

図 1-1
病棟種別ごとの月当たり平均日数 (n = 31)

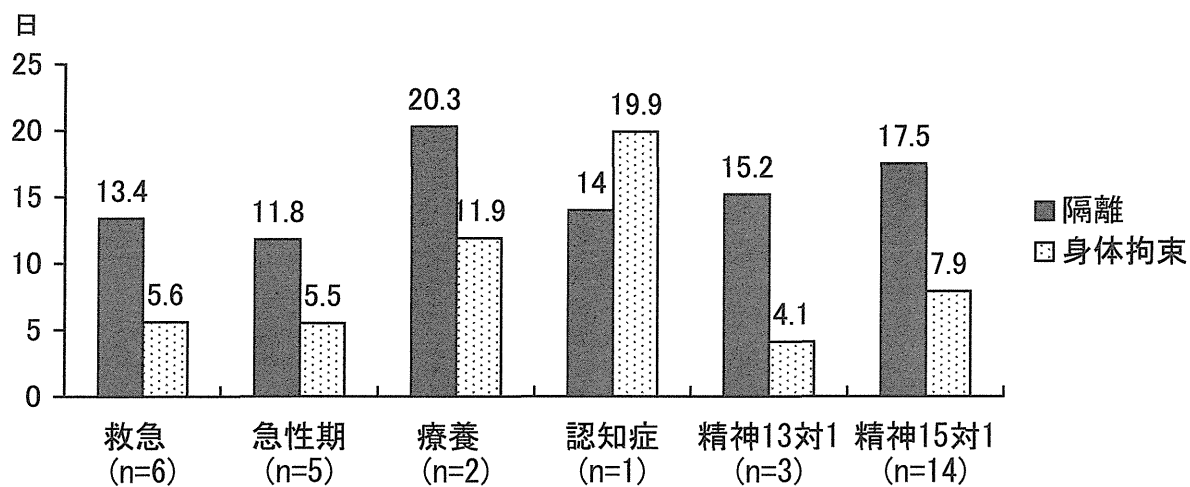


図 1-2
病棟種別ごとの施行割合 (n = 31)

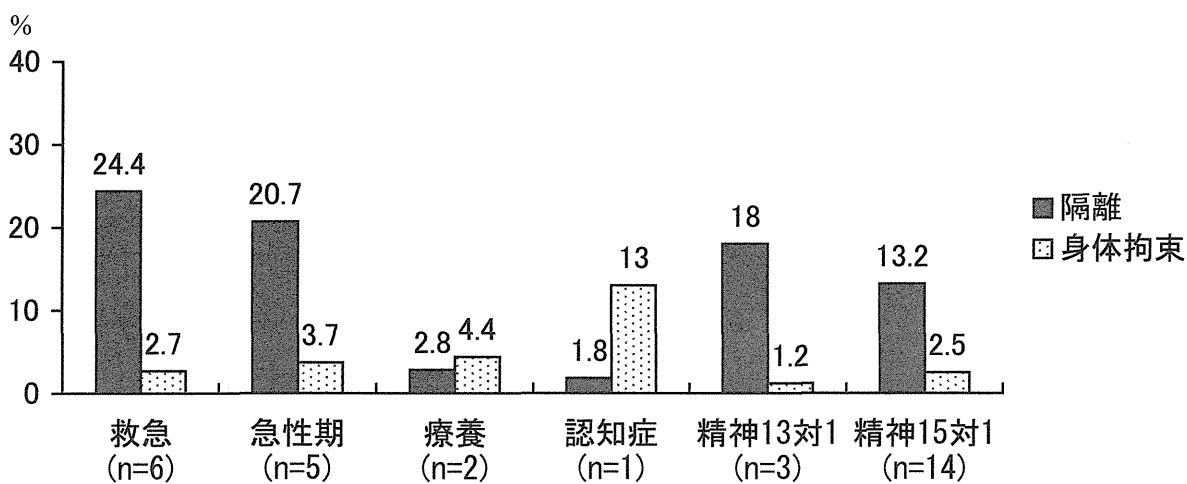


図 1-3
病棟種別ごとの施行患者割合 (n = 31)

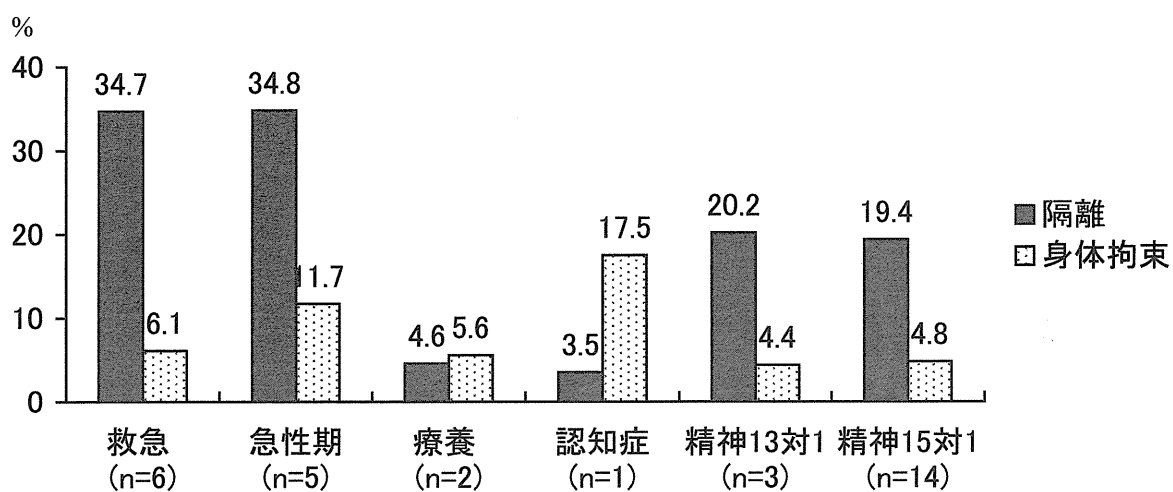
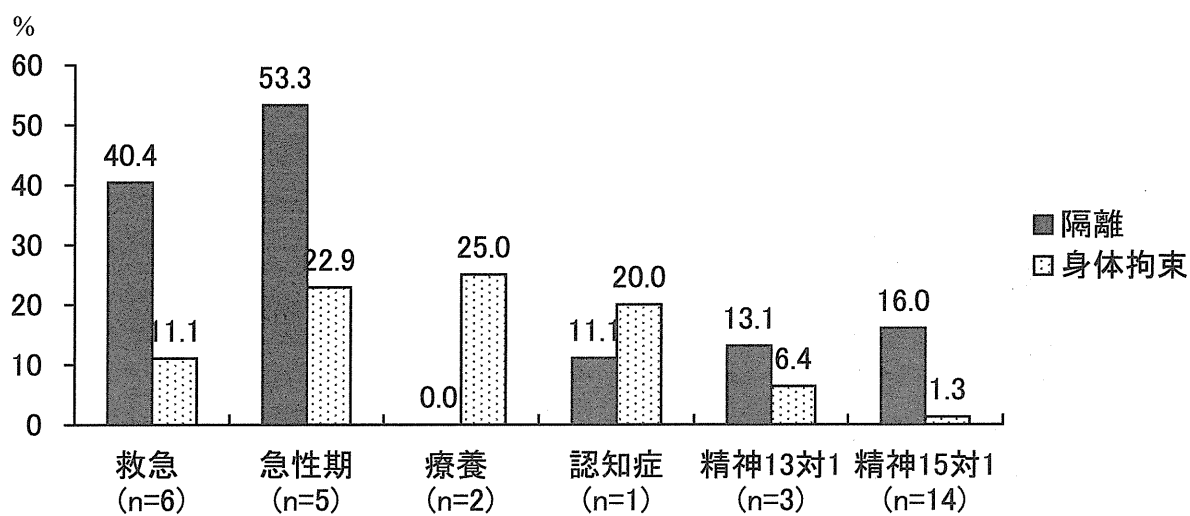


図 1-4
病棟種別ごとの施行開始割合 (n = 31)



隔離室入室期間の人的資源投入量の検討：コストおよび 行動制限最小化に関する一考察

研究協力者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部 第1室長

研究要旨：本研究では、精神科病院において急性期医療に携わる多職種チームにヒアリングを行い、精神科急性期治療における隔離室入室期間中の人的資源投入量とそのアウトカムを明らかにした上で、精神科急性期医療に関する診療報酬について提言を行う。**研究方法**：対象は11の精神科病院の精神科救急入院料病棟を担当する医師・看護師・精神保健福祉士（以下、PSW）を含む多職種チームとし、精神科急性期の典型的な想定事例を提示し、直接ケアの種類と時間についてヒアリングを行った。**結果**：非都市型病院で隔離日数が2.5日長かった。1日目の直接ケア投入量は非都市型病院で有意に多かった。1日目の直接ケア時間と隔離日数とに有意な負の相関を認めた。全ての病院で直接ケア時間を増やす部分があり、そのうち5つの病院が3～6日間の隔離日数の減少が可能と答えた。理想的なケア時間の投入は、ほぼすべての病院で収支を悪化させる結果となった。**まとめ**：最適なケア提供のためには合理的な診療報酬の設定が必要である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名
野田寿恵
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
杉山直也
公益財団法人復康会 沼津中央病院 院長
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 センター長
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

日本の精神科医療における隔離・身体拘束などの行動制限量は他の先進国に比べ長いといわれる¹⁾。その理由について、最小化の議論とともにさまざまな要因が検討されているが、最も大きな要因は人的資源である。また、精神科疾患の平均在院日数が他の先進国より長いことも良く知られている。この要因には療養入院の多さがあげられ、今後急性期医療に重点を置き、早

期の地域移行を実現して、地域ケアサービスを充実させていく方向性が重視されている。新たな長期入院患者を増やさないためには、やはり、精神科救急や急性期への人的資源の投入が必要である。

2002年度に診療報酬に新設された精神科救急入院料は、他の入院料にはない手厚いスタッフ配置を施設基準とし、高い診療報酬を設定している。しかしながら、実際の症例にどの程度の人的資源の投下が行われているのか、そしてそのリソースによってどれほど医療の質が向上し、行動制限が最小化され、新たな長期入院患者を作らないという効果が得られているのかについては、一部の研究的取り組みにおいて臨床指標が導入されてはいるものの²⁾、あまり明らかにされていない。

われわれは以前に、精神科救急入院料病棟3施設における隔離室利用時の人的投入量に関するヒアリング調査に基づく分析（以下、前回調査と呼ぶ）を行った。その結果、人的投入量には施設間で差がみられ、都市部の病院では直接ケア時間が短く、病院の立地条件が要因と考えられた。しかしながら、このような人的投入量

の違いが最終的なアウトカムである隔離・身体拘束の期間や在院日数にどのように影響するののかについては、さらなる検討が必要である。

今回われわれは前回調査の結果を踏まえ、病院の立地条件にも着目し、より多くの病院を調査対象として人的資源の投入量調査を実施し、隔離期間への影響についての分析を行った。また、本来のケアのあり方とそれによる行動制限への影響を探求する目的で、現場の医療スタッフが理想的と考えるケアを行った場合のアウトカムの変化についてもヒアリングを実施した。そのうえで、直接ケア時間のコストと診療報酬収入を比較し、隔離室入室期間の短縮化のために必要な診療報酬のあり方について考察したのことで報告する。

B. 研究方法

1) 研究の対象

本研究の分析対象は、前回調査の3病院（以下、A病院～C病院）、および新たに対象としての8病院（D病院～K病院）を加えた11の病院で、いずれも精神科救急入院料病棟を有する。新たに選定された8病院は、平成21年度障害者保健福祉推進事業「精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究」¹⁰⁾における精神科救急医療施設の機能評価にて高い評価が得られた14の病院のうち、調査依頼への協力が得られた施設である。

2) 立地条件による分類

精神科救急医学における一般的な見識として、都市部であるほど3次救急の多い「堅い」救急の様相を示すことから³⁾、「精神保健福祉資料」の平成17から19年6月入院患者数の入院形態別の数値を用いて⁷⁾、病院の立地する都道府県の3次救急相当の入院件数（措置入院数と応急入院等の合計）を求め、その合計数に応じて都市型と非都市型の2つに分類した。

3) ヒアリング調査

精神科救急入院料病棟を担当する医師・看護師・精神保健福祉士（以下、PSW）を含む多職種チームに対して精神科急性期の典型的な想定事例を提示し、前回調査と同じ方法により、直接ケアの種類と時間についてヒアリングを行った⁶⁾。

ヒアリング内容は専用プログラムを用いて入力・集計し、被調査者に表示して記憶・回答漏れや思い込みを排除した。対象となるケアは隔離室入室から退室までに想定される直接ケア時間とし、ケア密度が段階的に切り替わることを

ふまえ、時間軸に沿って①「入院1日目」、②「原則開放禁止」、③「観察下開放」、④「時間開放」の4区分の「診療フェーズ」を設けた。②「原則開放禁止」は検査や処置を除いて原則開放しない状態を指す。③「観察下開放」は常時1人以上の看護師が付き添い、清潔保持や病棟に慣れるためなどを目的に隔離室を出ることを指す。④「時間開放」とは時間を区切って開放時間を設ける状況を意味し、患者の自由度が上がり、その間に看護師の目が離れる機会も発生する。また調査では、毎日の標準的な直接ケア時間ではなく、ある特定の日にイベント的に行われる検査や家族面接などのケア内容についても聴取している。

直接ケアは職種別・ケア内容別に分類して記録した。職種は、医師、看護師、PSW、作業療法士、病棟薬剤師、看護助手、クラーク、その他職種に分類した。ケア内容は、受付、外来面接、病棟移動、薬物療法、検査、本人面接、家族面接、看護ケア、カンファレンス、記録、他のケア、とした。受付から病棟移動までは第1日目についてのみ質問した。

今回の調査では、本来的なケアの在り方を探求する必要があると考え、前回調査に加え、現実的な制約を考えずに理想的なケアを行った場合の人的投入量についても質問し、診療フェーズごとの追加分を算定した。また、理想的なケアを行った場合に、隔離期間が短縮できるか、できるとすれば何日であるか、という点についてもヒアリングを行った。

4) コスト計算

職種別の直接ケア時間に職種別の1分当たりの給与（分給）を乗じて、1日当たりの総人的コストを算出した。職種別の1分当たりの給与は、先行調査とのデータ比較も考慮し、日本精神科病院協会の調査資料の職種ごとの年収を年2000時間労働（年間50週×週当たり40時間の勤務とする）と仮定して算出した。この仮定の労働時間と実際の労働時間に差異が存在する可能性があるが、実際の労働時間に関する明確な定義が確立されているわけではなく、先行調査と同じ数字をそのまま利用した。

5) 統計手法

都市型/非都市型の2群間の差の検定には、Mann-Whitney U検定を用い、隔離日数と直接ケア時間の関連についてはSpearmanの相関係数を用いた。

（倫理面への配慮）

ヒアリング対象者には、調査結果は個人名お

よび病院名が特定されない形で学会・学術誌などへ公表されることを被調査者、医療機関の管理者に説明し、同意し署名を得た上で実施した。この調査は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て行ったものである。なお、A病院からC病院のデータについては先行調査の公表に際して用いられたデータを利用した。

C. 研究結果

1) 立地条件による病院の分類 (表 1)

対象となった 11 病院は、埼玉、静岡、大阪、兵庫、岡山、広島、福岡から 1 病院ずつ、千葉、東京から 2 病院ずつであった。これらの都府県の平成 17~19 年度 6 月の 3 次救急相当の入院件数 (措置入院と応急入院等の合計) は、東京が最も多く 651 件、広島が最も少なく 20 件であった (表 1)。50 件をカットオフ値としたところ、都市型 6 病院、非都市型 5 病院に分類された。

2) 対象者の特性

ヒアリング対象の職種別の人数と属性は、医師は 13 人で平均年齢 (標準偏差) は 37.2 (7.6) 才、精神科経験年数は 11.2 (8.1) 年であった。同じく看護師は 18 人で 41.0 (10.6) 才、14.7 (9.3) 年、PSW は 17 人で 32.6 (7.8) 才、8.4 (6.6) 年であった。

3) 直接ケア時間 (図 1, 表 2)

対象 11 病院の隔離中の直接ケア時間の推移を図 1 に示した。直接ケア時間の投入量が 1 日目に最大となったのは 9 病院、2 日目であったのは 2 病院で、この 2 病院は都市型であった。3 日目以降において投入量は概ね横ばいになっていった。

各病院が想定した隔離日数の中央値は、都市型で 11.5 日、非都市型で 9 日であった。時間開放開始日の中央値は都市型で 5.5 日目、非都市型で 5 日目であった。投入量を 1 日目、2 日目、3 日目以降の平均値に分け、都市型と非都市型で比較を行うと、1 日目の都市型の中央値が 755 分、非都市型で 1,719 分であり、非都市型が有意に多かった ($z = -2.75, p < 0.01$)。2 日目および 3 日目以降では有意な差は認められなかった (表 2)。

4) 直接ケア時間と隔離日数の関連 (図 2)

1 日目、2 日目、3 日目以降平均の直接ケア時間と、想定される隔離日数の相関をみたところ、非都市型において 1 日目の直接ケア時間と隔離日数とに有意な負の相関を認めた ($r_s = -0.90, p$

< 0.05) (図 2)。都市型においてはそのような相関は認めなかった。

今回新たに調査対象となった 8 病院において、理想の直接ケア時間とそれを投入できた場合の隔離日数を聞いたところ、全ての病院で直接ケア時間を増やす部分があり、そのうち 5 つの病院が 3~6 日間の隔離日数の短縮が可能と答えた。

5) 直接ケア時間にかかる人的コスト (表 3)

直接ケア時間にかかる人的コストを、1 日目、2 日目、3 日目以降平均に分けて表 3 に示した。1 日目の人的コストの中央値は都市型で 46,951 円、非都市型で 95,578 円となり、11 病院全てにおいて、精神科救急入院料 I (30 日以内) の 3,451 点を大きく超えていた。2 日目になると都市型の中央値が 25,098 円、非都市型が 51,618 円と低減し、それでも 5 病院は 3,451 点を超えていた。3 日目以降になると 1 病院を除き 3,451 点以下となった。

理想的なケアを行うことによる人的コストの増分を表 3 の右半分に示した。人的コストの増分について、都市型・非都市型の間、あるいは隔離期間短縮の有無などによって特定の差異や何らかの傾向は認められなかった。

D. 考察

近年、行動制限最小化の議論が活発化しており、その施行量に影響する要因がさまざまな角度から検討されている。患者特性に関する要因としては、病型や診断分類、GAF 得点との関連などが報告されており^{2, 13, 14}、症状よりも機能的な重症度が長期化に影響しやすい可能性が示唆される。また、身体拘束においては身体合併症の有無が影響するという報告がある¹²。別の要因として、病棟の建築学的な構造も関連する。病棟のスタッフステーションの配置に着目した研究によれば、より患者にアクセスしやすい間取りのほうが身体拘束の期間が優位に短縮されるという結果が示されている¹⁶。

さらに、組織的な取り組み自体が行動制限を最小化できることが、近年強調され続けている。米国では、隔離身体拘束を最小化するための 6 方略が提唱されており、成果を上げている^{4, 17}。その 6 方略の内訳は、1) リーダーシップ、2) データの利用、3) 院内スタッフ力の強化、4) ツールの使用、5) 医療消費者の役割、6) デブリーフィングであり、いずれも組織としての視点が含まれている。わが国で平成 16 年に導入された医療保護入院等診療料でも、このような組織的な取り組みを重視しており、行動制限最小

化委員会の設置やマニュアルの整備、研修会の開催などを求めている。今回の調査では、インタビュー対象を多職種チームとしているが、行動制限中のケアを適切に行うためには、組織的な協働が欠かせない。

このような議論にもかかわらず、わが国の行動制限量が一向に減少しない厳然とした事実がある。その要因は、組織力の源となる人的資源の絶対数に求められるであろう。実際にわが国のスタッフ配置状況は先進諸外国に比べ低く^{8, 9)}、わが国の行動制限量の多さを説明する最も有力な要因はヒューマンパワーであると考えられている。しかしながらこれまで、人的資源の投入量が隔離の最小化にどれほど効果的であるかを検証した報告はみられない。その意味で、本報告はシミュレーションという方法的な限界があるものの、初めてその効果を示すものとなった。1日目の直接ケア時間に注目すると、都市型病院がほぼ一定で少ないのに対し、非都市型では全ての病院が都市型を大きく上回り、しかも直接ケア時間に応じて隔離期間が有意に短縮されるという結果が得られ、最小化効果が観察されている。一方の都市型の病院ではそのような相関は認められていない。隔離期間の中央値でも、都市型（11.5日）のほうが非都市型（9日）よりも長かった。精神科救急入院料病棟における隔離・身体拘束量を検討した研究¹⁰⁾によれば、医療圏人口が大きく措置入院者数の多い病棟、すなわち都市部にその使用量が多いという相関関係があり、ここでも地域性が反映されている。これらの結果より、措置患者等の3次救急事例を多く扱い重症者のウエイトが大きい都市部の病院では、1人当たりの隔離患者に投入できる直接ケア量が不足していることが想定され、こうした人的資源の不足が隔離期間に関与した可能性は否定できない。ただし、都市部の病院の隔離期間は施設間で差異がみられており、短期に隔離を終了できるとした病院では別の最小化方策が有効に実施されている可能性等も考えられる。

また、今回調査を行った対象病院では理想的なケア時間の質問を新たに設けたが、理想的なケア、つまりはさらに多くの人的資源の投入を実現できれば、より以上の最小化が得られることも示唆され、ここでも人的資源の投入による最小化効果の可能性が示された。

現在医療制度改革の議論が進められているが、2011年5月に発表された社会保障制度改革の厚生労働省案では急性期医療へのリソースの集中投下による入院期間の短縮・早期社会復帰等が示されている^{8, 9)}。2002年度に診療報酬において新たに導入された精神科救急入院料は、他の

入院料にはない手厚いスタッフ配置を施設基準とし、高い診療報酬を設定しているが、同時に在宅移行率というアウトカム指標を要件として設けることにより、入院日数の短縮化を促している。こうした考え方は、非都市型病院での隔離期間短縮効果にみられたように、治療導入期の早い段階での手厚いケアが重要で、最終的には適切な医療に結びつくことを示すものと考えられる。しかしながら、今回の調査において、理想的な直接ケア時間を達成させればコスト増加を招くことは明らかであり、今後適切なケアが現実的となるような合理的な診療報酬の設定などの対策が必要であろう。

以上のように、最も適切なケアを効率的に提供できる人員配置を検証することは、医療の質の観点から非常に重要である。本稿での分析結果は、実際の資源投入の測定ではなくシミュレーションであること、限られた調査対象による結果であることから、考察できる事項も限定的とならざるを得ない。また、用いた想定事例は医療保護入院の一例であり、実際の臨床が多様なニーズに対応していることから、一側面のみを反映した結果でもある。しかしながら、本研究の結果は現行基準以上の人的資源の投入が隔離期間を短縮させ、望ましいケアの実現につながる可能性を明確に示唆している。今後、より多くの施設や、様々な病態のケースについて同様の検討を行う必要があるが、方法論的な限界も考慮されるため、本研究の長所・短所を十分理解したうえで、別の視点からの知見などを併せた考察によって結果を活用することが実際的であると考えられる。

E. 結論

隔離室入室期間の人的資源投入量を調査し、コストおよび行動制限最小化について考察した。調査結果から、隔離室入室初期に手厚い直接ケアを行うことにより、隔離室入室期間が短縮化されること、医療従事者が考える理想的な直接ケア時間の実行は隔離日数を短縮化すると考えられたが、現行の診療報酬では収支が悪化するため、特に隔離室入室初期について、合理的な診療報酬の設定などの現実的な対策が必要と考えられた。そのために、本調査結果が活用されることが望まれる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

泉田信行ほか：隔離室入室期間の人的資源投入量の検討。コストおよび行動制限最小化の視点から。精神医学. 54: 801-809, 2012.

2. 学会発表

泉田信行ほか：隔離室入室期間の人的資源投入量とそのコストの調査及びその短縮化のための検討。第19回日本精神科救急学会宮崎大会, 2011.10.21

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）なし

文献

- 1) Bowers L, Van Der Merwe M, Nijman H, et al: The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: the City-128 Study. Arch Psychiatr Nurs 24: 275-286, 2010
- 2) 長谷川花, 杉山直也, 富田敦, 他: スーパー救急病棟における行動制限最小化のための検討。eCODO データを踏まえて。第19回日本精神科救急学会宮崎大会抄録。2011
- 3) 平田豊明: 精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究。平成19~21年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」分担研究報告書。2010
- 4) Huckshorn KA: Reducing seclusion restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 42: 22-33, 2004
- 5) Husum TL, Bjorngaard JH, Finset A, et al: A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res 10: 89,
- 6) 泉田信行, 野田寿恵, 杉山直也, 他: 精神科急性期治療導入時の資源投入量に関する調査・検討。精神医学. 52: 773-782, 2010
- 7) 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 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vison/630data.html>. 2007
- 8) 厚生労働省: 社会保障制度改革の方向性と具体策－「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会精神保健研究部保障制度－ <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200001bxcx-att/2r9852000001bxvn.pdf> (平成

24年1月5日アクセス). 2011

- 9) 厚生労働省: 全員で参加して支える社会保障の安心－「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度－。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001bxcx-att/2r9852000001bxvt.pdf> (平成24年1月5日アクセス). 2011
- 10) 日本精神科救急学会: 精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究。平成21年度障害者程度区分認定等事業補助金（障害者保健福祉推進事業）事業報告書。2010
- 11) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 他: 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
- 12) Odawara T, Narita H, Yamada Y, et al: Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 59: 605-609, 2005
- 13) 佐藤真希子, 野田寿恵, 杉山直也, 他: 急性期医療における隔離・身体拘束時間と患者特性の関連。第19回日本精神科救急学会宮崎大会抄録。2011
- 14) 杉山直也: 精神科急性期治療における行動制限に関する管理尺度導入の試み。精神神経学雑誌. 107: 423-436, 2005
- 15) 杉山直也, 野田寿恵, 川畑俊貴, 他: 精神科救急病棟における行動制限一覧性台帳の活用。精神医学. 52: 661-669, 2010
- 16) 横田美根, 笈淳夫, 野田寿恵, 他: 精神科救急病棟の空間構成と隔離・身体拘束との関連。精神医学. 53: 239-246, 2011
- 17) 吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵: 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. 37 (通巻213~216号 短期連載), 2010

表1 都市型/非都市型分類

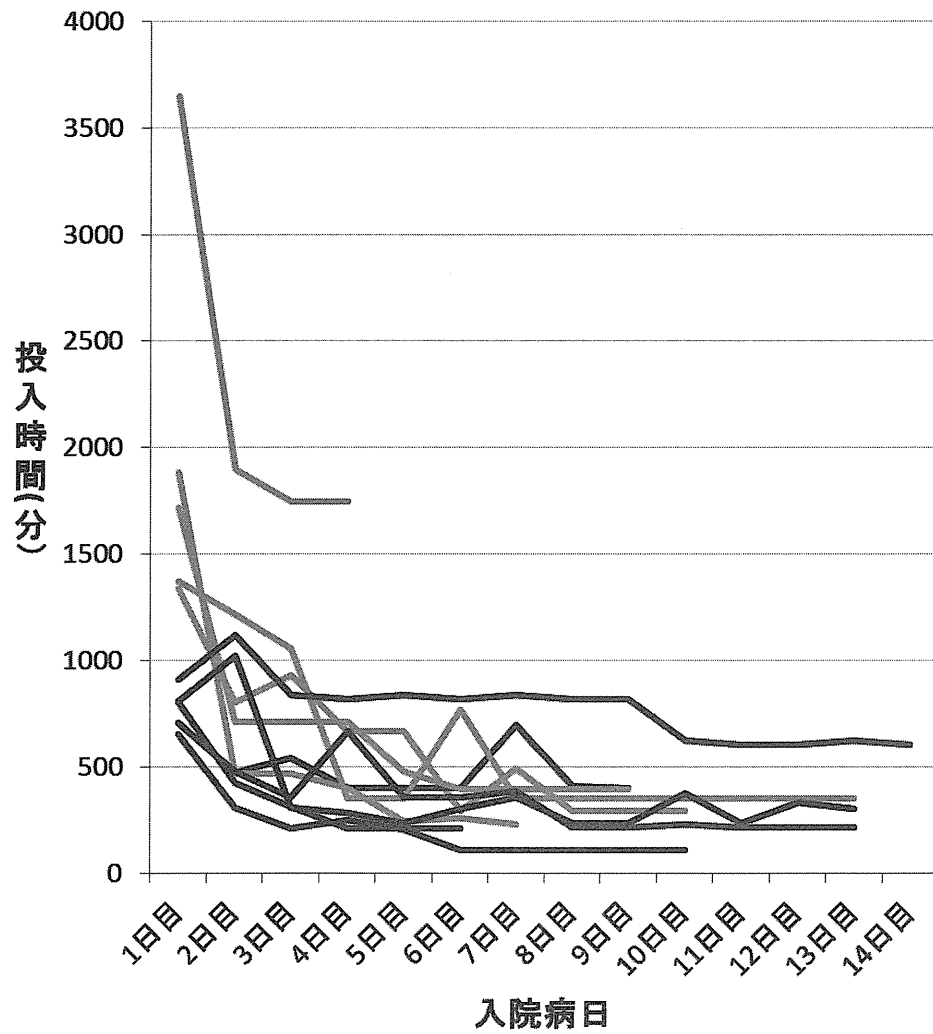
	平成17年6月		平成18年6月		平成19年6月		合計	都市型/非都市型 分類
	措置入院	その他の 入院	措置入院	その他の 入院	措置入院	その他の 入院		
埼玉	22	2	23	4	44	2	97	都市型
千葉	17	2	21	2	11	6	59	都市型
東京	197	66	168	46	135	39	651	都市型
静岡	4	3	4	3	6	4	24	非都市型
大阪	37	30	40	34	24	29	194	都市型
兵庫	6	2	1	5	5	14	33	非都市型
岡山	3	21	2	5	6	10	47	非都市型
広島	7	1	5	1	6	0	20	非都市型
福岡	12	4	9	3	14	6	48	非都市型

対象の11病院は、千葉県と東京都からは2病院、その他の府県からは1病院であった。

表 2 立地種別・病院ごとの隔離日数と直接ケア時間

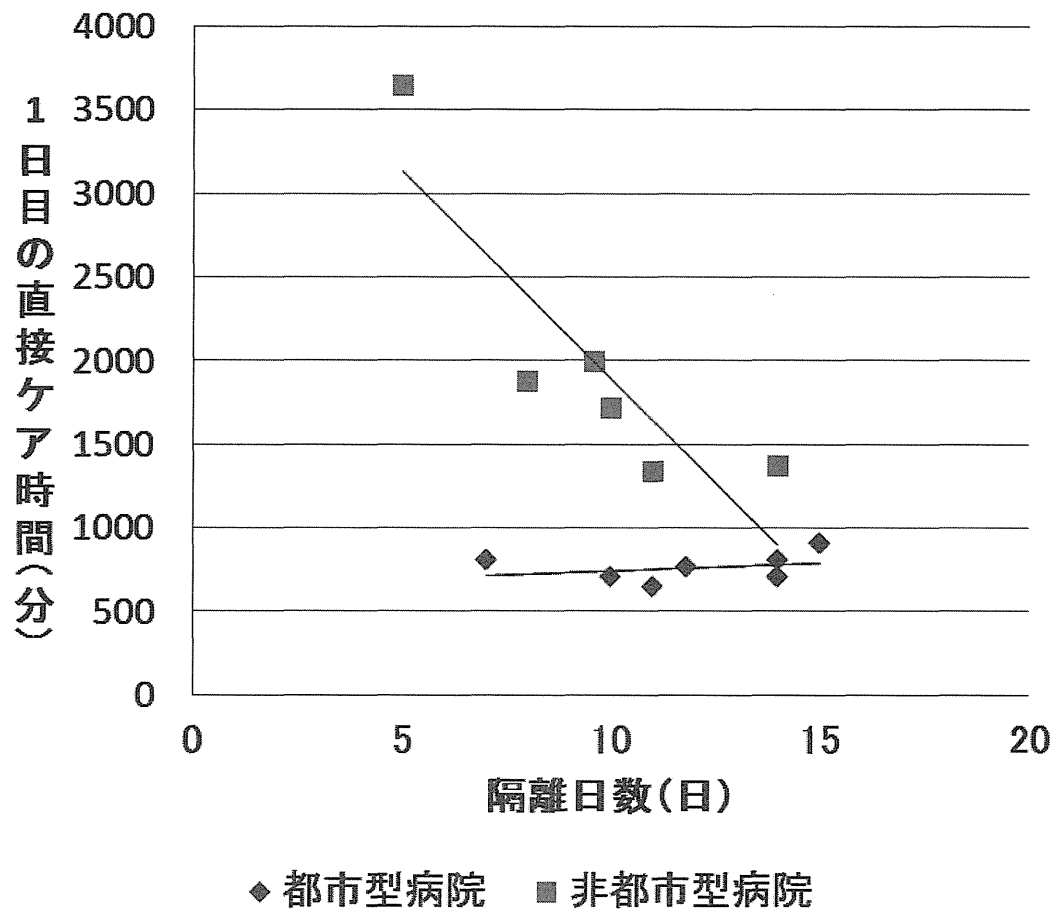
立地種別		隔離日数	時間開放の 開始日	1日当たり直接ケア時間(分)		
				1日目	2日目	3日目以降 平均
都市型	B病院	9	6	706	471	462
	C病院	10	5	651	307	151
	D病院	6	4	803	421	233
	H病院	14	10	910	1,118	736
	I病院	13	4	806	1,022	290
	K病院	13	8	706	478	309
中央値		11.5	5.5	755	475	300
最小値 - 最大値		6 - 14	4 - 10	651 - 910	307 - 1,118	151 - 736
非都市型	A病院	10	6	1,337	803	489
	E病院	7	5	1,880	467	319
	F病院	13	4	1,372	1,218	450
	G病院	9	5	1,719	712	496
	J病院	4	2	3,645	1,898	1,748
中央値		9	5	1,719	803	489
最小値 - 最大値		4 - 13	2 - 6	1,337 - 3,645	467 - 1,898	319 - 1,748
Z値		-1.11	-1.03	-2.75	-1.28	-2
ρ		0.329	0.329	<0.01	0.247	0.126

図1 病院ごとの直接ケア時間の推移



黒色線は都市型の6病院，灰色線は非都市型の5病院の投入時間の結果を示す

図2 1日目のケア時間と隔離日数の相関



図中の直線は、都市型および非都市型の回帰直線

表3 直接ケア時間にかかる人的コスト, および理想のケアを行った際の差分

立地種別	直接ケア時間					理想の直接ケア時間			
	隔離日数	1日当たり人的コスト(円)			隔離の減少日数	一日当たり人的コスト増分(円)			
		1日目	2日目	3日目以降平均		1日目	2日目	3日目以降平均	
都市型	B病院	9	¥39,544	¥22,419	¥22,912				
	C病院	10	¥38,322	¥12,851	¥7,090				
	D病院	6	¥39,861	¥23,568	¥12,119	0	¥22,480	¥9,481	¥4,875
	H病院	14	¥61,878	¥61,538	¥35,331	0	¥1,640	¥0	¥0
	I病院	13	¥54,040	¥56,632	¥14,584	0	¥0	¥11,080	¥6,289
	K病院	13	¥60,280	¥26,628	¥16,234	6	¥2,790	¥1,045	¥61
中央値			¥46,951	¥25,098	¥15,409				
非都市型	A病院	10	¥82,603	¥51,618	¥31,328				
	E病院	7	¥117,826	¥26,029	¥16,492	4	¥0	¥10,770	¥20,307
	F病院	13	¥95,578	¥72,637	¥25,223	6	¥7,385	¥6,210	¥2,334
	G病院	9	¥88,341	¥31,138	¥22,334	0	¥0	¥0	¥2,254
	J病院	4	¥185,937	¥96,243	¥88,293	3	¥8,190		
中央値			¥95,578	¥51,618	¥25,223				

米国における行動制限最小化研修および病院見学報告

研究協力者 石井美緒^{1,2)}，佐藤真希子²⁾，三宅美智^{3,4)}

- 1) 横浜市立大学精神医学教室
- 2) 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
- 3) 天理医療大学 医療学部 看護学科 助教
- 4) 日本精神科看護技術協会

研究要旨：行動制限最小化に先進的に取り組んでいる米国では、全米州精神保健局長協議会 (NASMHPD) が主体となり、隔離・身体拘束最小化のための6つのコア戦略の概念を取り入れた研修を数多く開催している。マサチューセッツ州にて、コア戦略の概念を踏まえた精神科医療現場における暴力、外傷体験、隔離・身体拘束の使用防止を通じて回復を推進していくことを目的とした研修が2012年10月9-10日の2日間で開催された。今回、その研修に参加する機会を得たのでここに報告する。また、当研修参加を通じてわが国における行動制限最小化へ導入可能な取り組みについても考察する。

参加方法：コア戦略を提唱したHuckshorn氏へ連絡を取り、2012年に米国においてコア戦略の研修開催の問い合わせをした。同氏より、2012年10月上旬に研修開催の情報を得て、主催者であるマサチューセッツ州精神保健局の担当者に、3名の研修参加を申し込み、承諾を得た。また、コア戦略を用いた取り組みがどのように実際の医療現場において実施されているのかを把握するため精神科病院の見学を依頼し、2病院への見学の承諾を得た。

参加結果：2012年10月9-10日の2日間で研修が開催され、コア戦略を基にモジュール (Module) に沿った形で、講義、コア戦略の導入によって行動制限使用削減に成功した事例の紹介、パネルディスカッションなどを含む研修が行われた。また、2012年10月12日にWorcester Recovery Center & Hospital およびBrigham and Women's Faulkner Hospital への病院見学が実施された。

考察・まとめ：当研修および病院見学を通じて、取り組みやすいコア戦略からはじめることが行動制限最小化への第一歩ということを学び得た。特に、トラウマインフォームドケア、隔離・身体拘束削減のためのツール利用、精神科医療における当事者の積極的関与の3つは先進的かつ印象的な行動制限最小化の取り組みであると考えられる。これらは、わが国にはまだ馴染みがないが、今後、わが国の精神科医療において求められる必要な取り組みであることが示唆される。

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
末安民生 天理医療大学医療学部看護学科
教授，日本精神科看護技術協会 会長
杉山直也 公益財団法人復康会沼津中央病院
院長

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 客員研究員
早川幸男 日本精神科看護技術協会 専務理
事
吉浜文洋 神奈川県立保健福祉大学 看護学
科 教授

【用語の説明】

トラウマ インフォームドケア	トラウマという病態心理を基本的な要因として認識し、ケアのあり方において本質的な位置づけをするような姿勢や理念を持った上で行うケア。
セイフティプラン	隔離・身体拘束実施を未然に防ぐために、医療スタッフと患者が共同で患者の気分の変化を把握し、暴力等の危機的状況に陥る前の対処法を確認した上で作成される計画。
センソリーアプローチ	視覚・聴覚・嗅覚・触覚・味覚といった5感を利用して、心身の調整を図る方法。患者の好みに合わせて、写真や絵画、音楽、アロマ、ビーズクッション、飴など様々なものを利用する。
コンフォートルーム	隔離・身体拘束の実施を未然に防ぐために、患者本人の意思でストレスから離れて安らぐことを目的として入る部屋。センソリーアプローチで使用される物品も設置されている。
ピアスペシャリスト	本報告においては、マサチューセッツ州で一定の教育を受け、ピアサポート活動を行う精神障害者のこと。

A. はじめに (研究目的)

米国では、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、Huckshorn¹が提唱した「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)に基づく取り組みが実施されている。コア戦略は、隔離・身体拘束の最小化において、4つの基本的概念と6つの具体的戦略を提示している¹。全米州精神保健局長協議会(NASMHPD)が主体となり、コア戦略をもとにした行動制限最小化に関する研修が数多く開催され、一定の成果を挙げている²。

今年度、わが国特有の医療体制の中で実施可能かつ効果的な介入手法の確立を目指すべく、杉山直也研究分担者らが、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医療機関の病棟にて、コア戦略に基づく具体的な介入方法を実践し、介入中および介入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から各介入法の有効性を検証することを目的とした「行動制限最小化に関する研究(介入研究)」を実施している。

米国における先進的な行動制限最小化概念手法をもとにした研修に参加することは、わが国の医療環境に適した有用な介入手法の確立に向け、学術的な見識を深めることができ、医療の質の向上につながると考えられる。

そこで本報告は、マサチューセッツ州で開催された研修の内容および米国における特徴的な取り組みを報告し、今後わが国における導

入可能な行動制限最小化の取り組みについて検討する。

B. 研究方法 (参加までの流れ)

筆者らは、Huckshorn氏へ、2012年に米国においてコア戦略の研修が開催されるか連絡を取った。Huckshorn氏より、米国マサチューセッツ州において、NASMHPDおよび州精神保健局が主催する「Promoting Recovery in Mental Health Settings by Preventing Violence, Trauma, and the Use of Seclusion and Restraint」研修が2012年10月上旬に開催されるという連絡を受けた。

同州精神保健局担当者にEメールにて連絡を取り、国立精神・神経医療研究センター社会精神保健研究部より2名、日本精神科看護技術協会より1名の研修参加の承諾を得た。また、コア戦略を用いた取り組みがどのように実際の医療現場において実施されているのかを把握するため2精神科病院への見学を行った。

C. 研究結果

1. 研修の概要

(1) 日程

2012年10月9-10日の2日間で研修が開催された。

(2) 参加者および参加者職種

約215名が2日間の研修に参加した。参加者の多くは州立病院および州精神保健局から指定を受けた病院に勤務しており、参加者の職

種はピアスペシャリストと呼ばれる当事者、医療従事者 (精神科医, 心理士, 看護師, ソーシャルワーカー, メンタルヘルスカウンセラー, 作業療法士等) であった。

(3) 研修について

2 日間にわたる研修のスケジュールは以下の通りである :

(1 日目 : 2012 年 10 月 9 日)

8:00 - 8:50am	Registration/Coffee
8:50 - 9:00am	Welcoming Remarks
9:00 - 9:15am	Housekeeping Details
9:15 - 9:45am	(Module I) Overview of the US National Initiative
9:45 - 10:45am	(Module II) The Neurobiological and Psychological Effects of Trauma
10:45 - 11:00am	Break
11:00 - 11:45am	(Module III) Leadership, Using Data to Inform Practice and Organizational Change (Core Strategies ©)
11:45 - 12:00pm	Discussion / Q&A
12:00 - 1:00pm	Lunch
1:00 - 1:30pm	(Module IV) Trauma Informed Care
1:30 - 2:15pm	(Module V) Violence Causality and Risk Factors
2:15 - 2:30pm	Break
2:30 - 3:00pm	(Module VI) Workforce Development: Evaluating the Oversight (A Core Strategy ©)
3:00 - 3:45pm	(Module VII) Real Reduction Experience: CT Child
3:45 - 4:15pm	Real Reduction Experience: Massachusetts
4:15 - 4:30pm	Discussion / Q&A

(2 日目 : 2012 年 10 月 10 日)

8:30 - 9:00am	Coffee / Continental Breakfast
9:00 - 10:15am	(Module VIII)

10:15 - 10:30am	Thinking Out-of-the-Box with Recovery
10:30 - 11:00am	Break Real Reduction and Recovery Experience: Florida & Delaware (Module IX) Primary Prevention Tools: To Prevent Restraint/Seclusion and Promote Recovery
11:00 - 12:00pm	Lunch (Module X) Panel: Priorities when Focusing on Recovery (Module XI) Panel: Consumer-driven Care: Promoting Voice and Choice in Inpatient Programs (A Core Strategy ©)
12:00 - 1:00pm	Break
1:00 - 1:45pm	Discussion / Q&A (Module XIII) Developing a Prevention Plan
1:45 - 2:30pm	Report Out by Units Next steps & evaluation
2:30 - 2:45pm	Adjourn
2:45 - 3:00pm	
3:00 - 3:45pm	
3:45 - 4:15pm	
4:15 - 4:30pm	
4:30pm	

当研修は、コア戦略の概念をもとに、暴力、外傷体験、隔離・身体拘束など行動制限 (以下、S/R) の使用を抑制し、回復の推進を図ることを目的としている。

左記スケジュールにあるモジュール (Module) に沿って研修が行われた³。パワーポイントによる講義が中心であり、コア戦略の導入によって行動制限使用削減に成功した事例の紹介、パネルディスカッションなどが研修に含まれていた。研修の概要を以下に記す³。

(Module I) Overview of the US National Initiative

米国における行動制限使用削減運動について歴史的な背景を学ぶ³。1998 年コネチカット州で起きた 1 人の少年が身体拘束により死亡した事件を契機に、米国では精神保健における大統領新自由委員会 (the President's New Freedom Commission on Mental Health) の 2003 年

の報告において米国精神保健システムの変更、2006年には(CMS)規則の変更がされた³。2000年-2010年にかけて米国連邦政府主導で隔離・身体拘束に関する調査プロジェクトが発足し、行動制限使用削減のためのコア戦略が開発された^{3,4}。コア戦略による行動制限削減の効果は調査プロジェクトの成果として報告され、米国の公衆衛生予防モデルに取り込むことが可能であることが挙げられた³。

(Module II) The Neurobiological and Psychological Effects of Trauma

心的外傷(以下、トラウマ)体験について神経生物学のおよび心理学的見地から学ぶ³。具体的には、トラウマ体験者の割合、トラウマ体験と脳の発達との関係性、The Adverse Childhood Experience (ACE) Studyによる幼児期のトラウマ体験の有無、幼児期のトラウマ体験歴と飲酒・喫煙・薬物使用・自殺などの関連性などを学ぶ³。

米国では約400万人の子どもが身体的虐待を受けているあるいは900万人が暴力を目撃している^{3,5}。また、トラウマを受けた人を対象とした研究では入院している精神障害者の51-98%が心的外傷を経験している^{3,6,7}。

(Module III) Leadership, Using Data to Inform Practice and Organizational Change (Core Strategies ©)

コア戦略の1つである「リーダーシップ」について、暴力、トラウマ、S/Rの使用抑制につながるリーダー(管理者)の本質的な役割とは何かを学ぶ³。具体的には、フォーマルおよびインフォーマル・リーダーシップの役割について、リーダーシップの原則と資格等である³。

フォーマル・リーダーは、S/Rの成功に必要な変更を行う権限を有している人物(管理者)を指し、インフォーマル・リーダーは同僚や上司に影響を与え得る人物を指す^{3,8}。

また、リーダーシップの原則および資格として、「ビジョン:S/Rの削減に向けた共通のビジョンを掲げ、部下をやる気にさせる能力を有する」、「価値:S/R削減への鍵となる組織文化を作る」、「人材育成:ディエスカレーション技術や医療消費者中心のケアの概念を持つ

スタッフを育成する」、「データ利用:S/R削減に向け、有益な情報を利用する」、「スタッフ実績:S/R削減に貢献するスタッフを評価し、組織内で活かしていく」、「プラン開発:S/R削減に向けたプランと方針を立てる」が挙げられる^{3,8}。

S/R削減に向け、常に管理者は組織内で継続的な関わりを実施し、管理者としてコア戦略を組織内に周知し、文書として報告させるよう取り組むことが大切となる³。

(Module IV) Trauma Informed Care

トラウマおよびトラウマインフォームドケアの定義、精神科に入院する患者のトラウマの保有率、トラウマインフォームドケアと非トラウマインフォームドケアの比較、臨床におけるトラウマインフォームドケアの実践に関して学ぶ³。

トラウマとは、性的虐待、身体的虐待、ネグレクト、家庭内暴力、そして/または暴力の目撃、テロや災害などの暴力や虐待を経験することである³。米国の調査によると、精神障害者の5割~9割がトラウマを有し^{3,6,7}、多くが複数のトラウマを経験している^{3,6,9}ことが報告されている。そのため、トラウマ経験があることを踏まえた上でケアを提供していくことをトラウマインフォームドケアという³。トラウマインフォームドケアではトラウマ経験の有無、トラウマによる症状は何か、入院中に再トラウマ体験となり得ることは何かを理解する。入院中に暴力行為が生じた場合、その行為の背景に何らかの意味があるものと理解する³。患者(医療消費者:コンシューマー)を治療の中心とし、協調の姿勢でケアを提供することである³。一方、非トラウマインフォームドケアとは、トラウマに対する理解が低く、父性主義的なケアのことを指し、患者を「管理」する視点が強い³。トラウマインフォームドケアでは、患者に対して心理教育を含む自己管理を促進するケアを提供し、スタッフに対してもトラウマインフォームドケアの研修を提供して理解を高める³。

(Module V) Violence Causality and Risk Factors

暴力の因果関係と危険因子について学ぶ³。具体的には、隔離と拘束の使用を防止するため

に、攻撃性や暴力のリスクの識別;「患者」,「環境」,「その両方を含んだ状況」を含む危険因子の理解;スタッフ介入につながる5つの暴力のカテゴリについて;医療現場における死亡あるいは重傷のリスクを伴う医療の危険因子について;腹臥位拘束とその他拘束使用時に伴う危険要因を理解する³.

(Module VI) Workforce Development: Evaluating the Oversight (A Core Strategy ©)

コア戦略3である「院内スタッフ力の強化」について、リーダーシップを含めた院内スタッフ力の強化ないし人材の開発について学ぶ³. 組織内全てのレベルにおいて、S/R削減への理解を高め、削減に向けた効果的な介入として、監督、報告義務、迅速な情報伝達などを実施する³. 24時間毎日、全てのS/Rに対するオンコールで管理者が現場に行くことが大切であり、現場スタッフはS/R実施に至った経過について詳細な報告が必要となる³. 管理者は状況を収集・分析し、次回S/Rを実施しないために病院内の政策を変えていく³. 人材の開発においては、トラウマインフォームドケアに基づいた内容の研修を提供し、新しい技術を身に付けた現場で鍵となる役割を担う人材を開発していく³.

(Module VII) Real Reduction Experience

コネティカット州の Albert J. Solnit
Psychiatric Center, マサチューセッツ州の
Emerson Hospital, フロリダ州の South Florida
State Hospital, デラウェア州の Delaware
Psychiatric Center におけるコア戦略を用いた各
州での実践報告がなされた³.

(Module VIII) Thinking Out-of-the-Box with Recovery

アリゾナ州に創立された非営利組織である Recovery Innovations における「回復」の取り組みについて学ぶ³. Recovery Innovations では、専門職と当事者合わせて約700人のスタッフがおり、そのうち62%がピアサポートを提供する当事者スタッフである³. 全米で5州とニュージーランドにおいて、クライシスサポート、ピアサポートなどのサービスを提供している³.

(Module IX) Primary Prevention Tools: To Prevent Restraint/Seclusion and Promote Recovery

コア戦略4「隔離・身体拘束使用防止ツールの利用」について主にセーフティ/クライシスプラン(以下、セーフティプラン)およびセンソリーアプローチについて学ぶ³. 具体的には、セーフティプランについて、その開発、機能、使用意義、医療現場における適用性を理解する³. また、患者自ら感情を管理することができるようにセンソリーモジュレーション(感覚調整)について理解し、センソリーアプローチの例であるコンフォートルームやセンソリーアイテムが紹介された³.

セーフティプランとは、隔離・身体拘束実施を未然に防ぐために、医療スタッフや患者・家族が共同して患者の気分の変化を把握し、暴力等の危機的状況に陥る前の対処法を検討するものである^{3,10,11,12}.

3つの構成要素から成り、①大きな音や暗闇など恐れ・パニックの原因となる「引き金ないし増長要因(Triggers)」,②引き金や増長要因によって起こる身体的・精神的変調を示す「初期の兆候(Early Warning Signs)」,③ストレスを最小限にするために個々に気分を落ち着かせる方法を検討する「対処法(Strategies)」である^{3,10,11,12}. 医療現場において、適宜プランを見直し、ラミネート加工を施し、グループ療法やピアサポートなどに取り入れるといった方法がある^{3,10,11,12}.

また、センソリーアプローチは視覚・聴覚・嗅覚・触覚・味覚(感覚刺激)といった五感に焦点を当て、患者の好みに合わせて、写真や絵画、音楽、アロマ、ビーズクッション、ウェイトブランケット、飴などを用い、心身の調整を図る方法である^{3,13,14,15}. コンフォートルームは、隔離・身体拘束の実施を未然に防ぐために、センソリーアプローチのアイテムを取り入れ、ストレスから離れて安らぐことを目的とした、患者自らの意思で活用される部屋である^{3,13,14,15}.

(Module X) Panel: Priorities when Focusing on Recovery

回復に焦点を当て、パネルディスカッションが行われた。回復への妨げとして、暴力が生じた際、S/R使用を含む強制的な手段を用いるこ

とは非トラウマインフォームドケアであることがパネリストの一意見として挙げられた。また、医療現場においてもカスタマーケアが求められていることが指摘された。

(Module XI) Panel: Consumer-driven Care:
Promoting Voice and Choice in Inpatient Programs
(A Core Strategy ©)

コア戦略5「入院施設での患者(医療消費者)の役割」について、ピアスペシャリストである当事者らによるパネルディスカッションが行われた。当事者らの入院体験を通して、①「助けになったスタッフ対応は何か」、②「傷ついたスタッフの行動は何か」、③「病院に望む3つの願い」の3点について議論された。①助けになったスタッフの対応として、「自己決定させてくれた」という意見が挙げられた。一方、②傷ついたスタッフの行動として、「話を聞いてくれない」、「支配的な態度を見せた」、「意思を汲んでくれない」などが挙げられた。③病院に望む3つの願いでは、「診断名に注目するのではなく、(当事者)本人を見てほしい」、「カスタマーサービスを改善してほしい」、「患者も含めた情報共有をしてほしい」、「スタッフと患者の1対1の関係を持つ時間を用意してほしい」、「治療において、選択肢を与えてほしい」などが多くの意見として挙げられた。

(Module XIII) Developing a Prevention Plan

当研修のまとめを行い、研修参加病院の数施設より自施設で取り組めるコア戦略についての発表がなされた。

2. 病院見学

(1) 日程

2012年10月12日に病院見学を実施した。

(2) 見学病院および病院概要

• Worcester Recovery Center & Hospital
(Worcester, MA)

ウースターリカバリーセンター病院は、全米で最も古い精神科病院の1つであり、2012年に新センターとして新設された¹⁶。病床数は320床(成人260床、児童・思春期60床)、全床個室である¹⁶。平均入院期間は6ヵ月~1年、亜急性期、慢性期の患者を対象とし、社会復帰

に向けた治療を提供している。病棟の1室は隔離室である。

施設の概要は、「ハウス (house)」と呼ばれる病棟、「ネイバーフッド (neighborhood)」と呼ばれるグループ療法や診療などが提供されるエリア、「ダウントウン (downtown)」と呼ばれるカフェテリアや売店、銀行、ジム、理髪店などのエリアの3つに分かれている¹⁶。日中、患者らはダウントウンで過ごす、あるいはネイバーフッドで作業療法などのプログラムに参加している。ネイバーフッドには計52室のコンフォートルームがある。

児童・思春期病棟では、「intensive residential treatment」という入院治療を受けながら近隣の学校へ通い、社会復帰を目指すプログラムがある¹⁶。

• Brigham and Women's Faulkner Hospital
(Boston, MA)

フォークナー病院はボストン市内にある総合病院である¹⁷。うち、1病棟が精神科閉鎖病棟である。病床数は24床、急性期の患者を対象とした短期的な治療を提供している¹⁷。平均入院期間は約2週間である。隔離室、コンフォートルームがそれぞれ1室ある。パーシャルホスピタルプログラム (partial hospital program) と呼ばれる、急性の精神症状を呈している患者の症状を安定させる、また更なる入院を回避するため、短期間(平均3~8日)での治療を提供する、外来治療プログラムがある。

D. 考察・まとめ

当研修および病院見学を通じて、取り組みやすいコア戦略からはじめることが行動制限最小化への第一歩ということを学び得た。特に、トラウマインフォームドケア、隔離・身体拘束削減のためのツール利用、精神科医療における当事者の積極的関与の3つは先進的かつ印象的な行動制限最小化の取り組みであると考え、下記に考察する。これらは、わが国にはまだ馴染みのない取り組みであるが、今後、わが国の精神科医療にとって大きく影響しうる必要な取り組みであると考えられる。

トラウマインフォームドケアは、当研修中にも随所で言及され、コア戦略の中でも核となる概念の一つであることが確認された。その本質

は、「精神医療に関する、あらゆるトラウマを念頭に置いたケア」とでも表すべきであろうか、非常に包括的なものである。当事者の病態背景にある虐待などの体験から、精神医療現場で当事者・スタッフが遭遇しうる体験まで、一個人にとってのある体験の侵襲的意味に着目し、それを基にケアを組み立てる。行動制限最小化のみならず精神科医療全体の適正化に向けた概念とも言える。ただし、第一次大戦におけるシェルショックやベトナム戦争後の PTSD 概念の普及が基盤にある米国と、わが国とでは、トラウマという概念自体の社会的認知が異なる。そうした文化的背景を鑑み、わが国の精神医療現場に即したかたちでトラウマインフォームドケアの概念を取り入れていく必要がある。

コア戦略4「隔離・身体拘束使用防止ツールの利用」、米国ではセイフティプラン、コンフォートルームを含むセンソリーアプローチの活用が一般的であることが、今回の研修や病院見学を通じて学び得ることができた。特に病院見学において、スタッフらはS/Rを最終的な手段として捉え、コンフォートルーム、センソリーアイテムなどを用いて、できるだけS/Rを実施しないという姿勢は印象的であり、組織としてS/R使用削減に向けた取り組みに対する意識の高さが伺えた。

また、入院時の看護アセスメントシートにセイフティプランを質問項目として導入している。セイフティプランは各医療機関によって、書式・項目が異なり、アセスメント時に併せてトラウマの有無および過去の入院でのS/R体験の有無を把握しており、トラウマインフォームドに基づくケアの提供が行われている。

わが国においても、隔離・身体拘束のツール利用として、セイフティプランの項目を入院時のアセスメントシートに取り入れ、患者本人にストレスの要因となる引き金、初期の兆候、対処法を聞く取り組みが可能と考えられる。

コンフォートルームに関して、わが国には、国立精神・神経医療研究センター病院の医療観察病棟にリラックスルームとしてコンフォートルームがある。センター病院では、作業療法士によるアセスメントを通して、本人の希望に沿ったセンソリーアイテムが使用される¹⁸。しかし、コンフォートルームは病室を1室コン

フォートルーム専用を用意する必要がある。難しい場合、センソリーアイテムを集めたカートを病棟ごとに用意し、いつでも患者本人の希望に沿ったアイテムを使用するといった取り組みが可能になると考えられる。

コア戦略5「入院施設での患者（医療消費者）の役割」とは、精神障害者である当事者が入院施設においてどのような役割を担っていくかということである。前述したように米国では、当事者が行動制限最小化に関する研修に参加し発言する場がある。さらに入院施設の一部では雇用され、行動制限を受けた患者をサポートするピアスペシャリストとして働いている。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¹⁹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。このような取り組みで分かったことは、回復した当事者が自分の体験を話すことにより、当事者同士がエンパワーメントし、支え合う関係が築け、それが退院を後押しする力となるということである。また医療従事者だけでは気づけなかった当事者の思いに気づくことができ、退院に向かうきっかけをつかむ機会が増えるという効果もある。

現状では行動制限最小化の視点で当事者が役割を発揮する場は少ない。行動制限最小化においても、当事者が関わり、率直な感想を述べることで生み出される相互作用によって得られるものは大きいと考えられる。例えば行動制限最小化委員会のメンバーとして参加し、当事者の立場から意見を述べることにより、医療従事者が新たな気づきを得られる可能性は高い。つまり当事者の新たな視点が入ることによって、これまでの対応を見直すとともに、新たなケアの方向性を見出すことにつながる可能性が高いのである。その結果、委員会活動も活性化することになり隔離身体拘束件数の減少、あるいは期間の短縮に効果が得られるのではないかと予測される。

今回、研修への参加や病院見学により、行動制限最小化のための手法や手がかりが見出された。さらに米国とは異なる文化的、歴史的背景を持つわが国においても、導入できる可能性が強く実感された。より多くの病院で実践できる形に転換させていくことが今後の課題である。

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

日本精神保健看護学会，日本精神科看護学術集会にて発表予定

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

特になし

H. 参考文献

- Huckshorn KA: Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 42: 22-33, 2004. (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.)
- Barclay L: Preventing violence and the use of seclusion and restraint: a expert interview with Kevin Ann Huckshorn, RN, MSN, CAP, ICADC. November 2, 2009. <http://www.medscape.com/viewarticle/711633> (Accessed December, 21, 2012)
- 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)
- National Association of Psychiatric Health Systems (NAPHS): Learning from each other: Success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioral health. <http://www.naphs.org/rscampaign/index.html> (Accessed December 25, 2012)
- Kilpatrick DG, Saunders B, Smith DW: Research in brief: Child and adolescent victimization in America: Prevalence and implications. American Psychiatric Press, Inc, Washington DC, 163-186, 2001.
- Goodman LA, Dutton, MA, Harris M: The relationship between violence dimensions and symptoms severity among homeless, mentally ill women. *J Trauma Stress* 10: 51-70, 1997.
- Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al: Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 66: 493-199, 1998.
- Anthony WA, Huckshorn KA: Principled leadership in mental health systems and programs. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University Press, Boston, 2008.
- Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, et al: Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophr Bull* 30: 45-57, 2004.
- The Massachusetts Department of Mental Health. The safety tool – adult version. The Massachusetts Department of Mental Health, Boston, MA, 1996. http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dmh/rsri/safety_tool.pdf. (Accessed December 25, 2012)
- The Massachusetts Department of Mental Health. The Boston Medical Center Intensive Residential Treatment Program safety tool – adolescent version. The Massachusetts Department of Mental Health, Boston, MA. http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dmh/rsri/bu_irtp_safety_tool.pdf. (Accessed December, 25, 2012)