

調査票 V (一年後調査) 別紙 評価尺度①

患者No.

精神症状・能力障害二軸評価

(1) 精神症状評価

現在の精神症状について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

回答欄		
1.		症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2.		精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3.		精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
4.		精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達が判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5.		精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6.		活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

(2) 能力障害評価

現在の日常生活能力の程度について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

(詳細は別紙「能力障害」評価表を参照してください)

回答欄		
1.		精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2.		精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3.		精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4.		精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
5.		精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

2. 生活障害評価

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、○をつけてください。

No.	項目	回答欄	内容
1	食事		1) 適量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
			2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がだいたい自主的にできる。
			3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
			4) いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
			5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2	生活リズム		1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (※一般的には午前9時には起きてることが望まれる)
			2) 時に寝過ぎることがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る
			3) 時に助言がなければ、寝過ぎすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
			4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
			5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。

No.	項目	回答欄	内容
3	保清		1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
			2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなえる。
			3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
			4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
			5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4	金銭管理		1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
			2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
			3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
			4) 3~4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
			5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
5	服薬管理		1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
			2) 薬の必要性は理解しているにもかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
			3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
			4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(場合によりデボ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
			5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デボ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。
6	対人関係		1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、職場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
			2) 1) が、だいたい自主的にできる。
			3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
			4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
			5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
7	社会的適応を妨げる行動		1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
			2) この1ヵ月に、1) のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
			3) この1ヵ月に、そのような行動が何回あった。
			4) この1週間に、そのような行動が数回あった。
			5) そのような行動が毎日のように頻回にある。

精神科病院行動制限最小化に向け対処法の検証と評価

分担研究者： 宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

研究協力者（順不同）

三宅美智（東海大学健康科学部）

西池絵衣子（近大姫路大学看護学部）

末安民生（慶応義塾大学看護医療学部）

吉浜文洋（神奈川県立保健福祉大学）

美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

高橋直美（東京医科歯科大学保健衛生学研究科）

熊地美枝（国立精神・神経医療研究センター病院・国立看護大学校看護学部）

アリマ美乃里（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

金山千夜子（海星病院）

関本太志（ハートランド信貴山）

大谷須美子（ハートランド信貴山）

浅川佳則（ねや川サナトリウム）

鎗内希美子（金岡中央病院）

戸村美名子（松山記念病院）

渡部晃（松山記念病院）

西村紀子（松山記念病院）

畠山卓也（井之頭病院）

渡辺純一（井之頭病院）

三宅薫（木更津病院）

中島緑（カリフォルニア大学サンフランシスコ校）

西谷博則（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）

松尾康志（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）

下里誠二（信州大学医学部保健学科）

研究要旨

以下の5つのサブテーマへの取り組みを通じて、精神科病院行動制限最小化に向け対処法の検証と評価を試みた。

1. 行動制限最小化を阻害する要因の明確化：拘束対象となっている患者数の増加は認知症患者や合併症患者の増加によることが大きいこと、入院している病棟の機能が拘束数に影響を及ぼしていることが分かった。行動制限最小化に向けた意識変革には、管理者の熱意とリーダーシップ、行動制限最小化委員会の組織整備、組織文化の見直し等が必要であることが明確になった。

2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性：保護室および保護室周辺の施設・設備と、その活用方法、基本的な生活援助、開放観察の方法も病院により著しく異なっていた。全般的に、安全重視に傾きがちな医療文化を助長する医療体制が温存されており、保護室における援助に関する知識と技術が十分に開発されず、効果的な援助方法も開示・共有されていなか

った。

3. 急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果：病棟スタッフは患者が急性精神病状態から回復していく過程に立ち会い、自らのとった役割が患者の回復に寄与していると認識することによって、達成感や満足感を得ていた。その反面、重症患者との関わりに不安や戸惑いを抱え、精神症状が悪化し、混乱や恐怖を抱えた患者との間にコミュニケーションを成立させることに困難を覚えていた。

4. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点：医療観察法病棟の看護師は、CVPPP の身体介入技術によって介入した際に身体的外傷の被害を受けることがあるが、一般的に軽傷であり、患者に外傷を与えることはなく、介入後の早い時期に介入時のことについて患者と話し合っていた。

さらに記述の内容から CVPPP の身体的介入について安全という観点から考察を加えた。

5. 司法病棟における常時観察の現状と問題点：常時観察時の綿密な観察によって気づきが増え、対象者に安心感を提供でき、速やかで密度の濃い援助につながっていた。多くの看護師は、対象者のそばにいて対象者との交流が増え、その関係は常時観察時以外の看護師の姿勢としても継続され、結果として対応のスムーズさをもたらしていた。また、常時観察は、隔離をしないか、もしくは期間を短縮するなど、行動制限最小化の効果をもたらしており、特に自殺リスクの高い対象者への常時観察が有効であった。

A. 研究目的

精神科医療の場における安全確保(急性期患者の援助関係作りや CVPPP 等の精神科病院行動制限最小化に向けた対処技術等)の有効性についての検証や評価を行い、これらの実施のために解決されるべき問題や実施のために必要な条件・機能等を明らかにする。

特に、指定入院医療機関の経験に学びながら、既存の精神科病棟における行動制限最小化に必要な援助技法や治療システムについて、実証的なデータに基づく明確化を図る。

これらの研究目的を実現するため、今年度は、以下の5つのテーマに取り組んだ。

1. 『行動制限最小化を阻害する要因の明確化』
2. 『病棟構造と隔離・拘束との関連性』
3. 『急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果』
4. 『CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点』
5. 『司法病棟における常時観察の現状と問題点』

B. 研究方法

今年度取り組んだ5つのテーマのそれぞれについて述べる。

1. 『行動制限最小化を阻害する要因の明確化』

看護学の研究教育職と精神科病院の看護管理者、認定看護師により、精神科病院における行動制限最小化の現状に情報交換と現状把握を行った上で、2病院を対象に、一覧性台帳によって得られたデータの比較と内容検討、および隔離拘束施行患者の処遇に関する実態を調査した。現状報告に向けた討論では、前年度の河原報告を参考にして、行動制限最小化という課題が、精神科医療体制の中で、どのような位置づけにあるかについて広い視

野から検討するように努め、その中で得られた視点を研究内容に盛り込むように工夫した。

2. 『病棟構造と隔離・拘束との関連性』

研究者が各施設を訪問し、病棟および保護室の構造図、保護室およびその周囲の写真、援助の実際についてデータを収集した。援助の実際については食事、排泄などのセルフケア項目のほかにプライバシー保護などや保護室に関する看護師の意見について看護師に面接を行った。

平成 22 年度は 4 病院（5 病棟）を対象に調査を実施した。平成 21 年度までの調査対象 23 病院（29 病棟）を加えた計 27 病院（34 病棟）を対象として、病院ごとに異なる保護室および保護室周辺の設備について整理した。さらに清潔保持、排泄、食事などの生活行動とその援助、開放観察などの実態を分析し、設備・構造との関連について考察した。

3. 『急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果』

研究対象は精神科救急入院料病棟（以下スーパー救急病棟）における医療に携わる医療者と新規入院患者とする。データ収集は、以下の 3 段階に分けて行う。

- 1) スーパー救急病棟における参与観察（フィールドワーク）
- 2) コミュニケーション技法開発に向けた教育プログラムの提供、病棟看護への関与を通じたアクションリサーチ
- 3) 患者・医療者に対する個別・及びグループのインタビュー、によって行う。

4. 『CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点』

指定入院医療機関において平成 18 年度から平成 22 年度までの暴力インシデントとして報告されたもののうち、CVPPP の身体介入技術により介入した際に身体的外傷の被害があったケースについて、被害を受けた対象、状況について調査し記述した。

さらに記述の内容から CVPPP の身体的介入について安全という観点から考察を加えた。

5. 司法病棟における常時観察の現状と問題

1) 調査対象施設

全国の指定入院医療機関：28 施設（30 病棟）

内訳：国立病院機構 15 施設（17 病棟）、自治体立 13 施設（13 病棟）

2) 調査対象者

対象施設の師長・副師長、看護部長・副部長等の看護管理者 計 33 名

3) 調査実施日：2010 年 11 月

4) 調査方法

- ①事前質問紙調査
 - ②半構造化グループインタビュー調査
- ①②ともに、質問内容は以下に示す 3 テーマとした。

- 1)医療観察法病棟におけるセキュリティ看護師について
- 2)医療観察法病棟における行動制限最小化に有効と思われる看護師のかかわり
- 3)医療観察法病棟における常時観察の現状、有益な点、直面している困難や課題

(倫理面への配慮)

各研究において、協力者、協力病院に対して研究目的ならびに、研究協力は任意によるもので非協力により不利益は被らないことを説明し協力を得た。病院内に倫理審査委員会が設置されている場合はその承認を得て、ない場合は病院管理者の許可を得て研究に取り組んだ。

C. 研究結果

1. 『行動制限最小化を幅害する要因の明確化』

本研究は、精神医療の場における行動制限最小化を阻害する要因と促進する要因について明らかにするための予備調査によって得られたデータに基づいて、以下の結果を得ることができた。

1) 一覧性台帳の項目に対応するデータからだけでは行動制限最小化の阻害要因および促進要因は明らかにすることは困難である。2) 長期に及ぶ行動制限に至る理由として行動制限に対する病棟文化、病院組織としての方針、管理者やスタッフの意識による影響などが挙げられ、行動制限最小化に向けた意識変革推進には、組織体制や管理者、スタッフの配置、さらに行動制限最小化委員会のガイドラインの整備が必要である。3) 精神科病院において拘束対象となっている患者数の増加は認知症患者の増加に伴っていること、拘束を行っていた多くの患者の退院理由は死亡退院であること、入院している病棟の機能によって拘束数に影響が生じていることが分かった。そのため、認知症患者への行動制限については、今後詳細に調査していくことが求められる。

2. 『病棟構造と隔離・拘束との関連性』

保護室内部および保護室周辺の施設・設備と、その活用方法の現状は病院によって差があった。さらには、患者の清潔、排泄、食事などに関する基本的な生活援助、さらには開放観察の方法も病院により著しく異なっていた。このような状況をもたらしている要因は様々だと考えられるが、安全重視に傾きがちな医療文化を助長する医療体制が温存されており、そこには職員の質と量の不足が関与していることが推察された。また、精神科における急性期・救急の医療・看護、とりわけ保護室における援助に関する知識と技術が十分に開発されず、一部の病院で実施され効果を上げている援助方法も開示・共有されていないことも、現状をもたらしている背景要因と考えられた。こうした現状を打破し、急性期患者をはじめとする精神科入院患者の行動制限最小化を推進する上で、保護室の構造・設備および援助の実情を明らかにし看護職による知識・技術の共有を図ることが先決であることが明らかになった。

3. 『急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果』

スーパー救急病棟では、重症患者を早期に社会復帰させることを目標に入院時から体系的な医療、看護が提供されている。この目標を達成するため病棟スタッフには迅速で的確な状況判断とそれに見合った医療・看護を提供する役割が求められていた。そして、病棟スタッフは多くの患者が急性精神病状態から回復していく過程に立ち会い、自らのとった役割が患者の回復に寄与していると認識できることから、達成感や満足感を得ながら日々患者と接することができていた。

その半面、病棟スタッフは、重症患者とのコミュニケーションに不安や戸惑いを抱えている。精神症状が悪化し、混乱や恐怖を抱えた患者との間にコミュニケーションを成立させることにはさまざまな困難を伴うのは事実だが、それに加えスーパー救急病棟では、患者とのコミュニケーションと援助関係の成立を困難にさせる要因が重なっていると考えられる。第一に、患者の同意によらない入院となるケースが多く、患者は入院させられたことへの怒りや屈辱感、将来への不安などの入り混じった強烈な不快感を体験していた。さらには、疾患の特徴や入院治療の必要性について十分な理解を得る機会が提供されないことが、患者の不快感を増強させていると考えられる。

患者側の要因に加え、スタッフは、入院したばかりの患者への対応に追われながら突発的な入院に備えなければならず、さらには自傷他害や医療事故の防止に向けたリスク管理も求められるため、常に緊張感を強いられているという状況に置かれている。そのため、余裕を持って患者とかわかることができないことからくる罪責感や、早期の社会復帰を目指すという病棟機能に見合う十分な医療や看護を提供することが出来ていないのではないかという疑念や不全感から自信低下を引き起こしているスタッフも少なくなかった。

このようなスタッフの置かれた状況についての現状把握を踏まえ、スタッフの感情活用能力（エモーショナルリテラシー）を高めるための教育プログラムを実施した。そのなかのグループ・セッションでは、日々の実践の中でスタッフが実感している否定的な感情の率直な表現を奨励した。その結果、上記の諸要因が絡み合っ、スタッフの急性期医療や看護へのモチベーションの低下を来し、結果的に、薬物による鎮静や行動制限を優先した医療や看護に陥りがちとなっているという臨床状況が浮き彫りになってきた。そして、そのような状況の常態化は、スタッフをより一層、患者とのかかわりから遠ざけるという悪循環を生んでいた。

4. 『CVPPPの実施状況と普及啓発をめぐる問題点』

対象期間中に上がったインシデントは 109 件であり、このうち 負傷者のなかったものが 81 件、負傷者のあったものが 28 件であったが、そのうち身体介入後にけがをしたケースは 4 件でいずれもスタッフの受傷であり身体介入中の対象者の受傷はなかった。

身体介入を行ったインシデントのうち、怪我のあったケースが 19 件あったが、これらは身体介入前に突然暴力が発生しけがを負うケースであった。これらのうちスタッフに対するものでは入浴処置・食事などセルフケア援助時 8 件、攻撃的な対象者に対応した時 9 件、診察時 1 件であり、他対象者に対してのものが 1 件あった。

対象はスタッフ 80、他の対象者 15、家族 1 件でスタッフの内看護師が 73 件とほとんどだった。外傷の程度は 10 分以内でおさまる痛み程度のものが 9 件、擦過傷など簡単な治療を要するもの 9 件、医師の治療の必要なもの 9 件であった。医師の治療が必要な物のうち、スタッフが受傷したものが 7 件、2 件は対象者にむけられたものであった。

5. 『司法病棟における常時観察の現状と問題点』

直近 1 ヶ月の常時観察の実施状況では、実施対象者 1～2 人が大部分を占め、実施対象者数が一番多い病棟は 5 人の対象者に常時観察を実施していた。全体の約 3 割にあたる 8 ヶ所の病棟では、直近 1 ヶ月の間に常時観察はみられなかった。常時観察継続時間では、24 時間が最も多く、半数が 1 週間以内の継続時間であった。1 ヶ月以上と長期化している場合が 2 病棟あり、最も長い場合は 1680 時間（70 日）に至った。

常時観察時の綿密な観察によって気づきが増え、対象者に安心感を提供でき、速やかで密度の濃い援助につながるなど有益な点が挙げられた。多くの看護師は、対象者のそばにいて対象者との交流が増え、その関係は常時観察時以外の看護師の姿勢としても継続され、結果として対応のスムーズさをもたらしていた。また、常時観察は、隔離をしないか、もしくは期間を短縮するなど、行動制限最小化の効果をもたらしていた。また、特に自殺リスクの高い対象者への常時観察が有効であるとしている回答が多かった。

常時観察実施時における困難として、人手がかかるため業務調整が困難であること、依存の強い対象者や精神運動興奮の著しい対象者の場合は、常時観察の難しさとともに常時観察が対象者にとって逆効果になる点などが挙げられ、看護師の力量によって差がでること、対象者とスタッフの双方にストレスを生じさせる可能性も指摘されていた。その中でも、それぞれの病棟で多くの工夫がなされストレス軽減に努めていた。

D. 考察

1. はじめに

「精神科地域医療体制のあり方とその評価」という安西班の研究において「精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価」という当分担班の研究はどのような位置を占めるかについて、研究テーマ 1 『行動制限最小化を阻害する要因の明確化』への取り組みに向けた討論の中で、確認を行った。

入院患者への行動制限を最小限にするための取り組みについては、入院処遇を受けていてもなおかつ自傷他害の恐れが解消しない、一部の急性期患者の処遇を改善し人権を守るための試みのように受け止められやすい。しかし、精神科入院患者の行動制限を減少させることが極めて困難であるという現実、地域医療を含む精神科医療全般の様々な局面に広く関わる問題であり、河原報告に照らすことによってそのことがよくわかる。

行動制限が必要な入院患者の属性に沿って考えてみると、行動制限最小化というと入院したばかりの統合失調症圏の患者への処遇が取り上げられる場合が多いが、むしろ慢性化

し隔離が長期化した患者の一群が隔離拘束の平均日数を押し上げていることが推測できる。さらには、認知症患者、身体合併症患者等への行動制限もかなりの比率で行われている。

自傷他害等の理由で救急入院となり隔離や拘束が必要とされる患者についていうと、その多くは、地域での早期治療や継続治療に問題を抱えていることが多い。隔離が長期化し多くのスタッフが退院すること自体に悲観的だった患者が、家族の意向によって退院となり予想に反して地域での生活を継続できる場合もある。どうやら、行動制限最小化は、精神科病院のスタッフが患者の精神症状や不適応行動にどう対応するかに留まらず、精神科地域医療体制の全体に関わる課題であると考えられる。

そのような観点から、まずは河原報告を手がかりに、入院患者の行動制限最小化を阻む要因と対処策について包括的な明確化を図りたい。さらには、今年度の調査結果を活用しながら、行動制限最小化をめぐる現時点でわかってきている内容について明確にした上で今後の課題について整理してみたい。

2. 精神科医療の全体状況における行動制限最小化

(1) 行動制限最小化と精神科医療における制度と医療提供システムとの関連について

行動制限最小化をめぐる議論の中で、必ずといってよいほど問題になるのが、精神科の入院医療におけるマンパワーの不足である。医師、看護師、そしてコメディカル不足は、現状で考えられる最良の医療を提供するという医療者としての責務遂行を妨げている。

河原の指摘するとおり、「医療体系については制度的に規定されていない」ことが、最良の医療を支えるマンパワーの確保を困難にし、「医療の質という面で問題を生みだしている」。つまり、マンパワーと医療・ケアの質に関して遵守すべき原則や基準に関する規定の欠如が、一般病床よりも職員の配置基準が低いという状態を固定化し、行動制限最小化にとって極めて深刻な影響を与えているわけである。実際に、近年そのような傾向が強まっていることが**研究テーマ1**への取り組みで確かめられている。

制度的な問題の改善には多くの努力が工夫であるが、研究者と医療者にまず求められるのは、どのような配置が望ましいかについての具体化、明確化であろう。それには、患者にとって、どのような状態や状況において、どのような具体的援助が必要で、それにはどのような知識や技術を要する役割の遂行が必要かについての明確化が必要である。

この問題は、河原の言う「医療水準の高度化、疾患構造の変化や高齢化に十分に対応しきれない」という現状を打開するための見通しを示すことを、医療職に課することになる。ここで押さえておかなければならないのは、精神機能の低下に見合った支援のための専門的な技法が十分に共有されていないため、疾患構造の多様化への対応が、より一層困難となっているという事態であろう。

これまで、精神科医療の現場においては、各専門職がそれぞれの視点から患者の状態について評価し、それに応じた治療・ケアを行ってきたわけである。ただし、全般的な傾向としては、患者の精神症状やその奥にある精神病理についての評価と、それを踏まえた精

神医学的診断を主な基盤として処遇が行われてきている。しかし、精神科医療における高度な医療水準に基づく医療とは、関連職種の専門性に基づく様々なアセスメントを持ち寄り、多職種連携に基づいて総合的な治療処遇であるとの認識が徐々に浸透しつつある。現実には、多職種連携を重要な原則として2005年から開始された、医療観察法に基づく司法精神科医療では、多職種の専門性発揮の有効性が実感されつつある。

すなわち、医療観察法によって入院処遇を受けている対象者に対しての、主治医による精神医学的診断は、医療観察法による精神鑑定、司法関係者も交えた審判を経て、多職種による共通評価項目による多職種評価の一環として位置付けられている。そして、臨床心理技術者による人格診断や精神状態の測定、作業療法士による生活能力・作業能力の評価、精神保健福祉士による社会生活や家族状況・地域状況の評価、看護師による患者ニーズの評価と組み合わせられることによって、対象者の全体像がより鮮明となって、多職種連携が実効性をもつことが確認されつつある。

看護師の視点からすると、それぞれの時期や段階における患者ニーズの把握に見合っ、安静化と活性化、成長と自立の支援という看護実践の基本的な目標をどのような比率で組み合わせ、個々の場面における援助行為を作り出していくかが課題となる。もちろん、その過程では、医師をはじめとする他職種によるアセスメントを参考にし、また看護師によるアセスメントについての他職種の評価、助言を受けることになる。

研究テーマ2『病棟構造と隔離・拘束との関連性』では、保護室（隔離室）とその周辺の施設・設備、隔離拘束の開始と解除に関する医師や病院・病棟の方針によって、行動制限最小化は大きく影響を受けることがわかった。また、様々な制約の中で、看護師が患者の自傷他害による危険防止と安静化・活性化、自立・成長の支援に向けた様々な工夫をこらしているが、病院間、病棟間で共有されていない現状も明らかになった。

研究テーマ4『CVPPPの実施状況と普及啓発をめぐる問題点』は、暴力行為や攻撃的な態度が顕在化した患者に対して、患者も看護師双方の安全を確保し、なおかつ患者の尊厳を可能な限り傷つけることなく、患者の安静をもたらすための働きかけの現状と課題の明確化を図ることを目的としている。CVPPPは日本の護身術をヒントに英米の看護師たちが考案した方法論を参考に、医療観察法の成立を契機に日本で開発された方法である。CVPPPは、3人一組で不穏な患者の人手による鎮静を図る方法技術であるチームテクニクスを核にし、その前後におけるリスクアセスメント、説得、交渉、和解、内省支援という心理的支援を組み合わせたものである。施行の実態として、看護師が多少のかすり傷を負うことはあるが、概ね安全に施行できていることが明らかになった。看護チームの全員がCVPPPに熟達することによって、従来ありがちだったように、患者の攻撃的な態度に刺激されて看護師の不安が高まり過剰となり、隔離や拘束が長引くという事態が回避できることが期待できる。精神科看護師の職能団体である日本精神科看護技術協会や、指定入院医療機関の主催により、既存の精神科病棟、精神病院の看護スタッフや他職種に向けた講習がかなり実施されており、CVPPPの浸透は行動制限最小化にとって有効であることが推測

されるため、その検証が課題となる。

多職種の視点を結びつけるための軸としては、精神症状を精神機能の低下した状態として、連続線上に捉える見方の重要性が浮き彫りになっている。このような見方によって、行動制限最小化の方法を考える上で基本的な課題である、急性精神病状態や認知症等、コミュニケーションを成立させることが極めて困難な患者の処遇に関して、手掛かりをえられるのではないかというのが、研究者等の理解である。

研究テーマ3 『急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果』は、このような問題意識に沿ったスタッフ教育により看護の質を高めることを目標としている。今年度の調査からは、急性精神病状態の患者、入院を受け入れず不満のある患者とのコミュニケーションについて、多くのスタッフが困難感や無力感を抱き、自らの感情を抑圧しながら接したり、時には接触を回避し必要最小限の関わりに止めたりする傾向が見出された。

(2) 精神障害者の継続治療と地域生活の自立に関連する問題

河原は、「一般の外来患者に対する夜間・休日の救急対応機能を担う医療機関は不足しており、地域で協力して救急対応機能を整備する取り組みも現状では乏しい」と指摘している。この問題には、狭義の医療的対応の不備に加えて、医療的支援以外の支援システムの不備が重なっていると考えられる。すなわち、地域に暮らす精神障害者が、必ずしも再発とは言えないが、自力による社会生活の維持に破綻を来し、何らかの生活支援が必要な際に、危機対応が不十分なため医療的な救急対応に傾くことも少なくないと考えられる。日常的な生活支援、相談支援が十分に機能していて生活危機が生じにくく、また危機的な状況になっても早めの対応ができる体制ができていれば、医療以外の枠組みによる地域生活の維持は可能である。

実際には生活危機が病状の再燃を誘発したり、精神病状態の再発とはいえなくても医療的な支援が必要になったりたりする場合も少なくない。ただし、生活支援と医療的支援が適時に提供できるシステムが、地域に暮らす多くの精神障害者に対して提供できる状況が形成されれば、患者は精神的に追い詰められることなく、余裕を持って治療を受けることができる。そして、その間に培った援助職との信頼関係により、仮に入院が必要となり、そのことに不本意さを感じたとしても、入院への抵抗感が減ることにより、隔離拘束が必要となるような状態にはなり難いことも推測できる。

行動制限を必要とする病態は、統合失調症圏に代表される急性精神病状態だけではない。河原は、「自殺企図等に対処するための、精神・身体合併症への救急医療体制についても、その確保が十分でない」と指摘している。実際に、自殺企図者に対する精神科医療・看護専門職による早期からの濃厚な関わり不足により、再発防止の効果があがっていないという事実がある。救命救急センターで対応する患者の中で自殺企図者が高い比率を占めることが報告されているが、救命後の対応は不十分であり、そのことが頻回入院者を生んでいることも指摘されている。

自殺企図の既往がある患者に関しては、司法精神科病棟の実践等に倣って、本人を交え地域医療機関、福祉機関との間で危機的な状況を想定したクライシスプランの共有によって要入院時にも納得して治療を受けることにより行動制限が不要となることが期待できる。

一部の患者が精神科病棟にまわり、院内における自殺企図に看護師が神経をとがらせることになる。自殺念慮のある患者への保護・観察の必要が行動制限最小化にとって重要な阻害要因となっていることは事実だが、司法精神科病棟において重要な方策として採用している常時観察が、隔離・拘束の防止に有効であることは、研究テーマ5『司法病棟における常時観察の現状と問題点』に関する研究によって、確かめることができた。

急性精神病状態での自傷他害、希死念慮のある患者の自殺企図に加え、身体合併症、高齢者や認知症の患者の危険防止も、行動制限最小化を阻害する要因である。身体疾患の治療を行う総合病院、高齢者施設等との連携や、それらの施設への要望等も、行動制限最小化にとって重要な課題となる。

河原はさらに、「精神科医療は、地域住民の精神的健康を支えるために、医療が必要となったときに適切な精神科医療を提供するばかりでなく、精神的問題にて自傷他害の恐れがある者に医療を受けさせることにより保護するという公益的役割も担っている」と述べている。司法精神科病棟に限らず、自傷他害の恐れのある患者への速やかで確実な治療処遇は、本人のためであると同時に周囲の人や地域社会にとっても重要であることについての周知も重要な課題となる。

その上で、精神科医療機関と精神科専門職にとって課題となるのは、「薬物療法、精神療法の標準化、行動制限の最小化等を含めた医療の質の向上」と「高度・専門的な機能を担う精神科医療機関の整備」である。精神科医療における高度・専門的な機能とは、疾患別・症状別の医療・ケアに止まらず、コミュニケーション困難な患者との援助関係づくり、精神状態の安定化、成長・自立の促進というような機能を含み込み、多職種が共有できるような広い意味での精神療法の標準化だと考えられる。

3. 行動制限最小化の推進に向けたマンパワーの充実

行動制限最小化をめぐる議論の中で、マンパワー不足が解消しない限り事態は改善しないのではないかという疑問が投げかけられることがよくある。それに対して、日本社会の現状からすると、マンパワー不足の急速な解消は望み薄であろうという応答があり、一瞬、沈黙と無力感が漂う。しかし、人さえ多ければ行動制限最小化が可能になるだろうかという反問には、そうはいかないだろうと何人かが応じる。むしろ、人手が足りなくてもスタッフに熱意があれば状況は変わるのではないかという問いかけがあり、それに賛同する声と、熱意だけでは大きな力にはならないという声が交じりあう…。

上述のやりとりは、単なる想像の産物ではなく、当分担当が病院調査にはいるための予備討論で実際に何度か繰り返された内容であり、そこには日本の現状における行動制限最小化の困難さの本質が反映されているように思える。そこで、行動制限最小化とマンパワ

一との関連に絞って、本報告のまとめに代えたい。

人さえ多ければいいとは言えないという言葉は、マンパワーの量的な側面にふれるものである。すなわち、人数が多ければできるが増えるが、何をすればいいのかが明確にならなかつたりチームの中で認識が共有されていなかたりすれば、チームのメンバーは「烏合の衆」となるか、「船頭多くして船山に登る」かのどちらかになりかねない。

一方、スタッフに熱意があれば状況が変わるという言葉は、マンパワーの質的な側面にふれるものといえよう。熱意とは意欲や動機付けのことであり、熱意が持続すれば必要な仕事を着実にこなし困難な問題に直面しても創意工夫によって克服することが可能になる。とはいえ、人数が少な過ぎればチームは疲弊するし、熱意の温度差はチーム内に葛藤を生む。熱意ある少数派が徐々に影響力を増す場合もあるが、孤立したり、チームが割れたりすることも少なくない。そこで、重要となるのが管理職の役割であることが**研究テーマ1**における**B**病院の調査結果から明らかになった。

B病院の場合は、院長と看護部長の熱意がスタッフにも伝わって行ったという経過がある。この事例から管理職とスタッフの間に、行動制限最小化への取り組み以前からの信頼感や、取り組みを通じた連帯感の形成が重要であることが浮き彫りになる。さらには、管理者から、行動制限最小化への見通しと、実現に向けた具体的な方策について、説得力を伴う問題提起が行われる必要があることも明らかになった。実効性のある方策の提示や、実行可能な業務計画がなければ、看護管理者の熱意がスタッフに負担を与えたり、抵抗を招いたりということも起こり得るからである。

チームとしてのマンパワーの質は、熱意を持ったスタッフの存在に加え、状況判断能力、問題解決能力、リーダーシップ、組織力、説得力を備えたリーダーの存在、によって飛躍的に高まることがわかる。ただし、管理職にだけリーダーシップを求めることには無理があることはいうまでもない。

A病院、**B**病院は共に、日本精神科看護技術協会による行動制限最小化認定看護師の研修を受け、資格を取得した看護師が、院内の行動制限最小化委員会のメンバーないし責任者として配置されたり、病院師長の職位を得たりすることによって、取り組みの効果が上がっていることがわかった。すなわち、職能団体としての行動制限最小化への取り組みによって、この問題に関する最新の知見を病院に持ち込むことに意義があり、そのような認識を有する看護管理者、病院管理者が研修という機会を活用することによって成果を上げているという経過が明らかになったわけである。

以上の考察を以下のように整理出来ると考えられる。

精神科病棟におけるマンパワーの充実が、行動制限最小化を推進していくカギとなることは間違いない。ただし、マンパワーの量にだけ関心が向けられると、議論が平板となり説得力が乏しくなる。実際に、マンパワーの質に該当するスタッフの力量の向上が伴わないと、十分な成果は上がらないだろう。

精神科医療、精神科看護の専門職に求められるマンパワーの質は、患者の全体像を精神

機能、人格水準、生活機能といった様々な視点から評価する能力に支えられて、どのような精神状態にある患者とも援助関係を形成できることであると、とりあえずは表現することができよう。そこで求められている援助関係技術は、CVPPPや常時観察に代表されるような、自傷他害のリスクが継続している患者の鎮静、不安や自責感に苦しむ患者への安心感の提供意欲や活気を失った患者の活性化、迷ったり混乱したりしている患者の問題整理などが含まれる。

マンパワーの質はさらに、熱意すなわち意欲や動機づけの高さによっても評価される。動機づけについては、賞罰や賞賛によって規定される外発的動機づけと、行為それ自体への喜びによって内面から湧き上がる内発的動機づけに区別されるが、行動制限最小化への取り組みにおいて重要なのは内発的動機づけであることは言うまでもない。心理学者デシによれば、内発的動機づけを高めるための条件は、自己決定、有能さの感覚、関係性の3つである。行動制限最小化への取り組みに関して言うと、熱意の持続に必要なのは、自ら選んで取り組んでいるという実感、取り組みの成果の手応えからくる有能感、目標を共有する仲間を支えられているという実感である。なお、取り組まなくてはならない課題が、極度に困難であると実感されると有能感は下がり、内発的動機づけも低下するが、困難ではあるが解決は可能であると思える時、有能感はむしろ高まり内発的動機づけも上昇することが知られている。

内発的動機づけを高水準で持続する上で重要な意味を持つのが応答的な環境である。応答的環境とは、課題の解決に向けた行動の結果に関する情報が速やかにもたらされ、そのことについて他のメンバーが率直かつ支持的な応答を返すことによって、手応えを得る機会に恵まれるような環境のことである。

この点において、行動制限最小化への取り組みにおいて、チームリーダー、とりわけ看護管理者による影響は大きいと考えられる。行動制限最小化への取り組みは、精神保健福祉の関係者にとっては重要課題であるが、他領域からは関心を持たれにくく理解も得難いため、問題解決が困難な課題であると考えられる。それだけに、多くの挫折と停滞の中におそらく見出される成果と現実的な見通しについてメンバーに伝えていくことのできるリーダーは、熱意や気力が失せかねない状況で、むしろ意欲が向上する機会を提供することができる。

行動制限最小化への取り組みをめぐって B 病院に生じた経過は、上述したようなチームによる取り組みにおける熱意と内発的動機づけの推移の原理に符合しており、それだけに行動制限最小化への取り組みへの貴重なモデルとして取り上げる価値があると考えられる。このような事例についての検討を積み重ね、さらにはマンパワーの質を行動制限最小化に生かすための実践を試みて成果を公表していくことを通じて、医療福祉の関連領域の理解や社会的な関心を喚起することが、マンパワーの量的な充実の呼び水となることを期待したい。

E. 結論

1. 行動制限最小化を阻害する要因としては、安全重視に傾きがちな医療文化、保護室（隔離室）とその周辺の施設・設備の使い勝手の悪さ、認知症患者や合併症患者の増加等を挙げることができた。

2. 行動制限最小化の推進に向けた対処策として、CVPPP、常時観察等、司法精神科病棟で用いられている方法の有効性が確かめられた。とりわけ、常時観察は希死念慮のある患者に対する隔離拘束を用いずに、回復に導く効果があることがわかった。

3. 多くのスタッフが、急性期患者との関わりに不安や戸惑いを抱きやすく援助関係作りに困難を感じていることがわかり、患者、看護師双方の感情に焦点を当てた関わりの技法を習得することが、援助関係作りの能力を向上させる上で有効であることが示唆された。

4. 行動制限最小化に向けてはマンパワーの充実が不可欠であるが、出発点となるのはマンパワーの質的な向上であり、それには管理者の熱意とリーダーシップ、行動制限最小化委員会の組織整備、組織文化の見直し等が必要であることが明確になった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 三宅薫: 保護室における食事への援助の実態, 日本精神科看護学会誌, 53 (2), 276-280, 2010.
- 2) 宮本真巳: 援助職の感情活用—感情労働の再構築に向けて, 心の健康, 25 (2), 9-22, 2010
- 3) 小谷野康子, 宮本真巳, 斎藤学: 情動コントロールに向けたエモーショナルリテラシー開発プログラムの試み, アディクションと家族, 27(2), 123-131, 2010
- 4) 伊藤美緒, 宮本真巳, 高橋龍太郎: 不同意メッセージへの気づき 介護職員とのかかわりの中で出現する認知症の行動・心理症状の回避にむけたケア, 老年看護学, 15(1), 5-12, 2011
- 5) 三宅薫, 大谷須美子: 保護室における解放観察の実態, 日本精神科看護学会誌, 53 (2), 92-96, 2010

2. 学会発表

- 1) 三宅薫: 開放病棟における保護室の役割と課題, 日本精神保健看護学会 第20回総会・学術集会プログラム・抄録集, 日本精神看護保健学会, 2010.
- 2) 三宅薫: 保護室へのアクセス, 第38回日本精神病院協会 精神医学会プログラム・アブストラクト, 日本精神医学会, 2010.
- 3) 下里誠二, 谷本桂: 精神科における包括的暴力防止プログラムの身体介入技術についての使用経験と看護者の認識, 第36回日本看護研究学会, 2010.08月(岡山)

- 4) 美濃 由紀子, 龍野 浩寿, 宮本 真巳: 医療観察法におけるリスクマネジメント・看護チーム運営の実態と課題—看護管理者への調査から (第2報) —. 第30回 日本看護科学学会学術集会, p432, 2010. 12月 (札幌)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

1) 行動制限最小化を阻害する要因の明確化 一

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| ○三宅美智（東海大学健康科学部） | 西村紀子（松山記念病院） |
| ○西池絵衣子（近大姫路大学看護学部） | 畠山卓也（井之頭病院） |
| 宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科） | 渡辺純一（井之頭病院） |
| 末安民生（慶応義塾大学看護医療学部） | 三宅薫（木更津病院） |
| 吉浜文洋（神奈川県立保健福祉大学） | 美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科） |
| 研究協力者： | 高橋直美（東京医科歯科大学保健衛生学研究科） |
| 金山千夜子（海星病院） | 熊地美枝（国立精神・神経医療研究センター病院・国立看護大学校看護学部） |
| 関本太志（ハートランド信貴山） | 中島緑（カリフォルニア大学サンフランシスコ校） |
| 大谷須美子（ハートランド信貴山） | アリマ美乃里（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科） |
| 浅川佳則（ねや川サナトリウム） | |
| 鎗内希美子（金岡中央病院） | |
| 戸村美名子（松山記念病院） | |
| 渡部晃（松山記念病院） | |

研究要旨

本研究は、精神医療の場における行動制限最小化を阻害する要因と促進する要因について明らかにするための予備調査によって得られたデータに基づいて行った分析にもとづくものである。研究方法：看護学の研究教育職と精神科病院の看護管理者、認定看護師により、精神科病院における行動制限最小化の現状に情報交換と現状把握を行った上で、2病院を対象に、一覧性台帳によって得られたデータの比較と内容検討、および隔離拘束施行患者の処遇に関する実態を調査した。結果および考察：①一覧性台帳の項目に対応するデータからだけでは行動制限最小化の阻害要因および促進要因は明らかにすることは困難であった。②長期に及ぶ行動制限に至る理由として行動制限に対する病棟文化、病院組織としての方針、管理者やスタッフの意識による影響などが挙げられ、行動制限最小化に向けた意識変革推進には、組織体制や管理者、スタッフの配置、さらに行動制限最小化委員会のガイドラインの整備が必要である。③精神科病院において拘束対象となっている患者数の増加は認知症患者の増加に伴っていること、拘束を行っていた多くの患者の退院理由は死亡退院であること、入院している病棟の機能によって拘束数に影響が生じていることが分かった。そのため、認知症患者への行動制限については、今後詳細に調査していくことが求められる。

I. 研究背景

精神医療の場における行動制限は、国際

比較によると、日本において圧倒的な多さ
で施行され、課題が山積している。

2000年に全国9病院を対象として実施された試行的研究の中で、「精神科病床における隔離および身体拘束の指針」が作成され、病院内審査機関による行動制限の評価が行動制限の適正化・最小化に有効であり患者の満足度の上昇にもつながることが報告されている¹⁾。

その結果を受け、「行動制限最小化委員会」の設置が、2004年の診療報酬改定により義務付けられたことを契機に急速に推し進められている。しかしながら、行動制限最小化委員会の設置により行動制限そのものが減少しているとは言い難く、630調査（平成19年度精神保健福祉資料）により、隔離者数は減少しているものの拘束者数は増加している現状が明らかになっている。

したがって、行動制限最小化を推進するためには、拘束者数の増加にはどのような要因が関連しているかを具体的に明らかにする必要がある。さらには、長期にわたり行動制限に至るケースについて、行動制限の解除を阻害・促進する要因について明らかすることも、行動制限最小化に向けた方法論の確立にとって重要であると考えられる。

今年度は、次年度の本調査に向けて実施した予備調査によって、明らかになったことについて報告する。

II. 研究目的

本研究は精神科病院における隔離拘束施行患者の実態把握と、長期化する行動制限施行患者の行動制限解除に関する阻害要因と促進要因について明らかにすることを目的とする。

III. 研究方法

看護学の研究教育職と精神科病院の看護管理者、認定看護師により、精神科病院における行動制限最小化の現状について情報交換と現状把握を行った上で、2病院を対象に、一覧性台帳によって得られたデータの比較と内容検討、および隔離拘束施行患者の処遇に関する実態を調査した。

現状把握に向けた討論では、前年度の河原報告を参考にして、行動制限最小化という課題が、精神科医療体制の中で、どのような位置づけにあるかについて広い視野から検討するように努め、その中で得られた視点を研究内容に盛り込むように工夫した。

上記の討論を踏まえ、数か所の精神科病院を対象に、以下の内容で調査を行った。

A 調査：平成20年～22年6月における5施設（1施設3～4病棟が対象）の一覧性台帳の内容について比較検討を加え、併せて隔離拘束が長期化している数事例についての事例分析を実施し相互に比較検討を加えることを通じて、隔離拘束の解除を阻害する要因の明確化を試みた。

B 調査：平成18年10月～平成22年9月（4年間）の期間に隔離拘束を施行された患者を対象に、2施設の隔離拘束施行患者に関する実態調査を実施した。

IV. 研究経過

A 調査を開始するにあたって、精神科病院で行われている行動制限の実態について5施設の精神科認定看護師（行動制限最小化看護領域、以下認定看護師）及び看護管理者に研究協力を依頼し、研究会議をおこなった。

現状では精神科病院における行動制限に関して、もっとも情報量が多く、データの信頼性が高い共通のデータベースは一覧性

台帳であると考えられた。そこで、まずは各病院の一覧性台帳の記載内容について比較した。その結果、月ごとに1枚の用紙にまとめて記載していることを除くと、一覧性台帳の形態、記載内容は病院によって様々であった。したがって、隔離拘束の実態を比較検討するためには、各施設が使用している一覧性台帳を手掛かりにしながら、本研究用に独自の一覧性台帳フォーマットを作成する必要があることが判明した。

そこで、研究用一覧性台帳フォーマット(資料1)には、隔離拘束の実施状況に加えて、隔離拘束の対象となった患者の疾患名、性別、年齢、入院開始日、入院形態、主治医、開放観察の状態、隔離拘束開始日、開始理由など、行動制限に影響する項目を追加した。

さらに先行研究より、病室構造、病室の形態、人員配置、入院数などもまた、行動制限に影響することが明らかになっているため、別シートとして基本情報収集シート(資料2)を作成し、これらを各病院の基本情報として利用しながらデータ収集を行い、収集されたデータに基づいて内容の検討を行った。一覧性台帳に基づく調査と同時進行で、隔離拘束が長期化している患者の事例を持ち寄ってケース検討を行い、隔離拘束の解除を阻害する要因、促進する要因の明確化を試みた。

それらの調査結果を踏まえたうえで、B調査として一覧性台帳が精神科病院に導入された、平成18年10月から4年間に隔離拘束を施行された患者の動態を把握するために、量的調査を行うことになった。調査への取り組みに当たって研究会議を連続して開催し、調査内容について検討を加えた。

A調査によって示唆された、隔離拘束に影響する要因であると考えられる項目を盛り込んだ情報収集シート(資料3)を作成し、これに基づいて収集したデータに基づいて分析を行った。

V. A 調査の結果

1. データ収集過程における気付き

1.1 行動制限対象者の傾向

今回は630調査に合わせ、6月の一覧性台帳3年分に限定し、定点調査を行った。その結果、急性期の病棟の動向には大きな変化はなく、認知症病棟の拘束者数が増加しているという傾向が明らかになった。この結果から、630調査における拘束者数の増加には、精神科病院入院患者の高齢化や認知症患者の入院数の増加などが影響している可能性があり、高齢者への行動制限の動態を明らかにする必要性が示唆された。

1.2 一覧性台帳の課題

データ収集している過程で、精神科救急入院料病棟や急性期治療病棟では入院患者の受け入れ調整などの病棟運営の在り方が行動制限に影響することも少なくないことが明確になった。したがって、現行の一覧性台帳にある項目を取り上げるだけでは、行動制限施行患者の動態の把握や、行動制限解除に関する阻害・促進要因の把握は難しいことが判明した。

さらに、一覧性台帳の導入によって、隔離拘束施行量を月単位で可視化することには成功はしたものの、現在記載されている情報内容から隔離拘束の解除を阻害・促進要因を明確にすることは困難であり、実際に検討は行われていないことが推測できた。

また、調査期間に関しては、たとえ研究用一覧性台帳フォーマットの項目を増やしたとしても、時期を限定した定点調査だけでは、隔離拘束施行数の月ごとのばらつきや、長期化している事例の把握ができない。しかし、行動制限最小化を実現するためには、長期化している事例の詳細な分析が必要である。つまり長期化の要因分析や経時的推移の把握のためには、現行の月単位で把握する一覧性台帳の形態では限界があり、その問題を克服することが、本研究の課題であると同時に行動制限最小化それ自体の課題でもあったと考えられた。

1.3 行動制限施行数の変化の背景

調査に取り組む経過で、行動制限の施行数が大幅に減少している年があることに気付いた看護管理者がいた。この気づきを糸口に減少の背景について検討した結果、その年に行動制限をテーマにした看護研究に取り組んでいたことが分かった。しかしその後、事故の発生をきっかけにして、医療安全の観点から行動制限施行数が再び増加に転じていた。

他の病院でも行動制限施行数が変化している年について背景を検討すると、行動制限に対し強い倫理観や信念を持っているスタッフが配置されていることが影響している可能性が示唆されたとの報告があった。このように、行動制限施行数の変化が見られた背景を吟味することによって、様々な要因が行動制限に関係していることが分かる場合がある。このように、数量的データから伺われた変化に注目し、そこを糸口とし個別事例に関する分析を重ね合わせることによって、行動制限の解除を促進・阻害

要因を明らかにする可能性が開けることがわかった。

1.4 開放観察の運用方法

一覧性台帳には、開放観察の記載義務はない。今回の調査では、ある病院の一覧性台帳をもとに、「終日隔離」、「日中開放観察」、「終日開放観察」の3つに分類してデータ収集を行ってみた。ところが、開放観察の運用方法について実態を検討したところ、病棟機能の違いによっても様々な設定があることがわかった。

例えば、開放病棟で病棟の出入り口が施錠された後に開放観察を開始する病院もあれば、閉鎖病棟で夜勤帯の配置人数が少ない時間帯は開放観察を実施しない病院もある。また入浴、洗面、食事などを開放観察に含むか含まないかについても、病院による解釈や区分の違いが見られた。

病院の方針、病棟機能、人員配置によって、開放観察の設定は流動的に変化する。それだけに、患者の個別性に合わせて設定できるという利点もある反面、長期化するケースでは開放観察が隔離期間の長期化を助長しているのではないか、という懸念も生じた。

2. ケース検討における気づき

2.1 行動制限が長期化している患者の状態像

今回の調査によって、新規入院患者の行動制限は比較的早期に解除されており、長期化の多くは、長期入院患者が対象であることが読み取ることができた。さらに、行動制限が長期化している患者の状態像は、難治性で重度の精神障害があったり、暴力、