

## C. 結果

### 1. 事例検討及び阻害・促進要因の抽出

各施設より出された行動制限最小化の困難事例 8 ケースの概略について、一覧表（表 1. 行動制限最小化困難事例の患者特性と臨床状況）に沿って記述する。

#### 1.1. 臨床状況

##### 1.1.1 地域特性

5 施設が置かれている医療圏人口は、約 24 万人～140 万人であった。また、各施設の平成 22 年度措置入院件数は、1～51 件とばらつきがみられた。

##### 1.1.2 病院特性（病院構造、病棟機能）

5 施設の病床数は、約 250 床～750 床、保護室総数は 9～45 室、保護室を除く個室総数は 4～84 室であった。保護室の対病床比率は、1.9～6%、個室の対病床比率は 0.7～16.7%であった。

8 事例における病棟機能（事例患者が入院している病棟区分）は、精神一般病棟が 4 施設、認知症治療病棟・精神療養病棟・特殊疾患療養病棟・精神科救急及び身体合併症病棟が 1 施設ずつであった。

病棟内における保護室の空間は、分散型・中央型が 2 施設、1 隅型が 1 施設であった。また、その配置については、「エリア区分のない保護室が他病室と並列配置」が 3 施設、「SS に隣接して保護室エリアを区分」が 2 施設、「病棟の奥に保護室エリアを区分」が 1 施設であった。

##### 1.1.3 行動制限に関するデータ

事例患者が入院している病棟の平成 22 年度月別総隔離日数・隔離平均日数、総拘束日数・拘束平均日数を表 2 に示す。

#### 1.2. 患者の特性

##### 1.2.1 性別

8 事例の性別内訳は、男性 4 名、女性 4 名であった。

##### 1.2.2 年齢

8 事例を年齢別で見ると、20 歳代・40 歳代が各 1 名、30 歳代・50 歳代・80 歳代が各 2 名であった。

##### 1.2.3 入院形態

8 事例全てが医療保護入院であった。

##### 1.2.4 診断名

8 事例のうち、統合失調症が 6 事例、認知症が 2 事例であった。統合失調症の事例では、3 事例が重複障害を有し、3 事例に暴力行為が見られた。認知症の 1 例には強迫行為が見られた。

##### 1.2.5 精神機能・GAF 尺度による分類

各事例の、低下している機能・保持されている機能を、精神機能（情・知・意・意識）の障害という視点<sup>3)</sup>から捉え、併せて GAF 尺度による評価を行った。GAF 尺度 20～11 に該当するものは 3 事例、30～21 が 2 事例、40～31 が 1 事例、50～41 が 2 事例であった。

つまり、「50・41:重大な症状（例：自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する）、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害（友達がいらない、仕事が続かない）」が

2 事例、「40・31:現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない）」が 1 事例、「30・21:行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、または、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）」が 2 事例、「20・11 自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮）、または、時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたい）、または、意思伝達に粗大な欠陥（例：ひどい滅裂か無言症）」が 3 例である。

この結果から、行動制限の長期化する患者には、重症例が多いことが明らかになった。

## 2. 各局面における行動制限最小化の阻害要因・促進要因

各施設より出された 8 事例のデータから作成された一覧表（資料 4）に基づいて抽出した行動制限最小化の阻害要因・促進要因を以下に示す。

### 2.1 患者の局面

8 事例のデータに基づいて、行動制限最小化の阻害要因・促進要因について検討することによって、「患者」という局面については以下に掲げた阻害要因 10 項目、促進要因 5 項目を抽出することができた。

#### 2.1.1 「阻害要因」

①入院歴・警察保護歴がある、②精神機能・生活機能の全体的評定が低く重症度が高い、③重複障害（知的障害・発達障害）がある、④服薬量が多い、⑤自傷・他害行為があり再発の可能性が否定できない、及び行動化の理由が不明で予測困難である、⑥問題行動や行動制限に関する患者の理解度が低い（衝動的行動化について悩まない、行動制限に対する拒否や抵抗がない）、⑦認知機能の低下や感覚・知覚の歪みがある、⑧感情の自己認識や表現能力が乏しい、⑨自我が脆弱、他者に対し攻撃的な表現しかできない等、対人関係能力に問題がある、⑩医療安全上のリスクがある。

#### 2.1.2 「促進要因」

①症状が安定しているか安定している時期があった、②睡眠が安定している、③社会性・セルフケア・コミュニケーション・意思表示・感情表現能力が欠損していない、③問題行動の理由が明確で本人も理解している、④外部刺激に対して適切な反応ができる、⑤マンツーマンでの関係構築は可能である。

### 2.2 「看護師」の局面

各事例のデータから行動制限最小化の阻害要因・促進要因について検討することによって、以下に掲げた阻害要因 9 項目、促進要因 8 項目を抽出することができた。

#### 2.2.1 「阻害要因」

①マンパワー不足を感じている、②スタッフへの支援が手薄、③患者との関わりをめぐる心的外傷体験から回復していない、④看護目標の不明確さ、⑤患者との関係性構築能力の不足、⑥チームワークの欠如（看護チームが機能していない、他職種への依存や責任転嫁）、⑦行動制限最小化に消極的なスタッフの特性・病棟文化、⑧看護師の知識・技術が未熟、⑧看護師の心理的余裕が欠如、⑨患者理解の不足。

### 2.2.2 「促進要因」

①スタッフが、中堅からベテラン看護師を中心とした集団で構成されている、②マンパワー不足を感じていない、③スタッフの性差に見合った役割分担が出来ている、④看護チームとして機能している、⑤組織内でのリーダーシップがとれている、⑥行動制限最小化の必要性を自覚している、⑦看護師自身が自己の感情に気づくことが出来る、⑧看護師が知識・技術を身につけている。

### 2.3 「援助関係」の局面

各事例のデータから行動制限最小化の阻害要因・促進要因について検討することによって、以下に掲げた阻害要因5項目、促進要因5項目を抽出することができた。

#### 2.3.1 「阻害要因」

①看護師の患者に対する陰性感情・不安・徒労感・無力感の存在、②患者・看護師間の関わりの希薄さ、③相互不信、④対応のルーチン化、⑤行動制限の解除についてのイメージの喪失。

#### 2.3.2 「促進要因」

①カンファレンス活用による患者理解、②行動制限解除への前向きな姿勢、③患者との間での相互信頼、④患者との柔軟な対応への肯定的な受け止め、⑤患者・看護師間の関わりの濃厚さ。

### 2.4 「臨床状況」の局面

各事例のデータから行動制限最小化の阻害要因・促進要因について検討することによって、以下に掲げた阻害要因5項目、促進要因5項目を抽出することができた。

#### 2.4.1 「阻害要因」

①職種間の意識の差、②ハード面での不十分さ、③多様な患者の混在、④行動制限最小化委員会の機能不足、⑤病棟機能分化の不足。

#### 2.4.2 「促進要因」

①職種間の連携、②ハード面の充実、③患者層の均一性、④行動制限最小化委員会の機能の充実、⑤適切な病棟機能分化。

## 3. 抽出されたカテゴリーの整理に基づく事例の再検討

次に、2. で得られた行動制限最小化の阻害要因・促進要因に関連するカテゴリーを整理した上で、個々の事例に再度立ち返り、行動制限最小化を困難にさせる要因についてさらに明確化を図ることとした。

### 3.1 局面とカテゴリーの整理

「患者」の局面については、隔離ないし拘束が始まった理由についてのカテゴリーを基準に検討を進めることにした。

「看護師」、「医師」、「他職種」、「家族」には、患者に対する「支援者」という共通基盤があるので、共通するカテゴリーを用いることにした。

「臨床状況」の局面に関しては、4つの包括的なカテゴリーを用いることにした。

#### 3.1.1 「患者」の局面に関連するカテゴリー

行動制限開始の理由は、事例検討に基づいて、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項目に分類した。

### 3.1.2 患者への「支援者」（「看護師」「医師」「他職種」「家族」の局面）に関連するカテゴリ

「看護師」、「医師」、「他職種」、「家族」の諸局面については、患者への「支援者」として一括し、①感情活用能力（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）②見通しや目標、③行動制限最小化についての理解、④援助関係形成能力、⑤患者理解、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）・自我の安定度、⑦組織・チームにおける役割遂行という7項目に整理した。

### 3.1.2 「臨床状況」の局面に関連するカテゴリ

「状況」局面に関するカテゴリは、①法律・制度・システム（人員配置・指定医・別途コントロール・診療報酬）、②地域・社会の特性（その地域での病院の機能）、③病院・病棟の文化（ソフト：行動制限最小化委員会の機能・経営・認定看護師の有無・院長・管理者のリーダーシップ）、④療養環境（ハード：病棟構造）の4項目に集約した。

## 3.2 各事例の各局面における普遍性の検証

8事例を「疾患と問題行動の特徴」に応じて「認知症」、「統合失調症との重複障害」、「強迫行為」、「暴力」の4タイプに類別した上で、隔離、拘束のそれぞれについて、「患者」7項目、「支援者」（看護師、医師、他職種、家族）7項目、「臨床状況」4項目のカテゴリと組み合わせることによって、表3～8を得た。

「患者」の局面で、〔●（黒丸）〕は「初回の理由」、〔○（白丸）〕は「当てはまる」、〔(○)〕は「場合によっては当てはまる」を意味する（表3）。

「支援者」の局面及び「臨床状況」の局面で、〔◎（二重丸）〕は「最も影響の大きい要因」、〔○（一重丸）〕は「関連のある要因」を意味する（表4～8）。

### 3.2.1 「患者局面」

行動制限の開始時は、8事例のうち、6事例が隔離対応であり、拘束対応が1事例、隔離・拘束対応が1事例であった。

隔離の理由として多かったのが、②暴力・迷惑行為で、6事例あり、⑤強迫的な行為が1事例であった。拘束処遇の2事例では、拘束の理由としては、②暴力・迷惑行為、⑤強迫的な行為、⑥治療・処置を阻害する行為が挙げられていた。（表3）

### 3.2.2 「看護師」の局面

隔離に関しては、最も影響の大きい阻害要因として、①感情活用の不足が8事例中4事例で選択されていた。②見通しや目標の喪失、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が2事例で選択されていた。

関連のある阻害要因としては、④援助関係形成能力の不足が6事例、②見通しや目標の喪失、⑤患者理解の不足が5事例、⑦組織・チームにおける役割遂行の不十分さが4事例、①感情活用の不足、③行動制限最小化の必要性についての理解、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が2事例で選択され、①～⑦の全カテゴリが関連していると考えられていることが明らかになった。

拘束に関しては、最も影響の大きい促進要因としては、③行動制限最小化の必要性についての理解が1事例で選択された。関連のある促進要因としては、③行動制限最小化の必要性についての理解が6事例、⑤患者理解、⑦組織・チームにおける役割遂行が4事例、④援助関係形成能力が3事例、①感情の自覚的な活用（不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・徒労感）が2事例選択された。（表4）

### 3.2.3 「医師」の局面

最も影響の大きい阻害要因としては、②見通しや目標の喪失が3事例、⑤患者理解の不足が2事例、①感情活用の不足、④援助関係形成能力の不足、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が各1事例で選択された。

関連のある阻害要因としては、⑦組織・チームにおける役割遂行の不十分さが5事例、④援助関係形成能力の不足が4事例、②見通しや目標の喪失、⑤患者理解の不足が3事例、③行動制限最小化の必要性についての理解不足が2事例、①感情活用の不足、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が1事例で選択された。

最も影響の大きい促進要因としては、③行動制限最小化の必要性についての理解が1事例で選択された。関連している促進要因としては、③行動制限最小化の必要性についての理解が6事例、④援助関係形成能力、⑤患者理解が3事例、⑦組織・チームにおける役割遂行が2事例、①感状の自覚的な活用、⑥レジリアンス・自我の安定度が1事例で選択された。(表5)

### 3.2.4 「他職種」の局面

最も影響の大きい阻害要因としては、②見通しや目標の喪失が1事例で選択された。関連している阻害要因としては、⑦組織・チームにおける役割遂行の不十分さが4事例、②見通しや目標の喪失が2事例、①感情活用の不足、③行動制限最小化の必要性についての理解不足、④援助関係形成能力の不足、⑤患者理解の不足が1事例で選択された。

最も影響の大きい促進要因としては、④援助関係形成能力が、1事例で選択された。

関連している要因としては、③行動制限最小化の必要性についての理解、④援助関係形成能力、⑤患者理解が2事例、⑦組織・チームにおける役割遂行が1事例で選択された。(表6)

### 3.2.5 「家族局面」

最も影響の大きい阻害要因としては、①感情活用の不足、②見通しや目標の喪失が2事例、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が1事例で選択された。

関連している要因としては、⑤患者理解の不足が4事例、①感情活用の不足、③行動制限最小化の必要性についての理解不足、④援助関係形成能力の不足、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が4事例、⑦組織・チームにおける役割遂行の不十分さが2事例、②見通しや目標の喪失が1事例で選択された。

促進要因では、関連しているものとして、③行動制限最小化の必要性についての理解が1事例で選択された。(表7)

### 3.2.6 「状況局面」

最も影響の大きい阻害要因としては、①療養環境が3事例、②法律・制度・システム、③地域・社会の特性、④病院・病棟の文化が2事例で選択された。

関連している要因としては、②法律・制度・システムが6事例、①療養環境が5事例、④病院・病棟の文化が4事例、③地域・社会の特性が2事例で選択された。

最も影響の大きい促進要因としては、④病院・病棟の文化が2事例で選択された。

関連している要因としては、④病院・病棟の文化が3事例、②法律・制度・システムが2事例、③地域・社会の特性、①療養環境が1事例で選択された。(表8)

## D. 考察

各施設が持ち寄った 8 事例は、前年度の報告で述べた、“慢性化し隔離（拘束）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”という指摘を体現するような事例である。

これらの事例は、先行研究や本研究の結果 1.2 からわかるように、単一の要因だけではなく、様々な要因が複合的に絡み合っただけでなく、行動制限が長期化している。この結果から、行動制限最小化には、包括的な問題の捉え方と理解が必要であるということが再認識されたように思う。

ただし、1.2 の結果だけでは、従来の事例検討から導き出された理解を大きく越えるものとはいえず、行動制限の長期化をもたらす構造が見えてこない。そこで、3. では、抽出されたカテゴリーの整理に基づく事例の再検討を行ない、更なる問題の明確化を試みた。その結果に基づいて、行動制限最小化を阻害する要因をどのように克服していくかについて、局面ごとに考察を加える。

## 1 「患者」の局面

どのような理由から行動制限（隔離あるいは拘束）が開始されたのかについて、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 項目の分類に沿って検討を加えた。

8 事例のうち、6 事例が隔離対応であり、拘束対応が 1 事例、隔離・拘束対応が 1 事例であった。隔離あるいは拘束の対応となるのは患者の重症度に大きく規定されるのは事実だが、各項目に関するアセスメントの精度によっても、大きく影響を受けると考えられる。

ほとんどの事例に、②暴力・迷惑行為が絡み、しかも、隔離・拘束の出発点になっており、長期化の要因ともなっている。一方で、①自傷・自殺企図を理由に隔離・拘束に至る事例は少なく、隔離になっても長期化することはない。

②暴力・迷惑行為という理由で隔離や拘束となった事例が長期化しやすい理由については、以下のように考えられる。暴力行為のある患者の場合、看護師の接触が刺激になることもあるので、ケア的な視点からも看護師の訪室が減る。しかも、暴力行為のある患者との関わりは、スタッフの心理的不安や恐怖を駆り立てることでより介入の回数が減ると考えられる。

それとは対照的に、①自傷・自殺企図が長期化の理由になりにくいのは、自傷・自殺企図、希死念慮や自殺企図の危険は比較的短期間で解消するケースが多いことに加え、生命の危険に直結する症状であるが故に、介入も密にならざるを得ないことが関係しているのではないかと考えられる。

これらの結果を総合して考えると、統合失調症か認知症を問わず、行動制限は、②暴力・迷惑行為を理由として始まることが多く、また、統合失調症の場合は、⑦安静保持困難（身体的・精神的安定）が問題になって隔離室から出られなくなる場合が多いといえるのではないかと考えられる。すなわち、刺激への過敏さから隔離となるが、そのためにより一層刺激への過敏さが強まるという悪循環から、患者は保護室から出るに出不来な状況となり長期化を招くと考えられる。

さらに、二次的な障害として、隔離・拘束が長引く間に、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等が出現すると、それらの要因が相互に増強し合うことも少なくない。

そうすると、リスク防止という観点からも看護師の不安が増し、長期的な見通しが立たなくなることによって、看護師の無力感も増すと考えられる。このように、「患者」の局面に含まれる要因が、「看護

師」の局面に含まれる要因を誘発し増強するという相互連関によって、行動制限の長期化が生じることが示唆された。

## 2 「看護師」の局面

看護師の局面において、阻害要因として最も影響しているとして選択されたものは、①感情活用の不足であり、8事例中5事例、②見通しや目標の喪失、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が2事例、⑤患者理解の不足が1事例で選択されていた。

行動制限最小化の困難さをめぐって、多くの看護師は無力感、徒労感、不全感を味わっているが、これらの感情は問題解決が極めて困難な状況に立たされた時に生じてくる感情である。このような感情が自分の中に生じていることについて自覚し、その意味を理解するようにしなければ、結果的に感情に流されることになる。

武井は、“治療環境としての看護師”という視点から、「ケアや治療をするうえでの関係性の中には“パブリック”と“プライベート”という見極めをつけることが難しい要素が含まれている。“医療者”として振る舞う自分と、“個人”としてその場にいる自分がある」<sup>3)</sup>と述べている。

行動制限が長期化すると、本来意識しているはずの“治療環境としての看護師”という医療者としての役割を見失い、感情に突き動かされて行動してしまいやすくなる。患者の回復像を描けず、援助関係が成立しているという実感が薄れて、徒労感、無力感、不全感、無力感を強く感じ、怒りや嫌悪感も引き出される。そのため、無自覚なままに、患者に対して冷ややかな態度や厳しい態度を取ってしまうことになりかねないのである。

また、看護師自身のレジリアンス・自我の安定度の不足という問題についても深刻に受け止める必要がある。長期化する患者の場合、治療の困難さもあって大きな変化が見えないままに隔離・拘束が長く続いてしまうことにより、看護師は無力感と併せて不安を覚え、さらには自信を失っていく。

とりわけ、患者の暴力等の攻撃的な言動に曝された看護師は、その出来事が外傷体験となって、患者との関わりをできるだけ回避したいという思いに駆られ、援助関係の形成を諦めてしまう。

レジリアンスには、トラウマになりかねないストレス状況に揺らぎながら耐えて、自我の安定を取り戻した人が有する能力であるとされる。隔離拘束をめぐっては多くの看護師が患者の人権擁護と事故防止のジレンマによるストレス状況を体験するはずである。そこで、厳しいストレス状況を克服してレジリアンスを高める場合、トラウマが残る場合の他に、隔離拘束に慣れてしまう場合もあると考えられる。

すなわち、隔離していれば事故のリスクはなくなると考えるようになると、そこがゴールになってしまう。こうして長期的な見通しを見失い明確な目標を設定できなくなると、事故防止を最優先し一時的な安定を求める対応が続き、その結果、より一層見通しが失われていくことになる。

このようにして、「患者」の局面に含まれる阻害要因に「看護師」の局面に含まれる阻害要因が重なっていくと、当初はさほど問題にならなかった看護師の患者理解や援助関係形成にも悪影響が及ぶ恐れがある。

こうして、行動制限最小化の必要について一定の理解を示す看護師も、「行動制限が必要な患者」という患者像に安住することによって気持ちを落ち着けさせるうちに、行動制限最小化に向けた意欲が次第に失われ活動が停滞していく可能性がある。

。看護師が事故への不安に駆られて、その場でのリスクをなくすことを最優先するようになると、強迫的な安全策に走りやすくなる。不安は本来、難しい状況に立たされれば誰でも体験する感情である。多少のリスクは覚悟しながら慎重に対処するうちに問題解決に近づくことができれば不安は解消する。しかし、問題解決によって前向きに不安の解消を図ることを怠れば、行動制限最小化の実現は難しい。

本研究で取り上げた事例の提供者等は、隔離・拘束が長期化していく過程で、無力感、徒労感、不安、自信低下をと体験していたことが、事例提供の動機となっていた。行動制限の長期化は、患者の回復と自立の支援という看護課題の解決に向けた取り組みの挫折や行き詰まりを示す事態であり、上記の感情体験はそのサインとも言える。

そのことについて多くの看護師が自覚し、感情活用を通じた援助関係の形成に取り組む必要があることが調査結果から明らかになったといえよう。ただし、この問題は個人の自覚と努力だけでは解決しないことは言うまでもない。感情の自覚的な活用は個別の人間関係にも大きな影響を及ぼすが、集団的な人間関係への影響力はより大きく、チームリーダーの姿勢や組織文化によって大きく左右される。看護師は、患者の身近にいて患者の気持ちに近づきやすい反面、看護チームの空気に感情的に巻き込まれやすい立場にいる。従って、感情の自覚、理解、表現を主な要素とする感情活用能力を基盤とした支援方法の確立と、それを支える集団的なシステム作りが急務であろう。

一方、最も影響の大きい促進要因としては、③行動制限最小化の必要性についての理解が1事例で選択されていた。言うまでもないことだが、行動制限最小化は、その目的や必要性が理解できていなければ促進されるはずがない。従って、行動制限最小化を推進するには、専門的知識をもった看護師が数多く育成され、個々の臨床現場でタイムリーに介入することが重要であろう。そのためには、認定看護師の育成と活用が積極的になされ、その役割の重要性と存在価値が広く認識されることが重要である。

### 3 「医師」の局面

最も大きく影響している阻害要因として、②見通しや目標の喪失が3事例、⑤患者理解の不足が2事例、①感情活用の不足、④援助関係形成能力の不十分さ、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が各1事例で選択されていた。

多職種連携、チーム医療の重要性についての理解は浸透しつつあるが、当面は、医師が治療方針を提示する役割を期待されている存在であることは変わらないと考えられる。従って、明確な治療方針が示されなかったり、指示が曖昧だったりすると、看護師やその他の職種は進むべき道を見失ってしまうことになりがちである。行動制限最小化は治療方針と密接に関連するため、医師の行動制限最小化に対する理解が乏しい場合、医療チームの中に混乱が生じる。その結果、患者の症状が改善しなかったり、患者が生命危機に陥ったり等の事態が生じやすいと看護師たちは感じている。

医師が治療目標を見失うと、看護師や他職種のチームメンバーは役割見失ってしまい、行動制限最小化への意欲が削がれやすいことが、調査結果からも裏付けられていると考えられる。従って、医師が行動制限最小化の必要性を深く認識することが重要なのは事実である。

医師の動きによる影響が大き過ぎるのも問題だが、医師に権限が集中され過ぎる慣習が長く続き、看護師や他職種が医師に依存する傾向が助長されたという経緯もあると考えられる。



すでに明らかにしてきたように、行動制限の長期化は、様々な要因が複合して生じており、医師に有望な方針の提示を求めるのは無理な注文であり、むしろ患者と身近に接する看護師の方に、現状打開の手掛かりを見出して方針提起をしていく責任が委ねられていることになる。

近年、医療観察法病棟では、いわば多職種連携のモデルケースとして、治療・ケア方針、入退院等の処遇方針、病状アセスメント等、患者の社会復帰支援のすべてにわたり、医師に決定権を預けずに、チームの合意に沿って取り組み、成果を上げている。

一般精神科医療では、医療観察法病棟ほどのマンパワーが保障されていないことが問題になるが、マンパワーは量だけでなく質によっても凶れることに留意すべきである。看護師も医師と同様に、②見通しや目標の喪失、⑤患者理解の不足、①感情活用の不足、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足といったマンパワーの質的な限界によって、行動制限最小化が阻害されていると考えられるからである。

このように、「医師」の局面に含まれる阻害要因は、「看護師」の局面に含まれる阻害要因と関連することが明らかといえる。

#### 4 「他職種」の局面

最も影響の大きい阻害要因として、②見通しや目標の喪失が1事例のみで選択された。また、最も影響の大きい促進要因としては、④援助関係形成能力の不足が1事例のみで選択された。

ただし、関連がある要因としては、⑦組織・チームにおける役割遂行の不十分さが4事例、②見通しや目標の喪失が2事例、①感情活用の不足、③行動制限最小化の必要性についての認識不足、④援助関係形成能力の不十分さ、⑤患者理解の不足が、それぞれ1事例ずつで選択されていた。

他職種の場合、行動制限最小化委員会メンバーとして加わることは推奨されているが、医師や看護師に比べると行動制限への関与は希薄なため、最小化委員会においても積極的に発言しないという実態がある。

しかし、この結果から、看護師には他職種が行動制限最小化にもっと関与してほしいという期待や願望があり、そうすることが促進要因につながると感じていることが明らかになった。

#### 5 「家族」局面

最も大きく影響している阻害要因としては、①感情の自覚的な活用の不足、②見通しや目標の喪失が2事例、⑥レジリアンス・自我の安定度の不足が1事例で選択された。

この結果は、長期にわたる入院生活の中で、患者の症状が一進一退し、家族は患者理解に苦しみ、不安・不全感・無力感などの感情が継続し疲弊していることによると考えられる。入院の長期化や、問題となる症状の持続により疲弊した家族は、患者との接触や関係性で希薄になっていると考えられる。

また、家族の思いとは裏腹に患者の状態がどんどん悪化していくことが、家族にとっての外傷体験の始まりであり、何とか期待を捨てずに、不安などの感情をコントロールしようとしている。しかし、長期化によって家族も目標を見失い、感情を活用する能力が不足し、それと同時に患者理解に苦しみ援助関係形成能力も不足している状態に陥っているという事例もあった。

多くの事例で、最終的に家族による支持機能は限界に達したことが、入院の契機となっている。また、家族が体力や気力の限界まで無理をすると、家族も余力を失ってしまい、入院後は退院に向けての支援に消極的となる場合も少なくない。このような問題を解決するためには、医療職や福祉職が、発症や再

発より以前に、早期介入を行えるシステム作りや、家族支援に取り組むことの重要性を示唆していると考えられる。

## 6 「状況局面」

最も大きく影響している阻害要因として、④療養環境が3事例、①法律・制度・システム、②地域・社会の特性（その地域での病院の機能）③病院・病棟の文化が2事例で選択された。

歴史的背景を振り返っても、現在に至るまで、精神科病院を他科と比較した際、①法律・制度・システム（人員配置・指定医・ベッドコントロール・診療報酬）の旧態依然とした状況が、行動制限最小化を阻害していることは明らかであろう。社会による精神障害者の排除という構造が変わらない限り、「状況」の局面では活路を見出すことは困難であると考えられる。

社会が問題と認識する患者が病院に送り込まれる反面、医療費の削減のためと地域移行が推奨される。しかし、多様な患者層、看護度の異なる患者が同一の病棟に混在していることが地域移行に向けた支援を極めて困難にさせている。身体管理の必要な患者や精神症状の悪化している患者にケアの比重が傾き、保護室内にいれば、問題行動を起こさなくて済む患者に対しては、関わる時間が少なくなってしまう。退院できる患者が病院に沈潜してしまうような臨床状況は社会状況によって作り出されているという側面は否定できないのである。

最も大きな影響を及ぼしている促進要因としては、③病院・病棟の文化が2事例で選択された。他のカテゴリーについては選択されなかった。

吉浜らは、「施設文化の変革が隔離・身体拘束最小化のカギであり、隔離・身体拘束の最小化には患者をコントロールすることを旨とする施設文化から、患者とのパートナーシップの関係を基盤として問題を解決していこうとする施設文化へのカルチャー・チェンジが必要」<sup>5)</sup>と述べている。

状況要因は、法律や制度・システムといった個人の力量だけでは容易に変えられないものが含まれている。しかし、病棟チーム等の小単位のレベルからであれば、変えていくための糸口は多数存在するのではないだろうか。

## 7 各局面が複雑に絡み合っていること

行動制限が長期化している患者について、解除を阻害・促進している要因の解明に取り組んだ結果、様々な要因が重なっていることが明らかになった。長期になればなるほど、当初の要因に次々と新たな阻害要因が加わり、負の連鎖が出来上がっていく。促進要因がないわけではないのだが、スタッフは、解決の糸口を見失って、どこから手をつけていいのかわからない状況に陥ってしまいやすいことが見えてきた。

絡み合った糸を一気に解くことは難しいが、どこかに糸口を見つけて、ひとつひとつ解いていくことはできるはずである。宮本は、「看護師にとっての他職種である各専門職が行うアセスメントの特長と限界、そして現時点での課題を明らかにすることが、看護師の担うべきアセスメントについて明確にするには不可欠である」<sup>4)</sup>と述べている。

行動制限最小化の阻害要因・促進要因は、事例によっても、関わるスタッフによっても、病棟によっても異なる。しかし、各専門職の特長と限界を知った上で、それぞれのアセスメントを多角的に組み合わせれば、問題の全体像と解決の糸口はみえてくるはずである。

これまで看護師は、行動制限最小化に関して、患者の問題行動に注目しがちで、医師のみとの相談や連携で処理してきた経緯がある。しかし、行動制限の問題には、患者の病状、精神状態、生活行動、人格特徴、家族関係、臨床状況等、様々な問題が関係し凝縮していることが明らかになった。

行動制限最小化はそれだけ難しい課題であるということだが、それだけに、多くの関係者がそれぞれの視点からアイデアを出し、各々が役割を担って相互に補完していく余地があるということにもなる。関係者の中には、医療・福祉の専門職だけでなく、本人、家族、そしてピアサポーターも加えて考えるべきであろう。

## E. 結論

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にしながら、複雑に絡み合っていることが明らかになった。

### <本調査より見えてきた今後の課題>

本研究では、平成22年度の予備調査を基に、行動制限最小化の「阻害要因」、「促進要因」の明確化に取り組んだ。行動制限が長期化した困難事例を取り上げ、「患者」、「看護師」、「援助関係」、「臨床状況」という4局面を区別し包括的な視野から事例検討を実施した。

得られたデータに質的・帰納な分析を加えることを通じて、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。さらに、それらのカテゴリーを個々の事例と突き合わせることによって、これらのカテゴリーの妥当性を検証すると共に、各カテゴリーの阻害要因・促進要因としての影響の範囲や大きさについても推定することができた。

今後、行動制限最小化に関連する事例検討から解決策を導き出す際に、今回抽出されたカテゴリー分類を使用することで、阻害要因を想定・予測して回避しつつ、促進要因を意識した取り組みが可能となることが期待できる。

ただし、本研究は少数事例を検討した結果によるものであり、さらに多数の事例で行動制限最小化の阻害要因、促進要因を明確化すると共に、数量的な実態調査にも取り組み、行動制限最小化の方法論的な確立に寄与することが、今後課題である。

### <引用・参考文献>

1. 浅井邦彦：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究。平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）精神障害者の行動制限と人権確保のあり方，2000.
2. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部：精神保健福祉資料.
3. 武井麻子：治療環境としての看護師，精神科看護 38（9），P5-13，精神看護出版，2011.
4. 宮本真巳：精神看護における多職種連携と包括的なアセスメントに向けて，精神科看護 38（8），P5-14，精神看護出版，2011.

5. 吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳: 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略—, 精神科看護 37, (6) 52—56, (7) 54—57, (8) 49—53, (9) 65—73, 精神看護出版, 2010.
6. 渡部美根: 精神科救急・急性期病棟の建築的空間構成の現状分析, 厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業 精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究 分担研究報告書, P113-126, 2008.
7. 安保寛明: 精神科病棟が治療的文化をもつために必要なこと, 精神科看護 38 (9), P14—20, 精神看護出版, 2011.
8. 槇本香: 「心理的距離」を意識したかわり, 精神科看護 38 (9), P21—26, 精神看護出版, 2011.
9. 瀬野佳代, 宇都宮智, 松本賢哉, 青山廣子, 山口博子: 隔離・拘束時の看護の実態, 国立看護大学校研究紀要 第4巻 第1号 2005.
10. 日本精神科看護技術協会: 行動制限最小化看護, 東京, 精神看護出版, 2007.

**F. 健康危険情報:** なし

**G. 研究発表**

1. 論文発表: なし

2. 学会発表:

- 1) 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)

**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

表 1. 8 事例の紹介—患者特性、病棟状況、病院・地域状況

		1	2	3	4	5	6	7	8		
患者特性	性別	女性	男性	女性	男性	女性	男性	男性	女性		
	年齢	80代	20代	30代	30代	80代	40代	50代	50代		
	入院形態	医療保護	医療保護	医療保護	医療保護	医療保護	医療保護	医療保護	医療保護		
	診断名	アルツハイマー型認知症	統合失調症	統合失調症・精神発達遅滞	統合失調症	認知症・うつ病	統合失調症	統合失調症	統合失調症		
	GAF	21-30	20	35	11-20	21	20	50	50-41		
	服薬量	行動制限開始時	114	603	1209	613	45	2000	600	750	
		現在	500	1200	1125	1765.5	45	2000	1800	625	
疾患		認知症	統合失調症との重複障害			強迫行為	暴力				
病棟状況	スタッフ配置数・特性	常勤医師(指定医数)	15(11)	8(7)	8(7)	7(4)	1(1)	5(3)	1(1)	22(11)	
		非常勤医師(指定医数)	6(1)	5(5)	5(5)	3(3)	0(0)	0(0)	0(0)	0	
		看護師	17	21	21(1)	18	10(0)	24(0)	9(0)	20	
		精神保健福祉士(PSW)	1	9	9	1	0	24(0)	0	2	
		作業療法士(OT)	1	6	6	1	0	24(0)	0	17	
		薬剤師	10	5	5	0	0	1	0	10	
		栄養士	4	4	4	1	0	1	0	4	
		助手	10	46	46	9	9	6	9	2	
		心理士	0	0	0	0	0	0	0	0	
	看護師の平均年齢	30代後半	30代後半	30代	40代後半	30代前半	30代前半	30代前半	30代後半		
	各勤務帯の配置数 *( )内は助手(看護資格者以外)の人数を記入	日勤	10(1)	10(2)	10(2)	7(4.5)	8(7)	12(4)	3(3)	10(1)	
		準夜	2	2(0)	2(0)	2(1)	1(1)	3(0)	1(1)	2	
		深夜	2			2(0)	1(1)	2(0)	1(1)	2	
	病棟機能			認知症治療病棟	精神一般病棟	精神一般病棟	精神一般病棟	特殊疾患病棟入院料2	精神一般病棟	精神療養病棟	精神科救急・合併症病棟
		男女混成閉鎖	男性閉鎖	女性閉鎖	男女混合閉鎖	男女混合閉鎖	混合閉鎖	男性閉鎖	男女混合閉鎖		
病棟構造	病室の種類	保護室	1	3	2	1	0	4	5	21	
		個室	5	1	2	0	6	4	3	0	
		観察室	1	1	1	0	1	0	1	0	
		2床室	4(1床室として使用)	0	0	0	4	6	1	3	
		4床室	9	14	14	1	8	2(0)	5	3	
	6床室	0	0	0	8	0	5	4(5床室)	0		
空間		分散型	中央型	中央型	分散型	/		中央型	一隅型	分散型	
配置		病棟の奥に保護室エリアを区分	エリア区分のない保護室が他病室と並列配	エリア区分のない保護室が他病室と並列配	SSIに隣接して保護室エリアを区分			SSIに隣接して保護室エリアを区分	エリア区分のない保護室が他病室と並列配	病棟の奥に保護室エリアを区分	
地域・病院状況	地域特性	医療圏人口	51万	約80万	約80万	24万	約140	約95万	約140	51万	
		措置入院件数 (H22年)	6	3	3	1	51	38	51	6	
	病院特性	病院構造	保護室総数	45	10	10	9	26	20	26	45
			個室総数	84	4	4	13	67	30	67	84
		総病床数	約750	約500	約500	約250	約700	約650	約700	約750	

表2 各施設における隔離・身体拘束の総日数・平均日数

施設コード	総 隔 離 日 数	隔 離 平 均 日 数	総 拘 束 日 数	拘 束 平 均 日 数
1	173.8	17	179.9	17.3
2	100.2	18.8	176.3	19.5
3	107	22.1	70.2	14
4	24.7	23.4	142.5	15.5
5	0	0	50.6	27.4
6	130.9	16.5	28	8.7
7	26.5	6.9	0.3	0.3
8	546.7	12.8	15.9	6.5

注) 第2小数点以下は切り捨て

表3 隔離・身体拘束が開始される理由

		1		2		3		4		5		6		7		8	
		認知症		統合失調症との重複障害				強迫行為		暴力							
		隔離	拘束	隔離	拘束	隔離	拘束	隔離	拘束	隔離	拘束	隔離	拘束	隔離	拘束		
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)	○				(○)	(○)	○		○	○	(○)	○	(○)	○	(○)	

表4 「看護師」局面の阻害要因・促進要因

看護師の阻害・促進要因		1		2		3		4		5		6		7		8	
		認知症		統合失調症との重複障害				強迫行為		暴力							
		阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進
①	感情の自覚的活用 (不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・徒労感)	○		◎		◎		◎			○	◎		○		○	○
②	見通しや目標の喪失	○		◎		◎		○				○		○		○	
③	行動制限最小化の 必要性についての理解		○	○		○	◎		○		○		○		○		○
④	援助関係形成能力	○		○	○	○	○	○		○						○	○
⑤	患者理解	○		○		○	○	○			○	○	○				○
⑥	レジリアンス・自我の安定度 (外傷体験からの立ち直り)			◎		○		○						◎			
⑦	組織・チームにおける役割遂行		○	○		○	○		○	○		○					○

表5 「医師」局面の阻害要因・促進要因

医師の阻害・促進要因		1		2		3		4		5		6		7		8	
		認知症		統合失調症との重複障害				強迫行為		暴力							
		阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進
①	レジリアンス・自我の安定度 (外傷体験からの立ち直り)			◎						○							
②	見通しや目標の喪失	○		◎		○		◎			○		○				
③	行動制限最小化の 必要性についての理解		○	○	○	○	○		◎		○		○		○		
④	援助関係形成能力	○		○	○	◎		○		○				○		○	○
⑤	患者理解	○		◎	○	◎		○		○	○	○				○	○
⑥	組織・チームにおける役割遂行		○	○		○		○		○				○			○
⑦	感情の自覚的活用 (不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・徒労感)			◎										○			○

表6 「他職種」局面の阻害・促進要因

他職種の阻害・促進要因		1		2		3		4		5		6		7		8	
		認知症		統合失調症との重複障害						強迫行為		暴力					
		阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進
①	レジリアンス・自我の安定度 (外傷体験からの立ち直り)																
②	見通しや目標の喪失			○		◎								○			
③	行動制限最小化の 必要性についての理解			○							○				○		
④	援助関係形成能力		○	○				◎									○
⑤	患者理解		○	○				○									
⑥	組織・チームにおける役割遂行		○	○				○						○			
⑦	感情の自覚的活用 (不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・ 徒労感)													○			

表7 「家族」局面の阻害要因・促進要因

家族の阻害・促進要因		1		2		3		4		5		6		7		8	
		認知症		統合失調症との重複障害						強迫行為		暴力					
		阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進
①	レジリアンス・自我の安定度 (外傷体験からの立ち直り)			◎		○				○		○					
②	見通しや目標の喪失			◎		◎											○
③	行動制限最小化の必要性についての 理解			○		○					○						○
④	援助関係形成能力			○		○											○
⑤	患者理解			○		○						○					○
⑥	組織・チームにおける役割遂行			○													○
⑦	感情の自覚的活用 (不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・ 徒労感)			◎		◎				○		○					○

表8 「状況」局面の阻害要因・促進要因

状況が影響する阻害・促進要因		1		2		3		4		5		6		7		8	
		認知症		統合失調症との重複障害						強迫行為		暴力					
		阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進
①	法律・制度・システム	人員配置・指定医・ベッドコントロール・診療報酬	○	○	◎		◎		○		○		○		○		○
②	地域・社会の特性	その地域での病院の機能	○		◎		◎								○		○
③	病院・病棟の文化	ソフト(行動制限最小化委員会の機能・経営・認定の有無・院長・管理者のリーダーシップ)	○	○	◎		◎	◎	○	◎		○	○		○		○
④	療養環境	ハード(病棟構造)	○		◎		◎		◎		○		○		○		○



## 資料 1. 事例検討会用フォーマット

I 臨床 状況	1. 地域・ 病院 状況	<b>【地域特性】</b>
		医療圏人口 人 措置入院件数(H22年) 件
		<b>【病院特性】</b>
		<b>病院構造</b>
		保護室総数 室 個室総数 室
		病床数 床
		<b>病棟機能</b>
		① 精神一般病棟                      ② 精神科救急入院料                      ③ 精神科急性期治療病棟
		④ 精神科救急・合併症病棟                      ⑤ 精神療養病棟                      ⑥ 認知症治療病棟
		⑦ 特殊疾患病棟入院料 2                      ⑧ 老人性認知症疾患療養病棟
	<b>【その他】</b> *上記以外で特徴的な地域・病院特性がある場合は記入	
2. 病棟 状況 (ケ ース が 入 院 し て い る 病 棟 の 情 報 を 記 入)	<b>【スタッフ配置数・特性】</b> * ( ) 内は医師は指定医数、看護師は行動制限最小化認定看護師数を記入	
	常勤医師 (指定医数)人 非常勤医師 (指定医数)人 看護師 (認定数)人	
	PSW 人 OT 人 薬剤師 人	
	栄養士 人 助手 人 その他( ) 人	
	看護師の平均年齢 歳	
	各勤務帯の配置数 *( )内は助手(看護資格者以外)の人数を記入	
	日勤(助手) ( )人 準夜 ( )人 深夜 ( )人	
	<b>【病棟機能】</b> *ケースが入院している病棟に○を記入	
	① 精神一般病棟                      ② 精神科救急入院料                      ③ 精神科急性期治療病棟	
	④ 精神科救急・合併症病棟                      ⑤ 精神療養病棟                      ⑥ 認知症治療病棟	
⑦ 特殊疾患病棟入院料 2                      ⑧ 老人性認知症疾患療養病棟		
<b>【病棟構造】</b>		
<b>病室の種類</b>		
保護室 室 個室 室 観察室 室		
2床室 室 4床室 室 6床室 室		
<b>空間</b>		
① 一隅型                      ② 中央型                      ③ 分散型		
<b>配置</b>		
②□ 病棟の奥に保護室エリアを区分                      ② SS に隣接して保護室エリアを区分		
③ エリア区分のない保護室が他病室と並列配置		

【行動制限に関するデータ】												
総隔離日数 (H22 年度) *ケースの入院病棟のデータを記入												
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
隔離平均日数 (H22 年度)												
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
総拘束日数 (H22 年度)												
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
拘束平均日数 (H22 年度)												
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
【その他】 *上記以外で特徴的な病棟特性がある場合は記入(制限に影響を与える要護師の存在、師長の意識等)												

患者状況	1. ケースの詳細	【患者紹介】 <small>*保護室入室後1ヶ月経過しているケースについて記入</small>
		年齢 _____ 歳 性別 _____ 男性・女性 診断名 _____
		入院形態
		① 任意                      ② 医療保護                      ③ 措置                      ④ 鑑定
		費目（保険） _____
		隔離・拘束の理由 _____
		経過 _____
		【精神機能】 <small>*情・知・意・意識について高木先生資料を参考に記入</small>
		低下している機能、保持されている機能 _____
		【生活機能】 _____
	GAF 尺度 _____	
	精神症状が日常生活に及ぼしている影響 _____	
	2. 治療環境	【服薬量】 <small>*CP換算も記入</small>
		保護室入室時 _____
		CP 換算量 _____ mg
		現在 _____
		CP 換算量 _____ mg
		【主治医の治療方針】 _____
		【看護ケアの方向性】 _____
		_____

## GAF 尺度

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：学業で一時遅れをとる）。
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、 <b>または</b> 、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、一般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状（例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある）、 <b>または</b> 、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。
50-41	重大な症状（例：自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する）、 <b>または</b> 、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害（友達がいない、仕事が続かない）。
40-31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、 <b>または</b> 、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない）。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。 <b>または</b> 意思伝達か判断に粗大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、 <b>または</b> 、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮）、 <b>または</b> 、時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）、 <b>または</b> 、意思伝達に粗大な欠陥（例：ひどい滅裂か無言症）。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：何度も暴力を振るう）、 <b>または</b> 最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、 <b>または</b> 、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分