

第105回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Acute psychosis に対する非自発的治療について
——国際ワークショップでのアンケート調査から——橋本直樹¹⁾, JYPO 行動制限班²⁾1) 北海道大学大学院医学研究科精神医学分野, 2) 特定非営利活動法人
日本若手精神科医の会 (Japan Young Psychiatrists Organization: JYPO)

1. 背景

急性期の精神病状態において、患者、医療者の安全と、患者の人権の双方に配慮して治療を行うことは臨床精神医学の重要な課題である。急性期の精神科病棟において、患者の自傷、他害のリスクは常時存在するといっても過言ではない。このような暴力的な行動の背景は複雑であり、精神病症状や、認知のゆがみなどの患者側の要因、閉鎖的でプライバシーが保障されにくい環境要因、コミュニケーションの不足などのスタッフ側の要因などが関係するとされている⁴⁾。

非自発治療、中でも隔離や拘束は、このような状況に対応する方法として、現在でも精神科医療で一般的に用いられている。隔離拘束の効果に関する研究は、倫理的問題、種々のバイアス、大規模研究の困難などの理由から、盲検化が困難であり、科学的に質の高いエビデンスを得ることは困難である^{2,3,5)}。しかし、隔離拘束中の患者の死亡に関するメディアの報道や、患者団体の反対運動、また精神医療にかかわる職員による隔離拘束の有害な作用についての認識の高まりなどを背景に、隔離拘束の最小化を推進する動きは近年確実に高まっている¹⁾。

しかし、現在の精神医学教育において、若手の精神科医が隔離拘束の問題について系統的に学ぶ機会は、生物学的、あるいは心理社会的な精神医学などを学ぶ機会に比べて少ないことが実情であ

ると思われる。

我々日本若手精神科医の会では、2008年秋に東京で開催された第13回環太平洋精神科医会議に先立って行われた、若手精神科医の研修会 (Pre Pacific Rim College of Psychiatrists The Fellowship Program for Academic Development of Psychiatrists: Pre PRCP FPADP) において、日本を含めた18カ国から集まった42名の若手精神科医とともに行動制限の最小化について学ぶワークショップを開催した³⁾。本ワークショップにおいては、事前に配布した質問紙による調査を基に、各国の非自発的治療の現状および、他害のリスクの高い統合失調症症例のヴィネットに関する参加者の治療対応が報告された。他国の非自発治療の実情を知ることは、自らの状況を顧み、非自発的治療を適正化するのに有用と思われる。

本発表は、上記の質問紙調査の結果についての報告である。

2. 方法

本研究は質問紙を用いた調査である。第13回環太平洋精神科医会議の前日に行われた、Pre PRCP FPADPに参加した医師である。対象者には、調査趣意書と、アンケート用紙を電子メールで送り、同様に電子メールで回答を受け取った。調査趣意書には、研究の趣旨及び、調査結果が学

会、学術誌などの発表に使用される旨が明示されており、回答をもって調査協力への同意が得られたものとした。得られたデータは即座に ID 番号を割り当てて匿名化し、プライバシーに配慮した。

質問紙は英文であり、回答者背景 (国, 経験年数, 精神科治療経験), 各国の非自発治療の法的側面, 各国の隔離, 身体的拘束 (以下, 拘束) の状況などを聞く前半部分と, 急性精神病症例を提示し (症例), 症例に対する, 治療環境 (開放/閉鎖, 隔離, 拘束), 治療手段 (薬物, 電気痙攣療法, 精神療法), 使用薬剤 (第一世代/第二世代抗精神病薬) について尋ねる後半部分からなる。質問は全部で 62 項目である。

前半部分では, 上記の各項目について, 個人の経験および, 各国の状況について Yes/No または複数の選択肢から一つを選択する方式で回答を求めている。一方で後半部分では, 提示された症例について, 各の治療選択肢がどの程度適切かを 9 段階 (9: Absolutely, 7-8: Highly possible. Usually suitable, this is the treatment of choice in your country, 4-6: Likely. Neither, sometimes chosen to be the second choice in treatments, 2-3: Unlikely. I usually don't choose this treatment, 1: Absolutely not. I never use this treatment) での評価を求めている。

3. 結 果

1) 回答者の背景

本会議に参加した 42 名の医師が対象となり, 36 名から回答が得られた (85.7%)。日本を含めた 18 カ国から, 36 名の参加が得られた (表)。参加者は全員が精神科経験が 12 年以下であり, 平均の経験年数は 6.9 年であった。参加者中 35 名 (97.2%) に有床病院での勤務経験があり, 33 名 (91.7%) が閉鎖病棟での勤務経験を有していた。拘束の経験があるものも 35 名 (97.2%) と同様に高かったが, 隔離の経験を持つ者は, 29 名 (80.6%) とやや少なかった。各国の人口 10 万対の精神科医数 (以下精神科医数) の差は

表 国別の参加者数

国名	参加者数
Australia	2
Bangladesh	1
Belgium	1
Cambodia	1
Georgia	1
India	1
Indonesia	1
Japan	8
Korea	6
Mongolia	1
Nepal	1
Nigeria	1
Singapore	2
Spain	1
Sri Lanka	1
Taiwan	1
Thailand	3
USA	3
合計	36

大きく, 最も多かったのがベルギー (17.1 人) であり, 最も少なかったのがバングラデシュ (0.07 人) であり, 1 人以下の国が 5 カ国含まれている (バングラデシュ, スリランカ, ネパール, インドネシア, カンボジア)。全体の平均は, 人口 10 万対 6.7 人であった (図 1)。

2) 各国の非自発治療の現状

各国の非自発治療の現状はすべて, 回答者の回答に拠るものであり, その他の資料による確認などは行われていない。幾つかの項目については, 同じ国の回答者で結果が一致しない場合があり, 不一致として結果から除外した。

18 カ国中, 非自発的な入院治療についての法整備がなされていたのは 14 カ国 (77.8%) であったが, 薬物療法, 私宅監置については 10 カ国 (55.6%) と半数程度であり, 外来治療に関しては, 5 カ国 (27.8%) と少なかった。私宅監置を禁じる法律の有無は各国の精神科医数と関連があり, 法律のある国の精神科医数 (8.18 ± 5.38 ; 平均 \pm 標準偏差, 以下同) は, ない国の精神科医数

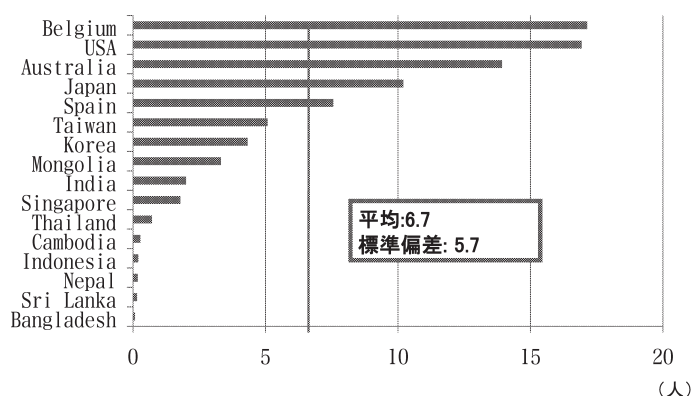


図1 国別の人口10万対精神科医数

* データなし：Georgia, Nigeriah

(3.98 ± 5.4) と比較し有意に多かった (Mann-Whitney 検定, $p=0.02$)。

隔離患者の観察の頻度への回答としては、継続的という国から2時間に1回という国まである。また再隔離の必要性の検討については、12時間に1回、24時間に1回という回答が多かった。一方で、隔離は使用しないとした国（バングラデシュ、インド、インドネシア）もあった。拘束患者の観察の頻度も2時間以内とした回答が多かったが、ネパールは24時間に1回と長かった。再拘束の必要性の検討は、隔離と同様12時間又は24時間に1回とする回答が多かった。隔離にみられたような使用しないとした回答はなかった。隔離の必要性の検討の頻度と医師数の間には関連は見られなかったが、拘束の必要性の検討の頻度と精神科医数の間には、有意差はないものの、精神科医数が多い方が拘束の必要性の検討の頻度が高まる関係が見られた（2時間以内：4カ国、 10.1 ± 6.3 人、12時間以内：14カ国、 8.0 ± 6.6 人、24時間以内： 4.0 ± 3.7 人）。

3) 症例に対する対応

提示された症例は、他害の危険を有し、病識の欠如した統合失調症の急性期症例である（症例）。回答は各回答者の個人的な意見を求めた。

発見した一般市民が最初に選択すると思われる

症例

- ・30歳 男性
- ・生活歴：都市部で生育。高校卒業後、店員として就労したが、症状のために退職。以後は、自宅に引きこもって生活している。独居であるが、両親、兄弟は近所で生活している。
- ・現病歴：高校卒業後、店員として働いていたが、次第に欠勤がちとなり、友人づきあいもしなくなった。仕事も退職し、以後は自宅に引きこもって生活していた。その後、「宇宙からのラジオ波で攻撃してくる」、「やつらに見つかったら終わりだ」などと述べるようになった。自宅の窓を目張りし、ほとんど外出もしなくなった。ある日、「お前もやつらの仲間だな」などと叫びながら、隣人宅に押し入った。談話内容は滅裂であり、ナイフを隣人に向けていた。著しい幻覚妄想状態、興奮状態であるが、病識は欠如していた。

通報先（複数回答可）としては、警察が23名（63.9%）と最も多く、次いで病院15名（41.7%）の順であった。ただし最終的に対応する機関は病院とするものが26名（72.2%）と多く、警察は6名（16.7%）であった。

治療環境についての回答では一致度が高く、必要とされた治療は、非自発的治療（評点 8.3 ± 1.1 ；平均±標準偏差、以下同）、閉鎖病棟の使用（ 7.7 ± 1.9 ）であった（図2）。一方で、隔離拘束の必要性については、やや下がり、隔離で 5.6 ± 2.5 、拘束で 5.9 ± 2.1 である。開放病棟の使用、

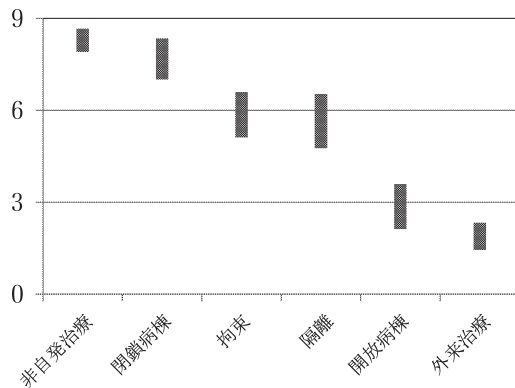


図2 治療環境の評価

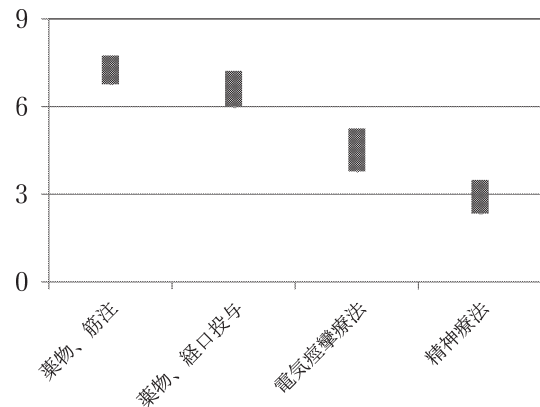


図3 治療選択の評価

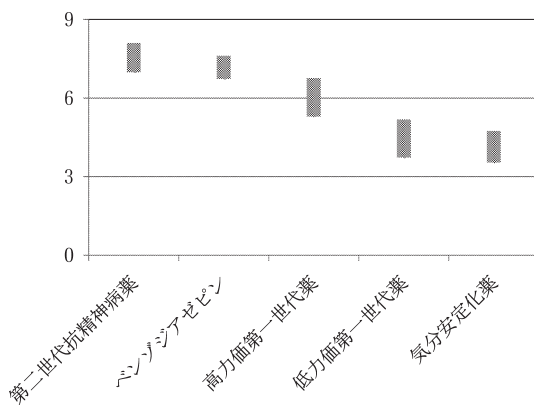


図4 治療薬剤の評価

外来加療はそれぞれ 2.9 ± 2.1 , 1.9 ± 1.3 と評価が低かった。隔離の必要性、回答者の国の精神科医数には正の相関を認め (Pearson の相関係数, $R^2=0.21$, $p=0.01$)、拘束の必要性と、回答者の国の精神科医数には負の相関を認めた (Pearson の相関係数, $R^2=0.17$, $p=0.02$)。

治療法については、薬物療法が最も評価が高かったが、筋注 (7.3 ± 1.4) が、経口投与 (6.6 ± 1.8) を上回った。電気けいれん療法の評価は中程度 (4.5 ± 2.1) であり、精神療法 (2.9 ± 1.7) の評価が最も低かった (図3)。治療法と回答者の国の精神科医数では特に関連性は認められなかった。

治療薬については、第二世代抗精神病薬 (7.5 ± 1.6) と、ベンゾジアゼピン (7.2 ± 1.3) の評価が最も高く、高力価第一世代抗精神病薬 (6.0 ± 2.1) がそれに次いでいた (図4)。低力価第一世代抗精神病薬 (4.5 ± 2.1)、気分安定薬 (4.1 ± 1.8) の評価は中程度であった。第二世代抗精神病薬の評価は、精神科医数の多い国の回答者に多く (Pearson の相関係数, $R^2=0.27$, $p=0.03$)、高力価第一世代抗精神病薬の評価は、精神科医数の少ない国で高い傾向であった (Pearson の相関係数, $R^2=0.12$, $p=0.06$)。

4. 考 察

本研究は、世界18カ国の若手精神科医を対象としたアンケート調査を基に、各国の非自発的治療の現状と、個々の精神科医の急性期精神病に対する治療実践を比較検討したものである。環太平洋精神科医会議は、環太平洋地域の精神科医の意見交換の場として、1980年の台北での第1回大会以後、ほぼ2年に一度のペースで開催されている⁷⁾。学会の性質上、アジアとアメリカが中心であるが、Pre PRCP FPADPにおいては、環太平洋の枠にとらわれず、広く欧州、アフリカを含めた世界中の国から参加者を得ることができた。

法整備の面からみると、入院治療については、多くの国で法整備がなされているが、外来治療、

薬物療法、私宅監置については法整備のなされていない国も多い。中でも私宅監置については、私宅監置を禁止する法整備がなされているとした回答者の国の平均の精神科医数が、なされていないとした国の精神科医数より有意に多かった。このことは私宅監置の禁止が、各国の精神医療制度の進展度合いの一つの目安となることを示していると考えられる。

急性期症例への治療対応に関しては、非自発的入院の適応、閉鎖病棟の使用、筋注による薬剤の投与、第二世代抗精神病薬の使用など、最も推奨される治療はほとんどの回答者で共通しており、精神医療の発展や、文化的な背景の違いにかかわらずほぼ同様な治療が推奨されていた。

しかし、その中においても隔離の推奨度は医師数と比例傾向にあるのに対し、拘束の推奨度は医師数と反比例傾向にあることがわかった。これは一つには、隔離施設の敷設に伴う経済的な負担が背景にあると考えられる。実際、インド、インドネシア、バングラデシュからの参加者には「基本的に隔離は行わない」との回答もあったが、彼らとしては倫理面に配慮しての結果という側面と同時に、「施設がないので隔離したくてもできない」という面もあるとのことであった。一方で参加者の意識として、拘束よりも隔離のほうがより人権に配慮した治療手段であるとの考えも概ね共通していたように思われる。これらのことから、精神科医療が発展し、設備や制度の整備が進むにつれて、拘束治療よりも隔離治療がより選択されるようになるのであろう。

抗精神病薬については、医師数の多い国ほど第二世代抗精神病薬の評価が高く、このことも各国の経済状況、精神医学の発展の状況を反映しているものと思われた。

今回の調査に参加した参加者の出身国の精神科医数には大きな幅があり、その分各国の精神医療事情も様々である。精神科医数に代表される人的な資源の不足は、発展途上国において精神的な治療を行き渡らせるうえでの大きな障害といわれているが⁶⁾、本調査の結果からも精神科医数の多

い国ほど、私宅監置を禁止する法律が整備されている割合が高く、拘束よりも隔離を評価する傾向が高く、第一世代薬よりも第二世代薬を評価する傾向が高いことが明らかとなり、精神科医数の増加と精神医療の発展が並行することが確認される結果となった。

ワークショップでは上記の結果に加え、「家族が患者とともに病院に滞在することで行動制限の使用を減らすことができる」、「早期発見、再発予防などの分野に力を注ぐことでcommunityのレベルで重症化を防ぐことが、入院治療での行動制限の最小化につながる」などの意見が交わされ、活発な議論が行われた。

冒頭に示したように非自発的治療、行動制限の最小化は世界的な趨勢であり、我々若手の精神科医は常にこの問題と向かい合う努力が要請されている。今回の症例提示からも示されるように、現時点では多くの医師が非自発的治療、隔離、拘束は必要と考える場合があり、完全な放棄は現実的ではない。我々は隔離、拘束をより正しく使用していかなくてはならず、そのために国内、国外の精神科医と意見、経験の交換をはかり、客観的な視点で自身の治療を見直すことは非常に有意義であった。参加した各国の若手精神科医にとっても、日々の臨床を見直し、行動制限の最小化に取り組む動機を新たにする上で、非常に有意義なワークショップであったと思う。

謝 辞

本研究にあたり、準備段階から様々なご助言を頂き、ワークショップにもご参加いただきました杉山直也先生、野田寿恵先生、Francis Lu 教授、Parameshvera Deva 教授、Norman Sartorius 教授にこの場をかりて改めて御礼申し上げます。

またアンケートにご協力頂き、ワークショップでも活発なご意見をいただきました国内外の若手精神科医の先生方にも改めて御礼申し上げます。

備 考

JYPO 行動制限班：

上原久美（せりがや病院/横浜市立大学）、佐藤創一郎（慈圭会慈圭病院）、杉浦寛奈（留学中）、高橋英彦（放射線医

学総合研究所), 趙 岳人 (健生会明生病院), 館農 勝 (札幌医科大学神経精神医学講座), 藤澤大介 (慶應義塾大学精神神経科), 和気洋介 (岡山大学神経精神科), 吉田尚史 (東邦大学心の診療科)

文 献

1) Fisher, W.A.: Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *J Psychiatr Pract*, 9; 7-15, 2003

2) Muralidharan, S., Fenton, M.: Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 3; CD002084, 2006

3) Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., et al.: A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-

term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs*, 3; 8-18, 2006

4) Nijman, H.L., Campo, J.M., Ravelli, D.P., et al.: A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv*, 50; 832-834, 1999

5) 橋本直樹, 杉浦寛奈, 上原久美ほか: 「第13回環太平洋精神科医会議」を通じての若手精神科医の取り組み. *臨床精神医学*, 38; 500-501; 2009

6) Sailas, E., Fenton, M.: Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*; CD001163, 2000

7) WHO: The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, 2001