

全国精神医療審査会連絡協議会

NEWS LETTER

No. 45

平成30年度全国精神医療審査会連絡協議会
総会・シンポジウム

平成31年2月22日（金）

於：アルカディア市ヶ谷

全国精神医療審査会連絡協議会

平成30年度全国精神医療審査会連絡協議会

総会・シンポジウム

日時：平成31年2月22日（金）13：00～17：00

場所：アルカディア市ヶ谷 3階・富士 102-0073 東京都千代田区九段北 4-2-25

参加費：1,000円（全審連会員は無料）

<プログラム>

総合司会：篠原 由利子

（全国精神医療審査会連絡協議会 理事）

- 13：00～13：50 全国精神保健福祉センター所長・全国精神医療審査会長会議
特別講演（厚労省主催、全審連・センター長会共催）
演題：最近の精神保健医療福祉施策の動向について（仮）
（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課）
- 14：00 開会 会長挨拶 松田 ひろし（全国精神医療審査会連絡協議会 会長）
- 14：10～14：30 総会 司会：山下 俊幸（全国精神医療審査会連絡協議会 副会長）
議事：（1）平成29年度会計報告（案）
（2）平成30年度事業報告・決算見込（案）報告
（3）平成31年度事業計画・予算（案）報告
（4）新役員選出について
- 14：30～17：00 基調報告及びシンポジウム
- ・司会 八尋 光秀（全国精神医療審査会連絡協議会 副会長）
平田 豊明（全国精神医療審査会連絡協議会 専務理事）
 - ・基調報告「平成30年度厚生労働科学研究速報」 平田 豊明
 - ・シンポジウム「身体拘束の縮減に向けて～精神医療審査会がなすべきこと～」
シンポジスト
櫻木 章司（桜木病院 理事長）
下山 朋洋（都立松沢病院 看護師長）
姜 文江（法律事務所ヴェント 弁護士）
桐原 尚之（全国「精神病」者集団）
- 17：00 閉会 閉会挨拶

全国精神医療審査会の総会・シンポジウムは14時からです。（13時からの特別講演も聴講可能です）

目 次

プログラム

シンポジウム

「身体拘束の縮減に向けて～精神医療審査会がなすべきこと～」

櫻木 章司・・・・・・ 1

下山 朋洋・・・・・・ 14

姜 文江・・・・・・ 24

(発表順が変わる場合があります)

精神科病院における 行動制限最小化への取組

医療法人桜樹会
桜木病院

理事長 櫻木章司

精神科病院における処遇

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第36条

- 第1項 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。
- 第2項 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。
- 第3項 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限(※)は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

※精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生省告示第百二十九号)

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一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、十二時間を超えるものに限る。)
2. 身体的拘束(衣類又は綿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。)

第37条

- 第1項 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。
- 第2項 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。
- 第3項 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

隔離

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号))

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離は、患者の症状から見て、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図る事を目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであつて制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあつてもその要否の判断は医師によって行わなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖環境の部屋に入室することもあり得るが、この場合には隔離にはあたらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

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、隔離以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

- 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 身体的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

3

隔離

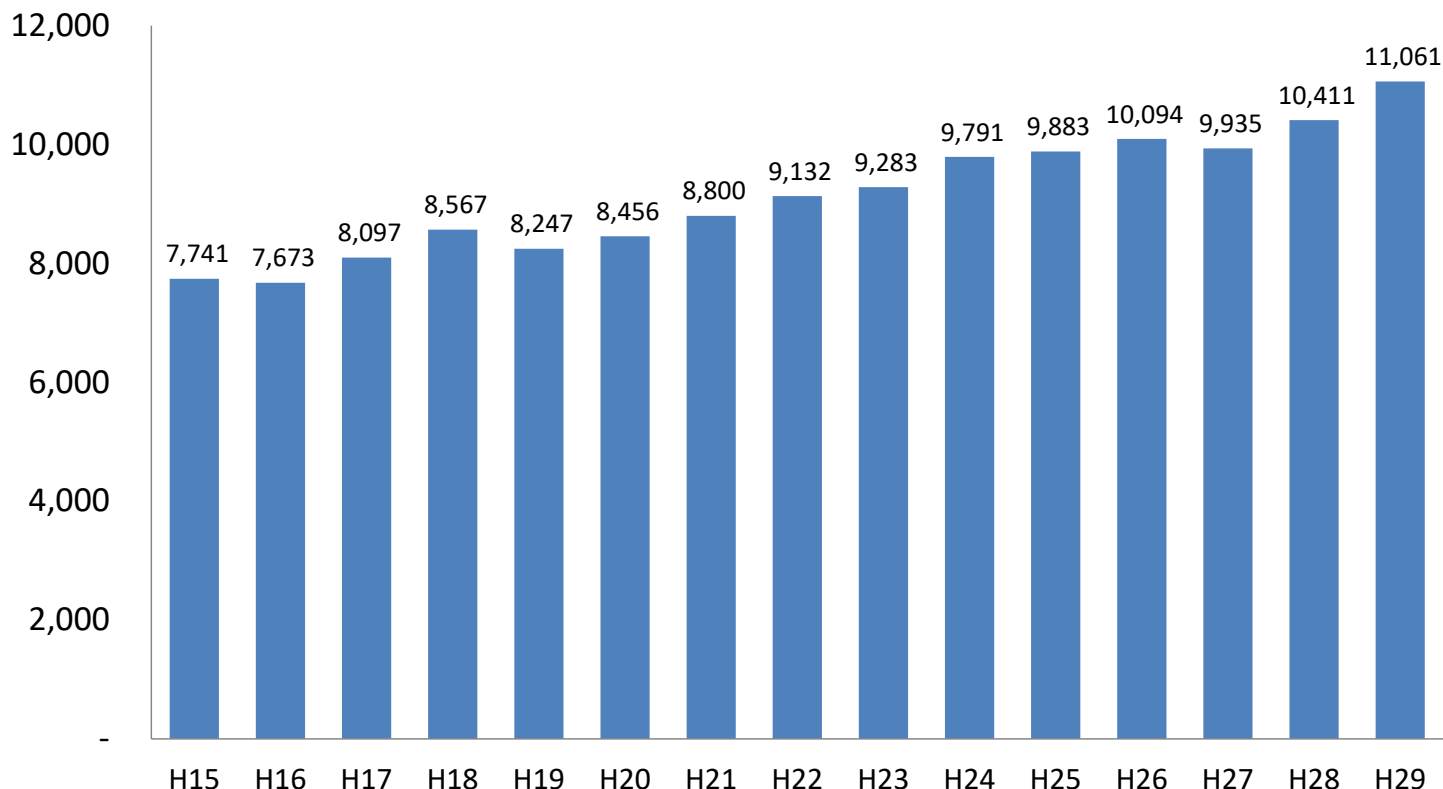
(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号))

3 遵守事項

- (1) 隔離を行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つ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他の患者を入室させることはあつてはならないものとする。
- (2) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (3) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (4) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回は診察を行うものとする。

隔離件数

単位(件)



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」より

5

身体的拘束

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号))

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り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。

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い代替方法がない場合において行われるものとする。

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

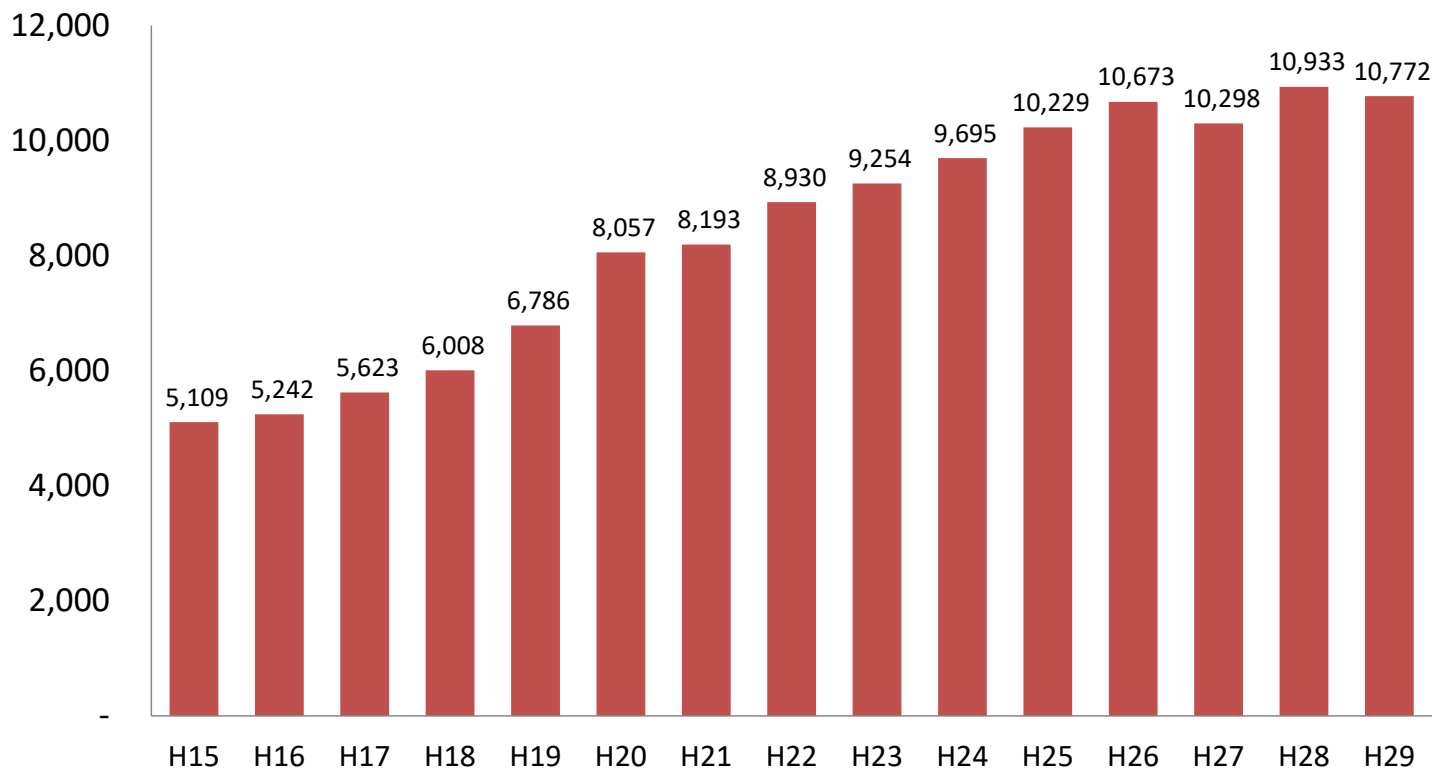
3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

6

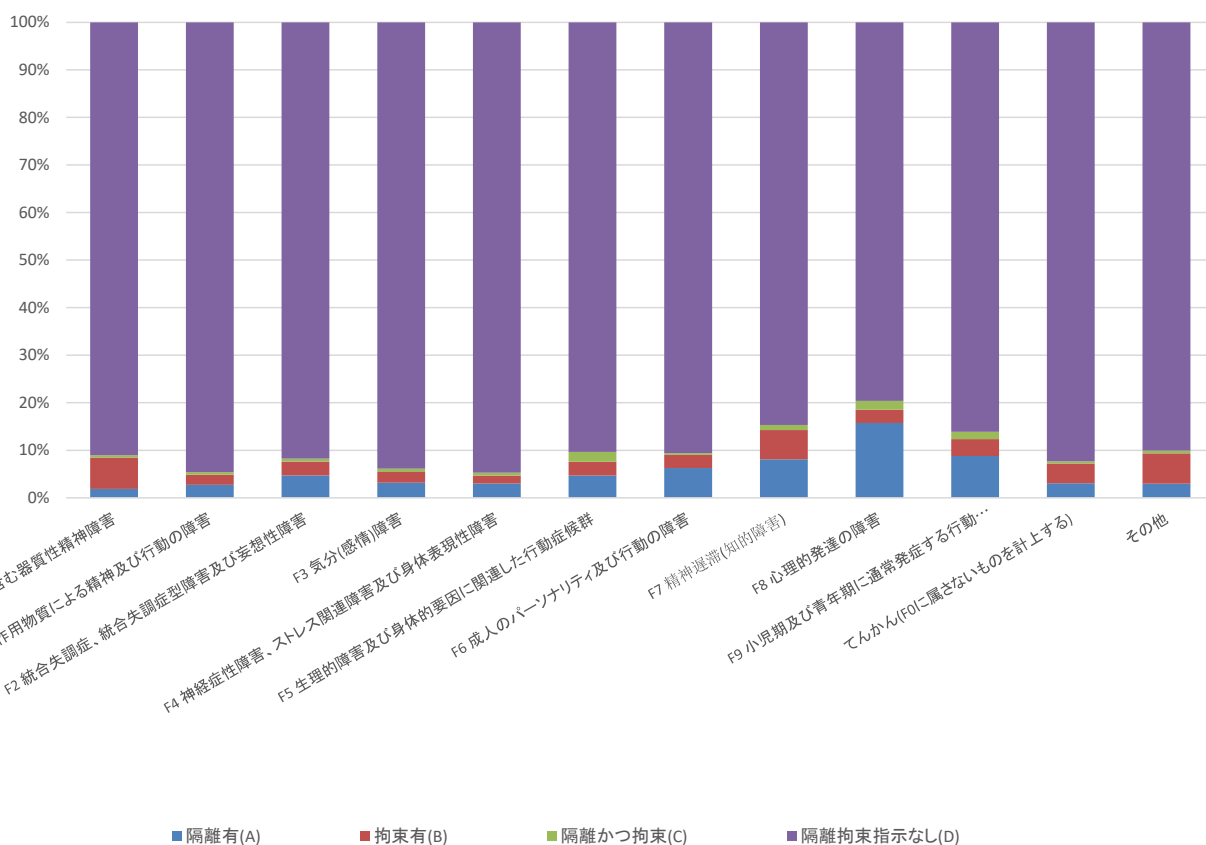
身体的拘束件数

単位(件)

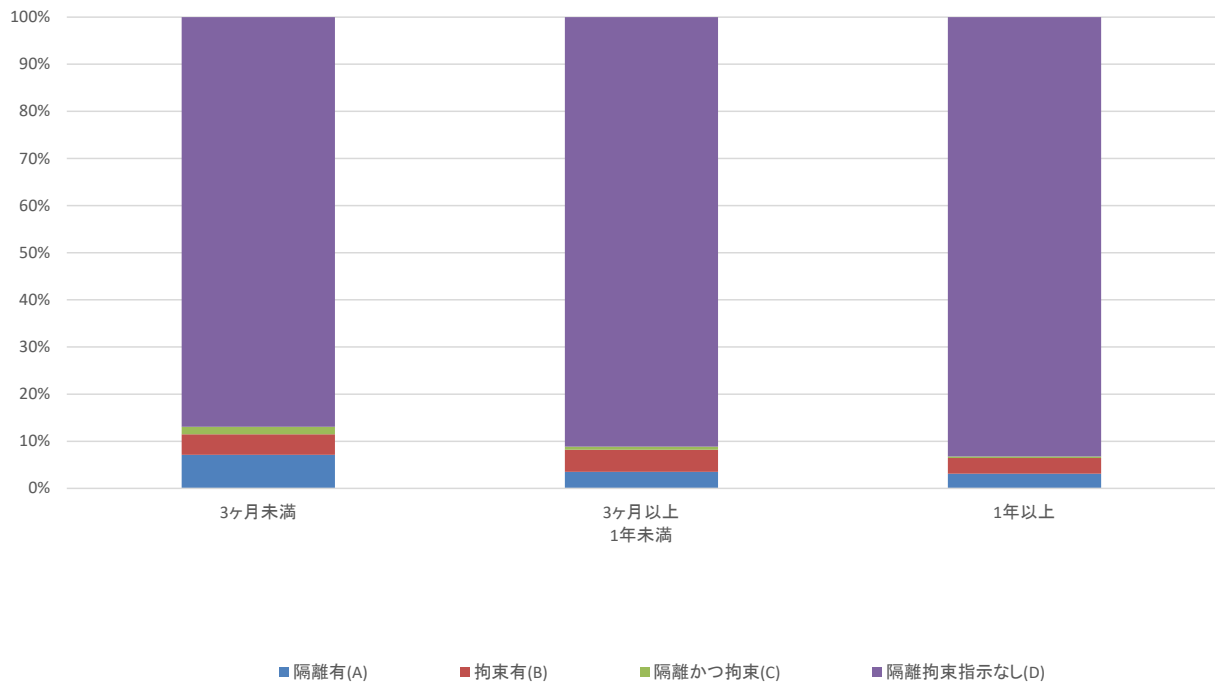


資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

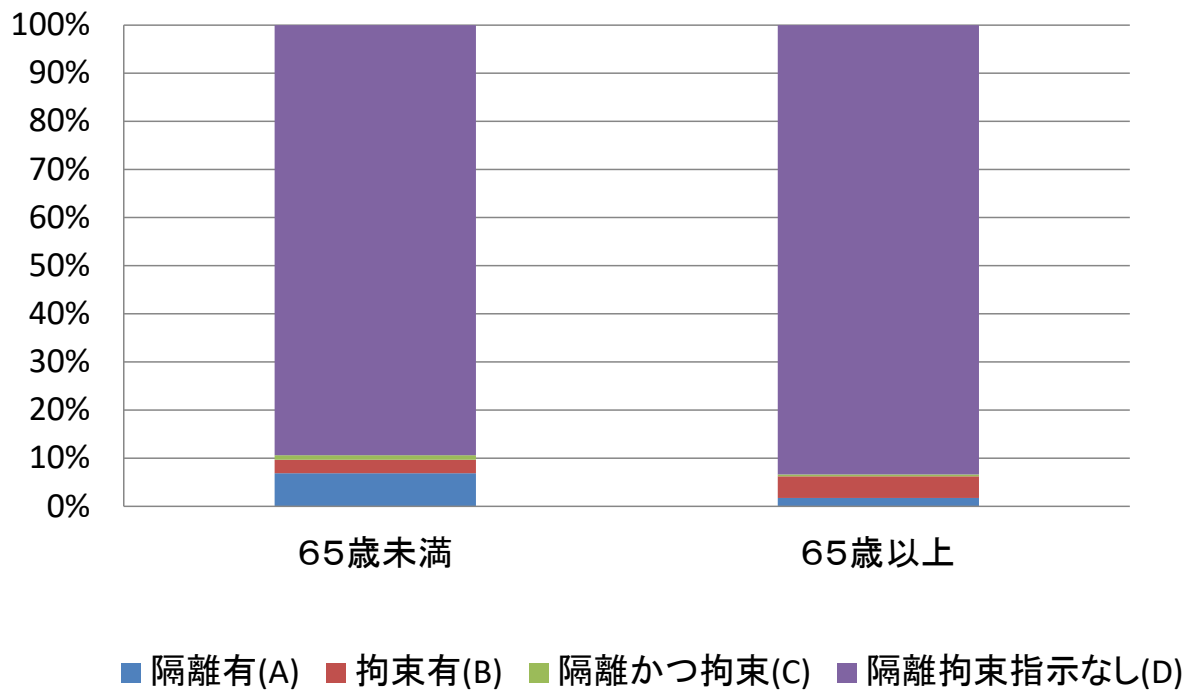
平成30年630調査 全国 主診断×隔離拘束指示



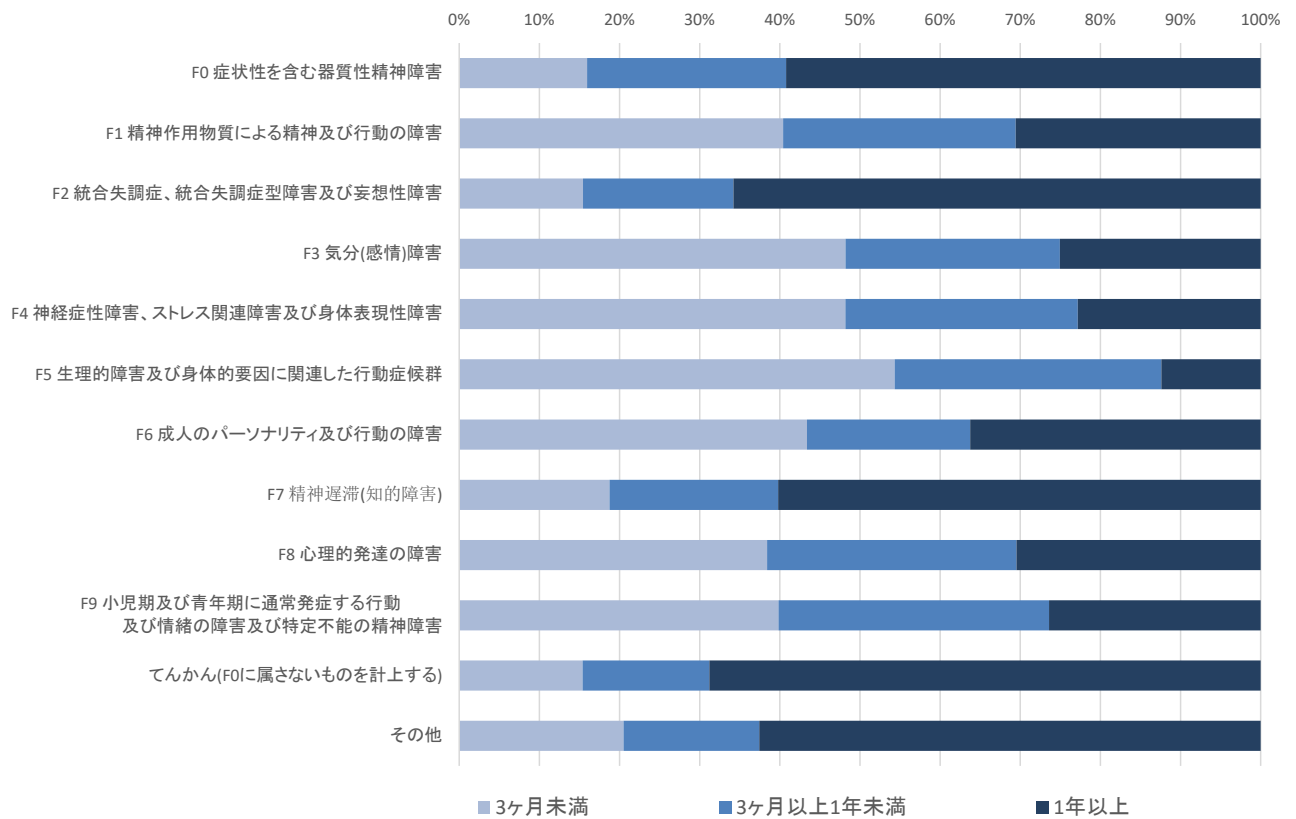
平成30年630調査 全国 在院期間×隔離拘束指示



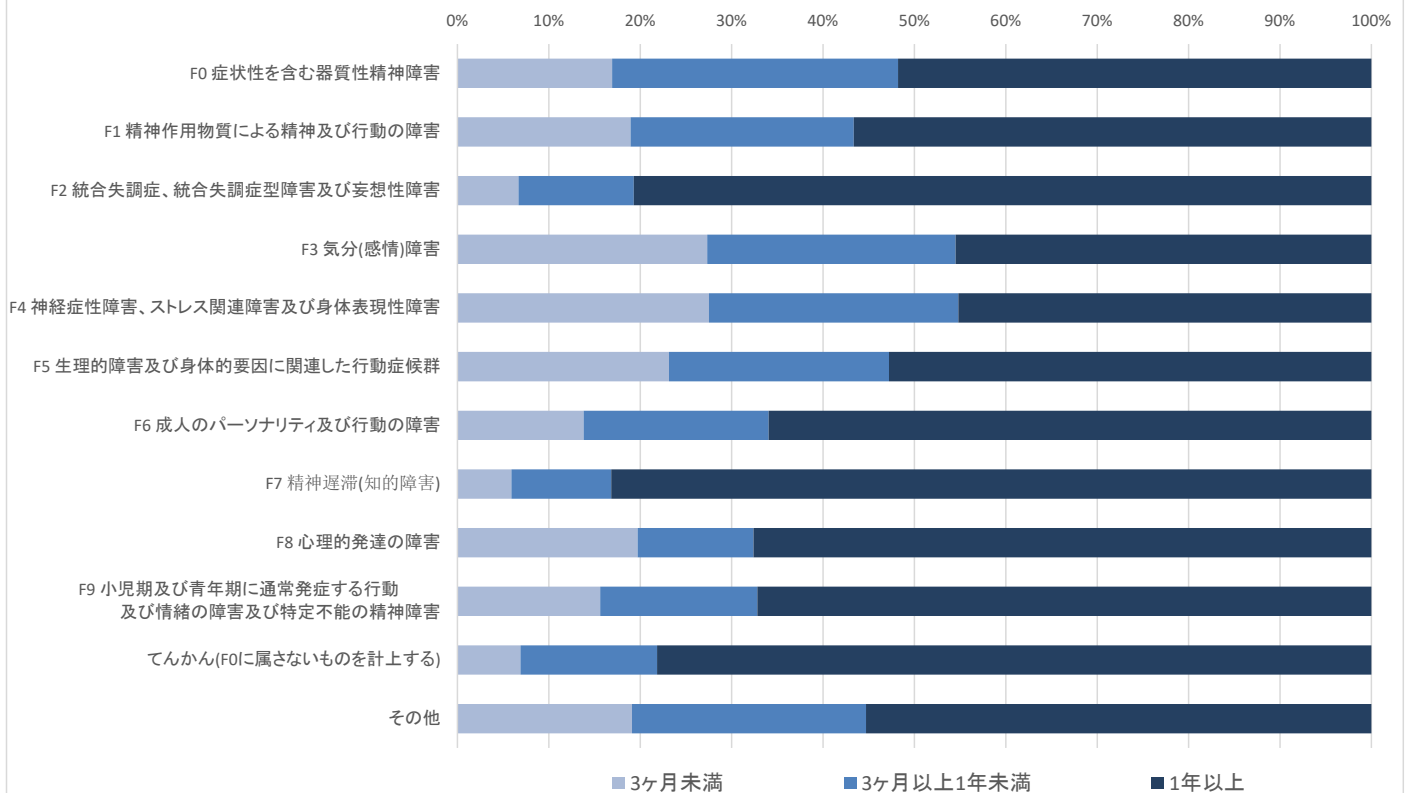
平成30年630調査 全国 年齢×隔離拘束指示



平成30年630調査 全国 主診断×年齢×在院期間 65歳未満



平成30年630調査 全国 主診断×年齢×在院期間 65歳以上



海外文献レビューにみる有効とされる最小化手法

- 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
- 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

医療保護入院等管理料

医科診療報酬点数表

第8部 精神科専門療法

1014 医療保護入院等診療料 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の7第1項の規定による入院に係る患者に対して、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は、患者1人につき1回に限り算定する。

医療保護入院等管理料

留意事項通知

(1/2)

第8部 精神科専門療法

1014 医療保護入院等診療料

- (1) 医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間1回に限り算定する。
- (2) 医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の該当する入院携帯をについて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを診療報酬明細書に記載する。
- (3) 医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の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)な評価を行うこと。

医療保護入院等管理料

留意事項通知

(2/2)

第8部 精神科専門療法

1014 医療保護入院等診療料

- (4) 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状などに応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること。
(平成206年53月26日障精発第0314号1526002号「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」)また、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。
- (5)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こと。

医療保護入院等管理料

施設基準告知

第十 精神科専門療法

二 医療保護入院等診療料の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に精神保健指定医が適切に配置されていること。
- (2) 医療保護入院等に係る患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。

医療保護入院等管理料

施設基準取扱い告知

(1/3)

第56 医療保護入院等診療料

1 医療保護入院等診療料に関する施設基準

- (1) 常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。ただし、集3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

医療保護入院等管理料

施設基準取扱い告知

(2/3)

(2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方や、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方針の整備。

イ 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施。

医療保護入院等管理料

施設基準取扱い告知

(3/3)

2 届出に関する事項

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出は別添2の様式48を用いること。

[公益社団法人日本精神科病院協会 主催]

平成30年度精神科医療体制確保研修事業

精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修

- 【 概要 】 精神科医療に従事する多様な職種を対象に、医療安全を推進し、患者の人権擁護及び精神科医療の質の向上を図る為、暴力に対応する際の基本的な考え方、発生予防への取り組みと状態の評価、実際に暴力が発生した際の対応を包括的暴力防止プログラムを中心に学ぶ基礎研修とする。
- 【 開催日 】
 - [大阪会場] 平成30年8月10日 (金)
「大阪国際会議場」〒530-0005 大阪府大阪市北区中之島5丁目3番51号
 - [福岡会場] 平成30年9月14日 (金)
「JR博多City」〒812-0012 福岡県福岡市博多区中央街1番1号
 - [長野会場] 平成30年10月3日 (水)
「メトロポリタン長野」 〒380-0824 長野県長野市南石堂町1346番地
 - [東京会場] 平成30年11月9日 (金)
「国連大学」 〒150-8925 東京都渋谷区神宮前5丁目53-70
- 【 対象者 】 精神科医療に従事する看護職（看護補助者を含む）、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者、医師、受付・事務職 等
- 【 募集人数 】 250名（各会場予定）
- 【 参加費 】 無料
- 【 申込方法 】 日精協会員専用ページをご確認ください。（定員に達し次第締切り）

プログラム（案）

時間	講	講 義 内 容	講 師 名
8:30～	受付開始		
9:00～9:05 (5分)	オリエンテーション		
9:05～9:10 (5分)	開会挨拶	日本精神科病院協会 役員	
9:10～9:50 (40分)	第1講	精神疾患と暴力の関連についての概論 田中病院 院長 田中 洋 先生	
9:50～10:30 (40分)	第2講	精神科病院における暴力対策の 施策及び暴力行為の実際、統計について 鮫島病院 院長 鮫島 隆晃 先生	
10:30～10:40 (10分)		休憩	
10:40～11:40 (60分)	第3講	精神科医療における暴力の法的な留意点 丸ビルあおい法律事務所 弁護士 浅田 眞弓 先生	
11:40～12:40 (60分)		昼食	
12:40～13:40 (60分)	第4講	認知症の暴力への介入方法について 大垣病院 理事長 田口 真源 先生	
13:40～13:50 (10分)		休憩	
13:50～16:50 (180分)	第5講	包括的暴力防止プログラムについて 関西青少年サナトリウム 看護師長 中村 日出夫 先生	
16:50～17:00 (10分)	修了証書授与・閉会挨拶	日本精神科病院協会 役員	

※プログラム内容・講師につきましては一部変更となる場合がございますのでご了承ください。

精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修

▼日精協 topic10/12 <https://www.nisseikyoo.or.jp/news/topic/topic.php?id=152>

厚生労働省 平成 30 年度精神科医療体制確保(精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修)事業の受託



日精協では、本年度も精神科医療体制確保研修(精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修)事業を受託致しました。本事業は厚生労働省の障害者福祉施策の一環として公募されたものです。事業の趣旨としては同省により以下の様に定められています。

「精神科病院における安心・安全の医療環境を確保するために、暴力を未然に防ぐための人材養成の取組を拡げていくことが喫緊の課題である。このため、医療観察病棟を有する病院を中心に普及してきた包括的暴力防止プログラムの実績を評価し、精神科病院等に勤務する幅広い職種を対象として、当該プログラムにおける基本的考え方の普及を図る。

精神科医療体制確保研修(精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修)事業(以下「本事業」という。)は、民間団体等が実施する、安全な医療の提供に関する知識や技術を習得する ための研修等の取組に国が財政的支援を行うことにより、精神科病院における安心・安全の医療環境を確保する取組の一層の普及・推進を図ることを目的とする。」

日精協としては、趣旨に掲げられている『暴力を未然に防ぐ』ことを中心として、日常診療・看護等業務にかかわる多様な職種を対象として、医療安全を推進し、患者の人権擁護及び精神科医療の質の向上を図るため、暴力に対応する際の基本的な考え方、発生予防への取り組みと状態の評価、実際に暴力が発生した際の対応について包括的暴力防止プログラム(CVPPP)の概念も含めて学ぶことのできる基礎研修となっています。医療安全に関しては、他に医療安全管理者養成研修会がありますが、これは医療安全にかかわる管理者の養成を目的としたものである一方で、本研修はより現場で身近に患者と接する全ての職種の方を対象としています。

同事業は平成 28 年度から受託しており、昨年度は東京、北海道、広島において研修会を開催し、既に 900 名余の方が受講されています。本年度は大阪(8 月)、福岡(9 月)、長野(10 月)、東京(11 月)で開催されることとなっております。東京会場(11 月 9 日・国連大学国際会議場[渋谷])はまだ参加募集を行っていますので、日精協ホームページよりアクセスして申し込みをお願い申し上げます。

(看護・コメディカル委員会 委員長 田邊英一)

① / 1

コア戦略 6つの方略

- ① リーダーシップ
- ② データ管理
- ③ スタッフ力の強化
- ④ ツールの活用
- ⑤ 患者の役割
- ⑥ デブリーフィング

介入研究で用いられた具体的介入方法

戦略1	組織改革のための リーダーシップ	A 管理者(院長)が隔離・身体拘束の場に出向く(n=0) B 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる(n=7)
戦略2	データ利用	C 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす(n=15) D 隔離・身体拘束のデータを師長会で 定期的(月1回)に見直す(n=10)
戦略3	院内スタッフ力の強化	E 認定看護師による定期的研修会の開催(n=23) F ディエスカレーション研修の開催(n=15)
戦略4	隔離・身体拘束 使用防止ツールの利 用	G 個々のケースで「行動制限最小化計画を立案(n=16) H タイムアウトの実施(n=3) I コンフォートルームの使用(n=0) J セイフティプランの使用(n=5) K 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用 (保留のため介入方法より除外)
戦略5	入院施設での患者(医 療消費者)の役割	L 利用者(患者)の行動制限最小化委員会への参加(n=0)
戦略6	デブリーフィング	M 開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で 隔離・身体拘束の振り返りを行う(n=8) N数日後以降、利用者(患者)を含め 隔離・身体拘束の振り返りを行う(n=9)

堀川公平、堀川百合子:精神発達論、集団力動論から見た「病棟内機能分化」の提唱～治療的にも経営的にも貢献できる病棟を目指して～. 病院・地域精神医

身体拘束ゼロを 目指して 松沢病院の取り組み

都立松沢病院
看護師長 下山朋洋

東京都立松沢病院

<概要>

予算定床 898床
(精神科808床、一般90床)

外来規模 450人

病棟数 23病棟

診療科 15科

看護師数 約500人

敷地面積

192,558.47m²
(東京ドーム4個分)

2012年に新棟移転



都立松沢病院の特徴

× 精神科救急・急性期の入院患者

× 非同意入院率が高い

(任意入院率：24.7% ※2017年度)

× 精神科身体合併症事業 他

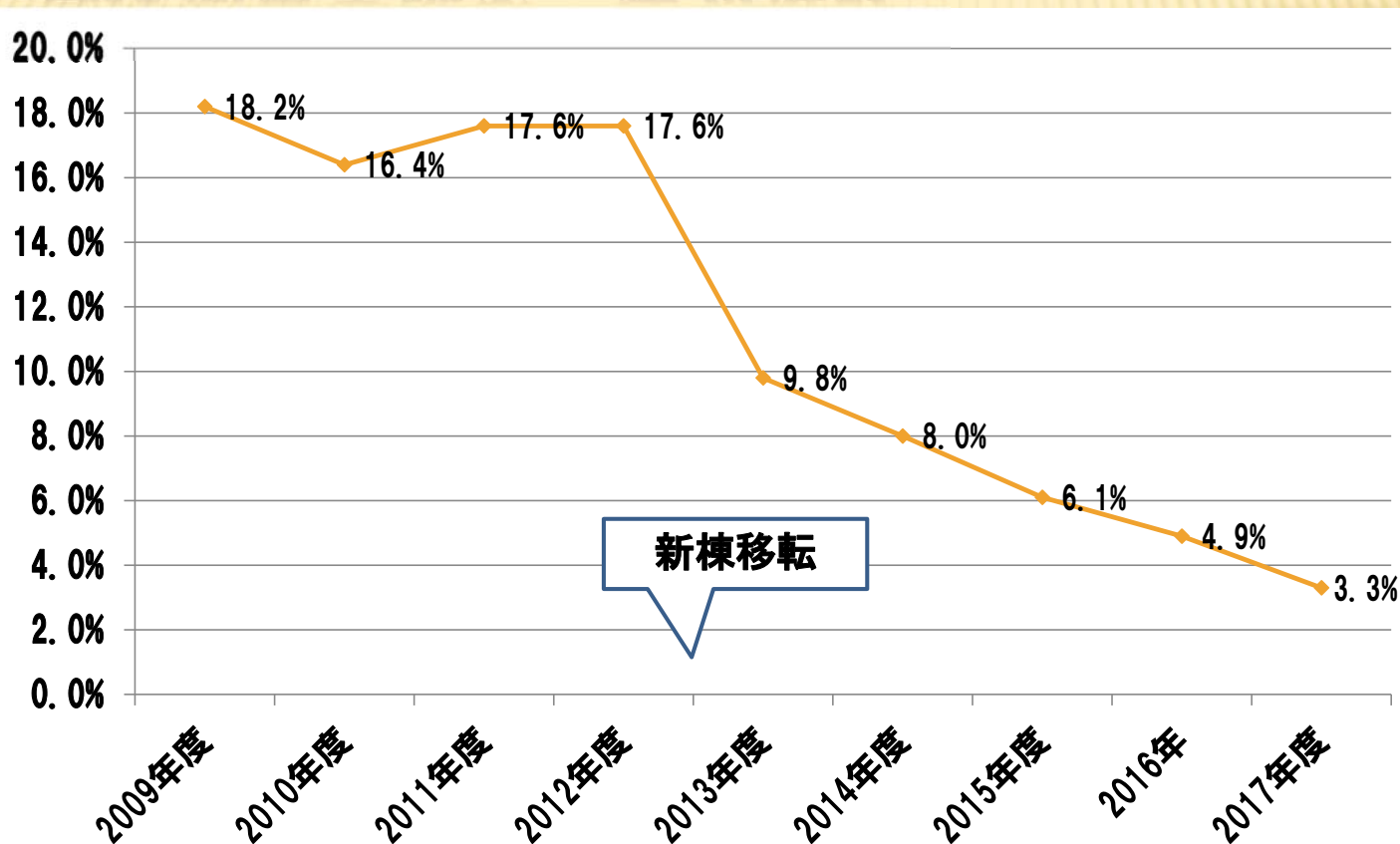
⇒ 心身及び社会的にも重症度が高く、他病院では受け入れ困難な方を受け入れてきた歴史的背景

⇒ 身体拘束実施率：17.6% ※2011年度

※全国平均：約10%

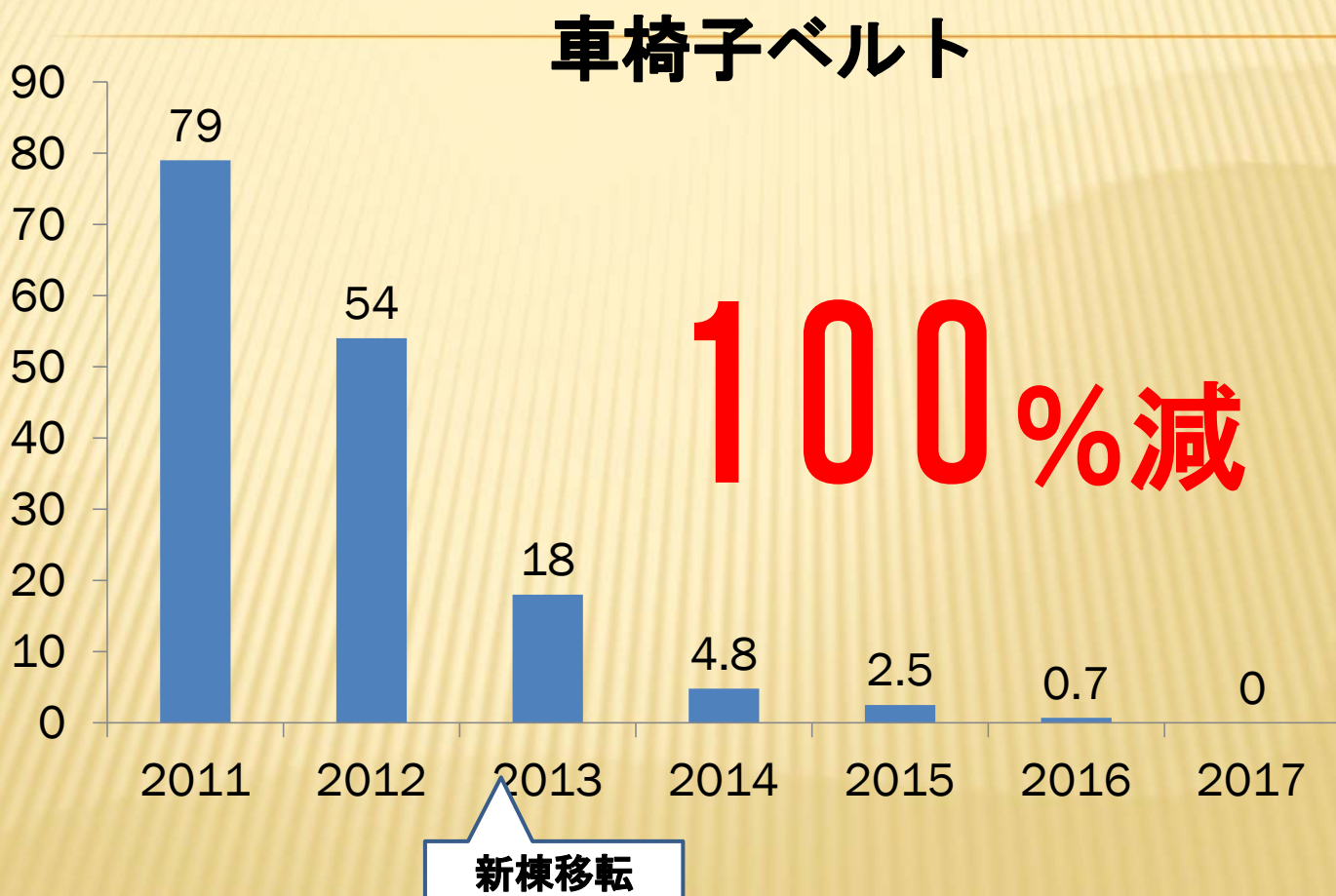
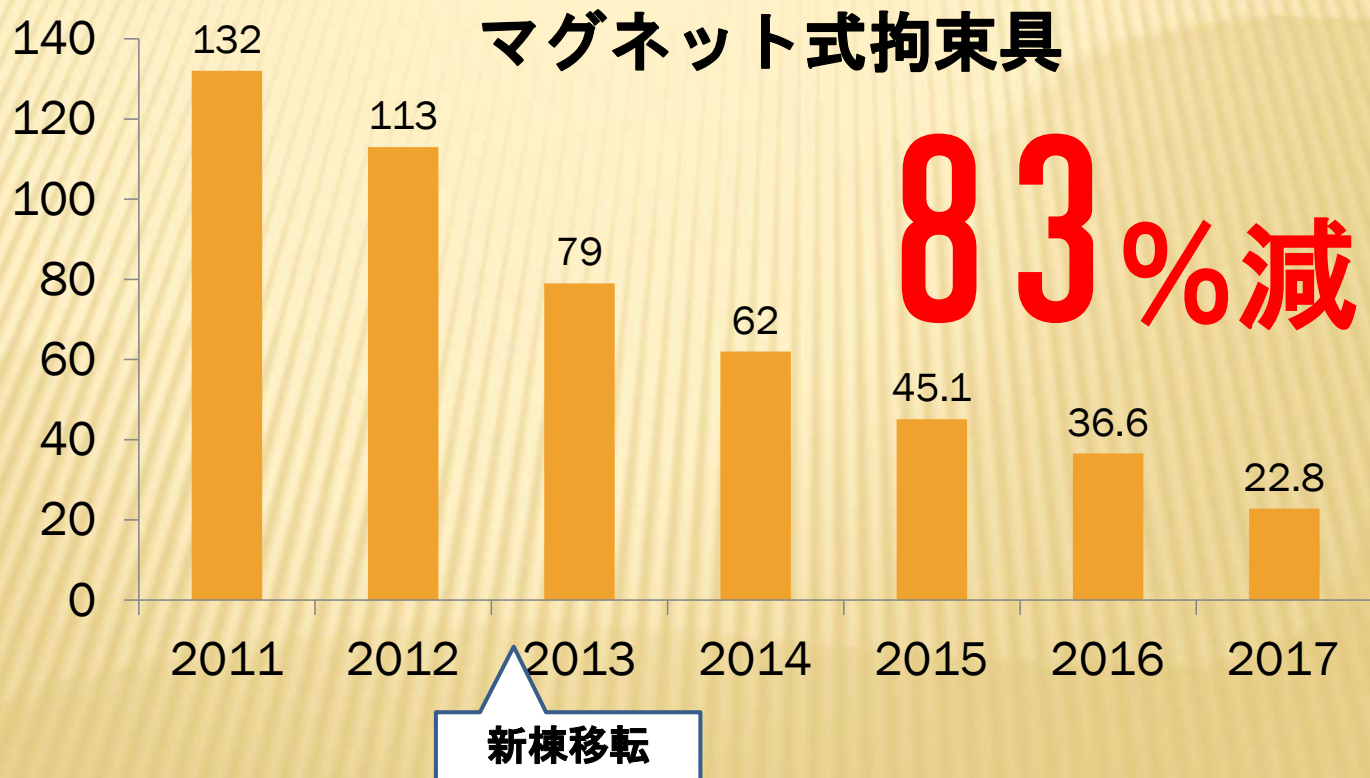
安全管理のため拘束は必要・・・？

身体拘束実施率 年次推移

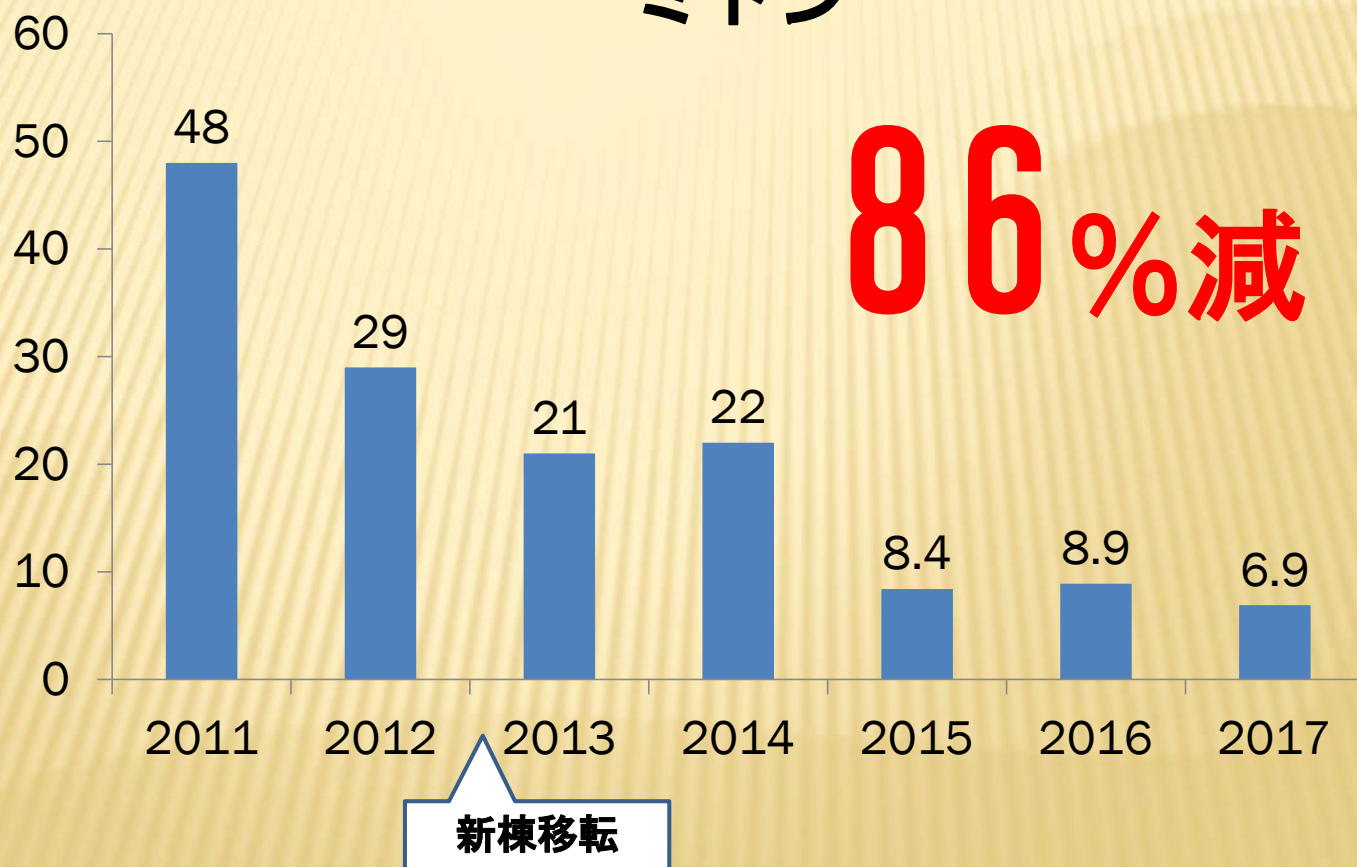


行動制限の推移（1日当たりの人数）

2011年～2017年



ミトン



なぜ減らせたのか？

- × 私は2008年度～2015年度まで8年間
- × 看護部：拘束最小化委員会
- × 病院：行動制限最小化委員会に所属
(主に、行動制限データ管理を担当)
- × 現在は、精神科身体合併症病棟に配属
- × 当時の活動から、身体拘束が大幅に削減できた要因を振り返る

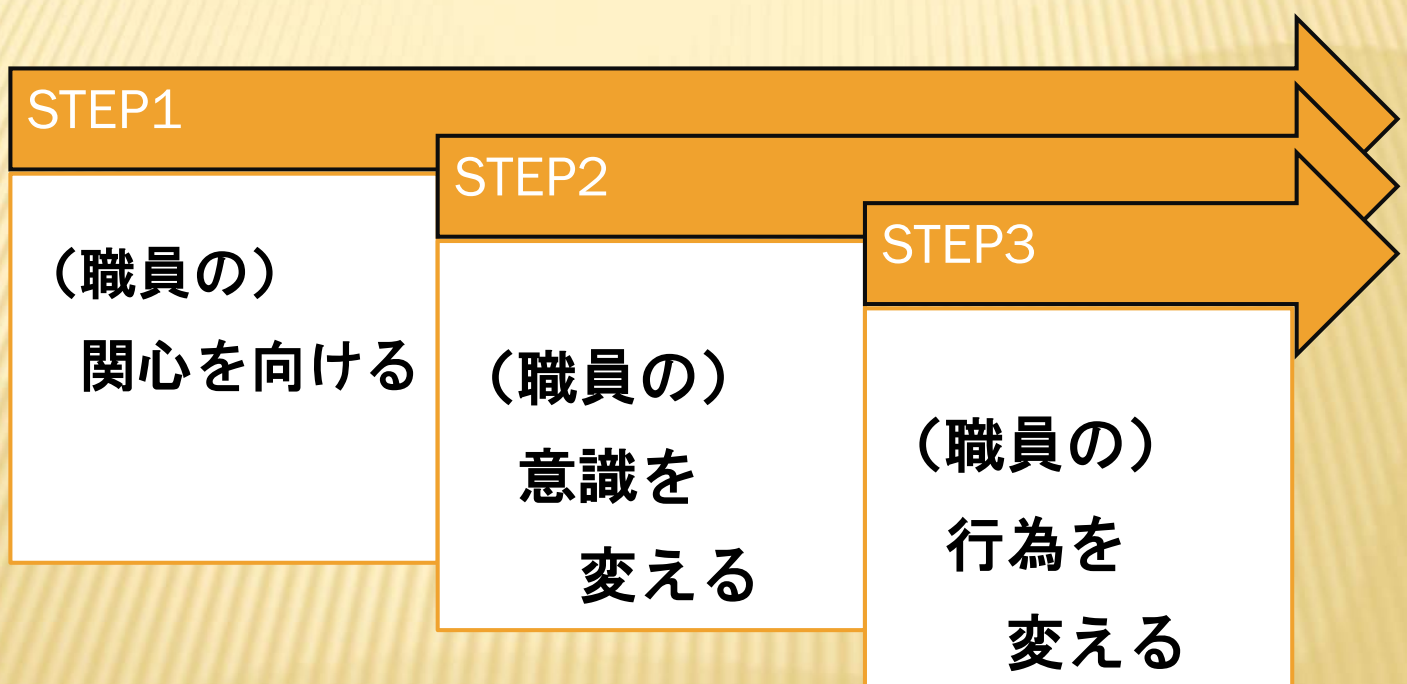
2012年の出来事

- × 新棟移転
- × 病院運営方針

「身体拘束ゼロを目指す」

- × 新棟移転・病院運営方針の提示
「身体拘束に対する（職員の）意識を変える」機会となった！！

変革の3STEP



① 関心を向ける

× 行動制限実施状況の可視化

1. 行動制限実施状況表（院内）の簡略化例）数値を月単位から1日換算に変更

※日々の業務に結び付けて身体拘束実施率を把握する

2. 隔離・身体拘束のデータを病院ホームページで公開

職員一人一人が自部署（病院）で行われる行動制限実施状況に関心を向ける

① 関心を向ける

3. 研修会・連絡会の定期開催

4. ニュースの発行

※身体拘束について考える機会を提供し続ける

5. 行動制限基準の見直し

※身体拘束の妥当性を評価する基準を示す

職員一人一人が院内で行われる行動制限の「妥当性」に関心を向ける機会を作る

やむを得ず身体拘束を行う場合の3要件

①切迫性

→身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要な程度まで利用者本人等の**生命又は身体が危険**にさらされる可能性が高い事を確認する必要がある。

②非代替性

→身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないことが要件。利用者本人の状態像等に応じて**最も制限の少ない方法を選択**する必要がある。

③一時性

→身体拘束その他の行動制限が、必要とされる**最も短い拘束時間**を想定する必要がある。

平成17年10月20日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

①関心を向ける

6. 病院幹部から発信されたメッセージ 「身体拘束ゼロを目指す」

これにより、多職種と協働することが容易になる

職員一人一人への
影響力は絶大！！

②意識を変える

× 職員の関心が高まれば、職員の意識も変わり始める

× 行動制限カンファレンスの活性化

討議方法を変更

以前) ・ 行動制限を継続するか否かを検討

現在) ・ 行動制限を解除（最小化）するために何が必要かを検討

・ 行動制限解除までの見通しを検討

②意識を変える

芽生え始めた「意識の変化」を大切にし、失敗を恐れずに挑戦する



過去に何度も転倒して
るけど、今の状態なら拘束を外せないか？

まずは昼間に職員が付き添い、評価することから始められ
ないか・・・

必要な支援

× 医療安全との連携

例) IAレポートの活用、現場を萎縮させないリスクマネジメント

× 家族との協働

例) 拘束をするリスク、しない利点を、家族に丁寧に説明する

× 行動制限委員会からの支援

例) データ分析、事例検討会、成功事例の共有、現場視点の支援

× 管理者からの支援

例) 最善を尽くし事故が起こった場合、管理者が責任を負う覚悟を示す

③ 行為を変える

× 人の意識が変われば、行為も変わる

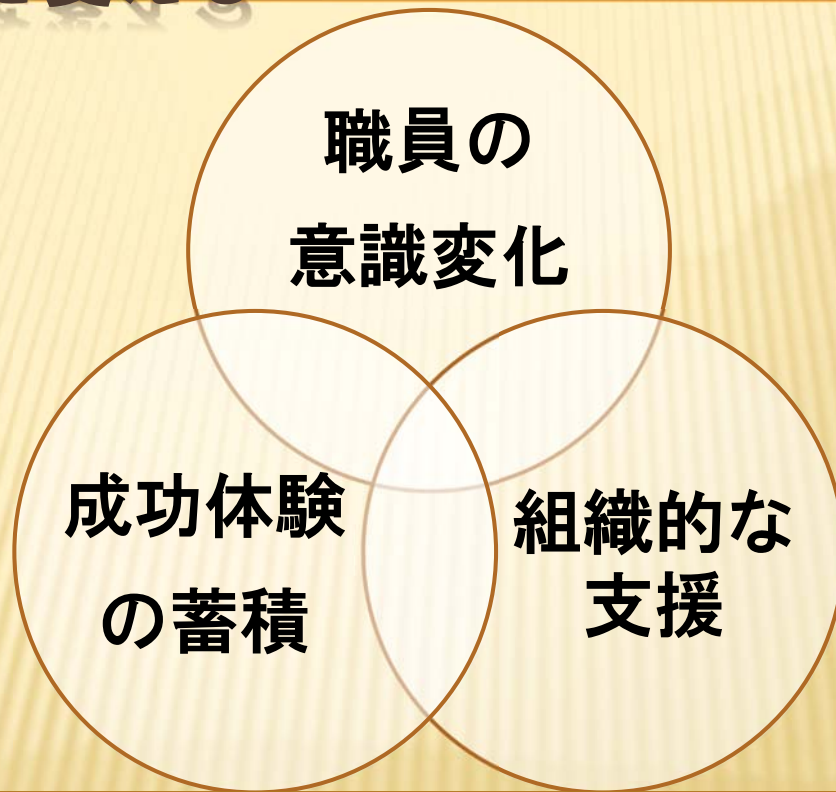
× 組織的な支援

(病棟職員、看護師長、医師、病院長など)

× 小さな成功体験を重ねていく

(小さな変化を共有する、スタッフのやりがい働きかける)

③ 行為を変える



「身体拘束を行わなくても患者の安全は守れる」と職場風土が定着

まとめ

- × これをすれば、必ず身体拘束が減るという正解はない
- × 職員個々の「固定観念」「意識」を、ゆっくりと変えていく事が大事
- × 手間を惜しまず、リスクを恐れず、挑戦することを組織的に支援する
- × 管理者が責任を負う覚悟を示すことで、現場は安心して最小化へ取り組める
- × 関心を向け、意識が変われば、行為は変わる

身体拘束の縮減に向けてできること 精神医療審査会がなすべきこと

弁護士 姜 文 江

1. なぜ身体拘束を減らさなければならないのか

◎ 身体の自由の制限であること

→原則禁止

例外的に許される場合（切迫性、非代替性・補充性、一時性、法益権衡）

医療問題弁護士団「精神科医療における身体拘束に関する意見書」（2018/7/18）

[http://www.iryobengo.com/wp/wp-](http://www.iryobengo.com/wp/wp-content/uploads/2018/07/0a648244725ae0081b35ea810c7e4fd8-2.pdf)

[content/uploads/2018/07/0a648244725ae0081b35ea810c7e4fd8-2.pdf](http://www.iryobengo.com/wp/wp-content/uploads/2018/07/0a648244725ae0081b35ea810c7e4fd8-2.pdf)

▶ 身体的弊害、精神的弊害、社会的弊害（身体拘束ゼロへの手引き）

→精神科病院においては身体的弊害に注意すれば許容されると誤解されるおそれ

2. 精神科は特別か ～精神保健福祉法 36 条 1 項の存在意義

「精神医療の歴史は、患者の非人間的処遇から人道的処遇ないし人権尊重へと推移し、その医療処置も拘束ないし閉鎖療法から開放療法へと発展してきた。」

精神保健福祉法 36 条 1 項に相当する規定は精神衛生法 38 条にすでにあっただが、それは精神病者監護法の時代から拘束が黙認されてきたという歴史的経緯によるものと考えられる。

* 精神衛生法下の高裁判例も、非代替性、切迫性、必要性、一時性を必要とした。

外科入院中の身体拘束に関する最高裁判例も切迫性、非代替性、一時性の要素を考慮したと解されている。

→精神科医療においても、例外的に許されるにすぎない。

切迫性、非代替性・補充性、一時性、法益権衡が必要。厚労省告示はこれらの具
体化であると解すべきである。

3. 弁護士から見た身体拘束が問題となる段階

(1) 懲罰・恐怖支配目的の利用

→論外ともいえるが、相談はなくなる。

(2) 多動又は不穏が顕著である場合

→切迫性、非代替性が問題となりうる。原則的には隔離で対応でき、身体拘束まで
は不要。隔離室では防ぎきれない多動・不穏により自傷のおそれが著しく高い場
合に限定されるのではないか。ケースによっては多動・不穏が医学的に認められ
たととしても、身体拘束は違法と評価される可能性もある。

(3) 時間の経過によって違法になる場合

(4) 生命・身体に損害が発生した場合

(5) 患者の尊厳との関係で問題となる場合

4. 現行法下で身体拘束の縮減に向けてできること

(1) 医師・病院の個々の取組みとして、あるいは入院の仕組み・治療手順等の多数誘 導的な制度改革の取組みとして

(2) 行動制限最小化委員会の活性化

委員会に必ず弁護士等外部委員を入れ、毎月の検討会議の際、病棟を視察させ、
意見を聞く。

(3) 診療録記載だけでなく、一定期間／定期的な録画保存の義務付け

(4) 法6条2項2号、法37条の2、法38条の6第1項の活用

指定医だけでなく、他の医療従事者等も、処遇について疑問を感じるケースがあ
れば、精神保健福祉センターに相談したり、知事等の指導監督権発動を促すこと
が可能。(H28/3/29 日本精神神経学会「精神保健福祉法改正に関する委員会意

見」参照)

(5) 実地指導を形骸化させない

措置入院患者だけでなく、身体拘束中の患者についても、原則として各患者に対して診察を行う。身体拘束中も処遇改善請求や権利擁護機関への電話連絡が必ずできる仕組みになっているか確認し、患者アンケートを行う。とくに退院・処遇改善請求の少ない病院に対しては、予告なしの実地指導を積極的に行うべきである。

5. 精神医療審査会がなすべきこと

(1) 処遇改善請求が漏れなく適切に受理されているか

口頭（電話）による請求の受理が確実になされているか。

実地指導との連携→処遇改善請求が確実にできる仕組みになっているか確認。

(2) 処遇改善請求に対する真摯な対応

退院請求の審査過程で処遇に問題があったことが判明した場合等も、口頭で請求を受け付け、審査の対象にすべき。

(3) 法 38 条の 6 第 1 項の活用

退院・処遇改善請求に対する審査において、(将来) 不適切な拘束が懸念される場合、定期病状報告の内容が複数の患者についてコピー&ペーストが多用されるなど不誠実な場合、非自発的入院者数に対して退院・処遇改善請求数が著しく低く、定期病状報告に不審な点がある場合等、病院単位であっても合議体の審査にあたって必要な場合には、実地審査を要請したり、委員の同行を求める。

(4) 意識改革

4. (4) や (5) が不十分であるということは、都道府県に置かれる精神医療審査会の独立性にも疑問がもたれる状態にある可能性が高い。審査会が独立した権利擁護機関であることを自認するのであれば、積極的に権限を行使し、実地指導との適切な連携を促進すべきである。

以上

身体拘束の縮減に向けてできること 精神医療審査会がなすべきこと

弁護士 姜 文 江

「身体拘束の縮減に向けて」

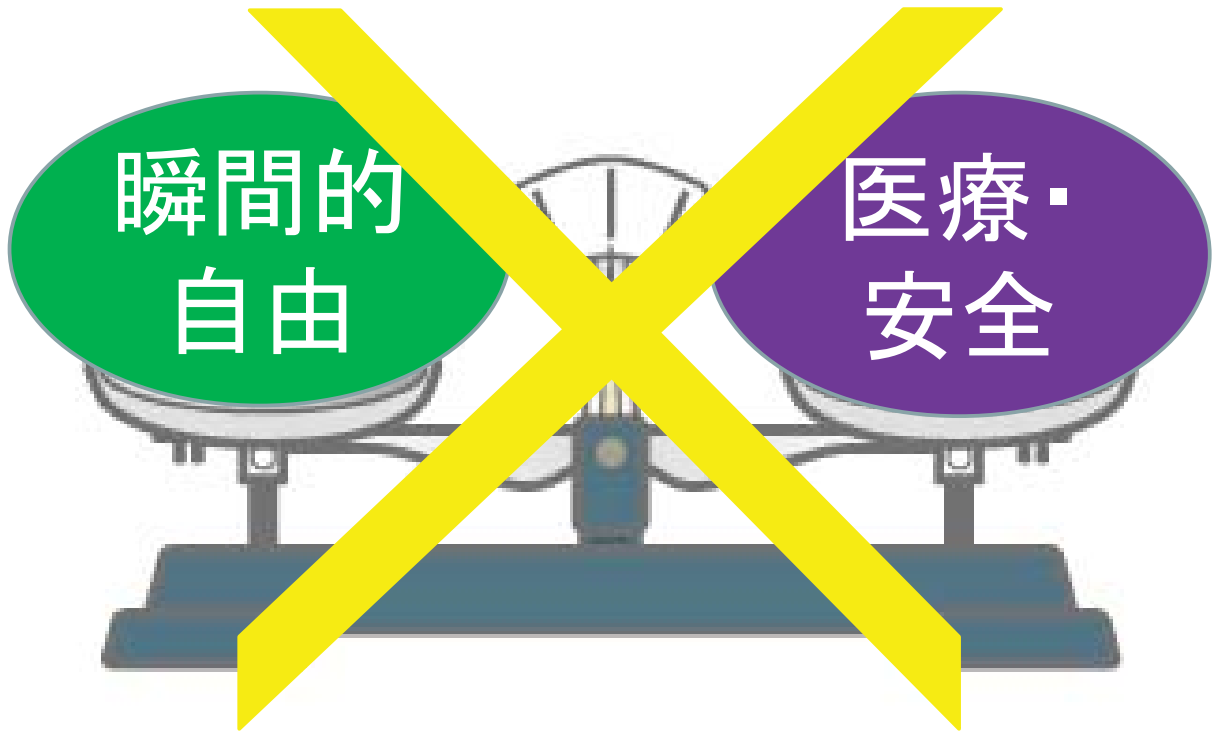


→<身体拘束は減らした方が良く>
という目標は同じ？

「なぜ減らさなければならないのか」

という理由を確認しておかなければ、
<何をどこまでやるべきか>
という点がずれてしまうおそれ

前提として



法律家の考え方



医療問題弁護団(2018/7/18)

「精神科医療における 身体拘束に関する意見書」

身体拘束ゼロへの手引き



「身体拘束はなぜ問題なのか」

- ①身体拘束がもたらす多くの弊害
身体的弊害、精神的弊害、社会的弊害
- ②拘束が拘束を生む「悪循環」

弊害がなければよい？

本人が自分らしく生きる



人が、自分らしく／その人らしく生きるために、医療があり、自由や権利がある。

- 身体の自由は基本的な人権である
- 身体拘束は原則として禁止されるべき
 - ⇔ 例外的に許される場合

//

人生のために拘束する医療が必要
(切迫性、非代替性・補充性、一時性、法益権衡)

2. 精神科は特別か？



精神保健福祉法36条1項

精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

・・・あえて行動制限を認めている？

裁判所の見方

「精神医療の歴史は、患者の非人間的処遇から人道的処遇ないし人権尊重へと推移し、その医療処置も拘束ないし閉鎖療法から開放療法へと発展してきた。」



精神保健福祉法36条1項に相当する規定は精神衛生法38条にすでにあったが、それは精神病者監護法の時代から拘束が黙認されてきたという歴史的経緯によるもの

裁判所の見方

昭和55年9月26日大阪高裁判決

行動制限は医療保護に欠くことのできない限度においてのみ可能であり、もつぱら精神医学上の判断から、**他に方法がない場合に最後の手段としてとりうる補充的措置**であり、**当該患者の症状に照らして個別的、具体的に決せられるべきものである**。そして、ここにいう「医療又は保護」とは医療及び医療のための保護を指し、純粋に外科手術その他の医療措置のための一時的ベッド拘束などの外に、患者自身を傷つけ、またはその周囲の入院患者などを傷つけるために必要不可欠な場合をも含むが、とくに後者の場合の行動制限についてはその行過ぎがないよう万全の慎重な配慮が必要である。、しかも、「行動の制限」は**患者の症状に応じて医学上合理的で必要不可欠な範囲内**であると認められるものでなければならず、症状の軽重に対応して、院外への外出禁止、病室外への他出禁止、保護室内への隔離、鎮静剤の注射、投与などがあるが、その症状が極端に悪く、保護室に収容しても自身を傷つけかつ他人にも傷害を与えるおそれが極めて顕著な場合には、**その傷害を避けるため必要最少限度の措置として**、たとえば綿製品による手袋を用いて手足を覆う程度の手段を使用し、常時看護員の看護の下におくようにすべきものであつて、犯罪に用いる鉄製の手錠の類は絶対に使用してはならないし、両手両足を縛るベッド拘束を長時間継続することは許されないものというべきである。とくに、単に他害を回避するのみの場合は保護室に収容することをもつてその目的を達せられるのであつて、安易にベッド拘束を用いることはできない。

裁判所の見方

平成22年1月26日最高裁第3小法廷判決
(外科入院中の身体拘束)
切迫性、非代替性、一時性の要素を考慮

→精神科医療においても、
例外的に許されるにすぎない。
厚労省告示はこれらの要素の具体化

37条2項活用の提案

★ 人の人身の自由の重要性に鑑みれば、人の身体を拘束できるのは公権力によってのみである。

ただ、例えば私人逮捕も現行犯を捕まえるために重要であるから、法律(刑事訴訟法)によって認められているが、こちらは必ず警察・検察職員に引き渡すこととされている。

私人である病院管理者が行う身体拘束も法律で認められているとはいえ、指定医のフリーハンドではなく、要件(判例によると切迫性、一時性、非代替性であり、これを例示したのが厚労省告示130号であるといえる。)を充たす必要があることはもちろん、厚労大臣の基準を遵守しているか否かを確認するためにも、国がきちんと統計をとるのは最低限求められることであり、病院が報告するのは37条2項に鑑みれば当然であるといえる。また、37条2項を徹底させるためにも、行政が積極的に実地指導を行い、調査することも、当然に求められる。

3. 弁護士から見た 身体拘束が問題となる場面



(1) 懲罰・恐怖支配目的の利用

→論外ともいえるが、相談はなくなる。

(2) 多動又は不穏が顕著である場合

→切迫性、非代替性が問題となりうる。原則的には隔離で対応でき、身体拘束までは不要。隔離室では防ぎきれない多動・不穏により自傷のおそれが高くなる場合に限定されるのではないかと考えられる。ケースによっては多動・不穏が医学的に認められたとしても、身体拘束は違法と評価される可能性もある。

3. 弁護士から見た 身体拘束が問題となる段階



(3) 時間の経過によって違法になる場合

当初適法であったとしても、時間の経過により「切迫性」や「一時性」の要件を満たさなくなるなど、拘束を解除すべき時期を過ぎれば違法になりうる。

(4) 生命・身体に損害が発生した場合

損害賠償訴訟事案となる。

(5) 患者の尊厳との関係で問題となる場合

医学的に必要であるとしても、特定の面会者と過ごす時間など一時的に解除が可能な場合にまで拘束を継続することは、「切迫性」や「一時性」の要件との関係でも問題になりうるが、そもそも患者の尊厳を傷つける場合がある。また、拘束するまでの発言や態度、拘束中の声のかけ方・対応など、医療者にとって些細と思われることが患者を傷つける場合があることを肝に銘じなければならない。

4. 現行法下で



身体拘束の縮減に向けてできること

(1)

医師・病院の個々の取組みとして

入院の仕組み・治療手順等の多数誘導的な
制度改革の取組みとして

4. 現行法下で



身体拘束の縮減に向けてできること

(2) 行動制限最小化委員会の活性化

例)

委員会に必ず弁護士等外部委員を入れ、
毎月の検討会議の際、病棟を視察させ、
意見を聞く。

4. 現行法下で



身体拘束の縮減に向けてできること

(3)

診療録記載だけでなく、 一定期間／定期的な録画保存の義務付け

(診療録には定型文言の押印に丸が付けられるにとどまることが多いが、例えば「多動又は不穏が顕著」というのは評価であって、それを根拠づける患者の様子を記録する必要があるはずである。録画はそのような診療録を保管する記録物として、病院は保存し開示すべきである。)

4. 現行法下で



身体拘束の縮減に向けてできること

(4)法の活用

法6条2項2号

「2 精神保健福祉センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

二 精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行うこと。」

4. 現行法下で 身体拘束の縮減に向けてできること

(4) 法の活用

法37条の2

「指定医は、その勤務する精神科病院に入院中の者の処遇が第三十六条の規定に違反していると思料するとき又は前条第一項の基準に適合していないと認めるときその他精神科病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないと認めるときは、当該精神科病院の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神科病院に入院中の者の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。」

(H28/3/29日本精神神経学会「精神保健福祉法改正に関する委員会意見」参照)

病院管理者への報告は例示であって、その他の方法によることが可能

4. 現行法下で 身体拘束の縮減に向けてできること

(4) 法の活用

法38条の6第1項

「厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神科病院の管理者に対し、当該精神科病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神科病院に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類(その作成又は保存に代えて電磁的記録の作成又は保存がされている場合における当該電磁的記録を含む。)を検査させ、若しくは当該精神科病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神科病院に立ち入り、当該精神科病院に入院中の者を診察させることができる。」

4. 現行法下で



身体拘束の縮減に向けてできること

(5) 実地指導を形骸化させない

措置入院患者だけでなく、身体拘束中の患者についても、原則として各患者に対して診察を行う。身体拘束中も処遇改善請求や権利擁護機関への電話連絡が必ずできる仕組みになっているか確認し、患者（とくに身体拘束が行われた者）アンケートを行う。とくに退院・処遇改善請求の少ない病院に対しては、予告なしの実地指導を積極的に行うべきである。

5. 精神医療審査会がなすべきこと



(1) 処遇改善請求が「漏れなく」「適切に」 受理されているか

- ▶ 口頭（電話）による請求の受理が確実になされているか。
- ▶ 実地指導との連携→処遇改善請求が確実に
行える仕組みになっているか確認。

5. 精神医療審査会がなすべきこと

(2) 処遇改善請求に対する真摯な対応 (委員として)

退院請求の審査過程で処遇に問題があったことが判明した場合等も、口頭で(現地意見聴取時に発覚した場合はその場で)請求を受け付け、審査の対象にすべき。

5. 精神医療審査会がなすべきこと

(3) 法38条の6第1項の活用

「厚生労働大臣又は都道府県知事は、**必要があると認めるときは**、精神科病院の管理者に対し、当該精神科病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神科病院に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類(その作成又は保存に代えて電磁的記録の作成又は保存がされている場合における当該電磁的記録を含む。)を検査させ、若しくは当該精神科病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神科病院に立ち入り、当該精神科病院に入院中の者を診察させることができる。」

5. 精神医療審査会がなすべきこと

実地審査との連携



通常は審査を通じた個別ケース対応だが
より幅広くアンテナを張ることは可能

5. 精神医療審査会がなすべきこと

(3) 法38条の6第1項の活用例

退院・処遇改善請求に対する審査において、(将来)不適切な拘束が懸念される場合、定期病状報告の内容が複数の患者についてコピー&ペーストが多用されるなど不誠実な場合、非自発的入院者数に対して退院・処遇改善請求数が著しく低く、定期病状報告に不審な点がある場合等、病院単位であっても合議体の審査にあたって必要な場合には、実地審査を要請したり、委員の同行を求める。

5. 精神医療審査会がなすべきこと



(4) 意識改革

4. (4)や(5)が不十分であるということは、都道府県に置かれる精神医療審査会の独立性にも疑問がもたれる状態にある可能性が高い。審査会が独立した権利擁護機関であることを自認するのであれば、積極的に権限を行使し、実地指導との適切な連携を促進すべきである。



入院中の精神障がい者の権利擁護のため

地域で暮らす精神障がい者が
安心して入院できるようになるため

精神医療審査会の益々のご活躍を
祈念しております