

精神科医療における安全管理

伊 藤 弘 人

Patient safety in psychiatric care

Hiroto ITO

1. はじめに

精神科医療の安全管理は、その他の保健医療領域との共通点とともに、精神科医療独特の点をあわせ持つ。たとえば、精神科入院患者層が高齢化しているために、転倒防止や身体拘束最小化などが重要であり、高齢者医療・ケアにおける安全管理との共通点を持つ。一方、精神障害者のADLレベルが高いことから、隔離最小化や自殺防止など行動上の安全管理という特徴的な側面もある。

主な領域を表1に示す。精神科医療の安全管理については、薬剤ミスの問題が多い領域と指摘されていながら^{1, 2)}、これまで包括的に取り上げられることは少なかった。本論では、精神科医療の安全管理について、現在までの知見について論じる。

表1. 精神科医療の安全管理の領域

領域
自殺・自傷行為
不慮の事故（転倒、転落、誤嚥、窒息）
他害行為（患者・患者間、患者・職員間）
薬剤ミス
離院、無断外出

2. 精神科病院における事故報告

まず、精神科病院における全国的状況の唯一の調査である、日本精神科病院協会の医療問題検討委員会の報告を紹介することから始める^{3, 4)}。委員会では、約20年にわたり会員病院からの事故報告を集約し、分析を行ってきた。石井（2002）の報告は、その中で1994年4月から2000年3月までの6年間の報告に関する集計・分析である⁴⁾。

分析期間における医療事故関連事象を類型化すると、自殺（未遂・自傷行為を含む）が最も多く全体の30.3%、不慮の事故（転倒、転落、誤嚥・窒息）が20.8%、患者間傷

害・致死が16.1%となっており、この3類型で全体の67.2%を占めていた。

1) 自殺・自傷行為

報告の最も多かったのは自殺（未遂・自傷行為を含む）の報告であった。自殺の手段については、飛び降り（37.5%）、縊死（31.3%）、飛び込み（13.3%）の順で多かった。任意入院の割合が多くなり、閉鎖処遇についても最小限にしようとする近年、いかに自殺・自傷行為を予防するかは、安全管理の大きなテーマのひとつである。

特に隔離室においては、自殺企図のある患者が隔離室を利用する場合は、危険物の管理を徹底する必要がある。

2) 不慮の事故（転倒、転落、誤嚥・窒息）

「不慮の事故」とまとめられている医療事故関連事象のそれぞれの割合は、転倒（全報告中11.3%）、誤嚥下・窒息（4.4%）、転落（2.9%）であった。

この分類にある事象は、安全管理の取り組みを行うことによって、効果のあがる医療事故関連事象でもある。たとえば、ある米国の高齢者施設では転倒が頻繁に起きていた。そこで、看護部門、OT/PT部門、管理部門、人事部門による多職種チームを組織した。このチームは、転倒の起きる場所と時間を記録したところ、転倒の27%はトイレへ介助なしに行くとき（午前6:30-7:30）に起きていることが判明した。そこで看護スケジュールを見直し、看護補助者のシフトを7:00から6:00にして入所者が起きたときに介助できるようにした。その結果、この時間帯の転倒は3%に減少したとのことである⁵⁾。

高齢者の割合が高くなっている今日、この群の医療事故関連事象には、今後さらに注目する必要がある。なお、転倒等の記録に関しては、誰が関係しているのか（患者、職員、面会者）、何が起きたか（傷害の場所と程度、場所、行っていた行為等）、時間（日時、シフト、曜日）、発生場所などを含むことが望ましい。また、褥創についても、定期的な測定が必要であろう。

3) 他害行為（患者間・患者職員間）

患者間の傷害については、57.0%が閉鎖病棟で起こり、80.5%は男性が男性に起こしていた。入院形態については、任意入院が53.9%を占めていた。

また、他害行為は、患者職員間でも起きる危険性がある。たとえば隔離室においては、本人は隔離室から出ようとする意識が強い場合が多く、看護職員に暴力を振るう可能性が高い。最近の研究で、「退職したい」と思っている看護職員は、「実際に危害を受けた経験」ではなく、「危害のおそれがある」と思い、上司の支援が少ない職員である傾向があったとの結果が発表されている⁶⁾。職員にとっても安全な職場環境とする必要がある。

4) 薬剤ミス

精神科医療においては、薬剤ミスは少ない。日本精神科病院協会医療問題検討委員会の報告で薬剤ミスに関する記述が多くないのは、報告事例は事故となった事例であるためである。川村（2001）の与薬エラーの調査⁷⁾によると、精神科病棟における与薬エラーの77.7%は与薬時に起きており、また対象患者に関するエラーは全体の81.2%に上っていた。この点においては、後で述べる筆者らの調査でも明らかになっている⁸⁾。

長期在院者の多い病棟では、与薬時のミスが多いことが経験的に知られている。適切な薬が適切な患者に服薬されているのかどうかは、確認をする仕組みを考える必要がある。たとえば、ある病院は、注射や与薬の場合、3回姓名を声に出すようにしている。まず目の前で「〇〇△△さん」と呼ぶ。〇〇△△さんがハイと返事をしたら、もう一度「〇〇△△さんですね」と念を押して、「ハイ〇〇△△さんのお薬です。ここでお飲みください」とする。この方法を徹底させることによって、注射ミスはなくなり、誤薬もほとんどなくなった¹⁾。

5) 離院・無断外出

離院や無断外出も、精神科入院医療が開放的処遇を推進する場合に生じる医療事故関連事象のひとつである。医療専門家のアドバイスを守らずに医療を中断した患者の一群ととらえることもできる。

6) 精神科医療における医療事故に関連する事象が発生する場面

精神科医療における医療事故関連事象が発生する場面は数多くある。頻度の多い場を次にあげる。(1) 隔離室使用中、(2) 抑制中、(3) 与薬中、(4) 食事中、(5) 申送中・夜間、(6) 搬送時などである。

3. インシデントに関する多施設調査

前述の事故報告は、事故となった例の集計であるため、事故に至らなかった事例は、この何倍もあると考えられる。そこで、50弱の病院の協力を得て、2000年10月および11月の2ヶ月間における転倒と薬剤ミスに関する多施設調査

を実施した⁸⁻¹⁰⁾。

1) 転倒

2ヶ月間の間に44病院から438例の転倒が報告された⁸⁾。転倒した患者は、男性が228人（52.1%）、女性が210（47.9%）で、平均年齢（SD）は、65.5（15.0）歳であった。精神医学的診断では、器質性精神障害（痴呆等）が189（43.2%）、精神分裂病が179（40.9%）、その他の診断が70（16.9%）である。

転倒があった勤務帯では、日勤帯が167（38.1%）、準夜勤帯が121（27.6%）、深夜勤帯が150（34.2%）で、転倒があった時に患者が単身で行動していた場合は287（65.5%）と最も多かった。転倒した場所は、病室が130（29.7%）、廊下が98（22.4%）、デイルームが96（21.9%）、トイレが33（7.5%）、その他が81（18.5%）であった。

傷害の程度としては、打撲・捻挫が161（36.8%）と最も多かった。転倒の結果、58（13.2%）は状態に変化はなく、206（47.0%）は観察頻度が増加し、152（34.7%）は追加の検査・治療を要し、22（5.0%）は治療のために転棟・転院していた。

なお、報告した職員の平均年齢（SD）は39.7（12.8）歳で、329（75.1%）が女性であり、当該病棟勤務が1年未満の報告者は137（31.3%）、1年以上3年未満は156（35.6%）であった。

2) 薬剤ミス

薬剤ミス調査は、43病院の80病棟が参加し、2ヶ月間に213の薬剤ミス報告があり、これは1病棟あたり平均2.7件（範囲：1～17件）となる^{9,10)}。有害事象とはならなかった場合も含めた薬剤ミスは、各病棟では珍しくないことが理解できよう。薬剤ミスのおきた患者の平均年齢は56.3（SD=16.3）歳で、投薬平均回数は3.8（同1.2）回、平均薬剤数は10.7（同9.8）種類であった。報告した職員の平均年齢は44.1（15.4）歳である。誤薬のタイプとしては、異なる患者への投与と、服薬時間の間違いが多くみられた。誤薬の主な原因として多いのは、薬剤の確認ミス、患者の確認ミス、および与薬忘れであった。

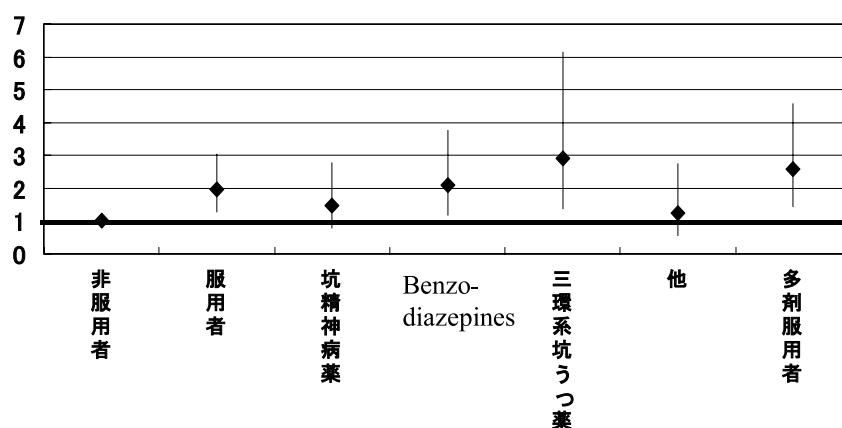
3. 医療事故関連事象の頻度をいかに少なくするのか

1) 治療・安全とリスクとのトレードオフ関係

精神科医療において、どうすればリスクを少なくできるのか。この最も関心のある問いへの解答は、簡単ではない。その最大の理由は、臨床現場においては、リスクを少なくすると治療効果や安全確保が低下すると考えられていることが少なくないからである。これをここではリスクと治療・安全とのトレードオフ関係があると呼ぶ。

たとえば、隔離・身体拘束などの行動制限は、自傷他害性のおそれを回避するために、また精神症状の改善のために、精神科医療では必要な場合がある。しかし同時に、患者の自立性への介入であり、治療関係が悪化する危険性や

向精神薬服用者の転倒リスク： 非服用者を基準（ナースিংホーム）



出典: Thapa PB, et al. Am J Epidemiol
142: 202-211, 1995.から作成

患者の身体への悪影響のリスクがある。

また、薬剤においては、抗精神病薬における垂体外路障害、悪性症候群、糖尿病や心臓への影響¹¹⁾などの副作用が指摘されている。たとえばThapaらの研究¹²⁾によると、ナースিংホームにおける向精神薬服用者の転倒リスクは高い(図)。

この他にも、精神科医療における患者と家族の満足度、または患者・家族と社会の満足度は、トレードオフの関係になっている場合は少なくない。さらに在院日数を短縮することと、短期の再入院率が増加することも、関連している。

このように、治療・安全のための便益(benefits)とリスクとの関係は、トレードオフの関係になることが多い。したがって、「いかにリスクを少なくするのか」という問いは、「治療・安全を担保しながらいかにリスクを最小限にするのか」と問うべきなのである。

2) 地域特性

次に問題となるのは、地域特性である。「治療・安全を担保しながらいかにリスクを最小限にするのか」という考え方は、地域特性に大きく影響を受けることが、先行研究で明らかになっている。Betempsらの米国軍人病院での調査研究¹³⁾によると、行動制限の特徴は、各医療施設での医療費、職員の対患者割合および大学医学部付属かどうかは関連がなく、地域特性が強く関連していた。また、Okin¹⁴⁾は、先行研究の成果をまとめ、各病院が暴力行為をどのように予防し処遇するかは、各病院の姿勢が強く影響を受けることを指摘している。また職員の行動制限に対する態度が、その実施に大きく影響を受けるために、職員の訓練が必要であると述べている。

3) 対策

これらの事象の頻度をいかに少なくすることができるのか。対策としては、まず第一に職員への教育があげられる。医療事故は起こりうるものであるという職員の認識が大切である。地域特性を意識するためには、他地域の職員との交流も必要であると考えられる。そして、第二に医療事故を減らすために、組織としての取り組みが重要である。起きた事故を報告・分析・対策案の検討など、今後類似した事故を減らすための組織的な取り組みが必要である。病棟ごとでの取り組みを促進することも有用であろう。第三に、患者の医療事故防止への参加も必要となってくると考えられる。特に長期療養患者への与薬時のミスは、患者にも参加してもらうことによって減少させることが可能であると考えられる。

わが国に限らず、国際的にも精神科医療における安全管理に関する取り組みは始まったばかりである¹⁵⁾。今後の積極的な活動を期待したい。

参考文献

- 1) 伊藤弘人. 精神科医療のストラテジー. 医学書院, 2002.
- 2) Smidt NA, McQueen EG. Adverse reactions to drugs: A comprehensive hospital inpatient survey. New Zealand Medical Journal 76: 397-401, 1972.
- 3) 角南譲, 三宅祥三, 樹神學, 他. 特集精神科病院における医療事故防止対策と安全対策. 日精協誌 20: 222-275, 2001.
- 4) 石井一彦. 精神科病院における医療事故. 日精協誌 20: 244-256, 2001.
- 5) Joint Commission. Using outcomes to improved performance in long term care and subacute care setting. Join Commission, 1997.
- 6) Ito H, Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, Tachimori H. Psychiatric Nurses' Intentions to Leave Their Jobs.

- Psychiatric Services 52: 232-234, 2001.
- 7) 川村治子. 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究. 平成12年度厚生科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)報告書, 2001.
- 8) 伊藤弘人, 山角駿. 精神科病院入院患者の転倒に関する分析. 病院管理 38 (Supplement): 62, 2001.
- 9) 伊藤弘人, 山角駿. 誤薬防止の意識と誤薬報告内容との関連: 精神科病院における予備的検討. 医学教育 32: 383, 2001.
- 10) Ito H, Yamazumi S. Common Types of Medication Errors on Long-term Psychiatric Care Units. *Int J Qual Health Care* 15, 2003 (in press).
- 11) Ray WA, Meredith S, Thapa PB, Meador KG, Hall K, Murray KT. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. *Arch Gen Psychiatry* 58: 1161-1167, 2001.
- 12) Thapa PB, Gideon P, Fought RL, Ray WA. Psychotropic drugs and risk of recurrent falls in ambulatory nursing home residents. *Am J Epidemiol* 142: 202-211, 1995.
- 13) Betemps EJ, Somoza E, Buncher RC. Hospital characteristics, diagnoses and staff reasons associated with use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry* 44: 367-371, 1993.
- 14) Okin RL. Variation among state hospitals in use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry* 36: 638-652, 1985.
- 15) 日本精神科看護技術協会. 精神科ナースのための医療事故防止・対策マニュアル. 精神看護出版, 2002.