

「ECT (Electroconvulsive Therapy) について」

群馬県立精神医療センター

高野 潔、佐藤 浩司

1 はしめに

ECTは、これまで日本国内では、精神科治療の手段として正当な評価を得ていなかったか、1990年代以降欧米諸国で既に実施されていた「修正電気けいれん療法」の技法が輸入されるにつれ、その治療効果が見直されつつある。地域、病院での格差はまたあるか、先進的に「修正電気けいれん療法」を実践している病院では、患者に対する病状改善の実績を上げている。また近年になって、幾つかのECTに関する翻訳書、成書も出版され、症例報告等も数多く認められるようになった。現在では薬物療法と並んで、精神科患者に対する病状改善に対して欠かすことの出来ない治療手段と考えられる。

新法下における指定入院医療機関においても、ECTは、必須の治療法と考えていたろう。ただ指定入院医療機関での治療目標を鑑みて、しっかりした原則の下に施行するべきであろう。

2 ECT施行における原則

ECT施行に際しては、

- ①治療行為か、患者本人のスティグマとならないような十分な配慮を必要とする。
- ②標準的薬物療法を施行し、その上で薬物治療抵抗性と考えられた場合、施行を考慮する。
- ③修正型電気療法で行う(modified-ECT)。
- ④同意と説明の原則を遵守する。
- ⑤認知機能障害等の副作用の評価を厳密に行う。
- ⑥適応疾患、慎重、禁忌を厳密に行う。

2 適応疾患 (ICD-10)

- ①症状性を含む器質性精神障害 (F0) (禁忌疾患に留意する)
- ②精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1)
- ③精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害 (F2)
- ④気分(感情)障害 (F3)

3 適応段階

入院治療病棟における標準型薬物療法を経て、治療抵抗性の病状と判明したときにはじめて使用を考慮する。

4 インフォームトコンセントに関して

- ①原則として、本人への十分な説明の上、同意を得て、施行する。
- ②本人が拒否をした場合、それよりもECT施行か利益が多いと考えられた場合のみ、強制施行する。施行にあたっては、院内および外部の同意を必要とする。
- ③一定の書式による説明書、同意書を使用する。

5 適応除外

頭蓋内占拠性病変、不安定な脳動脈瘤や血管奇形、最近の脳出血か脳梗塞、最近の虚血性病変、明らかな褐色細胞種の存在、著しい感染

6 修正型電気療法について (modified-ECT)

いわゆる無けいれん電気療法、使用機械は短矩形pulse波治療器 (Thymatron System IV)。麻酔専門医に呼吸循環系を管理してもらい施行される。

6 認知機能障害について

ECTの副作用として精神科医的に最も問題となるのか「健忘症状」を含む認知機能障害である。新法下での治療では、治療対象者自身の「本人の行動に対する直面化」「病識獲得」は最も重要な目標となろう。ECTによる副作用としての認知機能障害はその治療目標到達に対する阻害因子となる可能性もある。その点を十分に考慮した施行前評価、施行中評価、施行後評価をしなくてはならない。

7 ECT施行の実際

(附1) 群馬県立精神医療センターにおけるECTの実践

(附2) 患者、家族に向けた修正型電気治療についての説明 (群馬県立精神医療センター)

当センターにおける急性期 ECT の適応と実際について

状況による ECT の適応

〈 一次選択治療としての ECT の適応 〉

- 精神科的または身体的疾患がその時点で重症であり 迅速で確実な治療反応が求められる場合。
- 他の治療(おもに薬物療法)の危険性が ECT の危険性を上回る場合。
- 以前のエピソードで 薬物療法の反応が不良で ECT が著効示していた場合。
- 患者本人および家族より希望する場合。

〈 二次選択治療としての ECT の適応 〉

- 薬物治療抵抗性の場合。
- 忍容性と副作用の点で ECT が薬物療法より優れると考えられる場合。
- 精神科的または身体的疾患の悪化(再燃)のために 迅速で確実な治療反応が求められる場合。
- 精神症状により隔離が長期化する もしくは長期化が予想される場合(?)。

適応となる主要な診断

- 単極性うつ病
- 双極性障害(抑うつ状態)
- 双極性障害(躁状態)
- 統合失調症
- 分裂感情障害
- 精神作用物質誘発性精神障害
- 精神発達遅滞
- 神経症圏(強迫神経症など)

対象とする症状および状態像

- 抑うつ状態(抑制主体)
- 抑うつ状態(激越性)
- 抑うつ状態(精神病症状伴う)
- うつ病性昏迷
- 躁状態
- 躁状態(精神病症状伴う)
- (躁的)精神運動興奮状態
- 躁うつ混合状態
- 幻覚状態
- 妄想状態
- 緊張病性昏迷
- 緊張病性興奮
- 支離滅裂状態(意識混濁のない錯乱)
- 増動状態(思路弛緩した)
- 被刺激性亢進(不機嫌、易怒 etc)
- 突発 衝動性の行動異常が持続
- 頻回の自傷行為
- 強迫状態

適応除外

- 頭蓋内占拠性病変
- 不安定な脳動脈瘤や血管奇形
- 最近の脳出血 or 脳梗塞
- 最近の虚血性心疾患
- 明らかな褐色細胞腫の存在
- 著しい熱発(m-ECT の場合)

ECT の手技選択

A) 修正型 (modified-ECT→" m-ECT")

短矩形 pulse 波治療器(Thymatron SystemIV)を使用。

B) 従来型 (unmodified-ECT→" u-ECT")

原則として、①55歳以下で、②病状により緊急性ある場合、を対象とする。

インフォームド コンセントに関して

現状では、m-ECT と u-ECT 用の説明書 同意書を用いている。

- 本人と家族へ説明し、各々同意書へ sign
- 家族のみに説明し、同意書へ sign

術前評価

I 精神医学的評価

- 状態像の再評価(ex HRSD, MMS, HDS-R 等)
- 投与中の向精神薬の整理

II 身体的評価

- vital の確認
- 合併症の評価
- 既往症およびアレルギーの確認
- 歯列および義歯の check

III 術前臨床検査 必須項目のみ

- 血液検査(血算、生化学、血清)
- 心電図⇒1ヶ月以内
- 頭部 CT 胸 腹部 X-P⇒3ヶ月以内
- 脳波⇒事前であれば望ましい、必要により follow up

ECT 治療手順

【 m-ECT の治療手順 】

- ① 前日 21 時以降の禁飲食
(0 時頃までは服薬飲水可)
- ② 術前 vital 測定 (体重も)
- ③ 治療室への移動
(必要によりトルカムにて鎮静)
- ④ 静脈路の確保 (ラケット 500ml にて keep)
- ⑤ BP ECG SPO2 モニター、タケットの装着
→ 継続的に vital 測定
- ⑥ Thymatron 用の EEG EMG ECG モニター装着
- ⑦ Thymapad の装着
(アルコール清拭 → 電導性 gel 塗布)
→ 随時、静的に心電図測定する
- ⑧ 麻酔科医への presentation
(2 回目以降は麻酔薬量と換気について相談)
- ⑨ 刺激用量 (% energy) の決定
- ⑩ マスクによる純酸素投与開始
- ⑪ 硫酸アトピン (0.5 ~ 1mg) 投与
→ 麻酔科医の意見による (頻脈の場合)
- ⑫ 麻酔薬 (propofol 概ね 1 ~ 1.5mg/kg) 投与
- ⑬ タケット on
- ⑭ SCC (概ね 0.5 ~ 1mg/kg) 投与 → fasciculation 確認
- ⑮ ハイトロック (Ventil-A) の挿入
- ⑯ 通電 (→ time count 開始)
- ⑰ 臨床的発作と EEG 上の発作波の確認 (×)
- ⑱ バッグによる換気再開
- ⑲ タケット off ハイトロック抜去
- ⑳ 意識レベル、呼吸状態の回復を待つ
- ㉑ 麻酔科医の指示にてリハビリ室へ
→ 酸素 4L/min で 30min が標準
- ㉒ 病棟へ搬送
→ この時点で line 抜去
→ 飲食は術後 90min が標準

《 u-ECT の治療手順 》

- ① 前日 21 時以降の禁飲食 (0 時頃まで服薬飲水可)
↓
但し 緊急性の場合は 6 時間以上の飲食 (-) が確認できれば可としている。
- ② 術前 vital 測定 (BT BP HR SPO2)
- ③ sine 波治療器準備 (100V が標準)
- ④ イソフルラン 1A + 蒸留水 20ml 入眠まで i.v.
- ⑤ 硫酸アトピン 1A i.v. (④ ⇔ ⑤ 可能)
- ⑥ 電極付着部位をアルコール清拭
- ⑦ 必要によりハイトロック挿入
- ⑧ 頭部 顎部の保持、肩甲骨下 腰部に cushion
(腕を入れる)
- ⑨ 通電 (5sec が標準) → 同時に time count 開始
- ⑩ 強直間代発作の確認 (通電開始より 20sec 目安)
- ⑪ 酸素投与 5L/min を 5 ~ 10min
- ⑫ vital 測定 (BP, HR, SPO2)
→ 発作終了直後と酸素終了後が標準
- ⑬ 意識回復の評価 以下を目安
呼名開眼 命令による舌突出 両膝挙上 離握手
- ⑭ 完全覚醒まで臥床安静 → 飲食開始の目安は？

(×) 発作の判定についての現状

発作不発 ⇒ 刺激後に①EEG 上発作波を認めない かつ②運動成分で間代相が全く現れない。

発作中断・短時間発作

⇒ 刺激後に①EEG 記録上、**発作波**(典型的には poly spike→spike&wave complex→suppression)が 20sec 以下、かつ②運動成分で間代相が不明瞭。

◇ たたし ①EEG 記録上、**発作波**が 15~20sec であるが、**高振幅の spike&wave complex**が明瞭、かつ②運動成分で間代相が明瞭の場合は『適切な発作』と判断している。

- 再刺激の際は上記いずれの場合も 60sec の間隔を開けること。
- 再刺激は 1 セノノン 3 回まで。

副作用評価について

□ 発作後錯乱 (post-ictal agitation)

- 覚醒時における失見当識から起こる。
- ◎発作時間長いとき ◎高齢者、◎背景に多発性脳梗塞などの存在 等の要因で起きやすい。
- 大抵は、覚醒水準↑に伴い 1 時間以内に改善。
- 安静保てず不穏の時は トルカム IV で対応する。

□ 発作間せん妄

- ECT 施行中および終了後数週にわたる、明識困難状態 (JCS I-1or2) のことをいう。
- 大抵は ECT コース終了後 1~3 週間くらいで改善する。
- 各回 ECT 直後の失見当識からの回復に時間を要する場合は注意を要する。
- 見当識障害ばかりが目立つなら ECT 一旦中断を考慮する。
- 評価として ①回診での三分野の見当識評価(人物 場所 日付時間)の習慣付け、②MMSE 実施 ③簡易記憶検査法(後述)の実施 ④脳波

□ 記憶障害

前向性健忘

- 新しく学習した情報を急速に忘れることに特徴付けられる。
- ECT 施行中は 施行前と比較してより多くの事項について即時再生できるが 遅延再生がしばしば障害されるという。しかし ECT 終了後 1~2 週間以内に前向性健忘は速やかに改善するという。事実 ECT 後数週以上にわたる前向性健忘の報告はないらしい。

逆向性健忘

- 個人的情報(自伝的出来事)と社会的情報(世間の出来事に対する知識)で考える。
- 通常 ECT 導入の直前に起こった出来事を忘れる(社会的>個人的)。遠い過去の出来事ほど影響を受けない。
- ECT 施行中~数日後において、導入より数ヶ月~数年前の出来事の再生が困難になる場合があるが 大抵は緩徐に回復して再生可能となる。しかし 数日~数週前の出来事が想起できず その後も再生困難な場合がある。
- 逆向性健忘の回復は前向性健忘のそれに比べ緩徐である。
- 各回 ECT 直後の失見当識からの回復に時間か掛かる場合 重症かつ持続性の逆向性健忘が出現する危険がある。発作間せん妄の場合も発生率↑。

修正型電気治療 (modified Electro Convulsive Therapy m-ECT) についての説明

群馬県立精神医療センター

電気治療とは？

- 電気治療は1938年以降、多くの精神科患者様に対して行われ、多くの改善をもたらしてきました。特にうつ病に対しては最も改善率が高く、安全性が高い療法であることが知られています。
- 電気治療とは、頭部に電気刺激を与えることによって脳内に発作性放電を発生させ、これによって生じる脳内代謝の変化などによって脳機能(精神および情緒の状態)の回復を図る方法です。
- 脳内の発作性放電によって全身性けいれんか生じますか、当院では麻酔科医の協力のもとに麻酔薬と筋弛緩薬を用いた全身性けいれん防止処置を行った上で電気治療を行います。これを修正型電気治療(m-ECT)とといいます。当院では、平成14年4月よりこのm-ECTを導入しています。
- 当院では年間、のべ80～100名の患者様がm-ECTを受けられております。年間実施件数は600～700件くらいになります。

電気治療の適応について

《 適応となる状況 》

- 精神症状かその時点で重症であり、迅速で確実な治療反応が求められる場合。
(例 ①精神症状のために栄養状態不良→生命的危機、②自殺を強く望むうつ病、等)
- 薬物療法では治療効果が乏しい場合。
- 薬物療法では副作用ばかりか出やすい場合。
- 電気治療か薬物療法に比へ、治療効果と副作用の面で明らかに優ると予測される場合。
- 過去に電気治療にて良好な治療反応が得られていた場合。
- 状態維持のために電気治療を継続的に施行している場合。

《 対象とする症状および状態像 》

- 抑うつ状態(抑制型 激越型・精神病症状伴う型)
- うつ病性昏迷
- 躁状態(躁病性興奮型・精神病症状伴う型)
- 躁-うつ混合状態
- 幻覚 妄想状態
- 緊張病性昏迷もしくは興奮
- 緊張 困惑状態
- 精神運動興奮状態
- その他 ()

電気治療はどのように行われるのか？

- 治療は、◎精神科医、麻酔科医および看護師により、◎m-ECT専用の治療室(F病棟内)で、◎一週間に2～3回の割合で、午前中(9:00～11:00頃)に実施されます。
- 治療回数は病状や改善の程度によりますか、全部で5～12回程度行います。
- 手順については、概ね以下の流れです。

〈 治療前日まで 〉

m-ECT を安全に行うために、治療前に身体の状態の診察 検査を行います。

×検査は概ね以下を実施します。

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 胸部 腹部レントゲン |
| <input type="checkbox"/> 尿検査 | <input type="checkbox"/> 頭部 CT |
| <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 脳波 |

〈 治療前日から当日朝まで 〉

食へ物は前日の午後 9 時以降は止めていただきます。水分はやむを得ない場合に限り、治療 2 時間前までなら少量(50ml まで)構いません。普段飲んでいるお薬は、心臓病 高血圧 糖尿病など身体の病気で必要な薬のみを 2 時間前に服用していただきます(ただし、担当医の判断によります)。

〈 治療室で 〉

- スタッフと一緒に治療室へ移動します。入室後、治療ベッドに仰向けに横になります。
- ①胸に心電図モニター用電極を、②腕に血圧測定用のカフを、③下腿部に筋電図モニター用電極と駆血帯を、④両前頭部と耳の後ろに脳波モニター用電極を、⑤両側頭部に刺激用電極パッドを、それぞれ装着します。
- 麻酔科医により点滴が繋がれると、麻酔が始まります。顔にマスクが当てられ酸素が流れます。麻酔薬が点滴に入ると次第に入眠していきませんが、時に血管痛を自覚することもあります。患者様が眠った後に筋弛緩薬が注入されますが、麻酔科医が呼吸ハグにて十分に換気を行います。
- 筋肉が弛緩している間に、頭部に数秒間の電流を流し、脳を刺激します。刺激により患者様本人が痛みや衝撃を自覚することは一切ありません。刺激後の発作を(1)脳波モニター、(2)駆血帯を巻いた下腿部のけいれん、を確認します。適切な発作が確認されると、再び麻酔科医による全身管理が行われます。
- 呼吸、血圧、脈拍(バイタルサイン)などが安定し、呼びかけに目を開けられる状態になると、治療室から回復室にベッドごと移室します。そこで 30 分間ほど酸素吸入を行い、バイタルサインを確認後病棟へ戻ります。術後、たいてい 1～2 時間後にはしっかり麻酔から醒めて、食事や飲水が可能になります。

電気治療による副作用は？

m-ECT は全身麻酔下で行われる治療の中で最も安全なもののひとつです。m-ECT に伴う死亡や重篤な障害の発生は 50,000 回に 1 件程度といわれ、全身麻酔単独による事故よりも少ないといわれています。きわめて稀な死亡事故の多くが心血管系の合併症および麻酔薬によるアレルギー反応によるものです。しかし、重篤な身体疾患を合併する患者様では危険性が高まるかもしれません。

(A) 治療直後に起こりうる副作用

- 口腔内裂傷 歯肉出血 歯牙の動揺 電気刺激により顔面筋 咬筋が収縮→バイトブロックで保護
- バイタルサインの変動 徐脈 or 頻脈 高血圧→大抵は治療後 15 分位で安定化→必要により適宜、降圧剤など使用
- 重篤な不整脈 まれな副作用(ex 心室性不整脈)→適宜、麻酔科医と相談して対応

(B) 麻酔から醒めたあとに起こりうる副作用

- 頭痛、筋肉痛 10%程度の出現率→1～2時間程度で改善。適宜、痛み止め薬を使用
- 一過性の混乱 麻酔から醒める時に周囲の状況を把握できずに起きますが、通常 1 時間以内に改善します

(C) 治療期間中に起こりうる副作用

- 記憶障害
 - 最近起きた出来事の記憶が損なわれることや、日付、知人の名前、社会的な出来事、住所および電話番号が想いたせないことがあります。覚えていなくても日常生活に差し支えない事柄の記憶が損なわれる場合が多いようです。
 - ECT 施行期間中および終了後における記憶障害は、たいていの患者さんでは数日から数週間のあいだにおさまりませんが、非常にまれに施行後数ヶ月から数年間にわたって記憶力が低下した感覚が持続する方もいます。
 - ただし、知的能力(IQ)あるいは記憶力に与える ECT の長期的な影響はこれまで認められていません。

電気治療はどのくらい効果がありますか？

多くの患者さんでは全ての電気治療の終了後に十分な治療効果が得られますか、特効的な効果かあるとお約束することはできません。他のすべての治療でもいえることですか、短期間に回復する人もいれば、少しずつ回復する人もいますし、まったく効果が認められない人もいないわけではありません。多くの場合、4～5回目の治療が終了した後に、効果の見通しを判断てきます。すっかり回復したにもかかわらず、症状が再燃することもあります。それを防ぐために、有効であった電気治療の後に薬物療法や維持 継続電気治療を実施することもしばしばあります。

電気治療以外の治療法はないのですか？

皆様の症状を改善するために薬物療法や他の治療法を行うこともできますし、それらか電気治療と同等あるいはそれ以上に有効である可能性かないとはいえません。そのような他の治療法の利益・不利益についても担当医が相談を承ります。

今回、電気治療を受けない場合どうなりますか？

電気治療は現在の病状にとって、他の実施可能な治療法よりも有効であると考えられます。もし皆様が電気治療を選択しなかった場合、病気の回復が遅れたり、重症化する恐れがあります。薬物療法や他の治療法にもそれぞれの危険性や合併症がありますし、電気治療よりも安全ではない可能性があります。

一度は同意したが、後で撤回することはできますか？

皆様が電気治療を受ける同意文書に署名したとしても、いつでも同意を撤回することかできます。同意を撤回することによって、現在受けている治療を継続できないとか、他に選択可能で効果か期待できる治療を受けられないなどの不利益を被ることは決してありません。

※ 何か不明な点や疑問に思われることがあれば、いつでも担当医にご質問ください。

電気治療に伴う麻酔についての説明

群馬県立精神医療センター

- 電気治療を行う際に、静脈麻酔薬と筋弛緩薬を用いた全身麻酔を行います。
- 麻酔は、麻酔科専門医によって、日本麻酔科学会の「安全基準」に従って行われます。
- 担当麻酔科医は、事前に患者様の体調やハイタルサインに配慮し、合併症の発生防止に努めます。



しかし、きわめて稀ですが、下記のような合併症が起きうる危険性があることをご了承ください。

〈 全身麻酔に伴う合併症 〉

- ・一時的な悪心・嘔吐・頭痛
- ・のどの痛み、声のかれ
- ・口唇・鼻腔からの出血
- ・筋肉痛、四肢の痛み
- ・薬剤アレルギー
- ・(誤嚥による)肺炎・気管支炎

〈 非常に稀な合併症 〉

- 体温の上昇、下降に伴う全身の臓器障害
(心、肺、肝、腎などの機能低下)
- ・脳神経系の障害
(けいれん、意識レベルの低下 etc)
- アナフィラキシーショック
- 注射部位などの感染症 (膿瘍形成 etc)

- 合併症を疑わせる症状が認められた場合は、救命ならひに後遺症を最小限にととめるためのあらゆる努力をします。その際、予定されていた電気治療や麻酔とは異なる処置、治療が行われることがあります。
- その他、不明な点がございましたら担当医にご相談ください。

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」下での身体合併症医療

黒田治（東京都立松沢病院）、来任由樹（岡山県立岡山病院）

I はじめに

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律（以下、医療観察法）」によって指定入院医療機関で入院処遇を受けている触法精神障害者が身体合併症を併発した場合の医療の提供については、同法の第 100 条 1 項 2 で、対象者が「精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に通院する必要がある場合」に「指定入院医療機関に勤務する医師又は看護師による付添いその他の方法による医学的管理の下に、当該指定入院医療機関の敷地外に外出させることかてきる」と、また同条 3 項で「指定入院医療機関の管理者は（中略）指定入院医療機関に入院している者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に入院する必要がある場合には、その者を他の医療施設に入院させることかてきる」と規定されているものの、その詳細については未だ十分な検討かなされていない。

小論では、同法下における身体合併症医療に関連して発生しうる問題の要因を、便宜的に、①患者側要因、②施設側要因、③その他の要因、に分けて整理する。次いで、同法下での身体合併症医療の必要性について、法的な視点と臨床的観点から検討し、最後に今後の課題に若干触れたい。

II 医療観察法下での身体合併症医療に関連する諸要因

1 患者側要因

(1) 身体合併症の性質

合併症の性質は、主に、①精神障害者に偶発的に生じた身体疾患、②症状精神病、③精神障害に関連する身体疾患、の 3 種類に分けられる。

① 偶発的に生じた身体疾患

対象者と年齢や性別、その他の諸条件がマッチした一般人口母集団で発生しうるすべての身体疾患か精神障害とは無関係に生じる可能性があり、重症の場合には専門医の診察や治療、専門医療機関での入院治療を要する。

結核を始めとする感染症の場合は、他の入院患者や職員、地域住民などへの 2 次感染を防止するための隔離措置（個室隔離⇔感染症専門病棟⇔「感染症新法指定病院」）を要する。慢性腎不全を合併していて、週数回の維持的血液透析か欠かせないか、透析をしていれはほぼ通常の身体機能や日常生活能力を保持できるような触法精神障害者については、透析施行場所、透析施行中のセキュリティーについての配慮が必要となる。

②症状精神病

感染症、内分泌疾患、産褥期精神障害、代謝障害、膠原病など種々の身体疾患の経過中に生じた精神病状態（症状精神病）のもとで医療観察法の対象行為を行った触法精神障害者か同法による入院処遇の対象となるかどうかは現時点では不詳であり、たとえあったとしても極めて稀なケースに限定されるであろう。しかし、仮に入院処遇の対象となった場合には、その患者の他害リスクに相応するセキュリティを備えた医療施設での内科的専門医療が必要となる。

③精神障害に関連する身体疾患

抗精神病薬による副作用として、薬剤性パーキンソン症候群、麻痺性イレウス、水中毒、悪性症候群、突然死など知られており、重症度によっては内科的、外科的な専門医療が必要となる。

精神障害に起因する自傷・他害関連行為によって、あるいは精神症状としての認知障害や「異食症」、抗精神病薬の副作用に起因する事故として、さまざまな程度の外傷や異物嚥下か生じる可能性があり、重症度によっては外科的、整形外科的、内科的専門医療が必要となる。

(2)身体合併症の重症度

多種多様な合併症の重症度を総合的に評価できるような指針の有無については寡聞にして知らない。以下のような分類を提案したい。なお、ここでいう重症度は相対的なものであり、個々の指定入院医療機関の医療体制、周辺地域の医療状況などに影響を受ける。

- ・ 0度（軽症） 精神科医による専門外診療で治療可能
- ・ 1度（軽中等症） 専門医による週1回程度のコンサルテーション／外来診療を要する
- ・ 2度（中等症） 専門医による週2～3回以上のコンサルテーション／外来診療を要する
- ・ 3度（重症） 専門医療機関での入院治療を要するか、転院準備のための数日の猶予に耐えうる
- ・ 4度（救命救急） 緊急に専門医療機関への搬送を要する

(3)身体合併症の認知時期

対象者が刑事司法過程に導入されてから医療観察法下での医療に移行するまでのどの段階で、身体合併症か認知されるかによって、医療の提供のあり方が異なることか予想される。

①逮捕～審判終了まで

この段階では、対象者が収容されている各刑事施設で従来行われている方法で医療が提供されるはずである。医療観察法による「鑑定入院」中に合併症か認知された場合には特別の配慮が必要となる。

仮に、将来、身体合併症のための特別な入院施設を併設する指定入院医療機関が設置された場合には、合併症の重症度や治療のために必要とされる期間の長さ、他害リスクの程度

に応じて、審判の段階でその施設への入院が考慮される可能性がある。

②入院処遇開始～退院まで

厚労省研究班の試案によれば、医療観察法による入院処遇は、急性期、回復期、社会復帰の3期に分けられ、それぞれの期で必要とされるセキュリティーの程度や対象者の自由度が異なっており、対象者の身体合併症がこれら各期のどの段階で認知されるかによって、医療の提供の方法が違ってくることが予想される。すなわち、同程度の重症度の身体合併症であっても、精神病症状やそれに起因する行動異常が顕著な急性期では、「施設」内での専門医の往診による対応に傾きやすいためであろうし、すでに社会復帰期に入って外出や外泊を成功させているような段階であれば、少数の看護師や「保護者」による同伴、あるいは対象者単独で他の医療機関への外来受診や入院が可能と判断されるかもしれない。

また、入院処遇の各期で対象者の（身体合併症治療についての）同意能力が変化することか予想され、対象者の同意能力の評価法、能力が減弱または喪失している場合の代理的（たとえば、「保護者」による代理）インフォームドコンセント取得のための手続について事前にマニュアル化される必要がある。

③退院後

指定入院医療機関から退院した後で身体合併症が認知された場合には、従来の通院中または精神保健福祉法下で入院中の精神障害者の身体合併症への対応に準じる。

2 施設側要因

指定入院医療機関における医療体制やマンパワー、設備などについては現時点ではなお不透明な部分が多いが、医療観察法下での身体合併症医療に関連する施設側の要因として、以下のいくつかの項目を考慮する必要がある。

(1)医療体制とマンパワー

指定入院医療機関に精神科医以外の専門医や合併症医療専属の看護師、検査要員かのような形態で配置されるかによって、提供可能な医療の中身（すなわち、対応可能な合併症の種類や重症度）が異なってくる。

「親病院」に身体合併症を有する精神障害者のための閉鎖病棟（以下、「合併症病棟」）がすでにあるような場合は、この「合併症病棟」への転棟も選択肢の一つとなりうるが、対象者のセキュリティーレベルによっては、既存の「合併症病棟」の物理的セキュリティーでは不十分な場合もありうる。この場合には、人的セキュリティーによってセキュリティーレベルの不足を補う必要があり、対象者1名あたり常時1～3名の看護師を指定入院医療機関から派遣する必要がある（cf 行刑施設の被拘禁者が一般医療機関に入院する場合には、常時3名の刑務官が監視のために立会する（大橋秀夫「行刑改革会議第4回会議」（2003）（<http://www.moj.go.jp/KANBOU/GYOKEI/KAIGI/gijiroku04.html>）））。

医療観察法による入院処遇を受けている対象者のうち、精神障害、身体合併症ともに重症なケースのための特殊な「合併症ユニット」（または「合併症エリア」）を将来、設置する

必要かあるかどうかについては、対象者に適切な医療を提供する義務や医療経済学的考慮などさまざまな視点からの議論が必要であろう。参考までに、従来の精神科病院で行われている身体合併症医療体制には、「MPU (Medical-Psychiatric Unit)」モデルといわれる「松沢」モデルがあることを指摘しておく（後述。岩淵正之・江畑敬介編「精神障害者に対する身体合併症診療の実際」(1996)を参照）。

(2) 医療設備

指定入院医療機関にどの程度の規模や内容の身体合併症医療のための医療 検査機器、診察室、病室（たとえば、中央配管、感染症病棟、無菌室など）、手術室、検査室が敷設されるかによって、そこで提供できる身体合併症医療のハート面での限界が決まってくる。入院医療機関に EEG や CT、MRI など精神障害の診断のために必要な医療・検査機器が設置されていない場合には、これらの検査のために、また、中央配管の敷設された病室や麻酔医の往診が得られない場合には m ECT などの治療のために、付属する「親病院」または近隣の一般医療機関への移送が必要となる。

(3) 「病棟」の所在地

入院医療機関の所在地が大都市圏や大規模総合病院、大学病院の近隣か、または周囲に他の医療機関がほとんどないような僻地かによって、特に上記 (1) の医療体制やマンパワーの点で大きな影響を受けることが予想される。

(4) 近隣の医療機関との連携

医療経済的な理由から、現時点で入院医療機関内に完全装備の身体合併症医療施設が併設される可能性はきわめて低くであろうから、近隣の一般医療機関との連携を図っていくことは不可欠である。

医療機関同士の連携のあり方は大きく公式と非公式に分けられ、公的連携には、①法制度によって義務つけられた連携、②行政によって促進された連携、③医療機関の代表または医療連携担当部門の主導による連携、④専門学会や地域の医師会を通じた連携か、また非公式の連携には、⑤職員個人レベルでの連携（たとえば、医局や同窓会などの個人的知己に頼った連携）が含まれる。以下に紹介する東京都や刑務所の例（後述）を見ても、非公式的連携では適時に適切な内容の合併症医療を提供することが難しいことが予想される。早急に行政指導や法制度の整備を通じた公的連携が確立されることを求められる。

医療連携の際に留意すべきことは、医療観察法の対象者の特殊性であろう。従来から、精神障害者が精神科以外の専門科で医療を受ける際に、精神症状のゆえに診療中のコミュニケーションに手間取ったり、医療者から指示された治療方針を遵守できなかつたり、あるいは医療者や他の患者側に精神障害者への「偏見」があったり、という理由で難渋することか少なくなかったか、医療観察法の対象者は、精神障害者であるだけでなく、過去に「重大な他害行為を行った」事実が認定された触法精神障害者であることから、これまでに以上に連携先の医療機関の確保に手間取ることが予想される。これを打開するためには、法的

強制力を用いるか、あるいは診療報酬や派遣医師への報酬の優遇措置をとる必要かあろう。連携先は原則的に、国公立や大学医学部付属の総合病院内の精神科閉鎖病棟または精神病院内の身体合併症閉鎖病棟（たとえば、東京都立松沢病院）と同程度かそれ以上の診療レベルや物理的セキュリティーを備えていることが望ましい。

対象者の特殊性は、連携先の医療機関への対象者の移送手段にも影響を与える。対象者の他害リスクの程度によっては、複数の看護師が同伴するだけでなく、警官の同伴を要請する必要が生じる可能性がある。また、身体合併症の重症度や緊急度によっては、救急車での移送を要請する必要が生じる可能性がある。これらの可能性について、事前に地域の警察や消防と協議し、連携体制を確立しておく必要かあろう。

Ⅲ 医療観察法下での身体合併症医療の必要性

1 法的必要性（以下の内容は、古谷和久「精神病院入院患者の外科的、内科的疾患と病院の法的責任」日精協誌 14 巻（1995）30-35 頁に依拠する）

精神病院に入院中の精神障害者が身体合併症を併発した場合、その合併症への対応に関連してさまざまな法的問題が発生する。わが国の医師は通常、自己の標榜する診療科目を「専門」とみなして診療に当たっているが、法的には「専門医」制度は存在しておらず、患者から診療を求められた場合に、「専門外」であることを理由に診療を拒むことはできない（医師法 2 条、19 条）。しかし、「専門外診療」を行う場合であっても、判例上は、「辺鄙な場所で他に専門医がいなかったり、緊急やむを得ない場合など」の「特段の事情」がない限り、「専門医として一般につくすべき注意義務」が要求されている。つまり、精神科医であっても、患者の外科的、内科的疾患を自ら診療する場合には、外科医、内科医に一般に要求される水準の注意義務をつくさなければならない。

医師が患者を診察した結果、その疾患が自己の専門外の医療分野であり、専門医による診療を要すると判断されるとき、または同一医療分野であっても、患者の疾患に対し十分な診療行為を行いうる経験、知識、技能、人的・物的設備がない場合、専門医や設備等の完備した他の適切な医療機関に転送させる義務ないし転移するように患者等に勧告する義務（転送義務または転移勧告義務）がある。

転送義務の法的根拠としては、「保険医は、患者の疾病または負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、またはその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、または他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」との「保険医療機関および保健医療費担当規則」16 条の規定や「人の生命及び健康を管理すべき業務（医業）に従事する者は、その業務の性質に照らし、危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務を要求される」という判例（最判昭 36 2 16）がこれに相当する。

転送義務が発生する要件として、①医師にとって患者の疾患が自己の専門外の診療科目に

属するため、その患者を診療する能力がないか不十分なこと、または自己の専門外でなくても患者の疾患に照らし、これを診療する経験、知識、技能、人的・物的体制（設備）が整っていないか不十分なこと、②患者の疾患に対し、より適切な診断または治療方法が存在し、この疾患かその適応状況にあること（転医することにより患者に重大な結果回避の可能性のあること、その疾病改善の見込みがあること）、③適切な転医先か搬送可能な距離において存在し、右転医先か患者の受入を許諾していること、及び患者か転送先の医療機関まで安全に搬送できる状況にあること（患者の一般状態か搬送に耐えうること）、の三つがあるとされ、上記①、②についての判断には、「診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準（最判昭 57 3 30）」を基準とすることが要請されている。

転移義務が生じた場合、医師は「転移勧告義務（患者ないし保護者に対し、診療経過と転送の必要性を説明し、転送を指示勧告する義務）」および転送に伴う各種義務、すなわち、「求諾義務（事前に搬送可能な転送先に受け入れの承諾を得る義務）」、「説明義務（転送先に対し、患者の容態、症状および診療経過などを説明し、転送先に求める診療行為の内容を説明する義務）」、「適正搬送義務（患者の症状に応じ、患者を転送先まで安全かつ迅速に搬送する義務）」を負う。

古谷（1995）は、法律家の立場から、精神病院か入院患者の身体合併症に対する法的責任を果たすために最低限必要とされる当面の対策として、①外科的・内科的疾患か疑われる場合、基本的・ルーティン的な診察、検査、治療を確実に実践すること、②問題事案発生時の看護体制、院内連絡体制の整備を図ること、③時系列的で精確な診療記録を残すこと、④院内リスクマネジメント活動を充実させること、を提示しており、さらに、入院中の精神障害者の身体疾患に即応できる医療体制の確立か急務の課題であると指摘している。

上記の法的義務は、指定入院医療機関においても当然果たすべきものとして要請されると考えられる。医療観察法下で入院処遇を受けている対象者か法的に「特段の事情」に置かれているとみなされるか、または、指定入院医療機関に勤務する精神科医か精神科以外の医療分野であってもそれぞれの専門医と同等の診療行為を行いうる経験や知識、技能を有しており、なおかつその施設に身体合併症医療のための十分な人的・物的設備か備わっている、といった条件か満たされないのであれば、入院医療機関で身体合併症を併発した対象者を目の前にした医師は、転送義務とそれに伴う各種義務を適切に果たさなければならない。これらの義務の不履行は当該患者に甚大な不利益を与え、関与した医師や他の医療職員、施設管理者を医療訴訟の当事者の立場に陥らせるリスクを高めるだろう。

2 臨床的要請

(1) 東京都における精神科入院患者を対象とした身体合併症対策（東京都精神科患者身体合併症医療事業）

上記のような法的要請か指摘されるはるか前から、臨床の現場では 身体合併症を有する精神障害者に対する特別な対策か講じられてきた。たとえば、東京都では、都立松沢病院

内に昭和 20 年頃から結核合併症病棟が設置されていたといわれている（「平成 15 年度版松沢病院年報」（2003））。その後、都立病院のみならず、都内の民間精神病院でも入院患者の身体合併症への対応に苦慮する状況が増えてきたために、昭和 48 年、東京都地方精神衛生審議会から「各都立病院に精神科の病床を設置することか望ましく、当面の対策として松沢病院を精神科を中心とした総合病院とすべき」との答申か出されるに至った。昭和 51 年、都の衛生局に「都立松沢病院合併症病棟建設準備委員会」が設置され、「松沢病院を都立総合病院と同程度の診療機能を備えた病院へと整備し、院内患者のみならず都内全域の精神障害者の身体合併症に対応する」との方針が示された。同年以降、内科系、外科系の常勤医が配備され、翌年以降、順次、内科系慢性病棟、外科系・内科系急性期病棟が開設された。昭和 56 年、「東京都精神科患者身体合併症医療事業」が開始される。「民間医療機関等の協力を得て、都内において精神病に入院中の重度の精神科患者で、かつ重度の合併症を併発したものに対して、精神科患者身体合併症医療事業を実施することにより、精神科患者に対する適正な医療を確保すること」を目的とするこの「事業」では、都内を 3 ブロックに分割し、ブロックごとに 1~3 ヶ所の受け入れ担当病院があらかじめ指定されている。ブロック内の精神病院から身体合併症医療の依頼があった場合には、原則的に都の担当部署においてトリアージが行われた後に各担当病院への転入院が決定される。また、身体合併症の治療が終了した時点で移送元の精神病院に戻されることとなる（東京都精神科患者身体合併症医療事業実施要綱、1981）。平成 14 年には、「精神科夜間休日救急診療」の一環として、「夜間および休日に急速に適切な医療を施す必要がある身体疾患合併症がある救急患者を対象」とした「救急身体合併症医療」が上記の合併症医療事業に加えられた。この制度下では、都全域を 1 ブロックとして、複数の医療機関の輪番制で対応している。精神科医における身体合併症には「MPU」モデルといわれる「松沢」モデルがあるといわれる（岩淵 亘畑（1996））。「MPU」とは、「入院治療を必要とする精神疾患と身体疾患を合併して、精神科病棟ないし一般病棟（Medical Surgical Unit）のいずれにおいても十分な診療をすることかできない患者に対する診療を行うユニット」で、「精神科医が一般科医の consultation を得て、精神疾患と身体疾患の診療の責任を負っている」（岩淵・亘畑（1996））。一方の「松沢」モデルは、松沢病院で独自に展開されてきたもので、精神科病院の一部に内科系、神経内科系、結核、外科系、整形外科系、脳神経外科系など別々の専門科の合併症病棟が設置され、各病棟にそれぞれの専門医と精神科医が配置されている。「松沢」モデルでは、入院と同時に一般科医と精神科医が連携しなからそれぞれの立場から医療を開始し、精神科医は「一般科医が身体合併症の治療を円滑に行えるように精神症状をコントロールすること」を求められる（岩淵・亘畑（1996））。平成 15 年時点で、松沢病院には、神経内科閉鎖病棟、整形外科閉鎖病棟、脳神経外科 歯科閉鎖病棟、結核閉鎖病棟、内科閉鎖病棟、外科閉鎖病棟、内科系開放病棟の 7 つの合併症病棟がある。これらの合併症病棟は院内に入院中の精神障害者が身体合併症を併発した場合にも受け入れる。

(2) 刑務所の被拘禁者に対する医療

医療観察法の対象者は精神障害者であると同時に、裁判所によって「重大な他害行為を行った」事実が認定された者であることから、刑務所に収容されている被拘禁者が身体疾患に罹患した際の対応方法も参照すべきであろう。

刑務所に収容されている被拘禁者は、一定期間、一般社会から隔離され、必要時に自由に外部の医療機関を受診することかできないため、通常、施設内には何らかの医療設備が備わっている。わが国の刑務所は医療体制に関して、①一般刑務所、②医療重点施設、③医療刑務所、の3段階に区分されており、医療設備やマンパワーなどの点で差別化されている。施設入所時の医師による健康診査や心理技官による「分類調査」、入所後の自己申告や刑務官の観察によって、被拘禁者が何らかの身体疾患に罹患していることか疑われると、まず、収容されている施設の医師によって診察や治療を受けるか、一般刑務所における医療体制は、施設の規模や所在地などによってまちまちであり、必ずしも当該疾患の専門医が配置されているとは限らないこと、夜間や休日は医師や看護師が常駐していないことなどから、その施設で適切な治療が行えないような場合には、医療重点施設または医療刑務所に移送される。ただし、疾患の重症度の点から医療重点施設や医療刑務所に移送することかできないような場合やこれらの施設にもその疾患の専門医や医療設備がない場合（全国に4ヶ所ある医療刑務所のうち、内科や外科など精神科以外の専門領域の患者を受け入れる体制が整っているのは八王子医療刑務所と大阪医療刑務所の2ヶ所のみであり、これら2ヶ所にも、たとえば脳神経外科医や心臓外科、血液内科の常勤医は配置されておらず、それらの治療に必要な設備も備っていない）には、「病院移送（監獄法43条）」や「〔検察官の指揮による〕自由刑の執行停止（刑事訴訟法480条 482条）」の規定にもとついて近隣の外部医療機関で診療を受けることになる。診療に際しては、被拘禁者の身柄の確保や事故防止のために、施設内であっても、通常、刑務官の立会いが必要とされ、仮に外部の医療機関に入院した場合には、個室の病室を確保し、監視のために24時間体制で常時3名の刑務官が付き添う必要がある（大橋（2003））。このように刑務所における医療体制は、各施設の医療水準にヒエラルキーを設け、刑務所間のネットワーク化を図ると同時に、個々の施設がそれぞれ外部の医療機関とも連携をとれる余地を残しているという意味で「セミオープンな医療システム（大橋（2003））」といえる。

被拘禁者の疾病を治療する義務は国家と施設長にあるとされ、医療費は国費から全額支出される。ちなみに平成15年度の医療関係予算は総額23億4500万円が計上されており、被拘禁者1人当たり約3万5000円に相当する（大橋（2003））。

刑務所における医療についてはさまざまな問題が指摘されているが、大橋（2003）は、被拘禁者に対する医療費が国費で賄われるために、彼らに提供されるべき医療の内容についてはある程度の上限が設けられるべきではないかという医療経済的観点からの議論だけでなく、さまざまな理由で医師の確保そのものが困難なこと、特に夜間や休日にほとんどの施設で医師が配置できないこと、といった理由から、外部医療機関との連携強化の重要性

を繰り返し指摘し、「内部の連携によっても行えない医療は、施設に近い外部の医療機関をその都度探して交渉しそこに移送して診療を依頼する」という現在の体制に変えて、今後は地元医師会と協議の上、刑務所を「地域医療の対象として位置づけ、当番医制を利用させてもらうことや協力病院の確保」と図っていく必要があると述べている。

IV おわりに

小論で見てきたように、精神障害者または「刑務所の被拘禁者（行った行為の性質や処遇の際にとられるべき配慮について言えば、医療観察法の対象者である「重大な他害行為を行った者」とさほど大きな差はないであろう）」が身体疾患に罹患した際に適切な専門医療を提供することは臨床的にも法的にも当然の義務として要請されているのたか、現実には精神障害者側の問題（コミュニケーションの難しさ、治療コンプライアンスの悪さ、異常／奇異／危険な行動など）、「刑務所の被拘禁者」側の問題（反社会的人格傾向、犯罪／危険行為、セキュリティへの配慮など）とそれらと相対する医療機関（および一般市民）側の問題（手間のかかる患者に十分な人手と時間をかけられない医療制度 医療者や一般市民にある精神障害者または「犯罪者」への「偏見」など）が複合的に絡み合い、障壁となって立ちたかっている。この障壁を個々の医師や個別の医療機関の自助努力で打開することはしはしは困難であるため、たとえば、東京都では行政主導の身体合併症医療対策が必要とされたのであり、刑務所でも地域の一般医療機関との公的な連携を模索し始めている。医療観察法の対象者は精神障害者と「重大な他害行為を行った者」、という上記の二つの特性を併せ持っていることから、従来の精神病院で入院中の精神障害者が身体合併症を併発した際に経験された課題に 刑務所の被拘禁者に対する医療で経験された課題が加味されるため、これまでに以上に困難で複雑な事態の発生が予測される。

今後、医療観察法下での身体合併症医療のための法制度の整備、実態に即した適切かつ積極的な行政的介入、省庁間の枠組みを超えた協同支援体制 十分な財政的措置などについて早急に検討されるべきであろう。

指定入院医療機関における行動制限

協力班員 吉川和男

(国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部)

指定入院医療機関における隔離や身体拘束などの行動制限については、精神保健福祉法第36条3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限と同様に、今後、何らかの規定が示されるものと思われる。基本的な考え方はこの規定と変わるものであってはならないが、指定入院医療機関の対象者か、重大な他害行為を行った者である以上、患者の行動面における問題、特に自分や他人に危害を及ぼすような行動については、一般の患者以上に、より慎重な対応が求められる。また、指定入院医療機関においては、このような対象者に対して、一般の精神医療よりも手厚い医療を提供することによって対象者を可能な限り早期に社会復帰させるという目的があるため、従来の精神医療以上に、患者の負担を軽減しつつ、早期に良好な治療関係を築く必要がある。このため、抑制や隔離等の物理的手段は可能な限り避け、对人的手段で、対象者の行動上の問題を解決していくのが重要である。

指定入院医療機関における行動制限の新たなガイドラインを作成するにあたっては、我が国がモデルとしている英国のそれか示唆に富んでいる。英国では行動制限については、我が国の精神保健福祉法と同様に、法そのものの中に規定されておらず、実施基準 code of practice という公的ガイドラインの中で明記されている。本稿では、そのガイドラインの中から、抑制と隔離につ

いての事項を翻訳して示したい。

ただし、英国では抑制の中でも我が国で広く行われている身体拘束（特に四肢の拘束）は数十年前から実施されなくなってきており、代わりに、看護師らか3名1組で患者を一時的に取り押さえる、Control & Restrain(C&R)が抑制の主流になってきている。従って、英国で抑制 restrain という場合には、この C&R を無条件に指すことか多いので、以下の実施基準の中の「抑制」を読む場合にはこのことに留意して頂きたい。

また、隔離の使用についても、我が国のように1週間、2週間（あるいは数ヶ月）と長期に及ぶことはまれて、せいぜい数時間で終了し、すぐに解放していることか多い事実も念頭に置いて頂きたい。

我が国の指定入院医療機関においても、英国のように従来のような身体拘束を使用せず、隔離も数時間で済むような医療が展開されることを祈願したい。

抑制

196 抑制には多くの形態がある。言語的に行ったり、物理的に行ったり、開始の指示から隔離に至るまで様々な違いがある。抑制の目的は、

危険な状況をすばやくコントロールする

必要最小限に患者の自由を制限する

患者自身や他人への危険性を極力減少

させる
抑制使用の典型的な理由は、
身体的暴力
危険な威嚇や破壊的な行動

- ・ 治療に全く応しない
- ・ 事故によって自傷や身体的損傷の危険性が高い
- ・ 身体の消耗をもたらすような極端で長時間にわたる過活動

19 7 受容困難な行動を最小限にするために考慮すべき基礎事項としては、

- ・ 個々の患者のケアプランを作成すること
- ・ 患者の身体状況
- ・ 柄棟ないしユニットの物理的環境
- ・ 適切なスタッフのレベルを維持しておくこと

ある集団の患者たちに問題行動の危険性が同定された場合、その発生を予測することは困難であるか、そのような行為を処理するために合意の得られた戦略を用いるべきである。それにはリスクアセスメントやマネージメントを継続することが含まれる。

19 8 もし、患者が強制入院でないか、なんらかの形態での抑制が必要と思われる場合、緊急の場合であれ、患者の治療計画の一環として行われる場合であれ、精神保健法上の強制入院が適切ではないかどうか考慮すべきである。特に、抑制が頻回になされる場合にはそうである。

トレーニング

19 9 国民保健サービス NHS の病院や民間の精神科ナースングホームのスタッフの中で、実際に、あるいは、潜在的に、攻撃性に対するマネージメントのトレーニングが

必要な状況にあると判断される場合には、資格を持ったトレーナーが指導する適切なコースに参加すべきである。トレーナーは保健介護施設のために企画され、(英国王立看護協会等の)保健介護団体に認証された準備コースを適切に執り行うべきである。

行動の抑制方法

19 10 身体の抑制は可能な限り最小になされるべきである。建物の一部や備品の一部に(ひもや患者の衣服の一部などを用いて)拘束するような抑制は絶対行うべきではない。スタッフは患者の自主性を促し本人の意志で行動させる一方で、危害から人を守る義務があり、両者のバランスを判断しなければならない。身体的抑制が用いられる場合 スタッフは、

その決定をしたことと、その理由を記録する

ケアプランの中でどのような状況下で抑制が用いられるのかを明確に述べる
どのような形態の抑制が使われるか、その適用はどのように見直されるのかを記録する

すべての抑制について記録し見直しを行う

19 11 物理的手段で攻撃的な行為を抑制することは最終手段としてのみ行われるべきであり、当然のこととして行われるべきではない。もし介入がなされなければ著しい危害が発生する可能性が差し迫っているような緊急時に用いられるべきである。最初に、攻撃的な行為を抑制する場合、状況が許す限り 非物理的な手段で行われるべきである。