

成が義務付けら指導監査に際して提示（ないし提出）している一覧性台帳を用いて施行者数（当月入院者の施行者数）と施行のべ日数を数えることから、信頼性は十分に保たれている。それに新規入棟者数、月初在棟者数、病床稼働率という基本的な病棟の指標から算出できるため、入手可能性も高く、従って国内での比較可能性にも問題は無いといえる。

2) 妥当性について

隔離・身体拘束についての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で、施行量が減少することが報告されており³⁾、当指標の数値が小さくなることは、治療ケアのプロセスの質向上を反映する。

3) 重要性について

隔離・身体拘束は必要不可欠ながら身体面および心理面に重大な副作用を伴う治療法であり、最適化に向けた臨床努力を要するものであり、その際には指標を用いたモニタリングの必要性が指摘されている³⁾¹⁴⁾。

以上のように、当指標はQIとしての条件を一定程度備えたものと考えられる。

当指標は治療過程を示しているが、一般的にはプロセス指標がアウトカムに影響を与えていることを示す必要がある。強制的な治療を受けたという認識が治療アドヒアランスを低下させる可能性が報告されており⁵⁾、強制性のある隔離・身体拘束施行量の減少させる治療プロセスが、治療者患者関係を良好にさせアドヒアランス向上につながると考えられるが、今後はその実証が求められる。

2. 指標が意味するもの

「平均日数」は、隔離・身体拘束の解除に向けたケア過程を表す指標である。しかし観察期間が1ヶ月のため、月をまたいだ日数分を切り捨てざるを得ず、実際に行われた隔離・身体拘束の日数より短いものの平均値となっている。特に1ヶ月を超えて施行している患者が多い病棟ほど実際の平均日数との隔たりは大きくなる。この点には注意が必要である。「施行割合」は日々平均して施行している割合を示し、病棟管理上の指標となる。観察期間の影響を受けにくいという特徴をもつ。「施行患者割合」は算出が簡便であることがメリットである。フィンランドでの経年全数調査に用いられていることから¹⁰⁾、大規模の繰り返しの調査には適したものと見える。なおこれら3指標は、月初在棟者数が月末とも等しく、平均在棟日数を「月の日数」×「月初在棟者数」/「新規入棟者数」で算出するならば、「施行割合」は「施行患者割合」×「平均日数」× $(1/「月の日数」+1/「平均在棟日数」)$ で表される。

また「施行開始割合」は、ある月に新規に入院した患者のうち、その月のうちに隔離・身体拘束が行われる割合であり、入院の比較的早期の隔離・身体拘束開始の割合を示している。新規入院者数が多く、隔離・身体拘束の施行割合の多い救急入院料病棟などの急性期医療を担う病棟での指標として有用である。この指標はFisherが提唱した「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」である。海外先行研究はフォローアップ期間を1年としており、このように平均在棟日数より十分に長くとり、入棟した患者が入棟中に1回でも隔離・身体拘束を受けた割合に近似してくる値である。

今後、QIを多施設間ないし時系列で測定し比較検討していくためには、指標に影響を与える要因を特定し「リスク調整」を行っておく必要がある⁹⁾。リスク調整の方法には指標に影響を与える要因を特定し、指標を比較する際にその要因による影響を統計的に差し引いて行う方法がある。要因には、患者特性としての精神科診断と副診断、身体科診断の合併、入院形態、入院時GAFや、病棟・施設特性としての病棟の入院料、主たる治療対象疾患、医療圏人口が該当すると考えられるが、こういった項目と指標との関連の持続的検討が今後の課題である。

3. 指標を用いた隔離・身体拘束の実態 - 海外先行研究との比較 -

先行研究と当指標を用いた結果を比較するにあたり、観察期間の違いや、隔離・身体拘束施行をエピソードごとないし患者ごとに測っているかをみておく必要がある。施行期間については、エピソードないし患者ごとの期間であるのかの確認が必要である。施行割合については、観察期間の違いによる影響は少ない。しかし施行期間の短い海外の報告では施行エピソード数を分子にしており、同一患者に日に数回のエピソードがあった場合はそれらが合算されるため、施行日数を分子にしている当指標「施行割合」より多くなる。施行患者割合と施行開始割合については観察期間の違いに注意が必要である。一般に観察期間が長いほど割合が増すと考えられる。

以上の相違をふまえて今回の指標を用いた実態調査と海外先行研究と比べると(表5)、施行割合、施行患者割合、施行開始割合ともに海外先行研究と比し多いことがわかった。施行期間については、海外は時分単位であり、日数で算

出している我が国は長い。日本の場合は施行日数の中に観察開放の時間が含まれているも、仮に観察開放時間が施行期間の半分あったとしてこれを差し引いても長いことは変わらない。

今回は採用しなかった指標をオーストラリアではQI指標に用いている²⁾。Australian Council of Healthcare Standardsでは、精神科入院医療については27の指標を扱い、その中で5つの隔離に関する指標を60ほどの施設から毎年集計している。その中で「4時間を越える隔離の割合」という指標を用いており、2006年は41.5%であった。施行期間については「月当たり平均日数」の算出のみならず、日本の実情に合わせ、病棟の機能別、患者の状態別にある期間を設定し、それ以上行った割合という算出も有用であると思われる。

4. 隔離・身体拘束施行量と施設特性との関連

隔離・身体拘束施行量は施設間で幅広く分布していたが、平均日数については、今回調査を行った施設特性とは関連が見いだせなかった。患者特性や治療ケアの相違といった点からの検討が必要と考えられる。一方、平均日数を除く施行量と施設特性とは関連がみられた。施設全体の病棟数、病床数および新規入院者数が少ないほど隔離施行量が多かった。このことは、今回の調査対象が救急入院料病棟を有する施設であり、病院の規模が小さいほど隔離・身体拘束施行が多い急性期医療に特化しており、このことが施設全体の施行量の多さに反映されたと考えられる。また医療圏人口が大きいほど隔離・身体拘束施行量が多かった。今回の調査対象は平田のいうマクロ救急を担っている施設である⁷⁾。ミクロ救急で受け入れられなかった複雑なケースが医療圏の大きいほど多く集まって

くとも考えられる。

身体拘束については、措置受入数との関連がみられており、措置入院患者の多くが身体拘束を受けている可能性があり、患者特性の要因の検討が望まれる。身体拘束施行割合と病棟数および新規入院者数と正の相関を示したことは、病棟数と新規入院者数が対象中最大値であった大規模な施設が、図6にある他より突出して身体拘束施行割合の多い施設であったことが影響している。この施設を外れ値として扱うか否かについては慎重な検討を要し、今後は対象施設を増やす必要がある。

医療圏人口および措置受入数が多い施設は今回の調査では主として都市部にあった。もし施行割合が多い施設ほど、患者あたりのスタッフ数が多いということがなければ、濃密なケア量を必要とする隔離・身体拘束施行割合が多い施設では、患者に十分なケアを行き渡らせるために、スタッフに負担がかかっている可能性がある。

5. モニタリングの必要性

指標を用いて隔離・身体拘束量を経時的、多施設間で測定を行っていくモニタリングは、隔離・身体拘束の減少のために重要なツールとなっている。Cadeyらは隔離減少のための介入研究のレビューを行っており³⁾、介入方法をリーダーシップ、モニタリング、スタッフ教育、治療環境の改善に分けて論じている。モニタリングは介入効果の検証のみならず、研修ツールとして、また目標設定として用いられている。また、Six Core Strategies¹⁴⁾においても主たる6戦略の一つにデータ使用があげられており、施行量を様々に分析し、自施設のペースラインを知り、施行量の目標設定を行い、モニタリン

グを行っていくことを推奨している。

作成を義務付けられている一覧性台帳から、簡便に算出できる指標を用い、多施設間で経時的にモニタリングを行っていくことは、喫緊の課題である隔離・身体拘束の最適化に向けた介入を行っていく上での重要なデータ基盤となる。

限界

今回の開発した指標は、1) 車椅子拘束、ミトン拘束といった施設によって対応がことなるものについて拘束として含まれている可能性がある、2) 「月当たり平均日数」は実際の平均日数ではないことに注意が必要である、3) また平均日数には開放観察時間が含まれており、将来平均日数が短くなってきた際には、実際に施行している時間のみの指標とする必要があることがあげられる。

E. 結論

一覧性台帳を用いて簡便に算出できる「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」は、隔離・身体拘束の施行量を表す指標としてモニタリングに用いることができると考えられた。当指標を用いた本調査結果は海外先行研究との比較も可能であり、今回の実態調査の結果から海外先進諸国と比べ隔離・身体拘束施行量が多いことが確認された。今後は多施設での隔離・身体拘束のモニタリングを行い、最適化に向けて日常臨床にあるべき姿を継続的に検討できる仕組み作りが求められる。

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

野田寿恵 他 行動制限一覽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

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)
なし。

【参考文献】

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality: National Quality Measures Clearinghouse; Measure Index.
<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/browse/measureindex.aspx>
- 2) Australian Council on Healthcare Standards: Australasian clinical indicator report 1998-2006.
http://www.achs.org.au/pdf/Australasian_CIR_8th_Edition.pdf
- 3) Cadey J, Gaskin SJ, Elson H, et al: Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Br J Psychiatry 191: 298-303, 2007
- 4) California Department of Mental Health: Seclusion and Restraint Data of State Hospitals.
http://www.dmh.cahwnet.gov/Services_and_Programs/State_Hospitals/S_and_R/Default.asp
- 5) Day JC, Bentall RP, Roberts C, et al: Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Arch Gen Psychiatry 62: 717-24, 2007
- 6) Fisher WA: Restraint and Seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry 151: 1584-1591, 1994
- 7) 平田豊明: 精神科救急医療システムの全国状況. 精神科救急 9; 45-50, 2006
- 8) 医療マネジメント学会: 臨床指標の実際 - 医療の質をはかるために - . じほう, 東京, 2005
- 9) 伊藤弘人: 医療評価. 真興交易株医書出版部. 東京, 2003
- 10) 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
Published online: 27 June 2007
- 11) 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, 2007 Feb 4
- 12) Maryland Hospital Association: Quality Indicator Projects: QI Project Proprietary Indicator Sets; Psychiatric Care Indicators.
http://www.qiproject.org/pdf/Psych_Indicators.pdf
- 13) Meehan T, Berge H, Fjeldsoe K: Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? J Adv Nursing 47: 33-38, 2004
- 14) National Technical Assistance Center: Six Core Strategies to reduce the use of seclusion and restraint planning tool.

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf

- 1 5) Odawara T, Narita H, Yamada Y, et al: Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clinical Neurosci* 59: 605-609, 2005
- 1 6) Organization for Economic Co-operation and Development : 医療の質国際指標—OECD 医療の質指標プロジェクト報告書—. 明石出版, 東京, 2006
- 1 7) Smith GM, Davis RH, Lin HM, et al: Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint education program. *Psychiatr Serv* 56: 1115-22, 2005
- 1 8) 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. *精神誌* 107: 423-436, 2005
- 1 9) Zusman J: Restraint and Seclusion, understanding the JCAHO standards and federal regulations. Opus Communications, Marblehead, 2001

表1 隔離・身体拘束施行量の指標 算出方法

月当たり平均日数	施行のべ日数 / 施行者数
施行割合	施行のべ日数 / のべ入院患者日数
施行患者割合	施行者数 / (月初在棟者数+新規入棟者数)
当月入院者のうち 当月施行開始割合	当月入院患者で当月に施行となった患者数 / 新規入棟者数

算出のための期間：一覧性台帳を用い1ヶ月間のものを算出する

のべ入院患者日数：病床数×月の日数×病床稼働率

表2 対象27施設の特性

	平均 (標準偏差)	最小値	最大値
病棟数	7.3 (4.2)	1	21
2008年2月稼働病床数	312.3 (173.9)	48	690
2008年2月新規入院者数	65.6 (33.7)	29	156
年間措置受入数	53.4 (52.2)	7	198
医療圏人口	212.0 (210.1)	32	884
医療圏年間措置数	110.5 (129.9)	12	487

医療圏：精神科救急入院料を算定にあたり、当該圏域の措置入院・緊急措置入院・応急入院のうち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

表3 隔離・身体拘束 施行量 (N=197)

	隔離	身体拘束
のべ入院患者日数	244,528 日	
月初在棟者数	8,432 人	
新規入棟者数 (新規入棟者数 (n=171))	1,897 人 (1,733 人)	
施行者数	1,775 人	801 人
施行のべ日数	22,113 日	10,546 日
当月入院者で当月施行開始数 (n=171)	622 人	255 人
月当たり平均日数	12.5 日	13.2 日
施行割合	9.0%	4.3%
施行患者割合	17.2%	7.8%
当月入院者のうち当月施行開始割合 (n=171)	35.9%	14.7%

図1 隔離・身体拘束「月当たり平均日数」の病棟別分布

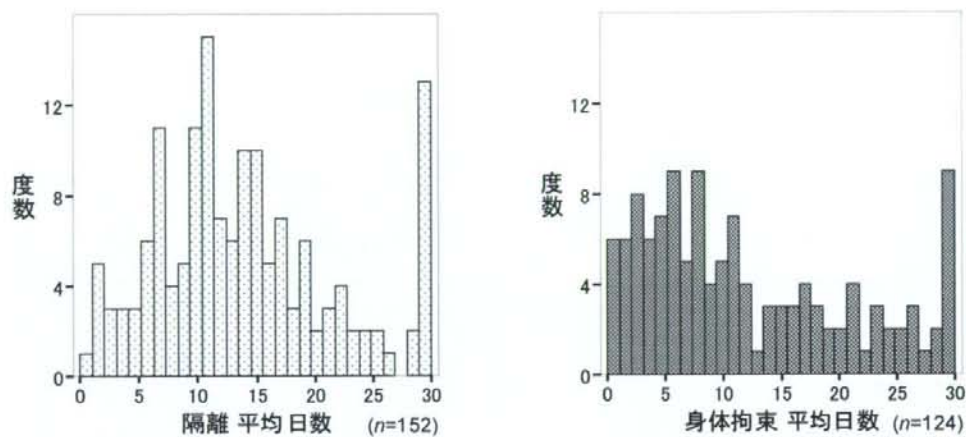


図2 隔離・身体拘束「施行割合」の病棟別分布

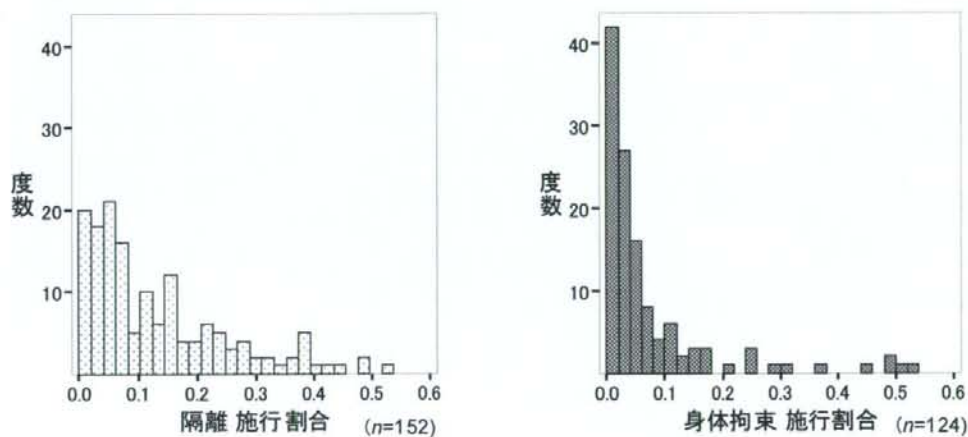


図3 施設別 隔離「月当たり平均日数」(N=27)

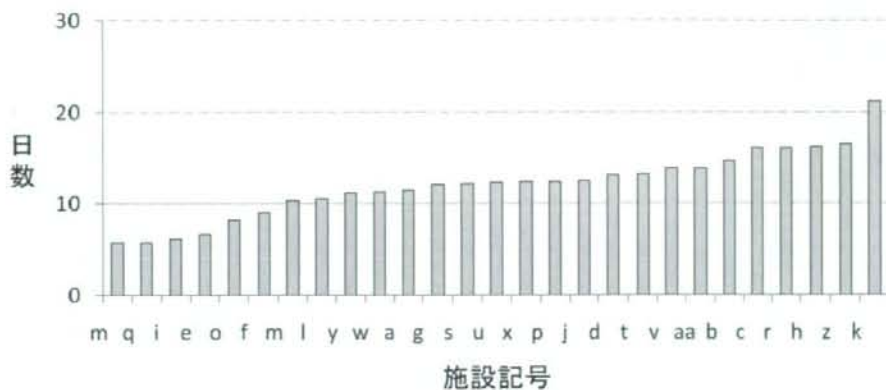


図4 施設別 身体拘束「月当たり平均日数」(N=27)

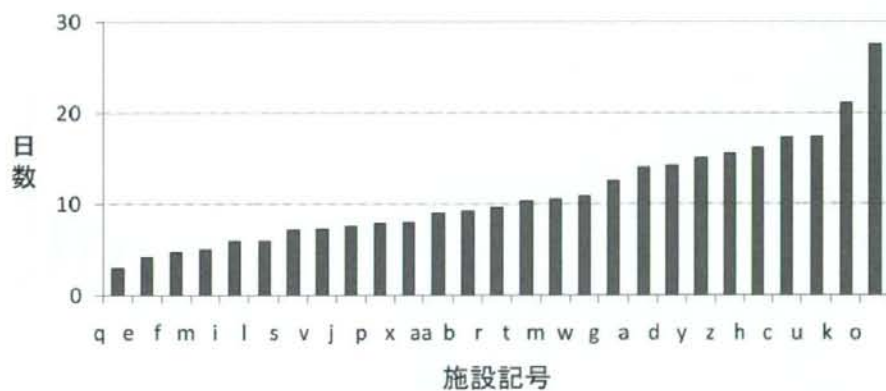


図5 施設別 隔離「施行割合」(N=27)

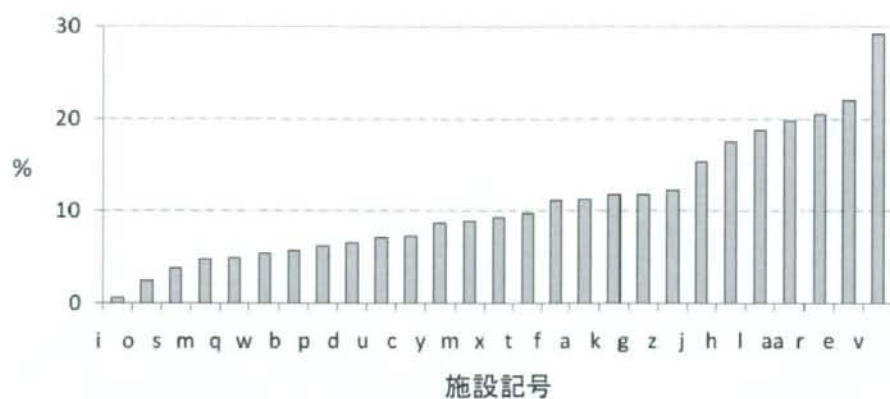


図6 施設別 身体拘束「施行割合」(N=27)

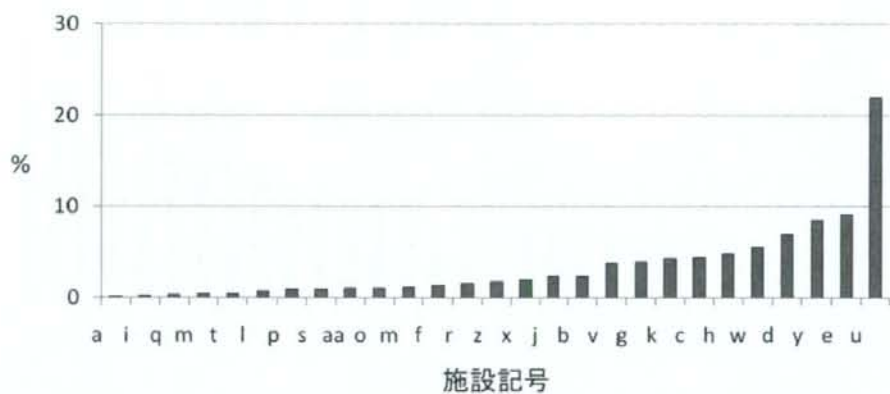


図7 施設別 隔離「施行患者割合」(N=27)

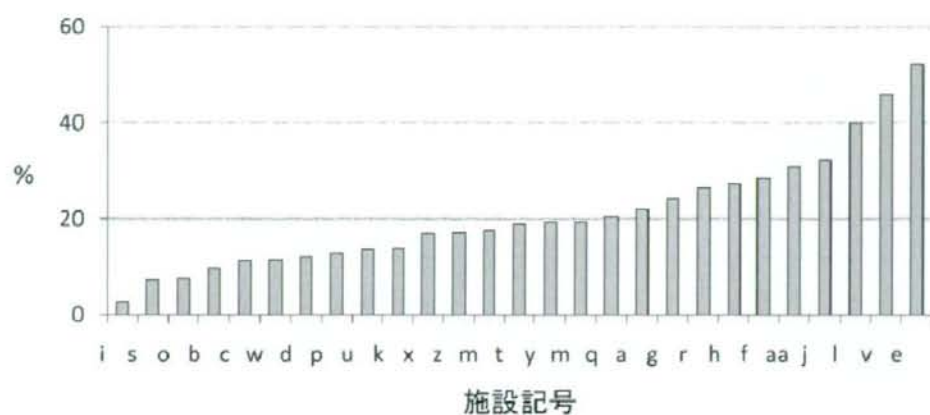


図8 施設別 身体拘束「施行患者割合」(N=27)

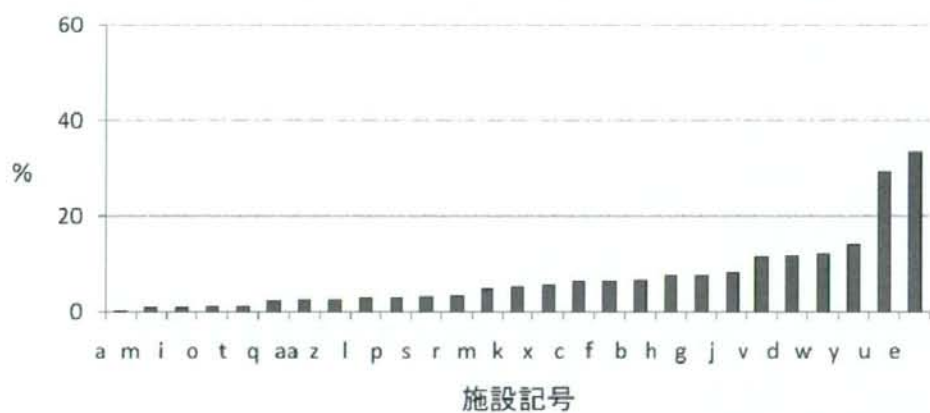


図9 施設別 隔離「当月入院者のうち当月施行開始割合」(n=24)

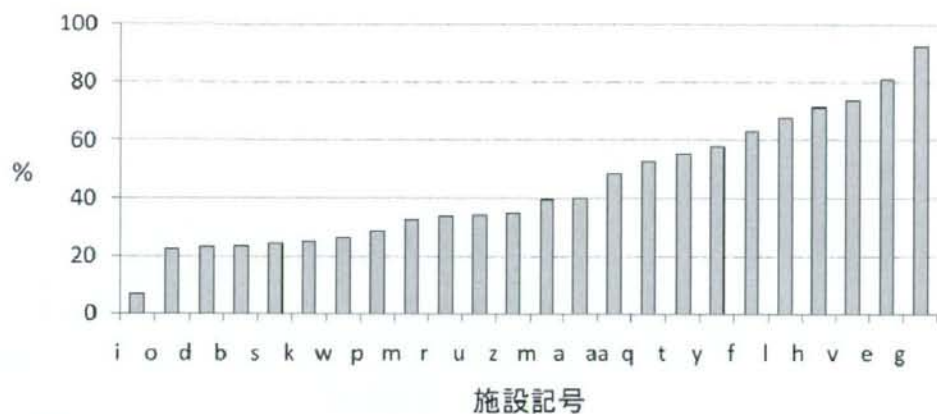


図10 施設別 身体拘束「当月入院者のうち当月施行開始割合」(n=24)

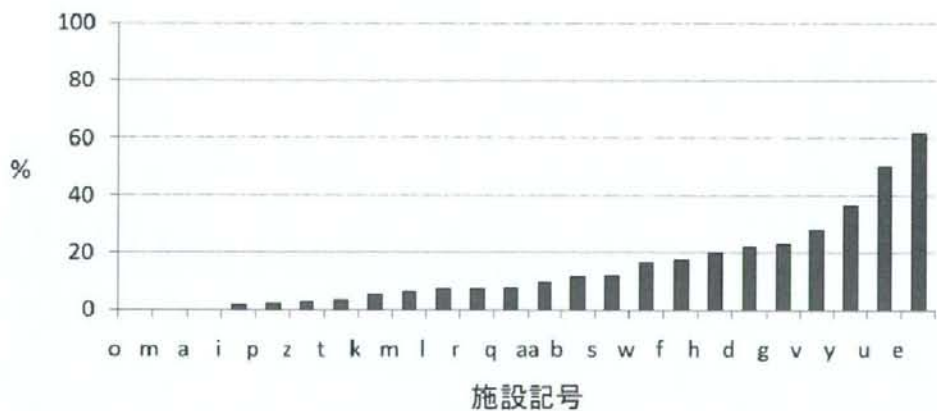


表 4 隔離・身体拘束の「平均日数」「施行割合」「当別入院者のうち当月施行開始割合」と施設特性の相関分析

	隔離			身体拘束		
	施行割合	施行患者割合	施行開始割合	施行割合	施行患者割合	施行開始割合
病棟数	-.301	-.383*	-.414*	.567**	.278	.155
2008年2月稼働病床数	-.489*	-.574**	-.581**	.379	.130	-.023
2008年2月新規入院数	-.228	-.285	-.451*	.543**	.347	.188
年間措置受入数	.271	.279	.180	.481*	.481*	.477*
医療圏人口	.673***	.614**	.538**	.312	.451*	.499*
医療圏年間措置数	.405*	.367	.346	.569**	.551**	.568**

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

施行開始割合：当月入院者のうち当月施行開始割合

表5 指標を用いた隔離・身体拘束施行量の先行研究との比較

本調査	調査年	観察期間	隔離				身体拘束			
			施行期間	施行割合 (%)	施行者割合 (%)	施行開始割合 (%)	施行期間	施行割合 (%)	施行者割合 (%)	施行開始割合 (%)
	2008	1ヶ月	12.5日	9.0	17.2	35.9	13.2日	4.3	7.8	14.7
フィンランド	2004	1週間	20.1時間		1.3		9.6時間		0.8	
ペンシルバニア	2000	1年	1.3時間	0.03			1.9時間	0.12		
ドイツ	2004	1年	7.4時間			7.8	9.6時間			10.4
スイス	2004	1年	55.0時間			17.8	48.7時間			6.6
オーストラリア	2006	1年	4時間以上 41.5%			9.9				
カリフォルニア	2008	4ヶ月	9時間				4時間			

フィンランド: 経年全数調査

ペンシルバニア: ペンシルバニア全州立病院9ヶ所、期間・割合ともにエピソードごとの換算

ドイツ、スイス: 両国から7ヶ所の病院が参加、ICD-10 F2診断のみ調査

オーストラリア: Clinical Indicator Programmeに参加する病院69ヶ所

カリフォルニア: カリフォルニア全州立病院7ヶ所、期間はエピソードごとの換算

精神科救急入院料病棟における一覽性台帳を用いた行動制限の実態調査

協力研究者 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

研究要旨：本研究の目的は、行動制限一覽性台帳の記録を臨床指標として活用し、適正化に役立つという有用性を検証することである。多施設間比較および精神科救急・急性期治療における行動制限の意義を検討するため、診療報酬上均一である精神科救急入院料病棟について、一覽性台帳を用いた行動制限の多施設同時調査を行った。**研究方法**：精神科救急入院料病棟を有す全国35医療施設のうち、協力の得られた27施設における30の精神科救急入院料病棟を対象とし、2008年2月の行動制限一覽性台帳の提出を依頼するとともに、施設・病棟特性に関する質問紙を送付して調査を行った。得られた結果を、同じ施設を対象とした別の研究結果と併せ、関連が考慮される施設特性（6項目）と病棟特性（9項目）の因子について、行動制限の期間および頻度との関連を統計学的に解析した。**結果**：隔離の平均期間（月当たり平均日数）は10.4日、頻度（施行割合）は24.78%、身体拘束は7.2日、4.8%であり、診療報酬上均一であっても施設間の差異がみられた。各因子の相関分析では、医療圏人口と隔離の頻度、措置入院者数と身体拘束の頻度、病床稼働率と隔離の頻度、平均在棟日数を身体拘束の期間・頻度にそれぞれ有意な相関を認め、病棟数、稼働病床数、新規入院者数、在宅移行率、医師・看護師・コメディカル配置数、電気痙攣療法施行件数では相関しなかった。**まとめ**：行動制限の一覽性台帳を義務的に記録するのではなく、臨床活用することの意義は高い。共通の測定手法を用いた行動制限の多施設間評価、結果のフィードバックは、組織の意識向上、関連因子の明確化による対策の重点化など、その最小化・最適化にとって有用と考えられる。行動制限の実施と各因子の相関を検討した結果から、措置入院に特有の症状特性や医療圏の特徴が行動制限の実施に影響する可能性などが考えられたが、短期間の調査であることから今後継続的なデータ収集の仕組みによる長期的な検討が望まれる。

研究協力者氏名 所属施設名および職名
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
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

近年精神科臨床において、医療の質の担保や向上のために、急性期の医療技術を中心に、臨床指標を設定する試みが増えている。行動制限は、精神科における非自発的治療の中でも特に制限的な医療行為として、時に反治療的となる

可能性も含まれることから、医療技術的な意義のみならず、倫理的側面においてもその客観的検証が求められてきた。

行動制限における期間や頻度などの臨床指標をデータ化することは、レビューや検証の意味において、最小化や質管理にとって有用であるといわれている。厚生労働省は、平成18年の精神保健福祉法に関する通達の中で、各医療施設における行動制限一覧性台帳の作成を義務付けたが、現在までにその提出義務や臨床活用に関する決まりはなく、ただ施設における記録を求めるに留まっている。行動制限一覧性台帳は重要な臨床指標を含み、これを診療の質改善に役立てることの意義は大きい。今回このような背景をもとに、精神科救急医療を専門に行なう精神科救急入院料病棟について、一覧性台帳を用いた行動制限の調査を行い、これに含まれる情報および臨床指標の活用による行動制限の質管理の可能性を検討した。

B. 研究方法

対象は2007年10月時点で精神科救急入院料を認可された病棟を持つ全国35ヶ所の医療施設のうち、回答が得られた27施設における30の精神科救急入院料病棟である。

対象医療施設に対し、2008年2月の時点における対象病棟ごとの「行動制限一覧性台帳」の提示を依頼した。一覧性台帳から求めた指標は、期間に関しては「月当たり平均日数」、頻度や施行機会に関しては「施行割合」「当月入院者のうち当月施行開始割合」である。これらの3指標は精神科における行動制限を測定する方法としてFisher¹⁾により提唱されたもので、種々の先行研究において採用され、その意義について本調査と並行して行なわれた別の調査報告に詳述

した。「月当たり平均日数」(以下、期間)は、一覧性台帳の患者ごとの施行日数を足し上げたのべ日数を施行者数で除したものの、「施行割合」

(以下、頻度)は施行のべ日数をのべ入院患者日数(病床数×月の日数×病床稼働率)で除したものの、「当月入院者のうち当月施行開始割合」

(以下、施行開始割合)は当月の新規入院者で当月に施行となった患者数を当月新規入棟者数で除したものである。これらをそれぞれ隔離・身体拘束別に算出した。なお身体拘束については、一覧性台帳において、車椅子乗車時の拘束、ミトンを用いた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。

同時に、行動制限に関する3指標に影響する要因が何かを明らかにするため、施設や病棟の基本属性を問う「施設・病棟特性に関する調査用紙」を送付し、関連が考慮される施設特性・病棟特性といった因子について、情報の提出を求めた。さらに、今回対象となった30病棟については、著者らが以前に行なった先行研究である平成19年度厚生労働科学研究補助金こころの科学研究事業「精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究」における、「精神科救急入院料病棟の運用実態調査」²⁾の対象でもあるため、同調査研究によって判明している対象病棟の特性についても検討を加えた。今回関連を検討した因子は、以下に示す施設特性6項目、病棟特性9項目の計15項目である。これらの因子に対し、行動制限の期間および頻度との関連について、相関分析を用いた統計学的解析によって関連因子の抽出を試みた。

1. 施設特性

- 1) 病棟数
- 2) 2008年2月稼働病床数
- 3) 2008年2月新規入院者数

- 4) 年間措置受入数
- 5) 医療圏人口
- 6) 医療圏年間措置数

2. 病棟特性

- 1) 病床数
- 2) 2008年2月新規入棟者数
- 3) 病床稼働率
- 4) 平均在棟日数
- 5) 在宅移行率
- 6) 医師配置数
- 7) 常勤看護師配置数
- 8) 常勤コメディカルスタッフ配置数
- 9) 電気痙攣療法施行件数

(倫理面への配慮) 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 (資料参照)

1. 行動制限に関する3指標

対象病棟の特性を表1に示す。在宅移行率(入院日から3ヶ月以内に在宅に移行する割合)は75.8%であり、平成20年に改定された診療報酬基準に照らしてみると、精神科救急入院料Iの基準を上回る。

隔離および身体拘束の期間、頻度を表2に示す。隔離の平均期間は10.4日、頻度は24.7%、身体拘束では平均期間7.2日、頻度は4.8%であった。また施行開始割合は隔離62.3%、身体拘束20.0%であった。

医療施設ごとの行動制限の平均期間、頻度を列挙したグラフを図1~6に示す。

1) 隔離の平均期間 (図1)

最短2-3日平均の施設から、最長は約15日の施設まで、施設間の差異がみられた。

2) 身体拘束の平均期間 (図2)

対象期間に身体拘束の実施がない施設が6施設あった。実施する場合の最短は平均2日、最長の施設では平均18日の身体拘束が行なわれていた。

3) 隔離の頻度 (図3)

最も隔離を行なわない施設が約3%であるのに対し、多いところでは半数以上実施する施設があり、施設間の差異がみられた。

4) 身体拘束の頻度 (図4)

最小は身体拘束を実施しない6施設の0%である。一方、最も頻度が高い施設では25%に身体拘束が行なわれていた。この一施設を除く他の施設では多くとも10%強の頻度であり、同施設のみ突出していた。

5) 隔離の施行開始割合 (図5)

本指標は、新規に入棟した患者のうち、行動制限を受ける患者割合を示したものである。図5をみると、精神科救急入院料病棟に新たに入棟してくる患者の多くは隔離の対象であることがわかる。適用の多い上位3施設では、調査期間に入棟したうちの全例が隔離の対象であった。一方最小は20%以下であった。

6) 身体拘束の施行開始割合 (図6)

身体拘束では、調査期間に入棟した新規患者のうち、一人も身体拘束を適用がなかった施設が8施設認められた。一方多い施設としては、4)で身体拘束の頻度が突出していた施設は、本指標においても突出が見られ、調査期間内の新規入棟者のうち8割以上が身体拘束を適用されていた。続いて多い施設では約6割弱が身体拘束を適用されていた。

2. 医療施設・病棟の特性との関連

行動制限に関する3指標と各医療施設・病棟の施設特性・病棟特性の因子について、相関分析によって関連を検討した結果を表3に示す。

施設特性との関連では、医療圏人口と隔離の頻度・施行開始割合および身体拘束の施行開始割合、年間措置入院受入数と身体拘束の頻度・施行開始割合にそれぞれ有意な相関を認めた。また、医療圏年間措置数と身体拘束の頻度、隔離と身体拘束両方の施行開始割合の関連も認められた。病棟特性との関連では、病床稼働率と隔離の頻度・施行開始割合は負の相関を示し、病棟稼働率が低いほど隔離の頻度が高い結果であった。また、身体拘束の期間・頻度と平均在棟日数にはわずかな相関が認められた。

その他の因子である施設特性としての病棟数、稼働病床数、新規入院者数、病棟特性としての病床数、新規入院者数、在宅移行率、医師配置数、常勤看護師配置数、常勤コメディカルスタッフ配置数、電気痙攣療法施行件数については、行動制限に関する3指標との有意な相関が認められなかった。

D. 考察

精神科医療における行動制限は、医療や看護のみならず、倫理的にも議論の多いテーマである。近年精神科医療における隔離・身体拘束については、さまざまな観点からその最小化や適正化の方法や仕組みが整備されつつある。

平成16年の診療報酬改訂では「医療保護入院等診療料」が新設され、その中には、

- 1) 診療計画の策定と説明・診療録記載
- 2) 行動制限最小化委員会の設置
- 3) 行動制限最小化基準の整備
- 4) 研修会の開催

といった要件が含まれている。このことから、非自発入院の適切性を確保するために、組織的な取り組みを促進するねらいが明確に示されたといえる。

平成18年、厚生労働省は精神保健福祉法に関する通達において「行動制限の一覧性台帳」の整備を各医療機関に義務付け、医療施設全体として組織的に行動制限の実態を把握する体制を整えた。また平成17年、特定医師および特定病院に関する条項が新設された際にも、翌平成18年の応急入院に関する告示の改正によって、事後審査委員会や行動制限最小委員会の設置を明記し、診療報酬基準に合流にする形で変更が行なわれている³⁾。

また、第三者評価の観点からも行動制限に関する適正化が重視されている。財団法人日本医療機能評価機構の審査基準 (Version 5) では、隔離室設備や身体拘束器具、行動制限に関する手順などの整備のほか、隔離では30分ごと、身体拘束では15分ごとの観察を要求している⁴⁾。

さらに研究領域においても、さまざまな切り口から行動制限の適正化に関する取り組みが行なわれてきた。行動制限に関する審査委員会の設置とその妥当性の検証⁵⁾、情報共有やデータ化のための診療ツール開発⁶⁾、患者説明・情報の標準化・医師の診察と指示・看護師の観察・情報共有といった行動制限に関する一連の臨床的事項を包括的に整備したシステム導入⁷⁾などの報告がみられる。

これらの背景をふまえると、今後の方向性として、行動制限の実施記録を共通フォーマット化し、多施設間で臨床指標として活用することによって、さらなる適正化をはかることが有用であると考えられる。現在各医療機関が作成している行動制限一覧性台帳は、その基盤的意義を持つ基本フォーマットとみなすことも可能であるが、その臨床活用の実態は現在まであまり明らかにされていない。しかし将来的には、一覧性台帳で記録される行動制限に関する臨床

指標について、解析機能を併せ持つデータベースソフトウェアを開発し、それを各医療機関に導入することなどによって、施設内の医療管理に役立てるとともに、多施設間比較による継続的な質の管理に活用されることが期待される。したがって今回の調査は、その前段階として、各医療機関がそれぞれ作成している一覧性台帳を用いて多施設間比較調査を行ない、その有用性を検証する試みと位置づけることができる。

行動制限は、安全で効果的な治療のための医療技術として、また精神科の非自発的治療における人権尊重といった倫理的な重要性として特別な臨床的意義を持ち、特に精神科救急を含めた急性期の臨床にとってその必要性が高い。そのため今回、行動制限の一覧性台帳調査の対象群から、診療報酬上均一である精神科救急入院料病棟の部分に注目して解析を行なった。

その結果、精神科救急入院料認可病棟という診療報酬上均一な対象であっても、施設間の差異がみられた。行動制限の期間や頻度を示す3指標には何らかの臨床的要素が影響していることが考えられ、その候補となる因子について解析を行なったところ、施設特性では医療圏人口、措置受入数、医療圏年間措置数、病棟特性では病床稼働率と平均在院日数に相関が認められた。これらの因子の意義について考察を試みると、措置入院受入数については、措置入院に特有な重症度や自傷・他害のおそれといった症状特性と身体拘束実施の関連が示唆される。一方医療圏人口については、大都市であるかどうかなど、施設立地の社会的背景と、行動制限の実施の関連が示唆される。一般に都市圏では措置入院数が多い傾向があり²⁾、各基幹病院ではその受入数も多い。したがって、医療圏人口が多ければ医療圏年間措置数が増え、年間措置受け入れ数

も増加する。このため隔離の施行開始割合、身体拘束の頻度と施行割合のそれぞれが医療圏年間措置入院数とも相関することには整合性がある。ただし、隔離の頻度が措置入院受入数と直接の相関がないことから、隔離の適用においては、措置入院に特有な重症度や症状特性とはまた別の、都市部の精神科的危機状況に特有な何らかの特徴、あるいは地域背景を反映する精神科救急システム上の特徴などが影響している可能性が考察される。同様に身体拘束の頻度は医療圏人口に直接相関しないことから、より症状に特異的な影響を受ける可能性が示唆される。

病棟特性に関する因子のうち、病床稼働率との関連で考察されることは、病床稼働率が少ないと隔離の割合が増えることから、救急入院料病棟においては隔離頻度の変動よりも在院患者数の変動が大きく、多くの患者が在棟すると母数が増加して隔離頻度が低下することが考えられる。今後隔離頻度を評価するにあたり、病床稼働率を考慮に入れる必要があるかもしれない。さらに平均在棟日数では、身体拘束の期間や頻度の増大が全体の在棟期間に影響することとして理解され、在院の長期化予防と身体拘束の長期化予防が連動することを示す。ただし施行開始割合との相関がないことから、開始そのものの影響は少なく、開始後の診療プロセスを考える必要がある。なお、行動制限の期間には影響した因子は平均この在棟日数のみであり、その他の因子が行動制限の期間には相関がないことから、今回の調査において多くの因子は管理のプロセスに特定の影響がないことが考えられた。今回の調査は短期間であることから、今後より長期的な検討を行なって確認する必要がある。その他今回関連を検討できなかった因子として、従来から関連が指摘されている重症度、合併症、

性比、診断内訳、攻撃性スコアなどとの関連についても今後の検討課題であると思われる。しかしながら今回考察したように、行動制限について一覧性台帳のような共通フォーマットできる形で臨床指標の算出を行い、多施設間で要因の関連を分析して最小化に役立てるといった臨床活用は、非常に有意義なものと考えられる。

行動制限の最小化は、全世界の精神科医療にとっての課題である。そのための方法として、これまでに有用とされたものに、行政サポート、行政の理念と法規制、リーダーシップ、監査、スタッフの統合、治療方針の立案、スタッフの増員、行動制限のモニタリング、精神科救急介入チーム、スタッフ教育、薬物治療、患者の治療参加、治療環境の変化、施設の改修、行動制限以外への視点の拡大、スタッフの安全と労働条件確保などが報告されている⁸⁾。また Huckshorn⁹⁾は行動制限最小化のための「6つの中核手法」を提唱しているが、行動制限のデータ管理を行なうことによるレビューや検証は、そのうちのひとつに挙げられている(表4)。さらに、各国の行動制限に関する指針¹⁰⁻¹⁶⁾を参照しても、レビュープロセスによる最小化は必要であることが示されている。

E. 結論

行動制限をデータ化し質的に管理することの重要性は明白であり、法的に規定された行動制限一覧性台帳を義務的に記録するのではなく、臨床活用することの意義は高い。行動制限について、共通の測定手法を用いて多施設間評価を行なうこと、および結果のフィードバックをすることは、関連因子の明確化による対策の重点化など、その最小化を含めた最適化にとって有用と考えられる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

投稿準備中。

2. 学会発表

杉山直也 他：行動制限一覧性台帳の臨床的活用
その2 -精神科救急入院科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

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし。

【引用文献】

1. Fisher WA: Restraint and Seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 151: 1584-1591, 1994
2. 平田豊明, 川端俊貴, 澤温, 白石弘巳, 杉山直也, 中島豊爾, 八田耕太郎: 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. 平成19年度分担研究報告書, 2008
3. 精神保健福祉研究会監修. 三訂精神保健福祉法詳解. 東京; 中央法規.
4. 病院機能評価 固有評価項目解説集 (Ver. 5.0). 日本医療機能評価機構.
5. 八田耕太郎: 精神科医療における隔離・身体拘束に関する研究. *精神経誌*, 105; 252-273, 2003
6. 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, 423-465, 2005
7. 野田寿恵, 秋山剛, 西村里香, 伊藤晶子,