

資料

## 行動制限最小化に関する研究（第4報） —隔離処遇に関連した予測される不利益への一考察—

服部朝代\*<sup>1</sup> 吉本聖隆\*<sup>1</sup> 山下亜矢子\*<sup>2</sup> 泉川桂子\*<sup>1</sup> 平松悦子\*<sup>1</sup>

### 1. 緒言

精神科医療において入院日数の短縮や地域定着などが進められる中、臨床で勤務する精神科看護師は、急性期症状を有する患者に対する看護から退院支援まで幅広い看護実践を展開している。

精神科医療における隔離は、精神保健福祉法に基づき、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであるが、行動制限を伴うことから代替方法がないこと、および必要最小限となるように行われることが基本原則であり、精神保健指定医による専門的医療的判断が認められている<sup>1)</sup>。精神保健福祉法で定められる隔離は、「内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る」と規定される<sup>2)</sup>。

隔離や身体拘束などの行動制限に対し、行動制限の最小化に向けた適正性と安全性が常に要求される。

我が国の精神科医療における行動制限最小化への対策として、平成16年に精神科病院における行動制限最小化委員会設置が義務付けられた<sup>3)</sup>。

しかしながら、平成24年6月末日時点の在院患者総数30.2万人のうち、隔離処遇のものは9,791人であり、隔離による行動制限の患者数およびその比率は増加傾向にある<sup>4)</sup>。

我が国における精神科病院における行動制限最小化における取組みとして、米国のHuckshornによるSix Core strategies<sup>5)</sup>が実践されている。

我々は、Six Core strategiesを参考に、隔離・身体拘束使用防止ツールとしてその戦略に示される具体的な介入方法の手段のひとつである行動制限最小化計画書の有効性について調査研究を実施している。本調査より、行動制限最小化計画書使用により

隔離・身体的拘束実施量が減少した<sup>6)</sup>ものの、看護師等および退棟患者の行動制限に対する認識は変化を認めなかった<sup>7)</sup>。行動制限を解除する際の看護師の不安として、対人関係や精神症状、他害行為、対応困難の予知や患者の予測不可能な行動化への不安があることが明らかとなった<sup>8)</sup>。これらの研究より、行動制限最小化に対する看護実践として、熟練看護師の行動制限最小化の視点で安全確保を行う行動制限最小化のマネジメント力が求められ、その一手段として療養環境の調整が必要となることが明らかとなった<sup>9)</sup>。

行動制限で使用する保護室という療養環境は、治療や療養の効果をj得る場の反面、行動制限による不利益が生じることも予測される。

野口は、精神科医療における強制的処置を、隔離や拘束などの狭義の行動制限のみならず、非自発的入院なども含めたものとし、強制的処置による治療継続が可能となることによる症状や社会機能の改善をもたらす反面、スティグマを喚起し、QOLや自己評価を低下させる側面を指摘している<sup>10)</sup>。行動制限を伴う治療の際には患者の治療的利益が最大限得られるよう注意深いモニタリングが必要となる。その中で、常に治療的利益と相反する隔離処遇による不利益を予測した関わりが求められる。

そこで今回、隔離処遇に関連した予測される不利益を明らかにすることを目的とし、研究を実施した。隔離処遇の患者の不利益を予測することは、治療的效果を評価することにつながり、ひいては行動制限最小化につながる。

### 2. 用語の定義

本研究においては次の用語を以下のように定義する。

\*1 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

\*2 新見公立大学看護学部看護学科

(連絡先) 服部朝代 〒700-0915 岡山市北区鹿田本町3-16 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

E-mail: howaito88@gmail.com

隔離処遇に関連した予測される不利益：精神保健福祉法のもと実施される隔離処遇下にて、医療および保護のための行動制限や、医療安全の観点からの持ち込み制限により、生活行動が制限された環境下にて生じることが予測される社会生活や日常生活のしづらさを示す。

### 3. 研究目的

#### 3.1 対象施設

中国四国地方に位置する単科精神科病院1施設内にある2病棟（精神病棟入院基本料13：1）

#### 3.2 データ収集期間

中国四国地方に位置する単科精神科病院1施設を対象に平成24年5月から平成26年8月にデータ収集を行った。

#### 3.3 データ収集方法

対象病棟にて隔離が行われている患者に対し、多職種（看護師、医師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士が参加）にて、隔離・身体拘束使用防止ツールの行動制限最小化計画書を用い、1事例につき15分程度のカンファレンスを毎日（土・日・祝を除く）開催した。行動制限最小化計画書の内容は、精神保健福祉法における隔離目的の5項目の中から、現在の隔離目的を再確認し、行動制限に伴う患者の利益・予測される不利益を検討後、ストレングスモデルに基づき具体的な行動制限最小化計画を立案した。カンファレンス結果は、行動制限最小化計画書と電子カルテに記録した。調査項目は、行動制限最小化計画書に書き留めた「行動制限（隔離）を行うことで予測される患者の不利益」についての内容をデータとした。

#### 3.4 データ分析方法

隔離が行われている患者の予測される不利益を明らかにすることを目的とし、データを質的帰納的に分析した。分析手順はデータの意味内容が理解できるまで読み返し、素データとして抽出した。素データを分析対象となるようにできる限り単純化したコード化を行い、一覧表を作成した。コード化したものを整理しながら意味内容の類似性に従い分類・命名し、同類ものをグループ化し、サブカテゴリとした。さらにサブカテゴリの類似性と相違性に添ってカテゴリ化し、名称をつけた。

データの分析過程においては、分析結果の信頼性と妥当性の確保のため、分析結果について、研究者5名で同意が得られるまで繰り返し検討した。また、分析過程で質的研究の研究者にスーパーバイズを受けた。

### 4. 倫理的配慮

対象施設には研究の趣旨を説明し、研究対象施設倫理委員会（承認番号24-1）において承認を得た後に研究を実施した。データは分析や結果公表の際に個人が特定されないように処理し、研究者以外の閲覧や、研究目的以外の使用は行わないこととした。

### 5. 研究結果

#### 5.1 対象事例

カンファレンス開催回数は324回、分析対象事例は109例であった。カンファレンスは1事例につき複数回行ったものもあり、1事例あたりの平均開催回数は3.0回、最もカンファレンス回数が多い事例の開催回数は16回であった。

#### 5.2 隔離処遇に関連した予測される不利益

分析の結果、隔離処遇にある患者に予測される不利益として、3カテゴリ：【隔離に伴う活動範囲低下】【対他者関係構築における弊害】【自尊感情の低下】が抽出された（表1参照）。本文ではカテゴリを【 】, サブカテゴリを [ ], コードを 〈 〉 と表記する。

##### 5.2.1 隔離に伴う活動範囲低下

〔運動量減少による体力低下〕〔感覚刺激低下による見当識低下〕〔清潔セルフケアの低下〕〔行動範囲や持ち込み品の制限による気分転換活動の不足〕〔他患者からの刺激による安楽妨害〕〔拘禁反応の可能性〕の6つのサブカテゴリより構成された。

##### (1) 運動量減少による体力低下

このサブカテゴリは、保護室を使用することで運動量が低下している状況を示す。コードとして〈筋力低下〉、〈運動量低下〉が抽出された。

##### (2) 感覚刺激低下による見当識低下

このサブカテゴリは、保護室入室により非日常的空間で過ごすことで見当識の低下が出現している状態を示す。コードとして、〈昼夜のリズム逆転〉、〈時間の感覚低下〉が抽出された。

##### (3) 清潔セルフケアの低下

このサブカテゴリは、行動制限や持ち込み制限に伴う清潔セルフケア低下を示す。コードとして、〈整容行動がしたいときにできない〉が抽出された。

##### (4) 行動範囲や持ち込み品の制限による気分転換活動の不足

このサブカテゴリは、行動制限や持ち込み制限に伴い日常生活の活動制限をされることで、気分転換活動が不足した状態を示す。コードとして、〈たばこや間食の制限〉、〈テレビや新聞が自由に見られない〉、〈外気を感じられない〉が抽出された。

##### (5) 他患者からの刺激による安楽妨害

表1 隔離処遇にある患者に予測される不利益

カテゴリー	サブカテゴリー
隔離に伴う活動範囲低下	運動量減少による体力低下
	感覚刺激低下による見当識低下
	清潔セルフケアの低下
	行動範囲や持ち込み品の制限による気分転換活動の不足
	他患者からの刺激による安楽妨害
	拘禁反応の可能性
対他者関係構築における弊害	治療への不信感
	医療従事者への陰性感情
	対人関係スキルの低下
	処遇への不同意
	トラウマのリスク
自尊感情の低下	孤独感の増強
	隔離のアメニティから生じる自己肯定感の低下

このサブカテゴリーは、保護室に入室している精神状態が安定していない患者が発する音によって自己の睡眠が妨げられる状態を示す。コードとして、〈他患者の声による不眠〉が抽出された。

#### (6) 拘禁反応の可能性

このサブカテゴリーは、隔離をされた状況に反応して起こる精神症状の出現の可能性を示す。コードとして、〈隔離されることでイライラが増す〉が抽出された。

#### 5.2.2 対他者関係構築における弊害

〔治療への不信感〕〔医療従事者への陰性感情〕〔対人関係スキルの低下〕〔処遇への不同意〕〔トラウマのリスク〕の5つのサブカテゴリーより構成された。

##### (1) 治療への不信感

このサブカテゴリーは、治療内容に対する不信感を示す。コードとして、〈治療が信用できない〉が抽出された。

##### (2) 医療従事者への陰性感情

このサブカテゴリーは、納得できない隔離処遇から生じる治療者に対する感情を示す。コードとして、〈スタッフへの不信〉、〈主治医・病院に対する陰性感情〉が抽出された。

##### (3) 対人関係スキルの低下

このサブカテゴリーは、患者看護師関係にパターンリズムが生じることにより対人関係において障害が生じる状況を示す。コードとして、〈限られた人との関わり〉、〈意欲の低下〉が抽出された。

##### (4) 処遇への不同意

このサブカテゴリーは、治療として隔離することに同意していない状態のことを示す。コードとして、

〈処遇への不満〉、〈入院に納得できない〉、〈隔離に納得できない〉が抽出された。

##### (5) トラウマのリスク

このサブカテゴリーは、保護室に入室したことから受ける心的外傷を受ける可能性を示す。コードとして、〈隔離がトラウマになる〉が抽出された。

#### 5.2.3 自尊感情の低下

〔孤独感の増強〕〔隔離のアメニティから生じる自己肯定感の低下〕の2つのサブカテゴリーより構成された。

##### (1) 孤独感の増強

このサブカテゴリーは、保護室内に一人で過ごす時間を強いられることや対人刺激が減少することにより孤独感を感じることを示す。コードとして、〈寂しさ〉、〈孤独感が強くなる〉が抽出された。

##### (2) 隔離のアメニティから生じる自己肯定感の低下

このサブカテゴリーは、隔離室の構造や環境から、自らの価値観や存在意義が低下する状態を示す。コードとして、〈自尊心低下〉、〈自己肯定感低下〉が抽出された。

## 6. 考察

### 6.1 多職種カンファレンスで明らかになった隔離処遇に伴う予測される不利益

本研究より、隔離処遇に伴い予測される不利益として、【隔離に伴う活動範囲低下】【対他者関係構築における弊害】【自尊感情の低下】が明らかとなり、いずれも患者のQOL低下の要因となり、隔離の本来の目的である「医療および保護」に相反するもの

となっていた。

精神科医療における行動制限は精神保健福祉法に基づき実施されるが、患者の生活行動を制限することから、人権侵害が生じやすい状態にある。行動制限のある患者に対し、精神科看護師が看護実践を行う場合、患者の尊厳を守り、倫理的配慮のもとに隔離が行われるよう、精神科医療の行動制限に関する法的理解を深めつつ、精神科看護師の倫理的感性を磨く手段が必要となる。精神科看護師の倫理的感性を磨く有効な手段として多職種カンファレンスや精神科看護のエキスパートによる実践知を伝達する手段が挙げられる。

精神科看護における重要な実践能力のひとつとして、対人関係の障害を伴う患者との治療的な関係を築くことであるが、その能力を身につけるための教育訓練の方法やシステムは確立されていないことが指摘されている<sup>11)</sup>。精神科看護師の看護実践を吟味していくうえでの手がかりの一手段として、リフレクションの深化が有効となる<sup>12)</sup>。リフレクションは日々の看護実践において生じた気がかりな出来事について自ら、振り返り、気がかりな出来事に対する解決方法を導き出すことにつながることから、精神科看護師の倫理的感性を磨く有効な手段として成り得る。

保護室環境は、医療および保護と言う観点から生命の維持と行動観察がよくできる環境設定と同時に、回復を促進するために、自然の恩恵が受けられ人の精神に不快な感情を刺激しない保護室環境とすること、回復を促進する保護室環境と行動制限最小化およびセルフケア能力に応じたケアを提供することによって、QOL低下を引き起こさないことが人間としての尊厳を守ることに繋がる<sup>13)</sup>。精神科看護師は隔離処遇にある患者の精神症状に起因するセルフケア低下についてアセスメントを行い、患者のセルフケア向上に向けた看護師の治療的関わりが要求される。精神科看護師の治療的関わりにより、精神症状の安定をはかり、セルフケアを向上させることが、行動制限最小化に重要となる。

## 6.2 治療関係構築にむけた環境調整

隔離処遇にある患者は、非自発的な入院形態であることから、患者が自らの状況を受容し、治療参画するためには、治療の説明と同意が十分に行われることが必要となる。

患者の隔離体験はトラウマが生じる危険性をはらむ患者に対し、治療の説明と同意が十分に行われないうまま隔離処遇が継続されると、治療に対する不信感が生じ、医療従事者と患者の治療関係に悪影響をもたらす。治療関係構築に支障を来すと、退院後の

治療継続にも影響を及ぼし治療中断が生じる危険性もある。患者が治療中断を行うことは治療の予後にも大きく影響をもたらす、新たな不利益が生じる可能性がある。

患者が隔離を治療として同意できない際は、精神科看護師がセルフケアの向上に向けた支援を実践しつつ、治療関係構築に向けた関わりを行い、患者が治療効果を実感できる関わりが必要となる。併せて、患者に対し、回復事例を提示することにより、回復のイメージが容易となる。また、患者が自らの治療的效果を実感することが、安心感に繋がる。入院患者による療養環境の評価に関する定期的調査<sup>14)</sup>によると、同じ療養環境にあっても、患者の身体的、心理的状态によって評価が変化することが報告されている。患者が精神科医療において非自発的な入院が必要となった際に、治療への不信感や医療従事者への陰性感情が生じた際、説明と同意を繰り返すことが患者の不信感や不安への緩和要素となり、治療参画できる環境を整えることに繋がる。

## 6.3 保護的環境が長期化することによる不利益

隔離処遇において、患者は個室である保護室を使用することにより外部からの刺激を一旦遮断することにより、治療効果が得られるよう保護的な環境を整え、回復を図ることとなる。しかしながら、行動制限最小化が図れず、保護的環境が長期化すると、他者との対人関係構築などにも弊害を生じることが予測される。

隔離処遇にある患者に対し、精神科看護師は定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならない<sup>2)</sup>。隔離処遇にある患者への刺激調整に対する看護師の臨床判断は、刺激を意味する内容や自身の関わり方や関わる時間の長さ、関わる人数、音や光と言った物理的的刺激等、多様であり、刺激についての観察の視点は個々の看護にゆだねられる状況<sup>15)</sup>にある。隔離処遇にある患者の急性期の精神症状が改善した時点から、保護的ななかかわりから自立を促す関わりに移行し、少しずつ刺激を増やすことにより、回復支援を行うことが必要となる。

入院患者の病室認識に関する先行研究<sup>15)</sup>において、療養環境調整の判断の視点として、療養環境を物理的に区切られた一つの部屋として区切ることなく、その病室に入院している機関の行動範囲にあらゆる物理的環境要素と、自分の行動範囲に出入りするあらゆる人々との関係性を総合的に評価することの必要性が述べられている。今回の研究で明らかとなった、隔離により予測される不利益が治療的利益に変化させるためには、隔離環境を構造・環境など

の物理的環境と、患者への具体的ななかかわりや援助による人的環境の双方から隔離の環境を整えていくことが治療効果に重要となる。

## 7. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、対象施設が1施設であり、データに対象施設の物理的・人的環境が影響されているため、一般化には限界がある。今後、対象患者の疾患や病態像に応じた具体的な治療効果向上に向けた環境調整や介入方法を明確にする必要がある。

## 8. 結論

### 8.1 隔離処遇の患者に予測される不利益

単科精神科病院にて行動制限最小化を目的とした多職種カンファレンスを324回開催し、隔離処遇にある患者に対し、予測される不利益を質的帰納的に検討した結果、3カテゴリー：【隔離に伴う活動範囲低下】【対他者関係構築における弊害】【自尊感情

の低下】が抽出された。

### 8.2 隔離処遇の環境調整

隔離処遇の患者に予測される不利益を治療的利益に変化させるためには、精神科看護師の倫理的側面を磨くためのトレーニングの必要性や患者との治療関係構築に向けた関わりの必要性が示唆された。また、隔離処遇にある患者に予測される不利益を治療的利益に変化させるためには、隔離環境を構造・環境などの物理的環境と、患者への具体的ななかかわりや援助による人的環境の双方から隔離の環境を整えていくことが治療効果に重要であることが示唆された。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました対象施設の皆様に深く御礼申し上げます。本研究は第23回日本精神保健看護学会学術集会で発表したものに、一部加筆し修正したものである。

## 文 献

- 1) 日本総合病院精神医学会教育・研究委員会：身体拘束・隔離の指針 日本総合病院精神医学会治療指針3. 初版, 星和書店, 東京, 2007.
- 2) 精神保健福祉研究会：三訂精神保健福祉法詳解. 中法法規出版, 東京, 2002.
- 3) 浅井邦彦, 五十嵐良雄, 久保田巖, 昆啓之, 澤温, 関健, 野木渡, 八田耕太郎, 益子茂, 松岡浩：平成11-12年度厚生科学研究（障害保健福祉総合研究事業）精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権の確保のあり方—. 2000.
- 4) 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「改革ビジョン研究ホームページ」事務局：630調査.  
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data24b.html>. 2012（2016年3月10日確認）
- 5) 野田寿恵, 吉浜文洋, 杉山直也和訳：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第三部, 精神科看護, 37(9), 65-73, 2010.
- 6) 服部朝代, 吉本聖隆, 山下亜矢子, 泉川桂子, 平松悦子：行動制限最小化に関する研究（第1報）行動制限最小化計画書を用いて. 日本看護学会論文集精神看護, 44, 58-61, 2014.
- 7) 服部朝代, 吉本聖隆, 平松悦子, 山下亜矢子：精神科医療における行動制限最小化に関する研究（第2報）行動制限最小化計画書を用いることによる患者及び看護師等の認識調査. 日本精神保健看護学会学術集会・総会プログラム・抄録集24回, 86-87, 2014.
- 8) 服部朝代, 吉本聖隆, 平松悦子, 山下亜矢子：精神科医療における行動制限最小化に関する研究（第3報）隔離および身体的拘束解除を行う際に生じる看護師の不安. 日本精神保健看護学会学術集会・総会プログラム・抄録集25回, 120, 2015.
- 9) 服部朝代, 山下亜矢子：開放観察時に副看護師長が実践する臨床判断. 日本精神保健看護学会誌, 24(2), 1-10, 2015.
- 10) 野口正行：行動制限を含む強制的処置の臨床的意味. 精神科治療学, 28(10), 1323-1329, 2013.
- 11) 宮本真己：触法精神障害者の看護と地域支援の手法 厚生科学研究の報告から. 日本精神科看護技術協会監修. 精神科看護白書2004→2005, 精神看護出版, 東京, 63-91, 2004.
- 12) 堀井湖浪：精神科に勤務する看護師のリフレクションのプロセスに関する研究. 日本赤十字看護大学紀要, (25), 32-42, 2011.
- 13) 久保康子, 津久江一郎, 加藤重子, 佐々木秀美：精神科病院保護室環境の人権と倫理的医療に関する一考察. 看護学統合研究, 13(1), 1-15, 2011.
- 14) 渡邊生恵, 柏倉栄子, 杉山敏子：入院患者による療養環境の評価に関する定期的調査. 東北大医保健学科紀要, 17

(1), 37-47, 2008.

- 15) 福田亜紀：行動制限の場面における看護師の臨床判断の特徴. 日本精神保健看護学会誌, 17, 53-61, 2008.

(平成28年5月14日受理)

## Research on the Minimization of Action Restriction (Fourth Report)

Asayo HATTORI, Kiyotaka YOSHIMOTO, Ayako YAMASHITA,  
Keiko IZUKAWA and Etuko HIRAMATSU

(Accepted May 14, 2016)

Key words : minimization of seclusion, seclusion and restraint prevention tools

Correspondence to : Asayo HATTORI

Nursing Department

Okayama Psychiatric Medical Center

Okayama, 700-0915, Japan

E-mail : [howaito88@gmail.com](mailto:howaito88@gmail.com)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.26, No.1, 2016 113 – 119)

