

(3) 今後の課題

A病院では、看護師が対象行為の内省深化に向けた関わりを実施することはできているものの、進め方への不安があることが確認できた。先行研究^{3) 6)}では、対象者の対象行為に関する内省深化過程について、損得勘定から悔やむ段階、家族に迷惑をかけたことを悔やむ段階、被害者に対して申し訳なく思う段階、社会的な影響と責任の重さを痛感して悔いる段階の4段階が確認された。退院した対象者からは、さらに対象行為が人生に影響を与えたことを理解することで、内省が深化していることが確認されている。

これまで確認されている内省深化過程を参考にしながら、その到達段階に応じた内省深化への支援や、退院後の支援体制を検討できるよう情報共有していくことが求められると考える。

B施設では、看護師の内省深化に向けた関わりに差がみられ、十分関わりきれていない様子がうかがえた。対象行為の内省深化に向けた関わりそのものに対する不安も確認されている。これまでの報告^{1) 2) 3) 4)}から、対象行為について話し合うことが援助関係を阻害することはないことが確認されており、むしろ、話し合いそのものが援助関係構築の一助となることを看護師間で十分共有していくことが重要と思われる。また、A施設と同様に、現状で明らかになっている内省深化のプロセスとそれに伴う関わりについて、情報共有していくことが求められると考える。

2施設において実施状況やそれに伴う困難には違いがみられており、今後も調査の継続と情報共有の継続が求められるだろう。

熊地美枝 山口しげ子

<参考・引用文献>

1) 熊地美枝：触法精神障害者との援助関係に関する研究，平成16年度厚生労働科学研究費補助金「触法行為を行った精神障害者の

精神医学的評価・治療・社会復帰等に関する研究」平成16年度総括・分担報告書，542-550，2005

2) 熊地美枝,高崎邦子,佐藤るみ子,宮本真巳：指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際，平成15～17年度厚生労働科学研究費補助金「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価・治療・社会復帰等に関する研究」平成17年度総括・分担報告書，588-597，2006

3) 熊地美枝,高崎邦子,小原陽子,杉山茂,太智晶子,成瀬道夫,高橋直美,田川理絵,佐藤るみ子,宮本真巳：対象行為に関する対象者との話し合いの実施状況と内省プロセスの明確化（第1報），平成18年度厚生労働科学研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」平成18年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」，-，2007

4) 熊地美枝,高崎邦子,佐藤るみ子,宮本真巳：指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際，臨床精神医学，36（9）：1153-1161，2007

5) 熊地美枝,高崎邦子,小原陽子,杉山茂,太智晶子,高橋直美,高橋理沙,大迫充江,佐藤るみ子,宮本真巳：対象行為に関する対象者との話し合いの実施状況と内省プロセスの明確化（第2報），平成19年度厚生労働科学研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」平成19年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」，39-51，2008

6) 熊地美枝,高崎邦子,太智晶子,高橋直美,高橋理沙,大迫充江,山口しげ子,宮本真巳：対象行為に関する対象者との話し合いの実施状況と内省プロセスの明確化—退院後の対象者への面接調査から—，厚生労働科学

研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」平成20年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」, 25-34, 2009

研究②対象者の地域自立支援に向けた指定入院医療機関内の連携の状況

本年度は、昨年度からの先行研究¹⁾に引き続き、多職種との連携に焦点を当てる。それぞれの職種の専門性に基づく視点の違いと、それらが、多職種連携に与える影響について考えたい。

(1) 多職種連携

宮本²⁾によると、多職種チームの特徴について欧米諸国では、以下の6項目が指摘されていると述べている。

- ① 3つ以上の専門職で構成されている。
- ② メンバーは互いを認知している。
- ③ 意思決定のため定期的にミーティングを開く。
- ④ 責任の共有により職種間境界が曖昧化する。
- ⑤ チームリーダー、課題別責任者を特定する。
- ⑥ 必要に応じて決定権を担当者に委譲する。

医療観察法における多職種連携において求められるケアコーディネーターは「メンバーが、安心して自由に意見を言える場を作ったうえで、見解が分かれたら交通整理をしながら、合意形成に向けて前向きな方向付けをする」³⁾リーダーである。この要件を満たせば、医師に限らずどの職種でもリーダーになることができる。

このような背景がある中、A施設・B施設の状況は、多職種連携において危惧されていた医師を頂点としたピラミッド構造ではなく、フラットな関係性の上に立つ多職種連携を重

視していることがわかった。各職種が、それぞれの個性や、職種ごとの属性や価値観、MDT（担当多職種チーム）内での役割などに応じて意見を表出できている。

具体的には、A施設でのMDT会議では、看護師がケアコーディネーターを行い、医師は必要に応じて専門的な見解や、質問をしていた。他の臨床心理技術者や、精神保健福祉士、作業療法士についても同様だった。それは、特定職種に権限が偏らず、多職種間で意見交換がしやすくなるメリットがある。

しかしながら、MDTチームのリーダーシップはその当然ながらMDTごとで違い、また、ケアコーディネーターが実質的にリーダーシップをとるとは限らない。知識があるスタッフや、積極的に発言するスタッフが結果的にリーダーシップをとることもある。ケアコーディネーターは、いわゆるリーダーと異なり、チームのメンバー間の雰囲気や、その時々々の案件によって、社会復帰調整については精神保健福祉士がリーダーシップを発揮し調整を進めるなど、専門職種がリーダーシップを発揮し、問題を解決していく場合も多い。これは上記⑤の「課題別責任者を特定」しながら、⑥の「必要に応じて決定権を担当者に委譲する」に該当する。そして、このような互いの専門性を活かした「民主的」なリーダーシップが存在している。

(2) 会議における多職種連携

A施設についてMDT会議を見学した。医療観察法による経験の長さ（知識の深さ？）が発言の量を決めるという側面も見られたが、参加者それぞれが互いの立場を尊重し、自由に発言し合える雰囲気を作っていた。

対象者の、MDT会議への参加はなかったが、それは現時点でのMDTの方針が定まっていない状態で対象者が参加することは、混乱を招く恐れもあると考えてのようだった。

小野木和昭 山口しげ子

(3) 多職種連携の実際

～B施設のインタビューから～

インタビューの時間は改めて設けず、業務時間中に全職種に対して適宜質問を行った。

看護スタッフ数名に対し率直に多職種間の連携状況は？と尋ねると、一様に「お互いに協力的で、良い関係である」との返答を得た。理由としては、外出時（Ns 1名・他職種2名）、外泊時（3名）に多職種が率先して同行し、OTやPSW等は病棟不在になる際は本館（精神医療センター）から応援があるなど、病院全体での協力が得られているようである。過去には院長（医療観察法病棟の責任者を兼務）自ら外泊に同行したこともあった。

その一方で、屋上解放時のシステムに対し病棟医が異論を唱える場面も見られたが、「Drは他者の意見に切り返しをしない」、「時々きついことも言うが、話は良く聞いてくれる」と、決して医師もチームの中の一員であるという雰囲気が感じ取れた。

また、臨床心理技術者からは「面接時看護師が同席するとやり辛い」という意見があり、看護師が同席することはないようである。

情報の共有という面では、この施設では朝の申し送りやカンファレンスを、全スタッフ揃って全対象者（17名）について行っており、モジュール・MDTを超えて情報の共有がなされているようである。また、治療評価会議においても、看護師の参加数が多く（訪問時8名）発言も各々が活発であったことから、意見や情報を発信しやすい環境にあると思われた。今回短期間であった為、スタッフ間（MDT内）の力動関係までは察することは出来なかったが、協力体制は確立されていた。

(4) 今後の課題

一部会議の構造の認識に相違があり、[MDT会議]→対象者を同席させないスタッフのみの

会議、[CPA会議]→対象者を同席させる場合の会議、[ケア会議]→外部・地域に出向く時の会議（対象者の参加・不参加は問わない）というスタイルで認知されていて、これはレビューアの所属する施設での理解とは一致しない部分もあった。また対象者が外部（地域）と会うのは社会復帰期以降であり、調整官が同席するのも調整官の判断で行われている現状があった。

施設内での連携については今回のピアレビューでは問題はなかったが、施設と外部（社会復帰調整官や、地域スタッフ）との連携の強化や工夫が必要であると思われた。

佐藤功 山口しげ子

<参考・引用文献>

- 1) 小野木和昭、梅原佳代、福島里見、吉川知里、飯田紗代、高野和夫、成田賢栄、山口しげ子、宮本真巳：対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題の明確化 厚生労働科学研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」平成20年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」、2009
- 2)、3) 宮本真巳 「医療観察法と多職種チームの可能性」臨床精神医学38（5）：693,695
- 4) エキスパートナース 1998年8月号 Vol.14 No.9
- 5) 天賀谷隆ほか日本精神科看護技術協会監修「司法精神看護」精神看護出版（社）2008.8.31
- 6) 司法精神医療等人材養成研修会 教材集 社団法人 日本精神科病院協会、財団法人 精神・神経財団科学振興財団

研究③多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化

(1) 事例検討会の実施状況 表3) -①

A・Bのどちらの施設も、事例検討会の定期的な実施は行われていなかった。ピアレビューの期間中に両施設で事例検討会を2回実施した。事例検討会の参加者については、今回は参加人数及び参加職種の正確な数値は把握しなかったが、看護師だけに限らず多職種も参加していた。事例提供はすべて看護師が事例提供をしたが、B施設の話し合いの経過の中では看護師だけでなく医師や精神保健福祉士をはじめとした看護師以外の職種も、気がかりな場面や患者やスタッフに対する違和感、援助の行き詰まり感、不全感など問題と感じている事柄について話していた。

医療観察法病棟ではチーム医療を提供しているため事例検討会に多職種が参加しやすい体制ができていると思われる。しかし一方で、筆者らがおこなった先行研究¹⁾では「他職種が感じている事例検討会の効果としては、【看護師の心境理解】が一番にあがっている」という結果があった。これは、先行研究の対象病院では看護師を対象として事例検討会を定着させた後、多職種も参加をする形をとっていたため、「看護師対象の事例検討会に参加している」という思いが生じ、今回の2施設は事例検討会が定着していなかったため、多職種が主体的に参加できていたと思われる。

これらのことから、事例検討会の実施への課題としては、[定期的な事例検討会の実施]があげられるが、まだ定着していない場合は、対象を看護師とするのではなく、最初から多職種とし、看護師だけではなく、[多職種からの事例提供]も念頭において定着させると多職種参加型の事例検討会が実施できると考える。

(2) 事例検討の動機と話し合いの経過

事例検討の動機には、A施設では、<疎通困難感がある対象者への援助>や<精神遅滞のある強制わいせつ対象者への援助>が挙

げられ、B病院では、<対象行為への深まりが得られない>や<今までのかわりの見直し>などが挙げられていた。話し合いの経過では、A病院では、<会話が曖昧でなりたない>ことや精神遅滞などで<意思表示が一定しない>ことが、意思疎通できない及び対象者像が捉えにくいと感じる要因となり、介入の困難感や対象者の変化が実感しにくいという思いになる様子が窺えた。しかし、事例A-1では、話し合いの中で文書での意思疎通が可能なのに気が付き、文書なら意思疎通ができるという点が明確になり、<会話が曖昧でなりたない>ことが意思疎通できないわけではなく、文書を活用した意思疎通を図ることや治療者の感情を活用する自己一致の手法について、具体的場面を想定して伝達するなどおこなった。事例A-2については、女性職員の<仕事としてやらなくてはいけない>という思いと関わることへの恐怖感や不快感情があることが言語化でき、今までは女性職員間の中だけでの非公式なルールが表面化し、話し合われた。その過程の中で、男性職員も援助する点で悩んでいることや男女に関わらず共感できる部分を見つけ出すことができ、具体的な打開策が話し合われていた。

B施設では、いずれの事例も治療が進んでいくことへの再確認が行えた。特に事例B-1では、事例提供者が男性20代看護師で医療観察法病棟での経験が浅く、受け持ちになって間もないという経緯があったため、対象行為についてのみならず全般的に介入しきれていないのではないかという思いがあった。また、看護師のみならず担当チーム全体が対象行為への内省の深化が感じられていなかった。しかし、事例検討会を通して対象行為への振り返りで、以前は「またやる」と話していたが、「失敗した」、「(元の奥さんにも)結果的に迷惑をかけた」など変化が見られており、これらの変化について第三者からの

表3) ① 事例検討会の主な内容

	年齢	性別	診断名	対象行為	事例提供の動機	話し合いの主な内容	明確になった事柄
A-1	不明	女性	統合失調症	不明	疎通困難感がある対象者への援助	疎通困難感がある 会話が曖昧で成り立たない 文書での意思表示は可能	文書での意思疎通ができていないこと を活用 看護師の気持ちを自己一致で伝える
A-2	20～30代	男性	不明	強制わいせつ	精神遅滞のある強制わいせつの対象者への援助	女性スタッフがかわかることを拒否 性的暴行を今後行うと発言 意志表示が一定しない 内省や信頼の程度が図りにくい 非公式ルールの存在	女性職員の仕事としてやらなくては いけない思いと恐怖感や不快感情 男性職員も援助する点で悩んでいる 性犯の対象者の社会復帰がイメージ できない 年齢の若い女性がターゲットになっ ている 一定の年齢以上の女性職員の介入を 試みる
B-1	50代	男性	妄想性障害 + AL依存症	障害	対象行為への深まり が得られない	内省が深まらない 対象行為について正当化 看護師が対象行為を取り扱う不安	対象行為についての内省変化 第三者から伝えられることで変化を 実感 自己一致の活用
B-2	40代	男性	統合失調症	障害	今までのかわり 見直し	入院場所が遠い 私物および金銭面の調整困難 他対象者とトラブル多い(TV、電 話) 地元で早く帰りたいという思いが強 く、治療に目が向かない	居住地が遠方であることによる調整 困難 (金銭面、釈放復帰調整官との面 接) 苦手な人の特徴を自覚できている 治療が進んでいることの再確認

フィードバックにより実感することができていた。事例B-2では、変化を感じてはいるものの実感するまでには至っていない状態だった。対象者自身が病棟内の生活を通して「苦手な人の特徴を自覚」することができたなどの変化を第三者と共有することにより、変化の再確認を行い、実感することができたと述べていた。また、入院地が遠方な場合、調整が困難だったり、退院調整が進んでいないと対象者が感じ自身の治療に目が向きにくかったりと、困難度が増している様子が窺えた。

(3) 事例検討会の機能と活用方法

事例B-1に関しては、事例検討会がピアレビュー1日目だったため翌日に事例提供者へのレビューを実施した。事例検討会中は、多職種や他の参加者が話すことが多く提供者の話す割合が少なかったことから、提供者のエンパワメントが危惧されたが、提供者は自分の思いを多職種の人が代弁してくれたと感じていた。また、対象行為をはじめとした全般的に介入しきれない思いの中には、「対象行為のことを話すことで病状が悪化しないか不安」、「自分が若いからあまり話してもらえない」という思いがあった。これらの思いは先行研究²⁾の結果と同様であり、このような思いが、介入しづらさを感じたり介入しきれない状況を生じさせたりしており、治療者は困難感や不全感を抱き、対象者は安心できる環境が十分に得られないという結果に繋がる可能性がある。

違和感や困難感、不全感を抱く背景には、対象者の問題だけでなく自分の感情や自分や対象者を取り巻く環境が強く影響していることに気づくことや自己一致の手法獲得について事例検討会が大きな役割を果たしている。特に自己一致については、知識だけでは実践することは困難であり、他の参加者の具体的方法を聞くことや、自分の感情を正確に知ること、初めて自分の感情を活用した関わり

ができるようになる。さらに、実践した体験を他者と共有することで、効果の実感や今後の改善点を見出すことになり、そのことがさらに次の実践への後押しとなるため、自己一致の手法獲得の場として活用できる。また、今回のピアレビューで、対象行為が強制わいせつの対象者の社会復帰がイメージできないという問題点や対象行為への内省深化のプロセス³⁾のイメージ不足も明らかになった。このような情報や知識の共有の場としても、事例検討会は活用できる。

(4) 今後の課題

事例検討会を定着させるためには、いくつかの課題がある。ひとつめは事例検討会のイメージである。事例検討会のイメージには大きく分けて[直接問題解決型の事例検討会]と[環境や感情も取り扱った総合的な問題解決型の事例検討会]の2パターンあるように思える。直接問題解決型は、「この対象者にはこう介入すべき」などの具体的介入方法の検討を求め、短期間での対象者の変化を期待していると考えられる。そのため、取り巻く環境や治療提供者の感情を取り扱うことへの抵抗感や不快感を抱くと思われる。総合的な問題解決型は、問題と感じることの要因を模索し、対象者のみならず治療環境の変化を期待していると思われる。そのため、問題を整理する作業を求め、環境や治療提供者の感情を取り扱うことにも抵抗感を抱かないと思われる。しかし、このイメージのずれが後者の[総合的な問題解決型]には大きく影響する。周囲の人が事例検討会の場で取り巻く環境や感情を話していることへの抵抗感や不快感を抱いていることを感じると、言いにくい環境になり、そのことが事例検討会の活性化を阻害する要因となる。そのため、自分の施設が事例検討会にどのようなイメージを持っているかを把握し、大きくズレている場合にはできるだけズレを小さくすることが求められる。場合に

よっては事例検討会のすみ分けをするなどの工夫をし、徐々に環境や感情を取り扱うことへの抵抗感や不快感を減らしていく働きが求められる。この2パターンの存在やズレが実際にどのように影響しているのかは、今後様々な施設の状況を調査することで把握できると考えられる。

次に、エンパワメントを実感するための方法の模索について、参加率が低いと事例提供者も企画者も疲労感を強く感じ、エンパワメントされにくいと考える。一定した参加人数の定着も方法のひとつかもしれない。エンパワメントの実感が事例検討会の定着につながると考えられるので、どのように運営していくことがよりエンパワメントを実感できるのかを、検討していく必要があると思われる。

<引用・参考文献>

- 1) 高崎邦子：多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化－事例検討会の4年間の実施と今後継続していくための方策－，宮本真巳，他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究，「他害行為を行った精神障害者の診断，治療及び社会復帰支援に関する研究」，厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業，平成18～20年度 総括・分担研究報告書，P84，2009
- 2) 熊地美枝：触法精神障害者との援助関係に関する研究，平成16年度厚生労働科学研究費補助金「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価・治療・社会復帰等に関する研究」平成16年度総括・分担報告書，542～550，2005
- 3) 熊地美枝，高崎邦子，小原陽子，杉山茂，太智晶子，成瀬道夫，高橋直美，田川理絵，佐藤るみ子，宮本真巳：対象行為に関する対象者との話し合いの実施状況と内省プロセスの明確化（第1報），平成18年度厚生労働科学研究費補助金「他害行為

を行った精神障害者の診断，治療及び社会復帰支援に関する研究」平成18年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」，2007

- 4) 笠松理恵子，美濃由紀子，大迫充江，佐藤るみ子，宮本真巳：「多職種参加による事例検討会の有効性医療観察法病棟におけるグループ・スーパービジョン機能に関する研究－エンパワメント効果に影響を及ぼす要因」，第39回日本看護協会学会論文集－精神看護－，P164～166，2008.
- 5) 高崎邦子，美濃由紀子，宮本真巳：「多職種の参加による事例検討会を活用したスーパービジョンの実践－触法精神障害者の事例検討を通じて 第2報－」，第38回日本看護協会学会論文集－精神看護－，P153～155，2007.

F. 研究発表

- 1) 熊地美枝，高崎邦子，太智晶子，高橋直美，高橋理沙，大迫充江，山口しげ子，宮本真巳：対象行為に関する対象者との話し合いの実施状況と内省プロセスの明確化－退院後の対象者への面接調査から－，厚生労働科学研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断，治療及び社会復帰支援に関する研究」平成20年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」，2009
- 2) 小野木和昭，梅原佳代，福島里見，吉川知里，飯田紗代，高野和夫，成田賢栄，山口しげ子，宮本真巳：対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題の明確化 厚生労働科学研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断，治療及び社会復帰支援に関する研究」平成20年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」，2009
- 3) 高崎邦子：多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化－事例検討会の4年間の実施と今後継続していくための方策－，宮

本真巳，他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究，「他害行為を行った精神障害者の診断，治療及び社会復帰支援に関する研

究」，厚生労働科学研究費補助金 分担研究報告書，2009

6) 包括的暴力防止プログラム CVPPP

包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP) トレーナーコース開催の現状と医療観察法病棟スタッフにおける CVPPP 構成要素についての評価

○下里 誠二 (信州大学医学部保健学科)
谷本 桂 (信州大学医学部保健学科)
西谷 博則 (肥前精神医療センター)

研究要旨

精神科における包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence and Prevention Programme :CVPPP) に関して実際に運用している看護者の使用体験とその評価について検討することを目的とした。

CVPPPを病棟単位で導入している国内の16病院17病棟の看護者に対して独自に作成した質問紙を郵送し回答を得た。質問内容には個人属性とCVPPPの各要素についての妥当性についての評価と使用経験、身体介入について適切な介入、不適切な介入をどう考えるかについての意見を求めた。倫理的配慮として調査は匿名で行い個人が特定されないよう行った。また所属施設の倫理委員会の承認を受けた。

各要素とも90%以上で問題ないと考えられていたが、ブレイクアウエイや身体介入としてのチームテクニクスでは操作性で10~20%問題があると感じていた。チームテクニクスは20~30%で使用され、適切な介入として「マニュアル、理念に基づいた介入」「実践的な必要性に基づいて行う介入」が、不適切な介入として「理論・マニュアルを無視した介入」「倫理的に問題となる行動」「安全確保に不安がある介入」があげられた。

現時点で看護者はCVPPPに関して概ね妥当と考えているようであったが、倫理的な配慮を中心にした手法の検討は継続される必要があると考えられた。

A. 研究目的

包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme:CVPPP) は暴力に対して対象者の人権に配慮しつつ治療的に関わり、可能な限り隔離拘束を減らしていこうとするプログラムであり、医療観察法病棟に導入され、運用されている。CVPPPは4日間の「トレーナーコース」の研修を受講することによってトレーナーとして認定され施設内でその技術を

伝えることができるようになる。この研修を受けずにトレーナーから教えられた場合は施設内で使用することはできるが他人に伝えることはできないという規定によって管理されている。昨年度は平成20年12月末までに全国で49回、414施設1530名がCVPPPトレーナーコースを受講し一般精神科医療においてもニーズが高いこと、今後さらに指定入院医療機関を中心にしたCVPPP普及への展開が望まれることを報告した。本年度は指定入院医療機関を持つ8病院で外部受講生を受け入れて

の研修が開始され、CVPPPが司法精神医療から一般医療へと伝えられるようになりつつある。

本格的に暴力に対してこれまでの場当たりの介入からより治療的な関わりを考慮した対応が確立されつつあることは、CVPPPは短期的な暴力状況へのマネジメントとしての身体的介入技術を有しており、これについては欧米でも議論も多く誤用に対する問題もある (Stubbs et. al,2009)。その使用法についての倫理的妥当性や理論的妥当性は常に検討されるべき (Paterson,Duxbury,2007) ものである。この倫理的問題、理論的問題と同時にこのような身体介入法には臨床実践上の必要性も考慮する必要がある。英国の国立臨床研究所 (National Health and Clinical Excellence : NICE) による精神科の入院施設及び救急での暴力行動の短期的マネジメントのためのガイドライン (NICE,2005) を発表しているが、このガイドラインでは身体的介入およびそのトレーニングの効果について十分なエビデンスレベルをもった研究はないものの、事実上トレーニングの必要性を認めている (Paterson and Duxbury,2007)。トレーニングの必要性についてはアメリカでもJCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizationsはトレーニングを受け、資格 (徒手拘束できる、評価ができる、緊急時の隔離指示ができる) を必要としていることから、身体的介入はその実際的な必要性も考慮する必要がある。

そこで本稿ではCVPPPを病棟単位で運用している医療観察法病棟のスタッフがCVPPPのコンポーネントであるリスクアセスメント、ディエスカレーション、チームテクニクス、ブレイクアウエイ、ディブリーフィングのそれぞれについて倫理性、操作性 (扱いやすさ)、理論的妥当性、実際の必要性、実際の使用の有無についてどのように評価してい

るかを質問紙により調査することを目的とした。尚本研究における暴力はCVPPPにおける暴力の定義により「他者を害することを意図した行動であって容認できないと判断されるものであり、他者に対して脅威を与える行動」とした。

B. 研究方法

現在CVPPPを病棟単位で導入している指定入院医療機関17施設18病棟に対して独自に作成した調査用紙を郵送し、各スタッフに記入を依頼した。記入後は郵送で回収した。まず個人属性として性別、年齢 (10代~60代までから選択)、CVPPPの受講の経緯についてインストラクターであるか、トレーナー研修を受講しているかもしくはトレーナーから教えてもらったか、精神科および看護師経験を聞いた。

次にCVPPPのコンポーネントであるリスクアセスメント、ディエスカレーション (攻撃性をやわらげるためのコミュニケーション技法)、チームテクニクス (チームによる身体的介入法全4種類)、ブレイクアウエイ (攻撃から逃れるための離脱法全11種類)、ディブリーフィング (暴力事象の後に行う当事者、スタッフに対しての振り返り) ごとに倫理性 (倫理的に妥当であるかどうか)、操作性 (扱いやすさについて問題があるかどうか)、理論的妥当性 (倫理的に妥当であるかどうか)、実際の必要性 (実際の必要性について問題があるかどうか) のそれぞれについて0 : 妥当あるいは問題なし、1 : やや妥当あるいはだいたい問題なし、2 : どちらともいえない、3 : やや妥当でないあるいはやや問題あり、4 : 妥当でないあるいは問題ありの5つから回答を求めた。またそれぞれについて実際に使用した経験があるかどうかについて質問した。

得られた回答はSPSS.16Jを使用し基本統計

量を算出した。また個人背景による際についてはFisherの直接法により差異を検討した。自由記述についてはそれぞれ同じ意味内容ごとにまとめた。

(倫理面への配慮)

本研究は信州大学医学部倫理委員会の承認を得ておこなった。調査は無記名で行い個人が特定されないよう配慮した。また、返送された用紙はすぐに外部と接続しないコンピュータを使用して入力し、入力後原本は裁断破棄した。データは研究者以外見ることができないよう管理した。

C. 研究結果

17病棟へ郵送し病棟単位で回収した。15病棟、413名から回答を得た。このうち、個人属性の全項目に回答のなかったものは除外し364名を分析の対象とした。

1. 対象者の背景 (表1)

対象者の背景は男性171名女性193名で年齢は30代(140名)、40代(105名)が多く、受講の経緯はトレーナーから教えられておりトレーナー認定を受けていないものが169名、認定を受けているものはインストラクター、ト

レーナーを合わせて182名でほぼ半数であった。

2. 各要素の評価 (表2-1~3)

各要素毎に倫理性、操作性、理論的妥当性、実際の必要性が全て評価されているものを分析の対象としてそれぞれの評価を度数で示した。

1) リスクアセスメント、ディエスカレーション、ディブリーフィング理論の評価

リスクアセスメント、ディエスカレーション、ディブリーフィングとも操作性についてやや妥当でない、あるいは妥当でないと回答したものが合計で10%程度いたが、その他については10%未満であった。

2) ブレイクアウエイの評価

ブレイクアウエイ技法では倫理的妥当性理論的妥当性については全11種類全てにおいてやや妥当でない、あるいは妥当でないと回答したものは10%以下であった。操作性では全11種類全てについて10%~20%台であり、実践的必要性でも10種類で10%を超えていた。

3) チームテクニクスの評価

チームテクニクス全4種類について、倫理的妥当性と理論的妥当性は全種類ともやや妥

表1：対象者の背景 (n=364)

性別	男	171
	女	193
年齢	20代	53
	30代	140
	40代	105
	50代	59
	60代	1
	無回答	6
受講の経緯	トレーナーから教えられた	169
	トレーナー	143
	インストラクター	39
	無回答	13
精神科経験	(平均±標準偏差)年	9.8±7.4
総経験年数	(平均±標準偏差)年	14.7±8.8

表2-1：理論についての評価

		妥当または問題なし	やや妥当あるいはやや問題なし	どちらともいえない	やや妥当でないあるいはやや問題あり	妥当でないあるいは問題あり	計
リスクアセスメント理論	理論的妥当性	225 (64)	92 (26)	26 (7)	8 (2)	3 (1)	354
	倫理的妥当性	220 (62)	98 (28)	26 (7)	7 (2)	3 (1)	354
	操作性	147 (42)	111 (31)	61 (17)	33 (9)	2 (1)	354
	実践的必要性	182 (51)	121 (34)	30 (8)	18 (5)	3 (1)	354
ディエスカレーション理論	理論的妥当性	236 (66)	89 (25)	22 (6)	8 (2)	1 (0)	356
	倫理的妥当性	240 (67)	85 (24)	22 (6)	8 (2)	1 (0)	356
	操作性	144 (40)	110 (31)	67 (19)	31 (9)	4 (1)	356
	実践的必要性	200 (56)	101 (28)	34 (10)	19 (5)	2 (1)	356
ディブリーフィング理論	理論的妥当性	220 (62)	82 (23)	41 (12)	8 (2)	2 (1)	353
	倫理的妥当性	218 (62)	90 (25)	33 (9)	10 (3)	2 (1)	353
	操作性	129 (37)	96 (27)	74 (21)	45 (13)	9 (3)	353
	実践的必要性	191 (54)	93 (26)	46 (13)	18 (5)	5 (1)	353

※数値は人数()内は全体に対する割合(%)

表2-2：ブレイクアウェイについての評価

		妥当または問題なし	やや妥当あるいはやや問題なし	どちらともいえない	やや妥当でないあるいはやや問題あり	妥当でないあるいは問題あり	計
同側の手をつかまれた場合	理論的妥当性	216 (60)	90 (25)	36 (10)	10 (3)	6 (2)	358
	倫理的妥当性	208 (58)	99 (28)	39 (11)	6 (2)	6 (2)	358
	操作性	145 (41)	102 (28)	66 (18)	37 (10)	8 (2)	358
	実践的必要性	164 (46)	102 (28)	58 (16)	22 (6)	12 (3)	358
反対の手をつかまれた場合	理論的妥当性	209 (58)	84 (24)	45 (13)	10 (3)	9 (3)	357
	倫理的妥当性	198 (55)	98 (27)	43 (12)	10 (3)	8 (2)	357
	操作性	116 (32)	97 (27)	81 (23)	46 (13)	17 (5)	357
両方の手をつかまれた場合	理論的妥当性	204 (57)	80 (23)	48 (14)	6 (2)	5 (1)	343
	倫理的妥当性	201 (56)	81 (24)	47 (14)	10 (3)	4 (1)	343
	操作性	130 (36)	86 (25)	81 (24)	39 (11)	7 (2)	343
髪をつかまれた場合	理論的妥当性	143 (40)	92 (27)	69 (20)	27 (8)	12 (3)	343
	倫理的妥当性	195 (54)	82 (24)	47 (14)	9 (3)	6 (2)	339
	操作性	182 (51)	90 (27)	49 (14)	12 (4)	5 (1)	338
後ろから襟をつかまれた場合	理論的妥当性	110 (31)	76 (22)	81 (24)	57 (17)	14 (4)	338
	倫理的妥当性	136 (38)	89 (26)	64 (19)	28 (8)	21 (6)	338
	操作性	207 (58)	82 (24)	42 (12)	5 (1)	4 (1)	340
前から襟をつかまれた場合	理論的妥当性	197 (55)	88 (26)	45 (13)	6 (2)	4 (1)	340
	倫理的妥当性	132 (37)	87 (26)	77 (23)	37 (11)	7 (2)	340
	操作性	146 (41)	95 (28)	64 (19)	22 (6)	13 (4)	340
首をつかまれた場合	理論的妥当性	206 (58)	79 (23)	44 (13)	6 (2)	6 (2)	341
	倫理的妥当性	197 (55)	82 (24)	47 (14)	9 (3)	6 (2)	341
	操作性	117 (33)	84 (25)	78 (23)	51 (15)	11 (3)	341
後ろから襟をつかまれた場合	理論的妥当性	142 (40)	96 (28)	63 (19)	25 (7)	14 (4)	340
	倫理的妥当性	199 (56)	78 (23)	49 (14)	5 (1)	7 (2)	338
	操作性	195 (54)	80 (24)	47 (14)	10 (3)	6 (2)	338
仰向け(うつ伏せ)に倒された場合	理論的妥当性	115 (32)	87 (26)	70 (21)	52 (15)	14 (4)	338
	倫理的妥当性	137 (38)	92 (27)	64 (19)	27 (8)	18 (5)	338
	操作性	191 (53)	80 (24)	48 (14)	11 (3)	10 (3)	340
後ろから抱きつかれた場合	理論的妥当性	195 (54)	75 (22)	51 (15)	12 (4)	7 (2)	340
	倫理的妥当性	101 (28)	68 (20)	73 (21)	70 (21)	28 (8)	340
	操作性	132 (37)	84 (25)	68 (20)	34 (10)	22 (6)	340
叩きかかれた場合	理論的妥当性	194 (54)	88 (26)	46 (13)	9 (3)	5 (1)	342
	倫理的妥当性	197 (55)	84 (25)	47 (14)	9 (3)	5 (1)	342
	操作性	103 (29)	83 (24)	82 (24)	59 (17)	15 (4)	342
蹴られる場合	理論的妥当性	135 (38)	92 (27)	69 (20)	29 (8)	17 (5)	342
	倫理的妥当性	198 (55)	84 (24)	48 (14)	10 (3)	9 (3)	349
	操作性	191 (53)	88 (25)	52 (15)	11 (3)	7 (2)	349
蹴られる場合	理論的妥当性	101 (28)	90 (26)	83 (24)	51 (15)	24 (7)	349
	倫理的妥当性	136 (38)	101 (29)	65 (19)	30 (9)	17 (5)	349
	操作性	193 (54)	88 (25)	42 (12)	11 (3)	13 (4)	347
蹴られる場合	理論的妥当性	191 (53)	87 (25)	47 (14)	14 (4)	8 (2)	347
	倫理的妥当性	104 (29)	83 (24)	79 (23)	59 (17)	22 (6)	347
	操作性	135 (38)	99 (29)	65 (19)	27 (8)	21 (6)	347

※数値は人数()内は全体に対する割合(%)

表2-3：チームテクニクスについての評価

		妥当または問題なし	やや妥当あるいはやや問題なし	どちらともいえない	やや妥当でないあるいはやや問題あり	妥当でないあるいは問題あり	計
チームテクニクス（立位）	理論的妥当性	214 (60)	84 (24)	39 (11)	8 (2)	5 (1)	350
	倫理的妥当性	199 (56)	87 (25)	45 (13)	13 (4)	6 (2)	350
	操作性	136 (38)	92 (26)	63 (18)	47 (13)	12 (3)	350
	実践的必要性	172 (48)	95 (27)	49 (14)	21 (6)	13 (4)	350
チームテクニクス（腹臥位）	理論的妥当性	213 (59)	81 (23)	38 (11)	9 (3)	5 (1)	346
	倫理的妥当性	191 (53)	87 (25)	46 (13)	17 (5)	5 (1)	346
	操作性	118 (33)	88 (25)	74 (21)	52 (15)	14 (4)	346
	実践的必要性	162 (45)	93 (27)	56 (16)	21 (6)	14 (4)	346
チームテクニクス（仰臥位）	理論的妥当性	209 (58)	83 (24)	41 (12)	8 (2)	5 (1)	346
	倫理的妥当性	192 (54)	86 (25)	50 (14)	13 (4)	5 (1)	346
	操作性	113 (32)	95 (27)	75 (22)	48 (14)	15 (4)	346
	実践的必要性	155 (43)	95 (27)	56 (17)	26 (8)	12 (3)	346
チームテクニクス（肘のホールド）	理論的妥当性	215 (60)	85 (24)	38 (11)	8 (2)	3 (1)	349
	倫理的妥当性	203 (57)	90 (26)	42 (12)	11 (3)	3 (1)	349
	操作性	141 (39)	97 (28)	65 (19)	38 (11)	8 (2)	349
	実践的必要性	177 (49)	95 (27)	54 (15)	15 (4)	8 (2)	349

※数値は人数()内は全体に対する割合(%)

当でない、あるいは妥当でないと回答したものは全体の10%以下であった。操作性については全種類で10-20%であった。

3. 操作性と性別、受講経緯による差（表3-1、2）

各要素で最もやや妥当でないあるいは妥当でないと回答した者が多かった操作性についてやや妥当でない、妥当でない、の回答を合計し問題ありとし、それ以外（どちらでもない、やや妥当、妥当）の合計を性別と受講の経緯（4日間のトレーナー養成コースを受講

しているかどうか）によって違いがあるか検討した。（Fisherの直接法）性別、受講経緯とも有意な差を認めなかった（ $p < 0.05$ ）

4. 各要素の使用経験（表4）

各要素を実際に使用した経験があるかについて、経験したことがないと回答したものはリスクアセスメント理論43%、ディエスカレーション理論40%、ディブリーフィング理論63%、同側の手をつかまれた場合88%、反対の手をつかまれた場合93%、両方の手をつかまれた場合95%、髪をつかまれた場合

表3-1：操作性と性別

	問題あり以外		問題あり		合計	fisherの直接法
	男	女	男	女		
リスクアセスメント理論	150	171	18	17	356	n.s
ディエスカレーション理論	150	173	19	16	358	n.s
ディブリーフィング理論	138	164	30	24	356	n.s
同側の手をつかまれた場合	147	168	22	23	360	n.s
反対の手をつかまれた場合	136	160	33	30	359	n.s
両方の手をつかまれた場合	145	157	17	29	348	n.s
髪をつかまれた場合	128	144	32	40	344	n.s
後ろから襟をつかまれた場合	143	158	18	27	346	n.s
前から襟をつかまれた場合	138	145	24	40	347	n.s
首をつかまれた場合	135	141	26	42	344	n.s
仰向け（うつ伏せ）に倒された場合	122	124	38	62	346	n.s
後ろから抱きつかれた場合	133	139	29	47	348	n.s
叩きかかられた場合	132	148	36	40	356	n.s
蹴られる場合	125	147	42	40	354	n.s
チームテクニクス（立位）	139	158	31	30	358	n.s
チームテクニクス（腹臥位）	134	152	39	35	354	n.s
チームテクニクス（仰臥位）	139	151	29	36	355	n.s
チームテクニクス（肘のホールド）	150	160	20	28	358	n.s

表3-2：操作性と受講経緯

	問題あり以外		問題あり		合計	fisherの 直接法
	トレー ナー研修 非受講	トレー ナー研修 受講	トレー ナー研修 非受講	トレー ナー研修 受講		
リスクアセスメント理論	144	166	20	13	343	n.s
ディエスカレーション理論	146	165	19	15	345	n.s
ディブリーフィング理論	143	148	21	31	343	n.s
同側の手をつかまれた場合	144	161	24	18	347	n.s
反対の手をつかまれた場合	143	142	24	37	346	n.s
両方の手をつかまれた場合	139	153	21	23	336	n.s
髪をつかまれた場合	127	135	31	39	332	n.s
後ろから襟をつかまれた場合	138	153	21	22	334	n.s
前から襟をつかまれた場合	132	142	28	33	335	n.s
首をつかまれた場合	129	138	28	37	332	n.s
仰向け（うつ伏せ）に倒された場合	117	120	42	55	334	n.s
後ろから抱きつかれた場合	127	134	33	41	335	n.s
叩きかかられた場合	132	137	33	41	343	n.s
蹴られる場合	129	132	36	44	341	n.s
チームテクニクス（立位）	136	150	29	30	345	n.s
チームテクニクス（腹臥位）	134	141	30	36	341	n.s
チームテクニクス（仰臥位）	137	142	27	36	342	n.s
チームテクニクス（肘のホールド）	138	161	27	19	345	n.s

表4：使用経験

	使用経験なし	使用経験あり	合計
リスクアセスメント理論	150 (43)	200 (57)	350
ディエスカレーション理論	143 (40)	211 (60)	354
ディブリーフィング理論	221 (63)	130 (37)	351
同側の手をつかまれた場合	313 (88)	44 (12)	357
反対の手をつかまれた場合	329 (93)	25 (7)	354
両方の手をつかまれた場合	328 (95)	16 (5)	344
髪をつかまれた場合	328 (96)	12 (4)	340
後ろから襟をつかまれた場合	331 (97)	10 (3)	341
前から襟をつかまれた場合	331 (97)	10 (3)	341
首をつかまれた場合	335 (99)	5 (1)	340
仰向け（うつ伏せ）に倒された場合	334 (98)	6 (2)	340
後ろから抱きつかれた場合	334 (98)	6 (2)	340
叩きかかられた場合	330 (95)	19 (5)	349
蹴られる場合	329 (94)	20 (6)	349
チームテクニクス（立位）	261 (74)	91 (26)	352
チームテクニクス（腹臥位）	268 (77)	79 (23)	347
チームテクニクス（仰臥位）	274 (79)	74 (21)	348
チームテクニクス（肘のホールド）	229 (64)	128 (36)	357

※数値は人数()内は全体に対する割合(%)

96%、後ろから襟をつかまれた場合97%、前から襟をつかまれた場合97%首をつかまれた場合99%、仰向け（うつ伏せ）に倒された場合98%、後ろから抱きつかれた場合98%、叩きかかられた場合95%、蹴られる場合94%、チームテクニクス（立位）74%、チームテクニクス（腹臥位）77%、チームテクニクス（仰臥位）79%、チームテクニクス（肘の

ホールド）、64%であり、ブレイクアウエイ法については90%以上で使用経験がなかった。

5. 使用経験と性別、受講状況との差（表5-1、2）

それぞれの要素の使用経験について性別、受講状況で差があるかを検討した（Fisherの

直接法)。

リスクアセスメント理論 (p=.001)、ダイエスカレーション理論 (p=.001)、ディブリーフィング理論 (p=.003)、同側の手をつかまれた場合 (p=.000)、反対の手をつかまれた場合 (p=.000)、両方の手をつかまれた場合 (p=.008)、蹴られる場合 (p=.011)、

チームテクニクス (立位) (p=.000)、チームテクニクス (腹臥位) (p=.000)、チームテクニクス (仰臥位) (p=.000)、チームテクニクス (肘のホールド) (p=.000) では男性の方が使用経験が多く、髪をつかまれた場合 (p=.074)、後ろから襟をつかまれた場合 (p=.198)、前から襟をつかま

表5-1: 使用経験と性別

	使用経験なし		使用経験あり		合計	fisherの 直接法
	男性	女性	男性	女性		
リスクアセスメント理論	55	95	110	90	350	.001
ダイエスカレーション理論	52	91	116	95	354	.001
ディブリーフィング理論	92	129	76	54	351	.003
同側の手をつかまれた場合	130	183	36	8	357	.000
反対の手をつかまれた場合	141	188	23	2	354	.000
両方の手をつかまれた場合	148	180	13	3	344	.008
髪をつかまれた場合	150	178	9	3	340	.074
後ろから襟をつかまれた場合	152	179	7	3	341	.198
前から襟をつかまれた場合	152	179	7	3	341	.198
首をつかまれた場合	154	181	4	1	340	.188
仰向け (うつ伏せ) に倒された場合	153	181	5	1	340	.100
後ろから抱きつかれた場合	153	181	5	1	340	.100
叩きかかられた場合	153	177	12	7	349	.185
蹴られる場合	149	180	15	5	349	.011
チームテクニクス (立位)	99	162	68	23	352	.000
チームテクニクス (腹臥位)	111	157	52	27	347	.000
チームテクニクス (仰臥位)	111	163	54	20	348	.000
チームテクニクス (肘のホールド)	85	144	84	44	357	.000

表5-2: 使用経験と受講経緯

	使用経験なし		使用経験あり		合計	fisherの 直接法
	トレー ナー研修 非受講	トレー ナー研修 受講	トレー ナー研修 非受講	トレー ナー研修 受講		
リスクアセスメント理論	92	51	70	124	337	.000
ダイエスカレーション理論	89	49	75	129	342	.000
ディブリーフィング理論	117	97	47	78	339	.003
同側の手をつかまれた場合	155	147	13	31	346	.009
反対の手をつかまれた場合	160	158	8	17	343	.097
両方の手をつかまれた場合	150	168	6	10	334	.609
髪をつかまれた場合	149	169	6	6	330	1.000
後ろから襟をつかまれた場合	153	168	3	7	331	.344
前から襟をつかまれた場合	151	170	5	5	331	1.000
首をつかまれた場合	152	173	3	2	330	.669
仰向け (うつ伏せ) に倒された場合	152	172	3	3	330	1.000
後ろから抱きつかれた場合	152	171	3	3	329	1.000
叩きかかられた場合	153	166	8	11	338	.645
蹴られる場合	153	165	9	11	338	.822
チームテクニクス (立位)	130	121	31	59	341	.005
チームテクニクス (腹臥位)	131	126	29	50	336	.029
チームテクニクス (仰臥位)	135	128	25	49	337	.008
チームテクニクス (肘のホールド)	123	96	41	85	345	.000

れた場合 (p=.198)、首をつかまれた場合 (p=.188)、仰向け (うつ伏せ) に倒された場合 (p=.100)、後ろから抱きつかれた場合 (p=.100)、叩きかかられた場合 (p=.165) では性別の差を認めなかった。

また、リスクアセスメント理論 (p=.000) ディエスカレーション理論 (p=.000)、ディブリーフィング理論 (p=.003)、同側の手をつかまれた場合 (p=.009)、チームテクニクス (立位) (p=.005)、チームテクニクス (腹臥位) (p=.029)、チームテクニクス (仰臥位) (p=.008)、チームテクニクス (肘のホールド) (p=.000) では有意にトレーナー養成研修を受けている者の方が使用経験が多く、反対の手をつかまれた場合 (p=.097)、両方の手をつかまれた場合 (p=.609)、髪をつかまれた場合 (p=1.000)、後ろから襟をつかまれた場合 (p=.344)、前から襟をつかまれた場合 (p=1.00)、首をつかまれた場合 (p=.669)、仰向け (うつ伏せ) に倒された場合 (p=1.00)、後ろから抱きつかれた場合 (p=1.00)、叩きかかられた場合 (p=.645)、蹴られる場合 (p=.822) では受講経緯による差を認めなかった。

6. 自由記述による意見

1) 各要素に対する記述 (表6-1~3)

それぞれの要素にあった自由記述を同じ意

味内容になるように分類した。結果リスクアセスメントでは「予測ツールの活用」「治療者間の評価のギャップ」「全員が精通している必要がある」ディエスカレーションでは「マニュアル化は困難」「経験、研修で培う」「患者-看護師関係と共通する」「経験的に有効な誘因期の介入」ディブリーフィングでは「マニュアル化できない」「理論的ディブリーフィングは効果的」「スタッフへの心理学的介入が不十分」があげられた。ブレイクアウェイでは「反射的実行への不安」「対峙時のアイテムになる技術」「不要な動作もある」「技術の応用」「実践に不向き」「運動学的根拠に基づく技術」「感覚の報告：作用が期待以上」「倫理的な問題」「実践報告：手技のコツ」「理にかなわない動作がある」「参考となる技術」「実践に向いている」があげられた。チームテクニクスでは「倫理的に問題」「実践に不向き」「不要な動作がある」「実践向き」があげられた。

2) 身体介入に対する自由記述 (表7)

身体的介入で「適切と思われる介入」「不適切と思われる介入」について聞いた。同じ意味内容を分類し、適切な介入として「マニュアル、理念に基づいた介入」「実践的な必要性に基づいて行う介入」が、不適切な介入として「理論・マニュアルを無視した介入」「倫理的に問題となる行動」「安全確保に不安がある介入」があげられた。

表6-1：理論に対する自由記述

リスクアセスメント	見出し	内容例
	見出し 予測ツールの活用 治療者間の評価のギャップ 全員が精通している必要がある	短期的予測ツールは利用する 人により視点が異なる
ディエスカレーション	マニュアル化は困難 経験、研修で培う 患者-看護師関係と共通する 経験的に有効な誘因期の介入	相手との対応はケースバイケース 場面、経験により異なる 日常の関係性がよければうまくいく 研修での訓練がまだ少ない、 経験が少ないひとは困難 看護の関わりと共通な部分が多い 初期に「どうしたの？」と聞くことでうまくいくことがある
ディブリーフィング	マニュアル化できない 理論的ディブリーフィングは効果的 スタッフへの心理学的介入が不十分	実施の時期、場面、年齢、経験で異なる する側が理論を効いていないと逆効果 スタッフに対するものは今ひとつできない スーパーバイザーの技術を強化する必要がある。実際にはメンタル ダメージのケアを行うことすら困難なことが多い

表6-2：ブレイクアウトエイに対する自由記述

	見出し	内容例
同側の手を握られた場合のブレイクアウトエイ	反射的実行への不安	瞬時の対応には不安 とっさに出やすいものとそうでないものがある 方法を知っていると役に立つ
	対峙時のアイテムになる技術 不要な動作もある 技術の応用 実践に不向き	切り崩し動作は不要 この原理を他にも使えないか 格闘技をやっているといればすぐに返せてしまう 個人要因が大き 確実に行う必要がある かえって不利なポジションになることがある
反対側の手を握られた場合のブレイクアウトエイ	運動学的根拠に基づく技術 感覚の報告：作用が期待以上 実践に不向き	よく考えられている 突き飛ばすような感じになったことがある 動きが多く実践的ではない 複雑、難しい 方法をわすれてしまう かえって不利なポジションになることもある
	反射的実行への不安 倫理的な問題	引かれることが多いので対抗できるか不明 覚えられない人が多い 咄嗟の対応には不安 バランスを崩すのは相手に不快な印象となる バランスを崩すのは相手に攻撃されたかと勘違いされる うまくいかないし床に転がる 行いやすい よく考えられている
両手を握られた場合のブレイクアウトエイ	運動学的根拠に基づく技術 不要な動作もある 実践に不向き	バランスを崩すまでは不要 引き寄せられる感じになるので恐怖がある 胸に持ってくるのは難しい 女性に不向き
	実践の報告：作用が期待以上 実践に不向き	両手をつかまれることは少ない 対象者が飛ばされたことがあった 実際には両手で引っ張られることが多い 手を離す前に殴られてしまう可能性がある 見えないので難しい 単独実践は危険
髪をつかまれた場合のブレイクアウトエイ	倫理的問題	あくまで痛みを叫ぶのは良くない 痛みがあること、骨折が怖い けがをさせない注意が必要 自分でやるのは良くない。助けを求めて外してもらうのがよい
	実践報告：手技のコツ 実践に不向き	指は4、5指をとるのがよい 逆回転してしまったら危険 難しい
後ろから襟をつかまれた場合のブレイクアウトエイ	実践に不向き	身長差があるとむずかしい 脇で挟むのは実践的ではない 相手の腕が曲がっているとできない 相手の肩を痛める可能性がある
	倫理的問題 理にかなわない動作がある	体得に時間がかかる 習得に時間がかかる 嫌な感情を持たれる 肘を叩く効果が不明 とっさには相手の首をつかんでしまうと思う。
前から襟をつかまれた場合のブレイクアウトエイ	実践に不向き	女性には難しい うまくいかない可能性がある 叩くのはよくない 体重差があると無理 腰が痛くなった
	倫理的問題 実践に不向き	うつぶせの時には足を曲げるのが難しい 顔面への防御が必要 実際には攻撃されている中なのでできるかどうか 知っていた方がよい技術 身体を沈めるのは動きにくい 体格差が問題となる
首をつかまれた場合のブレイクアウトエイ	実践に不向き	これはうまくいく 上から来た攻撃に対して腕で相手の手首を止めこくのは危険 理想だが難しい 自分も攻撃される いつまでも殴りかかってくるので最終的に逃げるのが難しい 手の動きが難しい
	倫理的問題 実践に不向き	実際に使うというよりは立ち位置とか距離の取り方がわかる 護身のために必要 足をとるのは無理 攻撃戦から逃れるのは理想だが難しい。 相手を押し返してしまうとけがをさせる可能性がある 回避した後に自分の重心が崩れる
後ろから抱きつかれる場合のブレイクアウトエイ	参考となる技術 実践に不向き	
	実践に向いている	
叩きかかられた場合のブレイクアウトエイ	実践に不向き	
	参考となる技術	
蹴られる場合のブレイクアウトエイ	実践に不向き	

表7：身体的介入に対する適切な介入、不適切な介入への自由記述

適切な介入 見出し	内容例	不適切な介入 見出し	内容例
マニュアル、理念に 基づいた介入	<ul style="list-style-type: none"> ・ディエスカレーションを優先させた対応 ・関節可動域を理論的に理解して関わっていること ・対象者を第一に考えて行動していること ・対象者の協力を得て行う場合 ・最終手段として認められる状況での使用 ・チームとしてのかかわり ・対象者との身長差、性差を考慮して関わる ・身体介入まで至らないようにすることを考えながらの使用 	理論・マニュアルを無 視した介入	<ul style="list-style-type: none"> ・練習がきちんとできていないと難しい ・打ち合わせしないで介入する ・少ない人数で介入する
実践的な必要性に 基づいて行う介入	<ul style="list-style-type: none"> ・練習を十分にしてからすること ・椅子でディエスカレーションを試みるケース ・自動車中での介入 ・歩いて移動する際の介入 	倫理的に問題となる 行動	<ul style="list-style-type: none"> ・制約的利用になること ・予防的使用になること ・声かけ、説明しないで行うこと ・他者から見たときどう思われるか配慮しないこと ・腹臥位での固定は倫理的に問題 ・長時間の使用 ・相手を倒すこと自体が問題 ・IQの低い対象者への適応 ・立ったまま(後ろ手に)されることは問題
		安全確保に不安が ある介入	<ul style="list-style-type: none"> ・興奮が激しくチームテクニクスでも不安のある状況での介入 ・実際の適用への意味が不足している場合 ・身長差、体格差、性差などが考慮されない場合 ・狭い場所での介入

D. 考察

1) リスクアセスメント

リスクアセスメントに関しては理論的、倫理的にはほぼ妥当と考えられていた。使用経験も57%でありおそらくスタッフがリスクアセスメントを意識して関わるようになりつつあると考えられた。一方でリスクアセスメントにあたって、予測ツールは評価者によって結果が異なることもあるため、指標を扱う者全てが指標に精通している必要があると感じていた。リスクアセスメントをより客観的に行おうとすることは重要なことであるがさらにリスクアセスメントについてはその手法について検討していく必要がある(下里, 2009b)と考えられた。

2) ディエスカレーション

ディエスカレーションでも倫理的あるいは理論的にはほぼ妥当と考えられていた。自由記述では「マニュアル化は困難」で「経験、研修で培う」必要があると考えていた。元々ディエスカレーション技法は看護師個人のパーソナリティと個人との関係性を治療的に利用し自身の洗練された行動の能力で直感的にディエスカレーションできるスキルが大切であり、ディエスカレーションに標準的なアプローチはない(NICEガイドライン)もので

あり、画一的にこの場面では「こう言う」というようなものではない。「もっとも拘束の少ない形で、治療的に対立的でない手法で怒りや攻撃性を低めるための手法(Cowinら, 2003)」でありこの治療的、対立的、拘束的でないという条件をどう判断していくかについてのスキルが求められるものである。この意味では今後ディエスカレーションの教育でこの本来の意味がより伝わるような教育方法を検討していく必要がある。「患者-看護師関係と共通する」「経験的に有効な誘因期の介入」という見だしにあるようにこのディエスカレーションと呼ばれる技法は精神科看護の技術そのものに共通な技術でもと考えられ、さらにその理論の発展的研究が必要であると考えられた。

3) デイブリーフィング

デイブリーフィングは事態の分析とスタッフのストレス軽減という側面で重要(Huckshorn, 2004)と考えられているが、これも妥当性に関してはほぼ妥当と考えられていたものの、操作性ではやや問題があると感じていた。「理論的デイブリーフィングは効果的」と感じながらも「スタッフへの心理学的介入が不十分」と感じ、デイブリーフィングに当たる人・スーパーバイザーの技量が問われるが、現時点での技量は不十分である

と感じていた。まずはディブリーフィングに当たる人・スーパーバイザーがディブリーフィングの理論（意味）を理解し、臨機応変に行えるよう技量を高める必要があると考えられた。

4) ブレイクアウエイ法

ブレイクアウエイ法でも理論的、倫理的妥当性に関しては9割以上のスタッフが問題ないと感じていたが、操作性では髪をつかまれた場合、仰向け（うつ伏せ）に倒された場合、後ろから抱きつかれた場合、叩きかかれた場合、蹴られる場合で20%を超えて問題があると感じていた。自由記述からは医療者側の護身術として必要と認識しつつも難易度の高い手技は反射的に実践することは困難であること、常に成功するとは限らないことなどから、実践には不向きであると感じていた。英国ではブレイクアウエイは英国の精神医療の現場では不可欠なものとなっているが実際に適切に利用できるかについては疑問であるし、実際うまくは使えない（Rogers, 2006）ということであり、これは日本でも同様であると考えられた。しかしながら「参考になる技術」として知っていることが自信につながったり、さらに使用経験もほとんどの手技で1割に満たないことから実際に使用するため、というより医療として攻撃におけるリスクを回避するための考え方の参考として発展させていくことが重要であると考えられた。使用経験に関しては同側の手をつかまれた場合、反対側の手をつかまれた場合が有意に男性の方が多かったが他では差を認めなかった。また研修受講の経緯でも差を認めなかった。ブレイクアウエイに関しては臨床では誰がいつ遭遇するかわからない事態であることが推察された。

5) チームテクニクス

チームテクニクスにおいても倫理的、理論的妥当性については9割以上のスタッフが妥

当であると考えていた。

使用経験ではブレイクアウエイに比べ20%～30%のスタッフに使用経験があったが、椅子でのホールドが最もよく使われ、さらに男性、トレーナー養成研修の受講者の方が使用していた。現時点ではチームテクニクスは妥当な手技として多くの研修者に受け入れられ、実践されているようであった。

使用経験が研修受講者に多かったことについて、専門的にしっかりした研修を受けていないと自信を持って使えないために研修受講者が多かったと考えられるが、一方で研修受講者の方が安易に使用する傾向にあるのかとも考えられる。実際理論的に、倫理的には問題と感じているスタッフは多く、実際の必要性ばかりに目がいっているとすると不適切な使用法として「使ってみよう」とか身体介入を優先してしまうという誤った身体介入（Stubbs et. al,2009、岡田, 2008）が行われる危険性が高まると考えられる。ただし自由記述としては患者の視点（下里, 2009a）からみてどう思われるか、対象者に痛みが起る可能性について倫理的な側面からの記述もあり、さらに不適切な介入として「理論・マニュアルを無視した介入」「倫理的に問題となる行動」「安全確保に不安がある介入」があげられており、看護者は倫理的な側面をも考えさらに負傷のリスクを認識し比較的、傷害が発生するリスクが低く、臥位や上体を曲げる動作を用いず、手技・チームの意思疎通が図りやすい椅子でのホールドといった手技については実践頻度が高いと考えられた。身体介入に対して、「他者がみたらどう思うか」という倫理的配慮は重要である。何人かの研究者はユーザーが身体的介入を罰とみなしている（Fish & Culshaw, 2005）場合も考えられ、対象者との関係にも影響を与えることから身体介入法については対象者がもつ印象を常に検討すべきである。今後さらに倫理

的問題についての詳細な検討を行っていく必要があると考えられる。

身体介入についての不適切性については、男性が女性に介入することについてのジェンダーとしての問題も指摘された。これに関してBonnerら(2002)も男性が女性に介入することの苦痛をあげており、今後介入の方法としてのプロトコルに検討を加える必要があると思われた。

E. 結論

CVPPPの実際の使用と看護者の評価についてアンケートを元に検討した。結果、現時点でCVPPPの各要素は理論的、倫理的には概ね妥当と考えられていたが、特にチームテクニクスによる身体介入については倫理的側面については継続的に検討することが必要であると考えられた。また、ブレイクアウェイ法については実際の使用のためというよりもリスクを考える上での参考になる知識としての効果が考えられた。

<参考文献>

Bonner G., Lowe T., Rawcliffe D., et al. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 465-473, 2002

Chien W.T., Chan C.W.H., Lam L.W., et al. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counselling* 59, 80-86, 2005.

Cowin L, Davies R, Estall G et al., De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing* , 12 (1) : 64 - 73, 2003

Fish R. & Culshaw E. The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. *Journal of Intellectual Disabilities* 9, 93-107, 2005.

Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 42 (9) :22-33. 2004.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) , Clinical Practice Guidelines for Violence: The Short-term Management of Disturbed/ Violent Behaviour in Psychiatric In-patient Settings and Emergency Departments, 2005

岡田実, 暴力と攻撃性の対処, p37, すぴか書房, 2008

Paterson B, Duxbury J, RESTRAINT AND THE QUESTION OF VALIDITY, *Nursing Ethics* , 14 (4) ,536-545,2007.

Rogers P, Miller G, Paterson B, Bonnett C, Turner P, Brett S, Flynn K, Noak J, Is breakaway training effective? Examining the evidence and the reality, *Journal The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 2 (2) , 5-12, 2007.

下里誠二. 暴力のリスク・マネジメント 暴力を回避する対処方法. *精神医療*53 : 105-109,2009a.

下里誠二. 包括的暴力防止プログラム (CVPPP) ・その後 身体的介入に偏らず、患者の視点での技術に研修を重ねる中で見えてきたこと. *精神科看護* 36 (9) : 42-48, 2009b.

STUBBS B, LEADBETTER D., PATERSON B., YORSTON G., KNIGHT C. & DAVIS S. Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of*