

《そ の 他》

精神医療における暴力の問題と今後の精神保健医療福祉改革の動向との関連

岡 田 実¹⁾

要旨：医療従事者に対する患者の暴力は医療保健福祉の領域全体に広がり、もはや精神科臨床の現場に限られた現象ではなくなっている。

本稿はわが国の精神医療保健福祉改革の今後の動向を「精神医療保健福祉の更なる改革に向けて」をもとに概括した。そして、暴力のリスクが高い重症精神障害者へのサービスモデルとして英国の危機解決チーム(Crisis Resolution Team)の活動を取りあげながら、今後、わが国においても英国と同様、専門多職種チームによるサービスが求められることを示唆した。

これに伴い患者の暴力や攻撃に対処する精神科看護師の専門的なスキルとして、今後は、暴力や攻撃を未然に防止するアセスメント、また、発生しかけている暴力と攻撃に向き合い、積極的なコミュニケーションスキルを用いてde-escalationに取り組む活動が求められると提言した。

キーワード：精神保健医療福祉の改革ビジョン、重症精神障害者へのケア、英国の危機解決チーム(CRT)、de-escalationの活動

1. はじめに

医療従事者が患者の暴力にさらされるという現実には、精神科病院に限ったことではない。こうした実態は「院内暴力」という新しい言葉を生み、今では医療従事者の共通した認識になっている。日本看護協会による全国調査(2000, 2004)や全国の大学病院を対象にした実態調査(読売新聞 2007)、また、中規模病院を対象とした実態調査(全日本病院協会調査, 2008)や独立行政法人国立病院機構系の精神科病院から収集された事故調査と分析などの調査(川村, 2002)は、精神科病院のみならず他の医療現場においても、医療従事者が患者(クライアント)やその関係者の暴力にさらされていることを示している。なかでも患者に最も近い距離で寄り添っている看護師に、患者の暴力被害を受けるリスクが高いことは上記の調査が示しているところである。

本稿では、医療をめぐる暴力についてわが国は現在どのように対処しようとしているのかを医療行政の面からとらえる。また、今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(2009)の「精神保健医療福祉の

更なる改革に向けて」(以下、「更なる改革」と略)に展開されている精神保健医療福祉の政策展望及びそれに伴うリスクを考え、それらに対処するために英国の精神保健医療サービスにおいて取り組まれている暴力への対処に学び、今後、精神保健医療福祉サービスに求められる暴力への対処策を考える。

2. 医療機関に任されている暴力への対応

日本看護協会(2006)は先の全国調査をもとに、保健医療福祉施設に従事する看護者に対して暴力に対処する一定の指針を提案した。また、厚生労働省は医療事故の発生予防と再発防止策を講じるために、医療現場から幅広く質の高い情報を収集し、専門家による分析を経て改善策を医療現場に提供する必要性から、医政局長名で国立高度専門医療センター等における事故等事例の報告に関する事項を定めた「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」(平成16年9月21日医政発第0921001号)を通知した。この通知でヒヤリハット事例に該当する事例も含み、医療事故に係る事故発生の予防及び再発防止に資する事案

1) 弘前学院大学看護学部

連絡先：岡田 実 〒036-8231 弘前市稔町20-7

TEL: 0172-31-7179, FAX: 0172-31-7101 (代表), E-mail: okada@hirogaku-u.ac.jp

に「院内で発生した暴行、誘拐等の犯罪」についての項目を含めた。しかし、加盟医療機関から寄せられた事例を分析する日本医療機能評価機構（2005）による年報には、この項目についての集計と分析は記載されていない。すなわち現状では、医療従事者が向き合っている暴力及び受けている被害の実態は統計上明らかにされてはいない。

その後、厚生労働省は「医療機関における安全管理体制のあり方に関する調査研究」（平成17年度厚生労働科学特別研究、主任研究者：井部俊子）をもとに、安全管理体制の整備方策をまとめた医政局総務課長通知「医療機関における安全管理体制について（院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取り組みに関して）」（平成18年9月25日医政総発第0118001号）を通じて、暴力事件等を起こす患者や家族への具体的な対応策を求めるなど、医療機関が抱えている暴力を含む各種リスクの安全管理体制の整備を促している。

現在では医療の安全確保が最重要課題であるという認識のもとに、各医療機関では安全管理指針の明確化、安全管理委員会（月1回開催）の設置と運営規定の明確化、安全管理のための職員研修（年2回開催）、患者の相談に適切に応じる体制確保、アクシデント及びインシデント事例の収集・分析による改善立案及びその実施評価を明らかにする記録の整備、医療安全管理者の養成、医療事故発生時の対応などの体制が整えられている。医療従事者に向けられる暴力への対処策もこうした医療の安全確保措置の中に組み込まれて現在に至っている。

医療機関毎に作成している患者の死亡や障害、あるいは濃厚な処置や治療を要した医療事故発生時の対応を示した「医療安全対策マニュアル」は、各医療機関に大きな違いはない。しかし、暴力が発生した場面に対処する手順及び状況において採るべき行動指針を扱った「院内暴力対応マニュアル」は、医療機関によって異なっている。例えば、外来患者が待合室で暴れ診療活動の著しい妨げになっている場合、警察への通報を優先しその患者に接触せず遠巻きにしながら、慎重に安全を確保し警察官の到着を待つべきなのか、あるいは、こうした事態に対処するようにトレーニングを積んだ院内チームを現場に招集し、その患者の粗暴かつ破壊的な行動に介入し、安全に抑制しながら警察に通報し到着を待つべきなのか、具体的な場面での手順

や行動指針は医療機関によって異なっている。

以上のことから、わが国では医療現場で発生している暴力の実態を調査・分析できていないばかりか、暴力への具体的な対処策や行動指針についても共通認識が得られていない現状にある。したがって、医療機関で発生している暴力への具体的な対応策は、わが国においては各医療機関に任された状態にあるといつてよい。

3. 「更なる改革」にみられる重度精神障害者の処遇問題について

精神保健福祉対策本部（2004）が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、10年後の実現を目指した報告集である。これに示された施策が5か年を経過した2009年9月に示された「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」には、後半5か年の重点施策が提案されている。

入院医療中心から地域生活中心にシフトする精神医療福祉の基本理念と現状及び具体的な改革を扱ったこの意見書には、いくつかの懸念が記されている。それは「未治療者・治療中断者」「緊急対応を要する病状の急変時」「措置入院には該当しないが受療支援に難渋する困難事例」「受診中断により入退院を繰り返す事例」、すなわち「病状が特に不安定な精神障害者への迅速な医療サービス提供」の対応についてである。こうした事例に苦慮している現状に鑑み、救急・急性期状態にある事例への介入を安全かつ効果的に実施する方策として、「訪問支援の質を向上させ地域精神保健を担う行政機関の機能強化の検討」「通院・在宅医療による日常的・継続的な医療の提供」「地域保健活動の機能向上」「現行の地域保健活動より更に積極的な支援・介入方策」「重症精神障害者に対する地域生活を継続しながらの医療支援体制の確立」を求めている。

すなわち通常精神科治療のラインにのらない、あるいはそこからケアの届きにくいあるいは届かない所にドロップアウトしてしまい、通常であれば通報や移送によって強制医療を含む緊急対応がとられてきた事例は、本意見書においては「強制入院を要する状態に至らないよう」に、重点的・包括的な訪問診療や支援を行う「多職種チームによる危機介入などの支援体制」をモデルに、その実施・検証を経て整備を進めること

が提言されている。すなわち、多職種から構成される医療チームによって、救急・急性期対応をアウトリーチの手法を用いて実施できるようになることが期待されているのである。

こうしたチームに参加する医療従事者には、クライアントの暴力による治療抵抗にとどまらず、各種のリスクを適切にマネジメントできる経験と能力が求められる。ケアの届かない事例に迅速かつ継続した介入を可能にするアウトリーチ型の多職種チームが介入することによって、未治療や治療中断等の重度精神障害者に対する治療やケアを可能にすることが求められている。

このようなサービスの提供が可能になれば、医療従事者が患者やクライアントの暴力に首尾よく対処するという問題は、暴力や攻撃行動に安全に対処できる身体技術的な問題ではなくなってくる。すなわち、リスクの高い事例に向き合うことによってクライアントによく馴染み、よく理解し合う関係を創出することによって、精神保健医療福祉の従事者と患者（クライアント）間に安全と安心が確保され、その結果、リスクが低くなり治療やケアにつながることが期待されているのである。

4. 精神保健医療サービスの現場で発生する暴力への対処：英国の危機解決チーム（CRT）

英国はNHS（National Health Service：国民保健サービス）のネットワークを通じて全ての国民に保健医療サービスを提供している。NHSの医療従事者がサービスユーザーから受ける暴力やハラスメントの被害についての実態調査は保健省（Department of Health）が集約している。

王立精神医学協会（Royal College of Psychiatrist 1998）はメンタルヘルスの領域で発生している暴力事案が他領域に比べて頻発している現状から、暴力に対処する初めての実践ガイドラインを発表している。また、王立看護協会（United Kingdom Central Council for Nursing 2002）は、英国におけるメンタルヘルス領域の暴力と攻撃に関する実態調査及び介入実践に関する文献検討、さらに暴力のマネジメント・抑制技術・暴力の身体抑制にともなう法的倫理的問題・薬物療法による暴力のマネジメント・暴力発生後の記録と支援など、暴力に対処する医療従事者の実践的な諸問題を

系統的に検討し報告している。

さらに、2003年から2005年にかけて監査局（National Audit Office）にメンタルヘルス及び学習障害に関連する各種の病棟265か所の参加を得て、安全を最大限に、そして暴力の予防とマネジメントのリスクを最小限にする方法について、情報を系統的に収集した後に監査と評価が行われ、王立精神病院協会調査部門（Royal College of Psychiatrists' Research Unit 2005）から最終報告が提出されている。そして、NHS 特別保健局（National Institute for Health and Clinical Excellence 2005）から、精神科病棟と精神科救急部門にみられる不穏かつ暴力的な行動の短期的なマネジメントに寄与しケアを向上させるエビデンスが、臨床実践のガイドラインとして報告されている。

以上のように、英国では精神保健サービスをめぐる暴力の問題を広範な学術資料に依拠しながら、良質な精神保健サービスを保証する努力が払われていることがわかる。なかでも、英国保健省（Department of Health 2004）が策定した「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク」は、精神保健施策の10か年計画の前半5か年を中間総括し、後半の5か年の目標を明確にする目的をもって公表された。このなかで、精神保健サービスユーザーが治療契約を最大限活用し、危機を予測・防止し、リスクを軽減するケアを受けるために、24時間365日サービスにアクセスできることを目的に、専門家が機能する3種類の地域精神保健チーム（積極的アウトリーチ、危機解決チーム、初期介入チーム）の数と従事する専門職の増員が目標数値化されている。危機解決チーム（CRT: Crisis Resolution Team）の進展を示すGlover & Johnson (2008) による資料を表1に、また、Johnson & Needle (2008) によるこのチームの主要な組織上の特徴を表2に示した。CRTは他のメンタルヘルスサービスと連携しながら、チームのもつ専門的な治療機能を発揮している。藤田（2004）によると表2のCMHTs（Community Mental Health Teams）は、圏域内の地域で生活している精神障害者を支援する基本となるチームで、対象者はそれほど濃厚な関わりを必要としないがGP（家庭医）だけの対応では困難な事例を扱い、生活面での支援の他に安否確認、服薬指導及び確認を担当するチームであると説明されている。

地域で生活を築いている重症精神障害者に対して、きめ細かに継続してケアを届けるシステムが、結果と

表 1 年間サービス配置に報告されている危機解決チーム（CRT）の発達

	2000	2001	2002	2003	2004	2006（1月）
チーム総数	34	48	59	212	196	262
24時間稼働するチーム（%）	38	44	54	61	72	97
10人以上のスタッフのいるチーム（%）	38	58	63	62	72	90
10人以上で24時間稼働するチーム（%）	26	35	39	48	58	82
スタッフ総数	317	573	892	1586	2985	4860

（注：断りがない限り9月付で集計している。）

表 2 危機解決チーム（CRT）の主要な組織上の特徴

- ・地域であらゆる種類の精神科急性期介入を宅配する能力のある多職種チームである。
- ・実施可能な時には病院への入院よりも包括的なホームトリートメントを提供する。
- ・スタッフ数の対患者比率が高いため、求めがあれば毎日2～3回の訪問が可能である。
- ・24時間の利用の可能性（スタッフは夜間でも自宅からのオンコールに対応する）。
- ・患者は既に他のコミュニティーサービスのケースロード（例えばCMHTs）なので、チームは他のサービスと協働する。
- ・患者を検討する日々の引継ぎで、少なくとも医師との間でケースロード情報を共有するチームアプローチをとる。
- ・精神科医はチームの一員である。
- ・迅速な救急アセスメントを行い、要請があるときには1時間以内に対応する。
- ・ゲートキーパーの役割：チームは圏域内にある急性期の全入院ベッドに対応する。
- ・包括的なホームトリートメントプログラムは短期間で、多くは（求めがあれば）6週間以内にケアサービスを継続するために退院する。

してリスクを軽減し、本人の安心と安全を構築することにつながることを、英国はわが国に先んじてその姿を示しているといえよう。

5. 暴力に対する身体介入技術の有効性に関する問題

暴力や攻撃性から医療従事者を護り、良質な精神保健サービスを提供しようと、英国は国策として暴力の問題に取り組んでいると先に述べた。わが国とは比較にならないが、英国では良質な精神保健サービスを確保し、医療従事者を暴力の脅威から遠ざけていると断言できる実践的な成果を収めているとはいえない。National Audit Office（2003）によれば、表3に示したように2000年～2001年の暴力と攻撃の総報告件数が1998年～1999年の件数に比べて30%増加し、2001年～2002年の総報告件数は2000年～2001年に比べて13%増加し、年々増加傾向にあることがわかる。また、全てのNHSトラストによる1か月間の報告件数（千人対）が、7件、10件、14件と増加しており、保健省主導のNHSゼロ・トレランスキャンペーンが始まった1999

年10月以降も、暴力と攻撃の報告件数が減少に転じていないことがわかる。トラストの中には報告件数の減少に成功している所もあると報告されているが、全体としては暴力と攻撃行動の対処に成功しているとはいえない。

こうした現実には、医療従事者が暴力や攻撃行動に対処する訓練プログラムに参加すれば、実際の臨床場面に効果的に対処できるとは必ずしもいえない問題の難しさを示している。これは先の王立精神病院協会調査部門（2005）による調査報告書には、「暴力の防止とマネジメントについての訓練」に参加した看護スタッフの「訓練内容が参加者個々のニーズに適合していないため、実際の臨床場面に訓練を活用できるとは考えられない」という意見が紹介されている。

Hahnら（2006）の訓練プログラムの有効性についての研究では、患者の攻撃性のマネジメントに向けて精神科看護師の態度形成を目的とした系統的な訓練プログラムを検討した結果、プログラムに参加した看護師にマネジメントの態度形成の変化は見られず、むしろ、訓練を受けた看護アプローチに批判的で、参加者

表3 1998-1999, 2000-2001, 2001-2002年に発生した暴力と攻撃の報告件数比較

NHSトラストのタイプ	1998-1999年に報告された 1 か月間の千人対報告件数	2000-2001年に報告された 1 か月間の千人対報告件数	2001-2002年に報告された 1 か月間の千人対報告件数
急性期	3	5	7
複数のサービス	9	8	*
救 急	7	13	12
地域/メンタルヘルス	14	23	*
メンタルヘルス/学習障害	24	27	35
全 NHSトラスト	7	10	14
総報告件数	約65,000件	約84,214件	約95,501件

(*) 複数のサービスと地域/メンタルヘルスのトラストはメンタルヘルス・トラストか PCT に組織替えされ、もはや NHS の指定トラストではなく該当しないので数値は掲載されていない。

が状況を好転させる介入方法の自信になっていないと報告している。また、Dickens ら (2009) は、英国において相当の時間とコストを費やして実施されている離脱技術 (break away techniques) 訓練が、その後、技術を思い起こして正確に実施できた看護師は訓練を受けた看護師全体のわずか14%に過ぎないという結果から、看護師が脅威を感じる場面ですぐさま思い出し適用する技術として、離脱技術は複雑過ぎると評価している。

この他に、患者の暴力と攻撃行動の対処策として開発された各種の身体介入技術訓練プログラムには、適切性や有効性を示す根拠が乏しいと指摘する研究者も多い (Linsley 2006, McDonnell & Gallon 2006, Richter 2006)。わが国では、包括的暴力防止システム (下里ら 2009, 榎本ら 2008) や CPI による非暴力的危機介入法 (三木ら 2007) の技術研修が実施され、参加者の満足度や意識の変化を通じてその有効性を述べている。しかし、技術研修プログラムの有用性や技術の有効性は、プログラムに参加した看護師 (顧客) の満足度で測定できるものではない。看護師の所属するフィールドにおいて暴力をめぐるアクシデント件数の減少やインシデント報告の増加を指標に、一定の調査期間を経て検証されるものである。患者の暴力と攻撃行動に対処する技術の臨床的な有効性は、精神科看護師の日々の臨床実践に由来すべきもので、依って立つフィールドに基づいた技術開発でなければ真に実践の有用性は発揮されない。したがって、心理療法家のセッションや警察官の職務質問あるいは刑務官の強制的な身体拘束、学校教師による危機管理の実践を医療用に修正し適用しようとしても、訓練プログラムとし

てはあくまで借り物としての限界を免れない。これに対して岡田 (2008) は暴力と攻撃行動に対処する精神科看護師の実践というものは、それらが展開される臨床場面や臨床状況に依拠するものであることから、場面や状況を事例として再構成し検討を加える方法が研修プログラムにふさわしいと提言しているが、この訓練プログラムはまだ開発されていない。

6. 暴力への対処と看護ケアの質の問題

精神科臨床における暴力の問題は、結局いかなる問題なのであろうか。発生した暴力に対する安全な対処策の問題なのか、暴力が発生するリスクを事前に知らせるリスクアセスメントツールの問題なのか、筆者はいずれも精神科臨床における暴力の問題の側面を示すものでその全体ではないと考えている。岡田 (2006, 2007) は暴力が切迫し迅速な臨床判断と行動が求められる救急・急性期場面に適用される技術には、臨床態度・患者理解・信頼関係・相互作用に代表される概念のように、基本的ケアの実践場面で発揮されるスキル、そして、傾聴・安全・尊厳のように救急・急性期場面にこそ求められるケアの原則的態度が求められると述べている。すなわち、暴力が切迫した緊急場面での対処技術は日常的な看護実践と地続きであること、そして、言語的及び非言語的コミュニケーションスキルを中心にした日々の精神科看護実践の質の問題に連なっていると考えている。

臨床現場において暴力が発生する背景や要因は、図1に示した Nijman ら (1999) による「入院患者の攻撃に関する仮説モデル」が理解しやすい。図の「ス

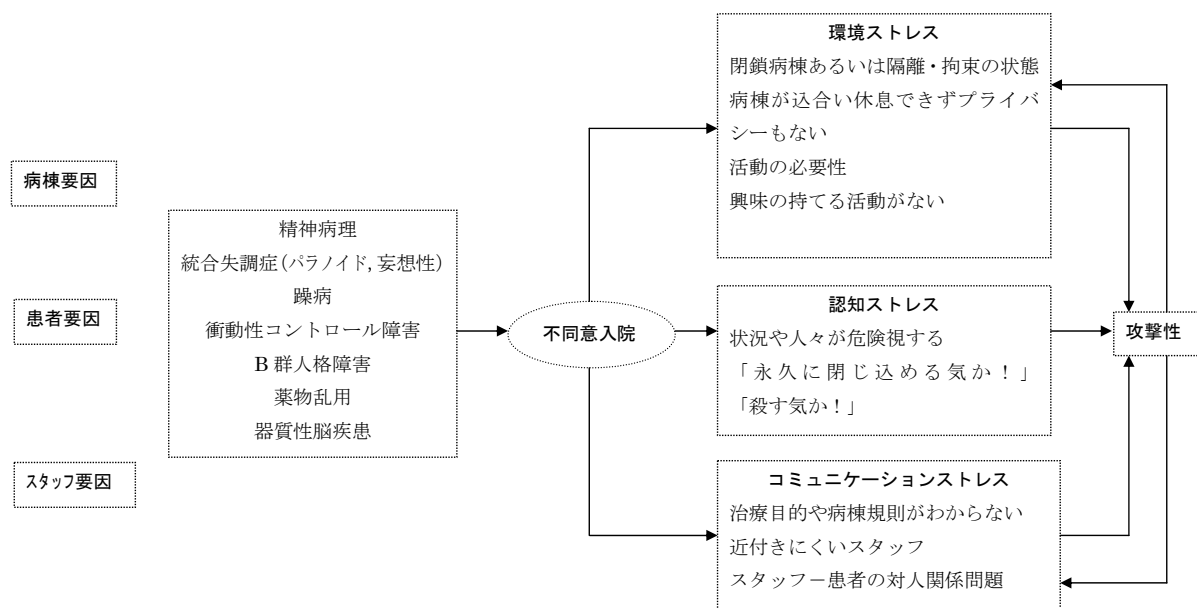


図1 入院患者の攻撃性についての仮説モデル

表4 Nijmanらによる言語的・非言語的コミュニケーションスキルを用いた5つの介入実験

- (1) 言語的介入 (Verbal interventions.): 最初は患者と向き合い脅威的・攻撃的な行動の原因を特定する。次にその行動の因果関係を患者に説明し、患者に攻撃的な行動をやめて冷静さを取り戻すように伝える。最後に、患者が冷静さを取り戻すことができない場合の措置を告げる。
- (2) 入院直後、患者と治療目標について話し合う (Discussing treatment goals and strategies with the patient.): 入院後24時間以内に実施し主治医から病棟規則が具体的に説明され、治療目標を記載した計画書にサインし、患者を含めた全スタッフに提示して患者の行動制限や治療目標の情報を提供する。
- (3) 病棟の扉が施錠されていることについて情報を提供する (Providing detailed information about the locked door of the ward.): 入院直後に患者にカードが渡され、攻撃的インシデントの15%が扉の付近で発生していることを配慮し、出入口の説明と扉を閉鎖する目的及び出入規則を扉に張り出した。
- (4) スタッフミーティングの日程を提供する (Providing a schedule of staff meetings.): フラストレーション耐性が低い患者にとって、スタッフメンバーが病棟を不在にすることや不在理由の理解不足が、ミーティングの直前や最中に攻撃が発生することにつながっている。
- (5) 主治医 (あるいは代医) との面接予約の方法を明確にする (Clarifying the procedure for making appointments with the psychiatrist or assistant psychiatrist.): 主治医のスケジュールが張り出され、患者が予約を入れたときにはスタッフがスケジュールを合わせて予約を書き入れる。

スタッフ要因」として、スタッフの問題のあるコミュニケーションが原因となって攻撃性につながったり、スタッフが近付きにくく患者が必要な情報を得にくくなることで怒りにつながったり、行動制限が理屈に合わなかったりすることが攻撃へと進展すると説明する。また、患者の暴力や環境ストレスが原因で患者が隔離されることになれば、患者の認知の歪みが強化され再び攻撃性につながる悪循環を繰り返すとも説明している。このように暴力の有力な原因となる患者の認知の歪みを修正し補完する場合にも、場面や状況あるい

は患者の病状に適した言語的・非言語的コミュニケーションスキルが重要な役割を果たしているのである。

さらにNijmanら(1997)は精神科病院の3つの閉鎖病棟(各20床)を対象に5種類の言語的介入を行い、言語的・身体的攻撃のインシデント件数を介入前後で比較する実験を行っている。この実験で行われた言語的介入方法は表4に示した5種類である。

この5種類の介入方法を実験病棟で行い、対照となる他の2つの閉鎖病棟を含めてSOAS (Staff Observation Aggression Scale) を用いて患者の攻

撃行動を記録した結果、言語的攻撃（aggressive incidents）は、3病棟全体では介入前から介入後にかけて51.9%と有意に減少し、実験病棟では67件から25件へと62.7%減少したと報告されている。さらに身体的攻撃（physical aggression：言語的攻撃だけの事例は含まない）では、実験病棟では30件から14件へと53.3%減少し、2つの対照病棟は41件から31件へと24.4%減少したという。

言語的攻撃と身体的攻撃双方のインシデント件数の減少に有意差が見られなかったとはいえ、実験病棟において双方のインシデント件数が最も大きく減少した結果が意味することは重要である。すなわち、5つの介入プログラムがスタッフにコミュニケーションスキルへの注意を喚起し、そのことが患者－看護師間の対立のリスクを低め、急性期ケア全体の質を高める結果になったとは言えないだろうか。

7. 今後の精神保健医療福祉サービスの展開と暴力の問題

今後の精神科臨床における暴力の問題とは、対サービス受給者あるいは医療従事者間のコミュニケーションスキルを中心としたケア実践の質と関連した問題であり、暴力に対する身体的な対処策やアセスメントツールはその一部分を構成するに過ぎない。

精神保健医療福祉サービスのシステムが変われば、それに伴って暴力の発生するリスク要因も変わる。先の「改革に向けて」では、今後のわが国の精神医療システムが救急・急性期治療に特化し、患者は短期間の急性期治療を経て地域に戻り、地域に戻ったクライアントは次のケアに引き継がれ、短期間の休息入院として精神科病院を活用しながら治療を継続しそれぞれの地域生活を営むことになる。こうした展開の中では、暴力が発生するリスクを高める要因には次の三点が考えられる。

- (1) 救急・急性期の短期間の治療過程に看護者による患者理解が追いつかない。
- (2) 退院後、クライアントの地域生活に責任をもつケア担当者が決まらない。
- (3) 地域生活と短期休息入院の双方を連続させてケアできる担当者がいない。

(1)の問題は救急・急性期治療の質問題そのものであり、(2)と(3)の問題は病院の外来機能としての精神科訪

問看護に比べてより機動性を増した訪問ケア機能、すなわち多職種チームがそれぞれの専門機能の垣根を越えて多機能のケアを提供できるチームの必要性を提起している。これは現在のところ ACT-K の活動（高木 2008, 2010）が提唱している「精神科在宅ケア」へとつながっていく。

今後、精神保健医療福祉サービスで求められる暴力への対処は、従来期待されてきたリスクマネジメントに比べ、多様な専門職者のチームによるケース状況の複雑かつ高度な読みと見極めが求められていくことは明らかである。先にも述べたように、「改革に向けて」においても未治療・治療中断者、緊急対応を要する病状の急変時、受診支援に難渋する困難事例、受診中断により入退院を繰り返す事例、病状が特に不安定な精神障害者といわれる人々への濃厚な治療を可能にする専門多職種チームによる活動が期待されている。こうしたチームによる患者及びクライアント情報の共有化や状況理解の合意形成を目指すリスクコミュニケーションが、今後重要となってくるコミュニケーションスキルになっていくのではないだろうか。

引用文献

- 1) Appleby L. (2004). The national service framework for mental health—five years on. <<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/PublicationspolicyAndGuidance/DH4099120>> [2010, August, 27]
- 2) Dickens G., Rogers G., Rooney C., McGuinness A. & Doyle D. (2009). An audit of the use of breakaway techniques in a large psychiatric hospital; a replication study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 777-783
- 3) 榎本真美子, 他 (2008). 精神科病院職員への暴力回避技術に関する教育プログラム, 第39回精神看護, 86-88
- 4) 藤田大輔 (2004). 精神障害者の地域支援活動－英国ロンドンの ACT システム体験記, 心の科学, 118(11), 2-10
- 5) Glover G. & Johnson S. (2008). The crisis resolution team model; recent developments and dissemination. (In: Johnson S., Needle J., Bindman J. & Thornicroft G. (eds). *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*, 23-34, Cambridge University Press)
- 6) Hahn S., Needham I., Abderhalden C., Duxbury J. & Halfens R. (2006). The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of

- patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 197-204
- 7) Johnson S. & Needle J. (2008). Crisis resolution teams; rationale and care model. (In: Johnson S., Needle J., Bindman J. & Thornicroft G. (eds): *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*, 67-84, Cambridge University Press)
 - 8) 川村治子 (2002). 看護師が報告した精神病院・病棟における患者の暴力－暴力に関するヒヤリ・ハット事例を分類して, *精神看護*, 5(4), 36-40
 - 9) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 (2009). 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/s009/09/do/s0924-2a.pdf>> [2010, April, 25]
 - 10) Linsley P. (2006). *Violence and Aggression in the Workplace – a practical guide for all healthcare staff*, p.71, 89, Radcliffe Publishing, Oxford
 - 11) McDonnell A. & Gallon I. (2006). Issue and concerns about 'control and restraint' training; moving the debate forward. (In: Cutcliffe & Ward (eds): *Key Debates in Psychiatric/Mental Health Nursing*, 181-202, Churchill Livingstone, London)
 - 12) 三木明子, 他 (2007). 病院職員と看護学生のための暴力防止プログラムの有用性の検討, 第38回精神看護, 18-20
 - 13) National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Violence; The short-term of disturbed/violent behavior in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. <<http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/NICE%20Guideline%202005.pdf>> [2010, August, 27]
 - 14) National Audit Office (2003). *A Safer Place to Work; Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression*. <http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx> [2010, August, 27]
 - 15) 日本医療機能評価機構, 医療事故防止事業部 (2005). 医療事故情報収集等事業, 平成17年年報, <http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2005.pdf> [2010, May, 5]
 - 16) 日本看護協会 (2002). 病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制－関係職種の夜間対応体制に関する実態調査 (報告書)
 - 17) 日本看護協会 (2004). 保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査 (報告書)
 - 18) 日本看護協会 (2006). 保健医療福祉施設における暴力対策指針－看護師のために (報告書)
 - 19) Nijman H., Campo J., Ravelli D. & Merckelbach H. (1999). A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 50 (6), 832-834
 - 20) Nijman H., Merckelbach H., Allerts W. & Campo J. (1997). Prevention of Aggressive Incidents on a Closed Psychiatric Ward. *Psychiatric Services* 48(5), 694-698
 - 21) 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
 - 22) 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
 - 23) 岡田 実 (2008). 暴力と攻撃への対処－精神科看護の経験と実践知, すぴか書房
 - 24) Richter D. (2006). Nonphysical conflict management and de-escalation. (In: Richter & Whittington: *Violence in Mental Health Settings; causes, consequences, management*, 125-144, Springer, New York)
 - 25) Royal College of Psychiatrists' Research Unit (2005). *The Healthcare Commission National Audit of Violence 2003-2005, Final Report* <<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/NAV2003-2005.pdf>> [2010, August, 27]
 - 26) 精神保健福祉対策本部 (2004). 精神保健医療福祉の改革ビジョン
 - 27) 下里誠二, 西谷博則, 松尾康志, 大迫充江 (2009). 包括的暴力防止システム (CVPPP) の実施状況; CVPPP の展開と臨床での運用の実際, (平成20年度厚生労働科学研究費補助金, 治療及び社会復帰支援に関する研究, 「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」平成20年度分担研究報告書 (分担研究者: 宮本真巳)), 91-95
 - 28) 高木俊介 (2008). ACT-Kの挑戦－ACTがひらく精神医療・福祉の未来, 批評社
 - 29) 高木俊介 (2010). こころの医療宅配便－精神科在宅ケア事始, 文藝春秋
 - 30) United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Mental health Nursing (2002). *The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care*. London <http://dynamis-insight.com/Restraint_Policy_files/NMC%202001.pdf> [2010, August, 27]
 - 31) Wing JK., Marriott S., Palmer C. & Thomas V. (1998). *The management of imminent violence – Clinical practice guidelines of support mental health services*, Occasional Paper OP41. London, Royal College of Psychiatrists.
 - 32) 読売新聞 (2007). 横暴な患者に病院苦悩 (全国47都道府県の大学病院79施設を対象に2006年1年間に経験された暴言と暴力の調査, 8月19日付)
 - 33) 全日本病院協会調査 (2008). 院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査 (報告書) (調査期間: 2007年12月20日～2008年1月31日) <<http://mhlw.go.jp/topics/2004/09/do/tp0902-1a.pdf>> [2006, June, 10]

RELATIONSHIP BETWEEN THE ISSUE OF THE VIOLENCE IN MENTAL HEALTH AND THE FUTURE TRENDS TOWARDS A REFORM OF MENTAL AND WELFARE SYSTEM.

Minoru OKADA¹⁾

Abstract: Patient-on-staff violence has expanded to the entire fields of medical health and welfare. It is thus no longer a phenomena specific to the workplace in clinical psychiatry.

Based on the “Further Reform of Health and Welfare Service for Persons with Mental Illness”, this paper reviews the future trends towards a reform of mental health and welfare system in Japan.

The activities of Crisis Resolution Teams in England are looked at as a model of support service for people with serious mental conditions who are most likely to resort to violence. This paper suggests that service provided by a team consisting of various of professionals, as in the case of England, will be needed in the future.

In response to such future trends, it is recommended that the following professional skills are necessary for psychiatric nurses in dealing with violence or aggression by patients. They include: assessment skills to prevent violence or aggression from happening; and skills to engage in “verbal de-escalation” by tackling violence or aggression that is about to occur and also by actively employing communication skills.

Key words : mental health and welfare reform vision, care for people with serious mental conditions, Crisis Resolution Teams in England, verbal de-escalation

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