

2019年3月16日

精従懇シンポジウム「精神保健従事者として身体拘束を考える」

桜ヶ丘記念病院における行動制限施行状況 ～身体的拘束施行状況を中心に～

社会福祉法人 桜ヶ丘社会事業協会
桜ヶ丘記念病院 院長 岩下 寛

1. 桜ヶ丘記念病院の概要

桜ヶ丘記念病院

最寄り駅：京王線 聖蹟桜ヶ丘駅
新宿駅から京王線特急で30分
聖蹟桜ヶ丘駅から徒歩15分



桜ヶ丘記念病院の概要

＊昭和15年東京市方面事業後援会（現在の東京都民生児童委員連合会）が“精神障害者の救済と福祉活動の実践”のために「桜ヶ丘保養院」として開設

社会福祉法人立 看護基準（15:1）精神科 内科 歯科

敷地面積 約15,600坪 建物延面積 約8,300坪

定床 467床 病棟数 8病棟 職員数 385

医師 精神科医（常勤25、非常勤10、内指定医24）

内科（常勤1、非常勤2）、外科・整形・皮膚科各1、歯科3（非常勤）

看護師 142 准看護師 30 精神保健福祉士 16

臨床心理士 6 作業療法士 11 介護福祉士 21

指定：措置・応急指定病院、東京都麻薬取締法指定病院

日本医療機能評価機構 病院機能評価認定病院（2015.3.28更新）

併設：訪問看護ステーション、特養ホーム、在宅サービスセンター、

東京都認証保育所、サービス付き高齢者向け住宅（2014.4開設）

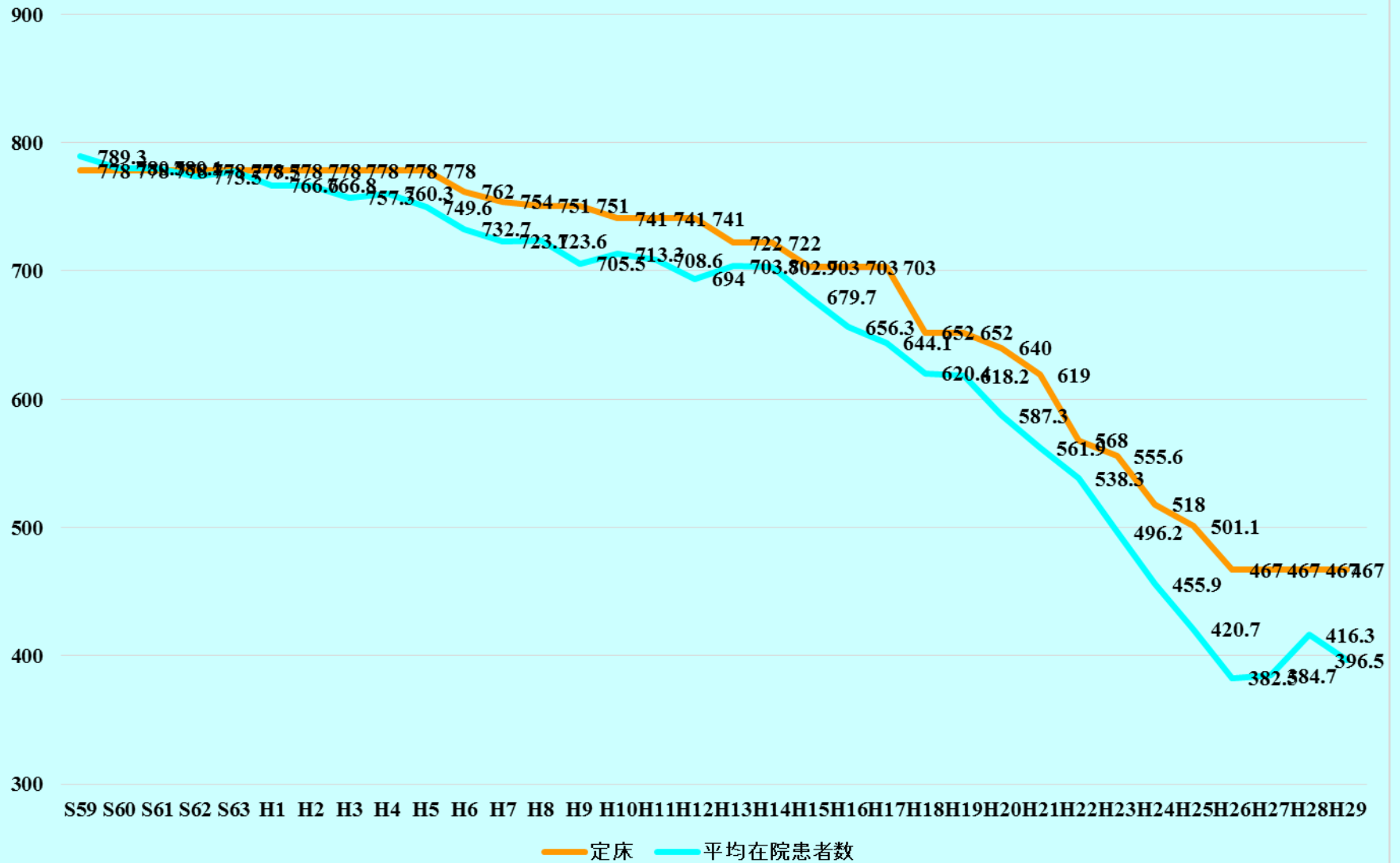
－平成30年5月31日現在－

年間入院数 758件 年間退院数 788件 （平成29年度）

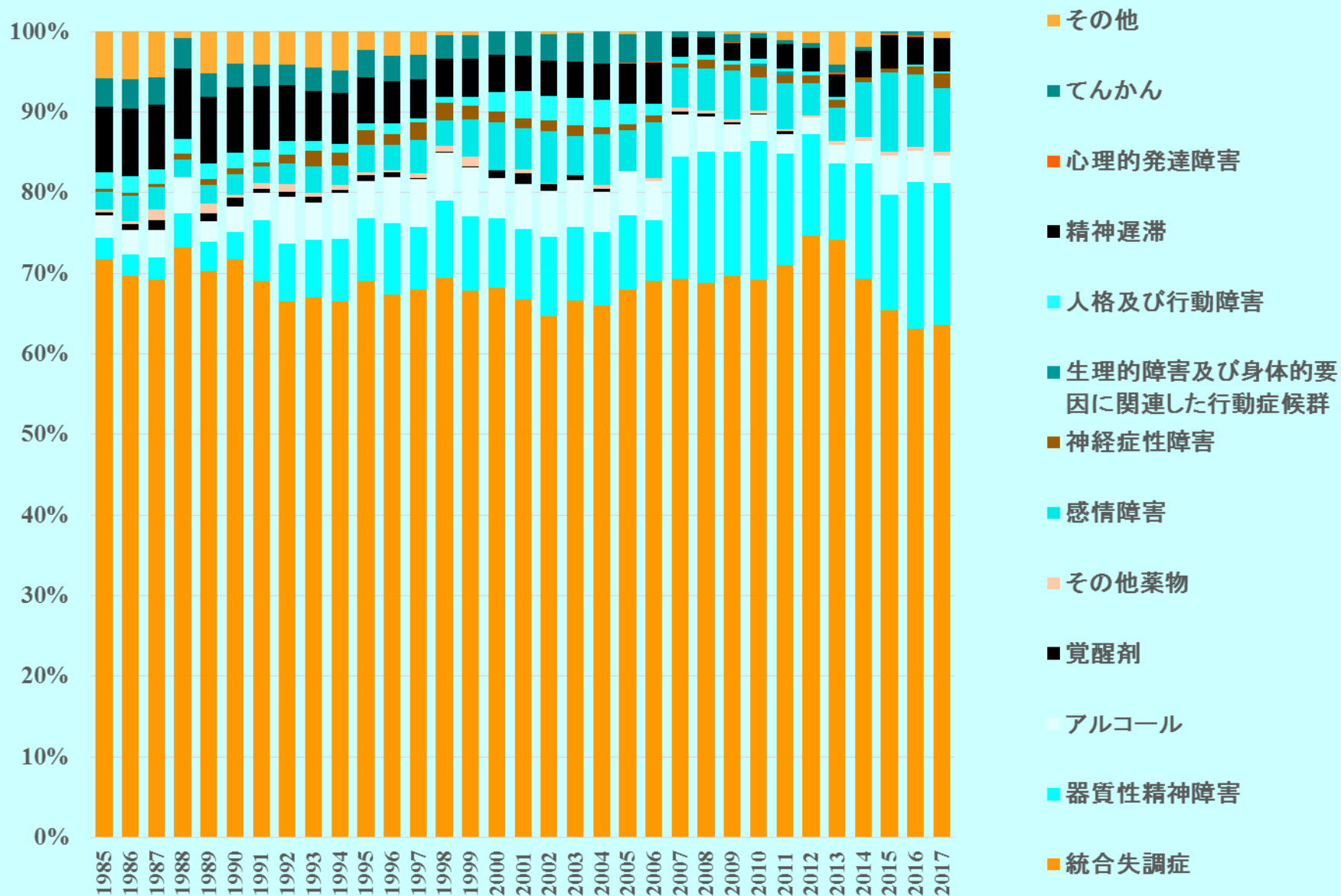
桜ヶ丘記念病院近年の医療展開

- 1989 デイケアセンター完成
- 1990 1号館竣工と病棟の機能別再編成
「桜ヶ丘保養院」から「桜ヶ丘記念病院」へ名称変更
認知症治療専門病棟、アルコール依存症治療専門病棟開設
- 1999 外来管理棟改築・訪問看護ステーション開設
- 2002 東京都精神科二次救急事業参加
多摩市ホームヘルプ事業受託
- 2005 病院機能評価機構認定
- 2008 電子カルテ稼働開始(3月)・情報管理室開設(4月)
- 2009 医療安全管理室開設・1－4急性期治療病棟認可(4月)
夜間・時間外・休日診療態勢の整備(12月)
- 2010 1-4病棟精神科救急入院料病棟認可(8月)
- 2014 サービス付き高齢者向け住宅『カーサさくらが丘』開設、
1-2病棟急性期治療病棟認可(8月)
- 2015 地域連携型認知症疾患医療センター指定(10月)

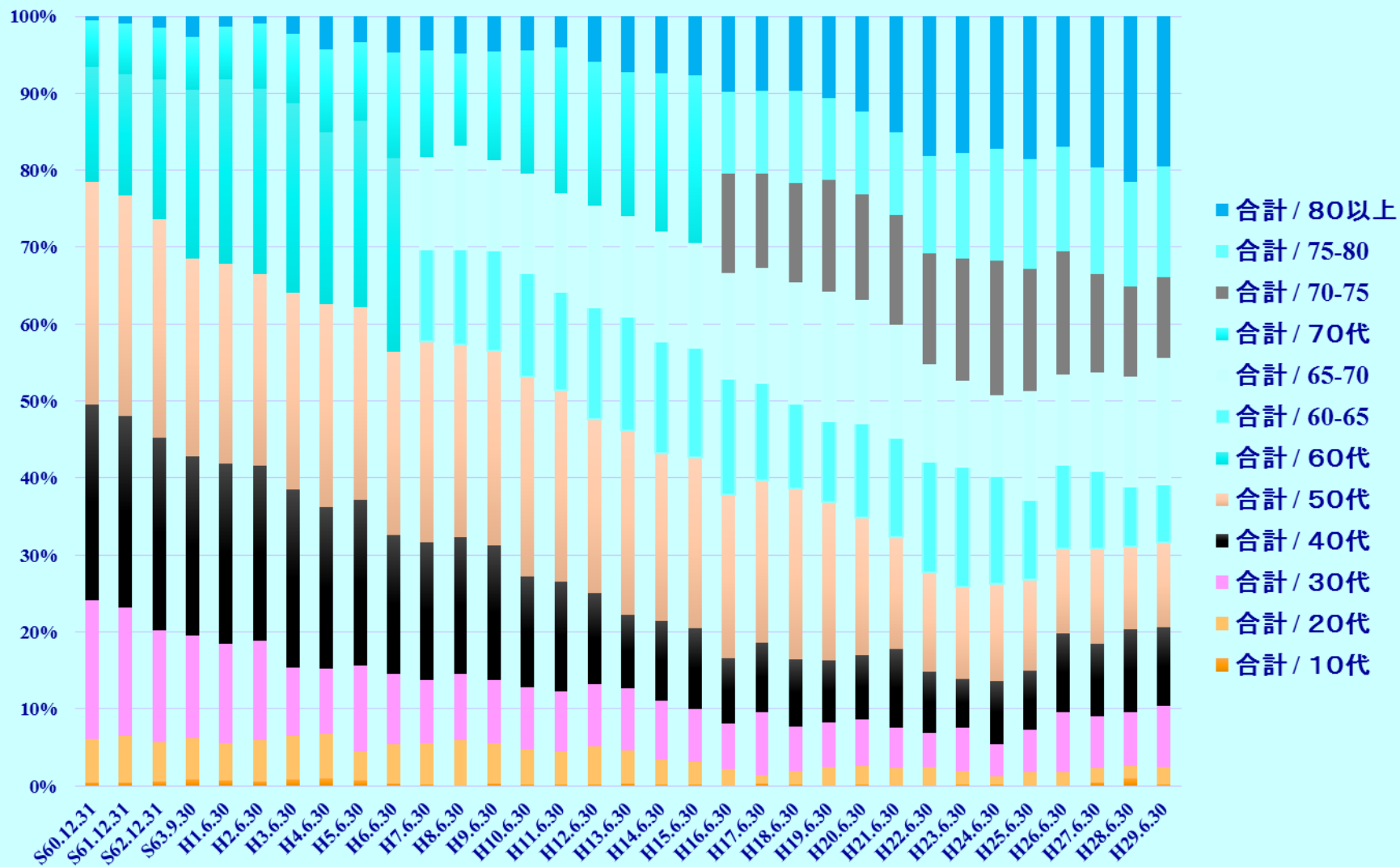
定床と平均在院患者数



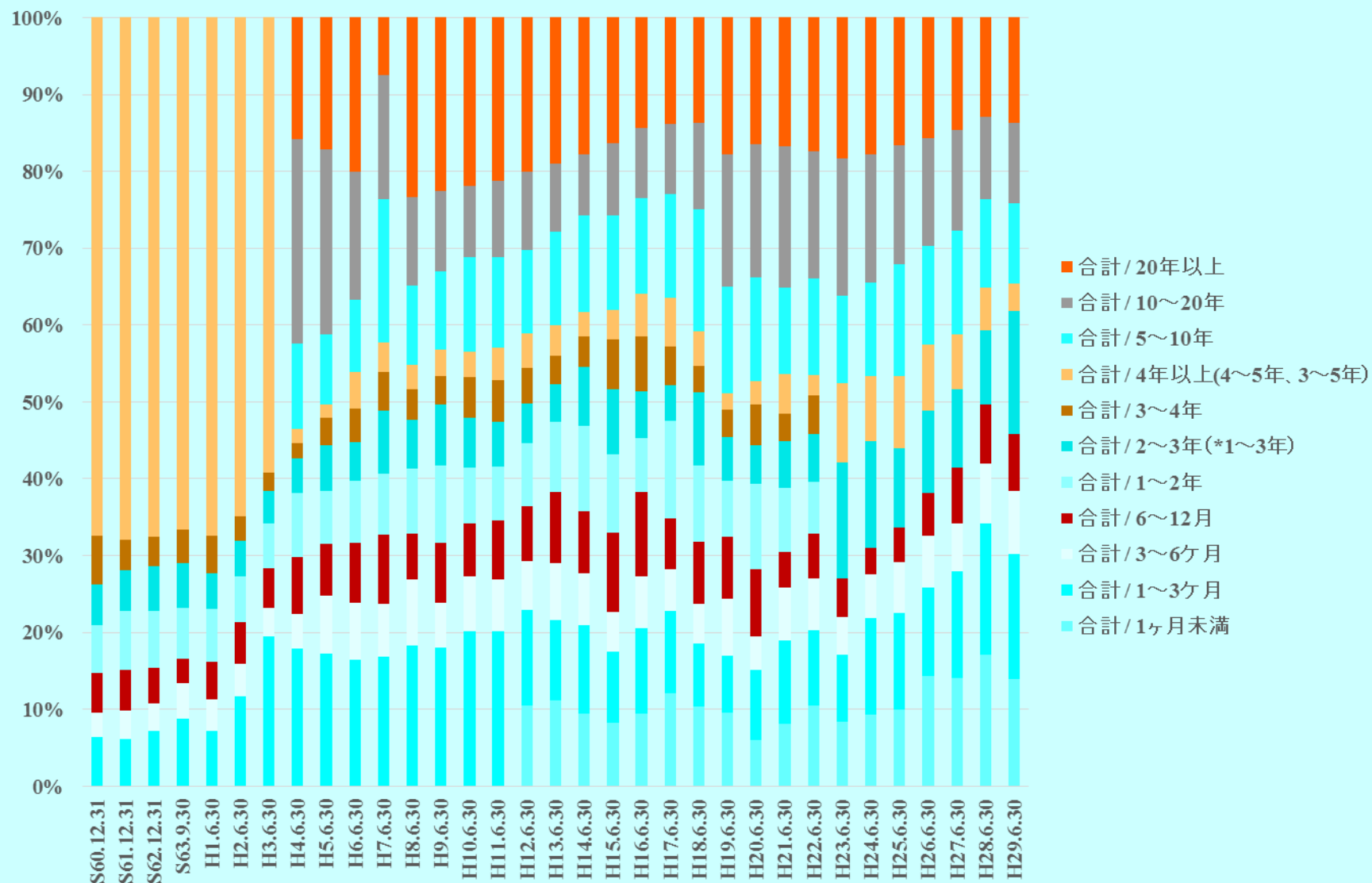
6月30日時点の入院患者病名別内訳年次推移



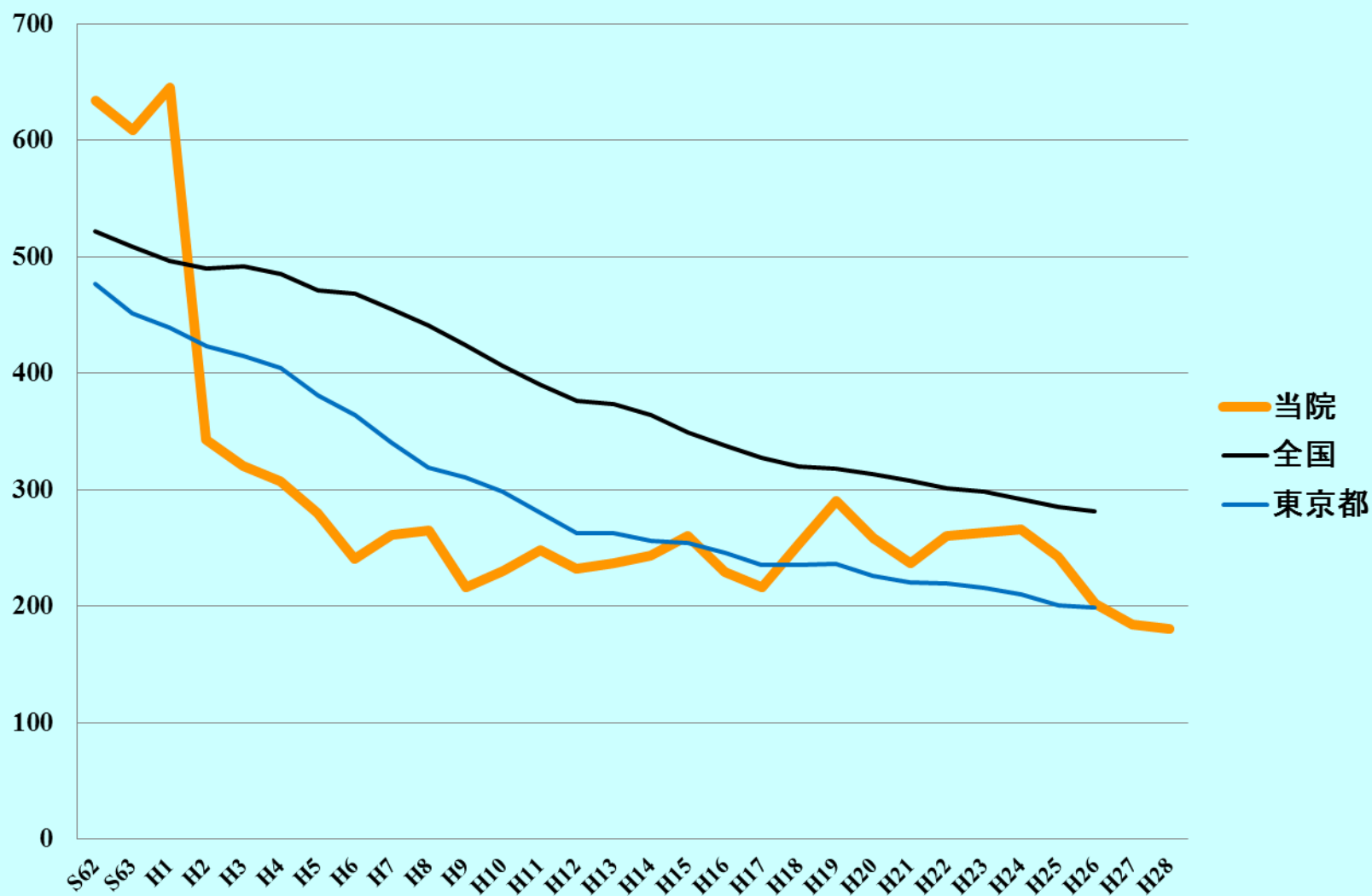
入院患者年齢別内訳



入院患者入院期間別内訳



平均在院日数年次推移(当院、全国、東京都)



桜ヶ丘記念病院病棟構成(全8病棟)

1-1	50床	男女	認知症治療専門病棟 (78.3才、90.9日)
1-2	50床	男女	精神科急性期治療病棟兼アルコール依存症治療専門病棟 (58.5才、37.6日)
1-3	60床	男女	精神療養病棟 (78.0才、4022.2日)
1-4	47床	男女	精神科救急入院料病棟 (45.2才、34.2日)
3-1	60床	男	精神療養病棟 (69.2才、4457.5日)
3-2	70床	男	精神科回復期病棟 (56.5才、2410.7日)
3-3	60床	女	精神療養病棟 (73.8才、5048.0日)
3-4	70床	女	精神科回復期病棟 (60.3才、1948.3日)

* 上記()内は平成31年1月1日現在の各病棟在籍患者平均年齢及び
平均入院日数を示す

計467床

桜ヶ丘記念病院病棟構成(全8病棟)

1-1	50床	男女	認知症治療専門病棟(90.9日)
1-2	50床	男女	精神科急性期治療病棟兼アルコール依存症治療専門病棟(37.6日)
1-3	60床	男女	精神療養病棟(4022.2日)
1-4	47床	男女	精神科救急入院料病棟(34.2日)
3-1	60床	男	精神療養病棟(4457.5日)
3-2	70床	男	精神科回復期病棟(2410.7日)
3-3	60床	女	精神療養病棟(5048.0日)
3-4	70床	女	精神科回復期病棟(1948.3日)

* 上記()内は平成31年1月1日現在の各病棟在籍患者平均入院日数を示す

計467床

桜ヶ丘記念病院病棟構成(全8病棟)

1-1 50床 田舎 認知症治療専用病棟(000口)

精神科救急・急性期治療病棟群 1-2、1-4
→計97床

認知症病棟 1-1
→50床

精神科回復期病棟群 3-2, 3-4
→計140床

精神療養病棟群 1-3, 3-1, 3-3
→計180床

* 上記()内は平成31年1月1日現在の各病棟在籍患者平均入院日数を示す

計467床

2. 桜ヶ丘記念病院における 行動制限の施行状況 ～身体的拘束を中心に～



2019/03/16

15

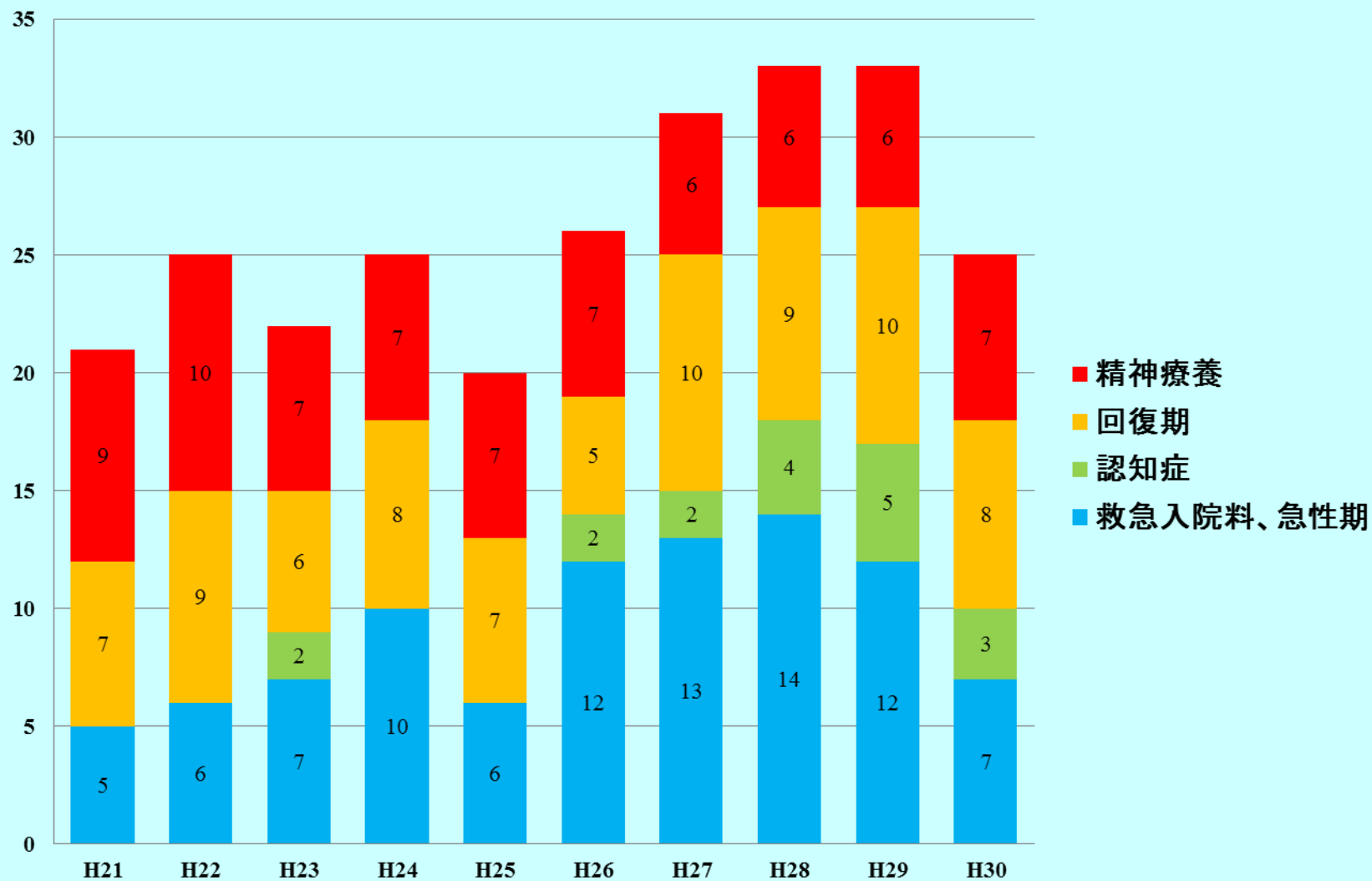


2019/03/16

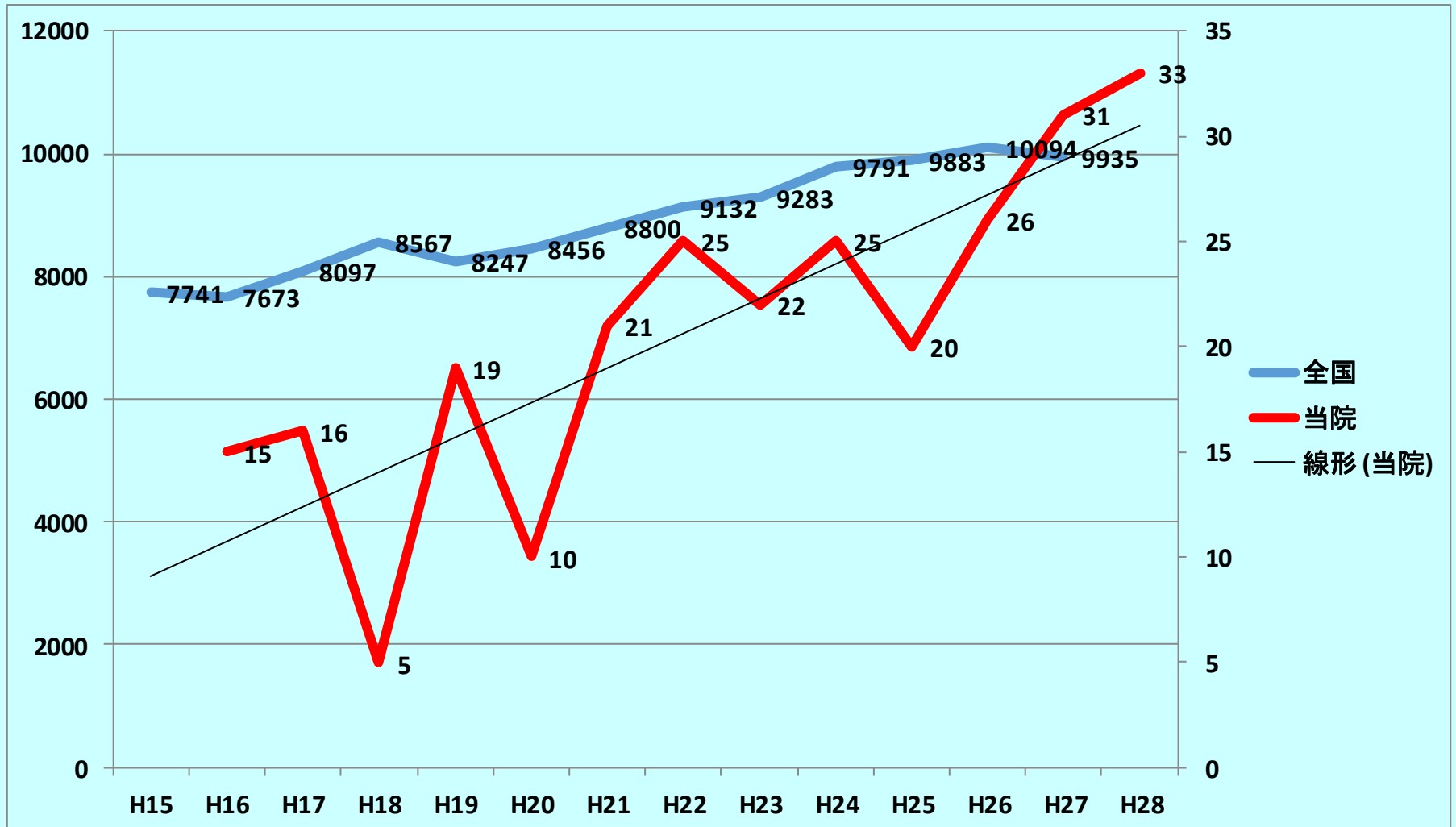


2019/03/16

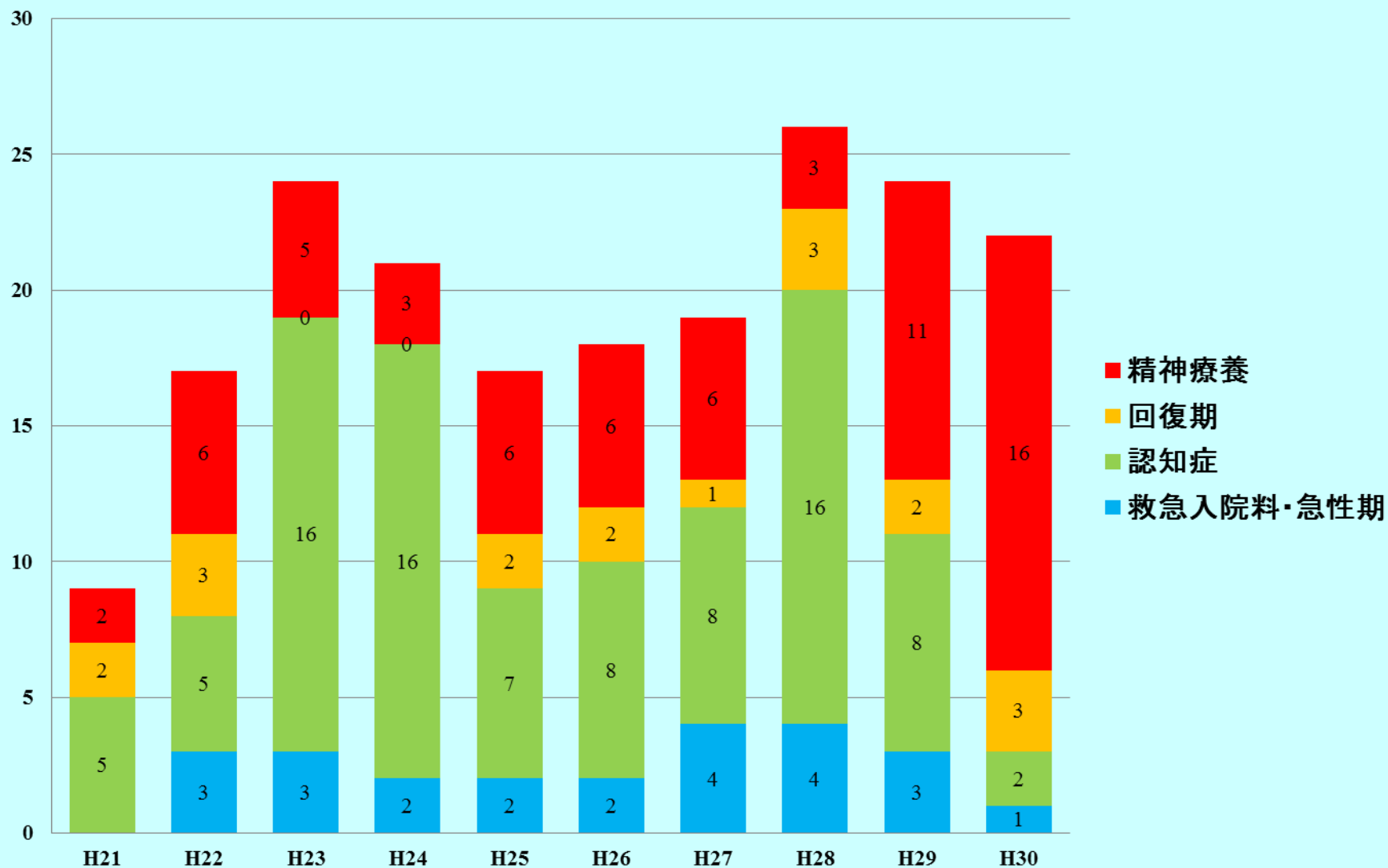
病棟機能別隔離施行件数年次推移(各年6月30日時点)



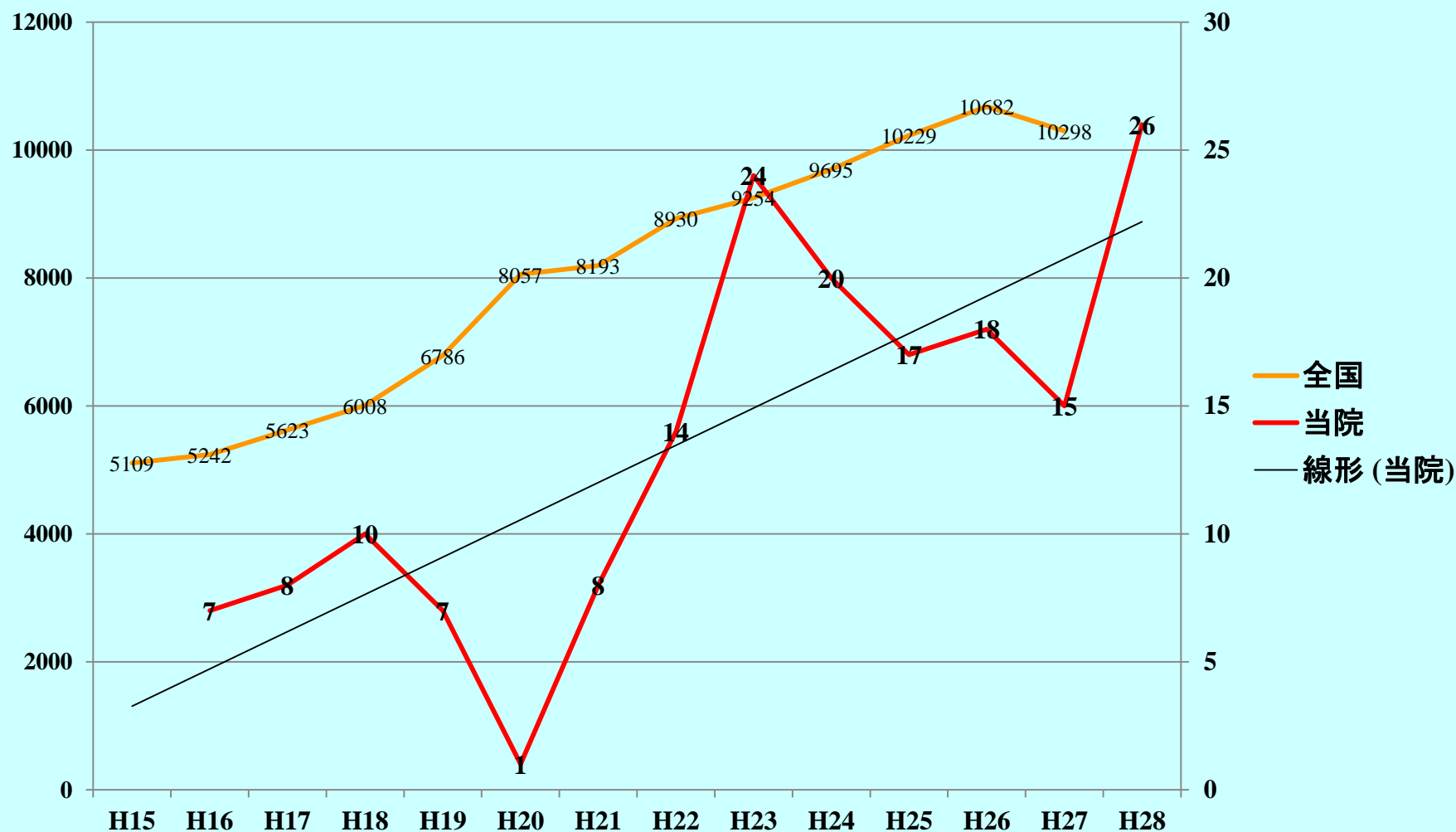
隔離件数年次推移(毎年6月30日現在)



病棟機能別拘束施行件数年次推移(各年6月30日時点)

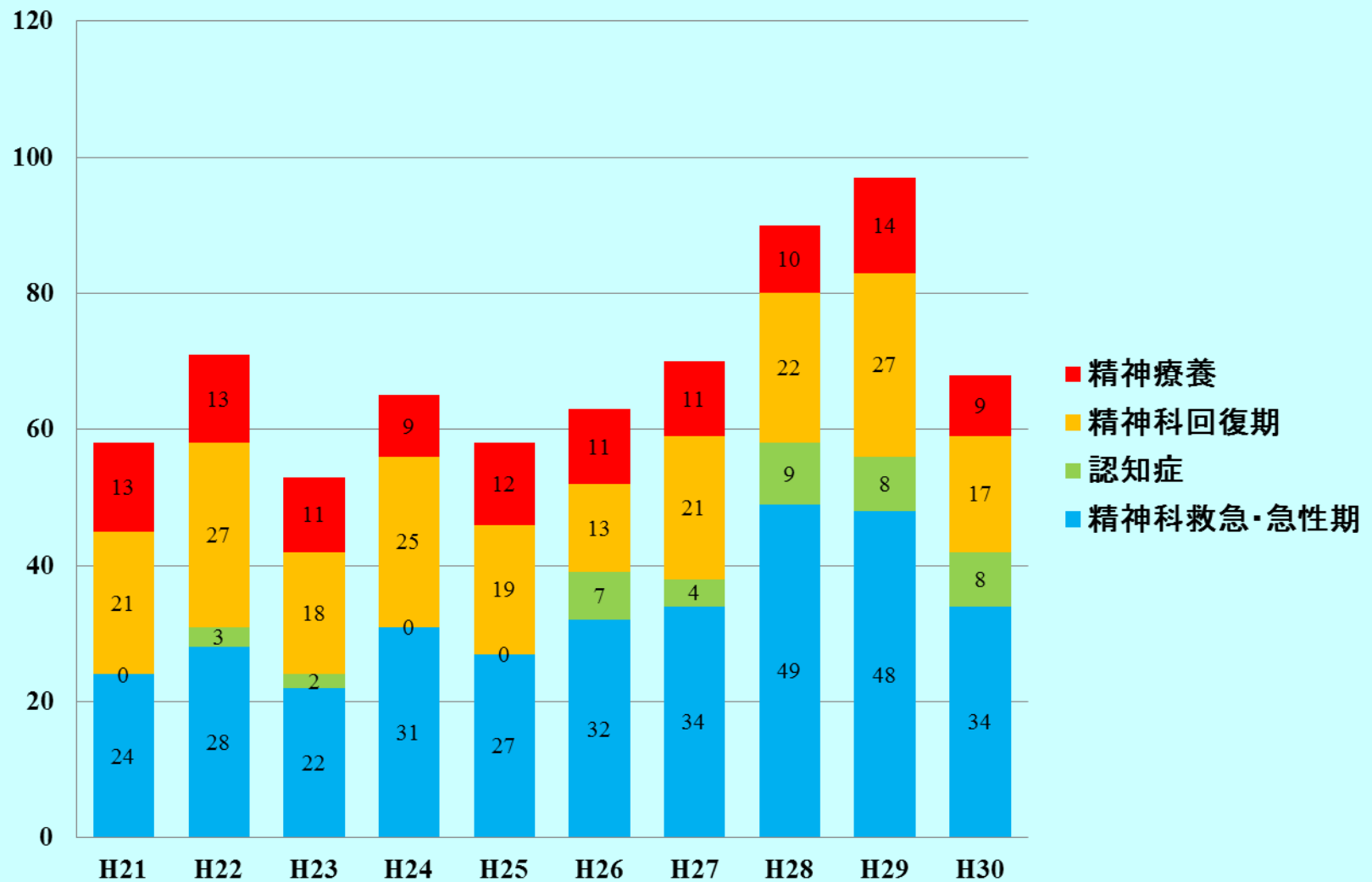


身体的拘束件数年次推移(毎年6月30日現在)

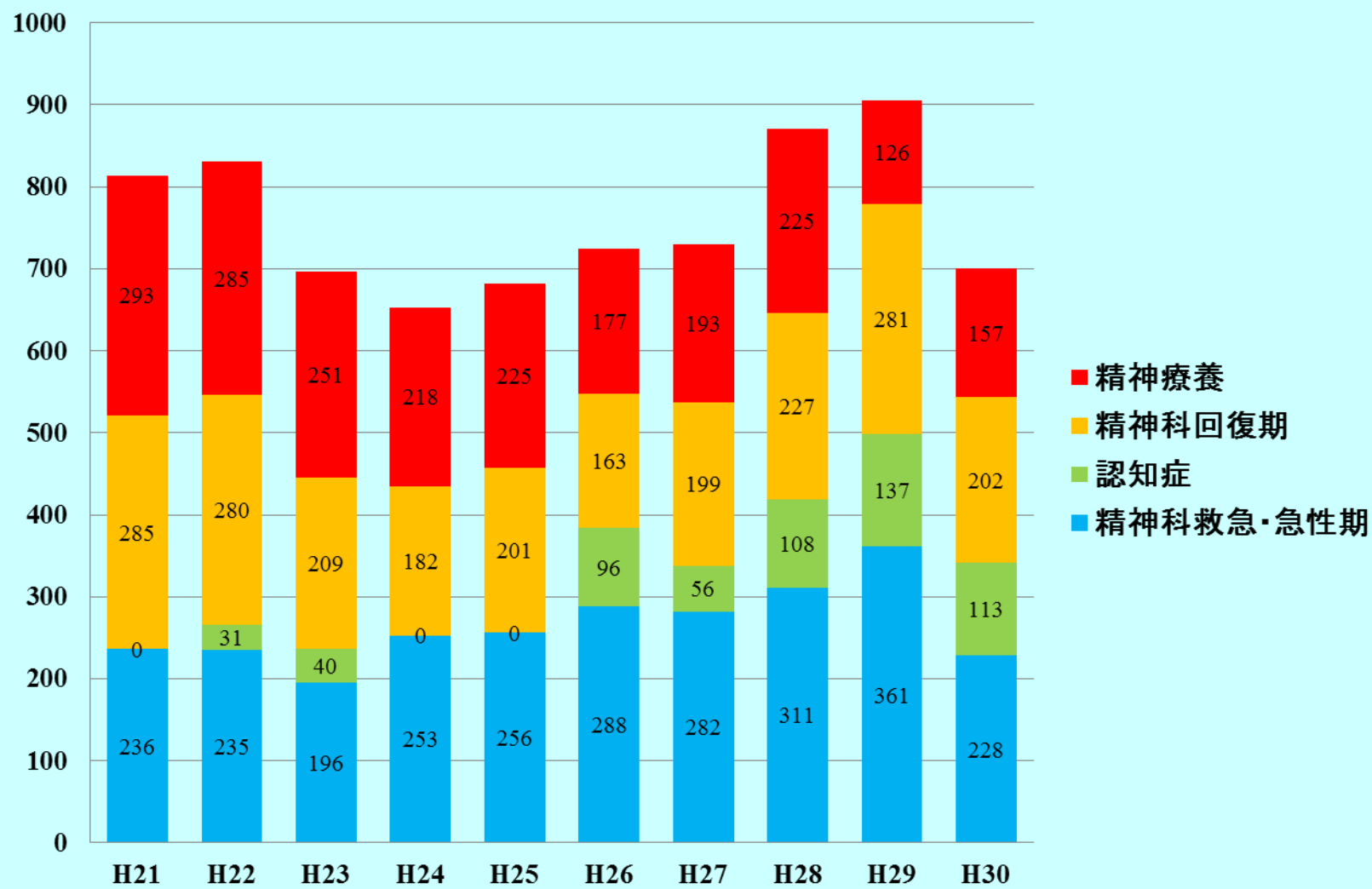


2019/03/16

病棟機能別各年6月の隔離実施者数年次推移

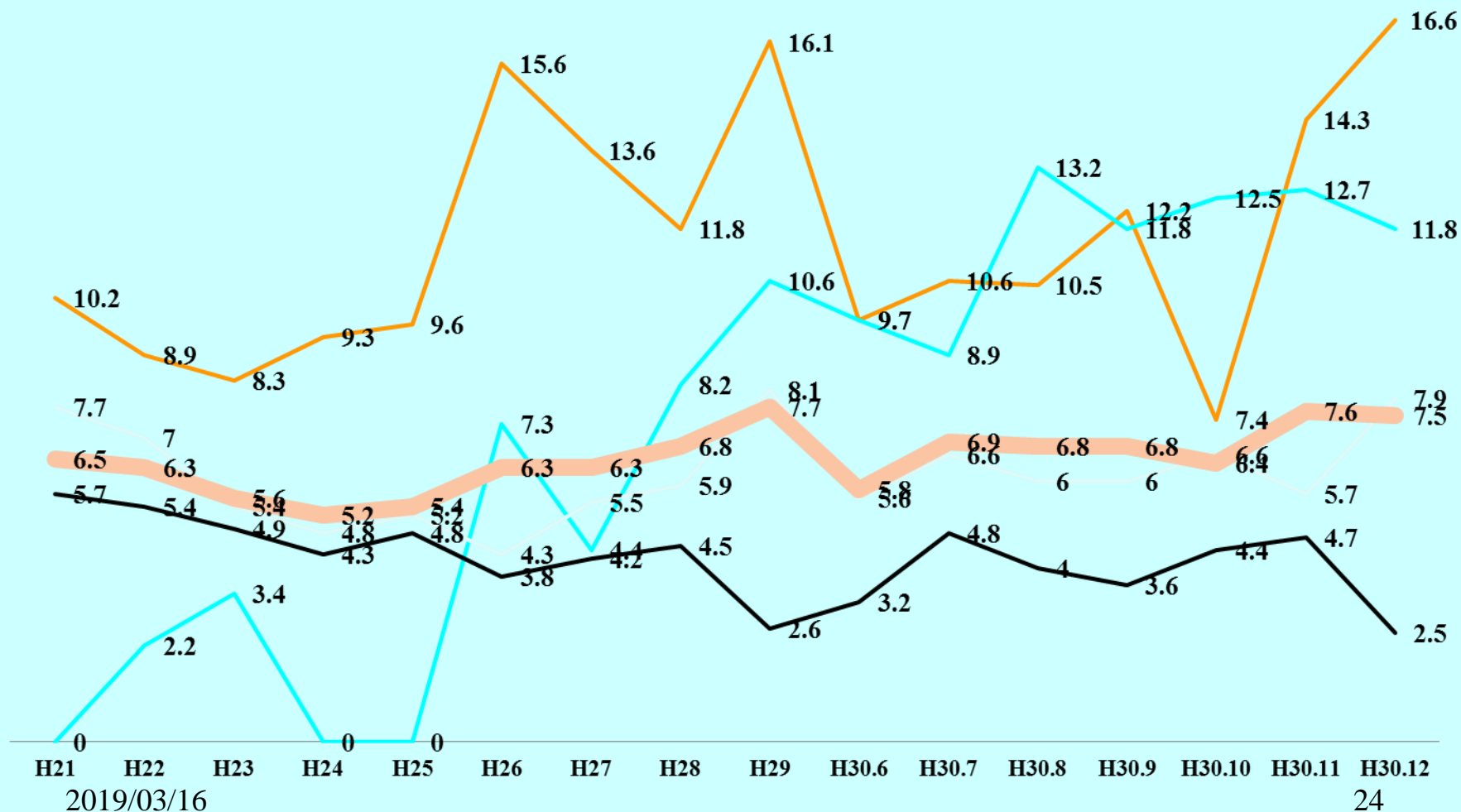


病棟機能別各年6月の隔離実施延べ日数年次推移



病棟機能別各年6月の隔離率年次推移 + 平成30年6月～12月隔離率月次推移

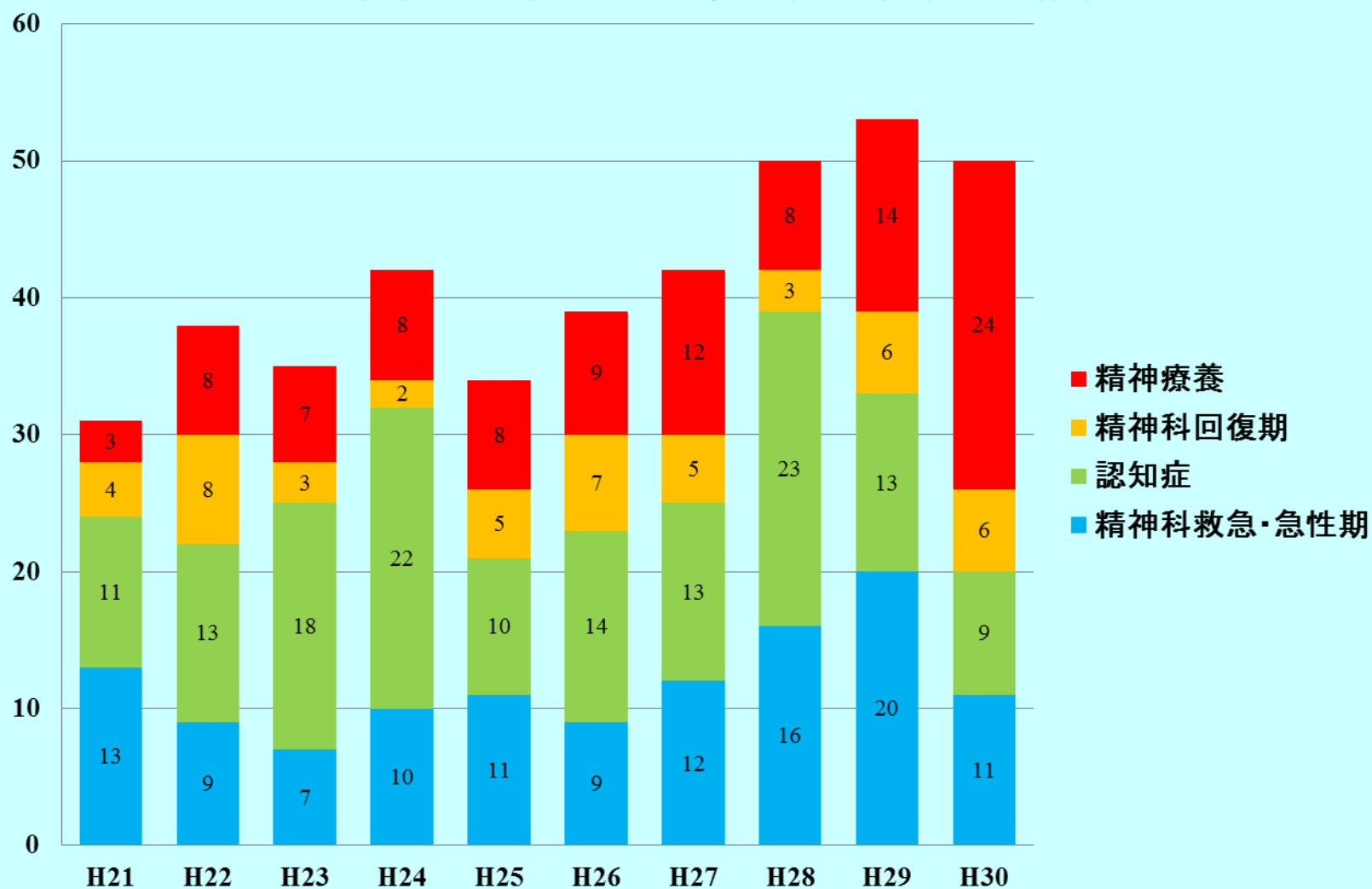
精神科救急・急性期 認知症 精神科回復期 精神療養 全体



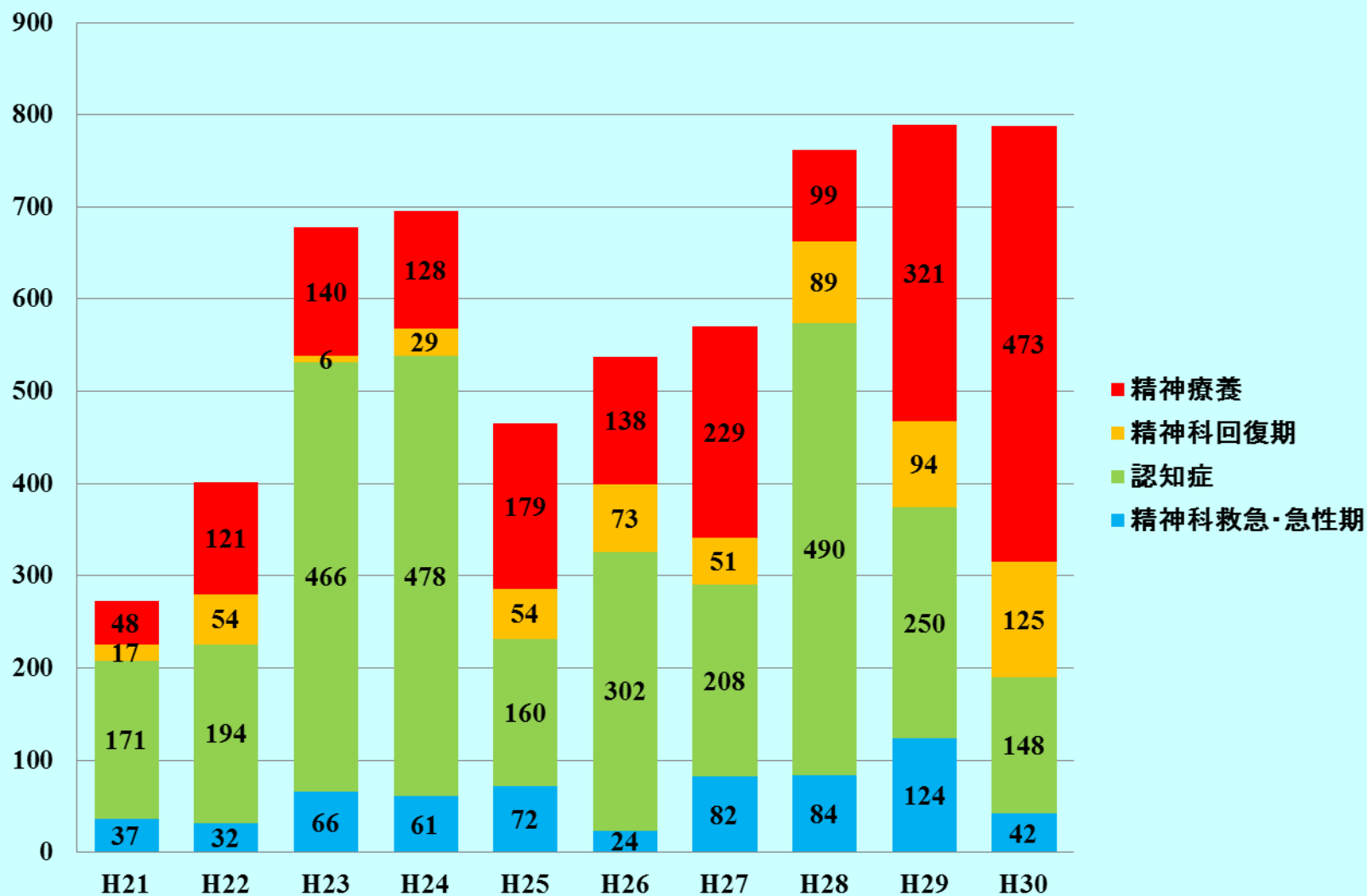
2019/03/16

24

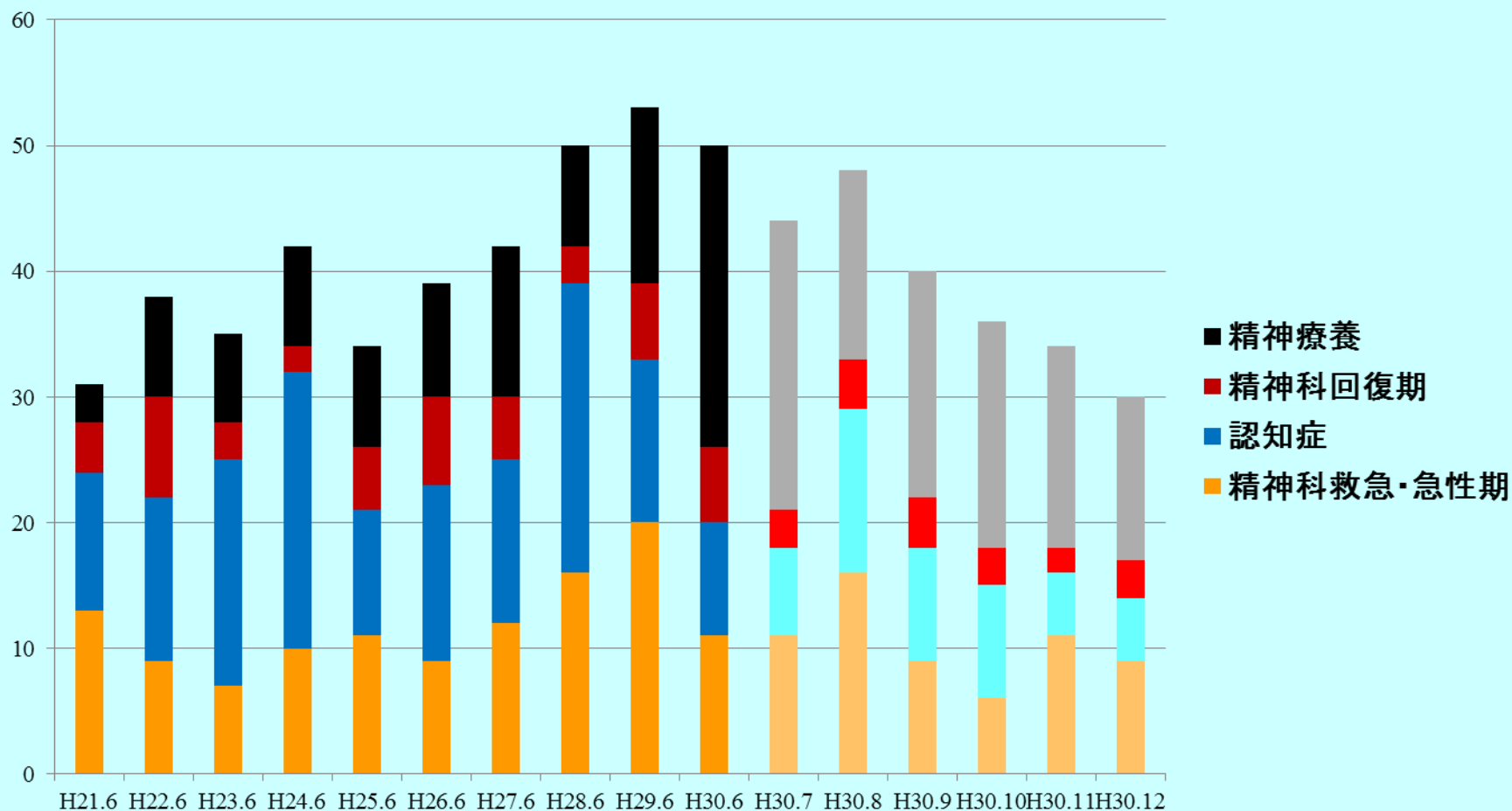
病棟機能別各年6月の拘束実施者数年次推移



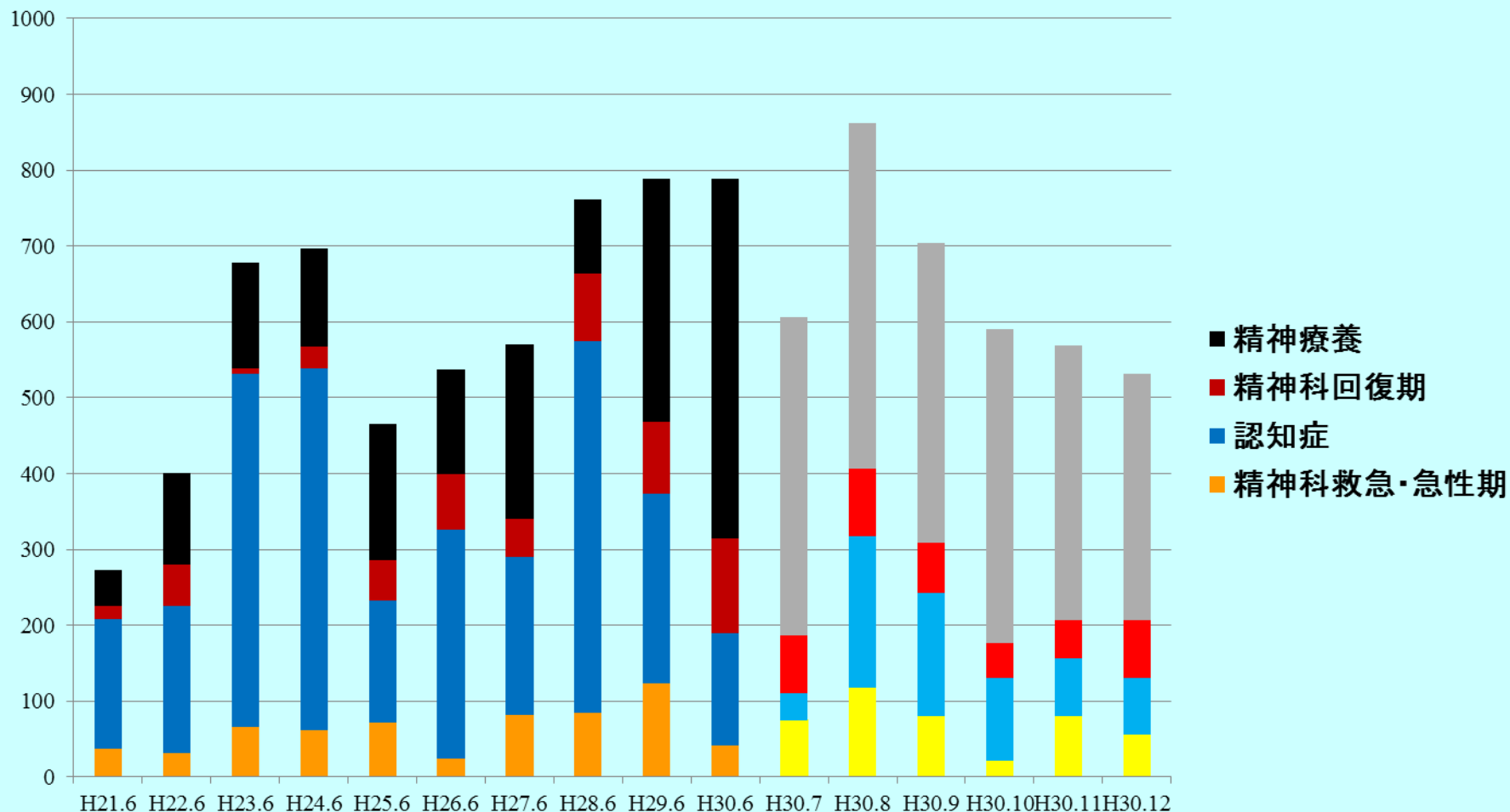
病棟機能別各年6月の拘束実施延べ日数年次推移



病棟機能別各年6月の拘束実施者数年次推移 +平成31年6月～12月拘束実施者数月次推移



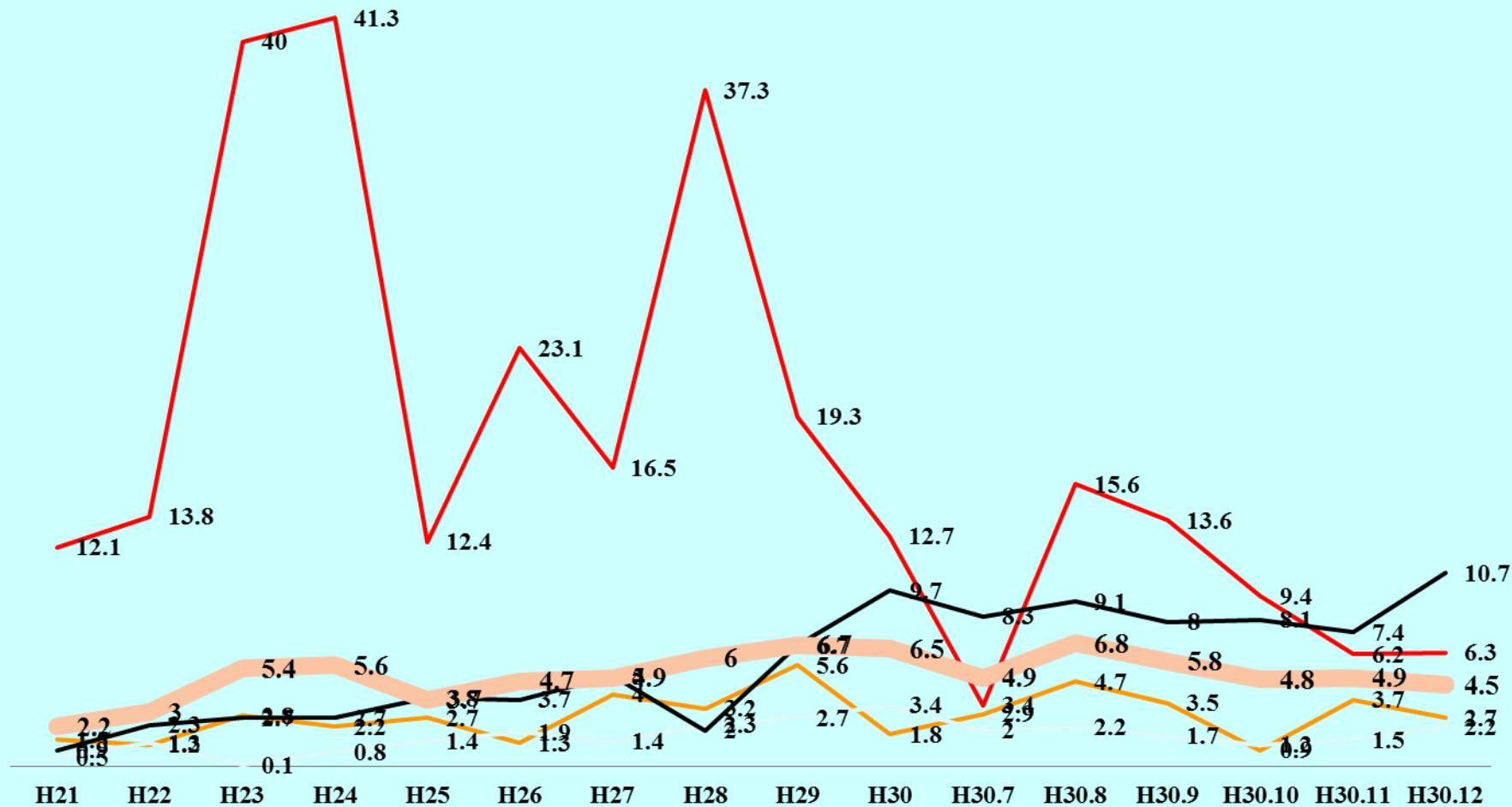
病棟機能別各年6月の拘束実施延べ日数年次推移 + 平成31年6月～12月拘束実施延べ日数月次推移



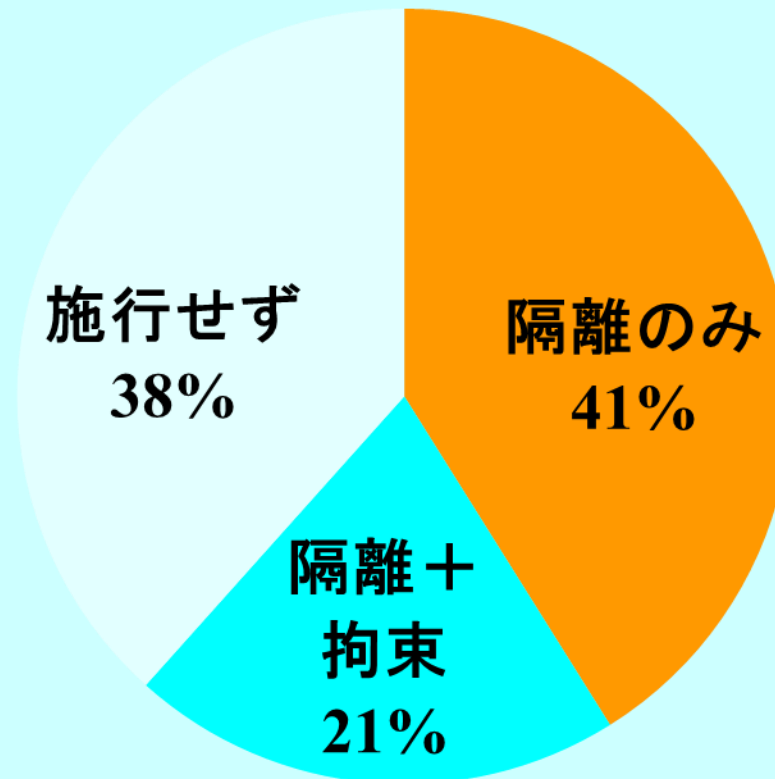
2019/03/16

病棟機能別各年6月の拘束率年次推移 +平成30年6月～12月拘束率月次推移

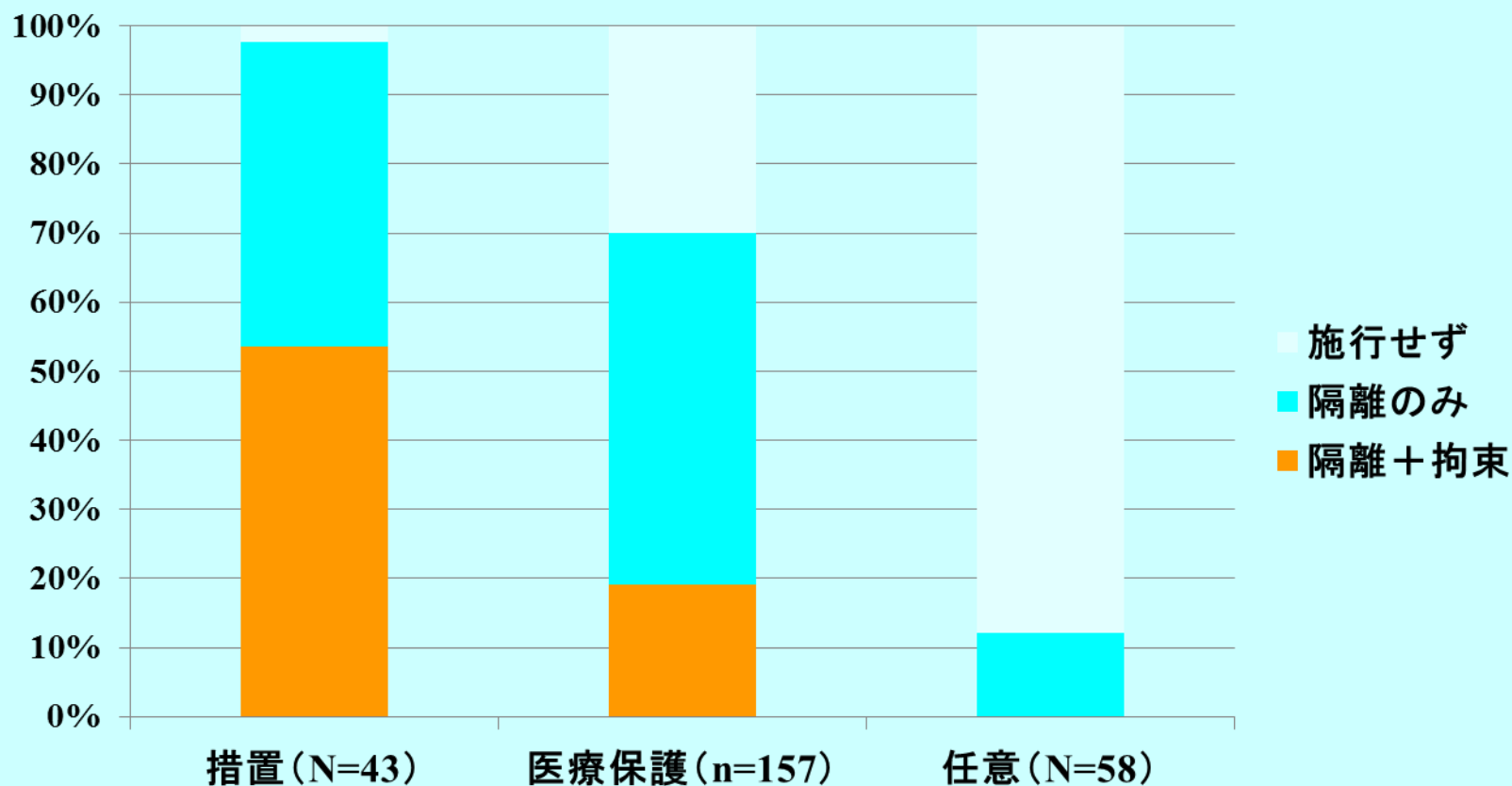
精神科救急・急性期 認知症 精神科回復期 精神療養 全体



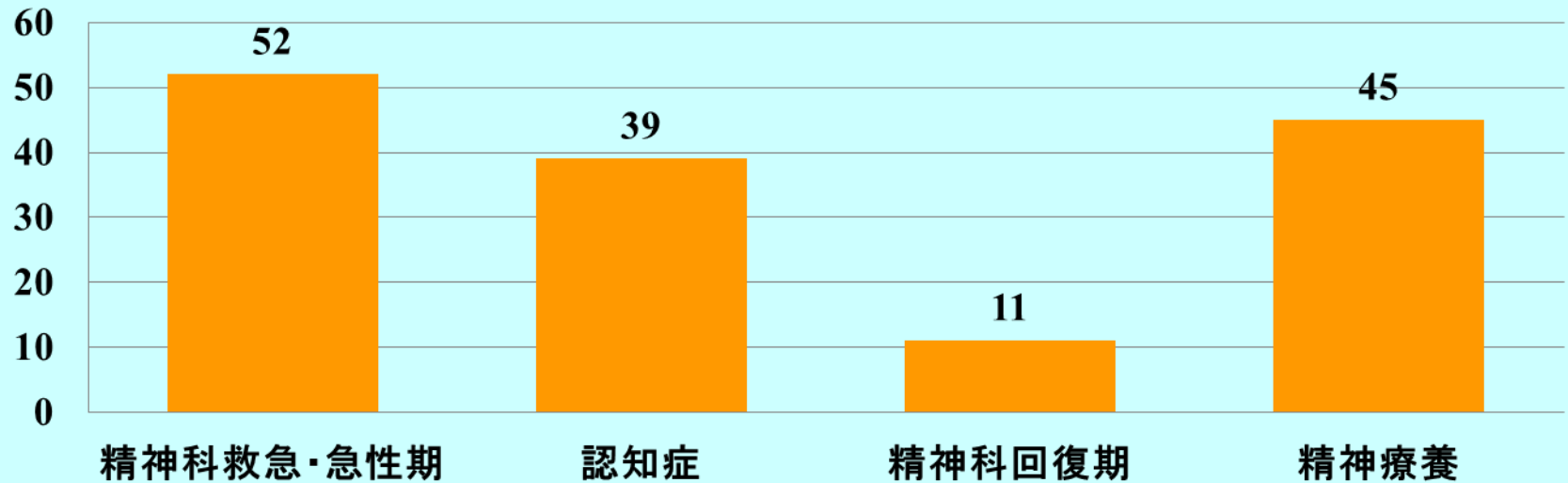
平成30年1月～12月救急入院料病棟入院患者(N=258)
入院時行動制限施行状況



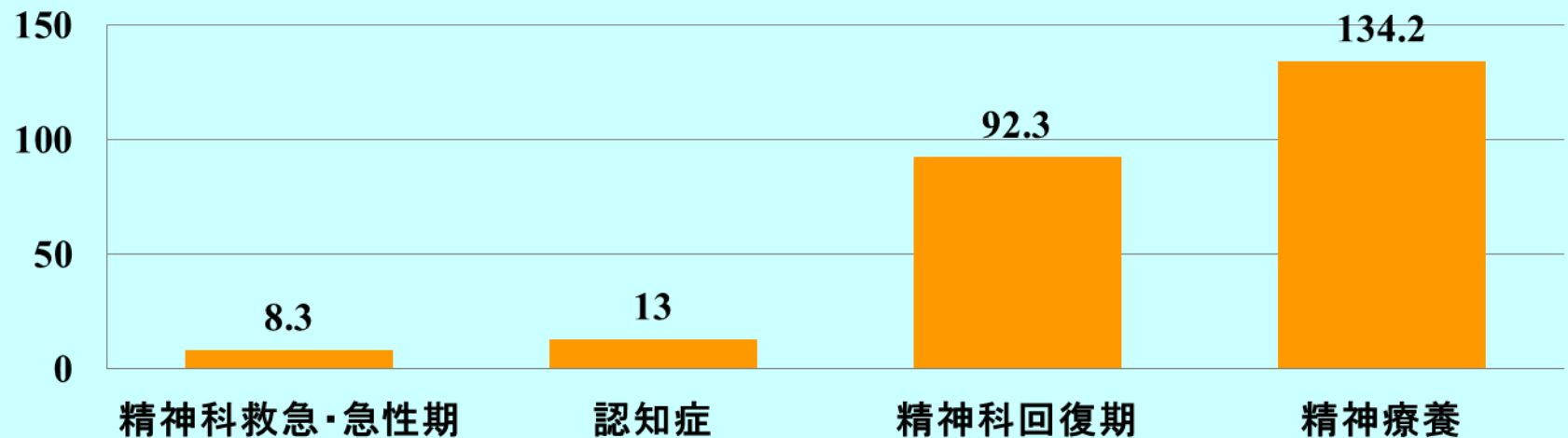
平成30年1月～12月救急入院料病棟入院患者(N=258) 入院時行動制限施行状況(入院形態別)



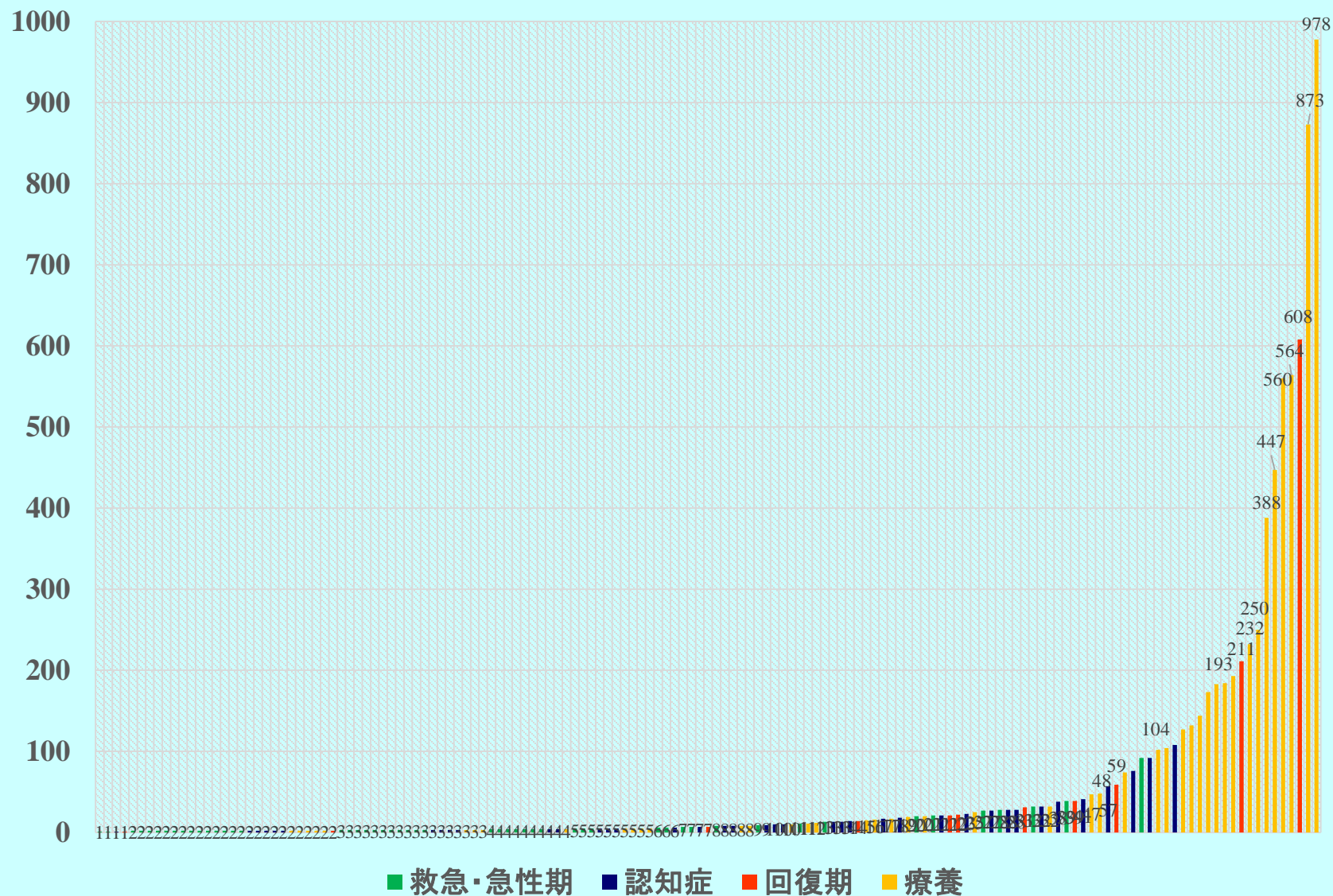
病棟機能別身体拘束施行延べ件数(H30.7～H30.12)



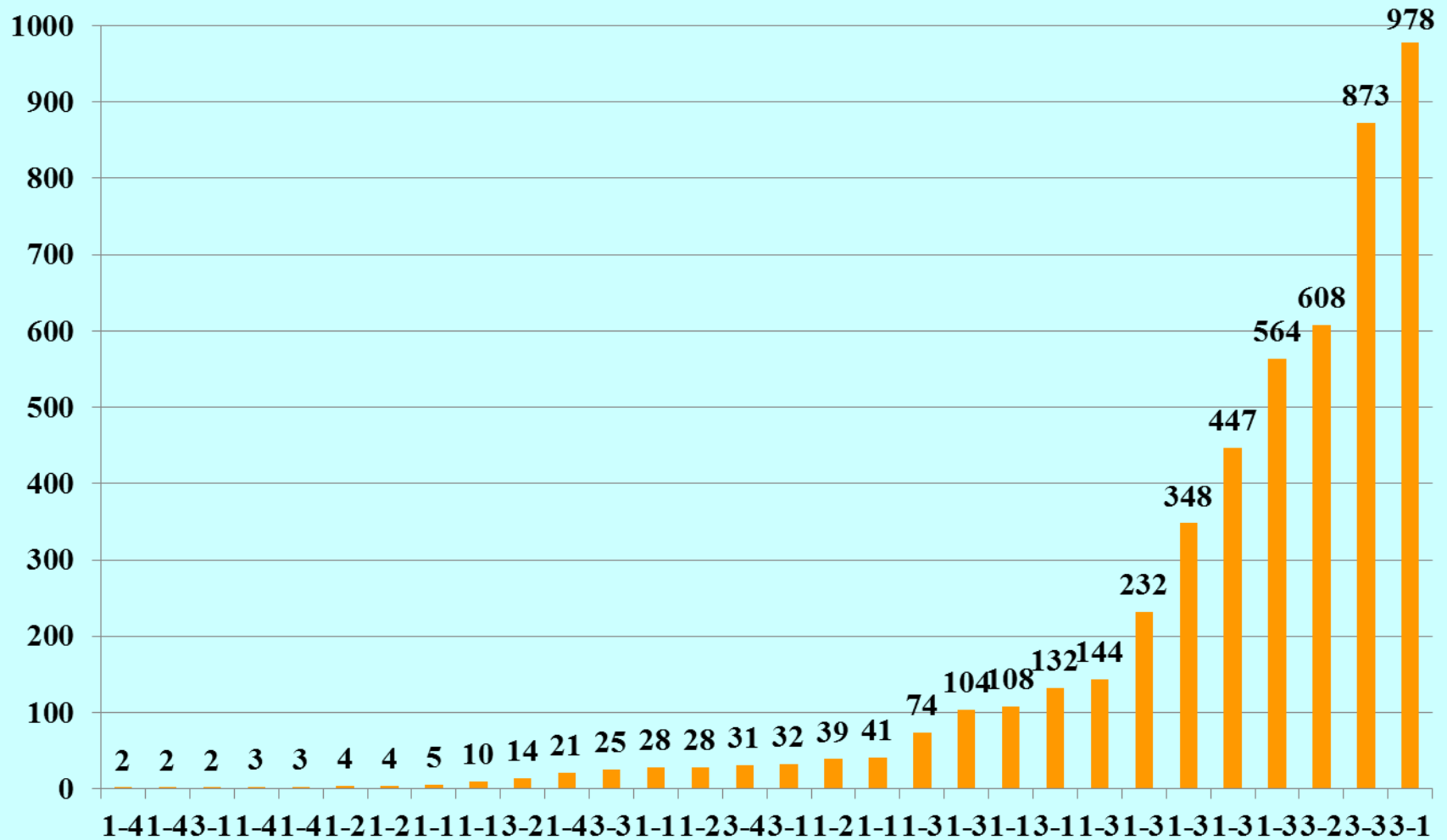
病棟機能別身体拘束平均継続日数(H30.7～H30.12)



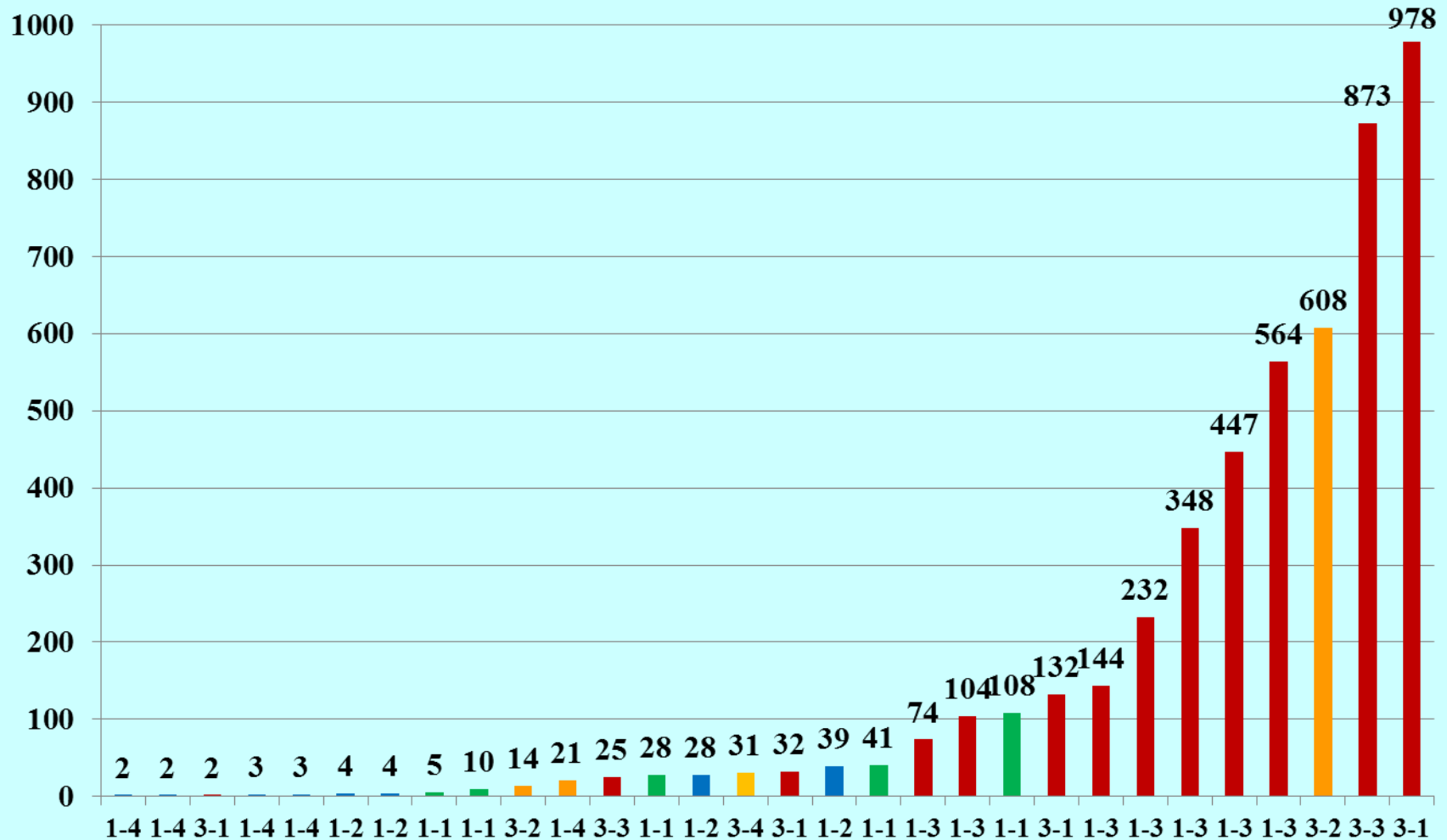
平成30年7月～12月身体拘束施行例(N=147)拘束継続日数



平成30年12月拘束施行者(N=30)拘束継続日数

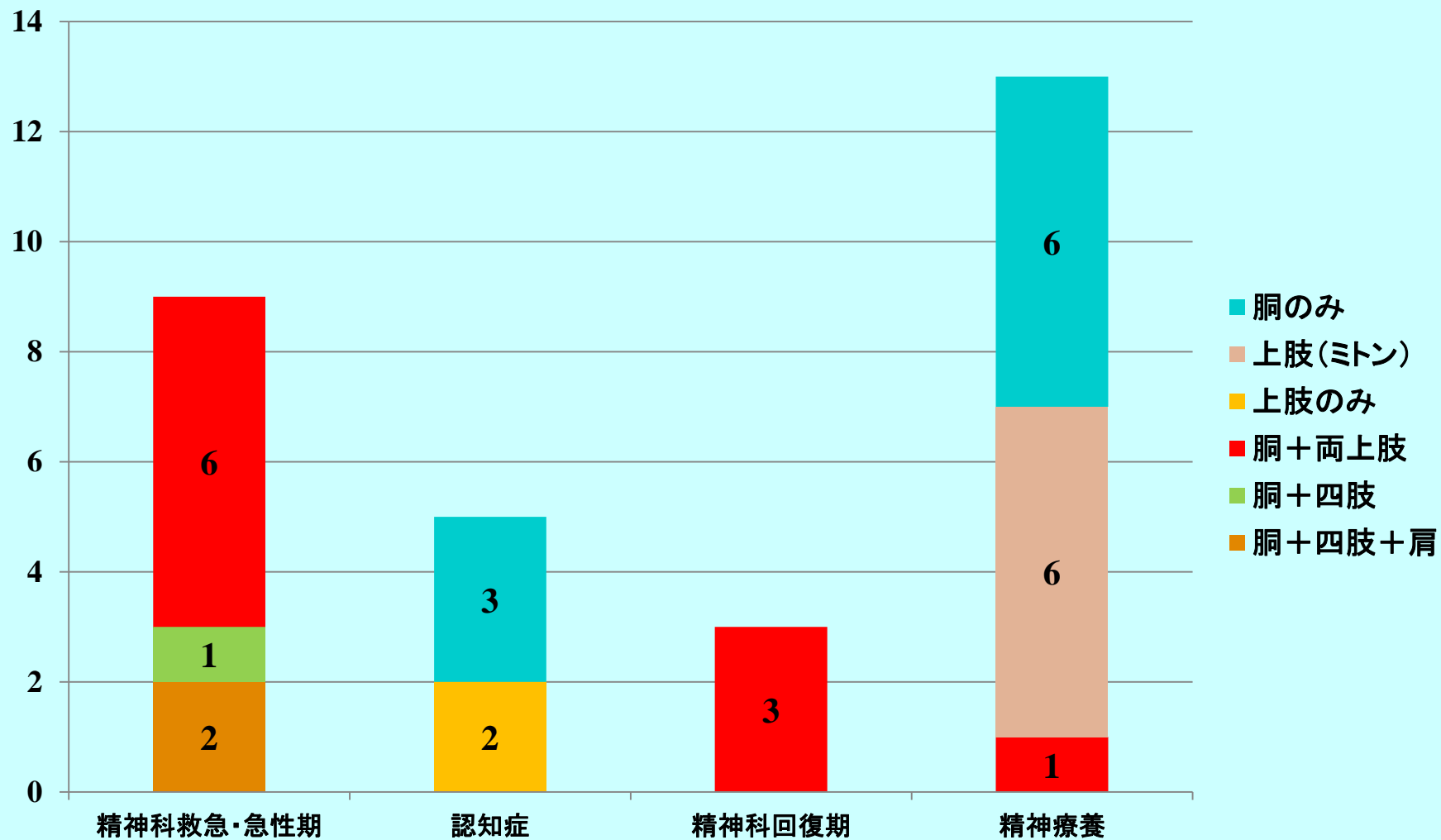


平成30年12月拘束施行者(N=30)拘束継続日数 (病棟機能別)

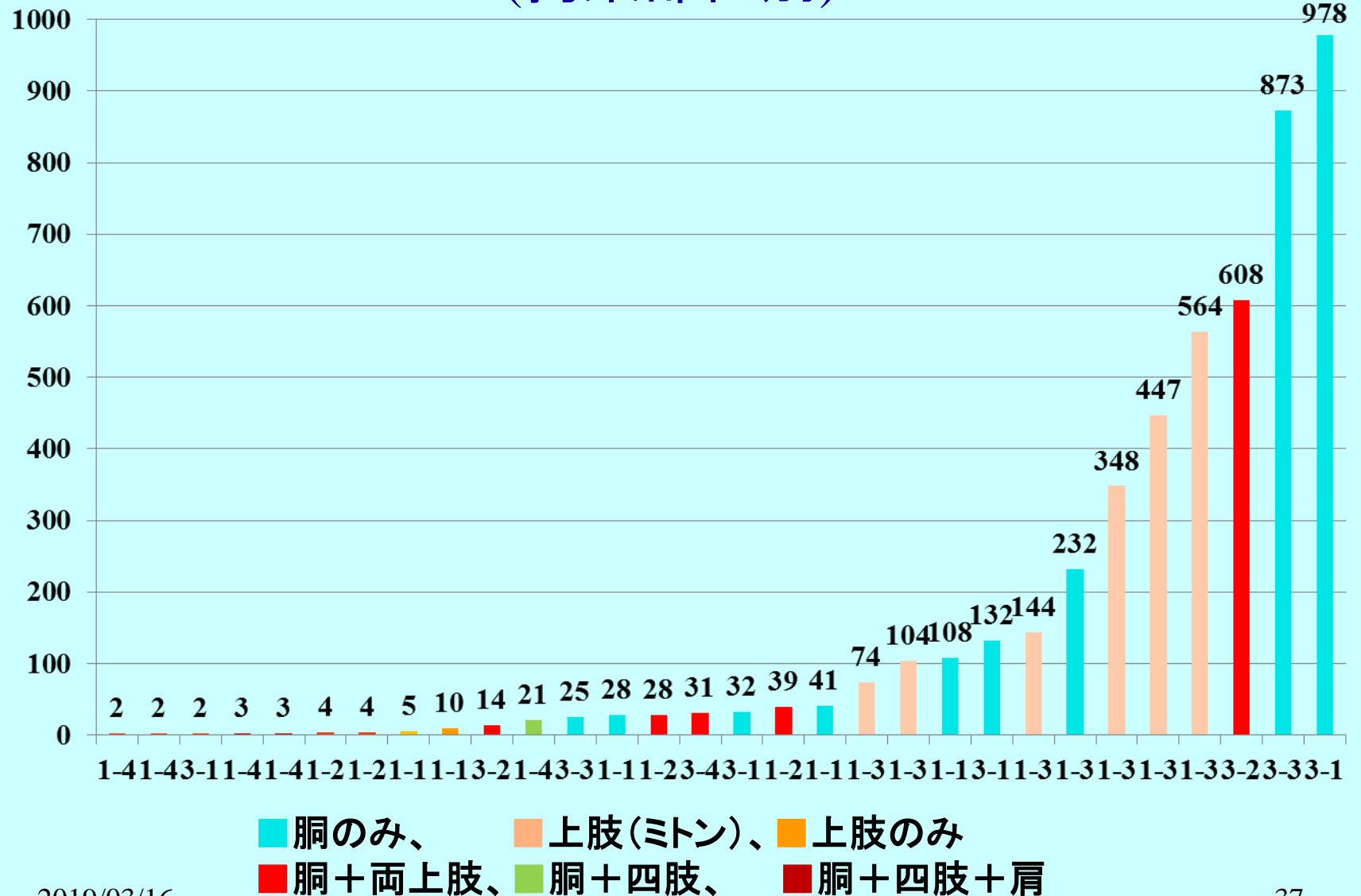


■精神科救急・急性期、■認知症、■精神科回復期、■精神療養

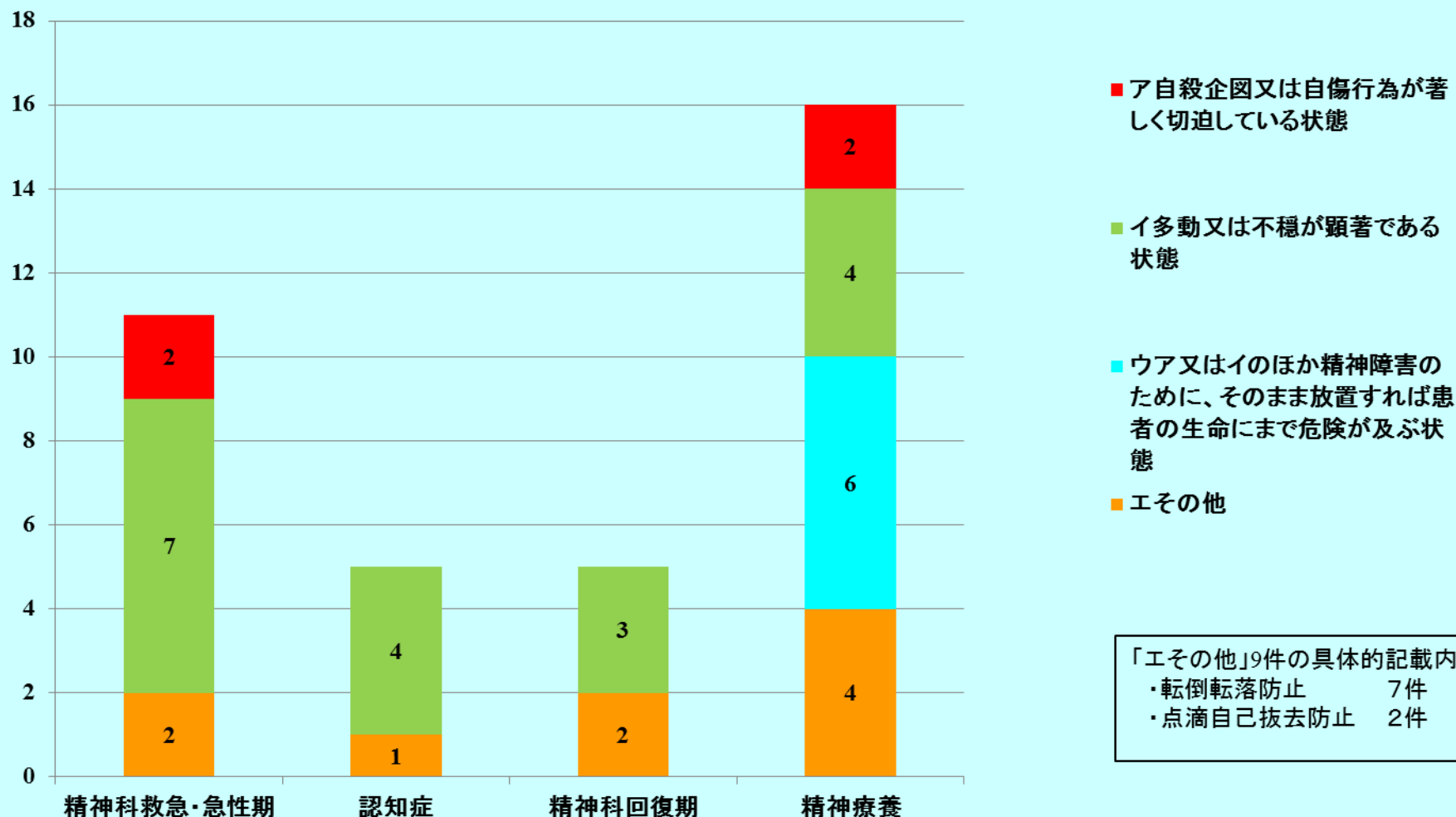
平成30年12月の拘束例(N=30)病棟機能別、拘束部位別施行状況 (件数)



平成30年12月拘束施行者(N=30)拘束継続日数 (拘束部位別)

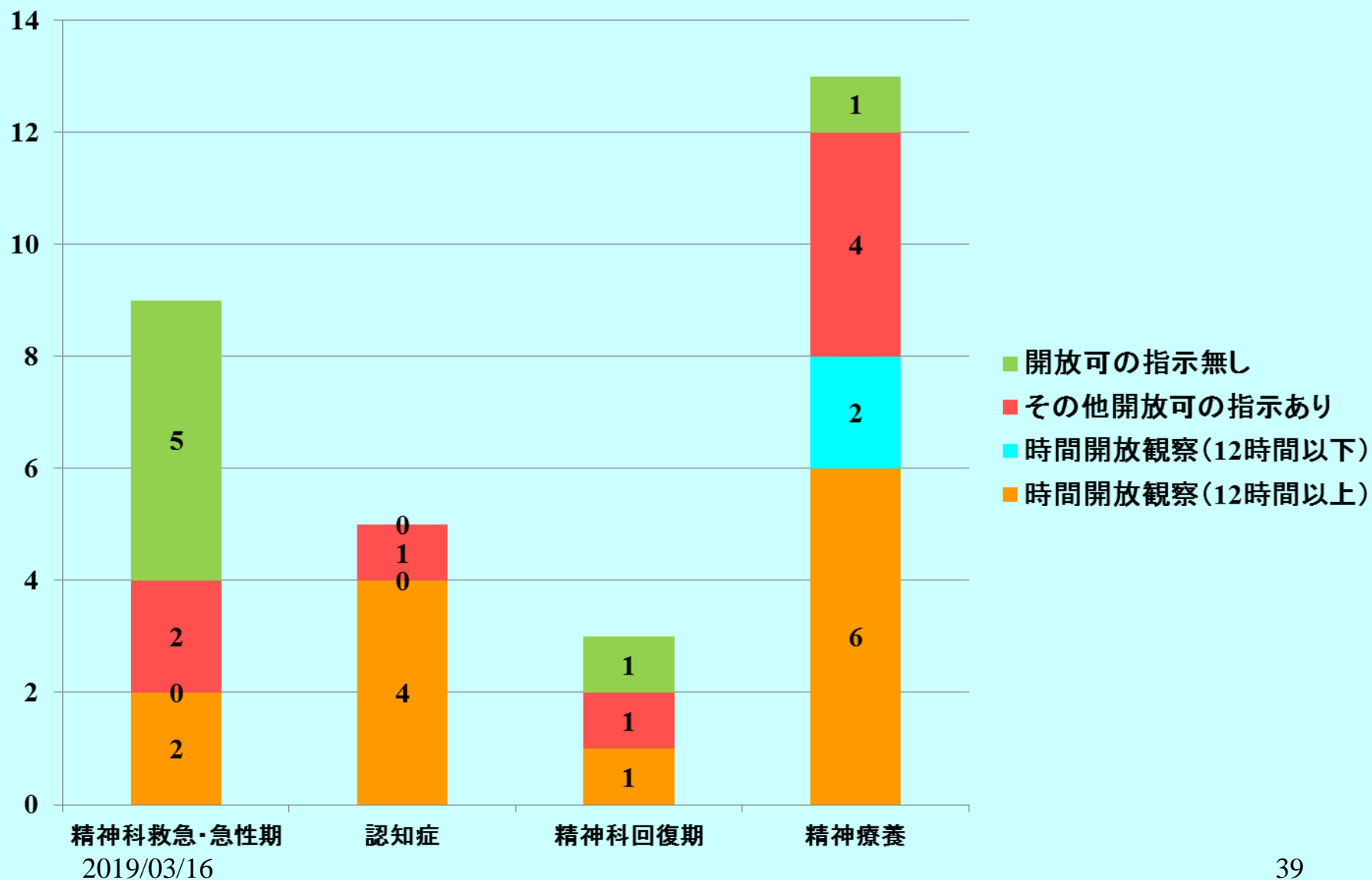


H30.12月の拘束例(N=30)病棟機能別、「要件」別内訳 (件数、複数あり)

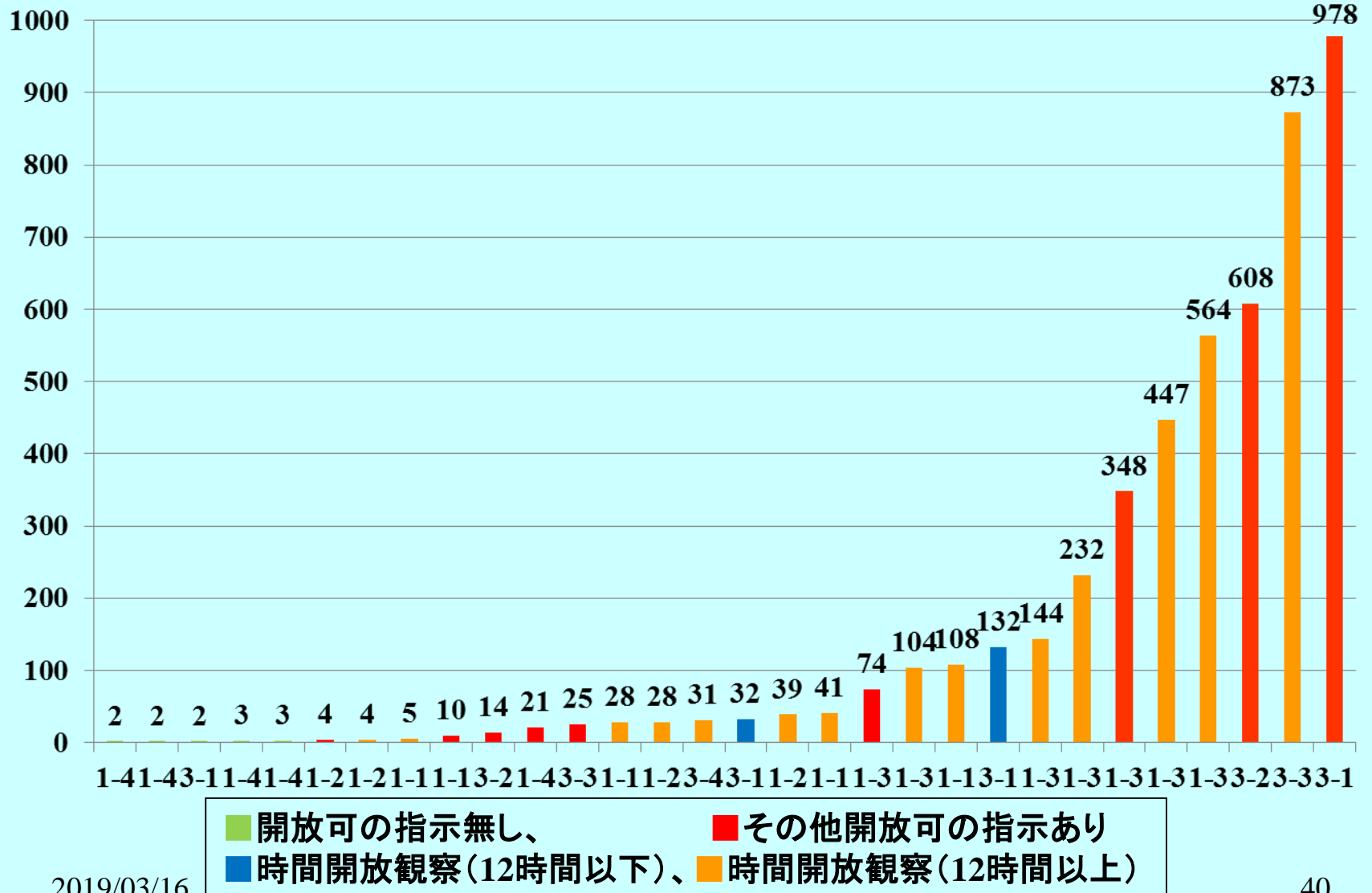


2019/03/16

H30.12月の拘束例(N=30)病棟機能別、開放観察指示内容別内訳



平成30年12月拘束施行者(N=30)拘束継続日数 (開放観察指示内容別)



桜ヶ丘記念病院における身体拘束施行状況のまとめ

1. 平成15年～平成29年の各年6月の施行件数、延べ施行日数はともに増加傾向にあったが平成30年6月以降はやや減少傾向に転じており、中でも認知症病棟で減少傾向が目立っていた。
2. 平成30年1月～12月の救急入院料病棟入院患者258名の入院時行動制限施行状況は「隔離+拘束21%」、「隔離のみ41%」、「行動制限無し38%」という結果であった。さらにそれらの入院形態別の差異を示した。
3. 平成30年7月～12月の病棟機能別拘束施行延べ件数及び平均継続日数は「精神科救急・急性期52件、8.3日」、「認知症39件、13日」、「精神科回復期11件、92.3日」、「精神療養45件、134.2日」という結果であった。
4. 平成30年7月～12月の拘束施行例(147件)の拘束継続日数を病棟機能別に示したところ、精神療養、精神科回復期病棟群に長期間拘束を継続しているケースが多かった。
5. 更に平成30年12月の身体拘束施行例(30件)を、病棟機能別、拘束部位別、拘束「要件」別、開放観察指示内容別に分析したところ、以下の諸点が明らかになった。
 - 1)精神科救急・急性期群は、拘束理由は“多動または不穏が顕著”が多く、拘束日数は短いが拘束部位は多く、開放可の指示がないケースが多かった。
 - 2)精神療養群は、拘束理由は“放置すれば生命にまで危険が及ぶ--”が多く転倒転落防止、点滴自己抜去防止等が付記されている例も多かった。また拘束部位は少なく、開放観察時間が長いケースが多かった。
6. これらのことから、行動制限最小化、特に身体拘束の縮減を検討、実行する際には病棟機能によって異なった戦略と方法を採用する必要性があることが示唆された。

3. 行動制限最小化と 医療安全の取り組み

平成11年度厚生科学研究“精神科医療における行動制限の最小化に関する研究”(主任研究者:浅井邦彦)から
精神科病院、精神科病棟1090施設に対するアンケート調査結果

- **隔離および身体拘束を少なくする最も効果的な方法として共通して認識されていた項目**

1 医師及び看護師の増員

2 病棟改築などにより居住性の良い個室を増やすこと

3 病棟全体、病室、共用部分などを広くして閉塞感を改善させる

4 行動制限の最小化を推し進めていく過程で、隔離および身体拘束をしなかったことで起きた事故、例えば自傷他害や転倒による骨折などについて、医療関係者に対する過剰な責任追及を行わないという社会的合意が構築されること

5 医療者が隔離および身体拘束の内容・方法・時間などについて再検討してその最小化のために一層の努力をすること

6 隔離および身体拘束に対する第三者を含めた審査機関を設置すること

- “5, 6は厳しい経済状況下でも、短期的な医療者の努力で最小化の推進が期待できる”とした。

行動制限最小化委員会

- 2004年診療報酬改定で「医療保護入院等診療料」新設
 - 医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な(少なくとも月1回)評価を行うこと。
 - 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること
 - ア行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備
 - イ措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議
 - ウ当該保健医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危険予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の開催
- 平成18年(2006年)精神保健福祉法に関する通達
 - 「行動制限に関する一覧性台帳」の整備

行動制限に関する一覧性台帳

2018/06 行動制限一覽性台帳(参考)

[illegible]

平成30年度診療報酬改定

精神科関連の特定入院料

3. 精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実 看護職員夜間配置加算(新設)

(施設基準)

(2)患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること

(留意事項)

(2)当該加算を算定する病院は、行動制限最小化委員会において、入院医療について定期的な評価を行うこと

(3)当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、行動制限を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること

平成30年度診療報酬改定

- ・ 看護職員夜間配置加算は、当該病院の行動制限最小化委員会で、少なくとも月一回入院医療について定期的な評価を行う必要があることに加え、当該病棟における看護にあたり隔離及び身体拘束その他の行動制限を最小化する取組（以下、ア～エ）を実施する必要がある。

ア 入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整える。

イ やむを得ず行動制限を施行する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点をおいた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでのやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう務める。

ウ 行動制限を実施するに当たっては、以下①～⑤の対応を行う

①実施の必要性等のアセスメント、②患者家族への説明と同意、③行動制限の具体的行為や実施時間等の記録、④二次的な身体障害の予防、⑤行動制限の解除に向けた検討

エ 行動制限を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。なお、行動制限を実施することを避けるために、イ及びウの対応をとらず家族等に対し付添を強要することがあってはならない。

平成30年度診療報酬点数

A214 看護補助加算

A314 認知症治療病棟入院料 認知症夜間対応加算

これらはそれぞれ、

「身体的拘束を最小化する取組(看護補助加算)、行動制限を最小化する取組(認知症夜間対応加算)を実施した上で算定する」

とされており、その「取組」の内容は概ね既述の救急入院料看護職員夜間配置加算と同様に(既述のア～エ)規定されている。



2019/03/16

肺塞栓予防対策について

- おおよそ10年前に身体拘束を施行していた50代女性患者の肺塞栓による下記死亡事故が発生。
- 急性一過性精神病性障害で入院、入院後隔離室内で身体拘束を施行、精神状態は急激に改善し段階的に拘束を解除して、第5病日には全ての拘束を解除、隔離のみとして経過を見ていたところ、第6病日に心肺停止状態となり救命処置を行って直ちに近隣の救命救急センターに搬送したが死亡、後に司法解剖により死因が肺塞栓であることが確定した。
- 事故発生を受けて院内に「肺塞栓予防ワーキンググループ」を設置し、「肺塞栓予防対策マニュアル」を策定、鎮静度・リスク評価に対応した予防措置をとることとした。
- その後も今日までワーキンググループを継続、様々な臨床知見を得てマニュアルも7回改訂を重ね、以後今日まで拘束中の患者に関して同様の事例は一例も発生していないが、昨年身体拘束を施行していないケースで肺塞栓による死亡事故が発生、東京都医療安全課に報告の上、マニュアルの改定の要否等について検討しているところである。。

以上、ご清聴ありがとうございました。