

# 精神科病棟における意思決定支援

平成 27 年度「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」を踏まえて

中島公博\*

## 抄録

2014(平成 26)年 4 月に施行された精神保健福祉法の法改正に向けた有識者検討会で、保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定および意思の表明を支援するもの(以下「アドボケーター」)を選択できる仕組みを導入すべきとされた。また、改正法附則第 8 条では、「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとなった。この経緯の中で、平成 27 年度厚生労働科学研究補助金障害者総合福祉推進事業である「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」が公益社団法人日本精神科病院協会(日精協)において実施された。本稿では、事業の概要と筆者が所属する精神科病棟における意思決定支援の取り組みについて報告した。精神障害者の意思決定支援については、現状では病院外部からのアドボケーターではなく病院スタッフが担当するケースが多いので、患者の意思を第一に、病状を理解した上で家族らの意向も尊重したバランスのとれた総合的な患者の最善の医療を考慮した取り組みが必要である。

## KEY WORDS

精神障害者 (hospitalized mental patient), 意思決定支援 (decision making), 意思表明支援 (expression of the intention), 最善の医療 (best medical care)

## はじめに

意思決定および意思の表明の支援については、2014(平成 26)年 4 月に施行された精神保健福祉法の法改正に向けた有識者検討会で、保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定および意思の表明を支援するもの(以下、アドボケーター)を選択できる仕組みを導入すべきとされた。しかし、その実施主体、具体的活動内容などについてはさまざまな意見があったため、アドボケーターは法改正には盛り込まれずに具体化に向けた調査・研究を行うこととなった。また、改正法附則第 8 条では、「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされた。このような経緯

\* 医療法人社団五稜会病院(☎ 002-8029 北海道札幌市北区篠路 9 条 6-2-3)

の中で、平成26年度厚生労働科学研究補助金障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」が支援の三角点設置研究会において行われた<sup>1)</sup>。次いで、平成27年度の同事業では公益社団法人日本精神科病院協会(以下、日精協)が、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」(以下、平成27年度事業)を実施した<sup>2)</sup>。筆者はこの事業のまとめ役であったので、事業概要と筆者が所属する五稜会病院(以下、当院)で行っている意思決定支援の実際について紹介する。

## 平成27年度厚生労働科学研究補助金(障害者総合福祉推進事業)「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」

### 1. モデル事業の概要

有識者、法律関係者、医療関係者、精神障害当事者、家族などで構成される検討委員会を設置し、モデル事業の実施状況および調査・検討状況の客観性や妥当性についての評価や助言を得ながら、以下の事業が行われた。モデル事業の企画、進捗管理、調査内容、結果分析、支援マニュアルの見直し、モデル研修の企画・開催、研修プログラム・研修マニュアルの見直し、アドボケータ機能の検討、ガイドラインの作成、検討委員会の設置である。全国3か所で意思決定についてのモデル事業の実施と精神障害者の意思決定および意思の表明に関する支援マニュアルを作成(改訂)した。平成26年度研究で明らかとなった課題などを踏まえ、研修マニュアル(案)の作成と精神障害者の意思決定および意思の表明に関する研修を実施した。障害者総合支援法と改正法の両面から意思決定および意思の表明のあるべき姿について検討し、アドボケータ機能の枠組みの提示とそれぞれの枠組み内容に係るアドボケータガイドラインを作成した。本事業の報告書は、A. 入院に係る精神障害者の意思決定および意思の表明に関するモデル事業報告、B. モデル事業マニュアル(平成27年度改訂版)、C. モデル事業支援マニュアル(平成27年度改訂版)、D. モデル事業研修マニュアル、E. モデル事業研修テキスト、F. アドボケータガイドラインの章立てとなっており、厚生労働省のホームページに公開されている。

### 2. モデル事業

平成26年度事業の課題を踏まえ、モデル事業実施マニュアルを改訂し、全国3か所(長野県千曲荘病院、静岡県沼津中央病院、大阪府浜寺病院)でモデル事業が行われた。アドボケータは、相談支援専門員とピアサポーターなどの、原則ペア(支援者チーム)で行った。支援者チームは、対象者の求めに応じ、対象者のもとへ赴いて話を聞き、意思決定および意思の表明に関する支援を行った。対象者は各病院4名で、入院中の患者で新規入院・再入院は問わず、アドボケートを希望する者から選定された。フォローアップ体制として、モデル事業開始から1か月時点、2か月時点にモデル事業担当委員と支援者チームの代表でフォローアップ会議を実施し、モデル事業担当委員から支援者

チームへスーパーバイズを行った。現地プロジェクト間の情報共有を行う一方、モデル事業報告会を行い、支援の内容、改善点などを話し合った。モデル事業を通じて、アドボケート機能が患者からみて必要があるのか、病院からみて有用であるのかについて検討した結果、患者は「話しを聞いてもらえて良かったです」と答えていることや、ピアサポーターが自分の単身での生活状況や自分の使っているサービスについて伝えたり、「同じ精神科病院への入院という体験を持つピアサポーターの関与は、患者の安心感に繋がった」との意見があった。支え手のピアサポーターにとっても相談支援専門員とペアで行うことは活動しやすいとの感想がある。一方、ピアサポーターの体調管理や精神疾患に対しての教育、養成講座の必要性が不十分という意見があった。

### 3. モデル事業の研修会・研修テキスト

平成27年度事業では、各都道府県において入院に係る精神障害者の意思決定および意思の表明に関するモデル事業の研修をスムーズに進めることができるような目的でモデル研修マニュアルが作成されている。モデル研修は、意思決定および意思の表明に関する内容の提供とモデル事業の報告ならびに、各職種間での討論などの研鑽を目的として、2016年1月30日に東京で開催された。また、アドボケーターについて理解を深めるために、モデル研修で使用するテキストを作成した。内容は、対象者が支援の専門員やピアサポーターであることを想定し、意思決定支援の必要性やこれまでの経緯、関係条文、精神科領域以外の意思決定支援の紹介、改正精神保健福祉法の概略、英国の意思能力法・行動指針<sup>3)</sup>などを盛り込んだものとなっている。なお、テキストでは、より具体的なイメージをつかめるようにするため、意思表明の支援や長期入院者の退院支援などの事例を提示した。

### 4. アドボケーターガイドライン

平成27年度モデル事業では、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」が作成された。本ガイドラインは、精神障害者の意思決定支援のための道標を示したもので、精神障害者の意思決定支援に関する基本的考え方や姿勢、具体的方法および配慮されるべき事項などを提示し、精神科病院スタッフが精神科医療を提供する際に必要とされる意思決定支援の枠組みを示した。本ガイドラインを利用することによって、障害者の権利が適切に表明されることになり、患者を中心とした医療スタッフ、地域援助事業者、相談専門員、ピアサポーターとの密な連携が行われる。ガイドラインには、英国の意思能力法・行動指針を参考に、意思決定および意思の表明に関しての具体例としてシナリオが提示されている(表)。

ガイドラインに準じて、病院外から意思決定支援者が入院医療機関と十分な連携をとりあって、患者の意思が表明され意思決定が行われるのであれば、医療の質の向上に繋がり、患者にとっての「最善の医療」の実現に有益なものと考えられる。一方、このガイドラインには批判的なものも含めて多数の意見がある。「アドボケーター」の名称、病院への情報提供、家族同意、ケア会議への参加、制度の利用促進、本人と

50代男性、慢性統合失調症。父母は健在であるが、高齢のために面会も少なくなった。現実的な理解判断が出来ないために、10数年閉鎖病棟で医療保護入院を継続している。重金属や水を撒くホースが身体の中に入って辛い、重金属によって腸がやられているので、腸の入替えを行うために数時間ベッドで臥床するなどの行動がある。ここ5年くらい外出もしていない。医療者から外泊を勧めても、自宅でも楽しいことはないからと言って断っていた。看護師とのやりとりの中で、昔行ったことのあるレコード屋に行き、近くのピザ屋(両店舗ともすでに廃業)でピザを食べに外出したいとの希望があった。

病院側は、主治医が外出を許可し、母親に連絡して外出を支援した。母親と一緒に外出し、街中の店舗も変わっていたが、大きな動揺もなく外出を楽しんできた。普段の生活の中で何げない患者の希望が意思決定支援に繋がる。

の面会についてなどである。精神障害者の意思決定支援は、具体的な検討が行われていない中では、本ガイドラインを検討素材として、意思決定支援に係る課題を整理して、患者・家族、医療機関にとってよりよい方向性を見出して欲しいものである<sup>4)</sup>。

## 五稜会病院の精神科病棟における意思決定支援の実際

筆者の所属する五稜会病院は193床の単科精神科病院である。急性期病棟48床、ストレスケア・思春期病棟48床、療養病棟97床(開放49床、閉鎖48床)の4つの病棟を運営している。令和2年6月15日時点で12~79歳(平均年齢43.9歳)の185人が在院し、在院日数は、3か月未満が99人(53.5%)と半数を超え、1年以上の長期入院者は49人(26.5%)、3年以上に限れば33人(17.8%)である。診断別では、統合失調症圏が48.1%、気分障害圏26.5%、神経症圏11.9%で、認知症はごく少数である。2019年1月~2019年12月までの1年間の入院者数は684人、退院者数690人、平均在院日数は98.1日であった。入院形態は、医療保護入院者は125人(18.3%)で、急性期病棟での措置、応急、医療保護入院の非自発入院者は124人(38.8%)である。退院者の平均入院期間は95.4日、3か月以内の退院が8割強、6か月以内が93%、1年以内が97%であった。若年者が多い急性期中心で退院支援を積極的に推し進めている病院である。

入院精神障害者の意思決定支援については、アドボケーターガイドラインのように外部からピアサポーターが患者のもとでアドボケートをしている訳ではないが、ピアサポーターが病棟に来て患者とお茶会をすることはある。入院患者の意思決定支援をするのは、何も外部の支援者がするだけではなく、一般的には医療スタッフが行うものである。患者は医療者には遠慮して言いたいことも言えないから外部のアドボケーターが役割を担うべきとする意見を否定するものではないが、制度や診療報酬と結びついていない外部支援者が病院に来る状況にはない。当院では、Beauchamp TLとChildress JFが「生命医学倫理の諸原則」<sup>5)</sup>で提唱した医療倫理の四原則、すなわち自律性の尊重・無危害・善行・公正を元に医療従事者が倫理的な問題に直面した時に、どのように解決すべきかを検討する倫理カンファレンスを行っている。精神科病院では、非自発入院者で病気の理解の乏しさから自分にとって不利益になりかねない考えをする場合もあるので、患者の意思決定支援と治療のジレンマを抱えることも少なくない。この葛藤の中で、当院での意思決定支援に繋がる取り組みを例示する。個人情

報保護から事例は改変している。

## 事例 1

50代女性、双極性感情障害。夫との不仲から嘔気、腹痛、下痢などの身体症状に加え、不眠、意欲低下、抑うつ気分、情緒不安定、リストカット、自殺をほのめかす言動があった。浪費や頻回の外出など躁状態を呈したことがある。短絡的に離婚し、その後、後悔から抑うつ気分が遷延している。希死念慮が強く当院に医療保護入院となり、食事量が低下している状態が続いたが行動化はなかった。しかし、「誰も私を分かってくれない」と不満が募り、シーツで縊首未遂し、隔離となった。患者は「施設されていないと行動化しそうだから隔離解除をしないで欲しい」と希望し、「頑張るのが辛い。作業療法に出ても意味がない。自分の存在意義がない。寂しい。保護室なら構ってもらえる」といった訴えがある。本人の意思を尊重しながら行動拡大を進めてはいるが、隔離解除になれば行動化すると明言をしており、隔離が長期化している。行動化のリスクが少なく、かかわりの多い保護室環境は本人にとって安心感が得られるだろうが、隔離を続けることは本人にとって最善なのかどうか。倫理的な視点から隔離の意義や治療の取り組みについて、スタッフとして守るべき倫理価値を倫理原則に当てはめて検証した。

**自律尊重：**自分自身で考え決定することを尊重することであるが、行動化を起こさないために隔離して欲しいという本人の意思は尊重した。作業療法への参加も無理強いせず、本人に選択してもらった。

**善行：**本人にとっての最善を尽くすことで、本人にとって安心できる環境ではあった。しかし、一人暮らしをしたいという本人の思いと退院に向けた社会性の面からも最善の案とは言えない。隔離以外の方法で、本人にとって最善な安心を感じられる環境とかかわりの提案・提供が必要である。

**無危害：**危害のリスクを回避することであり、実際に行動化を起こしているため、当初の隔離はやむを得なかった。現状でも希死念慮、行動化のリスクは高いため、危害の回避にはなっている。

**正義：**権力や立場にかかわらず、利益や善が公平にもたらされる。

**誠実：**真実を告げる。隔離解除については曖昧に言わずに本人と向き合いながらステップアップを目指した。

本人の「行動化を防ぐために隔離してほしい。作業療法に出ても意味がない」という訴えと、スタッフ側の「本人の社会性を保つためには隔離解除のステップアップを行うことが最善」という思いのズレがジレンマとなり、行動拡大が進まなかった。本人の「行動化しそう」という不安感や「何をしても意味が無い。誰も必要としてくれない」という虚無感に向き合い、安心感や自己肯定感に繋がるケアを行う必要があった。また、頑張ることが辛いと訴える患者に対し、作業療法への参加を促すだけでなく、時期を見ながら本人が必要とすることをともに考え取り組んでいくことが最善の方法と考えた。日々の受容的なかかわりや、本人参加型カンファレンスの実施によって、本人の「開放時間が長くなっても大丈夫かな。話してもいいかな」といった

意識の変化が生まれた。本人に意思決定しても良いこと、しかしそれがすべて叶うとは限らないことも含めて提示した。本人の意思を尊重し、安心できる環境を整えながら隔離解除に至った。

## 事例 2

40代女性。20代で統合失調症を発症。病識がなく、怠薬と症状の再燃を繰り返している。本人は症状を靈的体験に基づくものとし、これは病気ではないという認識は固定化されて修正困難であった。内的異常体験に支配された行動化があり医療保護入院となった。内服には強い拒否の意思を示すためドラッグフリーで経過観察したが、鏡の前での儀式的な行動や空笑が目立ち、家族にも「〇〇を殺せ」と電話をした。除霊のためと大声で叫ぶなど落ち着かず隔離開始となり、ハロペリドールの筋注を1週間行った。隔離解除となり、好きなアーティストのライブに行きたいと強く希望した。家族は、「病識を持って薬を飲むように指導して欲しい。靈的な体験や幻聴の対話などをなくして欲しい」と切に希望した。家族の同意が得られれば外出可とすることを検討したが、両親が強く拒否し、「病状が不安定なのに家族に判断を委ねるのか」と病院への不信感や怒りを示した。家族の意向も考慮し、妄想などの症状も強いことから外出は不可になったが、本人は外出できないことに対して強い憤りがあった。

スタッフは、病気ではないと否定し治療に拒否的な本人と病状や治療に対して厳しい両親との間で、双方の意思をどのように尊重していけばいいのか悩んだ。スタッフは本人の外出希望の意思を支援したい気持ちがあるが、どのような対応が適切だったのか倫理カンファレンスで検討した。まず、医学的・標準的最善の判断として、統合失調症の治療のスタンダードである薬物療法は、病状の改善、寛解を維持するためには必須である。症状を完全になくすというよりは緩和する、コントロール可能な程度に落ち着かせる治療を目指した。本人の思い(意思)は、「自分は病気ではない。霊媒体質で霊体験で薬や治療は必要ない。除霊できないと辛い。悪霊がたくさん寄ってくると辛い。霊体験はありながらも生活はできる。一人暮らしで大丈夫」というものであった。

一方、家族の思い(意向)は、「病気を治して欲しい。ドラッグフリーの期間は、何も治療してもらっていない、好きなようにさせて放置している。指導・教育をしっかりとって欲しい。自分達に判断を委ねないで治療的判断をしっかりとってもらいたい」である。合意を妨げている点として、治療の目標や内容について本人と家族の認識と現状に相違があり、双方の意向が全く折り合わない。

ここで、社会的公平・公正、社会通念の社会的視点から、本人にとっての最善を考えてみる。「本人の意思」を支援する際には、「医学的・標準的最善の判断」「家族の思い」を併せて総合的に判断する必要がある。本人の最善とは、単身で安定した暮らしができること、症状に脅かされないで過ごすことができる、症状のせいで生活が破綻しないことである。一方、本人にとっての最善を実現するために、家族の過重な負担を避けるなどの配慮も必要である。家族へのケアが必要であれば検討し、家族の思いも聞いていく。治療の経過や本人の病状を伝え、本人の思いを理解してもらえらる場

を作ることとした。今後の方針として、本人、家族それぞれの話を十分に聞きながら、折り合える場所を見つけ、できるだけ本人にとって苦痛やストレスが少ない治療を継続することとなった。結果的には、グループホームに退院し、意思決定支援としては本人、家族ともに満足すべきものとなった。

入院精神障害者の意思決定支援では、アドボケーターガイドラインのように外部から個別相談員が来て権利擁護を行うのが良いのだろうが、現在の制度上はそのような仕組みはなく、診療報酬上の算定もないに至っては精神科病院で広く普及することにはならない。一般的な医療では意思決定支援は治療スタッフが担っているのであり、精神科でも同様であろう。また、精神科では、非自発入院者で治療に納得していない患者と患者の希望に添えない家族との間にスタッフが入って板挟みになることも多い。意思決定支援においては、患者の意思に加え、スタンダードな医療の提供と家族などの意向の3つをバランス良く総合的に判断することが必要である。本人にとっての最善に繋がるような精神科専門職として多職種協同での意思決定支援が望ましい。

## おわりに

平成27年度厚生労働科学研究補助金障害者総合福祉推進事業「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」の概要と当院で行っている倫理カンファレンスでの意思決定支援の実際について報告した。意思決定支援は権利擁護の側面があり、外部からの個別相談員がかかわるのが良いが、精神科医療現場では、病気の理解が乏しい患者と家族の意向などを総合的に判断し治療する必要がある。病氣治療を含めた本人にとっての最善を念頭に入れたバランスのよい総合的な意思決定支援が望まれる。

## 文献

- 1) 支援の三角点設置研究会：平成26年度障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」, 2015
- 2) 日本精神科病院協会：平成27年度障害者総合福祉推進事業「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」, 2016
- 3) 新井誠, 紺野包子監訳：イギリス2005年意思能力法行動指針民事法研究会, 2009
- 4) 中島公博：「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明の在り方」について. 精神障害とリハビリテーション 20: 152-155, 2016
- 5) Tom L. Beauchamp, James F. Childress 著, 立木教夫, 足立智孝監訳：生命医学倫理 第5版. 麗澤大学出版会, 1997

---

### Title

Decision Support in Psychiatric Units—Based on the 2015 “model business for decision-making and manifestation of intention of mentally ill persons related to hospitalization”

### Author

Kimihiko Nakajima : Goryokai Medical Corporation, Sapporo, Japan