

シンポジウム II

精神保健法の評価と見直し

－人権擁護と社会復帰－

A. 入院患者の人権擁護のために

入院処遇と行動制限

国立肥前療養所，病院・地域精神医学会

村上 優

1. はじめに

1988年の法改正は、宇都宮病院事件に端を発したわが国の強制入院の現状や閉鎖病棟主体の精神医療が批判されたのを受けて、自発的な入院や処遇に関する基準を設け、開放化に関して法的に道を開いた。しかし、自発的な入院である任意入院は退院制限の規程をおくことで、いつでも強制的な入院への転換が可能であるし、また開放的な処遇を行わなければならないという明確な規程がないために、現状の医療の改革に何等の効力を持たないとも批判されている。このために自由入院（一般入院）を適用することで、本来の自発的な入院のあり方を求める動きがある反面、書面告知の必要がなく審査逃れにとこの自由入院が悪用される恐れも生じている。厚生省の見解は、精神病圏は自由入院は存在しないし、アルコール依存症は自由入院しか存在しないことになっている。現場の医療はこれらの「法」をどの様に受け止めているか、病院・地域精神医学会は精神保健法検討委員会を設置して2度にわたり調査を行った。

今回の法改正に盛り込まれた処遇や行動制限の規程に関しては、資料1に整理をしている。

2. 入院処遇と行動制限に関して

資料2と3に調査の概要と結果をまとめている。1次調査は1989年4月1日現在の入院患者調査と施設調査で、2次調査はその病院に1990年1月に新たに入院した患者の追跡調査である。対象にした病院は開放化を推進している病院や地域の機関病院として機能している病院にお願いした。

1次調査の結果(資料2)は、対象病院の開放率は全体では46.9%で全開放6施設、全閉鎖10施設を含んでいる。入院形態は自由入院7%、任意入院42%、医療保護入院48%、措置入院2%である。72%の施設でマーク方式を採用し、閉鎖病棟での開放処遇や、開放病棟で行動制限を要する患者をケアしており、そのために外出制限を受けている患者は35%である。図1は自発的入院(自由入院と任意入院)率と開放率・外出制限率の相関を見た。一定の相関は認めるものの、なおバラツキが大きく、自発率が高いにもかかわらず閉鎖率の高い施設や外出制限率の高い施設がある。法の改正に開放病棟の整備が追いつかないことを物語るが、医療者の問題意識も「開放化」に向いていないのではなかろうか。図2・3は病棟を開放の程度に分けて入院形態と外出制限率との関係を図示した。開放マークなしは「完全開放」であるし、閉鎖マークなしは「完全閉鎖」を示している。ここで問題は開放病棟に自発的な入院者が多いが、それでもなお、閉鎖マークなしの全閉鎖にも20%の自発的な入院者が入院している事実である。

2次調査(資料3とそれに続く図表)は対象になった62施設に1カ月間に入院した965人を3ないし4カ月追跡した。1施設からは上限20人に決めて1施設に患者が偏らないように配慮した。診断(図4)は精神分裂病が最も多く43.7%、ついでアルコール依存が大多数の薬物依存16.4%、躁うつ病圏11.4%、痴呆6.7%等である。

入院形態(図5)は自由入院19.2%、任意入院51.2%で自発的入院率は70.4%にのぼる。医療保護入院は28.1%、措置入院は0.7%である。応急指定病院になっている病院が6カ所含まれているが、期間中応急入院はなく一般的には使用されない入院形態である。図8に示すように自由入院が多いのは薬物依存に占める割合が高い(39.7%)からであるが、分裂病者でも13.9%が自由入院である。3カ月以内に退

院する患者が66%で、その平均在院期間は43.3日である。入院動機と入院に対する患者の態度は表1の設問をおこない、自発的な希望による入院と説得され同意しての入院を2段階に分けたみた。図7が示すように29.5%が自発的な希望による入院で、説得で同意しての入院は48%と、合計80%の患者に入院の同意が得られている。この傾向は病名の中では痴呆以外、差はみられない(図6)。入院に同意した患者の入院形態は自由入院(93.6%)や任意入院(97.3%)になることが多いが、拒否や意志表示のないまま自由入院になる場合が5.4%と少数ながらある。任意入院の場合は同意の任意性に配慮をしなければ形式的なものになる恐れがある。

入院形態と入院時の病棟では、自由入院の73.5%、任意入院の47.7%が開放病棟に入院している。任意入院の半数以上が閉鎖病棟かそれに類した環境下にいることになる(図9)。また自由入院、任意入院の4%前後が保護室への入院(隔離)である。隔離の1/3が本人の希望による入室であるため、保護室より個室としての使用もあるが、それでも安易な隔離の使用をうかがわせる。入院期間中を通じて隔離をみると、自由入院で5%、任意入院で15%にのぼっており、問題を残す(図11)。隔離期間は平均11.8日で12時間をこえる隔離については14.5日である。外出制限(病棟の外へでること)については自由入院の35%、任意入院の48%で行われている(図10)。期間は平均3~4週間で短い期間ではない。制限理由は自傷他害や迷惑行為、失見当識、病状不安定をあげているが、最も多いのは「刺激を避けて安静」の項目である。閉鎖病棟が果して「安静」を保障する空間であるか、疑問である。安静を保障するにはそれだけの広さと、ケアの質が問われる。

任意入院の退院制限にかんして、その必要が生じたと判断されたのは、任意入院の1割で、その半数で入院形態の変更を行っている。多くの任意入院では退院制限を要しない。これは自由入院の積極的な定義を示して導入を図る根拠となる。

信書の発受の制限は5件、電話の制限は21件、面会の制限は16件で0.5~2%と少ない。これらの行動制限は法に明記することで大幅に減少してきたのではなかろうか。精神保健審査会への退院請求は10件(1%)あり、処遇改善は0件である。

3. 考察

自発的な入院が数字の上で70%まで増えてきているが、それに見合った処遇を行っているのか疑問である。受け入れる病棟は、開放率がまだ50%にも満たない閉鎖病棟主導である。開放病棟を持ちにくい条件があることを考えても、この事態は改善させなければならない。開放病棟の中の自由と、閉鎖病棟の中の自由は、その持つ意味合いが異なる。いつでも制限を受けかねない自由は、無言の圧力になるだろう。その意味でも自由入院と退院制限のある任意入院とでは、患者に対する意味は異なってくる。本人が希望しての入院が3割、病院に来たときには入院を納得している患者が3割と自発性の高い入院が精神科でも主流であることは、今後の精神医療のあり方を明確に示している。安らぎを得ることの出来る場、援助を受けることが出来る場としての病院が機能を増す努力を行えば、必然的に自発的な入院は増加するであろう。これまで強制的治療の理由を患者に側に求めていたが、これからは医療側の体制の不備に求められるだろう。

任意入院に対する外出制限などの行動制限は、約半数と多くに見られる。任意入院のあり方について再考をようする。今回調査協力を得た施設にアンケート調査した。任意入院の原則、「任意性」、処遇、治療について意見が寄せられた。概括すると本人の入院同意、開放的な処遇、強制的な処置、治療の禁止といことになるだろうが、それを実行するためにガイドラインの作成が必要である。また医療の質を高めるためには現況の職員では制約があり、医療法の特例を廃して、一般医療並の人員を定数として規定すべきである。人の関わりの代わりに鍵で閉鎖して済ましていることがいかに多いかが、今回の調査でうかがえる。

任意入院の退院制限は、例外的な規程であり、そのことは明記すべきである。その意味では、自由入院を導入すべきとする意見もあり、実態的に行っている施設も多い。しかしまずは実態を伴った任意入院の確立が先行するのではなかろうか。

今回閉鎖病棟のあり方には言及しなかつた。しかし閉鎖病棟に入院させられた患者に対する配慮こそが重要である。このために、行動制限に触れる前に以下の基本原則を法に盛り込むことを求める。1) 必要かつ適切な医療を受ける権利の保障。2) 説明と承諾を介した治療者・患者の相互信頼に基づく治療の原則。3) 基本的人権と行動の自由を保障し、不当な制限をしてはならない。

＜資料 1＞

精神保健法の処遇に関する項目

精神保健法	改正の要旨
第 2 2 条の 2 (任意入院)	精神障害者を入院させる場合は、本人の同意に基づいて入院が行われるよう努めなければならない
第 2 2 条の 3	任意入院の書面告知、入院同意書（1 項）、退院に関すること（2 項）、7 2 時間の退院制限（3 項）、その場合の書面告知（4 項）
第 2 9 条 (措置入院)	改正なし
第 3 3 条 (医療保護入院)	1 項 指定医の診察 2 項 扶養義務者の同意による入院
第 3 3 条の 3	書面告知
第 3 3 条の 4 (応急入院)	新設
第 3 4 条 (仮入院)	改正なし
第 3 6 条 (行動制限)	1 項 医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動に必要な制限を行うことができる。 2 項 信書の発受の制限、行政機関の職員の面会の制限、厚生大臣が公衆衛生審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない 3 項 隔離その他（身体拘束）の行動制限は指定医の判断
第 3 7 条 (処遇の基準)	入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる（通信・面会、隔離、身体拘束に関して）

< 資料 2 >

「精神保健法検討委員会」 1次調査のまとめ

1. 1989年4月1日現在の入院者について調査し、68施設の入院患者20,814人について回答を得た。
2. 開放率は平均46.9%で、40から70%の開放率を示す施設が半数を占める。
3. 72%の施設でマーク方式を採用している。
4. 外出制限を受けている患者は35%である。
5. 入院形態では自由入院は7%、任意入院42%、医療保護入院48%、措置入院2%である。

図 1 開放率・外出制限率と自発的入院率

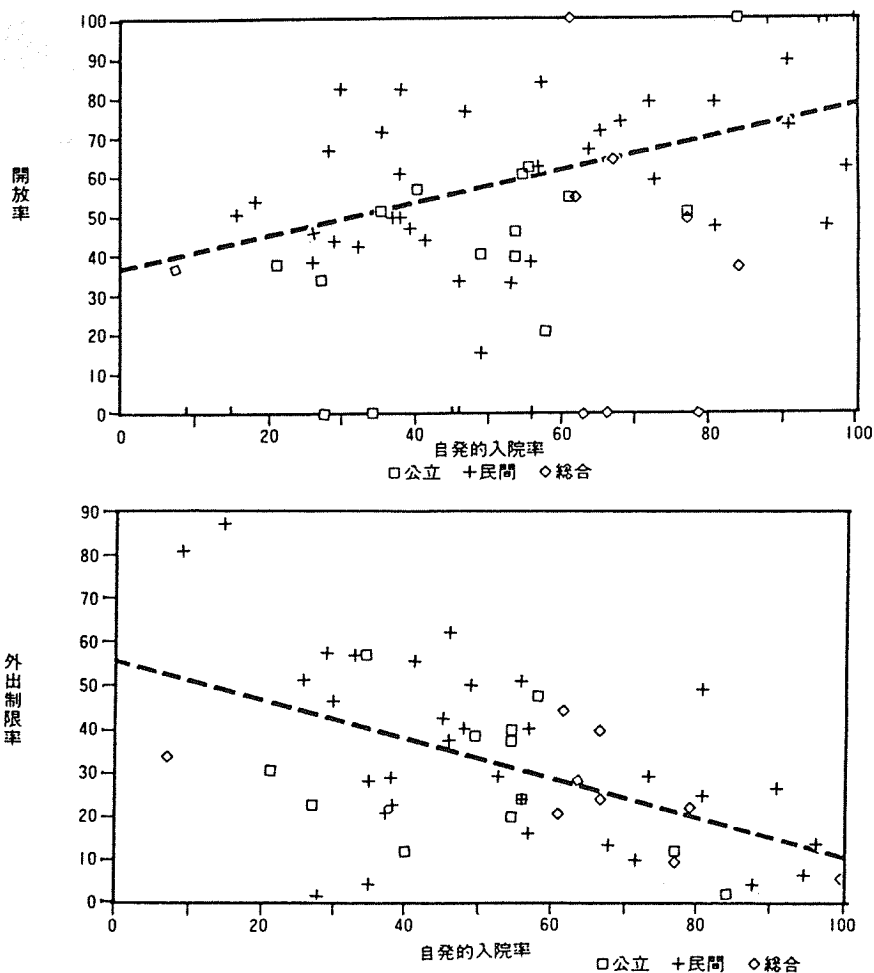


図 2 病棟種別と入院形態

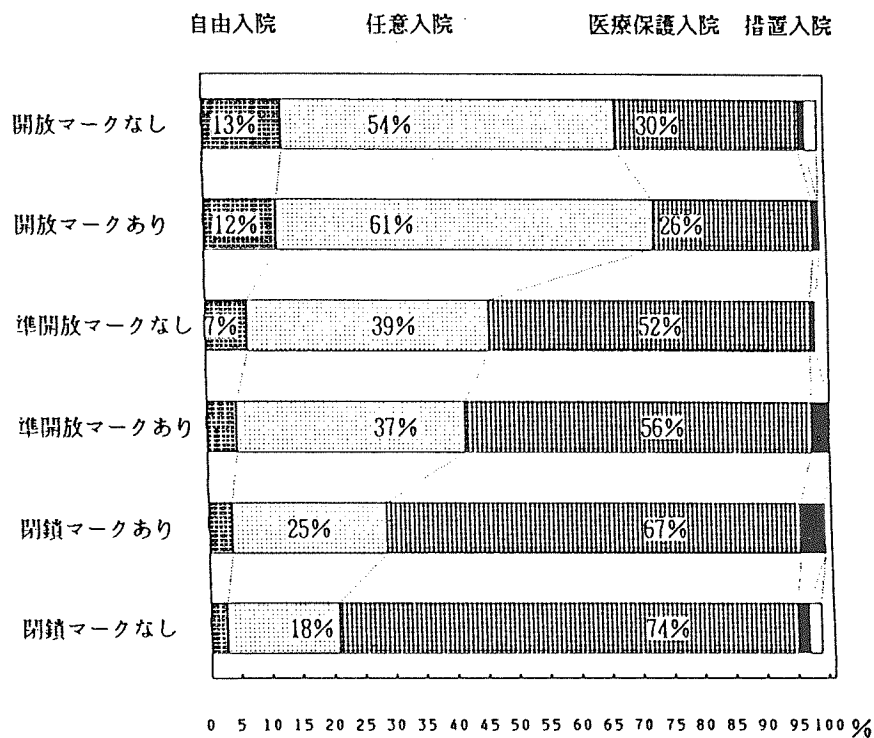
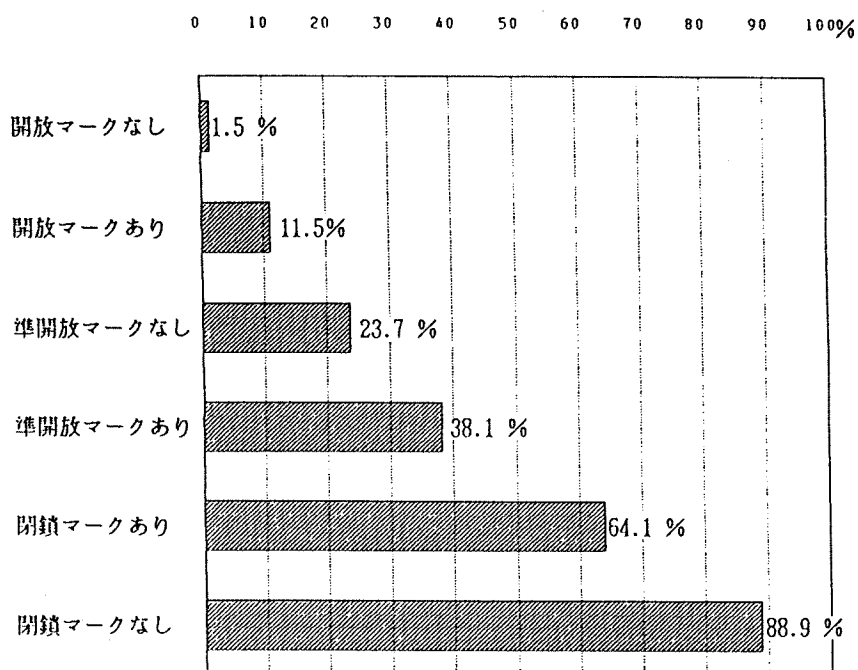


図 3 病棟種別と外出制限率



<資料 3>

「精神保健法検討委員会」 2次調査のまとめ

1. 1990年1月に入院した患者につき退院まで（入院中の者は4月末まで）経過を追って調査した。62施設より協力がえられ、965人の症例が集まった。

2. 症例の年齢は40才をピークに正規分布を示す。男女比ではアルコール・薬物依存で男子に多いが他は差はない。病名では分裂病が43%、アルコール・薬物依存が15%である。

3. 調査の約3ヶ月以内に66%は退院している。退院した症例の平均在院期間は43.3日である。

4. 入院の時間帯は通常の診察時間帯が86%である。時間外を救急的な入院とみなすと14%である。

5. 自発的に入院する者は62%にのぼる。拒否のまま入院になる症例は11%に過ぎない。

6. 書面告知は入院後1週間以内に82%が行われる。その反面告知が行われないケースが15%にのぼるが、その中には自由入院も含まれている。

7. 入院形態は自由入院19%、任意入院51%で、これを合わせて自発的な入院形態をとる者は70%である。自由入院はアルコール・薬物依存に多いが、分裂病でも14%にこの入院形態が採用されている。

8. 入院形態の変更は5%で施行されている。その多くが自発的な入院より医療保護入院への変更である。しかし自由入院から医療保護入院への変更もあり、自発的な入院からの医療保護入院への変更についてのholding powerについて検討を要する。

9. 任意入院の退院制限を要すると判断された症例は、任意入院者の11%にみられた。その内実際に他の入院形態に変更したのは5%である。

10. 入院時の病棟はマークありの開放を含めて開放病棟に41%、マークありの閉鎖を含めて閉鎖病棟に42%入院している。保護室への入院も9%にみられた。

11. 時間外の入院では保護室、閉鎖病棟への入院が多い。これらの診療活動が救急的側面を持つことを示す。

12. 本人の希望で来院した場合の開放病棟への入院は63%である。説得での入院の場合45%（来院時は納得）～34%（病院で納得）が開放病棟に入院している。逆に閉鎖病棟に入院した率をみると24%、40%、48%である。自発的な入院動機を持って来院したことを考えると閉鎖空間への入院は率として高いと思われる。

13. 自由入院の75%が開放病棟に、17%が閉鎖病棟に入院してる。任意入院

ではこの率は48%、37%である。やはり閉鎖空間への入院が多すぎるのではなかろうか。

14. 行動制限の隔離（保護室への入室）は12時間以内も含めると21%に施行された。平均隔離日数は12日。4日以内が43%、14日以内が79%で、隔離の一般的な期間は1～2週間である。

15. 隔離は分裂病の精神運動興奮、アルコール・薬物依存で離脱を目的に、その他の精神病（非定型精神病など）のそう状態で多く使用される。後者は入院後しばらく経過して使用されることが多い。

16. 任意入院者の隔離は同入院者の15%にみられる。任意入院者の行動制限には何等かの限定が必要である。

17. 本人の希望による保護室入室は全症例の6%、隔離の1/3に相当する。精神科治療での保護室でない個室の必要性を示唆する。

18. 身体拘束は全症例の4%にみられ、拘束日数は平均4日、最大13日である。多動不穏や身体処置のために施行される。

19. 外出制限は全症例の57%の症例で行われている。外出制限の平均日数は39日、最大126日である。最頻値は5～9日にあり、19日以内が47%で、半数は入院初期の1～3週間に制限を受けている。

20. 外出制限理由として医療上の理由が40%で最も多く、患者保護が22%、自傷他害19%、管理上の理由が18%であった。制限が長期化する場合は失見当識など保護上の理由や、病状不安定で医療上の理由があげられる。

21. 外出制限は医療保護入院の89%に行われている。自由入院と任意入院を合わせた自発的な入の45%にも行われており頻度は高い。

22. 外出制限は精神医療で最も一般的に行われている行動制限で、法的な規定・基準が必要であろう。

23. 通信面会の制限について、信書の制限はほとんど行われていないが、電話の制限は発信を主にして行われている（21例）。面会も同様の傾向が認められる（16例）。しかし閉鎖病棟が多く残存し、保護室入室も多くみられる現状より、この事例の数は実状を正確に反映しているか疑問である。24. 退院請求は1%、処遇の改善請求は全くなかった。これらの請求はまだ極少ない。請求が少ない理由に検討を要する。精神医療審査会の機能に対する要望を求めたい。

25. 施設の平均在院日数が300日未満の施設では自由入院が多く自発的な入院率も高い。アルコール依存など施設の特長を有するところが多い。300～500日未満の施設は基幹施設としての役割がうかがえる。時間外の救急や措置入院も受け入れ、閉鎖病棟などを使用する率も高いが自発的な入院への努力も行われている。施設の医療努力が表れている。

図 6 入院動機と病名

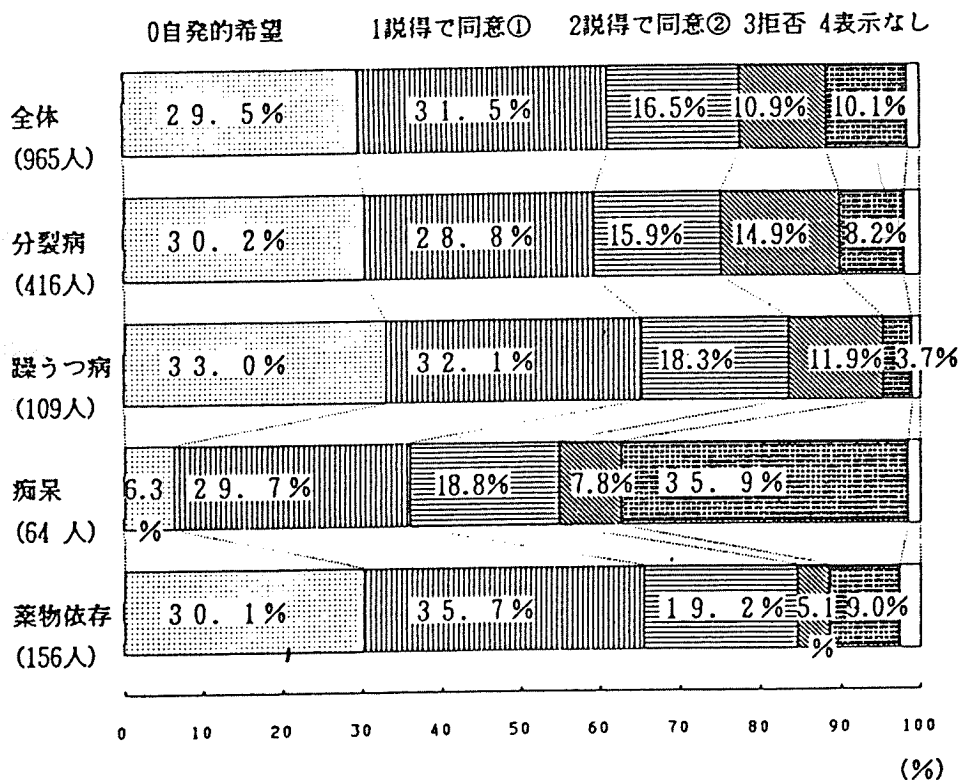


図 7 入院動機と入院形態

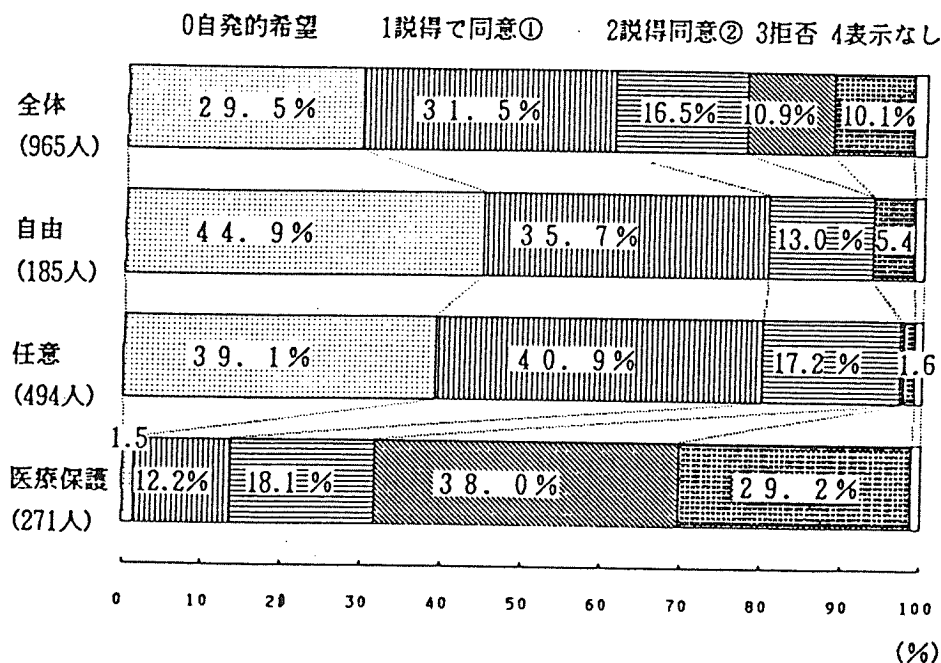


表 1 入院の動機と入院に対する患者の態度

0. 患者本人が自発的、積極的に入院を希望した。
1. 家族その他（知人、福祉、保健所、他の医療機関等）の勧め、説得で、来院時あるいは診察開始時に本人が入院を希望あるいは同意していた。
2. 来院時あるいは診察開始時には入院に同意していなかったが、診察した医師あるいは病院職員の勧め、説得で本人が入院を希望あるいは同意した。
3. 患者本人は入院を拒否していた、あるいは同意しなかった。
4. 意識障害、知能障害あるいは高度の精神的混乱状態のため、本人は入院について意志表示出来なかった。
5. 都道府県知事による措置入院（緊急措置入院を含む）
6. その他

表 2 任意入院者への退院制限 人数 (%)

1. 退院制限を行う必要はなかった。	4 2 8 (89.2)
2. 入院継続の必要があったが、患者の意志を尊重し、 退院制限を行わず退院させた。	2 0 (4.2)
3. 退院制限を行い、他の入院形態に変更した。	2 2 (4.6)
4. 退院制限を行ったが、任意入院のまま入院を継続した。	9 (1.9)
5. 退院制限を行ったが、そのまま退院させた。	1 (0.2)
(合計) 4 8 0 (100)	

図 8 入院形態と病名

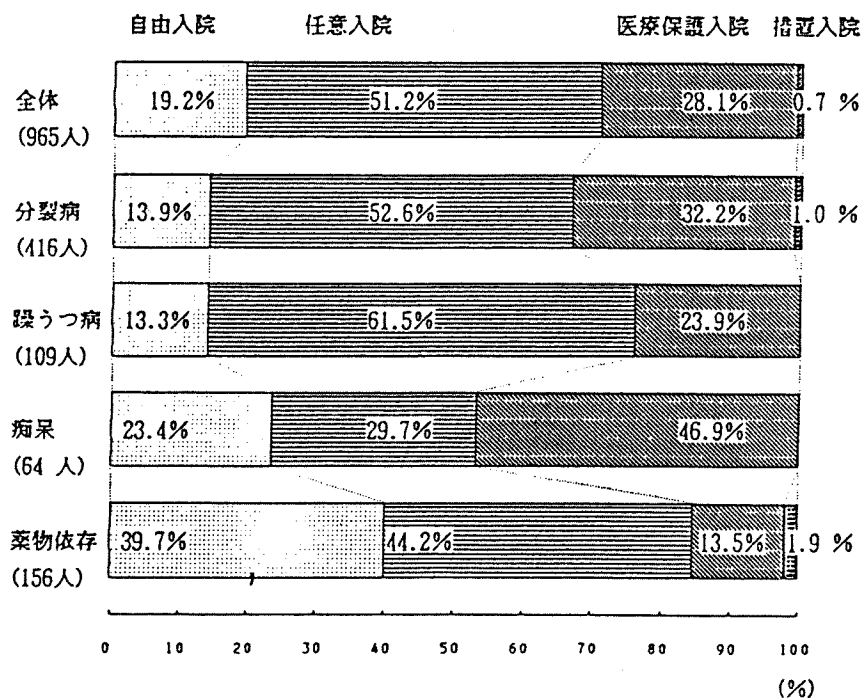


図 9 入院形態と入院時の病棟

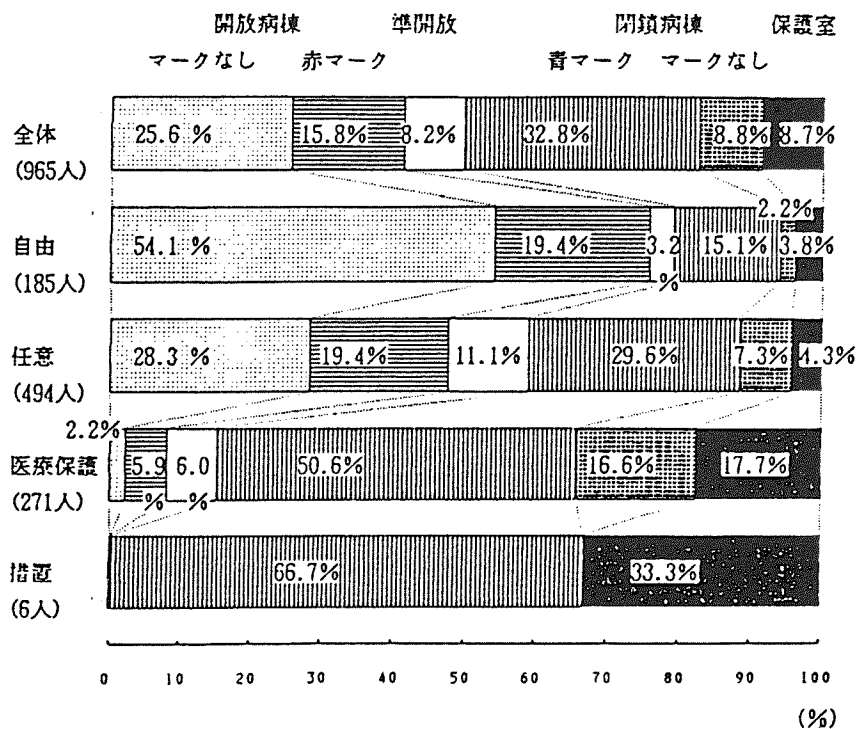


図 1 〇 入院形態と外出制限

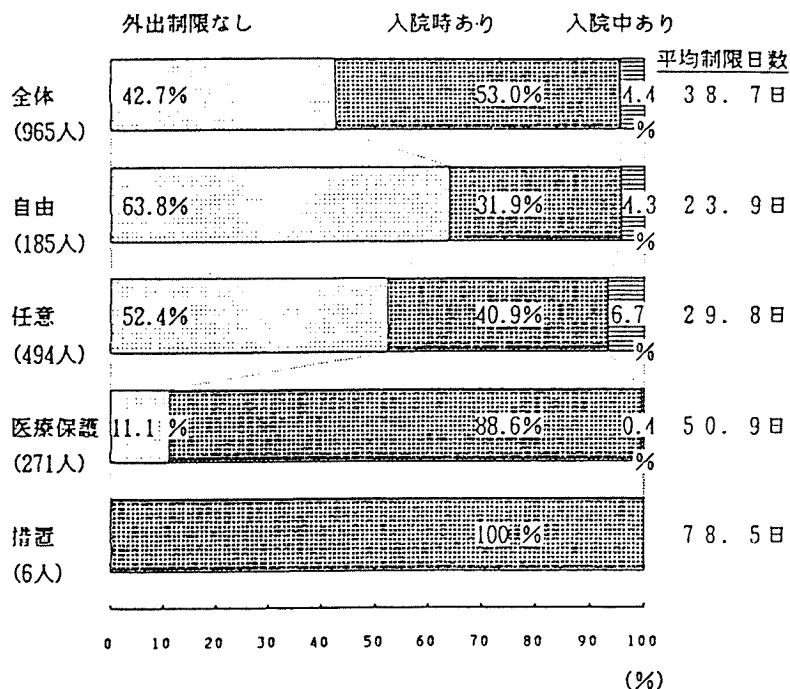


図 1 1 入院形態と隔離

