

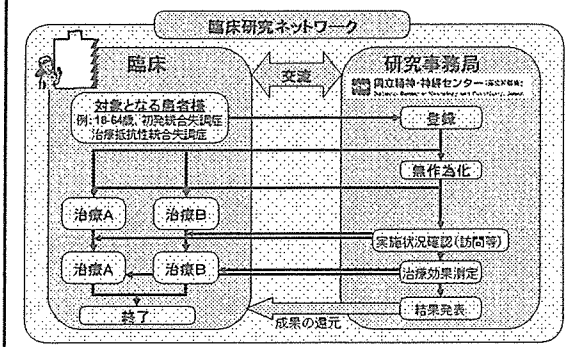
、日本発の価値をめざして

- 「世界でただひとつ」とは・・・
- 世界的基準に照らして、傑出したサービス、技術やモノ
- 世界に誇れる日本発の価値
- 同じ土俵(高いエビデンスレベル)

世界へ発信する価値

- 精神科治療の最適の組み合わせは何か？
 - 薬剤、量、組み合わせ、行動制限の位置づけ・・・
- 初発統合失調症への早期治療の効果？
- 臨床に根ざした様々な疑問・・・
- 必須の条件
 - ナショナルレベルの臨床ネットワーク
 - 臨床・研究・委員会
 - 無作為化

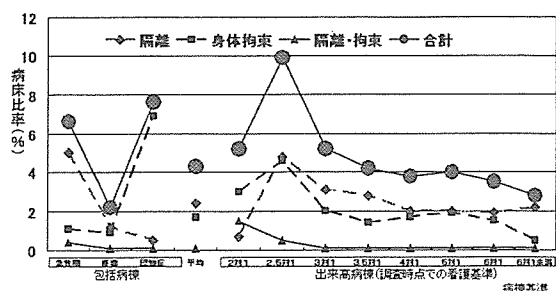
臨床研究



拠点病院の役割の重要性

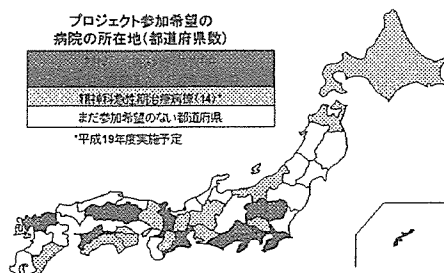
- 新しい価値の創出拠点として
 - 精神科救急・急性期医療の多施設臨床研究
 - 参加病院、研究主導
- 診療拠点として
- 研修拠点として
- 情報提供拠点として

行動制限の病床比率と病棟基準*



*精神科医療における行動制限の最小化に関する研究(浜井邦彦主任研究者:1999年度)から作成

プロジェクト参加希望病院所在地



これからの予定

- 研修に使用したファイルの提供
- 配布する調査票および入力ソフトの試用調査
- 学会にあわせた交流会
 - 日本精神・神経学会
 - 日本精神科救急学会
- Web等を通じた継続的な意見交換
- 研修会(資金が許せば)

継続的な意見交換会

- 薬剤処方
 - フィードバックシステムの運用
 - 薬剤処方最適化研究会
- 行動制限
 - コンサルテーション
 - ヨーロッパ諸国との交流
- 医療経済・政策管理
 - 診療報酬研究会

ミニレクチャー4

行動制限調査の意義と将来

精神科治療法としての
隔離・身体拘束

横浜市立大学附属病院 神経科
杉山直也

行動制限をめぐる大きな動き

- ※ 精神保健および精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）
- ※ 浅井邦彦ほか：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確保のあり方—。平成11年度厚生科学研究報告書（2000）
最小化指針の提示
- ※ 医療保護入院等診療料（診療報酬）（2004）
行動制限最小化委員会の設置
- ※ 精神保健福祉法改正（2006）
特定病院の条件（最小化委員会の開催・設置）
行動制限に関する一覽性台帳の整備

医療保護入院等診療料 平成16年度より診療報酬に新設

- ※ 精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合に、患者一人につき1回限り算定する。
- ※ 入院形態を診療報酬明細書（レセプト）に記載する。
- ※ 行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な（少なくとも月1回）評価を行う。
 - ◇ 医師・看護師・精神保健福祉士等（多職種）で構成
 - ◇ 基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備
 - ◇ 患者の状況に係るレポートをもとに月1回程度の検討会議
 - ◇ 職員すべてを対象として、法・行動制限・介入技術などの研修会開催（年2回程度）
- ※ 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載する。

米国のガイドライン

- ※ American Psychiatric Association: Seclusion and restraint: the psychiatric uses: Task Force report No. 22. (1985)
- ※ Resource guide on seclusion and restraint by the American Psychiatric Association (1999)

Resource guide on seclusion and restraint by the American Psychiatric Association (1999)
http://www.psych.org/advocacy_policy/leg_issues/sec_res_0599.cfm

- ※ 精神科医療施設は…(中略)…隔離と身体拘束の使用を最小化するために、継続的に質的向上を模索する手段を講じなければならない。
- ※ それぞれの精神科医療施設は、部門・施設を通じて最良の医療経験を共有するという意図をもって…(中略)…隔離や身体拘束の使用やその頻度をレビューする仕組みを整備すべきである。

行動制限(隔離・身体拘束)は、
その有効性や安全性を科学的に検証し得る精神医学的な治療法である。

行動制限審査システムに関する研究

※ 八田耕太郎: 精神科医療における隔離・身体拘束に関する研究. 精神経誌, 105: 252-273, 2003

最小化のための院内審査委員会は、労力の割には最小化に結びつきにくい、長期化した事例に対する点検機能としての意義はある。

精神科急性期治療における行動制限最小化の試み —PICU管理度の導入—



財団法人徳島県立中央病院
杉山 直也

PICU管理度

ランク	隔離(S)	拘束(R)	強制栄養(N)	身体ケア(Ph)
4	S0-2	R1-2	N0-1	Ph1
3	S0-2	R1-2	N0-1	Ph0
2	S0-2	R1-2	N0	Ph0
1	S2	R0	N0	Ph0
0.5(pF)	S1	R0	N0	Ph0
0(F)	S0	R0	N0	Ph0
備考	S0: 開放 S1: 部分開放 S2: 終日隔離	R0: なし R1: 中断あり R2: 中断なし	N0: なし N1: 経腸 N2: 経鼻胃管	Ph0: なし Ph1: あり PhC: 合併症あり

想定例

病日	1	2	3	4	5	6	7	8	9
隔離	○	○	○	○	○	開放観察	開放観察	全開放	-
拘束	○	○	○	-	-	-	-	-	-
強制栄養	点滴	点滴	-	-	-	-	-	-	-
身体管理	-	-	-	-	-	-	-	-	-
管理度	4	3	2	1	0.5	0.5	0.5	0	0

グラフィック表示

データ化によって判明したこと

- 再行動制限では管理日数が長期化しやすい
- 高度管理は必ずしも長期化と相関せず、むしろ平均より短い。
- 急性期管理はいくつかの定型に集約される。
- 長期化する事例には臨床的な特徴がある。など

最適化ツールの意義

- 管理状況の表記化により、チームの共通認識を促進
- 自施設の行動制限の総状況を質的・量的に把握
- 複雑な病態への対応として、定型的手法を確立することにより、急性期医療の質が向上
- 典型的でない症例を抽出できる
- 臨床医学研究としての有用性
- 症例間比較と施設間比較
- 病床の効率的利用など運営のためのデータ
- 公的な届出書面作成を簡便化

薬剤師から見た行動制限 行動制限時の服薬指導

明照会 常盤病院
薬剤師 馬場寛子

ミニレクチャー4:薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト
2007年1月26・27日

薬剤師から見た行動制限

医師によって行動制限の期間が異なる

☆医師による違い

行動制限の方法	保護室・拘束／行動制限解除のタイミング
鎮静の方法	注射剤・経口(気分安定薬・BZ・LP)
リスクの評価	行動制限のリスクをどの程度評価しているか
基本の薬物療法	薬剤の選択・用量
スタッフとのコミュニケーション	スタッフの意見を聞く・聞かない

☆複数の医師の治療を経験することで薬剤師は客観的に評価している
☆より効果的な治療方法の情報提供できる立場にいる

薬剤師が行動制限に係るとき

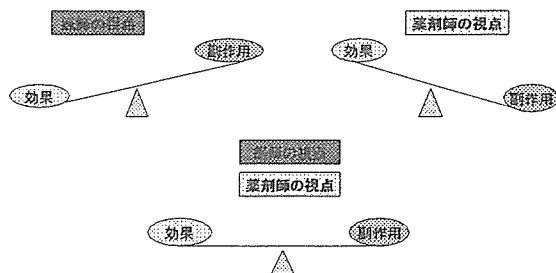
行動制限の必要性 → 医師 看護師

行動制限が長期化 → 医師 薬剤師
☆薬物療法の問題点
☆行動制限のリスク

- ☆薬物療法の問題点を検討
- 鎮静の方法は適正か
- 主たる薬物療法の検討
- 副作用のモニター
- ☆リスクの予測・予防

薬物療法の問題点の検討＝
行動制限を最小化するための検討

薬物療法における医師と薬剤師の視点の違い



行動制限時の服薬指導

「患者様の一番悪い時を知って おくことは大事」

チームメイトからのアドバイス

急性期に係ることのメリット

- 医師の処方 of 組み立てが理解できる
- スタッフの取り組みや苦勞がわかる
- 副作用チェックができる(急性期は患者さまの情報が少ない)
- 患者さまの回復の過程がわかる
- 患者さまとコミュニケーションがとりやすくなる
- 服薬指導のタイミングを逃さない

急性期の心理教育

- 心理教育とは構造化された「患者教室」や「心理教育ミーティング」と呼ばれるようなプログラムのもとでしか実践できないものではなく、外来や入院中の診察場面でも心理教育的面接は工夫次第で十分に可能である。
- 急性期ではまさに「here and nowの話題」が必要。
病名は？なぜ病気になったのか？どうして医師は病気と判断したのか？患者の聞きたいことに平易に答える。
- 急性期の症状が落ち着くまで、症状を緩和するための方法として薬物療法があることを伝える。
- 保護室を使用せねばならないような極期にあってもなぜ保護室を使用するのか、薬物を使用することで治療者が何を期待しているのかを同時に説明することは重要である。
- 病識がない患者にも一定の効果が得られる。

内野 俊郎 臨床精神薬理 Vol.8 No.1,2005

行動制限時の服薬指導・実践編

1) 患者さまに会わなくてもできること

- 処方歴の確認
 - ①精神症状に影響を与える薬を服用していないか？
 - ②相互作用(持参薬)
 - ③重複投与(持参薬)
- 肝機能障害・腎機能障害・栄養状態・補水
- 現処方 of 検討・経過報告
 - ①投与量
 - ②投与方法
 - ③抗精神病薬・抗パーキンソン薬などの等価換算
 - ④相互作用⇒薬物代謝酵素(CYP)など
リスベリドン・カルマバゼピン
オランザピン・フルボキサミンetc

2) 行動制限時の服薬指導。・その1

- ☆面接のタイミング
保護室回診時・投薬時・配膳時・その他
- ☆簡単に薬の効果を説明
抗精神病薬(混乱を改善する薬)
気分安定薬・BZ(不安やいらいらを鎮めてくれる薬)
- ☆回復することを伝える
「良くなります」「服薬を続けましょう」
- ☆良くなっていることを伝える
薬の効果を実感してもらおう

- ☆医師が治療の目的をしっかりと説明してくださるとより効果的
- ☆抗精神病薬の適正用量化が進んでから、言語的介入がしやすくなっている(治療者側の意識の変化?)

2) 行動制限時の服薬指導・その2

- 拒薬(もしかしたら拒薬の理由が?)
- 嚥下障害のチェック(剤形の変更)
- 副作用のチェック(薬剤師の目で確認・急性期の患者さまの情報少ない)
- 行動制限時のリスクの予測

☆患者は「何を飲まされているのか?」と思っている
⇒ 患者さまに安心感を与える

3) タイミングを逃さず服薬指導

< 行動制限が解除され少し話しが聞ける状態 >

- 病気の話
- 回復過程の話
- 薬の話
- 副作用の話

急性期病棟における
サイエデュケーションプログラム

まだ症状の平さがあるときに

辛い症状が改善されてしまうと
もうすっかり良くなって薬は必要ない
と考えてしまう

行動制限時の服薬指導

- 1) 患者さまに会わなくてもできること
- 2) 行動制限時の服薬指導
 - 簡単に薬の説明。良くなることを伝える。
 - 拒薬(もしかしたら拒薬の理由が?)
 - 嚥下障害のチェック(剤形の変更)
 - 副作用のチェック
 - リスクの予測
 - 患者さまの安心感
- 3) タイミングを逃さない服薬指導(行動制限解除後)

心理教育的姿勢

「客観的事実を重視しその事実を分かち合う姿勢」

- 生物学的・心理社会的な統合失調症研究で得られた成果をわかりやすく提示する
⇒ 病気を理解する(病気は自分ひとりではない)

「自立性を尊重し権利や主体性を擁護する姿勢」

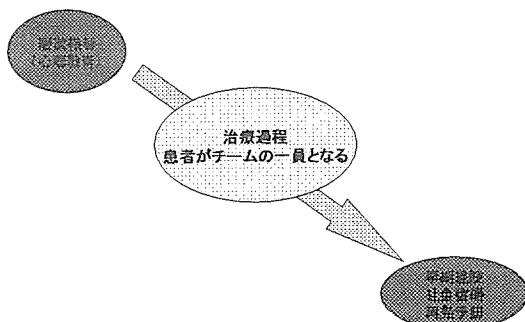
- 患者に病気や薬物療法について解説し、患者自身が最終的に選択するという構造をできるだけ作る努力をする
⇒ 患者の意志を尊重(患者もチームの一員)

「何らかの行動の変化を求める姿勢」

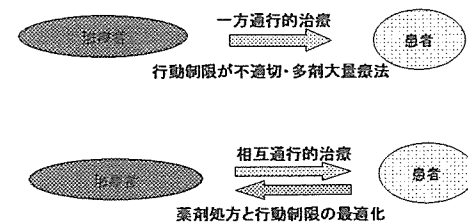
- 単なる知識・情報の提供にとどまらず当事者とのやりとりを重視する
⇒ 当事者が何に困っているのかを明確にすることで対処方法をともに探ることが可能(患者もチームの一員)

内野 俊郎 臨床精神薬理 Vol.8 No.1,2005

急性期の服薬指導の目的



急性期における服薬指導(心理教育)の目的 ☆患者を治療チームの一員とすること



行動制限の基礎知識

行動制限最小化
隔離・身体的拘束を中心に

医療法人社団 成増厚生病院
辻 邦彦

どういう状態のときに 患者の隔離・身体的拘束は 行なわれるのか

- 厚生省告示では、
 - 患者の隔離については5つの要件
 - 身体的拘束については3つの要件
- それぞれに該当する場合に当該方法での行動の制限を可能としている。

患者の隔離についての5つの要件

2. 対象となる患者に関する事項

- 隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行なわれるものとする。
 - ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
 - イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
 - ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
 - エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
 - オ 身体合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

身体的拘束についての3つの要件

2. 対象となる患者に関する事項

- 身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行なわれるものとする。
 - ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
 - イ 多動又は不穏が顕著である場合
 - ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

患者の隔離・身体的拘束の方法に決まりはあるのか 行動制限の定義

- 何を以って「患者の隔離」というか
 - 精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
 - 1. 患者の隔離（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1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時間を越えるものに限る。）
 - 2. 精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
 - 第3 患者の隔離について
 - 3. 遵守事項
 - (1) 隔離を行なっている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のための他の患者を入室させることはあってはならないものとする。

患者の隔離・身体的拘束の方法に決まりはあるのか 行動制限の定義

- 何を以って「身体的拘束」というか
 - 精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
 - 2. 身体的拘束（衣類又は締入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。）
 - 3. 精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
 - 第4 身体的拘束について
 - 1. 基本的な考え方
 - (3) 身体的拘束を行なう場合は、身体的拘束を行なう目的のために特別に配慮して作られた衣類又は締入りの帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

車椅子のベルトの判断は……

- 「車椅子での移動の際の、車椅子からの転落・ずり落ちの防止のためのベルト等を使用する事は身体的拘束にあたらぬ」
- 「点滴・鼻注等の生命維持に必要な医療行為のために短時間の身体固定をすることは、指定医の診察を必要とする身体的拘束にあたらぬ」
- 「身体的拘束中に拘束解除で経過観察する場合、その都度の指定医の診察告知及び時間等の記載はしなくともよいが、拘束期間中の診察、病状記載は必要」

(日精協・厚生労働省保健福祉課、合意事項)

介護保険施設における「身体拘束」

□ 「身体拘束」は介護保険施設では原則禁止されている

1. 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
2. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
3. 自分で降りられないように、ベッドを欄(サイドレール)で囲む。
4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
5. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋のどをつける。
6. 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
7. 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
8. 脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
9. 他人への迷惑行為を防ぐ為に、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
10. 行動を落ち着かせるために向精神薬を過剰に服用させる。
11. 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

厚生労働省身体拘束ゼロ推進会議「身体拘束ゼロの手引き」(2001年)より

行動制限を行いうる「入院の者」とは

- 入院形態を問わず行動制限が可
- 精神保健福祉法の目的は「精神障害者の医療及び保護」
⇒ 精神障害者でない「入院中の者」の行動制限は許されない。
- 行動制限条項が適用されるのは、精神医療上の判断が必要な場合のみ？ 身体疾患の治療目的の場合は、対象にならない？
- 点滴に向精神薬が含まれる、あるいは拒食など精神症状を理由とする点滴 ⇒ 指定医の指示が必要？

⇒ 時間ではなく目的で適否を判断すべき？

なぜ、精神科の行動制限は 指定医の判断が必要なのか

- 救命救急センターの身体的拘束、療養病棟での認知症の患者の身体的拘束の根拠は？ 正当業務行為？
- 高度な精神医療上の判断を要求される行動制限は、指定医の判断が要求される
- 高度な精神医療上の判断が要しない場合(転落防止など)は、看護上の判断で「正当業務行為」として拘束できる？
- 精神医学上の判断の程度によっては、看護者の恣意的裁量の余地が少ないように具体的に指示を出せば、包括的指示であっても適法？

急性期の行動制限

- 急性期の行動制限の常態化
 - 「精神科救急として対応する患者では突発的な精神運動興奮も十分に予測されるため、入院にあたっては、身的拘束は必要不可欠である」(神尾2003)
 - 「熟練のスタッフと情熱があれば抑制帯は不要と考える人は、精神科救急医療に無知であるか、現実には直面せずにはすむ立場にある人である」(計見1998)

慢性期の行動制限

- 任意入院患者の開鎖処遇: 水中毒
- 長期隔離患者

急性期医療での行動制限の常態化



行動制限 と 法

- 行動制限は人権の制限
- 人権の制限が許されるための前提条件とは

Number of patients on restraints and The duration involved

	1998	1999	2001
Restraints %	26.7%	10.2%	9.6%
Day	14.0 d	10.8 d	12.5 d
* F1 to F9 (excluding F0)		8.7 d	6.9 d

(* ICD-10 classification)

同じ窒息死でも……

- 病院での身体的拘束と家庭での身体的拘束
 - 精神病院で拘束中の患者
 - 夜間、Bedから滑り落ちて拘束帯で窒息死
 - 自宅で認知症の高齢者を身体拘束
 - 家人が外出中に首に紐が巻き付き窒息死

刑法での考え方

- 刑法の逮捕監禁罪
 - 逮捕
 - 人の身体を直接拘束して、その身体を自由を奪うこと
 - 監禁
 - 一定の区域からの脱出を不可能もしくは著しく困難にすること
- 犯罪の構成要件
 - 違法性
 - 違法阻却事由(法令による行為、正当業務行為)

刑法

- 31章 逮捕及び監禁の罪
 - (逮捕及び監禁)
 - 第220条 不法に人を逮捕し、又は監禁した者は、3月以上7年以下の懲役に処する。
 - (逮捕等致死傷)
 - 第221条 前条の罪を犯し、よって人を死傷させた者は、傷害の罪と比較して、重い刑により処断する。

人身の自由と 適正手続きの保証 (憲法)

- 人身の自由
 - 患者の隔離・身体的拘束が合法であるための要件
 1. 個人の尊厳を尊重した方法
 2. 法律に基づいている
 3. 適正な手続きを踏む (大谷東「精神医療の法と人権」)
 - 適正な手続きとしての厚生労働大臣告示
 - 刑法 第35条
 - 「法令または正当な業務による行為はこれを罰しない」
 - ☞ 告示を遵守することで、この要件を満たす
 - 治療なき拘禁は違法(米国)
 - 社会的入院者の閉鎖処遇(任意入院者の長期閉鎖処遇)

法第24条 警察官による通報

- 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨をもよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

自傷・他害のおそれとは

- 「自傷行為」
 - 次の表に示した病状又は状態像により、自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為
- 「他害行為」
 - 殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為(原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。)

行動制限最小化へ 向けての取り組み

精神保健ケアに関する法:基本10原則

WHO精神保健・依存部門 1996

- 精神保健ケアにおける最小規制の原則
 - 趣旨:精神障害者への精神保健ケアは、行動制限などの規制を最小限にして行なわれなければならない
 - 身体的抑制(隔離室や拘束衣)と科学的抑制(薬による抑制)の使用を含む治療は、仮に必要と判断された場合でも、次のことを条件とする。
 - 抑制の必要性の定期的評価(例えば、身体抑制は15分ごとに再評価する)
 - 厳格に制限された継続時間(例えば身体抑制では4時間)

行動制限最小化委員会

- 2004年診療報酬改正で「医療保護入院等診察料」の施設基準要件として設置が要求されている
- 行動制限基本指針の整備
- 行動制限レポートをもとに行動制限の適切性、最小化を検討
- 研修会の実施:精神保健福祉法、早期解除、危機予防

一まとめ一

行動制限を最小化するためには

- 夜間を含め必要な看護要員を確保する。
- 個室など居住性のよい環境の整備。パブリックスペースを広く。パーソナルスペースの尊重。
- 行動制限の内容、方法、時間等の定期的な検討を行なう審査会の設置。
- 看護管理者の最小化を目指す姿勢、決断。
- 常に代替できる他の方法がないかの検討。
- 興奮、自傷、自殺企図等の適切なアセスメント(前兆、経過)。
- 睡眠、精神症状、薬物の作用、副作用、相互不信の解消。
- 看護者の不安の程度、陰性感情の自覚。
- 医療チーム内の意見の不一致などの葛藤を解消し、協力体制を確立する。

Number of patients on restraints —and The duration involved—

	1998	1999	2001
Restraints %	26.7%	10.2%	9.6%
Day	14.0 d	10.8 d	12.5 d
* F1 to F9 (excluding F0)		8.7 d	6.9 d

(* ICD-10 classification)

最終手段 代替方法

それでも行動制限最小化は難しい

- きちんと知ろう、薬の作用と限界
- 初めにありき「拘束はしない!!」という考えの定着
- 「拘束!!」と考える前に「拘束して治療になるか!？」を
考えることができる柔軟性
- やはり「治療なき拘禁は違法」と考えるべし
- 「代替方法」をひねり出せ！ これぞ看護!!
- 看護が張り付くが原則！そのためのフレキシブルな
勤務体制と人員の確保
- 看護者の安全の確保を！そのための包括的暴力
防止プログラム

隔離や拘束を使用する前に 看護師には何が出来るか

- 刺激の少ない環境、例えば個室や静かな場所で患者がコントロールを回復できるように勤める(ルームスケジュールの提供)
- 患者が自己の感情や考えを的確に伝えることができるように援助する
- けんかの相手から引き離す
- 1対1で患者の言い分を聞く
- 臨時薬を勤める
- 気持ちを落ち着かせる交渉や技術を全て使用する
- 家族や友人に興奮を収める手伝いを電話で求める
- 患者が自己の興奮を抑えるためにコーピングスキルを活用できるように援助する
- 患者同士の仲介をする

声なき聲

- 行動制限を最小化するためにはインフォームドコンセントのタイミング、内容など一般的には大切だといわれるが.....
- 現場では虚しく響く
- 患者と目が合い、声なき聲が伝わりあうとき初めて言葉が伝わる
- 言葉の土壌にある姿勢.....それが大切.....

最小化ということ

精神保健及び精神障害者福祉に関する法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

□基本理念

- 入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。
- また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行なうよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行なわれなければならないものとする。

データベース紹介

薬剤処方最適化に向けた調査 データベースシステム

薬剤情報の視覚的共有とデータ集積

医療法人井上会 篠栗病院薬剤室

坂田 睦

1

薬剤処方情報の視覚的共有

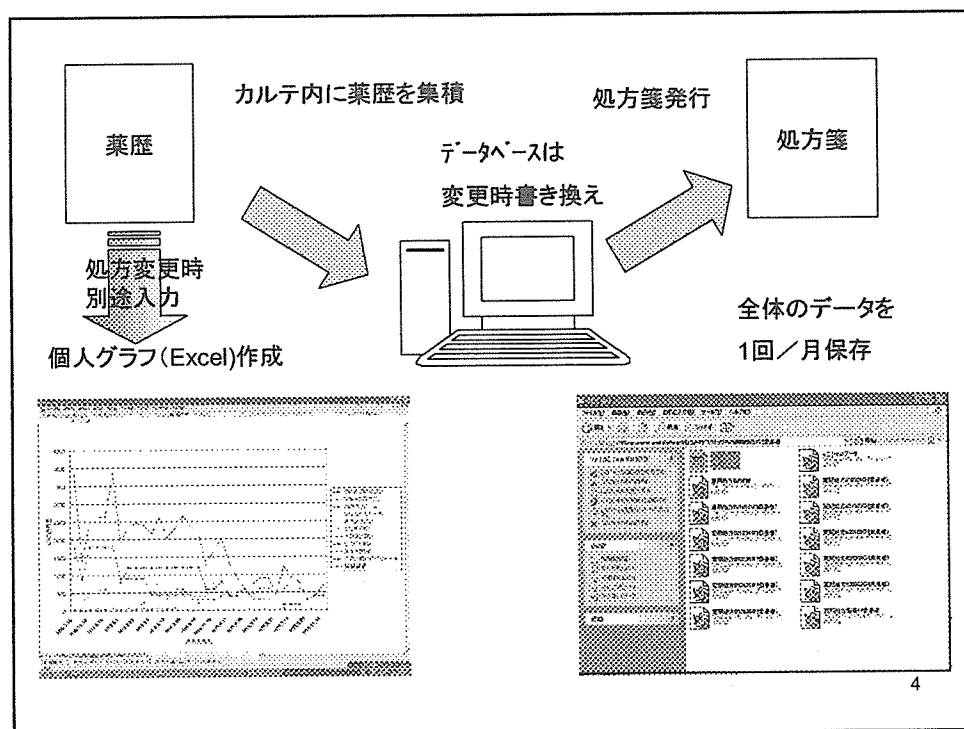
- どれくらいの量が処方されているのだろうか
 - 抗精神病薬の換算量
 - 抗パーキンソン薬の換算量
 - ベンゾジアゼピン系薬剤の併用
 - その他抗てんかん薬などの併用
- 処方変更により何が変化したのだろうか
 - 抗精神病薬全体の処方量は増えたのか、減ったのか
 - 抗パーキンソン薬は減量は進んでいるか

2

集積データの分析と活用

- 薬剤使用状況の分析
 - 抗精神病薬の総投与量
 - 抗精神病薬の剤数
 - 抗パーキンソン薬の使用状況
 - ベンゾジアゼピン薬の使用状況
 - その他薬剤の使用状況
- 処方に関連した情報の活用
 - パス処方量確認日の決定
 - 薬物療法の現状の把握と課題の抽出

3



4

