

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第4回（令和7年1月15日）

資料1

## 第3回検討会における御意見について

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 第3回検討会における主な御意見（行動制限について①）

### （組織風土、行動制限最小化に向けた取組の契機）

- 行動制限最小化に向けては、既存の方法から脱却し、病院の文化を変える風土が大事。病院理念や院長方針に看護部長等が共感し、それを実現していきたいと考えることが取組の契機となる。
- 自院の行動制限に関するデータの集約や、他の施設・病院等との比較・評価などが行動制限最小化の取組の契機となることがある。
- 行動制限最小化を進めるチームづくりとして、スタッフの意識改革（倫理カンファレンス、行動制限を行わないメリットの共有等）や病棟看護職員のサポート体制（心理的安全性の確保、患者対応も含めた多職種のサポート、最小化委員会での事例検討等）が重要。
- 身体的拘束をゼロにするか最小化するかの二元論ではなく、両方を目指して行く方向なのではないか。
- 身体的拘束をゼロからスタートするという考え方と、拘束を限りなく少なくするという考え方では、現場で医療に当たる人の行動にも大きく影響するので、どこをスタート地点とするかは、今後も議論が必要。

### （医療安全）

- 身体的拘束に関連した医療事故を分析すると、身体的拘束を行ったことに起因すると思われる医療事故と、身体的拘束を行っていれば防止できたと思われる医療事故がある。医療安全の見地から、事故防止のためにも身体的拘束以外に方法がない事例があることは否定できず、そのような事例においても、正しく、適正に身体的拘束を行うことが求められる。
- 具体的な事例として身体的拘束が必要な現場がある、といったことが国民に十分に伝えられないまま、ごく一部の精神科病院の非常に不適切な身体的拘束がクローズアップされると、精神科医療に対するバランスが取れた見方ができない。

### （行動制限最小化に向けたマネジメント、リスク管理）

- 行動制限最小化を促進・定着させる取組としては、行動制限最小化のマネジメント（病院長や看護部長によるトップマネジメントとして方針の提示や取組責任を担うこと、ミドルマネジメントとして病棟の看護師長の現場対応）やリスクへの対応（医療安全委員会との連携、事故発生時の対応としてスタッフが責められない体制づくり、家族への対応方針等の説明）が挙げられる。
- 現場の看護職としては事故をおこなさないということに非常に意識が高い。看護職が安心して行動制限最初化に取り組めるように、現場の病棟レベルでマネジメントできる人材を育成していくのがよい。
- リスクを恐れずにチャレンジできる体制づくりのためには、行動制限を最小化していく中で事故が発生した場合に、看護職個人の責任にならないよう、医療安全委員会と行動制限最小化委員会と一緒に考えていくこと、家族に入院時や患者の状態に応じて、行動制限を行わないという病棟の方針をきちんと説明することが必要。

## 第3回検討会における主な御意見（行動制限について②）

### （行動制限最小化のための具体的な手法）

- 身体的拘束への具体的な実践として、点滴等を看護職員の多い時間帯での実施にすることや苦痛や違和感を最小にする固定方法に工夫すること、低床ベッドや衝撃低減マット等により転倒時のリスクを低減すること、多職種により生活リズムを整えることや睡眠状態を改善することによる転倒リスクの低減等があげられる。身体的拘束に頼らない看護として、環境調整（各種センサーの活用による危険の早期発見、ウェアラブル端末の利用等によるモニタリング体制の強化、病室・ベッド配置の工夫による駆けつけ時間の短縮・確保、見守り担当のスタッフの配置）、身体的拘束の解除に向けた取組（患者個別のアセスメントと対策の検討）などがある。
- 隔離への具体的な実践として、病状が悪化して隔離が必要な状態にならないようにするための予防的ケアや、隔離の最小化に向けた実践として、隔離の解除に向けた具体的な行動目標を患者と共有する患者参加型の取組などがある。
- やむを得ず身体的拘束をしなければならない場合に事後的なケアとして、回復していく段階で、なぜ今回隔離や身体的拘束が必要だったのかということは、繰り返し丁寧に説明をし、本人に理解していただけるような説明を行っているというのが現場の状況。ここでは患者のいろいろな気持ちが表出されるので、気持ちに寄り添いながらケアしている。
- 総合病院スタッフの精神科対応スキルをあげると、ある程度身体合併症はスムーズに見られるようになる。

### （好事例の展開）

- 行動制限最小化の成果があがっているグッドプラクティスを実践的に全国の病院に広めていくことがとても効果的であるということ強く感じる。形式的張ったことよりは、現場での臨床の実践、現場の職員に責任を負わせないで病院で責任の体制をとることやマネジメント、職員の意識改革というのが非常に重要だという指摘について、今後考えていく必要がある。
- 行動制限をしないという組織風土の醸成にどう取り組むかが非常に重要な観点である。定期的なラウンド、頻回なミーティング、研修など、継続的かつ実践的に結果が出るような好事例を共有していくということも重要。
- 行動制限最小化は重要な課題であり、国がリーダーシップをとって、関係団体や専門職等を含め、推進する研修・教材・好事例など、前向きなものがしっかりと現場で具現化できるような仕組みの構築をするべき。
- 好事例を用いた展開のためには、ピアレビューで病院同士が互いに行動制限最小化の成果を見合うことが効果がある。

### （人材育成）

- 関係団体においては、身体的拘束最小化・適正化関連プログラムなどのある研修会、医療安全管理者養成研修会、身体的拘束を安全に行うためのマネジメントなどの研修を行っている。
- 医療職の養成課程でも、行動制限最小化や人権擁護が重要であることに関する教育を行っていくことが必要である。
- 医療安全という考え方と行動制限最小化という考え方が、相反するものではなく並立して存在し、そこには人権擁護の問題もあるので、医療福祉に関わる多職種で検討していくということが現場で行われていることを、養成教育の段階で伝えていくべきことではないか。

## 第3回検討会における主な御意見（行動制限について③）

### （多職種・ピアスタッフ）

- 多職種・ピアスタッフを含めた入院当事者との話し合いをとにかく行うことで、行動制限最小化に向けた話がよりにやすくなる。
- 風土や文化を変えていくために、医療スタッフだけでなく当事者目線を入れるため、複数のピアスタッフが日常的に病院の中にいるという環境をつくっていかないと、なかなか難しいのではないかと。ピアスタッフを配置できるように仕組みを整えていくことも検討してはどうか。
- 組織風土という観点で、院内の多職種連携にとどまらず、地域での他機関連携の中での同職種・多職種・同業者同士で学び合える場があるとよい。

### （最小化に向けた医療体制の確保）

- 行動制限最小化に向けては、ソフト面、ハード面の両方からの整備が必要で、ハード面では、人員配置や環境整備にお金がかかるので、人員の問題、財源の問題を手当てをしていかないとできないということは、声をあげていかないといけない。

### （家族への支援）

- 家族から頼まれて身体的拘束をしたという医療スタッフの声もあるが、家族の立場からすると、何も知識も情報も無い中で精神疾患の状態、急性期の状態を目の当たりに経験するという事は、筆舌に尽くしがたい驚きであったり、恐怖であったりする。病院が家族の話聞いて、病気に対する理解や医療の在り方に対する理解を家族が持てるような家族支援の視点も進めていく必要がある。

### （その他）

- 保健所の実地指導において、身体的拘束に関する設問事項があり、指摘事項に該当する項目については、改善結果を報告させている。また、事故があったときの事故報告書で、事故の状況や原因、結果、対策方針、家族への説明や反応が記載されている。
- 行動制限に関して、諸外国の先進例や行動制限を行っている領域、スタッフ数などと比較していくことも参考になるのではないかと。

## 第3回検討会における主な御意見（かかりつけ精神科医機能）

### （かかりつけ精神科医機能について）

- 地域で精神疾患を有する者を診察するに当たっては、かかりつけ精神科医機能の発揮というのは重要。
- 令和4年精神保健福祉法改正により、市町村で精神保健で取り組むことが推進されていく際に、かかりつけ精神科医機能と精神保健相談の中でのアウトリーチを自治体ベースで推進していく必要が必ず出てくるので、かかりつけ精神科医機能はとても期待される。
- 今は地域に難しい患者を抱えているのが現状なので、これからの精神医療を論じるときには、外来機能を中心に考えるべき。
- 精神科医療と身体科医療が、政策構造上分断されていて、精神疾患と身体合併症がある患者の医療連携については、円滑にできていない。外来や診療所との連携を含む幅広い連携が必要である。
- かかりつけ医機能は、精神科を含めた全ての診療科で合致するものとして制度化されているので、かかりつけ医機能を念頭に置いた議論は前提にしていけないと混乱を招く。その際に、精神科医療特有の、精神医療機関同士の連携や精神科の患者の身体合併症などの論点について、議論に含めていくべき。
- かかりつけ医機能とかかりつけ精神科医機能の用語の混乱を防ぐために、名称等を見直していくべきではないか。
- 精神科を標榜する診療所は地域偏在があり、小児や依存症など専門的な医療機関の確保は困難。病床についても課題を有しており、現状を踏まえることが重要。
- 診療所でもかかりつけ精神科医機能があるが、外来患者が増えて外来機能が足りないが、1人の精神科医では無理なレベルまで求められている。新患を診るとインセンティブを与えることや、救急医療に協力することなど。質の高い精神科外来診療を維持するためにどうしたらよいかを検討していきたい。
- かかりつけ精神科医機能では、医療でのソーシャルワーカー的な機能を精神科病院に期待しているが、精神科の診療所でこういう機能を位置付けることによって、精神科の診療所の差別化もできると思う。精神保健福祉士にも活躍は期待したい。
- 今後、外来医療、在宅医療、入院料の各提供体制ごとの議論に加えて、障害福祉や介護との連携も議論していくべきではないか。
- 元受刑者や少年院から退院してきた人の中には、一定精神的な不調を抱えている人たちがいて、その人たちが地域で精神科医療につながる体制が存在することが非常に重要である。