

遅いタイプであることが推測され、そのために血清 OLZ が著しい高濃度に至ってしまい、過鎮静を招いた可能性が考えられる。同様の知見は、OLZ 濃度とプロラクチン濃度との関連で報告されている (Citrome et al., 2009)。

この研究の長所は、全ての症例が精神科救急患者であるため現実の臨床現場を反映していることである。製薬会社の資金援助を受けていないことも特徴である。限界は、サンプルサイズが小さいことである。救急の状況でインフォームドコンセントを得ることはしばしば困難を伴い、特に認可量を超えた OLZ の投与の可能性への同意を得ることはさらに困難を伴った。したがって、基準該当者のうち参加者は 5%にとどまった。2つ目の限界として、本結果はアフリカ系人種には適応できないかもしれない。アフリカ系人種の 89%は CYP3A43 ジェノタイプ AA キャリアで、その 50%は 15-20mg/日の OLZ 投与でも血清濃度は 20 ng/mL にとどまることが報告されているからである (Bigos et al., 2011)。3つ目の限界は、二重盲検でないことである。治療側も患者も投与薬剤の効果や副作用の特徴を知っていることが、結果に影響を与えた可能性を否定できないからである。

(臨床疑問 2)

RIS に対する早期反応不良のため OLZ 併用に割付けられた群の PANSS 総点改善率が OLZ 切替えに割付けられた群の PANSS 総点改善率より優る傾向が認められたことは、急性期治療における早期治療反応不良例に対して切替えより併用効果が優ることを示す初めての検証成果として興味深い。統計学的パワーに達すれば、有意差として検出できる可能性があり、早期反応不良例に対する方略として新たな知見となりうる。

E. 結論

高用量まで可能とした場合の急性期における OLZ と RIS の優劣は本研究では見出せなかったが、ランダム化できた患者が必要症例数の 60%にとどまったため結論的でない。

高用量を要した患者群は、通常量で経過できた群より、入院時の陰性症状評点が有意に高く、救急鎮静のための HAL 注射の使用頻度が有意に高かった。医療側の誠意・熱意が伝わりにくいために高用量が必要になった可能性が示唆される。

OLZ 群で高用量を要した 7 名のうち 5 名の、20 mg/day 投与時点での血清濃度を測定できた。すべて有効濃度の 20 ng/mL を超えており、早期治療反応不良の理由は薬物動態に因らないことを初めて裏付けた。

RIS に対する早期反応不良例に対する OLZ 併用の PANSS 総点改善率が OLZ 切替えのそれに優る傾向が認められたことは、早期治療反応不良例に対して切替えより併用効果が優ることを示す初めての検証成果として興味深い。現在継続中であるが、統計学的パワーに達すれば、有意差として検出できる可能性があり、早期反応不良例に対する方略として新たな知見となりうる。

引用文献

Bigos, K.L., Bies, R.R., Pollock, B.G., Lowy, J.J., Zhang, F., Weinberger, D.R., 2011. Genetic variation in CYP3A43 explains racial difference in olanzapine clearance. *Molecular Psychiatry* 16, 620-625.

Cahn, W., van Haren, N.E., Hulshoff Pol, H.E., Schnack, H.G., Caspers, E., Laponder, D.A., Kahn, R.S., 2006. Brain volume changes in the first year of illness and 5-year outcome of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 189, 381-382.

Callaghan, J.T., Bergstrom, R.F., Ptak, L.R.,

Beasley, C.M., 1999. Olanzapine. Pharmacokinetic and pharmacodynamic profile. *Clinical Pharmacokinetics* 37, 177-193.

Citrome, L., Stauffer, V.L., Chen, L., Kinon, B.J., Kurtz, D.L., Jacobson, J.G., Bergstrom, R.F., 2009. Olanzapine plasma concentrations after treatment with 10, 20, and 40 mg/d in patients with schizophrenia: an analysis of correlations with efficacy, weight gain, and prolactin concentration. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 29, 278-283.

Hatta, K., Nakamura, H., Matsuzaki, I., 2003. Acute-phase treatment in general hospitals: clinical psychopharmacologic evaluation in first-episode schizophrenia patients. *General Hospital Psychiatry* 25, 39-45.

Kelly, D.L., Richardson, C.M., Yu, Y., Conley, R.R., 2006. Plasma concentrations of high-dose olanzapine in a double-blind crossover study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 21, 393-398.

Kinon, B.J., Kane, J.M., Chakos, M., Munne, R., 1993. Possible predictors of neuroleptic-resistant schizophrenic relapse: influence of negative symptoms and acute extrapyramidal side effects. *Psychopharmacology Bulletin* 29, 365-369.

Kinon, B.J., Volavka, J., Stauffer, V., Edwards, S.E., Liu-Seifert, H., Chen, L., Adams, D.H., Lindenmayer, J.P., McEvoy, J.P., Buckley, P.F., Lieberman, J.A., Meltzer, H.Y., Wilson, D.R., Citrome, L., 2008. Standard and higher dose of olanzapine in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, fixed-dose study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 28, 392-400.

Mauri, M.C., Volonteri, L.S., Colasanti, A., Fiorentini, A., De Gaspari, I.F., Bareggi, S.R., 2007. Clinical pharmacokinetics of atypical antipsychotics: a critical review of the relationship between plasma concentrations and clinical response. *Clinical*

Pharmacokinetics 46, 359-388.

Mitchell, M., Riesenber, R., Bari, M.A., Marquez, E., Kurtz, D., Falk, D., Hardy, T., Taylor, C.C., Mitchell, C.P., Cavazzoni, P., 2006. A double-blind, randomized trial to evaluate the pharmacokinetics and tolerability of 30 or 40 mg/d oral olanzapine relative to 20 mg/d oral olanzapine in stable psychiatric subjects. *Clinical Therapeutics* 28, 881-892.

Roth, B.L., 2008. High-dose olanzapine for treatment-resistant schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 69, 176-177.

Skogh, E., Sjödin, I., Josefsson, M., Dahl, M.L., 2011. High correlation between serum and cerebrospinal fluid olanzapine concentrations in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder medicating with oral olanzapine as the only antipsychotic drug. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 31, 4-9.

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

Hatta K, Otachi T, Sudo Y, Kuga H, Takebayashi H, Hayashi H, Ishii R, Kasuya M, Hayakawa T, Morikawa F, Hata K, Nakamura M, Usui C, Nakamura H, Hirata T, Sawa Y, for the JAST study group: A comparison between augmentation with olanzapine and increased risperidone dose in acute schizophrenia patients showing early non-response to risperidone. *Psychiatry Research* 2012; 198: 194-201

2. 学会発表

未定

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

表 1: Baseline characteristics of patients.

	Risperidone (n=20)	Olanzapine (n=22)	<i>P</i>
Age (years)	34.5 (9.0)	39.2 (11.2)	0.14
Men	12/20 (60%)	9/22 (41%)	0.35
Asian	20/20 (100%)	22/22 (100%)	
Substance dependence	2/20 (10%)	3/22 (14%)	1.00
Antipsychotic-naïve	11/20 (55%)	12/22 (55%)	1.00
Haloperidol injection received before enrollment	9/20 (45%)	5/22 (23%)	0.19
CGI-S	5.8 (0.8)	5.9 (0.8)	0.81
PANSS			
Total	115.0 (24.9)	106.7 (23.9)	0.28
Positive scale	30.7 (6.0)	31.8 (6.8)	0.57
Negative scale	25.1 (8.5)	22.6 (10.5)	0.40
General psychopathology scale	59.3 (14.5)	52.3 (11.1)	0.089
GAF	24.7 (8.4)	20.5 (7.6)	0.10
BMI (kg/m ²)	22.3 (3.9)	20.6 (3.1)	0.14
Hyperglycemia	0/20 (0%)	0/22 (0%)	
Hypercholesterolemia	2/20 (10%)	2/22 (9%)	1.00
Hypertriglyceridemia	1/20 (5%)	0/22 (0%)	0.48
Systolic blood pressure (mmHg)	126.6 (17.1)	121.8 (19.7)	0.41
Diastolic blood pressure (mmHg)	79.3 (13.1)	76.7 (15.0)	0.56
Heart rate (/min.)	78.6 (15.0)	83.7 (17.8)	0.33

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. All substance dependence except one patient with benzodiazepine dependence in the risperidone group was alcohol dependence. ‘Haloperidol injection received before enrolment’: the maximal duration until enrollment was 3 days. CGI-S, Clinical Global Impression Severity rating scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; BMI, body mass index. Hyperglycemia: ≥ 200 mg/dL or fasting glucose ≥ 126 mg/dL. Hypercholesterolemia: cholesterol concentration ≥ 220 mg/dL. Hypertriglyceridemia: triglyceride level ≥ 150 mg/dL. Differences in age, CGI-S, PANSS, GAF, BMI, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate were calculated using the unpaired t-test. Differences in sex, and frequencies of substance dependence, antipsychotic-naïve, haloperidol injection received before enrolment, hypercholesterolemia, and hypertriglyceridemia were calculated using the Fisher’s exact test.

表 2: Outcomes of treatment.

	Risperidone (n=20)	Olanzapine (n=22)	<i>P</i>
Mean maximum dose (mg/day)	6.9 (2.7)	23.0 (10.2)	
Use of as needed haloperidol injection	6/20 (30%)	4/22 (18%)	0.48
Adjunctive benzodiazepine	15/20 (75%)	14/22 (64%)	0.51
Anticholinergic drug	9/20 (45%)	2/22 (9%)	0.013
Adjunctive valproate	1/20 (5%)	1/22 (5%)	1.00
Discontinuation for any cause	5/20 (25%)	5/22 (23%)	1.00
Improvement in PANSS			
Total (%)	48.6 (25.7)	49.0 (29.1)	0.96
Positive scale (%)	53.5 (28.2)	60.4 (25.9)	0.41
Negative scale (%)	44.3 (30.1)	39.9 (36.8)	0.67
Genreal psychopathology scale (%)	46.9 (26.7)	44.4 (31.1)	0.79
50%≤ improvement in PANSS total score	9/20 (45%)	10/22 (45%)	1.00
CGI-I	2.4 (1.2)	2.4 (1.1)	0.82
GAF change from baseline	25.5 (18.9)	31.2 (20.0)	0.53
Fasting glucose change from baseline (mg/dL)	-0.8 (26.3)	2.6 (32.4)	0.72
Cholesterol change from baseline (mg/dL)	13.8 (31.5)	3.0 (46.6)	0.41
Triglycerides change from baseline (mg/dL)	27.4 (110.7)	28.7 (47.7)	0.97
Weight change from baseline (kg)	0.48 (3.60)	2.59 (4.09)	0.11
Extrapyramidal symptoms (DIEPSS)	11/20 (55%)	3/22 (14%)	0.0080
Patients requiring high-dose	8/20 (40%)	7/22 (32%)	0.75
Discontinuation for any cause	3/8 (38%)	3/7 (43%)	1.00
Improvement in PANSS (%)	30.2 (21.6)	28.2 (9.6)	0.82
50%≤ improvement in PANSS total score	2/8 (25%)	0/7 (0%)	0.45

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; CGI-I, Clinical Global Impression Improvement rating scale; GAF, Global Assessment of Functioning; DIEPSS, Drug-induced Extrapyramidal Symptom Scale.

表 3: Comparison of baseline characteristics between patients requiring high-dose and patients with conventional-dose.

	High-dose (n=15)	Conventional-dose (n=27)	<i>P</i>
N	15	27	
Age	37.4 (12.8)	36.7 (9.0)	0.85
Men	7/15 (47%)	14/27 (52%)	1.00
Substance dependence	2/15 (13%)	3/27 (11%)	1.00
Duration from onset (year)	9.9 (11.6)	8.1 (7.7)	0.56
Antipsychotic-naïve	6/15 (40%)	17/27 (63%)	0.20
Haloperidol injection received before enrollment	8/15 (53%)	6/27 (22%)	0.085
CGI-S	5.9 (0.7)	5.8 (0.9)	0.56
PANSS			
Total	120.5 (21.0)	105.2 (24.8)	0.051
Positive scale	32.6 (6.1)	30.5 (6.5)	0.30
Negative scale	28.9 (9.2)	20.9 (8.7)	0.0077
General psychopathology scale	58.9 (11.1)	53.8 (14.1)	0.23
GAF	20.3 (8.3)	23.7 (8.0)	0.20
BMI (kg/m ²)	21.1 (4.0)	21.7 (3.4)	0.66
PANSS total score at the time of starting high-dose	104.5 (21.5)		

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. All substance dependence except one patient with benzodiazepine dependence in the conventional-dose group was alcohol dependence. ‘Haloperidol injection received before enrolment’: the maximal duration until enrollment was 3 days. CGI-S, Clinical Global Impression Severity rating scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; BMI, body mass index. Differences in age, duration from onset, CGI-S, PANSS, GAF, and BMI were calculated using the unpaired t-test. Differences in sex, and frequencies of substance dependence, antipsychotic-naïve, and haloperidol injection received before enrolment were calculated using the Fisher’s exact test.

表 4: Characteristics and serum olanzapine concentrations at the timing of oral 20 mg/day in patients who subsequently required high-dose olanzapine.

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	Case 5
Age (year)	58	42	28	50	53
Sex	Male	Male	Female	Female	Female
Smoking	non	One pack of cigarettes / 4 weeks	non	non	non
Timing when the blood sample was collected after the increase in olanzapine to 20mg/day (day)	1	11	1	8	1
Timing when the blood sample was collected after taking olanzapine last time (hour)	16	12	16	11	16
Serum olanzapine concentration (ng/mL)	30.730	36.267	40.103	47.424	84.856
Discontinuation before 8 week period	no	no	yes	no	yes
The reason for discontinuation			NE		SE
The final improvement in PANSS (%)	42.4	31.0	32.3	31.4	24.6

NE, insufficient efficacy; SE, side effects; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale.

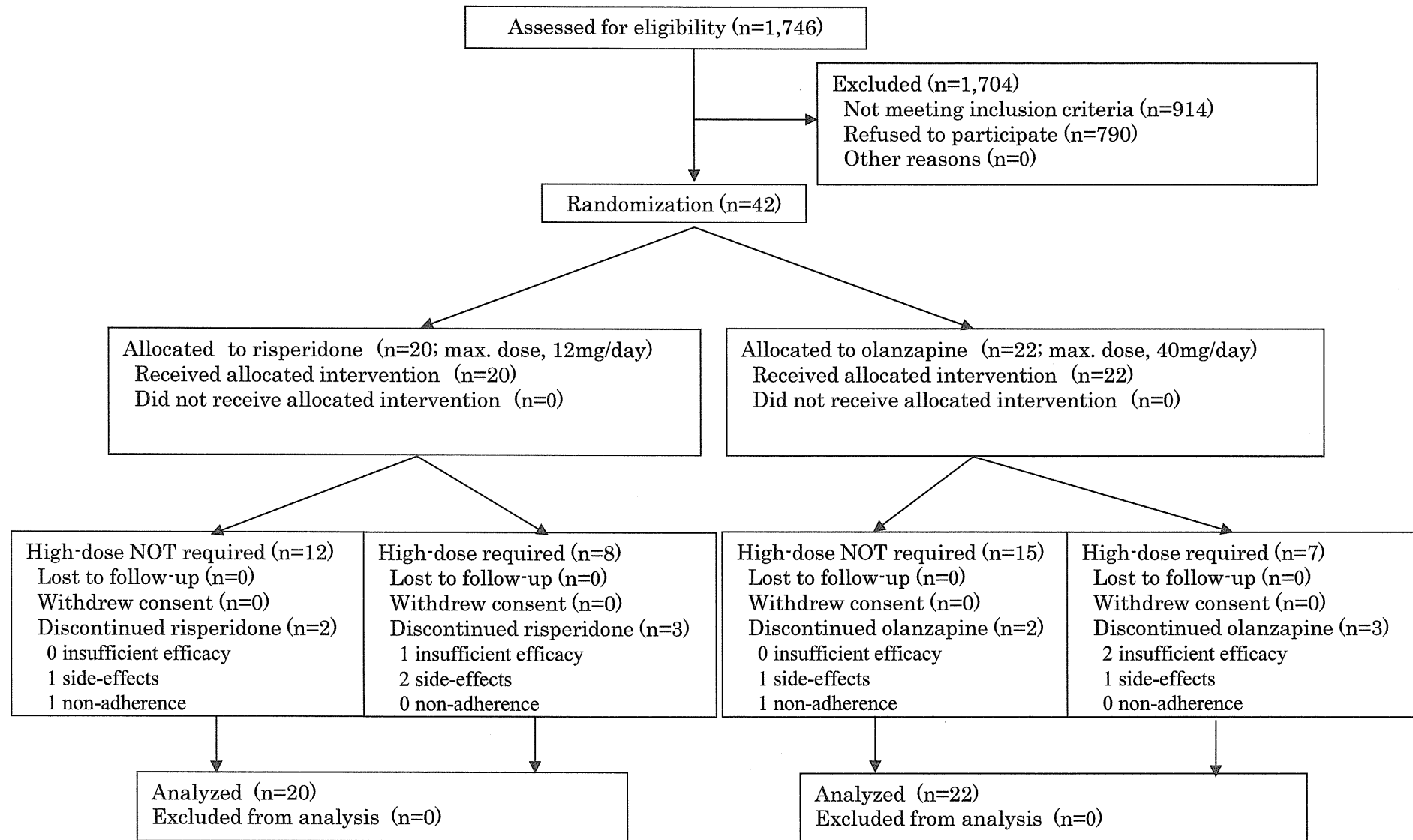


図1. 臨床疑問1に対する試験プロファイル

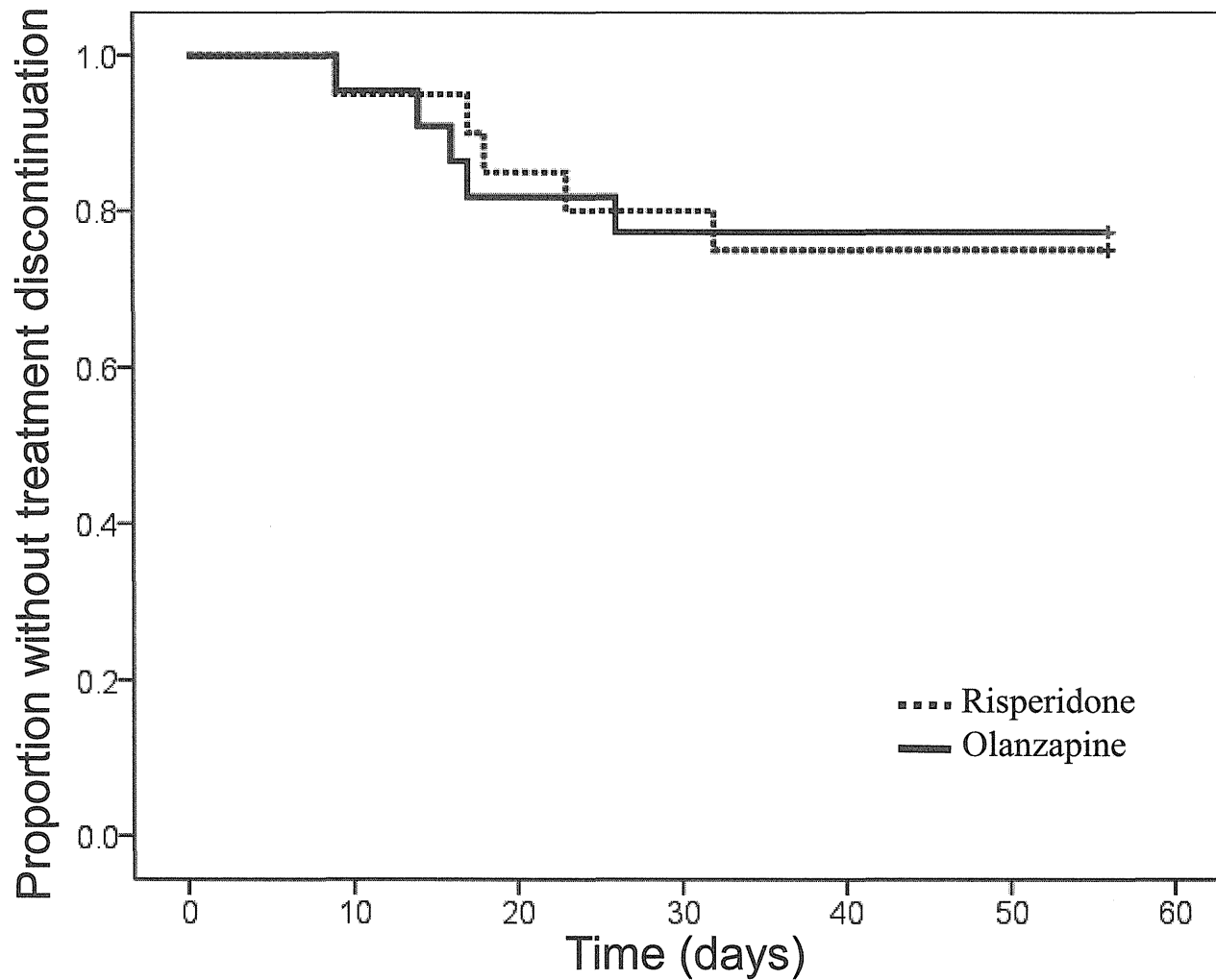


図2. 高用量可能としたRISとOLZIにおける, 救急入院時から単剤投与中止までの時間の比較(すべての理由による投与中止をKaplan-Meier法で推計)

行動制限最小化に関する研究の中間経過報告

研究分担者 杉山直也 公益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実践し、その介入手法の有効性を検証することを目的としている。本報告は研究の概要ならびに参加共同研究機関の介入前における施設特性、介入病棟特性、および施行量の間経過について報告する。

研究方法：日本精神科看護技術協会の協力を得て、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14の介入方法を提示した。認定看護師らが所属する共同研究機関において、実施可能な介入を各病棟（以下、介入病棟）で実践したうえ、介入中および介入前後の行動制限施行量やスタッフおよび退棟患者の認識調査を行い、各介入方法の有効性を検証する。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) 遂行報告書を使用する。調査期間を9ヶ月間とし、うち介入期間を6ヶ月間とする。全体の研究計画は国立精神・神経医療研究センターおよび各共同研究機関の倫理委員会で承認を得た。

結果：介入ならびに調査は継続中であり、本報告は中間報告である。本研究への参加意思を表明した共同研究機関は25施設、介入病棟は40病棟であった。介入方法ごとのエントリー状況に関して、最も多く選択された介入方法は、「認定看護師による定期的研修会の開催」、続いて「隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす」であった。一方、選択されなかった介入方法は、「管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く」、「コンフォートルームの使用」、「利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加」の3つであった。2012年10月31日時点で介入前調査の施設特性および介入病棟特性、隔離・身体拘束施行量の回答を得られたのは、21施設、31病棟であった。施設特性について、平均全病床数は321床、2011年の平均新規入院患者数は398人、2011年平均在院日数は300.2日であった。精神科救急事業の参画状況は、「輪番対応」8施設、「常時対応」10施設、「参画なし」3施設であった。介入病棟特性について、平均病床数は51.5床、2012年介入前調査月（X-1月）の平均新規入棟患者数は14.5人、平均退棟患者数は14.9人、2011年平均在棟日数は226.6日であった。介入病棟を入院料別で見ると、「精神15対1」14病棟が最も多く、続いて「救急」6病棟、「急性期」5病棟、「精神13対1」3病棟、「療養」2病棟、「認知症」1病棟であった。入院患者のうち最も多い年齢層は20以上65歳未満、最も多くを占める治療疾患はF2（統合失調症圏）であった。介入前における施行量に関して、2012年X-1月の月当たり平均日数は隔離15.6日、身体拘束7.7日、施行割合の平均は隔離16.0%、身体拘束3.1%、施行患者割合の平均は、隔離23.5%、身体拘束6.6%、施行開始割合の平均は隔離25.3%、身体拘束9.3%であった。

考察・まとめ：当初の計画より想定数を超える共同研究機関数が参加していることは、本研究への関心の高さが伺える。介入方法のエントリー状況において選択されなかった手法があり、わが国の医療環境における実施の難しさが示唆された。介入前調査においても、介入病棟の病棟種別による施行量の違いや病棟種別ごとの特性を把握でき、調査終了後、介入前後での施行量比較、介入病棟と非介入病棟との施行量比較の他、病棟種別ごとの施行量比較から介入の効果を検討していく予定である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名
(五十音順)

足立健一, 大友伸子 宮城県立精神医療センター

石井美緒 横浜市立大学精神医学教室

板橋ひろみ 財団法人竹田綜合病院こころの医療センター

伊藤幸治 医療法人十全会十全第二病院

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

大屋真奈美 医療法人根岸会足利富士見台
病院 看護師長

大谷須美子 財団法人信貴山病院ハートラ
ンドしぎさん病院 看護部副部長

奥村 清 高知県立あき総合病院 副看護
長心得

小野寺健治 八戸赤十字病院精神科

賀山道広 山口県立こころの医療センター
主任

川久保憲一郎 長崎県精神医療センター
看護師長

小林貴子 静岡県立こころの医療センター
看護師長

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 亮 山形県立鶴岡病院

末安民生 天理医療大学医療学部看護学科
教授

杉田百合子 医療法人好生会三方原病院
看護部長

杉本正一 医療法人財団北林厚生会五条山
病院

中西清晃 石川県立高松病院

中山 聡 岩手県立南光病院 主任

新田恵美子 社会医療法人加納岩日下部
記念病院 看護課長

野田寿恵 公益財団法人復康会沼津中央病
院, 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
客員研究員

則村 良 医療法人財団青溪会駒木野病院
看護科長

早川幸男 日本精神科看護技術協会 専務
理事

服部朝代 岡山県精神科医療センター

伏田善祐 滋賀県立精神医療センター 副
看護師長

藤原直隆 同仁会谷口病院 主任

松浦好徳 山梨県立北病院 看護師長

三宅美智 天理医療大学医療学部看護学科
助教

安田みえ子 医療法人積愛会横浜舞岡病院
看護師長

鎗内希美子 医療法人以和貴会金岡中央病
院 主任

湯田文彦 医療法人昨雲会飯塚病院 看護
師長

吉浜文洋 神奈川県立保健福祉大学 看護
学科 教授

渡部 晃 財団法人創精会松山記念病院
看護師長

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¹。2008年に実施された野田²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。それに対し欧米での施行者割合を見ると、2004年のフィンランドの調査では隔離1.3%, 身体拘束0.8%³, 2009年の米国の調査では隔離2.64%, 身体拘束3.83%であった⁴。

隔離・身体拘束などの行動制限の使用は、精神科病院の入院患者にとって外傷体験となりかねない。外傷体験とは、暴力、性的・身体的虐待、ネグレクト、災害やテロリズムなどを体験・目撃することである⁵。事実、米国における調査では、重い精神疾患を患っている人々の51-98%が外傷体験を有している^{5,6,7}ことが報告されている。しかし、実際の医療現場において外傷体験の有無やその影響に対する認識は低い⁵。行動制限の使用によって再外傷体験を与え、回復に向けた障害となる場合がある⁵。精神障害者の多くは外傷体験歴を有していることを踏まえケアを提供することを「トラウマインフォームドケア」という⁵。トラウマインフォームドケ

アでは、患者の過去の外傷体験歴を理解し、治療現場において再外傷体験を与えない身体的・心理的環境整備および関係性の構築を図り、治療を行う^{5,8}。

トラウマインフォームドケアに基づく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、米国においては Huckshorn⁸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)を提唱している。筆者らは、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⁸。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。米国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⁹。Azecm¹⁰らは、児童・思春期精神科病棟でコア戦略を用いた隔離・身体拘束削減の研究を行ったところ、コア戦略を導入後、隔離・身体拘束数が減少したことを報告している。

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ではない。行動制限最小化に関する見識を深め、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。

そこで本研究は、米国で提唱された6つのコア戦略を参考に、コア戦略に示される具体的な介入方法を提示し、行動制限最小化認定看護師(以下、認定看護師)らが所属する医療機関(以下、共同研究機関)において実施可能な方法を実際の病棟(以下、介入病棟)で実践したうえで、介入中および前後の行動制限施行量、退棟患者およびスタッフの認識調査を行い、各介入法の有効性を検証することを目的とする。

本報告は、研究概要ならびに参加共同研究機関の介入前における施設特性、介入病棟特性、および施行量の間経過について報告する。

B. 研究方法

(研究概要)

1. 対象

日本精神科看護技術協会の協力を得て、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名の認定看護師らが所属する医療機関のうち、参加意思を表明した25施設、40介入病棟を研究対象とする。

介入病棟の看護師・准看護師および退棟患者を認識調査の調査対象とする。なお、共同研究機関の認定看護師等は研究協力者として、国立精神・神経医療研究センター社会精神保健研究部との連絡・調整を行い、介入および調査を遂行する。

また、介入実施の有無による行動制限施行量の違いを測るため、介入を実施しない同一共同研究機関の精神科病棟をコントロール群とする。

2. 研究期間

本研究全体の研究期間は、倫理委員会承認後～2014年3月31日までである。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カ月前から介入終了までの9ヶ月間とする。

3. 介入方法

米国のコア戦略をそのままわが国で実施することは、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難しいと考えられる。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ごとの介入方法を検討し、下記の通り、計14の介入(A～N)を提示した。

介入方法は、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。

本研究では，介入方法を参加登録の際に確認する。各共同研究機関は，介入前に実施していた「介入」（既介入）について，それまでの取り組みを記載する。しかし，既介入は，介入を実施する病棟・実施しない病棟ともに等しく行われていると考えられることから本研究における評価の対象とはしない。共同研究機関は介入方法にある定義をすべて満たした形で再スタートする。分析ではまず既介入の影響がないことを確認してから進め，本研究にて実施された介入に対する評価は，調査票の1つである「遂行報告書」において報告する予定である。

4. 調査内容

介入による行動制限施行量，看護師等および退棟患者の意識の変化を調査する。本研究では，基本的な情報として共同研究機関の施設特性を把握し，同様に介入病棟の特性を調査する。次に，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。さらに副結果として，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。

これらを測定するため，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つを使用する。

1) 全病棟の隔離・身体拘束施行量調査票

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¹¹の調査票を用いて，エクセルシートにて隔離・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・身体拘束の施行者数，うち当月入院者数，のべ日数，隔離・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。介入前（X-3月；介入開始月をX月とする）より測定を開始し，介入期間中，毎月継続して介入終了月（X+5月）まで施行量を記録する。

2) 施設特性調査票

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室数」，「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月から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。介入前（X-1月）に項目内容を調査票に記入する。

3) 介入病棟特性調査票

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室数，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，介入前（X-1月）および介入終了月（X+5月）の新規入棟者数，介入前および介入終了月時点の退棟者数，2011年の平均在院日数を調査項目とする。介入前（X-1月）および介入終了月（X+5月）に調査票を記入する。

4) 介入対象病棟のSOAS-R調査票

スタッフによる攻撃性観察尺度（SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised）^{12,13}を用いて，看護師による患者の攻撃的行動を測定する。調査票1において行動制限施行量が減少したとしても，患者の攻撃的行動が増加していた場合，介入の成果が得られたとは

言い難い。そのため、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つの側面に分け、各側面の事象の出現の有無をチェックする^{11,12}。介入開始(X月)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

退棟患者認識調査票は、介入病棟の退棟患者を対象とし、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)^{14,15}、抑制手法への臨床姿勢質問票(ACMQ: Attitude to Containment Measures Questionnaire)^{16,17}、治療への満足度質問票(CSQ-8J: The Client Satisfaction Questionnaire)^{18,19}を使用する。介入前(X-1月)および介入終了月(X+5月)に退棟患者へ調査票を配布し調査する。

6) 介入病棟看護師・准看護師認識調査票

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)^{14,15}、抑制手法への臨床姿勢質問票(ACMQ: Attitude to Containment Measures Questionnaire)^{16,17}、患者の攻撃に対する態度尺度(ATAS: Attitudes Towards Aggression Scale)^{20,21}、および行動制限に関する認識調査票を使用する。介入の前後比較を行うため、看護師・准看護師ごとに調査IDを割り当て、退棟患者認識調査票と同様、介入前(X-1月)および介入終了月(X+5月)に介入病棟の看護師・准看護師へ調査票を配布し調査する。

7) 遂行報告書

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介入終了月(X+5月)に作成する。

C. 研究結果

現在、介入ならびに調査は継続中である。以下、介入方法ごとのエントリー状況ならびに介入前調査について報告する。

1. 介入方法ごとのエントリー状況

コア戦略1~6ごとに提示された14介入手法のエントリー状況は以下の通りである(n:病棟数を示し、共同研究機関によっては複数の介入を実施している)。

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(n=0)、B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる(n=11)、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(n=24);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(n=14)、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(n=27);F. ディエスカレーション研修の開催(n=20)、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(n=19);H. タイムアウトの実施(n=7);I. コンフォートルームの使用(n=0);J. セイフティプランの使用(n=8);K. 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用(保留のため介入方法より除外)、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(n=0)、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=10)、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(n=10)。

2. 介入前調査

2012年10月31日時点での共同研究機関の施設特性、介入病棟特性、および介入病棟の隔離・身体拘束施行量に関して、中間経過として報告する。

1) 共同研究機関の施設特性

参加している共同研究機関 25 施設のうち、21 施設より施設特性調査 (調査票 2) の回答を得た [表 1] . 全病床数の平均は 321 床、うち隔離室を含む全ての個室数の平均は 49.5 室、うち耐破壊性能の高い隔離室数の平均は 13.3 室、2011 年新規入院患者数の平均は 398 人、2011 年の平均在院日数は 300.2 日であった。

また精神科救急事業の参画状況においては、「常時対応」8 施設、「輪番対応」10 施設、「参画なし」3 施設であった。

2) 共同研究機関の介入病棟特性

本研究に参加している 25 施設 40 病棟のうち、31 病棟より介入病棟特性調査 (調査票 3) の回答を得た [表 2] . 介入病棟における看護師配置について女性 12.6 人、男性 9.3 人であった。病床数は 51.5 床、うち隔離室を含む全ての個室数は 15.1 室、うち耐破壊性能の高い隔離室数は 5 室、2012 年 X-1 月の新規入棟患者数は、14.5 人、2012 年 X-1 月の退棟患者数は 14.9 人、2011 年の平均在棟日数は 266.6 日であった。

病棟種別では 31 病棟のうち、「精神 15 対 1」が 14 病棟で最も多く、続いて「救急」6 病棟、「急性期」5 病棟、「精神 13 対 1」3 病棟、「療養」2 病棟、「認知症」1 病棟であった。

入院患者のうち最も多い年齢層は 20 以上 65 歳未満、また、F2 (統合失調症圏) が最も多くを占める治療対象疾患であり、次に多くを占める疾患としては F3 (気分障害圏) であった。

3) 介入前調査における介入病棟の隔離・身体拘束施行量調査

21 施設より全病棟の隔離・身体拘束施行量調査 (調査票 1) の回答を得た。うち、介入病棟の隔離・身体拘束施行量について以下に報告する。

31 病棟の 2012 年 X-1 月の月当たりの平均日数は隔離 15.6 日、身体拘束 7.7 日、施行割合は隔離 16.0%、身体拘束 3.1%、施行患者割合は、隔離 23.5%、身体拘束 6.6%、施行開始割合は隔離 25.3%、身体拘束 9.3%であった [表 3] .

病棟種別にみると、月当たり平均日数について「救急」(n=6) は隔離 13.4 日、身体拘束 5.6 日、「急性期」(n=5) は隔離 11.8 日、身体拘束 5.5 日、「療養」(n=2) は隔離 20.3 日、身体拘束は 11.9 日、「認知症」(n=1) は隔離 14.0 日、身体拘束 19.9 日、「精神 13 対 1」(n=3) は隔離 15.2 日、身体拘束 4.1 日、「精神 15 対 1」(n=14) は隔離 17.5 日、身体拘束 8.6 日であった [図 1-1] .

平均施行割合について、「救急」(n=6) は隔離 24.4%、身体拘束 2.7%、「急性期」(n=5) は隔離 20.7%、身体拘束 3.7%、「療養」(n=2) は隔離 2.8%、身体拘束は 4.4%、「認知症」(n=1) は隔離 1.8%、身体拘束 13.0%、「精神 13 対 1」(n=3) は隔離 18.0%、身体拘束 1.2%、「精神 15 対 1」(n=14) は隔離 13.2%、身体拘束 2.5%であった [図 1-2] .

施行患者割合について、「救急」(n=6) は隔離 34.7%、身体拘束 6.1%、「急性期」(n=5) は隔離 34.8%、身体拘束 11.7%、「療養」(n=2) は隔離 4.6%、身体拘束は 5.6%、「認知症」(n=1) は隔離 3.5%、身体拘束 17.5%、「精神 13 対 1」(n=3) は隔離 20.2%、身体拘束 4.4%、「精神 15 対 1」(n=14) は隔離 19.4%、身体拘束 4.8%であった [図 1-3] .

施行開始割合について、「救急」(n=6) は隔離 40.4%、身体拘束 11.1%、「急性期」(n=5) は隔離 53.3%、身体拘束 22.9%、「療養」(n=2) は隔離 0.0%、身体拘束は 25.0%、「認知症」(n=1) は隔離 11.1%、身体拘束 20.0%、「精神 13 対 1」(n=3) は隔離 13.1%、身体拘束 6.4%、「精神 15 対 1」(n=14) は隔離 16.0%、身体拘束 1.3%であった [図 1-4] .

D. 考察

1. 介入方法ごとのエントリー状況

介入方法ごとのエントリー状況では、「E. 認定看護師による定期的研修会の開催」が最も多く、続いて「C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす」が 24 病棟、「F. ディエスカレーション研修の開催」が 20 病棟であった。コア戦略は隔離・身体拘束の使用削減に向けた方針を示したものであり、6 つある戦略の中から各施設で取り組みやすいものから実施することが最小化への一歩であ

る²²としている。上記の手法は、わが国の医療現場において取り組みやすい手法であると考えられる。

一方、「A. 管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く」、「I. コンフォートルームの使用」、「L. 利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加」の3手法は介入方法として選択されなかった。これらは、わが国の医療環境における実施が難しいことを示唆している。

「A. 管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く」に関して、総合病院にある精神科では院長が隔離・身体拘束の場に出向くことが難しいとの意見が本研究参加登録時に挙げられた。また、「I. コンフォートルームの使用」については、院内での環境整備および期間等の準備が必要とされたため選択されなかったものと考えられる。「L. 利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加」について、米国ではピアスペシャリストと呼ばれる当事者が州立精神保健局の研修を受け、医療機関や地域の中で活躍している。正社員として雇用されている場合が多く、医療機関において入院患者に対する心理的支援、社会的支援を行う役割を担っている²³。しかし、わが国においては、当事者による医療機関内での活動は米国に比べて少なく、雇用されて活動している当事者は皆無に等しい。そのため、利用者（患者）の行動制限委員会への参加は、まだ馴染みがない現状が示唆された。

2. 介入前調査

参加共同機関の施設特性について、当初本研究の計画としては5施設を共同研究機関の参加の目標としていたが、25施設の参加は本研究への関心が高いことを示唆している。

介入病棟特性において、精神15対1の病棟が介入病棟として最も多く、続いて救急、急性期が多く見られた。また、F2が治療疾患として多く、F3が次に多い治療疾患として挙げられた。

介入病棟の隔離・身体拘束施行量調査について病棟種別に見た場合、「救急」・「急性期」の隔離・身体拘束の施行割合は他の入院料病棟に比べ高いものの、施行の月当たり平均日

数は短いことが介入前調査において明らかとなった。

今回の調査では、「認知症」病棟が1病棟あり、月当たりの平均日数、施行割合、施行患者割合、施行開始割合の身体拘束の割合が高かったことが特徴である。しかし、1病棟のみのデータであるため他の認知症病棟と比較できない。

また本報告は、介入前調査における参加共同研究機関の施設特性、介入病棟の病棟特性、および隔離・身体拘束施行量の間接報告であり、関連性を調査する統計解析まで至っていない。隔離・身体拘束施行量は介入終了月（X+5月）まで継続して測定されており、全ての調査終了後、介入前後で施行量の変化を調べるとともに、介入病棟と非介入病棟との施行量の比較をしていく予定である。

E. まとめ

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。本報告では、研究概要および介入前調査にて得られた参加共同研究機関の施設特性、介入病棟特性および施行量の間接経過について報告した。

当初の計画より想定数を超える共同研究機関数が参加したことは、本研究への関心の高さが伺えた。

最も多く選択された介入方法は、「認定看護師による定期的研修会の開催」、続いて「隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す」であった。一方、選択されなかった介入方法は、「管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く」、「コンフォートルームの使用」、「利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加」の3つであった。選択されなかった3つの手法は、わが国の医療環境での実施が難しい実情が示唆される。

また介入前調査においては、介入病棟の病棟種別による施行量の違いや病棟種別ごとの特性を把握することができた。調査終了後、介入前後で施行量の変化を調べるとともに、介入病棟と非介入病棟との施行量の比較を

する他、病棟種別ごとに介入の効果を検討することが可能となる。

F. 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. 介入後調査

2013年1月頃、共同研究機関の多くは介入後調査を実施する。

2. 調査票回収

2013年2月頃より、各共同研究機関より全調査票を回収する。回収後、国立精神・神経医療研究センターにて調査票のチェック、ファイリングを実施する。

3. データ解析

2013年5月頃より、データ解析を実施する。

4. 遂行報告会

2013年8月31日と9月1日に群馬県にて日本精神科看護学会専門学会Iが開催され、共同研究機関より本研究の遂行報告会を実施する。

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

杉山直也、吉浜文洋、野田寿恵、他:「行動制限最小化に関する研究」中間報告会。第19回日本精神科看護学術集会専門I 特別企画、秋田、2012.09.01。

I. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

J. 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 36 (12): 35-40, 2009.

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日アクセス)

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 42: 747-752, 2007.

4. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Research Institute: National public rates: behavioral healthcare performance measurement system. http://www.nri-inc.org/reports_pubs/2010/National_Public_Rates.pdf. (Accessed August, 30, 2011)

5. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD): Promoting Alternatives to Seclusion and Restraint through Trauma-Informed Practices. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors. http://www.nasmhpd.org/TA/SR_TICpractices.aspx. (Accessed December 21, 2012)

6. Goodman LA, Dutton, MA, Harris M: The relationship between violence dimensions and symptoms severity among homeless, mentally ill women. J Trauma Stress 10: 51-70, 1997.

7. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al: Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. J Consult Clin Psychol 66: 493-199, 1998.

8. Huckshorn KA: Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 42: 22-33, 2004. (ハクシヨーン, 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.)

9. Barclay L: Preventing violence and the use of seclusion and restraint: a expert interview with Kevin Ann Huckshorn, RN, MSN, CAP, ICADC. November 2, 2009. <http://www.medscape.com/viewarticle/711633> (Accessed December, 21, 2012)

10. Azeem MW, Aujla A, Rammerth M, et al: Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 24: 11-15, 2011.
11. 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 他: 行動制限に関する一覧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* 51: 989-997, 2009.
12. 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 Nurs* 19: 770-775, 2012.
13. Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, Rixtel AV, Allertz W: The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggress Behav* 25: 197-209, 1999.
14. Schalast 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* 18:49-58, 2008.
15. 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* 54: 211-217, 2012.
16. 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* 24: 435-442, 2004.
17. 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* 23: 65-72, 2011.
18. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, et al: Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann* 2: 197-207, 1979.
19. 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* 41: 711-717, 1999.
20. Jansen GJ, Middel B, Dassen TWN: An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale. *Int J Nurs Stud* 42: 467-477, 2005.
21. Nakahira M, Moyle W, Creedy D, et al: Attitude toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *J Clin Nurs* 18: 807-816, 2009.
22. NASMHPD Research Institute: Promoting Recovery in Mental Health Settings by Preventing Violence, Trauma, and the Use of Seclusion and Restraint [package insert]. Westborough, MA, 2012. (2012年10月9-10日, 研修資料)
23. Bluebird G: Paving new ground: peers working in in-patient settings. Alexandria, VA: The National Technical Assistance Center, National Association of State Mental Health Program Directors; 2007. http://www.nasmhpd.org/docs/publications/docs/2009/HospitalCEOToolkit/1_15.pdf. (Accessed December 21, 2012)

表 1
施設特性 (n=21)

	平均 (標準偏差)	中央値	最小値	最大値
全病床数 (床)	321.0 (154.1)	294.0	100	700
うち隔離室を含む全ての個室数 (室)	49.5 (30.8)	46.0	3.0	142.0
うち耐破壊性能の高い隔離室 (室)	13.3 (9.0)	12.0	2.0	32.0
2011 年新規入院患者数 (人)	398.0 (209.9)	369.0	94.0	919.0
2011 年平均在院日数 (日)	300.2 (296.4)	204.8	50.5	1262.0
精神科救急事業の参画状況	施設数			
常時対応	8			
輪番対応	10			
参画なし	3			

表 2
病棟特性 (n = 31)

	平均 (標準偏差)	中央値	最小値	最大値
看護師配置 女性 (人)	12.6 (4.7)	13.0	5	25
男性 (人)	9.3 (4.07)	10.0	0	18
病床数 (床)	51.5 (8.8)	53.0	30	70
うち隔離室を含む全ての個室数 (室)	15.1 (9.3)	14.0	3	39
うち耐破壊性能の高い隔離室 (室)	5.0 (3.4)	4.0	0	14
2012 年 X-1 月新規入棟患者数 (人)	14.5 (10.6)	11.0	0	38
2012 年 X-1 月退棟患者数 (人)	14.9 (11.1)	11.0	0	24
2011 年平均在棟日数 (日)	226.6 (338.7)	146.1	1.3	1558.8

病棟種別	病棟数
精神 15 対 1	14
救急	6
急性期	5
精神 13 対 1	3
療養	2
認知症	1

入院患者のうち最も多い年齢層	病棟数
20 歳未満	0
20 歳以上 65 歳未満	28
65 歳以上	2
不明	1

最も多くを占める治療対象疾患	病棟数
F0	1
F1	1
F2	26
F3	2
F4	1

次に多くを占める治療対象疾患	病棟数
F0	2
F1	1
F2	5
F3	19
その他 (F6, F7, F8)	3
不明	1

表 3
介入病棟 (n = 31) の 2012 年 X-1 月行動制限施行量

隔離	平均 (標準偏差)	中央値	最小値	最大値
月当たり平均日数 (日)	15.6 (7.1)	14.1	3.0	31.0
施行割合 (%)	16.0 (11.9)	15.1	0.5	38.8
施行患者割合 (%)	23.5 (15.9)	20.5	3.1	58.3
施行開始割合 (%)	25.3 (26.2)	18.2	0.0	83.3

身体拘束	平均 (標準偏差)	中央値	最小値	最大値
月当たり平均日数 (日)	7.4 (7.2)	5.2	0.0	29.0
施行割合 (%)	3.1 (4.1)	1.2	0.0	13.0
施行患者割合 (%)	6.6 (6.1)	4.7	0.0	22.8
施行開始割合 (%)	9.3 (13.7)	3.2	0.0	50.0