地を残してくれる場合もあるだろう。あるいは願いだけで、作り上げてきたつもりの関係が瓦解したまま、看護師にとってももちろん患者にとっても、不幸な状態に取り残されることもあり得るのではないだろうか。

攻撃の対象となった看護師がこの事態を避けるとすれば、どのタイミングが適切だったのだろうか。異変に気づいた時か、それとも頓服の与薬場所か（すなわ

ち病室ではなくナースステーションの中での服用）…と色々に考えることは可能である。

この時、安定していた彼の病状がなぜ幻覚妄想状態に傾いたのか、その原因を特定することは難しい。暗闇、不眠、頓服を促したことの刺激、怠業等の状況要因に対する反応なのか、それとも単なる成り行きなのか…と、色々に解釈が可能だが確定的な要因を指摘することは困難ということであった。

2. 患者の暴力と攻撃行動に対処する看護師の特徴

上記の2つの事例から、患者の暴力と攻撃行動に対処する看護師の特徴として、「読み」と「見極め」、「身体準備性」が抽出され、それらを蓄積するものとしての「臨床経験のプール」が導き出された。

考 察

事例1・2のテキストを通じて、Aさんの急性期状態に対処した看護師、Cさんの道具を使った暴力に対処した看護師の救急場面での介入の実践を見てきた。エピソードが発生した現場周辺、そして何よりも対処にあたった看護師の認知・行動・感情について、テキストに対する分析と解釈を加えながらできる限り詳細に記述されるように配慮した。その結果、これらの実践に関する記述の中から、介入している看護師の認知・行動・感情について、次に述べるいくつかの特徴が得られた。

1. 読みと見極め

看護師に見られる攻撃性に関する臨床判断は、「これまでの病歴」と「某日の今現在」および「これから先」について行われている。これは「予見」に関する認知の働きである。先に述べた予見は、事例の経過時間軸に沿って考えられる臨床像の展開可能性に関する種の「読み」である。

これに対して暴力に関する「読み」は、暴力という臨床像が発生するリスクについての判断である。これは適合を目指して修正作業を継続し、なるべく近似した像に近づけようとする認知に対して、病歴に暴力行為が見られないことを有力な担保にしながら、暴力の様々な可能性や不可能性について検討し判断することである。病状の「すり合わせ」や「照らし合わせ」の行為とは異なり、本人の病状および状況変化の可能性

に関する臨床判断に直接連なる看護師の「理解」である。これは余分な属性を振るい落とし、動揺幅の少ない安定した確信に近い判断、すなわち「見極め」を削り出す行為に似ている。

Cさんの道具を用いた暴力に対して、看護師が具体的にどのように対処したのか、この過程に暴力の高いリスクに気づき時々刻々と、暴力の可能性・不可能性に関する判断を修正しながら対処していることがテキストからもわかる。看護師が異様なCさんを見た時の認知過程は次のように流れている。

「あれ？おかしいなあ…」【通常との病状比較】

「何か変だなあ…」【相違している病状の検索】

「どういうことなんだろう？…」

【検索した病状の原因探求】

「何かがきつとある！」

【探求結果を受け高いリスクの予見】

このプロセスを経て「戸を開けた直後に何かがある」という、状況の展開方向に対する構えが備わりはじめていたのではないだろうか。

Carlsson ら (2000) は攻撃的かつ暴力的な傾向を減じ、潜在的に脅威のある状況に積極的に対処して解決を持ち込んでいる看護師たちに対して、彼らの方策を現象学的方法である生活世界の観点で分析した。彼らの首尾よく対処できた場面の語りを分析した結果、「身体に根ざした瞬間 (embodied moment)」を7つの概念 (①怖さとクライアントの尊重、②タッチ、③対話、④安定、⑤相互の気遣い、⑥柔軟性、⑦状況に根ざした知:situated knowledge) から構成することができたという。本研究の文脈で注目したいのは「状況に根ざした知」である。看護師たちが対処に困った状況に置かれた時には、自分たちの専門的な経験や人生経験から得られた内面知 (inner knowledge) を基盤に対処しているという。そしてこのように内面化され生きた専門的な経験が、看護師たちに行動すること、急性期状況を創造的にマネジメントすることを可能にしていると結論づけている。

対処に困りかつ迅速な判断と行動が求められる臨床状況では、熟練した看護師たちの内面知を筆者のいう「臨床経験のプール」に、そして「状況に根ざした知」を「読みと見極め」に言い換えることが可能ではないだろうか。同様に、無意識的・非反省的にうまく機能

する「身体に根ざした知性 (embodied intelligence)」は、熟練した技能活動に備わっている知の様式であるとした Benner (2005) の指摘 (48-49頁) にも共通する認知の働きである。

さらに Johnson と Hauser (2001) は20人の登録看護師から、興奮している患者を de-escalation (興奮の亢進を鎮める) 実践に優れた精神科看護師の物語に組み込まれた知を明らかにし、これを記述するため解釈学的現象学の方法で分析した結果、de-escalation に取り組む看護師に7つの行動パターン (①患者への気づき、②状況の見極めと患者理解: reading the situation and patient, ③患者が置かれている状況の洞察、④患者の行動の意味することの理解、⑤患者の求めについての洞察、⑥患者と気持ちを通じること、⑦患者の欲求に介入を適合させること) を概念づけた。中でも「状況の見極めと患者理解」については、熟練看護師は患者の escalation する兆しを、患者の詳細な理解と精神病理学的な一般知識というコンテキストで解釈しており、特に患者と状況の理解の点で優れているのは、状況の危険性の読み (reading the dangerousness of the situation) や他の患者とスタッフに状況がどのような影響を与えるかについての評価の点であることが指摘されている。いずれにしても de-escalation の介入は複雑・流動的・相互作用的であるため、患者の個別性や状況進展に関する看護師の理解に依拠していると分析されている。

患者と看護師の置かれている状況が、これから先どのように進展する可能性があるのか、これについての「読みと見極め」という筆者の概念は、Johnson と Hauser による「状況の見極めと患者理解」の概念と共通していることが分かる。

要約すると「読みと見極め」は、経過時間軸に沿って予見・予測される臨床像の展開可能性、およびその事例の有するリスクと状況変化についての臨床判断を意味し、Carlsson らによる困難な状況を創造的にマネジメントする「状況に根ざした知」、Benner による熟練した技能活動に備わる「身体に根ざした知」、Johnson らによる患者の個別性や状況進展に関する看護師の理解に依拠する「状況の見極めと患者理解」の概念と共通するものである。

2. 身体準備性

事例2では「読みと見極め」に連動した「身体準備

性」が働き始め、その上限に暴力がしっかりと予見されていた。「変だ!」「何かがある!」という察知や覚悟から始まり、鳥肌・顔面蒼白などの身体反応を受け取り状況処理に活用できたがゆえに、安全に対処できたとはいえないだろうか。この身体準備性が看護師の臨床判断を正確に絞り込ませ、これと身体運動との連関によって、状況に対処する行動の多様な選択を準備させたのではなかったらうか。

何年か精神科病院に従事した経験があれば理解できると思うが、自分のあるいは通常の世界とは異なった、時には全く異質な世界を見せられたり聞かされたりする時、鳥肌が立ったり背中を冷汗がツツと流れるように感じたり、顔面が蒼白になったりすることがある。これは見聞きした世界の異質さに対して、身体的な反応を示していることを意味している。ホラー映画のような猟奇的な場面を目撃するわけでもないのに、恐怖の感覚に似た反応をしていることがある。正確には恐怖というよりも、日常的な生活場で「突然に露出される異質感や違和感に満ちた言動（異常体験）」というべきかもしれない。これは自分に対して、自分自身から身体感覚を通じて発せられている警戒信号である。したがって看護師がこのような身体反応を感じたときには、「何かただならないことが始まりそうだ!」という覚悟、すなわち心理的・身体的準備性が備わるのである。

仮に、想像を絶する恐怖感があれば、その場から立ち去ることで逃避を図ることができる。あるいは、その場にへたり込む場合もあるだろう。これらも身体的な防御反応である。私たち精神科看護師は暴力から自分を護るべく、脱兎の如く逃げることを厭わない。判断して逃げを決めるのではなく、防御反応としてその場から避難するのであるから、これを理性的にコントロールすることは相当に難しい。あるいは周辺状況を観察できる場合であれば、攻撃の及ばない空間に自分自身を遠ざけるという対処も可能である。ここに身体反応を警戒音の代わりに聞きながら、即応態勢を整えてその場に待機するといった、微妙にタイミングを測る領域が横たわっている。精神科臨床に熟達した看護師やその他の臨床家の中には、自らの身体から派生するこうした信号を頼りに、時にはこれらを活用しながら、患者への対応を決め身構え対処している人々がいる。こうした気づきや身体感覚等は実践家の臨床的なセンスや個性を構成しているもので、すぐには追体験

や体感もし難く、聞いてすぐ実施できる技術の領域には属していないように思われる。

診療場面においてこれと類似した感覚（不快感情）を利用しながら、「面接者は自分の心境によって逆に相手の心中を推測することができるということになる。いや、できなければならないというべきであろう。…新しい発展を期待するためには、面接者が相手との接触によって引き起こされた内心の変化の意味を洞察し、それを認識まで高め」(96-97頁) 診察に活用出来なければならないとする土井健郎(1980)の言葉が思い出される。

要約すると「身体準備性」は、状況に置かれた看護師が感知する身体反応から、素早く状況の意味を察知すると共に、それらから予測される状況変化について臨床判断を絞り込み、状況への対処を可能にする多様な行動選択の準備を整えることを意味する。また反応する身体感覚を活用することによって警戒信号を感知し、即応できる態勢を整え、そこに身構えて待機するという心理的準備性も含んでいる。

3. 臨床経験のプール

事例1のテキストでAさんが小物を並べる様子を見て、看護師が躁状態を想起した時の様子が記述されている。看護師は目の前で展開されている情景から、かつて見たことのある二人の患者の療養生活像を引き寄せている。こうした認知の働きは、自分の臨床経験が蓄えられているプールから、即座にAさんに類似したイメージのある臨床像を手繰り寄せるかのようである。

看護師がAさんの病状に、かつての臨床経験に登場してくる患者の療養生活像を含んだイメージを重ねるということは、目の前の臨床状況がこれから先に展開していく可能性、すなわち一定の「読み」あるいは「予見」や「予測」を持ち込んでいることを意味している。すなわち、現在の病状に類似した臨床像のかつての臨床的な転機から、Aさんのこれから先の展開を読もうとしているのである。こうしてピックアップされた2つの臨床像は、今のAさんの病状に類似しているというだけで、実際はいずれも相違点を有している。しかしこれから先の展開が分からないAの状態に、一定の展開可能性を想定できることは、現在の判断形成に経験的な根拠を与えることになる。こうして看護師は、いつもと比べて患者Aが「ただならない状態」にある

と判断したが、「経過観察をする」ことのできる状態にあると評価を下すのである。「臨床経験のプール」から類似性という観点でピックアップされた2つの臨床像は、いずれもAさんとは同じ病状にはない、と厳密に判断されたからである。

このように看護師それぞれが、規模や質に違いがあるにせよ自分自身の「臨床経験のプール」を持っているのではないだろうか。このプールの働きをそれぞれの臨床実践や治療活動に役立てていることは、多くの臨床家が経験している認知の働きでもある。精神科治療の臨床家として著名な中井久夫（1985）は、自身が新患の患者に処方箋を作成する時の認知の働きを、次のように述べている。

「臨床医学の学び方には二つの形式があり、それぞれ有用である。一つは明確な定式の適用がある。一般にこれが医学の実践であると思われる向きがある。しかし、もう一つの形式があって、それは、われわれの対人認識に似たものである。つまり、われわれは、初対面の人とあった時、これを既知の誰かに似ているとみる。そして、それからどこが似ているのか、どこが違うのかを考える。……患者についても同じことで、過去のパターンが似た患者を思い浮べ、それからどこが似ていると直感する根拠なのかを考え、違う点も考える。この分析は、結局、患者という一つの場を構成するパラメーターの分析であるが、しばしば目にもとまらぬ早さで無意識に行われる。その結果が語りかけの音調やアプローチの仕方から薬物の処方までを決定する。これが現実の臨床家の営みではあるまいか。」（172-73頁）

中井久夫をして語らせる処方の奥義にも、「臨床経験のプール」を読み取ることができる。風貌・表情・病状等の類似点と相違点をパラメーターに、処方の骨子が決まってくるという。さらに精神科の薬物療法においては「…目下のところ、そのような処方をもっとも当を得た—有効性の高い—処方になっている…」（172頁）とも述べている。

上記の引用部分で中井はこの認知の働きを「しばしば目にもとまらぬ早さで無意識に行われる」と説明している。「臨床経験のプール」にスピーディーにアクセ

スするこうした認知の働きには、迅速な判断と行動が求められる臨床状況に応えようとする、「照合・検索システム」という本質を持っていることを付言しておきたい。

この「臨床経験のプール」に浸っている各種の経験は、症状として切り出した断片なのではなく、臨床経過や転機という属性を従えたヒストリーを有していると考えられる。言い換えるならば、ちょっと覗き見した病状なのではなく、出会いから始まり治療の経過や途中のエピソード、そして外来で見られる退院後の生活の様子などに彩られた症例、あるいはこうした症例に観察できた臨床像なのである。外来を訪れた新患の患者が外来担当医と面接に入る前に、待合室での様子（行動・表情・同伴者・服装等）から外来看護師は多くの情報を収集し、病状の大枠をかなり正確に描くことができることは臨床的によく知られた経験である。待合室で待機してもらっている状態から、クライアント（まだ診断名は付いていない）の安全を確保するという精神科外来看護の看護機能が働いているからであろう。「顔と体つきや姿勢を見れば、これから下される病名が分かるかもしれないね」という熟練した精神科看護師も、自分の「臨床経験のプール」に素早くアクセスしているのではないだろうか。

この認知の働きを逆手に、統合失調症の急性期看護に活用される実験的なマニュアルが、阿保順子ら（2004）によって提供されている。統合失調症の急性（期）状態を看護師が病状の印象を言葉でどのように表現しているのかについての基礎研究を元に、精神医学の病理学的な目次ではなく、看護師の臨床的な印象を出発点に、症状群と現象群あるいはその組み合わせでケアプランにたどり着くという、極めて「臨床的」なマニュアルに出来上がっている。筆者のいう「臨床経験のプール」の水面下には、このマニュアルに散見される臨床像が浸かっているといえるのかもしれない。

お わ り に

筆者の臨床経験を素材にテキストとして状況を再現する試みをしながら、記述を通して対処した看護師の認知・行動・感情を状況に即して再構成し、攻撃行動や暴力に対処する精神科看護師の救急の状態や急性期状態への介入実践の実際を明らかにしようと試みた。その結果、安全かつ迅速な対応を要求される現場で

は、状況の進展と患者理解に関する「読みと見極め」および「身体準備性」が、事態の安全な収拾に大きな影響を与えることが確認された。さらにこうした現場では、先行研究からも「状況や身体に根ざした知の有効性」が確かめられており、筆者はこれを「臨床経験のプール」の概念を用いて説明した。

今回の2つの事例は、事態を首尾よく収拾できた臨床経験である。これらはインシデントレポートや事故報告書として報告されていない。看護師と患者双方の安全が首尾よく確保された成功経験こそ、当事者によって詳細に記述され、対応の技術的側面を分析する必要があることを痛感した。

本研究の限界と今後への示唆

今回採用した「個人的語り」は、単独研究のスタイルとしては自ずと限界がある。何よりも本研究で扱われた事例を媒介にして、類似した臨床経験を持つ他者との相互作用による臨床経験の共有化に、多くの可能性を期待するものである。そして暴力と攻撃に対処する看護師の複雑な臨床判断や行動が、他者の参加を得て議論され、看護の隠れた専門性を磨き出す機会になっていくことを期待したい。またこの種の作業は、精神科臨床での諸経験を「語りつないでいく作業」、すなわち臨床経験を継承していく作業として真に有意義な機会になるとも期待している。(以上)

文 献

- 1) 阿保順子編(2004):統合失調症急性期看護マニュアル, すぴか書房
- 2) Ellis C., Bochner A.(2006):自己エスノグラフィー・個人的語り・再帰性:研究対象としての研究者 [所収: Denzin, N.K., Lincoln Y.S.著, 平山監訳, 大谷・伊藤編訳(2006):質的研究ハンドブック(第3巻), 質的研究資料の収集と解釈(第1版), 129-164, 北大路書房]
- 3) Carlsson G., Dahlberg K., Drew N.(2000):Encountering violence and aggression in mental health nursing; a phenomenological study of tacit caring knowledge., Issues Ment Health Nurs Jul-Aug;21(5):533-545
- 4) 萱間真美(1991):精神分裂病急性期の患者に対する看護ケアの意味とその構造, 看護研究, 24(5), 59-77
- 5) Callahan J.(1998):Crisis Theory and Crisis Intervention in Emergencies. In:(ed.),Kleespies, P.M.Emergencies in Mental Health Practice, Guilford Press.
- 6) 土居健郎(1980):方法としての面接—臨床家のために(第1版第3刷), 医学書院.
- 7) Kleespies P.M.(1998):The Domain of Psychological Emergencies; An Overview. In:(ed.),Kleespies, P.M.Emergencies in Mental Health Practice, Guilford Press.
- 8) 小宮浩美, 鈴木啓子, 石野麗子他(2005):入院患者から看護師が受ける暴力的行為に関する研究—18人の精神科看護者の体験, 日本精神保健看護学会誌, 14(1), 21-23
- 9) Johnson M.E., Hauser P.M.(2001):The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space., Issues Ment Health Nurs Oct-Nov;22(7):651-668
- 10) 岡田実(2006):精神科病院における攻撃と暴力に関する予測と対処—精神科看護師の臨床経験の観点から, 精神科治療学, 21(8):841-846
- 11) 岡田実(2007):精神科病院における患者の暴力と攻撃行動に対する看護介入技術に関する研究, (日本精神保健看護学会誌, 16(1), 1-11 印刷中)
- 12) Roper J.M., Shapira J., 著, 麻原きよみ・グレッグ美鈴訳(2003):看護における質的研究①エスノグラフィー(第1版), 日本看護協会出版会
- 13) Stephen B., Tony L.(2001):Violence and mental Disorder(Forensic Focus 22): A Critical Aid to the Assessment and Management of Risk., Jessica Kingsley Publishers.
- 14) 谷本桂(2006):入院患者から暴力を受けた精神科看護師の主観的体験, 日本精神保健看護学会誌, 15(1), 21-31
- 15) 中井久夫(1985):精神科治療の覚書(第1版第5刷), 日本評論社
- 16) Benner P., & Wrubel J., 著, 難波卓志訳(2005):現象学的人間論と看護(第1版), 医学書院
- 17) 安永薫梨(2006):精神科閉鎖病棟における患者から看護師への暴力の実態とサポート体制, 日本精神保健看護学会誌, 15(1), 96-103
- 18) Ward, M.F.(1995):Nursing the Psychiatric Emergency. Butterworth-Heinemann. [阿保順子, 田崎博一, 岡田実他訳(2003):精神科臨床における救急場面の看護, 医学書院]

COPING SKILLS FOR VIOLENT AND AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PSYCHIATRIC NURSING PRACTICE: “READING AND GRASPING OF THE SITUATION” AND “PHYSICAL READINESS”

Minoru OKADA¹⁾

Abstract : Violent and aggressive behavior observed in clinical psychiatry is attracting attention. Psychiatric nurses place themselves in such a high-risk situation and provide care for the security and protection of patients.

The objective of this study was to clarify perception of psychiatric nurses about emergency situations and acute state of patients, processes through which they cope with such situations, and the mechanism of their intervention. For this purpose, the author presented detailed accounts of his own clinical experience of successful intervention in scenes of violence, and attempted to analyze and interpret nurses' responses by referring to these examples. As a result, “reading and grasping of the situation” and “physical readiness” were extracted as the perceptive mechanism or behavior of psychiatric nurses intervening in violent or aggressive behavior, and they were suggested to be derived from “accumulated clinical experience”. This is considered to be a check-and-search system widely observed in highly competent clinicians.

Key words : Inpatients, violent and aggressive behavior, intervention skills in psychiatric nursing, reading and grasping of the situation, and physical readiness

1) Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University, 20-7 Minorichou, Hirosaki, Aomori Pref., 036-8231, Japan
TEL: 0172-31-7179, FAX:0172-31-7101, E-mail: okada@hirogaku-u.ac.jp