

## 精神科病院の特質と入院患者の人権

藤 野 ヤ ヨ イ

### Abstract

Inpatients in mental hospitals human rights have been infringed upon even after “The Mental Health & Welfare Act” was amended.

I think that the factors associated with this could be “the specificities in the mental hospitals”, which have a background influenced by the “Mental/Medical Policy”

Therefore, the “Mental/Medical Policy” needs to be changed in order to prevent infringements on patient’s human rights in mental hospitals, and I would like to suggest a remedy for this problem.

キーワード……精神科病院 人権侵害事件 精神医療政策

### はじめに

精神障害者は、日本国憲法、世界人権宣言、障害者の権利に関する宣言や経済的及び文化的権利に関する国際規約（社会的規約）、市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約）、精神疾患を有するものの保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則（以下国連原則という）などに規定された諸権利が保障されなければならない。

しかし、精神科病院での入院患者に対する人権侵害事件は、1984（昭和 59）年に発覚した宇都宮病院事件に始まったものではなく、むしろ宇都宮病院事件は氷山の一角でしかなかった。それは、1986（昭和 61）年に高木が「過去 20 年の精神病院事件<sup>1)</sup>」ですでに 50 件以上の病院事件があり、その中には、患者への暴行、撲殺、薬の人体実験、不法入院などがあったと報告していることから明らかである。

宇都宮病院事件後、わが国の精神医療は、国の内外から厳しい批判にさらされた。そして、1987(昭和 62)年に精神障害者の人権尊重を大きな柱にした精神保健法に改正され、その後 1995(平成 7)年には精神保健福祉法と法は改正されたが、精神科病院での人権侵害事件は、大和川病院事件<sup>2)</sup>、山本病院事件<sup>3)</sup>、和歌浦病院事件<sup>4)</sup>、箕面ヶ丘病院事件<sup>5)</sup>など継続して発生している。また読売新聞の報道によれば、宇都宮病院事件後 5 年間に 23 件の精神病院で発覚した主な問題事件があったとしている。このことは、精神科病院に入院している患者への人権侵害は、

精神衛生法を変えることだけでは解決できなく、精神科病院の一般科と異なる「特殊性」に原因があるのではないかと考えられる。そこで、精神科病院の一般病棟と異なった「特殊性」を明らかにし、その「特殊性」を生み出した背景を歴史的にさかのぼり検討する。

本稿においては、精神科病院の特殊性と人権侵害の関係を考察し、人権侵害を起こさないための今日的課題（私案）を述べる。

## 1. 宇都宮病院事件後の発覚した人権侵害事件

読売新聞[シリーズ精神医療]（4）変わる精神病院で、[精神病院で発覚した主な問題事件]<sup>6)</sup>を表のように報道している。

番号	発覚時期	病院名	所在地	内容
	1984.3	宇都宮病院	栃木	患者が職員らのリンチで死亡院長らが、患者虐待、使役労働、無資格診療、違法解剖など
1	1986.5	青葉病院	東京	職員水増し、使役労働、違法拘束
2	1989.5	河野病院	福岡	違法な入院、拘束、看護師が電気ショック
3	1994.4	越川記念病院	神奈川	患者のエアガン乱射、違法拘束、職員水増し
4	1995.9	門司野田浦病院	福岡	職員水増し、2億2700万円不正受給
5	.10	光が丘病院	山形	職員水増し、7億円不正受給、選挙不正
6	1996.2	札幌武田病院	北海道	医大学生が宿直、無資格者がレントゲン
7	.11	栗田病院	長野	院長が死亡患者の通帳を着服、脱税、患者虐待
8	1997.1	美浦まきば病院	茨城	職員水増し、6億5000万円不正受給、
9	.2	山本病院	高知	職員2人が女性患者の頭を壁に打ち付け死亡させた
10	.3	大和川病院	大阪	暴行死、違法入院・拘束、電話・面会妨害、使役労働、職員水増し、24億円不正受給
11	1998.9	国立犀潟病院	新潟	違法拘束中の女性が、のどに物を詰まらせて窒息死
12	.11	奄美病院	鹿児島	女性を庭木に縛る。二セ医師が診察
13	.12	平松病院	北海道	保護室に男性2人を入れ、一人が暴行死
14	1999.5	古賀第一病院	福岡	医師水増し、10億円不正受給
15	.7	大曲佐藤病院	秋田	医師水増し、7億8000万円不正受給
16	.11	松口病院	福岡	患者の退院・処遇改善請求を取り下げさせる
17	2000.3	上妻病院	東京	死亡患者の改印届を銀行に提出、職員水増し

18	2000.4	勝山病院	福岡	医師水増し、22 億円不正受給
19	.11	朝倉病院	埼玉	不要な中心静脈栄養、違法拘束、病室で手術
20	.12	岩屋病院	愛知	外出時の介護料、入浴料など不正徴収
21	2001.2	真城病院	大阪	看護師がゴルフクラブで頭を殴るなどの暴行
22	.8	中間保養院	福岡	職員水増し、不正受給、電話妨害
23	8	箕面ケ丘病院	大阪	職員水増し、違法拘束、外出制限、電話妨害
読売新聞[シリーズ精神病院] (4) 変わる精神病院 (2001.12.25) から宇都宮病院以降を転載した。				

宇都宮病院事件後 2001(平成 13)年 12 月までの 5 年間に 23 件の問題事件が発生している。23 件の中で職員の水増しによる不正受給は、12 件におよび、違法拘束 6 件、患者への直接的暴力は、越川病院(エアガン乱射)、栗田病院(患者虐待)、大和川病院(暴行死)、真城病院(ゴルフクラブで頭を殴る)がある。

「発覚した事件」は、地域的な偏りがあり、福岡が 6 件と多く、次は大阪の 3 件で、東京は 2 件である。

さらに、箕面ケ丘病院は、2002.2.4 大阪読売新聞で以下のような不正拘束の実態を報じている。「ポチと呼ばれていた男性に会った。さまざまな人権侵害が明るみに出た大阪府箕面ケ丘市の精神病院「箕面ケ丘病院」に入院していた患者だ。大勢が出入りするディルームの一角に紐でつながれたまま寝起きし、用を足すのもポータブル便器、そんな違法拘束を 10 年近く受け昨年 11 月に大阪府の抜き打ち調査で問題が発覚、ようやく転院した<sup>7)</sup>」とある。また、2003(平成 13)年 7 月 31 日毎日新聞では、和歌浦病院での看護助手による患者への暴力事件で有罪が確定したことを報じている。このように、現在も入院患者への暴力事件は続いているといわざるをえない。

## 2. 精神科病院の特殊性とその背景

精神科病院は、一般病院と異なった流れの中に存在するように思われる。それほどに、一般病院と異なっている。一般病院と異なった精神科病院の特殊性は、どのようにして生じたのであろうか。精神科病院の特殊性とその背景について、以下の 6 項目に分けて述べる。

### (1) 民間が中心の精神科病院

開設者別病院数及び病院数 (2001(平成 13)年 10 月 1 日現在)では<sup>8)</sup>、精神病院数では、法人及び個人病院は 94.8%、精神科を有する病院数では 81.16%となり、一般科病院は 77.98%の割合である。米国の場合は州・郡立精神病院病床数は 79,300 床で、民間は 69,000 床(合衆国商務省センサス局編、1999)となっていて州立・群立病院の病床が多いことが分かる<sup>9)</sup>。

精神病院の病床数は、358,153 で病院全体の 19.25% におよぶ、人口 1 万対精神病床数は 28 床である。外国との比較では表 のとおりで、米国 6.4 床、イングランド 13.2 床、旧西ドイツ 16.5 床である<sup>10)</sup>。また、1960(昭和 35)年からの病床数の推移をみると、米、イングランド、旧西ドイツはいずれも減少しているが、日本の場合は増加している(表 参照)。

我が国の精神病床数が世界に類のないほど多く、民間病院に偏りあることは、我が国の「精神医療政策」として、国公立病院の建設をせず、その代りとして民間病院の建設に補助金を出してきた歴史的背景がある。

その経緯は、1900(明治 33)年に制定された精神病患者監護法に始まる。精神病患者監護法は私宅監置を公認した制度<sup>11)</sup>であった。そこには医療の視点は皆無で、社会から危険な精神病患者を私

宅に隔離することを、家族に義務付けた社会防衛優先の政策で、精神障害者の人権は尊重されなかった。その私宅監置状況を警察官が確認するという厳しい監視下に精神障害者は置かれた。

呉秀三等によってその実態が公表され<sup>12)</sup>、精神病院の必要性が主張された。その結果、都道府県に公立精

神病院の設置を義務づけた「精神病院法」が 1917(大正 6)年に制定された。しかし、民間病院を代理病院とすることで<sup>13)</sup>、公立精神病院の建設はしなかった。その後、1950(昭和 25)年に精神衛生法が制定され、措置入院や同意入院を中心にする強制入院の時代になるが、国公立病院に入院させるべき措置入院患者も民間病院を指定病院とするなど、民間病院におまかせの「精神医療対策」であった。

最近の精神病院への補助金では、1993(平成 5)年より精神病院の立替整備に対し、患者の療養環境の向上、医療従事者の職場環境の改善、衛生環境等の改善を図る目的で条件をつけて、国庫補助(補助率 1/3)を出している<sup>14)</sup>。

米国やイングランドでは、地域医療を推進することで患者は病院から地域へ住家を移し、精神病床は減少したが、我が国の精神病床は病院への補助金政策で増床した。

	日本	米国	イングランド	旧西ドイツ
1960	10.1	40.0		9.6
1965	17.6	35.3	30	19.5
1970	23.8	25.9	25.6	20.4
1975	24.8	15.6	21.2	20.3
1980	26.3	9.4	18.6	19.7
1985	27.7	7.2	16.1	19.7
1990	29.0	6.4	13.2	16.5

## (2) 少ない医師・看護師・薬剤師の精神科病院

次に、精神科病院の問題は、医師数や看護師そして薬剤師の数が極端に少ないことである。それは、医療法の「精神科特例」で、医師や看護職員、薬剤師など有資格者の人員を少なくし

てよいことになっているからである<sup>15)</sup>。1998(平成10)年の調査で100床あたりの医師数を見ると、一般病院8.8人に対して、精神病院2.3人である。薬剤師は、一般病院では、2.7人のところ、精神病院では1.1人で、看護職員は、一般科48.9人に対し精神病院29.2人である。したがって、診療報酬上も格差があって、安上がりの医療体系である。2000(平成12)年の国民医療費30兆3583億に対して、精神医療費は1兆6,221億で、5.3%に過ぎない<sup>16)</sup>。

この少ない職員での体制は、「精神科特例撤廃」が叫ばれ続けながら1958(昭和33)年から現在も継続している(看護については2000年12月医療法改正で6:1から4:1当分の間5:1可に改正になったが、医師や薬剤師の改正はない)。精神科特例によって、医師数は一般科の1/3でよいとされ、そのことが精神科医療の発展を遅らせた。また、看護師数を一般科の2/3でもよい<sup>17)</sup>とされてきたことから、患者処遇の問題を惹起したと考えられる。そして、それらは精神科の評価を低めてきた。また、人権侵害事件を起こした病院では、一人当りの入院費が低額に抑えられているので、入院患者を多くし、職員数を少なくすることで利益を得ていた。宇都宮病院が、典型的で、入院患者1,000人に対して常勤医師が2名しかいなかった。看護師5名、准看護師53名、看護助手20~30名であった<sup>18)</sup>。その後も職員の水増し請求で不当に利益をあげている病院が読売新聞報道でも明らかである。

また、2000(平成12)年12月6日に第4次医療法改正されたが<sup>19)</sup>、精神病床の医師48:1、看護4:1(当分の間5:1以上可)、薬剤師150:1で、精神病床以外の一般病床や結核病床、感染症病床では、医師16:1、看護3:1、薬剤師70:1で、やはり格差は是正されていない。

### (3) 精神障害者は精神科病院へという国民の意識

精神障害者への偏見が根強く、常に社会防衛が優先され、隔離収容政策がとられてきた。そして、精神病院は人里はなれた場所に建設された過去がある。

それは、1950(昭和25)年精神衛生法の制定で私宅監置が禁止され、精神障害者は精神病院に強制入院されるようになった<sup>20)</sup>。また、精神障害者を野放しにするなどの世論の高まりは<sup>21)</sup>、精神科病院への収容を強化した<sup>22)</sup>。社会から閉鎖された精神科病院では、定床を超えた<sup>23)</sup>長期収容となった。その中で繰返される入院患者への人権侵害事件から<sup>24)</sup>、精神科病院は社会的批判にさらされ、精神保健法の改正に至ったことは周知のとおりである。

精神保健法の改正により、精神障害者自身の意思で入院できる任意入院制度が導入され、ようやく、すべて強制医療であった精神科病院への入院に「精神障害者自身の意思で入院し退院する」ことができるようになった。このことは、精神障害者自身や家族、または関係者にとって大きな変革であったが、国民の意識には変化が少なく、精神病院の開放化を喜ばない地域住民が多く存在した。そして、精神医療・保健・福祉に関する施設の建設では、今も反対運動が起きている。筆者の経験では、1988(昭和63)年ころから、入院患者が外出などで病院外へ出る機会が多くなると近隣の人からは、「患者を病院外に出さないでほしい」、「小学生の通学路が

近くにあり危険だから、患者を出さないで欲しい」などの要望が多数寄せられた。また、病院建設時には、ある地域住民は精神病院は山奥に移動すべきと公然と言い張った。同様の事例は数多く存在する。

#### (4) 産業化した精神病院

社会防衛を優先させる「社会的要請」を受けて、民間精神病院は「産業化」して増大した過去がある。北海道や九州地方を中心に石炭産業の衰退に代わる産業として精神病院が乱立し、病床数の増加となった<sup>25)</sup>。そして、現在では精神科病床は35万床に増大し、世界に類のないベッド数になった。入院患者は33万2714人で、平均在院日数は373.9日と長い<sup>26)</sup>。つまり、利益追求のためには、空床にならないように、常に満床を維持することが求められ、退院抑制の傾向に働いた結果である。

その中には、退院可能な患者が7万2000人入院しており、10年以内に社会復帰させる方針を厚生労働省は出しているが<sup>27)</sup>、10年は長すぎる。

#### (5) 「精神科看護の専門性」の確立の困難さ

社会的評価の低い精神科で働く職員は、自尊心を持ち得ず、「精神看護の専門性」を確立できない歴史があった。精神科病院には、新卒で就職する看護師はほとんどなく、奨学金をだして、人材の育成を図り、准看護学校を開設するなど看護師の確保には苦労があった。また一般病院を定年になった看護師で基準を満たす病院では、70歳以上の看護師さえ存在した。このような状況で精神科看護に誇りを持ち得ない看護師が多かった(筆者の体験から)。

また、精神病院で働く看護師は患者の病状の変化が少ないことから、「あきらめ」、「やりきれなさ」を感じるようになる。日本精神科看護技術協会の調査では<sup>28)</sup>、「看護者としていま切実な問題は」の問に複数回答で質問しているが、自分の看護職としての適正や能力に不安があると回答した人が29.6%あった。次は、看護職の目からこうしたほうがよいと思うことが現場ではなかなか活かされないと回答した人が28.5%あり、また、技術や知識を習得していくのが難しい、毎日の仕事がマンネリ化しやすいことを挙げていることから、精神科看護の専門性を発展させづらい一面をうかがわせる。

精神科看護学が、専門領域として確立したのは1997(平成9)年からであるが、教員は非常勤が51.1%と半数以上で<sup>29)</sup>、学校教育でも重要な部分とされていない一面がある。

#### (6) 自己決定できにくい患者

精神病院へ入院する患者の3割は強制入院である(表 参照)。自傷他害のおそれがある措置入院や医療保護入院の場合は、入院についての本人の意思は尊重されないし、治療を選択する自由は皆無である。任意入院の場合は、入退院については本人の意思であるが、治療について

の自己決定権はない。札幌口ボトミー訴訟では、1978（昭和53）年に「意志能力なる患者には治療についての説明をすべきである」との判決があった<sup>30)</sup>。しかし、薬物療法など選択の自由は皆無といってよい。副作用で死亡することさえある抗精神病薬を選択することはできないし、強制的に服薬させられているのが現状である。

### (7) 小活

精神科病院の特殊性は、民間病院中心であり、医療法による「精神科特例」で少ない専門職員でよいとされた「安上がりな精神医療」であった。また精神障害者を危険視する偏見から、常に社会防衛のために、精神障害者は精神病院に強制収容させられ、精神病院は保安の役割を担わされてきた。

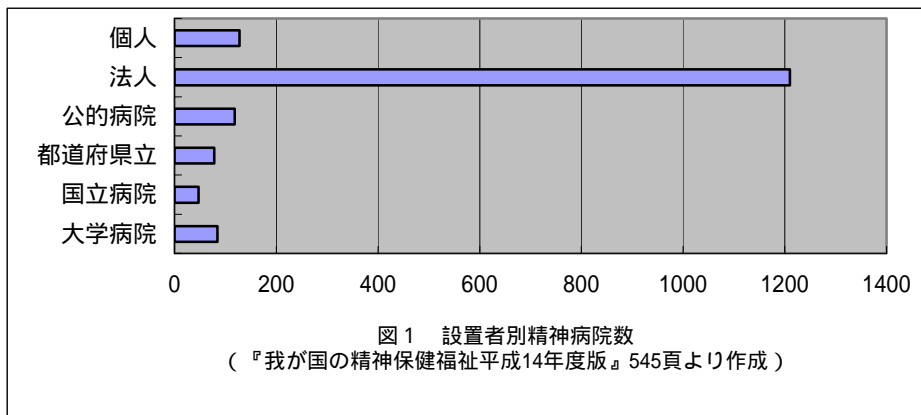
そして、精神科病院は、利益追求を基本においた、少ない職員で、より多くの入院患者を収容する「精神病院体質」があった。このような体質を持つ精神科病院で働く看護職員は、看護師自身も偏見の中で働き、より効率に病棟を機能させることが求められ、そのために患者を力で押さえて、看護職員の意のままに動かすことを求められたものと推測される。このようにして、入院患者の人権侵害事件は発生したものと考えられる。

また、箕面ヶ丘病院事件で明らかになったように、生活保護患者の中には家族とは疎遠になり、担当福祉職員も見舞うことがなく、誰からも忘れられたような患者が人権侵害を受けていた事実が明らかになったが、他にも類似の事例が存在すると推測され、人権侵害の温床となりやすい。

## 3. 精神科病院及び入院患者の統計的特徴

精神科病院の特徴を統計的資料からみることにする。

### (1) 開設者別精神病院数



我が国の精神科病院数は、1669 病院で 357,388 床である。開設者別に見ると大学病院 84 病院、国立病院 47 病院、都道府県立 78 病院、公的病院 118 病院、法人 1,210 病院、個人病院 128 病院である。また、単科の精神科病院が 1,077 病院と圧倒的に多い（図 1 参照）<sup>31)</sup>。

## (2) 精神病院入院患者状況

### 年齢構成

我が国の精神保健福祉平成 14 年版の年齢構成は、表 でみるように、40 歳から 65 歳の入院患者は 52.3% を占めている。また、65 歳以上の入院患者が、40 歳未満の入院患者以上に多く 35.2% を占めている。一般社会の 3 倍以上の高齢化といえる。これは、精神科病院に老人性痴呆病棟などの老人を対象とした専門病棟をもっていることにもよるが、入院中に高齢化している患者も多い。

### 入院形態

精神科病院に入院中の患者は、表 のような推移で、措置入院患者の減少が顕著である。医療保護入院に 2000(平成 12)年以降増加の傾向にある。患者の意思で入院する任意入院の割合は 64.8% である。また、通院患者の増加が著しく退院促進の影響と考えられる。

### 疾患別入院患者

「平成 14 年版我が国の精神保健福祉」には、1998（平成 10）年から 2001（平成 13）年まで ICD・10 による疾患別入院患者数の推移を表にしている<sup>32)</sup>。それによると、統合失調症患者はだんだん減少傾向にあるが全体の 61.3% を占め、204,132 人が入院している。

また、症状性を含む器質性精神疾患は、高齢化社会の反映からか増加の傾向にあり、15.7%（52,388 人）であり、気分（感情）障害は、若干増加の傾向で、6.6%（22,265 人）である。

20 歳未満		20 歳以上 40 歳未満		40 歳以上 65 歳未満		65 歳以上	
男	女	男	女	男	女	男	女
1,156	1,203	23,330	15,964	104,444	69,541	49,052	68,024
0.7%		11.8%		52.3%		35.2%	

年度	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他	入院総数	通院患者
1993 (H5)	7,223	112,230	213,974	10,499	343,829	353,821
1994 (H6)	6,408	107,362	220,569	8,787	343,029	377,119
1995 (H7)	5,854	102,549	224,857	7,781	340,943	-
1996 (H8)	5,394	98,528	227,800	6,992	338,616	472,268
1997 (H9)	4,772	94,829	230,983	5,893	336,377	484,565
1998 (H10)	4,296	92,334	233,849	5,326	335,707	587,203
1999 (H11)	3,472	91,699	233,509	4,255	332,831	634,661
2000 (H12)	3,247	105,359	220,840	3,557	333,003	727,839
2001 (H13)	3,083	110,930	215,438	3,263	332,714	796,732

『我が国の精神保健福祉平成 14 年度版』553 頁表 14 入院形態別入院患者数及び通院患者数の推移を転載



精神作用物質による精神及び行動の障害は、余り変化はなく、19,506人入院している。

### (3) 日本精神科病院協会マスタープラン調査中間報告から

日本精神科病院協会は、2002（平成14）年6月30日入院患者の全調査を実施した。この調査は、日精協加盟病院1,217病院を対象にし、999病院から解答があった。調査人員は236,420人で、全国に入院している精神障害者の71%に相当する。全都道府県におよび、その民間精神病院に入院している患者状況を知ることができる。

対象患者の男女比は、男性53.6%で、女性は46.4%である。

#### 年齢構成

年齢構成は、表でみるように65歳以上が38.6%と一番多く、精神病院での高齢化が明らかになっている。60歳以上では、51.8%と半数以上になる。精神科病院の今後のあり方を検討するとき、この事実は大きな問題となるだろう。なお、本協会では平成5年に同

年代	人数	割合(%)
～19歳	731	3
20-29歳	6,805	2.9
30-39歳	16,504	7
40-44歳	11,698	5
45-49歳	17,589	7.5
50-54歳	31,433	13.3
55-59歳	29,026	12.3
60-64歳	31,078	13.2
65歳以上	91,083	38.6
計	235,947	100
無回答	473	-
合計	236,420	-

在院期間	人数	割合(%)
～1ヶ月未満	13,614	5.8
1～3ヶ月未満	17,768	7.6
3～6ヶ月未満	13,887	5.9
6～12ヶ月未満	18,279	7.8
1年～1年6ヶ月未満	13,464	5.7
1年6ヶ月～3年未満	27,893	11.9
3年～5年未満	24,174	10.3
5年～10年未満	34,266	14.6
10年～20年未満	33,639	14.3
20年以上	38,349	16.3
計	235,333	100
無回答	1,087	-
合計	236,420	-

様の調査を実施しているが、それによると65歳以上の大幅な増加と40歳未満の大幅な減少が明らかである<sup>33)</sup>。

#### 在院期間

同調査による在院期間は、表のとおりである。1年未満が27.1%で、10年以上が30.6%と多い。

また、在院期間と年齢を平成5年と平成14年を比較しているが、65歳以上で20年以上入院している患者が平成5年には15.5%であったのが平成14年には16.6%に増加している。長期入院患者の高齢化が明らかになっている。

1993（平成5）年との在院期間の比較では、3年未満の患者が増加し、3年から20年未満の患者が減少し、20年以上が増加している<sup>34)</sup>。このことを考えると、20年以上入院している患者の社会復帰が難しいことがわかる。

#### 入院患者の能力障害

能力障害の能力評価は、表 による評価尺度である。その結果は、図2のとおりである。

山角の結果報告では<sup>35)</sup>、重度といえる能力障害（能力障害4と5）の割合は42.1%、軽度（能力障害1と2）は25.3%であったとしている。表 でみるように、能力障害評価1及び2は、精神障害を認めるが日常生活は一定の制限を受けながらも援助なくできる入院患者である。これらの援助を必要としない入院患者の入院目的はなんだろうかと疑問に思う。これらの入院患者が、59,814人いることになり、これらがいわゆる社会的入院といわれる患者とも思われる。反面、常時援助が必要な患者が42.1%、その中でも身の回りのことがほとんどできない患者が15.9%であること、そして、今後も続く高齢者の増加は、能力障害5の患者が増加することを推測させる。

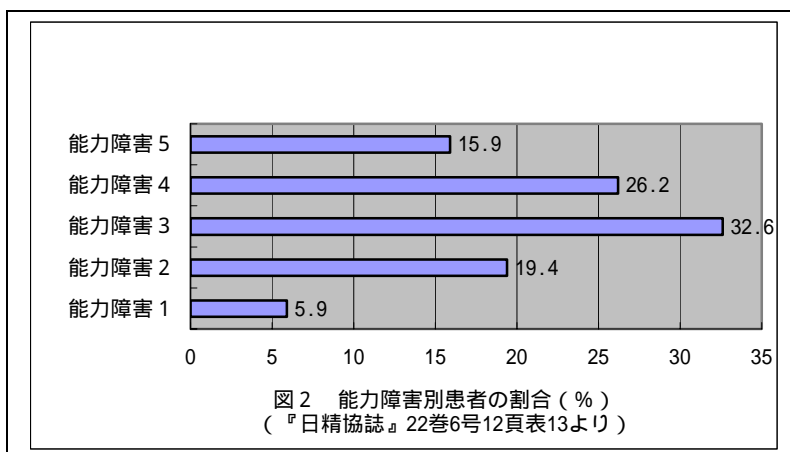


表 能力障害評価表	
1	精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
2	精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
5	精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

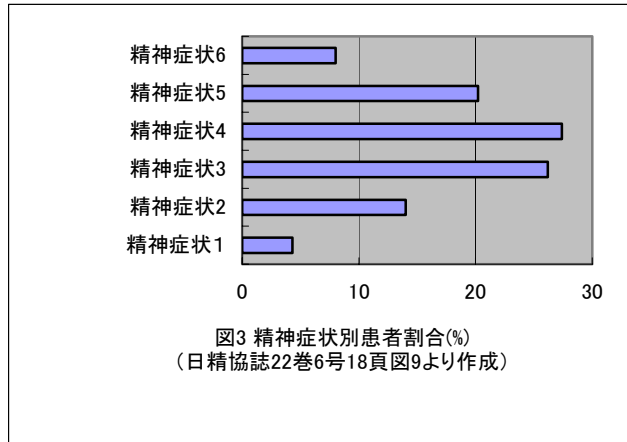
#### 精神症状

精神症状の評価尺度は、表 のとおりで、精神症状1は軽症で順次重症化していて、精神症状6はしばしば隔離をしなければならないような重症である。その結果は、図3のように一番多いのは、精神症状4で、「意思の伝達や判断に欠陥があり、行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸

脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性的の幻覚妄想などの精神症状が遷延している状態。また、中程度のうつ状態、そう状態を含む」患者が27.4%である。

次は、精神症状3で、概ね安定している患者が26.2%である。症状だけでは判断できないが、現治療が家族等の援助で継続されるような手だてができるならば、精神症状3や精神症状4の患者も社会復帰は可能かもしれない。

精神症状3や4の患者には、工夫されたりハビリテーション看護をとおして社会復帰が可能となる。同時に地域での受け皿となる援助活動が必要になる。



1	症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2	精神症状は認められるが、安定している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくつかの欠陥が見られるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。また軽度か中等度の残遺症状があるが、対人関係で困難を感じることもある。
4	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）慢性的の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。また、中程度のうつ状態、そう状態を含む。
5	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい滅裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。また、重度のうつ状態、そう状態を含む。
6	活発な精神症状、人格水準の低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺帰途、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を必要とする。しばしば隔離なども必要となる。

精神症状と能力障害

精神症状と能力障害をクロスさせているのが、表、表である。表は在院期間が3年未満であり、表は3年以上である。3年未満の患者は軽症の患者が多く3年以上の入院患者は重症化の傾向にある。

	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6
能力障害1	17,566		7,617	45,352		
能力障害2	(20.9%)		(9.1%)	(18.3%)		
能力障害3	2,240 (2.7%)		12,750 (15.6%)			
能力障害4	3,161		25,358			
能力障害5	(3.8%)		(30.2%)			

しかし、精神症状も安定し、能力障害の少ない患者が入院していることから継続した治療が可能ならば、社会復帰の可能性は高いことが明白である。精神症状3で能力障害3程度の患者の場合は社会復帰の取り組みや地域の条件が整えば退院は可能になるであろう。

	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6
能力障害1	17,412		9,916	23,680		
能力障害2	(14.4%)		(8.2%)	(19.5%)		
能力障害3	2,635 (2.2%)		18,952 (15.6%)			
能力障害4	4,793		43,768			
能力障害5	(4.0%)		(36.1%)			

#### マスタープラン調査から見た患者処遇

澤の報告では「今回の調査では、開放処遇は、10万5,920人45.2%であり、閉鎖処遇は、12万8,420人54.8%であった」<sup>36)</sup>。入院期間と処遇の関係では、大きな変化は認められないが、1ヶ月以内は閉鎖処遇が多く、5年以上の入院患者は開放処遇が多い。さらに、能力障害と処遇では、能力障害1・2の患者は、開放処遇が多いが、能力障害3以上では閉鎖処遇が多くなっている。

精神症状と処遇では、精神症状1の患者でも開放処遇7,217人に対し、閉鎖処遇2,824人である。重い精神症状6では、開放処遇4,383人に対し、閉鎖処遇は、14,320人となっていて、精神症状6の患者でも開放処遇ができることを示している<sup>37)</sup>。

#### (4) 小活

精神病院や入院患者の統計的特徴は、開設者別精神科病院数では法人や個人が多いことが統計的に証明されている。また精神科病院では補助金制度や診療報酬による誘導で専門病棟化が少しずつではあるが進んでおり、入院患者の療養環境は前進している。しかし、「精神療養病棟」では、

必要な看護職員は入院患者3人に1人の割合であるが、その必要看護の1/2は無資格者で、残りの半数は准看護師(その中の20%は看護師)とする制度で、「精神科特例」より少ない有資格者で構成されている。病院経営者は積極的に採用し、1,000病院が承認を受けている状況にあり、看護の有資格者の数は大きく逆行しているといわざるを得ない。

精神科病院では、長期入院を続けてきたため、その結果として入院患者は高齢化している。65歳以上で20年以上入院している患者の増加がみられる。今後の精神科病院は、高齢化した入院患者への対応に迫られるであろう。少ない看護職員の「精神科病院体質」でどこまで医療・看護が実践できるか、危険さを感じる。

民間病院の実態を日本精神病院協会マスタープラン調査から見ることができる。年齢構成や入院期間は長期高齢が更に進んでいる。能力障害と精神症状では、能力障害や精神症状も軽症の患者が14.4%で、能力障害や精神症状が中程度から重症の患者が36.1%入院しているとしているが、高齢化とともに能力障害は確実に低下している。また、援助を必要としない能力障害1・2で入院している患者が25.3%いて、退院の可能性が見えてくる。

#### 4. 精神科病院での事故の特徴

精神科病院での事故は一般科と異なって、患者同士のトラブルや他害行為、自殺など、精神症状に起因すると思われることが多く、予測しがたいこともある。松岡の裁判例一覧表では<sup>38)</sup>、自殺13事例(36.1%)、他害事例11事例((30.5%)、転落死などの不慮の事故6例、治療に関するもの4件、放火による焼死2件で、自殺や他害が多く一般科と異なる。このことは、措置入院の要件である「自傷他害のおそれ」と関連付けて考えられ、精神疾患の症状として起こりやすい現象と考えることができる。

また、日本精神病院協会の資料によると<sup>39)</sup>、1976(昭和51)年から2002(平成14)年までの26年間に、134件が提訴されている。その中で2002(平成14)年5月までに解決した107件は筆者の分類では、治療に関する訴訟29件、患者処遇に関する訴訟19件、他者殺傷15件、患者同士のトラブル13件、看護に関するもの13件、自殺11件、事故死5件、その他2件であった。

治療に関する訴訟では、身体合併症に関する事例が多く、身体合併症の発見の遅れや急変への対応などがある。また、薬の副作用による悪性症候群や歩行困難の発症、院内のレクリエーション中急性心不全で死亡などがある。

人権侵害19件は、不法拘束理由とする提訴が16件と多いが、10件は被告(病院)が勝訴していて、取下4件、和解2件である。不法拘束以外の人権侵害では、1984(昭和59)年5月5日発生した、外来通院患者が担当医師に暴力を受けたとする訴訟では、被告(病院)勝訴で、1985(昭和60)年7月15日事故発生した、病院職員による暴力では、調停が成立した。

1996(平成8)年5月21日には、准看護師に暴力を受けたとして提訴された事件の場合は、和解になっている。准看護師による暴力事件は、精神保健福祉法改正以降に発生したものである。

他者とのトラブルは、患者間の傷害致死事件が13件で、解決方法は、病院敗訴は1件、病院勝訴1件、残りは和解である。

看護に関する訴訟としては、院内での骨折が3件と多く、シャワーのお湯で熱傷、転倒や墜落で負傷または死亡、誤嚥による死亡等、看護職員が注意すれば防げたものを分類した。

自殺は、隔離室での自殺が3件、病院内5件、院外での自殺3件で、自殺の方法は縊首自殺が多く、飛び降りや列車に飛び込みなどがある。

107件の解決方法は、和解59例(55%)が圧倒的に多く、次に病院勝訴25例(23.3%)、病院敗訴事例は8事例(7%)、その他であった。解決金は、平均6,809,882円で、最高が85,700,190円と高額である。

精神病院での自殺防止について、東は1996(平成6)年から2002(平成14)年までの自殺例を分析しているが<sup>40)</sup>、その方法について、圧倒的に縊首と飛び降りが多く、次いで、飛び込み、入水、刃物、服薬の順であるとしている。自殺で使用する道具としては、タオル22件(22.4%)、衣類20件(20.4%)、ひもやコード、シーツが各10件である。1件ではあるが枕カバーや蒲団などがある。自殺の場所については、隔離室28件(19.7%)、次いで自室27件、トイレの22件で、隔離室の自殺が多いことは、隔離室の看護に活かされなければならない。

また、日本精神病院協会では、会員病院の自殺実態調査を実施している。その結果では、開放で任意入院の患者272名(33.1%)、開放で医療保護入院は18名(2.2%)、閉鎖で任意入院患者は320名(39.0%)、閉鎖で医療保護及び措置入院患者の自殺は211名(25.7%)である<sup>41)</sup>。

この調査からは、開放病棟に入院している患者の場合は、行動範囲も広く活動的であることから、自殺企図者は少ないが、既遂者は129名と多い。閉鎖病棟の場合は、自殺企図者は開放より多いが、既遂者は少ない。閉鎖病棟は看護職員等の観察で未然に防止できていると考えられるが、開放病棟の患者観察の方法など更に検討して、自殺を未然に防止する必要がある。

東は、他害行為の分析を病名別に被害者と加害者の数を調査しているが、統合失調症患者は被害者120人、加害者144人で被害者にも加害者にもなりやすい。老年痴呆・欠陥性痴呆患者は被害者になりやすく、38人が被害者になっており、20人が加害者になっていると述べている<sup>42)</sup>。

表 自殺(日精協調査)

	自殺企図者	既遂者
開放任意	272 (33.1%)	129
開放医療保護	18 (2.2%)	11
閉鎖任意	320 (39.0%)	95
閉鎖医療保護及び措置入院	211 (25.7%)	49

『日精協誌』20巻5号37頁より筆者作成

## (1) 小活

昭和51年から平成13年までの25年間の日本精神病院協会の調査や松岡の報告からも自殺や他害事故が多いことがわかる。また、不法拘禁とする人権侵害や数は少ないが職員の患者へ対する暴力で提訴される事例もある。これらは、精神科病院での事故の特徴といえる。

診療に関する事故では、合併症の治療や抗精神病薬による副作用に対する訴訟があるが、精神科病院の設備が合併症治療に適していないことや医師や看護職員の身体ケアの知識不足が考えられ、合併症治療環境の整備や医療・看護の充実を図る必要がある。

## 5. 今日の課題

2000(平成12)年5月19日大阪府精神保健審査会では、「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」を出した<sup>43)</sup>。それには、入院中の精神障害者は、適切な医療を受け、安心して治療に専念ができるよう10の権利を有するとしている。個人として尊重される権利、受けている治療について知る権利、一人ひとりの状態に応じた適切な治療や対応を受ける権利、退院して地域での生活に戻っていくことを見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉を受ける権利、自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定ができるようサポートを受ける権利、公平で差別のない治療及び対応を受ける権利、できる限り開放的な、明るい、清潔な、落ち着ける環境で治療を受けることができる権利、自分の衣類や私物を自分の身の回りに安心して保管して置ける権利、通信・面会を自由に行える権利、退院請求を行う権利や治療・対応に対する不服申し立てをする権利である。

これは、当たり前医療を求めているに過ぎない。

一方、精神病院の特質は、「安上がりな精神医療」つまり、少ない人員で、民間病院に強制収容してきた「精神医療政策のひずみ」にあったといえよう。精神科病院での入院患者に対する人権侵害をなくする近道は、精神科病院を一般病院並にすることと考えられる。

「精神病院で入院患者への人権侵害」を起こさないためには、以下のような課題が考えられる。

医療法できめられている「精神科特例」を撤廃すること。

精神科救急の整備：何時でも入院できる入院制度の整備

地域に普通の住居を精神障害者のための住居として確保すること。

地域住民への啓発は国の責任で行うこと。

病院評価の基準をきめ、国の責任で全病院の評価をして公表すること。

行政指導の徹底：きまりきった項目のチェックに終始するのではなく治療の実態を確認する必要がある。以下の項目を確認することで治療の実態を確認できる。

- ・入院計画と計画の実施を評価する。
- ・入院患者と退院患者：入院から退院までの治療システム(治療プログラム)と医療チー

ム連携の実態(それぞれの責任範囲が明確になって実施されている)。

- ・退院後のフォロー態勢：誰が何時、どのような方法で実施しているかの確認
- ・患者や家族の治療への参加
- ・専門職員の能力評価
- ・行政指導の回数を増やし、予告しないで行く。院長不在の場合もあるだろうが、不在時の対応がどのようになされるかも審査対象にする。

行政指導は大事な役割で、行政側から患者を依頼する立場としてではなく、医療・看護の実際がどのようになされているかを確認して、指導することに意味がある。行政指導を担当する者は精神科医療に精通していなければならない。

以上は、今日的課題と考えられる。

## おわりに

精神科病院で継続して起きる入院患者に対する人権侵害事件は、精神科病院の一般病院と異なる特殊性に存在すると考えられた。精神科病院の特殊性を生み出したものは、社会防衛を第一にした「精神医療の低医療費政策」にあり、精神科病院を一般病院化することで入院患者の人権侵害は防止できると考えられた。

### <注>

- 1) 高木俊介「過去の20年の病院不祥事件」精神医療45巻2号66-74頁(1986)。
- 2) 大和川病院では、看護職員の患者への暴力で患者が死亡する事件が1993年に発覚した。
- 3) 『高知新聞』平成9年2月13日。山本病院では、当直中の看護助手と19歳の看護師がアルコール依存症で入院していた患者に暴力を加え頭部打撲、肋骨骨折などの重症を負わせた。翌日(14日)の同新聞で死亡したと報じた。
- 4) 『毎日新聞』2003年7月31日では、統合失調症で入院していた患者(52歳)の生活態度が悪いと注意した際に、反抗されたことに立腹し、平手で1回殴り転倒させ神経性ショックにより死亡させた(平成14年7月17日)事故で、元看護助手に懲役3年執行猶予4年の刑を言い渡した。
- 5) 『大阪読売』2002年2月1日。「ポチ」と呼ばれた患者が10年間ひもでつながれていたと報じた。
- 6) 読売新聞「シリーズ精神医療」<http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/ansin/an1c2501.htm> 2003.10.5.
- 7) 大阪読売2002.2.4.
- 8) 厚生労働省調査「病院数、病院の種類\*開設者」  
[http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_2\\_2.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html) 2003.10.5.
- 9) 新福尚隆他『世界の精神保健医療』21頁(ヘルス出版2001)。
- 10) 精神保健研究会監修『わが国の精神保健福祉14年度版』168頁(厚健出版1994)。
- 11) 精神病患者監護法では、「精神病患者八其ノ後見人配偶者4等親ノ親族又ハ戸主ニ於テ之ヲ監視スルノ義務ヲ負フ---」となっている。
- 12) 呉秀三らは、1901年「精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察」を発表した。呉秀三らの調査では、1910年(明治43年)~1916年(大正5年)の間に、東京帝国大学医科大学精神病学教室の助手・副手が毎年夏休みに、1府(東京府)14県(群馬、神奈川、広島、山梨、長野、静岡、埼玉、福島、岐阜、茨城、千葉、青森、富山、三重、)を調査した(四国・九州地方や北海道は調査されていない)。呉秀三は「之ヲ要スルニ被監置者ノ運命ハ実ニ憐レムベク又悲シムベキモノナリ。彼レ一度監置セラルルヤ、陰鬱・隘路ナル一室ニ踰踏シテ、医薬ノ給セラルルコトナク、看護ノ到ルルコトナク、家族ハ此ノ如クニシテ多少トモ其ノ



- 回春ノ機ノ来ランコトヲ期待スルモノアリ。殊ニ知ラズ、此ノ如クニシテ病勢八日ニ日ニ痴呆ニ傾キ行キテ、治スベキモノモ不治ニテリアルハ自然ノ数ナルコトヲ。是ニ於テカ病者八遂ニ終生幽囚ノ身ト為リテ再ビ天日ヲ迎グニ由ナキハ無期徒刑囚ニモ以テ却ツテ遙ニ之ニ劣ルモノト云フベシ」と述べている。
- 13) 精神病院法 1 条は「主務大臣ハ北海道又ハ府県ニ対シ精神病院ノ設置ヲ命ズルコトヲ得」、6 条は「都道府県ニ於テ設置スル精神病院ニシテ地方長官ノ具申ニ依リ主務大臣ニ於テ適當ト認ムルモノハ第 1 条ノ規定ニ依リ設置スルモノト看做ス」と規定した。
  - 14) 厚生省保健医療旭精神保健課監修『我が国の精神保健平成 14 年度版』61 頁(厚健出版 1994)。施設等設置・施設整備費補助金額は、1989(平成元)年からの資料では、1998(平成 10)年が最高で 2,370,782,000 円、次は 1990(平成 2)年の 1,369,260,000 円、最低は、1993(平成 5)年の 407,359,000 円であり、継続して出されている。
  - 15) 医療法(昭和 23 年 7 月 30 日法律 205 号) 21 条では、病院が医師、歯科医師、看護婦その他の従事者を有することを規定し、同条並びに 23 条で厚生省令へ委任している。医療法施行規則(昭和 23 年 11 月 5 日厚生省令第 50 号) 19 条では、入院患者に対する員数の標準を医師の場合は概略「患者の数 16 またはその端数増すごとに 1 を加えた数」、看護婦及准看護婦については概略「患者数が 4 又はその端数を増すごとに 1 を加えた数」と定めている。厚生省事務次官通知(昭和 33 年 10 月 2 日厚生省発医 132 号各都道府県知事宛は、医師の概算「患者の数を精神病にあっては 3 をもって除した数が 16 又はその端数を増すごとに 1 を加えた数」、看護婦及准看護婦の概略「患者の数が 6 またはその端数を増すごとに 1 を加えた数」としている。
  - 16) 全国精神医療労働組合協議会 <http://www.seirokyo.com/> 2003.8.12。
  - 17) 一般科は 4 : 1、精神科は 6 : 1 と定められている。
  - 18) 日精協宇都宮病院調査班「宇都宮病院調査について」日精協雑誌 3 巻 5 号 39 頁(1984)。
  - 19) 平成 12 年 12 月 6 日「医療法等の一部を改正する法律第 141 号」公布。
  - 20) 精神衛生法では、措置入院と同意入院が規定され、患者にとってはいずれも意思に反した強制入院であった。
  - 21) 岡田靖雄「ライシャワー事件をめぐって」『精神衛生法をめぐるとの問題』35 頁(松沢病院医局病院問題研究会 1964)では、1964 年 3 月 24 日、17 歳の精神障害者がアメリカ駐日大使のライシャワー氏をナイフで刺し重症を負わせた。会期中の国会で当時の総理大臣池田隼人は「こうゆう患者の野放しは文明国として恥ずかしい。急いで取り締まれるように対処せよ」と指示したとある。
  - 22) 1965(昭和 40)年精神衛生法の一部改正で、緊急措置入院制度が導入されるなど社会的防衛を優先した隔離収容政策が強化された
  - 23) 前掲注(10) 553 頁では、昭和 45 年 104.7%の入院患者が超過して入院し、昭和 60 年まで 100%以上の入院患者であった。
  - 24) 前掲注(1) 66 - 74 頁。
  - 25) 座談会「精神衛生法をめぐるとの問題」法律時報 47 巻 8 号 61 頁(1975)の中で、中山宏太郎は「---石炭産業の崩壊の過程で特に九州あたりを中心に民間資本の大量の投資されていくという過程がある。それで、昭和 40 年頃には、もうすでに 20 万を越すというベッド数の異常増大、それも医療スタッフをそろえない形での増大があります---」と発言している。
  - 26) 前掲注(10) 552 頁。
  - 27) 平成 14 年 12 月 24 日 障害者施策推進本部決定、障害者基本計画に沿って、同基本計画の前期 5 年間に於いて重点的に実施する施策及びその達成目標並びに計画の推進方策で条件が整えば退院可能とされる約 72,000 人の入院患者について、10 年のうちに退院・社会復帰を目指す。このため、今後、更に総合的な推進方策を検討するとした。
  - 28) 天賀谷隆「あなたは職場に満足していますか」精神科看護 28 巻 4 号 12 頁(日本精神科看護協会 2001)。
  - 29) 荻野雅他「我が国の精神看護学教育の実態」日本精神看護学会誌 6 巻 1 号 14 頁(日本精神保健看護学会 1997)。
  - 30) 札幌地裁 53.9.29。
  - 31) 前掲注(10)545 頁。
  - 32) 前掲注(10) 70 頁。
  - 33) 山角駿「平成 14 年マスタープラン基礎調査結果報告」日精協誌 22 巻 6 号 16 頁(2003)。
  - 34) 前掲注(33) 16 頁。
  - 35) 前掲注(33) 17 頁。
  - 36) 澤温「マスタープラン調査から見た処遇に関する現状と課題」日精協誌 22 巻 6 号 23-35 頁(2003)。
  - 37) 前掲注(36) 23 頁。
  - 38) 松岡浩「精神科医療事故と法制度」松下正明総編集『精神医学と法』380-382 頁(中山書店 1997)。

精神科病院の特質と入院患者の人権（藤野）

- 39) 日本精神病院協会医療問題検討委員会調べ一覧表（平成 14 年 5 月現在）。
- 40) 講演：東司『精神科における医療訴訟』日本精神病院協会学術集会 - 看護部門（平成 15 年 6 月 12 日神戸国際会議場）資料 7 頁。
- 41) 杉田多喜男「精神科医療における自殺とその予防対策」日精協誌 20 巻 5 号 37 頁（2001）。
- 42) 前掲注（40）。
- 43) <http://list.room.ne.jp/~lawtext/1975Handicapped.html> 2003.9.14 .

主指導教員（西埜 章教授）、副指導教員（石崎誠也教授・加藤智章教授）