

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

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た。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.

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。

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しだまし連れて来られ、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鉦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

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。

デボ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」と説明してデボを使う患者もいる。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ボをと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」と言っていて、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」と言っていて治療を開始し、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るのではない。

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。医師が来たと宣言し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

患者の人権をまず重視するよりも、病気のから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。

それが患者の人権が最優先として、「来てくれば診ます」「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う、治療を受ける権利を潜在的に持っていると考えるべきである」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権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「人権重視」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隣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¹⁴⁾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し脳の構造に可塑的变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ない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と、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, 伊藤候輝, 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. *糖尿病ケア*, 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) 苦米地賢司, 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, 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