

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)・せん妄に対する薬物療法の限界と身体拘束

内海久美子[†]

第66回国立病院総合医学会
(平成24年11月16日 於神戸)

IRYO Vol. 67 No. 11 (455-459) 2013

要旨

高齢者の入院比率の増加にともない、病院内での転倒転落のインシデント・アクシデントは急増している。認知症高齢者にみられるBPSDやせん妄では抗精神病薬を使用するが、その効果には限界があり、さらには転倒の危険性を増大させてしまう悪循環に陥ってしまう。看護上の工夫はするものの、転倒転落は一向になくならず、医療者側はやむなく身体拘束を利用するという実態がある。いったん事故がおきると、法的責任も問われかねない。法的には、介護現場で用いられている切迫性・非代替性・一時性が医療現場でも適応され、転倒に対する予見性が問われ、その時の対策とその実施が行われたかで法的責任を課せられる。

転倒転落に関しての対策は、入院時に十分なるアセスメントを行い対策を立てて実施し、もし身体拘束(→460pを参照)を行った場合は頻回の観察と解除への取り組みを行うことが必要である。

薬物や身体拘束に全く頼らないで安全に医療を行うことは現実的には困難であるといわざるを得ないが、いかに抑制をしないようなケアを実践するかが現場に課せられた課題である。

キーワード 向精神薬療法, 転倒転落, 身体拘束

はじめに

2005年アメリカ食品医薬品局 (Food and Drug Administration: FDA) が、認知症患者の行動および心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) に対する非定型抗精神病薬の使用による死亡率がプラセボ投与群に比較して1.6-1.7倍と高くその使用に注意勧告を發したため、本邦においても臨床現場は大いに混乱を深めた。

とくに身体疾患のため高齢者の入院が多い総合病院では、しばしばBPSDやせん妄により点滴の抜去や転倒が多く、身体疾患の治療に支障をきたし速やかな対処が求められることが多いことから、保険適応外使用であることを認識しつつも抗精神病薬を投与せざるをえない状況であったが、2011年厚生労働省は、せん妄とBPSDにおける向精神薬4剤の保険適応外使用を認めた。しかしBPSD・せん妄を薬物だけでは対処困難であることも多い。ルート抜去

砂川市立病院 精神科 [†]医師

e-mail: utsumimomo@med.sunagawa.hokkaido.jp

(平成25年3月11日受付, 平成25年7月12日受理)

Limit of Drug Therapy for BPSD and Delirium, and Body Restraint

Kumiko Utsumi, Sunagawa City Medical Center

(Received Mar. 11, 2013, Accepted Jul. 12, 2013)

Key Words: psychotropic drug therapy, fall, body restraint

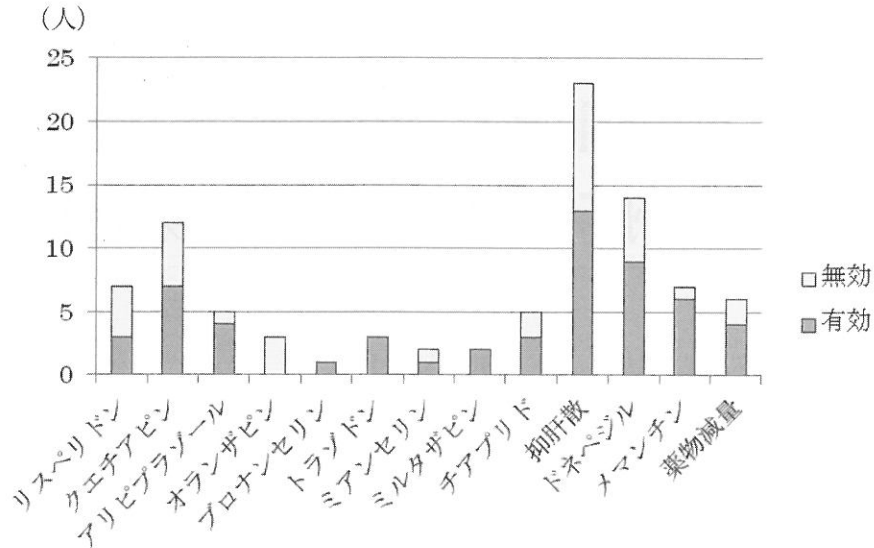


図1 BPSD66例における向精神薬の有効性

や転倒という生命の危険性が高い時には、身体拘束を余儀なくさせられているのが実態である。

病院内でおきる最も多いインシデント・アクシデントは転倒転落事故である。そのため看護上の工夫はするものの、転倒転落は一向になくならず、医療者側はやむなく身体拘束を利用するという実態がある。また抗精神病薬を使用することにより、転倒転落の危険性をさらに増大するという悪循環に陥っている。薬物や身体拘束に全く頼らないで安全に医療を行うことは現実的に困難であることを臨床現場では実感しているものの、いかに抑制をしないようなケアを実践するかが現場に課せられた課題であるが、また事故が発生した時の法的責任はどこまであるのかについて考える。

BPSD やせん妄に対する 抗精神病薬の有効性と限界

砂川市立病院は全病床数506床で、そのうち精神科病床は88床である。精神科の新患患者における認知症関連疾患割合は、2011年63%と半数を超え、5年前と比較すると約2.5倍強と年々増加の一途^{たど}を辿っている。

平成23年のBPSD やせん妄に対しての抗精神病薬の使用状況とその効果について検討してみた(図1)。BPSD66例(精神科入院57例, リエゾン症例9例)とせん妄48症例(精神科入院10例, リエゾン症例38例)に使用した抗精神病薬は、リスペリドン・クエチアピン・アリピプラゾールなどの非定型抗精

神病薬、トラゾドンなどの抗うつ薬、抑肝散、チアプリドなどがあり、BPSD については前記薬剤の他に塩酸ドネペジルやメマンチンなどの抗アルツハイマー型認知症薬を使用した。多剤併用例はBPSD46例(70%)、せん妄例27例(56%)と非常に多く、いかに薬剤でのコントロールが難しいかを顕している。抗精神病薬で標的症状が幾分でも緩和したと判断した有効率はBPSD60%、せん妄では50%であった。

EBM からみた非定型抗精神病薬の有効性についてみると、大規模なCATIE-AD Study¹⁾では、

- 1) 死亡率：1年間使用すれば、12人に1人が死亡(抗うつ剤などでは、死亡率低下)
- 2) 副作用：体重増加・HDLの増加、脳血管障害の危険率が3-5倍に増加
- 3) 治療効果：プラセボに比べ有意な結果はないという結果より、ベネフィットよりリスクが上回るという結論であった。

しかし臨床現場では抗精神病薬の使用を余儀なくさせられる場合が少なくなく、日本神経学会からの認知症疾患ガイドライン²⁾では、以下の状態に対しての非定型抗精神病薬の推奨グレードを挙げられている。

- 1) 暴力・不穏に対して：リスペリドン(グレードC1)
- 2) 幻覚・妄想に対して：リスペリドン・オランザピン・アリピプラゾール(グレードB)
- 3) 不安・焦燥に対して：リスペリドン・オランザピン・クエチアピン・アリピプラゾール(グレ

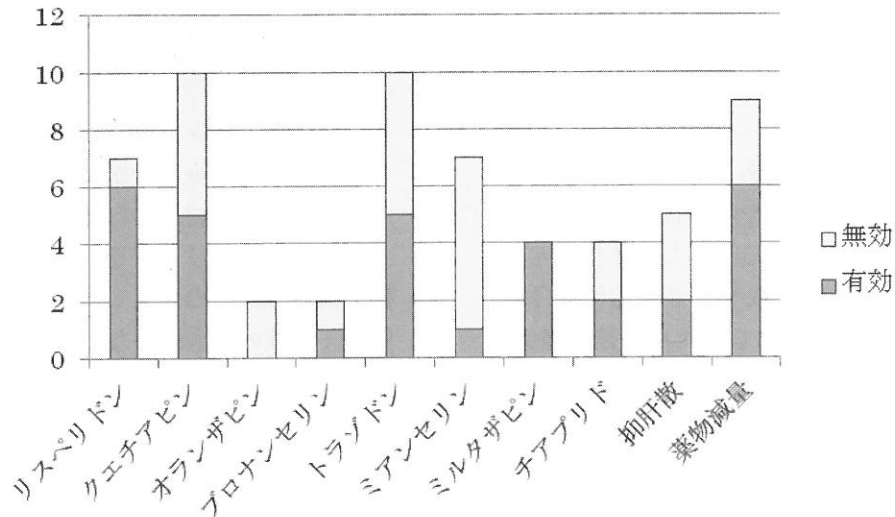


図2 せん妄48例における抗精神病薬の有効性

ード B)

このようにBPSDやせん妄に対する抗精神病薬の使用については賛否両論があり、まだ結論がでていないが、現在本邦においても大規模調査J-CATIE-AD Studyが進行中である。

転倒転落事故に対する身体拘束

病院内でおきるインシデント・アクシデントで、おそらく最も多いのは転倒転落事故であろう。当院での件数をみてみると、平成21年と平成22年は約150件であったが、平成23年では445件と約3倍にも増加している。この背景には高齢者とくに認知症患者の増加もあるが、一方で看護者が軽い転倒でも報告するという転倒に対する意識の変化が大きな要因と思われる。3年間の転倒転落による重症度をみてみると、96.5%は軽微なものであったが、濃厚な処置や治療が必要だった例が24例、永続的な障害を負った例が1例、死亡例が1例であった。大きな事故となってしまったのは3.5%と少ないが、死亡例や永続的な障害例が実際発生してしまったことは、医療者側の心理としては、転倒転落の危険性を感じた場合、身体拘束を利用したいという過剰防衛的心理が働くのは致し方ないことである。

当院における身体拘束実施数をみてみても、平成21年423件、平成22年342件、平成23年になると747件と前年の倍以上に増加している。身体拘束の理由としては、平成21年と平成22年はチューブ類の自己抜去防止が一番多かったが、平成23年になると転倒

転落防止が最も多くなっており、前述したように転倒転落に対する過剰防衛的心理が働いているという実態が浮かび上がった。

身体拘束の法的責任

平成11年に介護施設における「身体拘束ゼロの手引き」が公表され、抑制・シートベルト・介護衣・ミトン・隔離・過剰な抗精神病薬投与などの行為が身体拘束と定義された。身体拘束がやむを得ない場合として、以下の3点が挙げられている。

- ①切迫性；利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ②非代替性；身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ③一時性；身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

介護現場ではこのような規定があるが、医療現場においてはその裁量に任せられている。

身体拘束には、身体的弊害（関節の拘縮、筋力低下、食欲の低下等）・精神的弊害（人間の尊厳の侵害、認知症の進行、家族の罪悪感、職員の士気の低下等）・社会的弊害（社会的な不信・偏見）をもたらす。

このような弊害があることを十分認識して転倒転落事故を防止するために身体拘束をいかに避けるかの工夫が医療現場でなされているが、一旦重大な事故がおきた場合、法的責任はどこまで課せられるの

か？中村ら³⁾の報告では、身体拘束をせず転倒・転落事故8例中(2000年-2009年)、有責となったのは4例で転倒防止対策やその実施が不十分であったことの責任を問われ、無責となったのが4例で予測不能のため責任なしとの判例であった。この無責事例の中には原告がベッド柵固定や身体拘束すべきという訴えに対しては棄却している。また身体拘束したことに対する訴訟(ミトン裁判 平成15年6月発生)では、地裁判決では無罪となったが、控訴審(高裁)ではその必要がなく切迫性や非代替性は認められずと病院側の敗訴となり、最高裁判決ではこれを覆し地裁の判断を支持し病院側勝訴となった。この裁判は身体拘束の根拠規定のない医療現場では初の判断である。

以上の判例からいえることは、拘束をしなかった場合や拘束が違法であるかどうかでの責任を問われることはあまりないようであるが、予測できる転倒・転落に対してはその対策を行ったかどうかで法的責任が課せられている。この視点からすれば、医療者としての心理はその危険性があれば抑制をという方向性に傾きやすく、安易な拘束が行われる危険性が潜んでいる。

法的に争点となるのは、転倒転落の予見予知に対する判断と対応である。身体拘束の違法性の基準は、介護施設と同じ基準すなわち切迫性・非代替性・一時性が適応されている。

身体拘束実施に対する医師の判断の必要性については、診療行為の一環であり必要であるが緊急時には一時的な看護師の判断でなしうるとされる。また本人の同意を事前に得ておくことが原則であり、かつ家族への説明義務は道義的に必要であるが、これを実施していたとして身体拘束の適法性の要件が緩和されるとは考えるべきではないとされている。

転倒転落事故防止に必要な対策

医療者は、転倒転落事故に対して、常に倫理と安全と法的責任の3つのジレンマで揺れ動いているのが現状であるが、必要な対策として以下の項目を当院では実施している。

- 1) 転倒転落危険性のアセスメント；入院時に必ず歩行・理解力・転倒歴・内服薬などをアセスメントシートに記入して、危険度を評価する。危険度を1から3までに分類して、その危険度に応じた対策を記した用紙を用いて患者・家族に

説明、離床する時にはナースコールで知らせることの徹底など患者教育を行う。かつ家族には共有ケアの方針の説明書を用いて十分なインフォームドコンセントを行う。当院の精神科病棟には専従の理学療法士が配置されており、入院時に看護師と一緒に歩行能力を評価して対策を立て、速やかにリハビリを導入している。

- 2) 拘束回避のための介入；ベッドの位置と高さ、照明、家族の付き添いなど環境調整を行う。また離床センサーや車椅子センサーの活用、時にはナースステーションでの観察も行う。
- 3) 拘束の判断；精神保健指定医の指示を受ける。
- 4) 身体拘束後の観察；呼吸・拘束部位の変色腫脹などの観察項目のチェックリストを用いて、精神科病棟では15分ごとに実施している。
- 5) 毎日カンファレンスで、身体拘束の必要性の有無を評価して漫然とならないように留意する。
- 6) 拘束解除基準を作成して、解除する取り組みと解除する勇気を持つこと。

おわりに

身体拘束廃止と安全は両立できうるかという命題に対して、現在の医療現場では残念ながらNoといわざるをえない。存死に関わる医療行為(ルート類など)などではやむを得ない場合が多いからであるが、しかし転落転倒に関してはできうる限り拘束をしない方法を模索する姿勢が必要であるのはいうまでもない。転倒転落で医療側が過度にその責任を負わされていくようであれば、将来転倒しうる危険性がある高齢者は入院を拒否されるという事態を招きかねないことを危惧する。

〈本シンポジウムは第66回国立病院総合医学会シンポジウム「認知症のケア」において「(BPSD)・せん妄に対する薬物療法の限界と身体拘束について考える」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して特に申告なし。

[文献]

- 1) Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drug in patients with Alzheimer's disease. : N Engl J Med

2006 ; 355 : 1525-38.

2) 「認知症疾患 治療ガイドライン2010」; 認知症疾患治療ガイドライン作成合同委員会編集. 東京: 医学書院; 2012 : p56-65.

3) 中村伸理子, 高岡千容, 西村瑠美ほか. 転倒症例の検討-裁判例の分析-, 福岡大医記 2011 ; 38 : 47-51.