10年間で2倍! 精神科病院で増え続けている隔離・身体拘束について考える

これでいいのか 精神医療!! 10.25院内集会

主催：病棟転換型居住系施設について考える会

精神科 患者拘束1万人

10年で2倍「安易に行う例」指摘も

精神科で身体拘束を受ける患者の数が、2013年の調査日に1万人を超え、10年間で2倍に増えたことが厚生労働省の調査で分かった。閉鎖した個室に隔離される患者も1万人に迫り、[illegible]

調査[illegible]は「症状が激しい急性期[illegible]者やアルツハイマー型認知症患者の入院[illegible]の病院[illegible]ている[illegible]身体拘束病床数[illegible]の増加[illegible]は分患者[illegible]」とする。今年[illegible]保健学部の長谷川[illegible]た。

患者の手足や腰などを専用の道具でベッドにくくり付ける身体拘束や、保護室と呼ばれる閉鎖個室に入れる隔離は、本人や他人を傷つける行為を防ぐため、精神保健指定医の資格を持つ医師の判断で行う。12時間以内の隔離は指定医資格を持たない医師でも行える。

身体拘束を受ける患者は、この調査項目が追加された03年は5109人だった。以後増え続け、13年は1万229人となった。隔離患者もこの間7741人から98883人に増えた。

一方、入院患者数は減る傾向にある。03年は1662施設に約32万9000人だったが、13年は1616施設に約29万7000人となった。

身体拘束は介護保険制度では原則禁止されているが、病院では転倒防止などの目的で安易に行う例が目立つ。拘束される人の苦痛は甚だしく、国や自治体は増加の原因を早急に調査するべきだ」と指摘している。

縛るな!!

日時 2016年10月25日(火)正午～午後3時

会場 衆議院第一議員会館・大会議室

プログラム　&　もくじ

基調報告 …… （3）

長谷川利夫（杏林大学教授）

リレートーク＆ディスカッション …… （16）

ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　増田一世（公益社団法人やどかりの里常務理事）

佐々木信夫（弁護士、日弁連高齢者・障害者権利支援センター委員）

関口明彦（全国「精神病」者集団）

戸田和博（精神障害当事者）

有我譲慶（認定 NPO 大阪精神医療人権センター・看護師）

長谷川利夫（杏林大学教授）

集会アピール採択 …… （巻末）

《資料》

・病棟転換型居住系施設について考える会　要請書（2016 年 6 月 26 日） …… （18）
「障害者虐待防止法の改正を行い病院・学校・官公署を通報義務の対象にしてください」

・21 世紀に入っての精神病院での身体的虐待事件 …… （20）

・「尊厳を再優先に」同意のない強制的精神科治療の廃絶に向けたアピール …… （21）

・拷問等禁止条約政府報告書提出に先立っての質問項目 …… （23）

・認定ＮＰＯ大阪精神医療人権センター　申入書（2016 年 10 月 4 日） …… （25）
～「中間とりまめ」に対する意見と要望 ～

・『週刊金曜日』2013 年 10 月 4 日（962 号） …… （27）
「精神科医療の現場でいま起きていること」

基調報告

長谷川利夫（杏林大学教授）

これでいいのか精神医療！！

精神科病院で増え続けている
隔離・身体拘束について考える

2016年10月25日

於：　衆議院第一議員会館

杏林大学

長谷川　利夫

塩崎厚生労働大臣の答弁

「急性期の入院患者が増えていることなどが関係しているものではないかというふうに考えております」

「都道府県が行う精神科病院の指導監査などを通じて、引き続き、患者に適切な医療が提供されるように全力を尽くしていかなければならない」

精神保健福祉法第36条

- 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
- 隔離その他の行動制限は、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

精神科 患者拘束1万人

10年で2倍 「安易に行う例」指摘も

精神科で身体拘束を受ける患者の数が、2013年の調査日に1万人を超え、10年間で2倍に増えたことが厚生労働省の調査で分かった。閉鎖した個室に隔離される患者も1万人に迫り、増加を続けている。

調査は、精神保健福祉資料作成のため、毎年実施している。精神科がある全国の病院から6月30日時点の病床数や従業者数、在院患者数などの報告を集計、今年は13年分がまとまった。

患者の手足や腰などを専用の道具でベッドにくくりつける身体拘束や、保護室と呼ばれる閉鎖個室に入れつける行為を防ぐため、精神保健指定医の資格を持つ医師の判断で行う。12時間以内の隔離は指定医資格を持たない医師でも行える。

身体拘束を受ける患者は、この調査項目が追加された05年は3109人だった。以後増え続け、13年は1万229人となった。隔離患者もこの間7741人から9883人に増えた。

一方、入院患者数は減傾向にある。03年は166万2施設に約32万9000人が厚生労働省の調査で分かった。閉鎖した個室に隔離される患者も1万人に迫り、増加を続けている。

調査は、精神保健福祉資料作成のため、毎年実施している。精神科がある全国の病院から6月30日時点の病床数や従業者数、在院患者数などの報告を集計、今年は13年分がまとまった。

患者の手足や腰などを専用の道具でベッドにくくりつける身体拘束や、保護室と呼ばれる閉鎖個室に入れつける行為を防ぐため、精神保健指定医の資格を持つ医師の判断で行う。12時間以内の隔離は指定医資格を持たない医師でも行える。

身体拘束を受ける患者は、この調査項目が追加された05年は3109人だった。以後増え続け、13年は1万229人となった。隔離患者もこの間7741人から9883人に増えた。

一方、入院患者数は減傾向にある。03年は166万2施設に約32万9000人が厚生労働省の調査で分かった。閉鎖した個室に隔離される患者も1万人に迫り、増加を続けている。

調査は、精神保健福祉資料作成のため、毎年実施している。精神科がある全国の病院から6月30日時点の病床数や従業者数、在院患者数などの報告を集計、今年は13年分がまとまった。

患者の手足や腰などを専用の道具でベッドにくくりつける身体拘束や、保護室と呼ばれる閉鎖個室に入れつける行為を防ぐため、精神保健指定医の資格を持つ医師の判断で行う。12時間以内の隔離は指定医資格を持たない医師でも行える。

身体拘束を受ける患者は、この調査項目が追加された05年は3109人だった。以後増え続け、13年は1万229人となった。隔

同省は「症状が激しい急性期の患者やアルツハイマー型認知症患者の入院は近年増えている」とする。

杏林大保健学部の長谷川利夫教授は「認知症患者の身体拘束は介護保険制度では原則禁止されているが、病院では転倒防止などの目的で安易に行う例が目立つ。拘束される人の苦痛は甚だしく、国や自治体は増加の原因を早急に調査するべきだ」と指摘している。

読売新聞（2016年4月8日）

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

その制限は患者の症状に応じて**最も制限の少ない方法**にて行われなければならない。

2015年5月12日
参議院厚生労働委員会

特に日本における精神科病院の身体拘束は、2003年と比べて1．89倍になっています。なぜ、大臣、ここまで増加してきていると考えているでしょうか？

（川田龍平参議院議員の質問）

精神保健福祉法第36条3項の規程に基づき厚生労働大臣が定める行動の基準（昭和63年　厚生省告示第129号）

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

身体拘束・・

- 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

見解の相違

寝たきり予防や食事のために車椅子に移乗させたり、車椅子での移　動の際の車椅子からの転落・ずり落ち防止のためのベルト等を使用することは、身体拘束には当たりません。ただし、恒常的にベルトで固定する場合には身体拘束に当たります

↕

- 点滴中の固定、車椅子へのベルト固定について、「本人によって解除できない固定は、「恒常的でない場合も」身体的拘束というべきである」

隔離および身体拘束の具体例として・・・

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。

平成11年度　厚生科学研究
精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より

身体拘束とは・・

「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」（36条3項基準）

▼

「恒常的にベルトで固定する場合には身体拘束」

身体拘束とは一時的なものであり、そうでなければならない

病院内審査機関の設置

任命された病院外委員は、自らが当該患者を治療、看護、あるいは介護する立場を想定して隔離・身体拘束の妥当性に対する判断をするものとする。

平成11年度　厚生科学研究
精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より

隔離・身体拘束における思想（面）

精神保健福祉法第36条

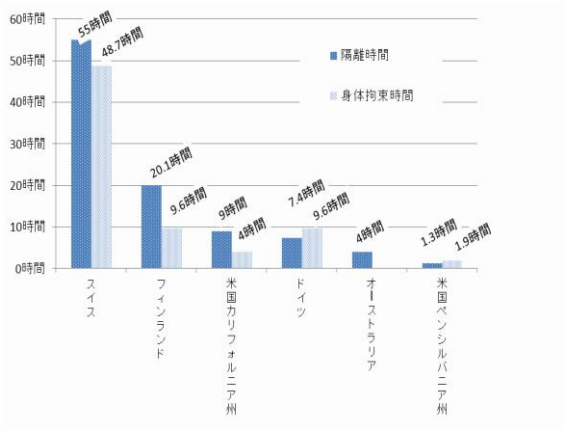
- 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる
- 隔離その他の行動制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない

平成11年度　厚生科学研究

精神科医療における行動制限の最小化に関する研究（主任研究者　浅井邦彦）より

	隔離	身体拘束
患者の今後の経過	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	認められない
患者の現在の行動	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	認められない
検査などの必要性	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に必要な場合	認められない
自殺企図・自傷行為	自殺企図又は自傷行為が切迫している場合	自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
患者の現在の症状	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	多動又は不穏が顕著である場合
生命の危険	認められない	精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命まで危険が及ぶおそれがある場合

「濃厚なケアを支えるための補助手段」のための身体拘束はどこに入るのだろうか？

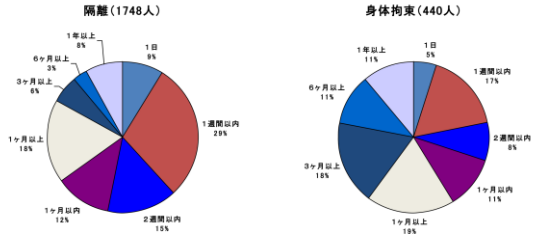


多動

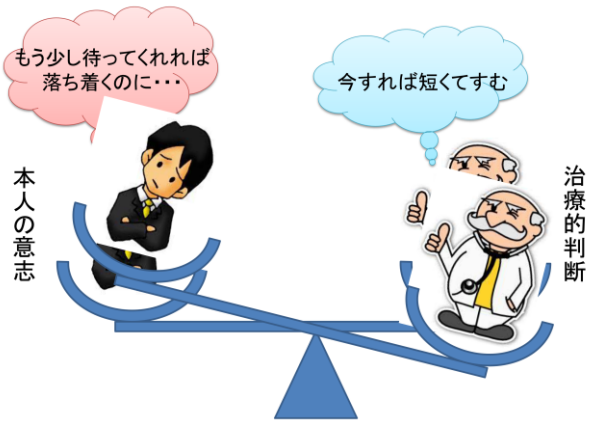
「多動」に対する身体拘束

日本の隔離・身体拘束　施行期間
―1999年大規模調査―

1999年6月30日、精神科病床25万床の回答を得た
（行動制限数は対病床比率4.1%）
隔離・身体拘束の継続期間の割合を示したグラフ（認知症・中断あり群をのぞく）



浅井邦彦：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12年度厚生科学研究費補助金　報告書2001



ある看護教科書より

1. 転倒、転落防止のためのベッドや車椅子への抑制
2. 点滴または栄養カテーテルへ等のルート抜去を防止するための抑制

これらは・・・・

短時間であれば**精神保健福祉法に規制される「身体拘束」にはあたらない**ので**区別**が必要

いわゆる「安全ベルト」の問題

- 安全ベルトに安易に頼ってしまうのでは？
- 歩行能力どんどん低下していく
- 歩行能力を維持、向上するためのリハビリテーションをする契機が失われるのでは？

身体拘束

情報公開

申立人の主張

2003年9月
にいがた温もりの会が
「精神保健福祉資料」について、新潟県情報公開条例に基づき情報開示請求を行う

↓

非開示決定

↓

行政不服審査法第4条に基づいて異議申し立て

↓

1年9か月後に全面開示が決定

医療に関する情報は、非常に高度な公益性があり、住民にとって有用性と緊急性をもつものであることから、当然、情報公開の対象とすべきものである。具体的には、病院に関する情報提供することは、患者と医療従事者との信頼関係の構築、情報の共有化による医療の質の向上、患者の医療選択権の保障という観点からも非常に重要である。特に、精神科医療においては、措置入院・医療保護入院などの非自発的入院が存在し、また行動制限が認められていることから密室医療に陥りがちであり、医療情報の提供等によって、その透明性を高めることは他の診療科における以上に重要である。

新潟県の主張

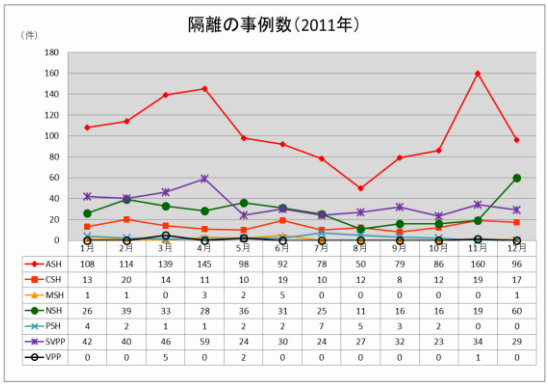
- 「夜間外開放」、「個別開放」、「終日閉鎖」、「モニター」、「閉鎖的環境」は法令等で定義された上で精神保健福祉行政分野で使用されている用語ではなく、本件公文書において独自に使用される概念であり、これらに関する情報は当該精神病院が公表しておらず、また法令上も公表の義務がないものである。
- 「保護室の利用状況」も公表しておらず、法令上も公表の義務はない。

本県がこのような『情報非公開』の体制を改め、情報公開条例を制定し、すべての県民に対し公文書公開請求権を認め、公文書の公開を原則としたということは、公文書公開請求権の重要性にかんがみ、実施機関の主張するような『おそれ』があったとしても公文書公開請求権の保障を優先するという政策的な判断をしたものである。

このような正確さに劣る情報が公開されることは、これにより不正確に病院の運営等に評価がなされることとなり、誤った理解や無用の不安感を与え、当該精神病院がこれまでに獲得してきた社会的信用・信頼を失わせ、結果として利用者が減少したり、地域住民の理解が得られにくくなる**おそれ**がある。

県民は、必ずしも行政内部の事情や専門的事項にすべて精通しているものではない（中略）公開を受けた情報の意味内容を正確に理解できない場合があることは、条例の制定の時点で既に十分予想されたことである。当該情報の公開の機会に、実施機関である担当課が請求者に対し当該情報の意味内容について十分な説明をすることは、行政の説明責任の一環をなすものであり、情報公開の実施に付随し、これと一体となる業務として条例自体が想定していることである。

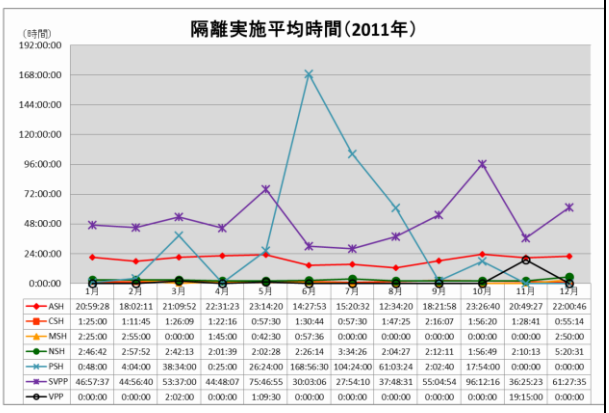
そもそも、病院とは、医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、都道府県知事の認可によって開設されるものであり（同法第7条第1項）、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない（同法第1条の5）。



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ASH	108	114	139	145	98	92	78	50	79	86	160	96
CSH	13	20	14	11	10	19	10	12	8	12	19	17
MSH	1	1	0	3	2	5	0	0	0	0	0	1
NSH	26	39	33	28	36	31	25	11	16	16	19	60
PSH	4	2	1	1	2	2	7	5	3	2	0	0
SVPP	42	40	46	59	24	30	24	27	32	23	34	29
VPP	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0	1	0

すなわち、病院は、株式会社等が営利を追求することを目的とした営利法人であるのとは異なり、**国民の健康の保持に寄与するという公的使命をもつ組織**である。病院が公共的性格を有することは、都道府県知事は、営利を目的として病院を開設しようとする者に対しては、厚生労働省令の定める要件に適合するときでも、開設の許可を与えないことができる（同法第7条第5項）

→ **高い公益性**をもつので情報公開が必要



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ASH	20:59:28	18:02:11	21:09:52	22:31:23	23:14:20	14:27:53	15:20:32	12:34:20	18:21:58	23:26:40	20:49:27	22:00:46
CSH	1:25:00	1:11:45	1:26:09	1:22:16	0:57:30	1:30:44	0:57:30	1:47:25	2:16:07	1:56:20	1:28:41	0:55:14
MSH	2:25:00	2:55:00	0:00:00	1:45:00	0:42:30	0:57:36	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	2:50:00
NSH	2:46:42	2:57:52	2:42:13	2:01:39	2:02:28	2:26:14	3:34:26	2:04:27	2:12:11	1:56:49	2:10:13	5:20:31
PSH	0:48:00	4:04:00	38:34:00	0:25:00	26:24:00	168:56:30	104:24:00	61:03:24	2:02:40	17:54:00	0:00:00	0:00:00
SVPP	46:57:37	44:56:40	53:37:00	44:48:07	75:46:55	30:03:06	27:54:10	37:48:31	55:04:54	96:12:16	36:25:23	61:27:35
VPP	0:00:00	0:00:00	2:02:00	0:00:00	1:09:30	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	19:15:00	0:00:00

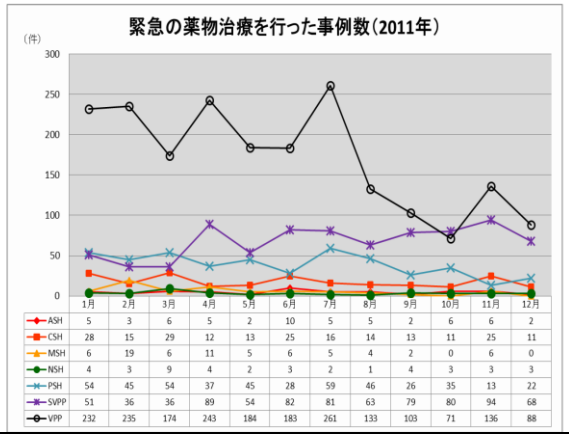
全国の例

大阪：大阪精神医療人権センター

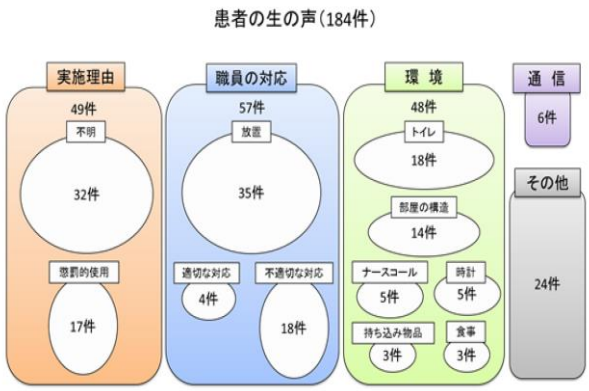
東京：東京精神医療人権センター

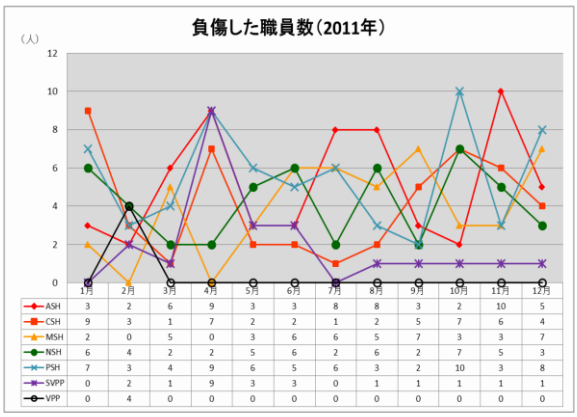
静岡：藤枝友の会

埼玉：埼玉県の精神医療を考える会

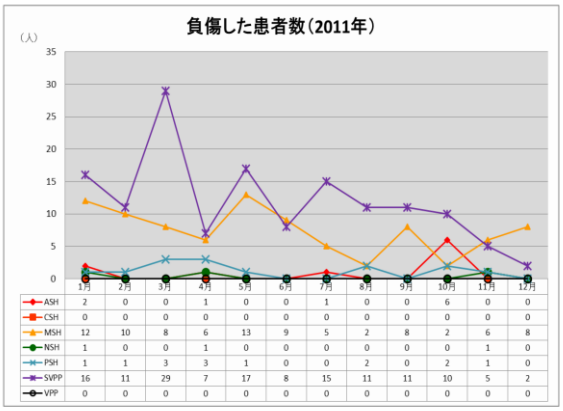


	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ASH	5	3	6	5	2	10	5	5	2	6	6	2
CSH	28	15	29	12	13	25	16	14	13	11	25	11
MSH	6	19	6	11	5	6	5	4	2	0	6	0
NSH	4	3	9	4	2	3	2	1	4	3	3	3
PSH	54	45	54	37	45	28	59	46	26	35	13	22
SVPP	51	36	36	89	54	82	81	63	79	80	94	68
VPP	232	235	174	243	184	183	261	133	103	71	136	88





	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ASH	3	2	6	9	3	3	8	8	3	2	10	5
CSH	9	3	1	7	2	2	1	2	5	7	6	4
MSH	2	0	5	0	3	6	6	5	7	3	3	7
NSH	6	4	2	2	5	6	2	6	2	7	5	3
PSH	7	3	4	9	6	5	6	3	2	10	3	8
SVPP	0	2	1	9	3	3	0	1	1	1	1	1
VPP	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

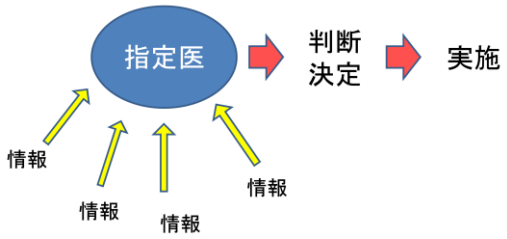


	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ASH	2	0	0	1	0	0	1	0	0	6	0	0
CSH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MSH	12	10	8	6	13	9	5	2	8	2	6	8
NSH	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
PSH	1	1	3	3	1	0	0	2	0	2	1	0
SVPP	16	11	29	7	17	8	15	11	11	10	5	2
VPP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

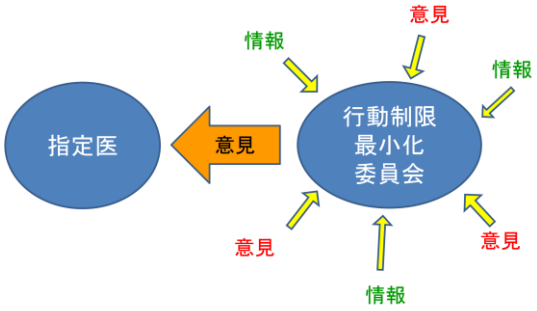
絶対的に必要なのは・・

実施過程の可視化

治療モデル

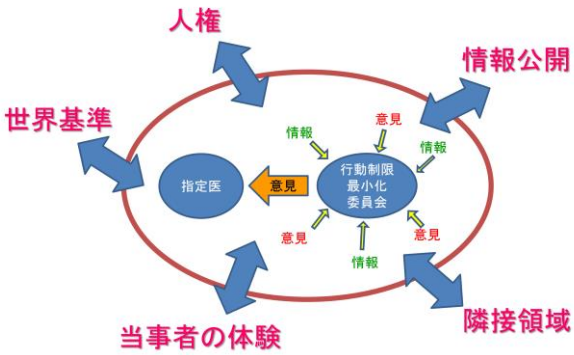


最小化モデル



ご清聴
ありがとうございました

総合的なモデル



日本国憲法（抜粋）

第三章　国民の権利及び義務

第十一条　国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与へられる。

第十二条　この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によつて、これを保持しなければならない。又、国民は、これを濫用してはならないのであつて、常に公共の福祉のためにこれを利用する責任を負ふ。

第十三条　すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第十八条　何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない。又、犯罪に因る処罰の場合を除いては、その意に反する苦役に服させられない。

第十九条　思想及び良心の自由は、これを侵してはならない。

第二十一条　集会、結社及び言論、出版その他一切の表現の自由は、これを保障する。
２　検閲は、これをしてはならない。通信の秘密は、これを侵してはならない。

第二十二条　何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する。

第二十五条　すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
２　国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

第三十一条　何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない。

第三十四条　何人も、理由を直ちに告げられ、且つ、直ちに弁護人に依頼する権利を与へられなければ、抑留又は拘禁されない。又、何人も、正当な理由がなければ拘禁されず、要求があれば、その理由は、直ちに本人及びその弁護人の出席する公開の法廷で示されなければならない。

第三十五条　何人も、その住居、書類及び所持品について、侵入、捜索及び押収を受けることのない権利は、第三十三条の場合を除いては、正当な理由に基いて発せられ、且つ捜索する場所及び押収する物を明示する令状がなければ、侵されない。
２　捜索又は押収は、権限を有する司法官憲が発する各別の令状により、これを行ふ。

第三十六条　公務員による拷問及び残虐な刑罰は、絶対にこれを禁止する。

第十章　最高法規

第九十七条　この憲法が日本国民に保障する基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であつて、これらの権利は、過去幾多の試練に堪へ、現在及び将来の国民に対し、侵すことのできない永久の権利として信託されたものである。

第九十八条　この憲法は、国の最高法規であつて、その条規に反する法律、命令、詔勅及び国務に関するその他の行為の全部又は一部は、その効力を有しない。
２　日本国が締結した条約及び確立された国際法規は、これを誠実に遵守することを必要とする。

障害者の権利に関する条約（抜粋）

第四条　一般的義務

１　締約国は、障害に基づくいかなる差別もなしに、全ての障害者のあらゆる人権及び基本的自由を完全に実現することを確保し、及び促進することを約束する。

第五条　平等及び無差別

１　締約国は、全ての者が、法律の前に又は法律に基づいて平等であり、並びにいかなる差別もなしに法律による平等の保護及び利益を受ける権利を有することを認める。

第十条　生命に対する権利

締約国は、全ての人間が生命に対する固有の権利を有することを再確認するものとし、障害者が他の者との平等を基礎としてその権利を効果的に享有することを確保するための全ての必要な措置をとる。

第十二条　法律の前にひとしく認められる権利

１　締約国は、障害者が全ての場所において法律の前に人として認められる権利を有することを再確認する。

２　締約国は、障害者が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める。

３　締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第四節　精神科病院における処遇等

（処遇）

第三十六条　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。

２　精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

３　第一項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、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。

第三十七条　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。

２　前項の基準が定められたときは、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。

３　厚生労働大臣は、第一項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第２項の規定に基づき厚生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128号

改正　平成６年３月14日 厚生省告示第52号

精神保健法（昭和 25 年法律第 123 号）第 36 条第２項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和 63 年７月１日から適用する。

1　信書の発受の制限（刃物，薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。）

2　都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限

3　都道府県及び地方医務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに忠者の代理人である弁護士及び患者又は保護者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士との面会の制限

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

厚生省告示第129号

（改正を経て現在厚生省告示第536号告示）

1．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の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いい、12 時間を超えるものに限る。）

2．身体的拘束（衣類又は綿入り棒等を使用して、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。）

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（抜粋）

昭和63年4月8日　厚生省告示第130号

（改正を経て現在厚生労働省告示第78号）

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

(1) 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。

(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。

(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。

(4) 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

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(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

(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。

(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つ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。

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

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

第五　任意入院者の開放処遇の制限について

一　基本的な考え方

(1) 任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇(本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。)を受けるものとする。

(2) 任意入院者は開放処遇を受けることを、文書により、当該任意入院者に伝えるものとする。

(3) 任意入院者の開放処遇の制限は、当該任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われるものであって、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。

(4) 任意入院者の開放処遇の制限は、医師の判断によって始められるが、その後おおむね 72 時間以内に、精神保健指定医は、当該任意入院者の診察を行うものとする。また、精神保健指定医は、必要に応じて、積極的に診察を行うよう努めるものとする。

(5) なお、任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させることもあり得るが、この場合には開放処遇の制限に当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得なければならないものとする。

二　対象となる任意入院者に関する事項

開放処遇の制限の対象となる任意入院者は、主として次のような場合に該当すると認められる任意入院者とする。

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悪く影響する場合

イ　自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合

ウ　ア又はイのほか、当該任意入院者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合

三　遵守事項

(1) 任意入院者の開放処遇の制限を行うに当たっては、当該任意入院者に対して開放処遇の制限を行う理由を文書で知らせるよう努めるとともに、開放処遇の制限を行 った旨及びその理由並びに開放処遇の制限を始めた日時を診療録に記載するものとする。

(2) 任意入院者の開放処遇の制限が漫然と行われることがないように、任意入院者の処遇状況及び処遇方針について、病院内における周知に努めるものとする。

国連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）

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」

「精神疾患を有する者の保護および精神保健ケアの改善のための国連原則」
1991年　国連総会で採択。

「国連原則 9　治療」

すべての患者は、最も制限の少ない環境で、最も制約が少なく、もしくは侵襲的でない治療によって、自らの健康的ニーズと他の者の身体的安全を保護する必要性にふさわしく、治療を受ける権利を持つ

「国連原則 11　治療の同意」

患者の身体的拘束または非自発的隔離は、行われないものとする。ただし、公的に是認されている精神保健施設手続きに従い、かつ、それが当該患者の、または他の者への即時的ないしは、切迫した危害を防ぐ上で用い得る唯一の手段である場合は、これを除く。この手段は、当該目的のために、厳密に必要とされる期間を超えて延長されないものとする

OECD「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）
2014年11月5日

「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。」

リレートーク＆ディスカッション

コーディネーター　**増田一世（公益社団法人やどかりの里常務理事）**

佐々木信夫（弁護士、日弁連高齢者・障害者権利支援センター委員）

関口明彦（全国「精神病」者集団）

戸田和博（精神障害当事者）

有我譲慶（認定 NPO 大阪精神医療人権センター・看護師）

長谷川利夫（杏林大学教授）

資料

病棟転換型居住系施設について考える会　要請書（2016年6月26日）
「障害者虐待防止法の改正を行い病院・学校・官公署を通報義務の対象にしてください」

2016年6月26日

内閣総理大臣　安倍晋三様
厚生労働大臣　塩崎恭久様

病棟転換型居住系施設について考える会
池原毅和（弁護士）
伊澤雄一（NPO法人全国精神障害者地域生活支援協会）
大熊一夫（ジャーナリスト）
加藤真規子（NPO法人こらーるたいとう）
関口明彦（全国「精神病」者集団）
高木俊介（たかぎクリニック）
西村直（きょうされん）
長谷川利夫（杏林大学）
増田一世（公益社団法人やどかりの里）
八尋光秀（弁護士）
山田昭義（認定NPO法人DPI《障害者インターナショナル》日本会議）
山本深雪（認定NPO法人大阪精神医療人権センター）
渡邊乾（全国精神医療労働組合協議会）
（以上、呼びかけ人代表）

要請書

障害者虐待防止法の改正を行い病院・学校・官公署を通報義務の対象にしてください

私たちは、精神病院病床の一部をグループホームなどの居住系施設に転換しそこに長期入院患者を「退院」したことにする「病棟転換型居住系施設」政策に反対して集まった、精神障害者・障害者・精神障害者家族・支援者・市民からなる団体です。私たち団体の調査によれば、厚生労働省は昨年2015年1月に省令改正し4月に施行しましたが、この精神病床の「住居化」については4割の自治体が条例改正を見送っています。（2015年8月13日朝日新聞朝刊2面にて報道済み）。当会を始めとする全国での反対の運動の取り組みが一定の歯止めとなっていると考えます。

一方、精神病院の処遇の実態は変わらず、毎年のようにスタッフによる入院患者に対する虐待事件が報道されています。しかしそれは個人の犯罪として処理されたりし、虐待を生み出す構造は温存されたまま、改革は進まない実態があります。

昨年報道された千葉の精神病院である石郷岡病院の保護室内における看護師による傷害致死事件、あるいは東京の榎本クリニックにおける合鍵、現金、通帳を管理することによる事実上の「強制通院」問題なども記憶に新しいところです。学校や保育所における障害児虐待報道もありました。

こうした実態があるにもかかわらず障害者虐待防止法は、学校・病院そして官公署を通報義務の対象としていません。官公署で働く障害のある者に対する虐待はないなどということは有り得ません。この三者を通報義務から外す合理的理由は全く見当たりません。

障害者虐待防止法は2012年10月1日に施行されました。

この法律は障害者への虐待とし、①　養護者による障害者虐待、②　障害者福祉施設従事者等による障害者虐待、③　使用者による障害者虐待を明記しました。

虐待の類型については、①　身体的虐待、②ネグレクト、③　心理的虐待、④　性的虐待、⑤経済的虐待の５つを上げています。

附則第２条では、施行後３年をめどに学校、保育所等、医療機関、官公署等における虐待防止のあり方等について見直しを行うとしています。

厚生労働省の虐待防止法概要においても、その他として「　２　政府は 障害者虐待の防止等に関する制度について この法律の施行後３年を目途に検討を加え 必要な措置を講ずるものとする」

とされています。

しかしながら、すでに施行後3年を過ぎているにもかかわらず、厚生労働省は未だ改正に向け作業を開始していません。

また、現在、通報義務の対象となっている障害者施設での虐待についても、死亡者が出る事態となるまで、あるいはマスコミで報道が行われないと行政は動かない、それまで何度も通報があったとしても門前払いされているという例が多く、虐待防止に有効な運用がなされていません。

通報義務の拡大のみならず、真に有効な虐待防止を達成するために根本的な法改正と予算確保が重要な事は明らかです。

さらに、精神病院での虐待についてはすでに国際的な批判を浴びており、以下の国連の2つの委員会も独立した監視機関の創設を求めています。

2013 年 5 月　拷問等禁止条約委員会勧告 「独立した監視機関がすべての精神医療施設に対して定期的訪問を行うことを確保すること」

2014 年 7 月　人権委員会 日本政府への勧告「精神科の施設に対して、虐待を有効に調査し罰し、被害者またはその家族に賠償を提供することを目的として、有効で独立した監視と報告体制を確保すること」

したがって私たちは政府＝厚生労働省に対して以下を要請いたします。

記

1　直ちに障害者虐待防止法の改正作業に着手すること

2　改正に向けては精神障害者、知的障害者など当事者及び家族関係者による検討の場を保障すること

3　改正にあたっては学校保育所等、病院、官公署を通報義務の対象とすること

4　有効な虐待防止のための独立した監視機関を創設すること

5　義務に基づき通報を行った者に対して、その地位及び名誉・財産を守るための有効な仕組みを創設すること

以上

【連絡先】
長谷川利夫（杏林大学保健学部作業療法学科教授）
〒181-8612　東京都三鷹市下連雀　5-4-1
携帯電話：090-4616-5521
E-mail：hasegawat@ks.kyorin-u.ac.jp

資料

21 世紀に入っての精神病院での身体的虐待事件（メディアで報道されたもののみ抽出）
／原昌平氏作成より抽出及び追加

民事訴訟や個別の医療過誤、患者同士の刑事事件は基本的に収録していない

発覚年月		所在地	医療機関	主な内容
2001	2	大阪	真城病院	看護士がゴルフクラブで頭を殴るなど暴行
2002	7	和歌山	和歌浦病院	看護助手が男性患者を殴打して死なせる
2004	11	埼玉	西熊谷病院	職員が女性患者に暴行、男性患者の窒息死届けず、不正請求
2005	2	長崎	長崎県の病院	看護師を患者への暴行で容疑で逮捕
2005	7	福岡	行橋厚生病院	看護師２人が入院中の小５男児を殴って負傷させる
2006	7	埼玉	埼玉江南病院	准看護師が患者に暴行･負傷。法務局が勧告。傷害で略式命令
2006	11	千葉	国立国府台病院	ＰＴＳＤの女性患者を男性医師が殴る。民事判決で認定
2007	1	東京	東京クリニック	説明を求めた女性患者の頭を院長が壁にたたきつけ負傷。傷害で逮捕、有罪
2007	12	群馬	武蔵野病院	男性看護師が男性患者の頭をけり、死なす。傷害致死容疑で逮捕。以前から暴行
2008	8	鳥取	米子病院	男性入院患者の顔を殴ったとして看護助手を暴行容疑で書類送検（起訴猶予）
2008	11	千葉	しのだの森ホスピタル	男性入院患者の腕をねじ上げ、骨折させたとして看護師を傷害容疑で逮捕、１審実刑判決
2009	3	大阪	青葉丘病院	男性患者が保護室内で３月に不審死　（外傷性の腸管破裂）
2011	12	愛知	岡崎医療刑務所	看守部長が受刑者に暴行、戒告処分
2012	3	新潟	県立精神医療センター	男性患者が胸を骨折。第三者委の調査で看護師８人が暴力をふるった可能性。県が告発。容疑者不詳で書類送検
2012	10	千葉	ふるさとホーム白浜	精神障害者グループホームで理事長が暴力。傷害容疑で逮捕
2012	10	大阪	さわ病院	認知症の男性患者が布団にくるまれ窒息死。看護師を解雇、逮捕。逮捕監禁致死容疑で起訴
2013	5	群馬	西毛病院	入院患者が殴られ死亡。看護助手の男を傷害致死容疑で逮捕・起訴。初公判で事実認める
2013	10	宮城	光ヶ丘保養園	看護師７人を業務上過失致死容疑で書類送検。男性患者（８６）に水分補給などをする際、手足を押さえつけて腰椎を脱臼骨折させ、出血性ショックで死亡させた疑い
2014	3	東京	都立松沢病院	５０歳代の男性看護師が、入院患者４人以上の顔をたたくなど暴力。「死ね」など暴言も。都が発表
2014	8	佐賀	肥前精神医療センター	女性患者に暴行して骨折させた疑いで男性看護師を逮捕。否認。処分保留で釈放
2015	7	千葉	石郷岡病院	保護室の暴行の結果患者さんがなくなったとして男性介護士２名傷害致死で逮捕　暴行は２０１２年１月

資料

「尊厳を再優先に」
同意のない強制的精神科治療の廃絶に向けたアピール

2015 年 10 月 10 日（土）世界精神保健デー

ジュネーブ（2015 年 10 月 8 日）

国連の障害者の権利に関する特別報告官 Catalina Devandas-Aguilar と、健康への権利の特別報告官 Dainius Pûras の二人は本日あらゆる形態の同意のない精神科医療の廃絶を各国に呼びかけた。

世界精神保健デー[i]に先駆けて、独立専門家の二人は、発達障害と精神障害のある人々が尊厳をもってそして人権を尊重されて扱われることを確保するために、恣意的拘禁、強制収容、そして強制医療に終止符を打つことを各国政府に求めた。

「施設への監禁、身体拘束されること、そしてよくある独居拘禁、薬物を強制的に注射されること、これらは障害があるあるいはあるとみなされた人々が、本人の同意なしにされることのほんの一部を描いたものです。これらは身体的精神的インテグリティに対して重大な結果をもたらします。

世界的に、発達障害や精神障害者をもった人々は差別、スティグマそして周辺化に直面し、精神保健施設と地域社会の両方で感情的そして身体的虐待に屈従させられています。そして同意のない精神医療の介入の結果として世界各地で毎年何十万もの人々が尊厳と権利を侵害されています。

そして精神病院、他の特別な施設あるいはその他の同じような施設に恣意的に自由を奪われて拘禁されています。

拷問に値しかねない強制医療を行われるならそれは尊厳と両立することはありえません。各国は緊急課題としてこうしたことをやめ、治療やケアの選択権あるいは拒否権を含んだそれぞれの人の自律を尊重しなければなりません。

暴力と虐待からの自由なしには、自律、自己決定、地域社会への包摂そして、意思決定過程への参加、人の固有の尊厳は、空疎な概念です。医療行為として精神医療の名のもとに広範に受け入れられ正当化されている膨大で広範囲な侵害について国際社会は認識する必要がある。

同意のない収容と治療の背後にある『医療的必要性』という概念は科学的根拠と確固たる基準に欠けている。精神医療での強制の使用という伝統は『まず害すなかれ』という原則に反しており、もはや受け入れられるべきではない。

障害者権利条約は精神保健政策とその実践においてパラダイムシフトをもたらす絶好の機会を提供している。今年の精神保健デーにおいて、今までにもまして、人の尊厳とインテグリティを尊重した地域に根ざしたサービスの新たなモデルと実践を創出する必要を強調する。

効力を持った障害者権利条約を踏まえて、サービス利用者政策決定者そして精神保健含めたすべての利害関係者の間で、人権を基礎とした、条約の基準がもたらした課題に対する回答となるべき解決に向け取り組む仕事について対話を開始する、絶好のタイミングが今である。

私たちは各国に、発達障害や精神障害を持つ人が、尊厳を持って対応され、いつもそれらの人の決定が尊重される権利を提供され、さらに必要とするその決定が有効に伝達されるための配慮と支援を得る権利を提供されることが確保されるために、すべての恣意的拘禁、強制収容そして強制治療を廃絶することを呼びかける」

Catalina Devandas-Aguilar 氏（コスタリカ）は、2014 年 6 月に国連人権理事会によって、最初の障害者の権利に関する特別報告官に任命された。彼女は ディサビリティ　ライト　アドボカシー　ファンド、国連の障害者権利条約の担当

部署、さらに世界銀行、それらの戦略パートナーシップにおいて国内地域そして国際的に障害問題について広範に取り組んできた。彼女は主に障害のある女性と障害のある先住民に焦点を当てて取り組んできた。

（詳細は以下）

http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/SRDisabilitiesIndex.aspx

---

Mr. Dainius Pûras（リトアニア）は 2014 年人権理事会によって到達しうる最高の基準の身体的精神的健康についての特別報告官に任命された。Mr.Pûras はヴィリニュス大学の社会精神医学小児科センターの所長であり教授である。彼はまた公衆保健政策とサービスの改革過程にこの 30 年間積極的に参加してきた人権擁護活動家でもある。彼はとりわけ子どもの権利と精神障害者の権利そして他の弱者の権利に焦点を当てて活動してきた。

（詳しくは以下）

http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx

---

国連の特別報告官は国連人権理事会の「特別手続き」として知られている活動部門に属している。特別手続きは国連人権機構で最大の独立した専門家による部門であり、特定の国家の状況あるいは世界のすべての地域の主要なテーマ別課題を扱う、理事会の独立した調査と監視メカニズムである。特別報告官の専門家はボランティアとして働き国連の職員ではなく無報酬である。彼らはいかなる政府、組織からも独立しており、個人としての能力において奉仕する。

（詳細は以下　英語原文）

http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16583&LangID=E#sthash.z5MfKxiy.dpuf

---

[i]　世界精神保健デーは国連が後援しているもので、精神保健の課題について世界的に講習の啓発啓蒙のために毎年 10 月 10 日に行われている。ことしてのテーマは「精神保健における尊厳」である。

（邦訳　山本眞理）

資料
拷問等禁止条約政府報告書提出に先立っての質問項目

以下が来年5月の政府報告書提出に先立って委員会から出された質問項目です。

以下が先立って出された質問項目のうち精神障害者に関わる部分のみ抄訳（山本眞理訳）

20　委員会の非自発的入院に関する先の総括所見パラ 22 にてらして、自由権規約委員会の総括所見のパラ１７についての情報を提供されたい。

a）　非自発的な処遇と拘禁について、効果的な司法コントロールの確立と同時に効果的な不服申し立てメカニズム確立するためにとられた方策。精神科および社会的ケアの施設を含むすべての自由剥奪の場に適用しうる法的セーフガードについて説明されたい。

b）　患者の傷害をもたらす拘束的な手段が過剰に使われた場合についての捜査およびその結果について

c）　日本における精神障害者についての地域でのあるいはオルタナティブサービスについて

（以下資料）

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

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て情報を考慮しても、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（2,11,13,16 条）

委員会は締約国に対して以下を確保するよう要請する

(a) 非自発的治療と収容に対して効果的な法的なコントロールを確立すること、同様に効果な不服申立ての機構を確立すること

(b) 外来と地域でのサービスを開発し収容されている患者数を減らすこと

(c) 精神医療および社会的ケア施設を含む自由の剥奪が行われるすべての場において、効果的な法的なセーフガードが守られること

(d) 効果的な不服申立ての機関へのアクセスを強化すること

(e) 身体拘束と独居拘禁が避けられ、あるいはコントロールのためのすべての代替手段がつきた時に、最後の手段として可能な限り最小限の期間、厳しい医療的監督下でいかなるこうした行為も適切に記録された上で、適用されること

(f) こうした拘束的な方法が過剰に使用され患者を傷つける結果をもたらした場合には、効果的で公平な調査が行われること

(g) 被害者に対して救済と賠償が提供されること

(h) 独立した監視機関がすべての精神医療施設に対して定期的訪問を行うことを確保すること

原文は以下（精神保健の部分のみ山本眞理仮訳）

第６回日本定期報告に関する総括所見

1.　委員会は日本が提出した第6回定期報告（CCPR/C/JPN/6）を2014年7月15日及び16日に開催された第3080回（CCPR/C/SR.3080）及び第3081回会合（CCPR/C/SR.3081）において審査し、2014年7月23日に開催された第3091回及び第3092回会合（CCPR/C/SR.3091、CCPR/C/SR.3092）において以下の総括所見を採択した。

非自発的入院

17.　委員会は、非常に多くの精神障害者が極めて広汎な要件で、そして自らの権利侵害に異議申し立てする有効な救済手段へのアクセスなしに非自発的入院を強いられていること、また代替サービスの欠如により入院が不要に長期化していると報告されていることを懸念する。（7条、及び９条）

締約国は以下の行動をとるべきである。

(a) 精神障害者に対して地域に基盤のあるまたは代替のサービスを増やすこと。

(b) 強制入院が、最後の手段としてのみ必要最小限の期間、本人の受ける害から本人を守りあるいは他害を避けることを目的として必要で均衡が取れる時にのみ行われることを確保すること。

(c) 精神科の施設に対して、虐待を有効に捜査、処罰し、被害者またはその家族に賠償を提供することを目的とする、有効で独立した監視及び報告体制を確保すること

資料

認定ＮＰＯ大阪精神医療人権センター　申入書（2016 年 10 月 4 日）
～「中間とりまめ」に対する意見と要望 ～

２０１６年１０月４日

申 入 書
～「中間 とりまめ 」に対する 意見と要望 ～

厚生労働大臣　塩崎恭久　様

〒５３０－００４７
大阪市北区西天満５丁目９番号
谷山ビル９階
認定ＮＰＯ大阪精神医療人権センター
代表理事　位　田　浩
代表理事　大　槻　和　夫
TEL 06 -6313 -0056　FAX 06 -6313 -0058

さる９月１４日、厚生労働省を中心にした「相模原市の障害者支援施設における事件検証の及び再発防止策検討チーム」が事件の検証結果を「中間とりまめ」として公表しました。

当センターは、事件をきっかけに措置入院の制度や運用の在り方の見直しのため有識者会議を設置しようとする動きに対し、精神医療を治安の道具にするような議論が予想されたことから、その設置に強く反対することを表明し、貴大臣に申し入れを行いました（本年８月１日付申入書）。ところが、上記検討チームによる「中間とりまとめ」は、当センターの懸念がまさに現実のものになるものでした。

私たちは、精神医療制度を犯罪防止のために用いるような議論ではなく、精神障害者に対する差別と偏見をなくし、精神障害者が地域で穏やかに暮らし、安心して精神医療にかかることができるような制度や社会をつくるための議論を行うことを求め、以下のとおり申し入れます。

１　「中間とりまめ」は、容疑者の緊急措置入院と措置入院の各判断、入院中の診療、措置解除の手続、措置解除後の対応などについて、時系列をおって、現時点で把握できている事実関係をもとに、それぞれ時期における担当医や病院、自治体などの対応の問題点をあげ、事件の再発防止のための今後の検討課題を指摘しています。

はたして容疑者は精神障害であったのかという根本的な疑問はおくとしても、措置入院制度に原因を求めようとする検討チームの議論では、犯罪防止を目的とするため、いきおい措置入院期間の長期化や措置解除後の管理や監視を強める方向につながっていかざるをえません。

たとえば、「中間とりまめ」では 、容疑者の入院中に、措置解除後を見据えた退院後の治療方針や治療継続のために必要な対応の検討が不十分であったとしたうえ、医療観察法に基づく入院医療が参考になるとしています。しかし、医療観察法に基づく入院医療は、入院期間の長期化が問題となっており、受け入れ先がないために入院継続をよぎなくされる社会的入院化が進んでいます。医療観察法を参考にすることには賛同できません。

また、容疑者の退院後の継続的医療など支援内容が検討されることなく措置解除がされたことが問題とされ、措置権限を有する都道府県知事等が退院後の支援内容や関係機関の役割を確認して必要な調整を行うことができるような制度を検討することが指摘されています。しかし、本件では入院時に措置要を備えていたかどうかに疑問が残るうえ、仮に措置要件が備わっていたとしも、その後に措置要件が消失すれば入院を強制することはできません。上記のような制度をもうけると、措置要件がなくっているにもかわらず、退院後の支援内容や関係機関の役割を都道府県知事等が確認できないこ

とを理由に退院できず、入院が長期化する事態が生じかねません。

さらに、 容疑者が措置解除後に通院治療を中断したことが問題とされ、地方自治体が関係機関による支援を調整して患者に必要な支援を確保していく仕組みや、患者が通院中断に至らないようにするための仕組みを検討することが指摘されています。これらの仕組みについても、退院した精神障害者を保健所や病院などの監視の網の中においたり 、あるいは強制的な通院を制度化することにもなりかねず、精神障害者の自由と人権を制限していくことにつながります。

「中間とりまめ」は、措置入院制度を犯罪予防のために見直そうとするもので、精神障害者の福祉の増進を目的とする現行精神保健法からも逸脱するものです。そのほか措置要件の有無を判断した精神保健指定医の資格に疑義があったことがほとんど取り上げられておらず、入院者の人権保障の視点を欠いているのではないでしょうか。

2　日本の精神医療制度のもっとも重要な問題は、世界に類をみない３０万床を超える病床数をいまだに温存し、多くの精神障害者が長期入院や社会的入院を強いられ、その自由と権利を奪われていることです。人口あたりの強制入院者数は欧州平均の約１０倍に及んでいます。措置入院や医療保護入院といった強制入院を中心とする日本政府の精神医療政策が、精神障害者は何をするか分らないから社会から排除しようとする から社会排除しようとする差別・偏見を生み出し、精神障害者がともに地域で暮らす共生社会の実現を阻害してきたのです。

容疑者は、措置入院前に、「障害者は不幸を作ることしかできない」「障害者を殺すことは不幸を最大まで抑えることができる」などとして、障害者の大量抹殺を宣言した手紙を衆議院議長に提出していました。容疑者がこのような観念を持つにいたった経過や犯行動機などについては、容疑者が精神障害を有していたかどうかを含め、今後の司法手続の中で明らかにされていくことです。ただし、少なくとも事件の背景に、「劣等な障害者を社会から排除する」という優生思想が存在していたことはまぎれもない事実です。

容疑者の持っていた優生思想は、現行の精神医療制度に内在する精神障害者排除の論理と軌を一にするもの ではないしょうか。

精神障害者が病院を退院し、他の人々ともに地域で穏やかに暮らすことができ、安心して精神医療を受診できる、そうした受け皿づくりを早急に進めること、このような作業を通じて精神障害者が何をするか分らないといった差別・偏見をなくしていく努力をしていくことが、優生思想に基づく今回のような事件の発生を防止することにつながっていくと考えます。

厚生労働省においては、精神科病床を減らして長期入院者と社会的入院者をなくし、精神障害者が地域で あたりまえに生きていける社会の実現に速やかに取り組むことが求められています。

3　「中間とりまめ」は、現行の精神医療制度のもとで精神障害者が地域社会で共生できていない現実に対する認識が欠けています。逆に精神障害者に対する監視と管理を強化する方向での議論が進められています。

当センターは、このような「中間とりまとめ」を前提として今後策定されようとしている「再発防止策」について、精神障害者の自由と権利を奪うような内容になるのではないかと危惧せざるをえません。

私たちは、精神障害者との共生社会を阻んでいる精神保健福祉法上の強制入院度の廃止を含む見直しを求めるともに、精神障害者が地域で平穏に暮らし、安心てかかれる精神医療を実現するための受け皿づくりを検討課題にすることを強く要望します。

以上

週刊金曜日
10月 4日発売 580円（税込）
10月 4日
(962)号

精神科医療の現場でいま起きていること

精神科病棟での患者の身体拘束や隔離が増えている。背景には精神科医療のゆがみや高齢の認知症患者の急増などがあるという。当事者、医療関係者らを訪ね、現場を歩いた。

●ベッドに縛られたまま人生の最期を迎えたいですか山岡 淳一郎●精神科救急の患者が増えている理由（ワケ）●長谷川利夫・杏林大学教授に聞く「声なき声」を届ける情報公開が最優先だ精神障がいの当事者が知りたがっているのに、医療関係者が知らせたがらないことの一つに隔離・身体拘束の実情がある。この問題に約一〇年取り組んできた杏林大学保健学部作業療法学科長谷川利夫教授に聞いた。

※本文は縦書きのため、本資料（35）ページからお読みください。

長谷川　以前ほど重度の患者さんは少なくなったといわれますね。

――にもかかわらず、身体拘束がどんどん増えています。

長谷川　救急が増え、その中の標準化されたパスに拘束が組み込まれてきているということもあると思います。認知症の患者さんは増加していますが、安全ベルトは拘束にはあたらないという解釈が一般的なので、この数字を押し上げる大きな要因にはなっていないと思います。ほかに考えられるのは、身体拘束具が大変な勢いで普及していることです。

私が見聞する限りでは拘束帯はベッドにマグネット式で固定するのがスタンダードでいずれも海外製です。

――厚労省は身体拘束を減らすことに診療報酬点数をつけ、政策を導いているのでしょうか。

長谷川　政策は不十分と思います。行動制限に関しては、二〇〇四年に医療保護入院等診療料が新設されました。病院内に行動制限最小化委員会をつくり一定の要件をみたせば点数が付く仕組みです。新潟の厚潟病院（現在、国立病院機構さいがた病院）で事件がおきて、行動制限をどうやって減らすかが喫緊の課題にのぼり、厚生科学研究の結果そのような仕組みが採用されたのです。実際に委員会が多くの病院でつくられましたが、隔離や身体拘束の件数はむしろ増えています。そのことは検証されていません。

――日本のように数日から、長ければ一週間以上という長期間拘束は、海外と比較していかがですか。

長谷川　隔離や身体拘束のデータ自体が日本のみならず海外でも不足していますが、私が本の中で示したデータからでもわかるように圧倒的に日本は長いです。前提として日本ではそもそも精神科の患者さんの平均在院日数が三〇〇日、海外では一カ月そこらという違いがあります。そういうと「海外では医療ではなく、ナーシングホームというかたちでやっているだけ」「海外は早期に病院から放り出すので路上生活者が多いが、日本は母親的に扱うのでむしろいい」とか批判が聞かれると思います。そういうことが日本では人々が感覚的にわかっており、それが治安のよさに通じているのかもしれないと思ったりします。「地域へ」、といいながら、実際市民はそれほど望んでいないのかもしれません。

――でも、実は、歳をとって認知症に罹れば、自分もそちら側にいく可能性があるわけですよ。認知症を含む精神疾患も激増している。排除、隔離、拘束がわが身にふりかかる。だったら、地域社会が精神障がいの受け皿へ変わったほうが、多くの人にとって「しあわせ」じゃないでしょうか。もちろん一定の割合の人は重い精神疾患で、行動制限が不可避とのことですが。

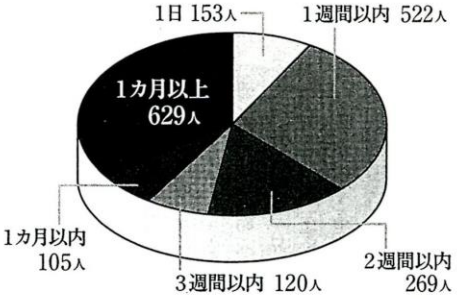
長谷川　そうですね。厚労省では現在、「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」が開かれていますが、九月一九日の議論では、一年以上病院にいる人は原則行動制限をしないという言葉が出てきました。極急性期のごく短期間であれば拘束もありうるかもしれませんが、入院から一年以上たって拘束というのはへんです。

――状態が落ち着いているのであれば、地域に戻って生活できる？

長谷川　そうですね。基本的に精神病院に一年以上はいないという大枠を決めるとか、法的に身体拘束や隔離を時間で決めるとか。これは異論が出ると思いますが、WHOの原則では、身体拘束は四時間までですね。マンパワーの問題とかありますが、日本もその基準でいくんだとか、そういう方向性はあってもいいと思います。

――現場にはいろんな意見があるでしょうが、時間を区切るのは大切です。

長谷川　便利な身体拘束具があるためそこからスタートしてしまっていますが、今度は時間制限からスタートしたらどうでしょう。



隔離患者 1798人

（注）隔離・身体拘束をはじめ、面会、通信、外出の制限等。

写真撮影・まとめ／編集部

精神科医療の現場でいま起きていること

日本病院・地域精神医学会
第56回 札幌総会　シンポジウム
「今、改めて隔離・身体拘束を問う」

10月12日（土）14時～16時、
北海道立道民活動センター。非会員も参加可。
http://www.byochi.org

■長谷川利夫氏が座長を務め、シンポジストとして厚労省担当官、障がい当事者、医師、看護師等が一堂に会する画期的シンポジウムが開催される。

適用されています。夜勤の場合は五〇人の患者さんに対して看護要員は二人。スタッフが日中行動制限（注）を少なくしようと努力しても、夜が近づくと夜間のスタッフに遠慮が働き、行動制限を解くことができないというケースも聞きます。拘束を解くインセンティブがなかなか働かない。

――家族会も含め、精神保健医療にかかわっている人たちは、身体拘束に、どういう態度を示していますか。

長谷川　私からするとあまり積極的な発言をしているところは少ないです。医療側には身体拘束しないと進まない部分もあるので、事件が発生しないと変わらないかもしれません。

疾患モデルは万能か

――厚生労働省が「身体拘束ゼロへの手引き」という冊子をネット上で公開していたので、よく見たら、精神科の医療者ではなく高齢者介護をしている人たち向けのものでした。

長谷川　最近は精神科病院と介護老人保健施設が廊下一本隔てただけの施設もあります。

――スタッフは行ったり、来たりですね。極端なことをいえば、精神科は縛ってOK、介護施設では公式には許されないがやむなく縛る。二つの拘束を使い分けている。縛ることに変わりはないのに……。拘束を、厳密に命の危機的状況への対応に限定するには、何から手をつければ、いいでしょうか。

長谷川　情報公開だと思います。基本的には精神科医療が世の中に知られることが先決です。精神障がいの当事者で発言されている方もいますが、それは退院された方々であって、病院に入院している方の声ではない。もっとも社会に届きにくいのはそういう声なき声です。何が行なわれていて、どういう声があるのか、それが伝わると、医療従事者もこれは違うぞ、と気づくと思うのです。

――ご専門の作業療法は、患者さんをどう変えるのでしょうか。

長谷川　陶芸などの作業活動、スポーツ、散歩、レクリエーションなどあらゆることを用いてリハビリをしますが、作業療法だけで患者さんが良くなるというものでもありません。統合失調症の場合などでは無為自閉といって自分の殻に閉じこもってしまうことがあります。そういう場合、病棟から作業療法室に移動して、ただ本を読んで過ごしているだけに見えても、ベッドから起き上がってそこまで来ていることがすごいことなんです。本人に一番あった作業療法をいっしょに考え毎日続けてもらうことで、退院チームに繋ぎます。

――作業療法で向き合う方々の中にも身体拘束されたケースはありましたか。

長谷川　直接担当した患者さんのケースではお話しできませんが、NPOをつくって情報公開活動をする中で、そういう当事者の方から「すごく苦しかった」「髪を刈られてしまった」「トイレが恥ずかしかった」「のどが渇いても水が飲めなかった」という話は何度も聞かされました。

問題なのは、SOSとして声をあげたり、叩いたりしても、それをすべて症状だと捉えられてしまうことです。医療従事者は人を見るときに、これは統合失調症の陽性症状だとか、疾患モデルだけで見てしまうんです。もしかしたら、環境のなせるわざかもしれないのに。WHO（世界保健機関）ではICF（国際生活機能分類）モデルをつくり、個人因子や、環境因子を全体像をみるときに組み込むようにしました。もっといえば医療従事者は職種の特性からいって、自分たちの領域を増やし医療を拡大させる方向で動いてしまいがちです。

――言葉は悪いですが、医療化で、人の心を食いものにしているようですね。

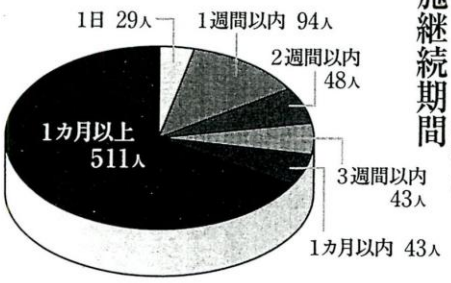
長谷川　テレビをつければ製薬会社がスポンサーになって「あなたは逆流性食道炎かもしれません」と流します。そういうのを見ていた人は不安になり自分の中の異常探しに躍起になって、医療に取り込まれてしまいがちです。大学でも健康を考える保健学はありますが、日本では医学に従属している部分が強いです。

行動制限最小化の実態

――統合失調症は薬で治りうる病気になったと精神科医はいっています。そう感じておられますか。

隔離・身体拘束を受けている患者の実施継続期間

身体拘束患者 768人



浅井邦彦、五十嵐良雄、久保田巌他著「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）をもとに筆者が作成。

より開かれた議論のために

『精神科医療の隔離・身体拘束』
長谷川利夫＝著　日本評論社
2730円　ISBN978-4-535-98385-4

隔離・身体拘束を行なう医療スタッフの意識構造を解明するため、2008年11月から09年3月にかけて調査を実施。8割以上のスタッフが、拘束は自殺の予防や暴力の軽減・予防のために意義があると考える一方、半数近くは「患者は放置されたと感じる」と答えるなど興味深い結果がでている。よりよい解決のためには、医療関係者だけの問題とせず、社会に広く問うていくことが重要だろう。（編集部）

「声なき声」を届ける情報公開が最優先だ

長谷川利夫 杏林大学教授に聞く

精神障がいの当事者が知りたがっているのに、医療関係者が知らせたがらないことの一つに隔離・身体拘束の実情がある。この問題に約一〇年取り組んできた杏林大学保健学部作業療法学科長谷川利夫教授に聞いた。

聞き手／山岡淳一郎

はせがわ　としお・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。二〇一一年から現職。NPO法人「にいがた温もりの会」理事も務める。
http//blog.goo.ne.jp/hasegawatoshio

――精神医療にかかわられてきた中で、身体拘束によって人が亡くなったり、重篤な障がいが残ったり、というケースを見聞きされましたか？

長谷川　直接にというよりこのような研究をしているからこそ知り得た話としてお答えしたいと思いますが、つい最近も身体拘束によって容体が急変し亡くなるケースが複数ありました。身体拘束中に亡くなったケースは、たまたま死期を迎えていた場合と、身体拘束そのものによって命を落とす場合にわけられます。いずれにせよ人生の最期を縛られたままで迎えるということがあっていいのかという思いもありますし、後者はあってはならないことです。

――今年、ある精神科医が研修会で、隔離・身体拘束と合併症について貴重な発表をしました。その資料をみると、身体拘束と隔離、それぞれを行なったときの合併症率と死亡率、さらに誤嚥性肺炎や褥瘡、尿路感染症、消化管出血、悪性症候群、横紋筋融解症、敗血症、DIC（播種性血管内血液凝固症候群）、窒息など、それぞれで頻出した身体合併症が示されていました。

長谷川　たいへん貴重な内容です。

――これは、拘束によって下手をすると死亡するリスクが高まるということですね。それなのに、なぜ身体拘束をするのでしょう。

長谷川　現在、精神科ではスーパー救急といわれる急性期医療が花形になりつつあります。その中でも、クリティカル・パス（診療スケジュール表）といわれる標準化された治療が広がりつつあります。急性期ではパスに身体拘束が組み込まれている病院もあるようです。そうなると逆に身体拘束せずにその人が自分を傷つけたり他人に危害を及ぼした場合、病院が訴訟リスクを負うことになってしまいます。

今も残る精神科特例

――身体拘束をする、しないの判断基準として、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」（「三七条一項基準」）、があります。三つの要件があり、いずれかにあてはまる必要があります。二つめの「多動又は不穏が顕著である場合」をどう思われますか。

長谷川　恣意性が高く、医療側に裁量の余地がある文言だと思います。

――実際に一つめの「自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合」の患者さんは多いのですか。

長谷川　病院によって違いますが、少なくとも私の専門のリハビリの段階では、そういった人はあまり見えてきません。しかし、さまざまな職種の方々と勉強したり研究したりしている中で聞いたところでは、公立の施設で症状が激しい患者さんが来院し、自分の眼球を片方くりぬいたケースもあります。その場合は身体拘束せざるを得ない。

――しかし一方で、身体拘束の指示を出した医師が休暇をとっているため身体拘束が解除できず、容体が急変して亡くなったというケースを聞きました。

長谷川　精神保健指定医でなければ身体拘束の指示を出せないことは法律に書かれていますが、たしかに誰が解除するかは明記されていません。指示を出す場合でも法的な基準を逸脱し、「患者さんに近づくために」身体拘束するという医師もいます。

――患者さんが混乱し、暴れている場合は、女性でも、男五人の人手が必要です。現実には精神科は診療報酬で冷遇され、人員を揃えられない。

長谷川　そうです。民間の精神科単科の病院が日本は多いのですが、そこではいまだに〝医師数が他科の三分の一でよい〟とする精神科特例が

精神科医療の現場でいま起きていること

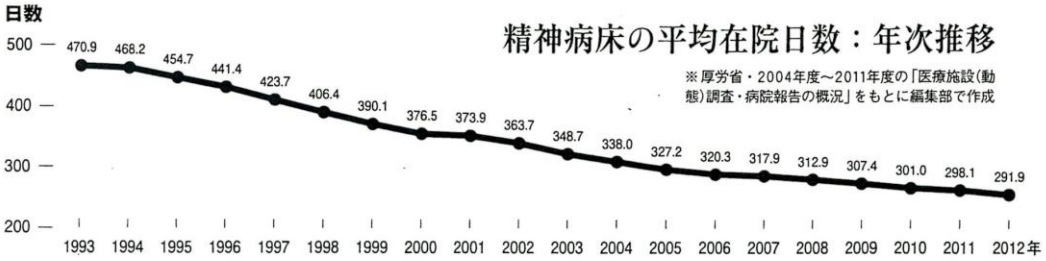
精神科救急の患者が増えている理由（ワケ）

精神疾患の患者が増加し、幻覚・妄想・興奮などの症状で精神科救急に入院する患者も増えている。統合失調症は薬の進歩で「治りうる病気」となり、重篤な患者は減った。平均在院日数も減ってはいる。しかし精神科救急への入院が増えるのは、地域、家庭の包容力が衰えたからだともいわれる。患者を早期退院で地域に戻したのはいいけれど、受け皿がなく、孤立し、再び救急入院といったケースが後を絶たない。

（山岡淳一郎）

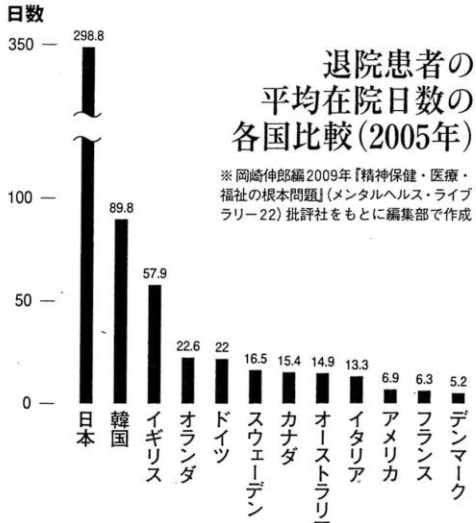
精神病床の平均在院日数：年次推移

※厚労省・2004年度～2011年度の「医療施設（動態）調査・病院報告の概況」をもとに編集部で作成



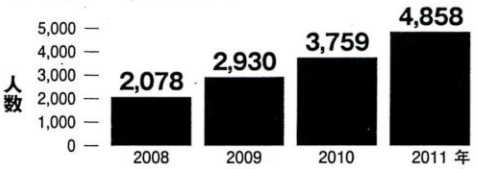
退院患者の平均在院日数の各国比較（2005年）

※岡崎伸郎編2009年『精神保健・医療・福祉の根本問題』（メンタルヘルス・ライブラリー22）批評社をもとに編集部で作成



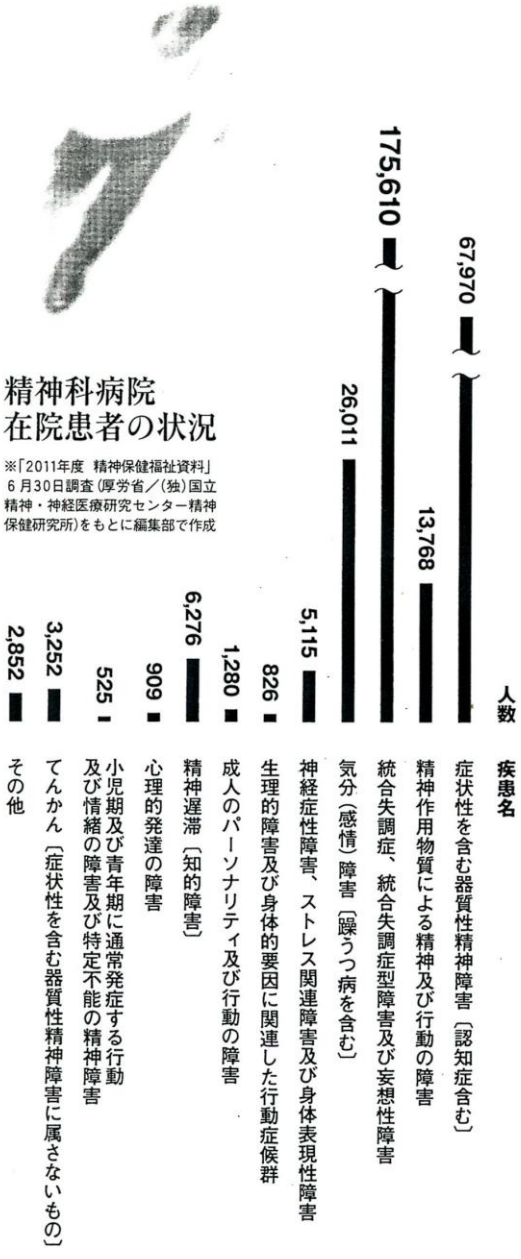
精神科救急に入院する患者数の年次推移

※「2008年度～2011年度 精神保健福祉資料」（厚労省／（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）をもとに編集部で作成



精神科病院在院患者の状況

※「2011年度 精神保健福祉資料」6月30日調査（厚労省／（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）をもとに編集部で作成



持が最優先されている。

高齢者や介護にまで

一方で、拘束を含む急性期治療の確立で、病院内の安全性は向上したという意見もある。五〇年以上、精神医療に携わってきた森山公夫陽和病院名誉院長は次のように語る。

「うちは病棟開放化に早く取り組み、拘束しない方針でやっていたのですが、急性期と慢性期の患者さんを同じ病棟で受け入れると、ときに院内が混乱しました。興奮した急性期の人は保護室（注3）でも騒ぎ続け、慢性期の患者さんも調子を落とす。保護室の患者さんは、水分補給が不十分、食事もあまり摂っておらず、栄養が悪い。そこへ急に薬が入ると危機的状態に陥り、突然死することもありました。そこで急性期の患者さんをきちんと管理し、薬を点滴で入れて、休んでもらう治療法を確立したのです。危険は減り、治療効果も上がった」

精神医療は時代とともに変化している。その波は、精神疾患など他人事と思っている人にもおよぶ。精神科ではじまった拘束が、認知症を媒介に高齢者の医療、介護にも広まっているのである。

一般に認知症はグループホームなどで、人と人とのかかわりのなかでケアをするのがよいとされる。が、幻覚や妄想、夜間せん妄、抑鬱などの周辺症状が出てくると介護者は戸惑い、精神科に頼る。精神科病院はビジネスチャンス到来と受け入れる。ベッドからの転落、転倒を防ぐという理由で、患者を拘束する。周辺症状は住み慣れた環境のほうが出にくいとされる。病棟の無機質な空間で、患者がいつ、どこにいるのかもわからなくなると、症状はひどくなり、拘束も長引く。悪循環だ。

ハードル高い法改正

二〇二五年、団塊の世代が七五歳以上の後期高齢者になると、認知症患者は現在の二三〇万人から三二〇万人へと急増する。拘束を根本から考え直さねばならない時期に至ったようだ。精神科特例についても、国民のニーズに応じた改善が求められる。だが、厚労省の担当官は編集部の電話取材にこう応えた。

「行動制限は、精神保健福祉法に則って原則行なわない方向でお願いしており、現在『精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会』においても、精神障がい者の人権に最大限配慮することも含め、検討している。厚生労働大臣が定める身体拘束の対象となる患者に関する事項のイ『多動又は不穏が顕著である場合』に関しては様々な意見があり、例えば多動、不穏が著しく、拘束以外に対応困難な患者が拘束していないために怪我することもあるので、適切に対応してほしい。精神科病院の人員配置は医療法施行規則基準の改正を伴い、現時点で対応は困難」（社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課）

今秋、政府は「社会保障改革のプログラム法案」を国会に提出し、超高齢化社会を見すえた制度を具体化する。プログラム法案の医療分野の柱は「地域包括ケア」である。病院ではなく、地域で完結する医療を目ざしている。しかし、精神医療、認知症患者のケアは時代に逆行し、新たな「囲い込み」を生んでいる。認知症は金持ちであれ、貧しい人であれ、誰が罹っても不思議ではない。最後に医療関係者、一般市民、すべての人にこう問いたい。

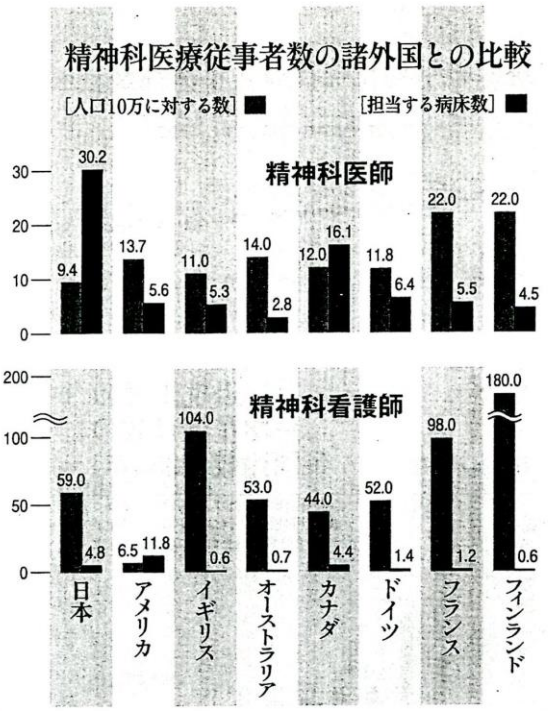
あなたは人生の最期をベッドに縛られたまま迎えたいですか？

（注1）一九五八年通知。当時は増えていく精神科病床に比べて医師や看護師の確保が困難だったことなどの理由から、状況を反映する形での通知となった。

（注2）医療施設が患者の隔離と身体拘束を最小化するために設けた施設内の委員会。メンバーは施設内医療従事者で構成する。

（注3）外から鍵がかけられ、内側からは開けることのできない「隔離室」とも言う。

やまおか　じゅんいちろう・ノンフィクション作家。著書に『気骨　経営者土光敏夫の闘い』（平凡社）、『原発と権力　戦後から辿る支配者の系譜』（ちくま新書）など多数。



※岡崎伸郎編2009年『精神保健・医療・福祉の根本問題』（メンタルヘルス・ライブラリー22）批評社（20p.）をもとに編集部で作成。資料をまとめた伊藤哲寛（精神科医）は、「国によって、医療制度や専門職の資格制度が異なるために、単純比較はできないが……、アメリカにおける精神科看護師数を例外として、精神科医・看護師……の一人当たり受け持ち病床数がわが国では飛び抜けて多いのが特徴」という。（20p.）

本当に必要だったのかどうかを判断する材料は部外者にはない。ただデータが横たわっているだけだ。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の統計も、一つひとつの拘束が自傷他害を防ぐ緊急避難的なものなのか、人手不足で安易に行なわれたものなのか、解除をためらって日数が経過したものなのか、事実関係の濃淡は伝わってこない。知りたいのは十把一絡げの数字ではなく、背景を推察し、現状を分析できる手がかりなのだ。

「多動や不穏」で拘束

現在、全国で拘束数はすでに一万件を突破したとも言われる。数字の向こうの「人間」は何を感じ、どんな苦悶を強いられているのか。拘束された当事者の話を聞こう。

全国「精神病」者集団運営委員で政府の障害者政策委員会の委員を務める関口明彦氏は、二〇代の終わりに最初の「非自発的入院」を経験した。それから約二〇年、入退院をくり返し、三度拘束された。当初、「統合失調症の疑いあり」として治療を受けていたが、最後の入院先で「躁鬱」と診断され快方に向かう。〇二年二月の退院以降、精神障がい者の人権擁護、地域受け入れの支援活動や医療政策の立案に携わる。精神医療分野の気鋭の論客である。関口氏の語りに耳を傾けよう。

「最初の入院では麻酔を打たれ、気がついたら隔離室。呼べど叫べど、誰もこない。四肢を縛られ、右足の小指に針を刺されて点滴されたこともある。ものすごく痛い。あれは拷問です。保健師だった母が毎日面会に来て、病院と掛け合ってくれて拘束は解かれたけれど、あのままだったら、どうなっていたか。WHO（世界保健機関）の拘束の基準は原則四時間。それほど極端な人権制限なんです。なぜ三日も四日も、あげくは一週間、二週間と拘束する必要があるのですか。率直な医者は、人手が足りないからだ、と言いますよ。そんな理由で人を縛っていいのですか。拘束は心身への侵襲です」

法的には精神保健福祉法三六条で「（精神保健）指定医が必要と認める場合」に限って、身体拘束や隔離が実施できる、と定められている。さらに三七条の規定に基づく厚生省告示第一三〇号で、「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」として、次の三条件を定めている。

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

アとウは、ほぼ状況が想像できるだろう。アは、今にも自殺を図りそうな状態、自らを傷つける行為が激しく、患者を保護しなければ生命が危ない場合を指す。精神疾患のために食事や水を拒絶し、命の危機に瀕しているようなケースはウに当てはまるだろう。

問題は、イの「多動又は不穏が顕著」という条件付けである。絶えず動き回り徘徊し、騒いで大声を上げたりしている状況が拘束の対象にされるのだ。関口氏は語気を強める。

「僕は、自傷他害の危険が迫る場合や、患者の命にかかわるときの拘束は認めます。でも、『多動』は縛らなくても時間が経てば収まる。『不穏』は壁や床にクッションがついた保護室に患者を入れればいい。代替方法はあるのです。多動や不穏は、医師の主観に左右されます。受け止め方次第で拘束できる。厚労省は、精神科病院が『行動制限最小化委員会』（注2）を設ければ診療報酬をつけています。ところが拘束や隔離を減らすはずの最小化委員会は、機能していない。かりに拘束に異議を唱えても、医師が『多動や不穏』を理由にしたら反論できません。イは拘束要件から外すべきです」

池原弁護士も「多動、不穏は恣意的に解釈できる。拘束するかどうかは人手の多寡が主因になっている。人員配置の十分なところは拘束率も低い」と指摘する。人手不足が「多動、不穏」の条件と結びついて拘束を生んでしまう。精神科特例の制度的歪みによる人手不足も背景にある。

「精神科のベッド数を三分の一に減らし、状態が安定している患者を地域に戻す。その代わり、診療報酬は三倍にして診療体制を整えればいいと僕らは主張しています。でも、なかなか改革の機運は高まらない。利害関係者は既得権にしがみついている」と関口氏は言う。

ベッド減による雇用不安に対しては、病院のスタッフを患者とともに地域へ移して雇う制度転換も考えられるが、そうした声もまだ小さい。ここにも「ムラ」があり、体制の護

救急患者が、はじめに入る処置室。椅子で落ち着いて話ができなければベッドに拘束して落ち着かせる、と説明する平田豊明病院長。

く惑乱させる。無理やり病院に連れて行かれた患者は暴れまわり、自傷他害の危険が高まる。そこで拘束。

ある精神科医は、「女性であれ、興奮がはげしい場合は四～五人の男手がなければ安全にコントロールするのは難しい。人数が足りないと力対力の衝突で危ない」と言う。昔はベテラン看護師が一種の職人技で帯や紐を使って患者を拘束したそうだが、現在はマグネット式拘束具が普及し、女性看護師でも簡単に拘束できるようになった。それで拘束が増えたという。

平均在院年数約300日

「スーパー救急」と呼ばれる精神科救急の浸透も拘束を増やしていると言われる。日本の精神医療には、大勢の患者を長期間入院させる構造的欠陥がある。精神科病床数が約三五万床、入院の平均在院日数は約三〇〇日と、いずれも先進国のなかでは飛びぬけて多い。患者の「囲い込み」が常態化しているのだ。

この構造的欠陥の解消に向けて、急性期の重症患者に手厚い医療を提供し、慢性化と長期在院を防ぐ目的で、精神科救急センターは設立された。その第一号が、一九八五年開設の千葉県精神科医療センターだ。同センターの平田豊明病院長は、緊急搬送されてきた患者を治療する手順を、次のように語る。

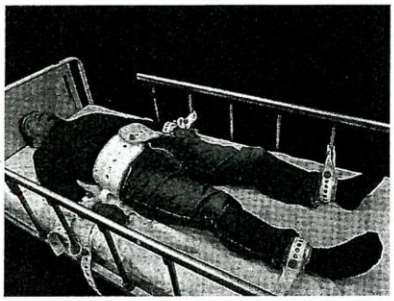
「『おまえは敵だ、悪魔だ』と敵意を剥き出しにしたり、混乱して壁や床に頭をぶつけようとする患者もいます。まず処置室でなだめ、鎮静剤で落ち着きましょうと勧める。半分くらいは飲んでくれますが、飲んでもらえない人は家族の同意を得て、スタッフで手足を押さえ、点滴を確保して鎮静剤を注射。そうなると、経過観察のために入院となります」

どのようなケースで身体拘束を行なっているのか。

「できるだけしない方向ですが、鍵のかかる隔離室に移した後も扉を叩いて手を骨折しそうになる、点滴や心拍、呼吸モニターの管を引き抜くなど患者が身の安全を守れない可能性が高い場合に身体拘束の対象となります。拘束はまた、医師や看護師が患者の側で診察し、語りかけることを保証する補助手段ともなる」

拘束で生じるリスクには、どう対処しているのだろう。

「拘束中は静脈血栓予防で、できるだけ下肢はフリーにし、一時間に四回以上看護師が巡回。テレビカメラで患者の様子を、呼吸や循環動態、血中酸素濃度なども救急病院と同じようにモニターします。食事や排泄は全面介助。排泄はポータブルトイレなどを部屋に入れ、拘束を外して行ないます。トイレを拒絶する人には、おむつを当てます。薬が効いて症状が緩和し、自傷の危険性が下がれば、拘束を解除します」



腹部と手足を拘束具でベッドに固定した状態。特殊なボタンで各ベルトが留められている。（長谷川利夫『精神科医療の隔離・身体拘束』日本評論社より転載）

※独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のデータをもとに編集部が作成。集計は2003年以降。

年間約400件の入院

千葉県精神科医療センターは、年間約四〇〇件の入院を受け入れている。放置すれば生命が危ない患者を最優先に入院させる。そのうち一度でも拘束された人は、全体の約四五%。拘束期間は「平均すると三～四日間」と平田病院長。拘束を含めて一週間程度隔離した後、患者が落ち着いたら個室から四人部屋へと移し、平均四二日間で退院する。退院後は、六〇%強の患者が継続的に外来で受診し、二五%の患者がほかの精神科病院に転院している。

精神科救急は一般の精神科病院に比べ人員配置が手厚い。ベッド数五〇床の千葉県精神科医療センターは、医師一四人（精神保健指定医一〇人）、看護師四六人、保健師七人、精神保健福祉士一一人、作業療法士二人。多くのスタッフを雇用できるよう医療費は高めに設定され、県立病院としての公的補助も受けられる。

その人員配置は、医療法の「精神科特例」（注1）で医師数が他科の三分の一、診療報酬面でも他科の三分の一以下に低く抑えられた一般精神科病院とは比べものにならない。それだけ重症患者を集中的に治療する体制が整っているわけだが、一方で本質的には危険で心身ともに負担を課す拘束が、入院患者の四五%に三～四日間行なわれている。拘束は日常的風景だ。

この事実を、どう受けとめればいいのだろうか。一件、一件の拘束が

精神科医療の現場でいま起きていること

精神科病棟での患者の身体拘束や隔離が増えている。背景には精神科医療のゆがみや高齢の認知症患者の急増などがあるという。当事者、医療関係者らを訪ね、現場を歩いた。

写真撮影／編集部

ベッドに縛られたまま人生の最期を迎えたいですか

山岡 淳一郎

千葉県精神科医療センターにある閉鎖病棟。ベッドには身体拘束具が備え付けられている。

両手、両足をベッドに「五点拘束」された三〇代の男性が、面会に来た池原毅和弁護士に「退院したい」と訴えた。顔にぐっしょりと汗をかいている。前日から三九度の熱があったが、意識ははっきりしていた。

男性は、統合失調症と発達障害が重なり、治療が長引いていた。ベッドに縛られ、身動きがとれない状態で一週間が過ぎている。彼は入院を不服として、精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）で認められた「退院請求」を所轄の知事に出し、池原弁護士が呼ばれたのである。ふたりは退院に向けた段取りを話し合い、「また来ますからね」と告げて池原弁護士は辞去した。

そのわずか数時間後、病院から「亡くなりました」と電話が入った。

葬られる密室の「事故」

「びっくりしました。話はしっかりできましたから。病院は、医療者側の都合で拘束する場合がままある。主治医が隔離・拘束を指示したまま三日間休みをとっても、看護師は『先生がいないので外せない』とそのまま。法的には拘束解除に制限はないが、後で非難されるのを恐れて外さない」と池原弁護士はふり返る。

男性の死因は何だったのだろう。「静脈血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）か、感染症でしょうか。くわしく死因が調べられることはなく、わかりません」

病院の責任は追及されないのか。

「ご家族は、家で男性の世話ができず、入院させていました。男性との関係はよくなくて、病院の責任を問おうとはしません。身体拘束による訴訟は非常に少ないのです」

二〇〇八年一月、大阪府の貝塚中央病院でアルコール依存症の男性が腹部だけ固定された状態で、ベッド脇に体がずり落ち、体重で腹部が圧迫されて意識不明となった。救命救急センターで緊急手術が行なわれたが、男性は同年三月に死亡した。

この事件で男性看護師が業務上過失致死罪で起訴され、一一年四月に大阪地裁が懲役二年六月、執行猶予四年の判決を出したが、きわめて稀な裁判事例だ。密室の「事故」は闇に葬られている。

本来、身体拘束は究極の支配行為、拷問である。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のデータによれば、〇三年に五一〇九件だった拘束数は一一年に九二五四件に増えている。すさまじい増え方だ。

遡れば日本では、明治期に精神疾患の患者の私宅監置が制度化された。患者は〝座敷牢〟に鎖でつながれた。戦後、精神衛生法（現精神保健福祉法）が制定されて私宅監置は禁じられた。現在は、保護者のみの同意による「医療保護入院」、警察官などの通報で「自傷他害の恐れがある」と精神保健指定医二人の診断が一致した場合の「措置入院」、といった「非自発的入院」制度がある。患者の収容先は家庭から病院へと変わった。

精神疾患の急性期の患者にとって非自発的入院、端的に言えば〝強制的入院〟は、それ自体、心身を激し

アピール文（案）

我が国の精神医療の現場で、入院患者に対して行われる隔離や身体拘束が増加し続けています。

身体拘束は、2003 年の調査日現在で 5109 人だったのが 2013 年には 10,229 人と実に 2 倍にもなりました。隔離をされる人の数も 7741 人から 9883 人にもなっています。

人が人を縛る身体拘束のことを精神医療の現場では「抑制」などと呼ばれたりしますが、その苦痛ははなはだしく、その実施は最小になされなければなりません。しかしながら、その実態は、「不穏」「多動」、「転倒防止」などの理由で安易に用いられています。

入院している方への懲罰としての使用も報告され続けています。これらは極めて重大な人権問題です。この身体拘束が 10 年で 2 倍のなったということは日本の精神医療の異常性を示すものであり、一刻も早くその原因を究明し、縮減を急がねばなりません。

しかし国は、この事態に対して何の策もうっていません。

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、「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。（中略）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」と指摘しています。

また、OECD（経済協力開発機構）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」においても、「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、我が国の隔離、身体拘束を含む様々な状況の実態が国全体で調べられていなことについて指摘しています。

精神病院の建物がいくらきれいになったとしても、医療が進歩したなどと言っても、人が人を縛るということが安易に「医療」の名の下で行なわれるならば、私たちは安心することは決してできません。

国は早急に、不当な形で実施されている身体拘束の実態を把握してください。

そしてその不当な身体拘束をなくし、そのされた人の声に耳を傾けてください。

本当に身体拘束が「医療」だというなら、その過程を可視化し、後々その医療者の判断が検証できるようにしてください。

私たちはこれがなされるまで、縛るな！と言い続けます。

2016 年 10 月 25 日

病棟転換型居住系施設について考える会
これでいいのか精神医療！！10．25 院内集会参加者一同