

行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル

目次

I. はじめに	1
II. 理念と目的	1
III. 設置の根拠	4
IV. 構成員	5
V. 活動内容	6
VI. 定例会議の開催	8
VII. 議事内容	9
VIII. データの活用	11
IX. 令和3年度調査「事例報告」の整理	12
X. おわりに	15
XI. 文献	15
XII. 調査委員会委員	16
参考資料	16
患者行動制限最小化委員会規定	17
厚生省告示第130号、昭和63年4月8日	18

令和4年3月
令和3年度障害者総合福祉推進事業
公益社団法人日本精神科病院協会



I. はじめに

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」(以下、「令和3年度調査」とする)を、公益社団法人日本精神科病院協会(以下、日精協)において実施致しました。医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離・身体的拘束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)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ています。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ために、本事業を行いました。

この全国調査をもとに、「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を作成致しました。

II. 理念と目的

1. 理念

精神科入院医療において、精神症状の悪化のために隔離・身体的拘束等で患者の行動の制限が必要とされる場合には、患者の人権に配慮しつつ、病状に応じて最も制限の少ない方法で行う必要があります。行動制限最小化委員会は、具体的な臨床活動において、この理念を実現するための組織として位置づけられます。

入院患者の人権に関しては、障害者の権利に関する条約(障害者権利条約:Convention on the Rights of Persons with Disabilities)を常に念頭におく必要があります。これは、国際人権法に基づく人権条約であり、2006年12月13日に第61回国連総会において採択されました。これは、あらゆる障害者(身体障害、知的障害および精神障害など)の尊厳と権利を保障するための条約です。

「障害者の権利に関する条約」

権利条約とは、障害者の人権や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ため、障害者の権利の実現のための措置等を規定している国際条約です。日本の締約は平成25年(2013年)6月の障害者差別解消法の成立をもって、ひととおりの国内法整備の充実がなされたことから、平成26年(2014年)1月20日、障害者権利条約の批准書を国連に寄託し、日本は140番目の締約国となりました。

第14条 身体的自由及び安全

1 締約国は、障害者に対し、他の者との平等を基礎として、次のことを確保する。

(a) 身体的自由及び安全についての権利を享有すること。

(b) 不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと。

2 締約国は、障害者がいずれの手段を通じて自由を奪われた場合であっても、当該障害者が、他の者との平等を基礎として国際人権法による保障を受ける権利を有すること並びにこの条約の目的及び原則に従って取り扱われること(合理的配慮の提供によるものを含む。)を確保する。

精神科医療においては、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法(以下、法))を遵守しなければなりません。法第36条には、「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。」との条文があり、最小化理念が謳われています。そして、行うことができない行動制限や、指定医でなければ行うことができない行動制限、行動制限が認められる条件等については規定が設けられています。また、精神保健指定医は、病院全体の入院患者に対する適正な処遇が確保されるよう、努めなくてはなりません。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第4節 精神科病院における処遇等

(処遇)

第36条 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。

2 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。

3 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。

第37条 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。

2 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。

3 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。

(指定医の精神科病院の管理者への報告等)

第37条の2 指定医は、その勤務する精神科病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると思料するとき又は前条第一項の基準に適合していないと認めるときその他精神科病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないとき認めるときは、当該精神科病院の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神科病院に入院中の者の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。

入院患者に対し、どのような場合でも行うことのできない行動制限については、次のように定められています。

「厚生省告示第128号」(昭和63年4月8日)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

一 信書の発受の制限(刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。)

二 都道府県及び地方自治体その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限

三 都道府県及び地方自治体その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者又はその家族等(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第二百二十三号)第三十三条第二項に規定する家族等をいう。)その他の関係者の依頼により患者の代理人になろうとする弁護士との面会の制限

精神保健指定医が必要と認めなければ行うことができない行動制限については、次のように定められています。

「厚生省告示第 129 号」(昭和 63 年 4 月 8 日)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 36 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

- 一 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。)
- 二 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

さらに、入院患者の処遇の基本理念、通信・面会、隔離、身体的拘束、任意入院者の開放処遇の制限について、次のような基準が定められています。

「厚生省告示第 130 号」(昭和 63 年 4 月 8 日)

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

⇒18～21 頁を参照して下さい。

基本理念として、「入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行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。」と記載されています。

これらの基準は、行動制限最小化委員会が各種活動を通じて行動制限の最小化を図るにあたり、指標となるものです。加えて、病院全体で、入院患者に対する虐待と見做されるような行動制限を厳に防止する視点も重要です。

障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(障害者虐待防止法)

平成 23 年法律第 79 号

第 31 条(医療機関を利用する障害者に対する虐待の防止等)

医療機関(医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 1 条の 5 第 1 項に規定する病院又は同条第 2 項に規定する診療所をいう。)の管理者は、医療機関の職員その他の関係者に対す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、医療機関を利用する障害者に対する虐待に関する相談に係る体制の整備、医療機関を利用する障害者に対する虐待に対処するための措置その他の当該医療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を講ずるものとする。

2. 目的

行動制限最小化委員会の目的は、精神科入院医療において精神症状の悪化のために行われている隔離・身体的拘束等が、病状に合わせて行動制限が最小化されるようにモニタリング、回診、検討、教育機会(指導体制や研修会等)の提供を管轄し、働きかけを行うことです。

Ⅲ. 設置の根拠

我々精神科病院に勤めている医療者は、障害者権利条約や精神保健福祉法、障害者虐待防止法などの法律を遵守する必要があります。行動を制限することを最小にする委員会を設置するのは、入院患者の人権に配慮する上でも当然の責務です。

平成 16 年の診療報酬の改定で「医療保護入院等診療料」が新設され、その中で「行動制限最小化委員会」の設置が義務付けられました。このため、精神科を標榜する病院で「医療保護入院等診療料」を算定する場合には、必ず設置しなければなりません。

また、精神保健福祉法においては、平成 17 年、特定医師および特定病院に関する条項が新設された際にも、平成 18 年の応急入院に関する告示(平成 18 年 12 月 22 日障精発第 1222001 号)の改正によって、事後審査委員会や行動制限最小委員会の設置が明記され、診療報酬の基準に合流する形で変更が行われています。

I014 医療保護入院等診療料 300 点

注:別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第 29 条第1項、第 29 条の2第1項、第 33 条第1項若しくは第2項又は第 33 条の7第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。

通知

- (1)医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。
- (2)医療保護入院等診療料を算定する場合にあつては、患者の入院形態について、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを診療報酬明細書に記載する。
- (3)医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的(少なくとも月1回)な評価を行うこと。
- (4)入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること(平成 26 年 3 月 14 日障精発 0314 第1号「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」)。また、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。
- (5)患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。



IV. 構成員

1. 病院内職種(必須)

- 医師(指定医 1 名以上)
- 看護師(看護部門責任者、行動制限が実施される病棟師長、閉鎖病棟の看護師若干名等)
- 精神保健福祉士、事務職(事務長)等
- その他、個々の病院において、行動制限最小化の検討及び推進に必要とされる職種

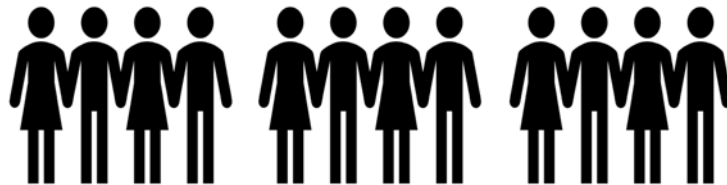
病院内の構成員から委員長を決めます。委員長は、副委員長を任命します。委員長は、委員会を代表し、会務を総理します。

2. 外部委員

委員会活動の透明性を担保するため、病院外の例えば弁護士、ピアサポーターの外部委員を置くことが考えられます。外部委員の参加を依頼する際は、検討内容に関する入院患者の個人情報保護が保証されるよう、適切な方策を講じる必要があります。

3. 下部組織

委員会全体で細やかな対応が出来ない場合には、複数名で構成される下部組織を作り、行動制限最小化に関わる懸念事項を担当します。



※「令和 3 年度調査」では、委員長の職種は 9 割近くが医師ですが、看護師が 1 割弱、精神保健福祉士が 3%でした。構成員の人数は、10 人以上が 6 割、6-9 人が 4 割弱、構成員では看護師 4 人以上が 8 割、専門看護師および精神科認定看護師が入っているのは、2 割を占めています。精神保健福祉士が委員会に入っていないのは 3%のみです。薬剤師、心理士・公認心理師が構成員なのは、それぞれ 2 割、1 割程度です。他、栄養士は 15%、事務職は 4 割弱です。他の職種としては、作業療法士、検査技師が構成員となっています。当事者が構成員になっている病院が 5 件ありましたが、ピアサポーターが構成員になっているところはありません。少数ですが、当事者の家族、弁護士、社会福祉サービスの職員、人権擁護団体の職員が構成員になっている病院がありました。また、極一部ですが、構成員に謝礼をしているところがあります。委員会の下部組織は 1 割にあり、名称としては、小委員会、行動制限最小化チーム、行動制限最小化部会、行動制限ワーキンググループ、病棟毎の行動制限検討会、保護室会議、隔離拘束部会などでした。下部組織の人数は、6-9 人が最多で 4 割、10 人以上が 3 割強、1-5 人が 2 割です。下部組織に医師が不在なのは、7 割に認められていますが、一方で看護師が不在なのは極少数です。

V. 活動内容

1. 定例会議

病院全体の行動制限の動向把握、隔離・拘束・その他の行動制限の妥当性の検討、職員への教育、その他の行動制限最小化の推進を図るための各種検討を行う場です。



2. 病室ラウンド

委員会全員で病室に行くのが、委員の人数、感染防止等で不都合であれば、委員会のなかの主要メンバーあるいは下部組織メンバー等で病室のラウンドを行い、隔離・身体的拘束が適切に行われているかを、第三者の目で確認します。他者から見ることによって、現場では気づくことのできなかつた新たな発見がなされ、行動制限の見直しにつながる可能性があります。

3. 支援、指導、是正勧告等

定例会議や病室ラウンドの結果、現在行われている制限の妥当性に疑義や再考すべき点が発見された場合、治療担当者への助言や指導、必要に応じて是正勧告などを行います。また、行動制限に携わった職員への振り返りや心理的サポートを行います。

4. 教育活動、研修会・学習会開催

精神症状悪化のために必要となった行動制限に関すること、障害者に対する虐待防止等に関すること、患者の人権に配慮すること、患者の意思決定に関すること等の内容の職員に対する教育や研修会・学習会を開催します。講師には、これらの内容に詳しい医師や看護師、精神保健福祉士が良いでしょう。場合によっては、外部講師に依頼するのもひとつの手段です。

5. 体制整備

1～4の活動を通し、病院全体で行動制限最小化が推進される基盤づくりを行うとともに、行動制限に関する考え方や実施手順を示したマニュアルの整備を行います。

行動制限最小化委員会の委員だけでは、隔離・身体的拘束等の最小化は進みません。実際に病棟のスタッフの積極的な関わりを引き出すために、病棟での定期的なカンファレンス実施やスタッフ自らが意見を述べやすいような病棟や病院の雰囲気作りをねらった取り組みも重要です。

※「令和3年度調査」では、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ました。331病院(46.7%)と半数の病院で、病棟のラウンドを行っています。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ます。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%)でした。研修会の企画は、624病院(88.0%)で行っていますが、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%)に留まっています。441病院(86.0%)が、マニュアルの見直し、改定を行っています。

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%)に上りました。「貴院の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」の質問に対して、「職員同士の情報共有・連携」、「精神保健福祉法・虐待防止法などの法律の理解」、「研修会・研究会の開催・参加」が7割と高い項目でした。また、「貴院の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」の質問には、「委員会活動の充実」が5割と最も高く、「看護師の積極的な関与」、「患者さん・人に対する思いやり」の項目は2割弱と低い数字でした。

医療保護入院等診療料の算定条件として、行動制限最小化委員会で行うべき活動内容が定められています。

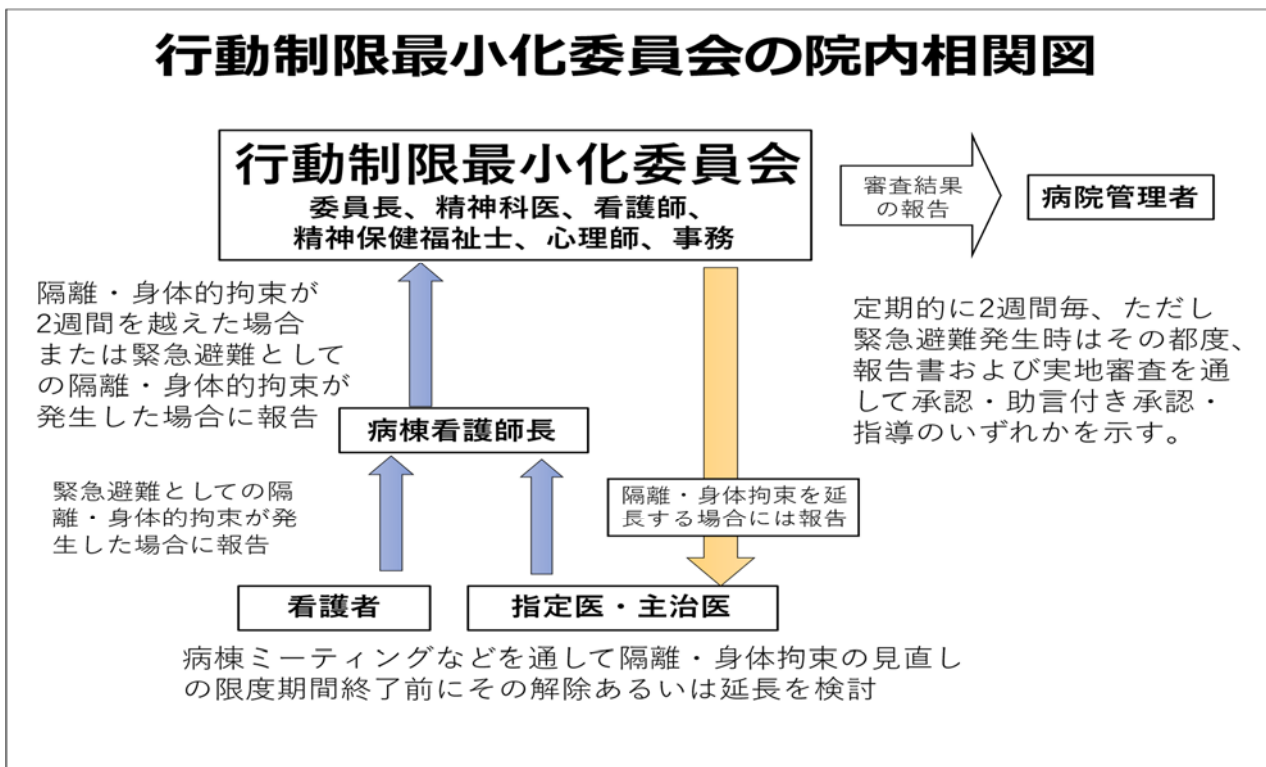
医療保護入院等診療料に関する施設基準

(2)行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っている。

- ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備。
- イ 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月 1 回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。
- ウ 当該保健医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年 2 回程度の実施。

また、行動制限最小化委員会で、必要とされる活動がなされるよう、行動制限最小化委員会の規定を設けておくことが望まれます。

下の図は、平成 12 年度厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究.第Ⅱ版」の事業報告書(2001)を参考に、行動制限最小化委員会の院内相関図を改変したものです。各病院でこのような院内相関図を作っておくとわかりやすいかもしれません。



浅井邦彦:精神科医療における行動制限の最小化に関する研究.第Ⅱ版.
平成 12 年度 厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究 事業報告書, 2001 改変

VI. 定例会議の開催

1. 開催頻度

少なくとも月1回の開催をします。審議事項が多ければ、月2-3回の開催が必要ですが、委員の都合も考慮する必要があります。なお、認知症ケア加算・急性期看護補助体制加算・看護補助加算の診療報酬算定に係る身体的拘束(抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、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と定義されている)を行う場合には、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う必要があります。

2. 開催時間、開催時間帯

開催時間、開催時間帯は、各病院の実態に合わせて行うのが良いでしょう。対象人数が少なければ短くなるでしょうし、重要な課題があればある程度の時間は必要になります。参加者の負担も考慮して、出来るだけ勤務時間が望ましいでしょう。

3. 開催場所

各病院の実態に合わせて参加者が集まりやすいような会議室あるいは病棟の詰め所内で行うのが良いでしょう。

4. 司会者

司会者は委員長が行っても良いですし、他の構成員でも構いません。なるべく参加者が積極的に発言出来るような雰囲気作りが大事です。

5. 委員会が取り上げる病棟、隔離・身体的拘束者数

行動制限中の患者全員に対する検討が推奨されますが、各病院の実態に合わせて行うことで良いでしょう。隔離患者全員か一部か、身体的拘束者全員か一部かは、開催頻度や対象患者数によっても変わるので柔軟な対応が必要です。

6. 議事録作成

委員会の検討内容については、議事録を作成して所定の場所に保管しておきます。

7. 委員会の規約・規定・マニュアル

委員会の規約・規定を作成しておきます。マニュアルを作成しておくこと、便利です。マニュアルがある病院でも、患者層や委員の構成の変化等で見直しが推奨されます。

※「令和3年度調査」では、委員会の開催を毎月行っていない病院が10数ヶ所ありました。医療保護入院等診療料を算定するには、毎月1回以上の開催が必要です。仮に、隔離・身体的拘束者がいないとしても、行動制限には隔離・身体的拘束以外の項目もありますから、少なくとも毎月1回の開催は行って下さい。業務時間外に開催している病院が5%程度ありました。開催場所は、会議室が9割で病棟詰所内は5%程度でした。司会者は看護師が半数、医師、精神保健福祉士がそれぞれ2割でした。主な発言者は、看護師が6割、医師が3割です。委員会で取り上げる病棟数は、5病棟以上が最多で3割に上り、次いで3病棟、4病棟でした。取り上げる隔離者は、全員が8割で人数の内訳では3人未満が最多で3割弱、21人以上が1割を占めていました。身体的拘束も同様で全員取り上げている病院が8割で、人数の内訳では3人未満が最多で5割弱、21人以上も1割弱を占めていました。殆どの病院が委員会の規約・規定を作成しています。委員会のマニュアルがある病院は、3/4でした。一方、192病院(27.1%)でマニュアルが整備されていないとの回答でした。本マニュアルを是非、ご活用頂きたいと思います。



VII. 議事内容

1. 行動制限に関する一覧性台帳

議事内容の資料として、行動制限に関する一覧性台帳を用います。

一覧性台帳の作成は「医療保護入院等診療料」算定の診療報酬の条件に含まれています。

台帳整備の意義は、2点です。

- ① 病院として行動制限を受けている患者をもれなく把握すること。
- ② 患者毎の行動制限の期間を視覚的に把握すること。

一覧性台帳には、主治医(指示した精神保健指定医)、行動制限の理由、部分開放の有無、拘束部位なども記載しているとわかりやすいかもしれません。

行動制限に関する一覧性台帳

〇〇病院 令和〇年3月分

No	ID	患者氏名	入院日	入院形態	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1	1111	〇〇〇〇	H20.4.5	任	継	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	隔解																				退院			
2	2222	〇〇〇〇	R3.3.3	医保		隔開	⇒	⇒	⇒	隔解																												
3	3333	〇〇〇〇	R3.3.9	措									隔拘開	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒			
4	4444	〇〇〇〇	H28.5.1	医保	隔開	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒		
5	5555	〇〇〇〇	R3.3.16	特医保																隔開	隔解																	
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						
11															台帳整備の意義は、①②の2点。 ① 病院として行動制限を受けている患者をもれなく把握すること ② 患者毎の行動制限の期間を視覚的に把握すること ・ 経時的変化を一覧するため、月毎に1枚とする。 ・ それぞれの行動制限の内容に関して詳細な記載は不要。 ・ 病院単位でも病棟単位でも可とする方向で検討中。 ・ 隔離・拘束以外の行動制限についても台帳における整備を求めるかは検討中。 ・ 医療観察法による入院対象者についても適用する方向で検討中。																							
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
				備考	隔	隔									開	開放				任	任意入院																	
					拘	離									継	継続 (前月末から継続中)				医保	医療保護入院																	
					他	拘束									解	解除				措	措置入院																	
						他の行動の制限 (外出制限など)									⇒	行動制限の継続				緊	緊急措置																	
																				応	応急入院																	
																				特	特定医師の診察に基づく入院																	

2. 対象病床や病院の全体動向等に関すること

対象病床の一覧性台帳や 630 調査などを活用し、現場の経時的動向や自施設の業界内の位置づけなどについて確認することも推奨されます。レビューをすることは行動制限最小化に役立つとされています。

3. 隔離・身体的拘束中の患者の状況

病院内で隔離・身体的拘束を行っている患者さんの状況について確認します。入院日、入院形態、診断名、隔離・身体的拘束に至った理由、手続き、継続する必要があるのかどうか、開放観察や一時解除が必要か、治療はどうなっているのか、薬物療法が上手いのか、m-ECT など侵襲的な治療が必要なのか、などを検討します。

長期に隔離・身体的拘束になっている患者や高齢化による転倒・転落のリスク増大から隔離・身体的拘束に繋がっていないかなどの現状把握と隔離・身体的拘束の早期解除等を検討します。

4. 外出・外泊や面会の制限に関するもの

外出・外泊や面会の制限について、その制限幅が病状に照らして適正かどうか、手続きは適切かどうかを検討します。入院形態が任意入院にもかかわらず制限が過剰であれば、その理由や制限の妥当性を確認し、必要に応じて制限が解除できないかを検討する必要があります。

5. 電話や信書など通信に関するもの

隔離・身体的拘束が必要であっても、電話や信書などの通信に関する制限は、その必要性について、隔離・身体的拘束とは別に検討されていなければなりません。この処遇が、妥当な判断であるか、適切な手順で行われているのかを検証します。

6. 支援、指導、是正勧告等

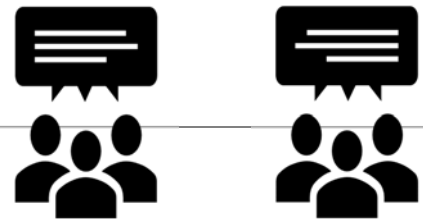
現在行われている制限の妥当性に疑義や再考すべき点がある場合、治療担当者への助言による支援や指導、必要に応じて是正勧告などを行います。

7. 研修会や職員教育に関するもの

隔離・身体的拘束を含む行動制限全般およびその最小化について、患者人権や虐待防止に関する内容と共に、基礎知識、法令内容、関連情報、動向等に関する研修会の企画・立案、教材の整備等を行います。拘束具使用時のマニュアルの改善と活用などの今後の課題についての検討も必要です。

8. その他、患者の行動制限等に関するもの

虐待防止についての検討もしておいた方が良いでしょう。



※「令和3年度調査」では、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%)でした。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ます。殆どの病院で委員会が隔離・身体的拘束に対しての知識・情報を職員に提供している結果でした。隔離・身体的拘束に対しての技術支援については85%、勧告や介入は8割の病院が行っています。勧告や介入に対して、実際には是正されたのは9割に上ります。委員会で研修会の企画をしている病院が9割、年度目標を立てて活動し、年度末に総括している所は4割でした。マニュアルの見直し・改訂を行っている所は9割弱、隔離・身体的拘束に関わった人への労いを行っているのは5割弱しかありませんでした。隔離・身体的拘束エピソードのデブリーフィング(振り返り)を行っている病院は6割強でした。委員会で何らかの工夫をしている病院が4割、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病院が9割に上っていました。

メモ

Ⅶ. データの活用

1. 精神保健福祉資料(630 調査)

毎年 6 月 30 日時点の自治体の精神医療機能(47 都道府県および 20 政令市)および、全国の医療機関(精神科もしくは心療内科を標榜している医療機関)を対象とした調査が行われています。この調査のなかに、医療保護入院、措置入院の非自発入患者数、隔離・身体的拘束者数が含まれています。平成 28 年度までの 630 調査では、「保護室の隔離患者数」、「身体的拘束を行っている患者数」については、患者属性と紐づけられておらず、件数のみの把握にとどまっていた。平成 29 年度より、隔離・身体的拘束について、患者属性と紐づけられるようになり、どのような患者が、その対象になっているのかを詳細に把握できるようになりました。また、平成 28 年までは、隔離・身体的拘束を実際行っている人数(一時開放、一時解除は含まれない)でしたが、平成 29 年度からは、隔離・身体的拘束の指示が出されている人数に変わりました。630 調査は毎年実施されるため、年度別に調べると、全国の年度別の実態が分かりますので、自院の動向と比較ができます。属性に関する定量的な動向も見えるようになり、状況に合わせた対策を講じることに役立てられます。

2. 地域精神保健福祉資源分析データベース：ReMHRAD(リムラッド)

行動制限に関するデータは含まれていませんが、都道府県・二次医療圏・市区町村などの区分別の精神保健福祉資料における指標の状況、精神科病院に入院している方の状況(現在の所在病院・元住所地の市区町村)、訪問看護ステーション・障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所(精神障害のある方向けの支援有り)の多寡、各社会資源の位置情報等について表示するデータベースです。

3. 自院のデータ

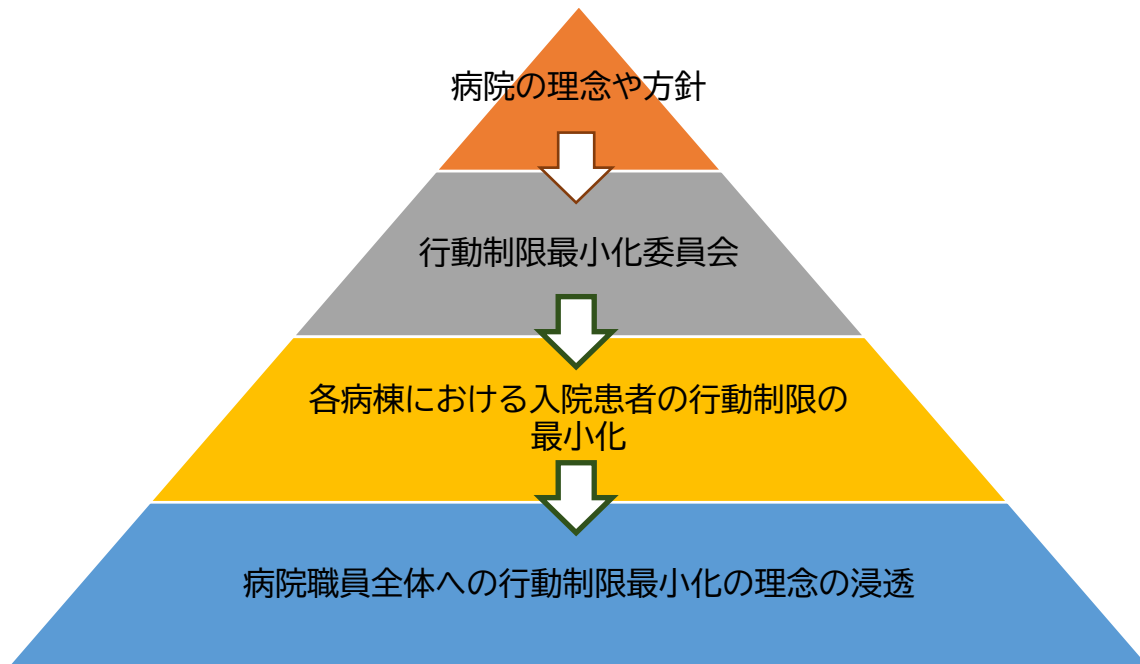
各医療機関では、患者情報、病院運営にあたって様々なデータベースがあるはずで。例えば、入院台帳からは、医療保護入院、措置入院の非自発入院数、インシデントアクシデントレポートからの情報、行動制限に関する一覧性台帳から隔離拘束者等の状況が得られます。これらのデータを用いて、行動制限を最小化するための策を練ることが出来ます。

※「令和 3 年度調査」では、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ました。



Ⅸ. 令和3年度調査「事例報告」の整理

- 行動制限最小化委員会は、委員会活動を媒介として、以下の実現を目指す
 - 病院の理念や方針の具体化
 - 各病棟における入院患者の行動制限最小化
 - 病院職員全体への行動制限最小化の理念の浸透



- 委員会の組織づくりにおいては、以下の点に留意する
 - 院内における行動制限最小化に関わる事項の協議決定機関としての位置づけ(病院が定めた委員会規定)
 - 看護師が実務の中核的役割を担い、看護部門の組織と密接な連携がとれる
 - 各病棟から報告が集まり、委員会から各病棟への伝達周知ができる体制
 - 多角的な視点から検討できるよう、多職種による構成
 - 医療保護入院等診療料算定には、医師、看護師、精神保健福祉士が含まれることが必要とされ、人数の定めはない
 - 意図する効果や病院の実情に応じ、職種や部署、人数構成を決定
 - 医療安全、記録、教育、感染防止対策等、院内の関連する委員会との連携ができる体制
 - 委員会機能の充実を図るため、必要に応じ下部組織を置く
 - 行動制限最小化に向け推進策を企画するプロジェクトチーム
 - 各病棟のスタッフ等で構成し、情報共有や事例検討、意見交換をする部会
 - 研修を企画運営する部会
 - 病棟ラウンドし、実態把握や助言、指導をするチーム
 - マニュアル改訂、困難事例の検討、実地研修を担当するチーム
 - 委員会を2部制にし、1部は管理部門、2部は現場スタッフで構成し、相互に連携
 - 困難事例検討班、法律班、手技班に委員が分かれて活動
- 委員会が対象とする行動制限等
 - 医療保護入院等診療料の算定要件に規定されているもの
 - 隔離、身体的拘束および通信、面会の制限
 - 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院の患者
 - 上記の他、精神保健福祉法に基づく厚生労働大臣が定める基準に規定されているもの
 - 任意入院者の開放処遇の制限
 - 各病院の判断で対象とするもの
 - 車椅子ベルト、ベッド4点柵、ミトン、介護用つなぎ服等

□ 定例委員会で取り扱う内容

- 医療保護入院等診療料の算定要件に規定されているもの
 - 行動制限を実施している患者について、行動制限の適切性の評価と解除に向けた取り組みの検討
 - ・ 検討にあたり、医療保護入院、応急入院及び緊急措置入院、措置入院の患者の病状と行動制限を行っている患者の状況に関するレポートを作成する
 - ・ レポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議を行う
 - 行動制限に関わるマニュアル(手順やルール、書式等のツール)の検討および改訂
 - ・ 行動制限についての基本的考え方が示されている
 - ・ やむを得ず行動制限する場合の手順等が示されている
 - 研修の企画と実施
 - ・ 精神科診療に携わる全職員を対象とした、年2回程度の研修会
 - ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律や隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する内容
- 各病院の工夫で取り扱うもの
 - 各病棟、部署から挙げた困りごとや疑問の検討
 - 委員の活動報告(病棟ラウンド、その他分担した役割等)
 - 事例報告や事例検討
 - 行動制限に関連した重要事項の周知(インシデント・アクシデント等)
 - 行動制限の実施状況や削減状況に関するデータの比較や傾向分析
 - 年度ごとの委員会活動の振り返りと、次年度目標やスローガンの設定

□ 行動制限の適切性の評価と解除に向けた取り組みの検討の流れ

- 各病棟で、患者の行動制限開始・継続・解除に関するカンファレンスを定期的を実施し、早期解除に向けて取り組む
 - 行動制限最小化を推進するために、ストレングス視点で設計されたカンファレンスシートを使用
 - 行動制限用のクリニカルパスを適用
- 各病棟からの報告を基に、委員会にて適切性を評価し、早期解除に向けた取り組みを検討
- 不適切と評価されたケースについて、委員会は、改善意見を主治医および病棟に示す
- 主治医および病棟は、示された改善意見を検討し、その結果を委員会に報告する

□ 行動制限を実施している患者の行動制限最小化を図るしくみ

- 委員会で、行動制限が一定期間を超えたケースを取り上げ、事例検討を実施
 - 当該病棟スタッフが事例報告、主治医が参加する場合もある
 - 行動制限最小化に向けて具体的に取り組めることを挙げる
 - 主治医、病棟スタッフは、病棟に持ち帰り実践する
- 委員会で、行動制限が一定期間を超えたケースについて、病棟でのカンファレンス実施を勧める
 - 当該病棟で多職種による行動制限最小化のためのカンファレンス実施(委員が参加する場合もある)
 - カンファレンスで挙げた解除に向けた取り組み内容を委員会に報告
- 委員会で、行動制限の解除にむけて成果があったケースを取り上げ、事例検討を実施
 - 当該病棟スタッフが事例報告、対応方法のポイント等を意見交換し共有
 - 各委員が所属部署に持ち帰り報告し、同様事例で実践する

□ 病棟ラウンド

- 委員会から病棟への支援や助言、指導の形態として実施
 - 行動制限中の患者を訪室、病棟スタッフと意見交換し、行動制限の妥当性を評価、助言指導を行う
 - 適切な記録が記載、保管されているかどうかを確認
 - 病棟スタッフにランダムに声をかけ、行動制限に関わる知識を問う質問
- ラウンドする委員の職種や人数、頻度等は、ラウンド目的に沿って決める

□ 統計データの活用

- 平均隔離日数、平均拘束日数を、病院全体と病棟ごとに視覚化、時系列で推移を比較
 - 行動制限最小化に向けた現場および委員会の取り組み状況と対比し考察する

- 電子カルテと連動した分析用データウェアハウス等を利用し、患者属性、隔離・身体的拘束の理由、実施状況等を分析
 - 行動制限最小化に向けて取り組む重点課題や解決の糸口の発見等に役立つ
- 統計データを職員に公開
 - 行動制限最小化に向けた取り組みとともに、全職員に知ってもらう

□ 職員の教育・研修

- 研修実施体制
 - 委員会が主催する研修
 - 病院の職員教育体系に組み込んだ研修
 - 看護部門の職員教育体系に組み込んだ研修
- 研修テーマ
 - 精神保健福祉法に規定される行動制限の遵守と行動制限最小化について
 - 隔離・身体的拘束の実施基準と身体的拘束について
 - 行動制限を防ぐ患者対応と暴力の防止について
 - 高齢者等の安全確保のための車椅子ベルト、ベッド4点柵、ミトン、つなぎ介護服等について
 - 実践報告
 - ・ 各病棟から行動制限最小化の取り組みについて報告
 - ・ 委員会の行動制限最小化の取り組みや統計データを報告
 - ・ 行動制限を防止または解除できた好事例を集積して得た知見を報告
- 講師
 - 委員が務めることにより、委員自身の理解が深まる
- 研修の形態
 - 講義
 - 実技のデモンストレーション(拘束、暴力防止対応)
 - 実技(拘束:手技の検定制度を設けている病院もあり)
 - 体験(拘束される立場)
 - 隔離室見学(隔離・身体的拘束に携わらない職種や部署の職員を対象)
 - グループワーク(事例検討など)
- コロナ禍での研修実施の工夫
 - 講義を動画に撮り提供、職員は部署単位または個人単位で視聴
 - 人数を限定し、数回に分けて実施
 - 病棟・部署単位で実施
- 看護部門で実施する人材育成
 - 行動制限最小化を看護研究の対象とする
 - 外部のCVPPP研修に出張させる

□ その他の工夫

- 定例委員会の効果的運営
 - 事前に議題を確認し、優先順位をつける
 - わかりやすい資料を用意し、情報共有に時間をかけない
 - 司会、書記を委員が輪番で担当する
- 行動制限最小化の検討に必要な患者情報を共有しやすくする
 - 必要項目を簡潔に記した共通のシートを作成
 - 患者の状態を理解するために、共通の評価スケールを作成
 - 事例検討用のカンファレンスシートを作成
- 他病院の取り組みを参考にし、取り入れる
 - 書籍 東京都立松沢病院 『身体拘束最小化』を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開
 - 精神専門看護師、精神科認定看護師を通じて情報を得る
- 外部委員を入れる
 - 委員会の公正性を保ち、病院に所属する職員とは別の視点から意見を得る
- 院内の他の会議の活用
 - 毎朝の総合診療会議やベッドコントロール会議で、行動制限の適切性や解除に関する検討も行う

X. おわりに

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」をもとに、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ました。本マニュアルが、入院患者の人権に配慮し、患者の行動制限が最小化になるよう行動制限最小化委員会が機能することを期待したいと思います。本調査にご協力戴きました医療機関の皆様には、深謝致します。ここに、改めてお礼を申し上げます。

XI. 文献

- 1)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の最小化に関する研究」報告書:浅井邦彦,2000
- 2)平成12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の最小化に関する研究.第Ⅱ版」報告書:浅井邦彦,2001
- 3)精神科医療における隔離・身体拘束に関する研究.八田耕太郎、野木渡、五十嵐良雄、他:精神経誌,105;252-273,2003
- 4)「行動制限最小化委員会」と行動制限最小化への取り組み.杉山直也:日精協誌,23;1216-1221,2004
- 5)精神科急性期治療における行動制限に関する管理尺度導入の試み.杉山直也他:精神経誌107:423-436,2005
- 6)行動制限に関する一覽性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発.野田寿恵,杉山直也,他:精神医学51,989-997,2009
- 7)臨床現場で感じている課題や葛藤行動制限最小化研究会参加者の声より.竹谷克巳,安田えみ子,黒木将司,他:精神科看護36(12),6-7,2009.
- 8)精神科救急病棟における行動制限一覽性台帳の臨床活用.杉山直也,野田寿恵,川畑俊貴,平田豊明,伊藤弘人;精神医学52,661-669,2010
- 9)行動制限最小化看護研修受講後における隔離・身体拘束施行量.野田寿恵,吉浜文洋,仲野栄,他:精神医学.54(6),601-607,2012
- 10)隔離室入室期間に投入される人的資源に関する研究、コストおよび行動制限最小化の視点から.泉田信,野田寿恵,杉山直也,他:精神医学54巻8号,801-809,2012
- 11)行動制限最小化の取り組み.特集－行動制限の実際と最小化に向けての取り組み.杉山直也:精神科治療学,28(10),1339-1343,2013
- 12)全国の精神科病床を有する施設における行動制限最小化委員会の実態に関する調査:運営のあり方と看護職の役割.西池絵衣子,三宅美智,末安民生,他:日本精神科看護学術集会誌56巻2号,266-270,2013
- 13)行動制限最小化に効果があった「隔離・拘束クリニック@五稜会病院」.吉野賀寿美:精神看護,17,40-43,2014
- 14)行動制限最小化の仕組み・ストラテジー.杉山直也:日精協誌,37,1200-1204,2018

日本精神科病院協会雑誌・日本精神神経学会精神神経科雑誌・医学雑誌の特集

特集「精神科医療における隔離の役割」日精協誌第23巻第12号,2004

特集「行動制限－隔離・身体拘束－の現状と問題点」日精協誌第28巻第10号,2009

特集「開放観察の現状と課題行動制限最小化のための技術 PartIV」精神科看護36巻12号,2009.

特集「行動制限の実際と最小化に向けての取り組み」精神科治療学28(10),2013

特集「行動制限環境－短く、安全に」日精協誌第37巻第12号,2018

第105回日本精神神経学会シンポジウム「精神科医療における非自発的治療および行動制限について若手の視点で考える」精神経誌112巻1号,2010

【障発0124第2号】医療保護入院者の退院促進に関する措置について、平成26年1月24日

XII. 調査委員会委員(○は委員長)

櫻木章司(日本精神科病院協会常務理事:桜木病院理事長)

○中島公博(日本精神科病院協会理事:五稜会病院理事長・院長)

杉山直也(日本精神科病院協会政策委員会委員:沼津中央病院院長)

工藤正志(日本精神科看護協会副会長・秋田緑ヶ丘病院)

川口真知子(日本精神保健福祉士協会・井之頭病院)

調査委員会事務局担当

佐藤祥吾(日本精神科病院協会)

大竹正道(日本精神科病院協会)

神宮司豊美(日本精神科病院協会)

今回利用の画像は以下のサイトからの利用です。

基本的に商用利用可、帰属表示不要のサイトです。

・<https://unsplash.com/>

・<https://pixabay.com/>

参考資料

1. 行動制限最小化委員会規定

2. 各種法令

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
(厚生省告示第 130 号、昭和 63 年 4 月 8 日)

〇〇病院 行動制限最小化委員会規定

【目的および設置】

第1条 行動制限最小化委員会は、〇〇病院及び関連施設における患者の行動制限に係わる全ての問題を審議・検討する。

【所掌事項】

第2条 委員会は、前条の目的を図るため、次の事項を調査審議する。

- ①患者の外出・外泊に関すること。
- ②隔離・身体的拘束に関すること。
- ③その他、行動制限に関わること。

【委員等】

第3条 委員会は、院長が任命する次に掲げる者をもって構成する。

- ①医師(精神保健指定医含む) ②看護部門の長 ③閉鎖病棟看護師長 ④事務職 ⑤精神保健福祉士
- 2.院長は、前項の委員のほか、専門の事項を調査するため必要がある時は、委員会に専門委員をおくことができる。
- 3.委員の任期は2年とし、再任を妨げない。(任期については、各病院の実情によります。)
- 4.専門委員は、専門の事項の調査が終了したときは、退任するものとする。
- 5.委員会全体で細やかな対応が出来ない場合には、複数名で構成される下部組織を作り、行動制限最小化に関わる懸念事項を担当します。

【委員長の設定及び権限等】

第4条 委員会は、委員長1名および副委員長1名をおく。

- 2.委員長は、委員のなかで決定する。委員長は副委員長を指名する。
- 3.委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。
- 4.委員長に事故があるときは、副委員長が、その職務を代理する。

【会議等】

第5条 委員会の会議は、委員長が召集し、委員のなかから司会者を決める。

2.定例の患者行動制限最小化委員会は原則として月1回委員長が招集する。

臨時の患者行動制限最小化委員会は患者行動制限最小化委員長と副委員長が合議の上、必要と認めた場合、患者行動制限最小化委員長が随時これを招集する。

- 3.委員会は、会議を開いたときは議事録を作成する。議事録には委員長が署名をする。
- 4.委員会は、必要に応じて、委員以外の者に対し、会議への出席、意見または資料の提出を求めることができる。
- 5.委員会の庶務は、事務において行う。

【定足数】

(委員会は院内組織ですので、これについては各施設の実情に合わせて下さい。)

第6条 委員会は、委員の半数以上の出席がなければ開くことができない。

【資料の収集等】

第7条 委員会は、患者行動制限を最小に関する資料を収集し、備え置くこととする。

- 2.委員会は、前項により収集した資料に基づき、倫理に関する教育を検討し、それを職員に徹底させなければならない。
- 3.委員会は、第1項により収集した資料を職員が随時閲覧できるようにしなければならない。

令和〇年〇月〇

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（厚生省告示第130号、昭和63年4月8日）

第1 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行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。

第2 通信・面会について

1 基本的な考え方

- (1)精神科病院入院患者の院外にある者との通信及び来院者との面会（以下「通信・面会」という。）は、患者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、患者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則として自由に行われることが必要である。
- (2)通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、患者及びその家族等（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）第三十三条第二項に規定する家族等をいう。以下同じ。）その他の関係者に伝えることが必要である。
- (3)電話及び面会に関しては患者の医療又は保護に欠くことのできない限度での制限が行われる場合があるが、これは、病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合であつて、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の患者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべきものである。

2 信書に関する事項

- (1)患者の病状から判断して、家族等その他の関係者からの信書が患者の治療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等その他の関係者と十分連絡を保って信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ患者の病状をみて当該主治医から患者に連絡させる等の方法に努めるものとする。
- (2)刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上、患者に当該受信信書を渡した場合においては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

3 電話に関する事項

- (1)制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及びその家族等その他の関係者に知らせるものとする。
- (2)電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。また、都道府県精神保健福祉主管部局、地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

4 面会に関する事項

- (1)制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及びその家族等その他の関係者に知らせるものとする。
- (2)入院後は患者の病状に応じてできる限り早期に患者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は採らないものとする。
- (3)面会する場合、患者が立会いなく面会できるようにするものとする。ただし、患者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする。

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離(以下「隔離」という。)は、患者の症状からみて、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ことを目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 12 時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあっても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。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

3 遵守事項

- (1) 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- (2) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (3) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (4) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日一回診察を行うものとする。

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、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2)身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3)身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によ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的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2)身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3)身体的拘束が漫然と行われることがないように、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

1 基本的な考え方

- (1)任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇(本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。)を受けるものとする。
- (2)任意入院者は開放処遇を受けることを、文書により、当該任意入院者に伝えるものとする。
- (3)任意入院者の開放処遇の制限は、当該任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われるものであって、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。
- (4)任意入院者の開放処遇の制限は、医師の判断によって始められるが、その後おおむね七十二時間以内に、精神保健指定医は、当該任意入院者の診察を行うものとする。また、精神保健指定医は、必要に応じて、積極的に診察を行うよう努めるものとする。
- (5)なお、任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させることもあり得るが、この場合には開放処遇の制限に当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる任意入院者に関する事項

開放処遇の制限の対象となる任意入院者は、主として次のような場合に該当すると認められる任意入院者とする。

ア他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する場合
イ自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合

ウア又はイのほか、当該任意入院者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合

3 遵守事項

- (1)任意入院者の開放処遇の制限を行うに当たっては、当該任意入院者に対して開放処遇の制限を行う理由を文書で知らせよう努めるとともに、開放処遇の制限を行った旨及びその理由並びに開放処遇の制限を始めた日時を診療録に記載するものとする。
- (2)任意入院者の開放処遇の制限が漫然と行われることがないように、任意入院者の処遇状況及び処遇方針について、病院内における周知に努めるものとする。

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」

行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル

発行日：令和 4 年 3 月

発行：公益社団法人日本精神科病院協会

会長：山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

TEL:03(5232)3311 FAX:03(5232)3309

<https://www.nisseikyo.or.jp/>

