

山梨県立北病院における非同意治療の実態

The reality of involuntary treatment in Yamanashi Prefectural Kita Hospital

三澤 史斉, 藤井 康男, 宮田 量治

Fuminari Misawa, Yasuo Fujii, Ryouji Miyata

精神科医療では、十分な説明をしても病識がないために患者が治療を拒否する場合、非同意治療が行われることがある。しかし、近年、非同意治療を行うための手続きをより適正化し、行われている非同意治療について透明性が担保されることが求められている。山梨県立北病院（以下、当院）では、実行可能な範囲で適正な手続きを行うために「強制治療審査システム」を構築し、2012年より精神科救急入院料病棟（以下、精神科救急病棟）で試行、2016年より全病棟で実施している。本審査は、入院72時間以降に治療拒否が認められ、主治医が非同意治療を行う必要があると判断したすべての患者に対して、病棟医長、病棟看護師長および心理士が、患者の治療同意能力と最善の利益を検討し、非同意治療の妥当性について審査するものである。2016年12月から2023年3月までに169件（月平均2.2件）の審査が行われた。入院後から審査を受けるまでの期間の中央値は21日で、非同意治療が申請されてから審査されるまでの期間の中央値は1日であった。全審査のうち、120件（71.0%）が精神科救急病棟で実施され、115件（68.0%）が修正型電気けいれん療法に関連したものであった。そして、全審査のうち、9件（5.3%）が不承認となっており、そのなかで4件は治療同意能力を完全に有していることが理由であった。最終的に、抑制下（徒手的に抑制もしくは薬物による鎮静）で非同意治療が行われた例が50件（29.6%）であった。本審査システムを実施したことにより、当院でどのような非同意治療が行われているのか把握可能となった。これにより不適切な非同意治療の実施が避けられる一方で、必要な非同意治療を実施することへのためらいが軽減されたり、より侵襲の少ない治療に移行する機会になったりするなどのメリットが認められた。しかし、われわれが行っている非同意治療審査には、独立した機関が関与しておらず、この点は大きな課題として残っている。今後、日本の精神科医療がより信頼されるものになっていくためには、これまで取り上げられることがほとんどなかった非同意治療の実情を明らかにし、その審査のあり方について、全国的な議論をすべきと考える。

索引用語

非同意治療, 治療同意能力

著者所属：山梨県立北病院, Yamanashi Prefectural Kita Hospital

受理日：2024年3月1日

doi：10.57369/pnj.24-062

はじめに

精神科医療では、幻覚・妄想が活発であったり、興奮や拒絶が強かったり、自傷他害のリスクが切迫しているなどの状態で、十分な説明をしても病識がなく、治療を拒否する場合には、患者本人の同意によらない非同意治療が行われることがある。われわれ精神科医が非同意治療をできる根拠として、1991年に国際連合で採択された『精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則（国連原則）』の原則11⁹⁾において、治療同意能力が損なわれている非自発的入院の患者にとって、その治療が患者の健康上の必要に照らして最善の利益とされる場合に、患者の同意がなくても治療の実施が許容されていることが挙げられる。

しかしながら、近年、精神科病院における患者への虐待に関する報道が相次いでいることなどから、精神科医療における非自発的入院や非同意治療に対する社会からの評価は大変厳しくなっている。症状により意思表示が困難な患者に対し、閉鎖的な環境で、場合によっては患者本人の同意なしに治療が行われるという特有の状況は、周囲からの疑念を抱かせるかもしれない。そして、十分なチェック体制がないなかで非同意治療が行われると、適切とは言えない治療が同意なしに行われ、これに対して問題意識をもたない医療従事者を生み出してしまうおそれもあるだろう。国連原則11に則った医療を実施するには、行われている非同意治療の透明性の担保と、その手続きの適正化がその第一歩として求められると考える。

山梨県立北病院（以下、当院）では、非同意治療について、現時点で実行可能な範囲で適正な手続きを行うことを目的に「強制治療審査システム」（本稿では、患者の同意によらない治療を非同意治療と記載するが、当院の審査システムについては固有名のため「強制治療審査」「強制治療審査システム」「強制治療申請書」と記載する）を構築し、その審査状況をデータベース化している。そこで、当院における「強制治療審査システム」の概要および実施された非同意治療の状況を示すことで、精神科病院で非同意治療として何がどのように行われているのかを明らかにすることを目的として本調査を行った。

1. 当院における「強制治療審査システム」

1. 「強制治療審査システム」の成り立ち

当院は、病床数188床の山梨県の精神科基幹病院で、4つの病棟からなる。精神科救急入院料病棟（以下、精神科救急病棟）が2つあり、その病床数は計100床（53.2%）で、そのうちの1つに5床の医療観察法指定入院病棟が併設されている。残りの2つは一般精神科病棟であるが、1つには多飲症ユニットが、もう1つには児童思春期とアルコール依存症のユニットが併設されている。

過去当院でも、厳密な治療同意能力評価などは行わず、主治医の判断のみで非同意治療が行われていた時期があった。しかし、非同意治療の必要性について疑問が生じたり、反対に患者・治療者関係の悪化に対する懸念から、必要な治療が行われないまま入院や隔離が長期化したりすることもあったため、非同意治療の適正手続きについて議論されるようになった。2011年に『医療観察法』の小規模併設型指定入院病床が精神科救急病棟に併設され、『医療観察法』の「入院処遇ガイドライン」では、患者の同意によらない治療を開始する場合に院外の委員を含む倫理会議で検討することが規定されていた⁶⁾。この実践を参考に、一般精神科医療でも可能な方法を検討し、「強制治療審査システム」を構築して2012年に医療観察法病床を併設する精神科救急病棟での試行を開始した。2013年にはもう1つの精神科救急病棟でも開始され、2016年から4つの病棟すべてにこのシステムが導入された。

全病棟での運用を契機に、本システムの運用方法の検討と、審査が適正に行われているかをチェックするため、2016年に「強制治療審査システム委員会」が設けられ、以後、毎月開催されている。本委員会には医師1名、各病棟から看護師1名、そして心理士1名が出席し、その月に行われた全審査の内容や審査を行わずに非同意治療がなされていないかを確認している。

また、審査に伴う治療同意能力の評価について、当初はMacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)²⁾を用いていたが、2016年から利便性の観点により、改訂版判断能力評価用構造化面接 (Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory-Revised : SICIATRI-R)⁴⁾を使用するようになった。SICIATRI-Rは、所要時間20分程度の半構造化面接で、13項目の質問からなり、治療同意

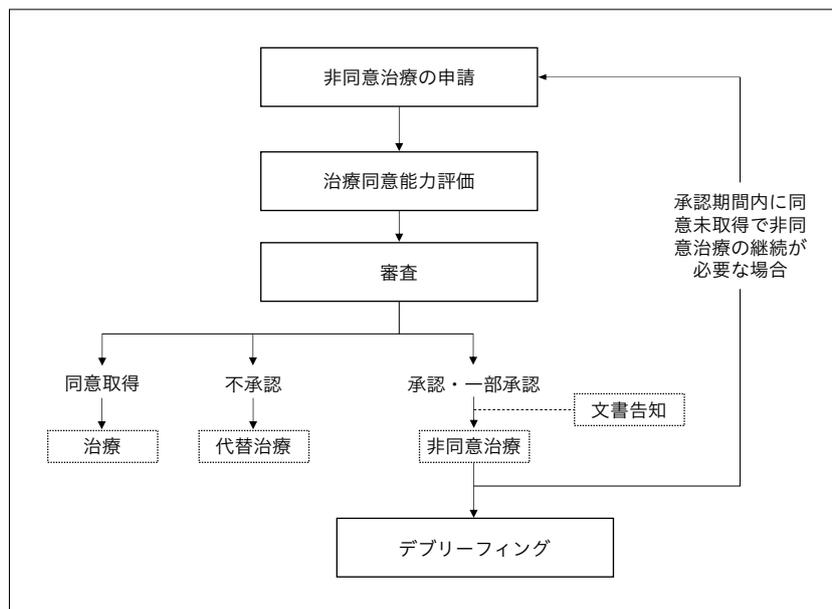


図1 強制治療審査システムの流れ

能力を総合的に Level 0（完全に能力なし）～4（完全に能力あり）の5段階に分類するものである。

さらに、2022年より、非同意治療のトラウマ化と再び症状が悪化した際の再度の非同意治療を防ぐ取り組みとして、非同意治療を実施した患者に対して、退院前にデブリーフィングを行うことをシステム化した。デブリーフィングには、患者、主治医、病棟看護師長、担当看護師、心理士が参加して、実施された非同意治療についての振り返りを行い、さらに再度同様な状態になった際に行ってほしい治療内容と代諾者について、事前に患者と医療者の間で協議して決めている。この事前協議の決定事項はクライシスプランに反映され、退院時に患者に手渡される。

2. 「強制治療審査」の流れ

審査対象は、入院72時間以降に治療拒否が認められ、主治医が非同意治療（薬物投与・修正型電気けいれん療法（modified electroconvulsive therapy：mECT））を行う必要があると判断した患者である。本審査は、精神科治療に対して実施され、補液、経管栄養など身体治療は対象とされていない。また、切迫した自傷他害のリスクなどに対する急速鎮静については、本審査の対象とはせず、「強制治療審査システム委員会」が事後評価を行っている。

審査の流れを図1に示す。まず、主治医が「強制治療申請書」（図2）を用いて、非同意治療の申請をする。申請書には、非同意治療内容、標的症候、治療拒否の理由、身体

の状況（身体合併症の有無、飲食の可否）、代替治療の有無とその受け入れ、治療を受けなかった場合に生活の質（quality of life：QOL）に及ぼす影響、治療の説明状況（説明を行ったスタッフ、説明回数・時間、説明内容、説明に対する反応）、代諾者同意状況（代諾者名、同意取得方法、説明時の反応）および迅速審査必要性の有無について記載される。

その後、審査対象患者の担当看護師は、心理士へ治療同意能力評価を依頼し、本審査の開催日程を調整する。

心理士は、SICIATRI-Rを用いて、対象患者の治療同意能力を評価し、「強制治療申請書」に結果を記載する。そして、病棟医長（病棟医長が対象患者の主治医の時は院長または副院長）、病棟看護師長および心理士の3名が、「強制治療申請書」、診療録および患者面接をもとに、申請された非同意治療の妥当性について審査する。

審査の結果、申請が承認された場合、審査担当者が告知文を用いて、対象患者に、主治医より申請された非同意治療を承認したこと、その治療の具体的方法、患者本人の同意によらずその治療が行われる旨を告知・説明する。申請が承認されなかった場合には、その理由を主治医に告げ、今後の治療のあり方について協議・助言する。

また、審査の承認が有効な期間は審査後2週間（mECTは4週間）となっており、その後もなお非同意治療が必要な場合は、初回同様に主治医が再度申請を行い、審査が行われる。

強制治療申請書			
			※申請時太枠内を記入
氏名	() 病棟 () 歳 男・女	申請日	年 月 日
		申請者	
1. 強制治療内容	<input type="checkbox"/> 筋肉注射 (薬剤名) <input type="checkbox"/> 静脈注射 (薬剤名) <input type="checkbox"/> 点滴 (薬剤名) <input type="checkbox"/> 経口与薬 (薬剤名) <input type="checkbox"/> m-ECT		
2. 改善したい症状	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> その他		
3. 拒否の理由	()		
4. 身体的状況	治療に影響する身体合併症 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし 飲食 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
5. 代替治療	代替治療の有無 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし 患者の受け入れ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
6. QOL	<input type="checkbox"/> 生命予後 <input type="checkbox"/> 隔離の長期化 <input type="checkbox"/> 入院長期化 <input type="checkbox"/> その他 ()		
7. 同意のために行った説明等	①説明した職種及びスタッフ数	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 () () 名	
	②説明した回数	() 回	
	③説明した内容	<input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療内容 <input type="checkbox"/> 効果・副作用	
	④説明に対する反応	<input type="checkbox"/> 拒否的発言 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 反応なし	
8. 代諾者への説明と同意	代諾者名 () 続柄 () 同意取得方法 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭同意 <input type="checkbox"/> 同意なし 説明時の反応 ()		
9. 迅速審査の要否	<input type="checkbox"/> 即時的審査を希望 <input type="checkbox"/> 数日以内の審査を希望		
10. SICIATRI-R	申請時	再評価	
	判断能力段階 ()	判断能力段階 ()	
11. 結果	適 再評価 (2週間後: 月 日) 保留 (理由) 不適 (理由)		
12. 終了理由	<input type="checkbox"/> 治療同意あり <input type="checkbox"/> 治療効果なし		

山梨県立北病院

図 2 強制治療申請書

II. 調査方法

1. 対象

当院の「強制治療審査」において、治療同意能力評価に SICIATRI-R を使用することとなった 2016 年 12 月から 2023 年 3 月までに、代諾者の同意が得られた非同意治療についての審査を受けた全患者 117 例（申請件数 169 件）を

対象とした。ただし、同一治療の継続申請についての審査は除外した（27 件）。以下、実患者数を○例、非同意治療の申請数を○件と記す。

2. 方法

対象者の診療録および「強制治療審査システム」のデータベースより、年齢（初回審査時）、性別、精神科主診断名（ICD-10）、入院日、非同意治療申請日・審査日、SICI-

表 1 人口統計的特徴・精神科診断名 (n=117)

年齢, 平均 (範囲)	54.2 (17~90) 歳
20 歳未満	2 例 (1.7%)
20 歳代	5 例 (4.3%)
30 歳代	15 例 (12.8%)
40 歳代	18 例 (15.4%)
50 歳代	39 例 (33.3%)
60 歳代	18 例 (15.4%)
70 歳代	14 例 (12.0%)
80 歳以上	6 例 (5.1%)
男性	53 例 (45.3%)
女性	64 例 (54.7%)
診断名 (ICD-10)	
F0	4 例 (3.4%)
F1	2 例 (1.7%)
F2	91 例 (77.8%)
F3	17 例 (14.5%)
F4	2 例 (1.7%)
F8	1 例 (0.9%)

ATRI-R 結果, 非同意治療の申請内容, 審査結果および非同意治療実施状況を抽出した。

審査の結果について, 「承認」「一部承認」「不承認」および「同意取得」と分類した。「一部承認」は申請された非同意治療の一部のみを承認した場合とし ((例: 速効性抗精神病薬注射剤 (short-acting injectable antipsychotic : SAI) と持効性抗精神病薬注射剤 (long-acting injectable antipsychotic : LAI) の非同意治療が申請され速効性のみ承認)), 「同意取得」は非同意治療の申請が出された後, 治療を行うまでの間に患者から同意が取得できた場合とした。

非同意治療の実施状況は, 審査で承認もしくは一部承認と判断された症例に対して, 「抑制下実施」「非抑制下実施」および「未実施」と分類した。「抑制下実施」とは, 徒手的に抑制もしくは薬物による鎮静 (mECT 実施に伴う麻酔は含めない) を行ったうえで治療が実施された場合, 「非抑制下実施」は言語的な介入のみで治療が実施された場合, 「未実施」は申請された非同意治療が実施されなかった場合とした。

非同意による投薬の方法については, 「ベンゾジアゼピン静注による鎮静下 (ベンゾジアゼピン静注後, 傾眠状態になったところで経口薬を投与)」「mECT の鎮静下 (mECT 実施に伴う麻酔から覚醒前に経口薬を投与)」「胃管から投薬」「非告知投与」そして「徒手的な経口投薬 (徒手的に開口して経口薬を投与)」に分類した。

3. 倫理的配慮

本調査は当院倫理審査委員会にて承認を得ている (承認番号 2023-2)。

III. 結 果

1. 対象例の特徴

対象例の人口統計的・精神科診断名を表 1 に示す。平均年齢は 54.2 歳, 50 歳代が 33.3% と最も多く, 20 歳未満は 1.7%, 75 歳以上は 9.4% で, 男性が 45.3% であった。診断は, 統合失調症圏 (ICD-10 の F2, 以下同様) の症例が 80% 近くを占め, 気分障害圏 (F3: 14.5%), 器質性精神障害圏 (F0: 3.4%) と続いた。

2. 審査の実施状況 (表 2)

調査期間の 76 ヶ月間で, 169 件 (月平均 2.2 件) の審査が行われた。調査期間内に複数回審査を受けた症例が 26 例 (22.2%) あり, 同一入院期間に複数回の審査を受けた症例は 14 例 (12.0%) で, そのうち, 1 例は 2 回の入院でそれぞれ 3 件, 5 件と計 8 件の審査を受けていた。

入院から審査を受けるまでの期間の中央値は 21 日で, 全審査のうち, 120 件 (71.0%) が精神科救急病棟で実施されており, 非同意治療の審査は急性期治療に対して行われることが多かった。そして, 非同意治療が申請されてから審査されるまでの期間の中央値は 1 日で, 審査がおおむね迅速に行われていることが示された。

心理士が実施する SICIATRI-R を用いた治療同意能力の評価では, 評価面接の拒否が 39 件 (23.1%) あった一方で, 面接中に治療の同意に至ったものも 4 件 (2.4%) あった。また, SICIATRI-R において, 完全に治療同意能力があるとされる Level 4 と評価された患者が 4 件 (2.4%), 4 例であった。この 4 例のうち, 3 例が統合失調症, 1 例が自閉症スペクトラム障害であり, 申請された治療内容は mECT 2 例, LAI 1 例, そして徒手的な経口投薬 1 例であった。

全審査 169 件のうち, 9 件 (5.3%) が不承認となっており, うち 3 件はこれまで 8 件の審査歴のある 1 例であった。不承認の理由は, 治療同意能力を完全に有している 4 件, 身体状況の改善を優先すべきである 2 件, 同意されている代替治療で改善の可能性あり 2 件, そして, 申請された治療が禁忌である (クロザピン服用中の患者に LAI 投与) 1 件であった。

表2 「強制治療審査」の実施状況 (n = 169)

審査件数	169 件
複数回審査を受けた症例	
2 件	14 例 (12.0%)
3 件	5 例 (4.3%)
4 件	3 例 (2.6%)
5 件	3 例 (2.6%)
8 件	1 例 (0.9%)
同一入院中の一人あたりの審査件数*	
1 件	130 例
2 件	10 例
3 件	2 例
4 件	2 例
5 件	1 例
救急病棟での審査	120 件 (71.0%)
入院から審査までの期間, 中央値 (範囲)	21 (0~1,716) 日
申請から審査までの期間, 中央値 (範囲)	1 (0~40) 日
治療同意能力評価	
Level 0	14 件 (8.3%)
Level 1	58 件 (34.3%)
Level 2	14 件 (8.3%)
Level 3	3 件 (1.8%)
Level 4	4 件 (2.4%)
測定不能	33 件 (19.5%)
拒否	39 件 (23.1%)
同意取得**	4 件 (2.4%)
審査結果	
承認	146 件 (86.4%)
一部承認	5 件 (3.0%)
同意取得	9 件 (5.3%)
不承認	9 件 (5.3%)
治療同意能力あり	4 件
身体状況の改善優先	2 件
代替治療で改善の可能性	2 件
申請された治療が禁忌	1 件

*1 例は 2 回の入院でそれぞれ 3 件と 5 件の審査を受けたため、両方の件数に計上されている。

**治療同意能力評価中に治療同意を表明されたため評価中止した例。

3. 非同意治療の実施状況

SICIATRI-R の結果と非同意治療の実施状況の関連を表 3 に示す。審査の結果、承認および一部承認となった 151 件のうち、抑制下実施が 50 件 (33.1%) あり、申請された 169 件の 29.6% であった。非同意治療の抑制下実施は、SICIATRI-R の面接を拒否したものが 47.2% と最も多く、測定不能と治療同意能力 Level 2 がともに 33.3% と続いた。

申請された各非同意治療の申請内容・審査結果・実施状況について表 4 に示す。

1) 修正型電気けいれん療法 (mECT)

審査の申請があった非同意治療の内容として、mECT に関連するものが最も多く、115 件 (68.0%) の審査が行われた。そのうち、101 件が承認され、7 件が不承認、そして 7 件で治療実施までの間に同意取得がなされた。承認された 101 件のうち 30 件では抑制下実施された。

2) 経口向精神薬投与 (per os : PO)

PO に関連した申請は 25 件あり、投与の方法としてベンゾジアゼピン静注による鎮静下 11 件、mECT の鎮静下 7 件、胃管から投薬 3 件、非告知投与 2 件、そして徒手的な経口投薬が 2 件であった。非告知投与の申請が承認された 1 件は、70 歳代の認知症例に対するものであり、食事などに抗精神病薬を混入して投与された。

3) 速効性抗精神病薬注射剤 (SAI)

SAI に関連した審査は 33 件あり、非同意治療として実施されたのは 15 件であった。特に SAI のみの申請がされた 20 件では、全件承認されたが、12 件は経口薬の服薬ができたため SAI は投与されなかった。

4) 持効性抗精神病薬注射剤 (LAI)

LAI に関連した審査は 23 件行われ、16 件が承認された。そのうち、2 件は審査後に経口薬の服薬に応じたため LAI は投与されなかった。

IV. 考 察

以上、当院における「強制治療審査システム」を紹介し、2016 年 12 月から 2023 年 3 月までの審査および非同意治療の実施状況に関する調査結果を示した。著者の知る限り、本審査システムを当院の全病棟で導入し始めた当初のわれわれの報告¹⁰⁾以来、わが国の精神科病院における非同意治療の内容について明らかにしたのは、本報告が初めてである。調査結果をまとめると、非同意治療の申請件数は全 169 件、月平均 2.2 件で、その 71.0% は精神科救急病棟で申請されており、mECT に関連した申請が 68.0% と最も多かった。169 件中 9 件 (5.3%) が不承認となっており、うち完全な治療同意能力があることが理由だったものが 4 件 (2.4%) あった。

1. 非同意治療の手続き

『WHO Resource Book on Mental Health, Human

表3 SICIATRI-R 結果と非同意治療実施状況 (n = 151)

	抑制下実施	非抑制下実施	未実施
Level 0 (n = 14)	4 (28.6%)	9 (64.3%)	1 (7.1%)
Level 1 (n = 54)	14 (25.9%)	29 (53.7%)	11 (20.4%)
Level 2 (n = 12)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	7 (58.3%)
Level 3 (n = 2)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)
測定不能 (n = 33)	11 (33.3%)	19 (57.6%)	3 (9.1%)
拒否 (n = 36)	17 (47.2%)	15 (41.7%)	4 (11.1%)
合計	50	75	26

Rights and Legislation』¹⁾は、非同意治療の手続きについて、非自発的入院と同時に非同意治療実施についての審査も行う“combined approach”と、入院とは別の手続きで非同意治療の審査を行う“separate approach”があり、いずれにおいても、非同意治療について患者の治療同意能力が損なわれていること、およびその治療が患者の最善の利益となることを独立した機関が検証することを求めている。

WHO Resource Bookによれば、そもそも非自発的入院の目的の大部分は悪化した精神症状を治療により回復させることにあり、治療がなされない入院は意味をなさないため、非自発的入院の必要性が適正に審査されたのであれば、非同意治療も許容されるという点において combined approach の妥当性がある。さらに、separate approach の問題点として、2つの手続きに時間がかかることにより、治療の深刻な遅れを生じさせる可能性があること、そして、人的、金銭的な負担が生じることなどが挙げられている。その一方で、入院への同意・不同意と治療への同意・不同意は別の問題であり、特に治療同意能力については個別に評価されるべきものであるとの立場から combined approach に対する批判もあるという。

わが国では非同意治療を正当化する明確な法的規定がないために、実態として combined approach の形になっている⁸⁾。『精神保健福祉法』は、精神保健指定医に措置入院や医療保護入院などの診察において非自発的入院の必要性の有無について検討するよう求めているが、入院後の治療に対する同意能力や非同意治療の実施が患者の最善の利益になるかどうかに関する検討については何の規定もしていない。したがって、一度、非自発的入院が決定され、その後の治療が主治医個人の判断に委ねられてしまうと、治療を拒否する患者に十分な説明も行われず、非同意治療が実施されることもありうる。さらに、その治療が不適切なもの

であったとしても、評価する仕組みがないため、それが同意を得ないままに行われることも起こりうる。『精神保健福祉法』には退院請求や処遇改善請求は規定されているが、入院中に行われた個別の治療内容にまで踏み込んだ審査が行われることはほとんどない。しかし、わが国が批准した『障害者権利条約』が求める非差別・平等性の原理から、非同意治療の基本要件として、傷病の重症性と治療同意能力をより厳密に評価することの必要性が増してきている³⁾。

さらに、非同意治療の手続きが規定されていないことにより、データ収集が困難になるという問題がある。隔離・身体的拘束といった行動制限については法の規定があり、データとしてまとめることができるため、急性期治療病棟における隔離・拘束の施行期間の実態調査⁷⁾や 630 調査⁵⁾など、個々の医療機関や全国的な状況について公表もされており、ある程度透明性が担保されている。しかし、非同意治療についてはそのようなデータの集積が困難であるため、著者が知るかぎり、わが国の非同意治療の実施状況に関する先行研究はなく、その実態は不透明であると言える。

2. 「強制治療審査システム」の利点

本審査システムは、非自発的入院の審査とは別に非同意治療の審査を行う separate approach の形をとっている。その大きな利点の1つは、不適切な非同意治療の実施を防止できることである。まず、審査があること自体が、治療内容、患者の治療同意能力、説明方法など非同意治療の妥当性に関する主治医の意識を高め、より適切な治療の選択への動機づけになっている。しかしそれでも、審査で9件が不承認となっており、そのうち、4件は患者が治療同意能力を完全に有していたことが、1件は治療内容が禁忌であることが理由であった。もし審査がなければ、これらは見

表4 非同意治療の申請内容・審査結果・実施状況 (n=169)

	審査件数	審査結果				非同意治療実施状況		
		承認	一部承認	不承認	同意取得*	抑制下実施**	非抑制下実施	未実施
<申請内容>								
mECT	97	88	0	3	6	23	61	4
mECT+PO	4	2	0	2	0	2	0	0
mECT+SAI	5	4	0	0	1	1	1	2
mECT+LAI	5	3	2 (mECTのみ承認1, LAIのみ承認1)	0	0	2	2	1
mECT+貼付剤	1	1	0	0	0	1	0	0
mECT+PO+LAI	1	0	0	1	0	0	0	0
mECT+PO+SAI	2	2	0	0	0	1	1	0
PO (徒手)	1	0	0	1	0	0	0	0
PO (ベンゾジアゼピン鎮静下)	9	9	0	0	0	5	0	4
PO (胃管)	2	2	0	0	0	2	0	0
PO (非告知投薬)	1	1	0	0	0	0	1	0
SAI	20	20	0	0	0	6	2	12
LAI	14	10	0	2	2	5	4	1
PO (徒手)+SAI	1	1	0	0	0	1	0	0
PO (胃管)+SAI	1	1	0	0	0	0	0	1
PO (ベンゾジアゼピン鎮静)+SAI	1	1	0	0	0	0	0	1
PO (ベンゾジアゼピン鎮静)+LAI	1	1	0	0	0	0	1	0
SAI+LAI	1	0	1	0	0	1	0	0
PO (非告知投薬)+SAI+貼付剤	1	0	1 SAIのみ承認	0	0	0	1	0
ベンゾジアゼピン鎮静+SAI+LAI	1	0	1 貼付剤のみ承認	0	0	0	1	0
			鎮静は不許可					
合計	169	146	5	9	9	50	75	26
<個別治療>***								
mECT	115 (68.0%)	101 (87.8%)	—	7 (6.1%)	7 (6.1%)	30 (26.1%)	64 (55.7%)	7 (6.1%)
PO								
ベンゾジアゼピン鎮静下	11 (6.5%)	11 (100%)	—	0	0	1 (9.1%)	5 (45.5%)	5 (45.5%)
mECT鎮静下	7 (4.1%)	4 (57.1%)	—	3 (42.9%)	0	1 (14.3%)	3 (42.9%)	0
胃管	3 (1.8%)	3 (100%)	—	0	0	2 (66.7%)	0	1 (33.3%)
非告知投与	2 (1.2%)	1 (50.0%)	—	1 (50.0%)	0	0	1 (50.0%)	0
徒手	2 (1.2%)	1 (50.0%)	—	1 (50.0%)	0	1 (50.0%)	0	0
SAI	33 (19.5%)	31 (93.9%)	—	1 (3.0%)	1 (3.0%)	5 (15.2%)	10 (30.3%)	16 (48.5%)
LAI	23 (13.6%)	16 (69.6%)	—	5 (21.7%)	2 (8.7%)	8 (34.8%)	6 (26.1%)	2 (8.7%)
貼付剤	2 (1.2%)	2 (100%)	—	0	0	1 (50.0%)	1 (50.0%)	0

mECT：修正型電気けいれん療法，LAI：持効性抗精神病薬注射剤，PO：経口向精神薬，SAI：速効性抗精神病薬注射剤

*強制治療申請から治療実施までの間に同意を取得。

**徒手的に抑制もしくは薬物による鎮静を行ったうえで非同意治療実施。

***審査件数のパーセンテージは全審査件数（169件）に対する割合，審査結果および非同意治療実施状況のパーセンテージは各個別治療の審査件数に対する割合。

落とされて非同意治療が実施された可能性もあるため、本審査システムによって治療同意能力や治療内容について事前にチェックすることの重要性が示されていると言える。

第2の利点として、必要な非同意治療が迅速に行えることも挙げられる。適切な治療が行えないと改善や回復が遅れ、自傷他害行為、入院や行動制限の長期化など、患者にとって大きな不利益が生じることもある。しかし、いくら適切な治療であったとしても、患者からの強い拒否があるなど、治療関係を損ねることへの懸念から、主治医がその実施をためらうことがあるかもしれない。このような場合、審査での承認を得たことで、主治医は適切なタイミングで必要な非同意治療を行いやすくなるであろう。また、主治医からの申請が審査の端緒となることがほとんどであるが、多職種チームから主治医に対して非同意治療申請をはたらきかけることもある。

さらに、SAIの非同意投与の承認を受けた症例の半数以上が、経口薬を内服したためSAIは投与されなかった点や、全体的に、承認を受けた非同意治療のうち、抑制下に実施された症例が3分の1程度であった点にも着目したい。これらは、患者が自主的に治療を受け入れたことを意味するものではなく、強制性を有した状況であることに変わりはないが、審査の過程を経ることで、より侵襲の少ない治療へ移行できる可能性があることを示しており、これも審査を実施することの利点と言える。

3. 「強制治療審査システム」の課題

本審査システムは、当院の現状で実施可能な範囲で行っているものであるため、当然、種々の不備がある。最大の欠点は、審査に独立した第三者機関が関与していないことである。国連原則11では、非同意治療を行う場合、治療同意能力や治療が最善の利益をもたらすかについて、独立した第三者機関が評価するように記されている。本審査は、治療に直接かわらない医師、看護師、心理士の3職種が行うが、いずれも当院の職員であるため、独立性が担保されていない。今後、独立した外部委員会を設定して、審査の事後評価を行う体制整備の検討がなされているが、治療前に第三者機関が審査するシステムを構築することは、人的、予算的な問題だけでなく、当院と利害関係のない機関を設置する必要があるため、一医療機関の力では困難である。

さらに、本審査システムでは、非同意治療が申請されてから審査されるまでの期間は1日（中央値）であるため、

審査があることによって治療がひどく遅れることはほぼないが、行政や司法などに設置された第三者機関がその役割を担うと、迅速に審査を行い、遅滞なく治療を行うことがこれまでより困難となりうる。

このように、審査における独立性と迅速性の間には、解決の難しいジレンマがあるなかで、どのようにして非同意治療の透明性を担保できる実効性のあるシステムを構築していくのかについて、全国的な議論をすべきである。

もう1つの大きな欠点として、審査の判断基準が統一されていないことが挙げられる。これは、審査にかかわるスタッフが比較的多いこととも関係するが、表4のとおり、LAI投与や非告知投与といった、本来なら同意を得ていない状況では行うべきではないとされる治療が承認されていた（LAIで23件中16件（69.6%）、非告知投与で2件中1件（50.0%））。これらを受け、2022年度より、非同意によるLAI投与と非告知投与は原則禁止とされ、それでも必要性があると考えられる場合は、LAIについては全医師が参加する医局会で、非告知投与については、外部の有識者最低1名を交えた会議を臨時開催し可否判定すると決められた。このように検証を重ねて審査システムの改善を図ることで判断基準のばらつきが是正されていけば、不適切な審査結果による非同意治療の実施はなくせると考えられるが、審査の判断基準については今後、マニュアルを作成するなどにより標準化が必要と考えられる。

4. 本調査の限界

本調査の限界として、第1に、単施設のみの調査であることが挙げられる。今回の調査では、申請された非同意治療の内容として、mECTに関連したものが最も多かった。その理由として、当院ではこれまで長年身体的拘束をほとんど行わない治療を実践しており（現在でもベッド上での拘束帯による身体的拘束は年間2、3例程度しかない）、そのため、切迫した自傷他害のリスクがある場合や飲食不能な状態が続く場合などに、比較的早期にmECTへの導入が考慮されることが挙げられる。

このように、実施される非同意治療の内容は、各医療機関の治療文化により異なると考えられるため、今回の結果から全国的な非同意治療の状況について推測することはできない。今後、各医療機関で非同意治療を適切に実施するために審査システムの整備を進め、その情報をデータベース化して開示できるようにしていくことが、非同意治療および精神科医療全体の透明性を担保するために必要である

う。

第2は、本調査では、実施された非同意治療の有効性、妥当性、そして、患者の受け止め方などについての評価がなされていない点が挙げられる。これらの評価もできるように、2022年から非同意治療後のデブリーフィングを実施するようにしたため、今後、その結果をまとめて検討していく予定である。

おわりに

当院の「強制治療審査システム」は、独立した第三者機関が実施していないなどの大きな欠点はあるが、それでも当院で行われている非同意治療の実態を把握して報告できるという点において、その利点は大きいと考えている。しかし、わが国で行われている非同意治療の全容が不透明であることに変わりはなく、今後、日本の精神科医療がより国民に信頼されるものになっていくためには、非同意治療の審査の導入やそのあり方について、精神科医療に携わる人おのおのが考え、全国的に議論していくことが重要である。本稿がその一助になることを強く願っている。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Freeman, M., Pathare, S. : WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation : stop exclusion, dare to care. World Health Organization, Geneva, p.47-56, 2005 (http://www.lhac.eu/resources/library/who_resource-book-on-mental-health-human-rights-and-legislation--2.pdf) (参照 2024-04-08)
- 2) Grisso, T., Appelbaum, P. S., Hill-Fotouhi, C. : The MacCAT-T : a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv*, 48 (11) ; 1415-1419, 1997
- 3) 池原毅和 : 精神科における強制医療介入. *精神経誌*, 115 (7) ; 759-766, 2013
- 4) 北村俊則, 北村總子 : 改訂版判断能力評価用構造化面接. 2011 (<https://www.institute-of-mental-health.jp/right/pdf/W3-1.pdf>) (参照 2023-05-26)
- 5) 厚生労働省 : 精神保健福祉資料 630 調査 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>) (参照 2023-05-26)
- 6) 厚生労働省 : 入院処遇ガイドライン. 2023 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001080410.pdf>) (参照 2023-05-26)
- 7) 野田寿恵, 杉山直也, 佐藤真希子ほか : 隔離・身体拘束施行時間に影響する患者特性 : 日本の精神科急性期医療において. *精神経誌*, 116 (10) ; 805-812, 2014
- 8) 岡崎伸郎 : 精神科における非自発的医療介入制度の見直しに向けて. *精神経誌*, 115 (7) ; 740-744, 2013
- 9) 精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則. 2007 (http://www.kansatuhou.net/10_shiryoshu/04_02UNmental_gensoku.html#gensoku11) (参照 2023-05-26)
- 10) 横森いづみ, 藤井康男, 三澤史斉 : 山梨県立北病院における強制治療審査システム. *臨床精神薬理*, 21 (9) ; 1199-1206, 2018

The Reality of Involuntary Treatment in Yamanashi Prefectural Kita Hospital

Fuminari MISAWA, Yasuo FUJII, Ryouji MIYATA

Yamanashi Prefectural Kita Hospital

In psychiatric practice, involuntary treatment may be recommended when patients refuse treatment due to a lack of insight. However, there is a growing demand for transparency regarding the use of involuntary treatment and the processes involved. In 2012, Yamanashi Prefectural Kita Hospital introduced a review system for involuntary treatment exclusively in the psychiatric emergency ward. In 2016, this initiative was expanded to encompass all psychiatric wards following a successful trial. The review system involves the participation of the director, chief nurse from each psychiatric ward, and a psychologist. It assesses the patient's competency and best interests, and subsequently determines the appropriateness of involuntary treatment for patients whose psychiatrists in charge deem such treatment necessary, 72 hours or more after hospitalization.

Between December 2016 and March 2023, a total of 169 reviews (an average of 2.2 per month) were conducted. The median time from hospitalization to review was 21 days, and the median time from the application for involuntary treatment to review was 1 day. Over 70% of the reviews were conducted in psychiatric emergency wards, and 115 cases (68.0%) were related to modified electroconvulsive therapy. Among all reviews, nine (5.3%) were not approved, of which four were not approved because the patients had complete competency. Finally, 50 cases (29.6%) underwent involuntary treatment under manual restraint.

The introduction of this review system has provided us with a deeper insight into involuntary treatment within our hospital. The review offers several advantages, such as preventing inappropriate involuntary treatment, facilitating the implementation of necessary involuntary treatment, and enabling transitions to less invasive treatments with greater confidence. However, the system has problems such as the absence of involvement of an independent third party.

To improve trust in psychiatric practice in Japan, it is essential to illuminate the process of involuntary treatment, which has been underrepresented in deliberations, and to explore the appropriate review process.

Authors' abstract

Keywords involuntary treatment, competency