身体拘束ゼロ
をめざす院内集会

主催：精神科医療の身体拘束を考える会

昨年10月、石川県内の精神科病院で5年前に亡くなった大畠一也さん（当時40歳）に対して行われた身体拘束が違法であったとの判断が最高裁で確定した。
一也さんは入院3日後に隔離され、その後、5名で押さつけて注射しようとした際に抵抗したことを「暴力」とされ、その翌日に興奮や抵抗がないにもかかわらず身体拘束された。
そしてその6日後に身体拘束を解除した直後に肺動脈血栓塞栓症で亡くなってしまった。
違法な身体拘束で人が亡くなることは決してあってはならない。
しかしこの3月16日の厚労省の検討会では、身体拘束の実施要件を定めた大臣告示に「検査及び処置等を行うことができない場合」という文言を新たに加える見直し案が示された。
これはむしろ身体拘束実施の要件を広げてしまっている。
一人一人の命と尊厳を守る精神医療を実現するために何をすべきかを共に考えたい。

《プログラム》

基調報告
長谷川利夫さん（杏林大学教授）

リレートーク
岡田久実子さん（全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)理事長）
桐原尚之さん（全国「精神病」者集団運営委員）
吉川隆博さん（日本精神科看護協会会長）
宇田川健さん（地域精神保健福祉機構コンボ代表理事）
佐々木信夫さん（弁護士、石川身体拘束裁判担当弁護士）
司会：島本禎子さん（あおば福祉会理事長）

集会アピール採択

日時　2022年 3 月28日(月) 11:30～14:30（受付：11:00より）

会場　参議院議員会館・B109会議室（東京都千代田区永田町2-2-1）
＆オンライン(Zoom)

https://us06web.zoom.us/j/88520797600?pwd=SGlGRzhBRUxMU0wvVkdCM2JoRHV0UT09
ミーティング ID: 885 2079 7600　　パスコード: 328

〔主　催〕　精神科医療の身体拘束を考える会

〔後　援〕　JDF 日本障害フォーラム、JD 日本障害者協議会、DPI 日本会議、全国「精神病」者集団、日本精神科看護協会、全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)、精神保健福祉事業団体連絡会、日本精神保健福祉士協会、全国精神障害者地域生活支援協議会(あみ)、日本弁護士連合会（依頼中）、大阪精神医療人権センター、兵庫精神医療人権センター、埼玉精神医療人権センター、神奈川精神医療人権センター、東京精神医療人権センター、精神障害当事者会ポルケ

〔連絡先〕　長谷川利夫（杏林大学教授）　E-mail／hasegawat@ks.kyorin-u.ac.jp　携帯電話／090-4616-5521

身体拘束ゼロをめざす院内集会

と　き：2022 年 3 月 28 日(月)11:30～14:30
ところ：参議院議員会館Ｂ109 会議室＆オンライン

精神科医療の身体拘束を考える会
の主たる活動状況 3

基調報告「何故大畠一也さんは
死ななければならなかったのか？
『違法な身体拘束による死』を
『合法的な身体拘束による死』と
しないために」
／長谷川利夫（杏林大学教授）..... 5

身体拘束問題の現状
／桐原尚之（全国「精神病」者集団）..... 19

精神科医療における倫理と虐待予防について
／吉川隆博（日本精神科看護協会会長）..... 29

厚生労働省・第 7 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」
令和 4 年 3 月 16 日(水)開催
資料より抜粋..... 32

新聞報道等より 42

『判例時報』2504 号より ..... 67～60（逆順）

2022 年 3 月 12 日

精神科医療の身体拘束を考える会の主たる活動状況

2017 年 7 月 19 日　発足

厚生労働省、外国特派員協会にて会見し「精神科医療の身体拘束を考える会」の発足を宣言

2018 年 5 月 19 日

ケリー・サベジさんの 1 周忌

5「患者の人権がまもられる精神医療を！ ～故ケリー・サベジさん一周忌に考える～」を主催

会場：日本プレスセンター（千代田区内幸町）

司会：迫田朋子（元 NHK エグゼクティブアナウンサー、解説委員）

シンポジスト：斎藤環（筑波大学教授　精神科医）

マーサ・サベジ（ケリー・サベジさんの母）

三枝恵真（弁護士　東京弁護士会）

佐々木信夫（弁護士　神奈川県弁護士会）

長谷川利夫（当会代表）

2018 年 6 月 21 日

院内集会「精神科医療の身体拘束を考える緊急院内集会」を主催

会場：参議院議員会館

基調報告：長谷川利夫（当会代表）

本集会は、翌 6 月 22 日に、毎日新聞、日本経済新聞にて報道される。

2018 年 9 月 28 日

「民主主義を守り、健全な社会を築くための討論集会」を主催

会場：参議院議員会館

基調報告：長谷川利夫

発言者：香山リカ（精神科医　立教大学教授）

2018 年 10 月 27 日

「日本の精神科医療を考えるシンポジウム」を主催

会場：沖縄国際大学

シンポジスト：横田泉（オリブ山病院　副院長）

長谷川利夫（当会代表）

2019 年 2 月 21 日
「630 調査の今まで通りの情報開示を求める院内集会」を主催
会場：参議院議員会館
基調報告：長谷川利夫（当会代表）

2020 年 3 月 19 日
厚生労働省に対して、「精神科病院における虐待及び 『障害者虐待の防止、障害者の養護者に対す る支援等に関する法律(障害者虐待防止法)』通報義務についての申入れ」を行う
※厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課　課長に手交

2021 年 9 月 28 日
厚生労働省に対して、「精神科病院の人権状況に関する申入れ」を行う
※厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課　課長に手交

以上

身体拘束ゼロを目指す院内集会
基調報告

何故大畠一也さんは死ななければならなかったのか？

「違法な身体拘束による死」を

「合法的な身体拘束による死」としないために

長谷川利夫
杏林大学

令和4年3月28日
於：参議院議員会館

事件の経過

- 当時40歳の大畠一也さん　統合失調症
  2016年12月　体調を崩し入院

12月6日　入院
12月9日　隔離開始
12月14日　身体拘束開始
　・前日に注射をしようとした際に抵抗した
　・この日は興奮・抵抗がなかった
12月20日　身体拘束解除後死亡（肺動脈血栓塞栓症）
　・家族はこの間、一度も面会できず身体拘束の事実も知らされなかった

訴訟の経過

- 2018年8月27日　男性の両親が病院を提訴
- 2020年1月31日　金沢地裁：医師の裁量を認め、身体拘束の開始・継続は違法でない
- 2020年12月16日　名古屋高裁：身体拘束は違法
  約３５００万円の賠償を命じる
- ２０２１年１０月１９日　最高裁第三小法廷　上告受理申立てを退け、高裁判決が確定

令和2年12月16日判決言渡

名古屋高等裁判所

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、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医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分時点で身体的拘束を必要と認めた〇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であるというべきである。

令和3年10月19日
最高裁判所第三小法廷

裁判官全員一致の意見で次の通り決定。

本件を上告審として受理しない。

共同通信10/20(水）22：29配信

KYODO

石川県の精神科病院で2016年、入院中の大畠一也さん＝当時（40）＝が死亡したのは違法な身体拘束が原因だとして、両親が病院側に損害賠償を求めた訴訟で、最高裁第3小法廷（長嶺安政裁判長）は病院側の上告を受理しない決定をした。19日付。請求棄却の一審判決を変更し、病院側に約3500万円の支払いを命じた二審名古屋高裁金沢支部判決が確定した。

判決によると、大畠さんは16年12月、統合失調症と診断され、金沢市民生協会が運営する同県野々市市の病院に入院。医師の判断で手足や体を拘束され、一時解除された後にエコノミークラス症候群で死亡した。

共同通信10/22(金) 17:49配信

KYODO

石川県野々市市の精神科病院で2016年、入院中の大畠一也さん＝当時（40）＝が死亡したのは違法な身体拘束が原因だとして、両親が病院側に損害賠償を求めた訴訟で、約3500万円の支払いを命じた二審判決が確定したことを受け、父正晴さん（71）らが22日、金沢市で記者会見し、判決を教訓に「医療が少しでも良い方向に向かってほしい」と訴えた。

正晴さんは「病院側の説明は不十分で、納得できなかった」と振り返り、医療従事者が患者に真剣に接するよう求めた。

訴訟を支援した杏林大の長谷川利夫教授（精神医療）は「マニュアル化された身体拘束が問題」と話した。

2021年10月22日朝日新聞より

- 石川県野々市市精神科病院で男性（当時40）が違法な身体拘束の末に亡くなったとして、両親が運営元の社会福祉法人金沢市民生協を会に8631万円の賠償を求めた訴訟で、最高裁第三小法廷（長嶺安政裁判長）は法人側の上告を退けた。法人側に3529万円の賠償と命じた二審・名古屋高裁金沢支部判決が確定した。

病院の身体拘束「違法」

患者遺族が逆転勝訴

高橋金沢支部

石川県野々市市の精神科病院「金沢脳神経センター病院」（40）で拘束具などで身体を縛られ死亡したのは、違法な身体拘束などを強いられたとして、同病院を運営する医療法人社団「金沢脳神経センター」に約8330万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審で、名古屋高裁金沢支部は、同病院の過失を認めた。原告の遺族側の主張を退け、「拘束は不可避だった」とした一審・金沢地裁の判断を覆した。

裁判長は、拘束具などを用いた身体拘束の違法性を認めた。

同病院は、2011年1月、男性が死亡したとして、「一酸化炭素中毒による心不全」と説明していた。

遺族は、男性が拘束具などで縛られ、1日以上、拘束されていたとして、「拘束による窒息死」などと主張していた。

身体拘束

患者の体や手足をベッドに固定する身体拘束は、精神保健指定医が認めればできる。精神保健福祉法などでは容態や治療などの危険が切迫している非常時や不穏が顕著である状態すれば患者の生命に危険がある――場合で、ほかに方法がない特などと定められている。患者の自由を奪い尊厳を傷つけているとの批判がある一方で、病棟の人手不足もあり、「安全のためには必要」との声も根強い。2019年6月末時点の厚生労働省の調査では、精神科病院で身体拘束を受けている患者は1万人を超えている。

拘束具で固定された状態を、研究のために再現した長谷川利夫教授＝「精神科拘束の現場・身体拘束」（日本評論社、長谷川利夫著）から

日本の身体拘束率 豪の580倍

国際共同研究で判明

専用のベルトを使って、患者の体や手足をベッドに固定する身体拘束。「精神科病院だけの問題ではない」と、日本は世界レベルで高い拘束率であることが、国際共同研究で判明した。

今年6月、オーストラリアの国際学術誌に発表された。

研究は、日本、豪州、ニュージーランドの精神科病院の患者の拘束状況を調べた。日本は約1万人、豪州は約2万人、ニュージーランドは約2千人の患者を対象にした。

日本は、人口1万人当たりの拘束率が豪州の580倍、ニュージーランドの1万倍にのぼった。

国際共同研究を主導したのは、ニューサウスウェールズ大学のリチャード・ソーンリー教授（精神医学）。「日本の拘束率は、豪州などと比べ、桁違いに高い。日本は、人権の問題として、早急に改善すべきだ」と指摘した。

研究では、日本の拘束期間は、豪州などの約3倍に長いことも明らかになった。

ソーンリー教授は、「日本は、人口1万人当たりの医師数が豪州などの半分以下であり、医師の不足が拘束期間の長さに影響している可能性がある」とコメントした。

「日本の医師が少ないことは、人員配置の問題だけでなく、医師の意識の問題でもあるのではないか。日本は、豪州などと比べ、『安全』を理由に、患者の行動を制限する傾向が強いのではないか」と指摘した。

日本は、オーストラリアの約3倍の人口を抱えている。

国際精神医学会理事（元日本精神科病院協会会長）の長谷川利夫教授（精神医学）は、「日本の精神科病院は、人員配置が少ないことなどから、拘束期間が長くなる傾向にある。拘束期間が長くなる理由は、『安全』を理由に、患者の行動を制限する傾向が強いのではないか」と指摘した。

長谷川教授は、「日本は、人口1万人当たりの医師数が豪州などの半分以下であり、医師の不足が拘束期間の長さに影響している可能性がある」とコメントした。

（篠原拓也）

2020年12月17日
朝日新聞

The Washington Post
Democracy Dies in Darkness

Tied down and locked away: Harrowing tales emerge from Japan's psychiatric patients

A shrine to Kazuya Ohata at his parents' home in Kanazawa, Japan. He died at age 40 after being physically restrained in a psychiatric institution. (Simon Denyer/The Washington Post)

By Simon Denyer
June 19, 2021 at 5:00 p.m. GMT+9

Court award

In the case of Ohata, the patient with schizophrenia, the hospital initially said he died of heart failure. His parents commissioned a separate autopsy that showed he had suffered a deep-vein thrombosis after being tightly bound.

Sumiko Ohata, son Takashi and husband Masahiro in their home in Kanazawa. (Simon Denyer/The Washington Post)

彼の両親、父正晴さん70歳、母澄子さん68歳。彼らは少なくとも7回、病院で息子に会おうとした。しかし、追い払われた。彼が拘束されていたことを決して知らされなかった。それから、入院した2週間後に、彼らは息子が死んだという電話を受け取った。

「私たちの最大の後悔は彼に会えなかったということです。」東京の約180マイル北西にある金沢市内の家族の家で正晴は言った。「もし私たちが彼に会っていたら、私たちは何が起こっていたのかに気が付いて、何かが起こる前に彼を家に連れて行っていたでしょう。」

日本精神科病院協会の会長の山崎学氏は、彼は、身体拘束がほとんどのケースで適切に行われていると思っていると語りほとんどの問題は、協会に所属していない約300の病院で起こったのだと主張している。彼は大畠家の勝利が、裁判の動きを恐れて病院が特定の患者を拒むことにつながり得ると心配していると語った。

「我々は長い目で見ればそのことはより危険だと考えている」と彼は語った。

「日本では精神医療は大きな力を持っている」と杏林大学の精神医療の教授で、日本と3つの国における身体拘束の広がりについての新しい研究の著者である長谷川利夫氏は言った。「しかし、私たちはついに人々がこのことについて大っぴらに話が出来る段階にいます。」

長谷川氏の研究は、“疫学と精神医学的科学” で出版された。長谷川氏の研究では日本の精神病患者は、アメリカの患者の約270倍身体拘束されそうであり、オーストラリアの600倍、ニュージーランドの3200倍されそうであることがわかった。

訓練を受けた医療スタッフの不足もまた、たとえ患者が自分自身や他の人に危険を引き起こさないとしても、病院が腰・手首・足首を縛られた患者をより多くベッドに拘束することに頼ったままにしているとは長谷川氏は言った。

医療記録から考える

12月9日（金）【病室から隔離室への入室】

診療録)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
<u>コップを預かろうとすると不穏あり</u>
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)
<u>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</u>

看護記録)
紙に「かんぞうの手じゅつ後でキカイのぞうき入っとる。あとは色々な手じゅつも受けて他の人よりのどがかわく」と書いてNSの両腕をつかみ、強くつかみ、「逮捕や逮捕や」と強い口調で話す。
Dr,Ns複数名で対応し、4ー2の入室勧めるも「日赤の医師免許持っている。スパイか！お前！！脱税をしとる！脱税ー！」等、声掛けし状況を説明するも理解不良。

12月10日（土）11日（日）は静かに過ごす・・・・

12月12日（月）

診療録)

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」「お前手洗いさせんのか」「週末っていっとったやろ」という

興奮して拳をにぎりしめ「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「じゃあエアーげんこつさせろ」といってエイ、エイ、エイ、エイっと周囲の4名に向かって少し笑いながらエアーげんこつをする。

最終的にはなんとか自ら入室

13：20頃に「自分は警さつ官だ。白バイにものっている」と言って興奮し公衆電話の赤ボタンを押した

対応したNSに目突きをしようとする等幻覚妄想による行動化がみられ、暴力的なもみられる

このため、やはり隔離継続の必要性がある。

12月13日　診療録

Reitzberkeit(=易刺激的）

職員に向かって攻撃的であったり

服薬についていつも素直にというわけでもなく

12/12～19

リントン1A＋アキネトン1A

10時頃（PM)

定注とする

OLZ昨日から20mg

過鎮静あれば中止も考慮→要観察

終日Zelleでしばらくみる

過飲水もある

In out follow つづける

12月13日看護記録

10時（妄想言動あり）

小窓にて検温する。体温計返却OK。脈拍測定時も暴力みられず。易怒性、興奮ないが、「ハンド、フィンガーが・・・

僕は鼻の穴に指を突っ込んでいるので、手に菌が付いているので手を洗わせてほしい」と希望あり。

小窓より消毒液にて手指を洗浄してもらう。

拒否なく洗浄される。排便の有無については「あった」という整合性のある返答もあり。

12月13日看護記録

17時（易怒性・暴力あり）

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。身体の力み強く、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んかったんか～！」「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。

12月13日看護記録

18：50（眠っているため不食）

夕食配膳するが、まったく覚醒せず眠っている

21時（入眠中）

寝息たてて眠っている

12月14日　診療録

（Zelle（＝隔離室））

昨日もstuff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

四肢・体幹・肩抑制　1日みる　（医師名）

12月14日看護記録

3:30（布団上坐っている）

モゾモゾ起き出し、軽くストレッチのような体操をした後、布団上に坐ってる

4:30（徘徊）

布団をたたんだり、室内グルグル徘徊している

12月14日看護記録

6:00（再入眠せず過ごす）

3時30分～再入床せず、徘徊や布団上座ったり、停立して今朝まで過ごす。大声や不穏行動なし。

夜間は全体的に睡眠はとれている。

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から声を掛けると「契約いはんや。」とくり返し話す。お茶の交換の声掛けにも返答もなく表情は硬い。

NSの声掛けで手指消毒に応じられ、お茶の交換に応じられる。

12月14日看護記録

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）

〇〇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。

- 12月20日身体拘束解除直後に肺動脈血栓症で死亡
- 病院側からは当初、心不全と説明
- 「行動制限に際してのお知らせ」文の裁判所への提出無し。

証人尋問より
（令和元年11月15日）

Q:この下肢拘束を外したのは医師の指示なんですか？

看護師:観察開放の指示が継続していたからです。

Q:ただ、医師から、具体的にもう下肢も外していいよという指示が出たわけではないんですか。

看護師:ないです。

Q:そうしますと、看護師の方の判断として、この様子だったら外しても大丈夫かなということで外したということですか？

看護師:一応スタッフもいましたので、徐々に様子を見るという形で行いました。

ここまでのまとめ

- 身体拘束によりかけがえのない命を奪われることがある。
- このことは訴え出ることなければ、社会に知られることもなかった。
  また、最高裁まで闘わなければ、“違法な身体拘束”が認められることもなかった。
- 精神科病院内で行わる身体拘束には「医療以前」の問題が多々あり、言わば“いい加減”に行われていることもある。
- 医師は自分の「目」で診察することを実践する、看護師は患者さんの味方であり、それが実感してもらえるよう心から支えることが必要。
- いわゆる「精神科特例」など、精神障害に対する差別も存在する。
- 「人手不足で身体拘束」をしないためにも、国は、制度的な差別の解消、身体拘束縮減に向けイニシアティブを発揮する必要がある。
- 身体拘束を減らしていくことを通じて、精神医療の閉鎖性を打破し、患者本位の医療の実現を図っていく。

何が

どう

変えられようとしているのか？

精神保健福祉法第37条

1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事ができる

2精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない

精神保健福祉法第37条1項基準（厚生労働大臣告示第130号）

第1基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たつて、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第２通信・面会について

第３患者の隔離について

第４身体的拘束について

１基本的な考え方

（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。

（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。

（三）　身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

２対象となる患者に関する事項

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

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

「精神保健福祉法上の入院制度等についてのこれまでのご意見を踏まえた論点と検討の方向性について」

厚生労働省

より

令和4年3月16日

① 現在「基本的な考え方」で示されている切迫性・非代替性・一時性の考え方について、処遇基準告示上で要件として明確に規定する。

②「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、「多動又は不穏が顕著であって、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」とし、身体的拘束の対象の限定・明確化を図る。その上で③④のプロセスにより、組織全体で①の3要件を満たすか否か、②の定義に当たるかどうかを判断できる体制を構築する。

③ 隔離・身体的拘束の最小化について、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組むとともに、隔離・身体的拘束の可否は、指定医の判断を基本に、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、病院全体で判断を行うことを原則とする旨を明示する。

※ 精神保健福祉上、指定医は、人権に配慮した医療を行う中心的存在であり、自らの医師としての職務、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だけではなく、病院に入院している全ての精神障害者の適正な処遇の確保に努めることとされている（37条の2）。指定医については、このように、患者の人権を守るため、管理者とともに行動制限最小化に組織全体で取り組み、行動制限の最小化を組織のスタンダードにできるようにしていくことが期待されている旨、国としても指定医研修等を活用し、指定医に直接に訴えていく。

④ ③と同様、行動制限の最小化を組織のスタンダードにしていく観点から、以下の内容を新たに規定する。

・ 行動制限最小化委員会の定期的な開催

※ 行動制限最小化委員会のマニュアルや好事例の共有のほか、「意思表明支援」（仮称）に携わる者等、外部

の第三者を活用するための方策の検討が必要ではないか

・ 隔離・身体的拘束の最小化のための指針の整備

・ 従業者に対し、隔離・身体的拘束の最小化のための研修を定期的に実施

⑤ さらに、隔離・身体的拘束を行うに当っては、現在、患者にその理由を「知らせるよう努める」とされているところ、法律に基づく適正な運用を担保すべく、これを「説明する」と義務化する。

⑥ こうした基準に違反した場合の診療報酬上の取扱いを含む実効的な方策を検討する。

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

➡ 多動又は不穏が顕著であって、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事ができない場合**

精神保健福祉法第37条

１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事ができる

２精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない

精神保健福祉法第37条１項基準（厚生労働大臣告示第130号）

第１基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たつて、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第２通信・面会について

第３患者の隔離について

第４身体的拘束について

１基本的な考え方

（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。

（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。

（三）　身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

２対象となる患者に関する事項

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

第四　身体的拘束について

一　基本的な考え方

(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。

(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。

2015年08月31日　全国11の精神科病院に対しての一覧性台帳に基づく調査より

病院・地域精神医学2016年第1巻通巻201号

長谷川利夫　より

11の精神科病院で

隔離をされている患者444人

身体拘束されている患者245人

その実施理由（複数回答有り）

1位　不穏（335名）

2位　多動（238名）

3位　暴力行為・粗暴行為（95名）

4位　躁状態・脱抑制・多弁（63名）

5位　転落・転倒防止（57名）

・・・・・・・・

まとめ

- 厚労省の「多動又は不穏が顕著であって、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」とする見直し案は、現状の要件を広げるもので、行動制限を縮減する方向に逆行している。
- 「違法な身体拘束による死」を「合法的な身体拘束による死」にしてはならない。
- 身体拘束ゼロを目指す方向で抜本的な議論が行わなければならない。

連絡先：長谷川利夫（杏林大学）

090-4616-5521

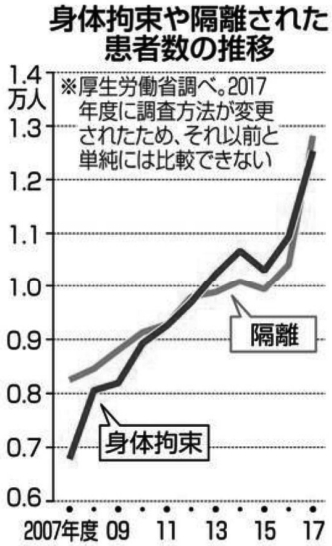
E-mail：

hasegawat@ks.kyorin-u.ac.jp

身体拘束問題の現状

桐原尚之
全国「精神病」者集団

① 身体拘束の大規模調査とその混迷



・2016年、精神保健福祉資料によると身体拘束が10年で2倍の数字が示された。身体拘束の件数が増えている原因を明らかにするための調査が必要であると主張した。

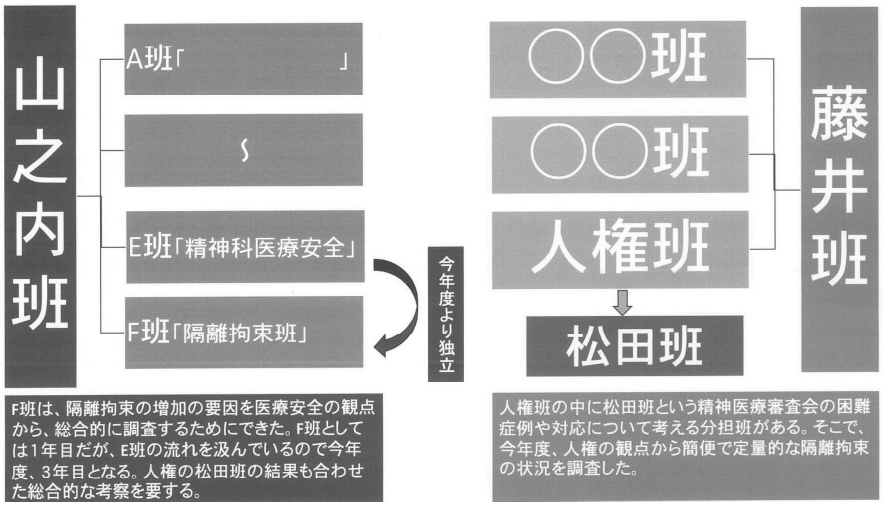
・身体拘束の大規模調査が実施されることになった。

・調査方法への重大な懸念が示されたことで調査票と研究班メンバーの見直しがおこなわれた。その後、厚生労働省から大臣答弁に基づく調査票の修正が求められ、年度内の実施が困難と目され、次年度にまわされた。

・2018年度からは、ふたつの厚生労働科学研究班で手分けしながら調査をすることになった。しかし、回収率が約3割にとどまった。

・山之内研究班は解体され、竹島研究班へと引き継がれた。

② 身体拘束の大規模調査とその混迷



③ 精神科医療の身体拘束を考える会の発足

④ 身体拘束の大規模調査のその後

①杉山分担班による身体拘束のモニタリング体制の研究

②日本精神科病院協会による行動制限最小化委員会の実態調査

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点①）

論点①

○ 隔離・身体的拘束については、精神保健福祉法上、指定医の専門的知見に基づき、代替方法によることは困難であり、医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われることとされている。
○ 誰もがいざというとき、安心して頼りにできる入院医療を実現するには、実際の医療現場において、精神保健福祉法の規定に基づく適正な運用が確保することが何よりも重要である。
○ そのためには、隔離・身体的拘束の最小化に、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組み、行動制限最小化を組織のスタンダードにできるようにしていくことが求められる。
○ こうした観点から、まずは処遇基準告示（※）について、見直しを要する点の改正を行うべき。

（※）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年厚生省告示第130号）

これまでのご意見

（基本的な認識）

○ 法律には隔離や身体拘束について適正な運用を定めてはありますが、それが実際の医療現場で適正に運用されているかどうか。ここが何よりも重要なことだと思います。（第5回）
○ 「精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束が虐待であるとの誤解がないよう留意しながら」という提示は、本質を捉え切れていない提供者側の理論、提供者側に慮った解釈の要素が強い表現に感じ、本質を捉えていただけていないのではないか。
　医療従事者の方たちも法や基準に定義されていることをもって、致し方なく、やむを得ない措置として、その場面場面で悩み、迷いながら行っているものと拝察。この問題をこのまま医療従事者や患者及びその家族に押しつけてはならず、法や基準、告示の見直しなど、諸制度や人員配置、診療報酬なども含めて、適切に連動させながら見直しを図ることが必要であり、その改正を切望するもの。（第5回）
○ 介護報酬については、減算要件が設けられている。
　3要件がそろった上で初めて拘束を行うかどうかを検討する。そして、その判断については、担当の職員やチームでは不可になっており、施設全体で判断する必要があると明記されている。これは、医療現場にも十分応用が可能、ぜひ参考にして取り組むことも重要ではないか。
　よく言われる人手不足とかというものはなかなか理由にはならず、組織全体で取り組む。経営者、管理者、理事長、院長等のリーダーシップの発揮は極めて効果的。組織としてどう考えていくのか、自分自身だったらどうであるのか、あるいは自分の大切な家族だったらどうであるのか。そういった非常に分かりやすい観点から組織で検討していくことが重要。（第5回）

50

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点①）

これまでのご意見（続き）

（処遇基準告示の見直し）

○ 不穏・多動が顕著である場合という曖昧な要件は削除すべき。現状追認の状態に陥り、実効性を伴わない。（第5回）

○ 「多動又は不穏が顕著である場合」という事項は、端的に見直しが必要だと強調して申し上げたい。この表現による定義づけでは、客観的指標というよりも身体的拘束を実施する側の裁量によるところが大きいように見受けられるため、当事者性を持つ立場としては不適切な運用への懸念を十分に拭い切れない。（第5回）

○ 生命に危険が及ぶ場合は身体拘束、暴力行為や迷惑行為は隔離で対応ということを書いた方が現場の混乱はなくなるのに、「多動又は不穏が顕著」というものが非常に誤解を及ぼしている。（第5回）

○ 精神科の病院はやはり非常に閉鎖的でよくなくて、外部の目を入れることが大切。外部評価委員会等を作り、患者の代表を入れたりするような仕組みを作ることで風通しの良い病院になるのではないか。（第5回）

51

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点①）

検討の方向性

（処遇基準告示の見直し等）

以下の方策により、身体拘束の最小化の取組を総合的に推進してはどうか。

① 現在「基本的な考え方」で示されている切迫性・非代替性・一時性の考え方について、処遇基準告示上で要件として明確に規定する。

② 「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、「多動又は不穏が顕著であって、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」とし、身体的拘束の対象の限定・明確化を図る。

その上で③④のプロセスにより、組織全体で①の3要件を満たすか否か、②の定義に当たるかどうかを判断できる体制を構築する。

③ 隔離・身体的拘束の最小化について、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組むとともに、隔離・身体的拘束の可否は、指定医の判断を基本に、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、病院全体で判断を行うことを原則とする旨を明示する。

※ 精神保健福祉上、指定医は、人権に配慮した医療を行う中心的存在であり、自らの医師としての職務、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だけではなく、病院に入院している全ての精神障害者の適正な処遇の確保に努めることとされている（37条の2）。

指定医については、このように、患者の人権を守るため、管理者とともに行動制限最小化に組織全体で取り組み、行動制限の最小化を組織のスタンダードにできるようにしていくことが期待されている旨、国としても指定医研修等を活用し、指定医に直接に訴えていく。

④ ③と同様、行動制限の最小化を組織のスタンダードにしていく観点から、 以下の内容を新たに規定する。

- 行動制限最小化委員会の定期的な開催
  - ※ 行動制限最小化委員会のガイドラインや好事例の共有のほか、「意思表明支援」（仮称）に携わる者等、外部の第三者を活用するための方策の検討が必要ではないか
- 隔離・身体的拘束の最小化のための指針の整備
- 従業者に対し、隔離・身体的拘束の最小化のための研修を定期的に実施

⑤ さらに、隔離・身体的拘束を行うに当っては、現在、患者にその理由を「知らせるよう努める」とされているところ、法律に基づく適正な運用を担保すべく、これを「説明する」と義務化する。

⑥ こうした基準に違反した場合の診療報酬上の取扱いを含む実効的な方策を検討する。

52

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点②）

論点②

○ 人員配置の充実を図るべきではないか。

これまでのご意見

（精神科特例等について）

○ 昨年10月に身体拘束で亡くなった方の親御さんが起こした裁判の最高裁判決について、どのように捉えるのか。身体拘束による死亡事例が起きていることは重視すべきであり、精神科特例という人員配置の課題も重要。（第5回）

○ スーパー救急（※精神科救急入院料）の病棟は、人員配置をたくさん付けているが、それでも診療報酬は一般科の最低レベル。もっと診療報酬を高くして欲しい。（第5回）

検討の方向性

○ 精神科特例は、人員配置の最低基準を定めるにすぎず、診療報酬上、急性期の精神病床については、一般病床と同程度の医師・看護師の配置を求め、早期に退院できるよう促しているところ。「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」における平成24年の意見の整理でも、今後の方向性として、病床の機能に応じ、看護職員に加え、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士等の多職種の従事者による人員配置とする旨が示されている。

第8期医療計画では、慢性期病床の減少を図ることとしており、その結果として、入院患者に対してより手厚い人員配置のもとで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た体制の整備を進めるべきではないか。

○ 厚生労働科学研究において精神科医療における重症度の研究を行っているところであり、診療報酬における適切な評価につながるよう、総合的に重症度を判断できる指標の検討を進めることが必要ではないか。

61

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点③）

論点③

○ 身体拘束について、都道府県間での比較、患者の性別・年齢階級別での比較について、どのように考えるか。

これまでのご意見

○ 県によって20倍ぐらいの開きがあるのはなぜか、また、特にモデルとなるニュージーランド、オーストラリアについて、なぜ拘束が少なく重度の患者をケアできているのか、もう少し広範な調査、国内だけではなくて国を超えた調査をして、そのデータを持っている必要があるのではないか。
　そのデータに基づき、本来、重度の精神科の患者を、拘束が必要な状況も含まれるような方々を、どのようにケアしていけばいいのか、中長期的な目標がエビデンス・ベースドに構築できるのではないか、それにより、国連の障害者権利条約は拘束ゼロをうたっており、そこに向けて政策を進めていってほしい。（第5回）
○ どういう病院、具体的にはどんな診療報酬上の扱いを受けている病院で隔離・拘束が多いのか、どんな病院なら少ないのか、あるいは病院の類型と関係ないのか。そうではなく、患者の身体的な、体の規模、年齢等、そうした点を含め、客観的なデータとして教えていただけないか。（第5回）

63

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点③）

検討の方向性

（都道府県間の比較）
○ 都道府県ごとの隔離拘束指示件数は、各都道府県の許可病床数の分布と、概ね共通の傾向が見られる（参考19）。
○ この点、隔離・身体的拘束の最小化に向けては、各医療機関での組織を挙げた取組が重要であるが、地域全体でそうした取組を進めないと、やむを得ず隔離・身体的拘束が必要な状態にある患者がかえって必要な入院医療を受けられなくなる懸念が生じる。
○ そうした点を踏まえ、地域全体で隔離・身体的拘束の最小化に取り組むモデルを構築し、全国に横展開していくことについても検討が必要ではないか。

（患者特性との関係）
○ 隔離・身体的拘束の指示件数を、年齢階級別（在院患者1,000人対）で比較すると（69ページ）、
・ 隔離については、20歳以上40歳未満が最も高く、年齢階級が上がるにつれて、件数は減少する一方、
・ 身体的拘束については、 20歳以上40歳未満及び75歳以上の年齢階級において、他の年齢階級よりも件数が多いという傾向が見られる（参考20）。

64

【中長期的な目標】
身体拘束のゼロ化

【中長期目標のための戦術】
・障害者の権利に関する条約第36条及び第39条に基づく勧告が出た場合に法制度の見直しの検討を行うこと。
・精神障害を要件とした身体拘束制度の廃止。
・精神障害者に対する身体拘束の規制に係る方策。（現時点では検討段階）

【短期的な戦術】
①基準告示の見直し
・多動及び不穏が顕著という要件の削除。
・介護保険の身体拘束ゼロ化の手引きに準じた厳格化
・報酬誘導の仕組みの設定
・行動制限最小化委員会の射程範囲の明確化
②人員
・入院中の重度訪問介護の利用
・重症度・看護必要度、入院基本料（配置基準）、人員標準、精神科特例などの抜本的な見直し

分担研究の目的

- （竹島研究班ホームページより）
  研究内容：行動制限量のモニタリング体制を検討し、影響する要因について現況を調査したうえ、先行的な取り組みを参考に、都道府県単位の行政主導による最小化法の普及モデルを確立するとともに、エキスパートオピニオンによりさらなる最小化手段を探ります。

➢「モニタリング体制」の確立（都道府県単位での現状把握ツール）
➢調査及び既存見識から「合理的な最小化策」を確立
➢行政主導で普及啓発し、「合理的な最小化策」の活動を実装していく
➢最小化を実現する

なぜ政策パッケージなのか？

1. 行動制限実施のみならず、最小化活動の実態は、精神科医療の質を反映する代表的な指標。
2. より良い医療を提供するために、行動制限指標および最小化活動指標のモニタリングは極めて重要。
3. 行動制限最小化は、各医療機関として行われるべきであると同時に、圏域における行政活動の一環として取り組まれることが本来かつ効果的。

～ しかしどうしたらよいかわからない…

4. 政策パッケージは、行政活動として行われる行動制限最小化のために必要な情報・手順・ツールを包括し、今後の地域保健医療計画における「地域行動制限最小化計画」の策定に必要なコンテンツを一括して提供する。
5. 本パッケージにより、各地域で関係者との課題や認識の共有を図り、地域の特性に応じたよりよい計画策定の一助として期待できる。

Six Core Strategies
隔離・身体拘束減少のための6戦略

B1

National Association of State Mental Health Program Directors

戦略1	戦略2	戦略3	戦略4	戦略5	戦略6
組織改革に向けてのリーダシップ	データ利用	スタッフのスキルアップ	隔離・身体拘束使用防止ツールの利用	入院環境での利用者の役割	デブリーフィング技術

http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/SR%20Plan%20Template%20with%20cover%207-05.pdf

政策パッケージを活用した
行動制限最小化・地域保健医療計画の立案手順

1. 担当部署の設定
2. 推進合議体の設置
3. 協議
   ① 初回ミーティング　～現状確認と必要知識の共有
   ② 第2回以降～のミーティング（回数は任意）
   ③ マトリックス表作成ミーティング
   ④ マトリックス表確定ミーティング
   ⑤ 最終ミーティング
4. 圏域内医療機関への周知と参加要請
5. PDCA

１．担当部署の設定

各自治体の状況に応じ、本案件に最も適任となる部署を選定し、担当部署として設定してください。最も標準的には、精神保健福祉法の定めに応じるよう、都道府県や政令市の精神保健福祉及び医療の主管を行う部門が望ましいと考えられます。

２．推進合議体

推進合議体を設置してください。★当事者は必ず含めてください。

推進合議体の例	
国立・自治体立等、公立病院	民間病院の代表者
精神保健福祉センター	参加民間病院（それぞれの立場等）
総合病院	看護協会
当事者	その他の関係団体
外部識者	
事務局（行政担当者）	

3． 協議

1） 初回ミーティング ～現状確認と必要知識の共有 □（終了したら☑）
　① コア・ストラテジーを中心とした最小化論理の確認（B1教材利用）
　② アンケート結果の配布と参照（B2）
　③ ベンチマーク指標（C）の共有による現状確認
　④ 当事者の意見（予めご準備いただく）
　⑤ 初回ブレインストーミング（各委員より）
2） 第2回以降～のミーティング（回数は任意） □□□…（終了したら☑）
　① 現状と取り組み（各委員より）
　② 全体討論
3） マトリックス表作成ミーティング □（終了したら☑）
　① マトリックス表（D）の配布
　② これまでの討論を基に、マトリックスで現状評価
　③ 今後取り組む方策を合議、選定
4） マトリックス表確定ミーティング □（終了したら☑）
　① ３）での議論を基にマトリックス表の最終案を事務局が集約
　② ミーティングで確認
　③ ブラッシュアップ
5） 最終ミーティング □（終了したら☑）
　① 成果物を確認
　② 「地域行動制限最小化計画」の確定

4. 圏域内医療機関への周知と参加要請

① 推進合議体で確定した地域行動制限最小化計画を関係医療機関に周知します。
② 各医療機関から計画への参加意向を募ります。
③ 最終的な参加状況を取りまとめます。

5. PDCA

地域行動制限最小化計画は、継続可能な活動として実施されます。数値目標を有す計画として、推進合議体は継続的に開催され、必要に応じて都度見直しを図り、常時質の改善が図られる必要があります。

流れ図

マトリックス表

D

戦略1：　組織改革のためのリーダーシップ

目的

リーダーシップは、組織として隔離・身体的拘束の最小化に取り組むための最重要課題のひとつと考えられ、コアストラテジーの最初に登場します。リーダーとは、この活動に取り組む組織の長をイメージしており、病院で行う場合は院長、自治体で取り組む場合はその長である市長や知事等がこれにあたります。リーダーは、リーダーシップを発揮し、隔離・身体的拘束を最小化することの理念・使命を明確化し、ビジョンを示し、価値を誘導することにより、臨床現場における最小化実践を推進します。組織のトップによる号令、組織文化の提示、活動への参加、および継続的なレビューは、すべての隔離・身体拘束の最小化やゼロ化のプロセスにおいて、サービス提供過程を通じて影響が表れます。ケアの提供者と当事者及びその家族は、不可欠なアクティブパートナーとなることが強調されます。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	1. 組織の理念・使命、ビジョン・価値の提示と組織方針の号令	●　以下の内容を含むこと ・隔離・身体的拘束の最小化を最優先すること ・リカバリーの原則 ・トラウマインフォームドアプローチとシステム ・最小化を阻害する障壁（慣行、主観的アプローチ）の特定と解消 ・当事者視点の重視と当事者参加 ●　「キックオフ」イベントや「中間レビュー」イベントの実施			
2	2. 組織の方針が国際条約や基本法の理念と一致することの確認	●　以下のルールを含むこと ・障害者の権利に関する条約 ・精神保健福祉法第[illegible]条、[illegible]条　及び関係法令 ●　組織内ルールの整備			
3	3. 組織文化を変革させ、ベストプラクティスを追求するための組織づくり	●　リーダーの活動への参加（現場に立ち会うことなど） ●　人間らしさの追求と主観的アプローチの解消 ●　作業療法等のリハビリテーションアプローチの活用 ●　組織内で、部署責任者を任命し、明確化すること ●　最小化活動にコミットした人材の評価 ●　目標の達成やベストプラクティスへの認識・評価・称賛 ｜ リーダーの活動への参加（現場に立ち会うことなど） ｜ 人間らしさの追求と主観的アプローチの解消 ｜ 作業療法等のリハビリテーションアプローチの活用 ｜ 組織内で、部署責任者を任命し、明確化すること ｜ 最小化活動にコミットした人材の評価 ｜ 目標の達成やベストプラクティスへの認識・評価・称賛			
4	4. 定期的なレビューとレポート体制の整備	●　行動制限量のレビュー（全国値、地域、医療機関、部署ごと） ●　破壊的インシデントの網羅的レビューおよび分析			
5	5.労働力の持続的強化と労働環境整備への持続的配慮	●　スタッフのスキル達成支援 ●　医療施設としての体制・技術水準の確保と維持 ●　物理的スペースや導線等の確保、設備の維持、騒音対策、等の環境整備 ●　感染対策、身体管理設備等、他の医療要因への対応 ●　中間管理職や監督職を介したモチベーションの維持 ●　労働力回復維持向上のための全組織的取り組み			

戦略2：　データ活用

目的

データ利用は、自らの診療活動や判断について経験則に縛られず、客観視するために有用です。より質の高い医療を目指した変革を促すため、医療圏全体および自院の課題点を見出すため、また有効な臨床手法を同定するために用いられます。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	病院長、管理職以上は、隔離・身体拘束の全国・自都道府県および自院の実施率を理解している	●　「ベンチマーク指標」から、全国と自都道府県の実施率を理解している。また年齢、主診断別の実施動向を理解している ●　病院長、管理職以上は自院の隔離・身体拘束データにアクセスでき、実施状況を把握している ●　自院の実施率と、全国および自都道府県のデータと比較し、自院の強みと課題点を見つける			
2	隔離・身体拘束の基本データは、自院内のあらゆる人が見ることができよう掲示されている	●　データは経時的に示され、実施状況の増減について全職員が理解している ●　隔離・身体拘束データには、実施者数、実施日数が示されている			
3	病院長は達成可能な目標をたて、その目標は全スタッフおよび地域関係者にも知らされている	●　目標達成に向けて、全従業員への教育、専門性向上のためのトレーニングを組む ●　自院の目標について、外部に公表する ●　他院と共同し、他院の成功事例を学び、自院の治療文化を振り返る			
4	データ分析を行い、課題をみつけ、対策方法をみいだす	●　性別、年齢、主診断による分析、隔離・身体拘束の開始時間帯の分析、病棟別の分析を行ない、強味と課題点をみいだす ●　暴力、自殺企図自傷、転倒のインシデントの把握			
5	隔離・身体拘束の実施に至らなかったケースの蓄積と分析	●　従来であれば隔離・身体拘束を実施したであろうケースについて、実施回避のために用いたケアや医療のポイントを記録し共有する			

マトリックス表

戦略3：　院内スタッフ力の強化

目的　スタッフ力の強化は、「トラウマインフォームドケア」、「リカバリー」「公衆衛生学に基づく予防医学」を基礎理論とした最小化のための実践方法を獲得することによって、より質の高いケアを提供できる治療・職場環境を整備することを目標としています。そのために理念や方針、院内手順を策定しそれに基づく実践が行われることが大切です。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	**取り組みの具体例**	**貴自治体での状況**	**採否と修正**	**参画病院**
1	隔離・身体拘束の最小化活動のための部門ごとの責任者の任命と役割	●　任命された部門ごとの責任者の役割と明示 ●　責任者の役割は、隔離・身体拘束の最小化活動に関するマネジメント 例） 病棟の課題に合わせた勉強会や研修、カンファレンスの調整と実施 勉強会や研修、カンファレンスの内容や参加者などの記録 実施された勉強会や研修の評価 ●　隔離・身体拘束の最小化活動は病棟管理者やスタッフと協働して実施 例） 隔離・身体拘束の最小化活動に有効な手法について情報収集 隔離・身体拘束の最小化のために必要なトレーニングの特定 トレーニングを実施し、その効果を評価			
2	スタッフがやりがいを持って働くことができる職場環境づくり	●　スタッフのエンパワメントをサポート 例） スタッフの主体的行動を促す管理職の働きかけとサポート スタッフの意見（肯定的な意見であっても）を発信しやすい組織体制づくり 議論された内容が、週時反映・共有できる組織体制づくり 目標管理制度の導入と管理職による定期的な面接 ●　精神科専門看護師、認定看護師など認定資格や知識をもった人材の把握と活用 例） 精神科専門看護師によるコンサルテーション 精神科認定看護師による研修会の開催 CVPPPインストラクターを行動制限最小化委員会で任用 認定資格を持っている人材を活用できる委員会の設置や任用			
3	病院の理念や方針、院内手順（隔離・身体的拘束に関する）の定期的な評価、修正	●　以下の内容を含むこと ・　病院の理念や方針、院内手順の評価時期の設定 ●　スタッフによる病院の理念や方針、院内手順の評価、修正			
4	教育支援・相談支援体制の構築	●　基礎理論（トラウマインフォームドケア、リカバリーなど）を理解するための研修会の開催 ●　隔離・身体拘束の最小化活動に関する内容を含めた新人オリエンテーションの実施 ●　教育支援体制の構築 例） 教育支援を実施する委員会や部会の設置 クリニカルラダーなどの導入 年間研修計画の立案 隔離・身体的拘束の最小化、スタッフのスキル向上に必要な研修の企画・立案・評価（参　照 Strategy4 隔離および拘束軽減ツールの使用） スタッフがアクセス可能な媒体による関係学会、団体等の情報提供 外部研修参加に対する支援 ●　相談支援体制の構築 例） ハラスメントに関する相談窓口の設置 健康（身体的、精神的）に関する相談窓口の設置 治療やケアに関する上級専門職の配置 治療やケアに関する上級専門職の配置			

戦略4：　隔離・身体拘束使用防止ツールの利用

D

目的　スタッフと当事者間の協力的で良好な治療関係は、隔離・身体的拘束最小化の実現に不可欠です。エビデンスに基づいた評価尺度やツールを治療およびケアプラン作成に用いることによって、隔離・身体的拘束最小化の実践が可能になります。隔離と拘束防止ツールにはアセスメントツール、ディエスカレーションないし危機的状況に対するケアプランと契約、施設環境の工夫、既に有効とされている日々の治療法といったものが含まれます。どのツールも個別の目的と目標をもっており、個人の状況に合わせて適切に用いられるものです。

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	スタッフが自施設における隔離・身体的拘束に関する最新情報、自施設の隔離・身体的拘束の実施状況と手順の情報が容易に把握できること（戦略2：データ活用参照）	データへのアクセスと共有方法について、スタッフに周知されていること ・隔離・身体的拘束の国内取り組みの把握（＊1） ・自施設の隔離・身体的拘束の実施データ、暴力・自殺企図自傷インシデント等の情報 ・自都道府県と自施設の隔離・身体的拘束の実施率の比較 ・自施設の隔離・身体的拘束手順の把握 ・自施設の行動制限最小化委員会の活動内容			
2	スタッフの隔離・身体的拘束に対する意識の可視化、課題の共有	スタッフの隔離・身体的拘束の意識調査とフィードバック ・「抑制手法への臨床姿勢質問票」(ACMQ)の実施と分析（*2） ・「精神科医療における行動制限（隔離・身体的拘束）に関するアンケート」を実施と分析 ・各部署における隔離・身体的拘束最小化を阻む課題の分析と対策の検討			
3	入院前または入院早期に当事者の攻撃性やトラウマ、問題行動、静脈血栓症等のリスク評価を用い、隔離・身体的拘束最小化を目指した治療プランの立案	リスク評価を実施し、安全で迅速な医療サービスの提供 ・症状や問題行動だけでなく当事者の長所である「ストレングス」を盛り込んだ個別最小化計画の立案 ・「セイフティプラン―危機的状況に対するケアプランと契約―」を用い、トラウマ体験歴、引き金ないし増長要因、初期の兆候、対処法を踏まえた治療プランの立案（*3） ・「Broset Biolence Checklist（BVC）日本語」版を用いた、暴力の短期予測（*4） ・「問題行動評価尺度短縮版」（日本語版 BPI-S）を用い、知的および発達障害者の自傷行為、固定観念的な行動、攻撃的/破壊的行動の頻度と深刻さを測定（*5） ・「静脈血栓塞栓症リスク評価」を用い、リスク評価および対応法を実施（*6）			
4	基礎理論（トラウマインフォームドケア、リカバリー）、隔離・身体的拘束につながる当事者の攻撃性等に対する適切なケアの知識および技術の習得、精神科専門看護師・認定看護師によるコンサルテーションを利用できること（戦略3：院内スタッフ力の強化参照）	教育ツールをスタッフが利用でき、研修参加や専門スタッフへの相談体制が整えられていること ・トラウマインフォームドケア（*7） ・リカバリー(*8) ・「医療職による包括的暴力防止プログラム：CVPPP」（*9） ・身体拘束をせずにケアを行うための基本的な考え方や身体拘束廃止を実現した具体的な事例（*10） ・強度行動障害を伴う人の医療的ケア（＊11） ・精神科救急ガイドライン（*12） ・行動制限最小化関連の書籍購入や研修会の告知 ・相談支援窓口の設置と告知			
5	当事者および家族との積極的な協力関係作りと意思決定の尊重、隔離・身体的拘束イベントの当事者からのフィードバックを元にサービスを改善（戦略5：入院施設での患者（医療消費者）の役割参照）	当事者の見解をサービスに生かす仕組み作り ・「Client Satisfaction Questionnaire-8日本語版」を用いて、患者満足度調査（*13） ・隔離・身体拘束を受けた患者の治療への認識調査票（SR-PPT：Secluded/Restrained Patients' Perception of their Treatment）を用いて、スタッフとの協働関係および隔離・身体拘束への認識調査（*14） ・意見箱の設置 ・当事者の行動制限最小化委員会や管理職会議等への参加の仕組みづくり			
6	環境の評価と施設環境改善の工夫	・コンフォートルームの設置(*15) ・センソリールームの設置（*16） ・段ボール製テーブルを用い保護室内アメニティの向上 ・睡眠リズムを妨げない照明の工夫 ・音や温度を調節し、清潔で整頓された環境の提供			

マトリックス表

戦略5：　病院における当事者の役割

目的

組織全体が医療サービスは当事者中心であることを強く認識する
組織全体が当事者中心の医療サービスの提供に取り組む
当事者の意見が重視され、実際の組織運用に反映される仕組みが確保される
当事者が組織の運用に直接及び間接的に関わるパートナーとなる

（ここでいう「当事者」とは、精神疾患／障害を有するもしくはその経験がある本人、家族、ピアサポート組織などを指す。）

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	目標	取り組みの具体例	貴自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	当事者からフィードバックを収集し、収集した情報を効果的に使用している	・当事者からのフィードバックの機会を確保し、プロセスをわかりやすく通知する（満足度調査の施行、意見箱等の設置など） ・その結果を組織全体で共有し、話し合っている ・その結果を可視化し、実際のサービス改善につなげている			
2	組織の取り組みを当事者に情報提供している	・行動制限最小化などの当事者中心の医療サービス提供のための組織の取り組みについて、当事者に情報提供している			
3	当事者の意思決定をサポートしている	・当事者の意思決定を尊重し、定期的に見直しの機会を持ち、その都度文書で記録している ・治療の全ての段階で、当事者に包括的かつ適切な情報と選択肢が提供され、それに基づいた選択ができるようにしている ・当事者が自身の嗜好や価値観に基づき治療と回復、幸福の実現のための意思決定を行うため、家族やピアサポーターらをアドボケイターとして積極的に受け入れ、尊重している ・選択を継続的なプロセスとして認識している ・当事者を、経験を通じて成長し変化する彼ら自身の専門家として認識している ・当事者の権利擁護のための法律の専門家等の外部組織へのアクセスを保証している			
4	家族との積極的な協力関係がある	・治療のすべての段階で家族に適切に情報と選択肢を提供している ・制限的手法の使用、当事者の法的権利、相談先に関する情報を随時家族に提供している ・面会に対応するために家族や子供に優しい環境を設けている ・家族が組織に対し質の高い本物のフィードバックを提供する機会を確保している			
5	当事者が組織内の活動に主要メンバーとして正式かつ継続的に参加し、マネジメント及び実際のサービス運用の両面に直接関わっている	・行動制限最小化委員会 ・危機管理委員会（インシデント、アクシデントの検証） ・管理職会議 ・医療サービス計画、評価 ・スタッフトレーニング ・スタッフの雇用　など			
6	外部の当事者等が組織内の活動に対する積極的な役割を担っている	・定期的な地域／全国の当事者組織とのミーティング ・入院治療における定期的な外部当事者組織の訪問 ・行動制限最小化委員会、インシデント／アクシデント発生時のデブリーフィング（振り返り）への参加やレビューなど			
7	当事者を労働力として活用するための計画と実績があり、サポーティブな労働環境がある	・ピアサポーター等としての雇用の実績、計画がある ・空いているポジションを当事者のポジションとして使用、優先している ・ピアサポーターや当事者組織、家族会等とのネットワークがあり、雇用促進・支援を通じて協力関係を結んでいる ・当事者の雇用に際し、明確な職務記述書が作成されている ・当事者の経験、専門知識、スキルが認められ、適切な報酬が支払われるよう保証している ・当事者スタッフのスーパービジョン、相談先へのアクセスを確保している ・当事者スタッフの労働力開発、トレーニングを計画している ・当事者スタッフの上司とのミーティングの機会を定期的に確保している ・当事者スタッフの働きに対しフィードバックを提供している			

戦略6：　デブリーフィング

目的

デブリーフィングは本来、トラウマティックなイベントが起きたときに行われる手法です。ここで説明するディブリーフィングとは、実施された隔離・身体的拘束の分析することから知識を得て、その知識を活かして次の実施を回避するための考え方、手順と実践を普及することを基本として行うことです。さらに隔離・身体的拘束が実施された際、その場に居合わせた人を含む関わったすべての人に、隔離・身体的拘束の心理的副作用を和らげることも目標としています。困難な事例に直面した際には、ディブリーフィングを実施することも、隔離・身体的拘束の最小化につながる1つの方法です

列1	列2	列3	列4	列5	列6
	対象	取り組みの具体例	貴自治体での状況	採否と修正	参画病院
1	明確で具体的なディブリーフィングの方針と手順を策定し、実施	●　以下の内容を含むこと ・ディブリーフィングの目標 ・参加者 ・責任と役割 ・ディブリーフィングのプロセス ・文書化 ・フォローアップ ・サービス提供方法への情報フィードバック ・ディブリーフィングの質の評価			
2	ディブリーフィングの実施	●　隔離・身体的拘束イベント直後のディブリーフィング 実施時期：イベント直後 参加者：指定されたディブリファー （イベントに直接かかわっていない指導的看護師ないし他の上級スタッフ） 目　的：隔離・身体的拘束に関わった全員の安全を確保 隔離・身体的拘束されている人の安全を確保し、適切なモニタリングを実施 病棟を隔離・身体的イベント以前の状態に戻す 情報を収集し、隔離・身体的拘束イベントの詳細を明確な文書で記録 正式なチームディブリーフィングの前に、主要スタッフと情報共有 24時間以内に臨床責任者に報告することで、隔離・身体的拘束イベントの可視性を高める ●　正式なチームディブリーフィング 実施時期：イベント発生後1～2日以内（できれば24時間以内） 参加者：主要な臨床スタッフ、専門スタッフ、隔離・身体的拘束イベントの当事者 目　的：隔離・身体的拘束イベント直後のディブリーフィングで得られた情報に基づく 厳密かつ詳細な分析 関係する環境、状況、システムの調査に重点を置いた、根本原因の分析 分析結果に基づく問題解決方法の検討 ●　管理者または外部コンサルタントによるディブリーフィング 実施時期：必要に応じて 参加者：管理者（施設・部署・病棟）、外部機関のコンサルタント 目　的：治療チームへのサポート 予防を促進するための質向上とシステム変更のための管理サポートを提供			
3	心理的副作用に対処するための、ディブリーフィングの方針と手順を策定し実施	●　以下の内容を含むこと ・対象者 例） 隔離・身体的拘束イベントの当事者 スタッフ 隔離・身体的拘束イベントに立ち会った人 隔離・身体的拘束イベントの当事者の継続的なケアと治療に関わる地域支援者 ・今後起こりうる心理的副作用と問題を考慮した枠組み			
4	ディブリーフィングがどのようにケアや治療計画に反映されるかについてのトレーニング	●　攻撃性や暴力の危険因子を持つ人の早期警告サインと引き金になる事柄の特定 ●　患者の選択を支援する方法 ●　本人の価性、特性、経験などに合わせた、さまざまな自己鎮静の選択肢の提供 ●　本人が選択した自己鎮静法や代替行動の利用 ●　早期介入と退院後も活用できる解決策を特定し、促進 （参　照　Strategy4　セイフティプラン）			
5	隔離・身体的拘束イベントの当事者また代理人（ピアサポーターやアドボケイター）の参加に際しての記録	●　ディブリーフィングを行う目的と何が期待できるのかを理解できるよう説明 ●　ピアサポーターやアドバイザーのサポートを受けながら、ディブリーフィングにおける当事者の経験や声を重要な情報として把握 ●　ディブリーフィングの結果と行動について、当事者と家族にフィードバック ●　隔離・身体的拘束イベントの当事者が参加できない、または参加しないことを選択した場合、代理人として参加するためのピアサポーターやアドボケーターまたはアドバイザーを手配 ●　ディブリーフィングの時間や場所について、当事者または代理人の意思決定や選択を支援 ●　再トラウマになる可能性を最小限にし、情報収集を容易にするためのサポートを提供 ●　早期介入または予防を支援するために、地域支援者と協力			
6	隔離・身体的拘束の心理的副作用を和らげるようスタッフをサポート	●　スタッフの希望に応じて、チームまたは個人ディブリーフィングを提供 ●　スタッフ間で日常的に実践を振り返ることを奨励するための資料や機会を提供 ●　オープンな会話とディブリーフィングを促進するために、非難しない文化を育む ●　ディブリーフィングの結果と変化をスタッフにフィードバック ●　定期的スーパーヴィジョンの提供 ●　従業員支援のためのプログラムやサービス（内部・外部問わず）の利用を奨励 （参　照　Strategy4 CVPPP）			

D

精神科医療における倫理と虐待予防について

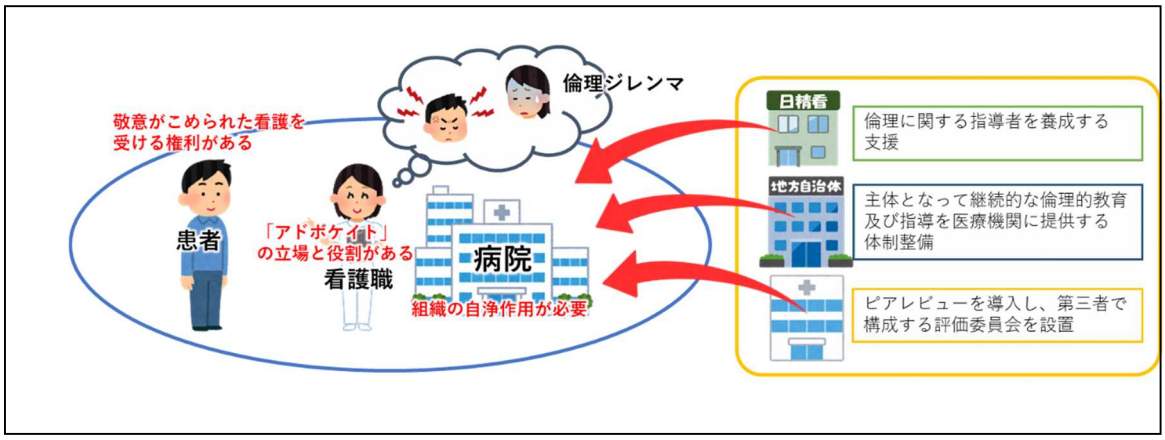
一般社団法人日本精神科看護協会
会長　吉川隆博

私たち精神科看護職は「こころの健康を通して、だれもが安心して暮らせる社会をつくります」という日本精神科看護協会（以下、本協会と称す。）の理念に基づき、医療機関及び地域において日々看護を提供している。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築では、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりをめざしているが、それらの実現には、全国地域で安心して利用できる精神医療・看護の存在と役割が欠かせないと考えている。そこで、第5回検討会で論点となった、虐待の防止に係る取組と、隔離・身体的拘束の最小化に係る取組について、本協会としての意見を以下に述べる。

１．権利擁護等に関する看護職の基本的な考え方

- 人は本来、生命、自由および幸福追求に対する権利、その他の人権を有し、個人として尊重されるべき存在であり、障害や疾病、文化的背景・価値観・信条等により制約を受けることなく、敬意がこめられた看護を受ける権利があると考える。
- 本協会が2021年5月に改正した「精神科看護職の倫理綱領」では、看護職はいかなるときも、対象となる人々の人権、尊厳を守る「アドボケイト」の立場と役割があることを明示した。
- そのような役割を遂行するためには、倫理的行動を個人の責務としてとらえるだけでなく、精神科看護職が所属する組織全体が倫理的感受性を育み、倫理的課題の解決に向けて尽力するといった組織の自浄作用が求められると考える。
- 現在、本協会においては都道府県単位で倫理に関する研修会等の教育・指導が担える指導者を育成し、全国の看護職の倫理的感性向上を目的とした取り組みを行っている。
- しかし、組織で培われてきた職場風土や文化を見直しながら組織内で変革していくことは容易ではなく、そこには様々な要因がある。（疾病の特徴・看護職のパターナリズムや倫理ジレンマ）
- こういった課題を踏まえ医療機関の倫理的感性を高め、虐待等の予防に努めるためには、各組織の自助努力だけでなく、国や地方公共団体が主体となった継続的な倫理的教育及び指導を医療機関に提供する体制整備が必要であると考える。
- さらに精神科医療機関相互のピアレビューを導入することで、第三者で構成する評価委員会を設置し、適正な医療サービスが提供できる仕組みの構築が必要である。



2．本協会における直近の取り組み

1）精神科看護職の倫理綱領の改正

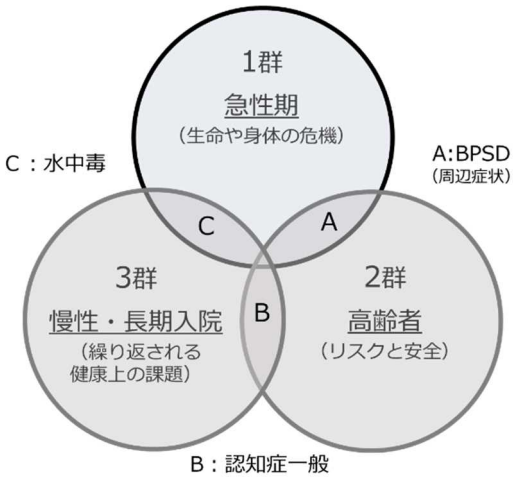
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築が新たな基本理念として示され、地域住民が安心して利用できる精神科医療には、倫理面においても信頼される精神科看護職の存在が欠かせない。本協会の倫理綱領は資格の有無に問わず精神科看護に従事するすべての人の「社会的責任」を明示するものとして作成した。そのため、倫理綱領の改正にあたっては、権利擁護の観点からも精神障がい者当事者に委員として参加を依頼した。

2）倫理的課題が生じた精神科医療機関（看護職員対象）への教育及び指導の提供

該当医療機関からの依頼を受けて、倫理的課題に関する評価を行い、本協会から講師を派遣して看護職員への教育や指導を実施している。

3．隔離・身体的拘束の最小化に係る取組

- 行動制限最小化の検討を行うにあたっては、本協会が整理した 3 群それぞれの対象像に応じた課題の検討および具体的な解決策の検討・実施を行うことが必要と考える。



日本精神科看護協会「行動制限最小化プロジェクト」検討資料、2013 年

- 現行の精神保健福祉法における隔離・身体的拘束に係る規定は、主に 1 群を想定して整備されたものと考えられる。近年、精神科入院患者の状態は変化してきているため、2 群、3 群のことは切り分けて議論を行う必要がある。
- 2 群の高齢者（リスクと安全）に該当する患者の身体的拘束については、精神病床のみならず一般病床においても大きな課題となっているため、医療全体の課題として議論することが求められる。患者と看護職員双方の安全・安心が確保できることが重要である。
- 精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束については必要最小限の範囲内で行われることは勿論のこと、切迫性・非代替性・一時性の 3 要件に関しての手続きは、極めて慎重に判断する必要があると考えている。
- 特に患者の療養生活上の援助を行う看護職としては、隔離・身体的拘束の対象となる患者に関して、どのような方法（非代替性）を用いれば、一般病床でケアできるのかといった視点が非常に重要となると考える。
- 非代替性に関しては、患者の混乱の増大を最小化するための管理上および臨床的治療環境の整備（コンフォートルーム等）や、患者の混乱や攻撃性が起こったときにそれを和らげるディエスカレーション法など、看護職の技術訓練等も有効であると考える。
- さらに重要な観点は、患者が医療機関から提供される医療・ケアを信頼して受けられる関係性を構築することにある。看護職も患者にとって重要な治療環境要因であり人的資源である。
- 看護職にとって安全でかつ健康に働くことのできる職場環境は、患者にとっても安全な療養環境・生活環境になるため、行動制限最小化に対応できる人員体制の構築が必要であると考える。
- 特に第 1 群のような「生命や身体の危機」状態にある患者の命を守りつつ、同時に行動制限を回避するためには、24 時間を通じた個別の観察とリスク管理および急変時に迅速に対応できる人員体制が必要であると考える。
- そのような観点から、第 1 群の患者をケアするユニットの人員配置としては、医療観察法の指定入院医療機関の常時看護師の配置（概ね　日中　1.5:1、夜間　6:1）などが参考になると考える。

以上

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

精神保健福祉法上の入院制度等についてのこれまでのご意見を踏まえた論点と検討の方向性について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

５. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点①）

論点①

○ 隔離・身体的拘束については、精神保健福祉法上、指定医の専門的知見に基づき、代替方法によることは困難であり、医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われることとされている。
○ 誰もがいざというとき、安心して頼りにできる入院医療を実現するには、実際の医療現場において、精神保健福祉法の規定に基づく適正な運用が確保することが何よりも重要である。
○ そのためには、隔離・身体的拘束の最小化に、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組み、行動制限最小化を組織のスタンダードにできるようにしていくことが求められる。
○ こうした観点から、まずは処遇基準告示（※）について、見直しを要する点の改正を行うべき。

（※）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年厚生省告示第130号）

これまでのご意見

（基本的な認識）

○ 法律には隔離や身体拘束について適正な運用を定めてはありますが、それが実際の医療現場で適正に運用されているかどうか。ここが何よりも重要なことだと思います。（第５回）
○ 「精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束が虐待であるとの誤解がないよう留意しながら」という提示は、本質を捉え切れていない提供者側の理論、提供者側に慮った解釈の要素が強い表現に感じ、本質を捉えていただけていないのではないか。
　医療従事者の方たちも法や基準に定義されていることをもって、致し方なく、やむを得ない措置として、その場面場面で悩み、迷いながら行っているものと拝察。この問題をこのまま医療従事者や患者及びその家族に押しつけてはならず、法や基準、告示の見直しなど、諸制度や人員配置、診療報酬なども含めて、適切に連動させながら見直しを図ることが必要であり、その改正を切望するもの。（第５回）
○ 介護報酬については、減算要件が設けられている。
　３要件がそろった上で初めて拘束を行うかどうかを検討する。そして、その判断については、担当の職員やチームでは不可になっており、施設全体で判断する必要があると明記されている。これは、医療現場にも十分応用が可能、ぜひ参考にして取り組むことも重要ではないか。
　よく言われる人手不足とかというものはなかなか理由にはならず、組織全体で取り組む。経営者、管理者、理事長、院長等のリーダーシップの発揮は極めて効果的。組織としてどう考えていくのか、自分自身だったらどうであるのか、あるいは自分の大切な家族だったらどうであるのか。そういった非常に分かりやすい観点から組織で検討していくことが重要。（第５回）

50

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点①）

これまでのご意見（続き）

（処遇基準告示の見直し）

○ 不穏・多動が顕著である場合という曖昧な要件は削除すべき。現状追認の状態に陥り、実効性を伴わない。（第５回）
○ 「多動又は不穏が顕著である場合」という事項は、端的に見直しが必要だと強調して申し上げたい。この表現による定義づけでは、客観的指標というよりも身体的拘束を実施する側の裁量によるところが大きいように見受けられるため、当事者性を持つ立場としては不適切な運用への懸念を十分に拭い切れない。（第５回）
○ 生命に危険が及ぶ場合は身体拘束、暴力行為や迷惑行為は隔離で対応ということを書いた方が現場の混乱はなくなるのに、「多動又は不穏が顕著」というものが非常に誤解を及ぼしている。（第５回）
○ 精神科の病院はやはり非常に閉鎖的でよくなくて、外部の目を入れることが大切。外部評価委員会等を作り、患者の代表を入れたりするような仕組みを作ることで風通しの良い病院になるのではないか。（第５回）

51

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点①）

検討の方向性

（処遇基準告示の見直し等）

以下の方策により、身体拘束の最小化の取組を総合的に推進してはどうか。

① 現在「基本的な考え方」で示されている切迫性・非代替性・一時性の考え方について、処遇基準告示上で要件として明確に規定する。

② 「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、「多動又は不穏が顕著であって、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」とし、身体的拘束の対象の限定・明確化を図る。

その上で③④のプロセスにより、組織全体で①の3要件を満たすか否か、②の定義に当たるかどうかを判断できる体制を構築する。

③ 隔離・身体的拘束の最小化について、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組むとともに、隔離・身体的拘束の可否は、指定医の判断を基本に、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、病院全体で判断を行うことを原則とする旨を明示する。

※ 精神保健福祉上、指定医は、人権に配慮した医療を行う中心的存在であり、自らの医師としての職務、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だけではなく、病院に入院している全ての精神障害者の適正な処遇の確保に努めることとされている（37条の2）。

指定医については、このように、患者の人権を守るため、管理者とともに行動制限最小化に組織全体で取り組み、行動制限の最小化を組織のスタンダードにできるようにしていくことが期待されている旨、国としても指定医研修等を活用し、指定医に直接に訴えていく。

④ ③と同様、行動制限の最小化を組織のスタンダードにしていく観点から、以下の内容を新たに規定する。

- 行動制限最小化委員会の定期的な開催
  - ※ 行動制限最小化委員会のマニュアルや好事例の共有のほか、「意思表明支援」（仮称）に携わる者等、外部の第三者を活用するための方策の検討が必要ではないか
- 隔離・身体的拘束の最小化のための指針の整備
- 従業者に対し、隔離・身体的拘束の最小化のための研修を定期的に実施

⑤ さらに、隔離・身体的拘束を行うに当っては、現在、患者にその理由を「知らせるよう努める」とされているところ、法律に基づく適正な運用を担保すべく、これを「説明する」と義務化する。

⑥ こうした基準に違反した場合の診療報酬上の取扱いを含む実効的な方策を検討する。

52

参考14

隔離

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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（昭和六十三年厚生省告示第百三十号））

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

（1） 患者の隔離は、患者の症状から見て、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図る事を目的として行われるものとする。

（2） 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって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ってはならないものとする。

（3） 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってもその要否の判断は医師によって行わなければならないものとする。

（4） なお、本人の意思により閉鎖環境の部屋に入室することもあり得るが、この場合には隔離にはあたらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

隔離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、隔離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 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合

ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合

エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

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

53

隔離

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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（昭和六十三年厚生省告示第百三十号））

３　遵守事項
（１）　隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
（２）　隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
（３）　隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
（４）　隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
（５）　隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日１回は診察を行うものとする。

54

参考15

身体的拘束

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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（昭和六十三年厚生省告示第百三十号））

第４　身体的拘束について

１　基本的な考え方
（１）　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、代替の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いものとする。
（２）　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ってはならないものとする。
（３）　身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

２　対象となる患者に関する事項
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
（１）　身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
（２）　身体的拘束を行っている間においては、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ものとする。
（３）　身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

55

参考16（介護分野の取組）

身体的拘束等の適正化の推進

○ 身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額する。

各種の施設系サービス、居住系サービス

○ 身体拘束廃止未実施減算について、平成30年度介護報酬改定において、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催等を義務づけ、その未実施の場合の減算率の見直しを行った。

	＜改定前＞		＜改定後（現行）＞（※居住系サービスは「新設」）
身体拘束廃止未実施減算	５単位／日減算	➡	10%／日減算

【見直し後の基準（追加する基準は下線部）】

身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

１．身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

２．身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。

３．身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

４．介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護における上記の委員会については、運営推進会議を活用することができる。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年３月３１日厚生省令第３９号）

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

第１１条　第４項

指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため**緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為**（以下「身体的拘束等」という。）**を行ってはならない**。

56

「緊急やむを得ない場合」に該当する３要件

3つの要件を全て満たし、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されていることが必要

1. 切迫性

利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

2. 非代替性

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

3. 一時性

身体拘束が一時的なものであること

※適正な手続き

- 「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断する必要がある。
- 身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
- 観察と再検討による定期的再評価を行い拘束が必要なくなれば速やかに解除することが必要（尊厳への配慮）。
- 介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成等が義務づけられている（2年間保存）。

57

令和３年度報酬改定による改正内容

身体拘束等の適正化の推進

参考17（障害分野の取組）

○　身体拘束等の適正化の更なる推進のため、運営基準において施設・事業所が取り組むべき事項を追加するとともに、減算要件の追加を行う。

※療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設

○　訪問系サービスについても、知的障害者や精神障害者も対象としており、身体拘束が行われることも想定されるため、運営基準に「身体拘束等の禁止」の規定を設けるとともに、「身体拘束廃止未実施減算」を創設する。

※居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援

運営基準

以下、②から④の規定を追加する（訪問系以外のサービスについては、①は既に規定済）。訪問系サービスについては、①から④を追加する。

②から④の規定は、令和３年４月から努力義務化し、令和４年４月から義務化する。なお、訪問系サービスにおいて追加する①については、令和３年４月から義務化する。

①　身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。

②　身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

③　身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。

④　従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

※　虐待防止の取組で身体拘束等の適正化について取り扱う場合には、身体拘束等の適正化に取り組んでいるものとみなす。

減算の取扱い

運営基準の①から④を満たしていない場合に、基本報酬を減算する。（身体拘束廃止未実施減算５単位／日）

ただし、②から④については、令和５年４月から適用する。

なお、訪問系サービスについては、①から④の全てを令和５年４月からの適用とする。

58

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点②）

論点②

○　人員配置の充実を図るべきではないか。

これまでのご意見

（精神科特例等について）

○　昨年10月に身体拘束で亡くなった方の親御さんが起こした裁判の最高裁判決について、どのように捉えるのか。身体拘束による死亡事例が起きていることは重視すべきであり、精神科特例という人員配置の課題も重要。（第5回）

○　スーパー救急（※精神科救急入院料）の病棟は、人員配置をたくさん付けているが、それでも診療報酬は一般科の最低レベル。もっと診療報酬を高くして欲しい。（第5回）

検討の方向性

○　いわゆる精神科特例は、人員配置の最低基準を定めるにすぎず、診療報酬上、急性期の精神病床については、一般病床と同程度の医師・看護師の配置を求め、早期に退院できるよう促しているところ。「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」における平成24年の意見の整理でも、今後の方向性として、病床の機能に応じ、看護職員に加え、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士等の多職種の従事者による人員配置とする旨が示されている。

　第8次医療計画では、慢性期の精神病床の減少を図ることとしており、その結果として、入院患者に対してより手厚い人員配置のもとで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た体制の整備を進めるべきではないか。

○　厚生労働科学研究において精神科医療における重症度の研究を行っているところであり、診療報酬における適切な評価につながるよう、総合的に重症度を判断できる指標の検討を進めることが必要ではないか。

59

参考18

身体的拘束に関する裁判所の決定（令和３年10月最高裁決定）

事案の概要

○　医療保護入院中の患者が亡くなったのは、違法に身体的拘束を開始・継続した等の過失によるものであるとして、患者の相続人が病院側を相手に損害賠償請求を提起

→　・１審（金沢地裁判決令和２年１月31日判時2455号41頁）は、病院側勝訴

・患者側が控訴した控訴審（名古屋高裁金沢支部判決令和２年12月16日判時2504号95頁）は、患者側勝訴

⇒　病院側は上告受理申立を行ったが、**最高裁は不受理決定**（最高裁決定令和３年10月19日）。

これにより、患者側勝訴の控訴審判決が確定

裁判所（控訴審）の判断の要旨（身体的拘束の非代替性に関する部分）

○　精神科病院に入院中の者に対する身体的拘束については、精神保健福祉法及び告示第130号で必要な基準が定められているところ、その内容は合理的なものであるといえるから、本件身体的拘束の違法性の有無を判断するに当たっては、告示第１３０号で定める基準の内容をも参考にして判断するのが相当である。

○　告示第１３０号の「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」（第４の２本文）に当たるかについて検討するに、

・　特に注射に対する亡Ｅの抵抗は激しく、１２月１３日には看護師５名で押さえ付けて注射した際に看護師に対して頭突きを加え、退室しようとする看護師に殴りかかろうとするなどの暴力行為があり、このことからすると、看護師の安全を確保しつつ亡Ｅに対する注射その他の必要な医療行為を行う必要があるところ、

・　Ｆ医師ほか看護師８名で対応した１２月１４日の診察の際には亡Ｅに興奮、抵抗は見られず、大人数で対応すると入院患者が不穏にならず力ずくで制止しないでよいことが経験的にあるというのであれば、一時的に人員を割くことによって必要な医療行為等を実施することができるものといえ、「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」に当たるとみることは困難である。

○　これに対し、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、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Ｅに対して必要な医療行為等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等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。

60

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点③）

論点③

○　身体拘束について、都道府県間での比較、患者の性別・年齢階級別での比較について、どのように考えるか。

これまでのご意見

○　県によって20倍ぐらいの開きがあるのはなぜか、また、特にモデルとなるニュージーランド、オーストラリアについて、なぜ拘束が少なく重度の患者をケアできているのか、もう少し広範な調査、国内だけではなくて国を超えた調査をして、そのデータを持っている必要があるのではないか。

そのデータに基づき、本来、重度の精神科の患者を、拘束が必要な状況も含まれるような方々を、どのようにケアしていけばいいのか、中長期的な目標がエビデンス・ベースドに構築できるのではないか、それにより、国連の障害者権利条約は拘束ゼロをうたっており、そこに向けて政策を進めていってほしい。（第5回）

○　どういう病院、具体的にはどんな診療報酬上の扱いを受けている病院で隔離・拘束が多いのか、どんな病院なら少ないのか、あるいは病院の類型と関係ないのか。そうではなく、患者の身体的な、体の規模、年齢等、そうした点を含め、客観的なデータとして教えていただけないか。（第5回）

61

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組（論点③）

検討の方向性

（都道府県間の比較）

○ 都道府県ごとの隔離拘束指示件数は、各都道府県の許可病床数の分布と、概ね共通の傾向が見られる（参考19）。

○ この点、隔離・身体的拘束の最小化に向けては、各医療機関での組織を挙げた取組が重要であるが、地域全体でそうした取組を進めないと、やむを得ず隔離・身体的拘束が必要な状態にある患者がかえって必要な入院医療を受けられなくなる懸念が生じる。

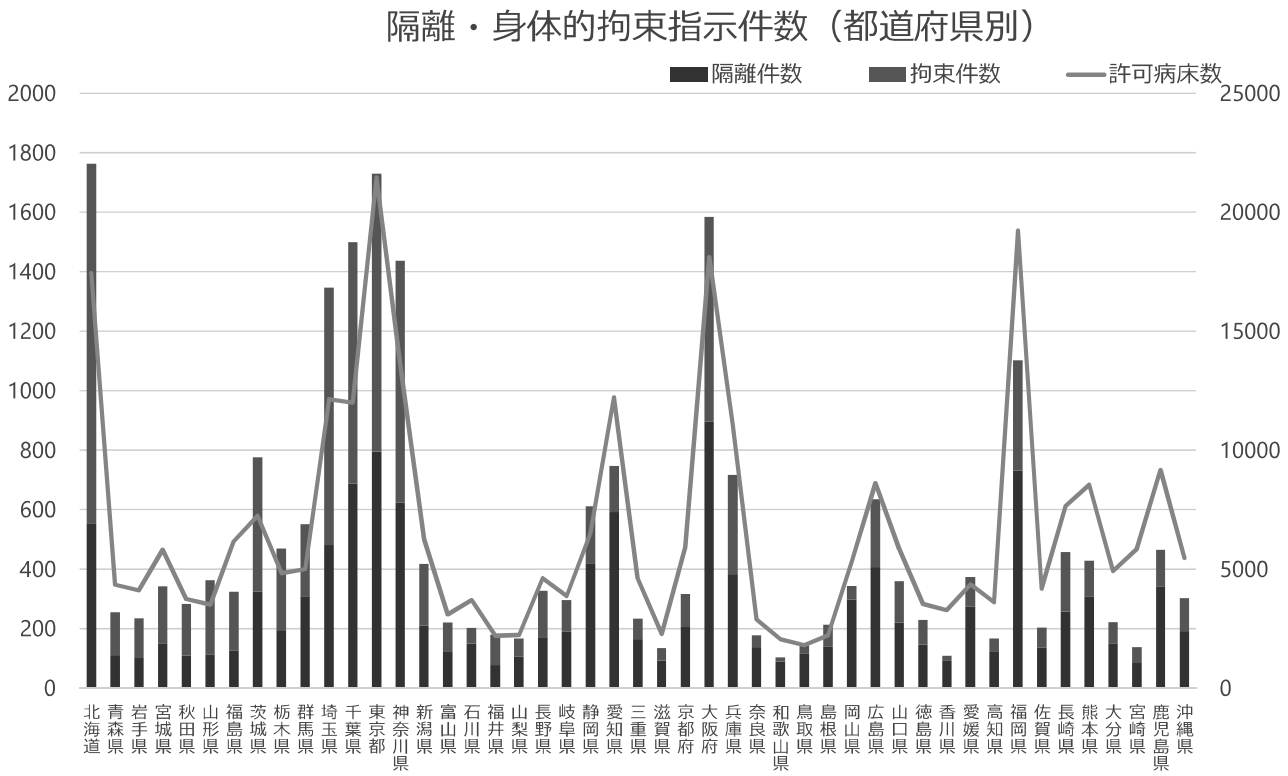
○ そうした点を踏まえ、地域全体で隔離・身体的拘束の最小化に取り組むモデルを構築し、全国に横展開していくことについても検討が必要ではないか。

（患者特性との関係）

○ 隔離・身体的拘束の指示件数を、年齢階級別（在院患者1,000人対）で比較すると（67ページ）、

- 隔離については、20歳以上40歳未満が最も高く、年齢階級が上がるにつれて、件数は減少する一方、
- 身体的拘束については、20歳以上40歳未満及び75歳以上の年齢階級において、他の年齢階級よりも件数が多いという傾向が見られる（参考20）。

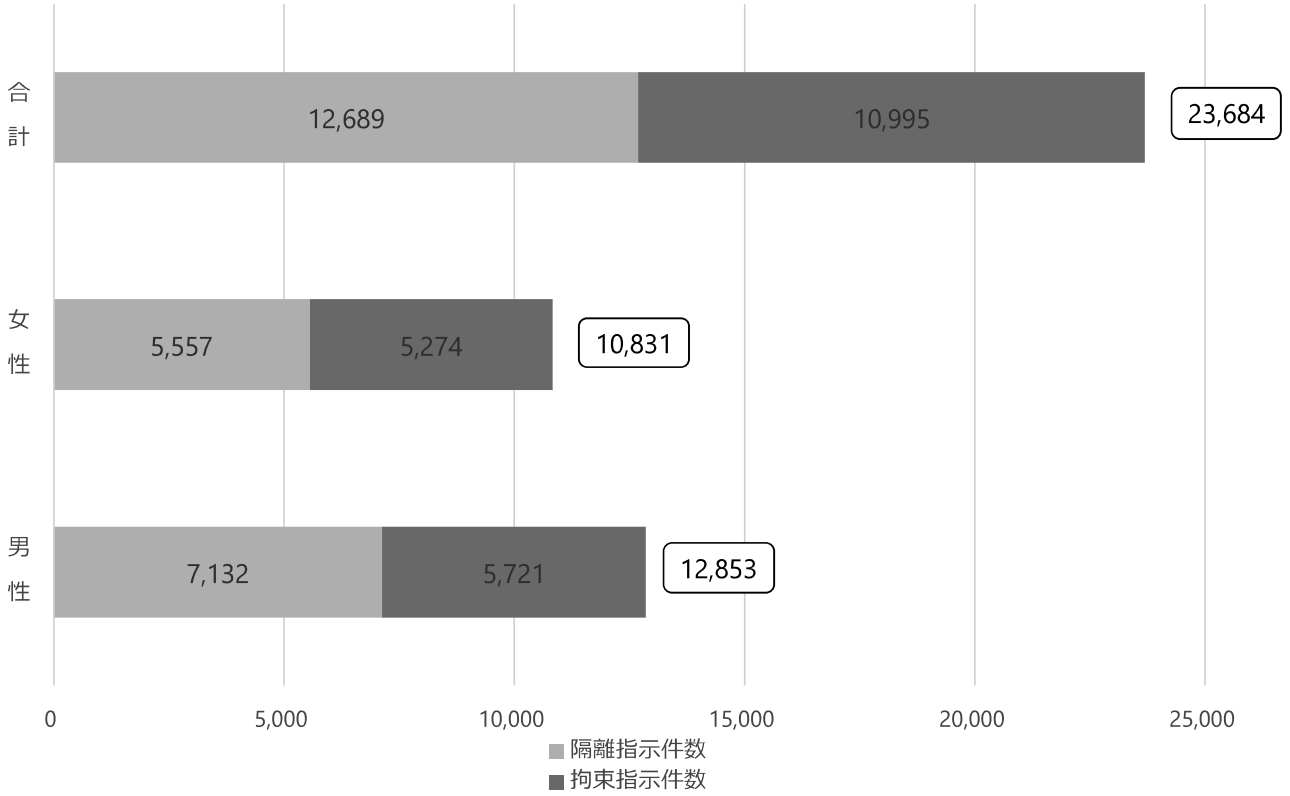
参考19



出典：精神保健福祉資料（令和２年6月30日時点）

隔離・身体的拘束指示件数（性別）

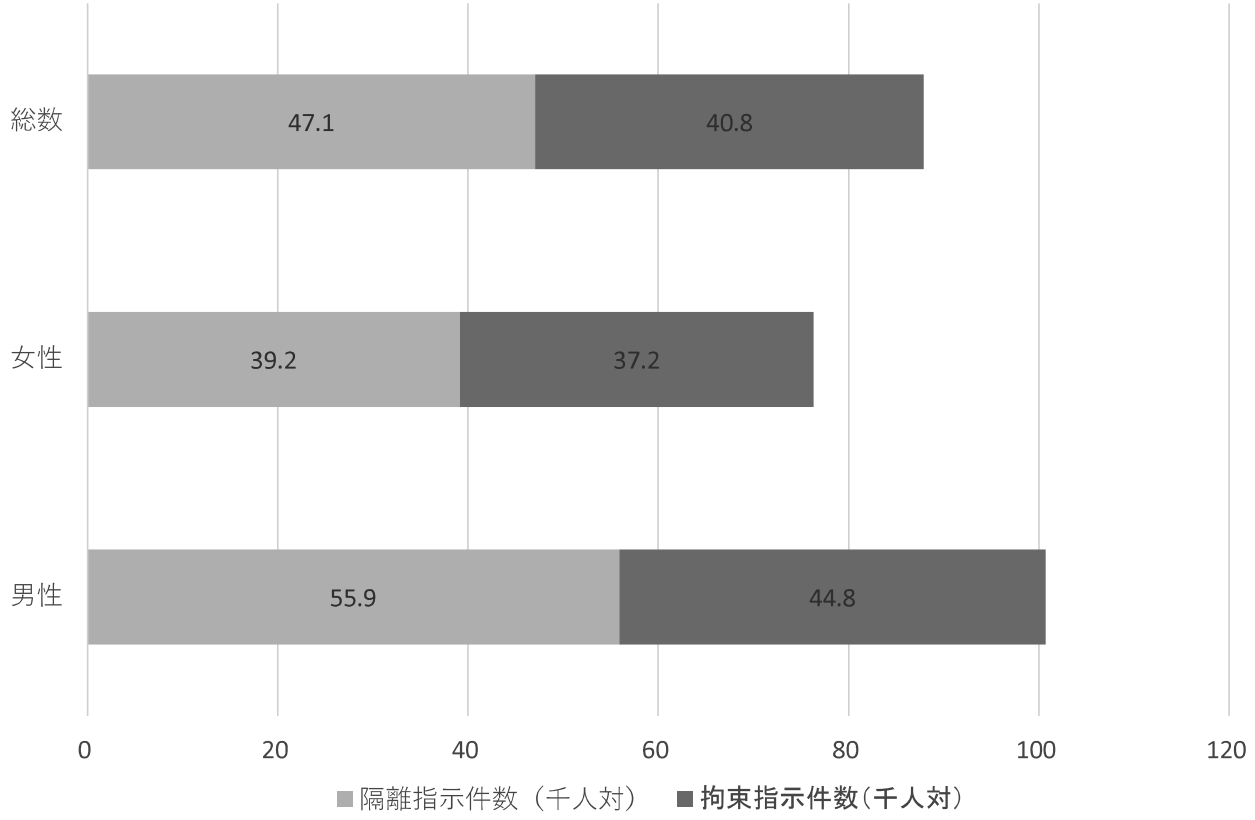
参考20



出典：精神保健福祉資料（令和２年6月30日時点）

64

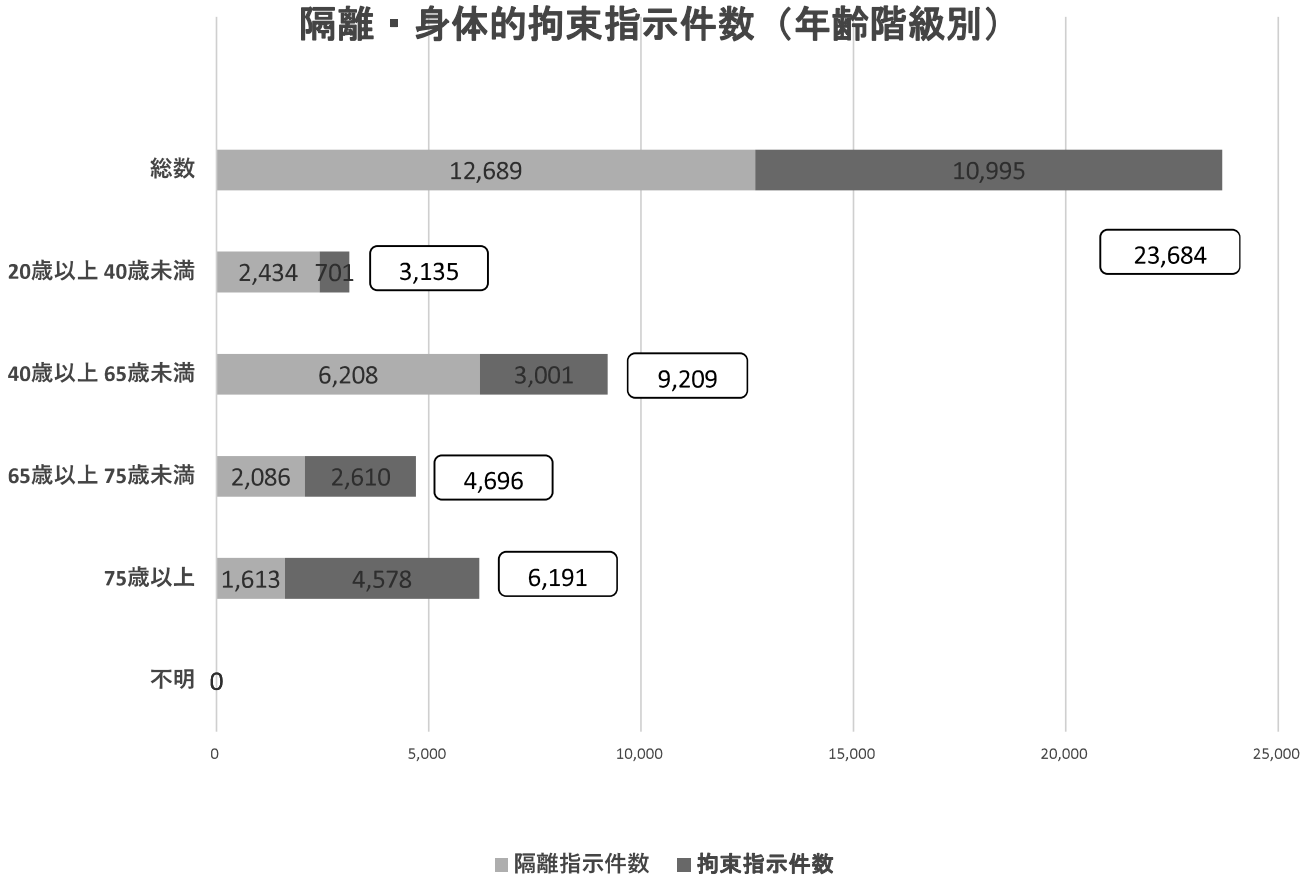
隔離・身体的拘束指示件数（性別・在院患者千人対）



出典：精神保健福祉資料（令和２年6月30日時点）

65

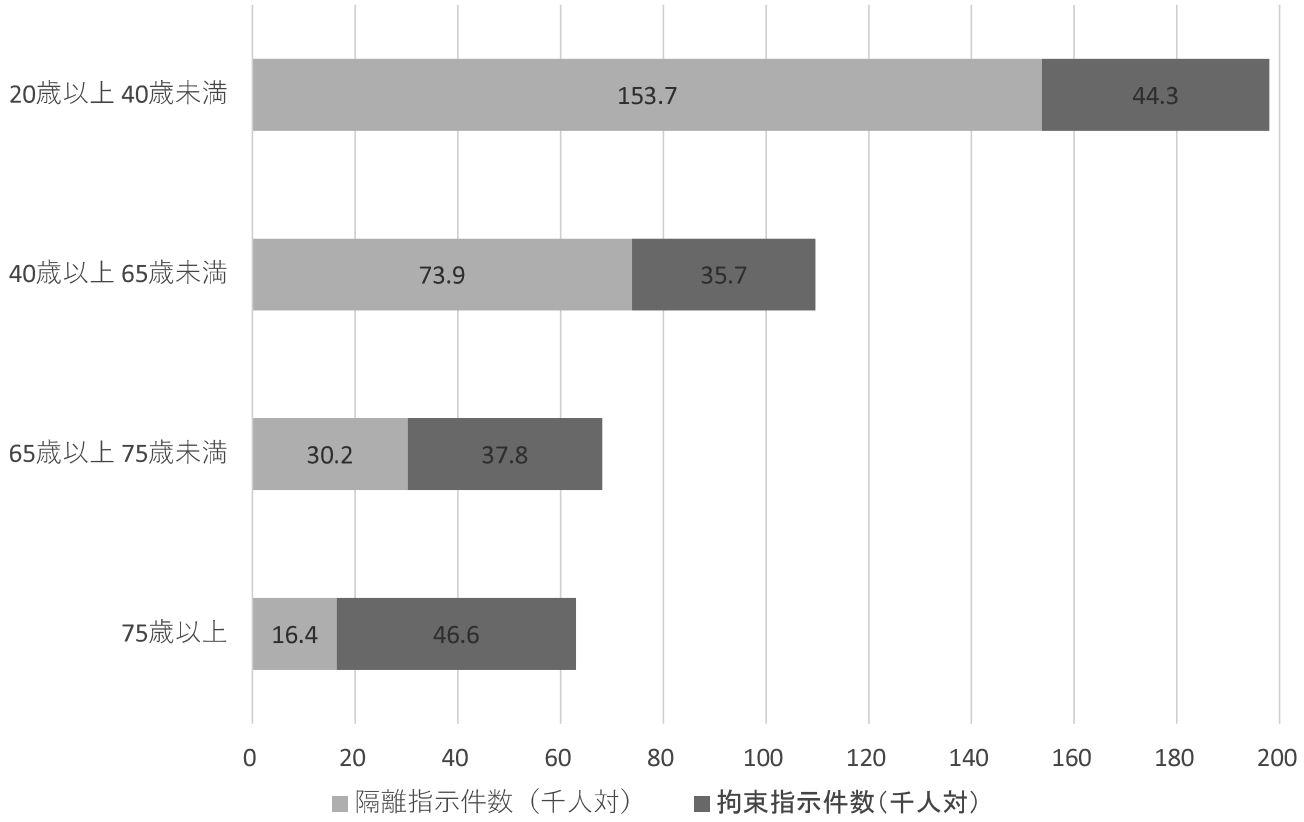
隔離・身体的拘束指示件数（年齢階級別）



出典：精神保健福祉資料（令和２年6月30日時点）

66

隔離・身体的拘束指示件数（年齢階級別・在院患者千人対）



出典：精神保健福祉資料（令和２年6月30日時点）

67

2019年2月14日
読売新聞〔論点スペシャル〕
病院の身体拘束 どう減らす

共感とデータ 閉鎖性打破

杏林大学保健学部教授
長谷川利夫氏

はせがわ・としお　精神科病院の身体拘束の論文で、新潟医療福祉大学大学院より保健学博士授与。2011年より現職。17年、精神科医療の身体拘束を考える会を設立。54歳。

精神科病院の身体拘束問題が、今ほど社会的注目を集めた時はない。2017年、ニュージーランドのケリー・サベジさん（享年27歳）が、神奈川県内の精神科病院で10日間にわたって拘束を受け、転送先病院で亡くなった出来事が大きなきっかけになった。

家族には、ケリーさんが精神障害の双極性障害（そううつ病）を患っていたことを「世間に隠す」という、日本人にありがちな意識がない。実名で記者会見を開き、精神科病院の過剰な身体拘束の実態や、情報開示に消極的な姿勢が国内外で批判的に取りあげられた。

これを契機に同年7月に発足した「精神科医療の身体拘束を考える会」には、200件以上の相談が寄せられている。ケリーさん側の主張と同様、病院では落ち着いていても長期間拘束されたという訴えが後を絶たない。把握する限り、拘束が原因で亡くなったとみられる人は、13年以降、10人に上る。

精神科では、現在も1万人以上の人が身体拘束を受けている。精神科救急病棟の増加などを背景に、03年からの10年で倍増した。04年度の診療報酬改定で、隔離や身体拘束をできる限り減らすための院内組織の設置に点数がついたが、効果はあったとは言いがたい。外部委員が入らず、現状の追認に動きがちなためだ。

医療側は、拘束は治療の一環であり、精神科に救急で運ばれた患者はまず拘束――という硬直的な思考から抜け出せていないのではないか。拘束は治療ではなく、実施は極力避けるべきものであることを自覚してほしい。

精神科の学会では、「1週間の拘束で急性期を脱するのと、1か月、隔離室に閉じこめるのと、どちらが人道的で患者のトラウマが少ないか」が議論される。しかし、まず求められるのは、「人が人を縛るのは尋常のことではない」という感覚だ。患者の苦しみに共感し、なぜ興奮しているのかを対話によってつかんでいく姿勢があれば、不要な拘束はおのずと減るはずだ。

もう一つ重要なのが、拘束を巡るデータの整備だ。情報開示を求めても、病院ごとの情報が開示されなくなってきており、個別の病院の内実を分析したり評価したりすることができなくなっている。国民的な議論をすべき問題なのに、議論のベースを作ることができていない。

身体拘束を少なくすることのみが課題ではない。不要な拘束を減らしていく試み自体が、日本の精神医療の閉鎖性を打破し、患者本位の医療を実現する大きな力になると考える。

身体拘束 突然死の危険

精神科の患者

警察に届け出 3年で40人以上

各地の精神科病院で、入院患者がベッドに縛られるなどの「身体拘束」を受けた後、突然死するケースが起きている。血流が滞る肺血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）などの可能性が指摘されているが、詳しい実態は不明という。精神科で身体拘束される患者は増えており、専門家は、本格的な調査と対策を求めている。

専用器具を使ったベッドでの身体拘束のイメージ（長谷川教授提供）

拘束は一般的に、手足や腰に専用器具を装着して固定する方法で行われる。人権上の問題もあり、厚生労働省が精神保健福祉法に基づき、実施できる基準を定めている。

指定医が▽自殺企図や自傷行為が著しい▽多動などが顕著▽放置すれば患者の生命に危険が及ぶ――のいずれかに該当すると判断し、他に方法がない場合に限られ、漫然と続けることは認められていない。

しかし神奈川県の病院で2017年、ニュージーランド人男性が、10日間の拘束後に急死。これを機に遺族や日本の医療関係者らが「精神科医療の身体拘束を考える会」を結成し、国に対応を求めている。

病院側は通常、患者の死亡を行政機関に報告する義務はないが、死亡経緯に不審点があり、死因究明が必要と判断した場合は警察に届け出ることがある。

読売新聞は各警察本部に対し、死亡前に拘束されていたケースのうち、司法解剖の結果などから、拘束との「因果関係がある」か「因果関係が否定できない」と判断した事案について取材。警視庁を除く46道府県警が回答し、該当は16年1月から18年11月の約3年間で計47人に上った。

いずれも、死因はプライバシーなどを理由に明らかにされなかった。警察に届け出るかどうかは病院側の判断で、警察が把握しているのは一部とみられる。

精神科や法医学の複数の専門家によると、過去の事例から主な死因と考えられるのは、脚の静脈にできた血栓が肺の動脈を詰まらせる肺血栓塞栓症だという。

短時間でも動けないことで血流が遅くなって固まりやすくなるのが原因とされ、過去に東京都監察医務院が扱ったケースでは、都内の病院で拘束後、肺血栓塞栓症で死亡した患者が5年間で4人いたと、04年に報告されている。

また、拘束によって呼吸器などの機能が低下し、別の体調異変との複合的な要因で誤嚥性肺炎や急性心不全に至ることもあるとされる。

拘束患者1万人超

10年前より増加

厚生労働省によると、全国の精神科の病院で身体拘束を受けている患者は、2018年6月30日時点で約1万1300人に上る。その10年前に比べて1・4倍に増えているが、厚労省は「増加の原因は分析できていない」としている。

状態が不安定な患者に対応するには通常、看護師らが注意深く観察しなければならない。やむを得ず拘束するケースがある一方で、「人手が十分ではない病院が拘束に頼っている」と指摘する病院関係者もいる。

「精神科医療の身体拘束を考える会」によると、日本は、欧米より拘束の継続時間が長いとの調査結果もあり、同会は「一部で要件を満たさない不当な拘束が漫然と続けられている」と是正を求めている。

氷山の一角

精神科での身体拘束に詳しい長谷川利夫・杏林大教授の話「警察が把握できるのは氷山の一角で、実際は相当な数の死亡者がいると推測できる。死亡との因果関係の特定が難しい場合もあるが、拘束された状況で人が死に至ること自体が深刻な人権侵害だ。国が早急に実態を把握し、防止策を考える必要がある」

2019年9月1日
読売新聞

日本精神科病院協会ホームページより
https://www.nisseikyo.or.jp/opinion/teigen/teigen.php?id=154&bm=0

「身体拘束 突然死の危険」の記事について（抗議文）

日精協発第19091号
令和元年9月9日

株式会社読売新聞大阪本社
代表取締役社長　　溝　口　烈　様

公益社団法人　日本精神科病院協会
会　長　　山　崎　　學

読売新聞大阪本社版「身体拘束 突然死の危険」の記事について（抗議文）

本協会は、昭和24年に発足し、現在会員病院1196病院（令和元年9月現在）、全精神科病床の85%を占める、我が国において精神医療福祉サービスを提供する最大の団体であり、長年にわたって精神疾患を有する患者の治療と社会復帰を進めてきた公益社団法人であります。

この立場から、貴社令和元年9月1日付発行の記事は、国民に対して誤った認識を与えるものとして、本協会としても断じて許すことのできないものであります。

記事全体に明確な根拠がなく一方的な主義主張に依拠したものではないかとの大きな疑念がありますが、何より看過できないことは記事に掲載された写真であります。掲載写真は、実際に精神科の医療現場ではほとんど行われていない最強度の拘束形態です。通常は、より軽度の部分的拘束がなされているケースが多く、患者には相当程度の可動域が確保されております。しかし、今回のように極端な拘束の写真を掲載することにより、精神科医療ではこのような拘束を日常的に行っており、また、精神科の患者はこうした重度の拘束を要する危険な存在であるかのような印象を与えかねず、精神障害者と精神科医療従事者に対する偏見を助長し、その意味で精神科患者を冒涜するものです。延いては、国民全体のメンタルヘルスの推進を大きく阻害する惧れがあります。

ついては、本協会は、精神障害者ならびに精神科医療従事者に対する偏見を助長するこのような記事を認可掲載した貴社に対して、断固抗議するとともに、読売新聞誌上及び貴社ホームページ等にて、記事の訂正と謝罪の掲載を早急に行うよう、要求します。

精神科医療シリーズ

第1回

精神科病院で身体拘束された患者の死亡事故をめぐり、遺族が病院に過失があるとして損害賠償を求め金沢地方裁判所に起こした民事裁判が1月31日、判決を迎える。そもそもこの裁判のどこに私たちは注目すべきか、「精神科医療の身体拘束を考える会」の代表を務める杏林大学の長谷川利夫教授に聞いた。※判決内容については追ってお伝えします。

——大畠一也さん（当時40歳）が死亡したのは不適切な身体拘束が原因として、裁判が行なわれています（死亡経緯は25ページ）。今回の論点はどうなっていますか。

一也さんは、身体拘束を解除した直後に亡くなりました。解剖の結果、下肢深部静脈血栓による肺動脈血栓塞栓症、すなわちいわゆるエコノミークラス症候群で亡くなったことがわかっています。しかし、そもそもなぜ身体拘束を開始したのかということがあります。身体拘束はその人の人権を大幅に制限するものであり簡単にしていいものではありません。精神保健福祉法が定める厚労省の告示

提訴後に記者会見する大畠一也さんの父親正晴さん（右端）ら遺族＝2018年8月27日、金沢市。（提供／共同）

繰り返される身体拘束 死に至るケースも

閉鎖的な〝治療〟で、見えない実態

長谷川利夫 杏林大学教授に聞く

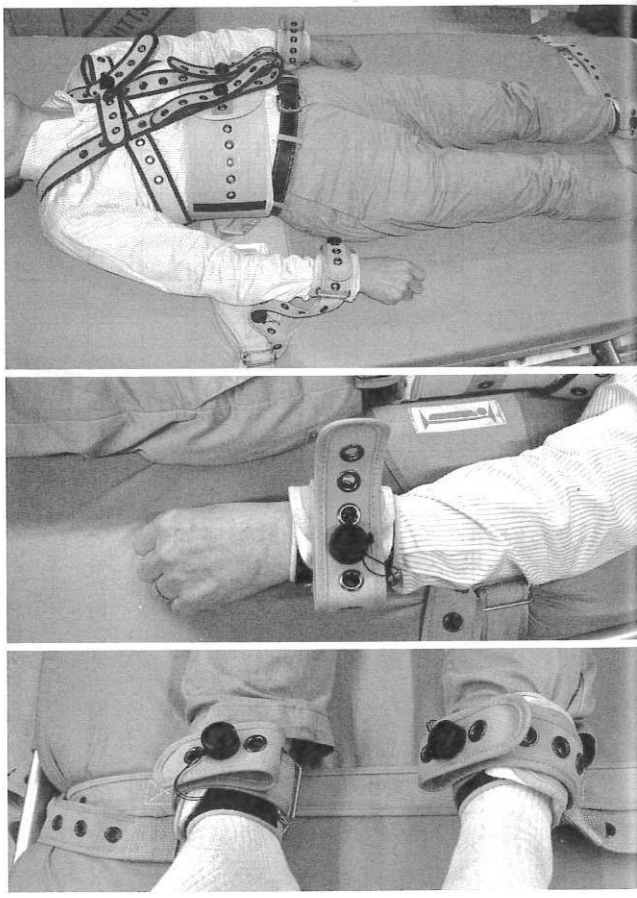
はせがわ としお
杏林大学保健学部作業療法学科教授。大学卒業後、銀行勤務時代に読んだエーリッヒ・フロムの本がきっかけとなり作業療法士に転身。2011年から現職。「精神科医療の身体拘束を考える会」代表を務める。
（写真撮影／秋山晴康）

四肢拘束＋体幹（胴）拘束を行なう。5点拘束とも言う。（写真撮影／小林和子）

においても身体拘束は、「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」とされ、その対象となる患者も「身体拘束の対象となる患者について、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」と極めて限定的に定められています。

ところが、身体拘束を実施した当日の病院の記録によると「前日、スタッフへの暴力行為あり」とあり、そして身体拘束をされています。つまり切迫した事情はなかったということです。身体拘束は、精神保健指定医という一定の資格を有した精神科医がきちんと診察をしたうえで実施されるものであるのに、「前日に暴力行為があったから今日身体拘束する」ということはありえません。いい加減な医療が行なわれていることの証左だと思います。また、身体拘束を

開始した後も、興奮がない状態だったにもかかわらず、数日間はそれを解除しませんでした。つまり「切迫性」がないのに身体拘束をし続けたということです。一也さんは身体拘束解除直後に肺動脈血栓塞栓症で亡くなりました。身体拘束をすると、このリスクが高まることは医学的に常識となっており、Dダイマーと呼ばれる検査を行ない、弾性のあるストッキングを装着するなど予防措置をとるべきです。しかし被告病院はそのどちらも行なっていない。肺動脈血栓症は、身体拘束解除直後に初めて動き出すときに最も危険が高まります。しかし病院の看護師は、身体拘束解除直後に一也さんのもとを離れてしまった。揚げ句の果てに、看護師は一也さんの死亡をモニターで発見したのです。



ベッドに縛られたまま迎える最期を、もし自分の立場に置き換えて考えた場合、あなたは受け入れられるだろうか

大畠一也さんの身体拘束

——身体拘束はどれだけ続けられましたか。

12月14日から20日の間です。口調や表情も穏やかだったことが記録からわかります。ただ、医療者からみて言動が「支離滅裂」だったり「意味不明」なこともあったりしたわけです。ではそうだったら身体拘束されなければならないのか？　そんなことはないはずです。このようなとき、医療者は「とりあえず身体拘束」をして様子を見ようとはなりがちです。しかし、それは違法なものと考えられます。

——身体拘束をしている事実を家族は知らされず、そして亡くなったのですね。

そうです。同病院は、院内で「行動制限についての基本指針」を定め、そこでは「隔離・拘束を行う理由、解除の見通し等を、患者及び家族に出来る限り説明をしなければならない」と定めていますが、理由や解除の見通しどころか身体拘束している事実を家族に知らせず、その間に亡くなってしまったのです。また、身体拘束を行なう際に本人に渡す書面も、病院によ

大畠一也さん死亡関連の経緯

2016年 12月6日 大畠一也さん（当時40歳）が、石川県野々市市の「ときわ病院」に入院。

※一也さんは20歳代前半の頃、精神面の体調を崩し、初めて「ときわ病院」に入院。25歳の頃、統合失調症の診断を受け、過去3回「ときわ病院」に入院。

12月14日 一也さんの四肢、体幹の身体拘束開始。

※14日の看護記録によると、「前日、スタッフへの暴力行為あり」と記載されていた。

12月6日～20日 一也さんの父親・大畠正晴さんと母親・澄子さん、弟・隆史さんらは2日に1回程度病院に着替えやおやつを持って行ったが、一度も会わせてもらえなかった。一也さんが身体拘束されていることをまったく知らされていなかった。

12月20日 午前10時30分頃、「ときわ病院」から電話で「一也さんが亡くなりました」とだけ言われ、全く説明はなかった。すぐに両親と隆史さんの3人で病院に向かう。霊安室には、死亡した一也さんがいたが、病院側からは死亡の状況について、何ら説明はなかった。両親らは応接室に移動し病院側事務長から「死因は心不全」と聞く。その後、検査のため遺体を白山市の病院に移動し、死因が不自然なため、検証を実施。

※病院側の診察録によれば、同日10時30分、モニター上でベッドと壁の間に一也さんが仰臥位で倒れ込んでいる姿を発見され、問いかけにも応答がなかったため、心臓マッサージを開始し、同日10時45分ＡＥＤを開始、同日11時40分死亡確認という経緯をたどったとのこと。

12月21日 夕方、正晴さんと隆史さんは白山市の病院内で警察官から、司法解剖の結果、「肺の血管に血栓が詰まって死亡した」と聞かされる。

2017年 9月11日 「ときわ病院」から連絡を受け、一也さんの両親らは病院に説明を聞きに行った。しかし、病院の説明には誠意が見られず、書面も渡されず、不誠実な態度に不信感を抱きつつ、早めに切り上げて帰宅。（原告の訴状をもとに編集部作成）

ると、交付して隔離室のドアに貼り出した後、「探していたが見つからなかった」と言っています。モラルが崩壊していると言わざるを得ません。本当に書面を交付したかも疑わしいと思います。

――一也さんの死亡原因の肺血栓塞栓症についてはどうですか。

一也さんは、水中毒であって飲水制限されており、喫煙者でもあり、長期臥床、抗精神病薬を服用していて基本的には「低リスク群」に入ります。ただ、一也さんは24時間以上の下肢を含む身体拘束を受けており、増強レベルは2です。これらを総合すると、「高リスク群」に分類されます。

――予防はできなかったのですか。

一也さんの場合は、弾性ストッキングを着用するなど予防措置もとらず、検査も行なっていません。肺血栓塞栓症にはリスク指標があって、喫煙者はリスクが高くなるのですが、病院の医師は一也さんがたばこを吸うことを「把握していません」と言っています。医療を行なう前提ができていなかったということだと思います。

――病院側の主張はどうですか。またどのように考えられますか。

病院側は、一也さんが看護行為、看護師の関わりへの拒絶が強かったことを強調しています。また、拒絶があると突然の暴力、暴行、

たとえば、より対話を重視したアプローチ方法も

自傷、他害の可能性があることを述べています。身体拘束をしないと患者さんの全身状態を把握できないとも述べています。さらには、要件として、多動・不穏が顕著と生命の危険の両方があったと判断したと述べています。しかしこれは相当飛躍がある話だと思います。裁判のためにこう言わざるを得ないのかもしれませんが、拒絶されて暴力、暴行、そして自傷、他害に発展し、最終的には生命の危険があるんだと言っていますが、果たして自傷などまったくしなかった一也さんにどれだけその可能性やさらには「生命の危険」の可能性があったというのでしょうか。「検温」ができない、だから全身の状態の把握ができないと言いますが、それなら最悪、検温のときだけごく一時的に身体を押さえればいいのであって何日もする必要はないと思います。

――医師、看護師は一也さんをどのように捉えていたと考えますか。

医師は、一也さんの言動を、「支離滅裂」「意味不明の言動」「まとまりのない言動」などと繰り返し述べています。しかしそこから身体拘束の実施へは一足飛びにいくものではないはずです。少なくとも今の日本においては、精神保健福祉法の規定に基づき定められた厚労省の告示が厳格に運用されなければなりません。精神科医の斎藤環さんも言われていますが、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できないと思われている。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してしまうのです。

――そのような判断をしないためにはどうしたらよいのでしょう。

たとえば、「オープンダイアローグ」のような、より対話を重視したアプローチ方法もあるでしょう。厚労省の告示においても、身体拘束は、「身体的拘束以外によい代替方法がない場合に行われるものとする」とされています。つまり医療者は叡智を絞って代替方法を検討しなければならないのです。ところが被告病院の医師は、「8名でその狭い部屋に行っています。我々、本人の不穏をなるべくさせないためには、やはり大勢で行くことで本人さんの不穏を特に制止するように、力ずくでとか、そういうこともしなくてもいいというのは経験としてよくやっています」と述べています。これは大人数で制圧を行なうものであり、対話を重視したアプローチと対極の態度です。

――病院側からは、「看護に対する拒絶」という証言がよく出てきます。

患者さんの言動や状態は、スタッフと患者さんとの相互作用や相互交流によって変わります。WHO（世界保健機関）は、1980年に、障害を、機能・形態障害、能力障害、社会的不利の三つのレベルに階層化した「国際障害分類」を策定し、2001年にはこのモデルを発展させた「ICF（国際生活機能分類）モデル」を策定しています。このモデルには、「環境因子」や「個人因子」が入っている。このモデルで考えれば、病院の建物や病室の状況だけでなく、医療スタッフの患者さんに対する関わり方、つまりスタッフ自身も環境因子そのものなのです。そしてそこでは「個別性」が重視されなければならないのです。

――スタッフ自らが環境なんだという視点ですね。

そうです。同じ患者さんでも、看護師とか医師によって態度が変わることはいくらでもありますよね。その人に対してたくさんのコミュニケーションの窓口を開いておくことが大切です。しかし、たくさんの人数で行なって制圧するような形での身体拘束は最悪であり、もはや医療ではないと思います。

言い訳にされる「精神科」

――医療スタッフの人たちはこのような状況をどう思っているのでしょうか？

私は、精神医療の仕事は、相手の気持ちを考え、バックグラウンドを知り、その言動の真の「意味」を考え、全身全霊で相手と関わることでその人が幸せになることを手伝う、本当にやりがいのある仕事だと思っているのです。ところが少なくとも被告病院の書面や証人尋問からみえてくる「医療」には、その片鱗（へんりん）すら見えない。これは精神医療じゃないだろう！と強く申し上げたい。本当はこんなことをやりたいんじゃないよねと言いたいです。

全国 主診断と隔離拘束指示　厚生労働省2018年「630調査」より

	総数	隔離拘束指示			
		隔離有	拘束有	隔離かつ拘束	隔離拘束指示なし
症状性を含む器質性精神障害	**70,932**	**1,571**	**4,632**	**293**	**65,022**
アルツハイマー病型認知症	38,661	756	2,600	128	35,433
血管性認知症	7,949	92	487	14	7,384
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	24,322	723	1,545	151	22,205
精神作用物質による精神及び行動の障害	**12,104**	**327**	**279**	**34**	**11,532**
アルコール使用による精神及び行動の障害	10,665	238	240	25	10,212
覚せい剤による精神及び行動の障害	598	40	17	6	547
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	841	49	22	3	773
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	**149,972**	**7,995**	**4,795**	**814**	**137,996**
気分(感情)障害	**26,756**	**990**	**727**	**159**	**25,198**
躁病エピソード・双極性感情障害(躁うつ病)	14,411	676	412	91	13,414
その他の気分障害	12,345	314	315	68	11,784
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	**5,220**	**193**	**98**	**24**	**4,953**
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	**695**	**42**	**36**	**13**	**630**
成人のパーソナリティ及び行動の障害	**1,014**	**74**	**39**	**13**	**914**
精神遅滞(知的障害)	**5,791**	**569**	**395**	**56**	**4,883**
心理的発達の障害	**1,952**	**327**	**71**	**26**	**1,580**
小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	**660**	**63**	**21**	**6**	**582**
てんかん※	**2,197**	**78**	**82**	**8**	**2,045**
その他	**3,278**	**131**	**185**	**20**	**2,982**
不明	**244**	**4**	**2**	**0**	**238**
合計	**280,815**	**12,364**	**11,362**	**1,466**	**258,555**

※「症状性を含む器質性精神障害」に属さないものを計上する

――そういう医療しか行なえないことの背景要因には何がありますか？

証人尋問では、病院側は「単科の精神科の病院だから」という言葉を言っています。単科の精神科病院だから肺血栓塞栓症の予防のための装置は置いていないとか。これは恐ろしいことです。入院する患者さんからすれば、そこが単科の精神科病院だろうが総合病院の精神科だろうが、身体拘束されることに何ら変わりはない。

――精神科病院の人手の面ではどうですか？

日本の精神医療は、いまだに精神科の医療スタッフを他科に比べて少ない人員でよいとした1958年当時の厚生省事務次官通知「特殊病院に置くべき医師その他の定数について」の影響を受けています。2000年に第4次医療法の一部改正があったのですが、それはむしろ精神科特例の少ない人員の規定を法の施行規則のなかに組み込んでしまった。すなわち精神科における差別を「制度化」「固定化」してしまったのです。これにより大学病院以外の多くの精神科単科の病院は、いまだに一般病床に比べて医師が3分の1、看護師が3分の2でよいという規定が温存されてしまっているのです。

――それではやりがいは起きにくいですよね。

本当にそう思います。まずはスタッフのプライドが育ちにくいと思います。そして無理な仕事も生じる。夜勤帯になると、50人の患者さんを看護職員1人と補助者1人の計2人で夜通しケアすること

になってしまう。

――これまで身体拘束で亡くなった事例は。

昨年9月1日の『読売新聞』では、46道府県の警察からの回答を集計した結果、3年で47人の身体拘束と因果関係があるか因果関係が否定できない死亡事案があると報告されています。私の調べた限りでは、2013年から18年の間に10人でしたが、その後数件ご相談があったので、さらにプラスになっています。

――2017年には日本で英語教師として働いていたニュージーランド人のケリー・サベジさん（当時27歳）が、神奈川県の精神科病院で身体拘束中に心肺停止し、その後搬送先病院で亡くなりました。

外国特派員協会でも記者会見をし、社会的な反響を呼びました。

一昨年、私はニュージーランドでケリーさんが入院していた病院を訪問し、担当医と面会してきました。ケリーさんは双極性障害で、ニュージーランドで約1カ月入院していたことがありましたが、身体拘束を受けたことはない。そもそも同院には身体拘束の器具がないのです。担当医に、ケリーさんが日本で身体拘束をされて亡くなった状況を説明してきました。このインタビューの内容は昨年6月にNHK教育のハートネットTVで「身体拘束のない国へ～ニュージーランドからの報告」というタイトルで放映されました。ご遺族のお兄さんがいつも言われていますが、ケリーさんは医師の命令に従ってベッドに横になったにもかかわらず身体拘束されています。つまり厚労省の告示でいうところの自殺企図又は自傷行為が著しく切迫もしていないし、多動又は不穏が顕著でもないし、生命にまで危険が及ぶおそれもなかったわけです。にもかかわらず身体拘束され、命を失ってしまった。

この事件を契機に、私はサベジさんらと「精神科医療の身体拘束を考える会」を設立し、随時電話相談を受けています。今までに2000件を超える身体拘束の相談が寄せられています。この中には身体拘束中に亡くなった方のご遺族、身体拘束された子どもに会わせてもらえない家族、強制的な身体拘束をされたことでトラウマに苦しむ方からなど、様々な相談が寄せられています。

立場を超えた同盟作りが大切

今後に向けて

――2013年10月4日号本誌で長谷川先生にインタビューし、「身体拘束」について記事を掲載しました。当時と変わったこと、今後の展望は。

あれは皮切りでしたね。当時に比べて身体拘束のことを語る方々が増えました。世界的に見ればもはや身体拘束は治療だという考えは縮小しつつあります。むしろ治療の失敗と考えられるようになってきている。私が今日話したことは世界からみれば常識的な考えです。しかしながら日本には「精神科特例」などもあり、スタッフも当事者も望まない医療を実践せざるを得ない状況にある。立場を超えて同盟を作り、システムと文化を変革していく必要があります。協働作業を行なっていくのです。

聞き手／秋山晴康（編集部）

病院側の主張

ときわ病院を経営する社会福祉法人金沢市民生協会に質問状を出したところ、以下の回答が届いた。（2020年1月28日）

Q1.身体拘束開始時は、切迫した状況ではなかったと考えるがどうか。

A1.前日夕方の施注への拒否が強く、精神運動興奮も強く続いており、当日の看護行為に強い拒絶があるなど、多動、不穏に加えて、生命への危険も考えられ、身体拘束の要件に該当するものと判断したもの。

Q2.身体拘束の事実を病院が家族に知らせていなかったことは、病院の定める「行動制限についての基本指針」に抵触する。本人に渡す書面が紛失したこともあわせて考えると、病院のモラル崩壊の現れともいえるのではないか。

A2.精神保健指定医が本人に告知し、身体拘束を開始した翌日午前中に看護師より母親に身体拘束していることを説明している。その後来院された両親に再度身体拘束をして状態を観察している状況を説明し、両親も「宜しくお願いします」と返答されるなど身体拘束がなされている状況は了解されている。医師が作成した告知文書は、紛失したのではなく、本人が確認出来るように静養室前の壁に貼付していた。なお、控えについては保管していなかった。

Q3.肺血栓塞栓症（直接の死亡原因）の発症については、基本リスクは「低リスク」群に入ったとしても、総合的には「高リスク」群に分類される状況だった。予防措置や検査を行うべきだったのではないか。

A3.若年男性で基礎疾患等を示唆する所見もなく、肺梗塞に起因する突然死の危険性が低リスク患者であり、長期臥床や拘束による処遇が行われていてもその予見、予防は困難であったと考えられる。血栓塞栓症の予防策として、食事・洗面・トイレ等の日常生活において、一部或いは全面的に拘束帯を外し、屈伸やマッサージをするなど血流を促進するような動作実施をしていた。また、拘束帯の可動域確保の調整にも努めていた。

Q4.身体拘束をした患者の死亡をめぐって、遺族から損害賠償を求める裁判が起こされたことについて、どう考えるか。

A4.厳粛に受け止めるとともに、医療事故防止マニュアル、行動制限についての基本指針等の見直しを図り、再発防止の徹底に努めているところです。　※回答は編集せず、原文をそのまま掲載。

病院の身体拘束「違法」

高裁金沢支部 患者遺族が逆転勝訴

石川県野々市市の精神科病院で大畠一也さん（当時40）が肺血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）で死亡したのは、違法な身体拘束が原因だとして、両親が社会福祉法人金沢市民生協会を相手取り、約8630万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が16日、名古屋高裁金沢支部であった。蓮井俊治裁判長は「拘束を必要と認めた医師の判断は早すぎ、裁量を逸脱している」として、原告の請求を棄却した一審判決を変更し、約3520万円を支払うよう命じた。

判決によると、一也さんは2016年12月6日に入院。13日に看護師に対する暴力行為があったなどとして14日から四肢などを拘束され、拘束を解かれた20日に亡くなった。病院側は「多動または不穏が顕著である場合」など、精神保健福祉法に基づく基準に即して医師が拘束開始を判断したとしたが、蓮井裁判長は、拘束開始時点で一也さんに興奮や抵抗はなく、要件を満たしていないと指摘。人を割けば必要な医療ができ、「身体拘束以外によい代替方法がない場合」にも当たらず、拘束を違法だったと結論付けた。

判決後に金沢市内で会見した父の正晴さん（70）は「あの子のためにも、日本の医療が変わってほしい」と話した。

社会福祉法人の担当者は「判決文を受け取っていないので詳細は答えられない。内容を確認した上で対応を協議する」とコメントした。（堀越理菜）

身体拘束

患者の体や手足をベッドに固定する身体拘束は、精神保健指定医が認めればできる。精神保健福祉法などで①自殺や自傷などの危険が切迫している②多動や不穏が顕著である③放置すれば患者の生命に危険がある――場合で、ほかに方法がない時などと定められている。患者の自由を奪い尊厳を傷つけているとの批判がある一方で、現場の人手不足もあり、「安全のためには必要」との声も根強い。2019年6月末時点の厚生労働省の調査では、精神科病院で身体拘束を受けている患者は1万人を超えている。

拘束具で固定された状態を、研究のために自ら体験した長谷川利夫教授＝「精神科医療の隔離・身体拘束」（日本評論社　長谷川利夫著）から

日本の身体拘束率 豪の580倍

国際共同研究で判明

専用のベルトを使って、患者の体や手足をベッドに固定する身体拘束。精神科病院で行われているそうした拘束の人口あたりの実施率が、日本はオーストラリアの約580倍、米国の約270倍にあたることが杏林大学の長谷川利夫教授（精神医療）らの国際共同研究でわかった。

国際精神医学雑誌「エピデミオロジー アンド サイキアトリック サイエンシズ」に掲載された。

研究は日本、米国、オーストラリア、ニュージーランドの研究者が、それぞれの国で公開されている2017年のデータを使って、4カ国の精神科病院での1日あたりの身体拘束の実施率を計算、比較した。

日本のデータは毎年公表される「精神保健福祉資料」をもとにした。1日あたり、人口100万人あたりで98・8人に身体拘束が行われていた。ただし、認知症患者が精神科病院に入院している日本の状況は特異なため、認知症病棟での拘束は除外したという。

それに対して、オーストラリアは人口100万人あたり0・17人、米国は0・37人だった。ニュージーランドは15～64歳の人口100万人あたりで0・03人。日本は20～64歳の年齢層では、62・3人だった。

海外と比べて日本では身体拘束の時間が長いことは、これまでも指摘されていた。長谷川教授は「日本で人口あたりの精神科医師の数はそれほど少なくないのに身体拘束が多いのは、入院が多いからだと考えられる」と指摘。「身体拘束を減らすための具体的な方策を検討していくべきだ」と話している。（編集委員・大久保真紀）

2020年12月17日
朝日新聞

北陸中日新聞
中日新聞北陸本社
金沢市駅西本町2丁目12番30号
〒920-8573 電話 076(261)3111
2020年(令和2年)
12月17日
木曜日・先勝

身体拘束 遺族が逆転勝訴

高裁金沢支部 3500万円賠償命令

病院判断に「違法性」

石川県野々市市の精神科病院で入院中の男性が死亡したのは、不適切な身体拘束による肺血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）が原因として、遺族が病院を運営する金沢市民生協会に、総額約八千六百万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審で、名古屋高裁金沢支部は十六日、一審判決を破棄し、病院側に約三千五百万円の支払いを命じた。

判決によると、男性は大畠一也さん＝当時(四〇)。二〇一六年十二月六日に統合失調症と診断され、野々市市中林のときわ病院に入院。同十四日に手足などを拘束された。六日後には外されたものの、その約五十分後に亡くなった。

蓮井俊治裁判長は、医師が拘束の開始を判断した当時、大畠さんは薬の服用に応じており、暴力的言動もなかったと指摘。力ずくでなくても、一時的に人員を割いて必要な医療行為をするなど、拘束に代わる方法もあったとして「拘束が必要と判断するには早く、違法性がある」と結論づけた。

一審金沢地裁判決は、大畠さんが入院中、医療行為に激しく抵抗したことがあるとして、拘束は不合理ではないと認定。エコノミークラス症候群を防ぐための注意義務に一部違反を認めた上で「死亡との相当な因果関係は認められない」と判断した。

市民生協会の清水健次常務理事は「厳粛に受け止める。代理弁護人と協議し、上告も含めて、今後の対応を検討する」と話した。

判決後に記者会見する母親の大畠澄子さん㊅と、父親の正晴さん㊃。左から2人目は弁護団の長谷川利夫教授＝16日、金沢市大手町で

問われる「拘束頼み」

弁護団 人手不足改善訴え

「身体の拘束を始めたこと自体が違法と認められた」。金沢市内で開かれた判決後の記者会見で、遺族側代理人の佐々木伸夫弁護士は強調した。判決は「興奮や抵抗がない患者を拘束した」と認め、人権侵害の恐れにも踏み込んだ。一方、専門家は精神医療の難しさにも触れ、家族への情報公開の徹底や録画の活用、人員増などの課題を訴えた。

厚生労働省によると、精神科病院で身体拘束の指示を受けた入院患者は、昨年六月三十日時点で一万八百七十五人。調査方法の変更で単純比較できないが、〇三年以降の約十年で倍増し、一三年以降は一万人超えが続いている。

法律などで拘束や隔離が認められるのは、周囲を傷つける恐れがあり、医師が「ほかに方法がない」と判断した場合。弁護団の一人で杏林大の長谷川利夫教授（保健学）は「安易な拘束」が多いと指摘。「何をやっても許される状況の中で光が差した。医師の裁量に一定の歯止めがかかる」と期待を寄せた。

「安易な拘束」の背景には、人手不足がある。精神科の人員は一般診療に比べ、医師は約三分の一、看護師数は三分の二と定められている。長谷川教授は「身体拘束に頼った精神医療が広く行われている。早急に一般医療並みにするべきだ」と訴えた。精神医療では入院後は家族にも患者の情報が遮断される傾向があるとも指摘。「拘束する際には動画を残し、検証可能にすることも大事」との見解を示した。

父親の正晴さん(七)は「あの子が浮かばれるためにも医療が変わってほしい」、母親の澄子さん(六)も「こういうことが二度とないように」と願った。（前口憲幸、寺田結）

北國新聞

2020年（令和２年）
12月17日（木）

発行所
北國新聞社
〒920-8588
金沢市南町２番１号
番号案内(076)263-2111
富山本社　番号案内(076)491-8111
〒930-8520 富山市大手町５番１号
©北國新聞社　２０２０年
http://www.hokkoku.co.jp/

患者の不当拘束認定

野々市の病院 遺族が逆転勝訴

名高裁金沢判決 3500万円賠償

野々市市の精神科病院「ときわ病院」で2016年12月、入院中の大畠一也さん＝当時(40)＝がエコノミークラス症候群で死亡したのは不当な身体拘束が原因だとして、両親が、病院を経営する社会福祉法人金沢市民生協会に約8630万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決で、名古屋高裁金沢支部は16日、不当な拘束を認めて原告敗訴の一審金沢地裁判決を変更、慰謝料など約3500万円の支払いを命じた。

蓮井俊治裁判長は判決理由で、身体拘束が始まった時点で大畠さんに興奮や抵抗はなく、精神保健福祉法などが定めた基準に当てはまらず違法だったと認定。身体拘束の必要を認めた医師の判断は早過ぎたと指摘し「裁量を逸脱している」とした。

判決によると、大畠さんは統合失調症の診断を受け、16年12月6日に入院。同14日から手足などを拘束され、同20日に拘束を解かれた直後に死亡した。

両親「無念晴らせた」

判決後の大畠さんの両親と弟、代理人弁護士らが会見し、逆転勝訴といえる判決に感涙した。

会見に臨む（左から）大畠澄子さん、長谷川教授、正晴さん＝金沢市内のホテル

父正晴さん(70)は「無念を晴らせたかな。墓前で『一也が生きた証しが残ったよ』と報告したい」と話し、母澄子さん(68)は「こんなことは2度とないようにしてほしい。一也にはゆっくり休んでほしい」と述べた。

支援の教授「画期的」

正晴さんらを支援した長谷川利夫杏林大教授（精神医療）は一審判決を全面的に覆し、身体拘束の違法性を明確に認めたことについて「全国でも数少ない画期的判決だ」と評価した。

厚労省の統計によると、2003年に約5千件だった身体拘束件数は13年には約1万件に倍増。19年は1万875件が報告された。

長谷川教授によると、看護師などの人員不足から安易に身体拘束を認める事例が多発している。医師の裁量も広く解釈される傾向にあるなどとし、「不当な身体拘束の歯止めとなると期待している」と述べた。

ときわ病院の清水健次事務局長は「判決は厳粛に受け止めている。内容を確認し、弁護士と協議して対応を検討したい」と話した。

第58回総会（東京多摩）・シンポジウムB【理事会企画】

第1日（2015年11月6日）午後

隔離・身体拘束の急増に今，何をすべきか？

■座長：山下俊幸（京都府立洛南病院院長）

【編集委員会から】

シンポジウムB（理事会企画）「隔離・身体拘束の急増に今，何をすべきか？」の第一席長谷川利夫さんの調査報告を以下に掲載します。第一席のみ先に掲載するのは、データをなるべく早く共有し、学会員に広く使っていただくためです。他のシンポジストの報告については、今号のデータのまとめも踏まえて見直していただき、当日の討論とともに次号に掲載いたします。

シンポジウムB【理事会企画　Ⅰ－B２－１】

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～

長谷川利夫

key words：隔離，身体拘束，精神科病院

東京都・杏林大学保健学部作業療法学科・教授

Ⅰ．はじめに

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）第36条第１項では「精神病院の管理者は，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なうことができる」としている。行動制限には例えば，面会，通信，外泊，外出の制限，自分の意思では出ることができない閉鎖病棟と呼ばれる鍵のかかった病棟への入院，病棟内にある隔離室（保護室）と呼ばれる外部と遮断された部屋への収容，身体をベッドなどに器具を用いて固定する身体拘束等がある。

これら行動制限の中で，隔離や身体拘束は患者の身体を直接物理的に制限するものであり極めて強力な行動制限である。

精神保健福祉資料によると精神科で隔離や身体拘束を受けている方々が増加し続けている。2012年６月30日と９年前の2003年を比較すると，隔離が1.32倍，身体拘束は９年で1.89倍となっている。（図１）

精神保健福祉資料で明らかになるのは，毎年６月30日現在で，隔離，身体拘束をされている患者数のみである。

我が国は精神保健医療福祉の議論のベースとなる統計情報が決定的に不足しており，国連等国際社会からも再三指摘されている。例えば，国連の拷問等禁止条約委員会日本の第二回定期報告に対する最終見解（第55回会期（2013年５月６日から31日）委員会により採択）では，精神保健ケアについて以下の指摘をしている。「精神保健ケア22　精神保健施設に対して運用上の制限を確立している精神保健福祉法にもかかわらず，また締約国代表の提供した追加情報にもかかわらず，委員会は非常に多数の精神障害者と知的障害者が非常に長期間精神保健ケア施設に非自発的に留められていることに懸念を持たざるをえない。非人道的で品位を汚す程度におよびうる行為である，独居拘禁，身体拘束そして強制医療が頻繁に行われていることを，委員会はさらに懸念する。精神保健ケアに関する計画についての対話の間に得られた情報を考慮しても，委員会は精神障害者の入院に対するオルタナティブに焦点を当てたものに欠けていることに懸念を持たざるをえない。最後に，拘束的な方法が過剰に使用されていることへの効果的で公平な調査がしばしば欠けていること，同様に関連する統計的データが欠けていることに懸念を表明する」

また，OECDが2014年11月５日付けで発表した「OECD医療の質レビュー　日本　スタンダードの引き上げ　評価と提言　」（OECD Reviews Health Care Quality JAPAN RAISING STANDARS ASSSSESMENT AND RECCOMENDATIONS）では，「治療の質を改善するための措置に対応する指標（統合失調症または双極性障害を有する患者の超過死亡率，処方行為，隔離と拘束の使用，当初の予定になかった再入院）の収集を優先し，国全体で促進すべきである。」としている。

かかる状況下，民間セクターである当学会が，社会への責任として可能な限り隔離・身体拘束の実態を調査し明らかにしていく必要がある。

Ⅱ．目的

不足している我が国の隔離・身体拘束のデータを補うべく，可能な限りデータを収集し，実態を把握し，縮減に向

Presented by Medical*Online

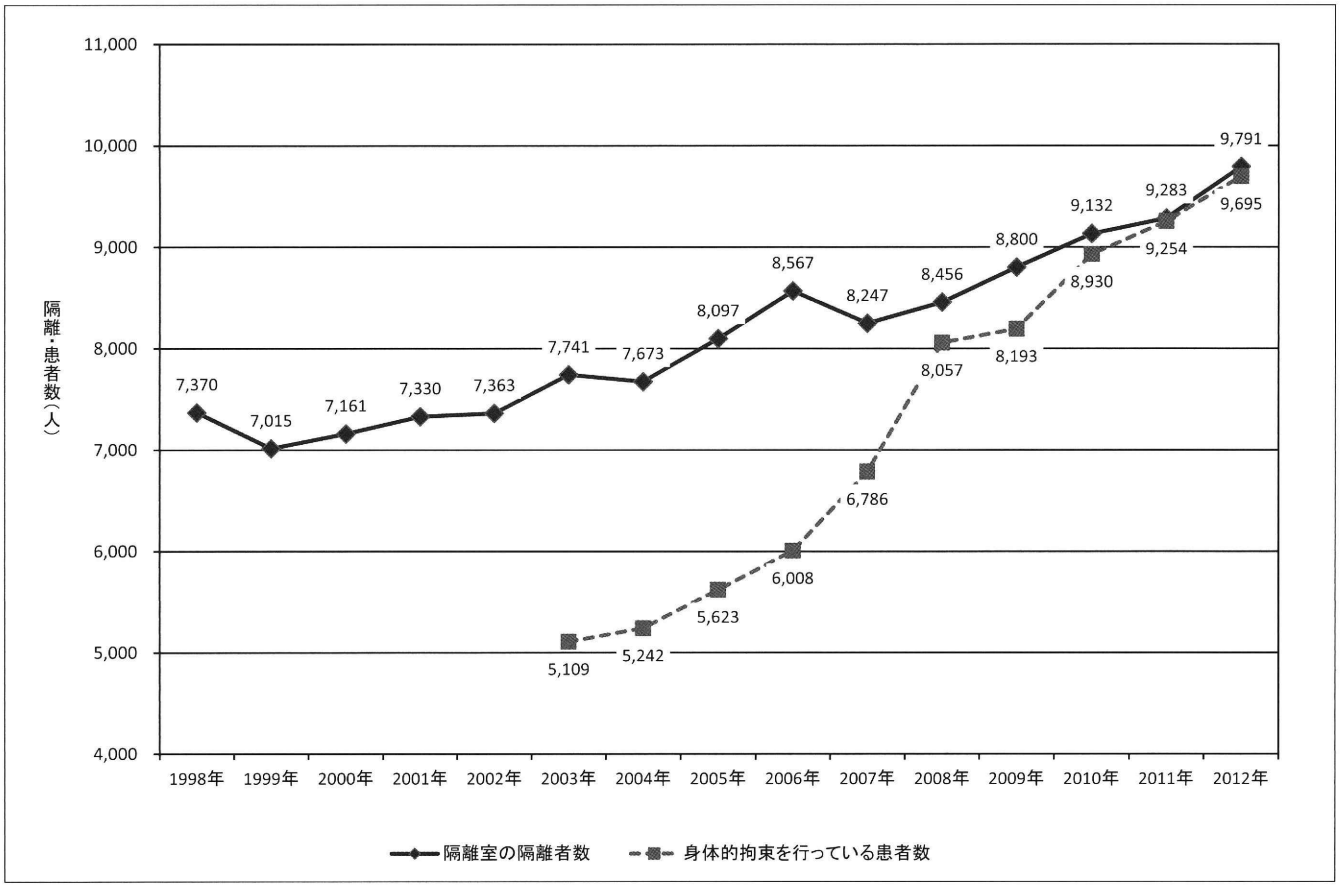


図１

けた議論のベースを作る。

Ⅲ．方法

当学会から依頼可能な全国11の精神科病院に対し，2015年８月31日現在の一覧性台帳に基づき，以下の事項の報告を求めた。

入院形態，疾患名，病棟種類，　実施理由，連続実施日数。

Ⅳ．結果

11院における，隔離をされている患者数は，444人，身体拘束をされている患者数は，245人であった。（図２）

隔離の実施平均日数は，46.8日，身体拘束の実施平均日数は96.2日であった。（図３）

隔離の最大値は，1799日，中央値は11日であった。

身体拘束の最大値は，1096名，中央値は19日であった。（図４）

隔離と身体拘束の実施日数を期間別に示す。（図５）

隔離は，１ヶ月を超えるものが23％，１ヶ月を超えるものが42％となっており，隔離より身体拘束の方がより長期化している。また隔離，身体拘束共に，半年，１年以上実施している超長期化しているものも見受けられる。

入院形態別実施人数は，任意入院，146人，医療保護入院457人，措置入院67人，応急入院８名，緊急措置入院３名，その他８名となっている。（図６）任意入院者で146名の患者が隔離又は身体拘束を受けている。

病棟種別の患者数は（図７）の通りである。

精神科救急病棟，一般精神科病棟，急性期治療病棟，精神療養病棟，認知症治療病棟の順に多い。

病棟別実施平均日数は，（図８）の通りである。

精神科救急病棟は，実施人数は（図７）に示されたように最も多いが，平均実施日数が最も多いのは一般精神科病棟である。

疾患別実施人数は（図９）の通りである。統合失調症389名，認知症83名，気分障害69名，知的・発達障害47名，アルコール+物質依存44名，パーソナリティー障害14名，神経症・ストレス関連８名，てんかん６名，その他41名であった。統合失調に次いで認知症が多い結果であった。知的・発達障害でも47名が隔離又は身体拘束を受けている。

疾患別平均実施人数は以下の（図10）の通りである。

知的・発達障害が最も長く身体拘束を受けている。認知症も隔離，身体拘束共に３ヶ月を超えて受け続けている。

実施理由は，不穏335名，多動238名，暴力行為，粗暴行為95名，躁状態・脱抑制・多弁63名，転落・転倒防止57名，身体損傷予防・身体保護48名，爆発48名，興奮47名，迷惑行為42名，急性精神運動興奮39名，自傷行為29名，体動著名・体動23名，自殺企図23名，多飲水・水中毒18名，チュー

Presented by Medical*Online

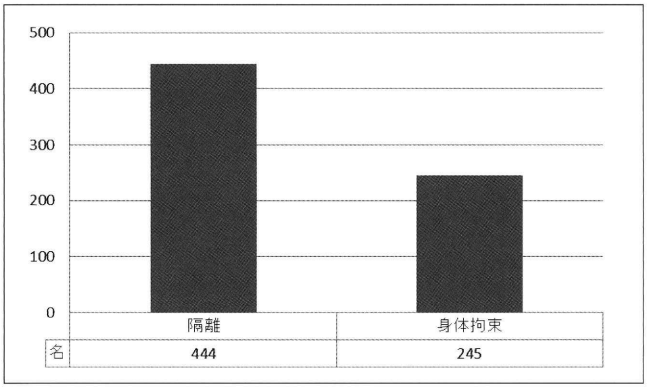


図2

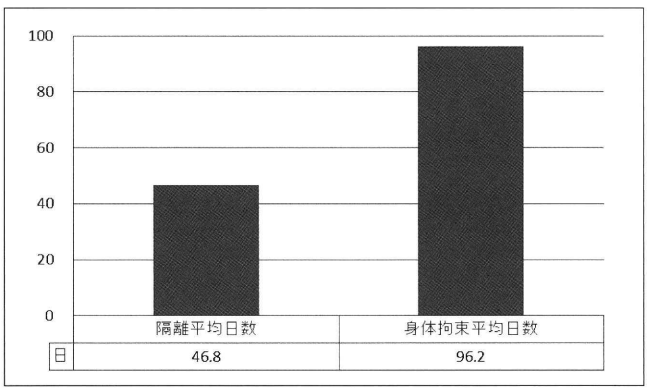


図3

最大値　中央値
隔離・身体拘束　計689名

	平均日数	最大値	中央値
隔離連続日数	46.8	1799	11
身体拘束連続日数	96.2	1096	19

図4

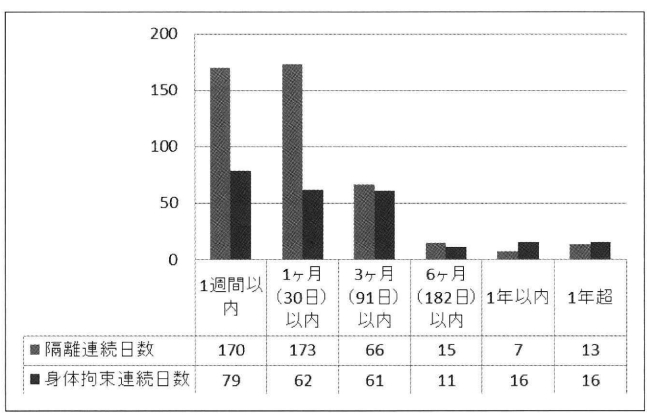


図5

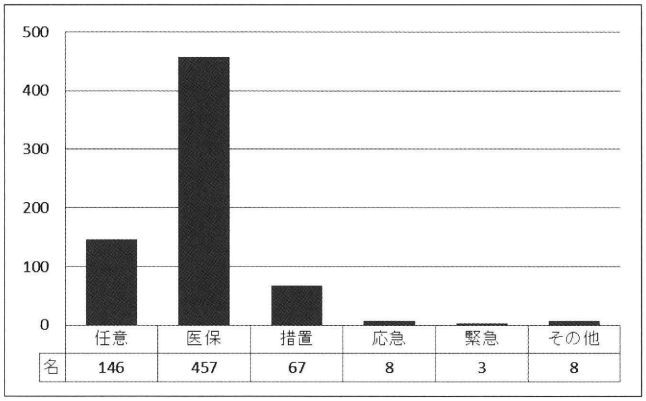


図6

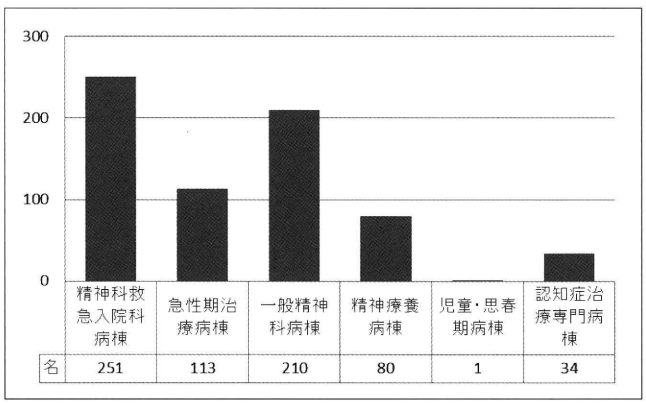


図7

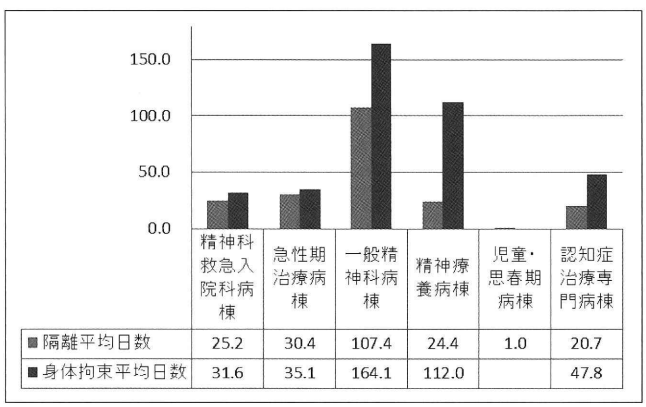


図8

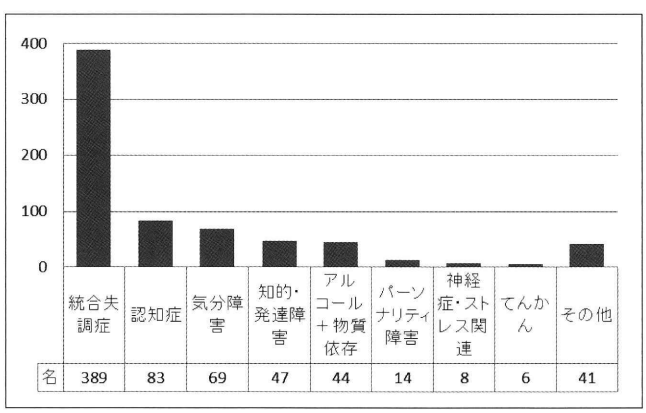


図9

Presented by Medical*Online

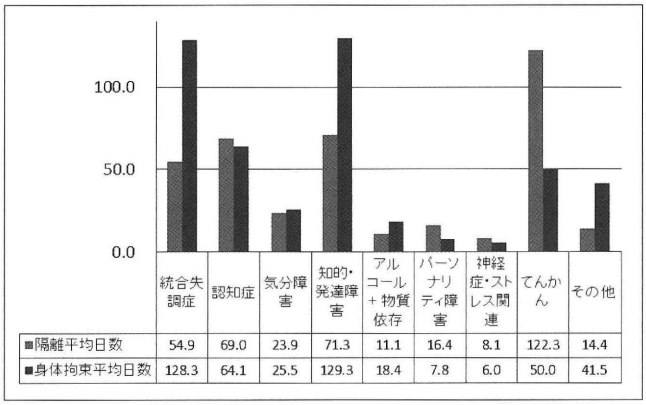


図10

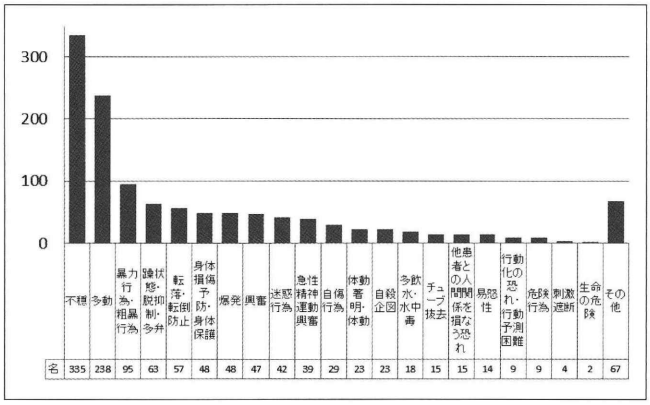


図11

ブ抜去15名，他患者との人間関係を損なう恐れ15名，危険行為９名，刺激遮断４名，生命の危険２名，その他67名であった。

隔離・身体拘束の実施理由として，「不穏」や「多動」が多く挙げられている。転落・転倒防止を理由とされる患者も57名いる。「迷惑行為」も42名，「他患者との人間関係を損なう恐れ」による実施も15名いた。（図11）

V．考察

実態が明らかになりにくい隔離・身体拘束であるが，本調査にてその実態の一端が明らかになった。隔離よりさらに制限の強い行動制限である身体拘束の平均実施日数が96.2日と隔離よりも長期化している。また隔離，身体拘束共に1000日を超える実施も見受けられ，任意入院で隔離や身体拘束を受けている患者がいることについても含め，人権上の観点からも内容を精査していく必要があると考えられる。

病棟種別の実施人数は，精神科救急病棟が多いが，実施日数は一般精神科病棟が多いことから実施日数の平均の引き上げは，精神科救急病棟以外の病棟によるものと推察される。

知的・発達障害でも47名の方，認知症では83名が隔離・身体拘束を受けており，その実施の理由が本人に理解されているかどうかという問題もあると考えられる。知的・発達障害の身体拘束の実施平均日数が129.3日と他の疾患と比べて最も長かったことも含め，その関連を調査していく必要もあると考えられる。

実施理由で最も多かったのは，不穏が335名，次いで多動が238名であった。

「精神保健福祉法第37条第１項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準 旧厚生省告示第130号（改正を経て現在第660号告示）」（以下，37条１項基準）における「患者の現在の症状」では隔離と身体拘束の実施要件について述べている。隔離は「急性精神運動興奮等のため，不穏，多動，爆発性などが目立ち，一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合」であり，身体拘束は，「多動又は不穏が顕著である場合」となっている。この「多動」を要件とする隔離・身体拘束に対しては，隔離や身体拘束を受けた精神障害当事者から当学会シンポジウムにおいても「恣意性が強すぎ危険」との指摘されている。そこで明らかになってきているのは，不穏，多動は，医療従事者から見れば「不穏」「多動」であっても，本人（当事者）からすれば例えば気分を落ち着かせるために行なっている行動であることも充分有り得るということである。医療従事者からだけの視点で実施を判断すれば，当事者の人権を侵害する可能性があり，既に侵害されてきていると考えられる。「不穏」「多動」の実施要件を，当事者の視点もふまえ早急に見直していく必要がある。

転落・転倒防止57名とあるが，このような要件に基づく隔離・身体拘束の実施は37条１項基準になく，このような法の定めた基準と実態が乖離する状況を放置してはならない。

「他患者との人間関係を損なう恐れ」による実施も15名いる。隔離や身体拘束の内容を検討する院内審査機関である“行動制限最小化委員会”の設置のきっかけとなった報告書である「精神科医療における行動制限の最小化における研究～精神障害者の行動制限と人権確保あり方」では次のように述べられている。「患者の興奮状態を他の患者に見られると，その患者が回復してから他の患者からそのことで何かを言われた時に本人が辛い思いをする。そのようなことを避けて保護する目的で行動制限が必要になることがある。」

「他患者との人間関係を損なう恐れ」を実施理由とする隔離・身体拘束には，ここに見られるような過剰な国親思想（パレンス・パトリエ）とも言える思想が背景にある。このような隔離・身体拘束の実施は，医療の越権行為であり当事者の人権を侵害しており，今後さらにその実態を明らかにして改善を図っていく必要がある。

引用・参考文献

長谷川利夫：精神科医療の隔離・身体拘束．日本評論社，東京，2013
関口明彦：隔離と身体拘束を受けた側から．病院・地域精神医学57（1）44-45,2014
浅井邦彦，五十嵐良雄，久保田巌他：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究．平成11年度厚生科学研究報告書．2000
大井楊之：当事者の立場から．病院・地域精神医学57（1）43-44,2014

Presented by Medical*Online

「不適切拘束で長男死亡」

精神科病院経営の大学を提訴

東京都内にある大学付属の精神科病院に入院していた男性（当時40）が死亡したのは、不適切な身体拘束が原因だとして、男性の両親が病院を経営する大学に対して約8600万円の損害賠償を求める裁判を17日、東京地裁に起こした。

訴状によると、統合失調症と診断されていた男性は2018年3月、薬の副作用が強すぎるとして両親と受診し、任意入院した。しかし、翌日に両親が面会に訪れたとき、男性は退院を求め、面会室から看護師らに連れ出されて廊下で制圧されて動かなくなった。救命救急センターに搬送されたものの、その日の夜に死亡が確認された。

解剖の結果、死因は「統合失調症で興奮状態にある状態で身体を拘束されたことによる急死」とされた。

訴状では、精神保健福祉法などは身体拘束の要件として、自殺や自傷などの危険が切迫し、ほかに方法がないことなどを挙げていると指摘。「生命の危険など切迫した状況にはなく、物理的に制圧する必要はなかった」と主張し、違法な身体拘束だったと訴えている。

病院を経営する大学は取材に「患者様個人の診療に関わることですので、お答えすることは控えさせていただく」と答えた。

父「本当に必要な制圧だったか」

全国の精神科病院では年間1万件以上の身体拘束が行われているとされる。ここ数年は行き過ぎた拘束を訴える訴訟が相次ぎ、病院側が賠償を命じられるケースもある。長男（当時40）を失った父親(77)は「なぜ息子は死なければならなかったのか。真実を知りたい。真相を解明するためには裁判を起こすしかないと考えた」と話す。

両親によると、長男は入院翌日、病室で「（薬の副作用で）頭痛がしたり、イライラしたり、体がフラフラする。退院させてほしい」などと大きな声で訴えていた。医師の対応に不満を持ち、いらだっていたようだった。面会室に来た後、医師から「部屋を移ろう」と言われ、抵抗を抑えられながら看護師らに腕や体をつかまれ、廊下に連れ出された。

直後に、長男の悲鳴が廊下から聞こえた。「拘束、拘束！」「注射！」という医師らの声も飛び交った。父親が廊下に飛び出すと、長男は5、6人のスタッフに床にうつぶせの状態で取り押さえられ、全く動いていなかったという。

父親は周囲の医療スタッフに対応を求めたが、母親とともに面会室に押し戻され、外から鍵をかけられた。その後、長男は救急搬送された病院で死亡が確認された。

救急搬送先に同行した医師から「最善を尽くした」と言われたが、病院からは十分な説明も謝罪もないという。父親は「医師らは息子をなだめもせず、傾聴もせず、制圧した。本当に必要な制圧だったのか、裁判で明らかにしたい」と話している。（編集委員・大久保真紀）

2022年3月17日
／朝日新聞

令和３年 11 月 22 日

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

公益社団法人日本精神科病院協会
会長　山崎　學

石川県の精神科病院で入院中の患者が死亡したのは身体的拘束が原因だとして家族が病院側に損害賠償を求めた訴訟で、最高裁判所第３小法廷は１０月１９日付で病院側の上告を受理しない決定をした。この結果、病院側に約３５００万円の支払いを命じた二審名古屋高裁金沢支部判決が確定した。二審判決においては、身体的拘束を命じた精神保健指定医の判断は裁量を逸脱していたとして、患者の死亡結果に対し全責任を負うとして慰謝料等の支払いを命じたものである。従来、同様の訴訟において身体的拘束によって肺血栓塞栓症を来たしたことに対して、遺憾ながら肺血栓塞栓症の予防措置等に関し注意義務違反を問われる判決は散見される。しかし、今回の法律的判断はマスコミ報道にもあるように「精神保健指定医の（身体的拘束に関する）治療的判断が、その裁量を逸脱して違法である」との新たな判断が行われたものである。この判決は、以下に述べる各点において、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。

① 二審判決では、身体的拘束開始日には、前日までの激しい興奮や抵抗が表面的に見られなかったことをもって、身体的拘束の要件である「多動又は不穏が顕著である場合」には該当しないとされている。しかし、今回の事例のような統合失調症の緊張病症候群においては、不穏は消退したのではなく、意志の障害や思考障害により表出しなかったものに過ぎず、内的な不穏は継続していたのである。また、緊張病性興奮や拒絶症といった症状が、「急激に起こり、状況との関連や行為に一貫性がなく、了解不能なものである」ことからも、その発現を予測しながら身体的拘束を含め指示を行うことは、幻

覚、妄想、精神運動興奮といった精神病症状に左右された自傷・他害行為から患者の安全を確保しつつ、適切な精神科治療を進めるうえにおいて必要なことである。こうした医師の裁量権を過度に制限することは、適切な精神科医療をも制限することに他ならない。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。

② 二審判決では、「身体的拘束は」、「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等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許される」としている。身体的拘束が開始された当日に、看護師８名で対応した結果、暴力等が見られなかったことを指して、「十分な人員を確保」できない限定的な場面ではないと判断し、身体的拘束のもう一つの要件である「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」に当たらないとしているが、常にこうした人員体制を取る事は夜間、休日は言うに及ばず、通常の勤務体制においても、到底不可能で、現実の精神科臨床の現場の実態とはおよそ懸け離れた判断と言わざるを得ない。

③ 今回の二審判決が法律的判断として普遍化すると、厚い人員配置が行われている医療観察法の指定入院医療機関（医師８：１、看護師１：１．３＋４）においても、治療上必要な身体的拘束を行うことは困難であり、まして一般精神科病院では到底不可能である。このことは、一般精神科病院では急性期治療は行えないこととなり、夜間や休日の治療を担っている精神科救急医療体制は成り立たないこととなる。

何よりも、精神科医療が萎縮し、身体的拘束への過度な躊躇が生まれれば、身体的拘束を実施することにより、初めて必要かつ適切な精神科医療を受けることが可能となる精神障害者から医療による正当な社会復帰の道を閉ざすことになるおそれがある。

以上のとおり、当協会としては、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ことをここに表明する次第である。

(二) 隔離を行うに当たつては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行つた旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(三) 隔離を行つている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。

(四) 隔離を行つている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。

(五) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日一回診察を行うものとする。

第四 身体的拘束について

一 基本的な考え方

(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。

(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。

(三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

二 対象となる患者に関する事項

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

三 遵守事項

(一) 身体的拘束に当たつては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行つた旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(二) 身体的拘束を行つている間においては、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ものとする。

(三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

られる。

上記の認定事実によれば、亡Aは、本件入院前には控訴人らの大工仕事を手伝っていたことが認められるものの、無給であったこと、高校卒業後の入院歴、年齢等に照らすと、家業の大工仕事を手伝っていたことがあるというだけでは亡Aが平均賃金程度の収入を得られる蓋然性があったものと認められない。その他亡Aが平均賃金程度の収入を得られる蓋然性があったことや就労することで得られる収入金額を認めるに足りる証拠はない。したがって、控訴人らの上記主張は採用することができない。

イ　上記アの認定事実によれば、亡Aは、本件死亡当時、年額78万0100円の国民年金の支給を受けていたから、これについての逸失利益が認められる。

40歳男性の平均余命は41・96年（平成28年簡易生命表）とされているから、亡Aは、41年間は年金を受給することができたというべきであり、生活費控除率については40％とするのが相当である。

そして、中間利息（41年に対応する利率年5％のライプニッツ係数は17・2944）を控除して、亡Aの逸失利益を算定すると、次のとおり、809万4816円となる（円未満切り捨て）。

（計算式）

780、100円×（1−0・4）×17・2944≒8、094、816円

(2)　亡Aの慰謝料について

亡Aの年齢、生活状況、死亡に至る経緯、控訴人らに固有の慰謝料が認容されることその他本件に現れた一切の事情を総合すると、亡Aの慰謝料は2000万円とするのが相当である。

(3)　上記(1)及び(2)の亡Aの損害額は合計2809万4816円となるところ、控訴人らは亡Aの相続人として被控訴人に対する損害賠償請求権を2分の1ずつ相続により取得した。

(4)　控訴人らの固有の慰謝料

控訴人らは、かけがえのない息子を突然に失ったこと、亡Aの死亡に至る経緯その他本件に現れた一切の事情を考慮すると、控訴人らの固有の慰謝料は各自200万円が相当である。

(5)　弁護士費用

本件事案の内容、審理の経過、認容額等に照らすと、本件と相当因果関係のある弁護士費用は、控訴人各自につき160万円とするのが相当である。

(6)　結論

したがって、控訴人らの損害額の合計は、各自1764万7408円となる。

5　以上によれば、控訴人らの被控訴人に対する損害賠償請求は、それぞれ1764万7408円及びこれに対する遅延損害金の支払を求める限度で理由があるから認容し、その余は理由がないから棄却すべきところ、これと異なり控訴人らの請求を全部棄却した原判決は失当であるから、原判決を上記のとおり変更することとして、主文のとおり判決する。

（裁判長裁判官　蓮井俊治　裁判官　橋本修　峯金容子）

別紙

第一　基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たつて、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第三　患者の隔離について

一　基本的な考え方

(一)　患者の隔離（以下「隔離」という。）は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。

(二)　隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであつて、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。

(三)　十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあつてもその要否の判断は医師によつて行われなければならないものとする。

(四)　なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

二　対象となる患者に関する事項

隔離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、隔離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　他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合

イ　自殺企図又は自傷行為が切迫している場合

ウ　他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合

エ　急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

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

三　遵守事項

(一)　隔離を行つている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあつてはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあつてはならないものとする。

「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」（第4の2ウ）には直ちに該当しない。

次に、告示第130号の「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」（第4の2本文）に当たるかについて検討するに、上記2の認定事実によれば、特に注射に対する亡Aの抵抗は激しく、12月13日には看護師5名で押さえ付けて注射した際に看護師に対して頭突きを加え、退室しようとする看護師に殴りかかろうとするなどの暴力行為があり、このことからすると、看護師の安全を確保しつつ亡Aに対する注射その他の必要な医療行為を行う必要があるところ、C医師ほか看護師8名で対応した12月14日の診察の際には亡Aに興奮、抵抗は見られず、大人数で対応すると入院患者が不穏にならず力ずくで制止しないでよいことが経験的にあるというのであれば、一時的に人員を割くことによって必要な医療行為等を実施することができるものといえ、「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」に当たるとみることは困難である。これに対し、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、E医師が「マンパワー足りず注射困難な時は中止とする」との指示をする記載が見られるから、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Aに対して必要な医療行為等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等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。

エ　そうすると、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医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C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であるというべきである。

(2)　本件身体的拘束の継続の違法性について

上記(1)で説示したとおり亡Aに対して本件身体的拘束を開始したことは違法であると認められるところ、上記2で認定した本件身体的拘束を開始した後の診療経過に照らしても、亡Aの生命又は身体に対する危険が及ぶおそれは生じておらず、本件身体的拘束が適法になることはなかったものと認められる。

(3)　上記のとおり本件身体的拘束の開始及び継続は違法であったと認められるところ、亡Aは、本件身体的拘束により急性肺血栓塞栓症を発症して死亡したものと認められる。したがって、その余の争点について判断するまでもなく、被控訴人は控訴人らに対して使用者責任に基づく損害賠償義務を負うものというべきである。

(4)　なお、当審における控訴人らの追加主張については、従前の請求と選択的併合の関係に立つものであるから、従前の請求に一部理由があると判断された以上、判断を要しないものであるが、一応の判断を示すと、本件全証拠によるも、被控訴人病院の職員が亡Aに暴行を加えた結果亡Aが死亡したと認めるに足りないし、また、そもそも被控訴人病院の医師が亡Aについて水中毒と診断した事実は認められない上、過飲水の状態にある亡Aに対して飲水制限を実施したことに誤りがあると認めることはできないし、また、亡Aに処方された投薬量が過剰であったということもできない。したがって、当審における控訴人らの追加主張はいずれも採用することができない。

4　争点(4)（控訴人らの損害の有無及び額）について

(1)　亡Aの死亡逸失利益

ア　控訴人らは、亡Aは、労働意欲があり、大工として父の仕事を手伝っており、死亡しなければ就労していたことは明らかであるとして、特段の事情がない限り、賃金センサスの平均賃金によるべきである旨主張する。

証拠≪略≫及び弁論の全趣旨によれば、亡Aは、高校卒業後、両親である控訴人らの大工仕事を手伝っていたこと、亡Aは、多弁、不安、独語、空笑等により平成11年9月30日から翌年1月15日まで被控訴人病院に入院し、その後も平成16年6月7日から同年8月23日まで、平成24年6月16日から同年9月15日までの2度被控訴人病院に入院し、上記の各退院後は家業の大工仕事を手伝っていたが、給料の支払は受けておらず、小遣いをもらっていたにすぎなかったこと、控訴人X_1は足を痛めて平成28年頃から大工仕事ができなくなったこと、亡Aは平成25年に国民年金障害基礎年金の支給決定を受けたこと、亡Aは、死亡当時40歳であり、年額78万0100円の国民年金の支給を受けていたこと、以上の事実が認め

に告知された。」を加え、5行目の「《証拠略》」から6行目の「《証拠略》」までを〈同16行目の「妄想が続いた。」の後〉「C医師は、診療録の「行動制限」欄に、「隔離」に加えて「身体拘束」にも印を付し、「理由」として「他害・迷惑行為」、「多動・不穏」、「身体管理」に印を付し、手書きで「過飲水」に加えて「暴力(＋)不穏」と付記した。」に改める。

(6)　原判決20頁15行目、同22頁9行目、23行目及び25行目の各「開放観察」をいずれも「観察開放」に改める。

(7)　原判決21頁21行目〈同49頁2段9行目〉の「36度代」を「36度台」に改める。

3　争点(1)（被控訴人による亡Aの身体的拘束の開始及び継続の違法性）について

(1)　本件身体的拘束の開始の違法性について

ア　精神科病院に入院中の者に対する身体的拘束については、精神保健福祉法及び告示第130号で必要な基準が定められているところ（前提事実(4)）、その内容は合理的なものであるといえるから、本件身体的拘束の違法性の有無を判断するに当たっては、告示第130号で定める基準の内容をも参考にして判断するのが相当である。

イ　この点、被控訴人は、亡Aにつき、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、本件身体的拘束は違法ではない旨を主張する。

前提事実(2)イ及び上記2の認定事実によれば、亡Aは、本件入院後も過飲水が見られたほか、看護師の両腕をつかんで「逮捕、逮捕や」と強い口調で話し、その他にも意味不明な言動による多動や不穏な様子が続いたため、12月9日には保護室に入室させて本件隔離が開始されたこと、亡Aの筋肉注射に対する拒絶が強いことから抗精神病薬の内服が処方されたこと、同月10日、11日は落ち着いた様子であったが、同月12日午前10時頃のE医師の診察の際には、E医師を見るなり興奮して怒り出し、本件隔離に対する不満等をまとまりなく訴え、興奮して「殴らせろ」と述べたこと、観察開放の指示を受けて保護室から出室した後の同日午前11時30分頃には、E医師の指示を伝えた看護師の手をねじり、頭突きで押す暴行を加え、その後もまとまりのない言動が続いたこと、同日午後1時20分頃には、警察署に電話をかけて自分は警察官と名乗り、看護師に目突きをしようとしたこと、本件隔離を継続する必要があると判断されて保護室に入室させられる際には看護師を保護室内に引きずり込もうとしたこと、保護室入室後も興奮状態が続いたため、E医師は抗精神病薬の筋肉注射を指示し、男性看護師4名と女性看護師1名が興奮する亡Aの身体を押さえ付けて注射したこと、翌13日午前10時の検温の際には暴力は見られず、同日午後5時の内服薬の摂取には応じたが、注射については強く拒絶し、男性看護師5名で亡Aに向精神薬を注射しようとした際には強く抵抗し、看護師に対し頭突きをしたり、保護室を退室する看護師に殴りかかろうとしたりしたこと、C医師は、注射の効果を見たいと考えて、その時点では身体的拘束をするとの判断をしなかったこと、亡Aはそのまま夕食をとることなく眠っていたが、翌14日の午前3時30分には起き出して室内を徘徊するなどした後、午前7時30分頃には亡Aは薬を拒否なく服用したが意味不明な発言は続き、午前10時頃、看護師が保護室の小窓から声をかけると、「ケイヤク違反や」と繰り返し話すなどし、お茶の交換の声かけにも返答はなく表情は硬かったが、手指消毒やお茶のコップ交換には応じ、午前の検温も実施され、正午頃には昼食を全て食べ、保護室の小窓から食器の返却にも応じたが、「仕事のじゃまをするな」などと一方的に話をしていたこと、午後1時45分頃にC医師が看護師8名とともに保護室に入室して診察した際には、興奮や抵抗がなかったが、C医師は、前日の注射に関して亡Aの看護師に対する暴力行為などの拒否がかなり激しく、精神運動興奮が強い状態であることを重視し、また、亡Aは大柄で力も強い男性であるために対応する看護師の人数も必要であるとの事情をも考慮して、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）に該当すると判断して本件身体的拘束の開始を判断し、診療録の「行動の制限」の理由欄には、本件隔離の理由に加えて、「他害・迷惑行為」に印を付したことなどの事実が認められる。

ウ　しかしながら、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Aには診察に対し興奮、抵抗はなかったこと、本件の診療経過を見ても、同日朝からの亡A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）、一方的に話すなどしたり（正午頃）する一方で、薬は拒否なく服用し（午前7時30分頃）、昼食を全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A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難い。

また、亡Aに対する身体的拘束をしないと判断した場合、亡Aの暴力に対して必要な医療行為や看護行為を施すことができなくなり、全身状態を管理することができないまま状態が悪化して亡Aの生命に危険が及ぶ可能性があることは否定できないが、本件隔離後には亡Aの飲水は制限内に治まっており、亡Aの生命及び身体に対する危険が及ぶおそれがあるような事態が発生した様子は見られない以上、本件身体的拘束を開始した時点では、告示第130号の

理な点が認められないときには、医師に注意義務違反があったとは認められないと考えるのが相当である。」

(6) 原判決14頁6行目から7行目にかけて〈同347頁1段1行目〉の「開放観察」を「観察開放」に改める。

3 当審における控訴人らの追加主張

(1) 亡Aは被控訴人の職員の暴行により死亡したこと

被控訴人病院の職員らは、本件入院中の亡Aに対し、意図的に首絞めなどの何らかの激しい暴行を加えた。このことは、亡Aの遺体の頸部辺りに不審な青あざがあり、司法解剖が実施されたのに、控訴人らはその結果を知らされていないことからも明らかである。上記暴行の事実を隠ぺいするために、司法解剖の診断書などを開示しないものと推察される。

被控訴人病院の職員らの暴行により亡Aは負傷し、これが原因で亡Aは死亡した。

(2) 注意義務違反の追加主張

被控訴人病院は、尿崩症などの鑑別もせずに水中毒などと判断して安易に水分制限した。また、被控訴人病院による抗精神病薬処方は、CP換算値（薬の効き目の強さ（力価）をクロルプロマジンの効力に換算したもので、抗精神病薬の処方量の適正を見る指標）で1000mgを超す大量処方であった。これによりEPS（錐体外路症候群）などの副作用や過鎮静、過飲水が出現しやすくなった状態で本件身体的拘束をされて飲水制限されたため、当然に血栓が生じやすくなった結果、肺血栓塞栓症を発症したものである。

4 当審における控訴人らの追加主張に対する被控訴人の反論

(1) 被控訴人の職員は亡Aに暴行を加えていないこと

被控訴人病院の医療従事者らが、亡Aに対し首を絞めるなどの暴行を加えた事実は否認する。全く根拠のない主張であり、被控訴人病院及びその医療従事者を誹謗中傷するものである。

亡Aの死因は下肢深部静脈血栓による肺動脈血栓塞栓症である。

(2) 追加主張に係る注意義務違反がないこと

被控訴人病院では、亡Aについて水中毒とは診断していない。過剰飲水による水中毒の恐れがあると考えられたので、飲水制限の指示をした。本件身体的拘束中には部屋の前にお茶のペットボトルを置くなどして適切な飲水管理を行った。なお、亡Aには尿崩症をうかがわせるような徴候は認められていない。

また、CP換算値は、薬の量が適正かについて飽くまでもおおよその目安を知るためのものであり、被控訴人病院においては、注意観察しながら増量している。亡Aには抗精神病薬による錐体外路症状等の副作用は見られていなかった。患者の症状再発での精神運動興奮が著しい状況で、一時的に1000mg（CP換算値）を超える用量が必要な時はしばしばある。精神科の重症患者を治療した経験のある臨床医であれば、皆が経験していることである。

第3 当裁判所の判断

〈編注・本誌では証拠の表示は省略ないし割愛します〉

1 当裁判所は、控訴人らの請求は、それぞれ1764万7408円及びこれに対する亡Aの死亡日である平成28年12月20日から支払済みまで年5分の割合による遅延損害金の支払を求める限度で理由があるものと判断する。その理由は、次のとおりである。

2 本件の認定事実は、次のとおり補正するほかは、原判決「事実及び理由」欄の第3の1に記載のとおりであるから、これを引用する。

(1) 原判決17頁21行目の「継続したため」から23行目の「《証拠略》）。」まで〈同48頁1段22～24行目の「ことした。」〉を以下のとおり改め、同行目の「なお、」の前で改行する。

「継続した。精神保健指定医であるC医師は、亡Aには過飲水が続いており、このままでは低ナトリウム血症となり重篤な身体症状を呈する可能性があるので飲水の制限をしなければならず、また、亡Aには看護師に対する暴力も見られたことから、隔離が必要であると判断して、12月9日午後2時30分、観察開放可とした上で、本件隔離を開始した。C医師は、診療録の「行動制限」欄に、「隔離」に印を付し、「理由」として「多動・不穏」、「身体管理」に印を付し、手書きで「過飲水」と付記した。」

(2) 原判決18頁10行目の「開放観察」を「観察開放」に改める。

(3) 原判決19頁6行目〈同248頁3段1行目〉の「男性看護師5名」の次に「（他病棟の者を含む。）」を加え、8行目〈同14行目〉の「頭突きをしたほか」を「頭突きをし、「身体を抑えて注射をするのは駄目やって看護学校で習わんかったんか」と言ったほか」に改める。

(4) 原判決19頁15行目冒頭から22行目末尾まで〈同48頁3段23行目～4段1行目〉を以下のとおり改める。

「エ 亡Aは、同日の夕食をとることなく眠っていたが、翌14日の午前3時30分には起き出して室内を徘徊するなどした後、午前7時30分頃には薬を拒否なく服用したが、「ミサワホームで何軒家建てた人がおるやろ」などと意味不明な発言が続いた。同日午前10時頃、看護師が保護室の小窓から声をかけると、「ケイヤク違反や」と繰り返し話し、お茶の交換の声かけにも返答はなく表情は硬かったが、看護師からの声かけで手指消毒やお茶のコップ交換には応じ、午前の検温と脈拍の測定は実施することができた。同日正午頃には、昼食を配膳すると、「仕事のじゃまするな。ミサワホーム何軒家建てた。」と一方的に話すなどしたが、昼食は全量摂取し、保護室の小窓から食器の返却にも応じた。」

(5) 原判決20頁4行目冒頭〈同48頁4段13行目の「本件身体的拘束」の前〉に「なお、身体拘束の方法で行動の制限をする旨が記載された「お知らせ」書面を静養室のドアに貼る方法により亡A

【事実及び理由】　第1　控訴の趣旨

1　原判決を取り消す。

2　被控訴人は、控訴人X_1に対し、4315万9633円及びこれに対する平成28年12月20日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

3　被控訴人は、控訴人X_2に対し、4315万9633円及びこれに対する平成28年12月20日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第2　事案の概要（以下、略称は原判決の例による。）

1　本件は、被控訴人が運営するB病院（被控訴人病院）で医療保護入院中に身体的拘束を受けた亡Aが死亡したことについて、亡Aの相続人である控訴人らが、被控訴人に対し、被控訴人病院に勤務する医師らが、違法に身体的拘束を開始・継続し、また、身体的拘束による肺動脈血栓塞栓症の発症を回避するための注意義務に違反した過失により亡Aが死亡したとして、使用者責任に基づく損害賠償として、それぞれ4315万9633円及びこれに対する亡Aの死亡日である平成28年12月20日から支払済みまで平成29年法律第44号による改正前の民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めた事案である。

原審は、身体的拘束の開始及び継続に違法はないが、亡Aに弾性ストッキングを装着させなかった過失があるとした上で、弾性ストッキングを装着させたとしても死亡の結果を確実に回避することができたとはいえないとして、控訴人らの請求をいずれも棄却したところ、これを不服とする控訴人らが控訴した。なお、控訴人らは、当審において、亡Aの死亡について暴行行為及び原審とは異なる注意義務違反を理由とする損害賠償請求を追加した（選択的併合）。

2　本件の前提事実、争点及び争点に関する当事者の主張は、次のとおり補正し、下記3及び4のとおり、当審における当事者の追加主張を付加するほかは、原判決「事実及び理由」欄の第2の2ないし4に記載のとおりであるから、これを引用する。

（原判決の補正）

(1)　原判決7頁10行目の「と定めている」から同8頁23行目末尾まで〈編注・本誌245号44頁4段29行目～45頁2段22行目〉を以下のとおり改める。

「と定め、同条3項は、上記の行動の制限のうち、厚生労働大臣が定める行動の制限は、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と定めている。上記の厚生労働大臣が定める行動の制限として、「患者の隔離（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一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いい、12時間を超えるものに限る。）」と「身体的拘束（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をいう。）」を定めている（昭和63年厚生省告示第129号。以下「告示第129号」という。）。

イ　精神保健福祉法37条1項は、「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。」と定めており、これに基づき、厚生労働大臣が基準を定めている（昭和63年厚生省告示第130号。以下「告示第130号」という。）。告示第130号が定める「基本理念」並びに「患者の隔離」及び「身体的拘束」についての基準は、別紙のとおりである。」

(2)　原判決10頁6行目〈同145頁4段1行目〉の次行に以下を加える。

「(ウ)　精神科病院の管理者は、行動制限を行った場合には、当該患者に対してはもとより、その家族等の関係者に対しても、行動制限の内容、目的、理由等をできる限り詳細に告知し、説明するなどの方策を講ずることにより、行動制限の十分な理解を得るよう努める必要がある。

ところが、被控訴人病院が行動制限の内容、目的、理由等を亡A本人に説明した形跡はないし、控訴人らに対しては本件身体的拘束の説明すらしていない。」

(3)　原判決10頁22行目〈同146頁1段4行目〉の次行に以下を加える。

「ウ　医師の裁量について

医師に裁量があるとしても、精神科医療の場面においては、障害者権利条約及び精神保健福祉法の趣旨に基づいて判断すべきである。

障害者権利条約14条では、障害者に「身体の自由及び安全」の権利を保障しており、精神障害者が、仮に、多動又は不穏な状態であったとしても、みだりに身体拘束されない権利は、障害者権利条約14条でも基礎付けられた基本的人権である。精神保健福祉法の適用・運用の場面において、医師の裁量権は、障害者権利条約14条の趣旨のもとに、精神保健福祉法を解釈して行使されなければならない。身体的拘束の必要性の内実を「不穏の再発のおそれ」と拡大解釈してこれを過度に重視する運用がなされれば、それはすなわち保安処分的運用に他ならず、許されない。また、医療の現場スタッフが迷惑をするという理由で、精神障害者に対して身体拘束を強いることはあってはならない。」

(4)　原判決11頁23行目〈同146頁2段1行目〉の「C医師」の前に「精神保健指定医である」を加え、同12頁1行目〈同20行目〉の次行に以下を加える。

「また、12月14日のように看護師8名での対応と同様の対応を常に継続することは、看護職員の人員的に極めて困難である。なお、被控訴人病院の関係者は、亡A及び家族に本件身体的拘束について説明している。本件身体的拘束は法令に基づいて行われており何ら違法ではない。」

(5)　原判決13頁1行目〈同146頁3段2行目〉の次行に以下を加える。

「ウ　精神科医療において、患者の処遇、身体拘束に関する判断は、専門的な知識と経験を有する医師の裁量的判断に委ねられる範囲が広く、その判断に医学上不合

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ず、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医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。本件事実関係からすると、本件日時の時点で身体的拘束を必要と認めた医師の判断は、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である。

(2)　本件身体的拘束の継続の違法性

本件事実関係からすると、本件身体的拘束を開始した後の診療経過に照らしても、Aの生命又は身体に対する危険が及ぶおそれは生じておらず、本件身体的拘束が適法になることはなかった。

(3)　結　論

本件身体的拘束の開始及び継続は違法であり、Aは、本件身体的拘束により急性肺血栓塞栓症を発症して死亡したものと認められる。したがって、その余の争点について判断するまでもなく、YはXらに対して使用者責任に基づく損害賠償義務を負う。

3　本判決の意義

本判決は、精神科病院に医療保護入院中に患者が急性肺血栓塞栓症で死亡した事故について、当該患者の身体的拘束が精神保健指定医に認められたその必要性の判断の裁量を逸脱して違法であるとして、医療側の過失を肯定したケースであり、事例的意義がある。

入院中の患者に対する身体的拘束の適否（違法性）が争点となった判例には、違法性否定事例である最三判平22・1・26民集64・1・219、本誌2070・54がみられる。これは、救急病院の当直看護師らが抑制具であるミトン（手先の丸まった長い手袋様のもので緊縛用のひもが付いているもの）を用いて入院中の患者の両上肢をベッドに拘束した行為は、次の㋐〜㋒など判示の事情の下では、前記患者が転倒、転落により重大な傷害を負う危険を避けるため緊急やむを得ず行われた行為であって、診療契約上の義務に違反するものではなく、不法行為法上違法ともいえない旨判示したものである。すなわち、㋐前記患者は、前記行為が行われた当日、せん妄の状態で、深夜頻繁にナースコールを繰り返し、車いすで詰所に行ってはオムツの交換を求め、大声を出すなどした上、興奮してベッドに起き上がろうとする行動を繰り返していたものであり、当時80歳という高齢で、4か月前に他病院で転倒して骨折したことがあったほか、10日ほど前にもせん妄の状態で前記と同様の行動を繰り返して転倒したことがあった。㋑看護師らは、約4時間にもわたって、前記患者の求めに応じて汚れていなくてもオムツを交換し、お茶を飲ませるなどして落ち着かせようと努めたが、前記患者の興奮状態は一向に収まらず、また、その勤務態勢からして、深夜、長時間にわたり、看護師が患者に付きっきりで対応することは困難であった。㋒看護師が前記患者の入眠を確認して速やかにミトンを外したため、前記行為による拘束時間は約2時間であった。

本件の事故類型としては、ⓐ精神科病院に医療保護入院していた患者に身体的拘束をしていた際の医療事故であり、ⓑ身体的拘束をすることは医師の裁量に属するが、これを逸脱して拘束を継続した結果、患者に急性肺血栓塞栓症を生じさせたものである点に特色がある。さらに、ⓒ原審判決では、拘束の必要性を認めて請求を棄却したものを、控訴審において拘束の違法性を肯定して請求を認容した事例としても注目すべきであろう。実務上参考になる裁判例として紹介する次第である。

（仮名）

《参照条文》　民法709条・715条、精神福祉法36条・37条

《当事者》　控訴人　X_1　X_2

上記2名訴訟代理人弁護士　佐々木　信　夫　坂　本　千　花

被控訴人　社会福祉法人Y

同代表者理事長　P

同訴訟代理人弁護士　吉　田　繁　實

【主文】　1　原判決を次のとおり変更する。

(1)　被控訴人は、控訴人X_1に対し、1764万7408円及びこれに対する平成28年12月20日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

(2)　被控訴人は、控訴人X_2に対し、1764万7408円及びこれに対する平成28年12月20日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

(3)　控訴人らのその余の請求をいずれも棄却する。

2　訴訟費用は、第1、2審を通じてこれを5分し、その2を控訴人らの負担とし、その余を被控訴人の負担とする。

3　この判決は、1項(1)及び(2)に限り、仮に執行することができる。

○精神科病院に医療保護入院中に患者が急性肺血栓塞栓症で死亡した事故について、当該患者の身体的拘束が精神保健指定医に認められたその必要性の判断の裁量を逸脱して違法であるとして、医療側の過失を肯定した事例

（損害賠償等請求控訴事件、名古屋高裁金沢支部令2(ネ)39号、令2・12・16第1部判決、変更・請求一部認容（上告受理申立て）
1審金沢地裁平30(ワ)409号、令2・1・31判決）

1　事案の概要と経過

本件は、Y（社会福祉法人）が運営するB病院で医療保護入院中に肺動脈血栓塞栓症で死亡したAの両親であるXらが、Yに対し、B病院の医師らがAに対し、①法令上の要件を充たさない違法な身体的拘束を開始・継続し、②身体的拘束による肺動脈血栓塞栓症の発症を回避するための注意義務（Dダイマー検査、バイタルチェックの徹底、水分量及び体重のチェック、心電図測定、早期離床及び積極的運動の心がけ、弾性ストッキングの装着、間欠的空気圧迫法の実施、拘束解除の際の監視等）に違反した過失によりAが死亡した旨主張して、不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償請求をした事案である。

原審（金沢地判令2・1・31本誌2455・41）は、身体的拘束の開始及び継続に違法はないが、Aに弾性ストッキングを装着させなかった過失があるとした上で、弾性ストッキングを装着させたとしても死亡の結果を確実に回避することができたとはいえないとして、Xらの請求をいずれも棄却した。

これに対し、Xらが控訴したのが本件である。なお、Xらは、控訴審において、Aの死亡について暴行行為及び原審とは異なる注意義務違反（安易な水分制限、抗精神病薬の大量処方による副作用等）を理由とする損害賠償請求を追加した（選択的併合）。

争点は、Aに対する身体的拘束の開始・継続の違法性の有無、損害の有無、損害額であった。

2　本判決の概要

本判決は、要旨次のとおり判示して、医師らの過失を認め、原判決を変更してXらの請求を一部認容した（Xらの追加主張に係る請求は選択的併合であるから、従前の請求に一部理由があると判断されたので本来判断は不要であるが、これは認められない旨付言した）。

(1)　本件身体的拘束の開始の違法性