

【精神保健の現場での器具による拘束を克服するために】

目次

1. 拘束の種類と克服への目標
2. 精神保健局のサービスにおける拘束
2008年から今日までの制度上の議論の変遷
3. 幼年・思春期の人々への神経精神医療サービスでの拘束
4. これからの三カ年（2021-2023年）：拘束克服のための勧告と行動
勧告1 まず個人を自由を制限するという行為を知る
勧告2 率先して拘束を確認し監視する
勧告3 個人の諸権利と尊厳を守る
勧告4 地域に根差した人生丸ごとを支える精神保健を組織する
勧告5 治療の場での質とサービスの横の連携を保証する
勧告6 チーム作業とネット作業（網の様に連携した作業）を奨励する
勧告7 すべての従事者に対する教育活動を保証する
.....

1 拘束の種類と克服への目標

器具による拘束は、治療中の自傷他害行為を避けるという目的から、本人の自発的な動きを制限し妨げるために行われる。

個人の体を完全固定あるいは部分固定するために使われる拘束器具として、革帯 細紐、コルセット、手錠、ベルト、胴着、肩紐、作業用小テーブル、ベッド柵などがある。

拘束は個人の自由を制限し、個人の尊厳と諸権利を侵害する。頻繁に行われる方法として、個人をベッドに縛り付けたり、椅子に固定したりする方法がある。

拘束は精神疾患を持つ大人や思春期の人に対して行われるが、時に医療・介護・福祉施設にいる障害を持った高齢者、成人、成長期の人に対しても行われる。つまり拘束の対象となるのは、病気や障害などを抱え、十分な自律能力に欠け、社会的条件から弱い立場に置かれ、閉鎖的施設やサービス機関あるいは病院に入院させられた個人である。

イタリア共和国憲法は、個人の自由を「侵害してはいけない」と宣言し、自由の制限は「法に定められたケースに限って刑法に基づいて」のみ許されるものとし、また、自由を制限されることを余儀なくされた個人への全ての身体的精神的暴力に罰則を科している（第13条）。さらに第32条は「何人も法の規定以外で義務的医療措置を押し付けられることはない」とし、「義務的医療措置があったとしても、人間個人を尊重するところから定められる限度を絶対に超えてはならない」と規定する。

【訳者註：義務的医療措置のイタリア語は Trattamento Sanitario Obbligatorio 略して TSO。この Obbligatorio が意味深だ。日本の精神病院でよく行われる「強制」を表現するイタリア語の形容詞は coatto。「有無を言わず力づくで」を意味する。コワイ強制と言え。これに対して obbligatorio は「強制的」とも訳せるが、「義務的」という訳もある。例えば vaccinazione obbligatoria ワクチン義務的接種、

これを強制的接種と訳すのはまずい。人権尊重のもとで当人の心身の損害を防ぐために“当人に義務づけられた強制”。これを訳者は敢えて「優しい強制」と表現してきた】

全国生物倫理委員会（CNB）は、拘束を「個人の基本的人権の侵害」と規定している。その克服は「治療文化の前進における根本的な要素と見なされ、一般的に他のどの医療福祉分野においても知られる倫理基準とも合致する」という。そして「個人の自律と尊厳を大切にすることは効果的な治療介入の前提条件」と明言する。

最高裁（破棄院）は2018年、拘束は「治療あるいは診断のための実践としての価値がない」とした。

器具による拘束だけが自由な動きを制限する唯一の形態ではない。

治療の現場では、医療従事者が自らの体を張って個人を一時的にブロックする「肉体による拘束」も実践されている。また環境的拘束、つまり扉を締めたり、囲いこんだり、柵を設けたり、などの介入で個人の自由な移動を阻むような拘束もある。

薬物療法による拘束は、鎮静剤の多量服用によって個人の警戒心や運動能力を減退させる。諸研究は、様々な拘束形態が相互に正当化しながら共存していることを示している。

すべての拘束形態のなかでも、器具による拘束は倫理的司法的にみてより問題含みである。「完全服従状態」なので、これは「想定しうる最も極端な自由剥奪」であり、医療的にみても「治療的目的もなく、患者の健康状態を改善する効果を物理的に生み出すこともない」どころか、逆に精神物理学的に重大な結果を招いて患者を死に至らしめることもある。

この文書では、精神保健上の諸問題を抱える個人に対して行われる「器具による拘束（以下、拘束とのみ記す）」を扱う。

当文書の目的は、科学的経験的な事実や国内外の文献資料に基づいて拘束のテーマを深く考え、今後の三年間で精神保健のすべての現場において拘束を完全に乗り越えることを目標として、すべての従事者あらゆるレベルの関係機関が、拘束防止に責任を負って作業するように勧告することにある。

全国生物倫理委員会が言うように、「縛ることをしない理由」としては、倫理にもとめるのは当然として、ほかにも、安全・予防・より良きサービス運営など、様々な面がある。この、非暴力非強制の運営管理は、「患者と医療従事者が互いを恐れる風土」を除くことになり、スティグマを減少させることにもなる。

縛ることをしない理由の第一は、身体拘束が引き起こす悪循環によって治療的関係を損なうのを避けることにある。つまり、縛られることによって個人の興奮動揺は更にひどくなり、鎮静剤のより多量な使用が求められることにもなる。その結果、患者の困惑状態は悪化し、縛られた当人と医療従事者との間の意思疎通をむつかしくする。

2 精神保健局サービスでの拘束

精神保健局のサービスにおける器具による拘束は、あまり人目に触れることはないし、モニターされてもいない。そのデータは部分的だから比較対照も難しいし、ときにはカルテに記載されることもない。

精神保健局サービスにおける拘束は広く行われており、しばしば水面下で常態化している。拘束のやり方は州によってまちまちである。この顕著な相違は、パンデミアのせいには出来ない。

精神保健局サービスの中でも拘束が目立つのは SPDC【訳者註：直訳は「診断と治療の精神医療サービス」。総合病院内にある精神科入院部門。病院内にあるものの、ここだけは精神保健局の傘下にある。180号法では15床以下と定められている】、公共居住施設と、認可された民間居住施設、治療共同体（訳者註：いわゆるグループホーム）である。

2001年のネグリ研究所と、2005年の保健高等研究所の最新の研究によれば、SPDCの85%で拘束がなされており、拘束に付随して他の自由制限措置も常態化している。

現在 SPDC は 320 もあるが、「うちは縛らない」と宣言するのはたったの 20 に過ぎない。この少数派の SPDC は、クライシス状態の患者にたいしても拘束なしの責任ある対応をしているのだが、その他多くの縛る SPDC は、「拘束を段階的に減らし、ゼロを目指す過程にある」といったところである。

拘束が使われる精神保健サービスとりわけ SPDC では、別の方法による自由制限も行われる。つまり扉を閉じたり、当事者や訪問家族への身体検査をしたり、所持品を没収したり、ビデオで監視したり、院内規則の厳守を強いたりする。これらの制限は、「収容者のもつ危険性を抑えて事故が発生しないように」と考案されたものではあるが、実際には状況や容態の悪化を招き、時に事故を生じ易くすることにもなる。

拘束が長引いた場合には、精神物理学的にネガティブな結果をもたらす。

ときに、拘束による圧迫や拘束器具の不適切な設置などで、臓器や機能が損傷される。文献資料によれば、皮膚擦過、神経圧迫、四肢や臓器の虚血が起きる。身体の動きを抑制されることで、肺血栓、床ずれ、カテーテル使用が原因の尿道炎、を起こす。

拘束は死に至る結果をもたらす。それは通常、肺血栓症での急死の原因となる。縛ることは「精神的苦痛」をもたらす。拘束された人たちがよく記すのは、没却感、自尊心の減退、うつ症状だが、同時に「不当な仕打ちへの怒り、憎悪、報復感情」を訴えることもある。

多くの場合、医療従事者たちは患者を拘束することを、患者の興奮や脅迫的攻撃性のせいにする。それは刑法第 54 条の「個人に重大な損傷を与えるような危険から自分や他人を守るための緊急避難」が根拠にされる。

身の保証を理由にするケースもある。治療中の個人が犯す自傷他傷行動が診療者側の責任になるという説に基づき、拘束を含めた『監護』の義務が派生するというのである。

また、拘束正当化の理由としてしばしば出てくるのが「職員不足」である。

しかし、拷問と非人道的あるいは屈辱的な刑罰や処遇の予防のための欧州委員会 *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CPT) によれば、

「このような理由は偽りであり、拘束手段を適切なコンテキストに基づいた正しい方法で使おうとすると、かえって、より多くの人材が必要となる」【訳者註：つまり人手不足が理由の拘束なんて本末転倒】

拘束は、投薬拒否患者への薬剤投与のためにも用いられる。患者に輸液を受けさせるためにも、また深い鎮静状態にある患者が病床から落下するのを防ぐためにも、更に入院先からの脱出を何度も試みた患者の離院を防止するためにも、用いられる。

稀ではあるが、患者の違反行為に対する懲罰として、あるいは態度や振る舞いを変えさせるための手段として、拘束が用いられている。

現在入手可能な諸研究からは、拘束に頼りたくなる要因として、患者の症状の重さや患者の精神病理学的プロフィールよりも、文化や、組織に縛られた立場や態度が大きく作用している、ようである。

2008年から今日までの制度上の論議の変遷

イタリアでは、前世紀の反体制運動による大衆の社会参加が精神医学の改革を促した。精神保健サービスでの器具による拘束のテーマを巡っての新たな関心の高まりは、欧州評議会の一機関である「拷問と非人道的あるいは屈辱的な刑罰や処遇の予防のための欧州委員会」(CPT)の拘束に関する議論(2008年)がイタリア政府内でも交わされたのがきっかけである。

それは2005年と2006年に実施されたイタリアを含む幾つかのヨーロッパ諸国の精神医療施設での成人に対する強制手段の利用に関する調査を受けたものだった。

CPTは、過剰な拘束の現実、時に処罰や矯正に利用される現実を明るみに出した。

同じ時期の2006年、「国連の障害者の諸権利に関する条約」にイタリア政府は署名し、2009年には批准した。これに基づいて加盟国は「障害者が不法に自由をはく奪されないよう保証」(第14条)しなければならないし、個々人の「拷問や残酷で非人間的で屈辱的な刑罰や処遇を科されない権利の保障」(第15条)もしなければならないとなった。

このCPTの介入とは別に、2006年~2009年いくつかのSPDCで3人が縛られて死亡した悲劇が公表されたこともきっかけとなった。2010年、州(20州)・自治県(2県)会議は「身体拘束に関する勧告」を傘下の精神保健局に発付した。拘束が気軽に行われ、精神医療には暴力がつきものという神話ができあがり、精神疾患に対する偏見が助長され、それが精神保健サービスを必要とする者のサービス利用を躊躇させかねないことから、各州は勧告の実現を急ぐよう求められた。

その勧告の文書は、「拘束は反治療的行為で、治療を容易にするどころか一層困難にする」「暴力に暴力で応えては実りがない」という認識にたっている。また「拘束の克服は精神医療の質的改善の一つの道であり、拘束の克服という目標に到達するプロセスを描くことも可能だ」と明言している。

州・自治県会議の文書は以下の七つの勧告で結ばれている。

- 1 州は拘束を監視しモニターする
- 2 とくに、急患治療の場【訳者註：多くはクライシスの場】での暴力的対応を監視しモニターする
- 3 関与するすべての従事者に対して、リスクのある状況への適切な対処法を身につけるよう、職業教育を推進する
- 4 精神保健の診療プロセスや施設に関するスタンダードを規定し、それを保証する
- 5 看護の質の向上に効果のある情報・養成・組織を評価する
- 6 リスク状況への対処法の検証と質の向上を促進する
- 7 利用者 utente【訳者註：イタリアでは当事者をウテンテと呼ぶのが普通】や家族会や市民の諸権利の擁護を使命とする事務機関を巻き込むことで、急患サービスの透明化を実現する

この2010年発布の州・自治県会議の勧告については、2017年の上院「人権擁護・推進のための特別委員会」が勧告内容の実現状況を分析して公表した。それによれば、州によって対応はまちまちで、勧告が実現されたのはごく一部の州に限られ、全体的に勧告不履行が顕著である。

トレント自治県、フリウリ・ヴェネツィア＝ジュリア州、ロンバルディア州、エミリア・ロマーニャ州、プーリア州では、拘束のモニターが実施された。ただし、すべての州でデータが最新化されているわけではない。

トスカーナ州、ウンブリア州は、勧告を受け入れたもののモニターは実行されていない。

ヴァルダアオスタ州、ボルツァーノ自治県、ピエモンテ州、ヴェネト州、リグリア州、マルケ州、ラツィオ州、モリーゼ州、カンパーニャ州は、一部の保健医療事業体で受け入れることはあったが、大方は勧告を無視した。

アブルッツォ州、バジリカータ州、シチリア州、サルデーニャ州では、州レベルでも保健医療事業体レベルでも、何ら実行されていない

現状をみると、近年、若干の州において拘束を限定利用にとどめたり、段階的克服の計画を立てたり、予防や分析やモニターや医療従事者の養成などを行ったり、したとはいえる。

2013年1月24日、国・州・自治県の合同会議 *Conferenza Unificata* は、「精神保健のための全国行動計画（PANSM）」を承認した。その内容は医療など必要不可欠な「援助基礎レベル *Livelli essenziali di assistenza* 略称 LEA」がどう保証されているかを測るための道筋といえるもので、この基礎レベルの中には身体拘束をモニターするシステムの存在も含まれている。

【訳者註：イタリアは1978年に国民保健サービス法（*Servizio Sanitario Nazionale* 法、略してSSN法）を制定。中央政府の保健省が医療やケアの提供基準を定め、現場でのサービス提供が21ある地方行政区画の責務となった。公的医療はSSNによって全ての市民および滞在者に提供され、財源はすべて税で賄われる。しかし近年、各地方における保健行政は財政難に直面している。「援助基礎レベルLEA」は1992年に国民保健サービスに導入された評価基準で、5万項目以上もの予防・治療の行為からなるのだが、予算不足もあって、その評価が十分に機能しているとは言い難い】

2013年1月30日、国民保健サービスの効果と効率を調査する下院常任委員会は、最終報告を承認した。その中でも、SPDCと拘束の実施に関する意義深い報告がなされている。

それは「閉鎖された場所において、いまだに拘束が幅広く行われている」と言い、「社会心理学的早期リハビリ・サービスを義務づけ、療養中の患者の生活環境条件を改善し、24時間オープンな精神保健センターのベッドを優先し、病院のベッドを増やさないこと」とうたっている。

拘束の関しては「予防のための厳格な手順を作り、ベッドに抑制帯をしつらえることを禁止する」、「必要に迫られ一時的に身体拘束をする場合でも、地域保健事業体が認証し供給する記録簿に患者の自由を制限する理由と動機と方法を記載しなければならない。……この手続きが、病院内での不幸な事態の監視モニターを可能にし、さらには24時間オープンな精神保健センターのベッドが病院のベッドに置き換わることで、拘束の濫用を思いとどまらせることになる」とも述べる。

2015年4月、全国生物倫理委員会は、「障害者と高齢者にしぼった器具による拘束」に関する意見書を、以下のように公表した。

「拘束の克服」こそが治療の基本であって、それが個人の諸権利の尊厳を守ることになる。

精神保健分野に関する「拘束」は、治療中の個人の精神症状の経歴や重さに基づいているというよりは、医療従事者の文化的傾向やサービスの組織に関連している。

拘束は最終的非常手段としてのみ許容されるものであり、たとえ強制治療の際であっても、「実際の必要性緊急性を帯びた状況において、必要に見合った形で、侵襲性の少ない方法で、拘束を余儀なくされた条件が克服されるに必要な時間に限って許容される」という刑法第 54 条が規定する状況においてのみ許される。

2015 年から 2017 年の間、上院「人権擁護・推進のための特別委員会」は精神医療サービスでの器具による拘束の問題を深く掘り下げ、以下の一連の勧告にまとめている。

1. この現象に関する確実なデータも国内研究も共に欠けているので、その両者を「穴埋め」する
2. SPDC における医療従事者の事故の数と事故のタイプをモニターし、「縛ることをしない SPDC」のデータと照合する
3. SPDC において、拘束を受けた患者の他の部局への移動とその収容結果をモニターする
4. 2001 年の文書によれば、精神保健サービスのために州に求められる最低限の支出 5% に遠く及ばない事態【訳者註：総医療出費の中の精神保健への割合を示す。多くの州は 3% 台、トリエステで 4% 台】を考慮して、精神保健サービスにはより多くの財源を充てる
5. 精神保健サービスに従事するすべての人材の育成に投資する
6. 州は「縛ることをしない精神保健局」を奨励し助成する
7. 精神保健サービスとりわけ SPDC のサービスにおける、家族や地域や市民団体の横のつながりを奨励する

司法の動向との関連では、2018 年の最高裁判所（破棄院）第 5 刑事部の 50497 判決が意義深い。これは 2009 年 8 月 4 日に、カンパーニャ州サレルノ県バッコ・デッラ・ルカーニャの SPDC で 87 時間拘束された後に亡くなった FM（男性）を巡る裁判だった。

判決は、器具による拘束が医療行為と規定されるいかなるカテゴリーにも属さないことを断言し、「それは個人の自由を制限する手段であって、治療目的もなければ、患者の健康状態の具体的改善をも生み出さない」とした。

更に「医療行為」そのものについてもこう述べる。

「憲法によって直接保証されるものだが、それは単に『一医師の決断の成果』といったたまたまのものではなくて、一般化された治療目的なのである。（略）」

そして拘束については、

「しかるべき慎重さをもって実施されない場合、拘束器具による外部的圧迫で皮膚擦過、裂傷、扼殺などを招き、また同時に患者が身動きできない姿勢を強制されることで、重大な臓器損傷をも引き起こすことになる」

以上の事から最高裁は、「拘束は医療行為とは言いがたい個人の自由を制限する手段である」とし、「刑法第 54 条に規定される諸条件のもと、患者個人あるいは入院中の者に重大な危害を及ぼす危険のある具体的状況があつて拘束なしでは危害を回避

することができない事態に、危険な状況に対応する適切な基準のもとに実施される場合に限って、合法と見なす」と判断している。

結論として、国内外の権威ある体制機関によれば、状況は以下のように要約することができる。

- 拘束は、治療・診断・苦痛緩和の目的など何ら有しないことから、医療行為ではない。
- 拘束は個人の精神物理学的諸条件の悪化をもたらす、ネガティブな結果としては個人を死に至らしめることもある。
- 拘束は、精神医療の暴力的特質を裏付け、サービスにアクセスすることへの躊躇と、精神疾患に対するスティグマを、増長させる。
- 拘束は イタリア共和国憲法第 13 条・第 32 条、国連の障害者諸権利条約の原則を尊重するものではない。
- 刑法第 54 条は「拘束は個人への重大な危害を及ぼす実際の危険や、本人の自由意思で生じたのではない危険が存在し、拘束なしではその危害を回避できず、危険な状況に常に比例対応する」といった諸条件のもとでは医療従事者の刑法的責任を排除してはいるが、拘束をなんら正当化するものではない。
- 様々な勧告が一致して求めているのは、拘束の克服過程を後戻りさせないことである。この現象を監視モニターし、医療従事者教育に投資し、治療する場と治療プロセスのスタンダードを決め、介入作業を検証することを奨励し、治療の場としての透明性を保証するような作業を通して、拘束を克服することを求めている。

3. 幼年期と思春期のための神経精神医療サービスにおける拘束

幼年期と思春期のための神経精神医療サービスでの拘束は、ほとんどモニターもされず、目が届いていない現象である。拘束の対象となるのは一般に重症の精神障害をもつ青年だが、児童や青年あるいはしばしば複合的な精神病理や行動障害をもつ若い成人も含まれる。

年少者への拘束を防ぐことに関しても、成人のために記述された一般的諸原則は有効だが、若干の特別な要素があることにも常に留意しなければならない。

- a. 両親は治療の過程において、司法当局の様々な措置の例外を除けば、常に参加することが好ましい。両親の責任の限定や親権の失権など極端なケースにあっても、両親へ連絡を怠ってはならない。
- b. 年少者本人の同意がない治療の実施は、両親の同意だけでは不十分である。
- c. 年少者に拘束が行われた場合、それは「やりすぎ」と見なされる。
- d. 両親が例え同意したとしても、拘束はなんら合法とは見なされない。
- e. 急性期、とりわけ精神運動的興奮状態や他者への攻撃性が見られる状況では、予期せぬ暴力的事態が生まれるが、それは基本的な精神病理が原因と言うよりも、それを誘発する環境的諸要素や薬物の濫用などから生まれるものだ。よって、環境や人間関係が悪い方向に高じないような管理が重要となる。
- f. 個々の状況に合った「危機プラン」を前もって定め共有することは、年少者においてはとりわけ有効である。看護を受ける者と家族の現実の状況への自覚が増すことで 全員が早期の危機対応が出来るようになる。
- g. 年少者や成人知的障害者あるいは自閉症者についての危機管理、行動管理は可能であり、行動連鎖の分析や修正の戦略を活用することが求められる。

4. 向こう三カ年（2021-2023 年）の拘束克服のための勧告と行動

精神保健局と、幼年期と思春期のための神経精神医療サービスにおける拘束の克服は、必要かつ喫緊の課題だが、その過程は複雑で、体制内のあらゆるレベル、サービス受益者と一般市民のレベルでの多岐に渡る活動が必要である。

今回の勧告は、2010年に州・自治県会議が宣言した勧告から10年を経て出されるもので、それは10年前の勧告を引き継ぎ、さらなる進歩発展を示すものである。つまり「精神保健の重要性と、個人に的を絞ったサービスを提供することの重要性が、人間性の回復という衣をまとって一層強く認識されてきた」結果であって、それは「必要に迫られた進化」なのである。

今回の勧告は、州・自治県が実現しようとした拘束克服のプロセスを奨励する指針であって、その後の経験を踏まえた、当該住民のニーズを考慮しての全体を包み込むような枠組みを成している。

とりわけ州と自治県には、精神保健の行動計画に即応して「2021年から2023年までの三カ年で拘束克服の目標を達成するための特別行動を展開すること」が求められる。保健省は州・自治県と協働して当文書に記載された目標達成に向けての進捗状況を分析するべきで、そのためには、治療中の個人の諸権利と尊厳が守られる過程がわかるようにするのが望ましい。

コロナウィルスによるパンデミアによって、精神保健システムを含め我が国の保健衛生システムがはらむ若干の重大な欠陥が明らかになり、人権に基礎を置いた住民全体を包み込む地域保健福祉サービスシステム、患者と医療従事者の双方の自尊心を傷つける強制的実践から解放されたシステム、を再興・強化する必要が明確になった。さらに、保健衛生的緊急事態において、精神的な苦悩や障害を抱える個人のそれぞれのニーズに的をしぼる配慮、身体的健康を保持するための心遣い、が必要なことが明らかになった。

上記の考察に基づいて、以下の勧告は、治療の質の改善を目指し、「精神保健サービスにおける拘束を、知識・対応・財源・管理運営・組織修正を通じて、安定した確実な形でゼロにする」ことを意図したものである。

この挑戦は、広く共有された原則の再確認に留まることなく、拘束の克服を困難にしている今日の諸要因と向き合って、精神障害者とそのサービス従事者の尊厳を守る実践が具体化されるよう、促すものである。

そのためには、各州・自治県は「拘束ゼロ」を目指して自身の作業計画を策定することが必須となる。

これは2021-2023年の三カ年で段階的漸次的に進められることで到達する目標である。当該地域に既に存在する諸経験・組織モデル・コンテキストを考慮し、国民保健サービス（SSN）の強化のためのEU財源を含む財源、国のコロナ禍復興計画で予定される行動とも相乗した財源とりわけ地域の看護介護の強化に充てられる財源、を活用する。

////////////////////////////////////

勧告 1 個人の自由を制限する実践を確認する

拘束克服の第一歩は、個人の自由を制限し基本的人権を侵害する実践としての拘束を確認することから始まる。

政府・州・保健事業体のサービスが拘束克服の行動を起こす上で最も重要な必要前提条件は、拘束が保健医療とは無関係の反治療実践であり基本的人権を侵害するものであると認めることである。また、市民やとりわけサービス受益者、治療中の個人と家族などが有する諸権利をはっきりさせるうえでも、それは前提条件となる。

そのための行動

- a) 保健省ならびに各州・自治県の監修のもと、治療下にある個人の諸権利に関する情報普及と教育のキャンペーンを行う
- b) 国・州レベルの会議、精神保健局など決定機関の会合に利用者（当事者）と家族の代表が参加する
- c) 州・自治県は拘束克服のための決議を採択し、保健事業体側はそれを積極的に受けいれて拘束克服のための責務を明らかにする

勧告 2

拘束を知り、拘束のモニターを率先して行う

監視の対象となる事象を列挙し分析して得た知見が、拘束克服の基礎となる。これには、拘束の頻度・時間的長さ・対象者・状況・拘束の監視モニター・SPDC（精神保健局が管理する総合病院精神科ベッド）と NPIA（幼年期・思春期のための神経精神医療サービス）における従事者の事故数と事故の形態・SPDC と NPIA において拘束がなされた後で病院内の他科へ移動させられた患者の収容結果、が含まれる。

精神保健局サービスと幼年期・思春期のための神経精神医療サービスから報告される情報の流れは、保健医療事業体、州、国の各レベルで集約されなければならない。

経験から明らかのように、部外者（第三者）の手でデータ収集が始められ、送付・分析が行われるだけでも、拘束に頼ることが減り、ルーティンとなっている拘束の放棄を促すことになる。つまり第三者の目が入ることで、現場従事者が拘束を躊躇し、拘束依存が減り、拘束放棄に繋がる。

そのための行動

- a) 拘束の各ケースとその結果の詳細なデータ収集のための分析的記入カードを作る。集計データはサービスの局長等の従事部外者宛に送付される。
- b) 拘束のモニターは、分析カードに記載された情報の集積を通して行われる。精神保健局等の局長によって確認された情報は、地域保健事業体や州や保健省に送られ、州ごとの精神保健情報システム（SISM）と幼年期・思春期のための神経精神医療サービス（NPIA）の情報の束の監査を通してモニターされる。
- c) 精神保健局サービスと幼年期・思春期のための神経精神医療サービスは、傘下の SPDC や居住施設、提携民間精神病院などで拘束を容易にする諸条件を突き止め、拘束防止の行動をとる、といった介入を行う。
- d) 保健省の監修で、拘束克服の過程と達成結果の維持に関して、年報を準備し刊行する。
- e) 精神保健のためのサービスとそのデータの透明性を保持する。

勧告 3

すべての従事者への教育活動を保証する

拘束の克服には、従事者のための特別な職業教育が必要である。また事業体レベルではサービス受益者と、拘束の現場で働く者に注目し、拘束の廃止の克服、なかでも「精神障害のある人は危険」という古い支配的な考え方の克服を目的とした教育が必要である。

このような教育は、健康の権利に基づいた諸規則、精神疾患と幼年期神経精神疾患に関する法令、国連の障害者の諸権利に関する条約を優先的に考慮しなければならない。また医療実践のなかで、基本的人権の侵害に対する感覚を研ぎ澄まさなくてはならない。拘束しない医療従事者との交流や比較対照の機会をふやし、拘束された個人やその家族の話を聴く機会を作ることを提唱し、拘束が患者と医療従事者の双方にどんな結果をもたらすかを、身をもって感じ取れるようにしなくてはならない。

そのための行動

- a) 従事者、とりわけ SPDC、NPIA サービス、成人と思春期の者のための居住施設で働く者を対象に、職場による区別なく、臨床、福祉、法制、倫理に通じ、かつ精神障害や神経発達障害に対応した経験のある者を教員として、教育の道筋を築く。
- b) 大学は、サービス従事者と専門家の新世代のために、新しい特別な教育活動を、継続的に行う。
- c) 身体拘束をしない精神保健局の従事者、身体拘束をしない幼年期・思春期のための神経精神医療サービスの従事者との、現場での教育や訓練の機会をつくる。

勧告 4

個人の諸権利と尊厳を守る

他者を「尊厳と諸権利を有する個人」として認めない治療はありえない。

役割や状況、コンテキストの相違があっても、相互関係の中でしか治療はありえない。「他者を保護する」ということは、諸権利の制限や剥奪の言い訳にはならない。

精神保健局と幼年期・青年期のための神経精神医療のサービスは、柔軟かつ心地よく敬意をもって、当事者を受け入れるべきである。

とりわけ急患の受付時は、受益者のニーズと時間に合った特別な状況への対応能力があれば、それは従事者と受益者との間の治療関係を発展させることに役立つ。興奮が破壊的攻撃的にエスカレートするのを抑えることもできる。

緊急で切迫した状況にあって激しく苦悩する危機的状況の個人を受け入れるには、環境と個人のリスク状況を見極め、治療中の個人と従事者の双方にとってのリスクを適切な戦略で減少させる必要がある。

そのための行動

- a) 州と自治県、保健事業体は、地域精神保健サービスの複雑な実践と必要に適應した緊急かつ切迫時に対応できる多様な職員配属を行う
- b) 精神保健局と幼年期・思春期のための神経精神医療サービスは、国連の障害者の諸権利条約を尊重した治療実践を促進し、それを保証するための適切な戦略と方法を採用する。とりわけ危機状態にある急患を受け入れ管理するには、以下の事項が必須である

- 当事者の時間を尊重し、お仕着せのプロセスを押し付けるようなことをしない
- 当事者の体験を判定したり否定したりせず、明確な援助意思と共感をもって当事者の求めに十分に応じながら、説得力のある関係を促進する
- 患者が既に知っている担当従事者との関係を奨励する
- 常に柔軟に対応し、家族や身元保証人の同席、電話や Web での連絡を奨励する
- 個人の私物の検査や強制的な没収に反対する
- 特定状況にあって、あり得る「事故」に対処し、受益者と従事者を安心させるために、従事者の相応な人数配置を検討する

勸告 5

地域に根差した全体を包み込むサービス

サービスが行われる文脈とサービス組織の形は、作業のスタイルを定め、治療実践を方向づける。サービス組織の外見は治療の質的改善の基礎である。

個人の尊厳と諸権利を尊重することを保証し、拘束克服を可能にするような、精神保健全体を包み込むプロセスの基礎条件とは、以下のようなものである。

利用者の生活の場に近接した小規模な精神保健センターと、幼年期・思春期のための神経精神医療の地域サービスが存在する。それは、「敷居が低くていつでもアクセスできるように開かれて」いて、とりわけ「危機的状況に即応できて外来だけでなく在宅看護をも保証するように組織され」「早期の介入や治療の継続や個人とその社会的家族的文脈に責務を負っている」といったものを意味する。

苦悩する個人とその家族を主人公と見なす「個人に特化された治療計画」の準備と具体的な実施、病気への対処だけではなく個人の生活の質にも関与するサービスのことである。

この方向性は、SPDC ならびに幼年期・思春期のための神経精神医療のサービス活動にもあてはまる。これらのサービスは精神保健局と幼年期・思春期のための神経精神医療の地域サービスの間での治療の継続と緊密な連携の上で、基本的人権を尊重した柔軟な対応に基づく全体を見据えた責任を負うことで実践される。

居住施設では、多くの場合に長期看護の場となっており、個別的治療計画が欠けているため利用者の残存機能や従事者の能力が損なわれている。多くの場合、非個別的対応でサービス予算の大半が食われている。本来あるべき生活環境に個人が留まれるよう、あるいは戻れるよう、個別化された計画によって苦難を一段一段乗り越えるプロセスが始められるべきである。

サービスが以上のような形で組織されることで、治療についてのよりよい態度と実践が保証され、それが定着し、上部決定機関の交代にも左右されず、時が経過するなかでも保持されることになる。

そのための行動

- a) 身近で小規模な精神保健センターを起動する（およそ人口 8 万人に一か所）。そこに、個人生活と健康の複合的の必要に対応できる量と質を備えた多様な職能チームが配置され、週 7 日間一日最低 12 時間はオープンしている。

- b) SPDC と幼年期・思春期のための神経精神医療の職業訓練は必要である。また、多様な職能チームと地域共同体に開かれたオープンで強制のない精神保健局ならびに幼年期・思春期のための神経精神医療は、手をたずさえ、個人の人生丸ごとに責務を負えるような実践をする。
- c) 個別化された治療リハビリ計画を採用する。その計画は、リハビリを目指す個人を対象にした予算・資金（健康バジェット）に支えられて、個人とその家族と第三セクターが共同で計画し共同で管理運営される。同時に居住施設が収容所臭くなることを防ぐため、いろいろなレベルの看護を受けることや、共同生活の小グループにふさわしい居住施設を開設することのためにも、その資金は使われる。
- d) 居住施設や民間精神病院【訳者註：イタリアにも4千床前後ある。多くは富裕層向け】に収容された個人に対しても、その地域にある精神保健局などの地域サービス側は、治療の責任と治療の継続性が保てるようにする。
- e) 拘束廃止に向けてのプロセスを記録するため、専門家による経済面も含めた確認と評価の仕組みを採用する。

勧告 6

治療現場の質とサービスの横断性の保証

諸サービスが機能するような筋書きを描くことは、治療行為、従事者と利用者の関係、従事者間の関係、組織風土（環境・雰囲気・空気）、介入の質に影響する。

精神保健サービスと思春期サービスの受付や空間がより普通の生活の場に近くて快適であるならば、それは人を落ち着かせ、非暴力を尊重する態度を促すことになる。居心地の良さは、受け入れられた個人のポジティブなアイデンティティとして現れ、また従事者にとっても役割を認められることになる。それは、精神保健の場をしばしば特徴付ける「怠慢と退廃」の諸条件の克服にもなる。

このような改善は、地域において、さしたる経費もかからない介入から、始めることができる。

それは、自分の職場の退廃的諸要因を熟知しながらどうしたらよいかわからない医療従事者たちとサービスの場を治療の場として受け入れがたい当事者たちが手を携え、さらには市民や諸団体をも巻き込み、第三セクターとりわけ社会コープ B 型【訳者註：社会的に不利な立場の人々が働く労働者コープ】の積極的な参加をも促すことで進められる。

ボランティア、家族、市民など第三者が横に繋がることのできるようなサービスを推奨し、治療中の個人を訪問・面接し、サービスの環境・風土・人間関係・交流を向上させる、そんな活動があれば、利用者と従事者の双方が抱える攻撃性と隔離孤立に抗うことができる。

そのための行動

- a) 各州と各自治県、各保健事業体は、精神保健局などのサービスの場をよりよくすることを計画する。とりわけ以下の介入を奨励する。
 - 精神保健局のサービスを生活の場として整備し、家具調度を揃える
 - SPDC などの環境を改善する。オープンなスペース、最大でも二床を限度とする部屋、社交のための共有空間、利用者が使える屋外エリア、柔軟な面会時間帯、などを整備する。

- 利用者と家族の会（団体）を巻き込み、その活動を奨励する
- b) （略）

勧告7 **チーム作業とネットワークの推奨**

複雑多岐にわたる重大問題を抱える個人、危機にある個人、顕著な行動問題を見せる個人などを精神保健局などのサービス機関が引き受けたとき、チーム労働が威力を発揮する。地域の社会福祉サービスや保健サービスや緊急時対応機関とのネットワークにおいても同様である。このような勧告は、概して保健衛生システム全般に有効だが、良質で効果的な精神保健サービスの保持とりわけ拘束克服の過程では、格別な重要性を帯びてくる。

チーム労働は、利用者と従事者の安全性と諸権利を尊重するような解決を目指す。受付の段階から始め、収容時においても、また地域での作業においても、チーム労働は個人とその人生の筋書きに高度の責務を負うことの助けとなる。また、従事者の孤独からの脱却と責任の共有を助けることにもなる。

地域の社会福祉や保健医療サービスとのネットワークは、無駄のない対応を支援し、当事者の人生まるごと支えるのを保証する。州レベルの緊急救急事業体とのネットワークは、重大緊急時の状況においても、利用者と従事者の安全と尊厳を守ることを保証する。

そのための行動

- a) 精神保健局などのすべてのサービスに、日常の労働・実践の方法として、チーム作業を採用する。目標や方針を共有し、とりわけ深刻で複雑な諸問題をかかえた治療途上の個人のニーズを分析する。
- b) 州と地域の行政機関は、精神保健サービス組織、病的依存症へのサービス組織、管区、一般医、小児科家庭医、学校、病院、自治体社会福祉サービス、自治体警察などとのネットワーク作りを推奨する。また、精神保健上の深刻な問題を抱える個人を責任もって引き受けるためには、個々人にはそれぞれ固有のニーズがあることを学べるような教育訓練を率先して行う。

【自動翻訳・大熊一夫監修】