

行動制限最小化 ～実践した立場から～

静岡赤十字病院 精神科 長谷川花

精神科の行動制限最小化は世界のテーマ

☆ いまだチャレンジングな精神科行動制限最小化

- 重篤な精神疾患で強い焦燥や暴力に対し隔離拘束の量は施設により違う。
- ランダム化された研究は世界でもない！

Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. E Sailas, M Fenton, Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD001163.doi: 10.1002/14651858.CD001163,2000

☆ 当事者とスタッフの心持ちの違い

- 当事者の隔離拘束への抵抗感と医療スタッフの抵抗感は異なる

Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. P Doedens, et al., J Psychiatry Ment Health Nurse., 27(4):446-459.doi: 10.1111/jpm.12586. Epub 2020 Jan 14.

行動制限を減らす方法

◇トラウマインフォームドケア

◇シックスコアストラテジー

◇コンフォートルーム

◇ストレングスベースケア

◇スタッフのマインドフルネスベースのストレス軽減プログラム

リーダーシップ

スタッフの技術力向上

行動制限緩和ツール

入院施設での利用者の役割

ブリーフィング

データ

Methods and Strategies for Reducing Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care. C Perers, et. Al.,Psychiatry Q ;93(1): 107-136,2022 doi: [10.1007/s11126-021-09887-x](https://doi.org/10.1007/s11126-021-09887-x)

Huckshorn KA;Six core strategies to reduce the use of the seclusion and restraint planning tool. National technical assistance center for State mental health planning 2005

杉山直也ら；精神科集中ケア期における早期作業療法の効果と意義. 精神医学, 63；1863-1871,2021

入院施設での利用者の役割の例
ピアサポーター主導の集団療法
(フリートークの会)



プロジェクトの紹介

2021年4月より 沼津中央病院院長の号令 身体拘束ゼロ化プロジェクト

身体的拘束は行わない（例外；暴力と切迫した自傷行為）

拘束をするリスク



拘束をしないリスク

（斎藤正彦 「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開、医学書院 2020年）

行動制限最小化プロジェクトチーム（全職種）

病棟研修会

低床ベッド・組み立てマット・
リクライニング車いす

点滴の短時間化

身体管理の方法を変える
考え方を変える

現場の声と実践

とにかく話し合い
(多職種・ピアスタッフを含めた入院当事者)

看護部より要望；医師が緊急時に来ないのは困るので、医局に周知指導

ディエスカレーション・命を守るための徒手制止

早期作業療法・日中の運動・アロマなど行動制限緩和グッズの活用

点滴を短時間化し、看護師付き添いまたは目の届くところで実施

ベッドからマットへ変更。組み立てマットも敷き詰める



拘束者の割合も平均拘束時間
も激減

全国取り組み例の報告

- 厚生労働省 令和4年度 障害者総合福祉推進事業
精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究 一報告書
- 野村総合研究所 2023年5月
- 行動制限最小化委員会において力点を置いているのは、「職員同士の情報共有・連携」
- 好事例 5 病院の調査では、各病院とも看護師がその活動の中核をなし、行動制限最小化に向けて奮闘し、臨床の中で大きなジレンマを抱えている様子も再認識できた。
- 共通項は利用者さんとの関係性の改善
- 隔離解除までの期間が短くなった(岡山県立医療センター)
- 利用者の心理的負担軽減、合併症、筋力低下のリスク低減(山梨県立北病院)

行動制限最小化にかかる課題

- 既存の方法から脱却し、文化を変える風土
- マンパワーが限られる中で、できることを行う
- 拘束以外の方法を考え、行動する
- 攻撃性が強い時は複数で対応する
- 医師・看護師・薬剤師・作業療法士など多職種で対応
- 転倒転落など医療安全管理の考えを変える
- 身体管理を医学的に安全な範囲で緩めて工夫する
- スタッフが暴力を受けた時に迅速に対応し支援する
- 入院当事者やピアスタッフの声を聴き、学ぶ姿勢を保つ

今後の在り方

- ◇医療福祉教育の時点から行動制限の不利益を伝え、精神科医療の文化を変える必要性を伝える
- ◇強い焦燥や攻撃性が高い時に、隔離せずに治療できる方法を世界から学び、日本でも研究する。
- ◇入院治療へのピアサポーターの参加をアメリカなどから学ぶ。
- ◇救急・急性期の医療の質をあげ（ガイドライン使用・早期作業療法・意思決定支援など）、入院期間を短縮し、満足度もあげて通院継続治療につなぐ
- ◇地域支援（住居・就労支援も含め）を手厚くし、ある程度の危機は乗り切れる支援体制をつくる
- ◇総合病院スタッフの精神科対応スキルをあげる。
- ◇地域支援が充実すれば、療養病棟の長期入院者も地域で暮らせる。
⇒地域共生社会を目指して