

「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」と五稜会病院での行動制限最小化に関する取り組み

中島 公博

北海道 五稜会病院 理事長・院長

Key Words 行動制限最小化, 虐待防止, 倫理カンファレンス, 携帯電話/スマートフォン解禁

はじめに

病院での行動制限最小化・適正化と聞いて、内科外科の病院を思い浮かべるものはいない。精神科病院においては、入院患者が自由に病棟外に出られないような閉鎖病棟が存在するので、一般の方々にはイメージの悪い響きになってしまう。例えば、小児病棟では子どもの患者が勝手に病棟外に出られないように病棟の入り口に鍵がかかっている、いわゆる閉鎖病棟が存在する。外科病棟では、術後の患者には身体に数本の点滴やドレーンがあり、せん妄状態にでもなれば身体的拘束を余儀なくされることがある。しかし、これらの措置は主治医判断でなされるのみで、精神科病院で行われている行動制限の際の精神保健福祉法というものはない。患者は罹患後より入院生活も含めて医師の指導の下で治療を受けているのであり、多少の行動制限は治療上やむを得ないものである。

行動制限に関する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、令和4年3月に令和3年度厚生労働省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」報告書を作成した¹⁾。その研究の中で、「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」²⁾（表1）（以下、マニュアル）を作成して全国の日精協会員病院、精神病床のある国立・自治体立等病院に配布している。筆者は本研究の委員長であったことから、本稿では改めて、マニュアルの有用性と筆者が所属する医療法人社団五稜会病院（以下、当

院）における隔離や身体的拘束のみならず広く行動制限に関して最小化の取り組みを紹介する。

1. 令和3年度厚生労働省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」の行動制限最小化の業務のためのマニュアル

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、研究の目的は、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であった。調査の対象となった病院は、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である。日精協会員病院596（50.3%）、国立・自治体立等病院131（30.4%）の計727病院（45.0%）から回答を得た。

調査結果の主な内容を以下に挙げる。「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11.2人で、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た」「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（70.6%）」「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

表1 行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル

行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル

目次

I. はじめに	1
II. 理念と目的	1
III. 設置の根拠	4
IV. 構成員	5
V. 活動内容	6
VI. 定例会議の開催	8
VII. 議事内容	9
VIII. データの活用	11
IX. 令和3年度調査「事例報告」の整理	12
X. おわりに	15
XI. 文献	15
XII. 調査委員会委員	16
参考資料	16
患者行動制限最小化委員会規定	17
厚生省告示第130号、昭和63年4月8日	18

た」「患者のストレングスを見いだ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」等である。

研究事業では、321病院(44.2%)から、472件の事例報告を収集している。内訳は、「委員会の活動内容について」の222件(47.0%)をはじめ、「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。さらに好事例として、5病院から行動制限最小化委員会の取り組み状況を収集している。

以上の結果をもとに研究事業で作成したマニュアル(表1)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。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。例えば、マニュアルの「8. その他、患

者の行動制限等に関するもの」の項目には、「虐待防止についての検討もしておいた方が良いでしょう」と記載し、「隔離・身体的拘束に対しての技術支援については85%、勧告や介入は8割の病院が行っています。勧告や介入に対して、実際に是正されたのは9割に上ります」等、他の病院が実際に行っている内容が書かれているので、大変参考になるはずである(図1)。調査では、3割の病院でマニュアルがないと回答していたので、ぜひ活用をおすすめする。

2. 五稜会病院における入院患者に対する行動制限最小化の取り組み

1) 急性期治療病棟(48床)の隔離・身体的拘束の状況(平成30年~令和5年までの6年間)

令和5年1年間の五稜会病院の総入院者数は692人で、急性期治療病棟は305人(44.1%)、年

年齢12～89歳，平均39.1歳。そのうち非自発入院者（鑑定入院4人含む）は125人（41.0%）である。急性期治療病棟の保護室は5床，トイレ付きの個室は3床ある。

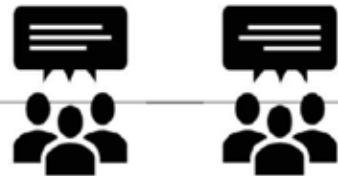
① 隔離に関する統計

隔離人数（図2）は，平成30年は209人／年であったが，年々減少しており，令和2年198人，令和4年169人，そして令和5年は152人と50人程度減少している。隔離者の実数は100人であった。隔離者数の減少に比例して，令和5年の総隔離日数（図3）は1,562日と減っている。これは，若い世代の入院者の増加，入院時の隔離開

始が減っている等の理由が挙げられる。1日平均隔離者数は4.3人である。一方，令和5年の1人当たりの平均隔離実日数（図4）は10.4日と前年より若干短くなった。隔離が10日にもなる要因としては，患者の病状的な部分もあるが，開放拡大を判断するに当たって看護師の意見が強く反映され，看護職員が患者の暴力や病状悪化を恐れたり，隔離に治療的な意味合いを感じたり，隔離要件の根幹である行動制限は代替できない場合の方法であるということを理解していないことも要因である。疾患別では，統合失調症圏の割合が多いのは例年通りであった。

8. その他、患者の行動制限等に関するもの

虐待防止についての検討もしておいた方が良いでしょう。



※「令和3年度調査」では、678病院(95.6%)が一覧性台帳を利用しており、さらに病院独自の集計をしているところは、485病院(68.4%)でした。394病院(55.6%)では、隔離・拘束のデータを院内掲示や職員に通知をしています。殆どの病院で委員会が「隔離・身体的拘束」に対する知識・情報を職員に提供している結果でした。隔離・身体的拘束に対する技術支援については85%、勧告や介入は8割の病院が行っています。勧告や介入に対して、実際には是正されたのは9割に上ります。委員会で研修会の企画をしている病院が9割、年度目標を立てて活動し、年度末に総括している所は4割でした。マニュアルの見直し・改訂を行っている所は9割弱、隔離・身体的拘束に関わった人への労いを行っているのは5割弱しかありませんでした。隔離・身体的拘束エピソードのデブリーフィング(振り返り)を行っている病院は6割強でした。委員会で何らかの工夫をしている病院が4割、委員会の活動で行動制限の最小化に繋がったことがあると回答した病院が9割に上っていました。

図1 マニュアル内の他病院の取り組み状況紹介

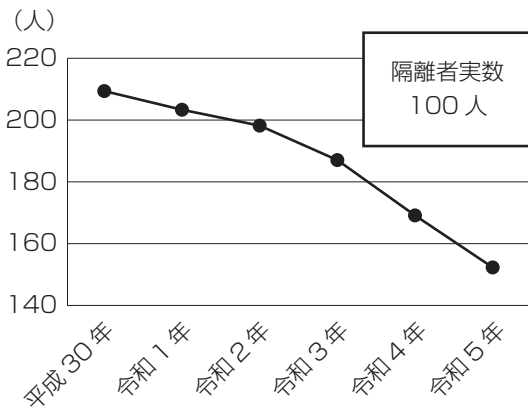


図2 隔離人数

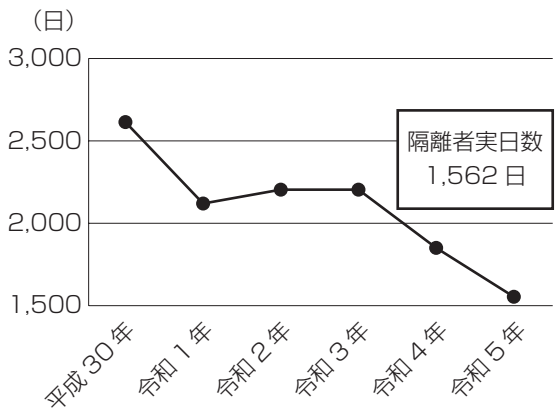


図3 総隔離日数

② 身体的拘束に関する統計

身体的拘束開始数は、例年は15人程度であるが、令和5年は29回と突出して多かった(図5)。これは、修正型電気けいれん療法(m-ECT)に非協力的な患者がおり、m-ECTを実施する度に身体的拘束を開始、解除とした算定数の変更のためである。令和5年の身体的拘束平均時間(図6)は36.3時間、身体的拘束平均日数(図7)は3.2日と減少傾向である。令和5年の当院入院者692人の平均年齢は37.6歳で、認知症は原則入院対象外としており、急性期病棟入院者で認知症圏の患者は7人のみであった。認知機能の著しい低下による多動または不穏が顕著である場合の身体的拘束数は少ない。しかし、厚労省告示130号の身体的拘束の要件の自殺企図または自傷行為

が著しく切迫している場合や低栄養で点滴施行やm-ECTが必要であるが患者の協力が得られないなど、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がある場合が少なからず存在する。身体的拘束をゼロにするのが理想であるが、身体的拘束以外に良い代替方法がない現状では致し方がない。

2) 倫理カンファレンスの事例および検討内容

倫理カンファレンスとは、トム・L・ビーチャムとジェームズ・F・チルドレスが「生命医学倫理」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がある。当院では、主

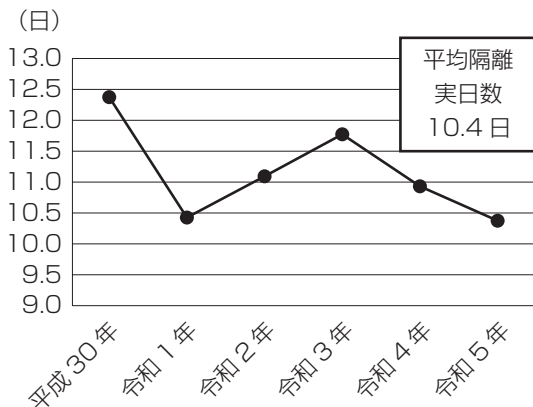


図4 平均隔離実日数

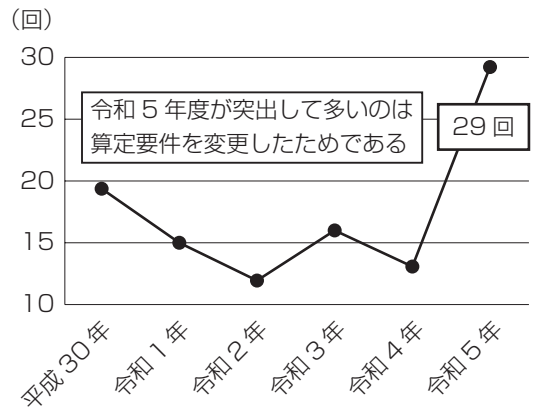


図5 身体的拘束開始数

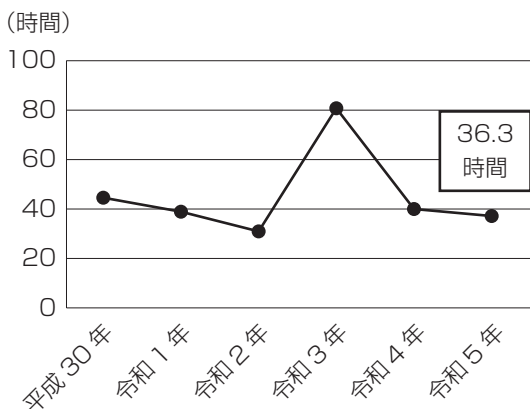


図6 身体的拘束平均時間

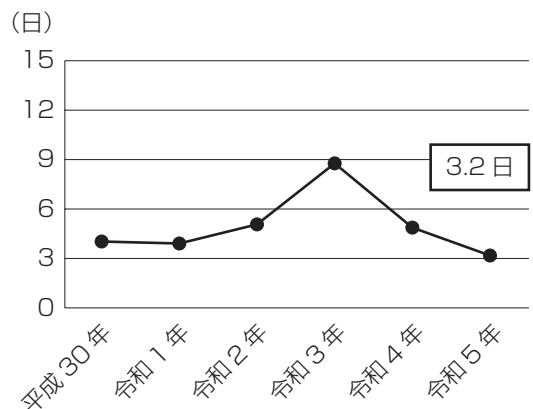


図7 身体的拘束平均日数

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ヵ月に1回、朝の全体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葛藤の場面について検討している。精神科医療では、患者の病識や治療の理解が乏しいために、医療側が本人の意思にそぐわないようなやりとりが生じがちである。例えば、患者の意思決定支援や隔離・身体的拘束といった行動制限をしなければならない場面に遭遇する。その中で、職員は患者の意思や患者にとっての最善は何かを治療・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は、職員一人ひとりが抱えているそれらの葛藤を多職種複数で検討できる場である⁴⁾。

当院で行った倫理カンファレンスの事例と検討内容を示す(表2)。例えば、入院時に精神運動興奮状態のため8名の職員による隔離室への誘導が本人への負担となったと危惧された双極性感情障害の10代男性を倫理カンファレンスで取り上げた。この事例に対して、患者の外来診察場面での状況把握がもっと必要であり、やむなく隔離になるとしても隔離室誘導時の際の職員の人数、役割を明確にすべきであり、家族にも無理やり隔離処遇にしたという無用な心配をかけない配慮をする必要があったのではないかとということが話し合われた。また、拒薬傾向が強く、どこまで強く服薬指導を行ったらいかがが問題となった急性期病棟に3回目の入院をした統合失調症の30代男性に対しては、服用したくないという本人の意思を尊重し服薬したくない理由を確認するとともに、希望する処方内容や持続性注射剤(LAI)に移行するなどの検討が行われた。

3) 閉鎖病棟(急性期・療養)での携帯電話／スマートフォンの解禁

精神保健福祉法37条第1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130号、昭和63年4月8日)には、以下の基本理念が定められている。「精神科閉鎖病棟における入院患者の処遇は、患者個人としての尊厳を尊重しつつ、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及

び社会復帰の促進に資するものでなければならない。また、処遇に当たっても患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする」また、「3 電話に関する事項」(2)には、「電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする」とある。しかし、昨今の公衆電話に関しては、携帯電話／スマートフォンの普及により、巷では公衆電話の設置台数が大幅に減っている。今どき、テレホンカードを利用する人は皆無といってよい。ちなみに、筆者は数年前に余ったテレホンカードを質屋に持参したら買い取りはできないといわれたことがあった。

当院では、令和5年7月、上記条文を踏まえ、通信機器の利用に関しては、患者自らの安全と他者の利益を守る上で、患者の病状に合わせた通信機器の使用ルールを設定した。ここでの通信機器とは、携帯電話／スマートフォン、タブレット、ノートパソコンを指す。閉鎖病棟における通信機器の使用ルールは以下の通りとした。

① 入院形態におけるルール

任意入院における通信機器の使用は、治療上必要な制限以外は基本的に認める。使用するに当たり、主治医の許可はもちろんであるが、本人の病状から責任を問えない場合があるため、必ず家族の同意書へのサインを必要とする。医療保護入院の場合は、退院後の生活に影響がなく治療上必要な範囲で認める。使用を認める場合は、当該病棟でカンファレンスを開催し、医療保護入院の特性を踏まえ、入院生活内で使用が必要か、治療上使用が必要かを判断し、主治医の判断を確認する。緊急措置入院・措置入院・応急入院・鑑定入院については通信機器の使用は基本的にできない。しかし、通信・手紙・面会は、精神保健福祉法で認められている範囲内で制限されない。病棟内に設置されている電話機を使用してもらう。

② 使用場所・時間・方法・管理のルール

通話は病棟内に定めた場所のみとし、それ以外の使用は基本的に自室内とする。使用時間は基本

表2 倫理カンファレンスの事例と検討内容

1病棟：療養（開放）、2病棟：急性期（閉鎖）、3病棟：療養（閉鎖）、5病棟：ストレスケア思春期（開放）

日時	部署	事例	検討内容
平成30年12月	1病棟	年金等の金銭管理を行う姉が入院費の支払いや患者への小遣い供与を渋り、不調となる長期入院統合失調症の50代男性	姉の立場を考えると一概に姉がひどいとは言えず、本人の姉への想いも考慮し、両者にとつての最善も考えていく必要がある
平成31年1月	1病棟	グループホームに入居中、仙骨部の痛みから入院となり、どこまでのADL拡大を図るかに疑義があった統合失調症60代男性	入院時に起きた「せん妄」に注目が集まり、がんや疼痛などの評価不十分で入院早期の対応が遅れた。もっと対話が必要
平成31年1月	1病棟	インフルエンザに罹患しているが、頻回に喫煙欲求し、感染予防の指示に従えなかった統合失調症60代男性	病状や安静度について説明する必要がある。安静期間をカレンダーに記入したり、外に出ない時間を交渉できたのではないか
令和3年6月	2病棟	入院時、精神運動興奮状態のため8名の職員による隔離室への誘導が本人への負担となったと危惧された双極障害の10代男性	外来での患者の状況把握が必要であり、誘導時の人数、役割を明確にするとともに、家族にも余計な心配をかけない配慮をする
令和3年9月	2病棟	拒薬傾向が強く、どこまで強く服薬指導を行ったら良いかが問題となった3回目入院の統合失調症30代男性	服用したくないという本人の意思を尊重、服薬したくない理由を確認するとともに、希望する処方内容、LAIへの変更
令和3年10月	2病棟	入院時に過量服薬の告知があり、荷物確認をどこまで行うべきかを検討した不安抑うつ状態の10代女性	入院時の荷物チェック・ボディチェックをどこまでするか、下着の中までの確認について倫理的側面からどのように考えるか
令和2年8月	3病棟	喫煙マナーが守れない独語空笑、多飲水、異物誤飲を繰り返すために長期入院となっている統合失調症の40代女性	喫煙するためのルールを設定したり、自発的に発言してもらうなどの行為は本人の能力を知り、関わりを深くする良い機会
令和2年9月	3病棟	他患者の私物や病棟の共用物を盗む等の迷惑行為で隔離となり開放拡大を検討したアルツハイマー型認知症の60代男性	隔離が必要な状況ではあるが、隔離していることを当たり前とはとらえず、本人の尊厳を守り日々のケアを考えていく
令和4年9月	3病棟	拒薬による被害妄想、迷惑行為、介入拒否などの病状悪化に対するケアについて倫理的側面を検討した妄想性障害の40代男性	本人が安心して治療に臨める環境を多職種で連携、本人の意向を握り下げた聞きつつ必要な治療は進めていくことも重要
令和1年7月	5病棟	基本的な生活習慣（特に保清面）が身につけておらず清拭を含めたケアについて検討した行為及び情緒の障害の10代女性	入浴については個人の価値観も影響しているが、社会性を身に付けることも治療にとっては必要。アセスメントを重視する
令和4年3月	5病棟	自傷行為を繰り返す10代患者が多い環境のなかで患者同士の交流への制限や介入をどのようにすべきか悩んだ10代女性	患者同士の交流で悩んだり、悪い方に引っ張られる時があったとしても、経験として積み重ねていくことが自律尊重となる
令和4年12月	5病棟	自傷行為を繰り返す10代女性が入院時にリストカットしており、カミソリなどの危険物確認行為に看護師が葛藤した事例	開放病棟の入院は、病棟ルールを守るといふ信頼関係が必要であるが、荷物検査という言葉や手段が最善かは検討すべき
令和4年3月	デイケア	職場復帰が本人にとって最善なのかどうか検討した双極性感情障害の60代男性	本人家族とともに身体合併症の理解がなく、職場復帰が可能と考えている。脳梗塞後遺症があり脳外科受診を提案
令和4年8月	デイケア	コロナ下のなかマスクの長時間使用は苦痛と訴えるアトピー性皮膚炎をもつ統合失調症の30代男性	肌への刺激が少ないマスク着用方法やマスクの種類の変更。マスク休憩やマスクを外してもよい空間を保障する
令和6年4月	デイケア	病状不安定でグループホーム等への転居を余儀なくされた統合失調症の50代女性	本人抜きの地域ケア会議が妥当なのかどうか。住み続けたい気持ちや大事にし、希望に沿った転居先を検討していく
令和6年5月	デイケア	同じデイケア通所の交際男性からのDVを受けた40代女性の通所継続について	デイケア通所希望を尊重。相手男性との関係については、病院の限界設定をした

的には起床時間～消灯時間とする。それ以外の時間で使用が必要な場合は、治療上必要な場合のみとし、主治医の許可を必要とする。タブレット・ノートパソコンの使用許可については、入院形態にかかわらず、入院中に仕事や学習が必要である場合、または入院生活に治療上必要であると主治医が認めた場合のみの使用とする。また、基本使用時間は10～16時とする。通信機器の充電は、自室内か看護室内の貴重品ロッカーを使用してもらう。自室内での充電コード使用時、携帯電話・タブレットのコードは50 cm以内とし、ノートパソコンの場合は長さ制限はないが、使用時のみの持ち込みとし、使用時間外は看護室預かりとする。音量が必要な場合はイヤホンを使用してもらう。オンライン授業やリモート会議では会話が必要となるため、事前にスタッフへ申請し、外出や面談室の使用などの方法で対応する。通信機器のカメラ機能は、院内における使用はプライバシーの保護、個人情報保護の観点から原則禁止とする。機器の管理は、精神科閉鎖病棟の特性を説明し、あくまで入院者に管理責任を持ってもらう。使用方法、管理方法の内容を問わず、破損やトラブルには基本的に関与しないこととする。入院者同士の機器の貸し借りは禁止とし、貸し借りにおけるトラブルは、基本的には通信機器の所有者責任となる。機器の保管は、入院者それぞれで行ってもらうが、病院としては、床頭台の貴重品ボックスを使うことを推奨し、そこに入らない機器の保管に関しては自己責任として自室管理としてもらう。

令和5年7月に閉鎖病棟での携帯電話／スマートフォンの解禁から1年経過したが、トラブルは特に発生していない。中学生、高校生で、オンライン授業をする場合もあり、通信機器の使用は病院外とのつながりにおいても有用な治療手段となり得る。また、通信機器の使用許可は、病院全体で行動制限をできるだけ避けるという理念を浸透させる意味でも、隔離や身体的拘束の最小化にも少なからず良い影響を与えているものと思われる。

3. 隔離や身体的拘束をいかにして減らすか

令和3年度障害者総合福祉推進事業の報告書や

「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」は、他病院のアンケート結果内容や好事例を参考に記載しており、臨床現場での行動制限最小化を図る時に非常に参考となる指南書である。例えば、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生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。また、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、臨床の中で大きなジレンマを抱えていたりする様子が確認された。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となっている行動制限最小化委員会であるが、精神科病院に入院する患者の人権や意思決定を尊重し、隔離や身体的拘束の最小化のみならず、閉鎖病棟での携帯電話／スマートフォンの解禁や、治療上必要だからといって患者本人の意向にすぐわない治療やケアを行わないなど、広く行動制限を最小にするための委員会であることを再確認する必要がある。

一方で、当院で行っている倫理カンファレンスは、医療・看護での患者の人権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狭間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っている。倫理カンファレンスを行うことによって、職員が患者対応について、患者にとっての最善とは何か、もっと本人の意思に沿った対応ができたのでないかを振り返ることは、患者の人権配慮にとっても有意義な取り組みである。また、昨今の社会情勢、10代の入院患者が多い現状を踏まえ、より制限のない入院環境を整えるために閉鎖病棟でも携帯電話／スマートフォンの解禁を行った。隔離・身体的拘束をゼロにしましょうと声高に叫んでも最小化にはつながらない。記述したような取り組みを行っている病院組織の文化というものによって、人権に配慮した治療の枠組みが構築され、隔離・身体的拘束の最小化や虐待防止にもつながるのではないと思われる。

まとめ

令和3年度障害者総合福祉推進事業で作成した「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」は、精神科病院での臨床現場において行動制限をさらに最小化するために非常に有用である。また、五稜会病院で行っている倫理カンファレンスや閉鎖病棟での携帯電話／スマートフォン解禁のような取り組みは、隔離・身体的拘束を最小化しようとする病院の文化、雰囲気を醸し出す一助になると考える。

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. 2022.3.
- 2) 日本精神科病院協会：行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル. 2022.3. (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001124486.pdf>) (2024.6.25)
- 3) トム L. ビーチャム, ジェイムズ F. チルドレス：生命医学倫理. 成文堂, 東京, 1997.
- 4) 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.