

表3：行動制限最小化に向けたリスクアセスメントに有用な方法（n=25）

リスクアセスメントに有用な方法	有用（複数回答可）	最も有用
MDT 会議の開催	20	9
治療評価会議の開催	18	5
CVPPP の活用	13	2
倫理会議の開催	12	3
共通評価項目	6	0
共通評価項目以外のアセスメントツール	5	0
その他	7	3

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

○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(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 54(3), 日本精神科看護技術協会編：精神看護出版, pp182-186, 2011年12月

2. 学会発表

○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）

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

### 3) 『行動制限最小化委員会の現状、機能と課題』

#### 3) 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

—全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態に関する調査研究

アンケート作成に向けて—

○西池絵衣子（近大姫路大学看護学部）

三宅美智（東海大学健康科学部）

末安民生（天理医療大学医療学部）

吉浜文洋（神奈川立保健福祉大学）

宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

#### 研究要旨

本研究の目的は、全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態を明らかにすることである。平成 23 年度は、平成 24 年度に実施する「全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態に関する調査研究」の調査用紙作成のために、日本精神科看護技術協会に登録されている行動制限最小化認定看護師にプレグループインタビューを実施し、質問紙の妥当性について検討した。また、「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究(2000)」<sup>1)</sup>をベースに、行動制限に影響を及ぼす施設の療養環境についても調査できるように質問用紙の検討を行った。

#### A. 研究背景

平成 16 年度診療報酬改訂において「医療保護入院等診療料」が新設され、行動制限に関する最小化委員会と、行動制限の状況が病院全体であるいは病棟ごとに一目でわかるような一覧表の台帳(＝一覧性台帳)を整備することが義務づけられた。日本精神科看護技術協会の調査(2005 年)から推定すると、精神科を標榜している医療施設の約 9 割がすでに最小化委員会を設置していると予測される。

多くの精神科医療機関が、国や自治体などの定める指針と、それぞれの施設の状況の両方に見合った形で、基準や手順などの基本ルールを整備しているが、現在も行動制限、とりわけ隔離・拘束数は増加している現状である(630 調査,精神保健福祉資料)。先行研究において、複数の医療施設において同一基準の審査システム「行動制限審査委員会」を設置し、行動制限最小化の効果・影響を多角的に検討した結果、行動制限の減少は僅かながらあったものの、患者満足度は増加した反面、職員の認識は否定的に変化し、労力のわりに効果が少なく、職員の燃え尽きにつながるリスクが報告されている(精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—, 浅井

ら,2000)。

また、行動制限最小化委員会は、病院内レビューであるという意味で広義のセルフレビューに当たるが、直接の診療担当者以外のメンバーを評価者に加えて客観性を付加していることで、レビューとしての公平性・厳密さが期待できる（行動制限最小化委員会」と行動制限最小化への取り組み,杉山,2004）という報告もある。

現在「行動制限最小化委員会」は、診療報酬により各精神科医療機関の独自のシステムとして運用されていると考えられるが、審査システムをどのような位置づけにするかについては各施設に任されており、その実態は明らかになっていない。行動制限が増加しているという現状からも、委員会を義務的・形式的な存在に終わらせず、現場からの報告や病棟を超えたチームメンバーの査察などによって得られた情報から、状況を統合的に再検討し、現場では気づかぬ点について軌道修正や適正化を行うという機能を発揮できるように運営する必要があると考える。

そこで、全国の精神科病院における行動制限最小化委員会がどのように運営されているのかを明らかにし、行動制限最小化につながる委員会のシステムを検討するための基礎資料を得るために、本研究に取り組んだ。

本研究の研究は、全国の精神科病院における行動制限最小化委員会がどのように運営されているのか、その実態を明らかにすることである。

## B. 研究方法

### 1. 用語の定義

- ・行動制限最小化委員会：診療報酬「医療保護入院等診療料」加算を行い、各施設で組織運営している委員会。

### 2. 研究デザイン

半構成的グループインタビュー

### 3. 研究方法

質問紙調査を作成するにあたり、日本精神科看護技術協会に登録されている行動制限最小化認定看護師（以下、行動制限最小化認定看護師）にプレグループインタビューを実施し、質問紙の妥当性について検討する。

#### 1. 研究経過

本研究の目的は、全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態を明らかにすることである。「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」の研究者、研究協力者間で検討してきた結果、予測されていたことではあるが、行動制限最小化委員会の設置については、一覧性台帳の整備および委員会の構成メンバーとして医師、看護師、精神保健福祉士を必ず含むということ以外の細かな規定はないため、療養環境の違いや開放

観察についての定義など行動制限に対する各施設の取り組みや捉え方の違いがあることが分かった。そこで、浅井班が作成した調査表<sup>1)</sup>を基に、まずは行動制限最小化委員会の実態を把握するため、委員会に関わっている行動制限最小化認定看護師にプレインタビューを行うことにした。

## 2. プレインタビュー

- 1) 対象者：行動制限最小化認定看護師
- 2) データ収集期間：平成 23 年 8 月
- 3) 対象者の抽出および依頼の方法

行動制限最小化認定看護師が集まる学会等において、研究者が対象者に研究依頼書(資料 1)を用いて研究の目的、内容、方法、倫理的配慮について口頭で説明し、研究協力を依頼する。対象者から研究協力の同意が得られた場合は、同意書(資料 2、資料 3)に署名を頂く。

## 4) データ収集方法

### (1) 面接場所と時間

プライバシーが確保できる個室を事前に準備し、1 時間程度のグループインタビュー調査を行う。また、研究対象者の了承が得られれば IC レコーダーに面接内容を録音する。

### (2) インタビューガイドの内容

1. 行動制限最小化委員会の構成メンバー
2. 行動制限最小化委員会の構成人数
3. 行動制限最小化委員会開催時期
4. 行動制限最小化委員会の内容
5. 一覧性台帳の使用の方法や効果
- 5) 倫理的配慮

対象者に、研究の目的、内容、手順、研究参加により期待される利益および研究参加に伴う不快・不自由・不利益・リスクなどを、口頭・書面を用いて、わかりやすく説明した。研究への参加に同意が得られたときには、文書によって同意を得、確認を行った。研究への参加・協力は対象となる人の自由意思によるものであり、参加に同意しない場合にも何ら不利益は受けないこと、いったん研究の参加に同意した場合でも、いつでも取りやめることができることを保障した。研究結果は、関連する学会および学会誌に公表することと、その際の個人情報の取り扱いについて説明を行った。

## C. 結果

行動制限認定看護師 10 名に、構成メンバー、構成人数、開催時期、内容、一覧性台帳の使用や効果についてグループインタビューを行った。

### 1) 総病床数、設置種別、行動制限最小化委員会の開催回数・開催時間

総病床数は約 30～700 床、設置の種別としては、単科精神病院と大学付属病院であった。行動制限最小化委員会の開催回数は月 1～2 回、開催時間は 15 分～2 時間であった(表 1)。

## 2) 構成メンバーと構成人数

構成メンバーは院長、副院長、診療部長、精神科医長、教授、医師、事務長、看護部長、看護副部長、精神保健福祉士、作業療法士、事務職員、各病棟の看護師等、病院ごとに構成メンバーは異なり、構成人数は10人前後であった。また、人権センターに勤務経験のある精神科医師がメンバーに入っている施設もあった。

## 3) 行動制限最小化委員会の内容

行動制限最小化委員会では、院内の各病棟での行動制限の実施状況報告、1か月を超える患者に対して記載されている長期レポートの審査、年2回の研修会の企画や開催、院内の勉強会、研修会、事例検討会等の活動が行われていた。また、大きな施設では、あえて行動制限最小化とは別に下部組織や部会を構成し、事例検討会やガイドラインの作成、研修会の企画などを行っていた。

医師に権限を集中しないようにという院長の意見に基づいて、委員会決定事項は病棟に持ち帰り、医師にも伝わるようにされている施設もあった。大学病院では、教授回診の後に委員会が開催され、年2回の研修会は全科に通達されていた。また、他の委員会と一緒に開催されるため、かなり時間が短く報告のみとなっており十分機能していない、管理職で構成されており現場の声が届きにくいという意見も挙がった。

## 4) 行動制限最小化認定看護師の役割

行動制限最小化認定看護師がPSWと2名で、事務局運営や委員会の中で中心となって活動を担っている場合や、委員長役割を担っている場合もあった。主な活動は、行動制限最小化に向けての改善点や診療の記録の記載について医局に問題提起する、院長に行動制限の状況を報告して承認をもらう、委員会の議事録作成や研修会の企画を行う等であった。また、毎日病棟のラウンドを行い、拘束の位置などその都度チェックしスタッフと話をし行動制限最小化に努めていた。また、行動制限最小化に向けて様々な提案を行っていた。

## 5) 一覧性台帳の使用について

行動制限一覧性台帳の使用については、入院患者の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることが病院・病棟内で常に確認できるよう、行動制限について一覧性のある台帳を整備することが求められる。一覧性台帳の記載内容や整備の仕方、そして使用法は病院によって様々であった。患者ごとの行動制限の期間を視覚的に把握するため、月ごとに1枚の一覧性台帳が作成されており、長期化している事例については、別の用紙を各病棟、各病院で作成していた。行動制限の詳細な内容の記載は不要とされているため、記載内容は病院ごとに異なっていた。また、行動制限が行われている全ケースについて、日数・時間・理由・年齢、患者のことが分かるように各病棟でまとめて委

員会に提出したり、行動制限認定看護師が行動制限の行われている諸例について月別平均を出したり、グラフにするなどのまとめが行われていた。

#### 6) 行動制限最小化委員会新設後の効果

平成 16 年の診療報酬改定に伴い、精神科を標榜している医療施設の約 9 割がすでに行動制限最小化委員会を設置していると推測される。全般的に、行動制限最小化委員会が開催されることによって、多職種間で行動制限に関する情報を共有できる、コメディカルとの検証により発見や気づきが得られる、行動制限の院内での基準の確認や修正を行える等の効果が得られていた。さらには、スタッフにメッセージを送ることができる、医療安全の担当者と連携できる、他部署の意見を聞くことができる、客観的な意見がもらえ効果しやすいという意見が挙げられた。また、年 2 回の研修会を行うことで、医療事故などについて検討する機会が得られる、最新の知識を発信することができるメリットにもつながるという意見も挙げられた。

#### D. 調査項目の検討

以上の結果を踏まえ、来年度における「全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態に関する調査」の実施に向けて質問紙調査（資料 3 及び資料 4）の検討を行った。

##### 1) 病院調査表について（資料 3）

病院調査表についての検討では、行動制限に影響するものについて浅井班<sup>1)</sup>で使用された調査項目を参照し、追加項目の検討を行った。特に、各施設の概要及び療養環境（保護室の総数や鍵のかかる個室、トイレやモニターの有無）、精神科救急体制、隔離・拘束のガイドラインの有無、開放観察の定義や車いすベルトの使用に関して、各施設間で違いがあったため、項目として挙げた。

##### 2) 構成メンバーについて（資料 4）

現在、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るが、外部審査委員から客観的な意見を言ってもらうことが行動制限最小化につながるという意見がある。また、行動制限を受けた経験のある患者がピアサポーターとして病棟に入っている施設もある。従って、構成メンバーについては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の有無についても確認できるように調査表を作成していく必要があると考えた。また、人権擁護の面から人権センターでの勤務経験がある人が委員会に入ることも検討されていることが考えられるので、その点についても調査項目に加えた。

##### 3) 開催回数や時間について（資料 4）

行動制限最小化委員会の開催回数については、ほとんどの施設で最低月 1 回以上であっ

た。時間は短時間～2時間と幅があったが、委員会で検討される内容によっても時間に差があると考えられた。大学附属病院など病床数が少ない場合は、行動制限の件数そのものが少なく、報告事項のみで委員会が終わってしまうこともある。また、規模が大きい単科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。そのため、調査項目にもそのような病院の体制が分かるように下部組織の有無や、どの部署が中心になって開催しているのかが確認できるような調査項目を検討した。

#### 4) 一覧性台帳の整備について (資料 4)

平成 16 年の診療報酬改定で「医療保護入院等診療料」が新設され、行動制限に関する最小化委員会と行動制限の状況が病院全体あるいは病棟ごとに一目でわかるような一覧表の台帳を整備することが義務づけられているが、それぞれの施設で台帳に記入する項目が異なっていた。そこで、それぞれの施設で追加項目として挙げていた主治医・担当看護師・開放度・開放観察時間・行動制限の理由を取り上げ、それに加えて自由記載の欄を設け施設独自でどのような追加項目を入れているかの確認できるようにすることを検討した。

#### 5) 行動制限最小化委員会の新設後の実態について (資料 4)

インタビューを通じて、行動制限最小化委員会の設置が効果的であったと感じられることも多くあった。その反面、構成メンバーによっては人員不足のため十分に揃わず内容が十分検討できていない可能性があることも考えられた。630 調査では明らかにされない行動制限最小化委員会の新設後の実態について、自由記載とともに行動制限最小化委員会が設置されて以降の行動制限の実態（隔離拘束の回数の減少や日数の短縮）について、確認できるような質問項目を検討した。

### E. 本調査より見えてきた今後の課題

今回の調査によって、施設ごとに委員会の設置状況や開催時間、構成メンバー、一覧性台帳の使用方法など取り組みが異なることが改めて分かった。また、行動制限最小化に向けて内部の審査委員会や研修会や検討はされているものの、平成 23 年度の 630 調査での行動制限（隔離・拘束）は増加傾向である。「医療保護入院等診療料」が新設され、8 年が経過するが、今一度行動制限最小化委員会の機能と役割をめぐる問題点を整理し、行動制限最小化委員会の機能としてどのようなシステムが行動制限最小化につながるのかを検討していく必要が求められる。

#### <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. 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: なし

**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



## 研究参加・協力をお願い

拝啓 皆さまご健勝にてお過ごしのことと存じます。

さて、私どもは現在、「全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態に関するアンケート調査」をテーマとした研究に取り組んでおります。この研究は、全国の入院施設を持つ精神科医療機関に対する行動制限最小化委員会の実態についての基礎資料を得ることを目的としています。

御承知の通り、現在、行動制限の中でも隔離・拘束に限定しては増加傾向にあります。平成16年の診療報酬改定により行動制限最小化委員会の設置が義務づけられましたが、委員会の組織運営については各施設の取り組みに任されております。そこで、日々行動制限最小化に取り組んでおられるみなさまにインタビューをさせていただきたいと存じます。

この研究では、全国の病院に質問紙を送付し、全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態に関するアンケート調査について調査する予定ですが、調査項目を作成するにあたり、行動制限最小化認定看護師の方々に約1時間半のグループインタビューをさせていただき、御意見を頂きたいと思っております。皆様の同意が得られればその内容をテープに録音させていただきます。協力者の一人でも同意が得られない場合は、研究者がメモを取らせていただきます。ご協力の意思を示された後やインタビューの途中であっても、研究参加の中止を望まれる場合や心理的にご負担をおかけしていると考えられる場合はすぐに中止します。内容が不十分である場合は2回になることもありますが、その際には協力者の方々に確認のうえ行います。

お話いただいた内容は、研究の目的以外に用いることはありません。記録されたデータは、研究者が厳重に保管し、調査結果としてまとめた後5年間は保存させていただきますが、その後消去・破棄します。また個人情報保護のため、研究結果を公表する際、匿名性を守ります。率直で忌憚のない御意見をお聞かせ頂けますようお願いいたします。

答えにくい質問や、答えたくない質問がある場合は、お答えになる必要はありません。また、いつでも止めることやインタビュー後も発言内容を削除することもできますので、何かありましたらご遠慮なくおっしゃってください。

この研究への参加・協力は、お断りになることも出来ますので、皆さまの自由意思によってお決め下さい。また、いったん研究への参加・協力を同意した後も、いつでも途中で止めることが出来ます。お断りになっても何ら不利益を被ることはありません。遠慮なく研究者にお伝え下さい。

この研究にご協力頂ける場合、プライバシーは堅く守ります。また、研究のデータおよ

び結果は、研究の目的以外に用いることはありません。記録されたデータは、研究者が厳重に保管し、調査結果がまとまった時点で消去・破棄します。また個人情報の保護のため、研究結果を公表する際、匿名性を守ります。

この研究に参加・協力することで、何らかの不快に感じたり、不安が高じた場合は、ただちに研究を中断し、精神看護を専門とする研究者が誠実に対応致します。

研究結果は、テーマに関連する学会や専門雑誌で公表します。

この研究の期間中および終了後でも、この研究に関する質問がありましたら、また研究結果を知りたい場合も、いつでも下記の連絡先にお問い合わせ下さい。

尚、本研究は、平成 23 年度～平成 25 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）の助成を受けて行っております。

研究代表者：宮本真巳（東京医科歯科大学大学院）

研究者：西池絵衣子（近大姫路大学看護学部）

：三宅美智（東海大学健康科学部）

：吉浜文洋（神奈川県立保健福祉大学）

#### 【連絡先】

住所：〒671-0101 兵庫県姫路市大塩町 2042-2

電話：079-247-7349（西池）

079-247-7301（大学代表）

FAX：079-247-7335

e-mail：eiko\_nishiike@kindaihimeji-u.ac.-jp

## 研究への参加・協力の同意書

私は、「全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態に関するアンケート調査」に関する研究について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法などについて十分に説明を受け、理解しました。

そこで、自分の意思に基づいて、この研究に参加・協力することに同意します。

平成 年 月 日

協力者 (署名) \_\_\_\_\_

説明者 (署名) \_\_\_\_\_

研究代表者：宮本真巳（東京医科歯科大学大学院）

研究者：西池絵衣子（近大姫路大学看護学部）

：三宅美智（東海大学健康科学部）

：吉浜文洋（神奈川県立保健福祉大学）

### 【連絡先】

住所：〒671-0101 兵庫県姫路市大塩町 2042-2

電話：079-247-7349（西池）

079-247-7301（大学代表）

FAX：079-247-7335

e-mail：eiko\_nishiike@kindaihimeji-u.ac.jp

本同意書は2部作成し、1部を研究者が保存します。研究協力者の方にも別紙「研究参加・協力のお願い」とともに、この同意書を平成26年3月末まで保存していただきますようお願い申し上げます。

## 研究への参加・協力の同意書

私は、「全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態に関するアンケート調査」に関する研究について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法などについて十分に説明を受け、理解しました。

そこで、自分の意思に基づいて、この研究に参加・協力することに同意します。

平成 年 月 日

協力者（署名） \_\_\_\_\_

説明者（署名） \_\_\_\_\_

研究代表者：宮本真巳（東京医科歯科大学大学院）

研究者：西池絵衣子（近大姫路大学看護学部）

：三宅美智（東海大学健康科学部）

：吉浜文洋（神奈川県立保健福祉大学）

### 【連絡先】

住所：〒671-0101 兵庫県姫路市大塩町 2042-2

電話：079-247-7349（西池）

079-247-7301（大学代表）

FAX：079-247-7335

e-mail：eiko\_nishiike@kindaihimeji-u.ac.jp

本同意書は2部作成し、1部を研究者が保存します。研究協力者の方にも別紙「研究参加・協力のお願い」とともに、この同意書を平成26年3月末まで保存していただきますようお願い申し上げます。

表1

	設置の種別	総病床数	開催時期	時間	行動制限最小化委員会 の委員長の 職種	認定看護師の 委員会への 関わり
1	単科精神病院	約 400 床	月 1 回	1 時間半 ～ 2 時間	精神科医	メンバー
2	大学付属病院	約 30 床	月 1 回	15 分～20 分	精神科教授	メンバー
3	単科精神病院	約 500 床	月 2 回	30～40 分	院長	メンバー
4	単科精神病院	約 700 床	月 1 回	30～40 分	院長	メンバー
5	単科精神病院	約 250 床	月 1 回	約 1 時間	認定看護師	行動制限最小 化 委員会 委員長
6	単科精神病院	約 100 床	月 1 回	40 分～長 くて約 1 時 間	精神科医長	メンバー
7	単科精神病院	約 250 床	月 1 回	15 分程度	院長	委員
8	単科精神病院	約 200 床	月 1 回	30 分ずつ	認定看護師	行動制限最小 化 委員会 委員長
9	単科精神病院	約 250 床	月 1 回	約 1 時間	医師	所属なし
10	単科精神病院	約 700 床	月 1 回	約 1 時間	院長	メンバー、看護 部下部組織の 委員長

**病院調査表  
(A票)**

 平成24年度厚生科学研究：全国の精神科病院における  
 行動制限最小化委員会の実態に関する質問紙調査研究（案）

   

 調査は、平成24年6月30日(土)現在  
 で、行ってください。

お願い：この調査表は病院ごとに1枚作成してください。

**質問1 貴院の設置主体および種別についてお答えください。**

①設置主体に関して、あてはまるものを下から一つ選んでチェックしてください。

1	国	2	都道府県	3	市町村	4	健保組合
5	学校法人	6	宗教法人	7	社会福祉法人	8	公益法人
9	医療法人	10	財団法人	11	個人	12	その他

②病院の種別に関して、あてはまるものを下から一つ選んでチェックしてください。

1	大学付属病院	2	一般(総合)病院(精神科病床80%未満)
3	単科精神病院	4	その他

**質問2 貴院の精神科についてうかがいます。**

①精神科病床数は、

1	100床以下	2	101～200床	3	201～300床	4	301～400床
5	401～500床	6	501～600床	7	601～700床	8	701～800床
9	801～900床	10	901床以上				

 ②精神保健福祉法第19条による措置入院指定病床数は  床

 ③精神科の常勤精神科医師数は  人

 うち、常勤の指定医数は  人

**質問3 貴院の療養環境についてうかがいます。以下の欄から選んで口に番号を記入してください。**

①保護室総数は、

・総数うち、トイレがある保護室総数は

・総数のうち、テレビモニターがある保護室総数は

②施錠できる個室の総数(観察室、PICUを含む)は、

・総数うち、トイレがある個室総数は

・総数のうち、テレビモニターがある個室総数は

③施錠できない個室の総数(観察室、PICUを含む)は、

・総数うち、トイレがある個室総数は

・総数のうち、テレビモニターがある個室総数は

  
  
  
  
  
  
  

**選択番号**

1	5床以下	2	5～10床	3	11～15床	4	16～20床
5	21～25床	6	26～30床	7	31～35床	9	36～40床
9	41～55床	10	56～60床	11	61～65床	12	66～70床
13	70床以上						

④施錠ができ一人使用のできる多床室の部屋は、あてはまるものを下から一つ選んでチェックしてください。

1	5部屋以下	2	5～10部屋	3	11～15部屋	4	16～20部屋
5	21～25部屋	6	26～30部屋	7	31～35部屋	9	36～40部屋
9	41～55部屋	10	56～60部屋	11	61～65部屋	12	66～70部屋
13	70部屋以上						

**質問4** 貴院での精神科患者に対する救急体制についてお答えください。

①都道府県の精神科救急体制と貴院との関係について、下からあてはまるものを一つ選んでチェックしてください。

- |   |   |
|---|---|
| 1 | 現在、都道府県の精神科救急体制があり、その体制の中で患者を受け入れている。   |
| 2 | 都道府県の精神科救急体制はあるが、病院としてはそのシステムには参加していない。 |
| 3 | 都道府県の精神科救急体制が作られていない。                   |

②貴院では上記の精神科救急以外に、時間外での患者の診察を受け入れていますか。下からあてはまるものを一つ選んでチェックしてください。

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 診察のみ受け入れている。      |
| 2 | 場合によって入院も受け入れている。 |
| 3 | いずれも受け入っていない。     |

**質問5** 貴院では隔離や身体拘束を行う際のガイドラインなど独自に作成しておられますか。下からあてはまるものを一つ選んでチェックしてください。貴院で行動制限のためのガイドラインを作成されている場合にはお送りください。

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1 | ガイドラインを作成し、それに沿って行動制限を行っている。 |
| 2 | ガイドラインを作成しているが、実際には活かされていない。 |
| 3 | ガイドラインの作成を準備している。            |
| 4 | ガイドラインは備えていない。               |

**質問6** 貴院では隔離や身体拘束が長期化している際にケース検討する書式など独自に作成しておられますか。下からあてはまるものを一つ選んでチェックしてください。貴院でケース検討などを作成されている場合にはお送りください。

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1 | ケース報告書用紙等を作成しているが、実際には活かされていない。 |
| 2 | ケース報告書用紙等の作成を準備している。            |
| 3 | ケース報告書用紙等は備えていない。               |

**質問7** 貴院での車いすベルトの使用についてお伺いします。

①車いすベルトの使用についてどのように扱っていますか。

- |   |                |   |             |
|---|----------------|---|-------------|
| 1 | 拘束としては扱っていない。  | 2 | 拘束として扱っている。 |
| 3 | 病棟ごとに取れ扱いが異なる。 | 4 | その他( )      |

②車いすベルトの使用はどのような目的で使用していますか。(複数回答可)

- |   |  |
|---|--|
| 1 | 身体治療のため(点滴など)の固定に使用している。               |
| 2 | 転倒・転落防止のために使用している。                     |
| 3 | 車椅子移動の際の転落防止を目的とした安全ベルトによる固定として使用している。 |
| 4 | 就寝時にベットから転落を防止するための短時間の身体固定として使用している。  |
| 5 | その他( )                                 |

③車いすベルトの使用について院内の統一したマニュアルがある。

- |   |    |   |     |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

**質問8** ①貴院での開放観察についてお伺いします。

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 医師が指示した時間のみ開放観察を行っている。   |
| 2 | 日中の開放観察の時間は看護師の判断で行っている。 |
| 3 | 特に規定していない。               |

**質問9** 御答え頂いた方の職種を、下から一つ選んでチェックしてください。

- |   |                |   |     |   |         |
|---|----------------|---|-----|---|---------|
| 1 | 院長、精神科医長などの管理者 | 2 | 医師  | 3 | 看護管理者   |
| 4 | 事務長、事務局長など     | 5 | 事務員 | 6 | 精神保健福祉士 |
| 7 | その他( )         |   |     |   |         |

**以上で質問を終わります。ご協力ありがとうございました。**

この調査用紙を行動制限最小化委員会調査表(B票)とともに同封の封筒で 月 日までにご返送ください。また、貴院で行動制限最小化委員会の規定やガイドライン、行動制限最小化委員会に関する資料等を作成されている場合には、調査用紙とともにお送りください。

**行動制限最小化委員会調査表  
(B票)**

平成24年度厚生科学研究：全国の精神科病院における行動制限最小化委員会の実態に関する調査研究（案）

   

調査は、平成24年6月30日(土)現在で、行ってください。

お願い：この調査表は行動制限最小化委員会に所属しているスタッフが作成してください。

**質問1 行動制限最小化委員会についてお伺いします。**

①行動制限最小化委員会の構成メンバーについてお伺いします。あてはまるものを以下の中からすべて選んでチェックしてください。※医師・看護師の方で資格がある方は資格の方(精神保健指定医・行動制限最小化認定看護師・精神専門看護師)にチェックをしてください。

1	医師	2	精神保健指定医	3	看護師
4	行動制限最小化認定看護師	5	精神看護専門看護師	6	薬剤師
7	精神保健福祉士	8	臨床心理士	9	作業療法士
8	理学療法士	11	栄養士	12	事務職
13	弁護士	14	当事者	15	当事者家族
16	その他( )				

②この構成メンバーの中に、人権センター関連で勤務経験の方はいますか。

 1 いない       2 いる       人 職種は?( )

③行動制限最小化委員会的人数についてお伺いします。あてはまるものを以下の中から一つ選んでチェックしてください。

1	5人以下	2	6～10人	3	11人～15人
4	16人以上				

④行動制限最小化委員会の開催頻度はどのぐらいですか？

1	週に1回	2	月に2回	3	月に1回
4	その他 ( )				

⑤行動制限最小化委員会の開催時間についてお伺いします。直近2～3回の平均時間をあてはまるものを以下の中から一つ選んでチェックしてください。

1	15分未満	2	15分以上30分未満	3	30分以上45分未満
4	45分以上1時間未満	5	1時間以上1時間半未満	6	その他 ( )

⑥行動制限最小化委員会の委員長はどの職種が行っていますか？あてはまるものを以下の中から一つ選んでチェックしてください。※医師・看護師の方で資格がある方は資格の方(精神保健指定医・行動制限最小化認定看護師・精神専門看護師)にチェックをしてください。

1	医師	2	精神保健指定医	3	看護師
4	行動制限最小化認定看護師	5	精神看護専門看護師	6	薬剤師
7	精神保健福祉士	8	臨床心理士	9	作業療法士
8	理学療法士	11	栄養士	12	事務職
13	弁護士	14	当事者	15	当事者家族
16	その他( )				

⑦行動制限最小化委員会の下に下部組織や部会を設けている。

 1 はい →⑧に進んでください       2 いいえ

⑧下部組織はどのように組織されていますか。

 1 医局内       2 看護部内       3 その他( )

⑨下部組織の開催頻度はどのぐらいですか？

1	週に1回	2	月に2回	3	月に1回
4	その他 ( )				

⑩下部組織の開催時間についてお伺いします。直近2～3回の平均時間をあてはまるものを以下の中から一つ選んでチェックしてください。

1	15分未満	2	15分以上30分未満	3	30分以上45分未満
4	45分以上1時間未満	5	1時間以上1時間半未満	6	その他 ( )



質問2 ①行動制限最小化委員会で話し合われている内容について、あてはまるものを以下の中から選んでチェックしてください。(複数回答可)(※長期隔離・長期拘束者についてはケースレポートで挙げられる人)

1	隔離者について	2	拘束者について	3	長期隔離者について
3	長期拘束者について	4	ガイドラインについて	6	書式について
7	処遇改善についての提言	8	行動制限最小化に対する研修会について		

②行動制限が長期化している事例検討の状況について、あてはまるものを以下の中から選んでチェックしてください。(複数回答可)

1	行動制限最小化委員会で事例検討会をしている。
2	行動制限最小化委員会以外の場で事例検討会をしている。
3	病棟毎で検討するようにしている。
4	特に事例検討は行っていない。

質問3 一覧性台帳についてお伺いします。

①一覧性台帳は有効に活用されていると思いますか。あてはまるものを以下の中から一つ選んでチェックしてください

1	ほとんど活用されていない	2	活用されていない	3	どちらでもない
4	活用されている	5	大変よく活用されている。		

②一覧性台帳の様式は診療報酬上で規定された項目以外に貴院で独自に追加項目を入れている。

1	はい→③に進んでください	2	いいえ
---	--------------	---	-----

③どのような項目を独自に追加していますか？

1	主治医	2	担当看護師	3	開放度・開放観察の時間
4	行動制限の理由	5		6	その他( )

質問4 研修会を企画しているのはどの方ですか。(複数回答可)

1	医師	2	精神保健指定医	3	看護師
4	行動制限最小化認定看護師	5	精神看護専門看護師	6	薬剤師
7	精神保健福祉士	8	臨床心理士	9	作業療法士
8	理学療法士	11	栄養士	12	事務職
13	弁護士	14	当事者	15	その他( )

質問5 行動制限最小化委員会設置後の実態について伺います。あてはまるものを以下の欄の中から一つ選んで□に記入してください。

①隔離の回数が減少したと思いますか。	□
②拘束の回数が減少したと思いますか。	□
③隔離日数が短縮したように思いますか。	□
④拘束日数が短縮したように思いますか。	□

選択番号

1	思わない	2	ほとんど思わない	3	どちらでもない
4	思う	5	大変そう思う	6	

質問6 行動制限最小化委員会の機能としてどのようなことが必要だとお考えでしょうか。または、貴院独自の取り組みについて下欄に、ご自由に意見をご記入ください。


質問7 御答え頂いた方の職種、委員会でのお立場(役割)をご記入ください。

職種 ( ) 立場 ( )

以上で質問を終わります。ご協力ありがとうございました。

この調査用紙を病院調査表(A票)とともに同封の封筒で 月 日までにご返送ください。また、貴院で行動制限最小化委員会の規定やガイドラインを作成されている場合には、調査用紙とお送りください。

## 4) 急性期患者の援助関係形成に向けた対処技法とその効果

○高橋 直美 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

### 研究要旨：

本研究は精神科急性期医療における患者、医療者の感情に焦点を当てた援助的コミュニケーション技法の開発を目的としている。本研究の結果から、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が、援助関係形成の基本とされている受容や共感的態度へとつながると考えられ、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重要であることが確かめられた。

### A. 研究目的

現在日本の精神科医療は入院中心の医療から地域医療への移行が進められており、地域医療・支援体制の充実と同時に、患者の地域生活を支える救急医療システムの整備や救急医療の質的な向上に向けた取り組みが進められている。

そこで本研究は、効果的な精神科急性期医療を提供するために、精神科医療の基盤である患者と医療者とのコミュニケーションの質的な検討に立ち返り、精神科急性期患者と医療者の感情に焦点を当てた援助的コミュニケーション技法の開発を目的とする。

本報告では、昨年度報告した援助的コミュニケーション技法の開発と学習に向けた、医療者に対する教育プログラムが、医療者が患者支援に望む際の態度にどのような影響を与えたかについて述べる。

### B. 研究方法

#### 1) 研究デザイン：質的記述的研究

2) 研究対象：精神科急性期治療病棟に入院中の患者および患者と関わる医療者。(特に看護師)

3) データ収集方法及び分析方法：データ収集は①精神科急性期治療病棟における参与観察、②スタッフ教育のグループセッション、③病棟看護への関与と通じたアクションリサーチ、④患者、医療者に対する半構造化面接の順で行い、適宜診療録よりデータを収集した。これらの方法で得られたデータを、いくつかのテーマに従ってコード化し、質的帰納的分析を加えた。

4) 倫理的配慮：本研究は研究実施施設の倫理審査委員会の承認を受け、承認された内容に従って実施した。

### C. 研究結果

#### 1) 対象者の概要

本研究では、看護師 19 名 (男性 9 名、女性 10 名)、作業療法士 1 名、精神保健福祉士 1 名による協力が得られた。

#### 2) 医療者に対する教育プログラムの概要と患者支援への応用

##### ① 教育プログラムの概要

本研究における教育プログラムは、患者-医療者間のコミュニケーションにおいて医療者自身の感情を活用しようとする試みを重視するものである。教育プログラムの中では、看護学以外に心理学や社会学などの関連領域から、患者-医療者間のコミュニケーションについて幅広く学習した。基本的な知識や方法に関する講義に加え、医療者が患者支援の場で味わう具体的な感情体験を取り上げたグループセッションにおける語り合いを通して、感情体験に含まれる意味を解釈し、それを踏まえて適切に表現する方法を習得することを目的とした。

教育プログラムは合計7回のグループセッションで構成されており、対象者はすべての回に参加している。7回のグループセッションの終了後、プログラム内容を実践の場に応用する上でイメージ作りのために、患者支援における具体的な感情体験を振り返るセッションを追加して実施した。さらに、これらのセッションを通じて学習した感情を活用したコミュニケーション技法を、研究者とともに日々の患者支援の場に応用することを試み、その体験について随時話し合い、分析検討を加えた。

### 3)教育プログラム実施前後での感情との付き合い方の変化

#### ①教育プログラム開始前の時点における感情に目を向ける態度と感情の表現方法

教育プログラムを通じて、対象者たちのこれまでの感情に目を向ける態度は、以下の2つのパターンに分かれることが明らかになった。

1つ目のパターンとして、対人援助職として自分自身の感情に目を向け積極的にそれを表現することが援助関係の構築や患者の回復に役立つとの前提に立つ者がいた。この前提に立っていること背景には、臨床で受けた教育や実践を通して、自ら感情の自覚と率直な表現により患者支援の手ごたえを感じたという経験があった。

2つ目のパターンとして、自らの感情に目を向けようとしなないという態度をとる対象者がいた。このような態度の背景には患者との援助関係や臨床状況において味わう感情、特に否定的感情の識別があいまいにしかできず、漠然とした不快な感覚や特定の強烈な否定的感情に耐えられず意識的に感情を自己から切り離したり、抑圧したりするタイプがいた。「的確で迅速な判断を求められる救急医療の場面では、いちいち感情に目を向けていたら仕事が進まない」との語りが象徴するように、感情に目を向けようとしなない態度には臨床状況の特性も影響していると考えられる。そして感情を自己から切り離したり抑圧し続けたりする中で、状況に合わせた感情や身体感覚を作り表現するというように、感情規則に沿ったかなり強い感情管理を行うようになっている者もいた。また、自身の感情が分からなくなるという混乱した状況に陥っている対象者もいた。

次に対象者の感情表出・表現のパターンは、率直な感情表現を心がけるものがある一方で、患者に対する否定的感情が湧くと患者への批判的な視点が強まり他責的な見方に陥りがちなため、否定的な感情が湧くと、それに沿って患者支援の内容を変えろという態度をとる者がいた。また、あいまいな感情表現に止め、自らの感情の解釈を患者に委ねようとする者もいた。

率直な感情表現を妨げる要因には、受容・共感を求められる看護師としての役割意識へのとらわれや、コミュニケーション技術への自信のなさ、自己の内面をさらけ出すことへの抵抗、否定的感情の解消に向けた相互理解の困難さに根差す感情表現の諦めなどが存在していた。また本音を出し難いという病棟の特性も明らかになり、これらの要因が絡み合うことによって、臨床現場で味わう否定的感情は解消されることなく対象者の中に蓄積していく事が明らかになった。

#### ②教育プログラムにおける否定的感情の自覚と問題解決への応用

教育プログラムでは、対象者が実際に援助場面出味わった否定的感情を取り上げ、参加者間

で共有していくという作業を繰り返し行った。その過程で、元々自身の感情に目を向けていたと自覚する対象者も含め、対象者たちは予想外に多様な感情が自分自身の中に存在することを知り、教育プログラムがこれまでの感情との向き合い方を再考する機会となった。

対象者たちが自分自身の中に存在する多くの感情を自覚するようになったのは、感情体験を振り返る作業の過程で様々な感情語（＝感情を言い表す言葉）を知り、体験と言葉が結びつくことによって感情の識別が進んで行ったためと考えられる。

対象者は否定的感情への注目を糸口にしながら、患者支援の場面で状況判断に影響を与えた自身のとらわれ、つまり否定的感情として現れた自身の予想や期待と現実とのずれに気付いた。そして、その気づきを契機に状況についての見方を捉え直すことを通じて、状況の打開策を見出すことができるようになっていった。また、そのような過程をたどることにより、否定的感情が解消されていくことも体験した。

対象者たちは、否定的感情に注目することの意義を知り、否定的感情への注目を避けずに、あえて見つめることにより否定的感情を緩和・解消できることや、問題解決の糸口を見出すために否定的感情を活用することができるとの手ごたえを感じていった。また、適切に感情表現を行なうための具体的な方法について検討したことにより、相手に配慮しながら安心して率直な感情表現を行う態度を身に付けていく様子が見られた。

今回の教育プログラムはグループセッション形式で実施したため、他の対象者の前で自分の感情を表現することに恥ずかしさを感じたり、これまでの自分の感情との向き合い方を変容させる過程で自己像の揺らぎを体験したりする者がいた。また、患者や周囲の人たちに否定的感情を抱く自分に嫌悪感を抱く者もいた。

このような対象者に対しては、グループ内に支持的で温かな雰囲気を作るよう努めることや、研究者が対象者と個別にプログラム中の体験の振り返りを行うことによって、揺らぎを和らげるための支援を継続して行った。そのような工夫により、当初は感情体験の振り返りに抵抗を示していた対象者も、進んで自身の体験を話しプログラムに継続して参加することができるようになっていった。

### ③感情を活用した患者—医療者のコミュニケーションの実施

教育プログラムの終了後、対象者には教育プログラムの内容を実践の場で試みることを依頼した。その結果を確認するために実施した対象者へのインタビューの中では、以前と比較すると、自分の感情に意識的に目を向けるようになったと語る者が多かった。そしてプログラム前には大雑把にしか感情の識別ができなかったが、感情を表す言葉を知ったことにより感情の識別がスムーズに行えるようになり、表現しやすくなったという声が聞かれた。

こうして、感情を識別する作業に取り組むことによって、自分自身の中に多くの感情が存在することを体験した対象者たちは、否定的感情の振り返りに慣れたことや否定的感情の意義を実感したことから、自分の中に否定的感情が存在することを受け入れられるようになった。当初は、否定的感情を見つめることによって自己嫌悪に陥っていた対象者も、次第に否定的感情やそれを抱く自分自身を受け入れられるようになっていった。

こうして対象者たちは、自分自身の中の多様な感情を受け入れることをきっかけに、患者の中にも同様に多様な感情が存在することを意識するようになった。そして、患者支援の中で自分が否定的感情を感じた時には、それを糸口に患者側の感情を想像し、患者の感情表現を引き出しながら話し合うことによって、患者の感情を確認するようになっていった。対象者の中には、そのような関わりを通じて、患者のあらゆる感情表出・表現を否定せずに受け入れられるようになったと語る者もいた。