

厚生労働科学研究費補助金
(障害者対策総合研究事業)

**精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の
評価に関する研究**

(H23-精神-一般-008)

平成 25 年度

総括・分担研究報告書

研究代表者 伊藤弘人

平成 26 (2014) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の評価に関する 研究.....	1
--	---

伊藤 弘人 (国立精神・神経医療研究センター)

II. 分担・協力研究報告

1. 精神病性障害急性期薬物療法に関する精神科救急医療現場の多施設共同 ランダム化臨床試験.....	11
八田 耕太郎 (順天堂大学医学部附属練馬病院)	
2. 行動制限最小化に関する研究の報告.....	27
杉山 直也 (公益財団法人復康会沼津中央病院)	
3. 統合失調症初回入院患者における意思決定共有モデルの治療満足度への 有効性：無作為化比較試験.....	141
奥村 泰之 (一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構)	
4. WRAP (Wellness Recovery Action Plan: 元気回復行動プラン)に関する 研修報告.....	145
佐藤 真希子 (国立精神・神経医療研究センター)	
・ 研究成果の刊行に関する一覧.....	153

精神科救急医療における適切な治療法と その有効性等の評価に関する研究

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 部長

研究要旨：本研究の目的は、わが国の精神科救急医療における最適な治療のあり方に資する方策を薬物療法、行動制限および強制治療の領域で明らかにすることである。精神科救急医療における薬物療法と行動制限に関する診療ガイドライン等に反映させることを目指す。**研究1：**精神病性障害急性期薬物療法に関する精神科救急医療現場の多施設共同ランダム化臨床試験（八田研究分担者）では、抗精神病薬早期治療反応不良例に対する方略を検証する。**研究2：**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（杉山研究分担者）では、臨床指標を活用して各最小化手法による介入効果を検証し、わが国の臨床現場における有効な手法の確立を目指すことを目的とする。**研究3：**精神科救急における強制治療に関する研究（奥村研究分担者）では、統合失調症初回入院患者における意思決定共有モデルの治療満足度への有効性を無作為化比較試験により検討する。**研究方法：****研究1：**研究デザインは、多施設共同評価者盲検ランダム化臨床試験（RCT）である。精神科救急学会所属の精神科救急入院料病棟 14 病院を実施機関とし、精神科救急入院する統合失調症 統合失調症様障害、統合失調感情障害の患者（DSM-IV-TR 295.xx）を対象とした。当該施設の倫理委員会で承認を受け、インフォームドコンセント（IC）を得て実施した。平成 23 年度で実施したオランザピン（OLZ）やリスペリドン（RIS）の高用量の有効性の検討から、抗精神病薬の切替と併用の有効性の検討を平成 24-25 年度において実施している。**研究2：**平成 23 年度より実施している行動制限最小化に関する研究（介入研究）では、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らが所属する共同研究機関において、米国で成果を上げている行動制限最小化手法であるコア戦略をわが国の臨床環境にて実施可能な介入手法として提示し、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、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。**研究3：**精神科救急入院料病棟に入院した患者の中から、初回入院症例に対し、入院時診断が統合失調症関連疾患（ICD-10 の F2）ならびに BPRS で中等度以下と分類されることを適格基準として、介入群と通常診療群に無作為に割り付ける。1 週間毎に、患者の治療への認識調査、患者と医療従事者の合同ミーティング、情報共有のための治療計画書の作成を繰り返し実施し、退院時の治療満足度（CSQ-8J）、退院時の薬物療法に対する態度（DAI-10）、退院 6 か月後の治療継続率を調査する。**結果および考察：****研究1：**RIS および OLZ とともに、併用群は切替群より PANSS 総点の 40% 以上改善例が多かったが有意差には至らなかった（RIS に対する ENR：切替 8% vs. 併用 29% , P=0.33 ; OLZ に対する ENR：切替 25% vs. 併用 50% , P=0.38）。治療中止までの時間も、それぞれ併用群と切替群とで直接的な有意差は検出できなかったものの、OLZ に対する ENR では、切替群より併用群が間接的に優った（対早期反応良好群：切替 P=0.008 , 併用 P=0.20）。PANSS 総点の推移でも、OLZ に対する ENR で併用群が切替群より改善に優る傾向を示した。**研究2：**23 施設 36 病棟において本研究の介入・調査を実施した。コア戦略に基づく介入実施による隔離・身体拘束施行量の変化、認定看護師への電話調査から、15 病棟において最終的に介入が有効と評価された。また、介入手法のうち有効率が高かった手法は、施行数の数値目標(83.3%)、タイムアウト(66.7%)、個別の「行動制限最小化計画」(56.3%)、師長会で定期的に見直す(50.0%)、開始直後の振り返り(50.0%)の順であった。SOAS-R を用いた患者の攻

撃的行動の検討において、スタッフが攻撃対象となることが多く、被害状況として脅威をいただいた点は先行研究と共通していた。また、精神科病棟の風土に関する調査から、看護師の安全性への実感の低さが示された。研究3：研究実施と介入の標準化のために、病棟スタッフによるコアチームを形成し、対象患者の査定、参加スタッフのトレーニング、介入スケジュールと質のマネージメントを行った。**まとめ**：本研究は、薬物療法や行動制限の最適化に必要な診療報酬等の施策等の提示が可能となる。とりわけ、精神科救急医療ガイドライン改定版（2014年版）を作成するためのエビデンスおよび現実的かつ良質で合理的な治療について実際の臨床現場へ反映できる他、学術団体が行う普及等により、全国的な医療の質の向上に資することが期待できる。また、国民へ最善の医療を提供し、国民福祉に寄与する財産としての意義を示している。

研究分担者氏名	所属施設名及び職名
(五十音順)	
奥村泰之	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 研究員
杉山直也	公益財団法人復康会沼津中央病院 院長
八田耕太郎	順天堂大学医学部附属練馬病院 准教授
研究協力者氏名 所属施設名及び職名	
(五十音順)	
足立健一	宮城県立精神医療センター
阿部貴之	千葉県精神科医療センター
石井美緒	横浜市立大学医学部大学院 医学研究科精神医学教室 博士課程
石井竜介	茨城県立こころの医療センター
板橋ひろみ	財団法人竹田総合病院こころの医療センター
伊藤 新	薫風会山田病院
伊藤幸治	医療法人十全会十全第二病院
榎戸芙佐子	福井県立病院こころの医療センター
大館太郎	群馬県立精神医療センター
大友伸子	宮城県立精神医療センター
大屋真奈美	医療法人根岸会足利富士見台病院 看護師長
奥村 清	高知県立あき総合病院 副看護長心得
奥村正紀	東京都保健医療公社豊島病院
小野寺健治	八戸赤十字病院精神科
糟谷将隆	東京武蔵野病院
片山成仁	成仁病院
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
川畑俊貴	京都府立洛南病院
久我弘典	国立病院機構肥前精神医療センター
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
澤 温	さわ病院 院長
白井 豊	兵庫県立光風病院
須藤康彦	土佐病院
末安民生	日本精神科看護技術協会 会長、天理医療大学医療学部看護学科 教授
杉本正一	医療法人財団北林厚生会五条山病院
竹林 宏	埼玉県立精神医療センター
豊見山泰史	国立病院機構肥前精神医療センター
直江寿一郎	旭川圭泉会病院
中瀬玲子	三重県立こころの医療センター
中西清晃	石川県立高松病院
中村真人	成増厚生病院
中村 満	東京都保健医療公社豊島病院
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
則村 良	医療法人財団青溪会駒木野病院
橋本喜次郎	国立病院機構肥前精神医療センター
畑 和也	ほくとクリニック病院
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
平田豊明	千葉県精神科医療センターセンター長
伏田善祐	滋賀県立精神医療センター 副看護師長
藤田 潔	桶狭間病院藤田こころケアセンター
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
三澤史斉	山梨県立北病院
三宅美智	天理医療大学医療学部看護学科助教
森川文淑	旭川圭泉会病院
安田みえ子	医療法人積愛会横浜舞岡病院 師長
山下 徹	山梨県立北病院
湯田文彦	医療法人昨雲会飯塚病院 看護師長
吉浜文洋	日本精神科看護技術協会 常任理事, 佛教大学保健医療技術学部看護学科 教授

A. 研究目的

精神科医療における行動制限は、精神保健福祉法で規定された介入手法であると同時にその使用において最小化が義務付けられている。しかし、近年行動制限の実施量は徐々に増加する傾向を示しており、早急な適正化が求められている。また、精神科急性期医療における患者の治療アドヒアランス向上と再入院率の低下に寄与するプログラムの開発は治療満足度と治療継続率向上に寄与することが期待される。一方、精神科救急・急性期での統合失調症への薬物療法に関する研究は、バイアスの少ない良質な研究デザインで行われることが国際的にも少ないことが知られている。そこで本研究は、わが国の精神科救急医療における最適な治療のあり方に関する研究を実施し、精神科救急医

療における薬物療法と行動制限に関する診療ガイドライン等に反映させることを目的とする。

本研究は3つの研究分担班を構成し研究を遂行した。

研究1：精神病性障害急性期薬物療法に関する精神科救急医療現場の多施設共同ランダム化臨床試験（八田研究分担者）

研究2：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（杉山研究分担者）

研究3：統合失調症初回入院患者における意思決定共有モデルの治療満足度への有効性 - 無作為化比較試験 - （奥村研究分担者）

研究1：精神病性障害急性期薬物療法に関する精神科救急医療現場の多施設共同ランダム化臨床試験（八田研究分担者：以下、薬物療法研究）

精神科救急医療現場の多施設共同研究ネットワーク（Japan Acute-phase Schizophrenia Trial [JAST] study group）を2007年から構築しており、統合失調症の急性期薬物療法における未解決課題のランダム化臨床試験（RCT）を実施し、精神科救急医療ガイドラインの次の改訂（第3版）を目指している。抗精神病薬への反応不良が2週間程度で予測できることを示し¹⁾、その時点で併用に転じる方が、そのまま同じ薬剤を単剤で継続するより治療中止に至る割合が少ないことも国際的に初めて実証した²⁾。また、Kinonらは、早期反応不良例に対して、そのまま同じ薬剤を単剤で継続するより、別の抗精神病薬に切替える方が、治療中止に至る割合が少ないことを国際的に初めて実証した³⁾。そこで、抗精神病薬への早期反応不良例に対する方略として、抗精神病薬の切替えと併用のどちらが有効かという臨床疑問を検証する。

研究2：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（杉山研究分担者：以下、行動制限研究）

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、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。

研究3：統合失調症初回入院患者における意思決定共有モデルの治療満足度への有効性 – 無作為化比較試験 – (奥村研究分担者：以下、強制治療研究)

治療早期からの関係性がアドヒアランス維持の方略として注目されている。本研究では、統合失調症の初回入院患者における意思決定共有モデルの治療満足度への有効性を検討する。具体的には、統合失調症の初回入院患者へ意思決定共有モデルによる介入を行う方が、通常診療よりも退院時の満足度が向上するかどうかを無作為化比較試験により検討する。

倫理上の配慮

研究1：順天堂大学倫理委員会および各施設の倫理委員会で承認を受け、ICを得て実施している。臨床試験登録：UMIN000007145(平成24-25年度)。

研究2：研究全体の倫理審査は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施している。また、介入研究に参加している共同研究機関においても、各施設の倫理委員会で承認を受け実施している。

研究3：倫理審査は、横浜市立大学にて承認を得ている。また、臨床試験登録はClinical Trials. Govにて行っている。

B~D. 研究方法、結果および考察

研究1：薬物療法研究

B. 研究方法

試験デザインは、一重盲検(評価者)、無作為、2群比較試験である。実施機関は、精神科救急学会所属の精神科救急入院料病棟14病院、対象は、精神科救急入院する統合失調症、統合失調症様障害、統合失調感情障害の患者(DSM-IV-TR 295.xx)とした。

登録期間を14ヵ月間とし、入院時、リスパリドン(RIS)またはオランザピン(OLZ)を担当医の判断で投与開始し、2週後に反応良好

例(CGI \leq 3)はそのまま継続する。一方、反応不良例(ENR、CGI \geq 4)は切替あるいは併用のランダム割付けをしてさらに10週間、計12週間観察した。

C. 結果

156名の患者が登録され、担当医の判断により74例がRISで治療開始され、82例がオランザピン(OLZ)で治療開始された。

RISに対する早期治療反応不良(ENR)のうち、PANSS総点の40%以上改善例は、切替群(8%)より併用(29%)の方が多かったが、有意差は認められなかった(P=0.33)。PANSS総点の推移も両群間に有意差は認められなかった(P=0.90)。すべての理由による治療中止までの時間も両群間に有意差は認められなかった(P=0.72)。しかし、早期反応良好群に比べて切替群は有意差がなかったものの(P=0.19)、併用群は有意に短く(P=0.050)、間接的に切替群が優ることを示唆する。

副作用は、併用群においてプロラクチン値が有意に高かったが(P=0.038、表5)、他の項目に有意差は認められなかった。

OLZに対するENRのうち、PANSS総点の40%以上改善例は、切替群(25%)より併用群(50%)の方が多かったが、有意差は認められなかった(P=0.38)。しかし、PANSS総点の推移は、併用群が切替群より優る傾向が認められた(P=0.070)。すべての理由による治療中止までの時間は、両群間に有意差は認められなかった(P=0.40)。しかし、早期反応良好群に比べて併用群は有意差がなかったものの(P=0.20)、切替群は有意に短く(P=0.008)、間接的に併用群が優ることを示唆する。

副作用は、いずれの項目も切替群と併用との間に有意差は認められなかった。

D. 考察

RISに対するENRでも、OLZに対するENRでも、切替より併用の方がPANSS総点40%以上の改善を示した患者は多かったが、有意差には至らなかった。しかし、OLZに対するENRでは、PANSS総点の推移において、切替群より併用群の方が改善に優る傾向が認められた。この指標について統計学的パワー不足が要因の可能性が考えられ、今後の課題として残った。

一方、割付け薬の中止までの時間は、RIS に対する ENR では、併用群より切替群が間接的に優り、OLZ に対する ENR では、切替群より併用群が間接的に優るという興味深い結果になった。RIS に対する反応不良例の中に OLZ には反応する例がいること、OLZ に対する反応不良例の中に RIS 単剤に反応する例は少ないことを示唆している。これは、RIS に対する ENR ではベースラインの陰性症状や解体症状が強いけれども OLZ ではそのような差は見いだせなかった結果、すなわち OLZ の治療標的が RIS より広範囲である可能性があることと関連するのかもしれない。

これらの結果は、単剤治療にこだわるなら、まず RIS で開始して早期反応不良なら OLZ に切替える方法が合理的ということになる。一方、広範囲な症状を最初から標的にするなら、OLZ で開始して早期反応不良なら RIS を加える方法が合理的ということになる。

研究 2：行動制限研究

B. 研究方法

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 41 介入病棟を研究対象とする。

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 14 の介入方法を提示し、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）で実践する。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。

C. 結果

23 施設、36 病棟が本研究に参加した。

1. 介入方法ごとのエントリー状況

14 の介入手法の中で、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。

2. 共同研究機関の施設特性

共同研究機関 23 施設の施設特性について、全病床数の平均は 322.4 床、うち隔離室を含む全ての個室数の平均は 58.6 室、うち耐破壊性能の高い隔離室数の平均は 13.7 室、2011 年新規入院患者数の平均は 432.1 人、2011 年の平均在院日数は 286.1 日（中央値 286.6 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」13 施設、「参画なし」2 施設であった。

3. 介入病棟の隔離・身体拘束施行量調査

23 施設 36 病棟の介入前（2012 年 X-3 月～X-1 月）の月当たりの平均日数は隔離 15.4 日、身体拘束 8.1 日、施行割合は隔離 17.2%、身体拘束 3.9%、施行患者割合は隔離 24.7%、身体拘束 7.4%、施行開始割合は隔離 27.4%、身体拘束 9.3%であった。

介入後（2012 年 X 月～X+5 月）の月当たり平均日数は隔離 14.5 日、身体拘束 9.1 日、施行割合は隔離 16.5%、3.7%、施行患者割合は隔離 25.2%、身体拘束 6.9%、施行開始割合は隔離 32.7%、身体拘束 11.0%であった。

4. 介入手法の有効性

隔離・身体拘束施行量の変化および認定看護師への聞き取り調査を行い、介入の有効性に関して総合的な判断をした。参加した 36 病棟のうち、最終的に介入が有効と評価されたのは 15 病棟（以下、15 の有効病棟）であった。本研究で選択された 10 種類の介入手法のうち有効率が高かった手法は、施行数の数値目標（83.3%）、タイムアウト（66.7%）、個別の「行動制限最小化計画」（56.3%）、師長会で定期的に見直す（50.0%）、開始直後の振り返り（50.0%）の順であった。

5. スタッフによる攻撃性観察尺度 (SOAS-R) を用いた患者の攻撃的行動の検討

SOAS-R を用いた患者の攻撃的行動の検討において、攻撃性インシデント発生率は1,000のべ病床あたり1.47件 (0.54/bed/year) であった。攻撃的行動を起こした入院患者の特性は、男性が多く、平均年齢は50.3才、ICD-10に基づく主診断ではF2(統合失調症圏)が最も多かった。SOAS-Rの平均総合得点は11.3点、重症度は53.2mmであった。攻撃的行動の傾向として、了解できる誘因がない(インシデントの25.2%)、叩く・殴るなど手を用いた手段(46.8%)、「スタッフ」(65.1%)が攻撃対象として最も多く、49.5%が「脅威を感じた」としており、「患者に話しかける」(54.1%)の制止法が最も多く、続いて「隔離」(18.1%)であった。

6. 認識調査

本研究において、介入病棟の退棟患者と看護師等を対象に、介入前後における認識の変化を検討するため、(6)-1 エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版を用いた検討、(6)-2 精神科看護師がいただく入院患者の攻撃性と抑制手法への臨床的認識を調べた。

(6)-1. エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版を用いた検討

退棟する患者からの回答151件(有効回答率32.3%)と看護師からの661件(同84.9%)の双方を対象として同時評価を行った。因子分析では3因子構造を示し、十分な内の一貫性が得られた。因子得点において、「安全性への実感」で看護師の評価が患者に比べ有意に低く、欧州の先行研究と比べても著しく低かった。また「患者間の仲間意識・相互サポート」は患者が有意に高く評価し、「治療的な関心」の患者・看護師間の不一致は欧州に比べ小さかった。これらの要因として人員配置の違いが考慮され、本邦の精神科病棟の風土に関する興味深い特徴が描出された。

(6)-2. 精神科看護師がいただく入院患者の攻撃性と抑制手法への臨床的認識

精神科患者の示す攻撃性、およびそれに対処する抑制手法への看護師の臨床的認識について、「攻撃に対する態度尺度」(ATAS)と「抑制手法への臨床姿勢質問票」(ACMQ)を用い、全国23病院(36病棟)の看護師の回答646件(有効回答率82.9%)を対象に検討した。ATASの因子分析では、攻撃性をよくないものと捉えるネガティブ因子と治療の契機など前向きに捉えるポジティブ因子で構成され、ACMQの精神科集中治療、身体拘束等の制限性の強い手法がネガティブ因子と、タイムアウト等の制限性の低い手法がポジティブ因子と正の相関を示した。攻撃性を共感的・前向きに捉える看護師は制限性の低い手法を好む傾向があった。

D. 考察

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。

本研究にて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・身体拘束データの病棟内掲示であった。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。選択されなかった各手法は、わが国の医療環境での実施が難しい実情が示唆される。

本研究の介入実施により介入病棟の病棟種別による特性を把握することができた。介入手法ごとの検討では、36介入病棟のうち15病棟において、コア戦略の実践を通して行動制限最小化に対する介入手法の有効性が示された。本研究における介入方法がコア戦略にとって部分的であったことや、介入期間が6ヶ月間という短期間であったにもかかわらず、比較的多くの現場で何らかの効果が確認され、電話調査においてスタッフの意識変化など確かな実感が報告されたことから、コア戦略に基づく介入手法の実践が、病棟スタッフに対して少なからず有用な影響を与えたものと示唆される。

SOAS-Rを用いた患者の攻撃的行動の検討において、スタッフが攻撃対象となることが多く、被害状況として脅威をいただいた点は先行研究⁴⁾と共通していた。また、精神科病棟の風土

に関する調査から、看護師の安全性への実感の低さが示された。その理由として、看護師のスキルや感受性、精神科治療経験などが影響した可能性は否定できないものの、まずは諸外国と比べて圧倒的な人的配置の低さからくる安全感の欠如が考慮される。一方で、患者はスタッフからの治療的関心を高く評価するなどわが国の特徴が描出されたことは、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。

研究3：強制治療研究

B. 研究方法

(1) 平成25年6月から27年1月の間に1施設の精神科病院の急性期病棟に入院する患者、(2) 入院時の診断が統合失調症圏 (ICD-10: F20-29)、(3) 精神科入院が初回であり、(4) 中等度以上の精神遅滞、器質性・症状性精神障害の併存がない、(5) 16 - 65歳患者を対象とする。

無作為化比較試験により、入院時に適格基準候補者を絞り、BPRS「概念の統合失調」項目が4点以下となった時点で本人から書面同意を取得後、無作為割り付けを行う。割り付けの隠匿化のため、中央登録法を用いる。また、割り付け法は最小化法、割り付け比は1対1とする。

介入群では入院中に、通常診療に加え、週1回の意思決定共有モデルのプログラムを施行する。入院時にベースライン評価、退院時に介入後評価、退院6か月後に追跡評価を行う。

今回考案した介入プログラムは、意思決定共有モデルの基本的な部分である、治療者と患者の情報と意向の共有に焦点を当てたものである。入院中の1週間ごとに、(1) 患者に治療に対する認識を聴取する質問票への回答を求め、(2) 患者と医療スタッフの30分程度の合同ミーティングを開催して、(3) 患者と医療スタッフの情報共有のための治療計画書を作成する、ことを繰り返すものである。

主要評価項目として退院時の治療満足度、副次評価項目として退院時の薬物療法に対する態度、退院時の症状回復の程度、退院時の機能回復の程度、および退院1年後の治療脱落率をそれぞれ測定する。

C. 結果

研究と介入の標準化のために、病棟スタッフによるコアチームを形成し、対象患者の査定、参加スタッフのトレーニング、介入スケジュールと質のマネージメントを行った。

D. 考察

統合失調症治療において、意思決定共有モデルに基づく介入プログラムにより、患者の治療満足度、治療参加への意向が高まり、アドヒアランスの向上が期待されることが、本研究の臨床的意義である。特に、初回入院という治療早期の介入であるため、再入院率等の予後の改善につながる可能性も期待される。

E. 結論

研究班では、わが国の精神科救急医療における最適な治療のあり方に関する研究を実施し、精神科救急医療における薬物療法と行動制限に関する診療ガイドライン等に反映させるため、八田研究分担者による「精神病性障害急性期薬物療法に関する精神科救急医療現場の多施設共同ランダム化臨床試験」、杉山研究分担者による「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」、奥村研究分担者による「統合失調症初回入院患者における意思決定共有モデルの治療満足度への有効性：無作為化比較試験」を実施した。

八田研究分担者の研究成果は、急性期治療における早期反応不良例に対して必ずしも切替が優れているわけではなく、やむをえない場合の2剤併用も正当化できる可能性を示唆する。つまり単剤治療にこだわるなら、まずRISで開始して早期反応不良ならOLZに切替える方法が合理的ということになる。一方、広範囲な症状を最初から標的にするなら、OLZで開始して早期反応不良ならRISを加える方法が合理的ということになる。精神科救急医療ガイドラインの改訂を目指した現場のRCTにより、早期治療反応不良例に対する方策のエビデンスは着実に蓄積されつつある。また、これらの成果を精神科救急医療ガイドラインの改訂版(2014年版)に盛り込む予定である。

杉山研究分担者の研究成果は、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。本研究の介入実施により介入病棟の病棟種別による特性を把握することができた。コア戦略に基づく介入手法の実践が、病棟スタッフに対して少なからず有用な影響を与えたものと示唆される。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な手法を提示し、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確認できた。

奥村研究分担者の実施する精神科救急における協働的意思決定モデルの導入は、患者満足度に直接的に関連し、結果として、治療アドヒアランスの向上や再入院率の低下に寄与することが期待できる。医療従事者が長期間の訓練を不要とし、かつ介入頻度は週1回30分程度と簡易的に行うことが可能であり、意思決定共有モデルは、治療満足度と治療継続率向上に寄与することが期待され、「精神科救急医療体制の充実」「精神医療の質の向上」といった行政上の課題に寄与することが考えられる。

本研究は、精神科救急医療のガイドラインの改定とそのネットワークの維持および医療の質の向上につながる。また、国民へ最善の医療を提供し、国民福祉に寄与する財産としての意義を示している。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Hatta K, Takebayashi H, Sudo Y, et al. for the JAST study group. The possibility that requiring high-dose olanzapine cannot be explained by

pharmacokinetics in the treatment of acute-phase schizophrenia. *Psychiatry Research* 2013; 210: 396–401

2) Hatta K, Otachi T, Fujita K, et al. for the JAST study group: Comparisons between switching and augmentation in acute schizophrenia patients showing early non-response to risperidone or olanzapine. (on submission)

3) 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・エッセンス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)。

4) 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)。

5) 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.

6) 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.

7) 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) Hatta K, Takebayashi H, Sudo Y, et al. for the JAST study group: Evidence that requiring high-dose olanzapine cannot be explained by pharmacokinetics in the treatment of acute-phase schizophrenia. 11th World Congress of Biological Psychiatry; June 27, 2013; Kyoto, Japan.

2) 八田耕太郎: JAST study group の早期反応不良例に対する RCT の成果報告. 第 21 回日本精神科救急学会, 東京, 2013.10.04.

3) 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.

- 4) 石井美緒:「当事者・家族の望むクライシス・レゾリューション: Shared decision-making」.
第 21 回日本精神科救急学会学術総会シンポジウム, 東京, 2013.10.05

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 参考文献

- 1) Hatta K, Otachi T, Sudo Y et al for the JAST study group: Difference in early prediction of antipsychotic non-response between risperidone and olanzapine in the treatment of acute-phase schizophrenia. *Schizophrenia Research* 128: 127-135, 2011.

- 2) Hatta K, Otachi T, Sudo Y et al 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* 198: 194–201, 2012.

- 3) Kinon BJ, Chen L, Ascher-Svanum H et al: Early response to antipsychotic drug therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 35: 581-590, 2010.

- 4) Foster C, Bowers L, Nijman H: Aggressive Behaviour on Acute Psychiatric Wards: Prevalence, Severity and Management. *Journal of advanced nursing* 58: 140-149, 2007.

精神病性障害急性期薬物療法に関する 精神科救急医療現場の多施設共同ランダム化臨床試験

研究分担者 八田耕太郎 順天堂大学医学部附属練馬病院 先任准教授

研究要旨

目的: 本研究では、抗精神病薬への早期反応不良例に対する方略として、抗精神病薬の切替えと併用のどちらが有効かについて検証を試みた。

研究方法: デザインは、多施設共同評価者盲検ランダム化臨床試験（RCT）である。実施機関は、精神科救急学会所属の精神科救急入院料病棟 13 病院、対象は精神科救急入院する統合失調症、統合失調症様障害、統合失調感情障害の患者（DSM-TR 295.xx）とした。順天堂大学倫理委員会および各施設の倫理委員会で承認を受け、インフォームド・コンセントを得て実施した。平成 24 年 5 月から平成 25 年 6 月 30 日を症例登録期間とし、各症例を 12 週間観察した。入院時、リスペリドン（RIS）またはオランザピン（OLZ）を投与開始し、2 週後に反応良好例（CGI \leq 3）はそのまま継続した。一方、反応不良例（ENR, CGI \geq 4）はもう一方の抗精神病薬に切替えあるいは併用のランダム割付けをしてさらに 10 週間観察した。

結果: 登録症例は 156 例であった。RIS に対する ENR、および OLZ に対する ENR のうち、併用群は切替群より PANSS 総点の 40%以上改善例が多かったが有意差には至らなかった（RIS に対する ENR:切替 8%vs.併用 29% $P=0.33$; OLZ に対する ENR:切替 25%vs.併用 50% $P=0.38$ ）。しかし、PANSS 総点の推移では、OLZ に対する ENR で併用群が切替群より改善に優る傾向を示した（ $P=0.070$ ）。治療中止までの時間は、それぞれ併用群と切替群とで直接的な有意差は検出できなかった。しかし、RIS に対する ENR では、併用群より切替群が間接的に優り（対早期反応良好群:切替 $P=0.19$, 併用 $P=0.050$ ）、OLZ に対する ENR では、切替群より併用群が間接的に優った（対早期反応良好群:切替 $P=0.008$, 併用 $P=0.20$ ）。

まとめ: これらの結果は、単剤治療にこだわるなら、まず RIS で開始して早期反応不良なら OLZ に切替える方法が合理的ということになる。一方、広範囲な症状を最初から標的にするなら、OLZ で開始して早期反応不良なら RIS を加える方法が合理的ということになる。精神科救急医療ガイドラインの改訂を目指した現場の RCT により、早期治療反応不良例に対する方策のエビデンスは着実に蓄積されつつある。これらの成果を精神科救急医療ガイドラインの次の改訂版に盛り込む。

研究協力者

竹林宏（埼玉県立精神医療センター）
中瀬玲子（三重県立こころの医療センター）
白井豊（兵庫県立光風病院）
直江寿一郎、森川文淑（旭川圭泉会病院）
伊藤新（薫風会山田病院）
澤温（さわ病院）
須藤康彦（土佐病院）
片山成仁（成仁病院）
中村真人（成増厚生病院）
橋本喜次郎、久我弘典、豊見山泰史（国立病院機構肥前精神医療センター）
中村満、奥村正紀（東京都保健医療公社豊島病院）
糟谷将隆（東京武蔵野病院）
畑和也（ほくとクリニック病院）
榎戸芙佐子（福井県立病院こころの医療センター）
平田豊明（静岡県立こころの医療センター，千葉県精神科医療センター）
大館太郎（群馬県立精神医療センター）
三澤史斉、山下徹（山梨県立北病院），
石井竜介（茨城県立こころの医療センター）
藤田潔（桶狭間病院 藤田こころケアセンター）
阿部貴之（千葉県精神科医療センター）
川畑俊貴（京都府立洛南病院）

A．研究目的

国民に良質の精神医療を提供する上で、高品質の均霑化、特にその中核となる薬物療法のガイドラインは必須である。しかし、統合失調症の救急・急性期薬物療法については、理想的なデザインを実施することの現場的困難さから、製薬会社をスポンサーとしない良質な研究成果はわずかである。このため、われわれは2007年から精神科救急医療現場の多施設共同研究ネットワーク(Japan Acute-phase Schizophrenia Trial [JAST] study group)を構築し、統合失調症の急性期薬物療法における未解決課題のランダム化臨床試験(RCT)を実施しており、精神科救急医療ガイドラインの次の改訂(第3版)を目指している。これまで、抗精神病薬への反応不良が2週間程度で予測できることを示し

(Hatta et al. 2011) その時点で併用に転じる方が、そのまま同じ薬剤を単剤で継続するより治療中止に至る割合が少ないことも国際的に初めて実証した(Hatta et al. 2012)。また、Kinonら(2010)は、早期反応不良例に対して、そのまま同じ薬剤を単剤で継続するより、別の抗精神病薬に切替える方が、治療中止に至る割合が少ないことを国際的に初めて実証した。そこで、抗精神病薬への早期反応不良例に対する方略として、抗精神病薬の切替えと併用のどちらが有効か?という臨床疑問が生じる。この点を本研究で検証した。

B．研究方法

1. 試験デザイン

一重盲検(評価者) 無作為、2群比較試験

2. 対象

以下に示す選択基準を満たし、文書にて本研究参加に同意を得た患者とする。同意については、本人から得ることを原則とするが、対象患者が病識・判断能力の低下ゆえに精神科救急入院する特質上、必ず法的代諾者(精神保健福祉法における保護者または扶養義務者)から得た。

(1) 選択基準: 18歳以上 65歳未満の急性精神病状態(初発・再燃とも可)で入院する患者(DSM- : 295.xx に該当する患者...統合失調症、統合失調症様障害、失調感情障害)

(2) 除外基準:

- 1) 重篤な肝機能障害、腎機能障害、心・肺機能障害を有する患者
- 2) 糖尿病に罹患あるいは既往のある患者
- 3) 妊婦・授乳婦または研究期間中に妊娠を希望している患者

3. 目標症例数および投与薬・投与期間

目標症例数: 200例

投与薬：入院時、担当医の判断によって RIS または OLZ を投与開始し、2 週後に反応良好例 (CGI \leq 3) はそのまま継続、反応不良例 (CGI \geq 4) は次のとおりランダム割り付けして、さらに 10 週観察した。

RIS 投与開始例：OLZ に切り替え、あるいは OLZ 上乗せ

OLZ 投与開始例：RIS に切り替え、あるいは RIS 上乗せ

投与量：初回投与量は RIS 3mg、OLZ 10mg を目安とし、いずれの時期も可変

4. 試験期間

登録期間：2012 年 5 月 1 日～2013 年 6 月 30 日

薬剤投与開始より 12 週間観察した。

5. 主要評価項目

(1) 症状改善率の比較 (PANSS 総点 40%改善率)

(2) 有効性の比較 (すべての理由による中止までの時間)

6. 副次評価項目

(1) 忍容性の比較 (DIEPSS、副作用による脱落率)、血圧・脈拍・体重

(2) 症状改善の時間推移の比較 (PANSS 総点・サブスケール・因子別、CGI、GAF)

7. 観察項目

(1) 患者背景

年齢、性別、身長、体重、疾患名 (DSM-IV : 295.xx)、アルコール・薬物歴、服薬歴、投与前の服薬状況 (未治療・怠薬・服薬遵守の別)

(2) 症状の時間推移

陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS)、臨床的全般改善度 (CGI)、全般性機能評価 (GAF) を用いて 2 週毎、12 週間評価した。

(3) 副作用

薬原性錐体外路症状評価尺度 (DIEPSS) を用いて 2 週毎、あるいは錐体外路症状発現時に評価した。

(4) 臨床検査

通常臨床項目 (血糖・LDL-Chol・TG は必須) および血清プロラクチン濃度を測定した。

12 週間前に退院した場合、外来で上記評価を行った。

8. 中止基準

(1) 有害事象の発現により、試験の継続が困難となった場合

(2) 試験開始後、被験者が対象症例でないことが判明した場合

(3) 患者またはその家族から試験参加の同意の撤回があった場合

(4) 被験者の都合により試験が中断された場合 (転居、転院、多忙、追跡不能等)

(5) 重大なプロトコール違反があった場合

その他、研究責任医師または研究分担医師が中止を必要と判断した場合

(重篤な副作用を呈した場合には、入院治療等の適切な処置を取る。)

(倫理面への配慮)

研究計画については、研究分担者の所属する順天堂大学医学部における倫理委員会に諮り承認を得て実施した。多施設共同研究であるため、各研究協力者も各々所属医療機関の倫理委員会の承認を得ている。ランダム化するため、研究に対する説明と同意を文書にて得る。同意については代諾者 (扶養義務者・保護者) から得ることを必須としている。また、患者プライバシー保護の観点から個人を特定できる情報が各医療機関から外に出ないように配慮する。

臨床試験登録： UMIN000007145

C . 研究結果 (資料参照)

156名の患者が登録され、担当医の判断により74例がRISで治療開始され、82例がOLZで治療開始された(図1)。

1. RIS 開始症例の結果

RIS投与開始から2週間以内に1例が同意撤回し、9例が効果不十分のためRIS単剤継続不能となり、1例が診断変更となり、2例に糖尿病が判明し、1例が研究手順を遵守しなかった(図1)。これら14例を除く60例が、2週間後の効果判定を受け、CGI-I3以上の33例が早期反応良好群としてそのままRIS継続となった。27例はCGI-Iが4以下のため早期反応不良(ENR)と判断され、OLZに切り替えるか(n=13)OLZを併用するか(n=14)にランダム割付けされた。

なお、RISに対するENRは、早期反応良好群に比べて、有意に開始時のRIS量が多く、PANSSの陰性症状評点および5因子モデルのNegative因子、Disorganized/concrete因子が高かった(表1)。

早期反応良好群のうち、効果不十分のため単剤継続不能となった5例、副作用のため継続不能となった6例、ノンアドヒアランス1例の計12例が、12週間の観察期間前に中止となった。ENRのうち切替群では、効果不十分の5例、副作用の2例が12週間より前に中止となり、併用群では、効果不十分の7例、副作用の2例が12週間より前に中止となった。切替群と併用群との間で、デモグラフィおよびベースラインの臨床的特徴に有意差のある項目は認められなかった(表3)。

RISに対するENRのうち、PANSS総点の40%以上改善例は、切替群(8%)より併用群(29%)の方が多かったが、有意差は認められなかった

($P=0.33$, 表5)。PANSS総点の推移も両群間に有意差は認められなかった($P=0.90$, 図2A)。すべての理由による治療中止までの時間も両群間に有意差は認められなかった($P=0.72$, 図3A)。しかし、早期反応良好群に比べて切替群は有意差がなかったものの($P=0.19$)、併用群は有意に短く($P=0.050$)、間接的に切替群が優ることを示唆する。

副作用は、併用群においてプロラクチン値が有意に高かったが($P=0.038$, 表5)他の項目に有意差は認められなかった。

2. OLZ 開始症例の結果

OLZ投与開始から2週間以内に、17例が効果不十分および1例が副作用のためOLZ単剤継続不能となり、3例が診断変更となり、1例が研究手順を遵守しなかった(図1)。これら22例を除く60例が、2週間後の効果判定を受け、CGI-I3以上の36例が早期反応良好群としてそのままRIS継続となった。24例はCGI-Iが4以下のため早期反応不良(ENR)と判断され、RISに切り替えるか(n=13)OLZを併用するか(n=11)にランダム割付けされた。このうち切替群の1例は研究手順を遵守しなかったため解析から除外した。

なお、OLZに対するENRは、早期反応良好群に比べて、有意に女性の割合が高かった(表2)。

早期反応良好群のうち、効果不十分のため単剤継続不能となった3例、副作用のため継続不能となった2例、ノンアドヒアランス2例の計7例が、12週間の観察期間前に中止となった。ENRのうち切替群では、効果不十分の7例が12週間より前に中止となり、併用群では、効果不十分の4例が12週間より前に中止となった。また、早期反応良好群と併用群で1例ずつ経過観

察できなかったため、解析から除外した。切替群と併用群との間で、デモグラフィおよびベースラインの臨床的特徴に有意差のある項目は認められなかった（表4）。

OLZに対するENRのうち、PANSS総点の40%以上改善例は、切替群（25%）より併用群（50%）の方が多かったが、有意差は認められなかった（ $P=0.38$ ，表6）。しかし、PANSS総点の推移は、併用群が切替群より優る傾向が認められた（ $P=0.070$ ，図2B）。すべての理由による治療中止までの時間は、両群間に有意差は認められなかった（ $P=0.40$ ，図3B）。しかし、早期反応良好群に比べて併用群は有意差がなかったものの（ $P=0.20$ ）、切替群は有意に短く（ $P=0.008$ ）、間接的に併用群が優ることを示唆する。

副作用は、いずれの項目も切替群と併用との間に有意差は認められなかった（表6）。

D．考察

抗精神病薬の切替と併用に関する検証は非常に乏しいが、最近若干発表されるようになってきている。Katonaらは（2013）、ハンガリーの国営医療保険のデータベースから、観察研究デザインで、すべての理由による中止を指標に切替えと併用の優劣を検証した。その結果、長期的な維持療法には切替えによる単剤の継続の方が優るが、急性増悪の際に併用療法が優ることを示唆している。ただし、選択基準は60日を超えて単剤治療を継続していた患者であり、それより前に単剤で持ちこたえられなかった早期反応不良例は含まれないため、真に現場が直面する課題に答えている研究とは言えない。しかも、この研究はランダム化を伴わない観察研究であり、エビデンス水準は高くない。したがって、本研究は、急性期治療を標的にしていること、早期

反応不良例を対象にしていること、ランダム化臨床研究デザインであることから、切替えか併用かの議論に新たな展開をもたらす。

本研究では、RISに対するENRでも、OLZに対するENRでも、切替より併用の方がPANSS総点40%以上の改善を示した患者は多かったが、有意差には至らなかった。しかし、OLZに対するENRでは、PANSS総点の推移において、切替群より併用群の方が改善に優る傾向が認められた。この指標について統計学的パワー不足が要因の可能性が考えられ、今後の課題として残った。

一方、割付け薬の中止までの時間は、RISに対するENRでは、併用群より切替群が間接的に優り、OLZに対するENRでは、切替群より併用群が間接的に優るという興味深い結果になった。RISに対する反応不良例の中にOLZには反応する例がいること、OLZに対する反応不良例の中にRIS単剤に反応する例は少ないことを示唆している。これは、RISに対するENRではベースラインの陰性症状や解体症状が強いけれどもOLZではそのような差は見出せなかった結果、すなわちOLZの治療標的がRISより広範囲である可能性があることと関連するのかもしれない。

これらの結果は、単剤治療にこだわるなら、まずRISで開始して早期反応不良ならOLZに切替える方法が合理的ということになる。一方、広範囲な症状を最初から標的にするなら、OLZで開始して早期反応不良ならRISを加える方法が合理的ということになる。Ascher-Svanumらは（2012）、実臨床における観察研究で、単剤治療で増悪するか改善に乏しければ切替えを選択し、少し効果が観察されるが不十分な場合は上乗せによる併用を選択する傾向があることを見出している。精神科救急現場におけるランダム化臨床試験での本結果は、これまでの臨床家の

経験的判断に合理的な判断材料を加えることになる。

急性期治療における早期反応不良例の切替えか併用かに関するランダム化臨床試験は本研究が最初のものであり、今後、さらに大規模な検証が望まれる。

E . 結論

RIS に対する ENR でも、OLZ に対する ENR でも、切替より併用の方が PANSS 総点 40%以上の改善を示した患者は多かったが、有意差には至らなかった。統計学的パワー不足が要因の可能性として考えられる。実際、OLZ に対する ENR では、PANSS 総点の推移において、切替群より併用群の方が改善に優る傾向が認められた。

割付け薬の中止までの時間は、RIS に対する ENR でも、OLZ に対する ENR でも、切替群と併用群との間に直接的な有意差は認められなかった。しかし、RIS に対する ENR では、併用群より切替群が間接的に優り、OLZ に対する ENR では、切替群より併用群が間接的に優った。

これらの結果は、単剤治療にこだわるなら、まず RIS で開始して早期反応不良なら OLZ に切替える方法が合理的ということになる。一方、広範囲な症状を最初から標的にするなら、OLZ で開始して早期反応不良なら RIS を加える方法が合理的ということになる。

引用文献

Ascher-Svanum H, Brnabic A, Lawson AH et al: Comparison of patients undergoing switching versus augmentation of antipsychotic medications during treatment for schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2012; 8: 113–118

Hatta K, Otachi T, Sudo Y et al for the JAST study group: Difference in early prediction of

antipsychotic non-response between risperidone and olanzapine in the treatment of acute-phase schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2011; 128: 127-135

Hatta K, Otachi T, Sudo Y et al 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

Kinon BJ, Chen L, Ascher-Svanum H et al: Early response to antipsychotic drug therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35: 581-590

Katona L, Czobor P, Bitter I: Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy vs. polypharmacy in schizophrenia: To switch or to combine? A nationwide study in Hungary. *Schizophrenia Research* 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.034>

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, et al. 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

Hatta K, Takebayashi H, Sudo Y, et al. for the JAST study group. The possibility that requiring high-dose olanzapine cannot be explained by pharmacokinetics in the treatment of acute-phase schizophrenia. *Psychiatry Research* 2013; 210: 396–401

Hatta K, Otachi T, Fujita K, et al. for the

JAST study group: Comparisons between switching and augmentation in acute schizophrenia patients showing early non-response to risperidone or olanzapine. (on submission)

2 . 学会発表

Hatta K, Takebayashi H, Sudo Y, et al. for the JAST study group: Evidence that requiring high-dose olanzapine cannot be explained by pharmacokinetics in the treatment of acute-phase schizophrenia. 11th World Congress of Biological Psychiatry; June 27, 2013; Kyoto, Japan.

八田耕太郎: JAST study group の早期反応不良例に対する RCT の成果報告 . 第 21 回日本精神科救急学会 , 東京 , 10/4 , 2013

Hatta K: Comparative Effectiveness of Second Generation Antipsychotics in First episode Psychosis. (Session Topic: Optimal Pharmacological Treatment for Patients with First Episode Psychosis (FEP)). 2nd Congress of Asian College of Neuropsychopharmacology, Seoul, Korea, Sep. 23, 2011

H . 知的財産権の出願・登録状況
なし。

表 1: Comparison of baseline characteristics between early responders and early non-responders to risperidone.

	Early responders to risperidone (n=33)	Early non-responders to risperidone (n=27)	<i>P</i>
Age	40.6 (11.9)	40.1 (11.0)	0.88
Men	17/33 (52%)	18/27 (67%)	0.30
Diagnosis			
Schizophrenia/schizophreniform	33/33 (100%)	24/27 (89%)	0.086
Schizoaffective	0/33 (0%)	3/27 (11%)	
Substance dependence	3/33 (9%)	2/27 (7%)	1.00
Smoking	7/33 (21%)	6/27 (22%)	1.00
Duration from onset (year)	7.7 (9.4)	12.3 (10.4)	0.077
Antipsychotic-naive	18/33 (55%)	12/27 (44%)	0.60
Initial dose (mg/day)	2.6 (1.0)	3.3 (0.8)	0.0066
Haloperidol injection received before enrollment	7/33 (21%)	3/27 (11%)	0.49
CGI-S	5.5 (0.9)	5.6 (0.7)	0.88
PANSS			
Total	111.6 (22.1)	121.2 (21.1)	0.094
Positive scale	29.4 (7.3)	29.8 (5.8)	0.81
Negative scale	26.2 (8.1)	31.9 (7.4)	0.0064
General psychopathology scale	56.1 (11.0)	59.5 (11.4)	0.24
5-factor model of the PANSS			
Positive factor	16.9 (4.3)	17.3 (3.6)	0.66
Negative factor	21.4 (7.0)	26.6 (6.8)	0.0051
Disorganized/concrete factor	12.1 (3.5)	14.2 (3.3)	0.018
Excited factor	15.3 (5.0)	15.4 (4.8)	0.94
Depressed factor	8.4 (2.9)	7.8 (2.7)	0.38
GAF	24.5 (6.9)	24.8 (8.1)	0.88
BMI (kg/m ²)	21.3 (2.9)	22.7 (5.5)	0.25

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. CGI-S, Clinical Global Impression Severity rating scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; BMI, body mass index.

表 2: Comparison of baseline characteristics between early responders and early non-responders to olanzapine.

	Early responders to olanzapine (n=36)	Early non-responders to olanzapine (n=24)	<i>P</i>
Age	42.1 (11.0)	45.7 (9.7)	0.20
Men	18/36 (50%)	4/24 (17%)	0.013
Diagnosis			
Schizophrenia/schizophreniform	31/36 (86%)	24/24 (100%)	0.077
Schizoaffective	5/36 (14%)	0/24 (0%)	
Substance dependence	0/36 (0%)	1/24 (4%)	0.40
Smoking	11/36 (31%)	2/24 (8%)	0.056
Duration from onset (year)	11.3 (9.9)	15.1 (10.3)	0.16
Antipsychotic-naive	13/36 (36%)	10/24 (42%)	0.79
Initial dose (mg/day)	10.1 (3.9)	10.4 (2.5)	0.68
Haloperidol injection received before enrollment	6/36 (17%)	1/24 (4%)	0.23
CGI-S	5.8 (0.8)	5.6 (0.8)	0.41
PANSS			
Total	114.6 (21.6)	114.9 (16.4)	0.96
Positive scale	29.1 (6.3)	30.4 (5.0)	0.40
Negative scale	26.9 (8.7)	27.6 (7.5)	0.77
General psychopathology scale	58.6 (11.6)	57.0 (8.8)	0.56
5-factor model of the PANSS			
Positive factor	16.8 (3.7)	18.0 (3.1)	0.16
Negative factor	22.5 (8.0)	22.2 (6.4)	0.87
Disorganized/concrete factor	12.2 (4.0)	13.3 (2.9)	0.25
Excited factor	15.5 (5.1)	14.3 (3.6)	0.30
Depressed factor	9.3 (3.7)	8.1 (3.2)	0.18
GAF	21.7 (10.5)	24.3 (6.9)	0.26
BMI (kg/m ²)	21.8 (3.7)	22.9 (5.0)	0.31

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. CGI-S, Clinical Global Impression Severity rating scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; BMI, body mass index.

表 3: Comparison of baseline characteristics between early non-responders to risperidone allocated to switching to olanzapine and those allocated to augmenting with olanzapine.

	Switching to olanzapine (n=13)	Augmenting with olanzapine (n=14)	<i>P</i>
Age	39.1 (12.6)	41.1 (9.7)	0.63
Men	10/13 (77%)	8/14 (57%)	0.42
Diagnosis			
Schizophrenia/schizophreniform	12/13 (92%)	12/14 (86%)	1.00
Schizoaffective	1/13 (8%)	2/14 (14%)	
Substance dependence	1/13 (8%)	1/14 (7%)	1.00
Smoking	3/13 (23%)	3/14 (21%)	1.00
Duration from onset (year)	9.6 (10.6)	14.8 (10.1)	0.20
Antipsychotic-naive	8/13 (62%)	4/14 (29%)	0.13
Initial dose (mg/day)	3.3 (0.6)	3.3 (0.9)	0.94
Haloperidol injection received before enrollment	3/13 (23%)	0/14 (0%)	0.098
CGI-S	5.5 (0.7)	5.7 (0.8)	0.41
PANSS			
Total	121.5 (18.8)	120.8 (23.7)	0.93
Positive scale	29.5 (5.9)	30.1 (5.9)	0.79
Negative scale	31.9 (7.3)	31.9 (7.8)	0.98
General psychopathology scale	60.2 (10.1)	58.9 (12.7)	0.77
5-factor model of the PANSS			
Positive factor	16.8 (3.5)	17.9 (3.6)	0.44
Negative factor	26.6 (6.3)	26.6 (7.4)	0.99
Disorganized/concrete factor	14.6 (2.4)	13.9 (4.0)	0.56
Excited factor	15.5 (4.0)	15.2 (5.5)	0.86
Depressed factor	8.0 (3.1)	7.6 (2.3)	0.68
GAF	23.8 (6.8)	25.8 (9.3)	0.53
BMI (kg/m ²)	20.9 (3.1)	24.3 (6.7)	0.12

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. CGI-S, Clinical Global Impression Severity rating scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; BMI, body mass index.

表 4: Comparison of baseline characteristics between early non-responders to olanzapine allocated to switching to risperidone and those allocated to augmenting with risperidone.

	Switching to risperidone (n=12)	Augmenting with risperidone (n=10)	<i>P</i>
Age	47.4 (9.4)	46.9 (8.1)	0.89
Men	2/12 (17%)	1/10 (10%)	1.00
Diagnosis			
Schizophrenia/schizophreniform	12/12 (100%)	10/10 (100%)	
Schizoaffective	0/12 (0%)	0/10 (0%)	
Substance dependence	12/12 (100%)	10/10 (100%)	
Smoking	1/12 (8%)	2/10 (80%)	0.57
Duration from onset (year)	17.0 (11.0)	15.7 (8.6)	0.76
Antipsychotic-naive	4/12 (33%)	5/10 (50%)	0.67
Initial dose (mg/day)	10.0 (2.1)	11.0 (3.2)	0.39
Haloperidol injection received before enrollment	1/12 (8%)	0/10 (0%)	1.00
CGI-S	5.7 (0.9)	5.3 (0.7)	0.24
PANSS			
Total	118.2 (13.3)	112.8 (19.7)	0.46
Positive scale	30.3 (6.0)	30.6 (4.3)	0.91
Negative scale	28.4 (7.4)	27.1 (8.1)	0.70
General psychopathology scale	59.4 (5.0)	55.1 (11.7)	0.26
5-factor model of the PANSS			
Positive factor	17.7 (3.3)	18.9 (3.1)	0.38
Negative factor	23.2 (6.2)	21.7 (6.9)	0.60
Disorganized/concrete factor	13.7 (2.8)	13.4 (3.1)	0.84
Excited factor	15.0 (3.7)	12.8 (3.3)	0.16
Depressed factor	8.3 (4.1)	7.3 (1.9)	0.47
GAF	22.6 (7.1)	27.4 (5.0)	0.094
BMI (kg/m ²)	22.4 (5.2)	23.9 (5.3)	0.55

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. CGI-S, Clinical Global Impression Severity rating scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; BMI, body mass index.

表 5: Comparison of outcomes between early non-responders to risperidone allocated to switching to olanzapine and those allocated to augmenting with olanzapine.

	Switching to olanzapine (n=13)	Augmenting with olanzapine (n=14)	<i>P</i>
Dose of risperidone at 2weeks (mg/day)	10.2 (2.5)	8.7 (3.6)	0.24
Max. dose of risperidone after 2 weeks (mg/day)	0	9.0 (4.0)	
Max. dose of olanzapine (mg/day)	18.8 (8.2)	16.1 (5.6)	0.31
Adjunctive benzodiazepines	12/13 (92%)	12/14 (86%)	1.00
Adjunctive valproate	9/13 (69%)	6/14 (43%)	0.25
Anticholinergic drug	5/13 (38%)	6/14 (43%)	1.00
Discontinuation for any cause	7/13 (54%)	9/14 (64%)	0.70
Insufficient efficacy	5/13 (38%)	7/14 (50%)	0.70
Side-effects	2/13 (15%)	2/14 (14%)	1.00
Non-adherence	0/13 (0%)	0/14 (0%)	
PANSS			
Total	-17.1 (13.6)	-22.9 (19.2)	0.38
Positive scale	-6.1 (4.5)	-7.9 (6.9)	0.44
Negative scale	-5.2 (7.1)	-6.9 (7.0)	0.52
General psychopathology scale	-7.5 (7.5)	-10.2 (9.9)	0.43
5-factor model of the PANSS			
Positive factor	-3.3 (2.6)	-4.5 (3.7)	0.35
Negative factor	-3.6 (3.7)	-4.5 (4.8)	0.60
Disorganized/concrete factor	-1.8 (2.1)	-2.2 (2.4)	0.68
Excited factor	-3.8 (3.6)	-3.6 (4.9)	0.91
Depressed factor	-0.54 (1.8)	-0.79 (1.9)	0.73
Percentage of improvement in PANSS total	18.1 (15.2)	27.3 (24.7)	0.26
≥40% improvement in PANSS total	1/13 (8%)	4/14 (29%)	0.33
CGI-I	4.6 (1.8)	3.8 (1.5)	0.20
GAF	34.3 (13.1)	40.9 (16.2)	0.26
Any serious adverse event	0/13 (0%)	0/14 (0%)	
Extrapyramidal symptoms (DIEPSS)			
Any symptoms	9/13 (69%)	8/14 (57%)	0.69
Parkinsonism	7/13 (54%)	8/14 (57%)	1.00
Akathisia	2/13 (15%)	5/14 (36%)	0.38
Dystonia	2/13 (15%)	0/14 (0%)	0.22
Dyskinesia	1/13 (8%)	0/14 (0%)	0.48
Weight change from baseline (kg)	-0.04 (2.83)	-0.82 (3.95)	0.56
Fasting glucose change from baseline (mg/dL)	7.8 (29.6)	-2.4 (19.4)	0.30
Low density lipoprotein cholesterol change from baseline (mg/dL)	4.6 (28.9)	-7.9 (18.0)	0.19
Triglycerides change from baseline (mg/dL)	46.8 (120.7)	-0.1 (84.8)	0.25
Prolactin (ng/mL)	51.8 (48.2)	113.7 (74.5)	0.038

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. CGI-S, Clinical Global Impression Severity rating scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; BMI.

表 6: Comparison of outcomes between early non-responders to olanzapine allocated to switching to risperidone and those allocated to augmenting with risperidone.

	Switching to risperidone (n=12)	Augmenting with risperidone (n=10)	<i>P</i>
Dose of olanzapine at 2 weeks (mg/day)	17.9 (4.0)	19.0 (3.2)	0.58
Max. dose of olanzapine after 2 weeks (mg/day)	0	17.5 (5.4)	
Max. dose of risperidone (mg/day)	8.2 (3.3)	8.1 (3.9)	0.97
Adjunctive benzodiazepines	9/12 (75%)	9/10 (90%)	0.59
Adjunctive valproate	8/12 (67%)	7/10 (70%)	1.00
Anticholinergic drug	4/12 (33%)	4/10 (40%)	1.00
Discontinuation for any cause	7/12 (58%)	4/10 (40%)	0.67
Insufficient efficacy	7/12 (58%)	4/10 (40%)	0.67
Side-effects	0/12 (0%)	0/10 (0%)	
Non-adherence	0/12 (0%)	0/10 (0%)	
PANSS			
Total	-18.2 (23.9)	-36.1 (30.2)	0.14
Positive scale	-6.9 (7.9)	-11.7 (9.4)	0.21
Negative scale	-15.5 (14.2)	-15.6 (8.9)	0.98
General psychopathology scale	-9.8 (13.3)	-17.5 (13.4)	0.20
5-factor model of the PANSS			
Positive factor	-3.6 (4.2)	-7.0 (5.3)	0.11
Negative factor	-1.0 (2.8)	-5.2 (6.6)	0.088
Disorganized/concrete factor	-1.4 (4.0)	-4.2 (3.6)	0.11
Excited factor	-3.2 (4.4)	-4.8 (4.6)	0.41
Depressed factor	-1.8 (2.8)	-1.6 (2.5)	0.84
Percentage of improvement in PANSS total	21.7 (30.9)	39.6 (35.0)	0.22
≥40% improvement in PANSS total	3/12 (25%)	5/10 (50%)	0.38
CGI-I	3.8 (1.5)	3.5 (1.7)	0.72
GAF	36.8 (16.2)	50.8 (17.4)	0.064
Any serious adverse event	0/12 (0%)	0/10 (0%)	
Extrapyramidal symptoms (DIEPSS)			
Any symptoms	10/12 (83%)	9/10 (90%)	1.00
Parkinsonism	8/12 (67%)	9/10 (90%)	0.32
Akathisia	5/12 (42%)	5/10 (50%)	1.00
Dystonia	1/12 (8%)	0/10 (0%)	1.00
Dyskinesia	1/12 (8%)	0/10 (0%)	1.00
Weight change from baseline (kg)	0.92 (4.2)	0.33 (3.1)	0.72
Fasting glucose change from baseline (mg/dL)	-8.8 (23.3)	-20.9 (36.5)	0.35
Low density lipoprotein cholesterol change from baseline (mg/dL)	-24.8 (31.2)	-17.9 (49.2)	0.69
Triglycerides change from baseline (mg/dL)	19.3 (56.3)	3.8 (108.0)	0.69
Prolactin (ng/mL) ^a	144.8 (96.0)	127.3 (61.5)	0.63

Data represent mean (SD) or n/N (%), unless otherwise indicated. CGI-S, Clinical Global Impression Severity rating scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; BMI,^a only female data.

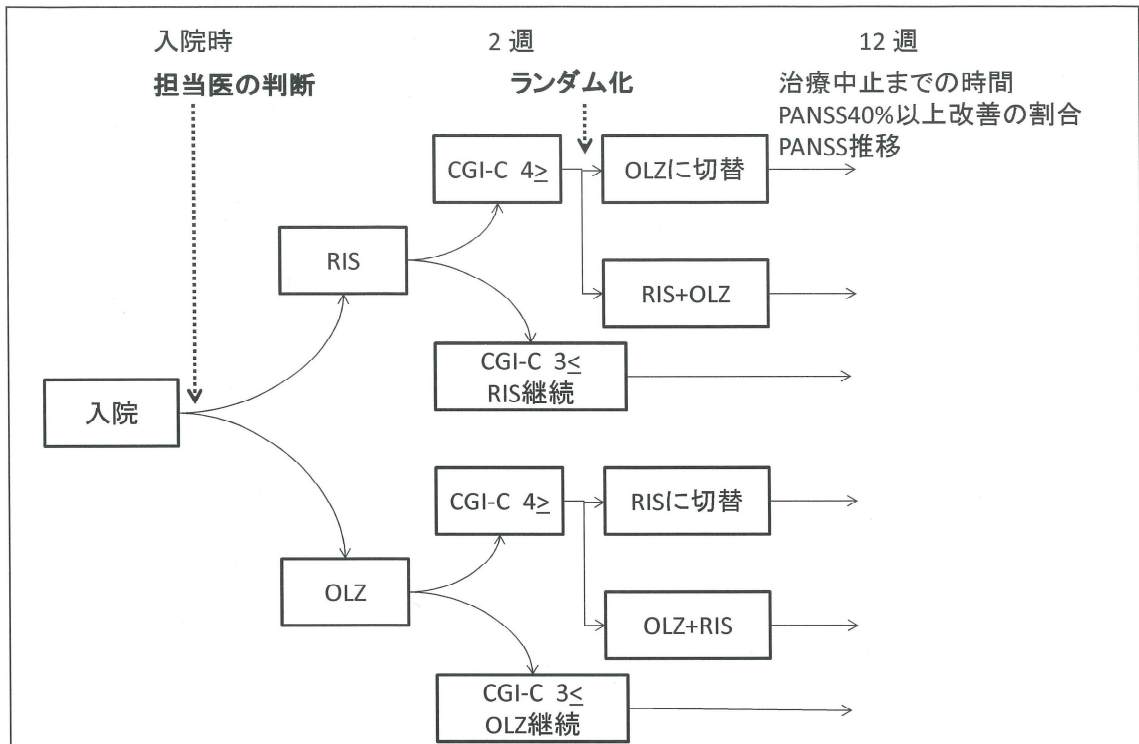


図1. 研究の流れ

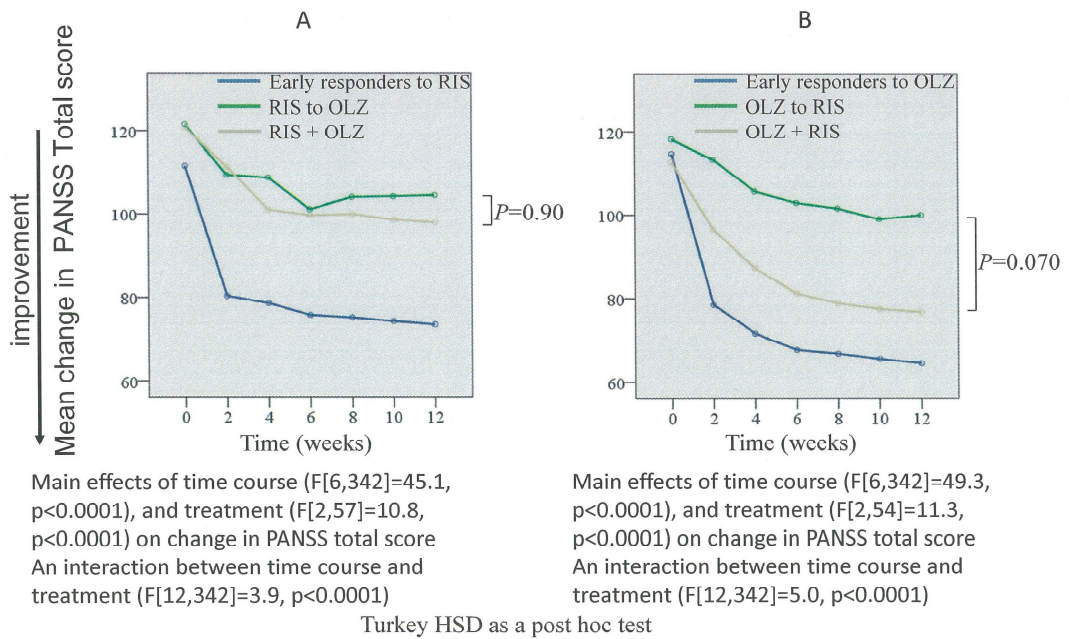
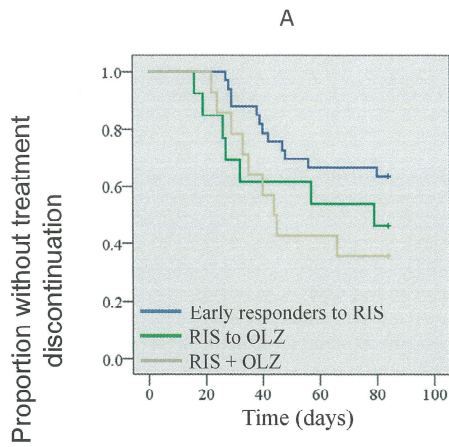
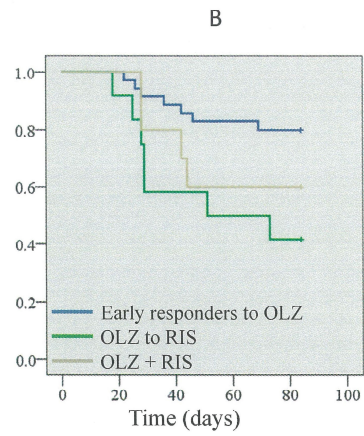


図2. PANSS総点の推移(repeated measures ANOVA)



Log-rank test (time to treatment discontinuation)

RISに対する早期反応良好群
 vs. 早期反応不良で切替 ($P=0.19$)
 vs. 併用 ($P=0.050$)
 切替 vs. 併用 ($P=0.72$)



Log-rank test (time to treatment discontinuation)

OLZに対する早期反応良好群
 vs. 早期反応不良で切替 ($P=0.008$)
 vs. 併用 ($P=0.20$)
 切替 vs. 併用 ($P=0.40$)

図3. Time to treatment discontinuation for any cause

行動制限最小化に関する研究の報告

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方法を、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、その有効性を検証することを目的とした。

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、コア戦略に示される14の介入方法を提示したうえ、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。介入前後および介入中における隔離・身体拘束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) 遂行報告書を用いた。調査期間は9ヶ月間、うち介入実施を6ヶ月間とした。介入後に電話調査を実施し、意見交換を行い、最終的に有効性を判断した。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：本研究への参加意思を表明した共同研究機関は23施設、介入病棟は36病棟であった。介入方法ごとのエントリー状況として、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」（23施設）、続いて「個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」（16施設）であった。一方、「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つは選択されなかった。最終的に介入が有効であることが示されたのは15病棟であり、その15病棟で多く選択された介入は「認定看護師による定期的研修会の開催」、「個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」（9/15）、「隔離・身体拘束のデータを病棟内に張り出す」（7/15）であった。10種類の介入を実践した病棟が2つあり、いずれの病棟でも介入は有効と判定された。一方介入が有効とされた15の病棟において、実施した介入方法が一つだけであったのは7病棟であった。「施行数の数値目標」、「タイムアウト」、「個別の行動制限最小化計画の立案」、「師長会でデータを定期的に見直す」、「開始直後のデブリーフィング」の5つの手法では高い有効率が認められた。

考察・まとめ：介入方法のエントリー状況から、一定の最小化方法がすでに行われていることのほか、わが国の医療環境ではまだ実施の難しい介入があることが示唆された。本研究の介入実施により一部の現場で効果が確認されたことから、コア戦略に基づく介入手法の実践がわが国でも一定程度実施可能でかつ有効であることが示唆されたほか、どのような介入方法が本邦では効果的であるのか、あるいはどのような要素が不足しており、今後より充実が求められるかについても具体的な理解を深めることができた。特に、ストレングスの活用は推進が望まれる。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・実施したことは、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。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が示されたことで今後の臨床実践における有用性が期待される。

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 一般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 一般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
未安民生 日本精神科看護技術協会 会長、天理医療大学医療学部看護学科 教授

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

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 医療法人同仁会谷口病院 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 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 日本精神科看護技術協会 常任理事、佛教大学保健医療技術学部看護学科 教授

A. 研究目的

精神科医療における行動制限は、精神保健福祉法で規定された介入手法であると同時にその使用において最小化が義務付けられている。しかしながら、近年行動制限の施行量は徐々に増加する傾向を示しており¹⁾、また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²⁾ことから、早急な適正化が求められている。

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^{3), 4), 5)}ことが報告されている。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経験・目撃することであるが、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ことが指摘されている³⁾。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再外傷体験を与えかねない³⁾。

そこで、「トラウマインフォームドケア」という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³⁾という概念に基づき、米国においてはHuckshorn⁶⁾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⁶⁾。コア戦略は、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、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一定の成果を挙げている⁷⁾。Azeem⁸⁾らは、コア戦略を用いて児童・思春期精神科病棟における隔離・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られる。

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、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。

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目指した看護の知識と技術を持つ行動制限最小化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。

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ヵ月前から介入終了までの9ヵ月間とする。

3. 介入方法

米国のコア戦略をわが国の医療環境の現状に合わせて実施可能と思われる戦略1～6ごとの介入手法を検討し、下記の通り、計14の介入(A～N)を提示した。

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(保留)

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

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

ターゲットする。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る。

4. 調査内容

共同研究機関の施設特性および介入病棟の病棟特性を調査する。主要結果として介入による隔離・身体拘束の最小化に有効な手法を検証するため、介入前後および介入実施中の隔離・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を調査する。さらに副次的結果として、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。

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。

4-1) 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⁹⁾のエクセルシート調査票を用いて、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・身体拘束の施行者数、うち当月入院数、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。

4-2) 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。

4-3) 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、看護師認識調査票配付人数、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。

4-4) 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)^{10, 11)}を用いて、看護師による患者の攻撃的行動を測定する。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^{10, 11)}。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。

4-5) 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)^{12), 13)}、抑制手法への臨床姿勢質問票 (ACMQ: Attitude to Containment Measures Questionnaire)^{14), 15)}、治療への満足度質問票 (CSQ-8J: The Client Satisfaction Questionnaire)^{16), 17)}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付し調査する。

4-6) 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)^{12), 13)}、抑制手法への臨床姿勢質問票 (ACMQ: Attitude to Containment Measures Questionnaire)^{14), 15)}、患者の攻撃に対する態度尺度 (ATAS: Attitudes Towards Aggression Scale)^{18), 19)}、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付し調査する。

4-7) 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、および具体的に取り組んだ内容を記載し、介入終了月 (X+5 月) に作成する。

C. 研究結果

参加意思を表明した 25 施設 40 介入病棟のうち、実際に介入・調査実施に至った施設は 23 施設、36 病棟であった。

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 の介入手法から各病棟が選択した介入は、以下の通りであった。(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)。介入「K. 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用」については、実際にはどのようなものを使用するのかが、詳細な把握が必要であることから本研究においては介入手法から除外した。

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=7)

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=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 (n=10)

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=23)
- F. デイエスカレーション研修の開催 (n=15)

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=16)
- H. タイムアウトの実施 (n=3)
- 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=5)
- 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=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 (n=9)

本研究において最も選択された介入手法は、「E. 認定看護師による定期的研修会の開催」、続いて「G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」であった。一方、選択されなかった介入手法は、「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」であった。

2. 調査結果

2-1) 共同研究機関の施設特性

共同研究機関 23 施設の施設特性(調査票 2)について [表 1]、全病床数の平均は 322.4 床、うち隔離室を含む全ての個室数の平均は 58.6 室、うち耐破壊性能の高い隔離室数の平均は 13.7 室、2011 年新規入院患者数の平均は 432.1 人、2011 年の平均在院日数は 286.1 日(中央値 286.6 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」13 施設、「参画なし」2 施設であった。

2-2) 共同研究機関の介入病棟特性

介入・調査を実施した 23 施設 36 病棟の病棟特性について[表 2]、以下に記載する。

(介入前調査)

看護師配置について、女性 12.8 人 (うち准看護師 1.9 人)、男性 9.0 人 (うち准看護師 1.1 人)、病床数は 51.2 床、うち隔離室を含む全ての個室数は 17.1 室、うち耐破壊性能の高い隔離室数は 4.9 室、2012 年 X-1 月の新規入棟患者数は、13.7 人、2012 年 X-1 月の退棟患者数は 14.1 人、2011 年の平均在棟日数は 265.3 日 (中央値 153.1 日) であった。

病棟種別では、「精神 15 対 1」が 16 病棟で最も多く、続いて「救急」8 病棟 (うち 1 病棟は医療観察法機能も有する)、「急性期」6 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 歳以上 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。(介入後調査)

看護師配置について、女性 12.4 人 (うち准看護師 1.9 人)、男性 9.1 人 (うち准看護師 1.0 人)、病床数は 51.1 床、うち隔離室を含む全ての個室数は 17.4 室、うち耐破壊性能の高い隔離室数は 4.9 室、2012 年 X+5 月の新規入棟患者数は、13.8 人、2012 年 X+5 月の退棟患者数は 13.0 人、2011 年の平均在棟日数は 229.4 日 (125.9 日) であった。

病棟種別では、「精神 15 対 1」が 15 病棟、続いて「救急」8 病棟 (うち 1 病棟は医療観察法機能も有する)、「急性期」7 病棟、「精神 13 対 1」3 病棟、「療養」2 病棟、「認知症」1 病棟と介入後において 1 病棟の病棟種別が「精神 15 対 1」から「急性期」へと病棟改変が見られた。

介入前調査時と同様、入院患者のうち最も多い年齢層は 20 歳以上 65 歳未満、また、最も多くを占める治療対象疾患は F2 であり、次に多くを占める疾患は F3 であった。

2-3) 介入病棟の隔離・身体拘束施行量調査

23 施設 36 病棟の介入前 (2012 年 X-3 月～X-1 月) の月当たりの平均日数は隔離 15.4 日、

身体拘束 8.1 日、施行割合は隔離 17.2%、身体拘束 3.9%、施行患者割合は、隔離 24.7%、身体拘束 7.4%、施行開始割合は隔離 27.4%、身体拘束 9.3%であった。

介入後 (2012 年 X 月～X+5 月) の月当たり平均日数は隔離 14.5 日、身体拘束 9.1 日、施行割合は隔離 16.5%、身体拘束 3.7%、施行患者割合は隔離 25.2%、身体拘束 6.9%、施行開始割合は隔離 32.7%、身体拘束 11.0%であった。

2-4) ハードアウトカム分析：介入病棟ごとのデータ解釈

介入病棟の病棟特性 (調査票 2) については、病棟種別、スタッフ数、病床規模、個室数、隔離室数、患者回転 (入退院数や平均在院日数) 対象患者の疾患圏などから把握し、特に介入前後において隔離・身体拘束の施行量に影響する要因の変化がないか等について確認したうえで、施行量の評価材料とした。隔離・身体拘束施行量調査 (調査票 1) からは、隔離・身体拘束の月当たり平均日数、施行患者割合、施行割合を指標とし、月ごとのトレンドをグラフ化した。また、介入前平均 (X-3 月～X-1 月の平均値) と介入後平均 (X 月～X+5 月の平均値) を算出し、2 点による比較を行った。これらの客観的データをもとに、専門家が集まり一定の目安を設け、一次評価を行った。続いて、認定看護師に対する聞き取り調査を実施し、その内容を加味して最終的な介入の有効性について総合的に判断した。[資料 1, 2, 3, 4]。

介入による効果としては、単に施行量が減少する以外にもさまざまな効果が考えられ、減少効果を含めて、次に示す 4 つの型に分類した (図 1)。

減少効果

最小化が目指す中核的な変化であり、施行量そのものが減少する場合。最終的には施行割合の減少が該当し、平均日数・患者施行割合ともに減少方向への変化がある場合を典型とするが、どちらかの指標が不変であってももう片方の指標の減少があれば減少効果は発揮できる。

重度限定化

病態が重度で隔離・身体拘束が不可避なケースにのみ、厳密に適用されるようになる

変化。患者施行割合は減少方向に変化するが、各ケースは重度であるため施行期間の平均(平均日数)は増える方向へ変化する。高回転化

個々のケースの隔離・身体拘束の施行期間が短縮された場合の変化で、長期化予防や不必要な行動制限が最小化された場合。次々と患者を受け入れる高回転の急性期機能において観察されやすく、平均日数は減少方向へ変化するが、そのぶん多くの新たな急性期患者が対象となることから、施行患者割合は増加の方向へと変化する。減少効果の一型とするには、本来施行割合の減少方向への変化が望まれるが、この高回転化においては、適応対象者が減らないため、施行割合は不変ないし微増となることが多い(図1)。

一時的効果

観察期間を総じての変化には乏しいものの、介入開始直後や終盤などの期間の途中で明らかな減少効果が観察され、一定の効果があつたと評価できる場合。

認定看護師に対する聞き取り調査では、隔離・身体拘束施行量の変化についての主観的な評価のみならず、介入が病棟に与えた影響を明らかにするため、スタッフの意識の変化や機運、実感、印象などについても聴取を行い、客観的な評価との一致/不一致の確認や、最終的な評価のための判断材料とした。

2-5) 介入手法の有効性

隔離・身体拘束施行量の変化および認定看護師への聞き取り調査(ハードアウトカム分析)を行い、介入の有効性に関して総合的な判断をした[資料3,4]。結果、参加した36病棟のうち、最終的に介入が有効と評価されたのは15病棟(以下、15の有効病棟)であった。

本研究で選択された10種類の介入手法のうち、有効率が高かった手法は、「B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる」83.3%(5/6病棟)、「H. タイムアウトの実施」66.7%(2/3病棟)、「G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」56.3%(9/16病棟)、「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」50.0%(4/8病棟)、

「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」50.0%(5/10病棟)の5つの介入手法であった。

(有効率の算出法:介入が有効と評価された15病棟のうちでその介入を実施した病棟数/その介入を選択した病棟数×100)

一方、10種類の介入手法のうち有効率が低かった手法は、「F. ディエスカレーション研修の開催」33.3%(5/15病棟)、「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」37.5%(3/8病棟)、「J. セイフティプランの使用」40.0%(2/5病棟)、「E. 認定看護師による定期的研修会の開催」42.9%(9/21病棟)の4つの介入手法であった。

さらに、15の有効病棟にて、多く選択された介入は、E. 認定看護師による定期的研修会の開催 9/15病棟(選択数23)、G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案 9/15病棟(選択数16)、C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす 7/15病棟(選択数16)であった。

選択した平均介入数は、全36病棟で3.0、15の有効病棟3.4、有効でなかった21病棟2.9であった。

15の有効病棟のうち、介入手法1つのみを選択した病棟は7病棟あり、それぞれ「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」、「E. 認定看護師による定期的研修会の開催」、「G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」、「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」であった。

10種類の介入手法全てを選択した病棟が2病棟あり、いずれの病棟も隔離・身体拘束施行量の変化および認定看護師への聞き取り調査共に有効と評価した。

認定看護師に対する聞き取り調査から、認定看護師が実感として効果的と評価した介入手法は、「G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」、「C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす」、「F. ディエスカレーション研修の開催」であった。

2-6) スタッフによる攻撃性観察尺度 (SOAS-R) を用いた患者の攻撃的行動の検討

2012年8月～2013年1月を調査期間とし、参加協力の得られた22施設35精神科病棟において、入院患者の攻撃的行動を目撃した看護師がSOAS-Rおよび攻撃的行動の重症度を測るVisual Analogue Scale (VAS) を用いて、患者の攻撃的行動の特性、スタッフの攻撃的行動に対する制止法の特性を調査した。攻撃性インシデント発生率は1,000のべ病床あたり1.47件(0.54/bed/year)であった。攻撃的行動を起こした入院患者の特性は、男性が60.3%、平均年齢は50.3才(SD=18.2)、ICD-10に基づく主診断ではF2(統合失調症圏)が58.3%と最も多かった。調査票を記入した看護師の特性は、男性が50.7%、平均年齢は37.1才(SD=8.8)、精神科看護平均年数は8.5年(SD=7.5)であった。SOAS-Rの平均総合得点は11.3点(SD=4.6)、重症度は53.2mm(SD=7.6)であった。攻撃的行動の傾向として、了解できる誘因がない(インシデントの25.2%)、叩く、殴るなど手を用いた手段(46.8%)、「スタッフ」(65.1%)が攻撃対象として最も多く、49.5%が「脅威を感じた」としており、「患者に話しかける」(54.1%)の制止法が最も多く、続いて「隔離」(18.1%)であった。

2-7) 認識調査

本研究において、介入病棟を退棟患者と看護師等を対象に、介入前後における認識の変化を検討するため、(1) エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版を用いた検討、(2) 精神科看護師がいただく入院患者の攻撃性と抑制手法への臨床的認識を調べた。

(1) エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版を用いた検討

エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版を用い、全国23病院(36病棟)より退棟する患者からの回答151件(有効回答率32.3%)と看護師からの661件(同84.9%)の双方を対象として同時評価を行った。因子分析では3因子構造を示し、十分な内的一貫性が得られた。因子得点において、「安全性への実感」で看護師の評価が患者に比べ有意に低く、欧州の先行研究と比べても著しく低かった。また「患者間

の仲間意識・相互サポート」は患者が有意に高く評価し、「治療的な関心」の患者・看護師間の不一致は欧州に比べ小さかった。これらの要因として人員配置の違いが考慮され、本邦の精神科病棟の風土に関する興味深い特徴が描出された。

(2) 精神科看護師がいただく入院患者の攻撃性と抑制手法への臨床的認識

精神科患者の示す攻撃性、およびそれに対処する抑制手法への看護師の臨床的な認識について、「攻撃に対する態度尺度」(ATAS)と「抑制手法への臨床姿勢質問票」(ACMQ)を用い、全国23病院(36病棟)の看護師の回答646件(有効回答率82.9%)を対象に検討した。ATASの因子分析では、攻撃性をよくないものと捉えるネガティブ因子と治療の契機など前向きに捉えるポジティブ因子で構成され、ACMQの精神科集中治療、身体拘束等の制限性の強い手法がネガティブ因子と、タイムアウト等の制限性の低い手法がポジティブ因子と正の相関を示した。攻撃性を共感的・前向きに捉える看護師は制限性の低い手法を好む傾向があった。

なお、当該研究は一部解析を残しており、引き続き解析を行っていく予定であり、その結果は論文として発表していく予定である。

D. 考察

本研究は、米国で提唱された6つのコア戦略を参考に、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方法を介入病棟で実践し、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、各介入手法の有効性を検証することを目的として実施した。

(共同研究機関の施設・病棟特性)

本研究の計画としては当初5施設を共同研究機関の参加の目標としていたが、今回23施設が本研究への参加および調査を実施した。このことは、隔離・身体拘束最小化に対する関心が高いことを示唆している。

共同研究機関の介入病棟について、精神15対1、救急、急性期病棟など多種にわたる入院料病棟の参加があり、入院料病棟ごとの人員配置、個室数、隔離室数、治療対象疾患、患者年

年齢の多様性から、調査期間における隔離・身体拘束施行量の変化も病棟ごとの特徴が認められた。

(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23病棟と最も多く選択され、続いて「G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」が16病棟であった。

一方、選択されなかった介入手法は、「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」であった。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ことや、既に実施しているものは選択しなかったとの意見が研究登録時に挙げられた。

「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を必要としたため選択されなかったものと考えられる。わが国の病棟構造からコンフォートルームの設置のためのスペース確保が難しいことも一因として挙げられる。しかし、米国ではコンフォートルームを整備できない場合、知覚刺激を与えるツール(以下、センサーツール)を集めたカートを病棟内に導入するという方法がある³⁾。センサーツールの例として、ストレスボールやアロマライト、ウェイトブランケット、癒しの音楽、お茶、飴などがある。センサーツールは、比較的身近なもので代用可能であることから、わが国の医療環境においても導入に向けた参考としたい。

「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²⁰⁾。ピアスペシャリストとしての役職を担い、正職員として雇用されている場合が多い。医療機関において入院患者に対する心理的支援、社会的支援を行っている。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、役職として雇用されて活動している当事者はほぼ皆無に等しい。そのため、本研究における利用者(患者)の行動制限委員会への参加はまだ馴染みのない現状が示唆された。

(ハードアウトカム分析：介入病棟ごとのデータ解釈および介入手法の有効性)

ハードアウトカム分析による介入病棟ごとのデータ解釈から、施行量の変化について介入病棟の種別ごとの特性を把握することができた。また、介入手法の有効性の検討では、参加した36病棟のうち15病棟において最終的に介入が何らかの形で有効と判定した。

米国では、2003年にコア戦略を基調とした研修を行い、25州から26チームが参加し、うち、8州で研修前後での隔離・身体拘束の施行量データが提出され減少した報告がある⁶⁾。本研究の効果は、米国におけるすべてのコア戦略を実施する介入方法の違いや、施行量の減少という、数字的な変化だけを成果とする評価の違いから、単純な比較は難しい。しかしながら、介入方法が部分的であったことや、介入期間が6ヶ月間という短期間であったにもかかわらず、比較的多くの現場で何らかの効果が確認されたことや、電話調査においてスタッフの意識変化など確かな実感が報告されたことから、コア戦略に基づく介入手法の実践が、病棟スタッフに対して少なからず有用な影響を与えたものと示唆され²¹⁾、一定の有効性は確実視される。

本研究において「E. 認定看護師による定期的研修会の開催」および「F. ディエスカレーション研修の開催」の手法は、有効率の低さが認められたものの、多くの病棟で選択されていた。これは、行動制限最小化への関心の高さを示唆している。隔離・身体拘束の行動制限のための代替手法に関する継続的なスタッフへの研修・技術提供等は、行動制限最小化に向けた意識の向上のみならず、スタッフの怪我や病欠を軽減し、結果的に隔離・身体拘束の使用の減少が可能となることが先行研究においても指摘されている^{22, 23)}。今後、病院組織全体で継続的に研修等を実施することにより、コア戦略の周知・浸透、スタッフの行動制限最小化に対す

る意識変化、取り組みの更なる促進につながると考えられる。

コア戦略では、行動制限最小化に向けた目標として使用することを示しており、6つある戦略の中で各施設が取り組みやすいものから実施し、チームで達成するための計画を立てることを推奨している³⁾。本研究において有効率が高かった「B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる」、「H. タイムアウトの実施」、「G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」、「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」、「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」の5つの介入手法は、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。

特に「G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案」は、有効率が高く、15の有効病棟で多く選択された1つであった。当該介入手法の特徴として、行動制限最小化計画書に問題点と共に、その患者の長所である「ストレングス」をチーム内で話し合うことを組み込んだ点である。隔離・身体拘束は患者の症状やそれに伴って生じた問題行動により実施されることが多い。しかし、隔離・身体拘束が長期に渡って実施されている場合、時間の経過とともに隔離・身体拘束の実施に至った本来の理由が見失われがちになることがある。長期施行している患者を対象として、行動制限最小化計画書を用いた隔離・身体拘束の解除に向けた話し合いの実施は、その患者の強みに着目する点で効果的と考えられる。事実、電話調査からも効果的であったとの回答を得ている。また、米国においても児童思春期精神科病棟における取り組みとして、strength-based care(強みを活かすケア)を実践し、その結果、行動制限が最小化された報告がある²⁴⁾。

各介入方法について考察する限り、必ずしも6戦略全てを実施しなくとも効果が期待できることや、どのような介入方法がわが国の医療環境に適しているのかがある程度判明した。このことは、実際に具体的な最小化アクションを実践するにあたり、有用な情報を提供することになり、その点において意義深いものと考えられる。さらに、わが国の精神医療の臨床にとっ

て、どのような点が不足しているのか、そして更なる最小化や質の高い医療を実現するために今後より充実が求められる要素は何かについても具体的に理解を深めることができた。特に、ストレングスの活用は推進が望まれる。今後も、更なる調査が必要であるとともに、病棟特性を踏まえて適用可能なコア戦略の手法の活用に対する検討も必要である。強調すべきことは、わが国において初めてコア戦略に基づく介入手法の実践を通して行動制限最小化に対する有効性が示されたことであり、確かな論拠に基づく行動制限最小化手法の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。

(スタッフによる攻撃性観察尺度(SOAS-R)を用いた患者の攻撃的行動の検討)

本調査によってわが国の攻撃性インシデントの頻度は1,000のべ病床あたり1.47件(0.54/bed/year)であることが明らかとなった。諸外国では、4.8-22.4/bed/yearで攻撃性インシデントが起きていることが指摘されている¹⁰⁾。本研究におけるインシデント数は諸外国の報告より少なかったが、一定の頻度で起きていることが示唆された。攻撃的行動の傾向において、諸外国の先行研究²⁵⁾と同様に本調査においてもスタッフへの攻撃が最も多く見られた。患者による身体的、言語的攻撃性は患者自身のみならずスタッフにとって心的外傷体験となりかねない。そのため、組織全体による患者の攻撃的行動に関するスタッフ研修や教育の充実が求められる。

(認識調査)

(1) エssen精神科病棟風土評価スキーマ日本語版を用いた検討

EssenCESは病棟の評価として、患者およびスタッフの双方に対して利用することが可能である。そうした利点を含め、これまでに精神科医療に対する患者の認識調査はまだ少ないことから、患者の低回答率や比較対象が限定的であるという限界要素はあるものの、本研究結果は意義があると考えられる。海外における先行研究^{12),26),27)}との比較において、看護師の安全性評価が低く、患者がスタッフからの関心を高く評価するなど、本邦における精神科入院医療

の風土に関する特徴が描出され、客観的な認識が得られたことで、病棟風土に関する議論が可能となった点においても意義が考えられた。

(2) 精神科看護師がいく入院患者の攻撃性と抑制手法への臨床的認識

ATASにおけるネガティブ因子の得点が高いと制限性の高い手法を承認し、ポジティブ得点が高いと制限性の低い手法を承認しやすいという相関結果が得られ、行動制限の最小化に向けて、攻撃性をポジティブに捉えられるようになるための要因の探求や、有効な研修プロセスの開発のほか、病棟での攻撃性インシデントを治療転機としていく前向きの実践の積み重ねが望まれる。

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方法を介入病棟で実践し、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して実施した。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。

本研究にて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・身体拘束データの病棟内掲示であった。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。選択されなかった各手法は、わが国の医療環境での実施が難しい実情が示唆される。

本研究の介入実施により介入病棟の病棟種別による特性を把握することができた。介入手法ごとの検討では、36介入病棟のうち15病棟において、コア戦略の実践を通して行動制限最小化に対する介入手法の有効性が示された。本研究における介入方法がコア戦略にとって部分的であったことや、介入期間が6ヶ月間という短期間であったにもかかわらず、比較的多くの現場で何らかの効果が確認され、電話調査においてスタッフの意識変化など確かな実感が報告されたことから、コア戦略に基づく介入手法の実践が、病棟スタッフに対して少なからず

有用な影響を与えたものと示唆され²¹⁾、一定の有効性は確実視される。

また、必ずしも6戦略全てを実施しなくとも効果が期待できることや、どのような介入方法がわが国の医療環境に適しているのかがある程度判明したことは、実際に具体的な最小化アクションを実践するにあたり、有用な情報を提供することになり、意義深いものと考えられる。さらに、わが国の精神医療の臨床にとって、どのような点が不足しているのか、そして更なる最小化や質の高い医療を実現するために今後より充実が求められる要素は何かについても具体的に理解を深めることができた。特に、ストレングスの活用は推進が望まれる。今後も、更なる調査が必要であるとともに、病棟特性を踏まえて適用可能なコア戦略の手法の活用に対する検討も必要である。

SOAS-Rを用いた患者の攻撃的行動の検討において、スタッフが攻撃対象となることが多く、被害状況として脅威をいただいた点は先行研究と共通していた。また、精神科病棟の風土に関する調査から、看護師の安全性への実感の低さが示された。その理由として、看護師のスキルや感受性、精神科治療経験などが影響した可能性は否定できないものの、まずは諸外国と比べて圧倒的な人的配置の低さからくる安全感の欠如が考慮される。一方で、患者はスタッフからの治療的関心を高く評価するなどわが国の特徴が描出されたことは、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, 2014。

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, 2014。

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, 17(3): 70-71, 2014。

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.)。

7) Barclay L. Preventing Violence and the Use of Seclusion and Restraint: A Expert Interview with Kevin Ann Huckshorn, Rn, Msn, Cap, Icad. November 2, 2009. <http://www.medscaoe.com/viewarticle/711633>. Accessed December, 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。

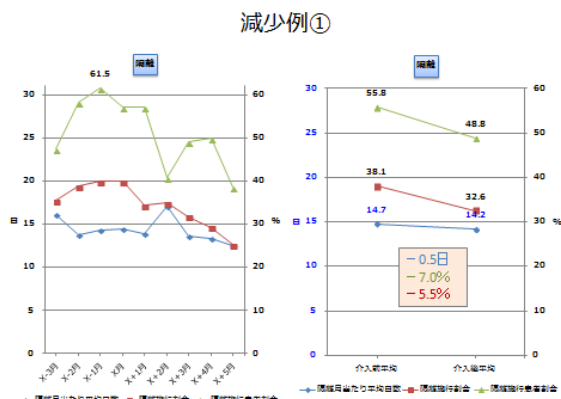
9) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, et al: 行動制限に関する一覧性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発。精神医学 51: 989-997, 2009。

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

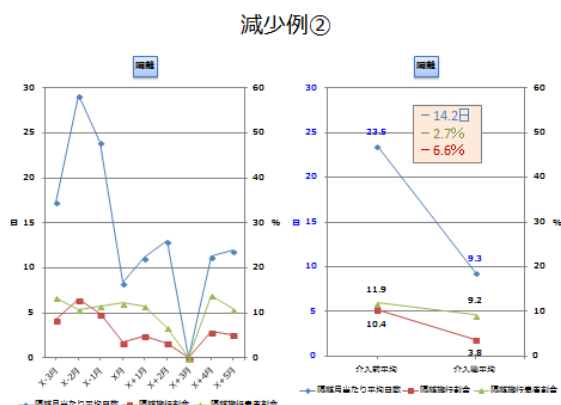
減少例 :



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。

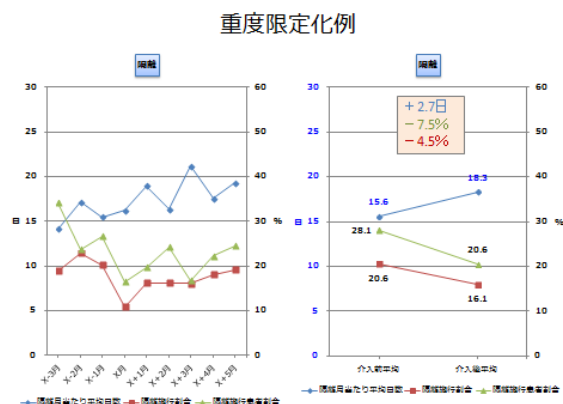
隔離の施行量において減少が見られた一方、身体拘束は増加傾向にあるため、具体的な経緯を確認した。現場スタッフへの電話調査によると、「施行量の変動はその月時点での該当患者の特性によるかもしれないが、実施した介入 N. 数日後以降、利用者 (患者) を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行うことにより、患者のアセスメントが詳細に実施されたことから、介入の効果があった」との意見が聴取され、施行量の減少効果があったと結論した。

減少例 :



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。

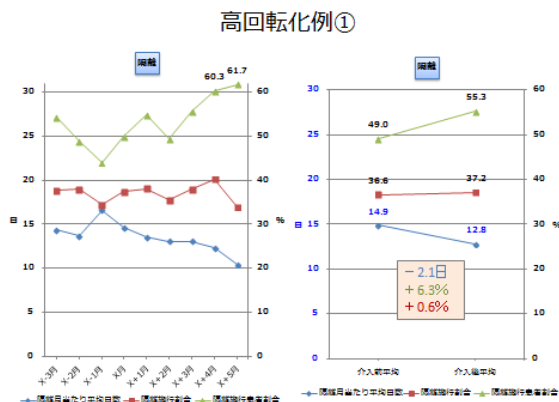
重度限定化例 :



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

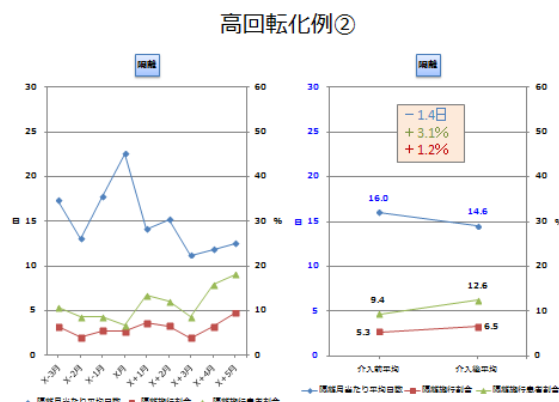
れるとの意見が聴取でき、介入効果による重度限定化があったと結論した。

高回転化例 :



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。

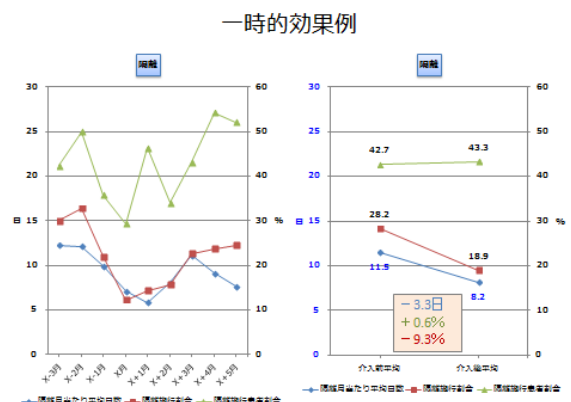
高回転化例 :



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ついても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%)

資料1

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）

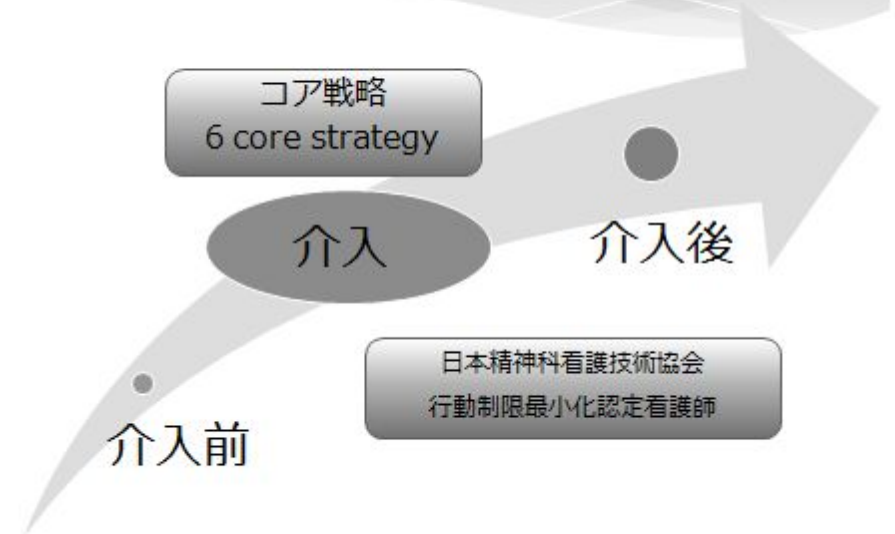


研究目的

- * 「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



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

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

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. デイ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

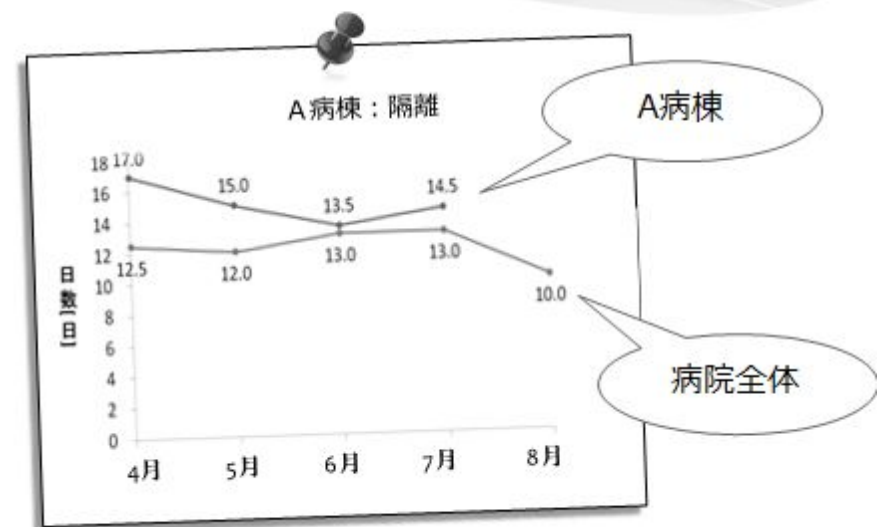
戦略5： 入院施設での患者（医療消費者）の役割	病棟数
L. 利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加	0

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

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

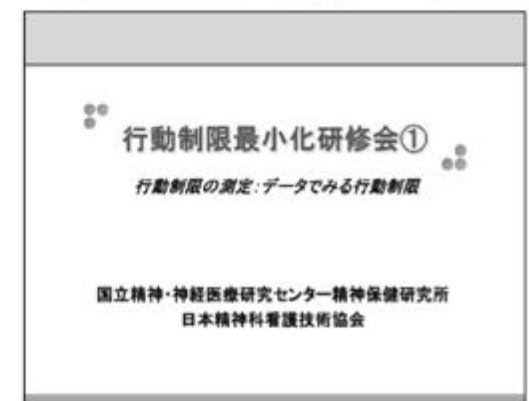
C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す



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



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。第一回目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、その数字の活用法までを学習します。

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

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

病棟種別(n = 36)

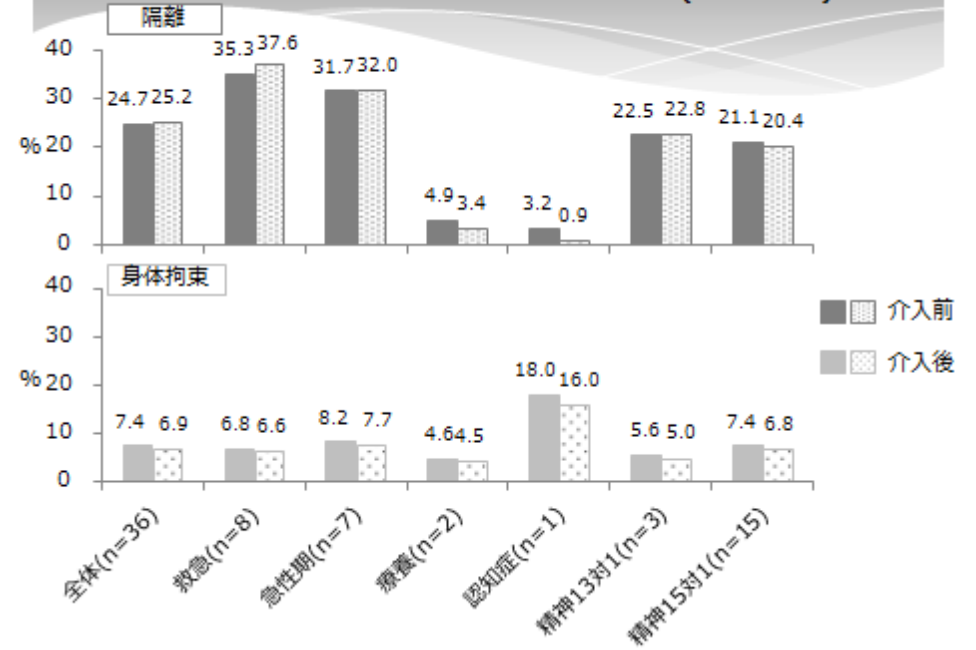
入院料別病棟数	介入前	介入後
精神15対1	16	15
救急	8*	8*
急性期	6	7
精神13対1	3	3
療養	2	2
認知症	1	1

*うち1病棟は、医療観察法病棟機能も有している

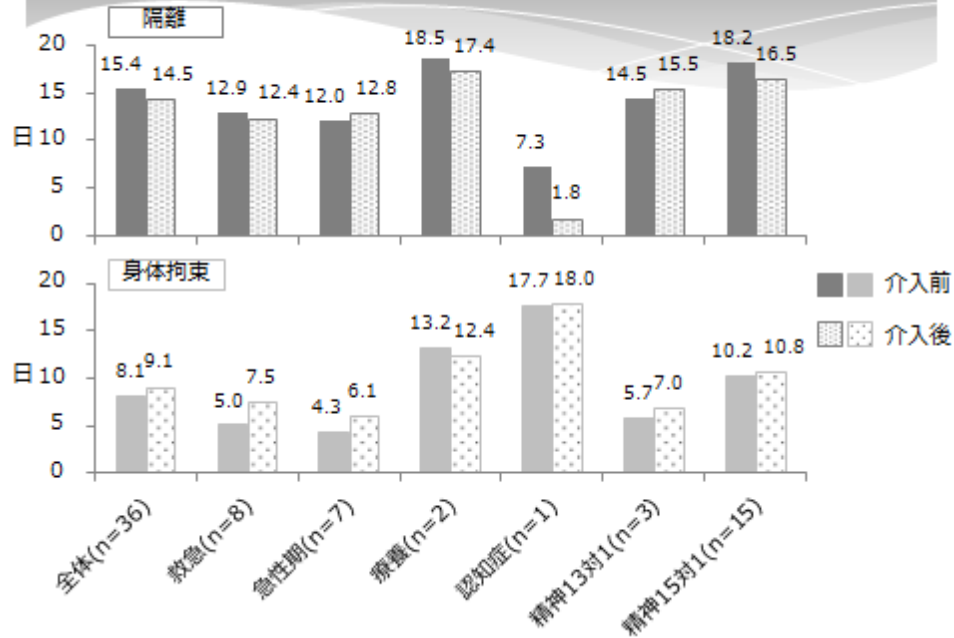
病棟ごとの主要疾患 (n = 36)

最も多くを占める疾患	介入前	介入後	次に多くを占める疾患	介入前	介入後
F0	1	1	F0	2	3
F1	1	1	F1	1	0
F2	31	32	F2	5	4
F3	2	2	F3	24	25
F4	1	0	F4	0	2
			その他 (F6, F7, F8)	3	2
			不明	1	0

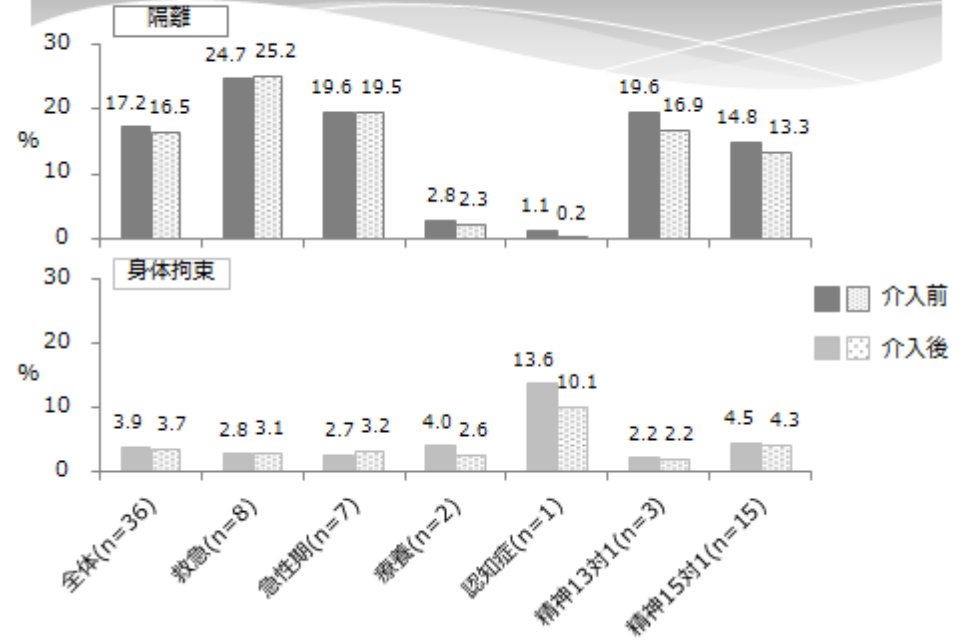
病棟種別ごとの施行患者割合 (n = 36)



病棟種別ごとの平均日数 (n = 36)



病棟種別ごとの施行割合 (n = 36)



今後の流れ

2012年8月～6ヵ月 介入期間

2013年5月～12月 データ解析

2013年8月31日 報告会

2014年3月 報告書

H25年度厚生労働科学研究費補助金 班会議
2013年8月31日
前橋市民文化会館

介入研究の ハードアウトカム分析

公益財団法人復康会 沼津中央病院
杉山直也

Six Core Strategiesにおける成果

- ◆ 2003年、NASMHPDはトレーニングカリキュラムについてパイロット調査を行った。25の州から代表された26チームがSAMHSA精神保健サービスの予算のもと、研修を受けた。
- ◆ 8の州から、研修前後での隔離・身体拘束実施のデータが提供され、当初の結果は有望なものであった。2003年12月、NASMHPD調査研究所は以下のように報告した。
 - ◆ 8病院のうち5箇所まで身体拘束時間の減少が認められた。
 - ◆ 8病院のうち7箇所まで身体拘束者数が少なくなった。
 - ◆ 7病院のうち5箇所まで身体拘束の実施が少なくなった。
 - ◆ 7病院のうち5箇所まで隔離時間の減少が認められた。
 - ◆ 7病院のうち6箇所まで隔離患者（医療消費者）数が減少した。
 - ◆ 6病院の全てで隔離の実施が少なくなった。
- ◆ データからは、さらに隔離・身体拘束時間が最大で21%の減少、隔離・身体拘束者数が最大で38%の減少、月あたりの隔離・身体拘束の実施数が最大で32%の減少が得られたことが示された（Conley, 2004）。

客観的判断の基準について

【病棟特性】
病棟種別、スタッフ数、患者回転などから便宜上、主に急性期治療のウエイトを重視し、超急性期型、急性期型、ケースミックス、長期療養などの用語を用いて特徴を表現した。

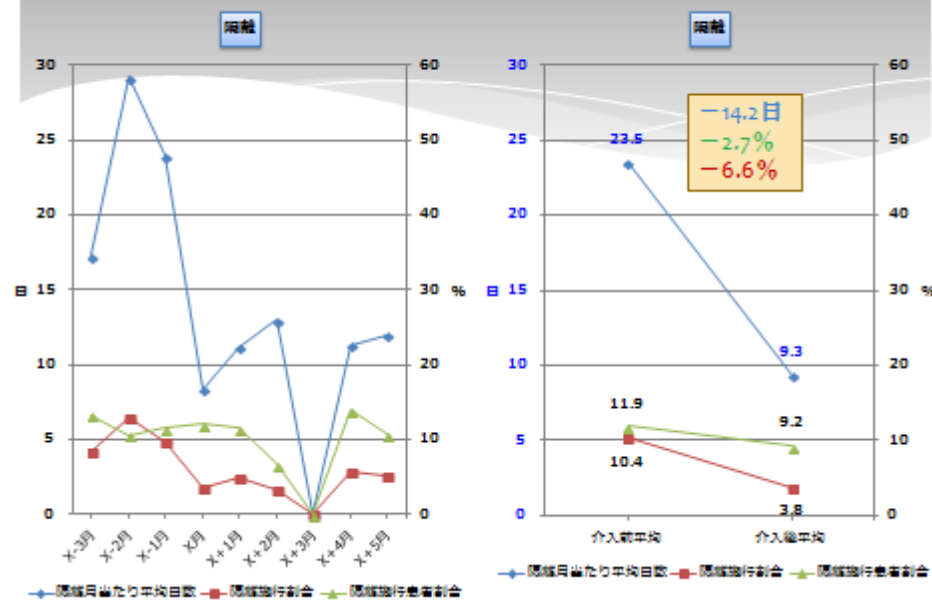
【行動制限の状況】
便宜上隔離日数については1～2週、身体拘束については1週間前後を「標準的」と表現した。

【介入効果：ハードアウトカム】
平均日数では
2.0日未満の変動：微増あるいは微減
2.0日以上の変動：増加あるいは減少
施行割合および施行患者割合では
5.0ポイント未満の変動：微増あるいは微減
5.0ポイント以上の変動：増加あるいは減少
「不変」については、
指標間の関連や全体状況、変動経過、施行量の絶対数などを勘案して使用した。

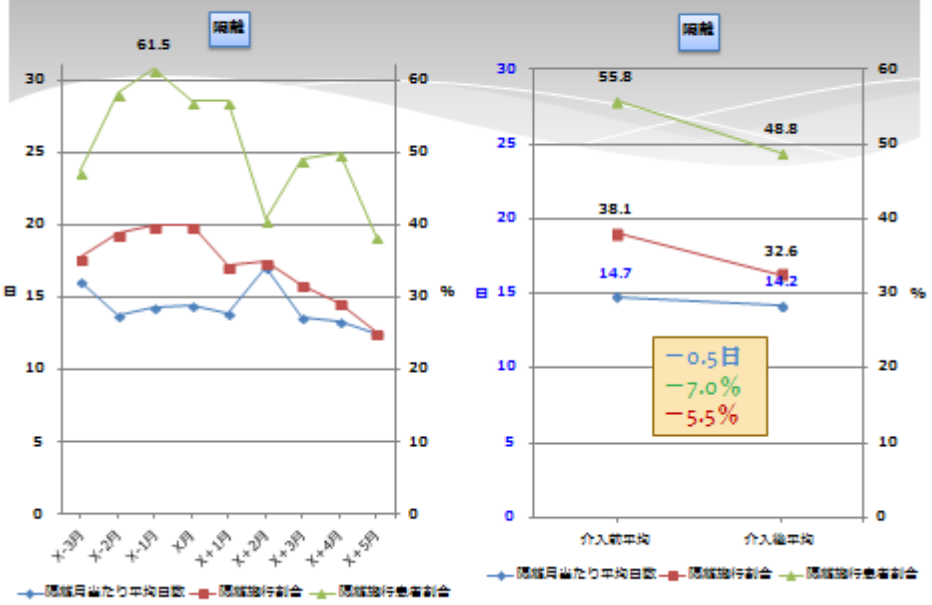
介入効果一覧

病棟	介入期間										介入効果					
	X	X+1	X+2	X+3	X+4	X+5	X+6	X+7	X+8	X+9	減少効果	重症患者変化	重症転化	一時的効果	主観評価	総合評価
病棟01																
病棟02																
病棟03																
病棟04																
病棟05																
病棟06																
病棟07																
病棟08																
病棟09																
病棟10																
病棟11																
病棟12																
病棟13																
病棟14																
病棟15																
病棟16																
病棟17																
病棟18																
病棟19																
病棟20																
病棟21																
病棟22																
病棟23																
病棟24																
病棟25																
病棟26																
病棟27																
病棟28																
病棟29																
病棟30																
病棟31																
病棟32																
病棟33																
病棟34																
病棟35																
病棟36																
病棟37																
病棟38																
病棟39																
病棟40																

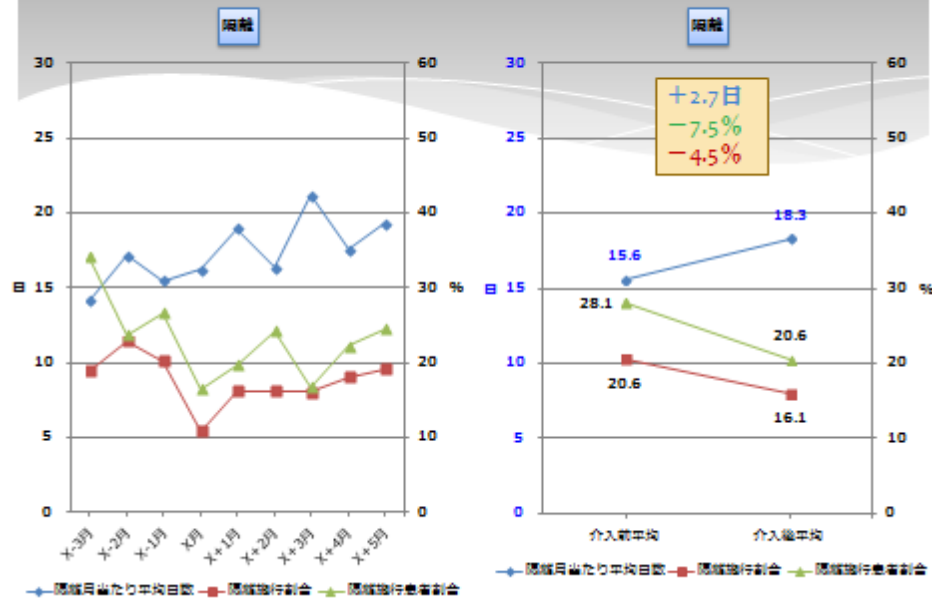
減少例②



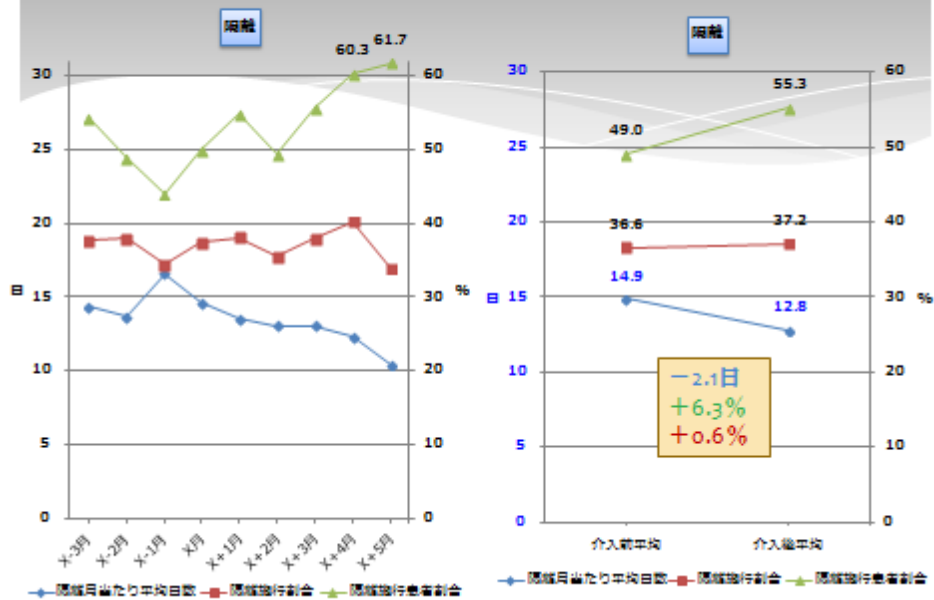
減少例①



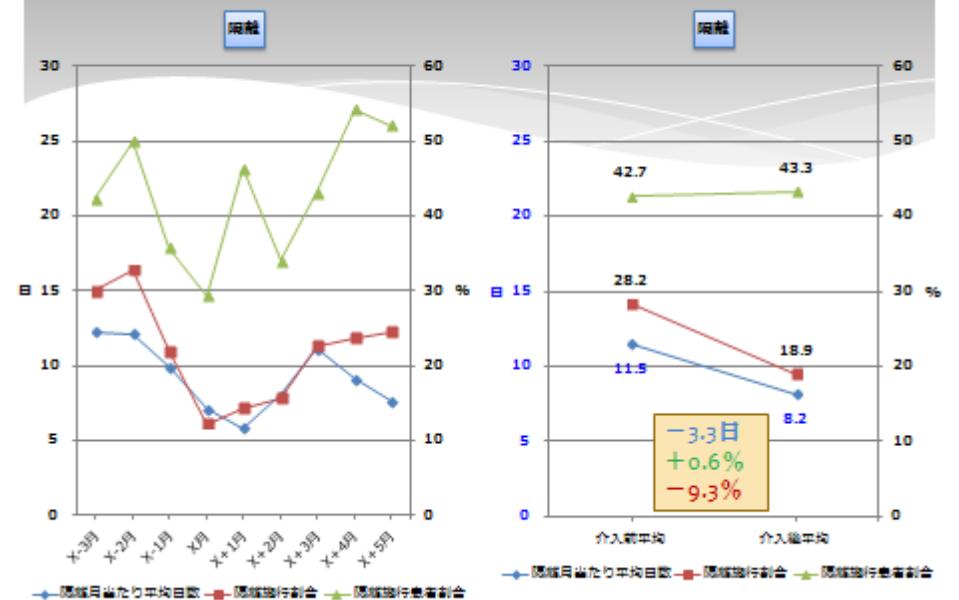
重度限定化例



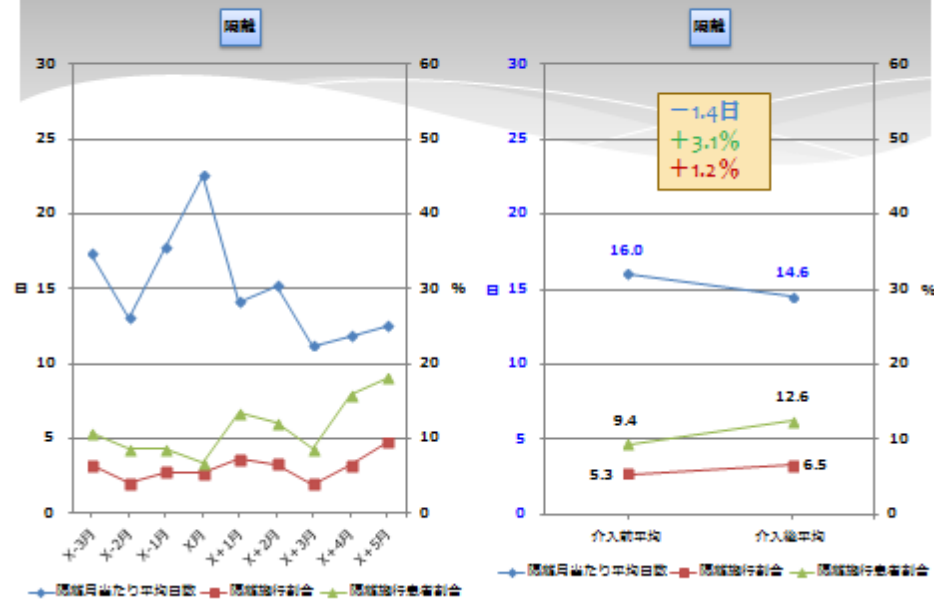
高回転化例①



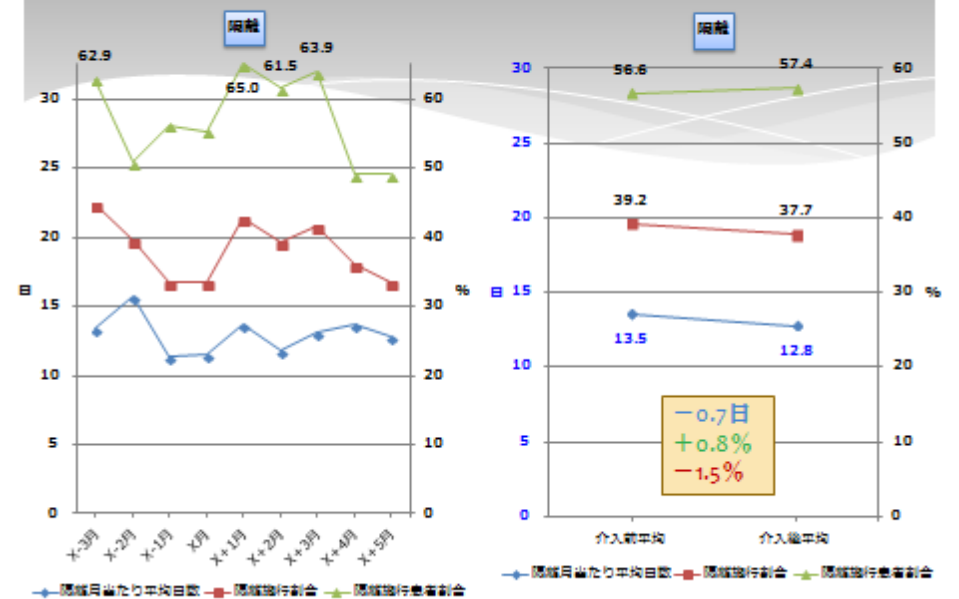
一時的効果例



高回転化例②



不変例



介入効果一覧

病棟	介入実施							経過観察	効果評価				主観評価	総合評価
	A	B	C	D	E	F	G		減少効果	重症変化	高度化	一時的効果		
病棟1														
病棟2														
病棟3														
病棟4														
病棟5														
病棟6														
病棟7														
病棟8														
病棟9														
病棟10														
病棟11														
病棟12														
病棟13														
病棟14														
病棟15														
病棟16														
病棟17														
病棟18														
病棟19														
病棟20														
病棟21														
病棟22														
病棟23														
病棟24														
病棟25														
病棟26														
病棟27														
病棟28														
病棟29														
病棟30														
病棟31														
病棟32														
病棟33														
病棟34														
病棟35														
病棟36														

結果概要①

- 参加した36病棟のうち、最終的に介入が有効と評価されたのは15 (41.7%) であった。
- 介入法 (10) のうち、有効率が高かったのは、
 - B : SR施行数の数値目標 (83.3%、5/6)
 - H : タイムアウト (66.7%、2/3)
 - G : 個別の「行動制限最小化計画」 (56.3%、9/16)
 - M : 開始直後の振り返り (50.0%、4/8)
 - D : 師長会で定期的に見直す (50.0%、5/10)
- 介入法 (10) のうち、有効率が低かったのは
 - F : ディエスカレーション研修 (33.3%、5/15)
 - N : 数日後以降の振り返り (37.5%、3/8)
 - J : セイフティプラン (40.0%、2/5)
 - E : 定期的研修会 (42.9%、9/21)

結果概要②

- 15の有効病棟において、多く選択された介入は
 - E : 定期的研修会 9/15病棟 (選択数23)
 - G : 個別の「行動制限最小化計画」 9/15病棟 (選択数16)
 - C : データの貼りだし 7/15病棟 (選択数16)
- 選んだ介入数の平均は全体で3.0、有効病棟3.4、有効でなかった病棟2.9であった。
- 15の有効病棟のうち、選んだ介入が1つであったのは7病棟あり、それぞれC、D、E (2)、G (2)、Nが選択されていた。
- 10種類の介入を選んだ2つの病棟は、いずれも結果的に有効病棟であった。

結果概要③

- 認定看護師が、実感として効果があったと感じた介入法は、意見の多い順に
 - G : 個別の「行動制限最小化計画」 10名
 - C : データの貼りだし 4名
 - F : ディエスカレーション研修 3名

ご発表いただく施設

1. A医療センター

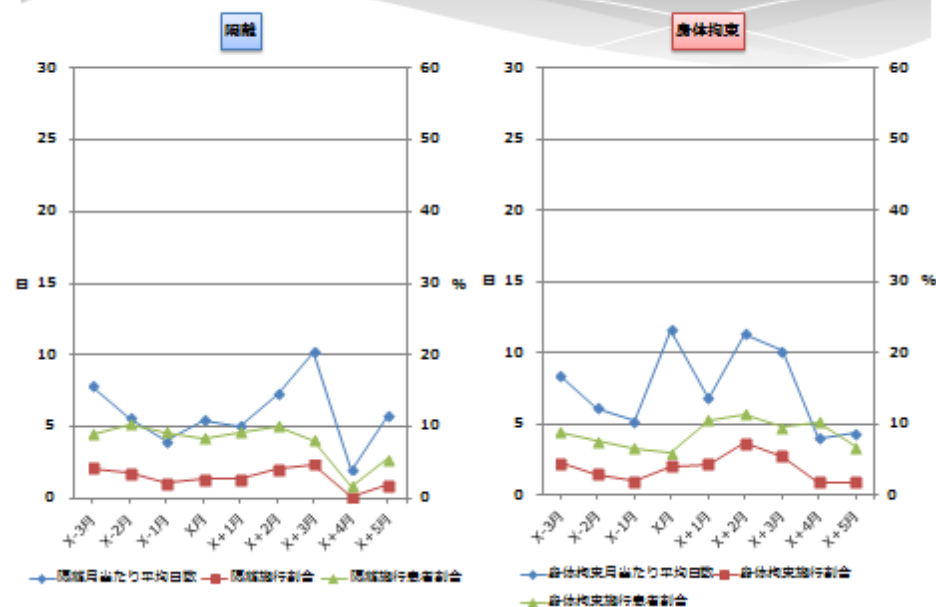
2. B病院

3. C医療センター

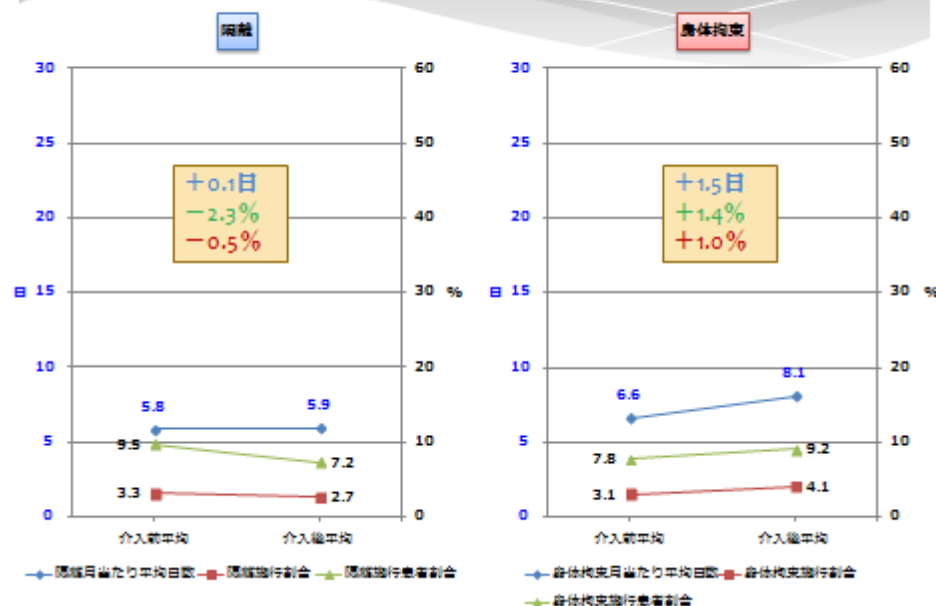
A医療センター

病棟特性		介入手法	
(調査員3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
入院科	救急	救急	C. 隔離・身体拘束のデータを連携内に貼り出す
看護士配置			E. 認定看護士による定期的研修会の開催
女性 (うち看護士)	13 (1)	12 (1)	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
男性 (うち看護士)	13 (0)	12 (0)	M. 開始直後、その他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
病床数	48	48	
うち隔離室を含む病床数	24	24	
うち耐薬性菌の多い隔離室数	2	2	
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2	
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	33	33	
退院患者数	32	31	
2011年平均在院日数	45.1	49	

A医療センター



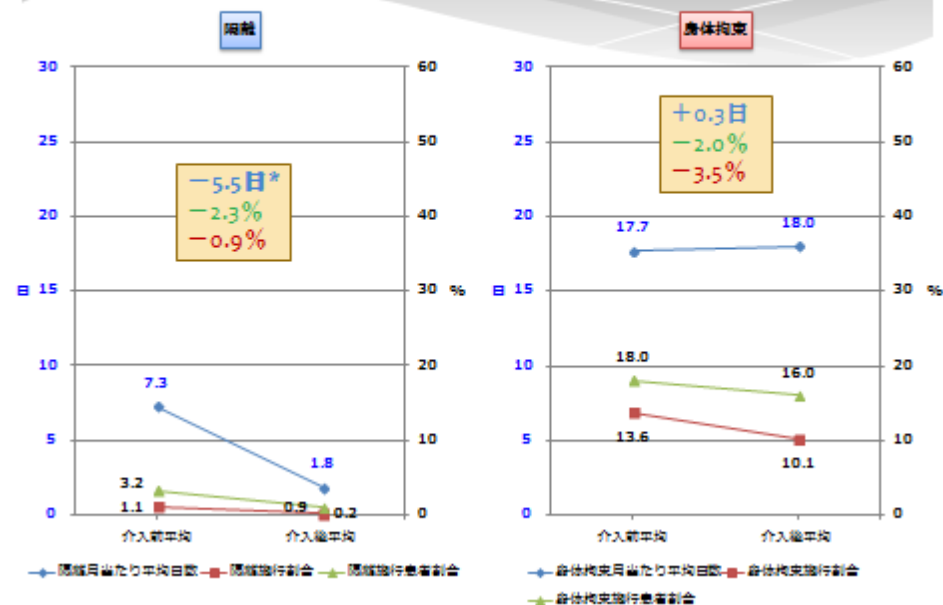
A医療センター



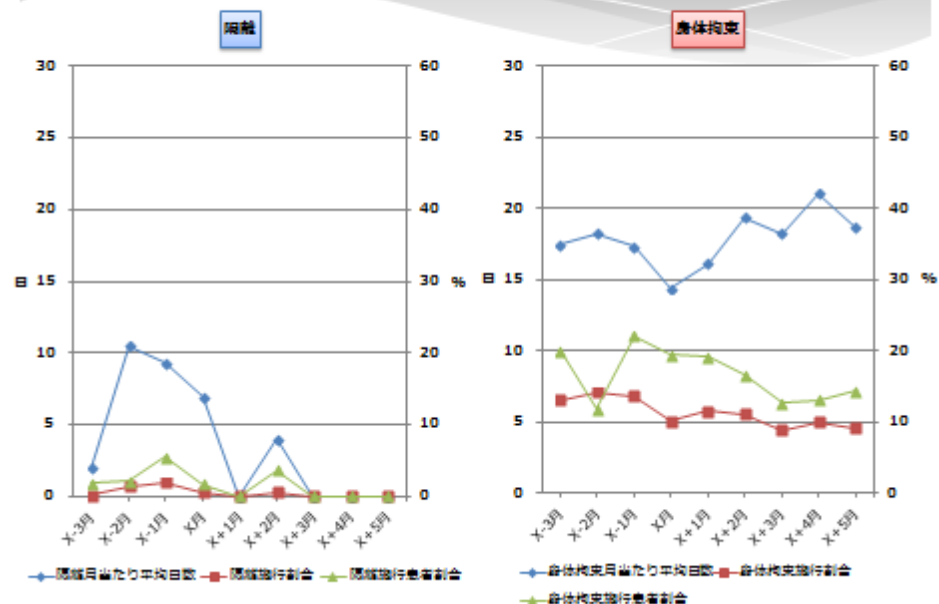
B病院

病棟特性		介入手法	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	E. 認定看護士による定期的研修会の開催
入院料	認知症	認知症	F. ディエスカレーション研修の開催
看護士配置 女性 (うち准看護士)	14 (8)	14 (6)	G. 個々のケースで「行動制約最小化計画」を立案
男性 (うち准看護士)	5 (3)	4 (3)	J. セイフティプランの使用
病床数 うち隔離室を含む個室数 うち耐感染性給の個室隔離室数	54 8 2	54 8 2	M. 開始直後、その他に届かぬおたスタッフ間で隔離・身体拘束の振り返りを行う
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	F0 F2	F0 F2	
最も多い年齢層	65才以上	65才以上	
新規入棟患者数	9	3	
返棟患者数	5	3	
2011年平均在棟日数	363	363	

B病院



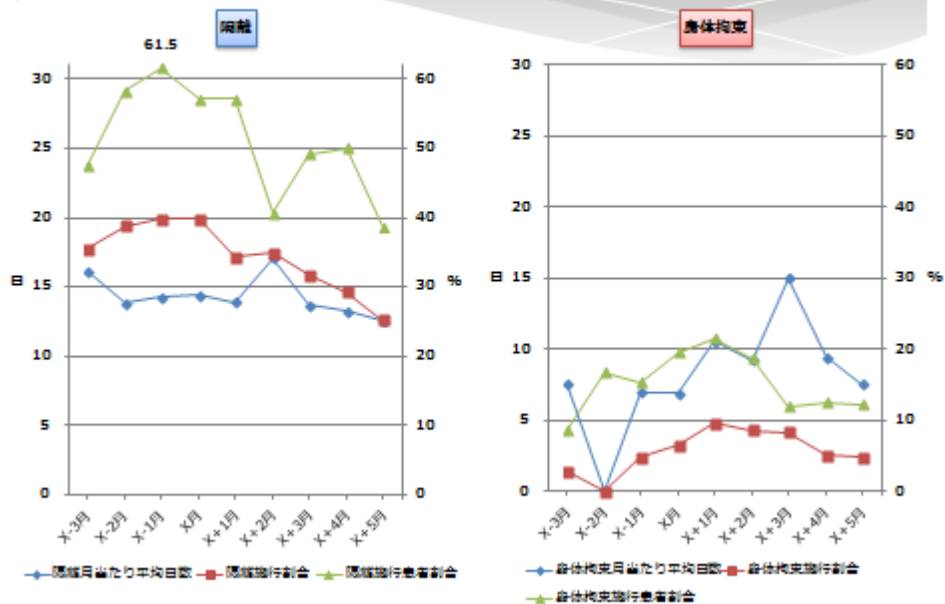
B病院



C医療センター

病棟特性		介入手法	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	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
入院料	急性期	急性期	
看護士配置 女性 (うち准看護士)	16 (1)	15 (1)	
男性 (うち准看護士)	11 (0)	11 (0)	
病床数 うち隔離室を含む個室数 うち耐感染性給の個室隔離室数	45 25 6	45 25 6	
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	F2	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入棟患者数	18	19	
返棟患者数	18	20	
2011年平均在棟日数	85.1	73.8	

C医療センター



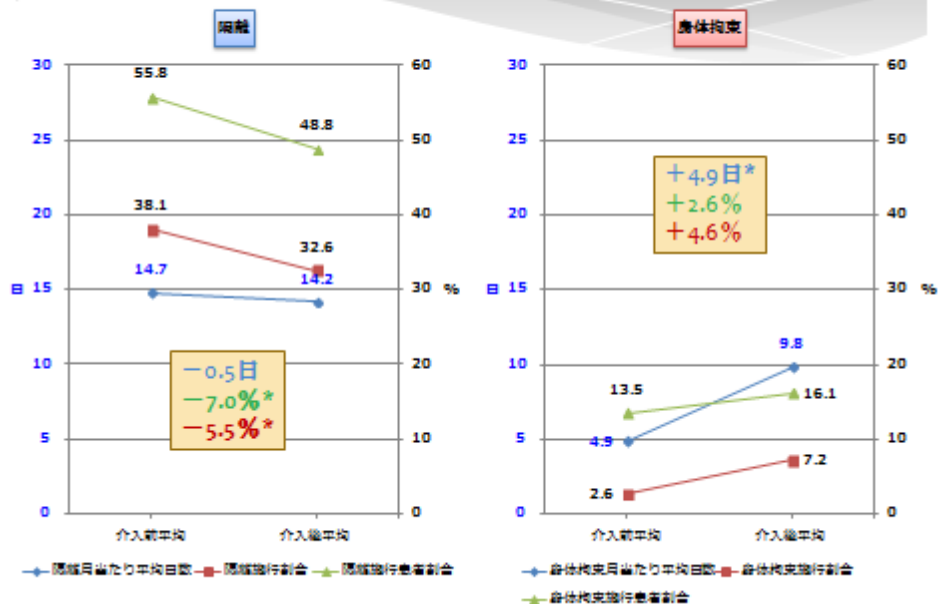
会長企画「行動制限最小化 介入研究」 ソフトアウトカムの紹介

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

野田寿恵

2013/08/31

C医療センター



対象患者

	介入前	介入後	検定 (p値) ^{※3}
退棟患者数	506名	468名	
配布部数	300名	211名	
有効回答患者数 ^{※1}	236名	171名	
有効回答率 ^{※2}	46.6%	36.5%	
性別	男性 109名 女性 123名	男性 97名 女性 72名	0.04*
年齢(平均)	45.1才	45.6才	0.90

※1 有効回答患者数: 年齢、性別、調査項目の全てが白票のものを除いた患者数。(ただし、各調査票の回答不備あるものは含まれる。)

※2 有効回答率: 有効回答患者数 / 退棟患者数 * 100

※3 性別はカイ2乗、年齢は検定による解析 * p < 0.05

対象看護師

	介入前	介入後
病棟に所属する看護師数	785名	779名
配布部数	784名	727名
有効回答看護師数※1	754名	691名
有効回答率※2	96.2%	95.0%

介入前後共に回答した有効回答看護師数 (n = 663)	
有効回答率※3	91.2%
性別	男性 273名 女性 385名
年齢	40.1才
精神科看護師経験年数(平均)	9.5年
※1 有効回収数: 年齢、性別、調査項目の全てが自属のものを除いた患者数で計算。(調査項目の回答に不備あるものは含まれる。)	
※2 有効回答率: 有効回答看護師数 / 配布部数 * 100	
※3 有効回答率: 介入前後共に回答した有効回答看護師数 / 介入後配布部数 * 100	

使用した調査票

主要アウトカム	隔離・身体拘束施行量	
随伴アウトカム	攻撃性インシデント SQAS-R スタッフによる攻撃性観察尺度	
副次アウトカム	スタッフ用	患者用
	EssenCES エッセン精神科病棟風土評価スキーム日本語版	
	ACMQ 抑制手法への臨床姿勢質問票日本語版	
	ATAS 攻撃に対する態度尺度	
	行動制限に関する認識調査	
		CSQ-8J 満足度調査アンケート

EssenCES

精神科病棟風土評価スキーム 日本語版
Essen Climate Evaluation Schema

http://www.uni-due.de/imperia/md/content/ike-forensik/projekte/essences_jpn_2010.pdf

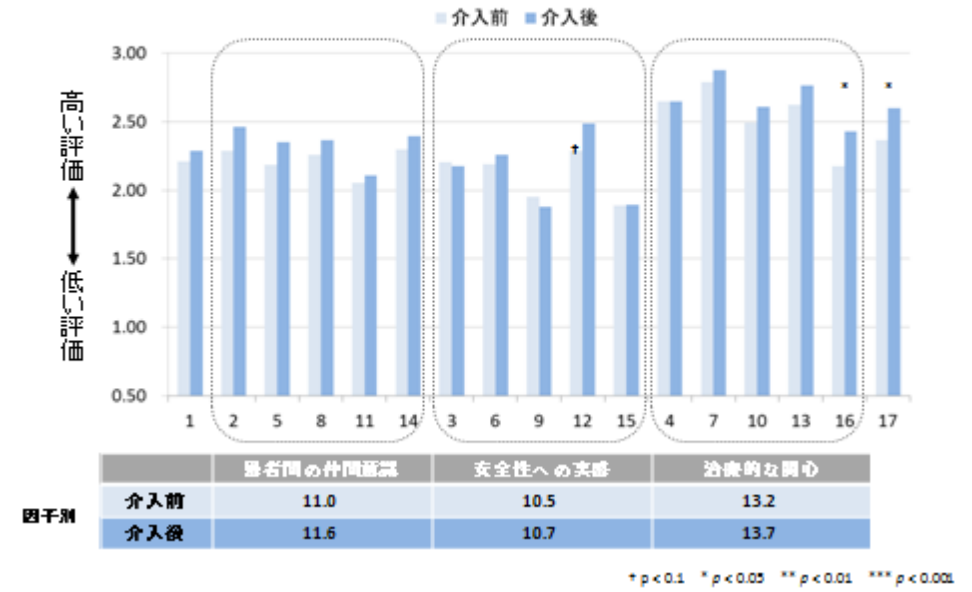
EssenCES 開発経緯

- 1960年代
 - アメリカ精神科医療施設化の中、病棟環境を測定できる尺度の開発
 - その1つ **WAS (Ward Atmosphere Scale)**
 - 広く使用され、WAS得点と予後の関連調査
- 2008年
 - 質問項目を現在の治療状況に合わせ、かつ項目数を減らしたものの、**EssenCES**の開発
 - 「治療的関心」
 - 「安全性への実感」
 - 「患者間の仲間意識・相互サポート」
 - 3因子で構成される17項目からなる尺度

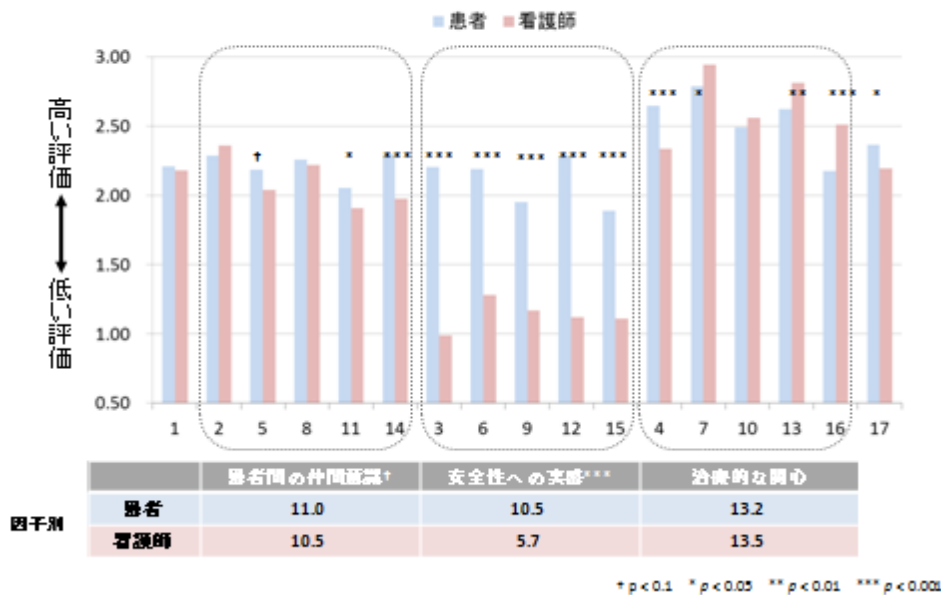
EssenCES 質問項目

- | | | | |
|---|--|----|--|
| 1 | この病棟は家庭的な雰囲気である | 9 | 他の患者を恐れている患者がいる |
| 2 | 患者はお互いを気にかけている | 10 | スタッフは、患者との対応に多くの時間をかけている |
| 3 | 本当に脅威を感じる状況が、ここでは起こり得る | 11 | 患者に急ぎの相談事があった時、その患者は患者仲間からの援助が得られる |
| 4 | この病棟では、患者は自分のあらゆる問題について、スタッフと正直に話すことができる | 12 | スタッフの中には、時にある患者に恐れを感じることもある |
| 5 | 最も弱い患者でさえも、患者仲間からの援助が得られる | 13 | しばしば、スタッフは患者の治療が成功しようと失敗しようと、関心がないようにみえる |
| 6 | この病棟には、本当に攻撃的な患者がいる | 14 | 患者同士の良好なピアサポートがある |
| 7 | スタッフは患者の経過に、親身になって関心を持っている | 15 | 周囲がとてもしんないような、興奮しやすい患者がいる |
| 8 | 患者は、患者仲間の問題を気にかけている | 16 | スタッフは患者と患者の生活歴について、とてもよく知っている |
| | | 17 | この病棟では、患者もスタッフも心地よくしている |

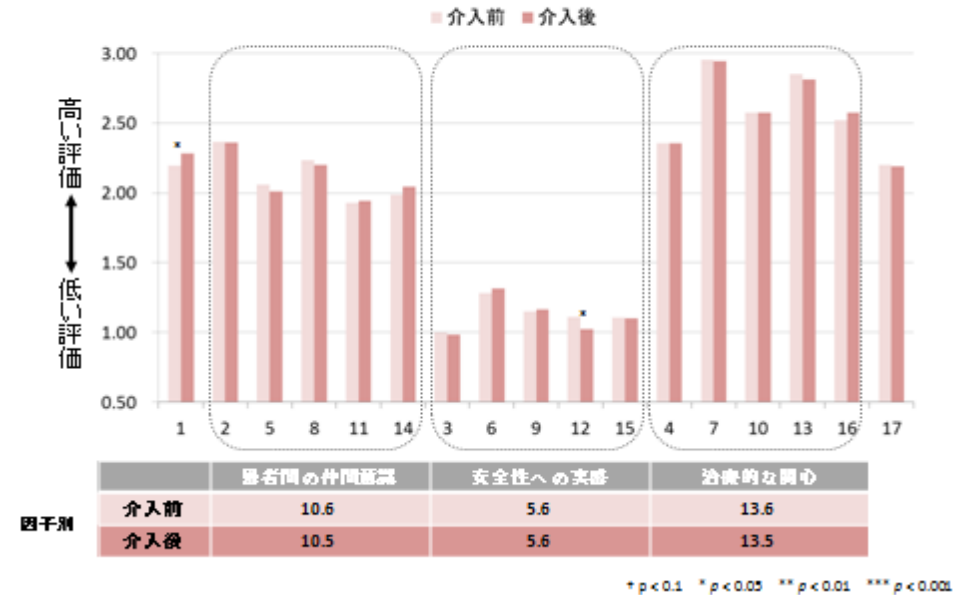
EssenCES 介入前後の患者 比較



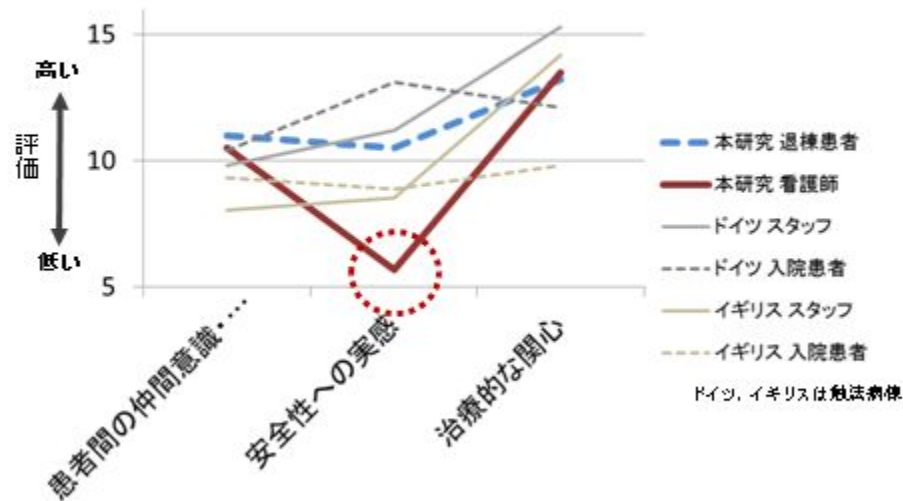
EssenCES 介入前の患者/看護師 比較



EssenCES 介入前後の看護師 比較



海外先行研究と本研究結果



抑制手法の定義

観察: 定時薬に追加して、看護師判断によって与えられる薬。患者自身がそれを受け入れている。投薬経路は問わない。		精神科集中治療: 不穏な患者のための特殊な閉鎖病棟（病棟数が少なく、患者に対し多くのスタッフがいる）に患者を移すこと。	
徒手拘束: 患者が動かないように、スタッフが体を使って押さえること。		身体拘束: 動きを制限するために、拘束帯やベルト、他の道具を使用すること。	
間接的観察: 観察レベルを上げること。どの患者も受ける通常の観察より強化し、一人の看護師（ないしスタッフ）を責任者として配置すること。同僚をおいた定期観察。		常時観察: 観察レベルを上げること。どの患者も受ける通常の観察より強化し、一人の看護師（ないしスタッフ）を責任者として配置すること。常時とは、常に観察者の視野内、もしくは観察者の手が届く範囲で観察すること。	

ACMQ

抑制手法への臨床姿勢質問票
 Attitude to Containment Measures Questionnaire

- 2004年 Bowers (イギリス)によって開発
 - 不穏な行動を抑制するために用いられる手法が国によって様々である。
 - その相違が生じる理由は明らかではない。

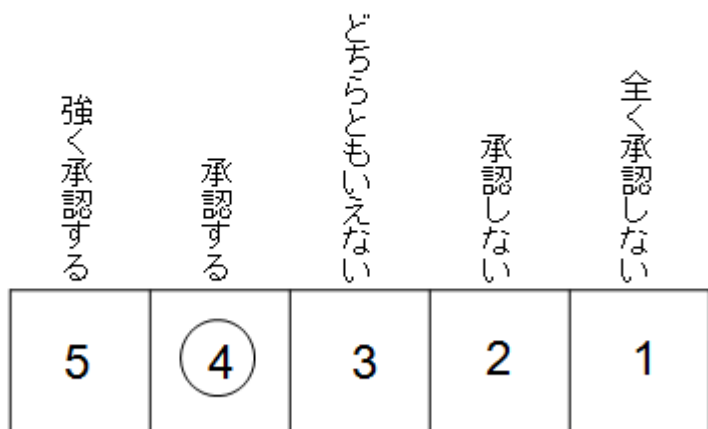
仮説

国による抑制方法の選択の相違は、その国のスタッフの臨床姿勢の相違によるのではないか

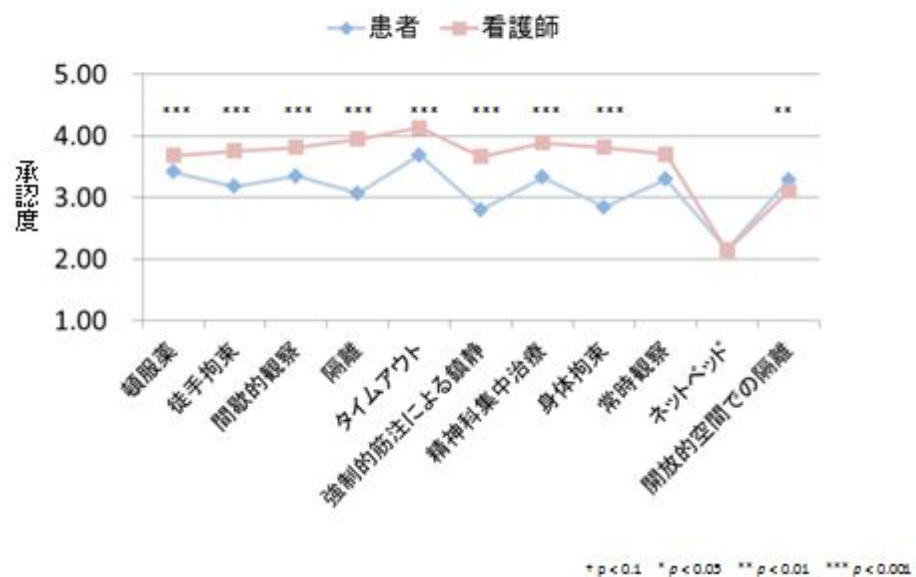
抑制手法の定義 (続き)

隔離: 施設された部屋に一人で入室させること。		ネットベッド: 施設された網で包囲したベッドに患者を入れ、そこから出られないようにすること。	
タイムアウト (休憩): 施設されていない部屋ないし場所、ある時間、過ごすよう促すこと。		個別的空間での隔離: 施設された場所に一人の患者を入室させ、看護師が付き添うこと。	
強制的鎮静による鎮静: 患者の同意なく、鎮静のための筋肉注射を行うこと。			

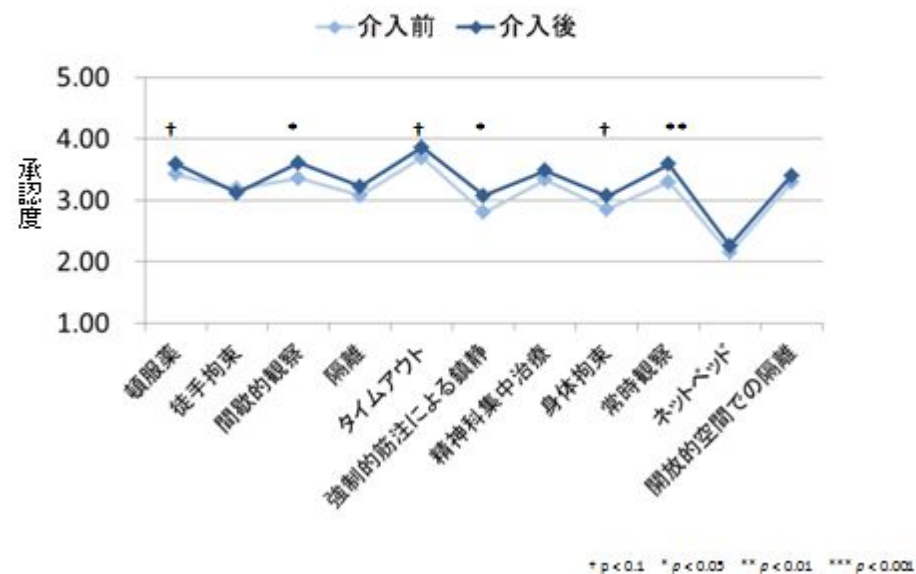
この手法を承認しますか？



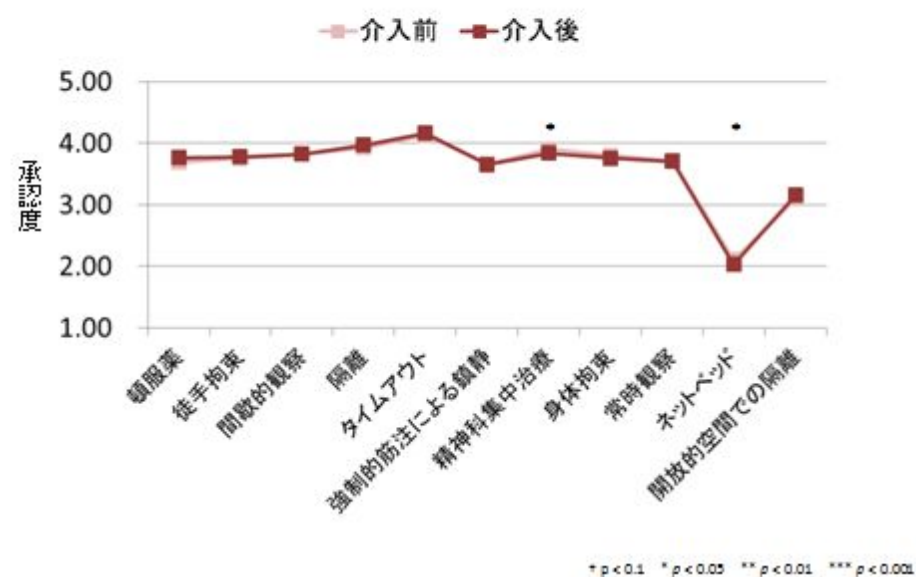
ACMQ 介入前の患者/看護師 比較



ACMQ 介入前後の患者 比較



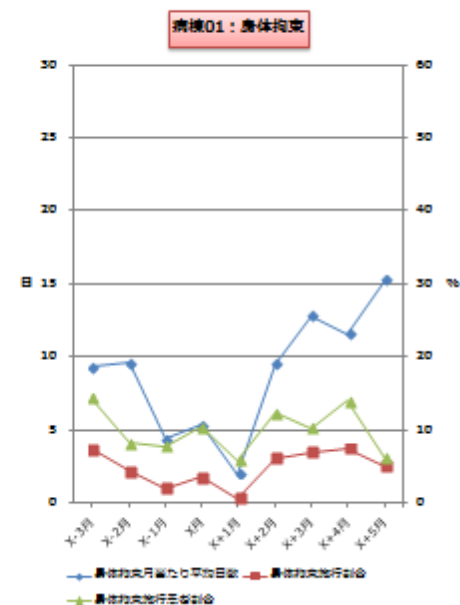
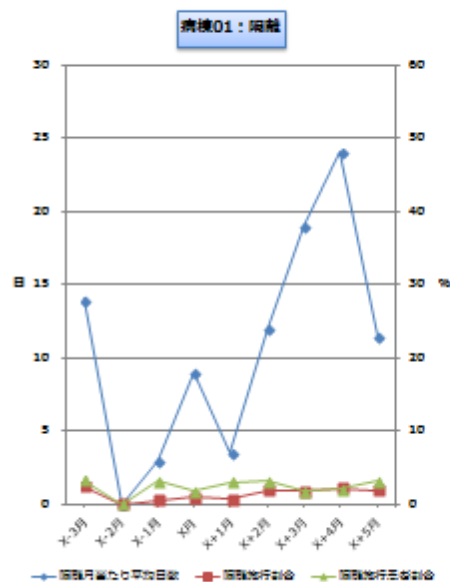
ACMQ 介入前後の看護師 比較



まとめ

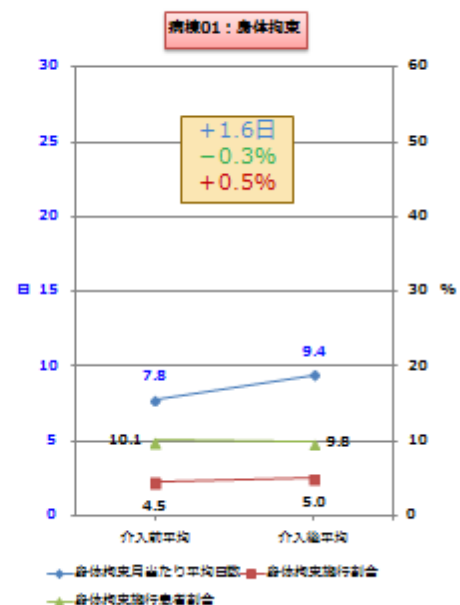
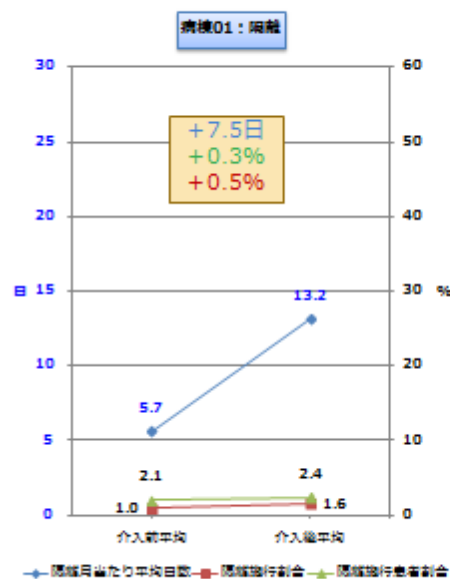
- 看護師の認識は動きづらい
 - EssenCESにて、諸外国の先行研究と比し「安全性への実感」が低い
- 患者の認識が一部、好ましい方向に動いた可能性
 - ACMQにて、抑制手法の承認度が上昇
「常時観察」「間歇的観察」「強制的筋注による鎮静」

(施設 : 01) 病棟 : 01



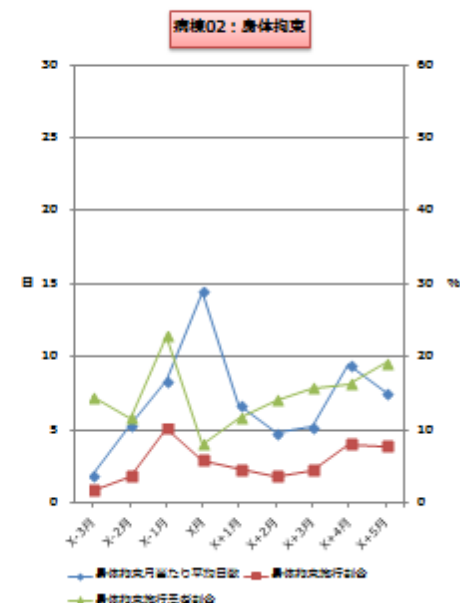
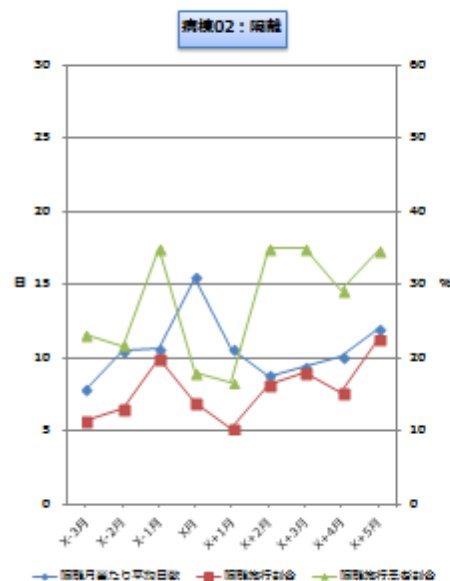
病棟 : 01

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



(施設 : 01) 病棟 : 01		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを連携内に貼り出す
入院科	精神13対1	精神13対1	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
看護士配置 女性 (うち准看護士)	10 (0)	11 (0)	F. デイエスカーション研修の開催
男性 (うち准看護士)	15 (0)	14 (0)	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
病床数 うち隔離室を含む病床数	60 2	60 2	M. 開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束のやり取りを行う
うち耐環境性能の高い隔離室数	0	0	N. 数日後以降、利用者(主客)を介し、隔離・身体拘束のやり取りを行う
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	F4 F2	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入棟患者数	25	29	
退棟患者数	33	25	
2011年平均在棟日数	50.5	50.5	

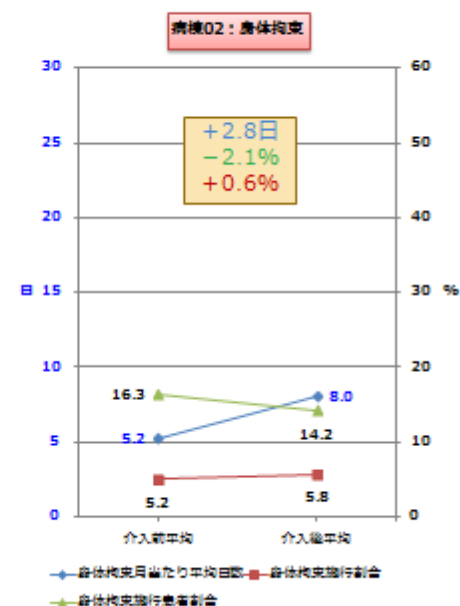
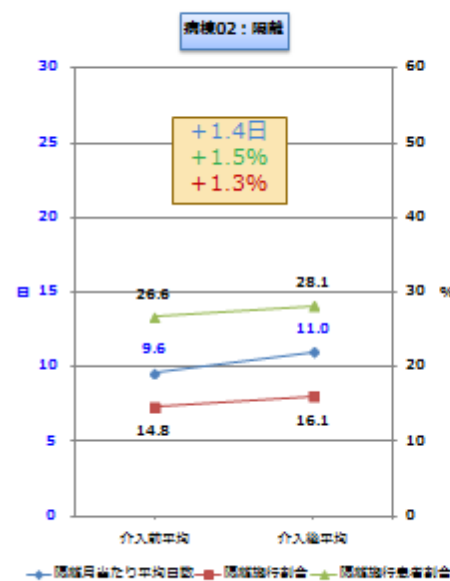
(施設 : 02) 病棟 : 02



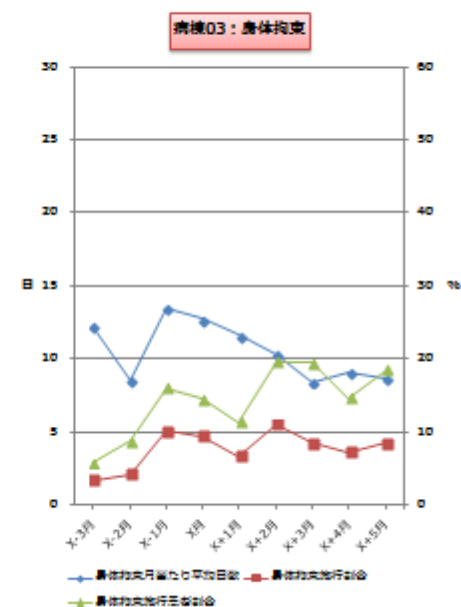
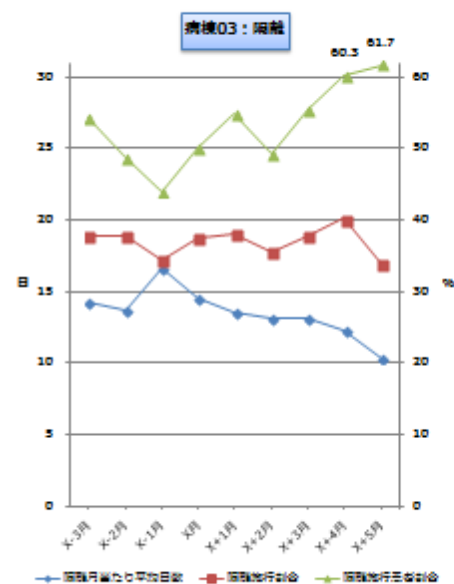
病棟 : 02

(施設 : 02) 病棟 : 02		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
入院料	急性期	急性期	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
看護士配置 女性 (うち准看護師) 男性 (うち准看護師)	13 (0) 12 (1)	11 (0) 14 (1)	F. ディエスカレーション研修の開催
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐感染性級の強い隔離室数	51 21 5	51 21 5	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
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	21	20	
退院患者数	26	16	
2011年平均在床日数	37.4	37.4	

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



(施設 : 04) 病棟 : 03

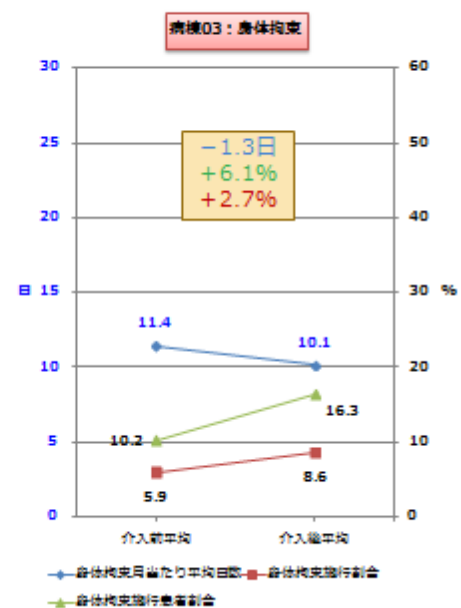
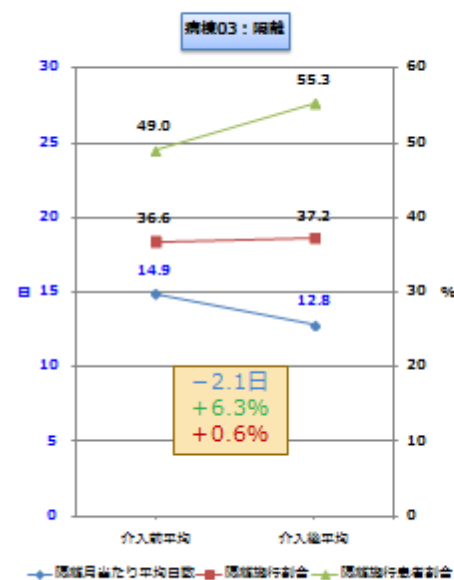


病棟 : 03

(施設 : 04) 病棟 : 03		
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)
入院料	救急	救急
看護師配置		
女性 (うち常勤看護師)	17 (0)	17 (0)
男性 (うち常勤看護師)	18 (1)	17 (1)
病床数		
うち隔離室を含む病床数	54	54
うち耐圧環境の低い隔離室数	27	30
	7	7
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F3
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満
新規入院患者数	27	36
退院患者数	29	30
2011年平均在院日数	46.6	62.3

介入	
B.	隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
C.	隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
E.	認定看護士による定期的研修会の開催

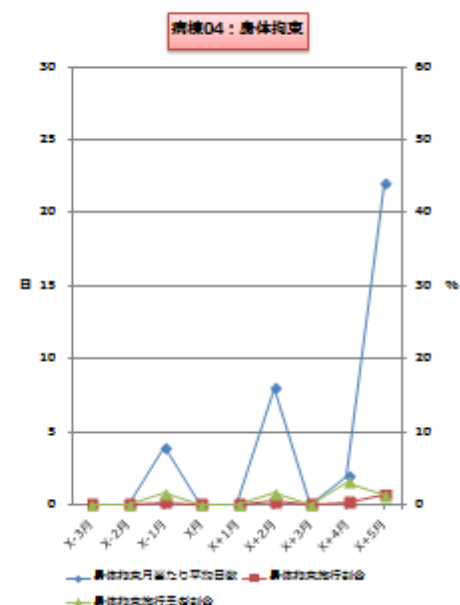
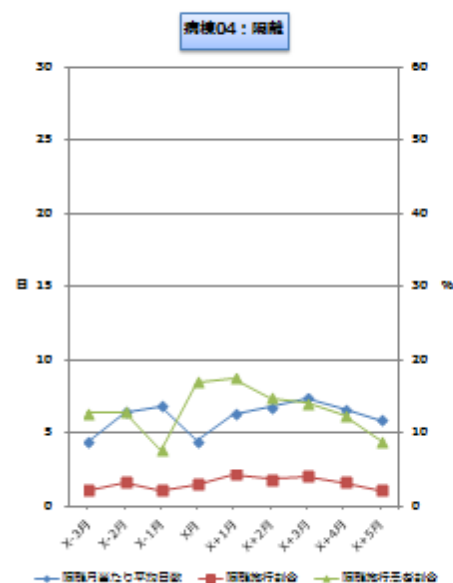
※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



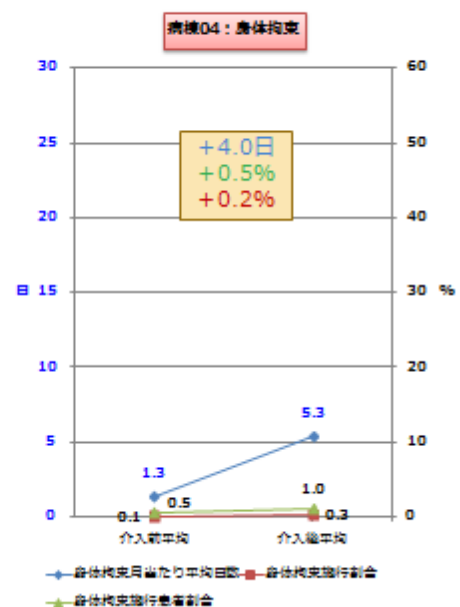
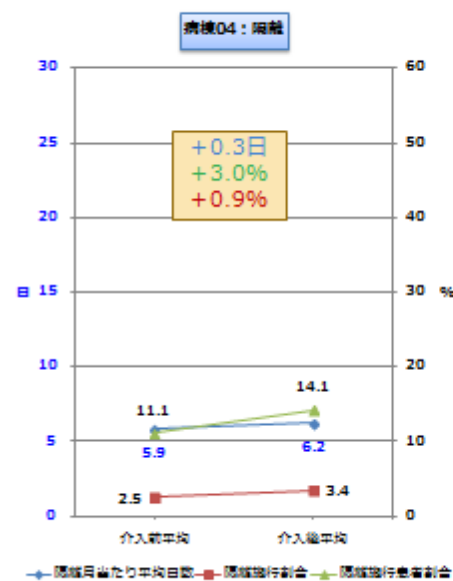
(施設 : 05) 病棟 : 04

病棟 : 04

(施設 : 05) 病棟 : 04		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	1. セイフティプランの使用
入院料	精神15対1	精神15対1	
看護師配置 女性 (うち准看護師) 男性 (うち准看護師)	11 (7) 10 (6)	10 (7) 10 (4)	
病床数 うち阿難斎を兼ねる病床数 うち耐震性等級の低い阿難斎数	60 4 4	60 4 4	
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	F2 F3	F2 F0	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入棟患者数	13	8	
返棟患者数	11	9	
2011年平均在棟日数	1333	275.2	



※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値

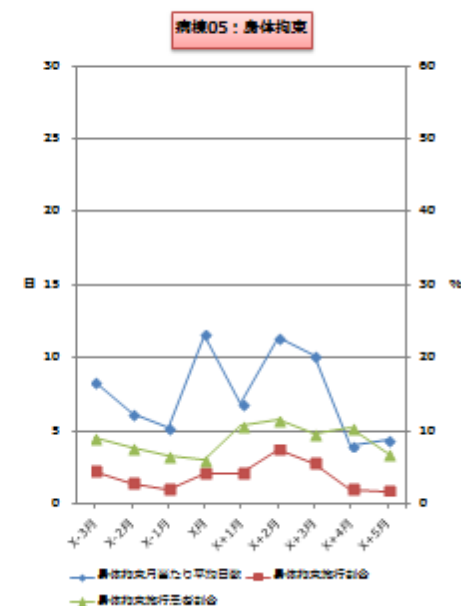
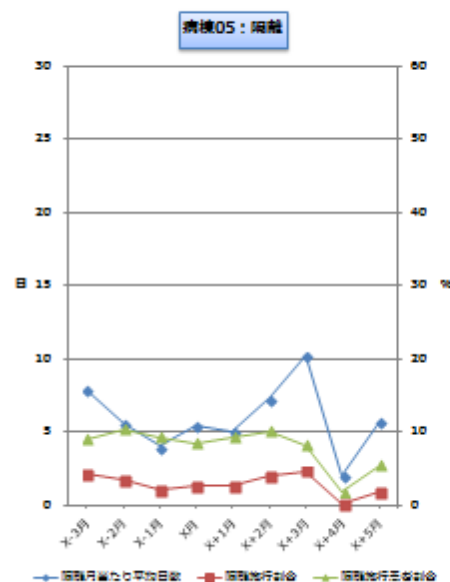


(施設 : 06) 病棟 : 05

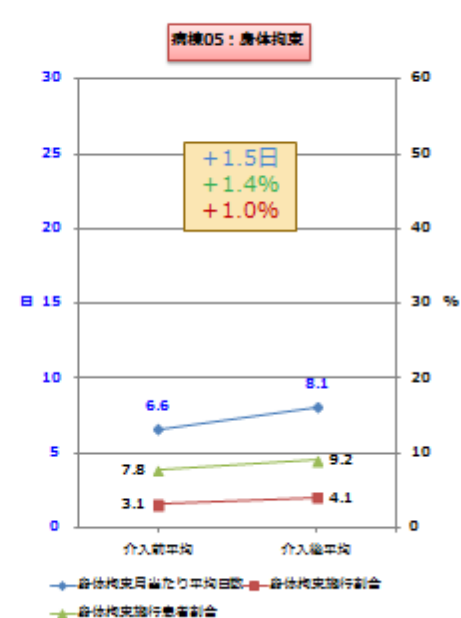
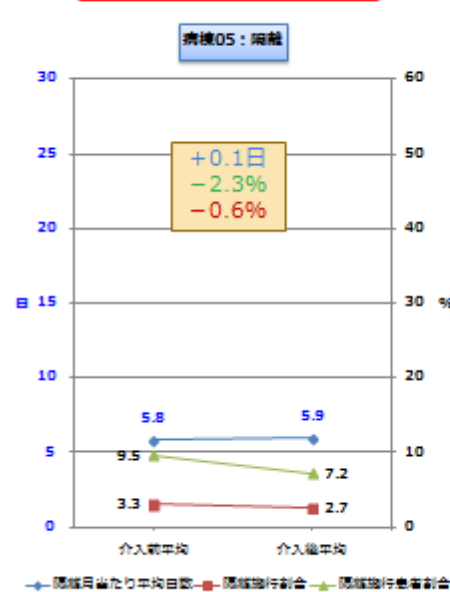
病棟 : 05

(施設 : 06) 病棟 : 05		
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)
入院科	救急	救急
看護士配置		
女性 (うち准看護士)	13 (1)	12 (1)
男性 (うち准看護士)	13 (0)	12 (0)
病床数	48	48
うち隔離室を含む病床数	24	24
うち耐薬性緑膿菌の多い隔離室数	2	2
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F3
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満
新規入院患者数	33	33
退院患者数	32	31
2011年平均在棟日数	45.1	49

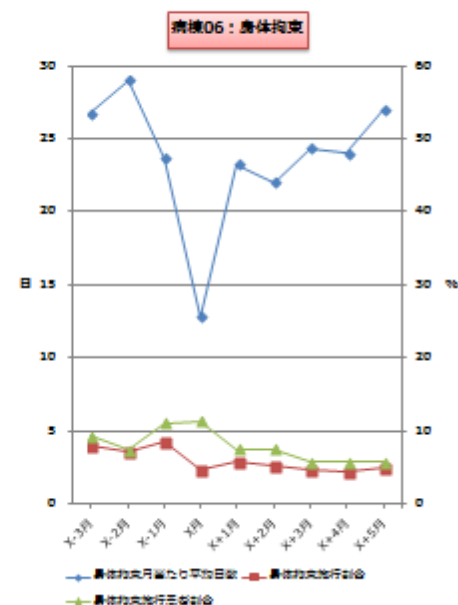
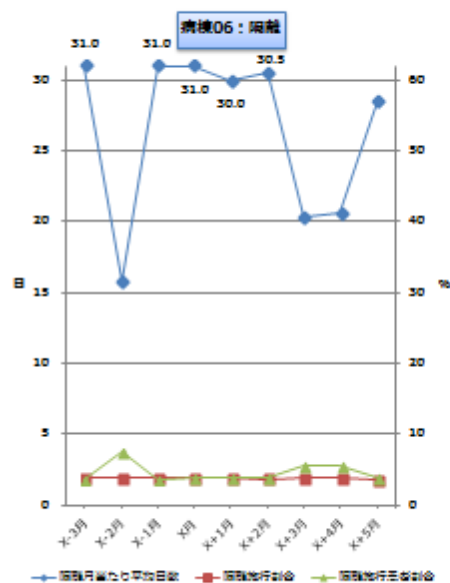
介入	
B.	隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
C.	隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼ります
E.	認定看護士による定期的研修会の開催
G.	個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
M.	開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束の振り返りを行う



※ 介入前平均: X-3月~X-1月の平均値
介入後平均: X月~X+5月の平均値



(施設 : 07) 病棟 : 06

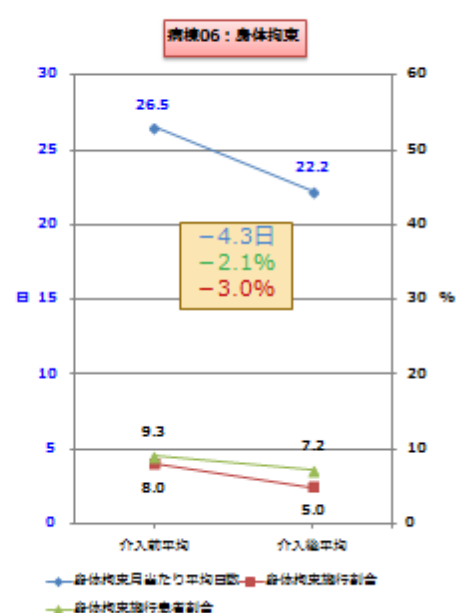
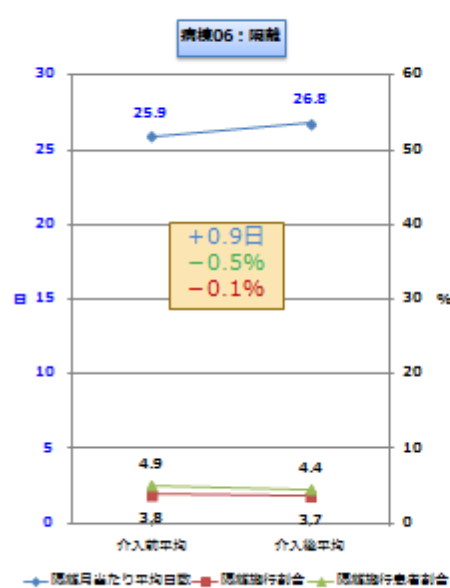


病棟 : 06

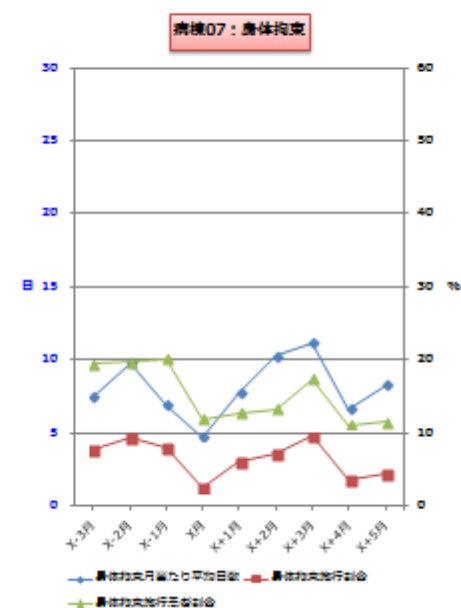
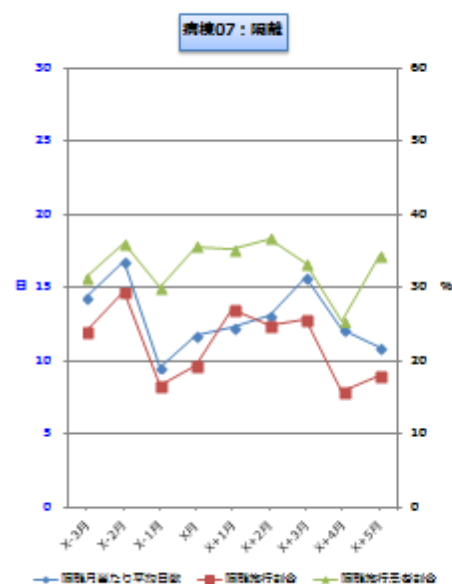
(施設 : 07) 病棟 : 06		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	
入院科	療養	療養	
看護配置			
女性 (うち看護配置)	16 (7)	18 (8)	
男性 (うち看護配置)	4 (3)	4 (3)	
病床数	54	54	
うち隔離室を含む病床数	16	16	
うち耐薬性菌の多い隔離室数	2	2	
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2	
次に多くを占める治療対象疾患	F0	F0	
最も多い年齢層	65才以上	65才以上	
新規入院患者数	2	0	
退院患者数	1	0	
2011年平均在棟日数	1558.8	1558.8	

B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



(施設 : 09) 病棟 : 07

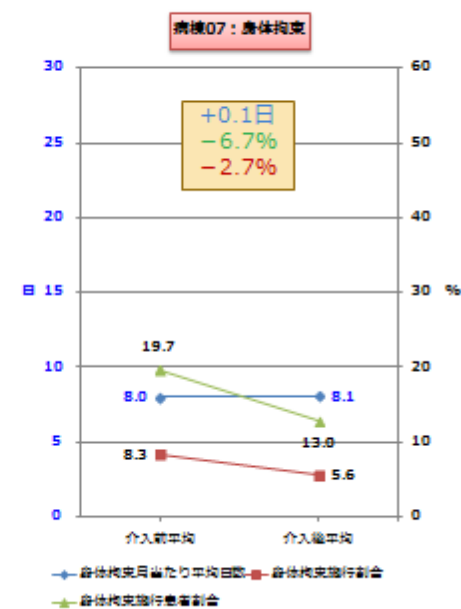
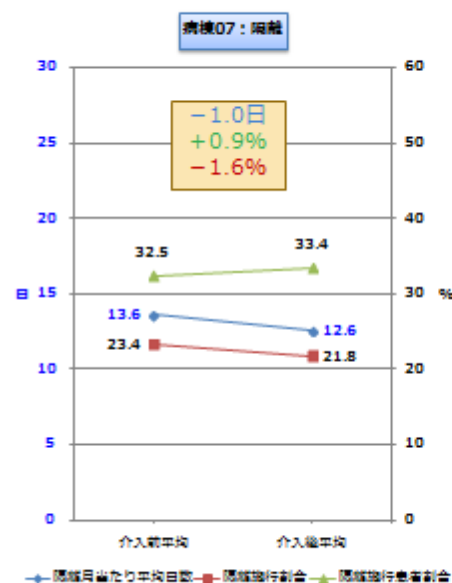


病棟 : 07

(施設 : 09) 病棟 : 07		
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)
入院料	救急	救急
看護記録票		
女性 (うち准看護士)	13 (0)	13 (0)
男性 (うち准看護士)	9 (0)	9 (0)
病床数	43	43
うち阿難室を含む病床数	43	43
うち耐衝撃性級の窓阿難室数	4	4
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F3
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満
新規入棟患者数	28	21
返棟患者数	26	20
2011年平均在棟日数	46.4*	新棟のため データなし

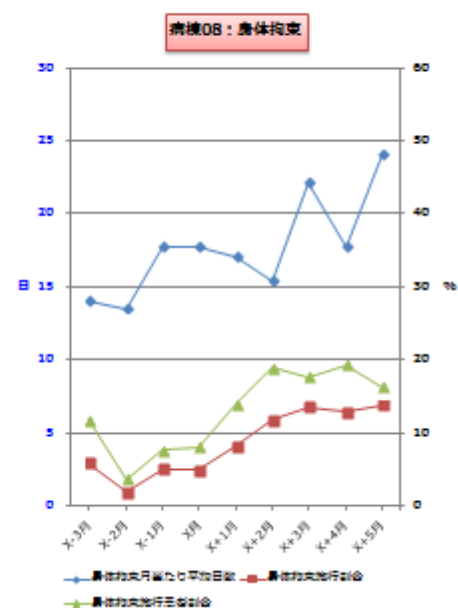
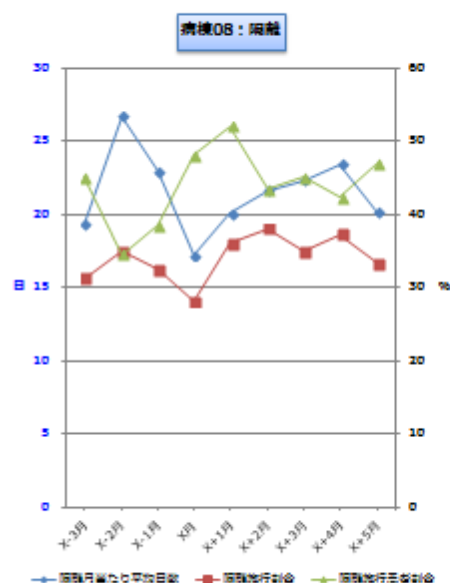
介入
F. ディエスカーション研修の開催

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



※8月新棟openして、褥瘡研修が行われました。介入前の平均在棟日数は、過去の救急搬入のデータです。

(施設 : 09) 病棟 : 08

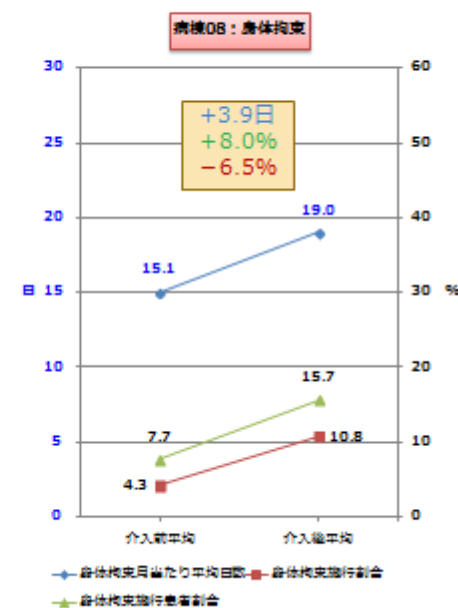
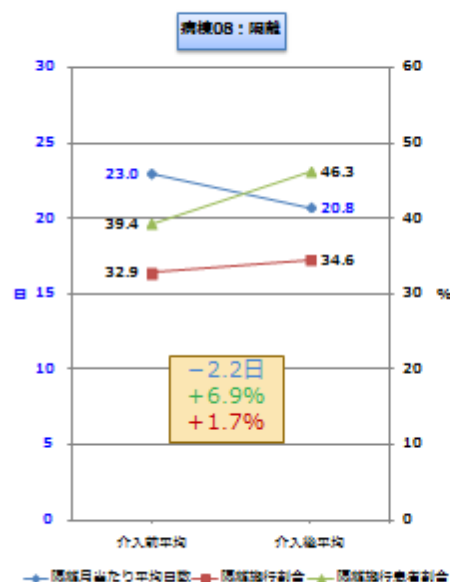


病棟 : 08

(施設 : 09) 病棟 : 08		
(調査週3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)
入院科	精神15対1	精神15対1
看護士配置		
女性 (うち准看護士)	13 (5)	13 (3)
男性 (うち准看護士)	3 (0)	4 (1)
病床数	48	48
うち阿片薬を常用している病床数	48	48
うち耐薬性レベルの高い阿片薬病床数	3	3
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F3
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満
新規入院患者数	4	5
退院患者数	3	7
2011年平均在棟日数	484.1*	新規のため データなし

介入
E. 認知症看護による定期的研修会の開催

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



※8月新規openして、搬入編成が行われました。この搬入に
該当する1年のデータがないので、ここ3ヵ月のデータを記し
ました。

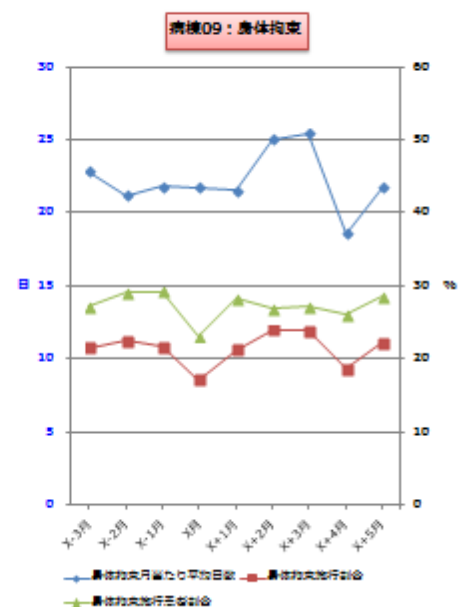
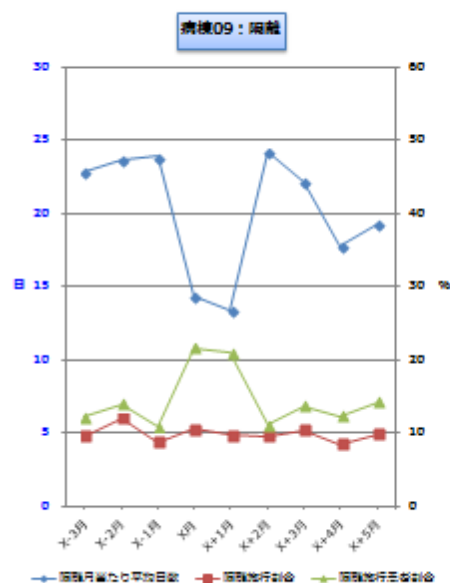
(施設 : 09) 病棟 : 09

病棟 : 09

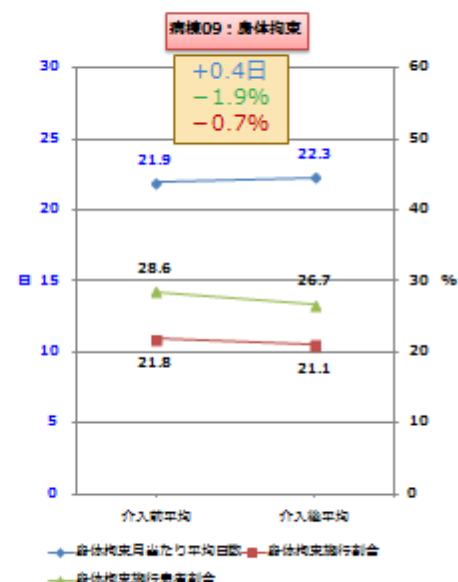
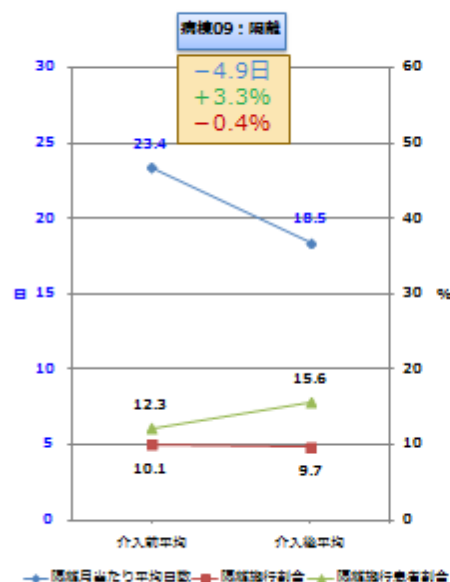
(施設 : 09) 病棟 : 09		
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)
入院科	精神15対1	精神15対1
看護員配置 女性 (うち准看護員) 男性 (うち准看護員)	8 (5) 11 (2)	9 (5) 11 (2)
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐感染性級の強い隔離室数	66 6 6	66 6 6
最も多くを占める治療対象疾患 次に多くを占める治療対象疾患	F2 F3	F2 F3
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満
新規入院患者数	3	5
退院患者数	6	5
2011年平均在院日数	502.2*	新棟編成のためデータなし

介入
C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす

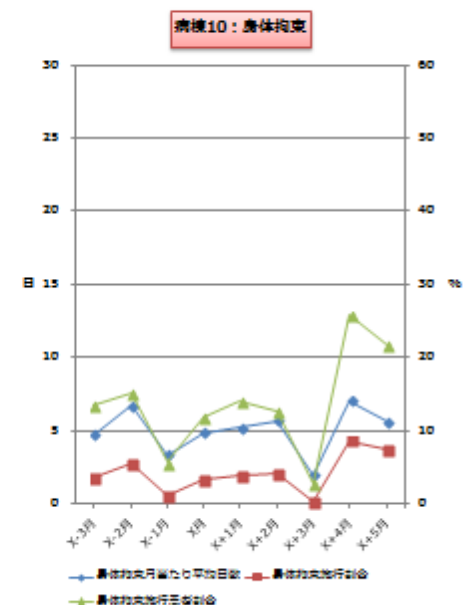
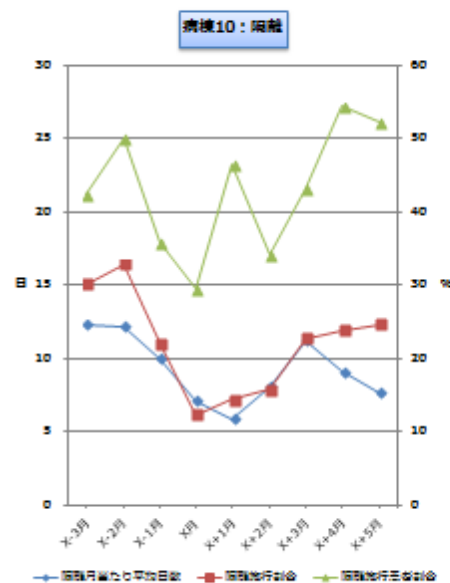
※6月新棟openして、療養編成が行われました。過去のこの病棟のデータです。



※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値

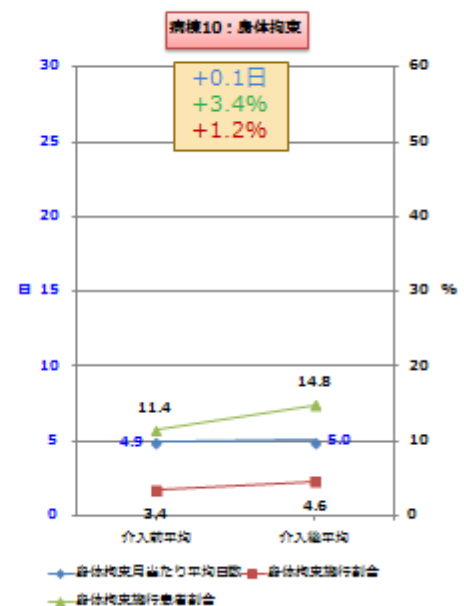
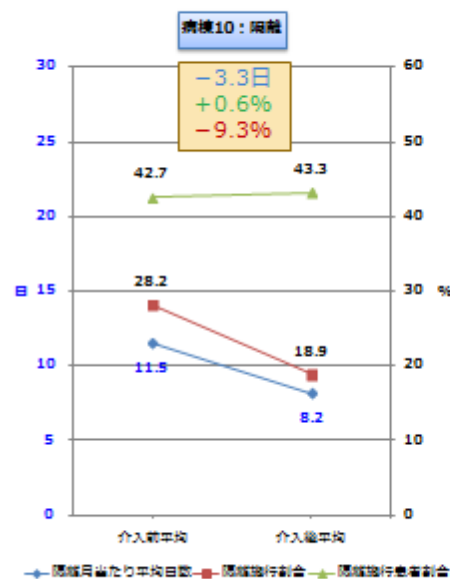


(施設：10) 病棟：10



病棟：10

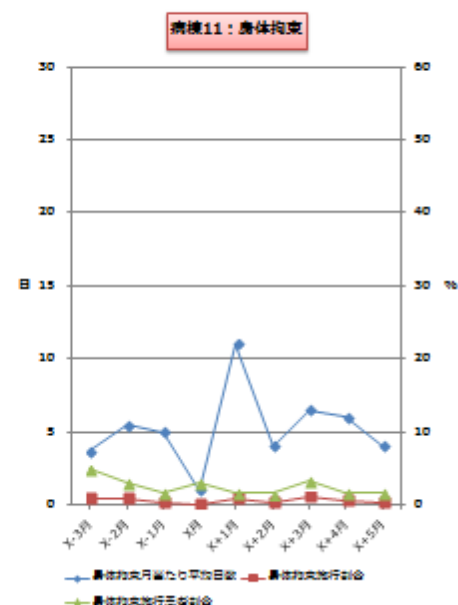
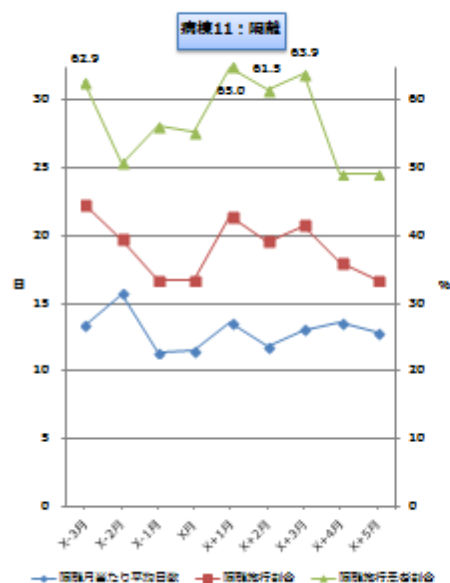
※ 介入前平均：X-3月～X-1月の平均値
介入後平均：X月～X+5月の平均値



(施設：10) 病棟：10	介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)
入院科	精神15対1	急性期
看護配置		
女性 (うち准看護士)	9 (2)	7 (2)
男性 (うち准看護士)	7 (5)	8 (4)
病床数	35	35
うち隔離室を含む病床数	11	11
うち耐塩性緑膿菌の多い隔離室数	11	11
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2
次に多くを占める治療対象疾患	F1	F3
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満
新規入院患者数	23	18
退院患者数	21	19
2011年平均在床日数	2011年病棟 のため不明	46.49

B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

(施設 : 12) 病棟 : 11

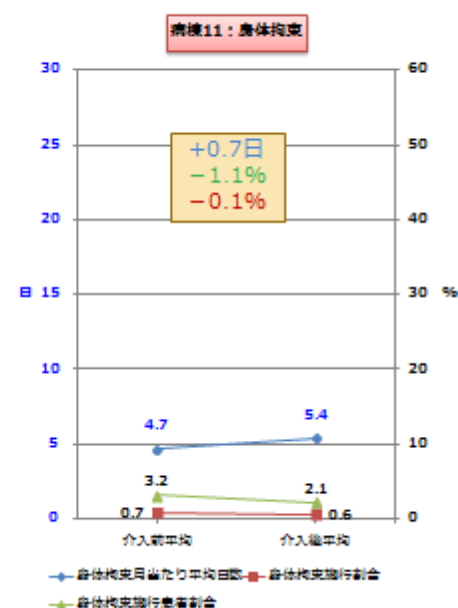
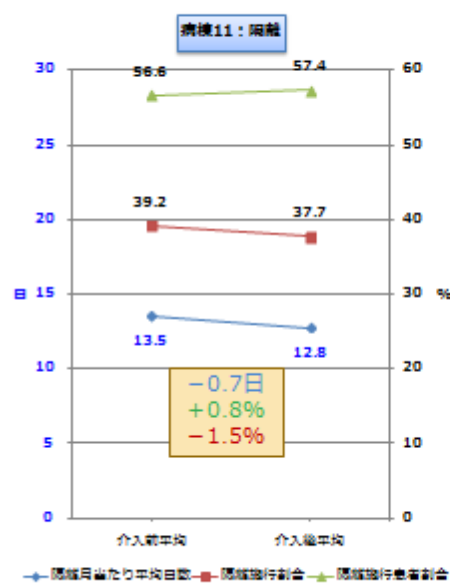


病棟 : 11

(施設 : 12) 病棟 : 11		
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)
入院料	救急	救急
看護師配置 女性 (うち准看護師) 男性 (うち准看護師)	7 (0) 15 (0)	7 (0) 15 (0)
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐感染性級の低い隔離室数	44 26 8	44 26 8
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	F3 F2	F3 F2
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満
新規入棟患者数	23	22
退棟患者数	27	21
2011年平均在棟日数	54.8	54.8

- 介入
- F. ディエスケーション研修の開催
 - 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 (志者) を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う

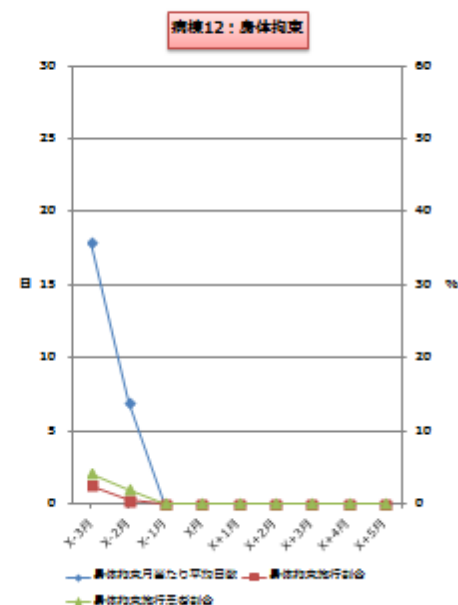
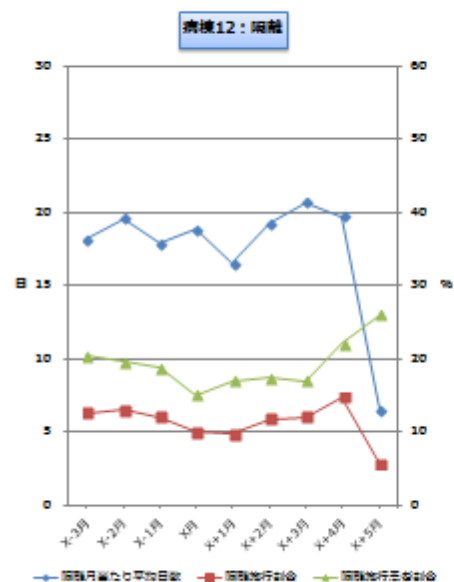
※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



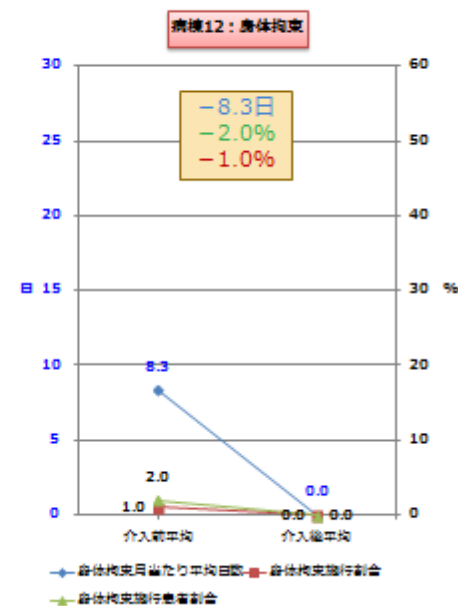
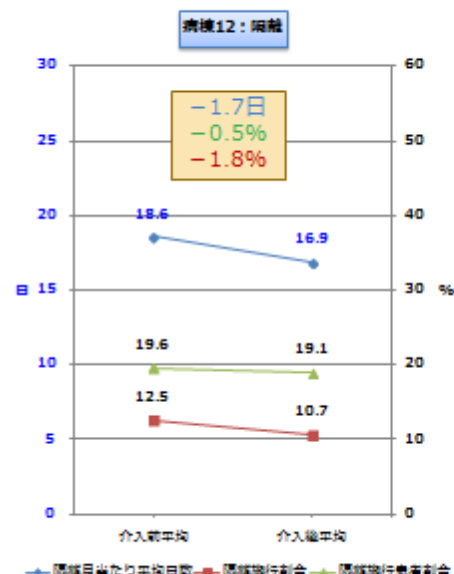
(施設：12) 病棟：12

病棟：12

(施設：12) 病棟：12		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	F. ディエスカレーション研修の開催
入院料	精神15対1	精神15対1	
看護員配置 女性 (うち准看護員) 男性 (うち准看護員)	7 (1) 11 (0)	8 (1) 11 (0)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐薬性レベルの高い隔離室数	55 17 2	55 17 2	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20歳以上 65歳未満	20歳以上 65歳未満	
新規入院患者数	4	1	
退院患者数	4	2	
2011年平均在院日数	1263.9	1263.9	



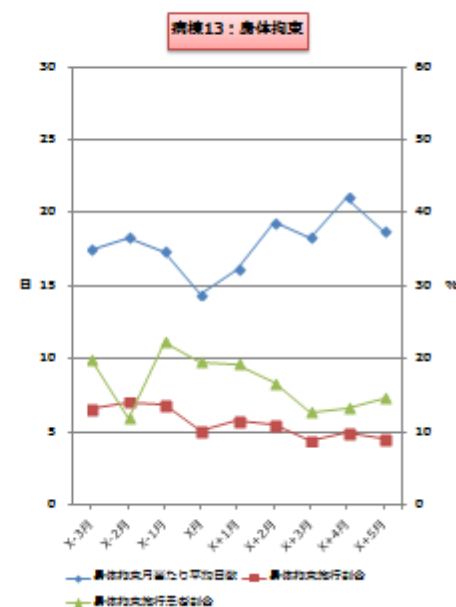
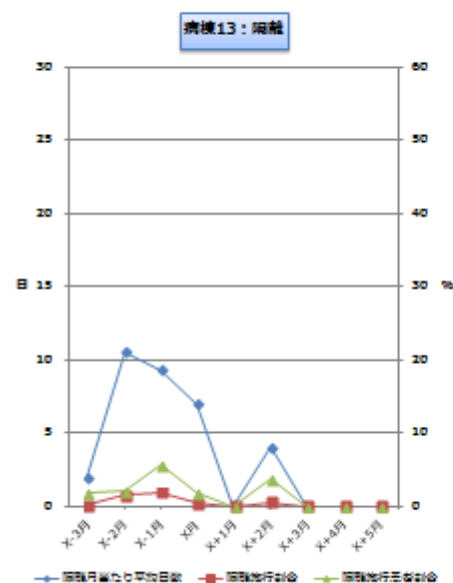
※ 介入前平均：X-3月～X-1月の平均値
介入後平均：X月～X+5月の平均値



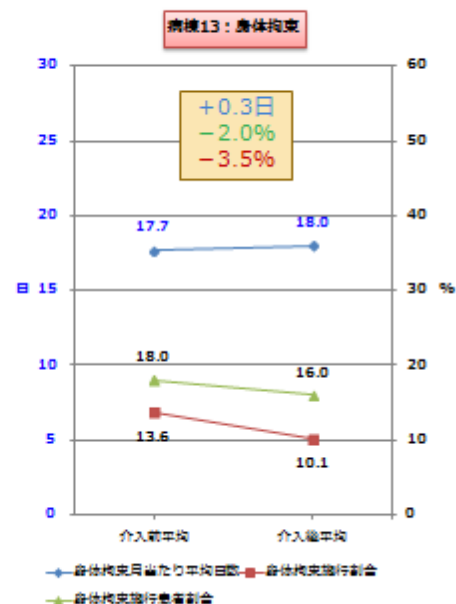
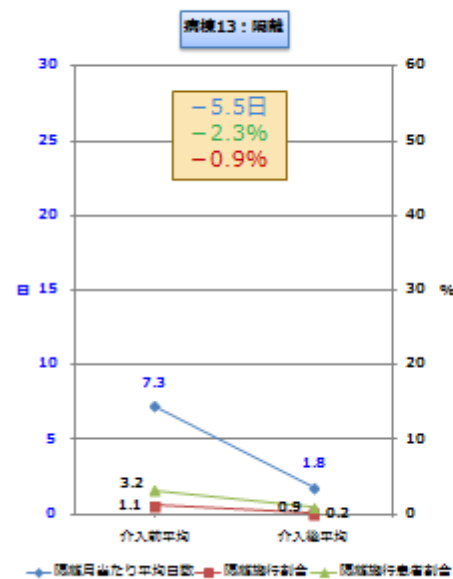
(施設 : 13) 病棟 : 13

病棟 : 13

(施設 : 13) 病棟 : 13		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
入院料	認知症	認知症	F. ディエスカレーション研修の開催
看護士配置 女性 (うち准看護師) 男性 (うち准看護師)	14 (8) 5 (3)	14 (6) 4 (3)	G. 個々のケースで「行動制約最小化計画」を立案
病床数 うち同病室を含む個室数 うち形成療養施設の近い個室数	54 8 2	54 8 2	M. 開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束の繰り返しを行う
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	F0 F2	F0 F2	
最も多い年齢層	65才以上	65才以上	
新規入院患者数	9	3	
退院患者数	5	3	
2011年平均在院日数	363	363	



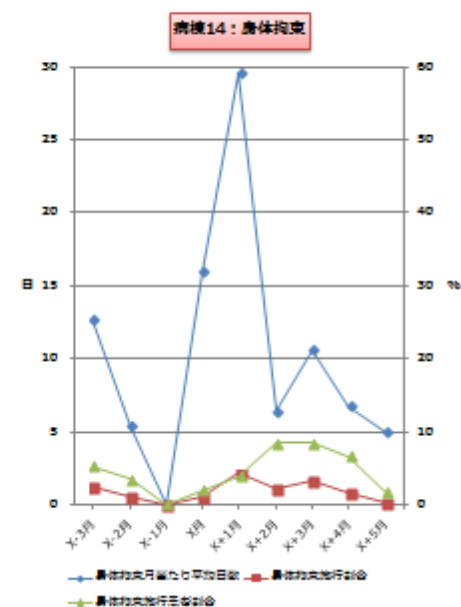
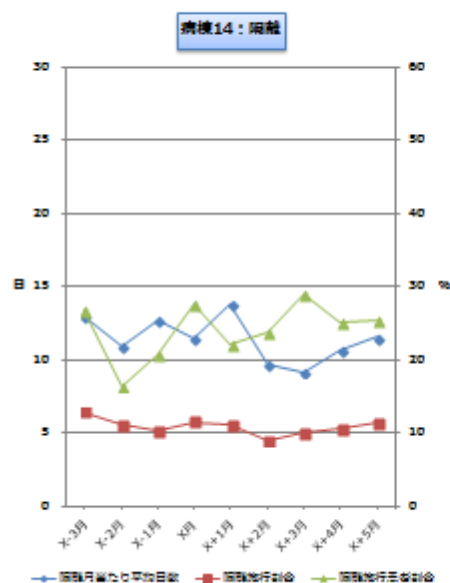
※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



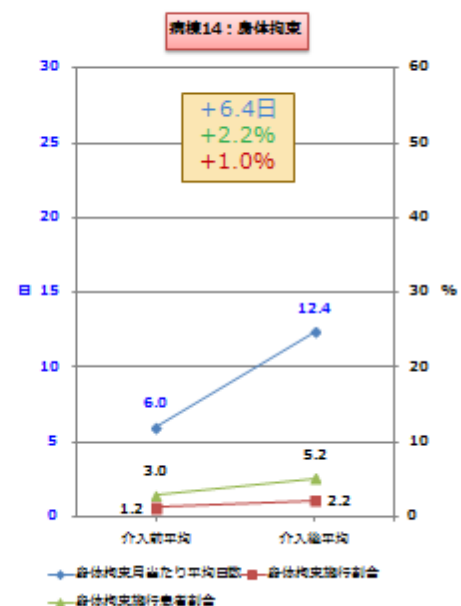
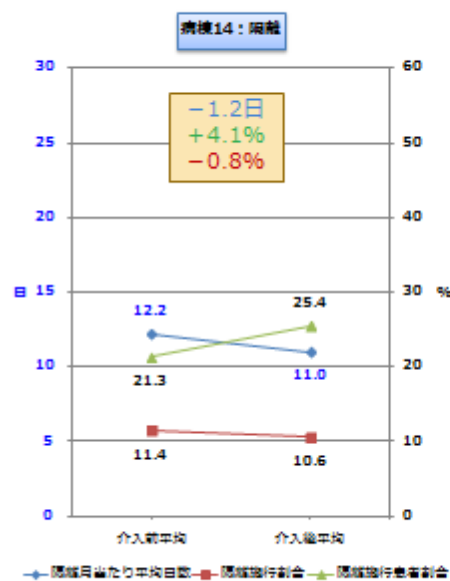
(施設 : 13) 病棟 : 14

病棟 : 14

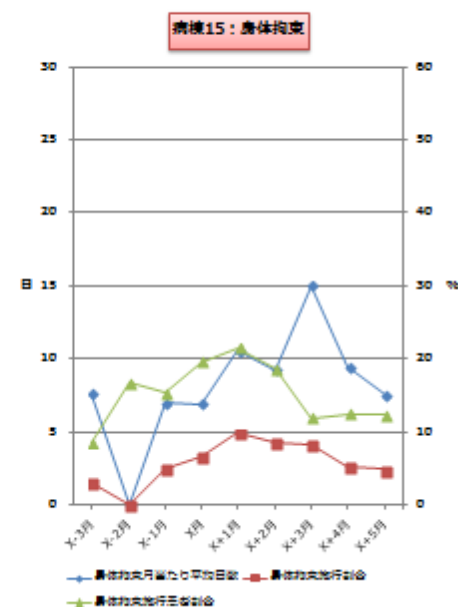
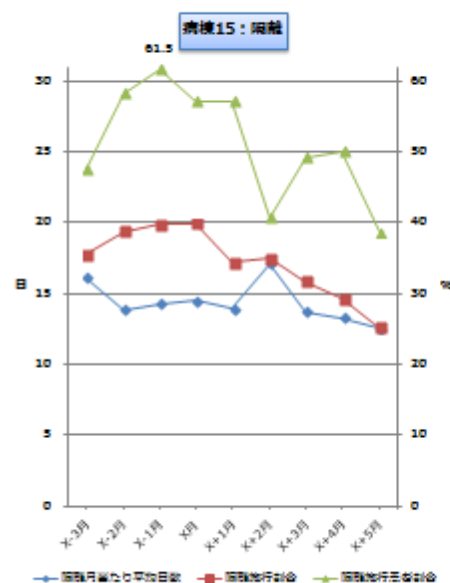
(施設 : 13) 病棟 : 14			介入
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
入院科	精神15対1	精神15対1	F. ディエスケーション研修の開催
看護師配置 女性 (うち准看護師) 男性 (うち准看護師)	15 (4) 7 (1)	11 (2) 8 (2)	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
病床数 うち阿難室を含む病床数 うち制動機性能の低い阿難室数	57 15 8	57 15 8	J. セイフティプランの使用
最も多くを占める治療対象疾患 次に多くを占める治療対象疾患	F2 F3	F2 F3	M. 開始直後、その他に居合わせたスタッフ間で阿難・身体拘束の振り返りを行う
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入棟患者数	11	10	
退棟患者数	12	8	
2011年平均在棟日数	139	139	



※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



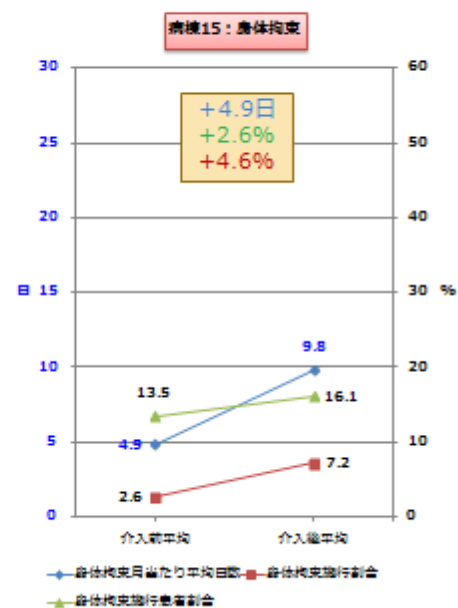
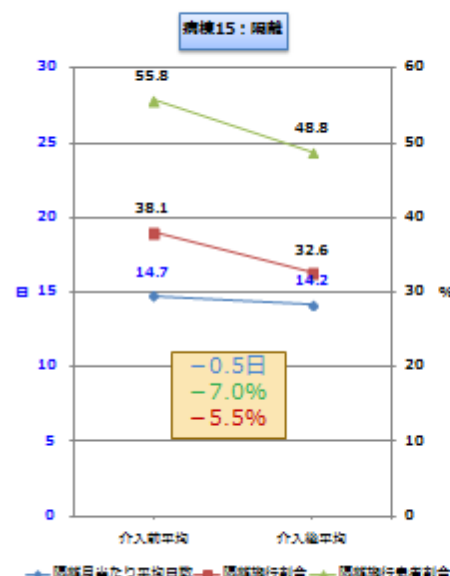
(施設 : 15) 病棟 : 15



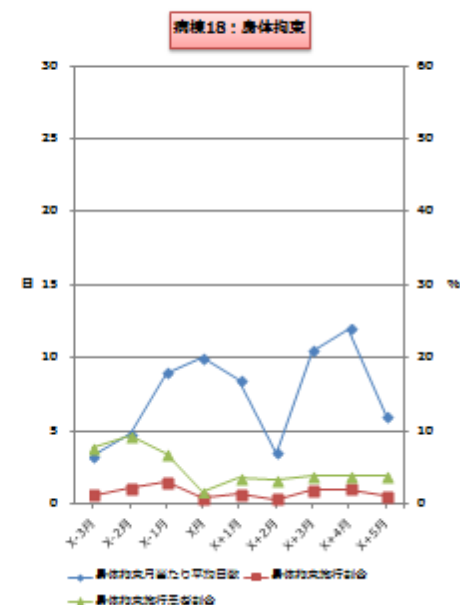
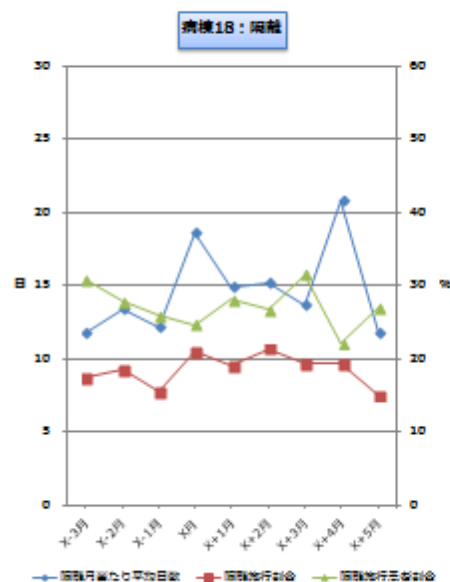
病棟 : 15

(施設 : 15) 病棟 : 15		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	N. 数日後以降、利用者(患者)を含め、隔離・身体拘束の繰り返りを行う
入院科	急性期	急性期	
看護配置 女性(うち看護長) / 男性(うち看護長)	16 (1) / 11 (0)	15 (1) / 11 (0)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 / うち制振特性の高い隔離室数	45 / 25 / 6	45 / 25 / 6	
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	F2	F2 / F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	18	19	
退院患者数	18	20	
2011年平均在床日数	85.1	73.8	

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



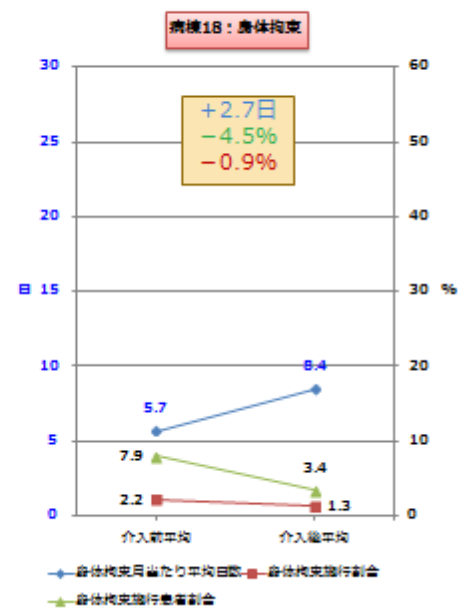
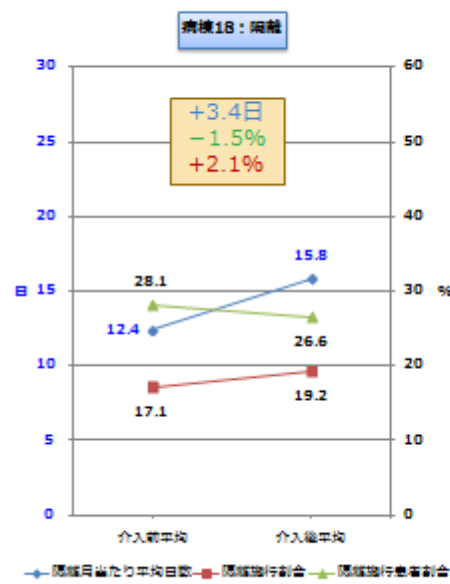
(施設 : 17) 病棟 : 18



病棟 : 18

(施設 : 17) 病棟 : 18		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
入院科	急性病	急性病	F. ディエスケーション研修の開催
看護師配置 女性 (うち准看護師)	21 (0)	20 (0)	H. タイムアウトの実施
男性 (うち准看護師)	12 (0)	12 (0)	
病床数	50	50	
うち隔離室を含む病床数	14	14	
うち耐環境性能の高い隔離室数	2	2	
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2	
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	22	16	
返院患者数	18	15	
2011年平均在院日数	53.1	73.2	

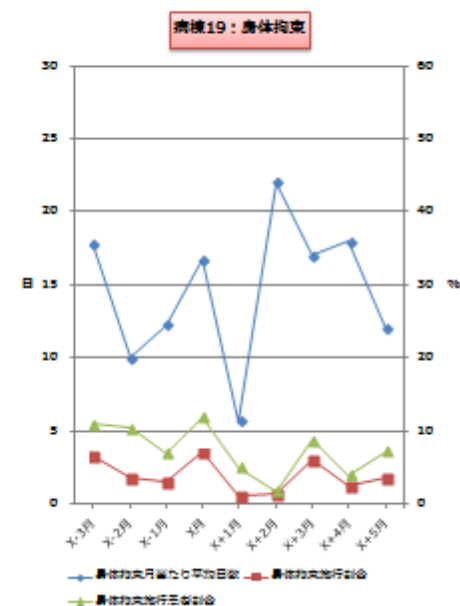
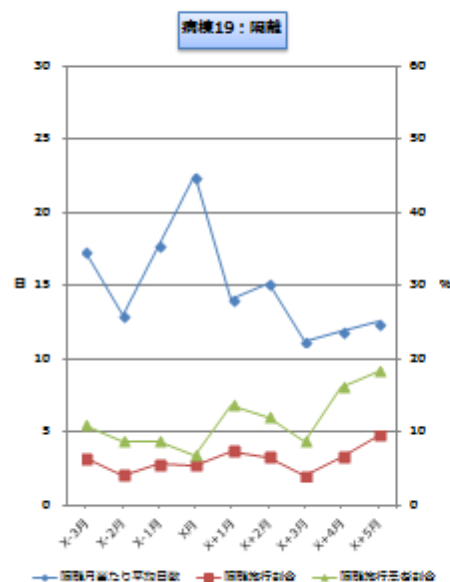
※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



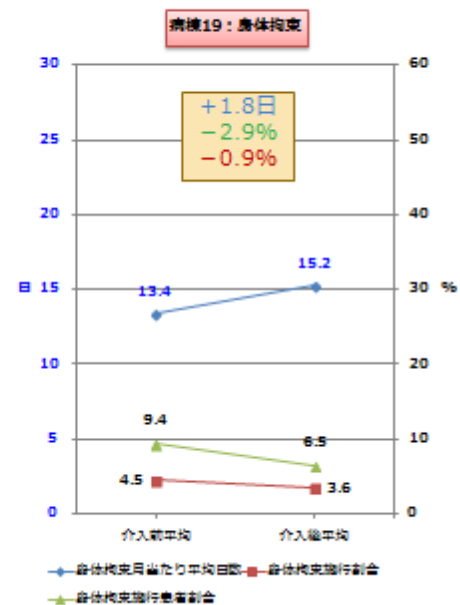
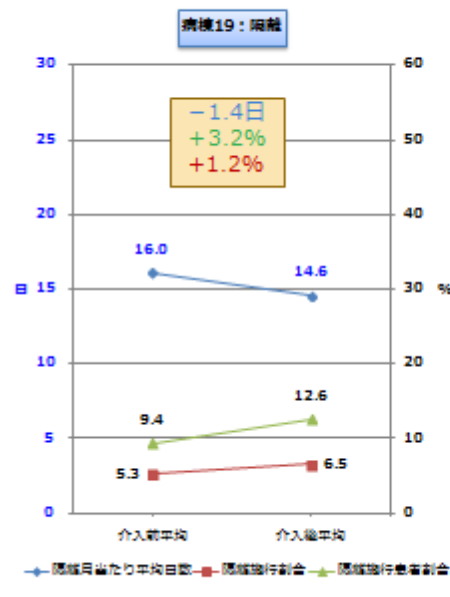
(施設 : 18) 病棟 : 19

病棟 : 19

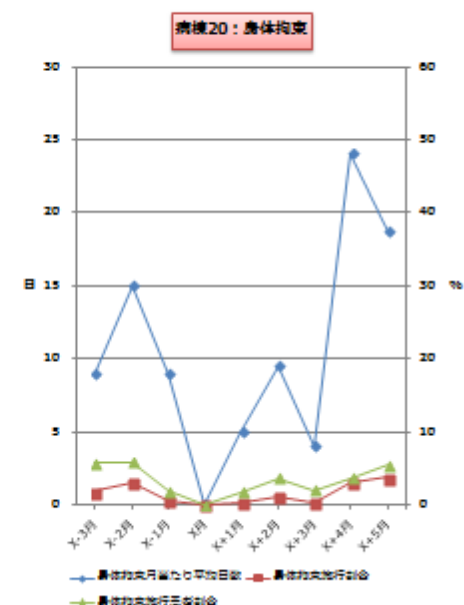
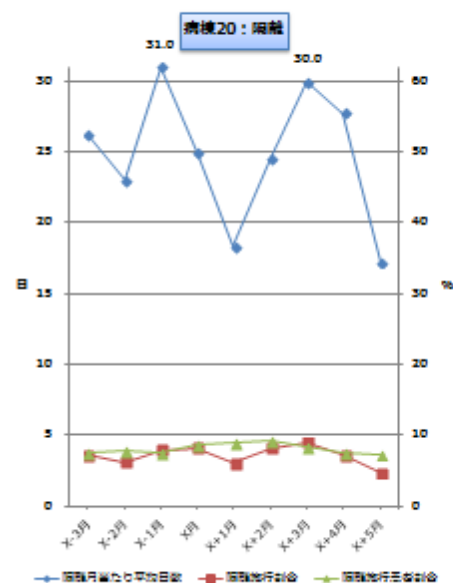
(施設 : 18) 病棟 : 19		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	D. 隔離・身体拘束データを調査会で定期的 (月1回) に見直す
入院科	精神15対1	精神15対1	
看護士配置			
女性 (うち准看護士)	11 (3)	11 (3)	
男性 (うち准看護士)	10 (4)	10 (4)	
病床数	60	60	
うち隔離室を含む病床数	4	4	
うち耐薬性性絞の多い隔離室数	3	3	
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2	
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F0	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	3	5	
退院患者数	2	0	
2011年平均在棟日数	267	267	



※ 介入前平均: X-3月~X-1月の平均値
介入後平均: X月~X+5月の平均値



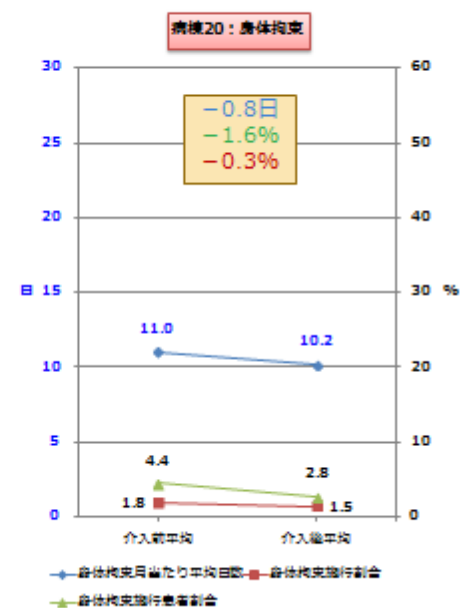
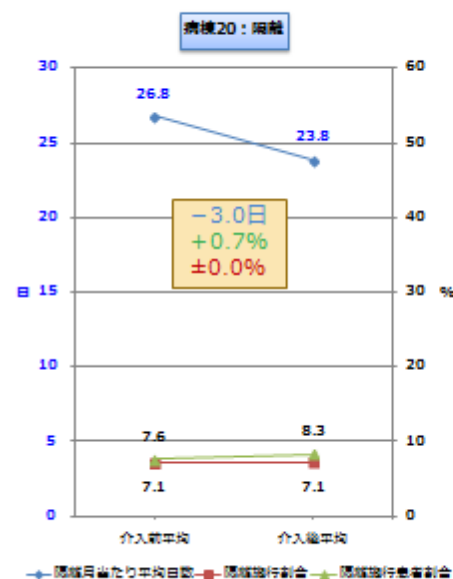
(施設：18) 病棟：20



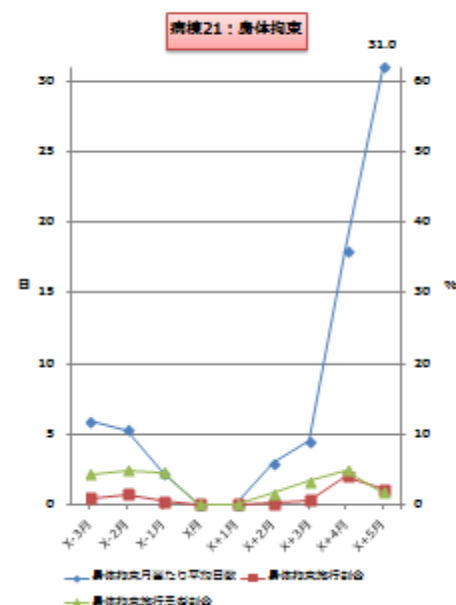
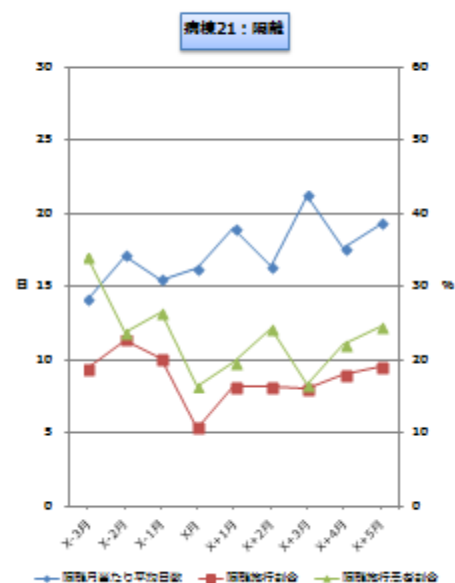
病棟：20

(施設：18) 病棟：20		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	D. 隔離・身体拘束データを調査会で定期的に (月1回) に見直す
入院科	精神15対1	精神15対1	
看護配置 女性 (うち看護講師) 男性 (うち看護講師)	17 (9) 3 (0)	17 (9) 3 (0)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち制振特性線の高い隔離室数	60 4 2	60 4 2	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	3	3	
退院患者数	5	10	
2011年平均在院日数	197.6	197.6	

※ 介入前平均：X-3月～X-1月の平均値
介入後平均：X月～X+5月の平均値



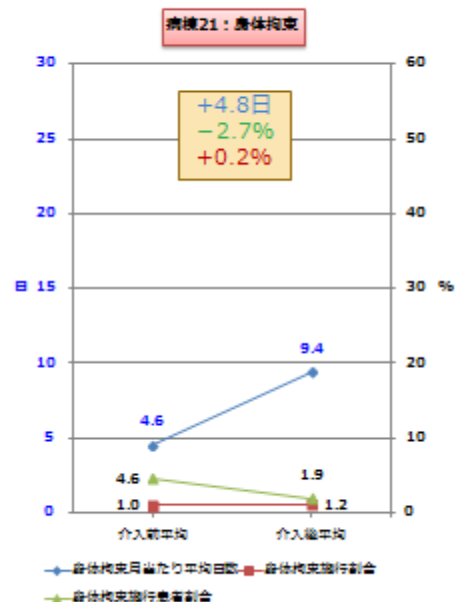
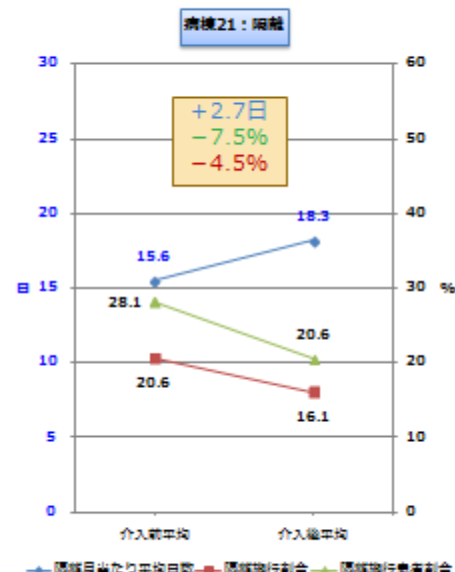
(施設 : 22) 病棟 : 21



病棟 : 21

(施設 : 22) 病棟 : 21		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	E. 認定看護士による定期的研修会の開催
入院科	精神15対1	精神15対1	
看護配置 女性 (うち看護士)	6 (2)	6 (3)	
男性 (うち看護士)	7 (2)	11 (2)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち制振特性線の高い隔離室数	53 12 3	53 12 3	
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	F2 F7	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	6	8	
退院患者数	4	3	
2011年平均在床日数	167	108	

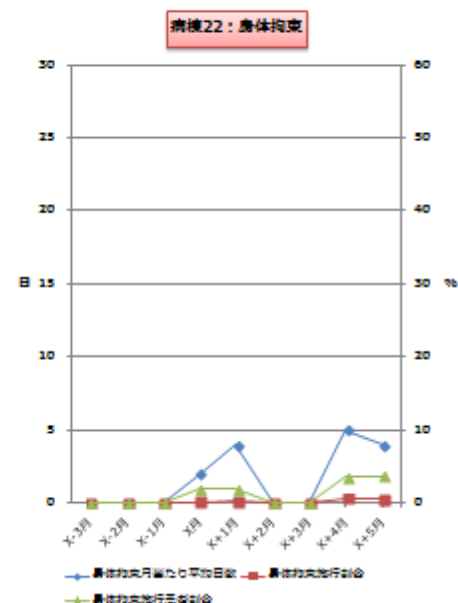
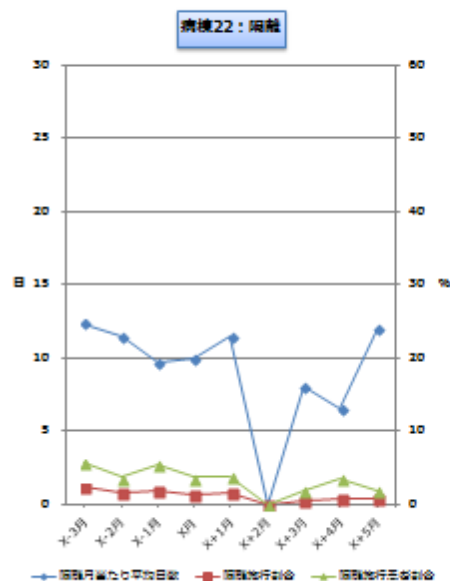
※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



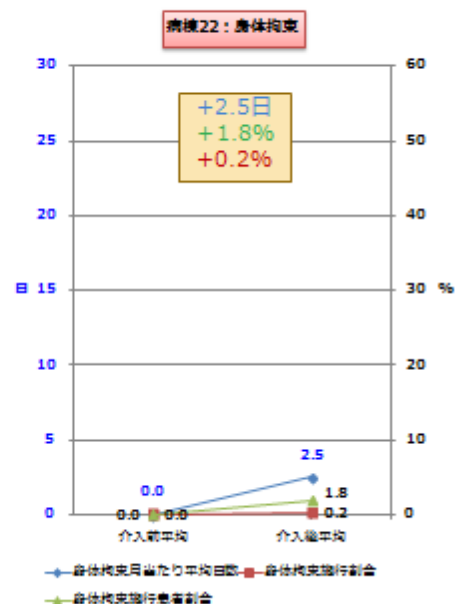
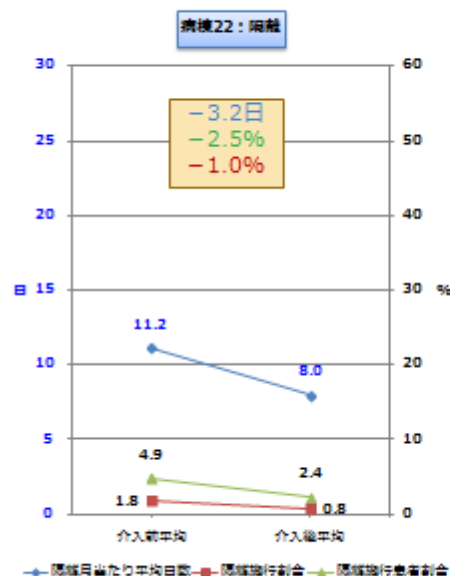
(施設 : 23) 病棟 : 22

病棟 : 22

(施設 : 23) 病棟 : 22		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	E. 認定看護士による定期的研修会の開催
入院料	療養	療養	
看護士配置 女性 (うち看護士)	8 (0)	9 (0)	
男性 (うち看護士)	1 (0)	1 (0)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち制感染性症の強い隔離室数	54 8 5	54 8 5	
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	F2 F0	F2 F4	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	65才以上	
新規入院患者数	2	1	
退院患者数	2	1	
2011年平均在院日数	302.1	302.1	



※ 介入前平均: X-3月~X-1月の平均値
介入後平均: X月~X+5月の平均値

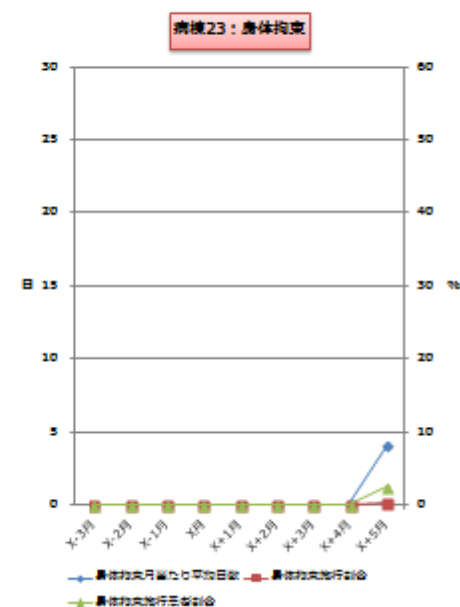
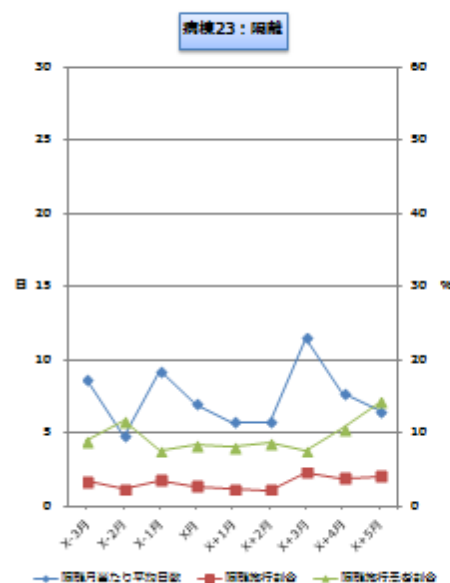


(施設 : 23) 病棟 : 23

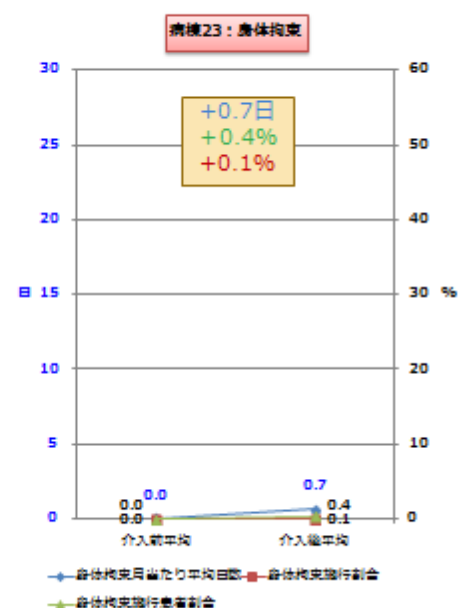
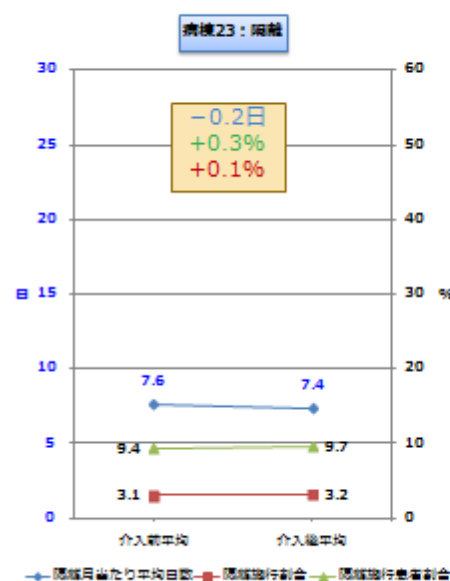
病棟 : 23

(施設 : 23) 病棟 : 23		
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)
入院料	救急	救急
看護師配置 女性 (うち准看護師) 男性 (うち准看護師)	12 (1) 8 (0)	11 (1) 7 (0)
病床数 うち阿爾富を含む病床数 うち耐感染性級の低い阿爾富数	36 20 8	36 20 8
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	F3 F2	F3 F2
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満
新規入棟患者数	11	7
退棟患者数	16	9
2011年平均在棟日数	63.9	63.9

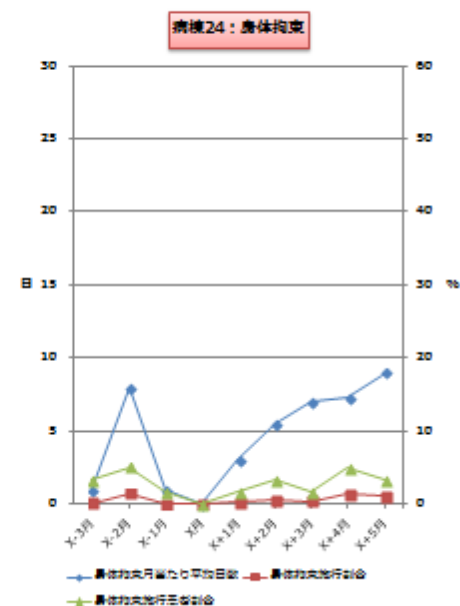
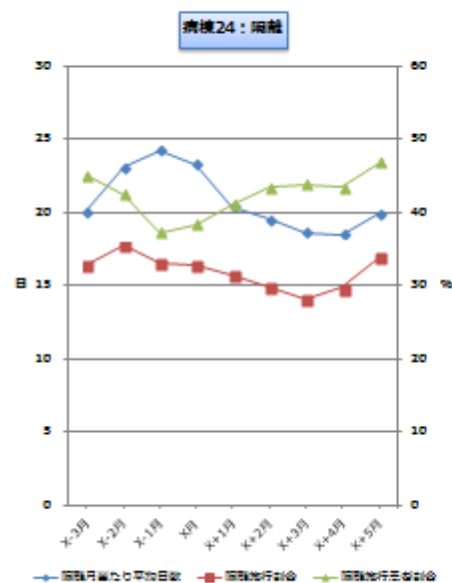
介入
E. 認定看護師による定期的研修会の開催



※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



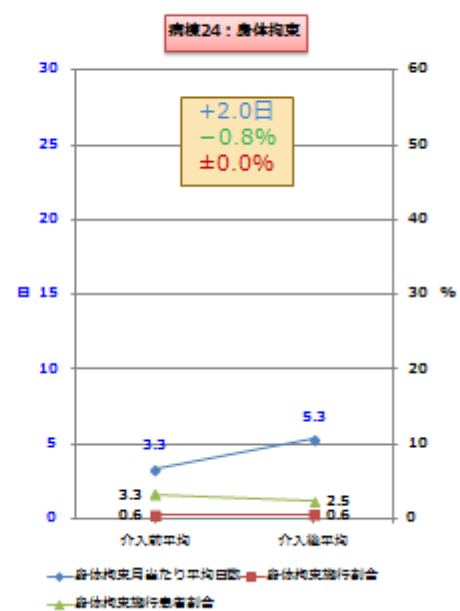
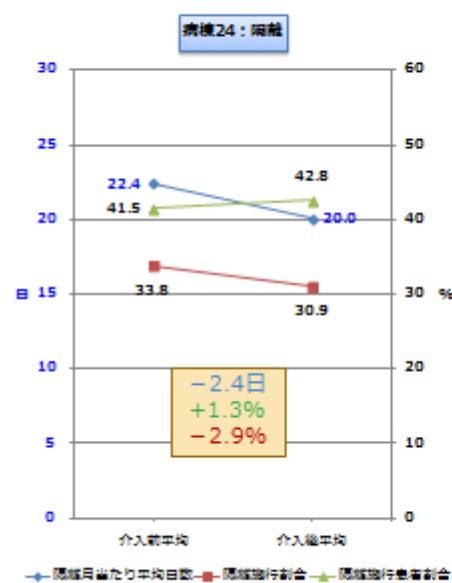
(施設 : 24) 病棟 : 24



病棟 : 24

(施設 : 24) 病棟 : 24		介入	
(調査區3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
入院科	精神13対1	精神13対1	
看護師配置			
女性 (うち看護師)	18 (2)	17 (2)	
男性 (うち看護師)	11 (0)	11 (0)	
病床数	55	55	
うち隔離室を含む病床数	39	39	
うち耐感染性殺菌の強い隔離室数	11	11	
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2	
次に多くを占める治療対象疾患	F8	F8	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	5	7	
退院患者数	10	17	
2011年平均在院日数	253.3	253.2	

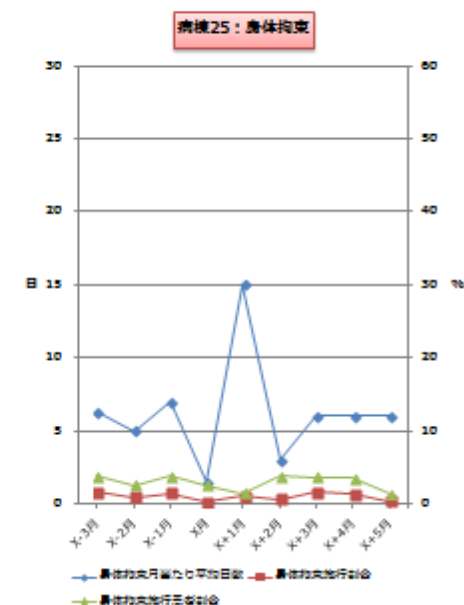
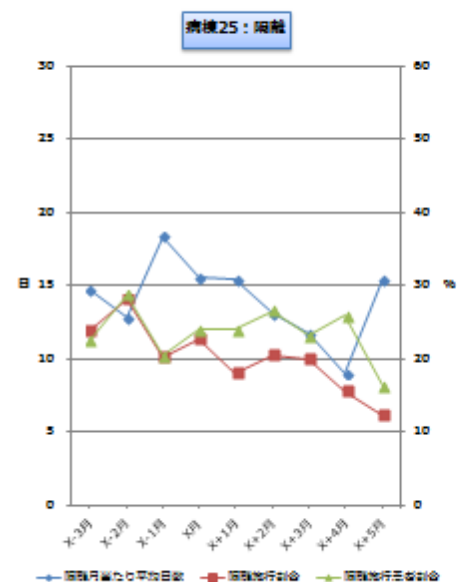
※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



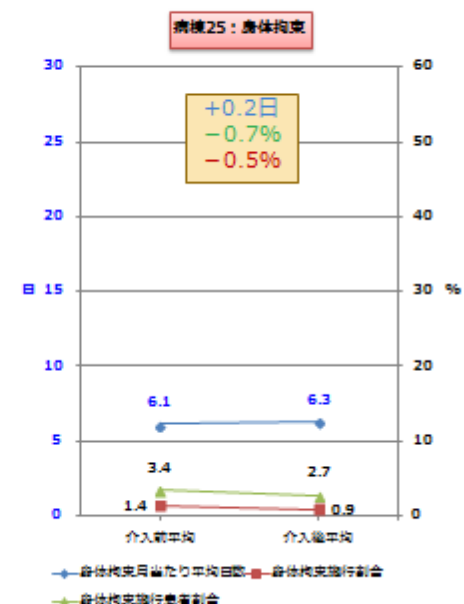
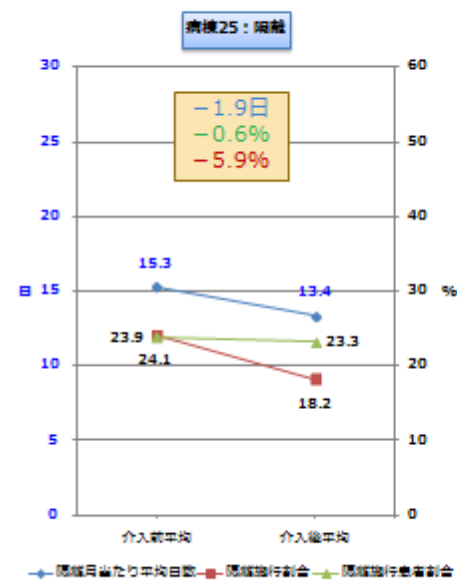
(施設 : 24) 病棟 : 25

病棟 : 25

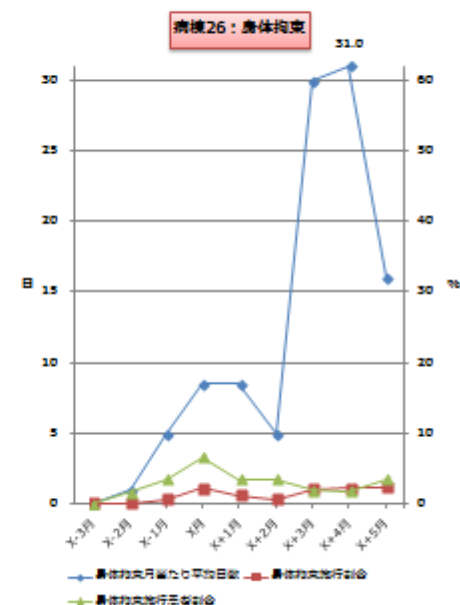
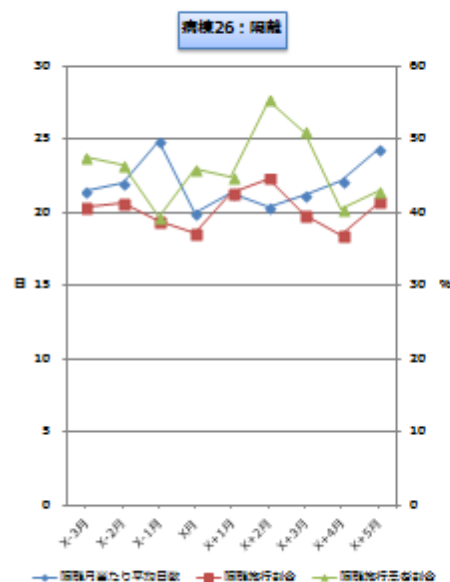
(施設 : 24) 病棟 : 25		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	G. 個々のケースで「行動制感最小化計画」を立案
入院料	精神13対1	精神13対1	
看護配置 女性 (うち准看護士) 男性 (うち准看護士)	15 (0) 5 (0)	16 (0) 5 (0)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐感染症性の高い隔離室数	50 26 4	50 26 4	
最も多くを占める治療対象疾患 次に多くを占める治療対象疾患	F1 F2	F1 F2	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	31	49	
退院患者数	33	37	
2011年平均在棟日数	36.6	36.5	



※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



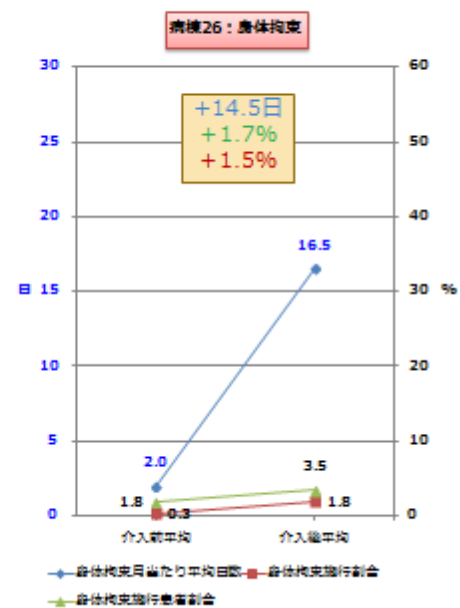
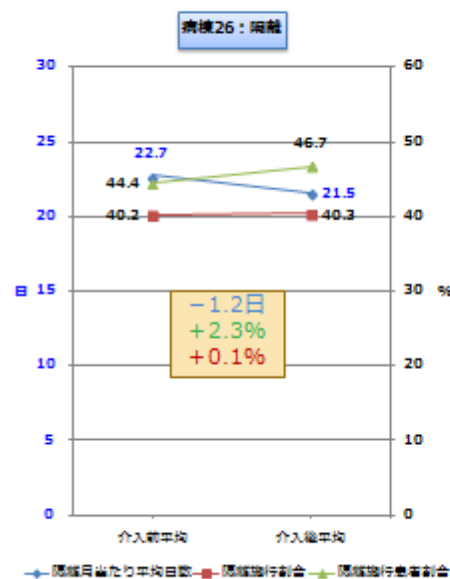
(施設 : 25) 病棟 : 26



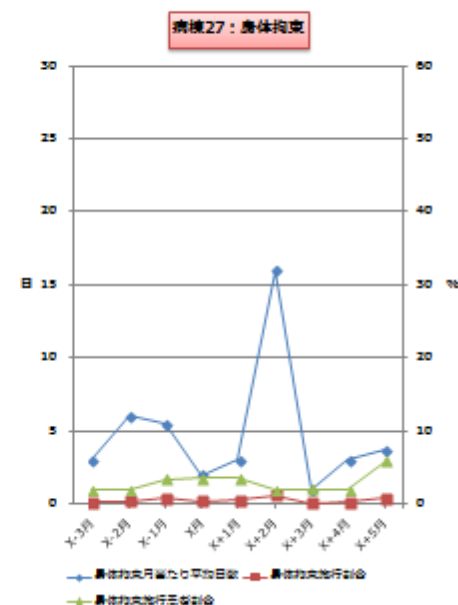
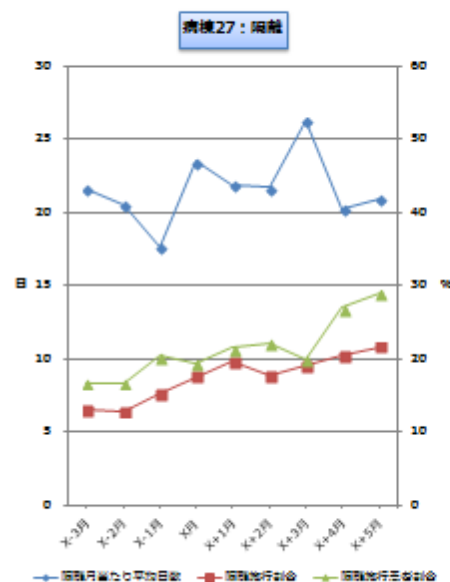
病棟 : 26

(施設 : 25) 病棟 : 26		介入	
(調査員3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
入院料	救急	救急	D. 隔離・身体拘束データを評議会で定期的 (月1回) に見直す
看護士配置			E. 認定看護士による定期的研修会の開催
女性 (うち准看護士)	17 (0)	17 (0)	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
男性 (うち准看護士)	13 (0)	13 (0)	
病床数			
うち隔離室を含む病床数	50	50	
うち耐感染性絞の無い隔離室数	30	30	
	12	12	
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2	
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	14	15	
退院患者数	11	14	
2011年平均在院日数	112.7	112.7	

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



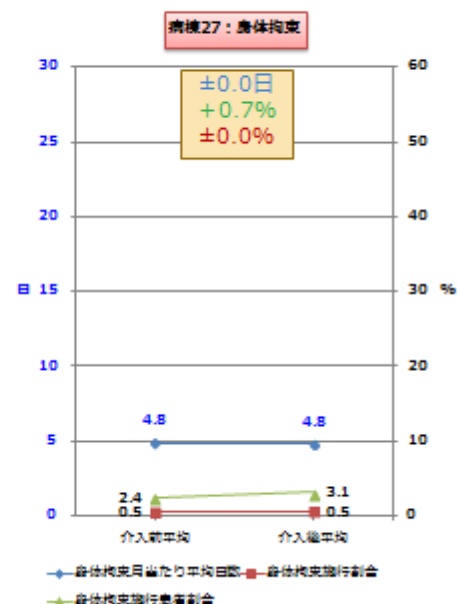
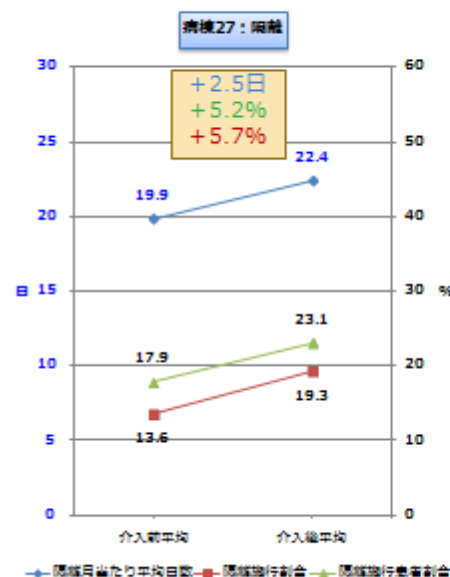
(施設 : 25) 病棟 : 27



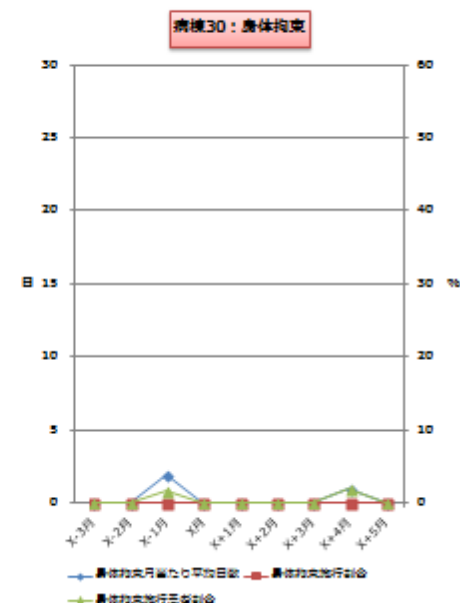
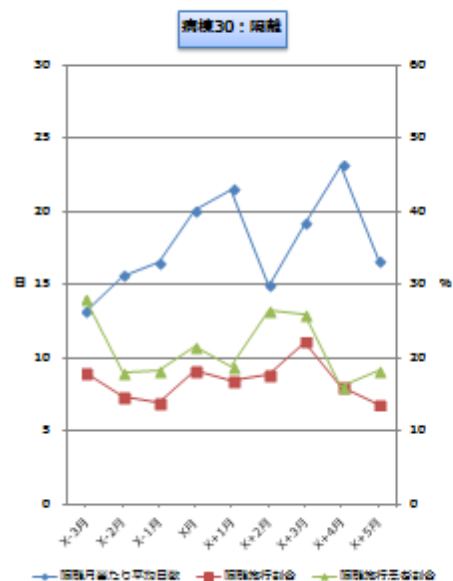
病棟 : 27

(施設 : 25) 病棟 : 27		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
入院科	精神15対1	精神15対1	D. 隔離・身体拘束データを評議会で定期的 (月1回) に見直す
看護士配置 女性 (うち准看護士)	13 (0)	13 (0)	E. 認定看護士による定期的研修会の開催
男性 (うち准看護士)	10 (0)	10 (0)	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
病床数 うち隔離室を含む病床数	50 14	50 14	
うち耐感染性給の低い隔離室数	2	2	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	9	9	
退院患者数	6	5	
2011年平均在院日数	261.7	261.7	

※ 介入前平均: X-3月~X-1月の平均値
介入後平均: X月~X+5月の平均値



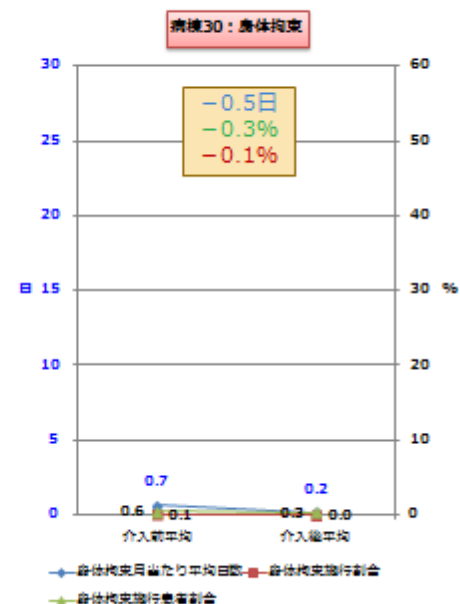
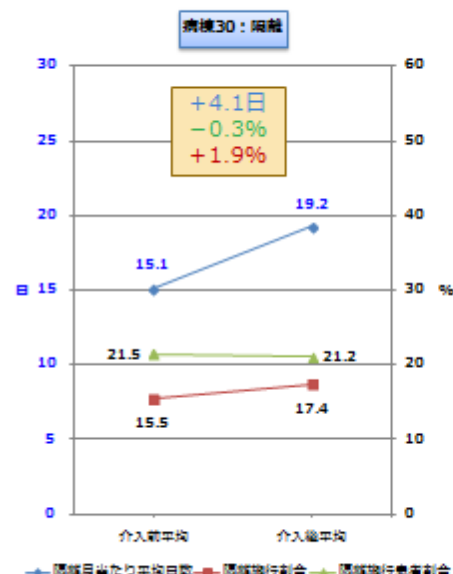
(施設：27) 病棟：30



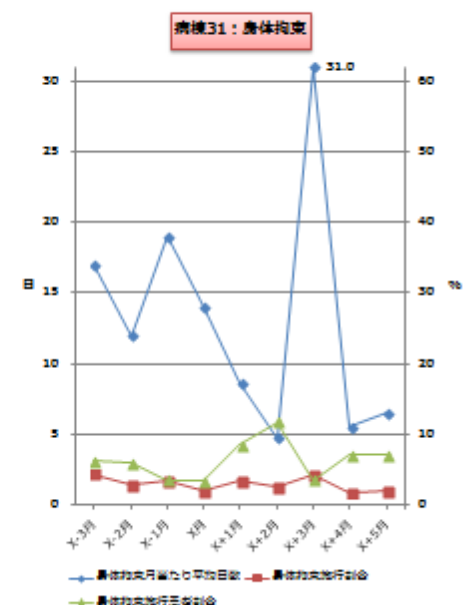
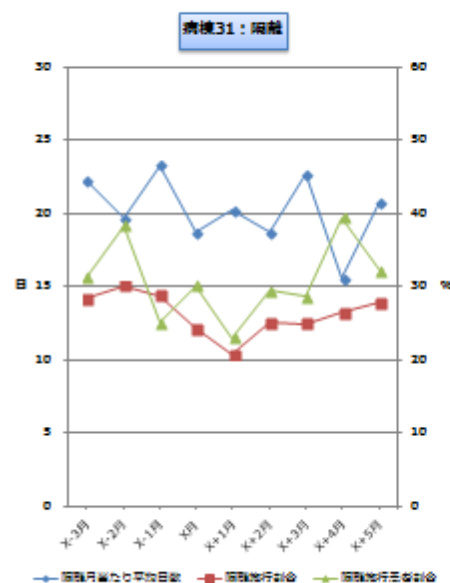
病棟：30

(施設：27) 病棟：30		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
入院料	急性期	急性期	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
看護配置 女性 (うち准看護師) 男性 (うち准看護師)	5 (2) 12 (3)	5 (2) 12 (2)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち制動性のある高い隔離室数	48 14 6	48 14 6	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入棟患者数	17	13	
退棟患者数	16	15	
2011年平均在棟日数	82.57	82.57	

※ 介入前平均：X-3月～X-1月の平均値
介入後平均：X月～X+5月の平均値



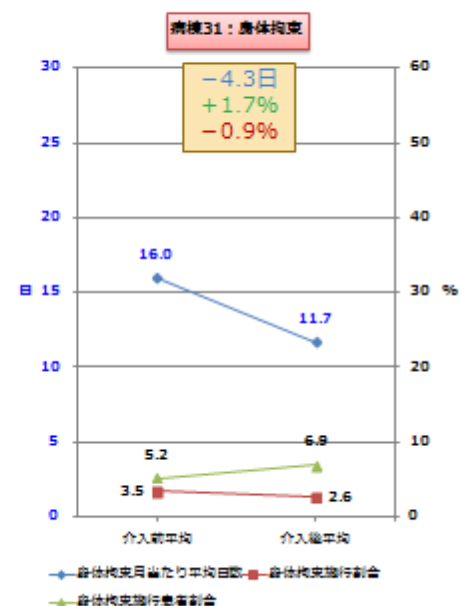
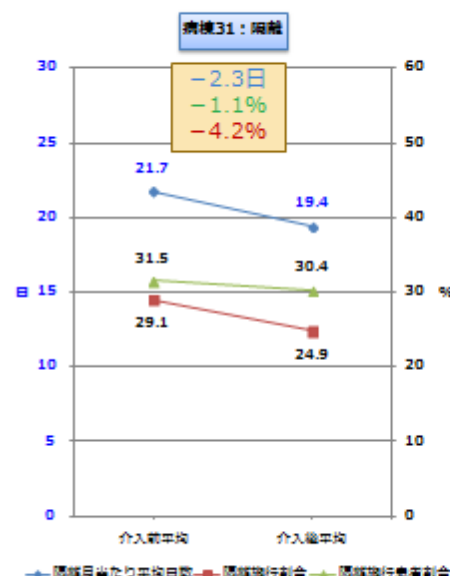
(施設 : 28) 病棟 : 31



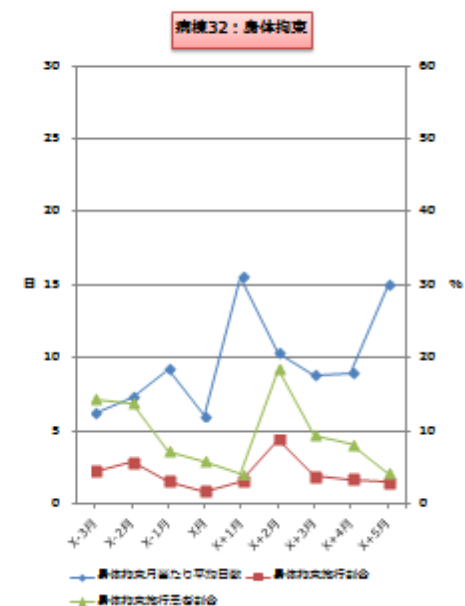
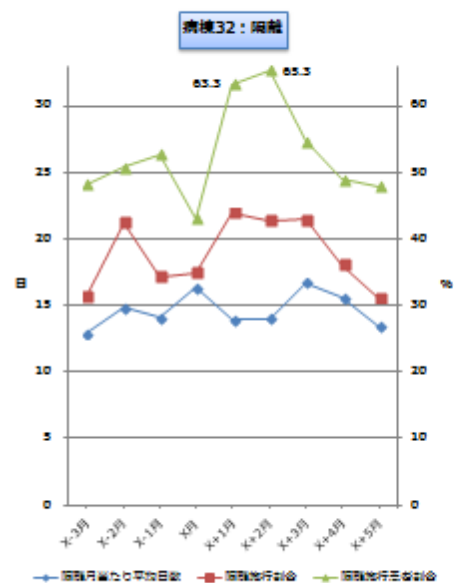
病棟 : 31

(施設 : 28) 病棟 : 31		介入	
(調査員3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	E. 認定看護士による定期的研修会の開催
入院料	精神15対1	精神15対1	G. 個々のケースで「行動制約最小化計画」を立案
看護師配置 女性 (うち准看護師)	8 (0)	8 (0)	
男性 (うち准看護師)	9 (0)	9 (0)	
病床数 うち隔離室を含む個室数 うち制約性のある個室数	30 19 6	30 19 6	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入棟患者数	5	6	
退棟患者数	6	6	
2011年平均在棟日数	153.1	153.1	

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



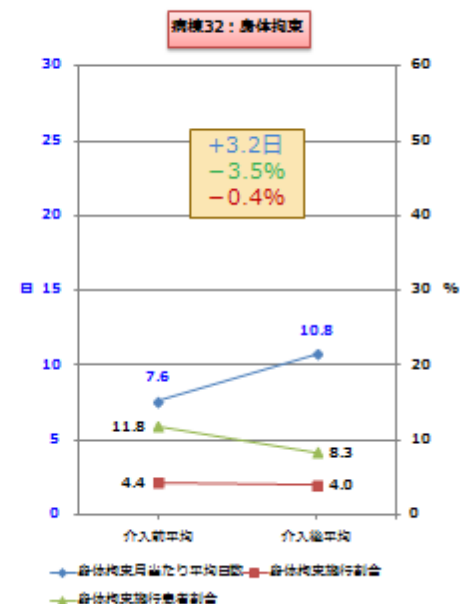
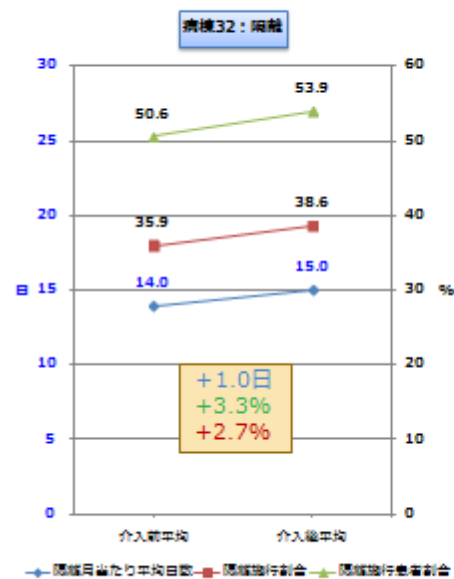
(施設：29) 病棟：32



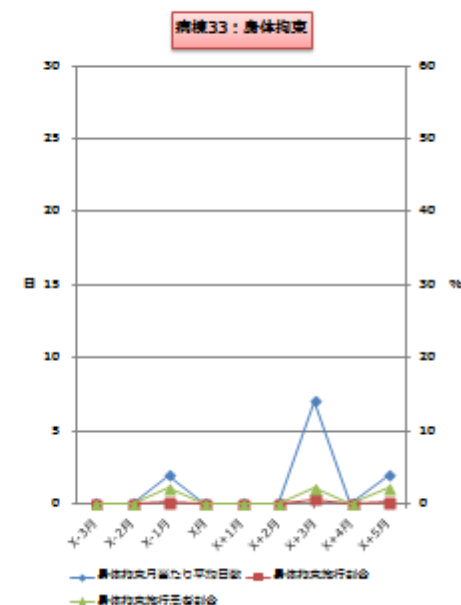
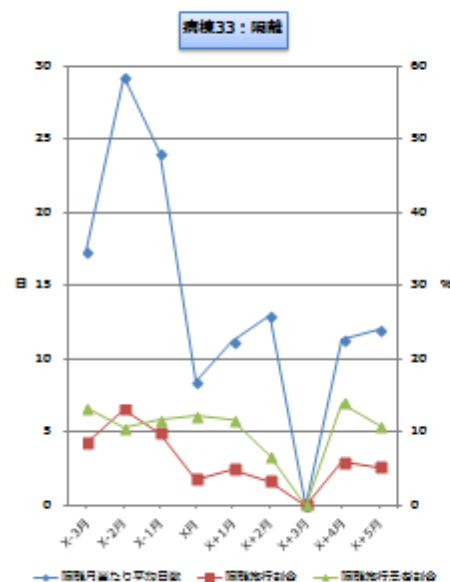
病棟：32

(施設：29) 病棟：32		介入	
(調査員3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
入院科	救急	救急	E. 認定看護士による定期的研修会の開催
看護士配置			F. ディエスケーション研修の開催
女性 (うち准看護士)	11 (1)	11 (1)	J. セイフティプランの使用
男性 (うち准看護士)	13 (0)	13 (0)	M. 開始直後、その他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
病床数	45	45	N. 数日後以降、利用者 (志者) を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う
うち隔離室を含む病床数	25	25	
うち耐環境性能の高い隔離室数	14	14	
最も多くを占める治療対象疾患	F2	F2	
次に多くを占める治療対象疾患	F3	F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	18	21	
退院患者数	18	13	
2011年平均在床日数	36.6	58.1	

※ 介入前平均：X-3月～X-1月の平均値
介入後平均：X月～X+5月の平均値



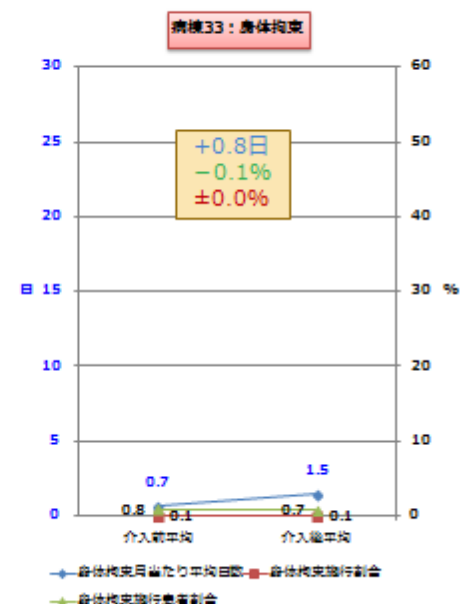
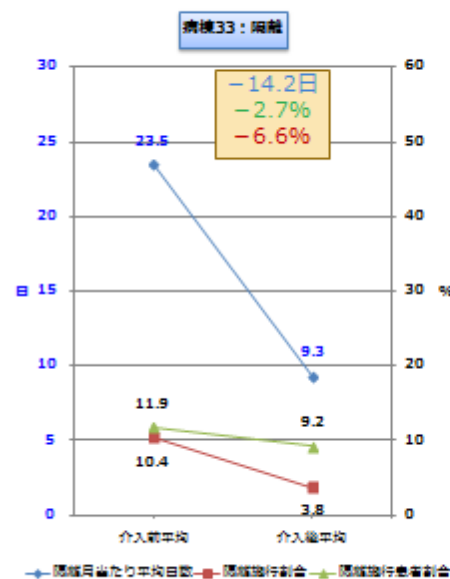
(施設 : 30) 病棟 : 33



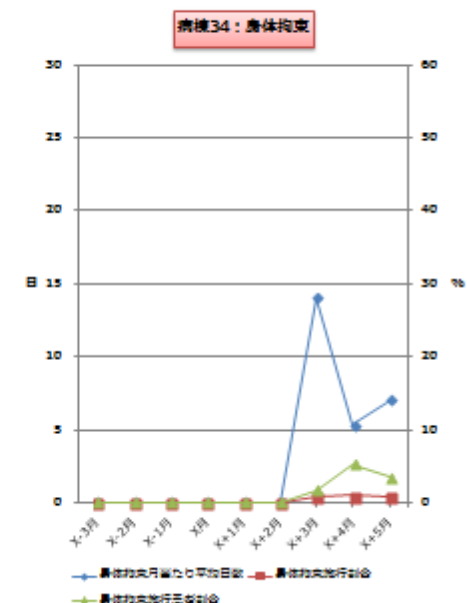
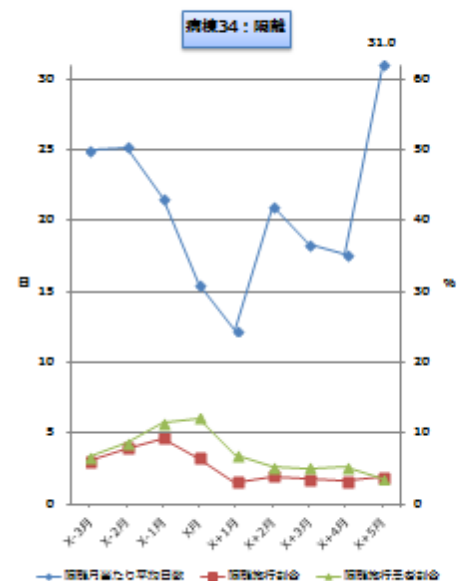
病棟 : 33

(施設 : 30) 病棟33		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	
入院科	精神15対1	精神15対1	B. 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
看護師配置 女性 (うち准看護師) 男性 (うち准看護師)	7 (4) 8 (4)	6 (3) 8 (5)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐環境性能の高い隔離室数	40 13 4	40 13 4	D. 隔離・身体拘束データを評議会で定期的 (月1回) に見直す
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	F2 F3	F2 F3	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	F. ディエスカレーション研修の開催
新規入院患者数	5	3	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
返院患者数	5	7	H. タイムアウトの実施
2011年平均在棟日数	219	219	J. セーフティプランの使用
			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 (志者) を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



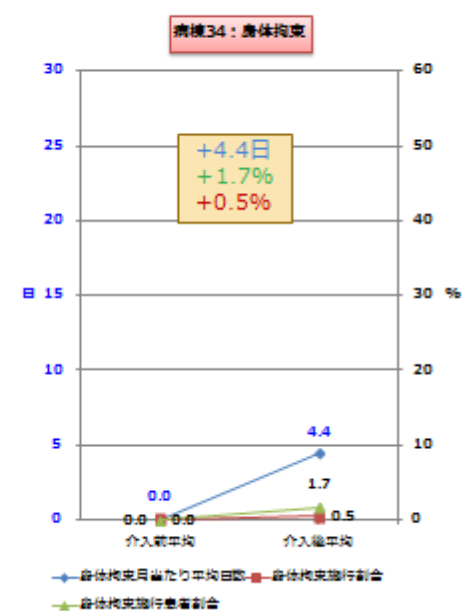
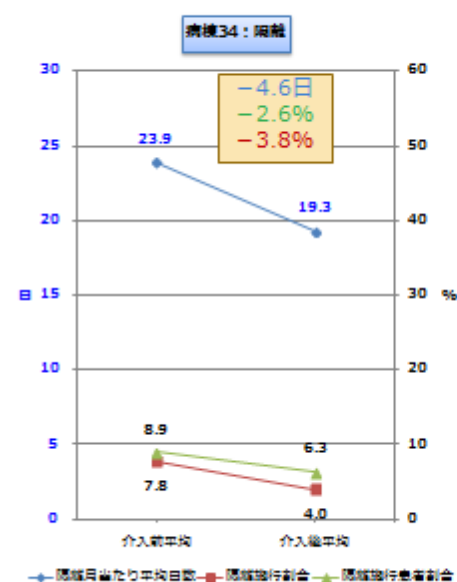
(施設 : 30) 病棟 : 34



病棟 : 34

(施設 : 30) 病棟 : 34		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	
入院料	精神15対1	精神15対1	B. 隔離・身体拘束旅行数の数値目標を立てる
看護配置 女性 (うち看護講師) 男性 (うち看護講師)	7 (1) 8 (3)	7 (1) 8 (3)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐感染性級の高い隔離室数	54 7 3	54 7 3	D. 隔離・身体拘束データを委員会で定期的 (月1回) に見直す
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	F2 F3	F2 F3	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	F. ディエスカレーション研修の開催
新規入院患者数	9	2	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
退院患者数	8	5	H. タイムアウトの実施
2011年平均在院日数	239	239	I. セーフティプランの使用
			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 (去者) を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う

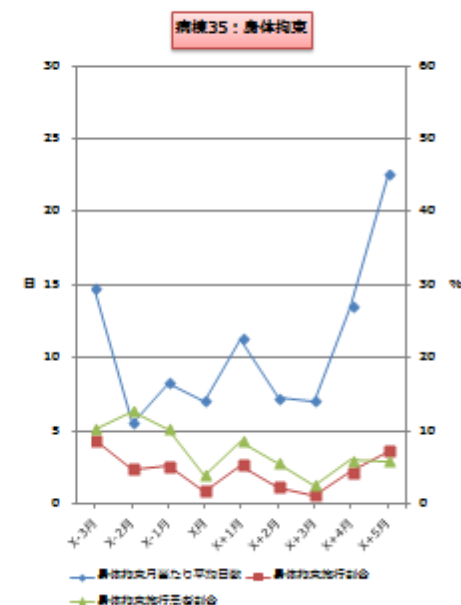
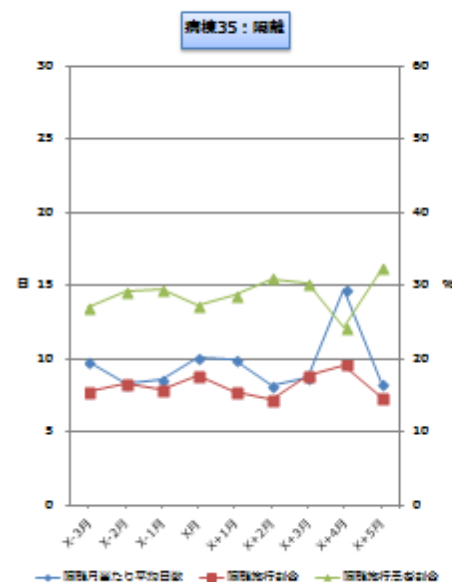
※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



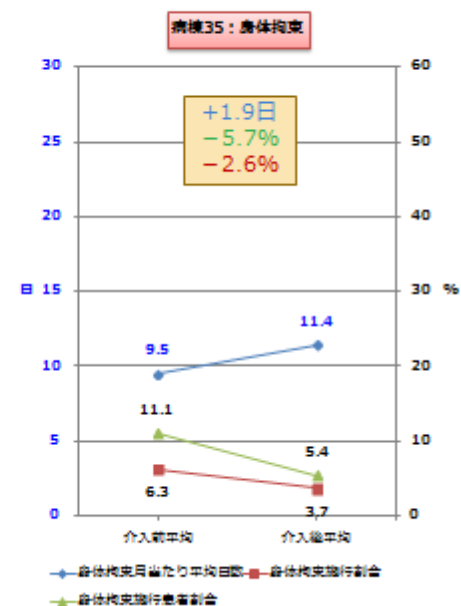
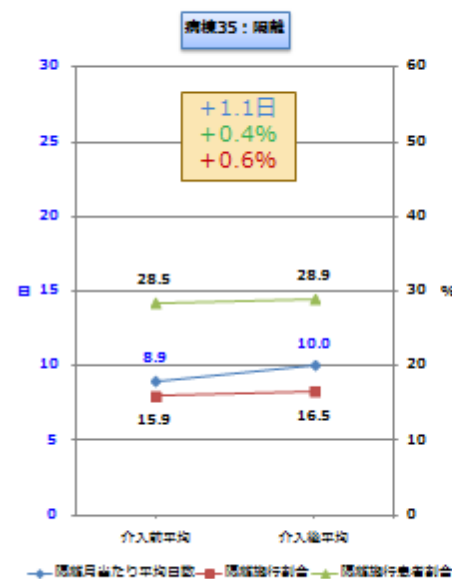
(施設 : 03) 病棟 : 35

病棟 : 35

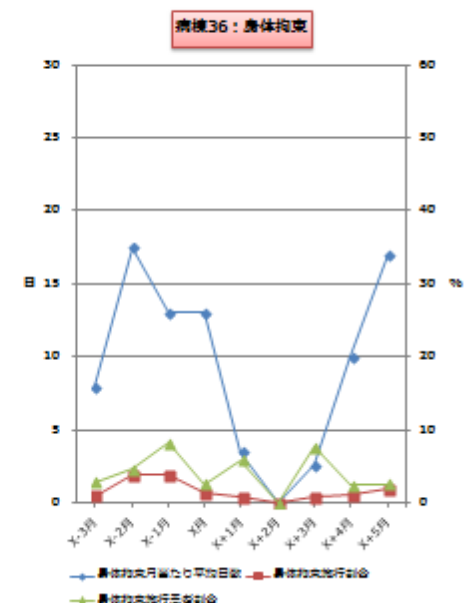
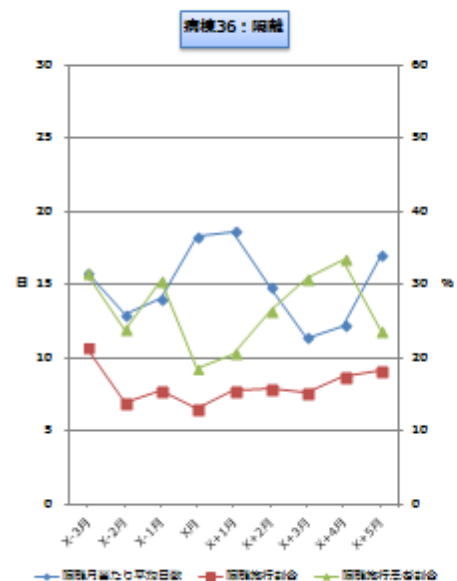
(施設 : 03) 病棟35		介入	
(調査員3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
入院科	急性期	急性期	D. 隔離・身体拘束データを評議会で定期的 (月1回) に見直す
看護師配置 女性 (うち准看護師)	15 (0)	17 (0)	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
男性 (うち准看護師)	10 (0)	10 (0)	F. ディエスケーション研修の開催
病床数 うち隔離室を含む病床数	50 6	50 6	G. 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
うち耐感染性のある隔離室数	5	5	
最も多くを占める治療対象疾患 次に多くを占める治療対象疾患	F2 F3	F2 F4	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	38	32	
退院患者数	38	32	
2011年平均在棟日数	43.6	43.6	



※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



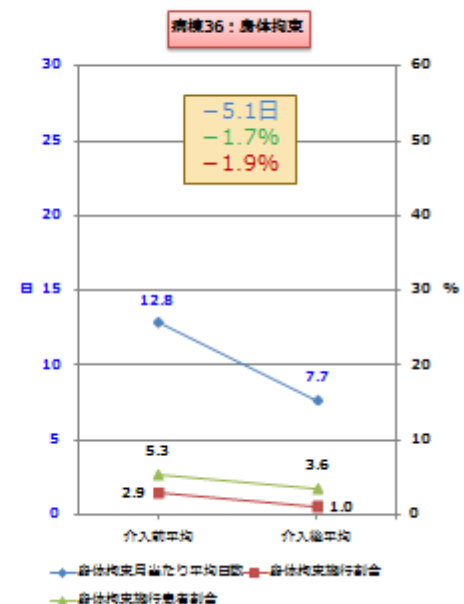
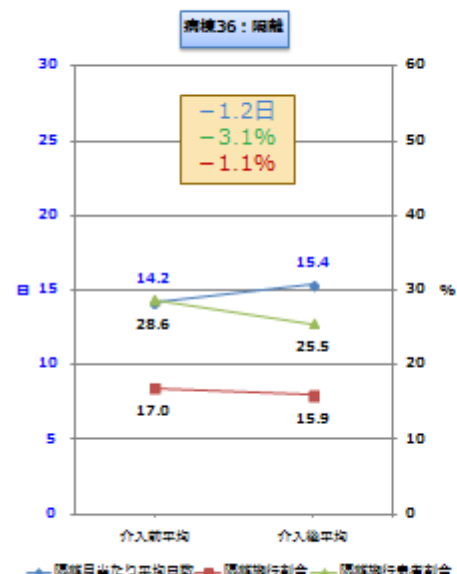
(施設 : 03) 病棟 : 36



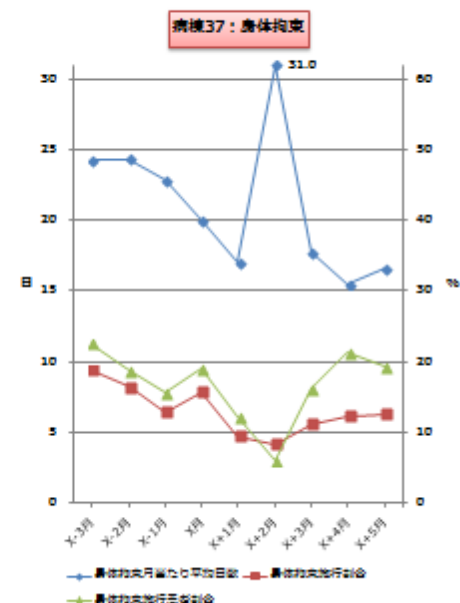
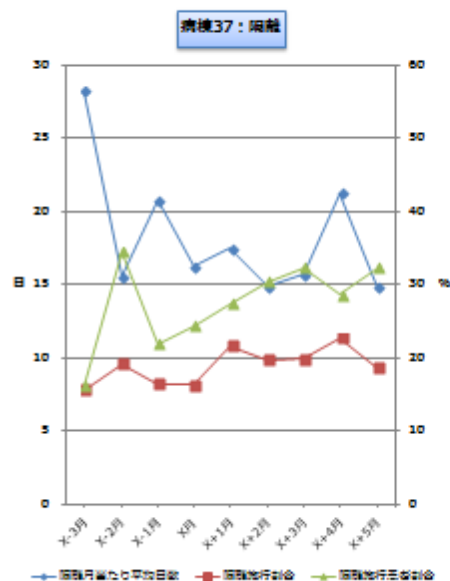
病棟 : 36

(施設 : 03) 病棟 : 36		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
入院料	精神15対1	精神15対1	D. 隔離・身体拘束データを評議会でも定期的 (月1回) に見直す
看護士配置 女性 (うち准看護士)	10 (0)	10 (0)	E. 総看護士による定期的研修会の開催
男性 (うち准看護士)	11 (0)	11 (0)	F. ディエスケーション研修の開催
病床数 うち隔離室を含む病床数	53 5	53 5	G. 個々のケースで「行動制約最小化計画」を立案
うち制約性のある高い隔離室数	4	4	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	4	10	
退院患者数	5	10	
2011年平均在院日数	256.4	256.4	

※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



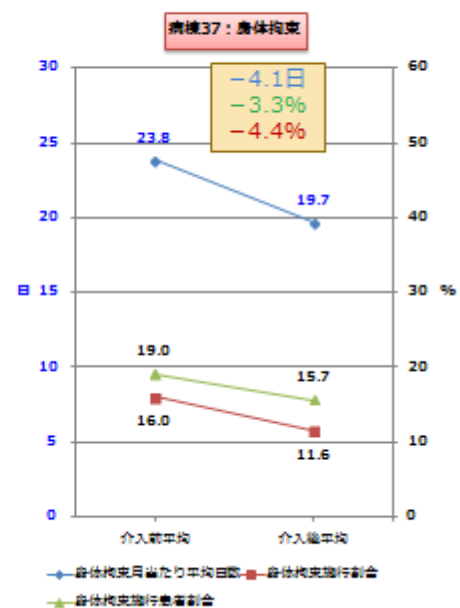
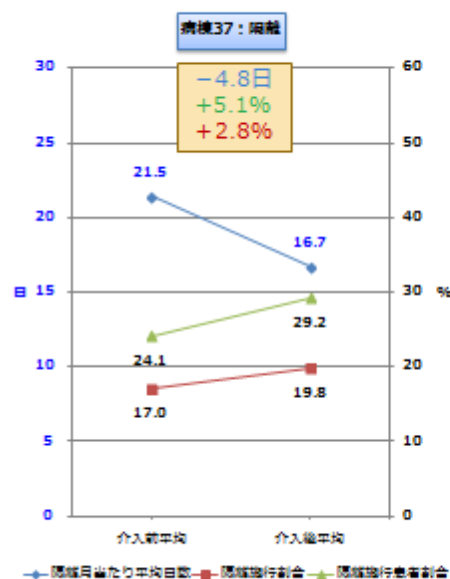
(施設 : 03) 病棟 : 37



病棟 : 37

(施設 : 03) 病棟 : 37		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
入院料	精神15対1	精神15対1	D. 隔離・身体拘束データを評議会で定期的 (月1回) に見直す
看護士配置 女性 (うち准看護士) 男性 (うち准看護士)	16 (0) 9 (0)	12 (0) 9 (0)	E. 認定看護士による定期的研修会の開催
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐感染性線の高い隔離室数	70 7 3	70 7 3	F. ディエスカレーション研修の開催
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	F2 F6	F2 F6	G. 個々のケースで「行動制約最小化計画」を立案
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	3	7	
退院患者数	4	3	
2011年平均在院日数	220.9	220.9	

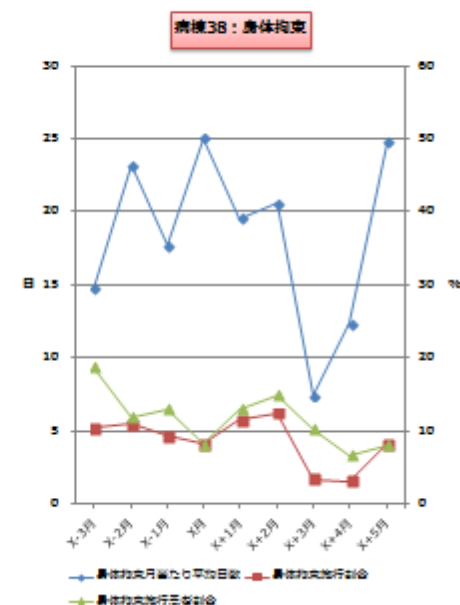
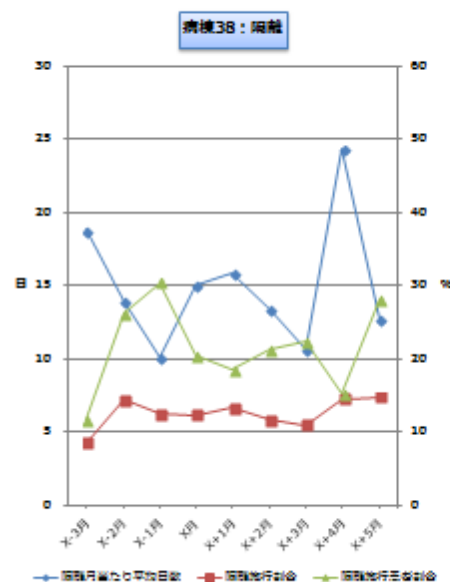
※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



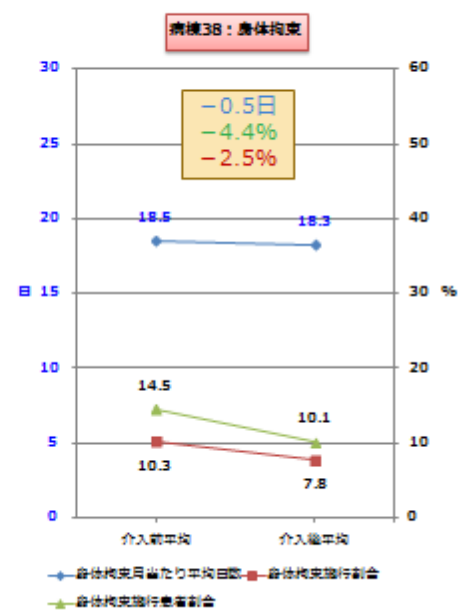
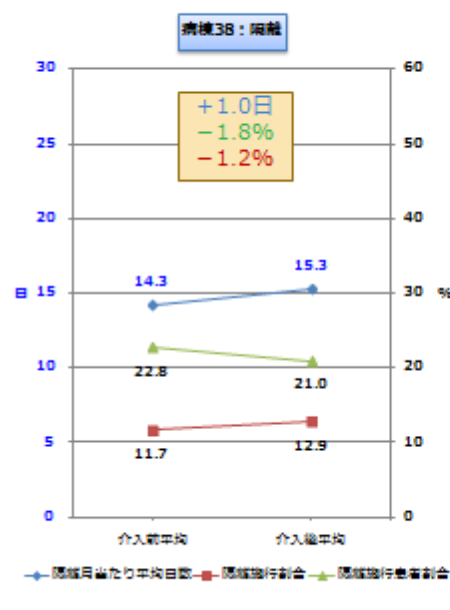
(施設 : 03) 病棟 : 38

病棟 : 38

(施設 : 03) 病棟 : 38		介入	
(調査票3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	C. 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
入院科	精神15対1	精神15対1	D. 隔離・身体拘束データを評議会で定期的 (月1回) に見直す
看護配置 女性 (うち准看護師)	25 (0)	25 (0)	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
男性 (うち准看護師)	0 (0)	0 (0)	F. ディエスケーション研修の開催
病床数 うち隔離室を含む病床数	70 6	70 6	G. 個々のケースで「行動戦略最小化計画」を立案
うち耐環境性能の高い隔離室数	3	3	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入棟患者数	9	12	
返棟患者数	9	9	
2011年平均在棟日数	186.6	186.6	

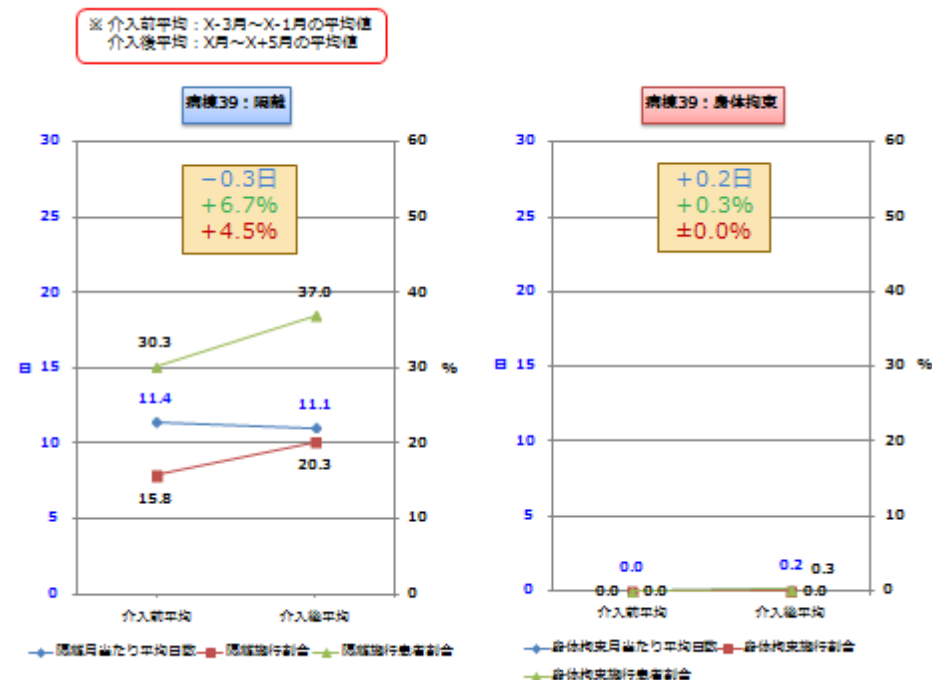
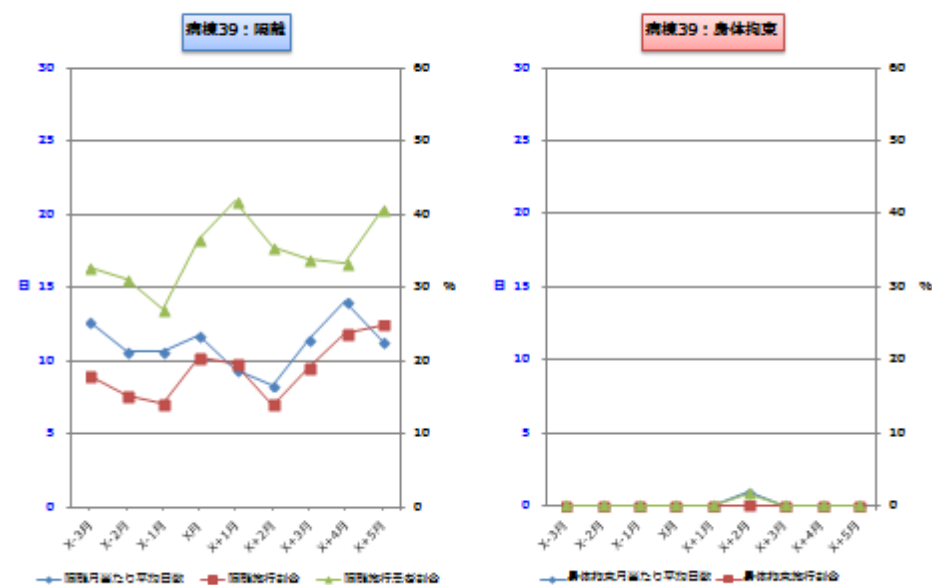


※ 介入前平均 : X-3月~X-1月の平均値
介入後平均 : X月~X+5月の平均値



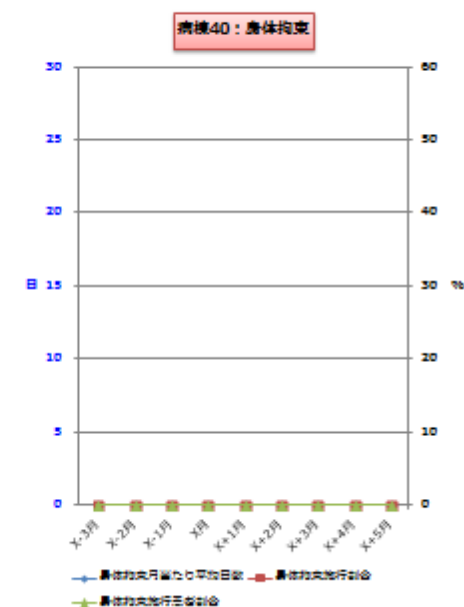
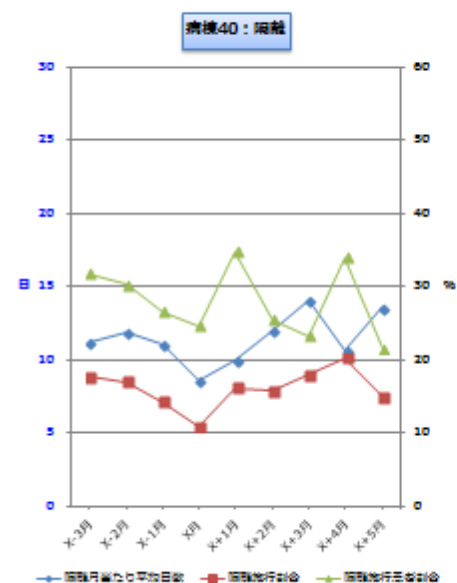
(施設 : 14) 病棟 : 39

病棟 : 39



(施設 : 14) 病棟 : 39		介入	
(調査員3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
入院科	救急 医療観察法	救急 医療観察法	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
看護師配置 女性(うち看護師) 男性(うち看護師)	22 (1) 8 (0)	22 (1) 8 (0)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち制動性のある隔離室数	45 33 3	45 33 3	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	19	23	
退院患者数	18	26	
2011年平均在院日数	64.6	54.4	

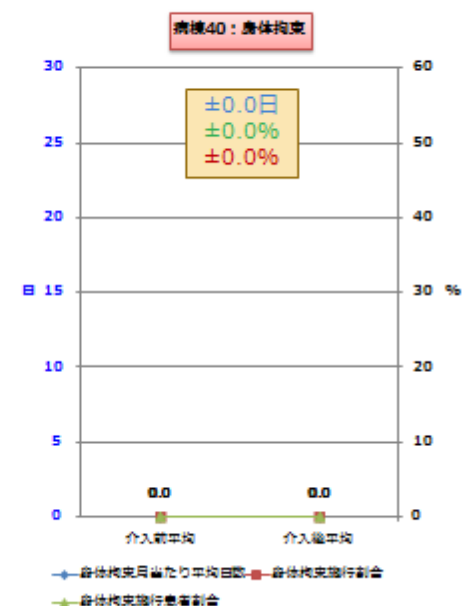
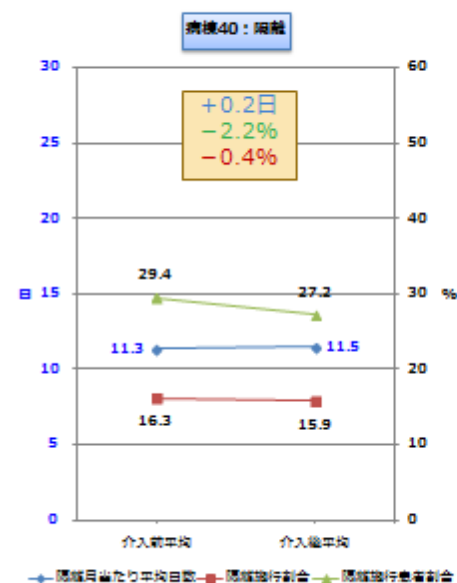
(施設 : 14) 病棟 : 40



病棟 : 40

(施設 : 14) 病棟 : 40		介入	
(調査員3より)	介入前 (X-1月)	介入後 (X+5月)	E. 認定看護師による定期的研修会の開催
入院科	急性期	急性期	N. 数日後以降、利用者(志者)を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う
看護配置 女性(うち看護講師) 男性(うち看護講師)	15 (1) 5 (0)	15 (1) 5 (0)	
病床数 うち隔離室を含む病床数 うち耐感染性線の高い隔離室数	45 16 3	44 24 2	
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	F2 F3	F2 F3	
最も多い年齢層	20才以上 65才未満	20才以上 65才未満	
新規入院患者数	17	16	
退院患者数	18	15	
2011年平均在院日数	58.7	61.4	

※ 介入前平均：X-3月～X-1月の平均値
介入後平均：X月～X+5月の平均値



資料 3

行動制限に関する介入研究（2011～2013） 介入病棟毎 データ解釈

【病棟特性】

調査票から得られた病棟のデータにもとづき、客観的に評価した。
病棟種別、スタッフ数、患者回転などから便宜上、主に急性期治療のウエイトを重視し、超急性期型、急性期型、ケースミックス、長期療養などの用語を用いて特徴を表現した。

【行動制限の状況】

データにもとづき、客観的に評価した。
便宜上隔離日数については1～2週、身体拘束については1週前後を「平均的」と表現した。

【介入】

以下の一覧のうち、それぞれの病棟で実施した介入を示した。

- B：隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
- 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
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- F：ディエスカレーション研修の開催
- 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
- J：セイフティプランの使用
- 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

【介入効果：ハードアウトカム】

データにもとづき、客観的に評価した。表現は便宜上以下のように統一した。

平均日数では 2.0日未満の変動：微増あるいは微減
2.0日以上の変動：増加あるいは減少

施行割合および施行患者割合では 5.0ポイント未満の変動：微増あるいは微減
5.0ポイント以上の変動：増加あるいは減少

「不変」については、指標間の関連や全体状況、変動経過、施行量の絶対数などを勘案して使用した。

【考察】

データにもとづき、客観的に考察を行った。

【結論】

現場スタッフの意見を参照し、考察した内容を総合的に評価して結論とした。

病棟 01（施設 01）

【病棟特性】

精神一般 13：1。看護師数 25 名で全て正看護師。男性看護師の割合が高く（介入前 60.0% 介入後 56.0%）全員が正看護師。全病床数 60 に対し個室数は 2 と少なく、耐破壊性の隔離室をもたない点が特徴的。患者特性が介入前後で F4>F2 F2>F3 と若干変化した。入退院は 25～33 / 月、平均在院日数 50.5 日と、患者回転が速く超急性期型に近い病棟である。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は 1～2%程度と少なく、平均日数は 1～2 週間と平均的だが、調査期間後半は長期化しており、個別患者の影響を受ける。一方身体拘束は施行患者割合 10%前後、施行割合 5%程度と隔離に比べ多めである。身体拘束日数は約 1 週間強で平均的だが、変動も大きく、やはり後半に長期化の傾向が見られる。

【介入】

C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す

E：認定看護師による定期研修会の開催

F：ディエスカレーション研修の開催

G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の平均日数は 7.5 日の増加、施行患者割合は微増だが、元々の実施が少ないため施行割合は微増にとどまった。身体拘束では平均日数が微増したが、施行患者割合が微減し、施行割合は結果的に不変であった。後半は長期化ケースが見られるものの、介入 1 カ月後のデータで、特に身体拘束において一時的な減少効果を呈した可能性がある。

【考察】

施行量は概ね不変であるが、介入 1 カ月後のデータで、特に身体拘束において一時的な減少効果を呈した可能性がある。

【結論】

現場スタッフの意見を総合した結果、一時的な効果の実感はなく、不変との結論に至った。

病棟 02 (施設 02)

【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師数は 25 名。男女比はほぼ 1 : 1 (男性割合で介入前 48.0% 介入後 56.0%) で准看護師は 1 名のみ。全病床数 51 で個室数 21、隔離室数 5 と約 4 割が個室である。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院 16 ~ 26 / 月、平均在院日数 37.4 日と回転は速く、構造・パフォーマンスともにほぼ救急入院料に近い超急性期型の病棟である。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 10 ~ 20% (施行患者割合 20 ~ 30%) と中等で、平均日数は 1 ~ 2 週間と平均的。身体拘束の施行割合は 10% 以下 (施行患者割合 15% 程度)、平均日数は変動が多きいが、平均すると約 1 週間前後でこちらも平均的。

【介入】

C : 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす

E : 認定看護師による定期研修会の開催

F : ディエスカレーション研修の開催

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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の平均日数は 1.4 日の微増、施行患者割合、施行割合ともに微増したが、概ね不変と思われる。身体拘束では平均日数で +2.8 日の増加をみたが、施行患者割合が微減し、施行割合は結果的に不変なし微増であった。施行量からは減少を認めず、介入効果を確認できない。

【考察】

施行量からは減少を認めず、介入効果を確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見としては、介入前に話し合いをもった時点で意識が高まったため、スタート時点での施行量が少ない可能性があるとのこと。これについてはデータ上確認できず、結論としては、施行量からは介入効果を確認できない、とした。

病棟 03 (施設 04)

【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師数 35 34 名。看護師の男女比はほぼ 1 : 1 (男性割合で介入前 51.4% 介入後 50.0%) で、全病床数 54 に対し看護師数が多い (約 1.5 : 1)。准看護師は 1 名のみ。個室数は救急入院料病棟として標準的で、個室数は 27 30 と介入期間中に増加しているが、隔離室数は 7 のまま変わらない。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は介入前 27 ~ 29 / 月、介入後は 30 ~ 36 / 月で、平均在院日数も介入前 46.6 日 介入後 62.3 日と、超急性期型で患者回転は速いが変動が見られる。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 35% 強で、施行患者割合が 50 ~ 60% と多い。平均日数は 2 週間弱とほぼ平均的。身体拘束の施行割合は 5 ~ 10% (施行患者割合 10 ~ 20%)、平均日数は約 10 日前後でやや長め。

【介入】

- B : 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
- C : 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
- E : 認定看護師による定期研修会の開催

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の平均日数は - 2.1 日減少したが、施行患者割合が 6.3% 増加し、施行割合は結果的に + 0.6 ポイントの微増 ~ 概ね不変であった。身体拘束では平均日数が - 1.3 日の微減、施行患者割合が + 6.1 ポイント増加し、施行割合は + 2.7 ポイント微増した。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。

【考察】

最終的な施行割合が減少方向ではないものの、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。ただし、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。

【結論】

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図があったとの回答であり、高回転化を示したと考えられる。

病棟 04 (施設 05)

【病棟特性】

精神一般 15:1。看護師数 21 20 名。看護師の男女比はほぼ 1:1(男性割合で介入前 47.6% 介入後 50.0%)で、准看護師の比率が高い。病床数 60 に対し、個室数は耐破壊性の隔離室数のみ 4 床と少ない。患者特性は F2>F3 の従来型から介入後は F0 が増加し F2 に次ぐ疾患カテゴリとなっている。入退院は介入前 11~13/月、介入後は 8~9/月で、平均在院日数は介入前 1333 日 介入後 275.2 日と、長期在院者を多く含むケースミックス病棟と思われる。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 5%以下と低く、施行患者割合は多くても 20%未満。平均日数は 6 日と短い。身体拘束の施行割合はほぼゼロ水準で(0.3%以下、施行患者割合 0.5~1.0%)減少にないが、ケースが発生した場合には 20 日を超えることもある。平均すれば日数は約 1~5 日と短い。

【介入】

J: セイフティプランの使用

【介入効果: ハードアウトカム】

隔離の平均日数はほぼ不変、施行患者割合は微増で、施行割合は微増ないし不変であった。身体拘束では恐らく特定の患者が長期の身体拘束を必要とした経緯が考えられ、平均日数では +4.0 日増加しているが、施行患者割合はわずかであるため、施行割合としては全体の 0.3%以内であった。施行量自体が少なく、介入による減少を認めず、効果を確認できない。

【考察】

元々の施行量自体が少なく、介入による減少を認めず、効果を確認できない。

【結論】

元々の施行量自体が少なく、介入による減少を認めず、施行量としては、変化を確認できない、としたが、現場スタッフの意見として、J: セイフティプランの使用による「手ごたえ」はあったと回答があり、介入が施行量以外で影響を示した可能性はある。

病棟 05 (施設 06)

【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師の男女比は 1:1 で、介入前後で 26 名 24 名の減員がある。准看護師は 1 名のみ。病床数は 48 と比較的コンパクトで、救急入院料のため半数の 24 が個室、隔離室は 2 室のみと少ない。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 31~33 / 月と安定しており、平均在院日数は 45~49 日と、超急性期型である。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 3%前後であり、急性期型の病棟としては極めて少なく、施行患者割合 10%以内、平均日数 6 日弱 (ほぼ 10 日以内) についても短い。身体拘束の施行割合も 3~4% (施行患者割合 10%弱) と少なく、平均日数は 1 週間前後であり平均的。

【介入】

- B: 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
- C: 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
- E: 認定看護師による定期研修会の開催
- G: 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
- 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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の平均日数は不変、施行患者割合は微減で、施行割合としても微減であった。身体拘束では、平均日数が +1.5 日、施行患者割合が +1.4 ポイントの微増であるが、元々の施行量が少ないため、施行割合としては 4%程度にとどまっている。施行量としては減少を認めず、効果を確認できないものの、介入期後半では特に隔離において減少傾向が見受けられる。

【考察】

施行量自体が少なく、介入による減少を認めず、効果を確認できないものの、介入期後半では減少傾向が見受けられる。

【結論】

現場スタッフへの意見聴取内容を総合すると、G: 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案による現場の最小化への意識の高まりがあったと言い、日数単位の施行量では大きな変化を認めないものの、時間単位では最小化効果があったとのことであった。その時間単位の効果が介入後半の隔離の施行量の減少傾向に相当するかは明確でないが、主観的印象の确实さとデータ変化を示した事実を考慮すると、全体の最終評価としては介入効果があったと結論して良いと思われる。

病棟 06 (施設 07)

【病棟特性】

精神療養病棟。看護師の男女比は介入前 1:4 介入後 1:4.5 で 20 名 22 名の増員がある。約半数は准看護師。病床数は 54 で、個室は 16 と療養にしては多めで隔離室も 2 室備える。患者特性は F2>F0 の慢性型。入退院は 0~2 / 月と患者回転がほとんどなく、平均在院日数は 1558.8 日であり、長期療養型である。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 4%弱で一定、施行患者割合は 5%弱と隔離室比率に近く、施行量自体は少ないが、平均日数は 15~30 日超のこともあり長い。身体拘束も同様であり、10%弱の患者に 2~4 週間程度施行され、施行割合としては 5~8%である。

【介入】

B：隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離については、平均日数、施行患者割合、施行割合とも不変であった。一方身体拘束では、平均日数が - 4.3 日の減少、施行患者割合が - 2.1 ポイントの微減を示し、施行割合も - 3.0 ポイントの微減となっており、介入効果の可能性はあるが、患者の状態や増員の効果についても確認する必要がある。

【考察】

身体拘束において施行量の微減ないし減少が見られ、介入効果の可能性はあるが、患者の状態や増員の効果についても確認する必要がある。

【結論】

現場スタッフの意見としては、B：隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる、により現場の意識づけにはなったが、施行量にまで影響したとは断言できないという回答であり、効果としては確認できなかった。

病棟 07 (施設 09)

【病棟特性】

救急入院料病棟。看護師数は 22 名 (男女比約 1 : 1.5) で、全て正看護師。介入前後の人数変動なし。病床数は 43 と比較的コンパクトなユニットで、何よりも全てが個室であることが特徴。耐破壊性の隔離室は 4 室を備える。患者特性は F2>F3 の従来型で、入退院は 26 ~ 28 20 ~ 21 / 月と変動があるが、新棟としてオープンした影響が考えられる。平易均在院日数 46.4 日であり、超急性期型。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は 15 ~ 30%、施行患者割合 25 ~ 35%程度と、中等度の頻度で隔離がみられ、平均期間は 2 週間弱と平均的。身体拘束は 10 ~ 20%の患者に施行されるが、平均日数は長くとも 3 週で、平均すると 1 週間をやや超えるほぼ平均的日数であり、施行割合は 10%以下に抑えられる。

【介入】

F : ディエスカレーション研修の開催

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離については平均日数 - 1.0 日、施行患者割合 + 0.9 ポイント、施行割合 - 1.6 ポイントといずれも微変動に留まる。身体拘束では平均日数は不変だが施行患者割合が - 6.7%と減少したことで、施行割合も - 2.7 ポイントまでの微減をみる。

【考察】

身体拘束の施行患者割合の減少を見るが、新棟としてのオープンなど、他の要因があるため、介入効果であるかどうかの判断は現場のスタッフの意見聴取が必要である。

【結論】

現場スタッフの意見を総合すると、意識的な変化は感じたものの、数字に反映されたかどうかは不明確とのことで、介入効果としては確認できなかったという結論。

病棟 08 (施設 09)

【病棟特性】

精神一般 15 : 1。看護師数 16 17 で男性は 2 割前後。准看護師 4 ~ 5 名を含む。病床数は 48 で全個室が特徴的。耐破壊性の隔離室が 3 室ある。患者特性は F2>F3 の従来型で、入院数は 3 ~ 7 / 月、平均在院日数 484.1 日と変動が少なく長期療養タイプ。病棟 09 と同施設で、介入期間に病棟再編が行われた影響があると言うが、数字上の変動は目立たない。

【行動制限の状況】

35 ~ 50% の患者に 3 週間前後の長めの隔離が行われており、施行割合としては 30% 超の隔離が常態である。身体拘束は期間内の変動が大きい、5 ~ 20% の患者に 2 ~ 3 週間と、やはり長く行われており、次第に施行量が増え、施行割合では多い時に 10% を超える。

【介入】

E : 認定看護師による定期研修会の開催

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離は平均日数 - 2.2 日、施行患者割合 + 6.9 ポイントでそれぞれ増減を示したが、最終的な施行割合は + 1.7 ポイントの微増であった。数字的には高回転化の特徴であったが、期間内の変動からは否定的である。一方の身体拘束は施行患者割合 (+ 8.0 ポイント)、平均日数 (+ 3.9 日)、施行割合 (+ 6.5 ポイント) といずれも増加した。

【考察】

施行量の不変 (隔離) ないし増加 (身体拘束) を示しており、介入効果を確認できない。個室設備が施行量を増加させている可能性を否定できない。

【結論】

現場スタッフの意見を総合しても、個室設備による施行量の増加が確認され、加えて患者層の高齢化が要因という意見であった。施行量としては介入効果を確認できなかった。

病棟 09（施設 09）

【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師数 19 20 で男性のほうがやや多く、准看護師 7 名を含む。病床数は 66 で、個室はすべて耐破壊性の隔離室で 6 室。患者特性は E2>F3 の従来型で、入退院数 3～6 / 月、平均在院日数 502.2 日の長期療養型。病棟 08 と同施設でやはり病棟再編を経ているが、数字的に介入前後での違いは目立たない。病棟 08 との大きな違いは個室設備である。

【行動制限の状況】

病棟 08 と同様の 3 週間前後の長めの隔離が行われているが、期間内の変動が大きく、施行患者割合は 10～20%、施行割合としても 10%水準という病棟 08 よりも低頻度で一定している。身体拘束も 3 週間前後で、やはり長く行われており、施行患者割合は 30%弱、施行割合では 20%程度の一定数で、こちらは病棟 08 よりも多い。

【介入】

C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離は介入開始直後に平均日数の減少と施行患者割合増加の動きを見せ、期間内としては平均日数 - 4.9 日の減少を示した一方、施行患者割合は + 3.3 ポイントの微増で、高回転化の効果を発揮した可能性がある。ただし施行割合はほぼ 10%で一定しており、最終的には不変であった。身体拘束の施行量変動はほとんど見られず（施行患者割合 - 1.9 ポイント、平均日数 + 0.4 日、施行割合 - 0.7 ポイント）介入効果は確認できなかった

【考察】

病棟 08 との比較で行動制限の状況の特徴が示され、隔離では介入直後に高回転化の可能性が示唆される。

【結論】

現場スタッフの意見聴取によれば、高回転化の時期に新規転棟患者の隔離があったとのことで、患者特性に影響された可能性があるが、現象としての高回転化が確認できるため、一種の効果を示したと結論した。

病棟 10 (施設 10)

【病棟特性】

2011 年に開設された新規の病棟である。介入前は精神一般 15 : 1、介入後は急性期治療病棟と、介入期間中の変更があった。看護師の男女比は男性比率で介入前 43.8% 介入後 53.3%、人数は 16 名 15 名の減員と変化がある。准看護師の比率がやや高めである(介入前 43.8% 介入後 40.0%)。病床数は介入前後とも 35 と小サイズであり、個室 11 のうち全てが耐破壊性の隔離室である。患者特性は介入前 F2>F1 介入後 F2>F3 と従来型へ変化。入退院は介入前 21 ~ 23 / 月 介入後 18 / 19 / 月と若干減少したが病床数を考慮すると高回転であり、平均在院日数は 46.5 日と超急性期型である。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は 10 ~ 30%、施行患者割合は 30 ~ 50%強で変動が大きく、全体に多めであるが、平均日数は 1 ~ 2 週間であり平均的。身体拘束は施行割合 3 ~ 4%、施行患者割合 11 ~ 15%で、平均日数 5 日程度と短めである。

【介入】

B : 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果 : ハードアウトカム】

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不変、平均日数は - 3.3 日の減少を示し、施行割合も結果的に - 9.3 ポイントの大幅減少を認めた。身体拘束の平均日数は不変であったが、施行患者割合が + 3.4 ポイントの微増したため、施行割合も + 1.2 ポイント微増した。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、構造面や患者特性の変化についても確認する必要がある。

【考察】

施行量としては、隔離の減少および、隔離・身体拘束の両方で経過中の一時的な減少を認め、介入効果の可能性はあるが、構造面や患者特性の変化についても確認する必要がある。

【結論】

現場スタッフの意見としては、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、が意識の向上にはつながったという手応えは明確であり、一時的効果のデータ変化が見られたことから、介入効果の可能性があったと判断した。

病棟 11（施設 12）

【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師数 22 名で全て正看護師。看護師の男女比は約 2 : 1 で男性スタッフ数がかかなり多い。介入前後での変動はない。病床数は 44 と比較的コンパクトで、救急入院料の基準である半数（22）を上回る 26 が個室で、隔離室を 8 室整える。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 21 ~ 27 / 月と多少の変動があり、平均在院日数は約 55 日と、超急性期型である。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は 40% 前後、施行患者割合 50 ~ 60% と多く、急性期の特徴と個室数の多さを反映する。平均日数は約 2 週間弱であり、平均的。一方身体拘束の施行割合は 1% 以下（施行患者割合 2 ~ 3% 前後）と僅かで、平均日数も 5 日前後と短め。隔離と身体拘束の施行量に差が大きく特徴的。

【介入】

F：ディエスカレーション研修の開催

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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離では経過上の変動があるものの、平均の数字としては介入前後で平均日数（ - 0.7 日）、施行患者割合（ + 0.8 ポイント）、施行割合（ - 1.5 ポイント）といずれの指標もほぼ不変であった。身体拘束は施行量自体が少ないが、隔離同様に前後の変化はない。施行量として、隔離が多めで身体拘束がわずかである特徴を有し、介入による施行量の減少を認めず、効果を確認できない。

【考察】

施行量として、隔離が多めで身体拘束がわずかである特徴を有し、介入による施行量の減少を認めず、効果を確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見においても、施行量として、隔離が多めで身体拘束がわずかである特徴を有し、介入による施行量の減少を認めず、効果を確認できない、との結論。

病棟 12（施設 12）

【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師数 18 19 名。1 名が准看護師。看護師の男女比は男性スタッフ比率で介入前 61.1% 介入後 57.9%と男性が多い。病床数 55 に対し、個室数は 17、耐破壊性の隔離室が 2 室ある。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は介入前 4 / 月、介入後は 1 ~ 2 / 月で、平均在院日数は介入前後とも 1264 日と患者回転がほとんどなく、主に長期在院者で構成されている。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 10%前後、施行患者割合は 20%前後、平均日数は 2 週間を超えており長めだが最終月のみ短い。身体拘束は介入前に比較的長期の事例がごく僅かに存在しているが、その後発生しておらず、施行割合でも 1%以下と僅か。

【介入】

F：ディエスカレーション研修の開催

【介入効果：ハードアウトカム】

前後比較では隔離の平均日数、施行患者割合、施行割合ともほぼ不変であるが、いずれの指標も介入前後で減少方向にあり、特に介入最終月に平均日数の低下施行患者割合の増加という高回転化パターンが見られる。身体拘束では恐らく介入前に特定の患者が身体拘束を必要とした経緯が考えられ、介入後は施行がない。施行量として、平均値の比較では有意な減少を見ないが、隔離の減少傾向や高回転化、身体拘束の非実施化など、効果の可能性は否定できない。

【考察】

施行量として、平均値の比較では有意な減少を見ないが、隔離の減少傾向や高回転化、身体拘束の非実施化など、効果の可能性は否定できない。

【結論】

現場スタッフの意見としては、最終月に隔離の長期化事例が何例か開放されたためであり、介入効果によるものとは言い難いという見解であり、介入効果が確認できなかった。

病棟 13 (施設 13)

【病棟特性】

本研究参加病棟中唯一の認知症病棟。看護師数 19 18 で半数超が准看護師。看護師の男女比は約 1 : 3 と女性が多い。病床数 54 に対し、個室数は 8 と少なめで、耐破壊性の隔離室が 2 室ある。患者特性は F0>F2、年齢層も 65 歳以上が最も多く、認知症病棟に特有となっている。入退院は介入前入院 9 / 月、同退院 5 / 月、介入後は入退院とも 3 / 月と変動が見られ、平均在院日数は介入前後とも 363 日であり患者回転は少ない。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は 0 ~ 1%、施行患者割合は 0 ~ 3% とほとんど施行がなく、患者状況によって時に発生する程度。平均日数は長くとも 10 日程度と短く、変動が大きい。一方身体拘束の施行割合は 10 ~ 15% であり (施行患者割合 10 ~ 20% 程度) 平均日数は 2 ~ 3 週間と長く、隔離と身体拘束の施行に大きな差がある特徴的なパターンを示す。

【介入】

E : 認定看護師による定期研修会の開催

F : ディエスカレーション研修の開催

G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

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

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離は介入後の実施がほとんどなくなっており、平均日数、施行患者割合、施行割合ともに減少ないし微減となった。身体拘束は平均施行量としてみると平均日数 (+ 0.3 日) 施行患者割合 (- 2.0 ポイント) 施行割合 (- 3.5 ポイント) と不変 ~ 微減の範囲にあるが、経過としては次第に施行患者割合が減り、平均日数が増える重度限定化 (重症者にのみ限定的に適用される) のデータ傾向を示し、施行割合も結果的には減少傾向にあることから、介入効果の可能性はある。

【考察】

隔離は減少した。身体拘束は平均施行量として不変 ~ 微減の範囲にあるが、経過として重度限定化 (重症者にのみ限定的に適用される) のデータ傾向を示し、施行割合は結果的には減少傾向にあることから、介入効果の可能性はある。

【結論】

現場スタッフの意見聴取にて、重度限定化の意図は無かったようであるが、最小化に向けた意識向上があり減少に向かったとのことで、効果があったと結論した。

病棟 14（施設 14）

【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数・男女比は介入前 22 人・約 1：2 介入後 19 人・約 1：1.5 と、減員・男性比率の変化あり。准看護師を 4～5 名含む。病床数 57 に対し、個室数は 15、耐破壊性の隔離室を 8 室有す。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は介入前 11～12 / 月、介入後は 8～10 / 月で多少減少し、平均在院日数は介入前後とも 139 日と、ケースミックスを思わせる。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 10%前後を推移し変動が少ない。施行患者割合は約 20～30%、平均日数は 2 週間弱で平均的。身体拘束の施行割合は 5%以下（施行患者割合 10%以下）で少ないが、平均日数は変動が大きく対象患者の特徴に左右される。

【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

F：ディエスカレーション研修の開催

G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

J：セイフティプランの使用

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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量は、介入前後の平均値で見るとほぼ不変である。施行患者割合と平均日数は相反的な動きが見られ、小さな重度限定化と高回転化を繰り返し、施行量としては - 0.8 ポイントの微減。身体拘束では恐らく特定の何名かの患者に左右されたデータを示し、結果的には増加方向であるが、施行割合としては全体の 1～2%と少ない。施行量としては変化を認めず、介入による効果を確認できない。

【考察】

施行量としては変化を認めず、介入による効果を確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見としても、特に介入効果による最小化の影響を実感せず、介入効果を確認できなかった。

病棟 15（施設 15）

【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師の人数は27 26名と1名の減員があり、病床数に対し多く、男女比は約2:3。病床数は45とやや小規模で、個室数は25、耐破壊性の隔離室を6室と、構造的には救急入院料を上回るレベルの人員配置と病床配置を有す。患者特性はF2>F3の従来型。入退院は介入前18~20/月とやはり救急入院料に近いが、平均在院日数は2~3か月であり、急性期型である。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約30~40%、施行患者割合は約40~60%と多く、急性期型を反映する。平均日数は2週間前後でほぼ平均的。身体拘束の施行割合は10%以下（施行患者割合10~20%）で、平均日数は変動が大きく（0~30日）対象患者の特徴に左右される可能性がある。

【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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の平均日数は介入前後でほぼ不変~微減であるが、施行患者割合では-7.0ポイントの減少を示し、施行割合としても-5.5ポイントの減少を達成している。身体拘束は恐らく対象患者の特徴に左右されたデータを示し、結果的には増加し、隔離とは逆の変化であった。

【考察】

隔離の施行量において減少が見られ、介入が効果的であった可能性があるが、身体拘束は増加傾向にあるため、具体的な経緯を確認する必要がある。

【結論】

現場スタッフの意見としては、数値の変動はその時点での該当患者の特性によるかもしれないが、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、によって対象者のアセスメントが詳細になされることによって、効果があったとの実感が聴取され、隔離については減少効果があったと結論した。

病棟 18 (施設 17)

【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師の人数は33 32名と1名の減員があり、病床数に対し多く、救急入院料を超えるレベルの人員配置を有す。男女比は約1:2。病床数50に対し個室数14、耐破壊性の隔離室2室は、急性期治療病棟として順当か。患者特性はF2>F3の従来型。入退院は介入前20前後/月 介入後15程度/月と変動があり、平均在院日数も介入前53.1日 介入後73.2日と変動しているが、基本的には急性期型の病棟。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約20%弱、施行患者割合は約20~30%であり、急性期としては平均的。平均日数は約2週間でほぼ平均的。身体拘束の施行割合は5%以下(施行患者割合10%以下)と僅かで、平均日数は変動がみられるが平均すれば約1週間と平均的。

【介入】

C: 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす

F: ディエスカレーション研修の開催

H: タイムアウトの実施

【介入効果: ハードアウトカム】

隔離の施行量として、平均日数は+3.4日の増加、施行患者割合は-1.5ポイントの微減であり、施行割合は結果的に+2.1ポイントの微増となった。身体拘束は恐らく対象患者の特徴に左右されたデータを示し、データ傾向としては平均日数の増加と、施行患者割合の減少に特徴づけられる重度限定化の可能性を示し、施行割合は結果的に微減した。

【考察】

隔離の施行量において減少を認めず、身体拘束では重度限定化の可能性はあるが、患者特性が影響した可能性があり、介入効果としては確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見聴取では、F: ディエスカレーション研修の開催、H: タイムアウトの実施、などの介入に対しスタッフの反応はあったものの、意識変化までには至らず、介入効果として表れたとは言えないという意見で、最終的には介入効果を確認できないという結論。

病棟 19 (施設 18)

【病棟特性】

精神一般 15 : 1。看護師の人数は 21、男女比はほぼ 1 : 1 であり、介入前後で不変。准看護師を 7 名含む。病床数 60 に対し、個室数は 4、うち耐破壊性の隔離室は 3 室と少ない。患者特性は介入前 F2>F3 介入後 F2>F0 に変化しているが、最多年齢層の変化はない。入退院は 5 以内 / 月、平均在院日数 267 日と患者回転が少なく、長期療養型あるいはケースミックスの可能性はある。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 5 ~ 10% を推移、施行患者割合は 10 ~ 20% 程度、平均日数は 2 週間強でやや長めから終盤にはほぼ平均的な日数に変化。身体拘束の施行割合は 4% 前後 (施行患者割合はほぼ 10% 以下) と多くはないが、平均日数は変動しつつ約 2 週間で長め。

【介入】

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

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の施行量では、平均日数の微減 (- 1.4 日)、施行患者割合の微増 (+ 3.2 ポイント) であるが、両指標とも期間中に継続的な傾向として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 ポイントの微増となった。身体拘束では逆に平均日数の微増、施行患者割合の微減傾向を示し、重度限定化も考えられるが、平均日数の変動は大きく、対象患者の特徴が影響した可能性がある。

【考察】

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。身体拘束は重度限定化の可能性はあるが、患者特性の影響も考えられる。明確な効果を認めないが、詳細を確認する必要がある。

【結論】

現場スタッフの意見としては、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、今回の数値の動きが介入効果によるものと確認できなかった。

病棟 20（施設 18）

【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数は 20、男性看護師は 3 名のみ、准看護師が半数弱、介入前後で人数・構成に変化なし。病床数 60 に対し、個室数は 4、うち耐破壊性の隔離室は 2 室と少ない。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 3～5 / 月であるが、介入後の最終月の退院のみ 10 / 月と突出している。平均在院日数 197.6 日と患者回転が少なく、長期療養型ないしケースミックスの可能性もある。病棟 19 と同じ施設であり、病棟特性も類似点が多いが、病棟 20 のほうが女性看護師の割合が多く、患者回転が多少早い。聞き取りによる調査が望ましい。

【行動制限の状況】

隔離の平均日数は 3 週間超であり長く、変動も大きい。施行患者割合は 10% 弱のほぼ一定だが、施行割合は平均日数の変動で影響され約 5～10% 程度の幅を持つ。身体拘束の施行割合は 5% 以下（施行患者割合 0～5%）と少なめであるが、平均日数は変動しつつ約 10 日間であり長め。

【介入】

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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量において、平均日数の月ごとの変動が大きいですが、介入前後で 3.0 日の減少を示した。一方施行患者割合は不変～微増であり、結果施行割合は不変であった。身体拘束ではやはり月ごとの変動が大きいですが、前後の平均で比較すると、平均日数（-0.8 日）、施行患者割合（-1.6 ポイント）、施行割合（-0.3 ポイント）とも微減であった。隔離の平均日数が少ない月が 2 回みられ、平均としての減少幅は 3 日と大きく、効果の可能性もあるが、平均日数の数字が 25 日前後と大きいことによる可能性もある。身体拘束については、効果を確認できない。

【考察】

隔離の平均日数が少ない月が 2 回みられ、平均としての減少幅は 3 日と大きく、効果の可能性もあるが、平均日数の数字が大きいことによる可能性もある。

【結論】

病棟スタッフへの聴取では、数値の変動を患者特性によるものと回答しており、効果を確認できなかった。

病棟 21（施設 22）

【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数は介入前 13 と病床数 53 に対し少なく、介入後には 17 に増えている。男女比は介入前がほぼ 1：1 であるが、介入後は男性看護師のみが 4 名増えて、約 2：1 となった。准看護師は 4～5 名。このように人数と男女比に大きな変化がある。病床数 53 に対し、個室数 12、うち耐破壊性の隔離室が 3 室。患者特性は介入前 F2>F7 と知的障害の患者が多い特徴的な構成であったが、介入後には F2>F3 の従来型となった。入退院は 3～8 / 月、平均在院日数は介入前 167 日 介入後 108 日であり、ケースミックスと思われる。

【行動制限の状況】

隔離では、施行患者割合 20～30%、平均日数 2～3 週間のやや長め、施行割合は約 10～20% で期間内の変動が大きく、施行量自体は多め。身体拘束の施行割合は 1～2%、多くても 5% 以下（施行患者割合はほぼ 5% 以下）と少ないが、平均日数は変動が大きく、特定患者の影響が考えられる。

【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量において、施行患者割合が - 7.5 ポイントの減少、平均日数が + 2.7 日の増加で重度限定化を示し、施行割合は結果 - 4.5 ポイントの減少を達成している。身体拘束では後半の変動が大きく、平均日数は増加しているものの、施行患者割合は減少傾向で、施行割合とも不変ないし微増であることから、特定患者による影響が考えられる。施行量としては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、スタッフ増など構造変化が影響した可能性もある。

【考察】

施行量としては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、スタッフ増など構造変化が影響した可能性もある。

【結論】

スタッフへの意見聴取を行ったところ、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パターンは、患者層も関係していると思うが、言われてみるとある、との返答で、介入効果による重度限定化があったと結論した。

病棟 22 (施設 23)

【病棟特性】

精神療養病棟。看護師の人数は 9 名 10 名と介入後に 1 名増加あり。男性看護師は 1 名のみ。病床数 54 に対し、個室数 8、うち耐破壊性の隔離室は 5。患者特性は介入前 F2>F0 介入後 F2>F4 と、2 番目に多い患者のカテゴリが変化し、年齢層は介入後に 65 歳以上が最も多くを占めるようになった。入退院は 1~2 名/月であり、平均在院日数は 302 日とほとんど患者回転がない高齢者療養型。

【行動制限の状況】

隔離では、施行患者割合 5%以下で、施行が無い月もある。平均日数の変動は大きいですが、平均すると 10 日前後と平均的で、施行割合は 2%以下と施行量は少ない。身体拘束の施行量も 0 の月が多々見られ、要件が発生した場合、施行患者割合としては多くても 5%以下、施行患者は 1%以下と少ない。平均日数は数日~長くても 10 日以内に収まっている。

【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量において、施行患者割合は - 2.5 ポイントの微減、平均日数は - 3.2 日の減少を示し、施行割合はもともとの施行量が少ないため減少幅は小さいが - 1.0 ポイントあり、いずれの指標も減少方向であった。身体拘束では介入前が 0 であったため、後半に要件が発生してすべての指標が増加方向であるが、いずれも微増にとどまっている。施行量としては隔離において明確な減少がみられ、介入効果の可能性はある。

【考察】

施行量としては隔離において明確な減少がみられ、介入効果の可能性はある。

【結論】

現場スタッフの意見としては、一定の隔離エピソードを繰り返す患者群のその時の状態によるものであったとのことであったが、E：認定看護師による定期研修会の開催、中での代替え法が意識づけになったとの回答であり、施行量の明確な減少が観察されることから、介入による効果は否定できないと考えられた。

病棟 23（施設 23）

【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師の男女比は約 1：1.5 で、介入前後で 2 名のスタッフ減があった。准看護師は 1 名。病床数は 36 とかなりコンパクトで、救急入院料の基準を上回る 20 が個室で、うち耐破壊性の隔離室が 8 室である。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 7～16 / 月と変動が大きく、平均在院日数は約 64 日と、病床数によるものか、救急入院料病棟にしては患者回転が少なく、超急性期型～急性期型である。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 10% 前後と救急・急性期としては少なく、平均日数も 5 から 10 日と短い。施行割合としては 5% 以下水準を保っており施行量自体が少ない。身体拘束はほとんど実施がなく最終月に約 1 週間程度の要件が少数例（恐らく 1 例か？）発生したのみ。

【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離では月ごとに多少の変動があるものの、変動幅はわずかであり、介入前後で変化を認めない。身体拘束は施行量自体がほとんどない。介入効果としては確認できないが、施行量自体が少なく、既にかかなりの水準で最小化がなされていると考えられる。

【考察】

介入効果としては確認できないが、施行量自体が少なく、既にかかなりの水準で最小化がなされていると考えられる。

【結論】

現場スタッフへの意見聴取においても、既に最小化に対する意識が高いため、今回の介入によって特に新たな意識づけにはならなかったという回答であり、介入効果は確認されなかった。

病棟 24 (施設 24)

【病棟特性】

精神一般 13 : 1。看護師の人数は 29 28 人。男女比は 1 : 1.5 で、准看護師が 2 名。介入前後で女性看護師 1 名減。病床数 55 に対し、個室数は 39、うち耐破壊性の隔離室は 11 室とスタッフ・個室とも救急入院料を上回っている。患者特性は F2 が最も多いが、次に多いのは F8 という特徴を有す。入院が 5~7 人 / 月に対し退院のほうは 10~17 人 / 月と多い。平均在院日数も 253.3 日と、患者回転は構造に比べると決して多くはない。恐らくは重度かつ慢性例の多いケースミックスと思われる。

【行動制限の状況】

隔離の平均日数は 3 週間前後と長め、施行患者割合も 40% 超と多い。施行割合は結果的に 30% 超となり施行量自体が多い。身体拘束では変動が大きいが、施行自体は少なく、平均すると施行割合は 1% 以下 (施行患者割合 0~5%、平均日数 0~9 日) とわずかである。

【介入】

G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の施行量において、平均日数の変化は - 2.4 日の減少であり、施行患者割合が + 1.3 ポイントと微増しても、施行割合の変化としては - 2.9 ポイント (微減) を示し、介入後半に向け高回転化型の変化がみられた。身体拘束では介入開始月にゼロを記録したが、数日の身体拘束を要すケースが少数あるとみられ、月ごとの変動があり、結果的には平均日数の微減、施行患者割合の微減を伴い、不変であった。施行量としては、大きな変化を示してはいないが、一部隔離の高回転化の傾向がみられ、効果の可能性もある。

【考察】

施行量としては、大きな変化を示してはいないが、一部隔離の高回転化の傾向がみられ、効果の可能性もある。

【結論】

現場スタッフの意見聴取からは、介入によって患者のストレスの評価ができたなど患者理解の向上と最小化への意識向上によって、長期の隔離者が解除に至った一因が考えられた。結果的に短期の高回転化につながったことは矛盾せず、効果があったと結論できる。

病棟 25 (施設 24)

【病棟特性】

精神一般 13:1。看護師の人数は介入前 20 人 介入後 21 人で女性 1 名増。男女比は 1:3。病床数 50 に対し約半数が個室 (26 室) で、うち隔離室は 4 室ある。患者特性は F1>F2 であり、依存症が多い。入退院は 31~49 人/月ときわめて多く、平均在院日数 36 日と、患者回転はかなり速い。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は約 20~30%と多く、平均日数は 2 週間前後とほぼ平均的。施行割合では 20%前後となる。身体拘束では施行患者割合 5%以下、平均日数は変動が大きいなが長くて 15 日、多くは 1 週間以内であり、平均的。施行自体はわずかで、施行割合としては 1%前後に留まる。

【介入】

G: 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果: ハードアウトカム】

隔離の施行量において、施行患者割合は - 0.6 ポイントの不変であったが、終盤は減少傾向にあるようにも見える。平均日数の変化は減少方向に転じており、- 1.9 日と減少と判定するにはわずかに届かないレベルの変化となった。結果、施行割合は - 5.9 ポイントの減少を示した。身体拘束では施行量が少ないために平均日数に変動があるように見えるが、施行割合としてはほぼ不変であった。施行量として隔離の減少を認め、介入が効果的であった可能性がある。

【考察】

施行量として隔離の減少を認め、介入が効果的であった可能性がある。

【結論】

現場スタッフへの聞き取り調査によれば、介入によるスタッフの意識向上があり隔離解除が促進された結果とのことで、数値的にも優位な変化があり、介入効果があったと結論できる。

病棟 26 (施設 25)

【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師数は病床 50 に対し 30 と多めで、男性より女性が 4 名多い。全て正看護師。介入前後でスタッフ数や構成の変更なし。病床数 50 に対し個室が 30、うち耐破壊性の隔離室が 12 室と、個室が充実している。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 11~15 / 月、平均在院日数は約 113 日と、救急入院料病棟にしては患者回転が少なく、急性期型に近い。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 40~50%と約半数に上る。平均日数 3 週間強、施行割合も 40%前後といずれの指標も高い数字であり施行量自体は多い。身体拘束の施行患者割合は少なく(ほぼ 5%以下)、施行割合も低率(1~2%)であるが、平均日数は月ごとの変動が大きく、ゼロの月から、長期の身体拘束を要すこともみられ、その時々患者特性による影響を大きく受ける。

【介入】

- 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
- E: 認定看護師による定期研修会の開催
- G: 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果: ハードアウトカム】

隔離では平均日数(-1.2 日)、施行患者割合(+2.3 ポイント)ともに変動はわずかであり、施行量としての施行割合では介入前後で変化を認めない。身体拘束は増加方向の変動があり、特に平均日数で大きな増加をみるが、施行量自体が少ないため特定患者の影響を大きく受けた結果であって、介入効果として論じることはできない。施行量としては、変化や減少が観察されず、介入の効果を確認できない。

【考察】

施行量としては、変化や減少が観察されず、介入の効果を確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見では、介入により特定患者の隔離解除を促進することはあったけれど、数値に反映されるような実感は無いとのことで、介入効果は確認できない。

病棟 27 (施設 25)

【病棟特性】

精神一般 15 : 1。看護師の人数は 23、女性が男性より 3 名多くほぼ同数。介入前後で人数や構成に変化なし。病床数 50 に対し、個室数は 14 を備える。うち耐破壊性の隔離室は 2 室のみ。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 5 ~ 9 / 月、平均在院日数は介入前 262 日 介入後 153 日と大きく短縮化。患者回転として基本的にはケースミックスだが、比較的入院者があり徐々に急性期化に向かっていることが推察される。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 15 ~ 30%程度であるが、日数は 3 週間前後と長めで、施行割合は約 10 ~ 20%となる。身体拘束の施行割合は 1%以下 (施行患者割合はほぼ 5%以下)とわずかであり、ケースに応じて平均日数が変動して最長は 16 日程だが平均すればほぼ 5 日以内である。

【介入】

- 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
- E : 認定看護師による定期研修会の開催
- G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の施行量では、平均日数 + 2.5 日、施行患者割合 + 5.2 ポイントのいずれも増加を示し、施行割合でも + 5.7 ポイントと 3 指標とも増加した。身体拘束は月ごとの変動があるが、結果的には介入前後でいずれの指標もほぼ変化しなかった。

【考察】

隔離施行量の増加がみられ、介入効果は確認できない。

【結論】

現場スタッフ ~ 聴取された意見は、G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案、は有用であったが、長期のケースや救急病棟からの新規転入者の影響があったとのことで、数値を好転させるような介入効果は確認できなかった。

病棟 30 (施設 27)

【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師数は 17 名で、男女比はほぼ 2 : 1 と男性が多い。介入前後で准看護師 1 名が正看護師に交代した以外、人数や男女比構成に変化ない。全病床数 48 で個室数 14、耐破壊性の隔離室は 6 室で介入前後の変化なし。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院 15 / 月前後、平均在院日数 82.6 日と急性期型の病棟である。

【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 15 ~ 20% (施行患者割合 15 ~ 30%) と中等で、平均日数は 2 ~ 3 週間と長め。身体拘束の実施はほとんどなく、2 - 3 日の要件が 3 - 4 か月に 1 件発生する程度で、施行割合としては 1% 以下である。

【介入】

C : 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす

E : 認定看護師による定期研修会の開催

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の施行患者割合は前後とも 21 ~ 22% で変化がなく、平均日数は + 4.1 日の増加を示したが、施行割合としては + 1.9 ポイントの微増にとどまった。身体拘束は実施がほぼ無いため介入効果を論じることは困難。施行量からは減少を認めず、介入効果を確認できない。

【考察】

施行量からは減少を認めず、介入効果を確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見聴取では、行動制限量に影響した要因を新規患者の入退院数や状態の影響としており、介入に関連した回答は無く、介入効果は確認できなかった。

病棟 31（施設 28）

【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数は 17 名と少ないが、病床数に対しては高比率。男女比はほぼ 1：1 で、介入前後で人数や構成に変化なし。病床数 30 とかなりのコンパクトサイズで、個室数は 19、うち耐破壊性の隔離室は 6 室と、構造だけで言えば救急入院料病棟を上回る。患者特性は介入前 F2>F3 の従来型。入退院は 5～6 / 月、平均在院日数は 153 日で、患者回転としては急性期型。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 20～40%の幅があり平均して約 30%、平均日数は 3 週間前後と長め、施行割合も約 20～30%と多め。身体拘束の施行割合は 3%程度の低頻度だが（施行患者割合はほぼ 5～10%）で、ケースに応じて平均日数が大きく変動し、平均値では 2 週間程度と長め。

【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量では、施行患者割合が - 1.1 ポイントとほぼ不変で、平均日数では - 2.3 日の減少を示し、施行割合は - 4.2 ポイントと微減の範ちゅうではあるが減少方向への変化を示した。身体拘束は平均日数や施行患者割合で月ごとの変動があるが、施行量としては施行割合で - 0.9 ポイントでありほぼ不変。平均日数はある月に一度のみ長い日数を記録しているものの、前後平均としては - 4.3 日の減少を示している。施行量としては実質的とまでは言えないものの、隔離の減少傾向、身体拘束の高回転化を示唆する変化があり、効果があった可能性を否定できない。

【考察】

施行量としては実質的とまでは言えないものの、隔離に減少傾向を示唆する変化があり、効果があった可能性を否定できない。

【結論】

現場スタッフからは、G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案、のツール自体は有用と評価されたが、院内規定によって一般の計画に組み入れができず、現れた数値の変化が介入の効果によるものとは言いづらいとの意見であり、介入効果は確認できなかった。

病棟 32（施設 29）

【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師数 24 で、男女比はほぼ 1 : 1（男性が 2 名多い）。介入前後でスタッフ数や構成の変更なし。病床数 45 と比較的コンパクトで、個室の 25、うち耐破壊性の隔離室 14 室はいずれも多い。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 13 ~ 21 / 月で少々の変動がみられ、平均在院日数も介入前 36.6 日 介入後 58.1 日と変動しているが、これらの数字からは、超急性期型といえる。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 50 ~ 60% と半数を超え、平均日数は 2 週間強でほぼ平均的。施行割合も 40% 弱といずれの指標も高めの数字であり施行量自体は多い。身体拘束の施行患者割合 10% 前後あり、平均日数は 1 ~ 2 週間程度で幅があり、施行割合は 5% 前後にとどまる。

【介入】

B：隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる

E：認定看護師による定期研修会の開催

F：ディエスカレーション研修の開催

J：セイフティプランの使用

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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離では平均日数（+1.0 日）施行患者割合（+3.3 ポイント）施行割合（+2.7 ポイント）といずれも微増で。身体拘束は平均日数が +3.2 日の増加、施行患者割合が -3.5 ポイントの微減で、わずかに重度限定化の特徴もあるが、結果的な施行量としての施行割合は不変であった。施行量としては、変化や減少が観察されず、介入の効果を確認できない。

【考察】

施行量としては、身体拘束で僅かに重度限定化の可能性はあるが、明確な変化や減少が観察されず、介入の効果を確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見聴取では、一患者が長期化して数値を押し上げる可能性が回答され、確かに重度限定化の要因を示唆した。最小化への意識は高いものの、結果的な施行量の減少に結びつかなかったという実感があり、介入効果については確認できなかったとの結論。

病棟 33 (施設 30)

【病棟特性】

精神一般 15 : 1。看護師の人数は介入前 15 名 介入後 14 名と少ない。男女比はほぼ 1 : 1 で、男性が 1 ~ 2 名多い。准看護師 8 名を含む。介入前後で女性看護師が 1 名減のほか、構成上移動があった形跡有。病床数 40 とコンパクトであり、個室数は 13、うち耐破壊性の隔離室は 4 室と、個室率は 3 割である。患者特性は介入前 F2>F3 の従来型。入退院は 3 ~ 7 / 月、平均在院日数は 219 日で、患者回転としてはケースミックス型。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 10%前後、平均日数は期間中の変動が大きく 4 週間超からゼロまで変化、結果的に施行割合も 0 ~ 10%で大きく変化する。身体拘束の実施はほとんどなく、施行割合で 1%以下、時に発生しても数日 ~ 長くて 1 週間程度の案件が散発するのみ。

【介入】

- B : 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
- 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
- E : 認定看護師による定期研修会の開催
- F : ディエスカレーション研修の開催
- 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
- J : セイフティプランの使用
- 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

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の施行量では、施行患者割合は微減 (- 2.7 ポイント) であるが、平均日数は - 14.2 日という大幅な減少がみられ、トレンドにおいても明らかに漸次減少を示し、ある月は実施がゼロを記録している。結果、施行割合は - 6.6 ポイントの減少を記録した。身体拘束は実施がほとんどなく、数字上も不変の範ちゅうであり、効果としては言及できない。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。

【考察】

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。

【結論】

現場スタッフの意見では、患者特徴もあったものの、最小化への意識の高まりが昨年来より明確に高まって、データに現れない部分でも変化があったとの回答で、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。

病棟 34（施設 30）

【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数は介入前 15 名、男女比はほぼ 1：1、准看護師 4 名を含む。介入前後で人数、構成上の変化なし。病床数 54 で、個室数は 7、うち耐破壊性の隔離室は 3 室と、同じ施設の病棟 33（精神一般 15：1）に比べ個室率が少ない。患者特性は介入前 F2>F3 の従来型。入退院は 2～9 / 月、平均在院日数は 239 日で、患者回転としてはケースミックス型。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 5～10%、平均日数は期間中の変動が大きく 2～4 週間の長めの期間で大きく変化し、施行割合も変動するが 5～10%程度に収まっている。身体拘束の実施はほとんどないが、期間の後半に施行患者割合として 5%程度に上る頻度で、1～2 週間程度の案件が発生した経緯がある。

【介入】

- B：隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
- 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
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- F：ディエスカレーション研修の開催
- 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
- J：セイフティプランの使用
- 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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量では、平均日数が乱高下しているような経過であるが、介入前後で平均すると - 4.6 日の減少があり、施行患者割合も - 2.6 ポイントの微減で、結果的に施行割合は - 3.8 ポイントの微減といずれの指標も減少方向の変化となった。ただし最終月には平均日数が最長の 31 日を記録しており、詳細を確認する必要がある。身体拘束は元来実施がほとんどなかったようであるが、終盤に案件が発生し、施行量自体は微増にとどまった。終盤の変化は隔離の変化との関連を含め、特定ケースによる影響の可能性はある。施行量として、減少傾向を示した可能性があるが、効果については調査の上判断することが望ましい。

【考察】

行量として、減少傾向を示した可能性があるが、効果については調査の上判断することが望ましい。

【結論】

病棟 33 と同施設であり、現場スタッフの意見では 33 ほどの意識変化はなかったが、一定の効果はあって、期間後半はやや最小化への意識が失速した可能性を回答し、よって介入効果による変化と結論できる。

病棟 35 (施設 03)

【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師数は 25 27 名。男女比はほぼ 1 : 1.5 (男性割合で介入前 40.0% 介入後 37.0%)。全員が正看護師。全病床数は 50 で個室数 6、うち隔離室数 5 を備える。患者特性は介入前 F2>F3 の従来型から介入後は F2>F4 に変化。入退院は介入前 38 介入後 32 / 月、平均在院日数 43.6 日と回転は速く、個室率以外はほぼ構造・パフォーマンスともにほぼ救急入院料に近い超急性期型の病棟である。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 30%程度、平均日数は 10 日前後で、期間終盤を除きほぼ一定しており、平均的。施行割合は約 15 ~ 20%と個室率に近い値でやはり一定している。身体拘束の患者施行割合は期間内に 10% 5%に向かって減少、一方平均日数は 5 日 ~ 20 日超と変動が大きく平均すると 10 日前後で長め。

【介入】

- 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
- E : 認定看護師による定期研修会の開催
- F : ディエスカレーション研修の開催
- G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の平均日数、施行患者割合は期間終盤に若干変化したがほぼ一定で、施行割合も 9 ~ 10%でほとんど変化しない。身体拘束では平均日数で + 1.9 日の微増、施行患者割合で - 5.7 ポイントの減少を示し、重度限定化の特徴を有す。施行割合は - 2.6 ポイントであるが結果的に減少方向となった。

【考察】

身体拘束において、重度限定化の可能性がある。

【結論】

現場スタッフの意見としては、数値の変化を介入の効果と関連付けできるような実感は無かったとの話。施設 03 にて好感触とされた G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案、についても病棟 35 では急性期の繁忙さから活用しにくかったという回答で、結論としては介入効果を確認できない。

病棟 36 (施設 03)

【病棟特性】

精神一般 15 : 1。看護師数は 21 名で男女比はほぼ 1 : 1。全員が正看護師。病床数 53 で個室数 5、うち隔離室数 4。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院数は介入前 4~5 / 月 介入後 10 / 月と急性期化あるいは後方受入ニーズの増加傾向か。平均在院日数 256.4 日と基本的には長期療養タイプ。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合 20~30%、平均日数は 2 週間前後とほぼ平均的で施行割合は約 15~20%でいずれの指標も変動は少ない。施行量は個室率を反映している印象。身体拘束の施行患者割合は 10%未満で平均すると 4~5%、平均日数は個別患者の状況を反映するとみられ 0~2 週超まで大きく変動する。結果的に施行割合は 5%未満の低頻度におさまっている。

【介入】

- 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
- E : 認定看護師による定期研修会の開催
- F : ディエスカレーション研修の開催
- G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離に関する 3 指標はいずれも微増・微減の範囲内であり、ほぼ不変で一定。一方の身体拘束では全ての指標が減少方向で、特に平均日数では - 5.1 日の減少となった。介入効果の可能性はある。

【考察】

身体拘束では平均日数の減少が見られ、施行量全体も減少傾向であり、介入効果の可能性はある。

【結論】

現場スタッフの意見聴取では、隔離の固定化の特徴が確認されたものの、身体拘束の指標の動きについて介入と関連したとの意見は無く、結論としては、介入効果を確認できない。

病棟 37 (施設 03)

【病棟特性】

精神一般 15 : 1。看護師数は 25 21 名で、介入前後で女性看護師 4 名が減員。男女比はほぼ 1 : 1.5。全員が正看護師。病床数 70 と大規模で、個室数は 7、うち隔離室数 3。患者特性は F2>F6 で慢性患者が多くを占める可能性があり、それを反映して入退院数 3 ~ 7 / 月、平均在院日数 220.9 日と長期療養型の特徴。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 20 ~ 30%、平均日数は変動を伴い 2 ~ 4 週間と長め。施行割合は約 20% 前後でほぼ一定して変動が少ない。身体拘束の施行患者割合は 10 ~ 20%。平均日数は変動があり、個別患者の状況を反映するとみられるが、2 ~ 4 週の長い範囲にあり、施行割合は 10 ~ 20% である。

【介入】

- 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
- E : 認定看護師による定期研修会の開催
- F : ディエスカレーション研修の開催
- G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の施行患者割合は + 5.1% の増加、平均日数は - 4.8 日の減少で高回転化の特徴を有し、施行割合は 2.8% の微増であった。身体拘束の 3 指標はいずれも減少方向で、平均日数は - 4.1 日と減少、施行患者割合 (- 3.3 ポイント)、施行割合 (- 4.4 ポイント) も微減の範囲ではあるが明確に変化した印象で、介入効果の可能性はある。

【考察】

隔離の高回転化、身体拘束の減少がみられ、介入効果の可能性はある。

【結論】

現場スタッフの意見聴取からは、介入、特に G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案、について積極的に取り組み、効果的であったとの実感が得られた。隔離では結果的に施行割合が微増であるが、新規受け入れと最小化への意識向上の両方があったと言い、それを反映するように、介入後の入棟者数が増え、高回転化を来たしたことは論理的に合致しており、効果があったと結論できる。

病棟 38 (施設 03)

【病棟特性】

精神一般 15 : 1。看護師数は 25 名。すべて女性の正看護師で女性病棟か。病床数 70 と巨大で、個室数は 6、うち隔離室数 3。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院数 9 / 月だが介入後の入棟のみ 12 / 月。平均在院日数は 186.6 日で長期療養型。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 10 ~ 30% 程度、平均日数は変動を伴い 1 ~ 3 週間とほぼ平均的ないし時にやや長め。施行割合は約 12% 前後で一定して変動が少ない。身体拘束の施行患者割合は 10 ~ 20%。平均日数は変動があり、同施設の病棟 37 と同様、2 ~ 4 週の長い範囲にある。施行割合はほぼ 10% 以内におさまっている。

【介入】

- 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
- E : 認定看護師による定期研修会の開催
- F : ディエスカレーション研修の開催
- G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の 3 指標はほとんど変動しないが、平均日数の増加方向への変化と施行患者割合の減少方向への変化は重度限定化の傾向を否定できなくもない。また身体拘束でも 3 指標はいずれも微減の範疇であるが、増加方向の動きは無かったため、減少効果の傾向を否定できなくもない。

【考察】

明確な数値の変動がなく、介入効果とはいえないが、何らかの傾向を示した可能性がある。

【結論】

現場スタッフの意見聴取では、介入への取り組みは熱心で、一定の影響はあったものの、実際に数値変化を来たすような効果までは期間内には至らなかったとの印象が得られた。介入期間終了後には数値変化が確認されているという。何らかの影響が考えられるが、明確な効果があったとはいえない。

病棟 39 (施設 14)

【病棟特性】

精神科救急入院料病棟であり、本研究参加病棟の中で唯一医療観察法指定病床を有す。看護師数は 30 名と極めて多く、うち 1 名が准看護師。男性割合は全体の 26.7%。全病床数 45 とコンパクトな病棟で個室数は 33 と 7 割超であった。個室が多い割に隔離室数は 3 室のみ。患者特性は F2>F3 の従来型で、入退院 18~26 / 月、平均在院日数 64.6 54.4 日と回転は速く、パフォーマンスは救急入院料として妥当であるが、人員や個室などの構造はその基準を大きく上回る。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は超急性期型を反映して約 30~40%。平均日数は 10 日を少し超える辺りで推移し平均的。施行割合は 15~25%の間にほぼおさまり、変動が少なく、施行量自体は病棟タイプを考慮すると多くはない。身体拘束はほとんど実施されておらず、期間内に短いエピソードが 1 例あった程度の数値である。

【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

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

【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の平均日数は - 0.3 日で不変だが、患者施行割合が介入前後で + 6.7 ポイント増加したため、微増の範囲内ではあるが施行割合は + 4.5 ポイントとなった。超急性期型であるにもかかわらず身体拘束の実施がほぼゼロで、隔離の施行量も少なめであることから、最小化が既に相当程度に達成されている可能性がある。人員や設備等は他に例を見ない充実ぶりで、大きな要因であろう。介入によってさらに変化したとは言えず、効果は確認できない。

【考察】

既に最小化が相当程度になされており、構造要因の影響も大きいことが考えられる。介入効果は確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見聴取の中で、E：認定看護師による定期研修会の開催、は定義通り行われていないことが判明。また 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、は対象患者の発生が無かったとのことで、N については参加登録したものの、介入自体が実施されなかったという結論になる。

病棟 40 (施設 14)

【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師数は 20 名。男女比は約 1 : 3、准看護師 1 名。全病床数 45
44、個室数 16 24、隔離室数 3 2 と介入前後で変化しており、個室化が進んで介入後
は半数以上を占める。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院 15 ~ 28 / 月、平均在院日数 58.7
61.4 日と回転は速く、ほぼ救急入院料に近い超急性期型の急性期治療病棟である。

【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 20 ~ 35% の幅、平均日数は 10 日を少し超え、平均的。施行割合は
20% 以下であり平均すると 15% 程度で、変動が少ない。身体拘束は全く実施されていない。

【介入】

E : 認定看護師による定期研修会の開催

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

【介入効果 : ハードアウトカム】

隔離の平均日数は不変 (+0.2 日)、施行患者割合は微減 (-2.2 ポイント)、施行割合は不
変 (-0.4 ポイント) といずれもほぼ変化が見られなかった。身体拘束は実施が無い。病棟
39 と同施設であるが、急性期の程度が同病棟よりやや緩やかで、隔離施行量が少なめであ
ることや身体拘束をしないことは、既に相当の最小化が可なされている可能性が高い。病
棟 39 と同様、構造的に充実しており、一要因と考えられる。施行量の変化もなく、介入効
果を確認できない。

【考察】

既に最小化が相当程度になされており、構造要因の影響も大きいことが考えられる。介入
効果は確認できない。

【結論】

現場スタッフの意見聴取の中で、E : 認定看護師による定期研修会の開催、は定義通り行わ
れていないことが判明 (病棟 39 と同じ)。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、は対象患者 1 例に実施され、介入自体は実感されていない。
結論的には介入の効果は確認できない。

資料 4

まとめ (介入手法の は実際に実施した介入。さらに は電話調査質問の「手ごたえがあったと思える介入について」の回答から。)

病棟	介入手法											回答 (抜粋)	備考
	B	C	D	E	F	G	H	J	M	N			
病棟 01												<p>(施行量から)</p> <p>印象としてはあまり、こんな感じのかなと思う。特別どうだということはなく、ただ、急性期で入院する患者が多くて、どうしても月ごとのばらつきがある。多い月は多く、少ない月は少ない。(行動制限の)ばらつきがでる。(X+1 月の施行量に関して)患者数が減ったわけでもないが、行動制限を要する患者が少なくなった。急性期の患者が少なかった。</p> <p>C, E, F は合わせたようにできた。G に関して、個々に計画して毎朝のカンファレンスしながら、皆で意思を統一して進めた。計画の中に取り込めたかという難しいということがあった。N は難しかった。職員、患者のところを話をできたが、それを効果につなげたかということこそ言うことはできない。全ての患者にはできなかった。M については、不安に感じる人たちから話を聞いて、こちらから話を聞いている。</p> <p>定義通りに進めることは難しかった。</p> <p>(介入について)</p> <p>E, F のところは取り組みやすかった。</p>	
病棟 02												<p>(施行量から)</p> <p>急性期の病棟なので、ある程度のばらつきはあるだろうなということは見とれる。介入研究を始めるにあたって、その病棟で話し合いをしていたのが、X-3 月から実施した。そのための介入の効果があったのかと思う。調べたところ、X+2 カ月目から、認知症の患者が増加した。急性期の病棟で、認知症の患者をケガのないように見るにあたって、隔離の行動制限が増えたのかもしれない。憶測だが、病棟内での勉強会・カンファレンスを実施したが、入院してくる患者との実際の働きかけとのギャップができたのかもしれない。</p> <p>(介入について)</p> <p>病棟から言われたのは、C の「数値を貼りだす」ということは今までにないことだったため、良かったかなという話があった。しかし、数値を貼りだすのに工夫をした方が良かったかなと思う。見やすいように数値のみならず、グラフ化して表示した方が良かったかなと思う。</p>	
病棟 03												<p>(施行量から)</p> <p>日数的に隔離の方は、月当たり平均日数が減少した。入院の受け入れる件数が増加した。入院受け入れの件数が増加したため、施行割合、患者割合に影響したと思う。</p> <p>入院を受け入れるようになると、身体拘束の恐れのある患者も増えるため、割合が増えたのではないかと思う。介入させてもらって、意識として、「やる時は、やって、早期に行動制限を解除しよう」という雰囲気になったのかなと思う。行動制限の短期間の実施を意識していたのではと思う。</p> <p>(介入について)</p> <p>全部あったと言えるが、特に C ですかね。病棟に貼りだしたんですね。多職種も目につくようになり、医師を始め、広い意味で意識付けができたように思う。看護師が報告するにしても、意識して聞いてくれるようであった。病棟内で張り出すあたり、工夫したところは、看護室で座って記録するところの目につくところ、長時間かけて皆がいるような場所に貼りだした。数値に加えて、目標値とグラフと、B, C が一緒になった形で貼りだした。</p>	
病棟 04												<p>(施行量について)</p> <p>同じかなという感じがします。隔離の実施は少ないと思いますね。病院のデータとして取っているが、いつも大体このような感じです。日数としても 10 日以内で解除されていることが多い。(身体拘束に関しては、X+4 月から X+5 月に平均日数が上がっているが?) 身体管理を必要とする方が時々、日数を押し上げる場合がある。これは、年に 1, 2 回このようなことがある。それが、今回にあったのではないかと思う。</p> <p>(介入について)</p> <p>手ごたえはあったと思う。対象によるかなと思うが、判断力のある方には効果はあるかなと思う。(実施した 1 例を取ってみて、行動制限が多かった方であったか?) 頻繁に行動制限を実施している方ではないが、(セイフティプラン実施後)言葉の暴言的なものは残ったが、ものを使って攻撃することはなくなったと思う。</p>	
病棟 05												<p>(施行量について)</p> <p>12 月(X+4 月)に隔離がかなりガクッと減っているのは、入院数が少なかったとその性もあるのかなと思う。また、長期施行の患者が 1 人解除されているのでその影響もあるのかなと思う。介入調査実施前から、施行割合が低いが、元々割合が少ない。身体拘束で、X 月、X+1 月と長期施行者が解除された。また、点滴管理の患者も拘束にしているの、その時しか使わないが、食事が取れないなどの場合で身体拘束を施行したため、平均日数に影響したのだと思われる。時間単位で別に記録した。時間単位でで見ると、介入前と介入後ではかなり変化があり、減った。</p> <p>(介入について)</p> <p>G. 最小化の計画を個々に立てることは、効果はあったと思う。具体的に言うと、今までの看護計画は、2 次障害とかばっかりに注目していたが、毎日のカンファレンスで最小化にするためにどうしたらよいかを考える上で、「行動制限をされているのは仕方ないよね」という思考から、「少なくするためにどの時間を使ったらよいか」ということを検討したので、使える時間を話すようにしたため具体的に動くことができるようになった。</p>	

病棟06				<p>(施行量について)自分で用意してきたものと、変わらないと思う。印象と異なるということは特にはない。もともとの数値目標の定義が5%以下ということだったため、自身の病棟は少ない数値であったため、少し大変であった。大きな差を出すことは大変であった。前年度と比べると少なかったため、「行動制限を減らそう」というスタッフの意識付けはもてたのかと思うが、介入によって減ったということは断言できない。</p> <p>(介入について)大きな手ごたえということは、正直なかったが、「減らしましょう」という意識付けには大きく役立ったと思う。施行量を出す、その算出方法を研究に参加するにあたり勉強させてもらい、スタッフにも伝えたところが、取り組まなくてはならないというきっかけになったと思う。</p>
病棟07				<p>(施行量について)</p> <p>病棟07 印象自体は、特別ずれたということはない。(隔離X-1月、X+4月の割合の減少が見受けられたが?)おそらく、一過性に介入をやるということで、下がるのは下がったかなという感じですが、同時にまた元の力が働いて戻るような傾向があったのと、介入を実施しましょうということで、病院全体でも行動制限最小化しましょうということで取り組んで下がる傾向があったと思うのですが、どうしても期間的にも短いということもあり、入院数も増えてきたり、増えたら減るという感じが繰り返される傾向にあったと思う。(身体拘束は隔離と同様か?)たぶん、隔離と同様な変化を取っているのと同じことが言えると思う。</p> <p>病棟08 行動制限に関する何かをやって、(グラフの)下がって上がってということが見受けられる。病棟自体が全部部屋の個室ですので、行動制限を実施しやすいといえばしやすい。身体拘束に関してやや上がっているのは、高齢者の方の転倒が増えてしまったことと、この病棟の最も多い年齢層は20歳未満~65歳以上ですが、やはり高齢の統合失調症の患者さんがいて、異食をすることが増えた。部屋にあるカレンダーや雑誌をちぎって食べてしまうということから、やはり拘束をせざるを得ない状況があり、グラフの上昇が見受けられたのだと思う。</p> <p>病棟09 隔離でX月およびX+1月の平均日数がガクッと下がった時に、隔離施行患者割合が上がったのは、長期の施行者ではなく、新規に入棟した患者さんの施行が多かったから平均日数が下がったのだと思う。慢性期の男性の患者が多い病棟だが、救急から来たあるいは後方から受け取った患者がこの病棟に移って外した場合も考えられる。身体拘束の患者は、あまり救急から移ってきた患者の施行はなかったと思う。</p> <p>(介入について) データとして手ごたえがあったのかということを見た時、それは何とも言えないが、具体的なスキルを学ぶに関してはスタッフも「こういうのがあるのか」と認識してくれて、(行動制限最小化)委員会で取り組もうという機運にはなった。具体的なスキルを試してみようという雰囲気にはなった。</p>
病棟10				<p>(施行量から) 実際に施行患者割合はグラフのように多い。うちの病棟は縦同船なので、実際に1階の行動制限を行う隔離室がある。行動制限を施錠するかしないかでは、うちは比較的に開放で観察して、だめだったら施錠するという形で、個室使用として隔離室を使用していることもある。(X月にかけて全ての施行量が減少しているか?)介入研究で個別の行動制限最小化計画を立案を毎日やっていることが、それは良かったと思う。ただ、施行量がその月によって変化するというのは患者特性によって変化すると思う。そのため、施行量が変動してしまうと思われる。</p> <p>(介入について) うち(介入病棟)にとってはGの最小化計画を立案がよかった。ただ、Bの数値目標を立てるということは、全病棟で実施した。うちは、おのずとして観察を密にすれば、おのずと行動制限が減ってくるけれども、他は療養病棟が多いので、長期的に施行する患者が多い。それらの病棟に対して、行動制限最小化委員会委員長と私とPSさんとで回るが、ラウンド時に意識づけてターゲットを絞ってもらう。数値を立てた上で、その数値をクリアするためには、1人長期施行者をターゲットを立てて、その次の月のラウンドでその結果はどうだったかを検討した。行動制限最小化として病院内での活性化されて、今は数値目標を立てることはやめたが、ターゲット患者を誰にするかなどを通して、例えば、身体拘束の解除に至らなくても開放時間を長くするなど、内容的な意識は数値目標を全病棟を立てて振り分けてということをやったおかげで変わったと思う。病院全体で気にするようになったと思う。数値を減らすためにどうするかということを考える上で、まず数値目標を立てないと始まらないため、BはBでよかったと思う。</p>

<p>病棟 11</p> <p>病棟 12</p>		<p>(施行量について)</p> <p>病棟 11 隔離の施行割合、施行患者割合は個室の多さを反映しているか？そうですね、そうなってくると思う。でも、予約とかの入院はない。ほぼ 100%近く救急で警察が連れてきて入院となることが多いため、入院のムラがありますし、入院する方は隔離からというケースが多く、任意で入院して隔離ということはあまりない。状態的に悪い患者の割合が高いためとも考えられる。</p> <p>病棟 12 大体グラフと同じで施行量は推移していると思う。(X+5 月の隔離の平均日数、施行割合の減少が見られているか？)おそらく、長期施行の患者が開放観察を経由して何とか解除につながったというケースが何件あったためと思う。(その場合の隔離解除のケースで、介入は影響したか？)もともとスタンスとして、行動制限最小化していきたいという取り組みをしているので、研究を実施する前から、介入手法に近いものを実施している。病棟自体も行動制限が必要な患者が多い中、限界状態で回している。施行割合自体も 10%だが、他の療養病棟では 30%くらい隔離されている患者さんのような中で取り組んでいる。割合は常にだれが入ってもおかしくない状態で取り組んでいて、ただし部屋もないため、何とか工夫してディエスカレーションで取り組んで抑えている。ただし、介入による再確認はできたと思うが、介入によって施行量が減ったということは言い難い。</p> <p>(介入に関して)デブリーフィングに関しては、使えるかなと思ったが、アスベルガーの患者に対して、本人が落ちた状況でできたとしても、また別の問題が生じるケースがあった。他の対象でできたなら、効果があったのかもしれない。タイムアウトは普段から実施している手法であったが、今回の研究ではこれまで実施している介入は除外するとなったので、やっていないものを介入手法として選択する場合、F,M,Nしかなかった。</p>	
<p>病棟 13</p> <p>病棟 14</p>		<p>(施行量について)</p> <p>病棟 13 データの通りだと思う。隔離をしていた患者がアルコール性の方から始まった認知症の方であった。他害行為があったが、徐々に身体疾患に移り、介入をするにあたり、できるだけ隔離を使わないよう行動制限をしない方向に向けていった。隔離を使わずにいった。身体拘束は主に身体合併症による使用が多かった。身体管理の方の拘束が多かった。肺炎など。</p> <p>病棟 14 精神 15 対 1 の入院病棟だが、統合失調症の重度の慢性期の方たち、治療抵抗性の高い方たちが隔離室を使用しているケースが多い。新規の方は数日以内で解除につながるが、長期の方が隔離室を使用していることから平均日数が上がっていると思う。</p> <p>(介入について) E の研修会は最小化委員会の研修として介入病棟のみならず全職員対象として 4 回全て実施した。周知ができたかどうかは分からないが、参加率は高かった。</p> <p>F. ディエスカレーションの研修も、代替法の研修の中でディエスカレーションがとても大事という話だったので、ディエスカレーションの研修も暴力対策委員会の中に CVPPP の方がいたので、そこでもう一度、最小化の研修会の後に周知徹底をするように取り組んでいる。</p> <p>G の最小化計画の方は、病棟 13 では計画棟ものは、いただいた計画書に沿った取り組みを現在は実施していない。介入中に計画書を用いて実施し評価した。(実際使用した結果どうだったか？)その患者の「ストレス」を見る点は、なかなか行動制限を実施している患者に対してスタッフは陰性感情を持ちやすいため、ストレスのものの考え方がとても重要で私たちにとっても役に立った。その後も、計画書自体は今使用していないが、院内で活用しているカンファレンス用紙があるので、多職種でのカンファレンスを定期的実施して、患者のストレスの考え方を盛り込みながらお互いに確認するようにしている。</p> <p>M は両病棟で、精神症状の患者様の行動制限を捉え方にしたので身体疾患の方の行動制限は対象としなかった。病棟 13 の場合は 1.2 例程しかなかった。管理直ちにデブリーフィングの必要があった場合、実際に患者用デブリーフィングシートを実施した。遂行報告書に、病棟 13 は 2 事例(隔離 1, 身体拘束 1)で、病棟 14 は 13 事例(隔離 12, 身体拘束 1)。安全確保という点で、かわった職員、患者の確認ができた。行動制限の代替法がシートの中にあつたため、代替法の確認を本人の心の傷を気かけながら、実施した。安全対策のために日本の場合、行動制限を行うことが多い確保という意味でスタッフも振りかえって検討した。その点はいい点だと思う。</p> <p>J と M は実際に私が入って面接を実施した。面談はとても重要だと思う。患者様の思いを聞き出すという点でとてもシートは役立った。</p>	
<p>病棟 15</p>		<p>(施行量について)</p> <p>隔離の月当たりの平均日数は長い印象がある。本来、救急を考えていると 7 日くらいで隔離を解除して、次の解除の方向での治療を開始すると捉えているので、うちの 14 日の平均日数では長い印象があり、そのため在棟日数も延びているのかな(にも影響している)と思う。割合としては、やはり救急・急性期としての病棟なので、入院と同時に隔離・拘束が始まる患者が多いので、この割合は妥当かなという感じがする。患者の層によって変動があると思われる。患者層も高齢者の方もかなり多く、ひと月に 3・4 人の(高齢者の)入院があるので、平均日数・施行割合にも影響し変動があるのかなと思う。ここで、割合が増えた月に認知症の患者がいたのかもしれないが、確認できていない。認知症の方が増えた時は、なかなか解除もできないし、施行割合も高くなるかなと思う。統合失調症だったりすると、そうでもないと思うが、認知症の患者だと隔離も拘束も増えてはいたと思う。</p> <p>あとは、鑑定入院の方が多いので、隔離を実施していた方がいた。その方の隔離解除を慎重にしていたため、それが施行量に影響しているかは定かではないが、その点も考慮できると思う。</p> <p>うちはデブリーフィングを選んだ時から、デブリーフィングの研修を全職員、病棟スタッフに実施している。医療安全からのリスクアセスメントの研修を集中的に実施したため、それぞれがリスクアセスメントを高めるという目的を持って研修会を実施したことが、結果的に行動制限を減らす要因になったと思う。介入(デブリーフィング)だけによる行動制限の減少につながったというよりは、その他(リスクアセスメント)の研修の取り組みも実施したことも含めたことが、行動制限の減少につながったと思う。</p> <p>(介入について) N の利用者を含めてデブリーフィングを行うということの手ごたえは、とてもあったと思う。スタッフのカンファレンスで、スタッフが気付かない点を気づかせてもらった。患者の病態の理解につながったと思う。患者自身が自分のためにこのような会を、しかも先生、師長、副師長、心理がいる、これだけ自分を大切に思ってこういう会を開いてくれたという実感ができたみたいで、とても始終穏やかで笑顔で色々話してくれた。</p>	

病棟 18						<p>(施行量について)施行量は変わらないだろうという印象があった。理由としては、スタッフの意識が、できるだけ短期間、短時間で行動制限を実施するという意識が高くない。施設文化として、なかなかまだ外しづらいとか、長引く傾向がある。実際僕がいて何かしら言うことで、最小化に関する意識が保てることもある。しかしまだまだ、各個人の意識は低いと思う。日数や割合に影響することがあるのだと思う。身体拘束に関しては、身体管理を要する患者が施行していた。(介入について)タイムアウトに関しては、タイムアウトの定義に反応しているスタッフがいて、「そういう手法があるんだ」という感じで割ととっかかりやすく使っていた。ただ、「隔離を避けるために使う」という感じではなく、クールダウンをするという意味で実施していた。それでも効果ない場合は、隔離にしますという流れはあった。ディエスカレーションに関しても、もう少し早く取り組んでいれば、スタッフの意識の変化につながられたかもしれない。</p>
病棟 19						<p>(施行量について) 病棟 19 比較的に平均して多い病棟。隔離で入院を取って、拘束につながるの、ハード面で 4 床しかないため、隔離からそのまま解除になるというよりは、隔離室を開けるために拘束になるというケースがある。そのままその名残が多いのかなと思う。拘束だけというよりは、元々隔離を実施していて拘束に至った、もしくは、隔離室が一杯のため拘束に至ったというケースの患者が見られるのかなと思う。(X 月から X+1 月にかけて日数が下がっているが、割合が上がりがつつあるのは?)介入研究をするにあたり、介入病棟ということでスタッフの意識が最小化していくというところで保たれていたのかもしれない。感染症がこの時期に流行った。ノロだったか、インフルエンザだったかが蔓延した。そこで、隔離の施行割合が増えた記憶がある。</p> <p>病棟 20 研究時は、かなり隔離室が長期化して使用している患者がほぼだったので、隔離室の入れ替わりなく毎月同じ患者が隔離室を使用していたということが平均的には見られる。比較的、拘束をするということは、拘束しても長期化するということはなかった。身体拘束に関しては、なるべく外さなければならないという意識はあったので、隔離は慢性期の患者の使用が目立つのかなと思う。このとき MDI の人が、ずっと調子良かった方が急に悪くなり入院してきて、隔離・拘束をしたと思う。この患者に対してなかなか外すのに苦労したと思う。今は、解除されているがこのときはその患者さんの影響があるのかなと思う。</p> <p>(介入について) 介入研究時は、結果的に最小化に関する各病棟大きな大差は見られなかった。その時の患者さんの状況によって、動きがあったため、研究をしたから急に減りましたというような結果にはならなかったが、研究後のデータから見ると病棟 20 に関しては、その時に長期隔離をしていた患者さまが全員解除になった。師長の「解除しなくてはならない、解除の方向で考える」ということをスタッフに伝えて、意識づけていたことが、スタッフの中に意思気付いたという点があったのかと思う。スタッフ内でも不安があったと思うが、その点うまくフォローして病棟内でうまく回して下っていたのかと思う。 病棟 20 に関しては、本当に長期化している隔離患者が多かったので、客観的にデータを通して検討することで、その師長が自分の病棟で多いという意識して、どうにかしなければならぬということ、カンファレンスやスタッフ指導を取り組んだということを委員会で聞いた。師長の意識がスタッフの意識にも影響していると思う。</p>
病棟 21						<p>(施行量について) 介入をしたが、より良い結果が得られなかった形がある。今回行った介入が 1 つの介入だけだった。ただ介入の報告とは別に、セーフティプランの実施もした。なかなかいい結果は得られてはいないのが現状だが、グラフ通りかなといった感じ。</p> <p>(介入について) 行動制限最小化への啓蒙・啓発という部分で良かったのではないかなと思う。</p>
病棟 22						<p>(施行量に関して) 病棟 22 隔離に関して、大体この病棟は、行動制限を行う「常連」の方たちが 4・5 人、多い時で 4・5 人くらいですかね。保護室に 4 人、多くて 5 人、多い月です。少なかったら、1 人とか (X+2 月のように)0 になるときもあるので、その差ですかね。常連さんたちの調子が良かった月が X+2 月に当たったのではないのでしょうか。一度入ると、大体救急病棟とは違うのですが、そうですね、1 週間～10 日ぐらいいは入っている。2 週間弱は入っていますね。全く入らないときもあるんですよ。</p> <p>病棟 23 (一年を通して隔離の施行割合は 10% 以下、いつもこの値か?) そうです、そうです。もちろん、奈良という県の特長もあります。入院患者が東京都と比べると絶対数がもともと少ないというのはあるんですね。措置件数に関しても、当院が、隔離・身体拘束をしないのは、この新病院になってちょっとしてからずっとですね。基本的に「行動制限はしない」というスタンスなんです。隔離は「長くても 1 週間、拘束はしない」と、だから「1 週間で治らない(1 週間を超える隔離をして)、1 週間で治せないならば、転院してもらい治してもらえるところで診てもらえ」というのが、うちのトップの考え方なので、最近あまり言わなくなりましたが、ただ、どうしても救急病棟や慢性期の病棟などでは、隔離しないでよく返って周囲に危ない状況が生じ、使わざるを得ない状況があるので、本当に絶対に必要な方しか行動制限を使うという形でしか実施しないですね。措置で入院してくるからまずは隔離からという考え方もありません。</p> <p>(介入について) 両病棟とも E の介入は定義通りに実施できた。 救急病棟(病棟 23)に関しては、基本私が管理しているところなので、日頃から見たり聞いたりしているのもそれほど驚くことがなかった気がします。 療養病棟(病棟 22)に関しては、逆にそういう定期的な研修会を認定看護師が入って実施することが病棟単位でなかった。療養病棟では、コンフォートルームに対する「これできるかも」という反応があった。一般の個室を使ってできるのではないかという反応があった。少しそういう考え方が目からうろこみたいなところがあったと思います。救急病棟では、個室で代替ができていたので、コンフォートルームと聞いても「個室じゃない?」という捉え方だった。うちの救急病棟は基本的に危険物以外であれば持ち込みは可にしている。患者個人が好きなように使い勝手がいいように配置は変えていいよとなっている。そのため、救急のスタッフはコンフォートルームに関しては、「いつものことじゃない?」という感じでピンとこなかったみたいです。病棟 22 に関して、変化があったように思う。行動制限に関する質問を介入を通して、(O さんに)聞いてくることがあった。</p>

<p>病棟 32</p>		<p>(施行量について)この研究をするにあたって、隔離・身体拘束の施行量が減少すると思っていた、病棟内で取り組むということでスタッフ皆の意識が高かった、しかしながら、実質、隔離・身体拘束の施行量が上がってしまった。中身を見ると、どうしても 1 人の患者が長期化しているケースがあり、日数を押し上げていると思う。数自体では特段、低くなったということはなかったが、意識的には皆協力して取り組んだが、なかなか難しかった。病棟特性も影響していると思うが、うちは全国的に見ても多いなという感じがする。少しでも少なくしてはならないという意識は、私含めスタッフが感じている。(介入について)B,E,F,J,M,N について、取り組んではいるが、J のセーフティプランの使用はうまくできなかった。B,E,F は取り組めた。J 以外は、定義通りに取り組むことができた。B の数値のことは、行動制限最小化委員会が良いなとは言っている。病院全体で比較できるのはいい。研修会についても、身近なことで理解できるので良かった。J はできなかった。M と N は件数が少なかったものの、スタッフ・患者とのやり取り、振りがえりということから気持ちを聞けて、実践していく中でケアを考えるのに役に立ったと思う。B,E,F, B は数値を立てて、行動制限最小化委員会の中で、隔離・身体拘束の日数を各病棟に提示している。同時に豆知識(法律など)を載せている。研修会は認定看護師による研修会、ディエスカレーションの研修会は、院内の中で話をしている。意識の変化はおそらくあったと思う。皆が最小にしていこうという意識はカンファレンスの中でも話し合いを実施して、隔離・身体拘束の解除に関する話し合いを重ねているため、高まったと思う。</p>
<p>病棟 33</p> <p>病棟 34</p>		<p>(施行量について) 病棟 33 介入前(X-3月-X-1月)に、措置入院が多く、1年を見た中でも特殊だった。なかなか隔離解除できない患者が多かった。介入が始まった時期から、施行量が低くなった。</p> <p>病棟 34 この病棟は僕の病棟ではないんですけど、やはり病棟 33 と比べて、取り組んでいるという意識はそこまで持てなかったのかなと思う。ある程度、減らすことは減らせたと思うが、後半のたるみが出たのかなと思う。</p> <p>(病棟 33 の施行量が介入開始後下がっているように思うが、これは介入の効果として捉えられますでしょうか?) 介入前がとりわけ高かったのもあるが、やはり介入をした後の方が、介入をする前比べて低くなっているのは確かだと思う。本当に出したかったデータとかは、今回介入研究を実施しますということを前の年から院内で説明していく中で、身体合併症の病棟の身体拘束がものすごく多かったのだが、身体拘束が激減したというのもある。研究を開始するにあたって説明会をする時は病院の取り組みということで、院内の全職員を対象として説明会を行った。その中で、介入病棟ではないが、身体合併症の病棟も意識が高まったのかもしれない。不必要な身体拘束はないかなど、後、医師も身体合併症の病棟で点滴の指示を出す時も「1 日キープ」という指示が多かった。そのためおのずと身体拘束が多くなった。そのため、必要のない患者に対しては、なるべく人手のいる日勤帯で点滴を終わらせるということをして、拘束が激減した。本当は 23 年度 24 年度の割合を出したいくらい、身体拘束の方は本当に隔離よりも割合、日数が多かった。</p> <p>(介入について) B, C, D, E, F, G, H, J, M, N の 10 介入について、ディエスカレーションが CVPPP の講師が捕まらず、こっちで資料を使って研修を行った。その他は一通り行った。C のデータを貼り出すということが、手ごたえがあったかなと思う。お茶飲みながら休憩室に貼っていたら話題になった。直接、定義通りに実施しているということではないが、タイムアウトは引き続いて形を変えて実施している。あと、データを貼り出すことは研修終了後、実施していないが、行動制限最小化委員会の議事録と共に全病棟の一覧性台帳を回すようにしている。</p>
<p>病棟 35</p> <p>病棟 36</p> <p>病棟 37</p> <p>病棟 38</p>		<p>(施行量について) 病棟 35 隔離に関して、常に隔離室は満床状態。ほぼまず空きはない感じで回っています。介入によって空きが出たということはなかったんですね。使用期間の平均などもあれですが、とにかく次に具合の方が来ると(既に施行している患者が)押し出されるという形で、その時の状況によってしまうので、(介入による効果かどうか)正確なデータとして反映されないのかもしれないですね。</p> <p>病棟 36 この病棟は、慢性期の病棟で病棟 35(急性期)の後方支援病棟という位置づけになっています。急性期で 3 か月を過ぎた患者さんと長期で入院されている患者さんがミックスしている病棟となっています。隔離室も 5 室あるが、固定の長期に施行している患者が 3 名いて、残りの 2 室を実質回転させている形です。今回の介入の期間内で 3 名の長期の方がどうにかなくなったかといえ、どうにもなっていないので、(隔離の)平均日数に関しては、下がらなかったかなと思います。</p> <p>病棟 37 隔離・身体拘束の平均日数はどちらも低下したのですよね。介入を始める段階でこの病棟は、興味を持ってくれた。介入の G 計画書を作成することを個々の病棟は一生懸命に取り組んでくれた。なので、この病棟は長期化した人を短くしようという取り組みがなされたのかなと思う。ただ、(隔離の)割合が増えてますよね。でも、介入実施によって、隔離を早く解除して出そうとして、他の病棟からきた患者や入院に隔離を要する患者を受け入れていたのかもしれないので、(介入の)効果の方が大きいのかと思います。</p> <p>病棟 38 病棟 36、37、38 の 3 つが慢性期、長期入院の方が多くいる。病棟 38 が女性病棟。介入自体は一生懸命実施してくれていた。しかし、隔離なり拘束なりの解除には至らなかったのかなと、期間内ではちょっと難しかったのかなと思います。介入研究の後で身体拘束が 0 になったので、研究期間がもう少し長ければ、変化が見られたのかもしれない。ただ、ここからスタートしていったという感じですね。まあ、ほとんど変わらないですね...。</p> <p>(介入について) C, D, E, F, G を全ての病棟で実施。E, F が定義通りに取り組むことが難しかった。(手ごたえのあったと思う介入は?)G ですね。G の場合、今まで長期で隔離されている患者など「隔離」自体が問題にならず、その中での問題行動が結構、表に出てきていた。計画の立案をするにあたり、全体的にカンファレンスを設け実施していた。そもそも、なぜ隔離に至ったのかを振り返り計画書を作成していたことで、「隔離は必要ないのではないか」ということになっていった。(このことは、全ての病棟に当てはまるのか?)そうですね、ただ病棟 35 に関しては急性期の病棟のため、業務量が多く、計画書自体を作成することに抵抗があったようで、計画書を作成する余裕はないという感じがありました。そのため、慢性期、病棟 35 を除く他 3 つの病棟では、この計画を行うということは、最初から見直せるいい機会になったのではと思います。</p>

病棟 39		<p>() (施行量について)</p> <p>病棟 39</p> <p>うちの病院における、いつもの病棟の行動制限のデータという感じです。身体拘束に関して、何年かぶりに X+2 月に実施した。何年かぶりに身体拘束を実施したので 10 人がかりで 1 時間くらいで行った。もともと身体拘束の概念がないため、やむを得ずこの時、夜から翌日午前まで実施した。これを踏まえて、行動制限最小化委員会で今後身体拘束を行うことに関して時間をかけられないということで、身体拘束の実際と注意点と題した研修を私が講師になって実技から注意点のレクチャーを実施した。(隔離割合に関して)うちは身体拘束をしない分、施設できる部屋も多いため、多くなるのではないかと思う。うちの病院もデータを以前から取り続けており、新規(転入)患者の場合、隔離は 25%、4 人に 1 人が隔離をしている。</p>
病棟 40		<p>()</p> <p>病棟 40</p> <p>病棟 39 と同様、身体拘束に対する概念がない。隔離の要件がなくなれば、隔離室を出てもらうように取り組んでいる。(グラフのデータを見て)こんなもんなのかなと思う。これが、研究で取り組んだからということの成果が出ているとは思わない。隔離の平均日数を見ても、あまり変わらないですよ。平均日数が長いと思いますね。同じくらいの規模の病院とうちと比べたいですね。</p> <p>(介入について)</p> <p>E、N を両病棟とも実施できた。ただし N に関して、再入室の隔離施行患者がいなかった。病棟 40 の医師が説得し、本人が素直に隔離室に入室した。1 件実施したが、病棟 39 については実施していない。相当、限局されてしまった。</p> <p>E の研修について、自分が行動制限最小化委員会に属しているので、年間最低 2 回実施しなくてはならない。行動制限の初歩的なマニュアルの説明、行動制限の講義を院内全体で取り組んだ。最低 2 回が必須なので、内容的には 2 つを 2 回に分けて 4 回実施した。(お送りした研修会資料を使ったのか?)いや、使っていない。自分のパワーポイントでの研修会を実施した。</p>

統合失調症初回入院患者における
意思決定共有モデルの治療満足度への有効性：無作為化比較試験

研究分担者 奥村泰之

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 研究員

研究要旨

研究目的：治療早期からの関係性がアドヒアランス維持の方略として注目されている。本研究では、統合失調症の初回入院患者における意思決定共有モデルの治療満足度への有効性を検討する。

研究方法：

登録期間：平成 25 年 6 月から症例登録を開始。

無作為化比較試験、オープン試験、中央登録による割付けの隠匿化。

セッティング：1 施設の精神科病院の急性期病棟。

調査対象：入院時の診断が統合失調症、統合失調症での精神科入院が初回である患者。

介入法：通常診療に加えて入院中の 1 週間ごとに、患者に治療に対する認識を聴取する質問票への回答を求め、患者と医療スタッフの合同ミーティングを開催して、患者と医療スタッフの情報共有のための治療計画書を作成することを繰り返す介入プログラム、あるいは通常診療のみ。

評価項目：退院時の治療満足度、退院時の薬物療法に対する態度、退院 6 か月後の治療継続率。

結論：意思決定共有モデルは、治療満足度の向上に寄与し、その結果として、治療アドヒアランスの向上や再入院率の低下に寄与することが期待できる。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

石井 美緒 横浜市立大学医学部大学院
医学研究科博士課程 精神医学教室
大学院生

A. 研究目的

抗精神病薬の服薬アドヒアランスと臨床的予後との関連は多くの先行研究により明らかになっている¹⁾が、抗精神病薬のアドヒアランスは身体科薬など他の薬と比べて不良である²⁾とも言われる。統合失調症の予後改善に向けて、服薬

アドヒアランスの維持・向上に向けての模索が続いている。

一方、近年では、初回入院時の患者-治療者関係がその後の服薬アドヒアランスを予測する³⁾、患者の治療満足度が高いと治療継続率が高い⁴⁾、など、統合失調症の治療において、初期からの

取り組み、患者の視点を取り入れることへの注目が集まってきている。

治療上の意思決定においても、患者の見解を重視する動きが出ている。意思決定共有モデル (Shared-Decision Making) は、治療上の意思決定モデルの一つであり、Charles⁵⁾によると、従来型のパターナリスティックモデルとインフォームドコンセントとの中間に位置し、患者と治療者が治療にまつわる情報・意向を共有するものである。

国際的には、統合失調症の治療ガイドラインに意思決定共有モデルの適応が明記されるなどの動向がある一方で、それに関する無作為化比較試験は限られていた⁶⁾。そこで、本研究では、統合失調症初回入院患者における、意思決定共有モデルの有効性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

対象は、(1) 平成 25 年 6 月から 27 年 1 月の間に沼津中央病院救急入院料病棟に入院する患者、(2) 入院時診断が統合失調症圏 (ICD-10: F20-29)、(3) 精神科初回入院、(4) 中等度以上の精神遅滞、器質性・症状性精神障害の併存がない、(5) 16 - 65 歳の者とする。

研究法は、無作為化比較試験である。流れ図を Figure 1 に示す。入院時に適格基準候補者を絞り、BPRS「概念の統合失調」項目が 4 点以下となった時点で本人から書面同意を取得後、無作為割付けを行う。割付けの隠匿化のため、中央登録法を用いる。また、割付け法は最小化法、割付け比は 1 対 1 とする。

介入群では入院中に、通常診療に加え、週 1

回の意思決定共有モデルのプログラムを施行する。入院時にベースライン評価、退院時に介入後評価、退院 6 か月後に追跡評価を行う。

今回考案した介入プログラムは、意思決定共有モデルの基本的な部分である、治療者と患者の情報と意向の共有に焦点を当てたものである。入院中の 1 週間ごとに、(1) 患者に治療に対する認識を聴取する質問票への回答を求め、(2) 患者と医療スタッフの 30 分程度の合同ミーティングを開催して、(3) 患者と医療スタッフの情報共有のための治療計画書を作成する、ことを繰り返すものである (Figure 2)。研究と介入の標準化のために、病棟スタッフによるコアチームを形成し、対象患者の査定、参加スタッフのトレーニング、介入スケジュールと質のマネージメントを行っている。

主要評価項目は退院時の治療満足度 (CSQ-8J)⁷⁾、副次評価項目は、退院時の薬物療法に対する態度 (DAI-10)⁸⁾、退院 6 か月後の治療継続率とした。

例数設計は、治療満足度を従属変数、割付け群を独立変数とし、期待される群間の標準化平均値差 0.80、有意水準 5%、検定力 80%、両側検定、脱落率 10%の精度で独立な 2 群の t 検定を行うときに、52 例必要であると推定された。予期しない脱落が 10%あることを想定し、58 名を目標症例数とした。

統計解析は、治療満足度を従属変数、割付け群を独立変数とし、ベースラインデータを共変量として、重回帰分析を行う。質的変数の従属変数に関しては、ロジスティック回帰分析を行う。

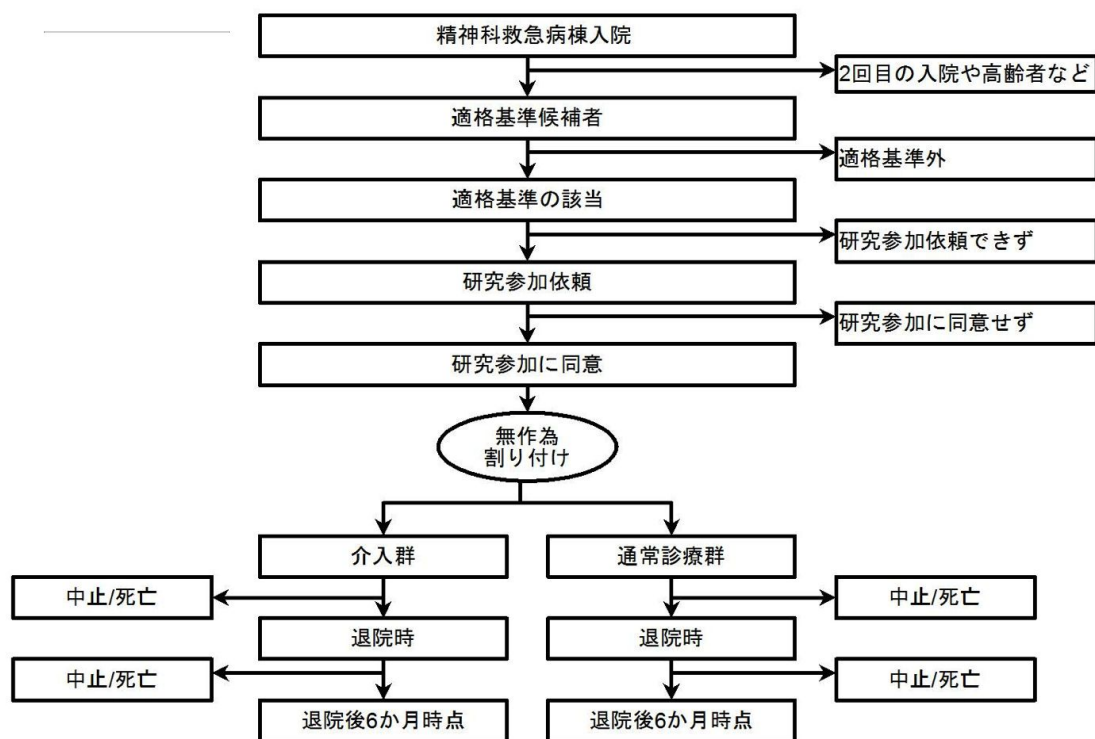


Figure 1 研究の全体的な流れ

Shared-Decision Making Program

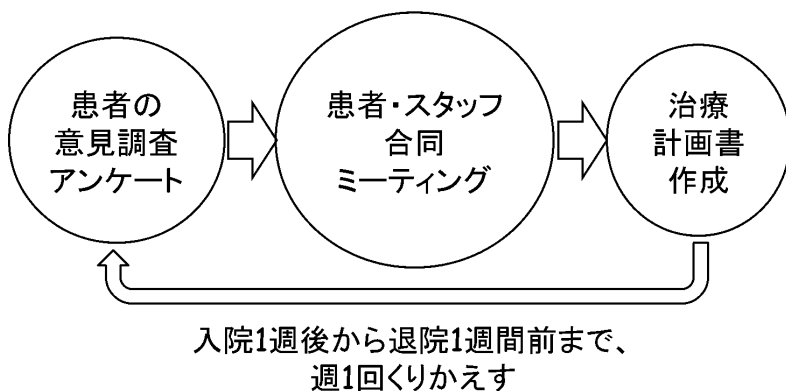


Figure 2 介入プログラム

C. 考察

本研究は、世界初の統合失調症初回入院患者への意思決定共有モデルの無作為化比較試験である。精神科救急医療におけるチーム医療による低強度の心理社会的介入法を提案するものである。本介入により、治療満足度と治療継続率向上に寄与することが期待できる。

本研究の真の目的は統合失調症患者自身の初期からの治療参画と長期的予後の関連を調べることであるが、今回研究では長期的な予後については測定できない。この点に関して、今後は多施設共同試験により1年以上の長期予後を評価することを検討中である。また、調査参加者と治療者とをマスキングできないことも本研究の限界点として残される。

引用文献

- 1) Fenton, Wayne S: Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. Schizophrenia Bulletin, Vol 23(4), 637-651, 1997
- 2) Cramer JA, Rosenheck R: Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatr Serv. 49(2): 196-201, 1998
- 3) L. de Haan, T. van Amelsvoort et al.: Risk Factors for Medication Non-Adherence in Patients with First Episode Schizophrenia and Related Disorders; A Prospective Five Year Follow-Up: Pharmacopsychiatry 40: 264 – 268, 2007
- 4) Rosemarie McCabe, Marya Saidi, Stefan Priebe: Patient-reported Outcomes in Schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 191, 21-28, 2007
- 5) Cathy Charles, Amiram Gafni, Tim Whelan: Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What Does It Mean? (Or It Takes At Least Two To Tango) Soc. Sci. Med. Vol. 44, No. 5, pp. 681-692, 1997
- 6) Robert E. Drake, Delia Cimpean, William C. Torrey: Shared Decision Making in Mental Health: Prospects for Personalized Medicine. Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 11 . No. 4 . 2009
- 7) 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(7), 711-717, 1999
- 8) 宮田量治, 藤井康男, 稲垣新: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 日本語版の信頼性の検討: 臨床評価 23, 357-367, 1995

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第 21 回日本精神科救急学会学術総会シンポジウム「当事者・家族の望むクライシス・レビューセッション：Shared decision-making」

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

WRAP (Wellness Recovery Action Plan: 元気回復行動プラン) に関する研修報告

研究協力者 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

要旨: 米国では精神障害を抱えながらもリカバリー（回復）に役立つよりよい自分でいられるよう立てるプランとして WRAP (Wellness Recovery Action Plan: 元気回復行動プラン) が Mary Ellen Copeland 博士によって考案され、米国各地で研修が行われている。わが国においても WRAP は当事者を中心に普及しつつある。WRAP を学ぶことにより、リカバリーに対する当事者の認識を深め、医療従事者による支援の充実・促進になり得ると考えられる。そこで今回、ペンシルベニア州フィラデルフィアにて Copeland Center Summit が開催され、参加する機会を得たのでここに報告する。**方法:** Copeland Center へ当サミットの参加申し込み可否の問い合わせを行ったところ、事務局長 Federici 氏より参加申し込み可能との連絡を受け、研修参加申し込みを行った。**結果:** 2013年9月11日-13日まで3日間のサミットが開催された。当サミットでは、参加者の約9割が何らかの精神疾患を抱えながらもリカバリー途中にある当事者や、すでにピアスペシャリストとして医療現場などの一スタッフとして勤務している人々であった。3日間の日程において、基調講演の他、専門ワークショップである「Seminar I: Introduction to Mental Health Recovery and Wellness Recovery Action Plan (WRAP for Total Health)」に参加した。ワークショップでは主に、WRAP の概要について、実際に参加者自らが「よりよい自分でいられる」ためのプラン作りを実践しながら学んだ。**まとめ:** 当研修を通じて、米国における当事者活動、ピアスペシャリストの役割、ウェルネス&リカバリーの概念、医療現場における当事者の具体的役割を学び得たことは、わが国の当事者活動の更なる普及を図ることが可能であり、また、医療従事者にとってはリカバリーの視点による支援の提供・充実になると考えられる。

研究協力者氏名 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

A. 研究目的

米国では Huckshorn により、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提唱されている「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」)がある。コア戦略と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つの考え方とともに、具体的に取り組むための6つの戦略を示している。

そのコア戦略の5つ目に「医療消費者の役割」がある。医療消費者とは精神疾患からリカ

バリー（回復）途中にいる当事者である。米国では、州政府から一定の研修を受け、認定を受けた「ピアスペシャリスト」と呼ばれる当事者が精神科病院や地域のリカバリーセンターなどでスタッフとして関わっている。

わが国における精神科医療での当事者活動は、退院支援の中で積極的に行われている。平成15年度厚生科学研究費補助金精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究^{1),2)}では、回復した当事者が入院患者をエンパワーメントする役割を「生活サポーター」として位置づけ、病院に派遣する取り組みが行われている。この活動は現在も継続しており、長期入院患者の退院支援に成果を挙げている¹⁾。

米国では、Mary Ellen Copeland 博士によって精神障害を抱えながらもリカバリーに役立つよりよい自分でいられるよう立てるプランと

して WRAP (Wellness Recovery Action Plan: 元
気回復行動プラン) が考案され、米国各地にお
いて研修が行われている。わが国においてもリ
カバリー 途中にある当事者がファシリテータ
ーとして WRAP を提供し普及しつつある。

WRAP を学ぶことにより、リカバリーに対
する当事者の見識を深め、医療従事者による支
援の質を高めることができると考えられる。そ
こで、今回多くのピアスペシャリストや医療消
費者らが集まり、米国ペンシルベニア州フィラ
デルフィアにて WRAP (Wellness Recovery
Action Plan: 元気回復プラン) サミットが開催
されたので、WRAP について報告する。

B. 研究方法 (参加までの流れ)

筆者は、WRAP に関する当サミットを主催
している Copeland Center for Wellness and
Recovery へ 2013 年 9 月に米国ペンシルベニア
州において開催される「Copeland Center
Summit」に参加申し込み可否の問い合わせを
行った。当センター事務局より参加申し込み
可能との連絡を受け、研修参加申し込みを行っ
た。

C. 研究結果

1. Copeland Center Summit 研修の概要

(1) 日程

米国ペンシルベニア州フィラデルフィアに
て、2013 年 9 月 11-13 日まで 3 日間のサミッ
トが開催された。

(2) 研修について

基調講演の他、サミットには様々なワークシ
ョップ・セミナーが設けられており、参加者は
基調講演、自らの希望するワークショップ・セ
ミナーを 3 日間通して参加することが基本的
な要件であった。そこで著者は、WRAP を基
本から学ぶことができる「Semina I: WRAP for
Total Health」を事前に登録した。

参加者の多くはピアスペシャリストや医療
消費者であり、続いて精神保健関係スタッフで
あった。すでに、WRAP ファシリテーターと
して WRAP プログラムを運営している人は、
Advanced Level Facilitator 講座を受講し、スキ
ルアップを図るなどしていた。また、米国の北
東部の州からの参加が多く見受けられた。

3 日間にわたる著者が参加した研修スケジ
ュールは以下の通りである。

(1 日目)

7:30-10:30am	Registration Open
8:45-9:00am	Welcome
9:00-9:30am	Arthur C. Evans Jr., Ph.D., Commisioner of Philadelphia 's Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services (DBHIDS)
9:30-10:15am	Sadé Ali, Deputy Commissioner of Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services (DBHIDS)
10:15-10:30am	BREAK
10:30-12:10pm	Seminar I: WRAP for Total Health
12:10-12:45pm	BREAK / Lunch
12:45-1:30pm	Mary Ellen Copeland, PhD, celebrated author of WRAP
1:30-1:40pm	BREAK
1:40-3:20pm	Seminar I: Wrap for Total Health
3:20-3:30pm	BREAK
3:30-4:30pm	Sherri Rushman: “ Catching Hope: Hope Givers, Hope Receivers and Hope Stealers ”
4:30-5:00pm	Certificates of Participation Available

(2 日目)

8:00-10:00am	Registration Open
8:45-9:00am	Welcome Back
9:00-9:15am	Opening Remarks - Jeanie Whitecraft, Division Director, National Technical Assistance, Training and Recovery Initiatives, Institute for Recovery and Community Integration
9:30-10:15am	Mark Salzar, Professor and Chair of the Department of Rehabilitation Sciences,

10:30-12:10pm	Temple University Seminar I: WRAP for Total Health
12:10-12:45pm	BREAK / Lunch
12:45-1:30pm	Berta Brits, Certified Peer Specialist, Creating Increased Connections
1:30-1:40pm	BREAK
1:40-3:20pm	Seminar I: Wrap for Total Health
3:20-3:30pm	BREAK
3:30-4:30pm	Gina Calhoun: “ It ’ s a Beautiful Day in the Neighborhood. Won ’ t You Be Mine? ”
4:30-5:00pm	Certificates of Participation Available
4:45-5:45pm	Pennsylvania Peer Support Coalition: An New Start

(3 日 目)

9:00-9:15am	Welcome
9:30-10:15am	Jane Whitaker/Winterling, Advanced Level WRAP Facilitator, Pioneer of WRAP
10:15-10:30am	BREAK
10:30-12:10pm	Seminar I: WRAP for Total Health
12:10-12:45pm	BREAK / Lunch
12:45-1:30pm	Steve Harrington, Executive Director, International Association of Peer Specialists
1:40-3:20pm	Seminar I: Wrap for Total Health
3:30-4:00pm	Certificates of Participation Available
3:30-4:30pm	Facilitator Refresher Debrief and Certificates

2. Seminar I: WRAP for Total Health における
研修内容

Seminar I: WRAP for Total Health の 3 日間の
セミナー研修講師は、Gina Calhoun 氏および
Scott Heller 氏であった。Calhoun 氏は精神科病
院で入院した経験を元にピアサポートスタッ
フとして従事した後、認定ピアサポートスペシ
ヤリストとして、ピアスペシャリスト研修、
WRAP 研修などの講師を務める。現在は

Copeland Center にて、ウェルネスとりカバリー
教育の国際ディレクターとして活躍している。
Heller 氏は臨床心理士であり、Calhoun 氏と共
に WRAP 研修の講師を務めている。

セミナーはワークショップ形式にてグルー
プワークを中心にセッションが進められた。
WRAP の概要学び、1 グループ 5、6 人に分か
れ、グループごとにそれぞれの構成要素に関す
る対応プランを作成した。以下にその概要を記
述する。

(1) WRAP について (概要)

WRAP (Wellness Recovery Action Plan: 元気
回復行動プラン) は、Mary Ellen Copeland 博士
により考案された、不快なつらい感情や行動を
観察し、対処方法を作り、その対処方法を通し
て、不快な感情を軽減、改善、あるいは解消す
るための構造化されたシステムである³⁾。

また WRAP は、長年にわたって精神疾患を
抱えている当事者が、日常生活をよりよく送る
ことができるように開発された、当事者自らの
目標に向けて行動し、よりよい自分でいられる
よう作成される^{3),4)}。

WRAP は可能な限り当事者自身をよりよい
状態にいられるよう支援するとともに、当事者
自身の調子が悪く自ら対処できない時は、他人
がどのように支援すべきであることを示すこと
が可能である^{3),4)}。WRAP を作成することがで
きるのは当事者自らであることを強調してい
る^{3),4)}。

構成要素は主に、Wellness Toolbox (元気に
役立つ工具箱)、Daily Maintenance Plan (日
常生活管理プラン)、Triggers and Action Plan
(引き金とその対応プラン)、Early Warning
Signs and Action Plan (注意サインとその対応プ
ラン)、When Things Are Breaking Down and
Action Plan (調子が悪くなっている時のサイン
とその対応プラン)、Crisis Planning (クライ
シスプラン)、Post Crisis Planning (クライシ
スの後のプラン) から成る^{3),4)}。

WRAP を作成する際は、インデックスのあ
るバインダを用意するとよい。

(2) WRAP の構成要素

Wellness Toolbox (元気に役立つ工具箱)

Wellness Toolbox (以下、元気に役立つ道具箱) は、よりよい自分でいられるあるいは元気な自分でいられるように、これまでやってきて役立ったことあるいはできたかもしれないことをリストとして書き出ししておくことである。そのリストの内容を「道具箱」として使用し、自身の WRAP を作成する³⁾。

研修では研修参加者らがグループごとに元気に役立つ道具箱を模造紙に書き出し、発表した。挙げられた意見の例として、祈る、走る、絵を描く、お風呂につかる、電話をかける等が挙げられた。

道具箱の中でも、特に Power Tool と呼ばれる「特に効果のある道具」をいくつか書きだしておく、危機的状態に陥った時に役立つという。その Power Tool は必ずしも体に良いものとは限らず、例えば、ある人にとっては「喫煙」が危機的状況やストレスを解消するのに役立つ場合、それも1つの道具として挙げることができる。

Daily Maintenance Plan (日常生活管理プラン)

Daily Maintenance Plan (日常生活管理プラン) とは、よりよい自分を保つことができるよう、元気を維持するために毎日すべきことをリストにする。大きく3つのパートがある。1つ目は、「普段のいい状態の時の自分はどのようなか」、そして「回復に向けて目標を達成した時の自分はどのようなでいたいか」ということを書き出ししておく。これらは、気分がすぐれない時によい状態の自分を思い出すことが可能となる^{3),4)}。2つ目は、よりよい自分でいられるために「毎日するとよいこと」を書き出ししておく^{3),4)}。元気に役立つ道具箱でリストにした内容を用いることが当てはまる。研修の中では、「病気を怖いものと考えるのではなく、寄り添うものと考えられるようになる」、「1マイル歩く」、「決めた時間に服薬する」などが挙げられた。3つ目は、「時々するとよいこと」を書き出ししておくことである^{3),4)}。例えば「休暇を取る」、「マッサージを受ける」などがある。

よりよい自分でいられるよう、いい状態の自分、毎日するとよいこと、時々するとよいこと

を書き出し、目につくところに貼り出ししておくことも大切であることが研修で言及されていた。

Triggers and Action Plan (引き金とその対応プラン)

Triggers (以下、引き金) は、もしそれらが起きると気分が悪くなる、あるいはストレスを感じるような出来事や状況のことで、外的な要因であることが多い^{3),4)}。例えば、職を失う、大切な人を失う、騒音、携帯電話を失くす、バカにされるなどがある^{3),4)}。引き金を考える時は、もしそれが起きたなら調子を崩すかもしれないということを書き出すとよく、引き金となる出来事は過去に生じたものであることが多い^{3),4)}。

その引き金に対して、どうすれば気分が悪くならないでいられるかという対応プランも同時に作成する^{3),4)}。例えば、元気に役立つ道具箱を活用する、深呼吸をする、友達に話を聞いてもらう^{3),4)}などである。万一、対応プランが効果的でない場合、改めて元気に役立つ道具箱を見直して作成し直すことが大切となる。

Early Warning Signs and Action Plan (注意サインとその対応プラン)

Early Warning Signs (以下、注意サイン) は、自身の内的要因により生じる症状であり、ストレスの状況に対する反応とは関係なく生じるものである^{3),4)}。例えば、眠れない日がある、楽しく感じられない、緊張している、イライラしているなどがある^{3),4)}。

引き金に対する対応プランと同様、注意サインに気付いた時にも、それに対応するプランを考える。

When Things Are Breaking Down and Action Plan (調子が悪くなっている時のサインとその対応プラン)

When Things Are Breaking Down (以下、調子が悪くなっている時のサイン) では、引き金や注意サインに対して作成した対応プランを実施しているにもかかわらず、調子がとても悪く、このまま何もしなければ危機的状況になりかねない状況を指す^{3),4)}。その時のサインとは、

よく頭痛がする、食事がとれない、眠れない、考えがまとまらないなどがある^{3),4)}。

引き金、注意サインと同様に、調子が悪くなっている時のサインにおいても対応プランを考える。例えば、医師や関係機関に連絡して指示を得る、誰かに一緒にいてもらうなどがあり、特にこの状況にある時、元気に役立つ道具の中でも Power Tool が役立つ場合がある^{3),4)}。

調子が悪くなっている時でも、作成した対応プランを用いることによって、自ら危機的状況に陥ることを防ぐことが可能であることが鍵となる^{3),4)}。またそのサインを知り、早急に対応することも重要となる^{3),4)}。

Crisis Planning (クライシスプラン)

調子が悪くなっている時のサインに気づき、予め対応することによって危機的状況の可能性を減らすことができる^{3),4)}。しかし、危機的状況に陥った場合に備えて、事前にプランを作成することも WRAP の構成要素として含まれており、Crisis Planning (以下、クライシスプラン) という。

～ では引き金や注意サイン、調子が悪くなっている時のサインに対して、作成したプランを活用して自らが対応する。しかし、クライシスプランでは、当事者自身が完全にコントロールを失い、自らのケアができない状況に陥ったために当事者本人に代わって他人が対応する^{3),4)}。その時、他人にして欲しいこと事前に示しておくことに特徴がある^{3),4)}。クライシスプランは9つのパートから成る。

1つ目は「普段の自分はどのような人か」である^{3),4)}。普段、いい状態時の自分がどのようなかを記述しておく^{3),4)}。自分を知っている人のみならず、知らない人に対しても普段の自分がどのような人であるかを簡単に記述しておく^{3),4)}。

2つ目は「介入が必要になる状態」である⁴⁾。自分がどのような状態に陥った時、他人が介入すべきかを把握しておくためにその様子について記述する^{3),4)}。例えば、動きが止まらない、じっとしていられなくなっている、家族や友達を認識できない、日々の感情起伏が激しいなどである^{3),4)}。

3つ目は「サポーター」である^{3),4)}。2つ目の介入が必要な状態になった際、本人に代わって責任を果たしてくれる人のリストを作成する。身近にいる人の中で約5~7人程度をサポーターとして考える。サポーターには、医療従事者、家族、ピア(当事者同士)などがある。各サポーターが本人に代わってどのような責任を引き受けてくれるかどうかを確認しておく^{3),4)}。例として、請求書の支払いはAさんをお願いし、病院への同行はBさんに、ペットの世話をCさんをお願いしたいなど、各サポーターごとに異なる役割を担ってもらうことを決めておく^{3),4)}。また、一方で、医療関係者や家族が“本人のため”と判断し、本人の意思に沿わない判断をする場合がある。そのような事態を避けるために、予め自ら、ケアおよび治療に関わらないでほしい人たちも記述しておくことも、3つ目の特徴である。

4つ目は「主治医や医療関係者、薬について」である。危機的状況から抜け出すために、処方を出している主治医や医療関係者、薬局の名前と連絡先をリストにしておく。その際、現在服薬している薬のリストも作成しておく。服薬が必要な時に、どの薬を飲めば効果的であるか、一方でどの薬は飲むことを避けるべきか、理由も含め示しておく。

5つ目は「効果的な治療、グループ、プログラムについて」である^{3),4)}。どのような治療、グループあるいはプログラムが効果的であるか、また効果的でないかを理由とともに示しておく^{3),4)}。

6つ目は「危機的状況から抜けるためのよい場所はどこか」である^{3),4)}。危機的状況にいる時、家で過ごすことが一番いい場所であるか、もしそうである場合、どのようなケアを受けたいかを示しておく^{3),4)}。家以外の場合、地域ケアや一時的に療養する際、どこでどのようなケアを受けたいかを示しておく^{3),4)}。

7つ目は「病院」である^{3),4)}。もし、入院治療を必要とした場合にどの病院へ入院したいか、また入院を避けたい病院はどこであるかについて示しておく^{3),4)}。また同時に、5つ目に挙げた受けたい治療、受けたくない治療も理由とともに示しておく^{3),4)}。

8つ目は「他人からの支援」である^{3),4)}。

危機的状況から抜け出すために、サポーターにしてもらうと助かることを挙げる^{3),4)}。また、サポーターにしてほしくないことも挙げておく^{3),4)}。支援してもらうと助かる例として、歩き回ることを妨げない、ピアカウンセリングをしてくれる、安心させてくれるなどがある³⁾。一方、支援してほしくない例として、話を聞いてくれない、どのようなことにしても強制的にさせられることなどがある³⁾。

9つ目は「サポーターがプランを使わなくてもよいと知ることができる本人の状態」である^{3),4)}。危機的状況を脱して、調子が良くなった時、本人に代わってケアの責任を引き受けていたサポーターはこのプランに従う必要がなくなる^{3),4)}。つまり、再び当事者が自身のケアをすることができるまでに回復したことを示唆する。そのため、調子が良くなった時の本人の状態はどのようなものであるかを示しておく^{3),4)}。例えば、3晩続けて夜眠ることができた、分別があり理性的にふるまえるようになった、きちんとした会話ができるようになったなどがある^{3),4)}。

これら9項目を含めてクライシスプランは完成する。随時、変更・更新して、サポーターにコピーを渡しておき、理解をしておくことが大切となる^{3),4)}。

Post Crisis Planning (クライシスの後のプラン)

クライシスの後のプランは、困難な状態から回復する過程の指針とすることができる^{3),4)}。当事者自らが、危機的状況から抜け出し、クライシス後のプランを使う準備ができたと分かる状態を記しておく^{3),4)}。回復した時、どのように感じるかを記すとともに、その危機的状況から何を学んだかということも含めて作成する^{3),4)}。また、クライシス後の時期に誰にサポーターとして関わることを希望するかということも記述する^{3),4)}。クライシス後のプランもクライシスプラン同様に随時、状態に応じて変更・更新して、作成する^{3),4)}。

WRAP を効果的に活用するためには、毎日作成した内容を読み、必要に応じて行動することが大切であり^{3),4)}、内容を見直して更新する

ことがよりよい自分でいられるための鍵となる。

D. 考察・まとめ

WRAP は科学的根拠に基づく実践 (evidence-based practice) であることが先行研究において示されており⁵⁾、心的外傷体験、薬物依存を含む様々な精神疾患に対しても WRAP は活用されている⁵⁾。米国では地域や医療機関において WRAP をプログラムとして提供している⁶⁾。その実践から、精神症状の重症度と将来に対する有望性を改善した成果も示されている⁷⁾。わが国においても、WRAP はピアサポートの活動の中で取り込まれている。最近では、入院している当事者に対して WRAP を提供している医療機関が増えつつある。例えば、国立精神・神経医療研究センター病院の医療観察法病棟では当事者が外部講師として WRAP を入院中の当事者に教えている。

ピアサポートの活動は退院支援において取り込まれており、リカバリーした当事者が自らの体験を含めて WRAP を提供することは、当事者同士の学びを深め、エンパワーメントを促進し、社会的活動に関わる上での自信になると考えられる。医療従事者においても、当事者からの学びを得ることが可能となる。

精神科医療では「共同意思決定 (Shared-decision making)」が近年重要視されている。共同意思決定とは当事者の自己決定を支援するため、当事者と医療従事者が共に互いの情報を共有し合い、当事者が利用する医療を決定していく考え方に基づいており、提供される医療の質を向上するためのコミュニケーション手段である^{8),9)}。WRAP は、当事者自らが取り組むプランと、相手に委ねるクライシスプランを含んでおり、共同意思決定を示すツールとしても有効であると考えられる。また、自己責任、自己決定の概念に基づき、当事者の意思を取り入れて作成することは新たなケアの方向性を見出すことにつながる。

今回の研修を通して、WRAP を深く理解できたことは、当事者に対する支援の質の向上方策を考える一助となる。今後の課題として更なる WRAP および当事者活動の普及に向け、地域のみならず、多くの医療機関においても実践

することができるような体制づくりが求められる。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

H. 参考文献

1) 石井美緒, 佐藤真希子, 三宅美智: 米国における行動制限最小化研修および病院見学報告. H24 年度厚生労働科学研究補助金 (障害者対策総合研究事業) 精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の評価に関する研究. 主任研究者 伊藤弘人. 協力研究報告書, 2012.

2) 新田則之: 精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究. 平成 15 年度厚生科学研究費補助金 (健康科学総合研究事業) 総合的な地域保健サービスに関する企画立案及び事業管理に関する研究. 主任研究者松浦十四郎. 2003.

3) Copeland ME: Wellness Recovery Action Plan. Peach Press 2011 (コーブランド ME. 久野恵理 (監訳) 元気回復行動プラン WRAP 道具箱 2002.)

4) Copeland Center: WRAP for Total Health [package insert]. Philadelphia, PA, 2013. (2013 年 9 月 11-13 日, 研修資料)

5) NREPP SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices: Wellness Recovery Action Plan (WRAP). Rockville, MD. <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=208>. (Accessed February 14, 2014)

6) Mental Health Recovery and WRAP: WRAP and Recovery Books. W. Dummerston, VT. <http://www.mentalhealthrecovery.com/contact/> (Accessed February 14, 2014)

7) Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, et al: Results of a Randomized Control Trial of Mental Illness Self-Management Using Wellness Recovery Action Planning. Schizophrenia Bulletin 38:881-891, 2012.

8) 宮本有紀: 看護師等による向精神薬に対する効果的な情報提供・支援法の開発に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究. 主任研究者 中川敦夫. 分担研究報告書. 2009.

9) 福井 貞亮: 精神障害者地域生活支援の国際比較. 海外社会保障研究: 182, 2013.

研究成果の刊行に関する一覧

書 籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑 誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hatta K, Takebayashi H, Sudo Y, et al. for the JAST study group.	The possibility that requiring high-dose olanzapine cannot be explained by pharmacokinetics in the treatment of acute-phase schizophrenia.	Psychiatry Research	210	396-401	2013
Hatta K, Otachi T, Fujita K, et al. for the JAST study group.	Comparisons between switching and augmentation in acute schizophrenia patients showing early non-response to risperidone or olanzapine.	(投稿中)			
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・エッセンス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)			
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	(投稿中)			
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	2014
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	2014
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	17 (3)	70-71	2014