

暴力のリスクアセスメント

- HCR-20、PCL-R(精神病質チェックリスト)など医師または臨床心理士が使用するツールを使用時の数値的アセスメント
- 臨床的アセスメント
- 短期予測(Brosset Violence Checklist):

どういう状態になると暴力が起こるか

- 混乱
- 易刺激性
- 乱暴さ
- 身体的威嚇
- 言語的威嚇
- ものにあたると

各1点で「いつもの」状態と比べてどうかを判断する。合計2点のカットオフで
感受性:63%(Woods, 2000)
59%(下里ら, 2004)

※決して2点以上なら隔離、抑制と決定するための者ではない。
観察レベルを上げたり、言語介入する指標

短期予測ではHCR-20の臨床的要因の重要性も指摘されている
(McNiel et al.,2003)

TextP48参照

ディエスカレーションー核となるスキルー

- 個人の価値を認め**尊厳・面子**をたもつ
- 批判しない態度、共感**・・相手が感情を語る**。自分が知っているように言わないこと
- **誠実さ**(正直であること)・・・**嘘をつかない**
- **自分自身をよく知ること**(自分のコミュニケーションパターン)
- コミュニケーションスキル(はっきりときこえること、曖昧なところがないこと、効果的であること)
- パーソナルスペース:興奮時には身長あるいは腕2本分程度以上、サイドウエイスタンス
- 交渉(お互いに満足)
- 時間を与える:休息(タイムアウト)・**Limit Setting**

TextP56参照

ディエスカレーションで気を付けること

重要なこと

- リスクを考慮した関わり
- 姿勢(距離、位置、視線、タッチ)
- 威嚇・威圧的にならないこと
- 看護師が落ち着いていられること
- 適切な対応者の選択
- 身体的介入を避けること
- 傾聴、協働すること
- 指示するのではなく交渉すること

(shimosato et al.,2012)

チームテクニクス

Text p.066

・「**患者の暴力に対してすべての介入が功を奏せず、言語での介入に反応できなくなったと判断されたとき**」行う

・チームを組んで効果的な力を使って手と関節を押さえることによって攻撃者の動きを止める制限し、かつ安全に移動できる

・ただし明らかに凶器を持っている場合などチームテクニクスが無効であると考えられる場合はまず全員の安全を考え患者を避難させながら自分も安全を確保し警備員や警察対応にしましょう

原則

- 3人以上のチーム
- サイドウェイスタンス、サイドステップ
 1. 約45度で相手に向く。
 2. 手のひらを開く
 攻撃すると思われない姿勢で且つ適切に介入、防御できる
- リストロック
 1. 手首の屈曲
 2. 追加の屈曲ができる
- ホールド
 - 肘の固定
- 痛みを加えないこと(妥当な力)
 - 痛みを加えて抑えることや、報復的な行動は遺恨を残し二次的な暴力につながる
- リーダーの指示により動く
 - チームがバラバラに動いて混乱することがないようにする

あくまで最終手段

TextP66参照

31

ブレイクアウェイ-Breakaway-

- 攻撃されたり、抑えられたりしたときに振りほどいて逃げるためのテクニック・・・このあと適切なアセスメントによるチームテクニクスで介入する。
 - ※そうした状況を作り出さないリスクマネジメントが重要(1対1で対応しない、面接時にはドア側に位置するなど)
1. **quick** (素早い動きでふりほどいて逃げる)
 2. **Technique** (解剖を理解し、ふりほどきやすい方向に力を加える)
 3. **Surprise** (相手が驚いている間に逃げられるような手法)

TextP71参照

33

ディブリーフィング-de-briefing-

1 再発防止のための分析

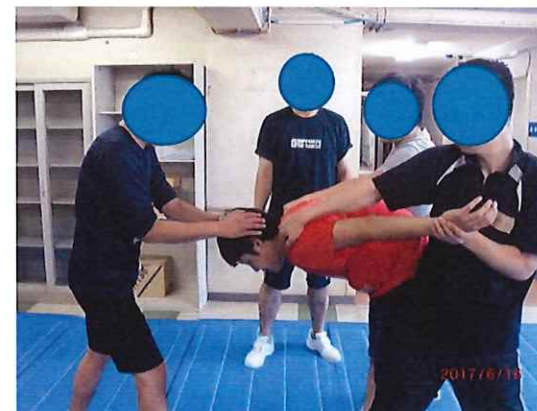
Text: p.073

2 患者スタッフのトラウマとなるような苦痛の軽減が目的 (※. NATIONAL TECHNICAL ASSISTANCE CENTER)

- 患者に対するものとスタッフに対するもの2通り
- インシデントが収束した後に行う。15-30分程度の話し合い
- 暴力事態から患者は「暴力がもたらす不利益に気が付き代替的な行動ができるように学習すること」
- スタッフに対しては「暴力に介入したことによる緊張を緩和することが第一。このことはさらに前向き、発展的に介入技術が適切であったか、次にこの患者の攻撃に対してはどのようにマネジメントすべきかを見いだすことを助ける

34

CVPPP



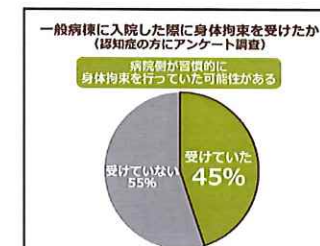
行動制限最小化に関する基本的な考え方

□ 身体拘束は患者の胴・手・足を特殊な拘束帯を用いて動きを抑制する行為。精神保健福祉法で拘束が認められるのは、本人を傷つける恐れがあるなど指定医が「他に方法がない」と判断した場合のみ。医療現場では、転倒防止や点滴チューブを抜いたり、暴れて治療ができなかったりする場合に身体拘束を行うケースが多い。背景として、認知症を抱えた高齢者が増えていることなどが指摘されている。全国の精神科病床での身体拘束は、16年（6月末時点）は1万933人で10年前の1・8倍。翌年から集計方法が拘束数から「拘束の指示」の数に変わったことで、さらに増加基調にある。



□ 認知症の方が病気やけがなどの治療のために一般の病院で入院した際、全体の45%が、身体を自由に動けなくする身体拘束を受けていたことが分かった。

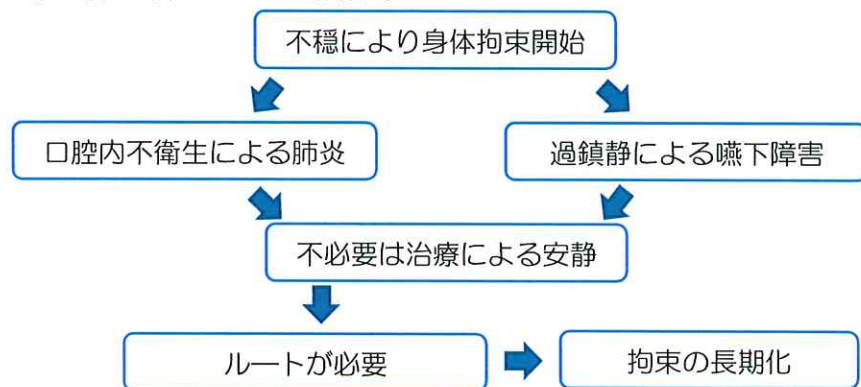
□ 病院が認知症の方に対してこうした拘束を行うのは、転倒や自傷行為で患者が負傷するリスクを減らすことが目的であるが、明らかに過剰な対応であると断じたうえで、病院側が拘束を習慣的にしている可能性があることを指摘した。



KOKURA MEDICAL CENTER

1. なぜ隔離・拘束は減らないのか？

①身体合併症による悪循環



KOKURA MEDICAL CENTER

身体合併症

[illegible]

②スタッフの防衛機制

防衛機制とは・・・切迫した状況の時に自分が傷つくのを防ぎ、
自分自身を維持しようとする心の動き

「あの患者は週末暴れるかも・・・困る」

「暴力があった患者なので解除しないでください」

看護師の不安

医師は看護師を配慮し拘束の継続指示

医師の不安



③問題のすり替え

精神症状が悪化して隔離開始

Pt「あけてくれ～、いつまでドアのカギを閉めるんか～」
Ns「大声が出てるしまだ落ち着いてないですね」

状態悪化が
続いている？

気が付くとルールを守らないから隔離継続になっている。

※制限の理由・解除目標を可視化しておくことが重要。



④退行状態の遅延化

退院を口にしなくなった

要求が減った

隔離を希望するようになる

隔離になるために自傷他害行為を行う



身体拘束体験

実際に体験することで分かる
ことがたくさんある。

患者さんはどんな気持ちで隔
離・拘束されているのか？

日々考えることが重要。

