

## 精神科病院において治療が困難であることを理由とする 身体拘束を認めることについて反対する意見書

### 意見の趣旨

昭和63年厚生省告示第130号を見直し、精神科病院において治療が困難であることを理由とする身体拘束を認めることは、医療者側の事情や裁量をもとに身体拘束を認めることになりかねず、身体拘束の要件の緩和につながりかねないばかりか、医療は患者の同意の下でなされるべきであるという原則にもそぐわない。かかる見直しが行なわれた場合には、身体拘束がさらに増える懸念もあり、患者の人権を侵害するおそれ大きいことから、当会はこれに反対する。

### 意見の理由

#### 1 要旨

2022年6月9日現在、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、「本検討会」という）において、「不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組」について検討が行われている。そして本検討会では、後述するとおり、「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」（昭和63年4月8日付厚生省告示第130号。以下「厚生省告示130号」という。）（なお、厚生省告示においては「身体的拘束」とされているが、その制限は人の身体に対するもっとも強い制限であるから、本意見書においては、これを「身体拘束」という）において定められている身体拘束が認められる場合を見直し、患者に対する治療が困難であることを身体拘束を認める事情として盛り込もうとする議論が行われている。

治療が困難であることを理由とする身体拘束を認めることは、医療者側の事情や裁量をもとに身体拘束を認めることになりかねず、身体拘束の要件の緩和につながりかねないばかりか、医療は患者の同意の下でなされるべきであるという原則にもそぐわない。かかる見直しは、ゆるやかに身体拘束が認められている現状にお墨付きを与えることにもなりかねず、身体拘束がさらに増える懸念もあり、患者の人権を侵害するおそれ大きいものである。

以下、まず、精神科病院における身体拘束についての法令の定めを確認し（本書面2）、身体拘束と人身の自由との関係について論じた上で（本書面3）、身体拘束が認められる場合について定めた上記の厚生省告示130号をどのように解釈すべきかを論じ（本書面4）、その後、身体拘束をめぐる現状を確認する（本書面5）。その上で、本検討会での検討状況とその問題点について述べ（本書面6ないし9）、さらに、治療が困難であることを理由とする身体拘束を認めることは、治療は、患者本人の同意のもとで行われるべきであることとの関連でも問

題であることを指摘する（本書面10）。

## 2 精神科病院における身体拘束についての法令の定め

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をいう。

身体拘束は、人間の行動の自由を完全に奪うものであり、人間の尊厳を傷つけ、また、ときに肺血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）を引き起こし死亡することもありうることから極めて慎重にごく例外的な場合にのみ許されると考えなければならない。

この点、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」又は単に「法」という。）は、36条1項において入院患者に対し「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」と定めているが、身体拘束については、精神保健指定医（以下、「指定医」という）が必要と認める場合でなければ行うことができないとされている（法36条3項、「精神保健福祉法第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））。

さらに、厚生労働大臣は「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」（厚生省告示130号）を定め、まず「基本的な考え方」として「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、できるだけ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」としている。

そして、「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なわれるようなことは厳にあってはならない」と定める。

その上で、「対象となる患者に関する事項」として、「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」と定めている。

## 3 身体拘束と人身の自由

そもそも身体拘束は、人間の行動の自由を完全に奪うものであり、人身の自由に対する極めて強い制限であるところ、人身の自由は、奴隷制の歴史に遡るまで

もなく重要な人権であって、憲法上も幾重にも様々な点から保障されている。

すなわち、憲法18条は、「何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない。」として絶対的な保障をし、さらに、個人の尊厳を定めた憲法13条もまた、人身の自由の保障を含むものとして理解されている。そして、憲法31条以下で適正手続きの保障が厚く定められているのは、まさに刑事手続きが人身の自由に関わるからであり、この趣旨は当然に刑事手続き以外の身体拘束についても及ぶというべきである。

また、市民的及び政治的権利に関する国際規約（B規約）9条1項も身体の自由について保障しているが、ここで想定されている自由剥奪の例として、「強制入院」だけでなく、「すでに抑留されている者に対するさらなる制約，例えば，独房監禁や身体抑制装置の使用も含まれる」とされている（2014年12月16日自由権規約委員会一般的意見35号パラグラフ5）。

このような人身の自由の重要性に鑑みれば、原則として、精神科病院における患者に対する身体拘束は違法なものであって許されないと断言しなければならない。

もっとも、患者の判断能力が欠如し、自ら生命や身体を保全することができないような場合には、患者の生命身体を保護する観点から、例外的に違法性が阻却され、身体拘束が認められる場合はあると解される。（なお、他者を害するおそれがある場合は隔離をすれば足りることから、他害防止目的の身体拘束は認められない。）

#### 4 厚生省告示130号の解釈

以上のとおり、身体拘束は、患者の生命身体を保全するために必要な場合に限って例外的に認められるところ、具体的には、そのまま放置していたのでは患者本人の生命又は身体に深刻な害が及ぶ場合に限り（切迫性）、他に代替できる方法がなく（非代替性）、最後の手段としてとりうる補足的措置として（最終手段性、補充性）、一時的に認められるにすぎないもの（一時性）と解すべきである。

厚生省告示130号の「基本的な考え方」において、「身体拘束は、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る」とされ、また、「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」とされているのはその意味である。

そして、対象となる患者について、ア、イ、ウの定めがあり、中でも「イ 多動又は不穏が顕著である場合」の解釈が問題となるが、イの規定を受けて、「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」の規定があることからすれば、「多動又は不穏が顕

著である場合」というのは、単に多動又は不穏が顕著である場合ではなく、多動又は不穏が顕著である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であると解され、切迫性が求められていると解するべきである。

## 5 現状

ところが、現在日本の精神科病院では、身体拘束は、かなり広範に行われており、中には身体拘束後に亡くなる患者もあって、大きな社会問題となっている。

2016年12月に石川県内の病院に入院後、ベッドに身体拘束をされ、拘束を解かれた直後に亡くなった男性について、名古屋高等裁判所金沢支部は、医師の身体拘束の必要性の判断が裁量を逸脱するものであって違法であると判断している（名古屋高等裁判所金沢支部令和2年12月16日判決、最高裁判所令和3年10月19日上告受理棄却決定により確定）。

また当会の人権擁護委員会に対しても、県内の精神科病院において不当な身体拘束を受けたとの人権救済申し立てが複数回なされており、当会は、2019年6月13日と2021年9月8日にそれぞれ不当に身体拘束を行うことがないよう、警告を発したところである<sup>1</sup>。

統計的にも、2003年に5,109件だった拘束指示件数（但し、2016年度までは実施件数）は、毎年その数を増やし、10年後の2013年に1万件を超え、以後毎年1万件以上と高止まりしている状況にある（「精神保健福祉資料」より）。

国際的にも、日本の精神科病院における身体拘束率は、著しく高いとされている。たとえば、4か国の国際共同研究によれば、2017年のデータで日本では、一日当たり人口100万人あたりで98.8人に身体拘束が行われており、同じ基準でオーストラリアは0.17人、アメリカは0.37人、ニュージーランドでは0.03人であったという<sup>2</sup>。

また、身体拘束時間も、2015年度に行われた全国の11の精神科病院を対

---

<sup>1</sup> 2019年6月13日付警告書

[https://www.kanaben.or.jp/profile/gaiyou/torikumi/jinken/kankoku/pdf/20190613\\_jinken\\_keikoku.pdf](https://www.kanaben.or.jp/profile/gaiyou/torikumi/jinken/kankoku/pdf/20190613_jinken_keikoku.pdf)

2021年9月8日付警告書

[https://www.kanaben.or.jp/profile/gaiyou/torikumi/jinken/kankoku/pdf/20210908\\_jinken\\_keikoku.pdf](https://www.kanaben.or.jp/profile/gaiyou/torikumi/jinken/kankoku/pdf/20210908_jinken_keikoku.pdf)

<sup>2</sup> 風間直樹・井艸恵美・辻真梨子「ルポ・収容所列島」東洋経済新報社

象とした調査によると、身体拘束の平均日数は96日であった<sup>3</sup>。この点、他の多くの国の身体拘束時間は数時間から数十時間であるといい<sup>4</sup>、日本の身体拘束実施期間もあまりに長いと言わざるをえない。

ちなみに、精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則（1991年国連決議）11-11では、実体的要件として拘束が「即座のないし切迫した害が及ぶことを防ぐ唯一の手段である」ことを要件とし、「厳密に必要とされる期間を超えてはならない」としている。また、前記の必要とされる期間に関して、WHO精神保健ケアに関する法：基本10原則では4時間とされている。

このように、国際的には身体拘束については、「即座のないし切迫した害」の有無を基準に判断されており、また、それゆえに長期の身体拘束は想定されておらず、ある程度落ち着いて切迫した危険が解消されたとみなされれば直ちに解除するよう短時間の拘束のみが予定されている。

## 6 厚生労働省内検討会

このような現状を受けて、厚生労働省は、2021年10月、本検討会を設置し、「隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとするための最小化に係る取組」について検討をはじめた。

ところが、本検討会において、厚生省告示130号を見直すとして、同告示の「イ 多動又は不穏が顕著である場合」を、当初、「多動又は不穏が顕著であって、かつ、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合又は検査及び処置等を行うことができない場合」と変更する案が提案された（2022年3月16日案）。その後、「これにより、患者に対する治療が困難な場合や、常時の臨床的観察を行ってもなお患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合」とする案が提案され（2022年3月31日案）、その後さらに「これにより、患者に対する治療が困難であり、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合や、常時の臨床的観察を行っても患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合」（4月15日案）とする案を経て、6月9日の報告書（案）では、

「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

---

<sup>3</sup> 長谷川利夫「精神科医療における隔離・身体拘束実態調査」病院・地域精神医学 59巻1号（2016年9月）

<sup>4</sup> 長谷川利夫「精神科医療の隔離・身体拘束」日本評論社 31頁

・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」とされている（下線は当会による）。

3月16日案は、検査及び処置等を行うことができない場合に、身体拘束を認めるものであり、これが認められれば、体温測定に応じないという理由での身体拘束を認めることにもなりかねないし、3月31日案も患者に対する治療が困難であることを理由とする身体拘束を認めるものであって、極めて問題である。そして、その後の4月15日案も6月9日の報告書案も、治療の困難を身体拘束の事情として認めるという点でこれまでの身体拘束の考え方を大きく変えるものであって、同じく問題であると言わなければならない。

以下治療が困難であることを理由に身体拘束を認めることの問題点について具体的に述べる。

## 7 「治療」を考慮することの意味

そもそも、現行の厚生省告示130号は、治療が困難であることは要件とされていない。繰り返すが、身体拘束は、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（身体保全目的）に重点を置いた行動制限であって、身体保全目的と治療目的とは、本質的に異なるものである。

精神科医療は、他の診療科にも増して患者と医師との信頼関係が重要であり、患者の意思に反する身体拘束によって治療することは、かえって医師や医療に対する不信感を招き、その後も受診拒否につながるなど、長期的に見れば患者に不利益をもたらさうるものである。

また、身体拘束は、患者に人としての尊厳を奪われたと感じさせるほどの大きな精神的苦痛を与え、トラウマ体験にもなりうる。

治療が必要な患者こそ、丁寧に信頼関係を築くために時間をかけるべきであり、そのために身体拘束などを認めるべきではない。

## 8 治療の「困難性」を考慮することの意味

さらに、患者に対する治療が「困難」であることを要件に入れるということは、指定医による広範な裁量を認めることになりかねず、最小限度の制約にとどめようとした趣旨を没却するおそれがある。すなわち、治療が「困難」であるか否かの判断は、主観的なものであり、相当な個人差が見込まれるおそれがある。

なお、他に事実上指定医の主観が影響しうる例として、措置入院における「自傷他害のおそれ」の判断があるが（精神保健福祉法29条1項）、この要件のとらえ方については、指定医によりかなりの幅があることが指摘されている。すなわち、「自傷他害のおそれ」について、61.6%の指定医は「現在の切迫した危険性」と解しているものの、1～2週間以内の「将来の危険性」ととらえる指定

医も29.8%おり、1～2ヶ月以内とした指定医も8.6%いた<sup>5</sup>。「自傷他害のおそれ」は基本的に患者の症状等客観的資料を前提として判断されるが、それでも「おそれ」の有無の判断は指定医の主観に左右され、これほどまでにバラつきが生じている。

それでも措置入院は指定医二名の判断が一致しなければ認められないが、これと対比しても、現在厚労省内で検討されている「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」の判断は指定医一名の判断でなされることからすると、その懸念は決して小さくない。

## 9 経済的動機による身体拘束が発生するおそれ

また、現在の診療報酬制度においては、スーパー救急病棟とも呼ばれている精神科救急入院料病棟について高い医療費が設定されているところ、前記病棟に該当するための要件の一つとして、新規入院患者の6割以上が3ヶ月以内に自宅退院することが設けられている。このような診療報酬制度の下では、早期に退院させるために治療を急ごうとする動機付けがなされかねない。

なお、前記2021年9月8日に当会が警告を発した人権救済申立事件は、申立人が退院した後に人権救済の申立てがなされたものであるが、当会による調査に対し、相手方病院は「速やかに治療を行う必要があった」（から身体拘束が必要だった）と主張しているところ、本件では入院と同時に身体拘束が開始され、25日間の身体拘束の後、入院からちょうど3か月で退院となっていた。

不必要な長期入院を避けるべきであることは当然であるが、治療困難を理由とした身体拘束を認めることは、経済的動機から入院を短期間にとどめるための治療を許容する抜け道になるおそれがあり、この点からも慎重に検討されるべきである。

## 10 強制医療との関係

治療が困難であることを理由に身体拘束を認めることは、治療は、患者本人の同意の下で行われるべきであるという原則の観点からも問題である。

治療が困難であることを理由に身体拘束を認めることは、その反対解釈として、拘束して治療すること、すなわち強制医療を認めることにほかならないが、医療行為について意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない重要な権利であって（最高裁判所平成12年2月29日第三小法廷判決）、患者の意思に反する強制医療は基本的に許されないものである。

---

<sup>5</sup> 「措置入院制度に対する精神保健指定医の意識に関するアンケート調査」（精神神経学雑誌第120巻第12号）

ちなみに、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においては、精神障害のある者について「医療を受けなければならない」と定めた規定があるが（同法43条1項及び2項。もっとも、同規定が個別の医療行為についてまで受忍義務を認めたものか否かについては争いがあり、同法の運用においても、極めて慎重なガイドラインが設けられている<sup>6</sup>。）、精神保健福祉法にはこれに相応する規定は存在しない。

仮に治療が困難であることを理由に身体拘束を認めるとすれば、法律にすら基づかずに単なる告示によって事実上強制的な医療を認めることにもなりかねないと言わざるを得ない。

## 1.1 今後の検討課題

なお、本検討会は、「不適切な身体的拘束をゼロとする」という目的を掲げているので、そのために重要であると当会が思料する点について付言する。

まずは、現在身体拘束が多く行われている原因や、死亡事故が発生していることについての原因を調査すべきである。これと並行して、身体拘束の実態を調査し、現在行われている身体拘束の具体的理由、拘束期間及び頻度、拘束開始時及び調査時の切迫性要件をはじめとする非代替性、最終手段性、一時性といった要件の充足性等についても把握すべきである。

また、本来、違法な身体拘束については精神保健福祉法上の処遇改善請求が権利救済手段として設けられており、前記2021年9月8日の警告書において当会も指摘したように、それは重要な意味を持つはずのところ、実際に処遇改善請求が行なわれるケースは極めて少ない<sup>7</sup>。処遇改善請求手続きを活性化させるための方策も積極的に検討されるべきである。

さらに、身体拘束に関しては、「行動制限最小化委員会」が一つの歯止めと考えられているが、実際には同委員会の設置が定められた平成16年度診療報酬等の改定以降も前述のとおり身体拘束件数はほぼ倍増しているのであるから、これが現実には機能していないことは明らかである。身体拘束が人身の自由を侵害するものであることに鑑みれば、病院と利害関係のない中立な外部の法律家委員を必要的とし、病院からの独立性を高めて権限を強化するなど、同委員会制

---

<sup>6</sup> 入院処遇ガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000485855.pdf>

<sup>7</sup> 令和2年度精神保健福祉資料によれば身体拘束指示10,995件（6月30日を基準とする）に対し、同年度衛生行政報告例によれば年間805件（内138件は2回以上の請求件数）しか処遇改善請求はなされていない（このうち身体拘束の不当性を訴える件数は不明であるが、さらに少ないことが見込まれる）。

度を抜本的に改革すべきである。

## 12 おわりに

精神科病院での治療にあたり、身体拘束が必要な場面があり得るとしても、それはごく例外的な場面に止めるべきであり、そのことについては争いがないと思われる。どのようにすれば、これを限りなくゼロに近づけることができるのかを考えることが重要であるが、以上述べたとおり、治療が困難であることを理由とする身体拘束を認めることは、医療者側の事情や裁量をもとに身体拘束を認めることになりかねず、身体拘束の要件の緩和につながりかねないばかりか、医療は患者の同意の下でなされるべきであるという原則にもそぐわないと言わざるを得ない。

よって、当会は、昭和63年厚生省告示第130号を見直し、精神科病院において治療が困難であることを理由とする身体拘束を認めることについて反対する。

以上

2022年6月9日  
神奈川県弁護士会  
会長 高岡 俊之