

図5 1000床あたりの痴呆性疾患以外の疾病患者の行動制限持続者数
 (病院区分／入院期間別)

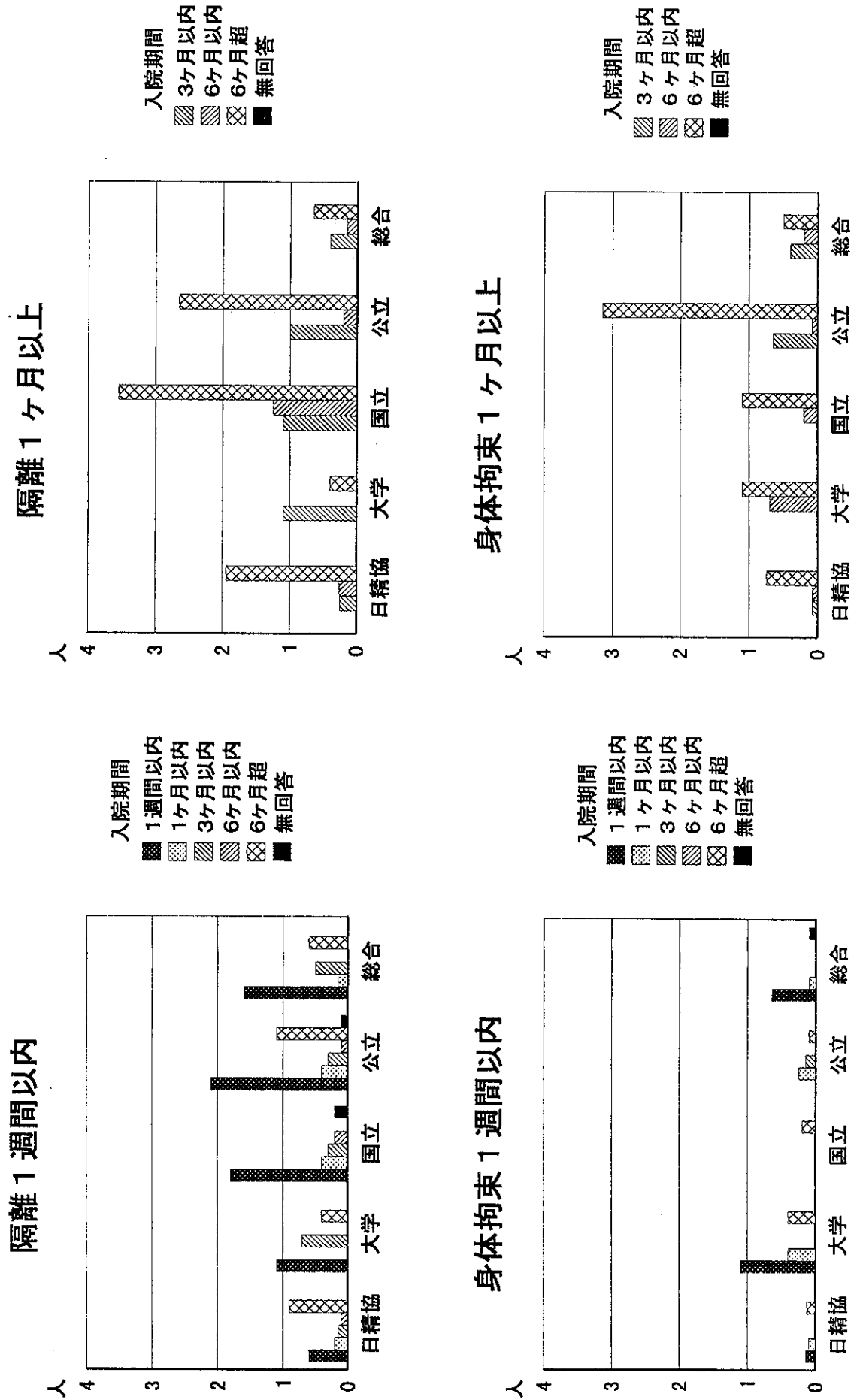
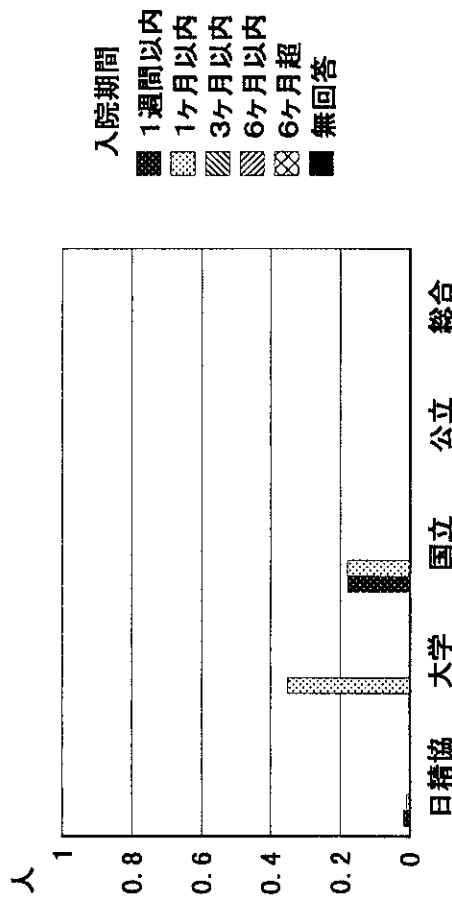
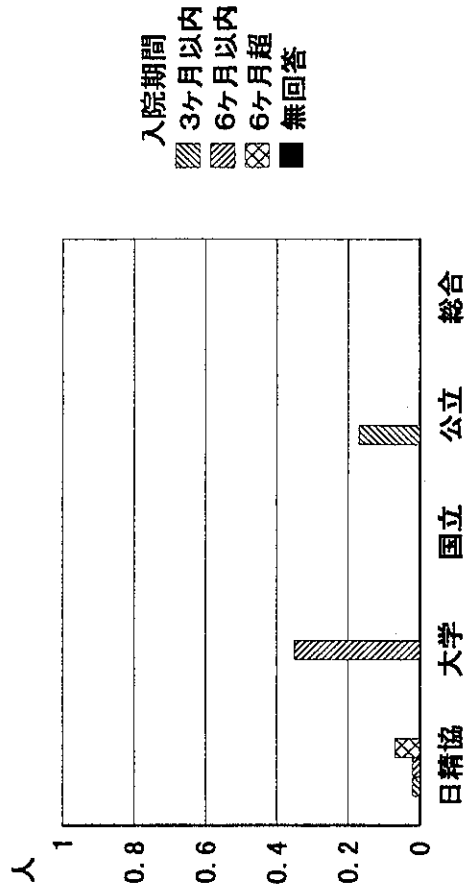


図6 1000床あたりの痴呆性疾患患者の行動制限持続者数の病院区分／入院期間別

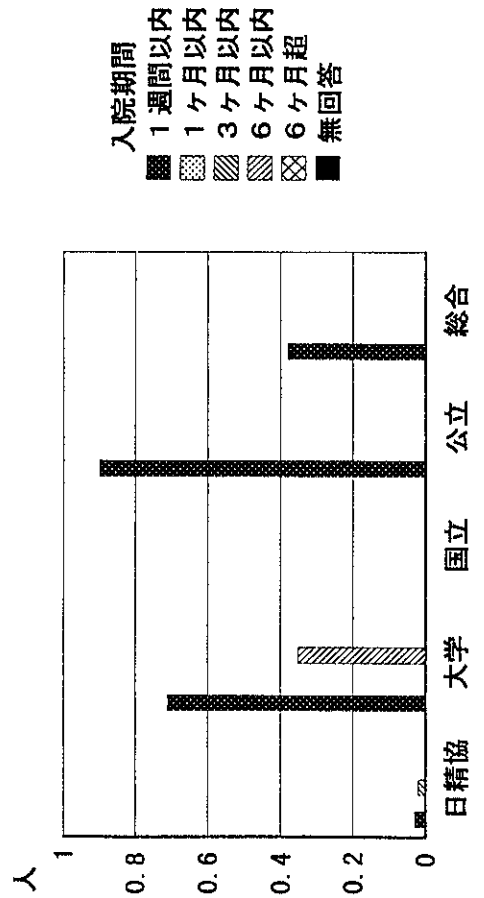
隔離1週間以内



隔離1ヶ月以上



身体拘束1週間以内



身体拘束1ヶ月以上

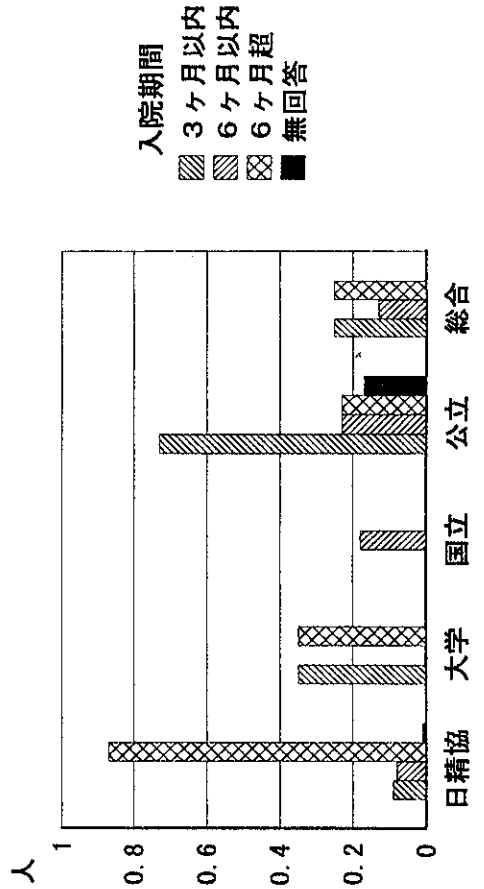


表6 身体拘束の理由と方法

方法	患者数	構成比
布製の抑制帯	2,360	51.4%
マグネット式の抑制帯	1,588	34.6%
抑制衣	189	4.1%
その他	455	9.9%
合計	4,592	100.0%

身体拘束の理由別拘束方法(研究班)

理由(研究班)	拘束方法(実数)		抑制衣		その他		重複回答		無回答		理由合計	
	布製の抑制帯	マグネット式の抑制帯	抑制衣	その他	重複回答	無回答	理由合計	理由合計				
精神症状	447 (18.9%)	670 (42.2%)	128 (67.7%)	94 (20.7%)	9 (28.1%)	6 (14.0%)	1,354 (29.0%)	43 (43)	1,354 (29.0%)			
点滴などの医療行為遂行のため	678 (28.7%)	254 (16.0%)	17 (9.0%)	51 (11.2%)	3 (9.4%)	5 (11.6%)	1,008 (21.6%)	1,008 (21.6%)				
車椅子転倒などの安全確保	1,201 (50.9%)	635 (40.0%)	35 (18.5%)	302 (66.4%)	5 (15.6%)	18 (41.9%)	2,196 (47.1%)	2,196 (47.1%)				
重複回答	27 (1.1%)	23 (1.4%)	2 (1.1%)	2 (0.4%)	15 (46.9%)	0 (0.0%)	69 (1.5%)	69 (1.5%)				
無回答	7 (0.3%)	6 (0.4%)	7 (3.7%)	6 (1.3%)	0 (0.0%)	14 (32.6%)	40 (0.9%)	40 (0.9%)				
抑制方法計	2,360 (100.0%)	1,588 (100.0%)	189 (100.0%)	455 (100.0%)	32 (100.0%)	43 (100.0%)	4,667 (100.0%)	4,667 (100.0%)				

図7：行動制限の必要性についての意見

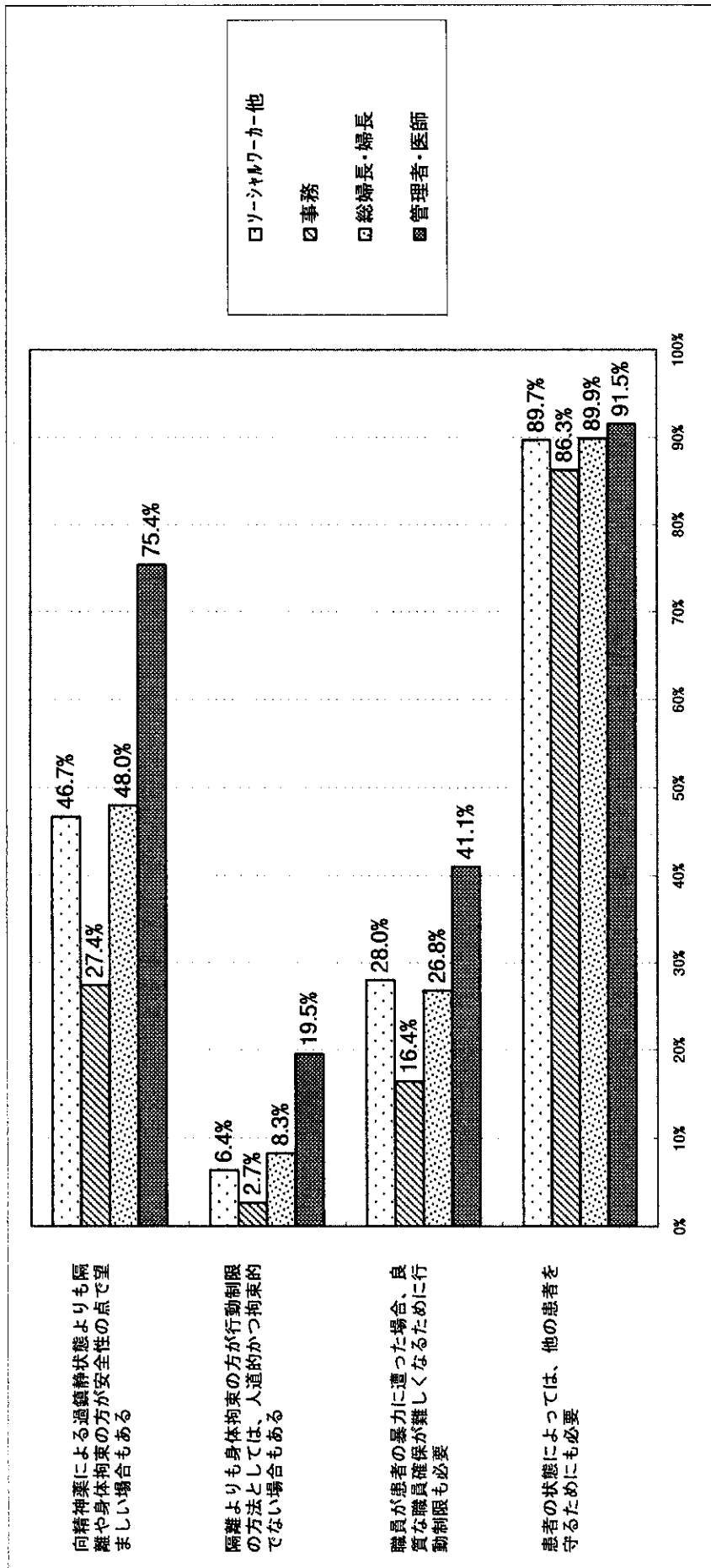


図8：行動制限の判断に対する考え方

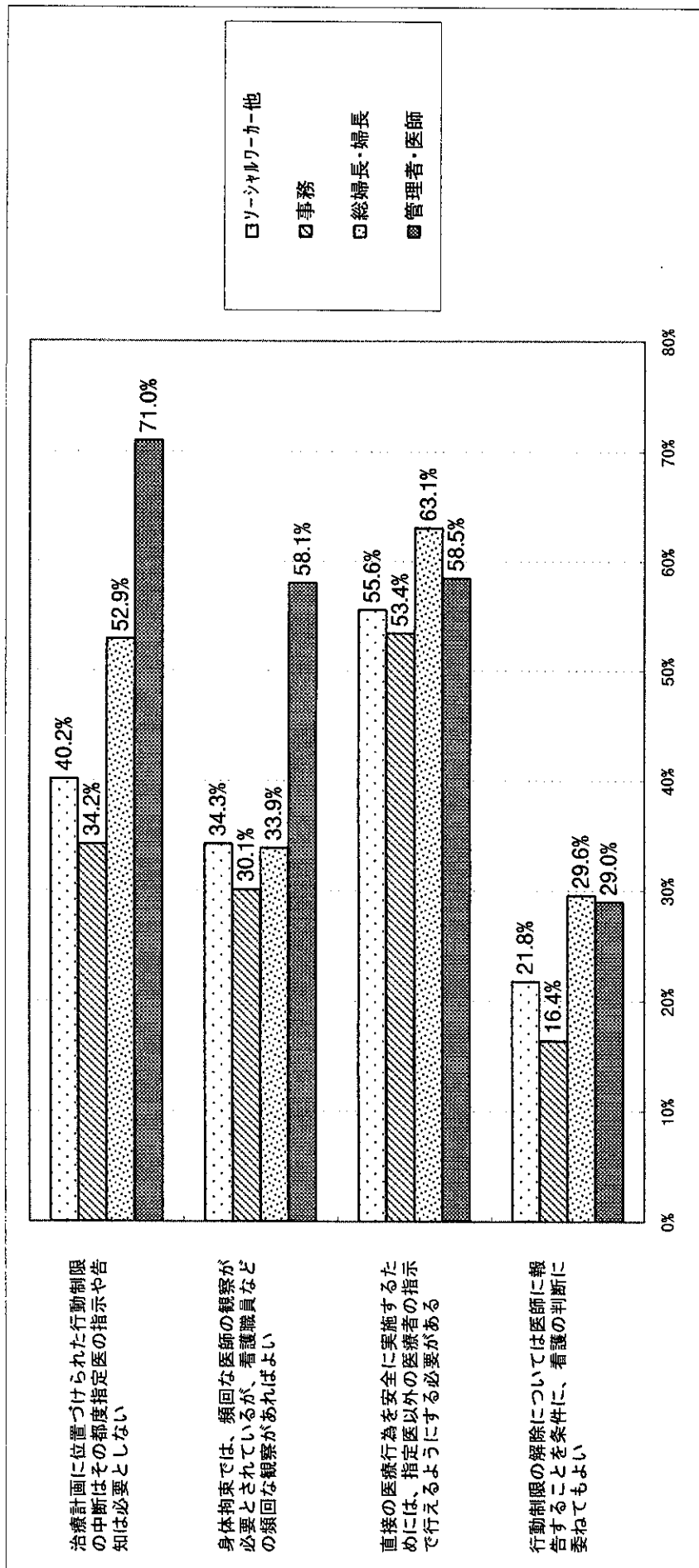


図9：行動制限の最小化に関する意見

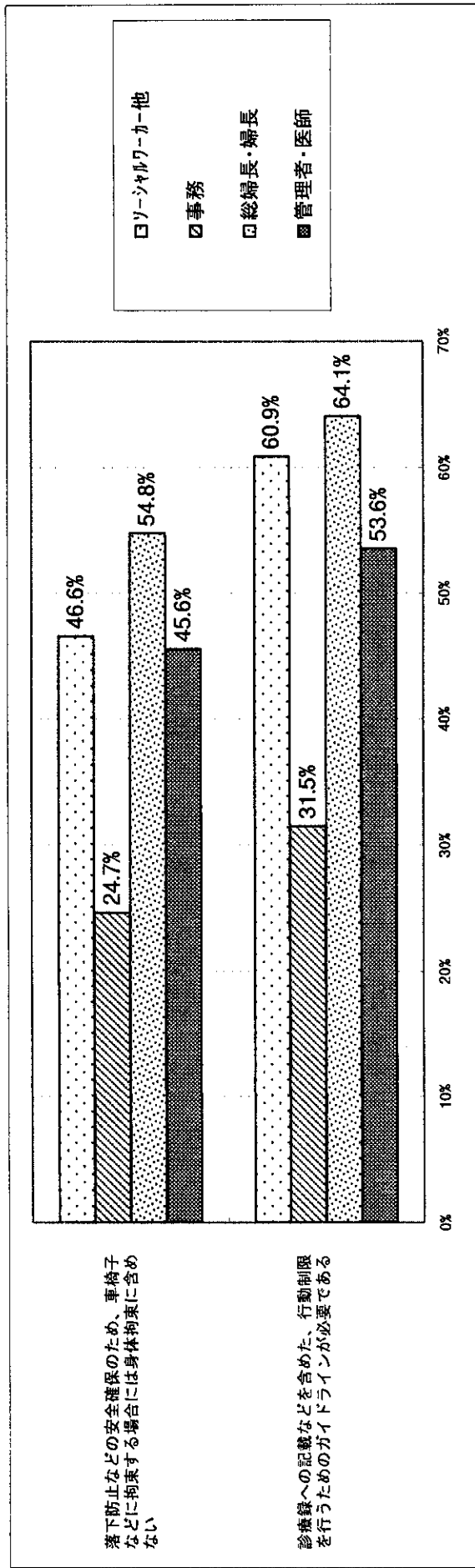


表7 行動制限の観察について

行動制限に関して一定時間の観察の職種

職種	病棟数	構成比
医師に報告が行われれば看護婦によって行われてもよい	1,592	38.7%
医師によって行われるべき	1,565	38.1%
精神保健指定医によって行われるべき	945	23.0%
その他の職種	8	0.2%
合計	4,110	100.0%

WHO専門委員会の考え方について

考え方	病棟数	構成比
あまりにも現実的でない	2,807	68.80%
わからない	654	16.00%
賛成である	621	15.20%
合計	4,082	100.00%

どの程度の時間的表現であれば可能と考えられるか

可能な意見	病棟数	構成比
再評価、継続時間ともに「1日1回以上」	967	34.80%
再評価、継続時間ともに「時間単位」	943	33.90%
再評価、継続時間ともに時間を定める必要はない	581	20.90%
その他	219	7.90%
わからない	69	2.50%
合計	2,779	100.00%

第2章

精神科医療における行動制限の最小化に関する指針

第2章 精神科医療における行動制限の最小化に関する指針

はじめに

わが国の精神科医療は、精神障害者の人権確保と社会復帰の促進を大きな目的として昭和63年に精神衛生法が精神保健法へ改正されたのに伴い、患者の人権に対して細心の配慮を施すようになってきた。ところが平成10年に国立犀潟病院において違法な隔離および身体拘束の長期間の実施が発覚したのを契機に、人権擁護の観点からこれらの行動制限に対する最小化の努力とその明確な指針が緊急に求められるに至った。しかし社会一般の人々にとって、いわゆる心の病と行動制限の必要性とはにわかに結びつかないと思われる。そこでこの指針では、まずその点についての説明を十分に加えることで、行動制限の最小化の必要性とその限界についての理解を深めたいと思う。

精神疾患は心の病と言われる。心とは脳の機能であるから、心の病とは脳の機能障害ということになる。脳が機能障害に陥ると、脳の重要な機能である思考・感情・意欲・意識などに多かれ少なかれ異常をきたして幻覚・妄想などに行動が左右される状態になることもあるため、判断能力は種々の程度に低下する。社会生活や日常生活を維持できないほど判断能力が低下した状態では、自己の病気の質や程度を自分自身で正確に推し量ることはできない。このように判断能力が低下した状態が、他の生物と同様に生来備わっている攻撃性(岩本1998, 前田1998)と密接に関連した場合、不測の事態が起こりうる。例えば攻撃性が外に向けば器物や他人への暴力となり、攻撃性が内に向けば自傷・自殺企図につながる。攻撃性の強弱は、精神疾患の有無にかかわらずある程度遺伝的に規定され(Schneider et al 1992)、学習により変更・修飾される(Lagerspetz & Lagerspetz 1971)個人のもつ特性(Doudet et al 1995, Hatta et al 1999)である。したがって必ずしもすべての患者が強い攻撃性を示すわけではないが、そのような状態に対処する術がなければ、精神科病院あるいは精神科病棟は本来の治療機能を発揮できない(Fisher 1994)。隔離および身体拘束の専門的技術は、患者が強い攻撃性を示す状態においても医療者が患者に接近して迅速かつ十分な治療や看護を施すことを可能にする。

抗精神病薬が治療法として確立される以前には、隔離および身体拘束は頻繁に行われていた。しかし近年の薬物療法の発達により、身体的に健康で抗精神病薬に対する治療反応性の良好な患者には隔離および身体拘束の必要頻度は減じている。それでもなお、病初期の自分を制御できない時期(Kullgren et al 1996)、攻撃性の極めて高い患者(Salib et al 1998)、身体合併症のため十分に薬物を投与できない場合、あるいは薬物に対する治療反応性が低い場合(Kasper et al 1997)などには隔離および身体拘束を必要とする頻度が高くなる。したがって入院治療における隔離および身体拘束の意義は今後も小さくない。

しかし同時に、これらの行動制限を最小化する努力も人権に対する配慮という観点から極めて重要である。精神科医療の現場は、必要最小限の行動制限を実施することと患者の人権に対する配慮との間のジレンマに常に悩んできた。このため、隔離および身体拘束の

意味、医療的位置付け、適応などの明確な指針を共有することが緊急に必要である。本指針を作成するにあたって、平成11年6月30日時点でわが国に存立するすべての精神科病院および精神科病棟1,548施設に質問票を送付して1,090施設(70.4%)から回答を得た。その結果、隔離および身体拘束を少なくする最も効果的な方法として現場の医療者の間で共通して認識されている項目が6つあった。まず、医師および看護者の増員である。その結果、他害や迷惑行為など対人関係を理由に行動制限を行う頻度を減らすことができる。2つ目は、精神科病棟の改築などにより居住性の良い個室を増やすことである。そのような個室を使用すれば、格子のある保護室を使用しなくても、被害関係付けにつながる外界からの刺激を遮断して患者本人の苦痛を緩和するといった目的(Gutheil 1978, Schwab & Lahmeyer 1979, Tardiff 1999)は達成できる場合が少なくない。すなわち患者本人を医療的に保護する目的での隔離の頻度を減らすことができる。3つ目は、病棟全体、病室、共用部分などを広くして閉塞感を改善させるといった環境効果で患者の攻撃性が緩和できる。このような環境効果は、欧米の臨床研究(Boe 1977, Dietz & Rada 1982, Rago et al 1978, Rogers et al 1980)において明らかにされている事柄である。しかしこれら3点はいずれも経済的裏付けを必要とするため、長期的な課題として検討していく必要がある。4点目は、行動制限の最小化を推し進めていく過程で、隔離および身体拘束をしなかったことで起きた事故、例えば自傷他害や転倒による骨折などについて、医療関係者に対する過剰な責任追及を行わないという社会的合意が構築される必要があるということである。そのような合意があれば、防衛的な隔離および身体拘束を減らすことが可能となるため、行動制限の最小化が促されることになる。5点目は、医療者が隔離および身体拘束の内容・方法・時間などについて再検討してその最小化のためにいっそうの努力をすること、6点目は、隔離および身体拘束に対する第三者を含めた審査機関を設置することである。これらの2点は、現状の精神科医療が置かれている厳しい経済状況下でも、短期的な医療者の努力で隔離および身体拘束の最小化の推進が期待できると思われる項目である。本指針はこの2点に主眼を置いて、現行の関係する法規およびWHOの最小規制の原則(1996)を考慮しながら、臨床的視点で現時点における最良のものとなるよう作成した。今後隔離および身体拘束の最小化への努力の過程で生じるであろう新たな課題に対しては、常に議論が継続される必要があり、その検討を通してこの指針の改訂がなされることになる。

これまで閉鎖的な傾向があった精神医療の一般情報について、これを機会に透明化され、社会一般の人々に精神科治療の持つ意義が深く理解されることを願っている。社会の理解を得ることは、患者やその家族、および精神医療に携わる者にとっても望ましいことであり、相互の良好な治療関係の構築に寄与することと思われる。

1. 医療行為としての隔離および身体拘束の定義

■ 医療行為としての隔離および身体拘束の定義

1. 隔離とは、保護室、個室、あるいは多床室に患者1名を入室させて施錠することによる行動の制限である。患者2名以上を入室させて施錠することは危険であるため行うべきではない。
2. 身体拘束とは、医療的な配慮がなされた拘束用具により体幹や四肢の一部あるいは全部を種々の程度に拘束する行動の制限である。

- 1-1 隔離とは、保護室、個室、あるいは多床室に患者1名を入室させて施錠することによる行動の制限である。患者2名以上を入室させて施錠することは危険であるため行うべきではない。
- 1-2 身体拘束とは、医療的な配慮がなされた拘束用具^{注1)}により体幹や四肢の一部あるいは全部を種々の程度に拘束する行動の制限である。

注1)衣類および綿入り帯などによる身体拘束が最も一般的であるが、確実性・安全性のみならず行動制限の最小化という視点からはマグネット式の製品が推奨される。マグネット式の製品は身体各部位の可動域を調節できるため、患者の苦痛を可能な限り最小限に緩和することができる。さらに、着脱が容易であるため、1肢のみの拘束中断や時間限定の中断といったような身体拘束の部分的な中断を促すことができる。このようにマグネット式の拘束用具の使用は身体拘束を段階的に解除することを容易にするため、行動制限の最小化に繋がる。

2. 隔離および身体拘束の目的と対象患者

2-1 隔離の目的

■ 隔離の目的

1. 刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和すること
2. 他害の危険を回避すること
3. 自殺あるいは自傷の危険を回避すること
4. 他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護すること
5. 自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護すること
6. 身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行すること

2-1-1 刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和すること

他の患者の声や行動、あるいはテレビの音声や映像は、幻覚妄想に支配されている患者にとって妄想知覚としていっそう被害的に認知され、自己制御不能なほどの興奮性の亢進につながる。したがって刺激の少ない静穏な環境に移すことは、患者の興奮を最小限に留める効果があり、結果として過剰な鎮静剤の投与が回避される。幻覚妄想に支配されている患者にとって、このような環境効果とそれに付随する薬物療法上の危険性の最小化は、大きな利益であると考えられる。

2-1-2 他害の危険を回避すること

患者の攻撃性が亢進した場合、他の患者や医療者に暴力を振ることがあり、ときには殺傷に及ぶ。したがって攻撃性が亢進して暴力の危険性が高くなった患者あるいは暴力に及んでしまった患者は、鎮静剤の効果発現によって攻撃性が低下するまでの間、個室に移して待つ必要がある。このように危険を回避することは、被害者を作らないといった意味のみならず、攻撃性の亢進した患者が加害者とならないようにする点でも重要な意義がある。加害者となった場合、精神症状改善後に他害したことについて患者自身も深い苦悩を味わうことになるからである。

2-1-3 自殺あるいは自傷の危険を回避すること

病棟の外のみならず、病棟内でも自殺を完遂する患者は少なからず存在する。隔離は、室内を観察できるモニターカメラが設置されているなら、あるいは医療者が専従的に常時の観察を行いうる状況であれば、このような自殺防止に有効である。しかし観察モニターカメラがない場合、あるいは観察モニターカメラがあっても他の重篤な患者の看護を並行するため専従的観察が不可能な状況では、隔離のみで自殺の危険性を十分に回避できないこともある。その場合、後述の身体拘束が選択枝となりうる。

2-1-4 他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護すること

器物損壊、迷惑行為、不適切な言動は、他の患者の治療に悪影響を及ぼすのみならず、当該患者の人間関係を著しく損なうため精神症状の軽快後に患者自身が苦悩することになる。

2-1-5 自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護すること

興奮性は多弁多動といった表面化した興奮性のみならず、内的不穏が顕著な場合や爆発性・衝動性を伴う場合などが含まれる。

2-1-6 身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行すること

糖尿病を合併する患者が食事制限を守れない場合や水中毒の患者が飲水制限を守れない場合、精査や治療は不可能である。このように様々な身体疾患の検査および治療に患者が協力できない場合には、隔離は不可避である。

以上の目的に適合する状況の患者が隔離の対象となりうる。

その他、隔離を必要とする具体例を末尾の付録3に列挙する。これらは全国調査で抽出した代表的な例であり、他にも隔離以外に代替手段がない状況は臨床上発生しうる。ただ

しそれらは、先に列挙した隔離の目的のいずれかに該当すると思われる。いずれにも該当しないが隔離以外に代替手段が考えられないといった状況が発生した場合は、後述の病院内審査機関で慎重に検討されるべきである。それは本指針の改訂への示唆となりうる。臨床現場では机上の論議と異なり、想像を越えるできごとがときに発生する。その際、臨床現場の適切な医療行為を本指針が裏付けることができない場合は、本指針に対する増補あるいは改訂がなされるべきである。

2-2 身体拘束の目的

■ 身体拘束の目的

1. 以下に該当する場合の他害の危険を回避すること
 - ①突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合
 - ②身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合
 - ③患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合
2. 以下に該当する場合の自殺あるいは自傷の危険を回避すること
 - ①突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合
 - ②身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合
 - ③患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合
3. せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること

2-2-1 以下に該当する場合の他害の危険を回避すること

2-1-2 の隔離が適応される場合と異なる点は、身体管理の問題が付随するといった質の差、あるいは他害の危険性がいっそう切迫しているといった程度の差が挙げられる。

1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合

脳出血・脳腫瘍などの頭蓋内占拠性病変、脳炎などの中枢神経炎症性疾患、代謝性脳症、あるいはその他の脳器質性疾患が潜在する場合には、薬物が予測できないほどの過剰な鎮静を招いて、吐物による窒息や誤嚥性肺炎を惹起することがある。また、薬物が意識水準を低下させたり、器質性疾患による脳波の徐波化を薬物惹起性と誤認させたりするなど、臨床像を混乱させる可能性がある。したがってこのような場合、隔離や薬物による鎮静のみを行うことは、十分な身体管理が不可能であるため身体拘

束より危険である。

- 2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合

呼吸器や循環器に重篤な合併症がある場合、鎮静のための薬物の大量投与は呼吸抑制、QT 延長や重篤な不整脈などを惹起して致死的になることがある。また、肝機能や腎機能に重篤な障害がある場合、代謝や排泄の障害によって薬物は容易に中毒量に至る。このような場合、身体疾患への安全性が優先されるため、鎮静には不十分な量の薬物しか投与できないことがある。鎮静できないまま持続点滴や尿道カテーテル留置などの身体治療や身体管理を併行する際、患者自身によって点滴ルートや留置カテーテルが抜去されることは少なくない。これは大量の出血や尿道裂傷など深刻な事故に直結するため極めて危険である。したがって隔離のみでは対処できず、身体拘束は不可避である。薬物過敏症によって薬物を投与できない場合も同様である。

- 3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合

次のような実例がこの項目の代表的なものである。極めて屈強な男性患者が保護室内で激しい精神運動興奮を呈したため、当直医師および夜勤看護者のみでは保護室に入室できず、応援の男性医師および男性看護者の到着を待った。男性医療者が総勢 10 名集まったところでマットレスを盾に保護室内に入り、医療者が次々に飛ばされながらもようやく鎮静のための注射をすることができ、治療計画の立て直しを図ることができた。一部の医療機関以外は、緊急時であっても男性医療者を 10 名も揃えることは不可能である。

この他、精神科救急に警官によって搬送される症例は、身柄確保の際に警官 6-8 名を必要とすることが珍しくない。中には機動隊の出動も含めて 30 名程度の警官を要した場合もある。このような患者に対して数名の医療者で対応することは不可能と考えるのが常識的である。

医療者が十分に患者に接近できなければ治療・看護といった医療行為を遂行することはできない。しかも、迅速に医療が施されなければ、遅延する分だけ患者は激しい精神症状に苦悶することになる。迅速かつ十分な医療行為を通して自傷他害に及ぶような精神症状が改善されることは、患者にとって極めて有益である。

- 2-2-2 2-2-1 の 1)- 3) に該当する場合の自殺あるいは自傷の危険を回避すること

同 3) については、自殺や壁に頭を打ち付けるなどの自傷行為などの防止のみならず、便を壁に塗りたくるあるいは便器内の水を飲むなどの著しい不潔行為が隔離後も続くような場合も含まれる。著しい不潔行為は、結果的には自傷的である。

2-1-3 の隔離が適応される場合と異なる点は、身体管理の問題が付随するといった質の差、あるいは自傷・自殺の危険性がいっそう切迫しているといった程度の差が挙げられる。

2-2-3 せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること

せん妄などの意識障害の状態では、行動の予測が困難であり、点滴を抜去したり他者に暴力を振うなどの危険な行動が突発的に発生する。これを防止する為に身体拘束を必要とする。

以上の目的に適合する状況の患者が身体拘束の対象となりうる。

その他、身体拘束を必要とする代表的な具体例を末尾の付録3に列挙する。臨床現場にはこの他様々な例がある。

3. 隔離および身体拘束を実施する際の最小化への留意点

3-1 隔離を実施する際の手順と最小化への留意点

1) 実施の判断^{注2)}

隔離の実施にあたっては、代替方法がないこと、および必要最小限となるように行なわれることが基本原則である。精神保健福祉法（以下、法と略す）によって精神保健指定医（以下、指定医と略す）は隔離実施に関する専門的医療的判断が認められている。この判断には、著しい逸脱がない限り裁量性が認められる^{注3)}。なお、12時間以内の隔離であれば指定医でない医師が判断してもよい。

2) 実施

隔離の開始にあたって患者にその理由を説明する。安全上、可能な限り多数の医療者によって行うことが望ましい。また、家族に対しても隔離を行う理由を説明することが望ましい。

3) 記録

以下の項目について、12時間以内であれば医師が、12時間を越える場合は指定医が診療録に記載する。付録4に例を示した。

a. 隔離を行う場所

例えば保護室を使用したのか、個室を施設したのか、あるいは多床室を一人用として施設したのかを明示する。また、開放観察^{注4)}をする場合はその内容についても記載する。

b. 隔離を必要とした理由

症状、状態像、逸脱行動の内容、あるいは隔離をしない場合に予測される問題などを明示する。

c. 隔離を開始した年月日および時刻

隔離開始の年月日および時刻を診療録に明示する。さらに、隔離が漫然と行われないうために、あらかじめ隔離に関する治療計画の見直し限度となる日時を明示することが望ましい^{注5)}。隔離に関する治療計画の見直し限度となる標準的期間は施設毎に設定されてよいが^{注6)}、可能な限り短くするべきである。倫理的および法的な配慮と臨床的な現実性を考慮して、7日ないし8日間程度という標準設定の一例が挙げられる。また、その期間内であっても隔離が不要になれば速やかに解除するべきである。逆にその期間を過ぎて

も隔離の継続が必要と見込まれる際は、見直し限度となる日時の前に再度隔離開始の年月日および時刻、見直し限度となる日時を付録4のような書式に従って明示し、指示を更新する。

d. 隔離の必要性を判断した医師の氏名

4) 観察

精神科病棟においては、患者の精神状態、睡眠状態、および他の患者や医療者との人間関係などの観察を一般医療よりきめ細かく行っている。隔離を行っている間は、そのような精神科病棟の通常の観察よりも重点的な観察を頻回に行わなければならない。この場合の観察は、通常の臨床的観察に加えて、隔離の継続あるいは解除の検討を行う際に必要な情報を収集する姿勢が重要である。例えば攻撃性、衝動性、拒絶あるいは非協調性、現実検討能力、約束を遵守できるかといった事柄などに対する観察は、判断能力の回復の有無を検討する際に参考になる。このような重点的な観察は、看護者などが少なくとも2時間毎に行うのが一つの目安である^{注7)}。会話を通じた直接的観察あるいは会話を通さない客観的観察が必要に応じて選択されてよい。観察結果は主に看護記録に記載されるが、経時的看護記録方法を採用していない医療機関では特別な工夫が必要となる。

5) 評価

医師は原則として少なくとも毎日1回診察を行い、所見を診療録に記載する。記載の内容は単に病状のみでなく、隔離の継続の必要性、解除の可能性、あるいは開放観察への制限緩和の可能性を検討した結果について触れることが望ましい。このような隔離継続に関する評価を常に意識する姿勢は、隔離期間を必要最小限にとどめるために重要である。

6) 解除^{注8)}

隔離解除の判断は、人権の制限とは逆の行為であることおよび隔離が不要になった場合に遅滞なく隔離が解除されるべきであることから、指定医でなくても可能である。ただし、隔離を解除することによって患者自身および他の患者が被る不利益などについても、予め十分な検討がなされるべきである。解除の日時および時刻は診療録に記載する。

注 2) 実施の判断は、米国では通常看護者によって行われる。医師は、看護者によって実施された隔離および身体拘束の妥当性を可能な限り迅速に検討してその継続の指示を行う (Tardiff 1992)。これに対してわが国では、実施の判断が医師、12時間を越える場合あるいは身体拘束の判断は指定医に限定されている。このことは、わが国では現時点で既に厳格な法制度によって患者の人権が守られていることを意味する。

注 3) 米国では 1982 年に最高裁において、自傷他害を防止するための行動制限は、専門的標準を基本的に逸脱しない限り、厳格な制度より医師の専門性にに基づく臨床的判断に従うといった医師の裁量を支持する判断が示されている (Tardiff 1999)。

注 4) 開放観察とは、行動制限開始時に比べて症状は改善されてきたが行動制限を解除するほどの安定には至っていないと判断される患者に対して、指定医の治療計画に基づき1日のうち一定の時間隔離を中断して症状を観察することをいう。具体的には、患者に説明の上、隔離中断の時間施錠を解除して患者の意思により病棟内の共有空間と往来可能にすること、あるいは共有空間で過ごさせることをいう。このように隔離の完全な解除に先立って病状を慎重に観察しながら段階的に隔離の程度を緩和していく開放観察は、その安全性を考慮して実行が可能な場合には推奨される方法であり、隔離期間を最小化するために有効である。

米国においてもこのような隔離の解除に向けての段階的な開放観察は当然のこととされ、開放観察中に患者が自己制御を欠く行動や治療への非協力的態度が認められた場合、制限の強い段階に戻すという指針が示されている (Tardiff 1999)。

注 5) 隔離および身体拘束の時間的な見直し限度設定の必要性について

隔離および身体拘束の実施にあたって恣意性が働くとすれば、それは隔離および身体拘束を開始するか否かという判断においてではなく、その継続期間においてであると考えられている (Soloff & Turner 1981)。その根拠として、医療者の経験年数と隔離および身体拘束の施行頻度との間に相関は認められず、隔離および身体拘束の開始についての意見が医療者の間で高い割合で一致するといった研究成果が挙げられる (Schwab & Lahmeyer 1979)。

注 6) 米国では、米国精神医学会による隔離および身体拘束の基本的な指針 (American Psychiatric Association 1985) に加えて、各医療機関がその病棟機能・医療者の状況・入院患者の疾患種別などに応じて隔離および身体拘束に関する治療計画の見直し限度となる期間や観察間隔などの詳細を示した独自の指針をもっている (Tardiff 1999)。

注 7) 米国精神医学会の隔離および身体拘束の指針を作成した Tardiff (1999) によれば、看護者による窓越しの観察は少なくとも15分毎、直接入室しての観察は少なくとも2時間毎といった目安が示されている。ただし危険性が高い場合、入室には適切な人数が揃わなければならないことも示されている。また、看護者による1対1の常時の観察は、ときに患者にとって強い精神的侵襲をきたすことおよび他の患者への注意が減ることから、慎重に行われる必要があることが示されている。

注 8) 洗面、入浴、掃除などのために施錠された個室から暫時退室することは、隔離解除とみなさない。これは隔離中の患者および部屋の衛生に対する配慮である。食事、排泄、面会、喫煙などのための暫時の退室も、隔離を少しでも快適にするための患者への配慮であり、隔離解除とはみなさない。検査のための暫時の退室も隔

離解除とはみなさない。また、注2に示した開放観察中の保護室からの一定時間の退室も指定医の治療計画に基づく行動制限の中断であって、隔離解除ではない。したがって、これらの状況における暫時の退室後の再入室にあたっては、あらためて指定医の診察を要するものではない。

3-2 身体拘束を実施する際の手順と最小化への留意点

1) 実施の判断

身体拘束の実施にあたっては、代替方法がないこと、および必要最小限であることが基本原則である。法によって指定医は身体拘束実施に関する専門的な医療的判断が認められている。この判断は、著しい逸脱がない限り裁量性が認められる。

2) 実施

身体拘束の開始にあたって患者にその理由を説明する。安全上、可能な限り多数^{註9)}の医療者によって行うことが望ましい。また、家族に対しても身体拘束を行う理由を説明することが望ましい。

3) 記録

以下の項目について、指定医が診療録に記載する。付録4に例を示した。

a. 身体拘束方法

体幹、四肢、体幹および四肢のいずれであるか拘束部位を明示する。四肢のうち一部のみの拘束を行う場合などにもその部位を明示する。

b. 身体拘束を必要とした理由

症状、状態像、逸脱行動の内容、あるいは身体拘束をしない場合に予測される問題などを明示する。

c. 身体拘束を開始した年月日および時刻

身体拘束開始の年月日および時刻を診療録に明示する。さらに、身体拘束が漫然と行われないうちに、あらかじめ身体拘束に関する治療計画の見直し限度となる日時を明示することが望ましい^{註5)}。身体拘束に関する治療計画の見直し限度となる標準的期間は施設毎に設定されてよいが^{註6)}、可能な限り短くするべきである。倫理的および法的な配慮と臨床的な現実性を考慮して、7日ないし8日間程度という標準設定の一例が挙げられる。また、その期間内であっても身体拘束が不要になれば速やかに解除するべきである。逆にその期間を過ぎても身体拘束の継続が必要と見込まれる際は、見直し限度となる日時の前に再度身体拘束開始の年月日および時刻、見直し限度となる日時を付録4のような書式に従って明示し、指示を更新する。

d. 身体拘束の必要性を判断した指定医の氏名

4) 観察

観察に関する要点は3-1の4)隔離の観察の項と同様であるが、さらに、拘束部位の阻血などにも留意した綿密な観察が必要である。このような重点的な観察は法では常時行われる

べきとされている。実際の観察は、看護者などが少なくとも2時間毎に行うのが一つの目安である。観察結果は主に看護記録に記載されるが、経時的看護記録方法を採用していない医療機関では特別な工夫が必要である。

5) 評価

医師は毎日1回以上可能な限り頻回の診察を行い、所見を診療録に記載する。記載の内容は単に病状のみでなく、身体拘束の継続の必要性、解除の可能性、あるいは部分的な身体拘束解除といった制限緩和の可能性を検討した結果について触れることが望ましい。このような身体拘束継続に関する評価を常に意識する姿勢は、身体拘束期間を必要最小限にとどめるために重要である。

6) 解除^{注10)}

身体拘束解除の判断は、人権の制限とは逆の行為であることおよび身体拘束が不要になった場合に遅滞なく解除されるべきであることから、指定医でなくても可能である。ただし、身体拘束を解除することによって患者自身および他の患者が被る不利益などについても、予め十分な検討がなされるべきである。また、身体拘束の全面的な解除に先立って病状を慎重に観察しながら部分的に拘束を解除していく方法は、その安全性を考慮して実行が可能な場合には推奨される方法であり、身体拘束の期間を最小化するために有効である。解除の日時および時刻は診療録に記載する。

注9) Manual of Psychiatric Emergencies 第3版 (Hyman & Tesar 1994) によれば、拘束は多数のスタッフ、理想的には5人以上ですることが望ましいとされている。しかしわが国の精神科病棟の現状を考えると、特に夜間などはそれだけの人数を揃えることは容易ではない。Manual of Psychiatric Emergencies にはその他に、患者の四肢を1人1肢ずつ確保してもう1人は頭部を保護する役割を担うといった具体的な計画に則って行うこと、患者への接近はなるべく患者の注意をそらしながら行うこと、鎮静剤は患者が抵抗する際に徒手的な拘束の完了と同時に注射できるよう予め準備すること、快適性と安全性を確認するため頻回に確認が必要なこと、神経の牽引や圧搾による損傷を惹起しないように四肢を捻転させないことが重要であること、拘束理由を冷静に患者に説明すること、適切な数の医療者が揃わない限り決して拘束を解除してはならないこと、身体拘束が必要であったにもかかわらず医師の心情的理由から拘束をしない場合に患者および医療者にとって恐ろしい結果を招きうることなどが記されている。

注10) 洗面、入浴、寝具交換などのために暫時身体拘束を中断することは、身体拘束中の患者および部屋の衛生に対する配慮であるため、身体拘束の解除とはみなさない。食事、排泄、面会、喫煙などのための暫時の身体拘束の中断も、身体拘束を少しでも快適にするための患者への配慮であり、身体拘束の解除とはみなさない。検査のための暫時の身体拘束の中断も身体拘束の解除とはみなさない^{注11)}。したが

って、このような身体拘束の一時的な中断の後の再拘束にあたっては、あらためて指定医の診察を要するものではない。

注 11) 米国における指針では、これらの行為などのために身体拘束を暫時中断することは「拘束用具をはずす (remove)」と表現され、解除 (release) とは概念上明確に区別されている (Tardiff 1999)。

3-3 緊急事態発生時の対応

突発的な自傷他害行為が発生した際に、医師が他の緊急を要する患者に対応中などの理由で現場に急行できない状況にあるときは、看護者は速やかに他の指定医あるいは医師に連絡して指示を受ける必要がある。しかし、連絡する時間もないほどの緊迫した状況にあるときは、やむを得ず看護者によって暫定的な行動制限がなされることもありうる。わが国の法律においては、緊急避難は違法とはされない。ただし緊急避難であっても、その開始後可及的速やかに指定医あるいは医師に連絡して指示を受ける必要がある^{注 12)}。また、暫定的な行動制限が真に緊急避難に該当したか審査を受ける必要があるため、その状況についての記録を残しておかなければならない^{注 13)}。

注 12) 注 2 でも触れた通り、米国では通常看護者によって隔離および身体拘束が開始され、医師によってその妥当性の評価および継続の指示が行われる。この場合、医師の診察は看護者による隔離および身体拘束の開始後 1 時間以内が好ましいというおおよその基準を米国精神医学会は推奨している。しかし、各医療機関によって事情が異なるため、その時間は各医療機関の裁量の範囲内であることも明示されている (Tardiff 1999)。

注 13) 欧米においてもこのような緊急事態では、倫理的および法的に柔軟な対応が許されている。むしろ他の患者の安全に対する倫理的責任をも負っているという考え方に基づいて、法的義務が認められることもある。緊急事態における隔離および身体拘束の開始について医療者の間に意見が大きく異なることは臨床上ないが、その正当性に関する細心の事後評価が重要なことであると考えられている (Roth 1987)。