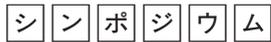


第105回日本精神神経学会総会



行動制限を最小化するための課題

佐藤 創一郎 (財団法人慈圭会慈圭病院)

行動制限に関する国際比較, 国内の意識調査をふまえ, 日本の精神科臨床現場でいかに最小化に取り組むかということについて, 長期隔離を解消する視点から前演者が発表したことを受け, 急性期治療という精神科医療への入り口で直面する非自発的入院や行動制限の問題について総論的に述べる。

<索引用語: 非自発的治療, 行動制限, 隔離, 身体拘束, 精神科病院>

1. 急性期入院治療の現状

精神科病床はその機能によっていくつかに分けられるようになってきている。有床総合病院精神科と精神科病院とでは, 前者はコンサルテーション・リエゾンや身体合併症を伴うケースを, 後者ではより精神症状中心で環境調整・社会生活上の介入を要するケースを担うことになるであろう。また, 精神科病院の中でも, アルコールなどの依存症治療に特化したもの, 認知症を中心とした高齢者精神疾患を中心としたもの, ストレスケアを中心としたもの, 触法ケースに特化したものなど, 何らかの特徴を打ち出して地域での病院間の機能分化が生じてきているところもある。さらに, 病院内でも, 旧来から閉鎖病棟と開放病棟といった機能の違いがあり, 精神科救急病棟, 急性期治療病棟, 療養病棟というように対象ケース設定, 診療報酬, 人員配置などの条件から病棟によって機能の違いがもたらされるようになってきている⁷⁾。他にも医療観察法に基づく入院処遇を扱う病棟もある。このように一概に精神科入院医療と言っても, さまざまな特性があり, それぞれの治療設定で非自発的治療と行動制限について検討していかねばならないが, 今回は急性期治療を対象に病院への入り口での行動制限の最小化するための

糸口を考えてみる。

急性期入院治療で顕著なのは入院期間の短縮であろう。診療報酬上の基準として精神科救急病棟や急性期治療病棟では1ヶ月または3ヶ月という入院期間が設定されてきている。しかし, 当院での急性期治療病棟入院症例の7割以上を占めているICD-10によるF2圏とF3圏の入院期間の中央値を比較してみると, 開設時の2003年にはF2圏が101日, F3圏が70日であったのに対し(表1), 2007年ではF2圏が64日, F3圏が54日と短縮されてきており(表2), 急性期治療病棟の算定要件を満たすために入院期間を3ヶ月間に抑えるというような働きかけなどは一切なくともその要件を満たすことができている。このように, その是非はともかく, 実際に急性期治療ケースでは入院期間は短縮されてきており, その治療戦略も「短期入院」と「地域移行」に明確に変化してきていると言えるだろう。

2. 精神科病院への入院治療の意味

非自発的入院や行動制限の問題は, 現在我々が精神科臨床に従事している際には避けて通ることのできないものである¹⁾。

精神疾患に罹患している, あるいは罹患してい

表1 急性期治療病棟退院者の背景（2003年）

ICD-10	人数			年齢 (歳)	入院回数 (回)	入院期間 (日)
	総数	男	女			
F0	14	11	3	50.5	1	89.5
F1	24	20	4	59	1	54
F2	133	88	45	39	2	101
F3	58	43	15	45	1	70
F4	9	5	4	31	1	37
F5	0	0	0	0	0	0
F6	4	0	4	25	1	20.5
F7	4	4	0	28.5	4.5	80
F8	1	1	0	46	1	761
合計	247	172	75	43	1	80

(中央値で表示)

表2 急性期治療病棟退院者の背景（2007年）

ICD-10	人数			年齢 (歳)	入院回数 (回)	入院期間 (日)
	総数	男	女			
F0	16	12	4	68.5	1	34
F1	12	8	4	47	1.5	52.5
F2	121	70	51	40	2	64
F3	72	35	37	57	1	54
F4	24	8	16	29.5	1	12
F5	1	0	1	23	1	46
F6	5	1	4	23	1	16
F7	12	10	2	29.5	4	22
F8	3	1	2	29	1	125
合計	266	145	121	45	1	51

(中央値で表示)

ると考えられた人々が集って療養に当たるということは、歴史的にも、宗教的要因や民間療法を目的として自然発生的に世界各地で始まった。我が国においても同様であり、そこから「治療」を行う施設が開設されることもあった³⁾。すなわち、当時はいくらかの治療意欲を持った人々が集まっていたということになる。

一方で近代になってからは、精神疾患罹患者を社会から排除する傾向が強まり、私宅監置から精神科病院へとその場を移していくことになってきた。日本においても、1900年の監護法から、精神保健に関する法整備が始まってきたわけであるが、結果として当事者を精神科病院に収容することが加速されてしまう結果となった。薬物療法が精神疾患治療において有効であるということがわかり、臨床現場に導入されるまでは、精神療法と精神科リハビリテーションを除いては、そのほとんどが現在では行われなくなっている身体療法以外に治療手段もなく「治療」という名の「収容」という結果に陥っていた。

薬物療法の導入により、精神科病院への「入院」は「収容」ではなく医学的な「治療」を行うことができる、という大義名分を初めてもたらしことが可能になったわけであり、精神科医療が医

療として位置づけられるきっかけとなったことは大きな意義のあったことである。しかし、薬物療法への過度な期待は、次第に「薬で何とかなる」ことから「薬で何とかする」という歪みを生じ、向精神薬の多剤大量使用を招いてしまった。向精神薬の多剤大量療法がもたらしたものは本来的な「治療」のゴールではなく、見かけ上の、そして管理上の「安定」でしかなかったのだが、その中から社会復帰を目指す動きがあったことは現在の地域移行への足がかりとなっている面もあるだろう。しかし、この段階での社会復帰とは当事者が精神疾患に罹患して精神科病院に「収容」されることによって社会生活から脱落した状態から復帰する、という印象が強い。これは残念ながら、多くの精神科臨床の場面で陥っていた多剤大量使用を主体とした薬物療法が「治療」として提供できる転帰の限界を反映していたと考えられる。

その後の新規向精神薬の開発や薬物療法の進歩により、徐々に「治療」の目的が当事者の回復を目指すものにシフトしてきている。一方で、薬物療法の進歩は、同時にその限界をも明らかにすることとなり、回復を達成するためには単に薬剤を投与していれば良いという考えではなく、心理社会的介入・サービスなどの必要性・重要性を際立

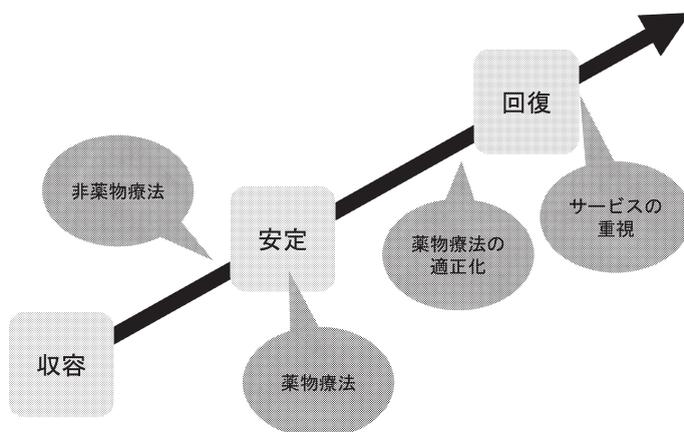


図 収容から医療への流れ

たせる結果をもたらしてきている (図)。

このように、特にこの半世紀の間に精神科病院への入院「治療」は「収容」から回復を目指す‘治療’へと大きく方向転換を来しており、その中で当事者の自発性・自律・自立といったことを重視するものになってきている。しかし、社会的には精神科病院は果たして「収容」から‘治療’する場へと本当に変わって来ているかというところではない。日本では、様々な要因から脱施設化がおきず、一度定着してしまった精神病患者収容施設としての精神科病院というスティグマを十分に払拭できないままに‘治療’を行う場へと看板の掛け替えが起きてしまっている。これまでの歴史的経緯を覆すことはできないわけであるが、我々はそうした問題を抱えつつ精神科臨床に当たっているのだということを認識しなくてはならない。

3. 行動制限への考え方

行動制限は精神保健福祉法第36条に規定されている。すなわち、患者の隔離とは「内側から患者本人の意志によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を越えるものに限る」とされ、身体的拘束とは「衣類又は綿入り帯などを使用して、一次的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動

の制限をいう」とされている。また、行動制限の対象となる場合については同法第37条において、隔離が必要となる場合を「他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合、自殺企図又は自傷行為が切迫している場合、他の患者への暴力や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合、急性精神運動興奮等のため、不穏・多動・爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難である場合、身体合併症を有する患者について、検査および処置などのため、隔離が必要な場合」とされ、身体的拘束が必要となる場合を「自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、多動又は不穏が顕著である場合、前述のほか精神障害のために、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」とされ、それぞれが隔離または身体的拘束を用いる以外にない代替方法がない場合において行われるものと規定されている⁴⁾。

精神科医療機関においては精神保健福祉法上の要件を満たす場合にやむを得ず、行動制限が行われていなければならないのは言うまでもないが、あるアンケート調査によると保護室隔離は27.1%、身体的拘束は10%の頻度で行われていると報告されている⁵⁾。実際にすべての医療機関でそ

れほどの頻度で行われているかどうかについては検討の余地はあるかもしれないが、報告されているような現状があることも事実であろう。ではなぜ、これほどまでに行動制限に至ってしまうのか。そこには当然当事者保護の立場から治療上の必要性があってやむを得ず行われているはずではあるものの⁹⁾、一方で医療者を保護する立場も潜んでいると考えられる。それは、施設基準ぎりぎりの人員配置であったり、病院施設面での限界であったり、無理な入院受け入れなどの運営上の問題であったりという現場の医療体制の圧迫によるものが一つにはあるだろう。診療報酬は必ずしも精神科医療に手厚くなされているわけではないだけに、多くの施設で限られたマンパワーでどんどん入院を受け入れなければ経営上安定しない、という圧迫は行動制限以外の方法で問題を回避することを可能にする機会を明らかに損ねていると考えられる。また、行動制限をなるべく抑制することが求められている一方で、訴訟においては当事者に不利益となる行動上の問題を予見して適切な回避手段としての行動制限をとることが求められているケースもあり、こうした法的な圧迫が行動制限以外の回避手段を講じることへのためらいを生じさせている側面もある。しかし、これらの要因はそれ相応の機関で検討していただくとしても短期的な解決策はなく、現実的には臨床現場で乗り切る方法を工夫していくほかない。

そのためには、行動制限は、1. 治療の一環であること、2. 一時的なものであること、を明確にしておくことが必要であろう。すなわち、その目的と評価を明らかにしたプランを設定して行動制限にあたる、ということであり、かならず出口があるプランでなければならない。行動制限を開始しなくてはならない状況は、緊急性の高い状態であるが、それほどまでに当事者の状態が切迫しているからこそ、いかにしてその状態を終わらせるのかということを常に考えながら取り組んでいくことが必要なはいうまでもなく、その上で当事者に対してもその期間を含めたプランを提示していくことも忘れてはならない。また、行動制限

の開始や継続の判断は、あくまで精神科医が行うべきものであり、看護職などのスタッフが「だめと言っているから」などとその責任を転嫁することは行ってはならない。行動制限が始まってしまったことになれば、それを終了させるためにこそ医療チームはその力を発揮しなくてはならないのであり、精神科医が適切にリーダーシップを発揮することができなければそのチームはうまく機能することができない。つまり、行動制限を最小化するために身近で最も必要となることは精神科医が行動制限という当事者にとっても医療者にとってもつらく重大な判断をする責任を負い、医療チームスタッフはそれを終了させることに力を注ぐことができる体制を形成し、維持することであると考える。「鍵をかけるのは医師、鍵を開けるのはスタッフ」という構造によって、制限の多い精神科臨床現場において行動制限の最小化をはかる試みが必要ではないかと考える。そういった理念の下に行動制限最小化委員会²⁾が機能することが望ましいのではないだろうか。

4. 結 語

すでに述べたように、現在の精神科医療は投薬のみですべてが解決するものではないため、我々は医療チームで適切にリーダーシップを発揮することが求められている。チームが、当事者の自発性を重視した医療・支援を継続していくことができるようになるためには、非自発的入院・行動制限に当たっては、法的に、というだけではなく、その必要性についての決断と責任を負わなければならない。その中で、当事者を交え、自発的に取り組み回復を目指すという‘治療’を作り上げていけるような視点を医療チームが育んでいけるように、精神科医はリーダーシップを発揮しなければならない。こうした医療者の態度や思考こそが行動制限を最小化するために重要なものであると考える。

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) 浅井邦彦：行動制限最小化委員会設立の意義。日精協誌，23；1211-1215, 2004

3) 松下正明編：臨床精神医学講座S1，精神医療の歴史。中山書店，東京，1999

4) 南 良武：隔離・拘束の基準。日精協誌，23；1184-1191, 2004

5) 森 隆夫：精神科医療における隔離の役割 隔離の治療上の役割。日精協誌，23；1178-1183, 2004

6) 白石弘巳：入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究。「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」分担研究報告書。2008

7) 竹島 正：目でみる精神保健医療福祉2：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
