

厚生労働省 令和4年度 障害者総合福祉推進事業  
精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究  
— 報告書 —

株式会社 野村総合研究所

令和 5(2023)年 3 月

## 目次

第1章 本調査研究の背景・目的及び手法	3
1. 背景・目的	4
2. 調査手法	5
第2章 検討会	8
1. 検討会実施概要	9
2. 検討会議論概要	13
第3章 文献収集	22
1. 調査手法	23
2. 調査結果	24
第4章 取組事例ヒアリング	45
1. 調査手法	46
2. 調査結果	48
ヒアリング個票	51
1. 医療法人社団 五稜会病院	52
2. 医療法人久盛会 秋田緑が丘病院	54
3. 医療法人社団翠会 和光病院	56
4. 東京都立松沢病院	58
5. 山梨県立北病院	60
6. 公益社団法人復康会 沼津中央病院	62
7. 医療法人仁精会 三河病院	64
8. 医療法人桜桂会 犬山病院	67
9. 公益社団法人 岐阜病院	69
10. 社会福祉法人天心会 小阪病院	71
11. 岡山県立精神科医療センター	73
12. 医療法人社団造山会 まきび病院	75
13. 社会医療法人葦の会 オリブ山病院	77
第5章 総合的対策の検討	79
1. 総合的対策	80
2. 総合的対策に対するご意見	82
第6章 研修ツールの作成	83
1. 作成の概要	84
第7章 処遇基準告示の検討	86
1. 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書を踏まえた 処遇基準告示についての検討	87

2. 処遇基準告示改正に係るその他のご意見 .....	89
参考資料① 検討会参考資料 .....	92
①-1 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書.....	93
◎ .. 第1 総論 .....	98
◎ .. 第2 精神保健に関する市町村等における相談支援体制について.....	102
◎ .. 第3 第8次医療計画の策定に向けて .....	110
◎ 1. 第8次医療計画の基本的な考え方 .....	110
◎ 2. 第8次医療計画における指標例等 .....	111
◎ 3. 第8次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式 .....	112
◎ .. 第4 精神科病院に入院する患者への訪問相談について .....	114
◎ .. 第5 医療保護入院 .....	118
◎ 1. 医療保護入院の見直しについて .....	118
◎ 2. 医療保護入院の同意者について .....	127
◎ 3. 本人と家族が疎遠な場合等の同意者について .....	130
◎ 4. 精神医療審査会について .....	131
◎ .. 第6 患者の意思に基づいた退院後支援 .....	133
◎ .. 第7 不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組 .....	135
◎ .. 第8 精神病床における人員配置の充実について .....	139
◎ .. 第9 虐待の防止に係る取組 .....	141
①-2 行動制限に係る法律、告示(第2回、第3回、第4回検討会参考資料) .....	148
参考資料①-3 株式会社野村総合研究所が実施する 行動制限に関する「研究」に対する 意見 .....	151
参考資料② 障害者権利条約に関する研修資料案 (桐原委員提供) .....	155

# **第1章**

## **本調査研究の背景・目的及び手法**

## 1. 背景・目的

### 1-1 本調査研究の背景

---

我が国においては、精神保健福祉法上、精神科実務経験を有し法律等に関する研修を修了した指定医の専門的知見に基づき、代替方法によることは困難であり、医療・保護を図る上でやむをえないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われる。このように、精神科医療機関における隔離・身体的拘束は、法律の規定により、患者の権利擁護に十分配慮することとされている。

さらに、令和4年6月にとりまとめられた「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（以下、単に「報告書」という。）において、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組について、「隔離・身体的拘束については、代替が困難であり、やむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われることとされているが、実際の医療現場において、適正な運用を確保することが必要である」ことや、「隔離・身体的拘束の基準（告示）について要件をより明確化するなど、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとすることを含め、隔離・身体的拘束の最小化の取組を総合的に推進すべきである」ことが記載された。

### 1-2 本調査研究事業の目的

---

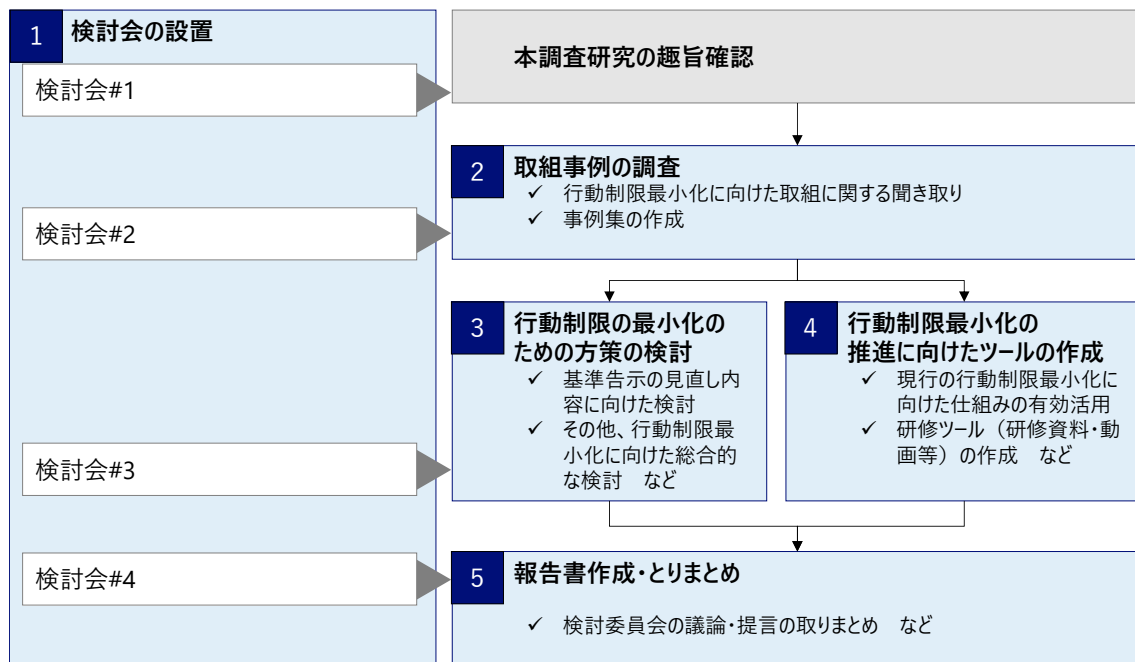
上記の背景認識のもと、精神科医療における隔離・身体的拘束の最小化に係る取組の事例収集等を行い、現場における運用の具体的指標等を検討するとともに、基準告示の見直し内容を含めた行動制限最小化のための方策等について有識者による総合的な検討を行うことを目的に本調査研究を実施した。主な検討事項は、行動制限最小化を効果的に実施するための検討、行動制限最小化を普及するための方策の検討、告示に定める身体的拘束の要件に関する検討とした。

## 2. 調査手法

### 2-1 調査手法

本調査研究は、(1)検討会の設置、(2)取組事例の調査、(3)行動制限最小化のための方策の検討、(4)行動制限最小化の推進に向けたツールの作成、(5)報告書の作成・とりまとめの 5 つから構成された。各調査・作業の関係性は以下の通り。

図表 1 本調査研究事業の全体像



#### (1) 検討会の設置

有識者による行動制限最小化を効果的に実施するための検討、行動制限最小化を普及するための方策の検討、告示に定める身体的拘束の要件に関する検討等、行動制限最小化のための方策等について有識者による総合的な検討を行うことを目的に、「精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究」検討会を設置した。

#### <開催日程および論点>

回数	日程	論点・議題
第1回	令和4(2022)年 10月19日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本調査研究の概要・今後の進め方</li> <li>・取組事例ヒアリング</li> <li>・行動制限最小化に向けた総合的対策</li> </ul>
第2回	令和4(2022)年 12月21日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本調査研究の概要・第1回検討会振り返り</li> <li>・先行研究・文献調査について</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・取組事例ヒアリング 中間報告</li> <li>・総合的対策について</li> <li>・討論・小括</li> <li>・告示改正に係る事項)</li> <li>・総合討論</li> </ul>
第3回	令和5(2023)年 2月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本調査研究の概要・第2回検討会振り返り</li> <li>・取組事例ヒアリング 中間報告2</li> <li>・総合的対策について</li> <li>・研修ツールについて</li> <li>・討論・小括</li> <li>・告示改正に係る事項</li> <li>・総合討論</li> </ul>
第4回	令和5(2023)年 3月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本調査研究の概要・第1～3回検討会振り返り</li> <li>・取組事例ヒアリング 最終報告</li> <li>・総合的対策について</li> <li>・研修ツールについて</li> <li>・討論・小括</li> <li>・告示改正に係る事項</li> <li>・報告書構成案について</li> <li>・総合討論</li> </ul>

## (2) 先行研究・文献整理

先行研究・文献調査として、行動制限最小化に関する研究・文献について調査を行った。

## (3) 取組医療機関ヒアリング

全国の精神科医療機関のうち、検討委員より推薦のあった医療機関（13か所）の院長や看護部長、その他当該医療機関にて行動制限最小化の取組の中心を担われた方を対象に、ヒアリング調査を実施した。行動制限最小化の取組について、各医療機関が実施してきた取組の詳細を把握するため、隔離・身体的拘束の件数を含む医療機関の基礎情報、行動制限最小化の取組経緯、行動制限最小化の手法、管理職の役割、行動制限最小化の利点・課題、普及方法や今後の展望について聴取した。

## (4) 行動制限最小化の推進に向けた総合的対策の検討

行動制限最小化を推進するための総合的対策について、検討会において検討を行った。

## **(5) 研修ツールの作成**

総合的対策のうち、「①医療機関の気づき・取組を促し、推進力を高める取組」では、「行動制限最小化に対する気づきや取組を促すために、行動制限を顕著に減少させた実例について、成果・課題や関係者の想いを含めて周知する」こととしていることを踏まえ、主に精神科医療機関の医療従事者向けの研修ツールとして、取組事例集、研修用動画、研修用資料を作成した。

## **(6) 処遇基準告示見直しに係る検討**

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書を踏まえた処遇基準告示についての検討を行い、主な提言を取りまとめるとともに、その他のご意見として検討会委員より挙げられた意見を整理した。



## 第2章 検討会

# 1. 検討会実施概要

## 1-1 検討会概要

---

### (1) 設置目的

有識者による行動制限最小化を効果的に実施するための検討、行動制限最小化を普及するための方策の検討、告示に定める身体的拘束の要件に関する検討等、行動制限最小化のための方策等について有識者による総合的な検討を行うことを目的に、「精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究」検討会を設置した。

### (2) 検討委員

検討委員の選定にあたっては、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」の構成員を基本としつつ、加えて行動制限最小化に係る取組を実施している医療機関の代表として、公益財団法人復康会沼津中央病院院長の杉山氏及び東京都立松沢病院院長の水野氏にも加わっていただいた。

具体的な委員名簿は、次頁の通りである。

## 精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究 検討会 委員名簿

<「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」構成員>

江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
岡田 久実子	公益社団法人全国精神保健福祉会(みんなねっと)理事長
神庭 重信	九州大学名誉教授
北村 立	公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事
桐原 尚之	全国「精神病」者集団運営委員
柑本 美和	東海大学法学部法律学科教授
小阪 和誠	一般社団法人日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構 代表理事
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
藤井 千代	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 部長
<行動制限最小化に係る取組を実施している医療機関の代表者>	
杉山 直也	公益財団法人復康会沼津中央病院院長
水野 雅文	東京都立松沢病院院長

(五十音順、敬称略)

### (3)開催概要

#### <第1回検討会>

- 開催日時 令和4(2022)年10月19日
- 議事
  - (1) 開会の挨拶(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、座長)
  - (2) 本調査研究の概要・今後の進め方(事務局)
  - (3) 取組事例ヒアリング
  - (4) 行動制限最小化に向けた総合的対策
  - (5) 閉会
- 配布資料
  - ・ 議事次第
  - ・ 参加者名簿
  - ・ 資料1 事務局説明資料
  - ・ 神庭委員提出資料1～4

#### <第2回検討会>

- 開催日時 令和4(2022)年12月21日
- 議事
  - (1) 本調査研究の概要・第1回検討会振り返り
  - (2) 先行研究・文献調査について
  - (3) 取組事例ヒアリング 中間報告
  - (4) 総合的対策について
  - (5) 討論・小括
  - (6) 告示改正に係る事項
  - (7) 総合討論
  - (8) 閉会
- 配布資料
  - ・ 議事次第
  - ・ 参加者名簿
  - ・ 資料1 事務局説明資料
  - ・ 参考資料1 先行研究・文献調査結果整理資料
  - ・ 参考資料2 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書(抜粋)
  - ・ 参考資料3 行動制限に係る法律、告示

#### <第3回検討会>

- 開催日時 令和5(2023)年2月17日
- 議事
  - (1) 本調査研究の概要・第2回検討会振り返り
  - (2) 取組事例ヒアリング 中間報告2

- (3) 総合的対策について
- (4) 研修ツールについて
- (5) 討論・小括
- (6) 告示改正に係る事項
- (7) 総合討論
- (8) 閉会
- 配布資料
  - ・ 議事次第
  - ・ 参加者名簿
  - ・ 資料1 事務局説明資料
  - ・ 参考資料1 行動制限に係る法律、告示
  - ・ 参考資料2 株式会社野村総合研究所が実施する行動制限に関する「研究」に対する意見

#### <第4回検討会>

- 開催日時 令和5(2023)年3月17日
- 議事
  - (1) 本調査研究の概要・第1～3回検討会振り返り
  - (2) 取組事例ヒアリング 最終報告
  - (3) 総合的対策について
  - (4) 研修ツールについて
  - (5) 討論・小括
  - (6) 告示改正に係る事項
  - (7) 報告書構成案について
  - (8) 総合討論
  - (9) 閉会
- 配布資料
  - ・ 議事次第
  - ・ 参加者名簿
  - ・ 資料1 事務局説明資料
  - ・ 参考資料1 先行研究・文献調査結果
  - ・ 参考資料2 取組事例集(案)
  - ・ 参考資料3 行動制限に係る法律、告示

## 2. 検討会議論概要

### 2-1 本調査研究の概要・今後の進め方について

本調査研究の概要・今後の進め方について、以下のような意見が出された。

#### (1) 第1回検討会

- ・ 検討会資料からは、大多数の医療機関では行動制限最小化に向けた取組が存在しないようなニュアンスが伝わってくるが、実際には進捗状況の違いがあるというだけでほとんどすべての医療機関で行動制限最小化に向けた取組は存在するものと認識している。
- ・ 好事例ヒアリングから「不適切な隔離、身体的拘束」の内容がどのように明らかになるのか、また、裁判等で違法性が確定している事例については「不適切な隔離、身体的拘束」に該当するものと理解してよいのか。
- ・ 本調査研究を、先行研究で明らかになっている内容をベースに推進しなければ、短期間で良いツールを作成したり、実効性のある支援の方策に行き着いたりすることは難しいものと考えており、先行研究のレビュー等にも取り組んでいただきたい。

### 2-2 取組事例ヒアリングについて

取組事例ヒアリングについて、以下のような意見が出された。

#### (1) 第2回検討会

- ・ ヒアリングに際して、告示等の改正を意識するべきではないか。
- ・ 本調査研究の目的の1つである「行動制限最小化推進のためのツール作成」を見据え、ヒアリング時にツール作成のベースとなる「6つのコア・ストラテジー」をどの程度意識しているのか、「6つのコア・ストラテジー」の浸透における課題等についてお聞きするのが良いのではないか。
- ・ ヒアリングに先立って、ヒアリング先となる医療機関の基礎情報（病床数や、特定入院料の病床等の各種機能の有無、等）や、昨年度の隔離、身体的拘束の実施数、等についての予備調査が必要ではないか。
- ・ 委員の陪席について、分野ごとにまとまる形でチームを作って、各分野の視点から知りたい内容をお聞きするのはいかがか。
- ・ 先進的な医療機関では、開放観察等についてどのような取組をしているのか気になる。
- ・ 行動制限最小化に取り組む前後での患者さんの事故の増減、職員の怪我の増減が特に気になる。具体的な数字が取ればなお良い。
- ・ 後日追加要望を各委員に確認した上で、可能な限りヒアリング項目として反映していただきたい。

- ・ 患者の視点が欠けてしまわないよう留意いただきたい。
- ・ 各施設の取組の違いはあるが、治療文化や風土を変えようという動きがあり、その結果どのような研修をすべきか等の議論が始まり、結果として当事者の視点を大事にするような文化が育まれるという点はどこも共通していた。また、ヒアリングに回答いただいた職員は皆プライドややりがいを持って最小化に取り組んでいる印象を受けた。

## (2) 第3回検討会

- ・ 行動制限最小化には隔離、身体的拘束件数の減少と、1件あたりの隔離、身体的拘束時間の短縮という2つの方向性がある。これまでの報告を見ると件数の減少には触れているが1件あたりの時間短縮には触れていないため、後者についてもデータを整理していただきたい。
- ・ 都立松沢病院の事例で「身体的拘束を選択肢に含めない」という内容があったが、その場合の代替方法についても示していただきたい。
- ・ 「身体的拘束を選択肢に含めない」という発言は「最初から身体的拘束を選択するのではなく、まずは代替法を想定する」という心構えを表したものだとして認識している。行動制限の代替法については取りまとめがなされており、タイムアウト、薬物投与による鎮静等が有名である。
- ・ 第3回検討会資料1-P22（本報告書P.50に該当）、「認知症患者が増加しており、他室訪問や性的逸脱行為など他の患者への影響が及ぶこともある。身体的拘束をしたくないという思いがある一方、他の患者への影響とのバランスのとり方が難しいと感じている」の箇所は、他害防止のための身体的拘束を前提とした記載であり、取組医療機関における課題として取りまとめるのは不適切ではないか。報告書や事例集、研修ツール等においてもこうした記載は避けるべきであり、身体的拘束を隔離と書き換える、該当箇所の書きぶりを修正するといった対応が考えられる。
- ・ ヒアリング実施および資料化・取りまとめにあたっては他害と自殺企図・自傷行為を切り分けて扱うことが必要である。

## (3) 第4回検討会

- ・ 取組事例の中にも病棟ラウンドに関する内容が出てきたように、アセスメントが重要だと考えている。

## 2-3 総合的対策について

---

総合的対策について、以下のような意見が出された。

## (1) 第1回検討会

- ・ 「不適切な隔離、身体的拘束」について、何が適切・不適切なのかという点につき、本調査研究における共通認識を持つておく必要があるのではないか。また、精神医療の現場における告示の解釈についても意識する必要があると考えている。
- ・ 本日取組をご紹介いただいた沼津中央病院は精神科救急病棟を持っており、他の医療機関よりも手厚い人員配置になっている。他の一般的な、人員配置が手薄な医療機関（精神科救急病棟を持っていない医療機関）でどこまでの取組ができるのかという点も示していかないと、実効性という観点からは不十分なものになってしまうだろう。
- ・ 本調査研究では、未来へ向けて今ある状況をどう改善していくのか、が一番のミッションになるものと認識している。本日ご紹介いただいた事例のように、自身の経験からもトップのリーダーシップが一番の特効薬で、そこからあるべき組織風土が徐々に構築できてくるものだと考えている。そのためには、日頃から管理者と職員が信頼関係を構築しておくことや、職員が自分事として患者さんに相対することが重要となる。
- ・ 特に認知症については、介護施設の方が医療機関よりも進んだ取組をしている場合がある。介護施設を見習うべき点は多く、参考となる事例があれば、医療機関以外にも視野を広げて好事例を抽出してもよいのではないかと考えている。
- ・ 本調査研究においては、最小化を総合的に推進する方策の検討が主題だと考えている。手続や要件に関する話をしても行動制限最小化には至らない。本調査研究では「どうやったら身体的拘束しないで済むのか」という話をしたいと考えている。
- ・ 諸外国に目を向けると、精神医療に関する議論には当事者視点が必ず入っており、その点日本ではピアの参加やトラウマインフォームドケア等の取組が決定的に足りないと感じている。代替方策の意味合いに関する議論も必要で、マニュアル的に決めるのではなく個別具体的に、どうすれば身体的拘束をしないで済むのか、ということを考えていくべきである。
- ・ 「急性期の身体的拘束の問題」、「転倒転落の防止の問題」、「慢性期の長期隔離の問題」が特に気になっており、ヒアリングを通じてこれらに関連する内容を具体的に聞き取っていただきたい。ヒアリングで抽出した好事例をいかに周知するかという点も重要である。
- ・ 当事者の立場から「行動制限最小化」ではなく「ゼロ」を目指すべきだと考えている。

## (2) 第2回検討会

- ・ 要件の考え方については、指定医の裁量としてしか理解されていない点が気になっている。あくまで一般医事法理の範囲内で患者の利益になる裁量を専門的な観点から行使するものである。総合的対策の中にはそうした観点を評価する論点が必要である。また、社会モデルという観点から隔離、身体的拘束が存在する理由を改めて問い直すような取組も必要である。患者、医療従事者間のコミュニケーション促進の過程で、当事者



団体との連携やピアサポーター事業等を通じて、クライアントである患者以外の当事者の視点を今以上に含めるようにしていただきたい。

- ・ 総合的対策に関して、「病院側がいかに文化を変えていくか」という話に終始している印象を持った。病院が色々な考えを持った職員をまとめていくのは大変なことで、病院ごとに患者の傾向も異なるため、「病院側がいかに文化を変えていくか」というのも重要な視点だとは思いますが、当事者にとって隔離や身体的拘束は耐え難い経験であり、隔離や身体的拘束はしてはならないものであるという認識を持っていただきたい。隔離や身体的拘束は本来してはいけないものであるという認識のもと、当事者側がどのような方策を求めているのかという視点を今以上に反映していただきたい。
- ・ 総合的対策を講じる上で、まずはいかに動機付けをするか、いかに思い込みを払拭するかという点が重要だと感じた。「コア・ストラテジー」は世界中で用いられている実効性のある方法論だが、現場では「理想的なのだろうが自分たちには実施できない」という所感を持たれているのではないか。ヒアリングの中間報告を見ると、「コア・ストラテジー」を知っているかどうかにかかわらず、その内容に近い取組を実践している医療機関が多い。「コア・ストラテジー」は実践を諦めるような現場から遠い取組ではなく、行動制限最小化に取り組むのであれば自ずと通ることになる取組なのだと思う。
- ・ 行動制限最小化を行うにあたっては、現場の職員がツールを読もうとしないことがそもその問題点であり、今回お示しいただいたような取組事例集を作っていただくことが一案ではないか。行動制限最小化に取り組んでいる病院の先生方が多く講演依頼を受けていることから分かるように、病院内では隔離、身体的拘束を止めたいという意見が強くあるのだろう。
- ・ 動画を作成される際には短いコンテンツを多数作るという形であれば活用してもらえるように思う。隔離、身体的拘束を減らしたいと思っている病院はツールやコンテンツがあれば最小化に取り組むように思うが、そうした意識がない病院もあるため、そこにどうアプローチするかを検討する必要がある。

### (3) 第3回検討会

- ・ 資料全体を通じて、「行動制限最小化」という文言で隔離と身体的拘束をまとめて表記している箇所があり、そうした箇所では他害防止のための身体的拘束を前提とした記載だと読めてしまう。報告書等においては、他害防止のための身体的拘束を良しとする誤解を与えないためにも、隔離と身体的拘束を分けて記載した方が良いだろう。
- ・ 夜間や救急の現場等においては人手が足りない状況が存在しうる。また、人手が足りないことを理由に開放観察を行えない場合もある。こうした現場の実情を報告書等に反映していただきたい。海外の精神科病院と比べ、日本の場合は手薄な人員配置となっていることも明示していただきたい。
- ・ 総合的対策については、医療機関における人手不足の状況に鑑み、医療機関に対する批

判やルールの厳格化といった対応を取るのではなく、医療機関の支援に繋がるような対応を取ることが行動制限最小化に向けて重要であると考え。当事者からの意見は重要だが、医療機関の萎縮を引き起こすことで、行動制限最小化から遠ざかってしまうことのないよう、「医療従事者、当事者、行政等の関係者が同じ目標を見据え相互支援のもと行動制限最小化に取り組む」という、大前提として持つべき視点を総合的対策に加えていただきたい。

- ・ 多くの医療機関は人手不足の状況にありながら最善を尽くしているが、中には行動制限最小化に関心を持っていない医療機関もある。そうした医療機関の取組を促すためには、医療機関同士で取組を共有したり意見交換する場を設けたりすることが一案である。
- ・ 第3回検討会資料 1-P24（本報告書 P.79 に該当）、「患者と医療従事者間の日常的なコミュニケーションの促進」とあるが、重要なのは「信頼関係に基づく日常的なコミュニケーションの促進」であり、そうした表現とすることが適切なのではないか。

#### **(4) 第4回検討会**

- ・ 行動制限については、対象者を問わず重大な問題として捉えるべきだという視点を持っている。こどもなどの要配慮者への対応は各論になるので、今後検討を深めていくことになるだろう。
- ・ 理念として掲げる等して、組織的に行動制限最小化に取り組むことも重要である。日々同じことを繰り返していると、人間というのは感覚が麻痺してくるものである。経営者や管理者などのリーダーが認識を改め、行動制限を受ける当事者の立場に立って行動を振り返る必要がある。
- ・ 本検討会に参加する医療関係者は医師のみだが、海外では行動制限最小化に関する議論には看護師が関与している場合が多い。現状、先進的な医療機関が行動制限最小化に取り組んでいることは分かったが、今後はすべての医療機関が行動制限最小化に取り組む、というところを目指す必要がある。そのためには看護師や当事者等による支援も必要となる。
- ・ 本検討会で議論したものが活用され、行動制限最小化に関する取組が広がっていくことが重要である。

## **2-4 研修ツールについて**

---

研修ツールについて、以下のような意見が出された。

### **(1) 第3回検討会**

- ・ 身体的拘束をされた経験を持つ患者の声や障害者権利条約に関する内容を、研修ツ-

ルに加えるようにしていただきたい。具体的なコンテンツについても年度内に提案したく、提案内容については報告書等に反映していただきたい。

- ・ 第3回検討会資料 1-P29（本報告書 P.50 該当）、「3. なぜ今するの？行動制限最小化」のパートを医療機関と当事者で半分ずつ担うのであれば、当事者の声を届ける時間は2分半ということになり、短すぎる印象を受けるため、もう少し当事者のパートを増やしていただきたい。
- ・ 研修ツールはパートごとに切り分けて個別活用される場面もあると聞いているため、すべてのパートに当事者の声を含めるようにしていただきたい。
- ・ 医療従事者向けの研修で講演した際に、地域で元気に暮らしている当事者を見たことがない医療従事者が全体の8割程度いるように感じたため、研修ツールの中で、地域で元気に暮らしている当事者の姿を見せることも重要だと考えている。

## 2-5 告示改正に係る事項について

---

研修ツールについて、以下のような意見が出された。

### (1) 第2回検討会

- ・ 3要件を明示することには賛成である。
- ・ 要件だけを見直すことには反対である。要件だけではなく当該基準告示の基本的な考え方についても見直していただきたい。基本的な考え方や遵守事項に「本来はゼロであるべきもの」という表現を入れていただきたい。
- ・ 「多動又は不穏が顕著である場合」の要件について、特に「不穏」という表現はあくまで第三者から見た状態を示すもので、当事者にとっては不安が大きく何かに怯えている状態である。不穏の背景にある要因を考えると、説明しがたい不穏という言葉は削除すべきだと考える。
- ・ 告示をめぐる様々な意見が交わされる中、合意に至ったこと自体は前向きに受け止めたいが、当事者の立場を理解していただいているのであれば、「身体的拘束をするためにどうすれば良いのか」という議論をしてはならないと考えている。
- ・ 告示は「条件を満たせば身体的拘束することができる」という書き方になっており、当事者としては不本意な内容であるし、身体的拘束を行う側は条件を満たせば身体的拘束してよいのだと受け取られかねないため、「条件を満たさなければ身体的拘束をしてはならない」という書き方に改めていただきたい。
- ・ 告示の基本的な考え方には「初回政府審査にかかわる総括所見では、精神科病院における障害者の隔離、身体的拘束、化学的拘束など、そのような行為を正当化する法律についての懸念が示され、不当な扱いを生み出しているすべての法的規定を廃止することが勧告された。障害者権利条約の実施について講ずるべき措置の検討結果が出されるまでの当面の間は、不適切な身体的拘束等の行動制限をゼロにするための取り組みを

本告示の下で進めていくことが必要である。」という文言を加えていただきたい。

- ・ 2028年をめどに、精神障害者を要件とした身体的拘束を制度として無くすことが必要であるという点をご確認いただきたい。
- ・ 従来「固定」とされてきたものの中には身体的拘束に位置付けられるべき行為も含まれているということを確認していただきたい。
- ・ 抑制や固定についても3要件の対象であることを明らかにする必要がある。
- ・ 「実施に当たっての遵守事項について」の箇所に「身体的拘束に当たって、実施の理由を可能な限りよく説明すること」とあるが、例えば処遇改善請求を申し立てる権利等についても説明する必要があるのではないかと、また、患者本人に説明するだけで良いのか、ということについてもご検討いただきたい。
- ・ 現行の告示記載には「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。」とある。身体的拘束の開始時に3要件がすべて揃うことは考えづらいため、実務上は開始の段階では切迫性や非代替性について考慮し、常に点検をしながら代替の方法が見つければ身体的拘束を解除する、という考え方になるのではないかと。

## (2) 第3回検討会

- ・ 告示内に「精神の病気や精神障害による身体的拘束は、将来的にはゼロが目指されるべき」という文言を追加すべき。
- ・ 当事者の構成員から「精神の病気、精神障害を利用とするいかなる身体的拘束についても反対であり、ゼロ化を求める」という旨の発言があった旨を報告書に記載してほしい。
- ・ 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書 P35と同様に、当事者の立場の構成員から、隔離・身体的拘束については、医療・保護の観点から必要な場合があることに関し、制度としてそうした仕組みとされている点は認識しているものの、患者にとっては、経験するに耐え難い苦痛・感情を伴うものであり、適切であるか不適切であるかを問わずゼロを目指すべきである旨の記載を、本調査研究の報告書等にも記載してほしい。
- ・ 要件の明確化に伴い、患者の生命を守ることが難しくなるような懸念がある場合は慎重に検討する必要がある。
- ・ 代替性（「身体的拘束以外によい代替方法がなく、やむを得ない処置として行われるものである」）については不遵守の懸念があり、代替方法がないことをどのように証明するのか等も含めて、改善に向けた継続検討が必要である。
- ・ 医療従事者が持つ「必要なケアを安全に届けたい」という思いが告示には反映されておらず、今後論点として取り上げるべき内容だと考えている。

- ・ 第3回検討会資料 1-P31（本報告書 P.87 に該当）、「手続きを満たせば行動制限を行ってもよいという誤解を招かないよう、要件を満たす場合に限られる旨を明記する。」という記載のうち、「要件を満たす場合に限られる」という箇所が分かりづらいため、「要件を満たさなければ行うことができない」という表現への変更を検討してほしい。
- ・ 障害者権利条約の初回対日審査に関わる総括所見には、障害を理由とした行動制限の法的規定の廃止について記載されており、このことについて報告書等において言及していただきたい。また、第210回臨時国会で成立した障害者関連法の附帯決議には、当該総括所見に基づく検討を多様な障害当事者の意見も踏まえ行うことと記載されており、このことについても報告書等において言及してほしい。
- ・ 当事者の構成員から「多動又は不穏が顕著である場合」等の告示上の対象患者の記載について削除していただきたいという意見が出ていたことを、報告書等に記載していただきたい。
- ・ 人員配置等の理由からゼロ化を目指すことが現実的でない医療機関も存在しており、告示において「ゼロ化」という文言を扱うかどうかは慎重に判断すべきである。研修等において告示改正に関する議論の経緯を紹介し、議論に上った当事者の思いや意見にも触れるという形を取るのはいかがか。
- ・ 他国は障害者権利条約を念頭に置き、身体的拘束等の手続の厳格化を行っている。それと比較すると、現行告示の遵守事項は曖昧な記載が多いため、明確化することが必要である。記載が明確でない箇所については、疑義照会の内容を公表してほしい。医療現場では遵守事項を拡大解釈しているような例も見受けられるため、そうした例を無くすための議論も今後必要である。

### (3) 第4回検討会

- ・ 告示内に「精神の病気や精神障害による身体的拘束は、将来的にはゼロが目指されるべき。」という記載を加えることについて、本日ご出席いただいている委員の皆様からご意見をいただきたい。
- ・ 一意見としての掲載ではなく、コンセンサスを得た提言という形で「精神の病気や精神障害による身体的拘束は、将来的にはゼロが目指されるべき。」という記載を加えていただきたい。
- ・ ヒアリングでも身体的拘束をされる側の立場に立ってみる重要性が語られていた。今すぐではなくとも将来的にはゼロを目指すべきだと考えており、告示にそれを記載するのは重要なことだと考えている。
- ・ 将来的に行動制限ゼロを目指すことに対しては賛成である。
- ・ 「ゼロを目指す」と言うだけで将来的に身体的拘束がなくなるとは思えない。具体的などのような代替手段を取るべきか、また、やむを得ず身体的拘束をした場合にどうリカバーしていくのか等について考える必要がある。

- ・ 現状の看護体制では人員が足りず、患者をマンツーマンで見ることができないため、身体的拘束をゼロにするのは難しいのではないかと。約 20 年前にはほとんど理解されていなかった認知症も今ではかなり理解が進んでおり、精神障害についてもまずは国民が自分事として考えることが重要である。
- ・ 「ゼロを目指す」という言葉を使わないと行動制限最小化の取組は進捗しないものと思っている一方で、悔しいが身体的拘束しないと重大リスクを回避できない場面もある。身体的拘束なしには重大リスクを回避できない医療現場のスキル不足も痛感している。告示に「ゼロ」という文言を載せるのは、もう少し議論を重ねてからではないかと思っている。
- ・ 隔離、身体的拘束のない精神科医療を目指し、医療を進歩させていく必要がある。隔離、身体的拘束が必要ない段階で治療を受けられる、偏見や差別のない社会を願っているものの、報告書に「ゼロを目指す」と書くと、隔離や身体的拘束は病院の中だけで解決できる問題で、それが解決できていないのは病院の問題である、という誤解を生む懸念がある。
- ・ 「精神の病気や精神障害による身体的拘束は、将来的にはゼロが目指されるべき。」という記載を加えるか否か、「多動または不穏が顕著である場合」という記載を無くすか否か等について、継続検討が必要な事項とし、現時点でコンセンサスが得られた事項と継続検討が必要な事項を分けて記載いただきたい。今後の検討課題として、障害者権利条約の勧告を踏まえた今後の見直し、国連障害者権利委員会が出した 14 条に関するガイドラインについて、初回政府審査に係る総括所見の内容について、精神保健福祉法の附則第 3 条および付帯決議について、といった内容を含んでいる。「多動または不穏が顕著である場合」という記載については検討会の中で議論を尽くしておらず、3 要件を満たさなくても身体的拘束の指示に至った例も散見される。告示に医学用語が含まれると読み手がその表現の影響を受けてしまう点や、「多動または不穏」という表現は身体的拘束の要否を判断する上であいまいである点が問題であると感じている。

## 第3章

### 文献収集





## 2. 調査結果

### 2-1 令和2年度 持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究:

#### 精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究

##### (1) 研究分担者

杉山 直也氏

##### (2) 背景と目的

精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限（隔離・身体的拘束）量は増加傾向で推移してきた。その本来要因は治療文化や医療技術、医療安全意識の変化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられ、実態調査では把握しにくい。本研究の将来目標は、本質的な行動制限最小化の実現にあり、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念や方法論を軸とした種々の実効的方策の普及を目指し、そのために必要な関連事項の整理や提案を目的とした。

##### (3) 対象と方法

対象及び方法について以下の通りとした。

1. 行動制限量に影響する本来要因について、最小化理念の普及を兼ねた看護職員を対象とした意識調査アンケートの実施
2. 必要なモニタリング体制の構築
3. 先行的な取り組みを参考とした都道府県単位の行政主導による最小化法の普及モデルの確立
4. エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索

##### (4) 結果

結果は以下の通りである。

1. 日本精神科看護協会の協力を得て WEB アンケートを実施中
2. 専門性を有する協力研究者により、様々なモニタリング案を検討中
3. 行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージ案についての意見交換
4. さらなる最小化手法の例示および討議

##### (5) 考察

いずれも、研究途上にあり、成果の提示に至らないが、順調に進捗し、有意義な検討が実施されている。

## 2-2 令和3年度 持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究:精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究

---

### (1) 研究分担者

杉山 直也氏

### (2) 背景と目的

精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限（隔離・身体的拘束）量は増加傾向で推移してきた。その本来要因は治療文化や医療技術、医療安全意識の変化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられ、表面的な医療実態の調査のみでは把握しにくい。本研究の将来目標は、本質的な行動制限最小化の実現にある。そのため、わが国特有の課題や要因を明らかにしたうえで、合理的な解決策が何かを突き止め、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念や方法論を軸とした種々の方策等を整理し、必要な行動制限最小化活動を推進するための普及策の開発を目指した。

### (3) 対象と方法

以下により研究を実施した。

1. 研究会議等による討論
2. 看護職員を対象とした実態調査（行動制限量に影響する本来要因について、最小化理念の普及を兼ねた意識調査アンケートの実施）
3. 精神保健福祉資料を活用したモニタリング体制の構築、
4. 都道府県単位の行政主導による普及モデル「確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）」の確立
5. エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索  
また、追加的に以下の一部実践を試みた。
6. 普及活動の実践

### (4) 結果

結果は以下の通りである。

1. COVID-19 パンデミックにより研究会議等は全てオンライン開催となったものの、十分な検討を行った。
2. 日本精神科看護協会の協力を得て WEB アンケートを実施し、845 の回答を得た。日常業務で行動制限に遭遇し、経験値の高い専門職を多く含む集団による回答と考えられた。結果を集約すると、行動制限について回答者は深く葛藤しており、問題意識は高く最小化に積極的、外部批判に冷静であるものの、決定的な人員不足、教育不足、知識不足を実感し、物理的・環境的な阻害要因を認めた。近年の行動制限の増加要因を治療文化や医療技術と認識する割合は少なく、コア・ストラテジーに見る最小化理念への理

解、本質的な最小化活動や行政支援の重要性に関する認識は高くはなかった。以上のように、わが国の行動制限最小化活動には課題を認めた。

3. モニタリングにおける行動制限指標は、政策的な有用性から「行動制限割合」を採用した。精神保健福祉資料の定義変更により、都道府県毎のデータシートには年代、診断カテゴリー別等、多面的な評価が可能な仕様を設定、また、全国状況との対比が可能なベンチマーク方式を採用した。
4. 政策パッケージ（案）は、作業チームを組織し、海外の先行資料を参照して、活用マニュアル、教材、ベンチマーク指標、マトリックス表で構成される成果物を策定した。
5. さらなる最小化手法の検討では、複数の有力事例を抽出し、研究会議にて討議した。
6. 普及活動の実践では、研究代表者の企画による行政職員向け研修会等、複数の機会を得てその試行等を行った。

## **(5) 考察**

調査結果より、行動制限の実施とは従事者にとって心的負担を要す業務であること、わが国の行動制限最小化活動が十分ではない事実が判明した。精神科医療における人員配置不足は行動制限最小化課題に関して決定的な要因であり、標準的な最小化活動を阻害する大きな理由であった。現場従事者の問題意識や向上意欲はあるものの、本来的で必須の合理的かつ実効的な最小化活動に関する知識も、それを学習し体得する機会も限られており、そのため課題への本来的認識や最小化活動の意義に関する理解も浸透せず、治療文化の醸成や治療技術の向上は未分化と考えられた。行動制限最小化課題に対する行政支援や取り組みは、学術知見の点からも、法的な解釈からも、その運用の点からも必須と考えられるが、その考え方自体が定着しておらず、関係者の認識は希薄であった。

わが国の行動制限課題の実態は最小化活動の不足に集約され、その対策は、判明した課題を補うべく、モニタリングという科学的合理手法を援用し、検証された実効的な最小化活動を推進し、それが可能となるように環境を整えることが合理である。そのためこの普及を推進し、それを実装するための学習機会や教材、環境を整え、担当行政と医療現場が協調して取り組むことによって実効性のある成果が期待できると考えられる。一方、現在適用基準の見直しの議論が進められているが、最小化活動の普及啓発や人員不足への対策を行わないままに臨床現場側の裁量幅を狭小化することは、医療安全に少なからず影響を及ぼす可能性があることにも留意する必要がある。行動制限指標としての「行動制限割合」は、治療期によらない代表性に優れた指標であり、データシートにおける仕様の工夫や、ベンチマーク方式はモニタリングの意義を高めた。わが国の行動制限最小化課題に対する具体的な対策となる、政策パッケージ（案）の策定は、研究会議にて良好な評価を得た。対策的な要素を包括し、深刻な現状課題に対する合理的かつ集約的対策手段の設定までを実用的成果として調整できたと考える。

さらなる最小化手法の探索については、いくつかの魅力的な事例が抽出され、今後の制度

化等の環境整備の有用性が考えられた。普及活動の実践では研究班としての限界があったが、実際の従事者の理解度や全体的な意識改革、治療文化の醸成の必要性から、今後より大規模な普及策による行動制限最小化活動の推進が期待された。

## **(6) 結論**

前身研究の成果、および親研究の目的をふまえ、精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究を実施した。わが国の行動制限最小化課題の本質に踏み込んだ調査にて、本来的な最小化活動が浸透していない実態と、人員や認識の不足など、その要因が明らかとなった。本課題については、わが国特有の特徴に相応した合理的な対策が求められ、そのために必要な、精神保健

福祉資料を活用したモニタリング体制を構築し、都道府県単位の行政主導による普及モデル「確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）」を策定した。今後のより大規模な普及および対策の取り組みにより、本来的な最小化活動が推進され、実効性のある成果が期待される。

## 2-3 令和3年度障害者総合福祉推進事業 行動制限最小化委員会の実態に関する研究

---

### (1) 研究担当者

公益社団法人 日本精神科病院協会

### (2) 事業目的

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（行動制限最小化委員会、以下委員会）において入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行うことが求められる。しかし、同委員会の活動状況に関する調査が不足している。本事業は、行動制限最小化委員会の実態把握を行うとともに成果物の収集・公表を行い、行動制限の最小化を推進することを目的とする。

### (3) 研究概要と手法

#### 1. 研究対象

公益社団法人日本精神科病院協会（以下、日精協）の全ての会員病院（1,186病院）と精神病床を有する国立・自治体立等病院（以下、自治体病院）の全ての病院（431病院）の計1,617病院を対象とした。

#### 2. 研究方法

対象施設にアンケート形式の調査票をメール、郵送等で送付し、記入後返送して頂き、集計・分析を行った。およそ6割の病院からの回答を目標とした。調査内容は、行動制限最小化委員会の実態を把握するため、(1)委員会の構成について (2)委員会の活動実態について (3)委員会の対応内容についての項目について全国調査を実施した。研究期間は、令和3年9月末から令和4年3月31日であった。

#### 3. 好事例の収集

アンケート調査結果から、行動制限最小化委員会の活動が他の病院に参考になるような好事例を抽出し、オンラインによるインタビュー形式で活動の詳細を確認した。

#### 4. 行動制限最小化委員会の活動に資するためのマニュアル作成

アンケート調査結果をもとに、行動制限最小化委員会の理念と目的、設置の根拠、構成員、活動内容、定例会議の開催、議事内容、データの活用、参考となる学術や公的資料等の内容からなる行動制限最小化委員会の活動に資するためのマニュアルを作成した。

#### 5. 倫理的配慮

個人情報の取扱いについて十分に検討し、病院、病院名は公表しない。本事業内容では、個人情報の扱いはないので、日精協の倫理会議の審査は不要と判断した。

#### (4) 事業実施結果

日精協会員 596 病院 (50.3%)、国立・自治体立等病院 131 病院 (30.4%) の計 727 病院 (45.0%) から回答を得た。事例報告は、日精協会員病院から 375 件 (79.4%)、国立・自治体立等病院から 97 件 (20.6%) の計 472 件が得られた。病院の基礎データでは、平均病床数は 300 床、6 割の病院が 4 病棟までで、5 病棟以上の病院が 4 割を占めていた。開放病棟のみが 29 病院 (4.0%)、閉鎖病棟のみの病院が 4 割を占めた。年間の新規入院者数 (令和 2 年 1 月～12 月) の平均は 280.1 人、医療保護入院者数の平均は 133.6 人、応急入院者数の平均は 2.6 人、措置入院者数の平均は 6.3 人である。半数弱が非自発入院であった。保護室数 (施設可能な個室) では、なしと回答したのが 40 病院 (5.5%)、平均が 9.3 室、最大 81 室であった。行動制限最小化委員会を有する病院が 709 (97.5%)、電子カルテを使用しているのは 345 病院 (47.5%) であった。

##### 1. 行動制限最小化委員会の構成についての質問

委員長は 9 割弱が医師であり、看護師、精神保健福祉士が担っている病院もある。構成員は、最小 3 人、最大 47 人、平均 11.2 人で、医師が入っていない病院はない。看護師は、最大 35 人、平均 5.9 人、専門看護師および精神科認定看護師が構成員になっている病院が 1/4 であった。精神保健福祉士は殆どの病院で構成員になっており、最大 10 人、平均 1.3 人であった。8 病院で当事者が、1 つの病院で当事者の家族が入っていた。4 病院で弁護士が構成員になっていた。委員会に下部組織があるのは 1 割、下部組織に医師が入っていることは少なく、殆どの病院では下部組織に看護師が入って活動している。

##### 2. 研究対象

1 ヶ月間の委員会開催数 (令和 3 年 4 月～7 月の 4 ヶ月間の平均) は、1～5 回が 688 病院 (99.4%) で、最大 4.5 回、平均 1.1 回であった。平均開催時間は 21～40 分が最多の 333 病院 (47.0%)、最長 240 分、平均 32.7 分であった。勤務時間内に実施しているのが大多数であるが、勤務時間外が約 5% であった。最小化委員会の審議内容は、ケアの質や安全性についての直接的な検討であるため、看護師のケア時間に含めることが本来であると考えられる。司会者は半数で看護師が行い、医師は 1/4 であった。主に発言する職種は、看護師が 6 割、医師は 3 割であった。「医師の積極的な関与・発言はあるか」の質問には、9 割が有であったが、1 割の病院では「ない」と回答している。委員会で取り上げる対象の病棟数は、病院全体の病棟数にもよるが、最大 14 病棟、平均 3.9 病棟、19 病院が 10 病棟以上を対象としていた。委員会で取り上げる隔離患者数は 8 割の病院が全員を対象とし、隔離患者数は、3 人未満が 201 病院 (28.3%)、3～6 人が 179 病院 (25.2%) であり、最大 102 人、平均 10.1 人であった。50 人以上を対象としているのが、17 病院であった。委員会で取り上げる身体的拘束患者は、全員を対象としているのが 582 病院 (82.1%)、委員会で取り上げる身体的拘束患者数は、3 人未満が 341 病院 (48.1%)、3～6 人 : 149 病院 (21.0%) で、最大 106 人、平均 7.3 人である。50 人以上を対象としているのが、11 病

院あった。殆どの病院で、定型的な議事録、行動制限最小化委員会の規定・規約があり、行動制限最小化委員会のマニュアルを整備しているのが、513 病院（72.4%）であった。

### 3. 行動制限最小化委員会の対応内容についての質問

654 病院（92.2%）が委員会で行動制限最小化の何らかのアクションをしている。331 病院（46.7%）と半数の病院で、病棟のラウンドを行っている。殆どの病院が、隔離・拘束に対しての知識・情報の提供を行っており、602 病院（84.9%）で隔離・拘束に対しての技術支援をしている。隔離・拘束症例に対しての勧告や介入をしているのは、557 病院（78.6%）と 8 割を占め、勧告や介入に対して、「実際に是正されたことがある」と回答したのは、489 病院（87.8%）であった。研修会の企画は、624 病院（88.0%）で行っているが、委員会で年度目標を立てて活動し、年度末に総括しているのは、291 病院（41.0%）に留まった。441 病院（86.0%）が、マニュアルの見直し、改定を行っている。隔離・拘束に関わった方への労いを行っているところは、341 病院（48.1%）と半数、隔離拘束エピソードのデブリーフィング（振り返り）を行っているのは、462 病院（65.2%）であった。678 病院（95.6%）が、一覧性台帳を利用しており、さらに病院独自の集計をしているところは、485 病院（68.4%）。394 病院（55.6%）では、隔離・拘束のデータを院内掲示や職員に通知をしている。電子カルテを導入している病院では、283 病院（83.7%）が電子カルテの機能を活用しており、21 病院（6.2%）が電子カルテの患者情報を記録した何らかのデータ分析ツールを導入していた。「行動制限最小化委員会において何に力点を置いていますか」の質問で、最も多いのは、「職員同士の情報共有、連携」、次いで「精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解」であった。逆に少ないのは、「委員会活動の充実」「医師の積極的な関与」であった。一方、「行動制限最小化委員会において何が足りていないと思いますか」の問いの最多は、「委員会活動の充実」で、次いで「精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解」「職員同士の情報共有、連携」であった。「医師の積極的な関与」を挙げる病院が多いと予想したが、そうではなかった。委員会の活動で行動制限の最小化に繋がったことがあると回答したのが 606 病院（85.5%）に上った。

### 4. 事例報告・好事例の収集

321 病院（44.2%）から、行動制限最小化の事例を報告して戴いた。内容別では、「委員会の活動内容について」が最多で 222 件（47.0%）であった。また、自治体立病院から 1 病院（岡山県精神科医療センター）、日精協会員病院から 4 病院（公益社団法人岐阜病院、社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院、医療法人仁精会三河病院、社会福祉法人天心会小阪病院）を抽出して、計 5 病院から、オンラインを用いたインタビュー形式で、好事例を収集した。

### 5. 行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル

行動制限最小化委員会の理念と目的、設置の根拠、構成員、活動内容、定例会議の開催、議事内容、学術や公的資料等の内容

からなる「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を作成した。それぞれの項

目に、アンケート調査結果を入れて参考になるようにした。

## (5) 考察

行動制限最小化委員会は、医療保護入院等診療料を算定するために必要があるのではなく、精神科病院に入院する患者は病状によって本人の意思に反した行動制限をしなければならない時もあり、患者の人権や意思決定を尊重し、行動制限を最小にするために委員会があるのだということを、はじめに明記する。

「行動制限最小化委員会の構成について」の質問項目では、委員長は、9割弱が医師であった。2割の病院で専門看護師および精神科認定看護師が入っていた。また、リンクナースという看護師が構成員となって、各病棟や委員会と病棟との橋渡し役をしている病院も見られた。精神保健福祉士の活動が効果的に作用しているという評価もあったが、活動が見られないという記述もあった。行動制限最小化を「間接的に担う」職種としての積極的関与が求められる。8つの病院では病院職員以外の当事者が構成員になっており、4病院では弁護士1人が入っていた。精神科病院は、外部から遮断されて透明性がないと思われるがちなので、外部委員を入れても良いだろう。1割の病院で委員会に下部組織があり、看護師主体である。医療安全委員会所属の看護師が構成員になったり、下部組織にCVPPP委員会があるのは、患者行動制限と医療安全の関係から考えると、良い方法である。

「行動制限最小化委員会の活動実態について」の質問項目では、委員会の開催は、平均月1回、開催時間は、大部分が1時間以内である。勤務時間内の実施が大多数であるが、勤務時間外が約5%であった。最小化委員会の審議内容は、ケアの質や安全性についての直接的な検討であるため、看護師のケア時間に含めることが本来である。委員会で取り上げる隔離患者と身体的拘束患者を全員に行っているのはどちらも8割で、身体的拘束がより行動制限が高度で全員を取り上げる病院が多いと予想されたが、同じであった。3割弱の192病院が委員会のマニュアルがないと回答しているので、本事業で作成した「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を活用し、行動制限最小化委員会の活性化に結び付けていただきたい。

「行動制限最小化委員会の対応内容について」の質問では、殆どの病院で、委員会が隔離・拘束に対しての知識・情報を提供し、8割以上が隔離・拘束に対しての技術支援をしている。隔離・拘束症例に対しての勧告や介入をしている病院が8割弱あり、9割で勧告や介入に対して、実際には是正されたことがあった。委員会が行動制限最小化に向けて大きく寄与している証である。また、隔離・身体的拘束に対し、医師・看護師のみの視点ではなく、他職種や外部委員を含めた第三者の視点が生かされた病棟ラウンドを実施している病院は約半数であった。殆どの病院で一覧性台帳を利用していた。

行動制限最小化委員会において力点を置いているのは、「職員同士の情報共有・連携」で、行動制限最小化委員会において足りていないと考えているのは、「委員会活動の充実」であった。「看護師の積極的な関与」が足りていないと思う病院は少なく、行動制限最小化委員会では看護師の役割が大きいと思われた。本調査で、321病院から472件に及ぶ事例報告



が寄せられたのが目を引いた。委員会が、既存のシステムと巧みにつながり、行動制限最小化に関する重層的な立体構造の拠点となるような組織づくりが指向されていた。委員会は多職種多部署で構成され、病棟とは距離のある第三者的機関とし、さらに、医療安全・記録・教育・感染防止対策等の委員会と連携できる体制を敷いていた。最小化の実践技術の底上げを図るとともに、全職員に向けて理念を浸透させようとしていた。

好事例 5 病院の調査では、各病院とも看護師がその活動の中核をなし、行動制限最小化に向けて奮闘し、臨床の中で大きなジレンマを抱えている様子も再認識できた。「行動制限最小化計画書」による行動制限最小化の他、患者のストレングスを見出す取り組みもあった。

また、行動制限最小化には、病院管理者のリーダーシップの重要性が浮かび上がった。「拘束ゼロ作戦」の発出や行動制限最小化で秀逸な成果をあげた病棟に対し、理事長賞の授与に繋げている病院もあり、参考事例として有意義な取り組みである。

一方、組織づくりの阻害要素も挙げられた。委員の積極性に関する課題、長期の隔離・身体的拘束実施者に対し新しい視点で意見が出ないという課題、それらの帰結ともいえる委員会の停滞や形骸化である。

精神科病院での患者処遇にあたっては、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基準（厚生省告示第 130 号、昭和 63 年 4 月 8 日）を遵守する必要がある。加えて、障害者権利条約第 14 条に「身体的自由及び安全」の項目が明記されており、精神科医療においても、障害者権利条約を念頭におかなければならない。

精神科病院に入院する際には、本人の意思で入院する任意入院にするのが第 1 であるが、行動制限最小化委員会の役割として、非自発入院者の入院形態についての検討も必要である。

今回の調査と「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」の活用が、我が国の精神医療における行動制限の最小化に結び付くことを、心から祈念するものである。

## 2-4 .精神看護 2020 年 3 月号

### 松蔭病院の身体合併症病棟における行動制限最小化の取組事例

---

#### (1) 松蔭病院（愛知県名古屋市）の基礎情報

- ・ 精神科単科の病院。精神科救急入院料病棟から亜急性期、慢性期、身体合併症病棟があり、合計 619 床。
- ・ 認知症専門治療病院も併設し、BPSD が激しい患者が転院してくる場合もある。
- ・ 長期入院患者の高齢化で、認知機能や筋力が低下し ADL が落ちている患者が多く、内科的な治療の必要性が高い患者も多い。

#### (2) 身体合併症病棟における最小化取組前の様子、取組のきっかけ

- ・ ADL や認知機能の低下から車いすを使用している患者、内科的疾患により点滴、経管栄養を行っている患者がほとんどを占めており、取組当初の段階で身体的拘束を行っている患者は病棟内の約 8 割を占めていた。
- ・ 拘束の主な目的は転落防止や自己抜管防止等。老年期患者の身体状態は悪化すると不可逆性な場合が多く、そのため一度拘束を行うと解除するという発想になれず、拘束が患者の療養生活の一部になっていた。スタッフも身体拘束を解除するという意識は低く、拘束を行うことへの疑問も少なく尊厳への配慮が決して高いとは言えない状況だった。
- ・ 認定看護師が声を上げたことが取組のきっかけ。看護師長は当初懐疑的だったものの、自身の見守りのもと拘束を解除してみたところ上手くいく事例が多く、拘束解除の対象者を広げ取組を推進するに至った。

#### (3) 立ち上げ～浸透

- ・ 人数が少なく密なコミュニケーションをしやすい夜勤で考え方の共有を行ったり、スタッフへのフィードバックを行ったりし、最小化への賛同者を少しずつ増やしていった。
- ・ 拘束解除に取り組むため、経鼻胃管から経口摂取への切替にトライしたところ上手くいく患者の例が見られた。「拘束を外せるだけでなく患者の状態も良くなる」という認識がスタッフに広まり、取組が浸透するきっかけになった。
- ・ 各患者の拘束に関するアセスメントを行い、拘束を行う「患者要因（点滴や経管栄養、過去の転倒転落の有無、等）」に加え「医療従事者の要因」も考えるようにした。その結果「リスク重視」「知識不足」というようなスタッフ側の課題も見えるようになり、拘束が現在の患者の状態と照らして妥当なのかを見直すきっかけになった。
- ・ 拘束をしないことが病棟の常識になったと思えるようになるまで、取組開始から 1 年ほどかかった。

#### **(4) 職員の不安の取り除き方**

- ・ 一気呵成に押し進めたり、スタッフに無理をさせすぎたりすると取組は長続きしないという考えのもと、スタッフには「危ない、怖いと感じたら行動制限をしましょう」と声を掛けていた。
- ・ 看護師長がスタッフと直接話をする機会を多く設け、心配事を相談しやすい空気を作ったり、患者の拘束解除を促したりすることに努めた。
- ・ 2週間に1回程度の頻度で病棟内のカンファレンスを実施し、患者ごとの評価、拘束解除の方針を話し合う際にはスタッフ全員の意見を聞くように努めた。慎重派の意見も尊重し、意見が割れた場合には「全面解除ではなく何分に1回解除する形を取る」等、間を取るような形で意見をまとめた。最小化を強権的に押し進めず皆の意見を尊重することで、上手くいった場合に成功体験を共有しやすいという利点があった。

#### **(5) ソフト面・ハード面の工夫**

- ・ 点滴や経管栄養から経口摂取に移行できると拘束の必要性がなくなるため、嚥下機能訓練等に注力している。
- ・ 車いすの固定ベルトを使用している理由の多くは座位保持ができない、拘縮がありフットレストに足が届かない、といったものだったため、滑り止めシートを背中に当ててずれ落ちを防止したり、足元に台座を置いて座位を安定させたりして固定ベルトを解除していった。
- ・ 点滴の自己抜去防止のため、点滴自体をなるべく目につかないようにする、ルートは外に出さず服の中を通す、刺入部を包帯で隠す、といった工夫を行いミトン等による拘束を解除していった。また、毎回抜き差しで点滴を行うと患者は痛くて動いてしまい、それが抑制に繋がるため、抜き差しせずに留置することも行っている。

#### **(6) 利点・課題**

- ・ 身体拘束を行った場合、筋力低下や褥瘡、心肺機能の低下等、患者に内科的な弊害が起こることは認識していたが、不安や
- ・ 怒り、自尊心を傷つけ認知機能の低下が進む等、精神的、社会的弊害もあることはあまり見えておらず、それらについても考えられるようになったのは取組の成果だと言える。
- ・ 取組開始から約3年後の2020年時点で、先導役を担った認定看護師は病棟を移動し、取組開始当初の在籍スタッフも病棟移動等で半数程度しか残っていないが、最小化の取組は現在でも続いており、「最小化が当たり前」という病棟文化が醸成
- ・ されている。

## 2-5 精神看護 2021年5月号

### 「身体拘束最小化」をしていきたいがどうしてもできない部分

---

#### (1) ふらついて危ないからと車椅子ベルトを装着し、そのまま座らせている時間が長く、筋力が落ち、ベルトが外せない状態に。(江戸川病院(千葉県野田市))

- ・ 松蔭病院の場合は「5分外して、そばで見守る」ことから始めた。転倒があればすぐに拘束し、また5分から始め徐々に時間を延ばしていった。(アドバイザーは松蔭病院 認定看護師)
- ・ 5分拘束を外す際は1人のスタッフが常に注視しておくのではなく、スタッフルーム等多くの目があるところで、事務作業を行いながらでも良いので隣につくような形を取った。
- ・ 排泄の介助の一環で、歩いてトイレまで行くことで筋力のリハビリを図ることも一案。排泄が自立すると患者の自尊感情が高まるという効果も期待できる。

#### (2) 転倒すると、付いていたスタッフが責められる雰囲気。それも拘束外しに挑戦できない原因に。(笛吹中央病院)(山梨県笛吹市))

- ・ 松蔭病院の場合、インシデントレポートは上司に報告の上、医療安全委員会へ提出するが、委員会からの確認は行っていない。
- ・ アクシデントレベルになるとスタッフ個人に確認を行う必要があるが、「転んで骨折をしたけれど、あなたは患者さんの自尊感情を保つために外したんだよね」というように、拘束を行うことの目に見えない弊害に触れつつ、スタッフを肯定するような一言を添えるよう心掛けている。

#### (3) 一度拘束したら、外すためのカンファレンスが開かれにくい。(江戸川病院(千葉県野田市))

- ・ 松蔭病院の場合、定期的なカンファレンス実施以外にも、スタッフ2、3人がベッドサイドや廊下で集まり井戸端会議のような形で拘束解除の可否についての話し合いを行った。話し合うことでどんな決定をしても皆の責任が生まれる、という点が重要で、「拘束解除しない」という結論になっても良い。
- ・ 何度話し合ってもスタッフが拘束解除を躊躇してしまうようなケースの場合は、認定看護師の活動として看護師長の承認を得て、拘束解除に向けて動き出すようにしている。
- ・ 拘束解除すると患者が良くなっていく過程が見えるため最小化推進派が増え、病棟文化も変わっていく。
- ・ 病棟の中堅層を担う慎重派のスタッフには、行動制限最小化委員会や研究会等に参画してもらい、役割を担ってもらうことで意識が変わり、最終的に推進派に転じるという結果になった。

**(4) 指導者がいなさすぎる。(江戸川病院(千葉県野田市))**

- ・ スタッフの入れ替わりが多く、認定看護師もいないような場合は、Web 会議ツール等を使って外部の有識者、経験者にアドバイスをもらうことが一案。そうした交流の機会が増えていくことを期待している。

**(5) 医療安全や、職員ができることの限界を考えると、どう考えていけばいいのかわからなくなる。(笛吹中央病院(山梨県笛吹市))**

- ・ 松沢病院でも超急性期に必要なだと判断した拘束は行っているが、「こういう状態になったら外す」ということをあらかじめ決めている。また、拘束した後も拘束解除を話し合うカンファレンスを毎日行っている。他院では「こうなったら外す」を決めずに拘束を始めてしまう場合が多い。
- ・ 松沢病院のように「拘束しない」同意書を作り、家族の理解のもと最小化に挑戦しやすい環境を構築することでスタッフの心配を軽くすることも一案。

**(6) 当院はトップダウンではありません。どうやって職員の意識と動きを変えていけるのか。(江戸川病院(千葉県野田市))**

- ・ 松蔭病院の場合も、松沢病院等とは異なりトップダウン的な構造ではなく上からの指示は「”安全”をお願いします」というもの。そのため、介護施設から学ぶ形をとりボトムアップで意識を変えていった。介護施設は法律上、拘束を行えないため、色々な代替方法を持っており、クッション材をベッド柵に巻いて外傷を負わせないようにする、車いすに滑り止めシートやフットレストを施し、ずり落ちないようにする、等の工夫を参考にしている。

**(7) 使えば抑制しなくて済むかもしれない道具が使われず余っている。一方で、離床センサーだけはいつも足りない。(笛吹中央病院(山梨県笛吹市))**

- ・ センサーありきになると、スタッフの気持ちが「転ばないで」から「動かないで」に変わってしまう。本来患者に「何がしたかったの？」と聞くべきところで「なんで動くの？」と聞いてしまうと、看護師の言葉による抑制（スピーチロック）に近い状態となり問題となる。松蔭病院の場合は予算の都合上離床センサーは 1 つもなく、布団の上に鈴を置く等のやり方で代用している。

**(8) 本人の意思不在で胃管チューブを設置し、長年抑制。いったい誰のための医療なのか。(江戸川病院(千葉県野田市))**

- ・ 松蔭病院の場合、医師を含めたカンファレンスで「その治療が本当に患者のためになっているのか」を考え話し合うことは継続してきた。

## 2-6 Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care

---

### (1) 提言者

The WPA Working Group on Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care

### (2) WPA アクションの呼びかけ

WPA は、強制に代わる実行可能な代替策を導入するための実践的なアプローチを提唱している。特に精神障害にまつわるスティグマや差別が、恐怖や排除、センセーショナルなメディア報道、強制的な行為を止める努力の政治化を促す場合、これらを導入しないことは、治療を必要とする人々にリスクをもたらすものである。低所得国、中所得国、高所得国の様々な社会的・文化的環境での実施を支援するための研究とガイダンスが、現在では入手可能である。これらの代替手段は、効果的なケアへのアクセスを減らしたり、本人やスタッフの安全リスクを高めたりすることなく、精神障害やそれに伴う心理社会的障害を抱える人の権利を支えるものである。WPA は、精神科医、臨床医療提供者、政策立案者に対し、以下のことを呼びかける。

- 強制に代わる方法（「セーフワード」、「6つのコア・ストラテジー」、「オープンドア政策」、「WHO Quality Rights Initiative」など）に関する証拠資料を検討し、変化を起こした人々の経験から学ぶことができる。リソースの広範なリストは、以下のこの文書にリンクされているディスカッションペーパーとケーススタディで見ることができる。
- 実施可能な代替案を特定する。
- 精神科医療の提供において、強制に代わるエビデンスに基づく代替手段を開発し、実施するために、パートナーと協力する積極的な手段をとること。精神科医がすべての関係者と協力することの重要性は、現在WPAの倫理宣言に盛り込まれている、サービス利用者や家族介護者との協力におけるベストプラクティスに関するWPAの勧告に例証されている。

### (3) 進むべき道

WPA は、強制に代わる手段を導入することは、精神保健医療部門全体が回復志向のケアシステムへと移行していく上で不可欠な要素であることを強調したい。回復志向の治療とケアには、人権の尊重とサービス利用者の参加だけでなく、非強制的ケアへの健全な道筋を通じた権利の実現が必要である。これには、統合された個別ケアを提供し、治療成果を最大化し、精神疾患や心理社会的障害を持つ人々の権利と回復を促進するための、予防、早期介入、臨床環境を超えた継続性など、その道筋のすべての重要なステップへの配慮が含まれる。

## 2-7 Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care: Discussion Paper from the WPA Taskforce

---

### (1) 提言者

The WPA Working Group on Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care

### (2) 強制の代替案を実施するための研究基盤

- 研究、政策、法律改革の取組は、強制の代替案を実施するために現実的な措置を講じることができることを示している。
- 政府、サービス提供者、コミュニティの擁護者は、程度の差はあれ、強制の代替案を実施するために有効な措置を講じることができた。
- 取組は以下の通りである。
  - 病院および個々のサービスに基づく変更
  - 強制の行使を制限する法律
  - ベンチマークと説明責任に使用する公共データベースで隔離と拘束を行使する頻度および期間を記録するなど、精神医療現場での隔離と拘束の削減を目指す国家政策
  - 世界保健機関（WHO）QualityRights の取組
- 「セーフワード」、「6つのコア・ストラテジー」、「オープンドアポリシー」などの病院を中心とした取り組みは、臨床現場での強制措置の行使を効果的に削減できる合理的に高度な証拠を示している。
- 政策の変更には隔離と拘束を削減するための国家的取り組みが含まれ、オランダなどの国々で中程度の成功例が示されている。
- しかし、全体として、エビデンスが有望であるにもかかわらず、強制を減らすことを明確に目的とした取組は世界中を見ても比較的少ない。
- 強制を最小限に抑える取組を検討している大半の実証的研究は、高所得の「西側」の国に焦点を当てたものである。
- 2019年、WHO QualityRights の取組は、ケアの質を改善して強制的な慣例を減らすための包括的なリソースセットを発表した。これらのリソースは、低所得国、中所得国、高所得国で試験的に導入され、サービス提供者、個々の医療従事者、国の機関など、さまざまな関係者が使用できるようにデザインされている。実装結果が明らかになり始めている。

### (3) 結論:実践、条件、ケア、コミュニティ支援との連携を改善する機会

- 精神医療サービスの提供において、強制の代替策の開発および実施への機運が高まっている。サービスマネージャー、臨床医、体験者とその家族全員が、この変化を導くために中心的役割を果たすことができる。

- 社会的、文化的、経済的な障壁が存在する中で、変化をもたらすために効果的なプロセスに光を当てるためには、さらなる研究が必要である。
- このプロジェクトの次の段階では、一連の事例研究を作成して、3つの地政学的地域と2つの低中所得国の状況を含め、さまざまな状況でどのように進歩が達成されたかを調査する予定である。これにより、精神医療の専門家とその団体を支援するために、この討議資料で検討される研究を強制的な行動制限の代替案の支援に活かせる一連のリソースを作成することができるだろう。



## 2-8 Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use©

---

### (1) 6つのコア・ストラテジー概要

#### 1. 組織変革のためのリーダーシップ

目標：ミッション、ケアの哲学、指導的価値観を定義し、明確にすることで、隔離と身体的拘束の使用を削減し、行動制限最小化計画の策定と計画の実施を保証すること。行動制限最小化プロジェクトを通じて、経営幹部による指導、指示、参加、継続的なレビューが明確に示されていること。

#### 2. 実践のためのデータ活用

目標：経験的かつ非懲罰的な方法でデータを使用することにより、行動制限の使用を削減すること。データを用いて、ユニット、シフト曜日、スタッフ別の施設利用の特徴を分析すること、施設の基本水準を確認すること、改善目標を設定すること、すべてのケアエリア、ユニット、および/または州システムの類似施設における時間の経過とともに利用状況を比較監視することが含まれる。

#### 3. 人材育成

目標：トラウマと暴力が人間に及ぼす神経学的、生物学的、心理学的、社会的影響と、精神保健サービスを受ける人々や私たちスタッフの経験におけるこれらの普及を十分に理解した上で、その方針、手順、実践に基づいた治療環境を作ること。これには、トラウマを考慮したケアシステムの特徴と原則の理解も含まれる。また、人を中心としたケア、選択、尊重、尊厳、パートナーシップ、自己管理、完全な包摂など、回復志向のケアシステムの原則も含まれる。この介入は、強制や対立が起こりにくい環境を作ることとを目的としている。主にスタッフの研修や教育、人事部の活動を通じて実施され、安全な S/R の適用トレーニング、業者の選択、職務内容や業績評価における技術的・態度的コンピテンシーの盛り込みなどが含まれる。また、ライフスキルを教えることを目的とした、効果的で人を中心とした心理社会的または精神医学的リハビリテーションのような治療活動を日常的に提供することも含まれる。

#### 4. 行動制限防止ツールの活用

患者一人ひとりの治療滞在に組み込まれた様々なツールや評価の使用を通じて、行動制限の使用を削減すること。暴力や隔離・身体的拘束の危険因子を特定するための評価ツールの使用、トラウマ評価の使用、死亡や傷害の危険因子を持つ人を特定するツール、デスケーリングまたは安全に関する調査や契約の使用、快適な部屋や感覚器、その他感情的自己管理を助ける有意義な臨床介入を含む環境の変更などが含まれる。

#### 5. 入院患者における当事者の役割

行動制限最小化を支援するために、組織内の様々な役割に当事者または回復者を完全かつ正式に含めることを保証すること

#### 6. デブリーフィング

行動制限事象の厳密な分析から得た知識、およびこの知識を政策、手順、および将来の

再発を回避するための実践に活用することによって、行動制限を減らすこと。この介入の第二の目標は、行動制限事象に係る職員と当事者、および事象の目撃者全員にとって有害でトラウマになりうる影響を可能な限り軽減するよう試みることである。このようなイベントには、医学部長を含む臨床および医学の上級スタッフが参加することが不可欠である。

## 2-9 WHO QualityRights Tool Kit

---

### (1) 目的

WHO QualityRights ツールキットの目的は、各国が自国の精神保健・社会福祉施設の品質と人権を評価し、改善することを支援することである。本ツールキットは、精神障害者とその団体による広範な国際的レビューに基づいている。低所得国、中所得国、高所得国でパイロットテストが行われ、これらすべての資源環境に適用できるように設計されている。

本ツールキットにおいて、「精神障害者」という用語は、精神、神経、または知的障害のある人、および物質使用障害のある人を含む。「施設」という用語は、精神障害者が生活したり、ケア、治療、リハビリテーションを受けたりするあらゆる場所を指す。これには、精神科病院、総合病院の精神科病棟、外来サービス（地域の精神保健または薬物乱用センター、プライマリーケアクリニック、総合病院が提供する外来診療を含む）、精神障害者デイケアセンター、社会福祉施設（孤児院、高齢者施設、知的障害児施設、その他の「グループ」施設を含む）などが含まれる。

精神科などの長期入院施設は、質の低いケアや人権侵害と長い間結びつけられてきた。これらの施設に暮らす人々は、社会から隔離され、地域社会で正常で充実した生活を送る機会がほとんどない。そのため、世界保健機関(WHO)は、各国がこの種の施設を徐々に閉鎖し、代わりに地域ベースのサービスを確立し、プライマリーケアサービスや総合病院が提供するサービスに精神科医療を統合するよう勧告している。

本ツールは、長期滞在型施設を治療やケアのための適切な環境として推奨するものではないが、この種の施設が世界各国に存在し続ける限り、違反行為を防止し、入所者の権利を促進することが必要である。国連障害者権利条約(CRPD)は、施設において尊重され、保護され、実現されなければならない人権基準の基礎となるものである。

## 2-10 Blanket Restrictions Toolkit

---

### (1) 提言者

Restraint Reduction Network

### (2) 概要

2019 年秋、イングランドにおける現在の専門的な子供と若者の入院精神保健、自閉症、学習障害サービスを改善するために、国家品質改善タスクフォースが設立された。タスクフォースは、2022 年 3 月までにプログラムを実施し、ケアにおける迅速な一連の改善を行うことを目指している。

「Blanket Restrictions Toolkit」は、包括的制限への依存を減らすことで、権利尊重のケアを保証することを期待している。200 人近くが参加した RRN のウェビナーで発表され、Alexis Quinn (RRN マネージャー) は、包括的制限の詳細と、私たちのシステムでその使用に対処するために何ができるかを論じた。空白の制限はよく理解されておらず、RRN の活動の一環として、この制限的な慣行を有用に定義することが行われてきた。

Alexis Quinn は次のように述べている。

「隔離や身体的拘束といった、より明白な制限的实践の使用を減らすことに多くの時間が費やされてきた。一方、一見無害に見える『包括的制限』は、レーダーの下を潜り抜け、あまり精査されてこなかった。

入院患者やケアセンターで暮らす人々やその家族の生活に対する包括的制限の悪影響は、隔離や身体的拘束の使用ほどには知られておらず、単に『ここではそういうものだ』と見なされることが多い。しかし、人々の自由を奪うこうした包括的な規則がもたらすトラウマ的な影響は、何年にもわたって続く可能性がある。私たちは、*National Quality Improvement Taskforce* と協力して、この重要な問題にスポットライトを当てることができたことを嬉しく思う。また、『*Blanket Restrictions Toolkit*』が、意識改革と実践の変化が大いに必要とされる介護や病院の現場に変化をもたらすことを期待している。」

包括的な制限は、本人とその愛する人にトラウマを与える可能性がある。ツールキットには、当事者やその家族が、包括的な制限の中で生活した直接の体験を詳述した重要な証言が掲載されている

また、このツールキットには、プラクティス・リーダーやシニア・リーダー向けのガイドランスも含まれている。このツールキットでは、人々ができるだけ多くの自由を享受できるように、システム・アプローチによってサービスの文化や力学を変えることができる実践的な方法を概説している。包括的な制限の使用について振り返ることで、誰もが多くのことを得ることができる。

## 2-11 Post-Incident Debriefing and Support Toolkit

---

### (1) 提言者

Restraint Reduction Network

### (2) 概要

2019 年秋、イングランドにおける現在の専門的な子供と若者の入院精神保健、自閉症、学習障害サービスを改善するために、全国品質改善タスクフォースが設立した。タスクフォースは、2022 年にプログラムを実施し、ケアにおける迅速な一連の改善を行うことを目指している。「RRN Post-Incident Debriefing and Support Toolkit」は、NHS イングランドが行動制限的慣行に関する作業をサポートするために委託されたものである。

インシデント後のデブリーフィングは、医療現場の人々と彼らをサポートするスタッフが、危機から回復し学ぶのを助け、制限的な実践を減らすことができる。インシデント後のデブリーフィングとサポートのツールキットは、インシデント後に子どもや若者に提供されるサポートを増やし、改善することによって、権利尊重のケアを促進することを目的としている。この資料には、自閉症者や学習障害者を担当する医療スタッフ向けのガイダンスと、入院患者を担当する医療スタッフ向けのガイダンスの両方が含まれている。

RRN マネージャーの Alexis Quinn は次のように述べている。

「インシデント後のサポートを適切に行うことは、非常に重要である。また、人々が安全で安心できるような重要な関係を修復し、維持することにも役立つ。」

「私たちは、事故が関係者にとって非常に感情的で苦痛を伴うものであることを知っている。スタッフとケアを受ける人々の両方が自分自身をよりよく知ることで、人々はよりコントロールしやすくなり、自分のニーズをよりよく伝えることができるようになる。」

「『RRN Post-Incident Debriefing and Support Toolkit』は、医療スタッフがインシデント後の子どもや若者のサポートを改善するために開発された。私たちは、このツールキットが、インシデント後のサポートの強化が強く求められている介護や病院の現場に変化をもたらすことを望んでいる。」

「『RRN Post-Incident Debriefing and Support Toolkit』は、子どもたちや若者、その家族と共同制作され、これらの重要な資料の作成における彼らの多大な貢献と共同作業に感謝したい。」

## 第4章

### 取組事例ヒアリング

# 1. 調査手法

## (1) 調査対象

全国の精神科医療機関のうち、委員の皆さまよりご推薦いただいた医療機関（14 か所）のうち、承諾のあった13 医療機関を対象とした。各医療機関の中で、各医療機関の院長や看護部長、その他当該医療機関にて行動制限最小化の取組の中心を担われた方をヒアリング対象として選定いただいた。

## (2) 調査方法

対面での聞き取り調査・視察またはオンラインでのヒアリング調査

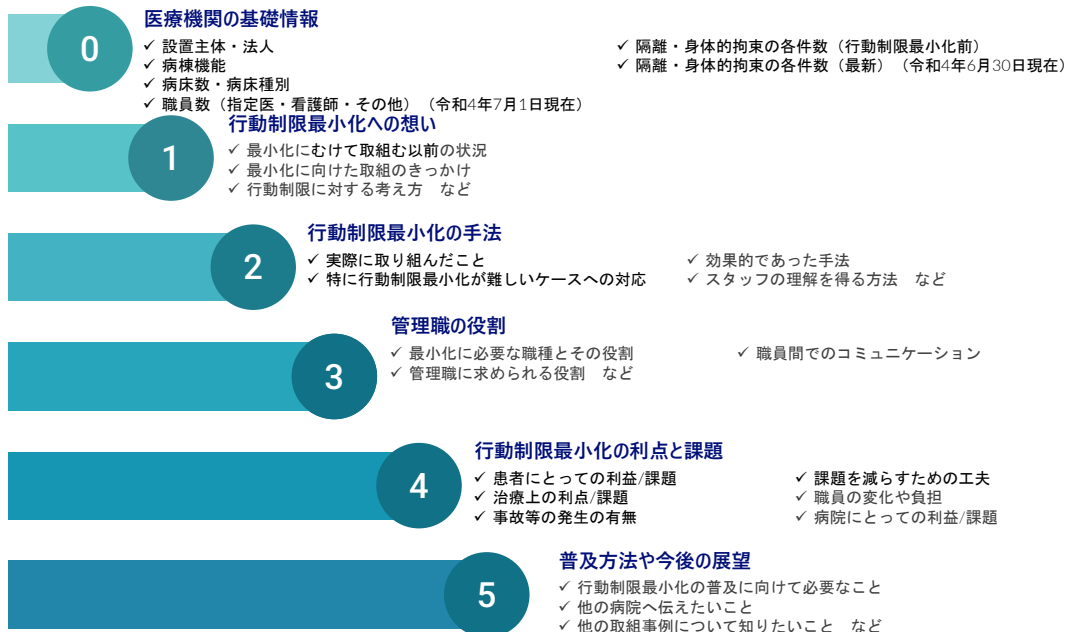
## (3) 調査期間

令和4（2022）年10月19日から令和5（2023）年3月7日

## (4) 調査内容

行動制限最小化の取組について、各医療機関が実施してきた取組の詳細を調査した。主要な調査項目として、隔離・身体的拘束の件数を含む医療機関の基礎情報、行動制限最小化の取組経緯、行動制限最小化の手法、管理職の役割、行動制限最小化の利点・課題、普及方法や今後の展望について聴取した。

図表 3 ヒアリング項目



図表 4 調査対象とした 13 医療機関とヒアリング調査実施時期

#	医療機関名	所在地	実施日	実施方法
1	医療法人社団 五稜会病院	北海道札幌市	12月5日	オンライン
2	医療法人久盛会 秋田緑が丘病院	秋田県秋田市	3月7日	オンライン
3	医療法人社団翠会 和光病院	埼玉県和光市	2月20日	オンライン
4	東京都立松沢病院	東京都世田谷区	12月12日	現地
5	山梨県立北病院	山梨県韮崎市	12月5日	現地
6	公益財団法人復康会 沼津中央病院	静岡県沼津市	10月19日・12月5日	オンライン・現地
7	医療法人仁精会 三河病院	愛知県岡崎市	12月2日	オンライン
8	医療法人 桜桂会 犬山病院	愛知県犬山市	11月29日	現地
9	公益社団法人 岐阜病院	岐阜県岐阜市	2月13日	オンライン
10	社会福祉法人天心会 小阪病院	大阪府東大阪市	3月6日	オンライン
11	岡山県立精神科医療センター	岡山県岡山市	12月1日	現地
12	医療法人社団造山会 まきび病院	岡山県倉敷市	12月1日	現地
13	社会医療法人葦の会 オリブ山病院	沖縄県那覇市	2月20日	オンライン



## 2. 調査結果

好取組事例の作成にあたり、前述した13医療機関へのヒアリングを実施した。各医療機関の基本情報及び聞き取り概要は以下の通り。

図表 5 取組事例ヒアリング対象医療機関基本情報一覧

	病床数	病棟機能									職員数	取組の要諦
		精神入院	精救1	精急	精療	認知1/2	特疾2	児春入	地域移行	医療保護		
1. 医療法人社団 五稜会病院	精神病床 193	15:1	-	●	●	1	-	-	-	●	指定医 4 看護師等 101 その他 確認中	✓ 患者参加型隔離・拘束バスを使用した患者と共同での行動制限の解除
2. 医療法人久盛会 秋田緑が丘病院	精神病床 372	-	-	●	●	1	2	-	-	●	指定医 11 看護師等約150 その他 170	✓ 行動制限最小化委員会の設置 ✓ 院内マニュアルの策定 ✓ 医師に確実にカンファレンスに出席してもらうための工夫
3. 医療法人社団翠会 和光病院	精神病床 285	-	-	-	-	●	-	-	-	●	指定医 6 看護師等 90 その他 58	✓ 拘束具を置かない、隔離室を設けないことにより、隔離・拘束以外の手段を選択 ✓ 医師に確実にカンファレンスに出席してもらうための工夫
4. 東京都立松沢病院	精神病床 808 ほか90	13:1	●	●	-	-	2	-	-	●	指定医 36 看護師等 510	✓ 院長のリーダーシップによる取組の推進 ✓ 進めやすい病棟から順次院内全体に取組を拡大
5. 山梨県立北病院	精神病床 188	15:1	●	●	-	-	-	●	-	●	指定医 9 看護師等 105 その他 確認中	✓ 日常的に行動制限最小化に取り組むべきであるという風土の維持
6. 公益財団法人復康会 沼津中央病院	精神病床 270	15:1	●	-	●	-	-	-	-	●	指定医 15 看護師等 196	✓ ゼロ化の理念・ビジョンの丁寧な現場職員への浸透 ✓ 医学的な根拠に基づく方法論・知識の習得
7. 医療法人仁精会 三河病院	精神病床 150	15:1	-	-	●	-	-	-	-	●	指定医 9 看護師等 76	✓ カンファレンスや心理的安全性の研修を通じた院内のコミュニケーション強化 ✓ 他科から入職してきたスタッフの精神科医療に対する違和感のくみ取り
8. 医療法人桜桂会 犬山病院	精神病床 373	15:1	●	-	-	-	2	-	●	●	指定医 15 看護師等 196	✓ 院長のゼロ化宣言やその後のバックアップの姿勢による現場支援 ✓ 院内のコミュニケーションを円滑に進める土壌づくり
9. 公益社団法人 岐阜病院	精神病床 487	15:1	●	●	●	-	-	-	-	●	指定医 20 看護師等 255 その他 170	✓ 行動制限最小化委員会メンバーによる病棟ラウンドの実施 ✓ 行動制限最小化委員会でのリンクケースの育成
10. 社会福祉法人天心会 小阪病院	精神病床 537	15:1	-	●	●	1	-	-	-	●	指定医 15 看護師等 253 その他 104	✓ 院長による「拘束ゼロ宣言」の発出や継続的な支援による長期にわたる取組 ✓ カンファレンスや表彰によるコミュニケーションの円滑化・心理的安全性の確保
11. 岡山県精神科医療センター	精神病床 255	13:1	●	●	-	1・2	-	●	-	●	指定医 21	✓ 「行動制限最小化シート」を用いた「なぜ拘束を行っているのか」と問う風土の醸成 ✓ データを用いた行動制限量の可視化
12. 医療法人社団造山会 まきび病院	精神病床 145	15:1	-	-	-	-	-	-	-	●	医師 11 看護師等 57 その他 42名	✓ 状態が悪い方へのマンツーマンの対応 ✓ 患者と病院スタッフが参加する集会を通じた対応や院内ルールを見直す機会の設定
13. 社会医療法人葦の会 オリーブ山病院	精神病床 111 ほか232	15:1	-	●	●	1	-	-	-	●	指定医 9 看護職員 68 その他 21	✓ 「拘束・隔離を原則行わない」方向への職員の意識の転換 ✓ 拘束を行う場合の本人を交えたカンファレンスの実施

ヒアリングの結果を踏まえ、以下のように考察として取りまとめた。

ヒアリング協力医療機関では多様な取組が行われているが、①患者本位のケア、②病院・組織ぐるみの取組、③院内コミュニケーションの円滑化、④スタッフのスキル向上に大別される。また、取組により、患者・医療従事者双方がメリットを感じており、治療上の効果も見られる。

図表 6 取組医療機関における現状の取組と成果・メリット

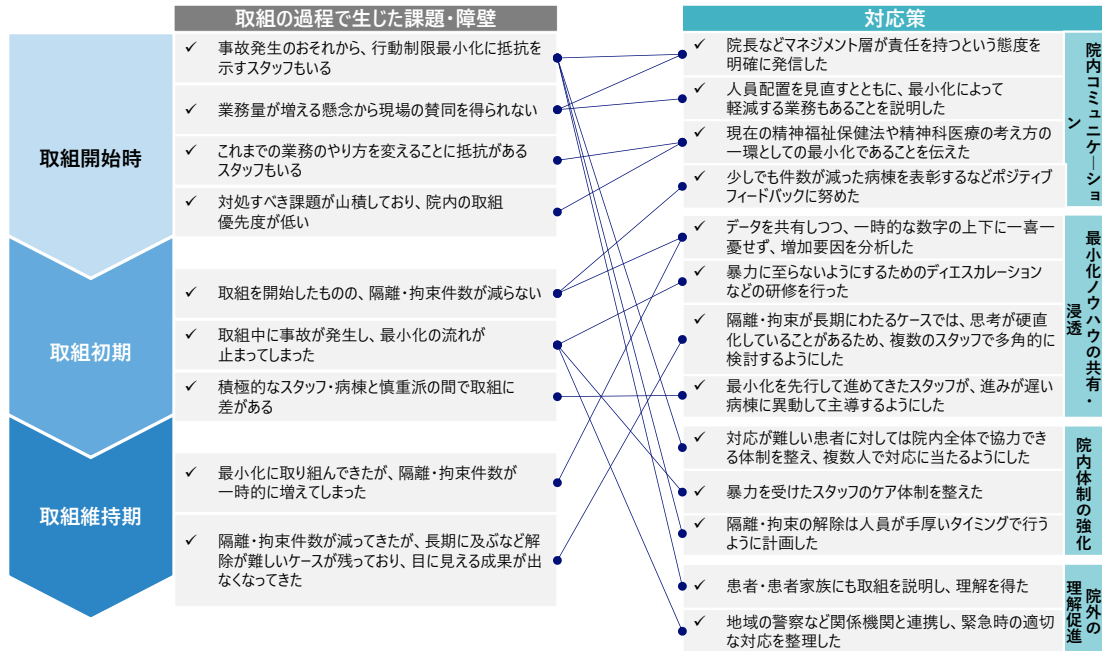
現状の取組		成果・メリット	
<p><b>①患者本位のケア</b></p> <p>どの取組医療機関においても、病院や医療従事者の都合や立場だけでなく、第一に患者の立場や人権を尊重し、患者にとってよい治療・ケアを行うようにされている。また、患者の行為（暴力等）そのものだけでなく、背景に目を向け、患者の声の聞き取りや信頼関係に基づくコミュニケーションを心掛けられている。</p>		<p><b>患者</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 隔離・拘束を行わないことで、<b>患者の尊厳や人権を守ることが</b>できる</li> <li>□ 隔離・拘束を減らすことで、<b>拘禁症状など普段はない症状を抑えられ、患者の苦しみを減らすことができる。</b></li> <li>□ <b>合併症、筋力低下のリスク低減等</b>が行動制限最小化のメリットとして挙げられる</li> </ul>	
<p><b>②病院・組織ぐるみの取組</b></p> <p>院長を中心とした幹部が行動制限最小化に向けて強力なメッセージを打ち出すとともに、現場の取組を組織的・金銭的に支援する姿勢を維持し続けている例が複数見られた。看護部長・診療科部長などの中間層が、院長と現場の橋渡し役となり、具体的な方法論を言語・非言語で伝えることにより、組織一体となって取り組んでいる。</p>		<p><b>医療従事者</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 隔離室に入ってもらおう際や拘束時には必ず患者に抵抗されるので、4、5人の職員のマンパワーが必要になるだけでなく、患者が屈辱を感じ敬意を持つようになってしまう。結果的に、拘束をしない方が<b>看護師の労力や心理的な負担は軽減される</b></li> <li>□ <b>人の自由を奪っている葛藤がなくなり、より適切なケアをしているという実感が得られる</b>ことで、職員の自信やエンゲージメントが高まる</li> <li>□ 隔離・拘束を行う際に必要な<b>根拠資料や記録の作成が不要</b>となり、業務量が減る</li> <li>□ 観察や巡回を行っていた時間を、<b>患者の見守りに使える</b>ようになった</li> <li>□ 入院時に隔離・拘束を行わなくなったことで、<b>患者への説明に時間をかけることができ</b>、以前よりも患者に安心感を持ってもらえるようになった</li> </ul>	
<p><b>③院内コミュニケーション円滑化</b></p> <p>②の前提として、院内の風通しのよい組織づくりを心掛けている。日々のカンファレンスのほか、多職種で集まる機会を設け、隔離・拘束に対する自身の考え方を共有したり、相互理解を深める場を設けている例が見られた。職種間でのコミュニケーションを円滑化することで、制限を解除する際のアイデアの共有にも役立っているという意見もあった。</p>		<p><b>治療上の効果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 過去の隔離・拘束がトラウマとなってしまう患者もいるが、無理な行動制限を行わないことで、<b>通院継続につながる</b></li> <li>□ 行動制限をしているとできない<b>リハビリテーションがしやすくなったり、肺塞栓症のリスクが低減する</b></li> <li>□ 興奮した患者に対しても落ち着いた後に説明することで、<b>患者が病識を持ち、進んで服薬するなど治療に積極的になってくれる</b></li> </ul>	
<p><b>④スタッフのスキル向上</b></p> <p>取組医療機関の多くで、院内の研修やマニュアルの作成により、基本的なスタッフのスキル均てん化を図るとともに、行動制限最小化委員会等の主導により、患者への対応をうまく行った事例の共有を行っていた。また、信頼関係に基づいた上でのケース毎のアセスメントを行うことが重要であり、多くの医療機関で取り組まれていた。さらに、スタッフが隔離・拘束の解除に前向きに取り組めるよう、医学的根拠に基づく方法論を獲得・実践できるようにしている例も見られた。</p>			

図表 7 行動制限最小化に向けて効果的だった取組の例

<p><b>①患者本位のケア</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 「なぜ隔離・拘束を行っているのか」「解除することはできないのか」を常に問い、漫然と隔離・拘束を行うことを許さない風土の醸成を図った</li> <li>□ 特に拘束は、「患者の生命を守るためにやむを得ず実施する一過性の手段」であるという認識を、院内で共有している</li> <li>□ 状態が悪い方にはスタッフがマンツーマンで対応し、当事者に寄り添ったケアを行っている</li> <li>□ 患者の行為の背景に目を向けるように努め、そこで得た情報をケアに反映している</li> </ul>	<p><b>③院内コミュニケーション円滑化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 日々のカンファレンスや心理的安全性の研修を通して院内のコミュニケーション強化を図っている</li> <li>□ 他科から入職してきたスタッフの精神科医療に対する違和感をくみ取り、行動制限最小化の取組に活かしている</li> <li>□ 多職種のディベートを開催することで、院内のコミュニケーションを円滑に進めるとともに、医療従事者同士や患者の立場を考える機会を設けている</li> <li>□ 多職種で意見共有する場を作り、互いの専門性から隔離・拘束を解除するための方法を検討している</li> <li>□ 自身の専門性だけでは対応が難しいケースでは、速やかに他職種へのコンサルテーションを行う体制とした</li> </ul>
<p><b>②病院・組織ぐるみの取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 院長はゼロ化宣言をするだけでなく、その理念・ビジョンを丁寧に現場職員に伝えながら、カルチャーチェンジの実現に必要な組織の下地を整備する</li> <li>□ 最小化のプロセスの中で、事故が起きたとしても責任をメンバーに取らせないことを伝える</li> <li>□ 少しでも成果が上がった現場には、理事長自ら表彰・激励するなどポジティブフィードバックに努める</li> <li>□ 転入者向けの精神保健福祉法等の学び直しや倫理観の醸成を目的とした教育研修に注力し、行動制限最小化に取り組むべきであるという風土の維持に努めている</li> </ul>	<p><b>④スタッフのスキル向上</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 院内向けの行動制限最小化マニュアルを作成し、1年に1回すべてのスタッフ向けの研修で取り上げるとともに、新人などの新たに入職するメンバーには入職時に内容を学んでもらっている</li> <li>□ 行動制限最小化委員会メンバー等の主導で隔離・拘束指示解除困難事例へのアプローチ方法を検討している</li> <li>□ 患者参加型隔離・拘束パスを使用し患者と共に行動制限の解除に取り組んでいる</li> <li>□ 心理的安全性の確保のためにも、医学的根拠に基づく方法論・知識を身に付けてもらうようになっている</li> <li>□ 現場スタッフの抱えるジレンマを含むデータ分析により、より正確なアセスメントを行い、ウィークポイントへの解決策を講じている</li> </ul>

一方、行動制限最小化に向けた取組の中では、障壁にぶつかることもあるが、院内コミュニケーションやノウハウの共有、院外を巻き込んだ取組によって乗り越えてきた事例が見られた。

図表 8 取組の過程で生じた課題・障壁とその対応策



行動制限最小化に向けた取組を進め、一定の成果を上げている医療機関では、人材育成や事故発生時にこれまでの取組から逆行してしまう懸念を課題として挙げる医療機関が多く、一過性の取組にとどまらず継続に向けた風土の醸成・維持の仕組みが求められる。

図表 9 さらなる行動制限最小化の推進に向けた課題と解決の方向性

取組医療機関における課題	解決の方向性
<p>① 他の患者への影響</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 認知症患者が増加しており、他室訪問や性的逸脱行為など他の患者への影響が及ぶこともある。隔離をしたくないという思いがある一方、他の患者への影響とのバランスのとりが難しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 本人や他の患者の隔離を行うことで必要だった観察・巡回が不要となり生まれた時間で、他の患者も含めて手厚い見守りを行う</li> <li>➢ ホール番を置くなど、人員配置を工夫する</li> </ul>
<p>② 事故発生時の逆行の懸念</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 院内すべてのスタッフが行動制限最小化に賛成しているわけではなく、大きな事故が発生した場合、制限の方向に傾いてしまうおそれもある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 最小化に慎重なスタッフも交えた意見交換を日頃より行い、隔離・拘束ゼロを目指すことを当たり前とする風土を醸成する</li> <li>➢ 事故発生時の対応を病院全体で確認し、関係するスタッフや部門、病棟を責めることのないようにする</li> <li>➢ 患者だけでなく、患者家族、地域の関係機関などとの関係構築を図り、事故時にも円滑なコミュニケーションが取れるようにする</li> </ul>
<p>③ 人材育成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 若いスタッフの人材育成が課題である。ベテランのスタッフのやり方を真似ながらスキルを身につけてきたが、育成方法に限界があると感じている</li> <li>□ 他の医療機関から転入したスタッフへの行動制限最小化の意識の醸成が課題である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 最小化に向けた心構え・考え方やスキルを可能な限り明文化し、ノウハウを院内で共有する</li> <li>➢ 行動制限最小化委員会などの院内組織を活用し、担当者が交代しても取組が継続される仕組みを構築する</li> </ul>

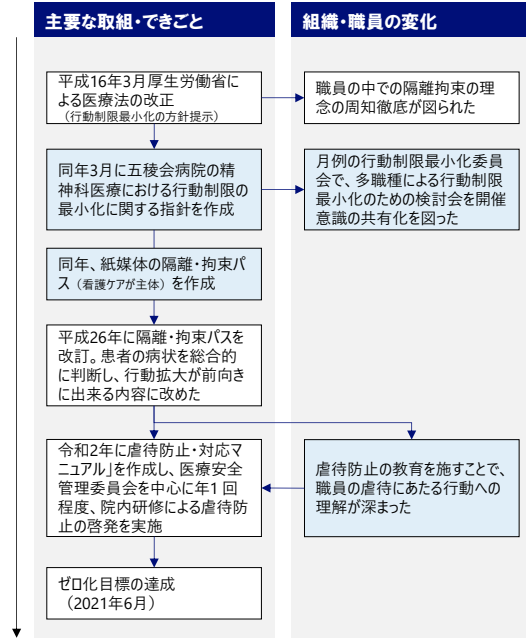
# ヒアリング個票

# 1. 医療法人社団 五稜会病院

## ■結果概要

基本情報									
医療機関名	医療法人社団 五稜会病院								
病棟機能	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護
	15:1	-	●	●	1	-	-	-	●
病床数	193								
うち精神病床	193								
人員	指定医：4、看護師：83、准看護師：9、看護補助者：9								
	取組開始前 (平成25年6月30日現在)				令和4年6月30日現在				
隔離件数	3名 (隔離室：22床)				5名 (隔離室：34床)				
身体的拘束件数	0名				0名				

取組のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 精神保健福祉法に基づいた項目を設定した隔離・拘束パスを用いて、患者の状況に応じて隔離・身体的拘束の必要性を検討している</li> <li>✓ 患者参加型隔離・拘束パスを使用し患者と共に行動制限の解除に取り組んでいる</li> <li>✓ 観察項目は攻撃性移動性、他害、迷惑行為、希死念慮等があり、これらをもとに点数を付けて、隔離・身体的拘束の要否を検討している</li> </ul>



## ■取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 元々五稜会病院にはできるだけ行動制限しないという考え、文化があった。行動制限に関するものではないが、職員教育の一環で倫理関連の研修への派遣等も行っており、行動制限に対しても自然と疑問を抱く風土があった。
- ・ 平成16年3月、厚生労働省の医療法改正に伴い、行動制限を最小にするという方針が示されたことを受け、行動制限に関する指針をまとめた。
- ・ 取組開始以前は、隔離、身体的拘束中の患者に対して事故なく安楽なケアを提供するか、という考えが中心だった。
- ・ 一方で、看護師の不安等を理由に隔離・身体的拘束が長引いてしまう傾向があったので、精神保健福祉法に基づき不必要な行動制限をやめるために隔離・拘束クリニカルパスを作成するに至った。

## ■取組の内容・工夫

- 立ち上げ～浸透に向けて
  - ・ 元々隔離、身体的拘束が少なかったこともあり、理事長や院長によるゼロ化宣言は行っていない。患者の声を聞き負担を軽減するような取組を強化した。
  - ・ 取組に着手した当初は、まず最小化に向け朝のミーティングで話し合いの場を持ったり、夕方の医師のミーティングでも毎日隔離、身体的拘束に関する検討を行ったり、日常的に自然と最小化を推進した。朝会の場で、各病棟の医師、

看護師長や主任等を交えた 30 人程度のミーティングが行われている。皆が顔を合わせてコミュニケーションする機会を作ったり、職員間の情報共有を促進するようにした。

➤ 職員の不安の取り除き方

- ・ 隔離・拘束クリニカルパスだけでは看護師の不安を取り除き納得してもらうことはできず、加えて倫理や人権等の教育を充実させた。
- ・ 必ず複数人でカンファレンスを行い、行動制限するべきか否か考えることを徹底した結果、法令の要件に満たないので身体的拘束をしない、という判断ができるようになっていった。

➤ 人材・組織面の工夫

- ・ 虐待防止の取組とセットでスタッフ教育を進めている。行動制限最小化に関するスタッフ教育は虐待防止の教育と関係している。
- ・ 身体的拘束の解除に向けて、全面的に解除するのではなく、開放観察時間を徐々に増やしていくというやり方で身体的拘束を解いていった。
- ・ 隔離・拘束クリニカルパスを患者と共有することで、患者と一緒に改善に取り組むようにしている。治療面でも良い効果をもたらしている。
- ・ 暴力に至らないようにするための外部研修（CVPPP トレーナー研修）へのスタッフの派遣とディエスカレーション等の院内研修も行っている。研修は看護師だけでなくその他コメディカル（医事課、総務課の職員、作業療法士、等）も対象としている。

➤ リスク対応

- ・ CVPPP ワーキングチームを院内に作り、事故が起こった際には現場に集まって職員と患者に関わり原因を探ったり、職員の心身のケアを行ったりしている。

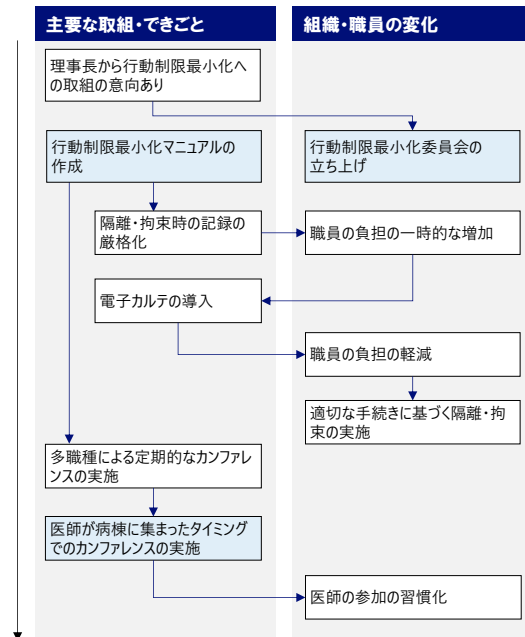
■利点

- ・ 隔離、身体的拘束を減らすことで患者の苦痛を減らすことができる。隔離や身体的拘束をされていると拘禁症状等、普段はない症状が出る患者もおり、最小化によって症状を抑えることも患者の利益となり得る。
- ・ 身体的拘束時には必ず患者に抵抗されるので、4、5人の職員のマンパワーが必要になるだけでなく、患者が屈辱を感じ敵意を持つようになってしまう。結果的に、身体的拘束をしない方が看護師の労力や心理的な負担は軽減される。



## 2. 医療法人久盛会 秋田緑が丘病院

基本情報										
医療機関名	医療法人久盛会 秋田緑が丘病院									
病棟機能	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護	
	-	-	●	●	1	2	-	-	●	
病床数	372									
うち精神病床	372									
人員	指定医：11名、看護師等：約150名、その他：170名									
	平成30年6月合計件数				令和4年6月合計件数					
隔離件数	14名				9名					
身体的拘束件数	11名				10名					
取組のポイント										
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 行動制限最小化委員会を立ち上げるとともに、<u>マニュアルを作成し、研修を通して院内の職員に浸透させている。</u></li> <li>✓ 医師が病棟にいるタイミングを狙った臨時カンファレンスを行うなど、<u>多忙な医師にもカンファレンスに参加してもらえるような工夫</u>を図った。</li> </ul>										



### ■取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 高齢者が少なかったため、身体的拘束の件数は少なかったが、年に数回重度の患者が搬送されることがあった。その際は身体的拘束を行っていた。身体的拘束よりも隔離の件数が多かった。
- ・ 観察の方法や頻度のルールが院内で明確になっていなかったため、漫然と実施されていることもあった。
- ・ 2004年4月に行動制限最小化の取組について理事長主導で取組が開始された。

### ■取組の内容・工夫

- ・ 取組開始後2か月ほどかけて、行動制限最小化委員会を立ち上げるとともに、委員会にて最小化に係るマニュアルを作成した。マニュアルには、隔離・身体的拘束を行う患者の目安の考え方を記載している。
- ・ 行動制限最小化委員会には、医局長か診療部長、看護部長、各病棟の担当者、ケースワーカー、事務局長が出席している。
- ・ 行動制限最小化委員会として、各病棟のラウンドを行い隔離・身体的拘束の実態調査を行っている。不備があれば主治医に伝え、改善策を検討している。
- ・ マニュアルの想定読者は精神科に勤務する職員である。病院で働くために必要なツールとして位置づけており、新人研修で新たに入職するスタッフに説明するほか、年に1回の全体研修の中で内容の振り返りを行っている。
- ・ 行動制限最小化委員会で定期的にマニュアルの内容の見直しを図り、改訂を重ねて

いる。

- ・ 当初スタッフからは慎重な声もきかれたが、指定医の主治医が判断し、身体的拘束解除の取組を進めていった。取組当初は定期的なカンファレンスを設定しても、医師が多忙で失念し実施できないことも多かった。そこで医師が病棟に来たタイミングで急遽集まってカンファレンスを実施する方法を採っていた。負担が大きい一方、この方法を採ったことで今では当たり前カンファレンスを行う意識が根付いている。

#### ■利点

- ・ 隔離・身体的拘束をされると患者のトラウマになってしまう。特に若い患者ではトラウマになることが多い。隔離・身体的拘束を行わなければトラウマになることがないし、行った場合でもできるだけ早期に解除することで負担を軽減できる。
- ・ 体幹のみなど部分的な身体的拘束であっても患者にとって身体的拘束は苦痛であり、外そうとして体力を使ったり、眠れなくなったりしてしまう患者もいる。
- ・ 職員の負担はさほど増えていないように感じている。早期解除のため、観察の回数を増やしたが、電子カルテの導入で、隔離・身体的拘束時の記録を作成する負担も軽減されている。
- ・ 適切な観察の実施は、事故発生時に医療機関側が適切な治療・看護を行っていたことを示す意味でも重要である。映像を残すなど客観的な記録ができることが望ましい。

#### ■課題

- ・ 高齢の患者で身体的拘束が必要なケースが増えているが、高齢者では身体的拘束後の筋力低下から回復できないケースや、身体機能が衰えた結果、身体的拘束が解除できなくなるケースもあり、課題となっている。



### 3. 医療法人社団翠会 和光病院

基本情報										
医療機関名	医療法人社団翠会 和光病院									
病棟機能	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護	
	-	-	-	-	●	-	-	-	●	
病床数	285									
うち精神病床	285									
人員	指定医：6、看護師：90、介護士：58									
	令和4年6月30日現在									
隔離件数	0件（開設当初から）									
身体的拘束件数	0件（開設当初から）									
取組のポイント										
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 患者と接する際の言葉遣いや日常生活支援のケアの質に気を遣う、患者特性を踏まえ協力体制を敷く、暴力や看護抵抗に対しては代替手段を用いる等の取組により<b>隔離、身体的拘束ゼロを継続している</b>。</li> <li>✓ 近年では、<b>身体的拘束を行っていないことが決め手となり入職する看護師が増える</b>等、職員のやりがいという面でもポジティブな影響をもたらしている。</li> </ul>										
医療機関の特徴										
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 認知症専門病院であり、患者の平均年齢は約83歳と高い。</li> <li>✓ 入院患者の約4割は一般精神病院からの転院で、転院前に隔離、身体的拘束を受けた経験を持つ方もいる。</li> <li>✓ 以前から隔離、身体的拘束は行わない方針であり、病院に隔離室や拘束具はない。</li> </ul>										
患者への接し方の工夫										
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 患者との接する際の言葉遣いや日常生活援助のケアの質には特に気を遣っている。日頃の接し方に気を遣うことで患者の不穏や暴力を抑止することができるのではないか。</li> <li>✓ 認知症患者の場合、健診を受けていない方が多く、身体疾患が激しい暴力や介護抵抗につながるケースもある。暴力や介護抵抗には必ず理由があり、それが何なのかということ意識して接するようにしている。</li> </ul>										
院内の関係性構築・組織の工夫										
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 認知症患者が多い関係上、入院期間が長くなり、患者それぞれの特性を把握できるようになるため、職員同士が声を掛けあい協力体制を敷きやすい。</li> <li>✓ 毎朝チーム単位で情報共有を行っており、薬が切り替わる、昨晚よく眠れていない等の理由により注視すべき患者をチーム内で共有するようにしている。</li> <li>✓ 齋藤前院長の方針が受け継がれており、医師と看護師とが密に連携を行っている。</li> </ul>										

#### ■取組の内容・工夫

- 職員の不安の取り除き方
  - ・ 隔離、拘束を行っていないため見守りに負荷がかかり、場合によっては患者暴力もあるため、辛い体験を共有するカンファレンスを行っている。
  - ・ 職員が自己嫌悪に陥らないよう管理職は職員を守る、責めない、という点に気を付けている。
- 転倒・転落の防止
  - ・ 和光病院の場合、ほとんどが転倒リスクの高い患者であるため、転倒は起こり得るものという考えのもと、「転倒しても大けがはしない」ことを目標としている。
  - ・ 年に何件か、院内で転倒し骨折する事例があるため、入院時、家族に転倒し怪我をするリスクはあるが患者の尊厳を損なわないケアを行うということを説明している。
  - ・ 転倒しても骨折しないよう、患者にクッションパンツを穿いてもらってもそのクッションを取ってしまう場合がある。「転倒しても大けがはしない」ためには職員の見守りが一番重要である。
- 隔離・身体的拘束の代替手段
  - ・ 力が強く、暴力や介護抵抗が激しい場合は薬物療法で対処する。薬物を打ったからといってぐったりしてしまうことはなく、広いホールで過ごしたり食事を摂ったりすることができる。

- ・ 1人にした方が良くと判断した場合は、人のいない落ち着いた場所に連れて行き、話を聞く等の対応をする。
- 研修の内容
  - ・ グレーゾーンを取り扱った不適切なケアに関する映像を用いた教育研修を、10年以上継続している。映像を15分見てグループワークを行うなどの流れで自身の行動を振り返ってもらっており、研修で話し合った内容はマニュアル化し和光病院における虐待のラインを定めるために活用している。

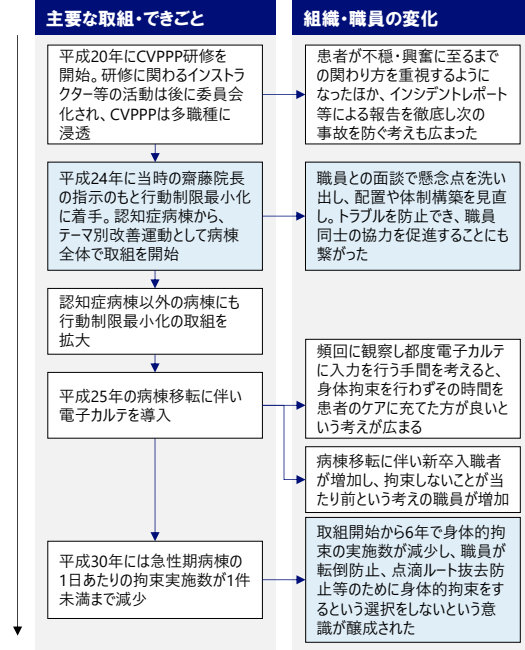
#### ■利点

- ・ 隔離・身体的拘束をせず自由にする事で、患者が穏やかになり、余計な薬を使わずに済む。
- ・ 平成30年頃から身体的拘束を行っていないことが決め手となり入職する看護師が増えてきている。志を高く持って看護の世界に入ったが、患者に寄り添う時間がなく、拘束しなければならないことに心を痛め和光病院に入職する看護師や、高齢者や認知症患者の看護をしたいという看護師も増えてきており、入職後はやりがいを持って仕事に取り組んでくれているようである。

## 4. 東京都立松沢病院

### ■結果概要

基本情報									
医療機関名	東京都立松沢病院								
病棟機能	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認知1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護
	13:1	●	●	-	-	2	-	-	●
病床数	898								
うち精神病床	808								
人員	指定医：36、看護師：508、准看護師：2、看護補助者：0								
隔離件数	取組開始前 (平成25年・1日平均件数)				取組開始後 (平成30年・1日平均件数)				
	90件				69.1件				
身体的拘束件数	132件				21.7件				
取組のポイント									
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 院長の指示のもと行動制限最小化に着手した。認知症病棟から取組を開始し順次各病棟に拡大。<b>取組開始から6年で身体的拘束の実施数が減少し、職員が転倒防止、点滴ルート抜去防止等のために身体的拘束をするという選択をしないう意識が醸成された。</b></li> <li>✓ 身体的拘束時に観察や記録にかかっていたマンパワーを、患者のケアに充てることができている。モチベーションも向上し、<b>職員の精神的な負担は以前よりも改善している。</b></li> </ul>									



### ■取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 取組開始前の2011年には、身体的拘束の実施数が1日平均約130件だった。
- ・ 取組開始前は、誰も身体拘束具が病院内にどれくらいあるのか分からず、各病棟に保管している身体拘束具の数も把握できていなかった。
- ・ 認知症病棟の取組開始以前は、転倒や患者同士のトラブルを避け、患者の安全のためになるという考えのもと身体的拘束を実施していた。
- ・ 急性期病棟の取組開始以前は、救急入院患者のほとんどが、入院時に救急外来や救急病棟で、鎮静や身体的拘束が行われていた。また、24時間以上継続隔離して、患者の様子確認していた。

### ■取組の内容・工夫

- 立ち上げ～浸透に向けて
  - ・ 齋藤院長の指示のもと、認知症病棟から行動制限最小化に取り組み始めた。
  - ・ 認知症病棟の取組が進められ、他の病棟の取組が拡大した。院長から、「拘束をしないで患者さんに何かあったら責任を取るけれど、必要のない拘束をして何かあった時は責任を取らない」と言われ、院長が身体的拘束をなくしたときの責任を真剣に考えてくれていると感じ、病院全体の取組として身体的拘束が減少した。

- ・ 2012年に取り組開始し、2018年には急性期病棟の身体的拘束の件数が1日1件程度まで減少し、約6年で、身体的拘束を第一選択としない考え方が浸透した。
- 職員の不安の取り除き方
  - ・ 認知症病棟での取組開始当初は、慎重派の職員等から不安の声が上がっていたため全職員との面談を実施した。
- 人材・組織面の工夫
  - ・ 職員の怪我や患者同士のトラブルも不安視していたが、ホール番というホール全体を見渡す職員を置いたり、見守りが必要な患者には手厚い体制を敷いたり、職員同士が協力しやすくなる体制を構築することで大きなトラブルには至らなかった。
  - ・ 院長巡回時に、身体的拘束されている患者がいる場合には、院長が患者と会話をして、身体的拘束の理由や精神状態を確認していた。そうした取組の繰り返しで医師の身体的拘束の指示が減り、看護からもこの身体的拘束は必要ないと言えるようになった。
  - ・ 各病棟で集約した困難事例を親委員会である行動制限最小化委員会に上げ、介入する際には多職種（医師、薬剤師、作業療法士、理学療法士等）の視点を入れて、各病棟の行動制限最小化の取組を支援するようにしている。
- リスク対応
  - ・ 2008年からCVPPPを導入し、患者が不穏・興奮状態になったときに職員が受ける暴言や暴力を防止するための対応だけでなく、不穏・興奮に至る前の関わり方が重要であることを学習している。
  - ・ CVPPPトレーナー要請は、院内にインストラクターが複数名いるため院内研修が実施できる。インストラクターの活動が、委員会活動として認められ、研修生は職務としてCVPPPトレーナー研修を受講し、各部署での取組を推進している。

## ■利点

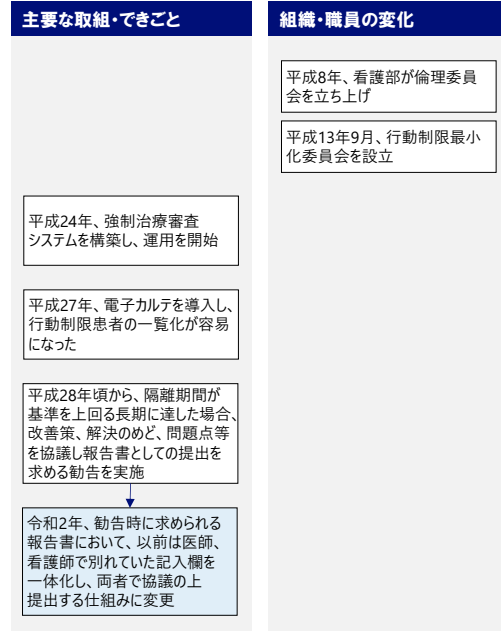
- ・ 行動制限最小化に取り組むために、人員配置を変更したことはなく、身体的拘束時の観察や看護記録時間に充てていたマンパワーを、患者の監護ケアに充てることができている。職員のモチベーションも向上し、身体的拘束をすることに対する精神的な負担は以前よりも改善している。
- ・ 身体的拘束をしないことで肺塞栓や誤嚥性肺炎の防止に繋がり、患者のADL維持・向上にも繋がっている。

## 5. 山梨県立北病院

### ■結果概要

基本情報									
医療機関名	山梨県立北病院								
病棟機能	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護
	15:1	●	●	-	-	-	●	-	●
病床数	188								
うち精神病床	188								
人員	指定医：9、看護師：105								
	取組開始前 (平成27年6月30日現在)				令和4年6月30日現在				
隔離件数	26件				44件				
身体的拘束件数	30件				3件				

取組のポイント	
✓	看護部では、 <b>転入者向け</b> に行う精神保健福祉法等の学び直しや倫理観の醸成を目的とした教育研修に注力することで、 <b>日常的に行動制限最小化に取り組むべきであるという風土の維持</b> に努めている。
✓	隔離期間が長期に達した場合に提出する報告書において、以前は <b>医師、看護師で別れていた記入欄を一体化</b> することで、 <b>医師、看護師間の協議の促進</b> を図っている。



### ■取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 約30年前から日常的に行動制限最小化に取り組んでおり、現在に至るまで状況は大きく変わっていない。
- ・ 一方、急性期の患者の場合、以前はまず身体的拘束を行い鎮静のための点滴を打つことがルーティンになっている時期もあった。

### ■取組の内容・工夫

- ・ 急性期患者への対応では入院体験がトラウマにならないように、一方的に治療を開始せず、まずは医師や看護師が本人の思いを話させて落ち着かせたり、具体的な説明（落ち着くまでこの部屋で休んでください）を実施している。患者に対し「薬が飲めて食事もしっかりできれば一般病室へ移ることができる」等、隔離解除に向けた具体的な目標を示すことも行っている。
- ・ 行動制限最小化委員会では、隔離期間が基準を上回る長期（2週間以上）に達した場合、改善策、終了のめど、問題点等をスタッフで協議し報告書としての提出を求める勧告を実施している。令和2年には、本報告書作成において、以前は医師、看護師で別れていた記入欄を一体化し、医師、看護師間の協議を義務づけている。
- ・ 転入看護師の多くは総合病院等から来ており、行動制限最小化の重要性を十分理解していないため、看護部では転入者向けの精神保健福祉法等の学び直しや倫理観の醸成を目的とした教育研修に注力している。

- ・ 保護室には最低でも職員 2 名で入室し対応するルールを設けている。患者により、また、看護師の経験により 1 名の対応も可能かもしれないが、それを見た若手職員が、先輩看護師に遠慮し 1 人で対応しようとすることも考えられるため、若手育成の意味合いも兼ねて、ベテランこそ必ず 2 名で対応するように周知している。
- ・ 短期の入院を除く全入院患者に対し、地域生活への定着を目的として、クライシスプランを作成している。患者、看護師が共同し、「自分の調子が悪い時は、どういう時か?」「自分の調子が悪い時は、どうするのか/どうしてもらいたいのか?」といった患者それぞれの「病状悪化のサイン」と対処方法等を一覧化し、患者・家族・地域支援者・病院スタッフ等で共有している。
- ・ 隔離後、なるべく早くから開放観察を開始し、観察時間の延長をはかっているが、隔離室増設後より隔離件数が増加している。抑制帯による身体的拘束は自傷防止など、ごく限定的な場面でしか用いていないが、ミトン、4 点柵、車いす安全ベルト、つなぎ服を使用する場合も身体的拘束とみなし、行動制限最小化の対象としている。

#### ■利点

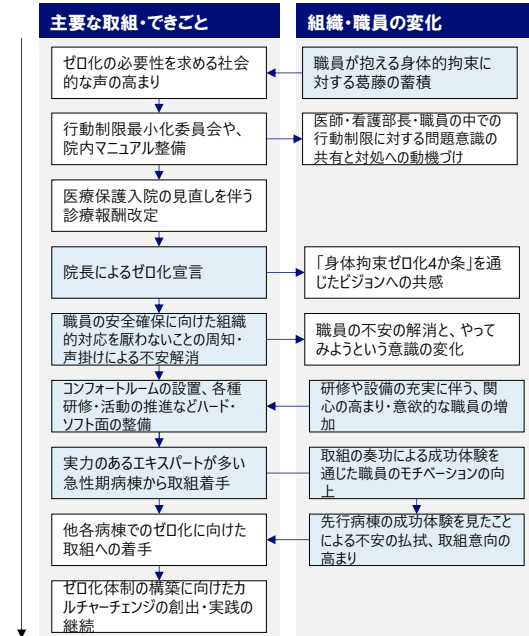
- ・ 患者の心理的負担軽減、合併症、筋力低下のリスク低減等が行動制限最小化のメリットとして挙げられる。
- ・ 身体拘束を行うことはリスクや労力を要し、結果的に拘束しない方が職員の負担も減らせると考えている。

## 6. 公益社団法人復康会 沼津中央病院

### ■結果概要

基本情報	
医療機関名	公益財団法人復康会 沼津中央病院
病棟機能	精神入院
	精神1 精神2 精神3 精神4 精神5 精神6 精神7 精神8 精神9 精神10
病床数	270
うち精神病床	270
人員	指定医：15名、看護師等：196名
取組開始前 (令和元年6月30日現在)	令和4年6月30日現在
隔離件数	90件
身体的拘束件数	34件

取組のポイント	
✓	院長はゼロ化宣言をするだけでなく、その理念・ビジョンを丁寧に現場職員に伝えながら、カルチャーチェンジの実現に必要な組織の下地を整備することが肝要である
✓	ゼロ化に関心を持っている管理職・スタッフを集めたプロジェクトチームを立ち上げ取組の習慣化までガイドする必要がある ・ 定期的なデータ検証・ショートカンファレンスの定着など
✓	心理的安全性の確保のためにも医学的な根拠に基づく方法論・知識を伝えていくことも重要である



### ■取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 行動制限最小化は精神科の課題として常時存在しており、個々人の活動としても行動制限最小化には常に取り組んでいた。
- ・ 組織的な取組を意識し始めたのは医療保護入院当診療料が新設された平成16年ごろであった。
- ・ 令和3年のゼロ化宣言前も、ディエスカレーション研修の必修化や環境調整室等の試みはあったが、実質的な最小化効果は十分ではなかった。
- ・ ゼロ化宣言の構想自体は10年ほど前からあり、実際に宣言を行う2021年の1、2年前から時機を窺っていたが、世間で最小化に対する声が高まってきたこと、ゼロ化の取組に積極的に関与してくれるミドルマネジメント層が育ってきたことが契機となった。
- ・ 過去の取組の蓄積もあるが、2021年に院内でゼロ化を宣言したことが、組織として改めて最小化に向けた取組を見直す契機となった。

### ■取組の内容・工夫

- 立ち上げ～浸透
  - ・ 病院内に根を下ろす医療慣行のようなものを打破しないといけないという思いがあり、ゼロ化4か条を掲げるに至った。

- ・ 当初は「身体的拘束ゼロ化4か条」というようなメッセージ性のあるチラシを作成したり、メッセージ動画を作成し全職員に視聴してもらったりした。何のためにやるのか、いま世の中ではどのような動向なのか、どのような方法でゼロ化を目指すか、等を訴求した。
  - ・ 宣言は命令ではなく、メッセージであり、どのように進めるのかは現場に任せ、力量を信じ、必要なサポートをすべて行う形とした。
  - ・ 身体的拘束は行わない、一般室隔離は行わない、入院時の行動制限を一律化しない、隔離室から一般室への移動では解除を原則
  - ・ 初めに実力のある職員が多い病棟から着手し、成功体験を踏んでから他の病棟での取組に拡げていった。
  - ・ 院長、管理職の順に活動が広がり、最終的に職員個人レベルのカルチャーチェンジにつながったことで、職員側も隔離・身体的拘束なしでも対応できるという自信が付いたり、暴力の危険性がある場合の助け合い等、職員間の協調・配慮向上が見られたりするようになっていった。
- 職員の不安の取り除き方
- ・ 職員が、研修を通じて行動制限最小化の基礎知識や方法論を学んだり、諸外国の事例や考え方に触れることに重きをおいた。行動制限最小化は闇雲に行うものではなく、必ず方法論のもと行うものなので研修には意味がある。
  - ・ 「研修等を通じ方法論は伝えていくので安心してほしい」、「身体的拘束がなくなる方向なのであれば投資は惜しまない」、「データ取得を徹底しスタッフの安全を守る」という話をして職員の理解を促した。
  - ・ 0化宣言にしても、指揮命令ではなく院長の思いを、メッセージという形で伝えることが重要である。エンパワーメントする、不安に思っていることを拾い上げる、そうした姿勢を見せることで組織一丸になりやすく、スタッフが自ら成長するようになった。

## ■利点

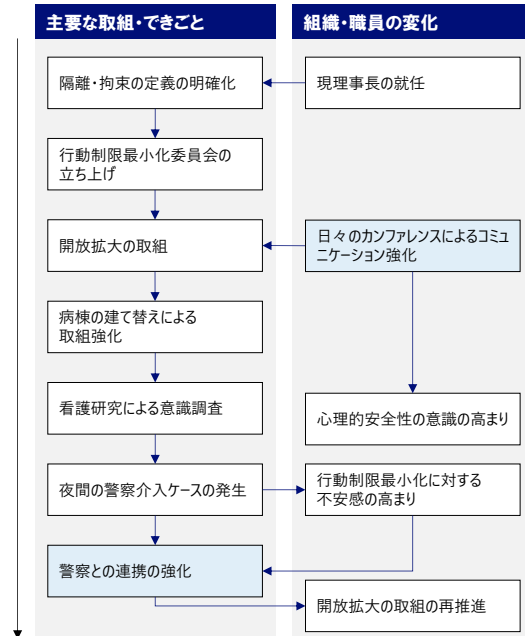
- ・ 職員の自信やエンゲージメントが高まり、行動制限をしていたときよりも業務量や負担の軽減も見られた。行動制限をすると根拠資料や記録が必要だがそれが要らなくなり業務量が減るほか、人の自由を奪っている葛藤がなくなり、より適切なケアをしているという実感が得られる。
- ・ 行動制限をしているとできないリハビリテーションがしやすくなったり、肺塞栓のリスクが低減できたり、患者のメリットも大きい。患者と病院側の関係も良好になる。



## 7. 医療法人仁精会 三河病院

### ■結果概要

基本情報																			
医療機関名	医療法人仁精会 三河病院																		
病棟機能	<table border="1"> <tr> <th>精神入院</th> <th>精数1</th> <th>精急1/2</th> <th>精療</th> <th>認治1/2</th> <th>特疾1/2</th> <th>児春入</th> <th>地域移行</th> <th>医療保護</th> </tr> <tr> <td>15:1</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>●</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>●</td> </tr> </table>	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護	15:1	-	-	●	-	-	-	-	●
	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護										
15:1	-	-	●	-	-	-	-	●											
病床数	150																		
うち精神病床	150																		
人員	指定医：9名、看護師47名、准看護師、10名、看護補助者：19名																		
	<table border="1"> <tr> <th>取組開始前 (平成25年6月30日現在)</th> <th>令和4年6月30日現在</th> </tr> <tr> <td>隔離件数</td> <td>7件</td> </tr> <tr> <td>身体的拘束件数</td> <td>11件</td> </tr> <tr> <td></td> <td>16件 ※保護室の増設あり</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6件</td> </tr> </table>	取組開始前 (平成25年6月30日現在)	令和4年6月30日現在	隔離件数	7件	身体的拘束件数	11件		16件 ※保護室の増設あり		6件								
取組開始前 (平成25年6月30日現在)	令和4年6月30日現在																		
隔離件数	7件																		
身体的拘束件数	11件																		
	16件 ※保護室の増設あり																		
	6件																		
取組のポイント																			
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 日々のカンファレンスや心理的安全性の研修を通して<b>院内のコミュニケーション強化</b>を図ってきた</li> <li>✓ 他科から入職してきたスタッフの<b>精神科医療に対する違和感</b>をくみ取り、行動制限最小化の取組に活かしている</li> <li>✓ <b>地域の警察とも連携し</b>、重大な他害ケースへの対応を整理することで職員の不安軽減を図った</li> </ul>																			



### ■取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 取組開始以前は、旧来の考え方に基づいた精神科医療が提供されてきた。患者の両脇を抱えて保護室に移動させるといったケースも存在していた。
- ・ 2013年7月に現理事長が就任し、病棟改革に着手する一環として行動制限最小化の取組が開始された。
- ・ さらに、2019年に病棟の建て替えが行われたことで、物理的にも患者主体のケアが行いやすい環境が整ったことで、取組が推進された。

### ■取組の内容・工夫

#### ➤ 立ち上げ～浸透

- ・ 平成26（2014）年の取組開始時には、まず身体的拘束・隔離の定義の明確化を図った。三河病院では、ミトンやつなぎも身体的拘束とみなすという定義付けを行い、
- ・ 2時間以上の装着は身体的拘束と定義している。指定医、看護師、精神保健福祉士、経営幹部（各部の部長）が検討し定義付けを行った。
- ・ 平成28（2016）年には指定医、看護師、精神保健福祉士からなる行動制限最小化委員会を立ち上げ、令和2（2020）年には職種の拡大を図った。
- ・ 毎日の病棟のカンファレンスで、患者の昼間・夜間の様子や行動制限の理由の現状についてスタッフ間で共有し、最小化を図っている毎週月曜日には病棟看

看護師だけでなく、医師・薬剤師・コメディカルとの共有と最小化に対する検討、月に1回の行動制限最小化委員会で今年事例の共有・最小化に向けた検討を行っている。

➤ 職員の不安の取り除き方

- ・ 地元警察の協力のもと通報訓練を行うとともに、三河病院の現状を共有することで地元警察との連携を強化した。
- ・ 看護部では心理的安全性に関する研修を行ったり、管理職と現場の職員とで心理的安全性に対する考え方にずれが生じないように心掛けている。1人で責任を負う必要はないという考え方が広まり、各職員がカンファレンスの場でなくても日々のコミュニケーションの中で協力し不安の解消ができるようになってきた。
- ・ 中には行動制限最小化の取組に抵抗感のある職員もいるが、彼らの考え方を否定せずに、病棟内で研修を行い、自身の考えと精神保健福祉法とのギャップに気付いてもらうような働きかけを行っている。

➤ 患者への接し方・スキル向上の工夫

- ・ 院内の看護研究にて、不足している知識や必要な啓発活動に関する院内のスタッフの意識調査を行い、その結果を現場の取組に活かしていった。
- ・ 行動制限最小化の勉強会を開催し、実際に身体的拘束を受ける患者体験を行っている。身体的拘束時の声掛けの有無や、声掛けの内容によって患者が受ける印象がどう変わるか等を多職種で学んでいる。
- ・ 他科から転職してくるスタッフは、身体的拘束の現場に違和感を感じることも多い。赴任後に指導者との定期的な面接等を通じて、精神科に対する理解を促したり、その違和感を大事にしてほしいということを伝えたりしている。

➤ リスク対応

- ・ 開放拡大前にはリーダーに患者の状態を必ず報告し、1人の看護師単独の考えで開放拡大できない仕組みとしている。
- ・ 開放拡大は医師のいる平日に行い、土日は拡大をいったん休止することで安全性を確保している。

■利点

- ・ 過去の隔離・身体的拘束がトラウマとなってしまった患者もいるが、無理な行動制限を行わないことで、継続して通院してくれる患者もいる。
- ・ 興奮した患者に対しても落ち着いた後に説明することで、患者が病識を持ち、進んで服薬するなど治療に積極的になってくれることもある。

- ・ 認知症患者が増加しており、他室訪問や性的逸脱行為など他の患者への影響が及ぶこともある。身体的拘束をしたくないという思いがある一方、他の患者への影響とのバランスのとり方が難しいと感じている。
-



- ・ 全体会では、反対意見も含めてスタッフからの意見を出しやすいよう心掛けたほか、副院長を中心に全職種を対象とした討論会を開催し、行動制限最小化推進派/慎重派に分かれたディベートを複数回実施した。
  - ・ 犬山病院では、全病棟で一斉に取組を開始することで、スピーディーにゼロ化を進めることができた。各病棟の取組の進め方は病棟ごとにゆだねたため、トップダウン的に進めた病棟もあれば、地道にカンファレンスを重ねた病棟もある。
  - ・ 安全や管理を優先することに代えて、患者さんの決定・尊厳を意識することでスタッフの集団のレジリエンスが高まった。
- 職員の不安の取り除き方
    - ・ 患者目線での医療・看護を心がけることで、おのずと行動制限最小化に向かっていく。事故を恐れて管理側の目線に立ってしまうことで不安感が強くなるため、患者側の目線に立つことを促した。
    - ・ 院長自ら病棟を巡回したり、必要時には夜間でも駆けつけるという姿勢を示して、積極的にかかわることも必要である。
  - ハード面の工夫
    - ・ 低床ベッドを 10 数台追加したほか、ベッドを使わずにマットレスを敷いて寝たり、頭から倒れてしまう患者の場合は壁にマットレスを敷き詰めたりした。
  - リスク対応
    - ・ 障害者虐待防止法の施行をきっかけに、治療が必要なほど重大な暴力事案は、警察に通報ししかるべき対応を行うようにしている。

## ■利点

- ・ 患者もスタッフも過ごしやすくなり、不穏になる患者も減った印象である。
- ・ 身体的拘束・固定を行っていた病棟においても、行動制限ゼロ化の取組後も転倒等の事故は増加していない。むしろ観察や巡回を行っていた時間を、患者の見守りに使えるようになった。

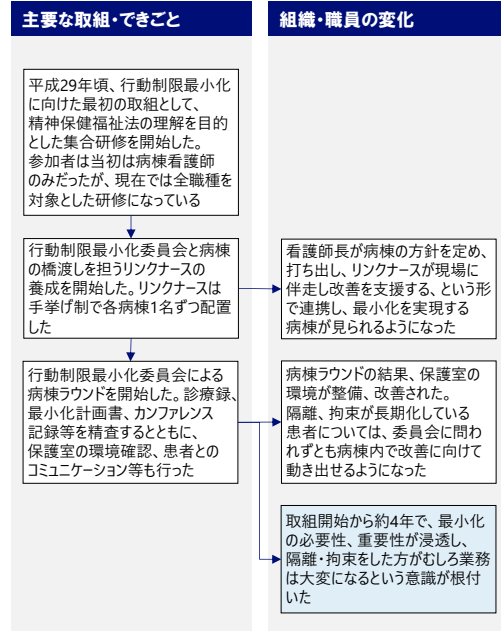
## ■課題

- ・ 院内には最小化賛成派だけではない。大きな事故が発生した場合、制限の方向に傾いてしまう恐れもある。

## 9. 公益社団法人 岐阜病院

### ■ 結果概要

基本情報																
医療機関名	公益社団法人岐阜病院															
病棟機能	精神入院															
	<table border="1"> <tr> <td>精数1</td> <td>精急1/2</td> <td>精療</td> <td>認治1/2</td> <td>特疾1/2</td> <td>児春入</td> <td>地域移行</td> <td>医療保護</td> </tr> <tr> <td>15:1</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>●</td> </tr> </table>	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護	15:1	●	●	-	-	-	-
精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護									
15:1	●	●	-	-	-	-	●									
病床数	487															
うち精神病床	487															
人員	指定医：20名、看護師：220名、准看護師：3名、看護補助者：32名、その他：170名															
	<table border="1"> <tr> <td>取組開始前 (平成27年6月30日現在)</td> <td>令和4年6月30日現在</td> </tr> <tr> <td>隔離件数</td> <td>100名</td> </tr> <tr> <td>身体的拘束件数</td> <td>21名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>91名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7名</td> </tr> </table>	取組開始前 (平成27年6月30日現在)	令和4年6月30日現在	隔離件数	100名	身体的拘束件数	21名		91名		7名					
取組開始前 (平成27年6月30日現在)	令和4年6月30日現在															
隔離件数	100名															
身体的拘束件数	21名															
	91名															
	7名															
取組のポイント																
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 取組開始以来、<b>精神保健福祉法の理解を目的とした集合研修の実施や行動制限最小化委員会と病棟の橋渡しを担うリンクナースの養成</b>を通じて行動制限最小化に取り組むべきであるという風土の醸成、維持に努めている。</li> <li>✓ <b>患者のもとへ出向くことを重視</b>し、病棟ラウンドの実施、事例検討会に割いていた時間の見直し等を行っている。</li> </ul>																



### ■ 取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 患者の迷惑行為に起因する業務を極力減らしたいという思いから行動制限が行われており、積極的な開放観察や、解除に向けた観察等は行われていなかった。

### ■ 取組の内容・工夫

- ・ 行動制限最小化に向けた最初の取組として、精神保健福祉法の理解を目的とした集合研修を開始した。参加者は当初は病棟看護師
- ・ のみだったが、現在では全職種を対象とした研修になっている。
- ・ 行動制限最小化委員会と病棟の橋渡しを担うリンクナースの養成を開始。リンクナースは手挙げ制で各病棟1名ずつ配置している。
- ・ 行動制限最小化委員会による病棟ラウンドを開始。病棟ラウンドでは、診療録、最小化計画書、カンファレンス記録等を精査するとともに、
- ・ 保護室の環境確認、患者とのコミュニケーション等も行う。
- ・ 取組開始から約4年で最小化の必要性、重要性が浸透し、隔離・身体的拘束をした方がむしろ業務は大変になるという意識が根付いた。病棟によっては看護師長とリンクナースが上手く連携し、最小化を実現する例も見られるようになり、病棟ラウンドの結果、隔離、身体的拘束が長期化している患者については、委員会に問われずとも病棟内で改善に向けて動き出せるようになった。
- ・ 行動制限最小化委員会で事例検討会を実施していた時期もあったが、時間がかかる

ばかりで結論が出ない場合が多く、現場に出向く時間を設けた方が有用であるという考えもあり、現在は行われていない。

#### ■利点

- ・ 行動制限最小化に取り組むことで業務の負担が軽減され、患者と向き合う時間を取れるようになることで患者との関係性も良好になる。
- ・ 救急等における隔離は、短ければ短いほど患者が社会復帰しやすくなるため、最小化は患者にとってのメリットも大きい。

#### ■課題

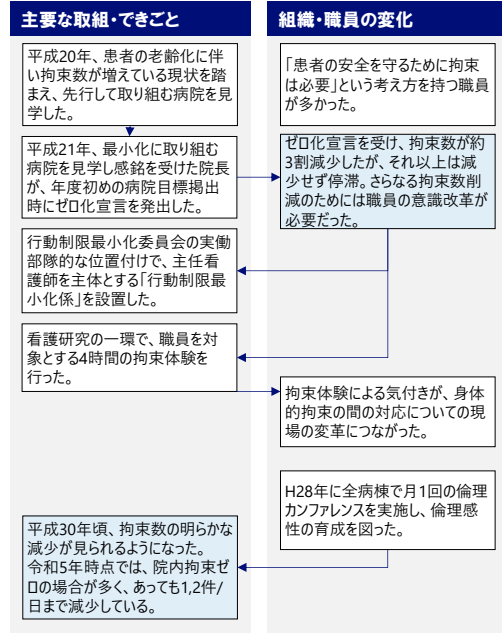
- ・ 隔離、身体的拘束を長期化させないためには適切なタイミングで解除する必要があるが、その適切なタイミングを把握することは難しく、リンクナースでも勘所を押さえている人は少ないため、今後継続して指導していく必要がある。
  - ・ 取組方針を明確化し、軸のある取組ができている病棟は最小化を実現できているが、職員の意見を取り入れすぎて取組が停滞している病棟も見られるため、状況に応じた助言が必要である。
-

# 10. 社会福祉法人天心会 小阪病院

## ■ 結果概要

基本情報									
医療機関名	社会福祉法人天心会 小阪病院								
病棟機能	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認知1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護
	15:1	-	●	●	1	-	-	-	●
病床数	537								
うち精神病床	537								
人員	指定医：15名、看護師：168名、准看護師：30名、看護補助者：55名、その他：104名								
	取組開始前 ※1日平均件数	令和4年6月30日現在							
隔離件数	1.73件/日・病棟			1.46件/日・病棟					
身体的拘束件数	2.23件/日・病棟			0.15件/日・病棟					

取組のポイント	
✓	院長の拘束ゼロ宣言により、行動制限最小化係の設置、認知症治療病棟では心理的安全性の確保、急性期治療病棟では、職員の拘束体験等の取り組み等を行うことで、翌年には拘束数の約3割は減少した。
✓	その後は微減少であったが、倫理感性の育成、患者様への寄り添う姿勢などを強化することで、拘束ゼロ宣言から約10年の時間を要し、行動最小化に至った。



## ■ 取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 取組以前から行動制限最小化を訴える現場の声は、ゼロではなかったが少数であり、どちらかというところ「患者の安全を守るために拘束は必要」という考え方を持つ職員の方が多くいた。
- ・ 平成20年頃、患者の高齢化に伴い拘束数が増えている現状を踏まえ、佐賀県で先行的に行動制限最小化に取り組む医療機関を見学。院長が翌平成21年、年度初めの目標掲出時に拘束ゼロ宣言を発出した。

## ■ 取組の内容・工夫

- 立ち上げ～浸透
  - ・ 拘束ゼロ宣言を受け、行動制限最小化係の設置、認知症治療病棟では心理的安全性の確保、急性期治療病棟では、職員の拘束体験等の取り組み等を行うことで、翌年には拘束数の約3割は減少した。しかしその後は微減少であった。さらなる身体的拘束の件数削減のためには職員の意識変革が必要だと判断した。
- 職員の不安の取り除き方
  - ・ 行動制限最小化に関する意見を、ネガティブなものも含み出し合える環境づくりや、行動制限最小化に伴う事故の責任は職員に取らせないことの発信等を行い、職員の心理的安全性の確保、不安の解消に努めた。



- ・ 院長は拘束ゼロ宣言後その方針をぶらさず、病棟ラウンド等で現場を訪れ、職員に対する激励も欠かさなかった。
  - ・ 不適切な行動をする患者がいた場合は、病棟責任者が率先して患者のもとへ話を聞きに行き、行動の背景を知るよう努めた。
  - ・ 転倒を防ぐのではなく、骨折や外傷等を防ぐことにフォーカスし、医療安全委員会と連携し、マットの設置、サポーターの装着等を行った。
- ソフト面の工夫
- ・ 行動制限最小化委員会の実働部隊的な位置付けで、主任看護師を主体とする「行動制限最小化係」を設置した。行動制限最小化係は身体的拘束中の患者のデータベース作成および院内共有や、身体的拘束件数の具体的な目標設定、身体的拘束が長期化している患者のデータ分析およびカンファレンス実施、成果が上がっている病棟については院長に直接報告、等を行っている。
  - ・ 認知症病棟においては、職員がカンフォータブル・ケアを学び、患者の快刺激を増やすよう努めた。
  - ・ 患者の不適切行為の背景に目を向けるように努め、患者様に寄り添う時間を増やし、そこで得た情報を共有しケアに反映した。
  - ・ 患者の便秘の解消や薬剤の適正化を通じて、それらに起因する不穏の解消に努めた。
  - ・ 看護研究の一環で、職員を対象とする4時間の身体的拘束の体験を行った。拘束体験による気づきが、患者のもとに頻回に顔を出す、音に敏感になるのでひそひそ話を廊下でしない、視界に気を配り外の様子が見えるようにしたり飾りを置いたりする等、現場の変革につながった。
  - ・ 倫理カンファレンスの月1回の実施により、「患者様にとってどうなのか」という発想が多く出るようになった。

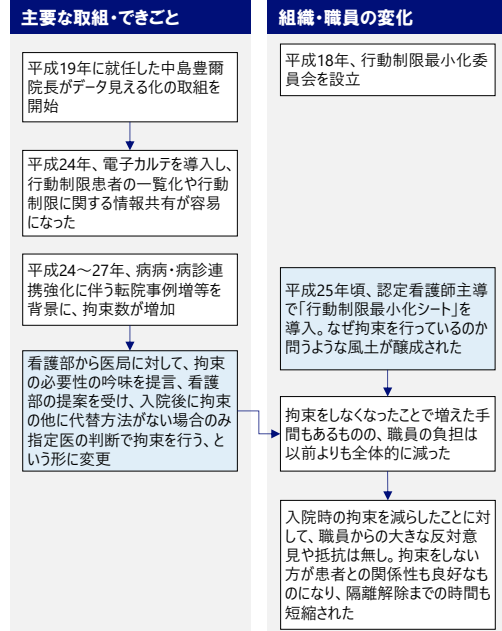
## ■利点

- ・ 患者が受けたくない医療行為の拘束をしないことで、トラウマにならず医療へ前向きになりやすい。
- ・ 認知症の場合、身体的拘束を行わないことでトラウマ、せん妄等の二次障害のリスクを低減でき、患者の笑顔が増え、患者職員間の関係性が良くなる。
- ・ 身体的拘束を行わないことで薬物使用を減らすことができ、副作用のリスクも低減できる。循環障害（肺塞栓症等）、褥瘡、神経圧迫に伴う障害、誤嚥性肺炎等のリスクも減る。
- ・ 身体的拘束にはマンパワーがかかるため、身体的拘束をしないことでそれ以外の患者へのケアを充実させることができ、結果的に全体として満足度が上がる。

# 11. 岡山県立精神科医療センター

## ■結果概要

基本情報																
医療機関名	岡山県精神科医療センター															
病棟機能	精神入院															
	<table border="1"> <tr> <th>精数1</th> <th>精急1/2</th> <th>精療</th> <th>認治1/2</th> <th>特疾1/2</th> <th>児春入</th> <th>地域移行</th> <th>医療保護</th> </tr> <tr> <td>13:1</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>-</td> <td>1・2</td> <td>-</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> </table>	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護	13:1	●	●	-	1・2	-	●
精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護									
13:1	●	●	-	1・2	-	●	●									
病床数	255															
うち精神病床	255															
人員	指定医：21、その他確認中															
	<table border="1"> <tr> <th>取組開始前 (平成24年6月30日現在)</th> <th>令和4年6月30日現在</th> </tr> <tr> <td>隔離件数</td> <td>49件</td> </tr> <tr> <td>身体的拘束件数</td> <td>3件</td> </tr> </table>	取組開始前 (平成24年6月30日現在)	令和4年6月30日現在	隔離件数	49件	身体的拘束件数	3件									
取組開始前 (平成24年6月30日現在)	令和4年6月30日現在															
隔離件数	49件															
身体的拘束件数	3件															
取組のポイント																
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓「なぜ拘束を行っているのか」と問うような風土の醸成が必要である。認定看護師主導で導入した「行動制限最小化シート」がそうした風土の醸成に寄与した</li> <li>✓看護部の提案で拘束の実施を限定的にするよう変更した結果、職員の業務負担軽減や、患者との関係構築促進、患者の隔離解除までの期間短縮等、多くのメリットを享受できた。</li> </ul>																



## ■取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 岡山県精神科医療センターの場合、指定医が当直していることもあり、元々代替方法がない場合のみ最小限の身体的拘束を行う、という形で運用してきた。
- ・ 平成24(2012)～27(2015)年、病病・病診連携強化に伴う転院事例増等を背景に、入院時、鎮静を要する場合には身体的拘束を実施しており、身体的拘束の件数が増加していた。
- ・ 医師は入院時に看護師が困らないよう身体的拘束をしていたのかもしれないが、身体的拘束をしていると15分おきに観察に行く必要がある上に、患者に寄り添ったケアもできず、弊害にしかかかっていない状況だった。

## ■取組の内容・工夫

- ・ 看護部長・看護師長で入院時の身体的拘束の要否について議論を行った上で、看護部として鎮静とセットで行う身体的拘束は必要ないのではないかという提案を医局に対して行った。
- ・ 看護部の提案を受けて、入院時の身体的拘束は行わず、入院後に興奮したり自傷があったりする患者で身体的拘束の他に代替方法がない場合のみ指定医の判断で身体的拘束を行う、という形の運用に変わった。
- ・ 患者の不安や興奮を鎮めるケアの実施ができないほど、急速に患者の興奮が高まってしまった場合は、院内一斉コールを使い院内から応援を募ることができる。

- ・ 電子カルテの掲示板に身体抑制率の月ごとのデータを掲載しており、職員の認知向上を図っている。
- ・ 平成 25 年頃、認定看護師主導で導入した「行動制限最小化シート」が、なぜ拘束を行っているのかと問うような風土の醸成に寄与しており、
- ・ 現在では風土が一定程度定着したためシートが現場で使われることは少なくなった。
- ・ 拘束が長期に及んでいるケースでは担当者の思考が固まりがちで、行動制限最小化委員会や他部門との議論を通して斬新なアイデアが生まれ、結果的に負担軽減に繋がる場合がある。

#### ■利点

- ・ 拘束をしなくなったことで入院時の負担は減ったが、患者を入院棟まで移動させる人手は以前よりも必要になった。それらを考慮しても、職員の負担は以前よりも全体的に減ったと言える。
  - ・ 拘束をしない方が患者との関係性が良好なものになり、隔離解除までの期間も短くなった。
  - ・ 入院時に身体的拘束を行わなくなったことで、患者への説明に時間をかけることができ、以前よりも患者に安心感を持ってもらえるようになった。鎮静を行う機会も減った。
  - ・ 身体的拘束をしなかったために職員が暴力を受けた例は、ゼロではないがほとんどない。行動制限最小化に取り組んだことで患者暴力の件数が増えることはなかった。
-

## 12. 医療法人社団造山会 まきび病院

### ■結果概要

基本情報	
医療機関名	医療法人社団造山会 まきび病院
病棟機能	精神入院 精数1 精急 1/2 精療 認治 1/2 特疾 1/2 児春入 地域移行 医療保護
	15:1 - - - - - - - ●
病床数	145
うち精神病床	145
人員	医師：11名、看護師：35名、准看護師：16名、看護補助：6名、薬剤師：5名、その他：42名
	令和4年6月30日現在
隔離件数	6件
身体的拘束件数	0件

取組のポイント	
✓	閉鎖病棟を設けないことで、長期的に患者との信頼関係を構築してきた
✓	状態が悪い方にはスタッフがマンツーマンで対応し、当事者に寄り添ったケアを行っている
✓	患者と病院スタッフが参加する集会を開催し、対応や院内ルールを見直す機会を設けている

医療機関の特徴	
✓	「誰でも安心してかかれる精神医療をめざす」を理念として掲げており、24時間全開放の病棟としてきた。
✓	病院側の事情ではなく、当事者の尊厳を尊重し、気持ちに寄り添うことを基本的な考え方としている。

患者への接し方の工夫	
✓	スタッフが臨機応変に対応を考え、患者が最も安心して過ごせる場所や方法を考えている。
✓	急性期の患者や帰宅しようとする患者には、看護師がマンツーマンで付いて見守っている。
✓	状態の悪い患者はナースステーションの中で見守りを行っている。

院内の関係性構築・組織の工夫	
✓	医師・コメディカルからなる相談室という部署を設置し、患者や職員からの相談を受けたり、院内で応援が必要なケースに流動的に入り込んで対応を行っている。
✓	職種間の壁が低く、医師と看護師等の他のスタッフが対等な関係を築いている。

### ■取組前の状況・取組のきっかけ

- 岡山県では1970年代から開かれた精神医療に取り組んできた先達があり、気風があった。そして医師を中心とした精神科病院の開放化と地域精神医療の実践を積み重ねてきた。そうした実践の中から閉鎖病棟を持たない全開放の病院として、まきび病院が生まれた(1981.6.1)。

### ■取組の内容・工夫

- 患者への接し方・スキル向上の工夫
  - 当事者の尊厳を尊重し、気持ちに寄り添うことを基本的な考え方としている。
  - 病棟だけでなく栄養部門や事務部門も含めた全職員で患者に対応している。
  - 症状が不安定な患者には、看護師がマンツーマンで付いて見守っている。全病棟で、おおよそ5人から10人の患者をマンツーマンで対応。スタッフが臨機応変に対応を考え、患者が最も安心して過ごせる場所や方法を考えている。
  - ルールは必要最小限とし、患者ごとの状態を考慮して個別対応を行っている。
  - ナースステーションは患者が自由に出入りできるようにしている。状態の悪い患者はナースステーションの中で見守りを行うこともある。
  - トラブルが発生した場合は、当事者である患者の意見を丁寧に聞き、粘り強く話し合うことで対応している。

- ・ 院内スタッフや患者が参加する「まきび集会」を月に1回開催している。その中で患者からの意見を直接聞いたり、院内のルールを話し合ったりしている。
- 院内の関係性構築・組織の工夫
  - ・ 開院当初から、多職種で構成された「相談室」という部署を設置している。患者や職員からの相談を受けることに加え、院内の状況を俯瞰的にとらえ、応援が必要なケースや状況に流動的に入り込んで対応を行うことに努めている。
  - ・ 職種間の壁が低く、医師と看護師等の他のスタッフが対等な関係を築いている。
- リスク対応
  - ・ その時々で、心配な患者や見守りが必要な患者についての情報を、全部署が共有することを大切にしている。また状況に応じて随時、各部署のスタッフが集まり、必要な対応について協議する機会を設けている。
  - ・ 緊張が高まる場面では医師が前面に出て、職員患者双方がけがをしないように心がけている。

#### ■利点

- ・ 閉鎖病棟がないと医療者と患者の力関係が対等になりやすく、長期的には患者の安心・信頼を得ることができ、治療関係によい影響を与える。
- ・ 「精神科病院における不祥事(患者虐待などの人権侵害)」の歯止めになる。
- ・ 地域との垣根が低く地域住民との交流も生まれやすく精神医療や患者への偏見を軽減できる。

#### ■課題

- ・ 若いスタッフの人材育成が課題である。開院当時の状況を知るスタッフが少なくなっている。大切にしてきた理念やそれに基づいた実践を、これからの担うスタッフにどのように継承していくか、考えていく必要がある。

# 13. 社会医療法人葦の会 オリブ山病院

## ■結果概要

基本情報									
医療機関名	社会医療法人葦の会 オリブ山病院								
病棟機能	精神入院	精数1	精急1/2	精療	認治1/2	特疾1/2	児春入	地域移行	医療保護
	15:1	-	●	●	-	-	-	-	●
病床数	343								
うち精神病床	232								
人員	指定医：9名、看護職員：68名 精神作業療法士：12名、精神保健福祉士：9名								
	令和4年6月30日現在								
隔離件数	1名								
身体的拘束件数	0名								

取組のポイント	
✓	病院内の保護室数を限定的とする、薬物治療を行う、勉強会や掲示物等を通じて職員の意識醸成を行う等の取組により、 <b>隔離は病棟単位で月数件程度、拘束は病院全体で年数件程度</b> である。
✓	身体拘束を行わないことで <b>患者が治療に対して前向きになってくれたり通院を続けてくれたりするメリットがある</b> 。隔離、拘束に頼らずともケアができるという <b>看護師の自信にもつながり</b> 、その結果患者への接し方も良いものになる。

医療機関の特徴	
✓	隔離、拘束は行わないという考えのもと病院運営を行っている。
✓	隔離は病棟単位で月数件程度、拘束は病院全体で年数件程度。院内に拘束具はあるが、使う頻度は病院全体で年に5回程度である。
✓	病棟を建てる際、保護室があると使ってしまうため、医師との相談のもと、保護室を病院全体で8部屋しか設けなかった。
✓	患者による暴力は少なく、病棟によっては年間1件も起こらない場合もある。

患者への接し方の工夫	
✓	令和4年3～11月の期間中、3名の患者に4回拘束を行っている。拘束を行う際は患者本人も交えたカンファレンスを行い、時間を限定する形で拘束を行った。
✓	刺激の少ない保護室に入ること、幻聴や他の患者の目に苦しむことなく過ごすことができる患者もあり、その患者のためになると判断した場合は隔離を行うこともある。

院内の関係性構築・組織の工夫	
✓	患者の活動を抑制すると身体機能が低下してしまうため、リハビリ部門とは密に連携を取り、患者のADLや歩行の状態等の把握に努めている。トイレまで歩いたり、手すりがあれば歩ける方の場合には室内に掴まれるものを置き環境調整したりして、患者の身体機能が落ちないようにしている。

## ■取組前の状況・取組のきっかけ

- ・ 創設者・田頭政佐氏の考えに従い、隔離、身体的拘束を行わない精神科医療を目指し病院運営が行われてきた。
- ・ 平成 11（1998）年の「縛らない看護」出版、平成 12（2000）年の介護保険創設をきっかけに院内で検討の場が持たれ、行動制限最小化に向けた取組が加速した。
- ・ 平成 12（2000）年に抑制廃止検討委員会が設立され、抑制廃止対策理念を掲げた。同時期に精神科の医師が先頭に立ち、看護師とともにラウンドし院内の拘束具を処分していった。

## ■取組の内容・工夫

- 職員の意識変革、不安の取り除き方
  - ・ 隔離、身体的拘束を無くすためには職員の考え方を変えることが重要である。オリブ山病院では医療安全週間に、患者・職員の目につく場所に「身体的拘束ゼロを目指す」というようなメッセージのポスターを掲出している。
- 転倒・転落の防止
  - ・ 入院時にご家族へ病棟内の環境をみて頂き、転倒リスクをご説明する。転倒があった際は、速やかに診察処置を行い、速やかにご家族へご報告する旨、転倒リスクアセスメントシートの文書に文言として記載している。

- 隔離・身体的拘束の代替手段
  - ・ 指定医の指示で隔離をする場合もあるが、個室に誘導したり、ホールに行く際は職員が付き添ったりしてなるべく保護室を利用せずに済むようにしている。また、隔離が必要な場合も指定医の指示のもと時間開放を検討するようにしている。
  - ・ 頓服薬や、患者同意の下に行う注射等の薬物投与により、なるべく隔離を行わないよう努めている。
- 勉強会・研修の内容
  - ・ 看護師、介護士、ケースワーカーを対象に、経験の浅い職員向けに病棟内で勉強会を実施している。内容は患者の疾患理解、CVPPP、隔離、身体的拘束等に関するもので、多いときには週1回ペースで実施している。
  - ・ 精神保健福祉法について、病棟での勉強会を年1回以上、病院内全職員向けの勉強会を年1回実施している。
  - ・ 身体的拘束の回数が少なく、やり方が分からない職員が多いため、身体的拘束に関する研修も行っている。
  - ・ 毎年4月と9月に行われる新規入職者向けのオリエンテーションの中で、行動制限に関する話をする機会を設けている。

## ■利点

- ・ 身体的拘束を行わないことで患者が嫌な思いをせずに済み、患者と職員の関係性も壊れずに済む。その結果、患者が治療に対して前向きになってくれたり通院を続けてくれたりする。
- ・ 肺塞栓症等のリスクを低減することができる。
- ・ 隔離、身体的拘束に頼らずともケアができるという看護師の自信につながっており、その結果患者への接し方も良いものになる。
- ・ 隔離、身体的拘束を行っていないということを決め手として入職する職員もいる。

## **第5章**

# **総合的対策の検討**

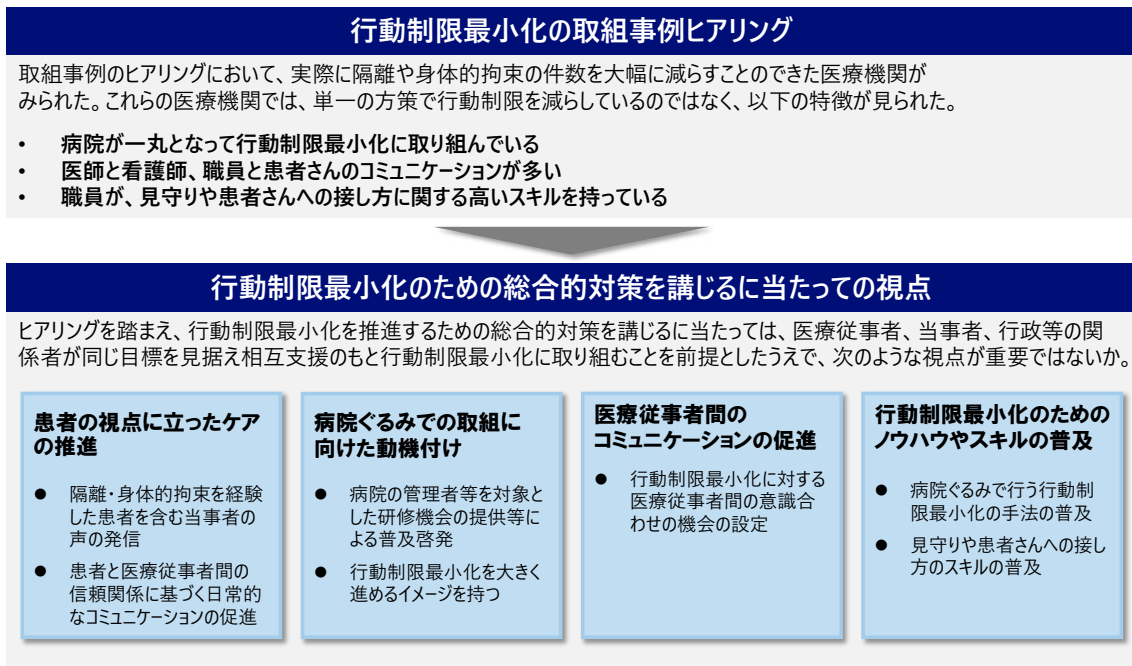


# 1. 総合的対策

行動制限最小化を推進するための総合的対策について、検討会において検討を行い、以下のように整理した。

- ・ 行動制限最小化の取組事例ヒアリングの結果を踏まえ、行動制限最小化のための総合的対策を講じるにあたっては以下の視点が重要ではないか。

図表 10 行動制限最小化のための総合的対策を講じるにあたっての視点



- ・ 行動制限最小化を推進するため、今後、多くの医療機関が一層の取組を行うことができるよう、次のような方策を総合的に実施することが必要ではないか。

**図表 11 行動制限最小化のための総合的対策**

<p><b>① 医療機関の気づき・取組を促し、推進力を高める取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行動制限最小化に対する気づきや取組を促すために、行動制限を顕著に減少させた事例について、成果・課題や関係者の想いを含めて周知する。 (例：ヒアリング事例集、取組事例のインタビューの動画)</li> </ul>	<p>本事業にて検討</p>
<p><b>② 行動制限最小化のノウハウを普及する取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 先行研究やこれまでの様々な取り組みをもとに検討し、行動制限最小化の方策、コミュニケーションの重要性等について、医療従事者に分かりやすい形で周知する。 (例：行動制限最小化委員会の活用推進、医療機関で使用できる研修資料の提供)</li> <li>・ 行動制限最小化のノウハウについて、関係者が情報収集・共有しやすいための基盤を提供する (例：ポータルサイト)</li> <li>・ 各医療機関間の情報共有を通じて、行動制限最小化の普及を促進する。 (例：ピアレビュー、拠点・支援医療機関の形成)</li> </ul>	
<p><b>③ 身体的拘束に関するルールの明確化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体的拘束に関するルール (大臣告示等) について、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告等を踏まえ、更なる明確化を図る。</li> </ul>	<p>本事業にて検討</p>

- ・ 行動制限最小化は、以上の取組が全てではなく、最小化のための不断の努力を継続的に要するものであるため、①～③を含む行動制限最小化のための方策について、継続的な検討と取組を行う必要がある。

## 2. 総合的対策に対するご意見

本検討会においては、総合的対策に対して以下のような意見が挙げられた。

- ・ 患者、医療従事者間のコミュニケーション促進の過程で、当事者団体との連携やピアサポーター事業等を通じて、クライアントである患者以外の当事者の視点を今以上に含めてほしい。
- ・ 夜間や救急の現場等においては人手が足りない状況が存在しうる。また、人手が足りないことを理由に開放観察を行えない場合もある。また、海外の精神科病院と比べ、日本の場合は手薄な人員配置となっていることも明示してほしい。
- ・ 人を縛る、閉じ込めるという行為は、患者にとって苦痛であり尊厳を傷付けられる行為であるのは勿論のこと、医療従事者にとっても気持ちの良いものではない、という双方の思いをいかに多くの人に理解してもらうかが重要である。隔離、身体的拘束に慣れてしまい漫然と行っているような状態は、虐待に繋がりうる深刻な状況であり、そうした状況を無くしていく必要がある。総合的対策に当事者の視点をより多く盛り込むとともに、人手不足や財源の問題に対応しなければ、取組は進まないだろう。
- ・ 多くの医療機関は人手不足の状況にありながら最善を尽くしているが、中には行動制限最小化に関心を持っていない医療機関もある。そうした医療機関の取組を促すためには、医療機関同士で取組を共有したり意見交換する場を設けたりすることが一案である。
- ・ 資料全体を通じて、「行動制限最小化」という文言で隔離と身体的拘束をまとめて表記している箇所があり、そうした箇所では他害防止のための身体的拘束を前提とした記載だと読めてしまう。報告書等においては、他害防止のための身体的拘束を良しとする誤解を与えないためにも、隔離と身体的拘束を分けて記載した方がよいだろう。
- ・ 行動制限最小化というと身体的拘束に対する取組が主となる。海外の文献などでは、身体的拘束が減ると隔離にシフトするというものもあるため、隔離についても今後の検討課題と明示した方がよいだろう。
- ・ 精神の病気や精神障害による身体的拘束は、将来的にはゼロが目指されるべきであり、総合的な対策については、継続的な検討と取組がなされるべきである。

## **第6章**

# **研修ツールの作成**

## 1. 作成の概要

前章にて検討した総合的対策のうち、「①医療機関の気づき・取組を促し、推進力を高める取組」では、「行動制限最小化に対する気づきや取組を促すために、行動制限を顕著に減少させた実例について、成果・課題や関係者の想いを含めて周知する」こととしている。そこで、①事例集、②研修用動画、③研修用資料を作成して、取組事例の周知を図ることとした。

	①取組事例集	②研修用動画	③研修用資料
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヒアリング対象医療機関の行動制限最小化の取組を文字・写真を用いて紹介する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヒアリング対象医療機関の行動制限最小化の取組や患者・スタッフの想いを動画を用いて周知する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修用動画とセットで活用できる資料集にて、動画の学習効果を高める</li> </ul>
媒体	PDF（WordまたはPPTにて原稿を作成）	動画（計30分程度）	PDF + Word
想定対象者	管理者・研修担当者	現場スタッフ・管理者	現場スタッフ・管理者
想定活用シーン	<ul style="list-style-type: none"> <li>職種を超えて、十分に取り組んでいるイメージを院内で共有する際の参考とする</li> <li>取組時の課題やつまづきの乗り越え方の参考とする</li> <li>研修の参考資料とする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修で用いるコンテンツとする</li> <li>ゼロ化宣言前後のモチベーション向上に活用する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修用動画の内容の振り返りに活用する</li> </ul>

このうち、②の研修用動画について、主に精神保健指定医をはじめとする精神科医療機関の医療従事者を主な対象とし、短時間のコンテンツを複数も用意することとした。取組事例ヒアリングにご協力いただいた医療機関や隔離・身体的拘束を経験された当事者・当事者家族の声を中心に構成することとした。全体の構成は以下の通り。

図表 12 動画の構成(案)

タイトル (仮題)	登壇者	時間	主なメッセージ	内容例
1. やってみたい！ 行動制限最小化	ヒアリング 医療機関	7分	行動制限最小化に先行的に取り組み、既に成功しつつある医療機関がある。 行動制限最小化に取り組むことで、患者にとっても医療従事者にとってもよい変化が生じる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動制限をやめたことによる職員の気持ちの変化</li> <li>身体拘束の割合・期間の減少の実例、全国平均比較</li> <li>院長or看護部長インタビュー <ul style="list-style-type: none"> <li>行動制限最小化に取り組めた要因</li> <li>行動制限最小化を実施したメリット、実施による病院の変化</li> </ul> </li> </ul>
2. どうやってできた？ 行動制限最小化	ヒアリング 医療機関	10分	組織としての方針を定め、一丸となって行動制限最小化に取り組むことや、患者-医療従事者間や院内のコミュニケーション活性化が重要である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動制限ゼロを目指す以前の様子</li> <li>行動制限ゼロのために行ったこととターニングポイント</li> <li>スタッフの意識変容に向けた取組</li> <li>行動制限の代替手段・手法</li> <li>成功させるための工夫や秘訣</li> <li>まとめ：共通するポイント</li> </ul>
3. なぜ今するの？ 行動制限最小化	ヒアリング 医療機関 当事者	15分	行動制限最小化は、最小化により患者の人権と尊厳を守ることであり、また医療従事者自身がより患者と向き合うことにつながる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>隔離・拘束を受けた患者の経験と心情</li> <li>行動制限を行っていたが最小化に取り組んだ医療機関スタッフの想い</li> </ul>
4. そこが知りたい！ 行動制限最小化	ヒアリング 医療機関	16分	行動制限最小化に向けた不安や懸念点を乗り越えてきた先行取組医療機関の事例を参考にすることで、院内の工夫により行動制限最小化に取り組むことができる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフや他の患者さんに危険はないのか？</li> <li>患者の状態が悪いときはどのように対応するのか？</li> <li>看護師の負担が重くなったのではない？</li> <li>適切な治療ができないことはないのか？</li> <li>重症の患者を受け入れられなくなったのでは？</li> <li>人員配置の少ない慢性期の病棟では難しいのでは？</li> <li>看護師と医師の役割分担はどうすればよいか？</li> <li>これまで取り組んできたものの件数が減らないがどうすればよいか？</li> </ul>
5. 決定版！ 行動制限最小化の道のり	杉山委員	6分	行動制限最小化に向けて、現場の想いや取組の工夫だけでなく、それを支える基礎理論やスキルの強化も必要であり、既に先行研究が出されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動制限最小化に向けた基礎理論</li> <li>組織力の強化に向けて、現場スタッフに求められること</li> </ul>
メッセージ	神庭委員	3分	行動制限を減らすことは患者・医療従事者共通の願いだが、多くの従事者は困難と感じている。一方で、このテーマに集中的に取り組んできた病院があり、より多くの医療機関で取組が広がることを期待している。	-

## **第7章**

# **処遇基準告示の検討**

## 1. 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書を踏まえた処遇基準告示についての検討

本検討会の検討の結果として、主な提言を以下の通りまとめた。

### ○切迫性・非代替性・一時性の考え方を要件として明示することについて

- ・ 3要件を、身体的拘束の対象患者の要件として、処遇基準告示に明示することとしてはどうか。

(具体的な記載イメージ)

- 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又は重大な身体損傷を生ずるおそれが著しく高い
- 身体的拘束以外によい代替方法がなく、やむを得ない処置として行われるものである
- 身体的拘束は一時的に行われるものであり、必要な期間を超えて行われていないものである

### ○「多動又は不穏が顕著である場合」等の、対象患者の記載に関する明確化について

- ・ 「多動又は不穏が顕著である場合」等の告示上の対象患者の記載については、それだけで身体的拘束の十分条件となるものではないことが明確となるよう、上記の3要件を先に明示した上で例示するとともに、あくまでも3要件を満たす場合に限り対象となる旨を明示してはどうか。
- ・ 「多動又は不穏が顕著である場合」の記載については、更に明確化するため、「多動又は不穏が顕著である場合であって、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や重大な身体損傷のおそれがある場合」としてはどうか。
- ・ 精神疾患の患者が、身体的合併症のために「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や重大な身体損傷のおそれがある場合」についても、上記に準じて判断することを明示してはどうか。



#### ○実施に当たっての遵守事項について

- ・ 解除に向けた検討を行うことや、医師の頻回の診察に当たって、3要件を欠いた場合には速やかに解除することを明示してはどうか。
- ・ 身体的拘束に当たって、実施の理由を可能な限りよく説明することや、二次的な身体的障害や心理的影響に関することを含めて臨床的観察を行うことを明示してはどうか。

#### ○行動制限に関する考え方について

- ・ 手続きを満たせば行動制限を行ってもよいという誤解を招かないよう、要件を満たす場合に限られる旨を明記する。

## 2. 処遇基準告示改正に係るその他のご意見

前節の検討内容のほか、本検討会においては、各々の構成員から以下の意見が挙げられた。

### (1) 全体に対するご意見

- ・ 告示内に「精神の病気や精神障害による身体的拘束は、将来的にはゼロが目指されるべき」という文言を追加すべき。
- ・ 当事者の構成員から「精神の病気、精神障害を理由とするいかなる身体的拘束についても反対であり、ゼロ化を求める」という旨の発言があった旨を報告書に記載してほしい。
- ・ 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書 P35（本報告書参考資料 P.135）と同様に、当事者の立場の構成員から、隔離・身体的拘束については、医療・保護の観点から必要な場合があることに関し、制度としてそうした仕組みとされている点は認識しているものの、患者にとっては、経験するに耐え難い苦痛・感情を伴うものであり、適切であるか不適切であるかを問わずゼロを目指すべきである旨の記載を、本調査研究の報告書等にも記載してほしい。
- ・ 障害者権利条約の初回対日審査に関わる総括所見には、障害を理由とした行動制限の法的規定の廃止について記載されており、このことについて報告書等において言及していただきたい。また、第 210 回臨時国会で成立した障害者関連法の附帯決議には、当該総括所見に基づく検討を多様な障害当事者の意見も踏まえ行うことと記載されており、このことについても報告書等において言及していただきたい。
- ・ 人員配置等の理由からゼロ化を目指すことが現実的でない医療機関も存在しており、告示において「ゼロ化」という文言を扱うかどうかは慎重に判断すべきである。研修等において告示改正に関する議論の経緯を紹介し、議論に上った当事者の思いや意見にも触れてはどうか。
- ・ 身体的拘束の要件のみを見直すのではなく、当該基準告示の基本的な考え方についても見直すべき。
- ・ 告示の基本的な考え方には「初回政府審査にかかわる総括所見では、精神科病院における障害者の隔離、身体的拘束、化学的拘束など、そのような行為を正当化する法律についての懸念が示され、不当な扱いを生み出しているすべての法的規定を廃止することが勧告された。障害者権利条約の実施について講ずるべき措置の検討結果が出されるまでの当面の間は、不適切な身体的拘束等の行動制限をゼロにするための取り組みを本告示の下で進めていくことが必要である。」という文言を加えるべき。
- ・ 要件の明確化に伴い、患者の生命を守るような懸念がある場合は、慎重に検討する必要がある。
- ・ 医療従事者が持つ「必要なケアを安全に届けたい」という思いが告示には反映されておらず、今後論点として取り上げるべき内容だと考えている。

- ・ 代替性（「身体的拘束以外によい代替方法がなく、やむを得ない処置として行われるものである」）については不遵守の懸念があり、代替方法がないことをどのように証明するのか等も含めて、改善に向けた継続検討が必要である。
- ・ 身体的拘束の実施中の観察について、常に点検をしながら代替の方法が見つければ身体的拘束を解除する、という考え方になるのではないか。

## （２）「多動又は不穏が顕著である場合」等の、対象患者の記載に関する明確化についてのご意見

- ・ 当事者の構成員から「多動又は不穏が顕著である場合」等の告示上の対象患者の記載について削除すべきという意見が出された旨を報告書に記載してほしい。
- ・ 特に「不穏」という表現はあくまで第三者から見た状態を示すもので、当事者にとっては不安が大きく何かに怯えている状態である。不穏の背景にある要因を考えるとなく身体的拘束をされてしまうリスクを考えると、説明しがたい不穏という文言は削除すべき。
- ・ 「多動又は不穏が顕著である場合」の要件を、現場でどのような基準のもと運用しているかということについても検証すべき。

## （３）実施に当たっての遵守事項についてのご意見

- ・ 他国は障害者権利条約を念頭に置き、身体的拘束等の手続の厳格化を行っている。それと比較すると、現行告示の遵守事項は曖昧な記載が多いため、明確化することが必要である。記載が明確でない箇所については、疑義照会等が行われていることを公表してほしい。医療現場では遵守事項を拡大解釈しているような例も見受けられるため、そうした例をなくすための議論も今後必要である。
- ・ 「身体的拘束に当たって、実施の理由を可能な限りよく説明すること」とあるが、例えば処遇改善請求を申し立てる権利等についても説明する必要があるのではないか、また、患者本人に説明するだけで良いのか、ということについても検討を要する。

## （４）行動制限に関する考え方についてのご意見

- ・ 告示は「条件を満たせば身体的拘束することができる」という書き方になっており、当事者としては不本意な内容であるし、身体的拘束を行う側は条件を満たせば身体的拘束してよいのだと受け取られかねないため、「条件を満たさなければ身体的拘束をしてはならない」という書き方に改めるべき。あくまで一般医事法理の範囲内で患者の利益になる裁量を専門的な観点から行使するものであるということが伝わるような書きぶりにすべき。
- ・ 1991年「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」の「原則 11 治療への同意」では、治療や身体的拘束、非自発的な隔離について「条

件を満たさなければしてはならない」という書き方となっている。それを踏まえると、隔離、身体的拘束は本来犯罪にあたり得る行為を指定医が指示することで例外的に適法になるもの、ということを明示するために、「条件を満たさなければしてはならない」という書き方をすることもあり得るのではないか。

- ・ 従来「固定」とされてきたものの中には身体的拘束に位置付けられるべき行為も含まれているということを改めて確認すべき。また、抑制や固定についても 3 要件の対象であることを明らかにする必要がある。

参考資料①  
検討会参考資料

①-1

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」  
報告書

# 報告書

令和4年6月9日

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の  
実現に向けた検討会

## 目次

第 1	総論.....	2
第 2	精神保健に関する市町村等における相談支援体制について.....	6
第 3	第 8 次医療計画の策定に向けて.....	13
1.	第 8 次医療計画の基本的な考え方.....	13
2.	第 8 次医療計画における指標例等.....	14
3.	第 8 次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式.....	15
第 4	精神科病院に入院する患者への訪問相談について.....	17
第 5	医療保護入院.....	20
1.	医療保護入院の見直しについて.....	20
2.	医療保護入院の同意者について.....	28
3.	本人と家族が疎遠な場合等の同意者について.....	30
4.	精神医療審査会について.....	31
第 6	患者の意思に基づいた退院後支援.....	32
第 7	不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組.....	34
第 8	精神病床における人員配置の充実について.....	38
第 9	虐待の防止に係る取組.....	40



## 第1 総論

### (精神疾患の現状)

- 近年、精神疾患を有する患者の数は増加傾向にあり、平成29年には約420万人となっている。新型コロナウイルス感染症の影響による長期に及ぶ自粛生活等の影響もあり、令和2年9月の調査では約6割の方が様々な不安を感じており、メンタルヘルスの不調や精神疾患は、誰もが経験しうる身近な疾患となっている。  
自殺者数は、平成22年以降は10年連続で減少となっていたが、令和2年には11年ぶりに増加に転じている。

### (「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築)

- 誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害の有無や程度にかかわらず、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するため、令和3年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書がとりまとめられた。
- 報告書には、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の多職種・多機関の顔の見える連携を推進し、精神障害を有する方や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた方（以下「精神保健医療福祉上のニーズを有する方」とする。）が、その意向やニーズに応じ、身近な地域で切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心して暮らせるようにする体制を構築する観点から、今後の課題が以下のとおり示されている。
  - ・ 厚生労働省は今後、本報告書に基づき、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、必要な諸制度の見直し、障害福祉計画や令和6年度からの次期医療計画への反映及び必要な財政的方策等も含め、関係省庁及び省内関係部局との連携を図りつつ具体的な取組について検討し、その実現を図るべきである。
  - ・ 本報告書では精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進に関する事項を取りまとめたが、これまで精神保健医療福祉領域で課題とされている、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」とする。）に規定する入院に関わる制度のあり方、患者の意思決定支援や患者の意思に基づいた退院後支援のあり方等の事項については、別途、検討が行われるべきである。
- わが国の精神保健医療福祉行政は、戦後、精神衛生法（昭和25年法律第123号）に基づく、非営利法人が設置する精神病院等の設置・運営に要する経費の国庫補助等により、民間主体で病院・病床の整備が急速に進められたこともあり、精神科医療機関は、必ずしも医療提供基盤が十分とはいえないなか民間主体で入院医療を提

供するとともに、デイ・ケア等における退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた経緯がある。

障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号）を契機に、精神保健福祉法でも地域援助事業者との連携等が規定され、地域の障害福祉サービスの拡充が図られる中で、こうした医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保しながら「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、居住・就労等に関する支援を含め、その病状の変化に応じた多様なサービスを身近な地域で切れ目なく受けられるようにする体制の整備が求められている。

精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で希望する生活を実現し、継続することができるよう、国においては、保健、医療、障害福祉・介護、居住、就労等、経済的な基盤の確保にも資する包括的な支援を進めることはもとより、そうした基盤の充実を図っていくことが求められる。

### （患者の権利擁護）

- 精神科病院における患者の権利擁護については、
  - ・ 昭和 62 年に精神衛生法を精神保健法に改称し、任意入院制度を創設する
  - ・ 平成 7 年に精神保健法を精神保健福祉法に改称し、医療保護入院等を行う精神科病院について、常勤の精神保健指定医（以下「指定医」とする。）を必置とする
  - ・ 平成 11 年に精神保健福祉法を改正し、指定医が違法な処遇を発見した場合に管理者に報告して適切な対応を求める等、処遇の改善の努力義務を設ける
  - ・ 平成 25 年に精神保健福祉法を改正し、医療保護入院を行う精神科病院について、患者の退院に向けた相談支援等の業務を行う「退院後生活環境相談員」の選任を求める等、順次拡充を進めており、精神科病院では、こうした法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図りながら、入院医療が提供されている。

- また、平成 18 年には、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的とする「障害者権利条約」が国連総会で採択され、我が国は、平成 19 年に署名、平成 26 年に批准し効力が発生している。

今夏目途で同条約に基づく初回の対日審査が予定されており、障害者権利委員会からは、以下のとおり、強制入院や隔離・身体的拘束等に関する事項について（※）、事前の情報提供が求められている。

- ・ 措置入院、医療保護入院等を規定する精神保健福祉法等の撤廃のために講じた措置
- ・ 隔離・身体的拘束等を廃止するためにとった法律上・実践上の措置

※ こうした事項について、障害者の権利に関する条約第 36 条及び第 39 条による障害者の権利に関する委員会からの提案及び一般的な性格を有する勧告が行われたときには、障害者を代表する団体の参画の下で、当該提案及び勧告に基づく

現状の問題点の把握を行い、関連法制度の見直しを始めとする必要な措置について検討すべきである。

- こうした経緯を踏まえ、患者の権利擁護に関する取組を、より一層推進させていくことが重要である。

#### (地域の精神科医療機関の役割)

- 精神疾患が誰もが経験しうる身近な疾患となる中、地域の精神科医療機関が果たすべき役割は、自治体を実施する精神保健相談の協力、協議の場への参画、多様な精神疾患に対する医療の実現、精神科以外の診療科との連携等、多岐にわたる。  
一方で、精神科医療への理解が進んでいるとは言いがたい状況にあり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、地域の精神科医療機関の役割について、理解を深めていくことが重要となる。

#### (医療機関や福祉サービス事業者等の優れた実践的な取組の普及定着)

- わが国の精神保健医療福祉に携わる関係者が、今後とも、精神障害者の福祉増進のため、精神保健福祉法等の法令を遵守し、患者や利用者の権利を擁護しつつ業務にあたることは当然の前提である。その上で、知恵と工夫を重ねながら、患者や利用者のニーズに応じた質の高いサービスを提供している医療機関や福祉サービス事業者等の優れた実践的な取組を法令上の仕組みとして位置付け、普及定着を図ることにより、誰もが安心して自分らしく暮らせるようにするための基盤の整備を図っていく観点も重要である。

#### (本検討会の検討事項等)

- 以上の点を踏まえ、本検討会は、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、令和3年10月に設置され、以後、以下の各事項について、13回にわたり議論を行ってきたものである。
  - ・ 精神保健に関する市町村等における相談支援体制について
  - ・ 第8次医療計画の策定に向けて
  - ・ 精神科病院に入院する患者への訪問相談について
  - ・ 医療保護入院
  - ・ 患者の意思に基づいた退院後支援
  - ・ 不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組
  - ・ 精神病床における人員配置の充実について
  - ・ 虐待の防止に係る取組
- 上記の各事項の検討に先立ち、本検討会では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて、
  - ・ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する取組について

は、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組を含まない点について明確にすべきであること

- ・ そのため、退院後支援のガイドラインについては見直しを行い、退院後支援は、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定すべきであること

が確認された。

#### (本報告書に基づく今後の対応)

- 厚生労働省は、本報告書に基づき、ライフステージを通じた心の健康づくりを推進し、精神保健医療福祉の施策の実効性を高めるため、今後、関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべきである。
- また、本報告書において、今後の検討課題とされた事項については、本検討会での議論も踏まえ、実効的かつ具体的な方策を検討できるよう、厚生労働省において、調査研究等を活用し、引き続き、実態把握や論点の整理を進めるべきである。
- 障害者権利条約では、締約国は、障害者に関する問題についての意思決定過程において、障害者と緊密に協議し、障害者を積極的に関与させるよう定められている。本検討会では、障害当事者の立場の構成員3名が議論に参加するとともに、ヒアリングの際には、複数の当事者、家族からの意見を踏まえ、各検討事項に関する議論を深めてきた。  
今後の検討を進めるに当たっても、障害者権利条約の理念に基づき、障害当事者の参画をより一層推進していくことが求められる。
- 障害当事者の立場からの積極的な提案もあり、本検討会では、精神保健医療福祉領域において、長期にわたり議論が続けられていた重要課題について、関係者の間で一定の方向性を共有することができた。  
精神保健（メンタルヘルス）上の課題は、いじめ・不登校、母子保健・子育て、高齢・介護、生活困窮者支援等の分野を超え、ライフステージを通じ、広く身近な課題として顕在化している状況にある。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、身近な地域で、必要なサービスを切れ目なく受けられるようにし、「支える側」・「支えられる側」という関係を超えて、相互に助け合いながら暮らせる地域づくりが実現されるように、当事者、ピアサポーター、家族や保健、医療、障害福祉・介護の各関係者、そして学識経験者等が、その立場を超えて一丸となり、精神保健（メンタルヘルス）上の課題に取り組んでいくことが、強く望まれる。

## 第2 精神保健に関する市町村等における相談支援体制について

### 【現状・課題】

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせるよう、身近な地域で、必要なサービスを切れ目なく受けられるようにし、「支える側」・「支えられる側」という関係を超えて、相互に助け合えるようにすることが必要であり、市町村においては、福祉分野に加え、精神保健も含めた相談支援に取り組むことが重要となる。
  
- 精神保健に関するニーズの多様化に伴い、すでに8割以上の市町村が、自殺対策、虐待（児童、高齢者、障害者）、生活困窮者支援・生活保護、母子保健・子育て支援、高齢・介護、認知症対策、配偶者等からの暴力（DV）等の各分野において、地域住民の身近な相談窓口として、精神障害者に限らず広く分野を超えて精神保健上の課題を抱えた住民を対象として、精神保健に関する相談に対応している状況にある（※）。
  - ※ 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）  
分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」（研究分担者：野口正行）市区町村の精神保健福祉業務に関する調査
  
- 他方、精神保健福祉法では、市町村における精神保健に関する相談業務の規定があるが、精神障害者に対する努力義務として規定されるにとどまり、法令上、市町村の責務として定められていない（※1・2）。
  - ※1 地域保健法でも、①市町村は、市町村保健センターを設置できる、②市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導等を行うと規定されており、精神保健に関する相談支援は、市町村の業務として明示されていない。
  - ※2 このため、地域保健活動は法的な裏付けのある他の領域（母子保健や生活習慣病重症化予防等）が優先され、市町村における精神保健に関する相談支援体制は、専門職（保健師、精神保健福祉士等）の配置が十分でない等、一般的に脆弱な状況にあり、精神保健上の課題に対する包括的・継続的な支援の実現が困難となっている。
    - ・ 支援を必要とする者の抱えている課題を評価・分析（アセスメント）し、そのニーズを把握することが困難なケースが生じることがある。
    - ・ 市町村内の福祉部局と保健部局間、あるいは福祉部局間での円滑な連携に支障が生じることがある。
    - ・ 適切なケースマネジメントが行えず相談支援事業所との円滑な協働が困難となるケースが生じることがある。
    - ・ 医療機関との円滑な連携が不十分となるケースが生じることがある。
    - ・ 未治療者や医療中断等が繰り返される者のケースにおいて、保健所、精神保

健福祉センターとの円滑な連携に支障が生じることがある。

- このため、市町村における精神保健に関する相談支援の制度的な位置付けを見直す等、市町村が精神保健に関する相談支援を積極的に担うことができるよう、具体的かつ実効的な方策の検討が必要となる。

### **【対応の方向性】**

#### **(基本的な考え方)**

- 昨年3月とりまとめの「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書を踏まえ、身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要である。
- 他方で、これまで医療・精神保健に関する相談支援は主に都道府県の役割とされていたこともあり、直ちにこれを市町村の義務としても、専門職の配置、財源の確保、精神科医療機関との連携、保健所・精神保健福祉センターからのバックアップ体制の確保に課題があり、地域によっては相談支援の質が確保されないおそれがあるとの指摘があった。
- こうした実態を踏まえ、精神保健に関する相談支援が全ての市町村で実施される体制が整うよう、まずは国において以下の措置を講じることにより、市町村の実施体制の整備を進めていくべきである。

#### **(具体的な方策)**

##### **(1) 法制度に関し検討すべき事項**

精神保健福祉法に関し、以下の措置を講じることが必要である。

- ① 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神保健福祉法に基づく相談支援を受けている精神障害者に加え、精神保健に関する課題を抱える者（※1・2）に対しても、相談支援を行うことができる旨を法令上規定すべきである。

※1 具体的には、介護保険法（平成9年法律第123号）や子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）上の相談支援等、社会福祉又は保健医療に関する法律上の相談支援を受ける者であって精神保健に関する課題を抱える者とするべきである。

※2 同様に、精神保健に関する相談支援の専門職種である精神保健福祉士について、その業として、精神障害者以外の精神保健に関する課題を抱える者への相談支援が含まれる旨を明らかにするべきである。

- ② 「国及び都道府県の責務」として、①の市町村による相談支援の体制の整備が適正かつ円滑に行われるよう、必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならないこととするべきである。

- ③ 障害者総合支援法に基づき地方公共団体が単独又は共同して設置する、関係機関、関係団体、当事者その他の関係者により構成される協議会を活用し、精神保健に関する課題を抱える者を含めた地域の支援のあり方について協議を進めるべきである（※1・2）。

また、協議関係者の守秘義務を前提に、関係機関等に対し情報提供等を求めることができることについても検討を進めるべきである。

※1 協議に当たっては、行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働して議論していくことが基本となる。市町村での開催に当たっては、精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加を積極的に求めていくことが必要となる。

※2 当事者、ピアサポーターがその特性を活かし、精神保健医療福祉上のニーズを有する方を尊重した支援を実施するだけでなく、精神保健医療福祉に関わる多職種との協働により専門職等の当事者理解の促進及び意識の変化や支援の質の向上等に寄与することが期待される。こうした点を踏まえ、都道府県等が当事者、ピアサポート活動の現状と課題を整理し、市町村が当事者、ピアサポーターの活動機会や場の創設に取り組むことができるよう、国においても十分な基盤の整備を検討することが重要である。

- ④ これらの取組には、担い手の確保・資質向上が不可欠となるため、現在「配置が任意」とされている精神保健福祉相談員について、その配置状況を把握し、課題を分析した上で、配置を促進する方策を検討するべきである（※）。

※ その前提として、国において、以下の通り、精神保健福祉相談員の研修を受講しやすくするための見直しを行うべきである。

- ・ 現在、保健師を対象に204時間のカリキュラムが定められているが、対象職種やカリキュラムの見直しを行う。
- ・ 受講方法の見直しを行う（オンラインでの受講を認める等）。

## **(2) (1) 以外に検討すべき市町村の体制整備に関する事項**

### **① 下位法令等の改正等**

- ・ 下位法令等を改正し、市町村が実施する精神保健に関する相談支援の位置付けを明確にするべきである（※）。
- ・ 市町村保健センター等の保健師増員等、必要な体制整備のための対応を検討するべきである。

※ 以下の内容を盛り込むことが考えられる。

- (i) 精神保健に関する相談支援は、精神保健医療福祉上のニーズを有する方にとって身近で、アクセスのしやすさを備えたものにすることが重要である。

こうした観点から、市町村は、例えば、精神保健は市町村保健センターを中心にし、精神保健医療福祉上のニーズを有する方の福祉は基幹相談支

援センターを中心として、相互に連携した体制の構築を進めていく等、市町村保健センターと基幹相談支援センターとの連携・役割分担について整理しつつ、地域の実情に応じて中心となる機関を定めることや、訪問支援・アウトリーチの取組の充実を図ることが重要であること。

- (ii) 個別支援に共通する課題から地域課題を抽出し、その解決を図るには、協議の場で行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働して議論していくことが基本となる。このような保健・医療・福祉関係者等による協議の場を市町村で開催するに当たっては、精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加を積極的に求めていく必要があること。その際、各関係者の参加が促されるよう、ICTを活用する視点が重要であること。
- (iii) 市町村においては、ワンストップの分かりやすい相談窓口の設置を推進していくことが求められるとともに、精神保健及び精神障害者福祉に関わる部署だけではなく、介護・高齢者福祉、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、教育、労働、住宅、防災等の精神保健医療福祉上のニーズを有する方に関わる部署との連携を図り、取り組むことが重要であること。
- (iv) 市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないように、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により、精神保健医療福祉上のニーズを有する方のニーズや地域課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要であり、そのための人員体制を含む体制整備が求められること。等

## ② 精神科の医師・他科の医師との連携

(市町村が実施する精神保健相談業務と精神科医療機関との関係)

- ・ 地域の精神科医療機関は、多職種チームを持ち、患者一人一人のケースマネジメントを行うノウハウ・人材を有することから、例えば、市町村から精神保健に関する相談業務の一部を公的な地域保健活動の一環として、こうした精神科医療機関に委託し、協働して業務を行うことが考えられる。

(市町村と精神科の医師・他科の医師との連携)

- ・ 市町村が、地域の精神科医療機関の精神科医等の協力を得て、自宅等への訪問支援を行う専門職、当事者、ピアサポーター等から構成されるチームを編成し、訪問支援の充実に取り組むとともに、「包括的支援マネジメント」の基盤構築を図っていくことも重要である。
- ・ また、「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の活用等を通じ、他科の医師と精神科の医師との連携を強化するべきである。令和4年度診療報酬改定では、他科の医師と精神科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で患者をサポートする体制を整備している場合の評価として「こころの連携指導料」が新設さ



れている。

- ・ 自殺で亡くなった方の中には精神疾患を経験している人もおり、特に自殺未遂者は再企図のリスクも高いことから、救命救急病院に搬送された自殺未遂者が確実に必要な精神科医療を受けられるように、また、地域の支援機関等から継続的に支援を受けられるように、支援体制の整備を図ることが必要である。
- ③ 市町村への単なる好事例の周知に留まらないノウハウの共有
- ・ 精神保健の相談支援に関し、市町村が利用可能な国の事業について、制度横断で分かりやすく周知していくべきである。
- ※ 精神保健に関する課題は各分野に及ぶため、国からの交付金等についても多分野にわたる（一例として、尾道市における「こころサポート事業」では、自殺対策に関する国の交付金等が活用されている）。

### **(3) 市町村のバックアップ体制の充実に向けて検討すべき事項**

#### **(保健所・精神保健福祉センター等の業務の明確化、診療報酬改定)**

- 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」「精神保健福祉センター業務運営要領」の改正を行うべきである。
- 令和4年度診療報酬改定では、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象であって精神疾患の未治療者、医療中断者等に対する訪問診療・精神科訪問看護を実施した場合の評価の仕組みを創設している。今後、こうした取組による知見を踏まえつつ、令和6年度の診療報酬改定での評価を含め、さらに検討を進めるべきである。

### **(4) 普及啓発の充実**

#### **(メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方の活用)**

- 昨年3月とりまとめの「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書では、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等、普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変動までつながることを意識した普及啓発の設計が必要であるとされた。

こうした観点から、令和3年度より、心のサポーター（精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する傾聴を中心とした支援者）の養成に向けた研修を開始している。

#### **(学校教育等における普及啓発の充実)**

- 今回の検討会では、支援提供者側や制度・政策決定側の立場からの考察だけではなく、受け手である立場からの思いや知見もきちんと反映されたものという趣旨で、入院制度等について適切な在り方を形成していくためには、広く国民や当

事者自身が精神保健医療福祉などに関連する総論的知見を高められる機会の充実に、地域での実際の支えの充実とともに両輪で必要との意見があった。

また、こうした精神保健医療福祉に関する総論的知見を広く国民の間で共有するためには、特に学校教育における普及啓発の充実が重要であるとの意見があった。

- 学校教育においては、令和4年4月より年次進行で実施される高等学校学習指導要領において、保健体育科の「現代社会と健康」に関する学習の中で、新たに「精神疾患の予防と回復」について指導されることとなっている。このような中、効果的に精神保健に関する普及啓発を行うためには、学校の教職員等に対する普及啓発や、小・中学校におけるインクルーシブ教育システム構築の推進が重要となる。すでに実践されているメンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を利用した取組についても参考とすることが望ましい。
- こうした観点からは、
  - ・ 上述の心のサポーターの養成に向けた研修について、教職員に対して情報共有を行う等の取組を関係省庁と連携して検討することが適当である。
  - ・ 特に養護教諭については、「現在の生徒児童は、肥満・痩身、生活習慣の乱れ、メンタルヘルスの問題等、多様・複雑化する課題を抱えており、養護教諭には健康診断、保健指導、救急処置などの従来の職務に加えて、専門性を生かしつつこれらの課題に対し中心的な役割を果たすことが期待されている」（文部科学省「現代的健康課題を抱える子供たちへの支援～養護教諭の役割を中心として～」（平成29年3月））ことを踏まえ、子供達を支援していくことが重要である。
- こうした取組を含め、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成25年法律第65号）に基づき、不当な差別的取扱いや合理的配慮に関し、行政機関等における職員に対する研修や事業者における研修、地域住民等に対する啓発活動のより一層の充実を図り、障害を理由とする差別の解消を推進することが重要である。

#### （精神障害、精神疾患の理解促進に向けて）

- 地域で医療・福祉等の必要なサービスを受け、地域の一員として安心して生活することができる体制の整備を進めるためには、精神障害、精神疾患についての理解を促進し、スティグマを解消するための取組を充実させることが必要であり、例えば、当事者、ピアサポーター、家族等と協働し、地域住民との交流の場を設置する取組を促進することが重要となる。
- また、精神疾患が身近な疾患となる中、地域の精神科医療機関の役割についても、理解を深められるようにすることが重要である。

市町村における協議の場は、自立支援協議会を活用していることが多く、精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加が少ないとの指摘もある。精神科医療機関の役割について、地域において理解が深められ

るよう、市町村においては、積極的にこうした関係団体等の参加を求め、地域の精神保健福祉行政を支える行政、福祉・介護サービス事業者、当事者、ピアサポーター、家族等との間で信頼関係の醸成を図るとともに、国においても、市町村における好事例の収集や横展開等を通じた後押しを図ることが求められる。

### 第3 第8次医療計画の策定に向けて

#### 1. 第8次医療計画の基本的な考え方

##### 【現状・課題】

- 平成30年度からの第7次医療計画では、同年度から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が同時に開始することから、それぞれの計画が連動するよう同一の理念を共有すべく、精神指針（※）において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めることが明確にされた。  
※ 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号医政局地域医療計画課長通知））
- 第8次医療計画については、診療報酬、障害福祉サービス等報酬、介護報酬の同時改定が実施される令和6年度から開始される。昨年3月とりまとめの「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書の内容等を踏まえ、精神指針において記載すべき第8次医療計画の基本的な考え方について、整理が必要となる。

##### 【対応の方向性】

- 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築することが重要である。
- こうした観点から、精神指針において、以下の内容を新たに記載すべきである。
  - ・ 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々 of 病状が障害の程度に大きく影響する。そのため、以下のように、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する必要がある。
    - (1) 精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。
    - (2) また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必

要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる。

- なお、令和6年度からの診療報酬、障害福祉サービス等報酬、介護報酬の同時改定に向けては、こうした体制の実現に資する実効的な方策について、あわせて検討を進めていくべきである。
- 以上のほか、精神看護専門看護師等の高度な専門性を有する人材の活用を進めるべきとの意見、精神科以外の領域の医療従事者について精神疾患に関する普及啓発を図ることが重要であるとの意見、治療と就労の両立の観点からは、就労の継続が重要であり、そのためには、産業医、保健師・看護師等の産業保健スタッフとの連携強化を図る必要があるとの意見、第8次医療計画の「災害時における医療」、「新興感染症等の感染拡大時における医療」においては、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、精神科とその他の領域の医療連携体制のあり方についても検討が求められるとの意見があった。

## **2. 第8次医療計画における指標例等**

### **【現状・課題】**

- 精神指針に基づき、都道府県は、精神疾患等の医療提供体制を構築するに当たり、一定の指標例により、その現状を数値で客観的に把握し、医療計画に記載するとされている。
- 前述「1. 第8次医療計画の基本的な考え方」を踏まえ、第8次医療計画における指標例等について、整理が必要となる。

### **【対応の方向性】**

- 第8次医療計画における指標例については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、前述「1. 第8次医療計画の基本的な考え方」を踏まえ、検討に当たっては、以下の点を踏まえることが必要である。
  - ・ 患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、第7次医療計画における指標例を含めて定めるべきである。
  - ・ その他、普及啓発や人材育成を目的とする研修等の実施回数、受診前相談・入院外医療の充実、都道府県等における精神科救急医療体制と一般の救急医療体制

との連携等の指標を新たに設けるべきである。

- ・ 患者の権利擁護等について、障害者権利条約や本検討会での具体的方策を踏まえた指標を検討するべきである。また、医療の受け手である患者の立場から、診療時間についても指標例としてほしいとの意見があった。
- ・ 地域の精神医療提供体制の見える化を図るとともに、患者が安心して受けられる精神科医療を提供するという観点から、有用かつ都道府県にとって簡便な指標となるよう、取捨選択を図るべきである。

- また、現行の精神指針では、精神疾患等ごとの指標例とともに、各疾患等の現状・課題が掲げられている。

令和3年12月の障害者部会「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」中間整理では、「精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが、制度の狭間に残されることなく、安心して自分らしく暮らすことができるよう、高次脳機能障害や発達障害を含め、多様な障害特性に配慮しながら、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた検討を進めるべきである」とされている。

このため、第8次医療計画では、精神保健に関する課題が、母子保健・子育て支援、高齢・介護、生活困窮・生活保護等、相談内容が多様化している現状に照らし、そうした相談内容も踏まえつつ、各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の基本的な考え方を、精神指針で示すべきである。

### **3. 第8次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式**

#### **【現状・課題】**

- 第7次医療計画の精神病床における基準病床数については、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32(令和2)年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性が確保されるよう、「医療計画作成指針」(※)において、以下の内容の算定式が定められている。

※ 「医療計画について」(平成29年3月31日付け医政発0331第57号医政局長通知)

精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要(患者数)} + \text{流入入院患者} - \text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

- 都道府県が、「平成32年度末の入院需要(患者数)」を算定するに当たっては、
  - ・  $\alpha$  : 精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち、継続的な入院治療を必要とする者の割合
  - ・  $\beta$  : 地域精神保健医療体制の高度化による影響値(治療抵抗性統合失調症治療

薬の普及等による効果)

- ・  $\gamma$  : 地域精神保健医療体制の高度化による影響値 (これまでの認知症施策の実績)
- について、一定の範囲内で、各都道府県の実情を勘案することとされている。

- 第8次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式の検討を進めるに当たっての基本的な考え方について、整理が必要となる。

### **【対応の方向性】**

- 第8次医療計画における精神病床における基準病床数の算定式については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、検討に当たっては、以下の点を踏まえることが必要である。
  - ・ 近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするべきである。
  - ・ その際には、政策効果 (例: 精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展)、政策効果以外 (例: 患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化) の両者の影響を勘案できるものとするべきである。

## 第4 精神科病院に入院する患者への訪問相談について

### 【現状・課題】

- 精神科病院に入院中の患者を、当事者、ピアサポーターが訪問し、患者からの相談に応じる取組が、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた予算事業において、都道府県等を主体として実践されている。
- また、精神科病院に入院中の患者について、第三者がその権利を擁護する仕組みの構築に向けては、平成25年の精神保健福祉法の改正法附則の検討規定、衆・参両議院の附帯決議で指摘されており、こうした指摘を踏まえ、これまでモデル事業や調査研究等を通じて、支援のノウハウの蓄積が進められてきた経緯がある。
- 現在、厚生労働科学研究において、課題の整理・検討が進められている。

### 【対応の方向性】

#### 1. 基本的な考え方

- 精神科医療の日々の臨床では、患者のこころに関わる中で、患者の話を丁寧に聴き、患者との共感を試みる診療が実践されている。また、精神科病院では、退院後生活環境相談員による支援、退院支援委員会の開催等、法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図る取組が行われている。
- 他方で、精神疾患により、本人の意思によらず入院が必要とされる場合がある。こうした非自発的入院による患者（※1）は、閉鎖処遇に置かれており、外部との面会交流が難しくなる。家族からの音信がない市町村長同意による医療保護入院者については、医療機関外の者との面会交流が、特に途絶えやすくなる。
- このため、医療機関から入院に関する十分な説明や支援が行われた場合であっても、患者本人の孤独感や、これによる自尊心の低下が顕著な場合がある。外部との面会交流が実質的に遮断される状況は、本人の意思によらず入院を強制される者への処遇として、人権擁護の観点からも望ましくない。
- したがって、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、精神科病院の理解のもと、精神科病院に入院する患者を訪問し、相談に応じることで、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要となる（※2）。

※1 平成25年精神保健福祉法改正法の附帯決議（平成25年5月30日参議院厚生労働委員会）では、「非自発的入院者の意思決定及び意思表示については、代弁を含む実効性のある支援の在り方について早急に検討を行うこと」とされている。

※2 面会交流を確保するための「2. 支援の内容」は、平成25年の精神保健福



祉法の改正法附則の検討規定や、衆・参両議院の附帯決議に基づき、患者の意思決定及び意思表示の支援に関し、代弁者を含む実効性のある支援の在り方について、これまでのモデル事業や調査研究等により蓄積されたノウハウ等も踏まえ、検討を重ねたものである。

## 2. 支援の内容

### (1) 実施主体・枠組み

- 支援の実施主体については、精神科病院を訪問し、患者からの相談に応じる点を踏まえ、精神科病院を所掌し、かつ、精神科病院から患者の入院届等を受理する都道府県等とすることが考えられる。
- こうした支援に取り組む都道府県等は、現時点、必ずしも一般的とまではいえない。そこで、都道府県等が行う任意の事業として位置付けた上で、全国の都道府県等での事業実施を目指し、課題の整理を進めることが必要である。

### (2) 支援者

- 実施主体である都道府県等が、経歴等を踏まえて選任することが適当である。
- 更に、国で標準化された研修の内容を示した上、都道府県等が実施する研修の受講を必須とするべきである。
- 研修は、精神保健医療福祉に関する制度や現状、精神科医療における障害者の権利擁護に関する内容、傾聴を中心とする支援の趣旨を含むものとするとともに、研修内容・期間等の検討に当たっては、入院の初期段階は、患者・医師双方にとって信頼関係を構築する重要な時期である点を考慮することが必要である。

### (3) 支援内容

- 支援者が精神科病院を訪問し、入院患者との面会交流を行う。
- 生活に関する一般的な相談に応じ、患者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行うことを基本とする。
- こうした支援の導入を図るに当たり、支援の対象者は精神科病院に入院する市町村長同意による医療保護入院者を中心とする。
  - ※ 治療法など医療に関する意思決定支援を意図するものではない。
  - ※ 支援の効果として、患者の孤独の解消や自尊心の回復に加え、患者と精神科病院の意思疎通が円滑になることが期待される。
  - ※ 医療機関と本人の面談への同席は、本人の希望のもと精神科病院の理解を得て実施する。

### (4) その他

- 支援者には守秘義務を求める。
- 制度の対象となる患者には、支援者の支援を求めることができる点について、

医療機関の管理者から入院時に書面等で案内するとともに、例えば、患者の立場に立った説明文を添付する、支援の申込先や相談先等を病院内に掲示する等、患者にとって分かりやすい方法で周知するべきである。特に、指定医には、患者に分かりやすい方法で説明する役割があるものと考えられる。

- 都道府県等は、支援者の支援のあり方や課題について、関係者が意見交換を行う場を設けることが望ましい。
  - 事業を円滑に実施できるよう、面会を行う精神科病院の理解を得ながら進める必要がある。
  - 今後の検討課題として、こうした支援を望む入院患者に支援がより広く普及するよう、調査研究等を活用し、実施体制の構築を進めていく必要がある。
  - 研究班の報告（※1）では、支援者は、以下の点に留意することが適切であるとされている。
    - ① 独立性：当事者への意思決定機関やサービス提供機関（※2）から独立していて利害関係を持たない。
    - ② エンパワメント：自身や自尊心を取り戻す過程でもある。
    - ③ 当事者主義：本人の希望や意思に基づいて行動。
    - ④ 秘密を守る（守秘）：プライバシーの尊重、当事者から聞いたことを他人に伝えない。信頼関係の前提。
    - ⑤ 平等：すべての当事者が平等にアクセスできること。
    - ⑥ 当事者参画：常に当事者の参画を得て進める。
- ※1 「精神科アドボケイト養成講座」（令和3年度厚生労働科学研究「精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究」（研究代表者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所））
- ※2 例えば、福祉事務所、児童相談所、教育、医療、福祉機関
- 支援者の名称については、利用する患者にとって分かりやすい呼称を設けるべきである。

## 第5 医療保護入院

### 1. 医療保護入院の見直しについて

#### 【現状・課題】

- 平成 25 年の精神保健福祉法改正により、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直しとあわせ、精神科病院の管理者に対する退院促進措置の義務付けが行われ、現在の医療保護入院制度が整備された。

精神科医療機関では、医療保護入院者の退院に向けた相談支援等の業務を行う「退院後生活環境相談員」の選任、退院後に利用可能な障害福祉サービス等の利用に向けた相談等を行う「地域援助事業者」の紹介、医療従事者や患者、家族等が出席し患者の退院に向けた取組等を審議する「医療保護入院者退院支援委員会」の設置等、法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図りながら、入院医療が提供されている。
- 医療保護入院制度の必要性については、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書（平成 29 年 2 月）によると、以下の通り、整理することができる。
  - ・ 精神障害者に対する医療の提供については、できる限り入院治療に頼らない治療的な介入を行うことが原則であり、その上で、入院治療が必要な場合についても、できる限り本人の意思を尊重する形で任意入院を行うことが極めて重要である。
  - ・ ただし、病気の自覚を持ってない場合があり、症状の悪化により判断能力そのものが低下するという特性を持つ精神疾患については、本人が病気を受け止めきれないこともある中で、自傷他害のおそれがある場合以外にも、入院治療へのアクセスを確保する仕組みが必要と考えられる。
  - ・ その上で、医療保護入院は、指定医の判断により入院治療が必要とされる場合であって、任意入院につなげるよう最大限努力をしても本人の同意が得られない場合に選択される手段であるということを再度明確にするべきである。
- 今夏目途で、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保すること等を目的とする障害者権利条約に基づく初回の対日審査が予定されており、障害者権利委員会からは、医療保護入院等の強制入院の撤廃等に関する事項について、事前の情報提供が求められている。患者の権利を確保するための取組をより一層推進させていくことが重要である。
- 諸外国においても、制度の運用方法が異なるなか、患者の同意を得ずに入院を行う制度は存在しており、権利擁護の仕組みとともに運用されている（※）。

※ 令和 3 年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書（PwC コンサルティング

合同会社)

- こうした点を踏まえ、医療保護入院については、誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、課題の整理に取り組み、具体的かつ実効的な方策を検討することが必要である。
- 検討に当たっては、(1)医療その他福祉等のサービスを患者本人の病状に応じ、地域で切れ目なく受けられるようにするためのアクセス確保の観点から、患者の症状によっては、その同意によらない入院を行えないとすると、患者の不利益につながる可能性があるという視点、(2)患者の権利擁護の視点の両面について、十分に勘案することが必要である。
- 具体的な検討に当たっては、以下の3つの視点を基本とすべきである。
  - ・ 視点①：入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実
  - ・ 視点②：医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実
  - ・ 視点③：より一層の権利擁護策の充実

### **【対応の方向性】**

#### **(1) 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実（視点①）**

(基本的な考え方)

- 医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進し、医療その他福祉等の各サービスを地域の関係機関・関係者の協働・連携のもと、切れ目なく受けられるようにし、「支える側」・「支えられる側」という関係を超えて、相互に助け合いながら暮らせる地域づくりを目指すことが必要である。

(具体的な方策)

#### **① 患者本人のニーズの実現に向けた「包括的支援マネジメント」の推進（訪問診療・訪問看護の充実、外来患者に対する相談体制の充実、医療・福祉等の地域の多職種・多機関連携の推進等）**

- 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する必要がある。
- 「包括的支援マネジメント」とは、こうした観点から、本人を中心として、医療・精神保健、障害福祉等の多職種・多機関が相互に連携することにより、訪問診療や訪問看護、障害福祉サービス等のサービスを継続的かつ包括的に受

けることができる体制の整備を進めるものである。

- 以下の方策等を通じ、こうした「包括的支援マネジメント」の推進をより一層図っていく必要がある。
  - ・ 現在、モデル事業として、精神科医療機関と地域生活支援拠点等に配置され、両者の連携を支援するコーディネーターを中心に、医療・福祉分野の多職種・多機関の関係者が連携し、精神障害者の地域生活の実現に向けた支援内容を明確にするための事業を進めている。
  - ・ また、令和4年度診療報酬改定では、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象であって精神疾患の未治療者、医療中断者等に対する訪問診療・精神科訪問看護を実施した場合の評価の仕組みを創設するとともに、医療機関の精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合の診療報酬上の評価の仕組みを創設している。
  - ・ 今後、こうした取組による知見を踏まえつつ、令和6年度の診療報酬・障害報酬の同時改定での評価を含めて検討を進めるべきである。

## ② 患者の緊急のニーズに対する受診前相談及び入院外医療等の充実

- 精神症状の急性増悪、精神疾患の急性発症等、患者の緊急のニーズに対する精神科救急医療体制は、精神保健医療福祉上のニーズを有する方の地域生活を支える重要な基盤であり、重層的な支援体制のもとでの平時の対応並びに受診前相談及び入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）の体制整備とあわせ、入院治療（急性期）へのアクセスを24時間365日確保することが必要となる。
- 受診前相談については、精神医療相談窓口や精神科救急情報センターの体制整備に向けた支援が進められており、地域の実情を把握しながら、より一層の充実に努めることが重要である。
- 昼夜を問わず、患者の緊急のニーズに対応できるよう、今後、地域の実情に応じた受診前相談の体制整備、時間外診療への対応や入院の要否に関する判断の診察、在宅での診療、訪問看護等の入院外医療の更なる充実について、診療報酬等の評価を含めて検討を進めるべきである。

## (2) 医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実（視点②）

（具体的な方策）

### ① 入院期間について

- 精神科病院においては、退院支援委員会や定期病状報告の仕組みを通じ、入

院中の患者の任意入院への移行や退院促進に向けた支援のほか、急性期のチーム医療では、クリニカルパス（院内標準診療計画書）を活用した早期退院の取組等が進められている。

他方で、現行の精神保健福祉法では、入院時に任意入院が行われるよう努める旨の規定が置かれている（第20条）が、入院中の患者について、任意入院への移行を求める明文規定は設けられていない。

○ 入院治療を含めた精神科医療は、本人の意思を尊重する形で行われることが重要であり、患者の同意を得ることが困難な状況で入院を開始することを要した場合にも、その後の症状等の変化に応じて対応する必要があることから、医療保護入院中の患者についても、その症状に照らし本人が同意できる状態になった場合は、速やかに本人の意思を確認し、任意入院への移行や入院治療以外の精神科医療を行うことが必要である。

○ こうした確認は、入院中に日々行われるものであるが、制度上もこうした確認が確実に行われることを一定の頻度で担保できるよう、医療保護入院の入院期間（※）を定め、精神科病院の管理者は、この期間ごとに医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を行うこととするべきである。

※ 具体的な期間について、医療保護入院者における当初の入院計画での予測入院月数は、6割以上の入院者が「3ヶ月以上6ヶ月未満」とされている（注）ことを踏まえ、「3ヶ月ごと（入院から6ヶ月経過後は6ヶ月）」とすることが考えられる。また、入院期間の短縮を図る観点から「1ヶ月ごと（入院から6ヶ月経過後は3ヶ月）」とする意見もあった。

注 令和元年6月に医療保護入院で入院した患者のうち、62.5%が当初の入院計画での予測入院月数を「3ヶ月以上6ヶ月未満」とされている。（厚生労働省科学研究「精神保健福祉資料」より）

○ また、具体的な検討を進めるに当たっては、現行の退院支援委員会、定期病状報告等の制度との整合性に留意する必要があるとの意見や、本人の意思に反して入院させる心理的な負担を家族に繰り返し求める点に配慮が必要との意見があった。さらに、入院期間を定める場合には、入院届の審査を担う精神医療審査会の事務が増加することも考えられることから、適切な人員上の手当を含む対応について検討が必要との意見があった。

こうした制度上の枠組みのほか、入院期間の短縮化に向けては、入院が長期に及ぶ背景について、調査研究等を活用して実態に即した検討を長期的な視野で進めるべきである。

○ 具体の制度及び実際の運用の在り方の検討を進めるに当たっては、こうした意見についても考慮していくことが必要である。

## ② 退院促進措置の実態を踏まえた拡充策

- 退院促進措置の実態に関する調査（※）では、
  - ・ 平成 25 年改正の退院促進措置の導入により、新規入院患者の退院促進に向けた院内連携は着実に進展している
  - ・ 長期入院者の退院に向けては、地域援助事業者等との地域・院外での連携等、地域により課題が見られる
  - ・ 医療保護入院以外の入院者に対する退院措置のあり方にも課題が見られる
  - ・ こうした現状に照らし、担当者調査では、医療保護入院者の早期退院に必要と感じている取組として、家族への適切な支援のほか、行政・基幹相談支援センター・市町村障害者相談支援事業・地域支援者・ピアサポーター・弁護士等司法関係者の関わり、診療報酬の見直しが挙げられるとされている。

※ 令和 3 年度障害者総合福祉推進事業「退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の開催等の実態に関する全国調査」（公益社団法人日本精神保健福祉士協会）

- こうした結果を踏まえ、
  - ・ 医療保護入院以外の入院者についても退院促進措置の対象とすべきである。
    - ※ また、退院支援委員会の対象者を拡大（現行、原則として在院期間が 1 年未満の医療保護入院者が対象→これを在院期間が 1 年以上の医療保護入院者にも拡大）すべきである。
  - ・ こうした対象者の拡大や、地域援助事業者等との更なる連携を実現しつつ、支援の質を担保していく観点からは、専門職の活用が重要となるため、必要な人員等が確保できるよう、診療報酬における適切な評価を含めた検討を行う必要がある。

## ③ 長期在院者への支援

- 長期在院者の支援に向けては、実際に訪問し、一人の顔の見える患者、自治体の住民の一人として支援を進めていく取組が重要と考えられ、そうした観点から、市町村が地域生活支援事業として実施する障害者相談支援事業実施要領においては、権利擁護のために必要な援助の例として「精神科病院を訪問し、入院患者の退院に向けた意思決定支援や退院請求などの権利行使の援助を行うよう努めること」とされている。

慣れない環境での入院治療はそれだけで孤独や不安を伴うなか、病院の中で、十分に自分の気持ちや状況について話を聞いてもらえない、説明が得られない、伝えてはみたが上手く伝わらない等の体験が重なることで、当初抱えていた孤独や不安が増大し、これにより、次第に退院を諦めざるを得なくなり、長期在院につながっていくことが考えられる。

こうした観点から、市町村の長期在院者への支援については、当事者、ピアサポーターとの協働のもと、長期在院者自身の視点から行われることが望ましい。そのため、市町村において都道府県等と連携しながら、当事者、ピアサポーターと協働できる体制の構築を進めていくことができるよう、国においても十分な基盤の整備を検討することが重要である。

- 地域生活の実現に向けては、利用者と同じ立場に立って相談・助言等を行うことが、本人の不安の解消や、自分は一人ではないという安心やエンパワメントにつながっていくという観点を踏まえ、令和3年度の障害福祉サービス等報酬改定において、ピアサポートの専門性について新たに評価が行われている。
- 国においても、長期在院者支援に積極的な自治体の取組を支援するとともに、先進的な自治体の取組が全国の市町村で実施できるように共有を図るなど、市町村のバックアップを進めるべきである。  
また、退院促進措置に係る連携先として、地域援助事業者に加え、地域生活支援事業において障害者相談支援事業を実施する市町村を追加すべきである。

### (3) より一層の権利擁護策の充実（視点③）

(具体的な方策)

- 病院管理者が医療保護入院を行った場合に医療保護入院者に対して書面で行う告知の内容について、現行の精神保健福祉法では、入院措置を採る旨、退院請求・処遇改善請求に関する事、入院中の行動制限に関する事が定められている。
- こうした入院措置がどのような理由から行われたのか、患者が医師から説明を受ける機会を保障するとともに、入院措置を行う精神科病院の管理者について慎重な判断を促し、患者の権利擁護を図るため、告知を行う事項として、新たに入院を行う理由を追加すべきである。  
都道府県知事等が行う措置入院についても、同様の対応を行うべきである。
- また、医療保護入院の同意を行う家族等は、退院請求権や処遇改善請求権を有することから、告知を行うことが求められる旨を明文で規定すべきである。

※ 病院管理者から医療保護入院者に対する書面の告知は、退院・処遇改善請求や入院中の行動制限に関する事が含まれており、入院後直ちに行うことが原則であるが、他方で、患者がその内容を判断できる状態で行われることが重要となるため、患者の症状に照らし、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる間は、入院から4週間に限り告知を延期することが認められている。



措置入院時の告知については、延期可能である旨が定められていないが、患者がその内容を判断できる状態で行われることが重要である点は、医療保護入院の場合と異ならない。

そこで、措置入院時の告知についても、患者の病状に応じ再度の告知を行うことが必要である。

#### **(4) 今後の検討課題について**

- 誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、今後、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方などに関し、課題の整理を進め、将来的な見直しについて検討していくことが必要となる。
  
- その際には、以下の観点から検討することが必要である。

##### **(患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方に関する基本的な考え方)**

- ・ 医療へのアクセス確保の観点から、患者の状況・症状によっては、その同意によらない入院を行えないとすると、患者の不利益につながることはないか。
  
- ・ 患者本人の同意がない場合の入院手続について、精神科と他科とで対応を区別する合理性があるか。
  
- ・ 他方で、精神科の入院患者については、その特性を踏まえた入院手続とともに、退院等に向けた支援や入院中の処遇の改善、入院から退院までの患者の権利擁護に向けた支援の内容・担い手等、他科の場合よりも充実した権利擁護の仕組みが必要ではないか。
  
- ・ また、平成 24 年 6 月の「入院制度に関する議論の整理」で示された考え方（※）に対しては、患者の同意が得られない場合の入院医療の必要性が、直ちに現行通りの医療保護入院の必要性を意味するものではないため、両者を区別して検討すべきとの意見があった。こうした意見を踏まえた上で、今後、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方について、さらに検討を行うことが必要ではないか。

※ 「入院制度に関する議論の整理」（平成 24 年 6 月新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム）では、「措置入院、任意入院以外の本人の同意によらない入院制度」に関して、「自らが病気であるという自覚を持っていないときもある精神疾患では、入院して治療する必要がある場合に、本人に適切な入院治療を受けられるようにすることは、治療へのアクセスを保証する観点から重要である」とされている。

### (患者のニーズに応じた医療の提供等)

- ・ 統合失調症の急性期の状態等にあり患者が明確に同意を拒否している場合がある一方、認知症等により病状は安定しているものの患者自身が有効な同意の意思表示を行えない場合が増えている現状も踏まえ、精神疾患の特性により、様々な場合があり得ることを念頭に置く必要があるのではないかと。
- ・ 認知症等の入院患者が増えている現状のもと、患者の状態に応じた適切なサービスを提供し、生活の質（QOL）を向上させる観点からは、今後精神病床のダウンサイジングと並行して患者のニーズに応じた医療・居住の場の整備を進めていくための方策の在り方について、既存の制度の枠組みに限ることなく検討していくことも重要ではないかと。

### (関係者の負担等)

- ・ さらに、患者が医療にアクセスすることが阻害されないようにしつつ、医療機関や患者、現行法では同意を行うことが求められている家族等、特定の者に過度の負担を求める仕組みとならないように留意することも必要ではないかと。

この点、現行の医療保護入院制度については、患者の長期入院の一因となっているとの指摘があること、入院に当たって同意を行う家族等にとっては、精神的負担や本人との関係性の悪化等、過度の負担を伴う面があることから、廃止も含めて検討して欲しいとの意見があった。また、代替策のない状況で現行の制度の廃止の方向性を示すことは困難であり、患者の同意が得られない場合の入院に関し、十分な議論が必要との意見があった。

※ なお、「【報告書】当事者の視点から期待する—これからの入院制度についての意識調査—」（令和4年5月 一般社団法人精神障害当事者会ポルケ）では、当事者が医療を受けるに当たり、最も重要とする項目は「医師から説明を受けて安心して医療を受けられる」点、次いで、「自分が希望するときに受診、医療を受けられる」点とされている。

### (海外の制度との対比等)

- ・ 精神疾患を有する患者は、権利擁護の仕組みを含め、どのような体系で入院医療を受けることができるのか、海外の制度と対比しながら、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方について、総合的な検討を進めることが必要ではないかと。

## 2. 医療保護入院の同意者について

### 【現状・課題】

- 現行制度は家族等（※）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。家族等同意は、本人の同意に基づかない入院を指定医の診断のみで行う仕組みは患者の権利擁護の観点から適当でない等の観点から、本人の身近に寄り添う家族が、医師からの十分な説明を受けた上で同意することを目的に、平成25年改正により導入された。  
 ※ 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。
  
- 平成29年2月に取りまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、現在の家族等同意の機能について、入院することを本人に代わって同意することではなく、①医師の判断の合理性（説明に対する納得性）、②入院治療が本人の利益に資するかについて、本人の利益を勘案できる者の視点で判断する点にあると整理できるとされている。  
 その上で、①については、現在の家族等同意では、家族等に医学的な専門知識まで必ずしも求めてはならず、医師が家族等に対し、理解しやすいよう丁寧に病状や入院治療の必要性等を説明した上で、家族等が医師の説明に納得して判断できれば足りると考えられる、②については、家族等には、本人についての情報をより多く把握していることが期待されていると考えられる、とされている。
  
- 家族等同意については、同意したことで家族の精神的負担や本人との関係性の悪化につながるため、廃止してほしい、また、市町村長同意については、医療機関の判断を追認する形で手続が行われているのではないかと、との意見があった。

### 【対応の方向性】

#### （同意者についての議論）

- 医療保護入院の同意者に関する検討会での意見を整理すると、以下の表のようになる。

同意者	(現行)家族等	(現行)市町村長	指定医のみ	代理人	病院外の精神保健福祉士	司法
前提の考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療保護入院の必要性については、病気の自覚を持ってない場合があり、症状の悪化により判断能力そのものが低下する特性を持つ精神疾患については、自傷他害のおそれがある場合以外にも、入院治療へのアクセスを確保する仕組みが必要とされている(平成29年2月「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書)。</li> <li>・ 本人の人権擁護の観点からは、指定医の医学的判断について、適正な第三者による確認が必要。</li> </ul>					
理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血縁の家族、居住先の公的な市町村は必ず存在する。</li> <li>・ 家族については、本人の情報をより多く把握していることが期待でき、本人の利益を勘案できる者と考えられる。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2人の指定医による医学的な判断。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ あらかじめ支援者を登録。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神保健福祉士には、患者の権利を擁護する役割がある。</li> <li>・ 入院すべきか、地域の中で医療提供すべきかの観点が求められる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 非自発的入院について、手続的な確認が可能。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族への負担</li> <li>・ 家族状況の複雑化により、必ずしも家族が本人の利益を勘案できない場合がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関の判断を追認する形にならないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同一医療機関の指定医では、独立した判断とはなりにくい。</li> <li>・ 指定医が足りない現状では、実際上困難な面がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人が入院を拒否している時点において、過去に登録した者の同意がどのような効果を持つのか、慎重な検討を要する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 非自発的入院への同意は、権利擁護を図るといふ精神保健福祉士の任務とは馴染まないのではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医学的な専門性を伴う判断について、法律家が実体的に否定することは実際上困難な面がある。</li> </ul>

### (市町村長同意の現状)

- 市町村長同意については、市町村長同意事務処理要領が昭和 63 年に発出され、病院から同意の依頼を受けた際の手続や、入院の同意後速やかに本人に面会すること等が定められている。
- 今回、具体の運用として事務処理要領に沿った対応が実施されているかについて、自治体に確認したところ、
  - ・ 市独自に市長同意のための審査票や入院後の面会の際の確認票を作成している市
  - ・ 精神科病院に対する実地指導における調査項目として、市町村担当者の面会の有無を確認し、面会が行われていない場合は、都道府県等から市町村に連絡をし、面会を行うよう指導している都道府県等も把握された。

### (医療保護入院の同意者について)

- 医療保護入院の同意者について、現状では、家族等、市町村長以外の同意者を想定することは現実的には容易でないため、家族等同意及び市町村長同意については、現行の仕組みを維持することになるものと考えられる。
- ただし、家族等同意についての家族等の負担、市町村長同意についての医療機関の判断の追認に係る意見については、本検討会での議論も踏まえ、適切な対応を検討すべきである（※）。
- その上で、引き続き、今後の医療保護入院患者数の推移等を踏まえながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要である。

#### ※ 具体的に考えられる方策の具体例

- ・ 家族等同意：入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実、緊急時における受診前相談及び入院外医療の充実、精神疾患や精神障害に関する普及啓発（特に学校教育における普及啓発）、予算事業を活用した家族同士の交流の場の提供
- ・ 市町村長同意：現行の「市町村同意事務処理要領」に基づく事務処理の要請

### 3. 本人と家族が疎遠な場合等の同意者について

#### 【現状・課題】

- 家族等同意の機能は、本人について多くの情報を把握し、「本人の利益を勘案できる者の視点で判断する点にある」と整理されているが、本人と家族が疎遠な場合等は、こうした機能を期待することは困難な場合がある。
  
- 他方で、市町村長同意は、現行の精神保健福祉法において「家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合」とされているため、疎遠であっても家族がいる場合等は、当該家族の意向を確認する必要がある。

#### 【対応の方向性】

- 長期間の音信不通等により家族が同意・不同意の意思表示を拒否する場合、家族がどうしても同意・不同意の判断を下せない場合等、当該家族の意向を確認することができない場合は、市町村長が同意の可否を判断できるようにすべきである。
  
- また、例えば、患者本人と家族等との間でDV、虐待等が疑われるケースの場合は、DV防止法や虐待防止法等の規定による一時保護等の措置の対象となっているかについて、配偶者暴力相談支援センター、児童相談所、市町村等の公的機関への確認を通じ、客観的に判断することもあり得ると考えられる。したがって、こうしたケースについては、DV、虐待等の関係にある家族に代わり、市町村長が同意の可否を判断できるようにすることについて、実務的な課題の整理を行いながら、検討することが適当である。
  
- さらに、医療保護入院の同意については、家族等ではなく、基本的に市町村長が行うこととしてはどうか、との意見もあった。今後、本人の利益を勘案できる者の視点で判断するという家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方と事務負担への影響についても勘案しながら、さらに検討を進めていくことが必要である。

#### 4. 精神医療審査会について

##### 【現状・課題】

- 「精神医療審査会に関するアンケート調査」調査報告書（令和4年3月 公益社団法人日本精神保健福祉士協会）では、
  - ・ 委員の確保が困難、委員の日程調整が難航する等の理由で審査期間が長期化している現状
  - ・ 精神医療審査会の事務局が、必ずしも処遇改善請求までには至らない、医療機関に訪問し、患者の話の傾聴や情報提供を行うといった業務についても、患者の権利擁護の観点から担っている現状が把握された。
  
- 精神医療審査会については、行政機関との関係性が必ずしも明確ではない中で、委員の確保や委員間の日程調整が整わず、退院等請求の審査期間が長期化する等、専門的機関としての機能が十分に果たせていないとの指摘がある。

##### 【対応の方向性】

- 精神医療審査会の機能向上に向けては、全国精神医療審査会連絡協議会との意見交換を行うなど、審査会の実態を把握した上で、引き続き、実効的な方策を検討する必要がある。研究事業による分析を深め、精神医療審査会運営マニュアルの改正を目指すべきである。
  
- また、措置入院者については、現在、定期病状報告の際に精神医療審査会の審査の対象としているが、国際人権B規約（市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約））9条4項（※）の趣旨を踏まえ、精神保健福祉法において、措置入院を行った時点で速やかに精神医療審査会の審査を実施できるようにすることが望ましい。
  - ※ 「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること及びその抑留が合法的でない場合にはその釈放を命ずることができるように、裁判所において手続をとる権利を有する」とされる。また、規約にある「裁判所」は、司法裁判所に限らず独立した第三者機関であれば足りると国際的に解されている。
  
- さらに、精神医療審査会運営マニュアルでは、合議体を構成する医療委員、法律家委員及び保健福祉委員について、審査に係る患者と一定の関係性がある場合等に議事に加わることができないと定められているが、保健福祉委員について、具体的にどのような者が想定されるかは示されていない。そうした点を踏まえ、保健福祉委員について、具体的には、精神保健福祉士、保健師、看護師、公認心理師等が想定されるが、都道府県知事等の判断により、例えば、当事者や家族も含めることができることを示すべきである。

## 第6 患者の意思に基づいた退院後支援

### 【現状・課題】

- 退院後支援については、廃案となった平成 29 年精神保健福祉法の改正法案に盛り込まれていたところ、国会での審議を踏まえ、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」（平成 30 年 3 月厚生労働省障害保健福祉部長通知）が示されている。
  - まず、退院後支援のガイドラインについて見直しを行い、退院後支援については、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定することが必要である（※）。
- ※ こうした明文規定に関連し、
- ・ 廃案となった平成 29 年精神保健福祉法の改正法案については、退院後支援のガイドラインによる取組の実態等を踏まえ、さらに検討する旨、当時の厚生労働大臣が答弁している（平成 30 年 7 月 3 日参議院厚生労働委員会）ことから
  - ・ 本検討会が、もし、廃案となった平成 29 年改正法案について、ガイドラインによる取組の実態等を踏まえた検討を行うのであれば、それは、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とする過去からの流れを引き継いでしまいかねないとの意見があった。
- その上で、入院形態を問わず、退院後支援を行うものとされるガイドラインとの乖離がなくなるよう、退院後支援の推進に向けた方策を整理していくことが求められている。

### 【対応の方向性】

#### （ガイドラインに基づく退院後支援の推進に向けた施策）

- 患者の意思に基づいた退院後支援は、入院早期から支援体制を構築し、病院と連携しながら、多職種・多機関の協働を図るものであり、「包括的支援マネジメント」の一環としての位置付けを有する。
- より一層充実した退院後支援を実現していくためには、広く患者の入院形態を問うことなく支援が行われるよう、より一層の推進策の検討が必要である。
- そうした観点のもと、引き続き、退院後支援の効果等を見極めつつ、診療報酬における適切な評価を含めた検討を行う必要がある。

### (警察の会議への参加)

- 警察の関与を心配に思う当事者がいる一方、警察の支援を希望する当事者がいることを踏まえ、警察の会議への参加の可否について検討することが必要である。
  
- 退院後支援のガイドラインでは、「会議には防犯の観点から警察が参加することは認められず、警察は参加しない」と明記されている。例外的に警察が支援関係者として、「警察が支援関係者として本人の支援を目的に参加することは考えられるが、この場合は、本人及び家族その他の支援者から意見を聴いた上で、警察以外の支援関係者間で警察の参加についての合意を得ることが必要である。この際、本人が警察の参加を拒否した場合には、警察を参加させてはならない」と規定されている。

これは、単に本人の同意の下で参加するという規定では、強引に同意を求めていく状況も考えられるためであるとされている。
  
- ガイドラインにおいては、警察の会議への参加について慎重な手続が求められているが、こうした手続を設けてもなお警察の関与を心配に思う当事者がいるとの意見を踏まえ、関係省庁から各都道府県警察に対して、法令の規定に基づく適切な個人情報取扱いを求める通知を発出し、地域によって対応にばらつきが生じないよう依頼する等の対応を検討すべきである。



## **第7 不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組**

### **【現状・課題】**

- 隔離・身体的拘束は、精神保健福祉法上、精神科実務経験を有し法律等に関する研修を修了した指定医の専門的知見に基づき、代替方法によることは困難であり、医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われる。  
このように、精神科医療機関における隔離・身体的拘束は、法律の規定により、患者の権利擁護に十分配慮することとされている。
- 精神科病院の医療は患者のために行われるものであり、患者の尊厳が確保されることが何より重要である。誰もがいざというとき、安心して信頼できる入院医療を実現するには、患者の権利擁護に関する取組がより一層推進されるよう、実際の医療現場において、精神保健福祉法の規定に基づく適正な運用が確保されることが必要である。
- 今夏目途で、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保すること等を目的とする障害者権利条約に基づく初回の対日審査が予定されており、障害者権利委員会からは、隔離・身体的拘束の廃止のための措置等に関する事項について、事前の情報提供が求められている。患者の権利を確保するための取組をより一層推進させていくことが重要である。
- 諸外国においても、現状では、やむを得ない場合に患者の隔離・身体的拘束を行う制度が存在しており、人権擁護の仕組みとともに運用されている（※）。  
※ 令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書（PwC コンサルティング 合同会社）
- そうした観点から、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとすることを含め、隔離・身体的拘束の最小化に、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組み、行動制限最小化を組織のスタンダードにしていくことが求められている。

### **【対応の方向性】**

#### **（処遇基準告示（※）の見直し等）**

※ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（昭和63年厚生省告示第130号）

- 以下の方策により、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとすることを含め、隔離・身体的拘束の最小化の取組を総合的に推進すべきである。

- ① 現在「基本的な考え方」で示されている切迫性・非代替性・一時性の考え方について、処遇基準告示上で要件として明確に規定するべきである。
- ② 単に「多動又は不穏が顕著である場合」に身体的拘束が容易に行われることのないよう、「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、多動又は不穏が顕著であって、かつ、
- ・ 患者に対する治療が困難であり、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切迫している場合や
  - ・ 常時の臨床的観察を行っても患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合
- に限定し、身体的拘束の対象の明確化を図るべきである。

その上で③④のプロセスにより、組織全体で①の3要件を満たすか否か、②の定義に当たるかどうかを判断できる体制を構築するべきである。

この点に関し、「多動又は不穏が顕著である場合」は拡大解釈のおそれがあるため要件から削除すべきとの意見、身体拘束を原則廃止すべきとの意見、治療の必要性の要件については身体的拘束について新たな対象を生み出すおそれがあるのではないかと意見があった。また、治療の必要性の観点も考慮されるべきとの意見があった。

さらに、点滴等生命維持のために必要な医療行為を行うための身体固定について、短時間の場合であっても一定のルールのもと行うこととすべきではないかと意見があった。また、精神病床以外の病床における身体拘束の現状や取扱いを含め、幅広い観点から検討すべきではないかと意見や、介護分野における取組を参考にすべきとの意見があった。

今後、「多動又は不穏が顕著である場合」という要件を見直すに当たり、非代替性の要件の判断手法や行動制限最小化委員会の在り方に関する課題を含め、調査研究等により、告示の見直し内容とあわせ、実際の運用について、具体的な現場の指標となるよう、検討を深めていくことが必要である（※1～3）。

※1 この点、障害当事者の立場の構成員から、隔離・身体的拘束については、医療・保護の観点から必要な場合があることに、制度としてそうした仕組みとされている点は認識しているものの、患者にとっては、経験するに耐え難い苦痛・感情を伴うものであり、適切であるか不適切であるかを問わずゼロを目指すべきとの意見があった。

※2 非代替性の要件の適正な判断に資するとともに、隔離・身体的拘束を限りなく最小化していけるよう、国や医療関係者等が、身体的拘束に至らないための代替手段について、精力的な検討を行い、医療現場において研鑽や実践を続けていく必要がある。

※3 これまでの医学の進歩により精神疾患の病像や入院患者の処遇に大き

な改善がもたらされたように、医学・医療の進歩により将来的には隔離・身体的拘束を必要としない精神科医療を実現し得る可能性について、当事者とともに希望を持ち、今後も、精神医学・医療の研究を包括的に推進していく必要がある。

- ③ 隔離・身体的拘束の最小化について、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組む。隔離・身体的拘束の可否は、指定医（※）が判断するとともに、院内の関係者が幅広く参加したカンファレンス等において、病院全体で妥当性や代替手段の検討を行う旨を明示するべきである。

※ 精神保健福祉法上、指定医は、人権に配慮した医療を行う中心的存在であり、自らの医師としての職務、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行うだけではなく、病院に入院している全ての精神障害者の適正な処遇の確保に努めることとされている（第37条の2）。

指定医については、このように、患者の人権を守るため、管理者とともに行動制限最小化に組織全体で取り組み、行動制限の最小化を組織のスタンダードにできるようにしていくことが期待されている。

国としても、指定医の資質を担保した上で、安定的な確保に向けた方策を検討するとともに、指定医研修のシラバスを定期的に見直し、研修の機会を通じて、指定医に直接に訴えていくことが必要である。

- ④ ③と同様、行動制限の最小化を管理者の責任のもと組織のスタンダードにしていく観点から、以下の内容を新たに規定するべきである。

- ・ 行動制限最小化委員会の定期的な開催

※ 行動制限最小化委員会のマニュアルや好事例の共有のほか、外部の第三者を活用するための方策の検討が必要である。

- ・ 隔離・身体的拘束の最小化のための指針の整備
- ・ 従業者に対し、隔離・身体的拘束の最小化のための研修を定期的実施

- ⑤ さらに、隔離・身体的拘束を行うに当っては、現在、患者にその理由を「知らせよう努める」とされているところ、法律に基づく適正な運用を担保すべく、これを「説明する」と義務化するべきである。

その際、当該説明については、単に形式的に行われるのではなく、入院中の処遇に関するものとして患者がその内容を十分に把握できるようにすることが重要である。このため、処遇改善請求等の権利内容についても説明するとともに、患者がその内容を把握できない状態にある場合は、再度説明を行う必要がある旨を明らかにするべきである。

- ⑥ こうしたプロセスを確保し、隔離・身体的拘束を最小化するための診療報酬上の取扱いを含む実効的な方策を検討するべきである。

- ⑦ 上記の他、重度訪問介護を利用している障害支援区分6の入院中の患者は、コミュニケーション支援について重度訪問介護の活用が可能となっている。さらに入院中の利用者の状態像や支援ニーズ等に関するデータ等の収集を行い、入院中の重度訪問介護の利用によるコミュニケーション支援等の必要性を判断する基準や指標等を検討する必要があるとの意見があった。

## 第8 精神病床における人員配置の充実について

### (歴史的経緯)

- わが国の精神医療行政においては、精神病院法（大正8年制定）により、公的精神病院を設置する考え方が初めて明らかにされたが、公立精神病院の設置が進んでいない状況もあり、民間の代用精神病院制度が設けられた（※1・2）。
  - ※1 代用病院制度：精神病院法では、(1)内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができ、道府県が設置した精神病院は地方長官の具申によって当該命令により設置したものとみなすことができる、(2)内務大臣は(1)の精神病院に代用するため私立精神病院を指定することができる（代用精神病院）とされた。
  - ※2 昭和6年には、患者総数7万余人に対し、収容人員は1.5万人程度（うち公立精神病院：0.2万人程度、私立精神病院：1万人程度）とされている。
  
- 戦後、精神衛生法（昭和25年制定）により、精神病院の設置が都道府県に義務付けられたものの、昭和29年7月の全国精神障害者実態調査によって、精神障害者の全国推定数は130万人、うち要入院は35万人で、病床はその10分の1であった。

このため、同年、精神衛生法が改正され、民間精神病院の設置・運営に要する経費の国庫補助の規定が設けられ、民間病院を中心とした病院・病床の整備が進められた。5年後の昭和35年には約8.5万床に達する等、精神障害者に対する医療保護の充実が図られた。
  
- 医療従事者の確保・養成が課題となる中、昭和33年には厚生事務次官通知（※1）が発出され、いわゆる「精神科特例」として、精神科病院における配置標準（※2）については、医師は他の病床の3分の1、看護師は他の病床の3分の2と規定された。
  - ※1 厚生事務次官通知に関して、昭和33年各都道府県知事宛厚生省医務局長通知において、医師の確保が困難な特別な事由があると認められるときは、暫定的にこれを考慮した運用も止むを得ないことが示された。
  - ※2 医療法上、人員配置標準を満たさない場合であっても、直ちに業務停止とは連動されておらず、最低基準ではなく「標準」とされている。
  
- こうした歴史的な経緯もあり、民間精神科病院については、必ずしも十分とはいえない基盤のもと、地域における過大なニーズに対応する役割を担ってきたとの指摘もある。

### (人員配置の充実について)

- いわゆる「精神科特例」については、昭和33年の厚生事務次官通知により定め

られていたが、平成 13 年の医療法改正に伴い、当該通知は廃止されている。

- 医療法上、精神病床については、一般病床・療養病床と異なり、病床種別上、機能が細分化されていないという違いがある。
- こうした中で、精神病床における人員配置については、療養病床と同等の配置標準が設けられているほか、診療報酬上、急性期の精神病床については、一般病床と同程度の医師・看護師の配置を求め、早期に退院できるよう促している。  
また、実際の医療現場において、必要に応じ、こうした配置標準を上回る人員が配置されている。
- 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」における平成 24 年の意見の整理でも、今後の方向性として、病床の機能に応じ、看護職員に加え、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士等の多職種の従事者による人員配置とする旨が示されている。
- 入院患者数に応じて、精神病床について医療計画に基づき適正化を図っていくとともに、入院患者に対してより手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じ、医師・看護職員の適正配置や精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含む適切な職員配置を実現していくことが求められる。

## 第9 虐待の防止に係る取組

### 【現状・課題】

- 医療機関の従事者による身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、放棄・放置、経済的虐待といった虐待行為はあってはならないものである。障害者への虐待は障害者の尊厳を害するものであり、障害者に対する虐待を防止することは極めて重要である。精神科医療機関においては、都道府県等を通じ、虐待行為の発生防止に加え、早期発見、再発防止に向けた対応を行っている。
  
- また、令和2年3月に報道された精神科病院における虐待事案を受け、
  - ① 精神科医療機関に対し、虐待事案の発生防止や早期発見の取組強化、事案が発生した場合の都道府県等への速やかな報告を要請するとともに
  - ② 都道府県等が行う実地指導において虐待が疑われる事案の把握を強化し、虐待が強く疑われる場合は、事前の予告期間なしに実地指導を実施できることとする等、指導監督の徹底を図っている。

### 【対応の方向性】

#### (障害者虐待防止法に基づく虐待防止措置の徹底)

- 管理者のリーダーシップのもと、虐待行為の発生防止、早期発見、再発防止に向けた取組を組織全体で推進し、より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待を起こさないことを組織風土、組織のスタンダードとして醸成していくための不断の取組が重要となる。
  
- こうした観点から、国においても、医療機関及び都道府県等に対して、障害者虐待防止法第31条の虐待防止措置（※）の取組例について周知を進め、虐待行為の発生防止、早期発見、再発防止の徹底を図っている。
  - ※ 障害及び障害者に関する理解を深めるための研修の実施及び普及啓発、障害者に対する虐待に関する相談に係る体制の整備、障害者に対する虐待に対処するための措置、当該機関を利用する障害者に対する虐待を防止するため必要な措置
  
- 精神科医療機関の中には、病棟単位での倫理カンファレンスの実施、患者や家族の声の傾聴等を通じて、虐待が起きないようにするための組織風土を醸成することにより、虐待行為の潜在化防止を図る取組も見られることから、医療従事者による積極的な取組を行う現場づくりを実現していくことも重要である。

#### (虐待行為が生じた場合の早期発見の仕組み)

- 障害者福祉施設等では、障害者虐待についての市町村への通報の仕組みが設けられ、定着が進んできた。通報制度の運用により、虐待の早期発見のみならず、虐待を起こさない組織風土の醸成に資する効果が見られているとの指摘もあり、施設が

積極的に通報制度を活用している例も報告されている。

※ 障害者虐待防止法は、刑罰を加えることを目的としていない。すなわち、市町村への通報は、「すべての人を救う」として、利用者の被害を最小限にするとともに、虐待した職員や施設の関係者の責任も最小化されることから、より軽微な段階で通報しやすい組織風土の醸成を図り、もって障害者の権利利益の擁護に資する仕組みとして位置付けられている。

- 現在のところ、医療機関は、障害者虐待防止法に基づく通報義務の対象とされておらず、通報者保護の仕組みが設けられていないが、精神科医療機関においては、とりわけ入院の対象が精神障害者であり、障害者の権利擁護を図ることが重要であることや、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に当たって精神科医療機関の地域での役割が今後ますます重要になることに鑑み、虐待防止の取組を一層推進することが求められる。

こうした観点から、自治体との協働のもと、虐待を起こさない組織風土を構築し、虐待の未然防止を一層推進するとともに、仮に虐待が発生した場合にあっても、早期発見や再発防止を図ることが期待されている。

- 精神科医療機関において、こうした取組を幅広く進めていくため、すでに実施されている虐待防止措置の推進に加え、従事者等が虐待を発見した場合にこれを自治体に伝えるとともに、伝えた者の保護を図ることが望ましい。このような仕組みについては、障害者虐待防止法を改正して設ける考え方と、精神保健福祉法を改正して設ける考え方について議論が行われ、双方を支持する意見があったが、いずれにしても、精神科医療機関における虐待行為の早期発見、再発防止に資する実効的な方策となるよう、制度化に向けた具体的な検討を行うべきである。

- なお、市町村に伝えるべきとの考え方については、市の立場から、
  - ・ 市町村に伝えることで第三者としての支援にはなるが、結局は指導監督を都道府県の精神保健担当部局に委ねる形になるため、精神保健福祉法の改正が現時点では一番適切ではないか
  - ・ 市町村に伝えるべきとの意見もあり、相談支援や社会参加支援を担う市町村としては、都道府県と協働しながら、連携して対応できるような形が望ましいのではないかとの意見があった。

#### (虐待防止委員会の開催等)

- 虐待が起きないための組織風土の構築にも資するよう、虐待防止委員会の開催(※)、虐待防止のための指針の整備、虐待防止のための研修の実施等についての規定を設けることを検討すべきである。

※ 外部の第三者を活用するための方策の検討が必要である。



## 開催経緯

- 第1回 日時：令和3年10月11日（月）  
議題：（1）本検討会の今後の進め方について  
（2）その他
- 第2回 日時：令和3年11月18日（木）  
議題：（1）市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援の基本的な考え方について  
（2）その他
- 第3回 日時：令和3年12月27日（月）  
議題：（1）関係者からのヒアリング  
（全国「精神病」者集団、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会、全国市長会、大分県杵築市、全国精神保健福祉相談員会）  
（2）その他
- 第4回 日時：令和4年2月3日（木）  
議題：（1）第8次医療計画の策定に向けて  
（2）その他
- 第5回 日時：令和4年2月17日（木）  
議題：（1）精神保健福祉法上の入院制度、患者の意思決定支援や患者の意思に基づいた退院後支援、権利擁護等について  
（2）その他
- 第6回 日時：令和4年3月3日（木）  
議題：（1）精神保健福祉法上の入院制度等に関するヒアリング  
（認定 NPO 法人地域精神保健福祉機構コンボ、全国「精神病」者集団、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会、認定 NPO 法人大阪精神医療人権センター、公益社団法人日本精神保健福祉士協会、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター、公益社団法人日本精神科病院協会、令和2－3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「持続可能で良質かつ適正な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」研究班）  
（2）第8次医療計画の策定に向けて  
（3）その他

- 第7回 日時：令和4年3月16日（水）  
議題：（1）精神保健福祉法の入院制度等について  
（2）その他
- 第8回 日時：令和4年3月31日（木）  
議題：（1）精神保健福祉法上の精神保健に関する市町村等における相談  
支援体制、入院制度等についてのこれまでのご意見を踏まえた  
論点と検討の方向性について  
（2）その他
- 第9回 日時：令和4年4月15日（金）  
議題：（1）これまでのご意見を踏まえた論点に関する議論の状況について  
（2）その他
- 第10回 日時：令和4年5月9日（月）  
議題：（1）これまでのご意見を踏まえた論点に関する議論の状況について  
（2）その他
- 第11回 日時：令和4年5月20日（金）  
議題：（1）とりまとめに向けた議論  
（2）その他
- 第12回 日時：令和4年5月30日（月）  
議題：（1）とりまとめに向けた議論  
（2）その他
- 第13回 日時：令和4年6月9日（木）  
議題：（1）とりまとめに向けた議論  
（2）その他

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会  
構成員名簿

	いわがみ よういち 岩上 洋一	一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事
	うえのやま かずひろ 上ノ山 一寛	公益社団法人日本精神神経科診療所協会副会長
	えざわ かずひこ 江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
	おおた まさひこ 太田 匡彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	おかだ くみこ 岡田 久美子	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）理事長
	おかべ まさふみ 岡部 正文	特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事
	かまた くみこ 鎌田 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事
○	かんば しげのぶ 神庭 重信	九州大学名誉教授
	きたむら たつる 北村 立	公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事
	きつかわ たかひろ 吉川 隆博	一般社団法人日本精神科看護協会会長
	きはら なおゆき 桐原 尚之	全国「精神病」者集団運営委員
	こうじもと みわ 柑本 美和	東海大学法学部法律学科教授
	こさか かずのり 小阪 和誠	一般社団法人日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構理事
	さくらぎ しょうじ 櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
	さくらだ なつみ 櫻田 なつみ	株式会社 MARS ピアサポーター
◎	たなべ くにあき 田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
	たむら あやこ 田村 綾子	公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長
	つじもと てつし 辻本 哲士	全国精神保健福祉センター長会会長
	なかはら ゆみ 中原 由美	全国保健所長会（福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所 保健監 （保健所長））
	ながまつ さとる 永松 悟	全国市長会（杵築市長）
	のざわ かずひろ 野澤 和弘	植草学園大学副学長／一般社団法人スローコミュニケーション理事 長
	のはら まさる 野原 勝	岩手県保健福祉部長
	ふじい ちよ 藤井 千代	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地 域・司法精神医療研究部部長
	もり としゆき 森 敏幸	全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク代表／精神保健福祉事 業団体連絡会副代表

（五十音順、敬称略）  
（◎は座長、○は座長代理）

①-2

行動制限に係る法律、告示（第2回、  
第3回、第4回検討会参考資料）

## 行動制限に係る法律、告示

### 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（抄）

<p>第36条</p> <p>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。</p> <p>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つて、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。</p> <p>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。</p> <p>※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（厚生省告示第二百二十九号）</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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。）</li><li>2. 身体的拘束（衣類又は締り帯等を使用して、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。）</li></ol> <p>第37条</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
--

Copyright (C) Nomura Research Institute, Ltd. All rights reserved. **NRI** 1

## 行動制限に係る法律、告示

### 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（昭和六十三年厚生省告示第三百十号）（抄）

<p>第1 基本理念</p> <p>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、処遇に当たつて、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われなければならないものとする。</p> <p>第2 通信・面会について</p> <p>略</p> <p>第3 患者の隔離について</p> <p>1 基本的な考え方</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(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として行われるものとする。</li><li>(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。</li><li>(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、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。</li><li>(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。</li></ol> <p>2 対象となる患者に関する事項</p> <p>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われるものとする。</p> <p>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</p> <p>イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>3 遵守事項</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(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。</li><li>(2) 隔離を行うに当たつては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせ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。</li><li>(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。</li><li>(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。</li><li>(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一回診察を行うものとする。</li></ol>
--

Copyright (C) Nomura Research Institute, Ltd. All rights reserved. 2

**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（昭和六十三年厚生省告示第百三十号）（抄）**

**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り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。

**第5 任意入院者の開放処遇の制限について**  
略

## 参考資料①-3

株式会社野村総合研究所が実施する  
行動制限に関する「研究」に対する  
意見

令和5年2月10日

株式会社野村総合研究所が実施する行動制限に関する「研究」に対する意見

杏林大学

教授 長谷川 利夫

1. 本研究の位置づけについて

本研究は、公開されている唯一の資料の中にある「求める成果物の活用方法（施策への反映）」として、「基準告示の見直し等、制度改正に向けた基礎資料として報告書を取りまとめる」としている。しかしこのあり方には重大な疑義がある。日本の精神医療における身体拘束については、精神保健福祉法があり、それに基づく大臣告示があり、そこで「処遇の基準」が定められている。身体拘束についての違法性の判断は、精神保健福祉法及び告示130号を用いて行われている。その告示を改変することは裁判に対して重大な影響をもたらす。しかし、本委託研究の全貌は明らかにされておらず、不透明である。人身の自由にかかわる法令の改変をこのような不透明なプロセスで行うことはあってはならないと考える。

2. 石川身体拘束死裁判について

令和3年10月19日、石川身体拘束死裁判で争われた被告病院で行われた身体拘束の違法性が最高裁で確定した。我が国で身体拘束の違法性が正面から争われ違法性が確定した本件についての重要性は強調しても強調しすぎることはない。厚労省は先ず、本件について、身体拘束の運用についての注意喚起の意味も含めて通知などを発出すべきではないか？例えばある看護雑誌では本判決を受けて座談会が行われ、別の看護雑誌でも判決内容及びカルテ内容が紹介され考えるヒントが提示されるなど発信されている。この判決を正面から受け止め、国として積極的に発信するべきではないか？

3. 現行の大臣告示について

令和4年3月16日、厚労省から現行の大臣告示に「検査及び処置等を行うことができない場合」を追加する提案がなされた。現行では「基本的考え方」で「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」とされている。厚労省から行われた提案は、現行の文言と抵触するものであり、告示130号自体に疑義を生じさせるものである。そもそも、隔離の要件にあって身体拘束にない要件を加え、拡大させることを何故行ったかを国は説明すべきである。これは議論の前提である。

最終的な法令解釈権は司法にある。告示であってもそれは法の精神に反することはできず、その内容は合理的である必要がある。



最も重要なのは、現行の大臣告示を徹底させることである。それをせずに、告示の改変をしようとするのは問題のすり替えである。

大臣告示の「基本的考え」を確認する。

(一) 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。

とある。

現場でこれが徹底されていないからこそ問題が起きている。

(二) 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つてはならないものとする。(下線筆者)

現場でこれが徹底されていないからこそ問題が起きている。厚労省が令和4年3月16日に提案してきたことは、現行告示と相矛盾することであった。

本研究における構成員についても、国会で追及されている。これもなんら問題は解決していない。このような中で大臣告示を改変するのは言語道断だと考える。既に大臣告示改変については、参議院予算委員会、厚生労働委員会で質疑が行われており、ここで議論を無視して進めることはあつてはならないと考える。

#### 4. 失敗を繰り返さないことについて

身体拘束に関しては、平成11年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神科医療における行動制限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」において、病院内審査機関の設置が提案され、その後、行動制限最小化委員会の設置などにつき診療報酬化もされた。しかしその後身体拘束は10年で2倍となり高止まっている。税金を使った研究を行い、その結果診療報酬化されたにもかかわらず実際は逆の方向にいつている。このことについて、先ずはどう考えるかを明らかにすべきであり、その責任は誰がとるのかにつき国は態度を明らかにすべきである。それをせずにまたもや今回も「行動制限最小化に関する研究」を行うことはあつてはならない。失敗を繰り返してはならない。

## 5. 「好事例」の収集について

身体拘束の実施、不実施に関して、いわゆる「好事例」を収集することは、それが有効活用されれば、現実にプラスに作用する可能性はある。「行動制限の最小化」といっても、そもそもが身体拘束を（ほぼ、あるいはまったく）やっていない病院も存在する。「元々やっていない」というのはもっとも成功しているわけであるから、そこから最優先にしっかり学ぶのは当然である。

以上

参考資料②  
障害者権利条約に関する研修資料案  
(桐原委員提供)



## 障害者権利条約の概要

---

- 2006年 障害者権利条約が国連総会で採択された。
- 2014年 日本政府が批准した。
- 目的  
全ての障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進すること
- 障害者権利条約は、障害者に新たな権利を与えるものではない。
- 障害者が享受できていない権利を他の者と平等にすることを目指したものである。



## 障害者権利条約について

---

- そもそも条約とは何か：国と国の約束のこと。



## 障害者権利条約の交渉過程

- 交渉過程:加盟国政府だけではなく、障害当事者も参画した。



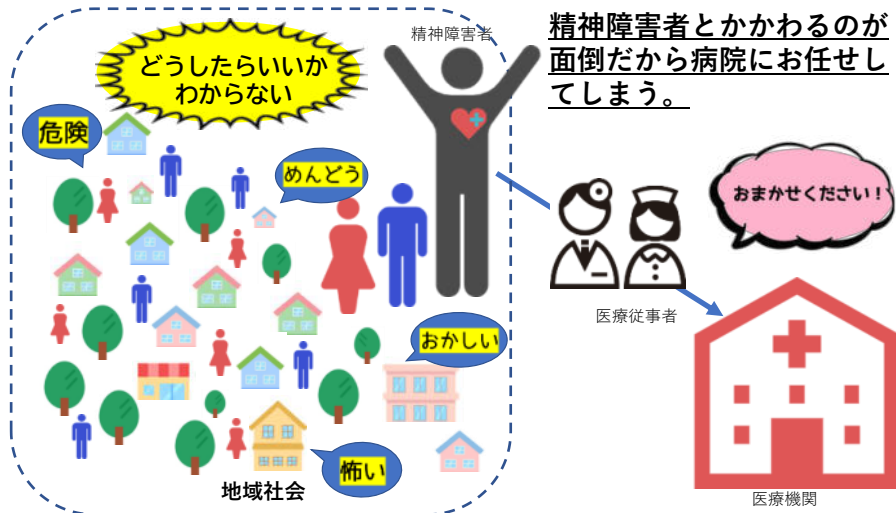
撮影:社会福祉法人日本身体障害者団体連合会

## 障害の社会モデル

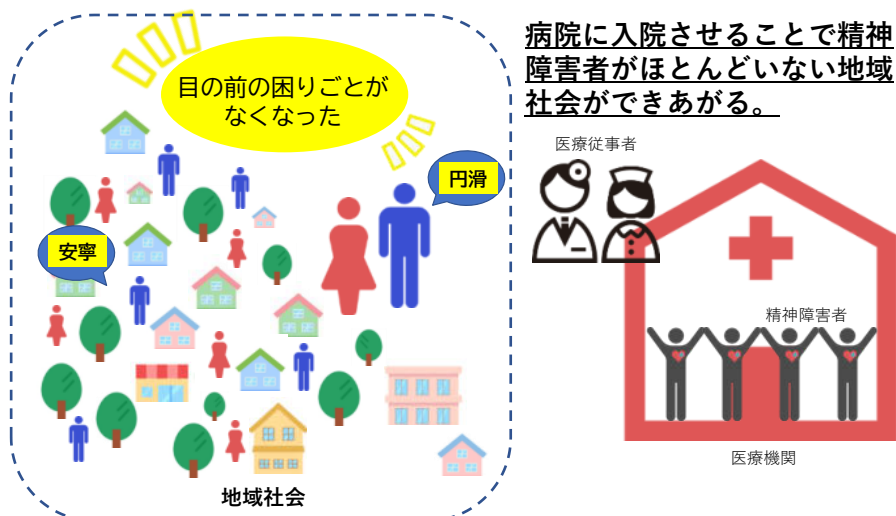
- 障害者権利条約の理念  
障害者権利条約は、社会モデルをベースにしている。
- 社会モデル(人権モデル)とは  
社会モデルとは、障害は個人ではなく社会にあるという考え方のことである。
- 社会モデルは、障害(社会的障壁)がどのようにして構築され、いかにして解消すべきかを考える上で重要な枠組みとなる。



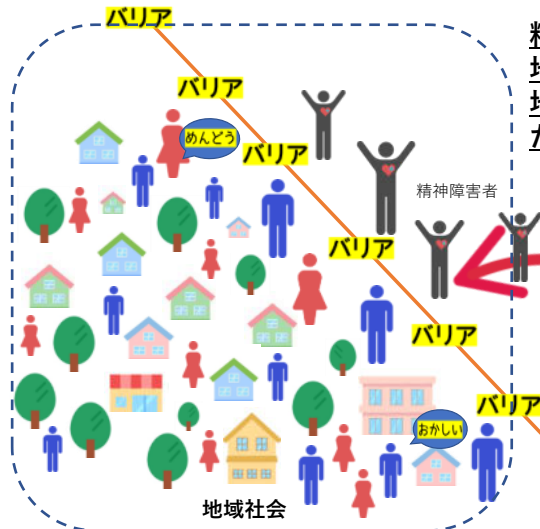
## 排除する地域社会



## 分離の過程



## 統合と社会的障壁



精神障害者がほとんどいない地域にはバリアがいっぱい。  
地域移行しても困難が立ちま  
だかる。

例：賃貸物件、所得、家族など。

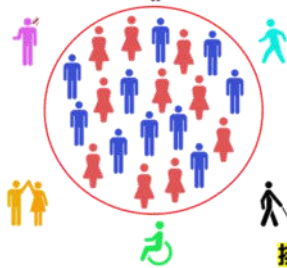


医療機関

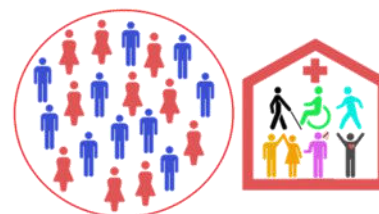
EXCLUSION

《インクルージョン》

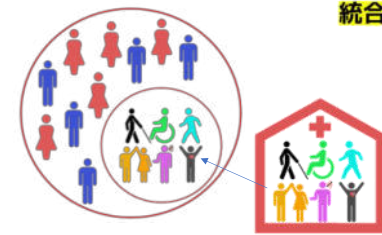
SEGREGATION



排除



分離



INTEGRATION

包摂 インクルーシブ



INCLUSION



## 身体的自由及び安全（第14条）

---

自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないように措置を講じることを求める規定がある。

この場合の障害の存在とは、国連障害者の権利に関する委員会が公表した第14条に関するガイドラインによると障害の存在に加えて追加の要件によるものを含むこととされている。

精神障害者と追加の要件でおこなわれる身体的拘束や隔離が該当し得る。



## 初回政府審査に係る総括所見

---

精神科病院における障害者の隔離、身体的拘束、強制的な治療への懸念が示されている（パラグラフ33）。

医学的介入に対して全ての法規定の廃止の勧告が出されている。（パラグラフ34）



厚生労働省 令和4年度 障害者総合福祉推進事業

**精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究  
報告書**

令和 5(2023)年 3 月

**株式会社 野村総合研究所**

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2  
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ  
TEL : 03-5533-2111(代表)

〔ユニットコード:7935072〕