

クリニックは最高点の評価を受けている。きめ細やかなサービスと決して見捨てることは無いという基本ポリシーがここでもうまく機能している。

③積極的エンゲージメントの仕組み

信頼関係を構築の努力をしているかどうかを評価する。利用者の方がサービスを拒否している場合でも、支援を受け続けられるよう継続的に関係作りを行うことが重要である。診療拒否、長期の引きこもり状態の患者を数多く支援している割には、信頼関係の構築度合いも平均を維持できている。

④サービスの量

サービスに費やす時間は、利用者の方の必要度に応じて長さを決める必要がある。この評価項目では、利用者の方 1 人あたり平均週 2 時間以上のコンタクトがあると、5 点となる。GAF 評価の低い患者を対象としていることもあり、サービス提供時間は平均より長時間となっている。

⑤関わりの頻度

関わりの頻度は利用者の方一人ひとりの必要に応じて決まり、頻度の高さが成果の向上に関連すると考えられている。利用者の方 1 人当たり平均週 4 回以上の関わりで、5 点となる。全国平均より高得点であるが、更なる改善の余地がある。

⑥私的サポートシステムとともに関わる

ACT は利用者だけでなく、支援のネットワーク（例：ご家族、家主、雇用主）にも支援を提供して、関わりを持っているかを評価する。支援ネットワークとの関わりが利用者の方一人当たり月平均 4 回以上で、5 点となる。この項目こそ、ぴあクリニックの包括的な支援内容を示すものである。心理教育委を含め当事者、家族にも深くかかわる支援をしている。

⑦治療チームにおけるコンシューマーの役割

この項目では、ACT のチームの中にコンシューマー（精神疾患の経験者）が参加し、ACT チームのメンバーの一員としてどのように関与しているかを評価している。どの ACT チームにおいても評価が低くなりがちな項目である。ぴあクリニックにおいてもその傾向がある。

⑧ケースマネジメントのプロセス

ACT チームでは、ケースマネジメントのプロセス（過程）の実施について合意され文書化されていることが前提となる。プロセスの全 6 項目がすべて行われていると、5 点となる。ぴあクリニックにおいては、今後改善すべきポイントである。

⑨ストレングスに基づいた包括アセスメント

ストレングスモデルに基づき、利用者の強みなどをしっかりとらえた包括アセスメントの実施を評価する項目で、全 6 項目がすべて行われていると、5 点となる。ほぼ全国平均レベルの水準である。

⑩利用者の方のリカバリー重視と自己決定の尊重

ACT では、ケア計画作成などの支援過程に利用者が参加し、自己決定を尊重することが大切である。ぴあクリニックの評価はほぼ全国平均的な水準にある。

⑪家族に対する支援

利用者の身近に援助者としての家族がいる場合には、家族支援を提供しなければならない。項目は 7 つあり、そのうち 6～7 項目が行われている場合には、5 点となる。どの ACT チームにいても良い評価が出にくい項目であるが、ぴあクリニックでは比較的高い評価を受けている。

＜ぴあクリニック ACT チーム訪問調査のまとめ＞

事前の情報通り、ぴあクリニックの ACT チームは、長期間の引きこもり状態の者、治療中断・未治療の者、近隣苦情が出るようないわゆる処遇困難例等の重度の精神障害者を対象に、多職種が協働してきめ細やかな支援を当事者のみならず家族に提供している実態が明らかになった。また、支援内容、増悪防止、入院処遇の回避等の成果についても、第三者機関による評価は平均を大きく上回っていた。

ぴあクリニックの ACT チームが良好な結果を出している背景には、まず、クリニックとしての基本理念が確立していること、この趣旨に賛同した職員、ぴあサポーターによってチームが構成されていること、支援の対象、支援内容についてしっかりとした枠組みやマニュアルが整備されていること、地域の様々な社会資源を巻き込んでいることなどがあげられる。その上で、訪問調査をして強く印象に残ったのは、院長にはじまり偶々のスタッフ達の「どのような重度の精神障害を抱える人であろうと、その人が地域で、その人らしく自由にのびのびと生きていけるように可能な限り支援する」といった熱い思いと、それらのことが実現可能であるという強い信念の存在であった。

ぴあクリニックの ACT チームの実績から、豊富なスタッフや大げさな施設がなくとも、一診療所のスケールで、在宅の重症者に対して、きめ細やかな、かつ臨機応変な支援が可能であることが証明された。

訪問調査 2. 表参道メンタルクリニック

＜調査日＞

平成 23 年 1 月 10 日

＜調査地＞

東京都渋谷区 地下鉄表参道駅 3 分 表参道メンタルクリニック

＜調査目的＞

都市部において、広域の患者に対応しながら、併せて近隣地域の訪問診療を積極的に行っている精神科クリニックである。

＜診療所の立地、施設＞

東京都心の 3 路線が入る地下鉄から 3 分、貸しビルの 9 階にある診療所。精神科医は院長 1 名だけ。「駅近、ビル診、一人精神科医」の精神科診療所は東京都で最も多いタイプである。しかし診療内容は他の多くの診療所とは大きく異なる。

＜診療所のコンセプト、訪問診療も行う診療所にした理由＞

「往診して診察室では見えなかった患者の姿が見えた」体験から、診療所開設当初から訪問診療を行っている。訪問診療は「自分のライフワーク」と考えているとのこと。

訪問診療をしているが、在宅療養支援診療所にはしていない。そうしなかったのは三つの理由からとのことであった。一つは、在宅療養支援診療所は内科などの診療科の医療機関が行うのが適切であると考えたこと、もうひとつは、在宅療養支援診療所は患者の抱え込みに走ってしまうところが多い、そうなるのが怖いと考えたこと、あともう一つは、訪問診療だけに特化するのではなく、通常の外来も行うのが「自然な形」であると考えたこと、である。

<診療内容の特徴>

通常の外来診療と併せて訪問診療を開設当初から行っている。加えて近隣にある2カ所の一般病院と1カ所の高齢者施設の精神科嘱託医を行っている。東京都内の多くの精神科診療所は、その診療所が立地している鉄道（JR・私鉄・地下鉄）を利用している外来患者層を受け入れていて、診療圏域は広域であるが、この診療所も、3つの地下鉄を利用している広域の外来患者を受け入れている。しかし、それだけでない。近隣に居住している患者を対象に訪問診療も行っている。近隣の患者は色々な理由から外来通院が困難な患者である。内訳は、ほぼ半数強が認知症、半数弱が統合失調症、少数のうつ病圏である。区の高齢者サービス課、地域包括支援センター、保健所から依頼されたケースがほとんどである。

レセプト枚数は約200で、そのうち訪問診療を行っているものは20である。レセプト以外に、近隣の一般病院と高齢者施設に入院中・利用中の患者を約20名ほど診ている。従って患者層は、広域の外来患者、訪問診療の近隣患者、近隣医療機関・高齢者施設を入院・利用して患者の「併診ないレコンサルテーション」の3層となっている。

<開設以来の展開>

開設当初は訪問診療は、近隣の3区について行っていた。しかし、開設して3年が経過するうちに、診療所が立地している区の患者をもっぱら受けるようになった。いっそう地域密着型の診療所になった。対象地域が絞り込まれるのに並行して自治体（区）とのつながりが太くなってきた。区の担当者とは顔なじみになっている。同じように地域にある他科の医療機関や高齢者施設ともつながりが太くなってきた。

<精神科医としてのアイデンティティ>

精神科専門医、精神保健指定医、産業医、日本老年学会などに所属、小児から高齢者までの臨床経験がある。医師会にも所属していて日頃から他科の医師とのつながりがある。「幅広く対応できる」ことをご自分のアイデンティティにしておられる。「広域の外来患者と地域の訪問診療、地域の他科医療機関との連携を行う」精神科診療所の精神科医であることがそうしたアイデンティティ志向につながっているように思われた。

<まとめ>

巨大都市東京で訪問診療を行っていると、ますます地域に「巻き込まれて行く」が、外来診療を行っている限りは、併せて広域の外来患者にも対応しなくてはならない。この診療所の在りようは、巨大都市東京での精神科診療所の先駆的なモデルのように思われる。

研究分担報告

研究分担者：宮本真巳

東京医科歯科大学大学院

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」
分担研究報告書

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

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）

大谷須美子（ハートランドしぎさん）

浅川佳則（ねや川サナトリウム）

三宅薫（木更津病院）

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（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院・東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

下里誠二（信州大学医学部保健学科）

末安民生（天理医療大学医療学部）

吉浜文洋（神奈川県立保健福祉大学）

金山千夜子（海星病院）

関本太志（ハートランドしぎさん）

鎗内希美子（金岡中央病院）

渡部晃（松山記念病院）

畠山卓也（高知県立大学看護学部）

渡辺純一（井之頭病院）

吉川隆博（山陽学園大学看護学部）

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）

北野進（東京都立松沢病院）

高橋理沙（信州大学医学部保健学科）

研究要旨

以下の 6 つのサブテーマへの取り組みを通じて、精神科病院における行動制限最小化を阻害する要因の明確化と行動制限最小化に向けた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：行動制限が長期化した 8 事例の分析・比較により、行動制限最小化に関連する支援者側の要因を、①感情の活用②回復の見通し③行動制限最小化の理解④援助関係形成能力⑤患者の理解⑥レジリアンスと自我の安定度、⑦組織・チームにおける役割遂行の 7 項目に集約できた。隔離拘束は、暴力が理由となって開始される場合が多いが、隔離拘束の長期化につれて他の理由が重なり、阻害要因も多重化することによって、さらに長期化が進行するという悪循環の構造が明らかになった。

2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性：保護室での看護に関連のある行動制限最小化の促進要因としては、看護師の密な観察と関わり、段階的な行動拡大、隔離・拘束の要件を認

識した上でアプローチすることなどを挙げるができる。それらの要因は、いずれもが病棟・保護室の設備・構造と複雑に絡み合い相互に影響し合っているため、それらの関連を解明し情報を共有する必要がある。

3. 行動制限最小化委員会の現状、機能と課題：多くの施設で行動制限最小化委員会のメンバーに当事者、家族、弁護士といった外部審査委員の参加を求めざるべきであるとの意見が強まってきていた。開催回数や時間、検討内容は病院規模に見合っており、大規模の精神科病院では下部組織や部会を設置していた。また、活発な認定看護師は、行動制限最小化の研修企画や問題提起、病棟のラウンド等を行うなど、重要な役割を担っていた。

4. 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：医療者が自分自身の感情に目を向けその多様性を認められるようになることや、率直な感情表現を契機として患者の感情を引出し、積極的に話し合うことで相互理解を増していけることが明らかになった。医療者によるそのような態度は、援助関係形成の基本とされている受容や共感の態度へとつながると考えられた。

5. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点：CVPPP 研修の受講者アンケートの結果、80%の看護師は精神科の臨床経験の中で、暴力と認識する体験を有していた。患者からの暴力を受けた際、看護師には悲しさ、怒り、嫌悪など様々な感情が生じていることが確かめられた。この結果から、看護師は患者の暴力に遭った際、自分の感情を自覚的にコントロールしつつ落ち着いて関わるということが重要となると考えられた。

6. 司法病棟における常時観察の現状と問題点：行動制限を伴わない常時観察の行動制限最小化への効果を実感している看護師も少なくないが、患者の暴力への看護師の不安感等の理由から、行動制限を伴う常時観察が慣例化しつつある傾向が伺われた。一方、対象者は、常時観察の開始当初は不信感が強いが、看護師とのやりとりを通じて安心感が芽生え、看護師と心が通う状態へと発展していた。対象者は、視野が拡大し世界が変わることを通じて、他者の視点を自分の中に取り入れながら新たな価値観を獲得するようになり、そのことが内省が深まることや看護師との関係性の促進をもたらしていることが示唆された。

A. 研究目的

当分担任では、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、その実施に向けて必要な条件や方法を明らかにするという研究課題に取り組んできた。

平成 22 年度からは、隔離拘束の実態把握に基づく行動制限最小化の阻害要因と促進要因の明確化を踏まえて、行動制限最小化を実現するための方法論を確立することを重点に、いくつかの課題に取り組んできた。今年度は、以下の 6 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. 『行動制限最小化委員会の現状、機能と課題』

4. 『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』
5. 『CVPPPの実施状況と普及・啓発をめぐる問題点』
6. 『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6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

1) 行動制限の長期化した事例の分析に基づく行動制限最小化の関連要因の明確化

研究協力を得られた精神科病院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、隔離・拘束が長期化し処遇が困難な事例の提供を依頼した。事例の提供・検討に当たっては、平成22年度調査で使用した基本情報収集シートを基にして以下の内容を網羅する「事例検討会用フォーマット」（資料1）を作成した。

（1）臨床状況 ①地域・病院状況：地域特性、病院特性、②病棟状況：スタッフ配置数・特性、病棟機能、病棟構造、行動制限に関するデータ

（2）患者状況 ①ケースの詳細：患者紹介、精神機能、生活機能、②治療環境：服薬量、主治医の治療方針、看護ケアの方向性。

作成したフォーマットを用いたデータを用いて、研究・教育職、精神科病院の看護管理者、認定看護師による事例検討会を実施した。得られたデータに分析検討を加えて、行動制限最小化の阻害要因ないし促進要因を抽出した。

2) 精神科病院における隔離身体拘束の動向調査

昨年度単科精神科病院、2施設4病棟を対象に、隔離拘束期間とそれに影響する要因についてデータ収集を行った。そのデータを基に、詳細な分析を行うためにクロス集計を行った。

2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性

保護室を有する37病棟（44病棟）の訪問、および看護師への面接を行い、保護室における生活援助の実際、人員配置と生活の援助の関連、病棟・保護室の構造と行動制限最小化の関連について分析した。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。

3. 行動制限最小化委員会の現状、機能と課題

行動制限最小化委員会の実態を把握するための全国調査を行うための予備調査として、委員会に関わっている行動制限最小化認定看護師を対象に、行動制限最小化委員会の構成人数、開催時期、内容、一覧性台帳の使用法や効果に関する半構成的面接を行った。その結果に基づいて、全国調査のための質問項目を作成した。

4. 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

精神科救急入院料病棟（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を対象に、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を行う。その後、患者・医療者に対する個別・及びグループのインタビューを行い、得られたデータに基づいて、急性期患者との援助関係形成をめぐる問題点の明確化と対処技法についての検討を行う。

5. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点

平成 23 年に行われた「包括的暴力防止プログラムトレーナー養成研修」に参加した全国の看護者にアンケート調査を実施し、これまでの精神科臨床の中で受けた攻撃行動の体験内容と、それについて、暴力と認識しているか否かについて認識を聞いた。

6. 司法病棟における常時観察の現状と問題点

1) 常時観察の運用状況

医療観察法指定入院医療機関である 2 病棟において、ピアレビューを実施し、病棟の治療環境についての参与観察と併せて、診療支援システムから得られた記録データと看護師へのインタビュー・データから常時観察の実施状況について分析・検討を加えた。

2) 常時観察の対象となった入院対象者の体験

3 か所の医療観察法病棟において、常時観察の対象となった経験のある入院対象者を対象とした半構造化面接、及び診療録の後方視的調査を通じて、常時観察の対象となった体験の特徴について検討を加えた。

C. 研究結果

1. 行動制限最小化を阻害する要因の明確化

1) 行動制限が長期化した事例の分析に基づく行動制限最小化の関連要因の明確化

隔離拘束の長期化が顕著な 8 事例の分析・比較を通じて、支援者に内在する行動制限最小化の関連要因を以下の 7 項目に整理できた。①感情の活用（不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・徒労感等の自覚的な表現）、②回復の見通しや治療・ケアの目標、③行動制限最小化の理解、④援助関係形成能力、⑤患者の理解、⑥レジリアンス（ストレスへの抵抗力と外傷体験からの回復力）と自我の安定度、⑦組織・チームにおける役割遂行。

これらの項目が条件として満たされた場合には促進要因となり、満たされない場合には阻害要因となる。

また、隔離拘束の理由についても事例の分析・比較から、①自傷・自殺企図、②暴力・迷惑行為、③転倒・転落、④危険行為、⑤強迫的な行為、⑥治療・処置を阻害する行為、⑦安静保持困難（身体的・精神的安定）の 7 項目に分類することができた。

隔離拘束は、②暴力・迷惑行為が理由となる場合が多いが、隔離拘束の長期化につれて他の理由が重なり、阻害要因も多重化することによって、さらに長期化が進行するという悪循環の構造が明らかになった。

個別事例の分析・比較によって抽出された上記の項目を、再度個別事例に当てはめ、事

例の諸局面【患者、支援者（看護師、医師、他職種、家族）、援助関係、臨床状況】ごとの分析を行なった。その結果、行動制限最小化の阻害要因が、事例の諸局面に連鎖反応を起こしながら広がっていく様相を浮き彫りにできることがわかった。この結果を踏まえ、阻害要因が多重化し悪循環が形成されて目標も立てられないかに見える事例についても、隔離拘束の解除に向けて糸口を見つける可能性が出てくるという見通しを立てることができた。

2) 精神科病院における隔離身体拘束の動向調査

対象病院の入院患者動態、隔離身体拘束対象患者の動態として、年齢別疾患割合、年齢別入院経路割合、疾患名別入院経路割合、合併症分類別入院経路割合、年齢別退院経路割合、疾患別退院経路割合、合併症分類別退院経路割合、疾患別初回拘束場所割合、合併症別初回拘束場所割合を集計した。その結果から、今後は認知症治療病棟の需要の高まりに伴い、さらに身体拘束数の増加が懸念されること、拘束場所が保護室に限定されないことが身体拘束数増加に起因する要因であることが示唆された。

2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性

保護室とその周辺の設備、また保護室での基本的な生活援助（清潔、排泄、食事、就寝環境、換気、時間の見当識）の実態は病院により異なっていた。看護職員の人員配置と援助の質の関連を、朝食時と夕食時について分析したところ、病棟設置基準が高くなるほど患者 1 人当たりの人員が多くなり、かつ食事、洗面・歯磨きの援助の質が高くなる傾向が見られた。精神科急性期では患者の生命維持、症状コントロールが優先される傾向があるが、人員が増えることで、心理的・社会的ニーズの充足や患者個々の生活習慣に沿った個別性の高い看護や患者の病態に合わせた看護が実現しやすくなることが明らかにできた。

病棟・保護室の設備・構造そして生活への援助の質は病院によって著しい差があるが、設備・構造と援助の違いが行動制限最小化への取り組みにもたらす影響についても、情報共有が十分なされていない。

保護室での看護に関連して、行動制限最小化を促進する要因には、看護師の密な観察と関わり、段階的な行動拡大、隔離・拘束の要件を認識した上でアプローチすることなどを挙げることができる。それらの要因は、いずれもが病棟・保護室の設備・構造と複雑に絡み合い、相互に影響していると考えられるので、それらの関連を解明し情報を共有する必要があると考えられる。

3. 行動制限最小化委員会の現状、機能と課題

多くの施設で行動制限最小化委員会のメンバーは、院内の専門職や職員によって構成されていたが、医療職や事務職だけではなく、当事者や当事者家族、弁護士といった外部審査委員の参加が重要であるとの意見が強いため、外部委員の有無や背景についても確認できる調査の必要性が明確になった。

開催回数は、ほとんどの施設で最低月 1 回以上、時間は短時間～2 時間と幅があったが、検討内容や病床数によって差があると考えられた。規模が大きい精神科病院では行動制限最小化委員会の下に下部組織や部会を設置していた。

活発な認定看護師は、行動制限最小化について医局に問題提起すること、院長に行動制限の状況を報告して承認をもらうこと、議事録作成や研修会の企画等の他に、毎日病棟のラウンドを行い、拘束の位置などをその都度チェックしスタッフと話し合う努力をしていた。

4. 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

感情活用能力の向上を目標に、医療スタッフを対象に教育プログラムを実施し、それと並行して急性期患者に対して感情を自覚的に表現するように勧めるというアクションリサーチを実施し、最終的には看護師、患者双方に対して、感情の自覚、理解、表現についての半構造的面接を行った。その結果、医療者が自分自身の感情に目を向けその多様性を認められるようになることや、率直な感情表現を契機として患者の感情を引出し、積極的に話し合うことで相互理解を増していけることが明らかになった。医療者によるそのような態度は、援助関係形成の基本とされている受容や共感の態度へとつながると考えられた。また医療者の感情、とりわけ否定的感情の活用が、患者が回復過程で直面する問題の解決にとって有益であるが、困難も伴うため方法論の開発が重要であることが示唆された。

5. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点

看護師が患者による攻撃行動を受けた時に体験した感情と、患者の暴力に関する認識について調査した結果 80%のスタッフは精神科の臨床経験の中で、暴力と認識する体験を有していた。患者からの暴力を受けた際、看護師には様々な感情が生じていることが確かめられた。具体的には、約 30%でつらく悲しいと感じ、腹が立つ体験も 38%が経験しており「近づきたくない」と感じていた。さらには 7.3%は「やり返したい」と感じていることもわかった。この結果から、看護師は自分の感情を自覚的にコントロールしつつ落ち着いて関わるのが重要となると考えられる。

参加者を対象に行ったため、全国の施設から参加者がおり、各病院から推薦された職員が参加したため幅広くデータは集められた。しかしながら特定の研修の参加者という点で課題が今後に残されている。

6. 司法病棟における常時観察の現状と問題点

医療観察法病棟の開設当初と比べると常時観察の運用方法が変化しており、行動制限を伴わない常時観察の実施回数は減少し、特に患者の精神運動興奮や不穏が常時観察の理由となっている場合に、行動制限を伴う常時観察となる場合が増加する傾向が見られた。

その背景には、看護師の恐怖・不安などを背景として、病棟によっては常時観察を行動制限と一緒に実施することが慣例化しつつあるなどの事情が考えられた。しかし、行動制限を伴わない常時観察の行動制限最小化への効果を実感している看護師もおり、病棟内でも個々の看護師により認識に相違があるため、標準化に向けた知見の積み重ねを要することが確認できた。今後、行動制限を伴わない常時観察を積極的に実施している施設では、常時観察の開始をどのように判断し、常時観察中はどのような関わりをもっているかについて明らかにしていく必要がある。

一方、対象者にとっての看護師は、常時観察が始まる時点では「観察者もしくは監視者」という鬱陶しい存在から、「自己の成長と回復のために活用できる者」として位置づけ直さ

れる可能性のあることが確認された。すなわち、対象者は看護師とのやりとりを通じて、
<不信の中にある>状態から<安心感が芽生える>状態へ、さらには看護師と<心が通う
>状態へと発展していたのである。こうして対象者は、視野が拡大しく世界が変わる>こ
とを通じて、他者の視点を自分の中に取り入れながら新たな価値観を獲得していくよう
になり、そのことが<内省が深まる>ことや看護師との関係性の促進をもたらしていること
が明らかになった。従って看護師は、常時観察を単なる観察の機会としてではなく、対
象者の成長と回復を支援できる機会として捉えて関わる必要があることが示唆された。

D. 考察

今年度は、隔離や拘束が長期化してしまった行動制限最小化の困難事例に、多角的な視
野から分析・比較を加えることによって、行動制限最小化を阻害する要因と促進する要因
の明確化を図ることを軸にして研究を進めてきた。併せて、当分担任の研究の中で、行動
制限最小化に有効であると考えてきた実践、方法、システム等について、具体的な効果の
検証や、問題点の明確化、より有効な実施方法の工夫等についてさらに検討を進めてきた。

これらの検討の成果の統合を試みながら、行動制限最小化に向けた組織的な取り組みの
ガイドライン作りの方向性について考えてみたい。

5病院の看護管理者及び認定看護師から提供を受けた8つの事例は、いずれも、行動制限
最小化の困難さゆえに各施設が困惑し、行き詰りを覚えている事例である。いずれの施設
も行動制限最小化に積極的に取り組んでいるにもかかわらず、行動制限が長引いてしまっ
た事例ということになる。そのような事例を取り上げて、その原因を多角的に徹底究明す
れば、行動制限最小化を阻害している要因を洗い上げることができるのではないかとい
う発想から、このプロジェクトは始まった。

多角的な徹底究明というからには、考え付く限りの視点を網羅することによって、事例
の全体像を包括的に把握した上で、事例のどの要素、どの側面が隔離拘束と関連するの
かについて、きめ細かく分析検討する必要がある。そこで、まず、事例を「患者」「看護師」
「援助関係」「臨床状況」という4つの局面に区切って、事例分析を始めることにした。医
療界では一般に、事例というと治療や支援の対象となる患者やクライアントのことをさ
す場合が多いが、包括的な視野を得るには、患者の属性だけを切り離して論じるのでは
なく、患者を取り巻く状況のすべてを均等に並べて見る必要があるという見方からである。

その事例に多少なりとも関連のあるデータは、「患者」「看護師」「援助関係」「臨床状況」
という4局面のどこかに位置づけられるのは確かである。しかし、行動制限最小化の阻害
要因を洗い出すという目的に沿って事例をきめ細かく分析するに当たっては、局面の区切
りをもう少し細かくする必要があることがわかってきた。また、行動制限の実践に携わる
のは看護師であることから、当プロジェクトは全員が看護職から構成されており、行動制
限最小化における看護師の存在に関心が集中し過ぎない配慮が必要であることにも気づか
されることになった。さらには、臨床状況という局面のくくりは一般的過ぎて、問題点の

具体化が難しいことも見えてきた。

そこで、当初は「看護師」の局面を独立させて考えていたところを、「支援者」の局面に広げ、そこに看護師、医師、他職種（コメディカルスタッフ等）、家族を含めて考えることにした。「臨床状況」の局面に関しては、その構成要素として、法律、制度、システムや、地域社会、病院、病棟を想定することを確認した。

このような枠組みの整備も加えながら、各事例の分析と相互比較を行うことを通じて、「支援者」の局面において、行動制限最小化を阻害していると考えられる以下の 7 つの要因が浮かび上がってきた。

- ① 感情活用（不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・徒労感等の自覚的な表現力）の不足
- ② 見通しや目標の喪失
- ③ 行動制限最小化についての理解の不十分さ
- ④ 援助関係の形成の不十分さ
- ⑤ 患者理解の不十分さ
- ⑥ レジリエンス（ストレスへの抵抗力と外傷体験からの回復力）・自我の安定度の不足
- ⑦ 組織・チームにおける役割遂行の不十分さ

いずれも、患者に対する支援のための行動やその前提となる能力や態度の不足や不十分さを示す項目である。全事例の分析から抽出されたこれらの項目を、個々の事例に戻して検討してみたところ、これらの要因が複数重なって行動制限の長期化をもたらしていることを確かめることができた。かといって、看護師たちは、これらの態度や能力を全く持ち合わせていないわけではなく、行動制限が不要だったり、短期間で不要となったりした患者に対して、ある程度はこれらの態度や能力を発揮することができていると考えられる。また、このような態度、能力をさほど問題にしくなくても支援ができる場合もあるはずである。

しかしながら、7項目をこうして並べてみると、どれも精神障害者の支援にとっては、やはり重要な態度や能力だといえる。しかし、これらの態度や能力を身につけるための学習プログラムが十分に機能しているとは言えない現状がある。また、それをある程度は身につけているはずの支援者も、臨床状況によっては発揮し難くなることも事実であろう。

従って、裏を返していうと、支援者がこれらの態度や能力を身につけ、それが発揮されるような臨床状況があれば、行動制限最小化が促進される可能性が開けてくる。つまり、行動制限最小化は、これら 7 項目が発揮されれば促進され、発揮されなければ阻害されるということになる。

「患者」の局面に関しては、事例の分析から、行動制限が始まる理由を以下の 7 項目に整理できた。①自傷・自殺企図、②暴力・迷惑行為、③転倒・転落、④危険な行為、⑤強迫的な行為、⑥治療・処置を阻害する行為、⑦安静保持困難（身体的・精神的安定）。

これらの項目は、従来からの行動制限の理由の分類とほぼ重なり、いわゆる患者の問題行動に該当するがわけだが、これらの項目を用いることによって実態に即した分類が可能

であると考えた。保護室使用を開始した時点では、該当項目が1つか2つの場合が多く、そのうちでも多いのが暴力・迷惑行為であった。ところが、行動制限が長期化した事例では、行動制限を解除できない新たな理由が加わっている場合が多いことが分かった。つまり、行動制限の長期化がさらなる長期化を呼ぶという悪循環の構造がみてとれるのである。

そして、そのような事例では、「支援者」の局面に関連する項目も徐々に阻害要因へと傾く項目が増えていく傾向が見出された。「支援者」の局面の内訳をみても、看護師における不足や不十分さが、医師や他職種の不足や不十分さを呼び起こすという連鎖反応も徐々に起こっていていることがわかる。

行動制限の長期化した事例では、このように様々な要因が複合して、行動制限最小化を目指そうとしても、どこから手をつけたらよいかわからないという無力感に陥らされるものが少なくない。しかし、様々な要因がどのように組み合わさっているかが解明できれば、解決の糸口は見つかるものである。

最後に、「臨床状況」の局面であるが、こちらは大きくは、①法律・制度・システム、②地域社会の特性、③病院・病棟の文化、④療養環境の4項目に分類したが、それぞれの構成要素を挙げると以下の通りである。

- ① 法律・制度・システム（人員配置基準、診療報酬制度、指定医制度）
- ② 地域・社会の特性（その地域での病院の機能、地域の医療システム、地域の社会資源）
- ③ 病院・病棟の文化（ソフト：行動制限最小化委員会の機能、認定看護師の有無、院長や看護管理者のリーダーシップ、病院の経営方針）
- ④ 療養環境（ハード：病棟構造、保護室周辺の施設・設備）

「臨床状況」の局面は、「患者」の局面、「支援者」の局面に隔々まで大きな影響を及ぼしている。行動制限は極めて有害であることがわかっているにもかかわらず、隔離や拘束が避けられない臨床状況がある一方で、多くの病棟では隔離や拘束を考える場面で別の対応を選べる臨床状況もある。臨床状況によって、患者処遇はガラッと変わってしまうという事実があるわけだが、同様な臨床状況と思えても支援者次第では行動制限最小化を推進することも可能なのである。

そこで、本年度の研究結果に基づいて、「臨床状況」の局面を中心に、「患者」「支援者」「臨床状況」の3局面の相互関連について、簡単に整理してみたい。

法律・制度・システム（人員配置基準、診療報酬制度、指定医制度）に関しては、人員の問題が行動制限最小化を阻んでいることを浮き彫りにしたのが、**熊地報告**である。

医療観察法により、一般の精神科病棟に比べると看護職員が手厚く配置されている指定入院医療機関では、必要に応じて24時間の常時観察の体制が取れ、それによって行動制限を大幅に減らすことができていることが確かめられた。ただし、人員が確保されていても、常時観察を隔離拘束と組み合わせるといった方式が慣例化した病棟文化の中では、結果的に一般の病棟と変わらない状況が出現することが分かった。指定入院医療機関では、病棟環

境というハードの面でも、全患者に個室を提供できること等、恵まれた条件が整っているわけだが、病棟文化というソフトの面によってハードを活用しきれない場合もあるという実例といえそうである。

熊地報告ではさらに、常時観察は概ね 1 週間で解除できることがわかったが、一般精神科病棟における不穏による隔離拘束の事例と、ほぼ同じような状態とみなすことができよう。一般の精神科病棟では 24 時間の常時観察の体制をとることは難しいとしても、多くの場合は手厚いマンツーマン体制が必要なのはほぼ 1 週間であることが、指定入院医療機関の実践から裏付けられたともいえる。

下里報告、大谷報告、熊地報告からは、患者の暴力的・攻撃的な態度や言動が、隔離や拘束の最大の理由であることが確認できた。患者の暴力は、「患者」、「支援者」、「臨床状況」の曲面にまたがる様々な条件が重なることによって生じると考えられる。しかし、どうしても「患者」の局面に関心が向き、一回限りの暴力行為に止まらない易刺激的で攻撃的な傾向の表れであると見なされがちである。その背景には、看護師にとって患者の暴力に直面したという出来事は大小の外傷体験をもたらしやすいという事情があることが、**下里報告、大谷報告**からも伺われる。レジリエンスは従来から使われている概念でいえば自我の安定性に該当すると思われるが、ストレスへの抵抗力と外傷体験からの回復力を意味する。患者の暴力に直面した看護師は、元来のレジリエンスが高ければ、その出来事に耐える抵抗力を発揮しトラウマが残らない。しかし、レジリエンスが低いと抵抗力が弱いためトラウマが残る可能性が高く、自我の安定を回復するのに時間がかかる。その結果、当の患者だけでなく、暴力を振るった別の患者に対しても、不安や恐怖からより多くの危険を感じることにになり、患者理解が損なわれ、援助関係の形成が阻害されることにもなる。

そういう意味では、レジリエンスの低下したスタッフを支援、回復を支えるリーダーシップやチームワークを備えた病棟文化が形成されていれば、行動制限最小化にとって大きな促進要因となる。**西池報告**に紹介されているように、認定看護師の主体的な活動を支える病院文化という条件を整えば、そのことも行動制限最小化の重要な促進要因と言える。

病棟構造と其中での保護室の位置づけや保護室周辺の施設・設備やマンパワーの量と質が、行動制限のあり方に大きな影響を及ぼすことは**三宅（薫）報告**に詳細に示されている通りである。施設・設備、マンパワーを活用できると、食事、洗面・歯磨きの援助の質が高くなる傾向が見られるが、環境と人員の条件が整わないと、患者の生命維持、症状コントロールに偏った処遇になりやすい。人員が増えることで、心理的・社会的ニーズの充足や患者個々の生活習慣に沿った個別性の高い看護や患者の病態に合わせた看護が実現しやすくなることが明らかにできた。

また、**高橋報告**は、「支援者」の局面における感情の活用が、援助関係の形成に大きく寄与する可能性について明らかにした。看護師は怒りや嫌悪など攻撃的な言動を示す患者との接触の中で、徒労感や無力感を覚え行き詰まりを感じやすく、時には自分の方が患者に対して怒りや嫌悪を感じることは、**下里報告**でも明らかになった。しかし、そのような否

定的な感情を表現・表出することは、看護の領域では伝統的に禁じられてきたといえる。しかしながら、こうした感情の否認や抑圧は、看護師の無力感を助長し、罪責感や無能感を經由して無気力や抑うつを生じさせることは周知の事実である。しかも、患者からの理不尽と思える攻撃に対して、理不尽さからくる異和感を表現しないで飲み込めば、看護師の思いは患者に伝わらない。怒りや嫌悪をそのままに投げ返すことが得策とは言えないが、いわれのない非難や攻撃に接したことによる驚き、疑問、困惑などを患者に返すことが、むしろ援助関係の形成に役立つことは、半世紀以上も前に、ロジャーズが自己一致 (congruence) の概念と共に提唱した通りである。日本では臨床心理士も看護師も、ロジャーズの提唱した共感と受容の姿勢を重視するあまり、ロジャーズがそれ以上に重視した自己一致を軽視してきたため、患者の言動に共感できず、受容できない場合の援助関係の形成に躓きやすいという状況が連綿と続いていることは否定できない。

高橋報告は、看護師や他職種のスタッフが、患者とのやりとりの中で体験した否定的な感情を自覚し、その意味を理解し、患者に適切な感情語を用いて率直に表現して返すという感情活用の方法を体得することが、援助関係の形成に役立つことを実証する試みである。スタッフの中には、患者への異和感を胸に秘める伝統的なやり方に馴染んでいるため、感情の率直な表現という方針に抵抗を覚える者もいる。しかし、その反対に、患者に対して抱いた感情が否定的な内容であっても、それが真実であるならば、そのことを認め、可能な範囲で率直に表現するという方針は納得できるという人も多い。

看護理論家のオーランドは、自己一致を貫くと、それに対して患者が率直な反応を返してくれるので、患者の理解が促進されると指摘しており、そこに感情活用と患者理解の関連性を見出すこともできる。

以上、「患者」、「支援者」、「臨床状況」の諸局面に含まれる様々な要因が絡み合って、行動制限最小化を阻害したり、促進したりする様相の一端にふれてみた。さらに、諸要因の関連の明確化に努め、限られた条件の中で行動制限最小化への道筋を確実にたどるためのガイドラインを示す試みを続けていきたい。

E. 結論

1. 隔離拘束の長期化は、患者、支援者、臨床状況をめぐる様々な要因が重なることによって生じることが明らかにできた。事例ごとに行動制限が避けられない理由を包括的に解明することによって、困難事例についても解決の糸口を得られることが示唆された。
2. 行動制限最小化の推進に向けた対処策として、司法精神科病棟で用いられている常時観察の方法の有効性が確かめられたが、一般精神科病棟でも可能な方法の導入が課題である。司法精神科病棟においても、行動制限を伴わない常時観察の指針作りの必要性が示唆された。
3. 看護師の多くは攻撃的な言動を示す患者との関わりに不安、恐怖、無力感、徒労感、無能感などを抱きやすく、援助関係作りに困難を感じ、時には外傷体験を抱えて苦悩して

おり、チームワークとリーダーシップによる支えの重要性が再確認された。

4. 看護師自身が体験している感情の自覚、理解、表現を意味する感情活用が援助関係の形成には不可欠であること、それには、感情活用能力の体得に向けた組織的な学習と、それを支える病棟文化、病院文化の形成が必要であることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 美濃 由紀子、熊地美枝、高橋直美、宮本 真巳：医療観察法病棟の規模や構造が行動制限最小化に影響を及ぼす要因。日本精神科看護学会誌，54(3)，pp182-186，2011.
- 2) 熊地美枝、美濃 由紀子、高橋直美、宮本 真巳：医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－。日本精神科看護学会誌，54(3)，pp177-181，2011.
- 3) 下里誠二：安全・安心を保障する技術 暴力への対応 CVPPP. 精神科臨床サービス，11(3)，pp408-412，2011.
- 4) 四町田悟、吉村武、栗田康弘、青山純一、阿部宏、村上茂、西田幸一、下里誠二、荒木孝治：患者が期待するトラブル時の看護介入とは。精神看護，14(2)，pp58-65。2011.
- 5) 三宅薫、大谷須美子：保護室から見えるもの。日本精神科看護学会誌，54(2)，pp101-105。2011.
- 6) 森千鶴、高橋理沙：日本語版薬物と薬物関連問題に対する態度尺度の妥当性と信頼性の検討。医学と生物学，155(8)，462-468，2011.

2. 学会発表

- 1) 美濃由紀子、熊地美枝、高橋直美、宮本真巳：医療観察法病棟の規模や構造が行動制限最小化に影響を及ぼす要因。日本精神科看護学会 第18回 専門学会Ⅱ，pp182-186，2011年12月（岐阜）
- 2) 熊地美枝、美濃由紀子、高橋直美、宮本真巳：医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－。日本精神科看護学会 第18回 専門学会Ⅱ，

pp177-181, 2011年12月(岐阜)

- 3) 三宅薫：保護室の「寝る環境」，日本精神保健看護学会 第21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，2011.
- 4) 三宅美智、西池絵衣子、渡部晃、佐々木香月、金山千夜子、萩尾達也：「精神科ケアに関する研究報告&ディスカッション」：日本精神科看護技術協会第18回専門学会I，会長企画イブニングセミナー，2011.8.26(三重)
- 5) 高橋理沙、森千鶴：医療観察法病棟における薬物使用障害患者に対する態度－薬物使用障害患者の受け持ちの有無による比較から．第10回日本アディクション看護学会学術集会，2011年10月2日，茨城，
- 6) 高橋理沙、森千鶴：医療観察法病棟における看護師の職業的アイデンティティとメンタルヘルスの関連－性別の違いによる特徴．第31回日本看護科学学会学術集会，2011年12月2日，高知

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』

1) -1 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

— 行動制限の阻害要因と促進要因の明確化 —

研究者代表者名：宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

研究者：○大谷須美子（ハートランドしぎさん）

○浅川佳則（ねや川サナトリウム）

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）

鎗内希美子（金岡中央病院）

末安民生（天理医療大学医療学部）

吉浜文洋（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部）

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：金山千夜子（海星病院）

関本太志（ハートランドしぎさん）

畠山卓也（高知県立大学看護学部）

渡辺純一（井之頭病院）

吉川隆博（山陽学園大学看護学部）

渡部晃（松山記念病院）

研究要旨

本研究は、平成 22 年度の予備調査を基に、研究協力病院において、隔離拘束の長期化等が顕著な 8 事例の分析・比較を行い、行動制限最小化の阻害要因・促進要因の明確化を図り、抽出されたカテゴリーの妥当性について検証した結果の報告である。

1. 各事例を「患者」「看護師」「援助関係」「臨床状況」の 4 局面から包括的に分析することを通じて、行動制限最小化の阻害要因・促進要因に該当するカテゴリーを抽出することができた。
2. 抽出したカテゴリーを各事例に適用することによって、阻害要因、促進要因はそれぞれに影響の範囲や大きさをこととしながら、複雑に絡み合っていることが明らかになった。

本研究の成果を踏まえ、具体的な解決に向けた方法論について更に明確化していく必要がある。

A. 研究背景

わが国の精神医療の臨床現場における行動制限は、国際比較において諸外国よりも圧倒的に多く長時間にわたって施行されていることが判明しており、課題が山積している。

2000 年の全国 9 病院を対象とし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も上昇にもつながることが報告されている¹⁾。

その結果を受けて、2004年の診療報酬改定で「行動制限最小化委員会」の設置が義務付けられたことを契機に急速に設置が進んでいる。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、精神保健福祉資料（630調査）の平成15・18・20年のデータによると、隔離者数は「7741→8567→8456人」、拘束者数は「5109→6008→8057人」と減少していない現状が明らかになっている。²⁾

行動制限最小化を推進するためには、行動制限が行われる背景にどのような要因が関連しているかを明らかにする必要がある。さらに行動制限が長期化するケースでは、どのような要因が行動制限解除を阻害・促進しているのかについて明らかにすることによって、行動制限最小化のための方法論の確立に寄与したいと考える。

今年度は、平成22年度の予備調査を基に、研究協力病院において隔離拘束の長期化が顕著な8事例の分析・比較を行い、行動制限最小化への阻害・促進要因について明確化を図ったので、その結果を報告する。

<研究目的>

本研究は、精神科病院における隔離拘束施行が長期化した患者の事例比較を通して、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。

B. 研究方法

1. 単科精神科病院を対象に、以下の内容で検討を行った。

- 1) 5施設(1施設1～2事例)から出された8事例についての事例検討を通じた、行動制限最小化への阻害・促進要因の抽出。
- 2) 各事例の行動制限最小化を阻害・促進していると考えられる要因に関する、「患者」「看護師」「医師」「他職種」「地域」「家族」「状況」の諸局面からの分析。
- 3) 2) から得られた結果を基にしたカテゴリーの抽出と全体構造の解明。
- 4) 倫理面への配慮

協力者、協力病院に対して、研究目的・研究内容・研究結果の公表ならびに研究協力の任意性と協力撤回の自由について説明し協力を得た。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。また、提供された事例については、病院・個人が特定されることのないよう、そのデータの取り扱いが厳重に行うことも合わせて説明・同意を得た。

<研究経過>

1. 事例報告書の作成と事例検討の実施

事例検討及び行動制限最小化の阻害・促進要因の抽出を行うにあたって、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）及び看護管理者に事例の提供を依頼した。

事例の提供・検討に当たっては、平成22年度調査で使用した基本情報収集シートを基にして以下の内容を網羅する「事例検討会用フォーマット」（資料1）を作成し、「GAF尺度」、「精神機能と精神障害の対照表」を参照しながら、共通の視点からデータを比較するように努めた。

1) 臨床状況

①地域・病院状況：地域特性、病院特性

②病棟状況：スタッフ配置数・特性、病棟機能、病棟構造（病室の種類、空間、保護室の配置）、行動制限に関するデータ（平成 22 年度の月別総隔離日数・隔離平均日数、総拘束日数・拘束平均日数）

2) 患者状況

①ケースの詳細：患者紹介、精神機能、生活機能

②治療環境：服薬量、主治医の治療方針、看護ケアの方向性。

作成したフォーマットを用いたデータを用いて、研究・教育職、精神科病院の看護管理者、認定看護師による事例検討会を実施した。

2. 事例検討会の討論内容をデータとした行動制限最小化への阻害・促進要因の分析

1. の経過を経て、得られたデータを整理し、更に分析を深めるための工夫として、まずは事例を「患者」、「看護師」、「援助関係」、「臨床状況」の 4 局面に分けて検討することによって事例の包括的な理解を目指そうと考えた。その上で、行動制限最小化の阻害要因・促進要因が、それぞれの局面とどのように関連しているかについて検討することによって、分析の徹底を図ることにした。

そこで、上記の 4 局面ごとに、行動制限最小化の阻害要因・促進要因を記入できるシートを作成し、事例毎に整理していった。

資料 2 は総括表であり、実際の作業は資料 3 のワークシートを用いて行なった（資料 3 は「看護師局面」に関連する阻害要因の記録用紙）。作業を進めていく中で、4 局面に分けるだけでは枠が大き過ぎて各事例の独自性や共通性を抽出するのは困難であることが判明した。そこで、「医師」、「他職種」、「地域」、「家族」の局面も加えた 7 局面について、行動制限最小化の阻害要因・促進要因を記入できる分析用ワークシート（資料 4）を用いることにした。

資料 1 のフォーマットを用いて各事例提供者から報告された事例について、各 2～3 時間の事例検討会を行なった。次に、事例提供者を中心に、事例検討会の討論内容のメモ、音声記録、逐語記録を基に、必要な内容を分析用ワークシートを用いて整理した資料を作成した。これらの資料を基に各事例の比較検討を行ない、行動制限最小化への阻害・促進要因の吟味・抽出を行った。

それら全データから、「患者」、「看護師」、「医師」、「他職種」、「地域」、「家族」、「状況」の局面毎に阻害要因・促進要因の明確化を図った。

3. 行動制限最小化の阻害要因・促進要因のカテゴリー化

2. で整理されたデータに基づいて、「患者」、「看護師」、「医師」、「他職種」、「家族」、「状況（地域の局面を含めることにした）」の 6 局面毎に、行動制限最小化の阻害要因ないし促進要因に該当するカテゴリーの抽出を行なった。

「患者」の局面に関しては、隔離ないし拘束が開始された理由を 7 項目に分類し、患者の疾患や問題行動の特徴と、これら 7 項目との関連について検討を加えた（表 3）。

また、「看護師」、「医師」、「他職種」、「家族」、「状況」の 5 局面それぞれについて、すでに得られた行動制限最小化の阻害要因・促進要因に該当するカテゴリーと、患者の疾患や問題行動の特徴との対応関係について検討を加えた（表 4～8）。