

大阪精神医療人権センター 山本深雪氏
提出資料

「入院中の精神障害者の権利擁護のしくみを」

新しい政権のもと、障害者自立支援法が廃止されることになりました。これまでのわが国の精神障害者をとりまく施策の「ゆがみ」をただし、だれもが人間としての誇りを尊重される権利擁護の視点を取り入れた新しい仕組みがつくり出されることを要望します。

私たちは、精神保健福祉法に基づく障害者福祉の理念と制度のあり方について見直しを求めてきました。大和川病院事件、箕面ヶ丘病院事件、真城病院事件などの精神科病院における人権侵害事件の背景にあるものを国の精神病床検討会等においても意見を述べてきました。が、これまで、私たちの意見は施策に反映されてきませんでした。

新しいしくみが作り出されるこの時期に、私たちの 24 年間の取り組みから、再度提言を行います。

（１）医療法上の精神科特例の撤廃を

医療法において、他科では医師の配置が 16 床に 1 人であることに対し、精神科では 48 床に 1 人でよいとされています。この差別条項が見直されなければ、これまで精神科病院が収容施設と化し、人権侵害が繰り返し発生してきた土壌は変わりません。またこの特例は 1991 年の国連決議「精神障害者の保護および精神保健ケアの改善のための原則」その 8「ケアの基準」に謳われている、「すべての患者は、自らの健康上の適

した医療的・社会的ケアを受ける権利を持ち、また、他の疾病を持つ者と同一の基準に則してケアおよび治療を受ける権利を持つ」という原則に反しています。精神科に入院中の患者が適切な医療を受けるためにも、医師数についての精神科特例の撤廃を求めます。

また、そのためにも入院病床を 35 万床から少なくとも 10 万床削減するための計画をたてる必要があります。

（２）入院中の精神障害者を

人権侵害から守る権利擁護制度

精神科は閉鎖病棟が 6 割を超えています。また、精神科入院中は密室性が高く、隔離や拘束が法的に認められる中で、入院中の患者は言いたいことも黙っているしかないという立場に置かれる事が少なくありません。当センターにはそのような患者からの声が大阪からだけでなく、全国から多く寄せられています。

大和川病院事件等もそのような背景の中で起こりました。大阪では大和川病院事件の反省から、利用者である市民がつくる第三者機関が病棟に訪問し、療養環境について入院中の患者から聞き取りできるような滞在型の訪問制度（精神障害者権利擁護システム事業）が創設されました。このような仕組みは全国で必要です。この仕組みを国レベルの制度としてつくりあげる必要があります。大阪府の権利擁護事業をモデル事業化し、研修や講師派遣をしていくこと

ができるよう、こころのこもった第三者の権利擁護機関を育成し、権利侵害の監視機関として各都道府県に整備していくことができるよう求められています。

（３）総合病院に精神科病床を

精神科に入院中の患者が合併症で他科の病院に入院すると身体的なケアが必要な段階でもいち早く精神科病院に退院させられる、精神疾患を理由に他科に入院することを拒まれるなど、合併症のある精神障害者が他科で治療を受けられない現状があると職員等から聞きます。この現状に対して、民間の精神科病院に任せたまにするのではなく、公立の病院等での受け入れ態勢を整えるため、精神科の病床を確保し、受け入れやすい仕組みをつくる必要があります。

また、医療法施行規則には、「精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室でない病室に入院させないこと」との規定があります。この規則の存在が他科診療から精神障害者が排除される背景にあります。この精神障害者への差別的な規則の撤廃を求めます。総合病院精神科の診療報酬を一般科並みにしてください。そうでないと増えません。

（４）精神障害者の個別のニーズに

基づいた地域での支援体制の確立を
病棟に訪問すると病院側や入院患者から「保護者が引き受けないから退院できない」との話をよく聞きます。家族は「保護者としての責任が重すぎる。自分の暮らしで精一杯」と言います。この保護者制度に

ついては退院促進の面からも見直すことが必要です。社会で対応していく仕組みを打ち立てることが必要です。

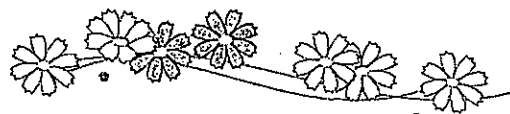
具体的には長期在院患者の退院後の地域における居住の場の保障と生活をサポートする態勢の充実が必要です。また、それは多くの高齢化した単身者である患者を念頭に置いたものでなくてはなりませんし、ひとりひとりが主人公となって暮らすためにも大型施設の整備により、「入院患者」をかたちだけ「施設利用者」に変え、実際は大人数での処遇のままというような「退院」であってはいけません。

そして退院に向けて入院中からの体験外泊支援、長期入院で奪われた地域で暮らす生活力を回復していけるようなかわりが必要で、そのためには退院促進事業のさらなる充実や、病院内には退院促進を業務とする精神科ソーシャルワーカーを病院に必置とし、これを財政的に保障することも重要です。

また長期間の入院により社会的入院の患者は地域で暮らすことへの自信を失っています。自信を取り戻すためには境遇や体験を共有するピアサポーターの継続した支援が必要です。ピアサポーターの活動を財政的に保障することもなくてはならないことです。

NPO大阪精神医療センター

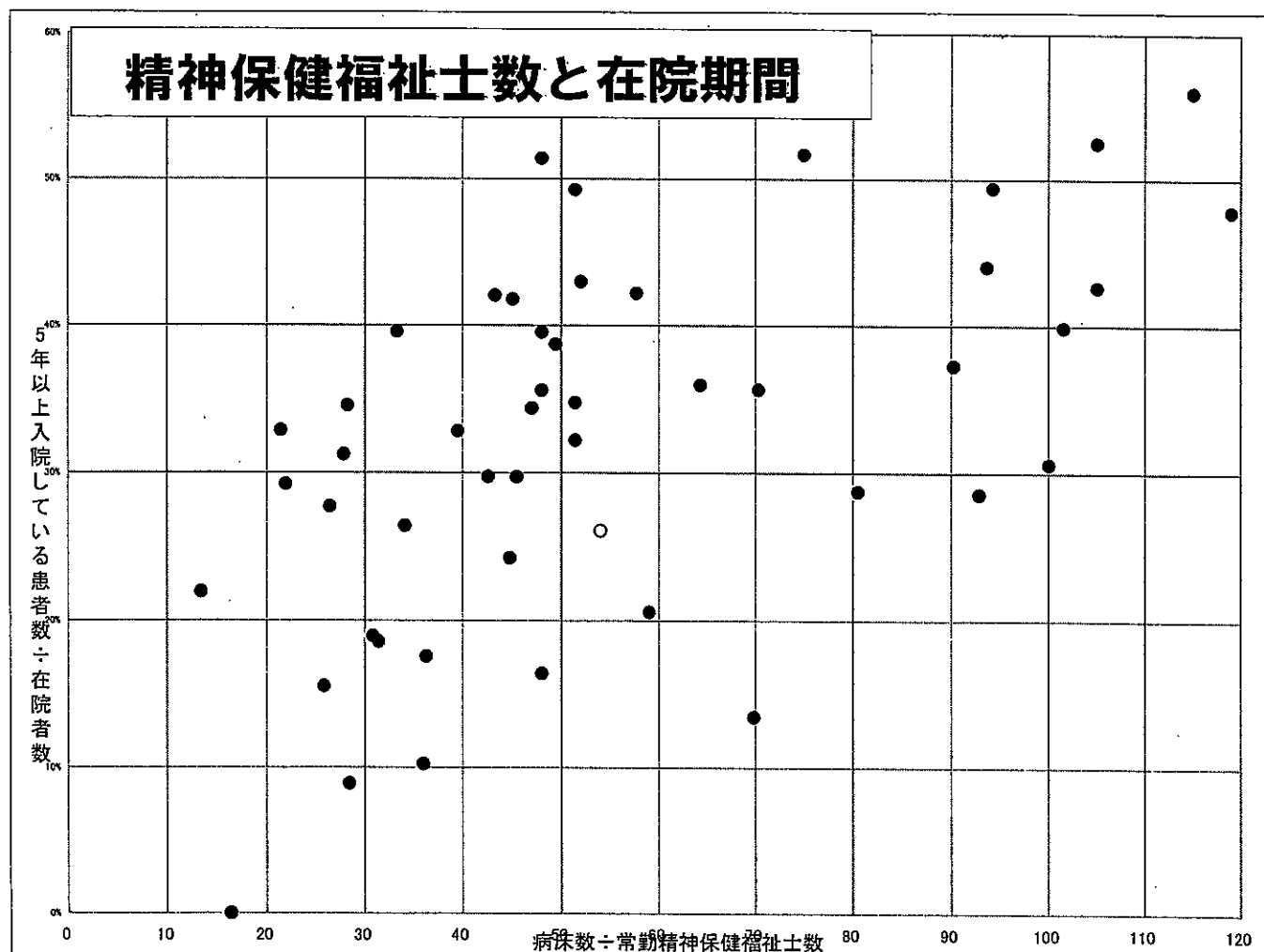
事務局長 山 本 深 雪



3. 精神科医療従事者数のG8諸国比較

	精神病床 人口万対	精神科医師		精神科看護師		精神科ソーシャルワーカー	
		人口10万対数	1人当たりの 病床数	人口10万対数	1人当たりの 病床数	人口10万対数	1人当たりの 病床数
日本	28.4	8.0	35.5	59.0	4.8	5.0	56.8
アメリカ	9.5	10.5	9.0	6.3	15.1	33.6	2.8
イギリス	5.8	11.0	5.3	104.0	0.6	58.0	1.0
イタリア	1.7	9.0	1.9	26.0	0.7	2.7	6.3
カナダ	19.3	12.0	16.1	44.0	4.4	-	-
ドイツ	7.6	7.3	10.4	52.0	1.5	-	-
フランス	12.1	20.0	6.0	-	-	-	-
ロシア	11.8	11.0	10.7	54	2.2	0.6	196.7

資料: Atlas country profiles on mental health resources, WHO, 2001



精神保健福祉士数と 在院期間

(前ページのグラフについて)

2010年の精神保健福祉資料のデータをもとに、
常勤精神保健福祉士数と5年以上入院している
患者さんの割合についてのグラフを作成しました。

●縦軸

在院期間が5年以上の患者数÷在院者数

グラフの上に行くほど5年以上入院している
患者さんの割合が多いということになります。

●横軸

病床数÷常勤精神保健福祉士数

グラフの右に行くほど、常勤精神保健福祉士1人
あたりの病床数が多いということになります。

※この常勤精神保健福祉士数は、法人が雇用する精神保
健福祉士の総数であり、病棟以外に外来、施設（支援セ
ンターなど）に勤務する精神保健福祉士を含みます。

この2つの相関係数は 0.5369 でした。
この数値は「中程度相関がある」と評価できます。

強い相関がある $\pm 0.7 \sim \pm 1$
中程度の相関がある $\pm 0.4 \sim \pm 0.7$
弱い相関がある $\pm 0.2 \sim \pm 0.4$
ほとんど相関がない $\pm 0 \sim \pm 0.2$

例外もありますが、全体として

常勤精神保健福祉士1人あたりの病床数の少ない病院で
は、5年以上入院している患者さんの割合が少なく、

5年以上入院している患者さんの割合が多い病院では、
常勤精神保健福祉士1人あたりの病床数が多い

という傾向がみられました。

地域の社会資源と連携して退院を支援し、
長期在院者数の減少を進めるために、精神
保健福祉士をさらに充足させることが望ま
れます。

病院名	P8-9のグラフ		精神保健福祉資料 (H2010.6.30時点)より			
	縦軸 の在 院期 間が 5年 以上 の患 者数 ÷在 院者 数	横軸 病床 数÷ 健常 勤精 神保 福祉 士数	精神 科病 床数 (床)	在 院者 数 (人)	在 院期 間が 5年 以上 の患 者数 (人)	常 勤精 神保 健福 祉士 数 (人)
	56.0	115.0	345	325	182	3
	39.6	33.3	266	235	93	8
	8.9	28.4	455	426	38	16
	28.6	92.8	557	532	152	6
	49.3	51.4	360	343	169	7
	29.2	21.9	350	318	93	16
	30.6	100.0	600	565	173	6
	42.6	105.0	210	197	84	2
	52.5	105.0	630	594	312	6
	19.0	30.8	246	232	44	8
	17.6	36.3	290	273	48	8
	39.6	48.0	240	225	89	5
	32.2	51.4	463	388	125	9
	42.2	57.7	173	154	65	3
	26.1	54.0	270	203	53	5
	22.0	13.4	267	264	58	20
	26.4	34.1	273	246	65	8
	29.8	42.6	213	205	61	5
	32.8	39.5	513	466	153	13
	18.6	31.4	251	226	42	8
	31.3	27.8	222	208	65	8
	34.6	28.2	310	298	103	11
	49.4	94.2	565	528	261	6
	13.5	69.8	279	230	31	4
	35.6	48.0	384	323	115	8
	44.0	93.6	749	704	310	8
	34.8	51.4	257	233	81	5
	15.5	25.8	206	193	30	8
	0	16.4	148	134	0	9
	20.6	59.0	354	330	68	6
	38.7	49.4	494	475	184	10
	16.4	48.0	336	335	55	7
	51.7	75.0	150	147	76	2
	39.9	101.5	406	351	140	4
	37.3	90.2	541	507	189	6
	35.7	70.3	492	474	169	7
	36.0	64.3	450	417	150	7
	34.4	47.0	658	631	217	14
	32.9	21.4	150	149	49	7
	51.4	48.0	192	175	90	4
	28.8	80.5	322	306	88	4
	42.1	43.3	260	252	106	6
	24.3	44.8	537	507	123	12
	29.7	45.5	546	491	146	12
	47.8	119.0	357	347	166	3
	41.8	45.1	948	878	367	21
	27.7	26.4	660	660	183	25
	43.0	52.0	520	435	187	10
	10.3	36.0	144	117	12	4

2011年6月29日

□□病院 院長様

NP0 大阪精神医療人権センター
代 表 里 見 和 夫
〒530-0047
大阪市北区西天満 5-9-5 谷山ビル 9 階
TEL06-6313-0056 FAX06-6313-0058

申 入 書

貴院におかれましては、日頃精神科医療機関における医療の充実と人権擁護のためにご尽力されていることに敬意を表します。また、いつも当センターの活動にご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、当センターに、下記のような事例について複数名の方からの訴えがありました。事実であるとすればいずれも患者の人権を侵害している疑いがありますのでお尋ねいたします。

1. 2011 年 3 月に、○病棟の保護室に収容された患者に対して職員が後頭部を殴り、腹部を蹴り、踏むということがあった。
2. 少なくとも 2010 年夏ごろから 2011 年 3 月ごろ、同じ患者に対して複数の職員が「16℃の刑」（保護室の温度設定を 16 度にする）、「ぶんまわし」（衣服を掴んでグルグルと回し、あっという間に服を脱がす）といわれる懲罰的な処遇を行っていた。
3. △病棟でおむつ交換や入浴時に介護に抵抗する患者さんの手などを叩く職員がいた。少なくともオレンジホスピタルに新築移転した 2008 年 11 月から 2010 年 3 月ごろまではこのような事実があったと複数の方からの声が届いています。
4. 職員が患者さんに対して「往復ビンタ」（2010 年 2 月、△病棟）、目の周囲に内出血が残るような暴力（2010 年 2 月、△病棟）、足を蹴る（2010 年 7 月、○病棟）など行為があった。
5. 2011 年 3 月下旬、○病棟の保護室に入室中の患者が、体温が 34℃前後まで下がり、痛さも感じないような状態になった。夜勤帯からの申し送りは、「何度服を着せても服を脱いでしまう。朝はうずくまって全裸のまま。朝食も食べない」ということだったが、部屋の窓が開いており、中に入った職員も「寒い」と思うほど室温は低下していた。
6. 2010 年の春ごろ、△病棟で職員が患者をリネン庫に閉じ込めるということがあった。

以上のような事実がありましたでしょうか。事実だとすれば、院内の人権擁護委員会が取り上げるべき事例だと思われますが、その経過をお教え下さい。

ご多忙とは存じますが、以上 2 点につきましてすみやかにご回答頂きますようお願い申し上げます。

貝塚中央病院、違法拘束死事件

傍聴記 2010.12.10

＜事件のあらまし＞ 男性患者Gさん(当時48)は平成20年1月17日、アルコール依存症で貝塚中央病院の2病棟(男子急性期病棟)に入院した。19日朝に隔離を解除され、保護室から201号室(6人部屋)へ移ったが、21日(月)午前4時半ごろ、ベッドから横に転落し、腹部だけに装着した拘束帯で宙づりとなり、意識不明となっているのを看護職員が発見。府立泉州救命救急センターへ救急搬送されたものの、腸管が壊死しており、3月に亡くなった。

業務上過失致死の疑いで起訴されたのは、1月20日(日)に準夜・夜勤の通しで勤務した男性看護師(54)である。腹部だけをゆるく拘束した点に過失があったとして起訴されたが、この看護師は捜査・公判を通じて「自分は拘束していない。日勤帯からすでに拘束されていた」として無罪を主張している。

このため「被告人が夜勤帯に拘束したのか、ほかの看護職員が日勤帯に拘束したのか」が、裁判の争点になり、10月から大阪地裁802号法廷で証人調べが行われている。

＜明るみに出た不正行為＞

これまでの捜査・公判を通じて、次のような問題が明らかになった。

【1】 どの看護職員が拘束したにせよ、Gさんに対する身体拘束は、精神保健指定医の指示に基づかない身体拘束であり、精神保健福祉法に違反するものだった。

【2】 それを隠蔽するため、カルテや看護記録の改ざんが行われた。事故発生当日の1月21日午前0時半ごろに指定医である田村善貞理事長(当時院長兼務)が拘束を指示したと

する虚偽の内容の記載が行われた。(改ざん前のカルテや看護記録のコピーが救命センターに残っており、改ざんが裏付けられた)

【3】 岸和田保健所には、当直だった非常勤のA医師(非指定医)からの電話連絡を受け、田村理事長が拘束を指示したという虚偽の内容の事故報告書が2月25日に提出された。

以上の点は、検察側・弁護側とも争いがなく、これまでに証人として出廷した病院関係者も基本的に認めた。違法拘束、カルテ改ざん、虚偽報告は、いずれも重大な行為である。

では病院のトップであり、貝塚市医師会長でもある田村善貞理事長(62)は、これらの問題についてどのように証言したのか。12月10日の公判からポイントを抜粋して報告する。

結論から言うと、田村理事長は、不正行為の事実経過をいずれも認めた。そのうえでいくつか釈明したが、その釈明ぶりから、かえって病院のずさんな実態が浮き彫りになった。

◆田村理事長の証言要旨

(以下の記録は、理解しやすいようテーマごとに整理したので、実際のやりとりの順序とは異なる。裁は、裁判官。検は、検察官、弁は、被告人の弁護人。証は、証人＝田村理事長)

＜指示なしの拘束、警察にもウソの供述＞

検:1月21日未明、Gさんがベッド横に胴拘束で宙づりになった事故を知ったのはいつ?

証:事故当日の午前9時前後、通常通りに出勤した後、病棟看護師長から知らされた。誰が拘束したか、名前は出なかったが、深夜帯の者だと思い、(自宅に帰っていた2人を)呼ぶように言いました。

検:被告人が来て、何と言いましたか?

証:なんで宙づりみたいなことになるんだと怒

りました。きつくしかった。ちゃんと巡回してたら事故は起こらへんやないか、と。

検:カルテに拘束の記載はありましたか？

証:最初はありませんでした。拘束理由、開始時間、拘束部位、患者への説明書はありませんでした。

検:それでどうしたんですか？

証:一連の書類に書き入れて処理しました。

検:証人自身が書いたんですか？

証:はい。

弁:改ざん前のカルテに「本日のみ胴拘束で様子を見てください」と書いてある。この字は誰のものですか？

証:当直の医師の文字(小さな声)。ちょっと、改ざんはいいがかり。

弁:A医師は指定医でもなく、拘束を指示するとしたら、おかしいと思いませんでしたか？

証:究極的には指示は出せません。深くは考えませんでした。事務長を呼んで処理せなあかんと思いました。

弁:A医師が(本当に)拘束の指示をしたのか、事故の後に電話で連絡しましたか？

証:しようとしたが、連絡が付きませんでした。(A医師は、診察も理事長への電話連絡も拘束の指示もしておらず、事故発生直後にカルテに拘束の指示をしていたように書き込んだと12月15日に証言した)

弁:拘束のゴム印と人体図のゴム印を病棟看護師長がカルテと一緒に持ってきていたんですね。持ってきた理由は？

証:指定医の指示がいるということで、指示をもらうためでしょう。

弁:あなたはGさんの診察をしましたか？

証:していません。

弁:救命救急センターに運ばれる前に診察をしましたか？

証:していません。

弁:あなたは実際に(拘束の必要性について)判断していないでしょう？

証:私の判断はないです。

弁:事故発生後の朝までに、A医師から電話はありませんでしたか？

証:あったような記憶があります。

弁:あなたは当初、警察の事情聴取で「A医師から連絡を受けて電話で拘束を指示した」と供述していた。ところが(被告人が逮捕された後で)元々のカルテのコピーが救命センターから出てきた段階で「拘束の指示はなかった」と供述を変えたのではありませんか？

証:朝の時点では、A医師から電話があつて拘束の指示をしたということで……。

裁:事実と違うでしょ。偽証罪になりますよ。

弁:A医師から電話はあつたんですか？

証:ありませんでした。

弁:拘束の指示をしたこともなかったですね？

証:ありませんでした。

弁:当初は警察で「午前0時半にA医師から電話があつて、拘束の指示をした」と供述していましたが、それはウソですね。

証:結果的にはウソになります。A医師が電話していないというのであれば、それが正しいのだと思います。

弁:今回の事故は、事前診察がなく、事後も診察のない拘束でしたね。

証:はい。

弁:こういう拘束がわかると、行政から何らかの処分を受けると思いませんでしたか？

証:どういう意味で？

検:あなたの記憶にはあいまいな点が多いんですが、その理由は？

証:事故の1~2年前に入院して手術をした。記憶がポカッと抜けることがある。加齢もあ

りますし、言い訳かも知れませんが…。

＜虚偽記載しても 改ざんではない？＞

弁：その後書き加えたカルテには0時 30 分に
あなたが拘束指示をしたと記載しましたね。

証：はい、しました。

弁：その記載は事実と異なりますね。

証：僕が指示していないという意味で、そうで
す、はい。

弁：事実でないことを記載するのは、カルテの
改ざんにあたりませんか？

証：事実でないとは？

弁：0時 30 分に拘束指示をしたと書いたことで
す。それは事実ではないですね？

証：はい。

弁：理事長室には被告人（男性看護師）以外
に誰がいましたか？

証：私、事務長、現院長、病棟看護師長です。

弁：溝尾事務長と、現院長の田村善史さんも
いた。そこでカルテに拘束指示の時間など
を記入したわけですね。集まっていた人た
ちから、制止はなかったんですか？

証：ありませんでした。

裁：カルテ改ざんと言われるのが納得できな
いのですか？自分でゴム印を押して拘束指
示したと書いたのは改ざんではないのか？

証：ただちに診察が必要とはいえないので、指
定医が必要と認めればよいので…

裁：勝手な発想だ。事実と違うじゃないか。

それが改ざんでなくて何なんですか。医師
法にはカルテを保存せえと書いてある。勝
手に変えたら保存したことにならない。犯罪
じゃないか。その自覚はあるんですか？

証：……

＜診察なしでも拘束が許される？＞

弁：身体拘束は、指定医が診察して、それに
基づいて拘束の指示をするんですよね。

証：それが基本です。

弁：今回はそうでしたか？

証：原則はそうですけど、昔、指定医になった
時の講習でもらった運営マニュアルには、
拘束の前は診察しなさいということは一切
書いていません。

弁：拘束する前に診察する必要があるという
理解なんですか？

証：ただちに診察を必要とするものではないと
いう理解です、究極的には。

裁：そのマニュアルを持ってきているなら、当
該部分を示して述べてください。

証：隔離は診察しないとできないけれど、身体
拘束は指定医が必要と認める場合となっ
て、診察とは書いていません。

裁：指定医の診察がなくても拘束してもよいと
いう考えなんですか？

証：究極的には、そうなると思います。

裁：そうすると貝塚中央病院では、指示なしの
身体拘束もあったんですか？

証：職員にはそういう教育はしていませんが、
僕の頭の中ではそう考えていました。

＜行政への虚偽報告はそのまま＞

弁：平成 20 年2月 25 日、岸和田保健所へ事
故報告書を提出していますね。この報告書
に書かれた内容は事実ですか。

証：正直、目を通していません。めくら判（差別
語だが、証言のまま記載する）。作成したの
は溝尾事務長。怒られるかもしれないが、
報告書は、取り調べの時に見ました。

裁：あなたね、いい加減なことを言わないよう
に。あなたの名前で提出された重要な文書

でしょう？

証：形式上はそうです。私の名前です。

弁：報告書で 21 日午前 0 時 20 分、指定医へ電話をして、指定医から拘束指示を受けたと書いてある。この報告内容は誤りですね。

証：はい。

弁：この内容が間違いだと、行政から言われたことはありませんか？

証：ありません。

弁：行政に、改めて正しい報告書を作成して出したりはしていないのですか？

証：ないと思います。

裁：事故について内部で調査しましたか？

証：調べるのは警察やということで・・・

裁：事故報告書は内部的な調査をもとに書いたものではないんですか？

証：事務長が書いているのでわかりません。

裁：なぜ事故報告書に目を通さないのか？

証：すみません。

裁：事務長まかせにできる書類ではない。重大な事故が起こったという認識はあったんでしょう？そんな重要な書類があなたの知らない間に外に出ていた、でいいの？

証：覚えていないことは覚えていないと言うしかありません。

《感想》

当日、証人の声は肝心な点で小さくなり、裁判官から数回「もっと大きな声で」と言われた。「偽証罪になりますよ」と再三、注意された。

傍聴していた方も「責任感がない」「あれで貝塚市医師会会長」「あんな状態では亡くなった患者は救われへんな…」と語っていた。

遺族が起こした民事の損害賠償請求訴訟で、病院側は「患者の全身状況も悪かった」と、拘束と死亡の因果関係を争っているという。

違法な指示なし拘束が行われ、それを隠

すためにカルテを改ざんする、事故の原因や課題の内部調査はしない、保健所には虚偽の報告をする、警察にも虚偽の供述をする——それがまっとうな医師のすることだろうか。

重大事故の発生に真剣に向き合う姿勢は皆無で、最初から「病院を守る」という発想が優先していたのではないか。保健所に出した事故報告書に、理事長兼院長が目を通していなかったという無責任な釈明には、あきれた。

カルテ改ざんをめぐり、理事長らは証拠隠滅容疑で書類送検された。検察はなぜか不起訴にしたけれど、刑事罰を受けない場合でも、カルテの改ざんという医師として許されない行為をした事実は動かない。

それなのに、大阪府は、カルテ改ざんや虚偽報告がはっきりしてきた現時点でも、貝塚中央病院や理事長への指導や処分をしようしない不可解な態度をとり続けている。

気になるのは、理事長の証言からは「診察をしないで身体拘束の指示をしても許される」「拘束の後からでも指定医が必要と判断すれば問題にならない」と考えている様子がうかがえたことだ。そういう考え方で、精神保健指定医の業務を続けていてよいのか。ほかの病院でも同様の感覚をもつ指定医がけっこういるのかもしれない。

同様の事故を防ぐためには、「拘束帯のくくり方」というテクニックに本質があるのではないと思う。治療の場で、診察からはじまり、医療チームでどう判断したのか、きちんと相談し、検討するという軸足を日常業務において確立しているかどうかが問われている。

そして人の身体の自由をうばう拘束という究極の判断をなぜ選んだのか。その判断の可否をチェックするシステムづくりもこれからの大きな課題になると感じた。（山本深雪）

精神病床の機能分化と 取り残される入院者の権利

2012年4月

NPO大阪精神医療人権センター電話相談員

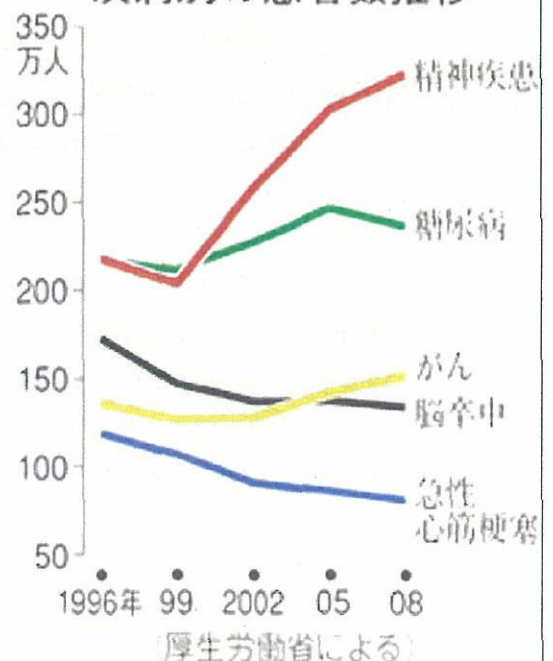
有我讓慶（看護師）

1

精神疾患を加え「5大疾病」に

- 「5大疾病」と呼ぶのにふさわしく、他科と見劣りのしない精神医療なのか？
- 行動制限の権限を与えるが、権利擁護制度は不備
- 適切な医療を受ける権利、生存権利を奪う精神科特例は、ただちに廃止すべき

疾病別の患者数推移



2

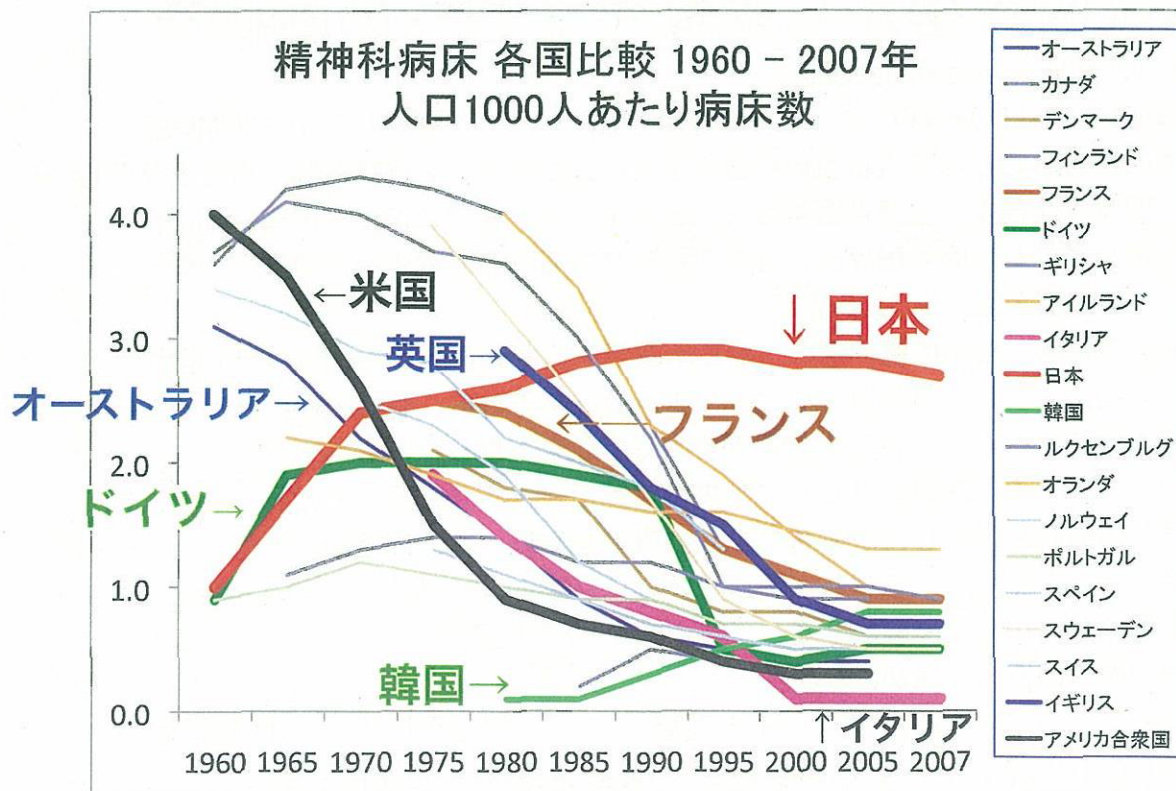
日本の精神保健の問題

入院中心で地域生活支援型に転換できていない

- 世界一の精神科病床数（人口比で4～10倍以上）
- ケタ違いの平均在院日数・7～10万人の社会的入院
- 隔離・身体拘束の濫用：年々増加
- 権利擁護制度は不備で機能していない
- 差別的な精神科特例で他科より低い医療人員
- 入院医療偏重：75%は入院医療
- 地域資源、支援システムが貧困で退院促進はすすまない

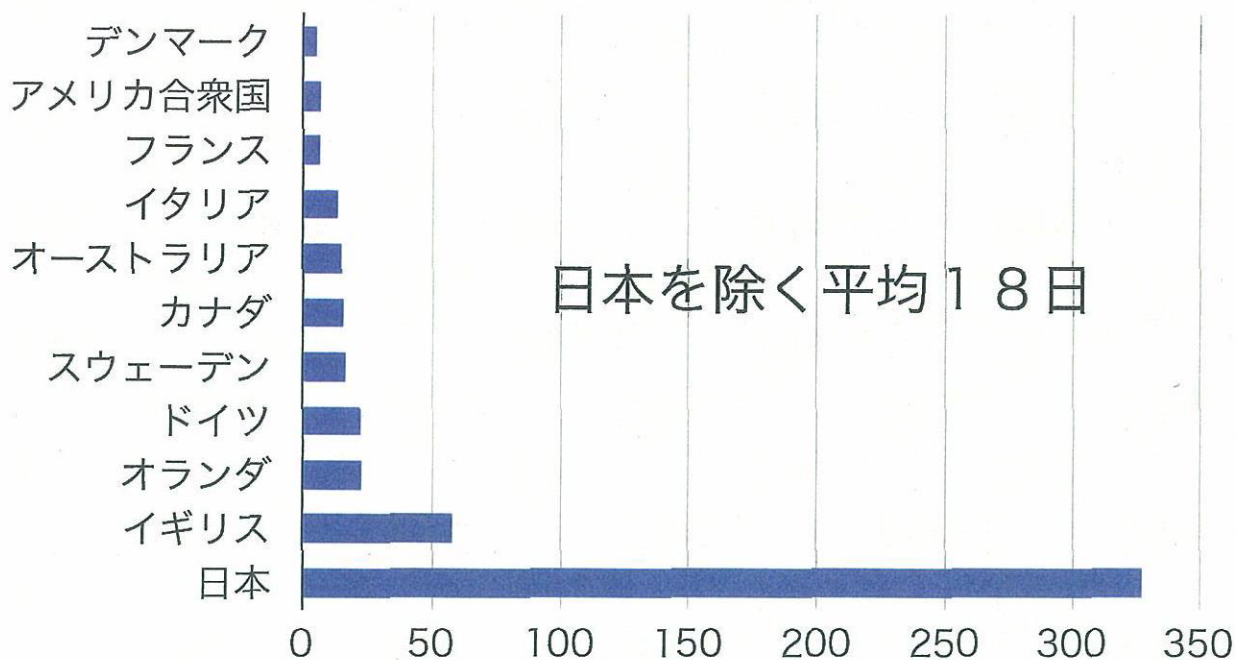
3

世界は20世紀精神科ベッドを減らし地域生活支援に転換
日本は今も入院中心（OECD平均0.7床、日本2.7床）



4

退院者の平均在院日数 2005年



2005年のデータ比較 (OECD Health Data 2008)

日本は厚生労働省「病院報告」2005年より

5

WHOが勧告 2002年

病院収容型から地域生活型への転換を

<2002年3月9日 読売新聞大阪版>

世界保健機関 (WHO) は八日、日本の精神医療について、病院収容から地域医療への転換を緊急に進めることなど五項目の勧告をまとめ、サラチーノ精神保健・物質依存部長が千葉市で開かれた日本社会精神医学会で明らかにした。すでに厚生労働省幹部に伝えており、追って文書でも政府に届ける。長年の課題である隔離収容中心の精神医療体制の改革が国際的にも迫られたことになる。

サラチーノ部長は、日本の精神病床 (約三十四万床) が人口比でも絶対数でも世界最大であることを指摘し、「人材や資金などの社会資源はあるのに、有効に使われていない」と批判。精神病院のベッドを減らし、退院後の受け皿を準備しながら外来や訪問などの地域医療へシフトするよう求め、「これは緊急の課題だ。十年かかるかも知れないが、すぐ始める必要がある」と強調した。さらに、▽当事者や家族、非政府組織、市民が患者の権利擁護活動などに参画するようにし、医療をオープンにする ▽生物学的な精神医学だけでなく、社会的分野の研究を重視する ▽心理専門職の位置づけを明確にする ▽アジア諸国の精神保健への協力を求めた。

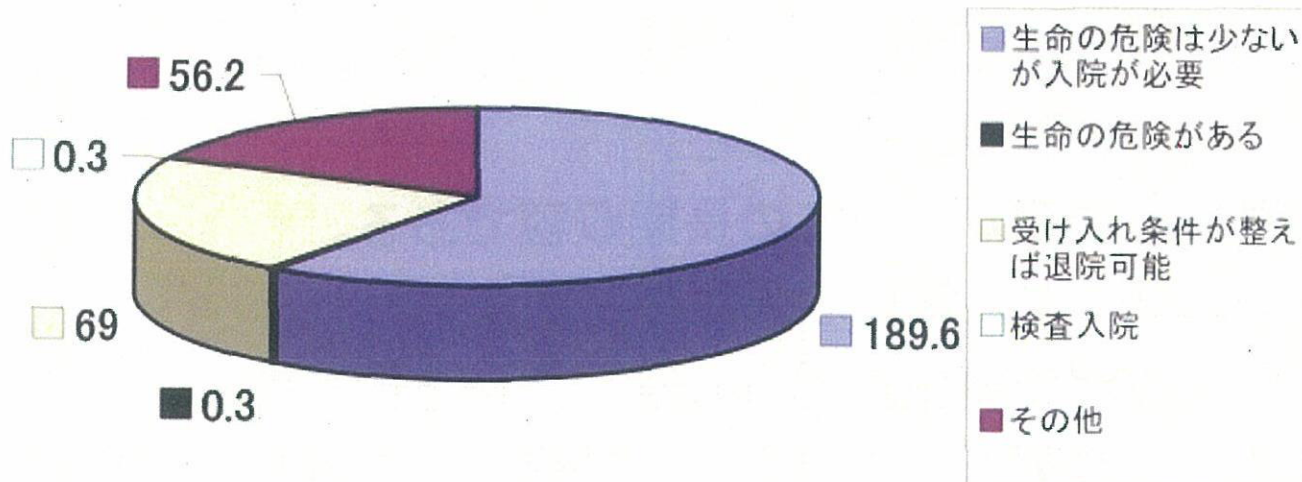
WHOが昨年初めてまとめた世界の精神保健統計では、日本の精神病床は世界全体 (百八十五万床) の18%を占め、すでに地域医療へ転換した欧米諸国はもちろん、ロシア (十七万床) や中国 (十三万床) よりも多い。

6

社会的入院 約7万人

受け入れ条件が整えば退院可能

精神病床在院患者の状況(平成14年患者調査) 2002年
在院患者総数32万900人



7

精神病床の患者

3割超は受入条件が整えば退院可能

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」(第5回)
<2008年6月27日>

- 受入条件が整えば退院可能：33.6%
- 状態の改善が見込まれ、居住先・支援を整えなくても近い将来退院可能：5.8%
- 状態の改善が見込まれ、居住先・支援を整えれば近い将来退院可能：45.6%
- 状態の改善が見込まれず、退院の可能性なし：39.5%

つまり、6割が受入条件と治療ケアで退院可能

8

7～10万人の社会的入院は人権侵害である

住まいがない

支援者がいない

在宅医療が保障されない

家族への負担が増大する

病院に空床を作るわけには行かない

無理解と偏見など

社会的理由があつての長期収容である。

したがって、貴重な人生の時間が失われ、

自己実現の機会が得られないという意味で、

人権侵害である

(読売新聞 原昌平氏)

9

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

2004年

厚生労働省10年間で7万人の社会的入院の解消目標

「半世紀遅れの精神医療の転換期」

厚生労働省 吉川隆博障害保健専門官

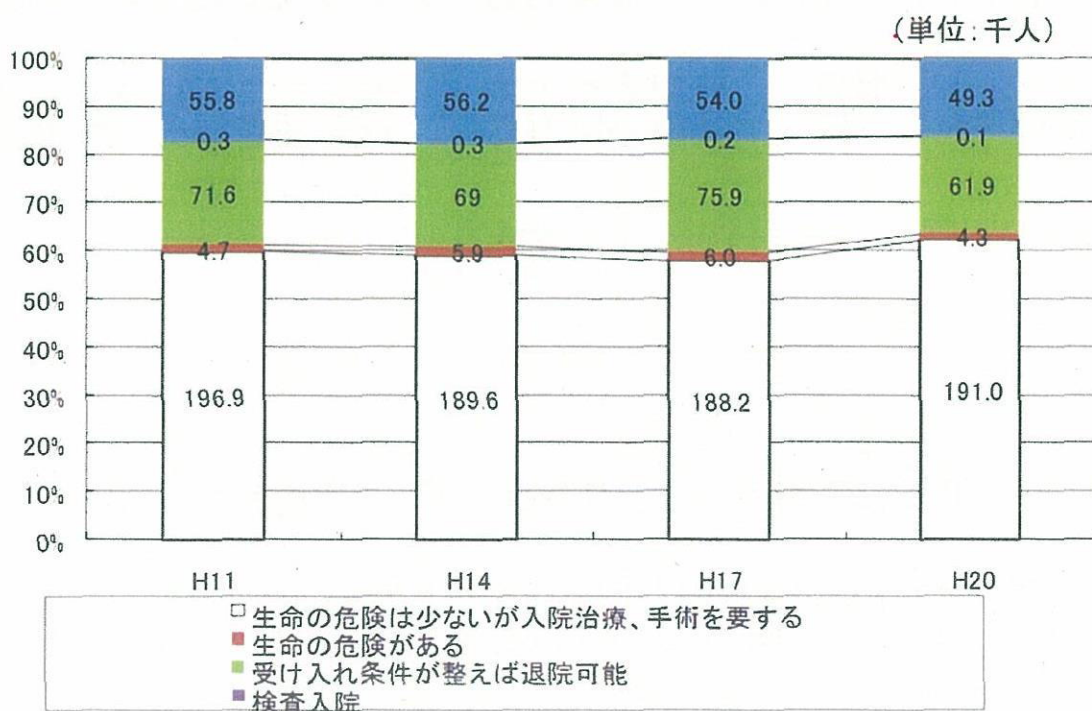
- 豪、米、英などの先進国が1960年以降、精神病床数を減らして精神医療改革を実施し成果を出してきたのに対し、日本は「半世紀遅れでようやく本気で精神医療改革に取り組んでいこう（と考え）、そういった施策を進めているところ。わたしも皆さんも精神医療の転換期に立っている」
- 2008年日本精神科看護技術協会の精神保健福祉フォーラムで発言

11

社会的入院の減少はわずか1万人

72,000→61,900人 2008年

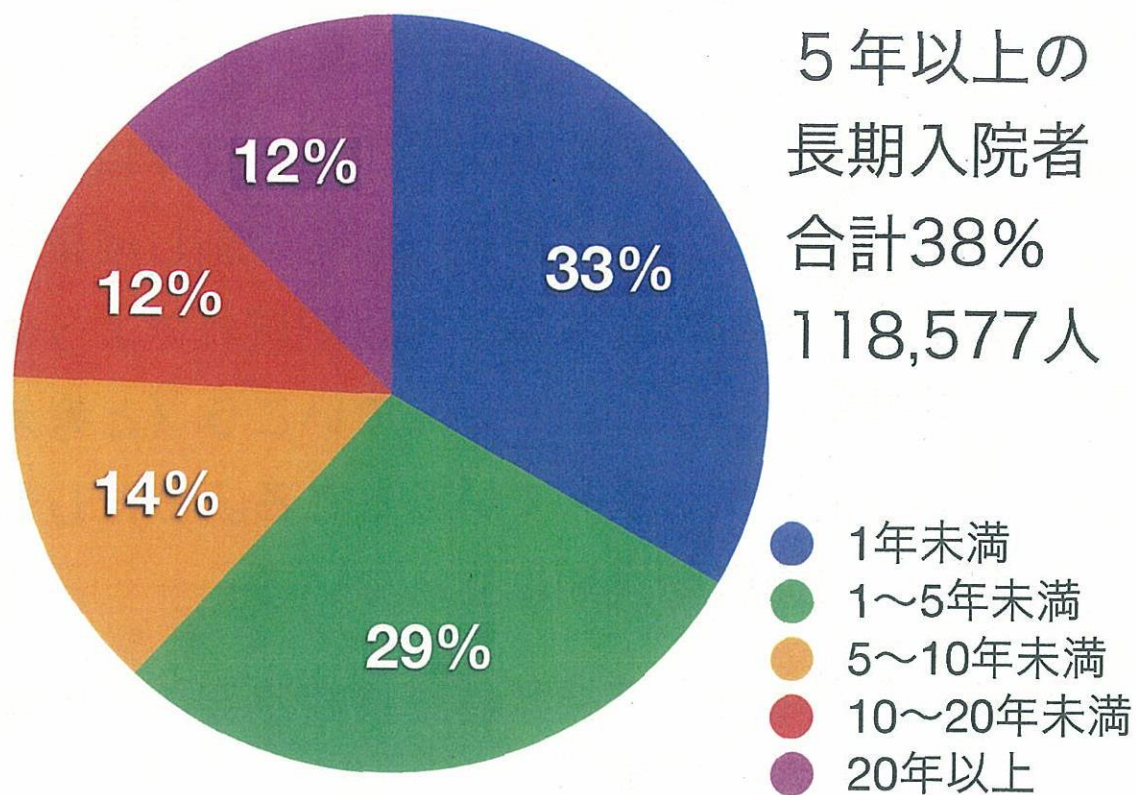
精神病床入院患者の状況



資料: 患者調査

12

入院者の在院期間 2009年630調査



13

厚生労働省は

精神病床の機能分化を進めた
(急性期・認知症・療養型など)

しかし



社会的入院は解消されず
入院者の権利状況は取り残された

14

入院者の権利状況の悪化は深刻

- ・ 医療保護入院・閉鎖病棟の増加
- ・ 任意入院者の閉鎖処遇の増加
- ・ 隔離・身体拘束の急増
- ・ 精神医療審査会は充分機能しない

15

悪化する精神科入院者の処遇

厚生労働省
630調査

	2003年	2008年	増減
入院者数	325,169	313,271	－11,898
精神科病床数	353,319	345,696	－7,623
隔離件数（1日）	7,741	8,456	715
身体拘束件数（1日）	5,109	8,057	2,948
隔離＋身体拘束件数（1日）	12,850	16,513	3,663
隔離室＋施錠できる個室	(04年)19,837	24,024	4,187
閉鎖病棟（16時間以上）	64.4%	67.1%	2.7%
任意入院者の閉鎖処遇率	(04年) 52.3%	55%	2.7%
医療保護入院者数	114,145	124,920	10,775
終日閉鎖病棟の比率	42.4%	59.2%	16.8%
公衆電話未設置の閉鎖病棟	7.3%	4.3%	－3%
平均在院日数	349	313	－36日

入院者数は1万人減少したが目標の7万人にはほど遠い

平均在院日数は海外の平均の10倍以上・電話未設置は違法

16

医療保護入院の増加

厚生労働省

630調査

■ 精神科病院

● 在院患者

● 入院形態別在院患者数

2001年：110,000 → 2008年：125,000人

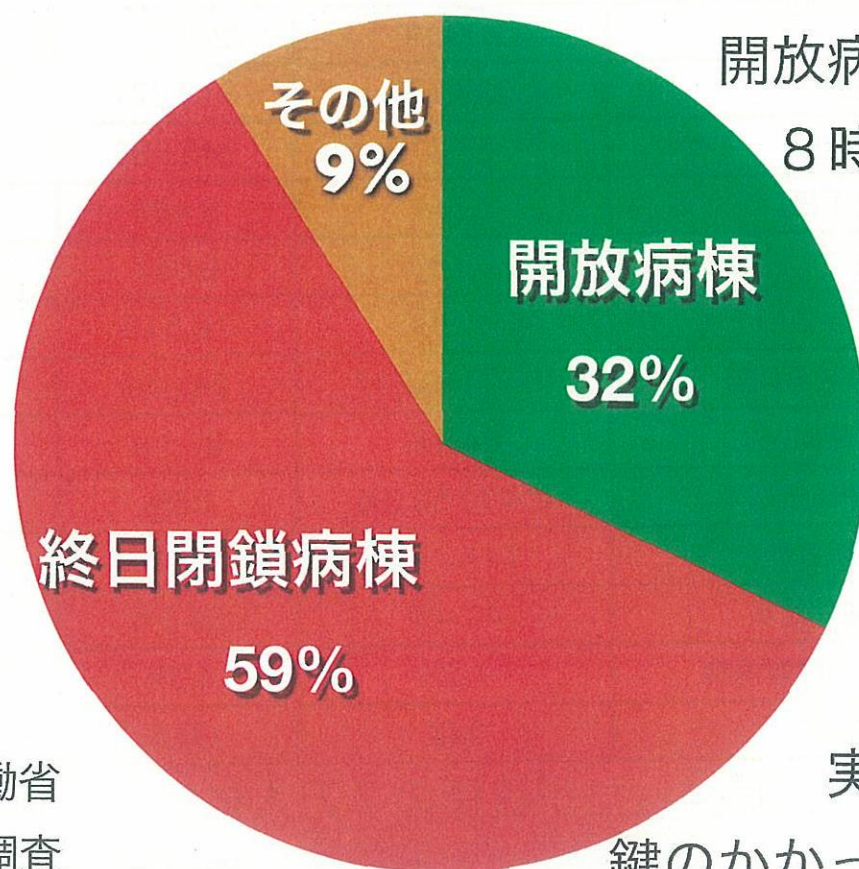
33% → 40%

2000年より反転



17

開放病棟と閉鎖病棟の入院者比率



開放病棟とは日に
8時間以上開放

厚生労働省
630調査

実質68%は
鍵のかかった閉鎖病棟

18

任意入院者の閉鎖病処遇の増加

任意入院者の閉鎖病棟処遇率(8時間以上閉鎖)



任意入院は「原則開放処遇」：精神保健福祉法

19

カーテンは使用できず丸見え
プライバシーのない6人部屋

閉鎖病棟に多数の任意入院者

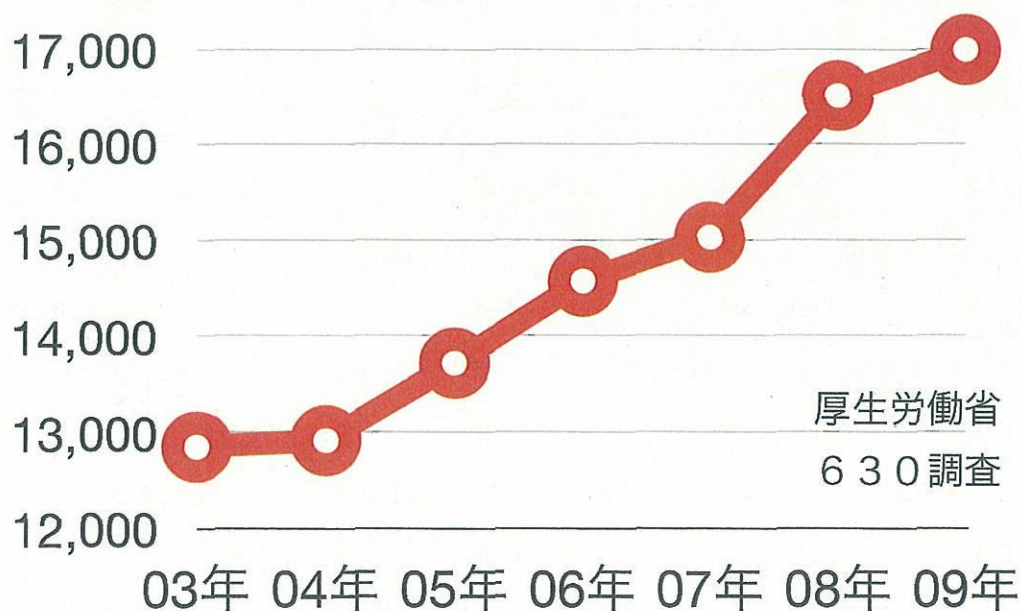
20

隔離・身体拘束濫用の日本



21

一日の隔離・身体拘束の合計：増加の一途

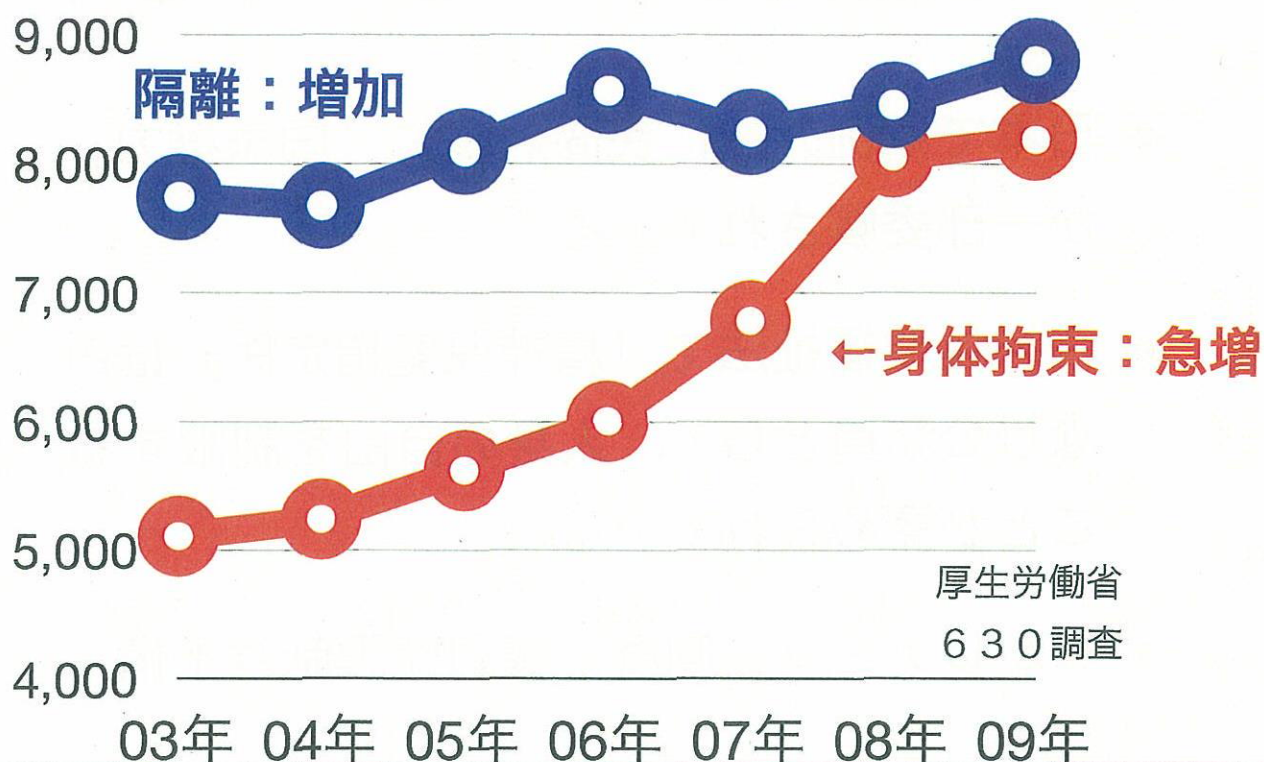


入院者の5.5%が隔離・身体拘束。2004年に始まった行動制限最小化委員会は職員で構成され有効性は低い
第3者によるチェック、権利擁護制度の充実が必要

22

身体拘束が5年間で約6割急増

一日の隔離と身体的拘束者数



23

隔離室＋外から施錠できる個室が増加



<WHO精神保健ケア法10原則に逆行する日本>

4. 精神保健ケアにおける最小規制の原則

指針：隔離室の段階的廃止と新規設置の禁止

24

隔離・身体拘束・閉鎖処遇は 本来逮捕監禁罪にあたるもの

- 日本では例外的に民間病院に「国家権力」が一部委嘱されている
- 精神保健福祉法で「精神保健指定医」はみなし公務員として、人身の自由を制限することが認められている
- しかしチェック制度、権利擁護制度不備

25

隔離・身体拘束の増加

2004年より行動制限最小化委員会が普及したが
2004年：延べ約13,000人（一日に）



2009年：17,000人に6割も増加

- スタッフで構成される限界で追認になりがち
- 隔離拘束件数、隔離室、鍵のかかる個室の増加に対応しきれず、有効ではない
- 「自己決定の過程を援助される権利」（WHO）
総合福祉部会骨格提言にある、NPO・当事者・弁護士会などによる権利擁護制度が必要

26

国連・WHOの 精神保健ケアの原則

- 行動制限最小化の原則
(隔離室の段階的廃止・身体拘束は4時間を上限とする)
- 自己決定の過程を援助される権利
(第3者による権利擁護制度)

27



28

バザーリア、病院の門を壊す



29

脱施設化・脱病院をとげた イタリアと日本の精神医療の比較

	隔離	身体拘束
日本	8,800 件	8,193 件
イタリア	隔離室なし	身体拘束しない 公的病院が40%

日本：2009年630調査 一日の隔離と身体拘束件数

30

日本の隔離と身体拘束件数（一日）は イタリアの全病床数とあまり変わらない

■日本：隔離・身体拘束件数 17,000件
人口1万人あたり、1.3件（一日）

■イタリア：全精神科病床数 8,975 ベッド
人口一万人あたり、1.7ベッド

精神病院を廃止したイタリアでは、入院医療が必要な場合
総合病院の精神科か地域精神保健センターに入院する。

上記には強制入院ができない私立精神科入院施設4,862 床を含む

31

・「ベッドに縛りつけられたまま、死を迎える ことなど、あってはなりません」

ジゼッラ・トリンカスさん：イタリア全国家族会連合会長



2010年大阪
トリエステ精神
保健講演会にて

- ・2008年、大阪府の貝塚中央病院で指定医の指示を受けない違法な身体拘束が原因で入院者が死亡。
田村善貞院長は、カルテ改ざんしたと裁判で証言

32

イタリアでは隔離室なしでやれていると言う事実
日本では適切な精神医療が提供できているのか

- 国によって病気の重さが違うとは思えない
- イタリア：他害は強制入院の要件にはならない
- 尊厳を守ることが第一、施設の都合を強制しない
- 個人のニーズに地域生活の中で適切なケアが提供できれば、行動制限はほとんどなくて良い

33

諸外国の行動制限事情

- イタリア：隔離室なし
- イギリス：器具による身体拘束は禁止
- 退院請求実績：イギリス20%・日本3%
- 隔離拘束数日以内に書類提出。強制入院1週間以内に裁判官が
出向き、権利擁護者の立ち会で適正審査（米カリフォルニア
州PAIMIなど）
- 精神科病院に権利擁護者が常駐・訪問し入院者の相談に応ず
- 隔離・身体拘束には常時1名が付き添うか15分ごとに必要性
を評価（多くの国）
- ヨーロッパ拷問防止委員会 CPT：精神病院や刑務所などに24
時間無制限のアクセス権限、勧告・通告の権限

34

隔離・拘束増加の原因は？

- ・ 精神病床の機能分化政策が促進（急性期・認知症・療養病棟など）
- ・ 精神科救急・急性期治療病棟はほとんど閉鎖病棟（精神科救急病棟の施設基準、隔離室と個室が半数以上、入院者の6割以上が非自発的入院）
- ・ 認知症病棟の90%は閉鎖病棟、認知症収容の増加
- ・ 医療法の「精神科特例」によって医師・看護人員が低く抑えられ、適切なケア見守りが行き届かず「安全のため」の名目で重症者に行動制限が濫用される
- ・ 夜間の病棟看護2～3名で重症者への手厚いケアは困難
- ・ 看護の観察基準（隔離1時間ごと、身体拘束30分ごと）夜勤体制で隔離拘束件数の増加に果たして対応できているのか？（さらに病院機能評価の基準は隔離30分、身体拘束15分ごと）
- ・ 急性期をこえた社会的入院者は人手の少ない療養病棟で退院促進は難しい
- ・ 精神医療審査会・行動制限最小化委員会のチェック機能は低い

35

隔離と身体拘束の増加

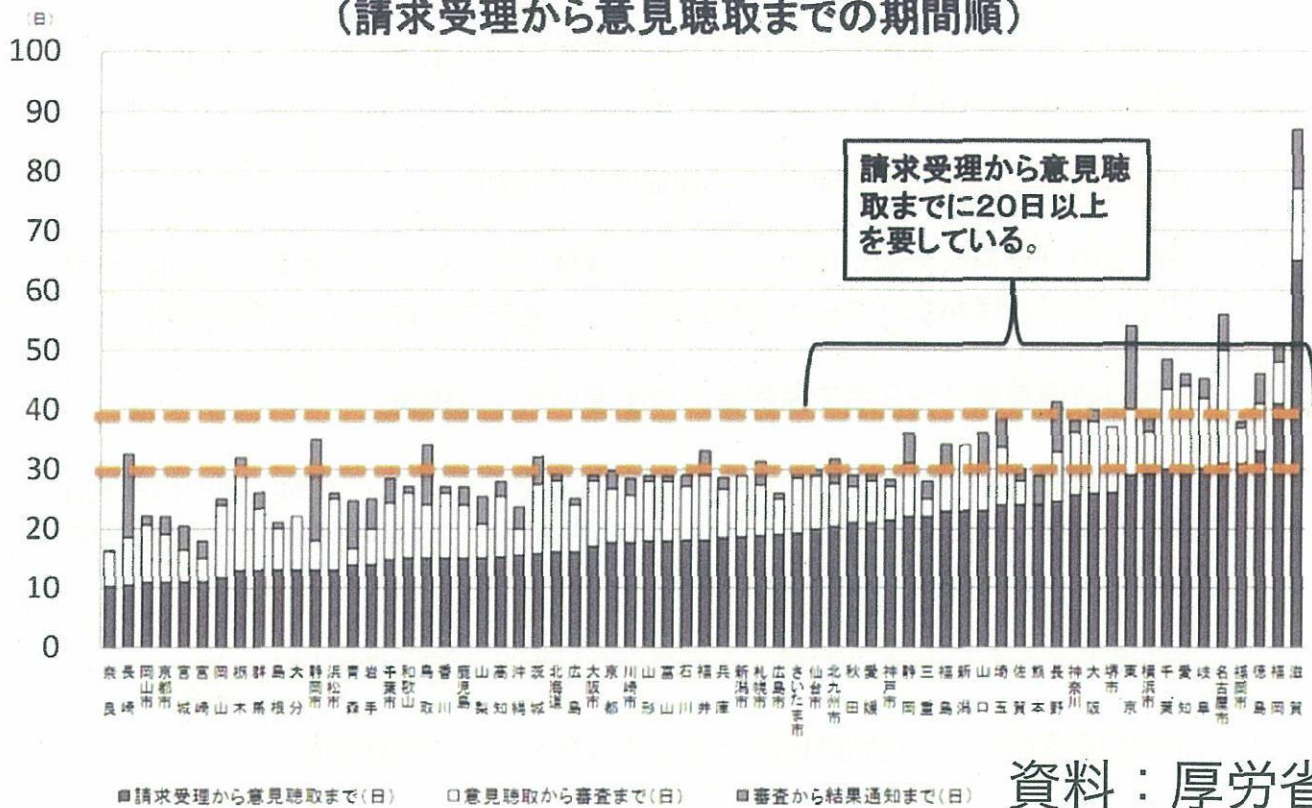
- ・ 適正手続きのない人身の自由の制限は人権侵害
- ・ 強制入院・行動制限のチェックはザル状態
- ・ 医療目的で一時的に行動制限を認めるなら、運用のチェックは厳正さが前提になる
- ・ 行動制限のある病棟の人員は他科以上に必要
- ・ 精神医療審査会は書類に追われ充分機能しない
- ・ 看護教育は権利擁護、行動制限最小化を重視していない

36

精神医療審査会は充分機能していない

(4) 退院等請求審査期間 (請求受理から意見聴取までの期間順)

平成21年度



37

権利擁護制度が利用できない違法な 病棟の存在。病院名を公表すべき 公衆電話未設置閉鎖病棟の比率 %



2004・2005年は厚労省が病棟単位の調査せず

38

日本の精神科医師、看護師、PSWの

受け持ち患者数は飛び抜けて多い

精神科医療従事者数のG8諸国比較

2001WHO資料を参考に有我が作成

	精神病床 人口万対	精神科医師		精神科看護師		精神科ソーシャルワーカー	
		人口万対数	一人当たり の病床数	人口万対数	一人当たり の病床数	人口10万対数	一人当たり の病床数
イタリア	1.7	9	1.9	26	0.7	2.7	6.3
イギリス	5.8	11	5.3	104	0.6	58	1
ドイツ	7.6	7.3	10.4	52	1.5	-	-
アメリカ	9.5	10.5	9	6.3	15.1	33.6	2.8
ロシア	11.8	11	10.7	54	2.2	0.6	196.7
フランス	12.1	20	6	-	-	-	-
カナダ	19.3	12	16.1	44	4.4	-	-
日本	28.4	8	35.5	59	4.8	5	56.8
医療観察法		8		0.75		PSW+心理士+作業療法士=5	

Atlas country profiles on mental health resources, WHO,2001

■日本の精神科医師・看護師の人口比率は他の国と比べて大きな差はない。

しかし、群を抜いた精神病床数の多さにより、一人当たりの病床数は極端に多くなっている。

退院促進で病床数を減らし、地域型に転換すれば、諸外国並の医師・看護師の配置は可能となる。

■日本の精神科病棟で人員配置が一番手厚いのは医療観察法病棟である。しかし、その人員配置でさえ、一人当たりの病床数を、イタリア、イギリスと比較すると、平均的な精神科の人員配置以下である。いかに、日本の精神科病棟の人員配置が貧弱なのか分かる。手薄な人員配置で、多数の入院者をケアすると管理が優先されがちとなる。日本の悪名高い隔離・身体拘束の多さや長期在院日数の大きな要因となっている。

39

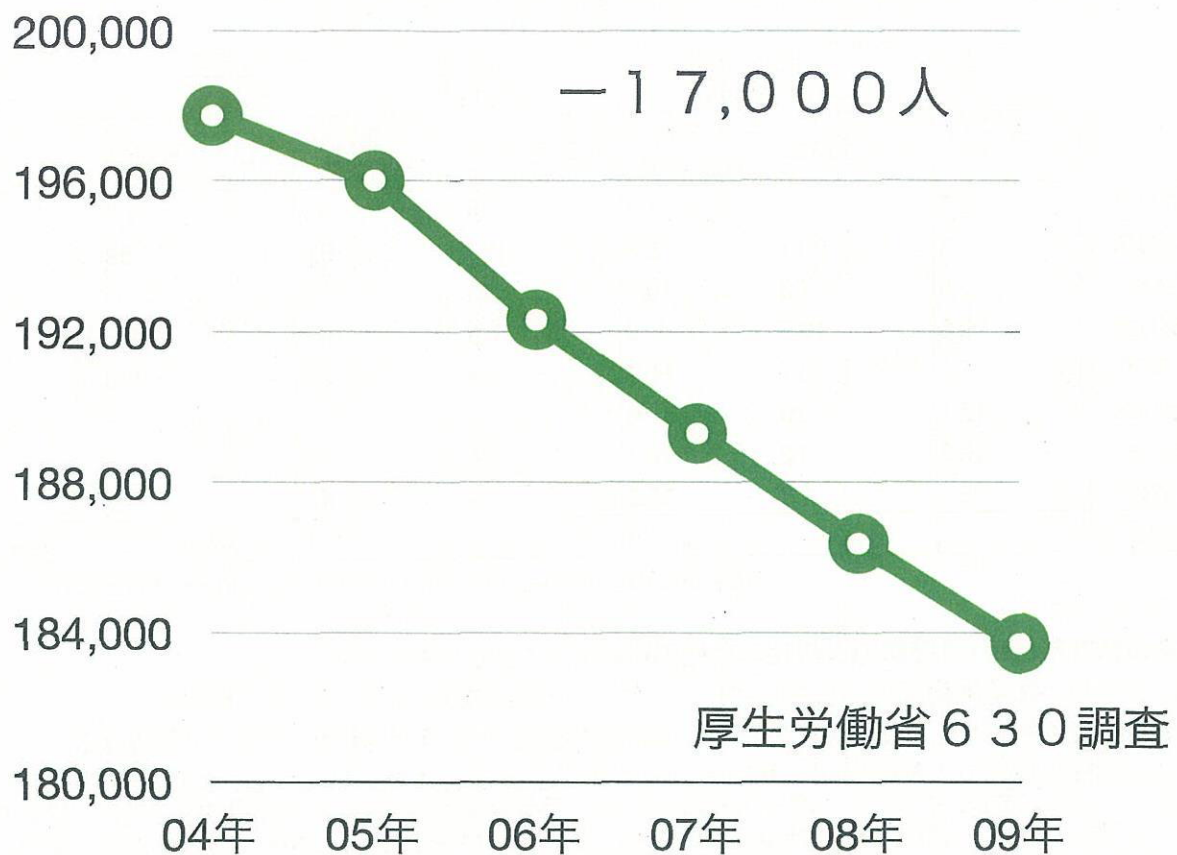
人口あたり精神科医と看護師

数は諸外国と遜色ない

- 海外の4倍以上の病床数により、一人当たりの患者数が多過ぎ、必要な治療ケアが行き届かない
- 人手不足を補うため、隔離・行動制限が濫用されやすい
- 社会的入院の解消がすすまない
- 精神科特例は精神科入院者の「等しく適切な医療を受ける権利」生存権を奪い、長期入院と虐待の温床
- 病床削減目標と地域移行を同時に進める段階的計画が必要

40

統合失調症入院者は減少



41

認知症入院者は増加（精神科病床）



42

感情障害入院者の増加



43

隔離・身体拘束は

- 自尊心を傷つけ、長期化は希望を奪う
- 生命力を消耗することになりかねない
- 「逮捕監禁罪」相当の行為が民間医療機関に委嘱
- 3原則：緊急性・非代替性・一時的「他に手段がない時」の緊急避難として運用されているのか
- 濫用を防止する適性手続きとチェック機能権利擁護制度が必要

44

「身体拘束は治療なのか？」

- 治療そのものではなく、あくまで処遇（厚労省大臣告示第130号「処遇の基準」）
- 看護介護上の管理医療側の都合
- 海外のように、隔離・身体拘束では一人のスタッフが実質付き添うことが原則なら、大半の行動制限はしなくてすむ

45

精神病床の機能分化と 取り残された入院者の権利

- 入院者の権利を守らずして「精神科医療の質の向上」はない
- 入院者の生存権を侵害する精神科特例は廃止すべき
- 精神病床削減、権利擁護制度、地域精神保健への転換
- 権利擁護制度の充実を、総合福祉部会の骨格提言を軸に進める必要性
- 安心してかけられる精神科医療の実現を

46