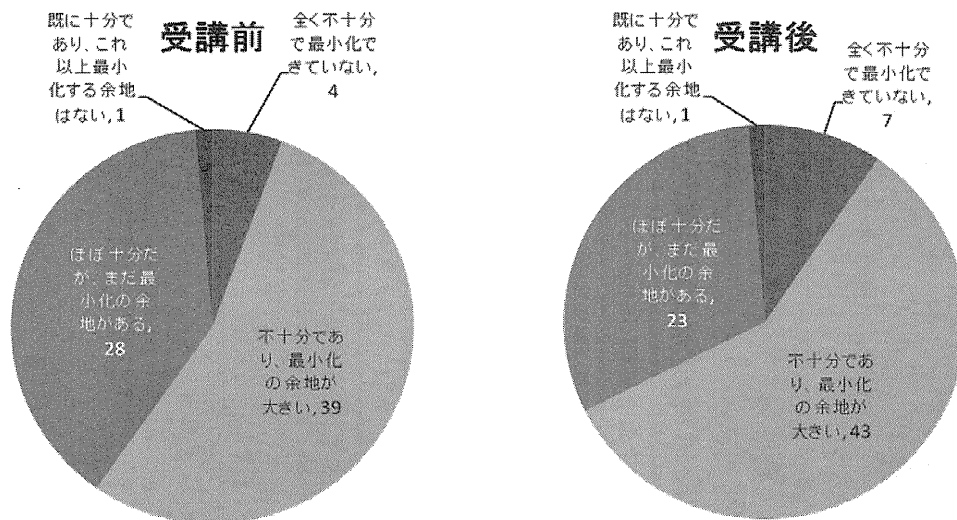


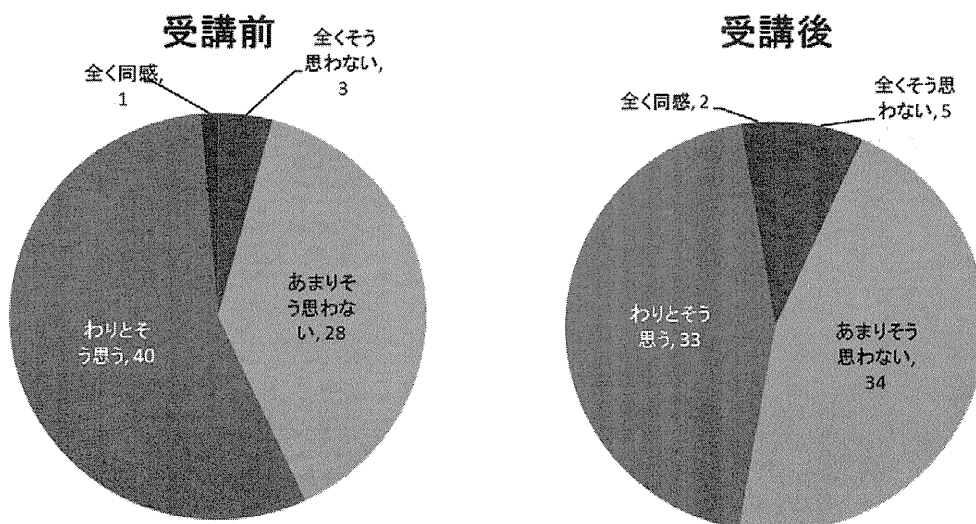
### 3. 自分の所属施設における行動制限は

受講後には「全く不十分で最小化できていない」および「不十分であり、最小化の余地が大きい」という回答が増えた



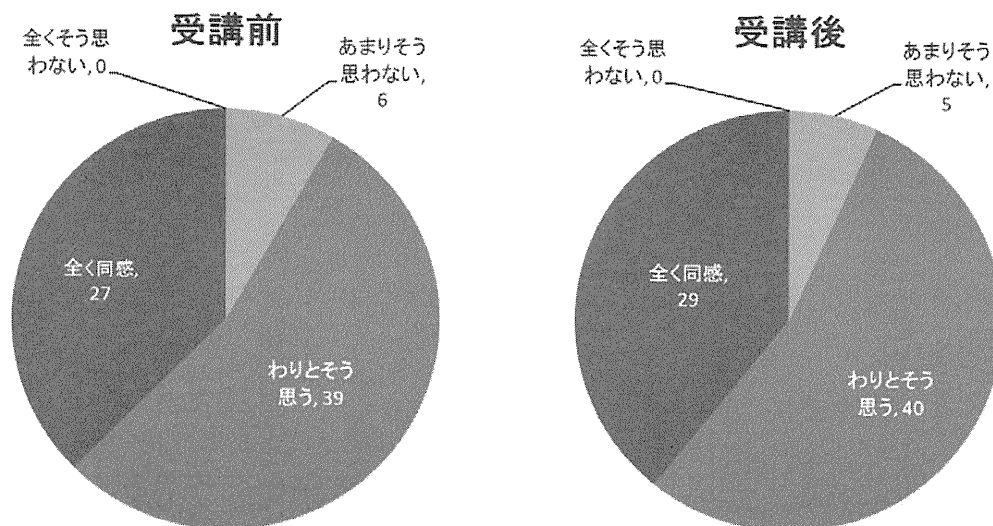
### 4. 行動制限は経験的知識に基づいて 確立された有効な方法である

受講後には「あまりそう思わない」という回答が多くを占めた



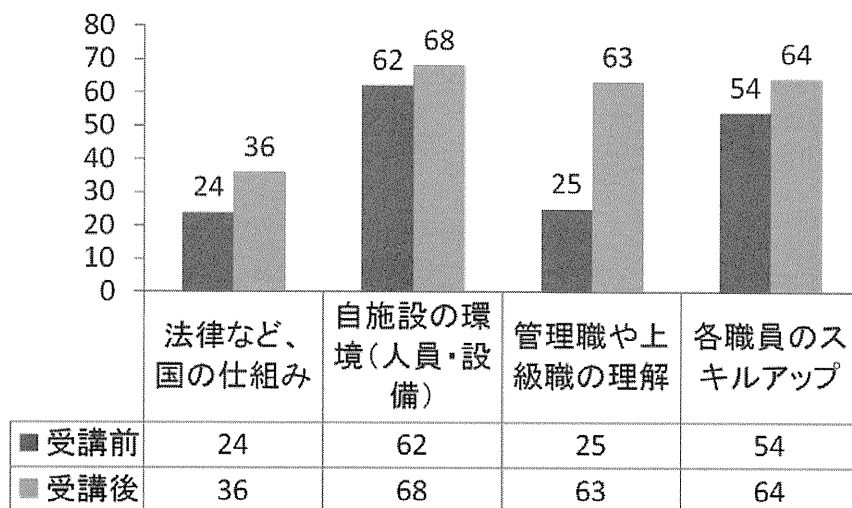
## 5. 行動制限は患者にとって大きな トラウマである

受講前後において回答の変化は明確でない



## 6. 更なる最小化を行うために必要であるのは (複数回答可)

受講後にはすべての項目で回答が増えた  
特に、「管理職や上級職の理解」の回答数の変化が目立つ



## 【補部】

# 日本精神科看護技術協会における行動制限最小化研修 実施報告

はじめに

2011年6月13日に第5回均てん化研修の1つとして行われた行動制限最小化研修プログラム(パイロット版)の研修受講者が、日本精神科看護技術協会にて行動制限最小化研修を実施した。研修を通して、行動制限に対する認識の変化を明らかにすることを目的とし、受講前後においてアンケート調査を実施した。

研修内容

1. 主催  
日本精神科看護技術協会
2. 開催日  
2011年11月5日(金)
3. 開催場所  
日本精神科看護技術協会(東京都港区)
4. 研修タイトル  
委員会シリーズ 行動制限最小化(東京)
5. プログラム  
9:50~10:00  
オリエンテーション  
  
10:00~12:00  
行動制限最小化に必要な基本的な知識  
浅川佳則(医療法人長尾会ねや川サナトリウム)  
  
13:00~16:00  
行動制限最小化委員会の実際の取組み(仮題)  
湯田文彦(昨雲会飯塚病院)  
中谷 将(神奈川県立精神医療センター  
一芹香病院)
6. 受講者数  
59名
7. 受講者職種  
看護師

プログラムの評価

研修受講者の行動制限に関する認識について調べるため、受講者に受講前および受講後にアンケート(以下、受講前後アンケート)を配布し、回収した。前後アンケート配布時、調査の概要を記した説明文書を添付した。説

明文書には、アンケートは無記名で行われ、統計解析結果の形で発表されること、調査票への回答をもって調査の同意を得たものとみなすことを含めた(資料)。

前後アンケートは、行動制限最小化研修(パイロット版)パッケージにある「行動制限に関する認識についての受講前後アンケート」を使用した。分析は、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。

前後アンケートの結果

受講者59名のうち、受講前、受講後共に58名からのアンケート協力を得た。質問1~5の5項目のうち、質問1「わが国の行動制限は」、質問3「自分の所属施設における行動制限は」、および質問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。質問3において、受講後、自分の所属施設における行動制限は「不十分であり、最小化の余地が大きい」および「全く不十分で最小化できていない」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6「更なる最小化を行うために必要であるのは(複数回答可)」に関し、受講後にはすべての項目で回答が増えた。特に、「管理職や上級職の理解」の回答数の変化が大きかった。

まとめ

研修受講後、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増えた。質問3の所属施設における行動制限に関し、不十分だという認識および質問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、行動制限に関する正しい認識を研修によって学んだことで、認識の変化につながったと考えられる。

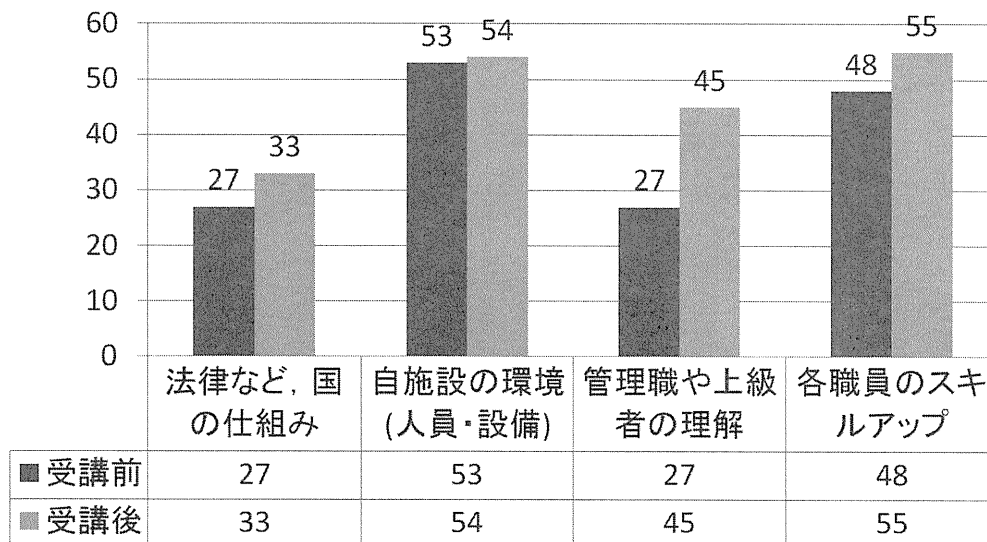
# 結果

	研修		<i>t</i>	<i>df</i>
	受講前	受講後		
質問1「わが国の行動制限使用は」	2.60 (.49)	2.92 (.26)	-4.84*	57
質問2「自分は行動制限を最小化する方法について」	.97 (.67)	1.10 (.53)	-1.84	57
質問3「自分の所属施設における行動制限は」	1.29 (.59)	1.14 (.54)	2.42*	57
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」	1.55 (.59)	1.27 (.72)	3.12*	57
質問5「行動制限は患者にとって大きなトラウマである」	2.47 (.57)	2.57 (.50)	-1.67	57

\*  $p < .05$ . 標準偏差は平均値の下のカッコ内で示す.

## 6. 更なる最小化を行うために必要であるのは (複数回答可)

受講後にはすべての項目で回答が増えた  
特に、「管理職や上級職の理解」の回答数の変化が目立つ



## 行動制限最小化認定看護師等による介入研究の介入定義と 調査内容について

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、米国で提唱された6つのコア戦略を参考に、わが国で実施可能な行動制限の最小化に有効な手法を、行動制限最小化認定看護師が所属する医療機関において検証することを目的としている。本報告は、行動制限最小化認定看護師等による介入研究の介入定義と調査内容について報告する。**研究方法**: 1. 介入定義について、わが国の現状に合せて実施可能と思われる介入方法を検討し、研究分担者ら専門家が集まり、定義付けを行った。2. 調査内容について、基本情報である施設および介入病棟の特性の調査、介入の主結果として隔離・身体拘束施行量の測定および患者の攻撃的行動の発生数、副結果として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調査することを検討し、調査票を準備した。3. 対象選定の流れとして、日本精神科看護技術協会が定める行動制限最小化認定看護師の所属する医療機関を対象とし、介入研究の説明会の実施を検討した。**結果**: 介入定義はコア戦略1~6ごとに計14の介入方法A~Nを検討し、それぞれの介入方法の定義付けを行った。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FAX回答があり、うち30の医療機関から参加の意向を得た。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、介入研究に関する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。**まとめ**: 行動制限最小化認定看護師等による介入研究に向け、研究分担者ら専門家が集まり、米国で実施されているコア戦略をわが国の現状に合わせ、介入の定義、調査内容、および対象方法の選定を検討した。今後の流れとして、全体での倫理申請手続き、説明会に参加した認定看護師等による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・各施設での倫理申請準備を経て、2012年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。

研究協力者 所属施設名及び職名  
(五十音順)

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 診療医

○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

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

三宅美智

東海大学 健康科学部 看護学科 助教  
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

わが国の行動制限は諸外国と比較して頻度・期間ともに多いことが指摘されている<sup>1</sup>。2008年に実施された野田<sup>2</sup>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それぞれ17.2%、7.8%であった。2004年のフィンランドにおける隔離と身体拘束の施行者割合はそれぞれ1.3%、0.8%<sup>3</sup>、2009年の米国における隔離と身体拘束の施行者割合はそれぞれ2.64%、3.83%であった<sup>4</sup>。

わが国には、行動制限最小化の対策の1つとして、2004年に導入された行動制限最小化委員会がある。さらに、行動制限最小化のための研修は重要であり、わが国には、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、一定の成果をあげている。

米国では、Huckshorn<sup>5</sup>が全組織管理的な視点を含んだ包括的な行動制限最小化方策として、「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)を提唱している。研究分担者らは、Huckshornの承諾を得て原典の翻訳作業を行い、看護専門誌上で紹介した。コア戦略は、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となる4つの考え方を示したうえで、6つの具体的戦略を多面的に挙げている。全米ではコア戦略をもとにした研修が行われ、成果を挙げている<sup>6</sup>。Azeem<sup>7</sup>らは、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行ったところ、コア戦略の導入後、隔離・身体拘束数が減少したことを報告している。

行動制限最小化についての見識を深め、わが国特有の医療体制の中での実施可能な効果的なストラテジー(介入)を確立していく必要があると考える。そのためには、確かな論拠に基づく行動制限最小化手法の開発および実践が望まれる。しかしながら、わが国の本領域に関する臨床実践的エビデンスは十分なものではない。

そこで本研究は、コア戦略を参考に、わが国で実施可能な行動制限の最小化に有効な

手法を、行動制限最小化認定看護師が所属する医療機関において検証することを目的とする。

本報告は、行動制限最小化認定看護師等による介入研究の介入定義、調査内容、および対象選定の方法について報告する。

## B. 研究方法

### 1. 介入定義

研究分担者らは、米国とわが国では医療制度および医療環境が異なるため、米国のコア戦略をそのままわが国で実施することは難しいと判断した。そこで、わが国の現状に合わせて実施可能と思われる、コア戦略1~6ごとの計14の介入方法(A~N)を検討し、定義付けを行った。

戦略1は、「組織改革のためのリーダーシップ」である。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という2つを介入方法とした。戦略2は、「データ利用」である。C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す、D. 隔離・身体拘束データを師長会で定期的(月1回)に見直すといった2つを介入方法とした。戦略3は、「院内スタッフ力の強化」である。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の2つを介入方法とした。戦略4は、「隔離・身体拘束使用防止ツールの利用」である。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の5つを介入方法とした。戦略5は、「入院施設での患者(医療消費者)の役割」である。L. 利用者(患者)の行動制限最小化委員会への参加を介入方法とした。戦略6は、「デブリーフィング」である。隔離・身体拘束が開始された後、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ことを介入方法とした。

## 2. 調査内容

研究分担者らは、基本的な情報として施設特性を把握し、同様に介入対象となる病棟の特性を調査することとした。

主結果として、介入による行動制限の最小化に有効な手法を検証するため、介入中の隔離・身体拘束施行量を測定し、患者の攻撃的行動の発生数を調査することとした。患者の攻撃的行動は、隔離・身体拘束の使用につながる<sup>8,9,10</sup>。そのため、介入終了後、隔離・身体拘束施行量の減少が見られても、患者の攻撃的行動によるインシデントが発生していた場合、介入の効果として見なすことは困難である。効果的な介入により、攻撃的行動のインシデントおよび隔離・身体拘束施行量の減少が期待できる<sup>11</sup>。そこで、施行量や攻撃的行動の発生数など数量的な方法によって介入の効果を検証することとした。

また、副結果として、介入を通して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調査することとした。

具体的な調査票の検討および作成、介入期間等、研究分担者らが集まり検討した。

## 3. 対象選定

### 1) 対象

日本精神科看護技術協会は、精神科看護技術を明確化するため1995年より精神科認定看護師制度を設けている<sup>12</sup>。10ある専攻領域の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<sup>12</sup>。

行動制限分野の第一線で活躍する認定看護師を中心に各医療機関がコア戦略を用い、取り組むことにより、行動制限最小化が期待できると考える。そこで本研究は、行動制限の最小化をめざした看護の知識と技術を持つ、全国59名の行動制限最小化認定看護師(以下、認定看護師とする)の所属する医療機関を対象とする。

### 2) 対象選定の流れ

対象者の選定は、以下の過程を経た。

#### ア) 第1回「行動制限最小化認定看護師等による介入研究」検討会の実施

2011年8月27日12時から13時に、三重県総合文化センターにて日本精神科看護学会第18回専門学会(年8月26日、27日)に出席していた23名の行動制限最小化認定看護師に対し、「行動制限最小化認定看護師等による介入研究(以下、介入研究とする)」の検討会を行い、研究に関する説明を行った。

#### イ) 介入研究に関する依頼文の作成および送付

三重県での検討会参加の認定看護師より、各所属先に向けた介入研究に関する依頼文(以下、依頼文とする)の作成要望が挙げられた。本研究者は、院長、看護部長、および認定看護師宛の依頼文を作成した。依頼文作成とともに、介入研究の概要を作成した。介入研究の概要には、研究全体の流れ、介入方法の例示、倫理審査等の説明、およびコア戦略抜粋を明記した。

依頼文の作成とともに、検討会に参加した23名の認定看護師に依頼文の送付先を確認した。三重の検討会不参加であった認定看護師に対して、日本精神科看護技術協会に連絡し、介入研究の概要を説明し、依頼文送付のため認定看護師の氏名および所属先の連絡先を得た。

依頼文、介入研究の概要、本研究者が翻訳したHuckshorn<sup>5</sup>の「隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略」、および説明会への参加可否のFAX返信用紙を同封し、郵送した。

#### ウ) 第2回「行動制限最小化認定看護師等による介入研究」説明会の実施

参加の意向を得た医療機関の認定看護師等に対して、2011年12月10日11:00~15:30に、日本精神科看護技術協会(品川)にて、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。説明会では、講義「コア戦略を学ぶ」および実習「一覧性

台帳から隔離・身体拘束施行量を算出しよう」を行い、介入研究の全体スケジュール、調査票・調査ポイント・調査票提出について(資料1)、介入方法(A~N)について(資料2)、調査票の説明(資料3)、倫理申請(資料4)、研究成果の発表(資料5)等について説明した。

#### 4. 倫理申請

国立精神・神経医療研究センター社会精神保健研究部(以下、社会精神保健研究部)は、本研究の倫理審査申請をし、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受ける。その後、参加の意向のある医療機関は、それぞれに倫理委員会の承認を受ける。なお、各医療機関に倫理委員会の設置がない場合、当センター倫理委員会に倫理申請を依頼する。

#### C. 結果

##### 1. 介入定義の作成

各医療機関はそれぞれ介入方法を選択し、定義に基づいて実践されたものを介入とした。現段階で既に実施しているおよび類似の介入を実施している場合は、介入定義に沿った形で新たに組み込むものとした。

各医療機関は、12月10日の介入研究説明会の後、介入方法を検討し決定する。以下、介入定義を記載する。(資料2)

#### 戦略1

##### A. 管理者(院長)が隔離・身体拘束の場に出向く

月1回以上、院長が隔離・身体拘束の実施している病棟におもむき、隔離・身体拘束を受けている患者のもとに出向く。一覧性台帳に基づくデータの検証を行い、最小化カンファレンスに参加し、包括的なレビューを行う。実施日と大まかなレビュー内容を記録する。

##### B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる

自施設での隔離・身体拘束実施状況のベースラインを一覧性台帳より把握し、隔離・身体拘束施行量を6ヶ月間で、前年同月比5%以上減を目標として取り組み、数値目標および結果を全スタッフに周知する。

※介入時期1年前のデータ算出が必要となる。

#### 戦略2

##### C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す

隔離・身体拘束の施行量をデータとしてエクセルシート等で管理し、その実施状況を病棟別および月ごとに分析する。病棟ごとの隔離・身体拘束データをグラフ化し、職員の目につく各所(例:ロッカールーム、トイレ、スタッフステーション内掲示板、休憩室など)に貼り出す。

##### 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

隔離・身体拘束データを師長会で月ごとに見直し、例示した議事録に沿った検討を行い、記録する。

#### 戦略3

##### E. 認定看護師による定期的研修会の開催

認定看護師が研修会の企画運営を行い、介入病棟の全スタッフを対象とし、各回、対象者の半数以上が出席する、通算4回の研修プログラム(30分程度/1回)を6ヶ月の間に実施する(教材や講義資料は研究班で作成・用意する)。

##### F. ディエスカレーション研修の開催

包括的暴力防止プログラム認定トレーナーが2ヵ月に1回程度、介入病棟の全スタッフを対象としたディエスカレーション研修を開催する。研究終了時点で対象者の8割以上が研修を受講する。(教材や講義資料は研究班で作成・用意する)。

#### 戦略4

##### G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

隔離・身体拘束中の個々のケースで、例示した内容に沿った行動制限最小化計画書を作成し、その計画をスタッフ間で共通認識する。

##### H. タイムアウトの実施

タイムアウト実施のための場所(個室、処置室など)を用意する。隔離室は使用しない。



実施手順に沿って、タイムアウトの適応を予め主治医、スタッフ間で共通認識し、事前同意書を得ておく。タイムアウト実施時に、記入シート・同意書を用いて説明・同意を得て、タイムアウト中のプロセスについて確認しあう。※BVCについては必須としない

#### I. コンフォートルームの使用

コンフォートルームの実施のための場所を確保する。

#### J. セイフティプランの使用

隔離・身体拘束の使用が予測される患者を対象に、6 ヶ月に6 例以上、実施手順に沿って、セイフティプランを用いアセスメントし、個々の患者のそのプランをスタッフ間で共有しておく。

#### K. 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用

病棟は心的外傷体験歴をアセスメントし、そのアセスメント結果を治療に取り入れ、スタッフ間で共通認識しておく。

### 戦略 5

#### L. 利用者 (患者) の行動制限最小化委員会への参加

回復した患者の参加する行動制限最小化委員会を開催する。

### 戦略 6

#### 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  
入院当日から3 日以内に開始された隔離・身体拘束はデブリーフィングの対象とはせず、入院から4 日目以降に開始される隔離・身体拘束をデブリーフィングの対象とする。実施手順に沿って、隔離・身体拘束開始直後、実施時に直接かかわっていない師長以上の上級スタッフがその場に居合わせたスタッフに対してデブリーフィングを実施手順に沿って行い、開始直後用デブリーフィングシートに記入する。

#### 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

隔離・身体拘束が開始された患者のうち重大な暴力の危険性、再隔離の可能性、および長期化する患者を対象とし、認定看護師は、月に1 例以上、実施手順に沿って、数日後のデブリーフィングを行う。

#### 2. 調査内容

行動制限の最小化に有効な手法を検証するため、調査票は、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・准看護師認識調査票、7) 遂行報告書の計7 つを準備した。(資料3)

各調査票は、各医療機関が研究参加の正式登録を経た後に配布することを予定とする。各調査票は介入前および介入後にそれぞれ配布・回収される。回収された調査票は、社会精神保健研究部へ提出、分析される。

介入期間は介入開始から介入終了までの6 ヶ月間とし、調査期間はその介入3 ヶ月前から介入終了までとした。

#### 1) 全病棟の隔離・身体拘束施行量調査票 (資料 3-a)

全病棟の隔離・身体拘束施行量調査票は、研究分担者らの研究によって開発された行動制限に関する一覧性台帳から簡便に算出できる隔離・身体拘束施行量<sup>13</sup>の調査票を用いることとした。エクセルシートを用いて隔離・身体拘束の施行量を測定する。

測定項目は、月日数、病床数、月初在棟者数、新規入棟者数、病床稼働率、隔離の施行者数、うち当月入院数、のべ日数、身体拘束の施行者数、うち当月入院数、のべ日数、隔離の月当たり平均日数、施行割合、施行患者割合、施行開始割合、身体拘束の月当たり平均日数、施行割合、施行患者割合、施行開始割合とする。

介入3 ヶ月前より測定を開始し、介入期間中、毎月継続して介入終了月まで施行量を記録する。この調査票の目的は、全病棟の隔離・身体拘束の施行量の増減を測定することにより、介入病棟のみならず全病棟での隔離・身体拘束が減少していることを確認する

ためである。

## 2) 施設特性調査票 (資料 3-b)

施設特性調査票は、精神科救急事業の参画状況、入院料別病棟数、全病床数、うち隔離室を含むすべての個数、うち耐破壊性能の高い隔離室数、2011年新規入院患者数、2011年平均在院日数、貴院が所属する精神科医療圏の人口、その医療圏の2011年1月～12月までの措置件数、貴院で受けた2011年の措置件数を調査項目とする。

各医療機関は、介入1ヵ月前に項目内容を調査票に記入する。この調査票により、各医療機関の特性を知ることが可能となる。

## 3) 介入病棟特性調査票 (資料 3-c)

介入病棟特性調査票は、入院料、看護師配置人数、看護師認識調査配布人数、病床数、うち隔離室を含むすべての個数、うち耐破壊性能の高い隔離室数、最も多くを占める治療対象疾患、次に多くを占める治療対象疾患、入院患者のうち最も多い年齢層、介入1ヵ月前および介入終了後時点の新規入棟者数、介入1ヵ月前および介入終了後時点の退棟者数、2011年の平均在院日数を調査項目とする。

各医療機関は、介入1ヵ月前および介入終了月に調査票を記入する。

## 4) 介入対象病棟の SOAS-R 調査票 (資料 3-d)

スタッフによる攻撃性観察尺度 (SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised)<sup>10,14</sup>を用いて、看護師による患者の攻撃的行動を測定することとした。SOAS-Rは、患者の攻撃性インシデントの性質および重大性を記録するために開発されたツールである<sup>10,14</sup>。各国で広く使用されており、日本語版での臨床的妥当性および信頼性が確認されている<sup>10</sup>。スタッフが報告する具体的な状況を、誘因、患者の用いた手段、攻撃対象、被害状況、攻撃的行動の制止法の5側面に分け、各側面の事象の出現の有無を問うチェック項目から構成されている<sup>10,14</sup>。チェック項目の内容の重症度に応じて0から9の配点がなされ、5側面の各カラム内で最も高いチェック項目の得点そのカラム得点となり、5つのカラムの合計得点がSOAS-R得点となる

<sup>10,14</sup>。SOAS-R合計得点は0から22点となり、点数が高いほど、インシデントの重症度が高くなる<sup>10,14</sup>。

SOAS-Rは、介入開始より6ヶ月間、患者の攻撃的行動を目撃した看護師が記録する。

## 5) 退棟患者認識調査票 (資料 3-e)

退棟患者認識調査票は、介入病棟の患者を対象とし、介入前後における認識の変化を検討するため、病棟の雰囲気に関する質問、制限性のある治療への考え方、および治療への満足度を調べる。調査票として、エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版 (Essen CES: Essen Climate Evaluation Schema -Japanese Version)、抑制手法への臨床姿勢質問票 (ACMQ: Attitude to Containment Measures Questionnaire)、治療への満足度質問票 (CSQ-8J: The Client Satisfaction Questionnaire) を使用することとした。

Essen CES 日本語版は、Schalast<sup>15</sup>によってドイツの触法病棟を対象に調査が行われ開発された病棟風土を測定する尺度である<sup>16</sup>。

「治療的な関心」、「安全性への配慮」、「患者間の仲間意識・サポート」の3つの因子から構成され、それぞれの因子には5つの質問項目がある<sup>16</sup>。質問項目のうち7つは反転項目である<sup>16</sup>。質問項目に対して、「全くそう思わない」から「非常にそう思う」までを0から4点の5段階評価で、各因子0～20点で配点される<sup>16</sup>。わが国では、精神科急性期医療のスタッフに対する調査が行われ、「治療的な関心」に対し、信頼性および妥当性が確認されている。

本研究では、介入病棟の患者および看護師を対象にEssen CESを使用する。研究分担者らは、患者及び看護師両者に調査することで、患者及び看護師の認識の違いを把握することができ、介入により病棟風土に変化が見られることを期待する。

ACMQは、Bowers<sup>17</sup>らによって開発され、制限性の高い隔離や身体拘束、強制的筋注による鎮静の他、観察の程度を高めること、タイムアウトによる自室内静養を促すといった制限性の低い対処法11種類を抽出し、そ

の定義を行うとともに、それらの対処法の有効性や患者の尊厳などについて5段階評価を用いて得点化し、その合計点によって承認度を算出するものである<sup>17,18</sup>。わが国では、精神科急性期医療を担うスタッフに対し、ACMQを用いた11の抑制手法の承認度を問う調査が行われ、信頼性および妥当性は確認されていないものの内的一貫性は十分とされている<sup>18</sup>。

本研究では、介入病棟の患者および看護師を対象に制限性の少ない隔離・身体拘束の代替法の承認度を測ることを目的としてACMQを使用する。また、世界的に見て患者に対してACMQを使用している研究は少なく、本研究において患者および看護師の抑制手法への承認度の認識の差を明らかにすることが期待できる。

CSQは、Attkisson<sup>19</sup>らによって開発され、患者を対象とした治療への満足度を算出する質問票である。CSQは各国で使用されており、日本版(CSQ-8J)の信頼性および妥当性が確認されている<sup>20</sup>。CSQ-8Jは、患者が受けた治療に関する8つの質問項目を4段階評価により得点化する。その合計点から治療への満足度を算出する。

本研究では、介入病棟における患者の満足度を調査することを目的としてCSQ-8Jを使用する。

退棟患者認識調査票は、Essen CES, ACMQ, CSQ-8Jを1セットとし、介入1ヵ月前および介入終了月に退棟患者へ調査票を配布し回収する。調査票は無記名で行われ、統計解析結果の形で発表されること、および調査票への回答をもって調査の同意とみなすことを書面にした説明文書を添付する。

#### 6) 介入病棟看護師・准看護師認識調査票 (資料3-f)

介入病棟看護師・准看護師認識調査票は、介入病棟の看護師および准看護師を対象とし、介入前後における認識の変化を検討するため、病棟の雰囲気に関する質問、制限性のある治療への考え方、および患者の示す攻撃に

対する考え、行動制限に対する認識の変化を調べる。調査票として、エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版(Essen CES: Essen Climate Evaluation Schema -Japanese Version)、抑制手法への臨床姿勢質問票(ACMQ: Attitude to Containment Measures Questionnaire)、患者の攻撃に対する態度尺度(ATAS: Attitudes Towards Aggression Scale)、および行動制限に関する認識調査票を使用することとした。

Essen CESおよびACMQは前述のとおりである。

ATASは、Jansen<sup>21</sup>ら患者の攻撃性に対する考えおよび態度を測定する尺度である。信頼性は確認されており、18の質問項目を5段階評価(1=“非常に反対”から5=“非常に賛成”)により得点化する<sup>22</sup>。日本語版はNakahira<sup>22</sup>らにより翻訳されている。日本語版は、攻撃に対する否定的な態度(unfavorable/negative attitude)、理解的な態度(positive attitude)、交流促進的な態度(communicative attitude)の3因子から構成される。18の質問項目のうち、13の質問項目が攻撃に対する否定的な態度、3つの質問項目が理解的な態度、そして2つの質問項目が交流促進的な態度を測定する。

本研究では、介入前後において、看護師および准看護師らの患者の攻撃性に対する考えの変化を調べるため、ATASを使用する。

行動制限に関する認識調査票は、研究分担者らが作成した行動制限に関する認識について問う調査票である。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つの質問項目がある。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。研究分担者らが2011年6月に行った精神科医療の医師および看護師らを対象にした研修で、調査票をアンケート形式で配布した。研修前後でアンケート調査を行ったところ、研修後において、行動制限最小化についての認識に変化がみられた。

本研究では、介入前後において、行動制限についての認識の変化を調べるため、本調査

票を使用する。

介入病棟看護師・准看護師認識調査票は、Essen CES, ACMQ, ATAS, 行動制限に関する認識調査票を1セットとし、介入1ヵ月前および介入終了月に、介入病棟の看護師および准看護師に配布し回収する。介入の前後比較を行うため、調査IDを設ける。看護師・准看護師ごとに調査IDを割り当てる。退棟患者認識調査票と同様な形で、調査票は無記名で行われ、統計解析結果の形で発表されること、および調査票への回答をもって調査の同意とみなすことを書面にした説明文書を添付する。

#### 7) 遂行報告書 (資料 3-g)

遂行報告書は、医療機関名、介入病棟名、選択した介入方法、介入定義の実施状況、および具体的に組み込んだ内容を項目とする。各医療機関は、介入終了月に遂行報告書を作成する。

### 3. 対象選定

57の医療機関に依頼文を郵送し、30医療機関から参加の意向の回答を得た。その医療機関のうち、12月10日に行われた第2回の検討会には、31名が参加した。

#### D. 考察

本研究は、米国で実施されているコア戦略を参考に、わが国で実施可能な行動制限の最小化に有効な手法を、行動制限最小化認定看護師が所属する医療機関において検証することである。そのため、専門家が集まり行動制限最小化認定看護師等による介入研究に向け、米国のコア戦略をわが国の現状に合わせ、介入の定義、調査内容、および対象選定の方法を検討した。

介入の定義に関し、コア戦略1~6ごとに計14の介入方法A~Nを検討し、定義付けをした。

調査内容は、基本情報である施設および介入病棟の特性を把握し、介入の主結果と副結果の2側面を調査することを検討した。基本情報として施設および介入病棟の特性を調査し、主結果として、介入中の隔離・身体拘束施行量を測定し、患者の攻撃的行動の発生数を調査することとした。副結果として、退棟患者および介入病棟看護師・准看護師の認

識の変化を調査することとした。調査票は、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・准看護師認識調査票、7) 遂行報告書の計7つを準備した。介入期間は介入開始から介入終了までの6ヶ月間とし、調査期間はその介入3ヵ月前から介入終了までとした。

対象は、全国59名の行動制限最小化認定看護師(以下、認定看護師とする)が所属する医療機関とし、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、第2回「行動制限最小化認定看護師等による介入研究」説明会の実施を経て、現在30医療機関から参加の意向を得ている。今後は、倫理申請準備、介入研究の正式登録等の過程を経る。

臨床研究に長く携わる専門家らが、集まり意見交換および検討を重ね、わが国に適用可能な介入方法を検討することができた。来年度以降は、介入による実施可能な行動制限の最小化に有効な手法を遂行し、検証することができる。以下を、今後の予定とする。

#### E. 今後の予定

今後の流れとして、以下の過程を経る予定である。

##### 1. 自施設での研修会、説明会

12月10日の説明会の後、2012年1月~3月頃、各医療機関の認定看護師等は自施設において、研修および説明会を行い、介入方法等を検討した上で、本研究への参加登録を検討する。

同時期に、国立精神・神経医療センターで倫理申請の手続きを行う。

##### 2. 正式参加登録

2012年4月頃、各医療機関は介入研究の正式参加登録を行う。

##### 3. 院内周知、運用フロー、倫理申請準備

2012年4月~7月頃、研究参加の正式登録に伴い、各医療機関は院内周知、運用フローの作成、および自施設での倫理申請手続きを行う。

##### 4. 介入研究開始

2012年8月頃より、介入研究を開始する。

##### 5. 進捗報告会

2012年8月31日と9月1日に秋田県にて日

本精神科看護学会専門学会 I が開催され、2013 年 5 月に全国大会が開催される。それぞれ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。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

特になし

#### <参考文献>

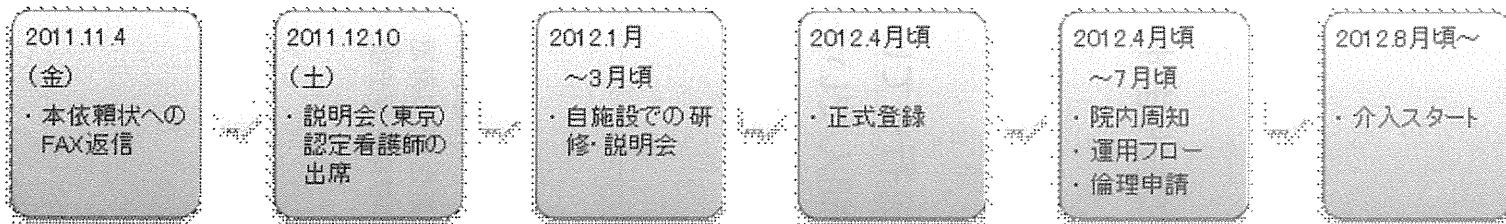
1. 野田寿恵. 行動制限最適化データベースソフト『eCODO』の開発 *精神科看護*. 2009;36(12):35-40.
2. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部 精神保健福祉資料改革ビジョン研究ホームページ <<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html>> (2011 年 8 月 30 日)
3. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen, M, et al. A 15-year national follow-up: legislation is not to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:747-752.
4. NASMHPD Research Institute. National public rates: behavioral healthcare performance measurement system <[http://www.nri-inc.org/reports\\_pubs/2010/National\\_Public\\_Rates.pdf](http://www.nri-inc.org/reports_pubs/2010/National_Public_Rates.pdf)> (2011 年 8 月 30 日)
5. Huckshorn KA. Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *J Psychol Nurs*. 2004;42:22-33. (ハクシヨン, 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.)

6. 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>
7. 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.
8. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of literature. *Am J Psychiatr*. 1999; 151:1584-1591.
9. Bush AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harvard Rev Psychiatr*. 2000;8:261-270.
10. Noda T, Nijman H, Sugiyama N et al. Factors affecting assessment of severity of aggressive incidents: using the Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) in Japan. *J Psychiatr Ment Health Nrs*. (In press).
11. Bowers L, Nijman H, Simpson A, et al. The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Soc Psych Psych Epid*. 46:143-148.
12. 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.
13. 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 他. 行動制限に関する一覽性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. *精神医学*. 2009;51(1):989-997.
14. Nijman HL, Murs P, Merckelbach HLGJ, et al. The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behav*. 25:197-209.
15. Schallast N, Redies M, Collins M, et al. Essen CES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Crim Behav Ment Health*. 2009;18:49-58.

16. 野田寿恵, 杉山直也, 松本佳子, 他. エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版 (Essen CES-JPN) の心理測定学的特徴の検討. *精神医学*. (In press).
17. Bowers L, Alexander J, Simpson A, et al. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today*. 2004;24:435-442.
18. 野田寿恵, 杉山直也, 松本佳子, 他. 抑制手法への臨床姿勢質問票日本語版を用いた実態調査. *精神医学*. 2011;23(1):65-72.
19. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, et al. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann*. 1979;2:197-207.
20. 立森久照, 伊藤弘人. 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性および妥当性の検討. *精神医学*. 1999;41:711-717.
21. Jansen GJ, Middel B, Dassen ThWN. An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale. *Int J Nurs Stud*. 2005;42:467-477.
22. Nakahira, M, Moyle, W, Creedy, D, et al. Attitude toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *J Clin Nurs*. 2008;18:807-816.

介入研究の全体スケジュール



調査票, 調査ポイント, 調査票提出

	介入前 調査月 X-1月	2012年 X月	介入後 調査月 X+5月	
	X-3月			
	介入準備	介入		介入継続の有無は 施設の判断
調査票1	全病棟の隔離・身体拘束施行量調査			<p style="text-align: center;"><b>報告会</b></p> <p>日本精神科看護学会の 場で行っていきます</p> <p>① 2012年 専門学会 I 秋田 8月31日・9月1日</p> <p>② 2013年 全国大会 5月頃</p>
調査票2	施設 特性調査			
調査票3	介入病棟 特性調査		介入病棟 特性調査	
調査票4	介入対象病棟のSOAS-R調査			
調査票5	EssenCES, ACMQ CSQ-8Jを用いる	退棟患者 認識調査	退棟患者 認識調査	
調査票6	前後調査票ペアリングの上, EssenCES, ACMQ, ATAS 介入前後調査票を用いる	介入病棟 看護師等 認識調査	介入病棟 看護師等 認識調査	
調査票7			遂行 報告書	
		調査票 1,2,3,5,6 提出	調査票 1,3,4,5,6,7 提出	

## 資料 2

# 介入方法

戦略 1～6 の介入方法 A～N について定義付けをしております。

定義に基づいて行われたものの介入といたします。

現在、既に実施中のものあるいは似たような介入を行っている場合、介入方法にあるすべての定義を満たす形で取り組んでいただきます。

### <基本文献>

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.)

### 研究課題

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業

「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」

(研究代表者 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



## 目次

	ページ
戦略1	
A. 管理者(院長)が隔離・身体拘束の場に出向く	3
B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる	4
戦略2	
C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす	5
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	6
戦略3	
E. 認定看護師による定期的研修会の開催	8
F. ディエスカレーション研修の開催	9
戦略4	
G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案	11
H. タイムアウトの実施	13
I. コンフォートルームの使用	18
J. セイフティプランの使用	21
K. 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用	26
戦略5	
L. 利用者(患者)の行動制限最小化委員会への参加	27
戦略6	
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	28
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	32
参考文献	37

## 戦略 1

### A. 管理者(院長)が隔離・身体拘束の場に出向く

コア戦略 翻訳原文 抜粋

管理者(院長)の役割は、

- 実施されたすべての隔離・身体拘束について管理監督をする
- 個々に焦点を当てた方法で、すべての実施について管理的なレビューをその場で行う
- 各々の実施内容を細部にわたり検証し、隔離・身体拘束の防止にとって重要な情報を把握し、方針を変更する
- 毎朝のミーティング等で、隔離・身体拘束実施状況を知るなどを担うことが期待される。

定義:	チェック欄
月 1 回以上、院長が隔離・身体拘束の実施している病棟におもむき、隔離・身体拘束を受けている患者のもとに出向く。一覧性台帳に基づくデータの検証を行い、最小化カンファレンスに参加し、包括的なレビューを行う。実施日と大まかなレビュー内容を記録する。	<input type="checkbox"/>

具体的に取り組んだことについて記述して下さい（院内運用フローなどがあれば添付）

（例、頻度など）

## 戦略 1

### B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる

コア戦略 翻訳原文 抜粋

施設での隔離・身体拘束実施状況のベースラインを知る。それにより、具体的な数値目標が設定され、実施状況が長期的にモニターされ、目標に向けた進展(ないし未到達)状況を把握することができる。

定義:	チェック欄
<p>自施設での隔離・身体拘束実施状況のベースラインを一覧性台帳より把握し、隔離・身体拘束施行量を 6 ヶ月間で、前年同月比 5%以上減を目標として取り組み、数値目標および結果を全スタッフに周知する。</p> <p>※ 介入時期 1 年前のデータ算出が必要となります。</p>	<input type="checkbox"/>

#### 具体的に取組んだことについて記述して下さい

- 自施設の隔離・身体拘束の実施状況のベースライン
- 周知方法
- 結果

## 戦略 2

### C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす

コア戦略 翻訳原文 抜粋

隔離・身体拘束のデータを、処罰のためではなく、病棟間での前向きな競争を推進するために用いる。データは管理力を高めるため、また隔離・身体拘束実施にかかわるすべての人が知識を深めるために用いる。

定義:	チェック欄
隔離・身体拘束の施行量をデータとしてエクセルシート等で管理し、その実施状況を病棟別および月ごとに分析する。病棟ごとの隔離・身体拘束データをグラフ化し、職員の目につく各所(例: ロッカールーム、トイレ、スタッフステーション内掲示板、休憩室など)に貼りだす。	<input type="checkbox"/>

具体的に取組んだことについて記述して下さい