#### 第105回日本精神神経学会総会

# シンポジウム

## 長期隔離解消のための工夫

趙 岳人 (医療法人健生会明生病院,藤田保健衛生大学医学部精神医学教室, 熊本大学大学院医学教育部 (博士課程), JYPO 日本若手精神科医の会〕

< 索引用語:長期隔離解消,行動制限最小化,個人の尊厳,診立てと手当てのバランス, 隔離室体験入室>

## はじめに

当院は、234 床の単科精神科専門病院である。 常勤医師8名(指定医6名)・非常勤医師4名を はじめ、看護師122名・コメディカルスタッフ 66名の職員が勤務している。2009年7月31日現 在、入院患者数226名(平均在院日数210日)・ ひと月あたりの外来患者総数2,300人(大規模デ イケア1単位含む)である。

当院の特色としては,

- (1) 単剤治療の推進(前年度の単剤化率 52%)
- (2) 院内断酒会(自助グループ)の支援
- (3) 措置入院率5%
- (4) 医療観察法指定通院医療機関 などである。 行動制限に関する「数字」を列挙すると,隔離 室(鍵のかかる個室を含む)18 室・隔離患者一 人あたりの診察回数約 9 回/週・研修会 2 回/年・ 行動制限最小化委員会 1 回/月・行動制限に関す る統計 0 (なし) である。

病院の理念と行動制限最小化との関連では、当院の理念を平易な言葉でまとめた「医療人としての誓い」(表)を職員一人ひとりが胸に刻んで日々の業務にあたるよう公の場で繰り返し伝えるように努めている。特に、患者さんと私たちの個人の尊厳を守るという一文にこめられた理念は、「なぜ行動制限最小化を心がけることが重要なのか」という問いに対する答えでもある。

以下,長期隔離解消のための工夫を3つの視点にまとめ,それぞれに3つの論点を設けて考えを述べる.

- 3 つの視点:1. 診立て 2. 励まし 3. 学ぶ
- 3 つの論点:①現状②実践③提案

## 1. 診立て (Evaluation)

①現 状

行動制限最小化の現状を把握することは難しい。精神保健福祉法にもとづく「一覧性のある台帳」は整備されているものの、会計年度をまたいで長期隔離症例の特徴を把握したり、全体に占める割合を把握したりする基準がないため統計をとるのは困難である。また、紙カルテ運用のため追跡調査には時間がかかる。一時的な隔離解除により長期隔離の「見かけ上の解消」があると、一連の長期隔離状態がいつ始まったのかは正確にはわからない。以上のような課題をかかえている当院のような施設では、長期隔離の精査は困難であろうと考えられる。

#### 表 医療人としての誓い

私たちは思いやりの心を育てます。 患者さんの苦痛や困難をやわらげます。 一人ひとりの社会参加に工夫をこらします。 患者さんと私たちの個人の尊厳を守ります。 そこで、特定日(2009年7月31日)における 隔離室18室の使用状況を定点観測した。その結果、実際に使用されていたのは13室であった。 そのうち6室(男性4名・女性2名)が隔離開始 から30日以内の使用であり、隔離理由が自殺企 図・自傷・他害の急性期症例であった。一方、残りの7室(男性4名・女性3名)は隔離開始から 365日以上の長期隔離例であり、隔離理由が迷惑 行為・他害(暴力)の慢性期症例であった。行動 制限と関わりの少ない職員に「隔離室は別世界」 という意識があり、長期隔離症例は近寄りがたい 存在となっている。

身体拘束に関しては、過去5年間で、ベッドからの転落防止のために高齢者を一時的に身体拘束したケースが一昨年に1例認められただけである。当院では、必要に応じて身体拘束を行うことは可能であるが、その頻度は少ない。身体拘束の経験の乏しい職員のために「適切な身体拘束の実際」について学ぶ場を提供すべきであろうと考える。

## ②実 践

ここでは(1)長期隔離例に対する病院全体での取り組みについて述べ,(2)隔離を長期化させないための工夫について急性期症例をあげて考察する.

- (1) 長期隔離例に対する病院全体の取り組み
- ・開放観察を積極的に行う。
- ・院内/院外レクレーション・作業療法・生活 技能訓練への参加を促す。
- ・制限の厳しい人に対してこそ,希望をくみ取り同伴外出などの個別対応を心がける.
- (2) 隔離を長期化させないための工夫

症例:20代女性,統合失調症(幻覚妄想状態 で入院),初回入院

著しい幻覚妄想を伴う拒絶症(拒食・拒薬)・ 緘黙・徘徊などにより入院直後から隔離となった。 新規抗精神病薬口腔内崩壊錠(chlorpromazine 換算800 mg)を告知の上で口に含ませて何とか 服薬できているものとみなされていた。しかし, 入院3週目に入っても精神病症状は改善せず,拒

絶傾向は悪化し, 脱水症を呈するまでに至った。 薬物療法開始直後から徐々に出現した流涎が、こ のころになると一段と激しくなり、常にタオルを 手にして過ごすほどであった。主治医は抗精神病 薬の副作用による流涎と考えたが、「曜日ごとの 隔離(身体拘束)診察医 による観察の結果。 「服薬後に口腔内崩壊錠が流涎と共に流失してい ること | 「枕やシーツにも口腔内崩壊錠のものと 思われる黄色い付着物がみられること」が判明し た、主治医・病棟看護師・隔離診察医による協議 の結果,本例における流涎を「副作用ではなく, 拒絶症にともなう『静かなる拒薬』と診立て直 す」ことで合意した。その後の手当てとしては, 薬物療法の変更をすることなく服薬確認のみを徹 底した、その結果、入院6週目には疎通性が改善 し,流涎は消失した。12週目の現在,退院準備 に入っている.

しばしば精神科臨床の現場では処方の増減や主剤の変更など薬物療法を中心に事態を打開しようとして「手当て」ばかりに意識が向かいがちである。しかし、実際には、思い込みや先入観を捨てて「診立て」直すだけで治療環境や病状自体が良い方向に向かうことも少なくない。「診立て」と「手当て」のバランスが重要である(図1)。当院では当番制で常勤医師が「曜日ごとの隔離診察医」となり、主治医の診立てや手当てを複数の目でチェックし、主治医を支援する体制をとっている。長期隔離患者と向き合う主治医の悩みを共有

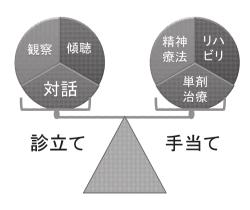


図1「診たて」と「手当て」のバランス

し、治療上の工夫を伝え合うことによって、診立 てと手当てのバランスが保たれるよう工夫してい る.

また 2000 年以降の取組みとして,当院ではおだやかに対話ができる状態をめざすためのシンプルで合理的な処方 (新規抗精神病薬単剤)を薬物療法の基本<sup>1)</sup>としている。さらに睡眠薬・抗不安薬への依存傾向や日中の眠気などを軽減するために,数年前からベゲタミン類・トリアゾラム・フルニトラゼパムなどの薬剤を採用中止にしている。その結果,観察・傾聴・対話といった診立ての各要素に厚みが増し,より適切な手当てがなされるようになったと実感している職員も少なくない。

#### ③ 提 案

(1) 現場でできること:複数の目で「診立て」 と「手当て」を.

実践例:対話のための単剤治療を軸に,「曜日 ごとの隔離診察医」制で主治医を支援するよう努 めている.

(2) 業界全体で取り組むこと:「一覧性のある台帳」を進化させ,長期隔離の実態を可視化してはどうか。統計処理を行うにしても,各施設がまちまちの基準で処理していては,結果の共有も難しい。当院のように紙カルテのみで業務を行っている中小規模の施設は多く,瞬時にデータを処理することができない以上,せめて台帳記載事項の統一基準を整備してほしい。日本精神神経学会・日本精神科病院協会・厚生労働省など関係各機関の協力・連携に期待したい。

## 2. 励まし (Encouragement)

#### ①現 状

かつては単独外出が可能であった入院患者のAさん(40代男性慢性期統合失調症)は,活発な幻覚妄想のために無断離院や地域での迷惑行為を繰り返し,閉鎖病棟での隔離処遇が長期化している。幻覚妄想に対する単剤治療にも限界があり,隔離解除に時間を要し,本人の単独外出要求は高まる一方である。開放観察の時間を延長して対処

するも、本人の不満は一向におさまらず、しばしば不満が爆発して職員や他患への暴力に至り、隔離解除がますます困難となっている。病状不安定ながらも単独外出を熱望する A さんと私たちはどのように向き合うべきなのだろうか。

#### ②実 践

現場での取組みを述べる前に、A さんにとって尊重されるべき「個人の尊厳をめぐる原則 $^2$ 」について確認しておきたい。A さんが一人の個人として最大限に尊重されるための 4 原則は以下の通りである。

- (1) 自律 (Autonomy):他者との共感に根ざ した自己決定
- (2) 恩恵 (Beneficence):有効な治療・病自体から得られる気づき
- (3) 無害 (Non-maleficence): 害を与えない 治療・治療者
- (4) 公平(Justice):他の人と差別のない扱いつぎにAさんの主治医として「医師に求められる資質」について簡単に述べる。医師に求められる資質には、共感・能力・自律の3つがあるり。Aさんに自己決定権としての自律があるように、医師にも裁量権としての自律があり、それらはしばしば競合する場合がある。このような場合、医師には対話を通じて歩み寄り、最終的に共感の心で理解を深めることが求められる(compassionate interference<sup>2)</sup>)。お互いにとって好ましい関係(互恵関係)を築く能力が専門職としての医師には求められている。

それでは、「単独外出をしたい」という A さんの意見と「問題が起こってからでは遅いので単独外出には反対」という職員側の意見との競合を主治医はどのように仲裁すればよいのだろうか。実際の現場では、以下の手順で両者の意見を調整し、妥協点をさぐり、単独外出実現のための実績づくりを行っている。

(1) 問題点は何か:遷延する幻覚妄想状態は, これ以上良くはならないのだろうか。単剤治療が 奏功しないが、本当に打つ手はないのか。家族と の連携は十分だろうか.

- (2) 回復の視点で診立て直す:「単独外出したい」という A さんの希望を、回復過程にとって大切なものとしてとらえる。また、最新の単剤治療の成果の一つである「新規デポ剤の利用」を本人に勧めてみる。家族の理解と協力を得るために面談を設定する。
- (3) 隔離室からの社会参加実践ならびに検証: 以前苦情のあった地域での迷惑行為を修正するためのマナー講座(服装・態度についての個別指導)をこまめに実施する. GPS 機能つき携帯電話を契約するためにショップに出向き, 使い方を実際の場面で練習する. 同伴外出の際に, 個別指導や練習の成果を検証する.
- (4) 実績づくり(説明と同意):なぜ再び単独外出をめざすのか。目標は、退院して一人暮らしをすること。かなりハードルの高い目標ではあるが、はっきりと言葉(文書)で確認することが大切である。同時に、単独外出における危険性(離院・失踪・事件事故との遭遇など)についても本人・家族に承知していただき、緊急時の対応(GPS探索など)を協議しておく。以上の項目について十分に説明し、本人・家族の理解と同意をとりつけることが実績づくりの第一歩である。現在は、まだ途中の段階であるが、すでに本人の積極的な意向により新規デポ剤の導入が完了し疎通性が改善している点は、今後の病状安定に寄与するものと考える。一歩ずつ前に進んで単独外出再開をめざしたい。

#### ③提 案

(1) 現場でできること:回復の視点を. 社会参加の実践を.

実践例:同伴外出の行き先を当事者の生活圏に設定し、自宅や地域施設などへ出向いて観察・対話・説明・協議を現場で行う。先日は、「プールで泳ぎたい」という長期隔離中の措置入院患者の希望をくみ取り、主治医・看護師・PSWによるチームで患者の自宅近くのプールに出向き、現地で父親・伯母とも合流した。昼食や入浴を患者と

共にし、家族を交えて今後の方針について協議した。伯母とは実に7年ぶりの再会であった。目の前で患者が元気に泳ぐ姿を家族に見ていただいたことは(長期の行動制限中でありながらも)無事であることを言葉で説明するよりも説得力のある「説明」になったと考える。

## 3. 学ぶ (Education)

## ①現 状

「あたどんも…いっぺんどま…入ってみなっせ.したらわかっけん」(標準語訳「あなた達も…一度くらい…入ってみたら.そうしたらわかるよ」) 隔離診察の際に、患者からこんな風に声をかけられたことがある。それも一度きりではない。患者たちは、何をわかってほしいと考えているのだろうか.

## ②実 践

- ◆概要:患者たちの声を受けて,自らを精神運動興奮状態にある架空の重症例とみなして「隔離室体験入室|を実施した。
  - ·24 時間連続隔離(2008年10月16日9:50~17日9:50)
  - 開放観察:なし
  - ・洗面台手前にある内扉も施錠(飲水自己管理・洗面・手洗いは不可)
  - ・看護師による1時間おきの巡視(通常通りの 看護記録を作成してもらう)
  - 医師による1日1回以上の診察
- ◆気づき:水・空気・安全,すべてを他者にゆだねる体験は貴重であった。以下,体験入室を通じて得られた気づきの一部について述べる。
  - ・環境面の気づき:安静に過ごすには快適な環境であった。しかし、用便時のプライバシーへの配慮が不十分である点・短時間の巡視や診察時には聞こえない連続音(異音)が長時間入室していると聞こえて不快である点(ホコリによる排気ダクト・フィルタの目詰まりが原因と後に判明)など、いくつか気になる点もあった。

- ・業務面の気づき:1時間に1回の巡視は,ほぼ一定時刻に実施され,観察・声かけなども適切に行われていた。水分摂取や空調に関しては(隔離室から職員を呼びだす手段がないため)迅速とまではいかなかったが,細やかな対応がなされた。ただし,夜間の巡視時には観察廊下側からドアの開閉音が響いて,その都度目が覚め,一睡もできなかった。1時間ごとの看護記録には「良眠」と記載され,実態とのギャップが浮き彫りになった。
- ・心理面の気づき:隔離入室時の精神症状は人 によって異なるので、体験入室をしたからと いって患者の立場がわかる訳ではない。しか し,ひとたび病状が改善して隔離解除を待っ ている患者の立場を疑似体験できるという点 では意義があると考える。むしろ「気づき」 の項の冒頭で述べたとおり、生命維持・環境 調整・安全管理すべてを他者にゆだねてみる 体験こそが患者-治療者の関係や「今この場 の医療水準 | を把握する上で有意義であろう。 読者各位に体験入室をおすすめする理由でも ある。また、心理面で最も重要な気づきとし て挙げるべきは「隔離解除時期(あるいは見 直し時期)がはっきりしているかどうか | と いう点である。筆者の場合、24時間後には ここから出られるとわかっていたので常に冷 静を保てたのだろうと振り返っている。 言い 換えれば,「いつ解除になるかは,あなた次 第…主治医に聞いてください」とでも言われ たならば、内心穏やかではなかったと思う.

参考までに、Schroeder らのいう行動制限を受ける患者にとって好ましい治療環境の5つの条件 $^{3}$ を挙げる(図 $^{2}$ )。

#### ③提 案

(1) 現場でできること:隔離中の患者について, あるいは行動制限全般について,一人でも多くの 職員に関心を持ってもらおう。

実践例:「隔離室は別世界」という感覚を非難 することなく, さまざまな業務を多職種に依頼す 1. 有能で献身的な職員の存在 Committed Staff

2. 人として認められている確証 Being Confirmed

3. 他の人と同じ待遇

Like Anyone Else

4. 恥をかかずに済む配慮

Reduce the Shame

5. 理解されているという安心感 Being Understood

図2 好ましい治療環境の条件3)

ることを通じて「隔離室は大切な日常業務を行う場である」というメッセージを伝えていくこと.

(2) 業界全体で取り組むこと:隔離(身体拘束)解除の時期あるいは見直し時期について行動制限開始時に本人に告知する習慣を身につけよう.

実践例:筆者は「3日後には隔離指示を見直します」などと入室時の文書に明示して告知している。将来の精神保健福祉法改正も視野に入れ,個人の尊厳を守る上でも有用と考える。今後,医局会などで話題にして,病院全体で取り組みたい。

## おわりに

精神科臨床に携わる専門職にとって, 行動制限 最小化問題は職業を通じてあるいは職業を終えて もなお向き合うべきライフワークと言えるかもし れない。同時にアンチスティグマ活動の一環とし て、精神障害そのものへの偏見や精神科医療への 誤解ひいては患者・家族・医療従事者など全ての 精神科医療関係者に対する一般社会の「目」とい うものとも私たち専門職は常に向き合っていかね ばならない。患者と私たちの個人の尊厳を守るた めには, 暮らしの中であるいは臨床の現場で生じ る怒りや憤りを捨て去り、今ここでできることを 一つずつ積み重ねていくことが大切である。その ためには臨床精神医学という専門性を越えて様々 な学問領域(医療倫理・身体医学・法学・教育学 など)・生活領域(司法・立法・行政・消費者運 動など)にまたがる協力連携が欠かせない。また, 日本における実践と学びが国境を越えて,世界各

地域における人権尊重の動き・行動制限最小化の 取組みと連携することで我が身を顧みるきっかけ にもなろうと考える。

#### 謝辞

本発表のためにご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げる。特に24時間隔離室体験入室は,看護部とりわけ急性期治療病棟スタッフの協力なしには実現できなかった。また,症例提示を快く承諾してくれた当事者の皆さん,現場で長期隔離症例と日々向き合っている職員の皆さん,事前に貴重な意見を頂いた医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士の皆さん,医師として本論構成に的確な助言をしてくれた妻,そして何よりも現場での実践を全面的に支持・支援してくださった故・古賀靖人前院長に,重ねて謝意を表したい。

#### 文 献

- 1) 石郷岡純: 如何にして多剤大量療法を脱却するか。 精神経誌, 108; 597-667, 2006
- 2) Prinsen, E., Delden, J.: Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? J Med Ethics, 35; 69-73, 2009
- 3) Schroeder, A., Ahlstrom, G., Larsson, B.W.: Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting. J Clin Nurs, 15; 93-102, 2006
- 4) Williams, J.: World Medical Association Medical Ethics Manual. World Health Communication Associates, UK, 2005 (樋口範雄監訳: WMA 医の倫理マニュアル、日本医師会、東京、p. 16-18, 2007)