

# さまざまな挑戦 —垣根を超えて、国境を越えて 垣根の見つけ方、見破り方、壊し方、飛び越え方



朝日新聞科学部記者⇒科学部デスク⇒論説委員(福祉・医療)

⇒大阪大学大学院ソーシャルサービス論

⇒この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



## ゆき様 陽子様

おはようございます。福場です。

11月22日になりました。一年前、ゆきさんに乃木坂スクールへお招きいただいてちょうど一年が経ちました。ゆきさんに初めてお目にかかり、そして陽子さんとめぐり会えたあの日のことは、今でも鮮明に憶えています。それからの一年、陽子さんとの日々は僕の人生においてかけがえのないものになりました。忘れられない思い出だらけです。

いつもあたたかく見守ってくださり、本当にありがとうございます。

これからも、色々なことを二人で共有し、一緒に考えて一緒に向き合い、一緒に生きていきたいと思っております。

改めまして、今後ともよろしくお願い申し上げます。

記念日があると曲を作るのが僕のライフワークです。

このメールに添付致しましたので、お時間ございます時にでもお楽しみいただけたら嬉しいです。

ゆきさん、陽子さんとめぐり会わせていただいて、心より感謝しております。

**福場将太**



陽子さんと将太さん

前例がまたなくなっちゃって  
君がエビデンス 僕がエビデンス  
ここから始まる  
限界はまだ来てないはずさ  
君がユニバース 僕がユニバース  
ここから始まっていくもの

僕が君を想う時は  
強くなれるけれども  
君が僕を想う時は  
弱くなっていい なっていいよ  
強がるのはもうやめにして  
弱がるのもまあほどほどにして  
自分らしくとか言わないで  
ただ夢見るだけのこと  
前例がまだないからダメだ  
それもそうか 本当にそうか？ 納得でき  
るか？  
弁解はまだしたくないから

垣根を壊す方法について

北海道新聞記者 岩本進さんから

「おかしい」  
「問題意識を持つ」  
「こだわる」  
「仲間をつくる・増やす」  
ではないでしょうか。

7回目の坂野さん、14回目の田中さんに  
共通すると思います。

その方法は、報道でも同じだと思います。

- ◆ 「前例が悪習であったとしても、それを変えることは困難である。しかし、その変えたい理由を共有することで、変革は可能である」というお言葉が、私の心に深く残りました。
- ◆ これまで、既存の制度や慣習を前にすると、どうしても「仕方がない」と諦めてしまうことがありました。しかし、変えたいという強い意思と、その理由を**周囲と共有**することの大切さを教えていただき、自らもその一歩を踏み出したいと感じるようになりました。
- ◆ 高校生の時に、車椅子に乗って移動する体験をしたこと。また、**研修医の時に局所麻酔の味を味わったことや、臨床検査の相互実習を行った経験**があります。たった一度の体験ではありましたが、**今も鮮明にその時の記憶が残っています。そして、その記憶をふまえた上で、日々の治療に取り組んでいるのは間違いありません。**この経験があるからこそ、患者の立場や感覚を少しでも理解し、寄り添う治療を心がけています。
- ◆ 授業を通じて、自分自身の視野が広がり、何事も変えることへの恐れを少しずつ克服する勇気をいただきました。今後の学びや実践の中で、この気づきを活かし、垣根を超える姿勢を持ち続けたいと思います。

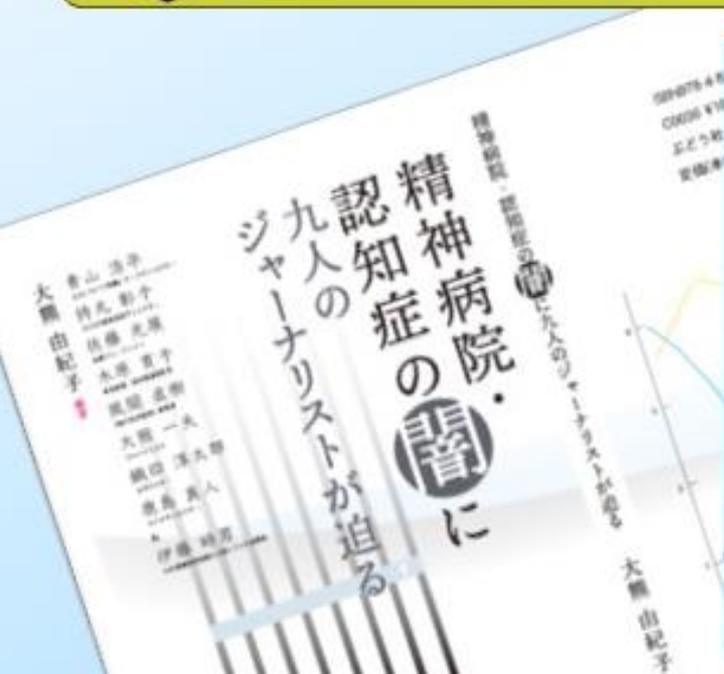
◆ ○

◆

歯科医師・塩本仁美さんから



去年の **えにし**の会'23 から 本ができました



垣根を跳びこえた、さらなる挑戦!!!!!!

# 垣根を跳びこえる新たな挑戦・その1

## 「いまどき精神病院でそんなことがあるはずがない」といわれ続けて読売新聞を飛び出した 佐藤光展さん

### 「バラエティショー ひきこもっていいとも！」

昭和、平成の時代に流行ったテレビ番組をパロディ化し、「ひきこもり」をテーマにしたバラエティショーです。OUTBACKメンバーの「ひきこもり」についてのエピソードをもとに、トーク、ゲーム、歌など、さまざまなかたちで表現します。

**ともみん 2名**  
 顔こころそくサバイバー  
 好きなものがわなくなっても大丈夫です。考えすぎないでゆきましょう。

**りょうちゃん 6名**  
 うつ病  
 昨年の経験を活かし、楽しく、気持ちよく、かっこよく? っていう光栄した時間を過ごします。

**マルティネス 1名**  
 統合失調症  
 人前は苦手です。産前産後に早くなるように、(高手の衣装はないですが)とにかく裏方で頑張りたい。

**のべ 1名**  
 統合失調症  
 今年2月、サループがでなくなり、その間にランシーと共食した時、マスコさんが「椅子一つ足りないね」と言いました。サループがそこにいるような気がしたのはこの時代の秘密です。サループ、見守ってね!

**なかじー 1名**  
 うつ病、他覚認知  
 みなさんにはひきこもり経験はありませんか? 心の扉を開けたら、閉めたり、少なからず、みなさんも当事者かも!? 公演をお楽しみに。

**えっちゃん 2名**  
 統合失調症  
 ひきこもって漫画を頼らぬまで描いていた私が友達の家で入ったOUTBACKですが、お友達たくさんいました。楽しい演劇にしたいです。

**やまね 4名**  
 発達障害、双極性障害、自閉、解離性障害、C-PTSD (まだ確定)  
 3回目の出演ですが、スクール生としては初舞台です。奇心と勇気があふれています。楽しんでいて頂けると嬉しいです。

**あやみ 1名**  
 統合失調症  
 4回目の舞台です。ダンスに歌、頑張ります。元気に盛りたたいので、皆さん、応援よろしくお願いします。

**くー 1名**  
 不安神経症、統合失調症  
 今年1月持病発症を乗り越えて、この舞台に立ちました(汗)

**シェーン 2名**  
 統合失調症  
 今回の舞台は、歌あり、踊りあり。僕が過去に書いた時のコピーもあるらしい。みんなと今回のひきこもりショーに参加するので、詩のコーナーも楽しんでね。

**まり 1名**  
 統合失調症  
 あんなに、ぐずぐずで疲れて寝てきたことが、楽しかったよ。

**あさびよん 1名**  
 統合失調症  
 3回目のステージです。今回は前回の経験の余韻を味わいます。敬子さんには及ばませんが、まとめられるよう頑張ります。

**もとちゃん 1名**  
 統合失調症  
 続いている参加ですが頑張ります。

**カズちゃん 4名**  
 複讐性PTSD  
 自分の中にあるどんな僕も、私が恥じて書いても書き下してしまったり寝てしまったりかと思えるようになりました。OUTBACKメンバーやスタッフの皆さんから勇気をもらって、今回参加させて頂けることをとても幸せに思います。

### 「愛と変容についてのラップバトル最新ver」

心の病を経て、ぶつかったこと、向き合ってきたことをラップとシーンで構成した「ラップ演劇」。昨年、松山と横浜で上演した作品をリメイクし、この夏、京都と神戸で上演した作品を、さらにパワーアップした最新バージョンです。

**くにくく 1名**  
 鬱、統合失調症、アルコール依存症  
 1期生として4回目の舞台です。今年の夏の京都・神戸公演のように、おもしろい、楽しんで頂きたいと思います。

**サシくん 1名**  
 統合失調症  
 明るく元気な声でした。

**ゆゆ 1名**  
 うつ病、パニック障害、躁鬱発症、難聴  
 昨年の舞台に続くラップバトルを繰り返しています。今年の夏の京都、神戸公演を経て、疲れて家に帰りますが! 私が抱えている難聴発症の事もひとりでも多くの方に理解してほしいです。

**ドニー 1名**  
 うつ  
 今回は自分のラップに苦悶しました。本番で上手くいたら嬉しいです。(笑)

**さっちゃん 1名**  
 うつ、自覚神経失調症  
 いっぱい笑って、いっぱい泣いて、悩んで、みんなと話して、歌って飲んで、移動して、演じて過ごした大切な日々。お客様にも何か伝われれば嬉しいです。

**アラレ 1名**  
 アルコール依存症、摂食障害  
 いっぱい笑って、いっぱい泣いて、悩んで、みんなと話して、歌って飲んで、移動して、演じて過ごした大切な日々。お客様にも何か伝われれば嬉しいです。

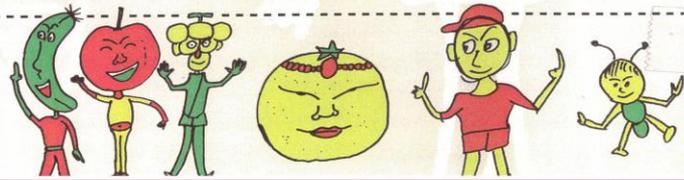
**りっちゃん 1名**  
 新しい病名でADHD、ASDと書かれました!  
 今年1月に劇中から帰ってきました。今日OUTBACKメンバーみんなの笑顔さ、カッコ良く可愛いな、嬉しさを楽しんでいます。たくさん笑ったり、ニコニコしてくれると嬉しいです!

**オカビー 1名**  
 うつ病  
 気が晴れるのを祈りながら頑張る。そこに納得のいく確実は1歩前へ進んだかもしれない。

**シンさん 2名**  
 社交不安症  
 劇中メンバーに及ばずながらも、自分のペースでがんばり進んで頂いております。

### おしゃべりタイム「表現する、発信する、そして元気になる」

2人のゲストを迎えておしゃべりします。  
 1人は訪問看護ステーションを各地に展開されている精神科認定看護師の田邊友也さん。  
 もう1人は、2022年のOUTBACKアクターズスクールの活動を追ったドキュメンタリー映画「わたしを演じる私たち」を撮影した飯田基晴さんです。



# 垣根を跳びこえる挑戦・その2

## 佐藤さん同様、朝日新聞を飛び出して、映画にも挑戦



祭壇にはアルツや仏花が並び、一人の男性の遺影がその向く。場面は切り替わり、男性が亡くなった精神病院のカットへ。ナレーターとしての大熊さんの声が入った。

「大熊一也さんの両親にその時の状況をお聞きしました。息子の一也さんは精神的に調子を崩し入院されました。当時40歳の一也さんは6日間、ベッドに縛り付けられ、拘束が解かれた翌日に亡くなりました」

映像が一瞬、横揺れした。シャナリストとしての怒りや悲しみが、その「誰れ」を裏切られている

「監獄」と無縁の人間らしい支え方

### 日本でもできると知って

かのようにも受け取れる。「うん、はい、はい」。

取材相手の言葉が生まれる道筋を少し先回りして地ならしするように、大熊さんの相づちがこたえます。

作品は4場面に分かれる。第1章は、2021年に「この身体拘束を指示した医師の裁量は違法」との最高裁判決を勝ち取った大熊さん家族の話。第2章は大熊さんがインタビューに答える形で精神医療の闇を告白し、第3章は「浦河へてるの家」（北海道）の取り組みを前面に。そして第4章で、地域から精神科病院をなくした町の事列か

ら、指すべく大熊さん。大熊さん特報部出身のエンジニアの寸前だ。そして、ルキー案として、分かつ活字とび込み映像作この世で無謀

# 87歳 伝説の潜入取材記者

精神医療の現在地を真っ正面から捉えた映画「脱・精神病院への道」が完成した。制作したジャーナリストの大熊一也さん(87)は半世紀以上前、アルコール依存症を装って病院に潜入取材し、著書「ルポ・精神病院」を世に送り出した伝説の記者だ。精神医療の「闇」を初めて世にさらした人物とも言える。今なぜ活字ではなく映像だったのか。後世に託したかった思いとは。(木原育子)



大熊一也さん(87)

垣根を跳びこえ  
織田淳さんは知的  
障害に広げて。。

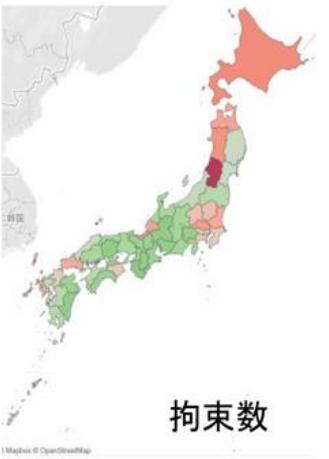


# 人口あたりの身体拘束の比較

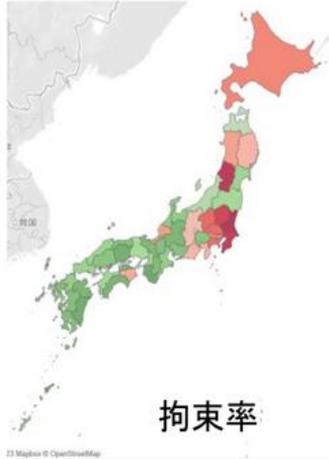
厚生省は記者クラブには告げず  
毎年6月30日に他のデータとともに調査していました  
そして院生の松田清人さんが

修士論文のシエマ

精神病床を有する病院における認知症のある人の拘束数・拘束率・入院者数  
(2020年630調査、入院者数はNDB)



拘束数



拘束率



入院者数

- \* 赤色は数字が全国平均以上、緑色は全国平均以下
- \* 拘束数は630調査、認知症のある人への拘束数65歳以上人口当)
- \* 拘束率は630調査、認知症のある人への拘束数/入院者数
- \* 入院者数はNDB、認知症のある人の入院者数(人口0万人当)



日精協会長の病院での身体拘束  
NHKの映像より

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

病院名	精神科入院患者数	身体拘束致	拘束率
横浜市大医療センター	35	17	48.57%
湘南鎌倉総合	3	1	33.33%
昭和大横浜市北部	84	23	27.38%
横須賀共済	4	1	25.00%
相州	249	61	24.50%
十愛	47	11	23.40%
ふじの温泉	247	57	23.08%
横浜市立みなと赤十字	23	4	17.39%
湘南東部総合	41	7	17.07%
北小田原	258	44	17.05%
栄聖仁会	96	16	16.67%
神奈川中央	120	19	15.83%
寿康回相模	146	23	15.75%
ハートフル川崎	256	38	14.84%
江田記念	102	15	14.71%
湘南福祉協会湘南	104	14	13.46%
誠心会神奈川	135	18	13.33%
けやきの森	158	21	13.29%
研水会平塚	256	33	12.89%
聖マリアンナ医大	33	4	12.12%
日向台	251	30	11.95%
森野	126	15	11.90%
湘南敬愛	87	10	11.49%
川崎田園都市	100	11	11.00%
保土ヶ谷	316	34	10.76%
富士見台	243	24	9.88%
ワシン坂	150	14	9.33%
新横浜こころのホスピタル	145	13	8.97%

清川遠寿	279	18	6.45%
相模原南	47	3	6.38%
栗田	178	11	6.18%
日野	111	6	5.41%
横浜ほうゆう	196	10	5.10%
横浜市大	20	1	5.00%
清心会藤沢	385	19	4.94%
湘南さくら	144	7	4.86%
丹沢	254	11	4.33%
生田	236	9	3.81%
紫雲会横浜	229	8	3.49%
北里大	31	1	3.23%
鶴見西井	102	3	2.94%
相模湖	174	5	2.87%
横浜舞岡	523	15	2.87%
みるべ	259	7	2.70%
済生会横浜市東部	37	1	2.70%
かわさき記念	278	6	2.16%
常盤台	153	3	1.96%
厚木佐藤	52	1	1.92%
森野厚生	148	2	1.35%
愛光	299	4	1.34%
県立精神医療センター	263	3	1.14%
武田	110	1	0.91%
福井記念	362	3	0.83%
曽我	314	2	0.64%
港北	171	1	0.58%
あさひの丘	183	1	0.55%
横浜丘の上	192	1	0.52%
久里浜医療センター	201	1	0.50%
正史会大和	207	1	0.48%
県立こども医療センター	33	0	0.00%
日吉	47	0	0.00%
横浜カメラア	91	0	0.00%
元気会横浜	46	0	0.00%
横浜相原	293	0	0.00%
国府津	210	0	0.00%
相模台	88	0	0.00%

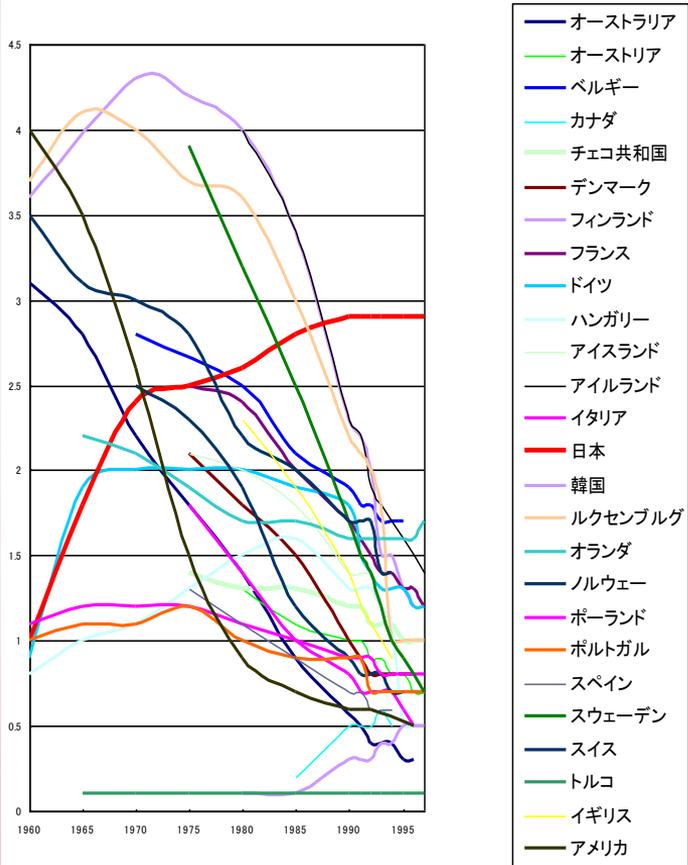
同じ神奈川県で  
これだけの差が

ニュージーランド青年を  
身体拘束して  
死に追いやった  
大和病院

病院をやめてクリニック  
でささえるようになった日  
吉病院

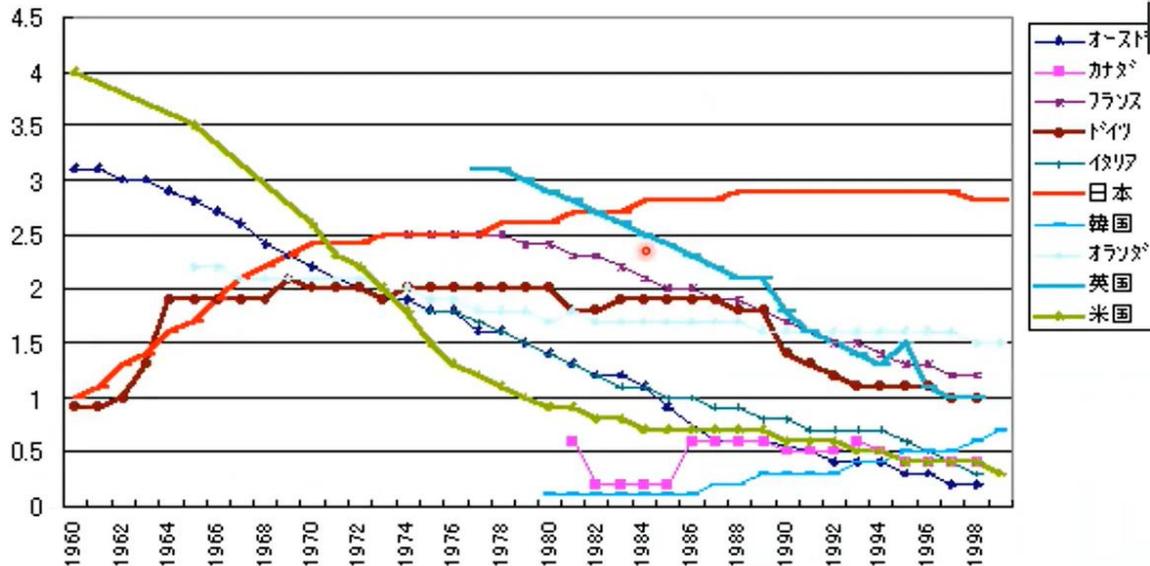
# 厚生省が精神病院のベッド数の国際比較を出さない だけでなく。。。

人口1000人あたりの精神病床



その後、厚生労働省はグラフを横に長くして、差が目立たないように。けれど、この差はますます開いています『9人のジャーナリストが迫る』の本の裏表紙のように

(床/千人)



# 認知症(F0)と統合失調症(F2)在院患者数の推移



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收容され、  
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、イーパール・ロー・ヨーハンソンというジャーナリストが、社会から隔絶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。。



役にたたなくなったお年寄を  
「儀式」とい名で、崖に突き落とすための  
「うば捨て棒」博物館に展示されていました。）

## 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。



## 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。



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)



「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



# 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 1-1 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、拘束帯等、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、**要渡書を含む職員に定期的に周知**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日において既に入院基本料又は特定入院料に係る減算を行っている病院については、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。

# 「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

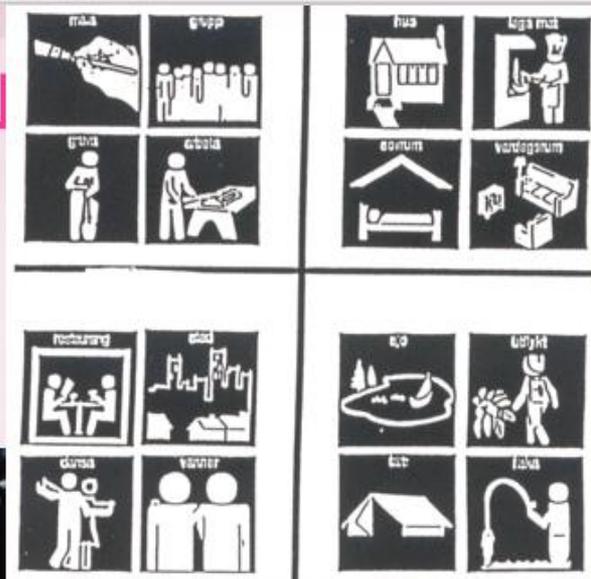
なぜ  
このような差が？

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

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、

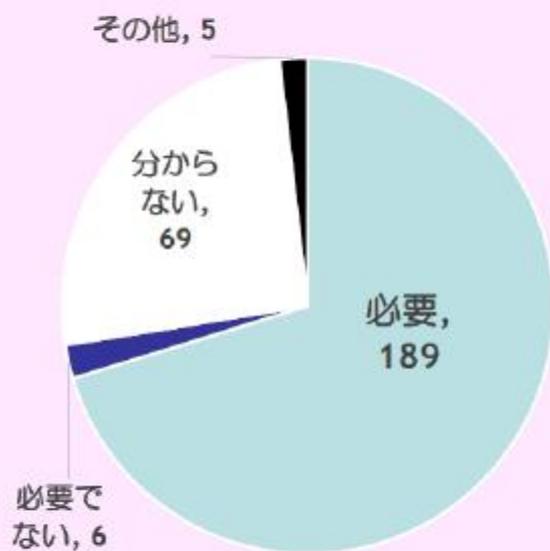
わずか15分縛られただけで

「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

## 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、押さ

- 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

医学教育 2024, 55(2): 89~94

特集 インクルーシブ教育を考える

【4. 障害のある医療者の体験】

## 4.1. インクルーシブ教育と医学部シンドローム

福場 将太\*<sup>1,2,3</sup>

要旨：

医学部におけるインクルーシブ教育の実現を阻んでいるものは何か、それは、医学生は医者になるのが当然、そして医者は五体満足であるのが当然という意識である。この意識は長きに渡って日本の医療界を支えてきた。しかし一方で医療界を閉鎖的にしてしまったことは否めず、今なお医学生たちに人間性を蝕むいくつもの症候を引き起こしている。本論ではこの症候群に着目して考察を進め、インクルーシブ教育を実現するための心理面の課題、そのための方法、実現によってもたらされるいくつもの効果についてお示しする。

キーワード：医学部シンドローム、医学生は医者になる、幹細胞のように、バリアバリュー

### 4.1. Inclusive Education and Medical School Syndrome

Shota FUKUBA\*<sup>1,2,3</sup>

Abstract:

What are the barriers that hinder inclusive education in medical schools? There is an assumption that medical students must inevitably become medical doctors and that they must be completely healthy, without any disabilities. It is true that this assumption has long sustained the medical community in Japan. However, on the flip side, these assumptions have also rendered the medical community insular, and medical students are still subjected to several syndromes that undermine their humanity. In this paper, I will examine these syndromes and discuss the psychological issues and methods to promote inclusive education. Additionally, I will explore the social effects that could result from the implementation of inclusive education within the medical community.

**Keywords:** medical students syndrome, medical student becomes medical doctor, I like a stem cell, varrier value

はじめに

私は精神科医、心の病気を扱う医者である。そして私は視覚障害者、目の病気によって失明した患者でもある。すなわち支援者と当事者の二つの道を生きているわけだが、そんな自分がこの度インクルーシブ教育について筆を執らせていただく機会に恵まれた。

障害を持つ学生も支障なく共に学ぶことができ

る医学部教育について考えを巡らせた時、まず私の頭に浮かんだのは“医学部シンドローム”という疾患である。本論をお読みいただいている方はこの病名をご存じだろうか。おそらく100人中100人が知らないとお答えになるだろう。当然だ、私が学生時代に自らも含めた医学生に共通して多く見られる傾向を整理し、勝手にそう名付けただけのWHO非公認の疾患なのだから。ただ正式な病気ではないにせよ、その症状は確実に存

試験対策でもなく、日常の中で自然に考えていくことができるのだ。生じる戸惑いも、トラブルも、そこで経験した感情や得た学びは全て将来患者の問題に向き合う際の確かな糧となる。

医学生は人生が一本道に見え、医者になるのが当たり前で、なれば全てが解決すると勘違いし、そのためには完全でなければならない、失敗は許されないと思い込んでしまう医学部シンドロームに罹患している。この病気を治療する方法は極めて単純、それは失敗が許される医学生のうちにしっかり挑戦の経験をしておくことに尽きる。障害を持つ者がいることによって多くの挑戦が生まれる。見解の相違でぶつかることもあるだろう、自らの無力さに打ちのめされることもあるだろうが、それでもまだプロではない医学生だからこそ、仲間の絆も作用して出せる答えがあるはずだ。これこそカリキュラム教育になってしまっている医学部において、大学の名にふさわしい学問の探究ではなからうか。答えがないこの仕事で医師は決断を求められる。挑戦や失敗の経験がなければ決断力も育たない。障害を持つ学生の存在は医学部教育を、ひいては将来の医師の臨床能力を大きく底上げする効果が期待できるのである。

そして効果は臨床面だけではなく、医学生の中には将来制度を作る立場になる者もいるだろう。障害当事者のために作られた制度なのに当事者にとっては的外れということがよくある。例えば、視覚障害者への制度なのに音声パソコンでは読み上げないPDF形式で資料が作られていたり、アクセシビリティを高めるための電子カルテなのに音声読み上げに非対応だったり、それらの齟齬の

多くは悪意や怠慢ではなく無知によって生じている。学生時代に障害を持つ学友と当たり前に過ごしたことで意識のバリアフリー化が進んでいる者ならば、的外れな制度を作ってしまうこともないだろう。医学部におけるインクルーシブ教育の実現は将来の社会制度の充実にもつながるのである。

#### まとめ

患者は千差万別で多種多様、相対する医者が足並みを揃えた一様では太刀打ちできない。障害を持つ学生の存在は、一様になりがちな医学部に多様性をもたらす。そこから医学生同士の学び合いが生じ、挑戦と失敗が経験され、大学を本来の学問探究の場に傾ける。さらに未来を歩く医師たちの技術を底上げし、本当に役立つ社会制度の考案にもつながる。そんないくつものバリアバリューを秘めていることを忘れてはならない。

最後になるが、今回私が書いたことは特段画期的でも漸進的でもない。学生時代から学友とはこんな話をしていたし、今でも医学部教育に携わっておられる方と話をすれば同種の意見はたくさん挙がる。ただわかっているもなかなか変えることができないのが、この旧態依然とした業界。そうやって頑なに貫いてきたからこそそのメリットも多くあることは否定できず、医学部シンドロームは言わばその副作用だったのだろう。

しかし医学は進歩していかなければならない。そして進歩には変化が不可欠。インクルーシブ教育の導入はここから先の医学の進歩に必要な過程なのである。

# 「寝たきり老人」という言葉は日本にしかないw(°o°)w なぜ??



32刷り11万部に

秘密①おむつをしててもお洒落ができる

秘密②ホームヘルパーが朝昼晩現れる

秘密④魔法のランプをこすったときのように

秘密⑤訪問看護婦は名探偵

秘密⑥家庭医という名の専門医

秘密⑦補助器具センターは地下室が凄

秘密⑧〇〇床の施設ではなく〇〇室の

## 物語 上 介護保険

いのちの尊厳のための  
70のドラマ

大熊由紀子



## 下 物語 介護保険

いのちの尊厳のための  
70のドラマ

大熊由紀子



# 言葉をつくる・言葉を退治する

## つくる

コレステロール⇒善玉コレステロール・悪玉コレステロール(健康面で命名)

寝たきり老人⇒「寝かせきり」にされて廃用症候群になった犠牲者(社説で)

## 退治する

特養待機者 愛煙家 ボランティアの活用・ボランティア派遣

## 変える

抑制⇒縛る⇒身体拘束

終末期医療⇒(厚生省検討会で)人生最終段階の医療と福祉

⇒人生の最終章(花戸貴司doctorの命名)

## まだ、変えられずにいるもの(/o\)

国民負担率⇒国民連帯率・国民助け合い率

気長にまつこと。。。

「寝たきり」は「寝かせきり」・1985

厚生科学研究特別研究事業・1989

介護保険法成立・1990

介護保険法スタート・2000

何時の間にか「常識」に( ^\_- )- ☆

## コレステロールの種類

HDL  
コレステ  
ロール

善玉コレステロール。組織で余ったコレステロールで、肝臓に戻される。

LDL  
コレステ  
ロール

悪玉コレステロール。各組織の細胞に運ばれ、そこで細胞の構成材料となる。

人と人をつないで変える  
ことし第24回になった「新たなえにし」を結ぶ会。  
始まりは、新聞記者時代の年賀状



ジャーナリストの「財産」は  
さまざまな分野の  
聡明で誠実な「家庭教師」たち

朝日新聞を退職したとき  
筆まめ「に6958人  
年賀状約3000人

えにしメール」を受けてくださる方  
18国3000人余



# ゆき、えにしネット

福祉と医療、現場と政策をつなぐホームページ

えにしのページ へようこそ(^^) (o^^) (o^^)o

「えにし」の名の由来は、2001年5月、プレスセンターで開いていただいた  
[「新たな縁\(えにし\)を結ぶ会」](#)に遡ります。

一人のジャーナリストと縁があるという、  
ただ、それだけの縁で集ってくださった分野の違う方々の間に、  
不思議な、新たな縁が結ばれ、[広がって](#)いきました。



このホームページが、福祉と医療とまちづくり、  
そして、現場と政策の新たな縁結びにつながることを願って、  
少しずつ内容を充実してまいります。  
時々視きにきてくださいね(^\_-)☆

ご意見、お便りをお待ちしています。  
[dzy00573@nifty.com](mailto:dzy00573@nifty.com)どうぞ！

大熊由紀子 (朝日新聞論説委員室→阪大ソーシャルサービス論  
→国際医療福祉大学大学院・佛教大学社会福祉学部・筑波技術大学など)



サイト内検索はこちら↓

Google 提供



~~更新履歴はこちら~~



メニュー

<a href="#">誇り・味方・居場所～私の社会保障論</a>	2022/06/27
<a href="#">社会保障と政治の部屋</a>	2024/09/23
<a href="#">福祉医療政策激動の部屋</a>	2024/02/26

<a href="#">誇り・味方・居場所～優しき挑戦者・その後</a>	2024/01/29
<a href="#">優しき挑戦者の部屋・国内篇</a>	2024/12/09
<a href="#">優しき挑戦者の部屋・海外篇</a>	2024/05/06

◆ 検索しやすいように  
しましたので  
どうぞご活用ください