

精神病床での身体的拘束の法的・調査における視点の整理

山之内 芳雄¹⁾, 三宅 美智^{2,3)}, 白田 謙太郎²⁾, 月江 ゆかり²⁾

ここ10年間あまり精神病床での隔離・身体的拘束の増加という事実があり、その要因についてさまざまな意見が出ている。一般医療や介護施設における身体拘束の情報や、国際的な比較などと混同されることもある。しかしながら、わが国においては精神病床のみ法律による身体的拘束の違法性の阻却が定められており、また介護分野でいわれている身体拘束との定義の違いなど、整理しなければならない課題がある。また、一般医療などでは違法性を阻却するような法律がないなか、正当な行為なのかどうか議論が必要ともいえる。そして増加の要因に関しては、1999(平成11)年に約70%の病院が回答した調査があるが以降行われず、2003(平成15)年から総数の調査が始まったものの、要因を探索すべき患者属性は調査されていない。2017(平成29)年から患者属性情報も加わった調査が始まったが、増加要因を探索するには今後継続した調査が必要であろう。

<索引用語：隔離，身体的拘束，精神保健福祉法，違法性阻却>

はじめに

ここ10年間あまり精神病床での隔離・身体的拘束の増加という事実があり、その要因についてさまざまな意見が出ている。例えば、認知症の入院患者が増えたからではないか、救急病棟が増えたからではないかなどであるが、それを実証するデータはない。また、認知症に関しては介護施設での身体拘束ゼロの考え方やデータが用いられることもあり、議論が混在しているようにも思われる。本稿では、わが国での精神病床の隔離・身体的拘束に関する位置づけの特異性について論じ、続けて精神病床における隔離・身体的拘束のデータがどのようなになっているのかについてわれわれが携わる調査も交え述べたい。

I. 精神科の行動制限は法で規定されている、という特性

わが国では、不法に人を逮捕または監禁する行為に対して、刑法220条に「逮捕・監禁罪」が定められている。また不法に人の身体に向けた物理的力の行使に対して、同208条に「暴行罪」が定められている。では、精神医療における隔離や身体的拘束がこれに該当しないのはなぜだろうか。一般医療、介護施設、海外ではどうなっているのかなど、精神科の隔離・身体的拘束を考える際、まず視点を整理する必要がある。

刑法では、「不法に」という文言がある。つまり不法でなければ、刑法に抵触しないということになる。また、刑法には35条に「正当行為」が規定されており、法令または正当な業務による行為は罰しないとされている。例えば、契約のもと行われるプロレスの試合や外科医が行う手術が「正当

な業務」にあたるといわれている。では、誰が「正当な業務」と認めるかであるが、それは世論や判例による。医療では、世論の信頼を担保する方法として、学会などによる術式の承認、厚生労働省による医薬品・医療機器の審査と承認、そして当事者の同意がある。また先進的な医療機器を用いた手術などは、厚生労働省による先進医療の審査と承認を経て行われる。行った医療行為が正当かどうか長年議論されている例として、2006（平成18）年に愛媛県で病気腎を移植した一連の案件がある。2007（平成19）年に日本移植学会などは医学的な妥当性はないとの見解を発表し⁶⁾、厚生労働省も臨床研究以外は医療としての正当性はないことを原則とし、病気腎移植を行っていた医療機関に行政処分が行われた。しかし、この事案はその後も議論が続き、2017（平成29）年に厚生労働省は、先進医療として病気腎移植を認めている²⁾。

このように、医療における「正当な業務」はその行為により、不安定な環境のもとで成り立っているが、もう1つ刑法の「正当行為」の要件に、法令による行為がある。これは、他の法令に定められた条件下での行為は、例外的に刑法における違法性を阻却できるとしている。この例として、人工妊娠中絶がある。母体保護法14条に「都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師は、(中略)人工妊娠中絶を行うことができる」とされており、この条文により、母体保護法指定医が行う人工妊娠中絶に限り、刑法214条の業務上墮胎及び同致死傷罪の違法性が阻却される。

そして、精神病床における隔離（12時間を超えるもの）および身体的拘束もこれと同様である。精神保健福祉法36条の3に書かれた厚生労働大臣が定めた行動の制限であると、告示（昭和63年4月8日厚生省告示第129号）で定められている。同条でこの行動制限は「(精神保健)指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない」とされており、これをもって隔離および身体的拘束の判断は、刑法220条の逮捕・監禁罪と208条の暴行罪の違法性が阻却されることになる。ややこ

しいが、本来刑法に抵触する行為について、精神保健福祉法が定める限定された状況と条件下においては、例外的に不法ではないということである。医療・介護などにおいて、行動制限に対しての違法性阻却の規定があるのは精神科医療のみであり、一般医療や介護施設などには及ばない。では、一般医療や介護施設で行われる同様の行動制限の不法性はどのようなのだろうか。違法性を阻却する法律は存在しないため、正当な業務行為かどうかについて議論されるべきであると著者は考える。例えば、身体科の急性期病棟などにおける生命の危険が及ぶ状況で、意識障害による危険行動を回避するための身体拘束は正当な業務行為なのかなど、さまざまな状況下での正当性について行政・司法での議論が待たれるところである。

II. 他領域でのレギュレーション

行動制限において、特別な法律による違法性の阻却がない一般医療や介護施設において、そのレギュレーションはどうなっているのだろうか。2000（平成12）年に介護保険法が施行された際、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）において身体拘束の禁止が運営基準として定められている。これは居住型の介護施設を開設して、運営するために必要な基準の1つになっている。翌年の2001（平成13）年には、厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」が、『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——』⁵⁾を発表している。この手引きでは、身体拘束自体を強い論調で禁止すべきだとしており、対象となる行為を11項目定めている。このなかには、精神医療における隔離や、鎮静薬の大量投与も入っており、精神保健福祉法、あるいは精神医療における隔離・身体的拘束とは異なる定義になっている（表1）。さらに介護保険報酬において、身体的拘束があった場合の記録の不備や廃止に向けた対策を怠ったことにより、入所者全員の報酬が減算される「身体拘束廃止未実施減算」がある。また、一般医療においても、診療報酬において認知症患者

表1 介護保険における身体的拘束の項目

■禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」である。具体的には次のような行為が挙げられる。

- ①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦立ち上る能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

(文献5より引用)

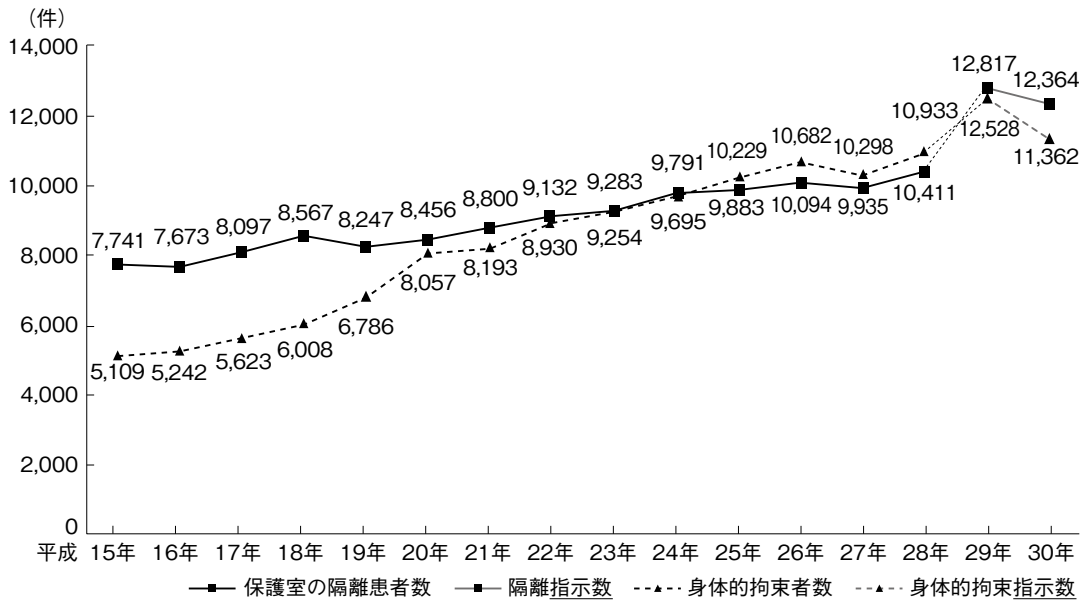


図 隔離・身体的拘束実施者数・指示数 (630 調査より)
(文献3, 4より著者作成)

者に身体的拘束を行った際、入院料の認知症ケア加算が減点されることになっている。そして先の手引きに強制力はないが仮にすべての高齢者に適用解釈をしたとしても、高齢者でない一般医療の入院患者に関しては、これらの施設基準や報酬減

算の仕組みはない。

つまり、わが国において精神病床以外での隔離・身体的拘束の実施基準を法律で定めたものではなく、施設基準、診療・介護報酬さらには手引きといった、いわゆる規則や取り組みによってのみ

表2 2018（平成30）年の全国の主診断ごとの隔離・身体的拘束指示の状況

主診断	総数 (A+B+D-C)	隔離・拘束指示			
		隔離あり (A)	拘束あり (B)	隔離かつ拘束 (C)	隔離・拘束指示 なし (D)
F0 症状性を含む器質性精神障害	70,932	1,571	4,632	293	65,022
F00 アルツハイマー病型認知症	38,661	756	2,600	128	35,433
F01 血管性認知症	7,949	92	487	14	7,384
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	24,322	723	1,545	151	22,205
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	12,104	327	279	34	11,532
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	10,665	238	240	25	10,212
覚せい剤による精神及び行動の障害	598	40	17	6	547
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	841	49	22	3	773
F2 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	149,972	7,995	4,795	814	137,996
F3 気分（感情）障害	26,756	990	727	159	25,198
F30-31 躁病エピソード・双極性感情障害（躁うつ病）	14,411	676	412	91	13,414
F32-39 その他の気分障害	12,345	314	315	68	11,784
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,220	193	98	24	4,953
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	695	42	36	13	630
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	1,014	74	39	13	914
F7 精神遅滞（知的障害）	5,791	569	395	56	4,883
F8 心理的発達の障害	1,952	327	71	26	1,580
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	660	63	21	6	582
てんかん（F0に属さないものを計上する）	2,197	78	82	8	2,045
その他	3,278	131	185	20	2,982
不明	244	4	2	0	238
合計*	280,815	12,364	11,362	1,466	258,555

*大項目の総和を算出。
(文献4より引用)

表3 2018 (平成 30) 年の全国の年代ごとの隔離・身体的拘束指示の状況

年齢	総数 (A+B+D-C)	隔離・拘束指示			
		隔離あり (A)	拘束あり (B)	隔離かつ拘束 (C)	隔離・拘束指示 なし (D)
20 歳未満	2,377	299	74	37	2,041
20 歳以上 40 歳未満	18,498	2,476	669	248	15,601
40 歳以上 65 歳未満	92,691	6,117	3,114	637	84,097
65 歳以上 75 歳未満	71,633	2,010	2,671	269	67,221
75 歳以上	95,319	1,447	4,831	274	89,315
不明	297	15	3	1	280
合計	280,815	12,364	11,362	1,466	258,555

(文献4より引用)

レギュレートされているとあってよかろう。これは別の言い方をすれば、規則や取り組みはあるものの身体的拘束をする違法性を誰も否定しない状況であり、一般医療においては隔離・身体的拘束が「正当な業務」だろうということで行われている危うい状況でもある。

Ⅲ. 精神科における行動制限の把握の現状とこれから

法律でその実施が規定されている精神病床において、隔離・身体的拘束はどのくらい行われているのだろうか。わが国の精神病床における隔離・身体的拘束は、1999 (平成 11) 年に厚生科学研究で初めて全国規模の調査が行われた¹⁾。この調査は、全国 1,548 の精神病床を有する病院を対象に、1,090 病院から回答を得た。当時 246,616 床のなかで、調査日時点で隔離が 5,643 件 (2.3%)、身体的拘束が 4,667 件 (1.9%) 行われていた。病院設立主体別、病棟入院料別、診断別、行動制限の期間別に集計されており、場所、理由、中断の有無も調査されていた。この調査に引き続き、行動制限最小化委員会を設けることが提言されている。以降同様の調査は行われなかったが、2002 (平成 14) 年の 630 調査³⁾で「保護室の利用者数」が調査され、2003 (平成 15) 年から 2016 (平成 28) 年までは「隔離室の隔離患者数」「身体的拘束を行って

いる患者数」が病院の種類別に調査され、2008 (平成 20) 年からはこれに入院形態別の集計が加わった³⁾。630 調査は精神病床をもつ病院の 9 割以上が回答するほぼ悉皆調査になっているため、この値と 1999 年の調査の単純な比較はできない。また、2002 年の調査は調査日の「保護室の利用者数」であり、それが隔離かどうか不詳である。そこで、経年比較できるデータは 2003 年からの 630 調査のうち、診断や年代などの属性のない精神病床全体の集計値になる。この変遷と平成 29, 30 年調査の結果を図に示した。

さて 2016 年までの 630 調査では、調査日である 6 月 30 日に「12 時間以上隔離された者」と、「身体的拘束を受けている者」を調査している。しかし、1999 年の調査にあったような中断 (例えば開放観察中) 者の扱いがわからず、また精神保健指定医以外の医師の指示による 12 時間未満の隔離については集計していなかった。患者の立場に立てば、隔離指示を受けているが開放観察されている状態というのは、単に隔離が猶予されている状況であること、また短時間でも隔離には違いないこともあり、2017 (平成 29) 年の 630 調査からは「午前 0 時時点で隔離・身体的拘束の指示を受けている者」と厳密に定義した。同時に、属性として、主診断・性別・在院期間・入院形態・年代・病棟入院料・都道府県・患者居住地と病院所在地

表4 2018（平成30）年の全国の病棟入院料ごとの隔離・身体的拘束指示の状況

病棟入院料	総数 (A+B+D-C)	隔離・拘束指示			
		隔離あり (A)	拘束あり (B)	隔離かつ拘束 (C)	隔離・拘束指示 なし (D)
精神科救急入院料	9,051	1,612	349	233	7,323
精神科救急・合併症入院料	373	35	69	12	281
精神科急性期治療病棟入院料	14,639	1,412	498	177	12,906
精神療養病棟入院料	87,082	2,480	2,459	282	82,425
認知症治療病棟入院料	32,905	431	1,885	68	30,657
特殊疾患病棟入院料	4,528	35	280	13	4,226
児童・思春期精神科入院医療管理料	793	92	11	6	696
医療観察法	750	13	1	0	736
地域移行機能強化病棟入院料	1,998	68	57	10	1,883
10対1入院基本料	742	39	114	20	609
13対1入院基本料	3,643	256	237	37	3,187
15対1入院基本料	113,293	5,542	4,705	552	103,598
18対1入院基本料	3,747	93	123	5	3,536
20対1入院基本料	1,290	30	18	0	1,242
特別入院基本料	1,650	61	84	4	1,509
特定機能病院入院基本料（7対1）	344	22	27	8	303
特定機能病院入院基本料（10対1）	355	28	27	9	309
特定機能病院入院基本料（13対1）	948	71	61	17	833
特定機能病院入院基本料（15対1）	200	16	18	7	173
その他	2,484	28	339	6	2,123
不明	0	0	0	0	0
合計	280,815	12,364	11,362	1,466	258,555

（文献4より引用）

の異同ごとに集計値がわかるようになった⁴⁾。そのため、図のグラフで2016年までと2017年以降は定義が異なることに注意されたい。

2018（平成30）年の主診断別・年代別・病棟入院料別の隔離・身体的拘束の指示が出ている者の集計を表2～4に示した。患者全体での隔離指示率は4.4%、身体的拘束指示率は4.0%のなか、主診断別では、統合失調症の隔離指示と認知症の身体的拘束指示の数が多く、知的・発達障害の隔離指示の割合が高かった。年代別では、40歳以上65

歳未満の隔離指示数、75歳以上の身体的拘束指示数が多い。病棟入院料別では急性期医療を行う病棟などでの指示の割合が高いことがわかるが、反面認知症治療病棟においては隔離指示が1.3%、身体的拘束指示も5.7%であった。

図からは隔離・身体的拘束の人数が増加していることがわかるが、これがどの属性によるものかは従来わからなかった。ようやく2017年から上記属性に関する集計値がわかるようになったばかりであるため、増加した属性の同定を議論するには

今後少なくとも数年の集計値をみていく必要がある。さらに、1999年調査では集計されていた期間・中断の有無・理由に関しては、630調査では調査しておらず、今後の研究への課題となる。

おわりに

わが国では精神病床での隔離・身体的拘束に関しては、法的な枠組みが特別に定められており、それゆえに一般医療や介護施設との単純な比較や、同列での議論は難しく、議論をするにはこれらを理解したうえで行わなければならない。また、隔離・身体的拘束の増加に関しては、従来の調査では増加したという事実しかわからなかった。その要因を実証的に探索するには、属性・期間・理由なども含めた調査を重ねていくことが求められる。2017年からの630調査において、属性がわかるようになったものの、いずれにせよ少なくとも数年のデータの蓄積が求められる。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

1) 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—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)報告書。2000

2) 厚生労働省第63回先進医療技術審査部会：先進医療B 実施計画等再評価表(番号B068)。2017 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000181259.pdf>) (参照2019-11-24)

3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料—平成28年までの630調査— (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630/>) (参照2019-11-26)

4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料—平成29、30年度630調査— (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/year.html>) (参照2019-01-26)

5) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」：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—。2001 (<http://syowakai.org/wp/wp-content/uploads/2014/04/854.pdf>) (参照2020-08-18)

6) 日本移植学会、日本泌尿器科学会、日本透析医学会、日本臨床腎移植学会：病腎移植に関する学会声明 (www.asas.or.jp/jst/pdf/info_20070000.pdf) (参照2019-11-24)

Legal and Research Aspects of Physical Restraint in Psychiatry

Yoshio YAMANOCHI¹⁾, Michi MIYAKE^{2,3)}, Kentarou USUDA²⁾, Yukari TSUKIE²⁾

1) *Aisei Century Hospital*

2) *Department of Mental Health Policy, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

3) *Department of Community-based Integrated Care, School of Nursing, Iwate Medical University*

In psychiatry, the rates of isolation and physical restraint have increased over the past decade, and there are various opinions about factors associated with such increases. Some of these opinions also provide information regarding physical restraint in general medical services and care facilities, or internationally compare the situation. The Japanese legal system only specifies justifiable causes of legality in psychiatry. There are also a number of challenges to be addressed in this area, such as clarifying the difference in the definition of physical restraint between psychiatry and care services. Furthermore, as there is no law specifying justifiable causes of legality in general medical services, it is necessary to determine whether treatment of a general patient was justifiable upon deliberation.

Concerning factors associated with the increasing rate of physical restraint, there have been no studies on this issue since a questionnaire survey, where approximately 70% of all hospitals responded, was conducted in 1999. Although a survey to assess the overall situation was launched in 2003, patient attributes to identify associated factors were not examined. In another survey that started in 2017, information, including patient attributes, is being collected, but further studies may be required to examine these factors.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : isolation, physical restraint, Mental Health Act, justifiable causes of legality>
