

平成12年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神科医療における行動制限の最小化に関する研究

精神障害者の行動制限と人権保護のあり方 —第Ⅱ報—

テーマ：行動制限審査委員会の設置

主任研究者

浅井 邦彦（千葉・浅井病院）

研究協力者

五十嵐良雄（埼玉・秩父中央病院）

久保田 巖（千葉・八千代病院）

昆 啓之（千葉・千葉県精神科医療センター）

澤 温（大阪・さわ病院）

関 健（長野・城西病院）

野木 渡（大阪・浜寺病院）

八田耕太郎（東京・都立墨東病院）

益子 茂（東京・都立多摩総合精神保健福祉センター）

松岡 浩（東京・日本精神病院協会顧問弁護士）

分島 徹（東京・都立松沢病院）

はじめに

本書は、平成11年度～12年度厚生科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—」（主任研究者：浅井 邦彦）の平成12年度研究分の報告書です。

わが国の精神科医療は、精神障害者の人権確保と社会復帰の促進を目的として昭和63年精神衛生法から精神保健法に改正され、精神科病床を有する全国の病院では患者の人権に対しての細心の配慮を行うようになって来ました。

ところが、平成10年に国立犀潟病院において違法な隔離および身体拘束の長期間の実施と死亡事故等が発覚し、実地調査などが行われ、精神障害者の人権擁護の観点から、これらの行動制限に対する最小化の努力と、その明確な指針が緊急に求められるに至りました。

本研究班では平成11年に、精神科病床を有する全国の病院（1,548病院）を対象に、初めての全国規模の実態調査（病院・病棟調査・行動制限を受けている患者調査）を実施し70%余の回答を得ました。その結果、調査日に隔離されていた患者は全入院患者の2.2%、身体拘束患者は1.8%、隔離・拘束患者は0.1%で、行動制限を受けていた患者総数は、9,483人、対病床比4.2%でした。一方、1ヵ月以上の隔離を受けていた患者は629人、身体拘束は511人（1/2は痴呆性疾患）、隔離・拘束は16人でした。

これらの結果の検討に基づいて「精神科医療における行動制限の最小化に関する指針」を作成・公表し、全国の病院等に配布しました。

平成12年度には、行動制限の最小化を目指した「行動制限審査委員会」を、本研究班に参加している民間6病院、公立3病院に設置し、4ヵ月間審査を実施した結果を、様々の視点から分析し検討しました。その結果、病院内審査機関による行動制限の適正化・最小化に有効であること、患者満足度上昇にもつながることなどが明らかになりました。これらの研究結果に基づいて、「病院内審査機関に関する指針」を作成しました。

なお、第1章の研究のデータ分析ととりまとめは主に野木 渡氏が、統計結果の検定は八田 耕太郎氏が行いました。第2章の指針は、全員討論の結果に基づいて、八田 耕太郎氏が作成いたしました。2年目の研究に御協力いただきました9病院の職員の方々、また、審査委員会に参加していただいた多くの方々に心から感謝いたします。特に2年間にわたり、この重要な研究に主体的に取り組んでいただいた研究協力者の先生方に、深謝いたします。

本報告書を参考にして、精神科医療の臨床現場で精神障害者の人権尊重の立場から、精神保健福祉法に則り、行動制限を必要最小限に行なう努力をしていただければ幸いです。

平成13年 3月

主任研究者 浅井 邦彦

目 次

はじめに	3
第1章 「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」	
の調査と結果概要	7
1. 目的	9
2. 調査対象	9
3. 実施期間	9
4. 行動制限審査委員会の設置	9
5. 看護長・婦長の役割	10
6. 評価方法	10
7. 統計	11
8. 研究結果	11
9. 結論	18
表とグラフ	20
調査用紙	49
付録. 隔離・身体拘束に関する病院内審査手順の概要	58
第2章 病院内審査機関に関する指針	59
1. はじめに	61
2. 病院内行動制限審査委員会による行動制限の審査の対象	61
3. 病院内行動制限審査委員会の設置	62
4. 審査の手順	62
5. 展望	63
6. 隔離・身体拘束チェックシート関連様式	65
付録. 隔離・身体拘束に関する病院内審査手順の概要	73

第1章

「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」の調査と結果

第1章

「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」の調査と結果概要

1. 目的

本研究の初年度（平成11年）、医療者が隔離・身体拘束の内容・方法・時間などについて再検討を行いその最小化のためにいっそうの努力をすること、および隔離・身体拘束に対する第三者も含めた病院内審査機関（行動制限審査委員会）を設置することの2点に主眼を置いて「精神病床における隔離および身体拘束の指針」（以降、指針と略する）が作成された。

平成12年度はまず、本研究に参加している病院の各病棟に指針を配布して指針作成に際して意図した「医療者が隔離・身体拘束の内容・方法・時間などについて再検討を行いその最小化のためにいっそうの努力をすること」を周知する。その上で本研究に参加している各病院に審査機関（行動制限審査委員会）を設置して、その実施を通して得られる結果を検討して最終的な提言とすることを目的とした。

2. 調査対象

本研究班に参加している民間6病院および公立3病院を研究実施の参加病院とする。但し、隔離・身体拘束など行動制限を行う可能性のある病棟のみの参加とする。また、対象は平成11年度に作成した指針に該当する隔離および身体拘束を受けた患者とする。

3. 実施期間

平成12年7月1日～10月31日の4ヵ月間とする。

4. 行動制限審査委員会の設置

副院長などを委員長とし、精神科部長あるいは医長、事務職、看護職、心理あるいは福祉職の4人の委員からなる審査機関を7月1日から病院内に設置する。管理職がない場合は、係長あるいは室長などが各職種の代表として委員に就く。

4.1. 行動制限審査委員会の役割

隔離・身体拘束の継続が2週間を越える場合の報告書（様式1）が提出されると、まず回覧審査を行い、内容から迅速な検討が必要と判断される場合は速やかに委員を召集して後述の審査を行う。報告書の回覧によってどの委員からも疑義が生じなかった場合は、2週間に1回の実地審査まで報告書に対する回答を保留してよい。この実地審査は回診に付属する形でもよい。緊急避難的行動制限発生時（様式2）には、可及的速やかな実地審査を行う。主治医あるいは当該指定医は実地審査に出席するか直接意見を求められる。実地審査の際、指

針を参考に倫理的、法的側面と臨床的現実性とを照合しつつ、提出された報告書に対する回答を作成する（様式3A）。回答は、委員会として承認、助言付き承認、あるいは指導のいずれかになる。助言あるいは指導が選択される際は、「開放観察の試みが必要である」あるいは「身体拘束について、下肢のみ交互に中断するなど解除に向けての努力が必要である」などの具体的内容を盛り込む。

緊急避難としての隔離・身体拘束が実施された場合の報告書（様式2）が提出されると、報告書に基づき可及的速やかに委員を招集して実地審査を行う。迅速性が重要であるため、委員長他に1名以上の委員が揃えばよい。委員長が不在の場合、他の委員2名が実地審査をする。可及的速やかとは、現実的には直近の平日という意味である。

5. 看護長・婦長の役割

5.1. 隔離・身体拘束が2週間を越えた場合

隔離・身体拘束を実施されている患者の行動制限の開始日と継続週数を把握する。2週間を越えた場合、主治医に報告書（様式1）の作成を求め、委員長に提出する。継続4週間以降も2週間毎に報告書を提出する。

5.2. 緊急避難としての隔離・身体拘束が実施された場合

指針にある緊急避難としての隔離・身体拘束が実施された場合、可及的速やかに実施した職員に報告書（様式2）の作成を求め、直ちに指定医に診察を求めると同時に、報告書を委員長に提出する。迅速な対応が必要であるため、看護長・婦長が不在の際は主任などが代行してもよい。

6. 評価方法

6.1. 職員の隔離・身体拘束に対する意識の変化

隔離・身体拘束を実施する可能性のある病棟の医師および看護者に対して、アンケートを研究実施前（6月第4週、様式4）後（11月第1週、様式5）に行う。その結果を比較して、研究実施前後の職員の隔離・身体拘束の実施に対する意識の変化を検討する。

6.2. 隔離・身体拘束の実施数の変化

H12年6月15～28日（研究実施前）と10月18～31日（研究実施の最終）の2週間ずつにおいて、隔離・身体拘束が実施された患者数、延べ実施件数、延べ実施日数、延べ実施時間を調査し、比較検討する（様式6）。

延べ実施件数とは、隔離および身体拘束の実施指示1回を1件と数える。したがって7日間の隔離指示であれば、それが1件である。途中で開放観察時間を延ばすために指示を出しなおしても、全体として連続していれば1件である。指示の見直し限度がきて継続指示を出

す場合も件数としては増えない。これに対して、当初3日間の指示を出して一旦解除したが不穏であるため再び指示を出しなおすという場合は2件と数える。

6.3. 隔離中の開放観察頻度の変化

H12年6月15～28日（研究実施前）と10月18～31日（研究実施の最終）の2週間ずつにおいて、隔離実施患者のうち開放観察がなされた患者数、延べ実施件数、延べ実施日数、延べ実施時間を調査し、比較検討する（様式6）。

6.4. 身体拘束の部分中断頻度の変化

H12年6月15～28日（研究実施前）と10月18～31日（研究実施の最終）の2週間ずつにおいて、身体拘束実施患者のうち身体拘束の部分中断がなされた患者数、延べ実施件数、延べ実施日数、延べ実施時間を調査し、比較検討する（様式6）。

6.5. 患者の満足度の変化

H12年6月15日～10月31日の期間において、12時間を越えて隔離あるいは身体拘束を実施された患者が退院（救急患者の転院は除く）あるいは寛解に至った際、隔離および身体拘束に関するアンケートを行う（様式7）。

7. 統計

研究前後の比較について、性別、隔離あるいは身体拘束実施の有無、開放観察の実施割合、開放観察延べ時間の割合、身体拘束の部分中断の実施割合、身体拘束部分中断延べ時間の割合、身体拘束一部解除延べ時間の割合マグネット式拘束用具の使用の有無、拘束部位などの項目は、Fisher's exact test あるいは Yate 補正を伴うカイ二乗検定を行った。

職員アンケートの研究前後の比較は、9病院のうち研究前後の回答の対応を同定できた6病院の職員について Wilcoxon 符号付き順位検定を用いて行った。

8. 研究結果

8.1. 研究参加病院（病棟）について（表1-1、表1-2）

研究参加病院は前述の如く、民間6病院および公立3病院の合計9病院であり、隔離・身体拘束等行動制限を行う可能性のある病棟のみを参加病棟とした。

研究参加9病院すべてが輪番制の精神科救急に参画しており、公立3病院を含む5病院は輪番日以外にも精神科救急患者を受け入れていた（公立3病院は365日24時間対応）。特に、公立3病院は年間入退院数からみてもわかる通り、精神科急性期患者を多く受け入れており隔離・身体拘束など行動制限が頻繁に行われている可能性が高く、反面痴呆老人の入院率は極端に低い傾向がみられた。また、項目によっては、大型病院のデータが結果に大きな影響

を及ぼしたと考えられる（表1-2）。

8.2. 研究（指針）実施前の隔離・身体拘束の実施状況（期間平成12年6月15日～28日）

研究（指針）実施前の隔離・身体拘束の実施状況を次に示す（表2-1、図1-1～4）。隔離については、性別は男性60.1%、女性39.9%であり、平均年齢は41.5歳（SD:13.5）であった。

まず注目すべき点は、隔離実人数／入院実人数（以下、隔離率と略す）が6.3%であり、隔離を実施されている患者は精神科入院中であっても基本的に少数に限られていることが明らかとなった。さらに、隔離開放観察患者実人数／隔離実人数は69.5%、隔離開放観察延べ日数／隔離延べ日数は74.3%といった結果から、開放観察が隔離を実施される患者の7割という非常に高い割合で行われていたことが明らかとなり、研究実施前の状態においても治療上の努力・人権への配慮が窺われた。

身体拘束については、性別は男性48.0%、女性52.0%であり、平均年齢は56.3歳（SD:18.3）であった。

やはりまず注目すべき点として、拘束実人数／入院実人数（以下、拘束率と略す）が4.8%であったことが挙げられ、身体拘束を実施されている患者も少数に限られていることが明らかとなった。さらに、拘束部分中断実人数／拘束実人数は55.3%であり、身体拘束を受けた患者の過半数は持続的に身体拘束を受けたわけではなく身体拘束の中断が行われていたことが明らかとなった。その身体拘束の中断の時間は、拘束部分中断延べ時間／拘束指示延べ時間30.7%という数字から、3割程度の時間であったことがわかる。また、着脱しやすく阻血などの危険性の少ないマグネット式抑制帯の使用が9割を超え、拘束部位は胴のみが57.1%と圧倒的に多く、四肢+胴が22.3%でありそれ以外は6%以下であった。以上の点から、身体拘束においても研究実施前から治療上の努力・人権への配慮が行われていたことは明らかである。

各病院別にみた場合（表2-2）、隔離については、隔離率は2.3%～18.9%、隔離延べ日数／入院延べ日数は0.8%～11.0%、隔離開放観察患者実人数／隔離実人数は37.5%～100%、拘束については、拘束率は0%～48.1%、拘束延べ日数／入院延べ日数は0%～19.2%、拘束部分中断実人数／拘束実人数は24.0%～100%、拘束一部解除の延べ時間／拘束指示延べ時間は0.1%～16.6%であった。これらのデータから、各病院間でかなり大きな差があることがわかるが、精神科救急の参画日数が多く精神科急性期患者が多い病院は隔離・身体拘束率が高い傾向にある。例えばH病院の拘束率は48.1%と極めて高いが、24条通報（自傷他害の恐れがあるため警察官により通報）が59%、24時間365日そのような救急患者を受け入れるために行われている後方転送が66%といった数字から窺われるように重症患者に対する救急という特化された性質が背景に存在する。また、隔離時間が長時間の場合は短時間の場合に比べて、隔離開放観察率が高い傾向が窺われた。

8.3. 研究（指針）実施後（期間平成12年10月18日～31日）の隔離・身体拘束の実施状況と前後比較

研究（指針）実施後の隔離・身体拘束の実施状況を次に示す（表3-1、図2-1～4）。

隔離については、性別は男性64.6%、女性35.4%であり、平均年齢は44.4歳（SD:14.8）であった。研究実施前と比較して性別に有意差は認められなかったが（ $p=0.36$ ）、年齢は有意に高くなった（ $t=2.07$, $p<0.05$ ）。

隔離率は、研究実施前の6.3%から4.9%に有意に減少した（ $\chi^2=6.11$, $p<0.05$ ）。したがって、病院内審査機関設置の効果が実証されたと考えられる。研究実施後の方が有意に平均年齢が高かったことから、病院内審査機関の設置は若年者の隔離を減らす効果があったと推察される。

身体拘束については、性別は男性43.0%、女性57.0%であり、平均年齢は53.9歳（SD:19.0）であった。研究実施前と比較して性別（ $p=0.38$ ）・年齢（ $t=1.16$, $p=0.25$ ）ともに有意差は認められなかった。

拘束率は、研究実施前の4.8%から4.1%に減少したが有意差には至らなかった。身体拘束の部分中断実人数の割合（部分中断実人数／拘束実人数）も、研究実施前の55.3%から64.2%まで増加したが有意差には至らなかった。しかし身体拘束の中断の時間（部分中断延べ時間／拘束指示延べ時間）は、研究実施前の30.7%から33.1%に有意に増加した（ $\chi^2=31.1$, $p<0.0001$ ）。さらに、身体拘束のうち四肢のみ解除などの拘束一部解除の延べ時間の割合（拘束一部解除の延べ時間／拘束指示延べ時間）は、研究実施前の2.3%から3.0%に有意に増加した（ $\chi^2=21.1$, $p<0.0001$ ）。したがって身体拘束についても、病院内審査機関設置の有効性が示唆された。

8.4. 隔離・身体拘束の継続が2週間を超えた場合の報告書について

隔離・身体拘束の継続が2週間を超えた場合の報告書は4カ月間の調査期間に総計903件（実人数244名）が報告された。性別・年齢は図3-1～2に示した。

長期化した理由（表4-1）は、隔離の場合、「刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和すること（15.9%）」、「他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護すること（13.5%）」、「他害の危険を回避すること（12.8%）」と続いた。身体拘束の場合は、「身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合の自傷・他害の危険を回避すること（8.0%）」、「せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること（7.9%）」、「突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合の他害の危険を回避すること（5.8%）」と続いた。

疾病分類別（表4-2）では、隔離の場合、ICD-10分類のF2（精神分裂病，分裂病型障害および妄想性障害）が60.7%と圧倒的に高く、次にF3（気分（感情）障害）が14.1%と続いた。身体拘束においてもF2（精神分裂病，分裂病型障害および妄想性障害）が65.4%と最も高かったが、隔離と異なりF0（症状性を含む器質性精神障害）が15.4%と2番目に位置し

たことが特徴的であった。

2週間以上隔離あるいは身体拘束を受けた患者の入院期間に関する結果は、図3-3に示した。極めて注目すべき点は、10年以上入院している患者の割合が隔離の場合15.6%、身体拘束の場合26.9%と非常に高いことである。この結果は、長期入院している患者のうち、行動制限が必要とされる患者群が少なからず存在することを示唆している。入院の短期化が推進される昨今においても、長期にわたる治療にもかかわらず行動制限がしばしば必要な患者は精神科病床での入院が最も適切であることは自明である。このような治療抵抗性の患者の入院に十分な配慮がなされる必要性を示す結果ともいえる。

入院回数（図3-4）においては隔離・身体拘束ともに1回目（隔離35.1%、身体拘束38.5%）が多かった。

隔離の継続期間（図3-5）は、開放観察期間も含めて、2週間を超え1ヵ月以内が43.4%と圧倒的に多かった。本研究の平成11年度報告書で示した通り、隔離の継続は1週間以内が最頻である。病院内審査機関は2週間を越えた行動制限を検討したため、最も頻度の高い1週間以内の症例が数字に含まれないことに留意する必要がある。この点と今回の結果を考えると、大半の隔離は短期間で終了していることがわかる。その一方、急性期医療の範囲を超える3ヵ月を超える長期間の隔離が1/4に達していることは注目すべき点である。病院内審査機関は、このように隔離が長期化する場合の点検機構として意義が深いと考えられる。

身体拘束の継続期間は、日中は拘束を中断するなどの部分中断の期間も含めて、3ヵ月を超える長期間にわたる症例が過半数を占めた。したがって隔離の場合と同様に、病院内審査機関の身体拘束長期化例に対する点検機構として意義が窺われる。

8.5. 緊急避難としての隔離・身体拘束が実施された事例

緊急避難としての隔離・身体拘束の報告は4ヵ月間の研究実施期間中、1例のみであった。これは、安定状態にあった慢性期の精神分裂病患者が夜間突然頭皮（真皮層に及ぶ）をむしりとったため急遽外科救急病院に搬送されて縫合手術を受けたが、帰院後再び縫合部分をむしり始めたため、午前4時頃に医師が指示し、看護婦が身体拘束を実施したものであった。実施直後に精神保健指定医に電話連絡して拘束許可を得たが、精神保健指定医の病院到達まで数時間を要した事例であった。

8.6. 行動制限審査委員会について

行動制限審査委員会（表5）の構成メンバーは、各病院により4~12名と差があったが、1病院以外は5名±1名の範囲であった。構成職種は医師が約4割と最も多く、看護婦（士）が2.5割で次に心理ならびにPSW等の福祉職、事務職と続いた。外部参加の審査委員については6病院で参加し、構成職種は弁護士（3病院）、保健婦（1病院）、保健所精神保健相談員（1病院）、更正保護士である寺院住職（1病院）であった。行動制限審査委員会は、研究実施期間の4ヵ月の間に平均8.3回（最小4~最大11回）開かれた。

1回の委員会開催にかかる時間は平均54分間（最小5分～最長2時間40分；図4-1）であった。10分以下の委員会では、検討すべき行動制限患者が発生していなかった。1人の患者の検討にかかる平均時間は約5分間（1分間～40分間；図4-2）であった。当然ながら新規患者は時間がかかっていた。また、各委員会で検討される患者の約7割は、前回の委員会で既に検討された行動制限がさらに2週間継続されたための再検討であったため、初回より検討にかかる時間が短くなる傾向が認められた。

隔離・身体拘束の継続が2週間を超えた場合の報告書は、“行動制限解除への努力がなされたか”の質問に対し約9割が“した”と回答した（図4-3）。また、“行動制限の解除への見通し”については“ある”とした回答が55.4%、“ない”とした回答が44.6%であった。これらの“ない”とした患者群が、行動制限の継続群になっていると考えられた（図4-4）。

行動制限審査委員会への報告書（総数872件）は、“承認”が85.1%と最も多く、“助言付き承認”が14.0%（122件），“指導”が0.9%（8件）であった（図4-5）。これを実人数（有効回答総実人数230名）で見ると、“助言付き承認”は24名（隔離20名，身体拘束4名）であった。つまり24名の患者に延べ122回“助言付き承認”が繰り返されたことになる。この結果は、現場と委員会との間に「適正な行動制限」に対する見解の相違が生じる場合があることを示唆している。なお、“指導”については実人数も延べ人数と同じ8名であり、繰り返し“指導”の回答を受ける事例は存在しなかった。

参加委員の委員会に対する印象を表6に掲載した。外部参加委員は全般的に「行動制限の最小化にとって非常に良いことである」といった肯定的な意見であったが、「精神科医療に対しての素人が委員会メンバーになることの難しさや判りづらさ」の指摘もみられた。内部参加委員においても「行動制限の最小化においてディスカッションすることの重要性や意義があり、特に長期の行動制限において重要である」などの肯定的な意見が多く述べられた。ただし、「審査委員会に費やす時間のやりくりの難しさ」は医師の意見の中に度々指摘された。

8.7. 研究（指針）実施前の隔離・身体拘束の実施に関する職員アンケート

回答数は1149件、性別では男性313件、女性826件（不明10件）、医師115件、看護師1025件（不明9件）、精神科経験年数—3年未満269件、3年以上10年未満414件、10年以上457件（不明9件）であった。

隔離・身体拘束の現状について（図5-1）

全体（有効回答数1050件）では、“主治医と看護師との間で隔離・身体拘束について検討が十分に行われていないので、隔離・身体拘束の日数について最小化する努力がなされていないと思う”が14.6%（153件），“隔離・身体拘束の日数については現状で最小と考えられるが、開放観察あるいは身体拘束の部分的中断を試みる努力は十分にはしていないと思う”が43.2%（454件），“日頃から主治医と看護師との間で十分に話し合いがなされているため、現状以上に隔離・身体拘束の日数減少あるいは開放観察・身体拘束の部分的中断の頻度増加といった行動制限の最小化を図ることは無理である”が42.2%（443件）であった。つまり、指針実施前の時点においては、“行動制限の最小化を図ることに、何らかの余地がある”と考え

ている回答が6割、現状肯定の意見が4割という結果であった。

またこれらの“行動制限の最小化を図ることに、何らかの余地がある”と考えている回答は、医師(65.8%)においては看護師(56.8%)より高く、精神科経験年数においては3年未満(62.5%)、3年以上10年未満(56.5%)、10年以上(56.2%)と徐々に低くなっていく傾向にあった。

病院内審査機関を設置して実施した後の変化の予想について(図5-2)

全体(有効回答数1089件)では、“主治医と看護師との間で隔離・身体拘束について検討が十分になされるため、現状よりも隔離・身体拘束の日数を減らせると思う”が29.6%(322件)、“努力しても隔離・身体拘束の日数は減らせないが、開放観察あるいは身体拘束の部分的中断の頻度は増やせると思う”が46.7%(509件)、“現状でも主治医と看護師との間で十分に話し合いがなされて最小の行動制限が実現されているため、今回の実施によって現状以上の隔離・身体拘束の日数減少あるいは開放観察・身体拘束の部分的中断の頻度増加といった行動制限最小化の効果は期待できないと思う”が23.7%(258件)であり、病院内審査委員会設置による効果を肯定的に予測する回答が76.3%に上った。

隔離・身体拘束に対する医療者の意識について(図5-3)

全体では、“隔離・身体拘束の最小化を意識することは、臨床現場に意義があると思う”が95.0%(1055件)と圧倒的に多く、“意義があまりないと思う”は僅か5.0%(56件)にすぎなかった。

8.8. 研究(指針)実施後の隔離・身体拘束の実施に関する職員アンケート

回答数は869件、性別では男性213件、女性653件(不明3件)、医師91件、看護師776件(不明2件)、精神科経験年数—3年未満195件、3年以上10年未満323件、10年以上346件(不明3件)であった。

病院内審査機関を設置して実施した後の変化について(図6-1)

全体(有効回答数800件)では、“主治医と看護師との間で隔離・身体拘束について検討が十分になされたため、試行前より隔離・身体拘束の日数を減らせたと思う”が33.4%(267件)、“努力しても隔離・身体拘束の日数は減らせなかったが、開放観察あるいは身体拘束の部分的中断の頻度は増やせたと思う”が37.3%(298件)、“研究実施前から主治医と看護師との間で十分に話し合いがなされ最小の行動制限が実現されていたため、実施前後で隔離・身体拘束の日数あるいは開放観察・身体拘束の部分的中断の頻度は変化なかったと思う”が29.4%(235件)であった。以上より、病院内審査機関の設置による行動制限最小化に対する効果を肯定的に捉えた回答が70.6%に達した。

隔離・身体拘束に対する医療者の意識について(図6-2)

全体(有効回答数817件)では、“隔離・身体拘束の最小化を意識することは、臨床現場でそれらを実施する際に必要性・妥当性を検討して開放観察や身体拘束の部分的中断ができないか意識することにつながったため、意義があったと思う”という回答が92.7%(757件)と圧倒的に多く、“意義があまりなかったと思う”は7.3%(60件)であった。

職員アンケートの実施前後比較

実施前に“行動制限を今以上に最小化は無理（様式4のeで3を回答）”としていた職員の54%が実施後には“行動制限の最小化”を認め、また91%が“最小化を意識することの意義”を認めた。同様に実施前に“病院内審査機関の設置での最小化の期待はできない（様式4のfで3を回答）”としていた職員の52%が実施後には“行動制限の最小化”を認め、また90%が“最小化を意識することの意義”を認めた。さらに、実施前に“隔離・身体拘束の最小化を意識することは、臨床現場に意義があまりないと思う（様式4のgで1を回答）”とした職員の76%が“最小化を意識することの意義”を認めた。

しかしその逆のパターンの回答をした職員も少なくなかった。研究に参加した9病院のうち研究前後の回答の対応を同定できた6病院の職員（研究実施期間中に異動した職員を除く493名）について、研究前後の変化を Wilcoxon 符号付き順位検定を用いて検討した。その結果、病院内審査機関設置による効果の認識は有意に否定的に変化した ($p < 0.001$)。行動制限の最小化を意識することの意義は研究実施前後で有意差なく90数%を維持したため ($p < 0.20$)、職員の本研究に対する意識の変化は研究の意義にあるのではなく方法論にあると推察できる。実際に隔離・身体拘束の有意な最小化がなされたにもかかわらず職員はその有効性を実感できなかった理由として、現場での消耗的な作業を考え併せると、労多くして功少ないといった実感が残ったことが挙げられる。

8.9. 研究（指針）実施前後の隔離・身体拘束に関する患者アンケート（患者の満足度の変化）

平成12年6月15日～10月31日の期間において、12時間を越えて隔離あるいは身体拘束を実施された患者が退院（救急患者の転院は除く）あるいは寛解に至った際、隔離および身体拘束に関するアンケートを行ない、154件の回答を得た。この数字は、痴呆あるいは精神遅滞といった退院時にも判断能力が期待できない患者および救急入院後の後方転送の患者を除く対象となりえた患者の1割弱にあたると推定される。

1. “全般的に今回の入院治療は納得のいくことでしたか。”について（有効回答率98.7%）
全体では、『はい』が47%、『どちらともいえない』が27%、『いいえ』が26%であり、行動制限を受けた患者のうち退院時に入院治療が必要であったことに理解を示した患者は約半数であった。研究実施前後での有意な変化は認められなかった ($p = 0.62$, 図7-1)。
2. “あなたが受けた隔離あるいは身体拘束などの行動制限はやむをえなかったと理解できますか。”について（有効回答率98.7%）
全体では、『はい』が63%、『どちらともいえない』が19%、『いいえ』が18%であり、退院時“行動制限はやむを得えなかった”と考えた患者が6割を超えていた。研究実施前後での有意な変化は認められなかった ($p = 1.00$, 図7-2)。
3. “開放観察が段階的あるいは頻繁に行われて医療者のきめ細かい配慮が感じられましたか。”について（有効回答率87.3% - 隔離を受けた患者にのみ質問）

全体では、『はい』が50%、『どちらともいえない』が29%、『いいえ』が21%であり、半数の患者は“医療者のきめ細かい配慮”を感じていた。研究実施前後での有意な変化は認められなかった ($p=1.00$, 図 7-3)。

4. “身体拘束の部分的中断が段階的あるいは頻繁に行われて医療者のきめ細かい配慮が感じられましたか。”について（有効回答率48.7%—身体拘束を受けた患者にのみ質問）全体では、『はい』が49%、『どちらともいえない』が32%、『いいえ』が19%であり、隔離同様、半数の患者が“医療者のきめ細かい配慮”を感じていた。研究実施前は『はい』が33.3%であったが、研究実施後は『はい』が60%と医療者のきめ細かい配慮を感じた患者が有意に増加した ($p<0.05$)。研究実施によって身体拘束の部分中断や一部解除といった配慮が励行された結果、患者の満足度が上昇したと推察される（図 7-4）。

9. 結論

本研究に参加している9病院に行動制限審査委員会を設置して個々の症例に対する隔離および身体拘束実施の妥当性ならびに実施期間の妥当性などについて検討するとともに、研究実施前後において行動制限の頻度や実施時間、職員の意識、患者の満足度の変化を検討した。

当初の職員アンケートでは「日頃から主治医と看護者との間で十分に話し合いがなされているため、今以上に隔離・身体拘束の日数減少あるいは開放観察・身体拘束の部分中断の頻度増加といったこれ以上の行動制限の最小化を図ることは無理である」という現状肯定の意見が42.1%を占めたにもかかわらず、隔離を受けた患者割合は6.3%から4.9%に有意に減少した。身体拘束を受けた患者割合は4.8%から4.1%と減少したものの有意差は見出せず、身体拘束を受けた患者のうち部分中断がなされた患者割合も55.3%から64.2%と増加したものの有意差には至らなかった。しかし、身体拘束の部分中断延べ時間は身体拘束を指示された全時間の30.7%から33.1%に有意に増加した。また、下肢のみ解除などの一部解除延べ時間も2.3%から30%に有意に増加した。これらの結果は、職員の多大な努力により、本研究の意図する行動制限の最小化の実現がなされたことを示している。

しかし、このように隔離・身体拘束の実態が有意に改善したにもかかわらず、職員の行動制限審査機関による審査の効果への認識はむしろ否定的な方向に若干変化した。これは労多くして功少ないという実感によるものと推察される。

また、入院中行動制限を受けたにもかかわらず退院時に入院治療の必要性に理解を示した患者が5割、受けた行動制限の必要性に理解を示した患者が6割、隔離に際して開放観察の励行など医療者の配慮を感じた患者が5割、身体拘束に際して部分中断の励行など医療者の配慮を感じた患者も5割といったように、行動制限を受けた患者の半数は受けた医療に対して退院時に肯定的な印象をもっていただけたことが明らかになった。さらに、研究実施によって身体拘束の部分中断や一部解除といった配慮が励行された結果、患者の満足度が有意に上昇したことは特筆されてよいであろう。

以上、本研究結果は、病院内審査機関による行動制限の評価が行動制限の適正化・最小化に有効であること、患者満足度の上昇にもつながること、しかし、その硬直的な実施は現場

の職員に消耗的な労力を強いるため職員の意識は否定的に変化する危険性を孕んでいることを示唆するものであった。したがって、それらの要素の平衡を十分に考慮して長期的に有効な行動制限の評価機構を設立することが重要と思われる。

表1-1 参加病院属性表

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院	H病院	I病院
経営基盤	医療法人	医療法人	医療法人	都道府県	医療法人	医療法人	医療法人	都道府県	都道府県
病床	749床	371床	180床	50床	422床	505床	230床	34床	1258床 (予算定床)
年間入院数 (平成12年1月～12月)	454名	433名	228名	429名	175名	1586名	158名	525名	2088名
年間退院数 (平成12年1月～12月)	448名	442名	226名	428名	178名	1611名	150名	560名	2088名
精神科救急参画状況 (輪番制参加状況)	夜間月2回	夜間月4～5回、休日1回	月3～4回(夜間なし)	365日24時間	夜間週一回	月15～16回	夜間8回、休日1回	365日24時間	365日24時間
輪番以外の救急受け入れ	通院患者のみ対応	365日24時間	通院患者のみ対応	365日24時間	通院患者のみ対応	365日24時間	通院患者のみ対応	365日24時間	365日24時間
痴呆老人入院数 (平成13年2月1日現在)	40名	14名	47名	基本的になし	90名	71名	18名	基本的になし	48名
痴呆老人病床割合 (平成13年2月1日現在)	約5パーセント	約4パーセント	26パーセント	1%未満	約50パーセント	約14パーセント	約8パーセント	1%未満	約5パーセント

表 1 - 2 各病院データ提出数

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院	H病院	I病院	計
様式1(隔離・身体拘束の継続が2週間を越える場合の報告書)	83	113	76	58	11	214	14	37	297	903
様式2(緊急避難としての隔離・身体拘束が実施された報告書)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
様式3A(行動制限審査委員会による回答書)	83	113	76	58	11	214	14	37	297	903
様式3B(行動制限審査委員会の議事録)	8	8	9	9	4	10	11	8	8	75
様式4(研究実施前の隔離・身体拘束実施に関するアンケート)	184	122	71	91	14	136	53	32	446	1149
様式5(研究実施後の隔離・身体拘束実施に関するアンケート)	180	123	58	87	14	124	53	26	204	869
様式6・1回目(研究実施前の患者票)	296	282	143	219	99	405	23	100	1494	3061
様式6・2回目(研究実施後の患者票)	355	242	153	122	101	440	24	124	1318	2879
様式7(隔離および身体拘束に関する患者アンケート)	26	36	8	3	4	24	16	20	17	154
患者属性	94	52	21	26	24	58	8	66	176	525

表 2 - 1 指針実施前の隔離・身体拘束の実施状況

調査参加施設数	9 施設
病棟数	72 病棟
調査参加病床数	3,616 床
入院延べ人数	47,072 人
入院実人数	3,706 人

隔離実人数	233 人	6.3%	隔離実人数/入院実人数
隔離実施件数	290 件		
隔離延べ日数	1,622 日	3.4%	隔離延べ日数/入院延べ人数
隔離指示延べ時間	32,827 時間	2.9%	隔離指示延べ時間/(入院延べ人数×24)
開放観察患者実人数	162 人	69.5%	開放観察患者実人数/隔離実人数
開放観察延べ件数	2,880 件		
開放観察延べ日数	1,205 日	74.3%	開放観察延べ日数/隔離延べ日数
開放観察延べ時間	7,429 時間	22.6%	開放観察延べ時間/隔離指示延べ時間

拘束実人数	179 人	4.8%	拘束実人数/入院実人数
拘束実施件数	353 件		
拘束延日数	1,437 日	3.1%	拘束延べ日数/入院延べ人数
拘束指示延べ時間	25,602 時間	2.3%	拘束指示延べ時間/(入院延べ人数×24)
部分中断実人数	99 人	55.3%	部分中断実人数/拘束実人数
部分中断延べ件数	2,969 件		
部分中断延べ日数	797 日	55.5%	部分中断延べ日数/拘束延べ日数
部分中断延べ時間	7,859 時間	30.7%	部分中断延べ時間/拘束指示延べ時間
拘束一部解除延べ日数	72 人	5.0%	拘束一部解除の延べ日数/拘束延日数
拘束一部解除延べ時間	600 時間	2.3%	拘束一部解除の延べ時間/拘束指示延べ時間

表2-2 指針実施前の隔離・身体拘束の実施状況（施設別）

施設	A	B	C	D	E	F	G	H	I	計
調査参加病床数	749	371	180	365	50	377	230	36	1258	3625
入院延べ人数	10284	5109	2419	5031	647	4951	2961	391	15279	47072
入院実人数	750	379	183	368	74	482	213	52	1205	3706
隔離実人数	24 3.2%	22 5.8%	10 5.5%	20 5.4%	14 18.9%	36 7.5%	5 2.3%	4 7.7%	98 8.1%	233 6.3%
隔離実施件数	39	23	11	20	14	37	5	4	138	291
隔離延べ日数	79 0.8%	204 4.0%	101 4.2%	218 4.3%	71 11.0%	236 4.8%	23 0.8%	22 5.6%	668 4.4%	1622 3.4%
隔離指示延べ時間	1017 0.4%	4503 3.7%	1888 3.3%	5208 4.3%	1510 9.7%	5732 4.8%	514 0.7%	523 5.6%	11932 3.3%	32827 2.9%
開放観察患者実人数	9 37.5%	18 81.8%	10 100.0%	20 100.0%	13 92.9%	35 97.2%	5 100.0%	2 50.0%	50 51.0%	162 69.5%
開放観察延べ件数	60	529	102	552	210	435	35	16	941	2880
開放観察延べ日数	16 20.3%	169 82.8%	71 70.3%	217 99.5%	62 87.3%	226 95.8%	20 87.0%	16 72.7%	408 61.1%	1205 74.3%
開放観察延べ時間	137 13.5%	608 13.5%	469 24.8%	1804 34.6%	158 10.5%	2349 41.0%	193 37.5%	112 21.4%	1599 13.4%	7429 22.6%
拘束実人数	40 5.3%	9 2.4%	8 4.4%	1 0.3%	8 10.8%	20 4.1%	0 0.0%	25 48.1%	68 5.6%	179 4.8%
拘束実施件数	45	10	8	1	9	28	0	26	226	353
拘束延日数	218 2.1%	78 1.5%	42 1.7%	1 0.0%	28 4.3%	169 3.4%	0 0.0%	75 19.2%	826 5.4%	1437 3.1%
拘束指示延べ時間	3254 1.3%	1119 0.9%	985 1.7%	10 0.0%	374 2.4%	4003 3.4%	0 0.0%	1691 18.0%	14166 3.9%	25602 2.3%
部分中断実人数	23 57.5%	6 66.7%	7 87.5%	0 0.0%	6 75.0%	20 100.0%	0	6 24.0%	31 45.6%	99 55.3%
部分中断延べ件数	159	49	149	0	94	465	0	109	1944	2969
部分中断延べ日数	155 71.1%	38 48.7%	36 85.7%	0 0.0%	23 82.1%	165 97.6%	0	44 58.7%	336 40.7%	797 55.5%
部分中断延べ時間	2116 65.0%	333 29.8%	340 34.5%	0 0.0%	54 14.4%	1226 30.6%	0	361 21.3%	3429 24.2%	7859 30.7%
拘束一部解除延べ日数	5 2.3%	20 25.6%	16 38.1%	1 100.0%	6 21.4%	15 8.9%	0	1 1.3%	8 1.0%	72 5.0%
拘束一部解除延べ時間	69 2.1%	88.5 7.9%	163.5 16.6%	10 100.0%	19 5.1%	210 5.2%	0	2 0.1%	38 0.3%	600 2.3%

図 1 - 1 指針実施前の隔離・身体拘束の実施状況
(男女別)

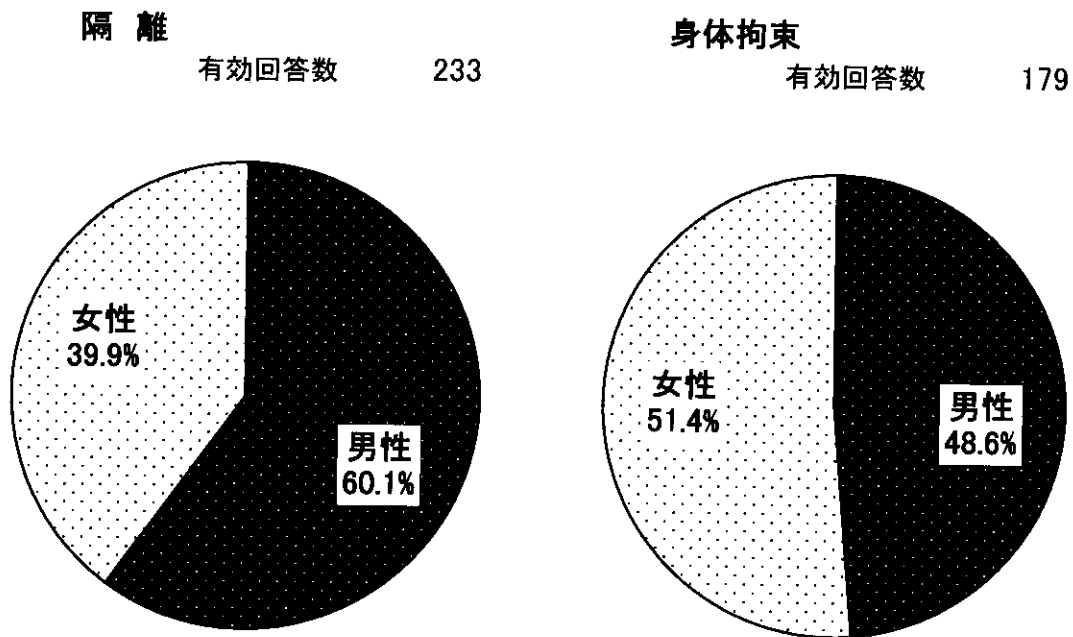


図 1 - 2 指針実施前の隔離・身体拘束の実施状況
(年齢別)

