

## イタリアと対極にある日本 今こそ権利擁護制度の強化が必要

有我讓慶 (看護師・全国精労協政策委員)

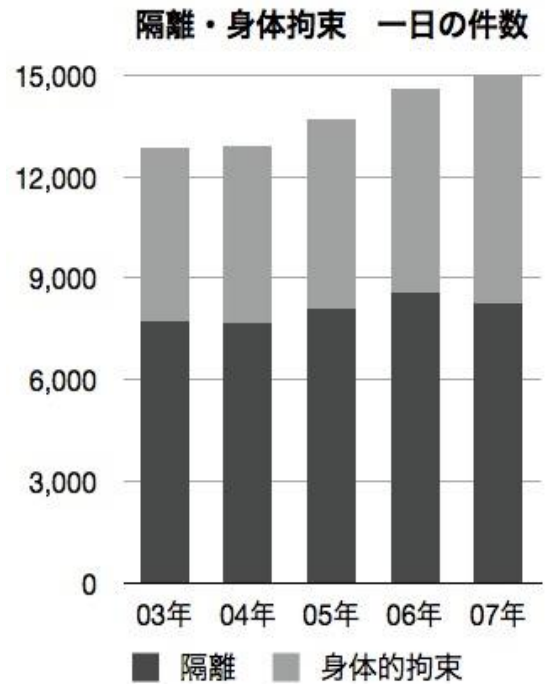
### <年々増加する隔離・身体拘束、そして権利状況の悪化>

私は精神科病院で働く労働者の組合で、安心してかけられる精神科医療を求めて厚生労働省に対して20年間交渉を続けている。

厚生労働省は、毎年6月の全国の精神科病院の状況を調査している。各都道府県・政令指定都市に調査を委託し、このデータをまとめて全国レベルの資料を作成している。ここでは、2010年9月に国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のホームページで公表された2007年6月30日時点のデータなどをもとに現状を紹介したい。(インターネットで「630 調査関連データ・精神保健福祉資料」で検索できる)

右のグラフと下の表を見ていただきたい。この間、厚生労働省は精神科病床の機能分化を進めてきた。(急性期、療養、認知症病棟など) その中で隔離や拘束が増え、任意入院であるのに閉鎖病棟に入院する患者数が増えているなど入院者の権利状況はむしろ悪化していると言える。

入院者数は微減であるが、2004年に厚生労働省が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で掲げた「(2014年までに精神科病床への)7万2千人の社会的入院を解消する」という最重要目標にはほど遠い。



	2003年	2007年	増減
入院者数	325,169	316,625	-8,544人
隔離	7,741	8,247	+506人
身体拘束	5,109	6,786	+1,677人
隔離+拘束	12,850	15,033	+2,183人
閉鎖処遇率	42.6%	59.5%	+16.9%
任意入院者閉鎖処遇率	54.1%	54.7%	+0.6%
医療保護入院	114,145	121,868	+7,723人
終日閉鎖病棟	42.4%	58.5%	+16.1%
閉鎖病棟等 (1日16時間以上鍵のかかる病棟)	64.4%	67.1%	+2.7%
公衆電話未設置閉鎖病棟	7.3%	4.3%	-3%
隔離室+鍵のかかる個室	(04年)19,837室	23,012室	+3,175室

←法の基準を満たさない病棟!

## ＜隔離・身体拘束増加の背景は＞

- ・急性期治療病棟、精神科救急病棟の増加に伴って、増改築が進み、保護室数が増えた
- ・認知症患者が（地域で暮らすのでなく）、認知症病棟へ収容されることが急増している
- ・医療法の差別的な「精神科特例」で医療人員が不足している。医師は他科の1/3。一般病院の病棟は患者：看護師＝3：1実質2：1であるのに、精神科は4：1＋補助者。そのため夜勤は2名、多くて3名で、手厚いケアや寄り添い、見守りの必要な患者さんに、人手不足や「安全」のため隔離・身体拘束が濫用されがち
- ・隔離・身体拘束や強制入院の濫用をチェックするべき精神医療審査会が機能していない。都道府県ごとの審査会の委員は15～40名。措置入院や医療保護入院の書類審査に追われ、退院・処遇改善請求に手が回らない。請求をしてから結論が出るまでに1ヶ月近く、時には2ヶ月以上もかかるのでは請求の意味がない。（詳しくは人権センターニュース93号）
- ・2004年から各病院で設置された「行動制限最小化委員会」は当初期待されたが、病院の職員のみで構成されるなど、結果の追認になりやすく、実効性は低い
- ・一部の病院では閉鎖的処遇の弊害、薬の副作用である咽の渇きが原因の「水中毒」の患者さんへの隔離と身体拘束の濫用も指摘されている

## ＜日本と対極にあるイタリアと比較＞

1日の行動制限	日本：2007年	イタリア
隔離	8,247件	0件（隔離室がない）
身体拘束	6,786件	身体拘束をしない地域が約4割

11月20日の講演会で紹介されたイタリアの精神保健医療福祉はWHO(世界保健機関)のモデルとなっている。私も2009年の秋、イタリアのトリエステに行き、衝撃を受けた。隔離も身体拘束も電気ショックもなかった。人の権利と尊厳をなにより重視して、医療の強制力を法で大きく制限していた。精神科医の権限を制限し、同時に「精神科医療を治安的役割から解放した」と説明されていた。

世界最大規模の病床数を抱える日本の精神科医療は、世界から大きく取り残されている。精神科医のロザーヴィオさんは日本の精神科病床数や平均在院日数を比較したグラフを見て、「これじゃ日本だけ精神病が重いみたいだ」と言った。イタリアも1970年代まで精神病院は隔離拘束だらけだったそうだ。しかし精神病院を廃止して、地域ケアへの大転換を実現させた。現在の人口あたりの精神科病床数を見ると、日本はイタリアの17倍だ。（民間病院4000床を含む）

国際的な潮流、標準はもちろんイタリア側だ。行動制限の最小化は、人としての尊厳を守る権利擁護制度や、医療提供に対する姿勢と考え方、地域の精神保健ケアの充実でこそ可能なのだろう。病院都合を優先すると行動制限は増加するばかりだ。

国際的基準であるWHOの「精神保健ケアに関する法：基本10原則」では、行動制限について「最小規制の原則」がある。「身体抑制（拘束）では4時間」が限度だと例示されている。しかし、日本にはこうした制限はない。また、この原則にある「隔離室の段階的廃止と新規設置の禁止」にも、日本は逆行している。

## ＜実効性のある権利擁護制度の強化と精神科特例の撤廃が必要＞

必要なのは実効性のある権利擁護制度と法の整備である。WHOの「精神保健ケアに関する法：基本10原則」にあるように、オンブズマンなど第三者の権利擁護活動を保障し行政が支援すること。そして、権利と尊厳を守って医療が提供されるよう、少なくとも他科と同様の人員を配置することである。