

わが国の看護師による患者対応や、患者・看護師関係の良質さを反映した可能性も考えられる。本調査におけるわが国の攻撃性インシデントの発生率の低さも、患者-スタッフ間の関係性が患者の攻撃性への対応に影響を与えているのかもしれない。

救急病棟、急性期病棟、精神 15 対 1 など多岐にわたる共同研究機関の介入病棟の参加は、施行量の変化から入院料病棟ごとの特徴を認めることができた。このことは、今後わが国の精神科医療の行動制限に関する方策を検討する上で、一資料として示すことができると考えられる。

本研究は、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に向けて一定の成果を示すことができたと考えられる。しかしながら、今後もわが国において行動制限最小化に関する継続的な調査を行う必要がある。特筆すべきことは、本研究はわが国において初めて行動制限最小化への具体的手法を提示し、実施した点であり、高く評価ができると考えられる。米国とは異なるわが国特有の医療体制の中にあっても一定の可能性と有用性が期待される。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 野田寿恵, 佐藤真希子, 杉山直也, 他: 患者および看護師が評価する精神科病棟の風土。エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版(EssenCES-JPN)を用いた検討(投稿準備中)。

2) 野田寿恵, 佐藤真希子, 杉山直也, 他: 精神科看護師がいただく入院患者の攻撃性への態度と対処手法への臨床姿勢の関連(投稿準備中)。

3) 石井美緒: 米国の隔離・身体拘束最小化方策=「コア戦略」とは (1) トラウマインフォームドケア。精神看護, 17 (1): 92-93, 2013.

4) 佐藤真希子: 米国の隔離・身体拘束最小化方策=「コア戦略」とは (2) セイフティプラン。精神看護, 17 (2): 65-67, 2013.

5) 三宅美智: 米国の隔離・身体拘束最小化方策=「コア戦略」とは (3) コンシューマー。精神看護 (印刷中)。

2. 学会発表

1) 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」報告会。第 20 回日本精神科看護学術集会専門 I 特別企画, 群馬, 2013.08.31.

2) 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.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

I. 参考文献

1) 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>. (2013 年 11 月 20 日アクセス)。

2) 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: 35-40, 2009.

3) 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)。

4) Goodman LA, Dutton MA, Harris M: The Relationship between Violence Dimensions and Symptom Severity among Homeless, Mentally Ill Women. J Trauma Stress 10: 51-70, 1997.

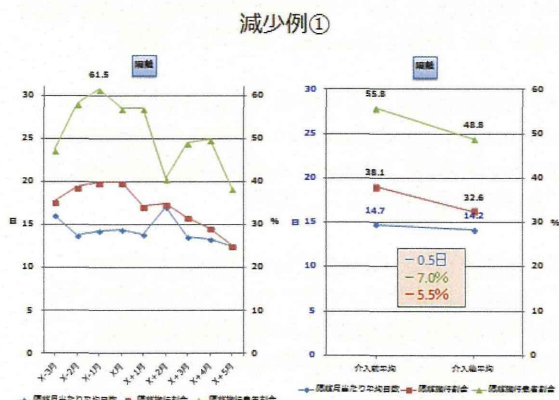
5) Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al: Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness. J Consult Clin Psychol 66: 493-499, 1998.

6) Huckshorn Ka. Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings: Core Strategies for Prevention. J Psychol Nurs. 2004;42:22-33. (ハクシオン, 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.)。

- 7) Barclay L. Preventing Violence and the Use of Seclusion and Restraint: A Expert Interview with Kevin Ann Huckshorn, Rn, Msn, Cap, Icacd. November 2, 2009. <http://www.medscaoe.com/viewarticle/711633>. Accessed Secmber, 21, 2012.
- 8) 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.
- 9) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, et al: 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.
- 10) Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, et al: The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior* 25: 197-209, 1999.
- 11) 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.
- 12) Schalast N, Redies M, Collins M, et al: EssenCES, a Short Questionnaire for Assessing the Social Climate of Forensic Psychiatric Wards. *Crim Behav Ment Health* 18: 49-58, 2008.
- 13) 野田寿恵, 杉山直也, 松本佳子, et al: エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版 (EssenCES-Jpn)の心理測定学的特徴の検討. *精神医学* 54: 211-217, 2012.
- 14) 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.
- 15) 野田寿恵, 杉山直也, 松本佳子, et al: 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* 53: 65-72, 2011.
- 16) 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.
- 17) 立森久照, 伊藤弘人: 精神科急性期治療病棟退院患者の患者満足度. *精神医学* 41: 711-717, 2003.
- 18) Jansen GJ, Middel B, Dassen TW: An International Comparative Study on the Reliability and Validity of the Attitudes Towards Aggression Scale. *Int J Nurs Stud* 42: 467-477, 2005.
- 19) Nakahira M, Moyle W, Creedy D, et al: Attitudes toward Dementia-Related Aggression among Staff in Japanese Aged Care Settings. *J Clin Nurs* 18: 807-816, 2009.
- 20) 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.
- 21) Maguire T, Young R, Martin T: Seclusion Reduction in a Forensic Mental Health Setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 19: 97-106, 2012.
- 22) Mental Health: Improper Restraint or Seclusion Use Places People at Risk. Washington, Dc: Us General Accounting Office, Health, Education, and Human Services Division:1-35, 1999.
- 23) Lebel J, Goldstein R: The Economic Cost of Using Restraint and the Value Added by Restraint Reduction or Elimination. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 56: 1109-1114, 2005.
- 24) LeBel J, Stromberg N, Duckworth K, et al: Child and Adolescent Inpatient Restraint Reduction: A State Initiative to Promote Strength-Based Care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43: 37-45, 2004.
- 25) Foster C, Bowers L, Nijman H: Aggressive Behaviour on Acute Psychiatric Wards: Prevalence, Severity and Management. *Journal of advanced nursing* 58: 140-149, 2007.
- 26) Howells K, Tonkin M, Milburn C, et al: The Essences Measure of Social Climate: A Preliminary Validation and Normative Data in Uk High Secure Hospital Settings. *Crim Behav Ment Health* 19: 308-320, 2009.
- 27) Milsom SA, Freestone M, Duller R, et al: Factor Structure of the Essen Climate Evaluation Schema Measure of Social Climate in a Uk Medium-Security Setting. *Crim Behav Ment Health* 2013.

図1. 介入による効果の4型の実例

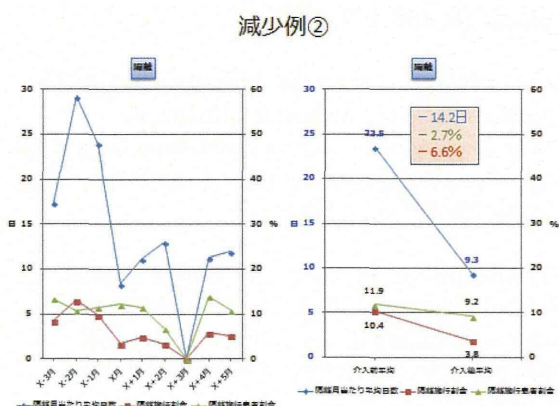
減少例①:



全ての指標において微減ないし減少した例。隔離の月当たり平均日数は介入前後でほぼ不変ないし微減 (介入前平均14.7日、介入後平均14.2日) であったが、施行患者割合では、-7.0% (介入前平均55.8%、介入後平均48.8%) の減少を示し、施行割合としても-5.5% (介入前平均38.1%、介入後平均32.6%) の減少を達成している。

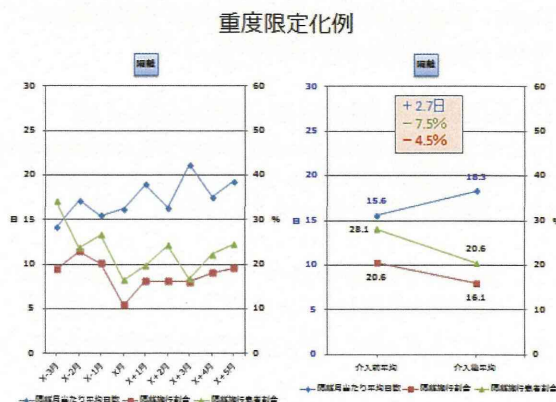
隔離の施行量において減少が見られた一方、身体拘束は増加傾向にあるため、具体的な経緯を確認した。現場スタッフへの電話調査によると、「施行量の変動はその月時点での該当患者の特性によるかもしれないが、実施した介入N. 数日後以降、利用者(患者)を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行うことにより、患者のアセスメントが詳細に実施されたことから、介入の効果があった」との意見が聴取され、施行量の減少効果があったと結論した。

減少例②:



隔離の施行患者割合は-2.7%と微減 (介入前平均11.9%、介入後平均9.2%)、月当たり平均日数は-14.2日 (介入前平均23.5日、介入後平均9.3日) という大幅な減少が見られ、各月のトレンドにおいても明らかに漸次減少を示し、ある月では3指標全て実施ゼロを記録している。結果、施行割合は-6.6%の減少を記録した。施行量として、隔離において明らかな減少を示しており、効果があった可能性が高い。現場スタッフの意見では、患者特性もあったものの、最小化への意識の高まりが昨年来より明確に認められ、データに現れない部分でも変化があったとの回答が得られ、10種類の介入が統合的に効果を発揮したという説明が妥当であり、介入効果によるものと結論できる。

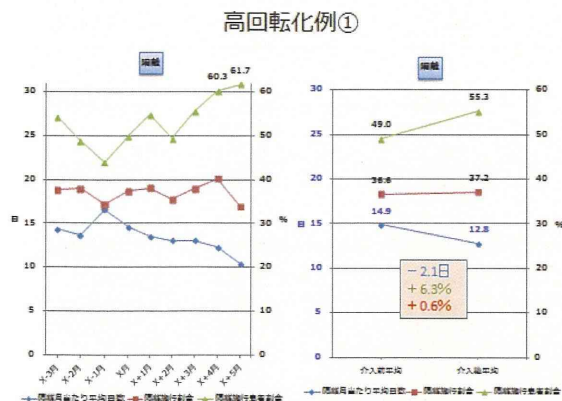
重度限定化例:



当病棟は隔離の施行量において、施行患者割合が-7.5%減少、平均日数が+2.7日 (介入前平均15.6日、介入後平均18.3日) 増加で重度限定化を示し、施行割合は-4.5% (介入前平均20.6日、介入後平均16.1日) の減少を達成している。施行量として、隔離において重度限定化による減少がみられ、介入効果の可能性はあるが、スタッフの増加など構造変化が影響した可能性もある。聞き取り調査からは、職員の最小化への意識の高まりは実感され、長期施行している患者に限定化しやすい傾向は患者層も関係しているとも考えられるとの意見が聴取で

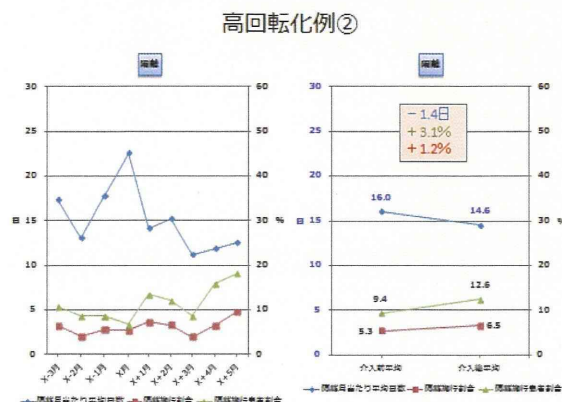
き、介入効果による重度限定化があったと結論した。

高回転化例①：



隔離の平均日数は-2.1日 (介入前平均14.9日、介入後平均12.8日) 減少したが、施行患者割合が6.3% (介入前平均49.0%、介入後平均55.3%) 増加し、施行割合は結果的に+0.6% (介入前平均36.6%、介入後平均37.2%) の微増～概ね不変であった。隔離・身体拘束の両方において、平均日数の短縮化と施行患者割合の増加を認めており、高回転化として効果があった可能性があるが、設備面の変化や回転率の変化が見られるため、他の要因による可能性も考えられる。電話調査による現場スタッフの実感としても、必要な患者に試行し短期で終了させようという意識があったとの回答があり、典型的な高回転化を示したと考えられる。

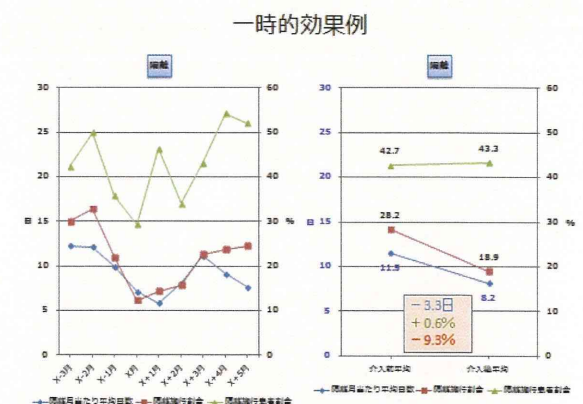
高回転化例②：



隔離の施行量では平均日数の微減 (介入前平均16.0日、介入後平均14.6日)、施行患者

割合の微増 (介入前平均9.4%、介入後平均12.6%) であるが、両者とも傾向として数字の変化がみられており、高回転化の可能性はある。ただし施行割合では+1.2%の微増となった。隔離では高回転化の可能性はあるが変化量としては少ない。明確な効果を認めないが、詳細を確認する必要がある。そこで、電話調査による現場スタッフの意見として、最小化への意識はあったものの介入効果による変化という実感はなく、今回の施行量の変化が介入効果によるものと確認はできなかったという意見から、高回転化例として示したものの、電話調査からの意見から介入効果によるものではないと結論した。

一時的効果例：



隔離の施行患者割合は経過中大きく変動しているが、介入前後の平均ではほぼ不変、平均日数は-3.3日 (介入前平均11.5日、介入後平均8.2日) の減少を示し、施行割合も結果的に-9.3% (介入前平均28.2%、介入後平均18.9%) の大幅減少を認めた。隔離・身体拘束の両方で経過中の一時的な減少も認められ、介入効果の可能性はあるが、さらに構造面や患者特性の変化に関する確認をする必要がある。そこで、電話調査による現場スタッフへの意見としては、数値の変化は患者特性による影響が否定できないが、「G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」が意識の向上につながったという手応えは明確であり介入効果の可能性があったと結論した。

表 1

施設特性 (n=23)

	平均 (標準偏差)	中央値	最小値	最大値
全病床数 (床)	322.4 (153.2)	294.0	100.0	700.0
うち隔離室を含む全ての個室数 (室)	58.6 (40.9)	50.0	3.0	188.0
うち耐破壊性能の高い隔離室 (室)	13.7 (8.9)	12.0	2.0	32.0
2011 年新規入院患者数 (人)	432.1 (234.5)	412.0	94.0	950.0
2011 年平均在院日数 (日)	286.1 (286.6)	203.8	51.0	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	13			
参画なし	2			

表 2

病棟特性 (n = 36)

	介入前 (X-1 月)	介入後 (X+5 月)
	平均±標準偏差	平均±標準偏差
看護師配置 女性 (うち准看護師)	12.8±4.7 (1.9±2.6)	12.4±4.7 (1.8±2.4)
男性 (うち准看護師)	9.0±4.0 (1.1±1.7)	9.1±3.9 (1.0±1.5)
病床数 (床)	51.7±8.8	51.1±8.8
うち隔離室を含む全ての個室数 (室)	17.1±11.6	17.4±11.8
うち耐破壊性能の高い隔離室 (室)	4.9±3.2	4.9±3.2
月新規入棟患者数 (人)	13.7±10.1	13.8±11.4
月退棟患者数 (人)	14.1±10.6	13.0±9.9
2011 年平均在棟日数 (日) (中央値, 25-75%タイル)	265.3±370.9 (153.1, 53.1-261.7)	229.4±317.8 (125.9±55.6-260.4)

病棟種別 (n = 36)	介入前 (X-1 月)	介入後 (X+5 月)
	病棟数, n (%)	病棟数, n (%)
精神 15 対 1	16 (44.4%)	15 (41.7%)
救急	8 (22.2%)	8 (22.2%)
急性期	6 (5.6%)	7 (19.4%)
精神 13 対 1	3 (8.3%)	3 (8.3%)
療養	2 (5.6%)	2 (5.6%)
認知症	1 (2.8%)	1 (2.8%)

入院患者のうち最も多い年齢層 (n = 36)	介入前 (X-1 月)	介入後 (X+5 月)
	病棟数, n (%)	病棟数, n (%)
20 歳未満	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20 歳以上 65 歳未満	34 (94.4%)	33 (91.7%)
65 歳以上	2 (5.6%)	3 (8.3%)

最も多くを占める治療対象疾患 (n = 36)	介入前 (X-1 月)	介入後 (X+5 月)
	病棟数, n (%)	病棟数, n (%)
F0	1 (2.8%)	1 (2.8%)
F1	1 (2.8%)	1 (2.8%)
F2	31 (86.1%)	32 (88.9%)
F3	2 (5.6%)	2 (5.6%)
F4	1 (2.8%)	0 (0.0%)

次に多くを占める治療対象疾患 (n = 36)	介入前 (X-1 月)	介入後 (X+5 月)
	病棟数, n (%)	病棟数, n (%)
F0	2 (5.6%)	3 (8.3%)
F1	1 (2.8%)	1 (2.8%)
F2	5 (13.9%)	4 (11.1%)
F3	24 (66.7%)	25 (69.4%)
F4	0 (0.0%)	2 (5.6%)
その他 (F6, F7, F8)	3 (8.4%)	2 (5.6%)
不明	1 (2.8%)	0 (0.0%)

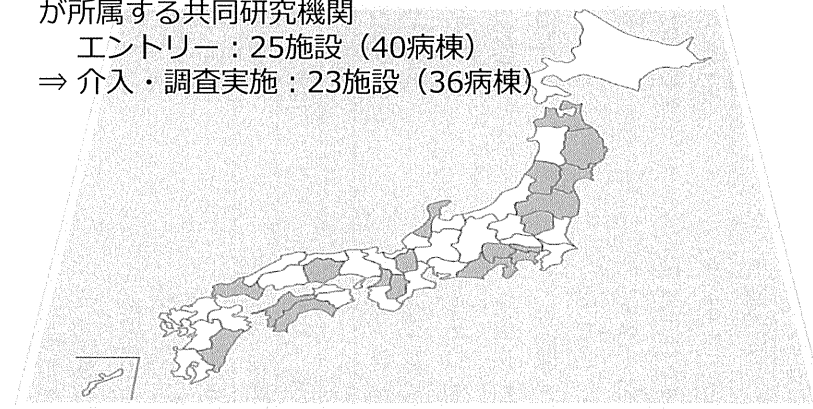
第20回日本精神科看護学術集会 専門I
2013年8月31日
前橋市民文化会館

介入研究の概要

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
佐藤真希子

研究対象

「日本精神科看護技術協会・行動制限最小化認定看護師」等
が所属する共同研究機関
エントリー：25施設（40病棟）
⇒ 介入・調査実施：23施設（36病棟）



研究目的

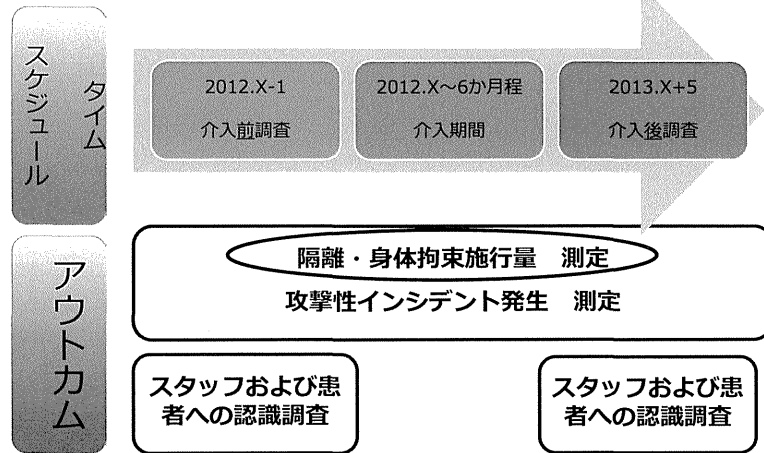
- * 「コア戦略」をもとに
- * わが国において
- * 実施可能で
- * 有効な
- * 行動制限最小化手法を検証すること

「コア戦略」：
米国Kevin Ann Huckshornらによって提唱され、成果を上げている行動
制限最小化のための包括的概念。全米州精神保健局長協議会
(NASMHPD) が行う研修プログラムにより普及が行われている。

介入研究のデザイン



行動制限最小化のためのコア戦略を用いた介入研究



介入手法ごとのエントリー状況

戦略1： 組織改革のためのリーダーシップ	病棟数
A. 管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く	0
B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる	7
戦略2： データ利用	病棟数
C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす	15
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	10

調査項目

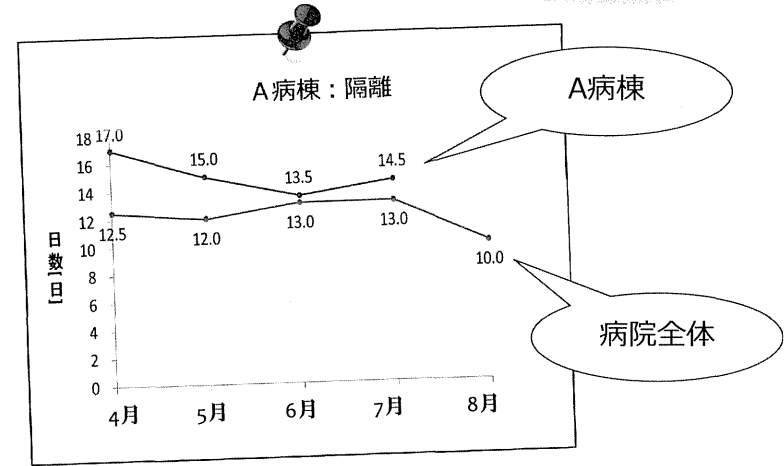
- 調査票1： 病棟ごとの隔離・身体拘束施行量
- 調査票2： 施設特性
- 調査票3： 介入病棟特性
- 調査票4： SOAS-R
- 調査票5： 退棟患者の認識
- 調査票6： 介入病棟看護師・准看護師の認識
- 調査票7： 遂行報告書

戦略3： 院内スタッフ力の強化	病棟数
E. 認定看護師による定期的研修会の開催	23
F. ディエスカレーション研修の開催	15
戦略4： 隔離・身体拘束使用防止ツールの利用	病棟数
G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案	16
H. タイムアウトの実施	3
I. コンフォートルームの使用	0
J. セイフティプランの使用	5
K. 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用	保留

戦略5： 入院施設での患者（医療消費者）の役割	病棟数
L. 利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加	0

戦略6： デブリーフィング	病棟数
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	8
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	9

C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す



選択されなかった介入方法

介入方法	病棟数
A. 管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く	0
I. コンフォートルームの使用	0
L. 利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加	0

E. 定期的研修会の開催

研修会内容

1. 行動制限の測定
2. 法的根拠とルール
3. コアストラテジー
4. 代替法

行動制限最小化研修会①

行動制限の測定：データでみる行動制限

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
日本精神科看護技術協会

本日から、行動制限最小化研修会を4回シリーズで開催します。第一回は行動制限の測定についてです。データを用いることによって、行動制限の現状や、今後私たちが目指す行動制限のあり方をより具体的に認識できます。データは臨床指標と呼ばれる数字で表されますが、これは講義の中で紹介します。本日は、まずわが国の状況についてデータで確認しながら、データの意味を理解して、その数字の活用方法を学習します。

J. セイフティプラン

1. 隔離・身体拘束の使用が予測される患者を対象
2. セイフティプランを用いてアセスメント
3. 個々の患者のセイフティプランをスタッフ間で共有

セイフティプラン — 危機的状況に対するケアプランと簡約 —		
氏名	科	
性別	年齢	
以下のような経験をしていますか？		
自傷の経験 身体的な行為	自傷行為 自殺未遂	危険行動 脱走・身体拘束
薬物やアルコール依存・乱用	その他	
隔離・身体拘束について		
今までに隔離、身体拘束、強制的な注射や投薬などの強制手段を受けたことがありますか？		
どの動物ですか？	いつ？	
どこで？	どうして？	
どう感じましたか？		
引当金がない環境で		
あなたに負担がかかるような引当金がありますか？		
すでに負担が過剰な物、さらに悪化するものはありますか？		
痛む物、大きな物、口げんか	退避してほしくない人	
食べられる・おかしな行為	人にきかれる	
触られる	隔離	
罵られる	強制的な	
プライバシーがない	強しさを覚える	
距離を測られる	アパレル・衣服に着る	
人目を浴びる	1日の活動の時間	
言葉の攻撃	1日の活動の時間	
初期の兆候		
あなたがコントロールを失い始める時に他の人が気付くかもしれないことについて教えてください。		
声に異変	不安を表現	
動作	大きな声を出す	
顔	言葉や表情、行動が変化する	
行動のよけ	口を開く、呼吸の音	
両手を組み合はせる	泣く	
身体をゆする	こぼす、吐く	
言葉の攻撃（口をきいていない）	口を開く	
顔を赤くする（羞恥感）	目を避ける	
怒る	叫ぶ	

病棟特性(n = 36)

	介入前 平均	介入後 平均
看護師配置		
女性	12.8人	12.1人
男性	9.0人	9.1人
病床数	51.2床	51.1床
うち隔離室を含む全ての個室数	17.1室	17.4室
うち耐破壊性能の高い隔離室	4.9室	4.9室
月新規入棟患者数	13.7人	13.8人
月退棟患者数	14.1人	13.0人
平均在棟日数	265.3日	

N. デブリーフィング（数日後）

例)
患者用
デブリーフィングシート

デブリーフィング患者用シート(例)	
1. どのようなことがあったのか、話して下さい。	いつ どこで 何があった
2. 隔離行動が発生する前に、何があったのか(どのような状況であったか)教えてください。	
3. コントロールを失い始めると思った時に、誰かに話そうとしたか。 □ はい □ いいえ	
4. 今回のことでどう感じられたのか、いまお話ししていたときに気付いたことでも結構ですので、教えてください。	
5. スタッフはあなたを落ち着かせるためどのようなことができたと思いますか。	
6. 今後のために、あなたとスタッフができることは何か教えてください。	

病棟種別(n = 36)

入院料別病棟数	介入前	介入後
精神15対1	16	15
救急	8*	8*
急性期	6	7
精神13対1	3	3
療養	2	2
認知症	1	1

*うち1病棟は、医療観察法病棟機能も有している