パラレルレポート日本政府報告書へ向けて
2014 年第 111 回人権委員会

2014 年 6 月 10 日

全国「精神病」者集団
〒164-0011　東京都中野区中央 2-39-3
電話　080-1036-3685
e-mail contact@jngmdp.org

世界精神医療ユーザーズサバイバーズネットワーク
国際障害同盟

背景情報

日本は精神病院病床数と平均在院に数においてOECD諸国で一番である。日本では精神保健ケア予算の97%が医療費に費やされ、71%が精神病院入院費用についやされている。90%のベッドが私立精神病院にある。地域での精神保健ケアに使われているのは3%だけである。政府が精神保健福祉法をいくども改正した一方で、精神病院への強制入院ばかりでなく身体拘束と保護室隔離は双方とも増え続けている[1]

精神病院において精神障害者に対して組織的に人権侵害が行われている。人権侵害は、強制的恣意的拘禁入院であり、過剰投与[2]を含む同意のない医療、身体拘束保護室拘禁、頻繁

---

[1] 日本の精神病院入院患者は約 30 万人で、11 万人が 5 年以上入院、3 万 6 千人以上が 20 年以上入院している。世界の精神病院病床の 19%が日本にある。約 40%が精神病院に強制入院している

[2] 最近政府は診療報酬を通して、多剤投与の禁止の政策をとったが、入院患者は対象外、さ

な暴力そして職員による暴行による死もありこれらは責任が取られず公私を含めた病院において免責されていること(非常に例外的に対応されたとしても個人の責任問題に限られてしまっている)、公私ともに精神病院において有効な不服申立て機関あるいは監視機関がないがゆえに、救済も賠償もなく精神病院に人々を置き去りにしていることなどである。

特に精神保健分野そして家族同意に基づいての治療や強制医療をもたらす厳しい差別に直面する精神障害者ににとっては患者の権利法も自由な説明と同意の根拠となる法がない。日本では精神障害者にとっては自由な説明と同意はめったに存在しない

重要質問事項質問 11 に対して

日本の回答 88 段落から 93 段落ついて

いかに簡単に精神病院に強制入院させられるか
なぜ強制入院と身体拘束隔離は増え続けているのか

政府が 88 から 93 段落で説明している条項は精神保健福祉法に存在するが、最近入院を希望している人に対して精神科医が高額な診療報酬をえるがために、任意入院を拒否する事例が少なからず存在している。最高の診療報酬を得るためには精神科救急の病棟においては 6 割の病床が強制入院患者で占められなければならないという規則がある。精神病院の労働組合がこの精神病院経営のやり方を暴露し批判した。強制入院は増え続けている [3]

精神保健福祉法 29 条の要件の一つは「精神障害による自傷他害のおそれ」であるがこれ

らに抜け道として「経験ある精神科医」は多剤投与できるとされている。精神病院を訪問すれば副作用に苦しむ患者がたくさんいることがわかる。過剰投薬は日本の精神病院ではよくなされており、化学的拘束衣として使われている。日本には説明と同意を定めた法律がないので、強制医療の数と期間について公式統計はない

[3] 29 条による強制新規強制入院の一年あたりの数は 87 年の 2000 件以下から 2012 年の 6685 件と 33 倍以上に増え続け、33 条による強制入院も 96 年の 84227 件から 12 年の 209547 件へと２．５倍以上増え続けている
改正精神保健法が国会で審議された時、田村厚生労働大臣は改正法で強制入院は減らないそして強制入院は必要な医療を受けるいい機会を提供すると宣言した。2013 年に障害者権利条約を批准したのが、政府には改正法により強制入院を減らそうという政策はない

は非常に広範囲である。他害は名誉毀損も含んでおり、刑法における名誉毀損は真実であるか否かは問わず事実を公然化すること、である。29 条の強制入院のための精神鑑定に送られた人がいる。一人は精神病院での虐待を告発するビラを該当で撒いたあと、もう一人は法務省人権擁護局に精神病院の人権侵害を訴え当局がその病院に調査に入った後である。これら二つのケースは強制入院にはならなかったが、2 人は人格障害というレッテルを精神鑑定により貼られた。

我々精神障害者には言論の自由はない、これは自由権規約 19 条違反である

日本では街頭での警官による職務質問はよくあることで、外相会議や国際的スポーツ大会などの時に多くの人が経験する。精神障害者が対象となった時、精神障害者がパニックになったり警官に抵抗したりすると、公務執行妨害で逮捕される。そして簡単に精神保健福祉法によって精神病院に強制入院になる場合もある。

精神保健福祉法 29 条による指定医の精神鑑定においては 2 人の精神科医は相談することができ、それゆえこれは二重のチェックシステムではない。

精神保健福祉法 33 条により一人の、それも患者を強制入院する病院の精神科医が患者を診断する。それゆえこれは独立した診断ではない。精神病院の管理者は自治体に強制入院を登録する義務だけがあり、自治体は書類の形式のみを審査して強制入院の実体については審査しない。

4 月から施行された改正精神保健福祉法において、33 条の強制入院は容易になり家族のだれでもが強制入院に同意できるようになった[4]。しかしもし家族が病院の治療処遇が良くないと考えたり、入院が不要と考えたりして、同意を撤回しようとしてもそれは不可能である。家族あるいは患者は精神医療審査会に退院請求しなければならない。

なぜ精神保健福祉法は家族同意を求めているのか？

強制入院開始時に当事者への聴聞手続きは存在しない

実際に各県における強制入院の数は非常に広いばらつきがある。これこそ強制入院がいかに恣意的拘禁であるか示す証拠である[5]

政府は、精神医療審査会は第三者であり、強制入院をチェックしており、したがって精神保健福祉法とその履行は自由権規約 9 条に違反していないと主張する。

しかし精神医療審査会は独立した事務局も職員も持っていない。自治体の精神保健福祉セ

---

[4] 患者と同居している家族に制限はされておらす、祖父、おば、家族のだれでもが入院に同意できる、たとえ長年患者とあっていたい人ですら

[5] 都道府県による新規強制入院の違い

医療保護入院最小と最大で 3 倍以上　措置入院最小と最大で 16 倍以上

都道府県による在院患者数の違い

医療保護入院 4 倍以上　措置入院 16 倍以上

ンターが事務局であり、したがって審査会は独立した第三者ではない。さらに委員は非常勤であり、とりわけ精神科医は精神病院に雇われている。

委員や職員の不足により不服申立てをしても一ヶ月は訪問と聴聞を受けられない。たとえ身体拘束や隔離されていても、である。

定期審査は精神病院によってかかれた書類審査のみであり、聴聞制度はない。

30 万人以上の入院患者がいるのに毎年 9 万件以下の不服申立てしかない。法による禁止にもかかわらず、精神医療審査会への通信が制限されているか、あるいはいかに審査会について説明されていないか、または審査会が無効であることをみな知っているかを示している

強制入院に対しての不服申立ての成功率は 3%であり、審査会による定期審査による退院は 0.007%である。

日本では隔離と身体拘束はセットであたかもルーチンワークのように救急病棟で使われている。そしてそれらの数は両方共増え続けている [6]

おどろくべきことに隔離の 11%と身体拘束の 15%以上がなんと任意入院患者にされている（630 患者調査　2011 年）

なぜ任意入院患者へのこれらの処遇が見逃されているのか、なぜなら、精神医療審査会は任意入院患者の処遇について審査することはできるが義務ではないため、無視されている。旧式の病院の中には患者が入院を望まなくとも、書類仕事をさけるためだけに任意入院の形式を取るところもある。そして拷問等禁止条約選択議定書の国内防止機関のような独立した監視機関がないためである

心神喪失者等医療観察法

政府の説明は医療観察法による強制入院について触れていない

これは日本で初めての保安処分であり特別病院と地域の強制医療体制が初めて導入された

医療観察法はどう機能しているか？ 政府は、医療観察法は良い治療と社会復帰を対象者に与えるものだと説明している。

医療観察法は再犯予測に基づく不定期拘禁であり、差別である　誰も将来予測などできない。[7]

---

[6] 保護室隔離の数は 2004 年の 7673 件から 2011 年の 9283 件にと増加、身体拘束は 2004 年の 5242 件から 9254 件へと増加している、630 患者調査　隔離と身体拘束の期間に関しての公式統計はないが、1 年以上身体拘束されている入院患者がいるとか 10 年以上保護室隔離されている患者がいると告白する精神科医もいる

[7] 対象者 殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつあるいは傷害の罪を犯し心神喪失あるいは耗弱とされた人で釈放された人。処遇は不定期の特別病院への不定期の強制収容あるいは地域処遇

この過程において憲法の適正手続は適用されない。起訴前に医療観察法に回された人は被疑事実いついて法廷で争うことができない。我々は 冤罪者が医療観察法により自由を奪われたり人権制限をされたりする人が出ているのではないかと恐れている

医療観察法は、精神保健福祉法の 29 条 33 条よりも強制入院の範囲を広げ長くしている。例えば審判の前に殆どの場合鑑定のために強制入院を２から 3 ヶ月させられる。このような理由によっては 29 条でも 33 条でも拘禁されない。退院の決定のためには会議が必要で、その会議には病院のスタッフだけでなく保護局、保健所職員、地域支援の職員、行政職員などなどが集まり、そのため会議を頻繁に繁に開くことは困難で、３ヶ月か４ヶ月に１回しか開けない。特別病院の精神科医が退院の時期と判断しても、会議開催を２から３ヶ月待たなければならない。こうした待機の時間は精神保健福祉法ではない。

特別病院の医師および会議で退院の結論が出ても裁判所が許可しない例が出てきている精神保健法２９条３３条では精神科医が入院の必要なしとすれば、退院させることが定められている。

日本政府の回答段落 94 から 98 について

なぜ日本にはたくさんの長期入院患者がいるのか

60 年代に政府は「危険な精神障害者」から社会を守るために精神病院病床増床政策をとり、民間精神病院は急速に増えた[8]。そして沢山の人が強制入院された。政府の方針は大量の精神病院病床と長期入院患者を創りだした。

入院、特に 33 条による入院は家族関係を破壊し、また生活保護でいきていてアパートで暮らしているなら、入院が 6 ヶ月以上になれば、生活保護からの家賃はきられ、アパートを失う。かくして、強制入院や長期入院は簡単に、地域生活の基盤を破壊し奪い、そしてこれが退院に向けた主な障害である。

障害者総合支援法はすべての障害者のためのインクルーシブな法律であり、我々はそれを評価する。しかし政府方針は以下 3 点において問題である。

として、保護観察に 3 年から 5 年付される
この法の特別な処遇の対象となる基準は心神喪失あるいは心神耗弱の原因となった精神障害により、施設への強制収容かあるいは地域処遇の対象としなければ同様の行為を再び起こすという基準である
審判の判断は地裁で精神科医と裁判官と専門家証言による。

[8] 1960 年から 1980 年にかけて精神病院病床数は 3 倍に増えた

1 点目、この法律は施設、つまりグループホームやケアホームにあまりに重点を置いている。病院の敷地内や隣接しているグループホーム、ケアホームは数多い

精神科医は退院に際して患者がこれらの施設にすむことそして病院のデイケアに通うことを退院後の条件とする。

したがってこれらの施設利用者は自分が精神病院から退院したという感覚を持てず、職員にいつ退院できるかと尋ねたり、果ては精神医療審査会に退院請求がこの種のグループホームからだされたりしている。

第二には障害者総合支援法による精神障害者に対する自立生活へのパーソナルアシスタントサービスが非常にまずしく、パーソナルアシスタントサービスが主に身体障害者に合わせて作られ、精神障害者にとってはふさわしくないので、パーソナルアシスタントサービスを精神障害者が活用し利益を得るのは非常に困難である。

第三には退院に向けた予算が非常に貧しいこと、それゆえに長期入院患者が、適切で有効な支援を得るのが難しく、どこで自立生活を送るか選ぶ権利と自由が奪われる結果となったり、単に退院を諦めたりする結果をもたらしている

退院と地域生活支援の特別予算は 250 億ドルであるが、そのうち 86%以上は医療観察法に費やされ、0.007%のみが長期入院及び高齢患者の退院支援に振り向けられているだけだ。

他の退院支援の予算は障害者総合支援法からであるが、あまりに支援者への報酬が少なく、地域の支援サービスは予算不足に悩まされている

障害者総合支援法は良い理念があるが、十分な予算措置がないために有効に機能していない

改正精神保健法の条文について政府は段落 97 で答えているが、精神病院に雇われているソーシャルワーカーは独立した専門職として働けない。多くの場合ソーシャルワークとは病床を埋めることであり、ソーシャルワーカーが退院支援と病床削減することは困難である。

こうした状況下で、政府は今精神病院病床を居住施設に転換し、長期入院患者をこの施設に移動させようという計画を立てている。この政策によって、政府は病床削減と長期入院患者の数の削減を主張でき、一方精神病院経営者は利益を損なうことなくこれら施設から金を得ることができる。これら施設は長期入院患者の終末施設となり、さらに被収容者を作り出すことになる。ちょうど 60 年代から 80 年代にかけて入院患者が精神病院があるから創りだされてきたのと同じである。これは精神保健分野における最大の人権侵害である。

結論

精神病院の問題は精神保健法では解決し得ない

- 非差別の自由な説明された同意に基づく患者の権利法を採用すること
- 強制入院及び強制医療を廃止し、本人以外の第三者、家族や後見人他を含む第三者の同意による治療を禁止すること
- 公私を問わぬ施設における拷問と虐待を避けそれと闘う、監視機関を強化すること
- 地域を基盤とした精神保健と高齢者を含めた代替のサービスに投資し開発すること
- 社会保障、個人対する住宅支援そして十分で有効なパーソナルアシスタントサービスを含め、地域においての個人に対する直接の支援（家族から独立した）を増やすこと

これらが、精神障害者との相談と精神障害者の直接的な参加を通して開発され履行され、監視されなければならない　私たちのことを私たち抜きに決めるな！

勧告

緊急に、精神病院病棟を居住系施設に転換し、長期入院患者をそこに移すことをやめること。これは最悪の人権侵害である。

緊急にすべての医療そして精神医療治療と入院において当事者の自由な説明と同意を確保し、非差別に基づいて精神医療、医療入院を総合的な患者の権利法制に組み入れること　とりわけ、自由な説明された同意は、家族、医師、後見人等の第三者などによるものはありえないということを確保し、教育し訓練し、啓蒙することを確保すること

脱施設化について政策と積極的な戦略を開発することそして地域に根ざしたサービスについての予算不足を解決すること、地位における代替サービスの開発すること、これらについては精神障害者の意味ある相談と参加を伴うこと　これらに向けた第一歩を始めること

脱施設化の政策とともに、今ある法律を廃止し、同意のない医療身体拘束保護室監禁などといった同意のないすべての強制的なやり方も含む、障害に基づいた強制医療と強制入院を禁止することに向けて緊急に踏み出すこと　そして独立した監視、精神病院における暴力も含む強制の執行に対する不服申立ての調査と被害者への救済と賠償そして不正を正すことに向け踏み出すこと

付録１　団体紹介　省略

付録２

精神科医療現場における人権侵害

橋本　容子

本報告は、日本の精神科病院において実際に起きたことであり、決して特異な事例ではない。

双極性障害により１０年余に渡る治療を受けてきた私は、あらゆる薬物療法も効果なく、病状 は年を経るごとに悪化の一途をたどった。’07 年 1 月 30 日の夜、すでに半年以上続く鬱状態により通院すらできず、その苦しみが耐え難いものとなった私は、その時手元にあった眠剤 処方量を超えて飲んだ。すると、その薬のためにブラックアウトの状態となり、無意識の ままさらに手元の薬を次々に飲み続け、後々確かめたところ、手元の眠剤全てを飲み干していた。それは生命に関わるほどの量ではなかったが、完全にオーバードーズであった。そして、10 年来私を治療してきた特定・特別医療法人明和会渡辺病院（以下渡辺病院）へ救急車で 搬送された。翌 31 日朝 8 時頃のことだった。

ブラックアウトした私は、深夜の服薬の後あたりから 搬送されたその日の夕刻あたりまで、ほぼ記憶が無い。事後に父に確認したところによると、渡辺病 院の渡辺医師（主治医）は、一旦救急搬送を受け入れていながら、駆けつけた父に「お帰りください」 の一点張りで一切の治療を拒否しさっさと姿を消してしまった。途方に暮れた父と私は、外来に放置 されながらもそこに居続けていた。やがて診療時間も終わり、職員たちも皆帰り、ただひとりある看 護師だけが自発的に居残っていた。すっかり照明もおとされたその外来にただ居続けるしかなかった 私たちだったが、10 年来治療を受けてきた病院と医師に治療拒否され自暴自棄となった私は、21 時頃、処置室のその場におかれていたタオルを何本か結び合わせ、それをカーテンレールに引っかけ、 首を吊った。自殺をしようという明確な意志は無かったが、持って行き場のない絶望的な感情にさいなまれての行為だった。

直ちに看護師に発見され事なきを得たが、これに対して知らせを受けた渡辺医師がとった行動は、それまで全く治療関係のない独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター（以下医療センター）への唐突な紹介だった。即座に救急車が呼ばれ、父と私は医療センターへ向かうこととなったが、わずか徒歩 4 分の距離で隣接した自宅に居る渡辺医師は、この時、病院内には一切姿を現さなかった。看護師に電話で指示を出しただけのようだった。

要するに、治療が上手くいか ない厄介者の患者を、病気の経過も何も知らない医師に下げ渡すという無責任な行動で、まさにこれは、「患者の遺棄」と言える。私は、まるでゴミの

ように捨てられたのだ。 しかしこの時、私には一抹の期待があった。医療センターにおいて、やっとこの苦しさを和らげる治療をしてもらえるかもしれないと思ったからだ。しかし、それが誤りであっ たことは、すぐに解ることとなった。医療センターでは、当直の松島医師は、初対面の私に対し、ものの５分かそこらの面談をしたのみで、察するに、彼は患者の状態を見極める ことなく、頭から『医療保護入院』の措置を決めていたようであった。
我が国では精神科にのみ他科には無い特殊な入院形態が存在し、『医療保護入院』とは、 非自発的かつ強制的な入院で、その際は１名の「精神保健指定医」が入院の必要性を判断し、さらに「保護責任者」による「同意書」の署名が必要とされている。しかし同伴の父はその分野に暗い 全くの一般人であることから、『医療保護入院』の意味が理解できず、また医師からの説明も全く無かったために、その場で同意書へのサインをすることはなかった。私の方は、10 年余に及ぶ精神医療 ユーザーの経験からそのあたりのことを熟知しており、強制入院下においてどのような恐ろしいことが起こるか容易に想像できた。父に「サインをしてはダメ！」と叫びながら抵抗したものの、5～6 人の職員によって取り囲まれ両腕を捕まれて引きずるようにして病棟へ連れて行かれた。父は呆然とそれを見ているしかなかったが、それでも治療をしてくれるものと信じて帰路についたようであった。
実は、この時点で父の同意書へのサインが無い以上、彼らは重大な法律違反をしていることになる。厳密に言えば刑法上の「監禁罪」に該当するとすら考えている。
病棟に入れられると、鉄格子のはまった小さな窓がひとつだけある狭い部屋へ隔離され、注射を打たれ、両手両足、胴体に革製の拘束具がはめられ、紙オムツをつけられ、そのままひとり隔離病室に 残され、部屋のドアに鍵がかけられた。やがて深夜のことだったと思うが、男と女、ふたりの看護師が私のオムツを交換するために部屋へ入ってきた。この時交換を行ったのは男の看護師で、女の看護師はただ黙ってそれを見ていた。私は男の手によって、下半身を丸裸にされ、屈辱を感じながらも、つとめて冷静な口調で「なぜ男性の看護師がいるのですか？」と問うと、女の看護師が「看護師には 男も女もいますよ！」と吐き捨てるように言った。
この時私は、自分が人間ではなく、単なる物として扱われていると感じ、人としての尊厳を粉々に打ち砕かれた。 翌朝目覚めると、松島医師がいきなり「退院するか？」というので「はい」と答え、朝から買い物にかけずり回って入院のための様々なものをやっと買いそろえた父が午後にやってきたとき、「退院です」と告げられた。
つまり『医療保護入院』はたったのひと晩だったわけだが、強制的に入院させ、身体拘束をし、隔離をした以上、その病状は、重篤かつ他に如何なる方法を以てしても生命が失われることを防げないと判断されたはずだが、なんとそれがたったひと晩で快復してしまったことになる。この不自然さから思うに、患者への『医療保護入院』という処遇が、その場の一人の医師によって、安易に濫用されているとしか、私には考えられない。

退院と聞き、父は慌てて支払いの窓口へ行ったところ、その場で 3 枚の書面を渡された。事務員は 内容について何も説明をせず、ただ手渡して「こことここに署名、捺印してください。」と言っただけだったとのことだが、実は、その中に例の「同意書」が含まれていたのだ。急なことで印鑑を持参 していなかった父がその旨を告げると、後で郵送してくれればよいからと書面を持ち帰らされたとのことだった。
後に父から聞いて驚愕したのだが、このような重要な書面を、ただ形式だけの書面のように事務的かつ軽々に扱うなど、信じられないようなことが、何の疑問もなく行われていた。しかし父は、病院に迷惑をかけまいとの配慮から、その書面の意味も知らぬまま、言われたとおりに署名捺 印して郵便で送ってしまった。これは、書面上の正当性を得るために、何も分かっていない父を欺いて同意を取ったも同然の行為だった。
この野蛮にして非人道的かつ不当な人権侵害による屈辱的な処遇に対し、私は、自らの尊厳を取り戻すべく、渡辺病院と医療センター及び松島医師を相手取り、訴訟を提起した。‘08 年 8 月のことだった。 一審では被告の不法行為を主張し損害賠償を求める争いだが、渡辺病院も医療センターも、ほぼ全体の行為事実は否認せず、それらは全て医療行為として何ら違法性はないと主張。非自発的入院を力づくで強制したことも合理的な医療行為であり、精神保健福祉法に 照らしても保護責任者が最終的に「同意書」に署名していること、また、当日に署名しなかったとしても、明確な拒否の意志を示さなかったから、同意があったと主張した。（黙示の同意）当方は、特に保護責任者の同意について、精神保健福祉法は厳格解釈すべきと主張し、それを裏付ける証拠として、内田博文九州大学教授（法学）の意見書を証拠提出。本件において保護責任者に同意の意志は無く、明確かつ充分な説明が無いなかで何も知らず分からず、そのために同意も拒否もできなかった事実を緻密に陳述し、証人尋問においてもその点を明らかにした。反対尋問では、被告側弁護士もその点について証人の証言を崩すことはできなかった。
　しかしながら、‘10 年 5 月 31 日、鳥取地裁の判決は、被告側の主張を全面的に認める形 で原告の請求を棄却し、当方は敗訴した。直ちにこれを不服として控訴し、同年 6 月、広島高等裁判所松江支部に控訴状提出。一審では事実認定のみを争ったが、控訴審からは「精神保健福祉法（33 条・医療保護入院）」そのものが日本国憲法に違反しているとの主張も追加した。本来ならば、違憲訴訟は国を相手取ってのものとなるべきだが、裁判のシステム上、主張の追加はできても被告の追加はできない。つまり、違憲訴訟とすることはできたが、国賠訴訟とすることはできなかった。’11 年 3 月、高裁判決でも敗訴。さらにこれを不 服とし、同年 3 月、最高裁に上告。同年 9 月 1 日、上告棄却、上告審として受理しないとの決定がでた。これによって、当方の全面敗訴で裁判は終結した。これが我が国の司法の 現実であった。

付録３

日本の精神病院における傷害事件と虐待

池原毅和　弁護士

１　死に至った傷害事件についてのケース報告

２０１２年１月１日、保護室に隔離されていた強制入院中の３０歳の患者が精神科看護師に頭を蹴られ踏まれたと。彼の頸部の骨が折れた。彼は首から下のからだが麻痺してしまった。２０１４年４月２７日に彼はこの怪我により心肺停止状態になり、翌日死亡した。

彼は統合失調症と診断されていた。彼は２０１１年９月１５日に強制入院させれ、９月２２日に保護室に隔離拘禁された。その後４人部屋に入れられていたにもかかわらず、９月２９日から１２月５日まで身体拘束されていた。そしてまた１２月５日に保護室に隔離された。

１月１日、おむつを替えるために２人の精神科看護が保護室に入った。彼を抑えこもうとしたが彼が抵抗したようだった。彼はもがいて彼の右足が二人の打ち一人の看護師の腹部にあたった。看護師は立ち上がり彼の頭部の方に歩いて行き、彼の頭部をけって踏みつけた。

彼は抗精神病薬の重大な副作用ジストニアに苦しんでいた。彼の首はジストニアのために収縮していた。顎を引いたような姿勢になっていた。看護師により彼は顔をあげさせられ踏みつけられたようである

一人の看護師が顔を踏みつけたようである。もう一人は彼の下半身を押さえつけていた。彼の頚骨はおれた。

1 月 2 日彼の両足は麻痺した。彼は前のように保護室を歩きまわらなかった。彼は排尿障害を発症したようであり、これは頚骨損傷があると診断されうる典型的な症状の一つである。しかし病院職員は誰一人として彼の頚骨損傷の可能生について気にかけなかった。

1 月 3 日彼の条しかし全てが麻痺した。彼は腱反射を失い、膝の反射アキレス腱の反射を失った。午前中遅くなってから彼は救急車で一般病院に移送された。移送先の一般病院の整形外科医は彼が頚椎損傷であり死の危機にあると診断した。彼は ICU で治療された。

1 月 4 日、彼は心肺停止状態になった。幸い回復したが、その後気管切開と気管カニューレ、そして経管栄養補給が必要となった。

体重は 70 帰路あったのが次第に減少し 30 キロ以下になり衰弱していった。

2014 年 4 月 28 日再び心肺停止になり、彼は 36 歳で死亡した。彼はこの障害事件以降

ベッドから動くことすらできないままだった。

彼と家族は 2013 年に精神病院を告訴した。被告は看護師は彼の強い抵抗を止めようとして単に頭に足をおいただけであると弁明した。被告は患者は重篤な統合失調症により働くことはできなかったのだから収入についての賠償は要求できない、また同様に重篤な統合失調症ゆえに仮に怪我をしなかったとしても退院することはできなかったのだから、今後の病院の費用についても賠償要求できないと主張した。

この件を扱う裁判所は裁判の公開を躊躇した。警察は一度看護師を尋問したが、警察の捜査はほとんどされていなかった。権限のある当局はこのケースを調査しようとすらしなかった。

ほほ室内の監視カメラによって、看護師が患者の頭を蹴り踏みつけている状況がビデオに撮られていた。写真の１から２を参照。そして 2 人の看護師がけって踏みつけた直後患者の顔の地を拭こうとしていたことが映されている。

患者をみた整形外科医と医学部の整形外科教授の 2 人の整形外科医は一致して、このビデオを見て、1 月 1 日から 3 日まで保護室内部において他の原因は発見できず、看護師によって蹴られ踏みつけられて頚椎損傷が生じたと判断した。

日本では精神病院における傷害事件や虐待がたくさん起こっている。国際法律家委員会が 80 年代後半と 90 年代に来日し、日本政府にたいして精神障害者の人権の保護と促進に対して効果的な行動を取るべきと勧告した。しかしそれ以降も精神病院における傷害事件と虐待の数は減っていない。

Kicking on the head Recorded by the video camera in the seclusion room

Stamping on the head

Wiping up blood on the face

injured face