

# 国立国会図書館 調査及び立法考査局

## Research and Legislative Reference Bureau National Diet Library

論題 Title	精神科病院における身体的拘束
他言語論題 Title in other language	The Current Situation and Challenges of Medical Restraints in Mental Hospitals
著者 / 所属 Author(s)	鈴木 智之 (SUZUKI Tomoyuki) / 国立国会図書館調査及び立法考査局主任調査員 社会労働調査室
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	884
刊行日 Issue Date	2024-8-20
ページ Pages	61-88
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	日本の精神科病院における身体的拘束の現状、要因、問題点、障害者権利条約との関係、政府による検討等を概観する。また、ドイツ、イギリス、イタリアにおける身体的拘束の概況について述べる。

\* この記事は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

\* 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

# 精神科病院における身体的拘束

国立国会図書館 調査及び立法考査局  
主任調査員 社会労働調査室 鈴木 智之

## 目 次

はじめに

- I 身体的拘束の現状
  - 1 身体的拘束の定義及び基準
  - 2 身体的拘束の実施状況
  - 3 身体的拘束の問題点
  - 4 身体的拘束による患者の死亡事例
- II 身体的拘束が広く実施されている背景
  - 1 認知症等の増加
  - 2 精神科病院の人手不足
  - 3 身体的拘束を前提とした教育、治療
  - 4 医療従事者の不安
  - 5 精神医療審査会の限界
- III 障害者権利条約と日本の身体的拘束
  - 1 障害者権利条約の概要
  - 2 「日本の第1回政府報告に関する総括所見」の概要
- IV 身体的拘束に係る政策動向
  - 1 「行動制限最小化委員会」の設立と活動
  - 2 厚生労働省の検討会における検討
  - 3 告示130号基準の改正をめぐる議論
  - 4 告示130号基準の改正案に対する批判
- V 諸外国の精神科病院における身体的拘束
  - 1 ドイツ
  - 2 イギリス
  - 3 イタリア

おわりに

キーワード：精神病院、身体拘束、行動制限、最小化、障害者権利条約、ドイツ、イギリス、イタリア

## 要 旨

- ① 精神保健福祉法第 36 条第 1 項は、「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」と定めている。また、昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示第 130 号は、身体的拘束は自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合などにおいて、他によい代替方法がない場合に限り用い、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないと定めている。
- ② 日本で身体的拘束を受けた患者数は、平成 15（2003）年から平成 25（2013）年の間に倍増しており、平成 29（2017）年にピークを迎えた後も 1 万人超の状態が続き、高止まりとなっている。身体的拘束の実施率について国際比較を行った研究によれば、日本の実施率は、諸外国と比べ、突出して高い。
- ③ 身体的拘束には人権の侵害のおそれがある上、患者の身体的健康を損ない、精神的苦痛をもたらすなどの弊害があるにもかかわらず、精神科病院において多くの身体的拘束が実施されている。その要因として、認知症の高齢患者の増加、精神科病院の人手不足、身体的拘束を所与の前提とした医療スタッフの教育や患者の治療、患者の安全性や患者による暴力に係る医療スタッフの不安、患者の人権を守る役割を担う精神医療審査会の機能的限界などが考えられる。
- ④ 国連障害者権利委員会が障害者権利条約に基づき実施した対日審査の結果、2022 年 9 月に取りまとめられた総括所見においても、精神科病院における障害者の身体的拘束は「懸念をもって注目する」事項に挙げられ、精神障害者の強制治療を合法化し虐待につながる全ての法規定を廃止するなどの勧告が出されている。現在、政府は、厚生省告示第 130 号が定める身体的拘束の基準を明確化する検討を行っている。
- ⑤ ドイツにおいては、2018 年に連邦憲法裁判所が、身体的自由を継続的に剥奪するには裁判官による決定が必要であるとの判決を下し、連邦及び一部の州では同判決を受けて 2019 年に法改正が行われた。イギリスにおいては、2018 年に「精神保健施設（力の行使）法」が制定され、精神保健施設における行動制限の実施に係る透明性を確保するための様々な措置が規定された。イタリアでは精神科病院は廃止された一方、これを代替する総合病院における精神科病棟等では身体的拘束が実施されており、その削減に向けた取組が行われている。

## はじめに

日本において精神病床を有する病院は令和4（2022）年6月末時点において1,545病院、精神病床数は30万8667床、入院患者数は25万8920人に及び、長期入院や身体的拘束など、患者の人権に関わる問題が深刻化している。身体的拘束は、同年において少なくとも1万903人の入院患者に対して行われており、諸外国と比べ、その数は突出して多い<sup>(1)</sup>。身体的拘束は患者の尊厳に関わる倫理的問題を提起するほか、患者の身体的、精神的側面においても弊害をもたらすとされ、患者の死亡につながる場合もある。

本稿では、日本における精神障害者の身体的拘束に係る現状を概観し、身体的拘束の問題点、身体的拘束の最小化が困難とされる背景、障害者権利条約に基づく対日審査において国際連合障害者権利委員会から指摘された課題、身体的拘束に係る近年の政策動向について概略を述べ、最後にドイツ、イギリス、イタリアの精神科病院、精神科病棟における身体的拘束の状況を紹介する<sup>(2)</sup>。

## I 身体的拘束の現状

本章では、まず日本の精神科病院における身体的拘束の法律上の定義及び身体的拘束を行うことのできる要件について確認し、次いで統計及び研究から看取できる身体的拘束の実態について概観する。

### 1 身体的拘束の定義及び基準

#### (1) 身体的拘束の定義

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第36条第1項によれば、「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。」とされている。

さらに、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限」（昭和63年4月8日厚生省告示第129号）において、身体的拘束は「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」と定義されている。

\*本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、令和6（2024）年5月31日である。

\*文中における「現在」は、特に断り書きがない限り、令和6（2024）年5月31日である。

(1) 統計数値は、厚生労働省「精神保健福祉資料 630 調査 令和4年度」国立精神・神経医療研究センターウェブサイト <<https://www.nenp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>> による。

(2) なお、精神科病院のほか、一般医療、介護施設、障害者福祉施設においても身体的拘束が問題となり得るが、本稿においては精神科病院における身体的拘束のみを扱う。また、精神科病院では、身体的拘束と同様に患者の「隔離」も問題とされるが、本稿においては身体的拘束について述べる。なお、隔離とは、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1人だけ入室させることにより、当該患者を他の患者から遮断する行動の制限を指し、身体的拘束及び隔離を総称して「行動制限」という。

## (2) 身体的拘束に係る基準

精神保健福祉法第37条第1項の規定の下、病院管理者が遵守すべき基準として「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」(昭和63年4月8日厚生省告示第130号。以下「告示130号基準」という。)が定められ、この告示130号基準において、身体的拘束に関する基本的な考え方、対象となる患者、遵守事項が示されている<sup>(3)</sup>。概要は以下のとおりである。なお、身体的拘束を行うことができるのは、精神保健指定医<sup>(4)</sup>が必要と認めた場合のみである(精神保健福祉法第36条第3項)<sup>(5)</sup>。

### ①基本的な考え方

身体的拘束は代替方法が見いだされるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない。また、身体的拘束は患者の生命を保護すること、重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動制限であり、制裁、懲罰、見せしめのために身体的拘束を行ってはならない。

身体的拘束を行う場合は特別に作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類、紐、縄等は使用してはならない。

### ②対象となる患者

身体的拘束の対象は次のとおりである。なお、この箇所は、IVで述べる告示130号基準の見直しの検討に関わる部分であるため、原文のまま引用する。

「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い代替方法がない場合において行われるものとする。

- 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 ア又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」

### ③遵守事項

当該患者に対しては身体的拘束を行う理由を知らせよう努める。診療録には、身体的拘束を行った旨とその理由、開始及び解除した日時を記載する。身体的拘束を行っている間は原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならない。医師は身体的拘束が漫然と行われることがないように頻回に診察を行う。

(3) なお、厚生労働省の身体拘束ゼロ作戦推進会議が介護の現場に関わる人々に向けて作成した、『身体拘束ゼロへの手引き—高齢者ケアに関わるすべての人に—』厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」, 2001では、危機が差し迫っている旨を「切迫性」、他に方法がない旨を「非代替性」、短時間で解除する旨を「一時性」とし、併せて3要件と呼んでいる。厚生労働省の「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」が令和4(2022)年に公表した報告書では、告示130号基準においてもこの3要件を明示してはどうかとの提案がなされている(IVの2(1)で後述)。

(4) 一定の実務経験を有し、厚生労働省で定める研修を終了した医師のうちから、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行う者として厚生労働大臣が指定した者(精神保健福祉法第18条第1項)。

(5) 「精神疾患による入院患者の適正な処遇等の確保について」(平成10年9月28日健医発第1302号)厚生労働省ウェブサイト <[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta4584&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4584&dataType=1&pageNo=1)> では、身体的拘束は「精神保健指定医が診察し、必要と認めた場合に限り行うこと。」とされている。

## 2 身体的拘束の実施状況

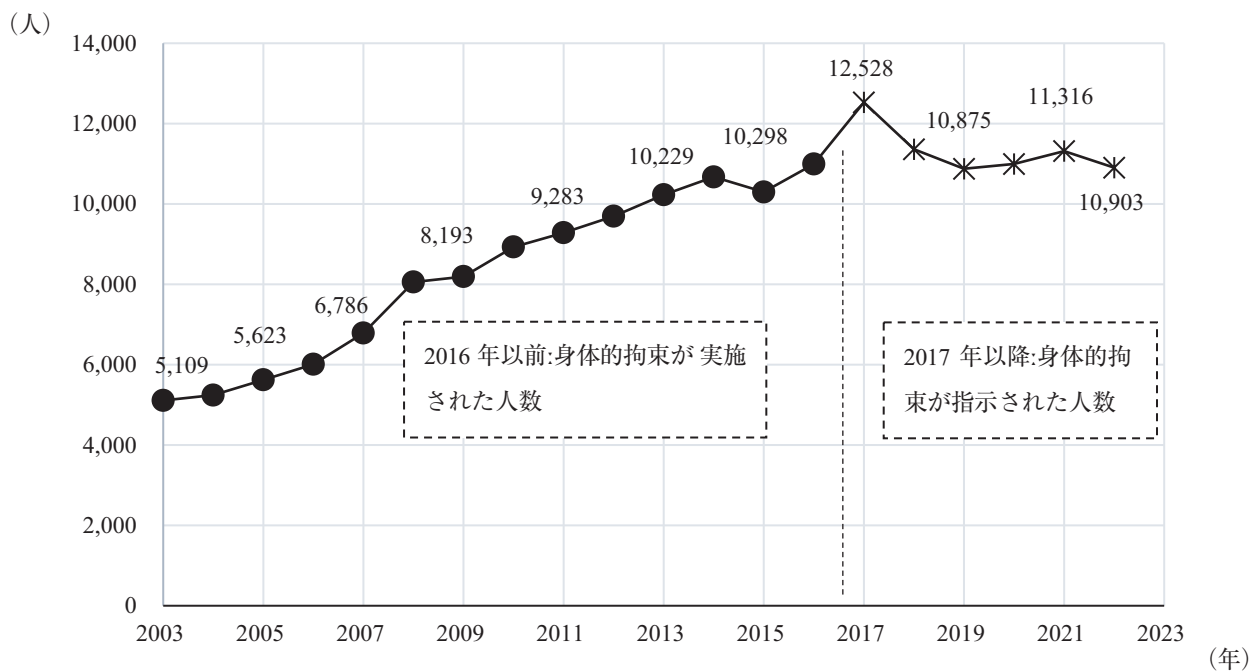
上述したとおり、告示 130 号基準において、身体的拘束はあくまで「やむを得ない処置」であり、「できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない」と定められている。しかし、現状においては、身体的拘束を受ける患者は増加してきており、その人数は諸外国と比較して多い。本項では、統計及び研究によって把握されている身体的拘束の状況について述べる。

### (1) 身体的拘束の実施数の増加

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が「精神保健福祉資料」（通称「630 調査」）によって身体的拘束の把握を開始した平成 15（2003）年から、令和 4（2022）年までの、身体的拘束を受けた患者の人数の推移を図に示す。

身体的拘束を受けた患者数は、平成 15（2003）年から平成 25（2013）年の間に 2 倍に達し、平成 29（2017）年にピークを迎えた後、現在まで 1 万人超の状態が続いている。

図 日本の精神科病院において身体的拘束が実施（指示）された人数



(注) 人数は各年の 6 月 30 日時点の値である。

(出典) 厚生労働省「精神保健福祉資料」平成 15～令和 4 年度を基に筆者作成。

### (2) 患者に対する拘束期間

では、身体的拘束はどの程度の期間にわたって実施されるのであろうか。

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研究班が、精神科を有する 188 病院を対象として分析した調査によれば、令和元（2019）年 6 月時点における患者に対する身体的拘束指示期間及び期間ごとの割合は、表 1 のとおりである<sup>(6)</sup>。

(6) 山之内芳雄『精神病床における行動制限に関する検討』（令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究 分担研究報告書）2020, p.71. 厚生労働科学研究成果データベース <[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918037A\\_upload/201918037A0007.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918037A_upload/201918037A0007.pdf)>

身体的拘束指示期間が1か月以上のケースが全体の11.5%を占めているほか、10年以上にわたって身体的拘束を受けていたケースも2件ある。なお、身体的拘束指示期間の平均は36日間、最大日数は5,663日に及んだ。

表1 精神科を有する病院における身体的拘束指示期間及びその割合（2019年）

	1日 のみ	2日以上 1週間未満	1週間以上 2週間未満	2週間以上 1か月未満	1か月以上 3か月未満	3か月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年 以上
身体的拘束 指示件数	104件	957件	172件	152件	106件	41件	28件	3件	2件
割合	6.6%	61.2%	11.0%	9.7%	6.8%	2.6%	1.8%	0.2%	0.1%

（出典）山之内芳雄『精神病床における行動制限に関する検討』（令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究 分担研究報告書）2020. 厚生労働科学研究成果データベース <[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918037A\\_upload/201918037A0007.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918037A_upload/201918037A0007.pdf)> を基に筆者作成。

### （3）身体的拘束の実施数の国際比較

日本における身体的拘束の実施率を諸外国と比較した調査として、これまでに2つの研究が行われている。1つは令和2（2020）年に発表された国際共同研究であり<sup>(7)</sup>、日本、アメリカ、オーストラリア、ニュージーランドの精神科病院において行われた身体的拘束の実施率（1日当たり、人口100万人当たりの実施人数）を比較したものである（表2）。

この研究によれば、日本における身体的拘束の割合は、アメリカの266倍、オーストラリアの599倍、ニュージーランドの3,000倍以上に当たる<sup>(8)</sup>。

表2 身体的拘束を受けた人数（1日当たり、人口100万人当たり）

国	対象年齢層	人数
日本	全年齢	98.8人
アメリカ	全年齢	0.371人
オーストラリア	全年齢	0.165人
ニュージーランド	15～64歳	0.0305人

（注）2017年における数値を比較したものである。

（出典）G. Newton-Howes et al., “The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study,” *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Volume 29, 2020.12. <<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/use-of-mechanical-restraint-in-pacific-rim-countries-an-international-epidemiological-study/9BFF0B4D9B2E9FA130A423FCDA3B2664>> を基に筆者作成。

もう1つは、この研究チームに新たなメンバーを加えて実施され、令和6（2024）年に発表された国際共同研究である<sup>(9)</sup>。対象にはイギリス（イングランド及びウェールズ）、ドイツ、

(7) G. Newton-Howes et al., “The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study,” *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Volume 29, 2020.12. <<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/use-of-mechanical-restraint-in-pacific-rim-countries-an-international-epidemiological-study/9BFF0B4D9B2E9FA130A423FCDA3B2664>>

(8) 「身体拘束：日本の身体拘束、米豪の200倍以上 精神科病院、国際チーム分析」『毎日新聞』2021.3.24, 夕刊。

(9) Martha K. Savage et al., “Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies,” *BJPsych Open*, 10(1), 2024 Jan 11. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10790218/pdf/S2056472423006130a.pdf>>

アイルランド、オランダが加えられ、計9つの国又は地域における身体的拘束の実施率が比較されている（表3）。この研究においても、やはり日本における身体的拘束の割合が最も高いことが示されている。

表3 身体的拘束を受けた人数（1年当たり、人口10万人当たり）

国	統計取得年次	人数
日本	2017	120人
アメリカ	2017	18人
イングランド	2017 - 2018	1.9人
ウェールズ	2013	0人
ドイツ	2013	81人
アイルランド	2020	3.1人
オランダ	2013	22人
オーストラリア	2016/2017	6人
ニュージーランド	2016/2017	0.72人

（出典）Martha K. Savage et al., “Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies,” *BJPsych Open*, 10(1), 2024 Jan 11. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10790218/pdf/S2056472423006130a.pdf>> を基に筆者作成。

### 3 身体的拘束の問題点

身体的拘束には憲法で保障された権利を侵害するおそれがあるばかりでなく、拘束を受けた患者の身体の健康を損ない、甚だしい場合には患者を死に至らしめる可能性もある。また、身体的拘束は患者の尊厳を奪い、精神的苦痛をもたらす、精神疾患を悪化させる危険がある上、患者の家族や看護師等のメンタルヘルスにも悪影響が及ぶ場合がある。さらに、違法な身体的拘束は病院の社会的信用を損ねることにもなる。身体的拘束がはらむ問題を以下に整理する。

#### (1) 人権上の問題

日本国憲法第13条は「すべて国民は、個人として尊重される」と規定しており、個人を尊重するという考え方が「拘束場面で失われているという可能性を常に意識する必要がある」との指摘がある<sup>(10)</sup>。日本国憲法第13条及び第31条はみだりに身体を拘束されない自由を保障しているほか、第21条第1項は表現活動を、第22条第1項は移動の自由及び職業選択の自由を保障しており、憲法上の権利としてのこれらの自由が身体的拘束によって侵害される場合には、適正な手続によることが要請される<sup>(11)</sup>。

また、人権制約が正当化されるのは、その制約が必要性や相当性を充足した場合であり、かつ、直面する人権の重要性に鑑みれば、その制約の程度も最小限度でなければならないとされる<sup>(12)</sup>。こうした考え方を踏まえ、精神保健指定医の判断による形式的要件さえ満たせば違法性が阻却されるわけではなく、許容性が肯定されるには実体判断が必要であるとの見解がある<sup>(13)</sup>。

(10) 東奈央「精神科医療における身体拘束—人権からの考察—」『精神神経学雑誌』122(12), 2020.12, p.947. <<https://journal.jspn.or.jp/jspn/openpdf/1220120946.pdf>>

(11) 同上, pp.948-949. なお、平成28(2016)年12月に死亡した患者の遺族が病院に損害賠償を求めた訴訟において、精神保健指定医が命じた身体的拘束の判断は裁量を逸脱していたとの判決により、原告が勝訴した事例がある。表4参照。

(12) 大谷實『精神保健福祉法講義 新版 第3版』成文堂, 2017, pp.113-115.

(13) 東 前掲注(10), p.949.



## (2) 身体的弊害

身体的拘束は、関節の拘縮、筋力の低下、圧迫部位の褥瘡（じょくそう）の発生、食欲の低下、心肺機能・感染症への抵抗力の低下などの身体的弊害をもたらすとされている<sup>(14)</sup>。

加えて、深部静脈血栓症等を発症し、突然死に至る場合もある<sup>(15)</sup>。日本精神科病院協会の会員病院による平成6（1994）～平成29（2017）年の事故報告を同協会が分析した調査によれば、全事故報告5,993例における突然死の割合は6.8%だったのに対し、身体的拘束に係る事故報告137例における突然死の割合は、31.4%であり、身体的拘束事例において突然死の比率が高いことが示された。また、身体的拘束事例において死因が明らかになっているもののうち、最も多いのは肺動脈血栓塞栓症であった<sup>(16)</sup>。なお、身体的拘束が原因で患者が死亡した主な事例については4で述べる。

## (3) 精神的弊害

身体的拘束によって、本人に怒り、屈辱、あきらめ等の多大な精神的苦痛を与え、人間としての尊厳を侵すこと<sup>(17)</sup>、身体的拘束が認知症を進行させ、せん妄を頻発させるおそれがあること、家族に対しても、混乱、後悔、罪悪感による大きな精神的苦痛を与えること、看護師等も自らが行うケアに誇りが持てなくなり、士気の低下を招くことなどが指摘されている<sup>(18)</sup>。

## (4) 社会的弊害

介護福祉施設等においては、身体的拘束は看護・介護スタッフの士気を低下させ、施設に対する社会的な不信や偏見を引き起こす等の弊害をもたらすことが指摘されている<sup>(19)</sup>。同様のことが精神科病院についても当てはまり、例えば身体的拘束中に患者が死亡又は負傷するなどの事件が発生した場合には、精神科病院の信用の大きな失墜につながる<sup>(20)</sup>。

## 4 身体的拘束による患者の死亡事例

精神科病院において患者が身体的拘束により死亡した事例や、身体的拘束による死亡の可能性が疑われる事例が、少なからず報道されている。また、平成28(2016)年1月から平成30(2018)年11月までの間に拘束後に死亡した患者のうち、身体的拘束との「因果関係がある」か「因果関係が否定できない」と判断された事案について、読売新聞が取材したところ、いずれかに

(14) 『身体拘束ゼロへの手引き—高齢者ケアに関わるすべての人に—』前掲注(3), p.6. 同書は介護の現場に関わる人々に向けて作成されたものであるが、身体的拘束に係る3つの弊害（身体的弊害、精神的弊害、社会的弊害）に関する記述（p.6）は、精神科病院における身体的拘束の弊害に言及する際にもしばしば挙げられる。

(15) 須藤康彦「身体拘束をめぐる諸問題」『日本精神科病院協会雑誌』41(6), 2022.6, p.26.

(16) 岩下覚「行動制限に関連した医療事故—日精協に寄せられた事故報告書に基づく検討—」『日本精神科病院協会雑誌』37(12), 2018.12, pp.23-27.

(17) 身体的拘束はトラウマ的な体験として長期にわたる苦痛を患者にもたらす場合があるが、患者本人からはそのことがなかなか語られず、医療従事者には察知しがたいことが指摘されている。明間正人「身体拘束の弊害をどのように伝えていくか—医療安全を全人的な観点からとらえ直す—」『精神科看護』48(3), 2021.3, pp.10-12.

(18) 『身体拘束ゼロへの手引き—高齢者ケアに関わるすべての人に—』前掲注(3)

(19) 同上

(20) 例として、平成10（1998）年5月、国立療養所犀潟病院において患者が身体的拘束中に死亡した事件が挙げられる。この事件を受け、厚生省保健医療局国立病院部長は各国立病院・療養所・センター長宛てに発出した通知において、「我が国の精神医療に対する社会的信用を損ね、また、国立医療機関としての信頼を失墜させた」とし、精神保健福祉法や告示130号基準の遵守に万全を期すよう指示した。前掲注(5)を参照。

該当する死亡者が47人に上ったと報じられている<sup>(21)</sup>。

精神科病院における身体的拘束の実施が患者の死亡の原因となった可能性がある、近年の主な事例について、訴訟が提起された事案を中心に表4に挙げる。

表4 身体的拘束中又は拘束後に患者が死亡した近年の事例

死亡時	病院	患者	概要
2008年3月	貝塚中央病院 (大阪府貝塚市)	男性(48歳)	2008年1月、身体的拘束中にベッドから宙づりになり、同年3月に死亡。大阪地方裁判所は2011年4月15日、被告の元看護師に対し、精神保健指定医の指示がないまま拘束したのは医療行為として正当性を欠くとして、懲役2年6月、執行猶予4年の判決を言い渡した。
2016年1月	東京都足立区の 精神科病院	女性(56歳)	入院直後に7日間の身体的拘束を受けた後、肺血栓塞栓症で死亡。遺族は違法な身体的拘束が原因であったとし、病院側に損害賠償を求めて提訴した。東京地方裁判所は1審判決において身体的拘束の合理性を認め、原告側の請求を棄却したが、2022年4月7日、東京高等裁判所の控訴審において和解が成立し、病院側は解決金を支払い、再発防止に努めると約束した。
2016年12月	ときわ病院 (石川県野々市市)	男性(40歳)	2016年12月、入院中に死亡。両親は不当な身体的拘束に起因する死亡であるとし、損害賠償を求めて病院側を提訴した。金沢地方裁判所は2020年1月の1審判決において、看護師への暴力があったとして拘束の必要性を認め、請求を棄却したのに対し、名古屋高等裁判所金沢支部は同年12月の2審判決において、死亡の約1週間前は患者に暴力的な言動が見られなかったとし、拘束は違法と結論付けた。2021年10月19日、最高裁判所第3小法廷は上告審において病院側の上告を退け、病院を経営する社会福祉法人に約3500万円の賠償を命じた2審判決が確定した。
2017年3月	長野県上田市の 精神科病院	女性(24歳)	2017年3月、入院中に死亡。両親は違法な身体的拘束が原因であったなどとして病院を運営する医療法人に損害賠償を求めた。2024年1月25日、長野地方裁判所上田支部は同法人に約3710万円の支払を命じる判決を下した。病院側は判決を不服として控訴した。
2017年5月	大和病院 (神奈川県大和市)	ニュージーランド国籍の男性(27歳)	2017年5月、10日間にわたる身体的拘束中に死亡。搬送先の主治医は死因を深部静脈血栓症に続発する肺塞栓症か薬の副作用と推定したが、病院側は病院の対応と死亡との因果関係を全面的に否定し、医療事故調査制度 <sup>(注)</sup> による死因の調査依頼も行わないとした。本事案は「ガーディアン」紙や「NZヘラルド」紙を含め国内外の多数のメディアで報じられた。
2021年4月	兵庫県神戸市の 精神科病院	女性(47歳)	2021年4月、入院中に死亡。遺族は違法な身体的拘束が原因であったとして、2024年2月14日、精神科病院の運営法人に損害賠償を求めて神戸地方裁判所に提訴し、現在係争中である。

(注) 医療法の改正により2015年に開始された制度。医療事故が発生した医療機関において調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関である医療事故調査・支援センターが分析することで再発防止につなげる。

(出典) 「拘束患者死亡で有罪 貝塚の病院元職員に判決 大阪地裁」『読売新聞』2011.4.16; 長谷川利夫「身体拘束を問う(1) 返らない命とそこからの問いかけ」『精神看護』25(5), 2022.9, p.445; 「身体拘束 遺族と和解 精神科病院 再発防止を約束」『朝日新聞』2022.4.8; 長谷川利夫「身体拘束を問う(2) 大嶋一也さんのこと」『精神看護』25(6), 2022.11, pp.540-545; 「精神科病院死亡、3710万円賠償命令 身体拘束巡り」『毎日新聞』(長野版) 2024.01.30; 「身体拘束「違法」認定判決に不服、上田市の病院側が控訴」『信濃毎日新聞』2024.2.7; 「「違法な身体的拘束で死亡」遺族が精神科病院を提訴 神戸」『毎日新聞』(兵庫版) 2024.2.15等を基に筆者作成。

(21) 「身体拘束 突然死の危険 警察に届け出 3年で40人以上」『読売新聞』2019.9.1.

これらの事例のうち、平成 28（2016）年 12 月に石川県野々市市の精神科病院内で身体的拘束後に患者が死亡した事例については、表 4 に記したとおり、遺族が病院側に損害賠償を求めた訴訟を提起し、勝訴した。名古屋高等裁判所は 2 審において「身体的拘束は、身体の隔離よりも更に人権制限の度合いが著しいものであり…当該患者の生命の保護や重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いたものであるから、これを選択するに当たっては特に慎重な配慮を要する」と述べ、「医師の判断は、早きに失し、精神保健指定医に認められた身体的拘束の必要性の判断についての裁量を逸脱するものであり、本件身体的拘束を開始したことは違法というべきである。」とする判決を下した<sup>(22)</sup>。

この判決について、当事者団体である「全国「精神病」者集団」は、「本判決の意義は、従来の判決のように精神保健指定医が判断したという形式要件にとどまらず、精神保健指定医の判断の中身に関する実体要件にまで目が向けられたこと」にあるとして、判決を評価した<sup>(23)</sup>。

他方、日本精神科病院協会は声明を発表し、同判決が「今後の精神科医療のあり方に対して多大な影響を及ぼすものとして、到底容認できるものではない。」<sup>(24)</sup>と批判した。同協会の山崎學會長は令和 3（2021）年 11 月の記者会見において、身体的拘束は精神保健福祉法で定められ厳格に管理されている診察行動であり、現場の患者の状態を知らない裁判長が判決を出すのは容認できず、人員が揃（そろ）わない場合は拘束を必要とする患者を断ることになると述べた<sup>(25)</sup>。

## II 身体的拘束が広く実施されている背景

以上に挙げたとおり、身体的拘束には人権上の問題があるとの指摘があり、様々な弊害をもたらすとされ、時には患者を死に至らしめる危険があることも知られている。他方、現在もお 1 万人を超える患者に対して身体的拘束が実施されている。その数は平成 29(2017)年にピークとなるまで増加を続け、過去 5 年間においても横ばいの状況であり、減少に転じたとは言いがたい。

平成 20（2008）年 11 月から翌年 3 月にかけて、精神科病院 15 か所の医療従事者を対象に実施したアンケート調査によれば、回答者の 91.7% が、隔離及び身体的拘束の「適切な使用により問題の重篤化を防ぐことができる」としている<sup>(26)</sup>。このような認識の背景にある要因について述べた主な見解を、以下に掲げる<sup>(27)</sup>。

### 1 認知症等の増加

身体的拘束が行われる理由として「転倒転落」及び「身体的検査処置の安全な施行を損なう

<sup>22</sup> 令和 2 年 12 月 16 日名古屋高等裁判所金沢支部判決 判例時報 2504 号 95 頁

<sup>23</sup> 「上告しないことを求める要望書」2021.1.9. 全国「精神病」者集団ウェブサイト <<https://jngmdp.net/2021/01/09/20210109-2/>>

<sup>24</sup> 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」2021.11.22. <[https://www.nisseikyoo.or.jp/about/teigen/images/20211122\\_seimei.pdf](https://www.nisseikyoo.or.jp/about/teigen/images/20211122_seimei.pdf)>

<sup>25</sup> 社会保険研究所「日精協が身体拘束を違法とする判決に抗議（11 月 26 日）」2021.11.29. <<https://media.shaho.co.jp/n/n55ba271e56ad>>

<sup>26</sup> 長谷川利夫『精神科医療の隔離・身体拘束』日本評論社、2013、p.68.

<sup>27</sup> 国内の文献検討を通じて身体的拘束の課題を整理した研究として次の論文があり、本稿の執筆に当たって参考とした。岩澤敦史・井上善行「精神科病院における身体拘束の課題と最小化を目指すために必要な要因—国内の文献検討を通して—」『日本赤十字看護学会誌』23(1)、2022、pp.36-45. <[https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjrcsns/23/1/23\\_230105/\\_pdf-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjrcsns/23/1/23_230105/_pdf-char/ja)>

行動」が多いことから、入院患者に占める高齢者や認知症の割合の増加や医療安全意識の高まりが、身体拘束件数の増加につながっているのではないかとの推察がある<sup>(28)</sup>。認知症を含む器質性精神障害との診断を受けた患者及び75歳以上の患者において、身体的拘束を実施される割合が有意に高いとする研究もある<sup>(29)</sup>。

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が、精神病床における隔離・身体的拘束の実態調査<sup>(30)</sup>を分析して令和3(2021)年にまとめた結果も、高齢者における身体的拘束の増加や、主診断における認知症等の器質性精神疾患の増加を踏まえ、身体的拘束指示の増加の背景には高齢化に伴う認知症等の増加が影響している可能性があるとしている<sup>(31)</sup>。

他方、認知症の増加だけでは認知症入院者の入院形態として想定しにくい任意入院においても身体的拘束が増加傾向であるため、身体的拘束の増加要因は説明できない可能性があるとの指摘もある<sup>(32)</sup>。その場合、考え得る他の要因として以下が挙げられる。

## 2 精神科病院の人手不足

日本の精神科病院における病床数は精神科医の人数に比して非常に多く、入院治療に頼る医療形態になっているとの指摘がある。日本の人口10万人当たり精神科医師数は他国と比べて著しく少ないわけではないものの、人口10万人当たりの精神病床数は突出しており、精神科医師1人当たりの負担は大きいと考えられている<sup>(33)</sup>。

精神病床数は、昭和35(1960)年には約9万5000床であったのに対し、平成6(1994)年には約36万床にまで増加した<sup>(34)</sup>。こうした増加の要因としては、「精神衛生法」(昭和25年法律第123号)<sup>(35)</sup>の制定及び精神病院増設に向けた政府の施策が挙げられる。昭和25(1950)年、精神衛生法の制定によって従来の私宅監置制度<sup>(36)</sup>は廃止され、長期にわたって束縛する必要のある精神障害者は原則として精神病院又は精神病室に収容することとされた<sup>(37)</sup>。

政府は昭和29(1954)年に民間精神科病院に対する国庫補助を、昭和35(1960)年には医療金融公庫による精神科病院建設への融資を開始し<sup>(38)</sup>、また昭和36(1961)年には措置入院<sup>(39)</sup>に対する国庫負担率を引き上げ、精神科病院の増加を後押しし、精神科病院の新築又は増築ラッシュを招来したとされる<sup>(40)</sup>。

28) 三宅美智ほか「精神病床における拘束に関する15年間の変化」『日本精神科看護学術集会誌』60(2), 2018, pp.129-133.

29) 加藤博之・長谷川利夫「精神保健福祉資料」(630調査)から考える精神科病院の身体拘束実施状況『川崎市立看護短期大学紀要』25(1), 2020.3, pp.6, 8, 13-14. <<https://kawa-ccon.repo.nii.ac.jp/record/617/files/25-1.pdf>>

30) 山之内 前掲注(6)

31) 「精神病床の隔離・身体的拘束で実態調査分析結果 指示の背景に高齢化や認知症の増加も影響」『週刊保健衛生ニュース』2107号, 2021.4.26, pp.49-50.

32) 東 前掲注(10), pp.947-948.

33) 医療問題弁護団「精神科医療における身体拘束に関する意見書」2018.7.18. <<https://iryu-bengo.com/wp/2018/07/18/>>

34) 長谷川利夫「身体拘束」からみる日本の人権状況『世界』921号, 2019.6, p.187.

35) 同法は昭和62(1987)年に改正されて「精神保健法」となり、さらに平成7(1995)年の改正によって精神保健福祉法となった。

36) 私宅監置とは、精神障害者を自宅の一室や敷地内の小屋などに監禁する措置をいう。

37) 藤野ヤヨイ「我が国における精神障害者処遇の歴史的変遷—法制度を中心に—」『新潟青陵大学紀要』5号, 2005.3, pp.205-207. <<https://doi.org/10.32147/00001144>>

38) 井上新平「精神医療の動向」『公衆衛生研究』47(2), 1998.6, p.83. <<https://www.niph.go.jp/journal/data/47-2/199847020002.pdf>>

39) 自身を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれがあると都道府県知事が認めた精神障害者について、本人及び関係者の同意なしに強制的に入院させることができる制度。

40) 藤野 前掲注(37), p.207.

他方、厚生省は昭和 33（1958）年、精神病床を増設するまでの一時的措置として、各都道府県知事宛てに事務次官通知（通称「精神科特例」）<sup>(41)</sup>を発出し、精神科の病床に必要な医師数は一般病床の 3 分の 1、看護師・准看護師は 3 分の 2 でよいと認めた。この措置が現在も形を変えて続き<sup>(42)</sup>、慢性的な人手不足を生む結果となり、多くの身体的拘束が行われる原因となっているとされる<sup>(43)</sup>。また、こうした人的配置が身体的拘束を長期化させているとの研究もある<sup>(44)</sup>。

### 3 身体的拘束を前提とした教育、治療

精神科医療に携わる医療従事者は実情を知らないまま精神科病院で働き始め、隔離や身体的拘束が自然な治療の選択肢として体に沁み込むように教育されるため、既成概念である隔離・身体的拘束をどのように治療にいかすかという発想にたどり着くのが精一杯ではないか、との見解がある<sup>(45)</sup>。

拘束具が整備されている病棟では、「拘束具があるから実施する」「過去に経験したから今回も実施する」との現場判断が生じる可能性があることも指摘される<sup>(46)</sup>。拘束具の普及により、身体的拘束を簡単に行えるようになったとの指摘もある<sup>(47)</sup>。

### 4 医療従事者の不安

拘束具の使用を取りやめることについて、医療従事者は大きな不安に直面することが知られている。身体的拘束に対する看護師の意識調査では、看護師の 75% が「身体拘束をすると安心感がある」と回答している<sup>(48)</sup>。これまでの研究から、身体的拘束を行わないことの医療従事者の不安には、患者の安全性が脅かされるとの不安に加え、患者からの暴力等、様々な言動に対する不安が存在することが看取できる。

#### (1) 患者の安全性に対する不安

15 か所の精神科病院の医療従事者に対して実施した前述のアンケート調査では、回答者の 85.6% が、隔離・身体的拘束を行わないことによる不安として「本人の事故が起きるかもしれない」と回答した。また、隔離・身体的拘束に対する認識としては「患者の保護のために行うもの」と回答した者が 89.5%、「自殺企図防止に効果的」と回答した者が 81.8% であった<sup>(49)</sup>。

看護師を対象とした別の意識調査では、回答者全員が「身体拘束は患者の安全を守るために

(41) 「特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数について」(昭和 33 年 10 月 2 日発医第 132 号)厚生労働省ウェブサイト <[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta6290&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6290&dataType=1&pageNo=1)>

(42) 現在の医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 19 条に基づく人員配置は、一般病床においては患者 16 人につき医師 1 人、患者 3 人につき看護師 1 人であるのに対し、精神病床においては患者 48 人につき医師 1 人、患者 4 人につき看護師 1 人である。

(43) 「「身体拘束」日本はなぜ多いのか」『毎日新聞』（電子版）2021.3.17.

(44) 野田寿恵ほか「精神科急性期における経時的な隔離・身体拘束中の危険性評価—ビジュアルアナログスケールを用いた新たな評価表による試み—」『精神医学』58(10), 2016.10, p.861.

(45) 蓑島豪智「隔離・身体的拘束が必要であるという「文化」「常識」を問い直してみる」『病院・地域精神医学』61(2), 2019.2, p.29.

(46) 東 前掲注(10), p.948.

(47) 「人を縛り付ける「身体拘束」 決めるのは誰か 闇に失われる民主主義」『毎日新聞』（電子版）2023.6.25.

(48) 長田恵美子ほか「精神科閉鎖病棟における看護師の身体拘束に関する意識調査」『日本精神科看護学会誌』60(2), 2018, pp.158-161.

(49) 長谷川 前掲注(26), pp.68, 74.

必要だと（強く）思う」と回答している<sup>(50)</sup>。

人権への配慮を強化すれば、行動制限をより縮減することが要請されるのに対し、患者本人の生命・身体・健康を保護するという要請を重視するならば、身体的拘束は安全確保のための手段として正当化され得るとし、精神医療の現場は行動制限の最小化と医療安全管理・医療事故防止との間のジレンマに悩んできたとの指摘がある<sup>(51)</sup>。

日本精神科病院協会の山崎学会長は、新聞取材のインタビューに対して「拘束しないで、患者さんが逆に自殺したとか、転倒骨折したとかの方が怖い」と述べ、心は痛まないかとの問いについては「適切に法律で決まっている。患者さんの安全を考えて拘束して、なぜ心が痛むの？しないことで、もっと変な結果が出る方がおっかないじゃないか」と答えている<sup>(52)</sup>。

## (2) 患者の暴力等に対する不安

精神科病院 15 か所の医療従事者を対象とする前述のアンケート調査によれば、医療従事者の4分の3が患者から暴力を振るわれており、患者に対する具体的な不安として、84.5%が「患者が物やスタッフに対して物品を投げつける」、84.3%が「他患が暴力をふるわれる」と回答したほか、多くの医療従事者が「スタッフに敵意を示す」「仕返しを示唆する発言をする」「挑発的な言動をとる」「スタッフに言葉で攻撃する」「大声をあげる」といった様々な患者の行為に脅威を感じているとされた<sup>(53)</sup>。

別の研究でも、入院患者が危険な行動を再び起こす可能性が、身体的拘束を実施する際の判断に一定程度加味されていると指摘されている<sup>(54)</sup>。

## 5 精神医療審査会の限界

精神医療審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するため、精神保健福祉法第12条に基づいて各都道府県に設置された組織であり、精神科病院に入院している患者や保護者等から退院請求や処遇改善請求があった場合、その処遇等について専門的かつ独立的な機関として審査を行うこととされている<sup>(55)</sup>。しかし、現状において、同審査会は患者の人権擁護の役割を十分に果たせていないとの指摘がある。

主として問題とされるのは、①精神医療審査会の組織としての独立性、②審査会によって要求が認められる事案の少なさ<sup>(56)</sup>、③審査にかかる時間の長さ<sup>(57)</sup>などである。

①については、各都道府県及び政令指定都市に設置され、各都道府県内に事務局があるため、真に公正かつ独立した第三者機関たりえていないとの批判がある<sup>(58)</sup>。また、審査会において

(50) 長田ほか 前掲注(48)

(51) 岩下覚ほか「行動制限最小化と医療安全管理とのジレンマ」『日本精神科病院協会雑誌』41(6), 2022.6, pp.15-16.

(52) 「身体拘束 精神科病院協会の山崎学会長に聞く」『東京新聞』2023.7.7.

(53) 長谷川 前掲注(26), pp.74-79.

(54) 野田ほか 前掲注(44), p.860.

(55) 川本哲郎「精神障害者の人権と法—行動制限（身体拘束と隔離）を中心にして—」『同志社法学』70(6), 2019.3, p.12. <<https://doshisha.repo.nii.ac.jp/record/26831/files/028004030001.pdf>>

(56) 篠原由利子「精神医療審査会の機能と限界」『社会福祉学部論集』15号, 2019.3, pp.47-50, 55-56. <<https://archives.bukkyo-u.ac.jp/rp-contents/FO/0015/FO00150L045.pdf>>

(57) 同上, p.51.

(58) 日本弁護士連合会「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」2021.10.15, pp.12-13. <[https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/civil\\_liberties/data/2021.pdf](https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/civil_liberties/data/2021.pdf)>

審査を行う合議体は、医療委員、法律家委員、保健福祉士委員によって構成されるが、実際には医療委員が過半を占めており、審査は医療に寄りがちになるとの指摘もある<sup>(59)</sup>。②については、令和4(2022)年度に審査した処遇改善請求521件のうち、精神医療審査会が「入院又は処遇は不相当」とした事案は51件(9.8%)である<sup>(60)</sup>。③については、令和4(2022)年度における処遇改善請求の受理から審査結果の通知までの期間は平均39.1日であり<sup>(61)</sup>、審査の迅速化に向けた取組が必要であるとの指摘もなされている<sup>(62)</sup>。

### Ⅲ 障害者権利条約と日本の身体的拘束

国連総会によって採択され、日本も批准国である「障害者の権利に関する条約」(以下「障害者権利条約」という。)は、「全ての障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進すること」を目的としており、その対象には精神障害者も含まれている(第1条)<sup>(63)</sup>。本章では、同条約において身体的拘束がどのように位置付けられているか、また、同条約に基づいて実施された対日審査の結果、国際連合障害者権利委員会からいかなる所見が出されたかを概観する。

#### 1 障害者権利条約の概要

障害者権利条約は、平成18(2006)年12月13日に国連総会において採択され、平成20(2008)年5月3日に発効した。日本は平成19(2007)年9月28日に署名、平成26(2014)年1月20日に批准書を寄託し、同条約は同年2月19日に発効した(平成26年条約第1号)。同条約は、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的とし、障害者の権利の実現のための措置等について定めたものである<sup>(64)</sup>。

身体的拘束に関しては、第15条において次のように定められている<sup>(65)</sup>。

第15条 拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由

- 1 いかなる者も、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない。特に、いかなる者も、その自由な同意なしに医学的又は科学的実験を受けない。
- 2 締約国は、障害者が、他の者との平等を基礎として、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けないようにするため、全ての効果的な

<sup>(59)</sup> 篠原 前掲注<sup>(56)</sup>, pp.50-51.

<sup>(60)</sup> 「表4-3 精神医療審査会の審査状況(処遇改善の請求)、都道府県-指定都市(再掲)別」厚生労働省『令和4年度衛生行政報告例』2023.10. e-stat 政府統計の総合窓口ウェブサイト <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000040111898&fileKind=1>>

<sup>(61)</sup> 「令和4年度 精神医療審査会機能③処遇改善要求」(精神保健福祉資料 630 調査)国立精神・神経医療研究センターウェブサイト <[https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/assets/excel/r4/r4\\_630\\_jititai.zip?v=2023080101](https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/assets/excel/r4/r4_630_jititai.zip?v=2023080101)>

<sup>(62)</sup> これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会『報告書』2017, pp.18-19. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihoukokenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf>>

<sup>(63)</sup> 障害者については「長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む。」と定められている。「障害者の権利に関する条約」p.6. 外務省ウェブサイト <<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000018093.pdf>>

<sup>(64)</sup> 「障害者の権利に関する条約(略称:障害者権利条約)」2024.3.13. 外務省ウェブサイト <[https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index\\_shogaisha.html](https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html)>

<sup>(65)</sup> 同上

立法上、行政上、司法上その他の措置をとる。

## 2 「日本の第1回政府報告に関する総括所見」の概要

障害者権利条約は、専門家から成る障害者権利委員会を設置し、国家報告制度等を通じて締約国による条約上の義務の履行状況を監視することとしている。締約国の政府は同委員会に報告を提出し、同委員会は締約国に対する事前質問及び委員と締約国との間で交わされる建設的対話を経て、審査結果を総括所見として公表する<sup>(66)</sup>。

日本政府からの最初の報告となる「障害者の権利に関する条約 第1回日本政府報告」<sup>(67)</sup>は平成28(2016)年6月30日に提出され、障害者権利委員会は上に述べたプロセスを経て、令和4(2022)年9月22日の会合において「日本の第1回政府報告に関する総括所見」(以下「総括所見」という。)<sup>(68)</sup>を採択した。この総括所見において、障害者権利委員会は障害者権利条約第15条に関し、「懸念をもって注目する」とした事項を3点挙げ、それぞれについて日本に対する勧告を行った。内容は表5のとおりである。

表5 日本の精神科病院における身体的拘束に対する障害者権利委員会の第1回総括所見

	懸念をもって注目するとされた事項	勧告
a	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科病院における障害者の隔離、身体的及び化学的拘束<sup>(注)</sup>、強制投薬、強制認知療法及び電気けいれん療法を含む強制的な治療</li> <li>心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律を含む、これらの慣行を合法化する法律</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害者の強制治療を合法化し、虐待につながる全ての法規定を廃止するとともに、精神障害者に関して、あらゆる介入を人権規範及び本条約に基づく締約国の義務に基づくものにすることを確保すること</li> </ul>
b	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科病院における強制治療及び虐待を防止し報告することを確保するための、精神医療審査会の対象範囲及び独立性の欠如</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害者団体と協力の上、精神医学環境における障害者へのあらゆる形態の強制治療又は虐待の防止及び報告のための、効果的な独立した監視の仕組みを設置すること</li> </ul>
c	<ul style="list-style-type: none"> <li>強制治療又は長期入院を受けた障害者の権利の侵害を調査するための独立した監視制度の欠如</li> <li>また、精神科病院における苦情及び申立ての仕組みの欠如</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科病院における、残虐で非人道的また品位を傷つける取扱いを報告するために利用しやすい仕組み及び被害者への効果的な救済策を設け、加害者の起訴及び処罰を確保すること。</li> </ul>

(注) 患者を鎮静化するために向精神薬等を投薬すること。

(出典) 障害者の権利に関する委員会「日本の第1回政府報告に関する総括所見 [日本語仮訳]」2022.10.7. 外務省ウェブサイト <<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100448721.pdf>> を基に筆者作成。

## IV 身体的拘束に係る政策動向

本章では、精神科病院における身体的拘束への対応に係る政策の変遷及び現在の検討状況を、時系列に沿って述べる。

<sup>(66)</sup> 山崎公士「総括所見の意義と活用—障害者権利条約・第1回国家報告審査を終えて—」『新ノーマライゼーション』42(12), 2022.12, pp.2-4. <<https://www.dinf.ne.jp/d/5/635.html>>

<sup>(67)</sup> 「障害者の権利に関する条約 第1回日本政府報告 (日本語仮訳)」外務省ウェブサイト <<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000171085.pdf>>

<sup>(68)</sup> 障害者の権利に関する委員会「日本の第1回政府報告に関する総括所見 [日本語仮訳]」2022.10.7. 外務省ウェブサイト <<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100448721.pdf>>



## 1 「行動制限最小化委員会」の設立と活動

### (1) 診療報酬における行動制限最小化委員会の設置の義務付け

平成10(1998)年、国立犀潟病院において違法な隔離及び身体的拘束の長期間の実施による患者死亡事故等が発覚したことを契機に、これらの行動制限の最小化に向けた努力とその明確な指針が求められるようになった。

まず、平成11(1999)年度から平成12(2000)年度にかけて、障害保健福祉総合研究事業として「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」が実施された。同研究において精神科病床を有する全国の病院を対象に隔離・拘束の実態調査<sup>(69)</sup>が行われ、その結果を踏まえて「精神科医療における行動制限の最小化に関する指針」が作成された。さらに、研究に参加した9病院に対して一定期間「行動制限審査委員会」を設置して検証を行い、病院内審査機関による行動制限の評価が行動制限の適正化・最小化に有効であるとの結果を得た<sup>(70)</sup>。

この研究結果を受けて、平成16(2004)年度の診療報酬改定において新設された医療保護入院<sup>(71)</sup>等診療料の中で行動制限最小化委員会の設置が義務付けられた。すなわち、精神科を標榜する病院で医療保護入院等診療料を算定する場合は、必ず行動制限最小化委員会を設置しなければならないこととされた<sup>(72)</sup>。その後、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則」(昭和25年厚生省令第31号)第5条の2第5項において、精神科病院の基準として「精神科病院に入院中の者に対する行動の制限がその症状に応じて最も制限の少ない方法により行われているかどうかを審議するため、行動制限最小化委員会を設けていること。」が加えられた。

行動制限最小化委員会とは、各精神科病院内に設置され、病院全体の行動制限の動向把握、隔離・拘束等の行動制限の妥当性の検討、職員への教育など、行動制限最小化の活動を推進する組織であり、医師(指定医1名以上)、看護師、精神保健福祉士、事務職、その他各病院において行動制限最小化の検討・推進に必要とされる職種の職員から成る<sup>(73)</sup>。

### (2) 行動制限最小化委員会の実態把握と業務マニュアルの作成

各病院が医療保護入院等診療料を算定するためには、少なくとも月1回、行動制限最小化委員会において入院医療についての定期的な評価を行う必要がある。しかし、同委員会の活動状況に関する調査が不足していたことから、令和3(2021)年度における障害者総合福祉推進事業として、行動制限最小化委員会の活動に係る実態調査が実施された<sup>(74)</sup>。

調査対象病院のうち、行動制限最小化委員会が隔離・拘束症例に対して勧告や介入を行った

(69) 浅井邦彦編『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—』(平成11年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業))2000. 厚生労働科学研究成果データベース <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/3219>>

(70) 浅井邦彦編『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—第2報』(平成12年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業))2001. 厚生労働科学研究成果データベース <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/4181>>

(71) 入院させなければ自傷他害のおそれのある精神障害者について、本人の代わりに家族等が同意することによって入院させることができる制度。精神保健福祉法第33条の規定による。

(72) 日本精神科病院協会『行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル』2022, p.4. <[https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/images/2021\\_45\\_manual.pdf](https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/images/2021_45_manual.pdf)>

(73) その他委員会活動の透明性を担保するため、弁護士やピアサポーターなど、外部委員を置くことも可能とされる。

(74) 日本精神科病院協会『行動制限最小化委員会の実態に関する研究—報告書—』(令和3年度障害者総合福祉推進事業)2022. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000963625.pdf>>

病院は8割弱であり、そのうち約9割で勧告や介入に対して実際に是正されたことがあったとされ、調査を行った日本精神科病院協会は「委員会が行動制限最小化に向けて大きく寄与している証である。」として評価した<sup>(75)</sup>。また、同研究においては、行動制限最小化委員会の活動に資するための「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」が作成された。

他方、行動制限最小化委員会の活動の実効性については否定的な見方もある。「全国「精神病患者集団」は、行動制限最小化委員会が新設されて以降、平成18(2006)年から平成28(2016)年の10年間で身体的拘束の実施件数が2倍に増加したことを指摘し、「行動制限最小化委員会は、方策として期待できないと言わざるを得ない。」と述べている<sup>(76)</sup>。

## 2 厚生労働省の検討会における検討

令和3(2021)年10月、厚生労働省の「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」(以下「検討会」という。)が発足した。検討会は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築、令和5年度末で期限を迎える医療計画等の見直しに向けた地域精神保健医療福祉体制、入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組について検討を行い<sup>(77)</sup>、結果を令和4(2022)年6月9日に報告書として公表した<sup>(78)</sup>。

報告書では、隔離・身体的拘束の最小化に関連する取組として、次の方向性が示された。

### (1) 告示130号基準の改正

切迫性・非代替性・一時性(以下「3要件」という。)の考え方<sup>(79)</sup>について、告示130号基準において要件として明確に規定するべきであるとされた。また、単に「多動又は不穏が顕著である場合」に身体的拘束が容易に行われることのないよう、その要件を、多動又は不穏が顕著であって、かつ、患者に対する治療が困難であり、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切迫している場合や、常時の臨床的観察を行っても患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合に限定し、身体的拘束の対象の明確化を図るべきであるとされた<sup>(80)</sup>。

隔離・身体的拘束の最小化には、管理者のリーダーシップの下、組織全体で取り組み、隔離・身体的拘束の可否は、指定医が判断するとともに、院内の関係者が幅広く参加したカンファレンス等において、病院全体で妥当性や代替手段の検討を行う旨を明示するべきとされた。また、行動制限最小化委員会の定期的な開催、隔離・身体的拘束の最小化のための指針の整備、従業者に対する研修の定期的実施についても、新たに規定すべきとされた<sup>(81)</sup>。

(75) 同上, p.91.

(76) 全国「精神病患者集団」身体拘束ゼロ化・行動制限最小化の論点整理(第8回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会 参考資料1-2) 2022.3.31. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000930759.pdf>>

(77) 「「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」について」(第1回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会 資料2) 2021.10.11. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000841404.pdf>>

(78) 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会『報告書』2022.6.9. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000949216.pdf>>

(79) 前掲注(3)を参照。

(80) 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会 前掲注(78), pp.34-36.

(81) 同上, pp.36-37. こうしたプロセスの確保のため、診療報酬上の取扱いを含む実効的な方策を検討するべきとされた。

さらに、告示 130 号基準では、隔離・身体的拘束を行うに当たって、患者にその理由を「知らせるよう努める」とされているが、「説明する」と義務化するべきとされた。患者に対しては処遇改善請求等の権利内容についても説明し、患者がその内容を把握できない状態にある場合は、再度説明を行う必要がある旨を明らかにするべきとされた<sup>(82)</sup>。

## (2) 人員配置の充実について

精神科病院における人員配置基準については、入院患者数に応じて精神病床の適切化を図るとともに、入院患者に対して良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じ、医師・看護職員の適正配置や、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含む適切な職員配置を実現することが求められるとされた<sup>(83)</sup>。

## 3 告示 130 号基準の改正をめぐる議論

検討会の報告書が公表された後、令和 4（2022）年 12 月 10 日に精神保健福祉法改正案<sup>(84)</sup>が可決、成立した。しかし、行動制限に関して検討会が示した方向性については改正法に盛り込まれず、引き続き検討が行われている。

厚生労働省は令和 4 年度障害者総合福祉推進事業として「精神科医療における行動制限の最小化に関する調査研究」を野村総合研究所（以下「野村総研」という。）に委託し、野村総研は令和 5（2023）年 3 月に報告書を公表した<sup>(85)</sup>。同報告書は、主として行動制限を顕著に減少させた病院の取組事例集<sup>(86)</sup>と、告示 130 号基準の改正に関する提言から成る。このうち、同基準の改正に関する提言は次のとおりである<sup>(87)</sup>。

①検討会の報告書と同様、3 要件を身体的拘束の対象患者の要件として告示 130 号基準に明示する。（具体的な記載イメージとして、「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又は重大な身体損傷を生ずるおそれが著しく高い」「身体的拘束以外によい代替方法がなく、やむを得ない処置として行われるものである」「身体的拘束は一時的に行われるものであり、必要な期間を超えて行われていないものである」との文言が示されている。）

②「多動又は不穏が顕著である場合」等の告示上の対象患者の記載は、それだけでは身体的拘束の十分条件とならないことが明確になるよう、3 要件を先に明示した上で例示し、あくまで

<sup>82</sup> 同上, p.36.

<sup>83</sup> 同上, pp.38-39.

<sup>84</sup> いわゆる東ね法案である「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案」（第 210 回国会閣法第 17 号）の一部として可決された。

<sup>85</sup> 『精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究—報告書—』（厚生労働省令和 4 年度障害者総合福祉推進事業）野村総合研究所, 2023.3. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001113658.pdf>>

<sup>86</sup> 同上, pp.51-79. 東京都立松沢病院、五稜会病院、秋田緑丘病院、和光病院、山梨県立北病院、沼津中央病院、三河病院、犬山病院、岐阜病院、小阪病院、岡山県立精神科医療センター、まきび病院、オリブ山病院などの取組が挙げられている。

<sup>87</sup> これらのほか、実施に当たっての遵守事項については、身体的拘束の解除に向けた検討を行うこと、医師の頻回の診察に当たって 3 要件を欠いた場合には速やかに解除することを明示することが提案された。また、身体的拘束に当たって、実施の理由を可能な限りよく説明すること、二次的な身体的障害や心理的影響に関することを含めて臨床的観察を行うことを明示すること、手続を満たせば行動制限を行ってもよいという誤解を招かないよう、要件を満たす場合に限られる旨を明記することなども提案された。

3 要件を満たす場合に限り対象となる旨を明示する。

③「多動又は不穏が顕著である場合」の記載は更に明確化し、「多動又は不穏が顕著である場合であって、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や重大な身体損傷のおそれがある場合」とする。また、患者が身体的合併症のために「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や重大な身体損傷のおそれがある場合」についても、上記に準じて判断する旨を明示する。

#### 4 告示 130 号基準の改正案に対する批判

検討会の報告書及び野村総研の報告書に関し、特に関係団体による議論の的となったのは、告示 130 号基準の改正である。告示 130 号基準は昭和 63（1988）年に策定されて以来、現在に至るまで 36 年間改定されず、慎重な扱いがなされていただけに<sup>(88)</sup>、その動向が注視された。

##### (1) 検討会の報告書に対する批判

令和 4（2022）年 10 月 20 日に開催された参議院予算委員会において、参考人として招致された杏林大学保健学部の長谷川利夫教授は、現行にない「治療が困難」というその要素を加えることは、今までよりも医師の裁量を広げることになるとした<sup>(89)</sup>。また、日本弁護士連合会は、「多動又は不穏が顕著な場合」の厳格な解釈基準が示されず、多動又は不穏が顕著であることを前提として「治療の困難性」という追加要件を付すことで、むしろ同要件の拡大解釈を許容するものになっていると指摘し、検討会の報告書が提示した案に反対した<sup>(90)</sup>。

##### (2) 野村総研の報告書に対する批判

野村総研の報告書の提案からは、検討会の報告書において論議を呼んだ治療の困難性に関する要件が取り除かれたが、関係者からはなお論点が指摘された。

日本弁護士連合会の小林元治会長は、野村総研の報告書の提言は不適切な身体的拘束をかえって広く認めることになるとし、次の 3 点を挙げて批判した。①極めて限定的な緊急の場合にしか認められない身体的拘束について、「切迫」ではなく「おそれ」とし、単なる予測段階で認めることとしていること。②記載イメージにある「必要な期間」は、医師の主観的な治療方針や、病院の人的・物的体制といった医療側の事情・判断に委ねられるおそれがあること。③身体的合併症のために「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や重大な身体損傷のおそれがある場合」の身体的拘束については、本人の同意なく身体的拘束を行った上で治療することを認めることとなり、現行法上は認められていない強制治療を許容すること<sup>(91)</sup>。

「全国「精神病」者集団」は、告示 130 号基準が定める身体的拘束の要件のうち「多動又は不穏が顕著な場合」について、「これまで単に多動又は不穏というだけで身体的拘束を開始し

<sup>(88)</sup> 「法改正伴わず 異様 自由奪う判断「厚労相に白紙委任」『東京新聞』2023.7.2.

<sup>(89)</sup> 第 210 回国会参議院予算委員会会議録第 2 号 令和 4 年 10 月 20 日 p.41.

<sup>(90)</sup> 日本弁護士連合会「厚生労働省「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書の身体的拘束要件の見直しに対する意見書」2022.10.19, pp.2-3. <[https://www.nichibenren.or.jp/library/pdf/document/opinion/2022/221019\\_2.pdf](https://www.nichibenren.or.jp/library/pdf/document/opinion/2022/221019_2.pdf)>

<sup>(91)</sup> 小林元治「「厚生労働省令和 4 年度障害者総合福祉推進事業 精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究一報告書」に対する会長声明」2023.9.7. 日本弁護士連合会ウェブサイト <<https://www.nichibenren.or.jp/document/statement/year/2023/230907.html>>

てよいとの誤解を招いてきた」とし、同要件そのものの削除を求めた<sup>(92)</sup>。

なお、告示 130 号基準の改正のその後の動向は、令和 6（2024）年 4 月末現在において報じられていない。

## V 諸外国の精神科病院における身体的拘束

本章では海外に目を転じ、ドイツ、イギリス、イタリアにおける、身体的拘束に関する近年の動向を述べる。ドイツ及びイギリスでは、近年、身体的拘束に焦点を当てた法改正や立法が行われており、その概要を中心に紹介する。また、精神医療改革で名高いイタリアにおいても、一般病院の精神科病棟等における身体的拘束が問題視されており、その現状について述べる。

### 1 ドイツ

ドイツにおいて精神科病院による身体的拘束は高い実施率を示しており<sup>(93)</sup>、その在り方については従来から論議されてきたところである。2018 年、連邦憲法裁判所は、身体的拘束が基本権を侵害しているとし、身体的自由を継続的に剥奪するには裁判官の決定が必要であるとの判決を下した。この判決を受け、連邦、バイエルン州及びバーデン・ヴュルテンベルク州は 2019 年に法改正を行った。一連の経緯について以下に述べる。

#### (1) 身体的拘束の法律上の規定

ドイツにおける精神障害者等の身体的拘束は、民法<sup>(94)</sup>及び公法によってそれぞれ規定されている。概要は表 6 のとおりである。

表 6 ドイツにおける身体的拘束に係る法律上の規定

法律	身体的拘束に関連する規定
民法	病院、老人ホーム、介護施設、精神科病院又は病棟等に滞在する者が、以下の①又は②の要件 <sup>(注1)</sup> を満たす場合、世話人の同意及び裁判所の許可に基づき、機械的装置 <sup>(注2)</sup> 、薬物又はその他の方法によって、長期間又は定期的に自由を剥奪することができる（ドイツ民法第 1831 条第 4 項）。 ①自傷の危険性がある場合（ドイツ民法第 1831 条第 1 項第 1 号）。 ②治療上の必要性がある場合（ドイツ民法第 1831 条第 1 項第 2 号）。
公法	各州が法律を制定する権限を有する。対象者が、精神の疾患や障害により自身や他者を危険にさらす場合、裁判所は行政庁の申請に基づき対象者の収容（強制入院）を許可する。 【例】バーデン・ヴュルテンベルク州の「精神障害者支援保護法」は、精神障害により自身の生命・健康又は他者の利益に著しい危険をもたらす者は、他の方法で回避できない場合、収容を必要とするとし（第 13 条第 3 項）、収容中に身体的拘束が行われる可能性がある（第 25 条第 2 項第 4 号）としている。

(注 1) 要件は①及び②のみであり、他者に危害を加える場合等については要件に含まれない。

(注 2) 「機械的装置」による方法とは、隔離、夜間のドアの施錠、ベルトや足かせによる拘束などを指す。

(出典) 神野礼育「強制入院と身体拘束に対する法的規制—ドイツ法を中心として—」『法と精神医療』31 号, 2016, pp.37, 39-41; 柑本美和「精神科医療における行動制限—身体的拘束について—」『法と精神医療』36 号, 2022, pp.101-103; BGB; Psychisch-Kranken-Gesetze vom 25. Juni 2019 (GBl. 2019 S. 230), <<https://www.landesrecht-bw.de/bsbw/document/jlr-PsychKGBWrahmen>> を基に筆者作成。

<sup>92)</sup> 「令和 4 年度推進事業「精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究」報告書に記載を求める事項」2023.3.17. 全国「精神科」者集団ウェブサイト <<https://jngmdp.net/2023/03/17/20230317/>>

<sup>93)</sup> I の 2 (3) の表 3 に示した国際比較研究においては、ドイツは日本に次いで身体的拘束の実施率が高いとされる。

<sup>94)</sup> Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 34 Absatz 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 411) geändert worden ist.

## (2) 身体的拘束に係る連邦憲法裁判所の判決

2018年7月、連邦憲法裁判所は、バーデン・ヴュルテンベルク州及びバイエルン州の精神科病院に入院していた患者に対して実施された身体的拘束について、ドイツ連邦共和国基本法（憲法に当たる。以下「基本法」という。）に違反しているとの判決<sup>(95)</sup>を下した。異議申立て及び判決の概要は次のとおりである。

### (i) 憲法異議の申立て

2009年6月、ミュンヘンの精神科病棟に入院した患者が7点拘束を受けたことに対し、患者の申立人は、個人の自由に対する基本的権利は法律に基づいてのみ干渉されるところ、バイエルン州法には身体的拘束を認める具体的な根拠がないとして連邦憲法裁判所に憲法異議の申立てを行った<sup>(96)</sup>。また、2015年3月、バーデン・ヴュルテンベルク州の精神科病院に入院した別の患者が5点拘束<sup>(97)</sup>を受けたことについて、患者の申立人は、基本法に従えば身体的拘束には裁判所の命令が必要であるとして連邦憲法裁判所に憲法異議の申立てを行った<sup>(98)</sup>。

### (ii) 判決の概要

これらの異議申立てに対し、2018年7月24日、連邦憲法裁判所は判決を下し、①患者の拘束は人身の自由に対する基本権の侵害であること、②短期間（30分未満）とは言えない5点拘束及び7点拘束は、基本法第104条第2項にいう自由剥奪に当たること、③基本法第104条第2項は自由剥奪について裁判官の決定を得なければならないと定めており、その旨を手続法上整備することを要請していること、④拘束によって自由を剥奪される者に対する保護を保障するため、毎日午前6時から午後9時まで裁判官が待機する必要があることを述べた<sup>(99)</sup>。その上で、バーデン・ヴュルテンベルク州及びバイエルン州に対し、2019年6月30日までに必要な法改正を行うよう命じた<sup>(100)</sup>。

## (3) 判決を受けた法改正

この判決を受けて、バーデン・ヴュルテンベルク州では精神障害者に対する身体的拘束の規定を含む「精神障害者支援保護法（Psychisch-Kranken-Gesetz）」が改正され、2019年6月30日に施行された<sup>(101)</sup>。同改正により、収容者の行動の可能性を広範又は完全に奪う自由剥奪を伴う身体的拘束<sup>(102)</sup>は、認証を受けた施設の申請に基づき、裁判官の事前の命令によってのみ認められるとされ<sup>(103)</sup>、その場合は原則として治療又は看護スタッフによる1対1のケアが確

<sup>(95)</sup> Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16.

<sup>(96)</sup> *ibid.*, p.105.

<sup>(97)</sup> 身体的拘束のうち、両手両足と腹部を拘束する場合を「5点拘束」、5点拘束に加えて2箇所（胸部と額の周囲等）を拘束する場合を「7点拘束」という。

<sup>(98)</sup> 柑本美和「精神科医療における行動制限—身体的拘束について—」『法と精神医療』36号, 2022, pp.103-104.

<sup>(99)</sup> 神野礼斉「患者の身体拘束の要件に関するドイツ連邦憲法裁判所判決」『広島法科大学院論集』16号, 2020.3, pp.283-284. <<https://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/49200/files/4163>>

<sup>(100)</sup> 同上, p.286.

<sup>(101)</sup> Psychisch-Kranken-Gesetze vom 25. Juni 2019 (GBI. 2019 S. 230). <<https://www.landesrecht-bw.de/bsbw/document/jlr-PsychKGBWrahmen>>

<sup>(102)</sup> ここでいう身体的拘束とは、5点拘束及び7点拘束だけでなく、30分以上実施されると予測される全ての身体的拘束を指すものとされている。

<sup>(103)</sup> 渡邊齊志「精神科病院等における自由を剥奪する身体拘束に係る法規定の整備」『論究ジュリスト』31号, 2019.夏, p.173. なお、裁判官の命令が、施設内で生じる危険への対応に間に合わないおそれがある場合、施設は事後的に裁判官の承認を求めることとされている。

保されるものとされた<sup>(104)</sup>。

そのほか、バイエルン州及び連邦でも、既存の法律を連邦憲法裁判所の判決に適合させる法改正が行われた。バイエルン州では「司法執行における身体的拘束の法適合性を図るための法律 (Gesetz zur Anpassung des Rechts der Fixierung im bayerischen Justizvollzug)」が制定され、2019年7月1日に施行された<sup>(105)</sup>。連邦においては「自由剥奪の枠組みにおける身体的拘束に際しての本人の権利強化のための法律 (Gesetz zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen)」が制定され、2019年6月28日に施行された<sup>(106)</sup>。いずれも精神障害者ではなく、刑務所に収容された受刑者を対象とする身体的拘束に係る法改正を行うための法律であり、自由を剥奪する身体的拘束は、他者に対して暴力を振るったり自傷や自殺の行為に及んだりする危険が迫っている場合にのみ認められることや、身体的拘束の実施には裁判官の命令が必要であることが定められた<sup>(107)</sup>。

#### (4) 法改正による効果

バーデン・ヴュルテンベルク州における精神科病院の約43万6000人の入院患者を対象とした研究によれば、自由を制限する何らかの強制措置（拘束又は隔離）が実施された患者の割合は、2015～2017年の平均では6.7%であったのに対し、2019年には5.8%に減少し、うち器具を用いた「機械的拘束」の割合は4.8%から3.6%に減少した<sup>(108)</sup>。また、1例当たりの拘束及び隔離の累積時間の中央値は、12.7時間から11.9時間に短縮されたとしている<sup>(109)</sup>。

## 2 イギリス

イギリスにおける身体的拘束の実施の要件等については、「1983年精神保健法 (Mental Health Act 1983)」<sup>(110)</sup>の運用を定めた行動指針 (Code of practice) に規定されている。また、2018年には、精神科病院における行動制限の在り方について定めた「2018年精神保健施設 (力の行使) 法 (Mental Health Units (Use of Force) Act)」<sup>(111)</sup> (以下「力の行使法」という。) が制定され、2022年3月に施行された。これらの規定の概要について以下に述べる。

### (1) 1983年精神保健法の行動指針における規定

1983年精神保健法の行動指針においては、行動制限措置の総称は「制限的介入 (restrictive intervention)」とされる。制限的介入の一種である身体的拘束は、患者を直接の身体的接触によって拘束する「身体による拘束 (physical restraint)」と、ベルトなどの器具を用いて拘束する「機械的拘束 (mechanical restraint)」に大別される。これらのうち、制限的介入全般に係る定義・

<sup>(104)</sup> 柑本 前掲注<sup>(98)</sup>, p.110.

<sup>(105)</sup> Gesetz zur Anpassung des Rechts der Fixierung im bayerischen Justizvollzug vom 24. Juni 2019 (GVBl. 2019 S. 318). <<https://www.verkuendung-bayern.de/gvbl/2019-318/>>

<sup>(106)</sup> Gesetz zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen vom 19. Juni.2019 (BGBl. I 2019 S. 84). <[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl119s0840.pdf%27%5D\\_1710117692908](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s0840.pdf%27%5D_1710117692908)>

<sup>(107)</sup> 渡邊 前掲注<sup>(103)</sup>; 神野 前掲注<sup>(99)</sup>, p.284.

<sup>(108)</sup> Tilman Steinert et al., “Auswirkungen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts 2018 zu Fixierungen,” *Nervenarzt*, Volume 93, 2022.3, pp.708, 712.

<sup>(109)</sup> *ibid.*

<sup>(110)</sup> Mental Health Act 1983 c.20. <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>>

<sup>(111)</sup> Mental Health Units (Use of Force) Act 2018 c.27. <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2018/27/enacted>>

要件に係る規定と、日本の身体的拘束に近い意味を持つ機械的拘束に係る規定を、表7に示す。

表7 イギリス「1983年精神保健法」行動指針における制限的介入・機械的拘束の主な規定

	規定事項	行動指針	規定内容
制限的介入全般に係る指針	制限的介入の定義及び要件	26.36	制限的介入とは、以下の目的で、患者の移動、自由、及び/又は独立して行動する自由を意図的に制限する行為である。 ・何も行動を起こさなければ患者又は他者に危害を及ぼす可能性が実際にある危険な状況を、直ちに制御するため。 ・患者や他者に対する危険を終息又は大幅に軽減するため。 制限的介入は、罰を与えたり苦痛又は屈辱を与えたりすることのみを目的として使用してはならない。
		26.37	人が患者の行動を制限したり、力を行使（又は力を行使すると威嚇）したりする場合、次のようにすべきである。 ・患者又は他者への危害を防ぐために必要な期間を超えて使用しない。 ・危害に対して釣合いの取れた対応をする。 ・制限を最小限に抑える手段とする。
		26.40	制限的介入を検討する必要がある最も一般的な理由は以下のとおりである。 ・患者による身体的暴行。 ・危険な、脅迫的な又は破壊的な行動。 ・自傷行為又は偶発的な身体的傷害の危険性。 ・身体的疲労につながりそうな極端で長時間の過活動。 ・逃亡又は逃亡の試み（1983年精神保健法等に基づき拘禁されている場合）。
機械的拘束に係る指針	拘束の定義及び要件	26.75	機械的拘束とは、患者の行動の制御を主目的として、器具（ベルトなど）を用いて患者の身体の一部又は全体の動きを防止・制限・制圧することを指す。
		26.76	機械的拘束は、他の拘束方法が安全に採用できない場合にのみ、例外的に使用される。機械的拘束は、制限を最小限に抑えるという原則に沿って使用されるべきであり、緊急事態への無計画な対応であってはならない。機械的拘束は、適切な人員配置の代わりに使用されるべきではない。
	拘束の承認	26.77	機械的拘束の使用は多職種による協議を経て承認される。
	拘束中の観察及び診察	26.80	機械的拘束を受けている患者は継続的な観察下に置かれる必要がある。
		26.81	機械的拘束の期間中、15分ごとに看護師が患者の状態を確認する。
		26.82	登録医師が、機械的拘束の開始後少なくとも1時間以内に患者の診察を行う。その後、少なくとも4時間ごとに、登録医師による継続的な診察を行う（看護スタッフの要請があればより頻繁に行う）。診察には、患者が可能な限り快適であることの確認や、患者の身体的・精神的健康状態の完全な評価が含まれる。
26.84	患者の臨床記録には、機械的拘束を決定した根拠、医学的・精神医学的評価、拘束開始時の患者の状態、拘束に対する反応、診察結果の詳細を記録する。		

(出典) “26 Safe and therapeutic responses to disturbed behaviour,” *Mental Health Act 1983: Code of Practice*, 2015, pp.281-314. <[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a80a774e5274a2e87dbb0f0/MHA\\_Code\\_of\\_Practice.PDF](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a80a774e5274a2e87dbb0f0/MHA_Code_of_Practice.PDF)>; 藤井千代「精神保健医療に関する制度の国際比較」(平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究 分担研究報告書)2019, pp.158-159. 厚生労働科学研究成果データベース <[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2018/182091/201817041A\\_upload/201817041A0011.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2018/182091/201817041A_upload/201817041A0011.pdf)> を基に筆者作成。

## (2) 力の行使法の立法の契機

2010年9月、精神治療のために王立ベスレム病院に自発的に入院したアフリカ系イギリス人の青年オラセニ・ルイス(Olaseni Lewis)が興奮状態になったとして警察に通報され、11人の警察官によって拘束された後に死亡する事件が発生した<sup>(112)</sup>。2017年5月に行われた検死審問の結果、2回にわたる機械的拘束等が死亡の一因であると結論づけられた<sup>(113)</sup>。この事件を

(112) 力の行使法は、ルイス青年の名から採った「セニ法(Seni's law)」という通称で呼ばれることが多い。

(113) “Olaseni Lewis: ‘Excessive force’ by officers led to death,” 9 May 2017. BBC News website <<https://www.bbc.com/news/uk-england-london-39863209>>



契機として、精神障害者に対する過剰な力の行使を防止する法案を労働党議員が下院に提出し<sup>(114)</sup>、翌 2018 年 11 月 1 日に力の行使法が制定され<sup>(115)</sup>、2022 年 3 月 31 日に施行された。

### (3) 力の行使法の概要

力の行使法は、不適切な力の行使を防止するために必要な措置を明確に定め、精神保健施設における力の行使に関する説明責任と透明性を確保することを目的とした<sup>(116)</sup>、全 17 条から成る法律である。身体的拘束の行動制限の在り方に特化した立法は、世界的にも珍しいとされる<sup>(117)</sup>。その概要は以下のとおりである。

力の行使法において、「力の行使」とは、①患者に対する身体による拘束・機械的拘束・薬品を用いた拘束の実施及び②隔離を指す（第 1 条）。

精神保健施設を運営する医療機関は、施設の責任者を任命する義務を負う（第 2 条）。施設の責任者は、当該施設で働く職員による力の行使に関して方針を公表しなければならないが、公表された方針は、施設で働く職員による力の行使を削減するためにいかなる措置を講じるかを定めなければならない（第 3 条）。施設の責任者は患者に対し、職員による力の行使に対する患者の権利についての情報を提供しなければならない（第 4 条）、また職員に対し、力の行使に関する適切な教育を提供しなければならない（第 5 条）。

施設の責任者は、当該施設で働く職員による患者に対する力の行使の記録を保管しなければならない（第 6 条）。国務大臣は、施設で働く職員による力の行使に関する統計を毎年末に公表しなければならない（第 7 条）。

国務大臣は、施設で働く職員による力の行使の結果として生じた患者の死亡に関し、「2009 年検死官及び刑事司法改革法」に基づいて作成された報告書を審査し、審査結果を公表しなければならない（第 8 条）。施設の責任者は、当該施設において患者が死亡又は重傷を負った場合、責任者は関係機関によって作成された死亡又は重傷の調査に関する指針を考慮する必要がある（第 9 条）。

警察官は、精神保健施設で働く職員を支援する任務を行う場合、合理的に実行可能である限り、ボディカメラを装着し、作動させなければならない（第 12 条）。

### (4) 立法の効果及び反応

『オブザーバー』紙の記事によれば、力の行使法の施行後 1 年間の統計において、ルイス青年を拘束した際に用いられた地面拘束と手足身体拘束は、非アフリカ系イギリス人の入院患者に対しては減少（それぞれ 38% と 14%）したのに対し、アフリカ系イギリス人の入院患者に対しては増加（それぞれ 9% と 20%）したとされる<sup>(118)</sup>。ルイス青年の遺族は、法の制定は前進であったが、患者の拘束において人種差別が続いていると指摘している<sup>(119)</sup>。

(114) Rachel Roberts, “Police officers cleared over death of black mental health patient they restrained with ‘excessive force,’” *Independent*, 7 October 2017. <<https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/metropolitan-police-officers-cleared-restraint-death-bethlem-royal-hospital-olaseni-lewis-seni-s-law-steve-reed-a7987531.html>>

(115) Mental Health Units (Use of Force) Act 2018 c.27. *op.cit.*(111)

(116) “Mental Health Units (Use of Force) Act 2018,” 7 December 2021. Government of United Kingdom website <<https://www.gov.uk/government/publications/mental-health-units-use-of-force-act-2018>>

(117) 高嶋里枝「翻訳：イングランド・2018 年精神保健施設（力の行使）法」『法学研究論集』56 号, 2022.2, p.162. <<http://hdl.handle.net/10291/22181>>

(118) “Black mental health patients more likely to be injured at hands of police,” *Observer*, 17 Feb 2024.

(119) *ibid.* ただし、拘束による年間の負傷率は、アフリカ系イギリス人の患者が関与した事案では 4.4% に上昇したのに対し、非アフリカ系イギリス人の患者の事案では 6.7% 上昇しており、『ガーディアン』紙は「アフリカ系イ

なお、現状では精神保健施設が慢性的に逼（ひっ）迫しており、多くの精神疾患の患者が一般病棟において治療を受けつつあるため、力の行使法が精神保健施設での拘束のみを対象としている点に懸念を示す意見がある<sup>(120)</sup>。

### 3 イタリア

#### (1) 精神医療改革と機械的拘束

イタリアでは、広く知られているとおり、1978年に制定された法律第180号「自発的及び義務的な評価及び治療（Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori）」によって、精神科病院の新設、既存の精神科病院への新規入院、1980年以降の再入院が禁止され<sup>(121)</sup>、精神医療サービスの提供基盤は地域に移行された<sup>(122)</sup>。以後、全ての精神科病院は1999年までに閉鎖された<sup>(123)</sup>。各地域には精神科病院に代わって、精神保健センター<sup>(124)</sup>、デイケアセンター、居住施設、「診断と治療のための精神科サービス（Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: SPDC）」などから成る精神保健サービスネットワークが構築された<sup>(125)</sup>。

このうちSPDCは、急性期の患者のために総合病院の中に設置された救急病棟であり、1病院当たり15床以下の病床を備えている<sup>(126)</sup>。

イタリアの精神医療改革は精神科病院の閉鎖と地域の精神保健サービスの構築に集中し、拘束の問題が焦点化されることはなく<sup>(127)</sup>、精神科病院が全面的に廃止された後も、多くの精神医療サービスにおいて、機械的拘束は継続して実施された<sup>(128)</sup>。機械的拘束がイタリアにおける精神保健サービスの重要な課題として認識され始めたのは、1990年代の終わりから2000年代の初めとされる<sup>(129)</sup>。

#### (2) 法律上の規定及び判例

患者の身体的拘束に関する精神科医の権限について具体的に定めた法律はイタリアに存在せず、この権限をいつ、いかなる目的で、どのように行使することができるかも定められていない<sup>(130)</sup>。破毀院が2018年に下した判決は、刑法第54条に照らしつつ、機械的拘束の使用が正

---

ギリス人の患者が、それ以外の患者よりも負傷する可能性が高かったというわけではない」と報じている。Nic Murray, “Steep rise in black mental health patients injured while restrained by police,” *Guardian*, 17 Feb, 2024. <<https://www.theguardian.com/uk-news/2024/feb/17/black-mental-health-patients-more-likely-injured-police-england>>

<sup>(120)</sup> Olivia Blake, “Shutting wards to restrain patients is harrowing,” *Independent*, 2 May 2023.

<sup>(121)</sup> Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Legge 13 maggio 1978, n.180. <<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=36714>>

<sup>(122)</sup> 谷本千恵「イタリアの精神保健システムの発展過程とその現状—日本におけるイタリアの先進的な地域精神保健システムの導入の検討—」『石川看護雑誌』16号, 2019.3, p.92. <[https://ipnu.repo.nii.ac.jp/record/282/files/%E7%AC%AC16%E5%B7%BB\\_10.pdf](https://ipnu.repo.nii.ac.jp/record/282/files/%E7%AC%AC16%E5%B7%BB_10.pdf)>

<sup>(123)</sup> 同上

<sup>(124)</sup> 外来診療、リハビリテーション、住居・就労支援、訪問サービス等を担う施設。

<sup>(125)</sup> “La rete dei servizi per la salute mentale.” Ministero della Salute website <<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>>

<sup>(126)</sup> 谷本 前掲注<sup>(122)</sup>, p.93.

<sup>(127)</sup> ジョバンナ・デル・ジューディチェ（岡村正幸監訳、小村絹恵訳）『いますぐ彼を解きなさい—イタリアにおける非拘束社会への試み—』ミネルヴァ書房, 2020, p.94.（原書名：Giovanna Del Giudice, *Slegalo subito*, Merano: AB, 2015.）

<sup>(128)</sup> 同上, p.95.

<sup>(129)</sup> 同上, p.94.

<sup>(130)</sup> Clementina Salvi, “È il momento di slegare,” p.7. Diritto Penale e Uomo website <[https://dirittopenaleuomo.org/wp-content/uploads/2022/01/Salvi\\_DPU.pdf](https://dirittopenaleuomo.org/wp-content/uploads/2022/01/Salvi_DPU.pdf)>

当化される要件を示している。

2009年8月、イタリア南部のヴァッロ・デッラ・ルカーニアにあるサン・ルカ病院のSPDCにおいて、小学校教師が83時間にわたって機械的拘束を受けた後、肺水腫で死亡する事件が発生した。約9年間の裁判の後、2018年6月20日、破毀院は被告の医師及び看護師らに対して7か月から1年3か月の懲役刑を言い渡した<sup>(131)</sup>。破毀院の判決によれば、機械的拘束が正当化されるのは、刑法第54条で想定される場合、すなわち、①他者に危害を及ぼす現在の危険性（抽象的な可能性に基づいて予防的に拘束することは許されない。）、②それ以外の危険の必然性（代替手段では患者の健康を保護することができない場合であり、その適否の判断は医師の慎重な判断に委ねられる。）、③比例性（厳密に必要な範囲内で適用されなければならない。）、の3要件を満たす場合に限られ、これらの要件を満たさない場合、拘束は違法であり、それを適用する医療従事者は、患者から個人の自由を剥奪することとなるとされた<sup>(132)</sup>。

### (3) 機械的拘束の実施状況

最近の報道によれば、イタリアの20州のうち、7つの州又は地域の病院のSPDCにおける2022年の機械的拘束の実施数は、表8のとおりである。イタリア全土の網羅的な統計ではないが、地域によって相当なばらつきがあることが分かる。なお、フリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州では、何年もの間、機械的拘束は行われておらず、シチリア州では前年より116件、トレント自治県では21件減少したのに対し、ロンバルディア州では前年より179件、ウンブリア州では7件増加したと報じられている<sup>(133)</sup>。

表8 イタリアの7つの州又は地域のSPDCにおける機械的拘束の実施件数（2022年）

フリウリ＝ ヴェネツィア・ ジュリア州	ロンバル ディア州	ウンブリア州	ラツィオ州	シチリア州	トレント 自治県	エミリア＝ ロマーニャ州
0	2,705	111	1,280	939	196	199

(注) エミリア＝ロマーニャ州については2021年の件数である。

(出典) Ludovica Jona, “In Italia si legano ancora i pazienti psichiatrici ai letti, anche i minorenni,” *Corriere della Sera*, 2024.3.12. <[https://www.corriere.it/cronache/24\\_marzo\\_07/italia-si-legano-ancora-pazienti-psichiatrici-letti-anche-minorenni-767bb23c-dc9d-11ee-9cc9-ae75d527b8c3.shtml](https://www.corriere.it/cronache/24_marzo_07/italia-si-legano-ancora-pazienti-psichiatrici-letti-anche-minorenni-767bb23c-dc9d-11ee-9cc9-ae75d527b8c3.shtml)> を基に筆者作成。

これまでの研究によれば、イタリアにおける精神科病棟の入院患者に対する機械的拘束の実施率は3.8～20%と考えられている<sup>(134)</sup>。2019年から2021年までの3年間、ジェノヴァ大学(イタリア)の精神医学部門に連続して入院した被験者799名を対象とした最近の調査では、そのうち14.1% (113名) が機械的拘束を受けたとの結果が報告されている<sup>(135)</sup>。

<sup>(131)</sup> Giordano Cotichelli, “Morte Mastrogiovanni, condanne ridotte per medici e infermieri,” *Nurse 24+it*, 2018.11.15. <<https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/ridotta-condanna-cassazione-morte-mastrogiovanni.html>>

<sup>(132)</sup> Cass. pen., sez. V, 20/06/2018, n. 50497, pp.44-51.

<sup>(133)</sup> Ludovica Jona, “In Italia si legano ancora i pazienti psichiatrici ai letti, anche i minorenni,” *Corriere della Sera*, 2024.3.12. <[https://www.corriere.it/cronache/24\\_marzo\\_07/italia-si-legano-ancora-pazienti-psichiatrici-letti-anche-minorenni-767bb23c-dc9d-11ee-9cc9-ae75d527b8c3.shtml](https://www.corriere.it/cronache/24_marzo_07/italia-si-legano-ancora-pazienti-psichiatrici-letti-anche-minorenni-767bb23c-dc9d-11ee-9cc9-ae75d527b8c3.shtml)>

<sup>(134)</sup> Andrea Aguglia et al., “Mechanical Restraint in Inpatient Psychiatric Unit: Prevalence and Associated Clinical Variables,” *Medicina*, 59(10), 2023 October, p.2. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10607962/pdf/medicina-59-01847.pdf>>

<sup>(135)</sup> *ibid.*, p.7.

#### (4) 機械的拘束の削減に向けた勧告及び取組

イタリアにおける機械的拘束の削減に向けた取組を、時系列に沿って以下に述べる。

2006年には、拘束手段を排除した SPDC によって非営利組織「SPDC 非拘束クラブ (SPDC No Restraint Club)」が結成され、2022年時点で19のSPDCが参加している。同クラブが2022年に行った調査によれば、イタリア全土の318のSPDCのうち、拘束を行わずに運営されているSPDCは同クラブのメンバーだけであったとされる<sup>(136)</sup>。

2010年7月には、地域自治州会議(Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome)<sup>(137)</sup>が「精神医療における身体的拘束：その可能な予防方策 (La contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione)」と題する勧告を発表し、拘束の使用を防止するために必要な事項として、質の高い情報の体系的な収集、急性期医療現場における暴力行為の地域レベルでの監視、医療関係者等への研修の促進、危機状況の管理に関するサービスの体系的な品質管理と改善の実践などを挙げた<sup>(138)</sup>。

2015年、国家生命倫理委員会(Comitato Nazionale per la Bioetica: CNB)は医療における拘束に関する見解を発表し、機械的拘束は最後の手段であるとして、実際に必要性・緊急性がある状況に限り、具体的なニーズに比例した最も侵襲性の低い方法を使用し、危険が存在しなくなった時点で終了しなければならないとの考え方を表明した<sup>(139)</sup>。さらに、推奨事項として、高齢者に対する拘束に関する研究、医療的拘束の厳密な記録、拘束の克服を目的としたプログラムの導入、医療サービスの評価における質の基準の導入、非人道的で屈辱的な行為にさらされる可能性が高い人々に対する医療サービスの質の維持、普及及び向上を挙げた<sup>(140)</sup>。

2021年6月、ロベルト・スペランツァ(Roberto Speranza)保健大臣(当時)は、地域精神保健に関する全国会議の場において、2022年12月31日までにイタリア全土の精神保健施設における機械的拘束を廃絶する目標を掲げたと述べ、その目標を達成するために保健省が作成した文書の草案を対象地域及び自治体に送付したと明らかにした<sup>(141)</sup>。

その後、2022年3月には当該文書の完全版として「精神保健部門の強化のための地域プロジェクトの実施に関するガイドライン (Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali voltial rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali)」が送付され、6000万ユーロを各地域・自治体に配分する<sup>(142)</sup>ことが併せて明示された<sup>(143)</sup>。しかし、その後、地域プロジェクトの期限は2023年6月30日に延期されており<sup>(144)</sup>、現時点において、同プロジェクトの成果

<sup>(136)</sup> Veronica Rossi, “Psichiatria, ecco i 19 reparti dove non si lega nessuno,” *VITA*, 2023.1.24. <<https://www.vita.it/psichiatria-ecco-i-19-reparti-dove-non-si-lega-nessuno/>>

<sup>(137)</sup> 地域及び自治州の役割の強化・保証、相互調整の促進等を担う共同機関。

<sup>(138)</sup> Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 2010.7.29. <<http://www.regioni.it/conferenze/2010/08/02/doc-approvato-psichiatria-contenzione-fisica-una-strategia-per-la-prevenzione-104535/>>

<sup>(139)</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Medical restraints: bioethical issues*, 23 April 2015, p.12. <[https://bioetica.governo.it/media/3534/p120\\_2015\\_medical-restraint\\_en.pdf](https://bioetica.governo.it/media/3534/p120_2015_medical-restraint_en.pdf)>

<sup>(140)</sup> *ibid.*, pp.22-23.

<sup>(141)</sup> “Salute Mentale. Via la contenzione meccanica entro il 2023. Ecco il testo dell’Accordo,” *Quotidianosanità.it*, 2021.6.29. <[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=96794](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=96794)>

<sup>(142)</sup> 使われなかった資金は、プロジェクトの終了後、保健省に返還することとされている。

<sup>(143)</sup> “Salute mentale. Pronte le nuove linee d’indirizzo del Ministero. Ecco gli obiettivi per le Regioni,” *Quotidianosanità.it*, 2022.3.15. <[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=103208](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=103208)>

<sup>(144)</sup> “Salute mentale. Sul tavolo della Conferenza Stato Regioni le nuove linee d’indirizzo per il potenziamento dei Dsm,” *Quotidianosanità.it*, 2022.4.27. <[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=104309](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=104309)>

は報じられていない。

## おわりに

精神科病院における身体的拘束は、憲法で保障された権利を侵害するおそれがあり、拘束を受けた患者の身体及び精神の健康を損なうほか、家族や看護師等の精神に悪影響を及ぼしたり、病院の社会的信用を失わせたりする可能性がある。これらの弊害があるにもかかわらず、日本における身体的拘束は近年まで増加し続け、現在も高止まりの状況が続いており、その実施率は諸外国と比較して突出して高い。

日本において多くの身体的拘束が行われている背景には、入院患者に占める高齢者の割合の増加、精神科病院における医師や看護師の不足、身体的拘束が医療従事者の教育や患者の治療において前提となってしまっている現状、拘束を解くことによって患者の安全性が脅かされたり、自身に危害が加えられたりすることに対する医療従事者の不安、患者に対する適正な医療及び保護を確保する役割を果たす精神医療審査会の機能的限界など、様々な要因が指摘されている。

ドイツやイギリスでは、近年、身体的拘束を更に削減するための法改正や立法が行われており、また精神科病院の廃止を成し遂げたイタリアでも、総合病院の SPDC で依然として実施されている身体的拘束の削減に向けた努力が続けられている。

身体的拘束の最小化は極めて困難な課題であるが、東京都立松沢病院を始め、身体的拘束の削減に成功した事例が報告されており<sup>(145)</sup>、今後、こうした成果を先例とした精神科病院の取組が注視される。

(すずき ともゆき)

(145) 前掲注(86) なお、東京都立松沢病院の取組については、東京都立松沢病院編『「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開』医学書院、2020 などでも報告されている。

# 「身体拘束」を問う

新連載



## 長谷川利夫 (はせがわ・としお)

杏林大学保健学部作業療法学科・教授

1964年東京都生まれ。1987年國學院大学法学部法律学科政治学コース卒業。2010年新潟医療福祉大学医療福祉学研究科保健学専攻博士後期課程修了。2009年度学位請求論文「精神科病院における隔離・身体拘束に関する各専門職の意識の実態とその背景要因及び作業療法士の役割に関する研究」により保健学博士。2011年より杏林大学保健学部作業療法学科教授。現在に至る。著書に『精神科医療の隔離・身体拘束』2013年、日本評論社（単著）、『病棟から出て地域で暮らしたい——精神科の「社会的入院」問題を検証する』2014年、やどかり出版（共著）など。日本病院・地域精神医学会理事（政策委員会委員長）、精神保健従事者団体懇談会代表、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会政策委員。

## 返らない命とそこからの問いかけ

私のスマートフォンの中に1枚の写真が残っている。2人のライトブルーの瞳は悲しそうにこちらを見ている。

2017年5月に、ニュージーランド国籍のケリー・サベジさんが神奈川県内の精神科病院で身体拘束を10日され続けた後に心肺停止になり、その後亡くなった。その写真は、遺族となった日本在住の兄パット・サベジさんとニュージーランド在住で地震学者の母マーサ・サベジさんが、2人で大学の私の部屋を訪ねてこられた時のものだ。この日から私は本件を世

に問うべく奔走することになる。

息子を、弟を、治療のために入院した病院で突然亡くした悲しみは想像を絶する。しかしそれに加えて2人を苦しめたのは「専門性」に守られた病院の厚い壁だ。あまりの理不尽な内容に遺族のパットさん（兄）と共にカルテを手厚労省を訪ね、訴えたこともある。その壁も厚かった。しかし後からわかったのは、世の中にはサベジさんのように社会に訴えることもできず時が経ち、悲嘆に暮れている人たちが多くいるということだった。

おそらくは本稿を読まれる方は、日々の看護実践の向上を目指し、自分の時間に雑誌を手に取り、研鑽を積まれている方々だと思う。私自身、素敵な看護師さんを多く知ってもいる。

しかし、その“思い”や“志”があっても、いったん病院、専門性という殻に守られてしまうと、時として奪った人の命や尊厳、そしてその悲しみさえもなきものにしようとするところがある。私はこれも真実だと思っている。光があれば必ず影がある。本連載ではこの“真実”を通じて、皆さんお一人お一人の心に何かが届き、新たな一歩が踏み出されることを心から願って執筆するものである。

## 身体拘束されるまで

ケリーさんは、アメリカ生まれで幼い頃に家族と共にニュージーランドに移住した。ニュージーランドと米国の両方の国籍を持っていた。兄の影響もあり日本語が好きで、ずっと日本に行くことを願っていた。2015年に夢を叶え、JETプログラム（The Japan Exchange and Teaching Programme：語学指導等を行う外国青年招致事業）の中で来日し、鹿児島県志布志市の小学校などでALT（Assistant Language Teacher：外国語指導助手）として働き始めた。2か月に1回開かれる外国語を学ぶ地元住民との懇親パーティーにも積極的に参加するような親しみやすい人柄だった。

ところが2017年4月に精神に不調をきたし、鹿児島から兄のいる横浜の家に身を寄せ静養していた。4月29日に躁状態となり、突然大声をあげたり外に飛び出そうとするなど落ち着きがなくなり、翌30日に警察官を呼び、神奈川県内の精神科病院に向かった。そこで措置入院をすることになった。そして入院と同時に

すぐに身体拘束を受けることになる。その時の状況は同行した兄のパットさんの言葉を借りると「ケリーは暴れずに隔離室で命令に従ってベッドに寝たにもかかわらず身体拘束された」とのことであった。身体拘束をしようとするスタッフに兄はすかさず「その必要はないですよ」と言ったが「しばらく拘束するのでオムツのセットを買ってください」と言われてしまう。ケリーさんはニュージーランド在住中、1か月余り精神科病院に入院したことがあったが、そこで身体拘束を受けることは一切なかった。日本の精神科病院では、医師の指示に従ってベッドまで歩く人を身体拘束することに家族が驚いたのは言うまでもない。

身体拘束を受けたまま10日間経った5月10日に、ケリーさんは心肺停止の状態で見送られた。その後転送先の病院で5月17日に亡くなった。27歳だった。

## サベジさん家族からの相談

ケリーさんの死からしばらく経ってから、母マーサさん、兄パットさんはスケジュール調整をして一緒に私の大学を訪れた。2人は、「なぜ日本ではこのようなことが起こるのか？」と必死に訴えられた。

私は、3つのすべきことを考えた。1つは医療事故調査の調査依頼。2つ目はカルテを取り寄せて経過を把握すること。3つ目はとにかくこの事実を世の中に知らせようということだった。しかしこれらは困難を極めた。

1つ目の医療事故調査制度は、医療法で定められたもので、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげるとい

う、医療事故に関わる調査の仕組みである。サベジさんご遺族はこれにより可能な限り正確な調査が行われることを望んだ。しかしこれは1通の手紙と共に叶わないこととなる。6月に病院長名の「調査（依頼）を行わない」決定をした旨の文書を受け取ったのである。我が国の制度は、病院が了承しなければ調査自体がスタートしないのだ。

2つ目のカルテ開示請求に対しての病院の回答は「閲覧は可能だが謄写は不可」というものだった。つまり見せるのはよいがコピーは許可しない、というものだった。我が国のカルテ開示は厚労省が定める「診療情報の提供等に関する指針の策定について」により定められている。同指針の7条1項では、「医療従事者等は、患者等が患者の診療記録の開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければならない」としている。また、医療従事者等が開示を拒否できる場合は、①診療情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがある時、②診療情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがある時、の2点に限定されている。しかしこれに応じなかったからと言って罰則があるわけでもない。病院は強い。

そこで病院に対して7月3日に民事訴訟法上の提訴予告通知を行った。さらに裁判所に文書送付嘱託を申し立てて、病院に対し裁判所を通じてカルテ開示を要請した。

その後病院は、7月12日にカルテについての「説明会」を開催した。それは病院の会議室で、時間は30分、延長しても1時間までで、職員が操作するパソコンからプロジェクターに映し出すものを「見る」だけのものだった。コピーを取ること、映し出された画面の写真を撮ることも許可されなかった。

病院から開示すると連絡が入ったのは、まさ

に3つ目として記した本件を世に知らしめるために7月19日に行った厚労省と外国特派員協会での会見の当日だった。遺族はこうでもしないと息子の死のカルテのコピーを受け取ることができなかった。

## カルテの内容

限られた紙面でカルテの内容の全容を述べることは難しい。そこで決定的なことだけ述べる。

看護記録には、次のような文が、入院当日4月30日（日）16時30分以降、急変した5月10日（水）まで毎日、8時30分、16時30分、23時30分の1日に3回ずつ、ほぼ定刻に記載されている。

《精神運動興奮状態にあり、不穏、多動、爆発性が著しい。放置すれば患者が受傷するおそれがある。》

しかし、例えば心肺停止になる前日の5月9日、ケリーさんは過鎮静で舌根沈下も認められ下顎呼吸の状態であった。その時も、である。さらには、急変する当日、声掛けへの反応もやっとの状況の時でさえも。お読みの方ならわかるだろう。患者さんの状態にかかわらず、身体拘束中なのでその要件を満たすような定型文を書いて（コピー&ペーストして）いることがうかがえる。

私はこのことをサベジさん一家に伝えながら暗澹たる気持ちになった。と同時に怒りが込み上げてきた。なぜこんな出鱈目でたらめが許されるのか？

私は純粹に国家というものを信頼していた。もちろん最終的に紛争となれば司法判断を仰ぐことになろうが、このような火を見るより明らかな誤りや医療に対する姿勢に関しては、国（厚生労働省）はきちんと指導してくれるだろう



と。

しかしその考えは甘かった。やれることは全部やった。外国特派員協会での会見は、遺族のサベジさん親子、弁護士と長谷川の4名で行い、同時にこのメンバーで“精神科医療の身体拘束を考える会”の発足を宣言した。その後は、会として内閣総理大臣及び厚労大臣宛での“精神科医療における身体拘束の状況の改善を求める申入書”の発出、ネット上での署名活動、国会議員への説明……そしてこのような活動を進めつつ、パットさん（兄）と私は本丸とも言うべき厚生労働省にアポイントを取って訪ねた。そしてカルテのコピーを手に、上述したあまりに矛盾するカルテの内容を説明し、実にいい加減な医療が行われていることを訴えた。命は返ってこないけれど。

しかし厚労省の回答は「〇〇県からは『精神保健福祉法上問題はなかった』と報告を受けている」という木で鼻をくくったものだった。天を仰ぎそうになりながらも、2人で必死に訴えたが、先方は自動機械のようにその言葉を繰り返すのみだった。その後、どうやって2人で帰ったかは覚えていない。

## サベジさんの母国ニュージーランドへ

2017年はサベジさんご一家と会を作り、とにかくひたすら走った年だった。その後母のマーサさんは地震学の研究で世界を飛び回り、兄のパットさんも仕事がだんだん忙しくなってきた。ちょうどケリーさんが亡くなってから1年後、1人のカナダ人ディレクターのマイケル・ゴールドバーグ氏が私の所を訪ねて来られた。

彼は日本語が堪能でフランス語も話すトリリンガルだ。彼は既にNHKワールドで3つの作

品を作り、放映されている敏腕ディレクターでもある。原発の放射能問題、ホームレス問題など広く社会問題に関心を持ち、身体拘束にも関心を持って来ていた。会ったその瞬間から意気投合し、夢中で話した。そしてテレビで放映されるような番組を作り、身体拘束のことを社会に知らせて皆で議論できるようにしようと話し合った。まずは知らなければ議論はできない。

私の頭の中に常にあったのは「なぜケリーさんは死ななければならなかったのか？」だ。母マーサさん、兄パットさんから、ケリーさんがニュージーランドで精神科病院に1か月余り入院した際は、身体拘束など全く受けたことがないと聞いていた。なぜだろう？何が違うのだろうか？

その頃からニュージーランドに行ってケリーさんが入院していた精神科病院を見たいという気持ちが高まっていった。ちょうどその頃、普段連絡など取らない知り合いのソーシャルワーカーから電話がかかってきた。相談すると、助成金を申し込んでみては？と。申し込んだがそれは残念ながら落ちた。しかし自分の中では勝手にマイケルとニュージーランドに行ってケリーさんが入院していた病院の中に入り、実際のところを見せてもらい話を聞く、というイメージしかなかった。どうせ行くなら同国の精神保健研究所にも日本の実態を知ってもらい助言をもらいたい……妄想はどんどん広がった。

病院や研究所と5か月ほど交渉を続けるうちに、なんとかケリーさんの担当医、精神保健研究所での責任者との面会など、訪問と撮影の許可の段取りができた。最後まで難航したが閉鎖病棟に入ることであったが、私1名がカメラ無しで入るということで落ち着いた。この時の映像を用いてNHKハートネットTVが『身



サベジさん一家。右端が日本において身体拘束中に亡くなったケリーさん。

体拘束のない国へ～ニュージーランドからの報告』という番組を作り放映してくれた。もちろんディレクターはマイケル氏だ。このDVDは現在でもNHK厚生文化事業団の福祉ビデオライブラリーで一般貸出をしている。末尾の案内を参照してぜひ視聴してほしい★。

ニュージーランドではケリーさんの実家を訪ねお父さんともお会いした。部屋の壁中に飾られた家族写真がむしろ私には痛々しく感じられた（その中の素敵な1枚を家族の許可を得て本頁に掲載する）。

NHKで放映された、ニュージーランドの関係者とのやり取りで聞き取った言葉を皆さんにお届けする。

ニュージーランドでの精神科医療関係者と筆者とのやり取り

**長谷川**：日本の病院の精神科医がケリーさんに対して「じゃあそこのベッドに横になってください」と言ったそうです。そして、すぐにその場で身体拘束をされた。つまり、命令に従ってベッドに横になれる人を、果たして身体拘束するのでしょうか？

**アラステア・ウィリス氏（精神科医、ケリーさん**

**の担当医**）：ウェリントン病院では身体拘束はあり得ません。そもそも精神科病棟に人をベッドに拘束するための器具がありません。私は10年ウェリントン地区で働いていますが、その中で身体拘束をされた人は1人しかいません。あったとしても、10～15分間で押さえつけるだけです。大抵はもっと短い時間です。

**長谷川**：日本では身体拘束が増えていて、その理由の1つは、おそらく急性期の病棟が増えていること。そこでは入院した最初に身体拘束から入るというのが広まっているんです。そこで働く人たちは、最初に身体拘束をしてあげたほうが早く退院できるというんです。それはこちらでは考えられないですか？

**ロビン・シアラー（精神保健研究所最高責任者 [当時]**）：その裏にあるエビデンスを疑いますね。ニュージーランドでも（過去には）拘束や隔離はよいものだという強い信念がありました。私たちは時間をかけて（それは違うという）エビデンスを示し、学会での講演や出版を通して一生懸命努力してきました。

**キャロ・スワンソン（精神保健研究所首席アドバイザー）**：嬉しいのは、この10年で仮に隔離や拘束をされた場合、それは「治療サービスの失敗」と言われるようになったことです。（隔離や拘束は）治療ではないんです。

**スツット・ポール（精神保健研究所臨床リーダー）**：中には依然として隔離をしてもいいと考えているスタッフがいますので、まだやらなければならないことがたくさんあります。でも相手を気遣う、相手に親切にする、同情するといった価値観や態度を身につければ、私たちはいつだって前に進めるのです。

この会話の中に、日本の身体拘束を考える上でのヒント（表）があるように思う。

## 表 日本の身体拘束を考える上でのヒント

- ・日本では「器具による身体拘束」を当たり前のように思っていないか？
- ・器具があれば頼ってしまうのではないか？
- ・現在は身体拘束が非常に少ないニュージーランドでも、今の状況になるには長い努力と闘いがあった。
- ・やっとここ10年で隔離や身体拘束は「治療サービスの失敗」と言われるようになった。
- ・相手を思いやる気持ち、そのような価値や態度が何より大事。課題は多いが前向きになれる。

## 同様の事例がさらに見えてきた

日本の精神医療における身体拘束は2003年以降、10年で2倍となりそのまま高止まっている。システムを含めてさまざまな要因が絡み合っているはずだが、ニュージーランドに比べて、日本人や日本に住んでいる人が特別に精神疾患になりやすく、手を付けられない不穏・多動の人たちばかりということはないだろう。決して内向きの議論であってはならないと思う。

2017年6月にサベジさんらと記者会見をして以降、“精神科医療の身体拘束を考える会”

にはさまざまな相談や手紙などが多く寄せられるようになった。私は個人の携帯番号を全国に公開したのでいきなり電話でお話をされることも少なくない。家族からのものでは、何日も子どもが身体拘束をされているが一切会わせてくれないという相談が一番多い。お会いして相談するうちに裁判になったものも複数ある。その過程で私自身が裁判の意見書を書いたものも10件近くになった。その結果多くの医療記録も読むこととなった。

そのような中、サベジさんらと記者会見をした2017年の前年に、石川県の精神科病院で当時40歳の大畠一也さんが身体拘束解除直後に肺動脈血栓塞栓症で亡くなっていたと知ることになる。これが昨年、我が国で初めて精神科医療における身体拘束でその違法性が最高裁で確定した裁判となる。そのことを次号で述べることにする。

精

★NHK 福祉ビデオライブラリー <https://library.npwo.or.jp/>で、『身体拘束のない国へ～ニュージーランドからの報告』を検索ください。

# 「身体拘束」を問う

連載—2



## 長谷川利夫 (はせがわ・としお)

杏林大学保健学部作業療法学科・教授

1964年東京都生まれ。1987年國學院大学法学部法律学科政治学コース卒業。2010年新潟医療福祉大学医療福祉学研究科保健学専攻博士後期課程修了。2009年度学位請求論文「精神科病院における隔離・身体拘束に関する各専門職の意識の実態とその背景要因及び作業療法士の役割に関する研究」により保健学博士。2011年より杏林大学保健学部作業療法学科教授。現在に至る。著書に『精神科医療の隔離・身体拘束』2013年、日本評論社（単著）、『病棟から出て地域で暮らしたい——精神科の「社会的入院」問題を検証する』2014年、やどかり出版（共著）など。日本病院・地域精神医学会理事（政策委員会委員長）、精神保健従事者団体懇談会代表、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会政策委員。

## 大畠一也さんのこと

前号（2022年9月号）に、ニュージーランド国籍のケリー・サベジさんが、神奈川県精神科病院で身体拘束を10日間され続けた後に心肺停止となり、その後亡くなった事実を書いた。私はケリーさんの兄パットさんと“精神科医療の身体拘束を考える会”を立ち上げ、そこに私個人の携帯番号を公開し、常時身体拘束に関する相談を受けられるようにした。すると実にさまざまな相談が寄せられるようになった（写真）。

一番多いのは、家族が身体拘束されたが会え

ない、そしてなかなか外してもらえないというものだ。息子さんが3か月間身体拘束をされ続けているが会わせてもらえない、エコノミークラス症候群により命も心配だと訪ねてこられたお母さんもいた。そのお母さんと私は弁護士らと共に、息子さんが入院している医療観察法病棟を訪ねた。息子さんは病棟の奥から、拘束具を外され、看護師に連れられて面会室まで出てこられた。一緒にパンとジュースをいただきながら30分ほど歓談したが、手首を見ると拘束具の跡が付いていた。面会が終わると「再拘

束」されるらしい。「なぜ？」と強く思った。何かの「おそれ」があるからだろうか？

いただく手紙や電話での相談、情報の中に、石川県内の精神科病院で亡くなった大嶋一也さん（当時40歳）に関するものがあった。ただ住所が詳細まで書かれていなかったため、すぐには動けなかった。しかし2017年、私は金沢の駅に降り立った。手がかりが十分でない中レンタカーを借りて家を探し、夕刻にはなんとかご自宅にたどり着くことができた。突然の訪問にご両親も驚かれていたが、確かに息子さんを精神科病院内で亡くされているとのことだった。

家の中に入れていただいた。そこは“時が止まっている”という表現が一番近いと思うような空間だった。私はご両親からお話をうかがい、線香を仏前に手向け、その日は辞去した。

## 「一也さんが亡くなりました」

一也さんは石川県に生まれ、大工の父を手伝うなどしてご自宅の2階に住んでいた。ギターの演奏がうまく、何本もギターを持っているような青年だった。心身が不調になったため、それまでも入院したことがある県内の精神科病院に入院することにした。両親は、また元気になって帰ってくると何の疑いもなく信じていたという。

2週間後、病院から電話があり、母が出る。

「一也さんが亡くなりました」

病院に駆け付けると、そこに動かない姿の息子がいた。そして身体拘束されていたことを初めて聞かされる。死因は「心不全」であると。しかし後に、肺血栓塞栓症で亡くなっていたことがわかる。

一也さんが入院中、両親は何度となく面会しようと病院まで行っていた。しかし会わせても



写真 私に寄せられた身体拘束に関する相談の手紙の山

らえなかった。

翌2018年8月にご両親は金沢地裁に提訴。提訴当日は金沢市内のホテル、翌日には厚労省で記者会見を行い、大勢の記者に囲まれた。ご両親もまさか、自身の人生の中でこんなことをすることになるとは思っていなかったろう。

裁判の過程で明らかになった医療記録などからその経緯を追ってみよう。

## 「週末だけ」の言葉で隔離室に

一也さんが入院したのは2016年12月6日（火）。最初は一般病室で過ごしていたが、12月9日（金）に隔離室に移動させられる。同日の診療録には以下のような記載がある。

- 病棟内で過飲水が続く。
- このため隔離を要する状態である過飲水。
- コップを預かろうとすると不穏あり。
- Zelle（＝隔離室）でみる。
- 多飲あり、1日10L近く飲水していると推測されるが体重変動は起床時～20時で+1.8Kg。
- 入院時L/b（Labo＝検査データ）で電解質もnormal（＝正常）。
- 緊急性ないが、週末にかけて飲水の動向が予測できないため、一時的に隔離開始。

すなわち、「飲水の動向が予測できない」ことを理由に一也さんは隔離室に移動させられている。着目すべきはこれが金曜日である点だ。土日にスタッフが少なくなることが背景があると推察される。翌10日(土)、11日(日)は静かに隔離室内で過ごされていた。

週明け12日(月)の看護記録をみてみよう。

- 主治医を見ると興奮し怒り出す。
- 大声で「牛乳屋の店長になりたい!」(と言って手を挙げる)。
- 「お前脱税か」等と話す内容は滅裂。
- 隔離処置がイヤでホールに出たいようであり「こんなバイ菌だらけの部屋に入れて」「鼻ほじったら手洗いせんなん」「お前手洗いせんのか」「週末って言っとったやろ」と言う。
- 興奮して拳を握りしめ「なぐらせろ」というので暴力はよくないですよと説明すると「じゃあエアージェンこつさせろ」といってエイ、エイ、エイと周囲の4名に向かって少し笑いながらエアージェンこつをする。

この様子を読者である看護師の皆さんはどのように感じるだろうか? 隔離された9日(金)の「一時的に隔離開始」との記述、そしてここでの一也さんの「週末って言っとったやろ」との発言からは、医師が「隔離は週末の間だけ」と伝えていたことが推測される(むしろ解除の目途を言わずに入室させたらそれは虐待だろう)。一也さんの「なぐらせろ」という怒りの淵源は、その約束を破って出してくれないことにある。しかし、「じゃあエアージェンこつさせろ」と言い、それを受け止めるだけの関係性が両者の間にはまだ残っていた。最終的な隔離の決定は医師が行うものだが、患者さんとの間に看護師が緩衝材のように存在しているようにも見える。ここには医師・患者関係と異なる次元の関係性が成立しているのだ。

一方で「暴力はよくないですよ」との看護師の言葉はもの悲しくも感じる。話とは違う隔離に

対し、エアージェンこつでなく本当に立ち向かったら、患者さんは即座に制圧されてしまう。圧倒的な力をもつ「病院」のパワーを背景に「暴力はよくないですよ」と言われたら反論もできず、せいぜいエアージェンこつで「昇華」するしかなかったのだろう。だからもの悲しいのだ。

## 無理やりの注射に抵抗

私なら間違いなく半狂乱になって暴れまくるに違いない。

しかし、この関係性が崩れるのが翌12月13日(火)である。一也さんは食後の薬を服用した後、看護師から注射をすることを告げられる。その時の看護記録をみてみよう。

- 早めに薬を飲んでもらうことには拒否なく応じられる。
- 内服後注射をする旨を説明すると、「嫌や!」と易怒性を顕著にみせる。
- 他病棟の男性職員を含め男性5名で当人の身体を抑えるも抵抗強い。身体のみ強く、強引に立位をしようとしたり、腕を振り払おうとする。職員に対し頭突きをする行為あり。「身体を抑えて注射するのは駄目やって看護学校で習わなかったんか〜!」「公務執行妨害やろ〜!」等の言動あり。身体を抑えた後、右肩にリントン1A筋注施行する。
- 注射後、身体の拘束を解き、職員が退室しようとする際には殴りかかろうとする動作あり。

ここで一也さんは内服薬を飲んでいたにもかかわらずさらに注射をされそうになり、「嫌や!」と拒否をしたが、男性看護師5名に押さえつけられ注射をされてしまう。押さえつけられながらも腕を振り払おうとしたり「頭突き」をする抵抗をした。その日はそのまま入眠する。

## 落ち着いているのに前日の抵抗を理由に身体拘束

その翌日14日(水)に何が起こったのか?

翌日の看護記録を見てみよう。

- 夜間は全体的に睡眠はとれている。
- 3:30～再入床せず、徘徊や布団上座ったり、停止して今朝まで過ごす。大声や不穏行動なし。
- 6:00 (再入眠せず過ごす)
- 7:30 (薬服用するが意味不明な発言続く)
- 朝食配膳すると「ミサワホームで何軒家建てた人がおるやろ」等話し続けるが薬は拒否なく服用する。
- 10:00 (表情硬く一方的に話す)
- 小窓よりNS から声をかけると「契約いはんや」とり返し話す。お茶の交換の声かけにも返答もなく表情は硬い。
- NS の声かけて手指消毒に応じられ、お茶の交換に応じられる。
- 12:00 (昼食は全量摂取し一方的に話す)
- 昼食を自室に配膳すると、「仕事の邪魔をするな。ミサワホーム向けに家建てた」と話す。
- 昼食は全量摂取し小窓より返却に応じられる。
- 13:45 (転室)
- ○ Dr
- 前日スタッフへの暴力行為あり。
- 四肢躯幹身体拘束開始  
(転室に抵抗なし)
- 拘束時も意味不明な言動あるも抵抗なし。

つまり、保護室内で食事をしたり、薬を飲んだり、昼食を食べお皿を返却したりしていたのに、身体拘束をされてしまうのである。

この日の診療録にも次のように書かれている。

- 昨日も staff への暴力があり……検温等かわりも難しい抑制の上 follow するしかない。
- 四肢・体幹・肩抑制 1日みる。(医師名)

## 「滅裂」「意味不明」とは思えない

なぜ大島一也さんは身体拘束されなければならなかったのか？ そしてその果てにあった死。私はそれをどうしても受け入れることができない。

私は精神医療で大切なことは、“見えないも

のを見る”ことだと思っている。「ミサワホーム」という言葉の中に込められた、自分がかかわって父と作った家への誇り。「契約いはんや」と繰り返す言葉の中に込められた悔しさ。どれにも“意味”がある。一也さんの言動は本当に「滅裂」「意味不明」だったのだろうか？

看護記録と診療録の連関をみる時、医師は自らの眼でみるのではなく、多くの場合、看護師の報告を受けて判断をしているようにも見受けられる。看護師の認識、力量がその人の命をも左右すると言って過言ではない。

そして大島さんは、7日後の12月20日(火)に看護師により身体拘束を解除される。そしてその後、床に倒れているところを看護師に見えされ、そのまま肺動脈血栓塞栓症で亡くなった。

## 裁判。一審は棄却され、すぐに控訴

原告の遺族は、このような経過をたどって死に至った一也さんへの身体拘束は、法令上の要件（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、ア又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）を満たさず、違法であると主張し、提訴した。

2020年1月31日、一審の判決言い渡しの日。私から見ても、法廷にいる裁判官の表情からはどのような判決を出そうとしているのか全く想像がつかなかった。裁判官は短い言葉を発すると、裁判官席の後方の扉を開けてあっという間にいなくなってしまった。“判決言い渡し”とはそういうものなのだろう。何が起こったのかわからないご両親と、傍聴席にいた私の視線が合ったのを覚えている。急ぎ弁護士が判決文のコピーを取り、弁護士、ご遺族と一緒に車に乗り込み、皆で読み込みながら会場に向かっ

た。頭が真っ白になりながらも必死に文字を追った。

一審判決は、「医師には広い裁量があり、身体拘束の実施要件を定めた精神保健福祉法第37条1項基準にも“主として”とあるのだから、本件身体拘束の開始及び継続には何ら違法性はない」とした。

「理不尽」

この言葉が軽いと感じられてしまうほどの結果だった。

## 逆転勝訴。名古屋高裁の判決文

原告である両親は当然のことながら控訴した。

控訴理由書にはこのように書いた。「医師は“どのような治療法を用いるか”“どのような治療判断をするか”に関してはもちろん一定のアロウンス（裁量）がある」が、「今回は、医師が医療行為を、規律する法令に従って専門家としての裁量を行使したかが争点である」と。

その結果、名古屋高裁では、身体拘束の開始時からの違法を認める逆転勝訴となった。名古屋高裁の判決文は次のように述べている。

### 【判決文】

本件身体的拘束の開始を判断した12月14日午後1時45分の時点では、亡一也には診察に対し興奮、抵抗はなかったこと、本件診療経過を見ても、同日朝からの亡一也の言動は意味不明な発言をしたり（午前7時30分頃）、「ケイヤク違反や」と繰り返し話したり（同10時頃）、一方的に話などしたり（正午頃）する一方で、薬は拒否なく服用し（午前7時30分頃）、昼食をすべて食べ食器の返却に応じた（正午頃）というのであり、早朝から暴力的言動は一切見られなかったことに照らすと、その前日までに

看護師に対する暴力行為が見られたことや、亡一也が大柄な男性であることなどの事情を考慮しても、本件身体的拘束を開始した時点では、告示第130号の「多動又は不穏が顕著である場合」（第4の2イ）に該当するとは認めがたい。

さらには、人員の確保と身体拘束の重大性の関連について名古屋高裁の判決文は以下のよう

### 【判決文】

被控訴人は、12月14日のように看護師8名での対応と同様な対応を常に継続することは人員的に極めて困難である旨主張しており、看護記録中にも、T医師が「マンパワー足りず注射困難な時は中止とする」と指示をする記載がみられるから（乙A③〔20頁〕）、必要な場面において十分な人員を確保できない場合が生じることも想定される。しかしながら、亡一也に対して必要な医療行為を行うといった限定的な場面において、被控訴人病院には、その都度、相当数の看護師を確保しなければならないことによる諸々の負担等が生じるとしても、身体的拘束は入院患者にとっては重大な人権の制限となるものであるから、告示第130号の趣旨に照らすと、患者の生命や身体の安全を図るための必要不可欠な医療行為を実施するのに十分な人員を確保することができないような限定的な場面においてのみ身体的拘束をすることが許されるものと解され、必要な診察を問題なくすることができた12月14日午後1時45分の時点では「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」には当たらなかったものというべきである。

そして判決は、身体拘束が隔離よりもさらに人権制限の度合いが著しいとし、以下のように述べた。



## 【判決文】

精神科病院の入院患者に対する行動の制限に当たっては、精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行うことができないものとされ（前提事実（4））、精神医学上の専門的な知識や経験を有する精神保健指定の裁量に委ねられているとしても、行動制限の中でも身体的拘束は、身体の隔離よりも更に人権制限の度合いが著しいものであり、当該患者の生命の保護や重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いたものであるから、これを選択するに当たっては特に慎重な配慮を要するものといえ、上記アないしウに照らすと、告示第130号の「多動又は不穏が顕著である場合」（第4の2イ）又は「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」（同ウ）に該当するとして、12月14日午後1時45分の時点で身体的拘束を必要と認めたA医師の判断は、早きに失し、精神保健指定医に認められた身体的拘束の必要性の判断についての裁量を逸脱するものであり、本件身体的拘束を開始したことは違法というべきである。

以上のような判決により一也さんに対しての身体拘束は医師の裁量の逸脱があるとして、損害賠償請求を認めた。法廷ではいつも冷静で穏やかな女性弁護士が涙を流していた。会見で父の大島正晴さんは「（息子が入院した）12月6日に戻してくれと言いたい」「あの子が浮かばれるためにも日本の身体拘束はこれっきりにしてほしい」と涙を流して訴えた。笑顔はなかった。

### 上告受理申立てを受理せず、 高裁判決が確定

日本の司法は三審制である。被告病院は、最高裁に上告受理申立てを行ったのだが、驚いた

のはその際に被告病院が、北海道から九州までの私立精神科病院の理事、院長らの計56通もの「意見書」を最高裁に提出してきたことである。「圧」を感じざるを得なかった。そしてその多くの意見書には「（この判決では）日本の精神医療は崩壊する」とのくだりが見られた。

しかし2021年10月19日に最高裁は、上告受理申立てを受理しない決定をし、高裁判決が確定したのである。

### 残された疑問、課題

最後に、残された疑問、課題を端的に述べる。

一也さんのこの状況で、強制的な注射による薬物投与は必要だったのか？

障害者権利条約の観点からも、そもそも“強制治療”は許されるのか？

一也さんへの関わりの根底には、ある身体拘束の指針の本に述べられているような「圧倒的多数で対応することは相手の戦意を喪失させることにつながる」という考えがあるのではないのか？

そこには「ケア」という文脈はあるのか？

最高裁で判決が確定した1か月後、日本精神科病院協会は会長自らが記者会見をし、本判決を「到底容認できない」という声明を発出した。もしも「日本の精神医療が崩壊する」のなら、その崩壊する「医療」とはなんだろう？

厚労省は30年ぶりに身体拘束の基準を定めた大臣告示の改定を行う提案を行った。改善されるのかと思いきや、これまでにない「治療が困難」という文言が加わりそうになっていることに、身体拘束の“要件緩和”との批判が起きている。

精

〈特集1〉

# 私は 身体拘束を 生き延びたのか？

匿名(女性・看護大学在学中)

[編集部より]この手記を掲載するにあたり、著者名を実名にするか匿名にするかで、編集部では大変迷いました。私たちは以前から親交のある方で、人となりを知っていましたし、本文を読んでいただければおわかりになるように、非常に客観的に物事を分析する力がある方です。この手記を実名で掲載すれば、記述内容の信頼性はさらに増すと思いますし、身体拘束がいかに人間の核の部分に傷つけるかが、さらにくっきりとした輪郭を持って示されることと思います。著者(彼女)自身は当初、実名での掲載を希望されていました(以下、編集部とのやりとりから抜粋します)。

.....  
**実名でいきたいという意図は、(例えばがんの闘病記などと異なり)「身体拘束を受けたことにより匿名にしなければならない」というスティグマ性が嫌だったからです。自分くらいはそういうスティグマを持つたくない(セルフスティグマは嫌だ)ということです。**  
**それに、自分に拘束経験があるからという理由で就きたい職に就けない社会ならば、社会のほうがかかしいので、それに従うつもりはない、という意図でした。**  
.....

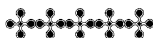
全くその通りだと編集部でも考えます。しかし一方で、彼女は今、とある大学の看護学部の学生です。今回の手記を実名で発表することによって、ここに示されている精神的な不安定さを理由に、将来の職業選択の幅を狭められてしまいかもしれない、その可能性を編集部は恐れました。何度も彼女と話し合い、また彼女を応援している方にも相談しました。その末に、編集部では「匿名」という苦渋の選択をしました。彼女も最終的には同意してくれましたが、もしかしたら編集部の心配を汲んで、今回は意向に沿ってくれたのかもしれませんが。掲載後、やはり匿名では自分の意図が達成できていないと彼女が考えたならば、どこかで実名を明らかにするかもしれません。その場合は、聡明な彼女が決断することですから、編集部では応援したいと思っています。末尾になりましたが、さまざまなリスクが想定されるなかで困難な体験を記してくださった彼女に敬意を表するとともに、身体拘束や強制入院にかかわる課題が広く議論されることを望みます。





**重** 苦しい梅雨の真ただ中だった。私は精神科に強制入院（措置入院）となり、入院期間の3週間、目一杯、身体拘束を受けて過ごした。シャバに出てきた後、幾人かの友だちに笑いながら話した。「精神科で拘束受けたんだけど。ヤバかったあ」。ヘラヘラするしかなかった。なぜなら、あの時の圧倒的な絶望感や怒りや悲しみや孤独は、こうしてあらゆるネガティブな単語を並べてみてももどかしくなるほど言葉にできないものであり、言葉にできないのだから人に伝えようなんて考えにも無理があるからだ。「拘束ってただ動けないだけでしょ、それくらい大丈夫でしょ」という感覚を持つ人がいかに多いかを、私は知っている。それはまず、入院期間中接する医療者の内に目の当たりにした。

**言** 葉を尽くしても伝わらないことを知りながら、今こうしてキーボードを叩いているのは、正直に言えば復讐心、柔らかく言えば悔しさからである。私を拘束した人たちは、今日も患者たちを拘束しながら、退勤時間になれば職場を出て家に帰り、一家団欒を楽しむのかもしれない。彼ら彼女らにとって、私はごまんという拘束すべき患者の1人に過ぎなかっただろう。しかし私はといえば、平板な言葉かもしれないが「人権を奪われた」としか言えない3週間のうちに、それによって自分の一部が死んでしまった人間として、今を生きている。拘束される前の自分には決して戻れない、何か損なわれた状態で還ってきたことを、果たして「生き延びた」と簡単に言えるだろうか。

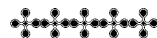


**私** は困難を抱えた家庭で育った。詳細はここでは記さないが、「自分は消えたほう

がいい存在だ」「死んでつらさを無にしたい」という気持ちは深く胸に刻まれ、どこにいて何をしていようが通奏低音として私の人生のうちに鳴り響いていた。

16歳でついに家庭にも学校にも居られなくなった私は、支援につながった。それ以来、揺らぎながらも細い糸を綱渡りしてきた。生きるための足がかりは、毎日通う保健室、そして、オーバードーズとリストカット。オーバードーズは、胸をプレス機で潰されるかのようなひどい感情を意識ごと飛ばすのに役立つ、リストカットは、切る痛みや流れる血の赤さと温かさによって一時でも意識の向く方向を自分の感情から体の感覚へとそらすのに役立つ。これらがなければ私はとっくに死んでいた。それほど生きるのはキツかった。

ハタチまで生きているはずがない。そう思っていた私があらゆる手段を使ってその歳を超え、支援につながってからは6年余りが経った。存在するべくもなかった周りの世界への信頼感を地層のように僅かずつ積み重ねていき、幸運にも安全な親と離れた住まいを得てころが羽を伸ばせるようになった矢先のことだった。

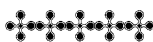


**入** 院開始、すなわち拘束開始のXデーから5日前。灰色の空模様にいざなわれて気分が下がっていた私は、その日深めのリストカットをして、総合病院の救急外来に運ばれた。処置を受けた後、普段の精神科の主治医と話し合い、休息を取って調子を取り戻すことや同居人のレスパイトが必要だということになり、主治医と共に入院を決めた。主治医が探してくれた病院の都合で入院まで5日かかることになったが、結局その5日間のうちに調子

は良くなっていて、いつも通りアルバイトをして過ごした。

**X**デー。入院時の診察で、生き延びるためのリストカットを、医師は衝動性の高いパーソナリティの表れとして見出した。「拘束ね。まず衝動行為を抑えないと治療できないから。いい？」厳しい口調に気圧されて、先生に怒られた小学生のように縮こまって「はい」と小さく答えるしかなかった。私の状態への一方的な分析やそれに対する治療方針の説明は、有無を言わせない早いスピードのうちに終了し、何がなんだかよくわからなかった。

拘束は本人の意思によらない強制入院の場合にしに行われぬ。そう、だから措置入院となった時点で、私の意思なんて、初めから尊重されるものではなかったのだ。私の意思なんて、あると想定しただけ邪魔なノイズでしかない。あまりにも意に反する方向に物事がどんどん進んでいくなか、ひとり無力に取り残されるのは、そう宣告されているのと同じだった。



**無**力化。それは、拘束が成すことの最たる効果の1つであり、医療者が無意識に使っている手段である。無力化の第一歩は、拘束具をつける瞬間に始まっている。

病室に到着してすぐ、体操のマットと同じ固くごわごわした生地のできた頑丈な拘束具を、看護師が手慣れた様子で体に巻く。恐怖で固まっている私をよそに、彼ら彼女は、にべもなく拘束具のロックを手早くかけた。このカチッという音は、“相手と対話が可能な対等な人間としての私”が力任せに破壊された瞬間の象徴として、耳に残っている。



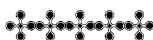
**拘**束は、羞恥心と共に患者を内側から無力化していく。拘束を一時たりともはずすことが許されなかった当初の私は、トイレに行く権利さえ奪われた。すべては縛られたままベッドの上で行われた。2~3歳以来となるオムツを履かされ、「トイレはここでしてね」と当然のようにサラッと言われたのだ。結局、自律神経がうまく働かないせいか、どうしてもその環境下では排泄できなかった。そこで、尿のほうは尿道に管を入れっぱなしにして袋に尿が貯まるようにし、便のほうは下剤の助けを借りて便意が来たタイミングで看護師に申し出てベッド上でちりとりのようなものを差し込み、用を足した。文章で書けばそれだけのことだ。しかし、普段トイレを使っている人間が、排泄をコントロールされ、排泄物を見られるのは、尊厳をズタズタに傷つけられる拷問である。

**時**計のない個室でひたすら天井を眺める1日は、とにかく長かった。ナースコールで「今何時ですか？」と問うては1時間も経っていないことに絶望し、夕食を食べてからいつまでも日が暮れていかないことに心の中で嘆いたりした。1秒、1秒が苦しみだった。この状態がいつまで続くかもわからず、縛るくらいならさっさと殺してくれと願った。

このような環境に置かれるという構造そのものが、力で患者を組み敷く恐怖政治になっているのだ。少しでも医師の思い通りにならなければ、この生活が延びるかもしれない。どんなに強い怒りを感じていてもそれを行動に表せば、拘束が追加されるかもしれない。相手が植え付



ける苦しみを、相手が植え付ける恐怖によって抑え込まれる経験は、暴力を振るわれて黙らされているのと何ら変わらなかった。



**恐**怖政治が具現化した、忘れられない日がある。入院して1週間が経ち、初めて拘束を2時間だけはすことが許可された日のことだ。その2時間を、デイルームで漫画を読んで過ごした後、看護師に「そろそろ時間だから部屋に戻るよ」と告げられ、再び拘束を受けた。

さっきまで何ともなく過ごしていた人間の体に、流れ作業のように拘束具がつけられていく。何ならこれからアルバイトだってできるだろうコンディションの今の自分が、1秒でも拘束を受けるのは、ただの人権侵害に過ぎない。それを甘んじて受け入れるのは難しかった。

加えて看護師は、以前より胴をきつく縛りロックしたのだ。拘束がきつくと当然お腹の痛みや擦れなどの違和感も強くなれば、横を向く時も、ご飯で起き上がる時も可動域が狭くなる。この無頓着な加害が私にとどめを刺した。

**誰**も私を人間として評価していない。誰も私が感じている痛みと絶望を知らない。この打ち震えるほどの大きな悲しみと怒りを、自分の内に秘めておくことが誰にできるだろうか。それでも、抵抗を顕にしたら拘束を追加されるのは明らかなので、必死の妥協策として枕元に置いてあったタンブラーをシェイクしてなんとか感情を紛らわした。ところが、床に漏れた水飛沫をみて、看護師はすぐさま医師を呼んだ。「これは衝動行為ね」「明日から拘束の解除はできないから」。医師の一声は、わずかに残されていた、拘束がだんだん解除されていくと

いう希望をあっけなく潰した。

絶望のあまり、この時の記憶は曖昧になっている。拘束されないために、という思いで取った行動もあえなく“衝動行為”と認定され、拘束の継続につながったのだ。もう、いつ拘束がはずれるのか、いつこの地獄のような場所から逃げられるのか、全くわからなくなってしまった。

拘束が早くはずれるようにと、この状況に適応した良い子を振る舞う意思の力はガラガラ崩れ、仮面の奥にいた自分が必死で訴えた。なぜこのような扱いを受けねばならないのか。なぜ医療者は全く聞く耳を持ってくれないのか。そういったことを言ったと思う。ベッドに縛りつけられながら「助けてください」と嘆願する私をよそに、医師は去り際に「病院の物を壊したら弁償してもらうからね!」とありもしないことを叱りつけていった。そして、この一連のエピソードは躁の症状として片付けられた。何もかもが病気の名の下に封じ込められた。

**状**況の救いようのなさに、私は声を上げてわんわん泣いた。泣き声を聞きつけた看護師がやって来て言った。「泣くのはいいけど、他の患者さんがびっくりするから声は出さないでもらっていい?」。私がなぜ泣いているかには関心もないのだろうか。「あなたには拘束をされている人の気持ちがわからないでしょう」。そう言ってみると「うん、わからないよ」とバツサリやられる。ああ、またやってしまった。この人たちに共感を求めることほど愚かなことはないのだ。

私の話す言葉は日本語のはずなのに、誰にも届かない。どんな感情の発露も、医師には握り潰され看護師にはいなされて、宙に消えていく。どんな必死の願いもはね返るばかり。違う国にひとり放り込まれたかのように、誰とも共

通の言葉を持たず、通じ合うことはない。



**本**当に孤立無援で、周りの人は皆、敵だった。スマホも持ち込めず、誰とも連絡を取ってはいけないといういわゆる「通信制限」という措置のせいで、親しい人との連絡はもうずっと絶えていた。私の周りにいたのは、私の状態にレットルを貼っては拘束を指示する医師。そして、「ごめんね、先生の指示のもとに動いているから」と眉尻を下げて言う師長を筆頭に、指示という名のもとに拘束を実行する看護師。それだけしか存在しない世界だった。

敵の世界にひとり封じ込められていると、外の世界に対する信頼も薄れていく。今までどれほど長年身近にいて優しくしてくれた人に対してさえも、だ。もう私のことを忘れてしまったのではないか。何で助けに来てくれないのか。当時の私にとって、私を拷問から救い出してくれない時点で、彼ら彼女らは敵の側に居るものとして感じられた。

**最**後の最後の切り札は、患者の権利として渡されていた、退院や処遇改善を要求することのできる「精神医療審査会」の連絡先だった。私はナースステーションの電話の子機を借りて連絡し、届いた白紙の依頼書を記入した。先の尖ったボールペンは危険だから手にしてはいけないとされ、先の丸い蛍光ペンでござとちやと拙い字を連ねた(資料)。

➤ の手紙は結局出されることがなかったから、手元に残っている。順番待ちのため、審査に2~3か月かかると電話口で言われて、ふざけた話だと思って諦めたのだ。しかも、退院後に知り合いの精神科医に聞いてみたら、審査で病院側の判断が覆るケースはほぼな

## 資料

### 〈退院及び処遇改善請求に関する意見書〉

※ボールペンが許されていないので蛍光ペンで失礼いたします。

#### 【請求を行う理由について】

私は拘束の即時解除及び退院を求めています。まず、身体拘束を行う通知書には「自殺企図・自傷行為が切迫している」と書かれていますが、入院時すでに切迫した希死念慮はなく、誤ったアセスメントがなされていたと言えます。また、入院日前日まで8h/日のアルバイトを行っており社会生活能力も十分保たれていたのにもかかわらず、全身の清潔保持から排泄に至るまでを任さざるを得ない著しくプライバシーを侵害、人権を侵害された状態におかれたことは、不当極まりなく、私に大きな心的外傷を与えました。また、入院後も「現在の」私のアセスメントを怠ったまま「薬剤の調整のため」という本来とは違う目的のため、拘束を解除しませんでした。重ね重ね、これは不当な拘束であり、人権侵害にあたり、即時解除を求めます。

#### 【退院請求の場合は、退院後どうするのか詳しく具体的に書くこと。なお、処遇改善請求の場合は、自由に意見を書いてください】

退院後は通っている大学で研究等を行う他、介護ヘルパーやクリニックの予診とり等のアルバイトをして過ごす予定です。そのためにも(単位取得やバイトの継続)できるだけ早期の退院が、社会生活に直結します。また、数時間でも、1日でも、人権が守られることは当然のことです。この病院には全くそのような姿勢がみられません。即時拘束が解除されるよう、私を助けてください。病院では孤立無援です。

い、ということだった。手紙を出しても意味がなかったのだ。拘束されている患者の1秒1秒は、生き地獄でありながら医療者の権力のもとに封じ込められ、顧みられることはない。

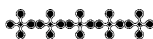
こうして私は完全に“モノ”に成り果てた。



拘束生活をやりすごすためには、意思、感情なるものは大きな邪魔だった。自分はそれらを持つに値しない存在であることも、思い知らされていた。そして現に、縛られて天井を眺める時間は、それらの芽を1つ1つ丁寧に摘み取った。

**毎**日律儀にも「今自分を傷つけないとか、死にたいとか、そういう気持ちはありますか」とすっかり形骸化した質問をしてくる看護師に、「ないです」と答えるだけの日々になっていた。この質問に正直に答えて、生き地獄を自ら引き延ばす人がいるとは思えなかった。

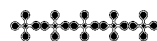
“モノ”になってからは、私は自発的に言葉を発することをやめ、周囲に期待し助けを求めることを一切やめた。いつもよりきつく縛られようと、私はゴミなのだから、と溜飲を下げた。胸のあたりは常に空虚で、あらゆる悪意やひずみを吸い尽くすブラックホールと化していた。



➤ の生活で得たものは何だったのだろう  
 ➤ か。拘束のもとで、こころに湧き上がるものは逐一粉々にされ抑え込まれた。私の周りの人から見れば、リストカットの傷跡がなければ、身体が死ななければ、それでいいのだ。一方私にとっては、こころこそが住処であり、それを必死に保つために身体を切るなのであって、あらゆる手段を封じ込められた時のこころの死こそが死であった。この点でも、“こころの専門家”であるはずの精神科医をはじめとする周りの人が、見かけでわかる行動ばかりに注目して、それを抑えようと働きかけるのは侵襲的に感じられた。

権力性と恐怖心を必然的に伴う拘束は、死に

たい気持ちや“病氣”に対する治療どころか、懲罰にしか思えなかった。そしてこの懲罰は、自傷他害のリスクをゼロにと相手を抑えつける方向に進んでいく「管理のメガネ」と、どんな言動も症状としてカテゴライズして病者であることを強化する「病理のメガネ」で成り立っていた。そうして蝕まれ続けて3週間、私は静かな“モノ”と化し、懲罰は終わった。



**死**にたい気持ちや“病氣”への対応が、懲罰と感じられるものであってはならない。そう思っていない人が多いからこそ、少なくとも私ひとりくらいは大声で言い張らなくてはならない。他の人には忌むべきものや理解できないものに見えても、当人は自分なりの物語を持ってその状態に置かれている。懲罰を受ける理由も、懲罰によって改善する理由もない。

私が大事にしてほしかったことは、自分なりの物語を持った人間として認識してもらうこと、その物語について通じ合う言葉で誰かと話し合うことだった。例えば、育ってきた環境、それによって染み付いた考え方、今現在感じ取っている世界、自傷に至るまでのトリガーの数々。こういった断片化した物語の存在を認識し、共に考え、編み直す必要がある。ところが、そこに取り組んでくれる支援者やコミュニティに出会う機会は未だ少ない。

**退**院日。3週間ぶりにシャバに出ると、呼吸も苦しいほどの熱気が体にまとわりついた。寝たきり生活で筋力の落ちた足は、自分の体を支えるのに懸命だった。病院にやって来た時とは別世界だった。

別世界は、いつまでも通常の世界に戻らなかった。私は常にガラス越しに世界と相対して



いるように感じていた。

「おかえりー!! 寂しかったよ」とハグで迎えてくれる人にも、あの時の「自分は孤立無援だ」という感覚や「一番信頼するこの人にさえ私の経験は何も伝わらないのだ」という確信が水を差し、体を固くするしかなかった。「拘束のどこがつかった?」と問う人には、拘束の何たるかを想像できない敵を思い出して言葉を失ったし、「大変だったね」と慰める人には、大変という言葉の軽さに温度差を感じた。唯一、「拘束はどんな人に対してもやっちゃいけない」という大学の教員の言い訳のない言葉だけが、風穴を開けてくれた。

退院して1か月ほどが経った今。死んでいないからこれを書いているし、リストカットもしていない。それを医療者たちは、「希死念慮の強くなる躁と鬱の混合状態を入院で乗り越えた」と言うのかもしれないし、「拘束によって衝動のコントロールがうまくなった」と言うのかもしれないし、「薬剤調整がうまくいった」と言うのかもしれない。

何もやらかさないのを見て「最近調子いいね」と言われるたび、世界との間にあるガラスは厚くなる。今も私の内部にあるのは、あの時の記憶である。生きるための手段は、抑え込まれている。周りの人に何かを伝えることにも、無力さを感じる。ふいに明日死ぬのかもしれないし、このまま歳を重ねるのかもしれない。どちらにしろ、やっぱり私は何かが欠けている。

精





図1 隔離・身体拘束の推移

日本では、精神疾患で病院に入院する場合は、「一般病床」ではなく、「精神病床」に入院しなければならぬ。その多くは精神科病院にある。現在日本には約三三万の精神病床があるが、これは全国の病床数一六八万床の約二割にあたる。つまり、病院のベッド五つのうち一つは精神病床なのである。ここに約二八万人が入院し、

その六割以上にあたる約一七万人が、実に一年以上と長期にわたって入院している。さらに、日本の精神病床の平均の在院日数は、諸外国が概ね五〇日以内であるのに対して、約二七〇日と極めて長い。

精神病床数の推移をみると、一九六〇年には九万五〇〇〇床であったが、ここから一九七〇年代の高度成長期にかけて急増し、一九九四年に三六万床とピークを迎えている。国は、一九五八年の厚生事務次官通達（いわゆる精神科特例）において精神科病院を特殊病院と規定し、医師の数は一般病院の三分の一、看護婦数は三分の二を可とし、さらに一九六〇年に発足した医療金融公庫による低利融資を行なえるようにし、精神病床の急増を後押しした。

欧米諸国は、一九六〇年代から一九七〇年代に、脱入院医療、地域化を図り病床数を削減してきた。それに対して日本は、逆の動きをしてきた。遅ればせながら二〇〇四年に厚生労働省は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を発表し、約七万人いるとされた「受入条件を整えば退院可能」すなわち「社会的入院」をしている者について、「一〇年後の解消を図る」と謳った。

しかし、これが達成されたかどうかはうやむやになり、最近国は、「重度かつ慢性」患者という概念を新たに作り、患者の入院の必要性を正当化している。また精神科病院には、二四時間病棟に鍵がかかり出入りができない「閉鎖病棟」が

### 閉鎖性の高い精神科医療

まず、簡単に日本の精神科医療について振り返っておきたい。

開し隔離・身体拘束に関する相談を随時受け付け始めた。以来、二〇〇件を超える電話相談が寄せられている。近年、精神科病院には認知症をもった人も入院するなどしており、誰でも身体拘束に関係する可能性がある。

# 「身体拘束」からみる日本の人権状況

はせがわ・としお 一九六四年生まれ。杏林大学保健学部教授。銀行、病院勤務などを経て現職。著書に『精神科医療の隔離・身体拘束』（日本評論社）など。

長谷川利夫



世界 SEKAI 2019.6

写真出典：長谷川利夫『精神科医療の隔離・身体拘束』（日本評論社）

### はじめに

上の写真は私自身が、ベッドで身体拘束をされているものである。仰向けになった私の両手首、両足、腰には、一般的に病院で使用されている「拘束帯」と呼ばれる器具が装着されている。実際に身体拘束をされると、手足が固定されてしまい、頭がかゆくなってもかくことすらできず、寝返りも容易にできなくなる。また病院などで身体拘束をされると一般的にはトイレに行くことは許されず、オムツを装着させられその中の排尿を強いられたり、カテーテルとって尿道に管を通されることもまれではない。

身体拘束は、心身ともに深刻なダメージを与えたり、いわゆるエコノミークラス症候群など命にかかわる問題を惹きさせる深刻な人権問題である。身体拘束は、病院、高齢者の施設、障害者の入所施設など様々な所で行なわれているが、その全容は明らかになっていない。

精神科医療において身体拘束をされる人は、最近一〇年間で約二倍となり急増している（図一）。二〇一七年五月には、ニュージーランド国籍の二七歳の青年ケリー・サベジさんが神奈川県内の精神科病院において身体拘束後一〇日で心肺停止になり、その後転送先で亡くなったことが国内外で大きく報道された。筆者はその二カ月後にご遺族と共に「精神科医療の身体拘束を考える会」を発足させ、自身の携帯番号を公

多く存在する。三二万床のうち約七割の二二万床がこのような閉鎖病棟であり、その状況は外部からは窺い知れないことが多い。

このような極めて閉鎖性の強い環境下で「身体拘束」は行なわれるのである。

## 身体拘束に関する基準

それでは、「身体拘束」は、どのような基準によって行なわれているのだろうか。

精神科医療は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）」によって運営されている。「精神保健福祉法第三六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限」では身体拘束（厚生労働省は「身体的拘束」と呼んでいる）を「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」と定義している。そして「精神保健福祉法第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」ではその「基本的な考え方」を述べている。

身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努

めなければならぬものとする。

ここにあるように、身体拘束は本当にやむを得ない時にだけ、しかも代替手段が見出されるまでの間にされることかろうじて許されるものであり、早期に他の方法に切り替えることが求められている。

次にその実施の「対象となる患者」を限定的に示している。

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い代替方法がない場合において行われるものとする。

- 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 ア又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

以上のような厳格に見える国の基準からすれば、身体拘束はかなり抑制的にしか実施されないように思われるかもしれない。しかし、実際は冒頭で触れたように、その数は年々増加し続け、直近のデータでは、一万二〇〇〇人を超える人が身体拘束の指示を受けている。

また筆者が精神病床を有する全国の一一病院の協力を得て行なった調査によると、身体拘束の平均実施日数は九六日に

及び、中には一〇〇〇日を超えて行なっている例もあった。世界的にみると身体拘束は、せいぜい数時間から数十時間で解除されるのが一般的であるが、日本では桁違いに長い実施時間（日数）なのである。

筆者は、二〇一三年に『精神科医療の隔離・身体拘束』（日本評論社）を上梓しこの問題を訴えてきた。その二年後の二〇一五年には、参議院厚生労働委員会において川田龍平参議院議員が初めて身体拘束急増について質した。これに対し塩崎厚生労働大臣（当時）は、「急性期の入院患者が増えていることなどが関係しているものではないか」と答弁している。しかし、世界の中で、日本人や日本に居住する人だけ精神科の重い患者が急増しているということなど有り得ないだろう。実際には、急性期の入院患者が増えているのではなく、「精神科救急」と呼ばれる病棟が急増しているのだ。また、二〇一六年四月八日には読売新聞が精神科で身体拘束をされる人が一〇年で二倍となったことを報じた。そのような中で二〇一七年五月のケリー・サベジさんの死があった。

## ケリー・サベジさんの死

ケリーさんは、鹿児島県志布志市の小学校などでALT（Assistant Language Teacher：外国語指導助手）として働いていたが二〇一七年に心身が不調となり、神奈川県内の兄の家に身を寄せていた。同年四月二十九日に躁状態となり突然大声をあげた

り、外に飛び出そうとするなどしたため、翌三〇日に警察を呼び、神奈川県内の精神科病院に措置入院となった。入院時に同席した兄の言葉を借りると「ケリーは暴れずに隔離室で命令に従ってベッドに寝たにもかかわらず身体拘束された」とのことであった。ケリーさんはニュージーランド在住中、一カ月余り精神科病院に入院したことがあったが、そこで身体拘束を受けることは一切なかった。医師の指示に従ってベッドまで歩く人を身体拘束することに、家族が驚いたのは言うまでもない。

身体拘束を受けたまま一〇日間経った五月一〇日にケリーさんは心肺停止の状態で見えられ、五月一七日に転送先の病院で死亡した。

遺族は真実を知ろうとカルテの開示を求めたが、入手は困難を極めた。当初、カルテの開示請求に対して、病院側の回答は「閲覧」のみで「謄写（コピー）」は不可というものだった。そこで七月三日に、民事訴訟法上の提訴予告通知を行なった。さらに裁判所に文書送付囑託を申し立て、病院に対し裁判所を通じてカルテ開示を要請した。カルテの謄写が許されない状況下、カルテについての「説明会」が病院主催により開催されたが、それは院内の部屋で病院職員が操作するパソコンをプロジェクターで映し出したスクリーンを遺族が見るといふものだった。ようやく病院側から開示をする旨の連絡が入ったのは、七月一九日に遺族と「精神科医療の身体拘

束を考える会」が会見を行なっている最中だった。未だ「自己情報コントロール権」が日本では確立されていないことがわかる。医療記録を見てみよう。

・五月一日（診療録）カルテ  
「左手の拘束を外して欲しい。」（点滴抜かないようにしばらく続けること説明）水分の要求にて水をコップ数杯飲水する。こちらからの問いかけに的確な返答あり。食事中逸脱行為がないが、拘束を外して欲しいと何度か要求があり主治医へ伝えると説明する。拘束の訴えについては了解が悪い。

・五月四日（看護記録）  
昼薬時、覚醒あり「おはようございます」と返答される。対応は穏やか。昼薬をすすめると「いらぬです。大丈夫です」と頑なに拒否あり飲めず。

・五月六日（看護記録）  
疎通良好 声かけに「おはようございます」と返答あり、食事に関して「お腹空きました。ご飯食べたいです」と発語あり。水分も吸い飲みにて一〇〇ml程度飲める。その後「もう少し水ください」と、追加で二〇〇mlほど飲まれる。むせ込みなし。雑談もでき、「日本語は完璧じゃないですけど、なんとか話せます」「兄が横浜に住んでて」などと会話できる。

逆に統計的にみて有意に低いのは二三県（愛知、三重、京都、奈良、和歌山、岡山、広島、四国全県、九州全県など）とほとんどが西日本であった（表1）。これは行なわないうで済む身体拘束を東日本で行なっている可能性があることを示唆する。今後大きな論点となるだろう。

最後に、精神科医療をめぐって起きている重要な問題について述べる。

一点は、前述した精神科医療の現状を示す630調査のデータが、開示請求しても非開示決定が相次いでいることだ。二〇一八年八月二日に、毎日新聞はトップ記事で、630調査の開示請求したデータなどをもとに、精神疾患で五〇年以上入院している人が全国に一七七三人いると報じた。この

表1 都道府県による拘束率の違い (%)

	ワースト5	ベスト5
埼玉	9.94	岡山 0.86
千葉	8.50	和歌山 0.93
山形	8.39	香川 1.15
神奈川	8.31	宮崎 1.22
北海道	7.78	鹿児島 1.43

二カ月後の一〇月に、日本の一二〇〇以上ある精神科病院の団体である日本精神科病院協会は声明文を出し、この毎日新聞の報道に触れながら、「個人情報保護の観点から」この630調査への調査協力を再検討せざるを得ないとする内容を発表した。実際は、毎日新聞の報道は「個人情報」は一切含んでいない。もう一点は、国の身体拘束に関する大規模調査が頓挫したことである。こ

以上を読めばわかるように、入院中のケリーさんは「疎通良好」であり、「雑談もでき」るような状態だった。ところが驚くべきことに看護記録には、「精神運動興奮状態にあり、不穏、多動、爆発性が著しい。放置すれば患者が受傷するおそれが十分にある」という文が、入院当日四月三日（日）一六時三〇分以降、急変した五月一〇日（水）まで毎日、八時三〇分、一六時三〇分、二三時三〇分の一日に三回ずつ、ほぼ定刻に記載されている。

実際の症状の如何にかかわらず、病院が上記の身体拘束の「対象となる患者」に該当するという「根拠」を残すために行なっていると推測される。

### 身体拘束の東西格差と今後

さて、身体拘束の地域別の状況はどうだろうか？  
厚生労働省が発表した精神保健福祉資料（630調査）から、「入院患者数に対して身体拘束をされる率」（拘束率）を都道府県別に算出すると、最も高いのは埼玉県（九・九四％）、最も低いのが岡山県（〇・八六％）と実に拘束率に一〇倍以上の開きがあることが明らかになった。

また全国的な傾向を知るために統計的にカイ二乗検定を行ない残差分析を行なったところ、拘束率が有意に高い県は埼玉県を含めて一二県（北海道、秋田、山形、茨城、栃木、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、福井、長野）でその多くが東日本であり、これは二〇一七年九月に前述の日本精神科病院協会が調査票内容をめぐる意見対立で「調査協力しない」旨の決定をし、全国の会員病院にその旨を発信したことが大きな要因となっている。

身体拘束から見えてくる、日本の人権状況は危機的である。今後議論を広げたい。

#### 参考文献

- (1) 厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）」精神保健福祉対策本部、二〇〇四年。
- (2) 厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 報告書」二〇一七年
- (3) 長谷川利夫「隔離・身体拘束の急増に今、何をすべきか？—精神科医療における隔離・身体拘束実態調査—その急増の背景要因を探り縮減への道筋を考える」『病院・地域精神医学』五九（一）、二〇一六年、一八〜二二頁。
- (4) Tilman Steinert et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 45, 2010; 889-897.
- (5) 毎日新聞朝刊、二〇一八年八月二日。
- (6) 公益社団法人日本精神科病院協会「精神保健福祉資料（630調査）の実施についての声明文」二〇一八年。
- (7) 共同通信「身体拘束の厚労省調査が頓挫」二〇一九年三月一日。

# 身体拘束から 精神医療を問う

齋藤 環  
×  
長谷川利夫



さいとう・たまき  
一九六一年生まれ、精神科医。筑波大学教授、「オーファンドイアログとは何か」(医学書院)など。



はせがわ・りしお  
一九六四年生まれ、杏林大学教授、「精神科医の隔離・身体拘束」(日本評論社)など。

世界 SEKAI 2019.6

## 身体拘束の深刻な実態

—近年、日本の精神医療現場における身体拘束の問題に注目が集まりつつあります。

長谷川 身体拘束というのは、医師が専用の拘束具などを使用して、精神科病院に入院している患者の行動を一時的に制限することを言います。要するに、患者を縛ってベッドに固定するのです。

た。二〇一三年までの一〇年で二倍に上がった事実が、二〇一六年に初めて読売新聞によって報道され、国会でも議員が厚生労働委員会でも問題化するなど、たしかに注目が集まっています。

齋藤 私自身は精神科医として三〇年前から閉鎖病棟を含む精神科病院に勤務してきましたので、その過程で隔離・身体拘束の経験を持っています。

以前に勤めていた病院は全開放病棟で、基本的に外出は自由。その全開放病棟では、むしろ薬が増えたり隔離室の使用頻度が増えたり、といった逆説が起こりがちでした。身体拘束もそのような中で行われてきました。いったん隔離して拘束すると、どうしても何日かにわたるといふ傾向は否めません。

それから、懲罰的な使用がなかったとは言いが切れません。例えば自傷行為や他害行為を起した患者に対しては、その時点で鎮静化していたとしても、その行為に対する罰としての隔離があったという事実はあります。

身体拘束の実施については、精神保健福祉法に基づき定める基準において三つの「対象となる患者」が規定されています。自殺企図または自傷行為が著しく切迫している場合、多動または不穏が顕著である場合、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶ恐れがある場合です。

そしてそれは、代替方法が見いだされ

私たちの病棟自体は、日本でおそらく最初の全開放病棟と言っている。全開放って珍しいんですよ。部分開放はいくらでもあるんですけども、全開放病棟は非常に少ない。つまり比較的良心的な病院であったにもかかわらず、そういうことがなされていたということなんです。他の病院も、乱用気味だったという可能性は決して否定できません。

いくらかましかったですのは、われわれの病院は基本的には急性期を扱ってはいなかった。そのため、患者を入れてすぐ自動的に隔離・拘束するといったルーチンがなかったんです。今の救急外来、精神救急の外来では、ルーチンの流れにおいて、隔離・拘束が当たり前のように実施されています。

## 医師は「不穏」を見極められるか

長谷川 例えば、診察の場面ではまったく静かであるにもかかわらず、身体拘束されるというケースがかなり存在します。先ほどのサベジさんも、まさにその

るまでのやむをえない処置であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければなりません。

しかし、その身体拘束が二〇一〇年で約二倍にも増えています。身体拘束及び隔離を指示する件数はそれぞれ一万二〇〇〇人を超えます。また、私が全国一〇〇〇〇病院の状況を調べたところ、身体拘束の平均実施期間は九六日にも上ります。なかには一〇〇〇日を超えるケースもありました。

身体拘束は人権を制限する行為です。さまざまな副作用を生み、心身に大きな傷を負わせます。二〇一七年五月には、ニュージールランド国籍のケリー・サベジさんが神奈川県の大和病院で身体拘束中に心肺停止し、転送先で亡くなるという出来事が起きています。この事件は海外でも報道され、国際世論を大きく喚起しました。

私は二〇一三年に『精神科医療の隔離・身体拘束』(日本評論社)を出版して以来、この問題に警鐘を鳴らしてきました。

例でした。

恣意的な運用が許されてしまう背景には、多動または不穏が顕著である場合という身体拘束の基準があります。これについて医療関係者の方とやりとりしていると、「内的な不穏」という言葉が使われることがあります。統合失調症などの病気の場合、不穏が表に現れていなくても、内的な不穏がいつ爆発するか分からない、それを見抜くのが精神科医の専門性なんだと。

齋藤 そうとでも言わないと正当化できないのでしょうか。ですが、それは実質的に不可能です。精神科医に限らず誰もがいつ罪を犯すか予測できないのと同じ意味で、不穏な状態がいつまで続くか不穏になった人がすぐまた不穏になるかどうかなど、完全な予測はできないと私は思います。

実際には、残念なことに懲罰的な運用とならざるをえません。問題行動を起した以上は次もまた起こすだろうという予測に基づいて。

なぜ、病棟においてこのようなことが起きてしまうのか。

よく「事故が起こったらどうするの、責任取れるの」と脅迫的な言葉が言われます。看護師も医師も互いにプレッシャーをかけ合い、それに負けてしまう。双方向の圧のかけ合いのもと、拘束文化でも呼べるものが継承されてしまうのだと思います。

長谷川 非常に問題だと思ふのは、患者の言動をすべて症状として見てしまうことです。本来は、患者の言動は医療従事者や病棟の環境などさまざまな要素の相互作用で生じていると捉えるべきです。不穏、多動といっても、実は職員が発火点になっているかもしれない。にもかかわらず、精神科病院という箱の中に入ってしまうと、すべてが症状として理解されてしまう。

齋藤 今の病棟では通用しづらい認識ではあります。まったく同感です。

統合失調症の症状に暴力があるとよく言われます。しかし、私は暴力は症状ではないものだという社会的な了解を広めることも必要です。

齋藤 そもそも日本の精神医療における法体系に混乱が見られます。

入院を要する精神障害者への対応として、精神保健福祉法のもとでは医療保護入院と措置入院という二種類の形式が存在します。自傷、他害の恐れがある場合、措置入院が実施されます。その必要を判定するのが精神科指定医ですが、この指定医の判定はかなり恣意的です。また司法の目が入っていないので、非常にいい加減なところがあります。

かつては罪を犯した精神障害者についても措置入院の対象となっていました。二〇〇一年に附属池田小学校事件が起きたことをきっかけに、精神保健福祉法とは別体系になる医療観察法が成立しました。これにより、罪を犯した精神障害者が裁判を受けた後に入院する医療観察法病棟が設置されました。

全国にある医療観察法病棟で身体拘束が少ない理由の一つに、さまざまな局面

はないと思っています。つまり、何らかの状況で患者の不安や恐怖を喚起してしまふと、それに対する対処行動として暴力に頼らざるをえないということがあるわけですよ。だから、恐怖を感じさせないような丁寧な対応をすべきなのです。

ちょっとでも不穏な言動があったら、じゃあ隔離しましょうかみたいなことを言うものだから、患者も怒って殴ってくるとか、患者も度々殴られています。今振り返って状況を思い出してみると、こちらが患者を不安にさせてしまっているという状況下で起こる暴力がほとんどです。

ただ、確信を持って言えますが、日本の病院ではスタッフを殴ると一〇〇%隔離・拘束されるでしょう。それが果たして良い運用なのか、大いに疑問と言わざるをえません。

長谷川 身体拘束は治療の一環なのだという言われ方をすることもありますが、で司法が介入するということがあります。第三者の視点による抑制効果です。また、医療観察法病棟は医療資源も潤沢で、人道的な治療がなされている印象を私は持っています。

それに比べて措置入院の場合、乏しい医療資源のもとで、恣意的な行動制限を受ける状況が続いています。

強制力を伴った行動制限の法律が日本には二つあるのです。現場の運用においても、この法体系の混在がややこしい状況を生んでいるという側面があります。これは一本化していくべきではないでしょうか。

長谷川 医療保護入院も問題のある制度ですね。家族等が同意すれば、本人の同意は不要とされています。

齋藤 顔を見たこともない親戚も含まれます。このような制度では入院させやすくするために決まっています。

長谷川 精神疾患を持っているというだけで強制的に身体を拘束する権利など、誰にもないはずですよ。

身体拘束に関する治療エビデンスは存在しません。仮にエビデンスがあるとしてみても、だからやっつけていいということにはなりません。

齋藤 拘束が治療という言い方はおかしい。治療と言うからには、なんらかの良い効果が得られるといったデータが必要ですが、拘束のメリットに関するエビデンスはゼロです。

逆にデメリットに関しては山ほどエビデンスがあります。例えば肩関節脱臼が起こりやすくなるといった身体レベルの問題から、トラウマなどの精神的なダメージまで。廃用性症候群や深部静脈血栓症といった死に関わるような深刻な問題も起きます。死亡事例が多いとこれほど言われているにもかかわらず、なぜそれを治療行為と言い張れるのが不思議です。

### 拘束を求めるロジック

長谷川 同時に、身体を拘束するといふ行為をそんなに簡単にやってはいけな

齋藤 そのとおりです。ただし、これは決して精神科病院だけの問題ではありません。いま社会全体で、おかしいやつは排除してくれ、隔離してくれというプレッシャーが強まっています。それに精神科病院が負けてしまっているのではないのでしょうか。しかし、この考え方を突き詰めると相模原事件の植松被告が言っていること、「心失者」(意思疎通のとれない人間を植松被告はそう名指した)は生きる権利がないというロジックにつながってしまいます。

### 「630調査」の衝撃

長谷川 最新の「630調査」(毎年六月三〇日に実施する厚生省の調査「精神保健福祉資料」)から全国の入院患者のうちどの程度の人たちが身体拘束を経験しているかを分析してみたところ、東日本と西日本できれいに拘束率が分かれています。高い方から埼玉九・九四%、千葉八・五%、山形八・三九%、低い所から岡山〇・八六%、和歌山〇・九三%、香川一・一五%。

都道府県によって一〇倍以上も拘束率に差があるわけです。

齋藤 なぜ西日本が低いのか、非常に興味深い現象です。どういうコミュニケーション特性があるのか、調査する価値があります。

地域差を毎年公表すると、全体を減らす効果があるのではないかと思いますよ。文科省が不登校の割合を地域別に公表しています。あれは不登校人数を減らすため学校側が競争しているわけですよ。東日本の拘束率が高いというデータは、東日本の医者にとっては刺さるデータではないかと思えます。

——東西の差の原因がどこにあるのか、拘束率を下げる要因は何かということについては、今後の重要な研究課題になりますね。

齋藤 病院についての考え方が、西と東で違いがあるのかもしれない。西高東低と言われる精神科医の給料や、精神科医の地位など、いろいろと東西の違いは思い浮かびますが。

長谷川 今年、岡山県のまきび病院に

二〇一八年八月二一日に毎日新聞が、五〇年以上精神科病院に入院している人が、一七七三人いたと報じています。これは全国の自治体に情報開示請求を行うなどして丁寧に積み上げた数字です。

齋藤 神奈川県だけが開示を拒否したと報道されたことで有名になったあの調査ですね。

長谷川 ええ、神奈川県だけが現地の病院協会との取り決めという不可解な理由で断っています。

その二カ月後の一〇月一九日に日本精神科病院協会が、声明文を出しています。声明文は、毎日新聞の報道に触れながら、このような個人情報が出たことを非常に

見学に行く機会がありました。まきび病院は身体拘束をまったくしない病院です。行く前には「あそこは症状が軽い患者が多い」といった話も耳にしていたのですが、実際には重い統合失調症患者も結構いました。隔離室を使ったとしても、隔離室のドアは開けたまま。驚くことに、患者がナースステーションまで普通に入ってきてスタッフと話している。

食堂も患者と職員が一緒。ちょうど僕が行ったときに厨房のほうに大声を出している患者さんが入っていったんです。どうなるのかなと思っていたら、初めこそびっくりして声があがったものの、厨房の方も精神科医も慌てない。実際、なんでもその患者さんが厨房に入ったかというとき、使用後のお箸やスプーンを入れる容器の位置がいつもと違っていたことを伝えただけで済んだそうです。

齋藤 大きな声を不穏の意思として取るか、訴えと聞か。全然違いますよね。

長谷川 京都のいわくら病院では、急性期病棟の患者でも外に出ることが可能

憂慮し、今後「630調査」に対しては協力を再検討せざるを得ないと述べています。実際、私たちが開示請求をすると、これまで開示されていた個別病院の情報が、今ほとんど非開示になっています。齋藤 後ろめたさがあるから開示できないということですよ。

**対話の可能性**

長谷川 昨年、サベジさんの母国のニュージーランドに行ってきました。ニュージーランドでは身体拘束は非常に少ない。病棟があり、ナースステーションがあり、ディエスカレーションエリアがある。訪問先の病院でも隔離室はいくつか

です。そのかわり、病棟から出るときは、出入り口にあるノートに自分の名前を控えておくことになっている。

これは直感的な印象ですが、身体拘束をあまりしない病院には、良い意味での緩さがあるような気がします。精神科救急に代表されるようなシステムチックなものではなく、鷹揚なところ。こういうことが、東西の差にも関係しているのかもしれないですね。

齋藤 西には多いかもしれませんが。東畑開人さんの『居るのはつらいよ』（医学書院）という本に出てくる沖縄でのデイケアの話思い出します。これは治療文化の問題ですね。

長谷川 いま「630調査」において、個別病院の情報が出てこなくなっています。患者にとっては身体拘束をされやすい病院、されにくい病院というのは重要な情報です。個別の病院の事情が分かった上で病院選びをするというのが医療選択権の保障という意味でも極めて大事だと思っています。

ありました。扉が閉まっているのは一つだけで、あとは開けて運用していた。

ここでは対話、会話がとても重要な役割を果たしています。それが日本だと、どうもできていませんね。

齋藤 日本では伝統的に、特に統合失調症や急性期の患者とは対話ができないと思われています。支離滅裂で了解不能だから、行動制限しかないという判断を割とあっさりしてしまう。

最近オーブンダイアログの本を翻訳していますが、それによると急性期でもコミュニケーションは可能です。例えば患者の周りに家族やスタッフなど複数の人がいれば、当事者と直接対話する糸口

サンドラ・シユルツ／山本知佳子訳

「欠陥だらけの子ども」と言われて

出生前診断と愛情の選択

四六判・並製カバー・288頁 本体2400円(税別)

出生前診断でおなかの子がダウン症だと告げられた著者。数々の受賞歴をもつジャーナリストが、社会や自分自身の偏見と向き合い、悩み、葛藤し、正直な思いを綴った手記。ドイツに静かな感動を呼んだ話題の書。

岩波書店

# 公共サービスの再公営化がなぜ進んでいるのか



岸本聡子  
 きしもと・さとこ 東京出身、環境NGO専従スタッフを経て2011年にオランダ移住。アムステルダム政策研究NGOトランスナショナル研究所のスタッフとして、水と正義の権利運動に関わる。共著『つげはどっこい』(イマジン出版)ほか。



2018年、バルセロナ公営水道運動は住民提案に必要な署名を集めた。  
 (© Moviment per l'Aigua Pública i Democràtica de Barcelona)

## 民営化の失敗を繰り返さないために

世界 SEKAI 2019.6

民営化の波と「水戦争」  
 海外に積極的に進出している水メジャー企業は、一九九六

岸本さんはアムステルダムNGO「トランスナショナル研究所」で、水道事業をはじめとする世界の再公営化の事例を研究されてきました。日本では昨年末の臨時国会で改正水道法が可決成立しましたが、世界では再公営化の波が勢いよく広がっているそうですね。

私たちが行なった調査では、二〇〇〇年から一六年末までの一七年間で、世界三三カ国二六七例の水道再公営化事例を確認しました。再公営化の理由は、民間業者のさまざまな管理運営や財務の不透明性、水道料金の高騰や投資不足によるサービスの低下などです。

二〇一〇年にパリ市が水道事業を再公営化したことが大きな転換点になったと言われています。パリ市では、シラク元大統領がパリ市長時代の一九八五年に、水道事業の運営をヴェオリア社、スエズ社の二社と委託契約しました。これら民間企業との契約が二〇一〇年代に集中的に更新期を迎えた際に、再更新しない事例が相次いだことが再公営化の背景にあります。「水メジャー」と言われるこれらの巨大企業は、国内市場が飽和した後、海外各地に積極的に進出しています。その本拠地であるパリで再公営化が行なわれたことは非常に大きなことでした。

が見出せなくても、傍らにいる人とのやりとりに参加してることがある。そういう導き方もあるわけですね。

やり方はともかく、対話可能性をもう少し探ったほうがいいと思います。対話の鎮静効果は非常に大きいので、場合によっては薬以上に速やかに鎮静ができる場合もあります。そのためには、「初期はもう薬しかない」という文化——それは信念体系でしかありません——をどう崩していくかということが問題です。

先ほども少し触れましたが、身体拘束の根幹には権力構造、責任問題があります。要するに、「事故が起こったら誰が責任とるの」といった殺し文句で、拘束しかないという話になりやすいわけです。それがいわゆる現実主義と思われる節があります。

このことは、日本の医療現場がまだにリスクマネジメントを属人的に考える傾向が強過ぎることを意味しています。つまり本来のリスクマネジメントであれば、医療ミスを誰か個人に帰責するので

はなく、システムや環境をどうすればミスが減らせるかを考える。属人的に考えないというのが原則です。

しかし、日本の医療現場ではどうしても個人を特定して、責任を負わせて謝罪させてみたいなことを考えがちです。結局は萎縮してしまい、より「無難」な方向へと向かう。その結果として拘束が選ばれるがちになりやすい。日々その積み重ねで、拘束がどんどん続いていってしまふ。

——私たち一人ひとりはこの問題とどう向き合っていくべきでしょうか。

長谷川 病院も社会の中にある、社会のものだという認識が重要です。あと専門性の名のもとに医療を閉じてはいけません。身体拘束がこれだけ急増している事実は、今ある精神科医療が不可侵のものにもなっていることの証拠です。

齋藤 どうしてもこの問題が注目されるにくいのは、他人事と思ってしまうからです。

ただ、統合失調症の発症率は減っていない

るかもしれないけれども、七五歳以上の高齢者の四人に一人は認知症になるんです。精神障害は自分と無縁と言えない人は多いはずですね。

入院した場合にどう処遇されたいかについて考えることはすごく大事です。特に尊厳の部分、これが日本では特にないがしろにされています。尊厳に対する無関心が、恣意的な拘束・隔離をしても平然としていることの根幹をなしています。ひとたび他者の尊厳を尊重するという姿勢を取れば、そう簡単に自由を奪うことはできないはずですね。

長谷川 身体拘束を減らす取り組みを通じて、治療文化、病院自体が良くなりませんか。患者本位の医療が実現していく、平たくいえばレベルアップしていくことを目指したいですね。

齋藤 拘束や隔離を減らすようにとすることが、必然的に医師や病院に態度変更を迫ることになると思います。

(三月一日、構成＝編集部・中山永基)

# 「身体拘束」からみる 失われぬ民主主義

長谷川利夫

はせがわ・としお 一九六四年生まれ。杏林大学保健学部教授。銀行、病院勤務を経て現職。著書に『精神科医療の隔離・身体拘束』（日本評論社）など。

## はじめに

筆者は、二〇一九年六月号本誌にて「『身体拘束』からみる日本の人権状況」を発表し、日本の精神医療からみえてくる人権状況が危機的であることを述べた。精神科医療で身体拘束をされる人の数は一〇年で二倍と急増しそのまま高止っている。

身体拘束は主に拘束具と呼ばれる器具を使い患者をベッドに縛る行為である。数名の職員に押さえられながら無理やり縛られ、トラウマ的な体験になってしまうこともある。自分でトイレに行ける人でもオムツ内への排尿、排便を強いられたり、尿道にカテーテルを挿入されたりすることも

少なくない。血行・神経障害、誤嚥性肺炎、褥瘡（床ずれ）、筋力低下など様々な副作用、リスクも伴う。そして最も危険なのは静脈血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）だ。長時間身体が動かせなため血栓（血の塊り）ができやすく、下肢の深部にできた血栓が肺に到達し亡くなるのである。この身体拘束死の裁判も全国で起きている。

前回の寄稿から四年弱。今、国は精神科医療の身体拘束の実施要件を定める厚生労働大臣告示を三〇年以上ぶりに改変し、医師の裁量を広げ、より身体拘束をしやすくしようという暴挙に出てきている。人身の自由という基本的人権をこうもないがしろにする状況は、果たして日本が民主国家なのかという問題突き付けている。



## 精神科病院大国日本

実は日本は世界に例のない「精神科病院大国」である。

新型コロナウイルス感染症のパンデミック下、新型コロナウイルス患者が日本より多く、病床数が日本より少ない海外の方が、対応がうまくいっていることを感じた方も多いだろう。そのような声をうけて日本医師会は、二〇二一年一月二〇日、記者会見でOECDの調査を用いてカナダ、フランス、ドイツ、イタリア、英国、米国、日本の国際比較を行っている。

これによると、日本全国の総病床数は、一六四万一四〇七床。うち精神病床は三二万九六九二床で全体の二〇%にあたる。これは七か国の中で最も高い。精神病床の絶対数も日本が最も多く、二位がドイツで一〇万六一七六床、三位に米国の八万二四八九床と続く。人口一〇〇〇人当たりに病床数を引き直してみても、一位が日本の二・六床、二位がドイツで一・三床、三位がフランスで〇・八床となっている。このような状況こそ、日本が「精神科病院大国」とも呼ばれるゆえんである。

このような状況には、歴史的な理由がある。日本では、一九五四年に国が行った「全国精神障害者実態調査」により、入院が必要な患者が三五万人とされたものの、当時は

その一〇分の一しか精神病床がなかった。そのため、国が一気に精神病床を増やす方針をとったのである。

その際に用いた政策が、「医療金融公庫による低利融資」と「精神科特例」による低い人員基準である。精神科特例により、精神医療は一般医療に比べて医師数は三分の一、看護師は三分の二でもよいとされた。国はこの特例は二〇〇一年の第四次医療法改正で「廃止」されたとしている。しかし、これは実態と異なる。この医療法改正では、一般医療より低い基準が「医療法施行規則」に取り込まれただけで、現在に至るまで精神医療での低い人員基準は許容されているのである。それどころか、一部、看護師の資格を有しない「看護補助者」つまり無資格者を看護師としてカウントすることが「当面の間」認められるという差別的な規定すら残っている。精神医療の現場からは「人手不足のせいで身体拘束せざるを得ない」という声が多く聞かれるが、その原因は国が作っているのだ。

筆者が海外の研究者らと行った研究を紹介しよう。一日当たり、人口一〇〇万人当たりの精神科病院で身体拘束をされている人を算出すると、日本は九八・八人、米国は〇・三七人、オーストラリアは〇・一七人<sup>1</sup>だった。つまり、日本の身体拘束率はオーストラリアの五八〇倍にもなる。日本だけ身体拘束をしなければならないほど重篤な精神障害

者が多いことなどあり得ない。日本は精神病床が多いがために、海外なら地域で暮らせるような人が精神科病院中心のシステムに組み込まれてしまっている。その結果として、日本の精神障害者は、オーストラリアに比べて、精神科病院内で身体拘束されるリスクが五八〇倍も高くなっているのである。

## 身体拘束の厚生労働大臣告示

国が今回三〇年以上ぶりに改変しようとしている規定とは、どのようなものなのか？

精神医療に関しては、医療法の他に精神保健福祉法という法律がある。その第三七条には、「厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる」とあり、これを根拠に「精神保健福祉法第三七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」（厚生労働大臣告示第一三〇号）が定められている。そして身体拘束については、ここに書かれている。つまり、精神医療においては、身体拘束という人身の自由に関わることを厚生労働大臣に委任してしまっているのである。

大臣告示の「第四 身体的拘束について」「一 基本的な考え方」には次のようにある。

(一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。ここでは身体拘束の実施は限定的なものであり、慎重な実施を求めている。

続いて次のように述べられる。

(二) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあつてはならないものとする。

(傍線筆者)

つまり身体拘束は、しなければ命が守られなかったり、重大な身体損傷が防げなかったりする場合に行われる、やむを得ない行為なのである。基本的に、身体拘束を「治療」として用いることは想定されていない。

次に、「二 対象となる患者に関する事項」である。

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い代替方法がない場合において行われるものとする。

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 ア又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  
合

さて、このア、イ、ウについて、二〇二二年三月一六日に厚労省は次のように改変する提案をしてきた。

「多動又は不穏が顕著であつて、かつ、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又は検査及び処置等を行うことができない場合」(傍線筆者)

実は、この「改変」提案には伏線があつた。

## にわかに動き出した大臣告示改変

二〇一六年一二月、石川県に住んでいた大島一也さん(当時四〇歳)が、入院中に一〇日もの間、身体拘束をされ続け、解除された直後に亡くなった。死因はエコノミークラス症候群だった。

大島さんは内服薬を指示通り飲んでいたにもかかわらず、さらに注射をされそうになつたため「嫌や!」と拒否をしたが、男性看護師五名に押さえつけられ注射をされてしまふ。押さえつけられながらも腕を振り払おうとしたり「頭突き」をしたりする抵抗をした。これを「暴力行為」とさ

れ身体拘束をされてしまったのである。

提訴するも一審金沢地裁で原告敗訴。控訴審の名古屋高裁で身体拘束開始時から違法性が全面的に認められ逆転勝訴した。高裁の判決文では、「行動制限の中でも身体的拘束は、身体の隔離よりも更に人権制限の度合いが著しいものであり、当該患者の生命の保護や重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いたものであるから、これを選択するに当たっては特に慎重な配慮を要する」とされ、今後の身体拘束の実施に歯止めがかかることが期待された。

しかしながら被告側はそれを不服として五六通もの意見書を付して、最高裁に上告受理申立てを行った。この意見書には、北は北海道から南は鹿児島までの、日本精神科病院協会会員病院の院長のものが多くあつた。そして二〇二一年一〇月一九日に、最高裁がその不服を受理しない決定をし、控訴審判決が患者側勝訴で確定した。

するとすぐさまその翌一一月に、日本の一〇〇〇以上の精神科病院を束ねる日本精神科病院協会の山崎學會長が記者会見を行い、協会としての声明を発表した。声明には「そもそも、このような非専門家による判断によって精神科医療に対して法的強制力を伴う制限を加えることは、患者に対する行動制限としての身体拘束の要否についての専門的判断は、精神保健指定医という格別の専門資格者しか

行い得ないとされた精神保健福祉法の立法趣旨に正面から抵触するものである」とある。ここで言う「非専門家」とは裁判官のことであろう。つまり、精神保健指定医という専門家は、それ以外の「非専門家」から「制限」を受けることはないとしているのである。そして声明文では「二審判決とこれを追認した最高裁決定は到底容認できない」と結論付けた。

折しもこの時期は、厚生労働省で「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」が定期的に開催されている時期だった。すると、これに呼応するように、厚労省は二〇二二年三月一六日、大臣告示を下記のように変更する提案を行ってきた。

「多動又は不穏が顕著であつて、かつ、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又は検査及び処置等を行うことができない場合」（傍線筆者）

厚労省は「検査及び処置等を行うことができない場合」を身体拘束の要件に加える提案を行ったのである。厚労大臣告示では、個室に患者を入室させ外から鍵をかけて出られないようにする「隔離」という行動制限にも「対象となる患者」を定めているが、そこでは「オ 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」（傍線筆者）とある。つまり厚労省は、現在隔離に

しか認められていない要件を身体拘束に拡大することを行ってきたのである。このことは、強調してもしすぎることはない。

そして注目すべきは、先に紹介した大嶋さんを死に至らしめた身体拘束を実施した際のカルテには、次のように書かれていたことである。

「昨日も SELF への暴力があり……検温等 かかわりも難しい | 抑制の上 Follow するしかない」（傍線筆者）

「抑制」とは身体拘束のことにほかならない。これはまさに厚労省案の「検査及び処置等」に符合する。

ここから見えてくるのは、司法判断を受けて人権が守られる方向に舵を切るのではなく、業界の「利益」を守るために土俵を作り変えようとする行政の姿だ。裁判に負けたら次の裁判に勝てる（負けない）ようにルールを変えようというのだろうか？

このような動きに対して、筆者が主宰する「精神科医療の身体拘束を考える会」は、議員会館で「院内集会」と呼ばれる集会を三回開催し、大臣告示の改悪に反対を表明し、その内容はメディアでも報道された。その後厚労省は提案内容を微妙に変えてくることになる。

最初の提案の二週間後の三月三十一日に、厚労省は次のような提案を行った。

「これにより、患者に対する治療が困難な場合や、常時の臨床的観察を行ってもなお患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合」（傍線筆者）

今度は新たに「治療が困難」という文言を加える提案をしてきたのだ。これは非常に危険な文言だ。医療側が「この患者は治療が困難です」とすれば、身体拘束への道が開けてしまう。しかも、治療か否かを判断するのは医療者（医師）なのである。現行よりも医師の裁量が広がることになる。そこで「精神科医療の身体拘束を考える会」は、再び院内集会を開催する。すると、翌月四月一五日に、さらに文言を微妙に変えた案が示された。

「これにより、患者に対する治療が困難であり、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切迫している場合や、常時の臨床的観察を行っても患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合」（傍線筆者）

三月三一日案が「患者に対する治療が困難な場合」としていたものが、ここでは「患者に対する治療が困難であり」となっている。しかし、新たに「治療」の要素を持ち込む点で同様である。

国がやらねばならないのは、告示を変えることではなく、精神保健福祉法第三七条二項の「精神科病院の管理者は、その基準（大臣告示の意味）を遵守しなければならない」を

現場に徹底させることではないのか。問題をすり替えてはならない。

厚労省の検討会は、先述した「治療が困難」という文言を加える内容を含めた検討会の取りまとめの「報告書」を策定し、二〇二二年六月に検討会を閉じた。

## シンクタンクに「研究」委託

厚労省は検討会を閉じると今度は（株）野村総合研究所に「精神科医療における行動制限の最小化に関する調査研究」を研究委託した。入手したその「事業実施計画書」によると、本研究では「処遇基準告示の見直しを含めた要件の検討や現場における代替手法・運用の具体的な指標の検討を行う」とされている。つまり、この大臣告示の検討を本研究で行うというのだ。

しかし、この「研究」はまったくもってブラックボックスだ。研究メンバーすら公開されていない。年度末の研究期間終了が迫る本年三月九日の参議院厚生労働委員会で川田龍平参議院議員の追及により、ようやく政府は「御参画いただいている方々の名簿ですとか研究の概要等につきましては、近日中に実施主体から公表、公開することを検討しているというふうに伺っております」と、まるで他人事のような答弁をしている。そして入手した情報によると、

この研究班には、先に記した石川身体拘束死裁判で、被告病院が最高裁の上告受理申立て時に提出した五六通の意見書を書いた人物のうち杉山直也氏、北村立氏の二人の医師が含まれていたのである。つまり、患者を死に至らしめた違法な身体拘束を「適法である」と主張した人物に、「行動制限を最小化」、つまり身体拘束を少なくしていく「研究」をやらせているのである。もはやブラックユーモア以外の何物でもないだろう。

さらには、二人のうちの北村氏は、患者の死亡後、被告病院内に設置された医療法に基づく院内事故調査委員会の委員長であった。事故調査委員会には中立性が求められるのは当然だが、事故調査委員会の委員長が、当該被告病院側の意見書を執筆し最高裁に提出しているのである。また同氏は身体拘束を含む精神医療の問題を議論する厚労省の省内検討会の構成員でもあった。完全にモラルハザードが起きている。国会では同氏について「辞めさせるべきではないか」と追及されたが、国はまったく応じる気配はない。それどころか、研究メンバーが選ばれた決定プロセス、会議の議事録、研究機関に対する補助金の金額、研究員への謝金の金額の公開を求められたが、現時点（三月一六日時点）でこれらにも応じていない。

筆者は二〇二二年一〇月、参議院予算委員会に参考人招

致され、「そもそも人身の自由、人権を制限する行為の要件が国会の審議を経ずに告示で定められていること自体が極めておかしい」と訴えた。

## 「身体固定」という新たな問題

しかし問題はこれで終わらない。精神科病院内において何が身体拘束で何が身体拘束でないかについて、厚労省と業界団体が決めてしまっているのだ。

例えば二〇〇〇年には、日本精神科病院協会が厚労省に對して行った「疑義照会」に對しての回答を、各都道府県指定都市精神保健福祉業務担当課宛に對して「事務連絡」によって行っている。ここでは、「老人等の車椅子における転落防止のためのベルト等による固定は拘束にあたるか」という質問に對して、「寝たきり予防や食事のために車椅子に移乗させたり、車椅子での移動の際の車椅子からの転落・ずり落ち防止のためのベルト等を使用することは、身体拘束には当たりません。ただし、恒常的にベルトで固定する場合には身体拘束に当たります」と回答している。

また二〇一三年四月四日には、やはり日本精神科病院協会からの疑義照会の回答を、今度は同協会の事務局宛てに「事務連絡」として回答している。これによると、「ミトン・介護衣は、身体拘束に該当するか」との質問に對して

「ミトン及び介護衣の使用が、生命維持のために必要な医療行為のため、あるいは、身体安全保護のために行われる短時間の固定の手段である場合には、精神保健福祉法上身体拘束にはあたらない。なお、病衣の形状等にもよるが、一般的に病院内で使用される身体の動作を制限しない病衣であれば身体拘束にはあたらないと考えられる」と回答している。

これら「事務連絡」を根拠に、精神科医療の現場では、実際に患者を縛っても「身体固定」と名付け、身体拘束としてカウントしないことが多く行われている。例えばある病院では、院内で「身体固定」をされている人は数十名いるのに、国の調査で報告が必要な「身体拘束」はゼロ、というところもあった。つまり、厚労省の一〇年で二倍になった「身体拘束」数のデータはそもそも信ぴょう性が低く、実際はその人数はもっと多いと考えられるのである。もはや「身体拘束王国」である。

恐ろしいのは「事務連絡」で人身の自由を決めてしまっていることだ。厚労省が業界団体の「事務局」に送って終わりである。しかも通達でもないのに、国民は知る機会がない。

これは暗黒国家そのものだ。

「専門家にしても官僚にしても、決して悪意の人物では

ない。両者は他の人々と同じように、自分自身の視点の虜となっていて、これらの視点は訓練や献身によって、そして仕事上での個人的な経験から学びとった教訓によって制約を受けている。(中略)このような専門家の行為は簡単に矯正されるようなものでなく、社会生活の本性に由来するものであり、その矯正には個々の専門家が善意をもつこと以上に、専門家以外の視点によって専門家の視点を相殺することが必要である。しかし、専門家と官僚との重要な差異の一つは、専門家には正当な相殺圧力が存在していない点にあるのである」(エリオット・フリードソン『医療と専門家の支配』)

今や、専門家(精神医療の業界団体)と官僚(厚労省)の一体化により、おぞましい状況が現出している。議会での追及も空しく強行突破寸前である。

しかしこれは日本社会そのものなのだ。民主的統制を効かせなければその先にあるのは民主主義の死である。

#### 文献

- 1 G. Newton-Howes et al. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Cambridge University Press, 2020; 29 e190.