

曾根原純子：身体拘束最小化システムの試  
み。eらぼーる，

<http://www.e-rapport.jp/team/action/sample/sample03/01.html>

8. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B; Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *Br J Psy*, 191, 298-303, 2007
9. Kevin Ann Huckshorn; Six core strategies to reduce the use of seclusion and restraint planning tool, National technical assistance center for state mental health planning, 2005
10. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyers-Harde M, Docherty JP; The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med. (Spec No) 1-88*, 2001
11. Allen MH, Forster P, Zealberg, Currier Glenn; Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Service. A Review and Model Program Descriptions. APA Task Force Report on Psychiatric Emergency Services. American Psychiatric Association, 2002
12. Learning from each other. Success stories and ideas for reducing Restraint/Seclusion in behavioral health. American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurses Association, National Association of Psychiatric Health Systems, American Hospital Association Section for Psychiatric and Substance Abuse Services. 2003
13. Jack Zusman; Restraint & Seclusion (third edition). Understanding the JCAHO standards and federal regulations. *Opus communications*, 2001
14. Mechanical restraint, chief psychiatrist's guideline. State government of Victoria, 1996 (last updated October 2005)
15. Mental Health Act 1983. Department of health and welsh office, UK
16. 浅井邦彦、五十嵐良雄、久保田巖他：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－。平成 11 年度厚生科学研究（障害保健福祉総合研究事業）報告書，浅井邦彦（主任研究者）医療法人静和会浅井病院，千葉，2000

表1 対象病棟の施設・病棟特性

	平均 (標準偏差)	最小値	最大値	n
<b>27 施設の特性</b>				
病棟数 (棟)	7.3 (4.2)	1	21	27
2008年2月稼動病床数 <sup>1)</sup> (床)	312.3 (173.9)	48	690	27
2008年2月新規入院者数 (人)	65.6 (33.7)	29	156	27
年間措置受入数 (人)	53.4 (52.2)	7	198	27
医療圏 <sup>2)</sup> 人口 (万人)	212.0 (210.1)	32	884	27
医療圏年間措置数 (人)	110.5 (129.9)	12	487	27
<b>30 救急入院料病棟の特性</b>				
病床数 (床)	43.9 (10.5)	24	60	30
2008年2月新規入棟者数 (人)	25.8 (9.3)	15	53	28
病床稼働率 (%)	89.1 (11.6)	49.6	100.0	30
平均在棟日数 (日)	52.4 (17.1)	25.0	100.2	30
在宅移行率 (%)	75.8 (15.5)	45.2	96.6	29
<b>17 施設別の救急入院料病棟の特性<sup>3)</sup></b>				
医師数 (人)	6.7 (5.8)	1	25	17
常勤看護師数 (人)	26.5 (10.1)	2	44	17
常勤コメディカルスタッフ数 (人)	3.2 (2.8)	0	12	16
電機けいれん療法施行件数 (件)	60.8 (123.8)	0	490	17

1) 稼動病床数：病床数に稼働率をかけたもの

2) 医療圏：措置入院（緊急措置入院，応急入院を含む）のうち4分の1以上の受け入れを算定する際の圏域

3) 19 救急入院料病棟の17施設別の特性

表2 隔離・身体拘束 施行量 (N=30)

	隔離	身体拘束
のべ入院患者日数	34,482 日	
新規入棟者数 (n=27)	681 人	
施行者数	818 人	230 人
施行のべ日数	8,529 日	1650 日
当月入院者で当月施行開始数 (n=27)	424 人	136 人
月当たり平均日数	10.4 日	7.2 日
施行割合	24.7%	4.8%
当月入院者のうち当月施行開始割合 (n=27)	62.3%	20.0%

表3 隔離・身体拘束施行量と施設・病棟特性との相関係数

	隔離			身体拘束		
	平均日数 1)	施行割合	施行開始 割合 2)	平均日数	施行割合	施行開始 割合
<b>27 施設の特性</b>						
年間措置受入数	.060 <sup>3)</sup>	.254	.402	.002	.419*	.689***
	27	27	23	27	27	23
医療圏 4)人口	.044	.445*	.628**	.030	.225	.490*
	27	27	23	27	27	23
医療圏年間措置数	.019	.298	.578**	.081	.463*	.692***
	27	27	23	27	27	23
<b>30 救急入院料病棟の特性</b>						
病床稼働率	-.038	-.484**	-.576**	.231	.127	-.058
	30	30	26	30	30	26
平均在棟日数	.349	-.031	-.175	.373*	.389*	-.260
	30	30	26	30	30	26

1) 平均日数：月当たり平均日数

2) 施行開始割合：当月入院者のうち当月施行開始割合

3) 上段は Pearson 相関係数，下段は母数

4) 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

5) \*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001

表 4 Six core strategies to reduce the use of seclusion and restraint planning tool.  
(Kevin Ann Huckshorn: National technical assistance center for state mental health  
planning, 2005)

---

1. Leadership towards organizational change
  2. Using data to inform practice
  3. Workforce development
  4. Use of SR reducing tools
  5. Consumer roles in inpatient settings
  6. Debriefing techniques
-

図1 病棟別 隔離「月当たり平均日数」(N=30)

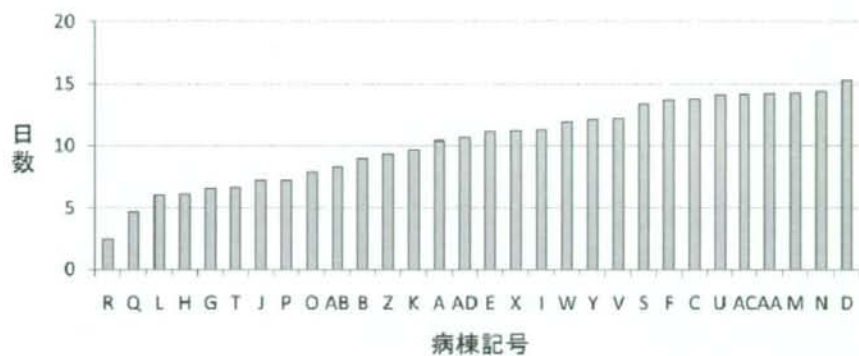


図2 病棟別 身体拘束「月当たり平均日数」(N=30)

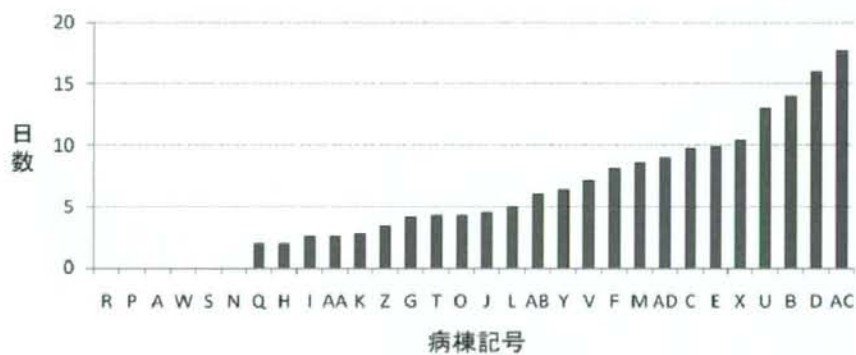


図3 病棟別 隔離「施行割合」( $N=30$ )

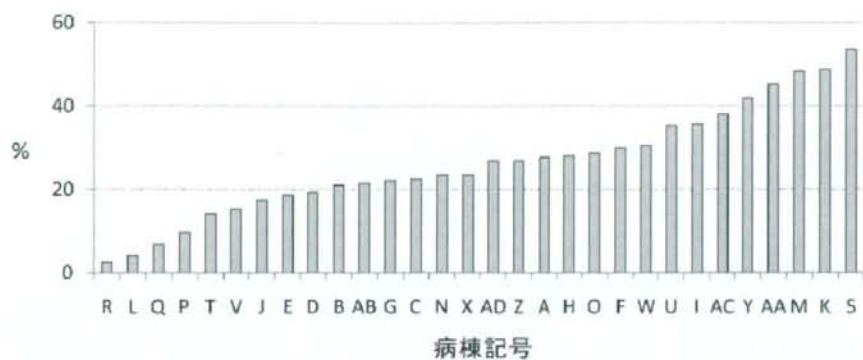


図4 病棟別 身体拘束「施行割合」( $N=30$ )



図5 病棟別 隔離「当月入院者のうち当月施行開始割合」(n=27)

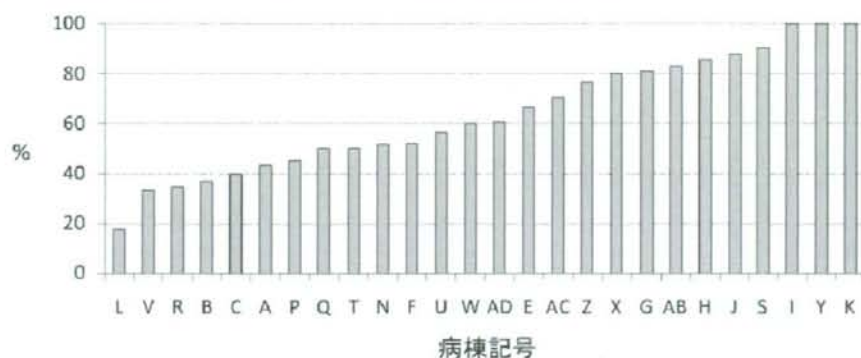
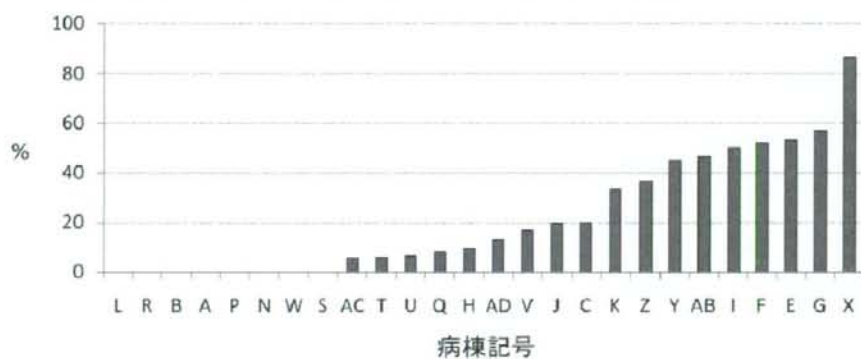


図6 病棟別施設別 身体拘束「当月入院者のうち当月施行開始割合」(n=27)



## 行動制限最適化データベースソフト

### eCODO イーコードの開発

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：本研究では、隔離・身体拘束最適化のための施行量モニタリングが行えるデータベースソフト(Coercive measured Optimizing Database: eCODO)の開発を行った。**研究方法**：eCODOは2006年9月より作成が義務づけられた「行動制限に関する一覧性台帳」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て作成した。**結果**：2008年11月4日に、eCODO デモンストレーションサイトおよびトライアル版を公開し、2008年12月末までに46人のトライアル版の申込みがあった。2008年度より施設へのソフトの無償配布を開始する。**まとめ**：eCODOを用いることによって自施設での隔離・身体拘束の施行状況について数値をもちいてモニタリングを行うことができ、さらには多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容易に行えるようになる。eCODOは我が国の隔離・身体拘束のデータ基盤となりうる。

#### 研究協力者氏名 所属施設名及び職名

樋口 輝彦 国立精神・神経センター 総長  
平田 豊明 静岡県立こころの医療センター  
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  
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

2006年9月の精神保健福祉課長通知「精神科病院に対する指導監督の徹底について」にて「行動制限に関する一覧性台帳」の整備が精神科病院に求められた。これによって、患者に対し隔離・身体拘束がどのように行われているのか、視覚的に把握できるようになった。隔離・身体拘束の最適化をすすめるためには、視覚的把握にとどまらず、施行量をデータ化し、経時的に病棟間・施設間でのモニタリングを行う必要がある。これによって、関連要因の検討や、治療ケアの介入の効果検討を行うことができる。

多くの施設はエクセルファイル等を使って一覧性台帳を作成をしているものの、自動集計のシステムを取り入れている施設は少ないと思われる。隔離・身体拘束の最適化に積極的に取り組んでいる病院においては、一覧性台帳から施行者数や施行日数を手作業で数え施行量を算出し、行動制限最小化委員会での検討に用いている。この算出には、毎月、看護師等の多大な労力を要している。

隔離・身体拘束施行量が海外先進諸国に比べ多い我が国において、施行量のデータ基盤整備を進め、これを基に、多くの実践、調査研究が積みまれていく必要がある。本研究班では3年間に渡り、隔離・身体拘束データベースから、一覧性台帳が出力でき、かつ患者単位、病棟単位の集計台帳を作成できる、行動制限最適化データベースソフトの開発に取り組んだ。

なお本データベースは Coercive measure Database Optimizing ; eCODO (イーコード) と名づけた。

## B. 研究方法

eCODO は医師・看護師への業務負担にならな

いよう、病棟クランクが入力することを前提とした「記録」と位置づけ開発した。記録の正確性は、一覧性台帳を看護師等が確認することで担保できる。

ソフト開発には、日本精神科看護技術協会をはじめ、松山記念病院、沼津中央病院、神奈川県立芹香病院、東京武蔵野病院、成増厚生病院の協力を得て行った。

2006年度から2007年度にかけては、将来海外とも比較可能なものを考慮しつつ、隔離・身体拘束に関わる文言の定義を行った。また現行の一覧性台帳作成に際しての運用手順を参考にして画面遷移を検討した。これによりスタンドアローン型のプロトタイプ版 行動制限最適化データベースソフトを作成した。

引き続き2007年度から2008年度にかけては、協力施設によるプロトタイプ版使用経験をもとに、次の段階としてセンターサーバ型を可能とするシステムとしてバージョンアップを行った。さらに操作性の向上を図り、出力台帳のフォーマットを決定した。データベースソフトを eCODO (イーコード) と名づけた。

2008年度からは、日本精神科救急学会 医療政策委員会がすすめている精神科救急入院料病棟に入棟した患者のデータベース (PQ データベース) を組み込み、PQ データベースの入力出力画面を作成した。

(倫理面への配慮)

十分に倫理的側面を配慮しながら作成した。

## C. 研究結果 (資料参照)

### 1. 主な画面

ログイン画面 (資料1)

行動制限患者一覧画面 (資料2)

隔離・身体拘束入力画面（資料3）

PQデータベース画面（資料4）

システム管理画面（資料5）

## 2. 入力データ定義書

eCODO基本データ定義書（資料6）

観察下開放に関する定義（資料7）

危険性に関する定義（資料8）

強制投薬とその他に関する定義（資料9）

## 3. 出力データ定義書

台帳データ定義書（資料10）

## 4. 出力台帳

行動制限に関する一覧性台帳（資料11）

隔離・身体拘束 一覧性台帳 臨床活用版（資料12）

患者別台帳（資料13）

病棟別台帳（資料14）

## 5. デモンストレーションサイト

サイト画面（資料15）

2008年11月4日に公開し、eCODO導入検討施設の担当者がトライアル版を操作できるようにした。

## D. 考察

### 1. モニタリングの必要性

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>2)</sup>や、National Technical Assistance CenterによるSix Core Strategies<sup>3)</sup>に述べられており、その中の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。

本邦での隔離・身体拘束の報告は、浅井ら<sup>4)</sup>

が行った多施設での時点調査、続いて小田原ら<sup>7)</sup>、杉山<sup>8)</sup>が行った一施設での詳細な調査報告があるものの、継続的な多施設での調査は行われておらず、隔離・身体拘束施行の実態把握は不十分といえる。

当報告書の「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」にあるように、本邦での隔離・身体拘束施行量は海外先進諸国より多く、最適化は喫緊の課題である。eCODOを用いた施行量モニタリングは、隔離・身体拘束最適化のための今後の臨床実践や調査研究のデータ基盤となりうる。

### 2. 入力データの定義

隔離・身体拘束に関する入力データとして、まず観察下開放の取扱いについて検討を行った。現状、各施設で種々の表現で運用されていることから、日本精神科看護技術協会との検討会を経て、「原則開放禁」「観察下開放」「時間開放」と文言を定め、制限の厳しさを3段階に分けた。海外の先行研究では隔離・身体拘束は時分単位の施行時間で必要に応じて繰り返し行っており、調査方法に観察下開放の取扱いについて触れられていないため、本邦独自のものとして定義を行った。

次に隔離・身体拘束施行に際しての危険性の定義の検討については、フィンランドでの先行研究を参考に行った<sup>4)</sup>。当補助金事業でフィンランドの隔離・身体拘束の実情を視察した際、フィンランドでは隔離・身体拘束の自治体への報告義務の項目に危険性があり、危険性の内容はコード化されていることを知り得た。この危険性の定義をフィンランドと確認したうえで、日本の実情を加味し、かつフィンランドと比較可能な項目とした。

隔離・身体拘束の他に強制性のある治療として、強制的な投薬（強制投薬：forced medication）がある。ヨーロッパでは患者の自律性の尊重から強制投薬の調査が行われ、その際の実態調査は「投薬において3人以上のスタッフを要する」とある<sup>3)</sup>。隔離・身体拘束の施行の際、強制投薬も行われており、この定義を用いて強制投薬の有無と手技についてデータベースの項目に加えた。現在まで強制投薬に関して本邦では主だった報告は少ないが<sup>6)</sup>、今後の検討課題としては重要である。

eCODOに入力する患者の状態特性の項目は、入力データに無駄があってはならず、かつ隔離・身体拘束に関連する重要なものを選ぶ必要があった。今回は最小限のものとして、精神科主診断に加え副診断、身体疾患の有無と重症度、これに入退院時の機能の全体的評定（Global Assessment of Function; GAF）とした。

### 3. 出力データの定義

出力データは、一覧性台帳としての出力のほか、患者別の出力データ及び病棟単位での施行量を示す出力データの3つに分けた。一覧性台帳は厚生労働省からの通達のあった形式に準拠した。一覧性台帳を病棟でリアルタイムに臨床実践に利用することを目的に、臨床情報を付加した臨床活用版を作成し、患者の施行状況の詳細を一覧できるようにした。

患者別台帳には、患者基本属性、臨床特性と施行日数が表示されており、これによって、患者の特性別に様々な解析が可能となる。

病棟別台帳には、当報告書にある「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」で開発した施行量の指標を用いた。

### 4. 将来の可能性

多くの施設がeCODOを用いることによって多施設間での指標データの集約は容易に行える。今後、協力施設を募り集約データの解析を行っていく予定である。解析結果は協力施設へのフィードバックを行い、自施設で活用できるようにする必要がある。

当ソフトは、センターサーバ型として開発したが、当面は施設内にサーバを設置し院内LANを用いたクライアントサーバ型システムとして運用を開始する。今後はセキュリティを十分に考慮した上で、センターサーバの設置に向けていく予定である。

## E. 結論

行動制限最適化データベースソフト eCODO イーコードの開発を行った。eCODOを用いることによって自施設での隔離・身体拘束の施行状況について数値をもちいてモニタリングを行うことができ、さらには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容易に行えるようになる。eCODOは我が国の隔離・身体拘束のデータ基盤となりうる。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし。

### 2. 学会発表

野田寿恵 他 行動制限最適化データベースソフトの開発 - 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

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) 浅井邦彦:精神科医療における行動制限の最小化に関する研究. 平成11年度 厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)精神障害者の行動制限と人権確保のあり方. 2000
- 2) 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
- 3) Kallert TW, Glockner M, Onchev G, et al: The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 4: 168-172, 2005
- 4) Kaltiala-Heino R, Tuohimaki C, Korkeila J, et al: Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry* 26: 139-149, 2003
- 5) 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](http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf)
- 6) 野田寿恵, 藤田純一, 三澤史奇, 他: 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
- 7) Odawara T, Narita H, Yamada Y, et al: Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 59: 605-609, 2005
- 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

資料 1 ログイン画面



- ・ ID を入力しログインを行う

資料 2 行動制限患者 一覧画面

患者ID*	氏名*	性別(年齢)	病棟	隔離・拘束	その他行動制限
001	とくまのりこ 東原一志	♂ (21才)	A-101 08.10.02	隔離 なし 拘束 なし	拘束 なし 隔離 なし 禁煙 なし
007	しんのぶ 新屋士七郎	♂ (40才)	C-102 08.09.24	隔離 なし 拘束 なし	拘束 なし 隔離 なし 禁煙 なし

- ・ 院内の行動制限患者がクライアント端末から一覧できる。
- ・ 病棟別、現在の隔離・身体拘束施行中の有無で絞り込みが行える。

資料3 隔離・身体拘束入力画面

行動制限情報 - 新規

隔離・拘束  その他行動制限

◀ 12月      2009年 1月      2月 ▶

日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	31							

日時分 \* 2009/01/08    0 時    0 分

隔離 \*  ?

身体拘束 \*  ?

危険性 \*

強制投薬  なし  あり ?

ライン管理  ?

身体管理  ?

ECT  なし  あり

日々の状況

- ・ 3ヶ月カレンダー表示にて、患者の隔離・身体拘束施行状況の概観を把握することができる。日付の上段が隔離、下段が身体拘束の施行を色で示している。
- ・ 隔離・身体拘束の有無、危険性評価が必須項目である。

#### 資料4 PQ データベース画面

氏名*	性別 (年齢)	職種	入棟日-退棟日
あけみまゆみ 森田真一	♂ (38才)	D救急病棟	2008/12/09 - 2009/01/07
あけみまゆみ 有本真理	♂ (68才)	D救急病棟	2008/12/02 -

- ・ PQ データベースは職種別（病棟クラーク，薬剤師，作業療法士，訪問看護師，精神保健福祉士）にデータ入力を行うため，職種ごとに入力画面を作成した。

#### 資料5 システム管理画面

病棟名*	入院料	病床数
A病棟	10対1入院基本料	10
B病棟	医療観察法病棟	8
C救急病棟	精神科救急入院料	8
D救急病棟	精神科急性期治療病棟入院料2	12

- ・ 医師，看護師，病棟，システムユーザの情報を管理する。

資料6 eCODO2基本データ 2008

項目番号	項目名	下位項目名	最下位項目名	必須項目	入力方法	画面表示名	選択肢
<b>1. 医師情報</b>							
[1]	医師コード			<input type="radio"/>	自動		
[2]	氏名	氏名1		<input type="radio"/>	文字	氏名	
		氏名2		<input type="radio"/>	文字		
[3]	ふりがな	ふりがな1		<input type="radio"/>	文字	ふりがな	
		ふりがな2		<input type="radio"/>	文字		
[4]	性別			<input type="radio"/>	単一	性別	1 男, 2 女
[5]	誕生日			<input type="radio"/>	数値	誕生日	
[6]	現・退職			<input type="radio"/>	単一		1 現職, 2 退職
<b>2. 看護師情報</b>							
[7]	看護師コード			<input type="radio"/>	自動		
[8]	氏名	氏名1		<input type="radio"/>	文字	氏名	
		氏名2		<input type="radio"/>	文字		
[9]	ふりがな	ふりがな1		<input type="radio"/>	文字	ふりがな	
		ふりがな2		<input type="radio"/>	文字		
[10]	性別			<input type="radio"/>	単一	性別	1 男, 2 女
[11]	誕生日			<input type="radio"/>	数値	誕生日	
[12]	所属病棟			<input type="radio"/>	単一	所属病棟	※[22]で登録された病棟
[13]	正・准看護師			<input type="radio"/>	単一		1 正看護師, 2 准看護師
[14]	精神科経験年数			<input type="radio"/>	数値	精神科経験年数	
[15]	看護師経験年数			<input type="radio"/>	数値	看護師経験年数	
[16]	現・退職			<input type="radio"/>	単一		1 現職, 2 退職
<b>3. システムユーザー情報</b>							
[17]	ユーザ名			<input type="radio"/>	文字	ユーザ名	
[18]	パスワード			<input type="radio"/>	文字	パスワード	
[19]	氏名	氏名1		<input type="radio"/>	文字	氏名	
		氏名2		<input type="radio"/>	文字		
[20]	ふりがな	ふりがな1		<input type="radio"/>	文字	ふりがな	
		ふりがな2		<input type="radio"/>	文字		
[21]	所属			<input type="radio"/>	文字	所属	
[22]	属性	タイプ		<input type="radio"/>	単一	権限	1 使用者, 2 管理者
		権限		<input type="radio"/>	複数		1 行動制限, 2 行動制限参照のみ, 3 PQ基本, 4 薬剤, 5 作業療法, 6 訪問看護, 7 精神保健福祉



4. 病棟情報			
【23】病棟名	病棟名 病棟タイプ	文字 単一	病棟名 種類 入院料
【24】病棟入院料		○ ○ ○	1 精神科急性期棟群, 2 その他の精神科病棟 1 精神科救急入院料, 2 精神科急性期治療病棟入院料, 3 精神科急性期治療病棟入院料, 4 精神科急性期治療病棟入院料, 5 老人性認知症疾患治療病棟入院料, 6 老人性認知症疾患治療病棟入院料, 7 10対1入院基本料, 8 15対1入院基本料, 9 18対1入院基本料, 10 20対1入院基本料, 11 医療観察法病棟, 12 その他,
【25】病床数	病床数	○	病床数
【26】治療対象年齢層	最も多い年齢層	○	治療対象年齢層 最も多い年齢層 1 20才未満(児童思春期), 2 20才から64才(成人), 3 65才以上(高齢者)
【27】治療対象疾患	最も多い分類 次に多い分類	○ ○	治療対象疾患 最も多い分類 次に多い分類 <F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, G4から選ぶ> <F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, G4から選ぶ>
【28】病床利用率記録開始年月	病床利用率記録開始年月	○	病床利用率記録開始年月 年 月
5. 患者情報			
【29】患者ID		○	患者ID
【30】氏名	氏名1 氏名2	○ ○	氏名
【31】ふりがな	ふりがな1 ふりがな2	○ ○	ふりがな
【32】性別		○	性別 1 男, 2 女
【33】生年月日		○	生年月日 年 月 日, 不明
【34】住所			住所
【35】電話番号1			電話番号1
【36】電話番号2			電話番号2
【37】公的扶助			公的扶助 1 生活保護 受給あり, 2 生活保護 受給なし

6.入院情報		入院日		入院日		年 月 日	
【38】	入院日	入院時GAF	○	数値	入院日	年 月 日	
【39】	退院日	退院時GAF	○	数値	GAF	年 月 日	
【40】	入院病棟		○	数値	退院日		
【41】	入院形態		○	単一	GAF		数値、死亡退院 ※【22】で登録された病棟
			○	単一	入院病棟		1 任意入院、2 医療保護入院、3 措置入院、4 応急入院、5 緊急 措置入院、6 特定医師による医療保護入院、7 特定医師による 応急入院、8 司法鑑定、9 医療観察法鑑定、10 医療観察法病 棟入院、11 その他入院形態
【42】	主治医		○	単一	主治医		※医師情報 ※医師情報 ※医師情報
【43】	プライマリ看護師			単一	プライマリ看護師		※医師情報 ※医師情報 ※医師情報
【44】	精神科診断	主診断 副診断	○ ○	文字 単一 文字	精神科主診断 精神科副診断		※医師情報 ※医師情報 ※医師情報
【45】	身体疾患診断	主診断	○ ○	単一 単一	身体疾患主診断 有無 重症度		(IDC-10 F・Gコード)、該当なし 0 なし、1 あり
			○	単一	診断		(IDC-10 F・Gコード) 0 なし、1 あり、2 疑い 1 一次レベル、2 二次レベル、3 三次レベル
				単一	診断		0 特定不能、1 A,B 感染症/寄生虫、2 C,D 新生物、3 D 血 液/造血器疾患/免疫機構障害、4 E 内分泌/栄養/代謝疾患、 5 G 神経系疾患、6 H 眼/付属器疾患、7 H 耳/乳突突起疾 患、8 I 循環器系疾患、9 J 呼吸器系疾患、10 K 消化器系疾 患、11 L 皮膚/皮下組織疾患、12 M 筋骨格系/結合組織疾 患、13 N 泌尿器系疾患、14 O 妊娠/分娩/産じょく病、15 P 周産期に発生した病態、16 Q 先天奇形/変形/染色体異常/ 17 R 症状/徴候/異常所見など分類不可、18 S,T 損傷/中毒/ その他の外因の影響
				文字	疾患名		0 なし、1 あり、2 疑い
		副診断		単一	身体疾患副診断 有無 重症度 診断		1 一次レベル、2 二次レベル、3 三次レベル
				単一	疾患名		0 特定不能、1 A,B 感染症/寄生虫、2 C,D 新生物、3 D 血 液/造血器疾患/免疫機構障害、4 E 内分泌/栄養/代謝疾患、 5 G 神経系疾患、6 H 眼/付属器疾患、7 H 耳/乳突突起疾 患、8 I 循環器系疾患、9 J 呼吸器系疾患、10 K 消化器系疾 患、11 L 皮膚/皮下組織疾患、12 M 筋骨格系/結合組織疾 患、13 N 泌尿器系疾患、14 O 妊娠/分娩/産じょく病、15 P 周産期に発生した病態、16 Q 先天奇形/変形/染色体異常/ 17 R 症状/徴候/異常所見など分類不可、18 S,T 損傷/中毒/ その他の外因の影響
				文字	疾患名		0 なし、1 あり、2 疑い

7. 隔離・身体拘束情報（一回分）						
【46】日時	日付 時間			日時分	年 月 日	時 分
【47】隔離				隔離		0なし, 1 原則開放禁, 2 観察下開放 3 時間開放
【48】身体拘束				身体拘束		0なし, 1 原則開放禁, 2 観察下開放 3 時間開放
【49】危険性		身体拘束部位		複数		1 綱, 2 上肢, 3 下肢, 4 肩
【50】強制投薬		有無		単一		0なし, 1 自衛自殺企図, 2 他害, 3 迷惑行為, 4 私物以外の器物破損, 5 私物の器物破損, 6 舞院, 7 転倒転落, 8 ルート抜去, 9 多飲, 10 その他
【51】ライン管理		処置名		複数		0なし, 1 あり
【52】身体管理				単一		1 経口, 2 筋注, 3 静注, 4 胃管投薬, 5 持続点滴静注, 6 その他
【53】ECT				単一		0なし, 1 1本, 2 2本以上
【54】日々の状況				文字		0なし, 1 あり(主として鎮静に関するもの), 2 あり(主として既存の身体疾患に関するもの)
8. その他行動制限情報（一回分）						
【55】日時	日付 時間			日時分	年 月 日	時 分
【56】開放制限				開放制限		0なし, 1 あり
【57】電話制限				電話制限		0なし, 1 法的+家族のみに制限, 2 法的なものに制限
【58】面会制限				面会制限		0なし, 1 法的+家族のみに制限, 2 法的なものに制限
9. 病棟利用率情報（一ヶ月分）						
【59】年月				自動	年 月	
【60】病床利用率				数値		病床利用率(%)
【61】月初在床患者数				数値		月初在床患者数
【62】新規入床患者数				数値		新規入床患者数

## 資料7 観察下開放に関する定義

隔離の定義	
原則開放禁	全く開放しない日をさします。隔離室を出る際に、医師が立ち会う必要がある場合においては「終日」とみなします。（例 検査出し、処置出し、電気けいれん療法出しなど）
観察下開放	看護師が常時一人以上ついて、看護師の観察下で隔離室を出ることをさします。清潔保持、検査、運動、病棟に慣れるためなど種々の理由があるが、その理由は問いません。時間も問いません。
時間開放	施設をせすに単独でいる状態をさします。開放時間や開放場所（隔離室・隔離室前室・病棟内など）は問いません。看護師の視野に患者がいても、看護師がその患者1人のみを担当していなければ「時間開放」とみなします。

## 資料8 危険性に関する定義

隔離 \*  ?  
 身体拘束 \*  ?  
 危険性 \*   
 強制投薬  
 ライン管理  
 身体管理  
 ECT  
 日々の状況

なし  
 自傷自殺企図  
 他害  
 迷惑行為  
 私物以外の器物破損  
 私物の器物破損  
 離脱  
 転倒転落  
 ルート抜去  
 多飲  
 その他

## 資料9 強制投薬等に関する定義

<p>「強制投薬」の定義</p> <p>投薬において、3人以上のスタッフを要する場合をさします。</p> <p>ライン管理には、以下のものも含まれます。</p> <p>モニター用ライン            注入・投与用ライン            ドレーン用ライン</p> <p>身体管理は以下の項目から該当するものを選択してください。</p>	
<p>身体管理なし</p> <p>身体管理あり(主として鎮静に関するもの)</p> <p>身体管理あり(主として既存の身体疾患に関連するもの)</p>	<p>身体管理を行っていない</p> <p>褥創ケア、意識レベルの定時チェック、酸素投与、心電図・酸素飽和度のモニター</p> <p>血糖測定、頻回の血圧測定、尿量測定、循環呼吸観察、術前術後管理など</p>