

令和6年度

第4回 精神保健医療福祉の今後の施策推進 に関する検討会

我が国の身体拘束の進むべき方向性

 杏林大学 教授

(一社)日本身体拘束研究所 理事長

長谷川利夫

情報公開から身体拘束へ

新潟精神医療情報誌

2004



NPO法人 にいがた温もりの会

県立精神医療センター

〒940-0015 長岡市寿 2-4-1	診療科目	精神科、神経内科、内科、産科
開設者	新潟県	TEL 0258-24-3930 FAX 0258-24-3991
ホームページ	http://www.pref.niigata.jp/sec27/jp/yakuyaku.html	院長 高橋 達郎
製日本医療機能評価機構の病院機能評価認定2004年受賞中		
交通機関	長岡駅からバスもしくはタクシーで約15分、長岡インターより約20分	
開設	1955（昭和30）年11月	
病床数	400床（一般精神320床、特設精神90床；児童青年期40、中毒性精神障害40）	指定病床数 400床
開放/閉鎖、保護室、多病室	閉鎖160床、開放240床、うち保護室20床、男女混合、個室72室（うちトイレ付50室）	
画像検査機器等	CT、X線、胃カメラ、エコー	
作業療法、デイケア、訪問看護	作業療法、大規模精神科デイケア、訪問看護	
看護施設	共同住居	
外来受付	月～金の8時半～11時 平日夜間外来（予約制）診療午後5時～7時	
休診日	土日祝日、年末年始	
精神科救急	平日（月～金）夜間及び休日昼間当番日、その他当直対応	
心配、疑問がたつ場合の連絡先	平日は代表TEL 0258-24-3930、夜間、休日はTEL 0258-24-3931	

●訪問日時 2003年11月13日(木) 1時半～5時10分

●実談者 院長、事務長、看護部長、PSW

●見学内容 2階A2病棟、B2病棟、3階C3病棟、1階C1病棟、1階体育館、デイケア棟

●職員配置と病棟状況

職員総数	254名
医師数	常勤13名（うち指定医9名）、非常勤2名（内科医2名、産科医1名、皮膚科医1名）
看護員数及び看護補助数	常勤173名、非常勤6名
作業療法士数	9名
ソーシャルワーカー数	ソーシャルワーカー7名、そのうち精神保健福祉士4名
薬剤師数	6名、助手1名
臨床心理士数	7名
その他	30名

病 棟 状 況	A 2病棟 46床（閉鎖） リハビリ室（保護室）6 個室12（トイレ付6） 急性期の方対象
	A 3病棟 46床（閉鎖） リハビリ室（保護室）6 個室12（トイレ付6） 急性期の重症の方対象
	B 1病棟 57床（閉鎖） リハビリ室（保護室）1 個室9（トイレ付7） 慢性・長期入院の重症の方対象
	B 2病棟 57床（開放） リハビリ室（保護室）1、個室9（トイレ付7） 慢性期・要援助の方対象
	B 3病棟 57床（開放） リハビリ室（保護室）1、個室9（トイレ付7） 慢性期・要援助の方対象
	C 1病棟40床（開放29と閉鎖11） リハビリ室（保護室）2、個室6（トイレ付4） 児童・青年期の方対象
	C 2病棟 57床（開放） リハビリ室（保護室）1、個室9（トイレ付7） 慢性期・要援助の方対象
	C 3病棟 40床（開放） リハビリ室（保護室）2 個室6（トイレ付6） アルコール依存症、躁鬱、薬物中毒、摂食障害の方対象

●治療体制とリハビリテーション


病院運営の理念	基本理念：1 人権の尊重に努める。2 患者本位の医療を行う。3 明るく開かれた医療を目指す。4 社会復帰の促進を図る。当院の運営方針：①告知及びインフォームドコンセントの徹底。②精神科リハビリテーションの充実と向上。③早期社会復帰の促進。④多様化する精神障害者の治療及び精神科救急の積極的推進。⑤関係機関等との連携推進。⑥医療事故防止と適確な管理体制の確立。⑦病院経営の健全化。
チーム医療	PSWはスタッフと通常業務の中で行っている。ケースカンファレンス、申し送り、クリニカルパス委員会で作成している。作業療法士の体系化については、病棟と看護科を別にして、入院・外来対象別に取組んでいる。連携は病棟看護師を中心にPSW、医師と連携を取っている。
家族と患者を含むカンファレンスの提案	必要に応じて提案している。特に慢性期の患者の社会復帰には家族の支援が不可欠。また、再発防止、急性期の患者のためにも医療サイドから提案している。
患者の話をじっくり聞く時間は？	基準以上のスタッフがいるので、聞くことは基本的なこととして普段から努力している。
院外処方の有無	あり。薬局が周辺にないので希望があれば院外処方だが、基本的に院内処方。
入院中の服薬説明書の提供	希望すれば提供する（一律ではない）。口頭でメモ書き程度が一般的。
薬の効果及び副作用、服用期間の説明	できるだけ説明している。重大な副作用については、365日、24時間、医師、看護師に相談電話で対応できる。服用期間は、重大な副作用がなければ2～3週間は服用して欲しいと説明している。
副作用に気がついた場合の指導と連絡先	できるだけ早く、病院に連絡するように説明している。日中は薬局が代表電話に、夜間や日中は当直の医師、看護師に連絡可。
医師の往診、訪問看護の有無	往診あり。訪問看護・診療あり。外来に来なくなった患者の自宅に往診。これは家族と医療サイド双方から提案している。
患者の移送	原則はしないが、かかりつけ患者を説明して当院に移送することがある。合併症がある場合は救急車で、その他は病院車を使用して転院する。
急患用ベッド（保護室）の常時確保	精神科救急のため空床は確保されている。
身体疾患発生時の他医療機関との連携	①救急救急②身体合併の様々なケースで他医療機関と連携している。①が済んでから②にまわすこともある。
合併症の患者の受け入れ体制	高度医療が必要な場合は難しい。しかし、重症でなければ肺炎の患者は受け入れ可能。病内容によって受け入れる。
E/C/T実施の有無とその基準	実施している。本人もしくは保護者の同意を得て行っている。うつ病性の発症、薬剤による治療効果が低い、緊張による昏迷患者中心。けいれん療法を行っている。
インフォームドコンセント	説明と同意を原則としている。クリニカルパス（治療工程表）を来年度から導入する予定。治療計画の策定、退院後のフォローを行い、在院期間を短縮化する予定。現在、平均在院期間は160日程度である。
セカンドオピニオン	院内では医師間でセカンドオピニオンを伺うことがあり。外来では主治医選択は自由。入院の場合は主治医選択不可（病棟区制のため）だが、問題のある医師がいれば、文書で検討することもある。
カルテ及び看護記録の開示	県の個人情報保護条例に従って、個人情報開示請求に基づき開示可能。病院で常時受け付けている。
作業療法・デイケア・SSTの実施	実施している。外来作業療法：月、水、金 ランチグループ：火、デイケア：月～金の毎朝心理カウンセリングあり。アルコールは（B2、B3、C2）で週1回実施している。運動（B2、B3、C2）で週1回実施している。児童病棟も独自にある。SSTは開放病棟A3で週開プログラム（全曜日）、2 個別に受持ち看護師と院内散歩（喫茶に立ち寄り）の機会あり。3 自由散歩は週1回～週5回まで1時間ほどある。
回復に向けての教育プログラムと担当	W対応の体制あり。家族研修会が月1回、家族会事務局で開催されている。家族教室は月1回開催され、PSWが担当している。他にアルコール、AC、引きこもり、摂食障害、児童青年期、成人の自助グループがある。ロトング（広場）で自由に活動できる。
職任探しと地域連携と担当	必要時に援助する場合がある。PSW担当。理解のある家主さんがアパートを1軒貸して職員が行政機関、民間団体等の嘱託員として協力関係にある。
行政機関、民間団体等との連携	長岡市等（年4回）、作業所（2カ所）、長岡健康福祉環境事務所等の会議に参加。多くの職員が行政機関、民間団体等の嘱託員として協力関係にある。

2013年

精神科医療の 隔離・身体拘束

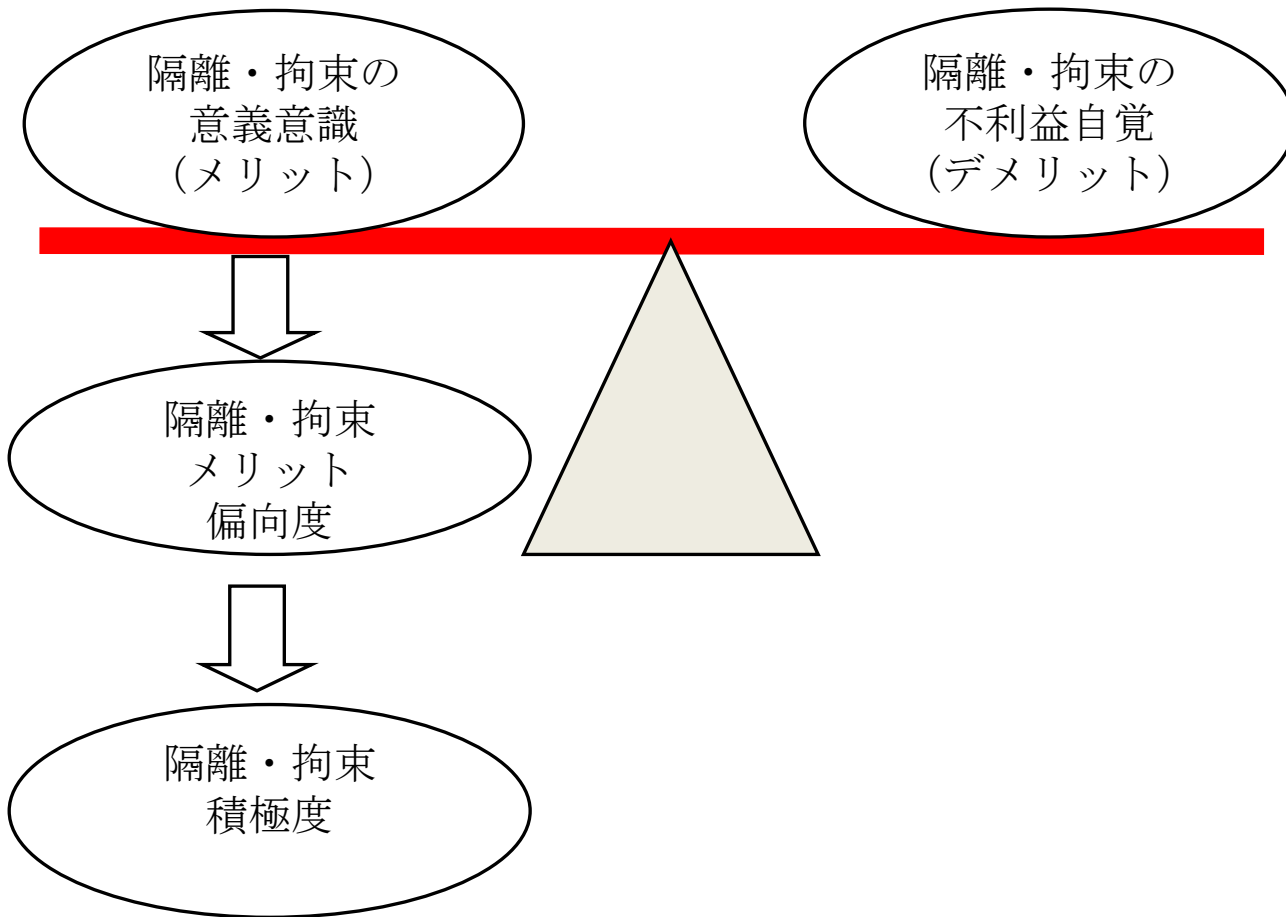


長谷川利夫 著

 日本評論社

調査対象

- 北信越地域の精神科病院19ヶ所に協力要請
- 15の精神科病院の調査への協力を得、医師、看護師、看護補助者、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者 **2,101名** に無記名自記式アンケート調査票配布
- **1,407名** が回答、回収率 **66.9%**



質問紙(尺度)

1. 隔離・身体拘束意義意識度(11項目)
2. 隔離・身体拘束不利益認識度(10項目)
3. 隔離拘束不実施不安度(11項目)
4. 隔離・身体拘束現状容認度(18項目)
5. 病棟環境不満度(16項目)
6. バーンアウト度(17項目)
7. 精神障害者の自立許容度(11項目)
8. 暴力に対する脅威の認識度(7項目)
9. 関与必要認識度(11項目)
10. 人権尊重妥協度(3問)
11. その他 (5問)

- 各隔離身体拘束積極度
（ケース3題アナログスケール）
- 患者に関わりを持つのに適した職種を問う質問

【資料】

「精神科病院における身体的拘束」

国立国会図書館 調査及び立法考査局

私が頂戴している手紙より

【資料】「大畠一也さんのこと」

「精神看護」2022年11月号 医学書院

ご本人からの手紙

「保護室に入れられました。しかしたった2日で、保護室を使う人がいるからという理由で『身体拘束』されました。

トイレにも自由に行かせてくれず、おむつにされてしまい、とてもイヤでした。また食事以外は拘束器具をほどこいてくれず、寝ているのか起きているのかのかもわからない状態が続き、今でも後遺症か悪夢を見ます。

最近、『身体拘束』の話題が出ますが、誰も他人事ではないこと、そしてなにより身体拘束というものを「廃止」されていく方向に向かってほしいです。そして少しでも『身体拘束』で苦しむ人が、拘束を受けた当事者として減ればいいなと心から願っています。」

「押し問答がしばらく続き、ある日突然複数名の男性看護師に取り押さえられ、無理やり拘束され、鎮静剤を打たれた。

拘束中、尿、便は不潔。水は食事以外与えない。苦しかった。 前回、暴れても拘束は解けないので、大人しくした。冗談で看護師を笑わせると、少し緩めてくれた。プロなの？

心も落ち着き出し、素面でされたので、また、ずっと対話で(非暴力的)してきたのに何故？日常がずっとおそろしくなってしまった。人や外がまたなにされるんだ？？」と。」

声も出さずに、静かに、おどおどしと、裸足のまま玄関(入口)まで歩いてしまいました。そうしたら、看護室の女の看護師さんが「あっ」と言いました。それでそのまますぐに、畳の部屋とは別のくさい個室の一人部屋に、身体拘束を7か所されました。なぜ縛られているのか、訳が分からないまま、繋がれていました。私としては、全然暴れていなければ、自傷行為も(今までも)ないし、他の患者さんにも一切危害を加えておりません。(中略)

診察に行くたびに〇〇先生に、「なぜ、暴れてもいないのに、つないだのか」少しずつ訊くと、〇〇先生は「暴れたから抑制したのではなく、△△さんを『守る』ためです。興奮していたので。」と言いました。自分で現場を見るも確かめるもしないで、いきなりつないで、私を『守る』ためだと、のうのうと云ってのけるその姿勢に、私は失望しました」

インターネットで見ましたが、「拘束の過程を録画するなど可視化し、本当に必要だったのか、検証できる仕組み」を日本全国の全ての病院で早急に整えてもらいたいです。義務化してもらいたいです。

「身体拘束するのなら、生きていたくなく早く死にたいです」

「チンポに管も入れられました。助けてください。助けてください」

最初は隔離からスタート

その後夫と姉が来院。面会かと思ったが、医師を交えて話して、関係性の悪かった夫を無視した。医師の促されるまま別の部屋に連れていかれ、「部屋代はただ」と言われ同日身体拘束。

元々入院前にたまに不安になったりするも、なぜ同院で身体拘束されたかわからない。

「唯一言えることは、身体拘束はあってはならない行為だと思います。ある者には苦しみと悲しみを加え、私のように憎しみの心が忘れたようであっても心の底に残っていて、時々再燃してしまいます。」

ご家族からの手紙

お母さまから

「身体拘束はかえって心身に不調をもたらすものではないですか？

傷を作ったのでそれをなおすために入院しているのです。言えばわかります。

..どうしても聞いてみたかったのが、身体の一部かかゆくてもかくことができないできません。手足をのばしたいという欲求にも伸ばせません。つらいものでしょう。健康な人間でも一晩中に何度も寝返りをすると言います。医療従事者の方はわからないのでしょうか？」

この子はその後突然死しました。

寄せられている死亡事例

ケリー・サベジさん

【資料】「返らない命とそこからの問いかけ」

精神看護2022年9月号

大畠一也さん

【資料】「大畠一也さんのこと」

精神看護2022年11月号

その他複数……

氏名	性別	死亡年	地域
A	女性	2013	西日本
B	男性	2014	東日本
C	男性	2016	東日本
D	女性	2016	東日本
E	女性	2016	東日本
F	男性	2016	東日本
G	男性	2016	東日本
H	女性	2017	東日本
I	男性	2017	東日本
J	女性	2017	東日本
K	男性	2018	西日本
L	男性	2018	東日本
M	男性	2019	東日本
N	男性	2020	東日本
O	女性	2021	西日本
P	男性	2021	西日本
Q	女性	2021	西日本
R	男性	2023	東日本
S	男性	2024	東日本
T	男性	2024	西日本



【資料】「私は身体拘束を生き延びたのか？」

精神看護2021年11月

『傷の声——絡まった糸をほどこうとした人の物語』2024年11月発行、医学書院(ケアをひらく)に収載。

**私はごまんという拘束すべき患者の一人に過ぎ
なかつただろう。しかし私はといえば、人権を奪
われた3週間のうちに、それによって自分の一部
が死んだ人間として、今を生きている。**

拘束された前の自分には決して戻れない。

**何か損なわれた状態で還ってきたことを、果
たして「生き延びた」と簡単に言えるだろうか？**

無法地帯。それが精神科病院には実在する。

そう、私の意思なんて、あると想定しただけ邪魔なノイズでしかない。あまりにも意に反する方向に物事がどんどん進んでいくなか、ひとり無力に取り残されるのは、そう宣告されているのと同じだった。

無力化。

それは、拘束の最たる効果の1つであり、医療者が無意識に使っている手段である。

無力化の第一歩は、拘束具を付ける瞬間に始まっている。

病室に到着してすぐ、体操のマットと同じく固くごわごわした生地のできた頑丈な拘束具を、看護師が手慣れた様子で体に巻く。

恐怖で固まっている私をよそに、彼ら彼女らは、にべもなく拘束具のロックを手早くかけた。このカチツという音は、〈対話が可能な対等な人間としての私〉が力任せにズタズタに破壊された瞬間の象徴として、耳に残っている。

**普段トイレを使っている人間が、排せつを
コントロールされ、排泄物を見られるのは
尊厳をズタズタに傷つけられる拷問である。**

時計のない個室でひたすら天井を眺める一日はとにかく長かった。ナースコールで「今、何時ですか？」と問うては1時間も経っていないことに絶望したり、夕食を食べてからいつまでも日が暮れていかないことをこころの中で嘆いたりした。一秒一秒が苦しみだった。この状態がいつまで続くかもわからず、縛るくらいならさっさと殺してくれと願った。

このような環境に置かれるという構造そのものが、力づくで患者を組み敷く恐怖政治になっているのだ。少しでも医師の思い通りにならなければ、この生活が延びるかもしれない。どんなに強い怒りを感じていても行動に表せば、拘束が追加されるかもしれない。相手が植えつける苦しみを、相手が植えつける恐怖によって抑え込まれる経験は、暴力を振るわれて黙らされているのと何ら変わりなかった。

誰も私を人間として評価していない。誰も私が感じている痛みと絶望を知らない。この打ち震えるほどの大きな悲しみと怒りを、自分のうちに秘めておくことが誰にできるだろうか。それでも、抵抗を顕わにしたら拘束を追加されるのは明らかなので、必死の妥協策として枕元に置いてあったタンブラーをシェイクしてなんとか感情を紛らわした。ところが床に漏れた水飛沫を見て、看護師はすぐさま医師を呼んだ。「これは衝動行為ね」「明日から拘束の解除はできないから」。医師のひと声は、わずかに残されていた、拘束がだんだん解除されていくという希望をあっけなく潰した。

状況の救いようのなさに、私は声を上げてわんわん泣いた。泣き声を聞きつけた看護師がやって来て言った。「泣くのはいいけど、他の患者さんがびっくりするから声は出さないでもらっていい？」

私がなぜ泣いているかには関心もないのだろうか。

「あなたに拘束されている人の気持ちがわからないでしょう」。そう言ってみると「うんわからないよ」とバツサリやられる。ああ、またやってしまった。この人たちに共感を求めることほど愚かなことはないのだ。

私の話す言葉は日本語のはずなのに、誰にも届かない。どんな感情の発露も、医師には握り潰され、看護師にはいなされて宙に消えていく。

どんなひっしの願いも跳ね返るばかり。

違う国にひとり放り込まれたかのように、誰とも共通の言葉を持たずに通じ合うことはない。

権力性と恐怖心を必然的に伴う拘束は、死にたい気持ちや病気に対する治療どころか、懲罰にしか思えなかった。

そしてこの懲罰は、自傷他害のリスクをゼロにと相手を抑えつける方向に進んでいく「管理のメガネ」と、どんな言動も症状としてカテゴライズして患者であることを強化する「病理のメガネ」で成り立っていた。

そうして蝕まれ続けて3週間、私は静かなモノと化して、懲罰は終わった。

圧倒的な力の差の中で行われる精神科医療の身体拘束というものは、このような身体拘束を必然的に生み出すのです。

「不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組」

「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」報告書より

石川の大畠一也さんに対して行われた 身体拘束は？

【資料】「大畠一也さんのこと」

「精神看護」2022年11月号 医学書院

求められること

適切性については留保したうえで、
身体拘束全体を減らしていくことを目標
にしていくこと

まず、「身体拘束を減らしていこう」
という目標があれば、
「必要のない身体拘束はないだろうか？」
という機運が生まれる。

Cusackによる身体拘束を経験した精神科医療ユーザーの体験からの8つの主題

1 ト라우マと再外傷化

2 精神的苦痛

3 恐怖

4 無視された気持ち

5 コントロール

6 パワー

7 静穏

8 人間性の剥奪

Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M ,DuxburyJ:

An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings.

International Journal of Mental Health Nursing (2018) 27, 1162–1176

「適切な身体拘束」「不適切な身体拘束」という言葉を用いている限り、身体拘束の縮減は難しい。その判断は留保し、身体拘束のトラウマ性、死をも呼び寄せる危険性に着目し、まずは、身体拘束そのものを減らしていくという方針を出すべき。

告示130号基準の件

経過、論点

【資料】「精神科病院における身体的拘束」
国立国会図書館 調査及び立法考査局

【資料】

「『身体拘束』からみる失われる民主主義」
「世界」 2023年5月号 岩波書店

【現行】

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

【2022年3月16日案】

「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」

※3月28日院内集会開催

【2022年3月31日厚労案】

「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」

※4月7日院内集会開催

【2022年4月15日厚労案】

「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」

現行告示の「対象となる患者に関する事項」

身体的拘束

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

隔離

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

精神科病院の中では身体拘束により多くの方が亡くなってきており裁判も全国で行われています。昨年10月には、石川県の40歳男性が身体拘束後に亡くなった裁判で、拘束開始時からの違法性が最高裁で確定しました。身体拘束の実施要件は大臣告示において、自殺企図又は自傷行為の著しい切迫、多動・不穏が顕著、生命の危機などに限定されています。しかし今、この告示を30年以上ぶりに改変し「治療が困難」という言葉を加えようとしています。現行にない「治療」の要素を加えることは今までなかった医師の裁量を広げることになります。そもそも人身の自由、人権を制限する行為の要件が国会の審議を経ずに告示で定められていること自体が極めておかしいことです。

参議院予算委員会 令和4年10月20日

長谷川利夫 答弁 45

この問題を考えるうえで重要な視点は3つあると思います。

1つは障害者権利条約に基づく我が国に対して提示された昨年9月9日の総括所見。総括所見を軽視する向きもないではありませんが、憲法に締結した、批准した条約は遵守義務は、憲法に明記されていることですから、それを軽視されることはあるべきことではない。

2番目は、石川県で発生した違法な身体拘束の裁判例で、これで最高裁にまで争われ、最高裁が示した基準があります。最高裁が示した基準を無視する、あるいは基準に反するような改定をすることは、明らかに三権分立に反することですし、今後そうしたことがすれば、改定告示そのものが、最高裁判例違反としてのそしりを受け、裁判を続出することになりかねない。

3点目。これまでの審議会の議論等で、最小化、減らしていく、最低、減らしていこうという時に、それに逆行するものであってはならないと思う。この3点だと思ふんです。

社会保障審議会 障害者部会

日弁連 2023年9月7日 発出

「厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業 精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究一報告書一」に対する**会長声明**

野村総研報告書の提言・・・

「身体的拘束は一時的に行われるものであり、必要な期間を超えて行われていない」

⇒一時性要件を示すものと考えられるが、「必要な期間」という概念は、医師の主観的な治療方針や、病院の人的・物的体制といった医療側の事情・判断に委ねられるおそれがあり、時間的な限定の意味をなさない。

本報告書は「(身体的合併症のために)『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や重大な身体損傷のおそれがある場合』についても、上記に準じて判断することを明示してはどうか」とも提示するが、これは本人の同意なく身体的拘束した上で治療することを認めることとなり、現行法上は許容されていない強制治療を、告示の改正によって潜脱的に許容する結果となる。すなわち、認知症の入院患者に対して身体的拘束を常態化して治療を行ってきた近年の精神科病院の診療例などを、告示の改正を契機に是認することにもなりかねない。

このように、本報告書が提言する身体的拘束の要件改正は、不適切な身体的拘束をかえって広く認めることとなり、人権擁護の観点から許されない。

とによる急死」とされた。判決は、男性は自傷行為に及び、制止した医師らをはね飛ばすなどしており、「制圧は必要だった」と指摘。制圧方法も、窒息につながる胸や腹の圧迫を避けるなど妥当なもので「不適切とは認められない」とした。

(千葉雄高)

身体拘束 突出して多い日本

日本の精神科病院をめぐっては、身体拘束が他国より突出して多い実態を示す国際共同研究論文が1月、英ケンブリッジ

大学出版局の国際精神医学雑誌に掲載された。研究には、日本の長谷川利夫・杏林大学教授(精神医療)や、米、英などの大学の研究者9人が参加。日、米、独、豪、ニュージーランドなど9カ国の2013〜20年の公的データなどを使い、身体拘束や保護室への隔離の件数や時間を計算し、比較した。

患者を専用ベルトでベッドに固定する身体拘束は、日本が人口10万人あたり年120件で最多だった。次に多い独は81件、オランダは22件。最少のニュージーランドは0・72件で、イングランドが1・9件だった。1人あたりの拘束の平均時間も日本が最長の730時間で、1・1時間と最短のニュージーランドの663倍。2番目に長いオランダは54時間だった。

長谷川教授は「適切な拘束ならいいという発想ではなく、人権侵害だから減らすということを出発点とすべきだ」と話す。今回の裁判で問題になった制圧も「人による身体拘束だ。背景には、拘束や隔離の安易な実施と同様の姿勢があるので」と指摘した。

(編集委員・大久保真紀)

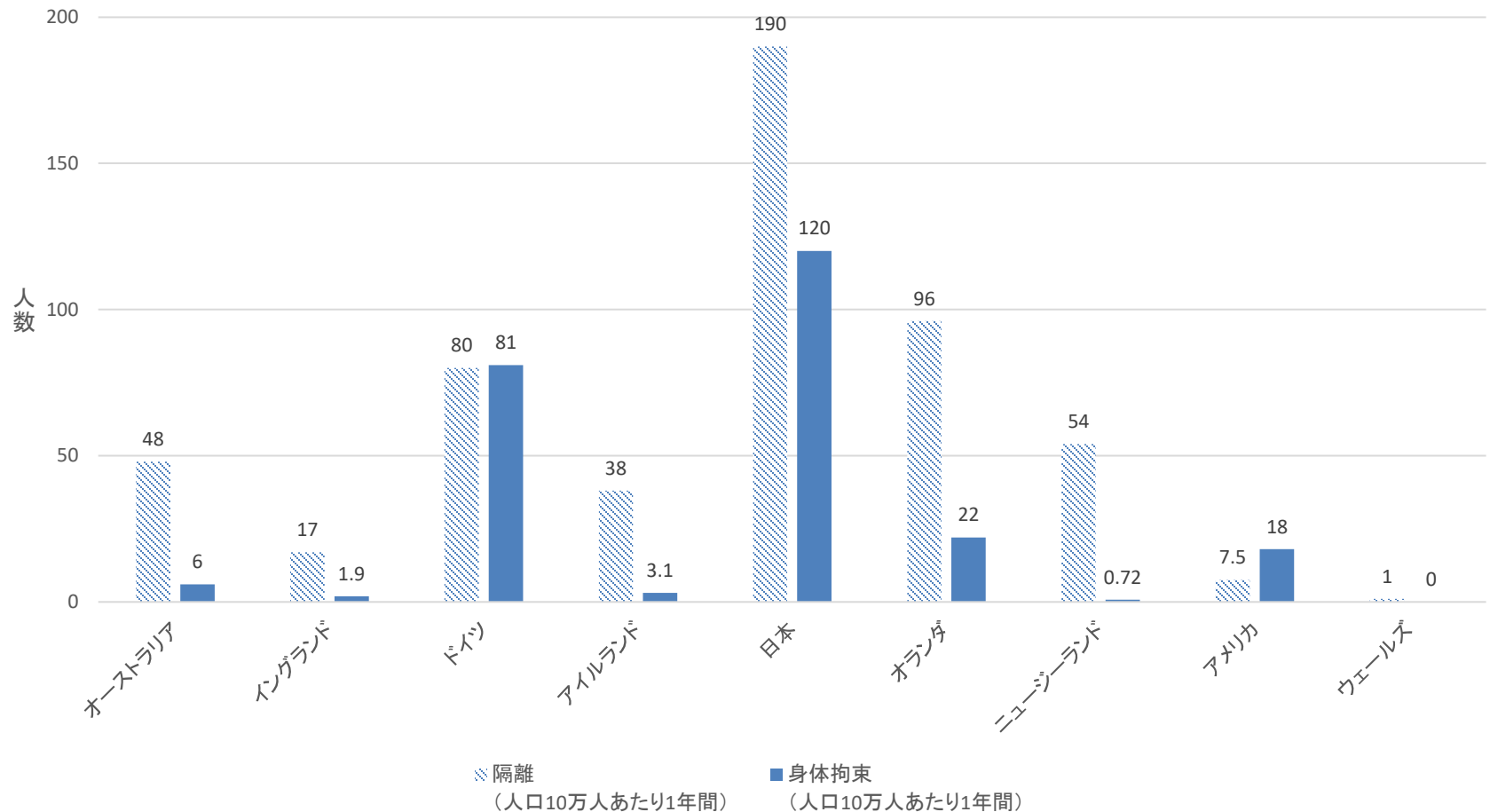
精神科病院 制圧後に男性死亡

遺族の賠償請求棄却

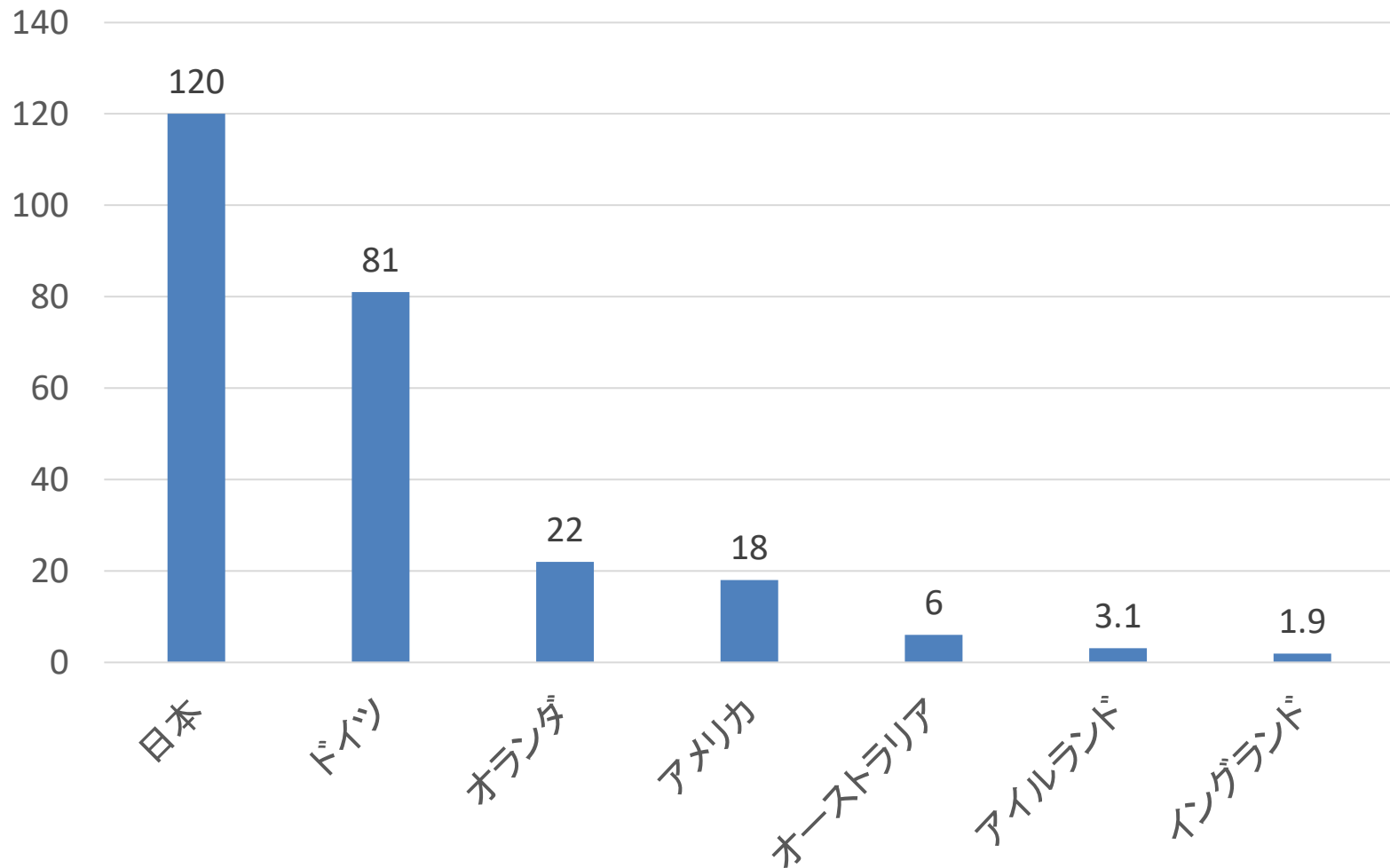
東京都内の大学付属の精神科病院に入院していた男性(当時40)が死亡したのは、不適切な身体拘束や制圧が原因だとし、男性の両親が病院側に約8600万円の損害賠償を求めた訴訟で、東京地裁(男沢聡子裁判長)は8日、両親の請求を棄却する判決を言い渡した。

判決によると、統合失調症だった男性は2018年3月に任意入院。翌日に退院を求め、壁に頭を打ち付けるなどし、廊下に出たところを医師ら5人が取り押さえた。その後、確認された。死亡が確認された。解剖の結果、死因は「統合失調症で興奮状態にある状態で身体を拘束されたこ

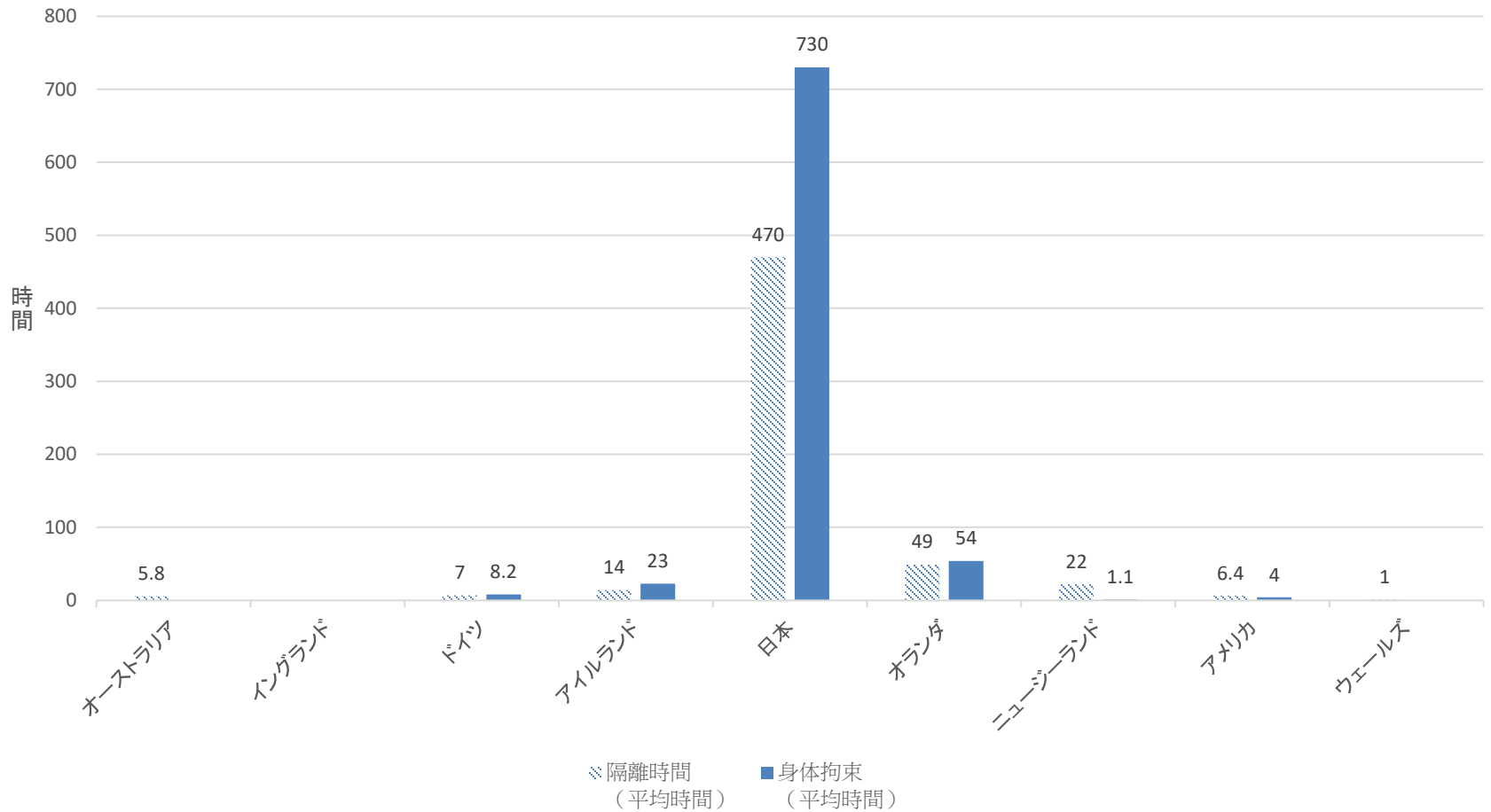
身体拘束を受けた人数 (1年当たり、人口10万人当たり)



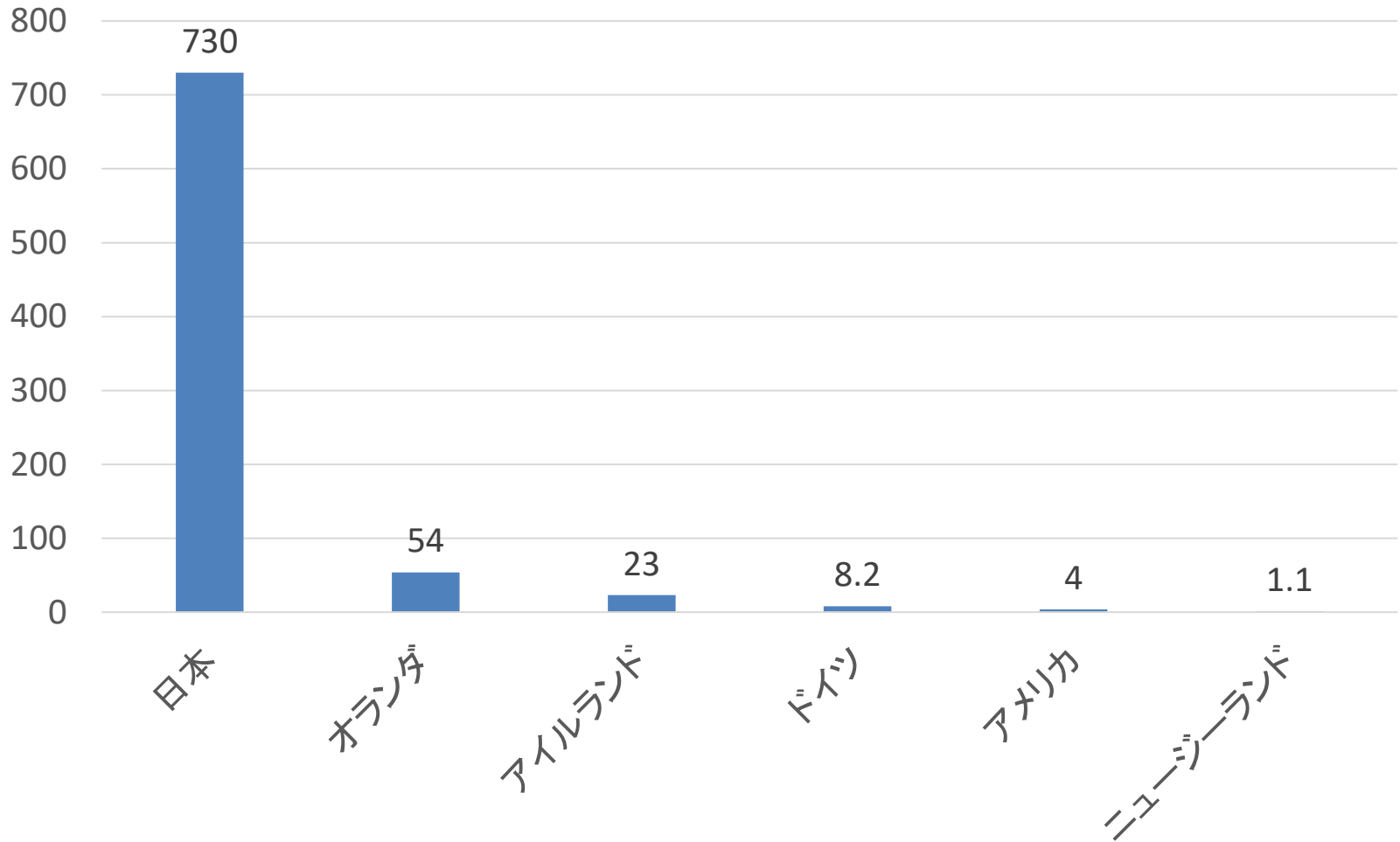
身体拘束を受けた人数 (1年当たり、人口10万人当たり)



身体拘束の平均時間



身体拘束の平均時間



連絡先：長谷川利夫

090-4616-5521

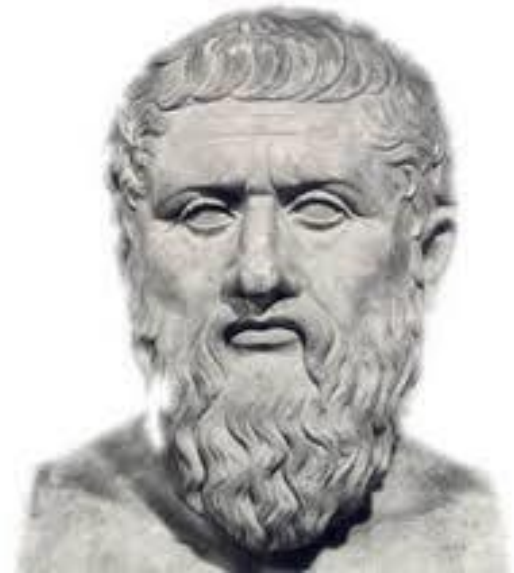
E-mail:

hasegawat@ks.kyorin-u.ac.jp

羅針盤は「古典」にある

プラトン

紀元前427年 - 紀元前347年



最晩年の著作（長篇の対話篇）

「法律（ノモイ）」

より

奴隷の医者

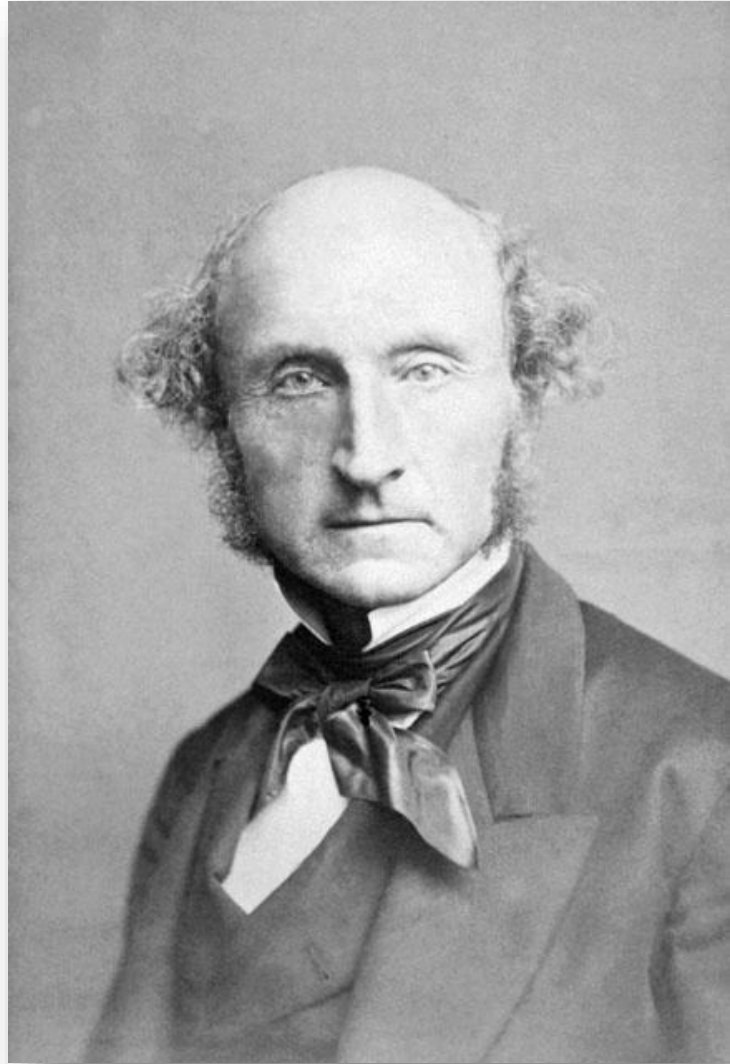
経験としてよいと思われる処置を、あたかも正確な知識を持っているかのように、僭主さながら、自信たっぷりな態度で1人の病人に指示しておいては、さっさと、病気のかかっている別の奴隷のもとへ立ち去っていく。

自由民である医者

自由民たちの病気を看護し、診察します。それも、病気をその根源から、本来のあり方に則って検査し、患者自身ともその身内の人々ともよく話し合い、自分の方も、病人から何かを学ぶと共に、その病人にもできるだけことは教えてやるのです。そして何らかの仕方で同意させるまでは、処置の手を下さず、同意させた時でも、説得の手段によって、たえず病人の気持ちを穏やかにさせながら、健康回復の仕事を成し遂げるべく努力をします。

John Stuart Mill

1806 ~ 1873年

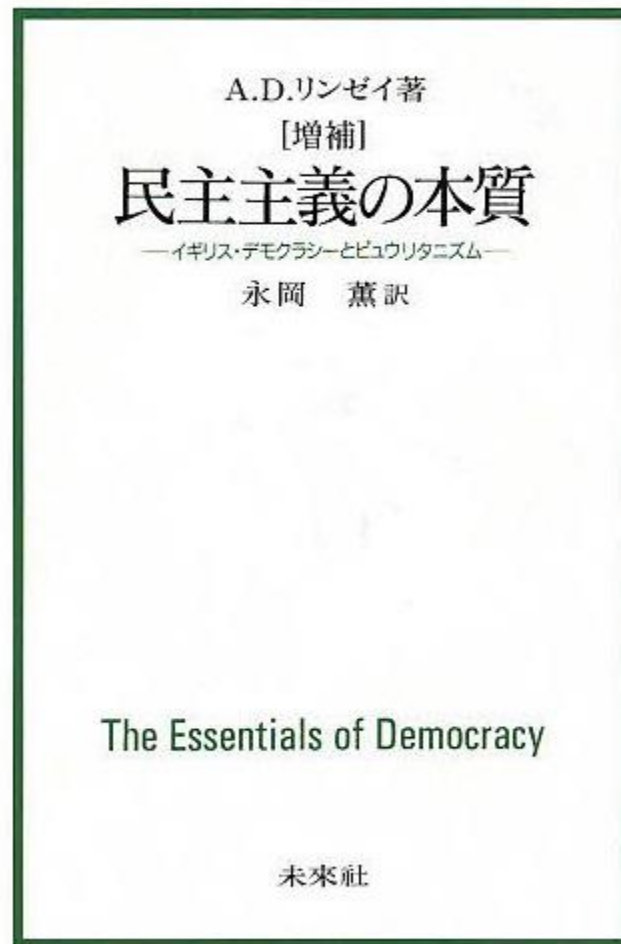


人間は支配者としてであろうが、市民としてであろうが、自分の意見と好みを行動の規制として他人に押し付けようとする傾向をもっており、この傾向は人間性に付随する最善の感情と最悪の感情のうちいくつかによって強力に支えられているので、権力を制限しない限り、この傾向を抑制するのはまず不可能である。そして、権力は弱まっているどころか強まっているのだから、道徳的な確信によって権力の乱用に強い歯止めをかけない限り、現在の状況ではこの傾向がさらに強まっていくと覚悟しなければならない。

人間が個人としてであれ、集団としてであれ、誰かの行動の自由に干渉するのが正当だと言えるのは、**自衛を目的**とする場合だけである。(中略)本人にとって(干渉するのが)物質的にあるいは精神的に良いことだという点は、干渉が正当だとする十分な理由にはならない。**ある行動を強制するか、ある行動を控えるよう強制する時、本人にとって良いことだから、本人が幸福になれるから、さらには、強制する側からみてそれが賢明か、正しいことだから**という点は正当な理由にならない。

これらの点は、忠告するか、説き伏せるか、説得するか、懇願する理由にはなるが、強制する理由にはならないし、応じなかった場合に処罰を与える理由にはならない。強制や処罰が正当だと言えるには、抑止しようとしている行動が誰かに危害を与えるものだと言えなければならない。個人の行動のうち、社会に対して責任を負わなければならないのは、**他人に関係する部分だけ**である。本人だけに関係する部分については、各人は当然の権利として、絶対的な自主独立を維持できる。自分自身に対して、自分の身体と心に対して、人は皆主権をもっているのである。

Alexander Dunilop Lindsay (1879～1952)



A.Dリンゼイ

近代の代議政治とギリシャの民主主義との間には、規模の大きさの違いの他に、今一つ大きな相違があります。近代の代議政治は、自らのうちに、組織され、しかも公認された反対党の存在をも認めているのであります。

民主主義は意見の不一致や批判を許すだけではありません。むしろ、それは不一致や批判を容認し、かつ要求しているのであります。

民主主義的平等とは、同一性に由来するものではなく、各人の相違を認めたとうえでの平等なのであります。

私たちが真剣に討論する場合には、基本的には同意を得て記録に止めることが私たちにとって問題なのではなく、何ものかを見出すことこそが重要なのである。

私たちにとって重要なのは、その民主的な討論が少しでも首尾よく行われているものであれば、その討論によって他のどのような方法においても見出すことのできない何ものかを発見するということでもあります。

専門家にしても官僚にしても、決して悪意の人物ではない。両者は他の人々と同じように、自分自身の視点の虜となっているが、これらの視点は訓練や献身によって、そして仕事上での個人的な経験から学びとった教訓によって制約を受けている。(中略)このような専門家の行為は簡単に矯正でされるようなものでなく、社会生活の本性に由来するものであり、その矯正には個々の専門家が善意をもつこと以上に、専門家以外の視点によって専門家の視点を相殺することが必要である。しかし、専門家と官僚との重要な差異の1つは、専門家には正当な相殺圧力が存在していない点にあるのである。

エリオット・フリードソン

『医療と専門家支配』