

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

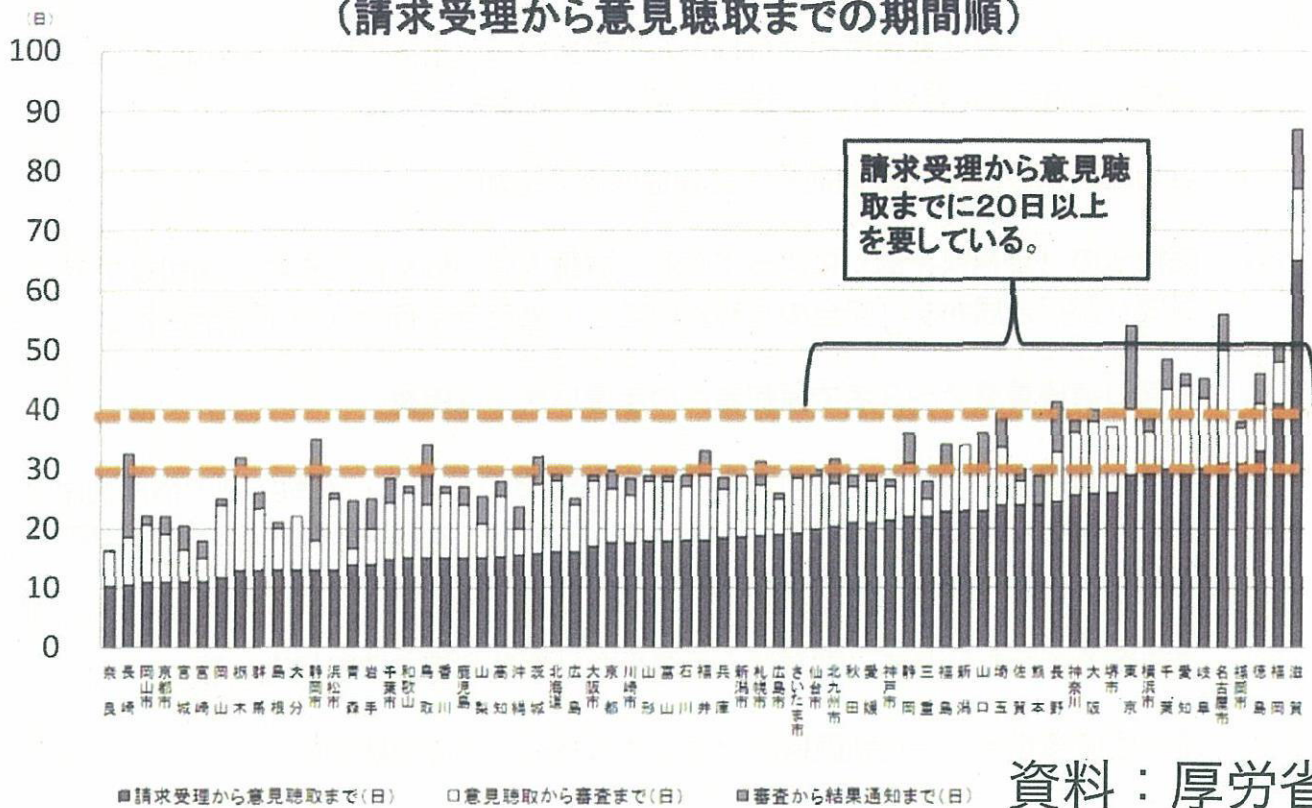
- ・ 適正手続きのない人身の自由の制限は人権侵害
- ・ 強制入院・行動制限のチェックはザル状態
- ・ 医療目的で一時的に行動制限を認めるなら、運用のチェックは厳正さが前提になる
- ・ 行動制限のある病棟の人員は他科以上に必要
- ・ 精神医療審査会は書類に追われ充分機能しない
- ・ 看護教育は権利擁護、行動制限最小化を重視していない

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