

精神障害者の権利擁護に関する研究

研究分担者：松田ひろし（柏崎厚生病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長）
研究協力者：平田豊明（千葉県精神科医療センター）、内田博文（九州大学法学部）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、岡崎伸郎（国立仙台医療センター）、河崎建人（水間病院）、姜文江（法律事務所ヴェント）、篠原由利子（仏教大学）、白川教人（横浜市こころの健康相談センター）、千葉潜（青南病院）、辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）、橋本みきえ（西九州大学社会福祉学科）、本多義治（七山病院）、前沢孝通（前沢病院）、松原三郎（松原病院）、三木恵美子（横浜法律事務所）、森豊（伊達法律事務所）、山下俊幸（京都府立洛南病院）、八尋光秀（西新共同法律事務所）、吉澤雅子（東京弁護士会）、四方田清（順天堂大学）

研究要旨

【目的】精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神障害者の権利擁護に関する制度的改革を提案すること。今年度は身体拘束の実態と審査状況の把握に重点を置いた。

【方法】（１）全国の精神医療審査会事務局に対して、処遇改善（特に隔離・拘束の解除）請求の審査状況を中心にアンケート調査した。（２）審査過程で問題となった事例を収集した。（３）全国の精神科有床医療施設に対して、平成 24 年 6 月末と平成 29 年 6 月末の隔離・拘束患者数をアンケート調査した。（４）精神医療審査会活動に関するシンポジウムを 2 回企画した。

【結果】（１）平成 29 年度には、全国の精神医療審査会で 755 件の処遇改善請求が受理され、576 件が審査された。隔離解除の請求は 165 件、拘束解除の請求は 36 件が審査されたが、不審査の比率および請求却下の比率が平均より高かった。意見聴取時の隔離事例の比率は平均より高く、拘束事例の比率は低かった。電話相談については、処遇改善請求としての受理要件を隔離・拘束に限定する自治体から広く拡張する自治体まで、ばらついた。職員の暴力や接遇に関する電話相談では 3 分の 2 が審査対象もしくは関係機関への通知対象とする一方で、医療内容や療養環境に関する相談では審査対象とする比率が減じた。また、退院請求と抱き合わせならば受理するという回答が 2～3 割あった。過去の隔離・拘束の妥当性については、半数が審査対象としないと回答した。（２）17 の審査会から 23 件（33 事例）の報告があった。いくつかの問題が類型化されたが、詳細な分析や還元の方法は次年度に検討することとした。

（３）隔離・拘束患者数を平成 24 年 6 月末と 5 年後とで比較すると、隔離・拘束とも患者数・比率が増加していた。（４）平成 30 年度は、10 月に京都市において、「精神障害者の権利擁護の現状と課題～今後のあり方について考える」と題したシンポジウム、平成 31 年 2 月に東京都において、「身体拘束の縮減に向けて～精神医療審査会がなすべきこと」と題したシンポジウムを開催した。

【考察】（１）電話相談は、退院や処遇改善の請求審査の起点となるものであり、精神医療審査会運用マニュアルにも合議体への報告が求められているが、その取り扱いに関する一定の指針が必要である。（２）現在行われている身体拘束は、臨床的には急性期患者の行動障害への対応、身体管理上の安全確保、認知症や知的障害患者の行動障害への対応の 3 パターンに類型

化されるが、今回の調査からはこれらのいずれのパターンの身体拘束が増加しているかを推察することは困難であり、拘束の実施期間を調査項目に加える等、さらなる調査が必要であると考えられた。(3) 身体拘束の縮減のためには、関係者の意識改革と制度改革が必要であり、拘束期間の上限と施設条件の設定、長期間の拘束事例に報告義務を課し精神医療審査会の審査に付すこと等を検討すべきである。

【結論】 隔離・拘束を含む処遇改善請求審査の実態および精神科医療施設における隔離・拘束の実態調査を通じて、身体拘束の縮減に向けた法整備と精神医療審査会の機能強化を提案した。

A. 研究の背景と目的

精神医療審査会制度は、昭和 62 年の精神保健福祉法の制定に際して、任意入院制度や精神保健指定医制度と並んで、精神障害者の人権擁護と適正な医療の確保を目的として創設された。北欧のオンブズマン制度（行政への苦情に対処する専門委員会）がモデルとなったが、1980 年代は西欧各国でも精神障害者の人権擁護運動が高まり、制度改革がなされた時期であった。

わが国の精神医療審査会制度に関しては、書類審査の偏重や欧米に比べた面接頻度の低さ、審査に要する期間の長さなど、制度的限界が指摘され、精神保健福祉法改正のたびに精神医療審査会の機能は強化されてきた。

制度施行から 32 年を経て、近年では、この制度創設の起点ともなった精神科病院でのあからさまな人権侵害事案は影を潜めた。しかし、患者の権利擁護に対する社会的関心は年々高まり、審査会制度の機能がこれに追いついていない現状が国内外から指摘されてきた。また、創設当初から明らかであった審査会活動の地域差も残ったままである。

本研究は、こうした歴史的経緯を踏まえ、全国の精神医療審査会の活動実態をモニタリングし、均霑化を図ることを目的として実施された。同様の趣旨に沿った研究は平成 4 年から継続されてきたが、今年度は、近年、精神科病院において増加の一途を辿る隔離・拘束の実態を調査し、その縮減に向けた精神医療審査会の役割を検討することに研究の重点を置いた。

B. 研究方法

(1) 事務局アンケート調査

全国 67 の精神医療審査会事務局に対して、資料 1 の調査票に回答を依頼した。調査内容は、A. 退院・処遇改善請求の審査状況に関する設問と B. 処遇改善請求の受理基準に関する設問とで構成されている。

なお、例年であれば、審査会活動に関する基礎データ（合議体数、委員数、委員構成、合議体開催数、書類審査件数、退院請求等の審査件数とその帰結等）に関するアンケート調査を本研究で行ってきたが、今年度よりいわゆる 630 調査（今年度は、厚生労働科学研究費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのモニタリングに関する政策研究」（研究代表者：臼杵 理人）により実施）に組み込まれることとなったため、今回は調査内容に含めなかった。なお平成 29 年度の審査会関連 630 調査の結果は、今年度まだ集計されていないため、次年度以降に公表される集計結果に基づき、経年変化などを解析することとした。

(2) 事例調査

全国の精神医療審査会事務局に対して、平成 29 年 11 月 1 日から 30 年 10 月末までの精神医療審査会活動の過程で対応に苦慮した事例や議論になった事例について、資料 2 の様式を用いて報告を依頼した。

(3) 隔離・拘束患者調査

全国の有床精神科医療施設 1635 カ所に対して、平成 24 年 6 月 29 日（金）の 0 時時点

において、隔離又は拘束の指示が出ている全ての患者につき、それぞれの病棟類型、年齢階級、性別、主診断、在院日数の報告を依頼した。回答のあった医療機関における、平成 29 年 6 月 30 日（金）0 時時点で隔離又は拘束の指示が出ている患者の情報については、630 調査の該当部分のデータ提供を受け、病棟類型、主診断、年齢階級、在院期間とのクロス集計表を作成した。平成 24 年の調査日を 6 月 29 日（金）としたのは、平成 29 年度の調査結果と比較するにあたり、曜日が異なることにより病棟のスタッフ配置等が異なる可能性があり、その影響を避けるためである。この調査は、研究分担者の所属機関である医療法人立川メディカルセンターの倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 事務局アンケート調査

67 の審査会事務局の全てから回答があった。各項目の回答数は資料 1 の中に記入した通りである。

(1) 設問 A

A の設問群は、処遇改善請求のうち隔離・拘束の解除請求を中心に平成 29 年度の受理・審査および審査結果の状況を問うたものである。

隔離解除の請求は 240 件が受理されて 165 件が審査され（不審査率 30.9%）、2 件（1.5%）が処遇不相当とされた。拘束解除の請求は 53 件が受理されて 30 件が審査された（不審査率 43.3%）が、全てが処遇適当、すなわち請求却下とされた。

平成 29 年度の処遇改善請求は全体で 755 件が受理されて 576 件が審査され（不審査率 23.7%）、6.7%が処遇不相当とされており、隔離・拘束解除の請求事例では不審査率が平均より高いことが示された。

意見聴取時の隔離は 217 例（審査事例の 6.7%）、拘束は 34 例（同 1.1%）であった。平成 29 年度の 630 調査では、隔離・拘束の比率はともに 4.5%であったから、退院もしく

は処遇改善請求事例では、隔離の比率が平均より高く、拘束の比率は低いことになる。すなわち、隔離事例では処遇改善を請求する確率が平均より高いが、拘束事例では低いという結果であった。

(2) 設問 B

B の設問群は、様々な苦情を最初に受け付ける電話相談を処遇改善請求につなげているかどうか、いわば処遇改善請求の受理基準について問うたものである。回答の比率を円グラフで示すと、図 1～図 5 のようになる。

図 1 は、処遇改善請求審査の対象をどう設定しているかを問うた設問の回答結果で、隔離・拘束に限定している自治体は 3%にすぎず、隔離・拘束を含む行動制限一般としている自治体が 39%、それ以外に拡大する自治体が 49%と、処遇改善請求の対象を比較的広くとっていることがわかった。

図 2 は、職員の暴力や接遇態度に関する電話相談の扱いを示したもので、暴力に関しては審査を待つまでもなく自治体の精神保健管轄部署や法務省などの人権擁護機関への通報・通知を優先する自治体が 3 分の 1 を占めた。接遇一般については、27 自治体が原則として処遇改善請求として受理すると回答したが、退院請求と抱き合わせであれば審査すると回答した自治体が 4 分の 1 あった。

図 3 は、医療内容への不満を訴える電話相談への対応で、処遇改善請求として受理する自治体と退院請求と抱き合わせならば審査する自治体、その他（審査対象外が大半）の自治体が 3 分の 1 ずつに分かれた。

図 4 は、療養環境に関する不満を訴える電話への対応で、単独では審査対象外とする自治体が多数派を占めた。

図 5 は、意見聴取に際して、今回の入院中の隔離・拘束（現在は解除）の妥当性を審査するよう要請された場合の対応を示したもので、不審査が半数を占め、次いで、妥当性を調査、処遇改善請求として受理、ケースバイケースの順になっていた。

2. 事例調査

17の審査会から23件(33事例)の報告があった。医療保護入院の適応に疑義ある事例、知的障害・発達障害・依存症など長期の非自発入院の必要性に疑問のある事例、虐待の加害者など入院同意者として疑義のある事例、代理人弁護士への情報開示と個人情報保護条例とが衝突する事例など、多様な事例が報告された。

3. 隔離・拘束調査

全国の有床精神科医療施設に対する隔離・拘束調査では、520施設から回答があった(回答率31.8%)。

平成24年6月29日(金)では、回答施設での在院患者総数は107,892人で、この時点で指定医より隔離の指示が出ていた患者数は4,371人(4.1%)、身体拘束では3,192人(3.0%)であった。

5年後の平成29年6月30日(金)では、在院患者総数101,933人、隔離は5,088人(5.0%)、拘束は3,884人(3.8%)であった。

両年度を比較すると、在院患者数は減少しているにもかかわらず、隔離・拘束患者数は有意に増加している($p < 0.001$)。なお、平成29年6月末のいわゆる630調査では、隔離・拘束とも在院患者の4.5%であるから、今回の調査では、隔離の比率が高く、拘束の比率が低い患者群を母集団としていることに留意する必要がある。

平成24年と平成29年の隔離及び拘束患者割合について、病棟入院料別、主診断別、年齢別、在院期間別に示し、Fisher's 正確確率検定を用いて、2群間の差を検証した(表1～6)。

また、平成29年のデータに関して、隔離又は拘束の有無に関連が強い変数を探索的に検証するために、ロジスティック回帰分析を行った(平成24年データに関しては、隔離又は拘束無群の個票を収集していないため、分析不可能であった。)ロジスティック回帰分析には、主診断、年齢、性別、在院期間の各項目を

投入した。病棟入院料については、在院期間との相関が高いため、分析には投入されなかった。ロジスティック回帰分析の結果、隔離については5つの変数が隔離の有無と有意に関連していた(表7)。具体的には、男性(OR = 1.41 [1.33-1.50], $p < 0.001$)、入院1ヶ月未満(OR = 3.09 [2.88-3.32], $p < 0.001$)、40歳未満(OR = 2.61 [2.42-2.82], $p < 0.001$)、F7の診断(OR = 2.15 [1.47-3.13], $p < 0.001$)、F8の診断(OR = 2.08 [1.40-3.09], $p < 0.001$)が抽出された。拘束については3つの変数が拘束の有無と有意に関連していた(表8)。具体的には、男性(OR = 1.25 [1.17-1.33], $p < 0.001$)、入院1ヶ月未満(OR = 1.67 [1.52-1.83], $p < 0.001$)、65歳以上(OR = 1.15 [1.07-1.25], $p < 0.001$)が抽出された。

4. シンポジウムの開催

(1) 京都シンポジウム

平成30年10月27日(土)、京都弁護士会の後援を受けて、全国精神医療審査会連絡協議会(以下「全審連」と略記)とともに京都弁護士会館にて、「精神障害者の権利擁護の現状と課題～今後のあり方について考える」と題したシンポジウムが開催された。

まず、全審連の平田豊明理事から、「精神医療審査会の機能強化～精神障害者の権利擁護とは何か?」と題して、精神科に限らない患者の権利一般の内容と精神科における特異性、非自発医療の成立要件、不服請求権と適正な医療の受療権などについて説明され、わが国の精神科医療および精神医療審査会制度の現状と問題点を概括したのち、審査会の機能強化に向けて、短期的提案(全審連への相談窓口の常設など)および長期的提案(審査会の独立性強化、上告制度の新設)がなされた。

次いで、和歌山県障害福祉課の中川浩二氏より、「精神医療アドボケーター制度の創設について」と題して、和歌山県の精神医療審査会活動の特徴(保健福祉委員に当事者と家族を含むなど)が紹介された。そして、その経験を通して、患者の意思表出支援者、代弁者、権

利行使の支援者、権利擁護のモニターおよび権利侵害の申告者としてのアドボケーターの役割、医療機関による受容と協働、研修制度などについて具体的な提案がなされた。

次に、京都弁護士会の中田政義弁護士より、「代弁者制度をめざして～今できることから」と題して、代弁者制度に関するこれまでの議論を整理したのち、制度創設の目的（違法・不当入院の解消、社会的入院の解消、人権侵害の防止、退院に向けた環境調整）、身分（独立した第三者としての地位、国家公務員としての報酬、国家資格の取得）、権限（立ち会いなしの面会権、カルテの閲覧権、主治医らへの照会と意見具申の権限、退院支援委員会・精神医療審査会への照会と意見具申の権限）などが論じられた。そして、現行の精神保健福祉法下での代弁者による退院支援と環境調整の方法、虐待防止法、成年後見制度、法テラスにおける特定援助対象者法律相談制度の活用についての提案がなされた。

最後に、認定 NPO 法人大阪精神医療人権センターの山本深雪氏より、「権利擁護システムの実現に向けて～大阪での活動より」と題して、1985年の創設以来の大阪精神医療人権センターの活動が紹介され、その経験を踏まえて、精神科アドボケイト（権利擁護者）の活動指針と事業モデルが提案された。まず、この制度の必要性と基本姿勢（中立ではなく患者側に立つこと）、および活動内容（病棟に向いて患者の困りごとや悩み、療養環境や医療内容等への不満を聞き出して病院側に伝え、改善のための話し合いを行うとともに患者をエンパワメントする）について解説され、モデル事業の具体的計画案とこの事業を支援する権利擁護センターの設置が提案された。また、病院団体などから提唱されているアドボケーター制度は患者の利益を最優先にしているとはいいがたいとして、アドボケイト制度との違いが批判的に検討された。

これらのシンポジストの講演を受けて、会場も含め活発な意見交換がなされた¹⁾。

（2）東京シンポジウム

平成 31 年 2 月 22 日（金）、全国精神保健福祉センター長会および全審連との共催でシンポジウムが開催された。テーマは「身体拘束の縮減に向けて～精神医療審査会がなすべきこと」であった。

まず、全審連の平田豊明理事から、基調報告として本研究における 3 つの調査結果の一部が開示された。本報告書の考察にも示されたように、身体拘束の解除を含む処遇改善請求に対しては、電話相談の段階から丁寧に聴き取りを行い、審査が実現する方向で支援すべきであるとの提案があった。また、身体拘束の実態調査を踏まえ、長期の身体拘束事例には報告義務を課し、精神医療審査会の審査対象とすべきではないかとの提案がなされた。

続いて、医療法人桜樹会桜木病院の櫻木章司理事長より、「精神科病院における行動制限最小化への取組」と題して講演がなされた。近年における隔離・拘束件数の増加に対して、行動制限最小化に向けた制度的規定（医療保護入院等管理料の取得要件としての行動制限最小化委員会活動など）が紹介され、日本精神科病院協会が企画した研修会の内容（リーダーシップ、データ管理、スタッフ力の強化、ツールの活用、患者の役割、デブリーフィングという 6 つの方略など）が説明された。

次に、東京都立松沢病院看護師長の下山朋洋氏より、「身体拘束ゼロを目指して～松沢病院の取り組み」と題して講演がなされた。松沢病院では、2012年に病棟が新築され、管理者が交代したのを機に、身体拘束縮減への試みが組織的に実施された。その結果、拘束帯の使用件数が 2011年から 2017年の 7年間で 83%減少、車椅子ベルトは 100%、ミトンは 86%減少した。他方で転倒等の事故は増えたが、職員の意識改革の意義を凌ぐとは思えないこと、こうした動向には管理者による組織的なバックアップが不可欠であることが強調された。

次いで、当事者の立場から全国「精神病」者集団の桐原尚之氏より講演があり、身体拘束

の身体的リスクと心理的ダメージの深刻さに比して医師による説明や安全対策、それに実態調査すらも不十分な現状が具体例を挙げて指摘された。現状改革に向けては、精神医療審査会には構造的限界があるとした上で、行動制限関連の調査研究に当事者が参加すべきであることが提案された。

最後に法律家の立場から、法律事務所ヴェントの姜文江弁護士より講演があり、診療科を問わず身体拘束は原則禁止であるという大前提に立って、切迫性、非代替性、一時性、法益権衡という要件が満たされる場合にのみ例外的に許容されるとの法理念が解説された。その上で、拘束の縮減に向けて、現行法下でも、行動制限最小化委員会への弁護士参加や録画保存、そして、精神医療審査会が調査権限を活用して実地指導と連携することも可能との提案がなされた。

これらのシンポジストの講演を受けて、会場を含め活発な議論が展開された²⁾。

D. 考察

1. 処遇改善に関する事務局調査について

(1) 電話相談

C-1-(2) および図 1~4 で示したように、電話相談を起点とする処遇改善請求の取り扱い、自治体によってばらついた。電話相談については、国が示す精神医療審査会運用マニュアル（平成 12 年 3 月 28 日障発第 209 号障害保健福祉部長通知）の第 V 章 6 において、相談内容を審査会に報告するよう求めていることをまず再確認しておきたい³⁾。

ただし、電話相談件数が月間 100 件を超えるような自治体においては、全合議体に電話相談の内容を提示することは、事務局の能力を超える可能性が高い。とはいえ、電話相談担当者の意向だけで処遇改善請求に結びつけるかどうかを判断するのでは、処遇改善請求の受理基準や審査件数に地域差を生じてしまう。

患者の人権擁護とともに適正な医療の確保（医療の質の点検）が精神医療審査会の創設

意図であることに鑑みれば、隔離・拘束などの行動制限のみに処遇改善請求を限定するのではなく、職員の接遇や医療内容、療養環境にもある程度拡張することも含め、請求受理に関する一定の指針が示されるべきである。

(2) 過去に行われた行動制限の審査

図 5 に示したように、過去の行動制限については、半数近くの自治体では審査の対象外としているが、審査会運営マニュアル第 V 章 5-(1) において、審査要件が消失しても審査対象とすることができると明記されていることをまず指摘したい⁴⁾。

ただし、過去に行われた行動制限が処遇改善請求の対象となり、処遇が不相当と判定された場合、どのような代償措置をとるべきかについては再検討の必要がある。

具体的な代償措置としては、過去のある時期に行われた行動制限が不相当であったこと、今後はそのような行動制限をしないことを管理者に通告すること、あるいは管轄当局に対して実地指導を行うよう通告することなどが考えられる。

2. 事例調査と相談窓口の必要性について

これまでの研究において、毎年 20 例前後の事例が精神医療審査会で問題となった事例として事務局から報告されてきた。これまでの報告書の中では、問題の内容をパターン化して分類し、制度的な不備があれば指摘してきた^{7, 8)}。

しかし、問題事例の記録が審査会事務局に系統的に残されているとは限らないため、年に 1 回のアンケート調査では報告されない事例の存在も予測される。また、審査過程で制度運用や法解釈に疑義が生じた場合には、随時、事務局が国に照会することもできるが、最終的には自治体の判断に委ねられる事例も少なくない。

このような現状にあつて、毎年の事例調査では、審査会事務局から「他の自治体の現状や意見を聞きたい」「全審連の見解を聞きたい」

といった要望が必ず記載されてきた。

こうした要望に応えるために、例えば精神医療審査会制度をはじめとする精神保健医療福祉や関連法制の専門家が集まる全審連の役員会等において、個人情報に配慮した上で、各審査会事務局からの問題提起や疑義発議を随時受け付け、希望があれば役員の見解を回答したり、他の審査会の現状や意見を問うことができるような体制を整備するなど、審査会事務局に対する何らかのサポート体制を構築することが望ましいと考えられる。

本年度収集した事例については、その対応のあり方について、次年度以降に検討することとした。

3. 隔離・拘束に関する施設調査について

(1) 隔離・拘束割合の変化について

隔離・拘束患者数に関しては、これまで精神保健福祉資料として公開されているデータ (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>) に基づき、近年その数が増加していることがしばしば指摘されてきた。しかし平成28年度までの精神保健資料においては、隔離・拘束患者の属性が示されておらず、どのような属性の患者において隔離・拘束が増加しているのかは不明であった。

今回の調査では、平成29年度に実施された630調査と同じ項目で5年前の隔離・拘束患者の属性を調査し、病棟入院料別、主診断別、年齢別、在院期間別に、隔離・拘束割合の変化を検討した。P < 0.05を有意差ありとした場合、隔離・拘束共に、病棟入院料別及び主診断別では約半数、年齢別及び在院期間別ではほとんどの項目で有意な増加が認められ(表1～6)、隔離・拘束割合の増加に関連する要因を推測することは困難であった。

平成29年度データのロジスティック回帰分析からは、隔離に関連する要因として、男性、入院1ヶ月未満、40歳未満、F7及びF8の診断が抽出されており、拘束に関連する要因としては、男性、入院1ヶ月未満、65歳以上であることが抽出された。増加要因を検討

するためには、これらの結果も考慮したうえで、調査項目と調査の実行可能性につき十分に検討し、改めて調査を実施する必要があると思われる。

(2) 認知症ケースの隔離・拘束

近年、認知症の入院患者の増加が指摘されており、今回の調査でも、全患者数が減少している中、アルツハイマー病型認知症(F00)患者については約120%の増加率である。表1～6からは、認知症病棟、F0群、高齢者層では、隔離患者の比率が全体平均より低く、身体拘束は逆に高いことがわかる。これは、認知症患者の身体拘束が多床室で行われていることを示唆しているが、高齢者の拘束には車椅子へのベルト固定と経管栄養や点滴ルートなどの抜去を防止するためのミトン(厚手の手袋)など、部分拘束が多用されるためと思われる。ロジスティック回帰分析においては、65歳以上であることが拘束に関連する要因として示唆されており、高齢者の拘束の実態について、さらなる知見の蓄積が必要であると考えられる。

(3) 身体拘束の種類

臨床的には、身体拘束には、以下のような3つの種類があると考えられる。

- ①急性期患者の治療拒否や衝動的行動に対応するための身体拘束：急性症状により飲食や服薬を拒否するケースに対して緊急医療の必要性から補液や経静脈的投薬を施行するため、もしくはスタッフが心身の状態を観察するための接触を安全に行うための身体拘束。
- ②身体管理上の安全を確保するための身体拘束：身体合併症の治療や観察のための点滴や経管栄養、心肺モニター等を自己抜去するのを防ぐための身体拘束。
- ③認知症や知的障害などを背景とした行動障害に対応するための身体拘束：判断能力の恒常的な減損により自傷行動(転倒・

転落を含む)が突発するケースに対して安全を確保するための身体拘束。

これらの類型のうち、①もしくは①+②の拘束は、急性症状の改善により、数日以内に不要となることが多い。一方、③の拘束は、特に②が併存すると長期化しやすい。

このような臨床的な特性を鑑みると、拘束の縮減を検討するためには、両者を分けて論じなくてはならない。そのためには、今後の630調査では、身体拘束の実施期間(例えば、調査日から3カ月程度を遡った機関における身体拘束の通算実施日数等。拘束実施期間のカウント方法については要検討。)も調査項目に加える必要があると考えられ、この点について来年度からの630調査を実施する厚生労働科学研究班(「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」(研究代表者:山之内芳雄))の研究代表者に提案した

(4) 身体拘束の縮減に向けて

急性期事例の身体拘束が一般に短期間であったとしても、十分な職員配置や設備を伴わなければ、身体拘束の解除が遅れたり、深部静脈血栓・肺塞栓などの重大な併発症が続発するリスクを高める。認知症事例などで拘束が長期化すれば、深部静脈血栓・肺塞栓のほか、褥瘡や関節拘縮、筋力低下など併発症のリスクはさらに増える。

身体拘束の適応や方法については、旧厚生省告示130号(昭和62年4月8日)に細かく規定されており⁵⁾、身体的拘束中は原則として常時の臨床的観察を行うことや、医師が頻回に診察を行うことが遵守事項として求められている。しかしながら、身体拘束期間(再評価までの期間)の上限や施設基準については、特段の規定がない⁶⁾。

身体拘束を縮減するためには、①拘束の継続期間に上限を設けること(それを越える前に拘束を解除するなどして再評価すること)、②拘束を実施できる病棟の施設基準を規定す

ること(一定数以上の精神保健指定医の常勤、看護密度、個室数、心肺機能や行動のモニター設備、併発症の予防と対応のための設備や研修体制など)について検討する必要があると考えられる。

また、一定期間内の拘束期間が一定割合を超える事例(例えば、1か月のうち通算20日以上)の身体拘束が実施された事例等)については、その理由や様態、過去1年間の通算拘束期間などを自治体に届け出る義務を病院管理者に課し、精神医療審査会での審査(書類もしくは面接)に付すなど、審査会の関与を強化する方法も検討されるべきであろう。

E. 結論

今回の調査では、処遇改善請求審査の起点となる電話相談の位置づけや取り扱いが自治体によってばらばらなことが明らかとなった。患者の人権擁護と適正な医療の確保という精神医療審査会の創設意図に鑑みるならば、電話による患者の不满や要望を処遇改善請求の審査に結び付けるために一定の指針が示されるべきである。

また、隔離・拘束に関する今回の施設調査からは、隔離・拘束割合の増加要因の同定は困難であり、今後の調査のあり方を検討する必要があると思われた。最も高度な行動制限である身体拘束を縮減するためには、拘束の期間を630調査の項目に加えて分析することをはじめとして、身体拘束の上限期間や拘束を実施できる施設の最低基準を設定すること、そして、長期の拘束については届け出を義務付け、精神医療審査会の審査事案とすることを提案した。

さらに、審査会事務局アンケートからは、精神医療審査会での審査過程で生じた疑義事案や紛糾事案について、審査会事務局が疑義照会できる体制への要望が強いことが示唆された。全国精神医療審査会連絡協議会の役員会等で随時相談を受け付け、専門家集団として見解を示すとともに、希望があれば全国の審査会で問題を共有し、意見を交換する体制

を構築する等、審査会事務局に対する何らかのサポート体制の必要性について提案した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

引用文献等

- 1)全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.44, 2018.
- 2) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.45, 2019.
- 3) 精神保健福祉研究会：精神保健福祉法詳解（四訂）. 中央法規出版. p447, 2016.
- 4) 同上. p446
- 5) 同上. P406-413
- 6) 平田豊明：精神科病棟における行動制限の容認条件と最小化. 精神科治療学. 28(10); 1257-1264, 2013.
- 7) 河崎建人、平田豊明、八尋光秀ほか：平成28年度厚生労働科学研究「精神障害者の人権確保に関する研究」報告書（「地域のストレンクスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」分担研究），2017.
- 8) 河崎建人、平田豊明、八尋光秀ほか：平成29年度厚生労働科学研究「精神障害者の人権確保に関する研究」報告書（「地域のストレンクスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」分担研究），2018.

図1 処遇改善請求の受理状況
1. 受理基準

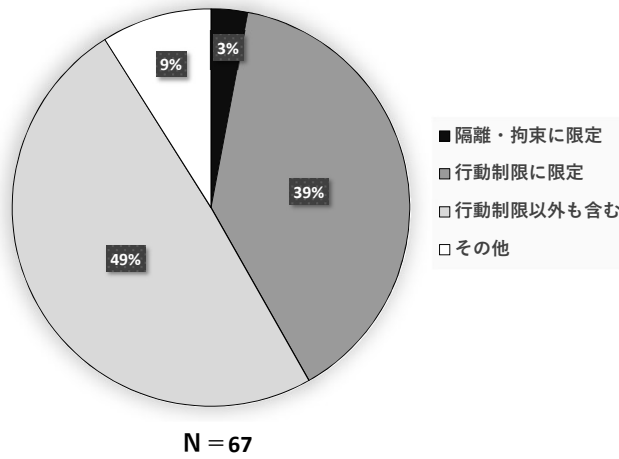


図2 処遇改善請求の受理状況
2. 職員の暴力や接遇に関する電話の扱い

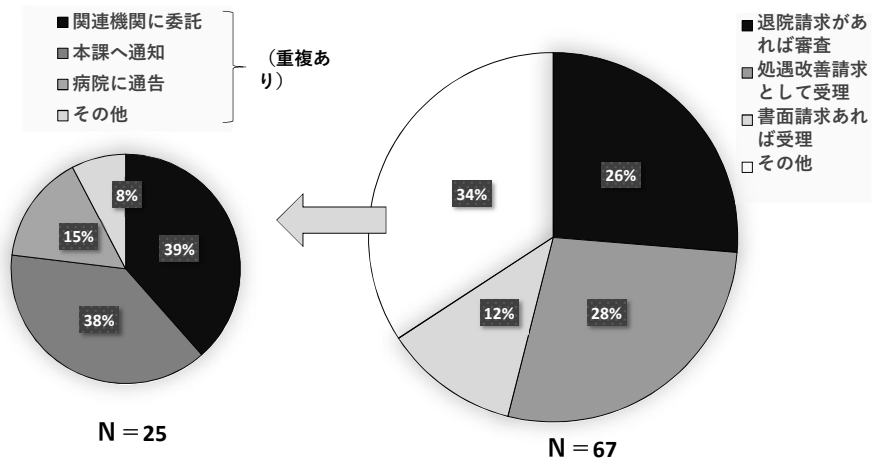


図3 処遇改善請求の受理状況
3. 医療内容に関する電話の扱い

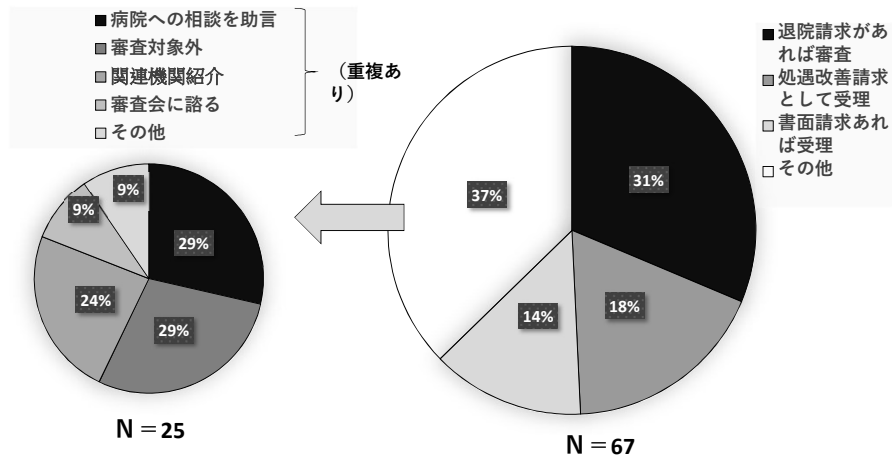


図4 処遇改善請求の受理状況
4. 療養環境に関する電話の扱い

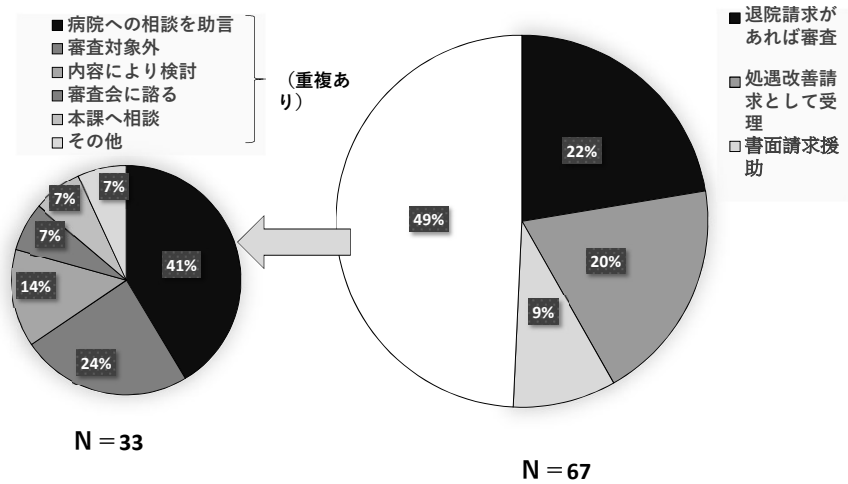


図5 処遇改善請求の受理状況
5. 過去の隔離・拘束への審査請求

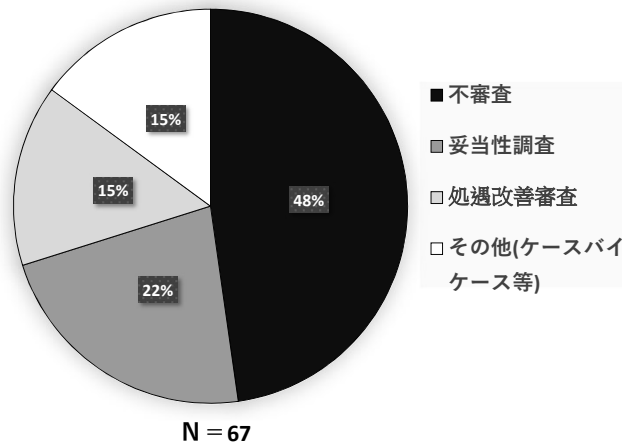


表1 病棟入院料別隔離患者割合の比較

	H24			H29			Fisher's exact test
	隔離患者数	全患者数	隔離患者割合	隔離患者数	全患者数	隔離患者割合	p
精神科救急入院料	530	2637	20.099	874	4434	19.711	0.712
精神科救急・合併症入院料	17	155	10.968	9	102	8.824	0.675
精神科急性期治療病棟入院料	497	6294	7.896	571	6208	9.198	0.010
精神療養病棟入院料	842	37818	2.226	1129	34085	3.312	< 0.001
認知症治療病棟入院料	93	10616	0.876	150	10971	1.367	0.001
地域移行機能強化病棟入院料				53	934	5.675	N/A
特殊疾患病棟入院料	12	719	1.669	14	1278	1.095	0.306
児童・思春期精神科入院医療管理料	40	304	13.158	50	405	12.346	0.820
10対1入院基本料	12	180	6.667	4	239	1.674	0.010
13対1入院基本料	95	1678	5.662	122	1488	8.199	0.006
15対1入院基本料	2123	43021	4.935	2018	39389	5.123	0.219
18対1入院基本料	33	2288	1.442	10	668	1.497	0.856
20対1入院基本料	10	557	1.795	4	173	2.312	0.751
特別入院基本料		270	0.000		47	0.000	N/A
特定機能病院内院基本料(7対1)	2	77	2.597	13	85	15.294	0.006
特定機能病院内院基本料(10対1)	4	55	7.273	10	113	8.850	1.000
特定機能病院内院基本料(13対1)	17	340	5.000	22	348	6.322	0.511
特定機能病院内院基本料(15対1)	2	293	0.683	11	134	8.209	< 0.001
医療観察法	7	341	2.053	6	345	1.739	0.788
その他	8	249	3.213	2	311	0.643	0.027
不明	27			16	176	9.091	N/A
合計	4371	107892	4.051	5088	101933	4.992	< 0.001

表2 病棟入院料別拘束患者割合の比較

病棟入院料別	H24			H29			Fisher's exact test
	拘束患者数	全患者数	拘束患者割合	拘束患者数	全患者数	拘束患者割合	p
精神科救急入院料	101	2637	3.830	222	4434	5.007	0.022
精神科救急・合併症入院料	19	155	12.258	17	102	16.667	0.360
精神科急性期治療病棟入院料	150	6294	2.383	186	6208	2.996	0.036
精神療養病棟入院料	689	37818	1.822	953	34085	2.796	< 0.001
認知症治療病棟入院料	410	10616	3.862	574	10971	5.232	< 0.001
地域移行機能強化病棟入院料				36	934	3.854	N/A
特殊疾患病棟入院料	21	719	2.921	30	1278	2.347	0.461
児童・思春期精神科入院医療管理料	1	304	0.329	15	405	3.704	0.002
10対1入院基本料	33	180	18.333	25	239	10.460	0.023
13対1入院基本料	72	1678	4.291	89	1488	5.981	0.035
15対1入院基本料	1540	43021	3.580	1665	39389	4.227	< 0.001
18対1入院基本料	19	2288	0.830		668	0.000	N/A
20対1入院基本料	58	557	10.413	1	173	0.578	< 0.001
特別入院基本料	3	270	1.111		47	0.000	N/A
特定機能病院入院基本料(7対1)	5	77	6.494	11	85	12.941	0.196
特定機能病院入院基本料(10対1)	3	55	5.455	9	113	7.965	0.753
特定機能病院入院基本料(13対1)	15	340	4.412	22	348	6.322	0.312
特定機能病院入院基本料(15対1)	2	293	0.683	10	134	7.463	< 0.001
医療観察法		341	0.000	1	345	0.290	N/A
その他	34	249	13.655	14	311	4.502	< 0.001
不明	17			4	176	2.273	N/A
合計	3192	107892	2.959	3884	101933	3.810	< 0.001

表3 主診断別隔離患者割合の比較

主診断別	Fコード	H24		H29		Fisher's exact test		
		隔離患者数	全患者数	隔離患者割合	隔離患者数	全患者数	隔離患者割合	p
F00アルツハイマー病型認知症	F00	225	10257	2.194	287	12374	2.319	0.530
F01血管性認知症	F01	44	3870	1.137	39	2631	1.482	0.260
F02-09上記以外の症状性を含む器質性精神障害	F02-09	182	8371	2.174	286	8293	3.449	< 0.001
F10アルコール使用による精神及び行動の障害	F10	91	4122	2.208	123	3760	3.271	0.004
覚せい剤による精神及び行動の障害※	覚せい剤	31	272	11.397	25	242	10.331	0.777
アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害※	その他のF1	24	274	8.759	21	302	6.954	0.441
F2統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F2	3027	64073	4.724	3275	57077	5.738	< 0.001
F30-31躁病エピソード・双極性感情障害【躁うつ病】	F3	345	9462		445	10047		4.429
F32-39その他の気分障害								N/A
F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	F4	57	1900	3.000	80	2015	3.970	0.117
F5生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	F5	14	305	4.590	25	270	9.259	0.031
F6成人のパーソナリティ及び行動の障害	F6	22	433	5.081	18	405	4.444	0.747
F7精神遅滞(知的障害)	F7	173	2048	8.447	232	2070	11.208	0.003
F8心理的発達障害	F8	62	457	13.567	153	812	18.842	0.016
F9小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	F9	21	247	8.502	20	233	8.584	1.000
てんかん (F0に属さないものを計上する)	てんかん	28	981	2.854	25	700	3.571	0.479
その他	その他の疾患	25	820	3.049	34	702	4.843	0.083
不明								N/A
合計		4371	107892	4.051	5088	101933	4.992	< 0.001

表4 主診断別拘束患者割合の比較

		H24		H29		Fisher's exact test			
		拘束患者数	全患者数	拘束患者割合	拘束患者数	全患者数	拘束患者割合	p	
主診断別	F00 アルツハイマー病型認知症	F00	579	10257	5.645	784	12374	6.336	0.031
	F01 血管性認知症	F01	138	3870	3.566	118	2631	4.485	0.069
	F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	F02-09	381	8371	4.551	411	8293	4.956	0.230
	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	F10	83	4122	2.014	93	3760	2.473	0.170
	覚せい剤による精神及び行動の障害※		8	272	2.941	11	242	4.545	0.359
	アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害※	その他のF1	5	274	1.825	9	302	2.980	0.426
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F2	1589	64073	2.480	1866	57077	3.269	< 0.001
	F30-31 躁病エピソード・双極性感情障害【躁うつ病】	F3	192	9462	2.029	261	10047	2.598	0.009
	F32-39 その他の気分障害								
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	F4	31	1900	1.632	47	2015	2.333	0.137
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	F5	11	305	3.607	12	270	4.444	0.673
	F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	F6	10	433	2.309	18	405	4.444	0.123
	F7 精神遅滞(知的障害)	F7	87	2048	4.248	116	2070	5.604	0.052
	F8 心理的発達障害	F8	13	457	2.845	44	812	5.419	0.034
	F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	F9	5	247	2.024	10	233	4.292	0.193
	てんかん (F0に属さないものを計上する)	てんかん	31	981	3.160	41	700	5.857	0.010
	その他	その他の疾患	29	820	3.537	43	702	6.125	0.021
	不明								N/A
	合計		3192	107892	2.959	3884	101933	3.810	< 0.001

表5 年齢・在院期間別隔離患者割合の比較

		H24		H29		Fisher's exact test		
		隔離患者数	全患者数	隔離患者割合	隔離患者数	全患者数	隔離患者割合	p
年齢別	20歳未満	84	806	10.422	119	1032	11.531	0.500
	20~40歳	1054	9015	11.692	1075	7519	14.297	< 0.001
	40~65歳	2290	43865	5.221	2579	35267	7.313	< 0.001
	65~75歳	566	24978	2.266	794	26241	3.026	< 0.001
	75歳以上	375	29228	1.283	521	31874	1.635	< 0.001
	不明	2						N/A
合計	4371	107892	4.051	5088	101933	4.992	< 0.001	
在院期間別	1ヶ月未満	1059	10096	10.489	1275	10582	12.049	< 0.001
	1~3ヶ月未満	594	11783	5.041	755	12862	5.870	0.004
	3~6ヶ月未満	271	7809	3.470	371	7632	4.861	< 0.001
	6~12ヶ月未満	319	9152	3.486	374	9060	4.128	0.025
	1~5年未満	935	30502	3.065	1124	28287	3.974	< 0.001
	5~10年未満	430	14614	2.942	544	13300	4.090	< 0.001
	10~20年未満	348	11952	2.912	392	10156	3.860	< 0.001
	20年以上	257	11984	2.145	244	9788	2.493	0.093
	不明	158			9	266	3.383	N/A
	合計	4371	107892	4.051	5088	101933	4.992	< 0.001

表6 年齢・在院期間別拘束患者割合の比較

	H24		H29			Fisher's exact test		
	拘束患者数	全患者数	拘束患者割合	拘束患者数	全患者数	拘束患者割合	p	
年齢別	20歳未満	15	806	1.861	28	1032	2.713	0.277
	20～40歳	218	9015	2.418	274	7519	3.644	< 0.001
	40～65歳	1065	43865	2.428	1135	35267	3.218	< 0.001
	65～75歳	750	24978	3.003	962	26241	3.666	< 0.001
	75歳以上	1144	29228	3.914	1485	31874	4.659	< 0.001
	不明							N/A
合計	3192	107892	2.959	3884	101933	3.810	< 0.001	
在院期間別	1ヶ月未満	487	10096	4.824	581	10582	5.490	0.033
	1～3ヶ月未満	407	11783	3.454	507	12862	3.942	0.046
	3～6ヶ月未満	282	7809	3.611	334	7632	4.376	0.015
	6～12ヶ月未満	340	9152	3.715	382	9060	4.216	0.087
	1～5年未満	862	30502	2.826	1046	28287	3.698	< 0.001
	5～10年未満	325	14614	2.224	409	13300	3.075	< 0.001
	10～20年未満	200	11952	1.673	277	10156	2.727	< 0.001
	20年以上	203	11984	1.694	346	9788	3.535	< 0.001
	不明	86			2	266	0.752	N/A
	合計	3192	107892	2.959	3884	101933	3.810	< 0.001

表7 ロジスティック回帰分析の結果 (H29 隔離)

隔離 (n = 101,933)	Odds ratio	Std. Err	z	P	[95%CI]
男性	1.413332	0.042356	11.54	0	1.332708 1.498834
入院1か月未満	3.092063	0.113224	30.83	0	2.877925 3.322134
40歳未満	2.612101	0.102036	24.58	0	2.419578 2.819943
F 0 アルツハイマー病型認知症	0.564873	0.106167	-3.04	0.002	0.390813 0.816456
F 0 1 血管性認知症	0.354734	0.085328	-4.31	0	0.221389 0.568396
F 0 2-0 9 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0.80629	0.15165	-1.14	0.252	0.557692 1.165704
F 1 アルコール使用による精神及び行動の障害	0.55191	0.110869	-2.96	0.003	0.372286 0.818199
覚せい剤による精神及び行動の障害※	1.538988	0.433802	1.53	0.126	0.885733 2.674038
アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害※	0.910229	0.266406	-0.32	0.748	0.512886 1.615402
F 2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1.300886	0.232897	1.47	0.142	0.915903 1.847692
F 3 0-3 1 躁病エピソード・双極性感情障害 [躁うつ病]	1.070185	0.200942	0.36	0.718	0.740687 1.546264
F 3 2-3 9 その他の気分障害	0.496102	0.098679	-3.52	0	0.335938 0.732627
F 4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.55685	0.118555	-2.75	0.006	0.366872 0.845205
F 5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	1.013788	0.284462	0.05	0.961	0.584933 1.757067
F 6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	0.591764	0.179563	-1.73	0.084	0.326485 1.072593
F 7 精神遅滞(知的障害)	2.148383	0.413052	3.98	0	1.473866 3.131594
F 8 心理的発達障害	2.078964	0.421209	3.61	0	1.39762 3.092464
F 9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	0.884471	0.265104	-0.41	0.682	0.491531 1.591535
てんかん (F 0 に属さないものを計上する)	0.78247	0.212677	-0.9	0.367	0.459314 1.332986
_cons	0.029951	0.005368	-19.57	0	0.021079 0.042557
R2 = 0.0644					

表 8 ロジスティック回帰分析の結果 (H29 拘束)

拘束 (n = 101,933)	Odds ratio	Std. Err	z	P	[95%CI]
男性	1.245071	0.041779	6.53	0	1.16582 1.329708
入院1か月未満	1.670016	0.079478	10.78	0	1.521286 1.833287
65歳以上	1.153927	0.044873	3.68	0	1.069246 1.245314
F 0 アルツハイマー-病型認知症	1.035311	0.168112	0.21	0.831	0.753103 1.423271
F 0 1 血管性認知症	0.707185	0.130151	-1.88	0.06	0.493034 1.014351
F 0 2-0 9 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0.795807	0.131888	-1.38	0.168	0.575095 1.101226
F 1 0 アルコール使用による精神及び行動の障害	0.354786	0.067364	-5.46	0	0.244539 0.514738
覚せい剤による精神及び行動の障害※	0.693909	0.241173	-1.05	0.293	0.351125 1.371334
アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害※	0.449686	0.168141	-2.14	0.033	0.216092 0.935793
F 2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0.553975	0.088424	-3.7	0	0.405157 0.757455
F 3 0-3 1 躁病エピソード・双極性感情障害【躁うつ病】	0.459796	0.08146	-4.39	0	0.324909 0.650681
F 3 2-3 9 その他の気分障害	0.338435	0.063297	-5.79	0	0.234573 0.488285
F 4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.371105	0.080319	-4.58	0	0.242812 0.567183
F 5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0.751213	0.252585	-0.85	0.395	0.388649 1.452005
F 6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	0.709709	0.204884	-1.19	0.235	0.403041 1.249716
F 7 精神遅滞(知的障害)	0.959079	0.177256	-0.23	0.821	0.66763 1.377758
F 8 心理的発達障害	0.871963	0.194091	-0.62	0.538	0.563674 1.348862
F 9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	0.68631	0.247374	-1.04	0.296	0.33862 1.391002
てんかん (F 0 に属さないものを計上する)	1.001903	0.22601	0.01	0.993	0.64389 1.558979
_cons	0.048735	0.007871	-18.71	0	0.035512 0.066882

R2 = 0.0161