

第105回日本精神神経学会総会

シンポジウム

急性期統合失調症に対する初期治療と行動制限について
——若手精神科医を対象とした意識調査から——館 農 勝¹⁾, JYPO 行動制限班²⁾

1) 札幌医科大学医学部神経精神医学講座, 2) NPO 法人日本若手精神科医の会 (JYPO)

隔離や身体拘束などの行動制限をはじめとした非自発的治療について若手の視点で考えることを目的に、日本若手精神科医の会 (JYPO) に行動制限班を立ち上げ様々な活動を行った。その一つとして、興奮を伴う急性期統合失調症の case vignette を用いたアンケートを行い、初期介入や行動制限への意識調査を行ったので報告する。有効回答とみなした 183 名の精神科経験年数は 7.49 ± 5.6 年で、精神保健指定医資格を有する者は 50.8% であった。9 段階スケール (9=非常にそう思う) で、その可能性についてたずねたところ、非自発的入院、隔離の施行に関しては高い一致率を認めたが、身体拘束については意見が大きくばらついた。薬物療法に関して、リスペリドンを選んだ者が最も多く ($n=87$)、次いで、ハロペリドール ($n=72$)、オランザピン ($n=17$) であった。ハロペリドール選択群では、非定型抗精神病薬を選んだ群に比べ、身体拘束の可能性が高く評価された。浅井らの先行研究を参考に、行動制限に関する意見への賛同について尋ねたが、隔離よりも身体拘束の方が人道的かつ拘束的でない場合もあるとの意見は否定的で、高用量の薬剤による鎮静よりも、身体拘束の方が安全であると考えられる傾向が認められた。行動制限班としての様々な活動を通じ、非自発的治療について考え・学ぶ機会を得られたことは大変貴重であった。行動制限の最小化に向けては、各個人がその意識を持って患者に接し、実行可能なことから始めることが重要であると思われた。

〈索引用語：非自発的治療，行動制限，隔離，身体拘束〉

1. はじめに

人権擁護の立場から、隔離や身体拘束といった行動制限の廃絶を訴える声も聞かれるが、急性期治療の現場では必要な治療手段であり、避けられないのが現状である⁵⁾。精神科後期研修医は、研修開始直後は主に入院患者を担当し、医療保護入院や措置入院といった非自発的入院、隔離や身体拘束といった行動制限、さらには強制的な投薬などの非自発的治療という課題に直面する。精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究の報告¹⁵⁾では、2005年6月30日の時点で、全精神科在院患者 324,335 人のうち、隔離を施行されていたものは 8,097 人 (2.5%)、身体拘束を施行されていた者は 5,623 人 (1.7%) で、決して少

ない数字ではない。しかし、研修早期に、行動制限をはじめとした非自発的治療について考え、学ぶ機会は極めて限られている。

近年、欧州では、多国共同調査として、精神科医療における非自発的治療に関する国際調査が行われ^{7,14)}、また、世界精神医学会テーマ別学会では、強制的治療が学会テーマに取り上げられるなど⁹⁾、患者の自主性を重視した治療への関心が高まっている。しかし、その一方で、非自発的入院の件数は増加傾向を示すという結果¹³⁾からも示唆されるように、非自発的治療には様々な要因が関与し、その減少は困難を伴う。

2008年5月に開催された第104回日本精神神経学会総会 (鹿島晴雄大会長) には、アジア各国

から12名の若手精神科医が招聘され、同学会国際委員会と日本若手精神科医の会(JYPO)の協力で国際ワークショップが開催された⁸⁾。そのテーマの一つは「隔離と身体拘束に関するアジア各国の現状と課題」で、インド、タイ、マレーシアから、その実状や対策を報告してもらい、聴衆を巻き込んでの活発な議論が行われた。また、同年10月に第13回環太平洋精神科医会議東京大会(野田文隆大会長)に先立ち開催された「若手精神科医の学術的向上へのフェローシッププログラム(FPADP)」においては、非自発的治療をテーマに半日のワークショップが企画され¹⁶⁾、世界精神医学会元会長Norman Sartorius先生などのエキスパートも交え、隔離・拘束の最適化に向けたグループディスカッションなどが行われた。

そのような活動の一環として、JYPO行動制限班が中心となり、興奮を伴う急性期統合失調症に対する初期介入および隔離や身体拘束といった行動制限に関する意識調査を行ったので報告する。

2. 方 法

対象は日本全国の精神科医で、JYPOのメーリングリストを中心に調査協力者を募った。急性期統合失調症のcase vignetteを用いたアンケートを作成し、匿名での回答を依頼した。データ収集は、インターネット上にwebアンケートを作成したほか、施設担当者によるアンケート用紙の配布・回収など複数の方法で行った。

アンケートは、case vignette(概要は、橋本直樹氏の発表を参照のこと)に続いて、1)入院に関する質問、2)薬物療法に関する質問、3)隔離・身体拘束に関する質問、4)行動制限に関する意見への賛同、5)回答者基本情報で構成され、概ね15分程度で回答可能であった。回答は、単一または複数選択、数値や薬剤名の記入のほか、先行研究¹²⁾に倣い、9段階のLikertスケール(1=全くそう思わない、9=非常にそう思う)を用いた。

倫理面の配慮として、匿名性を保持し個人情報の保護に努めた。また、アンケートへの回答をも

って調査協力への同意とした。

3. 結 果

総数188名の精神科医から回答を得た。そのうち、有効回答とみなした183名分を解析した。精神科経験年数は平均 7.49 ± 5.6 年、精神保健指定医資格を有する者は50.8%であった。

入院の必要性については、 8.91 ± 0.3 と極めて高い一致率であったが、入院形態については、医療保護入院77名(42.1%)と措置入院104名(56.8%)に意見が二分した。想定入院期間は、 13.53 ± 6.4 週で、3ヵ月との回答が大多数を占めた。

隔離・拘束に関する質問の結果を図に示す。隔離の可能性は 8.43 ± 1.0 と高い一致率を示したが、身体拘束の可能性は 5.14 ± 2.5 で、1から9まで大きなばらつきが認められた。

薬物療法に関しては、リスペリドンを選んだものが最も多く87名(47.5%)で、平均用量は 2.64 ± 1.2 mgであった。次いで、72名(39.3%)がハロペリドールを選択し、平均用量は 6.71 ± 2.4 mgで、全員が注射薬を選択した。オランザピンを選択した者は17名(9.3%)、平均用量 12.4 ± 4.4 mgであった。

浅井らの先行研究¹⁾から引用した、行動制限に関する意見への賛同を問う質問の結果を表にまとめた。

4. 考 察

隔離・身体拘束について

我が国では、急性期の興奮を伴う症例には、初期対応として隔離が一般であるとの結果であった。FPADPのワークショップに参加した海外の精神科医からは隔離に否定的な意見も多く聞かれ、かなりの臨床経験年数を有しながらも、隔離を行ったことは一度もないと答えた者もあり、隔離に対する意識の違いを感じた。

身体拘束に関して、勤務先により、大学病院(n=103)、総合病院(n=36)、精神科病院(n=34)の3群に分けて比較したところ、総合病院で

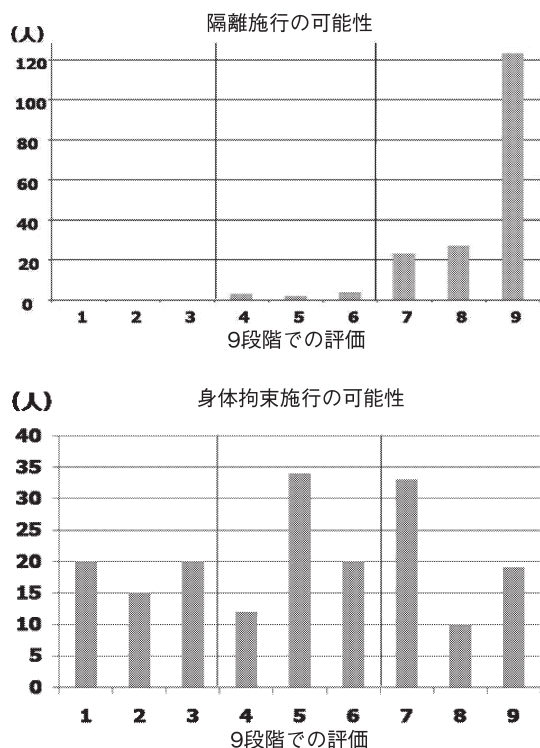


図 隔離・身体拘束施行の可能性
1=全くそう思わない, 9=非常にそう思う

は 6.25 ± 2.5 と、大学病院の 5.02 ± 2.3 、精神科病院の 4.15 ± 2.6 に比べ有意に高かった ($p = 0.001$)。この結果は、総合病院や大学病院では、頻回に精神科以外の病棟との勤務交代を強いられ、精神科病院に比べ相対的に精神科臨床経験の浅い看護スタッフが多いという要因が関与している可能性が推察された。

急性期薬物療法について

従来、精神運動興奮状態にある症例に対しては、ハロペリドール注射液を使用することが一般的であった。しかし、非定型抗精神病薬の経口投与が、ハロペリドール注射液同等の効果を有することが報告され^{2,3)}、患者の自主性を尊重する意識の高まりと相俟って、非定型抗精神病薬の経口投与が第一選択薬として使用される機会が増えている。今回の我々の調査においても、最も多く選ばれた

のはリスペリドン内用液であった。また、オランザピンザイデイス錠を選択した者も全体のおよそ1割を占めた。両薬剤が、急性激越状態にある症例において同等の効果を示したとの報告もあり⁶⁾、急性期の第一選択薬は、非定型抗精神病薬に移行していることがうかがえた。また、選択薬剤による比較では、身体拘束について、ハロペリドール選択群 ($n=72$) では 5.82 ± 2.4 と、リスペリドン群 ($n=87$) の 4.45 ± 2.4 、オランザピン群 ($n=17$) の 4.82 ± 2.1 に比べ有意に高かった。野田らは、精神科急性期治療における強制投薬の類型化を試み、「身体拘束・持続点滴群」「強制経口群」「内服説得・経過観察群」の3群に分類可能と報告している¹²⁾。三澤らは、精神運動興奮状態にある統合失調症に対する初期治療に関し、ハロペリドールを選択した群では身体拘束の適切性をより高く評価し、リスペリドン選択群では、内服の説得をより適切と回答したと報告している¹⁰⁾。今回の我々の結果は、これらの先行研究と同様の傾向を示したものといえる。非定型抗精神病薬、とりわけ、内用液や口腔内崩壊錠の使用が、患者の自主性を重視した医療の推進に貢献できる可能性を示唆する結果と考える。

行動制限に関する意見への賛同

浅井らの先行研究¹⁾を参考に、行動制限に関する意見への賛同を尋ねた(表)。HおよびJは、すでにコンセンサスが得られており、またGは、日本総合病院精神医学会よりガイドライン¹¹⁾が発刊されていることから、今回の調査には含めなかった。Eは、海外で割合聞かれる意見らしいが、今回の調査では、賛同は28.4%にとどまった。浅井らの研究でも、極めて低い賛同率であった。隔離は身体拘束より人道的であるとの考えは、我が国における伝統的治療習慣や行動制限に対する認識を反映した結果と考えられる。Fには85.8%の者が賛同した。浅井らの結果も考慮すると、実際に薬剤を処方する立場である医師は、高用量の薬剤使用による弊害を理解しており、患者の安全性を最優先に考えた、医師ならではの意識の現

表 行動制限に関する意見への賛同

行動制限に関する意見		今回の調査 (%)	浅井らの調査 ¹⁾ (%)		
		精神科医	管理者/医師	総婦長/婦長	事務職員
A	行動制限は、患者の状態によっては、他の患者の安全を守るためにも必要である。	98.9	91.5	89.9	86.3
B	職員が患者の暴力に遭った場合、良質な職員の確保が難しくなり医療の質の低下を招くことになるという観点からも行動制限が必要な場合もある。	55.2	41.1	26.8	16.4
C	行動制限の開始は指定医の指示により行われるが、解除については医師に報告することを条件として看護師の判断に委ねても良い。	14.2	29.0	29.6	16.4
D	点滴などの医療行為を安全に実施するための身体拘束は、必要最低限のものである限り、指定医以外の医療者（医師、看護師等）の指示で行えるようにする必要がある。	46.4	58.5	63.1	53.4
E	行動制限の方法として、隔離よりも身体拘束のほうがより、人道的かつ拘禁的でない場合もある。	28.4	19.5	8.3	2.7
F	向精神薬による過鎮静状態よりも隔離や身体拘束の方が安全性の点で望ましい場合もある。	85.8	75.4	48.0	27.4
G	診療録などへの記載を含めた、行動制限を行うためのガイドラインが必要である。	N/A	53.6	64.1	31.5
H	落下防止などの安全確保のため、車椅子などに拘束する場合には身体拘束に含めない。	N/A	45.6	54.8	24.7
I	身体拘束では頻回な医師の診察が必要とされているが、看護師などによる頻回な観察があれば、医師の診察は1日1回以上であれば良い。	45.4	58.1	33.9	30.1
J	治療計画に位置付けられた行動制限は、その都度指定医の指示や告知は必要としない。	N/A	71.0	52.9	34.2

れと思われた。Cは、わずか14.2%の賛同にとどまり、医師自身が、患者の状態を的確に理解し、治療方針を立てるべきであるとの責任感の現れと考えられた。

5. まとめ

人権擁護の立場から、隔離や身体拘束といった行動制限の廃絶を訴える声も聞かれるが、避けられないのが現実である。今回、JYPO メーリングリスト内での日常臨床に関するディスカッションを端緒として、行動制限班を立ち上げ、先行研究の検索、参考文献や情報の共有、海外文献の部分翻訳やアンケート調査などを行った。このような活動を通じ、精神科医療における非自発的治療と

いう、学術集会などでは比較的取り上げられる機会の少ない課題について、仲間とともに学び、考えることができたのは大変良い経験であった。

紙面の都合で、行動制限最適化に向けた取り組みや課題は、本誌掲載の他稿に委ねるが、様々な活動を通じ、個人個人が常に行動制限の最小化を意識して患者に接すること、日々の臨床で経験を重ね学ぶこと、病棟スタッフがみな同じ意識をもって取り組むことなどが、行動制限の減少につながると考えられた。

近年、欧州では、当事者に対して事後面談し、いかに治療が強制的・高圧的と感じられたかを尋ねる調査も行われている⁷⁾。患者による治療初期の強制性の認識は、その後の治療アドヒアランス

にも影響することが報告されており⁴⁾、患者の自主性を重視した治療の重要性が謳われている。行動制限を減らすために、また、患者が受ける強制的な印象を軽減するために、まずは、目の前の患者さんに対して、非自発的治療を導入する前に、何か工夫できることはないかを考える、あるいは、もう少しだけ時間をかけて説得してみる、というわずかな心がけが、当事者の受ける印象の大きな違いに繋がる可能性があると考えられた。今後も、日々の臨床で実際の症例に直面し悩みながら、何ができるかを考えていきたいと思う。

謝 辞

準備段階から様々な御助言、貴重な資料を御紹介いただき、ワークショップにも御参加いただきました杉山直也先生、野田寿恵先生、浅井邦彦先生の先行研究に関する貴重な資料を御提供いただきました浅井病院・長沼吉宣氏、ワークショップ (FPADP) に御参加いただきました Francis Lu 先生、Parameshvara Deva 先生、Norman Sartorius 先生、そして、調査に御協力いただきました皆様に、この場を借りて深謝いたします。

本研究は、財団法人精神神経科学振興財団平成 20 年度調査研究助成 (主任研究者：館農勝) により行った。

文 献

1) 浅井邦彦：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究～精神障害者の行動制限と人権保護のあり方～：平成 11 年度厚生科学研究報告書、2000

2) Currier, G. W., Simpson, G. M.: Risperidone liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. *J Clin Psychiatry*, 62; 153-157, 2001

3) Currier, G. W., Chou, J. C., Feifel, D., et al.: Acute treatment of psychotic agitation: a randomized comparison of oral treatment with risperidone and lorazepam versus intramuscular treatment with haloperidol and lorazepam. *J Clin Psychiatry*, 65; 386-394, 2004

4) Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., et al.: Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry*, 62; 717-724, 2005

5) Fisher, W. A.: Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*, 151; 1584-1591, 1994

6) Hatta, K., Kawabata, T., Yoshida, K., et al.: Olanzapine orally disintegrating tablet vs. risperidone oral solution in the treatment of acutely agitated psychotic patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 30; 367-371, 2008

7) Kallert, T. W., Glockner, M., Onchev, G., et al.: The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry*, 4; 168-172, 2005

8) 加藤隆弘, 馬場俊明, 杉浦寛奈ほか: 「第 104 回日本精神神経学会・アジア諸国からの若手精神科医による国際ワークショップ」の紹介. *精神経誌*, 111; 360-362, 2009

9) Mezzich, J. E., Kallert, T. W.: World Psychiatric Association (WPA) Thematic Conference. Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review, Dresden, Germany. 6-8 June 2007. Abstracts. *BMC Psychiatry*, 7 Suppl 1; P1-S160, 2007

10) 三澤史斉, 野田寿恵, 藤田純一ほか: 精神科救急入院科病棟における初期治療の意識調査 統合失調症精神運動興奮モデル事例から. *臨床精神薬理*, 11; 1693-1700, 2008

11) 日本総合病院精神医学会・教育研究委員会: 身体拘束・隔離の指針. 星和書店, 東京, 2007

12) 野田寿恵, 藤田純一, 三澤史斉ほか: 精神科急性期治療における身体拘束と強制投薬の類型化の試み. *精神科治療学*, 23; 341-345, 2008

13) Salize, H. J., Dressing, H.: Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*, 184; 163-168, 2004

14) Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., et al.: Compulsory admission and treatment in schizophrenia: a study of ethical attitudes in four European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40; 635-641, 2005

15) 竹島 正: 目でみる精神保健医療福祉 2: 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業), 精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究. 2008

16) 吉田尚史, 加藤隆弘, 上原久美ほか: 「第 13 回環太平洋精神科医会議」印象記. *精神医学*, 51; 196-197, 2009