

身体拘束の倫理的正当化についての試論 ～心理的拘束としてのケアおよび観察の侵襲性についての予備的考察～

Argument on Ethical Justification of Using Physical Restraints Considering of Invasions and Violence include Care and Observation as Psychological Restraints.

伊 東 隆 雄
Takao ITO

旭川大学短期大学部生活学科生活福祉専攻

Abstract

Using physical restraints in hospitals or long-term care facilities is prohibited by the law in Japan. In this way, physical restraints means physically hold as "hard restraints" is prohibited. But physical restraints are not only body control. Watching and beholding care for patients are "soft restraints" and invading them. Physical restraints is prohibited but on occasions of emergency allowable use by the way of exception. If it was legality, but also it was justify in ethical approach. In thesis, we will make a study if it could be this however ethical argument on the ground that.

抄録

本邦では医療施設や介護施設において、身体拘束は法的に禁止されている。ここで禁止されているのは物理的に拘束する「ハードな拘束」である。しかし、抑制するだけが拘束ではない。観察や見守りなどのケアも「ソフトな拘束」であり、侵襲である。拘束は禁止されているが、緊急時には例外として認められている。法的に正当化されるとしても倫理的に正当化することはできるのだろうか。もしできるとすれば、どのような倫理的な理論が根拠になりうるのかを検討する。

I. はじめに

身体拘束はしないにこしたことはない。しかし、現実的にはそれは極めて困難なことである。どうせしなければならないのであれば、それを虐待として罪悪感を持ちながらするのはなく、正当な医療行為として、粛々と行うのが好いのではないか。

拘束ゼロを強力に推進しようというひとたちのなかには、あらゆる拘束イコール虐待 abuse ととらえるひともいるようだが、欧米の文献では拘束することを use of physical restraints などと表現することが多い。これは、当然のこと

ながら拘束における use と abuse を峻別し、拘束がすべからず乱用 abuse ではないということである。

いっぽう、医療行為やケアの本質が他者への介入という侵襲的な行為であること、そこでは見守りやケアを含めて他者の自由な行動にながしかの制限を加えなければ支援が成立しないということを前提として、その自由の制限がいかに正当化できるのか、できないのか議論しなければならない。

II. 拘束の定義と多様性について

1. 心理的拘束の認識

拘束とは、自由な行動を制限し、かつつねに監視下に置くことである。これはきわめて複雑で多様な介入である。小論で筆者が強調したいことのひとつが、見過ごされがちな心理的拘束についてきちんと認識するということである。

先日某病院で、術後のICUでのモニター観察について、「映像による観察の説明書・同意書」を渡された。ビデオカメラによる観察が同意を得て行う行為であるという認識の背景には、観察すなわち監視が心理的拘束に該当する、そういう認識があるのではないかと理解した。安全な医療の提供のためには、観察は不可欠である。

2. 精神保健福祉法による拘束の定義⁽¹⁾

法第36条1項では、「医療又は保護に欠くことが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。法第36条3項による行動制限は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三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)で以下のように定義されている。

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ができない部屋の中へ一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）
2. 身体的拘束（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）

法第37条1項に基づき、基本的な考え方が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」(同告示第130号)で示されている。身体拘束以外の代替方法が見出されるまでのやむを得ない措置で、できる限り早期に他の方法に切り替えるように努めること、「生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐ」ために行うものである。具体的には以下である。

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. 介護保険法の「身体拘束ゼロ」による定義(資料)

介護保険法においては「介護保険指定基準」に関するいくつかの省令（平成11年3月31日厚生省令、第39号（特養）、第40号（老健）、第41号（療養病棟）など）で身体拘束は禁止されている。「サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行ってはならない」と禁止された。また、拘束の定義は、「禁止の対象となる具体的な行為」として「資料」の「身体拘束ゼロの手引き」のなかに記載されている。

資料 介護保険指定基準において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、車いすやイス、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、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限する三トンプ型の手袋等をつける。
6. 車いすやイスからすり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
7. 立ち上が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。

(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、2001より)

例外規定としては、危険にさらされる可能性が著しく高い「切迫性」、他に適切な方法がない場合の「非代替性」、そして短時間にとどめるという「一時性」の三要件が示された。

4. 使用と虐待 Use と Abuse という概念

欧米の論文で「身体拘束する」などというところ

きに使われる用法に、Use of physical restraintsとか physical restraints use などという表現が頻用される。身体拘束を「使用する」とかしないとかいう概念である。これはあくまでも「使用する」ことは好ましいことではないにしろ、Abuse（虐待、乱用）のように弁解の余地なく許容されざるものではなく、状況によっては「正しい」Useがあるのだということを含意している言語表現であるという解釈が成立する。換言すれば身体拘束を乱用 abuse することは認められないが、正当な使用 use の可能性は排除できないものであるということである。

5. 拘束の多様な局面

ここであらためて、多様な拘束の形式について整理しておく。

まず物理的拘束は、抑制帯や拘束衣等の使用により物理的な行動制限を行うことである。精神保健法や介護保険法などの法律によって禁止される拘束は、主としてこの物理的拘束である。

つぎに薬理的（化学的）拘束は過量の向精神薬等の使用により過鎮静状態をきたし、行動を制限することである。このふたつの拘束を筆者は「ハードな拘束」と一括しておく。

そして心理的拘束は監視（モニターをふくむ）や見守り、声かけなどである。これらを拘束とみなすことには異論があるだろうが、筆者はこれを「ソフトな拘束」を考えている。いわゆる声かけや見守りは「ケア」と考えられ、無害であるはずのケアもまた侵襲となるポテンシャルを秘めていることを概観する^(注1)。

ケアの侵襲性については、加藤の二次サファリング論を簡単に紹介する。加藤によれば、ケアされる人は苦悩（サファリング）を抱えている。ケアされることにより、この苦悩が解消されることが期待されるが、ケアという介入により原初的な苦悩は加工され変容され、二次的な苦悩となる。ケアとは本来は侵襲をもたらさな

い介入であると考えられていたが、最近ケアの侵襲的な側面が一部の研究者のなかで注目されている。加藤は「ケアすることに伴う意図せざる暴力性の危険がある」と指摘する⁽²⁾。

Ⅲ. 心理的拘束と「まなざし」

見守りについて、さらに考えてみたい。見ることは「まなざし」を相手にそそぐことである。フーコー・Mの視線による従順なる身体化、見られることで無力化されるという指摘を紹介する。監視する側は、監視される側からは見えず、つねに全体を監視しているというパノプティコン（一望監視方式）のシステムについて「規律・訓練的な権力のほうは、自分を不可視にすることで、自らを行使する。（略）自分が服従させる当の相手の者には、可視性の義務の原則を強制する。規律・訓練では、見られるべきものは、こうした当の相手のほうである。（略）個人を服従強制の状態に保つのは、実は、たえず見られているという事態、つねに見られる可能性があるという事態である。」⁽³⁾と記載されている。

精神科医の中井は視線の被ばくについての記述をしている。「視線には、放射線のように被曝の最大許容量があるみたいだ。もっとも、最低必要量もあると思う。まなざしには治癒力も人間を解体から守る力もある。」⁽⁴⁾としている。ポスト・フクシマの現在、放射線を視線の比喩とすることには違和感もあろうが、これが書かれたのは20世紀の後半である。また中井は、サリヴァンが相手の目を見て話せなかったことについての弁解で「長い間分裂病の人を診ていてこうなった」と弁解し、これを「視線の威圧力を患者に及ぼすのを避けた」ためと説明している⁽⁵⁾。

ここでひとつ、印象的な文学作品について言及する。ジャック・ニコルソンが主演し、アカデミー賞を受賞した映画『カッコーの巣の上で』

1 ケアとはなにか？ という問いを立てなければならないが、それは小論の射程を大きく逸脱することになる。暴力としてのケアについては小著「ケアと倫理」（医療倫理学のABC第3版、p.113-120.）を参照していただきたい。

(ミロス・フォアマン監督、1975年、アメリカ)の原作の小説である。原作では病院から脱走したチーフが、自分の入院生活を回想するというかたちで描かれている。余談だが、チーフは「脳のなかにマイクロチップを埋め込まれている」とか、「巨大なコンバインに刈り取られて白人に殺される」、などという妄想があったようだ。したがって病気のふりをして病院に逃げ込んでいたのではなく、実際に病気のために入院させられていたようだ。

ラチェッド婦長が病棟に登場する場面を、語り手のチーフが回想するシーンの記述が思い浮かぶ。チーフはろうあ者のふりをして入院生活を継続し、作業療法としてモップを使用して病棟の清掃をしている。「婦長は通りすぎるとき、わたしにかかるく頭を下げる。わたしはモップを使って、身体を壁の方にぐっと押しやって、にこっと笑い、そしてわたしの目を見られないようにして、できるかぎり彼女の機械装置であるこの病棟をよごしてやろうと考える——目さえ閉じておけば、案外、人間の心は見抜かれないものだ。」⁽⁶⁾

心理的な拘束(侵襲的なケア)を回避する方法は、視線を避けるために目をつむることや、耳が聞こえないふりをするということが示唆的である。この婦長のように強固な専門職意識に基づいて、善意による侵襲的なケアを実施していることはまれではない。この婦長は優秀であり、マクマーフィのような患者でもケアをとおして救えるはずであるという信念を持っていた。

ラチェッド婦長に代表される女性看護師が侵襲的であったことについてのサリヴァンの記述(中井より)にふれておきたい。1920年代のアメリカにおいて、自立した強い女性の代表として、あるいはグレートマザーの象徴としての看護婦の力強いまなざしが、自己評価の低い男性患者にとって侵襲的であった時代背景がある。とくに若い男性の統合失調症の患者にとっては、優秀な看護師が患者のコンプレックスを刺激すると考えられ、サリヴァンは自らが管理する男性患者病棟から女性看護師を締め出した。

中井は「サリヴァンは、この受入れ病棟に自

分が選んだ(男性)看護師を配置し、この病室を看護系統から外し、看護婦の入室を拒んだ。(略)看護師の適性について述べているが、「傷つきやすいものへの思いやりを示せる人」「微妙巧緻でありつつ裏表のない単純明快性(subtle simplicity)を持つ人」である。(略)看護婦を拒んだ理由は、看護婦のこれみよがしの使命感と専門職意識である」と指摘する⁽⁷⁾。この記述を読んで筆者の脳裏に浮かんだのは、ラチェッド婦長の毅然とした揺るぎのない善意のまなざしであった。

IV. 拘束によって失われると主張されるもの

拘束されることによって損なわれるもののひとつは「自由」である。しかし、せん妄などの精神症状によって、不穏で多動な状態を呈しているときの行動を、自由意思による行動といえることができるだろうか。本能や一時的な衝動に突き動かされて、無軌道な行動をすることを、カント的な理性主義の立場からは自由とは言えないだろう。

もうひとつ、よく語られることとして、拘束は尊厳に反するということである。「尊厳」とはなにかという問いも、軽々しく通り抜けることのできない問題である。多様な尊厳のとらえ方のなかで、筆者が理解しているのは以下のふたつの対照的な側面である。

ひとつはキリスト教の神学を基盤とするもので、神から与えられた生命はいかなる状態になろうとも神聖であり尊厳を持つという考えだ。たとえ植物状態になっても人為的に命を終わらせることはできない。SOL(生命の神聖さ Sanctity of Life)という立場の基本にある尊厳概念だ。もうひとつは、理性的な人格は他者からの支配や強制を受けることなく自己決定が尊重される。決して他者に道具やモノとして利用されてはならないもので、それが尊厳である。自分が植物状態になったとき、機械で生かされていてもそれは家族や医療者の自己満足の手段であって、そこには尊厳がないというQOL(生命の質 Quality of Life)を尊重する根拠とされる尊厳概念だ。理性的でないものとしての胎児には

尊厳はないが保護されるべき対象と考えられる。

さて、では拘束によって失われる尊厳とは、上記のどちらの尊厳なのか。機械につながれてまで生きていたくないという、後者の尊厳に近いかもしれないが、これは尊厳というより体面とかプライドとか面目、のようなものと言い換える方が適切ではないかと考える。

拘束によって自由は制限される。むしろ、制限するために拘束が行われる。しかし、尊厳が失われるのか。尊厳というほど厳格なものではなく、体面とか面目とかプライドとか、もっと身近なものであることがおおいのではないだろうか。拘束されることによって、興奮状態で排泄物まみれになって歩き回り、面目をなくすことがない、という効用を考慮に入れば、「拘束によって保たれる尊厳（体面）がある」⁽⁸⁾ということもできる。

V. 身体拘束を正当化することはできるのか

1. 法的視点から

「精神保健福祉法」および「介護保険法」において、身体拘束は原則禁止されている。しかし、拘束を行わなければ、患者や入所者の生命の危険が回避できないような緊急性があると判断された場合には、例外的に認められるとされる。

いっぽう、これらの法律の適用されない一般病棟などにおいては、そもそも拘束ということが想定外のことである。そこで拘束が行われるということじたいが、あり得ないことなのか、あるいは、違法ではないのだから必要なら実施しても問題ないと考えられるか意見の分かれるところである。身体拘束の是非についての裁判はおおいが、以下の最高裁の判例が特に重要な

基準になるものと考えられる⁽⁹⁾。

一般病棟（精神科や介護病棟ではない）において当直の看護師らが、せん妄により不穏になり、何度か転倒を繰り返していた80歳代の女性にたいして、抑制具であるミトンを用いて患者の両上肢をベッドに拘束した行為が、診療契約上の義務に違反せず、不法行為法上違法とはいえないと判断された^(注2)。

2. 倫理的視点から

(1) 目的は手段を正当化するか

患者の最善の利益を優先することが医療の目的であり義務であるという考えはどうか。患者が安全に安楽に療養することによって生命を維持し、健康を回復させる。そのためには痛い手術や心身の安静を保つことが不可欠である。それを望まない患者に対しては、何らかの方法・手段によって、強制的にでもそれを行うことが医療者の責務と考えられる。療養上有害で好ましくない患者の言動を回避させる介入が正当化される。

ベンヤミンは「暴力批判論」において「自然法（筆者註：実定法ではない）においては、目的は手段を正当化するとみなすので、正義の目的のために暴力を用いることを自明のこととみなす」⁽¹⁰⁾としている。しかし、当然の疑問としてなにが正しい目的なのか、だれがどのように判断するのは自明ではない。

(2) 事実「である」から価値「べきである」を導き出せるか

これはかなり困難な問いである。拘束が行われているという事実から、それは必要だからだ、という価値を導き出せるのかということだ。メタ倫理学の領域ではすでに決着済みの命

2 判決要旨では、当直の看護師らが抑制具であるミトンを用いて入院中の患者の両上肢をベッドに拘束した行為は、次の(1)～(3)など判示の事情の下では、上記の患者が転倒、転落により重大な傷害を負う危険を避けるため緊急やむを得ず行われた行為であって、診療契約上の義務に違反するものではなく、不法行為法上違法ともいえない、とされた。(1)は、せん妄で興奮状態にあり、他院で転倒して骨折しており、今回の入院でも転倒している。(2)は、看護師らは4時間にわたって患者に対応したが、深夜長時間にわたって付きっきりで対応することは困難であった。(3)は、患者の入眠後速やかにミトンを外したため、拘束時間は2時間にすぎなかった。転倒転落を防止するための必要最小限のものであった。

題とされる。事実と価値は区別できないと考えることが主流となっている。いわゆる「ヒュームの法則 No Ought from Is.」で、これは「～である」から「～べきである」は導けないというものだ。また、善という価値を何か別のものと同一視したり、別のもので置き換えたりすることはできず、そうすることを「自然主義的誤謬 naturalistic fallacy」として批判される。

周知のように、倫理や道徳の語源が、mores (羅)、ethos (ギリ)にあるとされるように、その地域社会の中でそこに帰属する人々がその共同体で生活するうえで、円滑な人間関係を維持していく知恵が慣習となる。多くの人に受け入れられてきた事実が「善いこと」の起源であり、それを成文化し罰則などの外的規範としたものが法律である。換言すれば慣習という「事実」から、善いことという「価値」が導かれたという考えはあながち否定するものではないと筆者は考えている。

倫理規範の成立を自然科学的な比喩で表現することが許されるなら、総論としての系統発生的には事実から価値が導き出され、ある意味では「進化」をとげている。しかしたとえば、身体拘束の正当化というような個別の事案、つまり各論的な個体発生的にはその規範成立は正当化しえないのではないだろうか。メタ倫理学の領域としてはこのような唐突な比喩は容認されがたいものであろうが^(註3)。

ポパーによれば、道徳法則を採用したり拒絶したりすることの責任の主体は「われわれであり、またわれわれのみ」である。たとえば、「汝盗むなかれ」という規範を採用するという社会的事実はあるが、しかしその規範を採用するかその採用に反対するか、最終責任は我々自身にあるとされる⁽¹¹⁾。

(3) 功利主義による正当化

よく知られているように、功利主義は、「ある

行為を行って、その結果、関係当事者にとっての効用 utility、快、幸福の総計を増加させればさせるほど、その程度に比例してその行為は正しく善い」という考えだ。(功利主義の極北はトゥーリーらの「新生児殺の正当化論」だろうか。)身体拘束することが患者にとっての幸福の総量の増大に結び付くということを証明することができるか。少なくとも、拘束を行わなかった群と必要な拘束を実施した群間での幸福(利益)の総量の前方視的研究はみられない。

(4) 原則論から

自由な行動を制限してまでも、安全などの恩恵を優先することがゆるされるのは、原則論に照らしていえば数ある倫理原則のなかの「恩恵原則」の優先ということである。しかし宮城は「複数の原則がぶつかり合って、どの原則に従えばよいのか」について「原則はそれ以上の指針を与えてくれない」として原則主義を批判している⁽¹²⁾。

VI. まとめ

身体拘束を倫理的に正当化しようという試みは容易ではない。ここまで述べてきたように極めて困難である。しかし、ケアや見守りを含めて、人の自由な行動になんらかの制約を加えることによって、医療行為が成立するという現実がある。これまで、拘束とはみなされてこなかった「まなごしを注ぐ」という行為を含めて、医療における侵襲の問題を考える端緒になればと思い試論を展開した。

尊厳死の法制化をめぐる問題が典型的であるが、法制化、専門家による大綱や指針の作成、マスコミの報道、その他の多様な次元での議論の集積によって、ある問題の善悪についての社会的合意形成がなされ、それが倫理規範となっていく可能性は開かれている。それが好ましい変化という意味での進化に該当するかどうかは

3 進化論についてひと言述べておく。善いものが進化したという立場を「進化論的倫理学」として、自然主義的誤謬の代表としてムーアは否定している(ムーア「倫理学原理」(深谷昭三訳、三和書房、1977.)におけるスペンサー批判。P.63)。筆者も善い行為をする固体や種が進化して生き延びてきたという目的論的な自然主義仮説を支持するものではない。

別にして。

フレンド社

文 献

- 1) 精神保健福祉研究会監修、四訂精神保健福祉法詳解、2016、pp.403-411. 中央法規
- 2) 加藤直克、ケアはいつケアになるのか、p.39. 浮ヶ谷幸代編集『苦悩することの希望』所収、協同医書出版社、2014.
- 3) フーコー・M、監獄の誕生—監視と処罰、p.190. 田村俶訳、新潮社、1977. (Foucault M, Discipline and Punish. The Birth of the Prison. Translated from the French by Alan Sheridan, First American edition published by Pantheon Books in January 1978.)
- 4) 中井久夫、看護のための精神医学第2版、p.110. 医学書院. 2004.
- 5) 中井久夫、アメリカにおけるサリヴァン追認、pp.64-65. 『サリヴァン、アメリカの精神科医』、みすず書房、2012.
- 6) ケン・キージー、カッコーの巣の上で、岩元巖訳、白水社 U ブックス、p.14. 2014. (原著 1962.)
- 7) 中井久夫、分裂病は人間的過程である（あとがき）、p.207. 『サリヴァン、アメリカの精神科医』、みすず書房、2012. (Sullivan H.S, Schizophrenia as a Human Process, Norton Library, 1974. New York.)
- 8) 服部健司・伊東隆雄編著、医療倫理学のABC 第3版、p.226. 2015. メヂカルフレンド社
- 9) 最高裁平成 22 年 1 月 26 日判決、最高裁判所民事判例集 64 卷 1 号、p.219. (判例時報 2070 号、p.54. 判例タイムズ 1317 号、p.109.)
- 10) 中山元、正義論の名著、p.199. ちくま新書、2011.
- 11) ポパー「開かれた社会とその敵」、新田孝彦『入門講座倫理学の視座』pp.188-190. 世界思想社. 2000.
- 12) 宮城昌子、医療倫理の四原則とその問題点、服部健司・伊東隆雄編著、医療倫理学のABC 第3版、pp.148-154. 2015. メヂカル

