

「身体拘束」からみる

失われる民主主義

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かったため血栓（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な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¹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の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やってきたのである。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 suifu 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」（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.