

行動制限に対する考え方が異なること、施設独自に行動制限最小化に向けた様式やガイドラインを作成していることが分かった。

行動制限最小化委員会において、看護職はメンバーや研修会の企画、下部組織として活動もしていた。研修会の企画者や事例検討会のメンバーとして行動制限最小化認定看護師や専門看護師も積極的に関与しており、専門性を発揮した活動やそのための育成などが今後望まれることが明らかになった。

2) 一覧性台帳の活用

半数の施設が一覧性台帳は活用されていると回答しているが、指定された記載項目だけでは隔離・拘束の実態把握が十分ではないと考え、「行動制限の理由」「開放度・開放観察の時間」「長期化事例の拘束されている場所」などの項目を独自に追加し行動制限の妥当性を検討するための指標として活用している病院もあった。

3) 隔離拘束に関する考え方の施設による違い

長期の隔離拘束はしないという目標を設定することによって、実際に長期隔離が稀である病棟や、原則として認知症患者への身体拘束はしないという方針により拘束患者がいない施設が少なからずあることがわかった。施設による記録様式の相違、自治体による身体拘束に関するルールの相違などが、隔離・拘束と行動制限最小化をめぐる情報共有や処遇の標準化を阻害しているとの指摘もあった。

4) 行動制限最小化をめぐる看護職に求められる役割

隔離拘束をめぐるのは、看護師が実質的な判断を求められる場面が多いため、個々の看護師の価値判断が、行動制限最小化に大きな影響を及ぼすことが明らかになった。従って、行動制限に関する意識改革に向けた教育・研修は極めて重要であり、も認定看護師、専門看護師の役割は大きいと考えられた。

このように、患者、医療者が感情活用の方法を体得することが、患者、医療者双方の成長に役立つが、そのための条件は、率直な感情表現が安全に行える場の保証であることが確かめら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なった。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。

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

本研究は、精神科救急入院料病棟の入院患者と医療職が並行して、自分の体験している

感情の察知、識別、理解、表現からなる感情活用の態度と方法を身に付けることが、病からの回復や援助関係の形成に及ぼす影響について明らかにすることを目的としている。そこで、21名の医療者を対象に感情活用に関する勉強会を行と共に、6名の患者を対象に感情活用についての個別指導を実施した後、対象者全員に感情活用の影響に関する半構造的面接を行なった。

その結果、患者は、医療職との関わりの中で自分が体験している感情に気付く力を高めることによって、否定的感情の渦に巻き込まれがちな傾向から抜け出し、自己理解と状況把握の能力を高めながら、セルフケア行動に取り組む傾向が高まることが確かめられた。

一方、医療者は、患者との関わりの中で自分が多様な感情を抱えていることへの気づきと、それらの感情の意味理解に根差す率直な感情表現を行うことを通じて、患者との相互理解に基づき援助関係を形成していく能力を高められることが明らかになった。

このように、患者、医療者が感情活用の方法を体得することは、患者、医療者双方の成長に役立つが、そのための条件は、率直な感情表現が安全に行える場の保証であることが確かめられた。

5. 精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動要因に関する調査研究

調査結果より得られた有効なデータについて、臨床で看護者配置数変動する「時間帯」および「曜日」に焦点化し分析を行った。その結果、隔離開始・解除の集中している時間帯を24時間周期でみていくと、患者の隔離『開始』と『解除』は、夜勤帯との関連が強いことが推察された。また、隔離開始、隔離解除の曜日に関しては、「日曜・祝祭日」と、「日曜・祝祭日」明けに隔離『開始』と『解除』との関連があることが明らかになった。このような現状を生んでいる要因として最も大きいと思われたのは、各勤務帯や各曜日の看護者配置数の変動である。

すなわち、精神一般病棟では看護者のマンパワーに重点を置きながら、隔離の『開始』と『解除』の判断が行われている可能性があることが明らかになった。しかし、夜勤帯や日曜・祝祭日など、看護者数が一時的に減少する「くぼみ」では、看護ケアや患者の見守りが行き届かなくなることから、危険防止に重点を置いた処遇が行われていることが示唆された。

D. 考察

今年度、本分担任が主に取り組んできた5つのサブテーマの結果に考察を加え、それらの関連を示すことを通じて、「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」というメインテーマをめぐって、明らかになったことについて述べてみたい。

1. 行動制限最小化を阻害する要因の包括的な明確化に向けて

第1のサブテーマである「行動制限最小化を阻害する要因の明確化（浅川報告）」は、行動制限最小化困難事例の綿密な分析を通じて、行動制限最小化を阻害する要因を網羅的に抽出し、包括的な把握を行うことを目的としたものである。包括的な把握の見取図としては、宮本の提唱する臨床事例を「患者、援助職、患者・援助者の相互関係、臨床状況」の4局面に区切るという枠組みを用いた。

昨年度は、事例検討のデータに基づいて、このうち「患者」と「援助者」の局面について

て、これらの局面を構成すると考えられる阻害要因の抽出を試みた。分析・考察に取り組む過程で、行動制限最小化の阻害要因は促進要因と合せ、影響要因の裏表として位置付けた方が包括的かつ統合的な把握が可能であることに気づいた。

「患者」の局面における影響要因に関して、昨年度は主に阻害要因に焦点を当て、抽出できたのは、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項目であった。

今年度は、これらの項目を元データの供給源となった事例に戻して再検討し、併せて新たな事例の検討も行った結果、「⑧危険の回避（他患者からの暴力被害）」を1項目追加し、8項目の阻害要因に沿って把握することによって、より包括的な見方ができるという結論に至った。

「援助者」の局面に関して、昨年度に抽出できた影響要因は、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の7項目であった。

今年度は、「患者」の局面と同様に、昨年度取り上げた事例と新たな事例の検討に基づいて、「⑧社会資源の活用能力」を1項目追加し8項目の影響要因に沿って把握することによって、より包括的な見方ができるという結論に至った。

さらに今年度は、昨年度からの懸案事項であった「関係性（患者・援助者の相互関係）」の局面に関する影響要因の抽出を試みた。昨年度取り上げた事例、今年度に追加した事例に比較検討を加えることを通じて抽出できた影響要因は、①相互性、②疎通性、③共感性、④親密性、⑤安定性、⑥信頼性、⑦連帯性、⑧対等性、⑨共同性、⑩協力性の10項目であった。

これらの項目を各事例に照らし合わせた結果、関係性の局面に関して比較的満たされやすい項目は「相互性、協力性、親密性」、ある程度は満たされる項目は「疎通性、共感性」、満たされ難い項目は「安定性、信頼性、連帯性、対等性、共同性」という振り分けが可能であることが分かった。

この結果から導き出される第一の課題は、満たされ難いために行動制限最小化の阻害要因となりやすい項目について、なぜ満たされ難いのかを解明することを通じて、多少なりとも満たされるためにはどのような方策が必要かについて検討することである。また、比較的満たされやすい項目をさらに強化すると共に、満たされ難い項目を満たされる方向に伸ばしていくための呼び水としてどう活用するかについて検討することも重要な課題である。

第4局面の「臨床状況」に該当する影響要因については、昨年度の段階で、以下の4項目に整理し、下位項目の抽出も試みた。

- 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) 地域特性（施設間連携、地域資源の整備）
- 3) 病院・病棟文化（行動制限最小化委員会による調整機能とリーダーシップ）
- 4) 療養環境（保護室周辺の施設・設備、人員配置と勤務体制）

これら「臨床状況」に含まれる諸項目による行動制限最小化への影響力は非常に大きく、しかも複雑多岐にわたっていると推測されるが、因果関係の論証には大がかりな取り組みが必要となる。当分担当の報告の中では、「病棟構造と隔離・拘束との関連性（三宅報告）」、「行動制限最小化委員会の現状、機能と課題（西池報告）」、「精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動要因に関する調査研究（吉川報告）」の3報告が、臨床状況の行動制限最小化に及ぼす影響の解明につながる試みの一端として位置付けられる。

2. 行動制限最小化に臨床状況が及ぼしている影響

1) 行動制限最小化への阻害要因としての臨床状況—病棟構造と人員配置

三宅報告は、暴力・攻撃性、自傷・自殺、見当識・思考障害、強迫行為・過飲水といった患者に帰属する要因が、隔離・拘束を避け難くさせているという事実を重く受け止めている。その上で、だからといって患者は、清潔、排泄、食事、水分補給、睡眠、休息という基本的な生活行動において、これほどまでに様々な不便と苦痛を味わうことが避けられないのかと問いかける。そして、諸施設における保護室での生活の実態を比較しながら具体的に検討することを通じて、リスクを回避しながら状況を改善する余地があることを明らかにしている。言い換えれば、リスクをタテにして患者が不便と苦痛を抱くようなルールを止むを得ないものとして踏襲することには、現実的な根拠が薄いということである。

保護室周辺の施設・設備の不十分さは、患者に生理的苦痛や病棟環境への嫌悪のみならず、スタッフへの不信や自尊感情の低下をもたらすことについては多くの患者が語っている。その反面、不便や辛い思いをさせて申し訳ないと心から詫げるスタッフが一人でもいると、それだけで気持ちが和らぐと言う患者も少なくない。保護室での生活環境を改善することよりも、患者を保護室から一刻も早く出すことの方が重要であるという主張を聞くこともあるが、生活環境が劣悪であることが患者の自尊感情を傷つけ、そのことから医療不信が何年も尾を引くという事実を見落としてはなるまい。

保護室での生活環境を劣悪にさせる要因としては、保護室周辺の施設・設備の不十分さに加えて、人員配置・勤務体制の不十分さ・不適切さという要因を挙げる必要がある。人員不足が保護室でのケアの質を低下させること、あるいはその逆に保護室に手を取られて一般病室の患者のケアが疎かになるという常識は、古くから看護師の間で共有されている。しかし、そのことが数量的なデータによって立証されてきているわけではない。

そこで、吉川報告では、勤務時間帯や曜日による勤務者数の変動が、隔離の実施に影響を及ぼすという仮説の検証に取り組んだ。具体的には、隔離の開始と解除が、時間帯と曜日という要因によって変動するという事実の確認であり、調査結果はほぼ予想通りであった。すなわち、隔離は夜勤帯を間近に控えた時点で開始され、日勤帯が始まると解消され

る傾向があり、一方、休日が近付いた金曜日に開始され、日祭日明けに解除になることが多いという事実が確かめられたわけである。この結果から、夜勤帯や休日など、看護者数が一時的に減少する「くぼみ」があると、看護ケアや患者の見守りが行き届かなくなるか、もしくは途絶えるという結論が導かれる。くぼみがなくなり、均一的な人員配置が保障されれば、人員のくぼみを見越して、不必要な隔離を行わなくてもすむわけである。

そして、人員配置の問題には、人員配置基準、診療報酬制度、指定医制度人員配置基準という法律・制度・システムの問題も絡んでくる。ただし、制度を変えるに当たっては、現行の人員配置や勤務体制では何が不足するか明確にした上で、必要なケアを遂行するには、どれだけの人員をどのように配置すべきなのかについて事前に検討しておくことが欠かせない。その際に重要なのは、補充された人員が有効に機能できるための基盤を作っておくことであり、そのためには患者、援助者、関係性、臨床状況の4局面すべてにわたる検討が必要である。

2) 行動制限最小化への促進要因としての臨床状況—行動制限最小化委員会の活動

臨床状況に含まれる行動制限最小化への重要な促進要因は、西池報告で取り上げている行動制限最小化委員会の活動である。西池報告では、行動制限最小化委員会が制度化され各施設に根付きつつあるものの、活動実態には施設間落差があることが明らかにされている。行動制限最小化委員会の活動が活発な施設では、委員会の下部組織をシステム化し、認定看護師、専門看護師をはじめとする看護職員が主体的な取り組みを行っていた。特に重点を入れていた活動は、行動制限最小化の理念や方法に関する研修会や、困難事例を取り上げ吟味する事例検討会であり、その効果が徐々に現れつつあることが示唆された。ただし、今後の課題として、医療スタッフの意識改革の必要性を指摘する回答があることから、病院・病棟文化が行動制限最小化にとって阻害要因となっている場合がある。従って、行動制限最小化委員会による調整機能とリーダーシップの発揮による、新たな病院・病棟文化の構築が、今後の重要課題となると考えられる。

3. 行動制限最小化の促進要因としての関係性—感情活用能力と援助関係の形成

高橋報告では、急性期病棟の医療スタッフと患者双方に、感情の察知、識別、理解、表現の4段階からなる、感情活用能力の向上を目的とした学習支援を行った結果、看護師、患者、両者の関係性にどのような変化が生じたかについて論じている。

多くのスタッフは、患者との間での感情の率直なやりとりをある程度は心掛けてきており、感情活用の枠組を知ることによって、援助関係の形成が促進されるという手応えを感じていた。一方、従来は自分自身の感情に目を向ける習慣がなかったスタッフは、感情を直視すること自体に戸惑いや抵抗を感じる傾向があった。これらのスタッフは、急性期患者との関わりの場面で、患者の攻撃に遭った際に体験する怒り、恐怖、嫌悪などを封印することによって、患者との心理的距離を保ち、自分自身の精神的な安定を図っていたことに気づいたと述べている。

このように、攻撃的な傾向を示す患者との関わりに関しては、積極的にコミュニケーション

ジョンをとろうとする姿勢と、心理的距離を保って危険を避けようとする姿勢とが併存している。このような対象的な姿勢が見てとれることから、急性期患者との関わりをめぐっては、感情活用による援助関係形成に積極的な病棟文化と、事故リスク回避に重点を置き援助関係の形成には悲観的な病棟文化が併存していることが明らかになった。

昨年度の研究から明らかになったように、感情活用能力と援助関係形成能力は、援助者の局面に含まれる行動制限最小化の重要な影響要因であり、高橋報告からは、感情活用能力と援助関係能力の育成に重点を置いた研修の重要性が確認されたといえる。

一方、患者に対する感情活用能力育成に向けた働きかけによって、患者からは、否定的感情に巻き込まれがちな傾向から抜け出し、自発的な相談や援助依頼など、セルフケア行動に取り組む傾向が高まる方向での変化を見出すことができた。患者の側には、一部のスタッフのように自分の感情に注目し、率直に表現することに対する抵抗感やためらいは少なく、どのような表現が適切かは、まだよくわからないけれども、言えることから言ってみようという素直な反応が聞かれている。

感情活用能力の育成に向けた働きかけへの患者の反応を手掛かりにすると、行動制限最小化への影響要因のうちで、患者の局面に含まれる要因の見直しが可能になる。昨年度に抽出した7項目に今年度1項目を補った8項目は、隔離・拘束をもたらす行動制限最小化を阻害する要因であり、これら阻害要因が解消されることによって行動制限最小化が促進されるということになる。一方、感情活用能力の育成は、行動制限最小化を積極的に促進する影響要因の抽出を可能にすると考えられる。主な項目としては、①感情活用能力、②回復と自立への希望と見通し、③援助者による支援についての理解、④レジリアンス、⑤援助を求める力等を挙げることができ、援助者の局面に含まれる影響要因重なる部分も多いことが分る。

こうして、患者、援助者双方における感情活用能力の向上が見られることによって、援助関係の形成に向けた相互作用も活性化すると考えられる。急性期患者と援助者との関係性の局面に含まれる影響要因に照らしてみると、比較的保たれている相互性、親密性、疎通性は、感情活用によってより活性化され、共感性や信頼性も生じてくるはずである。また、感情活用がお互いにとって重要であることについての認識を共有できれば、共同性や協力性の高まりから対等性や連帯性も生じてきて、安定性のある援助関係が形成されていく余地が出てくると考えられる。

援助者の感情活用能力を高めることによって、急性期患者との関係性を援助関係に持ち込むことができれば、継続治療、継続ケアの基盤が確立しやすくなるはずである。現実に地域で暮らす多くの精神疾患患者からは、入院時における、医療スタッフとの信頼関係の形成が療養への前向きな取り組みのきっかけとなったという声が聞かれる。その一方で、入院当初に隔離・拘束を受けた体験がわだかまりとなって、医療不信が解けない患者も少なくない。

多くの医療スタッフは、そのような事情を認識しつつあるが、人員配置の不足等、医療

システムに起因する制約の中で、患者との援助関係作りに十分な時間を持ってないという実態がある。そういう状況の中でも、感情活用と援助関係づくりに向けた努力を組織的に取り組むことは重要であり、そのための要となるのが行動制限最小化委員会の活動であることが明らかになった。

E. 結論

1. 行動制限最小化をめぐる包括的な問題把握のために、精神科病院における隔離・拘束への影響要因を「患者、援助者、患者と援助者の相互関係（関係性）、臨床状況」の4局面から広く抽出し構造的な整理を行った。
2. 精神科病院における隔離・拘束への影響要因の包括的把握に向けた枠組みを用い、行動制限最小化委員会を中心に、様々な臨床状況における行動制限最小化の阻害要因の除去に向けて、課題の明確化とその解決策の提案・実施に取り組んでいく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 原著論文

- 1) 熊地美枝、美濃由紀子、高橋直美、宮本真巳：常時観察の運用状況と一般精神医療への還元 — 司法病棟における常時観察の現状と問題点 —. 日本精神科看護学術集会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 55(3), 日本精神科看護技術協会編：精神看護出版, pp291-295, 2012.
- 2) 三宅薫：保護室における換気と消臭に関する援助の実態—37施設を対象にした調査より—. 日本精神科看護学術集会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 55(2), 日本精神科看護技術協会編：精神看護出版, pp205-209, 2012.

2. 総説

- 1) 宮本真巳：実践力を育てる—精神科看護における実践力育成と感情活用、精神科看護、精神看護出版, 39(12)、pp22-35, 2012年12月

3. 学会発表（国内）

- 1) 熊地美枝、美濃由紀子、高橋直美、宮本真巳：常時観察の運用状況と一般精神医療への還元 — 司法病棟における常時観察の現状と問題点 —. 第19回 日本精神科看護学術集会専門Ⅱ, pp291-295, 2012年11月（鳥取）

- 2) 三宅薫：保護室における換気と消臭に関する援助の実態. 第 18 回 日本精神科看護学術集会・専門 I、pp205-209, 2012 年 8 月 (秋田)
- 3) 大谷須美子、三宅美智、西池絵衣子、鎗内希美子、浅川佳則、末安民生、美濃由紀子、宮本真巳：行動制限の阻害要因と促進要因の明確化 ―看護師局面に焦点をあてて―. 第 20 回 日本精神科救急学会学術総会, pp189, 2012 年 10 月 (奈良)
- 4) 三宅美智、西池絵衣子、末安民生、大谷須美子、鎗内希美子、浅川佳則、美濃由紀子、宮本真巳：精神科病院における隔離身体拘束の動向調査. 第 20 回 日本精神科救急学会学術総会, pp188, 2012 年 10 月 (奈良)
- 5) 高橋直美：精神科スーパー救急病棟における患者・医療者への感情活用を促進する介入の試み. 第 32 回 日本看護科学学会学術集会, p291, 2012 年 12 月 (東京)

H. 知的所有権の出願・取得状況 (予定を含む)

なし

1) 行動制限最小化を阻害する要因の明確化

- 行動制限の阻害要因と促進要因の明確化 -

研究分担者：	宮本真巳	(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)
研究者協力者：○	浅川佳則	(ねや川サナトリウム)
	三宅美智	(天理医療大学医療学部)
	西池絵衣子	(天理医療大学医療学部)
	大谷須美子	(ハートランドしぎさん)
	鎗内希美子	(金岡中央病院)
	渡辺純一	(井之頭病院)
	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)
	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)
	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：本研究では、平成 22 年度、23 年度の調査に基づき、隔離・身体拘束の長期化が顕著な 7 事例の再検討を行うとともに新たな事例の検討を加え、これまでに抽出された行動制限最小化への影響要因（阻害要因・促進要因）の妥当性についての検討を行った。行動制限最小化への影響要因として大きくは、患者、援助者、援助者・患者の相互関係、臨床状況の局面が区別できるが、昨年度は十分に検討できなかつた、援助者・患者の相互関係に帰属する影響要因の抽出を行った。以下に、その内容について報告する。

1. 平成 23 年度に得られた行動制限最小化への影響要因（促進要因・阻害要因）に注目した事例検討会を実施した。
2. これまでに検討した事例の再検討と新たな事例の検討の結果を合わせて、抽出された要因の妥当性を検討した。その結果、患者の局面に関しては「危険の回避」、援助者の局面に関しては「社会資源の活用」という新たな項目が抽出された。
3. 相互関係に帰属する影響要因について検討を行い、以下の 10 項目が抽出された。
①相互性、②疎通性、③共感性、④親密性、⑤安定性、⑥信頼性、⑦連帯性、⑧対等性、⑨共同性、⑩協力性

A. 研究目的

【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いる。そのため政策としても行動制限最小化委員会の設置が診療報酬の算定要件となるなど、隔離・身体拘束最小化のための取り組みが行われている。それにも関わらず厚生労働省精神保健福祉資料によると、隔離・身体拘束施行数は増加傾向にある。

こうした状況を受け我々は、平成22年より隔離・身体拘束施行数への影響要因について検討を行ってきた。これまでに行動制限最小化委員会で整備が義務付けられている一覧性台帳だけでは、隔離・身体拘束施行患者の実態を把握することが難しいこと、長期隔離・身体拘束事例では患者側の要因だけでなく、各病院・病棟の文化の影響も大きいこと、身体拘束施行数の増加には長期在院患者の高齢化、認知症患者の増加が影響している可能性が高いことが示唆された。それらの検討内容に基づき、まずは隔離・身体拘束施行期間の長期化を防ぐためには、隔離・身体拘束の解除を促進あるいは阻害する要因を多面的に明らかにする必要があると考えられた。

そこで昨年度は隔離・身体拘束が長期化している事例8ケースを対象に、「患者」「看護師」「医師」「多職種」「家族」「地域」「臨床状況」の7局面から事例の検討を行った。その結果隔離・身体拘束が開始される理由や各局面における阻害・促進要因が明らかにされた。

今年度は抽出された阻害・促進要因を臨床実践で活用が可能な形にするために引き続き事例検討会を行い、阻害・促進要因の再検討と前年度抽出が不十分だった、隔離身体拘束最小化に影響する患者—看護師関係の要因を検討した。

【研究目的】

本研究では精神科病院における隔離・身体拘束施行期間が長期化した患者の事例について、昨年度までに抽出された阻害・促進要因に着目した事例検討を行う。それにより、これまで抽出された項目の妥当性と新たな項目について検討する。また行動制限最小化に影響する患者看護師関係の阻害・促進要因についても検討し、明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1. 隔離・身体拘束の解除を阻害・促進する要因に着目した事例検討会の開催

平成23年度に事例検討を行った事例（5施設、計8事例）から抽出された、行動制限最小化の阻害・促進要因に着目した事例検討を行った。抽出された行動制限最小化の阻害・促進要因の妥当性を検討した。

2. 隔離・身体拘束の解除を阻害・促進する要因の再検討

新たに抽出された要因を追加した上で、平成23年度（協力の得られたケース6ケース）と今年度新たに事例検討を行った7事例（資料1）について分析用ワークシートを用いて行動制限最小化の促進要因、阻害要因の再検討を行った。

3. 患者看護師関係の局面からみた行動制限最小化への影響要因の検討

前年度、検討が不十分であった、患者看護師関係が行動制限最小化に影響する要因について検討した。

4. 倫理面への配慮

協力者に対して、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、同意を得た。提供された事例については、病院・個人が特定されることがないように、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し同意を得た。

C. 研究結果

1. 隔離・身体拘束の解除を阻害・促進する要因に着目した事例検討

前年度抽出した行動制限最小化への阻害・促進要因に基づくデータ収集シートを作成した。（資料2、3）事例検討会を開始する際、参加者に行動制限最小化を阻害していると考えられる7つの要因（①感情活用の不足、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レジリアンス・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)について説明し、着目する視点を共有した上で、事例検討会を行った。

今回事例検討を行ったケースは、器物破損など攻撃性が高く隔離施行され、転倒・転落、安静保持困難を理由に身体拘束も施行された患者であった。入院当初は攻撃性が高く隔離になっていたが徐々に問題点が移行し、他患者のものを盗る行為が頻回になり、それを理由に他患者から暴力を受けるようになった。そのため、他患者からの保護を目的に隔離が行われるようになった患者である。(表1)

		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1 隔離身体拘束の理由

事例検討の焦点になったのは、援助者に帰属する影響要因の明確化であった。

(表2)特に看護師、医師はともに、繰り返される問題行動に疲弊し、治療目標を見失っていた。さらに日常的に関わる看護師は、盗みという反社会的行動に嫌悪感を抱くこともあった。そのような感情は患者に対してケアする熱意や患者を理解しようとする意欲を低下させていた。

	看護師		医師		多職種		家族	
	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進
⑥ 自我の安定性							○	
② 治療目標の明確さ	◎		◎		○		○	
③ 理念の体得		○	◎					○
④ 援助関係形成能力			○					○
⑤ 患者理解	○		○					(○)
⑦ 役割意識の明確さ		○	○		○			○
① 感情の自覚的活用 (不安・怒り・嫌悪感・不安全感・無力感・徒労感)	◎							

表2 行動制限最小への影響要因

その結果、看護師としての役割は果たし日常業務は提供できても、患者との感情的な交流は薄れていたのではないかと語られた。

またこのケースの場合、家族が自宅での受け入れは困難だと考えているが、定期的には面会に来ており、関係が途絶えているわけではなかった。しかし関係性としては歪んでおり、患者が自分の子供に対して何か特別な感情を抱いているのではないかと思わせるエピソードもあった。それが憎しみなのか、失望なのか、検討会のなかでは明らかにはならなかったが、そのような関係性が現在の患者の行動とどのようにつながっているのかについて、検討する余地があると考えられた。

援助者の無力感や徒労感は、患者に期待することをあきらめるという形で、日常のケアに影響していた。そのような状況のなかでも、行動制限最小化に対する意識が高い病棟は、患者に隔離や身体拘束を施行することの妥当性を問い、葛藤していた。これ以上打つ手立てがない、と追い込まれている状況でも、事例検討の機会をもつことによって問題点が整理でき、わずかも新しい気づきを得ることにつながった。

2. 行動制限最小化への阻害・促進する要因の再検討

1) 「患者」に帰属する影響要因の再検討

前年度の研究においては、患者に帰属する行動制限開始の理由を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項目に分類していた。再検討の結果、隔離の理由として、他患者からの攻撃による危険を回避するためという項目が追加された。例えば前述の患者の場合「他患者の物を盗む」という問題行動があり、それにより他患者から警戒され、他患者の部屋に入るだけで暴力を受ける危険があった。他にも大声を抑えることのできない患者が他患者からの攻撃に遭うというエピソードが挙げられ、他患者からの攻撃による危険の回避が8ケース中2ケースに認められた。そこで、本人が精神症状などにより自分の安全を守れないことを意味する④危険行為とは区別し、他患者の攻撃からの避難という目的で隔離を施行する場合には「危険回避」とした。したがって、「患者」に帰属する影響要因は1項目追加し8項目に変更した。（表3）

隔離は本来、他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある場合、他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められる場合、急性精神運動興奮等のため、不穏、他動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合などが主な要件になる。従って、他患者からの危険回避は、本来の隔離の要件には当てはまらない。しかし臨床実践において、一般病室のエリア内で身体拘束を行った場合や、患者が迷惑行為を行った場合など、他患者から暴力などによる攻撃を受ける恐れが高い場合には危険回避が隔離の理由となる現状があることは否定できない。危険回避という項目の追加によって、そのような場合への対策を立てることにつながると考えられる。

		1		2		3		4		5		6		7	
		ピック病		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 (自分の安全を守れない)					(○)	(○)			○	○	○			
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)		○			(○)	(○)	○		○	○	(○)	○	(○)	
⑧	危険回避 (他患者からの危険を回避する)	○		○											

●：最初の理由 ○：当てはまる (○)：場合によっては当てはまる

表3 患者に帰属する影響要因

2) 「援助者」に帰属する影響要因の再検討

前年度は援助者として「看護師」、「医師」、「他職種」、「家族」を区別した上で、援助者全般に見られる行動制限最小化への影響要因を①自我の安定性、②治療目標の明確さ、③理念の体得、④援助関係形成能力、⑤患者理解、⑥役割意識の明確さ、⑦感情の自覚的活用（不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・徒労感など）の7項目に整理した。再検討の結果、家族に帰属する影響要因として、社会資源の活用能力の有無も行動制限に影響する因子であると考えに至った。

例えば患者の居場所は病院だけと信じて他のサービスの利用を検討しないこと、あるいは利用できるサービスを知らないことが影響すると考えられた。一方で、病院に入院すると他患者との関係性から隔離をしないが、家族が社会資源を利用し支援を受けることによって地域生活が可能となったケースが挙げられた。「援助者」に帰属する影響要因として「社会資源の活用能力」を追加したのは、以上の理由による。（表4）

	1		2		3		4		5		6		7	
	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
① 自我の安定性	○		◎		○				○		○			
② 治療目標の明確さ	○		◎		◎									
③ 理念の体得		○	○		○					○				
④ 援助関係形成能力		○	○		○		○							
⑤ 患者理解		○	○		○						○			
⑥ 役割意識の明確さ		○	○				○							
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)			◎		◎				○		○			
⑧ 社会資源の活用能力	○						○		○					○

◎：最も影響の大きい要因 ○：関連のある要因

表4 援助者（家族）に帰属する影響要因

3. 患者—看護師関係の局面からみた行動制限最小化への影響要因の検討

患者と援助者との相互関係に帰属する影響因子を①相互性、②疎通性、③共感性、④親密性、⑤安定性、⑥信頼性、⑦連帯性、⑧対等性、⑨共同性、⑩協力性の10項目に分類し、それぞれの事例について再検討を行った。その結果を表5に示す。

		1		2		3		4		5		6		7	
		ピック病		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
①	相互性		○	○	○		○	○	○	○		○			○
②	疎通性		○	○		○		○	○	○		○			○
③	共感性	○		○			○	○		○	○	○		○	
④	親密性	○			○		○		○	○		○		○	○
⑤	安定性	○		○		○		○		○		○		○	
⑥	信頼性	○		○		○		○		○	○	○		○	
⑦	連帯性	○		○		○		○		○		○		○	
⑧	対等性	○		○		○		○		○		○		○	
⑨	共同性	○		○		○		○		○		○		○	○
⑩	協力性	○	○	○		○		○		○		○	○	○	○

○：関連のある要因

表5 相互関係に帰属する影響因子

以下に、上記10項目の意味合いについて整理しておきたい。

- 1) 相互性＝一方的な関係ではなく、お互いに相手に働き掛け合っている。
- 2) 疎通性＝お互いに相手からのメッセージを理解し合えている。
- 3) 共感性＝相手の身になることができ、気持ち通じ合えている。
- 4) 親密性＝相手を身近な存在と感じ親しみを抱いている。
- 5) 安定性＝関係性が大きく変動せず良好な状態が継続している。
- 6) 信頼性＝お互いに相手の力を信じ任せることができている。
- 7) 連帯性＝目標や理想を共有し強い一体感をもって協力し合っている。
- 8) 対等性＝上下関係がなく同じ立場で自由に言い合える。
- 9) 共同性＝同じ立場や資格で結ばれている。
- 10) 協力性＝同じ目的の達成のために力を合わせている。

表5に示した結果から、隔離・拘束が行われている患者との関係性において、相互性、親密性、疎通性、協力性、共感性は比較的保たれている反面、安定性、信頼性、連帯性、対等性、共同性を維持するのは極めて困難であるという事情がうかがわれた。

D. 考察

1. 行動制限最小化への阻害・促進要因に注目した事例検討会を開催する意味

事例検討会に事例を提供しようと考えるとき、事例提供者と病棟チームは、その患者の処遇に試行錯誤を重ねてきたけれども捗捗しい成果を得られず、他に有望な方法を思いつかないという状況に追い込まれ、行詰り感や無力感を抱いている場合が多い。しかし、その一方で、現状には疑問を持ち、何とかしたいという気持ちがあるからこそ、あえて事例提供を行なうという事情もある。行動制限を実施している患者の事例が提供される場合は、特に重症化した事例や処遇が困難な事例が多いが、事例検討会は新しい視点や気づきを得る貴重な機会となる。

また行動制限が長期化している場合、その理由には様々な要因が複雑にからみ、打開の糸口を見つけ出すことすら困難である。隔離・身体拘束の解除に向けたケアについては、多くの事例研究が行われているが、その内容を系統的に整理したものはない。さらに整理するための指標もなかった。本研究によって抽出することができた行動制限最小化への阻害・促進要因を共通の指標として利用し、困難事例の比較検討を積み重ねデータを蓄積することによって、行動制限最小化をめぐる問題点を系統的に整理することができるはずである。

今回、行動制限最小化への阻害・促進要因に注目して、これまでに取り上げて来た事例を改めて振り返った結果、患者に帰属する影響要因としては「危険回避」、援助者（家族）に帰属する影響要因としては「社会資源の活用能力」という新たな項目を発見することができた。今後も事例検討を重ねることが、行き詰った事例への新たな取り組みにとってヒントとなる新たな項目の発見につながると考えられる。

2. ケアに大きな影響を与える「相互関係に帰属する影響要因」

患者と援助者の相互関係に帰属する影響要因の中で、促進要因として最も多くあげられたのは、「相互性」である。相互性は援助関係において最も基礎的な部分になると思われるが、促進要因になっていると考えられた事例では、カンファレンスが十分行われており、患者の行動について看護者側の理解が十分であることが共通していた。また、多くの人との関係や集団の中での関係の維持が困難な患者であっても、個別的な関わりや特定の人との関わりなどができる事例では、相互性が高いと評価されていた。「相互性」が高いと評価された背景として考えられるのは、「相互性」とは患者、看護者双方が、お互いに対し何らかの関心を向け、相手方からの刺激に反応を示すことで促進される関係性だからと考える。隔離・身体拘束が長期化している困難事例では、看護師が患者に関わる時間が増大し、患者も行動制限を受けていることで普段よりも看護師との接触が増えるため、なんらかの情緒的交流が生まれやすいのではないかと考えられる。

それに対して、「相互性」が低いと評価された事例では、コミュニケーションが取りにくいことや行動の意味が理解しにくいことから関係性の構築が難しく、そのことが行動制限最小化を阻害しているとされた。この事例で看護師は、患者の言動の真意を測りかねており、関係を構築するには至っていないことが、行動制限最小化の阻害要因となっていると考えられる。

相互性に次いで、行動制限最小化の促進要因として取り上げられていたのが「親密性」である。長期行動制限という困難事例でありながら患者と看護師の間で親密性が高かったのは、行動制限が長期になるほど、患者と関わる時間が増え、一種の馴染みの関係になるからではないかと考えられる。困難事例であるがゆえに複数の看護師で対応することや、一般の患者より時間をかけて個別的に対応することから、いわば症状の重さに反比例して患者との距離が近くなり、親密性が高まったのではないかと考えられる。

計見は、「そばにいれば観察できるし、コミュニケーションもとれる。どんな状態でも患者は何かを発信している。表現はさまざまですから、それを受け止めるためには離れてはできない。近づくしかないんです」¹⁾と行動制限の目的の一つが患者と接近することであると述べている。ただし、拘束された状態の患者と看護師のコミュニケーションにおいては、患者の退行からくる依存性が親密性と重なっていることにも留意すべきであろう。

「疎通性」に関しては、良好な状態が保たれる患者と低下してしまう患者の落差、同じ患者でも良い時と悪い時の落差が大きいと考えられた。行動制限が長期化した事例においては、コミュニケーション能力が著しく低い場合、もしくは周囲への興味を失いコミュニケーションへ

の関心が希薄になっているという事例もあった。特に自傷他害を繰り返す患者の場合、言語的な「疎通性」が失われやすいため、看護師としては患者の行動の予見が難しく、より慎重にリスク回避を図ろうとして、行動制限の長期化を招いていると考えられる。

看護師の多くは「疎通性」の差異や変動を視野に入れ、疎通がとれる時を見計らって開放観察を試み、なんらかの形で行動拡大をはかる関わりをするなどの対応を試みており、「疎通性」は行動制限に大きな影響を及ぼしている因子であることがわかった。また、行動制限中、看護師は患者に対し定期的にコミュニケーションの機会を持つように心掛け、その時の反応を患者の症状の善し悪しを判断する観察材料としていた。その際、「疎通性」の良し悪しについての判断は、重要な指標となっていることが伺われた。

「共感性」については、患者の叫ぶという言動について、「幻聴がひどいのではないか」、「自分の伝えたいことが伝えられなくてイライラするのでは」、「隔離室に長期にわたり使用していることで苦痛を感じているのでは」と考えると発言した事例提供者がいた。患者の不適切な言動についても、その行動の背景も含め理解を深めようと努めることによって、患者の置かれた立場や症状からすると、不適切と思える言動もある程度やむを得ないとの理解が「共感性」につながっていると考えられる。

その一方で「共感性」の低下した状態として挙げたのは、患者の看護師や他者に対する暴力行為、看護師から見て理解し難い強迫的な行動のある事例であった。患者からすれば身を守るための行為がであっても、暴力に直面する看護師は強い恐怖や不安を感じている。そのような関係性の中で、看護師は患者の思いに共感する余裕を失い、患者、看護師の双方が相手に対して不信を抱くという悪循環に陥ってしまう恐れがある。看護師は患者から攻撃を向けられると、怒りや恐怖といった感情が引き起こされるため、患者に対し否定的で威圧的な態度をとったり、嫌悪感を抱き接触を避けたりしがちである。そこで、看護師は患者の行動の意味を考えるだけでなく、自分自身の感情にも目を向け、患者に投げかけ、患者とともに考える姿勢取り続けることを通じて、感情活用能力を高めていくことが必要とされる。

「安定性」「信頼性」「連帯性」「対等性」の4項目は、7事例全てで著しく低下しており、そのことが行動制限最小化の重要な阻害要因となっていると考えられるが、これらの要因は、「相互性」「疎通性」「共感性」が満たされてこそ成立する関係性であると考えられる。

「安定性」については、「コミュニケーションがとれなかったため、関係性も安定しなかった」「患者は刺激や環境の変化によって、安定性が保てなくなる」など理由があげられた。安定性の基盤として、患者の症状や言動に対する理解が欠かせず、それらが十分に満たされない場合、看護師は患者の言動を予見できず、そのことが「安定性」を阻害すると考えられる。

「信頼性」については、看護師が「患者の残存機能を生かし援助に応じた行動がとれることを期待する」関わりを行うことによって、患者の行動変容が期待できるとした事例が1例あった。しかし、その他の事例では「突発的な行動化がみられるので信頼できない」、「患者は行動制限の意味を理解できず、そのため看護師に対して信頼関係がなかった」など信頼関係が損なわれている事例が多かった。特に、行動制限が長期化している場合は、過去に激しい不穏行動や重大な危険行動に至った事例や、それを繰り返している事例が多いため、看護師はそのような状況への不安から、患者に対し信頼感を抱きにくいと思われる。行動制限解除のため、様々なケアの試みを行っても思うような結果につながらない時、看護師は次第にケアに対する自信を失い、徒労感や不全感、無力感を強く感じるようになる。そして患者に対し不信感を抱くようになりかねない。

「連帯性」については、「信頼性」と同様に、患者の危険な行動に対する看護師の不安や不信

感ゆえに成立し難い状況となっている。また、「対等性」については、日本の精神科医療において、患者自身の意思による入院制度がようやく創設されたのが約 25 年前の 1988 年であり、なおかつ現在でも任意入院でありながら閉鎖病棟に入院している患者も数多くいるという状況によって、これも成立が難しくなっている。長年にわたり精神科特例が認められてきた歴史もあり、多くの精神科病院では恒常的にマンパワーが不足しており、そのことが患者の個別性よりも管理を優先せざるを得ない状況を生み出し「対等性」を阻害する大きな要因となっている。今後は管理優先の傾向を払拭し、「対等性」、「連帯性」に基づき患者の個別性やストレングス（強み）を生かした、生活モデルのケアの重点が置かれなければならないと考える。

「共同性」については、「男性看護師は本人と共同して問題解決をしようという思いを抱いている」という事例があった。ただし、この事例では患者の暴力による被害者が女性スタッフであり、その女性スタッフは恐怖心などから本人との距離を置きたいと思いが強く共同に対し消極的であった。このような場合、同じ看護チーム内でも男性看護師と女性看護師の置かれた状況は大きく異なり、男性看護師が強みを発揮して患者との共同性を高められる可能性がある一方で、女性看護師に対する配慮を欠くと看護チームにおける「共同性」や「連帯性」が損なわれる可能性も生じてくる。

「協力性」については、行動制限を解除して欲しいと願う患者と、それに応えたいという看護師の熱意が一致し協力関係の中で創意工夫の相乗効果が生まれれば、行動制限最小化にとって非常に大きな促進要因となる。しかし、看護師の予期せぬリスクに対する不安が根強い事例や、「協力性」の基盤となる「疎通性」が著しく障害されている患者の事例では、治療への協力関係を築くことは難しく、そのことが行動制限の長期化をもたらしている事例も少なくないと思われる。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」²⁾ であると述べている。隔離・身体拘束最小化のため、患者とのパートナーシップの関係を築くためには、患者と看護師の間や、両者を取り巻く臨床状況で今、何が起きているのかを解明することが不可欠である。

これまでの調査から、行動制限最小化への影響因子として患者に帰属する影響因子、援助者に帰属する影響因子、相互関係に帰属する影響因子、臨床状況に帰属する影響因子があり、それら複数の影響因子が複雑に影響しあい、行動制限が長期化することで、その影響がさらに増強するという悪循環に陥るといった構造が明らかになってきた。特に 24 時間、ベッドサイドで患者に関わる看護師にとっては、患者との相互関係が個々の患者のケアの質に、大きな影響を与えている可能性が示された。

隔離・身体拘束という行動制限の経験は、患者にとっても看護師にとっても決して望ましいものではない、特に患者にとって長期間の行動制限は、看護師に対する信頼感のもとより、他者に対する信頼感や、自分自身のコントロール感を奪う体験になる危険性がある。河内は、患者に最も身近に接する看護師には、自分自身を含め、「心のダメージを最小限にしながら、信頼感やコントロール感の回復を支えられるようなケア」³⁾ が求められていると述べている。今回の調査結果から、行動制限最小化に向けては、患者との関係性の実態把握に基づく心理的なケアが重要であることが示唆されたと考える。

E. 結論

1. 行動制限最小化への阻害・促進要因に着目した事例検討会の開催とこれまでの事例の振り

返りにより、患者に帰属する影響要因では「危険回避」の項目、援助者（家族）に帰属する影響要因では「社会資源の活用能力」が新たな項目として抽出された。

2. 患者 - 看護師関係の局面から行動制限最小化への阻害・促進要因について検討した結果、相互性に帰属する影響要因として、①相互性、②疎通性、③共感性、④親密性、⑤安定性、⑥信頼性、⑦連帯性、⑧対等性、⑨共同性、⑩協力性の10項目が新たな項目として抽出された。

<参考文献>

1. JAEP 教育研修会テキスト Vol.1 日本精神科救急学会 教育研修会編 2009
2. 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
3. 河内俊二: 患者さんと看護師双方に必要な心理的アフターケア, 精神看護 vol. 14 no. 5, 医学書院, 2011

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) 大谷須美子, 三宅美智, 西池絵衣子, 鎗内希美子, 浅川佳則, 末安民生, 美濃由紀子, 宮本真巳: 行動制限の阻害要因と促進要因の明確化 - 看護師局面に焦点をあてて - . 第20回 日本精神科救急学会学術総会, pp189, 2012年10月(奈良)

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

資料 1 7 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		
患者特性	性別	男性	男性	女性	男性	女性	男性	男性		
	年齢	70代	20代	30代	30代	80代	40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		
	診断名	ピック病	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		
	GAF	50-41	20	35	20-11	21	20	50		
	服薬量	行動制限開始時	0	603	1209	613	45	2000	600	
		現在	0	1200	1125	1765.5	45	2000	1800	
疾患	迷惑行為	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)	11(10)	8(7)	8(7)	7(4)	1(1)	5(3)	1(1)	
		非常勤医師(指定医数)	2(2)	5(5)	5(5)	3(3)	0(0)	0(0)	0(0)	
		看護師	21(7)	21	21(1)	18	10(0)	24(0)	9(0)	
		精神保健福祉士(PSW)	0	9	9	1	0	24(0)	0	
		作業療法士(OT)	0	6	6	1	0	24(0)		
		薬剤師	0	5	5	0	0	1	0	
		栄養士	0	4	4	1	0	1	1	
		助手	2	46	46	9	9	6	9	
		心理士	0	2	2	0	0	0	0	
		看護師の平均年齢	0		30-40	40代後半	30.3	30	34.3	
	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	39	10(2)	10(2)	7(4.5)	8(7)	12(4)	3(3)	
		準夜				2(1)	1(1)	3(0)	1(1)	
深夜		2(0)	2(0)	2(0)	2(0)	1(1)	2(0)	1(1)		
病棟機能		精神一般病棟	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		
		男性閉鎖	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		
病棟構造	病室の種類	保護室	3	3	2	1	0	4	5	
		個室	1	1	2	0	6	4	3	
		観察室	1(4床室)	1	1	0	1	0	1	
		2床室	0	0	0	0	4	6	1	
		4床室	13	14	14	1	8	2(0)	5	
	6床室	0	0	0	8	0	5	4(5床室)		
	空間	中央型	中央型	中央型	分散型		中央型	一隅型		
配置	エリア区分のない保護室が他病室と並列配置	エリア区分のない保護室が他病室と並列配置	エリア区分のない保護室が他病室と並列配置	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置			
地域・病院状況	地域特性	医療圏人口	約80万	約80万	約80万	24万	約140	約95万	約140	
		措置入院件数 (H22年)	3	3	3	1	26	38	26	
	病院特性	病院構造	保護室総数	10	10	10	9	93	20	93
			個室総数	4	4	4	13	57	30	57
		総病床数	520	520	520	267	700	659	700	

資料 2 行動制限最小化への阻害・促進要因に基づくデータ収集シート（事例のタイプ分類）

事例のタイプ分類									
理由	病名	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)								

資料 3 行動制限最小化への阻害・促進要因に基づくデータ収集シート

		看護師		医師		多職種		家族		状況	
		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・嫉妬感・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										
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）									