

FTD：前頭側頭型認知症。SD：意味性認知症。VaD：脳血管性認知症。AD：アルツハイマー病。normal：正常

(Shigenobu K, Ikeda M, Fukuhara R, Maki N, et al.: The Stereotypy Rating Inventory for frontotemporal lobar degeneration. *Psychiatry Res*, 110: 175-187, 2002)

図1 FTD, SD, VaD, AD, ならびに健常群の常同行動

表3 時刻表的生活

< 65歳, 女性, 右利き, 罹病期間3年, MMSE 22/30 >

毎朝8時に起き、着替えをして8時30分に家を出る。歩いて最寄り駅まで行き、8時45分の電車に乗る。終点で降り、まっすぐ百貨店に向かう。10時に百貨店が開店するまで、前で待つ。開店と同時に地下の食品売り場に行き、決まった店で毎日同じフルーツサンドを購入しその場で食べる。11時の電車で自宅へ帰り、12時から1時間テレビを見て、1時から昼ご飯を食べるために、近所のお好み焼き屋に行き、毎回ねぎ焼きを食べる。

天候が悪かったり、夫が制止しても聞かず毎日同じように出かける。

3. 口唇傾向と食餌嗜好の変化

食欲の亢進や嗜好の変化が病初期から出現し、そのあとに食習慣の変化が出現し、口唇傾向が目立つようになるといった順序で症状が進行することが多い。病初期の女性であれば調理行動が常同化して、同じメニューの料理ばかり作るようになる。味噌汁の具の内容や弁当のおかずが毎日同じで指摘しても変わらなかったという例もある。また過食の傾向がみられ、味付けの濃い料理や、甘い菓子や飲料を好むようになる。そのため体重増加や糖尿病発症のリスクにつながることが多い⁵⁾。中期以降には自分の食事を早々に終え、他者の食事を盗食したり、石鹸やスポンジ等目についた物は、食べ物でなくても口に入れてしまう異食行為

がみられるようになり、介護が非常に困難になることもある。後期には口の中に次々と食物を詰め込み、十分咀嚼せずに飲み込もうするため、窒息の危険が高まる。一方で最後の一口の食物を嚥下せず延々と咀嚼し続け、誤嚥や齧歯(うし)の原因になることもある。布団や衣類の先を口で吸い続けるような行為がみられることもある。FTDの過食は右前頭葉眼窩回-腹側島回-線条体サーキットの障害との関係が指摘されている⁸⁾。

4. 使用行動

眼前に置かれた物を指示がないのに使用してしまう現象である。外的刺激に対して熟考することなく反射的に処理、対応してしまう症状である「被影響性の亢進」によるものと考えられる。日

□特集

常生活場面でみられる、道端の看板などに書かれた文字が目にはいると次々と読み上げる強迫的音読行為や、介護者が立ち上がるとつられて立ち上がる模倣行為、おうむ返しの応答（反響言語）も被影響性の亢進による症状であると考えられる。これらの症状は前方連合野が障害され後方連合野への抑制が外れ後方連合野が本来有している状況依存性が解放された結果生じると考えられている⁶⁾。

3 その他

1. 自発性低下・無関心

自発性低下や無為などの症状と、常同行動や脱抑制的行動などの症状が併存するのが特徴である。決まった常同行動を行う時間帯以外は、他のことにまったく関心を示さず、無為に過ごしていることもよくみられる。そのためうつ状態と診断されることがあるが、抑うつ気分や悲哀感などを認めないことからうつ病との鑑別は可能である。FTDにみられる無為については背外側前頭回の脳萎縮との関連性が指摘されている⁹⁾。

2. 考え不精

病初期から、診察や検査場で深く考えずにすぐさま「わからない」と答えたり、適当な返答を繰り返す考え不精がみられる。この症状は課題に対する意欲の低下、無関心、再帰性意識の消失等の関与が考えられる。

■ おわりに

FTDでみられるBPSDの多くは前頭・側頭葉の障害によるものと考えられるが、脳変性疾患であるため、その進行に伴い出現するBPSDは徐々に変化をしていく。進行の経過のなかで変化しながら出現するそれぞれのBPSDを正確にとらえ評価することはFTDの早期の診断につながる。さらには他稿にあるように治療やケアすべき対象のBPSDの明確化になる。また近年FTDは病理学

的あるいは遺伝学的に多様な背景をもつ疾患集合であることが明らかになりつつある。今後はFTDの組織病理学的な背景とBPSDとの関係から、臨床亜型ごとの特徴を明らかにすることも重要であると考えられる。

文 献

- 1) 上村直人：アルツハイマー病と前頭側頭葉変性症の運転行動の特徴；認知症の原因疾患による運転行動の違いと危険性。厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業。痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究。平成17年度総合研究報告書（主任研究者：池田学），59-62（2005）。
- 2) Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, et al.: Frontotemporal lobar degeneration; A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, **51**: 1546-1554 (1998).
- 3) Shigenobu K, Ikeda M, Fukuhara R, Maki N, et al.: The Stereotypy Rating Inventory for frontotemporal lobar degeneration. *Psychiatry Res*, **110**: 175-187 (2002).
- 4) 繁信和恵：FTDの症候学。老年精神医学雑誌，**21**（増刊-I）：105-110（2010）。
- 5) Shinagawa S, Ikeda M, Nestor PJ, Shigenobu K, et al.: Characteristics of abnormal eating behaviours in frontotemporal lobar degeneration; A cross-cultural survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, **80**: 1413-1414 (2009).
- 6) 田辺敬貴：強迫症状の神経心理学。脳科学，**21**: 815-823 (1999)。
- 7) The Lund and Manchester Groups: Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, **57**: 416-418 (1994).
- 8) Woolley JD, Gorno-Tempini ML, Seeley WW, Rankin K, et al.: Binge eating is associated with right orbitofrontal-insular-striatal atrophy in frontotemporal dementia. *Neurology*, **14**: 1424-1433 (2007).
- 9) Zamboni G, Huey ED, Krueger F, Nichelli PF, et al.: Apathy and disinhibition in frontotemporal dementia; Insights into their neural correlates. *Neurology*, **10**: 736-742 (2008).

《解説》

日本精神科救急学会 ガイドライン作成の経緯と現状

澤 温*¹ 平田豊明*²

key words : 救急医療, ガイドライン, 質的基準, 改訂作業

*¹大阪府・ほくとクリニック病院・医師 (日本精神科救急学会・理事長)

*²静岡県・静岡県立こころの医療センター・医師 (日本精神科救急学会・理事)
[〒551-0001 大阪府大阪市大正区三軒家西1-18-7]

2003年版ガイドライン

日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン」は、2001年にアメリカ精神科救急医学会の基準である Standards for Psychiatric Emergency Care に接し、アメリカと日本では医療制度、法的規制、人的配置などが大きく違うものの、同様の基準が必要であると考へ、当時の学会医療政策委員会のメンバーが中心となって2年をかけて作成した。これが、最初の2003年版ガイドライン (2003年9月) である。

アメリカ精神科救急医学会の基準 (2001年版) は、①Accessibility, ②Staffing, ③Management, ④Facility-Equipment によって構成されていた。そこで、日本精神科救急学会の2003年版ガイドラインでは、アメリカの基準を参考に、「総論」部分をⅠ. 基本的な考え方, Ⅱ. アクセスのよさ, Ⅲ. 患者の人権への配慮, Ⅳ. 治療ガイドライン, Ⅴ. スタッフ配置, Ⅵ. 施設および設備の6項目から構成し、ガイドライン全体としては「総論」「精神科救急医療施設への入院基準」「精神科医療におけるインフォームド・コンセント」「鎮静法」からなる4部の構成としたのである。

当時のガイドライン作成のスタンスについて、計見一雄・前理事長は、2003年版の「まえがき」に、次のように述べている。少し長くなるが、以下に引用して

紹介したい。

『(略) …精神科医療の質的向上を目指し続けることが本学会の使命であるという共通認識を基に、共通の質的基準を設けたいという希望から本ガイドラインは作成された。「基準 (standard)」という用語そのものを使用しなかったのは、次の理由による。

- ①わが国全体の精神科医療水準が均一とは言い難い現状にあり、画一的基準が適合する状況にない
- ②臨床実務の条件・状況に関わりなく遵守すべき定則のように理解され、医療裁判等で誤用されるおそれがある
- ③精神科医療を取り巻く状況、精神医学の技術水準、診療報酬制度、精神科救急へのアプローチ等々は時とともに変化するので、固定的な「基準」と称するよりも、変化の可能性を包含しつつ、現在と近未来を導く指針のイメージを重視した

このため、各項目は、以下のような三段階にランク付けして記載されている。現実の医療資源で可能な水準を追究する仕事を評価するとともに、現状に自足することなく、さらに上質の精神科医療を構築しようとする努力を求めためである。

- (1) 最小限必要 (minimum) とと思われる項目:「～ねばならない」「～のこと」と表記
- (2) 最適 (optimum) とと思われる項目:「～が望ましい」と表記

- (3) 以上の中間に属する選択可能 (optional) とと思われる項目:「～べきである」と表記

2009年版ガイドライン

1) 「総論」部分の改訂の経緯

2009年版ガイドラインでは、2003年版ガイドラインの「総論」を改訂するとともに、「鎮静法」を「薬物療法」に拡張するなど大幅に変更した。

「総論」の改訂は、急性期治療病棟や救急入院料病棟の増加に伴って基準をランクアップし、救急医療の質をさらに向上させ、“常時対応型救急医療施設”の基準を決めていく準備ともなっている。2009年版の「総論」の作成経過は、次の通りである。

①先行調査研究の実施

まず、厚生労働省の「障害者自立支援調査研究プロジェクト」補助金を平田が受けて、「精神科救急医療の機能評価に関する調査研究」が2007年度と2008年度に行われた。

2007年度は、2003年版ガイドラインに示された「精神科救急医療施設の施設基準」を52項目の要素に分解し、全国精神科救急入院料病棟 (いわゆるスーパー救急病棟) 認可施設を対象として、各項目の達成度を問う調査を実施した。例えば「救急処置室に酸素・吸引、心肺監視装置を備えている」という項目に対して「当てはまる」「ほぼ当てはまる」「当てはまらない」のいずれかを選択してもらうというものである。その結果、「ほぼ当てはまる」という回答が80%を超えた項目が52項目中41項目あった。

続く2008年度の調査研究では、知事の指定する精神科救急医療施設 (1,089施設) と47都道府県の担当部局を対象として、精神科救急医療体制整備事業 (以下、精神科救急事業) の運用状況に関する調査を行った。その結果いくつかの項目で、両者の評価に開きがあった。

これらの調査研究を通じて、精神科救急事業と精神科救急医療施設の機能を評価するための指標が再検討され、2003年

版ガイドラインをより緻密なものとするための設計図が練られていった。

②改訂に関する会員アンケート調査

2009年3月には、日本精神科救急学会の全会員を対象とする「精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査」を実施した。

この調査では、精神科救急事業に関する34項目、精神科救急医療施設に関する75項目について、2003年版ガイドライン作成の考え方に沿って、①最小基準（～ねばならない）、②推奨基準（～べきである）、③最適基準（～が望ましい）の3階層のいずれに位置づけられるべきかを問い、245通の回答を得た。

その回答結果は、さらに医療政策委員会で検討され、新しいガイドラインの各項目の階層が決定された。概ね会員調査の回答結果に従ったが、項目によっては水準を引き上げることとした。

例えば、精神科救急事業において「連絡調整委員会が定期的に開催されている」という項目は、現状を反映してか、回答結果では「推奨基準」が最多票を得たが、医療政策委員会における討論の結果、「最小基準」に引き上げられた。ガイドラインは現状を追認するものではなく、水準向上を目指すものであるという認識に立ってのことである。

以上の作業によって、「精神科救急医療ガイドライン2009年版」の「総論」に関する原案が作成された。

なお、2003年版ガイドラインの「精神科救急医療施設への入院基準」と「精神科医療におけるインフォームド・コンセント」については改訂の必要がないとして、2009年版ガイドラインでは「総論」の部分に含めて再掲載することとした。

2) 「鎮静法」の改訂の経緯

一方、「鎮静法」については、2003年以降も次々と新しい非定型抗精神病薬が臨床供与されて、ガイドラインの内容を変更する必然的状況が生まれていた。

そこで、まず2009年の改訂では「興奮・攻撃性への対応」という章を立て、薬物療法以外の鎮静指針（行動制限を含む）を追加することとした。

3) さまざまな研究・討論成果の反映

これらのガイドライン改訂作業とは独立に、医療政策委員会の一員である八田

耕太郎委員のリードのもと、厚生労働科学研究事業の助成を受けて、2007年度から、薬物による鎮静化や急性期治療に関する無作為比較対照試験（Randomized Controlled Trial）が多施設で継続され、世界的に見ても価値のあるデータが得られていた。そこで八田委員の好意により、その成果の一部をガイドライン2009年改訂版の内容に反映させていただくこととした。

また、2008年度の厚生労働科学研究「精神科救急医療施設における自殺防止ガイドラインに関する研究」からは、学会の大塚耕太郎評議員らの尽力によって「自殺未遂者への対応ガイドライン」が紡ぎ出された。「自殺未遂者への対応ガイドライン」は、もともと救命救急センターでの実践に基づいて記述されていたため、精神科単科病院でもこれを利用できるように、医療政策委員会のもとに設置されたワーキンググループが内容修正を行った上でガイドライン2009年改訂版に加えることとした。

4) 2009年版ガイドラインの上梓

以上のような同時並行的な複数の調査研究や討論の成果物として「精神科救急医療ガイドライン2009年版」の原案が組み立てられ、2009年9月の第17回日本精神科救急学会（山形大会）において、参加会員に対して提示された。さらに、全会員に原案を郵送し、およそ1カ月間にわたって、この原案に対するコメントを募集した。

そのようにして寄せられたコメントをできるだけ新しいガイドラインに反映させるよう原案の表現を修正した上で、ようやくしてガイドラインの2009年改訂版の上梓にこぎつけることができた。

各分野の発展に伴う 改訂作業

日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン」の改訂の進め方について説明を補足すると、ガイドラインは精神科救急医療に関わる多岐の分野において作成し、さらに分野ごとの発展に沿って改訂版を出すことにしている。

1) 「規制薬物関連精神障害」のガイドラインの改訂

例えば、2007年には、精神科救急医療

ガイドライン（規制薬物関連精神障害）が、すでに別冊の形で発行されていた。本ガイドラインは2006年に広島で第14回日本精神科救急学会総会が開催され、規制薬物についての公開プレ・セミナーが行われたとき、小沼杏坪理事らの執筆で別冊として発行されたものである。

その後、このテーマは2008年に京都で第16回日本精神科救急学会総会が開かれたとき、同学会の教育研修セミナーにおいて「規制薬物関連精神障害への対応」として取り上げられた。この教育研修セミナーの内容は、すでに2009年6月に発行された日本精神科救急学会教育研修委員会編『JAEP教育研修テキスト』に掲載されているので、このたび小沼理事の提案により、2007年の「規制薬物関連精神障害」ガイドラインと2008年の教育研修セミナーの内容を統合して、「精神科救急医療ガイドライン」の第4巻として「規制薬物関連精神障害ガイドライン」改訂版が間もなく出版される予定となっている。

2) eCODEOとPQRについての研究

さらに現在は、精神科救急医療ガイドラインの「総論」の項目に基づいて、「精神科救急医療のレベルアップと均質化に関する指標」と「日常の医療から抽出される救急医療に関する指標」の検討について、国立精神・神経医療研究センターと日本精神科救急学会が共同して1カ所に研究機能を集約し、医療機関全体のレベルの確認ならびに自院のレベルアップを目指して、eCODO (electric Coercive measure Database Optimizing: 行動制限最適化プロジェクト) と、PQR (Psychiatric Quality Registry system: 良質な精神科治療を担保するための登録制度) についての研究が進められている。その結果は、今後のガイドラインの内容に反映される予定である。

なお、eCODOとは国立精神保健研究所が開発した行動制限記録システムであり、非自発的な治療手段を最適化するための電子データベースである。隔離・拘束状況を看護スタッフが毎日ウェブ画面上からデータベースに入力し、一覧性台帳などを自動作成するプログラムを活用して、厳密なモニタリングと行動制限の最小化および最適化を促そうとするプロジェクトである。

また、PQRは、eCODOを拡張したシステムで、精神科救急入院料病棟を通過した入院患者の治療内容や治療成績を蓄積する全国共通のデータベースである。各施設入力されたデータをセンターサーバに集積（全国集計）し、多施設間で患者プロフィールや治療内容を比較することを通じて治療状況のサーベイランスを行い、急性期治療の水準を向上させようとするしくみである。

スタンダード化に向けて

ガイドラインは、ハイレベルに越したことはない。しかし「精神科救急医療はどこでもできるべき」とされながら、その実現には特にハードウェア、ソフト

ウェア、そして、数と質両方の意味でのヒューマンウェアの整備が必要である。ガイドラインのハードルが高過ぎると、多くの病院が付いて来られず、またときには訴訟の材料として取り上げられたりする。その意味で、この精神科救急医療ガイドラインでは、3つの段階に分けて少しずつハードルを高めることを狙ってきた。

2009年9月に提示された「精神保健福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）では、その中の「精神医療の質の向上」の項目で「診療ガイドラインの作成・普及」がうたわれて、精神科救急医療も精神保健医療体系の再構築の中で大きな位置を占めている。精神科救急医

療が地域支援の大きな位置を占めていることを、国も認識しているということである。

本年5月28日に出された「こころの健康政策構想会議」の提言書も、救急医療の充実とガイドラインの作成を提言している。さらに、日本精神神経学会が国に対して要求している「精神疾患対策基本法（案）」でも、この2つのこと、すなわち、救急医療の充実とガイドラインの作成が掲げられている。

日本精神科救急学会としても、今後も精神科救急医療ガイドラインの改訂作業を重ね、その内容がスタンダードに近づくことを会員全員の努力によって実現させたいものと考えている。

医療現場における抗精神病薬強制投与の実情と問題点

澤 温*

抄録：日本では入院においては医師の判断で強制治療が可能であるが、それでもその後の治療関係、退院後の治療継続の点からさまざまな努力が行われている。治療の説明においてもインフォームドコンセントとはいえないが、デボ剤の使用を含めて、治療を受け入れてもらうための努力をすることが多い。非告知投与と無診療投薬とは異なり、非告知投与は場合によっては認められるが、無診療投与は医師法違反である。無診療投薬にならない非告知投与はまれにはありうるが、それには往診を含むアウトリーチが必要である。これまでの強制治療は社会防衛のためであったり、せいぜい筆者の言うようにできるだけその人の慣れ親しんだ地域でその人の本来の生活を長く享受させるためであった。しかし最近の生物学的知見から考えると、脳をできるだけ早くから、できるだけ長く守って、少しでも健康な脳でその人がより健康な生活を長く送れるようにするために強制治療が必要といえる時代となったとも考えられるが今後の十分な議論が必要であろう。

臨床精神薬理 14 : 17-23, 2011

Key words : antipsychotics, involuntary treatment, neuroprotective action, medication without consent, community treatment order

本稿では筆者が、救急医療を行う時の基本的立場を交えてこの強制治療への考え方を述べたい。

I. はじめに

精神科での強制治療が当然で、電気けいれん療法も有無を言わずに行っていた時代から、電気けいれん療法に限らず、入院の説明も隔離室の使用も、たとえ理解できないような精神状態でもアリバイ的に説明する時代となってきている。このように過去のパレンス・パトリエの時代から患者の権利を最大限認めた上のポリスパワーの時代になっているが、あらためて強制治療の問題が議論されるにはそれだけの意味があるとも思われる。

Present issues on the involuntary treatment with antipsychotics.

*さわ病院

〔〒561-0803 大阪府豊中市城山町1-9-1〕

Yutaka Sawa : Sawa Hospital, 1-9-1, Shiroyama-cho, Toyonaka, Osaka, 561-0803, Japan.

II. 強制治療のさまざまなレベル

日本において強制治療は、措置入院、応急入院、医療保護入院では認められているが、基本的には任意入院、外来治療では認められていない。

措置、応急、医療保護入院では、治療について説明はする、あるいは緊急時は「あなたは病気によって混乱しているから注射します」など「宣言」はするが、医師の裁量で治療することは認められている。このような行為が患者の心に「押さえつけられて注射された」など「こころの傷」を残すとよく言われ、また患者本人から聞かされることもある。しかし「あの時は具合悪かったから無理に治療されたけれど、しかたがなかった」な

どと言って、退院後きちんと通ってくれる患者もいる。それは、そのような強制治療のあとのフォローに意味があったのか、患者の性格によるのかはわからない。困るのは、家族から見て入院が必要なのに、「自分が調子悪いからついて来て」とだまして連れてきたり、紹介状には入院が必要と書いてあっても診療所の医師が本人にはまったく説明していない場合で、「入院させて強制治療した病院医師だけが悪い」となるのはかなわない。入院まで関わってきた人の協力もほしいものである。

しかし、外来診察場面では何もしゃべらず、路上で独り言を言っていて連れてこられた場合、幻覚妄想により話もできずにいる場合、外来には家族にだまされ連れて来られ、不満そうに外来診察室にいて、時に大声はあげるものの暴力的ではなく、ただ自宅では2階から大声を出して近隣を非難したり、部屋に護身用としてバットや鉄皿鈴を用意しているという場合など、場面はそれぞれ違うが入院治療の必要性を話したとたん興奮しだして、数人の看護師の援助を使って隔離室に入院させるといった、見るからに強制治療という場合もあるが、救急医療をしている筆者の病院でもそれほど多いものではない。

強制入院はしても強制治療をするかどうかはまた別という議論もある。アメリカでは暴力などが見られる緊急事態 (emergent situation) 以外では、非自発的入院でも強制治療はできず、裁判所に意見を提出して許可を得て治療する。日本では強制入院は強制治療の根拠として、注射でもすぐ始める病院もあるが、多くは退院後の治療継続と治療関係確立のため時間をかけて説明して服薬にこぎつけることが勧められている。その意義は確かに大きく成功例の報告も多い^{7, 19, 21)}。

しかしこの説明が、インフォームドコンセントの本来の要素をすべて満たしているとは言えないことも多いと思われる。すなわち、①その治療の必要性、危険性、②治療の機序、③治療の効果、④副作用、⑤この治療以外の代替方法、などがあげられるが、通常きちんと話しても①、③、④程度の範囲にとどまるのではないだろうか。

精神医療の現場では「本当には納得していな

い」治療がかなり多いのが現実であろう。中には、医師が以前の再燃時のことを忘れていたり、担当が替わって知らなかったりして、「こんなによいから減らそうか」と提案すると「やめてください、以前減らされて悪くなったことがありますから」などと患者から言われることもある。そこまで病気を理解している患者も確かにいるが、その人の名前をあげられるほどに珍しいといえるだろう。すでに自分で減らしていて、しばらくしてから、「もう半年前から減らしていて悪くなっていないし、身体も楽だから減らしてください」とか「前のようにいろいろ探られているなどと気にしていません。もう1ヵ月半前からのんでいませんからしばらく来ません。また悪くなったら来ます」などと言い、家族が説得しても受け入れないということは日常茶飯事である。これを「喉元過ぎれば熱さ忘れると同じ」と、ある精神科医が言ったがその通りであろう。病識をつけ治療の必要性を理解させるには心理教育が大切といわれるが、そのようにはなかなかいかない。

症状が改善して退院させても、退院後のアドヒアランスについての研究では、退院後7~10日で15~25%の人が服用しなくなるという報告もある⁸⁾。

しかしこのように症状がなくなれば薬をやめるのは精神科に限ったことでもない。急性疾患で、服薬をやめて痛みがまた出たり、熱がまた出たりしたら再びすぐ服用することはよくある。慢性疾患では状態がよくなると薬の効果を認識しにくく、やめることも多いが、それでも症状がまた出ると再び服用してくれる。抗精神病薬を服用する患者では、やめてすぐ再燃するのではない上に、再燃した時にはすでに病気の世界に入り込んでいて、服薬の必要性を理解してもらいにくい、また抗精神病薬は効果と副作用のバランスでは副作用の方が意識されやすい、抗精神病薬には依存性がないなどの理由で、他の慢性疾患において治療を中断して再燃した時と態度が異なると考える。

また説明を受けてきちんと服用しているといっても、「本当には納得していない」治療では、のまないと家族が怒る、医師がもう診ないと言う、のまないと入院させるなど、説得というより一種

の「脅し」がかかって服用している人もいる。

外国でも薬を服用しないと退院させてもらえないなどの圧力があって、治療を一時的でも受けて服用し退院にこぎつけると聞いたことがある。日本でも隔離室において強制的な治療はしないという話を聞いたことがあるが、「薬を服用しないと隔離室から出られない」などと言われることもあると聞くと、押さえつけてはいないが強制であることに変わりはないと考える。

デポ剤もインフォームドコンセントが得られた時のみ使用できるものでもないというのは乱暴だろうか。筆者も説明の上では、「毎日変えるコンタクトとつけっぱなしでよいコンタクトなら、後者のほうが楽でしょう」、あるいは「いつもいつも薬は服用したかと言われたり、自分でも病気をいつもは意識しなくてすむのだから」と説明してデポを使う患者もいる。しかし、入院が必要と考えられる人でどうしても入院はいやだと言ったり、あるいは入院するとむしろ他の患者との関係から隔離室使用になりそうな人に、入院したくなければデポを勧めて使うこともあるが、これも対等な立場での合意とはいえないだろう。

このように残念ながら、それほど本当の意味でのインフォームドコンセントがあるとはいえない場合が多いと考えられる。またインフォームドコンセントまでいなくても「薬には納得していないが、医師は信頼しているから服用する」という人もいる。つまりたとえ同意して服用していても、それにはさまざまなレベルがある。

説明には「これまでの不眠がとれるから」「神経が過敏だから少し和らげましょう」など患者の困っている症状を取り上げて治療を開始することは多い。最初から「あなたは統合失調症で、神経伝達物質のドーパミンの活動が過剰だからこれを遮断すればあなたの困っている幻聴という症状は減ります」などという医師はいないであろう。以前、うそのような話だが、神経内科に幻聴で混乱している息子を初診で連れて行ったところ、「あなたの息子さんは精神分裂病です。三分の一は治ります、三分の一はだめになります、三分の一は症状を残します。ですから注射をします」と言って、haloperidolを希釈して静注し、「消えたか、

もう消えたか」と言われて驚き、隣県から筆者の病院に患者である子供を連れて駆け込んできた家族がいた。この時、筆者は「神経が過敏だから神経を休めましょう」と言って治療を開始し、年金の話が出る頃に精神分裂病として治療していますと告げ、現在まで20年以上みている。初診時の本人と家族の疾患受容の状態を見て説明し治療するのは臨床家として当たり前であろうが、これもきちんとしたインフォームドコンセントなのか疑問である。あるいは説明はしていないと言えはしていない。

Ⅲ. 非告知投与と無診療投薬

ではよく問題になる非告知投与はどうであろうか。非告知は薬を摂取すること自体を隠すことで、非告知とインフォームドコンセントに従った説明との間には距離がある。また非告知投与と無診療投薬は時に混同されるがまったく違うものである。無診療投与は明らかに医師法違反である。この点については無診療非告知投薬を巡る千葉地裁（2000年）の判決がある。一部の例は合法であるという判断がなされ、判決では非告知投薬が合法である前提として、患者の病識欠如、緊急的一時避難の処置、家族の要請、専門家の判断、副作用の説明の5点があげられた。

これまでの多くの議論では、非告知投与についてはほぼ全面的に否定する意見が多い^{3,5,20)}。このうち、塚崎²⁰⁾は少し慎重で、「完全に否定はしないが、非告知投薬は無診察長期投与につながりやすく、それを生み出す背景を理解し、施行にあたっては厳密な管理が必要である」としている。

しかしこの議論は、アウトリーチを気軽にすれば無診療投与を簡単に防止できる。家族に治療を依頼された時に、家庭を訪問したからといって、患者を呼んで改まって主訴、現病歴、生活歴、そして現在症の順で質問したり、観察することもないだろう。医師が来たと言いついて行わなければ無診療というわけではない。単なる客人として訪問し、さりげなく話し方、態度を観察し、日常の困ったことなど家族全体の会話の中で聞き出してその中に病的体験を確認したら、投薬を始めてよ

いはずである。ただし、その後はどのくらいの間隔で往診または訪問診療をするかは問題で、塚崎²⁰⁾の言うように無診療投与につながりやすいのは確かである。一般科の医療でも3ヵ月処方が行われるし、たまに家族だけが来ることもある。また精神科の通常外来でも、仕事に行っているからなどの理由で、安定していれば本人が診察に来るのは半年に一度ということもありうるので、筆者は少なくとも半年に一度は訪問するのを原則としている。確かにこの方法は押さえ込んではいないが強制治療ともいえ、患者の権利という点では問題であるが、早期治療開始と治療継続においては意味があり、この点は後述する。しかしこの方法を長く続けると、家族と一緒にいる間はよいがその後の見通しが立たないのは事実である。

IV. 強制治療と非告知投与の根拠

患者の人權をまず重視するよりも、病気なのだから治療することが当たり前という治療者側の論理で治療が行われた強制治療が過去にはあった。

それが患者の人權が最優先として、「来てくれれば診ます」「連れて来れば入院もできます」ということが最も「きれいな」精神科治療となってきた。しかしそのため、家に引きこもっていて受診につながらないまま数年から10年以上未治療でいたり、幻覚妄想に振り回されて行動し、近所に迷惑をかけるなどして警察の介入で入院治療に至り、その後改善しても、近所に及ぼした迷惑のせいで近所の人々から戻ってほしくない存在になってしまったりする。

筆者は以前「患者は不当に拘束されない権利があると同時に精神障害ゆえに判断が十分にできなくなった時には、早く判断ができるように治してもらい、治療を受ける権利を潜在的に持っていると考えべきである」という考えを救急医療の必要根拠にあげた¹⁵⁾が、上記のような患者においても同じ権利を有すると考えている。そしてよく「長い間、ものが逆転するめがねを掛けているとそれが当たり前になるから、早く普通に見えるようにすることが必要です」と説明し早期治療の必要性を述べてきた。

さらに筆者は継続的な地域精神保健医療を支える考え方として、「生活には口を出さないが、病気のコントロールには時に口を出す」と「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と言ってきた¹⁶⁾。

つまり、精神保健福祉法の規定は入院患者の行動制限の規定で、外来患者の行動制限については34条の移送条項以外ないと考えられるが、34条は多くの人が言うように、救急医療が必要な人、すなわち条文の「直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者」にはまったく役立たない。精神医療が患者の人權を侵害するものであってはならないのは当然であるが、救急医療の立場からは医療が先行して、後付けでその医療が正当とお墨付きをもらうこともありうる。その意味で、乱暴な言い方ではあるが、入院であれ外来であれ、同じ考えが基本的には必要であると考えている。

現在日本では医療観察法の通院治療以外に強制的、継続的な外来通院治療はない。それも司法の立場では「人權重視」の立場から最長5年とされている。精神疾患が慢性の疾患であるという意味では5年という期限に意味はない。入院では最初に述べたように任意入院以外は、法的に強制治療に問題はないが、外来では先に述べた非告知投与という形以外には非自発的治療はない。しかし何度も入院したり、そればかりでなくいつも怠業によって再燃し近所に迷惑もかける人については、訪問看護が残薬を確認したり、医師が血中濃度をみたりといった「服薬管理」が行われることもある。またデポを受ければ入院しないと条件をつけてデポ治療に入る、あるいは続けることもあるのが実情であることは先にも述べた。

先進諸外国では、病床数がさらに減らされて症状が残っていても退院させられ、地域での治療が不十分だと再発再入院したり、時には事件に至ったりするために involuntary treatment が大きな話題になっている。

イギリス、オーストラリア、ニュージーランドなどでは地域治療命令 Community treatment order (CTO) がある^{4,9)}が Gibbs ら⁴⁾は治療継続にはよいものの、治療関係の質と地域精神保健の構

造においては問題があると述べている。

アメリカでも Assisted outpatient treatment (AOT) として同様の外来強制治療が50州のうち44州で行われており、カリフォルニア州・サンフランシスコの友人の精神科医によると、事件が起こるたびに議題になるが、精神科医は賛成しても今なお市議会で否決されるという。

最近、ブリスベンで行われた環太平洋大学精神科医会議において、台湾でも通院強制治療を行って成果をあげているという発表があった²⁾。

V. 強制治療の新たな根拠

これまでアルコール、覚せい剤の依存症患者の治療では「底つき体験」を経験して初めて治療になるといわれてきた^{17,18)}。しかし、アルコールではコルサコフ症候群、アルコール性認知症、視神経障害などがあり、有機溶剤でも視神経障害や脳萎縮の報告がされている⁶⁾ことから、筆者はかねてからこの「底つき体験」には疑問を持っていた。「獅子はわが子を千尋の谷に突き落とす」「自然淘汰優先」ならいざ知らず、「底つき体験」の過程で不可逆的な脳障害が起きることと心理的治療理論のギャップに大きな違和感があった。特に脳の器質障害が起きると、衝動のコントロールも困難になり、心理療法にも乗りにくいことは当然予想される。

最近、松本ら^{11,12)}は「底つき体験」に拘泥せず、治療継続を第一とし、そのための強制入院もありうるとしている。

では統合失調症についてはどうかというと、統合失調症とその治療薬についてはいくつかの新しい知見が得られている。

1つは抗精神病薬の神経保護作用についてである^{10,13,14)}。そしてもう1つは統合失調症の初回精神病エピソード顕在化後、可能な限り短時間のうちに初期治療が開始されると、精神症状の高い改善レベル、薬物反応性の保持、社会機能低下や認知機能障害の進行阻止、および脳萎縮の進行阻止が可能であると言われていることである¹⁾。

この2つについて宮本ら¹⁶⁾は、「一部の統合失調症患者の脳では、初発エピソード時から特定の

脳領域において灰白質の体積の減少が認められ、臨床経過に伴って進行性に体積が減少するというエビデンスが蓄積している。これは統合失調症の神経発達障害仮説に加え、発病後の精神病症状自体が興奮毒性をもって神経細胞障害をもたらす脳の構造に可塑的変化を生じるという神経変性仮説を支持する所見と思われる。一方ある種の新規抗精神病薬は、興奮毒性からの防御、神経栄養因子の増加、神経新生刺激など複数の機序によって神経保護作用を有し、障害されたニューロンの修復機転を促進する効果を持つという研究成果が集積しつつある。これらは統合失調症を脳器質性疾患あるいは広義の神経変性疾患として捉え、診断と治療面での新しい概念の導入をせまるものである」と述べている。

これらが事実とすると、この項の最初に述べたように、物質依存の治療で「底つき体験」の妥当性が見直されてきたように、統合失調症の治療もできるだけ早期に開始することこそ必要であるといえる。ここに患者の人権を優先させて、年余にわたる引きこもりを許したり、あるいはきれいごとの精神科治療として、「来たらず診ます」は、適切ではないといえるのではないだろうか。

脳障害を来たす疾患で、早期に治療を開始しなければ不可逆的变化から後遺症を残すことは神経内科や脳外科では当たり前の感覚である。精神科医も人権を重視すると同時に、統合失調症が脳疾患であるという医学的立場に立って医療全体を見直す時期であり、その中で強制治療を考えなければならぬのではないだろうか。

なお、安部川ら¹⁾は、統合失調症の本態の発症は、初回精神病エピソード顕在化時よりもさらに早期である可能性があり、初回精神病エピソードの顕在化が切迫している「警告期」における早期介入が重要であるとしているが、この時期をどうやって捉えるのか、たとえ捉えられたとしても、その時期に「宣告的に」治療的介入すべきかについて筆者は意見を持たない。

VI. 最後 に

最後に、間違えてもらっては困るのは、筆者が

強制治療を当然と考えているのではないということである。精神科医になって38年になるが、外来と入院をあわせてもこれまで年に1~2人新たに始めるくらいである。これでも多いという人もいるだろうが、他の医療機関では「連れて来れば診ます」と言われて困り果てて当院に来る人を入れてである。なお現在外来で非告知投与している人は400人くらいの担当患者のうち、3人である。

それはともかく、これから日本も精神科特例をはずして医師数を16:1の一般医療に近づけようとする、先進諸外国と同様の道を歩むであろう。つまり症状の重い人を出しすぎて治療が続かず、事件を起こして刑務所に精神障害者が多く入るか、assertive community treatment (ACT) を制度として全国的に開始するか、CTOやAOTのような地域治療命令を取り入れるしかないであろう。

これまでの強制治療は社会防衛のためであったり、せいぜい筆者の言うようにできるだけ患者の慣れ親しんだ地域でその人の本来の生活を長く享受させるためであった。しかし最後に述べた生物学的知見から考えると、脳をできるだけ早くから、できるだけ長く守って、少しでも健康な脳でその人がより健康な生活を長く送れるようにするためといえる時代となったと言える。これからはこの領域の進歩を見守りつつ、精神科医として、きれいごとの立場に立つのではなく、患者、家族、地域の人々を含めて、オープンな立場で国民に現状を開示しつつ、精神疾患とりわけ抗精神病薬を必要とする統合失調症患者の疾患のさまざまな状態レベルの中で、本人の脳を守ることが人権重視といえるかどうかを含めて強制治療の必要性を今後も議論することが大切であると考え。

文 献

- 1) 安部川智浩, 伊藤侯輝, 豊巻敦人 他: 早期介入・初期治療の意義とその生物学的理解. *Schizophrenia Frontier*, 9: 44-50, 2008.
- 2) Chang, C. W.: The Development of Compulsory Admission and Compulsory Community Treatment of Severe Mental Disorders in Taiwan. Presentation in PRCP, in Brisbane, 2010.
- 3) 藤野邦夫, 藤野ヤヨイ: 診察なき治療・非告知投薬と患者の知る権利. *精神科看護*, 139: 78-81, 2004.
- 4) Gibbs, A., Dawson, J., Ansley, C. et al.: How patients in New Zealand view community treatment orders. *J. Ment. Health*, 14: 357-368, 2005.
- 5) 羽原俊明, 武田俊彦: 非告知投与の可否. *Prog. Med.*, 29: 1305-1308, 2009.
- 6) 平塚真生子, 國松 聡, 南 学: シンナー中毒による急性視神経障害の1例. *臨床放射線*, 53: 1005-1010, 2008.
- 7) 伊藤順一郎, 佐藤さやか: 精神保健研究所のガイドライン研究 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン. *精神保健研究*, 22: 47-50, 2009.
- 8) Keith, S. J., Kane, J. M.: Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J. Clin. Psychiatry*, 64: 1308-1315, 2003.
- 9) Lambert, T., Singh, B. S., Patel, M. X.: Community treatment orders and antipsychotic long-acting injections. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 52: S57-S62, 2009.
- 10) Lieberman, J. A. (監訳 村崎光邦): 初期統合失調症の治療: 神経保護の可能性. *臨床精神薬理*, 7: 1952-1960, 2004.
- 11) 松本俊彦, 今村扶美, 平林直次: 医療観察法における覚せい剤依存の心理社会的治療. *最新精神医学*, 14: 163-170, 2009.
- 12) 松本俊彦: JAEP 教育研修テキスト 日本精神科救急学会 教育研修会 編. Vol. 1: 62-78, 2009.
- 13) 宮本聖也: Olanzapine の薬理作用の新しい知見と臨床効果との関連について. *臨床精神薬理*, 6: 1478-1492, 2003.
- 14) 宮本聖也, 青葉安里: 抗精神病薬の神経保護作用とは何か? *臨床精神薬理*, 7: 331-340, 2004.
- 15) 澤 温: 精神科救急についての基本的考え方. *精神科*, 1: 175-178, 2002.
- 16) 澤 温: 外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか. *日本外来精神医療学会誌*, 3: 7-16, 2003.
- 17) 四戸智昭: コントロールできる? 患者さんのタバコ・アルコール・おやつ 吸うこと・飲むこと・食べることをやめられない. *糖尿病学*, 3: 1192-1195, 2006.
- 18) 白倉克之: アルコール・薬物関連障害への対応. *総合臨牀*, 59: 1142-1149, 2010.

- 19) 苔米地賢司, 小山明美: 心理教育プログラムによる病識への変化. 精神看護, 39: 140-142, 2009.
- 20) 塚崎直樹: 抗精神病薬非告知投与の現状と問題点. 臨床精神薬理, 6: 441-446, 2003.
- 21) 渡部和成: 病識のない慢性統合失調症通院患者に対する短期教育入院の試み. 精神科治療学, 24: 133-137, 2009.

■ 会 告 ■

第76回消化器心身医学研究会学術集会 演題募集のご案内

第76回消化器心身医学研究会学術集会を下記の通り開催いたします。今回は「消化器の疾患・外科手術と心理社会的要因との関連」をテーマとしておりますが、その他に消化器領域の心身医学的諸問題に関して、広く一般演題を募集しております。一般演題の中から《優秀賞》を授与しますので、奮ってご応募いただきたくご案内申し上げます。

消化器心身医学研究会
代表幹事 金子 宏

日時: 2011年5月14日(土) 17:00~20:00(予定)

(第97回日本消化器病学会総会第2日目 会期: 5月13日~15日)

会場: 新宿 NSビル30F「NSスカイカンファレンス」

〒160-0023 東京都新宿区西新宿2-4-1

会長: 羽生 信義(町田市民病院 外科)

中田 浩二(東京慈恵会医科大学 外科学講座)

参加証: 日本心身医学会指導医・認定医研修3単位, 日本心療内科学会3単位

参加費: 1,000円

演題応募方法: Web登録システムにてお申し込み下さい。

URL: <https://ds-pharma.jp/form/fm/syoukaki76>

* 演題名, 発表者, 共同研究者, 所属, 要旨(800字以内)をご記入下さい。

* 募集演題5~6題, 発表時間は7分程度を予定しています。

演題応募締切: 2011年1月31日(月) 必着

問い合わせ先: 大日本住友製薬株式会社 CNS推進部内

「第76回消化器心身医学研究会学術集会」係宛

〒104-8356 東京都中央区京橋1-12-2

Tel: 03-5159-2530 Fax: 03-5159-2944

共催 消化器心身医学研究会
大日本住友製薬株式会社

医療機関におけるアウトリーチ

—どのような制度を利用し、始め、進めるか—

澤 温

抄録 医療は医療サービス提供者と患者との間で成り立っているが、それにはアクセスが必要である。このとき通常は患者が医療にアクセスするが、患者が医療にアクセスしにくい状況があるときに、アウトリーチが必要になる。医療における関係の重要性においては、医療のみの観点でのアウトリーチより、生活支援を患者との合意点にしてアウトリーチする方が受け入れやすい。アウトリーチを受け入れてもらいにくい、あるいは受け入れてもらえないときの非告知投与の問題、今後日本でも問題になるアウトリーチとしてCTOやAOTの可能性について議論の必要がある。現在の診療報酬で利用できるアウトリーチサービスとしては、医師の場合は往診と訪問診療があり、その他のコメディカルのアウトリーチサービスには訪問看護、訪問リハビリテーション指導、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導がある。従来から筆者が言うように、「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と考えると、アウトリーチは特に難しいことでないことがわかる。 精神科臨床サービス 11: 37-41, 2011

キーワード: アウトリーチ, 訪問看護, ACT, CTO, AOT

医療は医療サービス提供者と患者との間で成り立っているが、それにはアクセスが必要である。このとき通常は患者が医療にアクセスするが、患者が医療にアクセスしにくい状況があるときに、アウトリーチが必要になる。

しかし、従来から筆者が言うように、「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と考えると、アウトリーチがなにも難しいことでないことがわかる⁷⁾。

医療は医療を必要とする人（いわゆる生活者）が、医療サービスを受けながらできるだけ長く普通の生活が営めるためにあるというのは当たり前であろう。ここで問題は2つある。医療へのアクセスが患者にできるか、医療との契約関係はどうか、という点である。

アクセスについて言えば、医療にアクセスするか、医療がアクセスするかの2つである。後者がアウトリーチと同義語である。

アウトリーチについては以前に筆者が定義を書いたので一部引用する¹⁰⁾。「歴史的には1970年代に始まった脱施設化により医療福祉サービスが受けられなくなるのを防ぐために出前（delivery）サービスが行われ、アウトリーチサービスと称された。Mobile psychiatric emergency service

さわ ゆたか
さわ病院
[〒561-0803 大阪府豊中市城山町1-9-1]

(移動精神科救急サービス)やACT(assertive community treatment:包括的地域支援)はその代表である。現在、日本における精神医療福祉サービスとしては、いわゆる訪問系の医療福祉サービスがこれにあたり、医療系では往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション指導、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導がある。福祉系のアウトリーチサービスとしては、ヘルパー事業がある。つまり、患者のもとに出かければアウトリーチであるが、医療に限定したもの、福祉に限定したもの、両者を含めた包括的なものがあることがわかる。

ここでは医療に限定して述べるが、ACTとの関係については以前述べたので参照されたい^{8,9)}。

通常は契約に基づいて、医療サービスを受けにくる。しかし、医療が必須と判断されて、定期的に来ることを約束しても、契約が患者と直接契約で、患者のサービス利用がいろいろの理由で不規則になり、服薬も安定せず多くの場合再発する事態になる。

これを防ぐため、医療だけの視点を大きくして即応を重要視するとmobile psychiatric emergency serviceとなり、継続を重要視すると英国系に多いcommunity treatment order (CTO)や米国系に多いassissted outpatient treatment (AOT)となる。地域生活を満足に送ることを主眼にして、そのための医療的基盤づくりをとなるとACTなどが基本となる。押し付けでない医療、継続を患者自らが行う医療を目指す点では、たとえmobile psychiatric emergency serviceでもCTOでもAOTでも、ACT的な生活支援的な関係がないと患者の受け入れは難しくなることは気をつけるべきであろう。

これは、日本の既存のアウトリーチでも気をつけることである。訪問看護は、時に薬を飲み忘れたり、食事が不規則になったり、部屋が片付いていないなど、5~10分程度の外来診察ではつく

ろえてしまう小さいサインを早期警告サインとして予防的に見つけるのに役立つ。しかし、このとき気をつけるべきは、このようなことをチェックするためだけに来たと思わず、「あなたに会いに来た」「あなたを心配している」「あなたが病気に振り回されたり、病気のことばかり気にしないで元気で生活していることがうれしい」を前景に出して、服薬や食事や生活のリズムは話の中に取り混ぜて聞くことが大切なのも理解できるであろう。

ここで受療への患者の態度について、例をあげてもう少し細かく分けてみる。

1. 本人が受療の必要性を理解し、さらに生活の質の向上のためにアウトリーチを受け入れる場合

この場合は来院できないわけでないで、往診、訪問診療、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導、訪問食事栄養指導には当たらない。訪問看護は訪問介護と違うが、生活を見つづ、その背景の疾患や障害が生活におよぼす影響を見てくることになる。

2. 本人が受療の必要性を感じず拒否的である場合

このとき同居者がいないと3. になりやすい。本人が受療しないから家族からの精神保健医療相談が最初になるだろう。そのなかで精神医学的治療が必要な状態か、その緊急性はどうかの判断が必要になる。

一昔前はすぐに迎えに行き入院させたりしたが、危険性と人権の点からあまりされなくなり、「連れてきたらみます」という形が「きれいな医療」として定着してきた。

1997年に、困り果てた家族の依頼で民間警備会社が高額料金で患者を家から連れ出し精神科病院に入院させるということが行われていると新聞

で報道されて、当時の厚生省は1999年に精神保健福祉法を改正して34条という移送制度を設けた。しかしこれは緊急時の対応としてはまったく役に立たないものである⁹⁾。

この改正によって、従来の往診による入院は違法であると一時当時の厚生省は言ったが、その後これまで治療関係がある場合はよいとした。しかし、家族との間で何度も精神保健医療相談を受けていて、いざとなると「私にはなにもできません、保健所に相談に行ってください」では医療の継続はないと思われる。

筆者はこのような場合は、まず自宅に行くようにしている。それは必ずしも診察に来たとは言わない。相談に来た親に会うように行って、少しでも本人の顔を見て話しかけられれば幸いである。緊急性がなければそれをきっかけに訪問看護に行ってもらおう。時には最初から一緒に行くこともある。それをスタートにして看護師に話してくれるようになり、うまく服薬にこぎつけることもある。病気というのでなく、つらいことを受け止めることから、その緩和に薬を飲んだらと言うことから始めるのである。ここで疾患の説明はまずしない。本人にとってしんどいこと、つらいことを減らすのがまず第一で、「統合失調症です」というのは意味がない。

親がかかわりすぎて、「薬を飲んだか、飲んだか」といわれる高EEの反応をしないためにも、訪問看護の力は大きい。

議論のあるところだが非告知投与、いわゆる隠し飲ませもまれには用いる。違法ではないと言われているが³⁾、家族も入院させたくないが服薬治療はさせたいというときにはありうる。まれに延々と続くこともあるが、訪問看護や往診や訪問診療の組み合わせで無診療投薬にならないように気をつけなければならない。これは医師法違反だからである¹¹⁾。

3. まったく治療を受け付けようとしめない場合

緊急性がなければ2. に準じる。自傷他害の恐れがなくとも、大声をあげたり、ごみを投げ散ら

かすなど、家族のみでなく特に近隣に迷惑行為があり、受診ができなければ、法的には精神保健福祉法34条の適用となるが、先に述べたように病的世界に長く置くことは脳自身を傷めたり、それまでの地域に戻りにくくなるので早急な対応が必要となる。このとき緊急措置に至ることも同じ理由でできたら予防したいので、救急状態や緊急状態になるまでに、サインがあれば対応することが必要である。このような「救急利用予防」は過剰介入には気をつけなければならないが「行き着くところまで行って必要となる救急出動や緊急出動」を防止して継続的な地域生活者であり続けさせるためには必要である。

治療を拒否し続ける人には、治療的「監視」のもとで長期入院になりそうな人は多い。特に頻回入院者や再発時に問題行動（この定義には異論があるが）の多い人は、外来治療の強制が必要となることもある¹¹⁾。この議論は日本ではまだない。一部には病気が悪くなるのも権利だという人もいるからである。筆者はかねてより、「患者は不当に拘束されない権利があると同時に、精神障害ゆえに判断が十分にできなくなったときには、早く判断ができるように治してもらい、治療を受ける権利を潜在的に持っていると考えべきである」と述べてきた⁹⁾。

諸外国では精神科病床を減らしすぎて、事件が起こって刑務所に入って、十分な治療が受けられないからアウトリーチとしてCTOやAOTが発達したと言われている。また、理念的には強制治療でも地域で行う方が効果も高く、本人の満足度も高いとも言う。しかし最近はまだベッド数の少ない台湾などでもcompulsoryを行っている²⁾。

日本でも精神科病院のベッド数を半減しようという動きがある⁴⁾。治療中断で再発して再入院にならないように、心理教育はもちろんであるが、今後治療の地域化、外来治療の継続、より高い満足度のためにも、この議論は避けられないであろう。

V 訪問時、最低限チェックする

チェックする項目は最低限以下の7つである。食事、生活リズム、保清、金銭管理、服薬管理、対人関係、社会的適応を妨げる行動。これは自立支援法の障害程度区分決定のための医師の意見書の中にある生活障害評価に使われている。

この項目は福祉的アウトリーチである訪問介護（ヘルパー）との線引きがむずかしい。会話がいずれも生活者に対してのものである点は同じだが、訪問看護である限り、生活者であるが障害や疾患をもった人であることは忘れてはならない。疾患を再発させないことは生活の継続を失わせない点、また近隣との付き合いに断続を来させないため、また家族を含めて負担感を与えないためにも重要である。最近では再発は脳を萎縮させるとも言われ、できるだけ再発させないことが必要とも言われている⁹⁾。

ACTはこのように医療を意識せず、生活支援を表面にして関係をつくり、その生活支援の中で疾患の継続治療が必要なことを理解させる意味では大事であるが、先にも述べた関係を大事にすれば、これまで制度として作られてきた診療報酬上の制度でも内容的にはできる。

VI 診療報酬の医療的アウトリーチ

これについてはすでに述べたので参照されたい^{8,9)}。福祉的なアウトリーチサービスは除外して、医療的アウトリーチサービスについて少し要約して述べる。

現在の診療報酬で利用できるアウトリーチサービスとしては、医師の場合は往診と訪問診療がある。往診は、「患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合には算定できない」とされ、訪問診療（在宅患者訪問診療）は、「在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困

難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して容易に算定してはならない」とされている。

診療報酬点数解釈によると、「緊急に行う往診について、また夜間（深夜を除く）の往診について、さらに深夜の往診について加算が設けられている。患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、加算が設ける」とある。一方「在宅患者訪問診療料」の欄には、「3回を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く）として算定する」とある。内容の違いは、往診は要請に応じ緊急に患家を訪れる場合であり、在宅患者訪問診療は通院が困難なものに対して、その同意を得て、定期的に訪問して診療するという違いである。

緊急であろうと計画的であろうと、医療にアクセスしにくい患者に治療が迅速に提供されるには医療がアクセスすることが大切なのは先に述べた通りである。看護のアウトリーチサービスは訪問看護で、訪問看護ステーションからのものと、精神科訪問看護がある。奇妙なことに、訪問形態および支払い形態はそれぞれ異なっている。

訪問看護ステーションからの訪問は、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、理学療法士に限られ、複数訪問は認められていない。請求できる訪問限度は週3回までである。それ以上の訪問は認められておらず、また複数スタッフによる訪問も認められていない。

精神科訪問看護においては、保健師、看護師、作業療法士または精神保健福祉士が訪問でき、上記スタッフの複数が訪問指導をした場合、あるいは保健師または看護師の訪問に准看護師が同行した場合には、加算して手当されている。回数は週3回まで認められるようになったが、1986年には月2回までしか認められなかったことからすると、かなり重症な人も地域で看ることができるようになった。そして退院後3月以内では週5回まで認められ、また服薬中断等により急性増悪した場合で、医師が必要と認めた場合は、急性増悪し

た日から7日以内では毎日訪問できるようになった。

その他のコメディカルのアウトリーチサービスには、訪問リハビリテーション指導、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導がある。このいずれもが、往診や在宅訪問診療と同じく「疾病、傷病のために通院することが困難な者」と限定されている。訪問看護のみが「精神障害者である入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合」とのみあり、他の在宅医療のように「疾病、傷病のために通院することが困難な者」という限定はない。

訪問看護も、訪問リハビリテーション指導、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導も医師の指示の下で行われることとなっている。

アウトリーチは、最初に述べたように、「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と考えると少しも難しくない。このことをメルボルン大学教授で何度も来日している Chee 教授に話したところ、Hospital at home と言われた。家庭における病院機能という意味である。つまりアウトリーチだからこの程度でよいというのではなく、病院にいるのと同じ程度の治療やケアが受けられ、しかも家庭を含む地域での生活が維持できるためには何が必要かを考えれば簡単である。

ただリスク管理は重要で、患者の心を理解するために近づくと同時に安全は守らねばならない。

また経済性をどうするかも重要なことであるが、今のところは精神医療の全域に及ぼすものではないので頭の片隅におきつつ、しかし今の診療報酬でとれるものはないか考えることは重要である。

文 献

- 1) 安部川智浩, 伊藤侯輝, 豊巻敦人ほか: 統合失調症の早期介入と初期治療: 早期介入・初期治療の意義とその生物学的理解. *Schizophrenia Frontier*, 9; 44-50, 2008.
- 2) Chang, C. W.: The development of compulsory admission and compulsory community treatment of severe mental disorders in Taiwan. presentation in PRCP, in Brisbane, 2010.
- 3) 藤野邦夫, 藤野ヤヨイ: 裁判事例から学ぶ精神科看護の技術・倫理・専門性: 診察なき治療・非告知投薬と患者の知る権利. *精神科看護*, 31; 78-81, 2004.
- 4) こころの健康政策構想会議提言書, 2010.
- 5) 澤温, 永田れい子, 藤本理恵子: 34条(移送)の適用と運用上の問題: 症例を通じて. *精神科*, 1; 485-488, 2002.
- 6) 澤温: 精神科救急についての基本的考え方. *精神科*, 1; 175-178, 2002.
- 7) 澤温: 外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか. *日本外来精神医療学会誌*, 3; 7-16, 2003.
- 8) 澤温: ACTとアウトリーチサービス. *臨床精神医学*, 37; 1015-1020, 2008.
- 9) 澤温: 日本におけるACTの普及予測. *精神医学*, 50; 1167-1175, 2008.
- 10) 澤温: アウトリーチサービス. *現代精神医学事典*, 投稿中, 2010.
- 11) 澤温: 医療現場における抗精神病薬強制投与の実情と問題点. *臨床精神薬理*, 14; 17-23, 2011.

島根県内の老健施設における認知症の 周辺症状と介護負担の実態調査

なか やま ひろ のり おお にし ひさ お
中 山 博 識¹⁾ 大 西 久 男²⁾
にし かわ たかし
西 川 隆²⁾

キーワード：認知症，周辺症状，BPSD，介護負担度

要 旨

認知症の行動異常や精神症状などいわゆる「周辺症状」は，利用者本人を苦しめるだけでなく介護者の介護負担を増大させ，QOL（生活の質）を大きく損なう原因となり得る。

今回，当施設利用者の周辺症状と介護負担の実態を調査し，その発生頻度と種類，原疾患，認知症の重症度，認知機能，介護負担度を調査した。その結果，入所者の84%が認知症を有し，周辺症状は多い順に，無為・無関心，うつ・不快，不安，睡眠障害，興奮，易怒性，異常行動，妄想，幻覚，脱抑制，食行動異常，多幸を認めた。認知症の重症度と周辺症状の程度・負担は相関しており，介護の負担を有意に増大させる要因として，妄想，不安，無為・無関心，易怒性，異常行動，睡眠障害，食行動異常の7項目が関与していた。またそのうち，「不安」，「無為・無関心」の2項目は全般的なADLの介護負担にも有意な影響を与えていた。

はじめに

わが国では，現在認知症高齢者が約150万人強と見込まれているが，今後急速に増加し2015年には250万人になると推計されている。認知症の症状は，大きく記憶障害や実行機能の障害といった中核症状と，認知症の行動・心理症状である周辺症状に分けられ，「周辺症状」は，利用者本人を

苦しめるだけでなく介護者の介護負担を増大させる。特徴としては，軽症から中等症に進行するに従い頻繁に出現するようになり，急速にQOLの低下を招き，介護老人保健施設に勤務する職員にとっても介護負担を増大させる大きな問題である。

全国老人保健施設協会が調査した結果をみると，老健施設に入所しておられる利用者の86%が認知症であり，認知機能はHDS-Rで平均13.5点とかなり進んだ人が多い。認知症ケアに関しては，心理的な援助や易怒性や興奮などの周辺症状のケア，訴えを長々と聞くといったことに，70%の職員が

Hironori NAKAYAMA et al.

1) 社会福祉法人多伎の郷老人保健施設たき
2) 大阪府立大学総合リハビリテーション学部
連絡先：〒699-0903 出雲市多伎町小田50-7

介護負担を感じている、との結果も出ている。

当施設は、入所定員50名（うち短期5名）、デイケア20名の介護老人保健施設であるが、当施設でみられた周辺症状と介護負担の実態を調査し、今後の対応などを検討したので若干の考察を加えて報告する。

目 的

当施設においてみられる周辺症状の発生頻度と種類、原疾患、認知症の重症度、認知機能、介護負担度を調査し、どのような症状が介護負担を増大させているのかを解析し、その対策を考える。

方 法

2009年11月～12月の間に入所しておられた対象者50名について、過去1ヶ月にみられた周辺症状の発生頻度とその種類・重症度・介護負担度、ならびに対象者の性・年齢・神経学的症候・認知症尺度・認知機能・ADLを調査した。

周辺症状の頻度、重症度、介護負担度に関してはNPI-Q (Neuropsychiatric Inventory-Q)、ADLの介護負担度は兵庫脳研式ADLスケール、認知症の重症度にはCDR (Clinical Dementia Rating Scale)、認知機能の評価には直近のMMSE, HDS-Rの成績を用いた。

NPI-Qは、介護者に対する質問紙による評価法で、各対象者について12種類の精神症候の有無と、症候が存在する場合にはその頻度を1～4の4段階、重症度を1～3の3段階、負担度を0～5の6段階で評価するものである。兵庫脳研式ADLスケールは、同じく質問紙法によって、排泄、摂食、更衣など日常生活10項目の介護者の負担度を0～5の6段階で評価するものである。両者の評価法を冊子にした調査用紙を配布し、対象

者の1ヶ月間にみられた症状・状態を主な介護担当者が評価した。

CDRは、認知症の有無と重症度を評価するために国際的に汎用されている観察法で、本人と家族に対する半構造化された認知機能に関する6項目の質問によって構成されている。質問項目は記憶、見当識、判断力と問題解決能力、社会適応、家庭状況、介護状況に関するもので、評価は正常の0から、疑い例の0.5、軽度の1、中等度の2、重症度の3までの5段階で行われる。CDR 0.5は、軽度アルツハイマー型認知症 (very mild AD) と位置づけられている。

MMSE (Mini-Mental State Examination) およびHDS-R (Hasegawa's dementia scale-revised) はともに本邦で広く用いられている簡便な認知機能検査であり、妥当性ならびに信頼性の高さから認知症のスクリーニング検査として有益とされている。

なお、認知症患者の臨床データを扱うため、個人情報については厳重に管理するとともに、データの解析は匿名化して行った。

結 果

1. 対象者

全50名の平均年齢は 86.7 ± 7.4 歳、うち男性12名 (平均年齢 84.5 ± 9.8 歳)、女性38名 (平均年齢 87.4 ± 6.4 歳)であった。

2. 原疾患と認知症重症度の関連

原疾患とCDR (認知症重症度)の分布を表1に示す。

紹介医からの情報で認知症とのみ記載されていたものはアルツハイマー病に含めた。整形外科疾患は、腰椎挫傷、大腿骨骨折、脊椎骨折、膝関節症などであった。その他は、廃用症候群、肺気腫、

表1 原疾患とCDRの分布

| | CDR | | | | | 計 |
|-----------|-----|-----|----|----|----|----|
| | 0 | 0.5 | 1 | 2 | 3 | |
| アルツハイマー病 | | 1 | 3 | 4 | 3 | 11 |
| レビー小体型認知症 | | | | | 1 | 1 |
| 脳血管障害 | 1 | | 2 | 6 | 3 | 12 |
| パーキンソン病 | | | 1 | | | 1 |
| 整形外科疾患 | 2 | | 5 | 3 | 2 | 12 |
| 心疾患 | 1 | | 1 | 2 | 1 | 5 |
| その他 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 7 |
| 計 | 5 | 3 | 14 | 17 | 11 | 50 |

ギランバレー症候群などであった。

CDR 1以上の認知症の状態を呈している入所者は84%を占めた。また整形外科疾患や心疾患などを原因疾患とする者も CDR 1以上はアルツハイマー病等の認知症を合併している可能性があると思われた。

3. NPIによる各種周辺症状の出現頻度

周辺症状の出現率を図1に示す。

周辺症状は多い順に、無為・無関心、うつ・不快、不安、睡眠障害、興奮、易怒性、異常行動、妄想、幻覚、脱抑制、食行動異常、多幸であった。

4. 原疾患別の周辺症状出現率

原疾患別の周辺症状出現率を図2に示す。妄

想・幻覚の頻度は多くないが、アルツハイマー病にほぼ特異的であった。興奮はアルツハイマー病に多かった。またうつ・不快は血管障害に多かった。無為・無関心は疾患に関係なく多くみられた。易怒性は整形外科疾患に目立った。

5. 周辺症状と認知症重症度の関連

(1) 認知症重症度と NPI 総点・NPI 負担度の相関

各対象者の CDR (認知症重症度) の評定と、NPI 総点 (NPI 各項目の重症度×頻度の総計)、NPI 負担度 (NPI 各項目の負担度の総計) の相関性を Spearman の相関係数により検討した (表2)。

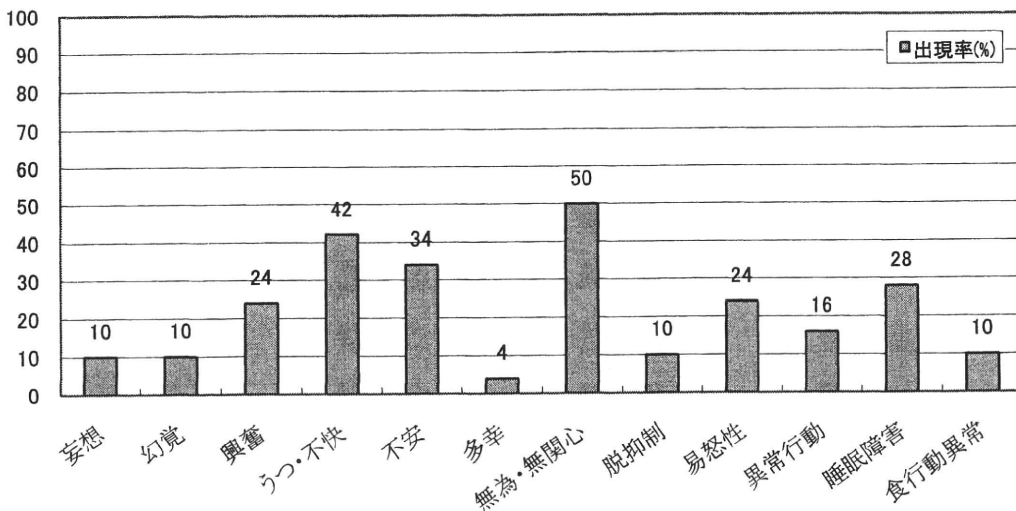


図1 全50名における周辺症状出現率