

精神保健医療に関する制度の国際比較

研究分担者：藤井 千代¹⁾

研究協力者：小川 亮¹⁾、小塩靖崇¹⁾、河野稔明¹⁾、菊池安希子¹⁾、佐藤さやか¹⁾、塩澤拓亮¹⁾、安間尚徳¹⁾、山口創生¹⁾、吉田美紗子¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部

要旨

本年度の研究の目的は、我が国において隔離・拘束を最小化していくうえで考慮すべき課題を検討するための資料として、精神諸国の精神科医療における隔離・拘束を実施するうえでの手続きや外部評価の仕組み等を明らかにすることである。精神科医療における隔離・拘束に関する文献レビュー、インターネット上で公開されている法律、ガイドライン等の資料、及び現地の精神科医療の実態をよく知る協力者からの情報により、18の共通項目について調査を行った。隔離・拘束についての考え方の原則は我が国も先進諸外国と同様であるが、その手続きについては、我が国と比較して先進諸外国においてはより厳密な手続きがとられており、また拘束中の観察に関するルールについてもより詳細に定められている傾向が認められた。病棟の人員配置も、先進諸外国では我が国と比較して手厚い配置がなされていた。「患者の人権」と「安全」の両立は、精神科医療に内在するジレンマの象徴ともいえる課題であり、スタッフ個人や病院個々の行動制限最小化に向けての取り組みをさらに強化するのみならず、人権擁護の仕組みの強化等も含め、国の施策として取り組むべき課題であると考えられた。

A.研究の背景と目的

精神科医療における隔離・拘束は、精神症状によって生じる激しい興奮や強い攻撃性等による切迫した危険行為から、患者本人、他患、および病棟スタッフを守るために行われる。患者に適切な治療を提供するために、スタッフが患者に安全に接近するうえで拘束を必要とする場合もある。他方、患者の個人としての尊厳及び人権、患者-治療者関係構築の観点から、患者の自由を著しく制限する隔離・拘束は、他に代替手段がない場合の最終手段としてその使用を最小限としなければならないことは論をまたない。特に身体拘束については、肺血栓塞栓症などの重篤な合併症を引き起こすこともあり、精神保健指定医をはじめとする精神科医療に携わるスタッフは、身体合併症併発の危険を常に認識して予

防措置を講じるとともに、頻回の診察を行い、漫然と拘束を継続することがないようにしなければならない。

我が国の隔離・拘束の実態については、毎年6月30日の状況が精神保健福祉資料(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>)で報告されている。近年、隔離・拘束ともに増加しつつあることが指摘されており、病棟入院料、主診断、年齢、在院期間別の隔離・拘束率の変化についての調査も行われている¹⁾が、増加要因は明らかになっておらず、今後のさらなる調査が待たれるところである。

海外と我が国の隔離・拘束施行量の比較については、野田らの報告に詳しい²⁾。一覧性台帳を用いて算出できる「月当たり平均日数」「施行割合」「施行患者割合」「当月入院

者のうち当月施行開始割合」を隔離・身体拘束の施行量を示す指標として海外先進諸国と比較した場合、我が国の隔離・身体拘束施行量が多いことが示されている。一方で、先進諸国において、隔離・拘束がどのような手続きに基づき実施されているかについては、これまで詳細な報告はされていない。

本研究では、我が国において隔離・拘束を最小化していくうえで考慮すべき課題を検討するための資料として、先進諸外国の精神科医療における隔離・拘束を実施するうえでの手続きや外部評価の仕組み等を明らかにすることを目的としている。

B. 研究方法

1. 調査項目

以下の項目につき調査を行った。

① 規制の枠組み

法律やガイドライン等による規制の枠組みが存在するか、各機関の裁量や診療慣行に任されているか等

② 規制の対象

上記の規制は、精神疾患の患者のみが対象か、より広く身体科の患者等も同じ規制の対象となっているか等

③ 隔離の定義

法律/ガイドライン/文献等に記載されている定義

④ 拘束の定義

法律/ガイドライン/文献等に記載されている定義

⑤ 隔離/拘束の開始要件

⑥ 隔離/拘束開始の決定者と裁判所の関与の有無

⑦ 隔離/拘束期間の制限

⑧ 隔離/拘束解除の決定者

⑨ 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール

⑩ 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度

⑪ 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応

⑫ 病棟患者数とスタッフ数の割合

⑬ 1日当たりの入院料

⑭ 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応

⑮ 非同意治療（投薬）の規制

⑯ 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価

⑰ 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み

⑱ 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール（精神疾患と同様の扱いか否か）

2. 調査方法

精神科医療における隔離・拘束に関する文献レビュー、インターネット上で公開されている法律、ガイドライン等の資料、及び現地の精神科医療の実態をよく知る協力者からの情報により、上記の項目につき調査した。情報源は以下の通り。

イングランド：LONG-TERM

SEGREGATION and SECLUSION

POLICY In-Patient Mental Health and

Learning Disabilities Services (NHS Kent and Medway) ³⁾ , Code of Practice: Mental

Health Act 1983⁴⁾

米国 (NY州) : ニューヨーク州ガイドライ

ン Implementation Guidelines 14

NYCRR § 526.4 Restraint and

Seclusion⁵⁾, 佐藤病院 文鐘玉先生)

カナダ (ブリティッシュコロンビア州) :

British Columbia 州隔離ガイドライン ⁶⁾, 国立精神・神経医療研究センター病院 佐竹直

子先生

フランス : Celine Olivard 先生

<https://www.doctolib.fr/psychiatre/rennes/celine-olivard>

イタリア : Saponaro Alessio 先生 (Ministry of Health)

C. 研究結果

表1～6に示す。

D. 考察

精神科医療における隔離・拘束は、その定義には国毎の違いがあるものの、いずれの国においても、他の代替手段では切迫した危険から患者や周囲の者の安全が守れない場合に限って行う最終手段とされている。隔離・拘束についての考え方の原則は我が国も同様であるが、その手続きについては、特に拘束において、今回調査したいずれの国においても我が国と比較してより厳密な手続きがとられているといえそうである。また拘束中の観察に関するルールについても、我が国と比較してより詳細に定められている傾向が認められた。さらに、裁判所等による評価が行われるなど、ケース毎に外部の評価が入るような仕組みが重視されている。

我が国においても、実地指導等が行われ、精神医療審査会に対して処遇改善請求を行う権利が確保されているが、個別のケースについての審査や報告義務はない。精神医療審査会がマンパワーや予算上の制限が大きい中で運営されている現状を鑑みると、現在の体制のまま精神医療審査会が身体拘束等の行動制限について個別の審査を実施することは、困難であると予想される。先進諸外国と同等の手続き上の透明性を確保するためには、精神医療審査会を大幅に機能強化させるなど、外部評価のあり方を検討する必要があると思われる。あるいは精神医療審査会とは別の権利擁護の仕組みを検討することも考えられる。

今回の調査対象となった国すべての病棟スタッフ配置や入院料を明らかにすることはできなかったが、これらの情報が明らかとなった国においては、精神科病棟のスタッフ配置が手厚く1日当たりの入院料が我が国と比して高額である傾向があった。入院料が最も低額であったフランスでも1日当たり544ユーロ（約67000円）であり、我が国の精神科入院料の中で最も高額である精神科救急入院料が1日当たり35570円であることを考

慮すると相当に高額な医療費が投入されていることがわかる。人員配置については、例えば米国ニューヨーク州の精神科病棟では、不穏を呈する患者一人一人に24時間付き添いがつくという手厚い配置がなされており、現状の我が国の精神科病棟では実現不可能な対応がなされている。また、患者が暴力的となった場合には病院のセキュリティガードの即時の協力が得られる体制にあるなど、他患者やスタッフの安全を守る仕組みについても考慮されていることにも留意すべきであろう。

患者の人権を大きく制限する隔離・拘束を最小限にするためには、隔離・身体拘束使用防止のための具体的な介入技術⁷⁾なども紹介されており、スタッフ一人一人の意識の向上、診察や観察頻度等に関するルールの周知徹底、病院・病棟を挙げての行動制限最小化に向けての取り組みが必要である。しかしながら、患者の人権と、本人及び周囲の人の安全の双方を守るためには、人的資源の確保は必須であり、我が国の精神科病棟の人員配置について再考する必要があるようである。さらに、外部評価や人権擁護の仕組みの強化も望まれるところである。

今回の調査では、隔離を行う部屋の構造や、身体拘束に用いる道具の詳細までは調査できていない。また、不穏な患者に対する隔離・拘束以外の対応方法や、スタッフ教育のあり方などについてもさらに調査する必要があると思われる。病棟スタッフ配置等、今回の調査で明らかにできなかった項目についても引き続き情報収集をしていく必要がある。

隔離・拘束は、「患者の人権」と「安全」をいかに両立させるかという、精神科医療に内在するジレンマを象徴する極めて重要な課題である。海外の状況も参照しつつ、精神科医療に関わる全てのスタッフがこの課題に関心を持ち、行動制限最小化に向けての不断の努力をしていくべきであることは言うまでもない。同時に、スタッフ個人や個々の病院の努力のみを頼みにするのではなく、病棟の人

員配置のあり方や人権擁護の仕組みの強化等の課題について、国の施策として取り組むべきであると考え。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献

1) 松田ひろし, 平田豊明, 内田 博文
他: 精神障害者の権利擁護に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(代表: 藤井千代) 平成 30 年度総括研究報告書, 2019

2) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 行動制限に関する一覧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. 精神医学 51: 989-997, 2009

3) Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust: LONG-TERM SEGREGATION and SECLUSION POLICY In-Patient Mental Health and Learning Disabilities Services. 2018

4) Department of Health, UK: Mental Health Act 1983: Code of Practice. 2015

5) Office of Mental Health, NY state: Implementation Guidelines 14 NYCRR §526.4 Restraint and Seclusion. 2017

6) B.C. Ministry of Health: Provincial Quality, Health & Safety Standards and Guidelines for Secure Rooms. 2014

7) 吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵: 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化 - 使用防止のためのコア戦略 -. 精神科看護. 37 (通巻 213~216 号 短期連載), 2010

表1 イングランド

1. 規制の枠組み	Mental Health Act 1983:Code of Practice 26 (2015)(MHAの運用について、Code of Practiceが2008より適用されている)と同意能力が無いと判断される場合は、Mental Capacity Act(2005)に基づく。
2. 規制の対象	MHAまたはMCAに該当しない患者について拘束することが正当化されるのは、本人又は近くにいる人への患者からの攻撃から身を守るとき（正当防衛時）のみで、その場合の根拠法はCriminal Justice and Immigration Act 2008
3. 隔離の定義	<p>隔離 定義： 重度行動障害を呈する患者を、自傷他害を防ぐために、観察つきで患者を保護室に入れること。</p> <p>長期隔離 定義： 患者が他者に危害を与えるリスクを常時示していると判断される場合に、病棟内で他の患者と自由に相互作用することを許可しない旨、多職種チーム及び独立精神保健権利擁護者が決定し、実行される状況を指す。</p>
4. 拘束の定義	<p>物理的拘束 定義： 相手の身体（一部または全体）の動きを予防・制限・または制圧することを目的として行われるあらゆる直接的な身体的接触を指す。</p> <p>機械的拘束 定義： 行動のコントロールを主目的として、相手の身体の一部または全体の動きを予防・制限・制圧するために、道具（例、ベルト）を使用して拘束する介入形態を指す。</p>
5. 隔離/拘束の開始要件	<p>制約的介入とは、相手に対して、身体の動作、自由を制約し、かつ／または、独立して行動することを、意図的に制約することを指す。その目的は：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介入しなければ自傷他害の現実的な可能性が高い危険な状況に対して即時のコントロールをするため ・自傷他害の危険を実質的になくすまたは減らすため <p>患者を罰したり、患者に苦痛を与えたり侮辱するために制約的介入を用いてはならない</p>
6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無	<p>隔離については、精神科医、医師以外のApproved Clinician, 担当精神保健専門職（例、看護師）。医師以外の場合は現実的に可及的速やかに主治医または当直医に報告する。通常の隔離、拘束では裁判所は関与しない。</p>
7. 隔離/拘束期間の制限	<p>定まった制限はないが、時間が長くなるに応じて、継続のための手続きが変わる。</p>
8. 隔離/拘束解除の決定者	<p>MDT会議または診察、または独立MDT会議によって、これ以上の隔離が必要ないと判断された場合は、すぐに隔離を解除する。または、病棟師長がこれ以上の隔離の必要性がないと判断した場合は、患者が主治医あるいは当直医の診察を受けた後に隔離解除となる。この時の診察は、対面でも、電話でもよい。</p>
9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール	<p>機械的拘束は15分に一度看護師による観察。少なくとも1時間以内に事前登録された医師が診察、その後も少なくとも1時間に1回診察。</p> <p>隔離の場合：開始決定が医師以外の場合、1時間以内または異変がある場合速やかに診察／隔離エリアはスタッフから見えるところにする／15分に一度観察／二人の看護師が2時間に一度観察／最初の内部MDT会議まで4時間に1度は診察/実務上妥当な範囲で速やかに最初のMDT開催／8時間連続隔離または48時間以内に分けて計12時間以上隔離なら独立MDT会議の開催／最初の内部MDT会議以降、1日最低2回の診察（1回は主治医によるものであること）</p>

イングランド（続き）	
10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度	隔離の開始1時間以内、内部MDT会議までは4時間に1度、以降は1日最低2回（1回は主治医によるものであること）
11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応	ディエスカレーション、常時観察、急速鎮静化（自傷他害リスクを下げたり、興奮や攻撃性を抑えたり、鎮静化するために投薬を用いること。これは化学的拘束と呼ばれ、拘束の1種と見なされることもあるがMHA Code of practiceでは別項目になっている）。
12. 病棟患者数とスタッフ数の割合	
13. 1日当たりの入院料	
14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応	
15. 非同意治療（投薬）の規制	本人にその能力がないまたは望んでいない場合を除き、投薬の選択については患者本人と話し合うべきである。但し、主治医が必要と考える場合には、患者に服薬を強制することもできる。しかしながら、3ヶ月経過時にその患者が引き続き非自発的医療を受けているが服薬を拒否する意思を示している、または、病状が重すぎて同意能力がない者の主治医は引き続きその医療が必要だと考えるとき、患者はCare Quality Commissionが派遣する独立上級精神科医による診察を受ける。その後は、その独立上級精神科医（セカンドオピニオン指定医SOADと呼ばれる）が同意した場合にのみ、患者に非自発的に服薬をしてもらうことが可能となる。
16. 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価	Care Quality Commissionによる評価を受ける
17. 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に「ポジティブ行動支援計画」において、非自発的介入や家族の関与法について、当事者と決めておく ・継続的に8時間以上、あるいは48時間以内に間歇的に計12時間以上隔離されている場合、速やかに独立したMDT会議を開催しなければならない。この独立MDT会議の構成員については、治療提供機関の指針に従って決めるが、必ず以下の者を含めなければならない：医師であるapproved clinicianまたは、非医師のapproved clinician、または、隔離につながったインシデントに関わっていない看護師その他の専門職のいずれか、および、独立精神保健権利擁護者（IMHA）である（患者にIMHAが選任されている場合のみ）。独立MDTが当初の隔離決定に関わったMDTに事情を聞くことはグッド・プラクティスとしてみなされる。
18. 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール	同意能力がないと判断される場合は、精神科入院中でも隔離拘束はMental Capacity Actに基づく

表2 米国 (NY州)

1. 規制の枠組み	New York Codes, Rules and Regulations (NYCRR) Title 14 Mental Hygieneに基づくガイドラインで定められている。 精神衛生法を含むニューヨーク州の法律、連邦規則
2. 規制の対象	精神保健領域に関するガイドライン内で記載されており、基本的に精神疾患患者を対象とした規制となっている。
3. 隔離の定義	退下が妨げられている部屋やエリアに、他患やスタッフと有意義な交流ができない状態で、非自発的に閉じ込められること
4. 拘束の定義	薬物により、用手的に、または器具を用いて、自身の腕、脚、体幹、または頭部を自由に動かす能力を無効にし、または減退させること
5. 隔離/拘束の開始要件	<ul style="list-style-type: none"> ・安全でない状態が継続し、切迫した危険が残存するとき ・臨床医による、患者の身体的・心理的状态の評価を含む個別の診察
6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無	臨床医。ただし、臨床医不在時は、施設から認定されたregistered nurse (RN)、nurse practitioner (NP)、physician's assistant (PA)。RN、NP、PAも不在の場合は、施設のポリシーにより認められた上級スタッフ。
7. 隔離/拘束期間の制限	成人は4時間、9～17歳の児童・青年は1時間、9歳未満の児童は30分。ただし、用手的拘束（緊急事態にのみ適用可）は年齢にかかわらず30分。臨床医がより短い時間を指定した場合は当該時間。これ以上続く場合は診察をして新たに指示を出す。
8. 隔離/拘束解除の決定者	臨床医、RN、NP、PA
9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール	30分以下の間隔で（ただし臨床医がすればより頻繁に）、RN、NP、PAが一定の内容のアセスメントを行うこと。ベストプラクティスは15分ごと。施設のポリシーでモニタリングの水準と頻度を定める。解除の実現可能性、患者の具体的行動と解除しない理由を記述する。
10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度	隔離・拘束の実施時間が最大4時間までと限られているため、隔離拘束の診察頻度については連邦規則には明確な規定なし。
11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応	<p>緊急投薬も拘束としてみなされる。</p> <p>本人、家族や代理人、スタッフを含めて患者個別の危機予防計画を立て、事前に患者の不穏になるトリガー、危機の初期徴候、悪化させる因子、患者が自分を制御するのを助けるための対処戦略等を決めておき、実践する。早めに話を聴く、頓服を使用するなどの対応をとる。服薬を拒否する場合もあるが、不穏が著しい場合は屈強なSecurity guardも呼ばれてスタッフと共に頓服を勧めたり、security guardが抑え込んで看護師がハロペリドールとロラゼパムを筋注することもある。</p> <p>不穏、自傷他害のおそれがある患者には、one to oneが24時間付き添う（病棟内でフリーにしている患者への付き添い。トイレの時もドアの外で待機。one to oneで付き添いの役割をする者は、医療職とは限らない。学生バイトなどの場合もある。）</p>

米国（NY州）（続き）	
12. 病棟患者数とスタッフ数の割合	医療機関の衛生基準は各州の権限であるが、人員基準は存在しない（カリフォルニア州で看護職員の配置基準を定めている例があるのみ） カリフォルニア州看護師対患者比率 精神科1：6 NYCRR 14-582.7では、「検査、診断、ケア、治療およびリハビリのプログラムを効果的に実施するのに十分な数の適切な資格のあるスタッフを継続的に雇用するものとする」と定めている。
13. 1日当たりの入院料	
14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応	NYCRR 14-527に詳細記載あり。事故が発生した場合、24時間以内にメンタルヘルス事務局、場合によっては司法センターに所定の書面にて事故の報告を行い、メンタルヘルス事務局は調査を実施する。 事故とは、患者または他の人の生命、健康、安全、または福祉に悪影響を及ぼしているか、またはそのリスクを引き起こすメンタルヘルスプロバイダーが提供するサービスを受けている患者を含む事象を意味する。本章の目的上、インシデントという用語には、報告可能な事件、患者死亡、および精神衛生局に報告されなければならないインシデントを含む、本章に基づく報告および調査を必要とするすべての事件が含まれるものとする。
15. 非同意治療（投薬）の規制	NYCRR 14-527.8に詳細記載あり。下記の場合以外は非同意治療は認められない。 ①緊急な治療が必要な場合 ②患者が未成年で保護者の同意が得られた場合、もしくは同意が得られずとも施設外の医者を含む複数人で治療必要性を審査、精神衛生法務局からも認められた場合 ③自発入院等の場合、患者に通知後書面によるサービスプランに従って患者を退院させるか、または必要に応じて患者を不随意の状態に変えることができる。すべての推奨治療法に異議を唱えて患者が退院した場合、監督は患者の家族に通知するために適切な措置を講じなければならない。 ④措置入院で、治療必要性について複数人の医師により審査された場合 ⑤受刑者で一定の条件を満たす場合 精神症状が重篤であるにもかかわらず全く治療に応じない患者には、裁判所の審査により治療命令を出してもらうことができる。治療命令が出されたにもかかわらず患者が決められた内服を拒否すると、強制的な内服または筋注が行われる。
16. 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価	メンタルヘルス事務所の管轄下にあるすべての施設は、規定に従って指名官によって指名された審査員によって訪問され、点検される。調査者は、そのような査察を行う能力がありかつ資格のある職員でなければならない。
17. 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み	
18. 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール	認知症のBPSDの患者は通常一般精神科には来ない（ほとんどナーシングホームで対応している） せん妄は内科疾患として扱われ、内科病棟で対応する 超難治性の暴力的患者は州立病院で対応していることが多い

表3 カナダ（ブリティッシュコロンビア州）

1. 規制の枠組み	隔離拘束を規制する法律やガイドラインはなし。また、精神疾患患者に対する拘束はほぼ行われていない。 (強制処遇はMental Health Actで規制されており、隔離拘束は強制処遇の場合に行われるので、強いて言えばMental Health Actの規制を受けている)
2. 規制の対象	上記のように隔離や拘束についての規制はないが、強制処遇については、Mental Health Actでの規制なので、精神疾患患者のみが対象
3. 隔離の定義	法律やガイドラインにおける定義の記載はないが、通常精神医学的危機の際、施錠された部屋に収容される身体的介入をいう
4. 拘束の定義	法律やガイドラインにおける定義の記載はないが、通常身体的拘束と化学的拘束の両方をいう
5. 隔離/拘束の開始要件	院内での多職種カンファレンス（専門医、レジデント、看護師等で開催；1日1回は必ず行われる）で、自傷他害の恐れなどの危機状態にあり、その必要性があると認められた場合
6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無	上記多職種カンファレンスを経て、専門医が隔離をオーダーし、裁判所は拘束が適切か判断・決定する (専門医の申請書を裁判所が受理しモニタリングを実施)
7. 隔離/拘束期間の制限	なし (強制処遇は28日、延長時は指定医のレポートを裁判所に提出)
8. 隔離/拘束解除の決定者	上記多職種カンファへの参加者
9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール	隔離の際は、看護師が24時間観察 (※拘束はそもそもほとんど行われていない)
10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度	隔離については、モニタリングを行う看護師が必要に応じて医師と情報を共有し、頻回に診察を実施（ただし規定はなし） 隔離が8時間（または12時間）を超える場合、専門医に評価さなければならぬ 1日1回必ずチーム精神科医が評価を実施の上、多職種カンファでも情報共有
11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応	鎮静剤の投与（筋注） 看護師が同伴して別の場所に移動 behavioral care plan
12. 病棟患者数とスタッフ数の割合	20床（バンクーバー総合病院）に対し 日中：看護師7～8人、専門医3人、レジデントがその倍程度、それに加え医学生 夜間：看護師3人、診察はレジデントが実施、市内全域で指定医1人が当番となり、強制処遇や路上鑑定等を実施
13. 1日当たりの入院料	12万円（ただし患者負担はなし、保険料と税金で賄われる）
14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応	隔離中の事故はなし（24時間看護師がモニタリングしているため） 拘束はそもそもほとんど行われていない 暴力事件の際は病院のセキュリティが対応
15. 非同意治療（投薬）の規制	なし（上記と同様、強制処遇がMental Health Actに規定されており、その枠内で実施される）

カナダ（ブリティッシュコロンビア州）（続き）	
16. 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価	
17. 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み	<p>審査委員会にいつでも不服申し立てが可能、裁判所や弁護士にコンタクトする権利がある</p> <p>審査委員会は公立病院機構が設置しており、裁判官・弁護士・有識者が参加、本人に加えアドボケーター（弁護士でも家族友人でも可）も出席</p> <p>病院の管理棟に相談窓口を設置</p>
18. 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール	<p>認知症：ルールは別、ただし拘束は基本的に行われていない</p> <p>せん妄：ルールは別、拘束も行われている</p>

表4 フランス	
1. 規制の枠組み	<p>公衆衛生法典L. 3211-3条により、一般的に精神科ケア領域に入院した人々の援助についての法的枠組みが構成される。個人の自由を制限する実践については、それが要請される治療の施行において患者の精神状態に「適合し、必要であり、釣り合っ</p> <p>て」いなければならないとされる。</p> <p>公衆衛生法典L. 3222-5-1条により、隔離拘束に法的枠組みを与える。「最終手段の実践」と定義されたこの条項は、「患者自身と他者に対するの緊急で切迫した損害の予防」という目的にのみ志向されている。</p> <p>この条項は同様に、精神科としての活動権限を与えられた地方厚生局の局長によって指定された各保健施設に、患者の同意のない精神医療ケアの適用においてその措置の追跡性を保証する特定記録を命ずるものである。この記録には、「この措置を決定した精神科医の名前、その日付と時間、期間と、それを監督した保健専門家の名前」が明記されねばならない。要するに、この条項はこれらの保健施設に毎年、隔離抑制の適用施行に関する報告書の作成を義務付け、その実施に頼ることおよびその実施評価を制限することを定義づける政策を命ずるものなのである。この報告書は、ユーザー代表者委員会 (la commission des usagers) の意見聴取と、保健施設監査機関会議のために提出されねばならない。</p> <p>公衆衛生法典R. 4311-6条は、精神健康領域における看護ケア行為について言及している公衆衛生法典R. 4311-6条の中で、看護師は「隔離室にいる人物の観察」を遂行することを義務づけている。</p> <p>その他、看護師は精神科医により決定された「隔離に関するプロトコール」を実施する責任を負っている(公衆衛生法典R. 4311-7条)。</p>
2. 規制の対象	精神科に入院した人
3. 隔離の定義	治療上の急性期にあたり、自由に出入りすることができない空間の中に患者を置き、他の患者と分離することで。すべての隔離は、その目的専用に適切に割り当てられた場所のみで行われる。
4. 拘束の定義	<p>身体的拘束（手で行うもの）：身体的な力に頼って患者を固定または不動化すること</p> <p>機械的拘束：患者自身と他者に重大な危険をもたらすような行動を起こしている患者の安全のために、その肉体の一部または全体の自発的な体動能力を妨げる、あるいは制限するための服、またはすべての手段、方式、道具などを使用すること。</p>
5. 隔離/拘束の開始要件	<p>隔離は、その他のより制限が少ない代替策が無効で、不適切で、また行動の変調により重大で差し迫った危険を患者や他者に引き起こすと考えられる場合においてのみ考慮されうる。</p> <p>拘束は、その他のより制限が少ない代替策が無効で、不適切で、また行動の変調により重大で差し迫った危険を患者や他者に引き起こすと考えられる場合においてのみ考慮されうる。機械的拘束は、隔離中のみ実行されうる。限られた期間において、必要とされる患者の評価を厳重に行ったのちに、最終的な手段としてのみ適用が許される。</p>

フランス（続き）	
6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無	<p>精神科医1名の裁量により行われ、措置の開始決定後1時間以内にケアチームにより正当性が確認されねばならない。</p> <p>同意のないケアを提供するような状況においては、〈le juge des libertés et de la de 'tention（フランス刑事訴訟法の中で規定されている自由と拘留に関する裁判所）〉が諮問される。</p> <p>同意入院の患者の隔離においては、例外的にそして緊急自体においてのみ、法適用除外の形で、患者の安全を守るという理由において可能。リスクに比した適合性があり、12時間もしくは、緊急事態への解決を要する最大時間か、ケア体制の交代のための手続きに要する時間を超過すべきではない。</p> <p>機械的拘束は、限られた時間内において、精神科医の決定に基づき、2016年1月26日に制定された保健システム近代化法に従い、治療的手続きの枠内で、他職種協議後に、集中した随伴的支援と観察の医学的指示を義務付ける中で行われる。機械的拘束の採用は、最終的手段として臨床的状况により正当であることの提出を必要とする複雑な過程を要している。</p>
7. 隔離/拘束期間の制限	<p>固定された制限時間は設けられていないが、最短時間となるように留意しなければならない。</p>
8. 隔離/拘束解除の決定者	<p>隔離や機械的拘束は、医師の裁量において、その維持が臨床的に正当化されなくなった時点ですぐに解除されねばならない。</p> <p>ケアチームは、措置の解除をいつでも医師に請願することができる。</p>
9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール	<p>10. にまとめて記載</p>
10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度	<p>24時間中2回の医師による診察。</p> <p>医師の指示に応じたパラメディカル（主に医師以外のケアワーカー）による毎時間ごとの観察。</p> <p>各検査・観察は、ケア提供者の名前、日時、行われた検査や観察が明記された用紙として、患者カルテに記録しなければならない。それらの内容は：</p> <ul style="list-style-type: none"> -ラウンド時に観察された内容、及び実施されたケア -実行された医療的検査 -パーソナルケア（衛生、排泄） -施された治療 -ケアチームの訪室と臨床状態の記録 <p>医師の診察の目的は：</p> <ul style="list-style-type: none"> -身体状態（特に機械的拘束時における血栓塞栓性合併症のリスク）、また精神状態とその行動の評価 -措置の維持の必要性の評価 -薬物療法の効果評価 -実行すべき観察の時間間隔やその内容の再評価 <p>ケアチームは、隔離・機械的拘束の解除が許容されるような状態変化がみられたとき、または患者の身体・精神状態が悪化した場合は、医師による再診察の頻度を増やすように要請することができる。</p>

フランス（続き）	
11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ チームで連携をとり、できるだけ早く段階的に対応する。チームで協議し、落ち着いたスペースへ患者をガイドし、面接を提案する。 ・ 病棟に鎮静スペース（les espaces d'apaisement）を整えておくことが推奨されている。この鎮静スペースは、施設されておらず、患者の内的緊張を減弱させるための場所であり、マットレス、音楽を聴く機器、快適なソファ、本、心地よい照明などが備えられている。この部屋は、自発的な用途で、ほとんどは患者の要求か、ケアチームの提案により、あらかじめ定義された使用枠組みを尊重した方法にて使われる。患者は、いつでも鎮静スペースから出ることが可能である。 ・ 適切な向精神薬の提案と使用
12. 病棟患者数とスタッフ数の割合	
13. 1日当たりの入院料	24時間フルで精神科に入院した場合の入院費用は、平均して544ユーロ。
14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応	隔離・機械的拘束の措置に関するすべての有害事象は、申告が義務付けられており、チーム医療の見直しや、重要度（医療ケア、患者の安全、およびケアの質の土台となる地方構造に付随した重大な有害事象の申告に関する2016年11月25日制定2016-1606番令を参照）に応じてretour d'expérience（経験のフィードバック：出来事の事後省察と分析からなる組織的改善を試みる理論的方法）の対象になる。
15. 非同意治療（投薬）の規制	<p>自発的な意思を表出できる状態にある患者が、提案された検査や治療を拒否するときは、医師は、その結果としてどんな影響がその病者に起こりうるかの説明をしたのち、この拒否を尊重しなければならない。もし患者がその意思を表明できる状態にはない場合、医師は信頼できる指定人物（La personne de confiance）、いなければ、家族か近親者への予告や情報提供がなされない限りは、それが不可能であるか緊急の場合を除いて、介入することはできない。</p> <p>同意を得ることが不可能であるような精神的混乱、または人々の安全が危険にさらされる状態においては、強制的な入院を伴う/伴わない治療ケアが不可欠となる。</p> <p>精神科治療ケアの対象となる人々の保護と権利、またその医療ケア様式に関する2011年7月5日に制定された2011-803号法は、一定の条件下において、病院環境に入院させ、その治療を適用する限りにおいては、患者の同意拒否があっても治療を続行することを容認している。</p>
16. 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価	HAS:（La Haute Autorité de Santé高等厚生管理局）が、一般的な治療ケア、特に精神科治療・ケアについての評価と勧告規定を発表する。
17. 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み	隔離や拘束の決定に対する反対を訴える手段は、各施設内において明示され、かつすべての隔離室において、個人に託された権利に関する紙媒体の通知として張り出されていないなければならない。
18. 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール	同様の規定が適用される。

表5 イタリア（エミリア・ロマーニャ州）

<p>1. 規制の枠組み</p>	<p>2009年州評議会決定第313号「メンタルヘルスに関する実施計画」：身体拘束の実施は、患者や患者に直接関係のある人々（他の患者、訪問者、医療スタッフなど）の安全に関する場合のみであり、著しい必要性がある場合に限定されなければならない。その実施は、定期的に改正され規則的に維持されているプロトコルにしたがって厳格に行う。</p> <p>2009年通達第16号「DSM-DPの精神科医療サービスにおける身体拘束の原則」：エミリア・ロマーニャ州で実施された最初の決議で、入院患者を身体拘束するケースが発生した場合に精神科医療サービスが実施すべきプロトコルと手順を規定している。</p> <p>2015年通達第1号「DSM-DPの精神科医療サービスにおける身体拘束の原則」：総合病院精神科病棟において機械的拘束を行う場合に実行すべきプロトコル及び手順を更新。運営組織（UO）の事業体リスク管理担当部署や担当科チームと関与しながら、そして家族やマネジメントと連絡を取りながら、実施すべきチェックが追加された。</p>
<p>2. 規制の対象</p>	<p>エミリア・ロマーニャ州精神科医療サービスに入院していて精神疾患を持っている全ての患者</p>
<p>3. 隔離の定義</p>	<p>規定なし。</p>
<p>4. 拘束の定義</p>	<p>個人の自由、特に患者の身動きの自由を全面的に制限する手段。患者や介護人の安全を危険な状態に陥れるような行動のような状況が存在する場合、或いはより緩やかな他の処置だと有効な結果が出なかったりその目的に対して不十分な効果しか出てこなかったりした場合にのみ使用する最後の手段。</p> <p>拘束は医療行為ではなく、深刻なリスクを予防することを目的とした緊急措置とみなされる。</p>
<p>5. 隔離/拘束の開始要件</p>	<p>患者自身や介護人の安全を危険な状態に陥れるような行動のような状況が存在する場合、或いはより緩やかな他の処置だと有効な結果が出なかったりその目的に対して不十分な効果しか出てこなかったりした場合にのみ実施すべき。</p>
<p>6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無</p>	<p>身体拘束の実施は、精神科の当番医によって行われる。全体的状況に応じて、治療チームと協力して行われる。</p> <p>未成年者に対する拘束という例外的な場合には、児童・青少年向け神経精神医学の医師の立ち合いが必要であるだけでなく、両親或いは親権を行使する人物に対しての情報提供、更には拘束に関する通知が後見裁判官に対してなされなければならない。</p>
<p>7. 隔離/拘束期間の制限</p>	<p>12時間を超えて続く全ての拘束は、医療事業体の医療局長、UOの事業体リスク管理担当部署、及びメンタルヘルス科及び病理学研究所（DSM-DP）の所長に伝達しなければならない。</p> <p>12時間以内の場合、（拘束が祝祭日及び旧祭日前の日に実施される場合は48時間以内の場合）UOの事業体リスク管理担当部署のスタッフ、精神医療サービスに所属していないDSM-DPのスタッフとの検証のための面会がなされる。（全ての代替オプションについて検討、討論するため）</p>
<p>8. 隔離/拘束解除の決定者</p>	<p>身体拘束終了の決定は、精神科の当番医による。状況によっては治療チームとして決定する。</p>

表5 イタリア（エミリア・ロマーニャ州）

<p>9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール</p>	<p>意識状態の確認、患者が返事をしないときは毎時の血圧、少なくとも毎時の心拍数、1日3回の体温、水分平衡、カロリーバランス、排便のモニタリングを行う。併発症予防のため、30分ごとのモニタリング。拘束帯のチェック、傷害その他のような不都合なイベントがあれば記録をして治療する。8時から22時まで2時間ごとに少なくとも10分間拘束を解いて、適切な深部静脈の予防。指示がある場合、あるいは患者の健康上必要とみなされた場合に血液検査あるいは機器を用いた検査。</p>
<p>10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度</p>	<p>当番医が、拘束に際して規定されている用紙へ記入する。</p>
<p>11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応</p>	
<p>12. 病棟患者数とスタッフ数の割合</p>	<p>ベッド15床。平均して以下のような配置： 全体：医師6、看護師22、サポートオペレータ（OS）4 午前シフト：医師2、看護師5、OS 1 午後シフト：医師1、看護師4、OS1 夜間シフト：医師1但し救急業務も行う、看護師3</p>
<p>13. 1日当たりの入院料</p>	<p>表6 参照</p>
<p>14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応</p>	<p>以下のような、拘束に関連する事故或いは不都合な事実が発生した場合には記録する。：打撲傷などによる溢血斑、血腫、皮膚の擦過や剥離、骨-骨組みの傷害、筋骨格の傷害、静脈血栓傷害のイベント、血栓塞栓のイベント。 好ましくないイベントの発生を監視し予防する目的で、30分ごとのモニタリングが規定されている。</p>
<p>15. 非同意治療（投薬）の規制</p>	<p>薬物治療の必要性は当番医により評価される。</p>

表6 エミリア・ロマーニャ州医療機関における正規の入院料金

詳細	医療施設区分	1日当たりの正規料金 (ユーロ)
適応に関する急性反応 及び社会心理学的機能 障害	A1	1,785.70
	A2	1,668.88
	B	1,585.36
	C	1,585.36
鬱性のノイローゼ	A1	918.01
	A2	857.95
	B	815.01
	C	815.01
鬱性ノイローゼを除いた ノイローゼ	A1	810.19
	A2	757.19
	B	719.25
	C	719.25
パーソナリティ障害及び 衝動制御障害	A1	2,425.57
	A2	2,266.89
	B	2,153.46
	C	2,085.46
器質性障害及び知的障 害	A1	1,450.87
	A2	1,355.95
	B	1,288.11
	C	1,288.11
精神病	A1	2,077.74
	A2	1,941.81
	B	1,844.71
	C	1,844.71

A が「総合医療施設」、Bが中型病院、Cが基礎的病院(いずれも公立)