

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

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

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

* 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

精神科病院における身体的拘束

国立国会図書館 調査及び立法考査局
主任調査員 社会労働調査室 鈴木 智之

目 次

はじめに

I 身体的拘束の現状

- 1 身体的拘束の定義及び基準
- 2 身体的拘束の実施状況
- 3 身体的拘束の問題点
- 4 身体的拘束による患者の死亡事例

II 身体的拘束が広く実施されている背景

- 1 認知症等の増加
- 2 精神科病院の人手不足
- 3 身体的拘束を前提とした教育、治療
- 4 医療従事者の不安
- 5 精神医療審査会の限界

III 障害者権利条約と日本の身体的拘束

- 1 障害者権利条約の概要
- 2 「日本の第1回政府報告に関する総括所見」の概要

IV 身体的拘束に係る政策動向

- 1 「行動制限最小化委員会」の設立と活動
- 2 厚生労働省の検討会における検討
- 3 告示130号基準の改正をめぐる議論
- 4 告示130号基準の改正案に対する批判

V 諸外国の精神科病院における身体的拘束

- 1 ドイツ
- 2 イギリス
- 3 イタリア

おわりに

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

要 旨

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

はじめに

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

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

I 身体的拘束の現状

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

1 身体的拘束の定義及び基準

(1) 身体的拘束の定義

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

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

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

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

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

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

(2) 身体的拘束に係る基準

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

①基本的な考え方

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

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

②対象となる患者

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

「身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
- イ 多動又は不穏が顕著である場合
- ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合」

③遵守事項

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

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

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

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

2 身体的拘束の実施状況

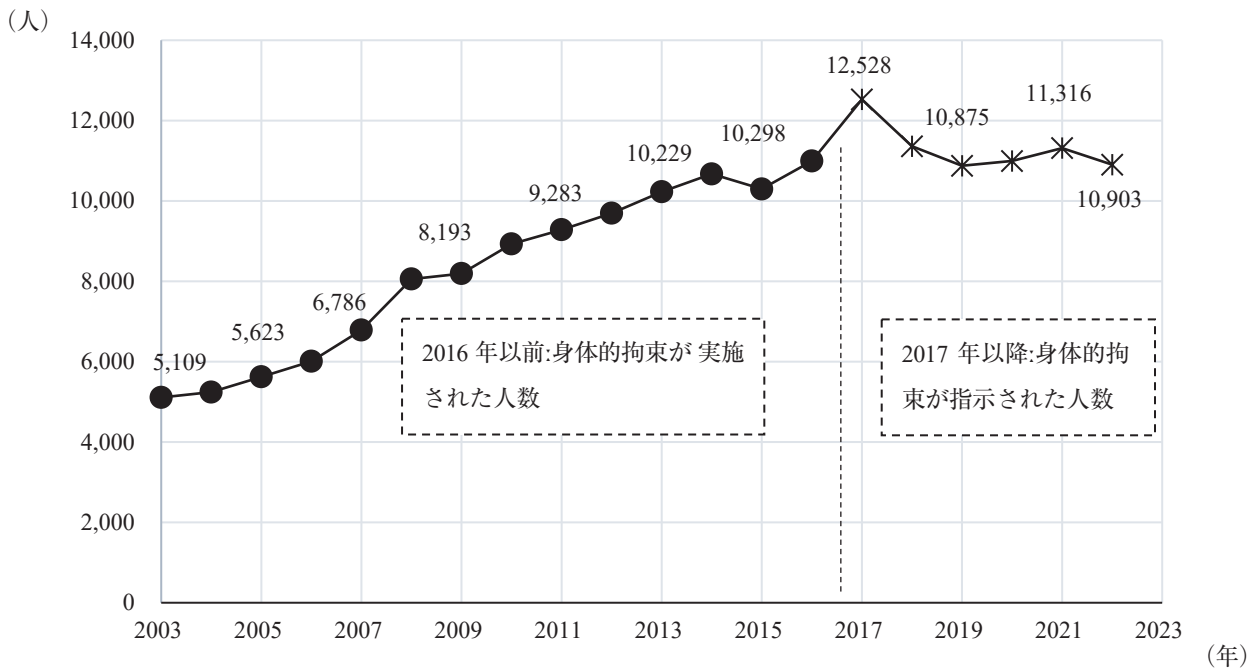
上述したとおり、告示 130 号基準において、身体的拘束はあくまで「やむを得ない処置」であり、「できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない」と定められている。しかし、現状においては、身体的拘束を受ける患者は増加してきており、その人数は諸外国と比較して多い。本項では、統計及び研究によって把握されている身体的拘束の状況について述べる。

(1) 身体的拘束の実施数の増加

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

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

図 日本の精神科病院において身体的拘束が実施（指示）された人数



(注) 人数は各年の 6 月 30 日時点の値である。

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

(2) 患者に対する拘束期間

では、身体的拘束はどの程度の期間にわたって実施されるのであろうか。

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

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

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

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

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

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

（3）身体的拘束の実施数の国際比較

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

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

表2 身体的拘束を受けた人数（1日当たり、人口100万人当たり）

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

（注）2017年における数値を比較したものである。

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

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

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

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

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

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

表3 身体的拘束を受けた人数（1年当たり、人口10万人当たり）

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

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

3 身体的拘束の問題点

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

(1) 人権上の問題

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

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

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

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

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

(13) 東 前掲注(10), p.949.

(2) 身体的弊害

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

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

(3) 精神的弊害

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

(4) 社会的弊害

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

4 身体的拘束による患者の死亡事例

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

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

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

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

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

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

(19) 同上

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

該当する死亡者が47人に上ったと報じられている⁽²¹⁾。

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

表4 身体的拘束中又は拘束後に患者が死亡した近年の事例

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

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

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

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

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

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

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

II 身体的拘束が広く実施されている背景

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

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

1 認知症等の増加

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

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

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

²⁴ 日本精神科病院協会「声明 令和 3 年（受）第 526 号上告受理申立て事件に対する最高裁第 3 小法廷の不受理決定について」2021.11.22. <https://www.nisseikyoo.or.jp/about/teigen/images/20211122_seimei.pdf>

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

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

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

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

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

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

2 精神科病院の人手不足

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

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

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

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

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

30) 山之内 前掲注(6)

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

32) 東 前掲注(10), pp.947-948.

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

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

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

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

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

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

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

40) 藤野 前掲注(37), p.207.

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

3 身体的拘束を前提とした教育、治療

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

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

4 医療従事者の不安

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

(1) 患者の安全性に対する不安

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

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

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

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

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

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

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

(46) 東 前掲注(10), p.948.

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

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

(49) 長谷川 前掲注(26), pp.68, 74.

必要だと（強く）思う」と回答している⁽⁵⁰⁾。

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

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

(2) 患者の暴力等に対する不安

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

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

5 精神医療審査会の限界

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

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

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

(50) 長田ほか 前掲注(48)

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

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

(53) 長谷川 前掲注(26), pp.74-79.

(54) 野田ほか 前掲注(44), p.860.

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

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

(57) 同上, p.51.

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

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

Ⅲ 障害者権利条約と日本の身体的拘束

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

1 障害者権利条約の概要

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

身体的拘束に関しては、第15条において次のように定められている⁽⁶⁵⁾。

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

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

⁽⁵⁹⁾ 篠原 前掲注⁽⁵⁶⁾, pp.50-51.

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

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

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

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

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

⁽⁶⁵⁾ 同上

立法上、行政上、司法上その他の措置をとる。

2 「日本の第1回政府報告に関する総括所見」の概要

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

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

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

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

(注) 患者を鎮静化するために向精神薬等を投薬すること。

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

IV 身体的拘束に係る政策動向

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

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

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

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

1 「行動制限最小化委員会」の設立と活動

(1) 診療報酬における行動制限最小化委員会の設置の義務付け

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

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

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

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

(2) 行動制限最小化委員会の実態把握と業務マニュアルの作成

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

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

(69) 浅井邦彦編『精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—』（平成 11 年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業））2000. 厚生労働科学研究成果データベース <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/3219>>

(70) 浅井邦彦編『精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—第 2 報』（平成 12 年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業））2001. 厚生労働科学研究成果データベース <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/4181>>

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

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

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

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

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

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

2 厚生労働省の検討会における検討

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

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

(1) 告示130号基準の改正

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

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

⁽⁷⁵⁾ 同上, p.91.

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

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

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

⁽⁷⁹⁾ 前掲注(3)を参照。

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

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

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

(2) 人員配置の充実について

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

3 告示 130 号基準の改正をめぐる議論

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

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

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

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

⁸² 同上, p.36.

⁸³ 同上, pp.38-39.

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

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

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

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

3 要件を満たす場合に限り対象となる旨を明示する。

③「多動又は不穏が顕著である場合」の記載は更に明確化し、「多動又は不穏が顕著である場合であって、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれや重大な身体損傷のおそれがある場合」とする。また、患者が身体的合併症のために「そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれや重大な身体損傷のおそれがある場合」についても、上記に準じて判断する旨を明示する。

4 告示 130 号基準の改正案に対する批判

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

(1) 検討会の報告書に対する批判

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

(2) 野村総研の報告書に対する批判

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

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

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

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

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

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

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

てよいとの誤解を招いてきた」とし、同要件そのものの削除を求めた⁽⁹²⁾。

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

V 諸外国の精神科病院における身体的拘束

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

1 ドイツ

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

(1) 身体的拘束の法律上の規定

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

表 6 ドイツにおける身体的拘束に係る法律上の規定

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

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

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

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

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

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

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

(2) 身体的拘束に係る連邦憲法裁判所の判決

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

(i) 憲法異議の申立て

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

(ii) 判決の概要

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

(3) 判決を受けた法改正

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

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

⁽⁹⁶⁾ *ibid.*, p.105.

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

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

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

⁽¹⁰⁰⁾ 同上, p.286.

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

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

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

保されるものとされた⁽¹⁰⁴⁾。

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

(4) 法改正による効果

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

2 イギリス

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

(1) 1983年精神保健法の行動指針における規定

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

⁽¹⁰⁴⁾ 柑本 前掲注(98), p.110.

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

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

⁽¹⁰⁷⁾ 渡邊 前掲注(103); 神野 前掲注(99), p.284.

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

⁽¹⁰⁹⁾ *ibid.*

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

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

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

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

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

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

(2) 力の行使法の立法の契機

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

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

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

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

(3) 力の行使法の概要

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

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

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

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

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

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

(4) 立法の効果及び反応

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

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

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

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

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

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

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

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

3 イタリア

(1) 精神医療改革と機械的拘束

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

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

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

(2) 法律上の規定及び判例

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

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

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

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

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

⁽¹²³⁾ 同上

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

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

⁽¹²⁶⁾ 谷本 前掲注⁽¹²²⁾, p.93.

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

⁽¹²⁸⁾ 同上, p.95.

⁽¹²⁹⁾ 同上, p.94.

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

当化される要件を示している。

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

(3) 機械的拘束の実施状況

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

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

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

(注) エミリア＝ロマーニャ州については2021年の件数である。

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

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

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

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

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

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

(135) *ibid.*, p.7.

(4) 機械的拘束の削減に向けた勧告及び取組

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁽¹³⁹⁾ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Medical restraints: bioethical issues*, 23 April 2015, p.12. <https://bioetica.governo.it/media/3534/p120_2015_medical-restraint_en.pdf>

⁽¹⁴⁰⁾ *ibid.*, pp.22-23.

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

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

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

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

は報じられていない。

おわりに

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

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

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

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

(すずき ともゆき)

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