

42. 下記の期間において服薬指導時、重点をおいているものに1から8まで番号を付けてください。

- (1)服薬感 (2)薬の名前 (3)効能・効果 (4)副作用の初期症状 (5)症状  
(6)飲み忘れや副作用発現時の対処法 (7)服用方法 (8)服用量

《Ⅰ期(安静休養期)入院後 約1～2週》

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	14	14	16	7	17	0	7	1
2	7	6	17	13	13	3	5	12
3	10	7	18	12	8	4	14	8
4	4	4	9	12	9	9	16	12
5	11	7	4	10	8	3	14	18
6	7	13	2	9	8	10	14	11
7	12	14	7	11	5	12	4	9
8	11	11	3	1	7	34	2	5
無回答	20	20	20	21	21	21	20	20

《Ⅱ期(危機介入期)入院後 約2～8週》

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	12	9	18	8	18	0	8	0
2	9	9	16	10	13	3	2	11
3	11	8	16	15	6	3	12	7
4	7	10	8	9	8	10	11	9
5	5	5	8	10	10	5	14	16
6	7	6	2	6	11	8	17	14
7	9	14	2	12	3	13	6	13
8	13	12	3	3	4	31	3	3
無回答	23	23	23	23	23	23	23	23

《Ⅱ期(危機介入期)入院後 約2～8週》

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	11	13	6	4	9	15	17	1
2	6	6	17	9	4	11	13	10
3	5	7	10	11	7	16	13	12
4	9	13	9	9	6	10	8	11
5	9	11	11	10	8	8	9	9
6	5	9	13	11	7	8	6	16
7	14	6	6	13	15	4	7	10
8	17	11	4	9	19	4	3	7
無回答	20	20	20	20	20	20	20	20

43. 患者から医師やその他のスタッフへの症状や服薬に関する情報の伝え方について相談されることがありますか

しばしば相談される	18
ときに相談される	56
あまり相談されない	14
まったく相談されない	4
無回答	4

44. 患者に医師やその他のスタッフへの症状や服薬に関する情報の伝え方を指導することがありますか

しばしば指導する	27
ときに指導する	46
あまり指導しない	15
まったく指導しない	3
無回答	4

## 45. その他薬剤師の機能についてのご意見がありましたらご記入ください。

精神科薬剤師は服薬指導がとても重要だが、包括(急性期、療養)されていると算定が出来ないので、充分に出来難い環境です。

6年制になる際に診断学が履修科目とならなかったのは、何のために6年制にしたのか意味がわからない。理美容学校が1年から2年になったのと同様に大学の収入のためにとった目先だけの対応であるとは思っていない。今後(これからの)薬剤師の置かれる位置を本当に考えているのか疑問に思う。

家族講座や外来SSTにて薬の説明をする

包括病棟であったとしても、薬物治療は行われてるのであるから、薬剤師がいても当然。制度上病院経営面では苦い部分があるため、制度そのものを改めてほしいと思う。

基本的なことで、薬剤師管理指導はあくまでも指導であり、薬剤師が患者のもとに行き指導料を頂きながらサービス(医療資源)として接しているのみであります。6年制になり、薬物療法に薬剤師が関わることが重要と考えるのであれば、そのサービスにお金を付けるとも当然ですが、患者に関わった薬剤師が提言者ではなく決定者とならなければ、現状からの向上はないと考えています。すなわち権限を与えなければ現在している仕事(医療サービス)も向上せず薬物療法の適性化や・薬品管理(服薬とその後のフォロー)に対し、薬剤師に期待されている大義が達成することはないと思っています。

現在当病院ではすべてが包括病棟である為に薬剤管理指導を行っていませんが、今後何らかの改正があり、算定出来るようになりますら、ぜひ積極的に行いたいと考えています。(当薬局の薬剤師は3名おりますが内2人は他院で長年服薬指導の経験を積んでおり、服薬指導が患者の薬物治療に於いて重要な意義がある事を身に沁みしています。)

薬剤管理指導をする場合、急性期に関わる時、薬剤師の人数が非常に問題になります。(現在4人ですが、来年4月には2人になります。2人退職予定)

・服薬指導についての事が多く質問されていますが、精神科では調剤業務が基本である(1包化、その他)ことを忘れてください。  
・服薬指導については、当院では、外来窓口、電話が圧倒的に多いです。また患者さんの話を聞くことを、重点においています。  
※うまく答えられなくてすみません。お願いします。

入院時、処方変更時、退院時と並び精神科においては外泊時の服薬指導が重要です、また、患者家族への指導も入る場合が多いです。

医療法上における精神科の配置人数が少ない。

急性期の患者の症状が安定し、退院の目ざつた時、薬剤師が薬の相談をすることで、退院後の服薬の重要性を確認できると考え、退院後の服薬をまもることにより再入院を防止することができる。

・精神科勤務の医師、看護師に適用されてきた医療法上の配置基準(いわゆる精神科特例)に追随するかたちで決定された(?)精神科勤務薬剤師の配置基準が病棟業務を展開する上で大きな足かせとなっている。  
・総合病院における精神科入院患者数は一般入院患者数と同様に扱われ、150人に薬剤師1人ではなく、70人に1人となっている理由は?  
・精神科救急病棟に対しては、医師、看護師等は施設基準により特別の人員配置基準が設定されているが、薬剤師の配置基準もせめて「救急病棟入院患者数を一般科入院患者数と同様に扱う。つまり150人に1人ではなく、70人に1人」とすることはできないのか?

個々の患者さんについてだけでなく、施設全体での抗精神病薬、抗鬱剤、気分安定剤、睡眠・抗不安薬の使用状況を調査し、他の施設との比較を行い、医師や他のスタッフに知らせています。

現在の精神科病院に対する人員の配置基準では調剤業務すら、ままならない状態である。理想と現実ほど遠い。人員に関しては本当に切実な問題である。

NSTや褥瘡委員会など他職種との連携する必要も多くなっているが、薬局自身の人数や質の確保が、最重要課題となっている。

調剤業務だけでなく、薬剤管理業務など現在は十分な業務ができていないと思う。スタッフの数がこれからの業務には、もっと必要になってくると思う。

人手が足りないため、急性期治療への参加は難しい。

特に病棟においては、薬剤師と他・多職種のスタッフと、患者のミーティング(心理教育などによる薬の説明など、精神科のチームの一人として、機能していかなければ、ならないと思います。

処方オーダーリングの導入済み及び持参薬管理のシステム導入済み

精神科薬剤師の配置が少ないので、調剤支援システムをできるだけ導入して薬剤師の業務の効率化を進めている。基本的な薬剤業務はどの科でも同じであると考えられているからである。このままの配置基準では個別の指導は機械でまかなえないので難しい。

換算値を用いた評価は、現在少しずつ行っています。

現在行っている精神科医療における業務は、不十分と思われることは×としています。

急性期における重点事項の番号づけもはっきりと体系的に行っていないためつけられないのが現状です。今後考えながらやっていきたいと思っています。

会社復帰の為の心理教育の一環としての薬剤指導の重要性を日々痛感しています。そのためには150床に1人の薬剤師ではとうてい足りません。

配置基準の見なおしが必要だと思います。精神科においても薬剤師の成すべき仕事はたくさんあると思っています。

精神科薬剤師は専門的な研修がある程度必要だと思います。研修制度の確立が望まれる。

## 精神科急性期医療における薬剤師管理指導業務の確立

### — 精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成 —

協力研究者 坂田 睦 井上会篠栗病院 薬剤室室長

**研究要旨：**精神科急性期医療への薬剤師の参画が明確になれば、その業務量を測定しコスト計算が可能になる。平成 18 年度の調査から、薬剤師は処方に関する情報収集、分析、問題点の抽出まではできているが、アウトプットであるチームスタッフへの情報提供や問題提起ができていない現状が明らかとなった。そのひとつの原因として、アウトプットの手段がわからないことが考えられた。そこで、精神科急性期医療へ薬剤師が参画することを目的とし、作成中の向精神薬換算値をチームで共有することをツールとし、詳細な精神科急性期薬剤管理指導業務のプロトコル作成が必要であると考えられた。**研究方法：**医師、薬剤師で構成される専門家会議を開催し、精神科急性期での薬剤管理指導業務を処方モニタリング、薬学的管理、服薬指導の 3 点から分析した。**結果：**精神科急性期医療における薬剤師の役割パス、薬剤処方データベースを用いた処方モニタリングシート、薬剤管理指導用確認シートを作成し、患者指導、スタッフへの情報提供における効果的なアプローチ方法を抽出した。**まとめ：**精神科急性期医療において薬剤師は、患者への情報提供だけでなく医療スタッフに対し薬に関連した情報提供を行っており、その情報は処方の形成に影響していると考えられた。今回、精神科急性期医療における薬剤師の業務を分析し、患者、医療スタッフに対する情報提供を行うための各種シートを作成した。これらのシートを活用し、情報提供を行うためには、薬剤師が病棟で活動する時間が必要であることが考えられた。今後、薬剤師役割パスを利用し、シートの活用時点を明らかにし、プロトコルの実施を行い、薬剤師の情報提供に要する時間を明確にし、プロトコルを改善し、薬剤師の精神科急性期医療への参画が薬物療法の最適化、アドヒアランスへの影響を調査する必要があると考えられた。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
吉尾 隆	桜ヶ丘記念病院 薬剤部長
馬場寛子	明照会 常盤病院 薬剤部主任
林やすみ	武蔵野中央病院 薬局長
天正雅美	さわ病院 薬剤次長
稲垣 中	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科准教授
野田寿恵	国立精神神経センター精神保健研究所 社会精神保健部室長
伊藤弘人	国立精神神経センター精神保健研究所 社会精神保健部部長

#### A. 研究目的

精神科急性期医療への薬剤師の参画が明確になれば、その業務量を測定しコスト計算が可能になる。平成 18 年度の研究により、精神科急性期医療において処方の最適化を目指し、効果的でより安全な薬物療法を行うためには、薬剤師の治療への参画の必要性が明らかとなった。しかし現状では、精神科急性期医療における薬剤

師の参画は十分とは言えない。薬剤師が参画していない原因として、薬剤師の経験不足、情報提供の方法や手段が確立されていないことが考えられる。そこでチームスタッフへ職種に応じた情報提供も含めた薬剤師の精神科急性期治療への参画を可能とするためのプロトコルを作成した。

## B. 研究方法

精神科急性期医療における薬剤師の業務を処方モニタリング、薬学的管理、服薬指導の3点から分析し、精神科急性期医療における薬剤師の役割パス、薬剤処方データベースを用いた処方モニタリングシート、薬剤管理指導用確認シートを作成し、患者・スタッフへの情報提供における効果的なアプローチ方法を抽出した。

薬剤処方状況を視覚的に共有可能とするため、薬剤処方データベースをグラフでの画面表示を可能とし、処方イベント発生時のみの表示に変更した。

## C. 研究結果

1) 精神科急性期医療における薬剤師の役割は資料1、精神科急性期医療における薬剤師の役割パスは資料2の通りである。

(資料1：薬剤師の役割)

(資料2：薬剤師の役割パス)

2) 処方モニタリング

処方モニタリングにおいて確認が必要とされる時点は、処方開始時、処方変更、頓服処方時など処方イベント発生時である。処方イベント発生時を増量・減量時に分け主剤、そのほかの薬剤のモニタリング方法を薬剤処方データベースを用いて薬剤師が具体的に情報提供が可能と

なるように作成した。

3) 薬学的管理

薬学的管理の標準化を目的として確認シートを作成した。

①入院時確認シート：薬物療法開始前に患者の薬物療法に関連した情報を収集する。(資料3：入院時確認シート)

②処方確認シート：処方の最適化を目的とした処方モニタリングを行う。(資料4：処方モニタリングシート、処方モニタリングの方法)

③検査・観察シート：服薬状況、症状・薬効、副作用発現の有無、検査のモニタリングを行う。(資料5：検査・観察シート)

④退院時確認シート：入院中の薬物療法に関連する問題の把握、退院後の生活を考慮した処方の作成を確認する。(資料6：退院時確認シート)

4) 情報提供

患者・スタッフへの情報提供における効果的なアプローチを収集した。

## D. 考察

精神科急性期における薬剤師の役割は、患者へ実施する服薬指導だけではなく、処方モニタリングを通して医師へ薬物療法への情報提供を行い、看護師に対しては、看護師が観察した患者の状態と処方内容とを結びつける役割を果たしていることが考えられた。薬剤師が処方モニタリングを行い医師が処方を作成する前に処方提供をすることにより、処方の重複や禁忌薬の処方、過量投与を防ぐことが可能となり、処方の最適化に近づくと考えられる。また、処方された薬が投与される前に薬剤師が看護師へ処方薬から推測可能な副作用発現の情報を提供する

ことにより副作用の発見につながると考えられる。薬剤師が精神科急性期医療に参画し、患者への直接の情報提供だけではなく、医療スタッフへの情報提供を行うことが、薬物療法の最適化、患者のアドヒアランスの向上につながると考えられる。

今回、精神科急性期治療における薬剤師の役割を整理し各種シートを作成したが、情報を収集し、必要とされる場面で情報提供を行っていくためには、薬剤師が病棟での活動時間を増やす必要があると考える。また、シートを活用するためには、薬に対する構えの調査票 (Drug Attitude Inventory:DAI-10)、薬原性錐体外路症状評価尺度 (Drug Induced Extra-Pyramidal Symptoms Scale:DIEPSS) に関する知識やトレーニングが必要だと考えられた。

#### E. 結論

薬剤師が患者、医療スタッフへ情報提供を行うことにより、薬物療法の最適化、患者のアドヒアランスの向上につながると考えられるが、

その影響は実証されていない。今回、薬剤師の役割を分析し、処方モニタリングシステム、薬学的管理シートを作成した。しかし、どの時点で薬剤師が患者へ直接指導が可能であるか、薬剤師が情報収集を行いチームスタッフへの情報提供を行うためにどれくらいの時間が必要であるかが不明である。今後、薬剤師役割パスを利用し、シートの活用時点を明らかにし、プロトコルの実施を行い、薬剤師の情報提供に要する時間を調査し、より精神科急性期医療へ薬剤師の参画が可能となるよう開発を進めたい。

F. 健康危険情報：該当なし

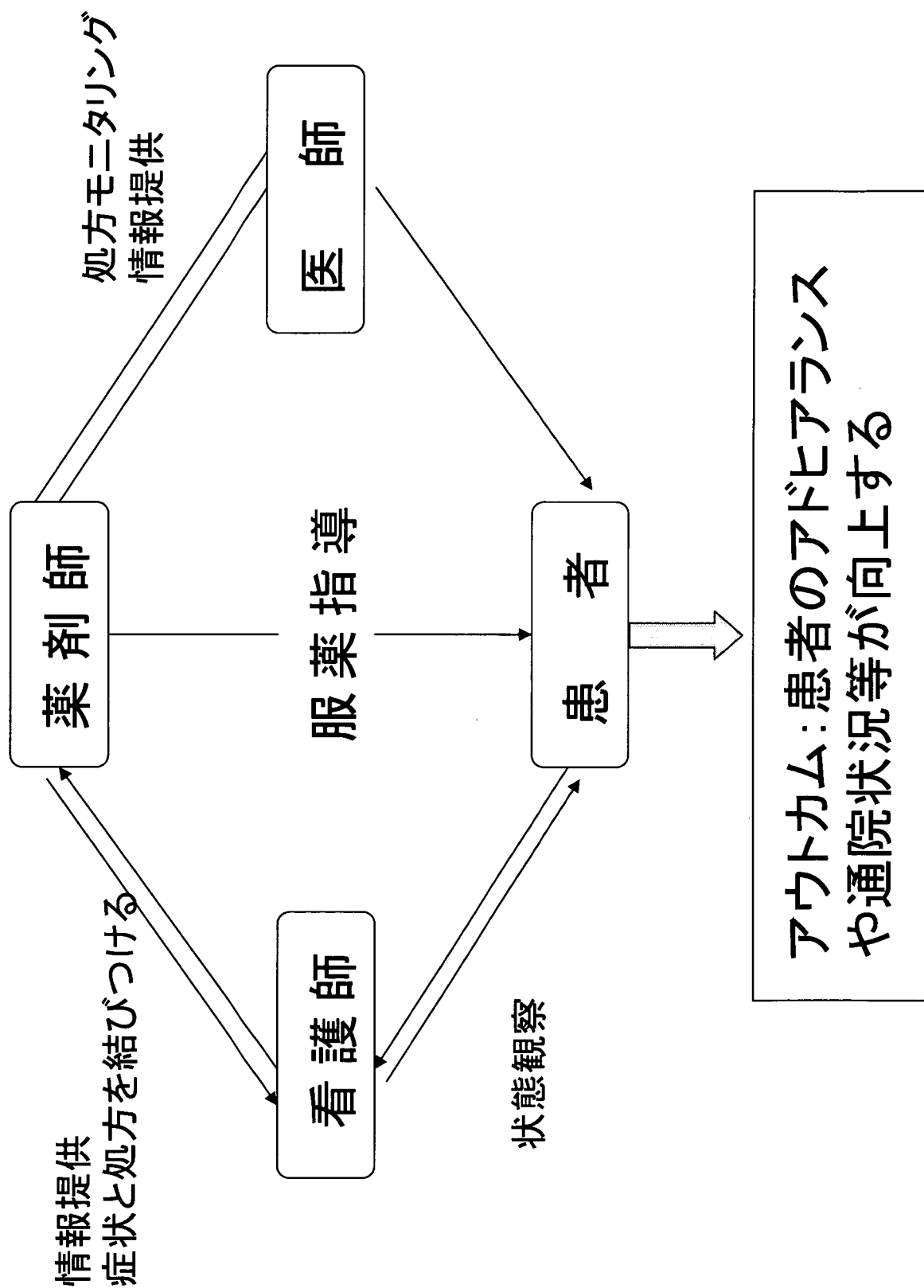
G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)：

該当なし

# 薬剤師の役割(概念的枠組:071212版\*)



対象	入院時(処方作成まで)	入院時(処方作成後)	急性期Ⅰ期(1～2週) ＜服薬を収容できる＞	急性期Ⅱ期(2～8週) ＜病気の理解ができる＞	急性期Ⅲ期(退院前9～12週) ＜服薬継続の必要性と服薬方法の理解ができる＞
治療状況確認	①隔離拘束・栄養状態・検査データの確認 ②薬剤の投与経路の確認 ③薬物治療歴・副作用経歴・基礎疾患の有無の確認 ④退院後の服薬環境の確認	①隔離拘束・栄養状態・検査データの確認 ②薬剤の投与経路の確認 ③薬物治療歴・副作用経歴・基礎疾患の有無の確認 ④退院後の服薬環境の確認	①症状観察 ②薬効・副作用の確認 ③飲みごちの確認  ①症状観察 ②薬効・副作用の確認 ③飲みごちの確認  ②信頼関係の構築 ③薬の説明 ④病気の説明	①症状観察 ②薬効・副作用の確認 ③飲みごちの確認  ②信頼関係の構築 ③薬の説明 ④病気の説明  ⑤副作用の説明 ⑥治療効果の説明	④退院後の服薬環境の確認  DAI-10 DIEPSS  ⑦服薬自己管理指導 ⑧副作用の対処法の教育
経過観察	①症状観察	DAI-10 DIEPSS ①服薬の不安を除く アプローチ	②信頼関係の構築 ③薬の説明 ④病気の説明	⑤副作用の説明 ⑥治療効果の説明	⑦服薬自己管理指導 ⑧副作用の対処法の教育
情報提供			②信頼関係の構築 ③薬の説明 ④病気の説明	⑤副作用の説明 ⑥治療効果の説明	⑦服薬自己管理指導 ⑧副作用の対処法の教育
処方モニタリング	①主剤の確認	②禁忌・相互作用確認 投与量・投与方法の確認			③退院後の服薬継続可能な処方であるか確認
情報提供	①薬物治療歴・副作用経歴 基礎疾患の有無	②禁忌・相互作用・投与量			
治療方針確認		①治療目標の確認	②退院後の生活基盤の確認	③退院後のサポートシステムの有無の確認	
情報提供		①推測可能な副作用 ②投与量・投与時の注意 ③薬剤の特徴			
症状観察確認		①病気を受け入れるためのサポート	①睡眠の状況確認 ②排尿排便の確認		
情報提供			②疾患と薬物治療の説明 ③現状の効果の説明 ④現状の副作用の説明	⑤処方の変更	⑥服薬支援の説明

患者ID \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 才

主治医 : \_\_\_\_\_  
 薬剤師 : \_\_\_\_\_  
 入院日 : \_\_\_\_\_

入院(症状悪化)の原因  服薬中断によるもの ⇒ 服薬中断スクリーニングへ  
 入院歴  あり  なし  
 薬物治療歴  あり  なし

↓

主剤	投与量	mg	<input type="checkbox"/> 単剤治療	<input type="checkbox"/> 多剤併用	種類
投与換算量	クロルプロマジン	mg	ビペリデン	mg	
	イミプラミン	mg	ジアゼパム	mg	
	抗てんかん薬 ( )			mg	
剤形	<input type="checkbox"/> 内服 (錠剤・液剤・散剤)		<input type="checkbox"/> デポ剤		
投与方法	(起床時・朝・昼・夕・寝る前)	1日	回		
頓服薬	<input type="checkbox"/> あり (不眠時・不安時・)		<input type="checkbox"/> なし		
副作用経験	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 副作用スクリーニングへ		<input type="checkbox"/> なし		
薬物中断歴	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 服薬中断スクリーニングへ		<input type="checkbox"/> なし		
糖尿病(既往歴含)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ オランザピン・クエチアピン禁忌		<input type="checkbox"/> なし		
糖尿病家族歴	<input type="checkbox"/> あり ⇒		<input type="checkbox"/> なし		
心電図異常	<input type="checkbox"/> あり ⇒ フェノチアジン系薬剤注意		<input type="checkbox"/> なし		
薬物アレルギー歴	<input type="checkbox"/> あり 薬剤名 _____ ⇒ 投与禁忌		<input type="checkbox"/> なし		
食物アレルギー歴	<input type="checkbox"/> あり 食物名 _____		<input type="checkbox"/> なし		
飲酒	<input type="checkbox"/> あり 飲酒量 _____		<input type="checkbox"/> なし		
喫煙	<input type="checkbox"/> あり 喫煙本数 _____ /日 喫煙年数 _____ 年		<input type="checkbox"/> なし		

退院後の生活  就労・就学  家庭内  施設 ( )  
 退院後の支援  あり 支援者 : 家族・訪問看護・その他( )  なし

副作用スクリーニング

精神・神経	<input type="checkbox"/> 傾眠	<input type="checkbox"/> 過鎮静	<input type="checkbox"/> 抑うつ	<input type="checkbox"/> 疲労・倦怠感	<input type="checkbox"/> 集中困難
	<input type="checkbox"/> 錐体外路症状	<input type="checkbox"/> 嚥下困難			
自律神経	<input type="checkbox"/> 血圧変動	<input type="checkbox"/> 便秘・イレウス	<input type="checkbox"/> 下痢・軟便	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 排尿障害
内分泌	<input type="checkbox"/> 月経異常	<input type="checkbox"/> 乳汁分泌・乳房変化	<input type="checkbox"/> 浮腫		
尿便	<input type="checkbox"/> 尿蛋白・尿糖・潜血	<input type="checkbox"/> 便潜血・黒色便			
血液	<input type="checkbox"/> 赤血球	<input type="checkbox"/> 血色素(Ht・Hb)	<input type="checkbox"/> 白血球・顆粒球	<input type="checkbox"/> 血小板	
検査値異常	( )				

服薬中断スクリーニング

副作用発現	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
服薬への不安	<input type="checkbox"/> あり ( ) に関する不安	<input type="checkbox"/> なし
服薬忘れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前	<input type="checkbox"/> なし
生活状況との不一致	<input type="checkbox"/> あり 詳細:	<input type="checkbox"/> なし
服薬継続の必要性の理解不足	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし



## 精神科病院における隔離・身体拘束に関する調査

分担研究者 野田 寿恵

国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 室長

研究要旨：本研究では、精神科病院における隔離・身体拘束に関する多施設調査研究の実施に向けた検討を行った。**研究方法**：調査研究のためのネットワーク作りを、精神科救急入院料病棟を有する精神科病院の連携を介して行った。次に、隔離・身体拘束の最適化に関連する治療ケアについて文献的検討および有識者からのヒアリングを行い、効果的かつ実施可能な研究計画を作成した。**結果**：研究デザインを cross-sectional survey とし調査可能な項目を決定した。調査項目の内容は施設特性、病棟特性、多職種チーム機能、建築学的空間構成とし「精神科病院における隔離・身体拘束に関する調査」の研究計画書を作成した。また、本調査の一部については国際比較可能な項目とした。**まとめ**：以上の検討から多施設調査が可能となり 2008 年 2 月の実施となった。調査結果を解析することによって、隔離・身体拘束の実態把握を行い、指標を開発し、また多職種チーム機能および建築学的空間構成と隔離・身体拘束との関連を検討することができる。隔離・身体拘束の使用は種々の介入によって減少しうるものが先行研究にて示されている。本研究で作成した調査の結果から、わが国における、有望な介入方法が明らか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

川畑俊貴	京都府立洛南病院 副院長
松尾太加志	北九州市立大学人間関係学科 教授
森永今日子	医療安全の心理学研究会 事務局長
箕淳夫	国立保健医療科学院施設科学部 部長
末安民生	慶應義塾大学看護医療学部 准教授
杉山直也	横浜市立大学附属市民総合医療センター 准教授
長谷川利夫	新潟医療福祉大学 医療技術学部 作業療法学科 講師
辻脇邦彦	医療法人社団翠会 成増厚生病院 教育師長
藤田純一	神奈川県立精神医療センター芹香病院 医師
三澤史斉	山梨県立北病院 医師
松本佳子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 流動研究員
三好出	国立精神・神経センター 武蔵病院 治験管理室 室長
伊藤弘人	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 部長

## A. 研究目的

隔離・身体拘束は興奮を伴う患者の治療において、患者自身とスタッフの安全を保つために必要な治療手法ではあるが、一方で患者の人権への影響を与えるという副作用をも伴う治療である。この負のイメージのため調査研究は多くは行われてこなかった。

2004年4月に行動制限最小化委員会の設置が診療報酬の算定要件となった前後から、看護研究においては隔離・身体拘束の最小化について報告されるようになった。しかしながら多施設調査に関しては、1999年以降は行われていない。その1999年の調査においては、隔離1ヶ月以上施行中であった患者は隔離中の患者のうち34.7%、身体拘束に関しては59.3%であった。

一方で各国の大規模調査では隔離・身体拘束の平均施行期間は数時間から3日間ほどであり、これらの国に比べわが国の隔離・身体拘束は長く施行されていると考えられる。その調査から9年を経た現在、わが国の隔離・身体拘束の施行状況の詳細は不明である。

精神科急性期治療の質向上を検討するにあたっては、隔離・身体拘束に関わる治療ケアの向上について避けて通ることはできない。本研究の目的の1つは、1) 隔離・身体拘束の治療ケアの向上に問題意識をもつ施設との調査研究のためのネットワーク作りを行うことである。次に、cross-sectional surveyを行い、2) 調査実施可能な治療ケアの指標を検討し、研究計画書を作成することである。

## B. 研究方法

ネットワーク作りにおいては、精神科急性期治療を積極的に行っている、精神科救急入院料

病棟を有する病院関係者と検討を行った。

隔離・身体拘束に関わる治療ケアの要因について、文献的検討および有識者からのヒアリングを行った。また WPA Thematic Conference, Coercive Treatment in Psychiatry: A comprehensive Review に参加した欧州各国の隔離・身体拘束の研究者と意見交換を行った。

(倫理面への配慮)

研究計画を作成するという本研究においては、個人情報・ヒト生体資料を扱うことはなく、倫理面への特段の配慮には該当しない。

研究計画書の確定後には、研究施行にあたり国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認を得た(2007年10月26日付け)。それを受け調査実施施設ごとに倫理審査申請を行った。

## C. 研究結果

精神科救急入院料病棟を有する精神科病院の連携を介し、隔離・身体拘束の調査研究のネットワーク作りを行った結果、本年度は27施設の協力を得ることが可能となった(資料1)。調査を行うために必要な各施設における倫理審査申請については、自施設に倫理審査委員会がない場合は、国立精神・神経センター倫理審査委員会に申請し承認を得た(17施設)。

先行研究の検討およびヒアリングにて、施設でのリーダーシップ、モニタリング整備、観察アセスメント法の開発、de-escalation技術、倫理教育、患者の治療参加技法、多職種チームプログラムの導入、建築学的空間構成が隔離・身体拘束最適化の要因としてあげられた。これらの治療ケアの要因のうち、調査実施可能な内容として、多職種チーム機能、隔離室および周辺の

建築学的空間構成をあげた。

各病棟の隔離・身体拘束施行に関する調査については、2006年10月に精神保健福祉法の改正によって義務づけられた「行動制限に関する一覧性台帳」を用いて、台帳に記載のある患者について、基本属性を記入したうえ個人情報のマスキングをしたものを提出するよう求めた。

この台帳をもとに3つの指標を算出する。1) 隔離・身体拘束施行期間は調査月に入院した患者のうち同月より隔離・身体拘束が開始となった患者の施行期間を求める。なお観察は調査翌月末で打ち切ることとした。2) 病棟ごとの隔離・身体拘束施行率については、病棟の病床数・病床稼働率・日数を乗じてものを分母とし、その病棟ののべ施行日数を分子としたもの。3) 病棟の隔離・身体拘束発生率は、調査月の入棟患者数を分母とし、調査月に入院し同月に隔離・身体拘束開始となった患者数を分子としたものとした。

施設特性としては、病床数、調査月における新規入院患者数、その診断分布、救急医療圏（措置入院（緊急措置、応急措置を含む）のうち4分の1以上の受け入れを算定する際の圏域）の人口、救急医療圏における措置受け入れの割合を調査項目とした。施設特性は欧州各国で行われる隔離・身体拘束研究と比較可能なものとするため、欧州では施設特性の指標の1つとしてあげている“catchment area”の人口に相当とするものを準備する必要があった。わが国には“catchment area”はないため、これにあたるものとして救急医療圏の人口とその救急医療圏で受けた措置入院の割合を乗じたものを、その施設が対応している人口として算出することにした。

国際比較調査はulm大学Steinert教授が中心になって行われている。参加検討国はドイツ、スイス、フィンランド、スペイン、イギリス、そして日本である。国際比較に必要な調査項目は隔離と身体拘束の発生頻度と施行期間で、それぞれICD-10によるF0（症状性を含む器質性精神障害）の有無に分けて調査を行う（資料2）。日本の施行期間は精神保健福祉法による開始と解除の期間となることから、日本の場合は、施行期間に一時開放の行った時間を含み、それを1回の施行としている。しかし他の参加国には一時開放という考え方はなく、1回の施行を分単位で記録している。この相違に対応するために、一部の施設に限るが、一時開放についても調査した結果を加える必要がある。

病棟特性としては、病床数、調査月における新規入棟院患者数、病床稼働率、特定入院料ないし入院基本料、主たる治療対象疾患、平均在棟日数、退棟者のうち在宅移行の割合を調査項目とした。

隔離・身体拘束減少の先行研究には、多職種で編成された対策チーム、多職種で開発した治療プログラム、多職種による緊急対応チームの取り組みによって、隔離・身体拘束が減少したと報告されている。チーム医療に関する先行研究においては、チーム医療の比較介入試験によってアウトカムの改善が報告され、フィールドスタディでは、チームメンバーの認識するチーム効果が高いほど患者満足度や患者アウトカムが高いと報告されている。わが国の精神科急性期医療において多職種チーム医療の実践は広がっているものの、そのエビデンスにおいては不十分であるのが現状である。Temkin-GreenerらのInterdisciplinary Team Performanceス

ケールをもとに開発された多職種チーム機能調査票を用いて、調査対象を救急病棟として、多職種チーム機能と隔離・身体拘束の関連の調査を行うこととした。またチームの構成概念は Lemieux-Charles らの開発した Integrated Team Effectiveness Model を参照し、Organizational context (施設背景), Task design (課題・チーム構成), Team processes (プロセス) に分けたモデル図を作成し(資料3), それに基づいた調査票とした。

次に隔離室および周辺の建築学的空間構成についてである。ヒアリングにて隔離室とスタッフコーナーとの距離や可視性、隔離室以外の個室数、隔離室エリア専用のデイスペースの有無が治療ケアに影響する可能性が指摘された。これらは観察しやすさ、隔離室以外での静穏な環境、また徐々に活動範囲を広げる必要がある精神科患者の状態に応じた空間作りに対応することができる。認知症高齢者施設においては、病棟をユニットに分けた空間構成、セミプライベートなスペースの有用性があげられ実践されている。精神科病棟においては建築学的空間構成にてケアを支えるという研究は非常に少なく、今回、空間構成と隔離・身体拘束との関連をみることは、新たな試みとなる。

以上をふまえ、「精神科病院における隔離・身体拘束に関する調査」の研究計画書(資料4)、調査票(資料5)を作成した。研究計画の概要は、次の通りである。

目的：1) 精神科救急入院料病棟を有する精神科病院における隔離・身体拘束実態調査を行う。また隔離・身体拘束国際共同研究へ協力する。2) 多職種チーム機能と隔離・身体拘束との関連をみる。

3) 精神科救急入院料病棟および精神科急性期治療病棟の建築学的空間構成と隔離・身体拘束との関連をみる。

研究デザイン：cross-sectional survey

対象：協力の得られた救急病棟を有する精神科病院 27ヶ所

方法：施設ごとの共同研究者を介した、調査票を用いた郵送法による調査である。

調査期間：2008年2月から3月

解析方法：1) については記述統計を行う、2) 3) については隔離・身体拘束期間および割合を従属変数として、多職種チーム機能、建築学的空間構成のそれぞれの項目を説明変数とした重回帰分析を行う。

#### D. 考察

精神科救急入院料病棟を有する精神科病院の連携を介して、隔離・身体拘束の調査研究のネットワーク作りが行うことができた。急性期治療を積極的に行っている施設において、隔離・身体拘束を急性期治療における重要な技法として科学的にとらえ、検討していくことの必要性が認識されていたとも考えられる。

わが国における隔離・身体拘束に関する多施設実態調査は1999年以来となる。1999年の調査は一日における時点調査ではあったが、対象を25万床とした大規模なものであった。今回は、救急入院料病棟を有する精神科急性期治療に重点をおいている施設に限ってはいるが、1ヶ月間の調査(観察打ち切りは2ヶ月)としており、1999年の調査より詳細なものが得られる。

この実態調査で行う記述統計は、今後において経時的、施設間、地域別、国際間において比較可能な指標となる必要がある。先行研究にお

いて用いられている，隔離・身体拘束の施行率（のべ施行割合/のべ入院患者数），隔離・身体拘束の発生数（その月に入院し同月に施行となった患者数/1ヶ月間の入院患者数），隔離・身体拘束のイベント発生数（施行イベント/1000patient days：数時間施行の国で用いられている），隔離・身体拘束総期間・1回の期間，4時間以上施行した隔離数の割合（4時間以上の施行数/隔離総施行数）を参照にして，わが国での適切な指標を開発する必要がある．このようにして開発された指標をモニタリングし，各施設で利用可能なデータとしてフィードバックできる体制づくりが次の課題となる．

隔離・身体拘束と多職種チームの関連については，横断調査という限界があるが，隔離・身体拘束が資料3で示したモデル（施設背景，チーム構成，プロセス）で説明できる要因が見出せれば，今後の最適化に向けた介入方法に大きな示唆を与えることができる．

建築学的空間構成という要因は，極めて比較介入研究を困難とさせるものである．まず建築学的介入は容易には行えない．さらには，建築学的空間構成の変化に伴い治療ケアプロセスさらには治療対象が変化しうるため，建築学的空間構成だけを純粋に比較することはできない．従って，横断調査であっても，その積み重ねによる知見の収集が重要なものとなるため，本調

査の意義は大きい．

## E. 結論

本研究では，隔離・身体拘束研究のネットワーク作りを行い，「精神科病院における隔離・身体拘束に関する調査」の研究計画書を作成した．

尚，調査は2008年2月から3月に行われた．隔離・身体拘束の実態を把握した上で，指標開発を行い，多職種チーム機能および建築学的空間構成と隔離・身体拘束との関連をみる．

隔離・身体拘束は種々の介入によって変化しうる事が先行研究にて示されている．本研究で作成した調査の結果から，わが国における，有望な介入方法が明らかになると考えられる．

## F. 健康危険情報

該当なし．

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし．
2. 学会発表  
なし．

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

該当なし．

## 資料 1

## 隔離・身体拘束調査研究の協力施設 共同研究者

所属	医師名	職名
医療法人せのがわ 瀬野川病院	清水賢	部長
医療法人社団 旭川圭泉会病院	田端一基	医長
医療法人社団公德会 佐藤病院	長谷川朝穂	副院長
財団法人精神医学研究所 東京武蔵野病院	伊藤新	急性期治療病棟チーフ病棟医
千葉県精神科医療センター	澁谷孝之	医長
京都府立洛南病院	和田央	医長
財団法人復康会 沼津中央病院	森田睦郎	医師
神奈川県立精神医療センター 芹香病院	小澤篤嗣	部長
特別医療法人居仁会 総合心療センターひなが	藤田康平	院長
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立精神医療センター	藤田治	緊急・救急科部長
独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター	岩永英之	リハビリテーション科医師
群馬県立精神医療センター	長谷川憲一	医療局長
山梨県立北病院	三澤史斉	医師
医療法人コミュニテ風と虹 のぞえ総合心療病院	堀川公平	病院長
医療法人(社団)卵の会 新垣病院	大田郁也	診療部長
財団法人創精会 松山記念病院	木村尚人	院長
医療法人(社団)須藤会 土佐病院	須藤康彦	院長
独立行政法人 岡山県精神科医療センター	太田順一郎	副院長
医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院	菊池周一	院長
宮城県立精神医療センター	斉藤弘之	医療局長
都立松澤病院	分島徹	副院長
埼玉県立精神医療センター	田中邦明	副病院長
医療法人杏和会 阪南病院	黒田健治	病院長
兵庫県立光風病院	田中貞和	医師
福井県立病院	榎戸英佐子	こころの医療センター長
福岡県立精神医療センター 大宰府病院	二宮英彰	院長
長崎県立精神医療センター	ヨナシロ タケフサ 與那城竹亮	医師

資料2 国際比較のための調査項目

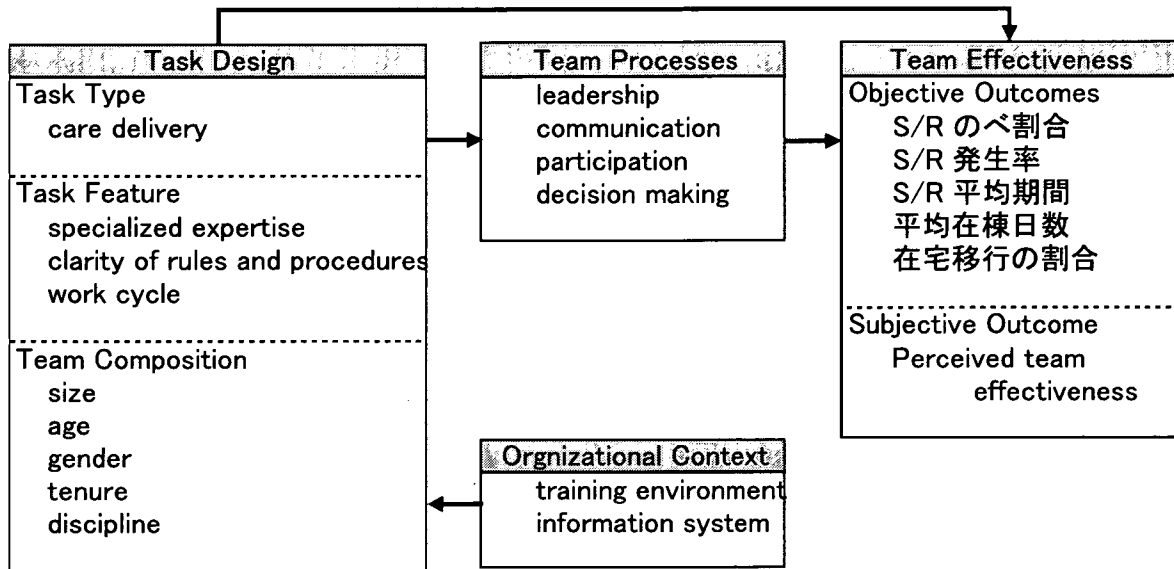
調査期間	_____ 年 _____ 月
救急医療圏の人口×措置入院受け入れの割合 (catchment area の人口に相当)	_____ 万人
全対象 入院患者数	_____ 人
全対象の F 分類	F0 _____ % F1 _____ % F2 _____ % F3 _____ % F4 _____ % F5 _____ % F6 _____ % F7 _____ %

救急医療圏：措置入院（緊急措置，応急措置を含む）のうち4分の1以上の受け入れを算定する際の圏域

	全体	F0 のみ	F0 除外
隔離身体拘束を受けた患者の割合			
隔離の平均日数			
隔離の平均回数			
身体拘束の平均日数			
身体拘束の平均回数			

資料 3

救急入院料病棟における多職種チームの構成モデル





# 精神科病院における隔離・身体拘束に関する調査

## 研究計画書

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究

主任研究者：樋口輝彦

2007年12月14日

国立精神・神経センター 倫理委員会 提出

(2008年1月23日 事前承認)

目的	<p>これからの隔離・身体拘束 (Seclusion and Restraint : S/R) の最適化に資するために、精神科病院における S/R の実態を明らかにすること、また S/R 期間と多職種チーム機能および建築的病棟構造との関連性を確認する以下の研究に協力するため、S/R に関する調査を行うことである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>研究1</u> 救急入院料病棟をもつ精神科病院の S/R 実態調査と、国際共同研究への協力</li> <li>・ <u>研究2</u> 多職種チーム機能と S/R との関連</li> <li>・ <u>研究3</u> 建築的病棟構造と S/R との関連</li> </ul>
----	---

背景	<p>隔離・身体拘束 (Seclusion and Restraint : S/R) は興奮、暴力、自傷に至る患者、またスタッフの安全を保つために行われるが、強制的な治療は治療アドヒアランスに悪影響を及ぼす可能性も指摘されている<sup>1)</sup>。S/R によらず安全を保つという難しさに対し、各国ではチームでの取り組み、リーダーシップ、スタッフトレーニング、アセスメント、デブリーフィングを行うことによる対応が実践されている<sup>2)3)</sup>。また、いくつかの国では、S/R について持続的にモニターを行い質改善に努めている<sup>4)5)</sup>。</p> <p>わが国の精神科病院での S/R に関しては、1999 年に行われた多施設調査以後、調査はほとんどない。その 1999 年の調査においては、隔離1ヶ月以上施行中であった患者は隔離中の患者のうち 34.7%、身体拘束に関しては 59.3%であったが<sup>6)</sup>、各国の大規模調査では S/R 期間は平均半日から3日間ほどであり<sup>4)5)</sup>、これらの国に比べ長いと考えられる。その調査から8年を経た現在、わが国の S/R の施行状況の詳細は不明である。本研究にて多施設実態調査を行い、診断別、病棟特徴別に記述し、S/R 使用について検討する。また、今回の結果は、ドイツが中心になって行っている多国間に渡る調査への協力を担っている。多国間調査では、ドイツ、スイス、フィンランド、スペイン、イギリス、日本の S/R 発生頻度、S/R 期間が比較検討される。この結果によって、日本の S/R に関わる精神医療の取り組みについて、世界的視野にたった方向性が見いだせる。</p> <p>日本の S/R が長い可能性があり、S/R に関する治療の質改善に向けた対策を準備していく必要があるなか、本研究ではチームでの取り組みに着目する。スタッフチーム機能の評価として、Temkin-Greener ら<sup>7)</sup>の Interdisciplinary Team Performance スケールをもとに開発した多職種チーム機能調査票を用いる。日本の精神科病院の病棟で治療・ケアにあたる多職種スタッフをチームとし、多職種チーム機能と S/R との関連をみる。S/R 減少と様々な取り組みとの関連は、先行研究では一施設や一地域での実践上の報告であり、その有用性が十分に説明されていない。本研究では、全国の救急病棟をもつ精神病院の多くからの協力が得られており、多施設での調査研究となることが特徴である。</p> <p>さらに、病棟の建築的構造と S/R 期間の関連をみる。病棟環境の整備によって S/R に影響を及ぼすのではないかと報告されている<sup>7)8)9)</sup>。今回は、隔離室・隔離室周辺の建築的構造として、機能別の個室整備、隔離室エリアの環境、スタッフコーナーからの観察可能な個室などを治療的病棟環境としてあげた。救急入院料病棟 (以下、救急病棟) および急性期治療病棟 (急性期病棟) においてこれらを調査する。1960 年から 70 年にかけて急増した精神科病院は建て替えの時期を迎えており、本研究の結果は新しい病棟の基本構造へ重要な示唆を与えうる。</p> <p>S/R の頻度、施行期間が各国との比較において明らかになり、S/R がチーム機能、病棟構造で変化しうることが見出せれば、安全を保つために行われている S/R に関して、質向上の余地があるといえよう。また本研究は、今後の介入研究の基礎資料として重要となる。</p>
----	--

対象	<p>主任研究者の所属する病院（以下、当院）における X 月の入院患者と、X 月の病棟担当スタッフである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>研究 1</u> 当院の S/R 施行患者。</li> <li>・ <u>研究 2</u> 当院の病棟担当スタッフと S/R 施行患者。</li> <li>・ <u>研究 3</u> 当院の救急病棟と急性期病棟。</li> </ul>
----	---

方法	<p>調査方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主任研究者は、対象となる入院患者の既存資料を調査する。また、病棟担当スタッフは多職種チーム機能調査票の記入を行う。</li> </ul> <p>当院における倫理審査，調査研究についての情報公開：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当院には倫理審査委員会が設置されていないため，共同研究機関である国立精神・神経センターに倫理審査申請を行う。</li> <li>・ 調査研究の情報公開として「隔離・身体拘束の調査に関する患者さまとご家族への説明」を掲示する。</li> </ul> <p>調査依頼内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>研究 1</u> 調査用紙 1 を用いて，X 月の入院患者数とその入院患者の ICD-10 による F 分類（F 分類）を調査し記入する。調査用紙 2 を用いて，病棟ごとの入棟患者数，病床数，入院料種別，主たる治療対象疾患，平均在棟日数，退院先種別を記入する。行動制限に関する一覧性台帳 X 月に，患者ごとに年齢，性，F 分類を記入する。その上で個人情報情報を消去する。行動制限に関する一覧性台帳 X+1 月の個人情報情報を消去する。</li> <li>・ <u>研究 2</u> 当院看護部長は，病棟担当スタッフ対し多職種チーム機能調査票を配布し，スタッフの記入の後に回収する。S/R に関しては研究 1 の結果を用いる</li> <li>・ <u>研究 3</u> 当院の救急病棟および急性期病棟の建築的構造として，機能別の個室整備，隔離室エリアのデイスペース，看護ステーションからの観察可能な個室について調査用紙 3 を用いて記入する。建築専門家は当院を含む協力病院から得られた救急病棟および急性期病棟の建築設計図面より，隔離室環境，病棟環境を数値化する。</li> </ul> <p>解析内容：</p> <p>調査票は共同研究機関である国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部（以下，社会精神保健部）に送付する。当院と他の協力病院の調査票より，以下の解析が行われる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>研究 1</u> 行動制限に関する一覧性台帳から，診断別，病棟機能別に，S/R を開始した患者の人数，F 分類，施行期間を記述する。尚，S/R 期間は X+1 月末で打ち切ったものとする。Steinert 教授への提出内容は，調査データの一部を集計・加工した二次データである。</li> <li>・ <u>研究 2</u> S/R 期間を従属変数とし，チーム機能，病床数，入院基本料，主たる治療対象疾患などを説明変数としたポワソン回帰分析を行う。</li> <li>・ <u>研究 3</u> S/R 期間を従属変数とし，建築的病棟構造と救急病棟・急性期病棟を説明変数としたポワソン回帰分析を行う。</li> </ul>
----	---

期待される研究成果	<p>多施設での隔離・身体拘束の発生頻度、期間を調査することは日本において始めてであり、これからの最適化に資するものとなる。チーム機能、病棟構造と S/R 期間の関連をみておくことは、今後、最適化に向けた介入プログラムの開発、介入研究の実施のために不可欠である。</p> <p>また、多国に渡る S/R に関する調査は世界的にみて始めて行われるものである。この結果が公表された際には、わが国の S/R の最適化に向けた対策を世界的視野にたって行うことが可能となる。</p>
-----------	--

被験者への結果説明とプライバシーの保護	<p>&lt;対象者への結果説明&gt;          研究対象者から希望があった場合は、個別に行う。</p> <p>&lt;プライバシーの保護&gt;          連結不可能匿名化の既存資料を用い、結果の広報は統計解析の形で行う。</p> <p>&lt;調査への説明と同意&gt;          患者を対象とする調査に関して、当該研究の実施期間、目的、個人情報の取扱いに関する苦情の申出先について掲示することで、研究の実施について情報公開を行う。なお、既存資料のみを用い、かつ人体から採取され試料を用いないため、研究対象者からのインフォームドコンセントの取得は行わない。</p> <p>病棟スタッフを対象とする調査に関して、調査票の回答の送付をもって調査への協力とみなす。</p>
---------------------	--

研究費用	平成18～20年度厚生労働科学研究事業「精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究」の研究助成を受けて行われる。
------	---

用語の解説	特になし
-------	------

文献

- 1) Day, J.C., Bentall, R.P., Roberts, C. et al.: Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Arch. Gen. Psychiatry, 62; 717-24, 2007
- 2) Martin, V., Bernhardsgrutter, R., Goebel, R. et al.: The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2007 Feb 4
- 3) Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M. et al.: A 15-year national follow-up: legislation in not enough to reduce the use of seclusion and restraint. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol, 2007 June 27
- 4) Smith, G.M., Davis, R.H., Lin, H.M. et al.: Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint education program. Psychiatric Service, 56; 1115-22, 2005
- 5) Donat, D.C.: An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. Psychiatric Service, 54; 1119-23, 2003
- 6) 浅井邦彦：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究。平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）精神障害者の行動制限と人権確保のあり方。2000
- 7) Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, S.J. et al.: Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. Medical Care, 42; 472-81, 2004
- 8) 計見一雄：精神科救急ハンドブック，精神科救急病棟の作り方と使い方。新興医学出版社，東京，2005
- 9) 藤井康男：新規抗精神病薬の effectiveness と精神科病院のダウンサイジングーCATIE Study から学ぶこと一。臨床精神薬理, 10; 3-20, 2007
- 10) Nijman, H., Rector, G.: Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. Psychiatric Service, 50;830-31, 1999