

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「保護者が引き受けられ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。

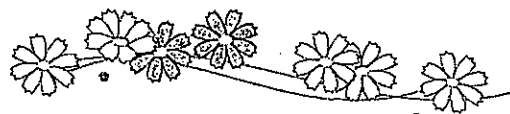
具体的には長期在院患者の退院後の地域における居住の場の保障と生活をサポートする態勢の充実が必要です。また、それは多くの高齢化した単身者である患者を念頭に置いたものでなくてはなりませんし、ひとりひとりが主人公となって暮らすためにも大型施設の整備により、「入院患者」をかたちだけ「施設利用者」に変え、実際は大人数での処遇のままというような「退院」であってはいけません。

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。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

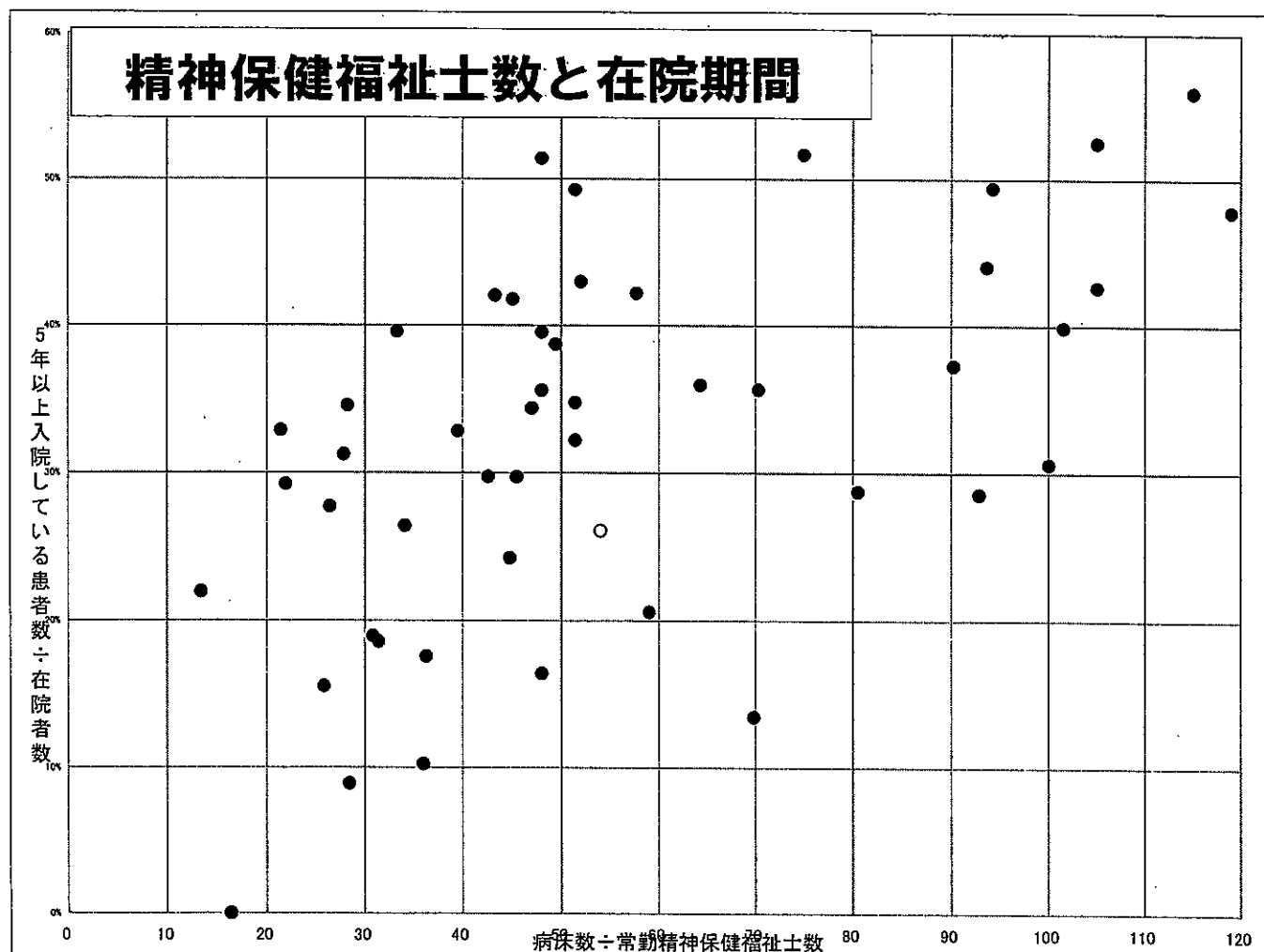
事務局長 山 本 深 雪



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、連絡がつきませんでした。(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医師から電話はあったんですか？

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