

身体拘束ゼロと 誇り・味方・居場所 政治家は想像力を、厚労省担当官は度胸を



朝日新聞科学部記者⇒科学部次長⇒論説委員(福祉・医療・科学担当)

⇒大阪大学大学院ソーシャルサービス論

⇒国際医療福祉大学大学院で医療福祉ジャーナリズム分野

福祉と医療・現場と政策の志の縁結び係&小間使い

ゆきさん、こと、大熊由紀子



日本は不思議な國
海外の専門家が

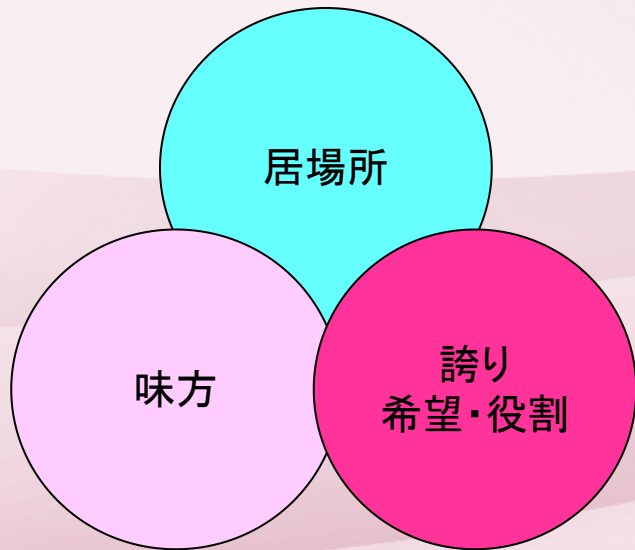
驚き・呆れる

感動する →



国会議員にもなった著名な
精神科医の精神病院の
認知症治療病棟
「入れ歯を飲み込んだら
危険」とはずされ
うつろな表情

世田谷の
東京都医学総合研究所で
開かれた国際会議で、
各国の研究者が驚愕



「デンマークの福祉大臣が
感動したこの笑顔
だれでも、必要な時に、
必要なだけ」「年中無休」
「手続きも簡略」。
富山の「このゆびとーまれ」

身体拘束ゼロの挑戦は、実は、精神病院から始まりました

介護保険が始まる前の年1999年1月の深夜。
わが家に切羽詰まった声で電話がかかりました。
電話の主は、厚生省老人保健課の森山美知子専門官
(のちに島根大学大学院教授)でした。
「去年の秋のあの社説を、大急ぎでファックスしていただけないで
しょうか？」

介護保険の指定基準に「抑制禁止規定」を入れるか
どうか、老人保健福祉局の審議官室で揉めている
最中だということです。

私は大急ぎでその社説、
『縛る医療－「福岡宣言」を全国に』
をファックスしました。

抑制廃止福岡宣言

老人に、自由と誇りと安らぎを

- ① 縛る、抑制をやめることを決意し、実行する
- ② 抑制とは何かを考える
- ③ 継続するために、院内を公開する
- ④ 抑制を限りなくゼロに近づける
- ⑤ 抑制廃止運動を、全国に広げていく

1998 10.30.

田中とも江さん 東京・八王子の精神病院上川病院総婦長。

院内の紐という紐を捨てました。

ベッドから落ちるという理由で縛られていた人は、床にマットレスを敷いて横になっていただきました。点滴の管を抜いてしまう人には、管が気にならないやり方を考えました。

噂をきいて、親思いの家族がお年寄りを次々に転院させてくるようになりました。

98年に調べてみたら、117人のうち65%が、その前に入院していた病院で縛られていたことがわかりました。

とも江さんたちの実践に感動した人々が98年秋、福岡市で開かれた介護療養型医療施設全国研究会の席で「抑制廃止福岡宣言」を発表。

それを紹介したのが、去年の秋の「あの社説」でした。



「縛る」ことが、人権侵害であるだけでなく、医学的にも悪い結果を引き起こすこともわかってきました。

食欲の低下や褥瘡、関節の拘縮、心肺機能の低下、感染症への抵抗力の低下、認知症の進行など様々な不利益。そして、結果としての「抑制死」……。

けれど、専門家たちは冷やかでした。

「抑制してないなんて、軽い患者だけ入院させているからに違いない」
「見学者がくる日だけ抑制をやめているという噂だ」

朝日新聞の夕刊の「窓」というコラムに『ポアと抑制』を書いて、とも江さんたちの挑戦を紹介したのは95年のことでした。

人殺しを『ポア』と言い換えると、罪の意識が軽くなる。

『人助け』と錯覚させることさえできる。

そんな言葉の魔術は、オウムの専売特許ではない。

『抑制』という医療用語でお年寄りを縛る医療界も同様だ。

老人保健福祉局審議官室での話は難航しました。
反対派や慎重論派が譲らず、会議は長時間に及びました。
そのとき、幸運が訪れました。
強硬に反対していた医系技官に急用ができて、会議を少しの時間、抜けたのです。

その瞬間、老人福祉計画課長の山崎史郎さんが話を持ち出しました。
それが、冒頭の電話につながり、運営基準案に拘束禁止が盛り込まれることになりました。

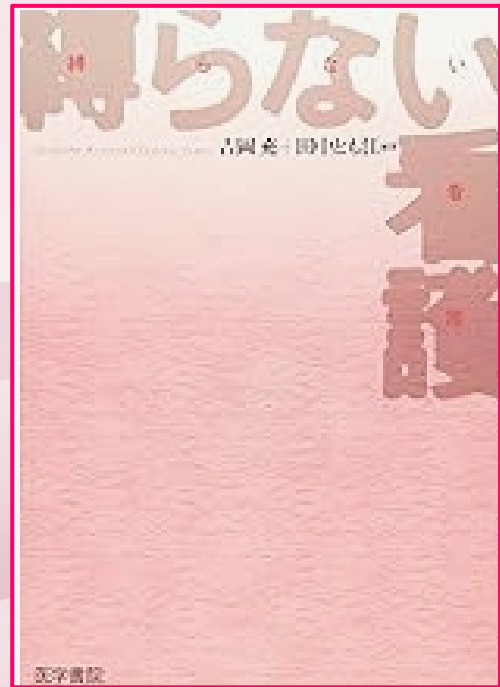
老人保健福祉審議会の委員の中に味方が出てきました。
日本看護協会会長だった見藤隆子さん、
89年の介護対策検討会創設以来継続してかかわっていた
橋本泰子さんが拘束禁止を強く支持しました。
当時、日本看護協会政策企画室長だった石田昌宏さんは、
審議会を通るやいなや、実践例を豊富に盛り込んだ
「拘束ゼロの手引き」をつくって配りました。
看護協会は全面支持に回り、
その後の運動の中心になりました。



いまは参議院議員の石田さんは、いいました。
「実は、はじめは、僕も、拘束禁止なんて無理だと思っていました。
精神病院に勤務していたころ、苦しみながらも拘束していたことがあるからです。
でも、上川病院を訪ねて、やればできると、確信できました。そこには、とてもおだやかな時間が流れていました」

各県の担当課長を集めた説明会では、看護協会のこの冊子が配られました。
吉岡充さんと田中さんたちの極意は、医学書院の名編集者、白石正明さんの助言を得て、99年秋、

『縛らない看護』という分厚い本に結実しました。



山崎史郎さんたちは2つの取り組みを進めました。

第1は、医療・看護・介護分野のキーパーソンが入った「**身体拘束ゼロ作戦推進会議**」です。

座長は井形昭弘さん、これに、特養ホーム「あじさい荘」の鳥海房枝さん、日本看護協会の山崎摩耶さん…。

委員の一人、北海道奈井江町長の北良治さんは、「**自分も親が病院で縛られた姿を目にしました。それを認めざるを得なかった自分を後悔しています**」と告白しました。

この会議は、その後の運動の推進母体となりました。

「あじさい荘」は、天皇陛下の視察先にも選ばれた特養ホーム。

ここのお祭りでの山崎史郎さんと田中とも江さんのツーショットです。



第2は、「身体拘束ゼロへの手引き」の作成。

ふつう、行政では、法令を現場に周知するには通達を出すことぐらいで終わります。けれど、この基準は、それだけでは形骸化するおそれがありました。「手引き」の狙いは、山崎史郎さんによれば、こうでした。

- (1)この問題を医療・看護・介護の現場(とくに看護師)が真剣に自らの問題としてとらえる姿勢をもってもらうこと
- (2)「例外3要件(切迫性、非代替性、一時性)」の厳しい運用を貫くこと
- (3)その一方で、拘束をしないで済むような現場の工夫や取り組みを紹介すること

この思いは、手引きの前文「高齢者ケアに関わるすべての人に」という文章に滲み出ています。現場の人たちの心に届くものを、と山崎さんが何度も推敲を重ねて書いたと伝えられています。

身体拘束をしないケアの実現にチャレンジしている看護・介護の現場を見ると、スタッフ自身が自由さを持ち、誇りとやりがいをもってケアに取り組んでいる姿に出会う。身体拘束をしないことにより自由になるのは高齢者だけではない。

家族も、そして、現場のスタッフ自身も解放されるのである。

手引きは隠れたベストセラーになり、2001年の作成から8年後には14万部に。

- 身体的弊害** 身体拘束は、まず次のような身体的弊害をもたらす。
- (1) 本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位のじょく創の発生などの外的弊害をもたらす。
 - (2) 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害をもたらす。
 - (3) 車いすに拘束しているケースでは無理な立ち上がりによる転倒事故、ベッド柵のケースでは乗り越えによる転落事故、さらには抑制具による窒息等の大事故を発生させる危険性すらある。
このように、本来のケアにおいて追求されるべき「高齢者の機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招くおそれがある。

- 精神的弊害** 身体拘束は精神的にも大きな弊害をもたらす。
- (1) 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった大きな精神的苦痛を与え、そして人間としての尊厳を侵す。
 - (2) 身体拘束によって、痴呆がさらに進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれもある。
 - (3) また、本人の家族にも大きな精神的苦痛を与える。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、そして罪悪感にさいなまれる家族は多い。
 - (4) さらに、看護・介護スタッフも、自らが行うケアに対して誇りを持ってなくなり、安易な拘束が士気の低下を招く。

2 拘束が拘束を生む「悪循環」

身体拘束による「悪循環」を認識する必要がある。痴呆があり体力も弱っている高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、痴呆が進む。その結果、せん妄や転倒などの2次的・3次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束を必要とする状況が生み出されるのである。

最初は「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりかねない。

身体拘束をやめることは、この「悪循環」を逆に、高齢者の自立促進を図る「良い循環」に変えることを意味している。



この基準が通った背景に、当時の審議官、堤修三さん(後に大阪大学大学院教授)の存在がありました。堤さんが、前例を吹き飛ばす異色の行政官だったのです。「どうしたら一番よいか、自分のアタマでまず、よくよく考えること。答えを見つけてから、念のため前例を調べること。最初から前例を調べては駄目だ」堤さんの後ろ楯があって、前例のない身体拘束禁止の運営基準が介護保険制度に盛り込まれることになったのでした。

このとき、堤審議官が思い浮かべた悪しき前例は精神病院でした。患者の行動制限には法律で「建前」としては歯止めがかけられている。にもかかわらず、原則と例外が次第に入れ代わってしまう、そんな精神医療界の現実です。

白い壁、白衣、馴染みの日常とかけ離れた殺風景な雰囲気……、認知症の症状を悪化させる「病院」という環境。そこに、心ならずも連れて行かれる人々。前のページの写真は、のちに、厚生労働大臣政務官に就任した山井和則さんが、スウェーデン留学中に撮影した1980年代の認知症のグループホームです。あたたかな、自宅の雰囲気の中、ゆったりした時間が流れています。精神病院を認知症の人の終の住処にしてしまう先進国は、日本以外にはないのです。

鳥の目

科学部デスク⇒社説を担当することに。
当時の厚生省の最大の課題は、西暦2000年
わが国の寝たきり老人は100万人。手本はない



1985年
1985年



虫の目

↑
日本
「寝たきり老人」呼ばれ
養老院カット

デンマーク
独り暮らしでも自宅で暮らし、
お洒落して外出

「ノーマライゼーション思想」

生みの父バンクミケルセンさん
反ナチ運動で強制収容所へ
その体験から

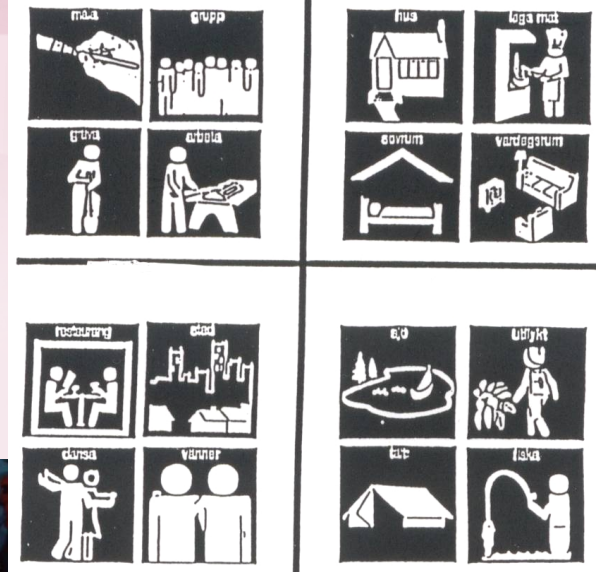
歴史の目

どんなに知的なハンディ
キャップが重くても、

人は街の中のふつうの家で
ふつうの暮らしを味わう**権利**
があり

社会はその権利を実現する
責任がある。

1959年法(デンマーク)



「ふつうの生活
とは

ふつうの家
仕事や生きがい
ふつうに余暇
友達・恋人・家族

先進諸国では「地域で」「縛らない」はあたりまえ。たとえば、国際医療福祉大学大学院生の藤原瑠美さんの博士論文。スウェーデンでは認知症の人が認知症にはみえない。その理由をつきとめたい。



つきとめたこと・その1

認知症の人には、医療(治療)より、 慣れ親しんだ暮らしが大切



スウェーデンの特別な住居(写真)は家具や本棚、、カーテンを持ち込み、自宅と同じ雰囲気。「施設」という概念・定義はスウェーデン・デンマークでは過去のものに。京大教授だった外山義教授は「自宅でない在宅」と定義p(^-^)

つきとめたこと その5

スウェーデンもかつては、いまの日本に似て。。

「70年代末まで、精神病院に認知症の人が患者として収容され、
写真の両端の人のように、縛られている人もいました」

1992年にエーデル改革。このような風景は皆無に



スウェーデンも昔は。。

スウェーデンでは、高齢化率が10%になった49年、イーバール・ロー・ヨーハンソンというジャーナリストが、社会から隔離した雑居の施設に收容されている高齢者の姿を克明に描写し、「19世紀までのうば捨て崖と変わらないではないか」と新聞やラジオが訴え始めました。

その翌年、高齢者政策がスウェーデンで初めて選挙の争点になったのでした。

偶然の巡り合わせから、

私も日本の高齢化率が同じ10%になった85年からキャンペーンを始めました。

写真は「水平の人」と呼ばれていた、
当時のスウェーデンのお年寄りです。





歴史の目

そのさらに昔、
貧しかった
スウェーデンには、
「うば捨て崖」と
「うば捨て棒」
の風習が。。



役にたたなくなってお年寄り
「儀式」とい名で、崖に突落とすための
うば捨て棒 博物館に展示されています。

9/15

No.1898

毎月1日・15日
25日(地域版)発行

せたかや

SETAGAYA

認知症を体験した私がいま伝えたいこと

令和7年には、
65歳以上の5人に1人が
認知症になると見込まれ、
認知症は誰にとっても
身近になってきています。

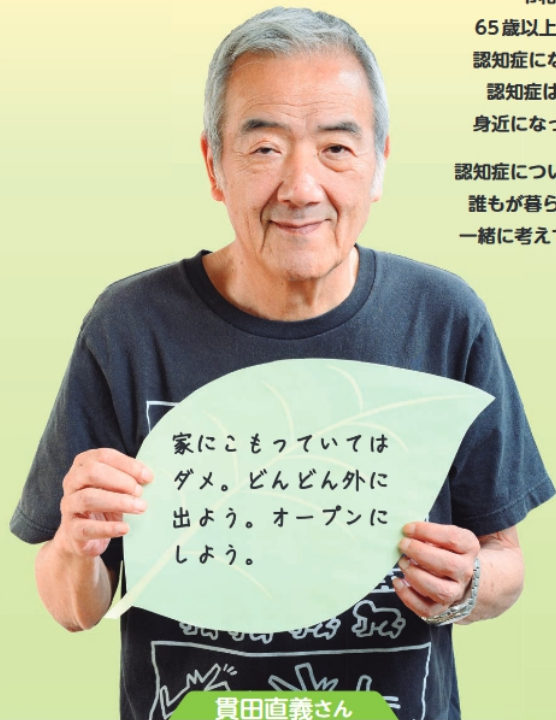
認知症について正しく理解し、
誰もが暮らしやすいまちを
一緒に考えていきませんか？

☎介護予防・地域支援課

☎5432-2954

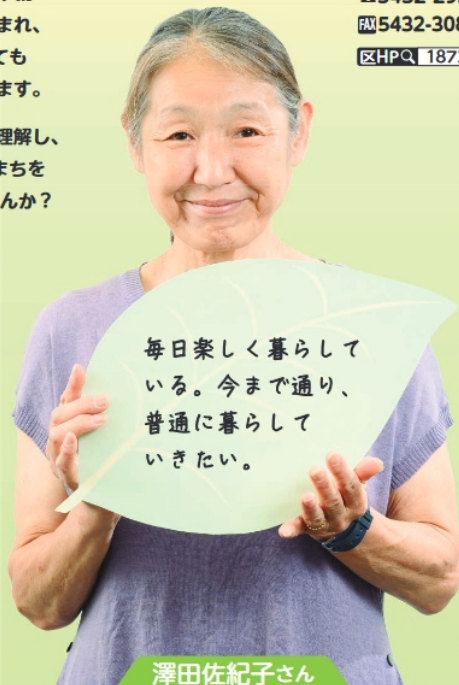
☎5432-3085

☎HPQ 187370



貴田直義さん

家にこもっていても
ダメ。どんどん外に
出よう。オープンに
しよう。



毎日楽しく暮らして
いる。今まで通り、
普通に暮らして
いきたい。

澤田佐紀子さん

希望条例
認知症とともに生き

世田谷 認知症とともに生きる
みんなでアクション
ガイド



ようこそ!
このガイドを手にしたあなたへ

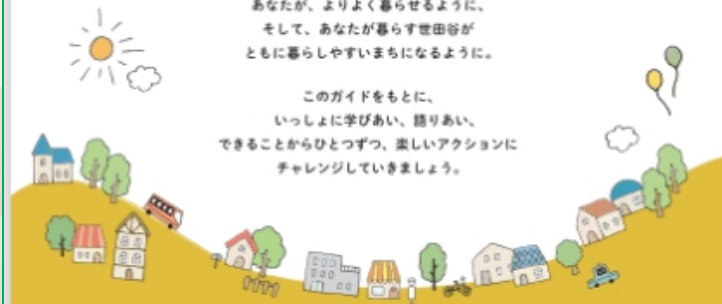
だれもが、日いちにち、そして長い年月を
自分なりに暮らしています。

いくつであっても、認知症になってからも
世田谷のまちで、毎日を楽しく、元気に、
自分らしく暮らし続けられるように。

それを夢物語ではなく
みんなでいっしょに実現していくために
世田谷区では「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」
(令和2年10月施行) がつくられました。

これからの日々を
あなたが、よりよく暮らせるように、
そして、あなたが暮らす世田谷が
ともに暮らしやすいまちになるように。

このガイドをもとに、
いっしょに学びあい、語りあい、
できることからひとつずつ、楽しいアクションに
チャレンジしていきましょう。



世田谷区では「認知症とともに生きる希望条例」の
取り組みを推進しています。

「世田谷区 認知症とともに生きる希望条例」パンフレット▶

世田谷区 認知症 条例 検索



日本で2012年に。。。

山崎史郎社会・援護局長(当時)
いま、内閣官房全世代型社会保障構築本部事務局総括事務局長



かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と
考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、
認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの
場合、
認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱い
をしてきた。

今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これ
まで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、
認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供で
きるように努めなければならない。

2012 認知症観の転換

今後の目標

このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され
できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している

⇒オレンジプラン 2012

世田谷区認知症施策評価委員会の
委員3人がアドバイザーでした
ところが、2015 政権交代で。。



苺（本人重視）とクリーム（地域重視）で飾られた
デコレーションケーキ
ところが、中に。。。



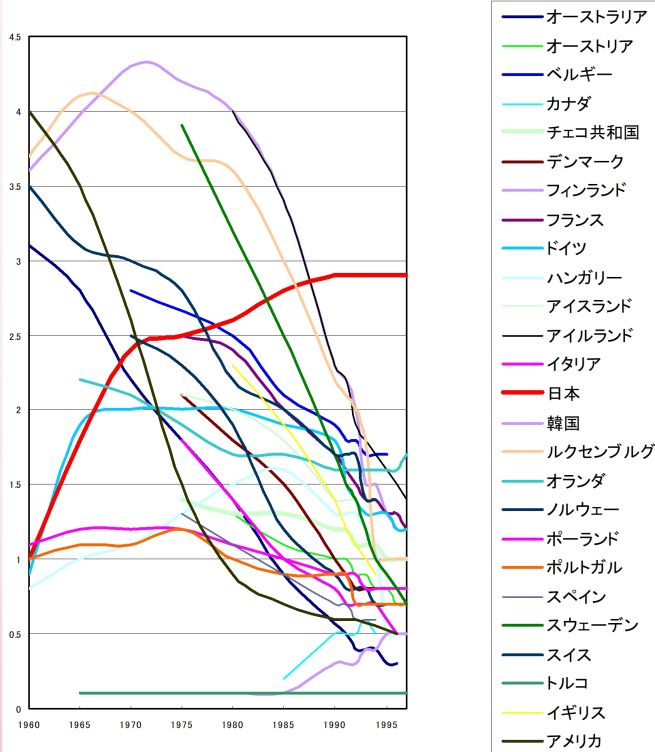
厚生労働省案に政権党が、「精神病院が司令塔」と、
加筆。共同通信だけ「見え消し版」を入手。
記者クラブの記者は気付かず、東京で配られた新聞は絶賛
専門家も、「新」なのだからよくなったのだと錯覚

精神科医・高木俊介さんが論文で
「白雪姫の毒リンゴ・知らぬが仏の毒ミカン

2015・新オレンジプラン」 (『精神医療』誌)

日本の人口は世界の2%足らず 精神科ベッドはOECDの37% 空きベッドに認知症の人を⇒国際常識の対極にあるもの

人口1000人あたりの精神病床



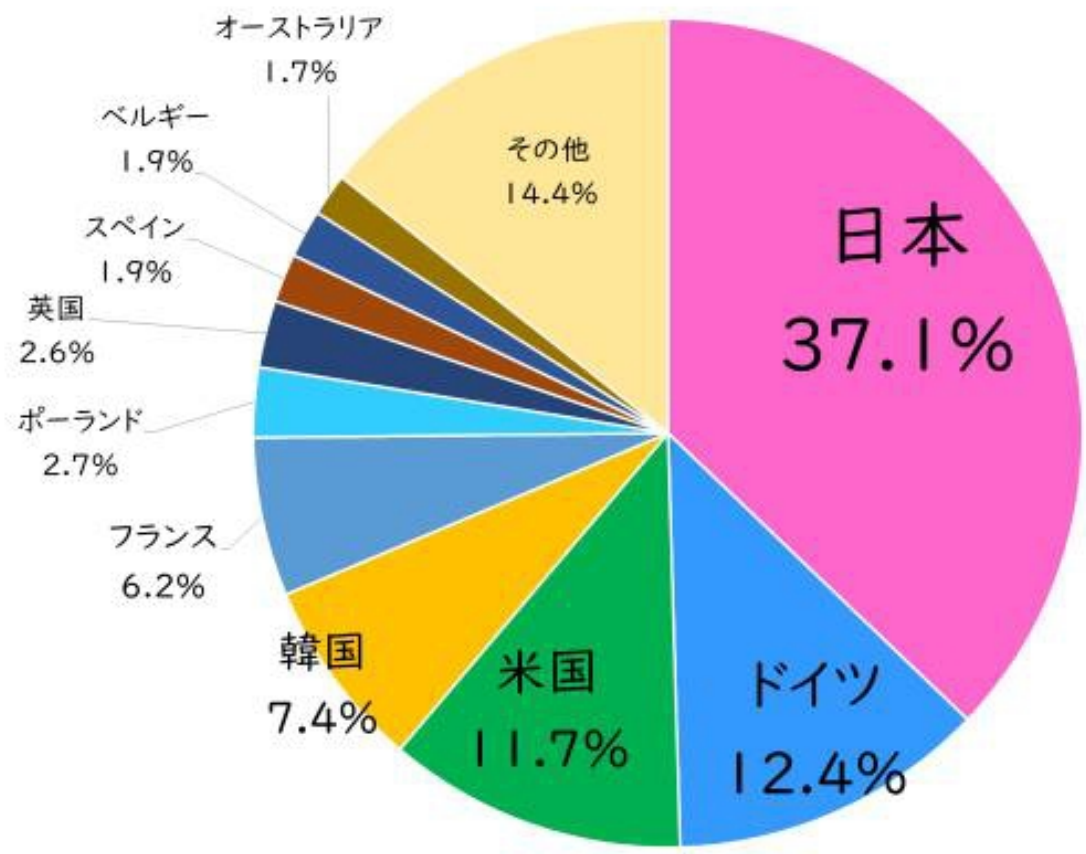
NHK「クローズアップ現代」よ
り



日本の精神病院の身体拘束
人口あたり
アメリカの270倍、
オーストラリアの580倍
ニュージーランドの2000倍

OECD加盟国

精神科病床数比較(推定)



作成：藤井克徳／佐野竜平
(2022年8月)

丹野智文さん（認知症当事者ネットワークみやぎ代表理事）
元気だった親友が精神病院で亡くなったことをきっかけに
国連へ 「パラレルレポート」で訴え

気がついた時には、仲間が精神病院に入れられていました。
私は会いに行ってみました。

認知症の症状がよくなる為に入ったと思っていたのに、
誰もよくなっておらず、反対に症状が悪化していたのです。
表情も無表情になり、すべてをあきらめているようでした。

ここから出たい、家に帰りたい、とみんなが話をするのです。
たくさんの当事者と話をしてきて気づいたことは、
診断直後のサポートの仕方がおかしいのだと気づきました。

当事者への支援がぜんぜんなく、家族への「重度になってからの
話」だけなのです。だから、家族は混乱してしまい、当事者の行動
を制限してしまうのです。

「認知症政策の司令塔は精神科病院」と
方向づけたのは。。。



日本精神科病院協会山崎会長の
Facebookより

NHK

クローズアップ現代

「認知症高齢者・急増する精神科入院」より
(写真は、山崎会長の病院で)





関西では

達 神出病院理事長の藪本雅巳氏は安倍首相のお友

あべちゃん⇕やぶちゃん
の間柄を
県庁に自慢。

R8カンテレ

報道ランナー

虐待

無抵抗の患者に無理やり…
暴行など看護師ら6人逮捕

神戸・西区 神出病院



ホースやバケツで水を掛ける

全裸にさせた上で椅子に座らせ、

認知症の原因疾患の鑑別診断は大切。ただ、ほとんどの精神 病院は、鑑別の場でなく、ケアにも不向き

脳血管障害に伴う

脳梗塞、多発性脳梗塞、脳出血、モヤモヤ病、脳動静脈奇形、S L E、側頭動脈炎などによる血管炎

変性疾患に伴う

アルツハイマー病、ピック病、レビー小体病、パーキンソン病、ハンチントン病、進行性核上麻痺、シャイ・ドレーガー症候群、ラムゼイ・ハント症候群、家族性大脳基底核石灰化症、

内分泌・代謝性中毒性疾患

甲状腺機能低下症、副甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、クッシング病、アジソン病、反復する低血糖発作、ウェルニッケ脳症、ペラグラ脳症、ビタミンB12欠乏、ビタミンB1欠乏

慢性代謝性疾患（肝不全）低Na血症

無酸素性脳症に伴う

心・肺疾患、一酸化炭素中毒

腫瘍に伴う

脳腫瘍（原発性、転移性）、癌性髄膜炎、癌の遠隔効果

感染症に伴う

髄膜炎、各種脳炎、スローウィルス感染症（クロイツフェルト・ヤコブ症、進行性多巣性白質脳症）、A I D S、神経梅毒

金属代謝異常に伴う

アルミニウム（透析脳症）、鉛、水銀、マンガン、タリウム、砒素、錫、銅（ウィルソン病）

薬物中毒に伴う

抗悪性腫瘍剤、向精神薬、睡眠剤、抗コリン薬、L-DOPA、シメチジン、ジギタリス製剤、経口避妊薬、ステロイドホルモン、β遮断薬、抗結核薬、経口糖尿病薬、アルコール

その他

正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳挫傷、筋緊張性ジストロフィー症、ミトコンドリア・ミオパチー

認知症の身体拘束率、地域差18倍 精神病床で山形最多

健康 医療 **フォロー済み**
2023年6月4日 9:00 (会員限定記事)

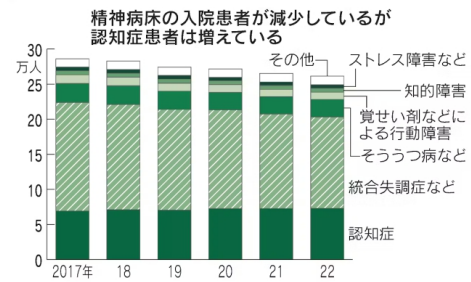
保存 印刷 共有



患者が自由に動けないようにするミトンとマグネット式拘束具=東京都立松沢病院提供

認知症で精神病床に入院した患者のうちベッドなどに拘束する指示が出ている割合が都道府県間で最大18倍の格差がある。最多の山形県は16.7%で最少の岡山県は0.9%だった。認知症の入院患者は増えており、身体拘束の最少化に取り組み病院もある中、対応の違いが浮き彫りになった。

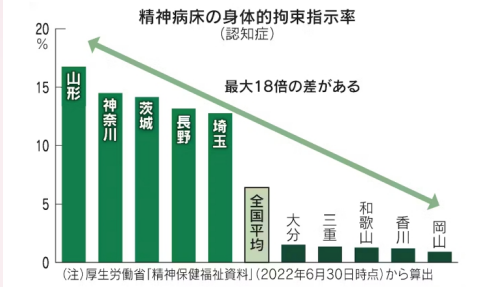
厚生労働省の「精神保健福祉資料」によると、2022年6月30日時点で精神科病院や一般病院の精神病床に認知症で入院している患者は7万2929人。調査を始めた1998年に比べて1.5倍に増えた。精神病床の全入院患者の3割弱を占め、統合失調症(約13万人)に次いで多い。



調査には精神病床がある全国約1600病院のうち、1545病院が回答。認知症患者に対して身体的拘束指示が出ているのは4677人(6.4%)に上る。

拘束指示率は20年まで統合失調症が最も多かったが、21年以降は認知症が最多になっている。

日本経済新聞は都道府県別に拘束指示率を集計した。認知症で最も多いのは山形県で1153人中193人(16.7%)。最も少ないのは岡山県で1330人中12人(0.9%)だった。両県には18倍の格差がある。



「悪くなってどうにもならなくなってから大病院を受診する方が多いという印象がある」。2月に開催された山形県認知症施策推進協議会で、座長の太田康之・山形大学教授(脳神経内科)は指摘した。太田氏は20年3月まで拘束指示率が最少の岡山県の大病院に勤務しており、両県の差を実感した発言だった。

同協議会委員で、認知症の人と家族の会(本部・京都府)山形県支部世話人代表、五十嵐元徳さん(65)は「3世代同居の家庭が多く、認知症と診断されても家族だけで介護しようとする傾向がある。適切な支援や介護サービスの利用が遅れてしまっているかもしれない」と危惧する。

同県は高齢者が長期入院できる療養病床が少ない。点滴などが必要な認知症患者が精神病床に入院することも多いとみられ、チューブを抜かないようにミトン(指がつかれていない手袋)をつけることも多いという。

拘束指示率が最少の岡山県は認知症を含め精神疾患患者の身体拘束ゼロに積極的に取り組む。孤立しがちな患者家族に多職種が連携して訪問する事業にも力を入れる。県は「拘束指示率が低い要因は分からない」とするが、こうした取り組みが全国最少につながっている可能性がある。

和歌山県は1.3%で岡山、香川に次いで低い。鍵付きの個室となる保護室への隔離率が12.7%で全国で最も高く、県が拘束指示の前に隔離を検討するよう求めている影響もある。

身体的拘束は精神保健福祉法で要件を満たせば指定医が指示できるが、代替法がない場合のやむを得ない処置として早期の解消を求めている。認知症では転倒など事故防止目的が多いが生活の質を損ない、認知症の進行を早めるリスクがある。

身体的拘束が認められる要件

- (1) 身体的拘束以外に代替方法がない場合
- (2) ①自殺企図または自傷行為が著しく切迫している場合
②多動または不穏が顕著である場合
③上記のほか、精神障害のために放置すれば患者の生命に危険が及ぶ恐れがある場合
- (3) 精神保健指定医が直接診察し、身体的拘束が必要と認めた場合

➡(1)～(3)がすべて満たされていること

(注)身体的拘束=精神保健福祉法に基づく行動制限で、衣類または綿入り帯などを使用して、一時的に身体を拘束し、運動を制限すること

[図表を保存](#)

日本精神科病院協会は「地域差は指定医の判断の差でなく、医療・介護体制の差で生じていると考える」としている。

日経調査で拘束指示率が10%超は11道県。統合失調症など認知症以外では最多の埼玉県でも7.4%で、認知症の高さが際立つ。認知症以外の拘束指示率が高いと認知症でも高く、精神疾患全体への対応差が潜む。医療スタッフが多いと拘束指示率が低い傾向もある。

各地には身体的拘束をほぼゼロにした病院もある。こうした取り組みに学ぶ必要がある。

(社会保障エディター 前村聡)

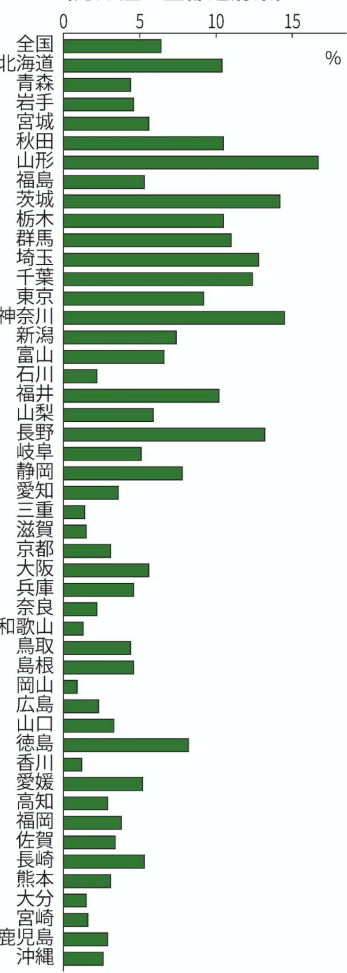
| 本人・家族も理解必要

精神科病院の先駆けとなった東京都立松沢病院(東京・世田谷)は民間病院から緊急度が高い患者も入院する中、身体的拘束を多用していた。だが現在は認知症を含めた精神疾患の身体的拘束を9割以上減らした。

12年に院長に就任して改革に取り組んだ齋藤正彦名誉院長は「身体的拘束は治療側の論理で正当化されてきた」と指摘する。転落などの事故が起きそうだった事例を分析して防止策を見直し、患者・家族とのコミュニケーションを増やすなどして病院職員の意識が変わった結果という。

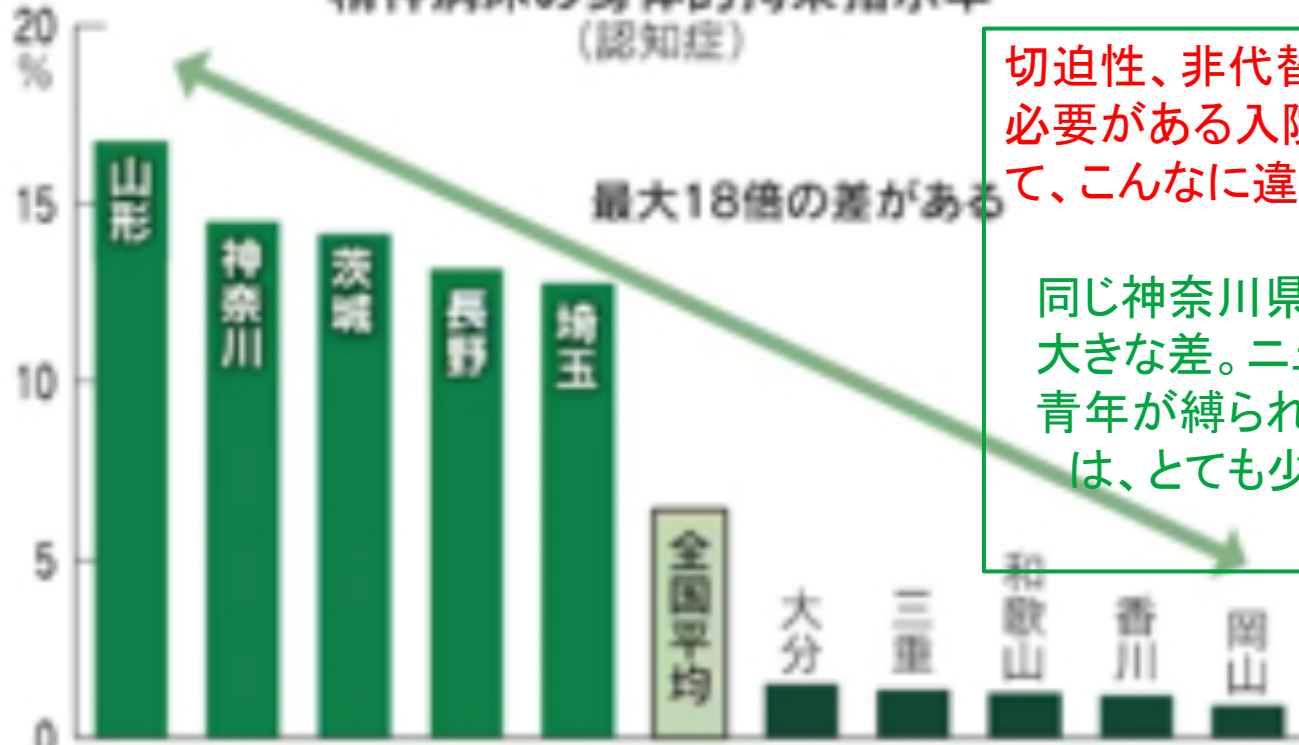
齋藤氏は「家族が事故防止で拘束を求めることもあるが、身体的拘束のリスクも理解してほしい」と話している。

精神病床の身体的拘束指示率(認知症、全都道府県)



(注)厚生労働省「精神保健福祉資料」(2022年6月30日時点)から算出

精神病床の身体的拘束指示率 (認知症)



(注)厚生労働省「精神保健福祉資料」(2022年6月30日時点)から算出

切迫性、非代替性があり縛る必要がある入院者が、県によって、こんなに違うのでしょうか？

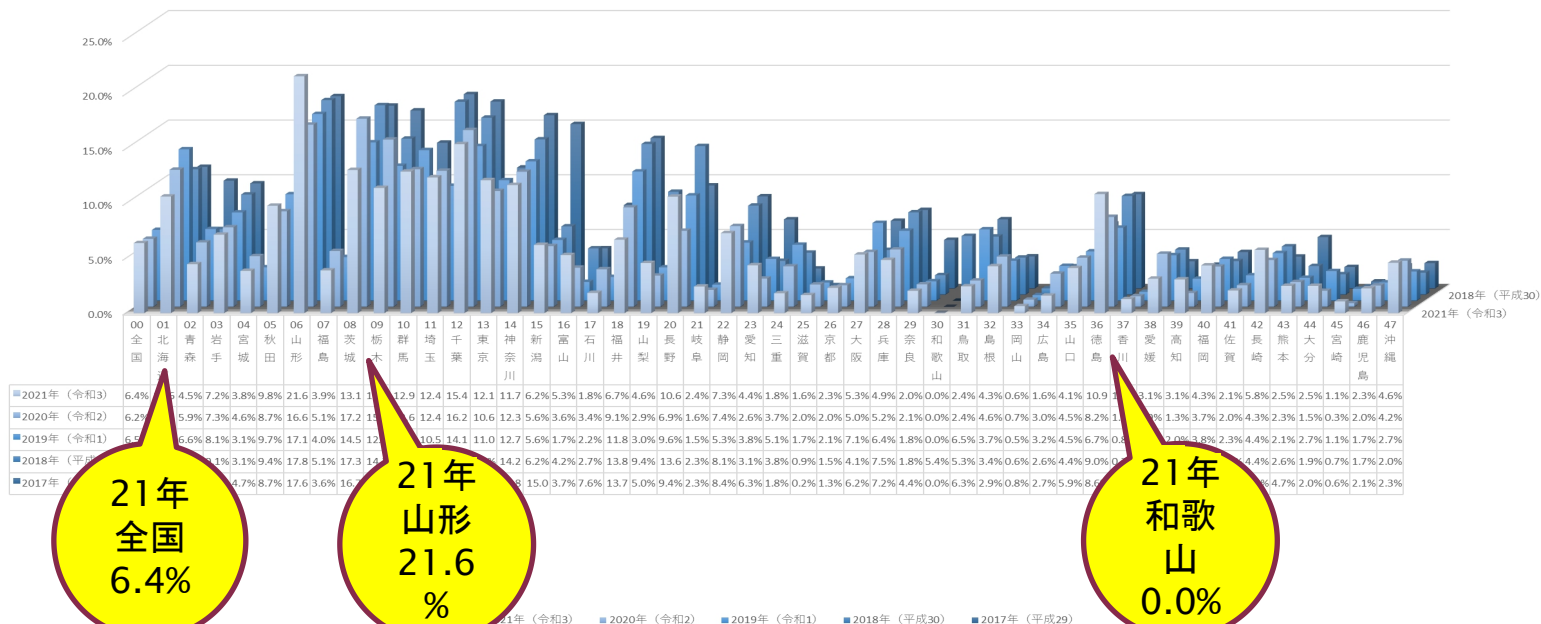
同じ神奈川県も、病院によって大きな差。ニュージーランドの青年が縛られ死んだ大和病院は、とても少ない数字を報告

国際医療福祉大学大学院・松田清人さんの修士論文の資料から

身体拘束率(対認知症の人数) 都道府県別に大きな差(2017年～2021年)

630調査

認知症拘束指示あり率%都道府県別5年推移



21年
全国
6.4%

21年
山形
21.6
%

21年
和歌山
0.0%

ニュージーランドの青年が身体拘束ののちに死去・外人記者クラブで家族が訴え隠れていた身体拘束死が、日本のマスメディアで報じられるように

大和病院で措置入院、すぐ拘束(4/30)

入院措置通知書

大和病院長

横浜市長 林 文子



精神保健及び精神保健福祉に関する法律 第29条第1項の規定により、次の者を貴院に入院させることに決定したので通知します。

氏名	サベジ ケリー ロバーツ	男
----	--------------	---

【精神科】 拘束開始
精神運動興奮状態に陥る可能性が高く、不眠、多動、爆発性が~~考えられ~~。放置すれば患者が受傷するおそれが十分にある。やむを得ず精神保健指定医が診察のうえ、本人に口頭および書面 NO.3066328にて告知し、四肢・体幹抑制を開始する。
* (拘束開始日時:2017年4月30日 15時10分)
印 (18.06) 徳田
精神保健指定医:石井 一彦

身体的拘束を行うに当たってのお知らせ

サベジ・ケリー・ロバーツ 殿

平成 27 年 4 月 30 日

- あなたの状態は、下記に該当するため、これから(午前・午後) 3 時 5 分) 身体的拘束をします。
- 下記の状態がなくなれば、身体的拘束を解除します。

記

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している状態
イ 多動又は不眠が顕著である状態
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状態
エ その他 ()

精神保健指定医 石井 一彦

大和市立病院の医師から身体拘束による深部静脈血栓症の疑いあり

● 入院後の経過について

● #1、来院時心停止 (Cardio-primumsey Arrest on arrival)

● #2、躁うつ病 (Manic depression)

● #3、**深部静脈血栓症 (Deep vein thrombosis)、肺梗塞 (Pulmonary embolism) の疑い**

2017年5月10日、太和病院へ入院中の21時25分、心停止状態で発見されました。発見されてから、心肺蘇生 (胸骨圧迫) を実施し、**adrenaline** の投与などを行いながら、当院へ搬送されました。

心拍は再開しました。呼吸については、人工呼吸器に繋がっている状態でした。また、発熱については、毛細管血圧になっていたため、回復していませんでした。入院後、**自己心拍**のため、**呼吸の再開**のために、**体温調節**を開始しています。こちらについては2017年5月12日午前から体温 (高度、体の体温を測ること) を開始しています。在院治療中に、けいれんしてしまう事が多いため**鎮静剤**を併用しています。こちらについては、12日中に、**体温**ができたところで、**減量**し、**14日**に停止しました。

● 病状と今後の見込み、方針

入院して数日の経過です。**体温**が熱くなって**24時間経過**していますが、**意識**の状態は続いています。現時点で、**意識レベル**が悪くなる薬については**使用していません**。入院した時は、**心停止**でしたが、**心電図**や**胸部**の超音波検査では、**心筋梗塞**や**狭心症**などは見えていません。

病状とともに、**①血圧**については不安定で、**安定剤**をかなりの量使わないと、維持できていません。②人工呼吸器のデータからは、**肺の機能**は低下していませんが、**体の中の酸素**の濃度が低いです。③加えて、**入院した時から5日**タイマーという**数字が書いています** (血管内に血栓があるとときに上昇する)。

→推定ですが、**10日間**強制をされていたことを考えると、いつから出来たかはわかりませんが、**深部静脈血栓症**が発生し、**肺梗塞**になり、**心停止**となった可能性は考えられます。

深部静脈血栓症については、推定ですがありません。**造影剤**という血管の中を写す薬を使用すれば、確定診断になります。

入院してから一週間を超えて、目を覚まさない場合は、今後も戻らない可能性の方が高いと考えます。

肺の検査については、5月15日にCT検査を予定、また、16日に脳波検査を行う予定です。

2017年5月14日
 診断医 宮城島 Kei Miyajima
 診断を受けた人の氏名 P. Sakurai

子供のた (学年は投機時)

天国のケリー先生へ
 よう日や天気
 すう字や色
 くだものややさ
 いろんなえい語を
 やさしくて いつもニコニコの
 教えてくれた

ケリー先生が 大すぎです
 そんな先生のおかげで
 えい語も大きくなりましたよ
 これからも 天国から
 見まわっていてね がんばるから
 (志布志市原田小3年 えの さくら)



「なぜ」家族や友人無念

【ケリー先生】
 志布志市の英会話講師ケリー先生 (27) が5日に急死した。ケリー先生は、5日の午後10時、太和病院の精神科病棟で、10日間の入院生活を送っていた。身体拘束されたまま、急死した。ケリー先生は、5日の午後10時、太和病院の精神科病棟で、10日間の入院生活を送っていた。身体拘束されたまま、急死した。ケリー先生は、5日の午後10時、太和病院の精神科病棟で、10日間の入院生活を送っていた。身体拘束されたまま、急死した。



精神科身体拘束

突然の別れ

10日縛られた末 死

志布志市内の小中学校で授業するケリー・サバジーン 2017年5月14日

介護施設に続いて、一般病院も身体拘束原則禁止。 ところが、精神病院では、縛りやすくする改悪がw(°o°)w

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組②

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- ▶ 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。

- ・ 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、**患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**
- (2) (1)の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならないこと。**
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、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こと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための**指針を作成し**、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行うこと**。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における**身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。**

【経過措置】 令和6年3月31日において現入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

Franco Basaglia 1968

In un ospedale dove i malati sono legati credo che nessuna terapia, biologica o psicologica, può dare un giovamento a queste persone che sono costrette in una situazione di sudditanza e di cattività da chi li deve curare

フランコ バザーリア 1968

患者が縛られる病院では、患者は専門家に囚われる従属関係の状態にあり、その下で強制される生物学的、心理学的、その他あらゆる治療も、これらの患者に役立つとは思えない。

- produce il peggioramento delle condizioni psicofisiche della persona, con esiti negativi che possono arrivare fino alla morte
 - conferma la natura violenta della cura psichiatrica,
 - aumenta lo stigma e la resistenza a rivolgersi ai servizi psichiatrici
-
- 人の精神物理的状态を悪化させ、死に至る可能性をもたらす、望ましくない結果を生じさせるもの
 - 精神医学的治療の暴力的性質を証明するもの
 - 精神科サービスに向かうことへの偏見や抵抗を助長するもの

臨床倫理学会での、
調布東山病院の報告から

勉強会の風景



- 平日の勤務時間終了後
- 17:15～18:15の1時間

※コロナ禍前

「病院職員みんなに身体拘束を患者さんの身になった体験してもらおう」ために、となりあって坐ったどうしが相手を15分づつイスに紐で縛るという方法を考案。

縛る前には「必要であれば仕方がない」「安全対策としてどうしても必要」と大半の人がこたえていたのが、

わずか15分縛られただけで

「いままで一番長い15分だった」「怖かった」

「すごく悲しく辛いことを患者さんにしている感じた」に変わったのだそうです。

想像力と度胸

身体拘束（抑制）についての事前アンケート

<アンケート回収枚数：269枚>

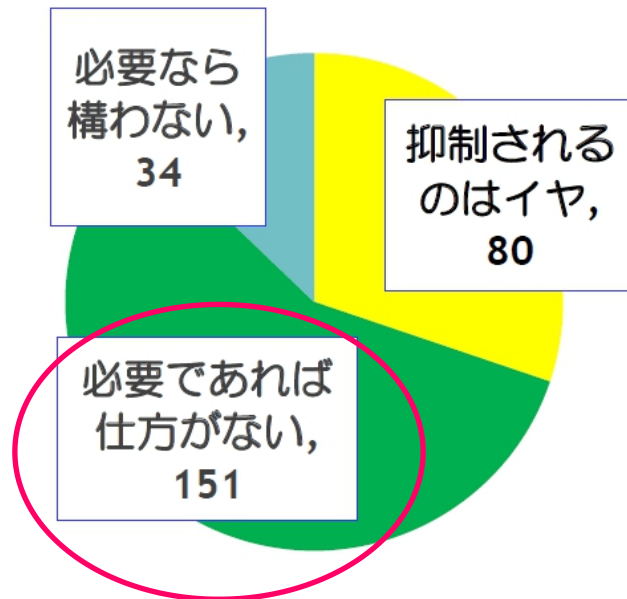
問1-1. あなたは抑制したことがありますか？

- 抑制したことがある：127名
- 抑制したことがない：108名

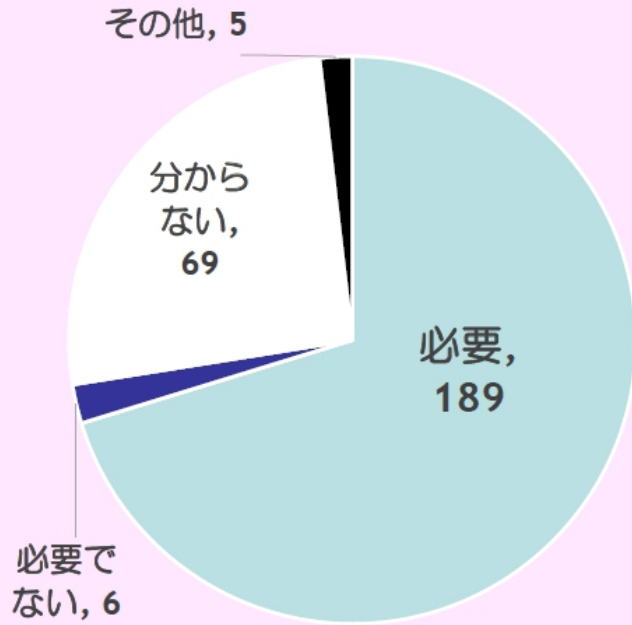
問1-2. あなたは抑制されたことがありますか？

- 抑制されたことがある：6名
- 身近な人がされたことがある：46名

問2. 自分が病院に入院した際抑制されてもかまいませんか？



問5.当院において抑制は必要でしょうか？



アンケート回答者269人中

<必要だとすれば理由は？>

- 安全対策としてどうしても必要：161人
- 命を守るため：7人
- 治療する上で必要：6人
- 職員の数が足りない：56人
- 何か起きたときに訴えられるのが心配：31人
- 家族から抑制してほしいとの希望がある：13人
- どのようにしたら抑制せずに済むか分からない：30人

もっとも印象に残ったことは？

- 「拘束体験」についてのコメント（128名）

- 15分でもかなり苦痛、今までで一番長い15分だった

- 同じ15分でも縛られたときの方が長かった

- 縛られた途端に顔がかゆくなったけれど、掻けな

- 今、火事や地震が起きたら逃げ遅れると思って怖

- 痛みや苦痛は、実際にそうならないと分からない

- 患者さんの気持ちを考えることができた

- すごく悲しく辛いことを患者にしていると感じた

- 患者さんもこうやってやる気・生きる気力がなく
本当の治療なのかな、と思う

- 動くことを諦めるようになってしまうのではと思った

- 抑制が無限に続けば命を絶つことを選ぶかもしれません

身体を拘束される
ストレス体験

患者さんの苦痛に
思いを馳せる

言葉をつくる・言葉を退治する

つくることができた言葉。。。

寝たきり老人⇒寝かせきりにされた犠牲者
善玉コレステロール/かかりつけ薬局

終末期医療⇒人生最終段階の医療と福祉
⇒人生の最終章

退治できていない言葉

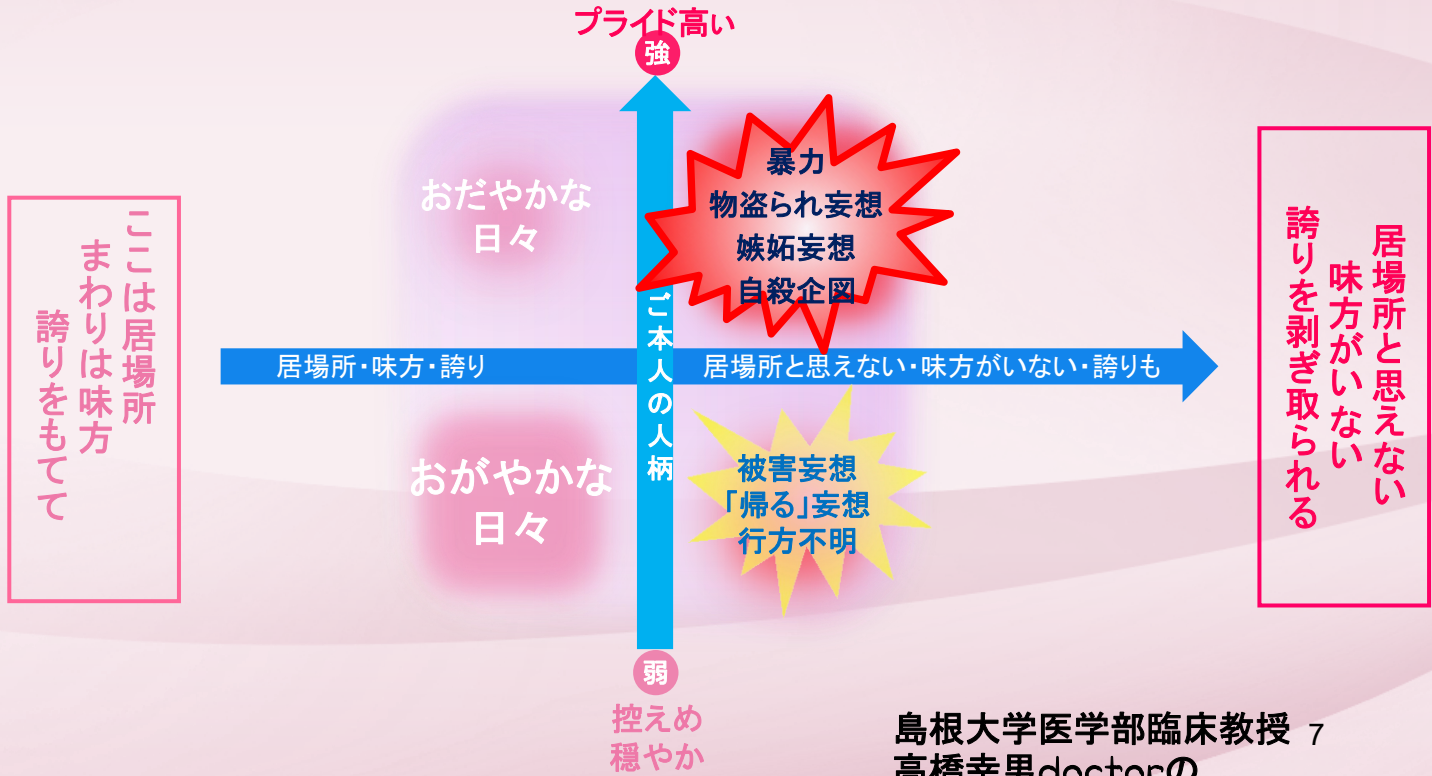
抑制(⇒縛る)

特養待機者/認知症患者/健常者/国民負担率

給付と負担 (⇒給付と連帯・支えあい)

なぜ暴力？

なぜBPSD？



島根大学医学部臨床教授 7
高橋幸男doctorの
論文にプラスして、ゆき作成

問 3

入院時の悲しい、つらい、悔しい等の経験として、
どのような体験をされましたか？（複数回答有）

1 プライバシー侵害	277	32.9%
2 暴言	261	31.0%
3 暴力	133	15.8%
4 侮辱	247	29.4%
5 性被害	64	7.6%
6 無視	184	21.9%
7 面会・通信制限	273	32.5%
8 身体拘束	244	29.0%
9 保護室	391	46.5%
10 入院の長期化	356	42.3%
11 外出制限	401	47.7%
12 電気ショック	39	4.6%
13 不妊手術	2	0.2%
14 薬の副作用	369	43.9%
15 その他	160	19.0%
合計(重複回答)	3401	404.4%

「その他」と回答した方の具体的な記述

- 「人を信じられなくなった」
- 「死にたくなった」
- 「人としての尊厳を奪われた」
- 「嫌な思いが強くて言葉にできない」
- 「人生のどん底に落ちた感覚」
- 「愚かさを感じた。思い出したくもない。」
- 「思い出すと情けなく涙が止まらなくなる」
- 「生きる目的がなくなった」
- 「自そんな心が、日々なくなっていき、いつしか気にならなくなった」
- 「私の人生はもう、終わった…と感じた」

ボランティア・おゆきの法則

法則・その1

ボランティアするのは楽しい(^^) (0^^0) (0^^)0、
でも、される身になってみると……

法則・その2

真のボランティアは、
自分がボランティアと気づいていない

法則・その3

ボランティアは、
法律を超え、制度を超え(^_-)☆

イタリアの精神科医バザーリアやデンマークの官僚バンクシルセンは、本業ボランティア
日本の政治家や行政官は???

法則・その4

ボランティアは、
伝染するW(°0°)W

法則・その5

ボランティアが繋がると、
社会が変わる\(^▽^*)/



