



## フィンランド日本 精神科急性期医療における隔離・身体拘束

独立行政法人国立精神・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 室長

野田 寿恵

### 【スライド-1】

この度助成をいただきまして、精神科急性期医療における隔離・身体拘束の調査研究を行うことができました。

日本の精神科医療は欧米諸国に比べて、残念なことではありますが、20年は遅れていると言われております。その遅れの一つを示すものに、隔離・身体拘束の施行量の多さが挙げられると、私は考えております。施行量の多さのみならず、調査研究の少なさも相俟っております。しかしながら、本研究を通じて、国内での議論も活発になってきていると、私自身は実感しています。

今回はフィンランドとの共同調査ということになりました。フィンランドは、ヨーロッパの中でも自分の国は隔離・身体拘束ヘビーユーザーであると捉えているのです。全数調査をはじめ、種々の実態調査を国際雑誌にたくさん投稿していました。我が国からのこういったオファーも快く引き受けてくださって共同研究が始まりました。フィンランドと関わる中で我々日本の認識がぐいぐいと国際標準に引っ張り上げていただいたという経緯もあります。

本研究は、フィンランド側から「これはSAKURA Projectという名前にしよう」と言っていただきまして、ロゴまでも作って、段々所帯も大きくなって、現在ゆっくりと動いているという状況です。

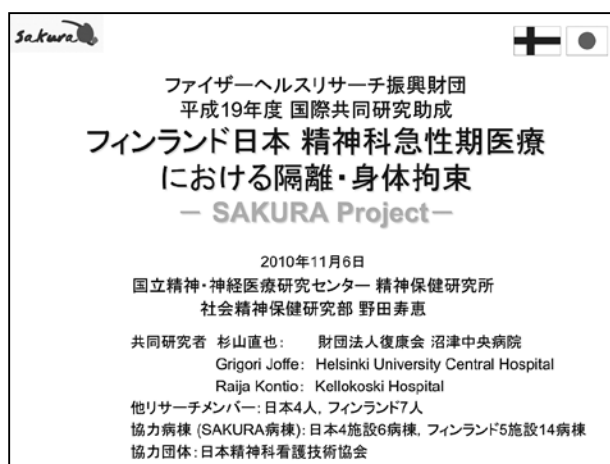
本研究は共同研究者の方を始めたくさんのリサーチメンバーも加わりましたし、協力病棟も多かったです。また、日本側からは日本精神看護技術協会の多大な協力のもと、進行してきました。

### 【スライド-2】

まず、日本側の現状を皆様にお伝えしようと思います。

精神保健福祉資料とは、6月30日時点の精神保健福祉の様々なデータがナショナルデータとして蓄積されているものです。このグラフはその中の隔離・身体拘束のデータです。「6月30日時点に何人が隔離・身体拘束を受けていたのか」という数字で、右下の▲をプ

スライド-1



ロットした線が身体拘束を示し、残念ながら右肩上がりが続いている。隔離については2007年に少し下がりました。しかし、両方足し合わせるとまだ増加しているのです。2007年のデータがつい1カ月ぐらい前に公表されましたので、2010年の今がどうなっているかということが分からないのが残念なところです。

【スライド-3】

SAKURA Projectの所帯が大きくなり調査内容が広がったので、ドナベディアンに則って、Structure、Process、Outcomeから隔離・身体拘束に関する医療の質を多角的に見ていこうということになりました。

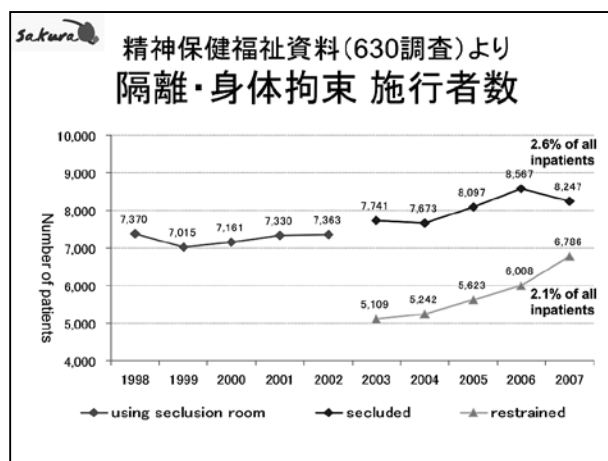
扱った調査内容は、Structureで4つ、Processで4つ、Outcomeで3つでした。本日はこの中で濃い地色のところをご報告しようと思っています。つまりStructureについてはスタッフ配置、病棟構造、スタッフの認識はどうなっているか、Processは隔離・身体拘束の施行量、(スライドではS/Rと示します)、Outcomeについては、患者の治療への認識についてです。

【スライド-4】

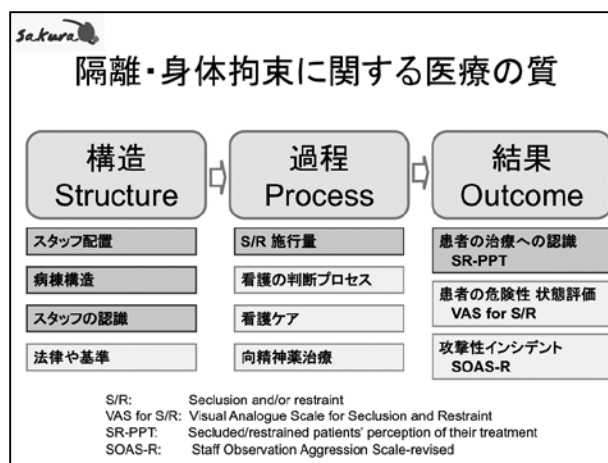
早速ですが、結果です。

スタッフ配置です。調査協力病棟をSAKURA病棟と名付けています。そこでの多職種配置の様子をみました。病棟でのスタッフが1シフトごとに1患者あたり何人配置されているのかを示したグラフで、横軸は左から順番に看護師、精神科医、ソーシャルワーカー、心理士、作業療法士、看護補助と事務員です。薄い方のグレーはフィンランドで濃いグレーは日本を示していますが、フィンランドでは看護師の配置が、大体患者あたり日本の2倍ないし4倍いるという大変羨ましい状況です。あと、心理士や作業療法士といったコ

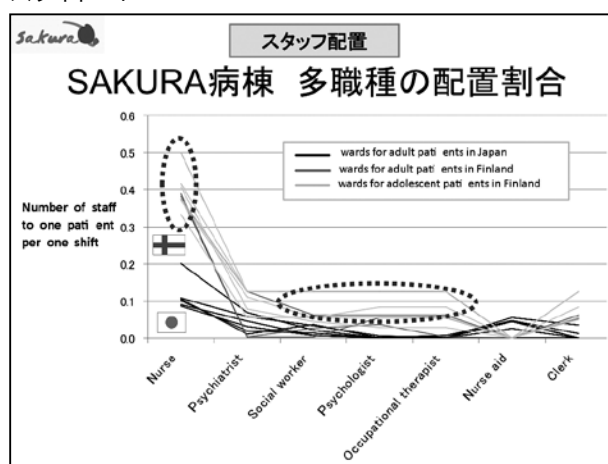
スライド-2



スライド-3



スライド-4



メディカルが、日本では病棟に配属されていないことが多いのでほぼ0ということになってしまっているのですが、あちらでは大体10人から20人あたりに1人ずつ配置されている。多職種で多角的に患者さんに関わるという体制に構造上でできているという違いが見えてきます。

【スライド-5】

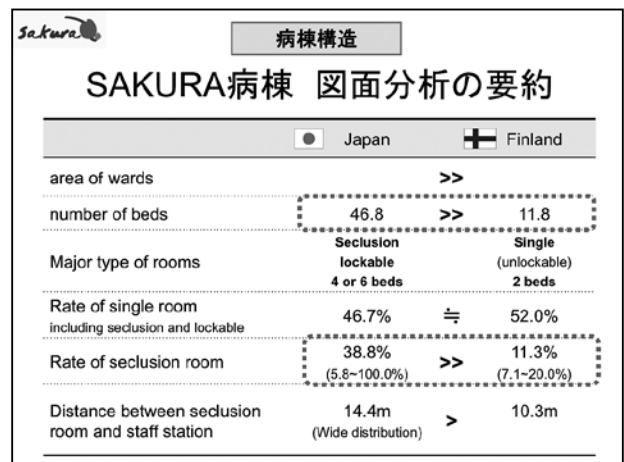
次が病棟の構造です。

図面から分析をいたしました。今日はこの点線で囲んだ部分に少し注目したいと思います。

まず、病棟当たりのベッド数ですが、日本は46.8床。フィンランドでは11.8床で、日本が4倍くらい多い。あと、隔離室の割合は、日本では平均して病床の38.8%が鍵のかかる部屋であり、中には100%（全床）鍵がかかるというように隔離が行えるよう準備しているわけです。一方フィンランドの方は大体11%。病棟あたり1室ないしは2室くらい持っているという状況です。

こういったスタッフ配置と病棟構造から分かることは、日本は大規模な病棟で隔離室が多い割合で配置されていて、少ないスタッフで医療を頑張っている。多職種配置もなかなか実現していないという状況である。要するに、患者の観察の濃さとか、患者を多角的に捉えるといった点においては、不利な状況で医療をしているというものが分かってきたわけです。

スライド-5

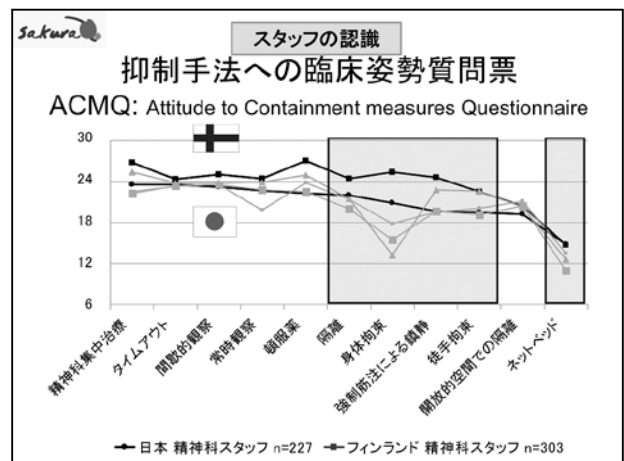


【スライド-6】

続きましてスタッフの認識です。

これは抑制手法への臨床姿勢質問票と言われているものを用いました。この質問票はACMQ (Attitude to Containment measures Questionnaire)とも呼ばれていまして、ヨーロッパではいくつかの国で実施されているので、多国間での比較も可能になっています。ACMQでは抑制手法として11種類が定義されています。横軸にいくつか並んでいるのですが、特に実線で囲った部分が制限性の強い抑制手法です。この中に隔離・身体拘束が入ってきます。それ以外のものは制限性の弱い手法でして、隔離・身体拘束の代替手法

スライド-6



として使われていくべきものと見ています。●をプロットした線が日本で、■をプロットした線はフィンランドです。このグラフは日本の高位順に並べておきました。

フィンランドの方を見ると、一番右端にネットベッド（ベッドをネットで囲ってある）というものがあって、これは東ヨーロッパでよく使われているらしいのですが、それはとても承認度が低い。それを除いてフィンランドの方は、隔離・身体拘束を含めて大体全てにおいて承認度が高いというような、日本との違いが見えています。

ACMQはイギリスとかオーストリアでもなされており、今回薄いグレーの線を入れて示しました。そちらの国を見ると、身体拘束に対する承認度が非常に低い。特にイギリスではほとんど身体拘束していませんので、スタッフは「こんな治療があってはいけない」と思っているというようです。このように各国での違いも分かってきました。

日本においては、隔離・身体拘束の代替手法となるような制限手法の承認度がもう少し上がる、すなわち技術が向上して、有効だとか安全だとか、そういったもので上がっていく必要があると思います。

一方、この質問項目は「この治療が患者さんにとって尊厳が保たれているか」と聞いて得点を足し上げていくところがあるのですが、フィンランドでは何故ここまで制限性の強い手法を含めて承認度が高いのかというあたりを、検討する必要があるのではないかと思います。

#### 【スライド-7】

次にProcessの一つでありました隔離・身体拘束の施行量です。

日本の方は点線で囲ったところが、SAKURA Projectで今回実際に測れたものです。ここに隔離時間224時間、身体拘束96時間とあります。

隔離・身体拘束の施行量を示すものとして、施行時間と、様々な計算方法で算出する割合があります。

今まで日本は、隔離・身体拘束を日数単位で計っているのです。私が

行った他の調査では、「12.5日」というような形でしか計れていなかったのですが、ようやくこのSAKURA Projectでは時間単位で計りました。実際にフィンランドのナショナルデータと比べますと、あちらの方は隔離20.1時間、身体拘束については9.6時間ということで、10分の1の短さでやっている。日本で私達が行った別の調査での割合などをみましても、フィンランドでは日本と比べて大体10分の1ぐらいの患者さんにしか隔離・身体拘束をしていないという数字がようやく明らかになって、「この現状をどうにかしないといけない」と思います。

スライド-7

		S/R 施行量								
		Seclusion			Restraint					
Year	period of research	Duration	Freq. among hospitalized patient (%)	among admitted patient (%)	Duration	Freq. among hospitalized patient (%)	among admitted patient (%)			
●	2009	8 month	224 h	55.8	96 h	12.0				
Japan	2008	1 month	12.5 d	9.0	17.2	35.9	13.2 d	4.3	7.8	14.7
	2007	1 day		2.6				2.1		
+	Finland	2005	1 year		8.2				4.2	
	2004	1 week	20.1 h	1.3			9.6 h		0.8	

【スライド-8】

日本、フィンランド以外に、少しよその国に目を転じます。アメリカだとか、イギリス、オーストラリアなどをみると、大体数時間から長くても半日程度ということです。突出しているオランダは16日ということで、今、国を挙げて、一生懸命下げようと頑張っている国の一つです。

【スライド-9, 10】

最後にOutcomeの方に移りたいと思います。

隔離・身体拘束を受けた患者さんが治療にどう認識を持つのかを検討するため、調査票の作成から行ってきました。

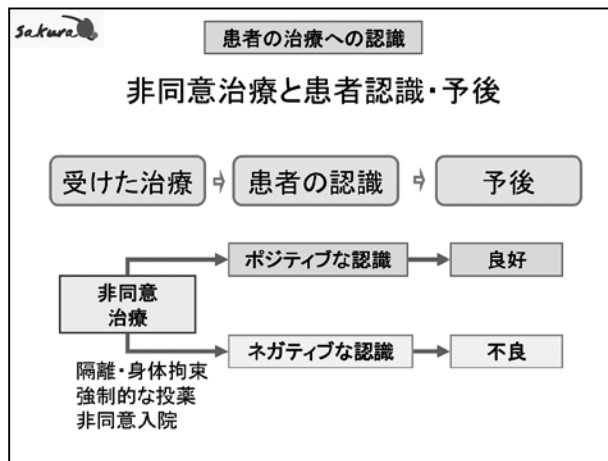
非同意治療というものが、精神科の法律の下、患者さんの安全を守り治療をしなくてはならないということで行われます。非同意治療には、隔離・身体拘束、強制的な投薬、非同意入院というものがあります。ただ、こういう治療をした後、患者さんがポジティブな認識を治療全体に持った場合、予後は良いということが様々な先行研究で示されています。すなわちネガティブな認識を持てば、治療アドヒアランスが下がって、予後が悪くなると考えられています。従って、隔離・身体拘束をせざるを得なかったような場合であっても、患者さんに治療全体としてポジティブな認識を持ってもらうという働きかけが必要だと思うわけです。まずそれを計ってみないといけないということで、その調査票を作りました。

隔離・身体拘束を受けた患者さんの治療への認識調査票（SR-PPT）を日本側でまず作成して、内容妥当性、日本での実施、信頼性・妥当性の結果を経まして、11項目の調査

スライド-8

S/R 施行量 各国の現状									
Seclusion					Restraint				
Year of reserch	period of reserch	Duration	Frequeny (%)	among hospitalized patient (%)	Duration	Frequeny (%)	among hospitalized patient (%)	among admitted patient (%)	
Pennsylvania	2000	1 year	1.3 hour	0.03	1.9 hour	0.12			
California	2008	4 month	9 hour		4 hour				
England	2004	1 year	0.25						
Australia	2007	1 year	more than 4 h	37.8%			9.5		2.7
Netherland	2002	1 year	16 d						

スライド-9



スライド-10

患者の治療への認識

隔離・身体拘束を受けた患者の治療への認識 調査票  
SR-PPT : Secluded/Restrained Patients' Perception of their Treatment

- 質問票 SR-PPT の開発
  - 内容妥当性:
    - 「治療同盟」「尊厳と自律」「改善感」「満足感」「隔離・身体拘束を受けたことについての認識」の質問項目を、専門家にて検討
  - 日本での実施
    - SAKURA病棟の隔離・身体拘束を受けた患者 (n = 52) に施行
  - 信頼性・妥当性
    - 「スタッフとの共同 (9項目)」「隔離・身体拘束の認識 (2項目)」の2因子の確認
- 日本とフィンランドでSR-PPTを実施

票を作りました。

そして日本とフィンランドで実施、というところまで辿り着いたわけです。

### 【スライド-11】

これは実際の質問項目で、11項目のうち薄いグレー地の部分の9項目が第一因子で、スタッフとの共働関係を聞いているものです。例えばItem3を見ると、「自分の意思が治療に反映されていますか」とか、Item4は「自分の意見を言うことができますか」というような内容です。濃いグレー地の部分が第二因子で、隔離・身体拘束への認識を聞いています。「これは自分にとって必要なものでしたか」とか「自分の問題に対して役立ちましたか」というようなことを聞いたわけです。

### 【スライド-12】

日本はケースが48と少なかったのですが、フィンランドの方は108例に実施できました。

濃い方が日本で、薄い方がフィンランドです。全体で見ると、日本の方がポジティブに評価してくれたということです。これをどう解釈するのかというのが難しいところなのですが、素直に見るとしたら、医療スタッフが患者さんの治療共働性をうまく引き出しているのかもしれませんが、また、どうしてもこういう質問票がもつ国民性の影響といった問題が出てくるかもしれません。

### 【スライド-13-1】

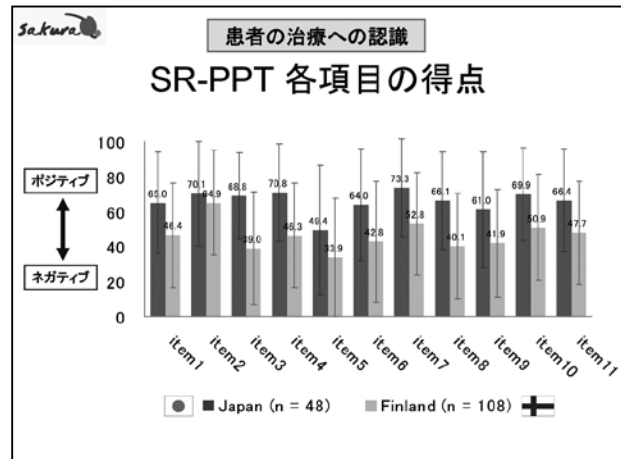
まとめますと、

スライド-11

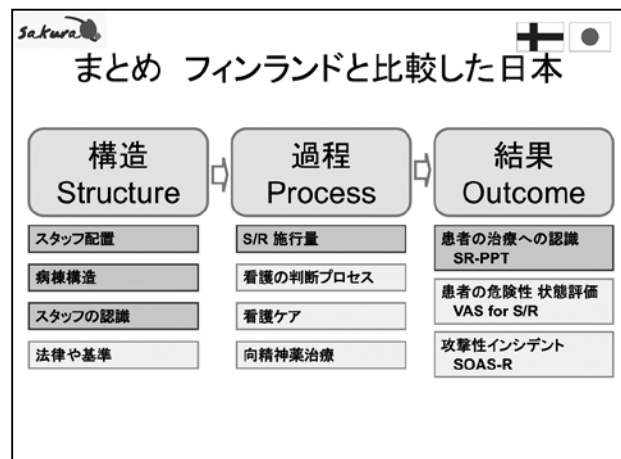


患者の治療への認識	
SR-PPT 質問項目	
Item1	病棟では、人として尊重されてきましたか
Item2	スタッフから無視されていると感じることがありますか
Item3	自分の意思が治療に反映されていますか
Item4	自分の意見を言うことができますか
Item5	隔離・身体拘束は自分にとって必要なものでしたか
Item6	隔離・身体拘束は自分の問題に対して役立ちましたか
Item7	十分に時間をかけた治療ケアを受けていますか
Item8	スタッフはあなたの困っていることを理解していますか
Item9	あなたは、スタッフと共同で治療目標を立てていますか
Item10	あなたとスタッフは、互いに一致した目標に向かって取り組んでいますか
Item11	症状を改善させるために必要な取り組みについて、あなたとスタッフの意見は一致していますか

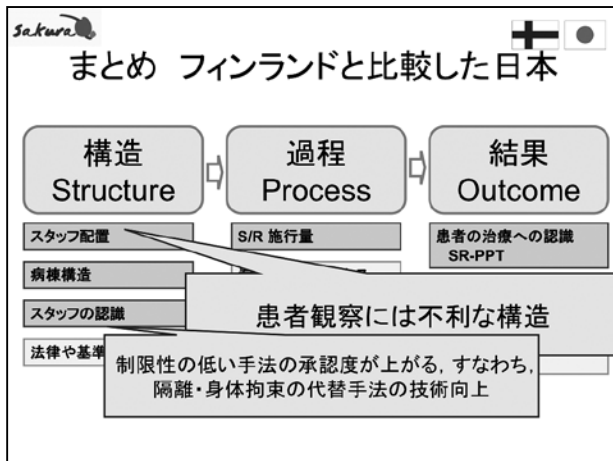
スライド-12



スライド-13-1



スライド-13-2



【スライド-13-2】

患者の観察には不利な治療構造でケアを行っている現状への改革、スタッフの認識としては、隔離・身体拘束の代替手法の技術が向上し、制限性の低い手法の承認度が上がっていくことが課題であろう。

【スライド-13-3】

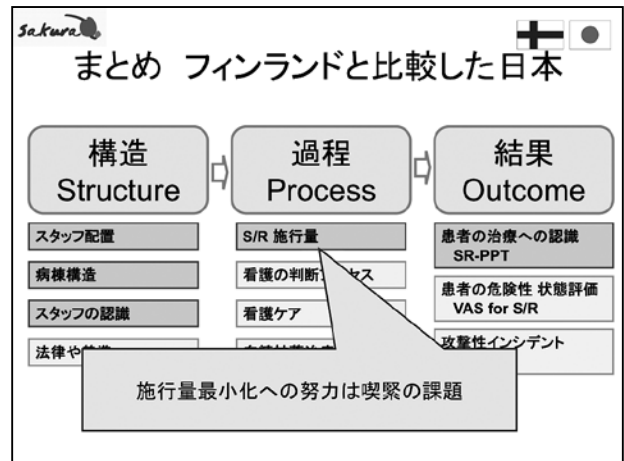
何と言っても、施行量の最小化の努力が喫緊の課題である。

【スライド-13-4】

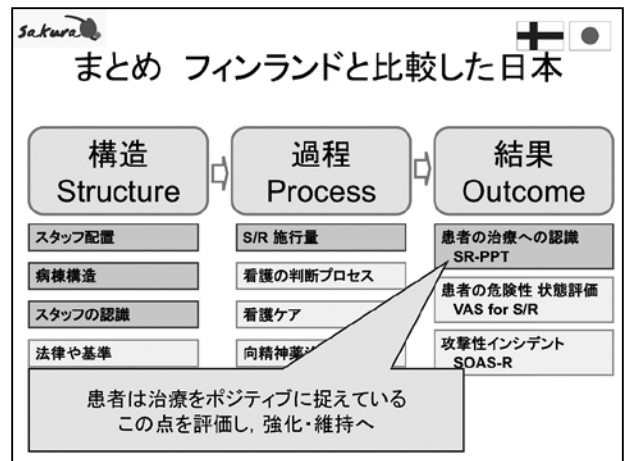
あと、日本の患者さんはこのような状況でも治療をポジティブに捉えてくれているのかもしれない。この点を評価し、強化・維持していくことが必要だと思います。

プロジェクト全体としては、大体調査は終わったのですけれども、両国間で検討は続いています。発表や論文投稿の準備をしているところです。

スライド-13-3



スライド-13-4



## 質疑応答

会場： 私は前職で5年間、精神科の病院で精神保健福祉士として勤めておりましたので、現場の感覚としても身体拘束とか、保護室での隔離というものが非常に問題であると思っていました。こういった形で国際的に治療の技術のあり方だとか、現状の評価ということをやっていたのが、現場で勤めていた者としては、非常に有り難いと思いました。

---

感想だけなのですが、現場では、特に救急の受け入れの後、夜間では人数が少ないので、どうしても自傷の恐れがある方の場合「まず隔離室に」ということが、治療の流れの第一段階として、日本では当たり前になっているのです。現場は「そういうものだ」と思ってやっている部分と同時に、「これではいけない」という部分もあります。感覚的には予後も悪くなるという意識もあります。それで、長期入院や外来で関係が悪くなってしまったりもします。そういったことで、是非、隔離・身体拘束を無くす方向に持っていかれたら良いなと思うのです。そういった流れをお願いするわけではないのですけれども、この意義のある研究を是非進めていただけたら、と思いました。有り難うございました。

野田： 40床・50床で夜間3人の体制で救急を受けたら「隔離から治療を始める」ということが、(なかなか言いづらいのですが) プロトコールに近くなっているような病院もあるのが現実です。よその国の様子も知らなければ、それが当たり前だと病棟文化の中で育まれていってしまうのです。こういった数値を見ていただいて、ちゃんと立ち戻って考えていただくということが必要で、やはり私達も一生懸命に調査研究をしないとイケないと思っています。有り難うございます。