

精神科看護師が行う入院治療における ディエスカレーションの概念分析

海老原 樹恵

抄 録

目的：精神科看護師が入院治療における患者の不穏状態に対する介入としてのディエスカレーションの概念を明らかにし、介入プロセス、および、その関連要因を検討する。

方法：Rodgersの方法論に倣い概念分析を行った。

結果：ディエスカレーションの属性は、【攻撃や暴力に対するアセスメント】【不穏を緩和し自己コントロール感を引き出す介入】【興奮の鎮静を促す環境の調整】【強制治療の代替法】、先行要件は【患者の不穏】【不穏や暴力への看護師の恐怖や不安】【鎮静に対する看護師の無力感】【強制治療に対する看護師の抵抗感】【病棟安全に対する対応の遅れ】から構成された。帰結は【興奮の緩和と暴力の回避】【看護師とのコミュニケーションによる回復への前向きな変化】他5項目から構成された。

考察：ディエスカレーションは不穏患者の攻撃の特性、苦痛、心理的葛藤を理解し、患者の自律性を活用し、興奮を鎮静しながら日常生活や回復意欲を高めるプロセスであるとわかった。また、先行要件には、患者、看護師双方が不安や恐怖を抱き、暴力への恐怖や無力感、倫理的違和感などの看護師の葛藤が関連していた。患者の不穏をめぐって、鎮静技術の習得だけでなく、強制治療の代替法として患者自身の不穏を緩和し自己コントロール感を引き出し、活用する支援も有効である。患者、看護師、病棟全体の安全感や安心感の維持に向けて、日常的な安全感や安心感の持続と、その延長線上において不穏時のディエスカレーションを統合させるという視点も有効ではないだろうか。不穏に陥りやすい患者であっても望む生活を妨げず継続できるような、個別支援や看護師支援も含めた、包括的な治療環境づくりにつながる概念としての発展が期待される。

キーワード：ディエスカレーション、精神科看護師、不穏、精神科入院治療、強制治療

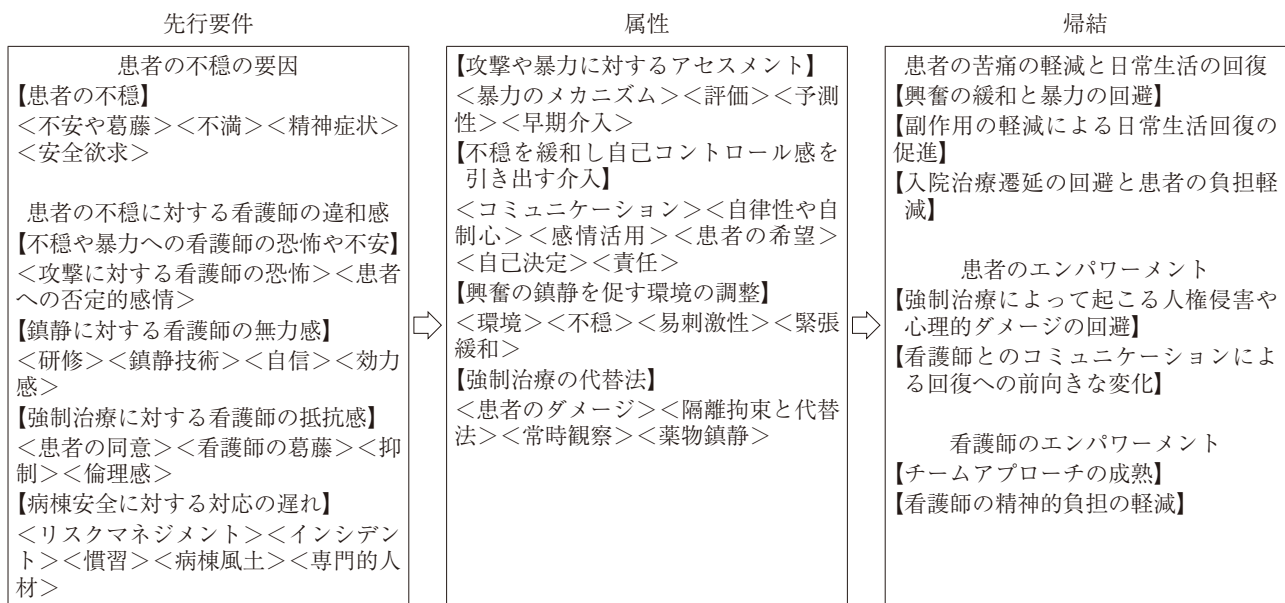
I. はじめに

精神科医療における「ディエスカレーション」は、「心理学的知見をもとに、言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性、攻撃性を和らげ、患者を普段の穏やかな状態に戻すこと」(Linsley, 2010)と定義される。患者—看護師間の言語および非言語的コミュニケーションで、怒りや興奮を和らげ、身体拘束や保護室隔離、向精神薬による鎮静等の患者の同意を得ずに行う可能性のある強制性の高い治療(以下、強制治療)を回避する介入として用いられる心理社会的な介入方略である(包括的暴力防止プログラム認定委員会, 2005)。

近年の国際的動向として、精神科入院治療が大幅に減少している欧米でも入院中の患者の興奮や攻撃、暴力、

自傷行為に対する隔離・拘束が実施され、日本では増加傾向とされる(野田ら, 2013)。国際指針では、患者の隔離・拘束や薬物鎮静は患者の人権侵害および事故の観点から、代替方法がない場合に限り最小限の実施が義務づけられている(Clark et al., 2006; British Psychological Society, National Collaborating Center for Mental Health, 2015)。ディエスカレーションは、強制治療を回避する介入として期待されるが、その概念や具体的介入方略およびアウトカムはいまだに十分に検証されていない。さらに、隔離・拘束等の強制治療による患者への心身のダメージが懸念され、一方で患者からの暴力による看護師の安全確保や精神的負担、離職は、労働経済上の課題ともされる(Linsley, 2010)。

本研究により、強制治療を用いない介入方法によって患者の不穏を鎮静させることで患者の心身の負担を軽減し、日常生活の回復を促進する方法を示唆する知見が期



【 】 カテゴリー名, < > サブカテゴリー名

図1 ディエスカレーションの概念図

待できる。

II. 目的

精神科看護師が行う入院治療における患者の不穏状態に対する介入としてのディエスカレーションの概念を明らかにし、介入プロセス、および、その関連要因を検討する。

III. 方法

CINAHL, MEDLINE, および、医中誌 WEB データベースを用いて、1994~2014年の期間で、「de-escalation」「ディエスカレーション」をキーワードとして、海外文献584件、国内文23件が検出され、これらのうち、感染や免疫分野の文献を除外し、関連する海外文献121件、国内文献18件を抽出した。このうちの15~20%程度にあたる32文献を精読し、Rodgers の概念分析法に則り分析した (Rodgers et al., 2000)。Rodgers らの概念分析とは、文献にある分析対象の用語について、その時代背景や社会状況、文化、学問領域による用いられ方の違いに着目し、概念の属性、先行要件、帰結を示し、概念の特性を明確にする方法である。抽出した内容について、精神科医療の社会的背景などにも注目し、共通性および相違性により分析した。なお、分析の妥当性を確保するため、精神科領域の専門家、および、概念分析に関する指導者からの意見を得た。

IV. 結果

ディエスカレーションの属性は、**【攻撃や暴力に対するアセスメント】****【不穏を緩和し自己コントロール感を引き出す介入】****【興奮の鎮静を促す環境の調整】****【強制治療の代替法】**、先行要件は**【患者の不穏】****【不穏や暴力への看護師の恐怖や不安】****【鎮静に対する看護師の無力感】****【強制治療に対する看護師の抵抗感】****【病棟安全に対する対応の遅れ】**であった。帰結は**【興奮の緩和と暴力の回避】****【副作用の軽減による日常生活回復の促進】****【入院治療遷延の回避と患者の負担軽減】****【強制治療によって起こる人権侵害や心理的ダメージの回避】****【看護師とのコミュニケーションによる回復への前向きな変化】****【チームアプローチの成熟】****【看護師の精神的負担の軽減】**であった (図1)。

1. ディエスカレーションの属性

1) 【攻撃や暴力に対するアセスメント】

ディエスカレーションの介入対象となる不穏を呈する患者の言動と感情、行動の変化に注目し、特に精神疾患患者の暴力サイクルとして、不穏状態を含めた暴力に至るメカニズムが示され (Nijman, 2002)、関連要因ではBPRS (Brief Psychiatric Rating Scale: 簡易精神症状評価尺度) による不穏状態の客観的理解が指向されていた (徳田, 2011)。

また、攻撃や暴力の予測可能性のアセスメントツール開発 (野田ら, 2014a)、日常生活上のトリガーや不穏の兆候、パターンの把握 (岡田, 2011; 山下, 2012)、さらに攻撃や暴力への早期介入や予防的介入についての論理的解釈と客観的な評価に則った介入方略が検討されてい

る(佐藤, 2013)。また, 精神運動興奮に対する鎮静を目的とした抗精神病薬の選択基準と鎮静効果が課題であった。

2) 【不穏を緩和し自己コントロール感を引き出す介入】

正当な要求に対する患者の表現の不器用さ(WHO, 2005), コミュニケーションの特徴や個別的サインを看護師が理解し(徳田, 2011), 患者自らの不安や恐怖の感情への気づきと他者への言語化による表出を促す自律的な感情活用の支援が行われている。看護師との感情の共有, 説明や声かけ, 将来展望や希望を共有することを通して, 自己決定や自分の行動に責任をもち得る自律性や自制心を回復できる支援が有効とされる(野田ら, 2013)。

したがって, 不穏状態が緩和され, 患者自身が望む生活やケアに向き合う自律性も促進されるようなコミュニケーションが図られている(Stewart et al., 2012)。

3) 【興奮の鎮静を促す環境の調整】

入院による環境の変化, 易刺激性や知覚過敏に考慮した医療者の穏やかな態度(折笠, 2011), グループから離れた安全で静かな環境の確保, 不穏増強の回避やその代替案の提示(Stewart et al., 2012), そばにつき添い励ます, 気晴らしの提案(高橋宗男, 2013), プライバシーや羞恥心への配慮(Irwin, 2006)が鎮静を促し, 一方, 看護師の言語的刺激による不穏増強や緊張関係の発展, 患者の被害的言動に対する看護師の感情的言動や都合の押しつけは刺激要因であった(高橋マユミ, 2013)。

4) 【強制治療の代替法】

強制治療において発生するパターンリズムに対する人権の配慮や行動制限の最小化(Bowers et al., 2013), 隔離・拘束の代替法としてのContinuous Special Observation(常時観察)(Stewart et al., 2012)など, デイエスカレーションを不穏時の積極的介入と位置づけ, 非侵襲的代替法の可能性やその倫理的側面が注目されている。一方, デイエスカレーションは, 不穏状態の暴力への発展の回避だけでなく, 強制治療が患者の怒りを誘発することにも注意が注がれていた(Nijman, 2002)。

2. ディエスカレーションの先行要件

1) 【患者の不穏】

攻撃や暴力に至る患者特性, トリガーとなる症状や副作用による身体的苦痛, 潜在する強い不安や葛藤, 入院への不満が患者の不穏状態につながる。自閉症児や認知症患者等のコミュニケーション困難の障害特性(中村ら, 2013), 暴力や問題行動を繰り返す起す行動特性(Amore et al., 2008; 岡田, 2011), さらに, 強い不安, 緊張, 興奮とその感情の処理や対処の未成熟による攻撃(aggression), 言語的暴力(violence, abuse), 不穏(agitation), 威嚇(intimidation), 治療拒否(medical abuse)等がある(佐藤, 2013)。

また, 精神症状悪化による易刺激性, 意欲低下, 幻覚や軽度の意識(内容)障害(Irwin, 2006), 不眠や食行

動の異常等の生理的活動の変調と疲労(Mason et al., 1999), 日常生活行動全般の失調(山田, 2010), 向精神薬の副作用による過鎮静や身体的苦痛(Curtis et al., 2007)による不快感も興奮や易怒性のトリガーとなる。

一方で, 患者に潜在する強い不安や葛藤, 入院への不満は, 嗜癖行動の変化, 引きこもり, 医療者の回避, 服薬や生活行動の拒否として現れる。これらは, 患者の心理的葛藤や安全欲求への脅威に起因して不穏につながり, 特に医師や看護師など医療者に対する不信感や対人関係の悪化をもたらす治療を阻害する(Curtis et al., 2007)。

2) 【不穏や暴力への看護師の恐怖や不安】

看護師が暴力そのものに対して恐怖や不安を抱いていた(Ohnishi et al., 2011)。さらに, 興奮を呈する患者への否定的感情や介入への不全感, 患者の攻撃性に対する看護師の陰性感情や, 隔離・拘束, 薬物鎮静の容認性との関連も指摘される(Gerard et al., 2006; 野田ら, 2014a)。また, 日本の精神科看護師の病棟に対する安全感は非常に低い(野田ら, 2014a)。

3) 【鎮静に対する看護師の無力感】

ディエスカレーション技術の研修経験の少なさやアセスメント能力(岡田, 2011), 介入技術等の現実的な準備状態の低さ, 介入に対する看護師自身の鎮静に対する自信や効力感の低さが背景にあった(Gerditz et al., 2013; 折笠, 2011)。

4) 【強制治療に対する看護師の抵抗感】

看護師は, 患者本人の同意や必要性の理解が得られない状況下での介入, 特に保護室隔離や抑制帯による身体拘束を実施することへの抵抗感を感じていた(Ohnishi et al., 2014)。医療者が担う患者および病棟全体の安全確保の責務と, 一方で患者に対するパターンリズムや人権侵害など倫理的葛藤, さらに強制治療による患者の治療意欲の低下や看護師との治療的関係の悪化への発展も論じられていた(Stewart et al., 2012)。

5) 【病棟安全に対する対応の遅れ】

病棟のリスクマネジメントに対する理念や明確な規定の欠如, 暴力インシデント発生の常態化とその軽視や放置等の病棟安全に対する意識や慣習(野田ら, 2014b; WHO, 2005), また, 病棟職員間でも「暴力被害について話さない, 触れない」など暴力の被害の表面化を避け合う傾向が指摘される(Clark et al., 2006)。また, 患者の不穏に起因する暴力インシデントは, 医療者の労働福祉にも関連する課題として, 予防的観点での環境整備や専門的人材の育成(Gerditz et al., 2013), 各国の法令や労働安全関連予算にも拡大してその必要性が議論されていた(Salerno et al., 2009)。

3. ディエスカレーションの帰結

1) 【興奮の緩和と暴力の回避】

ディエスカレーションによって, 精神症状と付随する身体的不快感が軽減され, また, 暴力や言語的攻撃, 問

題行動が減少または回避されていた。この背景には、患者の怒り（易怒性）を適応的な方向に転換させ、怒りやいらだち、強い不安を緩和し、普段の穏やかな状態を取り戻すことによるとされる（Mason et al., 1999）。しかし反対に、心理的葛藤の根本的な原因の未解決は暴力に発展し、患者の不穏や葛藤の対処として機能する悪循環につながると指摘される（Johnson et al., 2007；Nijman, 2002）。

2) 【副作用の軽減による日常生活回復の促進】

不穏状態鎮静のための作用の強い薬物の経口投与や筋肉注射、定時薬の増量が回避されることで、精神薬の副作用が軽減され、錐体外路系症状の緩和、傾眠や食行動異常が回復し、身体的な不快感も軽減する（Curtis et al., 2007）。また、過鎮静の回避により、意識や思考が保たれ症状や身体的苦痛、副作用について話し合うコミュニケーションも図られる（Mason et al., 1999）。

3) 【入院治療遷延の回避と患者の負担軽減】

患者の不穏状態から攻撃や暴力等への発展が回避され、速やかに鎮静に至ることで入院の長期化による負担が軽減し社会復帰を促進できる（WHO, 2005；Bowers et al., 2013）。

4) 【強制治療によって起こる人権侵害や心理的ダメージの回避】

同意しない強制治療による絶望感、被懲罰感（Johnson et al., 2007；Bergk et al., 2010）、無力感や自律性の失調感（feel of decontrol）（Stewart et al., 2012）等の患者に与える精神的ダメージや看護師への不信感等、治療関係を悪化させるリスクを軽減し信頼関係を維持できる（Laker et al., 2010）。

5) 【看護師とのコミュニケーションによる回復への前向きな変化】

不穏や苦痛についての看護師とのコミュニケーションを通して、不穏の鎮静に重要な睡眠確保のための不眠時薬の自己活用（Curtis et al., 2007）など、不穏からの回復意欲が促進されていた。また、「家に帰れるようになりたい」などの達成可能な短期目標を見だし、設定することにつながっていた（Browes et al., 2013）。この過程では、自己肯定感覚の高まり、自分の考えを発言し患者自らが意思決定する等の前向きな変化が起こる（高橋マユミ, 2013）。

反対に、不穏状態や言語的暴力に看護師が触れないことは患者にとって暴力は未完結な体験となり、かえって安全感が欠如するとの指摘もある（Johnson et al., 2007；Nijman, 2002）。

6) 【チームアプローチの成熟】

多職種協働チームが情報の共有や統一された介入ツールを用いる事で連携して対応でき（佐藤, 2013）、不穏の鎮静までの時間の短縮、ヒューマンパワーの有効活用等の利点が得られる（Cowin et al., 2003）。

7) 【看護師の精神的負担の軽減】

チーム医療の成熟と病棟内の安全確保の取り組みによって（Irwin et al., 2006）、暴力インシデントによる看護師の精神的ダメージや負担、離職を回避できるとの指摘もある（Clark et al., 2006）。

V. 考 察

ディエスカレーションに関する属性、先行要件、帰結について、それぞれ抽出された内容からのキーワードを用いて、概念を検討した（図1）。

1. ディエスカレーションの定義

本分析から精神科病棟におけるディエスカレーションとは、「強い不安や恐怖によって不穏状態にある患者に対して、攻撃や暴力に対するアセスメントに基づいた看護師の介入により興奮の鎮静を促す環境のなかで患者自身が自律性を失わずに不穏状態を緩和すること」と定義した。この定義には、看護師の介入として、患者特性や自律性を尊重し、患者の目線に立って介入すること、さらに効果的な環境の構築が含まれる。介入の前提としての患者特性の理解が非常に重要であり、先行要件からも、ディエスカレーションは興奮や暴力リスクのアセスメントだけでなく、不穏を呈する患者が潜在的に抱える恐怖や不安、不満があることを理解する必要があることが示唆される。また、患者が不穏の回復への自律性を発揮するために、自己コントロール感を保持でき、不穏であっても必要な生活行動を行なうことができているという感覚をもてることも必要である。

そのために、患者が安心でき、医療者との協働のもとに回復を目指す環境の構築が求められる。ディエスカレーションは、強制治療による医療者主体の介入とは対極にあり、患者の主体性を保ちながら安全で平穏な状態への回復を目指すという急性期治療の新たな方向性を示す概念になるといえる。

本分析から、ディエスカレーションの概念は、アセスメント、介入、およびアウトカムが含まれる概念であることがわかった。本研究の先行要件にみられるように、精神科におけるディエスカレーションでは、患者においては不穏を呈した患者の興奮や暴力、一方、看護師においては不穏を呈する患者への怖さや介入に対する不安が示唆された。帰結では、ディエスカレーションを用いることで、患者の興奮が鎮静され、強制治療や副作用による危険や苦痛、ダメージを最小限にとどめ、患者の日常生活の回復が促進されるなど、前向きな変化が引き出された。その結果、患者の人権を守り入院治療の負担軽減につながった。同時に、介入にかかわる看護師の心的負担も軽減され、病棟安全への意識と取り組みが向上していた。

研究の傾向として、患者の不穏要因の探求や強制治療による鎮静に対して、より患者の負担やダメージが少な

い代替方法としてのディエスカレーションの介入手法や効果が研究されてきた。ディエスカレーションの研究動向からは、患者の不穏の要因に注目するだけでなく、不穏を緩和できる新たな要因の探求や視点を見いだし、より安全で患者の治療や入院生活全般にわたって前向きな影響を与えるような介入への発展が目指されていた。強制治療によって阻害されることなく、患者の回復力を引き出して発揮させるという視点に立ったケアを実践するためには、ディエスカレーションの概念や介入は有用であり、精神医療における患者中心の視点やリカバリー志向という近年の精神医療の流れを促進する概念であるともいえる。

本分析から、患者自らが症状と向き合うことで自分の望む生活や目標に近づくために看護師が問題を共有し、患者の意思を尊重しながら協働することの必要性が示された。ディエスカレーションでは、患者一看護師間のコミュニケーションを通して、患者の意思決定を尊重しながら不穏の要因となる問題への対処を高める看護支援が求められていると考えられる。しかし、不穏状態では意思決定が困難になりやすい患者が回復への主体性を発揮すること、また、その支援についての研究はまだまだ進んでいない。ディエスカレーションをより有効な介入とするためには、不穏状態の患者がどのような不安を感じ、どのような支援を望んでいるか、また患者自身が抱く回復意欲を阻害・促進する要因についての研究知見も必要であろう。

さらに、不穏状態の患者と看護師の治療的コミュニケーションの促進、さかのぼって、看護師の不穏患者への恐怖や介入への無力感などの葛藤がどのようなものであり、どのようなエンパワーメントができるのかという看護師側の要因にもさらなる研究が必要であろう。患者の人権やQOL (Quality of Life) の向上が重視され、隔離・拘束が廃止される国際的動向において、ディエスカレーションの概念が患者、医療者、病棟全体の相補的な安全や安心感の構築につながる実践的な介入システムやツールの開発につながる事が期待できる。

VI. 結 論

精神科入院治療で不穏を呈する患者に対するディエスカレーションは、【不穏や暴力への看護師の恐怖や不安】【鎮静に対する看護師の無力感】【強制治療に対する看護師の抵抗感】【病棟安全に対する対応の遅れ】の先行要件から構成され、強制治療によるダメージや副作用を与えることなく患者の苦痛や興奮を緩和できる。

帰結では、ディエスカレーションによって攻撃や暴力を回避して日常生活や回復意欲を促進する効果があり、患者の自己コントロールを引き出し活用するプロセスを有する。一方、先行要件では、看護師が介入への無力感、暴力への不安などの葛藤を抱えて患者の不穏状態に

向き合っていると推測された。したがって、ディエスカレーションは、患者が不穏状態から穏やかな日常生活へと回復するために、回復意欲や意思決定を自律的に活用し、看護師と協働して展開されるプロセスを有すると示唆された。

強制治療が排される国際的動向のなかで、ディエスカレーションの概念が病棟全体の安全感や安心感を高め、不穏状態の患者であっても主体性や回復意欲を保持して穏やかな生活が継続できるようなシステム構築や実践ツールの開発につながる事が期待される。

謝辞

聖路加国際大学の田代順子先生をはじめ、貴重なご意見を賜りましたみなさまには、心よりお礼申し上げます。

文献

- Amore M, Menchetti M, Tonti C, et al.(2008) : Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients : Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (3) : 247-255.
- Bergk J, Flammer E, Steinert T (2010) : "Coercion Experience Scale" (CES) : Validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 10 : 5.
- Bowers L, James K, Quirk A, et al.(2013) : Identification of the "minimal triangle" and other common event-to-event transitions in conflict and containment incidents. *Mental Health Nursing*, 34 (7) : 514-523.
- British Psychological Society, National Collaborating Centre for Mental Health (2015) : Violence and Aggression : Short-Term Management in Mental Health Health and Community Settings Updated edition. *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guideline No. 10*.
- Clark J, Linsley P (2006) : *Violence and Aggression in the Workplace : A Practical Guide for All Healthcare Staff*. Blackwell Publishers.
- Cowin L, Davies R, Estall G, et al.(2003) : De-escalating aggression and violence in the Mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12 (1) : 64-73.
- Curtis J, Baker JA, Reid AR (2007) : Exploration of therapeutic interventions that accompany the administration of p. r. n. ('as required') psychotropic medication within acute mental health settings a retrospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 6 (5) : 318-326.
- Gerard J, Jansen M, Reij S, et al.(2006) : Cross-Cultural Differences in Psychiatric Nurses' Attitudes to Inpatient Aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (2) : 82-93.
- Gerdztz MF, Daniel C, Dearie V, et al.(2013) : The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments A multi-site. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (11) : 1434-1445.

- 包括的暴力防止プログラム認定委員会（編）（2005）：医療職のための包括的暴力防止プログラム。医学書院、東京。
- Irwin A (2006) : The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (3) : 309-318.
- Johnson ME, Delaney KR (2007) : Keeping the unit safe the anatomy of escalation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13 (1) : 42-52.
- Laker C, Gray R, Flach C (2010) : Case study evaluating the impact of De-escalation and physical intervention training. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17 (3) : 222-228.
- Linsley P (著), 池田明子, 出口禎子 (監訳) (2010) : 医療現場の暴力と攻撃性に向き合う ; 考え方から対処まで。医学書院、東京。
- Mason T, Chandley M (1999) : *Management of Violence and Aggression : A Manual for Nurses and Health Care Workers 1st edition*. Churchill Livingstone.
- 中村恵介, 久松久美子, 山下直示 (2013) : 自閉症病棟における暴力対処の現状 CVPPP の5つの構成要素を視点とした分析。 *日本精神科看護学術集会誌*, 56 (2) : 53-57.
- Nijman HL (2002) : A Model of Aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica (suppl.)*, 412 : 142-143.
- 野田寿恵, 安齋達彦, 杉山直也, 他 (2013) : 精神保健福祉資料 (630調査) を用いた隔離・身体拘束施行者数の分析。 *精神医学*, 54 (3) : 312-323.
- 野田寿恵, 佐藤真希子, 杉山直也 (2014a) : 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。 *精神医学*, 56 (7) : 601-607.
- 野田寿恵, 佐藤真希子, 杉山直也, 他 (2014b) : 患者および看護師が評価する精神科病棟の風土 ; エssen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。 *精神医学*, 56 (8) : 715-722.
- Ohnishi K, Kitaoka K, Bowers L, et al.(2011) : Comparison of Moral Distress and Burnout Experienced by Mental Health Nurses in Japan and England ; A Cross-sectional Questionnaire Survey. *日本健康医学会雑誌*, 20(2) : 73-84.
- 岡田 実 (2011) : 患者の攻撃性に向き合うことを可能にする精神科看護師の主体条件 ; 興奮のディエスカレーションに焦点を当てて。 *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 7 (1) : 79-84.
- 折笠精士 (2011) : 看護師のディエスカレーションスキルに対する意識の傾向と教育の方向性について。 *日本看護学会論文集 ; 精神看護*, 41 : 84-87.
- Rodgers BL, Knaf KA (2000) : *Concept Development in Nursing foundations Techniques and Applications ; Concept development in nursing*. Saunders, Philadelphia.
- Salerno S, Dimitri L, Talamanca IF (2009) : Occupational Risk due to Violence in a Psychiatric Ward. *Journal of Occupational Health*, 51 (4) : 349-354.
- 佐藤雅美 (2013) : 行動制限に代わる具体的な方法 ; ディエスカレーション。 *精神科治療学*, 28 (10) : 1351-1355.
- Stewart D, Bowers L, Ross J (2012) : Managing risk and conflict behaviors in acute psychiatry the dual role of constant special observation. *International Journal of Advanced Nursing*, 68 (6) : 1340-1348.
- 高橋マユミ (2013) : 怒りがエスカレートしそうな時に患者が期待する看護職員の対応と態度ディエスカレーションが必要な場面において。 *日本看護学会論文集 ; 精神看護*, 43 : 14-17.
- 高橋宗男 (2013) : ディエスカレーションスキル・トレーニングの効果の検証。 *日本看護学会論文集 ; 精神看護*, 43 : 26-29.
- 徳田恵美子 (2011) : 暴力を防止するチームを作る。 *日本精神科看護学術集会誌*, 56 (3) : 150-154.
- 山田光子 (2010) : 隔離中の暴力や威嚇状態にある患者への看護介入。 *日本精神科看護学会誌*, 57 (2) : 47-51.
- 山下幸子 (2012) : 慢性期統合失調症患者の個別的な暴力予兆サインに関する事例研究。 *日本精神科看護学術集会誌*, 55 (7) : 177-182.
- World Health Organization (2005) : Promoting and Protecting the Rights of People with Mental Disorders. http://www.who.int/mental_health/policy/Promoting_and_protecting_rights_English1.pdf?ua=1 (2016/5/1).

De-escalation of Nursing in Psychiatric Unit

—A Concept Analysis—

Mikie Ebihara

Doctoral Course, St. Luke's International University, Graduate School

Objective : To clarify the concept of de-escalation as intervention for restlessness in patients admitted to hospital for psychiatric treatment, and to examine the intervention process and related factors.

Method : Concept analysis using Rogers' methodology.

Results : The attributes of de-escalation were the 4 of "Assessment of aggression and violence", "Intervention to alleviate restlessness and elicit feel of control", "Arrangement of an environment that promotes the suppression of excitement", "Alternative methods of compulsory treatment". There were 5 of antecedents, "Patients' aggression and violence" "Fear and anxiety concerning restlessness and violence", "Sense of helplessness concerning patient sedation", "Resistance to providing compulsory treatment" and "Incompletely with established practices in the ward". The 7 of consequences included "Alleviation of excitement, and avoidance of violence", "Will for recovery and resetting of goals" and "Abuse of human rights with compulsory treatment and avoidance of psychological damage".

Discussion : For patients with strong anxiety, conflict and distress, de-escalation is a process that uses autonomy to suppress excitement and enhance daily life and the will for recovery. This analysis suggested the need to create institutions in which there is a sustained feeling of security and reassurance that enables cooperation towards recovery. The development of various concepts concerning de-escalation is expected to enable even patients who tend to be strongly restless to continue living the life they desire.

Key words : de-escalation, psychiatric nurse, agitation, psychiatric inpatient care, coercive measures