

大阪府の民間精神科病院における拘束の現状調査報告と考察

一般社団法人 大阪精神科病院協会

Abstract

大阪精神科病院協会傘下の 50 病院に身体拘束実態の調査を行った。Study I では前方視的調査を行った。調査項目は、疾患名、入院日、拘束理由、拘束開始日時、拘束部位、部位のおよび時間的部分解除、最終解除日時で、期間は 30 日であった。参加施設は 42 病院 (84%) で、患者数は 901 人で、女性より男性が多く、65 歳以上が 51.0% であった。診断は F2 : 39.5%, F0 : 33.1% であった。拘束開始日と入院日が、同日の人は 36.2%, 同日でない人は 63.8% であった。本調査は救急入院時のみに関する調査ではないが、救急入院料病棟と急性期治療病棟で、同日でない人と同日の人でほぼ同数ずつであったことから、入院時拘束をしないで様子を見たが、無理なため拘束開始をした努力が伺えた。拘束理由の最多は多動、不穏だが、その精神病理学的背景は種々あり、今後細分の必要があると考える。精神科病院では身体拘束の開始と解除は最終的には精神保健指定医のみがすると定められているが、看護師が部分的解除を通して拘束を減らす努力が伺え、部分的解除を拘束終了とし、再度必要なら精神保健指定医でなくても再拘束でき、一定時間内に精神保健指定医が再認するとして時間を計測すべきで、さらに減らすには constant または continuous observation が必要と考える。さらになぜ日本では高齢者の拘束が多いかについて、精神科病院に入院した高齢者の入院経路を調査した (Study II)。その結果、調査日に拘束指示の出ている患者は 310 人で、他施設から身体拘束を要する精神症状のために転院してきた患者は 118 人 (38%) であった。その内、他の医療機関からは 81 人 (68.6%) で、高齢者施設からは 35 人 (29.7%) であった。疾患コードの最多は、せん妄を含む F0 がそれぞれ、61.7%、85.7% で、拘束理由の最多は多動、不穏でそれぞれ 49.4%、80.0% であった。この結果より Study II で、拘束は精神科病院のみが、精神保健指定医の指示の下で法的に容認されるため、その 40% 近くは他の施設からの流入によるものであること、その理由は Study I と同様に「多動、不穏」という不明瞭な理由によるものであるとわかった。

世界の他国にない精神保健指定医制度ができて 36 年になる。その間精神保健指定医の増加を目指して教育研修をしてきているが、全精神科病院で、隔離や拘束の行動制限を施行する時、法に従ってすぐに対応できるだけの精神保健指定医は増加していない。最大値である 261% 増は精神科クリニック (入院患者の権利には一切責任を負わない) に見られており、これは構造的かつ歴史的な政策の誤りであったと言うほかない。

Key words

physical restraint, constant or continuous observation, agitation, designated mental health physician

Preface

精神科病床では、患者自身、他の患者・スタッフの safety の確保の面からも、行動制限（拘束）を施行せざるを得ない場面がある。身体拘束は最小限とするとしながらも、精神科病床では、病状によって拘束が施行されている。もちろん、拘束をしないことが望ましいが、最終的な safety を保つためには必要な場合があると考えられている。

近年、日本の精神科病院での身体拘束が、世界に類を見ないほど、頻度が高いという報告が見られる 1)。これだけ拘束が日本で増えてきていることにいくつかの論述がある。特集：精神科医療における身体拘束の現状と課題、精神神経誌、930-961、2020 に 4 編の論文があり、山之内は 1999 年の調査以降、大規模の調査ができないと言っている 2)。その後、山之内が中心に厚生労働科学研究精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究で、全国の精神科病院に「精神科における隔離・拘束に関する大規模調査」を依頼したことがあったが、精神保健福祉法では拘束とされていないものまで、調査項目に含まれていないため調査が進まないまま終わった。

また同じ特集で長谷川は、拘束の実施数が 10 年で 2 倍に達しているとしているが、その原因について、日本における拘束を含む行動制限の方向性、年齢別の変化、疾患別の変化などに深く言及せず、ニュージーランド青年が日本の精神科病院で拘束を受けて、深部静脈血栓症で死亡した状況から、日本の拘束を否定する論述をしている 3)。また、その他にも多くの報告や報告をまとめた特集も見られている 4)。

野田らの報告の対象は、急性期治療病棟か救急入院料病棟をもつ 4 病院で、身体拘束が使われた 694 人を後方視的に調査したものである。当時は認知症の BPSD で精神科に入院してくる人が、それほど多くは占めなかったが、2010 年頃から急速に認知症が増加してきたものの、BPSD に対する行動制限は、介護施設では禁止されているために、精神科病院への入院依頼が多くなってきているのも事実である。それは国の政策として、身体拘束ゼロを介護施設に強く要求していることと関係していると考えられる 5)。この状況を正しく知るために、高齢者が精神科病院に入院する経路、入院する理由についても調査する必要があるが、そのようなデータはない。

一方、ICU を含む一般身体科で指針は作られており、処置が安全に行えるように、必要な身体拘束は容認され、精神科と違って精神保健指定医の指示などは要らない。身体的緊急時に精神保健指定医が用意できるわけでないことと、精神科医療施設ではないから精神保健福祉法の遵守も要求されていない。複数の看護師が各勤務交代時に、一定の評価表で採点し、継続するか中止するか決めているところが多い。総合病院精神医学会では、24 時間 365 日は精神保健指定医がいないことには触れていない。また指針では解除と中断を分けている 6)。

精神科での行動制限には、精神保健指定医の判断、指示が必須であるというのは、1983 年の精神科病院での事件に端を発し、国は患者の権利を守るという裏付けに、1988 年施行の精神保健法の中で、患者に対する 1 つ 1 つの行動制限については、精神保健指定医に指示を出させ、責を負わせたことに始まる。さらに 1998 年 5 月に国立病院で、いわゆる「包

括指示」が精神保健指定医によって指示され、その時々精神保健指定医が評価して、指示を出していないため、解除まで長期になったとして、何人かの精神保健指定医の資格がはく奪された。いわゆる中断や開放観察後の再拘束でも指定医の判断が必要と言われて、1999年6月30日の大規模調査を、日精協が中心に行い、報告書が出された。

先進諸外国では一般の practitioner や国によっては nurse でも拘束することができるが、後付けで一定時間以内に精神科医の判断を要求しているのが現状である 7)。

日本では、夜歩き回って転倒すると危ないから入院をお願いしたのに、夜間寝させるために処方した薬でふらついて骨折した、どうするんだ、一方でその防止のために拘束したら、深部静脈血栓症が出て肺梗塞で死亡した、どうするんだと、まさに double bind で精神科病院は悩まされている。さらに前述のように精神症状からみて必要な拘束指示を出せるのは精神科病院で精神保健指定医のみであるので、triple bind にあるといえる。

このように患者自身、他の患者・スタッフの safety が守れなくて事故につながれば、また不当とされる可能性もあり、実際職員が被害者になることも時に聞かれ、患者にも職員にも medical safety は重要だが、行動制限の overestimation と underestimation は常に問題となっている。

さらに、身体拘束の是非で大きな議論を呼んだのは石川県の精神科病院で身体拘束に伴って深部静脈血栓症から肺梗塞になり死亡した患者についてである。2016年12月9日に多飲水や看護師の腕をつかむなど多動不穏により隔離、13日に頭突き、暴力、スタッフを引きずり込むような行為により、翌日、身体的拘束となった。1審の地裁で遺族側の訴えは棄却、2020年12月の名古屋高等裁判所金沢支部での2審判決では、遺族側は勝訴したが、2021年に医療機関の上告に対し、いつものことだが最高裁での審議内容は明らかにされないまま「不受理」とされ病院の敗訴で最高裁判決が確定した。

1審はもちろん2審でも時に精神科病院の人員不足は認めているが、それでも拘束の適否が「拘束施行判断時点だけの患者行動」から判断すべきとされ、医療機関側の上告が敗訴に終わったことは、治療現場における患者はもとより、治療者の medical safety も守らねばならないことが無視されている。この点について、日本精神科病院協会および日本精神神経学会も、声明を公表し不当な判決と主張している 8, 9)。

入院中の経過では、拘束の前日には暴力、意味不明の言動があるため、14日拘束時には暴力自身はなかったが、前日の行動と朝からの言動から判断して拘束したと聞く。これに対して、予防的で不当な拘束であり、病院側に責任があると判決を下した。14日意味不明な言動があったというのを、後に述べるように精神医学上の用語でないが「不穏」と解釈するのは、精神科医の判断として間違いとは言えず、まして14日昼間帯なら自己制御はできる人も、夜間帯に少ない看護師では対応できず、他部署の help が必要な場合もある。外国の精神科救急病棟の入り口にあるようなポリスボックスに常駐する警察官に依頼すれば、すぐ来てくれる準備がない現状では、前日に拘束が必要であった場合、日中の時間的あるいは部位的部分解除をしながら全解除にしていくことは、実臨床場面では多くあることである。

告示では身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるものとする、とあり、ア. の自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、というのはいずれも自明としても、イ. 多動又は不穏が顕著である場合、ウ. アまたはイ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、とある。多動または不穏に医療者が直面した時、特に多人数がいたら一応おとなしくできる患者でも、易興奮準備状態で看護師が1人になると、興奮する患者は多く経験する。目の前で興奮していなければ、ウのように興奮でも「おそれ」があるのだけではないのか、措置診察でも、興奮して警察で保護されて保護室にいる時、一応話ができるが、他害のおそれがあれば措置該当となるのに、拘束についてはその瞬間、おとなしければ拘束は誤りであると判断する最高裁は、告示文をただ文字通りだけで適否を判断しており、臨床の現場を全く知らないと言える。

このように、いずれも対象範囲や拘束時間計測法や解釈に違いがあり、現場的でない議論が多い。

このような中で拘束の実態がどうか、大阪精神科病院協会(50病院)で prospective で大規模なアンケート調査を2020年に行ったのでその結果と考察を加えて報告する(Study I)。Study Iについてはすでに報告(以下の文献)しているが、日本語での報告のため、主要な点を再度英文で報告する。10)

Study I

I-1. Purpose and Hypothesis

調査対象患者の性別、年齢、状態、疾患等において、①拘束においてどのような特徴があるか、②行動制限最小限にするための努力はどのように行われているかを、前方視的に調査し、分析する。また、F0(認知症、せん妄など)の内、意識障害は外国では精神科救急に当たらないとされ、一般身体科のICUなどで対応されている。しかし、日本ではICDにおけるFコードの疾患はすべて精神科で扱い得て、また救急入院料病棟などでも対応疾患になっているので、これを含めながらも、F0(認知症、せん妄などの意識障害)を別に取り扱い、通常の精神病性疾患との間で差があるかを立証することを試みる。

I-2. Subjects and Method

大阪精神科病院協会に属する病院のうち、調査に協力を得られた病院で、新たに拘束を開始した(再拘束の場合は3日間無拘束であった患者は新たな拘束とする)個々の患者について、調査項目に従って、調査した。

調査項目はエクセルを各病院に送り、埋めてもらい、個人が特定できないようにしたが、①最終集計時、項目の確認ができるように、個々の病院では患者IDを残し、調査確認ができるようにし、②個人調査票の集計では病院番号、病院内の通し番号のみとし、③解析時はすべての患者を1集団として解析した。調査期間は2020年1月16日から4月24日までの100日で、その間各病院で20症例になればそれ以後は調査対象とせず終了とした。数値はエクセル、およびエクセル統計ソフトを使用して算出した。調査項目は、ICD-10(国

際疾病分類第 10 版) に基づいた疾患名, 入院日, 拘束理由, 拘束開始日時, 時間的部分解除 (排泄, 食事, 喫煙, 入浴などによる開放観察あるいは中断と言われるもの), 最終解除日時, を記録してもらった。各症例の調査期間はそれぞれ 30 日間で, 31 日以後も拘束を要した患者については, その理由とその後の方向性・見通しについて最右欄に自由記載してもらった。転床・転院となった症例は調査終了とした。

I-3. Results

1) 各調査項目の集計

調査対象となった大阪精神科病院協会の病院数は 50 施設であるが, 自院は任意入院患者ばかりであるので最初から対象外であると断った施設が 1 施設, 回答がなかった施設が 7 施設であったため, 回答を得られた施設は 42 施設 (回答率=84%) であった。調査途中で目標の 1,000 例に達することは困難と考え, 救急患者を多く受けている施設には 20 例を超えても報告を依頼し, 報告を 11 施設から得た。

その結果, 調査患者の総数は 901 人であった。最終的に 901 人全員について各調査項目のすべてがそろわないこともあり, 集計の各項目の対象が 901 人でない場合もあるのでそれはそれぞれの集計項目で断った。

調査対象の性別 901 人

調査対象の性別は, 女性 423 人 (46.9%) , 男性 478 人 (53.1%) で, 女性に比して男性が多かった。

調査対象の年齢の分布 901 人

調査対象の年齢の分布を図 1 に示した。

最も多かったものは 75 歳以上, 次いで 65~74 歳であった。高齢者に当たる 65 歳以上は 459 人で 51.0% であった。

調査対象の精神科主診断 901 人

調査対象の精神科主診断を図 2 に示した。

最も多かったのは F2 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害 356 (39.5%) で, 次が症状性を含む器質性精神障害 298 (33.1%) であった。当然のことながら統合失調症患者で高齢化して認知症が重畳している場合もあるが, ここでは主診断のみで分類した。

拘束開始日と入院病棟と疾患の関係

拘束開始日と入院病棟と疾患の関係を表 1 に示した。

拘束開始日と入院日が同日の人は 326 人 (36.2%) で, 同日でない人は 575 人 (63.8%) であった。この調査は救急入院時のみの拘束に関する調査ではないが, 同日でない人と同日の人で救急入院料病棟 (Psychiatric emergency admission ward) と急性期治療病棟 (Psychiatric acute care ward) にいる人の数はほぼ同数ずつであった。

同日でない人で多いのは 15:1 病棟 (Basic psychiatric hospital admission ward) の人であった。15:1 病棟の中を見ると, 30 日以内の施行が 15/125 人で, 3 ヶ月以内の施行が 25/125 人であった。F0 と F2 を比べると, 同日である人の 15:1 病棟と同日でない人の急

性期治療病棟で F0 の方が F2 より多かった。救急入院料病棟では F0 より F2 が多かった。
拘束開始理由 901 人

拘束開始理由を図 3 に示した。

開始理由については、1988 年の厚生省告示には、ア. 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、イ. 多動又は不穏が顕著である場合、ウ. アまたはイ. 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、という抽象的な 3 項目しかあげられていない 11)。

そのため、ここでは自殺企図又は自傷行為、多動、不穏、の外に、身体合併症の検査及び処置等、および転倒・転落防止を加えた。最も多かったものは多動、不穏 (524,58.2%) であった。

拘束総時間と部分解除を行うまでの時間

拘束総時間は 321.2 ± 14.4 時間であった (平均±標準誤差)。

拘束開始から時間的部分解除を行うまでの時間は、 78.6 ± 6.3 時間 (平均±標準誤差) であった。

調査項目間での関係 (以下で $P < 0.05$ の有意差は * で表した)

疾患と拘束時間の関係

疾患と拘束総時間の関係を図 5-1 に示した (800 人)。F0 と F2 および F0 と F3 の間に有意差を認めた。

疾患と時間的部分解除までの関係を図 5-2 に示した (878 人)。F0 と F2 および F0 と F3 の間に有意差は認めなかった。F0 は拘束総時間も時間的部分解除までの時間も長かった。

拘束理由と拘束時間の関係

(1) 拘束理由と拘束総時間との関係 (800)

拘束理由と拘束総時間との関係を図 6-1 に示した。

「転倒、転落防止」が有意に最も長く、他の 1.5 倍以上であった。

(2) 拘束理由と時間的部分解除までの時間との関係 (878)

拘束理由と時間的部分解除までの時間との関係を図 6-2 に示した。

この場合も「転倒、転落防止」が最も長かったが他の 3 つに比べて有意ではなかった。

多動、不穏について

(1) 多動、不穏について、F0、F2、F3 における拘束総時間を図 7-1 に示した (382)。F0 と F2 および F0 と F3 の間に有意差を認めた。

(2) 多動、不穏について、F0、F2、F3 における時間的部分解除までの時間を図 7-2 に示した (414)。F0 と F2 の間に有意差を認めたが、F0 と F3 の間に有意差を認めなかった。

F0 と F2 における拘束理由

F0 と F2 における拘束理由の差があるかを調べ図 8 に示した。

F0 では転落・転倒防止が、F2 では多動、不穏が有意に多かった。

F0 と F2 における多動、不穏を理由とする拘束総時間および時間的部分解除までの時間

について調べ、それぞれ図 9-1 図 9-2 に示した。拘束総時間と時間的部分解除までの時間ともに、F0 が F2 に比して著明に長いことがわかった。

Study II

II-1 Purpose and Hypothesis

Study I では 65 歳以上の患者が 51% であり、この年齢層の患者に対する拘束にどのような特徴があるかを調査する必要があると考えた。特に日本では高齢者の拘束が多いかについて、精神科病院に入院した高齢者の入院経路を調査した

外国では精神障害者のための nursing home が日本より多く、人口当たりで見るとアメリカは 26 倍以上、少ないイギリスでも 6 倍ほどある (http://www.npo-jam.org/library/materials/dl/j_usa_gb.pdf)。日本では Preface で述べたように、2010 年頃から急速に認知症が増加してきたものの、BPSD に対する行動制限は、介護施設では禁止されている。日本では高齢者施設や障害者施設では拘束など行動制限を必要とする人々のケアができず、精神保健指定医の判断指示の下なら行動制限が許される精神科病院への入院依頼が多くなってきている可能性が考えられる。高齢者が精神科病院に入院する経路、入院する理由についてのデータはないので、この実態を把握するために、Study I と同様に大阪精神科病院協会の 50 の会員病院にアンケート調査 (Study II) を行った。

II-2 Subjects and Method

Study II は、Study I と同様に、50 の大阪府精神科病院協会の全病院にアンケート調査を依頼した。調査内容は、①2023 年 10 月 18 日での 65 歳以上の入院患者数、②は①の内拘束指示の出ている患者数および調査時点で実際拘束されていたか、指示は出ていたが時間的部分解除 (一時解除) をしていたか、③は②の内、他施設から身体拘束を要する精神症状のために入院や転院してきた患者数、④は③の内、他の医療機関から転院してきた患者数、疾患コードおよびその拘束理由の内訳、⑤は③の内、高齢者施設から転入してきた患者数、疾患コードおよびその拘束理由の内訳、⑥は③の内、障害者福祉施設から転入してきた患者数、疾患コードおよびその拘束理由の内訳である。内訳の内容は、Study I と同じ基準で、自殺企図または自傷行為、多動、不穏、身体合併症の検査及び処置等、そして、転倒・転落防止の 4 つの理由 (複数選択あり) から選択してもらって集計した。

II-3 Results

今回の調査で、50 病院中 46 施設から回答を得られた (92%)。調査日での 65 歳以上の入院患者は 8708 人で、その内拘束指示の出ている患者は 37 施設 310 人であった。310 人のうち自院に直接入院してきた患者は 192 人であったが、行動を含む精神症状から受け入れを拒否されて直接入院した人も含んでいる。他施設から身体拘束を要する精神症状のために転院してきた患者は 118 人 (38%) であった。

自院で入院となった 192 人の疾患コードは、F0 : 100 人 (52.1%)、F1 : 0 人 (0%)、F2 : 77 人 (40.1%)、F3 : 9 人 (4.7%)、F7 : 1 人 (0.5%)、F9 : 1 人 (0.5%)、その他 : 4 人 (2.1%) であった。

他施設の内、他の医療機関から転院してきた患者は 81 人 (68.6%) であった。その疾患コードは、F0 : 50 人、F1 : 7 人、F2 : 15 人、F3 : 4 人、F7 : 1 人、F8 : 1 人、G : 3 人 (1 人の患者で 2 つの選択肢を選んだ人が 4 人あった。) その拘束理由の内訳は、自殺企図または自傷行為 : 7 人、多動、不穏 40 人、身体合併症の検査及び処置等 15 人、転倒・転落防止 23 人であった (重複回答あり)。81 人の内、調査時点で実際拘束されていた患者数は 64 人で、時間的部分解除をしていた患者は 17 人であった。

高齢者施設から転入してきた患者は 35 (29.7%) 人であった。その疾患コードは、F0 : 30 人、F1 : 3 人、F2 : 0 人、F3 : 1 人、F7 : 1 人であった (1 人の患者で 2 つの選択肢を選んだ人が 2 人いた)。拘束理由の内訳は、自殺企図または自傷行為 : 0 人、多動、不穏 28 人、身体合併症の検査及び処置等 2 人、転倒・転落防止 7 人であった (重複回答あり)。上記 35 人の内、調査時点で実際拘束されていた患者数は 28 人で、時間的部分解除をしていた患者は 7 人であった。障害者福祉施設から転入してきた患者は 2 人 (1.7%) であった。その疾患コードは、F0 : 0 人、F1 : 0 人、F2 : 1 人、F3 : 1 人であった。その拘束理由の内訳は自殺企図または自傷行為 : 0 人、多動、不穏 2 人、身体合併症の検査及び処置等 0 人、転倒・転落防止 0 人であった (重複回答あり)。上記 2 人は、いずれも調査時点で実際拘束されていた。障害者福祉施設から転入は 1.7% 故今回の調査では議論の対象としない。

310 人の内、調査時点で実際拘束されていたのは 177 人 (57.1%) で、時間的部分解除をしていた人は 133 人 (42.9%) であった。310 人の内、調査時点で実際拘束されていたのは 177 人 (57.1%) で、時間的部分解除をしていた人は 133 人 (42.9%) であったことから常に解除を目指していると考えられた。

II-4 Discussion

Study I のような大規模多施設での前方視的研究は、寡聞にして知らない。ただ今回の調査対象は、入院中に拘束が必要と判断された患者すべてを対象にしたので、救急患者に限っておらず、病棟種別も救急・急性期に特化した病床ではない。

また Study II でわかったように、身体科の病院では多動、不穏といったせん妄を含む精神症状がある場合、また高齢者施設ではいかなる理由でも拘束はしないと宣言されていることもあり 38% の患者は他施設からの転入者であることは驚くべき結果であった。

Study I から言えるのは、表 1 で示したように、救急入院料病棟や急性期治療病棟で、拘束が入院同日と同日以外でほとんど差がないことから、拘束をしないで入院治療をしようとしたが、無理なため拘束をしたことから、拘束を減らそうと努力していると考えられた。このような努力は 15 : 1 病棟 (Basic psychiatric hospital admission ward) でも認められると示したところである。

各調査項目の集計では、女性に比し男性が多かったが、著明に多いわけではなく、年齢は 65 歳以上が半数を超え、その年齢の対象疾患がいずれも F0 が占めていることから、諸外国の統計と比較することには注意が必要なことが改めてわかった。Study II も同じ結果を示

している。

高齢者男女における疾患分類は図 4 に示したが、拘束対象者は高齢者でも男性の方が多く、対象疾患はいずれも F0 が半数を超えており、F1 の比率では男性が女性の 14 倍くらいあり、F1 に男性が多いのはアルコール性の精神疾患から見ると理解できるし、F3 で女性が多いのも全年齢の罹患傾向から見ると理解できる。F2 は女性の方が 0.5 倍くらい多かった理由は Study I では不明で、一定期間の入退院数の数を調べないとわからないと考える。

Study I でも II でも拘束理由で最も多かったものは多動、不穏であった。そもそも、不穏という用語は Unruhigkeit だと考えられるが、英語では restlessness, や agitation にあたるようだ。多動、不穏という状態の精神病理学的背景はいろいろ考えられる。この用語は、統合失調症の運動心迫も、躁的興奮の行為心迫も、薬物や高齢者などのせん妄も、心因反応の興奮も、認知症や知的障害者の認知機能低下と、それへの不適切な対応による興奮もすべて含んでいる。大熊の教科書でも、易刺激性 irritability, 興奮 excitement とだけあり、索引にも「不穏」という用語は見つからない。

現代精神医学事典では、認知症の行動心理学的症候 (BPSD) の行動症状として、「焦燥・不穏や徘徊などの活動的な障害」というところにのみ見つかるだけである。日本語の精神医学の教科書でも事典でも、ドイツ語の精神医学事典でも Unruhigkeit という検索項目はない。

不穏という言葉はむしろ一般用語、あるいは看護・介護領域で出てくることが多いようで、精神医学書には見られない。看護のテキストにおいて、「不穏の明確な定義はありませんが、穏やかでなく、体動が激しい・興奮しているなど、不安で危険をはらんだ精神状態を意味します」とあるのみであり、「不穏とせん妄の違いは？」の項では「実は、不穏とせん妄における興奮状態に明確な違いはありません。米国精神医学会の診断基準である DSM-5 では、不穏についての定義はなく、せん妄がある人に見られることがある情動の障害として、いらいら、怒りなどが示されているのみです」とされている。このような中で、「不穏とは」という議論がないまま、1988 年 4 月 8 日の厚生省告示第 130 号で拘束の対象要件の 1 つに「多動又は不穏が顕著である場合」とのみあるだけである。このため、現場的には図 7-2 に示したように、F0 と F2 で時間的部分解除までの時間に差が出たと言えるだろう。Study II においても他の医療機関から転院した高齢者の 62.5% はせん妄を含む F0 で、かつ 49% は多動、不穏が拘束理由であり、高齢者施設でも 85.7% は F0 で、かつ拘束理由は 80% が多動、不穏であったことから、「多動、不穏」は厳密な定義がないまま使われる dust box 的拘束理由となっている。

この用語の議論がないまま最高裁判決が出るのは、法文の裏で意味する患者の状態を考えず、法文の文言の適応だけを考える裁判官の限界を意味しているのだろう。

拘束を減らそうとする努力は、部位的部分解除より時間的部分解除の方が圧倒的に早いことから、各施設はなんとか時間的解除を通して、解除を減らそうとする努力をしていることが伺えた。

StudyII で、拘束理由として F0 でも F2 でも多動、不穏が最も多かったが、F0 では F2 と違って転倒・転落防止を理由することも多かった。このことは拘束理由として変化しやすい精神症状より、生活リスクに関わる身体機能によるものが加味されて、F0 で時間的部分解除までの時間より拘束総時間で差が出たと考えられる。

拘束総時間と時間的部分解除までの時間については、結果で示したように拘束総時間は 321.2 ± 14.4 時間で、拘束開始から時間的部分解除を行うまでの時間は 78.6 ± 6.3 時間で 24.5% であり、いずれの施設でもできるだけ早期に解除しようとする努力は見られた。この傾向は 64 歳以下のデータにも見られた。それでも最終解除指示が出せないのは、解除すると夜間、新たに精神保健指定医の判断にもとづいて、指示を出しなおしてもらわなければならないからと推察された。これは怠慢ではなく、身体科で行われているように、各勤務帯の看護師が複数で評価するということができればできるが、日本ではすべて判断が精神保健指定医にゆだねられているため生じていると言える。不適切でも法違反でないことが優先という皮肉な現象といえる。諸外国でも医師の判断で拘束が施行されるが、専門医がそれを後に追認するなら、このような奇妙なことは起こらないと考える。

StudyII でも同様の結果であった。

Preface で述べたように、1988 年の精神保健法施行以来、特に拘束については精神保健指定医の指示なしにはできなくなっており、諸外国と全く違いまた日本の精神科以外の科での規則とも違っているが 36 年も放置されているのは行政の世界状況無視、日本の現実無視以外の何物でもない。

精神保健指定医数は、1998 年/2023 年で見ると、総数は 16508/9932 (166/100%)、民間病院は 7837/5235 (150/100%)、大学関係は 1539/1172 (131/100%)、公立病院 1279/1166 (110/100%)、行政+センターは 467/339 (138/100%)、診療所は 4719/1309 (361/100%) 他であり、36 年経過して、最も多くの入院精神医療を支えている民間精神科病院数は 1185 で偏在はあるが人口 10 万人に 1 病院が配置されている。このすべての病院で適切に夜間も法を守るなら、各病院 7 人の指定医を配置しなければならず、8295 人必要となる。現実には家庭を持つ女性指定医も高齢で常勤でない精神科医も入れてである。精神保健指定医が誕生して 36 年間経過し、少し増えて実際には 7837 人であり、歴史的な政策の誤りがあったと考える。その意味で適切に法を守ることは構造的に不可能で、そのため指定医のはく奪を阻止する範囲でギリギリの法順守として総拘束時間を記録するが、実際には行動制限最小化として時間的部分解除の努力を実際にはしているのである。

法施行後 36 年、データの的には 26 年経っても守れない状況は構造的かつ歴史的に続いている。金沢の事件についての裁判でも精神科病院の人員不足が指摘されているが、医師のみでなく看護師を中心とするコメディカルスタッフの数も少なく、先進諸外国で行われている constant or continuous observation が行える状態では全くない。諸外国(イタリア、英国、アメリカ (Washington)、オーストラリア、韓国、ドイツ、カナダ、フランス、フィンランド、南アフリカ共和国、インド) では、拘束指示も精神保健指定医のような厳格な資格を持った

スタッフだけに許されるものではなく、看護師でもよいところもあり、イタリアでさえ何科でも医師であればよいとしている。つまり、日本のような、実際にはできないのに形だけが厳しく、しかも法整備後36年も見直しのないような国はない(12、13)。

拘束理由と拘束総時間の関係では、「転倒、転落防止」が最も長く、他の1.5倍以上であった。先に引用した浅井の報告書において、付録2. 別途確認すべき課題として、「避けるように努力すべきである」としながらも3つ挙げ、今後の課題として残している。①車椅子移動の際の転落防止を目的とした安全ベルトによる固定(指定医の判断が必要な身体拘束とは異なる)、②身体疾患に対する治療行為としての点滴中の固定(厚労省も当時は身体拘束に該当しないと明言しているが、精神症状に対する向精神薬の投与では、短時間でも指定医の判断を必要とする身体拘束としている)。③感染症拡散を防止するための施錠(拘束ではないが、これも指定医の判断が必要な隔離とは本質的に異なる)としている。注として、精神医学上の判断の下、拘束が必要な場合以外は看護上の判断で良いが、夜間せん妄などは精神医学上の判断が必要だから指定医の判断が必要としている。

穿った見かたをすれば、先に述べたサンフランシスコの状況から見ると、せん妄には身体背景があることも多いのでその検査も必要だが、精神科以外の判断の世界に移そうとしているとも見られる。

しかし、その後も現場では、もし指定医の資格をはく奪されるくらいなら「大は小を兼ねる」で、精神保健福祉法上の拘束手続きをしようという動きが、さらに強まっている現状がある。

F0 と F2 および F0 と F3 の間に有意差を多く認めたのも別次元のものを一緒に処理する矛盾を多くはらんでいることを意味していると考え(1)。

拘束理由と、時間的部分解除までの時間の拘束総時間に対する比率で、転倒、転落防止は18.8% と、他に比べて著明に低かったことから、別のイベントを見ている可能性があり、さらなる調査検討が必要と考えられる。

また多動、不穏についても、F0 と F2 および F0 と F3 の間に有意差を認めたが、先に述べたように告示には多動、不穏とあるが精神医学的な表現ではなく、精神症状的に異なる状態を包括的に表現しているので、精神症状学に従った判断基準の再検討が必要と考える。

F0 と F2 の間に有意差を認めたのは、F0 の場合、身体合併症の検査及び処置など転倒・転落防止と点滴など身体的処置等の選択肢より多動・不穏を選んでいるので、精神症状によるものと一応限定して考えても、F2 に対しては薬物も積極的に使えるが、F0 の場合はどうしても過鎮静や錐体外路系の副作用、あるいはそれに伴う誤嚥などが心配され慎重になっているのではないかと推察される。

本調査を通じて言えることは、日本の精神科病院の不祥事以来、精神保健指定医の指示、告知、記載が必須であるため、できるだけ短くしようとする努力は中断や開放観察という形で行われ、拘束時間の表現は二重に行われ、比較しにくくなっている。この時間的部分解除を拘束時間とすると、かなり努力していると言える。結果で述べたように、拘束開始から時

間的部分解除を行うまでの時間は 78.6 ± 6.3 時間（平均±標準誤差）であったが、それでも諸外国より長いという報告は、いくつも出されており、今回の最高裁の判決も告示に従うと「不当な拘束」との判断しか出せず、その背景の精神医療の貧しさには全く触れられていない。WHO の MENTAL HEALTH CARE LAW: TEN BASIC PRINCIPLES（Geneva, 1996）はその後改訂されていないが、4. Provision of the Least Restrictive Type of Mental Health Care において、d. regular observation; e. periodical reassessments of the need for restraint（e.g. every half hour for physical restraint）; f. a strictly limited duration（e.g. 4 hours for physical restraint）; とある。この中で30分毎の観察、厳格に制限された継続時間は4時間とあるが、大幅な延長は認められないまでも、いずれにも e.g.（exempli gratia の略で for example）がついているのを無視して医療評価が行われている。この4時間の strictly limited duration の根拠は見つけられなかったが、1勤務帯の中間で一度解除することかと推測される。ただ、日本では、解除後の再施行は指定医の診察による指示でしか行えないことから、特に夜間帯、常に指定医を配置できないことがほとんどの日本の精神科医療施設から見ると構造的に不可能な規則と言えるが、このような批判は聞かない。このことが、法違反と言われないうために、拘束解除とはせず、苦肉の策として時間的部分解除にしていると考えられる。そしてこれが拘束時間が長いと言われる一因ともなっていると言えるだろう。

報告では単に拘束時間比較の表はいくつか見られるが、先に述べた Dr.Garner によると、救急病院では7~10日間しか入院させられず、後方病院に転院をすることで行動制限時間は転院によりリセットされる。そして同じ Dr.Garner との私信では For the mental health restraints one episode is up to four hours and then it must be renewed by a doctors order. If the person is released from restraints then the episode ends. とあるように、再度医師の判断で開始されることもあると聞く。

最高裁が、規則が厳格に適応されているかということだけで判断するのが法律家とするなら何も言うことはないが、先に述べたような、構造的に法が守れない日本の精神医療の貧しさは、医療費全体に対する精神科医療費の貧しさに尽きる。精神科医療費は、カナダでは総医療費の10%なのに対して、日本では住居部分や食費の一部を含めて7.1%であることからどれだけ精神科が軽視されているかがわかる。

1審はもちろん2審でも時に精神科病院の人員不足は認めているものの最高裁が「不受理」としただけのため、なんらの改善策も厚労省からは出されず、2024年の診療報酬改定では、実証性は明らかになっていない注意喚起だけをアリバイ的に既定した「組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備する」という取り組みは、当然必要であるが忙しいスタッフを1堂に集め議論するだけで、石川県での事件に対する裁判において1, 2審で指摘された人員不足を解消することにはならない。

日本では拘束中の観察は、WHOの30分毎でなくアメリカ精神医学会の基準15分毎とか、果ては15分毎ならハートモニターを見ていればよい、監視カメラで見ればよいという虚しい議論が聞かされる。30分毎の観察は「生きているか」という最低限の観察で、

「拘束はまだ必要か」が重要な観察であり、このことは WHO の MENTAL HEALTH CARE LAW: TEN BASIC PRINCIPLES にも明確に書かれている。

拘束という重大な人権侵害にも当たる行為はもちろんしないことが重要だが、本人を守り医療スタッフも安全に対応できるためにはやむを得ずすることもある。拘束をしなければならぬ状況は、重度かつ慢性ではないが、「重度かつ急性」と考えるのが道理であり、最高裁がこのようなことに触れることもなかったのは、人権を守ったというより貧しい精神医療を容認あるいは気付きさえしなかったことを意味すると考える。先進諸外国では medical model でなく legal model が優先するので、拘束の指示のたびに司法が関与すると聞く。これもアリバイ的とはいえるが、日本でも精神科病院に法律家が赴くというなら、拘束を指示する医療者の責任は減るだろうし、それまでのイベントには精神医療者は一切責任を持たなくてよいことになるだろう。

Conclusion

日本は拘束が多く長いと批判されているが、今回の大規模 prospective な研究は多くの情報と示唆を与えた。日本ではあらゆる ICD コードが精神科病院での治療対象で、せん妄や認知症も含まれている。

日本の高齢者介護施設では身体拘束が禁止され、精神科病院で精神保健指定医しか拘束指示を出せないため、他の医療機関や高齢者施設から、身体拘束を要する認知症で興奮、不穏や転倒・転落がある場合は精神科病院で転院を受け入れ、その数は拘束指示がある人の 38%を占め、拘束患者が増えた (Study II)。

転倒・転落を起こしやすい F0 圏やせん妄を一緒に扱うことは望ましくないことも示した。拘束基準の「不穏」には多くの状態が含まれるので明確にする必要があることも明らかとなった。拘束時間が長いのは指示を出された総拘束時間で、それは特に夜間や休日指示を出せるだけの精神保健指定医を育成してこなかったことに原因があることも示した。

現場では病棟種別にかかわらず、入院当初からできるだけ拘束をしないようにしていること、指定医による最終解除指示の前に時間的部分解除の形で解除をしようとする努力も見られた。さらに拘束自身を減らし、拘束時間を減らすには、constant or continuous observation を行わないと変わらないと考えられる。

なお本調査にあたり、日本精神科救急学会精神科救急ガイドライン (2015 年版) の中の特に「IV. 攻撃性・暴力への介入」は必読とした (14)。

本研究は社会医療法人北斗会の臨床研究審査委員会で 2019 年 12 月 24 日に承認されている (承認番号 2019009)。

Acknowledgements

本調査に対し、大阪精神科病院協会の会員病院の関係スタッフが、通常業務の中で調査対象となった各患者の詳細な個票作成に、協力してくださったことに厚く感謝を申し上げる。またデータの表作成に協力してくれた葛西晃子さん、データの整理に協力してくれた金谷由巳子さんにも感謝する。

Conflict of interest

本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

References

- 1) G Newton-Howes, MK Savage, R Arnold et al: The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study. Cambridge University Press 29: e190, 2020.
- 2) 山之内芳雄, 三宅美智, 白田謙太郎ほか: 精神病床での身体拘束の法的・調査における視点の整理. 精神経誌 122: 930-937, 2020.
- 3) 長谷川利夫: わが国の精神科医療における身体拘束の問題点. 精神経誌 122: 938-945, 2020.
- 4) 野田寿恵, 杉山直也, 佐藤真希子ほか: 隔離・身体拘束時間に影響する特性: 日本の精神科急性期医療について. 精神神経誌 116: 805-812, 2014.
- 5) 厚生労働省身体拘束ゼロ作戦推進会議: 身体拘束ゼロへの手引き (高齢者ケアに関わる全ての人に), 2001.
- 6) 日本総合病院精神医学会: 身体拘束・隔離の指針. 治療指針 3, 2007.
- 7) 浅井邦彦 (主任研究者): 平成 11 年度厚生科学研究 (障害保健福祉総合研究事業) 報告書. 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確保のあり方 -, 2000.
- 8) 日本精神科病院協会: 声明 令和 3 年 (受) 第 526 号上告受理申立て事件に対する最高裁第 3 小法廷の不受理決定について. 日精協誌 41 (1) : 61-62, 2022.
- 9) 日本精神神経学会, 精神科救急・急性期医療における身体的拘束に関する基本認識、<https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20220319.pdf>, 2022.
- 10) 大阪精神科病院協会: 大阪府の民間精神科病院における拘束の現状調査報告と考察. 新精神医学 27(6) : 457-474.
- 11) 精神保健福祉研究会: 四訂精神保健福祉法詳解, 中央法規, 2016, 1988 年 4 月 8 日の厚生省告示第 130 号での拘束の対象要件.
- 12) M H Allen, G W Currier, D H Hughes, et al., The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. Postgrad Med. 2001 May: (Spec No): 1-88.
- 13) R.L.Glick, S.L.Zeller & J.S.Berlin. Emergency Psychiatry - Principles & Practice. WOLTERS KLUWER. 2020.
- 14) 日本精神科救急学会: 精神科救急ガイドライン, 2015.