

2) 病棟構造と隔離・拘束との関連性

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)

研究協力者 ○三宅 薫 (医療法人学術会木村病院)

研究要旨：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、保護室における設備・構造と生活援助について調査を実施した。保護室における生活の援助について、関連する精神症状・行動を対応別に整理し、個別的な援助方法を成立させる要因について考察した。

A. 研究目的

保護室における生活の援助について、関連する精神症状・行動を対応別に整理し、個別的な援助方法を成立させる要因について考察する。

B. 研究方法

研究者が施設を訪問し、病棟・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看護師に面接を行った。研究対象は平成 18～23 年度に訪問した 37 病院（44 病棟）である。

(倫理面への配慮)

施設長に文書で調査協力を依頼、同意を得た施設を対象にした。訪問時面接対象の看護師に文書および口頭で説明を行った。収集したデータは施設長および面接対象の看護師の確認後、施設名の公表も含め発表の同意を得た。

C. 研究結果

保護室における生活行動と関連する援助・症状行動

1) 清潔

①入浴・シャワー浴

入浴・シャワー浴の頻度は病院により差があるが、個々の病棟を見てみるとその病棟全体（保護室以外）の頻度とほぼ同様である。患者の精神症状や隔離されていることよりも、むしろ病院全体の体制が関連していると考えられる。

②洗面・歯磨き

洗面・歯磨きの援助は、保護室エリアの洗面台を使用する、もしくは保護室内に必要な物品を入れるという援助が見られた。頻度も病院によって、1～3 回と差がある。これに関連する患者の症状行動は攻撃性と衝動性、理解力の低下（看護師の指示を理解し守れること）である。洗面・歯磨きの物品のうちタオルは縋首に使用される可能性があるため、小さいタオルを使用するか看護師が付き添うという援助がおこなわれている。

2) 排泄

排泄に関する援助の第一は便器の種類や材質であった。対象病棟では高齢者や下半身に障害がある患者、ふらつきのある患者の場合、洋式便器が適切と考えられていた。攻撃性があり、便器を破壊したり、便器から飛び降りたりする患者では凹凸の少ない和式便器や素材がステンレスの便器が提供されている。第二は内部に水が溜まらない構造の便器の提供である。多飲症

(水中毒)の患者や便器の内容物をまき散らす患者に提供されていた。ひとつの病棟で洋式・和式の両方の便器を設置した保護室を設けて、患者に合わせて使い分けられている例もあった。

同様に便器洗浄を患者自身で行うことができるか職員が行うか(室内で操作できるか室外か)も同様の症状行動の際に使い分けられていた。第三に排泄時のプライバシーを守る設備・構造に違いがみられた。三方を壁で囲ったブースタイプ、ついでに目隠しを設置する、プライバシーを守る設備・構造がない、の3タイプがあった。その他、ペーパーホルダーや手洗いの設置が病棟によって差があり、これらは攻撃性、多飲症に関連している。

3) 食事

食事の援助の第一はテーブル使用である。攻撃性のある患者の場合テーブルを破壊したり、職員への攻撃の道具に用いたりする可能性があるため、テーブルを入れないという対処がされていた。また、破壊されても攻撃の道具に使用できないように段ボール箱をテーブルとして使用したり、段ボール製のテーブルを使用している病棟もあった。

同様に食器も、攻撃性のある患者の場合破壊したり投げたりすることがある。一般床と同じ食器を使用している病棟がほとんどであったが、攻撃性の強い場合は発泡スチロール製や紙製の安全な食器に替える、看護師が付き添うという対処が行われている。

4) 水分補給

水分補給に関する援助では、保護室ではペットボトルで渡すことや一定時間ごとにコップで渡す援助が行われている。これに関連する症状は第一に多飲症である。また妄想、見当識障害のために水を撒くといった行為もある。少数であるが保護室内に洗面台を設けている病棟では、先に述べた症状に応じて給水の調節をすることが可能となっている。急性期の精神症状を呈する患者の場合、身体状態も悪化している場合があり、脱水にも注意が必要とされており、水分制限はもちろん水分補給に観察と援助が必要とされていた。

水分を入れる器(コップやペットボトル)は、破壊や騒音の原因となったり、便器に詰められたりすることがあるため、飲水時のみ患者に渡したり、特定の容器を使用したりしていた。

5) 睡眠・休息

睡眠・休息に関する援助では、寝具の選択がある。ベッドは、解体する、上に乗って医療者を威嚇する、上に乗って天井を破壊する、などの可能性があり、攻撃的な患者の場合、床に直接寝具を敷いて提供している病棟も多い。また、保護室には作り付けベッドを備えている病院もあった。その他の寝具類も破られることがあるが、特にシーツ、カバーなどのリネン類は縊首に使用される可能性があり、使用していない病棟が半数を超えている。

6) 換気

保護室に限らず、精神科病棟では離院予防のため窓の開放が制限されている、あるいは格子を設けていることがほとんどである。対象病棟の保護室では空調、換気扇などの換気設備が設置されていた。さらに看護師が一定の時間や排泄後などに窓を開けて換気する病棟もあった。

D. 考察

保護室における生活の援助ともっとも関連する精神症状はいうまでもなく攻撃性である。強い攻撃性のために患者は保護室内の設備や室内に入れた物品を破壊する恐れがある。そのため、ステンレス製の便器を設置する、ベッドではなく床に直接寝具を敷くなどの対応が取られている。かつ保護室内にはほとんど設備らしい設備はなく、殺風景で無機質な環境となる傾向にある。2つ目の精神症状・行動は自傷・自殺である。特に縊首を予防するために、保護室内にタオルやシーツを持ち込まないことがなされていた。監視カメラの設置やトイレの不完全なプライ

バシーもこれと関連していると言える。攻撃性と自傷・自殺に対処するため、言いかえれば患者と看護師自身の安全を守ることを徹底するために、保護室では画一的な援助となる傾向にある。

3つ目は見当識や理解力の低下である。看護師の指示を理解し、約束を守れない、具体的に言うとお護室の外に出て用事を済ませスムーズに帰室することができないために、生活行動の全てを室内で行わざるを得ないという状況が生じている。例として、洗面台を使用するのではなく、室外に必要な物品を持ち込んで行う洗面・歯磨きがある。

4つ目は身体症状の悪化を招く行動である。隔離と最も関連がある身体症状は多飲症であり、水分出納の管理のため、洗面台が設置されているところはもちろん便器の洗浄に使用される水を止めることができることが必要とされる。また急性期の場合、身体状態の悪化を伴うことが多く、脱水を起こす可能性もあるため厳密な水分管理が必要とされることもある。さらに精神病患者の高齢化に伴い、下半身の機能が低下した患者の入院が増えており、和式便器よりも腰掛けるスタイルの洋式便器のニーズが高くなっている。

病院によっては患者の状態によりきめ細かくアセスメントして、個別的な援助を行っている。生活の援助を、症状の著しい順に整理してみると、以下の通りになる。

1) 清潔

①入浴・シャワー浴

患者の精神症状よりむしろ病院の体制に関連していると考えられる。

②洗面・歯磨き:

室内に必要な物品を入れて介助する。→保護室エリアの洗面台に誘導して実施させる。→保護室内に洗面台を設置する。

2) 排泄

①便器の形状と材質

(金かくしのない) ステンレス製の和式便器→陶製の和式便器→ステンレス製で便座が固定された洋式便器(蓋なし)→陶製で便座が可動する洋式便器

②排泄のプライバシーに関する設備

プライバシーに関する設備がない→目隠し(ついたて)→三方が壁に囲まれたブースタイプ→ブースタイプに(必要時は)扉を加えたものあるいはブースタイプで入口が狭いもの

3) 食事

①テーブルの使用

テーブルを使用しない(床に直接配膳する)→ダンボール箱あるいはダンボール製のテーブル→小さいテーブル(ちゃぶ台)→オーバーテーブル

②食器

紙製あるいは発泡スチロール製の食器→壊れづらい軟らかい材質の食器→一般床と同様の保温食器

4) 水分補給

コップで時間を決めて水分補給を行う→ペットボトルを患者に渡す→保護室内に洗面台があり、患者の好む時間に自分で水分補給が可能

5) 睡眠・休息

①寝具

床に直接寝具を敷く→作りつけのベッドを設けている→ベッドを床に固定する→ベッドを使用する

②リネン（シーツ・布団カバー類）の使用

リネンを使用しない→使用する

6) 換気

患者の精神症状よりむしろ観察廊下・二重窓など保護室の構造・設備と関連していると考えられる。

保護室においても、以上のような患者の状態に合わせた段階的な援助は可能である。このような援助は建築時から備え付けられている設備（便器、洗面台など）がないと困難なものもあるが、看護師のきめ細かいアセスメントと有効な情報共有の手段があれば実行できるものもある。そして、このような生活の援助を通して、自然な形で患者を観察したり患者との信頼関係を構築することが可能であり、早期の行動制限の解除に結び付くと考えられる。

E. 結論

1) 保護室における生活の援助と特に関連の深い精神症状とそれに伴う問題行動として、①攻撃性、②自傷・自殺、③見当識・理解力の低下、④身体症状の悪化を招く行動の4つを挙げることができる。

2) 多くの病院では、精神症状とそれに伴う問題行動の程度に応じて、清潔、食事、排泄、水分補給、睡眠・休息、換気等に関する生活援助の内容をきめ細かくアセスメントして、個別的な援助を行っている。

<参考文献>

1) 三宅薫、宮本真巳：病棟・保護室の設備・構造と行動制限最小化の関連，平成23年度厚生労働省科学研究費補助金障害者対策研究事業報告書，p269-291，2012

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 原著論文

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
一. 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. 学会発表（国内）

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）

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

平成 24 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

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—第 2 報—

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）

研究協力者 ○西池絵衣子（天理医療大学医療学部）

三宅美智（天理医療大学医療学部）

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）

吉川隆博（山陽学園大学看護学部）

美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生研究科）

研究要旨：本研究の目的は、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。

昨年度、日本精神科看護技術協会の認定を受けた行動制限最小化認定看護師にプレインタビューを実施し、アンケート項目の抽出を行った。今年度は全国の精神科病院にアンケート調査を行った結果、施設によって行動制限最小化委員会の構成メンバーや人数、回数、組織の運営の方法や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。

A. 研究目的

【研究の背景】

精神科入院患者に対する隔離・拘束に関しては、人権擁護の観点から可能な限り減らしていくための努力と工夫が続けられてきた。国の施策としては、平成 16 年度診療報酬改定で、「医療保護入院等診療料」が新設され、行動制限最小化委員会の設置と、行動制限の状況が一目でわかるような「一覧性台帳」の整備が各病院に義務づけられた。その結果、平成 17 年に日本精神科看護技術協会が会員施設を対象に行ったアンケート調査の結果では、約 9 割の精神科病院が行動制限最小化委員会を設置していることが明らかになった¹⁾。しかしながら、精神科医療における隔離・身体拘束の実施者数は、精神保健福祉資料(630 調査)によると、隔離者数は平成 15 年 7741 人、平成 18 年 8567 人、平成 20 年 8456 人、身体拘束を行っている患者数は平成 15 年 5109 人、平成 18 年 6008 人、平成 20 年 8057 人と全体的に減少してはならず、むしろ増加傾向にあり、行動制限最小化委員会の設置による効果については明らかになっていない。

現在行動制限最小化委員会は、各精神科医療機関独自のシステムとして運用され、審査システムや組織上の位置づけをどのようにするかについては、各施設に任されている現状にある。行動制限最小化委員会の性格について、杉山は、病院内レビューであることを考えれば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と述べている²⁾。一方、複数の医療施設に同一基準の審査システムを備えた「行動制限審査委員会」を設置し、その影響を多角的に検討した浅井らは、行動制限の減少は僅かながらあったが、労力のわりに効果が少ないため職員の燃え尽きにつながる危険性がある³⁾ことを危惧している。すなわち、これまでの研究では、行動制限最小化委員会への期待と危惧が相半ばしており、その実態も明確にされてはいない。

平成 24 年の診療報酬改定においては、一覧性台帳が整備されており、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい(平成 20 年 5 月 26 日障精発第 0526002 号「精神科病院に対する指導監査等の徹底について」という内容が追加された。行動制限最小化委員会に関しても、他の医療機関と相互評価できるような体制の整備に向けて検討していくことは重要な課題であり、そのためには行動制限最小化委員会の実態把握や設置後の評価を行うことは喫緊の課題といえる。

【背景を踏まえた研究目的・新規性】

本研究は全国の入院施設を持つ精神科医療機関を対象に、行動制限最小化委員会の運営と、病院内における行動制限最小化に向けた活動をどのように評価し推進しているか、その過程で一覧性台帳の活用について、質問紙調査により明らかにするものである。行動制限最小化委員会の現状把握と共に、行動制限最小化に向けて今後どのような取り組みが必要かを明確化するという本研究の主旨は、極めて重要度が高くなおかつ新規性に富むものと考えられる。

B. 研究方法

無記名式質問紙調査。同封したアンケートは、記入後返信用封筒にて回収した。

質問紙調査：無記名自記式用紙、A3 裏表でマークシートを使用した。一部数字などの記述も含まれるが、15分程度で記入可能なものとした（資料1）。アンケートの内容は、昨年度実施した予備調査に基づき、以下の10項目とした。

①施設属性、②療養環境、③救急体制、④行動制限最小化委員会の委員長・メンバー・職種・開催回数・開催時間、⑤車いす用安全ベルト、⑥隔離・身体拘束患者の時間開放・時間解除、⑦一覧性台帳について、⑧平成19年および平成24年度の630調査、⑨看護職が担っている役割、⑩相互評価について、⑪委員会の機能（自由記載）

【実施手順・方法】

1. 対象施設：日本精神科病院協会、全国自治体病院協議会、社会保険庁病院、JA厚生連病院及び日本精神科看護技術協会の会員施設で、精神科病床を有する施設1569か所を対象とした。
2. 研究依頼文・アンケート調査票・返信用封筒を同封し、対象施設に送付した。
3. 回収期間は送付日時から平成24年9月～11月の2か月間とした。
4. アンケート調査に参加するか否かは病院の自由意思とした。
5. 集計アンケートは情報漏洩防止などセキュリティ保護契約を交わした外部業者にデータ入力及び集計を依頼した。
6. 集計されたデータに研究者が分析・考察を加え、まとめを行った。

【倫理面への配慮】

調査説明書にて、本研究の概要を明記した上で、調査対象者の自由意思によりアンケートへの参加する・参加しないを決定していただく。もし、研究に参加されない場合でも、今後不利益となることは一切ないことを明記する。本研究は無記名で質問紙を回収するため、質問紙提出後は提出者を特定できず、提出後の研究参加同意の撤回はできない。この旨も明記し、研究参加者に周知していただいた上で、研究参加を依頼した。対象者の研究参加意思については、回答したアンケート調査票の提出をもって正式に同意を得たものとした。東京医科歯科大学医学部の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

回収した調査施設は556か所（回収率35.4%）、有効回答数（精神科病床休床は除外）は554か所（35.3%）であった。

1. 施設の特性

設置主体は、医療法人がもっとも多く【表 1】、病院の種別としては単科精神病院が一番多かった【表 2】。

表 1 設置主体

	国	都道府県	市町村	健保組合	学校法人	宗教法人	社会福祉法人	公益法人	医療法人	財団法人	個人	その他	不明
全体 (554)	15	33	4.5	0	16	0	8	10	387	25	4	23	8
%	2.7	5.9	4.5	0.0	2.9	0.0	1.4	1.8	69.7	4.5	0.7	4.1	1.4

表 2 病院の種別

	大学附属病院	一般(総合)病院 (精神科病床 80%未満)	単科精神病院	その他	不明
全体 (554)	31	65	399	35	24
%	5.6	11.7	71.9	6.3	4.3

2. 精神科病床数

精神科病床数は、101～200床が178施設(32.1%)と一番多く、201～300床が153施設(27.6%)と2番目に多かった【表 3】。

表 3 精神科病床数

	100床以下	101～200床	201～300床	301～400床	401～500床	501～600床	601～700床	701～800床	801～900床	901床以上	不明
全体 (554)	98	178	153	55	30	15	7	3	2	0	13
%	17.7	32.1	27.6	9.9	5.4	2.7	1.3	0.5	0.4	0.0	2.3

3. 常勤精神科医師数

精神科の常勤精神科医師数は平均6人、そのうち指定医数は平均5.4人であった。精神保健指定医の夜間常駐については、不在が317施設(57.2%)であった。そのほかにオンコール体制をとっている施設もあった【図 1】。

4. 療養環境

平成19年以降の個室・多床室・観察室・保護室の改修については、238施設(42.9%)が行っていた。改修を行った時期については、不明が338施設(61.1%)と最も多かったが、時期が分かった中では、平成23年度が52施設(9.4%)と一番多かった。また、保護室の総数は、1～4床が193施設(34.8%)と最も多く、保護室がない施設も26施設(4.7%)あった。【図 2】

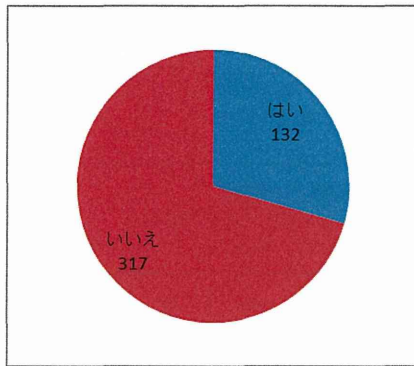


図1 精神保健指定医の夜間常駐 (n=449)

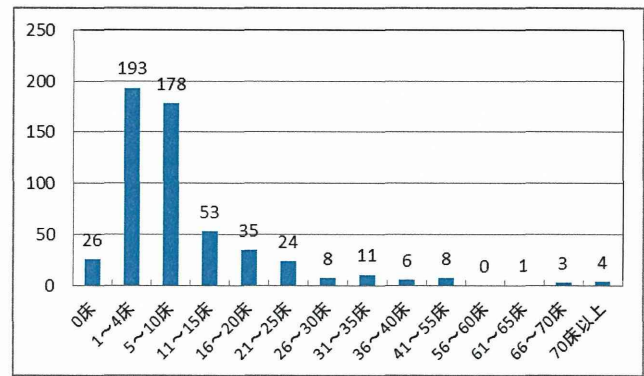


図2 保護室の総数 (n=554)

5. 精神科患者に対する救急体制

夜間・休日の患者の診察受け入れは、入院も受け入れている施設が 368 施設 (66.4%) と一番多く、診察のみ受け入れている施設が 22 施設 (4.0%)、いずれも受け入れていない施設が 141 施設 (25.4%) であった。また、都道府県の制度で輪番担当日や自院における通院歴のある患者および通院患者は受け入れているという施設もあった。

6. 行動制限最小化委員会

有効回答数 (n=554) のうち、行動制限最小化委員会を設置していない施設が 2 施設あった。

(1) 構成メンバー

構成メンバーとしては、看護師が 517 施設 (93.7%) でもっとも多く、次いで精神保健指定医が 515 施設 (93.3%)、精神保健福祉士が 489 施設 (88.6%) であった。事務職は 238 施設 (43.1%) であり、当事者家族や弁護士、保健師、保育士、生活指導員、介護職員がメンバーとして入っている施設もあった。また、看護師の中で行動制限最小化認定看護師がメンバーに入っている施設が 32 施設 (5.8%)、精神看護専門看護師がメンバーに入っている施設が 22 施設 (4.0%) があった【図3】。

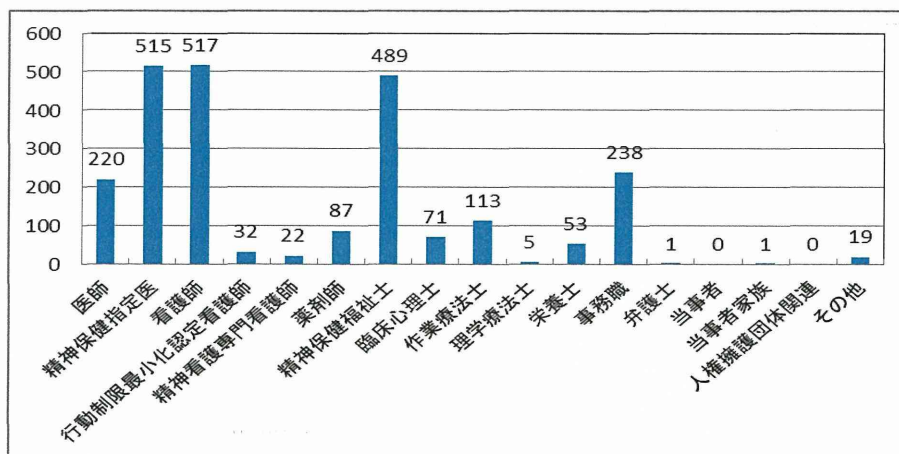


図3 構成メンバー (n=552,複数回答可)

(2) 人数

構成人数は、6～10人が310施設(56.2%)で最も多く、次に11人～15人が142施設(25.7%)と多かった。

(3) 開催頻度と開催時間

開催頻度は、月1回が493施設(89.3%)と最も多かったが、週に1回開催している施設も30施設(5.4%)あった【図4】。直近3回の平均開催時間については、15分以上30分未満が最も多く、次いで30分以上45分未満が145施設(26.2%)であった。2時間以上開催している施設も4施設(0.7%)あった【図5】。

(4) 行動制限最小化委員会の委員長の職種

委員長を担っている職種は、医師が448施設(81.1%)（精神保健指定医が403施設）と最も多く、看護師は53施設(9.6%)（行動制限最小化認定看護師2施設、精神専門看護師1施設）であった。また、精神保健福祉士が委員長を担っている施設も21施設(3.8%)あった。

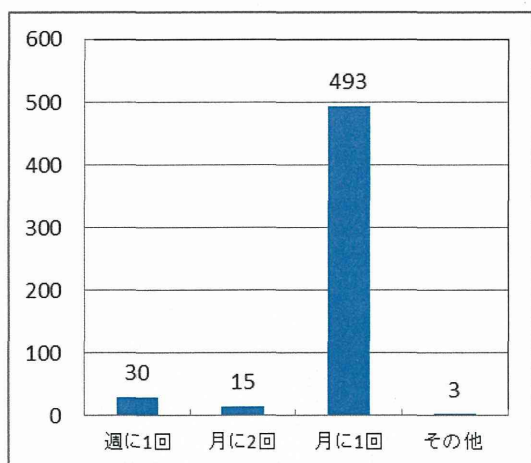


図4 開催頻度 (n=552)

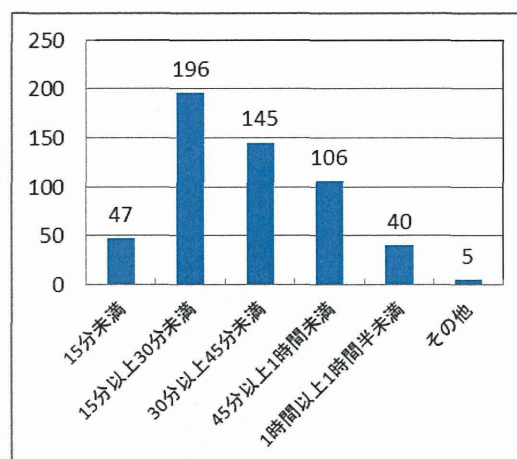


図5 平均開催時間 (n=552)

(5) 研修会の企画者

研修会の企画者は、看護師が最も多く、次に精神保健指定医と精神保健福祉士が多かった【図6】。また、看護師の中でも行動制限最小化認定看護師が企画に入っている施設が30施設(5.43%)、精神看護専門看護師が企画に入っている施設が7施設(1.27%)あった。

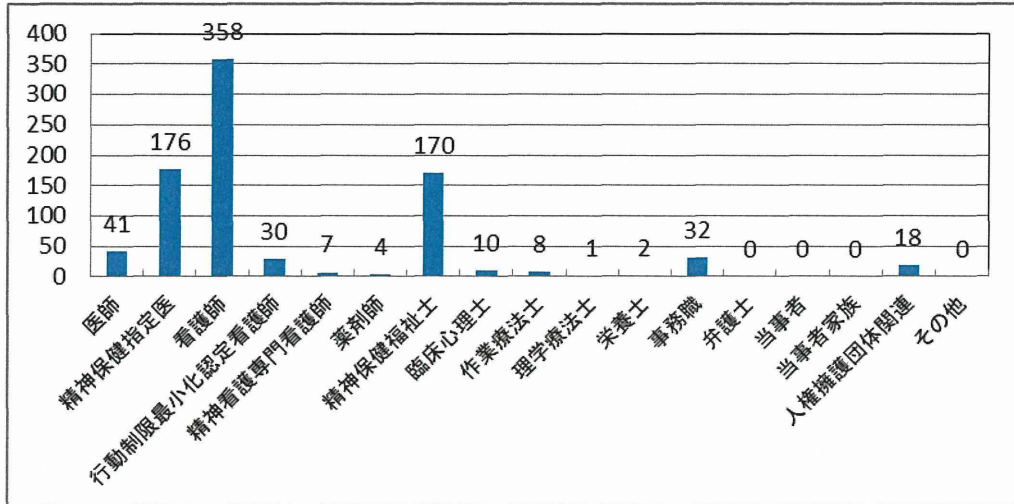


図6 研修会の企画者 (n=552,複数回答可)

(6) 下部組織や部会

行動制限最小化委員会の下に、実働部隊としてマニュアルの整備やケース検討等を担当する下部組織や部会を設けている施設は 52 施設 (9.4%) であり、設けていない施設は、489 施設 (88.6%) であった【図7】。38 施設 (約 73.1%) が看護部内に組織を設けていた【図8】。下部組織の開催頻度は月に1回が36施設 (69.2%) で最も多かったが、月に2回以上が20%を占めていた。

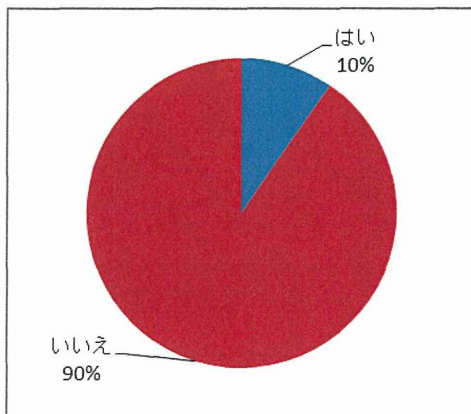


図7 下部組織を設けているか (n=552)

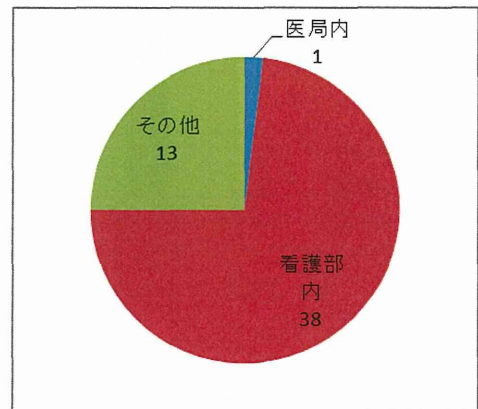


図8 下部組織 (n=52)

(7) 行動制限最小化委員会で話し合われている内容

行動制限最小化委員会で話し合われている内容としては、「隔離者、拘束者について」が499施設 (90.4%)、「長期隔離者について」が352施設 (63.8%)、「長期拘束者・行動制限最小化に対する研修会について」が307施設 (55.6%)、「処遇改善についての提言」が302施設 (54.7%) であった【図9】。

(8) 行動制限が長期化している事例

行動制限が長期化している事例については、病棟毎に検討するようにしている施設が 350 施設 (63.4%)、行動制限最小化委員会で事例検討会をしている施設が 345 施設 (62.5%) あった。また、委員会で病棟のラウンドを行っている施設も 101 施設 (18.3%) あった【図 10】。

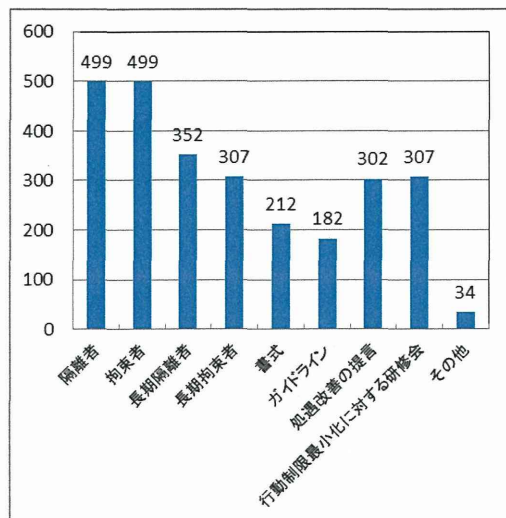


図 9 行動制限最小化委員会で話し合われている内容 (n=2694, 複数回答可)

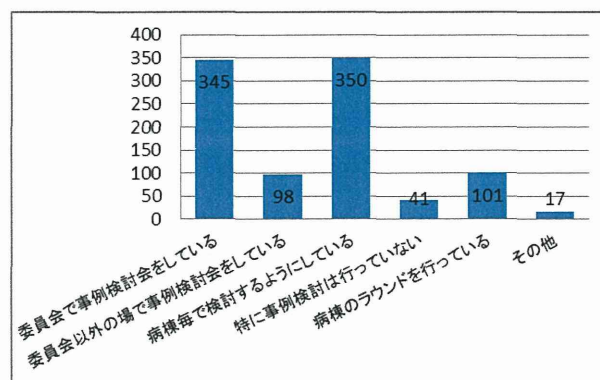


図 10 行動制限が長期化している事例 (n=952)

(9) 隔離や身体拘束を行う際のガイドラインの作成

隔離や身体拘束を行う際のガイドラインを作成し、それに沿って行動制限を実施している施設が 389 施設 (70.5%)、ガイドラインを備えていない施設が 80 施設 (14.5%) であった【図 11】。

(10) ケース検討の際に独自に作成した書類があるか

隔離や身体拘束が長期化している際に、ケース検討を行うための「ケース報告書等は備えていない施設」が 311 施設 (56.3%) と半数を越え、「ケース報告書用紙を作成している」施設は 165 施設 (29.9%) であった【図 12】。

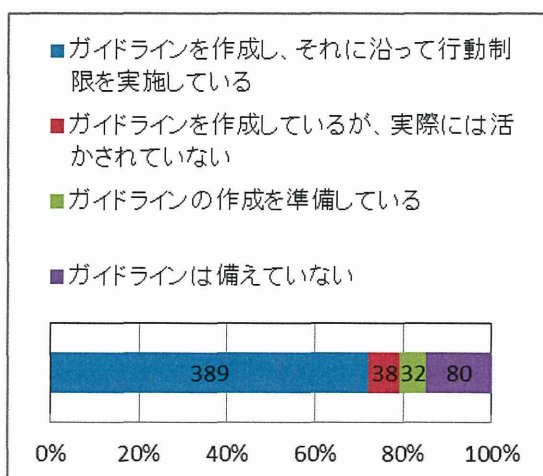


図 11 ガイドラインの作成 (n=552)

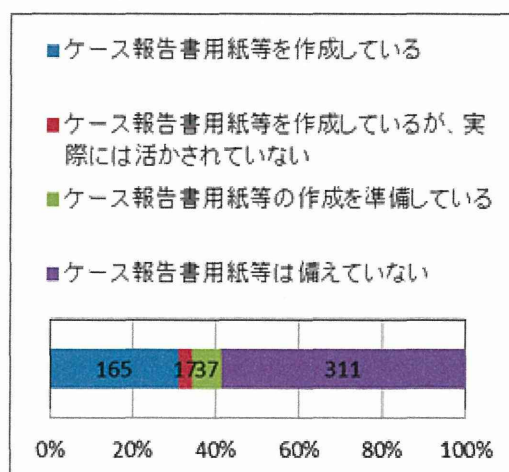


図 12 ケース検討する書式など (n=552)

7. 車いす用安全ベルトの使用

車いす用安全ベルトの使用について、院内の統一したマニュアルが文章化されている施設は、183 施設 (33.0%) であり【図 13】、車いす用安全ベルトの実施は、「医師または指定医の判断で実施している」場合が 304 施設 (54.9%) と最も多く、「看護師の判断で実施している」場合が 178 施設 (32.1%) であった【図 14】。

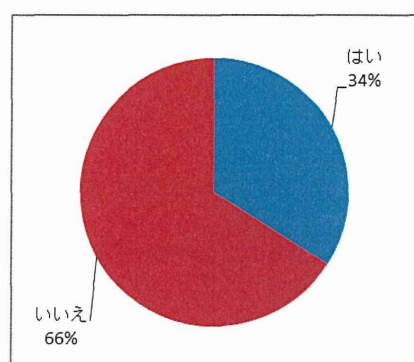


図 13 車いす用安全ベルトのマニュアルが文章化されているか (n=554)

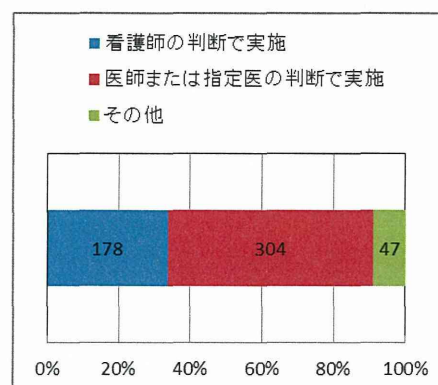


図 14 車いす用安全ベルトの実施 (n=554)

8. 開放観察のルール

開放観察のルールをマニュアルとして文書化している施設は、218 施設 (39.5%) であった【図 15】。医師の指示により、患者の状態に合わせて時間が指定されている施設が 437 施設 (79.2%) であった。看護師の判断で行っている施設も 7 施設 (1.26%) あった【図 16】。

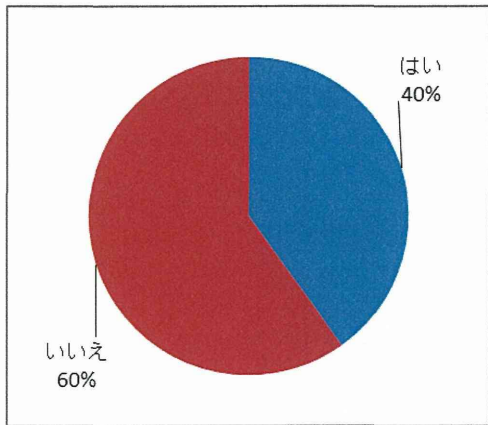


図 15 開放観察のルールをマニュアル化しているか (n=554)

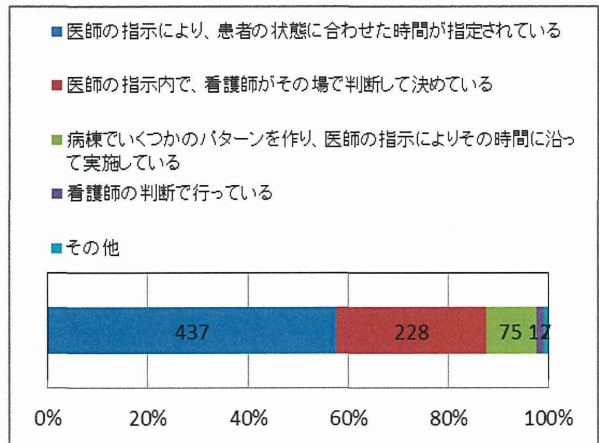


図 16 開放観察の実施 (n=769,複数回答)

最長の開放観察時間は、9 時間から 16 時間が最も多く、24 時間以上実施している施設も 134 施設 (24.1%) あった【図 17】。開放観察中の症状悪化による再隔離・再拘束の判断については、看護師と医師の判断で行っている場合が 271 施設 (48.8%) と最も多く、看護師の判断で行っている施設も 80 施設 (14.4%) あった【図 18】。

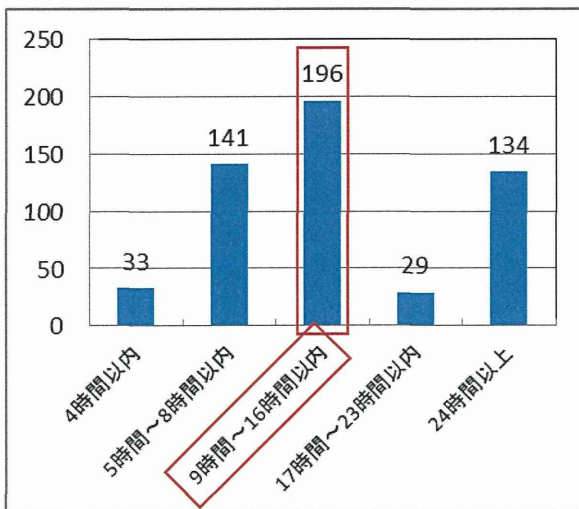


図 17 開放観察時間の最長 (n=554)

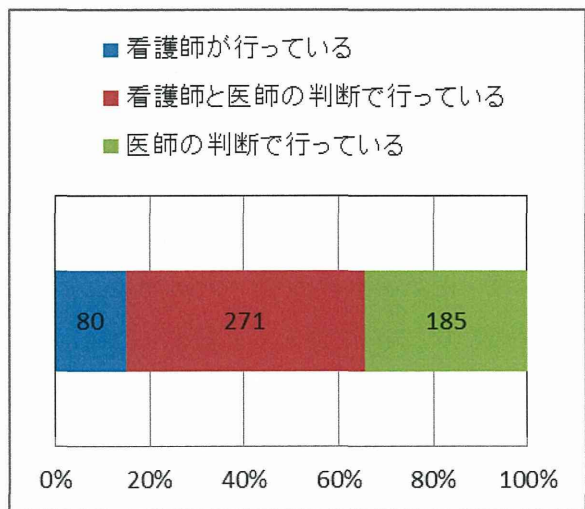


図 18 開放観察中の症状悪化による再隔離・再拘束の判断 (n=554)

開放観察中の観察、記録の頻度としては、隔離・身体拘束の場合と同様が 233 施設 (%) と最も多く、常時観察 (常に看護師の視野に入れている) が 77 施設 (%) 隔離・身体拘束の観察頻度より低い施設が 105 施設 (18.9%) であった【図 19】。

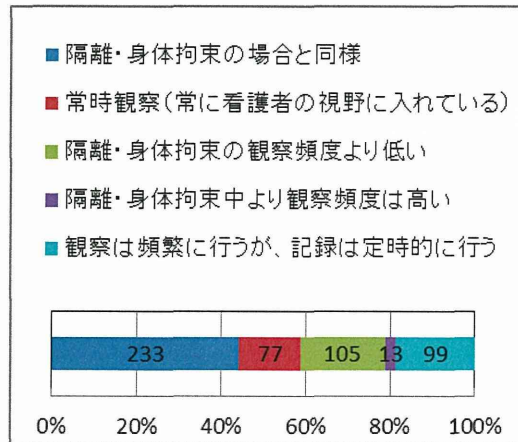


図 19 開放観察中の観察、記録の頻度 (n=554)

9. 隔離室を使用した場合の一般床

隔離室を使用した場合、患者さんの一般床が確保されている施設は 278 施設 (50.2%)、確保されていない施設は 254 施設 (45.8%) であり、施設ごとに扱いが異なっていることが分かった。

10. 一覧性台帳

一覧性台帳が有効活用されているかについては、「活用されている」施設が 228 施設 (41.1%)、よく活用されている施設が 77 施設 (13.9%) で、合すると全体の半数を占めていた。一方で、「ほとんど活用されていない」、「活用されていない」施設も 117 施設 (26.9%) あった【図 20】。

また、一覧性台帳の様式については、診療報酬上で規定された項目以外に独自の追加項目を入れている施設は 148 施設 (26.7%) あり、項目の内容は、「行動制限の理由」が 99 施設 (41.3%)、「開放度・開放観察の時間」が 58 施設 (24.2%)、「主治医」が 47 施設 (19.6%)、「担当看護師」が 10 施設 (4.2%) であった。【図 21】

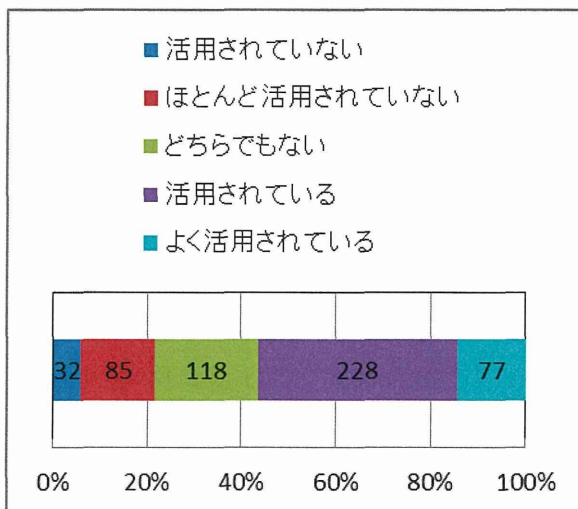


図 20 一覧性台帳が有効に活用されているか (n=554)

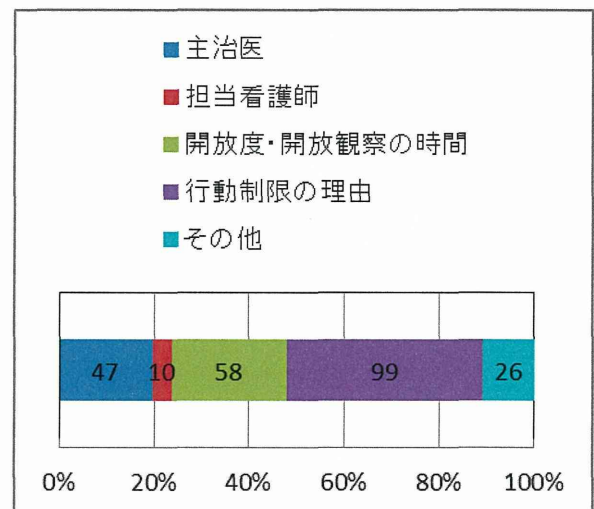


図 21 一覧性台帳の追加項目 (n=554)

11. 行動制限最小化委員会設置後の実態

行動制限最小化委員会設置後に隔離の回数が増えたかについては、「どちらともいえない」が 204 施設 (38.1%)、拘束の回数が増えたかについても、「どちらともいえない」が 172 施設 (32.3%) であった。また、隔離日数が短縮したかについては、「ややそう思う」が 191 施設 (35.7%)、拘束日数が短縮したかについては、「ややそう思う」が 191 施設 (35.9%)、「そう思う」が 97 施設 (18.2%) と全体の半数を占めていた。

12. 行動制限最小化委員会設置後の行動制限の実態

行動制限最小化委員会の設置は、診療報酬が算定された「平成 16 年度」が 329 施設 (65.8%) と一番多かった。また、平成 24 年現在設置されていない施設が 2 施設あった【図 22】。

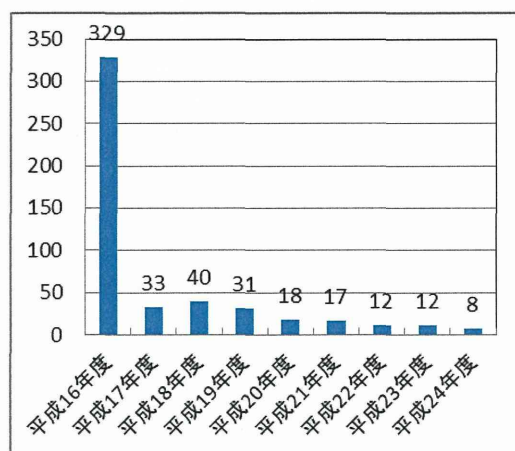


図 22 行動制限が設置された年度 (n=500)

(1) 隔離者数

隔離者数は、平成 19 年度の平均が 8.6 人、平成 24 年度の平均が 9.6 人であった。平成 24 年度における対平成 19 年度増減率をみると、286 施設 (52%) で隔離者数が減少していた。また、減少した施設のうち 7 施設 (1.2%) で精神科認定看護師、5 施設 (0.9%) で精神看護専門看護師が、行動制限最小化委員会に構成メンバーとして参加していた。

平成 19 年度および平成 24 年度ともに、隔離者がいなかった施設が 12 施設 (2%) あり、そのうち 5 施設では病院内に保護室がなかった。

(2) 身体拘束者数

有効回答施設は、283 施設 (51.1%) であった。身体拘束数の平均は、平成 19 年度が 6.7 人、平成 24 年度が 8.2 人と増加していた。一方で、平成 24 年度の対平成 19 年度増減率をみると、

79 施設 (14.3%) の隔離者数が減少していた。減少した施設のうち 8 施設 (1.4%) に精神科認定看護師、3 施設 (0.5%) に精神看護専門看護師が構成メンバーに含まれていた。

13. 行動制限最小化委員会の委員として看護職が担っている役割

看護職が担っている役割として最も多かったのは、「勉強会、研修会の開催」が 435 施設 (78.8%)、「長期隔離・身体拘束者のケース検討や指導、病棟カンファレンスの参加」が 368 施設 (66.7%) であった【図 23】。

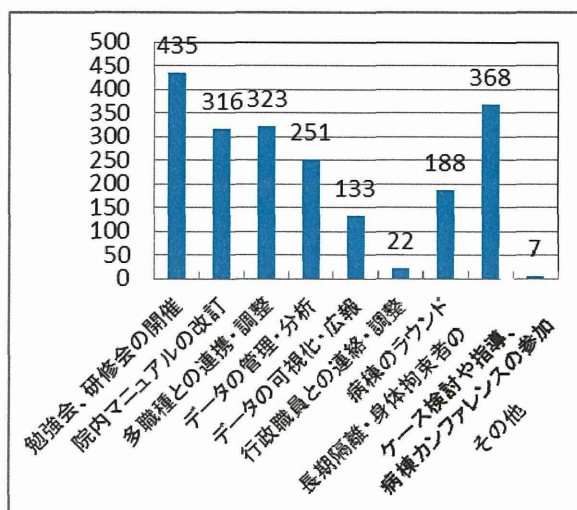


図 23 看護職が担っている役割 (n=541, 複数回答可)

14. 他の医療機関と相互評価できるような体制

平成 24 年度診療報酬改定において、「他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。」との一部変更が加えられたが、相互評価をすでに実施している施設は、23 施設 (4.3%)、実施を予定している施設は 45 施設 (8.4%) であった。

15. 行動制限最小化委員会の機能について (資料 2)

行動制限最小化委員会の機能について自由記載による調査を行なった結果、「現状の理解」、「行動制限最小化についての考え方」「今後の課題」「今後への希望」の 4 項目に整理できた。

「現状の理解」に関しては、「認知症患者の転倒、転落防止のための拘束が、行動制限をどうしても減らせない要因となっている。病院としては、安全管理との兼ね合いが常に問題となるので、解決のためには、病院の方針を明確にし、家族を入れた話し合いを進めていくしかない」「各都道府県で行動制限に関して認識が異なる」「隔離できる部屋が満室のため拘束となってしまうケースがあるが、隔離室を増やすことは行動制限最小化の主旨に反するというジレンマがある」等の回答が得られた。

「行動制限最小化についての考え方」に関しては、「行動制限についてスタッフが実態を把握

し、適切に行われているのかを話し合うこと」「医師と看護師が情報を共有しチームで協力すること」、「施設文化の改革」「eCODEによる行動制限の可視化」など、行動制限最小化についての積極的な考え方を示す回答が多数あった。

「今後の課題」に関しては、「スタッフが行動制限最小化委員会を身近に感じ、行動制限を少なくしていくための方法について、多くの意見が出せるようにしていくこと」、「個々のケースについて委員会で話し合ったことを病棟や主治医にフィードバックしていくこと」などの回答が得られた。

「今後への希望」に関しては、「認定看護師を中心とする行動制限長期化事例の検討、病棟ラウンド、データの分析、管理集約」や「他の医療機関との相互評価をどのように実施すればよいのか」、「厚生労働省などから統一したマニュアルやガイドラインの提示」などの回答が得られた。

16. 施設独自の取り組み

本調査では、行動制限最小化に係るガイドライン等の関係書類についても、任意で提出の依頼を行った結果、30施設（5%）から提出があった（資料3）。多くの病院で、行動制限最小化委員会の規定、定義、対象者、看護記録や看護援助などを記載した書類を作成し、行動制限を行った際の報告書や、隔離・身体拘束が1か月を超え長期化した場合の報告書の書式を定めていた。長期化事例について、「長期化した理由、開放観察あるいは身体拘束の部分中断による行動制限解除への努力、隔離・身体拘束を解除できる見通し」等についての記載を求める書式や、行動制限最小化委員会による「承認・条件付き承認・指導」といった判定内容を回答するための書式が用いられていた。

D. 考察

1) 行動制限最小化委員会の運営

平成16年度の診療報酬改定で算定要件とされた行動制限最小化委員会は、平成17年に日本精神科看護技術協会が会員施設を対象に行ったアンケート調査によると、約9割の精神科病院で設置されている¹⁾。構成メンバーや人数、運営時間、検討されている内容は統一されておらず、病床規模など施設の特徴に応じて様々な運営が行われている。さらに、委員会の運営に関しては、個別の規定やガイドラインによって施設内での考え方の統一が図られ、行動制限に対する考え方は整理されつつあると考えられる。また、行動制限最小化委員会の下部組織を作り、事例検討や個別の対応を行っている施設も少なくない。看護部として月1回、行動制限最小化に向けた活動を検討する病院もあるなど、独自の取り組みも広がっている。急性期治療に重点を置く病院では、月1回だけという委員会開催頻度の検討を課題として挙げるなど、病院・病棟の機能に応じて運営方法を検討していく必要性があるという指摘がなされていた。

各施設では、「承認・条件付き承認・却下」等、独自に作成した書式を用いて個別事例について委員会としての判断を下しており、多職種、第3者の評価を行動制限最小化につなぐ取り組みがなされていた。一方で、平成24年度診療報酬改定において、「他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。」と施設要件が一部変更になったが、実施している施設は非常に少なかった。ただし、事務職や当事者家族、弁護士など医療従事者以外のメンバーが参加している施設があり、外部委員が入ることで行動制限に対する捉え方が広がるという効果的な評価についての記載もみられた。長期にわたり行動制限が行われているケースの事例検討も行われているが、改善の目途を見出すには至らないと事例も少なくないため、施設内の職員で運営していくことの限界も考えられた。そこで、他院の委員会スタッフと交流し、マニュアルの検証や学習会を行う機会をもつなどの取り組みも行われていた。各施設における行動制限最小化委員会の進め方やeCODEの使用状況など、隔離拘束をめぐる全国状況を知り自らの施設と比較したいという希望も示されたため、今後「他の医療機関と相互評価できる体制」を整えていく必要があると考えられる。

様々な取り組みにも拘らず、隔離・拘束者数の増加という現状があり、行動制限最小化委員会は開いても十分に検討する時間が確保できないことも影響しているとの指摘もあり、行動制限最小化委員会は設置されていても、形骸化している場合もあることもうかがえた。

2) 一覧性台帳の活用

精神保健福祉法の改正により、平成18年10月から患者ごとに行動制限の期間を記載した一覧性台帳の整備が規定された。この台帳は、保護室の利用や身体拘束等の行動制限が、病状等に応じ必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにしたもので、経時変化を一覧できるようにするため、月ごとに1枚と定められている。

一覧性台帳の整備により、施設として行動制限を受けている患者をもれなく把握することや患者ごとの行動制限の期間を視覚的に把握することができる。本調査では、約半数の施設から一覧性台帳は活用されているという回答が得られており、行動制限最小化につなぐための資料になっていると考えられる。さらに、「行動制限の理由」「開放度・開放観察の時間」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。さらに長期化している事例について、「拘束されている場所」等を「一覧性台帳」に追加するなどの内容の見直しをしたり、一覧性台帳を可視化し病棟のスタッフに見てもらっている病院もあり、今後も病院ごとの効果的な活用を促進するための工夫が必要であると考えられた。

3) 行動制限についての考え方

車いす用安全ベルトや開放観察についての考え方、隔離者の一般床の使用方法については、施設ごとに規定が異なることが本調査で明らかになった。

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あった。また、人権への配慮を通して病院・病棟の文化を変えていく必要があるという認識から、職員教育・研修会に積極的に取り組んでいる病院や、取り組もうとしている病院もあった。

また、病院ごとに隔離拘束の観察シート等の形式は異なっているため、他の医療機関と相互評価をするのが難しいという意見もあり、共通の様式やツールを作成することも今後の課題であると考えられた。

認知症患者が入院している病棟においては、行動制限のあり方をめぐって苦慮していた。また、身体治療を目的とした身体拘束に関しては、自治体によってルールが異なるため現場に混乱を招いていることが明らかになった。全般的にみて、行動制限最小化には療養環境や援助方法の統一が必要であると考えられた。

4) 看護職の役割や今後の行動制限最小化に向けた活動

看護職は、行動制限最小化委員会のメンバーとして、勉強会・研修会の開催、長期隔離・拘束者のケース検討や指導、病棟カンファレンスへの参加などを通して行動制限最小化に向けた活動を行っていた。研修会の企画者や事例検討会のメンバーとしては、認定看護師や専門看護師が積極的に関与しており、さらなる専門性の発揮とより多くの育成が望まれていた。看護職は、開放観察中の症状悪化による再隔離・再拘束、病状改善による開放時間の延長、車いす用安全ベルトの使用などについて判断を求められることが多く、その際に看護職の価値観が行動制限最小化には大きな影響を及ぼすことになる。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、この点でも認定看護師、専門看護師の役割は大きいと考えられる。

E. 結論

行動制限最小化委員会の実態を明らかにすることを通じて、精神科病棟における行動制限の軽減に向けて、組織の望ましいあり方や機能・システムを明らかにするための示唆を得ることができた。本調査によって知ることのできた各施設の取り組みを踏まえ、行動制限最小化委員会の効果を高めるための有効な工夫についてさらに検証していくことが必要である。

<引用・参考文献>

1. 早川幸男：データで見る行動制限最小化の現状「行動制限に関する実態調査より」、精神科看護, 36(12) ; 30-34, 2009
2. 杉山直也：「行動制限最小化委員会」と行動制限最小化への取り組み。日精協誌, 23 ;