

“でんぐり返しプロジェクト”
「銀行員だったからこそ見えた
日本の精神病院の不可解、
不条理、非常識」

2017年1月11日

於：国際医療福祉大学大学院

青山キャンパス

杏林大学 長谷川 利夫



自己紹介

昭和39年(1964年) 東京都生まれ

昭和55年(1980年)～昭和58年(1983年)

國學院大學久我山高校

レスリングに没頭

憲法問題に目覚める

昭和58年(1983年)～昭和62年(1987年)

國學院大學法学部法律学科政治学コース

ゼミは西洋政治思想史

昭和62年～1999年

第一勧業銀行(現 みずほ銀行)





私が抱いた不可解、不条理、非常識

- ・なぜ、職員が患者のことを「ちゃん」付けで呼ぶのだろう？
- ・なぜ「病院」なのに、運動会やお花見会があるのだろう？
- ・なぜ職員は、自らの権力性に気づかないのだろう？
- ・なぜ医療監視、実地指導などを日程調整してやってくるのだろう？
- ・なぜ、「私たちは民間病院だから」と言うのだろう？
- ・なぜ入院患者さんたちは退院しないのだろう？



「ちゃん」付けの原因を考えると・

- 「精神」の障害、病気をもった人を見下す意識。
見下すことで自分を守っている職員の存在。
- ・長く接していて「慣れ」てしまっている。
- ・外部からの眼に全くさらされない。
(「市場」がないので実質的に「退場」がない)

⇒要は、病院も職員も市場原理によって「淘汰」されることがない。

運動会、お花見会

- 「退院」させる気がない。
- ある種の「施し」としての「医療」
(ここにも、「精神」の病気への見下しの感情が含まれている)
- 摩訶不思議な「お花見会」

職員の「権力性」

- 閉鎖病棟の「鍵」をジャラジャラ鳴らしながら歩く職員
- 「監禁」と何が異なるのだろうか、という疑問
- ある医師の言葉

これが医療監視？実地指導？

「日程調整」して監査が
やってくる

精神病院は「民間」病院なの？

- 確かに国や地方自治体が運営していないから「国公立」ではないかもしれないが、市場原理が働かないものを「民間」と言っ
てよいのかという疑問

「退院しない患者さん」 について 質的研究で考える

質的研究結果から
「長期入院から地域での生活に移行
した人が感じる「**地域生活**」と
「**病院内の生活**」の違い
～真の地域生活とは何か？」

杏林大学
杏林大学
新潟医療福祉大学

長谷川 利夫
鈴木 健太郎
金谷 光子

はじめに

- 我が国の精神科病院における入院患者は32万人、この内20万人以上が1年以上の長期入院を余儀なくされている。2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、『入院医療中心から地域生活中心へ』という基本的な方策を推し進めていくとしたが、精神病床の削減は進まず、未だ地域生活中心になったとは言い難い。
- 実際に退院した方が「病院内の生活」と「地域生活」の違いをどのように捉えているのかを把握し、あるべき「地域生活」の方向性を探っていくことは重要であると考える。

目的

- 精神科病院での長期入院を経て地域生活を営んでいる方が、病院での生活と地域での生活の違いをどのように捉えているかを明らかにし、**真の地域生活**とは何かを探求する。

方法

- 研究協力者：関東甲信越地区の精神科病院への長期入院（1年超）を経て現在地域での生活を送っている方 12名
- データ収集方法と分析：半構造化面接を行い、修正版グラウンテッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いて分析を行った。
- 研究者3名で全データを精読した後、研究テーマに関連する文脈を抽出し、具体例を基に分析ワークシートを作成し概念を生成していった。

結果

精神科病院での生活を表すカテゴリー

- 「圧がかかっている」
- 「退院することができない精神科病院」

その他のカテゴリー

- 「病院の影響下にある住まい」

地域での生活を表すカテゴリー

- 「開放感」
- 「知覚、感覚を取り戻した」
- 「心身の自己管理」
- 「生活のやりくり」
- 「地域とのつながり」
- 「自信」
- 「自由な空間」
- 「病識をもった」
- 「充実感」
- 「慣れ親しむ」
- 「覚悟」

精神科病院での生活を表すカテゴリー

圧がかかっている	• ある一定あの、なんていうかな、あるい、一定んとこまでは、<u>圧、圧かかっているんだね。</u> • やっぱりあの、これしちゃ駄目、あれしちゃ駄目とかさ。爪切り持っては駄目とかさ。 • 1週間分ためて洗うとかさ。
退院することができない精神科病院	• うん。ここは<u>入れば出られにゃあで、なんか。</u> • 社会復帰の名前だけなんだ、なんていってね。 • デイケアもそうだと思う。

その他のカテゴリー

病院の影響下にある住まい	• 今、住まいはあの、独身寮。
--------------	---

地域での生活を表すカテゴリー

開放感	• <u>開放感</u>だね。最近寒くないから朝窓を開けて首を出せる。これが最高ですね。開くところがあるから朝起きて首を出してはあっとすると<u>最高の開放感</u>ですね。こういうところも鉄格子で顔も。
自由な空間	• 今の生活は、ここでは社会で身につくもの、趣味を生かす、俺は今趣味を生かしているけどその他に、その他の人が本当には何を望んでいるか分かりません。分かるのは<u>自由な空間</u>です。 • 一番大きいのは車であちこち行って集める情報量ですね。

知覚・感覚を取り戻した	• 色使いは退院してからガラッと変わりました。 • 退院してからこういう色が出ましたね。 • 色もすごく自分自身でも変わったと思いました。
病識をもった	• そしてしばらくして家で暮らすようになったらフィルター現象が分かって妄想が雑音だったということに気付いて、それから良くなったわけ。 • 自覚症状を持ったということが一番強いんじゃないかなと思っている。

心身の自己管理	・野菜を食べるようにしてヨーグルトも毎日1個食べるようにして体調を続けている。よく眠るようにして。それで薬をちゃんと飲んでいと通常の生活が送れるようになった。 ・薬忘れたりすると、の、眠れなかったり、夜遅くまで起きてたりしましたが、薬さえ忘れなければ、あー眠れるし、あー、人との付き合いも、あの、結構やってるし。
充実感	・波はあるけど充実している。 ・まあ、暇は、暇はねえ、ないぐらいなんですわ。
生活のやりくり (充実感にもつながる)	・障がい者年金というのをもらっていて、ガソリン代と生活費とタバコ代をそこからやりくりしなきゃならないから、そんなにいいものは食べませんわ。 ・1食300円以内に抑えようと思ってる、食事のほうは。 ・へんな出費があるんだよね。オイル交換とか物が壊れたとか。どうしてもしななきゃならないから。ちょこっとずつ貯めても税金とか貯まらないんだよね。

慣れ親しむ	・(病院のように)人になんでもやっちゃうのが悪いという、ギブアンドテイクで世の中では通用しないよ、人間ね。うちで野菜いっぱいとれたし、お宅畑ないから大根でもカブでも持って行きなさいよ、ありがとう、今度お前さんの好きなシュークリームでも買って返すからと、そういうのも付き合いとして大切なんじゃないですか。
地域とのつながり	・テレビやお母さんの話で世間のことが分かる ・ゴミ出しについてとか村の人足についてとか、あそここの家の父ちゃんはやかましいからお前の相手なんかならないから行っても黙っているんだよとか、こういう人はこうしたほうがいいという、社会進出に繋がる経験ができる。

覚悟	・お母さんも年だし、お姉さんはいるけどやっぱり最後は一人で生きていかなければならないから、何に金を使って、どう貯めてどう生きていくか。勉強しつつね。
自信	・精神病院に入院するだけでもコンプレックスになりますわ。 ・いろんなことをやってコンプレックスもだんだん消えてきた、ストレスも少なくなってきた。 ・まあ、警察に捕まることもないしさ。じゃあ薬さえ飲んでいればなんとかなるだろうと。あと勇気さえあればなんでもやれるということ、新しい物を開拓していけばいいだろうと。

考察

- ・精神科病院に長期入院していた者にとって、地域生活とは「開放感」がある「自由な空間」である。病院内と情報量の違いに驚きながらも生の情報に触れながら「充実感」を味わっている。楽しいことばかりではないが人との付き合いも何とか行っている姿も浮き彫りになった。退院してから絵の色使いがガラッと変わるなど「知覚、感覚を取り戻す」ような経験もあった。

- 一方で精神科病院での生活は、日常生活の制限が多く「**圧がかかっている**」とも表現されるものであった。長年入院してきたものにとって精神科病院は「**入れば出れない**」と認識している場合もあった。また退院後のアパート生活を「**独身寮**」と表現し、「**病院の影響下にある住まい**」であることをうかがわせる場合もあった。

結論

- 「真の地域生活」とは、**病院の影響下**にない、**自由な空間**であり、**充実感**の味わえるものであることが示唆された。
- それは一言で言えば、「**市民生活**」と言えるものではないだろうか。
- 障害をもった方がそうでない人が送っているのと同様に、地域社会に完全に包容されるよう、すべての人が行動すべきであると考える。

私が多く見た多くの「患者さん」
強制的に入院させられ、
普通の生活が送れるのに
そのまま退院もさせてもらえず、
在院が長くなってしまった人たち
⇒新聞の投書欄に名前が出れば
(医師に)退院させてもらえると思
っている方もいた。

私がとった手法

「情報公開」
による問題の
「社会化」

先ずは知らなければ始まらない！

2003年9月

にいがた温もりの会が

「精神保健福祉資料」について、新潟県情報公開
条例に基づき情報開示請求を行う



非開示決定



行政不服審査法第4条に基づいて異議申し立て



1年9か月後に全面開示が決定

新潟県の主張

- 「夜間外開放」、「個別開放」、「終日閉鎖」、「モニター」、「閉鎖的環境」は法令等で定義された上で精神保健福祉行政分野で使用されている用語ではなく、本件公文書において独自に使用される概念であり、これらに関する情報は当該精神病院が公表しておらず、また法令上も公表の義務がないものである。
- 「保護室の利用状況」も公表しておらず、法令上も公表の義務はない。

このような正確さに劣る情報が公開されることは、これにより不正確に病院の運営等に評価がなされることとなり、誤った理解や無用の不安感を与え、当該精神病院がこれまでに獲得してきた社会的信用・信頼を失わせ、結果として利用者が減少したり、地域住民の理解が得られにくくなるおそれがある。

申立人の主張

医療に関する情報は、非常に高度な公益性があり、住民にとって有用性と緊急性をもつものであることから、当然、情報公開の対象とすべきものである。具体的には、病院に関する情報提供することは、患者と医療従事者との信頼関係の構築、情報の共有化による医療の質の向上、患者の医療選択権の保障という観点からも非常に重要である。特に、精神科医療においては、措置入院・医療保護入院などの非自発的入院が存在し、また行動制限が認められていることから密室医療に陥りがちであり、医療情報の提供等によって、その透明性を高めることは他の診療科における以上に重要である。

本県がこのような『情報非公開』の体制を改め、情報公開条例を制定し、すべての県民に対し公文書公開請求権を認め、公文書の公開を原則としたということは、公文書公開請求権の重要性にかんがみ、実施機関の主張するような『おそれ』があったとしても公文書公開請求権の保障を優先するという政策的な判断をしたものである。

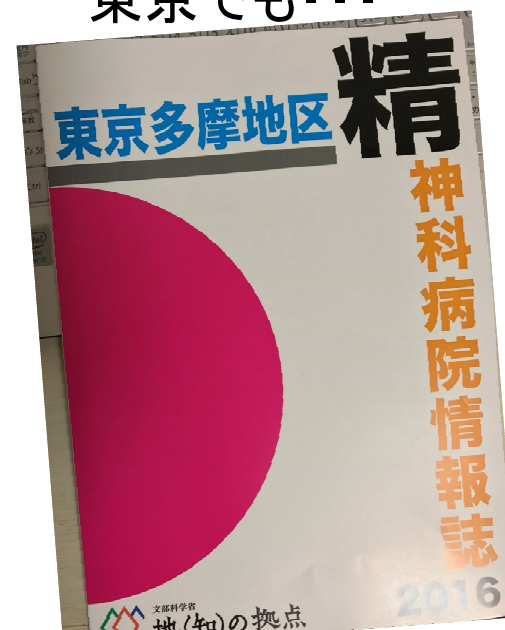
県民は、必ずしも行政内部の事情や専門的事項にすべて精通しているものではない(中略)公開を受けた情報の意味内容を正確に理解できない場合があることは、条例の制定の時点で既に十分予想されたことである。当該情報の公開の機会に、実施機関である担当課が請求者に対し当該情報の意味内容について十分な説明をすることは、行政の説明責任の一環をなすものであり、情報公開の実施に付随し、これと一体となる業務として条例自体が想定していることである。

そもそも、病院とは、医療法(昭和23年法律第205号)に基づき、都道府県知事の認可によって開設されるものであり(同法第7条第1項)、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない(同法第1条の5)。

すなわち、**病院は**、株式会社等が営利を追求することを目的とした営利法人であるのとは異なり、**国民の健康の保持に寄与するという公的使命をもつ組織**である。病院が公共的性格を有することは、都道府県知事は、営利を目的として病院を開設しようとする者に対しては、厚生労働省令の定める要件に適合するときでも、開設の許可を与えないことができる(同法第7条第5項)

→ **高い公益性**をもつので情報公開が必要

東京でも・・・



「病棟転換型居住系施設」 問題

2014年6月26日



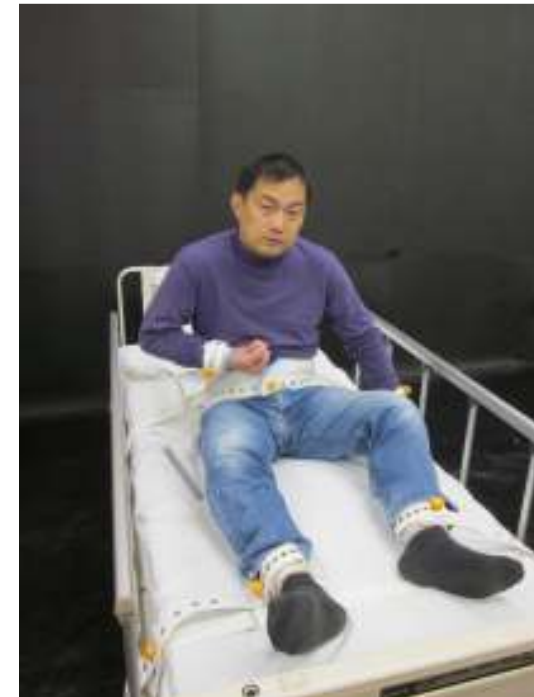
病棟転換の問題から生まれた 「寄り合い」

- 2014年6月26日の日比谷野音集会を機に始まった、様々な障害をもった人、思いをもった人たちの集まり。
- 必ず月に1回2時間の会合で議論。
「声明」等の発出。
- 新たなネットワーク、活動が生まれることも・・

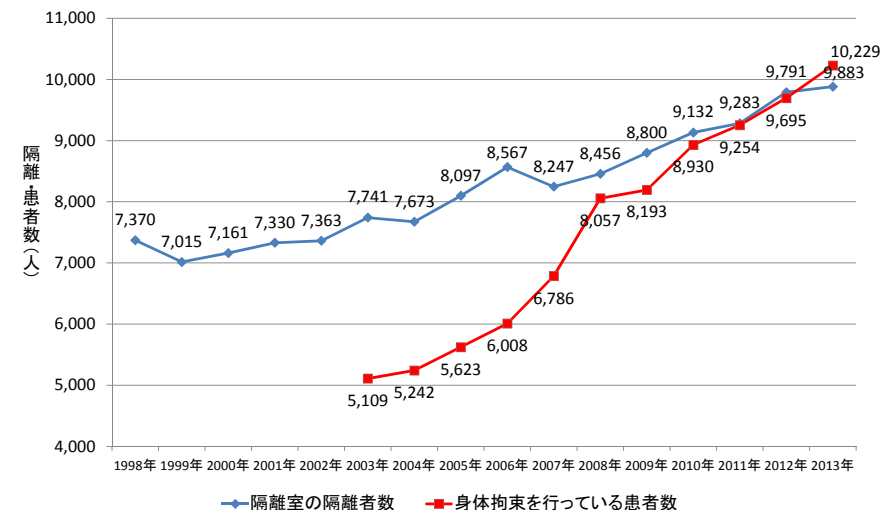
49

隔離・身体拘束

まずは知らなければ始まらない！
問題の「社会化」を図る







精神科患者拘束1万人

10年で2倍「安易に行う例」指摘も

精神科で身体拘束を受ける患者の数が、2003年から10年間で2倍に増えたことが、厚生労働省の調査で分かった。増加を続ける中、2013年には約2万人に達した。増加を続ける中、2013年には約2万人に達した。増加を続ける中、2013年には約2万人に達した。

調査は、精神保健福祉法に基づき、毎年実施している。精神科がある全国の病院から10月1日現在の病床数や従業員数、入院患者数などの集計を集計。今年は10年分がまとまった。

患者の手足や腰などを専用の器具でベッドにくくりつける身体拘束や、保護服と鉄板の閉鎖型に入れこめる拘束は、本人や他人を傷つける行為を防ぐため、精神保健福祉法の資格を持つ医師の判断で行う。12時間以内の拘束は指定医資格を持たない医師でも行える。身体拘束を受ける患者は、この調査項目が追加された10年からは1万人だった。以後増え続け、13年は1万人を超えたと推定された。

調査は「状況が難しい急病の患者やアルツハイマー型認知症患者の入院は近年増えているが、身体拘束や薬物の増加との関連は分からない」とする。

森林大保健学園の長谷川利夫教授は「認知症患者の身体拘束は介護施設側では原則禁止されているが、病院では転倒防止などの目的で安易に行う例が目立つ。拘束される人の苦痛は甚大で、国や自治体は増える原因を早急に調査するべきだ」と指摘している。

読売新聞（2014年4月8日）

2015年5月12日
参議院厚生労働委員会

特に日本における精神科病院の身体拘束は、2003年と比べて1.89倍になっています。なぜ、大臣、ここまで増加してきていると考えているのでしょうか？

(川田龍平参議院議員の質問)

塩崎厚生労働大臣の答弁

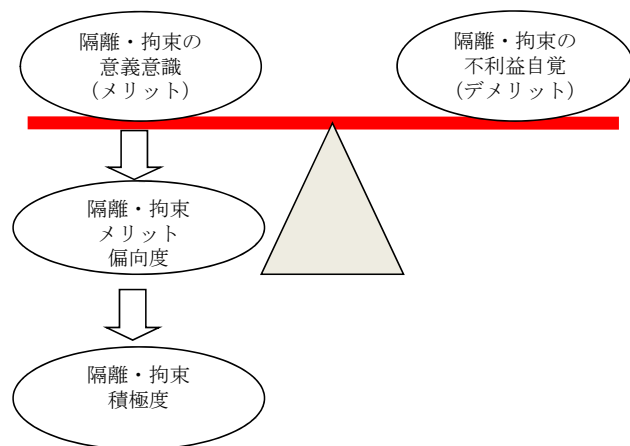
「急性期の入院患者が増えていることなどが関係しているものではないかというふうに考えております」

「都道府県が行う精神科病院の指導監査などを通じて、引き続き、患者に適切な医療が提供されるように全力を尽くしていかなければならない」

調査研究結果
～意識面～

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

相関分析

隔離・身体拘束意義意識度との相関

尺度	相関係数
隔離・身体拘束不実施不安度	0.313
隔離・身体拘束積極度	0.307
隔離・身体拘束不利益認識度	－0.297
人権尊重妥協度	0.296
暴力に対する脅威の認識度	0.233
隔離・身体拘束現状容認度	0.217

重回帰分析

隔離・身体拘束意義意識度を従属変数とした重回帰分析

尺度	標準化係数
隔離・身体拘束不利益認識度	－0.312
隔離・身体拘束不実施不安度	0.272
隔離・身体拘束積極度	0.168
人権尊重妥協度	0.134
病棟環境不満度	－0.127
暴力に対する脅威の認識度	0.093
精神障害者の自立許容度	－0.071
関与必要性認識度	0.065

隔離・身体拘束に
おける思想（面）

平成11年度 厚生科学研究

精神科医療における行動制限の最小化に関する研究(主任研究者 浅井邦彦)より

隔離および身体拘束の具体例として・・・

患者が回復してから他の患者からそのことで何かを言われた時に本人が辛い思いをする。そのようなことを避けて保護する目的で行動制限が必要になることがある。

平成11年度 厚生科学研究

精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より

病院内審査機関の設置

任命された病院外委員は、自らが当該患者を治療、看護、あるいは介護する立場を想定して隔離・身体拘束の妥当性に対する判断をするものとする。

平成11年度 厚生科学研究

精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より

精神保健福祉法第36条

- 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことの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
- 隔離その他の行動制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない

	隔離	身体拘束
患者の今後の経過	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	認められない
患者の現在の行動	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	認められない
検査などの必要性	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に必要な場合	認められない
自殺企図・自傷行為	自殺企図又は自傷行為が切迫している場合	自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
患者の現在の症状	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	多動又は不穏が顕著である場合
生命の危険	認められない	精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命まで危険が及ぶおそれがある場合

いわゆる「安全ベルト」の問題

- 安全ベルトに安易に頼ってしまうのでは？
- 歩行能力どんどん低下していく
- 歩行能力を維持、向上するためのリハビリテーションをする契機が失われるのでは？

「濃厚なケアを支えるための補助手段」のための身体拘束はどこに入るのだろうか？

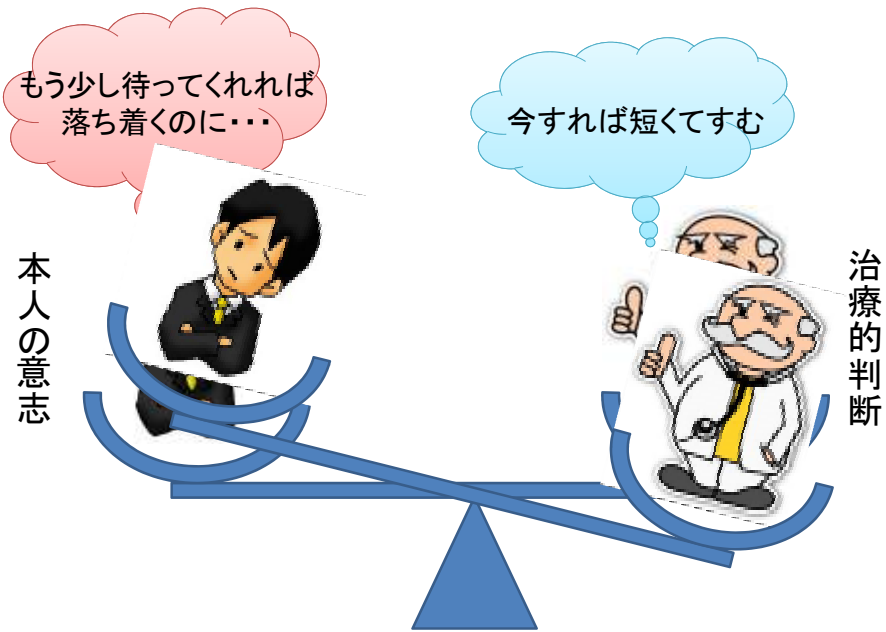


ある看護教科書より

1. 転倒、転落防止のためのベッドや車椅子への抑制
2. 点滴または栄養カテーテルへ等のルート抜去を防止するための抑制

これらは……

短時間であれば**精神保健福祉法に規制される「身体拘束」**にはあたらないので**区別が必要**



身体拘束

「重度かつ慢性」問題

2012年6月28日に開かれた第7回 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会で「今後の方向性に関する意見の整理」が発表され、その中で、今後の精神科医療においては「新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、『重度かつ慢性』を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みをつくる」との方針が出された。このなかで「重度かつ慢性」の患者については、「新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取扱とする」こととし、その基準については「調査研究等を通じて明確化する」とされた。

この「重度かつ慢性」の基準については、平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」として取りまとめられた。さら、2016年4月22日の「新たな地域精神保健医療態勢のあり方分科会」では、同研究の研究代表者である安西信雄氏（帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科）を招きヒヤリングを行い、その後も議論が続けられている。

疑問の声が次々とあがる・・・

「退院にならない人というレッテルになってしまう恐れがすごくあってそれをすごく恐れている」
「妄想ばりばりでも朝ちゃんと起きて自分なりに食べられて、言葉は悪いですけど、自傷他害という感じがなければ退院して生活したいらっしゃる方はたくさんいます（中略）これがそれこそ壁にならないようにしていただければということです」

「治らない人、よくなる人みたいな形で捉えられてしまうと、臨床的でないというか、医者の方が良くなれないと思って治療しても患者さんはよくなる方が多くなると思うのです。決してそういうふうにならないように構成しなくてはいけないのではないかな。外来で私が診ている患者さんでもこの基準であれば該当する方がおられます。項目の問題もあるのだろうと思うのですけれども、そのあたりをもう少し厳密にやる必要があるのと同時に、そういう方がどうして地域で生活できているのかをしっかりと調査しなければならぬ」

「もう一点の重度かつ慢性についてなのですが、けれども、これは今回の大規模な調査を通じて、ここには「6割」と書いていますが、これをもう少し精査をしないといけないかなと思っています。ひょっとすると7割近くの方がこの基準案に該当する可能性もあるのではないかと思います。つまり、これまで多くの1年超の人は社会的入院だとよく言われてきました。しかし、実際はこの基準案を用いてみるとそうではないのだということが一つははっきりしたのは、今回の基準案の策定の大きな意味があったと思っています。」

厚労省資料

○「重度かつ慢性」の算出について

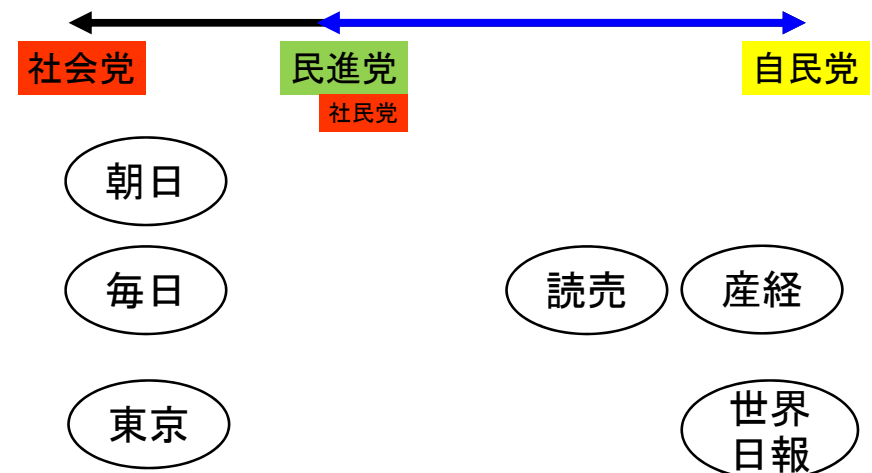
「重度かつ慢性」に関する研究班の成果、身体合併症に関する調査結果を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、6割～7割で設定(推奨)

現状認識

- ・ 健全な社会は、チェック&バランスが有効に機能する
- ・ カウンターパワーの弱まり
- ・ 特定のイデオロギーからの脱却

【前提】

物事は為政者のみで行われるのではなく、カウンターパワーを含めたすべての者により行われる。



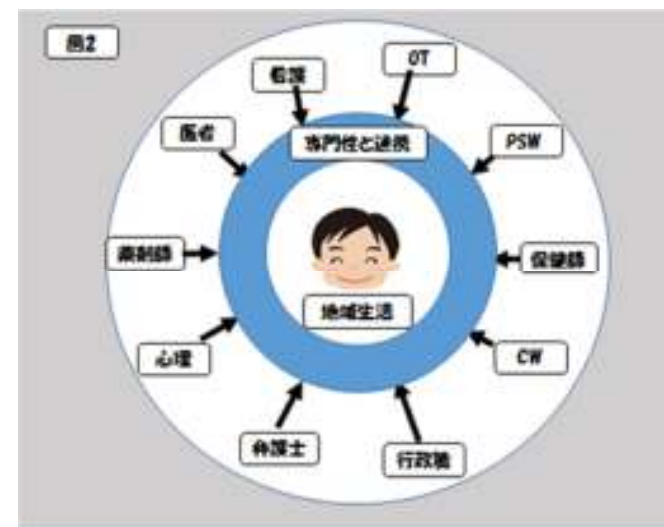
お忘れになっているかもしれませんが・・

2013年の

憲法96条(憲法改正要件発議)引き下げ問題は、象徴的で極めて大きな問題であった。

まとめ

- 「国益を騙って私腹を肥やす輩」「科学を騙って私腹を肥やす輩」を許してはならない。
- 権利は闘わなければ実現しない。
- 特定のイデオロギーを排し(或いは包含し)た形で、健全なカウンターパワーを結集する。
その際は「共感」をベースに集まる。
「共有できる正義」を広める。
- 「専門家」は、専門性の危険性を自覚する。



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

奴隸の医者

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、自信たっぷりの態度で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隸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努力をするのです。

已むを得ざるにせまりて、
而る後に諸(コレ)を外に発する者は花なり。

(準備万端整って、やむにやまれなくなって、
蕾を破って外に咲き出すのが花である)

「言志四録」佐藤一斎

マックス・ヴェーバー
(1864～1920)



政治【改革】とは、情熱と判断力の2つを駆使しながら、堅い板に力をこめてじわっじわっと穴をくり貫いていく作業である。

もしこの世で不可能事を目指して粘り強くアタックしないようでは、およそ可能なことの達成も覚束ないというのは、まったく正しく、あらゆる歴史上の経験がこれを証明している。

しかしこれをなしうる人は指導者でなければならない。いや指導者であるだけでなく、～はなはだ素朴な意味での～英雄でなければならない。そして指導者や英雄でない場合でも、人はどんな希望の挫折にもめげない堅い意志で今すぐ武装する必要がある。そうでないと、今可能なことの貫徹も

できないであろう。

自分が世間に捧げようとするものに比べて、現実の世の中が～自分の立場からみて～どんなに愚かであり卑俗であっても、断じて挫けない人間。

どんな事態に直面しても「それにもかかわらず！（dennoch デンノツホ！）と言い切る自信のある人間。そういう人間だけが政治【改革】への「天職（ベルーフ）」を持つ。

ご清聴

ありがとうございました