

精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究

研究分担者：杉山直也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：石井美緒（川崎市精神保健福祉センター）、江澤和彦（日本医師会）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、工藤正志（日本精神科看護協会）、田口寿子（神奈川県立精神医療センター）、中島豊爾（岡山県精神科医療センター）、野田寿恵（あたま中央クリニック）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、藤田梓（国立病院機構天竜病院）、三宅美智（岩手医科大学）、八尋光秀（西新共同法律事務所）

要旨

【背景と目的】精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限（隔離・身体的拘束）量は増加傾向で推移してきた。その本来要因は治療文化や医療技術、医療安全意識の変化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられ、表面的な医療実態の調査のみでは把握しにくい。本研究の将来目標は、本質的な行動制限最小化の実現にある。そのため、わが国特有の課題や要因を明らかにしたうえで、合理的な解決策が何かを突き止め、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念や方法論を軸とした種々の方策等を整理し、必要な行動制限最小化活動を推進するための普及策の開発を目指した。

【対象と方法】1. 研究会議等による討論、2. 看護職員を対象とした実態調査（行動制限量に影響する本来要因について、最小化理念の普及を兼ねた意識調査アンケートの実施）、3. 精神保健福祉資料を活用したモニタリング体制の構築、4. 都道府県単位の行政主導による普及モデル「確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）」の確立、5. エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索、により研究を実施し、追加的に6. 普及活動の実践を一部試みた。

【結果】1. について、COVID-19 パンデミックにより研究会議等は全てオンライン開催となったものの、十分な検討を行った。2. について日本精神科看護協会の協力を得てWEB アンケートを実施し、845 の回答を得た。日常業務で行動制限に遭遇し、経験値の高い専門職を多く含む集団による回答と考えられた。結果を集約すると、行動制限について回答者は深く葛藤しており、問題意識は高く最小化に積極的、外部批判に冷静であるものの、決定的な人員不足、教育不足、知識不足を実感し、物理的・環境的な阻害要因を認めた。近年の行動制限の増加要因を治療文化や医療技術と認識する割合は少なく、コア・ストラテジーに見る最小化理念への理解、本質的な最小化活動や行政支援の重要性に関する認識は高くはなかった。以上のように、わが国の行動制限最小化活動には課題を認めた。3. モニタリングにおける行動制限指標は、政策的な有用性から「行動制限割合」を採用した。精神保健福祉資料の定義変更により、都道府県毎のデータシートには年代、診断カテゴリー別等、多面的な評価が可能な仕様を設定、また、全国状況との対比が可能なベンチマーク方式を採用した。4. 政策パッケージ（案）は、作業チームを組織し、海外の先行資料を参照して、活

用マニュアル、教材、ベンチマーク指標、マトリックス表で構成される成果物を策定した。5. さらなる最小化手法の検討では、複数の有力事例を抽出し、研究班会議にて討議した。6. 普及活動の実践では、研究代表者の企画による行政職員向け研修会等、複数の機会を得てその試行等を行った。

【考察】調査結果より、行動制限の実施とは従事者にとって心的負担を要す業務であること、わが国の行動制限最小化活動が十分ではない事実が判明した。精神科医療における人員配置不足は行動制限最小化課題に関して決定的な要因であり、標準的な最小化活動を阻害する大きな理由であった。現場従事者の問題意識や向上意欲はあるものの、本来的で必須の合理的かつ実効的な最小化活動に関する知識も、それを学習し体得する機会も限られており、そのため課題への本来的認識や最小化活動の意義に関する理解も浸透せず、治療文化の醸成や治療技術の向上は未分化と考えられた。行動制限最小化課題に対する行政支援や取り組みは、学術知見の点からも、法的な解釈からも、その運用の点からも必須と考えられるが、その考え方自体が定着しておらず、関係者の認識は希薄であった。

わが国の行動制限課題の実態は最小化活動の不足に集約され、その対策は、判明した課題を補うべく、モニタリングという科学的合理手法を援用し、検証された実効的な最小化活動を推進し、それが可能となるように環境を整えることが合理である。そのためこの普及を推進し、それを実装するための学習機会や教材、環境を整え、担当行政と医療現場が協調して取り組むことによって実効性のある成果が期待できると考えられる。一方、現在適用基準の見直しの議論が進められているが、最小化活動の普及啓発や人員不足への対策を行わないままに臨床現場側の裁量幅を狭小化することは、医療安全に少なからず影響を及ぼす可能性があることにも留意する必要がある。

行動制限指標としての「行動制限割合」は、治療期によらない代表性に優れた指標であり、データシートにおける仕様の工夫や、ベンチマーク方式はモニタリングの意義を高めた。

わが国の行動制限最小化課題に対する具体的な対策となる、政策パッケージ（案）の策定は、研究会議にて良好な評価を得た。対策的な要素を包括し、深刻な現状課題に対する合理的かつ集約的対策手段の設定までを実用的成果として調整できたと考える。

さらなる最小化手法の探索については、いくつかの魅力的な事例が抽出され、今後の制度化等の環境整備の有用性が考えられた。

普及活動の実践では研究班としての限界があったが、実際の従事者の理解度や全体的な意識改革、治療文化の醸成の必要性から、今後より大規模な普及策による行動制限最小化活動の推進が期待された。

【結論】前身研究の成果、および親研究の目的をふまえ、精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究を実施した。わが国の行動制限最小化課題の本質に踏み込んだ調査にて、本来的な最小化活動が浸透していない実態と、人員や認識の不足など、その要因が明らかとなった。本課題については、わが国特有の特徴に相応した合理的な対策が求められ、そのために必要な、精神保健福祉資料を活用したモニタリング体制を構築し、都道府県単位の行政主導による普及モデル「確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）」を策定した。今後のより大規模な普及および対策の取り組みにより、本来的な最小化活動が推進され、実効性のある成果が期待される。

A. 研究の背景と目的

本分担研究を括る「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」(20GC2003)の目的は、わが国が本格的な人口減少と高齢化を迎える中、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることであり、その促進を図るモニタリングの体制の確保を目指している。

精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限(隔離・身体的拘束)量は増加傾向で推移してきた。精神科医療の質向上のためには、可能な限り非制限的な医療の実践が求められ、隔離・身体的拘束に代表される行動制限について、本質的な最小化を実現することが、本研究の将来目標である。

精神病床における隔離・身体的拘束件数の近年の増加に関連する本来的な要因として、治療文化や医療技術、医療安全意識の変化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられているが、これらは表面的な医療実態のみを調査することでは把握しにくい。

実効性のある行動制限最小化法として、組織改革のためのリーダーシップ、データ利用、院内スタッフ力の強化、隔離・身体拘束使用防止ツールの利用、入院施設での患者の役割、デブリーフィングの6方策からなるコア・ストラテジーが国際的に定着しており、これまでの先行研究の中で、わが国では実現可能性までが検証されている(杉山直也:行動制限最小化に関する研究の報告。厚生労働科学研究費補助金。障害者対策総合研究事業。精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の評価に関する研究)(H23-精

神-一般-008)(研究代表者:伊藤弘人)平成25年度総括・分担報告書, 2014)¹⁾。

本方策は、上記の想定される行動制限増加要因のうち、治療文化や医療技術に関する課題を克服する解であり、これを普及させることで実効性が期待されるが、我が国において行動制限最小化活動のモニタリングは実施されておらず、その普及実態は不明のままである。

本研究では、20GC2003の目的をふまえ、現状よりも質の高い医療の実践および提供が実現されることを目指し、行動制限に関するわが国特有の課題や要因を明らかにしたうえ、合理的な解決策が何かを突き止め、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念および方法論を軸とした種々の方策等を整理し、必要な行動制限最小化活動を推進するための普及策の開発を目指した。

B. 研究方法

1. 方針決定プロセス及び討議

研究会議(オンライン)を随時開催し、研究員同士の意思疎通をはかりつつ、方針提示、討議等を行って、研究計画を策定、実践した。

2. 実態調査(資料1)

調査の対象や方法については昨年度に詳細を報告しており、概要を以下に再記する。

調査のコンセプトとして、行動制限実施に関する表面的な実態のみを調査することでは本来の要因が把握しにくいことから、最小化という目指すべき目的により有用となるよ

う、治療文化、組織文化、スタッフ認識、知識、スキルなどに関する、これまでに例のない調査を実施した。

調査方法は、先行研究を参考に、研究会議で討議し、コア・ストラテジーによる行動制限最小化をテーマとした医療職対象の意識に関するアンケート調査を考案し、最小化理念の普及を兼ねた（資料1）。対象への周知効率、回収効率、費用などをふまえ、WEBによる調査とした。

対象は、精神科診療関連業務に従事あるいは従事していた看護職員とした。手続きとして、協力研究者が所属する日本精神科看護協会に同研究者を通じて調査協力依頼し、対象者への周知に努めた。

調査期間は2021年1月下旬から同年4月21日で、追加の倫理手続きを経て調査期間を延長した。

倫理的配慮として、分担研究者が所属する公益財団法人復康会の倫理審査委員会にて承認を得た（2020年12月18日、2021年2月22日）。

3. モニタリング体制の構築

先行研究等によって、精神保健福祉資料（通称630調査）を参照して算出できる行動制限指標が提唱されている。研究会議によってこれら指標の活用方法を検討し、次項に示す「確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）（以下、政策パッケージ（案））」での活用を見据えて、都道府県ごとのデータシートを作成し、モニタリング体制の構築を目指した。

4. 確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）の策定

類似の取り組みを先行的に行っている諸外国の資料、我が国で行われたコア・ストラテジーの実行可能性に関する先行研究¹⁾の結果等を参考に、政策パッケージ（案）の策定を目指した。

研究会議にて、本政策パッケージ（案）を本研究における主成果物にすべきとの方針、その策定コンセプトやコンテンツの概要、作成プロセス等を確認の上、先述の先行研究に参加した研究協力者らに児童精神科の専門医である研究協力者を加えた作業チーム「政策パッケージ（案）チーム」を組織し、定期的な合議を実施して、政策パッケージ（案）を策定した。

5. さらなる最小化手法の探索

コア・ストラテジーや今回策定予定の政策パッケージ（案）には、これまでに提唱された行動制限最小化の理念がほぼ網羅されていることから、さらに新たな対策を探索すべく、研究協力者らに呼びかけるとともに、研究分担者として文献資料等を検索し、研究会議等で討議した。

6. 普及活動の実践

実際の普及活動を研究活動で実施することには限界があるが、複数の機会を得てその試行を行った。研究代表者の企画による行政職員向け研修会で講義を担当し、精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及や意見交換の機会としたほか、主催者は事後アンケートを行った。また、研究代表者が管理する研究組織のホームページにて記事を担当した。また、2の実態調査では、コア・ストラテ

ジーおよび根拠に基づいた行動制限最小化策の普及を兼ねた。

C. 研究結果/進捗

1. 会議の開催等

(ア) [全体研究班会議等]

- ① 2020年7月8日(オンライン) 研究班全体会議
- ② 2020年9月15日(オンライン) 研究班全体会議
- ③ 2020年11月6日(オンライン) 医療計画ミーティング
- ④ 2021年2月22日(オンライン) 見解提示等
- ⑤ 2021年3月25日(オンライン) 医療計画ミーティング
- ⑥ 2021年5月31日(オンライン) 医療計画ミーティング
- ⑦ 2021年6月17日(オンライン) 研究班全体会議
- ⑧ 2021年9月29日(オンライン) 算定式ミーティング
- ⑨ 2021年11月8日、11月17日(オンライン) 算定式、指標例検討
- ⑩ 1月17日(オンライン) 指標例検討
- ⑪ 2022年2月28日(オンライン) 研究班全体会議

(イ) [分担研究会議]

- ① 2020年10月14日(オンライン) スタートアップ(方針説明・討議等)
- ② 2021年1月14日(オンライン) 関係者討議等
- ③ 2021年3月29日(オンライン) 進捗報告・討議等
- ④ 2021年5月7日(オンライン) 進捗報告・討議等
- ⑤ 2021年6月16日(オンライン) 進捗報告・討議等
- ⑥ 2022年12月6日(オンライン) 進捗報告・成果物案報告

(ウ) [政策パッケージチーム]

- ① 2021年6月15日(オンライン)
- ② 2021年7月13日(オンライン)
- ③ 2021年8月17日(オンライン)
- ④ 2021年9月28日(オンライン)
- ⑤ 2021年10月26日(オンライン)
- ⑥ 2021年11月9日(オンライン)
- ⑦ 2022年1月11日(オンライン)

2. 実態調査(資料2: 政策パッケージ(案) B2)

アンケート調査(資料1)の実施までは前年度に報告した。追加期間を含め、約3か月の調査機関で、845の回答を得た。

本アンケートの結果については、報告書を作成し、それをそのまま政策パッケージ(案)の教材 B2 とした。

設問1 勤務先：回答者の多くは単科精神病院勤務であった（79%）。

設問2 所属部署：回答者の56%が閉鎖病棟であった。

設問3 精神科勤務年数：回答者の70%を10年以上の経験豊富な看護師が占め、1年未満の新人は2%にとどまった。

設問4 回答者のうち、最も多かったのは、一般職の看護師であったが、主任以上の役職者が回答者の半数以上を占めた。

設問5 勤務先での行動制限の増加実感について、「いいえ」が半数50%であったが、「ある」も34%に上った。

設問6 わが国での増加実感は自施設を上回り、約半数に上った。「わからない」が多く回答されたものの、「いいえ」は自施設での実感に比べ少数であった。

設問7 行動制限に関する考え方では、「できれば使用したくないがやむを得ない」が圧倒的に多かった。

設問8 行動制限の増加の理由について、最も多く選択されたのが「高齢者ニーズの増加」続いて「医療安全意識の高騰」であった。一般的によく言われている精神科救急医療の充実による「急性期ニーズの増加」は3番目に多かったが、そのように実感している回答者は50%以下であった、医療技術や治療文化に問題意識を実感している回答者は少なかった。

設問9 諸外国に比べわが国で行動制限が多いとされる理由として、最も多く選択された回答は、人的資源の差であった。2番目はスタッフの問題意識の違いで、医療

体制の違い、医療安全意識の差、高齢化スピードの差が続いた。しばしば議論になり易い制度（法）の違い、身体合併症医療の取り扱いの差、ニーズの違い、計算方法の違い、等は少数であった。

設問10 行動制限最小化のために有効と思われる手段を選ぶ質問では、英国の代表的レビューを基に選択肢を設定した。多かったのはスタッフの増員、スタッフの教育で、突出していた。続いて多かったのは治療環境の工夫、安全・労働条件の確施設の改修で、人員・設備などのストラクチャー要因が目立った。コア・ストラテジー等で強調されているリーダーシップ強化や患者の治療参加、あるいは医療者の本務である臨床活動に該当する薬物治療の工夫や治療方針立案強化を有効とする回答者は少数であった。また、本研究で取り組んでいる国や都道府県の支援、モニタリングを有効とする回答も多くはなかった。

設問11 コア・ストラテジーにおける具体的アクションを選択肢とした実行可能性に関する設問は全体に低調で、リーダーシップを具現化する「管理者が現場に出向く」を可能とする回答者は少数であった。比較的多かったのは、すぐにでもできそうな「個別計画」や「ディエスカレーション研修」、「振り返り」だが、50%前後にとどまった。データの提示や数値目標の設定、データの定期的な見直しには消極的であった。セーフティプラン、コンフォートルーム、タイムアウト、等のツールには注釈を付したが、これらの多くは馴染みがなく、あまり選択

されなかった。コア・ストラテジーの基本的な基礎理論を代表するトラウマのアセスメントツールや利用者の最小化活動参加の実行可能性はほとんどの回答者が選択しなかった。

設問12 一覧性台帳の提出の是非について、70%が必要と回答し、そのうち公開すべきとした回答は76%に上った。

設問13 開放観察は法令に定義の無い移行処遇であるが、98%が実施していると回答した。

設問14 開放観察の取り扱いには58%が実施に含めると回答した。

設問15 開放観察の時間単位の記録について、87%が必要と回答した。

設問16 開放観察の時間単位の記録について、85%が可能と回答した。

設問17 自施設の行動制限量について、ビジュアルアナログスケール（VAS）を用いた質問では、ほぼ適正運用との回答であった。

設問18 自施設の行動制限実施に対する葛藤について、VASを用いた質問では、感じるとする回答が目立った。

設問19 行動制限を減らしたいかどうかについて、VASを用いた質問では、圧倒的にそれを求める回答であった。

設問20 行動制限最小化委員会の機能について、VASを用いた質問では、まあまあ機能的と考える群と、まったく機能的でないとする群の二峰性であった。

設問21 行動制限最小化研修について、VASを用いた質問では、多くが有意義と回答した。

設問22 医療機能評価機構が求める隔離は1時間に2回、身体的拘束は4回の看護師チェックについて、VASを用いた質問では、ほとんどが過剰とは思わないとの回答であった。

設問23 先進諸外国で実施されている身体拘束時の常時観察の必要性について、VASを用いた質問では、意見が広く分かれた。

設問24 身体拘束時の常時観察の可能性について、VASを用いた質問では、実施不可能との回答が圧倒的であった。

設問25 メディアなどによる外部批判について、VASを用いた質問では、過剰ではない、順当とする意見は少数であった。多くは過剰との意見に寄っており、最も多いのは中間的な意見であった。

設問26 行動制限要件が当初ほどでなくなった場合、直ちに解除するとの回答は18%、部分開放による段階的解除方針は65%で最多、症例によるが17%であった。

設問27 行動制限実施の根拠となる破壊性インシデントについて、最小化活動よりも医療安全管理部門で扱われることが多かった。

設問28 テレビや新聞での報道が行動制限最小化に役立つかどうかの質問では、「はい/いいえ」がほぼ半々であった。

設問29 障害者権利条約の政府調査等、行動制限最小化に関する国際的な動向について、84%が関心ありと回答した。

3. モニタリング体制の構築（資料2：政策パッケージ（案）**C**、資料3）

研究会議において、モニタリングとして有用な指標を検討し、「隔離割合」と「身体的拘束割合」を採用した。いずれも全入院患者のうち行動制限実施者が占める割合によって算出される。

政策パッケージ（案）での活用を想定し、都道府県ごとのデータシートとして、以下のベンチマークを採用した。

- 全診断と診断カテゴリー別（F0 および F2）
 - 身体拘束割合／隔離割合のマトリックス
 - 都道府県ランキングにおける当該自治体の位置〔隔離割合と都道府県〕
- 全診断
 - 入院形態別〔隔離割合と身体拘束割合〕（直近3年）
 - 年齢階級別〔隔離割合と身体拘束割合〕（直近3年）

精神保健福祉資料（通称630調査）を参照し、47都道府県についてデータシートを作成した（資料3）。データシートは政策パッケージ（案）におけるコンテンツのひとつ**C**として位置づけた。

4. 確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）の策定（資料2）

分担研究会議にて討議と課題集約を行い（令和2年度報告書参照）、作業チームを組

織して、別途記載したスケジュールにて定例会議を実施し、政策パッケージ（案）を策定した。作業においては、原典となる米国のコア・ストラテジーほか、先例となるニュージーランドの冊子、英国の冊子を参照した。

成果物としてのパッケージのコンテンツは以下のとおりである。

A：活用マニュアル（A） 政策パッケージ（案）を用いて地域行動制限最小化計画を策定するための具体的手順を詳細に示した解説書。

B教材 行動制限最小化のための基本知識を学ぶ資料

B1最小化の基本理念となる「コア・ストラテジー」（下記参照）のレクチャー。約25分の音声付き画像資料。

B2本研究で行った実態調査の結果報告書。

C：ベンチマーク指標 行動制限指標をモニタリングしている精神保健福祉資料（通称630調査）を分析し、当該自治体に関する現況について全国動向との比較を行ったデータシート。

D：マトリックス表 コア・ストラテジーの6方策それぞれに対し、例示した具体的アクションを参考に、各自自治体の推進合議体において検討した可能な活動を該当欄に記入して完成される計画整理表。

5. さらなる最小化手法の探索

以下の有力事例が抽出され、研究会議にて共有、討議した。

① 山梨県立北病院の例

- ② 東京都立松沢病院の例
- ③ 精神科救急・急性期の集中的ケア場面における早期作業療法の例

6. 普及活動の実践

以下の日程にて、3回の研修会を行った。

- ① 2020年11月27日（オンライン）自治体職員向け研修会
- ② 2021年12月13日（オンライン）川崎市精神医療関係者向け研修会
- ③ 2022年3月4日（オンライン）自治体職員向け研修会

このうち②について、主催者より報告書及びアンケート結果の提供を受けた（資料4）

D. 考察

1. 本研究の位置づけ等

前身となる201918037Aの結果および、親研究である20GC2003の目的をふまえ、持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保を目指し、実効的な行動制限の最小化を普及させるために必要な、実態調査、モニタリング体制の構築、確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）（政策パッケージ（案））の策定、さらなる最小化手法の探索、の4項目を重点とし、計画的に研究を実施した。

研究実施期間は全てCOVID-19パンデミック下にあった。研究会議はすべてオンラインで実施し、想定外の状況に異例の対応を余儀なくされ、少なからず影響を受けたが、目標とした成果物の策定は完了した。

2. 実態調査結果に関する考察

実態調査（WEBアンケート）では、最終的に回答数845が得られた。回答者の内訳は、単科精神病院勤務（Q1）、閉鎖病棟勤務

（Q2）、10年以上経験（Q3）、主任等ミドルマネージャー以上（Q4）が多めで、偏りはあったものの、日々の業務において責任をもって行動制限を管理し、調査回答意思のある問題意識の高い集団と考えられた。よって本調査結果は、現場従事によって実感される本来的な課題と、より適切な医療を目指す高い志を反映した思慮深い回答として読み解く必要があり、高い意義を有すものと考えられる。

近年の行動制限に関する動向についての認識は、自施設では増加傾向とも（Q5）過剰とも（Q17）思わないが、業界全体としては増加傾向を感じ取っており（Q6）、それに対する外部批判はやや過剰なものを感じつつも、様々な実態もあり、もったもな指摘もあるため、必ずしも過剰とは言えない冷静な受け止めをしている（Q25）。一方でメディアによる報道には疑問を持つ意見が約半数以上で（Q28）、国際動向については大いに興味がある（Q29）、と集約的に考察された。

実際の業務に伴う行動制限実施についての問題意識は、「できれば使用したくないがやむを得ない」と考えることが殆どで（Q7）、大いに葛藤を感じており（Q18）、最小化や減少させたいとの意向が圧倒的（Q19）なことから、隔離・身体的拘束の実施とは、従事者にとってかなりの心的負荷を要す業務であることが判明した。

実態として行動制限が増加傾向にあることの原因については、これまでの研究などか

ら、治療文化の変化、医療技術の変化、医療安全意識の高騰、急性期ニーズの増加、高齢者ニーズの増加に集約される。アンケート結果（Q8）では、高齢者ニーズの増加、安全意識の高騰、という現場感覚から得られる回答肢が多く選択された。先行研究等で指摘される急性期ニーズの増加はさほど実感されておらず、外部指摘との乖離が見られ、立場によって問題意識の持ち方が異なることが示唆された。一方、治療文化の変化、医療技術の変化を理由と感じた回答は少なく、最小化活動においてはこの両者が重視されることから、わが国における行動制限最小化の認識や普及には依然途上にあり、これらを向上させる必要性が示された。

諸外国との違い（Q9）、海外レビューで提唱される最小化策のうち有効と考える手段（Q10）の両方で最多であったのが、わが国の人員不足を反映する回答肢であった。実際の人員体制比較でも大差のあることが判明しており²⁾、有効性が判明しているにもかかわらず、多くの手段について実行可能性が示されないこと（Q11）、必要と認識される常時観察（Q23）が物理的に不可能であること（Q24）などは、人員不足ゆえと考えられ、わが国の行動制限最小化課題における決定的な阻害要因と結論づけられる。

諸外国との比較において、医療体制の違いや高齢化率、制度の違い、医療内容の違い、医療安全意識など、わが国特有の環境要因はある程度実感され（Q9）、有効と考える手段でも、治療環境の工夫、安全・労働条件の確施設の改修などのストラクチャー要因が目立った（Q10）ことから、現場従事者によるケア努力以外の部分についての課題が大きいこと

が考えられる。この点については社会の理解や協力が必要で、批判よりも優先して求められる。

諸外国との環境の違いを要因とする認識は前述の通り一定程度あったものの（Q9）、本研究で取り組んでいる国や都道府県の支援、モニタリングが有効とする回答は多くはなかった（Q10）。現場の従事者は環境要因に対して直接的に対策できないことから、行政機関との連携、支援は必須である。また、行動制限は法的強制力を発動する法行為であり、そうである以上行政はそれを監視する義務を負い（研究協力者（法律専門家・弁護士）の見解、令和2年度報告書より）、実際に行政による監査対象である。調査結果は、行動制限最小化という医療現場の課題を行政的に対応することについて、現状ではイメージが結びつかない可能性を示しており、後述の自治体研修での反応も同様であった。この点に関しては、医療機関側も行政側も決定的に認識が希薄であると言わざるを得ない。

行動制限最小化という課題に対し、医療現場で従事者自身に取り組める類の対策は、より直接的で、実感も得られ、本来的である。しかしながら、現状の標準対策は画一的で、近年の増加傾向に照らせば、その成果が疑問視される。行動制限最小化委員会の機能について意見は分かれ（Q20）、行動制限最小化研修は有意義とされたが（Q21）、実際の数値を改善させるまでの実効性は観察されない。法令の要請によって日々記録される「一覧性台帳」を必要とする意見は多いが（Q12）、その多くが公開を求め（Q13）、その労力のわりに活用がないことを反映している。これらの実

態から、標準とされる対策はそろそろ見直される時期にあることは間違いない。

標準対策以外の取り組みについて、学術領域では既に知見が集約され、多くの先進国では実装され、成果を上げている。その代表例がコア・ストラテジーであり、わが国でも翻訳され、日本精神科救急学会がガイドラインの中で推奨している。コア・ストラテジーのわが国での実行可能性は既に厚生労働科学研究にて検証され、治療文化や環境に課題があることが判明している。今回の調査において、コア・ストラテジーの方策に該当するリーダーシップ強化、患者の治療参加、行動制限モニタリングを最小化のために有効と考える回答者は少数で（Q10）、コア・ストラテジーにおける具体的アクションを選択肢とした実行可能性に関する設問も全体に低調であった（Q11）。これらのことから、基本的な認識や知識の普及が不十分であることは明らかである。一方でスタッフの問題意識を課題とする実感（Q9）、スタッフ教育を重視する意見（Q10）は多く、知識不足を憂い、スキルの体得を求める意見は多い。

より具体的な行動制限管理の運用について、例えば部分開放といわれる解放観察の扱いは、法令等にその定義がないものの、早期の開放化に向けた試験的移行処遇として有用で（Q26）、ほぼすべての現場で活用されており（Q13）、行動制限の実施には違いないが（Q14）、日単位で取り扱われることには抵抗があり、時間毎の記録を求めていることが判明した（Q15）。記録の手間が必然的に増大するが、それを厭わないとする意見は多かった（Q16）。医療機能評価機構が求める頻回のチェックも過剰とは思わないとの意見が大半で

（Q22）、労力を惜しまず適正なケアと業務を求める姿勢が観察された。

一方、行動制限理由の多数を占める攻撃性インシデントについて、行動制限最小化と連動して管理され、議論されることが合理といえるが、多くは医療安全管理部門の管理対象であった（Q27）。行動制限最小化活動の一環としてモニタリングされていない実態が判明し、課題と考えられた。また、薬物治療の工夫や治療方針立案強化が最小化に有効と考える回答者は少数で、これらが最小化活動に含まれるとの認識は十分でなかった（Q9）。医療者の本務であるこれらの臨床業務が最小化効果を発揮する可能性があるとの認識を強化することによって、課題の克服に近づける余地がある。

調査の結果が語るものは、わが国の行動制限最小化活動は十分とは言えないという事実である。まず、わが国の精神科医療における人員配置不足は行動制限最小化課題に関して決定的な要因であり、標準的な最小化活動を阻害する大きな理由となっていることも明らかである。その他の要因として、現場従事者の問題意識や向上意欲はあるものの、本来的で必須の合理的かつ実効的な最小化活動に関する知識も、それを学習し体得する機会も限られており、そのため課題への本来的認識や最小化活動の意義に関する理解も浸透せず、治療文化の醸成や治療技術の向上は未分化である。行動制限最小化課題に対する行政支援や取り組みは、学術知見の点からも、法的な解釈からも、その運用の点からも必須と考えられるが、その考え方自体が定着しておらず、関係者の認識は希薄である。

わが国の行動制限課題については様々な指摘があるが、その実態は最小化活動の不足に集約されるとみてほぼ間違いない。一方、現在適用基準の見直しの議論が進められているが、最小化活動の普及啓発や人員不足への対策を行わないままに臨床現場側の裁量幅を狭小化することは、医療安全に少なからず影響を及ぼす可能性があることにも留意する必要がある。現状分析の結果から、今後のわが国がとるべき対応は自ずと明らかで、判明した課題を補うべく、モニタリングという科学的合理手法を援用し、検証された実効的な最小化活動を推進し、それが可能となるように環境を整えることに尽きる。そのためには、普及を推進し、それを実装するための学習機会や教材、環境を整え、担当行政と医療現場が協調して取り組むことによって実効性のある成果が期待できると考えられる。

3. モニタリング体制の構築に関する考察

精神科医療における行動制限指標については、これまでも検討があり、その中で政策的な有用性を加味して、全入院患者のうち行動制限実施者が占める割合によって算出される「行動制限割合」を採用した。他にも平均期間や新規の導入割合等が提唱されているが、治療期によらず、代表性に優れた指標と考えられる。ただし、行動制限実施実態の全ての側面を反映するものではなく、解釈には慎重が必要である。精神保健福祉資料における行動制限数のカウント定義は、平成29年6月30日から精神保健福祉法に則った指示のある患者と変更され、隔離・身体拘束指示のある患者の属性（主診断、性別、在院期間、入院形態、年齢、病棟入院料、病院住所地と患者住所地、生活保護の有無など）も参照で

きるようになったことから、多軸的評価が可能となっており、この利点を活かす目的で、データシートには診断別、年代別の年次推移の要素を盛り込んだ。また、ベンチマーク方式を採用し、自らの自治体が全国のどの位置にあるのかを自認し、課題を特定できる工夫を行った。これにより、例えば若年者の隔離の直近動向等、焦点化が自治体ごとに可能となり、対策の方向性を決める際に役立つ可能性が考えられる。

4. 確立した最小化方策による行政主導政策パッケージ（案）の策定についての考察

以上に考察した論点等をふまえ、我が国の行動制限最小化課題への有効対策として、今回の成果物となる、確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）の策定を行った。

以前に筆者らがわが国におけるコア・ストラテジーの実行可能性を検証した際には、トラウマ歴のチェックシートや当事者参加等、いくつかの方策が文化として浸透しておらず、実行可能性を有さなかったが、その後トラウマインフォームドケアやピア活動などが活発化していることから、今回のパッケージでは、すべてがわが国において実行可能なものとして取り扱った。

様々なステークホルダーで構成される分担研究会議において、デリケートな要素をはらむ本課題に対し、昨年度の議論では様々な有用な意見の交換が忌憚なく闊達に成されたことを報告したが、今回の政策パッケージ

（案）についてはそれら意見を概ねカバーしており、最終的な研究班会議においても良好な評価となった。

本パッケージの完成をもって、わが国の深刻な行動制限最小化課題に対し、今後の実効的な対策となるすべての要素を盛り込んだ、根拠に基づいた合理的かつ集約的対策手段の設定までを実用的成果として調整できたものとする。

5. さらなる最小化手法の探索

さらなる最小化手法の探索については、いくつかの有力事例が抽出され、研究会議にて知識共有された。これまで、強力なリーダーシップの活用による「ゼロ化」などの例が主であったが、今回は救急・急性期の集中的ケア場面での早期作業療法という別視点加わった。早期リハビリテーションについては一般心療科で実装されており、エビデンスが提示されたことにより、制度化等の環境整備が本課題に有用性を発揮する可能性が考えられる。

6. 普及活動の実践

本研究の最終目標は、実効的な行動制限最小化の普及であり、そのための知識コンテンツまでを準備した。実際の普及までを研究班で実施することには限界があるが、複数の機会を得て試行までを行った。実際の従事者の理解度は必ずしも十分ではなく、やはり全体として意識改革や治療文化の醸成までには今しばらくの時間がかかると考えられるが、前向きな意見も多く聞かれており、今後は研究班の枠を超えた、より大規模な普及策による行動制限最小化活動の推進が期待される。

E. 結論

前身研究の成果、および親研究の目的をふまえ、精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究を実施した。

わが国の行動制限最小化課題の本質に踏み込んだ調査にて、本来的最小化活動が浸透していない実態と、人員や認識の不足など、その要因が明らかとなった。

本課題については、わが国特有の特徴に相応した合理的な対策が求められる。そのために、精神保健福祉資料を活用したモニタリング体制を構築し、都道府県単位の行政主導による普及モデル「確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）」を策定した。今後の普及および対策の取り組みにより、本来的最小化活動が推進され、実効性のある成果が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

精神神経学雑誌に応募中

2. 学会発表

シンポジウム 23 「曲がり角に立つ精神科入院医療ーマクロ状況と精神科臨床からー」. 第 118 回精神神経学会学術総会, 福岡, 2022 (予定)

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

特になし

文献

1. （杉山直也：行動制限最小化に関する研究の報告．厚生労働科学研究費補助金．障害者対策総合研究事業．精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の評価に関する研究」（H23-精神-一般-008）（研究代表者：伊藤弘人）平成 25 年度総括・分担報告書，2014）
2. 野田寿恵，杉山直也，三宅美智，末安民夫，伊藤弘人：行動制限の国際比較-日本フィンランド精神科急性期医療における隔離・身体拘束研究から-．精神科治療学 28(10)，1265-1271，2013