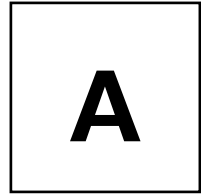


確立した行動制限最小化方策による 政策パッケージ（案）

目次とコンテンツ

A	活用マニュアル	政策パッケージ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> 全国調査の結果報告書
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。
E	ツール	コア・ストラテジーの実践において具体的臨床活動のために活用される、合理的に設計された目的別の機能を有す概念や取り組み例、帳票類



自治体主導による「地域行動制限最小化計画」策定のための政策パッケージ

活用マニュアル

「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」

(分担研究者：杉山直也)

政策パッケージチーム

令和2年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）

「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」

(研究代表者：竹島正)

課題番号：20GC2003

自治体主導による「地域行動制限最小化計画」策定のための政策パッケージ

活用マニュアル

I. はじめに

精神科医療における隔離・身体的拘束等の行動制限は、その実施実態のみならず、最小化活動に関する実態が医療の質を反映する代表的な指標となります。より良い医療を提供するために、行動制限指標および最小化活動指標をモニタリングすることは極めて重要です。これらの取り組みは、各医療機関の努力として行われるべきであると同時に、医療圏域における行政活動の一環として取り組まれることにより効果的となる可能性があります。

本政策パッケージは、本マニュアル（A）、教材（B）、ベンチマーク指標（C）、マトリックス表（D）、ツール（E）によって構成されます。本マニュアルは、パッケージに含まれる各構成要素を詳解し、今後の「地域行動制限最小化計画」の策定にあたり必要な情報と手順を提供します。本マニュアルを活用することにより、皆様の所属する地域の関係方々との課題や認識の共有を図り、その地域の特性に応じた、よりよい計画策定の一助とすることができます。

II. 用語

本マニュアル（A）にはいくつかの特異的用語が登場します。それぞれを以下に解説します。

表 1. 用語解説

地域行動制限最小化計画	精神科医療における行動制限を最小化するための具体的取り組みを自治体として集約し、指標によって進捗管理する行動目標です。
政策パッケージ	地域保健医療計画に収載される地域行動制限最小化計画を策定するために必要な情報や手順を一括提供する一連の資料の複合体です。本マニュアル（A）、教材（B）、ベンチマーク指標（C）、マトリックス表（D）、ツール（E）によって構成されます。
活用マニュアル（A）	本書のことです。政策パッケージ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です。
推進合議体	各自治体で地域行動制限最小化計画の策定および進捗管理のために編成される、専門家、当事者、領域代表者、ステークホルダー、自治体担当者からなる組織です。
教材（B）	行動制限最小化のための基本知識を学ぶ資料です。 <B1> 最小化の基本理念となる「コア・ストラテジー」（下記参照）のレクチャーで、約 25 分の音声付き画像資料です。 <B2> 本厚労科研で行った全国調査の結果（B2）です。我が国の平均的な現状を確認することができます。

ベンチマーク指標 (C)	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、当該自治体ごとの現況について全国動向との比較を行い、資料化したデータシートです。
コア・ストラテジー	米国で開発され、全世界で実践されている行動制限最小化のための標準方策です。科学的根拠を有し、4つの基礎理論をもとに、6つの方策からなります。
マトリックス表 (D)	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です。地域行動制限最小化計画における主要な成果物となります。
ツール (E)	コア・ストラテジーの実践において具体的臨床活動のために活用される、合理的に設計された目的別の機能を有す概念や取り組み例、帳票類で、なるべく信頼性・妥当性が検証されたものを採用しています。

III. コンセプト

強制的な治療介入の在り方は、いつの時代にも精神医療の現場における課題であり続けています。人間社会において、本人の自発意思によらない治療行為の実践は本来認められておらず、例外的な状況については法をもって一定の条件下にそれが容認される、という構図にあることをまず理解する必要があります。精神医療における非自発入院や行動制限は、この例外的状況にあたるもので、「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」によって合法化されます。これが法的理解であり、法学的に言えば、法による強制力の行使については、この法を運用している行政に実態を監視する義務と責任があることとなります。監査の代表例は都道府県・政令市による実地指導であり、行動制限の実態は主要な監査対象です。

精神医療はこれまで大きな進化・発展を遂げていますが、同時に常に課題を抱えています。課題の一つである行動制限について、実施実態の国際比較等はしばしば評論の対象となりますが、様々な要因が関与し、正確な評価が困難です。何よりこうした問題指摘型のアプローチは、解決に結びつきにくいことが最大の課題であり限界でもあります。なぜならそれは、後方視的で批判的であるからです。一方で行動制限の最小化は、その取り組みにおいて現状が世界標準に達していないことを課題とすることは、直接的に質の改善に結びつきます。なぜならそれは、前方視的で建設的であるからです。

実のところ、行動制限最小化の方法論については、多くの研究にて既にほぼ集約されており、それらを着実に実行することが合理的かつ順当な取り組みとなります。しかしわが国ではこれらの方法論や方策が現場の末端にまで啓発されておらず、またその教育の機会も整備されていません。わが国での実態として、各医療現場では多くの葛藤と最大限の努力が払われていることが確認されます。しかし同時に、標準的な最小化方策の実践という側面においては未達成の課題が多く残されていることも判明しています（IV-2）B2の説明部分参照）。

本政策パッケージの特徴は、これまでに確立している、科学的根拠に基づく行動制限最小化の理念と実践を、現実的かつ効率的な方法により広く医療現場全般に行きわたらせるために必要な情報や手順を包括していることです。本パッケージにより策定される地域行動制限最小化計画は、地域全般のサービスの質の向上を目指しており、そのために活用されるリーダーシップ、データの活用、スタッフ力の強化、当事者の役割、ツールの活用、デブリーフィングといったコア・ストラテジーの理念や方策、PDCA サイクルによる進捗管理の手法等が提供されます。本政策パッケージの基本コンセプトを表 2 にお示しします。

表 2. 政策パッケージの基本コンセプト

-
- ① 全治自体として
 - ② 行政主導としてのリーダーシップも活用しつつ
 - ③ ケア担当者と行政担当者との協働作業によって
 - ④ 感情論や批判的態度によらず、あくまで建設的な文脈として
 - ⑤ 合理的な科学的手法を活用して行動制限最小化に取り組み
 - ⑥ ケアの受け手と提供者の双方にとって有益となるよう
 - ⑦ 医療の適切性と安全性を両立させる
-

本政策パッケージでは、自治体の政策担当者から末端の現場まで、関係者が共通認識の下、地域として共役・連動して動けるよう、推進合議体の編成を要請します。

次に、行動制限最小化に取り組むために必要な基本的な知識を獲得するため教材 (B) を用いて、推進合議体メンバーを中心に、関係者での共有を図ります。最初の教材 (B1) は、最小化の基本理念となる「コア・ストラテジー」のレクチャーで、約 25 分の音声付き画像資料です。地域で最小化が有効に実現するためには、コア・ストラテジーの理解による基本理念の共有が第一の出発点となります。続いての教材は、後述する職員認識と最小化に関する全国調査の結果 (B2) です。これによって我が国の平均的な現状を確認することができます。これらの教材は関係者向けの普及啓発のためにも活用できます。

基本的な知識の獲得の後、自らが所属する各自治体の実態を確認する段階に進みます。このために、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 資料) を基に、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ベンチマーク指標 (C) を掲載したデータシートが提供されます。

こうした認識を基礎に、関係者が推進合議体において様々な協議を行い、今後取り組んでいく最小化策を確定させ、「地域行動制限最小化計画」を策定します。本パッケージでは、この集約作業を支援するため、コア・ストラテジーにおける具体的方策を軸としたマトリックス表 (D) を提供します。マトリックス表 (D) による具体的方策が確定されたら、最小化計画を実践する医療機関を募り、附属するツールを活用し、各医療施設で実践に移す準備に入ることができます。

このように、各自治体が、その地域特性に応じて何らかの最小化に取り組めるよう、かつ取りまとめ

役の自治体がそれら最小化活動をモニタリングして集約できるよう、一連の包括的管理手順を提供するのが本政策パッケージです。最終的には持続可能な取り組みとなるよう、PDCA サイクルに沿った指標による管理手順を目指すこととなります。ここでの指標は、採用したストラテジーの達成度や、参加病院数などを想定しています。

IV. 提供されるコンテンツ

1. 教材

1) レクチャー「コア・ストラテジー」(B1) (音声付きパワーポイント)

約 25 分の音声付き教材です。本来より長時間の研修が望ましい内容ですが、そのエッセンスをまとめた資料として、これまでもさまざまな研修場面で用いられてきた資料です。このレクチャー自体がコア・ストラテジーの「スタッフ力の強化」に該当し、わが国で行った調査でも高い実行可能性が示されました。



図 2. 音声付き教材

2) 職員認識と最小化に関する全国調査 (B2)

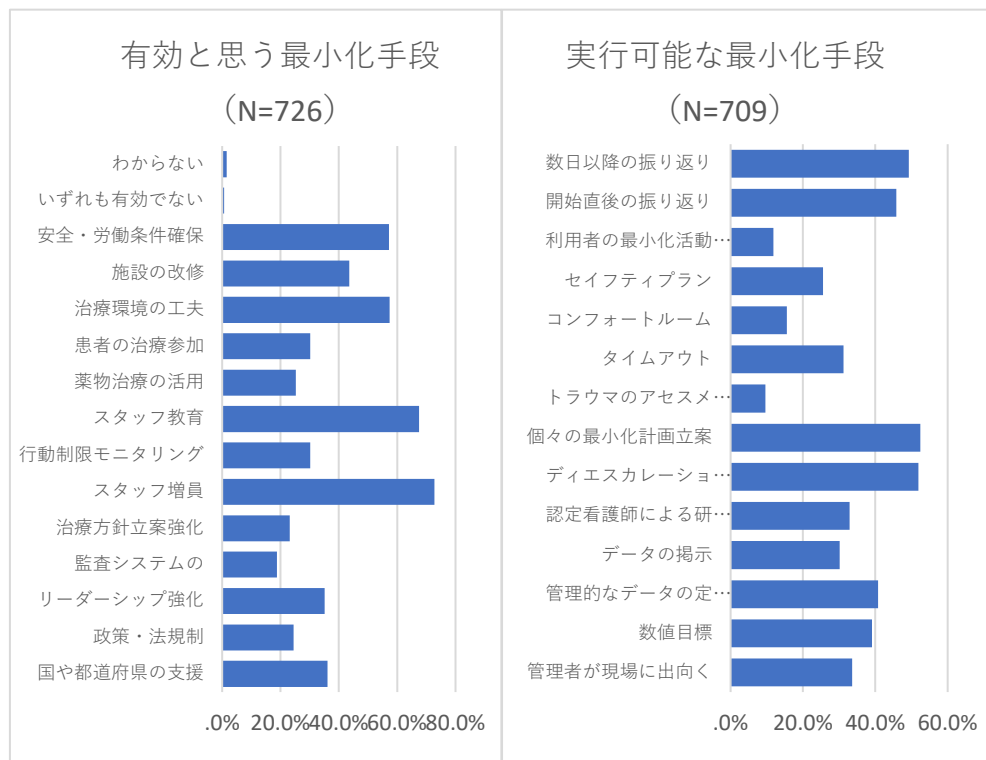
本政策パッケージは「精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究」(令和 2 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (障害者政策総合研究事業) 「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」(研究代表者: 竹島正) 課題番号: 20GC2003 における分担研究 (分担研究者: 杉山直也)) にて提案されます。同研究では、隔離・身体的拘束に関する、大規模意識調査を実施しており、これによって我が国が取り組むべき行動制限最小化の課題がほぼ焦点化されました。

表 3. アンケートの概要

概要	精神科医療における行動制限 (隔離・身体拘束) に関するアンケート
対象	精神科に従事している～したことのある看護職員
期間	令和 3 年 1 月末～4 月 21 日まで
方法	WEB アンケート
手続き	日本精神科看護協会による協力
倫理的配慮	国のガイドラインに則り倫理審査委員会の承認取得

主要な結果の一部を紹介します（図3）。左は、英国の代表的レビュー（Gaskin CJ et al., Br J Psychiatr, 191; 298-303, 2007）において、有効な行動制限最小化手段として紹介・報告された方法を選択肢としています。いずれも有効とされますが、我が国でのなじみの無さや文化の違いから選択されることが全体に低調です。スタッフ増員とスタッフ教育が突出しており、他の対策は現場にとってあまり実感されないように見受けられます。言い換えれば、行動制限の最小化策について、我が国ではまだ対策できる余地が多く残されていることを示します。これらをすべて着実に実行していけば、成果となる可能性も多く残されています。対策余地には行政の役割も含まれています。

図3. アンケート結果抜粋



右側はコア・ストラテジーを具体化した各アクションが選択肢となって実行可能性について尋ねていますが、やはり回答は低調で、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」でさえ、50%をようやく上回る程度です。ツールの多くは馴染みがありません。実施さえすれば必ず最小化に資すこれらの方策を実施できないという現実、情報周知の不足と現場の余裕の無さを反映しており、制度や医療行政による現場支援の必要性を示します。最小化は医療現場にだけ帰すものではないことを明確に示した所見で、政策担当者にその問題意識と理解が必要となります。

アンケートではこれら以外にも多くの有用な所見が観察され、我が国の課題が明らかとなりま

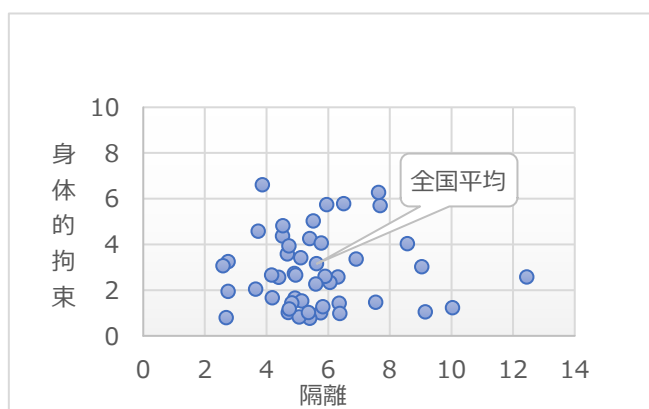
した。調査結果の詳細は、別添の報告書をご参照下さい。

2. ベンチマーク指標 (C)

ベンチマーク指標は精神保健福祉資料（通称 630 調査）から得られる指標で、毎年 6 月 30 日時点の行動制限指示数に係る数値です。精神保健福祉資料における行動制限関連データは、調査方法の改訂により定義が変更され、2017 以降に計上される数値がそれまでのものと異なります。従来は実際の実施数を計上していましたが、新たな収集方式は指示数をカウントしており、ほぼ実施数を反映するものとして取り扱われます。同じ改訂では、診断の F 分類（ICD-10）、年齢区分等が同時登録されており、一定のデータ分析が行えるよう変更されていることも特徴です。

図 1 にベンチマーク指標の例をお示します。令和 2 年 6 月 30 日時点で F2 圏診断の患者さんさんに対して指示されていた都道府県ごとの隔離（横軸）と身体的拘束（縦軸）の件数を在院者で割った「率」として散布図に示したものです。政策パッケージの中では、自身の所属する自治体の位置がわかるよう、自治体ごとのデータシートにより提示されます。ベンチマーク指標は F 0 診断、F 2 診断、年齢階級別、直近 3 年分動向等の切り口を標準として提供されます。

図 4. ベンチマーク指標の例：令和 2 年 隔離・身体拘束割合、F2 診断、散布図



V. マトリックス表 (D)

マトリックス表は、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です。地域行動制限最小化計画における主要な成果物となります。

コア・ストラテジーは以下の 6 戦略で構成されます。

戦略 1： 組織改革のためのリーダーシップリーダーシップ

戦略 2： データ活用

戦略 3： 院内スタッフ力の強化

戦略 4： 隔離・身体拘束使用防止ツールの利用

戦略 5： 病院における当事者の役割

戦略 6： デブリーフィング

マトリクス表では、6 つの戦略それぞれについて、目標ごとに具体的なアクションを例示しています。そのそれぞれについて、推進合議体の議論の中で、自治体での現状を評価します。そして、今後取り組んでいくのかどうか、取り組むにあたり修正が必要かどうかなどについて意思決定します。自治体の方針としての採否が決定したら、取り組みへの参画医療機関を募ります。マトリクス表の各欄が埋まり完成となったら、これが「地域行動制限最小化計画」として機能します。

表 4.マトリクス表の一部

戦略 2： データ活用					
目的	<p>より質の高い医療を目指した変革を促すためにデータを用いる</p> <p>医療圏全体および自院の課題点を見出すために用いる</p> <p>有効な臨床手法を同定するためにデータを用いる</p>				
列 1	列 2	列 3	列 4	列 5	列 6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	病院長、管理職以上は、隔離・身体拘束の全国・自都道府県および自院の実施率を理解している	<ul style="list-style-type: none"> 「ベンチマーク指標」から、全国と自都道府県の実施率を理解している。また年齢、主診断別の実施動向を理解している 病院長、管理職以上は自院の隔離・身体拘束データにアクセスでき、実施状況を把握している 自院の実施率と、全国および自都道府県のデータと比較し、自院の強みと課題点を見つける 			
2	隔離・身体拘束の基本データは、自院内のあらゆる人が見ることができよう提示されている	<ul style="list-style-type: none"> データは経時的に示され、実施状況の増減について全職員が理解している 隔離・身体拘束データには、実施者数、実施日数が示されている 			
3	病院長は達成可能な目標をたて、その目標は全スタッフおよび地域関係者にも知らされている	<ul style="list-style-type: none"> 目標達成に向けて、全従業員への教育、専門性向上のためのトレーニングを組む 自院の目標について、外部に公表する 他院と共同し、他院の成功事例を学び、自院の治療文化を振り返る 			
4	データ分析を行い、課題をみつけ、対策方法をみいだす	<ul style="list-style-type: none"> 性別、年齢、主診断による分析、隔離・身体拘束の開始時間帯の分析、病棟別の分析を行ない、強味と課題点をみいだす 暴力、自殺企図自傷、転倒のインシデントの把握 			
5	隔離・身体拘束の実施に至らなかつたケースの蓄積と分析	<ul style="list-style-type: none"> 従来であれば隔離・身体拘束を実施したであろうケースについて、実施回避のために用いたケアや医療のポイントを記録し共有する 			

政策パッケージを活用した行動制限最小化・地域保健医療計画の立案手順

1. 担当部署の設定 （終了したら☑）

各自治体の状況に応じ、本案件に最も適任となる部署を選定し、担当部署として設定してください。最も標準的には、精神保健福祉法の定めに応じるよう、都道府県や政令市の精神保健福祉及び医療の主管を行う部門が望ましいと考えられます。

2. 推進合議体の設置 （終了したら☑）

以下の例を参照し、推進合議体を設置してください。★当事者は必ず含めてください。

表 5. 推進合議体の例（★：必須）

国立・自治体立等、公立病院	総合病院
民間病院	精神保健福祉センター
看護協会	その他の関係団体
当事者★	外部識者等
事務局（自治体担当者）	

3. 協議

以下の手順で、推進合議体にて協議を行ってください。

協議後には成果物として、「地域行動制限最小化計画」が策定されます。本政策パッケージにより提供される教材、資料、テンプレート、ツール等を活用してください。

1) 初回ミーティング～現状確認と必要知識の共有 （終了したら☑）

- ① コア・ストラテジーを中心とした最小化論理の確認（B1 教材利用）
- ② アンケート結果の配布と参照（B2）
- ③ ベンチマーク指標（C）の共有による現状確認
- ④ 当事者の意見（予めご準備いただく）
- ⑤ 初回ブレインストーミング（各委員より）

2) 第 2 回以降～のミーティング（回数は任意） …（終了したら☑）

- ① 現状と取り組み（各委員より）
- ② 全体討論

3) マトリックス表作成ミーティング （終了したら☑）

- ① マトリックス表（D）の配布
- ② これまでの討論を基に、マトリックスで現状評価
- ③ 今後取り組む方策の合議、選定等
- ④ マトリックス作成手順の確認（合議体として作成するか、医療機関ごとに作成して持ち寄り、集約するか等）

- 4) マトリックス表確定ミーティング □ (終了したら☑)
 - ① 3) での議論を基にマトリックス表の最終案を事務局が集約
 - ② ミーティングで確認
 - ③ ブラッシュアップ
- 5) 最終ミーティング □ (終了したら☑)
 - ① 成果物を確認
 - ② 「地域行動制限最小化計画」の確定

4. 圏域内医療機関への周知と参加要請

- 1) 推進合議体で確定した地域行動制限最小化計画を関係医療機関に周知します。
- 2) 各医療機関から計画への参加意向を募ります。
- 3) 最終的な参加状況を取りまとめます。

5. PDCA

地域行動制限最小化計画は、継続可能な活動として実施されます。数値目標を有す計画として、推進合議体は継続的に開催され、必要に応じて都度見直しを図り、常時質の改善が図られる必要があります。

VI. その他

1. ツール (E)

コア・ストラテジーでは、いくつかのツールの活用が推奨されています。パッケージ (E) では以下の代表的なツールについて、出典をととも紹介しています。計画の中での活用は (D) の④ツール利用で整理できます。

- 1) 「抑制手法への臨床姿勢質問票」(ACMQ)
- 2) 「精神科医療における行動制限 (隔離・身体的拘束) に関するアンケート」(B2)
- 3) 症状や問題行動だけでなく当事者の長所である「ストレングス」を盛り込んだ個別最小化計画のテンプレート
- 4) 「セーフティプランー危機的状況に対するケアプランと契約ー」
- 5) 「Broset Biolence Checklist (BVC) 日本語版」
- 6) 「問題行動評価尺度短縮版」(日本語版 BPI-S)
- 7) 「静脈血栓塞栓症リスク評価」
- 8) トラウマインフォームドケア
- 9) リカバリー
- 10) 「医療職による包括的暴力防止プログラム: CVPPP」
- 11) 身体拘束をせずにケアを行うための基本的な考え方や身体拘束廃止を実現した具体的な事例

- 12) 強度行動障害を伴う人の医療的ケア
 - 13) 精神科救急ガイドライン
 - 14) 行動制限最小化関連の書籍購入や研修会の告知
 - 15) 相談支援窓口の設置と告知"
 - 16) 「Client Satisfaction Questionnaire-8 日本語版」を用いて、患者満足度調査
 - 17) 隔離・身体拘束を受けた患者の治療への認識調査票（SR-PPT :
Secluded/Restrained Patients' Perception of their Treatment)
 - 18) 意見箱の設置
 - 19) 当事者の行動制限最小化委員会や管理職会議等への参加の仕組みづくり"
 - 20) コンフォートルームの設置
 - 21) センソリールームの設置
 - 22) 段ボール製テーブルを用い保護室内アメニティの向上
 - 23) 睡眠リズムを妨げない照明の工夫
 - 24) 音や温度を調節し、清潔で整頓された環境の提供"
2. 首長によるリーダーシップ

その他の可能性として、コア・ストラテジーにおける「リーダーシップ」を拡大活用し、知事等の首長号令を検討することが有用であるかもしれません。

本パッケージの先行好事例となったある県では、知事が先頭に立って「最小化宣言」をすることが当初計画にありました（コロナ禍により実現せず）。また、米国では 2002 年に当時のジョージ・W・ブッシュ大統領が精神保健における新自由委員会を設立した例があります。本委員会の 2003 年報告書では、コア・ストラテジーにおける基礎理論の一つであるリカバリー概念に基づく方向性が推奨されています。

文献

1. Kevin Ann Huckshorn; Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings –core strategies for prevention- (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, 2010
2. 持続可能で良質かつ適切な精神医療のモニタリング体制の確保に関する研究
<https://seishin-chikouken.jp/index.html>
3. 野田寿恵, 杉山直也, 松本佳子, 他 : 抑制手法への臨床姿勢質問票日本語版を用いた実態調査. 精神医学・53(1) : 65-72, 2011
4. 佐藤真希子 : 米国の隔離・身体拘束最小化方策=「コア戦略」とは(第 2 回) セイフティプラン. 精神看護(1343-2761)17 巻 2 号 Page65-67(2014.03)
5. 下里誠二, 塩江邦彦, 松尾康志, 他 : Broset Violence Checklist(BVC)日本語版 による精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測の検討.精神医学・49(5) : 529-537, 2007
6. 行動問題イベントリ <http://bpi.haoliang.me/>
7. 小林隆夫 : Cardinal Health 【Link Vol.13】静脈血栓塞栓症のリスク評価について
8. 亀岡智美 : 精神科医療におけるトラウマインフォームドケア.精神神経学雑誌(2020)122 巻 2 号
9. 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 概要 リカバリー/ステイグマについて
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/about/recovery-stigma.html>
10. 下里誠二 : 最新 C V P P P トレーニングマニュアル 医療職による包括的暴力防止プログラムの理論と実践. 日本こころの安全とケア学会, 中央法規
11. 身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わる全ての人に～厚生労働省
12. 會田千重 : 多職種チームで行う 強度行動障害のある人への医療的アプローチ.中央法規
13. 日本精神科救急学会 : 精神科救急医療ガイドライン 2022 年版.第 5 章. 日本精神科救急学会
14. 立森 久照, 伊藤 弘人 : 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討. 精神医学(0488-1281)41 巻 7 号 Page711-717(1999.07)
15. Toshie Noda, Naoya Sugiyama, Makiko Sato et al : Influence of patient characteristics on duration of seclusion/ restrain in acute psychiatric settings in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2013; 67: 405–411
16. OT-Innovations.com
<https://www.ot-innovations.com/>
17. the Sensory Connection Program
<http://www.sensoryconnectionprogram.com/index.php>
18. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B; Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Br J Psy, 191, 298-303, 2007



行動制限最小化研修会③



コア・ストラテジーを学ぶ

*Learning Core Strategies for Reducing Seclusion & Restraint Use
in Mental Health Settings*

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
日本精神科看護技術協会



Six Core Strategies

*Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings
Core Strategies for Prevention*

*by Kevin Ann Huckshorn (RN,MSN,CAP,ICADC)
Journal of Psychosocial Nursing, Vol.42, No.9 2004*

【日本語訳】

精神保健施設における隔離・身体拘束の最小化
使用防止のためのコア戦略

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) 65－73，2010



- ・ 1998年3月、精神保健関係施設で身体拘束された一人の少年が死亡する。
- ・ 11歳の少年アンドリュー・マックラインは男性スタッフに「他のテーブルに移るように」いわれたが、これを拒絶した。この男性スタッフは、この日初めて少年に会い、まだ診療録にも目を通してなかった。
- ・ にもかかわらず、この少年を拘束した。
- ・ 身体拘束状態のまま、うつ伏せにされた少年は、数分後に亡くなったという。少年は、スタッフの指示に従わなかったために、反抗的とみなされ身体拘束されたのだった。



- ◆ 伝統がありコネチカット州で最大の発行部数を誇る
- ◆ 全米における知的障害者施設、グループホームを含む精神保健関連施設での隔離・身体拘束問題について取材
- ◆ 1998年10月11日、連載記事 “Deadly Restraint” の掲載。
- ◆ 写真やイラストを使い、詳細に隔離・身体拘束の実態をレポートし、多くの読者の関心を集めた



- ◆ 隔離・身体拘束の対象者は、そのように対処しなければ生命に関わる事態を招きかねない状態にあるわけではなかった
- ◆ 危険な行動をコントロールするために隔離・身体拘束が必要とされていたわけでもなかった
- ◆ 多くの隔離・身体拘束は、懲罰として使用されていることは明白であった。
- ◆ 隔離・身体拘束使用基準が整備され系統立てられたものでない
- ◆ 行政等による適切な監視体制もない
- ◆ 深刻な傷害や死亡事故が高率に起こり続けているにもかかわらず、事故は報告されていない場合が多い
- ◆ 各州や様々なタイプの精神保健施設における隔離・身体拘束使用を管理監督する連邦政府の基準、ガイドラインがない



★ 国立犀潟病院での事件 1998. 5月

新潟県は、入院患者を医師の診察なしで拘束し窒息死(一九九八年五月十五日)させていたなど、精神保健福祉法違反の疑いが強い患者処遇があるとして、国立療養所犀潟(さいがた)病院に対し、精神保健福祉法に基づく行政処分に当たる「改善命令」を出した。



米国 

- ▶ 事件発生1998.3月
- ▶ ハートフォードコーラント紙の連載記事
- ▶ 国民全体の関心事
- ▶ 連邦議会による公聴会の開催
- ▶ 議会は米国会計監査院に調査依頼

日本 

- ▶ 事件発生1998.5月
- ▶ 新聞各紙の報道
- ▶ 国民全体の関心事
- ▶ 厚生省国立病院部政策医療課による調査
- ▶ 厚生科学研究
(浅井研究)



- ・ 全米州精神保健局長協議会 (NASMHPD)
- ・ 米国会計検査院 (U.S.GAO)
- ・ 米国保健福祉省の保健医療資金総局 医療財政局HCFA
(現在のメディケア・メディケイド・サービスセンター)
- ・ 薬物乱用・精神保健サービス局 (SAMHSA)

- ・ 全米上級訓練研究所 National Executive Training Institute (NETI)
- ・ 米国精神科看護協会 American Psychiatric Nurses Association
- ・ 米国精神医学会 American Psychiatric Association
- ・ 民間医療システムのための全国協会 National Association for Private Health Systems
- ・ 米国病院協会 American Hospital Association
- ・ 精神障害者のための全国連合 National Alliance on Mental Illness
- ・ 米国児童福祉連盟 Children's Welfare League of America



National Association of State Mental Health Program Directors

基礎理論1

神話的
通念と思
い込み

基礎理論2

公衆衛
生学の
考えに基
づいた予
防モデル

基礎理論3

トラウマ
イン
フォーム
ド・ケア

基礎理論4

精神保
健におけ
るリカバ
リーモデ
ル

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05



- ◆ 隔離・身体拘束が患者とスタッフ双方の安全を確保する
- ◆ 隔離・身体拘束は間違いなく必要なときにのみ使用されている
- ◆ 病棟スタッフは暴力が起こる可能性のある状況を認識し、静穏化するための方法を知っている
- ◆ 隔離・身体拘束による介入は経験的な知識に基いている
- ◆ 隔離・身体拘束は対象となる行動への対応としてのみ、偏りなく行われている

について文献レビューによる学術的証明を行ったところ…

- 神話であり誤った情報に基づく不正確な思い込みである。
- 身体拘束の使用決定プロセスは矛盾に満ち、多くの場合主観的なものである。

ことが証明された。



1次予防

- ・ 患者の混乱の増大を最小化
- ・ 環境整備
- ・ リスク評価
- ・ 方針立案と継続的な見直し

2次予防

- ・ 問題発現時の早期介入法
- ・ 例：脱エスカレーション法、コンフォートルーム

3次予防

- ・ 当事者・スタッフ・目撃者のダメージ緩和
- ・ デブリーフィング



- ◆ 従来の精神医療のあり方では再外傷体験(re-traumatizing)の可能性が高い
- ◆ トラウマという病態心理を基本的な要因として認識し、ケアのあり方において本質的な位置づけをするような姿勢や理念が必要
- ◆ トラウマ・インフォームド・ケアシステムにみられる特徴は、隔離・身体拘束の最小化を左右する決定的な要因である。

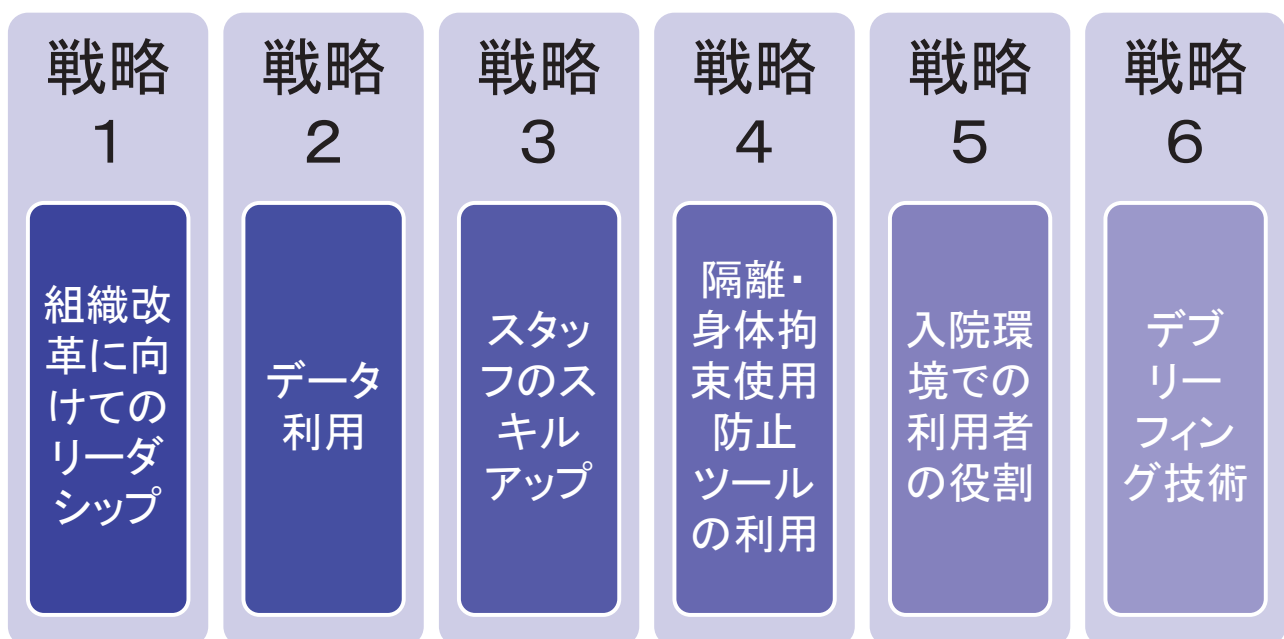


病気が治ることを目指す“Cure”とは異なり、精神障害という深刻な事態を持ちながらも、人として尊重され

- ・ 「希望」を持ち
 - ・ 「エンパワー」され
 - ・ 自分のことに「責任」を持ち
 - ・ 「新しい役割」を見つけて
 - ・ 自信を持って当事者自身が変わっていくような「リカバリー」を体験すること、そうした中で家族や友人とかけがえのない時間を過ごし、社会に生き、自分の人生を歩むことが実現できることを目指して、機能障害や社会的不利などを乗り越えるプロセス。
- ◆ 「私たちのことを、私たち抜きに決めないで」
 - ◆ 精神保健における大統領新自由委員会（The President’s New Freedom Commission on Mental Health (2003)）で採択



National Association of State Mental Health Program Directors



戦略

1

組織改革に向けての リーダーシップ

◆隔離・身体拘束最小化は、明確なリーダーのもと、具体的なプランを立てることから始められる。

◆プランには、隔離・身体拘束最小化についての使命と信条がはっきりと記され、そして全てのスタッフの役割と責任の骨子が示されるべきである。

◆経営幹部が「現場に立ち会うこと」が、取り組みの核となる。

◆リーダーは、隔離・身体拘束の減少に向けたあらゆる活動において、患者（医療消費者、家族、権利擁護者）を確実に引き込まなければならない。

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf



戦略

2

データ利用

◆隔離・身体拘束の施設内実施状況を示すデータは、決して処罰のためではなく、病棟間での前向きな比較競争を推進するために用いられる

◆このデータは管理力を高めるため、また隔離・身体拘束実施に関わる全ての人々が知識を深めるために用いられる。

◆ベースラインとなる実施状況が把握されたのち、このデータは病棟別、シフト別、日単位、スタッフ別に隔離・身体拘束実施の特徴を分析するために活用される。

◆これらのデータを決して処罰的に用いてはならない。

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf



戦略

3

院内スタッフ 力の強化

◆治療環境はリカバリーモデルの原則とトラウマ・インフォームド・ケアシステムの特徴に基づいた方針，手順そして実践によって形作られていく。

◆スタッフには，特に隔離・身体拘束ハイリスクの患者（医療消費者）に対して，その実施を減少させる方法を組み入れた治療計画をたてる技能を身に付けるための研修や教育を受ける機会が与えられなければならない。

◆管理者は，スタッフが個々の患者（医療消費者）の必要に応じて規定や手順を「保留する」ことを許容することの意義を理解しなければならない。

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf



戦略

4

隔離・身体拘束 使用防止 ツールの利用

◆隔離・身体拘束の減少には多くのツールを必要とする。アセスメントツール，心的外傷体験歴，ディエスカレーションないし危機的状況に対するケアプランと契約，施設環境の工夫，すでに有効とされている日々の治療法といったものが含まれる。

◆どのツールも戦略も，個別の目的と目標を持っており，従って個人の状況に合わせて適切に用いられるものである。

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf



戦略

5

入院施設での患者(医療消費者)の役割

◆患者(医療消費者)や回復の途上にある人(以下、回復者)は、隔離・身体拘束最小化を援助するべく、病院組織の中で様々な役割を担うべきである。

◆患者(医療消費者)の役割とその重要性は、スタッフに明確に示されなければならない。

◆患者(医療消費者)は、たとえ失敗してもさらなる訓練を受けられるという上で、こういった仕事を担っていけるようエンパワーされなければならない。

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf



戦略

6

デブリーフィング

◆デブリーフィングとは、実施された隔離・身体拘束の分析することから知識を得て、その知識を活かして次の実施を回避するための考え方、手順と実践を普及することを基本とする。

◆二番目の目標は、隔離・身体拘束が実施された際、その場に居合わせた人を含む関わった全ての人に、隔離・身体拘束の心理的副作用を和らげることである。

◆デブリーフィングは二つの取り組みに分けられる。実施直後のデブリーフィングと、数日後に改めて行われるデブリーフィングである。

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf



- ◆ 2003年、NASMHPDはトレーニングカリキュラムについてパイロット調査を行った。25の州から代表された26チームがSAMHSA精神保健サービスの予算のもと、研修を受けた。
- ◆ 8の州から、研修前後での隔離・身体拘束実施のデータが提供され、当初の結果は有望なものであった。2003年12月、NASMHPD調査研究所は以下のように報告した。
 - ◆ 8病院のうち5箇所身体拘束時間の減少が認められた。
 - ◆ 8病院のうち7箇所身体拘束者数が少なくなった。
 - ◆ 7病院のうち5箇所身体拘束の実施が少なくなった。
 - ◆ 7病院のうち5箇所隔離時間の減少が認められた。
 - ◆ 7病院のうち6箇所隔離患者 (医療消費者)数が減少した。
 - ◆ 6病院の全てで隔離の実施が少なくなった。
- ◆ データからは、さらに隔離・身体拘束時間が最大で21%の減少、隔離・身体拘束者数が最大で38%の減少、月あたりの隔離・身体拘束の実施数が最大で32%の減少が得られたことが示された (Conley, 2004).



- ◆ 施設文化の変革が隔離・身体拘束最小化のカギ
- ◆ 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
- ◆ 施設のカルチャー・チェンジが起きれば、隔離・身体拘束は自ずと減少するという主張が本論説の基調

懸命に考え熱意ある人たちからなる小さなグループが世界を変えられるということを決して疑ってはいけません。実際、それだけが世界を変えてきたのです。

Never doubt that a small group of thoughtful, committed citizens can change the world. Indeed, it's the only thing that ever has.
(Applewhite, Evans, & Frothingham, 1992, p. 71)



- ・ Kevin Ann Huckshorn 女史
(登録看護師、看護学修士、嗜癖専門家、国際アルコール・薬物カウンセラー)
- ・ 執筆当時の立場は
National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning,
National Association of State Mental Health Program directors
の管理者(バージニア州 アレキサンドリア)
- ・ 女史は、Psychosocial Nursing and Mental Health Services誌のインタビューに答えて、「(別の道を選ぶとしたら?) ナース以外の仕事をやっているなんて想像することもできない」「(仕事に必要とされているのは) 政策立案のための調査と展望をもつこと、そして粘り強さ」「(誇りに思う著作は) “隔離・身体拘束最小化についてのネットワーク・ニュースレター(2002年秋)” と “強制せず暴力のない精神保健環境を創造するためのカリキュラム・トレーニングマニュアル”(2003年2月)」と答えている。この回答は、女史の徹底した現場志向の姿勢がうかがわせる。

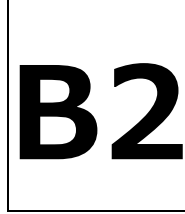


ご静聴有難うございました



Thank you for Listening.





精神科医療における行動制限（隔離・身体的拘束）に関するアンケート

結果報告書

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）

令和 2 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）

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

課題番号：20GC2003

研究代表者：竹島正

（大正大学）

調査概要

概要	精神科医療における行動制限（隔離・身体拘束）に関するアンケート
対象	精神科に従事している～したことのある看護職員
期間	令和3年1月末～4月21日
方法	WEB アンケート
手続き	日本精神科看護協会による協力
倫理的配慮	国のガイドラインに則り倫理審査委員会の承認取得
回答数	845

本アンケートは、分担研究会議での多くの議論を経て作成されました。コンセプトは、精神科医療における行動制限の最小化に最も身近な看護職員に対し、その認識や葛藤は状況どうか、どのように取り組んでいくべきと考えているのかを明らかにし、今後の実効的な最小化に資する見識を構築することです。

精神科医療における行動制限において、技術的に最も難しいのは「心理課題」であるといわれます。この課題は諸外国の関連研究を見ても「ジレンマ」として明確に位置づけられており、本来病者を救いたいと願うところ、それが最終的に病者を救うことにつながるとしても一時的に病者を苦しめることになる、という相反事情への葛藤として理解されます。侵襲的な外科処置等も同様の相反事情を有しますが、その医療行為の意義や有用性を科学的に検証したうえ、合理性をもって理解すればどこまでが妥当であるのかが明確となり、こうした心理課題を緩和することができます。行動制限と対峙するときに、私たちはこの「心理課題」に向き合っていることを自覚する必要があり、そのためアンケートは実態調査ではなく意識調査を採用しました。

もう一つのアンケートの目的は啓発にあります。世界標準とされ、広く普及している最小化のための根拠ある方策がどのようなものか、このアンケートで触れることとなります。アンケートがしっくりこなかったり、聞きなれなかったりする場合は、それだけ標準からかけ離れていることを意味します。本アンケートが現場にとっての気づきのきっかけになれば、それも最小化に資するものと考えます。

本アンケートには、数カ所の自由記載部分があります。この部分には、実に多くの自由意見の書き込みがありました。頂いた貴重なご意見を活用すべく、専門チームによる解析を依頼し、質的研究を試みました。質的研究の対象となった設問は、以下の5設問です。

Q8.精神保健福祉資料では我が国の行動制限は増加傾向にあります。その理由は次のうちどれだとお考えですか？におけるその他の記載と自由記載（我が国の行動制限の増加傾向に関して思うところ）

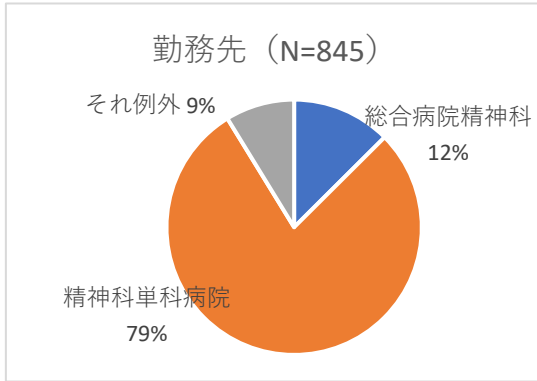
Q9.わが国での行動制限が諸外国と比べ多いとされていますが、理由は次のうちどれだとお考えですか？におけるその他の記載

Q26.行動制限要件が当初（開始時）の程度でなくなった場合の対応について、で「症例による」を選んだ場合の見分け方

Q28. 自由記載（TV や新聞で身体拘束が取り上げられていることについて、ご意見があればご自由にご記載ください）

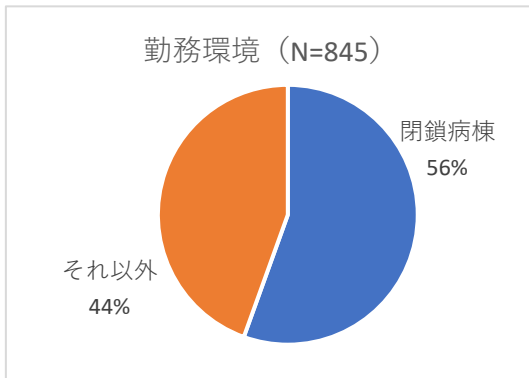
調査結果

Q1. お勤め先について、以下からお選びください



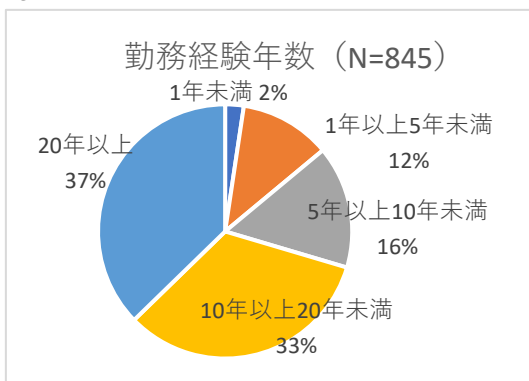
回答者の多くは単科精神科病院勤務でした。

Q2. 所属部署について、お選びください。



半数以上が閉鎖病棟勤務でした。

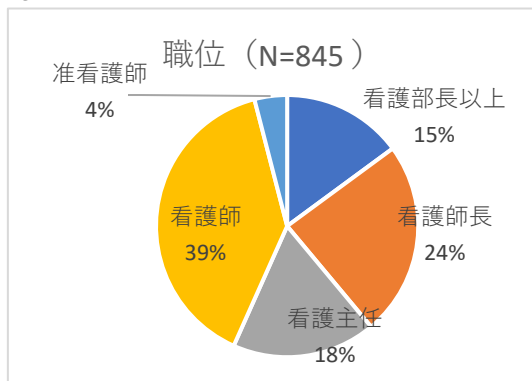
Q3. あなたの精神科での勤務経験年数を教えてください。



10年以上の経験豊富な看護師が回答者の7割を占めています。

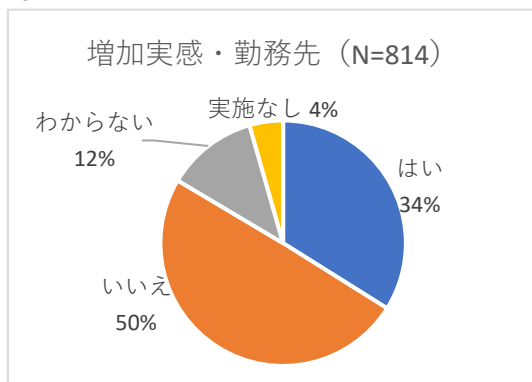
新人はわずか2%にとどまりました。

Q4. あなたの職位をお教えてください



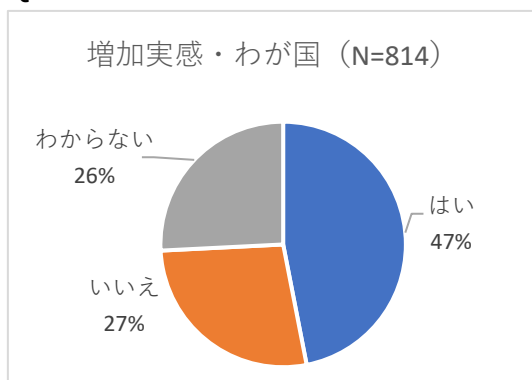
最も多かったのは、一般職の看護師ですが、主任以上の役職者が回答者の半数以上を占めています。経験年数と併せ、本アンケートへの関心は経験数が多い役職者で高く、この後の設問への回答は、そうした特徴を持った集団による回答として理解する必要があります。

Q5. あなたの勤務先では、行動制限がここ数年で増加しているとの実感はありますか？



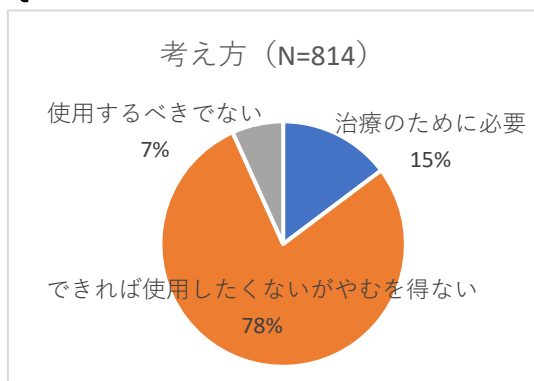
勤務先での増加実感は 34%の回答者が「ある」としていますが、それを上回る最も多い回答は「いいえ」で、半数 50%に上ります。

Q6. 日々の業務を通じて、我が国では行動制限が増えているとの実感はありますか？



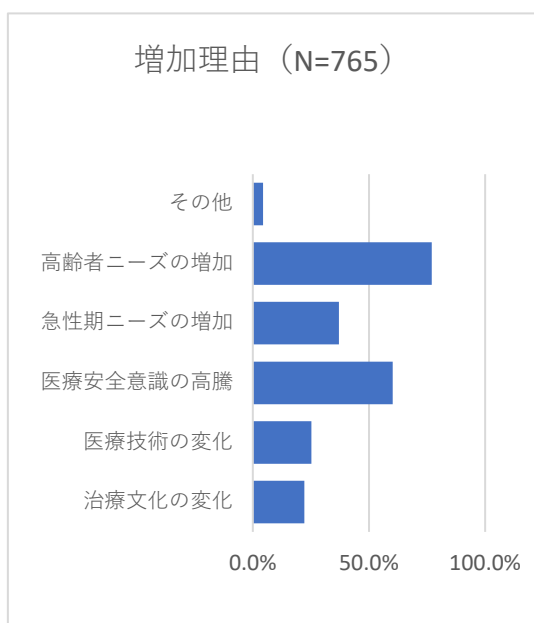
我が国での増加実感は自施設でのそれを大きく上回りました。「わからない」が多く回答されたものの、「いいえ」を選択した回答者は自施設での実感のほぼわずか半数です。

Q7. あなたの行動制限に関する考え方を教えてください。



考え方については「できれば使用したくないがやむを得ない」が圧倒的です。精神科医療における行動制限（隔離・身体的拘束）では、ケア提供者（実施者）側の心理課題、葛藤が極めて大きいことが示されました。

Q8. 精神保健福祉資料では我が国の行動制限は増加傾向にあります。その理由は次のうちどれだとお考えですか？（複数選択可）



行動制限の増加の理由は一般にこの5つに集約されると考えられています。その他を選択した回答者はごくわずかでした。最も多かったのが「高齢者ニーズの増加」であり、次は「医療安全意識の高騰」です。転倒転落事故による訴訟リスクの回避意識が高いことが示唆されます。逆に転倒転落事故による訴訟リスクが高くなければ、身体的拘束などは減少する可能性があります。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」が3番目でしたが、そのように実感しているのは50%以下とわずかです。医療技術や治療文化は根源的な要因ですが、そのような問題意識を実感している回答者は少なく、コア・ストラテジーを理解して考えると、我が国の行動制

限最小化が一定程度以上に進展しない要因はこの部分にあると言えそうです。複数選択であるにもかかわらず、理由として実感しているとの回答は全体的に低調で、理由について明確な実感がないのかもしれませんが。

アンケートでは、回答を支援するため、選択肢に以下のような解説を付しました。

- 治療文化の変化：例えば、より人間的な対応を目指し、双方が安全に接近できるケア環境が必要となったため、結果的に行動制限が増加した、等
- 医療技術の変化：例えば、心肺モニターや注射剤等、医療界全体で全身管理技術が進歩したこと、より安全な拘束帯が開発されたこと、等
- 医療安全意識の高騰：例えば裁判例などを含め、医療安全に対して社会の要請が高まり、暴力、自損、転倒転落事故防止が絶対視され、優先せざるを得なくなった結果、等

- 急性期ニーズの増加：例えば地域ケアの推進により、重症の急性期患者を治療する機会が増えたため、等
- 高齢者ニーズの増加：例えば人口構成の変化により、対象者の高齢化や認知症が増加し、転倒転落防止を目的とした行動制限の必要性が増えたため、等

「その他」の回答について

コード	数	内容
人員不足	15	重症度や業務量に応じた看護師配置になっていない
看護師要因	14	
看護師の意識の変化	6	倫理観の欠如、精神障害者に対する偏見、患者との向き合い方の変化により、医療職を中心に考える意識へと変化
看護師の不安	5	患者を理解するための疾患特性やそれに応じた対応に関する知識不足
看護師の知識不足	3	事故やアクシデント防止、ストレス耐性の低下や恐怖心、安心して働ける環境を望むなどといった看護師の不安
患者要因	6	以下の患者が増加している
認知症・高齢者	4	
長期入院患者・治療困難例	1	
発達障害	1	
安全を優先	6	転倒転落、迷惑行為、そのほか患者の安全確保を優先することが多くなった
法律・体制整備の問題	5	隔離や身体的拘束の要件が幅広いこと、隔離・身体的拘束開始後の治療やケアの標準化がされていないこと、国公立病院の重症患者の病床不足、病床機能分化の遅れが課題であること
家族の意向	3	家族が転倒をさせないように、強く要望するようになった
治療方針の変化	3	非定型抗精神病薬の使用が増えたことで、精神症状の鎮静までに時間がかかったり、刺激のコントロールが治療方針として選択されることが多い
治療環境の変化	2	個室や保護室の割合が増加
手続きの変化	2	精神保健福祉法に基づく行動制限として扱うものの範囲が広がった（例えばこれまで身体固定として扱っていたものを身体的拘束として、件数に計上するようになった）

行動制限の増加傾向の「その他」の理由として、9 のコードが抽出されました。用意された選択肢に属する意見（安全優先、高齢者ニーズ）、またはそれに関連する意見（家族の意向や看護師の不安は医療安全意識によるものと考えられます）が含まれ、「その他」を選択した回答者は少数ではありましたが、看護師はそれらあらゆる変化に応じた対応を求められ、意識の変化や知識不足という状況に陥っていることが推察されます。

「我が国の行動制限の増加傾向に関して思うところがあれば記載してください。」について

コード	数	内容
行動制限に対する印象	27	
精神病床の行動制限	10	対象となる疾患や、どの医療機関で行われているのか、臨床からみた印象
一般病床の行動制限	8	精神科以外での身体的拘束も多く、課題があるのではないか
看護師の葛藤	6	精神科で看取りを行うことや、医療安全を優先しなくてはならないこと、制限を実施しないことで看護師の負担が大きくなり、疲弊していることなどに葛藤を抱えている
行動制限の傾向	2	件数は増加しているが、期間は短縮化しているのではないか。全体的に抑圧の傾向があるのではないか
老人保健施設の行動制限	1	行動制限は実施していないが、悩むことはある
行動制限の対象者	70	*以下の患者が行動制限の対象となっている
認知症患者	29	
高齢患者	25	
長期入院患者	5	
身体合併症患者	4	
発達・行動障害患者	3	
知的障害患者	2	
急性期の児童・思春期患者	1	
未治療の統合失調症患者	1	
行動制限の理由	41	
身体管理・治療的介入	17	身体管理のための医療行為や、治療に同意を得られない場合の治療的介入のため
転倒転落のリスク	9	
暴力のリスク	5	
精神症状の悪化	3	
BPSD	1	
せん妄	1	
安静保持	1	
刺激のコントロール	1	
衝動性のコントロール	1	
認知機能の低下	1	
迷惑行為・トラブルのリスク	1	
行動制限の増加傾向に影響する要因	201	
人員配置	51	業務量に見合った人員配置になっていない
医療安全	46	全体的に医療安全を優先する傾向にある
精神保健・医療体制	16	精神科で様々な患者を受けざるを得ない精神保健・医療体制により、患者層が多様化、対応が複雑になっている。急性期病棟の増加や精神病床の多さ、その多くが民間病院であることが影響している
行動制限に対するスタッフの意識	15	業務がルーチン化していることや、慣れから安易に行動制限をする傾向にあるのではないか
治療内容	15	非定型抗精神病薬による治療が主流になり、急性症状の鎮静化に時間がかかったり、薬剤変更で症状が悪化したりすることや病状の評価や見通しが立てられず、結果身体症状の悪化を招いてしまうことがある。また行動制限を前提に治療が進行している
看護ケア	11	業務の効率化が重視されたことにより、コミュニケーションが希薄化、アセスメントも浅

家族の意向	7	くなりがち。行動制限以外の代替方法を考える意識が低い。受け継がれる伝統的方法が重んじられている
施設の方針	7	病院は安全であるという期待から、転倒転落による事故を防ぐべきものという意向が強い施設の風土やリーダーシップにより、行動制限最小化の取り組みには、ばらつきがある。特にいまは施設が医療安全を重視する傾向がある
治療環境	7	急性期病棟の増加に伴い保護室数が増加、拘束帯の常備数が増加している。また、患者の個別性に合わせた治療環境が整備されていない
精神保健福祉法・ルール	6	行動制限の要件は、各医療機関で解釈にばらつきがあり、幅広く解釈されてしまう。また実情に合った改正がされていない。その一方で、透明化を図るために、精神保健福祉法に基づく行動制限として扱うものの範囲を広げ、制限として報告する件数が増加した
スタッフ教育	5	行動制限を実施しないための方法に関する教育が不足している
多職種連携	4	看護師だけで取り組む問題ではないことや、医師との連携不足が影響している
社会全体の傾向	4	社会全体が不寛容で余裕がないことや精神障がい者への偏見から、精神科病院への入院が求められること
患者－看護師（スタッフ）関係	3	患者とスタッフ間の関係性が希薄で、患者理解に乏しい
スタッフに対するサポート体制	2	スタッフのメンタルサポートが不十分
スタッフの安心感	2	自分たちを守るために、行動制限が1つの手段になっている
行動制限最小化を阻害する要因	7	
家族の過剰な期待	3	患者の安全に対して家族の過剰な期待から、リスクがあると予測的に拘束になる傾向にある
スタッフ教育内容の不統一	1	スタッフ教育が、各医療機関の裁量に任されており、質にばらつきがある
医療事故関連の裁判	1	近年の裁判の判例から、医療機関や医療従事者が防衛的になっている
責任の所在	1	事故が起きた時に、その場にいるスタッフの責任が問われてしまう現状があり、防衛的になっている
入院患者の多様性	1	入院する患者の疾患や状態像が多様化したことにとともに、看護業務が煩雑になり結果としてケアの質の低下を招く
行動制限に関連した意見	36	
行動制限最小化の課題	12	行動制限最小化の定義があいまい、法律の改正、治療環境の整備、地域との連携、人権や倫理教育など
行動制限の最小化	8	行動制限をしないことを前提に考えたり、現状でも解除できる行動制限がまだあるのではないか
行動制限の必要性	8	限定的な場面においては、行動制限が必要
行動制限最小化の困難感	5	看護者の人権も守りながら、行動制限最小化を図ることや、どんなに転倒予防の対策をしても、それを防ぎきれないところで行動制限をせざるを得ないところ
理想の関わり	2	時間をかけて、患者にとって1番良い方法を選択できるようにしたい

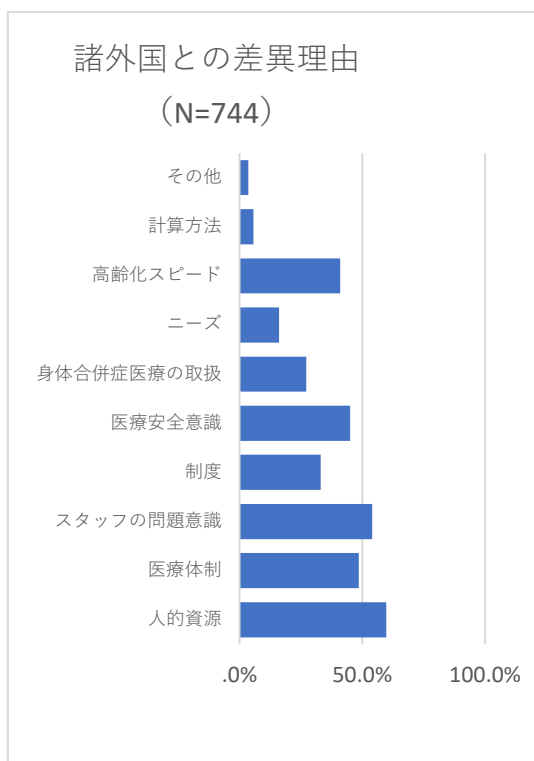
行動制限増加の要因	1	調査が正確になり、件数が把握されるようになったのではないか	
行動制限最小化のためにできること スタッフ教育	40	倫理教育、アプローチ方法、アセスメントの視点、CVPPP、行動制限を実施しないための議論の場、新しい知識や技術などの提供 クライシスプランの活用、個室の利用、代替方法の検討、解除に向けた評価など 行動制限最小化に向けたビジョンを持ち、それに合わせた体制づくり 患者との関係確立を重視した関わり 患者の症状に合わせた、治療環境作り。またその設置基準を明確にする。 精神科病院の統廃合をし、機能分化を進める 長期的な行動制限の影響を踏まえ、病状や患者の理解を深める 行動制限を実施しても早期に解除する意識や、実施していることに対する責任感を持つこと 家族と話し合い関係を築き、共通の認識を持てるようにする	
看護ケア	13		
行動制限最小化のための組織づくり	8		
患者－看護師関係	5		
治療環境	3		
精神医療体制	3		
患者・病状理解	2		
行動制限に対する意識	2		
医療者－家族関係	1		
要望	18		*以下に記述データを掲載

【要望の内容】

- ・ 行動制限に至る理由について、社会的にもっと認知されてほしい。
- ・ 社会全体の行動制限に対する意識が同じ方向を向いていけば良いと思う。
- ・ 統計をとり続け、治療者本位の治療になっていないか、検証し続ける必要がある分野と理解している。
- ・ できれば、もっと思い切った施策をもって、総合病院にメスを入れていただけたらと思いますが、一方で、一部大学附属病院などを除く一般病院における看護師の少ない配置数を考えると、抑制でぎりぎり看れている現状もあり、提言に葛藤があります。なにか、時代の先を見据えた策をご検討ください。問題意識が幾らあっても、倫理感だけでは、現場は動きません。
- ・ 行動制限の増加について診療報酬などと関連付けて厚労省が積極的に介入すべきである。
- ・ 本来の人の姿を考えてほしい。
- ・ 病院に入院すれば、安全だ、治るという絶対神話をなくしてほしい。
- ・ 認知症への対応をもっと考えてほしい。
- ・ 現場を知らない人間が行動制限を最小化しろしろと言い過ぎ。現場を見る。
- ・ 認知症に対する施策の改善。
- ・ 精神科病院は国をあげて教育に取り組んでいくときだと思います。
- ・ 重症な認知症患者を受け入れる専門の施設（精神科病院ではなく）を設置するか、精神科病院でも行動制限しなくてもいいような環境（スタッフの人数やスキル獲得のための教育など）を整える必要があると考えます。
- ・ 法的に40床以下に規制をするべきだと感じている。
- ・ 日本も民間病院に依存するのではなく、国が主体的となって取り組むべきだと思います。つまり、国がもっと精神科医療にお金を使うべき。
- ・ 人員配置に関しての基準を安全や行動制限の部分でも考えていただきたい。
- ・ 他国の対策の紹介が不十分(欧州の様な行動制限削減に成功している国だけでなく近隣の実情が参考にしたくとも出来ない)。
- ・ 精神保健福祉法本来の目的や意義を再確認し、枠組みから考え直す必要があると考える。
- ・ 意識障害以外の転倒転落事故は医療事故から除外して欲しいと考える。

我が国の行動制限の増加傾向に関して思うところについては、8のコードが抽出されました。増加傾向の要因に関するものや行動制限の実情や課題、行動制限最小化のための実践、それに関連する意見などその内容は多岐に渡ります。日頃の看護ケア実践の経験に基づく貴重な意見であると考えます。要望については、その内容が伝わったほうが良いと考えたので、記述データをそのまま掲載しました。

Q9. わが国での行動制限が諸外国と比べ多いとされていますが、理由は次のうちどれだとお考えですか？
 (複数選択可)



この設問の第1位回答は人的資源の差となりました。諸外国と比べ物理的に異なる要因はいくつかあり、医療体制も多く選択されましたが、やはりヒューマンパワーの実感は現場にとって大きいようです。特筆は「スタッフの問題意識」の違いで、2番手でした。管理職員が回答者の多くを占めており、教育の充実不足を実感していると言えます。この設問でも医療安全意識、高齢化が多く選択されました。この分野で我が国は特殊な状況にあると感じ取っている可能性があります。

アンケートでは、回答を支援するため、選択肢に以下のような解説を付しました。

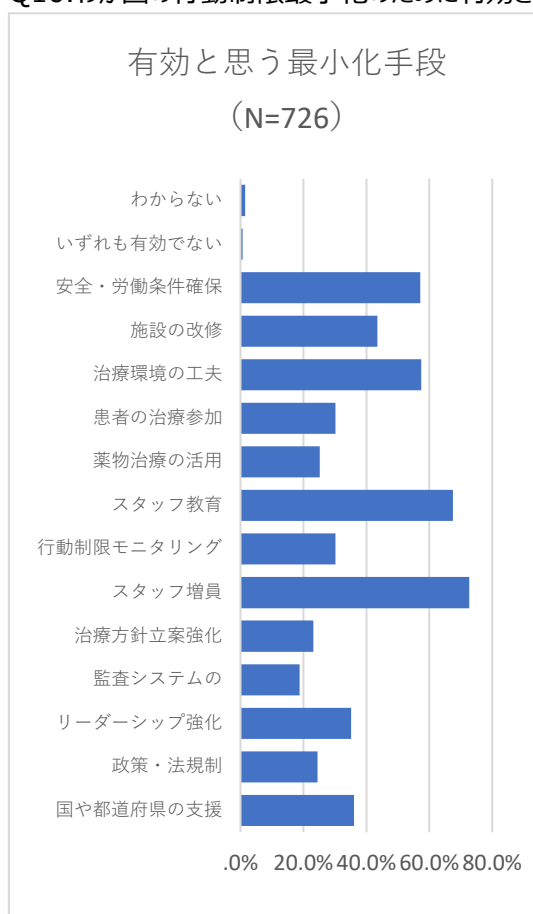
- 人的資源の差異
- 医療体制の違い（総合病院精神科の過少等）
- スタッフの問題意識の差異
- 制度の違い（精神保健福祉法における条件等）
- 医療安全意識の違い
- 身体合併症医療の取り扱いの差
- ニーズの違い（疾患構成等）
- 高齢化スピードの違い
- 行動制限量に関する計算方法の違い
- その他

「その他」の回答について

コード	数	内容
文化	4	パターンリズム、病院風土、精神障害者に対するスティグマ
人員配置	3	人員配置の違い
人権意識	3	人権意識の持ち方の違い
教育	2	義務教育のなかでの精神疾患に対する倫理・道徳教育の不足、精神保健指定医の教育内容
評価方法	2	評価ツールの不足、評価の視点の違い
コミュニケーション技術	1	コミュニケーション技術が未熟
家族の意識	1	医療事故に対する家族の意識
合意形成	1	説明と同意のプロセスで、合意形成する技術が未熟
国家予算	1	日本は少ない？
治療環境	1	行動制限をしなくても過ごせる環境になっている？
社会資源	1	体制整備が不十分
政策	1	国の意識が低い
精神医療の歴史	1	歴史的背景が違う
病床数	1	日本の病床数は多いので、入院患者数も多い
倫理観	1	終末期の考え方など、倫理観の違い

行動制限が多い理由として、15 のコードが挙げられました。日本の文化・歴史や保健福祉医療システムの問題、政策、医療者の技術など、幅広い視点から回答がありました。現場の看護師たちは、臨床現場の問題だけではなく、社会システム全体の問題として捉えていることが推察されます。

Q10.わが国の行動制限最小化のために有効と思う手段を選んでください。（複数選択可）



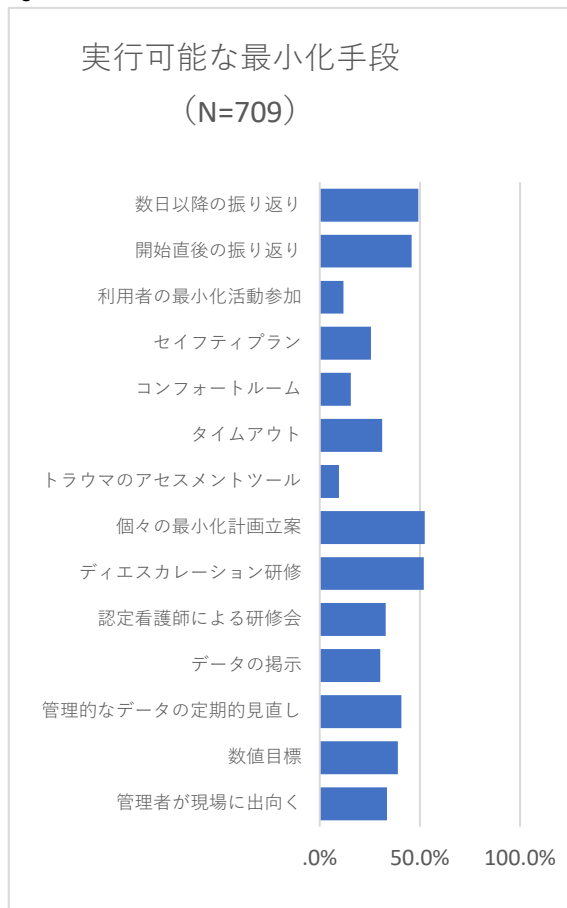
この設問では、英国の代表的レビュー（Gaskin CJ et al., Br J Psychiatry, 191; 298-303, 2007）において、有効な行動制限最小化手段として紹介・報告された方法を選択肢としています。いずれも有効なはずですが、我が国でのなじみの無さや文化の違いから選択されることが全体に低調です。ここでもやはりスタッフ増員とスタッフ教育が突出しており、他の対策は現場にとってあまり想定にないよう見受けまます。言い換えれば、行動制限の最小化策について、我が国ではまだ対策できる余地が多く残されていることを示します。これらをすべて着実に実行していけば、成果となる可能性も多く残されています。

なお、アンケートでは、

- いずれも有効とは思わない
- わからない

のどちらかを選択した場合には、その他の選択肢を選ばない様指示しています。

Q11.行動制限最小化方策として貴院で実行できるものを選んでください（複数選択可）

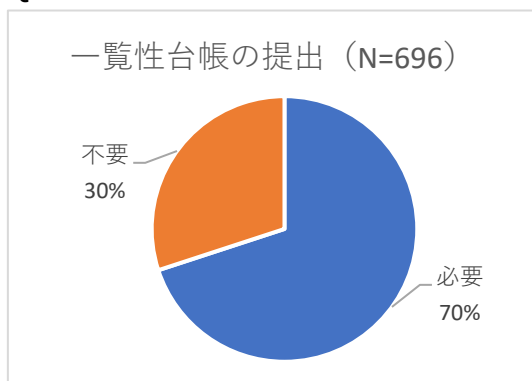


この設問では、コア・ストラテジーを具体化した各アクションが選択肢となっています。実行可能性について尋ねていますが、やはり回答は低調で、すぐにでもできそうな「個別計画」や「ディエスカレーション研修」でさえ、50%をようやく上回る程度です。ツールの多くは馴染みがありません。実施さえすれば必ず最小化に資すこれらの方策を実施できないという現実、情報周知の不足と現場の余裕の無さを反映しており、制度や医療行政による現場支援の必要性を示します。やはり最小化は医療現場にだけ帰すものではないことが明確といえる所見で、政策担当者にその問題意識と理解が必要と考えられます。

アンケートでは各選択肢に以下の説明がありました。

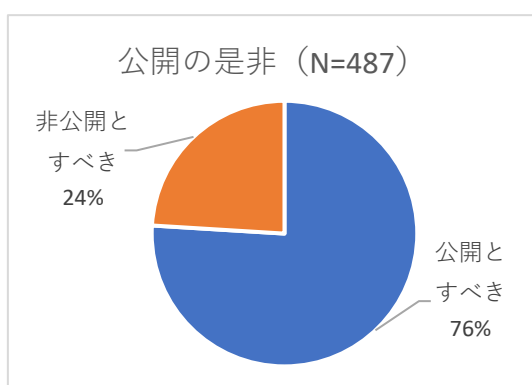
- タイムアウト（施錠されない個室等で、短時間（1時間以内）静養し、クールダウンを図ること）の実施
- コンフォートルーム（感覚刺激に訴えかける種々の設備、アイテムを備えた静養室。適切な内装、ソファ、オーディオ設備、ブランケット、アロマ、バブルユニット、等）の使用
- セイフティプラン（困ったときの対応を本人とともにあらかじめ決めておくエンゲージモデルで、より制限的でない対応での解決を目指すもの）の使用

Q12.行動制限の実施状況把握のため、一覧性台帳の行政への提出は必要と考えますか？



現場で日々苦勞して記録している一覧性台帳は、精神保健福祉法関連法令で定められた義務です。行動制限の実施状況を日毎に細かく記録しており、施設現況を把握するための有意義な情報や指標を多々含んでいます。しかしながら、この一覧性台帳は都道府県や政令市の実地指導で提示を求められるのみで、提出義務はなく、データ活用についてはほとんど知られていません。行動制限最小化委員会など、院内活用の実態も知られていません。このようなデータはもっと活用されるべきでしょうか？

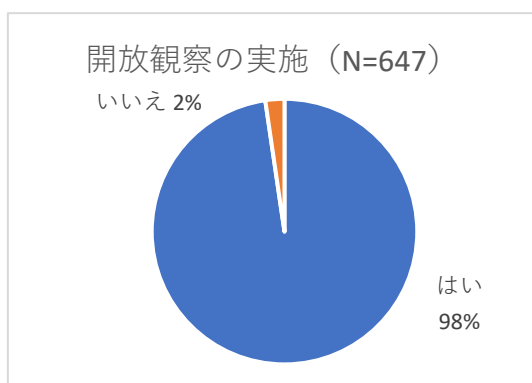
アンケートの回答は YES が優勢でした。今回の回答者は比較的行動制限最小化に関心がある集団と見受けられますが、行政に実態を提出すべきとの考えが上回り、しかもそれを公開すべきという意見も多かったのです。公開については回答者全体の 53% (必要とした回答したのうちの 76%) がそうすべきと



いう意見です。

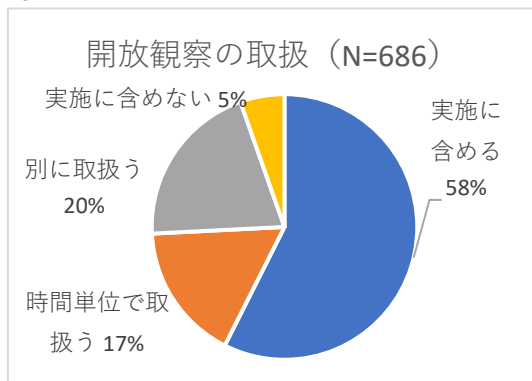
精神科医療を行動制限実態まで見える化していこうという現場の意見は比較的多いということがわかりました。高い質の改善意識がうかがわれます。

Q13.貴院では開放観察（評価のための職員が付き沿っての開放や時間を限った開放等）を行っていますか？



開放観察は法令には具体的記載や定義のない試験的な移行処遇ですが、ほとんどの病院がこれを実施しているといえそうです。

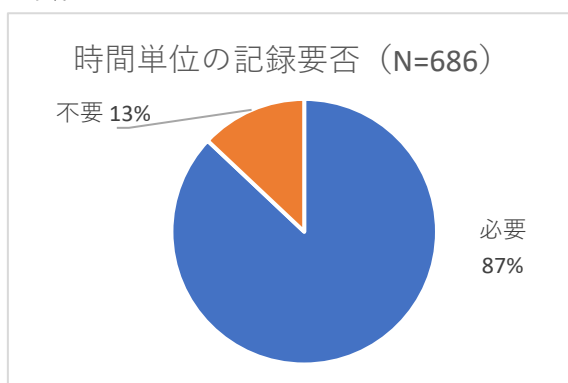
Q14.開放観察の扱いについてどのようにお考えですか？



開放観察は法令にその定めのない移行処遇であり、グレー領域であるため、その扱いは立場によって異なる可能性があります。

今回のアンケートでは「実施」が大半、「非実施」はさすがに少数ですが、グレーなものはグレーとしてカウントすべきとの意見も多々ありました。

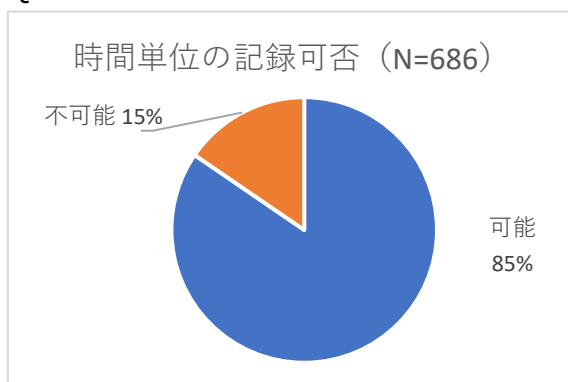
Q15.行動制限の実施状況把握のため、開放観察の詳細を含めた時間単位の実施記録が必要と考えますか？



グレー領域の開放観察をグレーとして扱う方法の一つが時間単位で記録することです。

その必要性について多くの回答者が必要と感じていました。できれば正確に扱うべきというのは、問題意識、ひいては最小化意識の高さを反映しているといえます。

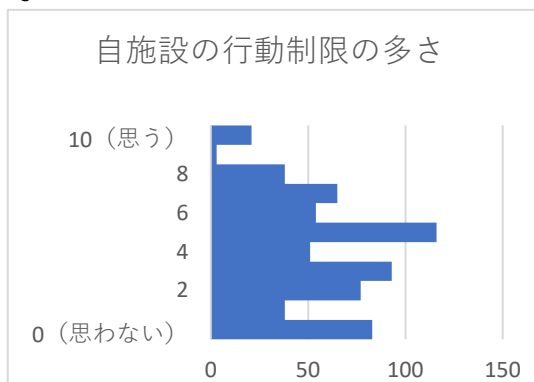
Q16.開放観察の詳細を含めた時間単位の実施記録は可能ですか？



開放観察の時間単位記録の実施可能性は、必要性への回答とほぼ同じ水準で、業務負担が明らかに多くなるにもかかわらず、多くの回答者が可能と答えています。この所見もやはり意識の高さを反映しているといえます。

Q18 ~ 25 はビジュアルアナログスケール（VAS）による回答方式で、「あなたの気持ちに一番近い数値を選択してください。」と尋ねています。

Q17.自施設の行動制限は過剰だと思う



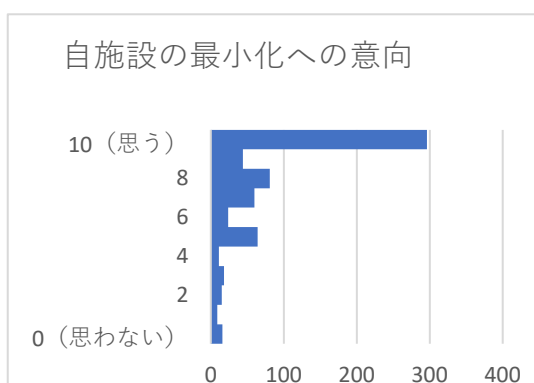
ほぼ正規分布で、多くも少なくもない、つまり概ね妥当であり、ほぼ適切に運用されているとの意見が中心見解に思われます。「思わない」に別のピークがあり、これも適切運用見解の反映と言えます。

Q18.自施設の行動制限について葛藤を感じる



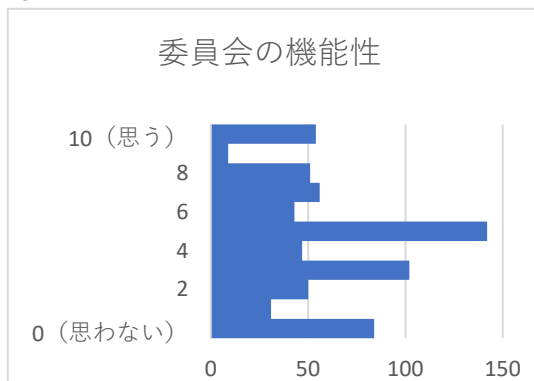
葛藤や悩ましさについては正規分布ではなく、それを感じる傾向に集約されました。適切ではあるが悩ましいとの心情が伝わります。

Q19.自施設の行動制限を減らしたいと思う



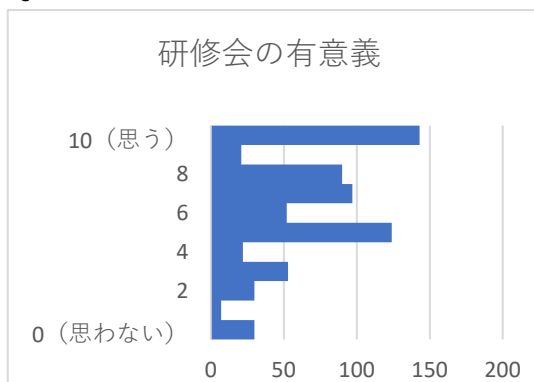
現場は圧倒的に最小化を切望しています。「方法があるなら」という切実さが垣間見えます。いかに標準的的最小化策の普及が求められているかを示す結果と言えます。

Q20.行動制限最小化委員会について機能的だと思う



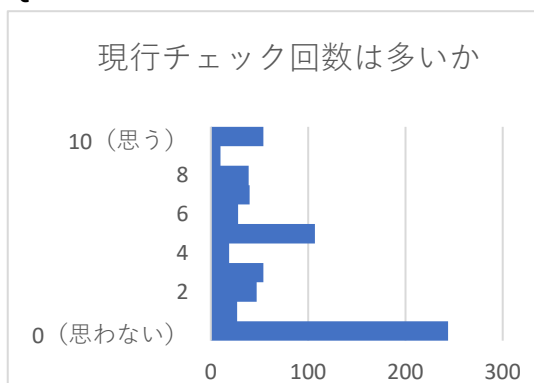
医療保護入院等診療料に含まれる代表的最小化策である委員会については、近年形骸化が指摘されています。現場の見解は割れており、まあ機能的という意見が中心的である一方、まったく機能的でないという意見にもピークがあり、二峰性です。

Q21.行動制限最小化研修について有意義だと思う



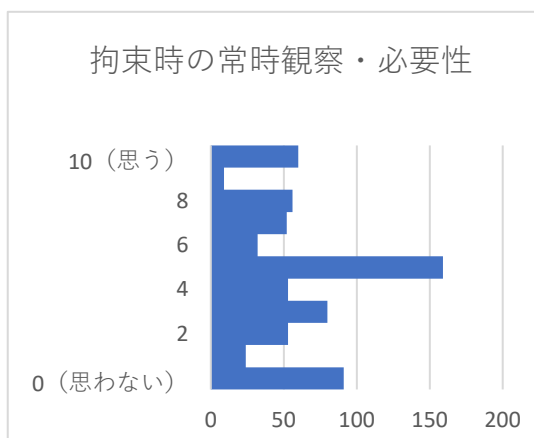
研修会は同じく医療保護入院等診療料に含まれる代表的最小化策ですが、委員会と異なり有意義と感じることが多いと言えます。

Q22.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は過剰だと思う



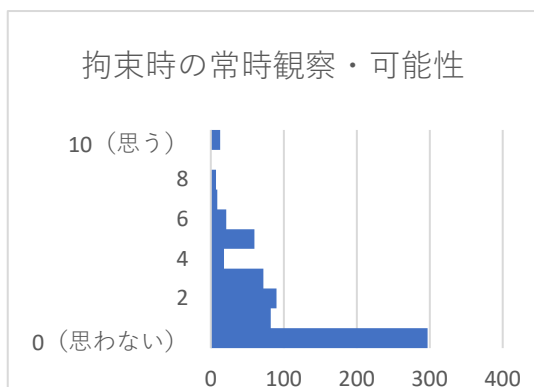
医療機能評価機構が求めた頻度で、当初は現場の困惑が多々聞かれましたが、今ではすっかり標準として定着したようです。ルーチン化しているので負担に感じていないとの見方もできそうです。

Q23. 身体拘束時の常時観察（ベッドサイドに職員が付き添い、常時目を離さずに観察する対応）は必要だと思う



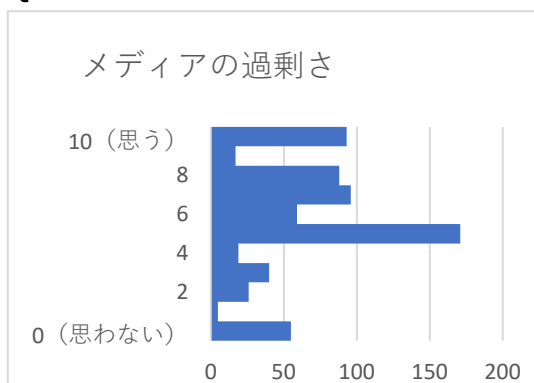
身体的拘束実施時に、欧米先進国の一部で義務化されている常時観察（Constant Observation）は、わが国の人員配置では非現実的です。これが可能な体制を整備できる国は、身体的拘束の最小化において圧倒的に有利で、それができない環境とは比較になりません。アンケートの結果、わが国の意識としては中間が最多ですが、意見は広く分かれました。できるものならそうしたほうが良い～できないことであり必要との考えに至らない等、様々な思いが交錯しているように見えます。

Q24. 身体拘束時の常時観察（ベッドサイドに職員が付き添い、常時目を離さずに観察する対応）は可能だと思う



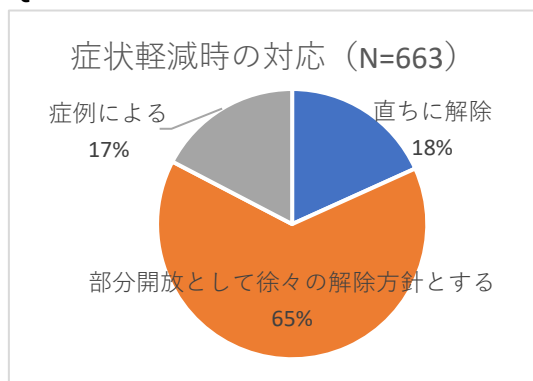
必要性において意見がさまざまであった常時観察（Constant Observation）ですが、実現可能性の質問では一転、「非現実的」との意見が圧倒的です。ごわずか「できる」と考えている強者がいますが、わが国ではどの医療施設であってもほぼ不可というのが現実です。環境の違いは明らかです。これまで批判にさらされてきた我が国の行動制限について、実施の実態を数字比較することは意味がないことを認識すべきでしょう。

Q25. 最近のメディア等による外部批判は過剰だと思う



医療環境の違いに着目せず、批判的な記事が目立つメディアについて、現場の思いは様々です。まず、過剰ではない、順当とする意見は少数です。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、つまり過剰だとは思いますが、様々な実態もあり、もったいな指摘もある、必ずしも過剰とは言えないという冷静な受け止めでした。

Q26.行動制限要件が当初（開始時）の程度でなくなった場合の対応について



アセスメント目的の移行処遇である部分開放～開放観察を活用することがほとんどです。実臨床では、ある時点で突然行動制限要件が消失するような現象は生じず、漸次の変化をもって経過することを反映しています。直ちに解除、症例による、を選択できるのは、そのアセスメント精度や、十分な対応力が確保されているという裏付けが考えられ、最小化に寄与し

ますが、リスクも伴うこととなります。この点も欧米とは違いがあります。どの点に着目するのかについては自由記載で得られた回答が有用情報となります。

「症例による」を選んだ場合の見分け方について

見分け方については、その視点と類型に大別されたので、「見分けるポイントや方法と影響要因」と「解除の流れとその状態像」に分類しました。

■見分けるポイントや方法と影響要因

コード	数	内容
見分けるポイント	56	
疾患・症状	19	回復過程は、個人差があり、病状や症状も様々であるため、患者の個性に合わせて柔軟な対応が求められ、解除の判断も個別に行われる
自傷他害	7	
理解度	6	
言動・行動	5	言動・行動に変動がないか、患者が言語化できるかどうかなど
易刺激性	3	
自我機能	2	
衝動性	2	
睡眠状況	2	
疎通性	2	
日内変動	2	
薬効の有無	2	
医療従事者との関係	1	医療従事者との関係性が安定しているかどうか
行動制限の副反応	1	行動制限をすることが、病状の悪化を招いていないか
身体管理の有無	1	
転倒転落のリスク	1	
判断に影響する要因	17	
過去の情報	7	行動制限の既往があるのか、入院歴や治療歴などこれまでの経過などの情報から比較し判断
人員配置	3	男性職員、ベテラン職員の配置が可能か、ケアに必要な人数の確保が可能かにより判断
治療環境	2	解除後に個室が準備できるか
主治医の判断	1	医師によって意向が異なる

回復の段階	1	急性期か慢性期か
施設の方針	1	施設によって、開放観察をするかどうか方針が異なる
治療の進行状況	1	治療の進行状況によって、その後の予測が可能かどうか
入院形態	1	
評価内容や方法	17	
行動制限の理由	9	行動制限の開始理由が改善されているかを評価
カンファレンス	6	カンファレンスの場で評価
基準を決めて検討	1	食事、服薬、睡眠、治療への協力性のすべてが改善していると判断した場合に、検討するようシステム化
解除の目標	1	解除の目標を設定し、それに合わせて評価

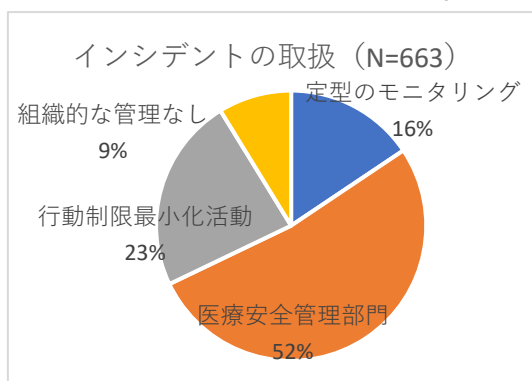
見分けるポイントや方法と影響要因では、3のコードが抽出されました。見分けるポイントには、患者の状態像だけではなく、医療従事者との関係性が含まれていました。また、患者の状態像の他に、患者を取り巻く治療環境も影響することが推察されます。複雑な状況のなかで、カンファレンスなどを通して協議しながら評価しているのだと考えられます。

■ 解除の流れとその状態像

コード	数	内容
症状消失後直ちに解除	12	*以下の状態像の場合には、直ちに解除が可能
一過性の興奮	3	
身体管理	3	
混迷・せん妄	2	
精神症状	2	
知的・発達障害の問題行動	1	
転倒転落のリスク	1	
徐々に解除	14	*以下の状態像の場合には、徐々に解除
自傷他害	5	
初回入院・行動制限	2	
双極性障害	2	
機能低下	1	
行動予測困難	1	
衝動性のコントロール不良	1	
疎通性の低下	1	
多飲水	1	
前回入院と比較して検討	2	前回の情報がある場合には、その状態像と比較して直ちに解除か、徐々に解除かを判断

解除の流れとその状態像では、3のコードが抽出されました。看護師は経験的に、疾病特性やこれまでの情報から、ある程度の目安を持って、解除の判断をしていることが考えられます。

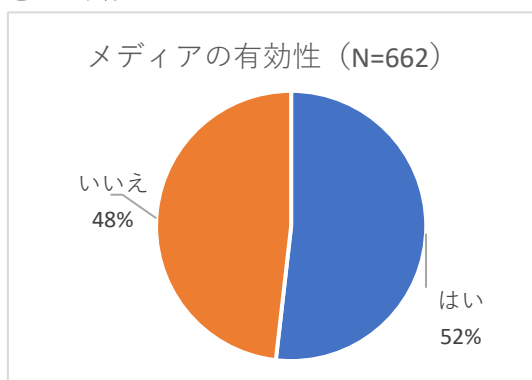
Q27. 行動制限実施の必要性根拠としての暴力インシデント、自傷インシデント、転倒・転落インシデントの記録や集計について（複数回答可）



行動制限がゼロ化しない理由は、それを必要とする事態がゼロにならないことと、よりスマートで安全かつ有効な、実行可能な代替法が存在しないことが理由です。本来可能な限り行うべきでない行動制限を行うのは、理由や目的が存在するからであり、その代表が暴力、自傷、転倒・転落インシデントです。最小化を推進するならば、その実施目的であった防止すべきインシデントの動向はモニタリングされなければなり

ません。それは最小化活動の中、医療安全部門として等、方式を問いませんが最小化活動とセットで組織的に管理されるべきです。アンケート結果では医療安全として扱われることが最多でした。

Q28.最近 TV や新聞で身体拘束が取り上げられています、行動制限最小化の啓発に役立っていると思いますか？



メディアについては Q25 でも質問していますが、活用によっては、最小化の啓発など、ポジティブな活用も考えられます。しかしながらメディア本来の性質として、その取り上げられ方は必ずしも前向きではありません。メディアに対する思いは真っ二つの半々という結果でした。よりポジティブな報道が期待されます。自由記載についても参考にしてください。

「TV や新聞で身体拘束が取り上げられていることについて、ご意見があればご自由にご記載ください」について

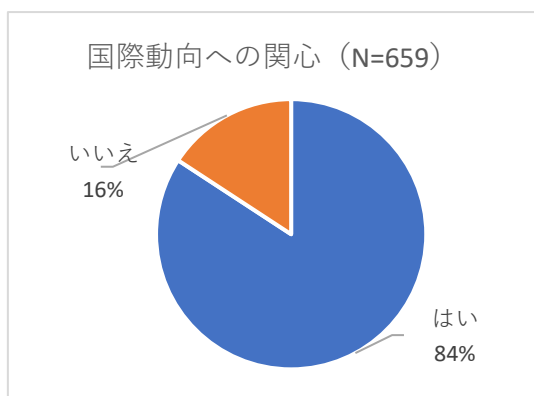
コード	数	内容
報道に対する期待・要望	72	
現場の実態を反映した報道	18	医療スタッフがどのような環境で働き、現場で何が起きているのか（患者からの暴力、人員不足）を取り上げてほしい
現場の意見を反映した報道	13	現場で働くスタッフの意見も取り上げてほしい
幅広い視点からの報道	10	行動制限が精神科だけで起きている問題ではないことや、患者家族の立場、医療者の立場、その他の専門家の意見など多側面からの意見や見解を総合的に取り上げてほしい
行動制限の必要性について	9	行動制限がなぜ必要になるのか、精神疾患の特性や状況を理解するところから報道してほしい
正確な報道	6	事実や専門的知識に基づいた、正しい情報

現場の背景も含めた報道	4	を報道してほしい 行動制限に影響する背景（法制度、人員配置、教育など）も含めた内容を取り上げてほしい
現場の実践報告	3	行動制限最小化のための努力や工夫、ケアについても取り上げてほしい
精神医療全般に関する報道	3	行動制限だけに焦点化せず、精神医療そのものや基本的な知識を取り上げてほしい
方向性を示す報道	3	視聴する側はどのような姿勢で精神医療と向き合えるのか、医療者はどのようなようになっていけばよいのか、方向性を示すような報道にしてほしい
精神医療について継続的に報道	1	トピックがあった時だけでなく、継続的に報道してほしい
精神医療に関する啓発	1	国民に対して、精神医療の問題を啓発する内容を取り上げてほしい
精神医療の透明化のための報道	1	閉鎖的になりがちな精神医療の透明化を図るために、病院が情報公開している内容を取り上げてほしい
公平性に欠ける	58	精神科病院の行動制限やその弊害などに偏り、他領域の行動制限やなぜ必要なのか報道されることが少ない。またコメントをしている専門家が固定化し、人権擁護の観点から述べられ、現場の実情まで報道されることが少ない
背景が報道されていない	39	法制度や診療報酬、歴史的背景、精神科の動向など、行動制限に影響する背景が正しく伝えられないままに、事故や裁判内容のみが報道されている傾向
過剰・正確性に疑問	14	内容の誇張、煽り、過大解釈、センセーショナルな話題に集中しているなど、事実が正しく報道されていないことに懸念
振り返る機会	11	報道内容を現場スタッフと共有し内容を受け止め、日頃の関わりを振り返る機会となっている
報道内容は妥当	5	批判されても仕方がない、と思う事例もある。また医療事故が報道されることは妥当
現場との乖離がある	4	報道の印象操作によって、行動制限最小化に日々努力している現場との乖離がある
不快・納得できない	4	現場を知らない者からの一方的な批判は、不快だし、納得ができない
報道内容が理想論	3	
報道の必要性	35	
問題の顕在化・意識化	8	
啓発目的	6	国民や医療従事者に対する啓発につなげたい
実態の周知	6	精神医療での実態を、国民に知ってもらいたい
必要・意味がある	5	
客観視できる	3	外部の状況を知ることにより、自分たちの置かれている状況を客観視できる
興味・関心を持ってもらうきっかけ	2	
倫理的に必要	2	
学ぶ機会	1	他国の状況など、学ぶ機会になる
議論の活性化	1	報道により、議論が活性化することを期待できる
実態を把握できる	1	外部の実態を知るきっかけになる
報道の影響	32	

誤解を招く	13	国民が、精神医療に対して誤解を招く懸念がある
偏見を助長	7	精神障がい者に対する誤った認識や精神医療に対する不信感や不安感が高まり、偏見を助長することにつながるのではないか
医療者の防衛的反応を助長	6	必要な制限を実施できない、事故やインシデントを隠蔽、行動制限の件数を公開しないなどの防衛的反応につながるのではないか
行動制限の抑止	3	行動制限実施に対する抑止力になるのではないか
医療者に対する啓発	2	行動制限最小化に関する啓発になるのではないか
現場のスタッフが傷つく	1	現場で努力しているスタッフの自尊感情を傷つけるのではないか
看護師の思い 葛藤	39	
	9	実施せざるを得ない状況、事故に対する不安、罪悪感など葛藤を抱きながら勤務している
現場は適正に実施	9	状況に応じて適正に実施されている
行動制限は実施したくない	9	行動制限はできれば実施したくないと思っている
看護師の負担	6	事故防止や職員に対する暴力のリスクなどストレスフルな環境で勤務する負担は大きい
行動制限最小化に向けた努力	3	医療スタッフが協力をして、行動制限最小化に向けた努力をしている
批判されて悲しい	2	
行動制限の意味	1	行動制限で何を守ろうとしているのかを考えなくてはならない
その他	15	精神医療での課題や疑問、提案、感想など

報道に対するご意見では、13 のコードが抽出されました。報道に対する肯定的、否定的意見の両方が含まれています。そのなかでも公平性に欠けるという意見が多く挙げられました。精神医療の社会的背景や法制度の問題、現場の実情や看護師が抱えている葛藤などが正しく報道されておらず、人権擁護の観点から行動制限を批判する内容が多いと感じているようでした。そのような報道は、行動制限の抑止になるという意見がある一方で、社会の偏見や医療者側の防衛的な反応を助長するのではないかという懸念も挙げられていました。また報道の必要性も感じており、行動制限の問題だけではなく、その背後にある看護師の思いや実態とともに、社会に知ってほしいという希望を持っているということが推察されました。

Q29.障害者権利条約の政府調査において事前質問事項では身体拘束のことにも言及がありましたが、行動制限最小化にかかわる国際的な動向について関心がありますか？



普段の臨床で障害者権利条約に言及する場面は多くありませんが、その理念等を意識することは多々あり、関心も高いことが表れています。専門職の多くが基本的な姿勢を持ち合わせており、良識的に従事し、生きていこうと望んでいることを表します。回答者の行動制限最小化への意識は高く、その具体的な方法論を広く普及させることが急務であることをあらためて強調する結果であるかもしれません。

「地域行動制限最小化計画」策定のための現状把握グラフ

対象地域（都道府県あるいは政令指定都市）

A県

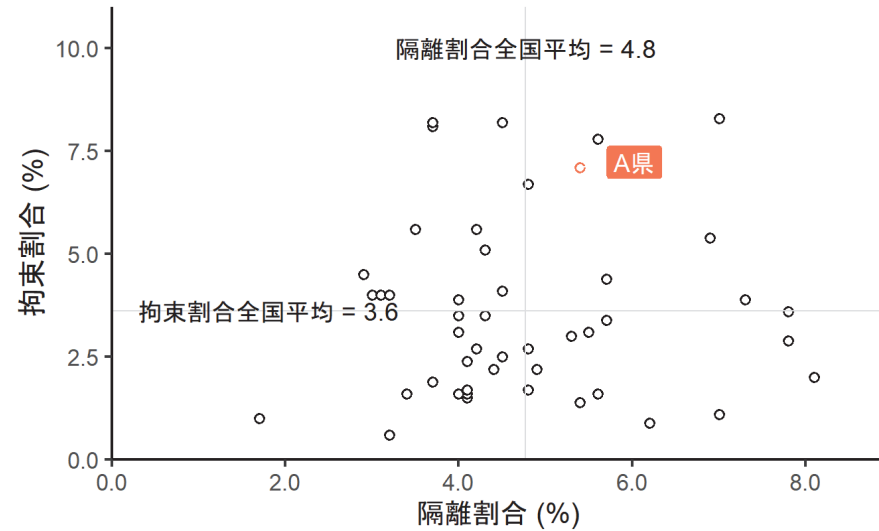
隔離割合と拘束割合の定義（全診断）

該当地域における隔離指示ありの患者数を分子、該当地域における患者総数を分母として計算した割合を「隔離割合」とする。

該当地域における拘束指示ありの患者数を分子、該当地域における患者総数を分母として計算した割合を「拘束割合」とする。

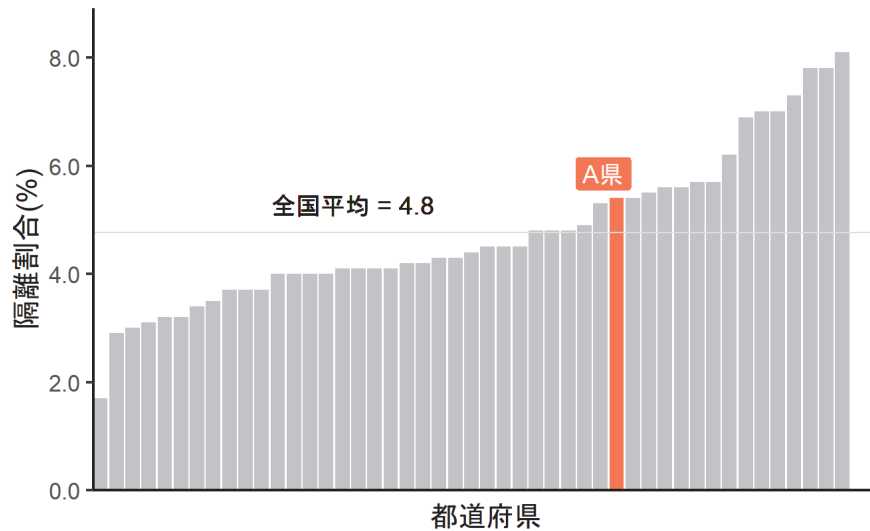
拘束割合と隔離割合

全国データ（全診断）



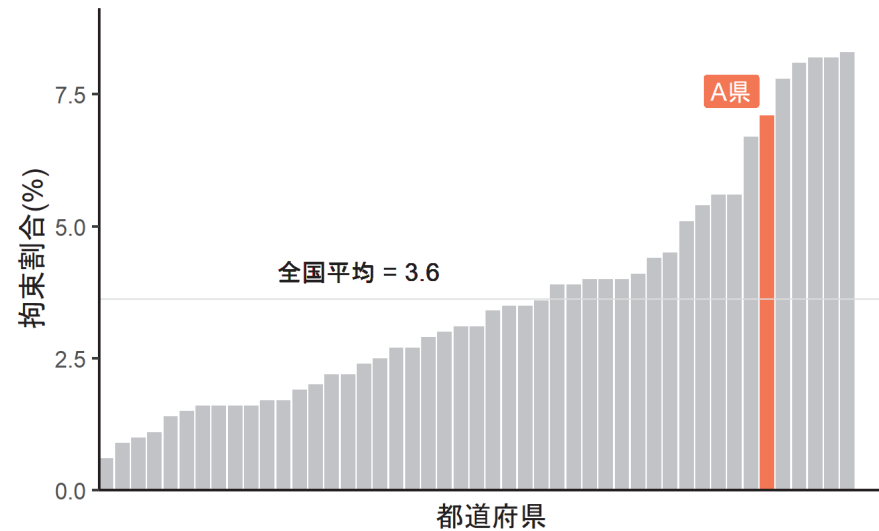
隔離割合

全国データ（全診断）



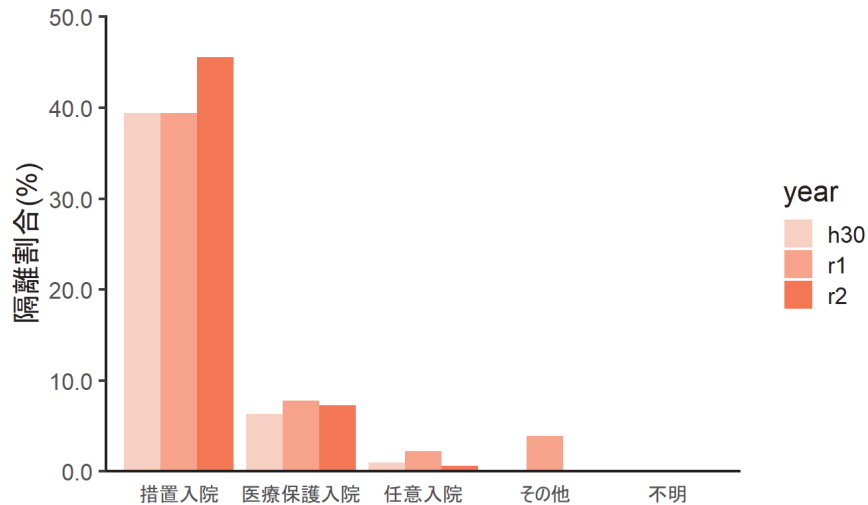
拘束割合

全国データ（全診断）



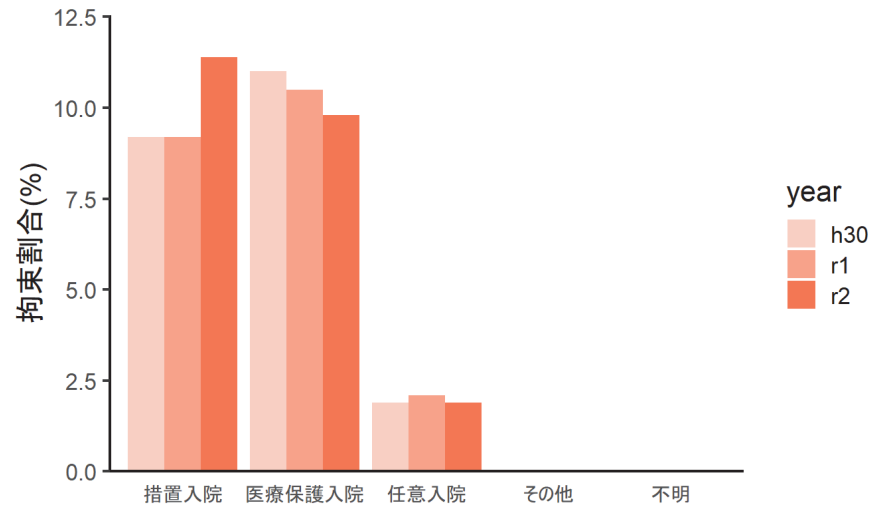
入院形態別隔離割合

A県データ、全診断



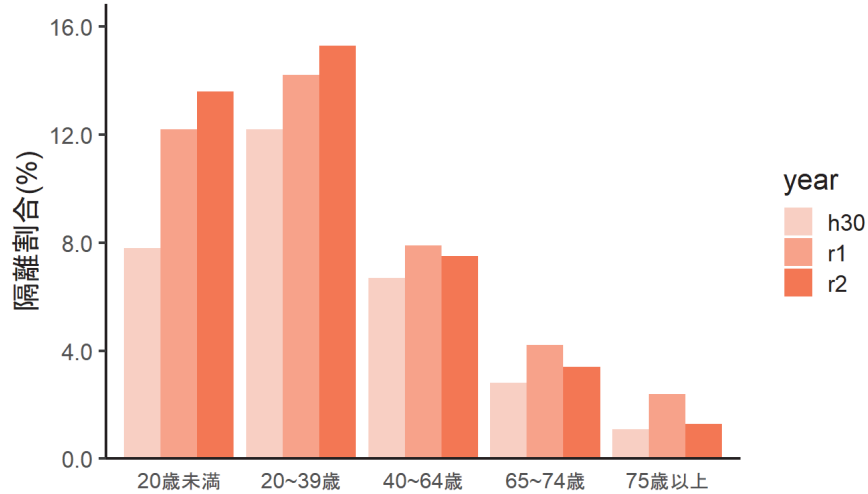
入院形態別拘束割合

A県データ、全診断



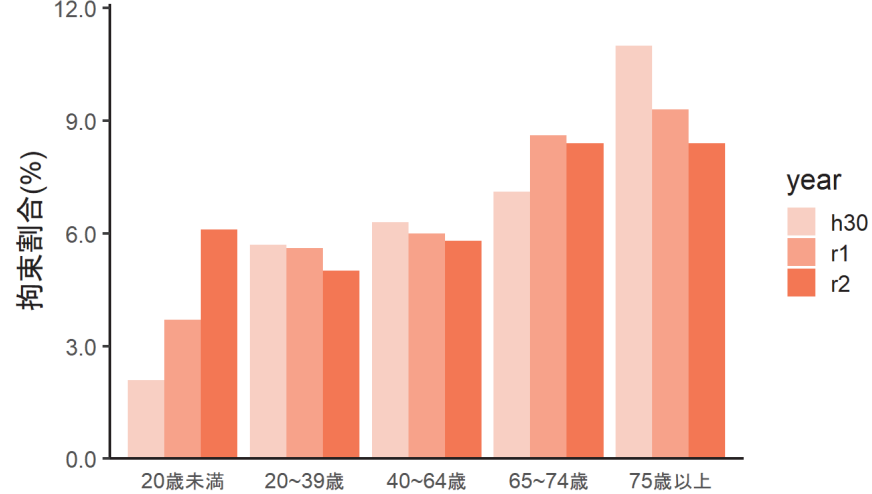
年齢別隔離割合

A県データ、全診断



年齢別拘束割合

A県データ、全診断



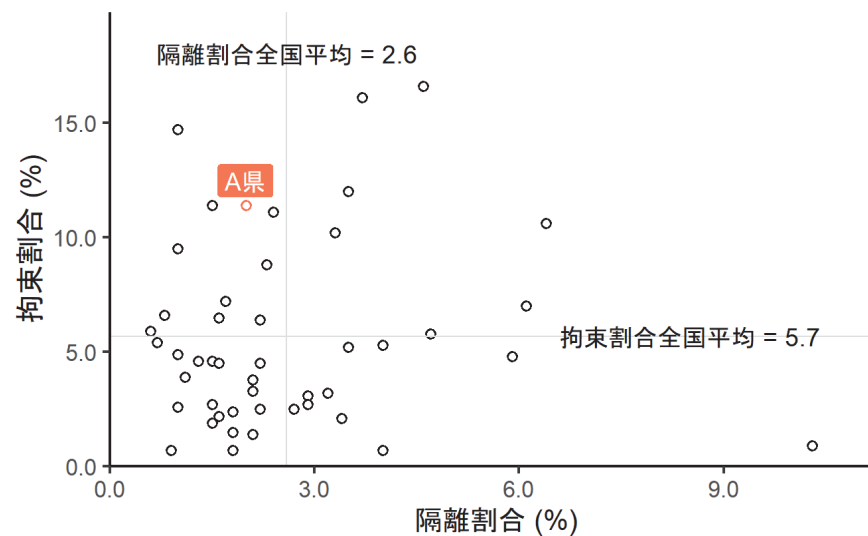
隔離割合と拘束割合の定義 (F0)

該当地域におけるF0診断を有し、かつ隔離指示ありの患者数を分子、該当地域におけるF0診断を有する患者総数を分母として計算した割合を「隔離割合」とする。

該当地域におけるF0診断を有し、かつ拘束指示ありの患者数を分子、該当地域におけるF0診断を有する患者総数を分母として計算した割合を「拘束割合」とする。

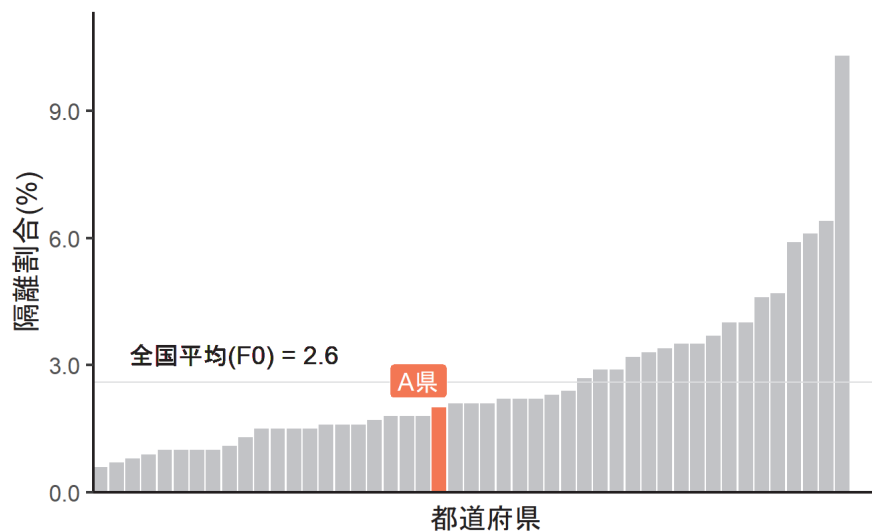
拘束割合と隔離割合

全国データ (F0)



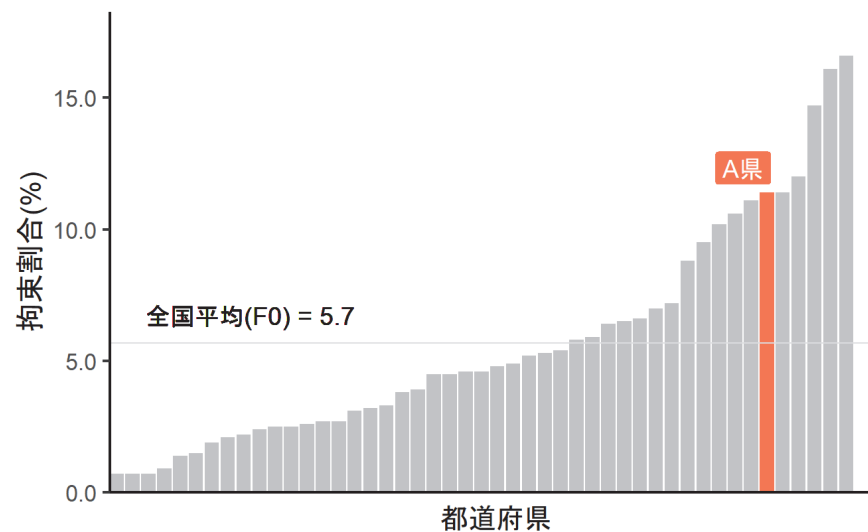
隔離割合

全国データ (F0)



拘束割合

全国データ (F0)



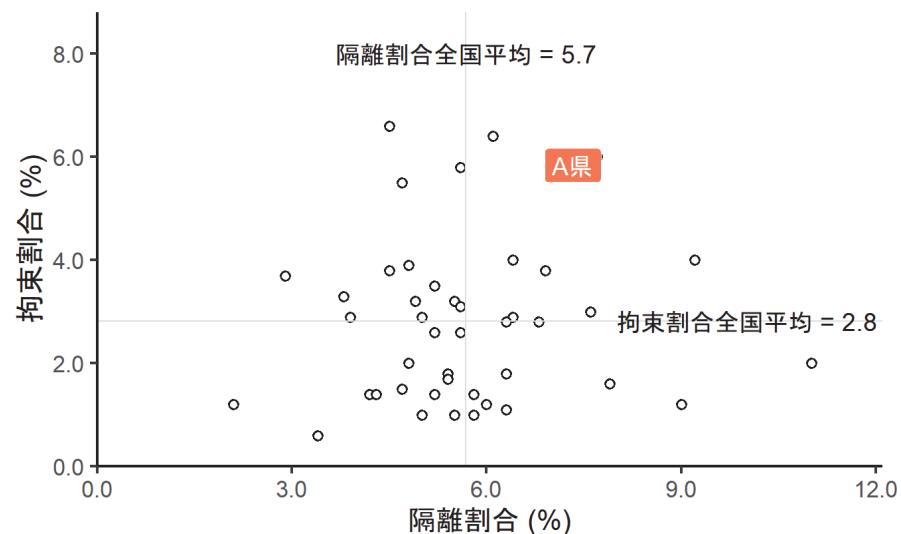
隔離割合と拘束割合の定義 (F2)

該当地域におけるF2診断を有し、かつ隔離指示ありの患者数を分子、該当地域におけるF2診断を有する患者総数を分母として計算した割合を「隔離割合」とする。

該当地域におけるF2診断を有し、かつ拘束指示ありの患者数を分子、該当地域におけるF2診断を有する患者総数を分母として計算した割合を「拘束割合」とする。

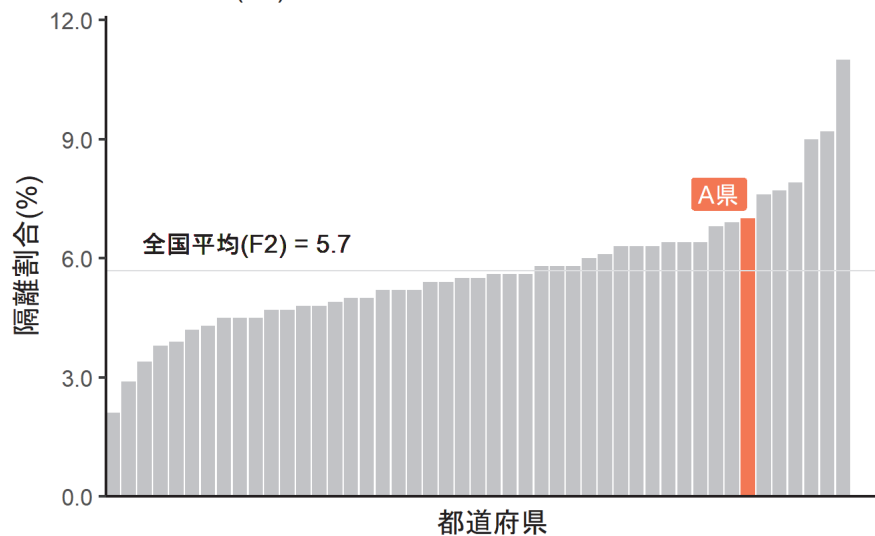
拘束割合と隔離割合

全国データ (F2)



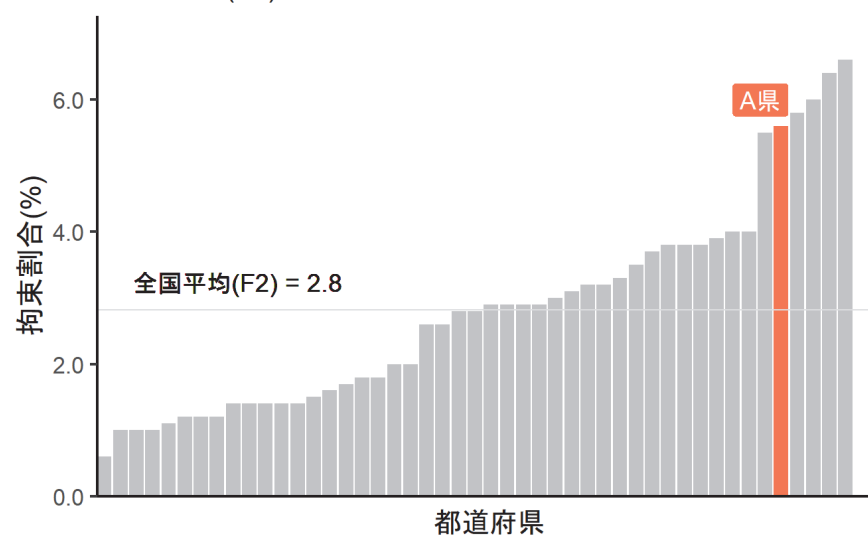
隔離割合

全国データ (F2)



拘束割合

全国データ (F2)



マトリックス表

戦略1： 組織改革のためのリーダーシップ

目的

リーダーシップは、組織として隔離・身体的拘束の最小化に取り組むための最重要課題のひとつと考えられ、コアストラテジーの最初に登場します。リーダーとは、この活動に取り組む組織の長をイメージしており、病院で行う場合は院長、自治体で取り組む場合はその長である市長や知事等がこれにあたります。リーダーは、リーダーシップを発揮し、隔離・身体的拘束を最小化することの理念・使命を明確化し、ビジョンを示し、価値を誘導することにより、臨床現場における最小化実践を推進します。組織のトップによる号令、組織文化の提示、活動への参加、および継続的なレビューは、すべての隔離・身体的拘束の最小化やゼロ化のプロセスにおいて、サービス提供過程を通じて影響が表れます。ケアの提供者と当事者及びその家族は、不可欠なアクティブパートナーとなることが強調されます。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	探否と修正	参画病院
1	1. 組織の理念・使命、ビジョン・価値の提示と組織方針の号令	<ul style="list-style-type: none"> ● 以下の内容を含むこと ● 隔離・身体的拘束の最小化を最優先すること ● リハビリの原則 ● トラウマインフォームドアプローチとシステム ● 最小化を阻害する障壁(慣行、主観的アプローチ)の特定と解消 ● 当事者視点の重視と当事者参加 ● 「キックオフ」イベントや「中間レビュー」イベントの実施 			
2	2. 組織の方針が国際条約や基本法の理念と一致することの確認	<ul style="list-style-type: none"> ● 以下のルールを含むこと ● 障害者の権利に関する条約 ● 精神保健福祉法第122条、124条 及び関係法令 ● 組織内ルールの整備 			
3	3. 組織文化を変革させ、ベストプラクティスを追求するための組織づくり	<ul style="list-style-type: none"> ● リーダーの活動への参加(現場に立ち会うことなど) ● 人間らしさの追求と主観的アプローチの解消 ● 作業療法等のリハビリテーションアプローチの活用 ● 組織内で、部署責任者を任命し、明確化すること ● 最小化活動にコミットした人材の評価 ● 目標の達成やベストプラクティスへの認識・評価・称賛 □ リーダーの活動への参加(現場に立ち会うことなど) □ 人間らしさの追求と主観的アプローチの解消 □ 作業療法等のリハビリテーションアプローチの活用 □ 組織内で、部署責任者を任命し、明確化すること □ 最小化活動にコミットした人材の評価 □ 目標の達成やベストプラクティスへの認識・評価・称賛 			
4	4. 定期的なレビューとレポート体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ● 行動制限量のレビュー(全国値、地域、医療機関、部署ごと) ● 破壊的インシデントの網羅的レビューおよび分析 			
5	5. 労働力の持続的強化と労働環境整備への持続的配慮	<ul style="list-style-type: none"> ● スタッフのスキル達成支援 ● 医療施設としての体制・技術水準の確保と維持 ● 物理的スペースや導線等の確保、設備の維持、騒音対策、等の環境整備 ● 感染対策、身体管理設備等、他の医療要因への対応 ● 中間管理職や監督職を介したモチベーションの維持 ● 労働力回復維持向上のための全組織的取り組み 			

戦略2： データ活用

目的 データ利用は、自らの診療活動や判断について経験則に縛られず、客観視するために有用です。より質の高い医療を目指した変革を促すため、医療圏全体および自院の課題点を見出すため、また有効な臨床手法を同定するために用いられます。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	探否と修正	参画病院
1	病院長、管理職以上は、隔離・身体拘束の全国・自都道府県および自院の実施率を理解している	<ul style="list-style-type: none"> 「ベンチマーク指標」から、全国と自都道府県の実施率を理解している。また年齢、主診断別の実施動向を理解している 病院長、管理職以上は自院の隔離・身体拘束データにアクセスでき、実施状況を把握している 自院の実施率と、全国および自都道府県のデータと比較し、自院の強みと課題点を見つける 			
2	隔離・身体拘束の基本データは、自院内のあらゆる人が見ることができよう提示されている	<ul style="list-style-type: none"> データは経時的に示され、実施状況の増減について全職員が理解している 隔離・身体拘束データには、実施者数、実施日数が示されている 			
3	病院長は達成可能な目標をたて、その目標は全スタッフおよび地域関係者にも知らされている	<ul style="list-style-type: none"> 目標達成に向けて、全従業員への教育、専門性向上のためのトレーニングを組む 自院の目標について、外部に公表する 他院と共同し、他院の成功事例を学び、自院の治療文化を振り返る 			
4	データ分析を行い、課題をみつけ、対策方法をみいだす	<ul style="list-style-type: none"> 性別、年齢、主診断による分析、隔離・身体拘束の開始時間帯の分析、病棟別の分析を行ない、強味と課題点をみいだす 暴力、自殺企図自傷、転倒のインシデントの把握 			
5	隔離・身体拘束の実施に至らなかったケースの蓄積と分析	<ul style="list-style-type: none"> 従来であれば隔離・身体拘束を実施したであろうケースについて、実施回避のために用いたケアや医療のポイントを記録し共有する 			

戦略3： 院内スタッフ力の強化

目的 スタッフ力の強化は、「トラウマインフォームドケア」、「リカバリー」「公衆衛生学に基づく予防医学」を基礎理論とした最小化のための実践方法を獲得することによって、より質の高いケアを提供できる治療・職場環境を整備することを目標としています。そのために理念や方針、院内手順を策定しそれに基づく実践が行われることが大切です。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	隔離・身体拘束の最小化活動のための部門ごとの責任者の任命と役割	<ul style="list-style-type: none"> ● 任命された部門ごとの責任者の役割と明示 ● 責任者の役割は、隔離・身体拘束の最小化活動に関するマネジメント例) 病棟の課題に合わせた勉強会や研修、カンファレンスの調整と実施 勉強会や研修、カンファレンスの内容や参加者などの記録 実施された勉強会や研修の評価 ● 隔離・身体拘束の最小化活動は病棟管理者やスタッフと協働して実施例) 隔離・身体拘束の最小化活動に有効な手法について情報収集 隔離・身体拘束の最小化のために必要なトレーニングの特定 トレーニングを実施し、その効果を評価 			
2	スタッフがやりがいを持って働くことができる職場環境づくり	<ul style="list-style-type: none"> ● スタッフのエンパワメントをサポート例) スタッフの主体的行動を促す管理職の働きかけとサポート スタッフの意見(批判的な意見であっても)を発信しやすい組織体制づくり 議論された内容が、適時反映・共有できる組織体制づくり 目標管理制度の導入と管理職による定期的な面接 ● 精神科専門看護師、認定看護師など認定資格や知識をもった人材の把握と活用例) 精神科専門看護師によるコンサルテーション 精神科認定看護師による研修会の開催 CVPPPインストラクターを行動制限最小化委員会で任用 認定資格を持っている人材を活用できる委員会の設置や任用 			
3	病院の理念や方針、院内手順(隔離・身体的拘束に関する)の定期的な評価、修正	<ul style="list-style-type: none"> ● 以下の内容を含むこと ● 病院の理念や方針、院内手順の評価時期の設定 ● スタッフによる病院の理念や方針、院内手順の評価、修正 			
4	教育支援・相談支援体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ● 基礎理論(トラウマインフォームドケア、リカバリーなど)を理解するための研修会の開催 ● 隔離・身体拘束の最小化活動に関する内容を含めた新人オリエンテーションの実施 ● 教育支援体制の構築例) 教育支援を実施する委員会や部会の設置 クリニカルラダーなどの導入 年間研修計画の立案 隔離・身体的拘束の最小化、スタッフのスキル向上に必要な研修の企画・立案・評価(参 照 Strategy4 隔離および拘束軽減ツールの使用) スタッフがアクセス可能な媒体による関係学会、団体等の情報提供 外部研修参加に対する支援 ● 相談支援体制の構築例) ハラスメントに関する相談窓口の設置 健康(身体的、精神的)に関する相談窓口の設置 治療やケアに関する上級専門職の配置 治療やケアに関する上級専門職の配置 			

戦略4： 隔離・身体拘束使用防止ツールの利用

目的

スタッフと当事者間の協力的で良好な治療関係は、隔離・身体的拘束最小化の実現に不可欠です。エビデンスに基づいた評価尺度やツールを治療およびケアプラン作成に用いることによって、隔離・身体的拘束最小化の実践が可能になります。隔離と拘束防止ツールにはアセスメントツール、ディエスカレーションないし危機的状況に対するケアプランと契約、施設環境の工夫、既に有効とされている日々の治療法といったものが含まれます。どのツールも個別の目的と目標をもっており、個人の状況に合わせて適切に用いられるものです。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	責自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	スタッフが自施設における隔離・身体的拘束に関する最新情報、自施設の隔離・身体的拘束の実施状況と手順の情報が容易に把握できること（戦略2：データ活用参照）	<p>データへのアクセスと共有方法について、スタッフに周知されていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 隔離・身体的拘束の国内取り組みの把握（*1） ・ 自施設の隔離・身体的拘束の実施データ、暴力・自殺企図自傷インシデント等の情報 ・ 自都道府県と自施設の隔離・身体的拘束の実施率の比較 ・ 自施設の隔離・身体的拘束手順の把握 ・ 自施設の行動制限最小化委員会の活動内容 			
2	スタッフの隔離・身体的拘束に対する意識の可視化、課題の共有	<p>スタッフの隔離・身体的拘束の意識調査とフィードバック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「抑制手法への臨床姿勢質問票」(ACMQ)の実施と分析(*2) ・ 「精神科医療における行動制限（隔離・身体的拘束）に関するアンケート」を実施と分析 ・ 各部署における隔離・身体的拘束最小化を阻む課題の分析と対策の検討 			
3	入院前または入院早期に当事者の攻撃性やトラウマ、問題行動、静脈血栓症等のリスク評価を用い、隔離・身体的拘束最小化を目指した治療プランの立案	<p>リスク評価を実施し、安全で迅速な医療サービスの提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 症状や問題行動だけでなく当事者の長所である「ストレングス」を盛り込んだ個別最小化計画の立案 ・ 「セーフティプランー危機的状況に対するケアプランと契約ー」を用い、トラウマ体験歴、引き金ないし増長要因、初期の兆候、対処法を踏まえた治療プランの立案(*3) ・ 「Broset Bioclence Checklist (BVC) 日本語版」を用いた、暴力の短期予測(*4) ・ 「問題行動評価尺度短縮版」（日本語版BPI-S）を用い、知的および発達障害者の自傷行為、固定観念的な行動、攻撃的/破壊的行動の頻度と深刻さを測定(*5) ・ 「静脈血栓塞栓症リスク評価」を用い、リスク評価および対応法を実施(*6) 			
4	基礎理論（トラウマインフォームドケア、リカバリー）、隔離・身体的拘束につながる当事者の攻撃性等に対する適切なケアの知識および技術の習得、精神科専門看護師・認定看護師によるコンサルテーションを利用できること（戦略3：院内スタッフ力の強化参照）	<p>教育ツールをスタッフが利用でき、研修参加や専門スタッフへの相談体制が整えられていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ トラウマインフォームドケア(*7) ・ リカバリー(*8) ・ 「医療職による包括的暴力防止プログラム：CVPPP」(*9) ・ 身体拘束をせずにケアを行うための基本的な考え方や身体拘束廃止を実現した具体的な事例(*10) ・ 強度行動障害を伴う人の医療的ケア(*11) ・ 精神科救急ガイドライン(*12) ・ 行動制限最小化関連の書籍購入や研修会の告知 ・ 相談支援窓口の設置と告知 			
5	当事者および家族との積極的な協力関係作りと意思決定の尊重、隔離・身体的拘束イベントの当事者からのフィードバックを元にサービスを改善（戦略5：入院施設での患者（医療消費者）の役割参照）	<p>当事者の見解をサービスに生かす仕組み作り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「Client Satisfaction Questionnaire-8日本語版」を用いて、患者満足度調査(*13) ・ 隔離・身体拘束を受けた患者の治療への認識調査票（SR-PPT：Secluded/Restrained Patients' Perception of their Treatment）を用いて、スタッフとの協働関係および隔離・身体拘束への認識調査(*14) ・ 意見箱の設置 ・ 当事者の行動制限最小化委員会や管理職会議等への参加の仕組みづくり 			
6	環境の評価と施設環境改善の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ コンフォートルームの設置(*15) ・ センソリールームの設置(*16) ・ 段ボール製テーブルを用い保護室内アメニティの向上 ・ 睡眠リズムを妨げない照明の工夫 ・ 音や温度を調節し、清潔で整頓された環境の提供 			

戦略5： 病院における当事者の役割

目的

病院における当事者の役割とは、①組織全体が医療サービスは当事者中心であることを強く認識する、②組織全体が当事者中心の医療サービスの提供に取り組む、③当事者の意見が重視され、実際の組織運用に反映される仕組みが確保される、④当事者が組織の運用に直接及び間接的に関わるパートナーとなることを目指しています。

(ここでいう「当事者」とは、精神疾患／障害を有するもしくはその経験がある本人、家族、ピアサポート組織などを指します。)

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	当事者からフィードバックを収集し、収集した情報を効果的に使用している	<ul style="list-style-type: none"> 当事者からのフィードバックの機会を確保し、プロセスをわかりやすく通知する（満足度調査の施行、意見箱等の設置など） その結果を組織全体で共有し、話し合っている その結果を可視化し、実際のサービス改善につなげている 			
2	組織の取り組みを当事者に情報提供	<ul style="list-style-type: none"> 行動制限最小化などの当事者中心の医療サービス提供のための組織の取り組みについて、当事者に情報提供している 			
3	当事者の意思決定をサポートしている	<ul style="list-style-type: none"> 当事者の意思決定を尊重し、定期的に見直しの機会を持ち、その都度文書で記録している 治療の全ての段階で、当事者に包括的かつ適切な情報と選択肢が提供され、それに基づいた選択ができるようにしている 当事者が自身の嗜好や価値観に基づき治療と回復、幸福の実現のための意思決定を行うため、家族やピアサポーターらをアドボケイターとして積極的に受け入れ、尊重している 選択を継続的なプロセスとして認識している 当事者を、経験を通じて成長し変化する彼ら自身の専門家として認識している 当事者の権利擁護のための法律の専門家等の外部組織へのアクセスを確保している 			
4	家族との積極的な協力関係がある	<ul style="list-style-type: none"> 治療のすべての段階で家族に適切に情報と選択肢を提供している 制限的手法の使用、当事者の法的権利、相談先に関する情報を随時家族に提供している 面会に対応するために家族や子供に優しい環境を設けている 家族が組織に対し質の高い本物のフィードバックを提供する機会を確保している 			
5	当事者が組織内の活動に主要メンバーとして正式かつ継続的に参加し、マネジメント及び実際のサービス運用の両面に直接関わっている	<ul style="list-style-type: none"> 行動制限最小化委員会 危機管理委員会（インシデント、アクシデントの検証） 管理職会議 医療サービス計画、評価 スタッフトレーニング スタッフの雇用 など 			
6	外部の当事者等が組織内の活動に対する積極的な役割を担っている	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な地域／全国の当事者組織とのミーティング 入院治療における定期的な外部当事者組織の訪問 行動制限最小化委員会、インシデント／アクシデント発生時のデブリーフィング（振り返り）への参加やレビューなど 			
7	当事者を労働力として活用するための計画と実績があり、サポートティブな労働環境がある	<ul style="list-style-type: none"> ピアサポーター等としての雇用の実績、計画がある 空いているポジションを当事者のポジションとして使用、優先している ピアサポーターや当事者組織、家族会等とのネットワークがあり、雇用促進・支援を通じて協力関係を結んでいる 当事者の雇用に際し、明確な職務記述書が作成されている 当事者の経験、専門知識、スキルが認められ、適切な報酬が支払われるよう保証している 当事者スタッフのスーパービジョン、相談先へのアクセスを確保している 当事者スタッフの労働力開発、トレーニングを計画している 当事者スタッフの上司とのミーティングの機会を定期的に確保している 当事者スタッフの働きに対しフィードバックを提供している 			

戦略6： デブリーフィング

目的 デブリーフィングは本来、トラウマティックなイベントが起きたときに行われる手法です。ここで説明するデブリーフィングとは、実施された隔離・身体的拘束の分析することから知識を得て、その知識を活かして次の実施を回避するための考え方、手順と実践を普及することを基本として行うことです。さらに隔離・身体的拘束が実施された際、その場に居合わせた人を含む関わったすべての人に、隔離・身体的拘束の心理的副作用を和らげることも目標としています。困難な事例に直面した際には、デブリーフィングを実施することも、隔離・身体的拘束の最小化につながる1つの方法です。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	対象	取り組みの具体例	責自治体での状況	探否と修正	参画病院
1	明確で具体的なデブリーフィングの方針と手順を策定し、実施	<ul style="list-style-type: none"> ● 以下の内容を含むこと ・ デブリーフィングの目標 ・ 参加者 ・ 責任と役割 ・ デブリーフィングのプロセス ・ 文書化 ・ フォローアップ ・ サービス提供方法への情報フィードバック ・ デブリーフィングの質の評価 			
2	デブリーフィングの実施	<ul style="list-style-type: none"> ● 隔離・身体的拘束イベント直後のデブリーフィング 実施時期：イベント直後 参加者：指定されたデブリーフィア（イベントに直接かかわっていない指導的看護師ない他の上級スタッフ） 目的：隔離・身体的拘束に関わった全員の安全を確保 隔離・身体的拘束されている人の安全を確保し、適切なモニタリングを実施 病棟を隔離・身体的イベント以前の状態に戻す 情報を収集し、隔離・身体的拘束イベントの詳細を明確な文書で記録 正式なチームデブリーフィングの前に、主要スタッフと情報共有 24時間以内に臨床責任者に報告することで、隔離・身体的拘束イベントの可視性を高める ● 正式なチームデブリーフィング 実施時期：イベント発生後1～2日以内（できれば24時間以内） 参加者：主要な臨床スタッフ、専門スタッフ、隔離・身体的拘束イベントの当事者 目的：隔離・身体的拘束イベント直後のデブリーフィングで得られた情報に基づく 厳密かつ詳細な分析 関係する環境、状況、システムの調査に重点を置いた、根本原因の分析 分析結果に基づく問題解決方法の検討 ● 管理者または外部コンサルタントによるデブリーフィング 実施時期：必要に応じて 参加者：管理者（施設・部署・病棟）、外部機関のコンサルタント 目的：治療チームへのサポート 予防を促進するための質向上とシステム変更のための管理サポートを提供 			
3	心理的副作用に対処するための、デブリーフィングの方針と手順を策定し実施	<ul style="list-style-type: none"> ● 以下の内容を含むこと ・ 対象者 例） 隔離・身体的拘束イベントの当事者 スタッフ 隔離・身体的拘束イベントに立ち会った人 隔離・身体的拘束イベントの当事者の継続的なケアと治療に関わる地域支援者 ・ 今後起こりうる心理的副作用と問題を考慮した枠組み 			
4	デブリーフィングがどのようにケアや治療計画に反映されるかについてのトレーニング	<ul style="list-style-type: none"> ● 攻撃性や暴力の危険因子を持つ人の早期警告サインと引き金になる事柄の特定 ● 患者の選択を支援する方法 ● 本人の個性、特性、経験などに合わせた、さまざまな自己鎮静の選択肢の提供 ● 本人が選択した自己鎮静法や代替行動の利用 ● 早期介入と退院後も活用できる解決策を特定し、促進 （参 照 Strategy4 セーフティプラン） 			
5	隔離・身体的拘束イベントの当事者または代理人（ピアサポーターやアドボケイター）の参加に際しての配慮	<ul style="list-style-type: none"> ● デブリーフィングを行う目的と何が期待できるのかを理解できるよう説明 ● ピアサポーターやアドバイザーのサポートを受けながら、デブリーフィングにおける当事者の経験や声を重要な情報として把握 ● デブリーフィングの結果と行動について、当事者と家族にフィードバック ● 隔離・身体的拘束イベントの当事者が参加できない、または参加しないことを選択した場合、代理人として参加するためのピアサポーターやアドボケイターまたはアドバイザーを手配 ● デブリーフィングの時間や場所について、当事者または代理人の意思決定や選択を支援 ● 再トラウマになる可能性を最小限にし、情報収集を容易にするためのサポートを提供 ● 早期介入または予防を支援するために、地域支援者と協力 			
6	隔離・身体的拘束の心理的副作用を和らげるようスタッフをサポート	<ul style="list-style-type: none"> ● スタッフの希望に応じて、チームまたは個人デブリーフィングを提供 ● スタッフ間で日常的に実践を振り返ることを奨励するための資料や機会を提供 ● オープンな会話とデブリーフィングを促進するために、非難しない文化を育む ● デブリーフィングの結果と変化をスタッフにフィードバック ● 定期的スーパービジョンの提供 ● 従業員支援のためのプログラムやサービス（内部・外部問わず）の利用を奨励 （参 照 Strategy4 CVPPP） 			

ツール

E

計画の中でのツール活用は（D）の④ツール利用で整理できます。

1. 「抑制手法への臨床姿勢質問票」(ACMQ)
2. 「精神科医療における行動制限（隔離・身体的拘束）に関するアンケート」（B2）
3. 症状や問題行動だけでなく当事者の長所である「ストレングス」を盛り込んだ個別最小化計画のテンプレート
4. 「セイフティプランー危機的状況に対するケアプランと契約ー」
5. 「Broset Biolence Checklist（BVC）日本語版」
6. 「問題行動評価尺度短縮版」（日本語版 BPI-S）
7. 「静脈血栓塞栓症リスク評価」
8. トラウマインフォームドケア
9. リカバリー
10. 「医療職による包括的暴力防止プログラム：CVPPP」
11. 身体拘束をせずにケアを行うための基本的な考え方や身体拘束廃止を実現した具体的な事例
12. 強度行動障害を伴う人の医療的ケア
13. 精神科救急ガイドライン
14. 行動制限最小化関連の書籍購入や研修会の告知
15. 相談支援窓口の設置と告知"
16. 「Client Satisfaction Questionnaire-8 日本語版」を用いて、患者満足度調査
17. 隔離・身体拘束を受けた患者の治療への認識調査票（SR-PPT：Secluded/Restrained Patients' Perception of their Treatment）
18. 意見箱の設置
19. 当事者の行動制限最小化委員会や管理職会議等への参加の仕組みづくり"
20. コンフォートルームの設置
21. センソリールームの設置
22. 段ボール製テーブルを用い保護室内アメニティの向上
23. 睡眠リズムを妨げない照明の工夫
24. 音や温度を調節し、清潔で整頓された環境の提供"

ツールに関する参考文献

- 1) 野田寿恵, 杉山直也, 松本佳子, 他 : 抑制手法への臨床姿勢質問票日本語版を用いた実態調査. 精神医学・53(1) : 65-72, 2011
- 2) 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
- 3) 佐藤真希子 : 米国の隔離・身体拘束最小化方策=「コア戦略」とは(第 2 回) セイフティプラン. 精神看護(1343-2761)17 巻 2 号 Page65-67(2014.03)
- 4) 下里誠二, 塩江邦彦, 松尾康志, 他 : Broset Violence Checklist(BVC)日本語版 による精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測の検討.精神医学・49(5) : 529-537, 2007
- 5) 行動問題イベントリ (<http://bpi.haoliang.me/>)
- 6) 小林隆夫 : Cardinal Health 【Link Vol.13】静脈血栓塞栓症のリスク評価について
- 7) 亀岡智美 : 精神科医療におけるトラウマインフォームドケア.精神神経学雑誌(2020)122 巻 2 号
- 8) 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 概要 リカバリー/ステイグマについて (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/about/recovery-stigma.html>)
- 9) 下里誠二 : 最新 C V P P P トレーニングマニュアル 医療職による包括的暴力防止プログラムの理論と実践. 日本こころの安全とケア学会, 中央法規
- 10) 身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わる全ての人に～厚生労働省
- 11) 會田千重 : 多職種チームで行う 強度行動障害のある人への医療的アプローチ.中央法規
- 12) 日本精神科救急学会 : 精神科救急医療ガイドライン 2022 年版. 第 5 章
- 13) 立森 久照, 伊藤 弘人 : 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討. 精神医学(0488-1281)41 巻 7 号 Page711-717(1999.07)
- 14) Toshie Noda, Naoya Sugiyama, Makiko Sato et al : Influence of patient characteristics on duration of seclusion/ restrain in acute psychiatric settings in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2013; 67: 405-411
- 15) OT-Innovations.com (<https://www.ot-innovations.com/>)
- 16) the Sensory Connection Program (<http://www.sensoryconnectionprogram.com/index.php>)