

精神科領域における医療安全管理の検討

検討会座長 南 良武

1. はじめに

「精神科領域における医療安全管理検討会」は、平成17年4月より2年計画で発足した（検討会委員は下記参照）。本検討会が立ち上がった背景には、本協議会会員病院から、精神科病院はもとより、一般科病院においても最近精神科領域と関連する多様な医療事故が発生している。その中には、精神症状に基づく特異な事故も含まれている為、専門家の判断が求められるところである。更に、その対処や今後の再発防止策について苦悩しているなど多数の報告がなされ、協議会の検討課題として精神科領域を取り上げるべきとの強い要望が生じていた。

精神科領域は他の一般診療科領域と異なり、精神症状に基づく固有の医療事故が含まれている。患者さんの精神症状を十分に理解し、治療環境の特性なども考慮しなければならない。特に、閉鎖病棟や開放病棟、隔離（保護室の使用）や行動制限など精神保健福祉法に基づく医療行為などを配慮した上で、より効果的な医療安全管理を確立していく必要がある。

2. 本検討会の位置づけと精神科領域における医療安全上の問題

本検討会が検討する「精神科領域における医療安全管理検討会」は、医療機構評価機構の認定を取得した病院が、患者安全の推進を目的として組織化された「認定病院患者安全推進協議会（約1000病院が加入）」の中で複数有る部会や検討会の一検討会として位置づけられているもので、主に精神科領域の患者が安全に医療を受けられるための方策を医療現場の視点から検討し、協議会会員病院へ一定の成果を還元することを目指している。

精神科領域における医療安全管理の問題点や課題といっても、多種多様な課題が存在しており、本検討会で取り組むべき緊急性や重要性の高い課題を抽出する必要がある。本検討会として、複数の病院におけるインシデントおよびアクシデントレポートを分析した結果、レポートの報告数はそれほど多くないが、結果として患者に重要な影響を与えている事案である「病院内における自殺防止について」および「行動制限（身体拘束・隔離）における事故防止について」、レポートの報告件数が特に多い「転倒・転落の防止について」、以上3つの課題に焦点をあて2年間検討することとした。1年目はそれぞれの課題ごとに、精神科病院のみならず一般病院も含めた全協議会会員病院の協力のもと、アンケート調査を実施している。詳細については、本稿の後にそれぞれアンケート調査結果および考察などを記載しており参照されたい。

3. 今後に向けて

先に挙げたように、本検討会は、医療現場の視点で医療安全管理を強化する方策を検討することが目的である。今後、それぞれのテーマについて、さらに具体的な防止策の取りまとめに着手する予定であり、各協議会会員病院の協力を頂き、実際の医療現場で実行可能でありかつ継続性がある成果を示せるよう努力していきたいと考えている。本検討会での成果が精神科領域での医療安全管理の一助となればと願っている。

検討会委員

委嘱者氏名	所属	部門	役職
一戸 真子	上武大学	看護学部 医療管理学講座	教授
岩下 覚	社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院		診療部長、副院長
釜 英介	東京都立松沢病院	医療安全対策推進室	専任リスクマネジャー
河西 千秋	公立大学法人 横浜市立大学医学部	精神医学	準教授
木ノ元 直樹	木ノ元総合法律事務所		弁護士
杉山 直也	公立大学法人 横浜市立大学附属病院	神経科	準教授
堤谷 政秀	医療法人桐葉会 木島病院	TQM センター	ミドルマネージャー
中間 浩一	医療法人社団慶成会 青梅慶友病院	リハビリテーション室	室長
西元 晃	医療法人慈生会		法人管理部長
◎ 南 良武	医療法人桐葉会 木島病院		理事長・院長

◎ 座長

病院内における自殺に関するアンケート調査

わが国の自殺者数は、7年連続で年間3万人を超える状況が続いており、その予防対策が急務となっています。入院中の自殺事故も決して少なくないものと思われませんが、その対策や事故後の対応はもとより、その実態についても十分な把握がなされていないというのが現状です。

これらのことから、日本医療機能評価機構・認定病院患者安全推進協議会に設置された「精神科領域における医療安全管理検討会」は、病院内における自殺事故に関する実態を把握する目的で、2005年8月31日～9月26日の期間、会員病院に対して質問紙を用いた調査を行った結果、一般病院575（回答率63.7%）、精神科病院および精神科病床を有する病院106（回答率64.2%）から回答が得られました。本稿に、その結果をご報告いたします。

南良武, 岩下覚, 河西千秋

1. 目的

病院内における自殺事故に関して認定病院の実態を把握する。

2. 対象

対象病院：認定病院患者安全推進協議会会員病院 1048 病院（2005年8月末時点）

内訳；*「一般病院用」 906
精神科病床を有する一般病院 123
精神科病床を有さない一般病院 883
*「精神科病院または精神科病床を有する病院用」 165
精神科病床を有する一般病院 123
精神科病院 42

対象者：医療安全管理者、または、それに準ずる方（精神科病床を有する一般病院の場合、医療安全管理者および、精神科病床を有する病棟の医療安全管理担当者の2名）。

3. 調査期間

調査期間：2005年8月31日～2005年9月26日

4. 調査結果

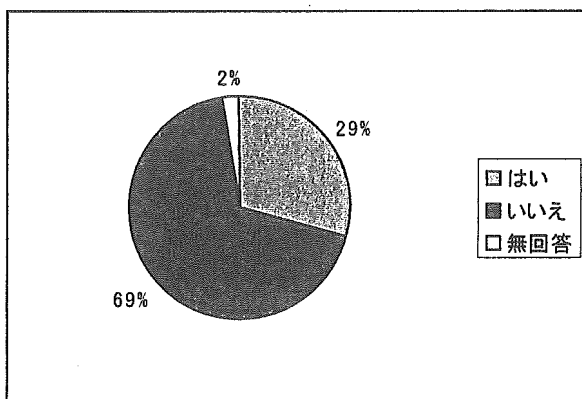
回収数（回収率）： *一般病院用 575（63.7%）
*精神科病院または精神科病床を有する病院用 106（64.2%）

<一般病院用>

問1. 過去3年間に、入院患者の自殺事例はありましたか（外出中・外泊中も含む）？

はい	いいえ	無回答
170	381	24

N=575

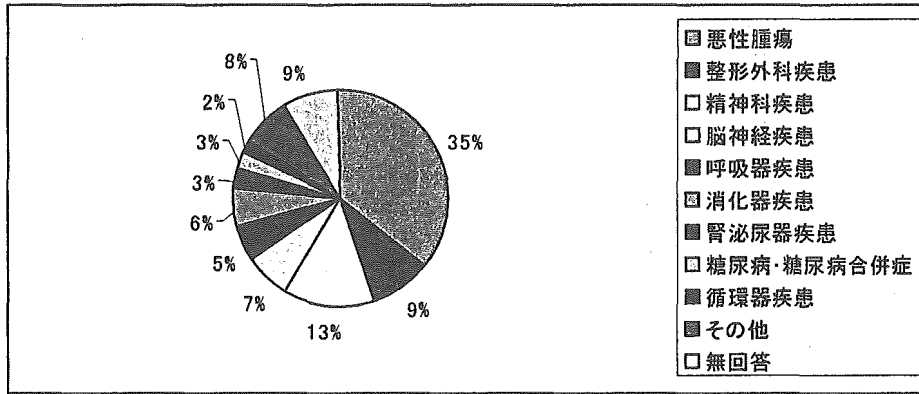


全事例件数 347

問2. 主たる診療科・疾患病名

悪性腫瘍	整形外科疾患	精神科疾患	脳神経疾患	呼吸器疾患	消化器疾患	腎泌尿器疾患	糖尿病・糖尿病合併症	循環器疾患	その他	無回答
100	25	37	19	15	16	9	8	5	21	24

全記載事例数=279 悪性腫瘍に分類されるものはすべて①悪性腫瘍に含めた

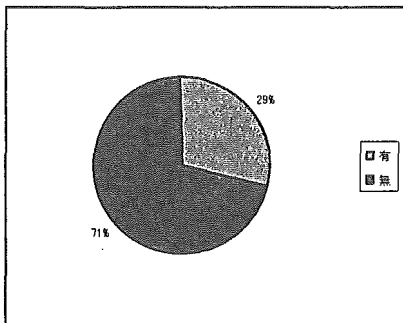


問3. 入院中の精神科受診の有無

①現在受診中

有	無回答
81	198

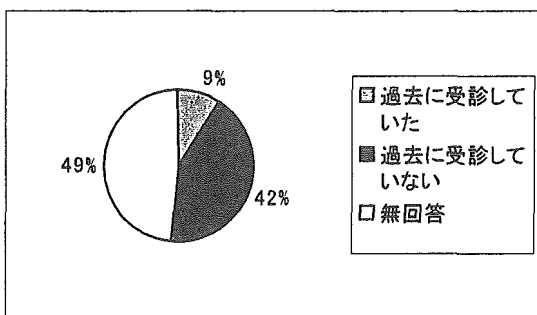
全記載事例数=279



②過去に受診している ③過去に受診していない

過去に受診していた	過去に受診していない	無回答
26	117	136

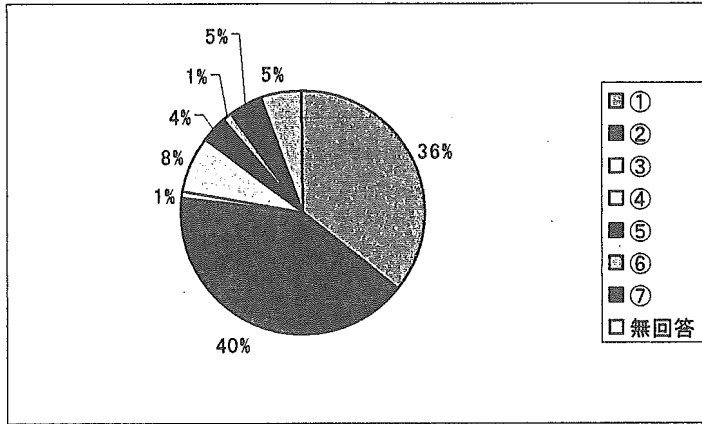
全記載事例数=279



問4. 自殺の手段 選択項目:① 縊首 ② 高所からの飛び降り ③ 服薬・服毒 ④ 刺切傷 ⑤ 電車などへの飛び込み ⑥ ガス自殺 ⑦その他 円グラフ

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	無回答
100	115	2	21	10	3	13	15

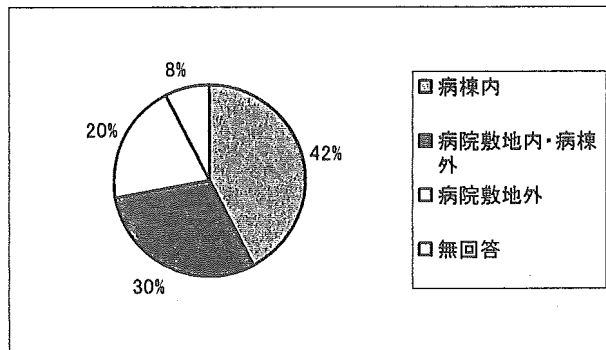
全記載事例数=279



問5. 自殺の場所 選択項目:① 病棟内 ② 病院敷地内・病棟外 ③ 病院敷地外

病棟内	病院敷地内・病棟外	病院敷地外	無回答
118	83	57	21

全記載事例数=279



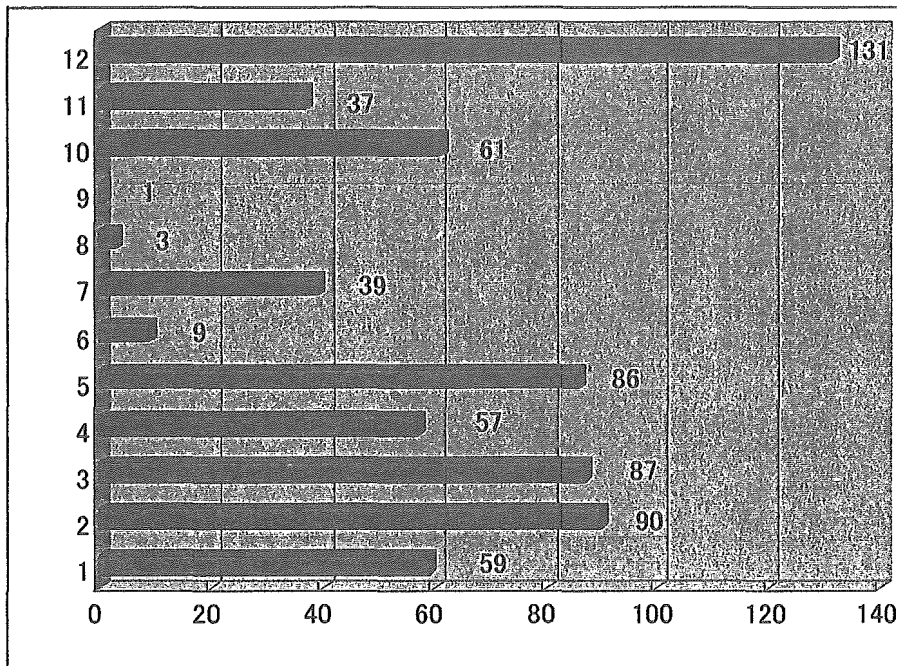
問6. 自殺直前の出来事、自殺の予兆(5頁項目から該当する項目をすべて選択しカッコ内に具体的内容をご記入下さい。尚、記入欄が足りない場合は余白、用紙の裏等をご使用下さい)

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	12
59	90	87	57	86	9	39	3	1	61	131	37

選択項目:

- ① これまでに精神疾患の既往がない患者に精神症状が出現した(例:抑うつ状態が認められたなど)
- ② 精神症状が悪化ないしは不安定化していた(例:幻覚・妄想状態の増悪、抑うつ症状の悪化など)
- ③ 身体症状(精神疾患・症状以外)が悪化ないしは不安定化していた
- ④ 以前に自殺企図や自傷行為が認められていた
- ⑤ 自殺願望や自殺の可能性を口にしていた
- ⑥ 直前に親しい人の死別や離別があった
- ⑦ 直前に症状説明が行われた

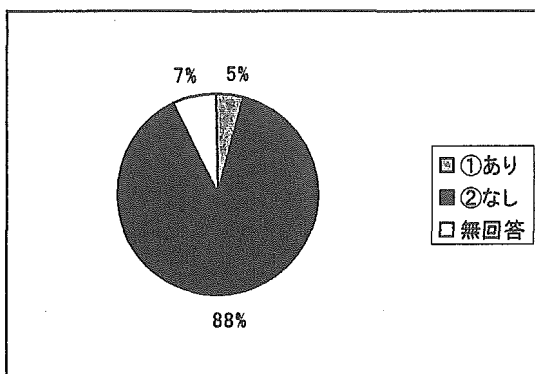
- ⑧ 少し前に同室者が亡くなった
- ⑨ 少し前に他患者の院内における自殺があった
- ⑩ 不眠傾向が続いていた
- ⑪ 分類不能(無断離院・家人とのトラブル・同室者とのトラブルなど)
- ⑬ 全くわからなかった(予兆なし)



問7. 院内で、自殺に関する講習会、勉強会を開催したことはありますか？

①あり	②なし	NA
26	507	42

N=575

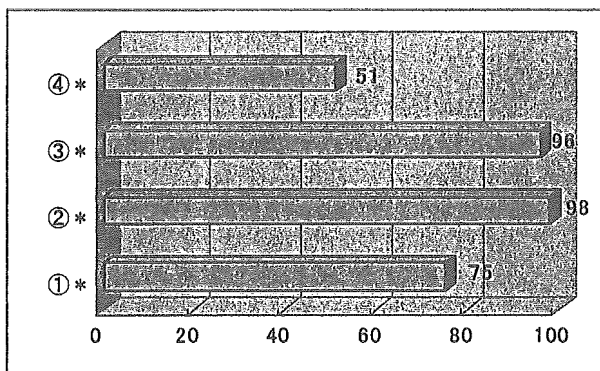


問8. 自殺が生じた後に、院内で話し合い・事例検討は行われましたか？ 棒グラフ (複数回答)

①*	②*	③*	④*
75	98	96	51

<項目>

- ①安全に関する委員会会議等で行われた
- ②病棟など部署や部門で、多職種の会議等で行われた
- ③担当医師と担当看護師など限られたスタッフ間で行われた
- ④その他



ア	71
イ	63
ウ	74

ア:①のみ、①かつ②、①かつ②かつ③

イ:②のみ、②かつ③

ウ:③のみ

下記ア:安全に関する委員会会議等のレベルで行われた施設

下記イ:病棟など部署や部門で、多職種の会議等のレベルで行われた施設

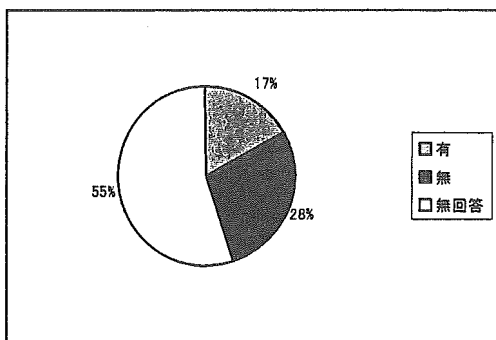
下記ウ:限られたスタッフ間のみで、話し合いや検討が行われた

問9. 自殺が生じた後に、事故に関連した医療スタッフへメンタル・ケアは行われましたか？

全病院対象

①あり	②なし	無回答
98	160	317

N=575

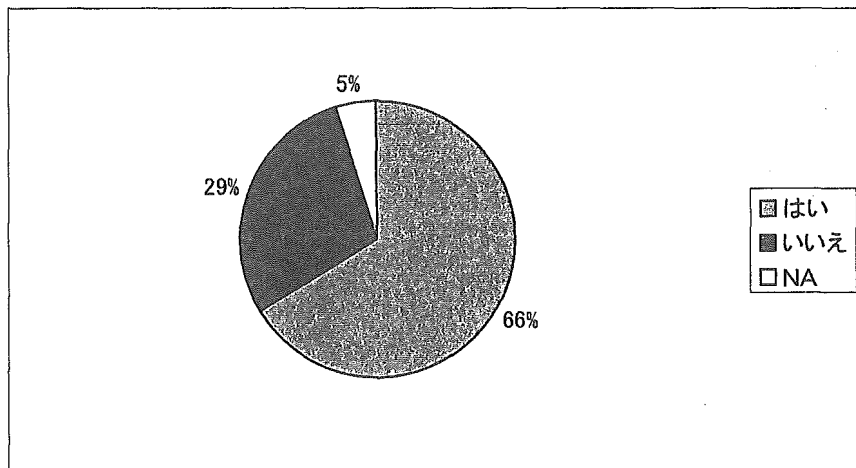


精神科病院および精神科病床用

問1. 過去3年間に、入院患者の自殺事例はありましたか（外出中・外泊中も含む）？円グラフ

フ N=106 全事例件数 154

はい	いいえ	無回答
70	31	5

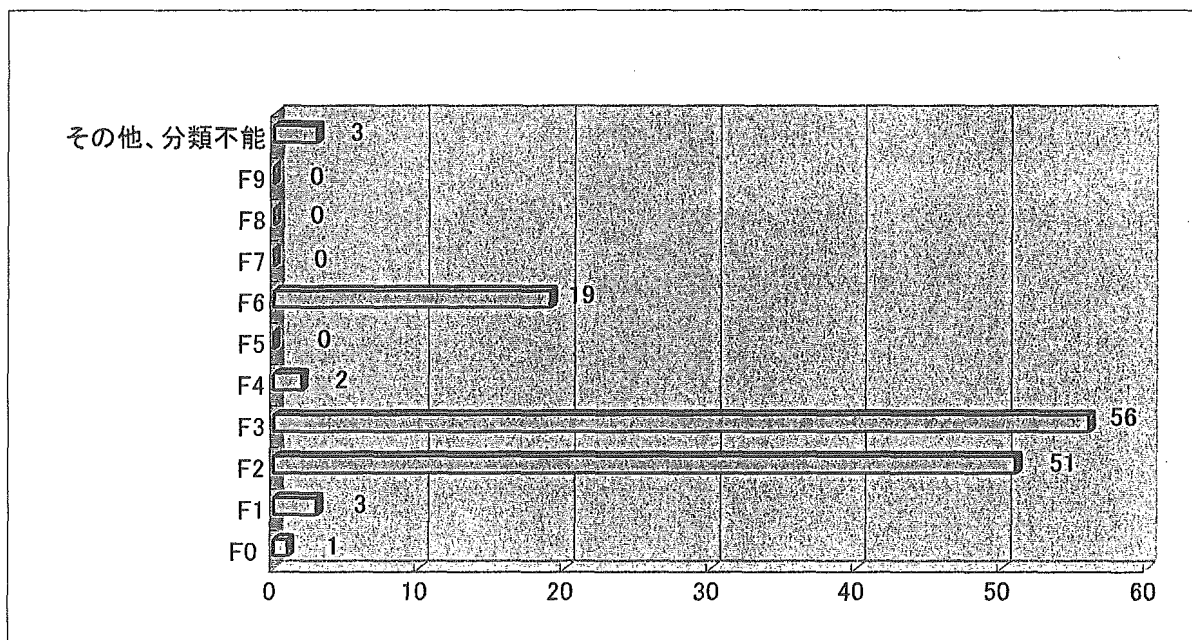


問2. 入院中の精神科主病名

F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	その他、分類不能
1	3	51	56	2	0	19	0	0	0	3
1%	2%	35%	40%	1%	0%	13%	0%	0%	0%	2%

無回答 5 6%

全記載事例数=144



ICD10に準拠した分類

F0 症状性を含む器質性精神障害

F1 精神作用物質による精神および行動の障害

F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害

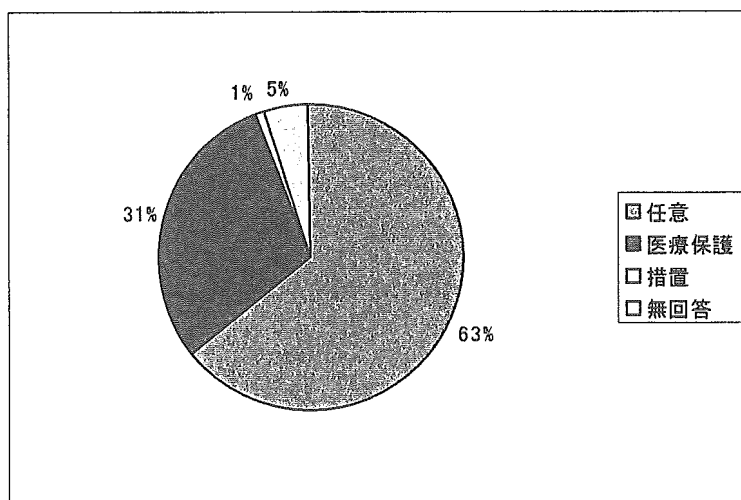
F3 気分（感情）障害

- F4 神経症性障害、ストレス関連性障害および身体表現性障害
- F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F6 成人の人格および行動の障害
- F7 精神遅滞
- F8 心理的発達の障害
- F9 小児期および青年期に通常発症する行動及び情緒の障害および特定不能の精神障害
- その他、分類不能

問3. 入院形態と処遇

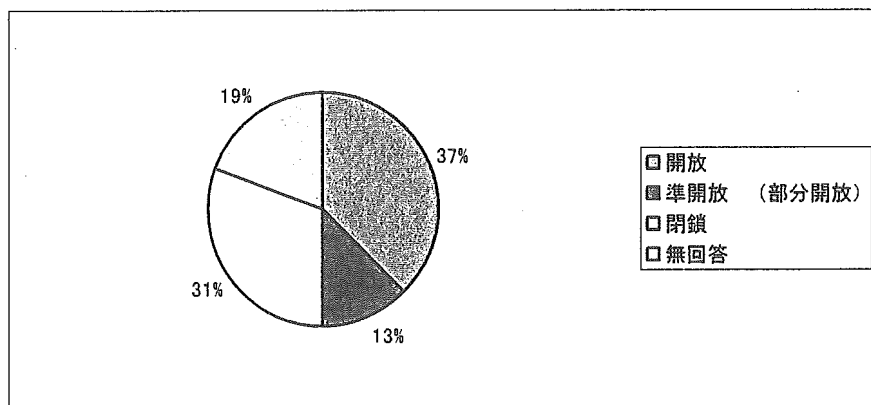
<入院形態>全記載事例数=144

任意	医療保護	措置	無回答
92	44	1	7



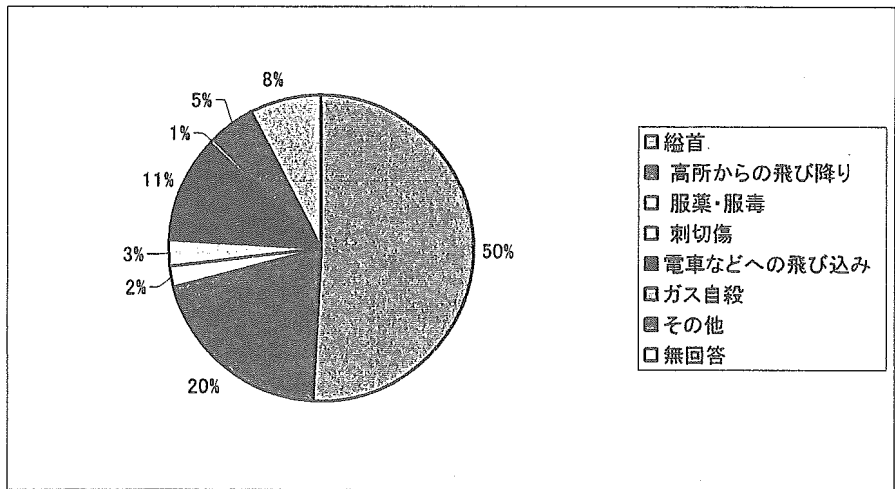
<処遇>全記載事例数=144

開放	準開放 (部分開放)	閉鎖	無回答
54	18	44	28



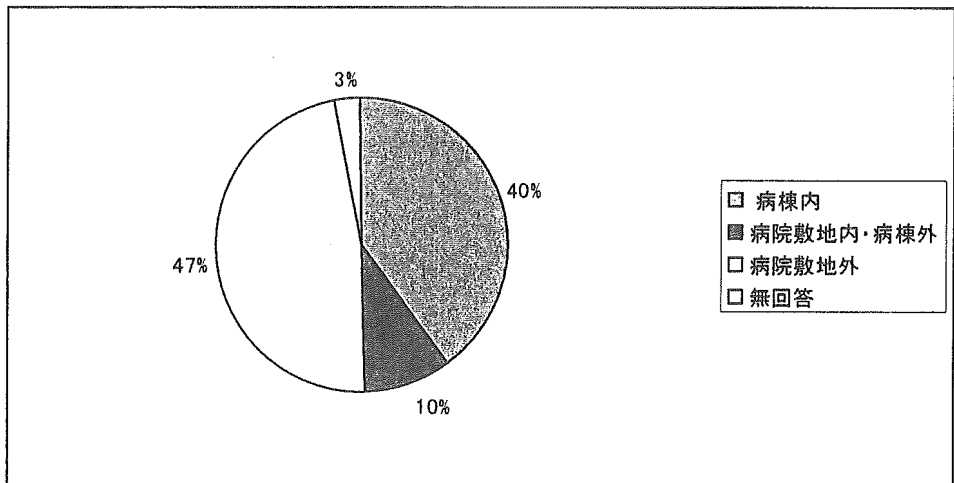
問4. 自殺の手段 全記載事例数=144

縊首	高所からの 飛び降り	服薬・服毒	刺切傷	電車などへ の飛び込み	ガス自殺	その他	無回答
73	29	3	4	16	1	7	11



問5. 自殺の場所 全記載事例数=144

①	②	③	
病棟内	病院敷地内・ 病棟外	病院敷地外	無回答
57	14	69	4

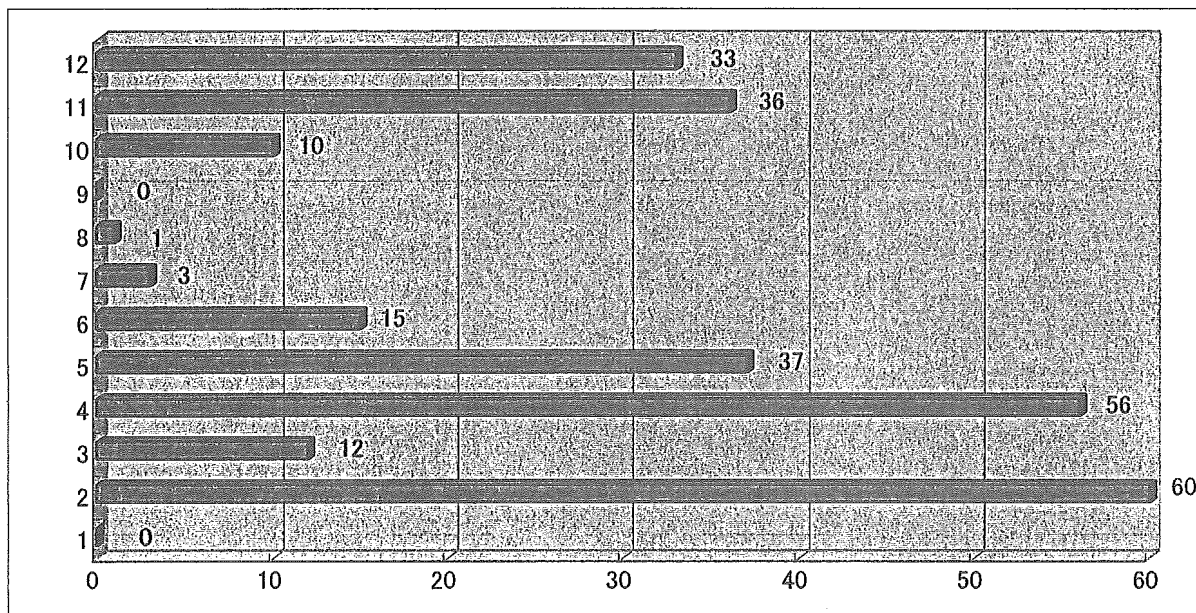


問6. 自殺直前の出来事、自殺の予兆 (複数回答可)

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	
0	60	12	56	37	15	3	1	0	10	36	33

- ① これまでに精神疾患の既往がない患者に精神症状が出現した(例:抑うつ状態が認められたなど)
- ② 精神症状が悪化ないしは不安定化していた(例:幻覚・妄想状態の増悪、抑うつ症状の悪化など)
- ③ 身体症状(精神疾患・症状以外)が悪化ないしは不安定化していた
- ④ 以前に自殺企図や自傷行為が認められていた
- ⑤ 自殺願望や自殺の可能性を口にしていた
- ⑥ 直前に親しい人の死別や離別があった
- ⑦ 直前に症状説明が行われた
- ⑧ 少し前に同室者が亡くなった

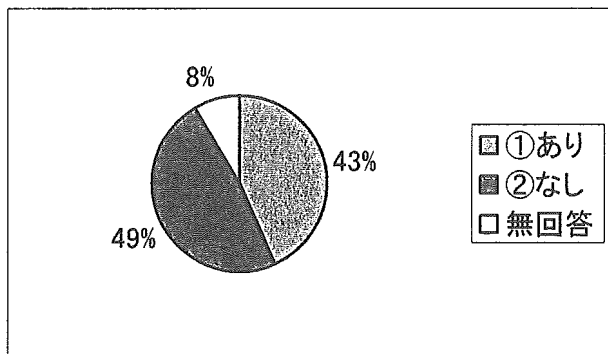
- ⑨ 少し前に他患者の院内における自殺があった
- ⑩ 不眠傾向が続いていた
- ⑪ 分類不能(無断離院・家人とのトラブル・同室者とのトラブルなど)
- ⑫ 全くわからなかった(予兆なし)



問7. 院内で、自殺に関する講習会、勉強会を開催したことはありますか？

①あり	②なし	無回答
46	51	9

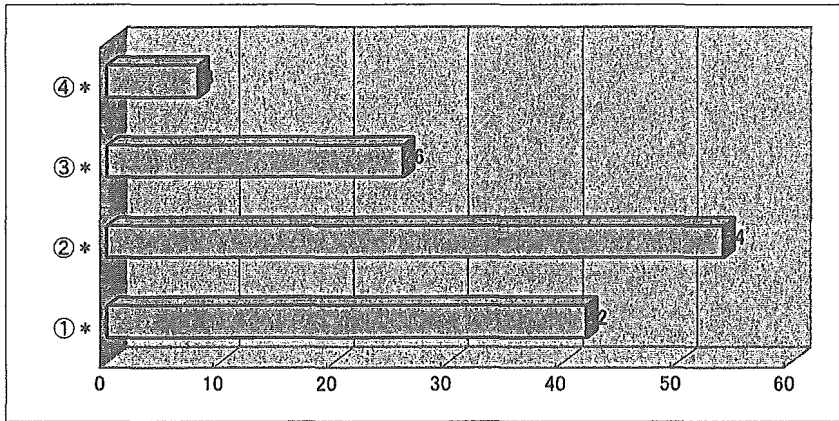
N=106



問8. 自殺が生じた後に、院内で話し合い・事例検討は行われましたか？(複数回答可)

①*	②*	③*	④*
42	54	26	8

- * ①安全に関する委員会会議等で行われた
- * ②病棟など部署や部門で、多職種の会議等で行われた
- * ③担当医師と担当看護師など限られたスタッフ間で行われた
- * ④その他



ア	30
イ	6
ウ	7

ア：①のみ、①かつ②、①かつ②かつ③

イ：②のみ、②かつ③

ウ：③のみ

下記ア：安全に関する委員会会議等のレベルで行われた施設

下記イ：病棟など部署や部門で、多職種の会議等のレベルで行われた施設

下記ウ：限られたスタッフ間のみで、話し合いや検討が行われた

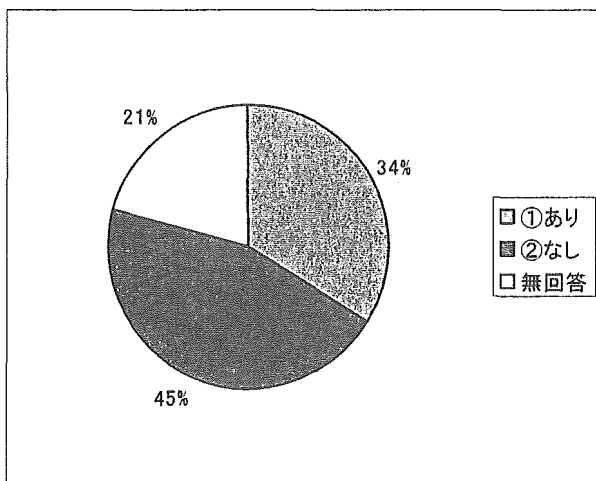
円グラフ

問9. 自殺が生じた後に、事故に関連した医療スタッフへメンタル・ケアは行われましたか？

N=106

<全病院対象>

①あり	②なし	無回答
36	48	22



II. 調査結果のグラフとその回答内容から読み取れること 各々質問ごとにコメント挿入

〈一般病院用〉

1. 入院患者の自殺事例について

1. 一般病院(575 病院)に対する調査において、実に全体の 29%の病院において入院中の自殺事故が発生しており、自殺件数総数は 347 件に上る。
2. 自殺事例の詳細について AQ1
2. 自殺者の抱える身体疾患の内訳ではその 35%が癌であったが、診療科は多岐にわたり、癌以外の疾患は実に多様である。
2. 自殺事例の詳細について AQ2
3. 自殺者全体で、直前に精神科を受診していた患者は 29%に留まっていた。
- 2-2. AQ1 自殺の手段
4. 自殺の手段が確認できたものでは、高所からの飛び降り(40%)、縊首(36%)の順で多く、全体の 76%を占める。
- 2-2. AQ2 自殺の場所
5. 一般病院の場合、自殺の 72%の病院内で企図されていた。
- 2-2. AQ3 自殺直前の出来事
6. 自殺者全体の 49%(全記載事例数 279 中「1 項目以上 175 件」で「予兆なし 37 件」を引く:138 件= 138/279)において、自殺直前に何らかの危険信号(抑うつ状態や不安増強、無断離院、「死にたい」の意思表示、自傷行為など)が観察されていた。また、親しいものとの死別直後に自殺をしたものも複数例あった。
3. AQ1 講習会、Q2 話し合い
7. 自殺予防に関して、自殺者や自殺行動について特化した研修会などはほとんどなされておらず、自殺発生直後も、安全管理委員会のレベルで検討が行われたのは 13%の病院に留まっている。
3. AQ3 メンタル・ケア
8. 一般病院において、自殺発生後、事故に関連した医療スタッフへのメンタル・ケアが行われた施設は 17%に留まっている。

〈精神科病院および精神科病床を有する病院用〉

1. 入院患者の自殺事例について

1. 精神科病院および精神科病床を有する病院においても、66%の病院において入院中の自殺事故を経験しており、自殺者の総数は 154 名に上る。
2. 自殺事例の詳細について BQ1
2. 報告された事例の入院中の精神科主病名は、うつ病(気分障害)が 39%と最多であり、次いで統合失調症(35%)、人格障害(13%)の順であった。
2. 自殺事例の詳細について BQ2
3. 入院形態では任意入院が 63%を占め、入院中の処遇では開放処遇 37%、準開放処遇が 13%であり、その両者を併せると 50%である。
- 2-2. BQ1 自殺の手段
4. 自殺の手段は、精神科病院および精神科病床を有する病院においては縊首が 50%と最多であり、次いで高所からの飛び降り(20%)、電車などへの飛び込み(11%)の順であった。
- 2-2. BQ2 自殺の場所
5. 自殺が企図された場所は、精神科病院および精神科病床を有する病院においては病院敷地外が 47%と最多であり、次いで病棟内(40%)、病院敷地内・病棟外(10%)の順であった。
- 2-2. BQ3 自殺直前の出来事
6. 精神科病院および精神科病床を有する病院においても、自殺者の 67%(全記載事例数 144 中「1 項目以上 133 件」で「予兆なし 36 件」を引く:97 件= 97/144)において、その直前に何ら

かの危険信号や、希死念慮が観察されていた。

3. BQ1 講習会、Q2 話し合い

7. 精神科病院および精神科病床を有する病院においては、43%の施設で自殺予防に関する研修会が開催されており、自殺発生直後に安全管理委員会のレベルで検討が行われた施設も約 34%に上っていた。

3. BQ3 メンタル・ケア

8. 精神科病院および精神科病床を有する病院においても、自殺発生後、事故に関連した医療スタッフへのメンタル・ケアが行われた施設は 34%に留まっている。

III. まとめ 資料 1-1 p.93 へ挿入予定

1. 一般病院、精神科病院および精神科病床を有する病院のいずれにおいても、自殺事故はかなりの頻度で発生しており、自殺が決して希な事故ではないことを改めて銘記する必要がある。
2. 身体疾患をもつ患者において自殺率が高いことが知られている。また、自殺者の9割以上が、自殺企図の時点でうつ病などの精神疾患に抱えていたことも明らかにされている。入院患者の精神状態の観察と評価は常に大切であり、患者に抑うつ症状や不安の増強、行動上の変化が認められた場合には、精神科へのコンサルテーションを実施することが望まれる。
3. 精神疾患罹患、自殺企図の既往、心理的・身体的・社会的喪失体験は自殺の危険因子であり、これらが認められる患者については、十分な観察と関わりに努め、精神的評価を導入することが望まれる。
4. 自殺の手段では“縊首”及び“高所からの飛び降り”の両者で大半を占めており、それらによる自殺事故を防止するための、病院設備、備品等の環境整備が重要であり、特に注意を要する患者においては、その所持品等にも留意する必要がある。
5. 自殺直前に自殺の意思表示を認める事例が数多く認められる。自殺の願望や生に対する諦めを口にする患者には特に注意が必要である。
6. 自殺予防のためには、そもそも自殺者の特性や自殺行動への理解が不可欠であり、そのための学習機会が必要である。またスタッフ間の話し合いから安全管理委員会のレベルにいたるまで、さまざまなレベルでの事例検討や予防のための話し合いが必要である。
7. 一般病院、精神科病院および精神科病床を有する病院のいずれにおいても、事故に直接関わった医療スタッフに対するメンタル・ケアは質量ともに不十分であり、より実効性のあるメンタル・ケアの在り方について検討する必要がある。

行動制限（身体拘束と隔離）に関するアンケート

【序文】

隔離や身体拘束などの行動制限は、精神科では重要な治療戦略のひとつとして、法的根拠にもとづき常に適切さが求められています。そのうち身体拘束(身体抑制)は、精神科のみならず一般身体科の臨床場面においてもしばしば用いられますが、精神科のような法的基準は無く、各医療施設がそれぞれの良識にもとづいて行っているものと推測されます。今回我々精神科領域における医療安全管理検討会は、行動制限を患者安全管理上の最重要検討課題のひとつと捉え、その実態を明らかにする目的で会員病院を対象としてアンケートを行いましたので、本誌上にその結果の速報を掲載いたします。ご協力いただきました会員病院様には心から感謝申し上げます。

(精神科領域における医療安全管理検討会 南良武、杉山直也、釜英介)

目的: 病院内における自殺事故、行動制限(隔離・身体抑制あるいは身体拘束)に関して認定病院の実態を把握する。

対象病院: 認定病院患者安全推進協議会会員病院 1048 病院(2005年8月末時点)

内訳: *「一般病院用」 906 病院

精神科病床を有する一般病院 123 病院

精神科病床を有さない一般病院 883 病院

*「精神科病院または精神科病床を有する病院用」 165 病院

精神科病床を有する一般病院 123 病院

精神科病院 42 病院

対象者: 医療安全管理者、または、それに準ずる方(精神科病床を有する一般病院の場合、医療安全管理者および、精神科病床を有する病棟の医療安全管理担当者の2名)。

回答数(回収率):

*「一般病院用」 581 病院(57.8%)

*「精神科病院または精神科病床を有する病院用」 105 病院(63.6%)

実施期間: 2005年8月31日～2005年9月26日

1. 事例の有無

一般病院…身体抑制(身体拘束)を実施する事例はありますか？

ある	ない	無回答
542(93.3%)	37(6.4%)	2(0.3%)

回答件数: 581

精神科病院および精神科病床を有する病院…行動制限(隔離・身体拘束)を実施する事例はありますか？

両方行う事例あり	身体拘束のみ	隔離のみ	どちらも行わない	NA
91(86.7%)	5(4.8%)	5(4.8%)	2(1.9%)	2(1.9%)

回答件数:105

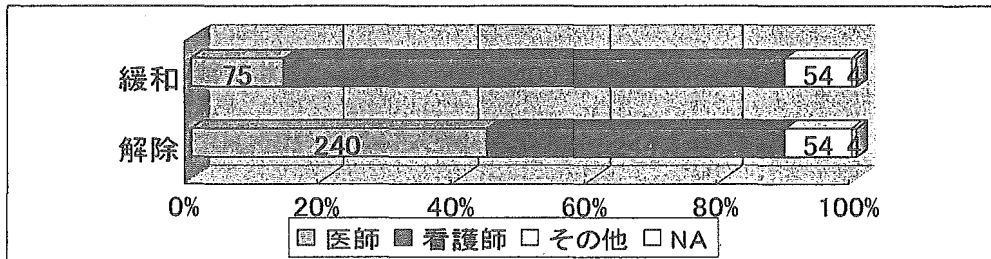
☞ 行動制限(身体拘束)は適用を厳密に選び、他に代替となる方法が無い限り、なるべく行わない方針が望ましいことは明白ですが、複雑な病態を管理する実際の医療現場では、患者様の安全を守るために、やむを得ず必要となることが多く、ほとんどの病院で実施する事例があるようです。実施するからにはやはり厳正な適正化が求められます。

2. 解除と緩和

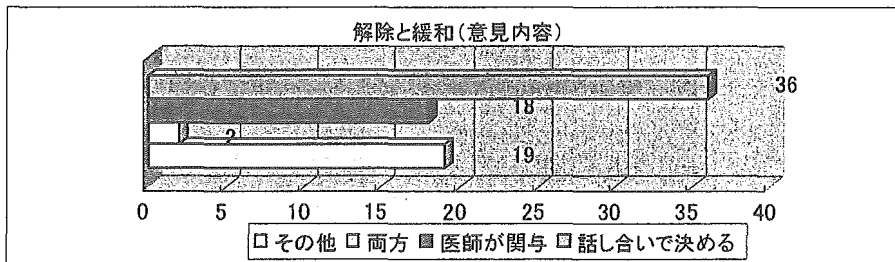
※ 緩和:拘束部位を減らし部分的に解除、時間帯として解除の機会をもうけるなどして観察すること

※ 一時解除:排泄や洗面など、生活上必要なケアのために一時的に制限解除すること

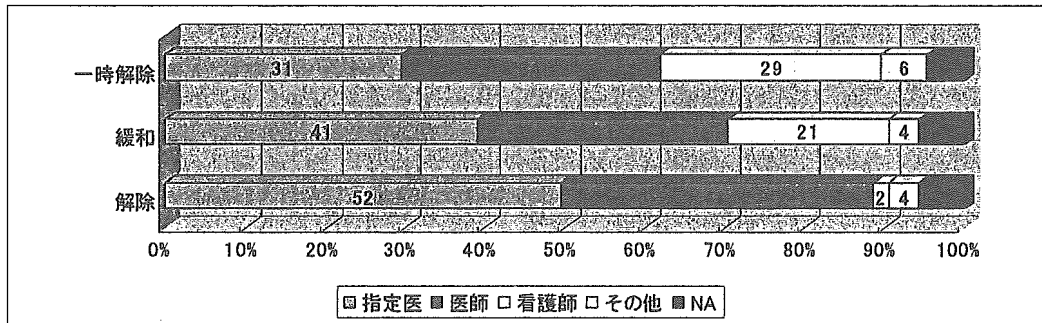
一般病院…身体抑制(身体拘束)を開始する際は医師が判断しますが、解除や緩和については、誰が判断していますか？ 回答件数:542



その他を含む具体的意見(72)の内訳



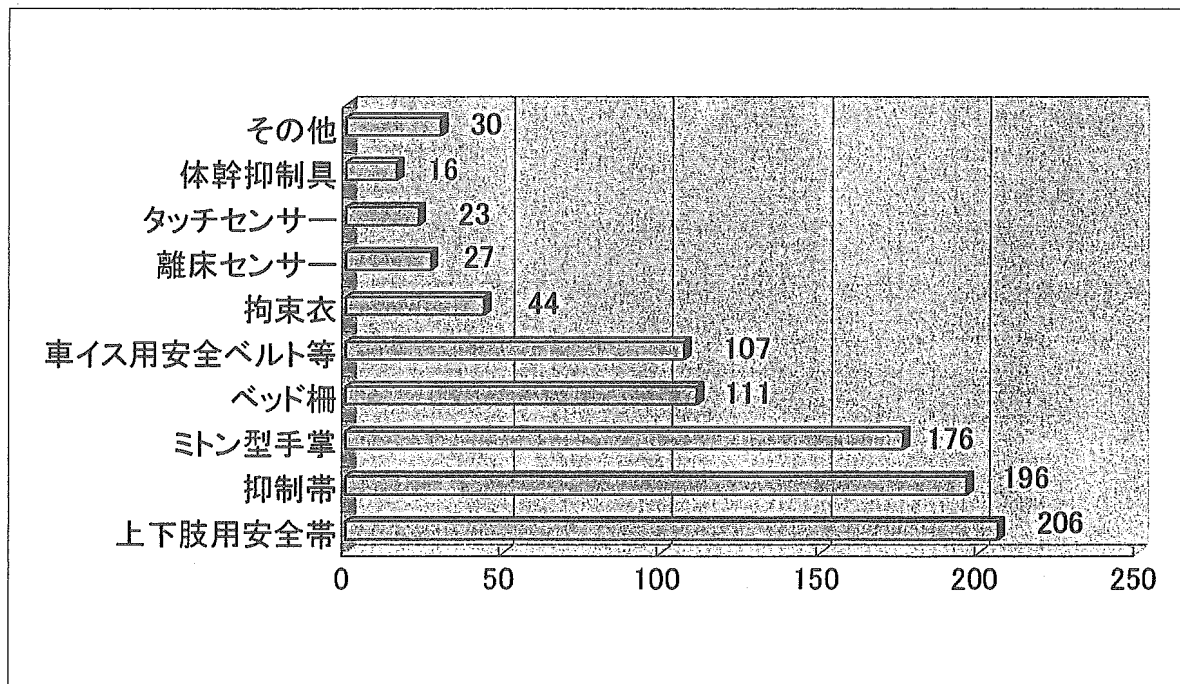
精神科病院および精神科病床を有する病院…精神保健福祉法において、行動制限の必要性判断は、精神保健指定医が行うことが義務付けられていますが、その解除や緩和、生活のための一時解除については、誰が判断していますか？ 回答件数:105



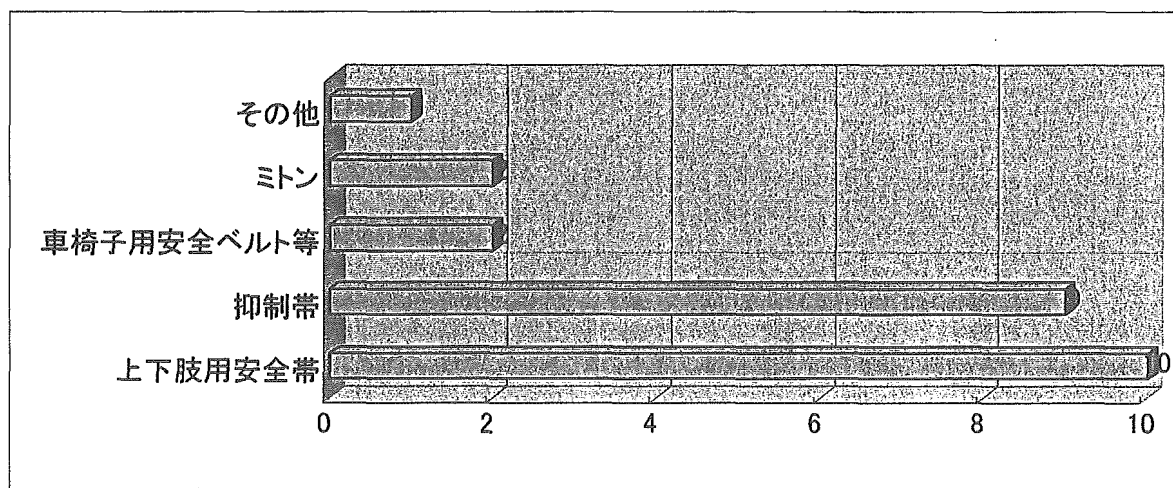
危険や事故を伴うこともある解除や緩和の判断は、一時解除・解除・緩和の順で精神保健指定医の関与が減り、看護師の判断が増加します。一般病院での緩和の判断は殆ど看護師が行っています。一方、これらは必ずしも医師の判断が正確であるとも限りません。本来は現場の実状と患者の医学的状態を総合することが適切で、なるべく複数人数・多職種で相談しながら行われることが最も正確な判断を導き安全と思われ、その他を答えた多くの一般病院でこうした意見がみられました。精神科病院では行動制限の決定に際し精神保健指定医のかかわりが法的に求められていることから、解除や緩和でも医師の関与がより多く見られますが、資格者が明確であるため、かえって話し合っているという意見は精神科病院ではわずかでした。

3. 用具

一般病院…身体抑制(身体拘束)は、どのような用具を用いて行われますか？ 回答件数:542



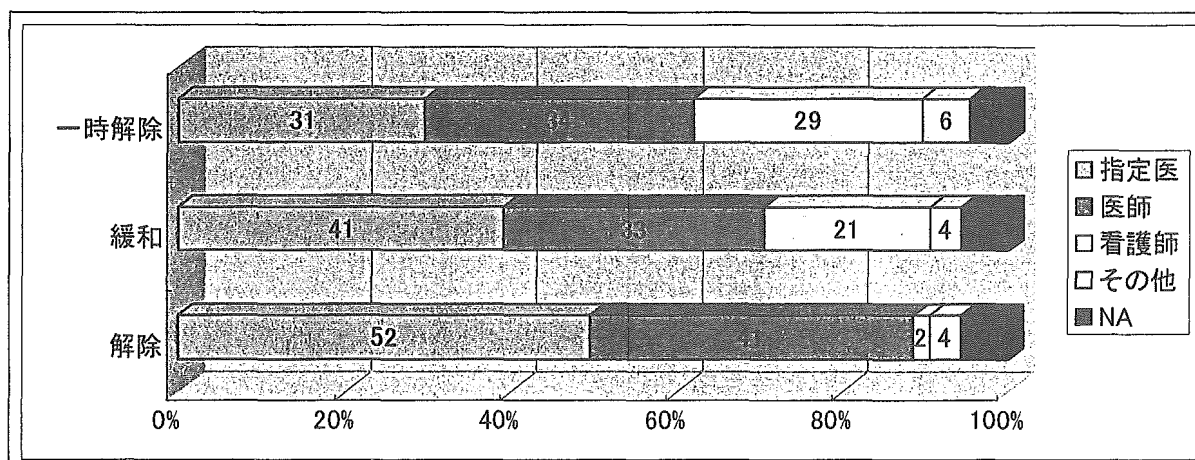
精神科病院および精神科病床を有する病院 回答件数:105



一般病院において身体拘束に用いられる用具は、上下肢用安全帯、ミトン型手掌抑制帯等といった多くの種類があり、その用途に応じて使い分けられていると考えられます。大分類では10種類ですが、それぞれの分類を調べてみると身体拘束を目的とした既製品を選定したのではなく、各施設で独自に工夫したものをを用いていることがわかりました。これは用具の選定において、適切であるかどうかを評価する院内システムが少ないことや、既製品を購入し、日常的に準備しておく習慣がないことなどが影響していると考えられます。

一方、精神科病院では、抑制帯と呼ばれる既製品を中心に、その種類も限定されていました。これは身体拘束そのものが、精神科患者の日常的な治療やケアと密接な関係があるため、適正な用具を使用するという考えが定着しているものと考えられます。

精神科病院および精神科病床を有する病院のみ…排泄や洗面など、病棟生活上必要な行為のために一時的な制限解除を行うかどうかの判断は、誰が行っていますか？ 回答件数:105

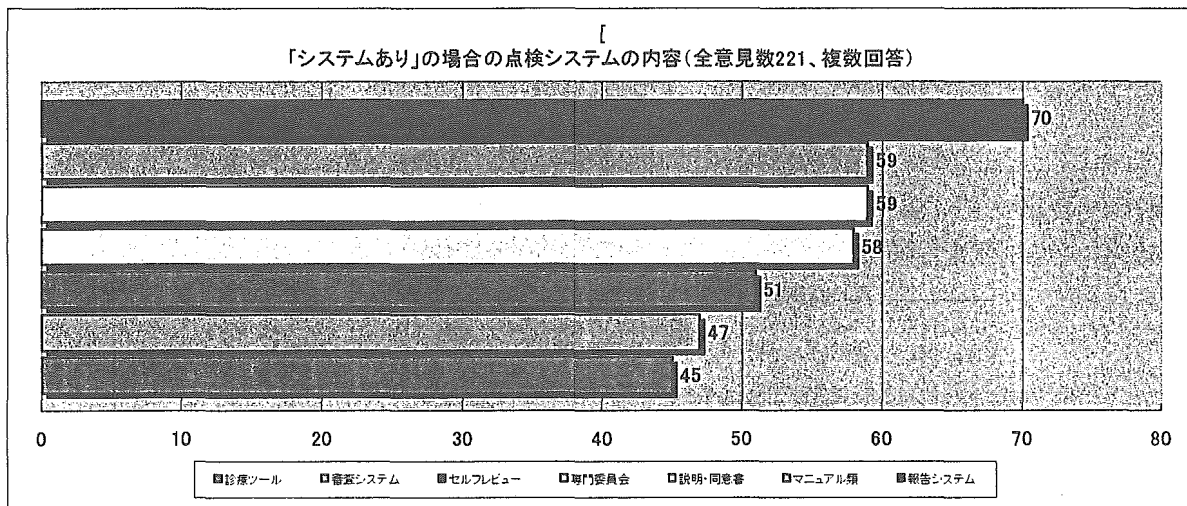


4. 点検システム

身体抑制(身体拘束)が院内の基準に沿って行われているかどうかを点検するため、院内に何らかの仕組みがありますか？

一般病院 回答件数:542

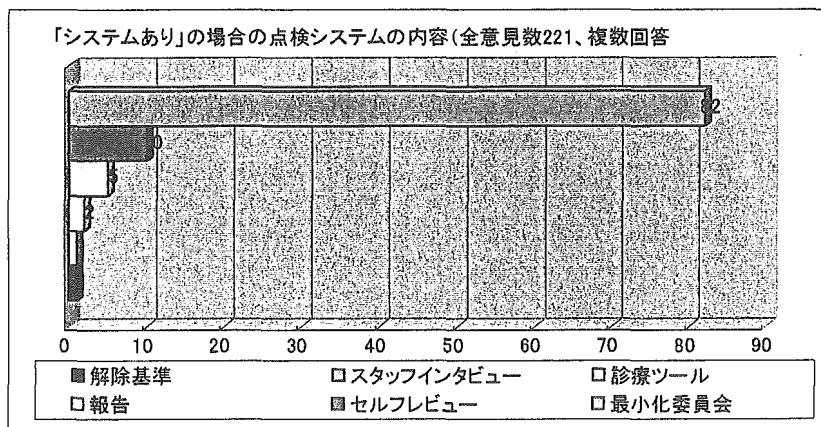
システムあり	システムなし	NA
231(42.6%)	307(56.6%)	4(0.7%)



精神科病院および精神科病床を有する病院

システムあり	システムなし	NA
89(84.7%)	11(10.5%)	5(4.8%)

回答件数:105



- 精神科病院は点検システムを有す病院が殆どですが、「最小化委員会」が圧倒的に多く、一律的で、法や診療報酬規定による影響が考えられます。委員会が形式だけになっていないか、実体的に機能しているかどうかのポイントといえます。一般病院で何らかの点検システムを導入しているのは約4割強でした。多くの一般病院は、基準が適切に守られているかの点検を、「基準によって行う」と答え、マニュアルがあればよいという考え方が多いことが懸念されます。また、

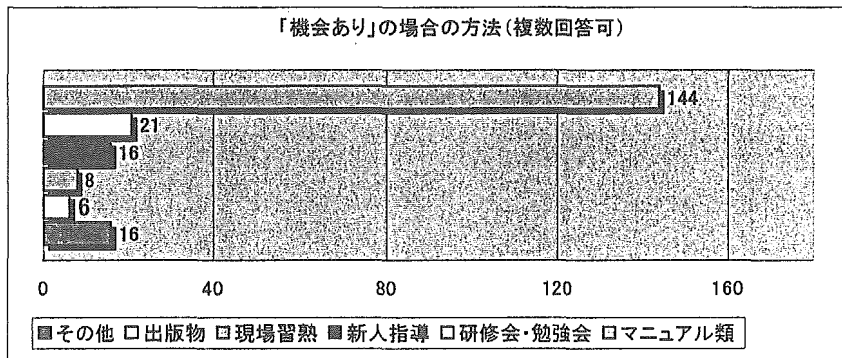
家族への説明書や同意書をもって行動制限の適切性の根拠とする意見は一般病院では多数ありましたが、精神科病院ではありませんでした。行動制限に対する認識の違いが反映された結果と言えます。取り組みを行っている一般病院の中には、内容的にさまざまな工夫や努力、または複数のシステムによって質を保つなど、入念な取り組みをしている意見もあり、病院間で意識格差が見られました。

5. 習熟方法・機会

身体抑制(身体拘束)について、その実施や手順を具体的に習熟するための機会(実技実習や図入りの解説による手順書など)がありますか？

一般病院 回答件数:542

あり	なし	無回答
219(%)	318(%)	5(%)



精神科病院および精神科病床を有する病院 回答件数:105

あり	なし	無回答
83(%)	16(%)	6(%)

☞ 精神科病院では診療報酬上の規制により、行動制限のマニュアル整備が進んでいます。一般病院でもマニュアル自体は多く存在します。どちらの病院群も図入りで分かりやすい手順書や研修など他の具体的な習熟の機会はまだ少ないようです。

6. 肺塞栓症対策

精神科病院および精神科病床を有する病院のみ…身体拘束を実施する際、肺塞栓予防のための取り組みが同時に行われていますか？ 回答件数:105

対策あり	対策なし	無回答
57(55.9%)	39(38.2%)	6(5.9%)