

令和3年度障害者総合福祉推進事業 「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」の紹介と 五稜会病院における人権配慮に関しての取り組み

中島 公博

北海道 五稜会病院 理事長・院長

Key Words 意思決定支援, 人権擁護, 行動制限最小化, 虐待防止, 倫理カンファレンス

はじめに

入院処遇において人権に配慮しなければならないのは、精神科病院のみならず内科や外科の病院でも同様である。しかし、精神科では、精神保健福祉法の医療保護入院や応急入院、措置入院等の非自発入院者がいるため、より一層の人権に対する配慮が必要である。精神科病院での患者の行動制限については、精神保健福祉法によって厳しく制限されている。行動制限に関しての院内組織として行動制限最小化委員会があり、公益社団法人日本精神科病院協会（以下、日精協）では、厚生労働省令和3年度障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」を受諾し、令和4年3月に報告書を作成した¹⁾。筆者は調査研究の委員長であったことから、本稿では、その概要の紹介と筆者が所属する医療法人社団五稜会病院（以下、当院）における人権配慮に関しての取り組みを紹介する。

厚生労働省令和3年度障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」

医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会（行動制限最小化委員会）において入院医療について定期的な評価を行うことが求められる。しかし、同委員会の活動状況に関する調査が不足していることから、本研究は行動制限最小化委員会の実態把握

を行うとともに成果物の収集・公表を行うことで、行動制限の最小化を推進することを目的としたものである。対象は、精神病床を保有している日精協の1,186会員病院と国立・自治体立等病院の431病院の計1,617病院である。日精協会員596病院（50.3%）、国立・自治体立等病院131病院（30.4%）の計727病院（45.0%）から回答を得た。なお、本事業内容を令和4年3月3日開催の第6回「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」で筆者が紹介している。

（1）主な調査結果

- ・令和2年度1年間の入院者の半数弱が非自発入院であった。
- ・行動制限最小化委員会の委員長は9割弱が医師、1割が看護師。構成員数は平均で11.2人。
- ・8病院で当事者、4病院で弁護士が構成員になっていた。
- ・委員会に下部組織があるのは1割、看護師が主体となり活動している。
- ・委員会開催時刻は、大多数が勤務時間内、約5%が時間外であった。
- ・マニュアルを整備しているのは、513病院（行動制限最小化委員会を有する病院の72.4%）。
- ・8割の病院で、隔離拘束に対して、勧告や介入をしている。
- ・隔離拘束への勧告や介入に対し、9割弱で実際には是正された。
- ・85%の病院で、委員会活動が行動制限の最小化につながった。
- ・患者のストレスを見出す取り組みがあった。
- ・委員会では、職員同士の情報共有、連携に力を

入れている。

- ・委員会活動の充実が、不足していると感じている割合が多い。

(2) 事例報告と好事例

321 病院 (44.2%) から、472 件の事例報告があった。内容別では、「委員会の活動内容について」が最多で 222 件 (47.0%)、次いで、「研修会等について」が 79 件 (16.7%)、「委員会の構成について」が 54 件 (11.4%) であった。アンケート調査結果から、他の病院に参考になるような好事例を抽出し、オンラインによるインタビュー形式で活動の詳細を確認した。自治体病院から岡山県精神科医療センター、日精協会員病院から公益社団法人岐阜病院、社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院、医療法人仁精会三河病院、社会福祉法人天心会小阪病院の 4 病院、計 5 病院の好事例を収集した。個別の内容は、事業報告書から確認可能である。

(3) 行動制限最小化の業務のためのマニュアル

事業では、行動制限最小化委員会の理念と目的、設置の根拠、構成員、活動内容、定例会議の開催、議事内容、データの活用、参考となる学術や公的資料等の内容からなる「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を作成した。それぞれの項目に、アンケート調査結果を入れて参考になるようにした。調査では、約 3 割の病院でマニュアルがないと回答していたので、ぜひ活用していただきたい。

五稜会病院における入院患者に対する 人権配慮の取り組み

(1) 隔離・拘束クリニカルパス@五稜会病院

当院では、行動制限最小化委員会にて月 1 回、行動制限最小化のための検討会を多職種で実施している。また、隔離・拘束クリニカルパス（以下、隔離・拘束パス）を使用して、毎朝隔離室のある閉鎖病棟で行動制限の要否、隔離・身体的拘束の妥当性や解除に向けてのカンファレンスを日次で実施している。ただし、日中で状況が変われば対応は変更する。精神保健福祉法に基づいた項目を

設定した隔離・拘束パスを用いて、患者の状況に応じて隔離・身体的拘束の必要性を検討する。加えて、患者参加型隔離・拘束パスを使用し、患者と共に行動制限の解除に取り組んでいる。観察項目は攻撃性、移動性、他害、迷惑行為、希死念慮等があり、これらをもとに点数を付けて、隔離・身体的拘束の要否を検討している。平成 16 年から使用していた紙ベースの隔離・拘束パスは、看護ケア主体の内容であった²⁾。そのため、平成 26 年に電子カルテ版の隔離・拘束パスを作成し、行動制限最小化に向けて、患者の病状を総合的に判断し、行動拡大を前向きにできる内容に改善した。

手順

朝の隔離・拘束パスカンファレンスにて、受け持ち看護師が電子カルテの隔離・拘束パス（エクセル）を開く（図 1）。スタッフ全員で、行動制限最小化を目標に隔離・拘束パスの各項目を評価し、主治医の指示のもと、行動制限のステップ（表 1）を用いて、その日の行動範囲や対応方法を決定する。入力済みの隔離・拘束パスの画面をコピーして電子カルテに貼付し、主治医に報告する（図 2）。その後、主治医は報告内容を確認して、医師の判断等をカルテに入力する（図 3）。患者にも、患者用隔離・拘束パス（紙）を用いて目標と結果を毎朝共有する。

アンカーポイント（判断基準）と評価方法

行動制限の理由としては以下の項目を挙げている。①自傷自殺 ②他害 ③多動・興奮 ④迷惑 ⑤器物破損 ⑥転倒・転落 ⑦水分管理 ⑧ルート・チューブ抜去 ⑨その他。行動制限を最小化にするため、以下をアウトカムに設定し評価する。①他者との人間関係を著しく損なうことを回避できる ②自殺企図や自傷行為による生命危機状態に陥ることを回避できる ③他害行為（暴力・迷惑行為）や器物破損行為を回避できる ④検査・処置を安全に実施することができる ⑤不穏、多動、爆発性などによる事故を回避することができる。アンカーポイントとして、「疎通性・了解性」「攻撃性・易怒性」「希死念慮」「他害・迷惑行為」「興奮・混乱」「安全管理」について、それぞれ「不可、時々可、可」で評価する。アンカー

タイトル	カンファレンス <input type="text"/>	連携	<input type="checkbox"/> クリニカルパス <input type="checkbox"/> フローシート <input type="checkbox"/> 申し送り <input checked="" type="checkbox"/> 報告先 <input type="text" value="中島 公博"/> [検索]
記載日時	2021/12/23 19:35	面接フォーム	<input type="text"/> [呼出]
テンプレート	テンプレート無し [呼出]		
タグ	[タグを登録する]		
所見	20211000 五稜 太郎 【行動制限についての検討】 日時: 2021/12/23(木) 記載者: ○種類 隔離 <行動制限開始日> 令和3年12月23日(木) <行動制限の理由> 多動・興奮 器物破損・ <看護目標> 精神状態に合わせて開放観察ができる。 ★観察項目 <疎通性・了解性> 時々 <攻撃性・易怒性> 強い <希死念慮> なし <他害・迷惑行為> 強い (観察、選択)		
添付ファイル	[ファイルを添付する]		

コピーした隔離・拘束パス項目は、電子カルテに貼り付けて主治医に報告します。

記事を公開する
 記録者

図1 電子カルテ文書ファイルからのエクセル画面

表1 行動制限ステップ I期・II期・III期に分類

	I期：安全保護期	II期：制限解除訓練期	III期：安定解除期
隔離	step 0 (終日隔離)	step 1 (5分～1時間/日)	Step 5 (起床～消灯)
		step 2 (2時間/日)	24時間開放観察
		step 3 (4時間/日)	
		step 4 (6時間/日)	
拘束	終日拘束 (×)	時間中断 (△)	日中中断～ 24時間中断 (○)
看護目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生命の安全を確保する ・ 病状によって予測される事故を防ぐ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病状に合わせて開放観察時間、拘束中断時間が延長できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 隔離が解除できる ・ 拘束が解除できる

ポイントには点数が振り分けられているが、あくまで点数制ではなく、判断基準や薬物療法による治療経過、スタッフ体制、環境など、行動制限について総合的に判断する。

(2) 倫理カンファレンス

主任看護師を中心に、月1回、各病棟ならびにデイケアで倫理検討カンファレンスを行い、さらに2カ月に1回、朝の全ミーティングで倫理カン

ファレンスを開催し、困難事例や業務を行う際に感じるジレンマの場面について検討している。倫理カンファレンスは、トム・L・ビーチャムとジェイムズ・F・チルドレスが「生命医学倫理の諸原則」³⁾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・公正をもと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話し合うものである。

精神症状により日常生活行動に逸脱がみられ、

	A	B	C	D	E	F
1	20211000	五稜 太郎				
2	【行動制限についての検討】 日時: 2021/12/23(木) 記載者:					
3	○種類	隔離	隔離が拘束かを選びます。			
4	<行動制限開始日>	令和3年12月23日(木)				
5	<行動制限の理由>	多動・興奮	器物破損	行動制限の理由をプルダウンで選択		
6	<看護目標>	精神状態に合わせて開放観察ができる。				
7	★観察項目					
8	<疎通性・了解性>	時々	観察項目をそれぞれプルダウンで選択 これは点数化されています。			
9	<攻撃性・易怒性>	強い				
10	<希死念慮>	なし				
11	<他害・迷惑行為>	強い				
12	<興奮・混乱>	強い	項目に当てはまらない個別性の高い内容を記載します。			
13	<安全管理>	可				
14	<その他の特記事項>	ステップ通りの開放とならない場合、個別性の高い処置の場合は、その内容を記載する。				
15	※今回の行動制限の項目評価は 20点/30点中、となり、「高い」という結果であった。					
16	この結果を行動制限最小化に向けた参考にする。					
17	【今後の行動制限に関する指示】					
18	1期安全保護期	step0(終日隔離)	-	とする。	総合的に判断して行動制限のステップを決めます。	

隔離・拘束パス
エクセルで作成

コピーして電子カルテに貼り付けます。

図2 電子カルテ報告画面

中島 公博
精神科
通常モード

■ 特記 ■ 代行 ■ 別管理 ■ 検査結果 ■ 心理結果

初診日 2020年6月3日(水) 成

診断名 [基本情報] [GAF] [紹介状・診断書類] [サマリ] [クリニカルパス]

【最近の9日分を表示】

2021年12月
* 23日(木) ■ 免状
2021年11月
* 25日(木) ■ 他
2021年10月
* 19日(金) ■ 他
* 12日(火) ■ 他
2021年08月
* 25日(土) ■ 他
* 21日(火) ■ 免
2021年08月
* 28日(土) ■ 近換
* 14日(土) ■ 免
* 05日(木) ■ 他
2021年07月
2021年06月
2021年05月
2021年04月
2021年03月
2021年02月
2021年01月

【報告内容】
- 報告中のある者:
20211000 五稜 太郎
【行動制限についての検討】 日時: 2021/12/23(木) 記載者:
○種類 隔離
<行動制限開始日> 令和3年12月23日(木)
<行動制限の理由> 多動・興奮 器物破損
<看護目標> 精神状態に合わせて開放観察ができる。
★観察項目
<疎通性・了解性> 時々
<攻撃性・易怒性> 強い
<希死念慮> なし
<他害・迷惑行為> 強い
<興奮・混乱> 強い
<安全管理> 可
<その他の特記事項> ステップ通りの開放とならない場合、個別性の高い処置の場合は、その内容を記載する。
この結果を行動制限最小化に向けた参考にする。
【今後の行動制限に関する指示】
1期安全保護期 step0(終日隔離)・とする。

精神保健指定医: 中島 公博 2021/12/23 19:33:50

報告された内容が、電子カルテに記載されています。主治医は報告一覧をみて、コメントを入れて一連の手順終了。

主治医が、朝のパスカンファレンスに同席するのが一番だが、業務の都合上難しいので、このような形式を採っている。

図3 電子カルテ診療画面

他者への迷惑行為がある場合、その行動を制止しようと患者に強い口調での声掛けや時には叱責することもある。このような対応が、虐待につながることもありうる。また、実際に職員に暴力行為を起こした患者に対して、再度の暴力行為への不安から行動制限解除に慎重になり過ぎ、隔離解除まで時間を要することも考えられる。職員は、患者の行動制限と意思決定支援や治療・看護業務遂行の間で葛藤を抱えることも少なくない。倫理カンファレンスによって患者対応についての振り返りをすることは、患者の人権配慮にとっても有意義な取り組みである。

(3) 虐待防止についての取り組み

厚生労働省の障害者総合福祉推進事業で、障害者虐待についての研究がなされている。令和2年度は、「障害者虐待防止法に規定する障害者虐待の間接的防止措置に関する研究」（実施団体：一般財団法人日本総合研究所）、令和3年度は、「障害者虐待防止の効果的な体制整備及び精神科医療機関等における虐待防止のための啓発資料の作成と普及に関する研究」（実施団体：PwCコンサルティング合同会社）である。筆者は、日精協を代表してこの二つの研究の構成員であった。令和2年度研究では、障害者虐待防止法第29～31条における、いわゆる「間接的防止措置」という呼称の廃止の提案（「各機関における虐待や不適切行為等の防止措置」に呼称変更）と当院で行っている虐待防止の取り組みを紹介した。令和3年度研究では、五稜会病院の虐待防止の取り組みが好事例として取り上げられている。

当院では、日精協が令和2年12月に公表したマニュアルを参考に「虐待防止・対応マニュアル」を作成し、医療安全管理委員会を中心に年1回程度、院内研修による虐待防止の啓発を実施している。令和2年度は、北海道障がい者権利擁護センターが主催する虐待防止に関する研修を所属長が受講するなど、外部の研修も活用した。令和3年は、「虐待防止・対応マニュアル」や虐待防止の行動指針を各所属長から職員に周知する形で研修を実施した。

虐待の研修は、患者との関わりの中で「何が虐

待に当たるのか」を考えるとといった基本が大事である。職員が良かれと思ってやっていることについて、相手がどう感じるかを患者の立場になって考えてもらえるような内容や実際にありそうな事例を挙げている。例えば、統合失調症で認知機能が低下し、生活能力が落ちている長期入院患者は、職員が説明してもルールを守らなかつたり、人の迷惑を考えずに行動してしまうので、患者対応に苦勞し、つつい大きな声で注意してしまうなどがある。このような具体的な対応について、職員に考えてもらい、職員が苦しくなる気持ちやストレスを共有することが必要である。また、病棟内に行動指針の掲示と職員に虐待防止チェックリストを年1回行うことで、日頃から職員への虐待防止の意識づけを実施している。虐待が疑われる事案が発生した場合は、対応フローチャートにより、虐待被害者あるいは発見者から相談窓口（院長・看護部長・事務長）、医療安全委員会、病院運営会議に報告がなされる。

考察

精神科病院の入院処遇における人権配慮に関してのキーワードとして、意思決定支援、アドボケーター、アドボケイト、代弁者、権利擁護、行動制限最小化、虐待防止などが挙げられる。日精協では、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」を行い、この中で「アドボケーターガイドライン」を作成している⁴⁾。この事業に関連して、筆者は2編の論文をまとめている^{5,6)}。また、意思決定支援に関しては、令和元年度厚生労働行政推進調査事業「精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究－入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究－」がなされ、アドボケイト養成研修が行われている。

日精協では、令和3年度障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」を行った。行動制限最小化委員会は、医療保護入院等診療料を算定するために必要であるというのが設置の根拠であるが、精神科病院に入院する患者の人権や意思決定を尊重し、行動制限を最小にするために委員会があるのだということを再確認

する必要がある。また、最小化委員会の審議内容は、ケアの質や安全性についての直接的な検討であるため、看護師のケア時間に含めるべきものである。

研究では、行動制限最小化には、病院管理者のリーダーシップの重要性や医師・看護師のみの視点ではなく、他職種や外部委員を含めた第三者の視点が活かされた病棟ラウンドの実施がもっと必要との考察がなされた。各病院とも看護師が活動の中核をなし、行動制限最小化に向けて奮闘していたり、臨床のなかで大きなジレンマを抱えている様子が確認された。当院で行っている倫理カンファレンスはまさしく、医療・看護での患者の権利に配慮した対応をしたい職員の気持ちと、患者の病状や行動制限のはざまの中での葛藤を客観的に検討するための一つの手段となり得ると思われる。意思決定支援、人権擁護、アドボカシー等複数の言葉があるが、現状では外部から人が入って研修を行うよりは、内部の主治医以外の第三者が患者について検討し、人権擁護の観点で働きかけをした方がよいと考えて倫理カンファレンスをしている。

精神科病院での虐待事例や不祥事がある度に人権擁護が叫ばれる。しかし、障害者権利条約や障害者虐待防止法に依拠しなくても、入院患者の権利に配慮することは精神科病院に限らず医療者にとって自明のことである。

一方、最近では医療者が患者家族から受ける暴言・暴力・セクハラなどのペイシエントハラズメント（ペイハラ）が問題になっている。入院中だから暴力を振るっても拘留されない、患者だから何を言っても許されるといった勘違いをしている患者もいる。入院治療を受けるのであれば、病院の治療方針に従うのが一般的な考えと思われるが、患者側が無理難題をふっかけてきたり、他人への迷惑行為や医療者への脅しや退院せずに病院に居座ってしまうなど対応に苦慮する例が実際に存在する。

「患者の権利擁護」が誤解され、独り歩きして

いる状況も見受けられるため、患者自身も、自分以外の人の人権を尊重する責任があるという認識を持ってもらう取り組みも必要である。障害者の権利条約ばかりではなく、医療従事者の権利条約もあってしかるべきである。医療というのは、患者と医療者のパートナーシップが重要である。両者ともに気持ちの良い関係作りができれば無上の喜びになると思われるがいかかがであろうか。

まとめ

令和3年度障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」の概要を説明した。事業で作成した「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を活用することによって、精神科医療における行動制限がさらに最小化に結びつくことを期待したい。また、五稜会病院で行っている行動制限最小化、人権に配慮した倫理カンファレンスや虐待防止の取り組みを紹介した。

本論文において開示すべきCOIはない。

文献

- 1) 日本精神科病院協会：令和3年度障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」報告書。2022。
- 2) 吉野賀寿美，鈴木大輔，鈴木美伸：行動制限最小化に効果があった「隔離・拘束クリニカルパス」@五稜会病院。精神看護 17(3)：40-43, 2014。
- 3) Beauchamp TL, Childress JF：生命医学倫理。成文堂，東京，1997。
- 4) 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」報告書。2016。
- 5) 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。精神障害とりハビリテーション 20(2)：152-155, 2016。
- 6) 中島公博：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。精神医学 62(10)：1327-1333, 2020。