

## 患者の人権、陰で侵害 違法の疑い 新潟の国立療養所

(朝日新聞 1998年9月25日朝刊)

「患者の人権の尊重、医療事故防止に注意している」――。

精神保健福祉法の規定に違反する患者処遇の数々が明るみに出た国立療養所犀潟病院（新潟県大潟町）は、自ら開設したインターネットのホームページで精神科の閉鎖病棟をこのように紹介している。

しかし実際の病棟では、医師の診察なしでの患者の隔離や拘束、保護室以外の場所への患者の隔離、カルテなど診療記録の記載の不備など、法違反の疑いが多かった。病院を立ち入り調査した新潟県の職員のひとり「病院側は反省しているというが、人権侵害を改善していこうという姿勢が足りない」と嘆いた。

新潟県が同病院にある二つの精神科閉鎖病棟と老人性痴呆ほう病棟を対象に、8月10日に実施した立ち入り調査の結果は、精神保健福祉法違反の疑いが目立った。

「診療録に隔離、拘束の理由、期間などの記載がない」＝15件▽「閉鎖病棟と廊下との二重扉の内側に患者を閉じこめていた」＝2件▽「『看護者の判断で隔離してよい』と看護記録に記載していた」＝1件▽「任意入院であるのに頻繁に隔離、拘束が行われていた」＝6件――など。

法違反が疑われる事例は、隔離や身体拘束にかかわる事項以外にもあった。

「強制的に入院させた患者の入院届、定期病状報告の遅れ」＝23件、「未提出」＝三十三件▽「家庭裁判所から『保護者』の選任を受けていない扶養義務者の同意で強制的に入院させることができるのは四週間までなのに、その期間を超えても入院させていた」＝三件▽「患者が外部の人との面会や電話をしようとするのを制限したことをうかがわせる記録があるのに、カルテにその記載がない」――などだ。

同病院は二年前から、医療内容などを紹介するインターネットのホームページを開設している。そこには「精神医療の基幹施設として政策医療を中心に、地域医療に大きく貢献していた」「新たな時代『脳の科学・心の世紀』に対応した国立医療機関をめざしている」と高らかに宣言している。また、拘束中の患者が死亡した閉鎖病棟を紹介するページでは、「主治医の診断により治療方針が決定し、薬物療法が主体となって治療が行われている」とした上で、「患者の人権の尊重、社会性の拡大、医療事故防止に注意している」などと記載されている。

精神医療行政にも詳しい精神科医は「犀潟病院で行われていたことは、病院への行政処分はもちろんのこと、患者の主治医である精神保健指定医の指定取り消し処分が行わ

れてもおかしくないくらい重大な人権侵害だ」と指摘している。

#### ○「拘束、強引ではない 指示の仕方に不備」 院長一問一答

国立療養所犀潟病院の大沼悌一院長は二十四日、朝日新聞の取材に対し、患者の死亡事故などを認めた上で、「拘束は必要やむを得ない措置だった。手続き上の不備があった」などと話した。一問一答は以下の通り。

――患者への身体拘束は適切だったのですか

亡くなった患者さんは他人の部屋に入り、ものを投げるなどの問題が多かった。拘束は必要やむを得ない措置だった。問題は、その都度、主治医が患者を診察して、看護婦らに指示すべきなのに包括的な指示のみだった。手続き上の不備があった点は認めるが、 unnecessary 拘束を強引にしたわけではない。

――事故当日、患者さんに問題行動はありましたか

夜、他人の部屋に入ろうとするなど、雲行きが怪しくなった。看護婦はこれは駄目だと判断し、「縛るからね」と言って、腰などを拘束した。看護記録には、いつものことだとして、その経緯を記載しなかった。当日の患者の様子や日常の行動パターンからみて、やむを得なかった。

――法違反の拘束、隔離やカルテの不備などが常態化していたようだが

長期間入院の患者への診察、指示はその都度、カルテに記載せず、手抜きしてしまっただ。入院期間の短い患者では、丁寧に丹念に記載している。ほかの病院でも長期入院では、カルテ記載がさぼりがちになってしまう傾向があるのではないかと。

――基本的ルールを守れずに、患者の人権などが守れるとお考えですか

病院には人の出入り、周りの目もあり、人権侵害などあり得ない。ただ、カルテに記載しないと、「本当に診察したのか」といわれても、弁解できない。医師の防御として、自分の立場を明確にいえるよう、カルテの記載をしっかりとるよう、指導している。

――人手不足など構造的な問題もありましたか

九十六床の閉鎖病棟には（患者を隔離するための）保護室は四室で、確かに少ない。死亡事故の日も、個室がいっぱいで、亡くなった患者を、すぐ見えるような場所で拘束しなかった。手のかかる患者の多いこの病棟では夜勤に三人の看護は必要だったが、（全体の看護態勢の定員が法律で決められており）二人しかあてられなかった。

――今後の対応は

医師の診察、指示などが適切か互いにチェックできるようマニュアルをつくり、来週から始める。主治医も手続き上の不手際を認めており、国の処分などを待っている段階だ。

#### ○厚生省は毅然と対応を

**<解説>** 精神病院で入院患者の体を拘束することができるのは、主として自傷行為から患者自身を守るため、一定の臨床経験を持ち厚生大臣の指定を受けた「精神保健指定医」が直接患者を診察して必要と認めた場合に限る。これは精神保健福祉法で定められたことであり、さらに、指定医は患者を拘束した場合、遅滞なく必要事項をカルテなどに記載しなければならないことも法に明記されている。国立療養所犀潟病院で明らかになった事例は法違反の疑いが極めて強い。

一九八〇年代に患者への日常的な暴行や無資格診療などが発覚した報徳会宇都宮病院事件以来、民間の精神病院の不祥事はあとを絶たない。しかし、一般病院のモデルとなるべき先進的な医療が行われているはずの国立療養所で違法な患者処遇が常態化していた事実、関係者はショックを受けている。厚生省は「身内」ともいえる国立療養所での不祥事に手心を加えることなく、病院への行政処分である改善命令の発動を含め、毅然（きぜん）とした態度を示す必要がある。

（社会部・和田公一）

#### 【写真】

保護室代わりに患者を閉じ込めるのに使用していた二重扉＝24日午後5時、新潟県大潟町の国立療養所犀潟病院で

入院患者が死亡した国立療養所犀潟病院の精神科閉鎖病棟＝24日午後3時30分、新潟県大潟町で

### 再犯「予測」議論に慎重さを（！精神医療と法：上）

（朝日新聞 2001年6月14日朝刊）

精神科に入院や通院した経験のある人が大きな事件を起こすたびに「事件を起こす危険は予測できたはずだ。事前に隔離することはできないのか」という議論が繰り返されてきた。大阪教育大学付属池田小の事件は被害の大きさ、悲惨さに加え、容疑者が2年前に傷害事件を起こしながら不起訴となっていたこともあり、法改正を含め現行制度の不備を指摘する声が出ている。しかし、この問題が長年議論されながら容易に結論が出なかったのには理由がある。再犯の予測は本当に可能なのか、現行の強制入院の制度では不足なのか。実態を踏まえた冷静な議論が必要だ。

（社会部・和田公一、くらし編集部・時枝秀樹）

#### ○精神障害で不起訴・無罪 現行は医師判断で入院

「責任なければ刑罰なし」。近代刑法の原則のひとつだ。現行刑法は「14歳に満た

ない者」と「心神喪失者」を「刑事責任を負担する能力がない」とみなして、「その行為は罰しない」ことにしている。心神喪失とは、酒や薬物、精神の病などが原因で善悪の判断をできないか、判断できてもそれに従って行動することができない状態のことだ。そこまでいかなくとも判断が著しく困難な状態を「心神耗弱」といい刑を軽減することになっている。

裁判で、犯行当時心神喪失の状態だったと判断されれば無罪となる。実際には、捜査段階で検察官が心神喪失、心神耗弱と判断すれば、起訴しないケースが圧倒的だ。

法務省の統計によると、1994年から5年間で事件の被疑者となり心神喪失・心神耗弱と判断された人は3805人で、このうち9割近くの3402人が不起訴となっている。裁判に持ち込まれたのは403人。このうち無罪になったのは17人だ。残りの386人は刑が軽くなった。

精神障害かその疑いで不起訴になるか、裁判で無罪、あるいは執行猶予が確定すると、検察官は都道府県知事に通報しなければならない。

以降は刑法ではなく精神保健福祉法の手続きとなる。通報を受けた知事は、一定の資格を持つ精神科医（指定医）に診察させなければならない。2人以上の指定医が一致して精神障害者と診断し、さらに入院させなければ自分を傷つけたり他人に害を加えたりする（自傷他害）おそれがあると認めた場合、国公立病院か民間の指定病院に強制的に入院させることができる。これを措置入院制度と呼ぶ。治療の結果、自傷他害のおそれがなくなったと指定医が診察すれば退院となる。

### ○措置入院に多くの課題 院内事件恐れ拘禁も

90年の丹羽兵助元労相刺殺事件で逮捕された男は、措置入院を経験していた。このように措置入院経験者が事件を起こすたびに議論は繰り返されてきた。

(1) 司法の判断と医療の判断にずれがあり、心神耗弱などの理由で不起訴となっても入院の必要がないとされ、刑罰も受けず、入院もせずに社会に戻される場合がある。東京医科歯科大の山上皓教授（犯罪精神医学）による過去の調査によると、殺人、放火など重大事件を起こした精神障害者の約8%が入院不要と判断された。

(2) 重大事件を起こして措置入院しても比較的早期に退院が認められる。同じ調査で、措置入院などで入院となった294人のうち、101人が1年未満に退院している。

(3) 入院した精神障害者が病院内で暴力事件を起こすことが多い。山上教授によると、毎年平均10件前後の殺人、傷害致死事件が院内で起きているという。こうした患者に対して、過剰な拘禁措置がとられる場合がある。照明がない鉄格子付きの「特別保護室」に収容され、心臓発作で死亡するまで約8年間、浴槽と便器が置かれたこの特別保護室に隔離され続けたというケースもあった。

ある公立病院の精神科医は「退院させて事件を起こされると医師の責任が問われるの

ではないかと心配することもある。在任中は退院させたくないと思ってしまう」と話す。

### ○保安処分に近い案浮上 「入退院に司法関与を」

こうした問題を解決するには、一般の精神医療では治療が難しい精神障害者を収容する特別な医療施設が必要で、入院の判断は医師だけでなく、司法関係者が関与する司法上の処分として行われるべきであるという主張がある。

法務省と厚生労働省が合同で設置した検討会で、山上教授は次のように提案した。

(1) 患者の人権を尊重しつつ、一般の精神医療の水準を大幅に上回るスタッフをそろえ、質の高い専門的な医療サービスを提供する司法精神医療施設を都道府県に少なくとも1カ所設置する。

(2) 入院命令は社会の安全と再犯防止を重視する司法上の処分として行われるべきで、退院の判断にも司法が関与する。そのための法的整備が必要になる。

刑罰が犯罪者の責任に基礎をおくのと違い、将来の危険性に基礎を置いてなされる処分を、いわゆる「保安処分」と呼ぶ。山上教授の提案は、この保安処分に近い考え方になる。

この保安処分に対しては、そもそも再犯のおそれを予測することができるのかという問題がある。社会防衛と人権が正面から衝突する制度であり、与党の大勢も、法務、厚生労働省など事務当局も、「保安処分の新設は考えていない」という。

現時点で有力なのは、措置入院制度を前提として、現在指定医による診察に任されている入院と退院の判断に、司法関係者を加えようという案だ。詳細については煮詰まっていないが、医師、司法関係者、その他の有識者でつくる審査会のような第三者機関を設置し、入退院の判断をさせるというものだ。

医療上の判断に、社会防衛を目的とする司法的な判断を加えることは保安処分的な発想だともいえる。現行刑法の改正はせず、精神保健福祉法の一部の手直しをするだけで措置入院制度を存続させるこの案で、「実質的な保安処分」との批判をかわすことができるのだろうか。

### ○司法と医療の責務 役割・連携の明確化、必要

精神障害者が一般犯罪者と比べて再び事件を起こす割合が高いという統計やデータは見当たらない。

ある精神科医は言う。「なぜ、退院した精神障害者が事件を起こした場合にのみ病院が非難されるのか。刑務所を出所した人が事件を起こしても刑務所が批判されることはないのに」

病院が非難されるその背景には、精神障害者の場合、裁判さえ受けずに刑罰を免れることがあることに対する市民の違和感がある。とりわけ被害者と家族にとって、裁判によって事件の真相が解明されないことに対する割り切れなさは切実だ。

最近では、精神障害者自身から「私たちにも裁判を受ける権利がある」という主張が出てきている。裁判を受ける権利を奪われては、無罪を主張しようにもできない。検察官は安易に不起訴処分とせず、責任能力の判断を裁判所にゆだねるべきだという主張だ。

今回の事件をきっかけに法改正や新制度の設立などの議論が高まっている。ただ、現行制度のもとでも、司法と医療の役割分担と連携を明確にして、責任を果たすことで解決出来る部分も少なくないはずだ。

### 偏見解消の一步 「精神分裂病」を「統合失調症」に

(朝日新聞 2002年7月17日 朝刊)

「精神分裂病」を「統合失調症」に。日本精神神経学会(佐藤光源理事長)の理事会と評議員会は、8月の総会での正式決定を待たずに新しい病名の使用を会員に呼びかけることを決め、日本新聞協会にも要請した。これを受けて朝日新聞社は表記を変更することにした。むろん、呼び名を変えただけで偏見が消えるわけではない。呼称変更を、精神疾患に対する偏見解消の第一歩にしなければならない。

(科学医療部・和田公一)

統合失調症は、脳(神経)の働きが活発になりすぎ、車に例えれば、エンジンがオーバーヒートした状態といわれる。16~40歳くらいの比較的若いころに発症し、その割合は成人100人に1人弱とされる。地域や性別に関係なく、「だれにでも起きうる」病気だ。

状態が悪いときに体験する幻視や幻聴を、コンピューター・グラフィックスと音声で疑似体験する装置がある。

米国の総合医療関連用品メーカー、ジョンソン・エンド・ジョンソンが精神科医、看護師、患者の協力で作くり、日本法人のヤンセンファーマが翻訳。医師、看護師の研修や家族会の勉強会などに貸し出している。

〈診察室。医者が「最近、調子はどうですか」と話しかけてくる。すると突然、頭の上や背後から数人の声が聞こえ出す。「こいつに会うのは時間の無駄だ」「とんでもない医者だ」

医師は続ける。「週末は何をしていたんですか」。また声がする。「病院に一生監禁するつもりだぞ」。やがて医師の顔がゆがんだり、目が3つになったりする〉

統合失調症を薬でコントロールしながら仕事をしているKさん(27)は「現実の音が遠のき、幻聴の方がリアルに思える。装置による疑似体験は5分で終わりですが、実

際には四六時中聞こえる。私はその状態が2年続いた。苦しさは想像できるでしょ」と話す。

### ○完全回復も増

ドイツの精神医学者エミル・クレペリンが「早発性痴呆（ちほう）」と呼び、スイスのオイゲン・ブロイラーが「スキゾフレニー疾患群」と名付け、その概念を確立したのが1911年。長く「治らない」と思われていた統合失調症だが、向精神薬の登場で60年代以降、治療は大きく変化した。

東大と金沢大が戦前から戦後にかけて、発病から3年以上たった患者の治療効果を調査している。

それによると、38年に74%あった「効果なし」が、83年は18%と大幅に減少。「完全に回復」は17%から26%への増加にとどまるものの、「軽度の症状が残っている」「幻覚、妄想などの症状はほとんどなくなった」割合は、それぞれ5%から35%、4%から21%と著しく増えた。

世界保健機関（WHO）も昨年、「患者の約3分の1は完全に症状が快復し社会復帰するとともに、初めて発病した患者のほぼ半数が、完全かつ永続的な快復が期待できる」と報告している。

### ○一過性でなく

こうした状況が、「精神分裂病」という訳語の使用に大きな抵抗感をもたらした。「不治の病」と思われていた時代を反映しているうえに、その訳語には人格そのものを否定するような響きがあり、患者や家族に苦痛を与えている。医学的に「分裂」が病気の中核的な概念ではなくなってきたこともあり、呼称変更の流れが加速した。

新しい病名は、原語をカタカナ表記した「スキゾフレニア」、人名にちなんだ「クレペリン・ブロイラー症候群」、そして原語を翻訳し直した「統合失調症」の三つから選ばれた。

日本語で、意味を理解しやすいことが決め手だったが、家族会の人からは「羽毛布団のような名称を期待していたら、出てきたものはせんべい布団だった」という辛辣（しんらつ）な感想が出た。

全国精神障害者家族会連合会の桶谷肇事務局長は「病名が変わったという事実だけを伝えたのでは意味がない。なぜ変えなければならないのか、偏見によって患者や家族がいかに苦しんできたかということまで踏み込んで説明しなければならない」と訴える。

世界精神医学会（WPA）は96年以来約20カ国で偏見解消に向けた運動を展開している。正しい知識を普及させようと、患者が学校や企業の研修の場に出かける試みを実施している国もある。

96年から99年までWPA会長を務めたジュネーブ大精神医学科教授のノーマン・サルトリウス氏は「偏見を打破する活動は一過性のキャンペーンであってはならない。患者や家族、精神医療関係者が連携を図りながら長期にわたって取り組んでいくべき運動だ。病名変更は、日本でのそうした運動の第一歩であってほしい」と語っている。

#### ■呼称変更の経緯■

- 1896 クレペリンが統合失調症にあたる「早発性痴呆」の概念を確立
- 1911 プロイラーが「スキゾフレニー疾患群」を提唱
  - 13 日本にプロイラーの概念が紹介される
  - 19 初の邦訳「精神離背症」
  - 33 不統一だった訳語の統一が提唱される
  - 37 日本精神神経学会用語統一委員会が試案「(精神) 分裂病」を提出
  - 59 同学会精神医学統一用語集に「精神分裂病 (精神分裂症)」
  - 70 同学会精神医学用語集に「(精神) 分裂病、(精神) 分裂症」
  - 89 同「(精神) 分裂病」
  - 93 全家連が呼称変更を求める意見書
  - 95 同学会に「呼称を検討する小委員会」設置
- 2000 同学会理事会で呼称変更の方針了承。同小委員会は「呼称を変更する委員会」に
  - 01 同委員会が三つの呼称を提案
  - 02 学会理事会、評議員会が「統合失調症」を了承。8月の総会で正式決定へ