

一般社団法人 日本身体拘束研究所 創立記念講演

身体拘束最小化 をめざして

筑波大学医学医療系 斎藤環

身体拘束の何が問題か

- 精神科指定医の権限が大きすぎる
- 「家族のため」と言うニーズが大きすぎる
- 隔離と拘束が濫用されやすく、長期化しやすい
- 安全確保という名目で、心身にダメージを与えられる
- 「拘束なしでは現場は回らない」という誤った「現場主義」がまん延している
- 拘束派 v s 非拘束派 という対立構図が作られ、それがあたかも「現場主義 v s 理想主義」と読み替えられ、後者は「現場を知らないお花畑の発想」と揶揄される
- 内科や高齢者病棟では当たり前に行われているのだからそちらを批判すべきという論点のすり替えがなされやすい

日本精神病院協会会長・山崎學氏のインタビューより

- 「精神科の身体拘束数が、以前は5000件だったのが10年で1万件になったっていうけど、介護の施設では、1年間に6万人拘束しているんだよ(2015年の厚労省調査)。それがなんで問題にならないで、精神科の1万人の方が問題になるのか。この6万人は、精神保険指定医が拘束の指示を出してないのでもないで、誰か指示を出しているのかもわからない。そんな拘束をされて、こっちは患者さんの人権は、どういう風に担保するんだって。でも6万人は、全然無資格のやつがやっているんですよ」
- 「精神科の拘束は、仕方なく拘束していきなるとわけてあげて、骨折の上、手術。拘束に倍がかかって、拘束しないうえに、拘束したくない方束じゃなくて、親戚の人が来て、お見舞いに来る。精神的にも開放ね」といふ切ない声

松本佳子ほか：精神科入院患者にとっての身体拘束
の体験患者と家族とのインタビューから
日本精神保健看護学会誌 Vol. 11, No. 1, pp. 79~84, 2002

- 印象に残っているのは、ガッチャン部屋にいた時だね。
- ベルトとベルトとね、ガッチャンって鍵しめるでしょ。
- ナースコールを押しても、なかなか看護婦が来てくれず、寂しかった。
何で鍵閉めてるのにベルトするのかと思うんだけどね。
ガッチャン閉めてなおさらバンドでしょ。もう縛られちゃったらしょ
うがないよね。
- ベッドから落ちてばっかりいるんだよね。それはしょうがないかな、も
う諦めてたし。もう縛られちゃったたらしょうがないね。3
人に押さえ付けられたんじゃ、もう動きとれないもん

松本佳子ほか：精神科入院患者にとっての身体拘束 の体験患者と家族とのインタビューから

日本精神保健看護学会誌 Vol. 11, No. 1, pp. 79~84, 2002

- 「睡眠薬をたくさん飲んで、ふらふらして額切っちゃって、翌日から抑制されちゃって。『縛られたっていうことは人間的なことじゃない、なんでこんなことされなくちゃいけないんだ』っていうのは、私が面会にきた時に、主人はさかんに言っていました。『人格を無視しているだとか帰りたい、帰りたい、こういうことされるからいやなんだ』って。私も精神科では、患者の安全を守るためにやむなく拘束をするってことは、分かっているつもりですけれども、正直いってショックでした。それもすべてね、全身。家族としてこう非人間的な姿を見た時にね、ああ、これはもう人間的な扱いなのかなあって、こんな拘束いつまで続くんだろうって、で主人は、一生懸命拘束帯をとろう、とろうってはずそうとするんだけど。家族が来た時に、拘束をとってもらうだとか、そういう配慮は、できなかったものかなあって、そう感じました。やっぱり家族って、立場が弱いですからね。いやあ、っらい、辛い、家族は、っらいね。でも、仕方ないとあきらめるしかない。拘束されていることに対する、なんていうか、やるせないっていうか、せなかったんでしょね。

Michitaka Funayama : Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia

General Hospital Psychiatry Volume 62, January–February 2020, Pages 1-5

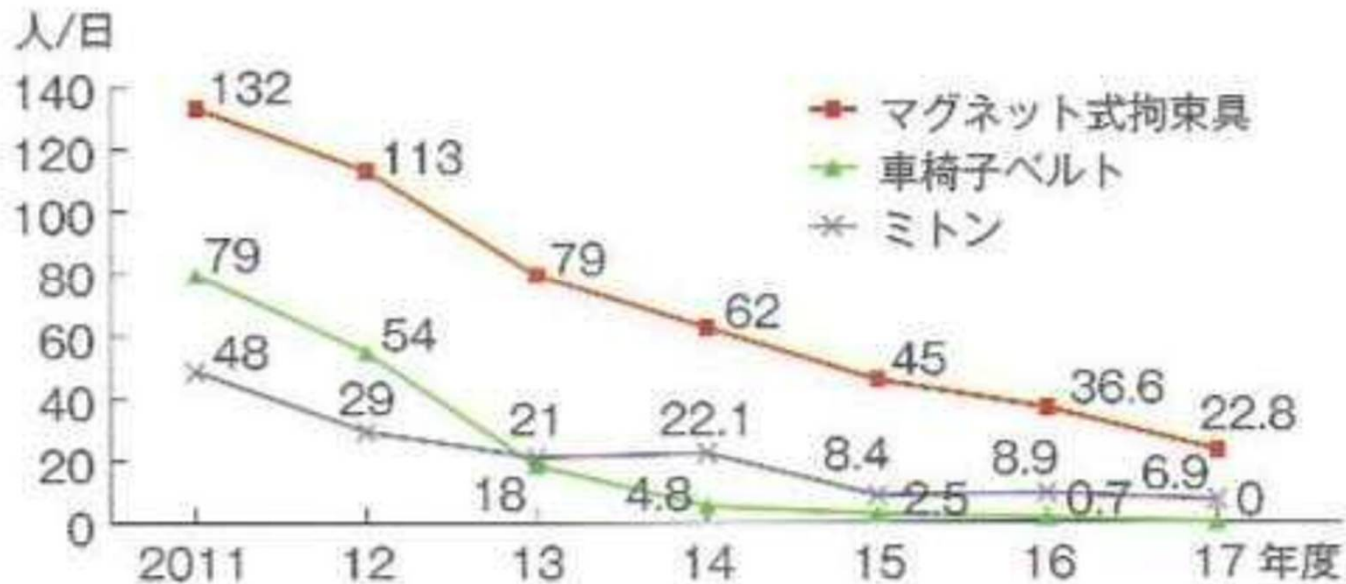
臨床現場における身体拘束は、致死的な合併症を引き起こす可能性がある。これは生死にかかわる問題であるが、身体拘束と医学的合併症に関する包括的な大規模研究はまだ行われていない。われわれのレトロスペクティブ・コホート研究に参加した1308人の精神科入院患者を、身体拘束群（入院中に身体拘束を受けたことのある患者；n = 110）と非身体拘束群（身体拘束を受けたことのない患者；n = 1198）の2群に分類した。拘束後の医学的合併症の発生に関して、2群間の差を評価した。潜在的な交絡因子をコントロールするために、線形判別回帰分析を用いて身体拘束自体が医学的合併症の発生に影響を及ぼすかどうかを同定した。**身体拘束群は非拘束群と比較して、深部静脈血栓症（ $P < 0.01$ 、 $OR = 6.0$ 、 $95\%CI : 2.4-13.9$ ）および誤嚥性肺炎（ $P < 0.01$ 、 $OR = 4.1$ 、 $95\%CI : 2.1-7.6$ ）のリスクが高かった。**潜在的な交絡因子をコントロールした後でも、身体拘束は深部静脈血栓症と誤嚥性肺炎のリスクを大幅に上昇させた（それぞれ $P < 0.01$ 、 $P = 0.01$ ）。この研究集団は単一の精神科病棟から得られたものであるが、身体拘束は重篤な病状を引き起こす可能性がある。この望ましくない結果を避けるために、身体拘束の使用は最小限にすべきであり、理学療法が強く推奨される。

身体拘束の国際比較

イギリス	拘束期間の定まった制限はないが、時間が長くなるに応じて、継続のための手続きが変わる。機械的拘束は15分に一度看護師による観察。少なくとも1時間以内に事前登録された医師が診察、その後も少なくとも1時間に1回診察。
アメリカ	成人は4時間、9～17歳の児童・青年は1時間、9歳未満の児童は30分。ただし、用手的拘束（緊急事態にのみ適用可）は年齢にかかわらず30分。臨床医がより短い時間を指定した場合は当該時間。これ以上続く場合は診察をして新たに指示を出す
カナダ	隔離の際は、看護師が24時間観察 （※拘束はそもそもほとんど行われていない）
フランス	機械的拘束は、限られた時間内において、精神科医の決定に基づき、2016年1月26日に制定された保健システム近代化法に従い、治療的手続きの枠内で、他職種協議後に、集中した随伴的支援と観察の医学的指示を義務付ける中で行われる。機械的拘束の採用は、最終的手段として臨床的状况により正当であることの提出を必要とする複雑な過程を要している。最短時間となるように留意しなければならない。
イタリア	12時間を超えて続く全ての拘束は、医療事業体の医療局長、UOの事業体リスク管理担当部署、及びメンタルヘルス科及び病理学研究所（DSM-DP）の所長に伝達しなければならない。12時間以内の場合、（拘束が祝祭日及び旧祭日前の日に実施される場合は48時間以内の場合）UOの事業体リスク管理担当部署のスタッフ、精神医療サービスに所属していないDSM-DPのスタッフとの検証のための面会がなされる。（全ての代替オプションについて検討、討論するため）身体拘束終了の決定は、精神科の当番医による。状況によっては治療チームとして決定する。

「松沢病院が身体拘束最小化を実現した25の方法」より

図3 2011～2017年度 身体拘束数推移



「身体拘束ゼロ」が目的ではない

- 「身体拘束最小化」は目的ではなく、患者さん1人1人の人生に寄り添った治療目的を達成するための1つのステップ
- 現在でも必要だと判断した「身体拘束」は、基準手順に則って慎重に実施されています。
- 「身体拘束ゼロ」が目的となってはいけない
- 本当の「目的」は「患者さんの幸福」

「拘束最小化」をはばむ3つの壁

- ① 医療安全の壁
- ② 治療方針の壁
- ③ こころの壁

壁を乗り越えるために実践した25の方法

- ① 大前提として、トップが病院としての考え方を職員へ明確に示し、ぶれなかった。
- ② 行動制限のデータを数値化し、公表し、可視化した。
- ③ 身体拘束を明確に定義し、グレーゾーンを作らないようにした。
- ④ “支えるリスクマネジメント”に切り替え、医療安全委員会と連携した。
- ⑤ いざという時は管理者が責任を負うことを示した。

- ⑥ データ集計の単位を変更し、変化がわかりやすいようにした
- ⑦ 職員の意識が、身体拘束を「する」ことの弊害に向くように情報を伝えた。
- ⑧ 家族へ「当院は縛りません」「それによる転倒のリスクがあります」と説明し、納得を得てから入院してもらうようにした。
- ⑨ 職員教育で、患者さんの目線に立った研修を開催。役立つと思われる精神科看護技術を積極的に取り入れた。
- ⑩ 指示を出す医師との意識のギャップをなくし、協働するようになった。
- ⑪ 行動制限最小化委員会が、現場で解除を推進した。
- ⑫ 病棟で毎日、いかに行動制限を解除できるかという視点で多職種カンファレンスをし、記録に残すようにした。
- ⑬ 行動制限時の記録に無駄な時間をかけないようにした。
- ⑭ 急性期病棟治療開始時に鎮静・身体拘束をしない。
- ⑮ 地域へ戻るという視点からも、身体拘束をせずに入院をスタートするようにした。

- ①⑥ （認知症病棟）QOL から考え、身体拘束をせずにできる治療へ、工夫を極めるようにした。
- ①⑦ 精神科医が早期に介入し、精神状態も大事にした治療を行うようになった。
- ①⑧ 長期入院者にも、過去にとらわれず、新しい視点を取り入れてチャレンジする。問題行動ではなく「困っているサイン」と捉える。
- ①⑨ 死は負けではないという考え方へ。治療とケアを開始する時は、本人や家族の思いと医療者の考えをすり合わせてから開始する。
- ②⑦ まずは1人からやってみる。小さな成功体験を積み重ねる。
- ②⑧ 最小化できない理由を探さない。
- ②⑨ 「手間暇はかかるもの」と腹をくくろう。
- ②⑩ 患者さんに対して抱いている「不安」「恐怖」「偏見」を自覚しよう。そして患者さんを理解したつもりになっていないかを確認しよう。
- ②⑪ 「最小化」を目標にするのではなく、あくまで「患者さんのQOLの向上」をめざそう。
- ②⑫ 悩み続ける姿勢、あきらめない姿勢でいこう。

オープンダイアログ

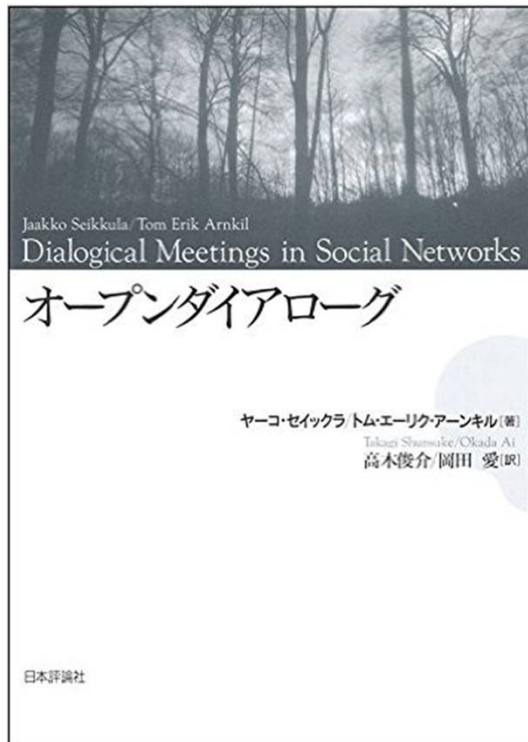
Open Dialogue(開かれた対話) とは

- フィンランドの西ラップランド地方で1980年代から実践されている**統合失調症のケア技法/システム/思想**
- ケロプダス病院のファミリー・セラピストたちが中心となる
- **治療チームは危機にあるクライアントの自宅に赴き、危機が解消するまで毎日会いつづける**
- 治療のプロセスにクライアントや家族を巻き込み、臨床家たちは個人ではなくチームで働く
- **入院治療と薬物療法を可能な限り行わない**
- ヨーロッパ最悪の統合失調症治療結果から、初回精神病に関しては世界で最高の統計的結果を出すに至る

いかに導入されたか

- 1980年代、ユッカ・アアルトネンとヤーコ・セイックラにより家族療法の手法が導入される。
- ほぼ同時期にNeed Adapted Treatmentが普及
- 1984年8月27日「クライアントについて、スタッフだけで話すのをやめる」というルールが生まれ、全スタッフがともに考え、患者の意見を聞く方針に
- 80年代終わりに院内での研修システムが導入
- 地域移行の必要性から政府の調査が開始。ケロプダスは薬物療法をできるだけ用いない治療モデルを担当
- 非薬物的なアプローチを追求した結果、治療の原則が整い、病床数が減少した（300→19）

理論的主導者であるJaakko Seikkulaの著書







Keropudas Hospital

アウトカム

西ラップランド地方において統合失調症と診断された
患者群の2年間の予後調査の結果

	ODAP群	伝統的治療群
抗精神病薬の 使用率	35%	100%
精神症状の 残遺率	18%	50%
2年間の再発率	24%	71%
障害者手当の 受給率	23%	57%

Seikkula, J., Olson, M. E. : The OPD approach to acute psychosis :
Its poetics and micropolitics. Family Process, 42 (3) ; 403-18, 2003.

ODLONG研究（1992-2015）

Tomi Bergström, Birgitta Alakare, Jukka Aaltonen, Pirjo Mäki, Päivi Köngäs-Saviaro, Jyri J. Taskila & Jaakko Seikkula: The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*, 9:310-321, 2017

対象疾患（N=65） 研究デザイン：後ろ向きコホート研究	
統合失調症(42%),統合失調症様障害(20%), 短期精神病性障害(23%),特定不能の精神病性障害(15%)	
抗精神病薬の使用	
使用せず	45%
観察期間中に投与あり	55%
2015年の時点で投与中	31%
治療期間、入院の有無	
入院回数が0-1回	54% （0回は24%）
全観察期間での合計治療期間の平均	6±2年間
治療転帰 その他	
治療者と患者の合意で治療が終結	62%
2015年の時点で治療継続中	18%
発症時に抗精神病薬を投与された群は、入院率が高く治療期間も長かった。	

オープンダイアログ理解の三段階

- **サービス供給システム**：電話を受けて治療チームを結成、24時間対応、毎日ミーティングなど
- **対話の手法**：重要な決定は本人の目の前で、全員に発言の機会を、発言には必ず反応する、開かれた質問をする、など
- **世界観**：家族システム理論、ポリフォニー、社会構成主義

オープンダイアログの7つの原則

原語	定訳	意味
1. immediate help	即時対応	必要に応じてただちに対応する
2. a social networks perspective	社会的ネットワークの視点を持つ	クライアント、家族、つながりのある人々を皆、治療ミーティングに招く
3. flexibility and mobility	柔軟性と機動性	その時々ニーズに合わせて、どこでも、何にでも、柔軟に対応する
4. team's responsibility	チームが責任を持つ	治療チームは必要な支援全体に責任を持って関わる
5. psychological continuity	心理的連続性	クライアントをよく知っている同じ治療チームが、最初からずっと続けて対応する
6. tolerance of uncertainty	不確実性に耐える	答えのない不確かな状況に耐える
7. dialogism	対話主義	対話を続けることを目的とし、多様な声に耳を傾け続ける

Arnkil, T. E., Seikkula, J.: Dialogical Meetings in Social Networks, Karnac Books, London, 2006.
(高木俊介訳: オープンダイアログ. 日本評論社, 東京, 2016.)

オープンダイアログが注目される理由

- 「対話」で急性精神病が改善・治癒する
- 薬や入院を極力使わない≠反精神医学
- 治療チーム >> 個人精神療法
- 治療者全員がセラピストとして平等
- 透明性と「リフレクティング」
- スタッフミーティングもカンファレンスもない

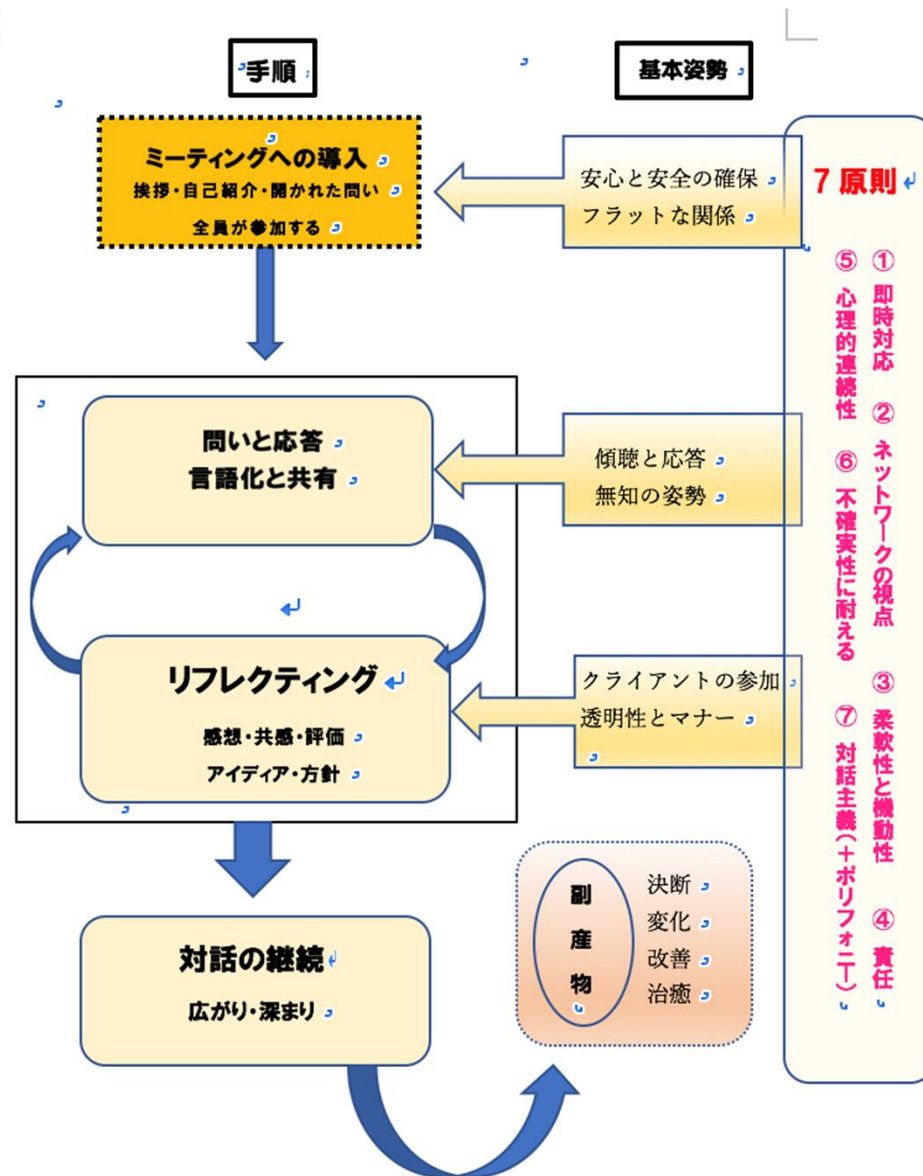
「リフレクティング」の発想

- 評価や意志決定は本人や家族のいる前で行う
- 治療方針について話し合う姿を本人や家族に見てもらう
- 対面・一対一で告げられた場合よりも、決定に参加している意識が確実に高まる
- 当事者はそこでヒントを得た上で自発的に決断できる



実践に当たっての心得

- 対話の目的は「変えること」「治すこと」「（何かを）決定すること」ではない。対話を続け、広げ、深めることを目指す。
- 「議論」「説得」「説明」「アドバイス」は対話のさまたげにしかない。
- クライアントの主観を尊重し、ポリフォニーを大切にする。さまざまな意見が共存するイメージで、ハーモニーとは異なる。



オープンダイアログの基本プロセス

社交ネットワークのポリフォニー

- ポリフォーはモノフォニーでもなく、ハーモニーやシンフォニーでもない
- 対話は、妥協や調和をめざした「すり合わせ」ではない
- あなたとわたしの世界はどれほど違っているかを掘り下げていくこと
- その先にあるのがポリフォニックな関係性の世界

参考文献

- ODNJPガイドライン作成委員会編著:オープンダイアログ 対話実践のガイドライン 2018年版. 精神看護,21(2),2018. <https://www.opendialogue.jp/対話実践のガイドライン/>
 - Olson,M.E., Seikkula, J.,Ziedonis, D. : THE KEY ELEMENTS OF DIALOGIC PRACTICE IN OPEN DIALOGUE: FIDELITY CRITERIA.Version 1.1, 2014.<http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
 - 斎藤環:オープンダイアログとは何か.医学書院,東京,2015.
 - 斎藤環,森川すいめい,西村 秋生:オープンダイアログ(開かれた対話)による統合失調症への治療的アプローチ.精神科治療学32;689-696, 2017.
 - Seikkula, J., Olson,M.E.Olson, Mary E.:The OPD approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics.Family Process,42.3,403-18, 2003.
 - Seikkula, J.,Arnkil ,T. E.:Dialogical Meetings in Social Networks, Karnac Books, London,2006. (高木俊介訳:オープンダイアログ.日本評論社,東京,2016.)
 - Seikkula,J , Arnkil,T.E. : Open Dialogues and Anticipations – Respecting Otherness in the Present Moment.National Institute for Health and Welfare,Tampere,2014. (斎藤環監訳:開かれた対話と未来.医学書院,東京,2019)
 - Tomi Bergström, Birgitta Alakare, Jukka Aaltonen, Pirjo Mäki, Päivi Köngäs-Saviaro, Jyri J. Taskila & Jaakko Seikkula: The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis.Psychosis,9:310-321,2017
 - 矢原隆行:リフレクティング:会話についての会話という方法.ナカニシヤ出版,東京,2016.
-
- 以下の雑誌でも特集が組まれています。
 - ナラティブとケア 第8号,2017
 - 精神療法 第43巻第3号,2017
 - 精神科治療学 第33巻03号,2018
 - 臨床心理学 第19巻第5号,2019
 - 最新精神医学 第24巻第5号,2019

Open Dialogue Network Japan

[Home](#)[主催イベント](#)[リンク](#)[関連イベント・情報](#)[関連文献（準備中）](#)[メーリングリスト登録](#)[ニュース](#)

オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン



Open Dialogue Network
Japan

<http://open-dialogue-network-jp.jimdo.com/>

2015年3月発足。オープンダイアログに関する情報共有、意見交換、イベント、セミナーなどを行います。

共同代表：斎藤環（筑波大学） 高木俊介（たかぎクリニック）

石原孝二（東京大学）