

# Dr武藤のミニ動画講座 2024年診療報酬改定と精神科入退院支援



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、  
○ホスピス、東洋医学

## ■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、  
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）訪問診療クリニック 訪問看護ステーション  
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉  
逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ



浦賀

長瀬  
ケアセンター

三浦



# 目次

- パート 1
  - 日本は世界一の精神病床大国
- パート 2
  - 精神科患者の地域移行
- パート 3
  - 2024年診療報酬改定と  
精神科入退院支援
- パート 4
  - 精神科と身体拘束

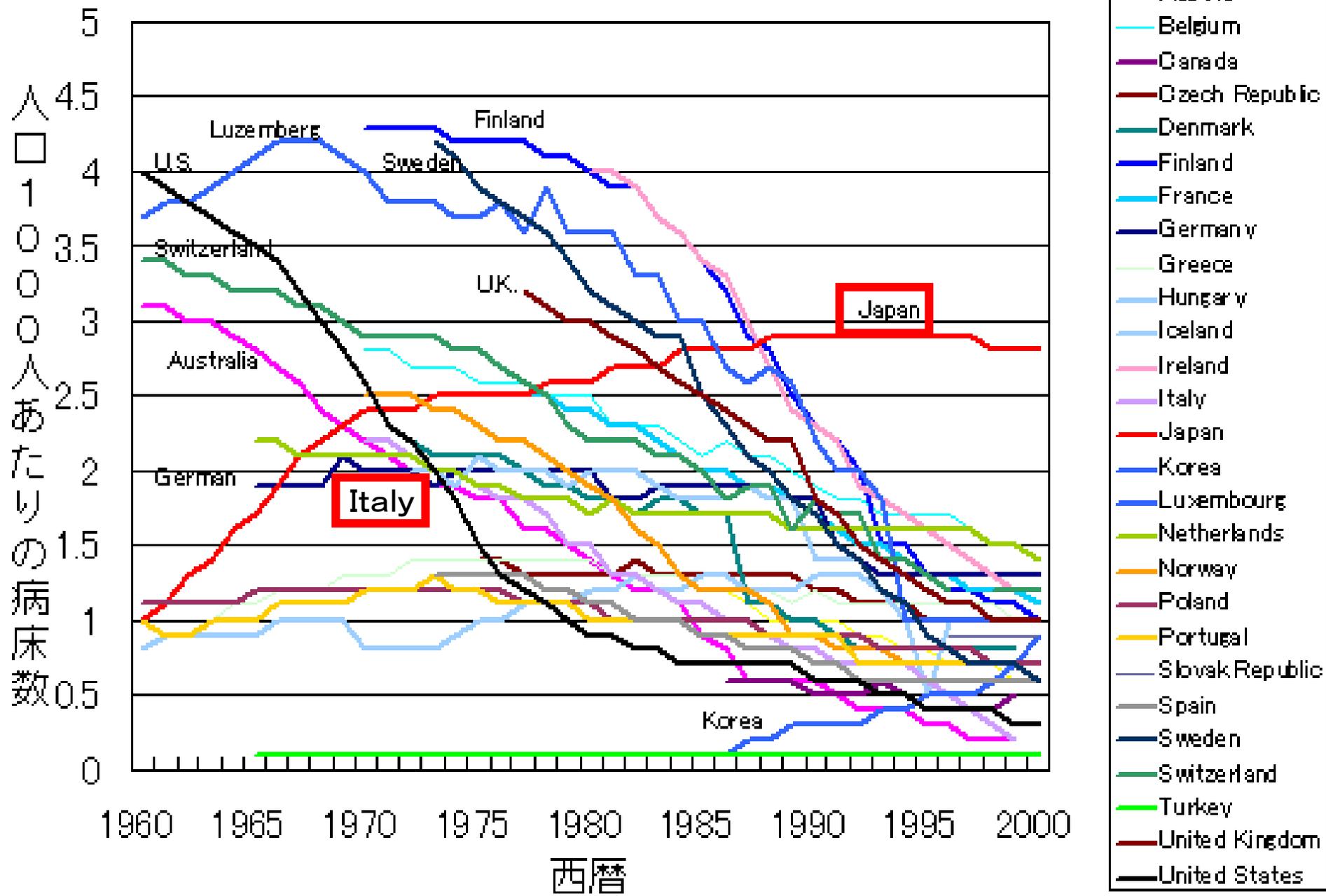


# パート1 日本は世界一の 精神病床大国

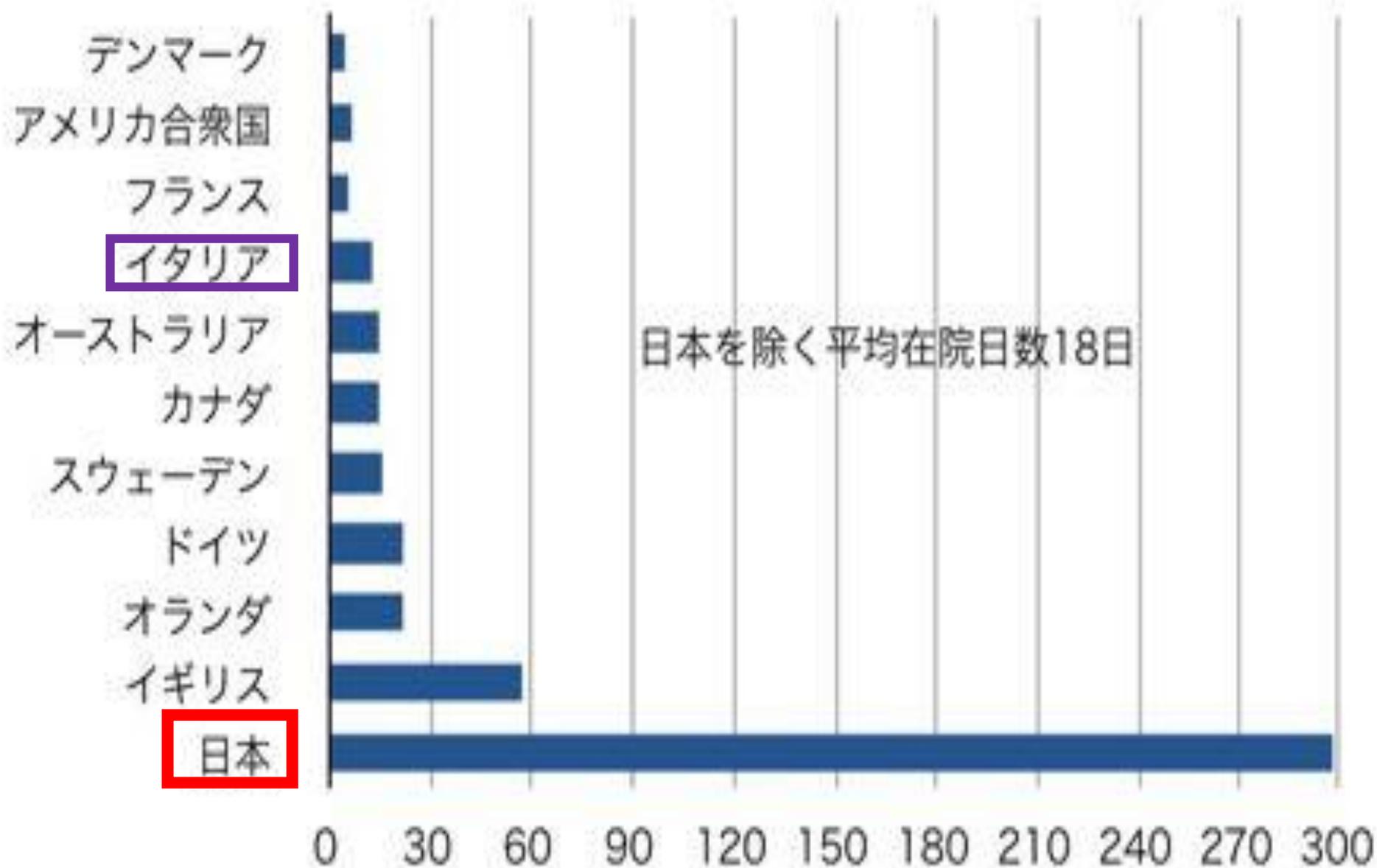


病床数、平均在院日数で金メダル

# OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



## 2005年退院者平均在院日数



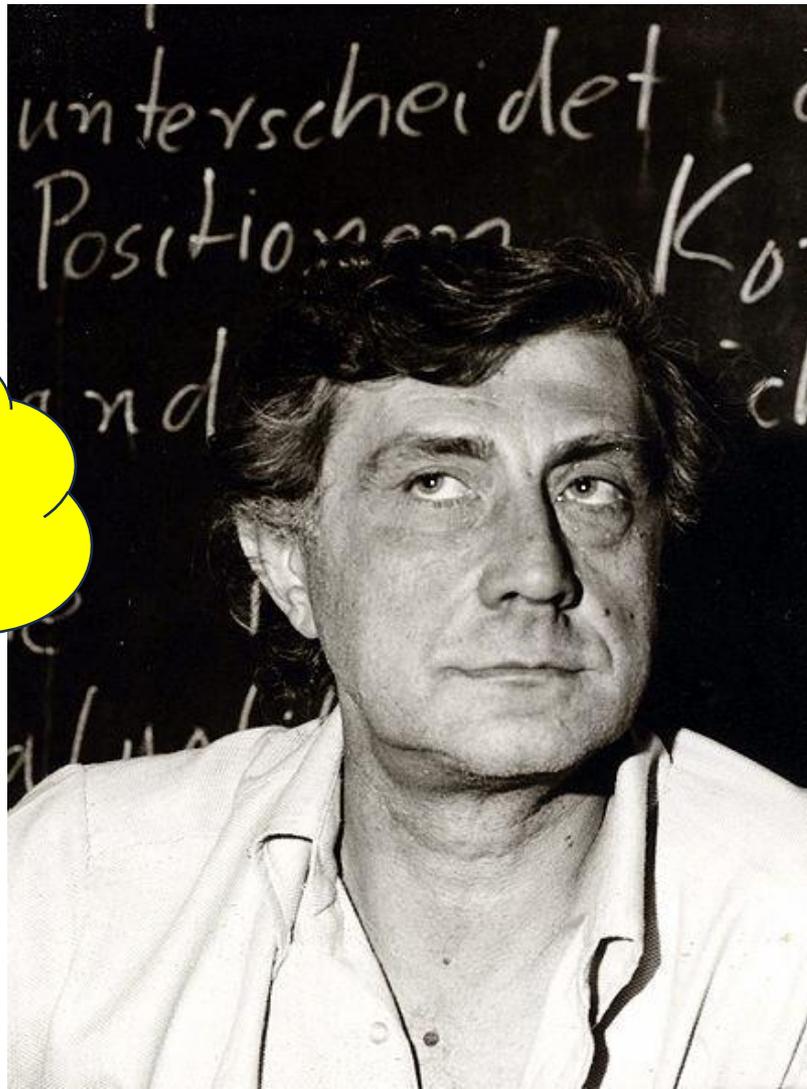
欧米では1970年代に  
精神科病院改革が起きる

イタリアのバザーリア改革

フランコ・バザーリア

(Franco Basaglia) 1924年～1980年

La liberta' e'  
terapeutica.  
自由こそ治療だ！



# 北イタリアのゴリツィア県の精神科病院にバザーリアは赴任した





ゴリツィア県立精神病院の  
現実...

# バザーリア改革

## • バザーリア法（180号法）

- **1978年5月に公布された**世界初の精神科病院廃絶法
- 精神科病院の新設、すでにある精神科病院への新規入院、1980年末以降の再入院を禁止
- 予防・医療・福祉は原則として精神保健センターで行う
- 治療は患者の自由意志のもとで行われる
- やむを得ない場合のために一般総合病院に**15床**を限度に設置するが、そのベッドも精神保健センターの管理下に置く。



世界初の精神  
科病床廃絶法

# こうした欧米の精神 病院改革の一方・・・



日本ではその流れに逆行した！

# ライシャワー事件（1964年）

- ライシャワー事件
  - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
  - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。
- その結果、1965年（昭和40年）に「精神衛生法」が一部改正された。
  - 精神疾患患者の施設隔離が始まった

- ライシャワー駐日大使





# パート2 精神科患者の地域移行



# 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(2012年)



# 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 構成員

天賀谷 隆 (日本精神科看護技術協会 副会長)

伊澤 雄一 (全国精神障害者地域生活支援協議会 代表)

小川 忍 (日本看護協会 常任理事)

門屋 充郎 (日本相談支援専門員協会 代表理事)

川崎 洋子 (全国精神保健福祉会連合会 理事長)

菅間 博 (日本医療法人協会 副会長)

佐々木 一 (医療法人爽風会佐々木病院 院長)

千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 院長)

中沢 明紀 (全国衛生部長会 会長(神奈川県保健福祉局保健医療部長))

中島 豊爾 (全国自治体病院協議会 副会長(岡山県精神科医療センター理事長))

長野 敏宏 (NPO法人ハートinハートなんぐん市場 理事)

野澤 和弘 (毎日新聞社 論説委員)

○ 樋口 輝彦 (国立精神・神経医療研究センター 総長)

平安 良雄 (横浜市立大学付属市民総合医療センター 院長)

広田 和子 (精神医療サバイバー)

福田 敬 (国立保健医療科学院研究情報支援研究センター 上席主任研究官)

堀江 紀一 (一般社団法人日本ケアラー連盟 共同代表)

三上 祐司 (日本医師会 常任理事)

◎ 武藤 正樹 (国際医療福祉総合研究所 所長)

山崎 學 (日本精神科病院協会 会長)

山本 輝之 (成城大学法学部 教授)

# 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

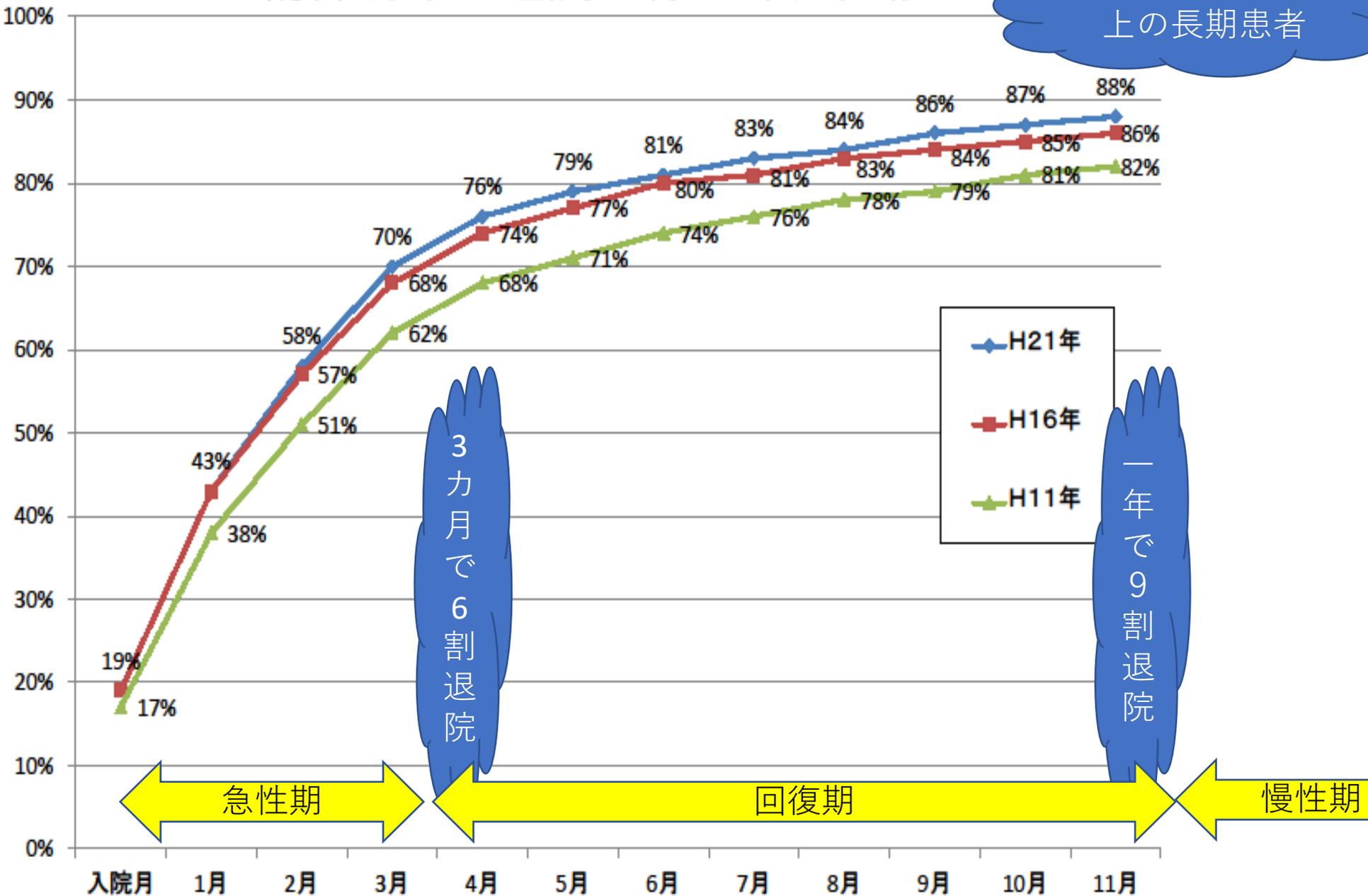
- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
  - 3ヶ月未満の急性期医療
  - 3か月～1年未満
  - 重度かつ慢性
  - 1年以上の長期高齢者入院



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長:武藤)  
2012年3月23日～6月28日まで  
厚労省において7回の検討会を行った

# 精神病床の退院曲線の年次推移

10%が1年以上の長期患者



3カ月で6割退院

一年で9割退院

急性期

回復期

慢性期

(精神・障害保健課調べ)<sup>4</sup>

# 「重度かつ慢性」の基準案について

- 平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
- 平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を実施し、「重度かつ慢性」基準案を作成。

## 「重度かつ慢性」基準案

精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を越えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準に満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて①行動障害 ②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

### 1. 精神症状

BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver.1)」に準拠する。

### 2. 行動障害

問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。

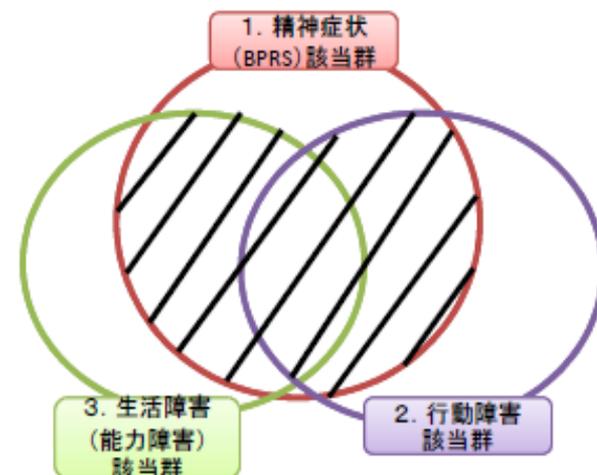
### 3. 生活障害

障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

### 4. 身体合併症

精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎
- ④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いてください:\_\_\_\_\_)



※表1～3については研究報告書参照のこと

出典:厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成25年度～27年度 総合研究報告書の結果を基に作成

# 「重度かつ慢性」の基準案に基づく調査結果について

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

研究1の5000人データでの重度かつ慢性の暫定基準案 × 在院期間のクロス表

40%は地域移行  
できる！

			問13 調査日現在における在院日数						
			1年以上～1年6ヶ月未満	1年6ヶ月以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～10年未満	10年以上～20年未満	20年以上	合計
暫定基準案 (ただし身体基準は除く)	非該当	人数	146	320	261	381	346	385	1839
		列の%	41.1%	43.6%	37.3%	36.5%	34.4%	35.2%	37.3%
	該当	人数	209	414	439	664	659	710	3095
		列の%	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%
	合計	人数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
		列の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

## 現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床(入院患者3.6万人)減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

## 対応方針(推計式の開発)

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す(※)とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。

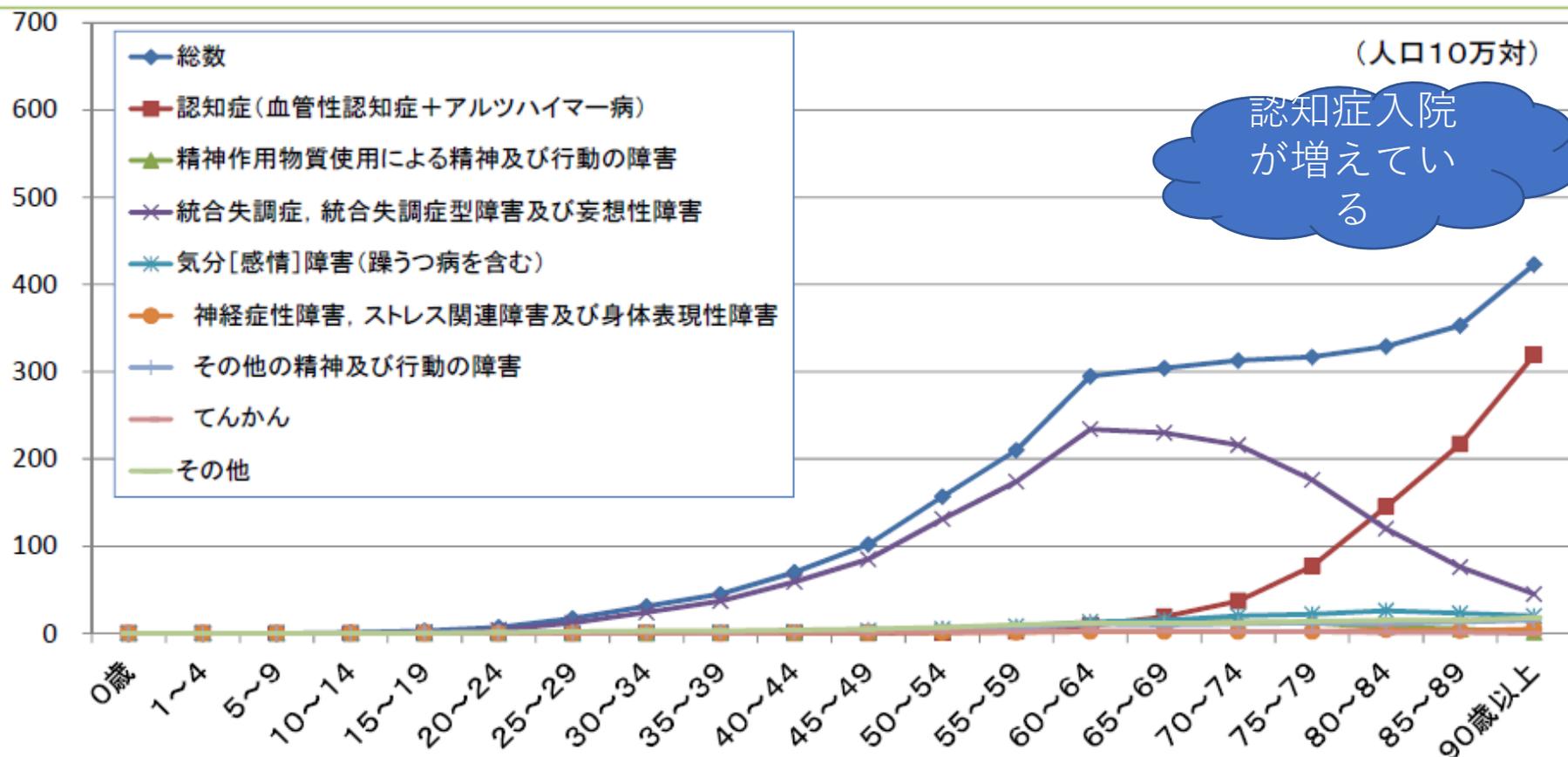
※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院(長期入院)需要	
平成26年				
平成32年度末				地域移行に伴う基盤整備量
平成37年(2025年)				地域移行に伴う基盤整備量

## 精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、主に統合失調症入院患者、認知症入院患者から構成されている。
- 統合失調症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は60代に入院受療率のピークがあり、認知症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は高齢になるにつれて入院受療率は高くなる。



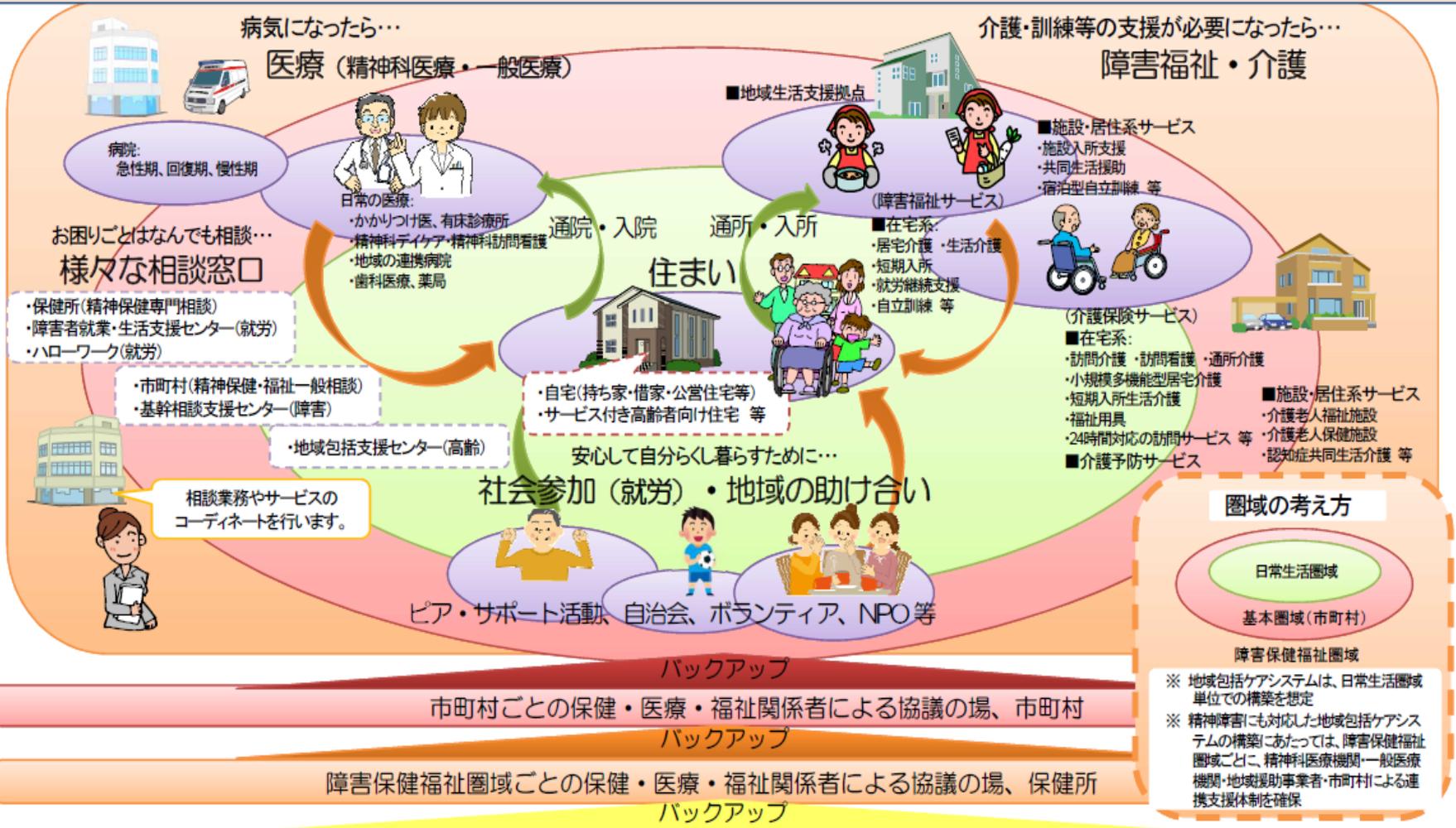
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神科患者の 地域移行のポイント

- ①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ②多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制

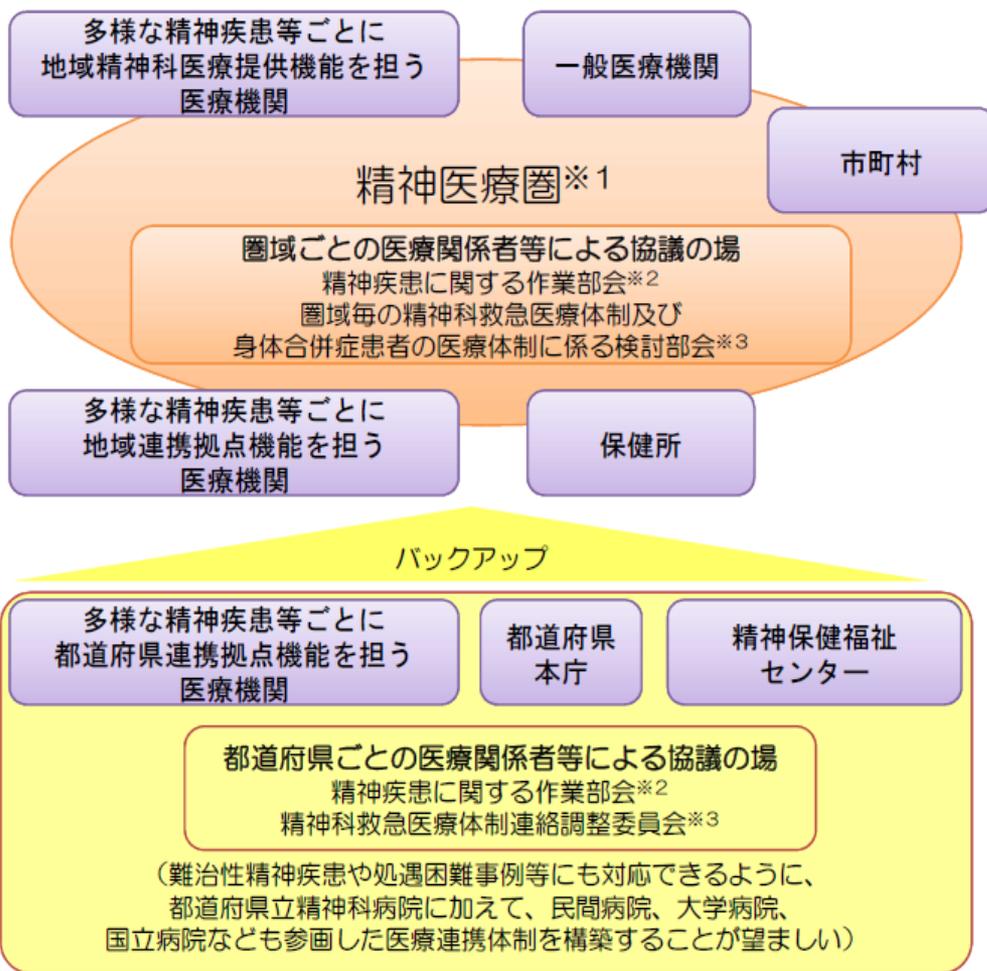
# ① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



## ② 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



### 精神医療圏における関係機関の役割

#### 【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る）

〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉

地域精神科医療の提供

〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点

③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援

〈市町村の主な役割〉

精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整

〈保健所の主な役割〉

圏域内の医療計画の企画立案実行管理

圏域内の医療関係者間の総合調整

### 三次医療圏における関係機関の役割

#### 【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る）

〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

①医療連携の都道府県拠点、

②情報収集発信の都道府県拠点、

③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援

〈精神保健福祉センターの主な役割〉

保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）

〈都道府県本庁の主な役割〉

都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理

都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。

※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

○平成30年度からの第7次医療計画では、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化する。

## 現状・課題

○平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する。また、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

## 対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

医療機能	役割要件	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
都道府県拠点機能	役割	①医療連携の都道府県拠点,②情報収集発信の都道府県拠点,③人材育成の都道府県拠点,④地域連携拠点機能支援													
	要件(例)	①地域連携会議の運営,②都道府県民・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③専門職に対する研修プログラムの提供(卒後専門領域研修など) ④地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ													
地域連携拠点機能	役割	①医療連携の地域拠点,②情報収集発信の地域拠点,③人材育成の地域拠点,④地域精神科医療提供機能支援													
	要件(例)	①地域連携会議の運営支援,②地域・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③研修の企画運営(個別事例の検討、多職種研修など) ④地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ													
地域精神科医療提供機能	役割	①医療連携への参画,②情報発信への参画,③人材育成への参画,④地域精神科専門医療の提供													
	要件(例)	①地域連携会議への参画,②患者への情報提供、拠点機能を情報収集への協力 ③研修への参加,④多様な精神疾患等ごとに求められる専門医療の提供													

多様な精神疾患等ごとの都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能に関する医療機能の要件は、都道府県ごとに設置される協議の場を通じて、地域の実情を勘案して個別に設定し、医療計画に明記すること。

※疾患等ごとに都道府県拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。

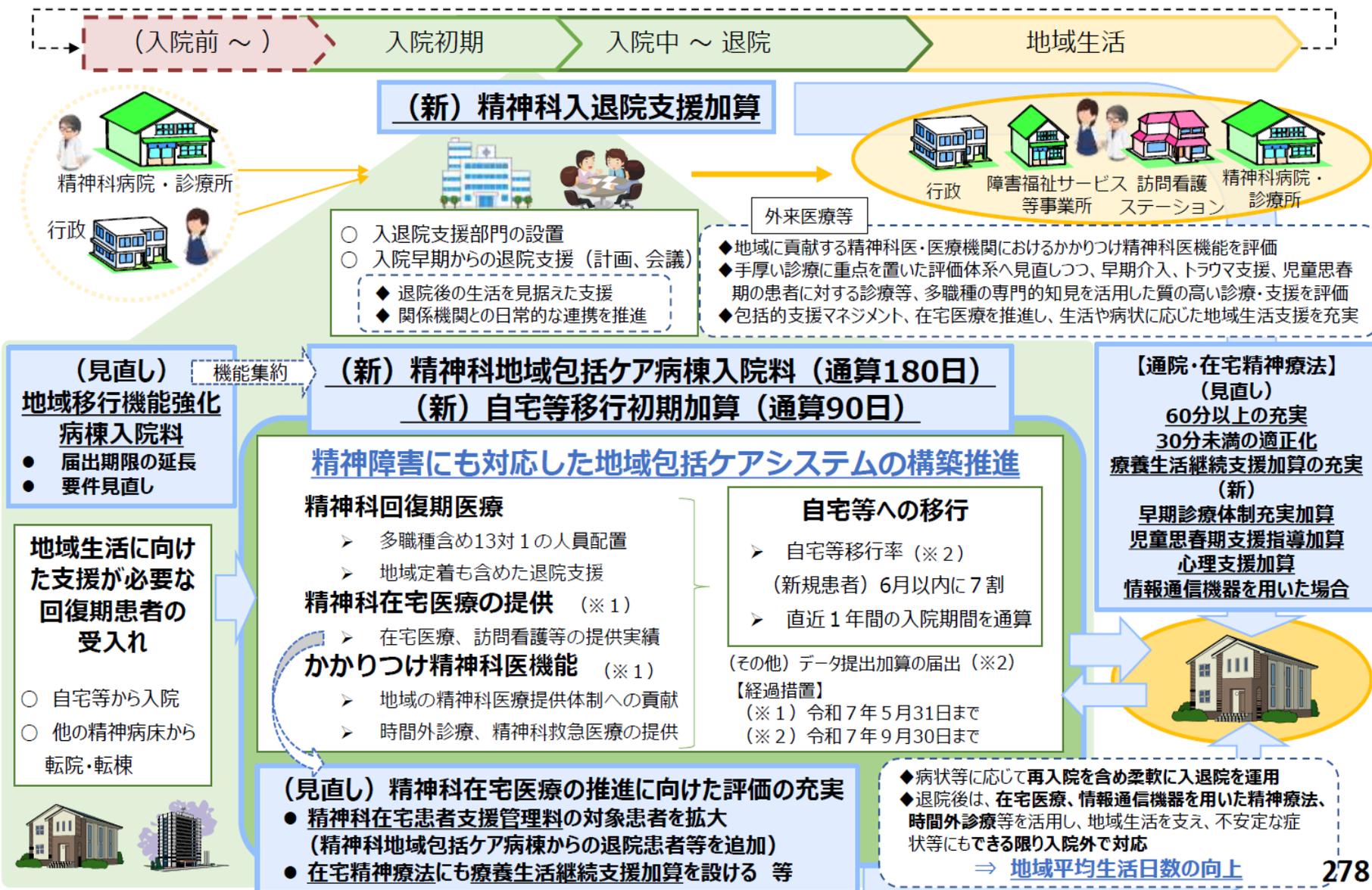
※疾患等ごとに地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。 4

## パート 3

# 2024年度診療報酬改定と 精神科入退院支援

- ①精神科入退院支援加算
- ②精神科地域包括入院料
- ③自宅等移行初期加算

# 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



## 精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

**(新) 精神科入退院支援加算**

**1,000点 (退院時 1回)**

**(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算**

**300点 (退院時 1回)**



[算定要件] (概要)

- (1) 原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- (4) 当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

[施設基準] (概要)

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に専従の看護師及び専任の精神保健福祉士又は専従の精神保健福祉士及び専任の看護師が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
  - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関の数の合計が10以上であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
    - (イ) 他の保険医療機関
    - (ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
    - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
    - (ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
    - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
  - イ 直近1年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

## 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

### (新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 自宅等移行初期加算

**1,535点 (1日につき)**  
**100点 (1日につき)**

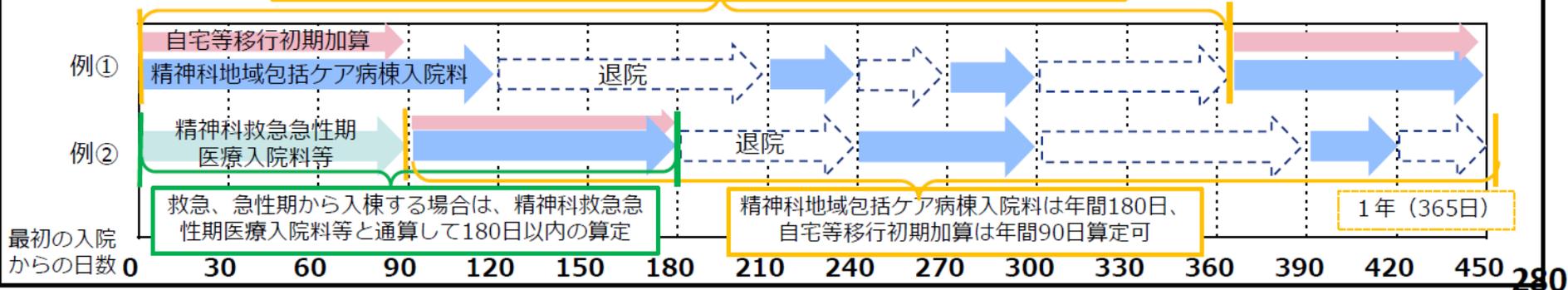
[算定要件] (概要)

- 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。
- 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。
- 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、**直近1年間の算定期間(算定した日数)を180日又は90日に通算**する。
- 精神病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1)、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、**患者1人につき1回**に限る。
- 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、**医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同**して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、**療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上**提供していることが望ましい。
- 症状性を含む器質性精神障害の患者にあつては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

[算定イメージ]

精神科地域包括ケア病棟入院料は年間180日、自宅等移行初期加算は年間90日算定可

1年(365日)



# パート4 精神科と身体拘束



# ケリー・サベジ事件

- 2017年5月、ニュージーランド人のケリー・サベジさんが神奈川県内の病院で亡くなった。
- 当時27歳だったケリーさんは、前足240mmの精密な手術を必要とする病状に陥り、手術の間、呼吸が止まり、心臓が停止した。緊急搬送されたが、手術中に死亡した。



鹿児島県の志布志（しぶし）市で英語教師として働いていたケリー・サベジさん



# 身体拘束最小化

---

～松沢病院で取り組んだ25の方法～

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立松沢病院  
精神科認定看護師

---

中田 信枝



中田信枝氏

# 本日の内容

---

- ・ 身体拘束の考え方
- ・ 松沢病院での身体拘束の基準と身体拘束の変化
- ・ 松沢病院が実践した25の方法より15の方法を紹介

# 身体拘束の考え方



## 【身体拘束とは】

身体拘束、身体的拘束、拘束、身体抑制、抑制、安全帯

等、施設によって表現は違いますが  
患者様・利用者様の行動を制限することです

# 施設によって身体拘束の考え方が異なります

## 精神保健福祉法

※医療又は保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる

※車椅子ベルト・ミトン・つなぎ服、身体管理目的の拘束などは、施設によっては精神保健指定医の指示を不必要としているケースもある

精神科  
病院

一般病院

法令等なし

↓  
施設ごとの基準に沿って  
実施されている

介護老人  
保健施設  
等

身体拘束ゼロへの手引き（厚労省）  
介護保険指定基準の**身体拘束禁止**規定

# 身体拘束の考え方の違い

	精神科病院	一般病院	介護老人保健施設等
根拠としているもの	精神保健福祉法	法令等なし	身体拘束ゼロへの手引き
基本的な考え方	医療又は保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる (36条)		身体拘束は原則禁止
身体拘束とは	衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限		身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為
具体的な行為	施設ごとに解釈が異なる ※車椅子ベルト・ミトン・つなぎ服、身体管理目的の拘束などは、施設によっては精神保健指定医の指示が必要な身体拘束とはしていない		<ul style="list-style-type: none"><li>・車椅子やベッドに体幹や四肢をひも等で縛る</li><li>・ベッドを柵で囲む</li><li>・ミトン型の手袋等をつける</li><li>・車椅子ベルトやテーブル</li><li>・立ち上がりを妨げるような椅子</li><li>・介護衣（つなぎ服）</li><li>・向精神薬を過剰に服用</li><li>・隔離</li></ul>

# 身体的拘束

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号))

## 1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

## 2 対象となる患者に関する事項

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫

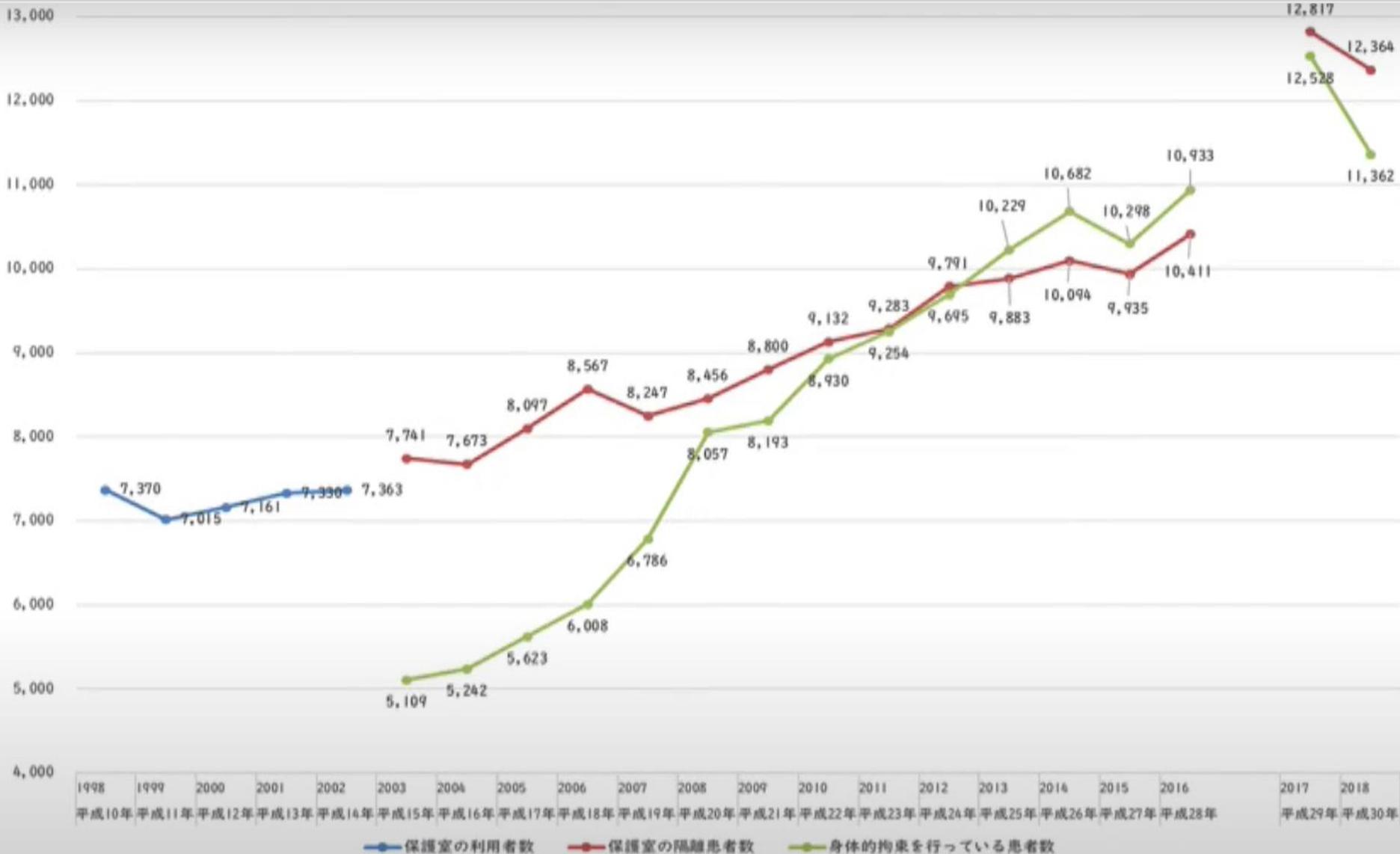
イ 多動又は不穏が顕著

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれ

## 3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

# 隔離・身体拘束患者数（630施設）



松沢病院での  
身体拘束の基準と  
身体拘束の変化

# 松沢病院での身体拘束の基準

以下の3点について身体拘束とし、精神保健指定医の指示のもと  
院内の基準・手順に基づき運用しています。



マグネット式拘束具



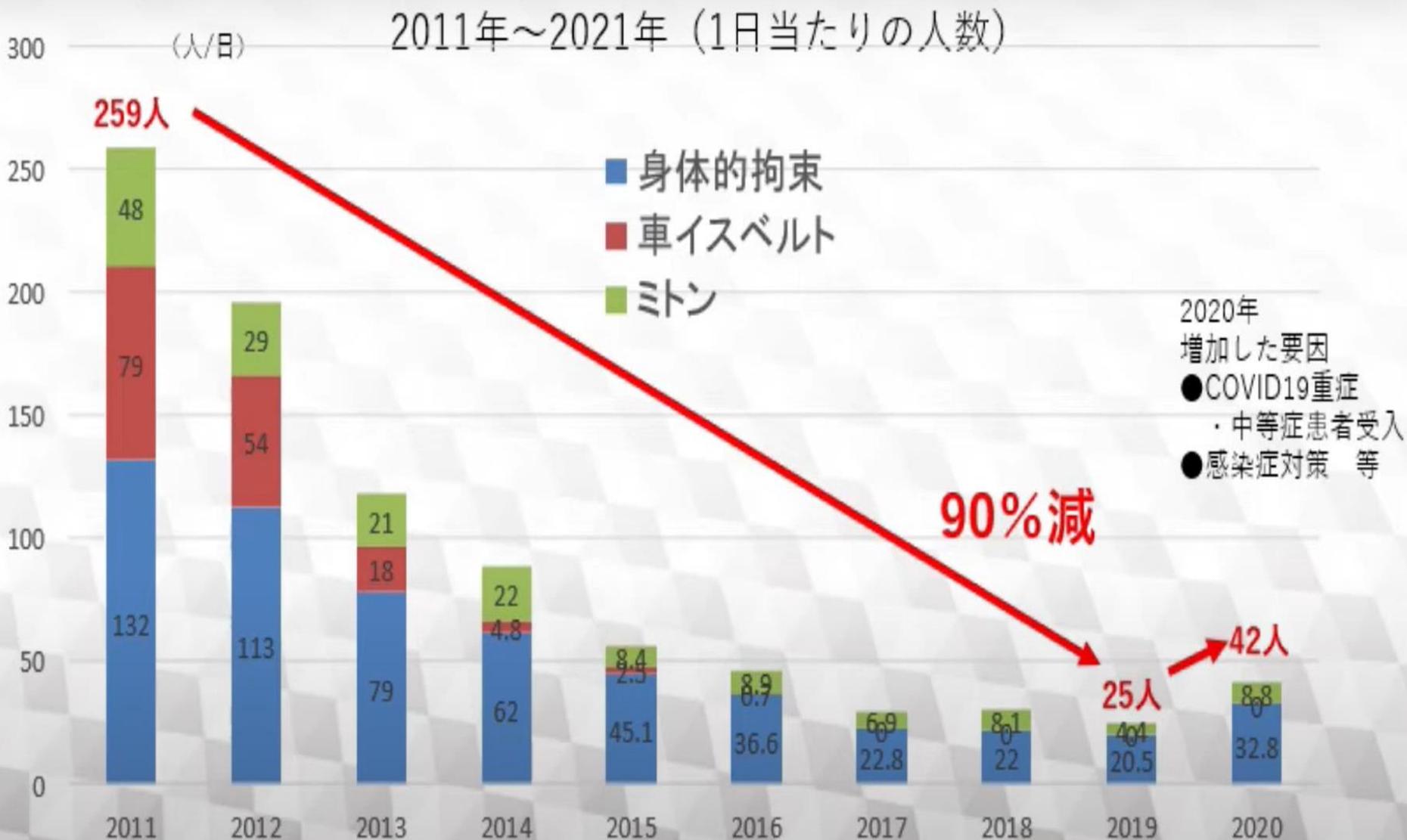
車椅子ベルト



ミトン

どんなに短時間であっても精神保健指定医の指示が必要

# 松沢病院における身体拘束の推移



# 松沢病院で身体拘束の多かったころを振り返る

2011年度 身体拘束の理由 (1日平均143人)



他：水中毒、せん妄、自傷・自殺企図

なぜ身体拘束をするのか？

医療者の立場から ⇒ 患者さんの**医療と保護**のため仕方なく

実際に医療者が感じていたこと

- ・ 患者さんとの信頼関係が築けない
- ・ 転倒予防といいながら、ADLは低下していく
- ・ 治療期間は長期化する
- ・ 常にジレンマを感じ、やりがいを喪失していく...

2012年

**身体拘束最小化へ  
舵を切る**

# 3

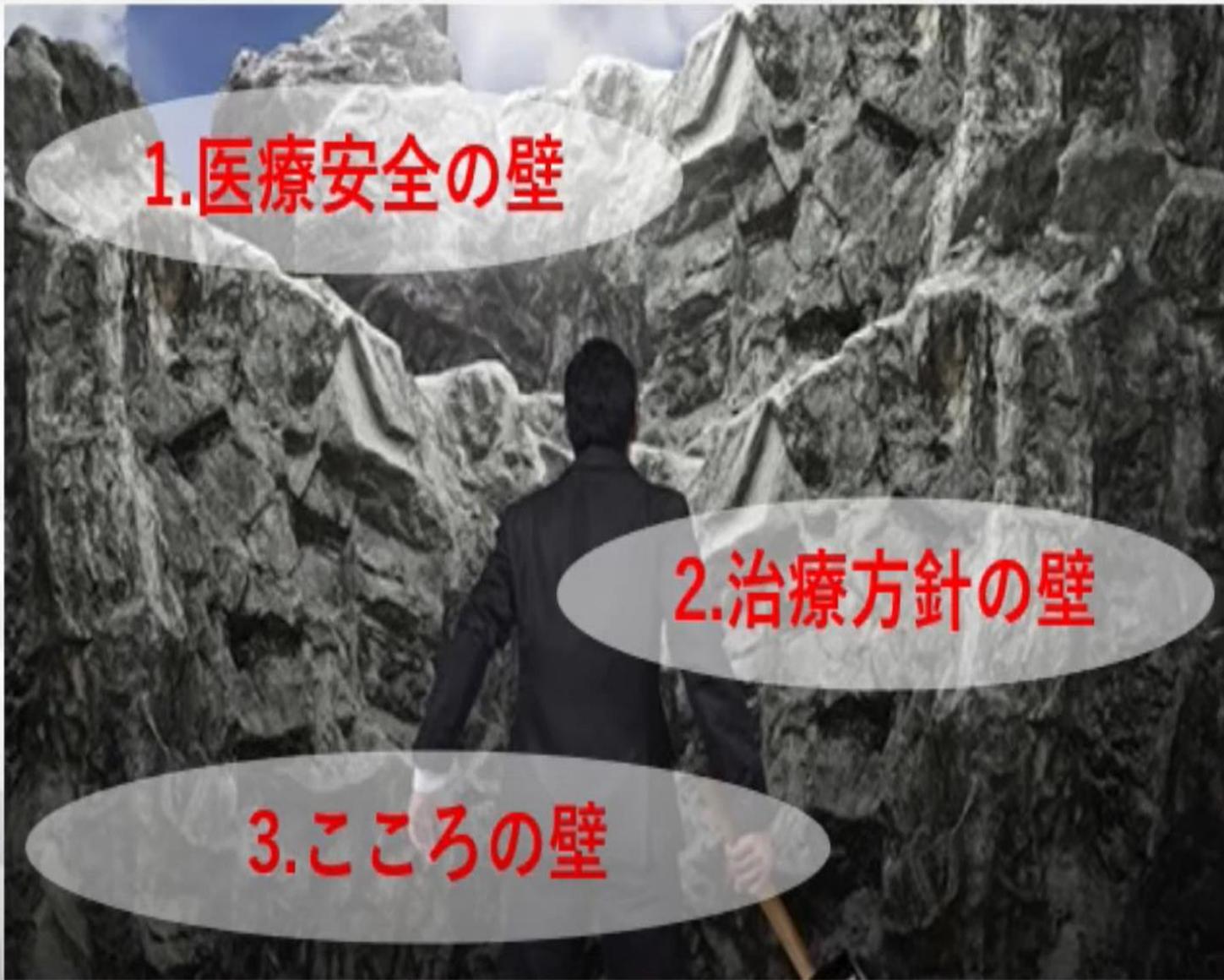
身体拘束を最小化するために

## 松沢病院が実践した 25の方法

※今回は、25の方法の中から15の方法について紹介します

身体拘束を最小化するために立ちはだかった3つの壁

全画面表示を終了するには Esc キーを押してください



1.医療安全の壁

2.治療方針の壁

3.こころの壁

# 25の方法 ※今回は青文字の15の方法について説明します

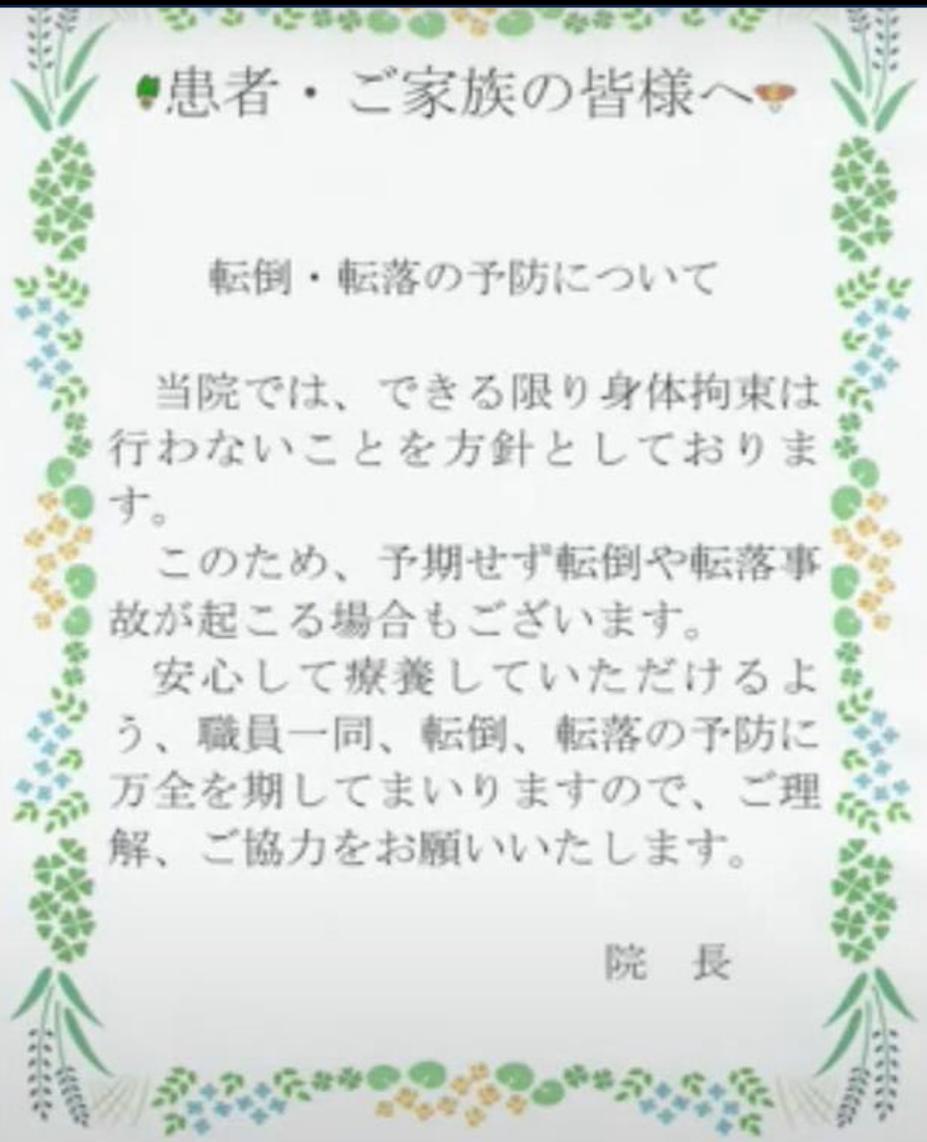
1. 病院としての考え方を職員へ明確に伝える
2. 可視化する
3. グレーゾーンを作らない
4. 医療安全との連携
5. “いざ”という時は管理者が責任を負う
6. 意識改革
7. 身体拘束の弊害を知る
8. 家族との協働
9. スタッフ教育
10. 多職種連携
11. 行動制限最小化委員会が牽引役となる
12. 行動制限カンファレンス

# 1. 病院としての考え方を職員へ明確に伝える

病院として**拘束を最小化する**というビジョンをもつ



人を『縛る』ことがどういうことかを真剣に考える！



●患者・ご家族の皆様へ●

転倒・転落の予防について

当院では、できる限り身体拘束は行わないことを方針としております。

このため、予期せず転倒や転落事故が起こる場合もございます。

安心して療養していただけるよう、職員一同、転倒、転落の予防に万全を期してまいりますので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

院長

## 2. 可視化する



何が起きているのかを明確にすることで  
何をすべきかが見えてくる

1. 各病棟毎に行動制限の種類、時間、理由別に集計し周知（院内）
2. ホームページで隔離・身体拘束のデータを公表（院外）

### 3. 医療安全との連携



現場を萎縮させないリスクマネジメント  
“支えるリスクマネジメント”へ

#### 医療安全は誰のためにあるのか？

##### 1. 事故と拘束との関係を明らかにする

⇒ 拘束をやめれば転倒が増えるというエビデンスはない

- ・ 転倒予防の拘束は、転倒しやすい患者を作る
- ・ 興奮患者の隔離・拘束は患者を興奮させる
- ・ 拘束が減った前後で、重大な事故件数は変わらない
- ・ 事故防止の手段に、拘束を含めない

##### 2. 肺塞栓に対する徹底した対策

## 4. “いざ”という時は管理者が責任を負う



事故が起こった時  
管理者が責任を負う覚悟があるか？

1. スタッフが最善を尽くし、それでも事故が起こったら  
⇒ 管理者が責任を負う覚悟を示す
2. 覚悟をスタッフへ示すことで、スタッフは安心して  
最小化へ取り組める

トップ・管理者がなすべきことは、トップダウンではなく  
一人ひとりのスタッフを支えること！

# 5. 身体拘束の弊害を知る



身体拘束をしないことによる弊害よりも  
することによる弊害に目を向ける

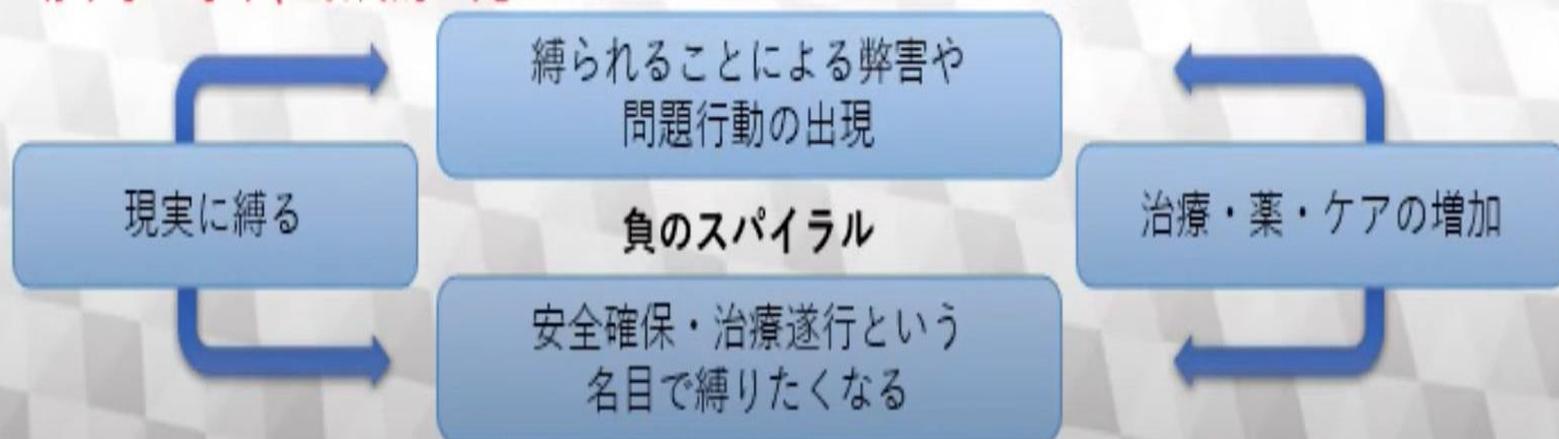
## 1. 見えないリスクに目を向ける

- ・見えるリスク……転倒転落・ルート抜去等
- ・見えないリスク…ADL低下、廃用性症候群、誤嚥、精神症状悪化、自尊心の低下等

## 2. 高齢者を身体拘束することによる負のスパイラル

⇒ 動けなくなり、最終的に死に至る

古岡充・田中とも江：「縛らない看護」：医学書院より



## 6. 家族との協働



- ① 家族に拘束をしないことによるメリットと  
拘束をすることによるデメリットを理解してもらう
- ② 家族に自分たちの仕事を見ってもらう

～転倒に関する病院神話からの脱却～

家族：入院したら、転ばない

職員：入院したら、転倒させてはいけない



人は歩けば転倒することもある

# 行動制限ンカンファレンス



どうしたら最小化（解除）できるかの視点を持つ

1. 隔離・拘束実施者は毎日行動制限カンファレンスを行う
2. カンファレンスは「どうしたら最小化（解除）できるか」の視点を持つ

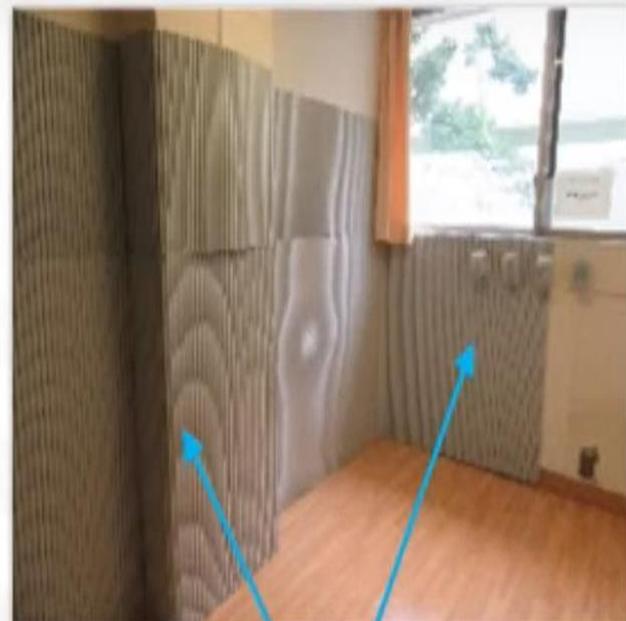
「〇〇だから継続」という視点からの脱却

身体拘束をしない方法を  
絞り出す！



# 転倒させない⇒転倒しても怪我をしない部屋へ

発想の転換



- ・転倒による受傷予防のためにウレタンマットを敷く
- ・排泄の自立目的にポータブルトイレ設置

壁や突起物（酸素・吸引などのアウトレット等）をクッションパットでカバーする

ベッド柵にクッションパットを貼り転倒時の外傷予防



発想の転換の例

部屋の前にセンサーマット  
を設置し、他患が入ったと  
きにす ぐに気づく  
(玄関マット作戦)



低床ベッド+マット  
+センサーマット  
(動いても大丈夫作戦)



点滴台が倒れると危険  
なので、壁に直接点滴  
ボトルを貼り付ける  
(壁ドン作戦)

## 8. 認知症・高齢者の治療・ケア

全画面表示を終了するには、Esc キーを押してください



### 患者さんのQOL・人生を見据えた治療・看護

1. 「身体拘束をしない」同意書を入院時にかわす
2. ホール番制度（日中、ホールで患者を見守る）  
⇒車椅子ベルトをなくす、患者のADL維持
3. ラジオ体操、OT活動など活動性の向上
4. 排泄援助⇒できる限りトイレで排泄
5. 点滴・経管栄養の実施については慎重に  
⇒本人のQOLが向上するならば実施する
6. 多職種で支える

# 同意書

看護師から医師へ相談

「拘束をしなければ転倒  
リスクが高くなります。  
家族の理解と協力がなけ  
れば私たちは不安です」



## 転倒予防 認知症高齢者（41歳）入院に際してのお願い

転倒予防の認知症高齢者（41歳）は、認知症により、併せて患者の安全を脅かす患者さんを取り入れる病棟です。

1. 当病棟は、認知症の病棟で、行動上の制限を「治療」することの目的とした病棟です。併せて、患者の安全の確保、看護も提供します。病棟内の高い設備、看護を提供することを目標としています。
2. 患者様は、患者さんの生活の質を高め、認知症の進行を遅らせるのが目的のため、生活に意図的の他の緊急の場を避けては病棟で生活環境を整えないでください。そのため、歩行中の転倒、ベッドや椅子からの転落による身体事故を防ぐための対応を行います。併せても可能な限り他の事故防止対策を講じ、職員も注意を払ってはおりますが、こうしたリスクについて、あらかじめご家族の方にもよく説明し上げます。
3. 当該病棟としての性格上、患者さんからの患者希望は受け取れません。入院にあたっては、入院中の患者さんのプライバシーについて病棟内で守ってくださること事前に説明しておいておりますが、患者さんご自身の病棟に受け取られても、ご家族の方にお話しし上げます。

平成 年 月 日

東京都立西病院 41歳

医師署名 \_\_\_\_\_

上記説明を受け承諾いたしました。

患者署名 \_\_\_\_\_

ご家族署名 \_\_\_\_\_ (関係) \_\_\_\_\_

入院時に  
行動制限は行わない  
同意書を使用  
(家族の協力を得る)

## 9. 終末期医療を問い直す



あなたは、縛られたまま最期を迎えたいですか？

1. いかにか長く生きるかばかりに注目し、  
いかにか死ぬかという視点が抜け落ちている
2. 「死」は負けですか？
3. 最期に直面したとき、できる限りの意味を考える  
⇒出来る限りの処置  
出来る限り生命を延ばす  
出来る限り安らかに・・・  
※何を優先するかで治療・ケアは大きく変わる

# 10. 小さな成功体験を積み重ねる



## まずは一人から…

1. 最小化したい気持ちがあっても、病棟全体の空気が解除へ向かわないときは、まずは一人の最小化から始める
2. **小さな成功体験**を、スタッフみんなで喜ぶ
3. 最小化がすすむと、患者さんの笑顔が増える  
⇒スタッフの笑顔も増える  
スタッフのやりがいへつながる

# 11. 最小化できない理由を探さない



最小化できない理由はいくらかでもある

最小化できない理由とは

- ・うちの患者は重症だから…
- ・医師・看護師が足りない…
- ・週末、主治医がいない…
- ・家族が転倒させないでと言う…
- ・物品が足りない
- ・私の勤務のときは転倒しないでほしい

## 12. 最小化は手間暇をかけなければならない



効率性を求めたら最小化はできない  
なぜなら、最小化は個別性に応じた医療・ケアだから

- ・一つひとつの事例に対して、丁寧にアセスメントし  
“**考えて**”いるのでしょうか？
- ・効率性を求め、“考える”ことをスルーしてマニュアル通りに  
動くことが医療者の仕事の仕方になっていないのでしょうか？

患者さんのことを思い、丁寧に丁寧にアセスメントし、  
手間暇かけていくことが、最小化への一番の近道

# 13. 自分たちの内なる“こころの壁”とは



自分たちが「不安」「恐怖」「危険」「偏見」を感じていることを自覚しよう

身体拘束をして守られているのは実は私たち？

「不安、恐怖、危険、偏見」を感じている  
自分を認め、常に意識する

# 14. 最小化することを目的にしない



目的は患者さんのQOLの向上、  
患者さんが幸せになること

1. 最小化すること(減らすこと) が目的になってしまうと減った増えたで一喜一憂し本質から離れていく
2. 患者のQOLが向上するならば、身体拘束が必要なときもある
3. 身体拘束は“善悪“の問題ではない
4. 患者がどこへ退院するのか…  
患者にどう生きて欲しいのか…  
患者のターミナルをどう支えるのか…

## 15. 常に悩み続け、諦めない姿勢



身体拘束に悩んだら、  
自分が何を“**看ているのか**”を問いかける

1. 身体拘束をしなければできない治療とは何なのか？
2. 身体拘束をしなければできない看護とは何なのか？
3. その身体拘束は、**患者のQOLの向上**につながっているのか？
4. その身体拘束は、**患者の幸福**につながっているのか？

「身体拘束最小化」  
を実現した松沢病院の  
方法とプロセスを全公開

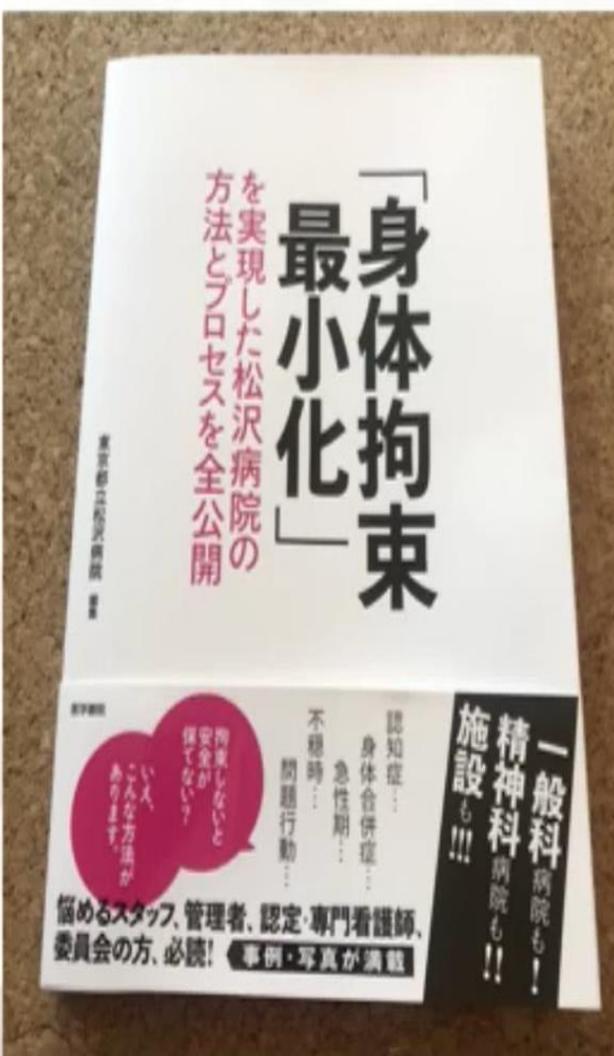
今回お話しした内容は、  
『「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法と  
プロセスを全公開』（医学書院）  
から抜粋したものです

良かったこと  
悪かったこと  
苦労したこと  
スタッフの本音…座談会の中で語っていただきました

事例もたくさん掲載し、写真を多く取り入れ  
わかりやすくしています

もっと詳しく知りたい、自分の施設でも広めたい  
と感じた方は、ご一報ください

出張ゼミナール  
開催しています！



# 身体拘束「なぜ心が痛むの？」「地域で見守る？あなた、できるの？」精神科病院協会・山崎学会長に直撃したら…

2023年7月7日 16時00分

地域で見守る？  
あなた、できるの？



身体拘束について話す日本精神科病院協会の山崎学会長＝東京都港区で

世界で最も身体拘束が行われている日本の精神科病院。厚生労働省では現在、拘束要件の見直しが不透明なまま進むが、精神科病院を束ねるドン・日本精神科病院協会（日精協）の山崎学会長（82）はどうとらえているのか。「こちら特報部」の単独インタビューに応じた山崎氏の言葉を詳報する。（木原育子）

（出典：東京新聞 2023年7月7日）

## まとめ

- ・精神科医医療は最も課題の多い医療の一つだ
  - ・しかし時代は確実に変わりつつある
  - ・時代の変化を敏感に感じよう！
  - ・まず現場から変わろう
- 
- ・「最も強いものが生き残るのではない。  
最も変化に敏感なものが生き残る」  
(チャールズ・ダーウィン)

# そこが知りたい！ 入退院支援まるわかりガイド

これからの医療のキーワード“PFM”



- 監修 武藤正樹
- 編著：医療福祉連携士の会
- B5判、192頁、定価：3,080円（本体2,800円）
- 2024年4月22日発行
- 株式会社照林社

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトにて公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)