

訪問の患者への周知徹底

(c) そのような活動かてきるような審査会の陣容の整備

また今後、カルテ開示という大きな問題か倫理的な問題として急浮上することは明白であり、これに関してフランスの県委員会、および他の国の委員会、日本の精神医療審査会かいかなる意見と態度を示すことになるのか、さらには委員会とは別のシステム構築を因る国かあるかなど、嚴重に比較、観察する必要かあるたろう。

3 精神医療審査会の機能評価機構の設立構想

当研究班は、これまでの研究成果を踏まえて、精神医療審査会の機能評価機構の設立を提案する。その目的は、言うまでもなく、わか国において精神障害者の人権擁護を推進するための精神医療審査会活動の活性化である。具体的な役割は以下の3点である。

(1) 全国の審査会活動の定期調査

全国各地の精神医療審査会活動に関する情報を定期的に調査・集計し、公表する。収集する情報は、昨年の研究で示した各審査会年次報告書モデルに準ずる。昨年のモデルを一部手直した案を本報告書の末尾に資料として添付した。

(2) 問題事例の収集と解決策の検討

審査過程で問題となった事例を継続的に収集し、全国シンポジウムなどの場で検討した上で、問題解決のために国や関係機関に法整備も含めた働きかけを行う。

(3) 国際交流の窓口

この機構か窓口となって、世界各国と精神医療審査会活動に関する情報を交換し、

わか国における精神障害者の人権擁護システムを世界基準に照らし合わせる。また、人権擁護システムを通して各国の精神科医療制度を比較し、わか国における関連制度改革のためのアイディアを検討する。

これらの役割は、これまでは当研究班および全国精神医療審査会連絡協議会が担ってきたものであるか、今後はNPO法人など、独自の財政基盤と事務局体制を目指すべきである。

D 考察

1 問題事例収集の意義

審査過程で問題となった事例を収集し検討することは、審査会制度の運用に伴う実務的問題を明らかにするたけてなく、審査会制度か内包する制度的問題点、さらには入院制度をはしめとする精神保健福祉法全体の問題点を抽出する上で、必要かつ有効な作業である。

また、本研究班か昨年度に作成した事例検討書式は、最後に審査会事務局からの提案事項を含んでおり、審査会活動の現場からの意見を直接に表明するという意義を有する。審査会事務局か制度改革に直に関わる機会かなければ、審査会活動の活性化は望めないであろう。

昨年度の研究では、45の問題事例群を8タイプに分類したか、今年度は5タイプに整理・統合し、いくつかのサブタイプを設けた。以下に、これらの分類項目を再掲する。今後は、事例の集積に伴って、さらに分類項目の追加や整理か必要となろう。

- (1) 非自発入院の医学的根拠は乏しいか、非医学的な事由のために入院継続の判断に苦慮した事例群

- (a) 重大触法事例
- (b) 人格障害事例
- (c) 物質依存事例
- (d) 知的障害事例
- (2) 保護者・親族への対応に苦慮した事例群
 - (a) 病院側は退院請求に賛同するか保護者か反対する事例
 - (b) 親族間で意見が対立する事例
 - (c) 保護者の判断能力に疑問のある事例
- (3) 病院側の姿勢に疑問があった事例群
 - (a) 法令遵守に問題があった事例
 - (b) 治療方針に疑問のある事例
- (4) 審査会の裁定に患者本人が異議申し立てをした事例群
 - (a) 頻回請求事例
 - (b) 精神医療審査会を訴えた事例
 - (c) 請求要件消失後も審査の継続を要求する事例
- (5) 審査結果への疑問と審査プロセス上に問題が生じた事例群
 - (a) 退院命令に事務局が不安を感じた事例
 - (b) 付帯意見のありかたに疑問のあった事例
 - (c) 審査過程でのトラブル事例

各事例には様々な問題が混在していることが多いため、一例ごとに問題点を丹念に検討して行く作業が基本であるか（2003年10月に新潟市で開催された全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムでは、数例の問題事例を選んで詳細に検討された）、複数の事例に共通する問題点を抽出することも、制度的問題点の整理と解決のためには重要である。

例えば、(1) - (b) 人格障害事例、(c) 物質依存事例、(d) 知的障害事例の各項目は、非自発入院の適応が問題となりやすい事例群である。問題の源泉は、精神保健福祉法に明文化された精神障害の定義に求められ

よう。

すなわち、精神保健福祉法第5条には、精神病群に加えて前記の3診断群が明記されており、これか非自発入院の根拠を与えている一方で、「アルコール依存のみをもって非自発入院継続の根拠とはならない」などの通知が出されているため、医療現場も審査会も、しばしば苦慮を強いられるのである。審査会での問題事例群の集積は、精神障害の定義に関する精神保健福祉法の改正を要請しているともいえる。

2 ヨーロッパの人権擁護制度

近代法治国家は、精神科への非自発入院に伴う患者の市民権や行動を制限する代償として、入院に対する不服請求権を制度化している。この権利が適正に行使されているかどうか、また患者の権利擁護システムにとれたけのコストが投じられているかによって、各国の文明度が推し量られるといっても過言ではない。

欧米諸国は、過去における精神障害者への過酷な抑圧政策を負い目としつつ、人道的な精神科医療の提供体制と人権擁護システムを組み立ててきた。歴史的な傷が深い分、手当もわか国よりは進んでいるとみてよい。したかつて、権利擁護システムに関する欧米各国の歴史と現状を学ぶことは、わか国の精神医療審査会活動の活性化と改善にとって有意義であることに間違いなからう。

2002年夏に開催されたWPAに際して、本研究班は、フランスの精神医療審査会をリポートしてきたM オランウス氏から、フランスの精神科医療と審査会活動の現況を知る機会を得た。今年度は、オランウス氏の人脈を辿って、中欧はニュネーブ、ヘルリン、パリの各都市を当研究班員が訪問し、限られた時間ではあったか、有用な情報を入手してきた。

シュネーブでは、精神科病棟に法的な不服や苦情を受け付ける専門家か常駐しているほか、専従の精神科医師を含む審査会組織（精神医療管理委員会）も常設されている。この委員会の開催頻度は月1回程度であるか、退院請求に主治医か反対した場合には、3日以内に調査して結論を出すこととなっている。ヘルリンには審査会組織か常設されていない代わりに、法的苦情相談の専門家か病棟に常駐している。パリでは県委員会という審査会組織か頻繁に病院を訪問し、患者の要請を聴聞するほか、最近ではカルテ開示要請を調整する役割も演じている。

前記3都市の現況に見る限り、中欧諸国における精神科入院患者の人権擁護チェーンシステムは、法律相談専門スタッフか病院に常駐するタイプか、審査会組織か訪問するタイプ、それらの併存タイプ、のいずれかに属するようである。ただし、地方分権の進んだこれらの国々では、代表的な都市を視察しただけでは、その国の全体か見えるわけではなさそうである。

精神科病床密度、パブリックセクターの病床比率、スタッフ密度、支出コストなど、精神科医療・福祉の基本条件において、わか国と欧米各国には著しい懸隔がある。そのため、患者の権利擁護システムについても、欧米をそのまま倣うことは現実的ではないか、少なくとも、審査会事務局の専従職員を増やし、審査会委員の病院訪問頻度を高めることはできるであろう。コストはかかるか、文明国の証となるだけでなく、精神科医療の水準向上にも資するであろう。

3 精神医療審査会機能評価機構設立の意義

わか国では、精神医療審査会活動に地域差の著しいことか指摘され続けてきた。例えば、非自発入院患者に対する年間の退院

請求審査件数に着目すると、最大と最小の審査会では47倍の格差（2000年度）がある。これまでの研究によれば、そうした格差の要因は、地方分権の進展によるものではなく、患者の権利意識や職員の人権感覚、パターナリズムの優位性、病院の情報開示姿勢など、複数因子によるものであった。

また、地域格差か一向に縮まらないのは、第一に、他地域の情報か十分に行き渡っていないためであり、第二に、審査会活動の活性化かインセンティブを伴わないためであると考えられる。

精神医療審査会機能評価機構の設立意義の第一は情報の流通促進、第二はインセンティブの創生である。そして、前章で示したこの機構の3つの役割一定期調査、事例集積、国際交流一は、これらの設立意義を実現するための戦略でもある。

すなわち、定期的な全国調査は、各地の審査会活動に関する情報流通の機会となる。国際交流も、世界基準てわか国の審査会制度を評価するための情報を提供する。事例集積に基づく制度改革は、実務の最前線からの提言か国の政策を動かすという醍醐味を提供するであろう。

審査会の機能評価機構とは、各審査会の活動性を一方的に評価するための格付け機構ではない。全国各地の審査会をネットワークし、世界の情報を伝え、現場の声を国政に反映させるための組織体を目指しているのである。

E. 結論

「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」という標題ての研究活動は、今年度て終了となる。これまでの研究の流れを受けて、今年度は、問題事例の集積と海外情報の収集を前進させ、これまでの研究成果を集約して、精神医療審査会

機能評価機構を構想した。この構想が実現すれば、情報の流通が促進され、精神医療審査会の活性化と地域格差の是正が図られるとともに、わが国の精神科医療の透明性を高めることにも資するであろう。

F 健康危険情報

特に含まれない。

G 研究発表

論文、口演とも未発表。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献]

- 1) 小池清廉他 精神医療審査会制度のあり方に関する研究 平成4年度厚生科学研究「精神保健制度の機能評価に関する研究」(主任研究者 藤縄昭) 報告書, 71-83, 1993
- 2) 山崎敏雄他 精神医療審査会の機能評価に関する研究(第1報) 平成7年度厚生科学研究報告書, 1996
- 3) 山崎敏雄他 精神医療審査会の機能評価に関する研究(第2報) 平成8年度厚生科学研究報告書, 1997
- 4) 山崎敏雄他 精神医療審査会の機能評価に関する研究(第3報) 平成9年度厚生科学研究報告書, 1998
- 5) 山崎敏雄他 精神医療審査会の運営の適正化に関する研究(第1報) 平成10年度厚生科学研究報告書, 1999
- 6) 山崎敏雄他 精神医療審査会の運営の適正化に関する研究(第2報) 平成11年度厚生科学研究報告書, 2000
- 7) 山崎敏雄他 人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究(第1報) 平成12年度厚生科学研究報告書, 2001
- 8) 山崎敏雄他 人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究(第2報) 平成13年度厚生科学研究報告書, 2002
- 9) 山崎敏雄他 人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究(第3報) 平成14年度厚生科学研究報告書, 2003
- 10) 平田豊明、三脇康生 精神科入院患者の人権擁護制度—その日仏比較— 日精協雑誌, Vol 21, 1276-1284, 2002

____年度 精神医療審査会活動概要

1 審査会委員一覧

第____合議体

	性別	年齢	所 属	通算在任 年 数	実地審査 医の兼任	実地指導 医の兼任
医 療	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
法 律	男 女	歳	弁護 検察 裁判 その他 士 官 官 ()	年		
有識者	男 女	歳	看 PS 心 社会福 その他 護 W 理 社団体 ()	年		

第____合議体

	性別	年齢	所 属	通算在任 年 数	実地審査 医の兼任	実地指導 医の兼任
医 療	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
法 律	男・女	歳	弁護 検察 裁判 その他 士 官 官 ()	年		
有識者	男 女	歳	看 PS 心 社会福 その他 護 W 理 社団体 ()	年		

第____合議体

	性別	年齢	所 属	通算在任 年 数	実地審査 医の兼任	実地指導 医の兼任
医 療	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有 無
	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
法 律	男 女	歳	弁護 検察 裁判 その他 士 官 官 ()	年		
有識者	男 女	歳	看 PS 心 社会福 その他 護 W 理 社団体 ()	年		

第__合議体

	性別	年齢	所 属	通算在任 年 数	実地審査 医の兼任	実地指導 医の兼任
医 療	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有 無	有・無
	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有 無
	男 女	歳	民間 国公立 その他 病院 病院 ()	年	有・無	有・無
法 律	男 女	歳	弁護 検察 裁判 その他 士 官 官 ()	年		
有識者	男 女	歳	看 PS 心 社会福 その他 護 W 理 社団体 ()	年		

*予備委員を置いている場合は、委員種別、性別、年齢、所属、通算在任年数を下記。

2 合議体および全体会の開催日

	第 合議体	第 合議体	第 合議体	第 合議体	全体会
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
1 月					
2 月					
3 月					
開催数	回	回	回	回	回

3 書類審査

(1) 合議体別書類審査件数

合議体	医療保護入院届			措置入院定期病状報告書			医療保護入院定期病状報告書		
	審査件数	返戻・指導等	不承認	審査件数	返戻・指導等	不承認	審査件数	返戻・指導等	不承認
計									

(2) 書類審査に基づく報告徴収および審問件数

- ・報告徴収 _____ 件
- ・審問 _____ 件

4 退院および処遇改善請求の審査

(1) 電話相談

件数 _____ 件

- ・請求受理件数 _____ 件（後日書面請求受理 _____ 件）

(2) 退院請求等の請求者（請求受理分）

- ・入院患者 _____ 件
- ・保護者 _____ 件
- ・その他親族 _____ 件
- ・弁護士 _____ 件
- ・その他 _____ 件

(3) 意見聴取の形態

- ・意見聴取の場所 入院先 _____ 件
審査会会場 _____ 件
その他 _____ 件
- ・弁護士依頼権の告知 (a)原則している、(b)していない、(c)不明
- ・弁護士の立ち会い (a)認めている _____ 件、(b)認めていない、(c)不明
- ・弁護士への審査資料開示 (a)認めている _____ 件、(b)認めていない、(c)不明

(4) 退院請求等の審査過程

No	請求種別	受理日	取り下げ日	要件消失日	意見聴取日（聴取委員）	審査日	結果通知日
1	退院 処遇				(医 法 有)		
2	退院 処遇		・		・ ・ (医 法 有)	・	
3	退院 処遇	・			(医 法 有)		
4	退院 改訂				(医 法 有)		
5	退院 処遇	・			(医 法 有)		
6	退院 処遇				(医 法 有)		
7	退院 処遇				(医 法 有)		
8	退院 処遇			・	(医 法 有)		
9	退院 処遇		・	・ ・	(医 法 有)		
0	退院 処遇				(医 法 有)		
1	退院 処遇				(医 法 有)		
2	退院 処遇				(医 法 有)		・ ・
3	退院 処遇				(医 法 有)		
4	退院 処遇				(医 法 有)		
5	退院 処遇				(医 法 有)		
6	退院 処遇	・		・	(医 法 有)		
7	退院 処遇				(医 法 有)		
8	退院 処遇				(医 法 有)		
9	退院 処遇				(医 法 有)	・	
0	退院 処遇	・ ・	・		(医 法 有)		

(3) 審査結果

	退 院 請 求			処 遇 改 善 請 求	
	現状で妥当	入院形式変更	退 院	現状で妥当	改善命令
第 合議体					
第 合議体					
第 合議体					
第 合議体					
計					

(4) 付帯意見

付帯意見あり _____ 件

(5) 審査過程での問題点 (簡単に内容を列挙。問題事例は別票に記載)

平成 15 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

入院中の精神障害者の人権確保に関する研究 分担研究報告書

「臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保」 —薬物治療反応性に基づく治癒過程の類型化と行動制限に関する研究—

分担研究者 八田耕太郎（順天堂大学大学院医学研究科内科系精神・行動科学）

研究協力者

高橋丈夫（伊那神経科病院）

檀原 暢（三枚橋病院）

中村裕之（高知大学医学部）

西村秋生（国立保健医療科学院）

長谷川幸雄（永田町法律事務所）

松崎一葉（筑波大学社会医学系）

研究要旨

本研究は、統合失調症の寛解過程の類型別に行動制限が適正であるように検討する様式の提案を行うことを目的とした。H15 年 10 月 1 日～12 月 31 日の 3 ヶ月間に分担研究者および研究協力者の所属する医療機関に新規入院した患者のうち、ICD-10（World Health Organization）の統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害（F2）の基準を満たす者を対象とした。また、比較目的でせん妄の症例も対象とした。隔離あるいは身体拘束の種別・理由を記録した。1 週間経過した時点で、前年度までの成果に基づいて症例を治療反応良好群と非良好群とに群別した。それぞれについて陽性陰性症状評価尺度（PANSS）、危険性評価質問票（RAQ）、顕在攻撃性評価尺度（OAS）、機能の全体的評定尺度（GAF）を用いて評価した。ICD-10 のせん妄に該当する症例にはせん妄評価尺度（DRS）の評価を行った。その結果、身体拘束を実施された 12 例の統合失調症患者のうち 6 例、せん妄患者 5 例のうち 2 例が 1 週間以内に身体拘束を解除されていた。この結果から、入院中の精神障害者の人権を確保する目的で隔離・身体拘束を開始して 1 週間程度の時点でその継続を見直すためのチェックリスト様式の道具を使用することか望ましいと考えられた。その際、今回の症例の詳細な検討から、各疾患に共通する事項として、GAF の点数が有力な情報となる可能性が示唆された。また、GAF ほど感度は高くないが OAS も有用である可能性が示唆された。一方疾患別では、PANSS の項目のうち概念の統合障害、幻覚による行動、興奮、猜疑心、敵意、非協調性、判断力と病識の欠如、衝動性の調節障害は、身体拘束の実施および継続に関して特異性・感度ともに高い可能性が示唆された。せん妄では DRS の項目のうち、発症の時間経過、知覚障害、幻覚の種類、精神運動行動、睡眠・覚醒周期の障害、気分の動揺性、症状の変動において、身体拘束の実施および継続に関して特異性・感度ともに高い可能性が示唆された。これらの知見を基に「隔離・身体拘束開始 1 週間後にその継続を見直すための観察項目」を提案した。治療反応良好か予測される症例では 1 週間後に隔離・身体拘束が継続されている場合、特にこれらの観察項目に着眼して各々の評点と隔離・身体拘束が継続されていることとの乖離がないか慎重な検討を行っていく必要があると思われる。

A. 研究目的

本研究は、統合失調症の寛解過程の類型化を試みることで、その類型別に患者が保護されるべき期間の特定を試みることで、その際に行われる行動制限の適正なモデルの提示を行うことを目的とした。

平成13年度後ろ向きに、初発急性統合失調症患者の抗精神病薬に対する治療反応良好群は治療開始時に概念の統合障害、疎通性の障害、受動性/意欲低下による社会的ひきこもり、常同的思考の評点か低いこと、および治療開始1週間での興奮の評点の減少か大きいことか示唆された(Hatta 2003)。

平成14年度はこれらの予測因子を基に入院時に治療反応良好予測群と不良予測群の2群に分け、8週間の治療経過をPANSSなどとして評価して前向きに検証した。その結果、治療反応良好予測群の判断力と病識の欠如の改善は治療開始2週間後および6週間後に有意に認められ、それらは妄想などの改善経過と並行していた。これらの結果から、平成13年度に示唆された治療反応性に関する予測因子が有用であること、および治療反応良好予測群においてさえ臨床薬理学的に、必要なら6週間程度の入院期間が保証されるべきであることか示唆された。さらに、これらの改善経過から、治療反応性の予測は、治療開始後2週間以内に行いうる可能性か前向きにも示唆された。また、治療反応良好予測群は、隔離の開放観察や身体拘束の時間的中断といった制限の弱い状況を含めても、最長で入院第9病日までであったか、治療反応不良予測群では長期化する例か一部存在した。この結果は、治療反応性という臨床薬理学的な尺度を用い

た隔離・身体拘束の必要期間の予測可能性を示唆している。

今年度は、このように類型化された寛解過程別の行動制限に関する詳細な検証を行い、臨床的、科学的根拠に基づいた行動制限のモデルの提示を試みることを目的とした。

B. 研究方法

平成15年度は、H15年10月1日～12月31日の3ヶ月間に順天堂医院8C病棟および伊那神経科病院に新規入院した患者のうち、ICD-10 (World Health Organization, 1992) の統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害 (F2) の基準を満たす者を対象とした。また、比較目的でせん妄の症例も対象とした。それらの症例について、全般的事項として性別、年齢、罹病期間、身長、体重を記録した上、疾患別の記録を行った。

F2に該当する患者の研究実施手順は、次の通りである。

1 入院時 (3日以内) および1週間後にICD-10診断におけるF2の患者について陽性陰性症状評価尺度 (PANSS) 評価項目のうち次の項目について評価を開始する

陽性尺度 (7項目すべて)

陰性尺度 (7項目すべて)

総合精神病理評価尺度

(非協調性、判断力と病識の欠如、衝動性の調節障害の3項目)

同時に隔離あるいは身体拘束の記録を開始する

行動制限の種類

開始および解除できない理由

同時に攻撃性を危険性評価質問票 (RAQ)、顕在攻撃性評価尺度 (OAS) を用いて評価

する

同時に機能の全体評定を機能の全体的評定尺度 (GAF) を用いて行う

なお、1 週後の時点で隔離あるいは身体拘束を実施していない患者は記録終了

2 隔離あるいは身体拘束を実施されている患者について、1 週ごとに、終了時あるいは入院 8 週間後まで同項目を記録して終了

途中、1 週間経過した時点で、前年度までの成果(Hatta, K et al, 2003)から、治療開始 1 週間での興奮の低下が 2 点以上であり疎通性の障害の評点か 2 点以下の症例を治療反応良好群とし、それ以外を非良好群として群別した。

せん妄に該当する症例の研究実施手順は次の通りである。

1 ICD-10 診断におけるせん妄を満たす患者の発生時にせん妄評価尺度 (DRS) の評価を開始する

同時に隔離あるいは身体拘束の記録を開始する

行動制限の種類

開始および解除できない理由

同時に攻撃性を RAQ, OAS を用いて評価する

同時に機能の全体評定を GAF を用いて行う

なお、隔離あるいは身体拘束を実施しない患者は記録終了

2 隔離あるいは身体拘束を実施されている患者について、1 週ごとに、終了時あるいは入院 8 週間後まで同項目を記録して終了

記録用紙の様式は末尾に添付した。

(倫理面への配慮)

平成 15 年度の本研究は通常の診療行為の範囲内で得られる事柄に限定されているため、日本精神神経学会の「臨床研究における倫理綱領」(精神経誌, 99 541-547, 1997) において倫理委員会の承認に関する規定および説明と同意の手続きに関する規定の適応除外規定にあたり、倫理面の問題はない。

C. 研究結果

1 統合失調症の薬物治療反応良好予測群と非良好予測群との比較について

研究期間内に新規入院した47名のうち、11名がICD-10のF2の診断基準を満たした。そのうち6名が初発であった。11名すべて治療開始時に陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) の 7 つの陽性症状評価項目のうち少なくとも1つか中等度以上 (4点以上) の重症度を呈した。この11名の入院時の平均年齢は40.1歳 (標準偏差14.2, 範囲20-60歳) であった。研究方法に述べた基準で治療反応良好予測群と治療反応非良好予測群とに分けたところ、前者が3例、後者が8例であった。症例数が少ないため統計学的検定は実施できないが、両群の性別、年齢、罹病期間、body mass index (BMI)、および入院時のGAF評点について表1に示した。

治療反応良好予測群の3例はいずれも入院時に自傷の防止のために身体拘束を実施したが、1週間後に継続されている症例はなかった。

治療反応非良好予測群では、1例を除く7例は入院時に身体拘束が実施された。理由は他害の防止が3例、自傷の防止が2例、昏迷による行動の予測不能が2例であった。こ

のうち転院した1例を含む3例以外の4例が1週間後も身体拘束が継続された。症例数が統計学的検定に耐えうる水準に至っていないか、以下に身体拘束が1週間以上継続した症例の特徴を述べる。

最も顕著な結果は、身体拘束が1週間以上継続した症例は1週後のGAFがいずれも21点以下であったことである。ただし2週間後も身体拘束が部分的にしる継続されていた3例のうち1例はその時点でGAF41点であり、必ずしもGAFの点数のみで身体拘束の必要性の有無を検討できるわけではない。このGAF41点の時点で身体拘束を夜間のみ実施されていた患者は、他の患者への迷惑行為など行動の予測が困難であることが理由であった。しかしこの症例は3週間後の評価ではGAF50であり、既に身体拘束は解除されていた。一方、4週間後の時点で身体拘束が継続していた2例はGAFがそれぞれその時点で21点および10点であった。身体拘束の理由はそれぞれ自傷の防止および他害の防止であった。

OASは、1週間後の時点で身体拘束が継続されていた4例のうち2例で言語的攻撃性の項目を中心に1点以上の評点が観察されている。しかし残りの2例はこの時点でいずれもOASの各項目の評点は0点であった。なお、身体拘束が継続されていない症例はいずれもOASの評点は0点であった。

PANSSの項目では、概念の統合障害、幻覚による行動、興奮、猜疑心、敵意、非協調性、判断力と病識の欠如、衝動性の調節障害において1週間後に身体拘束が継続されていた4例とそれ以外の症例との間で評点の差が大きく、さらにそれらの各項目において身体拘束が継続されていない症例の

最大の評点は身体拘束が継続されていた4例の最小の評点より低かった。

テモグラフィおよびRAQの評点は、1週間後に身体拘束が継続されていた4例とそれ以外の症例との間で差は見出せなかった。

共同研究施設である伊那神経科病院では、研究機関中F2圏の新規入院患者は6例であった。いずれも治療反応非良好群に分類されたか、隔離・身体拘束が実施されたのは2例のみであった。この2例は、1週間後にGAFが31点以下、OASは1例が言語的攻撃性の項目を中心に1点以上の評点が観察された。PANSSでも概念の統合障害、幻覚による行動、興奮、猜疑心、敵意、非協調性、判断力と病識の欠如、衝動性の調節障害において1週間後に身体拘束が継続されていた2例とそれ以外の症例との間で評点の差が大きかった。一方、テモグラフィやRAQでは特筆すべき所見は得られず、いずれの結果も2つの施設に共通するものであった。

2 せん妄における身体拘束

せん妄の症例は研究期間中に5例入院した（平均年齢63.2，標準偏差13.3，範囲54-85）。入院時は、2例がせん妄による行動の予測不能のみならず他害を既に行いその後もそのおそれか持続したため身体拘束を実施され、3例はせん妄による予測不能の行動から患者を保護する目的で身体拘束を実施された。後者のうちの2例は入院時から夜間だけの時間限定性があった。入院時GAFはいずれも25点以下であった。

1週間後、身体拘束は3例に減少した。このうち2例は依然GAF20点で身体拘束の時間限定性はなかった。残りの1例はGAFが

51点で夜間のみでの時間限定の身体拘束であった。身体拘束が解除されていた2例はいずれもGAF61点以上に回復していた。

2週間後の時点で身体拘束が継続していた2例も、3週間後の時点ではGAFが30点以上に改善して身体拘束は解除されていた。

OASは、1週間後の時点で身体拘束が継続されていた3例のうち2例で自傷以外の項目で1点以上の評点が観察されている。しかし残りの1例はこの時点でいずれもOASの各項目の評点は0点であった。なお、身体拘束が継続されていない症例はいずれもOASの評点は0点であった。

DRSでは、発症の時間経過、知覚障害、幻覚の種類、精神運動行動、睡眠・覚醒周期の障害、気分の動揺性、症状の変動といった項目において、1週間後に身体拘束が継続されていた3例と残りの2例との間で差が見出された。さらにそれらの各項目において身体拘束が継続されていない症例の最大の評点は身体拘束が継続されていた4例の最小の評点より低かった。

D 考察

少数例ながら以上の結果を勘案すると、身体拘束の実施および継続にGAFの点数は有力な情報となる可能性が示唆される。これは統合失調症のみならずせん妄の場合にも同様に観察された。OASは、身体拘束の実施および継続に関して特異性は高いか感度は必ずしも高くはないことが示唆される。これも統合失調症、せん妄の両者に共通することであった。

一方疾患別では、統合失調症においてPANSSの項目のうち概念の統合障害、幻覚による行動、興奮、猜疑心、敵意、非協調

性、判断力と病識の欠如、衝動性の調節障害は、身体拘束の実施および継続に関して特異性・感度ともに高い可能性が示唆された。せん妄ではDRSの項目のうち、発症の時間経過、知覚障害、幻覚の種類、精神運動行動、睡眠・覚醒周期の障害、気分の動揺性、症状の変動において、身体拘束の実施および継続に関して特異性・感度ともに高い可能性が示唆された。

隔離・身体拘束の実施は、医療者による恣意性が働くとすればその開始でなくいつまで継続するかという点であることが明らかにされている (Schwab & Lahmeyer 1979, Soloff & Turner 1981)。また、平成11年に行われた精神科病床における隔離・身体拘束の全国調査においてそれらの実施は1週間以内と1ヶ月以上の2峰性であることが報告されており (浅井 2000)、今回の結果でも身体拘束が実施された12例の統合失調症患者のうち6例、せん妄患者5例のうち2例が1週間以内に身体拘束を解除されている。入院中の精神障害者の人権を確保する観点にこれらの知見を考え併せれば、隔離・身体拘束を開始して1週間程度の時点でその継続を見直すためのチェックリスト様式の道具を使用することが望ましいように思われる。少数例の結果に基づくため暫定的ではあるが、今回の知見により末尾に添付した「隔離・身体拘束開始1週間後にその継続を見直すための観察項目」を提案する。なお、今回の結果では治療反応良好予測群は1週間後に隔離・身体拘束が継続されていた例がなかったか、逆に治療反応良好か予測される症例では1週間後に隔離・身体拘束が継続されている場合、特にこれらの観察項目に着眼して

各々の評点と隔離・身体拘束が継続されていることとの乖離がないか慎重な検討を行っていく必要があると思われる。

E 結論

今回の結果では、身体拘束が実施された12例の統合失調症患者のうち6例、せん妄患者5例のうち2例が1週間以内に身体拘束を解除されている。逆に1週間という時期は隔離・身体拘束が長期化するかどうかの岐路とも考えられるため、入院中の精神障害者の人権を確保する観点から、隔離・身体拘束を開始して1週間程度の時点でその継続を見直すためのチェックリスト様式の道具を使用することか望ましいように思われる。その際、各疾患に共通する事項として、GAFの点数は有力な情報となる可能性が示唆される。また、GAFほど感度は高くないがOASも有用である可能性が示唆される。一方疾患別では、統合失調症においてPANSSの項目のうち概念の統合障害、幻覚による行動、興奮、猜疑心、敵意、非協調性、判断力と病識の欠如、衝動性の調節障害は、身体拘束の実施および継続に関して特異性・感度ともに高い可能性が示唆された。せん妄ではDRSの項目のうち、発症の時間経過、知覚障害、幻覚の種類、精神運動行動、睡眠・覚醒周期の障害、気分の動揺性、症状の変動において、身体拘束の実施および継続に関して特異性・感度ともに高い可能性が示唆された。これらの知見を基に「隔離・身体拘束開始1週間後にその継続を見直すための観察項目」を提案した。治療反応良好か予測される症例では1週間後に隔離・身体拘束が継続されている場合、特にこれらの観察項目に着眼して各々の評点と

隔離・身体拘束が継続されていることとの乖離がないか慎重な検討を行っていく必要があると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1 論文発表

(1) Hatta K et al Prediction of response to antipsychotics and the appropriate duration of hospital stay for acute schizophrenic patients in general hospitals (on submission)

2 学会発表

(1) 八田耕太郎 薬物治療反応性に基づく統合失調症の寛解過程に関する研究 第99回日本精神神経学会総会（東京）2003年5月

(2) 八田耕太郎 精神科医療における隔離・身体拘束 2003年度第4回精神医療法研究会（東京）2003年10月

(3) 八田耕太郎 他 薬物治療反応性に基づく統合失調症の寛解過程に関する研究-第2報 第100回日本精神神経学会総会（札幌）2004年5月（予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 参考文献

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 平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）報告書，2000

2) Hatta K, Nakamura H, Matsuzaki I Acute-phase treatment in general hospitals

clinical psychopharmacologic evaluation in
first-episode schizophrenia Gen Hosp
Psychiatry 25 39-45, 2003

3) Schwab, P J , Lahmeyer, C B The uses of
seclusion on a general hospital psychiatric unit
J Clin Psychiatry, 40, 228-231, 1979

4) Soloff, P H , Turner, S M Patterns of
seclusion A prospective study J Nerv Ment Dis,
169, 37-44, 1981

表 1 治療反応良好予測群と非良好予測群との間の人口統計学のおよび臨床的特徴

治療反応	人数	性別 男/女	年齢 (%)	罹病期間 (カ月)	BMI (kg/m ²)	GAF
良好予測群	3	0/100	46.3 (4.0)	108 (157)	23.2 (4.3)	20.7 (0.5)
非良好予測群	8	38/62	37.8 (16.1)	164 (182)	20.4 (3.3)	20.7 (0.5)

数値は平均値 (標準偏差) BMI body mass index, GAF 機能の全体的評価尺度

F2 用入院時 (3 日以内) 記録 (カノコ内に数値を記入)

- 【 】 患者 ID
- 【 】 性別 1 男・2 女
- 【 】 年齢
- 【 】 身長
- 【 】 体重
- 【 年 ヶ月】 罹病期間
- 【_F 】 診断 F 20 統合失調症, 21 統合失調症型障害, 22 持続性妄想性障害
23 急性一過性精神病性障害, 24 感応性妄想性障害
25 統合失調感情障害, 28 他の非器質性精神病性障害

PANSS (1~7 の 7 段階評価)

- 【 】 妄想
- 【 】 概念の統合障害
- 【 】 幻覚による行動
- 【 】 興奮
- 【 】 誇大性
- 【 】 猜疑心
- 【 】 敵意
- 【 】 情動の平板化
- 【 】 情動的引きこもり
- 【 】 疎通性の障害
- 【 】 受動性/意欲低下による社会的引きこもり
- 【 】 抽象的思考の困難
- 【 】 会話の自発性と流暢さの欠如
- 【 】 常同的思考
- 【 】 非協調性
- 【 】 判断力と病識の欠如
- 【 】 衝動性の調節障害

行動制限

- 【 】 行動制限の種類 1 なし, 2 隔離 (開放観察あり), 3 身体拘束 (中断あり)
4 隔離 (開放なし), 5 身体拘束 (中断なし)
- 【 】 開始および解除できない理由 1 他害のおそれ, 2 自傷のおそれ, 3 迷惑行為
4 刺激遮断, 5 せん妄, 6 転倒防止, 7 合併症治療
8 その他『具体的に 』

RAQ

- 【 】 暴力の履歴
- 【 】 現在の暴力的衝動
- 【 】 脅迫/自制不能
- 【 】 物質使用

OAS

【 】言語的攻撃性

【 】器物損壊

【 】自傷

【 】他害

GAF (1~100)

【 】

【 月 日】記録日

F2 用入院 () 週後の記録 (カッコ内に数値を記入)

[] 患者 ID

PANSS (1~7 の 7 段階評価)

- [] 妄想
- [] 概念の統合障害
- [] 幻覚による行動
- [] 興奮
- [] 誇大性
- [] 猜疑心
- [] 敵意
- [] 情動の平板化
- [] 情動的引きこもり
- [] 疎通性の障害
- [] 受動性/意欲低下による社会的引きこもり
- [] 抽象的思考の困難
- [] 会話の自発性と流暢さの欠如
- [] 常同的思考
- [] 非協調性
- [] 判断力と病識の欠如
- [] 衝動性の調節障害

行動制限

- [] 行動動制限の種類 1 なし, 2 隔離 (開放観察あり), 3 身体拘束 (中断あり)
4 隔離 (開放なし), 5 身体拘束 (中断なし)
- [] 開始および解除できない理由 1 他害のおそれ, 2 自傷のおそれ, 3 迷惑行為
4 刺激遮断, 5 せん妄, 6 転倒防止, 7 合併症治療
8 その他『具体的に』

RAQ

- [] 暴力の履歴
- [] 現在の暴力的衝動
- [] 脅迫/自制不能
- [] 物質使用

OAS

- [] 言語的攻撃性
- [] 器物損壊
- [] 自傷
- [] 他害

GAF (1~100)

[]

[月 日] 記録日