

表 2. リスペリドン (RIS) 群とオランザピン (OLZ) 群の入院から 8 週後における比較

	RIS	OLZ	<i>P</i>
N	10	9	
最大投与量(mg)	7.5 (2.9)	23.3 (11.2)	
不穏時指示使用(%)	40	11	0.30
ベンゾジアゼピン系併用(%)	60	67	1.00
抗コリン薬併用(%)	40	0	0.087
バルプロ酸併用(%)	0	0	
治療中止(%)	40	33	1.00
PANSS 変化			
Total score	-30.0(12.8)	-37.4(17.8)	0.30
Positive score	-10.4(4.2)	-16.7(7.5)	0.036
Negative score	-4.6(3.2)	-4.4(4.7)	0.93
Genreal psychopathology	-15.0(8.1)	-16.3(9.6)	0.75
PANSS 改善率	42.2 (20.3)	52.0 (27.7)	0.39
CGI-I	2.6(1.0)	2.2(0.7)	0.34
GAF 変化	19.9 (15.1)	34.7 (18.2)	0.070
血糖値変化(mg/dL)	0.3(28.0)	10.3(46.2)	0.59
総コレステロール変化(mg/dL)	10.4(37.0)	13.0(50.9)	0.90
中性脂肪変化(mg/dL)	18.6(83.6)	33.4(63.9)	0.68
体重変化(kg)	-0.52(3.18)	2.88(3.94)	0.061
錐体外路症状(%)	60	22	0.17
高用量に至った例(%)	40	33	1.00
高用量例中の 8 週継続率(%)	50 (2/4)	33 (1/3)	
上記例の PANSS 改善率(%)	36.4, 36.5	42.4	
高用量中止例の理由	副作用 2 例	副作用 1 例 効果不十分 1 例	

%の表記のない項目は平均値 (SD) ; PANSS : 陽性・陰性症状評価尺度 ; CGI : 臨床的全
般改善度 ; GAF : 全般性機能評価

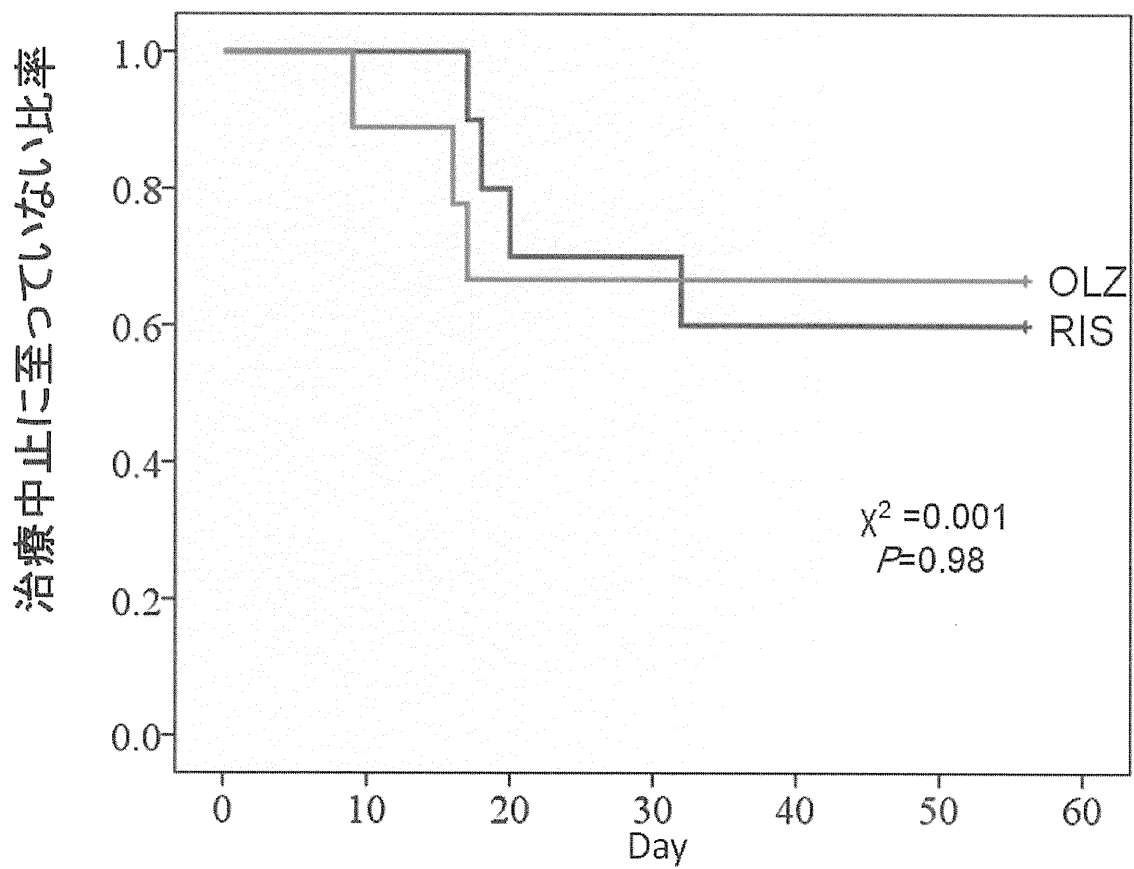


図1. 救急入院時から単剤投与中止までの時間の比較
 (すべての理由による投与中止をKaplan-Meier法で推計)

行動制限最小化のためのモニタリング等を用いた 有効手法の検証と普及手段の確立

研究分担者 杉山直也 財団法人復康会沼津中央病院 院長

研究要旨：本研究では、精神科医療における行動制限について、臨床医学的な研究デザインを用いて、その使用に影響する要因を解き明かしたうえ、抜本的でわが国の風土に適した実践可能な最小化法を検証し、それを普及させる方法の確立を目的とした。本研究は4つのパートで構成され、①隔離室入室期間の人的資源投入量に関する調査、②米国で成果を上げている行動制限最小化のための「コア戦略」を基本とした、行動制限最小化研修プログラム（パイロット版）の開発とその研修効果の検証、③「コア戦略」を用いた、行動制限最小化認定看護師等による介入研究、④フィンランドで開発された e-Learning を用いた看護師教育手法である e-PsychoNurse.Net の国内紹介とした。

研究方法：対象は精神科救急および急性期治療を行う医療施設ならびにその職員とした。パート①では、国内11施設の急性期病棟医療チーム（医師・看護師・PSW）を対象とし、想定事例を提示したインタビュー形式でケアの内容や時間の聞き取りを行うことにより、人的資源投入量と隔離期間に関する調査を行った。パート②では、「コア戦略」を基本とし、その内容に沿った研修パッケージおよびプログラムを考案、研修会を実施し、アンケート調査により研修効果を検証した。パート③では、日本精神科看護技術協会の協力により、同協会認定看護師に対して、「コア戦略」に含まれる計14の具体的な介入方法を提示し、その認定看護師の所属する病院において可能な方法を実践したうえ介入中および前後の行動制限量やスタッフの意識の調査を行い、各介入法の有効性を検証する方法とした。パート④では、e-PsychoNurse.Netの開発者であるフィンランド・トゥルク大学のスタッフと会合し、説明と資料提供を受けた。

結果：パート①では、人的資源投入量と隔離期間には地域差がみられ、非都市部の病院では隔離室入室1日目の直接ケア時間が多いと隔離日数が減少する相関関係が観察され、このため適切なケアを行うためには合理的な診療報酬の設定が必要と考えられた。パート②では、試行的に第5回精神科医療評価・均てん化研修において研修会を実践し、研修の前後で受講者の認識が適切な方向へ変化する効果を認めた。また、本研修パッケージおよび配布教材を利用した二次研修会の実践報告2件においても、同様の研修効果を認めた。パート③は、認定看護師を募った第二次説明会までを行い、現在までに30施設の参加の意向を得た。パート④は、e-PsychoNurse.Netが、わが国には見られない教育プログラムであることから、今後の精神科看護の卒後教育の検討をする上での一助になると考えられた。

まとめ：行動制限最小化に必要で有効な方法について、臨床医学的な検証方法を用いて包括的に研究を行った。各研究パートの進捗には差異があるが、一部の成果は適切な精神科医療の実現にとって有益な知見となった。人的資源の投入が効果的で現行のケア体制が合理的に設定される必要があることを示した他、行動制限最小化手法の検証では研究の参加者に有益な意識変化を生じている。今後、行動制限の施行量に影響する真の最小化が実現できるよう、研究を引き続き継続遂行する必要があると考えられた。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
(あいうえお順)	
泉田信行	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第1室 室長
伊藤弘人	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長
老川美緒	横浜市立大学精神医学教室
佐藤真希子	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部
佐藤雅美	精神医学研究所附属東京武蔵野病院
末安民生	天理医療大学 医療学部看護学科 教授
富田敦	復康会沼津中央病院看護部 係長
野田寿恵	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 社会福祉室 室長
則村良	青溪会駒木野病院
早川幸男	日本精神科看護技術協会 専務理事
平田豊明	静岡県立こころの医療センター 院長
三宅美智	東海大学健康科学部看護学科 助教
山口しげ子	国立精神・神経医療研究センター病院
山野真弓	国立精神・神経医療研究センター病院
吉浜文洋	神奈川県立保健福祉大学 看護学科 教授

A. 研究目的

精神科医療において、行動制限はこれまでの永きに亘りその最小化が強調され、精神保健福祉法や診療報酬における政策的対応、研究的な取り組み等が盛んに行われているものの、現在までに明らかな効果がみられていない大きな課題である。その理由の一つに、行動制限の有効性が主に経験則によって示され、最小化の議論もその延長として行われていることがあげられる。このため、本研究では臨床医学的な研究デザインを用いて、行動制限

に影響する要因を科学的に解き明かしたうえで、抜本的でわが国の風土に適した実践可能な最小化法を検証し、それを普及させる方法を確立することを基本的な目的とした。

B. 研究方法

対象は、精神科救急および急性期治療を行う医療施設ならびにその職員とした。方法は、行動制限に影響する要因を検討することを目的としたパート①と、わが国で実践可能な行動制限最小化法を検証し、それを普及させる方法を確立すること目的としたパート②～④で構成した。

パート①：隔離室入室期間の人的資源投入量に関する調査

本パートでは、報告者らが以前に公表した「精神科急性期治療導入時の資源投入量に関する調査・検討」（泉田ら，2010）で開発した方法を用いた。同研究では国内3病院の精神科急性期病棟医療チーム（医師・看護師・PSW）を対象とし、想定事例を提示したインタビュー形式でケアの内容や時間の聞き取りを行うことにより、職種毎の人的資源投入量と隔離期間をシミュレーションしていく方法とした。今回の研究では、対象を11病院にまで拡大して同法を用いた調査を行った。前回の調査結果を踏まえ、対象病院を3次救急事例の受入件数によって都市型と非都市型に分類し、人的資源の投入量と隔離期間の関連について分析した。また、今回あらたに調査を行った8病院では、本来のケアの在り方を探求する目的で、実際のケア投入量と理想的な場合のケア投入量の聞き取りを行い、その場合の行動制限の短縮化の可能性についても調査を行った。得られたデータに対して、医療経済学的観点から考察を加え、病院経営上の収支試算を行

って、診療報酬のあり方についても考察した。

続いて、今後わが国で実践可能な行動制限最小化方策を検証・確立するために、これまでに海外で有効とされ成果を上げている行動制限最小化手法について、わが国での有用性を検討した。第一の手法は、米国で提唱された行動制限最小化のための「コア戦略」であり、昨年報告者らによって原著論説の邦訳までを行った。第二の手法は、フィンランドで開発された看護師の e-Learning システムとしての e-PsychoNurse.Net である。

パート②：行動制限最小化研修プログラム（パイロット版）の開発とその研修効果の検証

「コア戦略」を基本とし、その内容に沿って、研修の教材や手順書をまとめた研修パッケージの作成をうえ、基礎講義・グループワーク・各戦略の実践報告の3セッションを柱とした研修プログラムを開発し、研修を実施して受講前後アンケートと全般アンケートによって研修効果の調査を行った。

パート③：「コア戦略」を用いた、行動制限最小化認定看護師等による介入研究

日本精神科看護技術協会の協力により、同協会が定める行動制限最小化認定看護師に対して、「コア戦略」に示される具体的な介入方法を提示し、その認定看護師の所属する病院において可能な方法を実際の医療現場で実践したうえ介入中および前後の行動制限量やスタッフの意識の調査を行い、各介入法の有効性を検証する方法とした。

介入方法の定義は、「コア戦略」に示される方策のうち、わが国の実情を考慮して実施可能と思われる14の介入方法を抽出した。調査内容は基本情報である施設と介入病棟の特性、主結果としての隔離・身体拘束施行量および患者の攻撃的行動の発生数、副結果とし

ての退棟患者および介入病棟看護師・准看護師の認識の変化を設定し、調査票を準備した。

手順として、まず認定看護師が集まる日本精神科看護技術協会の学術集会の機会に概略説明を実施したうえ、認定看護師が所属する医療機関に対して書面で研究依頼を行い、研究の具体的内容を詳解する説明会を開催、その後各医療機関で内容を吟味し、本登録によって参加を確定したうえで介入を実施することとした。

パート④：e-PsychoNurse.Net の紹介

EU加盟国が共同で取り組む初期から専門家レベルの職業訓練である Leonardo da Vinci Project の一環として、フィンランドのトゥルク大学において e-PsychoNurse.Net の開発が行われている。e-PsychoNurse.Net は、精神科病院での不穏な患者に、質が高く、十分に倫理的で治療効果のある介入を、看護師が実践可能になることで、隔離・身体拘束が最小化されることを目的とした教育システムである。e-PsychoNurse.Net の開発者であるフィンランド・トゥルク大学の Maritta Välimäki 教授および開発・運営スタッフと会合する機会を設け、説明と資料提供を受けて、わが国への紹介を行った。

（倫理面への配慮）

以上の研究方法は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会によって承認された。なお、介入研究に参加する医療施設については、各機関の倫理委員会の承認を得るか、または国立精神・神経医療研究センターにて倫理審査の手続きを行って承認を得るか、のどちらかを経たうえ実施することとした。

C. 研究結果（各パートの報告書参照）

パート①

対象となった11の病院は、都市型が6、非都市型が5に分類された。全ての病院で入室1-2日目に直接ケア時間（人的資源投入量）が最大となり、3日目以降は横ばいとなった。人的資源の投入は非都市型病院で明らかに多く、1日目の直接ケア時間に着目すると、都市型病院がほぼ一定であったのに対し、非都市型では全ての病院が都市型を大きく上回り、しかも直接ケア時間に応じて隔離期間が短縮される逆相関を認めた。都市型ではそのような相関は認められなかった。隔離期間では、都市型の中央値（11.5日）のほうが非都市型のそれ（9日）よりも長かった。

理想的なケアを尋ねた質問では、全ての病院が直接ケア時間を増やすと回答し、そのうちの5病院がそれによって隔離期間を短縮できると答えた。しかし、この理想的な人的資源の投入は、隔離期間を短縮できるものの、最終的な病院の収支を悪化させる結果となった。

パート②

平成23年6月13日から2日間にかけて国立精神・神経医療研究センターで開催された「第5回精神科医療評価・均てん化研修」の一日目に本研修プログラムを設定した。基礎講義については、行動制限の実態と臨床指標に関する講義、Huckshornのコア戦略に挙げられている4つの理論的基礎と6つの戦略に関する講義、そして精神科急性期治療における人的資源に関する講義を行った。実践報告の講義では、6つのコア戦略に取り組んでいる専門家が講義を行った。グループワークでは、受講者がアイスブレイク、実習（「一覧性台帳から主要CIを算出しよう」「コア戦略 グループディスカッション：すぐにできる対策を探そう」）、グループ発表を行った。アンケート調査に関して、33名の受講者のうち31名から回答を得

た。受講前後アンケートにおいて、「わが国の行動制限は多い」と「行動制限は経験的知識に基づいて確立された有効な方法である」に5%水準で有意な差が見られた。全般アンケートでは、受講者の87%が研修プログラムを大変満足ないし満足と回答し、受講者の97%が行動制限最小化に向けた取り組み方法を理解できた並びにやや理解できたと回答した。

パート③

14の介入定義は、戦略1（組織改革のためのリーダーシップ）：A. 管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く；B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる、戦略2（データ利用）：C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす；D. 隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月1回）に見直す、戦略3（院内スタッフ力の強化）：E. 認定看護師による定期的研修会の開催；F. ディエスカレーション研修の開催、戦略4（隔離・身体拘束使用防止ツールの利用）：G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案；H. タイムアウトの実施；I. コンフォートルームの使用；J. セイフティプランの使用；K. 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用、戦略5（入院施設での患者（医療消費者）の役割）：L. 利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加、戦略6（デブリーフィング）：M. 開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束の振り返りを行う、N. 数日後以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う、とした。

調査票として1) 全病棟の隔離・身体拘束施行量調査票、2) 施設特性調査票、3) 介入病棟特性調査票、4) 介入対象病棟のSOAS-R調査票、5) 退棟患者認識調査票、6) 介入病棟看護師認識調査票、7) 遂行報告書の計7つを準備した。対象選定の方法について、依頼文を57

の医療機関に郵送し、41 医療機関より F A X 回答があり、うち 30 の医療機関から研究協力を得た。医療機関の認定看護師等に対して、第 1 回「行動制限最小化認定看護師等による介入研究」検討会、介入研究協力依頼文の作成および送付、第 2 回「行動制限最小化認定看護師等による介入研究」説明会を実施した。第 2 回説明会では、31 名が参加した。

パート④

提供資料をもとに、e-PsychoNurse.Net の概要として 6 つのユニット構造（1：法的側面、2：倫理的側面、3：内的外的要因、4：自己洞察と対人関係の役割、5：チームワークの意味、6：知識と実践の統合）、基礎となる概念として Gibbs の提唱するリフレクティブサイクル（①What happened?（記述・描写）、②What were you feeling?（感情）、③What for you was good and bad about the experience?（評価）、④What sense can you make of the situation?（分析）、⑤What else could you have done in the situation?（総合）、⑥If the situation arose again what would you do?（行動計画）の 6 つのステージ、これらをもとにした運用の詳細、今後の可能性について紹介を行った。

D. 考察

行動制限に使用に影響する要因は多岐にわたる。人員や設備といった構造的要因、年齢や疾患などの患者特性、スタッフの認識、治療文化などがあげられ、報告者らはこれまでに医療圏人口や措置入院数²⁾、病棟の建築学的な空間構造³⁾などが影響することを示した。本研究パート①では、行動制限使用に最も影響すると一般的に考えられている人的資源投入量（いわゆるヒューマンパワー）について調査を行った。その結果、非都市型病院において、1 日目の直

接ケア時間に応じて隔離期間が優位に短縮され、最小化効果が観察された。これまで、人的資源の投入量が隔離の最小化にどれほど効果的であるかを検証した報告はみられず、その意味で、本報告はシミュレーションという方法的な限界があるものの、初めてその効果を示すものとなった。一方の都市型の病院ではそのような相関は認められていないが、隔離期間に施設間差異がみられており、短期に隔離を終了できるとした病院では別の最小化方策が有効に実施されている可能性等も考えられる。精神科救急入院料病棟における隔離・身体拘束量を検討した研究²⁾によれば、医療圏人口が大きく措置入院者数の多い病棟、すなわち都市部にその使用量が多いという相関関係があり、ここでも地域性が反映されているため、措置患者等の 3 次救急事例を多く扱い重症者のウエイトが大きい都市部の病院では、1 人当たりの隔離患者に投入できる直接ケア量が不足していることが想定され、こうした人的資源の不足が隔離期間に関与した可能性は否定できない。また、今回調査を行った対象病院では理想的なケア時間の質問を新たに設けたが、理想的なケア、つまりはさらに多くの人的資源の投入を実現できれば、より以上の最小化が得られることも示唆され、ここでも人的資源の投入による最小化効果の可能性が示された。

急性期医療へのリソースの集中投下による入院期間の短縮や早期社会復帰の考え方は、治療導入期の早い段階での手厚いケアが重要で、最終的には適切な医療に結びつくことを示すものであり、今回の結果と合致する。しかしながら、今回の調査において理想的な直接ケア時間の達成はほぼ全ての病院の収支を悪化させるという結果であったことから、今後は合理的な診療報酬の設定などの対策が必要と考えられる。

パート②～④では今後わが国で実践可能な行動制限最小化方策を検証・確立するために、これまでに海外で有効とされ成果を上げている行動制限最小化手法について、わが国での有用性を検討した。

パート②の行動制限最小化研修プログラム（パイロット版）の受講者による満足度と理解度は高く、行動制限最小化についての見解は妥当な方向へ変化がみられ、本研修プログラムが行動制限に対する正しい認識を持つために有効であることが示された。本研修は受講者が研修パッケージを用いて各地で二次研修を行うことが可能であり、同様の効果が得られるかどうかを検証しながら受講者を増やし、重要な認識を広く普及できる可能性がある。なお現在までに、本研修パッケージおよび配布教材を利用した二次研修会の実践報告が2件寄せられたが、いずれにおいても、同様の研修効果を認めており、今後に期待できる結果であった。

パート③の行動制限最小化認定看護師等による介入研究では、米国で成果を上げている「コア戦略」を参照し、わが国の実情を考慮しながら、介入の定義、調査内容、および対象方法の選定を検討した。行動制限最小化認定看護師向けの説明会を開催して参加を募ったところ、現在までに多くの賛同者を得ることができている。今後の手順として、2012年1月より、説明会に参加した認定看護師等を中心に自施設での研修会および説明会の実施、研究参加への正式登録、院内周知・運用フロー・倫理申請準備を経て、8月頃より介入を開始する。8月31日と9月1日に日本精神科看護学会専門学会I、2013年5月に全国大会が開催され、その時期に各医療機関の介入研究の進捗報告会を実施する予定である。

パート④は、e-PsychoNurse.NetのWEBを活用した利便性、問題提起型で個々の看護師の

ニーズに対応した特徴などをふまえ、単に受講生の介入技術の質の向上のみならず、学習に伴う対応方法の蓄積とその内容分析から得られるさらなる対応方法の向上が得られ、常に発展し続けるシステムであり、わが国には見られない教育プログラムであることから、国の違いによる文化的・環境的相違があっても、今後の精神科看護の卒後教育の検討する上での一助になると考えられた。

E. 結論

隔離室入室期間の人的資源投入量の調査では、隔離室入室初期に手厚い直接ケアを行うことにより、隔離室入室期間が短縮化されること、医療従事者が考える理想的な直接ケア時間の実行は隔離日数を短縮化すると考えられたが、現行の診療報酬では収支が悪化するため、特に隔離室入室初期について、合理的な診療報酬の設定などの現実的な対策が必要と考えられた。

今後わが国で実践可能な行動制限最小化方策を検証・確立し普及させるために、これまでに海外で有効とされ成果を上げている行動制限最小化手法を基に、わが国の実情を考慮しながら臨床医学的な研究デザインによって方策を検討した。研究に関与した協力者はこの課題について積極的であり、研修等によって主に意識変化の点で効果が得られているが、後は行動制限施行量についても最小化効果が発揮できるよう、継続的に研究を遂行する必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 泉田信行ほか：隔離室入室期間の人的資源投入量の検討. コストおよび行動制限最小化

の視点から. 精神医学 (投稿中).

2) 野田寿恵: 精神保健福祉資料 (630 調査) を用いた隔離・身体拘束施行者数の分布. 精神医学 (印刷中).

2. 学会発表

1) 佐藤真希子ほか: 急性期医療における隔離・身体拘束施行時間と患者特性の関連. 第 19 回日本精神科救急学会宮崎大会, 2011.10.21

2) 泉田信行ほか: 隔離室入室期間の人的資源投入とそのコストの調査及びその短縮化のための検討. 第 19 回日本精神科救急学会宮崎大会, 2011.10.21

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)
なし

(文献)

1. 泉田信行, 野田寿恵, 杉山直也, 伊藤弘人; 精神科急性期治療導入時の資源投入量に関する調査・検討. 精神医学. 52: 773-782, 2010
2. 杉山直也, 野田寿恵, 川畑俊貴, 他: 精神科救急病棟における行動制限一覧性台帳の活用. 精神医学. 52: 661-669, 2010
3. 横田美根, 筧淳夫, 野田寿恵, 他: 精神科救急病棟の空間構成と隔離・身体拘束との関連. 精神医学. 53: 239-246, 2011

行動制限最小化研修プログラム（パイロット版）の開発と その研修効果について

研究分担者 杉山直也 財団法人復康会沼津中央病院 院長

研究要旨：本研究は、病院の運営及び管理に携わる医師や看護師らを対象に、1. 行動制限の最小化に必要な知識及び技術を習得できるようコア戦略をもとにした研修プログラムの開発、2. 自施設で研修会を実施できるよう本研修パッケージの作成、3. 行動制限に関する認識について受講前後比較と研修の全般評価を行うことを目的とした。**研究方法**：コア戦略の翻訳に携わった専門家による、1. 基礎講義、実践報告の講義、グループワークの3つを柱とした研修プログラム開発の協議、2. 本研修をまとめたパッケージ作成の検討、3. 受講前後アンケートと全般アンケートの作成、4. 研修の実施及びその効果の調査の4つのステップを経た。**結果**：平成23年6月13日から2日間にかけて国立精神・神経医療研究センターで開催された「第5回精神科医療評価・均てん化研修」の一日目に本研修プログラムを設定した。基礎講義については、行動制限の実態と臨床指標に関する講義、Huckshornのコア戦略に挙げられている4つの理論的基礎と6つの戦略に関する講義、そして精神科急性期治療における人的資源に関する講義を行った。実践報告の講義では、6つのコア戦略に取り組んでいる専門家が講義を行った。グループワークでは、受講者がアイスブレイク、実習（「一覧性台帳から主要CIを算出しよう」「コア戦略 グループディスカッション：すぐにできる対策を探そう」）、グループ発表を行った。アンケート調査に関して、33名の受講者のうち31名から回答を得た。受講前後アンケートにおいて、「わが国の行動制限は多い」と「行動制限は経験的知識に基づいて確立された有効な方法である」に5%水準で有意な差が見られた。全般アンケートでは、受講者の87%が研修プログラムを大変満足ないし満足と回答し、受講者の97%が行動制限最小化に向けた取り組み方法を理解できた並びにやや理解できたと回答した。**まとめ**：受講者による、本研修プログラムの満足度と理解度は高く、行動制限最小化についての見解は妥当な方向へ変化がみられ、本研修プログラムが行動制限に対する正しい認識を持つために有効であることが示された。本研修は受講者が研修パッケージを用いて各地で二次研修を行うことが可能であり、同様の効果が得られるかどうかを検証しながら受講者を増やし、重要な認識を広く普及できる可能性がある。

研究協力者 所属施設名及び氏名
(五十音順)

泉田信行

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部 第1室長

伊藤弘人

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会精神保健研究部
部長

○佐藤真希子

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会精神保健研究部

佐藤雅美

精神医学研究所附属東京武蔵野病院

富田 敦

復康会沼津中央病院 看護部 係長

野田寿恵

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会精神保健研究部
社会福祉研究室 室長

則村 良

青溪会駒木野病院

山口しげ子

国立精神・神経医療研究センター病院

山野真弓

国立精神・神経医療研究センター病院

吉浜文洋

神奈川県立保健福祉大学 看護学科 教授

(○執筆者)

A. 研究目的

精神科医療での隔離・身体拘束などの行動制限最小化に取り組む上で、医療スタッフへの研修は重要となる¹。Livingston²らによって行われた、行動制限最小化の研修プログラムに関するレビューに、患者の暴力行為に対する介入方法などを学習する研修では、興奮した患者への安全な介入方法と非制限的な方法について学ぶことができ、それによって隔離・身体拘束の削減につながるとある。Smoot³らは、精神科医療スタッフのストレスを軽減させ、患者への共感を深めることを目的としたコミュニケーション技術の研修において、その研修を受けたスタッフの隔離・身体拘束の施行数は、研修前後で30%減少したことを報告し、その研修の有効性を裏付けている。Phillips⁴らは、攻撃的な患者に対する非暴力の自衛研修の効果において、講義及び実践研修を受講したスタッフの身体拘束の施行数は、講義研修のみを受講したスタッフと研修を全く受講しなかったスタッフと比べ低かったことを報告している。研修により受講者の非暴力的な介入に対する価値観は高められたと、Phillipsらは考察している。

わが国の行動制限について見ると、隔離・身体拘束施行量は、欧州や米国などと比べ多いことが報告されている⁵。2008年に実施された野田⁶らの研究によると、わが国の隔離と身体拘束の施行者割合は17.2%、7.8%であった。フィンランドにおける2004年の隔離と身体拘束の施行者割合は1.3%、0.8%⁷、米国において、2009年の隔離と身体拘束の施行者割合は2.64%、3.83%であった⁸。

わが国の行動制限の対策の1つとして、2004年に「医療保護入院等診療料」の施設基準に行動制限最小化委員会が導入された。行動制限に関する基本方針の整備、月に1回程度の病状改善、行動制限の適切性及び行動制限最小化のための検討会議、年に2回程度の職員に対する研修会の実施といった活動を行うこととしている⁹。行動制限最小化委員会は、各精神科医療機関で組織されているが、その後も隔離・身体拘束は、増加し続けている^{9,10}。わが国のこのような現状において、行動制限最小化に関する研修は重要なものと考えられる。

わが国には、行動制限最小化の研修として、包括的暴力防止プログラム(Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP)や日本精神科看護技術協会が主催する行動制限最小化看護研修など

がすでに行われている。CVPPPは、英国のControl and Restrain(C & R)法をもとに、わが国独自の技法として、国立病院機構肥前精神医療センターを中心とするメンバーによって開発された^{11,12}。患者の暴力行為を物理的な力で抑止するものでなく、暴力による不利益から患者を守ることを目的としている^{11,12}。2004年以降、CVPPPは暴力を予防し対処するプログラムとして広がりを見せており、2010年時点で全国653施設、2,881名が4日間のCVPPPトレーナー研修を受講している^{13,14}。また、日本精神科看護技術協会¹⁵は、精神科看護技術を明確化するため1995年に精神科認定看護師制度を設け、10専攻領域の1つに行動制限最小化看護がある。行動制限最小化看護研修は、隔離・身体拘束等が必要な患者の人権に配慮し、行動制限の最小化をめざした看護を習得することを目的とし、2011年8月時点で59名が行動制限最小化看護領域の精神科認定看護師として登録している¹⁵。これらの研修によって、臨床実践的報告もなされつつある。

一方で、これらの研修は、病院運営者のリスクマネジメントなどを含めた組織による管理的視点に重点を置いていない。米国では、Huckshorn¹⁶が「隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略」(以下、コア戦略とする)を提唱し、精神科医療機関における隔離・身体拘束の最小化のための基本的な考え方や組織的な取り組みについて紹介している。コア戦略の特徴として、一番初めに病院幹部の管理指導を挙げている。そのコア戦略をもとにした研修が行われており、隔離・身体拘束の最小化の成果を挙げている¹⁷。

そこで本研究は、病院の運営及び管理に携わる医師や看護師らを対象に、1. 行動制限の最小化に必要な知識、技術を習得できるようコア戦略をもとにした研修プログラムの開発、2. 自施設で研修会を実施できるよう本研修パッケージの作成、3. 行動制限に関する認識の受講前後の比較と研修全般の評価を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1. 研修プログラムの開発

コア戦略の翻訳に携わった専門家が、基礎講義、実践報告、グループワークの3つを柱とした研修プログラムの開発を協議した。

基礎講義については、わが国の隔離・身体拘束の現状を把握できるよう、行動制限の実態と

臨床指標に関する講義, Huckshorn¹⁶がコア戦略に示す4つの理論的基礎と6つの戦略に関する講義,そして精神科急性期治療における人的資源に関する講義を検討した。

実践報告の講義については,行動制限に関する国内の文献や学会報告レビューに基づき,6つのコア戦略に取り組んでいる専門家に講義を依頼することを検討した。

グループワークは,個々がグループ内で相互に影響を受け,成長していくことを目的としている¹⁸。本研修では,行動制限最小化の関心を高め,受講者個人の生産性を高められるように,グループワークを取り入れることを検討した。緊張を取り除きリラックスを目的とするアイスブレイク,自施設での隔離・身体拘束施行量が把握できるよう臨床指標を算出する実習,そしてKJ法(Kawakita Jiro法)を用いて取り組み可能なコア戦略をまとめる実習を検討した。

2. パッケージ作成

研修後,受講者が自施設にて研修会を実施し,行動制限最小化を進めていくことができるよう,本研修をまとめたパッケージの作成を検討した。

3. アンケート作成

専門家が集まり,行動制限に関する認識についての受講前後アンケート(以下,前後アンケートとする)と研修プログラムの全般として満足度,理解度を問うアンケート(以下,全般アンケートとする)を作成した。前後アンケートは,行動制限の使用,最小化に関する方法や取り組みなどを問う6つの質問項目を設定した(資料1)。質問1から質問5までを単一選択とし,質問6を複数選択可とした。全般アンケートは,研修の効果を問う5つの質問項目を設定した(資料2)。

4. 研修の実施と対象

国立精神・神経医療研究センター(以下,NCNP: National Center of Neurology and Psychiatryとする)は,2007年から精神保健に関する技術研修課程の一環として,病院での管理的立場のスタッフを対象とした「精神科医療評価・均てん化研修」(以下,均てん化研修とする)を行っている。当研修の目的は,精神疾患治療を担う精神科救急・急性期医療施設をとりまく現状を理解し,精神科医療の質の評価と

向上のための専門的知識および技能を修得することである。今年度の第5回均てん化研修は6月13日から2日間にかけて行われ,その1日目に本プログラムを設定した。

NCNP精神保健研究所 社会精神保健研究部のホームページに,本プログラムを含む均てん化研修の応募方法を公表するとともに,救急入院料届け出施設およびeCODO(イーコード: Coercive measures Database for Optimization) トライアル版に参加していた192医療機関に,研修の案内を送付した。NCNPにて開発されたeCODOは,隔離・身体拘束の施行量を収集し,モニタリングを行い,病棟間や施設間で経時的に比較することを可能にしたデータベースソフトウェアである⁵。実際にeCODOの導入を検討している医療機関は,行動制限の数値化に興味を持ち,最小化に向けての取り組みに積極的であると考へ,研修の案内を送付した。また,平成23年4月時点で45名の行動制限最小化認定看護師に研修の案内を送付した。

募集の結果,33名の医療関係者が本研修を受講した。うち,アンケートの回答が得られた31名の受講者については,平均年齢40.5歳,男性21名,女性10名であった。精神科関係の平均勤務年数は16.3年であった。職種別では医師11名,看護師17名(日本精神科看護技術協会認定の行動制限最小化認定看護師8名,日本看護協会認定の精神看護専門看護師1名),その他3名(精神保健福祉士1名,事務職1名,作業療法士1名)であった。病院運営に携わる管理職として,院長2名,所長1名,医長1名,看護部長1名,看護部長代行1名,看護次長1名,看護課長1名,師長3名,事務局常任理事1名の参加が得られた。

5. アンケート調査の方法

前後アンケートと全般アンケートを研修開始前にパッケージと共に配布した。講義開始前に,受講前アンケートを回収した。研修終了後に,受講後アンケートと全般アンケートを回収した。

6. 分析方法

前後アンケートについて,質問1から質問5は対応のあるt検定,質問6は記述統計を行った。全般アンケートについて,記述統計を用いた分析を行った。本分析は,SPSSバージョン19.0を用いた。

C. 研究結果 (資料参照)

1. 研修プログラムの内容について

行動制限最小化の専門家が以下のカリキュラムを実施した (資料3)。

1) 研修タイトル

「行動制限最小化研修 (パイロット版)」

2) 研修日程

2011年6月13日11時10分から18時

3) 基礎講義

講義1「わが国の行動制限の実態 (630調査より) と臨床指標について」

精神保健福祉資料 (630調査) からわが国の行動制限の実態と諸外国の行動制限施行量の比較、臨床指標に関する20分間の講義を野田氏が行った。

講義2「コア戦略を学ぶ」

Huckshorn¹⁶が示す4つの理論的基礎である「隔離・身体拘束使用の根底にある神話的通念と思ひこみ」、「公衆衛生学の考えに基づいた予防的アプローチ」、「トラウマ・インフォームド・ケアの科学的進歩」、「精神保健におけるリカバリーモデル」と、6つのコア戦略である戦略1「組織改革のためのリーダーシップ」、戦略2「データ利用」、戦略3「院内スタッフ力強化」、戦略4「隔離・身体拘束使用防止ツールの利用」、戦略5「医療消費者の役割」、戦略6「デブリーフィング」の紹介、わが国とアメリカの隔離・身体拘束最小化における考え方やその相違点、わが国の行動制限最小化の推進に向け、杉山氏が40分間の講義を行った。

講義3「精神科急性期治療導入時の人的資源投入量」

精神科急性期治療において、在院日数や隔離・身体拘束の施行量が人的資源を投入することで減少するのか、そして精神科急性期の診療報酬がどうあるべきかに関し、泉田氏が30分間の講義を行った。

4) 実践報告

講義4「取り組みの経験から」

講義2で紹介されたコア戦略を実践している専門家が各20分間の講義を行った。

実践1「行動制限最小化チーム」

駒木野病院では病院の管理部門、行動制限最小化委員会、精神看護専門看護師が一丸となり行動制限最小化に努めている¹⁹。精神看護専門看護師の則村氏が、実際の行動制限最小化チームの目的と活動について報告を行った。

実践2「データ利用：eCODO」

eCODOは現在、全国にある複数の精神科医療機関で導入され、隔離・身体拘束の施行量の数値化が行われている。eCODOを導入している沼津中央病院の富田氏は、eCODOの紹介を行ったうえで、そのデータ活用によって総合的な分析が可能となり、行動制限最小化委員会での方策の検討に有効であるという報告を行った。

実践3「タイムアウト」

タイムアウトは、衝動性や攻撃性への対処法の一つで隔離・身体拘束の代替法とされている。医療スタッフが患者に提案し、患者自らの治療参加によって行われることが望ましいとされている²⁰。東京武蔵野病院の佐藤氏が、どのような状況下でタイムアウトを行うのか、自身の病院における実施手順の報告を行った。

実践4「コンフォートルーム」

自身の感情のコントロールを失いかけていると患者本人が認識したとき、その感情を落ち着かせるため、コンフォートルームを用いる取り組みが、わが国ではじめてNCNP病院医療観察法病棟で行われている²¹。NCNP病院の山野氏が実践例の報告を行った。

実践5「コンシューマーの役割」

松原病院では、外部 (家族会など) からの意見を取り入れた行動制限の最小化を実施している²²。また京都府立洛南病院では、弁護士を含めた行動制限最小化委員会の取り組みを行っている²³。しかし、コア戦略5には、医療消費者である患者が院内の主要な委員会に出席し助言を行うことや、病院運営者らに医療消費者の重要性を働きかけることを挙げており、こういった活動に比してわが国の医療消費者の役割は進展しているとはいえない。米国で行われた研究によると、児童・思春期精神科病棟でコア戦略を用いて隔離・身体拘束削減の研究をした際に、医療消費者の役割として、患者とその家族を含めたケア会議や病棟に患者の意見

を取り入れていく会議を定期的開催する取り組みをした Azeem²⁴らの報告、マサチューセッツ州では、隔離・身体拘束削減および代替法として、スタッフと患者が共に患者の気分の変化を把握し、暴力行為が現れる前にどのような対処をすれば気分が落ち着くのかを確認する、セーフティプランの開発がなされている²⁵。わが国の医療機関の運営者がどのように医療消費者を採用していくのが望ましいのか、米国での取り組み及びセーフティプランの紹介を NCNP 社会精神保健研究部、佐藤が行った。

実践 6「デブリーフィング」

デブリーフィングとは、精神的ショックを体験した人が時間をかけて感情を吐露し、ストレスを軽減し、その体験を振り返るといふものである²⁶。NCNP 病院医療観察法病棟では、患者の暴力行為が生じた場合、患者本人との振り返りをし、隔離・身体拘束をできるだけ行わない取り組みをしている²⁷。NCNP 病院の山口氏が、デブリーフィングの実際について講義を行った。

5) グループワーク

アイスブレイク

研修受講者は、6 グループ (5~6 名/グループ) に分かれた。各グループの受講者は 2 人 1 組となり、互いに自己紹介を 3 分間行った。その際、相手への質問は所属などではなく、人柄・趣味・特技などのパーソナリティとした。次に、グループ内で他己紹介を行った。

実習 1「一覧性台帳から主要 CI を算出しよう」

研修受講者は、自施設の行動制限に関する一覧性台帳を持参したうえで、本実習で自施設の隔離・身体拘束施行量の臨床指標 (Clinical Indicator: CI) を算出したのち、グループ内で話し合った。

実習 2「コア戦略 グループディスカッション：すぐにできる対策を探そう」

講義「コア戦略を学ぶ」で紹介された 6 つの戦略に関し、受講者の自施設で取り組めるもの、取り組む必要のあるものなどについて、KJ 法を用いてグループ内で話し合った。

6) グループ別発表

計 6 グループが「コア戦略」の取り組みを話し合い、各グループの代表がセッション終了後

に発表した。コア戦略 1 では、方針の明確化、ビジョン立て、最小化の目標設定、院長・科長・認定看護師のリーダーシップやリスクを考えるなどが挙げられた。コア戦略 2 では、行動制限の一覧性台帳のデータ化・比較、他院と自院のデータ比較、時間単位での行動制限状況の把握、eCODO の普及、データを検討する委員会の設置などが挙げられた。コア戦略 3 では、研修・教育、認定を受けたスタッフを入れる、毎日スタッフと検討する機会を持つ、毎朝の回診時コメディカルを含めた意見交換などが挙げられた。コア戦略 4 では、落ち着く環境づくり、隔離の前にふらつきなどの評価、隔離・拘束解除基準の統一化などが挙げられた。コア戦略 5 では、患者に何故制限されるか常に説明、退院時などに当事者から話を聞き、その時の思いを知る、退院促進の当事者メンバーの最小化委員会への参加、意見箱の設置、ピアサポート、家族への情報開示などが挙げられた。コア戦略 6 では、定例会議、満足度調査、院長・副院長などの回診の振り返り、CVPPP (デブリーフィングを含む) の病棟での普及が挙げられた。

2. パッケージ作成について

添付資料 4 を参照

3. アンケート結果について

1) 前後アンケートについて

表 1 に示すように、5 項目のうち、質問 1「わが国の行動制限は」と質問 4「行動制限は経験的知識に基づいて確立された有効な方法である」に 5%水準で有意な差が見られた。質問 1 において、受講前と比べ受講後には、わが国の行動制限は「多い」という回答が増加した。また、質問 4 において、受講後には「あまりそう思わない」および「全くそう思わない」という回答が増加した。

質問 2「自分は行動制限を最小化する方法について」と質問 3「自分の所属施設における行動制限は」および質問 5「行動制限は患者にとって大きなトラウマである」について、有意な差は見られなかった。

図 1 に示すように、質問 6「更なる最小化を行うために必要であるのは」について、“法律などの、国の仕組み”が必要と回答したのは、受講前 16 名、受講後 23 名であった。“自施設的环境 (人員・設備)”が必要と回答したのは、受講前 28 名、受講後 29 名であった。また、“管理者や上級職の理解”が必要と回答したのは、

受講前 17 名、受講後 26 名であった。さらに、「各職員のスキルアップ」が必要と回答したのは、受講前 29 名、受講後 31 名全員であった。質問 6 に関し、受講後すべての選択肢において、回答者数の増加が見られた。

2) 全般アンケートについて

図 2 に示すように、研修プログラムについて、受講者の 87%が大変満足ないし満足と回答した。13%が普通と回答し、やや不満足並びに不満足への回答はなかった。行動制限最小化に向けた取り組み方法を理解できたかどうかについて、受講者の 97%が理解できた並びにやや理解できたと回答した。どちらとも言えないという回答は 3%であったが、やや理解できない並びに理解できないという回答はなかった。また、図 3 に示すように、受講者の 97%が研修を通して実践できる取り組みが「見つかった」と回答し、受講者の 97%が当研修を参考にして院内研修を「実施できる」と回答した。図 4 に示すように、特に良かったプログラムとして「タイムアウト」と「デブリーフィング」が多かった。

自由記載欄には、「2 回目の研修参加となりますが、前回よりもすごく内容が良かったです(実践に結び付けられる)」、「1 人では難しい、行動制限最小化委員会と CVPPP 研修終了者と共に伝達講習頑張りたい」などが挙げられた。一方で、「データ活用方法をもっとくわしく知りたかった」、「時間が少なくて残念、興味がある内容なので研修日数を増やして欲しい」、「もう少し各論が多くてもよかった」、また「認知症のフラツキ、転倒のための拘束、身体疾患(DIV 抜去)に対する治療のための拘束など、いかんともしがたい拘束の解消の各論が欲しいところでした」等、今後の課題となる内容もあった。

D. 考察

1. 研修プログラム開発と全般アンケートについて

本研修の特徴として、精神科医療評価・均てん化研修に組み込んだことで、病院運営に携わる医師や看護師など多職種からの参加が得られた。今後は研修受講者の増員を含め、より多くの職種が受講できる研修プログラムにしていく必要があると考える。

全般アンケートから、研修プログラム全体の満足度は高く、受講者の行動制限最小化に対す

る意識の高さが伺えた。しかしながら、アンケートの自由記載欄で「時間が少なくて残念、興味がある内容なので研修日数を増やして欲しい」という意見も見られたように、本研修は、均てん化研修の一部として実施されたため、スケジュールが過密であったと思われる。

前述にある「認知症のフラツキ、転倒のための拘束、身体疾患(DIV 抜去)に対する治療のための拘束など、いかんともしがたい拘束の解消の各論が欲しいところでした」や「もう少し各論が多くてもよかった」という意見については、本研修が、欧米で取り入れられているコア戦略を中心に行われたためと考えられる。欧米と異なり、わが国では認知症高齢者や身体合併症をもつ精神疾患患者を精神科病棟でも診療しており、これらの患者に対する隔離・身体拘束に関する課題がある。今後は、これらに関する研修を含めていく必要がある。

2. 前後アンケートについて

前後アンケートの結果から、受講後、質問 1 の行動制限の施行量がわが国では多いという認識が高くなり、質問 4 の経験的知識に基づいて行動制限が行われるものではない、と見なす人が増加した。これらの結果は、講義や実習における行動制限の施行量の実態や行動制限のあり方について具体的に学び、認識の変化につながったと考えられる。Livingston²らは、身体拘束使用の代用に関する研修やスタッフの態度の変化が隔離・身体拘束を減らす上で重要な点となることを挙げている。本研修においても、わが国の行動制限が多いという認識や行動制限が経験的知識に基づいて行われるものではないという見解は今後、受講者の自施設における行動制限最小化を図るうえで重要な点となり、研修の効果として考えられる。

質問 2 と質問 3 および質問 5 は有意ではなかったものの、受講後において回答に変化が見られた。質問 2 では、「知識はあるが、知らないこともまだ少しはある」という回答が増加、質問 3 では、受講者の所属施設における行動制限は「不十分である」という回答が増加した。質問 5 では、「行動制限は患者にとってトラウマであると同感する」という回答が増加した。これらは受講者が研修を通して、行動制限に関する知識を習得した結果と考えられる。

質問 6 について、受講後のすべての選択肢(法律などの、国の仕組み；自施設の環境；管理者や上級職の理解；各職員のスキルアップ)

で増加が見られ、必要性の高まりが伺える。De Benedictis²⁸らの研究で、自身の医療機関とチームの環境に満足しているスタッフは、運営者や仲間の適切な支援と管理により患者の興奮を抑え、隔離・身体拘束の使用が低かったことを示した。すなわち、隔離・身体拘束の管理に組織の環境とチームの風潮が重要であることを述べており、質問6の選択肢にある自施設的环境や管理者や上級者の理解、各職員のスキルアップは最小化を進めていくうえで重要となる。受講者の中で環境や人員の整備の必要性に関する認識も本研修によって高まったと考えられる。

E. 結論

受講者による、本研修プログラムの満足度と理解度は高く、行動制限最小化についての見解は妥当な方向へ変化がみられ、本研修プログラムが行動制限に対する正しい認識を持つために有効であることが示された。本研修は受講者が研修パッケージを用いて各地で二次研修を行うことが可能であり、同様の効果が得られるかどうかを検証しながら受講者を増やし、重要な認識を広く普及できる可能性がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

特になし

I. 参考文献

1. Huckshorn KA. Re-designing state mental health policy to prevent the use of seclusion and restraint. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* 2006;33(4):482-491.
2. Livingston JD, Verdun-Jones S, Brink J, et al. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs.* 2010;6:15-28.
3. Smoot SL, Gonzales JL. Cost-effective communication skills training for state hospital employees. *Psychiatr Serv.* 1995;46(8):819-822.
4. Phillips D, Rudestam KE. Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. *Psychiatr Serv.* 1995;46(2):164-168.
5. 野田寿恵. 行動制限最適化データベースソフト『eCODO』の開発 *精神科看護.* 2009;36(12):35-40.
6. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部 精神保健福祉資料改革ビジョン研究ホームページ <<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html>> (2011年8月30日)
7. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen, M, et al. A 15-year national follow-up: legislation is not to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:747-752.
8. NASMHPD Research Institute. National public rates: Behavioral healthcare performance measurement system <http://www.nri-inc.org/reports_pubs/2010/National_Public_Rates.pdf> (2011年8月30日)

9. 厚労省保険局医療課長 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について 2010年3月5日
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/dl/index-029.pdf>> (2011年8月16日)
10. 吉浜文洋・杉山直也・野田寿恵 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略 精神科看護. 2010;37(6):52-56.
11. 下里誠二 包括的暴力防止プログラムとは何か. 包括的暴力防止プログラム認定委員会 (編) 医療職のための包括的暴力防止プログラム 医学書院 2005: 35-44.
12. 松尾康志 包括的暴力防止プログラム (CVPPP) の開発プロセス 精神科看護. 2006;33(3):31-35.
13. 西谷博則・松尾康志・下里誠二 CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点 厚生労働科学研究費補助金・研究成果報告書. 2010.
14. 下里誠二 包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP) について 2011年5月27日 <<http://www.e-rapport.jp/team/action/sample/sample11/01.html>> (2011年7月14日)
15. 日本精神科看護技術協会 精神科認定看護師制度 ガイドブック 平成23年度版 日本精神科看護技術協会. 2011.
16. Huckshorn KA. Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. *J Psychol Nurs*. 2004;42:22-33. (ハクショーン, K. A. 吉浜文洋・杉山直也・野田寿恵 (監訳) 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略 精神科看護出版. 2010.)
17. Barclay L. Preventing violence and the use of seclusion and restraint: A expert interview with Kevin Ann Huckshorn, RN, MSN, CAP, ICADC. <<http://www.medscape.com/viewarticle/711633> Published November 2, 2009>
18. 松井圭二・小倉毅 社会福祉概論 ふくろう出版. 2007.
19. 則村良 行動制限に対するそれぞれのシステムでのアプローチ—駒木野病院における行動制限最小化の試みから— 東京精神科病院協会誌. 2010;25:34-38.
20. 日本精神科救急学会 精神科救急医療ガイドライン(1) 日本精神科救急学会. 2009.
21. 山野真弓 感覚調整室 (Sensory Modulation Room) —リラックスルームの実践— eらぼーる 2011年6月24日 <<http://www.e-rapport.jp/team/action/sample/sample13/01.html>> (2011年7月12日)
22. 福田きぬ子 外からの視線が意識改革を支える—第三者が加わった行動制限最小化委員会の活動 精神科看護. 2004;31(12):30-33.
23. 内谷浩一 開放観察のシステムと患者とのかかわり 精神科看護. 2009;36(12):24-29.
24. Azeem MW, Aujla A, Rammerth M, Binsfeld G, Jones RB. Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child and Adolescent Psychiatr Nurs*. 2011;24:11-15.

25. Office of Health and Human Services,
Commonwealth of Massachusetts.
Restraint/Seclusion Reduction Initiative
(RSRI).
http://www.mass.gov/?pageID=eohhs2modulechunk&L=4&L0=Home&L1=Government&L2=Departments+and+Divisions&L3=Department+of+Mental+Health&sid=Eeohhs2&b=terminalcontent&f=dmh_p_rsri&csid=Eeohhs2 Published 2011.
Accessed August 16, 2011
26. 日本トラウマティック・ストレス学会 診断と治療 日本トラウマティック・ストレス学会 2011.
http://www.jstss.org/topic/treatment/treatment_05.html
27. 山口しげ子 行動制限の最小化に向けた取り組み 包括的暴力防止プログラムにおけるデブリーフィングの実際 eらぼーる 2011年6月10日
<<http://www.e-rapport.jp/team/action/sample/sample12/01.html>> (2011年7月12日)
28. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, et al.
Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatr Serv.* 2011;62(5):484-491.

表1 研修受講前後での質問1～質問5の平均値について

	研修		t	df
	受講前	受講後		
質問1「わが国の行動制限使用は」	2.84 (.37)	3.00 (.00)	-2.40*	30
質問2「自分は行動制限を最小化する方法について」	.97 (.66)	1.16 (.64)	-1.65	30
質問3「自分の所属施設における行動制限は」	1.23 (.56)	1.10 (.54)	1.68	30
質問4「行動制限は経験的知識に基づいて確立された方法である」	1.29 (.59)	.97 (.55)	2.99*	30
質問5「行動制限は患者にとって大きなトラウマである」	2.35 (.61)	2.48 (.51)	-1.44	30

* $p < .05$. 標準偏差は平均値の下のカッコ内で示す.

図1 質問6「更なる最小化を行うために必要であるのは」

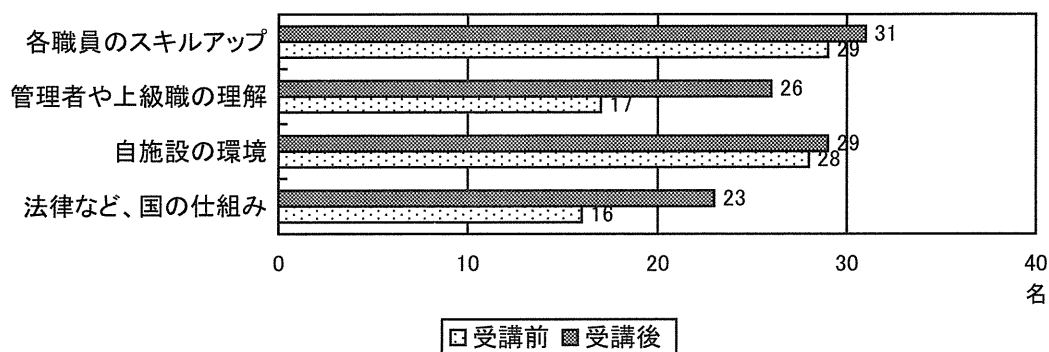


図2 研修プログラムの満足度、理解度について

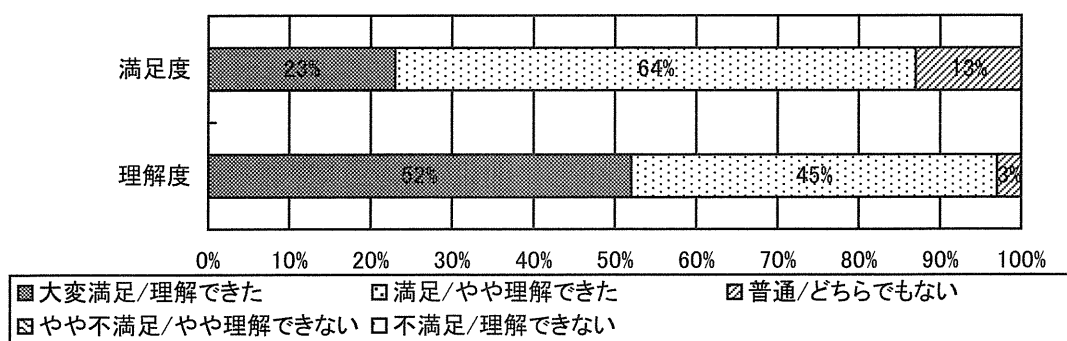


図3 実践できる取り組み, 院内研修等について

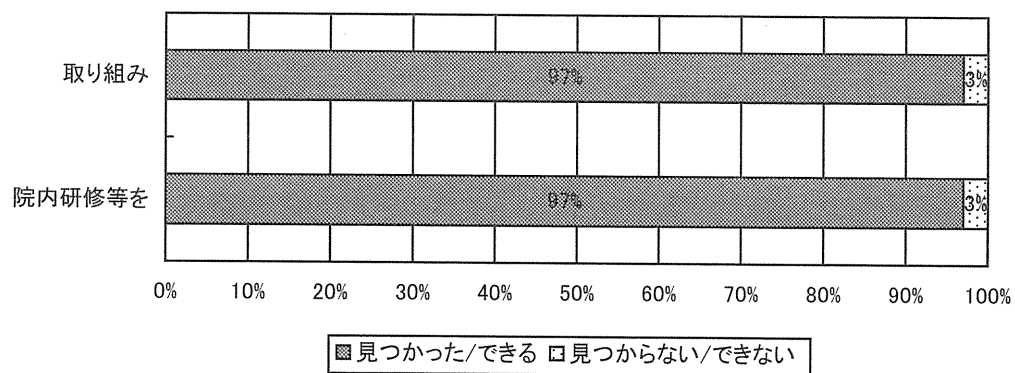


図4 特に良かったプログラムについて

