

【行動制限最小化研修（パイロット版）プログラム 受講前後アンケート】

◎下記のそれぞれの質問に対して、御自身の意見を丸で囲んでください。

1～5 単一選択, 6 複数選択可

質問		研修前回答			
1	わが国の行動制限使用は	多い	多くも少なくもない		少ない
2	自分は行動制限を最小化する方法について	十分に知識がある	知識はあるが、知らないこともまだ少しはある	知識はあるが、知らないことは多い	知識があるとは言えない
3	自分の所属施設における行動制限は	既に十分であり、これ以上最小化する余地はない	ほぼ十分だが、まだ最小化の余地がある	不十分であり、最小化の余地が大きい	全く不十分で最小化できていない
4	行動制限は経験的知識に基づいて確立された有効な方法である	全く同感	わりとそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない
5	行動制限は患者にとって大きなトラウマである	全く同感	わりとそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない
6	更なる最小化を行うために必要であるのは（複数選択可）	法律など、国の仕組み	自施設的环境（人員・設備）	管理者や上級職の理解	各職員のスキルアップ
[自由記載欄]					
					No.

## 【行動制限最小化研修（パイロット版）プログラム アンケート】

◎下記のそれぞれの質問に対して、御自身の意見を丸で囲んでください。

1～4 単一選択, 5 複数選択可

質問		研修後回答				
1	行動制限最小化研修プログラムについて	大変満足	満足	普通	やや不満足	不満足
2	行動制限最小化に向けた取り組み方法を	理解できた	やや理解できた	どちらとも言えない	やや理解できない	理解できない
3	実践できる取組みが	見つかった		見つからない		
4	当研修を参考にして院内研修等を	実施できる		実施できない		
5	特に良かったプログラム (複数選択可)	1) 講義①「行動制限の実態と臨床指標」 2) 講義②「コア戦略を学ぶ」 3) 講義③「人的資源投入量」 4) 講義④-1「最小化チーム」 5) 講義④-2「データ利用:eCODO」 6) 講義④-3「タイムアウト」 7) 講義④-4「コンフォートルーム」 8) 講義④-5「コンシューマーモデル」 9) 講義④-6「デブリーフィング」 10) ワーク①「CIを算出しよう」 11) ワーク②「コア戦略のディスカッション」 12) 総合討論				
[自由記載欄]						

### 資料3 研修日程

行動制限最小化研修（パイロット版）プログラム

6月13日 11:10~18:00

11:10~11:20	開会挨拶・アンケート記入 杉山直也（復康会沼津中央病院）
11:20~11:40	講義1「わが国の行動制限の実態（630調査より）と臨床指標について」 野田寿恵（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
11:40~11:50	アイスブレイク
11:50~12:00	実習1「一覧性台帳から主要CIを算出しよう」
12:00~13:00	休憩（昼食）
13:00~13:40	講義2「コア戦略を学ぶ」 杉山直也（復康会沼津中央病院）
13:40~14:20	実習2「コア戦略 グループディスカッション：すぐにできる対策を探そう」
14:20~14:50	講義3「精神科急性期治療導入時の人的資源投入量」 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）
14:50~15:00	休憩
15:00~15:30	グループ別発表と感想
15:30~17:30	講義4「取り組みの経験から」 実践1 行動制限最小化チーム 則村良（青溪会駒木野病院）  実践2 データ利用：eCODO 富田敦（復康会沼津中央病院）  実践3 タイムアウト 佐藤雅美（精神医学研究所附属武蔵野病院）  実践4 コンフォートルーム 山野真弓（国立精神・神経医療研究センター病院）  実践5 コンシューマーの役割 佐藤真希子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）  実践6 デブリーフィング 山口しげ子（国立精神・神経医療研究センター病院）
17:30~17:50	総合討論
17:50~18:00	アンケート記入・閉会挨拶 吉浜文洋（神奈川県立保健福祉大学）

# 資料4

平成23年度

精神保健研究所 医学課程研修プログラム

第5回精神科医療評価・均てん化研修

## 行動制限最小化研修(パイロット版)

平成23年6月13日(月) 11時10分～18時

於：国立精神・神経医療研究センター

3号館セミナールーム

## 【行動制限最小化研修(パイロット版)】

講義1：「わが国の行動制限の実態（630調査より）と臨床指標について」野田寿恵

講義2：「コア戦略を学ぶ」杉山直也（復康会沼津中央病院）

資料1：アイスブレイキングの進め方

資料2：グループワーク①の進め方

資料3：グループワーク②の進め方

資料4：アンケート

資料5：「精神科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」別刷り配布について

資料6：「実施報告のお願い」について

平成23年度 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 医学課程研修プログラム  
 第5回 精神科医療評価・均てん化研修 平成23年6月13日(月)～平成22年6月14日(火)  
 於:国立精神・神経医療研究センター 研究棟3号館1階 セミナールーム

「行動制限最小化研修(パイロット版)」プログラム

6月13日(月) 11時～18時(昼休みを除き360分)

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部  
 日本精神科看護技術協会

セッション No.	タイトル	時間 開始-終了	所要 時間	内容	講師	講師 所属	進行 役	座長	ファシリ タ	総合 司会	事務局 担当者	教材 キット一式			成果物	備考	
												テキスト	CD	配布物 一式			
	休憩	1100-1110														会場設営 グループ別のテーブル配置 座長席の設営 資料・アンケート配布	
SR-001	開会挨拶	1110-1120	10	挨拶およびアンケート記入	杉山直也	沼津中央病院							資料4	資料4	資料4		
SR-002	講義①	1120-1140	20	わが国の行動制限の実態(630調査より)と臨床指標	野田寿恵	NCNP		杉山					講義1	講義1			
SR-003	アイスブレイク	1140-1150	10	アイスブレイク方法			野田		全員				資料1	資料1		他己紹介	
SR-004	グループワーク①	1150-1200	10	一覧性台帳から主要CIを算出しよう			野田		全員				資料2(説明つき)	資料2(説明つき)	資料2	CIシート	各自データを持参してもらう 机に2つくらい電卓が必要
SR-005	休憩(昼食)	1200-1300	60													社会部セミナー室にて講師打合せ	
SR-006	講義②	1300-1340	40	「コア戦略」を学ぶ	杉山直也	沼津中央病院		吉浜					講義2	講義2	別刷り		
SR-007	グループワーク②	1340-1420	40	「コア戦略」グループディスカッション 「直ぐにできる対応を探そう」				杉山	全員				資料3	資料3 A3フレームシート	A3フレームシート	発表用シート	「意見記入用紙」(大き目のポストイット等を利用)の配布 A3フレームシートを各グループに2枚配り、「話し合い用」「発表用」シートとする
SR-008	講義③	1420-1450	30	話題提供「精神科急性期治療導入時の人的資源投入量」	泉田信行	IPSS		杉山		野田						15時までPDFファイルの作成とA3発表用シートの人数分コピー	
SR-010	休憩	1450-1500	10													会場設営 テーブルを講義用に戻す A3発表用シート配布 PDFファイル映写準備	
SR-011	成果物発表	1500-1530	30				杉山									プロジェクトと配布資料を用いて発表	
SR-012	講義④-1	1530-1550	20	「取り組みの経験から」行動制限最小化チーム	則村良	駒木野病院											
SR-013	講義④-2	1550-1610	20	「取り組みの経験から」データ利用:eCODO	富田敦	沼津中央病院											
SR-014	講義④-3	1610-1630	20	「取り組みの経験から」タイムアウト	佐藤雅美	東京武蔵野病院											
SR-015	講義④-4	1630-1650	20	「取り組みの経験から」コンフォートルーム	山野真弓	NCNP病院		杉山 吉浜									
SR-016	講義④-5	1650-1710	20	「取り組みレビュー」コンシューマの役割	佐藤真希子	NCNP											
SR-017	講義④-6	1710-1730	20	「取り組みの経験から」デブリーフィング	山口しげ子	NCNP病院											
SR-018	総合討論	1730-1750	20													演者席を設営しシンポジウム形式へ	
SR-019	閉会挨拶	1750-1800	10	アンケート記入および挨拶	吉浜文洋	日精看							資料4,5,6		資料4		

IPSS:国立社会保障・人口問題研究所  
 NCNP:国立精神・神経医療研究センター

CI: Clinical Indicator (臨床指標)

平成23年度 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 医学課程研修プログラム  
 第5回 精神科医療評価・均てん化研修  
 行動制限最小化研修 (パイロット版)

## 我が国の行動制限の実態 (630調査より) と臨床指標

2011年6月13日

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所  
野田寿恵

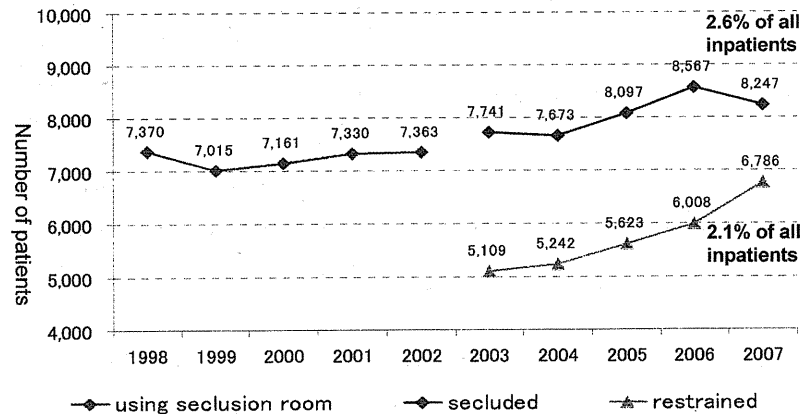
1

## 隔離・身体拘束施行量 各国との比較

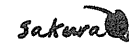
調査年	観察期間	隔離			身体拘束					
		施行割合 (%)	施行者割合 (%)	施行開始割合 (%)	施行割合 (%)	施行者割合 (%)	施行開始割合 (%)			
日本	2007	1日	2.6			2.1				
日本 (緊急病棟を有する施設)	2008	1ヶ月	12.5日	9.0	17.2	35.9	13.2日	4.3	7.8	14.7
日本 (救急入院科病棟)	2008	1ヶ月	10.4日	24.7		62.3	7.2日	4.8		20.0
日本 (救急・急性期病棟)	2009	8ヶ月	224時間			55.8	96時間			12.0
フィンランド	2005	1年			8.2				4.2	
フィンランド	2004	1週間	20.1時間		1.3		9.6時間		0.8	
ペンシルバニア	2000	1年	1.3時間	0.03			1.9時間	0.12		
カリフォルニア	2009	4ヶ月	12時間				4時間			
ドイツ	2004	1年	7.4時間			7.8	9.6時間			10.4
スイス	2004	1年	55.0時間			17.8	48.7時間			6.6
イギリス	2006	1年		0.25					施行なし	
オーストラリア	2007	1年	4時間以上 37.8%			9.5				2.7
ノルウェー	2005-2006	3ヶ月			12.2				3.4	
オランダ	2002年	1年	16日							3

野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 他: 精神医学 51: 989-997, 2009 一部改変

## 精神保健福祉資料 (630調査) より 隔離・身体拘束 施行者数

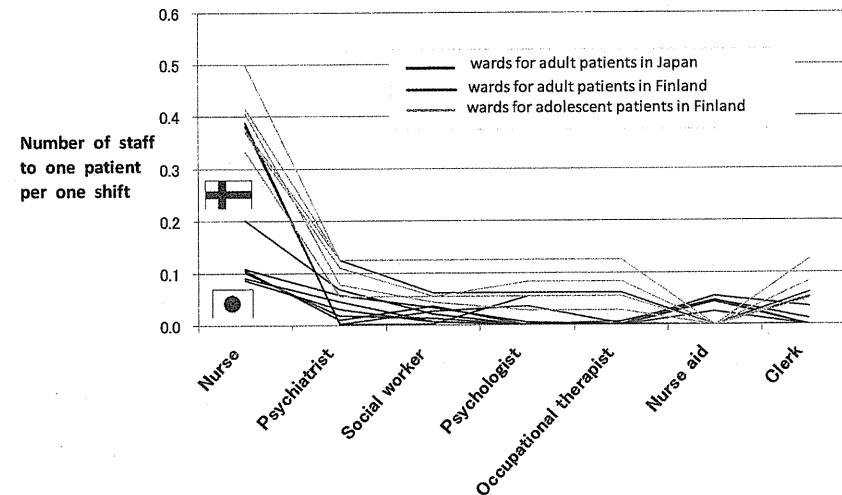


2



## スタッフ配置

## SAKURA病棟 多職種の配置割合



## 臨床指標

- 救急入院料病棟の施行量調査
- 行動制限最小化研修 前後調査
- eCODO紹介

5

## 救急入院料病棟の施行量調査 目的, 対象と方法

- 目的
  - 救急入院料病棟における隔離・身体拘束施行量の実態を明らかにする
- 対象
  - 27施設の30救急入院料病棟
    - 2007年10月救急入院料病棟を有する35施設の77%
- 方法
  - 2008年2月の「行動制限一覽性台帳」「施設・病棟特性に関する調査用紙」の提出を求めた。

6

## 27施設 30救急入院料病棟の特性

	平均 (標準偏差)	最小値	最大値
<b>27 施設の特性</b>			
病棟数 (棟)	7.3 (4.2)	1	21
2008年2月稼働病床数 <sup>1)</sup> (床)	312.3 (173.9)	48	690
2008年2月新規入院者数(人)	65.6 (33.7)	29	156
年間措置受入数(人)	53.4 (52.2)	7	198
医療圏 <sup>2)</sup> 人口(万人)	212.0 (210.1)	32	884
医療圏年間措置数(人)	110.5 (129.9)	12	487
<b>30 救急入院料病棟の特性</b>			
病床数(床)	43.9 (10.5)	24	60
2008年2月新規入棟者数(人)	25.8 (9.3)	15	53
病床稼働率(%)	89.1 (11.6)	49.6	100.0
平均在棟日数(日)	52.4 (17.1)	25.0	100.2
在宅移行率(%)	75.8 (15.5)	45.2	96.6

医療圏:精神科救急入院料を算定にあたり、当該圏域の措置入院・緊急措置入院・応急入院のうち1/4以上の受け入れをす  
るとされる条件において対象となる圏域

## 行動制限に関する一覽性台帳から 施行量の算出方法

1ヶ月間に行動制限を行った患者は何人ですか	
隔離	_____人
上記のうち該当月に入院した患者	_____人
身体拘束	_____人
上記のうち該当月に入院した患者	_____人
1ヶ月間に行動制限はのべ何日施行されましたか	
隔離	_____のべ _____日
身体拘束	_____のべ _____日

8

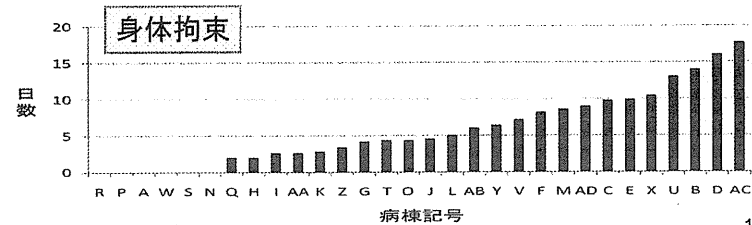
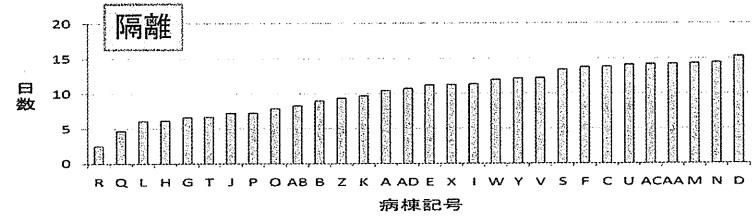


# 施行量算出式

月当たり平均日数	施行のべ日数 / 施行者数
施行割合	施行のべ日数 / のべ入院患者日数
施行患者割合	施行者数 / (月初在棟者数+新規入棟者数)
当月入院者のうち 当月施行開始割合	当月入院患者で当月に施行となった患者数 / 新規入棟者数

算出のための期間: 一覧性台帳を用い1ヶ月間のもを算出する  
 のべ入院患者日数: 病床数 × 月の日数 × 病床稼働率

# 病棟別「月当たり平均日数」

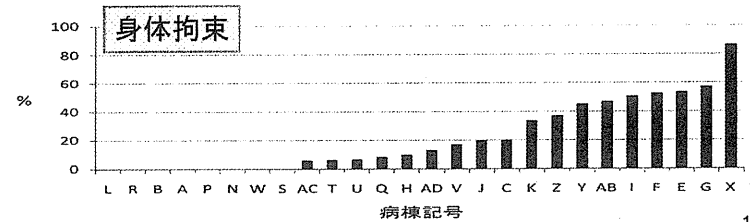
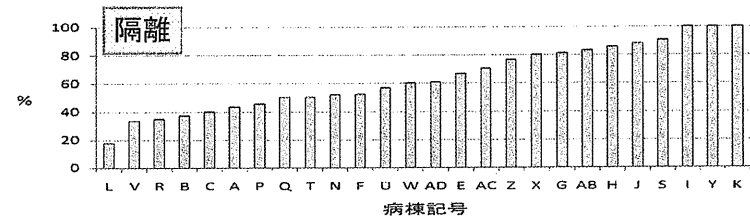


# 指標は行動制限一覧性台帳から算出可能

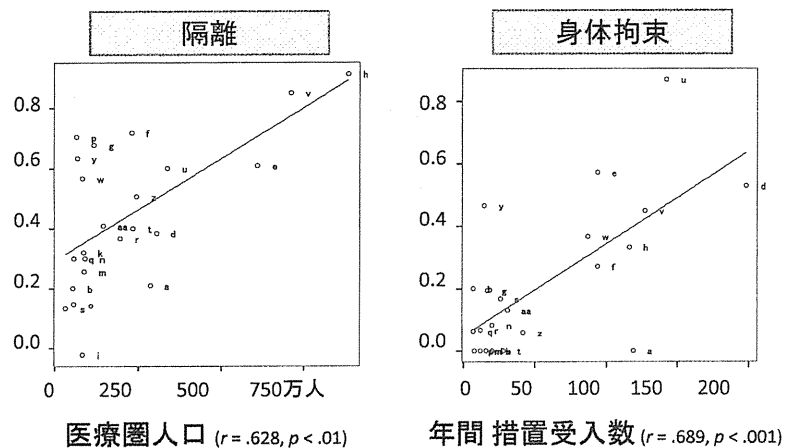
患者ID	姓名	入院日	入院形態	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	1111	AB	2009.1.1	医療保険																																
2	2222	CD		任意																																
3	3333	EF		緊急措置																																
4	4444	GH		医療観察																																
5	5555	IJ																																		
6	6666	KL																																		
7	7777	MN																																		
8	8888	OP																																		
9	9999	QR																																		
10	1110	ST																																		
11	2220	UV																																		
12	3330	WX																																		
13	4440	YZ																																		
14	5550	BC																																		
15	6660	DE																																		
16	7770	FG																																		
17	9990	HI																																		
18	1100	JK																																		
19	2200	LM																																		
20	3300	OP																																		

平均日数=7.5日

# 病棟別「施行開始割合」



## 「施行開始割合」と外的要因の関連



13

## 対象52名の特性

	対象52名 平均 (標準偏差)	非対象120名 ないしn (%)
年齢	40.9 (8.3)	38.8 (7.7)
精神科実務年数	13.3 (7.3)	11.9 (6.9)
性別 男性	28 (54%)	71 (61%)
看護資格 正看護師	48 (94%)	106 (94%)
参加動機**		
認定看護師取得	17 (37%)	17 (16%)
自己研鑽	24 (52%)	60 (57%)
上司のすすめ	1 (2%)	22 (21%)
管理職 該当**	12 (40%)	18 (16%)

\*\*  $p < .01$

## 行動制限最小化研修 前後調査 目的, 対象と方法

- 目的
  - 行動制限最小化看護研修 受講前後における隔離・身体拘束施行量の変化を検討
- 対象
  - 2008, 09年度 日精看主催の研修を受講した看護師172名
  - 受講1ヶ月前 76名, 3ヵ月後調査 69名の回答
  - うち両者より回答が得られた52名 (30.2%) を対象
- 方法
  - 受講1ヶ月前と3ヶ月後の一覧性台帳より
  - 「施行者数」「のべ施行日数」

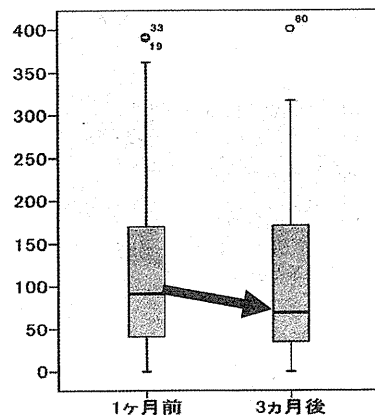
14

## 受講前と3ヵ月後の施行量

	受講前 中央値 (25 - 75%)	3ヵ月後 中央値 (25 - 75%)
隔離		
施行者数	7.0 (3.0 - 12.0)	7.0 (3.0 - 12.0)
うち当月入院者	1.0 (0.0 - 5.0)	2.0 (0.0 - 4.8)
のべ施行日数	91.5 (39.3 - 170.5)	69.0 (35.0 - 184.0)
身体拘束		
施行者数	3.0 (1.0 - 6.5)	2.0 (0.8 - 5.0)
うち当月入院者	1.0 (0.0 - 2.0)	0.0 (0.0 - 1.3)
のべ施行日数*	31.0 (9.3 - 71.0)	13.0 (1.0 - 70.0)

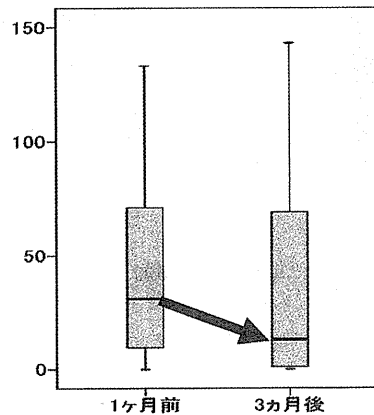
\*  $p < .05$

### 隔離 のべ施行日数



91.5 ⇒ 69.0日

### 身体拘束 のべ施行日数



31.0 ⇒ 13.0日 ( $p < 5\%$ )

簡便に経時的に施行量を測定していくためには・・・

平成18年 精神保健福祉法改正  
「行動制限 一覧性覧性台帳」の整備

最小化への戦略  
データ利用

両機能を兼ねる

行動制限最適化データベースソフト  
eCODO イーコードの開発

経時的に多施設でモニタリングし  
施設にフィードバックしていくセンターシステムへ

19

## 隔離・身体拘束の最適化のためには

- 自施設での施行量測定は必須
  - Six Core strategiesの1戦略
  - 現状把握, 比較, 目標設定
- 多施設ないし多国間での比較は必須
  - 比較のなかで, 自施設の強みと課題が明らかに

18

## eCODOの特徴

### もういらぬ集計作業

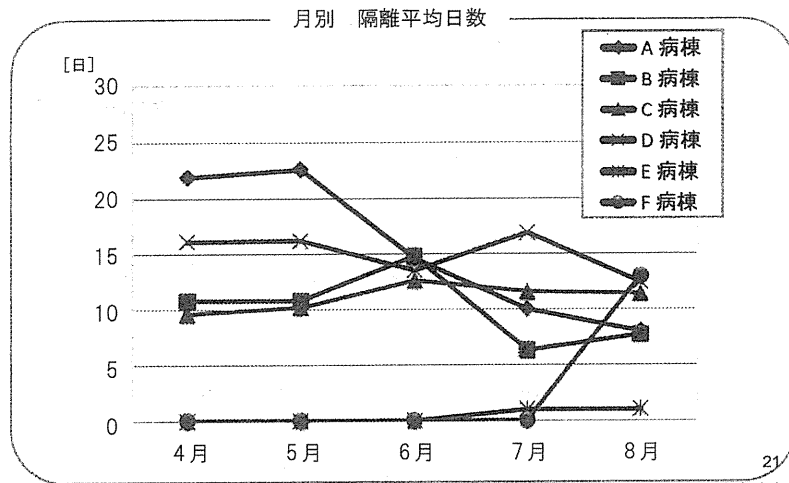
- 毎日の行動制限記録から, 一覧性台帳、患者別・病棟別台帳がボタン1つで簡便に出力でき, 集計作業が不要に
- 行動制限最小化委員会での資料として活用

### 広がるデータ活用

- 自施設でのグラフ作成や各種分析に活用
  - 各種台帳をMS Excelにダウンロード
- 多施設と比較できるフィードバックを四半期ごと受取り
  - 「eCODOを用いたサービス質向上プロジェクト」に参加し,

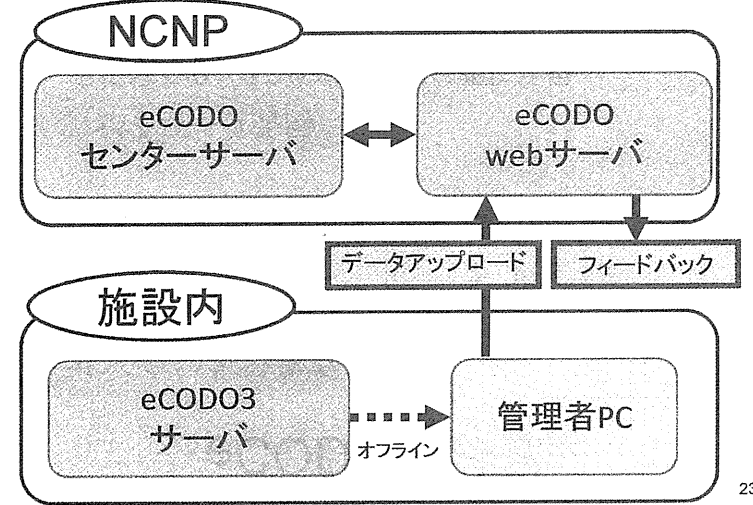
20

## eCODO2.1での施設内分析 例1 病棟別台帳より



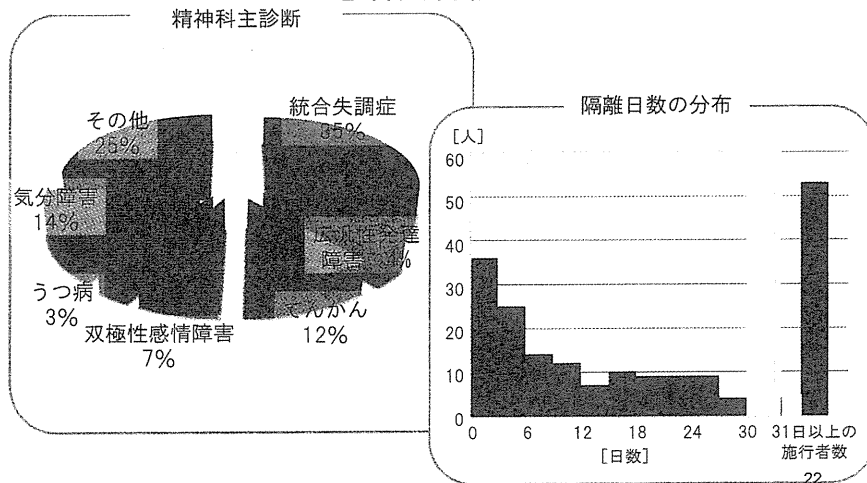
国立保健医療科学院 生物統計分野 安齋達彦 作成

## センターシステム 概念図



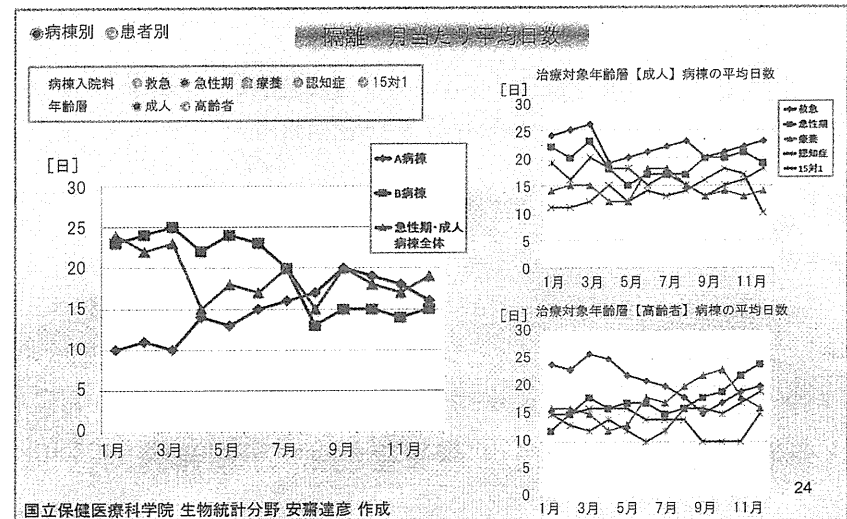
23

## eCODO2.1での施設内分析 例2 患者別台帳より



国立保健医療科学院 生物統計分野 安齋達彦 作成

## フィードバック 仕様例



国立保健医療科学院 生物統計分野 安齋達彦 作成

24

## 患者の治療への認識

- SR-PPT質問票を用いた調査

25



### 患者の治療への認識

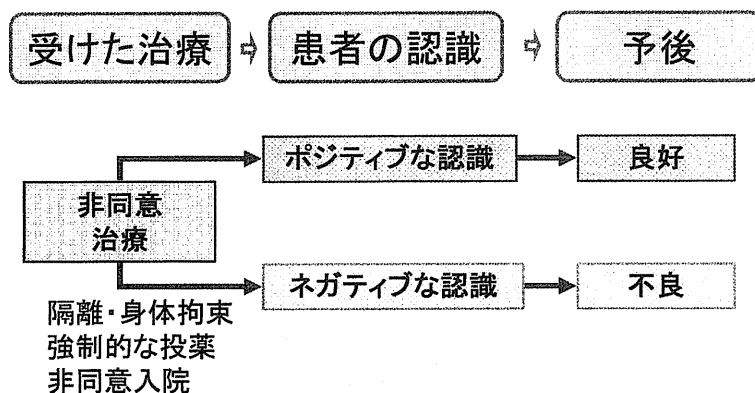
## 隔離・身体拘束を受けた患者の治療への認識 調査票 SR-PPT : Secluded/Restrained Patients' Perception of their Treatment

- 質問票 SR-PPT の開発
  - 内容妥当性:
    - 「治療同盟」「尊厳と自律」「改善感」「満足感」「隔離・身体拘束を受けたことについての認識」の質問項目を、専門家にて検討
  - 日本での実施
    - SAKURA病棟の隔離・身体拘束を受けた患者 (n = 52) に施行
  - 信頼性・妥当性
    - 「スタッフとの共同 (9項目)」「隔離・身体拘束の認識 (2項目)」の2因子の確認
- 日本とフィンランドでSR-PPTを実施



### 患者の治療への認識

## 非同意治療と患者認識・予後



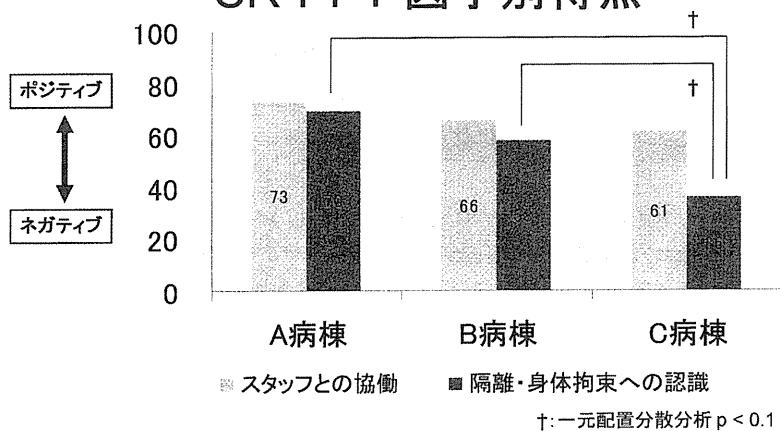
### 患者の治療への認識

## SR-PPT 質問項目

Item1	病棟では、人として尊重されてきましたか
Item2	スタッフから無視されていると感じることがありますか
Item3	自分の意思が治療に反映されていますか
Item4	自分の意見を言うことができますか
Item5	隔離・身体拘束は自分にとって必要なものでしたか
Item6	隔離・身体拘束は自分の問題に対して役立ちましたか
Item7	十分に時間をかけた治療ケアを受けていますか
Item8	スタッフはあなたの困っていることを理解していますか
Item9	あなたは、スタッフと共同で治療目標を立てていますか
Item10	あなたとスタッフは、互いに一致した目標に向かって取り組んでいますか
Item11	症状を改善させるために必要な取り組みについて、あなたとスタッフの意見は一致していますか

患者の治療への認識

# 日本の救急病棟別 SR-PPT 因子別得点



## コア・ストラテジーを学ぶ

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

*Six Core Strategies*

一人の少年の死

- ・ 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。

*Six Core Strategies*

原典

*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

*Six Core Strategies*

ハートフォードコーラント紙の取材と特集記事 “Deadly Restraint”

- ◆ 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



Six Core Strategies

ハートフォードコーラント紙の指摘

- ◆ 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

Six Core Strategies

その後の動き

米国



日本



- ▶ 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
- ▶ 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)

Six Core Strategies

関連団体

- ・ 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

★ 国立犀潟病院での事件 1998. 5月

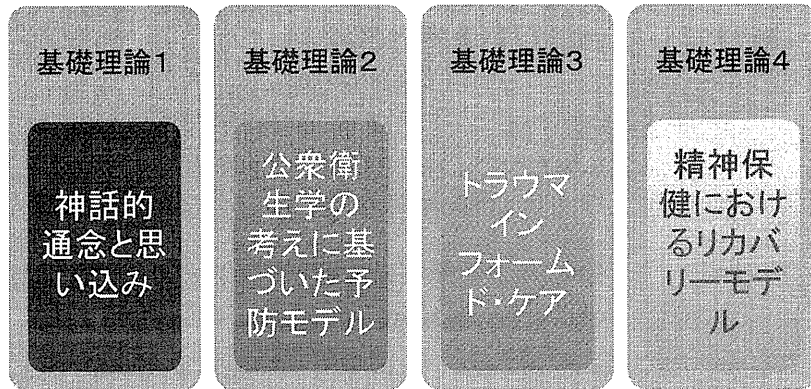
新潟県は、入院患者を医師の診察なしで拘束し窒息死(一九九八年五月十五日)させていたなど、精神保健福祉法違反の疑いが強い患者処遇があるとして、国立療養所犀潟(さいがた)病院に対し、精神保健福祉法に基づく行政処分当たる「改善命令」を出した。



*Six Core Strategies*

**隔離・身体拘束最小化の理論的基礎**

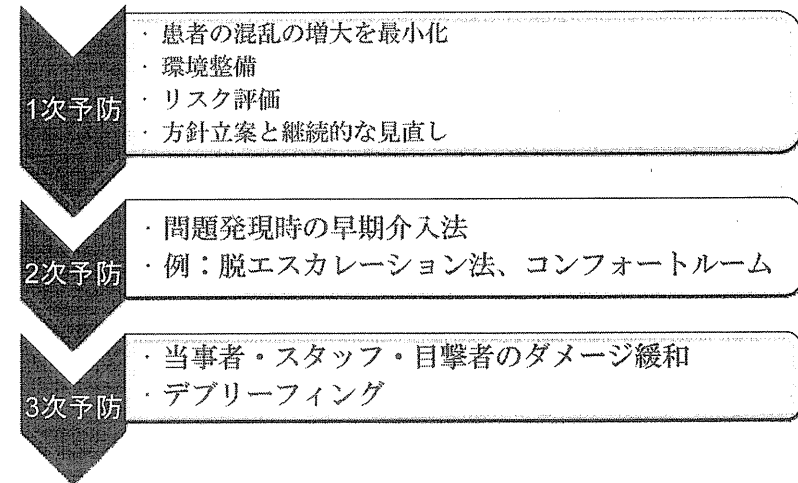
National Association of State Mental Health Program Directors



[http://www.nasmhpd.org/general\\_files/publications/ntac\\_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf](http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf)

*Six Core Strategies*

**基礎理論2. 公衆衛生学の考えに基づいた予防モデル**



*Six Core Strategies*

**基礎理論1. 神話的通念と思い込み**

文献レビューによる学術的証明

- ◆ 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

というのは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。

*Six Core Strategies*

**基礎理論3. トラウマ・インフォームド・ケア**

- ◆ 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。

Six Core Strategies

基礎理論4. 精神保健におけるリカバリーモデル

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

Six Core Strategies

隔離・身体拘束減少のための6戦略

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ぬ。

[http://www.nasmhpd.org/general\\_files/publications/ntac\\_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf](http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf)

Six Core Strategies

隔離・身体拘束減少のための6戦略

National Association of State Mental Health Program Directors



[http://www.nasmhpd.org/general\\_files/publications/ntac\\_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf](http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf)

Six Core Strategies

隔離・身体拘束減少のための6戦略

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

Six Core Strategies

隔離・身体拘束減少のための6戦略

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

Six Core Strategies

隔離・身体拘束減少のための6戦略

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

Six Core Strategies

隔離・身体拘束減少のための6戦略

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

Six Core Strategies

隔離・身体拘束減少のための6戦略

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

*Six Core Strategies*

成果

- ◆ 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箇所ですべて身体拘束時間の減少が認められた。
  - ◆ 8病院のうち7箇所ですべて身体拘束者数が少なくなった。
  - ◆ 7病院のうち5箇所ですべて身体拘束の実施が少なくなった。
  - ◆ 7病院のうち5箇所ですべて隔離時間の減少が認められた。
  - ◆ 7病院のうち6箇所ですべて隔離患者(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)。

*Six Core Strategies*

Conclusion

- ◆ 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)

*Six Core Strategies*

著者について

- ・ 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。

Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities

Gaskin CJ et al., Br J Psychiatr, 191; 298-303, 2007

- ・ 行政サポート
  - ・ 行政の理念と法規制
  - ・ リーダーシップ
    - ・ 監査システム
    - ・ スタッフの統合
    - ・ 治療方針立案
    - ・ スタッフの増員
    - ・ 行動制限のモニタリング精神科救急介入チーム
    - ・ スタッフ教育
    - ・ 薬物治療の活用
    - ・ 患者の治療参加
    - ・ 治療環境の工夫
    - ・ 施設の改修
    - ・ 行動制限以外への視点の拡大
    - ・ スタッフの安全と労働条件確保