

令和4年3月31日	参考資料 1-2
第8回 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	

2022年3月31日
全国「精神病」者集団

身体拘束ゼロ化・行動制限最小化の論点整理

1. 基本的な考え方について

障害者の権利に関する条約第14条には、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とされており、また、障害者の権利に関する委員会第14条ガイドラインには精神障害者であることと追加の要件による自由の剥奪等が同条約の趣旨に違反するとの見解が示されている（パラグラフ13）。そのため、精神保健及び精神障害者に関する法律（以下、「精神保健福祉法」とする。）に基づく行動制限は、同条約の趣旨に違反すると考えられている。また、国連恣意的拘禁に関する作業部会は、日本の精神医療に対して個人通報があった数件のうち、3件が恣意的拘禁に当たるとして勧告を出している。日本政府は、オープンビジットであるため勧告への対応を求められている。

同条約に基づく障害者の権利に関する委員会からは、日本政府に対して精神保健福祉法第37条を含め障害者の自由及び身体の安全を障害に基づき制限する法律を撤廃するための措置について情報を求める事前質問事項が出されており、精神障害者に対する行動制限制度の廃止を求める厳しい勧告が出されるのではないかと指摘されている。そのため、同条約第36条及び第39条に基づく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を講ずるべきと考える。

2. 身体拘束ゼロ化・行動制限最小化の方向性

1) 長期目標

本来、精神障害を理由とした行動制限制度は廃止されるべきと考える。とはいえ、本検討会の主要な論点は、あくまで行動制限最小化である。そのため、行動制限最小化策を講じる観点からの具体策を模索していくことになる。

2) 身体拘束ゼロ化の方向性の明示

身体拘束は、行動制限のなかでも非常に侵襲性が高い。身体拘束については、「身体拘束のゼロ化に向けた」という文言を明示的に入れることで向かうべき方向性を明確にしていく必要があると考える。

3) 縮減のための政策であることの明示

身体拘束のゼロ化に向けた縮減及び隔離の縮減を目指した政策として位置付けるべきである。

4) 具体的な方策

具体的な方策としては、次が挙げられる。

- ① 37条1項大臣基準の見直し
- ② 人員不足の解消
- ③ 意識改革

3. 身体拘束ゼロ化・行動制限最小化の具体的な方策

1) 37条1項大臣基準の見直し

対象となる患者に関する事項のイ「多動又は不穏が顕著である場合」の要件は、削除すべきである。

2) 人員不足の解消

・本来は、身体拘束の増加と人員不足の因果関係は、調査等で明らかにされているわけではない。あくまで、構成員の所感に端を発したものではあるが、人員不足の解消が極めて重要であることは言うまでもない。人員基準の見直しに伴う精神科特例の廃止については、検討されなければならない。その一方で入院基本料の人員配置基準等についても一般医療に近づけるようなかたちで見直しをおこなう必要がある。

・精神科病棟入院基本料は、10対1が最高水準である。よって、7対1の新設は免れない。

・10対1以外は、在院日数要件が定められておらず、療養病棟入院基本料のような長期入院を前提とした設計になっている。少なくとも、精神病棟入院基本料15対1、18対1、20対1、25対1の内、一般病棟3対1(24日以内)、15対1(60日以内)の在院日数要件を踏襲したものに見直しされる必要がある。

・一般病棟入院基本料を含むほかの配置基準には、主な施設基準等が定められており、重症度・看護必要度を満たす患者が1割以上入院している必要がある。なお、重症度看護必要度には、社会的入院がカウントされない仕組みを導入する必要がある。

・これらすべてを踏まえても、夜間等の時間帯人員不足は生じうるものであり、現在の看護職員業務の効率化等に加えて、入院中の重度訪問介護の利用が有効である。入院中の患者は、24時間見守り、意思決定支援、コミュニケーション支援を内容とする重度訪問介護が利用できる点について、精神科医療機関に十分な周知を行う必要がある。それに加えて、対象者を区分4、5に拡大することや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についても検討する必要がある。この論点は、社会保障審議会障害者部会の中間報告でまとめられているものである。

3) 意識改革

・精神科病院の自助努力の限界を確認した上で政策を進めていく必要がある。

・行動制限最小化委員会が報酬制度化されてから以降、2006年から2016年の10年間で身体拘束が2倍にまで増加したと指摘されている。増加要因を明らかにするべく身体拘束全国実態調査が実施され、行動制限最小化に向けた議論につながっていった。その意味では、行動制限最小化委員会は、方策として期待できないと言わざるを得ない。仮に行動制限最小化委員会で行動制限の縮減を目指すのであれば、行動制限最小化委員会の射程範囲を明らかにしたうえで、その限りにおいて活用すべきであり、総合的な効果を期待すべきではない。

・介護保険領域における「身体拘束ゼロ化の手引き」を踏襲し、現場の意識改革をしていく必要があると考える。

・37条1項大臣基準の身体的拘束の基本的な考え方の部分ではなく、要件のなかに切迫性、一時性、非代替性を明確に書き込むことは、ゼロ化を打ち出した介護保険とは本質的に異なるのと、すでに類似の判例があることから政策変更とまではいえない。より抜本的な見直しが求められる。ただし、非代替性については、一部から慎重論も出ていたため、非代替性要件ではなく補充性もしくは補足性要件へと改めるべきである。

・37条1項大臣基準の要件には「著しく顕著である蓋然性が認められる」などを加筆し、より限定的な運用を心がける必要がある。