

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いるものの<sup>2)</sup>、あまり明らかにされていない。

我々は以前に、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、その要因の1つとして病院の立地条件を挙げ考察を行った<sup>9)</sup>。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・身体拘束の期間にどのように影響するのかについては、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ふまえ、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索する目的で、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で報告する。

## 対象と方法

### 1. 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、2009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」<sup>10)</sup>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<sup>3)</sup>、「精神保健福祉資料」の2005年から2007年6月入院患者数の入院形態別の数値を用いて<sup>7)</sup>、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などの合計)を求め、その合計数に応じて操作的に中央値以上(都市型)と中央値未満(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<sup>9)</sup>。

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。

表1 都市型/非都市型分類

	2005年6月		2006年6月		2007年6月		合計	都市型/ 非都市型分類
	措置入院	応急入院など	措置入院	応急入院など	措置入院	応急入院など		
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

応急入院など：措置入院、医療保護入院、任意入院以外対象の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。

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索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2,000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しての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。

### 6. 倫理的配慮

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・学術誌などに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～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。

## 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2005～2007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などの合計)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)。11病院の中央値は59件で、中央値以上を都市型、それ未満を非都市型としたところ、都市型6病院、非都市型5病院に分類された。

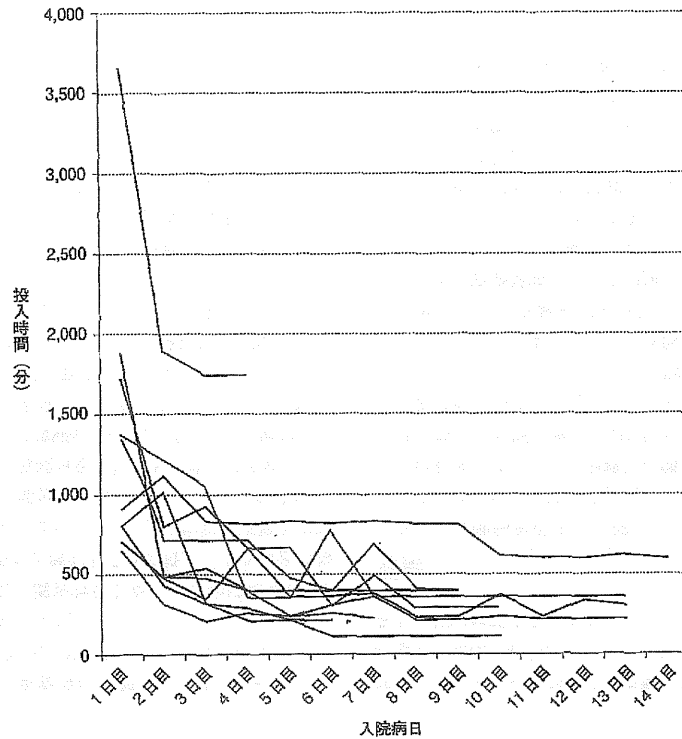


図1 病院ごとの直接ケア時間の推移  
黒色線は都市型の6病院、灰色線は非都市型の5病院の投入時間の結果を示す。

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)歳、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)歳、14.7(9.3)年、PSWは17人で32.6(7.8)歳、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おおむ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( $t=-2.75, p<0.01$ )。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

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	-1.64	
p	0.329	0.329	<0.01	0.247	0.126	

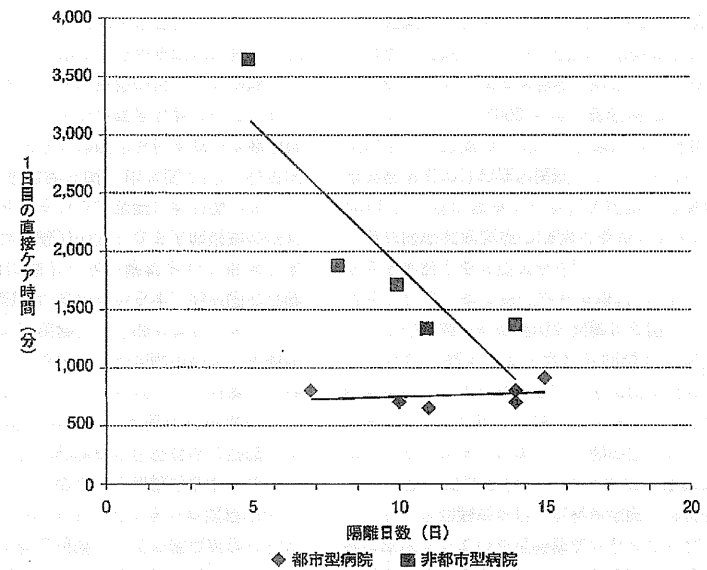


図2 1日目のケア時間と隔離日数の相関  
図中の直線は、都市型および非都市型の回帰直線。

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	現実の直接ケア時間				理想の直接ケア時間			
	隔離日数	1日当たり人的コスト(円)			隔離日数減少	1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
	H病院	14	¥61,878	¥61,538	¥35,331	0	¥1,640	¥0
	I病院	13	¥54,040	¥56,632	¥14,584	0	¥0	¥11,080
	K病院	13	¥60,280	¥26,628	¥16,234	6	¥2,790	¥1,045
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
	F病院	13	¥95,578	¥72,637	¥25,223	6	¥7,385	¥6,210
	G病院	9	¥88,341	¥31,138	¥22,334	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				

斜線太字は、精神科救急入院料I(30日以内)の3,451点を越えている部分。

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病院すべてにおいて、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。どの病院もどこかの時点で人的コストが増加していた。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。

### 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<sup>2,13,14)</sup>、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<sup>12)</sup>。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有意に短縮されるという結果が示されている<sup>18)</sup>。

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<sup>4,17)</sup>。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2004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<sup>1,9)</sup>、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直接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着目すると、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<sup>15)</sup>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、措置患者などの3次救急事例を多く扱い重症者のウェ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なども考えられる。

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た。しかしながら、一方で投入量を増やしても日数の減少ができないと回答した病院があり、人的資源以外の要因が短縮化を阻んでいると考えられる。先に挙げた6方略<sup>4,17)</sup>の用いられ方などを検討する必要がある。

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・早期社会復帰などが示されている<sup>8,9)</sup>。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。

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から、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、実際の臨床では種々の重症度があり、かつ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。

## 結論

隔離入室期間の人的資源投入量を調査し、都市型/非都市型に分類して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、非都市部の病院においては隔離入室初期に手厚い直接ケアを行うことにより隔離入室期間が短縮化されることが示された。しかしながら、現行の診療報酬では収支が悪化するため、特に隔離入室初期について、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。

一方、都市部においては直接ケア投入時間が少ないなかで、隔離日数の施設間の差異が認められ、短期間で行える病院では別の代替法を用いている可能性が考えられた。

## 謝辞

本研究は平成20～22年度精神・神経疾患研究開発費20委-8「[地域中心の精神保健医療福祉]を推進するための精神科救急及び急性期医療のあり方に関する研究」(主任研究者 伊藤順一郎)および平成23年度厚生労働省科学研究費補助金「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)の支援を受けて実施した。本研究にご協力くださいました調査対象病院のスタッフの皆様により御礼申し上げます。

## 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, Björngaard 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, 2010
- 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/vision/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/2r985200001bxvn.pdf>) (2012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/2r985200001bxcx-att/2r985200001bxvt.pdf>) (2012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, 川畑俊良, 他: 行動制限に関する一覽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. 精神経誌 107: 423-436, 2005
- 15) 杉山直也, 野田寿恵, 川畑俊良, 他: 精神科救急病棟における行動制限一覽性台帳の活用. 精神医学 52: 661-669, 2010
- 16) 横田美根, 筑淳夫, 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

## Summary

A Quantitative Analysis of Human Resources for Patients Seclusion in Acute Psychiatric Care: From the perspective of economic balance and the minimization of seclusion

Izumida Nobuyuki<sup>1)</sup>  
Noda Toshie<sup>2,3)</sup>, Sugiyama Naoya<sup>3)</sup>  
Hirata Toyooki<sup>3)</sup>, Ito Hiroto<sup>2)</sup>

We interviewed multi-disciplinary acute psychiatric care teams of physicians, nurses, and PSWs to evaluate the current system of acute psychiatric care. Eleven psychiatric hospitals including three in which a preliminary survey has been performed,

were sampled. The survey presented hypothetical cases to participants and asked how much time they would spend on acute psychiatric inpatient care for each case. The results suggest that the location of the hospital is highly correlated with time investment in seclusion periods; professionals in rural hospitals tend to spend more hours on inpatient care than those working in urban hospitals. A significant negative correlation was found between hours spent on inpatient care on the first day of admission and the length of seclusion for rural hospitals but not urban hospitals. Interviewees from five of the eight hospitals that did not participate in the preliminary survey indicated that they would ideally spend more time on inpatient care, which would lead to shorter seclusion periods. However, based on the current reimbursement scheme, the hospitals surveyed would not be able to afford the extra costs if they spend the ideal amount of time on inpatient care. Hence, the reimbursement scheme should be restructured to provide the optimal care for the patients.

- 1) Department of Empirical Social Security Research, National Institute of Population and Social Security Research, Tokyo, Japan
- 2) Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 3) Fukkokai Foundation, Numazu Chuo Hospital
- 4) Shizuoka Psychiatric Medical Center

## MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

<精神科臨床エキスパート>

## 認知症診療の実践テクニック 患者・家族にどう向き合おうか

編著 朝田 隆  
シリーズ編著 野村総一郎・中村 純・青木省三  
朝田 隆・水野雅文

●B5 頁196 2011年  
定価6,090円(本体5,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01422-9]

精神科診療のエキスパートを目指すための新シリーズの1冊。認知症患者の家族介護者から寄せられることの多い悩みや質問をもとに、患者・家族に対して有効な励ましの言葉やアドバイスの方法など、日常診療で生かせる対応のコツを紹介する。また認知症予防や薬物療法の注意点・副作用、疾患ごとの症状の特徴なども掲載し、認知症そのものに対する理解を深めることにも役立てられる内容となっている。

## 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\*

野田寿恵<sup>1)</sup> 安齋達彦<sup>2)</sup> 杉山直也<sup>3)</sup>  
平田豊明<sup>4)</sup> 伊藤弘人<sup>1)</sup>

## 抄録

精神保健福祉資料によると、身体拘束は毎年の増加を認め、隔離は2007年に減少に転じたものの2003年に比して高い値である。隔離・身体拘束施行の現状、および身体拘束の施行と関連する要因を明らかにするために、精神保健福祉資料の都道府県別5年間のデータを用いて分析を行った。その結果、隔離多用と身体拘束多用の地域があることがわかった。また人口当たりの身体拘束施行者数は、老人性認知症疾患治療病棟の整備率との関連を認めた。そして身体拘束施行者数の増加は都道府県によって一様ではなかった。精神科病院での認知症患者の入院が、今後さらに増加することが予想されている中、身体拘束施行者数が増加する可能性が考えられた。

## Key words

Seclusion, Restraint, Psychiatric facilities, National data

## はじめに

諸外国から報告されている隔離・身体拘束施行量に関する研究結果に比して、わが国ではこれらを大量に用いていることが明らかになってきている<sup>9)</sup>。そのような状況にもかかわらず、精神保健福祉資料(以下、630調査)<sup>3)</sup>によると、2007年6月30日時点での身体拘束施行者数は6,786人(在院患者の2.15%)であり、2003年の5,109人(在院

患者の1.55%)から一貫して増加し、隔離については、2007年は前年に比べ減少し8,247人(在院患者の2.61%)であったものの、2003年の7,741人(在院患者の2.35%)より高い値となっている。増加要因を明らかにし、対策を講じていくことが喫緊の課題である。

隔離・身体拘束の施行の現状について、野田、杉山、横田らは、精神科救急入院科病棟を有する施設からの協力を得て2008年2月の一覧台帳

を用いた分析を行い、施行量の指標開発と、施行量と関連する要因を検討してきた<sup>9,12,13)</sup>。しかしながら、これらの一連の研究の対象は28施設のみであり、また経年変化についての検討もなされていない。一方、630調査は、全国1,642(2007年630調査より)の精神科病院が参加し、かつ経年的に行われ、都道府県別データが公表されていることから全体の動向をつかむことはできる。しかしながら、隔離・身体拘束施行者の属性や施行期間といったデータは扱っておらず、増加要因の詳細な分析はできないという限界を持ち合わせている。

この630調査の2003年から5年間のデータを用いて、河野らが隔離・身体拘束施行の増加要因の検討を行っている<sup>9)</sup>。河野らは、一般に公開されていない病院別のデータを用いて、精神科救急入院科ないし精神科急性期治療病棟を有するか否かで、病院を急性期専門病棟「あり群」と「なし群」に分けて分析を行い、「あり群」は隔離数が増加していること、身体拘束数の変化が少なく、認知症圏および高齢(65歳以上)の入院数の増加が少ないこと、「なし群」は隔離数の変化は少なく、身体拘束数が増加し、認知症圏および高齢の入院数の増加が大きいことを認めた。この結果から、急性期医療の強化が隔離施行者数の増加を反映し、認知症・高齢の患者の増加が身体拘束施行者数の増加に反映している可能性を指摘している。

隔離・身体拘束の施行は、精神科急性期治療に代表される、急性期精神科病症状による他害などの危険のために行い、抗精神病薬の効果発現までの比較的短期に施行する群(急性期群)、慢性重症な病態による突発的な暴力行為や多飲のための実施で、比較的長期に行われる群(慢性重症群)、それに認知症患者の転倒転落防止や安全に身体処置を行うための身体拘束(認知症群)の3つに大きく分けられると考えられている<sup>14)</sup>。河野らは急性期群の隔離と認知症群の身体拘束の増加要因について示唆を与えたといえる。しかしながら、直接的に、身体拘束数と認知症および高齢患者数との関

連は検討してはいない。

本研究の目的は、隔離・身体拘束施行の最適化への戦略の一助となるために<sup>1,10)</sup>、630調査から得られる2003年から5年間の都道府県別データを用いて、隔離・身体拘束の施行の全国的な現状を明らかにすること、なかでも2003年から増加の一途の身体拘束に今回は焦点を当て、認知症および高齢の患者との関連を検討することを目的とする。

## 対象と方法

データは全国1,642の精神科病床を有する病院を対象に、公開されている630調査から得た。隔離・身体拘束については、2003年から以下の定義を用いて6月30日時点の施行者数を各精神科病院から集め、それを都道府県別に集計している。隔離は「内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間以上を越えるものを計上する」であり、身体拘束は「衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を行った患者数を計上する」とある。

分析方法として、1)都道府県別の隔離および身体拘束の施行者数をその人口によって除して人口1,000人当たりの施行割合として、2003年から5年間分の平均を算出した。2)2003年から5年間分の各都道府県別データから、人口当たりの老人性認知症疾患治療病棟(以下、認知症病棟)の整備率、症状性を含む脳器質性障害(以下、FO診断)の患者入院率、65歳以上の患者入院率を説明変数とし、人口当たりの身体拘束施行者数を従属変数とした単回帰分析を行った。3)都道府県別に、2003年から5年間の人口1,000人当たりの身体拘束施行者数の増加を算出し、その増加分によって4段階に分類した。

## 結果

縦軸を身体拘束、横軸を隔離の人口1,000人当

\* Analysis of the Use of Seclusion/Restraint Using National Data on Psychiatric Health and Welfare

1) 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(〒187-8553 小平市小川東町4-1-1), NODA Toshie, Ito Hiroto: Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan  
2) 前・国立保健医療科学院専門課程II生物統計分野, ANZAI Tatsuhiko: Post-graduate Public Health Program in Biostatistics, National Institute of Public Health  
3) 財団法人復康会沼津中央病院, SUGIYAMA Naoya: Numazu Chuo Hospital, Fukkokai Foundation  
4) 静岡県立こころの医療センター, HIRATA Toyoaki: Shizuoka Psychiatric Medical Center

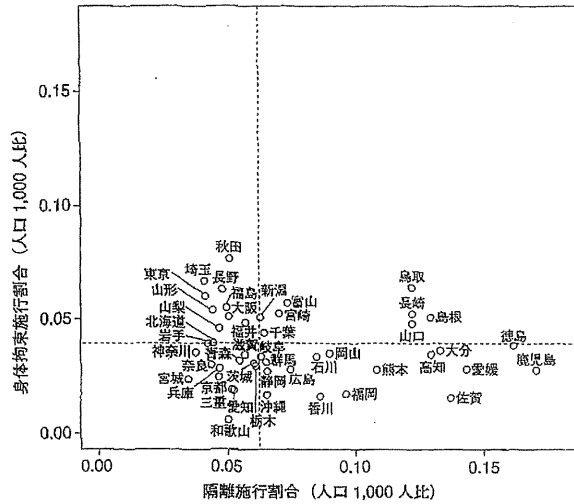


図1 都道府県別人口1,000人当たりの隔離・身体拘束施行者数2003年から5年間の平均値散布図  
基準線は全国の人口1,000人当たり隔離・身体拘束施行者数の5年間の平均値(隔離0.062, 身体拘束0.039)

たりの施行者数として、都道府県別に5年間の平均値をプロットした。全国の人口1,000人当たり隔離・身体拘束施行者数の5年間の平均値とした基準線(隔離0.062, 身体拘束0.039)を設け、これによって都道府県の値を示すプロットを4つのブロックに分割した。隔離をより多用する都道府県(以下、隔離多用群), 身体拘束をより多用するもの(以下、身体拘束多用群), また両者を多用しているもの(以下、両者多用群)に分けることができた(図1)。九州にある7県のうち、鹿児島・佐賀・大分・熊本・福岡は隔離多用群であり、長崎は両者多用群であった。四国にある4県すべてが隔離多用群であった。身体拘束多用群は関東と東北(秋田・埼玉・長野・東京・福島・山形など)に多く認められた。両者多用群には山陰3県(鳥取・島根・山口)が含まれた。一方で、和歌山・愛知・三重は隔離・身体拘束ともに少なかった。

人口当たりの身体拘束施行者数は、人口当たり

の認知症病棟の病床数 ( $\beta=0.0203, SE=0.078, p<0.05$ ), F0 診断の患者在院数 ( $\beta=0.0051, SE=0.0044, p=0.251$ ), 65歳以上の患者在院数 ( $\beta=0.0014, SE=0.0023, p=0.545$ ) との単回帰分析において、認知症病棟の病床数が説明要因として有意であった。

人口1,000人当たりの身体拘束施行者数の増加分を、「0.00以下」「0.00より大きく0.015以下」「0.015より大きく0.03以下」「0.03より大きい」の4段階に分けたところ、2003年と比して2007年に増加している都道府県は、比較的、関東以北と中部に多かった(図2)。

## 考察

### 1. 隔離・身体拘束使用のばらつき

人口当たりの隔離・身体拘束施行者数は、都道府県による相違が認められ、隔離を多用するのは九州と四国、身体拘束を多用するのは関東以北、両者を多用するのは山陰であった。隔離・身体拘

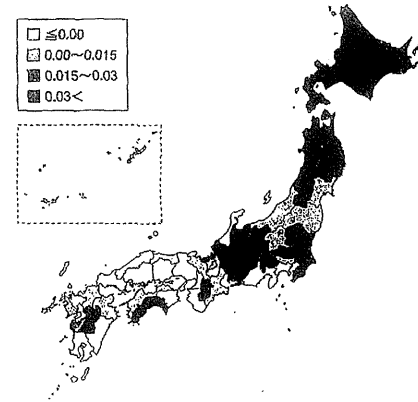


図2 都道府県別2003年から5年間の人口1,000人当たりの身体拘束施行者数の増加程度4段階表示

束のどちらを多用するかについての多国間の比較研究がある。1つにドイツとスイスの統合失調症患者の報告があり<sup>7)</sup>、ドイツでは入院患者の10.4%に身体拘束、7.8%に隔離が施行されており身体拘束をより多用し、一方スイスでは身体拘束は6.6%で、隔離が17.8%とあるように隔離が多用されていた。また、ヨーロッパ10か国の地域で行われた European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Practice (EUNOMIA) プロジェクトにおいて、非同意入院患者での隔離・拘束(ここでの定義は、機械的および徒手拘束を15分以上施行)・強制的投薬(定義は、拘束下での投薬ないし3人以上のスタッフで心理的圧力を加えて投薬)の実施頻度の調査がなされた<sup>11)</sup>。これによると、非同意入院患者への隔離は施行しない地域から30%、拘束は15~69%、強制的投薬は45~81%の実施頻度とあり、各国それぞれの地域でさまざまであった。このような違いについては、両報告では、どちらがよりよい臨床実践ということではできず、その国の治療の伝統が影響しているのではないかと考察している。そして、こういった国際間の比較が自国のあり様を改めて見直す契機になることを強調

している。

次に、フィンランドでは、大学病院が三次医療としてカバーする5つの医療圏があり、その地域ごとに12月のある1週間に隔離ないし身体拘束を受けた患者数について経年調査が行われている<sup>9)</sup>。これによると、隔離を多用し身体拘束がその10分の1程度しか使用しない地域と、両者をほぼ同程度の割合で用いている地域があり、国内においても隔離・身体拘束の施行パターンに相違が生じていることを認めている。その理由を治療文化によると説明している。

また、野田は隔離、身体拘束、および強制的な投薬を要するケースを提示し、精神科医に種々の強制的介入についての適切性判断を求め、適切性判断のパターンが3つに分類されることを明らかにした<sup>9)</sup>。隔離および身体拘束に持続点滴を行う群、隔離と強制経口投与を重視する群、隔離下にて内服薬得し経過観察する群であった。精神科医の判断の相違が、臨床実践に反映されるとすれば、そのことによって身体拘束の使用頻度が変わってくると思われる。

今回、わが国内でも、都道府県別において、隔離多用群と身体拘束多用群に分かれ、おおまかには地域ごとにまとまるともいえた。このことは先行研究でも述べられていることと同様の結果といえる。しかしながら、実態が明らかになったとはいえ、このような相違が起こる理由、相違が患者に及ぼす影響について検討することがこれからの課題である。特に、両者とも多く用いてはいない和歌山・愛知・三重での臨床実践を、病院医療のあり方をはじめ、地域全体の精神保健・福祉からとらえて検討する必要があると思われる。

### 2. 人口当たりの身体拘束者数と関連する要因

精神科病院における認知症病棟の整備率、F0 診断の患者在院率、65歳以上の患者在院率を独立変数とした単回帰分析の結果、認知症病棟の整備率のみが身体拘束施行者数の説明要因として有意であった。隔離・身体拘束の施行は急性期群、慢性重症群、認知症群の3つに大きく分けられると考えられており<sup>14)</sup>、今回は認知症群の身体拘

束に関連する要因について分析を行った結果である。

この結果からは、認知症病棟が増えることで、精神科病院での身体拘束施行者数が増えることを意味する。河野らは、630 調査のデータを病院単位で、急性期専門病棟(精神科救急入院科病棟および精神科急性期治療病棟)を有する群と有しない群に分けて分析を行っている<sup>4)</sup>。その結果、有しない群では身体拘束者数が一貫して増加するとともに、F0 疾患患者および 65 歳以上患者も増加していることから、身体拘束者数の増加は認知症・高齢者の患者の増加を反映している可能性を指摘している<sup>4)</sup>。しかし、本分析では、精神科病院で F0 疾患患者、65 歳以上患者が増加することによって、身体拘束施行者数が増加するという結果は得られていない。すなわち、これらの患者の一部が認知症病棟の適応となっていることを考えると、なかでも認知症病棟での治療を要するような患者が増加することが身体拘束者数を増加させる要因になっていると考えられる。

認知症疾患を主傷病名とする入院患者数は患者調査によると、1999 年は 54.6 千人(うち 36.7 千人(67%)が精神科病床)であったのが、2005 年には 80.6 千人(うち 52.1 千人(65%)が精神科病床)と増加し、また 630 調査では 2007 年において認知症棟の病床数は 27,892 床(前年より 1,246 床増)、F0 診断の在院患者は 62.2 千人(前年より 1.1 千人増)であった。このように精神科病院での認知症病棟の病床数と認知症患者数は増加している。認知症高齢者数は、今後さらに増加することが予想されており、日常生活自立度Ⅲ以上に限れば 2002 年にて 79 万人、2005 年で 90 万人、2040 年にピークを迎え 212 万人になると推計されている<sup>5)</sup>。したがって、精神科病床での認知症患者は倍以上になる可能性もあり、これに伴い認知症病棟の整備率の上昇、身体拘束施行者数の増加が懸念される。

また、2002 年の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の 79 万人のうち、その大半となる 41 万人(51%)は介護保険施設(特別養護老人ホー

ム・老人保健施設・介護療養型医療施設)に入居しており、その他の施設(医療機関を含む)は 11 万人(14%)、そして居宅が 28 万人(35%)である<sup>6)</sup>。介護保険施設においても身体拘束は行われており、2010 年 2 月の全国調査では、その入所者の 3.1% が身体拘束を受けていたと報告されている<sup>6)</sup>。介護保険施設での身体拘束には車いすベルト・ミトン型手袋・つなぎ服の使用から、ベッド柵で囲むことなどを含み、精神科病院の定義より広くとっているため、精神科病院の身体拘束率 2.15% との比較はできないが、介護保険施設においても、身体拘束最小化は重大なテーマである。

精神科病院と介護保険施設の間を患者は状態に応じて移動する。今後、認知症群に焦点を当てた分析を行う際には、認知症高齢者の治療ケアに当たっている他の施設での身体拘束実施数を含めた全体的な視点が必要である。

3. 身体拘束の増加している都道府県について  
身体拘束施行者数が経年増加している中、すべての都道府県が一様に増加しているのではなく、中部・関東以北において増加が目立っていた。公開されている 630 調査データから得られる都道府県データを用いた今回の分析では、間接的な推測にとどまるため、6 月 30 日時点での、身体拘束施行者の年齢、性別、診断、入棟病棟の入院料、危険性理由などの基本的データを経年にて蓄積し、どの属性において増加率が高いのかを検討し、さらには、看護師や医師の配置数といった治療構造、精神科薬物療法や身体疾患への処置といった治療プロセスとの関連から、増加要因を模索する必要もある。こういった活動を、地域特性を踏まえ都道府県別に行うことが望まれる。

## 限界

今後は、1) 認知症群の身体拘束のみならず、急性期群や慢性重症群に焦点を当てた検討が必要であり、また十分に減少傾向にあるといえない隔離の検討も要する。2) 認知症群の身体拘束に焦点を当てたさらなる分析を行う際は、介護保険施設などを含めた視点が必要である。3) 身体拘束

の増加に対応するために、都道府県にて施行患者の属性を収集し、その要因を明らかにし、地域の特性を踏まえた対策が望まれる。

## 結論

1) 都道府県によって、隔離/身体拘束/両者多用群に分かれることがわかった。2) 人口当たりの身体拘束施行者数は、老人性認知症疾患治療病棟の整備率と正の関連を示した。3) 身体拘束施行者数の増加は都道府県によって一様ではなかった。

本研究は平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「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)の支援を受けて実施した。

## 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
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, et al : A 15-year national follow-up : legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42 : 747-752, 2007
- 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/vision/630data.html, 2007
- 河野聡明, 竹島正 : 精神科病院における行動制限の状況とその背景。心と社会 143 : 68-76, 2011
- 厚生労働省 : 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 17 回認知症について。http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/2005/s0521-2003.html, 2009
- 共同通信 : 介護施設で高齢者 3% 拘束 8 千人が“虐待”状態か。http://www.47news.jp/CN/201005/CN2010051901001227.html, 2010
- 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. Clin Pract Epidemiol Ment Health 3 : 1, 2007

- 野田寿恵, 藤田純一, 三澤史奇, 他 : 精神科急性期治療における身体拘束と強制投薬の類型化の試み。精神科治療学 23 : 341-345, 2008
- 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 他 : 行動制限に関する一覽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
- 野田寿恵, 吉浜文洋, 杉山直也 : 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 第三部一。精神科看護 37 : 65-73, 2010
- Raboch J, Kalisova L, Nawka A, et al : Use of coercive measures during involuntary hospitalization : findings from ten European countries. Psychiatr Serv 61 : 1012-1017, 2010
- 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—覽性台帳の活用。精神医学 52 : 661-669, 2010
- 横田美穂, 寛淳夫, 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
- 吉浜文洋 : 行動制限と看護師の役割 精神科看護の裁量権問題をめぐって。精神看護 13 : 27-37, 2010

## Summary

Analysis of the Use of Seclusion/Restraint Using National Data on Psychiatric Health and Welfare

NODA Toshie<sup>1)</sup>, ANZAI Tatsuhiko<sup>2)</sup>  
SUGIYAMA Naoya<sup>3)</sup>, HIRATA Toyoaki<sup>4)</sup>  
ITO Hiroto<sup>1)</sup>

According to national mental health and welfare data, the number of restrained patients in psychiatric inpatient settings increases every year, and the number of secluded patients has been high compared to 2003 though it decreased once, in 2007. The aim of this study is to clarify the present status of the use of seclusion and restraint and investigate the factors causing the continued increase in the use of restraint. National data from all 47 prefectures covering 2003 to 2007 were analyzed. The results demonstrated that prefectural tendencies are homogeneous among neighboring prefectures : one region emerged where seclusion was likely to be applied and another region where restraint were

more commonly applied. Moreover, the number of restrained patients per prefecture population was positively linked to the number of beds at geriatric dementia wards operating under the national inclusive payment system. In fact, the level of increase in the use of restraint varied among prefectures. Considering the increasing number of people with dementia in Japan, it is anticipated that the number of restrained patients in psychiatric

inpatient settings will continue to increase.

- 1) Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan
- 2) Post-graduate Public Health Program in Biostatistics, National Institute of Public Health
- 3) Numazu Chuo Hospital, Fukkokai Foundation
- 4) Shizuoka Psychiatric Medical Center

## BRAIN and NERVE 神経研究の進歩

1部定価 2,730円(本体2,600円+税5%)  
年間購読 好評発売中!  
電子版もあわせていただけます

▶ 2011年10月号 [Vol.63 No.10]

特集

# 緩徐進行性高次脳機能障害の病態

### 特集記事

緩徐進行性高次脳機能障害とは何か? / 河村 満  
 進行性非流暢性失語 / 村山繁雄、他  
 意味性認知症 / 数井裕光、他  
 "Logopenic"型原発性進行性失語 / 吉野眞理子  
 原発性進行性失行 / 近藤正樹  
 進行性視覚性失認 / 杉本あずさ、他

### 主要目次

特別座談会  
 Leborgne報告から150年  
 一人間の本質をみつめたBroca(前編)  
 / 岩田 誠×河村 満×酒井邦嘉×西谷信之  
 総説  
 破傷風の臨床 / 福武敬夫、他  
 ヒト型自閉症マウスモデル / 五林優子、他

### ◎原著

若年性認知症2剖検例の臨床病理学的検討 / 石原健司、他

### ◎症例報告

産褥期に血小小板増多と線溶系亢進を伴い、  
 予後良好な前脊髄動脈症候群を呈した1例 / 宗田高穂、他  
 ステロイド反応性の頭痛と多発脳神経炎で発症した  
 非典型的Cogan症候群の1症例 / 陸 雄一、他

### ◎神経画像アトラス

脳梁の形態異常と脈絡叢脂肪腫を伴った脳梁周囲脂肪腫の1例 / 中嶋浩二、他

### ◎連載

神経学を作った100冊(58) / 作田 学

### 最近の特集テーマ(2011年)

9月号 脳卒中の最新画像診断  
 8月号 日本人の発見した神経症候  
 7月号(増大号) 神経筋接合部—基礎から臨床まで  
 6月号 ニューロバナー



〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
 [販売部] TEL: 03-3817-6657 FAX: 03-3815-7804  
 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

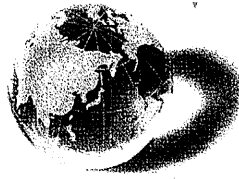
※ 携帯サイトはこちら





「ざっと」知りたい

# 米国の隔離・身体拘束最小化方策 =「コア戦略」とは



## 第1回

### トラウマインフォームドケア (トラウマを念頭に置いて臨むケア)

石井美緒  
(精神科医)

米国では1990年代末以降、世論を巻き込んだ行動制限削減のムーブメントが起き、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、Huckshorn\*1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た。本邦では吉浜らがそれを翻訳している\*2。

コア戦略は、4つの基本的概念と6つの具体的な戦略を提示する。米国では精神保健局長協会(NASMHPD)が主体となり、コア戦略を基にした行動制限最小化に関する研修が、数多く開催され、一定の成果をあげている\*3。

著者らは、2012年10月に米国マサチューセッツ州にて行われたコア戦略研修に参加した。本連載では、この研修にて習得した知識と、米国におけるその実践の実態について3回にわたって報告する。

1回目となる本稿は、米国の精神科医療現場の概要と、コア戦略の主要戦略の1つである「トラウマインフォームドケア」について紹介する。



いしいみお◎2007年、北海道立札幌医科大学医学部卒業。2009年横浜市立大学附属病院にて初期臨床研修修了後、精神科医として沼津中央病院、横浜市立大学附属市民総合医療センターなどで勤務。2012年4月から、横浜市立大学医学部大学院医学研究科博士課程、国立精神神経医療研究センター精神保健研究所社会復帰部に在籍し、主に統合失調症における当事者中心の医療をテーマとして臨床研究に携わっている。

◎沼津中央病院：〒410-0811 静岡県沼津市中瀬町24-1

## 行動制限はもはや「治療の失敗」?

米国では精神医療に関する法体制が州によって大きく異なる。我々が訪れたマサチューセッツ州は精神医療体制の整備された、先進的と言われる州の1つであり、地域精神保健サービスの充実や当事者中心の医療の推進に尽力している。入院医療においては隔離・身体拘束の最小化に州をあげて取り組んでおり、2000年から2005年までの間におよそ80%もの行動制限の削減をはかるといふ驚くべき成果を上げている\*4。

米国では行動制限はもはや治療手段ではなく治療の失敗と見なされるともいわれ\*5、また後に述べるトラウマインフォームドケアの概念が浸透していることも手伝ってか、行動制限については日本よりもより「深刻な問題」として捉えられている現状を、現地での研修を通じて実感した。

米国では1960年代から脱施設化が進んでおり、精神疾患での入院は平均約1週間と、日本と比べ格段に短い\*6。マサチューセッツ州でも、精神科救急専門部門を持つ病院にてごく短期の急性期治療のみを入院で行い、その後は地域精神保健サービスに移行するケースがほとんどである。そのような短期の医療介入のみでは地域移行できない患者のためには、リハビリセンターとしての機能を有する大規模な州立病院も少数ながら存在し、そちらでは平均1年の入院期間中に、作業療法を中心とした社会復帰プログラムが組まれている。

## トラウマを念頭に置いたケア

トラウマインフォームドケアは、コア戦略のなかでも核となる概念の1つであり、著者らが参加

した研修でも随所でその内容、実践について言及されていた。

日本語に訳しづらいが、「トラウマ(心的外傷)を念頭に置いたケア」と考えていただきたい。すなわち精神医療にかかわるあらゆるトラウマ(当事者の背景にある虐待などの体験から、精神医療現場で当事者・スタッフが遭遇し得る体験まで)を常に念頭に置いて臨むケアのことである。一個人にとってのある体験が、トラウマとして侵襲していることの意味に着目し、それを基にケアを組み立てていく。行動制限最小化のみならず精神科医療全体の適切化に向けた包括的な概念と言える。

トラウマは、性的・身体的・心理的虐待、家庭内暴力、事故や災害、テロなどの体験により受ける精神的ショックである。米国の調査\*7では、精神障害者は一般人口と比べて有意に高い割合で、過去になんらかのトラウマを有していることがわかった。また、トラウマを有する人は、過去のトラウマを想起させるような状況によってトラウマの再体験をしやすいため、脳科学的に証明されている。

強制治療や行動制限など、精神医療現場で起き得る状況は、当事者にとって恐怖、脅威であるため、トラウマの再体験を惹起する危険が高くなりやすいためと考えられる。そしてトラウマを再体験すると、脳内の情動調節システムがうまく作動しなくなり、興奮や攻撃性の高まりといった反応を呈しやすくなるため、治療も悪循環に陥ってしまう。ケアにあたる者は、そのことを常に意識する必要がある。そうでなければ、隔離・身体拘束最小化は達成されないのである。

## 具体的な方法としては……

トラウマインフォームドケアを実践する方法をいくつか具体的に挙げると、①当事者のトラウマ経験の有無を把握する、②入院中にその人にとって再トラウマ体験となり得る事象は何かをアセスメントする、③入院中に興奮や暴力が生じた場合、その行為の背景にトラウマをベースとした何らか

の意味があるものと理解する、④当事者に不安・恐怖が惹起された時の自身の反応について自覚を促す、⑤当事者とスタッフが協力して対応策を講じる、⑥ケアにかかわる全スタッフがトラウマについての理解を高める、などである。

米国ではベトナム戦争からの帰還兵の心理的後遺症が問題となって以来、トラウマの概念が、精神医療の枠を超えて広く社会に普及している。我が国でも阪神大震災以降トラウマという言葉に耳にする回数は増えたものの、社会的認知・理解はまだ不十分である。文化的背景を鑑みつつ、我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と考える。

### 【引用・参考文献】

- \*1 Huckshorn KA: Reducing seclusion & restraint use in mental health settings; core strategies for prevention. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, 42: 22-33, 2004.
- \*2 ハクショーン 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.
- \*3 Barclay L: Preventing violence and the use of seclusion and restraint; an expert interview with Kevin Ann Huckshorn, RN, MSN, CAP, ICADC. Medscape Medical News, November 2, 2009. <http://www.medscape.com/viewarticle/711633> (Accessed December 21, 2012.)
- \*4 The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services, Massachusetts. Seclusion and Restraint Reduction Initiative. <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/restraintseclusion-reduction-initiative.html> (Accessed October 3, 2013.)
- \*5 Barbara M. D'Orio: Reduction of Episodes of Seclusion and Restraint in a Psychiatric Emergency Service. Psychiatric Service, Vol. 55, No. 5, 2004.
- \*6 U. S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics. National Hospital Discharge Survey 2010. [ftp://ftp.cdc.gov/pub/Health\\_statistics/NCHS/Dataset\\_Documentation/NHDS/NHDS\\_2010\\_Documentation.pdf](ftp://ftp.cdc.gov/pub/Health_statistics/NCHS/Dataset_Documentation/NHDS/NHDS_2010_Documentation.pdf)
- \*7 Cusack, K.J.: Trauma history screening in a community mental health center, psychiatric Services, 155: 157-162, 2004.
- \*8 Janina Fisher: Trauma-Informed Care. Massachusetts Department of Mental Health Resource Guide, Third Edition. 2012.

「さつと」知りたい

# 米国の隔離・身体拘束最小化方策

## = 「コア戦略」とは



### 第2回

### セイフティプラン

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)

コア戦略4「隔離・身体拘束使用防止ツール」<sup>\*1</sup>の1つであるセイフティプランとは、患者個人の危機的状況や自己統制不良を回避するために、入院時に患者、家族、医療スタッフが話し合い、立てておく「危機的状況に対するケアプランと契約」である<sup>\*1,2</sup>。米国マサチューセッツ州精神保健局が開発・運用している。

入院時から患者とスタッフらが共に話し合い、お互いに合意を得るという点にセイフティプランの特徴がある。利点として、その話し合いにより、患者自らストレスや危機的状況に気づき、それらに対する対処方法を把握することができる。またスタッフや関係者らにとっては、患者を支援する手法をあらかじめ知っておくことができる利点もある。セイフティプランを入院時から活用することにより、結果として隔離・身体拘束の最小化を図ることが可能となる。

セイフティプランの作成には、まず、過去のトラウマ体験（例えば虐待、隔離・身体拘束など）の有無を確認する。次に、「引き金ないし増長要因」

「初期の兆候」「対処法」の3つを確認していく<sup>\*2,3</sup>（資料1）。

米国では入院して24～48時間以内に患者本人、家族、およびスタッフらでこれを確認し、セイフティプランを作成することを推奨している<sup>\*2,4</sup>。しかし急性期症状のために入院時に確認できない場合は、最低限の事項に絞って家族ないし患者本人に尋ね、後日セイフティプランを完成させてもよいとしている。

セイフティプランは資料1の通りである必要はなく、病院の目的・対象に合わせ、必要最低限確認しておくべきことに絞ってもよい。

スタッフの誰が、いつ、どのような環境でトラウマ体験の有無や引き金などを確認するのかを、予め病院内でガイドラインとして作成しておくことも推奨している。

セイフティプランを効果的に活用するためには、スタッフと患者、家族らがセイフティプランの目的、およびその中で使用される言葉の意味を互いに理解しておく必要がある<sup>\*2,3</sup>。作成したセイフティプランは、患者の署名を得て、患者や家族にコピーを渡す。スタッフは看護記録内に保存し、共通認識を図る。そして、いらいらした時の対処法をピアサポートの力を借りて練習するなど、セイフティプランの情報を活かしていく。

セイフティプランの活用は、患者の自尊心を向上させ、スタッフの患者理解ならびに個々の患者に合わせた治療関係の構築へ発展し得るものと期待される。我が国においても、患者の治療への参画を前提とするセイフティプランの活用が望ましいと考える。

■

\*1 Huckshorn KA: Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 42: 22-33, 2004. (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。精神看護出版, 2010.)



さとうまきこは2003年、明治学院大学社会学部社会福祉学科卒業。神奈川県内の病院にて精神保健福祉士として勤務。のち渡米。米国カリフォルニア州立大学ロングビーチ校大学院にて老年学(Gerontology)専攻、2011年修士課程修了。同年5月より国立精神・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にて、隔離・身体拘束などの行動制限を含む精神科医療の質に関する研究に取り組んでいる。

●国立精神・神経医療研究センター：  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

セイフティプラン  
危機的状況に対するケアプランと契約

氏名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

既往

以下のような経験をしていますか？

自傷行為	自傷行為	外傷体験
攻撃的な行為	自殺企図	隔離・身体拘束
薬物アルコール依存・乱用	その他:	

隔離・身体拘束について

今までに隔離、身体拘束、強制的な注射や投薬などの抑制手法を受けたことがありますか？  
 どの抑制手法？ \_\_\_\_\_  
 いつ？ \_\_\_\_\_  
 どこで？ \_\_\_\_\_  
 どうして？ \_\_\_\_\_  
 どう思いましたか？ \_\_\_\_\_

1. 引き余ないし増長要因

あなたを特に苛立たせるような引き余りがありますか？  
 すでに苛立ち始めた時、さらに悪化させるものはありますか？

叫び声・大きな声・叫び声	話を聞いてもらえない
笑われる・バカにされる	一人にさせられる
触られる	暗闇
睨まれる	就寝時間
プライバシーがない	寂しさを感じる
部屋を見られる	プレッシャーを感じる
人が近くにいる	1日の中の特定の時間帯
家族との接触	1年の中の特定の時期

2. 初期の兆候

あなたがコントロールを失い始めた時に他の人が気付くかもしれないことについて教えてください。

荒い息	こぶしを握る
動悸	大きな声を出す
発汗	悪態をつく／横柄な態度を取る
筋肉のこわばり	身構える（攻撃の準備）
両手をもみ合わせる	泣く
身体をゆする	くすくすと笑う
うろうろ歩く／じっとしてられない	不適切に歌う
歯を食いしばる（歯ざりり）	人を避ける
睨みつける	その他:

日本語：国立精神・神経医療研究センター 社会精神保健開発部作成、佐藤高希子、野田寿忠史  
 日本語は文献\*1,4,5を参考にして作成しました。

3. 対処法

あなたがつらい状況にあるときやコントロールを失うかもしれないときに、気分を改善させられるかもしれない方法を考えるのは大切なことです。以下にいくつかの提案があります。すべてを提供することは難しいかもしれませんが、どうしても最もよい支援ができるかを検討するために、一緒に考えたいと思います。また、かえって気分を悪化させるものがあれば教えてください。（気分を改善させるものには○を、気分を悪化させるものには×を付けてください。）

身体的

深呼吸		横になる、寝る	
運動		毛布にくるまる	
歩く		ぬいぐるみを抱く	
ストレッチ		まくらを叩く	
熱い／冷たいシャワーを浴びる		まくらに向かって叫ぶ	
身体はどこかを氷や冷たいタオルで冷やす		泣く	
食べる		薬を飲む	
温かいものを飲む		その他:	

認知的

本を読む		粘土こねをする	
日記をつける		トランプをする	
テレビを見る		ゲーム機で遊ぶ	
塗り絵をする		その他:	

社会的

誰かと話す（友人、他患、スタッフなど） 具体的に:		本を読んでもらう	
誰かと電話で話す（友人、家族など） 具体的に:		男性／女性スタッフのサポートを得る 具体的に:	
誰かの側に居る、座っている（スタッフ、友人など）具体的に:		一人にしてみらう	
人に触れて（さすって）もらう		その他:	

環境的

自分の部屋で過ごす		暗くする	
リラックスマームを使う		外出する	
音楽を聴く		外に出て自然に触れる	
感覚刺激を増やす（何かを眺めたり、聞く）		買い物をする	
感覚刺激を減らす（アイマスク、耳栓など）		その他:	

精神的

祈る		自己肯定の練習をする	
瞑想にふける		その他:	

日付 \_\_\_\_\_ 患者署名 \_\_\_\_\_ スタッフ署名 \_\_\_\_\_

\*2 NASMHPD: Promoting Recovery in Mental Health Settings by Preventing Violence, Trauma, and the Use of Seclusion and Restraint, 2012. (2012年10月9-10日, 研修資料)  
 \*3 MacLachlan J, Stromberg N: Safety Tools. Massachusetts Department of Mental Health Creating Positive Cultures of Care Resource Guide Third Edition, Chapter Four Section Two, 2012.  
 \*4 Massachusetts Department of Mental Health: Restraint/

Seclusion Reduction Initiative (RSRI). <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/restraintseclusion-reduction-initiative.html>. (2013年11月8日アクセス)  
 \*5 Sullivan AM, Bezmen J, Barron CT, Rivera J, Curley-Casey L, Marino D: Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service – utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. The Psychiatric quarterly, 78(1): 51-65, 2005.

「ざっと」知りたい!

# 米国の隔離・身体拘束最小化方策 ＝「コア戦略」とは



第3回

コンシューマー

三宅美智

(天理医療大学精神看護学・助教)

## コンシューマーとは何か

Huckshorn が提唱した「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」を翻訳した際に、Consumer を日本語でどのように訳すかについて、翻訳者は議論を重ねたと聞いている。翻訳には次のような訳注が付いている<sup>※1</sup>。

Consumer の本来の意味は「消費者」であり、農作物や商品などに関して生産者と対をなす用語だが、英語ではサービスについても Consumer が使用される。対象がサービスの場合、日本語では生産者に当たるのは「サービス提供者」、消費者に当たるのは「利用者」であるが、「利用者」には User という英語が使用されるため、Consumer に対する訳語は「医療消費者」とされることが多い。サービスが診療であれば受療者となり、それには通例「患者」といった表現が使

用されるが、ケアの全体像はより生活や社会をふまえた包括的なものととらえると、病気や障害のみによって特徴づけられる「患者」や「障がい者」の表現は、尊厳と主体性をもって自立や回復を目指すプロセスにとってふさわしい用語ではなく、「利用者」や「消費者」という表現が使用される。

コア戦略研修においては講師も参加者も「患者 Patient」という表現は使用せず、「利用者 User」、「消費者 Consumer」という表現が使用されていた。ここではコア戦略における、医療消費者としてのコンシューマーの役割について報告する。

## マサチューセッツ州の施設における役割

コンシューマーは、隔離・身体拘束の削減を促すため、組織内でさまざまな役割を期待されていた。その1つがピアサポーターである。マサチューセッツ州では、一定の研修を受けたコンシューマーはピアスペシャリストとなる。彼らはドロップインセンター、リカバリーセンター、クライシスセンター、病院などで活躍していた。リカバリーセンターでは700名のスタッフのうち、6割以上がピアスペシャリストで占められていた。彼らは院内でピアサポート活動を行うほか、入院体験を語る活動や、リカバリーモデルについての啓蒙活動を行っていた。

そのうちの1人に話を聞くと、病院で正規雇用されており、隔離・身体拘束をされた入院患者のサポートをしているという。具体的には、隔離・身体拘束を実施された入院患者と面接をしたり、その体験を共有したり、隔離・身体拘束を振り返るためのグループへの参加の意思を確認したり、希望があれば一緒に参加することもあるという。

これを聞いて「まるで看護師のようだ」と感じた。ピアスペシャリストがこのように働く病院で

は、そこで働く専門職は、自分の専門性をもう一度問いただされることになるだろう。それもピアスペシャリストが院内に存在する意義なのだと感じた。

ほかに、ソーシャルスキルの強化、退院支援、入院の予防もピアスペシャリストの役割として挙がっていた。

## 対等な立場で意見を述べるコンシューマー

コア戦略研修の場でも、コンシューマーが役割を発揮していた。参加していたピアスペシャリストは、「患者の暴力のリスクが高まっている状況でこそ自分たちが力が発揮できる、自分たちがその場にいれば隔離・身体拘束は避けられる」と主張していた。当事者のことなら、医師や看護師よりも、自分たちが一番の理解者であるという自信の表れであろう。あるいはつらい体験をしている入院患者に、隔離・身体拘束という形で対応しがちな医療従事者に対する憤りの表れだろうか。

一方でその場にいた看護師もまた、自分の意見——興奮した患者を目の前にした時の恐怖、そして隔離・身体拘束を限界まで削減している現状で、なお隔離・身体拘束の削減を迫られることへの憤り——を率直に述べていた。これもまた、現場にかかわる人間の実感がこめられた声であった。

私は研修に初めて参加したが、その議論のなかでなにより強く感じたことは、医療従事者とコンシューマーが対等であるということである。それぞれの立場から“本音”の言葉を交わし、隔離・身体拘束について考えることは、互いの視野を広げ、新たな実践の可能性を生み出す機会となっているように見えた。

## 我が国での可能性

病院やその他の施設で正式に雇用され、現場で医療従事者と共にスタッフの一員として役割を担うコンシューマーたち。その意義の大きさがマサ

チューセッツ州のコンシューマーたちの自信や誇りにつながっているように見えた。

一方、我が国におけるコンシューマーの可能性を考えてみたい。平成16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<sup>※2</sup>では、回復した当事者を「生活サポーター」として病院に派遣し、入院患者をエンパワメントする取り組みが行われた。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上げている。この取り組みでわかったことは、回復した当事者が自分の体験を話すことで、当事者同士がエンパワメントし、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。病院内に当事者が入ることで、医療従事者だけでは気づけなかった思いや視点に気づき、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報告されている。

だが現状では「行動制限最小化」の視点で当事者が役割を発揮する場は我が国には少ない。行動制限最小化においても、当事者がかわり、率直な感想を述べることで生み出される相互作用は大きいと考えられる。私は現在、行動制限最小化のために当事者がどのように参加できるか、その可能性について研究している。研究の一環として、行動制限最小化委員会に当事者がメンバーとして参加することや、隔離・身体拘束を体験した入院患者と退院した当事者が、共にその体験を振り返る話し合いを行っているところである。当事者が自分の経験を基に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、対応を見直す機会となる可能性は高い。その結果、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期待している。

※1 K. A. Huckshorn 著、吉浜文洋、杉山直也、野田寿恵訳：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，2010年6月号～9月号。

※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16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），2005。



みやけみちの臨床を離れて教育、研究に携わるようになって4年が過ぎました。隔離・身体拘束を減らすための研究では、アメリカで開催された研修に参加する機会を得られ、貴重な体験をしました。当事者と医療従事者が、隔離・身体拘束を減らすために共に考え話し合う姿に感銘を受けました。日本でもそうした機会が多くなることを願って、研究に取り組む毎日です。

●天理医療大学：〒632-0018 奈良県天理市別所町80-1

