

資料1

A.診療計画表

記入者

患者氏名	(性別)	生年月日		急性期病院予約・連絡先	
		身長・体重		急性期病院主治医・連絡先	
				かかりつけ医・連絡先	

時期 項目	入院時 (～1週間)	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	10年
治療目標 アウトカム	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 不穏・興奮状態の改善 安全の確保 睡眠・休息の確保 栄養状態の改善 治療の必要性について理解できる・協力が得られる 静かな環境で落ち着いて過ごせ、隔離解除となる 病棟の環境に慣れる 入院の目標・退院時の目標を共有する <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神・身体状態 安定度 活動性 食欲 睡眠 排泄 保清 服薬 コンプライアンス 作用・副作用の評価 身体管理がなされている 	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 状態(症状)の安定、病的体験の改善 生活リズムを整える 病識の獲得 <p>(睡眠・休息の量・質的な確保)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院の目標・退院時の目標の再確認と目標の共有 対人交流の増加、集団への参加 一般病棟での生活への適応 主治医の診察に応じることができる・服薬ができる ステップに自分のことが話せる 病棟内(大部屋)レベルでの自立 家族との良好な関係の構築 食事・洗面・入浴・洗濯自立 ADLの向上 <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> 刺激・症状の増減の評価 服薬 コンプライアンス 作用・副作用の評価 院外生活の評価 	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院する 退院の準備に向けて行動できる 単独で外出・外泊する 服薬を継続することの必要性がわかる 通院の必要性を理解する 治療に主体的・積極的に参加することができる 薬以外の対処方法を身につける スランプに自分のことが話せる 悪化するとき徴候の認識 不調のとき誰に相談をするか 家族の受け入れ態勢が整う <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> 服薬 コンプライアンス 作用・副作用の評価 	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 安定して地域生活が送れる 定期的な外来通院ができる デイケアに通う 短期的な服薬の自己管理ができる 再発・再燃の予防 就業など将来の目標設定ができる <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神・身体状態 安定度 活動性 食欲 睡眠 排泄 保清 	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神症状の安定 定期的な外来通院ができる 安定した地域生活が送れる 服薬の自己管理ができる 自ら希望する生活に向かう準備をする 将来の目標設定(就労の準備) 就労のステップアップ 	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神症状が落ち着いて自立した生活ができる 症状悪化時に早期の対処ができる 定期的な外来通院ができる <p>・障害者枠での就労</p>
治療行為 タスク	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬物療法 行動制限の指示 精神療法 OTの検討 入院時カンファレンス <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護面接 <p>【各検査(血液、尿、Xp、ECG等)の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院治療計画書 薬剤の調整 制限内容の理解 身体管理 入院時の診察、説明、告知 精神症状、問題行動の把握及び観察 身体状況・生活状況の確認 睡眠状況の確認 家族への説明 危険物・貴重品の確認 栄養評価 服薬指導 	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬物療法 精神療法 家族面接 <p>(治療について今後の本人・家族の希望確認)</p> <ul style="list-style-type: none"> 中間カンファレンス 退院に向けた今後の治療方針説明(本人・家族) 退院前訪問検討 デイケア検討 <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護面接 退院前訪問(看護師+PSW) <p>【心理士】</p> <ul style="list-style-type: none"> 心理検査 心理面接 <p>【OT】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病棟OT参加 行動制限見直し 診断・入院形態の変更 服薬指導・確実な与薬 心理教育 薬物療法の評価、実施(副作用のチェック) 疾患教育 家族教育 諸検査(EEG、胸部Xp、心理) 精神症状の評価 治療計画・治療チームへの指針 SST等の検討(処方箋の記入) 入院時の振り返り 	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 外出・外泊訓練 服薬自己管理 服薬指導 薬物療法の薬効と副作用の観察 作業療法 退院前ケースカンファレンス(患者・家族に退院後の方向性を説明) 家族面接 再発予防についての教育(心理教育) 退院前訪問 治療の状況の確認と対処 治療反応性・行動の評価 	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬物療法 外来診察 通院(回/月) デイケア <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 疾病教育 訪問看護 継続(回/週) 精神状態の評価 	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 外来診察 通院(回/月) 精神療法の実施 デイケア 薬物療法 <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> 症状改善の評価 本人の就労意欲の確認 	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> 外来診察 通院(回/月)
かかりつけ 医	<ul style="list-style-type: none"> 情報提供書の依頼 情報収集 他科受診歴 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書を準備する 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報の提供 入院中の経過と治療方針の共有 継続診療の依頼 	<ul style="list-style-type: none"> 患者とかかりつけ医、入院時の医師、コムディカルによるカンファレンス 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者のニーズに合わせ協議 通院する医療機関の見学 	
社会資源 の利用	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> 制度の利用状況を確認する 経済状況確認 保護者制度説明 限度額適応認定証の説明 	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援に関する情報収集・提供 障害区分認定調査・検討 <p>・デイケア</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護 家族会 	<ul style="list-style-type: none"> 制度利用に必要な手続き 障害者手帳申請 障害程度区分認定 自立支援医療の説明 訪問看護導入 デイケア導入 作業療法への参加見学 家族会 就労支援施設 ピアサポーターの活用 	<ul style="list-style-type: none"> 日中の活動場所利用(デイケアなど) 福祉制度の利用・見直し 訪問看護 障害年金 就労支援学校 <p>・家族会</p> <ul style="list-style-type: none"> OT 	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> 就労支援 職業訓練プログラム利用 作業所等の就労支援 福祉施設等の同伴見学 <p>・家族会</p>	<ul style="list-style-type: none"> アルバイト等の就労 福祉制度の利用・見直し 必要時に訪問看護を継続 家族との連携 家族会
その他						

太字は2回の調査結果を合算して回答数が10件を超えた項目等

分担研究報告

分担研究者 立森久照

国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

平成 25 年から 27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究

総括分担研究報告書

重症入院患者の評価方法の開発と統計処理方法に関する研究

研究分担者 立森久照 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者 加藤直広 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

竹島正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

山之内芳雄¹ (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：【目的】既存および研究班で収集した調査データの解析を通じて、重度かつ慢性の基準作成に資する情報を提供することを目的とした。【方法】既存および研究班で収集したデータを解析した。主な解析としては、次の内容になる。精神病床または医療観察法病床に継続して1年以上入院していた患者の無作為抽出サンプルを対象とした調査のデータ（調査1）の解析を次の内容で行った。「重度かつ慢性」の暫定基準案を用いたクラスター分析による患者の分類とロジスティック回帰による「重度かつ慢性」の暫定基準案と他の調査項目との関連性の検討を行った。また精神病床に1年以上1年3カ月未満継続して在院していた患者から、入院期間が短い順に1病院あたり最大5名の患者を選択した別の調査データ（調査2）の解析を次の内容で行った。「重度かつ慢性」の暫定基準案を独立変数とするロジスティック回帰分析により、暫定基準案の妥当性を確認した。さらに「重度かつ慢性」と関連する要因を検討するために、調査項目を独立変数とするロジスティック回帰分析を行い、予測に最適なモデルを選択した。【結果】（調査1）クラスター分析による患者の分類の結果、暫定基準案の全ての基準に該当するクラスターが存在した。ロジスティック回帰による「重度かつ慢性」の暫定基準案と他の調査項目との関連性の検討結果から、主診断が統合失調症の場合「重度かつ慢性」と判断されやすく、一方、主診断がアルコール使用による精神および行動の障害の場合は「重度かつ慢性」と判断されにくいと考えられる。また在院年数が10年以上の患者と10年未満の患者では「重度かつ慢性」の暫定基準案と関連が大きいと考えられる。（調査2）暫定基準案を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った結果から、精神症状、行動障害、生活障害に該当する患者は「重症または不安定」と判定されやすいと考えられる。一方、身体合併症の有無については「重症または不安定」との関連は大きくないと考えられる。また各調査項目を独立変数の候補としてロジスティック回帰分析を行った結果から、BPRS（概念の統合障害、興奮および緊張）、未退院理由（家庭内調整、生活費、受け入れ先の確保および地域社会の反発の問題）、問題行動（集中力低下、多飲水および物や人へのこだわり）、生活障害（保清）、退院支援の有無、入院形態は「重症または不安定」との関連が大きいと考えられる。【結論】既存および研究班で収集したデータを解析することにより、研究班内での重度かつ慢性の基準案の検討に資する情報を提供することができた。また、研究班内での検討を通じて提案された重度かつ慢性の暫定基準案の妥当性を調査データから検証することができた。暫

¹ 平成 27 年度のみ

定基準案と「重症または不安定」の間に結果に示したような関連があったことから、暫定基準案に一定の基準関連妥当性があると考えることができた。しかし、感度は許容範囲と思われたが、特異度は低いことに留意する必要がある。さらに感度は許容範囲内にはあるとはいえ、実際は重度かつ慢性であるがそうではないと判定される者が一定数発生する。実際の運用においては、暫定基準案だけで単純に判定するのではなく、医師や医療関係者による判断も加味して、できるだけこうしたことが生じないような措置を取る必要があると考えられた。

A. 研究目的

平成 24 年 6 月の精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会(以下「検討会」と略す)において、精神科入院医療の今後の方向性として、「精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」の患者を除き、1 年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針がまとめられた。ここで「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化していくこととされており、精神科病院における長期入院患者の実態を把握することを目的とした実態調査を行い、「重度かつ慢性」の基準作成に活用することになった。

これを受けて平成 24 年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究班」(主任研究者：安西信雄)にワーキングチーム(WT)を設け、精神科病院における長期入院患者に関する調査が実施された。これは全国の精神病床に 1 年以上在院中の患者から無作為に約 1/10 を抽出して調査を実施する大規模調査であったが、長期在院患者の全体像を把握し、そこから「重度かつ慢性」患者を抽出するための手がかりを得ることを目的とした実態調査であった。

この調査結果も参考にしつつ、検討会での議論を経て、「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」の 25 年度報告書で、エキスパートコンセンサスによる「重度かつ慢性」の暫定基準案が示された。

また平成 25 年 2 月「精神科病院における長期在院者における調査」を実施した。これは精

神病床を有する病院約 1,300 施設に調査への協力を依頼し、平成 24 年 10 月初めから 12 月末の間に入院し、調査日時点で 1 年以上 1 年 3 カ月未満継続して在院していた患者から、入院期間が短い順に 1 病院あたり最大 5 名の患者を選択し、それらの患者の現在の状態を評価したものである。本研究ではこれらの調査データの解析を通じて、重度かつ慢性の基準作成に資する情報を提供することを目的に以下の研究を行った。

(25 年度研究) 精神病床または医療観察法病床に継続して 1 年以上入院していた患者の無作為抽出サンプルを対象とした既存の調査データを用いて、精神病床に 1 年以上にわたり継続して入院した者の特徴を分析した。この一部が「重度かつ慢性」に相当する者と考えられるので、1 年以上継続入院者がどのような特徴を持つ者から構成されているかを示すことは、今後の重度かつ慢性の基準の検討に資する資料となると考えた。

(26 年度研究) 精神病床または医療観察法病床に継続して 1 年以上入院していた患者の無作為抽出サンプルを対象とした既存の調査データの解析を行い、「重度かつ慢性」の暫定基準案を満たした者の特徴を分析した。

(27 年度研究) 研究班で新たに収集した、精神病床に 1 年以上 1 年 3 カ月未満継続して在院していた患者から、入院期間が短い順に 1 病院あたり最大 5 名の患者を選択した調査データの解析を行い、「重度かつ慢性」の暫定基準案の妥当性の確認と「重度かつ慢性」と関連

する要因の探索を行った。

B. 研究方法

1. 25 年度研究

精神病床または医療観察法病床に継続して 1 年以上入院していた患者の無作為抽出サンプルを対象とした既存の調査データを用いて、精神病床に 1 年以上にわたり継続して入院した者の特徴を分析した。

2. 26 年度研究

精神病床または医療観察法病床に継続して 1 年以上入院していた患者の無作為抽出サンプルを対象とした既存の調査データの解析を次の内容で行った。「重度かつ慢性」の暫定基準案を用いたクラスター分析による患者の分類とロジスティック回帰による「重度かつ慢性」の暫定基準案と他の調査項目との関連性の検討を行った。

3. 27 年度研究

研究班で新たに収集した、精神病床に 1 年以上 1 年 3 カ月未満継続して在院していた患者から、入院期間が短い順に 1 病院あたり最大 5 名の患者を選択した調査のデータの解析を次の内容で行った。「重度かつ慢性」の暫定基準案を独立変数とするロジスティック回帰分析により、暫定基準案の妥当性を確認した。また、暫定基準案のいずれかに該当するか否かを用いた推定を併せて行い結果を比較した。さらに「重度かつ慢性」と関連する要因を検討するために、調査項目を独立変数とするロジスティック回帰分析を行い、予測に最適なモデルを選択した。

(倫理面への配慮)

本研究は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認を得て実

施した。

C. 研究結果

1. 25 年度研究

BPRS45 点以上を基準とした場合に、精神症状が重度であった (=45 点以上) 者は全体の 6 割程度であることが分かった。症状のどれかが高度 (6 点以上) であることも考慮に加えるとさらに全体の 6% が上乘せされ、全体の約 65% が精神症状が重度であったと考えられるだろう。精神症状、問題行動、ADL および iADL の何れの点でも一定以上の症状もしくは困難性を有していたが、ある程度のバラツキは存在した。それらの情報を用いて、対象者の区分を試みたが明確なクラスターが観察できず区分は困難であった。主治医評価による今後の退院可能性の回答から、1 年以上長期在院者の 6 割弱が査時点で退院が困難でその理由が精神症状か身体合併症による、すなわち医療的な問題に理由があると答えていた。ただしこの回答の妥当性は評価できていないので、その点に留意が必要である。

2. 26 年度研究

「重度かつ慢性」の暫定基準案を用いてクラスター分析を行い、結果としてクラスター数は 4 が妥当であると判断した。クラスター 1 に属している患者は精神症状、行動障害、生活障害のすべてに該当していることが解る。クラスター 2 に属している患者はいずれの基準にも該当していない患者の割合が多いといえる。クラスター 3 に属している患者は行動障害、生活障害を持っているが、精神症状は重度ではない。クラスター 4 に属している患者は行動障害を持っているが、他の基準には該当しないものが多い。またロジスティック回帰による「重度かつ慢性」の暫定基準案と他の調査項目との関連性の検討結果から、主診断が統合失調症の場合

「重度かつ慢性」と判断されやすく、一方、主診断がアルコール使用による精神および行動の障害の場合は「重度かつ慢性」と判断されにくいと考えられる。また在院年数が10年以上の患者と10年未満の患者では「重度かつ慢性」の暫定基準案と関連が大きいと考えられる。身体合併症に関しては、水中毒は「重度かつ慢性」との関連が大きいと、他の症状との関連は少ないと考えられる。

3. 27年度研究

暫定基準案を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った結果から、精神症状、行動障害、生活障害に該当する患者は「重症または不安定」と判定されやすいと考えられる。一方、身体合併症の有無については「重症または不安定」との関連は大きくないと考えられる。また各調査項目を独立変数の候補としてロジスティック回帰分析を行った結果から、BPRS（概念の統合障害、興奮および緊張）、未退院理由（家庭内調整、生活費、受け入れ先の確保および地域社会の反発の問題）、問題行動（集中力低下、多飲水および物や人へのこだわり）、生活障害（保清）、退院支援の有無、入院形態は「重症または不安定」との関連が大きいと考えられる。

D. 考察

1. 25年度研究

既存調査のデータを用いて、長期在院者の特徴を検討した。既存調査は重度かつ慢性の基準を定める目的で実施されていないため、そのデータから重度かつ慢性の基準について検討を行うには限界があった。今後本研究班で実施予定の調査を分析することで、より基準の検討に資する情報を提供することが必要であった。

2. 26年度研究

精神病床に1年以上継続して入院していた者を対象に、「重度かつ慢性」の暫定基準案で提示された基準を用いて分類できた。長期在院の者が暫定基準案の観点から4群に分類できることが分かった。またロジスティック回帰により「重度かつ慢性」の暫定基準案と関連性を有すると思われた項目は、臨床的に重症もしくは重症の者の転帰としてそうなりやすい状態が多く含まれており、少なくとも重度に関しては暫定基準案が一定の妥当性を有していることを示唆している。ただし、本研究でのモデル選択はAICを基準に行ったため、暫定基準案を満たすかを予測するに適切なモデルが選ばれているが、そのことはそのモデルの項目が暫定基準案を満たすことと直接の関係があることを必ずしも表していないことには留意する必要がある。

3. 27年度研究

暫定基準案と「重症または不安定」の間に結果に示したような関連があったことから、暫定基準案に一定の基準関連妥当性があると考えられることができる。しかし、感度は許容範囲と思われたが、特異度は低いことに留意する必要がある。さらに感度は許容範囲内にはあるとはいえ、実際は重度かつ慢性であるがそうではないと判定される者が一定数発生する。実際は重度かつ慢性である者がそのように判定されず、そのために必要な支援を受けられないことがもしあるとすれば、本人の不利益に繋がる。実際の運用においては、暫定基準案だけで単純に判定するのではなく、医師や医療関係者による判断も加味して、できるだけこうしたことが生じないような措置を取る必要があると考えられた。

各調査項目を独立変数の候補としてロジスティック回帰分析を行った結果から、暫定基準案に含まれる精神症状、行動障害、生活障害、

身体合併の各基準を構成する項目の中で、精神症状基準では BPRS の概念の統合障害、興奮、および緊張が、問題行動基準では集中力低下、多飲水、および物や人へのこだわりが、生活障害基準では保清が特に「重症または不安定」かを予測する上で有用であることが明らかとなった。これらは「重度かつ慢性」とも関係が強いと考えられるために、今後より基準を簡易なものにする際に優先的に検討する必要があると思われた。

E. 結論

既存および研究班で収集したデータを解析することにより、研究班内での重度かつ慢性の基準案の検討に資する情報を提供することができた。また、研究班内での検討を通じて提案された重度かつ慢性の暫定基準案の妥当性を調査データから検証することができた。暫定基準案と「重症または不安定」の間に結果に示したような関連があったことから、暫定基準案に一定の基準関連妥当性があると考えることができた。しかし、感度は許容範囲と思われたが、特異度は低いことに留意する必要がある。さらに感度は許容範囲内にはあるとはいえ、実際は重度かつ慢性であるがそうではないと判定される者が一定数発生する。実際の運用においては、暫定基準案だけで単純に判定するのではなく、医師や医療関係者による判断も加味して、できるだけこうしたことが生じないような措置を取る必要があると考えられた。

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(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

分担研究報告

分担研究者 橋本喜次郎

独立行政法人国立病院機構
肥前精神医療センター

精神科病院における安心・安全の医療環境を確保するための研究

～アンケート調査結果の報告～

研究分担者 橋本喜次郎 肥前精神医療センター

研究要旨：安全で安心な精神科医療環境への、包括的暴力防止プログラム（CVPPP）の有用性等をアンケート調査法で検討し、暴力を未然に防ぎ得る資質と技術を有した人材を育成するプログラム策定に資することを目的とした。

2004年から2015年の期間でCVPPPのトレーナーおよびインストラクター養成研修を受講した医療従事者2174名に、安心・安全に関する自記式質問紙調査票を配布した。有効回答率は73.4%と高く、アンケートの信頼性と共に安心・安全の医療環境と暴力への関心の高さがうかがわれた。CVPPPの導入によって職場の安全・安心感は増し、67%の回答者が実際に活用していた。しかしながら、職場全体の安全・安心感を得るには、一部の履修者だけでは不足であり、少なくとも半数以上のスタッフが履修する必要があると、832名（84%）が回答した。

研修受講後の期間、職種、年代と【暴力対応への安全感】【暴力対応への安心感】・【CVPPPの活用度】・【暴力に対応する自信度】との分散分析では、いずれにおいても有意差は認められず、これは受講後の期間、職種、年代とは関係なく、CVPPPを受講することによって、暴力対応への安心感や安全感を増している可能性が示唆された。

プログラムへの評価は、現行方式を肯定する回答者が多かった（研修期間【現状のままが良い】：796名（79%））。但し開催方法で、2日間の分割方式：98名、【講義と演習は別開催が良い】：66名等の工夫を求める回答も認められ、今後のCVPPP普及に際しての検討課題である。

A. 研究目的

研究協力者（順不同）

下里誠二 信州大学学術研究院

鮫島隆晃 鮫島病院

村上 優 琉球病院

西谷博則 琉球病院

中川光幸 肥前精神医療センター

松尾康志 肥前精神医療センター

山崎京子 肥前精神医療センター

益田和利 肥前精神医療センター

安全で安心な精神科医療環境に対する、包括的暴力防止プログラム（CVPPP）の有用性等をアンケート調査法で検討し、暴力を

未然に防ぎ得る人材養成プログラムを策定する基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

1) 研究デザイン

質問紙法による横断的調査研究

2) 調査対象者

2004年から2015年の期間にCVPPP（包括的暴力防止プログラム）を受講した医療従事者2174名を対象にした。

3) 調査期間

2017年12月15日～2018年1月15日

4) 調査内容

性別・年齢などの基本情報、ならびにCVPPPの履修歴含めて下記の項目。

- ・安全、安心に対する主観的程度
- ・CVPPP の活用度
- ・暴力に対応する自信度
- ・CVPPP 履修者の在職率と職場の安全度
安心感等
- ・研修日程などの運用について

5) 統計分析

一元配置分散分析を用い、多重比較には Tukey の検定を行った。2 群間比較は、T 検定に拠った。

(倫理的配慮)

研究実施に先立ち、分担研究者の所属する肥前精神医療センター倫理委員会長の承認を得た。調査票に同封した文書で、任意性、協力と辞退の自由、不利益のないこと、心理的苦痛は伴わないことなどを説明した。

得られた調査結果は、スタンドアローンのコンピュータで統計的に処理した。

C. 研究結果

配布 2174 名に対し回答は 1341 名で (回収率 62%)、欠損値を除いた有効数は 992 であった (有効回答率 73.4%)。平均年齢は 41.9 歳、職種の 90% が看護職であった。

86% が CVPPP 導入によって職場の安全・安心度の上昇を感じているが、いっそうの職場での安心感を得るには、少なくとも半数以上のスタッフが履修する必要があると回答した。実際にも約 67% が CVPPP を活用しており、医療環境の安全・安心に寄与していると回答した。

暴力対応への自信度は、女性よりも男性、トレーナーよりもインストラクターの方が高かった。

職種別、履修後期間、年代別で、暴力対応への安全感・安心感・活用度・自信度を一

元配置分散分析による検定を試みたが、いずれに於いても有意差は認められなかった。

D. 考察

有効回答率は 73.4% と高く、アンケートの信頼性に寄与すると同時に、暴力の予防、安心・安全の医療環境への関心の高さを示唆している。

実際に、<【少し】以上>に活用している者は 665 名 (67.14%) で、CVPPP を導入することで、患者職員双方に、安心で安全な医療環境を提供することができると多くの者が回答している一方、832 名 (84%) が、50% 以上職場にトレーナーが必要と回答しており実際の職場での履修者不足を案じている。一部の履修者しかいない現場の実態がうかがわれる。一元配置分散分析では、受講後の期間、職種、年代とは関係なく、CVPPP を受講することによって、暴力対応への安心感や安全感を増している可能性が示唆されたので、現場における CVPPP 履修者の比率は大きな安全安心要因と考えられる。

現行プログラムの開催方法に多くの者が肯定的に回答している一方、2 日間の分割方式: 98 名要望、講義と演習の個別開催案: 66 名等の、開催運営に工夫を求める回答があった。これは、多くの現場スタッフが履修すればするほど比率が増して、医療環境全体の安全安心に寄与すると示唆されるだけに、今後の CVPPP 普及に際しての検討課題であろう。

E. 結論

CVPPP を履修することによって、安全安心な医療環境へ繋がると示唆される。一部の履修者ではなく、職場に半数以上の履修者がいることが望ましく、そのためにも講

義と演習の分離などの開催方法の工夫を検討する必要がある。

F. 健康危険情報

該当無し

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

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他

