

指導内容の改定調査から構成されている。

### 1) 精神科救急・急性期治療病棟調査

精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟を有する230施設へアンケート調査票を郵送し、薬剤部門の責任者に回答を依頼した。96名より回答があった(回収率42%)。処方内容に関する項目、退院後の処方に関する項目、および評価尺度実施率について質問した。研究は、次の研究協力者と実施した。

研究協力者氏名 所属施設名・職名(五十音順)  
稲垣 中 慶應義塾大学大学院  
健康マネジメント研究科准教授  
坂田 睦 井上会篠栗病院薬剤室室長  
天正 雅美 医療法人北斗会ほくとクリニック  
病院薬局長  
野田 寿恵 国立精神神経センター精神保健  
研究所社会精神保健部室長  
野田 幸裕 名城大学薬学部  
病態解析学教室教授  
馬場 寛子 明照会常盤病院薬剤部主任  
林 やすみ 武蔵野中央病院薬局長  
吉尾 隆 東邦大学薬学部医療薬学  
教育センター教授

### 2) 薬剤管理指導内容の改定調査

平成19年度作成した精神科急性期医療における薬剤師の役割パス、処方モニタリングシート、薬学的管理確認シートを精神科専門薬剤師セミナーへ参加した薬剤師59名に配布し、実施項目、精神科急性期治療現場での適応について調査した(回収率は27.1%)。調査結果に基づき、シートを改定した。研究は、主に次の研究協力者と実施した。

研究協力者氏名 所属施設名・職名(五十音順)  
坂田 睦 井上会篠栗病院薬剤室室長  
野田 寿恵 国立精神神経センター精神保健  
研究所社会精神保健部室長  
吉尾 隆 東邦大学薬学部医療薬学  
教育センター教授

## C. 研究結果

### 1) 精神科救急・急性期治療病棟調査

「処方開始時」には、薬物療法ガイドラインやスイッチング方法を参照しているの方が参照していない者に比べて、「主剤や向精神薬換算量のモニタリング、気分安定薬処方の有無の確認」の実施率が有意に高かった。「処方変更時」では、の確認項目においては、クロルプロマジン換算量の実施率が薬物療法ガイドライン等を参照しているの方が有意に高かった。「頓服処方時」では、薬物療法ガイドライン等を参照しているの方が頓服の処方理由のみの実施率が有意に高かった。

### 2) 薬剤管理指導内容の改定調査

昨年度開発した薬剤管理指導内容の各領域について、現場で実施可能と回答した割合は、役割パスは81.3%、処方モニタリングシートは62.5%、入院時シートは68.8%、薬剤モニタリングシートは62.5%、退院時シートは87.5%、検査・観察シートは31.3%であった。

検査・観察シートは、客観的な評価尺度を取り入れるべきとの回答が多く見られた。研修を望む評価尺度には「薬に対する構えの調査票」(Drug Attitude Inventory: DAI-10)、「薬原性錐体外路症状評価尺度」(Drug Induced Extrapyramidal Symptoms Scale: DIEPSS)があった。

以上の結果を踏まえ、薬学的管理確認シートを次の通り改定した。

- ①入院時確認シート：薬物治療歴を主剤、向精神薬の換算値、剤数、投与状況を明確にした。
- ②検査・観察シート：症状・副作用・薬効の確認に客観的な評価方法を導入した。
- ③退院時確認シート：退院後項目を追加した。

## D. 考察

### 1) 精神科救急・急性期治療病棟調査

薬物療法ガイドラインやスイッチング方法を参照している薬剤師は、薬物療法のモニタリングをしている割合が高かった。主剤の確認や向精神薬換算量のモニタリングを実施することは、医師への具体的な処方支援が可能となる。薬物療法ガイドラインやスイッチング方法が参照できる体制を構築する必要があることを、本研究結果は示唆している。

特に薬効や副作用のモニタリングには、標準的な薬学的管理のためには、客観的な評価尺度を用いることが必要であり、現場の薬剤師もその必要性を認識していた。

なお、頓服処方時に、抗精神病薬の換算値に関する確認は十分に実施されていなかった。頓服の内容や期間によっては多剤併用や大量療法につながる可能性もあることから、頓服処方量の確認を実施する必要がある。さらに、退院後の処方と服薬に関する確認も実施率が低かった。退院後のアドヒアランスの向上のためにも、入院中から退院後の生活を意識した支援が必要と考えられる。

### 2) 薬剤管理指導内容の改定

今回作成した薬学的管理シートは入院時確認シートにより入院時から退院後の生活の把握や、患者が受けてきた薬物療法の分析が可能となり、その後提供される薬物療法の基礎情報となると考えられる。「検査・観察シート」では評価のばらつきを少なくするために、客観的な評価方法を導入した。「退院時確認シート」では、入院中に提供された薬物療法の把握となる。「入院時確認シート」は、薬剤情報項目をそろえることにより、入院時、退院時の処方

比較も可能となる。「薬学的管理シート」は入院時、退院時の確認項目を設定し、薬物療法のモニタリングを実施するという緩やかなシートであり、調査結果からも現場での活用も可能と考えられた。

## E. 結論

精神科急性期医療において薬剤師が実施している薬学的管理の内容は、病院によって差が生じている。より制限的ではない入院医療を提供するためには、抗精神病薬の換算値や評価尺度など客観的な手法を用いたモニタリングを実施して、標準化された薬学的管理を行うことが必要である。

今回改定した精神科急性期薬剤管理指導プロトコルは入院時、退院時の確認項目を設定し、薬物療法のモニタリングを実施するという緩やかなシートであり、現場での活用を期待したい。

今後、薬剤師が標準化されたシートを活用し、薬物療法モニタリングを実施することにより、薬剤師個人の経験や知識の差による情報の収集、情報提供の内容の差が縮小可能となり、処方の最適化を目指した水準の高い薬物療法への関与が可能となると考えられる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 藤田純一、三澤史斉、野田寿恵、西田淳志、伊藤弘人・樋口輝彦：精神科医の処方態度に関する予備的研究：精神医学 50：159-167, 2008.
- 野田寿恵、藤田純一、三澤史斉、伊藤弘人、樋口輝彦。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.
- 三澤史斉, 野田寿恵, 藤田純一, 他. 精神科救急入院料病棟における初期治療の意識調査: 統合失調症精神運動興奮モデル事例から. 臨床精神薬理 11(9), 2008.
  - 藤田純一, 小林桜児, 伊藤弘人, 岩間久行, 岩成秀夫. 公立単科精神科病院における頓用薬使用の実態と意識調査. 精神医学 (印刷中).
  - 坂田睦, 森川則文, 古賀幸博, 伊藤弘人. メチルフェニデートの適正使用に関する報告: 向精神薬管理への薬剤師への役割. 日精協誌 27: 723-727, 2008.
  - 町田いづみ, 藤井彰夫, 井上三男, 佐藤智代. 精神科医療における薬剤師機能の現状と期待: 第1報告. 最新精神医学 13: 364-374, 2008.
2. 学会発表
- 第18回日本臨床精神神経薬理学会・第38回日本神経精神薬理学会合同年会 P2-G2 精神科急性期医療への薬剤師の参画—薬剤師の活動状況調査と今後の課題— (2008年10月 東京)
  - 日本病院薬剤師会大 38回関東ブロック学術大会 シンポジウム 抗精神病薬の適正使用に向けて～薬剤師の関わり現状と問題点～ (2008年8月山梨)
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)  
該当なし



## 精神科急性期医療における薬剤師活動状況と今後の課題 —精神科急性期医療における薬剤師の薬学的管理実施調査—

協力研究者 坂田 睦 井上会篠栗病院 薬剤室室長

研究要旨：精神科急性期医療において、薬物療法は重要な役割を有している。また、医療環境の変化により薬剤師がチーム医療の担い手として、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うとともに医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画が求められており、日本病院薬剤師会による精神科専門薬剤師認定制度も開始されている。一方で近年の診療報酬改定に象徴されるようにわが国の精神科医療は、入院期間の短縮を目指す方向に移行している。そのような中で薬剤師が薬学的管理を実施する際、客観的な指標を活用し、入院時から退院後の生活を考慮した薬剤管理指導ができていないかを検討した。**研究方法**：精神科救急病棟及び精神科急性期治療病棟を有する病院の薬剤部門責任者を対象とした郵送調査を実施した中で薬学的管理を行っている者 69 名を抽出し、処方内容に関する 6 項目について  $\chi^2$  乗検定を用い解析した。**結果**：薬学的管理を実施する際に薬物療法ガイドラインやスイッチングの方法を参照している薬剤師は、薬物療法モニタリング時に維持期の薬物療法へ影響すると考えられる主剤や向精神薬投与量の換算値のモニタリングを実施していた。退院後の処方に関する項目や評価尺度を用いたモニタリングの実施率は全般的に低かった。**まとめ**：現在、精神科急性期医療において薬剤師が実施している薬学的管理の内容に差が生じている。これは精神科急性期医療における薬剤師の業務が確立されておらず、精神科に勤務する薬剤師の知識や意識の差が原因と考えられる。医療環境の変化により薬剤師が質の高い薬物療法へ参画することが必要とされており、薬剤師が薬物療法ガイドラインやスイッチングの方法を参照し、換算値や評価尺度など客観的な手法を用いたモニタリングを実施し、標準化された薬学的管理を行うことにより薬物療法の水準を高めることができると考えられた。

### 研究協力者氏名 所属施設名及び職名

吉尾 隆	東邦大学薬学部医療薬学教育センター	教授
野田 幸裕	名城大学薬学部病態解析学教室	教授
馬場寛子	明照会常盤病院	薬剤部主任
林やすみ	武蔵野中央病院	薬局長
天正雅美	医療法人 北斗会ほくとクリニック	薬局長
稲垣 中	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科	准教授
野田寿恵	国立精神神経センター精神保健研究所	社会精神保健部 室長
伊藤弘人	国立精神神経センター精神保健研究所	社会精神保健部 部長

## A. 研究目的

精神科急性期医療において、薬物療法は重要な役割を有している。また、医療環境の変化により薬剤師がチーム医療の担い手として、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うとともに医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画が求められており、日本病院薬剤師会認定による精神科専門薬剤師認定制度も開始されている。一方で近年の診療報酬改定に象徴されるようにわが国の精神科医療は、入院期間の短縮を目指す方向に移行している。そのような中で薬剤師が薬学的管理を実施する際、客観的な指標を活用し、入院時から退院後の生活を考慮した薬学的管理が実施されているかを検討した。

## B. 研究方法

### 1) 対象

精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟を有する230施設へアンケート調査票を郵送し、薬剤部門の責任者に回答を依頼した。96名より回答があった。(回収率42%)回答のあった中で薬学的管理を実施している者は69名であった。(69.7%)薬学的管理を実施している者の中で51名(73.9%)が薬物療法ガイドラインやスイッチング方法を参照して薬学的管理を実施していた。

### 2) 解析項目

処方内容に関する項目：3項目、退院後の処方に関する項目：2項目、評価尺度実施率：1項目

## C. 研究結果

### 1) 薬物療法のモニタリング

処方開始時の確認項目においては、主剤、向精神薬換算量、気分安定薬処方の有無の確認において薬物療法ガイドラインやスイッチング方法を参照している者の方が参照していない者に比べて実施率が有意に高かった。処方変更時の確認項目においては向精神薬換算量の中ではクロルプロマジン換算量のみが薬物療法ガイドラインやスイッチング方法を参照している者の方が参照していない者に比べて実施率が有意に高く、気分安定薬処方の有無、疾患禁忌についても同じであった。頓服処方時の確認項目においては、頓服の処方理由のみが薬物療法ガイドラインやスイッチング方法を参照している者の方が参照していない者に比べて実施率が高かった。

### 2) 退院後の処方に関する項目

入院時から退院後の服薬に関する支援体制の確認の実施、退院時処方が生活環境に合致しているかの確認の実施に関しては、薬物療法ガイドラインやスイッチング方法の参照の有無による差はみられなかった。

### 3) 評価尺度を用いたモニタリング

評価尺度を用いたモニタリングの実施率は全体的に低く、薬物療法ガイドラインやスイッチング方法の参照の有無による差はみられなかった。

## D. 考察

### 1) 薬物療法のモニタリング

薬物療法のモニタリングにおいては、処方開始時、処方変更時、頓服処方時の全てにおいて薬物療法ガイドラインやスイッチング方法を参照している者の方が参照していない者に比べて実施率が高かった。主剤の確認や向精神薬換算量のモニタリングを実施することにより、



医師への具体的な処方支援が可能となると考えられる。しかし、具体的な提案を実施するためには、薬物療法ガイドラインやスイッチング方法の知識を習得する必要があると考えられた。処方確認の中で頓服処方時においては、処方の理由、禁忌、相互作用に関しては実施率が高かったが、換算値等に関する確認はあまり実施されていなかった。頓服の内容や期間によっては多剤併用や大量療法につながる可能性もあることから、頓服処方量の確認を実施する必要があると考えられる。また、薬効や副作用のモニタリングに客観的な評価尺度を用いることにより、標準的な薬学的管理が可能と考えられるが、これらの実施にも評価尺度や副作用モニタリングに関する知識の習得が必要であると考えられた。

## 2) 退院後の処方に関する項目

入院時から退院後の服薬に関する支援体制の確認、退院時処方が生活環境に合致しているかの確認の実施に関しては、実施率が低く、入院期間が短縮されている現状から考え、退院後のアドヒアランス向上を考慮し、入院時から退院後の生活を把握する必要があると考える。

## 3) 評価尺度を用いたモニタリング

評価尺度を用いたモニタリングの実施率は全体的に低かった。評価尺度に関する薬剤師の知識、実施に要する時間等の不足が考えられる。薬剤師が薬物療法とあわせて効果や副作用の評価に客観的なモニタリングの実施が可能となるよう知識を習得する必要がある、また病棟での活動時間を確保する必要があると考える。

## E. 結論

現在、精神科急性期医療において薬剤師が実

施している薬学的管理の内容に差が生じている。これは精神科急性期医療における薬剤師の業務が確立されておらず、精神科に勤務する薬剤師の知識や意識の差が原因と考えられる。医療環境の変化により薬剤師が質の高い薬物療法へ参画することが必要とされており、薬剤師が薬物療法ガイドラインやスイッチングの方法を参照し、換算値や評価尺度など客観的な手法を用いたモニタリングを実施し、標準化された薬学的管理を行うことにより薬物療法の水準を高めることができると考えられた。今回の調査で薬学的管理実施の際に薬物療法ガイドラインやスイッチング方法の参照の有無により実施内容に差が生じていることは判明したが、薬物療法ガイドラインやスイッチング方法の参照の有無による薬学的管理実施の効果に関しては実証することはできなかった。今後、精神科急性期医療における薬剤師の標準的な業務を確立し、薬剤師が薬物療法ガイドラインやスイッチング方法を参照し客観的な評価尺度や副作用モニタリングを実施することによる薬物療法の変化や患者のアドヒアランス等への効果を調査する必要があると考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表：準備中
2. 学会発表：第18回日本臨床精神神経薬理学会・第38回日本神経精神薬理学会合同年会 P2-G2 精神科急性期医療への薬剤師の参画—薬剤師の活動状況調査と今後の課題—（2008年10月 東京）

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む） 該当なし

## 精神科急性期医療における薬剤師管理指導業務の確立

### — 精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成 —

協力研究者 坂田 睦 井上会篠栗病院 薬剤室室長

研究要旨：精神科急性期医療への薬剤師の参画が明確になれば、その業務量を測定しコスト計算が可能になる。平成 19 年度の調査から、精神科急性期における薬剤管理指導業務の内容に差があることがわかった。これは精神科急性期医療における薬剤師の業務が確立されておらず、精神科に勤務する薬剤師の知識や意識の差が原因と考えられた。今回、平成 19 年度に作成した精神科急性期薬剤管理指導業務のプロトコルを薬剤管理指導業務の標準化を目的とし、薬剤師が知識や意識の差にとらわれず、薬剤師が薬物療法のモニタリングを実施し、処方最適化を目指し、水準の高い薬物療法への関与が可能となるよう改訂した。**研究方法**：医師、薬剤師で構成される専門家会議で作成した精神科急性期医療における薬剤師の役割パス、処方モニタリングシート、薬学的管理確認シートを精神科専門薬剤師セミナーへ参加した薬剤師 59 名に配布し、実施項目、精神科急性期治療現場での適応について調査し、シートの改訂を行った。**結果**：回収率は 27.1%であった。現場での適応は、役割パス 81.3%、処方モニタリングシート 62.5%、入院時シート 68.8%、薬剤モニタリングシート 62.5%、退院時シート 87.5%、検査・観察シート 31.3%が現場での使用が可能と答えた。**まとめ**：精神科急性期治療の中で現在薬剤師が実施している薬剤管理指導は、十分に薬物療法に関与できているとはいえない。これは薬剤師が薬物療法の水準を高めることを目的とし薬学的管理を行ってこなかったのが原因だと考えられる。今回改訂した精神科急性期薬剤管理指導プロトコルは入院時、退院時の確認項目を設定し、薬物療法のモニタリングを実施するという緩やかなシートであり、現場での活用も可能と考えられる。今後、標準化されたシートを活用し、薬物療法モニタリングを実施することにより、処方の最適化を目指し、水準の高い薬物療法への関与が可能となると考えられる。しかし、これらのシートを用いて病棟での業務を実施するためには、客観的な評価が実施できるようになる研修が必要であり、また薬剤師の病棟での活動時間の増加が必要であると考えられる。

#### A. 研究目的

精神科急性期医療への薬剤師の参画が明確になれば、その業務量を測定しコスト計算が可能になる。平成 18 年度の研究により、精神科急性期医療において処方の最適化を目指し、効果的でより安全な薬物療法を行うためには、薬剤師の治療

への参画の必要性が明らかとなった。しかし平成 19 年度の研究から、薬剤師のモニタリング、入院時における退院後の服薬に関する支援体制の確認の実施率は低かった。その原因として薬剤師の経験不足、情報提供の方法や手段が確立されていないことが考えられた。平成 19 年度の研究で作成



した精神科急性期薬剤管理指導プロトコルを処方最適化を目指し、情報提供が可能となることを目的として改訂した。

## B. 研究方法

平成 19 年度作成した精神科急性期医療における薬剤師の役割パス、処方モニタリングシート、薬学的管理確認シートを精神科専門薬剤師セミナーへ参加した薬剤師 59 名に配布し、実施項目、精神科急性期治療現場での適応について調査した。調査結果に基づき、シートを改訂した。

## C. 研究結果

### 1) アンケート結果

回収率は 27.1%であった。現場での適応について役割パス 81.3%、処方モニタリングシート 62.5%、入院時シート 68.8%、薬剤モニタリングシート 62.5%、退院時シート 87.5%、検査・観察シート 31.3%が現場での使用が可能と答えた。検査・観察シートにおいては客観的な評価尺度を取り入れるべきとの回答が多く見られた。また、客観的な評価を実施するために必要な研修として薬に対する構えの調査票 (Drug Attitude Inventory:DAI-10)、薬原性錐体外路症状評価尺度 (Drug Induced Extra-Pyramidal Symptoms Scale:DIEPSS) があげられた。

### 2) 薬学的管理確認シートの改訂

①入院時確認シート：薬物療法開始前に患者の薬物療法に関連した情報を収集する。(資料 1：入院時確認シート) 薬剤治療歴を有する患者の薬物治療歴を主剤、向精神薬の換算値、剤数、投与状況が明確になるよう改訂した。

②検査・観察シート：服薬状況、症状・薬効、副作用発現の有無、検査のモニタリングを行う。(資料 2：検査・観察シート) 症状・副作用・

薬効の確認に客観的な評価方法を導入した。

③退院時確認シート：退院後の薬一薬連携項目を追加した。(資料 3：退院時確認シート)

## D. 考察

医療環境の変化により薬剤師は、チーム医療の担い手として高い水準の薬物療法へ関与する必要がある。薬物療法へ参加するためには、患者の症状や副作用のモニタリングを実施し、薬物療法のモニタリングとあわせて医師や看護師へ情報提供を行う必要がある。現在、薬剤師が実施している薬剤管理指導業務には薬剤師の知識や経験の差から実施内容に差が生じていると考えられる。今回作成した薬学的管理シートは入院時確認シートにより入院時から退院後の生活の把握や、患者が受けてきた薬物療法の分析が可能となり、その後提供される薬物療法の基礎情報となると考えられる。検査・観察シートにおいては、客観的な評価方法を導入することにより薬剤師個人による評価の偏りが少なくなり、担当薬剤師の変更による評価の偏りがなくなると考えられる。退院時確認シートでは、入院中に提供された薬物療法の把握が可能となり、入院時確認シートと薬剤情報項目をそろえることにより、入院時、退院時の処方の比較も可能となると考えられる。今回改訂した薬学的管理シートは入院時、退院時の確認項目を設定し、薬物療法のモニタリングを実施するという緩やかなシートであり、調査結果からも現場での活用も可能と考えられた。今後、薬剤師が標準化されたシートを活用し、薬物療法モニタリングを実施することにより、薬剤師個人の経験や知識の差による情報の収集、情報提供の内容の差が縮小可能となり、処方の最適化を目指した水準の高い薬物療法への関与が可能となると考えられる。しかし、これらのシートを用いて病棟で



の業務を実施するためには、薬に対する構えの調査票 (Drug Attitude Inventory:DAI-10)、薬原性錐体外路症状評価尺度 (Drug Induced Extra-Pyramidal Symptoms Scale:DIEPSS)、有害事象共通用語基準 v3.0 日本語訳 JCOG/JSCO 版に関する知識や研修が必要であると考えられる。また、平成 19 年度の調査から薬剤師の病棟での活動時間は平均 2.3 割であり、薬剤師の病棟での活動時間の増加が必要であると考えられた。

#### E. 結論

薬剤師が薬学的管理を実施し、患者、医療スタッフへ情報提供を行うことにより、薬物療法の最適化、患者のアドヒアランスの向上につながると考えられるが、その影響は実証されていない。今回、高い水準の薬物療法に薬剤師が関与することを目的として、薬学的管理シートの改訂を行った。

今後、標準化されたシートを活用し、薬物療法モニタリングを実施することにより、処方最適化を目指した水準の高い薬物療法への関与が可能となると考えられる。しかし、これらのシート

を用いて病棟での業務を実施するためには、客観的な評価が実施できるようになる研修が必要である。また、これらのシートを活用し薬剤師が情報収集を行いチームスタッフへの情報提供を行うために要する時間は不明である。今後、薬剤師役割パスを利用し、シートの活用し、プロトコルの実施を行い、薬剤師の情報提供に要する時間を調査し、精神科急性期医療へ薬剤師の参画が可能となるよう開発を進めたい。

#### F. 健康危険情報：該当なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：日本病院薬剤師会大 38 回関東ブロック学術大会 シンポジウム 抗精神病薬の適正使用に向けて～薬剤師の関わりの現状と問題点～ (2008 年 8 月山梨)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む) : 該当なし

患者ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 主治医: \_\_\_\_\_ 薬剤師: \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 才 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg BMI: \_\_\_\_\_ 入院日: \_\_\_\_\_

入院(症状悪化)の原因  服薬中断によるもの ⇒ 服薬中断スクリーニングへ  
 薬物治療歴  あり  なし 入院歴  あり  なし  
 処方内容 ↓

主剤	投与量	剤形	<input type="checkbox"/> 内服(錠剤・液剤・散剤)
その他抗精神病薬名			<input type="checkbox"/> デボ剤( ) / 最終施行
抗精神病薬	<input type="checkbox"/> 単剤治療 <input type="checkbox"/> 多剤併用	種類	投与方法 (起床時・朝・昼・夕・寝る前)
総クロロプロマジン換算量	mg		1日 回
抗パーキンソン薬	<input type="checkbox"/> あり	ピヘリデン換算値 mg	頓服薬 <input type="checkbox"/> あり 不眠時:
ベンゾジアゼピン系薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	ジアゼパム換算値 mg	不安時: ( )時:
睡眠導入薬処方 (ハグタミン処方あり・レボヘパロマジン処方あり)	<input type="checkbox"/> あり	ジアゼパム換算値 mg	その他の薬剤
抗うつ薬	<input type="checkbox"/> あり	イミプラミン換算値 mg	
感情調整薬	<input type="checkbox"/> あり	( )	

副作用経験  あり ⇒ 副作用スクリーニングへ  なし  
 薬物中断歴  あり ⇒ 服薬中断スクリーニングへ  なし  
 糖尿病(既往歴含)  あり ⇒ オランザピン・クエチアピン禁忌  なし  
 糖尿病家族歴  あり ⇒ オランザピン・クエチアピン慎重投与  なし  
 心電図異常  あり ⇒ フェノチアジン系薬剤注意  なし  
 薬物アレルギー歴  あり 薬剤名 \_\_\_\_\_ ⇒ 投与禁忌  なし  
 食物アレルギー歴  あり 食物名 \_\_\_\_\_  なし  
 飲酒  あり 飲酒量 \_\_\_\_\_  なし  
 喫煙  あり 喫煙本数 \_\_\_\_\_ /日 喫煙年数 \_\_\_\_\_ 年  なし

退院後の生活  就労・就学  家庭内  施設 ( )  
 退院後の支援  あり 支援者: 家族・訪問看護・その他( )  なし

## 副作用スクリーニング

精神・神経	<input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 過鎮静 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 疲労・倦怠感 <input type="checkbox"/> 集中困難
	<input type="checkbox"/> 錐体外路症状 <input type="checkbox"/> 嚥下困難
自律神経	<input type="checkbox"/> 血圧変動 <input type="checkbox"/> 便秘・イレウス <input type="checkbox"/> 下痢・軟便 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 排尿障害
内分泌	<input type="checkbox"/> 月経異常 <input type="checkbox"/> 乳汁分泌・乳房変化 <input type="checkbox"/> 浮腫
尿便	<input type="checkbox"/> 尿蛋白・尿糖・潜血 <input type="checkbox"/> 便潜血・黒色便
血液	<input type="checkbox"/> 赤血球 <input type="checkbox"/> 血色素(Ht・Hb) <input type="checkbox"/> 白血球・顆粒球 <input type="checkbox"/> 血小板
検査値異常	( )

## 服薬中断スクリーニング

副作用発現	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
服薬への不安	<input type="checkbox"/> あり ( )に関する不安 <input type="checkbox"/> なし
服薬忘れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> なし
生活状況との不一致	<input type="checkbox"/> あり 詳細: _____ <input type="checkbox"/> なし
服薬継続の必要性の理解不足	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし



年 月 日

No. \_\_\_\_\_

患者ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

管理状況	隔離・拘束・個室・一般		カテーテル	尿・IVH・			
栄養・食事	IVH・胃ろう・経管・経口						
処方イベント 処方モ ニタ リ ン グ	処方イベント	有・無	投与方法	1日 回 朝/昼/夕/眠 DIV・iv・im・po			
	デボ剤	薬剤名		投与日			
	主剤	投与量		主剤変更 有・無			
	その他抗精神病薬名						
	確認項目		種類	換算	換算量	投与量変化	剤数
	抗精神病薬処方			クロプロマジン		増・減・不変	増・減・不変
	ベンゾジアゼピン系薬剤			ジアゼパム		増・減・不変	増・減・不変
	抗パーキンソン薬			ピペリデン		増・減・不変	増・減・不変
	睡眠導入薬			ジアゼパム		増・減・不変	増・減・不変
	抗てんかん薬			投与量		増・減・不変	増・減・不変
炭酸リチウム			投与量		増・減・不変	増・減・不変	
服薬状況	良好・不良・悪化 問題点:						
DAI	陽性反応		陰性反応		総和		
症状確認	① 幻覚	有・無	薬効確認	① 幻覚	改善・やや改善・普遍・やや悪化・悪化		
	② 妄想	有・無		② 妄想	改善・やや改善・普遍・やや悪化・悪化		
	③ 不眠	有・無		③ 不眠	改善・やや改善・普遍・やや悪化・悪化		
	④ イライラ	有・無		④ イライラ	改善・やや改善・普遍・やや悪化・悪化		
	⑤ 興奮	有・無		⑤ 興奮	改善・やや改善・普遍・やや悪化・悪化		
	⑥ 意欲	有・無		⑥ 意欲	改善・やや改善・普遍・やや悪化・悪化		
副作用の確認	錐体外路症状	0・1・2・3・4	口渇	1・2・3	女性化乳房	2・3	
	動作緩慢	0・1・2・3・4	便秘	1・2・3・4	月経異常	1・2・3	
	流涎	0・1・2・3・4	排尿障害	1・2・3・4	精力減退	1・2	
	筋硬直	0・1・2・3・4	複視	1・2・3・4	悪心	1・2・3・4	
	振戦	0・1・2・3・4	過鎮静・眠気	2・3・4	めまい	1・2・3・4	
	アカシジア	0・1・2・3・4	食欲不振	1・2・3・4	講音障害	1・2・3・4	
	ジストニア	0・1・2・3・4	血圧変動(上昇・低下)	1・2・3・4	体重増加	1・2・3	
ジスキネジア	0・1・2・3・4	倦怠感	1・2・3・4				
説明	薬物療法	薬剤名	薬効	副作用			
	服薬の必要性	再発のリスク	症状の重傷度	入院期間			
服薬指導	.....						
	.....						
	.....						
	.....						
情報提供	医師へ						
	スタッフへ						

注)副作用の確認

錐体外路症状: DIEPSS・その他の副作用: 有害事象共通用語基準v3.0日本語訳JCOG/JSCO版を用いる

患者ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

- 退院後の通院  当院  他院  院内処方  院外処方
- 退院後の生活  就労・就学  家庭内  施設 ( )
- 退院後の支援  あり 支援者：家族・訪問看護  なし  
 その他( )

## 退院時の処方

主剤 _____ 投与量 _____	剤形 <input type="checkbox"/> 内服(錠剤・液剤・散剤)
その他抗精神病薬名 _____	<input type="checkbox"/> デボ剤 ( ) / 最終施行
抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 単剤治療 <input type="checkbox"/> 多剤併用 種類 _____	投与方法 (起床時・朝・昼・夕・寝る前)
総カロルプロマジン換算量 _____ mg	1日 _____ 回
抗パーキンソン薬 <input type="checkbox"/> あり ビヘリデン換算値 _____ mg	頓服薬 <input type="checkbox"/> あり 不眠時:
ベンゾジアゼピン系薬剤処方 <input type="checkbox"/> あり ジアゼパム換算値 _____ mg	不安時: ( )時:
睡眠導入薬処方 <input type="checkbox"/> あり ジアゼパム換算値 _____ mg	その他の薬剤
(ヘゲタミン処方あり・レボヘパロマジン処方あり)	
抗うつ薬 <input type="checkbox"/> あり イミプラミン換算値 _____ mg	
感情調整薬 <input type="checkbox"/> あり ( )	

- 副作用発現  あり  EPS  薬物アレルギー  なし  
 血糖上昇  心電図異常
- 拒薬傾向  あり  なし
- 副作用発現  解決 ( / )  未解決
- 服薬への不安  解決 ( / )  未解決
- 服薬忘れ  解決 ( / )  未解決
- 生活状況との不一致  解決 ( / )  未解決
- 服薬継続の必要性の理解不足  解決 ( / )  未解決

## 退院後の調剤情報

- 院外処方
- 一包化
- 印字要  日付  用法
- その他の情報  頓服はヒート包装



## 行動制限最適化に関する研究

研究分担者 野田寿恵

国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 室長

**研究要旨：**本分担研究の目的は、隔離・身体拘束施行量の指標を開発し、モニタリングのためのデータベースソフトを作成し、加えて指標を用いた多施設実態調査を行い施行量と関連する要因を検討すること、また隔離・身体拘束最適化にとって有用な建築的空間構成を見出すための、隔離・身体拘束施行量の多い救急入院料病棟の空間構成の現状について基礎資料を得ることである。

**研究方法：**対象は2007年10月の精神科救急入院料病棟を有する施設35ヶ所のうち、調査の協力が得られた27施設(77.1%)である。対象施設より「行動制限に関する一覧性台帳」（以下、一覧性台帳）と救急入院料病棟等の「病棟平面図」の提出を求め、それに加え施設・病棟特性調査票の回答を得た。データベースソフトの作成では、2006年9月より義務づけられた一覧性台帳を簡便に出力できるとともに、施行量のモニタリングが個人レベル、病棟レベル、施設レベルおよび多施設間で行えるものとした。**結果：**一覧性台帳から算出できる隔離・身体拘束施行量を示す4つの指標「月当たり平均日数」「施行割合」「施行者割合」「施行開始割合」が有用であると考えられた。隔離・身体拘束の「月当たり平均日数」は12.5日、13.2日、「施行割合」は9.0%、4.3%であった。これら指標を用いることで海外先進諸国の先行研究と比較することが可能となり、その結果、本調査での施行量は多かった。これらの指標は病棟・施設によって分布に幅があり、隔離の施行量は医療圏人口と、身体拘束の施行量は措置入院受入数との関連を認めた。次にデータベースソフトの開発であるが、ソフトをeCODO イーコード (Coercive measure Database Optimizing) と名づけ、2008年11月にトライアル版を公開し、2008年度に無償配布を開始した。また救急入院料病棟の平面図からは、病棟内でのスタッフステーションの配置および保護室エリアとスタッフステーションの位置関係でタイプ分けを行うことができた。**まとめ：**一覧性台帳によって隔離・身体拘束施行を視覚的に把握するだけでなく、台帳から数値指標を得ることによって隔離・身体拘束施行量のモニタリングができると考えられた。さらにeCODOを用いることによって施設間での指標データの集約解析とデータフィードバックが行うことができる。また救急入院料病棟の建築的空間構成が行動制限使用の及ぼす影響を検討する基礎資料を得ることができた。

#### 研究協力者氏名 所属施設名及び職名

平田 豊明	静岡県立こころの医療センター 院長
川畑 俊貴	京都府立洛南病院 副院長
杉山 直也	横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター 准教授
山下 典生	国立精神・神経センター病院 放射線診療部 研究員
笈 淳夫	国立保健医療科学院施設科学部 部長
渡部 美根	国立保健医療科学院施設科学部 研究員
伊藤 弘人	国立精神神経センター精神保健研究所社会精神保健部 部長
吉浜 文洋	神奈川県立保健福祉大学看護学科 教授
末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部 准教授
仲野 栄	日本精神科看護技術協会 専務理事
辻脇 邦彦	医療法人社団翠会成増厚生病院 看護部課長補佐
天賀谷 隆	東海大学健康科学部看護学科 准教授
吉川 隆博	(現)厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 障害保健専門官
山岡 英雄	財団法人創精会松山記念病院 看護師
大山 明子	財団法人精神医学研究所東京武蔵野病院 看護師
飯塚 香織	財団法人復康会 沼津中央病院 救急病棟課長
富田 敦	財団法人復康会 沼津中央病院 看護係長
嘉山 一壽	神奈川県精神医療センター 芹香病院 看護科長
石田 正人	神奈川県精神医療センター 芹香病院 看護師

## A. 研究目的

隔離・身体拘束施行量のモニタリングは、最適化のための重要な基盤となる。本研究では施行量の指標を開発し、モニタリングのためのデータベースソフトを作成し、加えて指標を用いた多施設実態調査を行い、施行量と関連する要

因を検討することを目的とした。

また、隔離・身体拘束最適化にとって有用な建築的空間構成を見出すための、隔離・身体拘束施行量の多い救急入院料病棟の空間構成の現状の基礎資料を得ることを目的とした。

## B. 研究方法

対象は2007年10月の精神科救急入院料病棟を有する施設35ヶ所のうち、調査の協力が得られた27施設(77.1%)である。対象施設より2008年2月の「行動制限に関する一覽性台帳」(以下、一覽性台帳)と救急入院料病棟の「病棟平面図」の提出と、施設・病棟特性調査票の回答を求めた。

一覽性台帳から算出する隔離・身体拘束指標は先行研究を精査し、1ヶ月の台帳という制約の中で行えるものを開発した。

行動制限最適化データベースソフトは、2006年9月より作成が義務づけられた一覽性台帳を簡便に出力できるとともに、施行量のモニタリングが個人レベル、病棟レベル、施設レベルおよび多施設間で行えるものを作成した。

(倫理面への配慮)

なお本調査は国立精神・神経センター 倫理審査委員会の承認を得て行った。ソフト開発においては、十分に倫理的側面を考慮した。

## C. 研究結果

### 1. 隔離・身体拘束施行量

隔離・身体拘束施行量を示す指標として「月当たり平均日数」「施行割合」「施行患者割合」「当月入院者のうち当月施行開始割合」の4つがあげられ、各々の有用性が認められた。



これらの指標を用いた実態調査は27施設全体と、同施設内にある30救急入院料病棟で行った。まず全体の結果としては、27施設197病棟においては、隔離・身体拘束それぞれ「月当たり平均日数」は12.5日、13.2日、「施行割合」は9.0%、4.3%であった。次に30救急入院料病棟においては、「月当たり平均日数」10.4日、7.2日、「施行割合」は24.7%、4.8%であった。施設間および救急入院料病棟ごとに施行量は幅広く分布していた。そして隔離施行割合は施設が担当する医療圏人口と、身体拘束施行割合は年間措置入院受入数との相関を認めた。平均日数と関連する要因は今回の調査では見出せなかった。

## 2. 建築的空間構成

個室数：公立病院においては、全室個室という病棟もあり、基準より多い個室数を配置しているところがあった。一方で民間病院は基準の個室数が多く、多床室は5ないし6床室が見受けられた。

スタッフステーションと病室の配置：スタッフステーションの配置は「一隅型」「中央型」「分散型」に分けることができ、一隅型では、ステーションから個室が見えにくいことがわかった。

保護室エリアの空間タイプ：病棟の奥に保護室エリアを区分、スタッフステーションに隣接して保護室エリアを区分、エリア区分のないものに分けることができた。

## 3. 行動制限最適化データベースソフト

データベースソフトについては関連機関との検討を経て、入力データの文言の定義、現行の運用実態に合わせた画面遷移を決定し、出力

データについては当分担当で開発した指標をモニタリングできるものとして作成した。

eCODO イーコード (Coercive measure Database Optimizing; 行動制限最適化データベースソフト) と名づけ、2008年施設への無償配布を開始した。

## D. 考察

本研究で開発した隔離・身体拘束施行量を示す指標は、作成が義務づけられている一覧性台帳から簡便に算出できる数値であるため、指標の入手可能性、信頼性、比較可能性が保たれている。妥当性については、先行研究において隔離・身体拘束に関するアセスメント方法を導入したり、ケア内容を改善したりすることによって施行量が減少することが報告されており、当指標が小さくなるのが治療ケアのプロセスの質向上を反映する。以上のように、当指標は医療の質指標としての条件を備えており有用と考えられる。

当指標を用いた実態調査の結果より、海外先進諸国における先行研究と比較することが可能となり、改めて精神科病院における隔離・身体拘束施行量が多いことが確認された。施行量は施設間および救急入院料病棟間において分布に幅があり、医療圏人口が大きく、措置入院患者を多く受け入れている施設において、施行量が多いという結果であった。当報告書にある泉田分担当の研究にあるように隔離にはケア量を多く必要としており、身体拘束においても同様のことがいえると考えられる。従って施行割合の多い施設においても十分なケアが行き渡る仕組み作りが必要な可能性がある。

救急入院料病棟の建築的空間構成の基礎資料を得ることができた。今後は、空間構成が施

行量に与える影響について検討する。

隔離・身体拘束の最適化は喫緊の課題であり、モニタリングのための基盤整備は、臨床実践、調査研究を積み重ねていくために重要である。今後はeCODOを用いて多施設間でのデータ集約が可能となる。

## E. 結論

一覧性台帳を用いて簡便に算出できる隔離・身体拘束施行量の指標を開発し、継続的、施設間でのモニタリングを可能とするデータベースソフトeCODOを作成した。また当指標を用いた実態調査を行った結果、施設間で施行量の分布に幅があり、施設が立地する地域の事情（医療圏人口と措置入院受入数）と隔離・身体拘束施行量との関連が認められた。

救急入院料病棟の建築空間構成の基礎資料を得ることができ、今後は隔離・身体拘束施行に影響を与える空間構成を検討することができる。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

1. 論文発表  
投稿準備中。

2. 学会発表

- 1) 野田寿恵 他 行動制限一覧性台帳の臨床的活用 その1 - 救急入院料病棟を有する施設における隔離・身体拘束 実態調査 - 第16回日本精神科救急学会総会 2008年10月
- 2) 杉山直也 他 行動制限一覧性台帳の臨床的活用 その2 - 精神科救急入院料病棟における行動制限の実態調査 - 第16回日本精神科救急学会総会 2008年10月
- 3) 野田寿恵 他 行動制限最適化データベ-

スソフトの開発 - Coercive measure Database Optimizing; eCODO (イーコード) - 第16回日本精神科救急学会総会 2008年10月

- 4) 渡部美根 他 精神科救急病棟の建築学的空間構成の現状分析 第46回日本医療・病院管理学会学術総会 2008年11月

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)  
なし。

## 精神科救急入院料病棟を有する施設における

### 隔離・身体拘束施行量の実態調査

#### —行動制限に関する一覽性台帳からの指標を用いて—

研究分担者 野田寿恵

国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 室長

研究要旨：本研究の目的は、行動制限に関する一覽性台帳から簡便に算出できる隔離・身体拘束の施行量を示す指標を開発し、その有用性を検討するとともに、その実態を明らかにすることである。研究方法：対象は、2007年10月の精神科救急入院料病棟を有する施設35ヶ所のうち、調査の協力が得られた27施設(77.1%)である。対象となった27施設から、一覽性台帳の提出と施設特性に関する回答を求めた。先行研究の精査と専門家との検討を経て、一覽性台帳という制約がある中から算出できる指標を検討した。結果：隔離・身体拘束量を示す指標として「月当たり平均日数」「施行割合」「施行患者割合」「当月入院者のうち当月施行開始割合」の4つがあげられた。当指標によると、隔離・身体拘束それぞれ「月当たり平均日数」は12.5日、13.2日、「施行割合」は9.0%、4.3%であった。施設間で施行量の分布に幅があり、隔離の施行量は医療圏人口と、身体拘束の施行量は措置入受入数との関連を認めた。まとめ：当指標は、医療の質指標に求められる入手可能性、比較可能性、信頼性、妥当性、重要性を備えていると考えられた。一覽性台帳によって隔離・身体拘束施行を視覚的に把握するだけでなく、台帳から数値を得ることによってモニタリング機能を持たせることができると考えられた。

#### 研究協力者氏名 所属施設名及び職名

杉山 直也	横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター 准教授
川畑 俊貴	京都府立洛南病院 副院長
平田 豊明	静岡県立こころの医療センター 院長
伊藤 弘人	国立精神神経センター精神保健研究所社会精神保健部 部長

#### A. 研究目的

隔離・身体拘束は興奮や攻撃性が強く切迫した自傷他害の危険のある病状をもつ患者に対して行われる治療法である。一方で、患者の認識は医療スタッフと比べこれらを非治療的にとらえており<sup>13)</sup>、患者治療者関係の構築を妨げるとも考えられる。Dayらは治療が強制的になされ



たという認識が治療アドヒアランスにマイナスの影響を及ぼすと報告している<sup>5)</sup>。また身体拘束については深部静脈血栓に代表される身体的合併症の併発の危険性を伴う。このように心理面・身体面への副作用を抱える治療技法であり、我々は常に最小化への努力を重ね、最適化を模索しなければならない。

隔離・身体拘束施行の減少のための介入方法については、隔離減少についてのレビュー論文<sup>3)</sup>や、National Technical Assistance Center による Six Core Strategies<sup>14)</sup>に述べられており、その介入の1つとして、隔離・身体拘束モニタリングの重要性があげられている。実際に米国の医療機関第三者評価機構である Joint Commission on Accreditation on Health Care Organization の評価基準のなかに自施設でのモニタリングが定められており<sup>15)</sup>、またカリフォルニア州では全州立病院の隔離・身体拘束量のモニタリングを行っており、その結果を一般にも公開している<sup>4)</sup>。これにとどまらず、医療の質指標の中に隔離・身体拘束施行量を取り上げている国もある<sup>2)12)</sup>。

本邦での隔離・身体拘束施行量の調査はいくつかあるが、多施設で継続的に行われた報告はないのが現状である。海外での先行研究での隔離・身体拘束の平均施行時間は数時間から多い国で55時間とあるが<sup>4)10)11)17)</sup>、本邦での報告では総合病院精神科病棟の身体拘束平均日数が7.16日から14.39日<sup>15)</sup>、精神科病院の隔離・身体拘束日数が救急入院科病棟で平均13.8日、急性期治療病棟で平均26.0日とある<sup>18)</sup>。このように海外先行研究と比し長期に施行している我が国においてもモニタリング整備とそのデータ活用を推進することはさらに重要な課題といえる。

今回我々は、モニタリングに用いる指標を、

2006年9月「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」の通知によって作成が義務づけられた「行動制限に関する一覧性台帳」から算出できるものとして開発した。本研究の目的は、指標の有用性を検討するとともに、これら指標を用いて隔離・身体拘束施行量の実態を明らかにすることである。

## B. 研究方法

対象は、2007年10月の精神科救急入院科病棟を有する施設35ヶ所のうち、調査の協力が得られた27施設(77.1%)である。対象となる施設から、2008年2月の全病棟の行動制限に関する一覧性台帳(以下、一覧性台帳と記載)の提出と、各病棟の病床数、病床稼働率、月初在棟者数、新規入棟者数の回答を求めた。また、施設特性として、2008年2月の稼働病床数(病床数に稼働率をかけたもの)、2008年2月の新規入院者数、2007年の年間措置受入件数、担当する精神科救急医療圏の人口(精神科救急入院料の算定にあたり、当該圏域の措置入院・緊急措置入院・応急入院をうち1/4以上の受け入れをするとされる条件において対象となる圏域)、精神科救急医療圏の2007年の措置件数の回答を求めた。

一覧性台帳から指標を求めると、先行研究を精査した<sup>2)4)6)10)11)12)17)</sup>、隔離・身体拘束の指標についてまずFisherは3つの方法を提唱している<sup>9)</sup>。1)ある期間に入院した患者のうち、フォローアップ期間中に隔離・身体拘束が行われた患者の割合、2)ある期間に在棟していた患者のうち、その期間に隔離・身体拘束が行われた患者の割合、3)患者ごとの隔離・身体拘束の施行期間である。3)の期間には、1人の患者の入院期間中の合計施行期間が用いられる場合と、

1回のエピソードの施行時間がある。隔離・身体拘束に関する先行研究においてもこれらの指標は用いられている<sup>24)10)11)17)</sup>。次に4)ある期間のべ入院患者日数(病床数×月の日数×病床稼働率)のうち、隔離・身体拘束が行われたのべエピソード数の割合があり、1000 patient-daysあたり(patient-days:入院患者日数)の回数として示されていることがある<sup>17)</sup>。また、1回の隔離・身体拘束が数時間で行われているところでは、隔離・身体拘束をエピソードとしてとらえ、5)一人が1回の入院で施行されたエピソード回数<sup>11)</sup>、6)2回以上のエピソードがあった割合<sup>21)2)</sup>、7)施設内でのエピソード総時間を求めているものもある<sup>4)12)</sup>。他には8)隔離・身体拘束の全エピソードのうち、ある施行時間を越えたものの割合を示したものもある<sup>2)</sup>。我々は、これらの先行研究を参照し、一覧性台帳から得られる数値と病棟の基本的な動態を示す指標によって算出でき、かつ先行研究との比較も行える指標を、専門家との意見交換を経て開発した。

各指標と施設特性の関連についてはPearson相関係数を求めた。統計解析はSPSS ver16.0を用いた。

(倫理面への配慮)

なお、本調査は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 研究結果

### 1. 一覧性台帳から得られる4指標の開発

一覧性台帳は1ヶ月ごとの閲覧であるため、1)、2)および3)はある期間を1ヶ月として算出することができた。3)については月をまたいで隔離・身体拘束を施行している患者が多数ある

ことから、1ヶ月間の一覧性台帳からは患者ごとの施行期間を算出することはできない。施行期間については、1ヶ月の観察期間に限った「月当たり」の施行期間として算出した。4)については、隔離・身体拘束エピソードを隔離・身体拘束施行日に置き換えて算出した。隔離・身体拘束施行をエピソードととらえた指標のうち5)から8)については、日本の実情には合わないため除外した。

まとめると病棟ごとの一覧性台帳から求めた指標は「月当たり平均日数」「施行割合」「施行患者割合」「当月入院者のうち当月施行開始割合」の4つである。指標の算出に必要な数値は、一覧性台帳から得られる施行者数、施行のべ日数、病棟の基本的な動態を示す指標である病床数、月初在棟者数、新規入棟者数、および病床稼働率である。算出方法を表1に示した。

### 2. 全体の結果

対象27施設の特性は、病棟数1~21(平均7.3, 標準偏差4.2)、稼働病床数48~690(平均312.3, 標準偏差173.9)、2008年2月新規入院者数29~156(平均65.6, 標準偏差33.7)、年間措置受入数7~198(平均53.4, 標準偏差52.2)、医療圏人口32~884万(平均212.0万, 標準偏差210.1万)、医療圏年間措置数12~487(平均110.5, 標準偏差129.9)であった(表2)。

2008年2月の調査月の対象27施設197病棟でのべ入院患者日数は244,528日、月初在棟者数8,432人、2月新規入棟者数1,897人であった。隔離と身体拘束それぞれの施行者数は1,775人と801人、施行のべ日数は22,113日と10,546日であった。また2月に入院し2月に隔離が開始された患者は622人、身体拘束については255人(欠損データのなかった24施設171



病棟の新規入棟者数は1,733人のうち)であった。なお身体拘束については、一覧性台帳にて、車椅子乗車時の拘束、ミトンを用いた手指の可動を制限する拘束の表記のあったものは除外した。

隔離と身体拘束施行量はそれぞれについて「月当たり平均日数」(以下、「平均日数」と記載)は12.5日と13.2日、「施行割合」は9.0%と4.3%、「施行患者割合」は17.2%と7.8%、「当月入院者のうち当月施行開始割合」(以下、「施行開始割合」と記載)は35.9%と14.7%であった(表3)。

### 3. 病棟ごと

隔離が行われた152病棟と身体拘束が行われた124病棟の「平均日数」「施行割合」の分布をグラフに示した(図1, 図2)。隔離平均日数は10日と28日にピークをもつ二峰性の分布を示し、身体拘束平均日数は比較的平坦な分布であるが5~7日と28日の緩やかな峰をもつ分布であった。施行割合は右肩下がり分布で身体拘束施行割合はより急峻な傾きであった。

新規入棟者数の回答が得られた171病棟のうち隔離のあった137病棟、身体拘束のあった113病棟の「施行患者割合」は隔離1%~74%、身体拘束1%~70%に分布していた。2月の新規入院があり、かつ2月に施行した患者がいたのは、隔離において70病棟、身体拘束において52病棟であった。それらの「施行開始割合」は隔離6%~100%、身体拘束3%~100%に分布していた。

### 4. 施設ごと

各病棟の施行者数と施行のべ日数を施設ごとにまとめ、施設別に施行量を算出した。「平均日

数」の分布は隔離5.6~21.2日、身体拘束3.0日~27.7日(図3, 4)、「施行割合」は隔離0.6~29.2%、身体拘束0.2~21.9%(図5, 6)であった。「施行患者割合」の分布は隔離2.6~52.2%、身体拘束0.2~33.3%(図7, 8)、「施行開始割合」は隔離7.0~92.3%、身体拘束0~61.9%であった(図9, 10)。いずれの指標についても施設によって数値が異なり、その分布の幅は広がった。

施設別の隔離・身体拘束の「平均日数」「施行割合」「施行患者割合」「施行開始割合」と施設特性の関連について相関分析を行った。隔離・身体拘束の「平均日数」と施設特性とは有意な相関はなかった。平均日数を除く施行量の指標については、隔離では病棟数と稼働病床数および新規入院者数が少ないほど施行量が有意に多く、また医療圏人口が大きいかほど施行量が有意に多かった。身体拘束では年間措置受入数が多く、医療圏人口、医療圏年間措置数の多い施設ほど施行量が有意に多かった。身体拘束施行割合については病棟数と新規入院者数と有意な正の相関を示した(表4)。

## D. 考察

### 1. 指標の有用性

医療の質を指標(Quality Indicator; 以下、QIと記載)を用いて測定し、質向上につなげる活動は国際的に行われている<sup>12)8)9)12)16)</sup>。このQIに求められる条件として、入手可能性、比較可能性、信頼性、妥当性、重要性があげられる<sup>8)16)</sup>。

1) 入手可能性、比較可能性、信頼性について「平均日数」「施行割合」「施行患者割合」「施行開始割合」の四指標は、精神科病院で作