

研究課題名（課題番号）：強度行動障害を有する知的・発達障害に関わる医療従事者向け研修プログラム開発に向けた研究（24GC0701）

分担研究報告書

分担研究課題名：

「精神科救急システムと鎮静・身体拘束の最小化」講義資料及び講義ビデオの作成

研究代表者：岡田 俊（奈良県立医科大学精神医学講座）

研究要旨

「精神科救急システムと鎮静・身体拘束の最小化」について講義資料及び講義動画を作成した。強度行動障害のある当事者が、医療と保護のために危急の精神科医療を必要とすることは少なくなく、精神科救急システムが応需することが望まれる。かかる状況において、隔離や身体拘束は、自他の安全を確保し、必要な医療を提供する上で不可欠なことも多い。しかし、これらは心理的な侵襲を伴うことから、常にその出口を意識し、障害特性に応じた関与をおこなっていくこと、そのためには入院以前の生活に関する情報を家族や支援者から適切に得ることが肝要である。本研修が専門性の向上に寄与することができるよう解説を行った。

A. 研究目的

強度行動障害の当事者では、身体損傷を伴う激しい自傷、威嚇・暴言あるいは身体的な攻撃行動、著しい器物破損、無断外出や徘徊、こだわりの高まりなどによって保清・衛生管理、摂食・飲水、排泄の管理が困難になり、同居家族や地域における支援者でのサポートでは対応が困難になることがある。このような場合、医療と保護のために、危急の精神科医療が不可欠な状態となることが少なくない。

家族や支援者が危機を認知することから始まり、非自発的入院となることが多いことから、開放処遇の制限、さらには隔離や身体拘束などを要することが多い。しかし、重度、最重度の知的障害を持つ当事者では、入院や行動制限の理由を理解することが困難であるためにさらに焦燥が高まり、行動制限の理由をより必要とするという悪循環に陥りかねない。

令和5年度の630調査によれば、F7精神遅滞（知的障害）の入院（5797件）のうち、11.7%（657件）が隔離、8.3%（481件）が身体拘束、1.4%（81件）はその両者が指示されている。隔離、身体拘束は、人権上の制約の最も大きい

処遇制限であり、その最小化が求められる。このプログラムでは、知的障害のある当事者における隔離と身体拘束の実態とその課題、隔離拘束を最小化するために求められる配慮について考察し、その内容を盛り込んだ。

また、強度行動障害のある当事者では、衝動行為、こだわり、気分変動の改善などを目的として抗精神病薬が処方されるが、それに伴う副作用も懸念される。

今年度は、スライド作成ならびに動画を作成し、令和7年以降に実施される研修の資料を作成した。

B. 研究方法

隔離と身体拘束の実態とその課題、隔離拘束を最小化するために求められる配慮薬物療法において考慮すべき副作用について考察し、スライド及び動画を作成した。

（倫理面への配慮）

スライド作成は、文献等をもとに作成されており、症例記述も含まないことから、倫理委員会の承認を要しない。

C. 研究結果

隔離は、内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることによりその患者を他の患者から遮断する行動の制限であり、①刺激を減らすことが可能であるが、対人交流から隔絶され退行を伴いやすい、②他の患者への他害リスクは削減できるが、自傷の抑制は限定的である。③日常生活の多くから隔絶され、物品の持ち込みに制限が生じる、④安全管理を最優先にしていることから、アメニティーは療養環境としては不十分、⑤状況を理解したり見通しが持てない状況、お気に入りの活動できない限られる状況ではかえって焦燥を高めることがある。

しかし、隔離の目的を達した段階では、開放観察を経て隔離解除となるが、保護室を開放して個室として利用することによって、刺激を避けながらも落ち着くもの（ぬいぐるみ、おもちゃタオルなど）や活動（本、タブレットなど）視覚支援（スケジュール、絵カード）なども持ち込むことも可能であるし、スタッフの個別的な関わり（身辺介助、作業療法、ビデオ視聴、散歩など）を通じた関わりによって安定を図ることは可能である。これらの安定が図れば、一般の個室への移動は比較的容易である。このような支援を効果的に実施するためには、入院前の生活に関する事前情報を十分に得ておくことが大切であるし、退院後の安定に繋げるためには、福祉サービスに向けてのカンファレンスの設定が大切になる。

身体拘束は、「衣類又は綿入れ帯等を使用して、一時的に患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」である。①確実に注射や身体管理を行えるが、自己抜去を完全には防ぎえない、②身体的拘束だけでなく、排泄をオムツや導尿に依存し、入浴も清拭になることから自尊心を傷つける、③抑制帯による窒息、深部静脈血栓症、誤嚥性肺炎、血行障害、皮膚障害など、身体的リスクが高い、④意に沿わない身体的拘束では、興奮、怪我が起こりやすい、という課題がある。

身体拘束の解除の過程では、身体的拘束の一部を解除して観察するとともに、身体的拘束を

すべて解除する時間を設けて観察することが推奨される。スタッフが個別的に関与したり、支援者がつきそう時間を観察の時間に充てることで活動の導入、隔離への移行が望まれる。

小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性に対して、リスペリドン、アリピプラゾールが承認されているが、成人期あるいはその他の抗精神病薬が、強度行動障害を含む焦燥や興奮に対して使用されている例は少なくない。しかし、抗精神病薬による鎮静は副作用であることに加え、その他の受容体遮断の有害作用を伴い得る。

アカシジアは衝動行為、自殺企図、多動、自慰、不眠、鎮静・倦怠は、いらいら、衝動行為、暴力、つきまとい、射精障害は自慰の昂進、食思亢進は、肥満、活動性の低下、盗食、口渇は多飲、水中毒など、行動上問題を修飾しうる。また、けいれん閾値の低下、誤嚥、イレウスのリスクも高める。副作用が言語化しにくいことも踏まえ、薬物療法の有効性と限界、デメリットについても意識する必要がある。

D. 考察・結論

強度行動障害のある当事者が、医療と保護のために危急の精神科医療を必要とすることは少なくない。隔離や身体拘束は、当事者ならびに他の患者や医療者の安全を確保しながら必要な医療を提供する上で、不可欠なことも多い。しかし、常にその出口を意識し、障害特性に応じた関与をおこなっていくこと、そのためには入院以前の生活に関する情報を家族や支援者から適切に得ることが肝要である。

一方、そのような支援にはマンパワーや専門的知識も必要である。本研修が専門性の向上に寄与することができるよう努めるとともに、何らかのインセンティブも必要である。

E. 健康危険情報

本研究に関係する健康危険情報は無い。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

精神科救急システムと 鎮静・身体拘束の最小化

岡田 俊
奈良県立医科大学精神医学講座

精神科救急事態

精神疾患によって自他への不利益が
差し迫っている危機の状況

一般医療における 分類	受診前 認識主体による分類	受診時 受療意志による分類	受診後 治療形態による分類
初期	個人内救急	ソフト救急(自発的)	外来
2次	家庭内救急	⇕	任意・医療保護
3次	社会的救急	ハード救急(非自発的)	措置・緊急措置・応急

(精神科救急学会ガイドライン2022年版)

強度行動障害の当事者では

認識主体＝家庭・社会

治療形態＝非自発的入院

とならざるを得ないことが多い

精神科救急事態

精神疾患によって**自他への不利益**が差し迫っている**危機の状況**

(精神科救急学会ガイドライン2022年版)

常態的

強度行動障害

激しい自傷、危険な飛び出し、著しいこだわり、他害、器物破損、大泣き、異食などのために**本人の健康を損ねたり、周囲の人のくらしに影響を及ぼす**行動が、著しく高い頻度で起こり、特別に配慮された支援が必要となっている状態

緊急度が高まり、**危急の精神科医療**が医療または保護のために**不可欠な状態**

精神科救急医療サービスの緊急度

病状因子(精神症状の重症度)

行動因子

自傷行為: 身体損傷の程度、自殺念慮

他害行為: 言語(威嚇・暴言)、対物・对人的攻撃性

自立因子: 保清・衛生管理、摂食、排泄

サポート因子

居住形態、同居者、支援者、支援体制、サポート能力

時間帯因子(休日・夜間では資源が限定)

治療関係因子(精神科医療機関との治療関係の有無)

(精神科救急学会ガイドライン2022年版をもとに作成)

- ① 激しい自傷・他害、日常生活の破綻があり
- ② その時点におけるサポート力の限界を越え
- ③ 通常診療を待つことが困難な場合

精神科救急医療サービスの緊急度

病状因子(精神病理学的重症度)

こだわり、かんしゃく、易刺激性/興奮性の増強
多動-衝動性、併存症状(幻覚妄想、気分変動など)

行動因子(自傷他害行為の有無と程度)

激しい自傷、家族や他の利用者への他害、無断外出

サポート因子(家族などのサポートの有無と程度)

家族や施設、支援者の対応範囲を超える

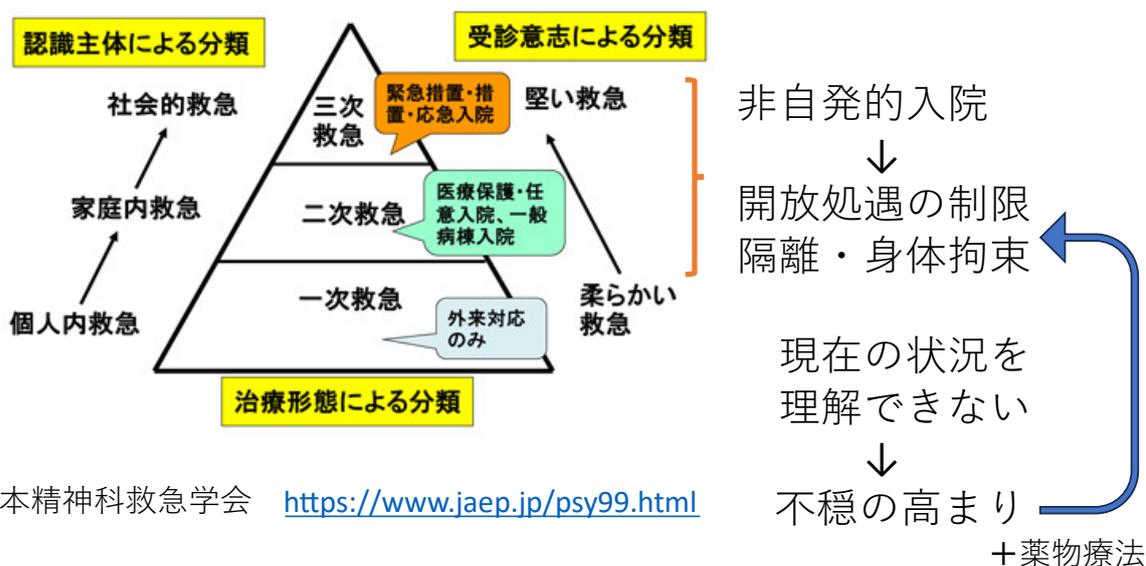
時間帯因子(受診要請のあった時間帯)

夜間や週末で通院先での対応が困難
訪問診療/看護などでの対応しきれない

治療関係因子(精神科医療機関との治療関係の有無)

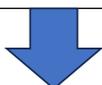
かかりつけ精神科医療機関があるか、緊急医療
ニーズに即応できるか

精神科救急医療事例と医療形態



非自発的入院と行動制限

医療と保護のためには入院治療が必要だが、自殺企図、自傷、暴力、器物破損などの入院だけでは、医学的治療と安全の確保が困難



閉鎖病棟（日中外出ができない）の使用

隔離の実施（保護室の利用）

身体拘束の実施（抑制帯の利用）

薬剤による鎮静・静穏化

やむなき状況（益）はあっても、当事者にとって害も大きい → **最小化**が求められる

行動制限—隔離

「内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることによりその患者を他の患者から遮断する行動の制限」

- ① 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがあるなど、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
- ② 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ③ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、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
- ④ 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な場合
- ⑤ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

隔離の問題点

- 刺激を減らせるが、対人交流から隔絶され、退行させやすい
- 他の患者への他害リスクは削減できるが、自傷の抑制は限定的である
- 日常生活の多くから隔絶され、物品の持ち込みに制限が生じる
- 安全管理を最優先にしていることから、アメニティーは療養環境としては不適
- かえって焦燥を高めることがある

開放観察→隔離解除、個室として利用へ

- 総室よりは物品の管理が容易
- 落ち着くもの（ぬいぐるみ、おもちゃ、タオルなど）や活動（本、タブレットなど）視覚支援（スケジュール、絵カード）なども持ち込み可能
- スタッフの個別的な関わり（身辺介助、作業療法、ビデオ視聴、散歩など）
- 安定すれば一般の閉鎖病棟個室へ

入院前の生活に関する情報が重要（事前・入院後）
退院後の福祉サービスに向けてのカンファレンス実施

行動制限—身体的拘束

「衣類又は綿入れ帯等を使用して、一時的に患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」

- ①自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
- ②多動又は不穏が顕著である場合
- ③前記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



<http://www.frontier-med.co.jp/segufix/bed.html>

身体的拘束の問題点

- 確実に注射や身体管理を行えるが、自己抜去を完全には防ぎえない
- 身体的拘束だけでなく、排泄をオムツや導尿に依存し、入浴も清拭になることから自尊心を傷つける
- 抑制帯による窒息、深部静脈血栓症、誤嚥性肺炎、血行障害、皮膚障害など、身体的リスクが高い
- 意に沿わない身体的拘束では、興奮、怪我が起こりやすい

身体的拘束後の展開

- 身体的拘束の**一部**を解除して観察する
(抜け出そうとして危険にならないように注意が必要)
- 身体的拘束を解除する**時間**を設けて観察
(抑制帯はベッドに設置しておく)
- 解除は主として、スタッフが個別的に関与したり、支援者がつきそう時間
- 一定の安定が得られれば、早期に隔離や個室利用へと移行

隔離・身体的拘束の状況(630調査データによる)

■主診断×隔離・身体的拘束指示

主診断	総数 {(A+B)-C}+D	隔離・身体的拘束指示			
		隔離指示あり (A)	拘束指示あり (B)	A、Bのうち 隔離かつ拘束指示あり (C)	隔離拘束指示なし (D)
F0 症状性を含む器質性精神障害	73,427	1,979	4,639	361	67,170
F00 アルツハイマー病型認知症	41,938	1,049	2,731	178	38,336
F01 血管性認知症	7,187	130	469	32	6,620
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	24,302	800	1,439	151	22,214
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	10,076	312	240	45	9,569
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	8,938	216	207	35	8,550
覚せい剤による精神及び行動の障害	528	53	19	4	460
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	610	43	14	6	559
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	127,225	7,481	4,128	758	116,374
F3 気分(感情)障害	25,021	1,016	646	156	23,515
F30-31 躁病エピソード、双極性感情障害(躁うつ病)	12,601	665	366	91	11,661
F32-39 その他の気分障害	12,420	351	280	65	11,854
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	4,664	189	113	27	4,389
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	709	32	32	11	656
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	887	74	31	15	797
F7 精神遅滞(知的障害)	5,797	657	481	81	4,740
F8 心理的発達障害	2,486	446	133	42	1,949
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	734	68	26	7	647
てんかん(F0に属さないものを計上する)	1,685	69	81	9	1,544
その他	3,543	181	206	10	3,166
不明	55	9	3	0	43
合計*	256,309	12,513	10,759	1,522	234,559

*大項目の総和を算出。

※令和5年6月30日0時現在

F7(知的障害)のうち11.7%に隔離指示、8.3%に拘束指示

焦燥・興奮に対する薬物療法

- 抗精神病薬等による鎮静は本来は副作用
- 抗精神病薬等による受容体遮断の影響

受容体	受容体遮断薬による影響
ドパミン D ₂	抗精神病、抗躁、抗攻撃性、錐体外路症状／アカシジア、遅発性ジスキネジア、プロラクチン上昇
セロトニン 5-HT _{1A}	抗不安、抗うつ、抗錐体外路症状／抗アカシジア（部分作動性）
セロトニン 5-HT _{2A}	抗錐体外路症状／抗アカシジア
セロトニン 5-HT _{2C}	食欲亢進／体重増加
アドレナリン α ₁	起立性低血圧、めまい、失神
ヒスタミン H ₁	抗不安、鎮静、睡眠導入、体重増加、抗錐体外路症状、抗アカシジア
ムスカリン M ₁	（末梢）記憶、認知、口渇、抗錐体外路症状／抗アカシジア

抗精神病薬の副作用に伴う問題

「副作用も言語化しにくい」

アカシジア → 衝動行為、自殺企図、多動、自慰、不眠
鎮静・倦怠 → いらいら、衝動行為、暴力、つきまとい
射精障害 → 終わらない自慰
食思亢進 → 肥満、活動性の低下、盗食
口渇 → 多飲、水中毒
けいれん閾値の低下 → けいれん発作
嚥下困難 → 誤嚥
消化管運動の低下 → イレウス

身体的に脆弱性のあることが多い → 生命リスク
薬物療法の有効性ととともに限界を意識する

16

精神科救急システムと鎮静・身体拘束の最小化

- 強度行動障害のある当事者では非自発的入院が多い
- 精神科救急対応を要するほど、緊急度が高まった理由を明確にすることが、支援を考える上で重要である
- 非自発的入院となることがほとんどであるが、当事者は何が起きているのかを理解しにくいことに注意が必要
- 知的障害の入院の11.7%に隔離、8.3%に身体拘束
- 開放観察や個室利用に移行する過程で、落ち着くグッズや活動、個別的な関わりなどの支援を導入していく
- 焦燥・興奮に抗精神病薬などが使用される実態にあるが、衝動性が高まるなどのリスクもあるほか、副作用を言語化しにくかったり、身体的リスクも高い。
- 薬物的鎮静はそもそも治癒を目的としたものではない
- 鎮静、隔離・拘束は姑息的対応であり、静穏化が図られた後に、支援へと繋がることが求められる。