

## 医療プレミア特集

# 「身体拘束」日本はなぜ多いのか

医療プレミア編集部

2021年3月17日



インタビューに応じる長谷川利夫・杏林大教授＝東京都内で2021年1月13日、岩崎歩撮影

国内の精神科病院では、統合失調症など精神疾患のある患者らの長期入院や、患者の手足をベッドなどに固定する「身体拘束」が常態化している。米国など他の先進国と比べて実施率が高いことが指摘される。国内の精神医療にはどんな問題があるのか。身体拘束の問題に詳しい長谷川利夫・杏林大教授（精神医療）に聞いた。【聞き手 科学環境部・岩崎歩】

――精神医療での身体拘束とはどういう行為ですか。

◆医師の指示により看護師らが専用の拘束器具などを使用して、患者の行動を制限する行為です。例えば、「5点拘束」といって、腹部、左右の手首と足首をそれぞれベッドにくくりつける方法があります。日本では、精神保健福祉法で、患者の行動制限に関する権限を持つ精神保健指定医が、今すぐに自分自身を傷つけてしまうような状態と判断した場合などに身体拘束を認めており、本来限定的に行われるものです。

## 突出して高い日本の身体拘束の割合

――身体拘束の国別の実施率を分析し、英精神医学誌「エピデミオロジー・アンド・サイキアトリック・サイエンス」に論文を発表しました。

◆人口100万人当たりで1日平均何人が身体拘束されているか、日本、米国、オーストラリア、ニュージーランドの4カ国について、2017年のデータを基に分析しました。その結果、日本はほかの3カ国に比べて、100万人当たりで身体拘束を受けている人数が約270～約2000倍にも上りました。

身体拘束は、患者が落ち着ける環境を整備するなど代替手段が見つかるまでのやむを得ない処置でなければいけません。しかし、現実には安易に漫然と身体拘束をしていることも多く見受けられます。厚生労働省の「精神保健福祉資料」によると、全国の精神科病床で精神保健指定医が身体拘束を指示した入院患者は、19年6月末時点は1

万875人で、15年前の04年（5242人、当時は身体拘束の実施数を集計）の2倍以上になりました。



マグネット式の拘束器具で「5点拘束」を体験する長谷川利夫教授＝「精神科医療の隔離・身体拘束」（日本評論社）から

――一度身体拘束をされるとなかなか解除されない人が多いと聞きます。

◆全国11の精神科病院で身体拘束を受けていた245人を対象に継続実施日数を調べたところ、平均96.2日（15年8月時点）で、最も長い人は約3年（1096日）にも及んでいました。1カ月を超える人が104人と全体の42%で、継続日数は諸外国に比べても圧倒的に長いです。

## 背景に「入院治療に頼る医療形態」

――なぜ日本では身体拘束の実施数が多いのでしょうか。

◆精神科医の人数に対して、精神科病院のベッド数が桁違いに多く、入院治療に頼る医療形態になっているからです。厚生省（当時）が1958年に出した「精神科特例」といわれる事務次官通知で、精神科の病床に必要な医師数は一般病床3分の1、看護師・准看護師は3分の2でいいとされていました。当時は、統合失調症などの精神疾患の患者は病院に隔離しなければ危険だという誤った思想が支配的で、精神科の病床を増設するための一時的な措置であるはずでした。

しかし、現在もこの差別的な精神科特例は形を変えて続いており、精神科の入院治療では、（適切なケアのために）本来必要なスタッフが配置されないという、慢性的な人手不足を生む結果となっています。精神科病院だけ医師や看護師を少なくする正当な理由はなく、根底には精神医療への差別があるのです。



インタビューに応じる長谷川利夫・杏林大教授 = 東京都内で2021年1月13日、岩崎歩撮影

——スタッフ不足を解決しないと身体拘束は減らないのでしょうか。

◆08～09年に北信越地域の15の精神科病院の協力を得て、医師や看護師ら約1400人を対象にアンケートをしました。多くの職員は、隔離や身体拘束をしないと、事故や患者からの暴力、患者の自傷行為などが起きるかもしれないと不安を感じていました。特に職員が少なくなる夜勤帯は非常に厳しい環境にあります。一方、6割以上は「職員が今より多ければ、隔離・身体拘束は現状より減らせると思う」と回答しました。

ただし、人手不足を身体拘束の言い訳にははいけません。例えば、精神科のベッド数192床を持つ「まきび病院」（岡山県倉敷市）では、精神科特例に沿った人数の医師、看護師しかいませんが、身体拘束をしていません。東京都立松沢病院（東京都世田谷区）など一部では、身体拘束を減らす取り組みも始まっています。何か特別なテクニックがあるわけでもなく、そういう理念で運営しているのです。都道府県別で見ると、身体拘束の実施率にはかなりのばらつきがあり、低い地域と高い地域では10倍以上の開きがあります。つまり、実施率が高い地域では行わなくて済む身体拘束が多く実施されている可能性があります。

——病院の運営方針で減らせるのでしょうか。

◆まず、精神科特例を見直して医師や看護師の配置を一般病床並みにし、患者1人当たりのスタッフを増やすことが大前提です。その上で、私が危惧しているのは、入院治療に頼った医療が漫然と続き、「患者の安全を守るためであれば、身体拘束をしてもよい」という思想が定着しているようにも思えることです。本来は患者の命に危険が及ぶ場合などに辛うじて許されるものなのに、職員や病院側の都合で、身体拘束に肯定的な価値付けがなされてしまっているように思います。

また、かつてはひもを用いていたため、技術的にも難しい行為でした。しかし、現在は海外製のマグネット式の拘束器具が主流で、身体拘束のハードルが下がってしまったと思います。

——長時間に及ぶ身体拘束は、命の危険があることも指摘されています。

◆心に大きな傷を負わせ、身体機能の著しい低下をもたらす上、精神疾患への悪影響も懸念されます。また、体を長時間動かせないことによって、血の塊（血栓）ができて呼吸困難や心停止を起こす肺血栓塞栓（そくせん）症（エコノミークラス症候群）のリスクもあります。高齢者の場合は身体機能が弱まり、その後寝たきりになってしまう危険性も高いです。

17年にはニュージーランド国籍の男性患者が、神奈川県内の精神科病院で身体拘束を受けた後に容体が急変し亡くなりました。エコノミークラス症候群による肺塞栓を起こしていた可能性があります。こういう問題が表に出るのは一部です。



インタビューに応じる長谷川利夫・杏林大教授＝東京都内で2021年1月13日、岩崎歩撮影

――患者本人の声を治療方針に反映させる仕組み、治療が適切かをチェックする仕組みはあるのでしょうか。

◆退院の可否や治療方針が適正かを審査する組織として、各都道府県単位で精神医療審査会があります。患者本人や家族の請求に基づいて審査会が判断しますが、審査の結果、現状維持とされるのは9割を超えているのが実態です。書類審査に偏りがちな上に、病院側の精神保健指定医が決定した事項には踏み込んだ意見が言いにくい構造的な問題もあり、事実上、審査会は機能していないと思います。しかも、身体拘束をされていれば、本人が訴えることすら難しいのが現状です。

## 「本当に必要なのか」問い直す

――身体拘束を減らしていくための解決策はありますか。

◆精神科病院では、患者の言動や行動すべてが症状によるものだと捉えられてしまいがちです。しかし、実際は病棟の環境、医師や看護師との関係などさまざまな要素が絡んでいます。身体拘束を限定的に認めている基準に照らし、本当に必要なのかを病院側が問い直し、環境改善などで身体拘束をしなくて済むような努力をしていく必要があるでしょう。また、やむを得ず、身体拘束をする場合には早期に解除に向けて動くようにする必要があります。

そして何よりも、人が人を縛るという行為をそんな簡単にしてはいけないという当然の意識を社会的に醸成させていくことが必要で、精神科病院で起きている現実を可視化させていくことが大事だと思います。

はせがわ・としお 1964年、東京都生まれ。新潟医療福祉大大学院博士後期課程修了。博士（保健学）。2011年から現職。日本病院・地域精神医学会理事。患者や弁護士らで作る「精神科医療の身体拘束を考える会」代表を務める。著書に「精神科医療の隔離・身体拘束」など。

<[医療プレミア・トップページはこちら](#)>

## 医療プレミア編集部

毎日新聞医療プレミア編集部は、国内外の医師、研究者、ジャーナリストとのネットワークを生かし、日々の生活に役立ち、知的好奇心を刺激する医療・健康情報をお届けします。

---

毎日新聞のニュースサイトに掲載の記事・写真・図表など無断転載を禁止します。著作権は毎日新聞社またはその情報提供者に属します。  
画像データは（株）フォーカスシステムの電子透かし「acuagraphy」により著作権情報を確認できるようになっています。  
Copyright THE MAINICHI NEWSPAPERS. All rights reserved.