

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業補助金
(障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
分担研究報告書

精神病床における行動制限に関する検討

研究分担者 山之内 芳雄 国立精神・神経医療研究センター 部長

研究要旨

精神病床における隔離・身体的拘束件数が増加していることを受け、平成 29 年 2 月より「精神病床における隔離・身体的拘束に関する大規模調査ワーキンググループ」を設置し、平成 29 年度に「隔離・身体的拘束における大規模調査」を行った。しかし、本調査には、回答者の記憶に頼る調査項目が混在しており、客観性が担保できないという理由で中断、本年度、中止が決定した。そこで、新たな隔離・身体的拘束の増加要因調査の実現にむけて、検討を行った。

これまでの議論の中で抽出された隔離・身体的拘束の増加要因の仮説について、臨床現場の認識を明らかにするため医療関係者に調査する方向で調査表(案)を作成したが、これまでの課題でもあった回答者の記憶に頼る設問には変わりはなく、客観性が担保できなかった。そこで、これらの課題を払拭するため、過去に遡っても診療録等に残されている隔離・身体的拘束の告示上の要件等、客観的な事実のみの最低限問うべき調査項目(案)、調査票(案)まで作成したが、研究期間内の実施には至らなかった。

研究協力者

新垣 元 (新垣病院)
大迫 充江(肥前精神医療センター)
来住 由樹(岡山県精神科医療センター)
桐原 尚之(全国「精神病」者集団・運営委員・当事者)
高橋 美久(株式会社 MARS・当事者)
中島 公博(五稜会病院)
橋本喜次郎(肥前精神医療センター)
光石 雅 (肥前精神医療センター)
三宅 美智(岩手医科大学)
八尋 光秀(西新共同法律事務所)
四方田 清(順天堂大学)
臼田謙太郎(国立精神・神経医療研究センター)
月江ゆかり(国立精神・神経医療研究センター)

A. 目的

平成 11 年に隔離・身体的拘束の大規模実態調査が厚生労働科学研究(研究代表者:浅井邦彦)で行われて以降、630 調査で件数は把握されているものの、近年、隔離・身体的拘束の件数が増加している現状において、その要因分析などの検討を行うことは重要な課題である。そこで本研究では、隔離・身体的拘束の件数の増加要因などについて明らかにすることを主な目的とした。

B. 方法

研究協力者は上記に示した当事者、弁護

士、医療関係者（昨年度から一部変更）で構成し、研究分担班会議を平成 30 年 7 月 26 日と平成 31 年 2 月 28 日の 2 回開催し、昨年度から中断している調査について、隔離・身体的拘束の増加要因調査を実現するために議論した。

C. 結果

研究協力者から「隔離、身体的拘束の件数が増加していない疾患群や、病棟区分などがあれば、その増加しなかった要因を含めて考えるべきではないか」、「隔離・身体的拘束の削減に取り組んだ国際的な事例を踏まえて、設問事項を検討すべきではないか」等の意見が出された。まず、これらの論点から整理した。

公表された平成 29 年の 630 調査（6 月 30 日 0 時時点の隔離・身体的拘束指示数）の主診断、病院所在地と患者住所地、性別、在院期間、入院形態、年齢、病棟入院料ごとの隔離・身体的拘束指示件数を表 1-表 7 で報告した。結果、これらの項目において特徴的な所見は得られず、「押しなべて行われている」ということを共有した。

次に、隔離・身体的拘束の削減に取り組んだ国際的な事例としては、別添 1 のように、米国とニュージーランドについての報告があり、ここではニュージーランドについて検討した。ニュージーランドでは、2001 年の米国のペンシルバニア州の隔離・身体的拘束削減運動の影響を受けて、隔離・身体的拘束削減の取り組みが行われ、2009 年からの 8 年間で年間約 65%の身体的拘束の削減に成功した。しかし、これは技法というよりマインドの問題が大きく、削減した詳細な方法については不明であった。海外の事例

からも隔離・身体的拘束を削減した詳細な方法についてはわからないということを経験した。

昨年度、隔離・身体的拘束増加要因について明らかにするため、平成 29 年 6 月より調査を開始したが、調査項目に関して主観的な意図を問うものが混在しており、回答に疑義を生じさせる点があること、特に平成 24 年の主観的な判断は回答者の記憶に頼ることになり、客観性が担保できないのではないかと、また法令を逸脱した設問が存在すると複数施設から指摘を受け、本調査はいったん中断していた。その調査は、平成 30 年 10 月をもって中止とし、国立病院機構肥前精神医療センター倫理審査委員会で中止が承認された。

これらを踏まえて、新たな隔離・身体的拘束の増加要因調査としては、これまでのような実態調査では協力が得られにくい。そこで、これまでの議論の中で抽出された隔離・身体的拘束の増加要因の仮説について、臨床現場の認識を明らかにするため、医療関係者に調査することで意見が一致した。

精神病床における隔離・身体的拘束の増加要因として考えられる仮説には、患者要因では、「入院患者の高齢化」、「医療処置が必要な患者の増加」など 8 項目、環境要因では、「隔離・身体的拘束を実施する場所が増えた」、「身体拘束具（拘束帯）の普及」など 4 項目、医療者要因では、「疲弊している」、「余裕がない」など 2 項目、組織要因では、「患者への事故防止対策が厳しくなった」、「スタッフの安全が優先されるようになった」など 10 項目の計 24 項目とした（表 8）。

また、回答者が自由に意見を書けるよう自由記載欄を設けることにした。回答方法

は出来る限り客観性が担保できるよう、「思う・思わない」の二者択一とした調査票(案)を作成した。しかし、これまでの課題でもあった回答者の記憶に頼る設問には変わりはなく、日々、調査項目(案)について検討を重ねたが、客観性が担保できないという点は払拭されず、倫理審査受審前に第2回目の研究班会議を開催し、研究協力者から意見を聞くことにした。医療関係者からは「隔離・身体的拘束の増加要因について、診療録には告示で出されている隔離・身体的拘束の要件以外は残っていない。それ以外のことを過去に遡っても答えようがない。共通の隔離・身体的拘束の定義を作成してから、前向きに調査するしかないのではないか」などの意見がでた。しかし、議論をすすめていくうえで、その告示で出されている隔離・身体的拘束の要件の件数でさえも、現段階では明らかになっておらず、「この件数だけで、隔離・身体的拘束の増加要因について明らかにはならないと思われるが、10年前の客観的なデータとしては収集できるのではないか」との議論があった。もう一つの議論として、平成19年から平成20年にかけての隔離・身体的拘束件数の急増には、平成18年の大幅な診療報酬の改定や精神保健福祉法の改正などが影響しているのではないかという議論である。「平成18年度から診療報酬算定要件に、看護師の実質配置、会議の開催、必要書類の提出などが新たに加わり、医療現場は混乱を期した。これらが、直接、隔離・身体的拘束件数の増加に関連しているとは断定できないが、少なくともこのような周辺環境の変化も増加の一因になっているのではないか」という意見がでた。

以上のような議論から、新たな隔離・身体

的拘束の増加要因調査では、10年前(平成21年)または5年前(平成26年)と平成31年の6月30日0時時点で、隔離・身体的拘束の指示数と告示で出されている隔離・身体的拘束の要件、0時・12時時点の隔離・身体的拘束の実施の有無(開放観察の有無を調査するため)、行動制限の期間については、それぞれ6月の1ヶ月間に隔離・身体的拘束が終了した患者の指示開始日と指示終了日を調査し、客観的に回答できる調査項目のみにしてはどうかの意見で一致した。しかしながら、この調査を今年度内に実施することが難しいため、この研究班では上記議論に基づいて、最低限新しい調査で聞くべき項目(案)(別添2)と別添2に基づいた調査票(案)(別添3)を作成し、これを研究協力者に送付して意見を聴取することだけに留めた。研究協力者からは同意が得られた。

D. 考察

今年度新たな調査を行うことができず、最低限聞くべき調査項目(案)および調査票(案)の作成に留まったことは残念である。新たな調査を行うに至らなかった大きな要因として、医療関係者から「隔離・身体的拘束の増加要因について、診療録には告示で出されている隔離・身体的拘束の要件以外は残っていない。それ以外のことを過去に遡っても答えようがない。共通の隔離・身体的拘束の定義を作成してから、前向きに調査するしかないのではないか」との指摘があるように、主観的内容かつ過去のことを伺うという構造的に無理な問題があった。そのため、これについて概念整理を行い、新たな最低限聞くべき調査項目(案)およびそ

れに基づいた調査票(案)を作成するに至った。まずは事実関係の確認を行うことの重要性を班会議全員で再認識した。これには当事者も「調査は大変な作業だけど、縛られる患者側の気持ちも考えて協力してほしい」、「当事者の意見を踏まえて調査することは大事」と述べており、step by stepで臨むことであると考えている。

また、議論の中で出てきた、増加関連予測要因ではないかと考えられる、平成18年の大幅な診療報酬の改定や精神保健福祉法の改正などが影響しているのではないかという議論に関しては、調査とは別途検討すべきである。また、そもそも医療現場の混乱が引き起こしたと考えられる医療従事者等の患者への直接的ケア時間の減少が、行動制限の時間にどのように影響したかを検証する必要があると考えられる。

今後、これらの論点を受けた新たな調査研究が望まれるところである。

E. 結論

今年度は2回の研究班会議を行い、①平

成29年度の「隔離・身体的拘束における大規模調査」を中止した。②これまでの議論の中で抽出された隔離・身体的拘束の増加要因の仮説について、臨床現場の認識を明らかにするため医療関係者に調査する方向で調査票(案)を作成したが、これまでの課題でもあった回答者の記憶に頼る設問には変わりはなく、客観性が担保できないという点は払拭されなかった。そこで、③客観的な事実のみを伺う最低限聞くべき調査項目(案)、調査票(案)の作成をしたが、研究期間内での実施には至らなかった。

D. **健康危険情報** なし

E. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 全国 主診断×隔離・身体的拘束指示

平成29年630調査より

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
F0 症状性を含む器質性精神障害		1,645	4,905	337	63,052
F00 アルツハイマー病型認知症	37,147	778	2,780	147	33,736
F01 血管性認知症	8,286	143	574	36	7,605
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	23,832	724	1,551	154	21,711
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	12,309	406	330	68	11,641
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	10,916	286	284	50	10,396
覚せい剤による精神及び行動の障害	587	59	20	9	517
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	806	61	26	9	728
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	154,595	8,290	5,451	975	141,829
F3 気分(感情)障害	26,986	1,055	793	190	25,328
F30-31 躁病エピソード・双極性感情障害(躁うつ病)	14,483	731	454	112	13,410
F32-39 その他の気分障害	12,503	324	339	78	11,918
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,201	190	118	32	4,925
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	724	49	36	15	654
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	1,083	72	34	4	981
F7 精神遅滞(知的障害)	5,905	540	425	61	5,001
F8 心理的発達の障害	1,786	314	83	33	1,422
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	590	61	30	9	508
てんかん*	2,311	82	107	11	2,133
その他	2,987	106	208	17	2,690
不明	430	7	8	4	419
合計**	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

*F0に属さないものを計上。

**大項目の総和を算出。

表2 全国 病院所在地と患者住所地×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
同一	132,180	5,171	5,382	686	122,313
異なる	151,992	7,646	7,146	1,070	138,270
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表3 全国 性別×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
男性	136,653	7,165	6,306	937	124,119
女性	147,463	5,651	6,221	819	136,410
不明	56	1	1	0	54
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表4 全国 在院期間×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
1ヶ月未満	27,721	2,966	1,820	553	23,488
1ヶ月以上	20,311	1,230	1,043	217	18,255
3ヶ月未満	29,420	1,342	1,572	202	26,708
3ヶ月以上	31,729	1,226	1,695	202	29,010
6ヶ月未満	80,524	2,892	3,399	319	74,552
6ヶ月以上	38,574	1,418	1,331	125	35,950
1年未満	29,442	1,069	872	80	27,581
1年以上	25,932	660	777	58	24,553
5年未満	519	14	19	0	486
5年以上	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583
10年未満					
10年以上					
20年未満					
20年以上					
不明					
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表5 全国 入院形態×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
措置入院	1,621	528	124	92	1,061
医療保護入院	130,360	10,768	10,632	1,566	110,526
任意入院	150,722	1,439	1,742	95	147,636
その他の入院	829	60	8	3	764
不明	640	22	22	0	596
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表6 全国 年齢×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
20歳未満	2,387	292	90	44	2,049
20歳以上	19,382	2,627	806	331	16,280
40歳未満	97,212	6,376	3,555	731	88,012
40歳以上	72,539	2,081	2,924	317	67,851
65歳未満	92,406	1,441	5,153	333	86,145
65歳以上	246	0	0	0	246
不明	246	0	0	0	246
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表7 全国 病棟入院料×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ 拘束(C)	隔離拘束指 示なし(D)
精神科救急入院料	8,436	1,581	448	285	6,692
精神科救急・合併症入院料	308	42	82	21	205
精神科急性期治療病棟入院料	14,618	1,437	547	218	12,852
精神療養病棟入院料	88,517	2,582	2,805	314	83,444
認知症治療病棟入院料	32,260	401	2,077	81	29,863
特殊疾患病棟入院料	4,181	34	183	8	3,972
児童・思春期精神科入院医療管理料	911	101	24	11	797
医療観察法	737	17	4	1	717
地域移行機能強化病棟入院料	1,903	86	47	28	1,798
10対1入院基本料	806	48	132	21	647
13対1入院基本料	3,778	315	307	80	3,236
15対1入院基本料	116,236	5,618	5,173	593	106,038
18対1入院基本料	3,790	94	124	4	3,576
20対1入院基本料	1,228	23	21	0	1,184
特別入院基本料	1,354	59	63	3	1,235
特定機能病院入院基本料(7対1)	288	32	29	14	241
特定機能病院入院基本料(10対1)	291	19	18	6	260
特定機能病院入院基本料(13対1)	853	75	62	21	737
特定機能病院入院基本料(15対1)	461	48	30	15	398
その他	2,449	163	336	30	1,980
不明	767	42	16	2	711
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

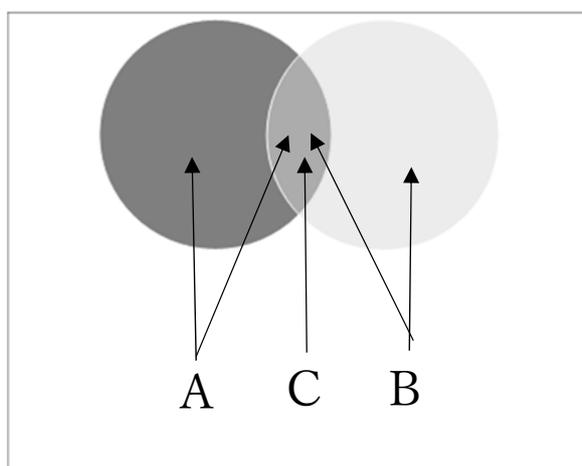


表8 隔離・身体的拘束増加要因（仮説）

【患者要因】

入院患者の高齢化
医療処置が必要な患者の増加
認知症患者の増加
非同意入院（任意、鑑定入院以外）患者の増加
新規の入院患者の増加
長期にわたり隔離・身体拘束を実施されている患者の増加
隔離・身体的拘束が必要な患者の増加
重症な患者の増加

【環境要因】

隔離・身体的拘束を実施できる場所が増えた
身体拘束具（拘束帯）の普及
1つの病棟に多様な疾患の患者が入院するようになった
状態の悪い患者に対する、他患者の苦情が増えた

【医療者要因】

以前に比べて、心理的に疲弊している
以前に比べて、心理的に余裕がない

【組織要因】

患者への事故防止対策が厳しくなった
スタッフの安全が優先されるようになった
行動制限最小化委員会が活用されていない
院内での隔離・身体的拘束に関する指針がない
救急・急性期病棟の増加
在院期間に短縮に関する管理が厳しくなった
非常勤看護師の人数の増加
業務量の増加
患者にかかわる時間の減少
入院時は一律、隔離・身体的拘束を第一選択する方針に変更になった

諸外国における身体拘束削減政策に関する論点整理

全国「精神病」者集団 桐原尚之

1. 米国における隔離・拘束削減の取り組み

1.1 隔離・拘束削減政策の概要

1990年、ペンシルバニア州立病院において最初の隔離・身体拘束の使用を削減するための取り組みが始まった。この取り組みによって1991年から2000年までの間で隔離が1000入院日（patient days）あたり7.2回から0.3回になり、平均隔離継続時間は1000入院日あたり11.6時間から1.3時間になった。合衆国政府は、ペンシルバニア州の取り組みをうけて隔離・身体拘束の使用に関する規則をより厳しいものへと改正した。

この取り組みによって、エルムハースト病院（ニューヨーク）では、1998年から2001年までの間に隔離が1000入院日あたり5.8回から1.9回に減り、平均隔離継続時間は1000入院日あたり36.6時間から8.3時間になった。また、クリードモア精神医療センターでは、1999年から2001年までの間に隔離・身体拘束の件数を67%削減し、隔離・身体拘束の継続時間を92%削減した。2003年、合衆国政府は隔離・身体拘束の使用削減の指標を明記した報告書を公表した。同年、SAMHSAが隔離・身体拘束を減らすべきとする声明を出し、削減のための先駆的なプロジェクトに5,300,000米ドルの資金援助をおこなった（Elizabeth 2002）（Smith 2005）。

1.2 臨床研究

Smith 他（2005）は、ペンシルバニア州の9つの州立病院が保管しているデータを分析し、1990年から2000年までの11年間におこなわれた隔離と物理的身体拘束のパターンの変化を明らかにする臨床研究をおこなった。患者の暴力による職員のけがに関するデータは1998年から2000年、その他のデータは1990年から2000年までのものを使用した。

■表：ペンシルバニア州の州立病院に民事上強制的に入院している成人患者の隔離及び物理的身体拘束の普及状況と時間

年	隔離			物理的身体拘束		
	1000入院日あたりの件数	長さ（時間）		1000入院日あたりの件数	長さ（時間）	
		中央値	標準偏差		中央値	標準偏差
1990	4.23	10.83	16.24	3.51	11.92	55.97
1991	7.20	11.64	16.00	6.41	9.76	30.37
1992	3.55	10.14	19.03	3.82	12.12	39.04
1993	3.61	9.91	21.44	4.70	8.98	18.33
1994	3.26	8.27	14.30	3.99	8.91	16.50

1995	2.52	5.79	9.93	3.61	5.09	5.59
1996	2.24	3.75	3.55	2.65	3.83	4.31
1997	1.73	2.68	2.05	2.01	3.19	5.14
1998	1.47	2.14	1.51	2.96	3.98	15.81
1999	0.64	1.35	0.82	1.57	1.97	2.76
2000	0.28	1.31	0.93	1.20	1.93	3.00

考察の結果、隔離・身体拘束を減らしても職員が暴力の危険にさらされていないことが明らかにされ、隔離・身体拘束は、治療ではなく治療の失敗であるという認識が状況を変えたことがわかった。

LeBel と Goldstein (2005) は、マサチューセッツ州にある青少年入院施設 (13 歳から 18 歳・1 施設 30 床) を対象として、身体拘束削減の構想が始まる前 (2000 年) と始まった後 (2003 年) の身体拘束の使用状況と関連する経済的負担、暴力リスク、治療効果を比較する臨床研究をおこなった。身体拘束は 3,991 件から 373 件に 91% 減り、身体拘束の負担は 1,446,740 米ドルから 117,036 米ドルに 92% 減った。身体拘束を減らすことで、職員の拘束に関わる時間を減らし、金銭的負担も減らした。青年の機能向上、入院期間の短縮、再入院率の低下がみられた。青年と職員両方のけがが減り、職員の離職率が減った。

2. ニュージーランド

ニュージーランドの隔離・拘束減少に向けた取り組みは、ペンシルバニア州における隔離・拘束削減運動の影響をうけつつ当事者の参画を得ながら進められた。最初の取り組みは、保健省が 2001 年に「制限を最小化し安全な実践をするための基準」を出したことである。その後、2008 年に入って、この基準をより厳しいものにするための改訂作業がおこなわれた。精神保健委員会 (Mental Health Commission: MHC) は、2008 年に出した報告書で、①隔離は治療的でないという合意、②サービスの利用者と、より低い度合いではあるが職員に対する隔離の否定的な帰結、③人権に関する懸念、④害を及ぼす危険性を増価させることなく、隔離を減少、排除さえできる、などの論点を示した (O'Hagan 2008)。

結果として、この取り組みによる身体拘束の削減は成功し、次いで隔離の削減にも着手して 2009 年から 2017 年までの 8 年間で約 65% の削減を達成した。

基準改訂案

- ◇10 分ごとに利用者の身体状況を観察、及び本人に確認すること
- ◇2 時間ごとに医療者が部屋に入って身体状況を確認すること
- ◇8 時間ごとに精神科評価をおこなうこと
- ◇4 週間で 24 時間以上の隔離があった場合には、ケース会議を開いて計画を検討すること

- ◇隔離の終了は、2人の有資格看護師あるいは有資格看護師と医師によって決められること
- ◇1時間以上隔離室の外にいたとき隔離が終わったことになる
- ◇10分ごと2時間ごとの記録の際には特定の記録用紙をもちいること (O'Hagan 2008: 3)

3 まとめ——隔離の目的と拘束の目的

ペシルバニア州で隔離を減らすための運動が起きたときは、隔離の治療効果がひとつの論点になった。これに対して拘束を減らす運動では、治療効果のことは論点としてあまり確認できず、拘束で患者や医療者の安全が保障できているのかどうか論点としてあがってくる傾向にあった。これは、隔離が直接的に治療効果を期待したものであるのに対して、拘束は治療にあたっての補助手段という側面が強いことに由来する。主として拘束は、患者の安全のための手段と捉えられている。ゆえに隔離の問題は、治療効果の有無が関心とされ、拘束は安全性の有無が関心とされるのである。

結果として看護職団体の要求で月毎の院内における暴力実態の可視化がおこなわれたが、そこから拘束と安全の因果関係を認めることはできなかったとする論文が多数報告され、今では定説となっている。

以上のことから本調査は、諸外国において拘束削減に際して最も重要な論点として生起してきたはずの効果の検証にかかわる実態を明らかにできなかったものであり、今後の課題として報告書にも記述する必要があると考える。

文献

- Curie, Charles G., 2005, "SAMHSA's Commitment to Elimination the Use of Seclusion and Restraint," *Psychiatric Services*, 56(9): 1139-1140.
- Elizabeth Capezuti, Greg Maislin, Neville Strumpf, Lois K. Evans. (2002). Side Rail Use and Bed - Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 90-96.
- Evans, L.K., Strumpf, N.E., Allen Taylor, S.L., Capezuti, E., Maislin, G. & Jacobsen, B. (1997) A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 675-681.
- Frueh, B. Christopher, Rebecca G. Knapp, Karen J. Cusack, Anouk L. Grubaugh, Julie A. Sauvageot, Victoria C. Cousins, Eunsil Yim, Cynthia S. Robins, Jeannine Monnier, and Thomas G. Hiers, 2005, "Patients' Report of Traumatic of Harmful Experiences within the Psychiatric Setting," *Psychiatric Services*, 56(9): 1123-1133.
- LeBel, Janice and Goldstein, Robert, 2005, "The Economic Cost of Using Restraint and the Value Added by Restraint Reduction or Elimination," *Psychiatric Services*,

56(9): 1109-1114.

O'Hagan, M., Divis M, Long J, 2008, *Best practice in the reduction and elimination of seclusion and restraint; Seclusion: time for change*. Auckland: Te Pou Te Whakaaro Nui: the National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development.

(<http://www.maryohagan.com/resources/FINAL-SECLUSION-REDUCTION-BEST-PRACTICE-Research-Report.pdf>)

Smith, Gregory M., Robert H. Davis, Edward O. Bixler, Hung-Mo Lin, Aidan Altendor, Roberta J. Altendor, Bonnie D. Headentstine, George A. Kopchick, 2005, "Pennsylvania State Hospital Sysyem's Seclusion and Restraint Reduction Program," *Psychiatric Services*, 56(9): 1115-1122.

隔離・身体的拘束の増加要因（最低限聞くべき）調査項目（案）

I. 調査ポイント

【件数と理由の調査】

1. 平成 21 年または平成 26 年の 6 月 30 日 0 時時点で隔離・身体的拘束の指示が出ていた患者から件数および告知上の要件を聞く。
2. 平成 31 年の 6 月 30 日 0 時時点で隔離・身体的拘束の指示が出ていた患者から件数および告知上の要件を聞く。

【開放観察の有無の調査】

1. 平成 21 年または平成 26 年の 6 月 30 日 0 時と 12 時時点の開放観察の有無を聞く。
2. 平成 31 年 6 月 30 日 0 時と 12 時時点の開放観察の有無を聞く。

【期間の調査】

1. 平成 21 年または平成 26 年の 6 月中 1 ヶ月間に隔離・身体的拘束の指示が終了した患者の、指示開始日と指示終了日を聞く。
2. 平成 31 年の 6 月中 1 ヶ月間に隔離・身体的拘束の指示が終了した患者の、指示開始日と指示終了日を聞く。

II. 調査項目（案）（630 調査と同様の区分で）

1. 入院年月
2. 入院料
3. 入院形態
4. 年齢
5. 性別
6. 開始・解除日
7. 主診断
8. 隔離・拘束理由（告示上の要件でその他は自由記載）
9. 開放観察の有無

隔離・拘束患者の個別調査票(案)

〇〇にご記入をお願いいたします。

1. 件数・理由の調査(10年前または5年前の6月30日一日の調査)

平成21年または平成26年の6月30日0時に隔離・身体的拘束の指示が出ていた患者についてお答えください。

質問	回答	条件	選択肢
1. 基本情報			
1) 入院年月	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	年 月 日
2) 入院料	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<p>【平成21年】</p> <p>01. 精神科救急入院料 02. 精神科救急・合併症入院料 03. 精神科急性期治療病棟入院料 04. 精神療養病棟入院料 05. 認知症病棟入院料 06. 特殊疾患病棟入院料 07. 小児入院医療管理料3 08. 急性期入院対象者入院医学管理料(医療観察法) 09. 回復期入院対象者入院医学管理料(医療観察法) 10. 社会復帰期入院対象者入院医学管理料(医療観察法) 11. 10対1入院基本料 12. 15対1入院基本料 13. 18対1入院基本料 14. 20対1入院基本料 15. 特別入院基本料 16. 特定機能病院入院基本料(7対1) 17. 特定機能病院入院基本料(10対1) 18. 特定機能病院入院基本料(15対1) 19. その他</p> <p>【平成26年】</p> <p>01. 精神科救急入院料 02. 精神科救急・合併症入院料 03. 精神科急性期治療病棟入院料 04. 精神療養病棟入院料 05. 認知症治療病棟入院料 07. 特殊疾患病棟入院料 08. 小児入院医療管理料5 09. 児童・思春期精神科入院医療管理料 10. 医療観察法入院対象者入院医学管理料 11. 10対1入院基本料 12. 13対1入院基本料 13. 15対1入院基本料 14. 18対1入院基本料 15. 20対1入院基本料 16. 特別入院基本料 17. 特定機能病院入院基本料(7対1) 18. 特定機能病院入院基本料(10対1) 19. 特定機能病院入院基本料(13対1) 20. 特定機能病院入院基本料(15対1) 21. その他</p>
3) 入院形態	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<p>1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 緊急措置入院 5. 応急入院 6. 鑑定入院 7. 医療観察法による入院</p>
4) 年齢	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示があった患者	<p>1. 19歳以下 2. 20歳から24歳 3. 25歳から29歳 4. 30歳から34歳 5. 35歳から39歳 6. 40歳から44歳 7. 45歳から49歳 8. 50歳から54歳 9. 55歳から59歳 10. 60歳から64歳 11. 65歳から69歳 12. 70歳から74歳 13. 75歳から79歳 14. 80歳から84歳 15. 85歳から89歳 16. 90歳以上</p>
5) 性別	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<p>1. 男性 2. 女性</p>
6) 主診断	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<p>1. F00 アルツハイマー型認知症 2. F01 血管性認知症 3. F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害 4. F10 アルコール使用による精神及び行動の障害 5. 覚せい剤による精神及び行動の障害 6. アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害 7. F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 8. F3 双極性障害 9. F3 その他の気分障害 10. F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 11. F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 12. F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害 13. F7 精神遅滞(知的障害) 14. F8 心理的発達の障害 15. F9 小児期及び青年期に異常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害</p>

2. 隔離指示の詳細			
1) 開始時の患者の状態について、選択して下さい。	複	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<p>*この設問は、診療録で確認できる客観的内容となるよう、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の様式10「隔離を行うに当たってのお知らせ」に基づく選択肢としています。（複数回答可）</p> <ol style="list-style-type: none"> ア.他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合 イ.自殺企図又は自傷行為が切迫している場合 ウ.他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合 エ.急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合 オ.身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合 その他（ ）
2) 6月30日0時（深夜）実施 実際に隔離を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 有 無
3) 6月30日12時（正午）実施 実際に隔離を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 有 無 終了

3. 拘束指示の詳細			
1) 開始時の患者の状態について、選択して下さい。	複	6月30日0時に拘束の指示が出ていた患者	<p>*この設問は、診療録で確認できる客観的内容となるよう、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の様式11「身体的拘束を行うに当たってのお知らせ」に基づく選択肢としています。（複数回答可）</p> <ol style="list-style-type: none"> ア. 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合 イ. 多動又は不穏が顕著である場合 ウ. ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある状態 エ. その他（ ）
2) 6月30日0時（深夜）実施 実際に拘束を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 有 無
3) 6月30日12時（正午）実施 実際に拘束を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日12時に拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 有 無 指示終了

II. 期間の調査(10年前または5年前の6月中1ヶ月間の調査)

平成21年または平成26年の6月中1ヶ月間に隔離・拘束の指示が終了した患者についてお答えください。

質問	回答	条件	選択肢
1) 隔離・拘束の指示開始日	単	6月中1ヶ月間で隔離・拘束の指示が終了した患者	年 月 日
2) 隔離・拘束の指示終了日	単	6月中1ヶ月間で隔離・拘束の指示が終了した患者	年 月 日

隔離・拘束患者の個別調査票(案)

〇〇にご記入をお願いいたします。

1. 件数・理由の調査（今年の6月30日一日の調査）

平成31年6月30日0時に隔離・身体的拘束の指示が出ていた患者についてお答えください。

質問	回答	条件	選択肢
1. 基本情報			
1) 入院年月	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	年 月 日
2) 入院料	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	【平成31年】 01. 精神科救急入院料 02. 精神科救急・合併症入院料 03. 精神科急性期治療病棟入院料 04. 精神療養病棟入院料 05. 認知症治療病棟入院料 06. 地域移行機能強化病棟入院料 07. 特殊疾患病棟入院料 08. 児童・思春期精神科入院医療管理料 10. 10対1入院基本料 11. 13対1入院基本料 12. 15対1入院基本料 13. 18対1入院基本料 14. 20対1入院基本料 15. 特別入院基本料 16. 特定機能病院入院基本料(7対1) 17. 特定機能病院入院基本料(10対1) 18. 特定機能病院入院基本料(13対1) 19. 特定機能病院入院基本料(15対1) 20. 医療観察法入院対象者入院医学管理料
3) 入院形態	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 緊急措置入院 5. 応急入院 6. 鑑定入院 7. 医療観察法による入院
4) 年齢	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示があった患者	1. 19歳以下 2. 20歳から24歳 3. 25歳から29歳 4. 30歳から34歳 5. 35歳から39歳 6. 40歳から44歳 7. 45歳から49歳 8. 50歳から54歳 9. 55歳から59歳 10. 60歳から64歳 11. 65歳から69歳 12. 70歳から74歳 13. 75歳から79歳 14. 80歳から84歳 15. 85歳から89歳 16. 90歳以上
5) 性別	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	1. 男性 2. 女性

6) 主診断	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. F00 アルツハイマー型認知症 2. F01 血管性認知症 3. F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害 4. F10 アルコール使用による精神及び行動の障害 5. 覚せい剤による精神及び行動の障害 6. アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害 7. F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 8. F3 双極性障害 9. F3 その他の気分障害 10. F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 11. F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 12. F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害 13. F7 精神遅滞(知的障害) 14. F8 心理的発達障害 15. F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害 16. てんかん(F0に属さないものを計上する)
2. 隔離指示の詳細			
1) 開始時の患者の状態について、選択して下さい。	複	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<p>*この設問は、診療録で確認できる客観的内容となるよう、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の様式10「隔離を行うに当たってのお知らせ」に基づく選択肢としています。（複数回答可）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ア.他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合 2. イ.自殺企図又は自傷行為が切迫している場合 3. ウ.他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合 4. エ.急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合 5. オ.身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合 6. その他（ ）
2) 6月30日0時（深夜）実施 実際に隔離を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有 2. 無
3) 6月30日12時（正午）実施 実際に隔離を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有 2. 無 3. 終了
3. 拘束指示の詳細			
1) 開始時の患者の状態について、選択して下さい。	複	6月30日0時に拘束の指示が出ていた患者	<p>*この設問は、診療録で確認できる客観的内容となるよう、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の様式11「身体的拘束を行うに当たってのお知らせ」に基づく選択肢としています。（複数回答可）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ア. 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合 2. イ. 多動又は不穏が顕著である場合 3. ウ. ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある状態 4. エ. その他（ ）
2) 6月30日0時（深夜）実施 実際に拘束を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有 2. 無
3) 6月30日12時（正午）実施 実際に拘束を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日12時に拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有 2. 無 3. 指示終了

II. 期間の調査(6月中1ヶ月間の調査)

平成31年6月中1ヶ月間に隔離・拘束の指示が終了した患者についてお答えください。

質問	回答	条件	選択肢
1) 隔離・拘束の指示開始日	単	6月中1ヶ月間で隔離・拘束の指示が終了した患者	年 月 日
2) 隔離・拘束の指示終了日	単	6月中1ヶ月間で隔離・拘束の指示が終了した患者	年 月 日