

精神科病床を有する医療機関等での
虐待防止と権利擁護の取り組みに関する
文献・事例等 報告書

日本精神保健看護学会 権利擁護・虐待防止プロジェクト有志

(2022 年 9 月から 2023 年 6 月)

巻頭言

本報告書は、日本精神保健看護学会の会員有志による権利擁護と虐待防止に向けた取り組みに端を発したものであり、文献調査や医療機関や海外の取り組みに関する事例調査の結果を列記するものである。本報告書の末尾にはプロジェクトメンバーの一覧を列記しており、このうち目次に記載された会員によって本報告書が構成されている。

医療は患者の生存権などの権利を擁護するために存在する。精神的危機や困難を経験した人、あるいは精神障がいを持つ人が医療を必要とするときであっても、その医療は患者の権利およびQOLに配慮したものである必要がある。仮に、医療保護入院などの本人の同意に拠らない入院が行われる場合、それは本人が適切な医療を受ける権利や生存の権利を擁護することが重要なため、本人が適切と考えることができない医療行為がなされることはないか最小限度である必要がある。

一方、看護職者が診療の補助者としての看護職員としての機能にだけ専念してしまうと、診療行為を患者に強制する存在になり、患者の療養の世話を通じた患者のQOLの向上の機能が失われてしまう危険性がある。看護職員による虐待の背景には、看護職員の知識や技術の問題だけではなく、組織内外での力関係、看護師自身がハラスメントや心理的圧迫を受けない環境といった権利擁護の側面での問題も潜んでいる可能性がある。

本報告書には、不適切行為や心理的安全性、精神医療審査会等に関する国内外の文献などを通じたレビューとともに、国内外における権利擁護や看護職員の環境の維持のための取り組みに関する調査結果が掲載されている。読者である方々には、本報告書における各種の報告に記載されている内容によって多角的視点を取り入れるための一つの視点としていただきたい。そのことで、読者の方々が権利擁護と虐待防止に向けた取り組みに関わり続けることを、期待するものである。

一般社団法人 日本精神保健看護学会
第5期理事長 安保寛明

* 取り扱いに関する記載

本稿は日本精神保健看護学会に所属するプロジェクトメンバーが各自で取りまとめた内容を掲載しており、各会員による発表である。引用などの際には、個別に著者への許可を得ることを求めて引用することを求める。

* 引用の例

分担著者名 (2023). 分担記事題名. 精神科病床を有する医療機関等での虐待防止と権利擁護の取り組みに関する文献・事例等報告書. ページ.

目次

第1章. 文献調査・解説編

1. 精神医療サービス内における医療従事者から患者への不適切行為の文献的調査
的場圭、三木明子、矢山壮、手嶋大喜
2. 連鎖的ハラスメントに関する文献レビュー
熊澤千恵
3. 精神科病院の職場環境に心理的安全性を導入するアプローチの検討
岸本久美子、春日飛鳥、佐藤寧子、明間正人
4. 精神医療審査会
守村洋

第2章. 権利擁護・虐待防止に関する事例編

5. いわくら病院 における取り組み
夫博美、山内彩香
6. やまと精神医療センター における取り組み
松村麻衣子
7. 琵琶湖病院 における取り組み
石橋佐枝子
8. 神奈川精神医療人権センターにおける権利擁護のための啓発および相談活動
田辺有理子
9. 大阪精神医療人権センター における取り組み
福島美貴

第3章. 国際的な視点編

10. WHO ガイドライン, オープンダイアログ
石橋佐枝子
11. フランス精神保健における患者の権利擁護について
小松容子、木田塔子

1. 文献調査・解説編

精神医療サービス内における医療従事者から患者への

虐待・不適切行為の文献的調査

的場圭、三木明子、矢山壮、手嶋大喜
関西医科大学看護学部

1. はじめに

近年、日本国内では、精神科病院内での看護職員による患者への虐待事件の報道が続いており、精神科病院の患者の人権保護のあり方が問われている。これまで、精神障害者と暴力に関する研究では、患者が加害者であり、医療従事者が被害者という視点での調査が多くを占めていた。しかし、精神障害者は、暴力の加害者になる以上に、被害者になりやすい存在であることは先行研究でも指摘されている¹。この虐待の被害は、地域の中で起こるものではなく、精神医療サービス内でも起こっていることが報告されている²。治療を受ける場は安全であるはずだが、精神医療サービス内では、虐待だけに限らず治療上の強制的な処置やそれに付随する不適切行為が、過去のトラウマ体験を再度引き起こすとして「Sanctuary Harm」とも言われ、患者にとって安全で安心して治療を受けられる場になるような対策が求められている。このような対策を検討するためにも、精神医療サービス内での医療従事者における虐待・不適切行為の実態を把握する必要あると考え、ここでは、精神医療サービス内での医療従事者による患者への虐待・不適切行為をテーマにした文献を調査し、概要を報告する。

2. 方法

1) 対象

本報告では、病院、地域を含めた精神医療サービスの利用者である患者に対しての虐待・不適切行為を扱っている論文を対象とした。また、虐待・不適切行為者は、サービスを提供している医療従事者として、その職種は限定しなかった。

2) 虐待・不適切行為の定義

本報告では、基本的に対象論文の定義を尊重しつつ、精神障害者に対して精神医療サービスに従事する支援者の行為であり、以下の内容を虐待・不適切行為として定義する。

- ・身体的虐待、放棄・放置、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待
- ・懲罰的理由による薬剤投与、行動制限
- ・漫然と行われる行動制限
- ・十分な説明のない治療・看護
- ・プライバシーの侵害
- ・その他、患者の尊厳を損なう言動

また、直接的な行為の被害だけでなく、暴力・虐待行為を目撃することの経験もトラウマ体験と関連することが指摘されているため、含めた。

2) 文献検索方法

PubMed を用いて、「Victimization」、「Violence」、「Mental Disorders」、「Psychiatric setting」に関連した用語を組合わせて、2023 年 2 月 9 日に検索を行った。

3. 結果

1) 概要

検索の結果、787 件がヒットした。報告者 2 名にて、タイトル、アブストラクトを読み、27 件を抽出、本文を精読し、5 件が対象論文として抽出された。また、ハンドサーチにより、5 件が追加され、最終的に 10 件を対象とした。

対象論文は、2001 年～2020 年に出版され、2001～2005 年で 5 件、2006～2010 年で 1 件、2016～2020 年で 5 件であった。対象の国は、アメリカが 4 件、イギリスが 2 件、スウェーデンが 2 件、スイスが 1 件、日本が 1 件であった。対象者として、患者を対象としているものが 9 件、医療従事者を対象としているものが 1 件であった。調査方法として、質問紙を用いた横断調査が 6 件、インタビューによる質的研究が 4 件であった。

2) 横断調査で明らかになった虐待・不適切行為の内容

横断調査では、Psychiatric Experiences Questionnaire(PEQ)を用いた研究が 4 件、独自の調査項目による質問紙を用いたものが 2 件であった。海外で行われた 5 件の調査のいずれにおいても、最も多かった経験は、「非常に暴力的で怖い患者の近くにいること」ことで 37～54%の患者が経験している²⁻⁶。入院中の職員からの虐待は、12～30%の患者が経験しており、バカやクレイジーなど職員からの罵倒といった言語的な虐待の経験は 11～25%であった。また少数ではあるが、約 6%の女性患者が職員から性的暴行を経験したことがあると回答しており、また職員が他の患者に性的暴行を加えているところを目撃したことがあるという回答は、直接的経験よりも低い約 4%の女性患者が経験していることが報告されていた。その他の経験として、プライバシーの欠如や、他患者の視界に入る場所で裸にさせられる、脅しや罰として薬剤を使われるといったものがあった。日本での調査は、精神科医療制度やケアに対する患者の意見を把握する目的で行われ、90%近くの患者が非自発的入院の明確な説明を受けていないと回答しており、不適切な状況が示唆された⁷。また、50%近くの患者が精神科医療について不満と回答しているという報告もされていた。

3) 質的研究で明らかになった虐待・不適切行為の経験

質的研究では、病院環境の安全性、強制治療によるトラウマ体験の視点で調査しているものが 3 件、実際に起こった虐待事件に対する職員の認識を調査したものが 1 件であった。病院環境の安全性に対する患者の認識を調査した研究では、患者らは本質的に病院が安全ではないと認識していることが報告された。患者らは、自分への強制的な行為だけではなく、他患者への強制的な

行為を目撃することで安全ではないと感じ、またその時の職員の対応から職員への恐怖心につながる事が示されていた^{8,9}。また、いくつかの研究では、患者らは話を聞いてもらえないこと、自分のケアに関与できないこと、「患者」としてしか扱われないことに無力感を感じており、これらの中では、「他患者の嫌がらせを訴えたら自分が拘束された」、「他患者の嫌がらせを相談したら自分が非難された」、「退院の希望を伝えたら入院がのびた」、「強制的治療の理由を聞いても非発的のケアであるとしかいわれなかった」といったものがあつた⁸⁻¹⁰。また、職員からの嫌がらせや無礼な行為により、「劣った人間である」と考えていたという患者らもいた。無礼な行為、嫌がらせの経験としては、「犯罪者として扱われた」、「あなたは社会的に危険だと思うからと言われた」、「食事の上で咳をしないで欲しいと伝えと、わざと咳をされた」、「起床時間に起きられなかったとき看護師に冷水を顔にかけられた」といったものがあつた^{8,9}。女性患者に対する男性患者からの性的虐待、不適切な行為についての体験も語られており、「男性職員が身体を触ろうとしてきた」、「女性看護師がいるのに男性看護師が夜中に部屋に入ってくる」といったことが報告された¹⁰。

イギリスの精神科病院で起こつた性的虐待事件後に職員らを対象とした調査では、事件に対する職員らの認識が明らかにされた¹¹。職員らは、「何かがおかしいと見抜くことができたはず」と感じながらも病棟環境の人間関係的文脈から気付かなかつたことを語っていた。また、安全確保のプロセスが曖昧であつたことが認識されていた一方で、虐待の巧妙さから、患者を信じるか、加害者を信じるかで意見が分かれ、強制的なコントロールと患者のプライバシーの確保の複雑さが指摘されていた。

4. まとめ

本報告では、精神医療サービス内での医療従事者による精神障害者への虐待・不適切行為に関する研究を概観した。近年国内で報道されているような身体的虐待、言語的虐待、性的虐待が海外においても起こっていることが示された。また、説明のない強制的な治療、脅しや罰を目的とした治療が行われていることも報告された。さらに直接的な虐待の被害だけでなく、そういった行為を受けている他患者を目撃すること自体が、患者の安全性を脅かしトラウマ体験となることも明らかとなつた。これらのことから、精神医療サービス内での虐待・不適切行為の影響はより広範におよぶことが示唆され、組織的な対策が重要であると考えらる。本報告書の対象にした調査では、いずれも患者の症状や患者の主観的報告を採用していることからその結果の信頼性の取り扱いには慎重を要するとしており、今後さらなる研究が必要となる。

文献

1. Bhavsar, V., Dean, K., Hatch, S. L., MacCabe, J. H. & Hotopf, M. Psychiatric symptoms and risk of victimisation: a population-based study from Southeast London. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 28, 168–178 (2019).
2. Rossa-Roccor, V., Schmid, P. & Steinert, T. Victimization of People With Severe Mental

Illness Outside and Within the Mental Health Care System: Results on Prevalence and Risk Factors From a Multicenter Study. *Front. Psychiatry* 11, 563860 (2020).

3. Dos Santos Mesquita, C. & da Costa Maia, Â. When the safe place does not protect: reports of victimisation and adverse experiences in psychiatric institutions. *Scand. J. Caring Sci.* 30, 741–748 (2016).
4. Cusack, K. J. et al. Are there racial differences in the experience of harmful or traumatic events within psychiatric settings? *Psychiatr. Q.* 78, 101–115 (2007).
5. Frueh, B. C. et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *PS* 56, 1123–1133 (2005).
6. Cusack, K. J., Frueh, B. C., Hiers, T., Suffoletta-Maierle, S. & Bennett, S. Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report. *Adm. Policy Ment. Health* 30, 453–460 (2003).
7. Shiina, A. et al. The recognition and expectations of ex-inpatients of mental health services: A web-based questionnaire survey in Japan. *PLoS One* 13, e0197639 (2018).
8. Robins, C. S., Sauvageot, J. A., Cusack, K. J., Suffoletta-Maierle, S. & Frueh, B. C. Consumers' perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatr. Serv.* 56, 1134–1138 (2005).
9. Olofsson, B. & Jacobsson, L. A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 8, 357–366 (2001).
10. Wood, D. & Pistrang, N. A safe place? Service users' experiences of an acute mental health ward. *J. Community Appl. Soc. Psychol.* 14, 16–28 (2004).
11. McGarry, J. "Hiding in plain sight": Exploring the complexity of sexual safety within an acute mental health setting. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 28, 171–180 (2019).

看護職者による連鎖的ハラスメントへの対応

熊澤千恵

梶山女学園大学

保育園でも成長発達支援の専門家による集団での虐待があった。一人では決してその倫理を踏み外すことはないだろう。またコロナ禍での社会情勢も影響したとの陳述があった。本稿では、和や経験を重んじる日本の社会や働き方など、大きな変革ではなく、現状の中で個人が自分を守って自身に YES と言える実践を行えるための手がかりを得たいと考えた。CiNii Articles で「看護師・暴力」「集団・暴力」で検索した論文を新しい順に精査して幅広い分野から検討した。

1. 看護職における職員間ハラスメントの実態

伊藤ら(2020)は2011年12月から2012年2月に400床以上500床未満の公的医療機関の3急性期病院の看護職者726名(女性95.6%、平均年齢34.3歳、平均看護年数12.1年)の過去1年間の職員間ハラスメントと抑うつに関連等を調査した。ハラスメント経験者は15.8%で言葉の暴力が14.6%、それを医師から受けた者が61.3%、同部署看護師から受けた者が49.2%、パワハラは10.9%で、同部署の所属長から受けた者が43%、同部署看護師と医師がそれぞれ31.6%、いじめは5.2%で、同部署看護師によるものが71.1%、同部署所属長によるものが26.4%で、セクハラは2.1%であった。職員間ハラスメントを所属長に報告しなかった者は67.3%でその理由は「報告しても対応してくれないと思った」が27.7%、報告しても病院の調査は「なし」が67.6%であった。上司に報告して解雇や業務上の評価の低下などの悪影響を心配している者が4.5%いた。

職員間ハラスメントを受けた者は受けていない者よりも有意に抑うつ状態が高いこと、さらに黒田ら(2009)の調査結果を引用していじめには段階があり加害者の攻撃が「見えない」いじめから「見える」いじめに段階が上がる時には、加害者に同調する者が存在するという。さらに坂口ら(2014)の調査結果からもパワハラの被害者は外傷性ストレス反応が高く、精神的ダメージは一過性のものではなく長期に及ぶもので、著しく看護師の精神的健康を阻害する場合もあるとしている。職員間ハラスメント後の対処は「先輩・同僚」への相談が45・8%、「友人・家族」が27.7%、「所属長相談」が14.8%であった。研究者は看護師の健康を守り、健全な職場環境の維持を行う上でパワハラやいじめへの対策は安全配慮義務の一つとして必要不可欠であると考えたとしながらも、研究の限界としてハラスメントを受けたと被害念慮が影響していることも考えられるとしている。さらに一般企業の勤務者とほぼ同様の割合で医療現場でもパワハラ事象があることがわかったとし、日々の勤務のなかで一番多く接する者と日常のコミュニケーションの積み重ね、つまり指導を行う上での話し方や態度などが受け止め方としてパワハラの要因としてとらえられたと考えられるとしている。

組織対策や教育の充実と啓発が重要と考察されているが、安全、安心、安寧が求められる医療

現場のその第一線で働く人々がその同僚や上司に侵されているその事象への予防や対応では追いついていないために 2019 年に職場でのパワーハラスメント防止策が義務付けられたのだと言える。看護師の倫理原則上あり得ないというのは全く逆でより多く隠されている（個人の認識の相違とされている）ことが数少ない研究結果からもわかる。

2. 精神科病棟での看護師の暴力被害とジェンダー差

小口ら(2020)は、総合病院の急性期精神科 1 病棟の暴力被害の実態と報告しない理由について看護師 20 名から調査した。受けたことがない人は 1 名で、全員が精神科での暴力が多いと回答した。報告しない理由は「諦めている」「面倒臭い」「暴力が軽い」「話をしてすっきりした」で、経験年数別では 1～4 年目だけの回答は「自分の対応が悪かったから」が 40%、「他の人は暴力と感ぜないかも」で、10 年以上だけが「暴力被害を知られたくない」と 20%が、「サポート体制がないから」「用紙が出しにくい」と回答した。松波(2020)は高校生 839 名に依存的恋愛観の心理的要因とデート DV 暴力観との関連をジェンダーに注目して調査した。依存的恋愛観が強いと「暴力」と認知しない傾向が男女共に見られ、女性の場合、自分らしくあるという感覚である「本来感」が低いと仲間集団への依存に影響を与え、それが恋人への依存性にも関連している傾向が示された。男性は、「本来感」と「依存的恋愛観」に関連は見られず、仲間集団への依存のみが恋人への依存性にも関連していた。「依存的恋愛観」は男性が有意に高く、仲間集団への依存は女性が有意に高かった。暴力観では男性が女性よりも「暴力にあたる」と回答する傾向が強かった。また、長谷(2022)は集団において悪がどのように生じ、それに対し個人がどう振る舞うかについて概観し、そこから見える悪の時代性について考察した。集団化の過程で人間の心的機能は退化し、暴力性が問題になることが分かっているとし、その背景には、“力”への恐れから集団に同一化して、悪の定位さえも集団というマクロな主体に委ねてしまう機序が考えられた。いかに個人が主体的体験に基づく悪を見出していくかが重要であり、そのためには、個人が自らの周りに存在する悪の持つ否定性を否定することが必要であると考えられたとしている。有吉ら(2018)は 9 企業と 1 大学で働くオフィスワーカー 261 名に職務における定型業務度、職務意義、ワークモチベーションについて調査した。その結果、他者要因である顧客と社会への貢献、自己要因である自己の成長と達成感を感じられにくいことが定型業務のワークモチベーションを抑制していることが示されたという。

これらから、精神科病棟で働く看護師の特性、経験年数が比較的長く、男性がやや多く、定型業務度はこの場合は個人が自分の仕事に感じる質的多様性と、単調作業をしている割合、変化のない仕事をしている量的側面を測定しているが、長期入院の患者が多い慢性期病棟での仕事や、様々な手続きや仕事のやり方がルーティン化されている急性期病棟でも成果を感じにくいことが予想される。「本来感」をもって集団の魔力から悪から逃れることを特に精神科病棟看護師は意識する必要があるといえる。

3. 集団療法・集団心理学の視点から

菊池(2021)は児童心理治療施設の総合環境療法と治療共同体的取り組みについて、言語媒介グループ、動作と言語の両方の要素を持つグループ、運動媒介グループ、スタッフのグループに分けて紹介している。スタッフ同士が心を開いて交流し協力する結びつきが治療共同体的の基盤であり、子ども達のモデルになると考え、治療プログラムや集団療法の効果に加え、それらを包括する施設全体を安心・安全で治療的な社会に整え、さらに大きな社会での適応に繋げていくことが目標であるとしている。秋保ら(2016)もチーム・ダイアログがチームのパフォーマンスへ与える影響に関して、共有メンタルモデルが調整効果を持つか検討した。大学生・大学院生 236 名、29 チームの大学祭の模擬店を対象に調査した。メンタルモデルを共有しているチームは対話せずとも成果を上げ、メンタルモデルが共有されていない場合は、チーム・ダイアログが少ないと目標売上達成度も下がることが示されたとしている。

以上よりメンバーの技能や知識を統合するためには、チーム内で認知や情報の共有を行っていくことと、暗黙の協調によって互いの考えや行動を予測し合える状態で、効率的に行動の修正や調整を行いがちることが可能となっていることが必要である。共有メンタルモデルは、チームメンバーが共有している体系化された理解や知識とその心的表象と定義されている。また今回の測定法はタスク遂行に関する活動の優先順位の共有度を取り上げたのみである。医療現場においては命を守り、回復を目指すことが最大のミッションであるが、尊厳や個別性がもっと重視されてこそ、本当の看護の目標であろう。それぞれの看護師がやってみたことでの患者の反応の共有ということは看護行為の良し悪しではなく、反応の引き出しとしてどの看護体験も重要視されることで、患者理解もより促進されるということがまず大切である。

4. 人間存在の根源的な暴力性という社会哲学的視点から教育分野での知見

松田(2016)は、学校教育における暴力性への向き合い方として、暴力性の発光源である「規格」(＝望ましさ)の内容を絶えず更新すること、性急な成果主義からの解放、自我理想の病的状態を抜け出す自己理解の探求、「集団的無意識」の建設的な解体と祝祭性の復権が示された。

竹内(2016)の「集団づくりのケア的転回」について検討した長谷川(2022)は、ケアの倫理に基づく集団づくりについて、まず、「ケア」とは、「人間存在の危機」に直面している者が発する「支援」の要求＝「呼びかけ」を受け止め、それへの「応答」として、他者が行う支援の営みである。その際その支援は、それがケアと呼ばれるに値するものであるためには、ただ困難の回避・解決にとって合理的であるだけでなく、呼びかけを発した者が自分は”大切にされている・支えてもらっている”と自らの「存在の重み」を感じられるようにすることに留意しながら、行われる必要がある。そうしたケアは、ケアされる者に「自己と他者と世界に対する基本的信頼」＝「信」をもたらす。この信を基盤として、人は「世界のなかでの自分のポジションを選びとり、自分の生きる方向を見定め、世界に意識的に参加・関与していく」ことが可能となり、そうしたことが可能な者同士として他者と関わり合う＝「対話」する＝「相互応答」することが可能となる。それが可能であるとは、人が「当事者主体」であり「自律的であつ自立的な存在」であ

ることを意味する。人間が自律的・自立的であるためには、その土台として依存し相互依存し合うことのできる関係性が必要である。

このようにケアとは、人が主体的で自律・自立的であり得るための先行条件であり、人びとの間の「社会的なつながりが取り結ばれ」る「原基」であり、人びとの「社会的活動」が「展開される社会的地平」をなすものである。さらにケアを行う際に警戒しておくべきなのは、「ケアされるものを自分の思いどおりにしようとする」＝「他者の我有化」の危険がケアに孕まれていることである。したがって、ケアを行うにあたっては、ケアすべき相手の「他者性」をいかに尊重するかが常に留意されなければならない。相手の「他者性」の尊重とは、その人固有の「個別・具体的問題」に直面している「個別・具体的な他者」として捉え、その苦悩を個別・具体性を帯びたものとして捉える、「受け容れ」としての「共感」のスタンスをもって相手に対する必要がある。ケアの倫理は、人間が根本的にヴァルネラブルな(脆弱な)存在であり他者への依存なしでは生存できない存在であることから、それがケアの営みであることが明瞭であるような場面だけに適用されるべきものなのではない。

折出(2017)は、「原発避難いじめ」の背景を読み解き、憲法学者の樋口陽一(1995)の指摘を引用して、「階層闘争」から「労働組合」、「民主的グループ形成」あるいは「集団づくり」に至るまで、それぞれの次元で、個よりも組織体の民主化が第一義的な課題として位置づけられ、実践的にも追究されてきた。これらの民主的組織・集団モデルを相対化し、その〈否定の否定〉による個の尊厳・尊重の社会的・全面的肯定に実践的に変革させる必要がある。それが〈人〉権の主体であり生活者である個人にとって、個の尊厳を守る具体的な社会システムや各持ち場での実践の裏付けとなる。しかし、そのテーマは後回しにされてきたので、個人の存在そのものが浮上すればするほど、いわば「裸」の状態で社会に潜在する矛盾と個人が向き合い、場面によっては個と個が互いの感情表現をぶつけ合うほどの関係が社会のあちらこちらで生じるようになった。差別とは、相手と自分の関係を比較して「自分が支配者として見える」行動をとることであり、なおかつそのような「相手を探し求める」行動である。一人一人の「わたし」の権利は、自分の中にある他者の姿を根拠として成り立つ。それが見失われ、あるいはみずから否定するとき、「ホモサピエンスという種に属する個体」(リオタール,1998)でしかなくなる。お互いは異なる存在であるにもかかわらず〈相手の中にある他者の姿〉を認め合うことで人権・権利という概念のもとに自己を社会に開いていくことができる。自己の中にある他者性認識、他者の中にある(その相手である「私」との関係も含む)関係性認識＝他者性認識をどのように顕在化させ、その意味を共有し、実践の見通しをつかむか。その課題を〈異他の相互性・共同性〉としてとらえ返し、そこにある可能性を追究していくことが、「3.11 後」の社会が、あるいは障がい者にも多様な選択肢を用意できる社会づくりの指向にそった今後の方向であると確信しているという。

学校現場でも近年起こってはならないことが頻発している。何らかの指針やルールや標準対応などが示されるが、目の前の人に対峙していくこと、それは生徒や患者に対してだけでなく、働く人々同士に対しても自分として対応していくことが重要であると考ええる。

文献

伊藤厚子、馬場薫、田中幸子(2020). 病院看護職における職員間暴力・ハラスメントの実態と抑うつとの関連、東北文化学園大学看護学科紀要 9 (1) 1-11

黒田梨絵、三木明子(2009). 看護師が受ける職場でのいじめの実態とその影響、第 40 回日本精神看護学会誌、102—104

坂口舞、三木明子(2014). 11 病院看護師のパワーハラスメントの被害経験が外傷性ストレス反応の及ぼす影響、労働科学 90 (1) 1-13

小口薫、水内砂映、佐越愛、柳澤美紀(2020). 精神科 A 病棟の暴力被害の現状調査—報告しない理由—、第 50 回日本看護学会論文集精神看護 122-125

松波知子(2020)高校生における依存的恋愛観の心理的要因およびデート DV 暴力観との関連～ジェンダー差に注目して～、日本健康相談活動学会誌 15 (1) 52-57

長谷雄太(2022), 現代において悪と出逢うということ—集団という状況下での“個”の営みに着目して—、京都大学大学院教育学研究科紀要第 68 号 81-94

有吉美恵、池田浩、縄田健悟、山口裕幸(2018)定型ワークモチベーションを抑制する心理プロセス：職務意義の媒介効果、実験社会心理学研究 58 (1) 53-61

菊池清美(2021)児童心理治療施設の総合環境療法と治療共同体、精神科治療学 36(11),1289-1293

秋保亮太、縄田健悟、中里陽子、菊池梓、長池和代、山口裕幸(2016)メンタルモデルを共有しているチームは対話せずとも成果を挙げる：共有メンタルモデルとチーム・ダイアログがチーム・パフォーマンスへ及ぼす効果、実験社会心理学研究 55 (2) 101-109

松田太希(2016)スポーツ集団における選手間関係の暴力性—ルネ・ジラルの暴力論を手がかりに—、体育・スポーツ哲学研究 38 (1) 23-35

竹内常一(2016)新・生活指導の理論 ケアと自治/学びと参加、高文研

長谷川裕(2022)教育におけるケアの位置（その 2）—竹内常一の教育論における「ケアの倫理」への焦点化過程の検討を通して—、琉球大学教職大学院紀要第 6 巻 33-56

折出健二(2017)個人存在の政治化が引き起こす排除と差別を読み解く～「原発避難いじめ」の背景に何があるか～、日本生活指導学会第 35 回大会全体会報告資料

精神科病院の職場環境に心理的安全性を導入する

アプローチの検討

岸本久美子¹，春日飛鳥²，佐藤寧子³，明間正人⁴

1) 帝京平成大学

2) 社会医療法人加納岩日下部記念病院

3) 慶應義塾大学健康マネジメント研究科

4) 医療法人昨雲会飯塚病院

1. 神出病院事件報告書から見える職場環境

令和2年3月に兵庫県神戸市に所在する精神科病院、医療法人財団兵庫錦秀会神出病院で、看護師及び看護助手6名が入院患者への虐待行為により逮捕された。当該病院により第三者委員会が設置され、令和4年4月に事件に関する調査報告書が公表されている(医療法人財団兵庫錦秀会,2022)。調査報告書には虐待の具体的内容、さらには、当該職員によるヒアリングの内容が赤裸々に記されている。

ヒアリングの内容からは、院長による独裁的運営、研修等による知識習得の機会不足、過重労働による不適切なストレス発散が浮き彫りとなっている。以下に、調査報告書の一部を示す(医療法人財団神出病院,2022)。

- ・多くの職員が、「A元院長がトップダウンで、看護部長が決めるような看護に関することまでも介入し独裁的に決定していた」と述べている (p70)。
- ・看護師の昇進や異動は、人事考課の結果によらずに、A元院長が恣意的に決定していた (p88)。
- ・夜間の看護管理職の当直がなかったため、夜間の急変時の対応や入院対応なども病棟スタッフに一任されていた (p87)。
- ・日々の看護業務に追われ、ケースカンファレンスなどが行われていなかった (p87)。
- ・職場生活の基本動作(社会人としてのマナー、挨拶、言葉遣い、身だしなみ)に欠ける看護要員や、看護心得の習得不足の看護職員が働いていた (p88)。
- ・A元院長は、看護職員による院外研修参加の必要性を否定し、日本看護協会や日本精神科看護協会への研修に職務として参加させることは殆どなかった (p91)。
- ・近年、神出病院に新規入職する看護師は、ほぼ全て、兵庫錦秀会の経営にかかる西神看護専門学校卒業生であり、人数も少なかった。なお、在学中、奨学金を受領し、5年間神出病院で勤務すれば全額の免除を受けられるという制度の利用者が殆どである (p91)。
- ・A元院長時代には研修費用がかさむという理由で外部の研修を受けることもできず、他の病院

で一般的に行われるようになってきている標準的な看護の水準を知る機会もないまま、先輩が行っていることに追従するしかなかった (p144)。

- ・院長先生に、感染症が発生したら怒られる。感染者をこれ以上増やすなと指導される。(省略)入院される患者様は、他院が受けない内科的治療がかなり必要な患者様だったり、身体的看護ケアの必要な患者様だったりする事が多いので、同じ満床に近い数字でも、年々職員がになう看護ケアが多岐多様になり、マンパワー不足を痛感する様になる。そんな悪循環に悪循環を重ねたような状態だったと思います (p139)。

- ・「院長にイエスマンな人間が気に入られる。気に入られると昇進する。特別賞与も院長のお気に入りの方は高くもらっている。」(p147)

- ・医師は、自ら適切な医療行為を行っておらず、看護師から、医療人としての適性に疑問があるとまで思われている医師も少なくなかった。当直医に至っては、大半が非常勤且つ精神科以外の医師であり、夜間の身体拘束について、適宜適切な対応を取ることなど、当初から期待できない状態にあった。(p158)

- ・乙4、乙5は、虐待行為を先行して行っていた乙1あるいは甲への恐怖心や、仲間はずれにされることへの恐怖心から、本件刑事事件として立件された虐待行為に加担したものと認められる。(p173)

- ・師長である甲が靴を投げるといったずらをやって見せたことで、B4病棟はそのような行為が許される場所であるという認識を乙1らが抱き、乙1らがこれを模倣し、靴を投げる行為の発展型としてシリンジで水をかけるという行為を始め、これが過酷な就労を強いられていたB4病棟職員のストレス発散行為として広まった。(p174)

- ・病棟の勤務が過酷であったことから、何度注意しても言うことをきかない患者に対して「言うことを聞かない患者が悪い。」という誤った考えを持ち、ストレス発散及び患者への報復として起こした虐待とみるべきである (p171)。

- ・虐待行為に加担することを拒絶するだけの強い意思を持つことができなかったことが原因と考えられる。(p171)

2. 障害者虐待が起こりやすい背景

障害者虐待については海外において1980年代以降、多くの研究が展開されてきた。Sobsey (1994) は、障害者虐待が発生する構造を、支援者と利用者との力関係に焦点を当て、支援者の力が強く利用者の力が弱いことで虐待的相互作用が生じると説明し、障害があるがゆえに介護者に依存するため介護者のストレスが増強し、結果的に虐待が生じるストレス依存モデルを提唱した。

日本では増田 (2017) が、障害者虐待の発生要因として、障害特性の理解不足による支援者のスキルの不足、職員不足から生じるストレス、職場の雰囲気の悪化とし、虐待の防止する要因として職場のチームワーク、支援について気軽に話し合える機会の確保、職場の情報を開示する風通しの良い環境、権利擁護の取り組み、を示唆した。

増田（2022）が全国調査から、利用者からの不適切な行為利用者からの不適切な行為が引き金となり、支援者のストレスが増強し、上司や先輩からの助言、職場の協力体制が大きな影響を与え、虐待に走らせる構造を示した。

支援者が無意識のうちに不適切な行為に走った、あるいは走りそうになる事実は支援者一人の責任では決してなく、“環境”にこそ問題がある、と示唆し、若手に支援者に適切な助言ができる人材育成、障害特性の理解を深める専門性の強化、職員配置数の増加、収入や労働時間といった労働環境の改善の必要性を示唆した。

以上の先行研究からも、支援者による虐待を予防するためには、支援者がやりがいを持って専門性が発揮できる職場環境が不可欠である。

3. 職場における心理的安全性

近年、「心理的安全性」が企業におけるチームの生産性の向上、パフォーマンスを高める要因として注目されている。「心理的安全性」概念を提唱したエドモンドソン(2014)によれば、個人の視点ならびにチームの特性としての視点で構成されている。

1) 心理的安全性の定義

伊藤による、ヘルスケア領域における心理的安全性の海外の文献レビューによると、心理的安全性は、「他者から悪く評価されたり、罰せられたりすることを恐れずに、対人リスク行動を起こすことができる個人の認識・職場環境」と定義されている。つまり、ミスを報告したり、自分の意見を出したり、対人リスクのある行動を起こした時に、他者から悪く評価されるのではないかと罰せられるのではないかと考えるが、「このチームならミスを報告しても、率直に自分の意見を提示しても大丈夫だと感じる、個人の認識である」。そして、心理的安全性があることによって、良い人間関係や職場環境があること、不適切な看護を報告できること、そして心理的側面として、ワークエンゲイジメントやコミットメントが増し、ストレスも低くなるのである。（伊藤,2021 以下の図も同文献より）

2) 精神科病院における安全感のなさ

そもそも精神科看護は、患者の言動が看護師の感情を揺さぶり、例えば「怖い」という一般的な先入観を増悪させたり、陰性感情を生じさせることがある。また、精神科医療従事者は、二次的トラウマティックストレスを受けやすいと言われている（亀岡,2022）。これはトラウマとなる出来事への間接的な暴露だが、精神科病院において、精神疾患から生じる、例えば攻撃的な行動に圧倒されるとき、看護師にとって直接的な一次的トラウマとなる可能性がある。虐待が生じた精神科病院の環境や、虐待を見聞きすることは、一次かつ2次的トラウマといえる。

精神科では、一般科と比べ、症状がもたらす患者の感情世界の捉え難さがあり、感情労働を困難にさせている可能性がある（水溪,2011）。精神科の看護師として患者との信頼関係を創れないことや、陰性感情を抱くことへの罪悪感や無力感が強いストレスとなることもある。抑うつ的に

なりバーンアウトに至ることもあれば、逆に管理的であったり、威圧的になることもある(渡邊・酒井,2022)。

精神科看護師の職務満足度とストレスに関する調査では、精神的健康度が低く、所属病棟によって満足度に有意な差が認められている(布川・稲谷)。精神科看護師のストレスの内容として、1位は「多種多様な疾患」、2位は「精神的・身体的暴力」、3位は「人間関係」であった(岡前ら,2014)。

ここで、前述の神出病院における虐待に関する報告書からは、日常的に酷い虐待行為があり、患者の処遇が劣悪だったことも読み取れる。患者の尊厳を踏み躪る環境は、患者のみならず、看護師自身の尊厳を失くす環境でもある。そしてまた、看護師の勤務環境としても劣悪であった。その上で、病状ゆえの患者の攻撃性が看護師自身に向けられたり、病状であっても恐怖体験を聴くこと等々が起こったとき、そのストレスはさらに強くなるだろう。神出病院においては、管理や威圧が通常の風土だったとすると、看護師に生じる強烈的な恐怖や無力感は、管理的な行動を強める方向となり、非倫理的な行為が容易な対処方法となっていたのかもしれない。

先に挙げた渡邊らの論文では、陰性感情への対処方法についての研究をレビューしているが、患者の背景や病状を学んだり、経験を積んで理解することがある一方で、他者からの支援を得ることを、感情を表出する形で行うことも多く挙げられている。これらがセルフケアとなるためには、患者の言動から受ける自分の感情への気づきがあること、それを表出しても大丈夫と思える場や人があること、語った感情を否定することなく認められることが必要であろう。例えば、このような感情を持っては精神科の看護師として不適切なのではないかとか、他の看護師の価値観と異なって受け入れられないのではないかという、対人関係のリスクがあっても、これを表出して大丈夫と思えること、つまり先に定義した「心理的安全性」があることである。心理的安全性は、精神科看護においては、ケアに直接影響を及ぼし、自分も患者も守るための概念と言えるだろう。

また、日常の看護の中で、虐待などの不適切な看護師の行動を目撃したとき、それを指摘しても大丈夫という認識「心理的安全性」を個人が持てる職場環境であれば、虐待行為がここまで常態化せず防げたのではないとも言えよう。

心理的安全性を高めるためには、看護師長等、リーダーの役割を持つ管理職個人の取り組みだけでなく、お互いのサポートやコミュニケーション、さらには、多職種間での取り組み、組織のシステムを改善する組織的な取り組みが重要であると推定される(伊藤,2021)。心理的安全性を高めるよう試みられた事例や、取り入れやすい方法を提案できないかと考えた。

3) 心理的安全性概念の研究

心理的安全性についての解説を行っている Wouters-Soomers ら(2022)によれば、心理的安全性の個人要因として、内発的動機づけを高める基本的ニード(自律性・有能性・関係性)とセルフコンパッションが示唆されている。職場組織の役割りとして、従業員の基本的ニードを高める仕組みづくりが求められ、さらには従業員各々のセルフコンパッションを高める必要性が指摘されている。

看護師を対象とした心理的安全性の個人レベルでの調査では、看護師の心理的安全認識が業務

遂行を妨げる問題の根本的な原因を協議することを促し、結果として業務が改善されることが指摘されている(浅海ら、2022；Tucker & Edmondson, 2002)。一方、チームレベルでの調査では、心理的安全性の高いチームではヒューマンエラーが少ないことが報告されている(浅海ら、2022；Leroy et al., 2012)。

国内の看護研究においては、心理的安全性に関する調査は数件のみにとどまっているが、浅海ら(2022)による日本語版チームに対する心理的安全尺度看護師用が作成されており、今後、調査の蓄積が期待される。なお、日本語版チームに対する心理的安全尺度看護師用の項目は以下の7項目である。

- ・もし、あなたがこのチームでミスをしたら、そのことで、あなたはたびたび悪く言われる。
(逆転項目)
- ・このチームのメンバーは、解決すべき問題や議論すべき難しい問題を提起することができる。
- ・このチームに所属する人々は、時々、異なっているという理由で自分以外の人を拒絶する。
(逆転項目)
- ・このチームはリスクを冒しても安全である
- ・このチームの他メンバーに援助を求めることは困難だ。(逆転項目)
- ・このチームでは、誰も意図的に、私の努力を見下すようなやり方で行動しないだろう。
- ・このチームのメンバーと仕事をするときに、私独自のスキルや才能は尊重され、活用されている。

4. 職場環境改善へ向けた試み

1) 組織的な取り組み事例

精神科看護師を対象とした月1回のサポートグループの実践報告では、怒りを出しても受け入れられる安全な器としてサポートグループが活用されていた(青戸,2014)。特に男性看護師は感情を表出するのは女々しいという理由で感情管理の難しさが指摘されている(大森, 2015)。暴力事象後のインフォーマルディブリーフィングによる思いに関する調査では、支援される側の抵抗や羞恥心が語られていた(室谷,2021)。

また、近年、オープンダイアログを活用した実践活動が散見され、同じように、医療職者同士の対話に着目したアプローチとして、イタリアで取り組まれている哲学的対話実践を国内の現場に組み込んでいく活動が報告されている(心光ら,2022)。

国内における語り合いの場として、多くの病院ではカンファレンスという形式で行われていると考えられる。例えば、倫理カンファレンスの取り組みの課題として、師長や主任の役割意識と変化するまで時間をかけて待つ、ということが指摘されている(鶴飼、2019)。職員同士が安心して語れる場を整えるひとつの要因として、スタッフのファシリテーション能力も求められると考えられる。

虐待案件の早期発見のために、「虐待防止ワーキンググループ」の発足、スタッフ同士や对患者とのやりとりのなかで不適切な言葉使いや態度を見聞きした際に、「虐待ゼロレベル報告書」

としてインシデント形式で共有すること、相談窓口の設置、カンファレンスのテーマで話し合うといった取り組みがなされている。また、個人レベルでのアプローチとしては、「虐待の目チェックリスト」を活用し、虐待に該当していないかどうかをセルフチェックできる仕組みを取り入れている病院もある。

2) 精神科病院における働きやすさ

働きやすい職場環境の要因として、「人間関係」「チームとしての連携」「環境と待遇」(藤森由子ら、2017)、「恵まれた職場環境」「専門職としてのあり方」「良好な人間関係」(井上ら、2019)が指摘されている。これらに共通していることは、連携しあえる人間関係であると言える。

また、仕事に対するやりがいについて、有光ら(2022)は精神科看護師 860 名を対象に、仕事に対するやりがいに影響する要因を調査し、常により看護が行えるようにアイデアや工夫を考えて取り入れ、チームで連携し仕事の成果をあげるキャリア・アンカーの重要性を指摘している。

別な研究では、精神科看護実践におけるやりがいとして6つの要因が抽出され、そのひとつが【スタッフからの承認】であり、自らの看護実践を語り合うことを通してリフレクションできるような職場環境を整えることが有効であることが指摘されている(藤森ら,2022)。

5. 今後の課題と提言

1) 精神科看護師版の障害者虐待防止プログラムの構築

令和4年度より障害者福祉施設等における虐待防止研修が義務化され、直接的な支援員以外の職員やパート職員も対象となっている。今後、精神科看護職ならびに看護助手向けの精神科病院に特化した虐待防止プログラムを構築することで、虐待の早期発見・早期介入に貢献できると考えられる。ただし、虐待防止プログラムを運用・実施できる人材育成も課題となる。

2) 病院単位ではなく精神科看護師がアクセス可能なアプローチ

各種研修の実施など、病院の自助活動のみでは限界がある。また、問題を抱えていても相談できないサイレントマジョリティーへの介入が求められる。したがって、看護師個人を対象とした第三者組織からの介入や、ピアサポートグループなど、補完的アプローチが必要である。

虐待防止や職場環境改善に向けた精神科病院における組織的な取り組みについて数件報告されていたが、精神科看護師の個人レベルへの具体的な対策の実施はほとんど研究として報告されていないのが現状である。

精神看護専門看護師は組織論の視点やメンタルヘルスケアの専門性を持つことから、所属施設内における職員のメンタルヘルスケアや病棟のグループダイナミクス、組織風土にかかわる役割を担ってきたが、実際に精神科病院における CNS の配置数には偏りがあり、施設間格差が大きいのが現状である。一方で、新型コロナウイルス感染流行下における看護職のメンタルヘルスケアの一環として、日本看護協会は 2022 年に精神看護専門看護師が全国の看護管理者への相談支援を実践し(寺岡, 2023)、精神看護専門看護師が所属施設外にも活動の幅を広げ、相談支援の新たなあり方を構築する大きな意義があった。精神看護専門看護師は数限られたリソースである

が、現場と管理部門とを横断することから精神科病院の実情を熟知している希少な存在である。日本看護協会を通して精神看護専門看護師を全国の精神科病院で活用できるようにすることで、職員のメンタルヘルスケア、組織風土に大きな影響を与える看護管理者への支援、組織の自浄作用を高める支援など、組織全体に向けた虐待防止アプローチが可能となると考える。

3) 心理的安全性の構築にコンパッションを活用

心理的安全性のある組織のために、個々のスタッフのセルフコンパッションの重要性について上述した。セルフコンパッションとは「困難なことがあった時に、自分の感情に気づき、その経験が多くの他者も同じように経験する事を認識し、自分に優しい気持ちを向けること、またはそのことができる心理的傾向である」(有光,2022)。セルフコンパッションの要素は自分への優しさ、人間としての共通性、そしてマインドフルネスである(岸本, 2020)。マインドフルネスは、今まさに起きている体験を評価・判断することなくありのまま観察していくことであり、これにより自分を受け入れ、コンパッションを育む。評価しないということは、今この瞬間の考えや感覚、感情はどんなことも否定しないこと。それはハートフルネスな姿勢や態度とも言える。この練習を行うとき、優しい姿勢や態度が重要である。

セルフコンパッションやマインドフルネスは、ストレスマネジメントや自己への思いやりに、いずれも有効性が示されている数週間のプログラムであるが、プログラムにおいても、瞑想のみでなく体験を語り合うことが重要であり、この体験が心理的安全性を実感することにほかならず、有効であると考え。杉本の文献検討では、認知症病棟の看護師のマインドフルネス、セルフコンパッションが感情的な困難に役立つとの結果が紹介されているが、感情を表現すべきでないという職業的価値観が実践を妨げている可能性も示唆された(杉本, 2019)。

精神科病院においてセルフコンパッションを活用した報告はほとんど認められないのが現状であるが、緩和医療領域において、医療従事者のためのコンパッションを重視した GRACE プログラムが注目されている(朴,2022)。これは、マインドフルネスに基づく対人援助のプロセスで、コンパッションを育み実現するモデルである。臨床を離れた場で、数日かけてグループで瞑想やワークを行うことでコンパッションを体感し、毎日の臨床の中で意図的に育てていく。すなわち、困難な事象やコミュニケーションの際、G (Gathering attention) 注意を集め、この瞬間にしっかりと落ち着く R: (Recalling intension) 動機、意図を思い出す A: (Attuning to self, then other) 自己に波長を合わせ、それから他者へ合わせる C: (Consider what really serves) 本当に有益なことは何かを考える E: (Engage and Enact, End) 行動する 関わるそして終結するプロセスを自分の臨床場面で実践していくのである。これにより自分を犠牲にしたり、巻き込まれたりすることなく、倫理的な実践が可能となり、プラクティスともなるのである。

緩和医療においては、理想と現実とのギャップからの葛藤、それにより過度に自己犠牲を伴うことや、苦しみと一体化することが医療者の苦しみの中心と捉えられることが多い一方で、精神科医療においては、そのギャップが道徳的な苦悩や他者への軽蔑をもたらすことが多い印象がある。苦悩する患者への共感というポジティブな感情と、理解し難い患者の行動等へのネガティブ

な感情、その強さや環境の違いがあるのかもしれない。

GRACE の効果についての検証はまだなされていないが、臨床応用の報告（佐藤,2022）や、マインドフルネスとコンパッションを含めたマハロプログラムには、精神科医療従事者も参加している。通常8週間のマインドフルネス関連のプログラムは、医療従事者には参加が困難であるため、マハロプログラムでは、2日間の実践と2回のフォローアップを行い、ホームワークとしての毎日の実践と、SNS等でサポートしていく。実施可能性試験の後、ランダム化比較試験も行い、ストレスの低下、コンパッションやマインドフルネスに良好な結果が認められた（藤澤,2022）。

セルフコンパッションやマインドフルネスのプログラムは、いずれにしても、自分と相手の体験に心を開き、コンパッションを育むものではあるが、ネガティブな感情を認めることは、より困難であると考え、精神科医療においてこそ必要とされるものとする。

マインドフルネスやコンパッションの社会的認知により、誰もが手軽にポジティブな効果を得られると思われがちであるが、倫理的な要素こそ重要である。コンパッションを育むには、マインドフルネスを体現した指導者のあり方も重要である。弱さやネガティブな感情にこそ気づき、向社会的な行動へ動機づける倫理的な側面を含む必要がある。だからこそ、精神科医療での応用が求められるとも言える。心理的安全性を実感するには、短時間で知識を得る研修のみでなく、時間をかけて実践し体感していく必要があるが、まずはこの重要性を広め、体験者を増やしていく必要がある。心理的安全性は管理者が鍵と言われている。精神科病院の病棟管理者が参加できる場の構築ができると望ましいと考える。

4) 管理職者による職場への影響力

セルフケア領域における心理的安全性に影響を与える要素として、対人的要素（チームメンバー間の信頼関係、リーダーや同僚からのサポート、率直でオープンなコミュニケーション）が示唆されている（伊藤,2021）。精神科看護師のストレスと組織風土との関連を調査した文献によれば、上司との葛藤やコミュニケーション不足が指摘されている（上田,2021）。特に看護職が所属することの多い病棟では、師長や課長が直属の上司となり、病棟の人間関係の風土に影響を及ぼしていると言える。したがって、管理職者による組織づくりへのアプローチが求められると考えられる。

精神科病院における管理職者の看護管理に関する実態調査は不足しているため、今後調査を行っていく必要があると考えられる。

引用文献

- ・岡前美由起,西崎和美,山浦美穂(2014).精神科病棟看護師のストレスに関する問題点と今後の課題,第21回日本精神科看護学会.
- ・布川智恵,稲谷ふみ枝(2012).精神科における看護師のストレス及び職務満足度, 精神的健康度

—精神科病棟機能別比較—,

・ Wouters-Soomers, L., Van Ruysseveldt, J., Bos, A. E., & Jacobs, N. (2022). An individual perspective on psychological safety: The role of basic need satisfaction and self-compassion. *Frontiers in Psychology*, 13.

・ 青戸由理子(2014).精神科看護師のためのサポートグループの実践 グループの中で怒りを出すことの意義,日本集団精神療学会第 31 回大会,30(2),245-250.

・ 大森眞澄(2015).看護師のためのサポートグループの実践 精神科病棟で働く男性看護師の体験に焦点を当てて,集団精神療法, 31(2),210-215.

・ 藤森由子, 片岡三佳, 藤代知美 (2022) 精神科看護師の看護実践におけるやりがい、日本精神保健看護学会誌

・ 神出病院における虐待事件等に関する第三者委員会 <http://www.hyogo-kinshukai.jp/kande/asset/img/%E7%A5%9E%E5%87%BA%E7%97%85%E9%99%A2%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E8%99%90%E5%BE%85%E4%BA%8B%E4%BB%B6%E7%AD%89%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8%E3%80%90%E5%85%AC%E8%A1%A8%E7%89%88%E3%80%91.pdf>

・ 岡前美由起,西崎和美,山浦美穂(2014).第 21 回日本精神科看護学術集会専門 I 看護研究論文,57(2),186-18.

伊藤 絢乃. (2021). 【心理的安全性 個々の強みを生かし,変化への適応力が高いチームをつくる】ヘルスケア領域における心理的安全性の概念分析 海外の文献レビューの結果から. 看護管理, 31(5), 380-383.

亀岡 智美. (2022). 誰かをケアする人のケア 支援者支援を考える さまざまな現場から ト라우マの臨床 リスクを知り、二次受傷を防ぐ. こころの科学, (222), 39-43.

水溪 雅子, 永井 邦芳, 三上 勇氣, 奥村 太志, 三品 浩司, & 登坂 裕明. (2011). 精神科に勤務する女性看護師の感情労働の特徴と抑うつ 一般診療科看護師との比較を通して. 日本看護医療学会雑誌, 13(2), 36-44.

渡邊 美幸, & 酒井 美子. (2022). 精神科看護における看護師の陰性感情に対する対処方法. 精神科看護, 49(3), 54.

杉本 圭以子. (2020). 看護師の精神的健康とセルフコンパッションとの関連についての文献検討. こころの健康, 34(2), 44-54.

有光 興記. (2022). 【マインドフルネスとコンパッション】マインドフル・セルフ・コンパッション. 精神療法, 48(5), 623-627.

岸本 早苗. (2020). 【セルフ・コンパッション リーダーが自分を思いやることで組織が豊かになる】セルフ・コンパッションとマインドフルネス 一生懸命なあなたへ,自分をいたわるひとときを持ちませんか? 看護管理, 30(11), 970-977.

朴 順禮. (2022). 【マインドフルネスとコンパッション】GRACE 緩和医療における適用を中

心に. 精神療法, 48(5), 633-637. Retrieved

佐藤寧子. (2022). 【緩和ケアの新たな試みと視点-セルフケア、マインドフルネスの視点からの緩和ケア教育と研修】わが国で実践している医療者向けプログラムーB 看護師のためのマインドフルネスとコンパッションに関する試み. ホスピス緩和ケア白書 2022, 61-65.

藤澤 大介. (2023). 【マインドフルネス再考-様々な対象,領域での応用-】医療従事者のバーンアウト・ストレス軽減のためのマインドフルネスとコンパッションに基づいたプログラム. 精神科治療学, 38(1), 87-92.

伊藤 義徳. (2022). 【マインドフルネスとコンパッション】臨床的観点からみたマインドフルネスとコンパッション. 精神療法, 48(5), 581-585.

伊藤絢乃 (2021)..ヘルスケア領域における心理的安全性の概念分析-海外の文献レビューの結果から,看護管理,31 (5), 380-383.

上田 智之 (2021).精神科看護師のストレスと病棟の組織風土との関連, 日本精神科看護学術集会誌,64(1), 458-459.

Sobsey,D. (1994) : Vioence and Abuse in the Lives of Peaple with Disabilities,Paul.HBooks Publishing Co.

増田公香 (2017) .障害者虐待の発生要因に関する考察～A 県内における障害者施設従事者への意識調査を通して～. 山口県立大学社会福祉学部紀要, 23, 73-93.

増田公香 (2022). 日本・アメリカ・フィンランドからみる障害者虐待の実態と構造 今われわれ社会に求められることとは. 明石書店.

寺岡征太郎 (2023). 精神看護専門看護師による看護管理者への相談支援の実際. 看護, 75 (3), 42-45.

心光世津子、坂本 岳之、中岡 成文、紀平 知樹、三浦 隆宏 (2022) .心のケアに携わる看護職・コメディカルを対象としたオンライン哲学カフェの実践～ケア提供者にとっての哲学対話のニーズと意義の探求～,愛知医科大学看護学部紀要,(21),67-73.

精神医療審査会

守村洋
札幌市立大学

精神医療審査会は、我が国における精神科医療における“権利擁護の礎”とも言われている。本稿では、精神医療審査会の現状と課題について述べていく。なお、本稿は実務経験に基づく私見で述べていることを、最初にお断りしておく。

1. 精神医療審査会制度の変遷

1987年の法改正により精神保健福祉法となり、Ombudsman 制度※をモデルとする精神医療審査会が発足した。精神医療審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するための機関であり、その審査の専門性及び独立性が保たれるように十分配慮し、精神障害者の人権擁護のために最大限の努力を払うことが求められている。

2002年の法改正では、精神医療審査会の権限強化（報告徴収権と審問権）、合議体委員数の上限（15人）が撤廃された。2006年の法改正では、合議体委員が非医療委員へ移行した。そして、2014年の法改正では、精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院の見直し、精神医療審査会の見直しが行われた。このように法改正を繰り返し、権利擁護の礎の強固を目指してきた。

2. 保健福祉委員

先に述べた2014年の法改正による審査会の見直しで、審査会委員の構成については、従来の精神科医、法律家に加え、その他の「学識経験を有する者」に代えて、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者（以下、「保健福祉委員」という。）が新たに加えられ、退院支援の視点も含めた審査を行うことになった。

この保健福祉委員こそが看護職として審査に関与することができる。しかし、保健福祉委員の約7割が精神保健福祉士であるという調査結果がある。その他には社会福祉士や心理職も含まれていることから、保健福祉委員としての看護職が希少なのが現実である。

3. 精神医療審査会の現状と課題

精神医療審査会は、精神科病院管理者からの医療保護入院届、措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告に基づき、また、精神科病院入院中の者等から退院請求又は処遇改善請求があったときに、入院の必要性や処遇の審査を行う。

1) 書類審査

日本精神保健福祉士協会（2022）の調査によると、2019年4月から2020年3月の1年間

で、医療保護入院届の審査件数は平均 2,863.47 件、定期病状報告書の審査件数は平均 1,225.81 件となっている。数値だけではピンとこないので実際の審査会運営で考えてみる。例えば 4 合議体で月に 1 回審査会が開催されるならば、件数 ÷ 4 合議体 ÷ 12 月となり、入院届の審査は約 60 件、定期病状報告書の審査は約 25 件となる。他にも措置入院の定期病状報告書も加わると、1 回の審査会で約 90 件の書類審査となる。約 90 件の書類を医療委員と非医療委員（法律家委員あるいは保健福祉委員）の双方で審査する。これだけの書類審査をこなすには、相当な集中力と体力が必要となる。

入院届の書類審査で特に重要な点は、「医療保護入院の必要性」の項目である。患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載されている内容を、生活歴及び現病歴と合わせて審査する。記載された内容からの医療保護入院の必要性が汲み取ることができれば容易いが、難しい場合は合議体内での審議となり、必要時には精神科病院の管理者へ照会を求めることになる。1 ヶ月後（次回）の審査会には照会への回答が届いているが、場合によっては既に退院していることもあり、書類審査の限界も醸し出している。また、入院届に添付する「入院診療計画書」も書類審査の対象となる。2014 年の精神保健福祉法改正により入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入したことにより、1 年未満の推定入院期間を明記することになった。また、看護計画、リハビリテーション等の計画を記入する項目がある。例えば、“安心安全な療養生活を送れるようにする”など一般的な記載が多く、個別のかつ具体的な看護計画はほとんど見られなかった。

一方、定期病状報告書の書類審査では、「退院に向けた取組の状況（選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について）」の項目に、早期退院に向けた取り組みが反映されている。院内の退院支援委員会に参加している看護職は多いと思われるが、そこでの議論が書類として審査の対象となる。審査の過程で、精神科病院に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず 1 年を越えた場合、「重度かつ慢性」の妥当性を検証しなければならない。そもそも国から「重度かつ慢性」の定義が示されていないため、文脈からの妥当性の検証は容易ではなく、合議体内での議論を必要となる場合も多い。

2) 実地審査

実地審査の流れについて説明する。入院患者又は家族等から退院請求や処遇改善請求が都道府県知事に申請される。申請されると事務局が、精神科病院から入院患者の情報（カルテ、看護記録など）を収集しつつ、委員との日程調整を経て情報提供する。委員は医療委員と非医療委員（法律家委員あるいは保健福祉委員）の組み合わせによる 2 人体制である。医療委員と非医療委員とのマッチングに難航した場合は、予備委員との調整も加わる。実地審査の委員が決まったら、入院患者の情報を精読した上で、請求者が入院している精神科病院に出向いて実地審査に臨む。請求があった入院患者や家族等、主治医、担当スタッフ（精神保健福祉士が多い）から直接意見聴取する。直近の精神医療審査会での審査を経て、必要に応じて退院や処遇改善措置が命じられることがある。

先に述べた日本精神保健福祉士協会（2022）によると、退院請求の審査件数が平均 49.55 件、処遇改善請求の審査件数が平均 11.84 件である。退院と処遇改善を同時に請求する場合もあるが、概ね週に 1 度は実地審査に出向いている計算になる。また、退院あるいは処遇改善請求の受理から、審査結果通知までの平均日数は 31.97 日であった。

直接、入院患者や家族等から意見を聴取すると同時に、話ぶりや会話の内容、風貌や身なり、臭気を含んだ観察もできる。観察することで精神症状、内服の効果や副作用、そして、入院生活における看護度を査定することもできる。対面での実地審査は、最も望ましい権利擁護としての介入であると言える。しかし、請求から意見聴取までの期間が長く、実質的に権利を受ける権利が制限されていることが課題となる。これは事務局職員と合議体委員のマンパワーが不足していることが考えられる。さらに委員としても時間的拘束も含みボランティア的な業務であるため、委員の確保も課題となっている。

4. 看護職と精神医療審査会

入院患者が精神医療審査会へアクセスすることを、自施設への不満や批判と捉えるのではなく、むしろ第三者機関から適切な評価を受けられることに思考を変えることが必要である。特に患者からの訴えを直接対応することが多い看護職が、積極的に精神医療審査会を活用することが権利擁護に確実に繋がっていく。

入院時に精神医療審査会へアクセスできる公衆電話をオリエンテーションしても、精神的に不安定な状況であり十分理解しているとは思えない。そのため、入院中でも定期的に精神医療審査会へのアクセスを支援することが求められる。文書郵送のための切手購入を支援したり、行動制限により公衆電話を使用できない場合には携帯電話を貸し出すなど、看護職によるアクセス支援が可能となる。

さらに看護職には、入院中の権利擁護はもちろんのこと、退院後にどのような地域生活を送ることができるかを常に想定し、患者のリカバリーを信じるのが精神障害者の人権を擁護することにつながってくると思われる。

註)

Ombudsman 制度；19 世紀初めにスウェーデンにおいて初めて設置された制度で、高い識見と権威を備えた第三者（オンブズマン）が、国民の行政に対する苦情を受け付け、中立的な立場からその原因を究明し、是正措置を勧告することにより、簡易迅速に問題を解決するもの（総務省 HP）

https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/hyouka/soudan_n/kokusaikouryu.html

文献.

日本精神保健福祉士協会精神医療・権利擁護委員会（2022）；「精神医療審査会に関するアンケート調査」調査報告書

厚生労働省 精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（2016）；精神医療審査会制度の現状

と課題

全国精神保健福祉センター長会調査（2015）；精神医療審査会制度の現状と課題,
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000123315.pdf>

2. 権利擁護・虐待防止に関する取組事例編

いわくら病院の開放医療における看護

夫博美¹⁾、山内彩香²⁾

1) 大和大学保健医療学部

2) 大阪医科薬科大学看護学部

1. はじめに

医療法人稲門会いわくら病院は京都府京都市左京区にある精神科病院である。病床数は 438 床で精神科救急病棟、精神科準急性期病棟、合併症病棟、アルコール治療専門病棟、認知症治療病棟等の 8 病棟がある。認知症治療病棟以外は開放病棟であり、病棟開放率が高く精神科救急病棟も開放病棟にしていることが大きな特徴である。いわくら病院は 1970 年代に当時の精神科病院の設備としては普通であった鉄格子を除去し、病棟の鍵を開けて開放化を進めるという先進的な取り組みを行った。

日本精神保健看護学会では権利擁護プロジェクトの企画として国内好事例集作成をすることになった。本報告ではいわくら病院の開放医療における看護を紹介する。

2. 調査について

1) 方法

本報告書作成にあたって、2023 年 2 月 1 日にいわくら病院の武田慎太郎看護部長（以下、武田氏）に「いわくら病院の開放医療における看護」というテーマで面接調査を行った。精神科認定看護師である武田氏は平成 8 年に看護師になり、他の精神科病院で勤務した後いわくら病院に着任した。いわくら病院の開放医療の中で育てられた武田氏は「公平さ、平等さ、上下関係のない人と人との関係性」を大切にしている。

武田氏の面接調査の内容を要約して記述した。また、開放医療に関する武田氏の体験については「開放医療のエピソード」として記述した。

2) 倫理的配慮

本報告は研究ではなく、いわくら病院の開放医療の紹介であり今後の精神医療及び患者の権利擁護発展を目的とするものである。本調査は稲門会いわくら病院の承諾を得て実施し、最終原稿は武田氏の承認を受けた。

3. 開放医療における権利擁護

1) 開放医療の歴史・背景

いわくら病院がある岩倉地域は、平安時代以降は天皇・皇族の別荘地であり、その関係者を里子として受け入れた歴史がある。江戸時代からは療養地として精神疾患患者を「茶屋」で受け入れていた。このように岩倉地域には弱者を受け入れる土壌があったことから、いわくら病院の開放化の初期には相当の抵抗があったとは言え、他の地域よりは理解があったと推測される。

いわくら病院の開放医療は 1970 年代に始まり、当時の日本では精神科病院が次々に建築されて

いた。いわくら病院では崔秀賢医師始め 6 人の医師が開放医療に取り組んだ。彼らは、詰め所の鍵や窓の鉄格子によって患者が閉じ込められている状況について「精神科病院の閉鎖環境が患者に悪影響を与えている、患者の権利、生きる権利を取り戻さなければならない」という考えの基に病院の鉄格子を外していった。

いわくら病院では鉄格子を外すと同時に病棟の鍵も開け始めた。それに伴い、患者は地域へ外出ができるようになったが、患者の行動により、地域住民からの苦情が病院に寄せられることがあった。そこから自治会といわくら病院の協議会が始まった。

開放医療は、“社会的弱者”であり、人権が守られるべき対象である精神障害者の人権が閉鎖環境によって阻害されていることに気づき、それを解決しようという強い意志を持った医師達により始まり、その継続には岩倉地域の恩恵ともいえるべき支えが存在した。

開放医療に関するエピソード①（地域から連絡があって患者を迎えに行った話）

患者さんが家の中で布団を敷いて寝ようとしているので、その家の人が電話してきて迎えに行ったことがありました。僕たちは顔が真っ青なのですけど、地域の方々が目くじらをたてている、怒っているというわけではなく、その家の人が僕に「ここで休みたい気持ちはわかるけど、看護師さん達、先生達が心配しているから家に帰って、言ったのですけど」と言われました。なにかその前提に患者さんが自由に出入りしている環境が普通で、地域の人達もそういう言動になるのかなと思いました。それで行った私が対応すると、住んでいる人が僕を責める訳でなくて、どこか余裕があるというか。他の地域に住む人たちの反応ではないと、僕が謝りながら感じた経験です。

2) 開放医療における看護

(1) 地域パトロール

いわくら病院では病棟業務に「地域パトロール」がある。それは毎日 2 回、岩倉地域の公共施設（コンビニエンスストア 3 店舗、喫茶店、図書館、薬局、パソコン教室、スーパー 3 店舗）へ訪問する。そして、地域の施設や住民と交流することを看護実践の一つと位置付けている。地域パトロールの効果は患者が安心して外出ができること、患者に何かあった際に地域から病院への連絡があるということである。

開放医療において地域パトロールは病院と地域住民の連携に大きな役割を果たしている。また、これは患者の安心だけではなく、地域住民への開放医療の理解と安心を与えている。地域住民が患者と交流することにもつながっている。

開放医療に関するエピソード②（地域パトロールの実際）

「いわくら病院です。お世話になっています。何かお変わりありませんでしょうか」と 1 店舗ずつ訪ねて歩く。スーパーで「トイレが汚れている」と言われる。スーパーのトイレですから患者さんがしたかどうかは関係ないけど僕が掃除するんです。「申し訳ありません。掃除しときました」って言って帰ってくるのです。最初は「何で僕が掃除せなあかんのか」という怒りと矛盾が私を襲うんです。自分は精神科病院の病棟の中で看護師として患者さ

んをケアするというので働いているんだけど、パトロールっていう業務があって地域を回ってトイレの掃除をしなければならぬというのが、どうも自分の看護に結び付かない。それが半年、一年と重ねてくる毎にいろんな人々との出会いがある。何カ所も職員さんとか地域の人たちと関わることで、地域の方達が患者さんの情報をくれる。

地域の人が何かあった時に「その患者さん、自分とこか」とか、「ちょっとウロウロしたんで声かけたんですけど、なんか心配そうやったんで、病院の場所分かりますかって聞いたら『うん』って頷くから、『じゃあいったん帰って先生に相談してみてもどうでしょうか』」とか、地域の人があまり恐れていないんです。「お金持ってるか」とか、「スーパーで買うのもこれとこれを出しや」とか、ケースワーカーとか看護師さんが院内の売店で介助をする時に、「じゃあ千何円だからこれとこれ出して」というようなことを地域のスーパーの人たちがしているわけです。

武田氏は、地域パトロールを繰り返す中で看護に対する考え方や価値観が変化した。

開放医療に関するエピソード③（武田氏の看護観の変化）

「なんでこれせなあかんねん」って思ってたのが、こういう取り組み一つ一つとか、地域に対しての感謝の気持ちとか、地域の方々と触れ合う数ですね、看護していることになるとは。それで患者さんが地域に出られるし、安心してスーパーで物買えるし、患者さんに何かあったら教えてくれるし。やっぱりすごく視野が広がったんですね、僕の看護に対する考え方とか、人と人との繋がりとか、差別的な価値観であったりっていうのが、変わってきたんです。変わらざるを得ない。

（2）密室性がない環境

病棟を開放することは、病棟の中が他人の目に触れることになる。いわくらは病院は精神科病院であるがドアの施錠がないため、患者はもちろん家族、外部の業者も自由に入出入りする状況になる。精神科救急病棟では8時45分から17時の時間帯で約100人が往き来する。業者等の外部者も自然に入出入りしている。これが患者の認識、看護師の意識に影響を与える。人が自然な形で出入りする環境は患者に「いつでも病院から出られる」、「いつでも誰かに助けを求められる」という認識を与え、患者は安心感を持つことができる。そして、看護師は常に誰かに見られている環境なので、詰め所の清潔さを保つことを意識したり、家族から指摘を受けた時にも「変えなければ」という意欲を持って取り組んだりすることができる。

開放医療と人権擁護は密接に関連しており、開放的な環境の中で提供される医療が患者にとって一番安心できると考えている。患者が安心できるということは権利が守られていることであると捉えている。つまり、病院の開放環境を整え、維持することで患者が安心でき、安全を感じることが権利を守る最低限必要な材料である。

開放医療に関するエピソード④（精神科病院閉鎖病棟勤務経験を振り返っての話）

怖いのが、自分すらも騙すようになる。新しく入ってくる学生さんとかって、この異様な雰囲気とか鍵が閉ま

っていることとかに不自然に感じるはずです。僕自身も感じたし就職した時、なんで鍵がかかっていると、なんでこんな匂いが充満するんだろうとか。けれども恐ろしいのが、仕方ないって連続でこう自分に言い聞かせるように。そうじゃないと、ず〜っと気になってなあかんでしょ、その環境を。そやけど、変えたいけど変えられないっていうどうしようもない状況に置かれる。それは管理している方とか絶対無理だし、先輩からもそう言われたら仕方ないし、新しい目で、せっかく新鮮な目で学生さんたちが就職しても、2年後3年後にはすっかり病院の密室の中で働く看護師さんに見事になっています。自分自身も3年4年そこにいたからそれが当たり前になっていました。

(3)患者が過ごしやすい環境

開放医療において看護師が環境を整えることは重要な役割である。環境を整えるとは、患者が過ごしやすい環境づくりである。例を挙げると、患者が物品を自己管理したり、自分の意思で外出したり、単独で入浴や通話をしたりできるようにしている。

通常、精神科病院では持ち込み物品を制限したり預かったりする。しかし、いわくら病院では病院のルールとして「病棟に持ち込んで良い物、良くない物」という概念がない。持ち物を預かるとすれば、一般的に社会でも不穏状態の人がナイフを持っていて、「良いですよ」ということはないので、患者の精神状態が悪い場合や自殺念慮がある場合は刃物を預かる。これに近い考え方である。いわくら病院では例えば電気コード類等の持ち込みが自由であり、病棟は看護師からの死角がある構造であり、患者が隠れる場所がある。これらのことから、一般的な精神科病院と比べると自殺事故が発生しやすいと考えられるが、実際は、精神科救急病棟も開放病棟にしているが入院患者の自殺事故は皆無である。その理由として患者は看護師が物品を預かり忘れたから自殺するのではなく、「物品を取り上げられた」から自殺すると考えている。一般的な考えでは物品の預かりミス、危険物を持っているから自殺したと考えがちになる。しかし、いわくら病院では患者は死ぬしか方法がないと思い詰めるから死ぬのではないかと考えている。持ち物を取り上げられたと感じることで、患者の自尊心、人権が奪われると考えている。

尚、いわくら病院では、開放環境の中で患者の安全を守る工夫として「サポート方式」¹と呼ばれる行動制限のシステムがある。日中、病棟の出入口にスタッフが常駐し、患者の行動制限の範囲をサポートしている。

(4)行動制限時の看護

いわくら病院は隔離・拘束期間が短い。精神保健福祉資料 630 調査の中での平均の隔離・拘束件数及び日数は全国平均を大きく下回っているという。いわくら病院の隔離・拘束における権利擁護も環境を整えることである。全病棟の保護室にベッドを入れず、床に寝具を設置している。このような環境づくりは、医療者が患者に対して行う行動制限を最小限にすることができ、やむを得ず行動制限する際には拘束を最小限にして隔離で済むように取り組みやすくなる。その理由として保護室にベッドを入れることが拘束の判断につながる。例えばベッドがあると患者がベッドの上に乗って転落する危険や患者がベッドを移動させる危険等、ベッドがあることによって拘

束せざるを得ない状況に追い込まれやすい。ベッドの設置は患者を拘束しやすくさせる構造であると考えている。

保護室の床はウッド調で柔軟性がある材質にしている。柔らかい床は靴を脱いで入室するのに良い環境である。いわくら病院では患者だけではなく、看護師も靴を脱いで保護室に入るルールにしている。その理由として、保護室の臭気は保護室内のトイレの匂いであると言われることがあるが、ナース靴の匂いとベッドの埃が 10 年、20 年経過するとその匂いが定着すると考えている。さらに毎日掃除を繰り返すことで何十年前に建設されたいわくら病院の保護室は全く臭気がなく、清潔さを保っている。患者は隔離されることにより時間や日にちの感覚がなくなり、混乱、恐怖を感じるため、保護室にカレンダーと時計を設置することにより患者は休息を取りやすくなる。

隔離はいわくら病院の開放医療や環境作りと矛盾した行為であるため、開放医療の中で看護師は患者の隔離が解除されるように取り組む方向性ができる。ましてや患者を隔離しなければという発想にもなりにくくなる。

例えば患者は入院しなさいと言われて、症状で苦しみがある上に精神科病院というドアが施錠されている場所に連れてこられて、自分はここから出られるのかという不安や恐怖から暴れることが考えられる。ところが、入院時に患者が開放病棟でスタッフや患者が自由に出入りできる姿を見ると思いが違ってくる。閉鎖病棟に入院する場合と比較すると、治療開始時に患者の思いに差ができる。いわくら病院では看護師が「ここだったら安心して休めるやろ」と声をかけて、患者と保護室まで行き「扉開けとくし。なんかあったら詰め所に来て」と伝えることができる。詰め所は 24 時間開いているので、患者がいつでも相談に来ることができる。

いわくら病院では精神科病院に通常設置されている患者の監視カメラがない。特に保護室にもないことが特徴である。隔離中の患者の観察は直接訪室して行っている。その理由は患者をカメラで監視することが開放医療の主旨に反するからである。残念ながら、昨今の精神科病院における患者虐待事件が社会的問題になった状況から、スタッフが患者虐待をしていない証明をする目的として一部の病棟の廊下にカメラを設置せざるを得なくなった。

(5)院内研修

権利擁護に関する研修プログラムには「言葉遣いの研修」がある。研修参加者は看護師と患者の言葉のやりとりの映像・音声を視聴し、「これで良いのか、どう感じるか」を考える。映像・音声の例として、看護師が患者に「〇〇ちゃん」と言葉をかける場面、看護師が患者に呼ばれた時に「いや、ちょっと待ってって、言ってるでしょ」と答える場面等の臨床上起こりやすい場面がある。これは言葉遣いから患者との関係性に公平性がなくなり、上下関係が生じたり、管理的になり、患者と看護師の関係性が作られるという考えを基に考案している。

参加者へのアンケート結果では、「患者に対して友達言葉、馴れ合いで話しかけていた」、「自分も気づかないうちに感情的になるので気を付けたい」等の自己を客観視した感想があった。

3) 開放医療実践の難しさ

精神科病院に講演に行った際に参加者から評価していただける反面、「いわくら病院だからできるんでしょ」というご指摘を受けることがある。いわくら病院の開放医療の実践は、閉鎖環境で看護をしている看護師の立場から考えれば、「無理がある」「閉鎖ではいけないのか」と捉えられる可能性がある。その理由は講演参加者の精神科病院の現状で開放医療が実現するとは難しいという思いからである。例えば、その人が病院を辞めさせられるリスクを負いながら、経営者に対して開放医療実現のために病院の方針を変えるように提言することはできないという思いを理解している。

いわくら病院では開放医療が始まって岩倉地域がそれを容認している。しかし、地域住民に負担を強いていた事実を考慮すると現代で同様のことを実現することは容易ではない。その要因の一つは現在の精神保健福祉法では患者及び医療従事者、地域住民が守られていないことである。自助努力だけでは限界がある以上、法律に開放医療の環境の確保について規定し、その施設基準を診療報酬で評価すると共に開放医療実施の観点から患者の権利擁護を明記することが必要である。

開放医療に関するエピソード⑤（講演会参加者の反応への思い）

「やっぱり、いわくら病院さんやからできますよね」はいつもと言われることですよ。そもそも自分の病院とは違うっていう前提がないと、聞けないですよ。暗にやれって私たちに言っているって思われる。私自身も無理です。だから、講演する時に僕もそこは気をつけています。「病院に戻って、皆さんにやって欲しいって、ここで話すわけじゃないです」って話します。絶対前提にそういった皆さんの安全を守らないと話せないです。

4. おわりに

いわくら病院の開放医療の始まりにおいて岩倉の地域性は大きな要因であった。しかしながら、1970年代の閉鎖病棟の時代に鉄格子を外し、患者の権利の回復として開放化を進めた医療者の思いや行動は地域や社会情勢以上の重要な要因であった。地域に受け入れられているという環境であるが、いわくら病院が地域との対話を繰り返した結果が現代における開放医療を実現させた。開放医療における看護の役割は患者の環境を整えることであり、患者の安心・安全が守られる環境づくりが人と人との繋がりを築き疾病の回復を促進する。また、急性期病棟での自殺率の皆無や行動制限の最小化という結果につながっていた。開放医療における看護には、患者だけでなく、看護師も安心できる環境が必要である。

利益相反揭示

本報告書において開示すべき利益相反はない。

謝辞

本報告書作成にあたり面接調査を快諾してくださり、個人的な体験も提供してくださった武田

慎太郎看護部長に感謝申し上げます。

文献

- 1) いわくら病院サポート方式について：https://www.toumonkai.net/co_mame/article/ozU20150604141823-310.html 2023 年 2 月 10 日，2023 年 5 月 1 日参照)

やまと精神医療センターにおける虐待防止の取り組み例

松村 麻衣子
大阪信愛学院大学

1. 施設の概要

独立行政法人やまと精神医療センターは、奈良県北西部の丘陵地帯にある 283 床（精神科 143、重症心身障害 100、医療観察法 35）の病院である。奈良県立療養所松籟荘として昭和 15 年に設立されて以来、地域の結核の治療の要として機能してきたが、入院を必要とする結核患者の減少により、昭和 42 年に精神科療養所に転換した。以後、精神科専門病院として、精神科医療、結核を合併した精神疾患患者の診療、重症心身障害児（者）、および「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」における指定入院医療機関として、司法精神科医療にも取り組んでいる。

病棟数は 6（精神科急性期治療病棟 1、精神科療養病棟 2、医療観察法病棟 1、重症心身障害児（者）病棟 2）であり、看護職員数は 164 名、平均勤続年数は 15.2 年である。

また、2020 年には、県内でいち早く精神障害のある新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを開始し、これまでに 300 名以上の患者を受け入れてきた実績をもつ。

2. インタビューの実施日と協力者

インタビュー実施日時・・・2023 年 3 月 8 日 13:35-14:20

インタビュー参加者・・・

小山田師長 虐待防止プロジェクトメンバー 医療安全管理者 前看護倫理委員会委員長
細田看護師 虐待防止プロジェクトメンバー 重症心身障害者病棟に所属

3. 虐待防止への取り組みについて

1) 虐待防止への取り組みの経緯と体制

2017 年、前看護部長の呼びかけにより、看護部内に虐待防止プロジェクトが発足し、その後、看護倫理委員会が設立された。この委員会には、担当師長のほか、各病棟から数名ずつ様々な経験年数の看護職員が選任され、参加している。

現在、この取り組みは院内全体へ拡大し、医療安全の一環として医療安全管理者である小山田看護師長らを中心として展開されている。医療安全委員会の傘下に虐待防止委員会が組織され、各部署の部門長らが参加し、病院に勤務する全職員に情報の発信や働きかけを行っている。

一方、2 年前、看護部虐待防止プロジェクトおよび看護倫理委員会の中心的メンバーである細田看護師が、国立病院機構が主催するオンラインの虐待防止勉強会に参加し、院内の事例発表を行った。これ以降、看護部内では、細田看護師を中心に、病棟内勉強会や OJT (on-the-job training)

の実施など積極的な取り組みが始まり、教育や看護研究の実施等など、活動がより幅広く、充実したものになっている。

2) 現在の虐待防止の取り組み

(1) ワークショップ・教育研修の開催

ワークショップは看護部虐待倫理委員会の活動の一環として発足し、現在も毎月1回約60分間という形式で継続して実施されている。発足当初は、何が虐待であるのかについて職員が共通した認識をもつことができることを意図して「明らかな虐待事例」を共有した。回数を重ねるにつれ、明らかな虐待とは言えないが倫理的ジレンマを感じるような事例を用意し、参加する職員が、自分の中に生じた感情や考え方のゆらぎに気づくことができるような展開にしていた。こうして、問題解決だけではなく、不確かさの中で検討を続けていくことの重要性が職員全体に周知されるようになった。

また、看護倫理委員会のメンバーを中心とした病棟勉強会のほか、全職員を対象とした接遇研修を実施している。

(2) 評価表を用いた自己評価

看護部は、以前から毎月虐待防止にかかわる自己評価を行っていたが、医療安全管理者は2022年度から、全職員（職種問わず）を対象とした虐待防止自己評価の仕組みを開始した。この取り組みは、職員の行動を監視する意図ではなく、自分たちが普段どういう思いで仕事をしているか振り返り、虐待のリスクになることは何か、虐待を防止するためにどのようなことが必要であるかを周知することを目的としている。

また、1回目の自己評価の結果と、法的根拠を用いて「患者さんを幼児呼称で呼ぶことなく、さん付けで呼ぶ」という内容についての宣誓書を虐待防止委員会で採択し、全職員へ向けてその方針を明示した。

自己評価表は、他の医療機関の取り組みについて調べ、得られた情報をもとに、病院の特色に合わせた独自のツールを作成して実施している。内容としては、言葉遣い（患者を呼ぶ際に用いている呼称など）や接遇、虐待のリスク場面を見たことがあるか、共有しているか、などが含まれている。

(3) 管理者向け手引書

医療安全管理者は、各部署における安全安心の風土づくりを推進するために、管理者向けの手引書を作成した。手引書の作成にあたっては、情報収集を行い、原案を作成し、看護師長のあつまる師長会でその内容についてさらに議論を重ね完成したものである。

この手引書には、虐待防止に向け一貫した姿勢を示すことや、虐待にかかわる報告を受けた際の対応について書かれており、これまで戸惑うことの多かったこれらの場面にかかわる管理者の負担を軽減することを目的にしている。

（４）虐待防止強化月間

看護倫理委員会は年に１回虐待防止強化月間を設定しており、この機会に全看護職員に対して虐待防止や接遇強化のためのメッセージを発信したり、各部署内において虐待防止のための取り組みが積極的に行われている。

（５）管理者の役割とサポート

院長、看護部長をはじめとしたトップマネジメントや、看護管理者、他部署のリーダーは、医療安全委員会や虐待防止委員会のメンバーとしてその活動に参加するほか、それぞれの取り組みを部内や他部署に展開することや、教育・研修の機会に職員を参加させることについて協力をしていた。

また、実際虐待のリスク場面を見かけた際に、職員同士では声をかけることが難しいことがあり、その際には部署内の管理者に報告することで、管理者が当該職員に働きかけるという役割を担っていた。このようなことから、管理者は職員が相談をしやすいよう配慮しているという。

３．取り組みの成果と課題

これらまで主に看護部内で行われてきたこれらの活動を、病院全体で行い始めたことで、多職種から「改めて虐待とは何かについて考えることができた」という感想が聞かれるようになった。

このような組織横断的で継続的な活動により、職員内に「この組織は虐待防止に積極的な組織である」ということや「患者を幼児呼称で呼ぶことは虐待である」という認識が定着した。また、実際に重症心身障害児（者）病棟で長年課題となっていた「幼児呼称で患者を呼ぶ場面」を目撃することは大幅に減少し、それに伴って看護・介護の手技が一層丁寧になったと感じている職員もいた。

スタッフの多くが、この取り組みが病院の使命であると認識しており、継続していきたい、継続しなければならないと感じていた。これらのことが、コロナ禍など困難な状況においてもこの活動が継続してきた背景にあると考えられる。

一方で、取り組みの当初から取り組んできた呼称については、まだ課題も残っている。ちゃん・くん付で患者を呼ぶことが虐待であるという知識は全ての職員が持っているものの、長年そう呼ばれてきた患者を「さん」で呼ぶと反応が乏しいなど、ネガティブな変化が見られたことなどが背景にある。

また、虐待防止自己評価表の回答の中で「虐待場面を目撃した際に報告することができるか」「どうしたら虐待をなくすことができるか」という設問に対して、少数ではあるが「言っても変わらないのではないか」という消極的な回答もあるということであった。

４．今後の展望について

今後について、認知症病棟や重症心身障害児（者）病棟の入院患者が高齢化してきているため、主に事例検討会の中で意思決定支援にかかわる教育的介入を行うことを計画しており、看護倫理委員会では意思決定支援に関わる事例の作成や、ACP シートの活用について検討する取り組み

みを開始している。

文献など。

独立行政法人国立病院機構やまと精神医療センター．<https://yamato.hosp.go.jp/>（最終アクセス日 2023 年 5 月 1 日）

琵琶湖病院における取り組み例

石橋佐枝子
敦賀市立看護大学

1. 琵琶湖病院における取り組みの概要

医療法人明和会琵琶湖病院では、長期入院や頻回の入院、強制的な処遇への打開策として、2009年に訪問看護ステーションを設立し、入院ありきの治療から地域で生活し続けられるような支援へと舵を切った。その後、2011年よりアウトリーチ事業を始め、医療中心から生活支援中心のケアを重視するようになった。同時に専門家主導での支援に限界を感じ、当事者のニーズに合わせた支援をするのに多職種・多機関連携の必要性を感じ、2015年に当事者参加型ケース会議、2017年にオープンダイアログ(以下、OD)を目指した治療ミーティングを始め、施設中心から人中心へ、管理ベースから権利ベースへと病院の方向性が変化した。

2019年には、チームでの対話実践を目指し、地域移行の取り組みにおいて対話実践を取り入れる「地域移行ユニット」が発足した。当初のチームメンバーは、看護師(10名)、ケアワーカー(4名)、心理師(1名)、ソーシャルワーカー(4名)、精神科医(2名)、作業療法士(1名)であった。この中にはODに関する国内組織であるオープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン ODNJPの基礎トレーニングコース修了者(3名)が含まれており、そのうち1名はユニット発足後、フィンランドでのOD国際トレーナーコースを修了している。

2. 琵琶湖病院の地域移行ユニット

琵琶湖病院での「地域移行ユニット」では、

1.当事者、多職種スタッフ、ピアサポーターを交えたミーティング；外出や院外の人々との交流、当事者研究など

2.当事者、家族を招いたオープンダイアログを目指した対話実践を主軸に治療・ケアがなされている。

地域移行ユニット設立当時は35名の入院患者(平均年齢61.8歳、男性17名、女性17名、平均入院期間9.4名)がいたが、2022年10月にはこのうちの15名(42.9%)が地域移行を果たした。まだ入院が続く他の患者も、具体的な地域移行計画が本人・家族等のネットワークメンバー、治療チームのメンバーに共有され、地域移行を目指し治療・支援が継続されている。また治療ミーティングでは投薬の必要性についても再検討され、神経遮断薬(クロルプロマジン換算)の平均使用量は、 954.8 ± 712.4 mg/日(2019年9月)から 621.7 ± 397.8 mg/日(2022年10月)に減少したことが報告されている。

この取り組みを体験したある家族は、「精神科医は本人を閉じ込めるもの。薬を出すだけ。スタ

ップは本人を助けられず、放置していた。病院を出ることは考えられなかった」と理解していたのが、「(家族である) 自分も本人も治療の舵取りができることを知り、ミーティングが小さな希望の光になった」と語った。

フィンランドのケロプダス病院において 1980 年代当時は慢性の入院患者であふれる状態であったのを、「ニーズ適合型治療」を導入し、その後 1984 年には「クライアントについて、スタッフだけで話すのを止める」という OD が導入されたが、この道のりと琵琶湖病院の対話実践の導入までの道のりとが非常にオーバーラップしているよう感じる。

2022 年 11 月に琵琶湖病院で対外的に開催された「琵琶湖病院における対話実践に向けた取り組み・紹介ワークショップ」において、「コラボレイティブ・インタビューへの陪席」として、これまでに「地域移行ユニット」での対話実践を体験した当事者・家族を招き、見学者の眼前で対話実践を行い、これまでの経験をともに振り返るという挑戦的な試みが行われた。参加者の目の前で見せ体験させることで、精神医療において当事者主体で治療・ケアを行う対話実践が効果的であり、かつ実践可能であることが示され、まさに「百聞は一見に如かず」であった。

謝辞

本報告書作成にあたり、快く資料提供・ご助言くださった琵琶湖病院 村上純一先生に感謝申し上げます。

【文献】

村上純一・山中一紗(2022).コラム 6 琵琶湖病院における対話実践の取り組み. 石原孝二・斎藤環 (編), オープンダイアログ 実践システムと精神医療 (pp161-167). 東京大学出版会.

神奈川精神医療人権センターにおける

権利擁護のための啓発および相談活動

田辺有理子

横浜市立大学医学部看護学科

精神科医療における患者の権利擁護を主とした活動を展開する精神医療人権センターについて報告する。精神医療人権センターは、大阪、兵庫、東京、埼玉、神奈川、長野の6団体が活動している。全国に先駆けて始動した大阪精神医療人権センターを中心として各団体が連携して各地域での活動を展開している。本報告は、神奈川精神医療人権センターの協力を得てまとめたものである。

聞き取り：2023年3月1日

対応・資料提供：神奈川精神医療人権センター事務局 三瓶芙美氏

本報告の原稿は神奈川精神医療人権センター事務局に確認いただき承諾を得た。

1. 神奈川精神医療人権センターの体制

神奈川精神医療人権センターの母体である特定非営利活動法人さざなみ会は、1987年に精神障害の地域作業所として始動し、2013年からピアスタッフを登用した。その後、ピアスタッフや地域のピア、関係者が集まって横浜ピアスタッフ協会が立ち上がった。そのなかで、病院や福祉施設のなかで権利侵害を受けている人をサポートしたいという声があがり、病院見学や大阪精神医療人権センターへの訪問を経て、2019年10月から準備を進め、2020年5月に神奈川精神医療人権センターが設立した。

活動のなかで以下の4点を大切にしている。

声をきく：精神医療にかかる方々の立場にたった権利擁護活動を実践する

扉をひらく：精神科病院を開かれたものにする活動を行う

仲間（ピア）がささえる：精神障害当事者をはじめ多くの仲間（ピア）が全力でサポートする

社会をかえる：安心してかけられる精神医療・地域社会の実現を目指す

なかでもピアが積極的に活動している点が特徴である。

組織は、会長・副会長はピアスタッフで、事務局がボランティアスタッフのシフト調整・個別の相談対応・訪問活動の調整などを行なっている。事務局は法人職員と嘱託、すべて非常勤で精神保健福祉士2名含む4名体制である。活動は、普及啓発と相談面会活動の2本立てとなっている。登録相談ボランティアが約40名、実働は10数名、事務局1名＋相談1・2名の体制で電話相談を受けている。面会や電話相談、研修会などをボランティアで担っている。登録ボランティアと事務局で定期的にミーティングを行い、相談ケースの情報を共有し、支援方法の検討を行っ

ている。スタッフ同士のささえ合いにより、活動にかかわる一人ひとりが力を発揮できる体制づくりが行われている。

また、月1回の定例会で、職員、ボランティア、市民、当事者、家族、専門職などさまざまな立場の参加者による意見交換、情報共有、勉強会を行なっている。

2. 普及啓発

630 調査の開示請求を行い、精神医療に関する情報を公開してきた。行政機関の保有する情報の公開に関する法律に基づく情報公開制度では、国民の的確な理解と批判の下にある公正で民主的な行政の推進が示されている。精神保健福祉資料の開示および公開は、精神医療の透明性、適正の確保に向けた活動である。また、複雑な情報をユーザーの視点からわかりやすく開示することにより、ユーザーが医療機関の情報を得たうえで病院を選べるようにしたいと考えて、情報を冊子にまとめて公開している。安心して医療を受けられる医療機関を知りたいという思いは、すべての患者および家族に共通している。当初は個人情報の扱い等を理由に、630 調査の開示を拒否されたが、開示請求で得た情報をまとめて2022年に冊子として公開した。病院の医師や精神保健福祉士などのスタッフから自身が働く病院以外の情報を知らないという反響が大きく、スタッフの配置が少ない、隔離や拘束のほか医療保護入院の割合が高いなどの自施設の気づきを得ている。

しかし、630 調査の情報ではユーザーが知りたい情報がすべて得られるわけではない。ユーザーが求める情報を提供するために、大阪と兵庫では実際に病院を訪問して、見学や聞き取りを行っている。神奈川のセンターでは2020年の設立当初からCOVID-19による病院の面会制限等の影響を受け病院訪問が進まなかったが、病院への事業説明や訪問の協力依頼を始めているところである。精神科病院は情報が閉ざされ、入院してみないとわからないこともある。人の目が入ることで、風通しをよくしていくことが求められる。病院を訪問することで、病院も見られているという意識をもつことができる。また、ユーザーも情報に基づいて病院を選び安心して医療を受けることができる。

精神障害の理解を広げるためには、当事者や医療者にとどまらず広く地域住民に働きかける必要がある。精神科医療の地域移行に伴い精神障害者のグループホームの開設が推進されてきたが、グループホームの建設にあたっては各地で反対運動が起き、住民説明会を行えば更に反対運動が加熱するなど、精神障害に対する偏見や差別意識などの課題が表面化することがある。神奈川県内でもグループホーム開設の反対運動が起これ、のぼり旗を立てて精神障害者を排除するような動きがあった。そこで地域住民に向けて精神障害の理解を求めて地域のポスティングや対話の働きかけを行い、精神障害への偏見の解消や地域生活への相互理解を求めるための活動を行った。この活動については、映画『不安の正体 精神障害者グループホームと地域』（2021年発売）において紹介されている。

普及啓発のための研修会を企画し、講師を招いて教育活動を行っている。当事者が学ぶ機会として、地域住民が精神障害の正しい知識や情報を知る機会として、当事者、家族、関係機関や関係職種、地域住民が理解を深めるために、人権擁護をはじめとする精神医療に関する時事のテーマについて積極的な啓発活動を行っている。

3. 相談面会活動

電話相談を平日午後（月～金 13:00-16:00）に開設している。他県センターでは、週1回程度であり、毎日相談体制をとっていることは神奈川の特徴である。相談員は、当事者、家族、精神保健福祉士、作業療法士などがおり、シフト制で相談に応じている。ホームページからのメール相談や手紙による相談を受け付けており、そこから電話相談や来所による相談につながることもある。オンラインによる対応も行っている。医師の説明を聞くために受診に同行することもある。

2020年6月から相談活動を開始し2023年2月時点で延べ460件の相談があった。本人の相談と家族からの相談がほぼ半数。相談の内容は精神科病院やクリニックの対応に関するものが7割を占め、次いで自治体や福祉施設の対応、家族との関係などとなっている。医療に関する相談の6割は現在の入院治療や処遇、4割が通院治療や薬剤についてもしくは過去の入院処遇等の不服や辛い体験についての相談であった。相談の一例として、退院したい、不必要な行動制限、説明を受けていない・説明の意味がわからないまま薬を飲まされた、注射を打たれた、民間救急で強制入院となったなどがある。

精神障害当事者がピア相談員として電話相談ボランティアに登録して相談活動を行っている。当事者のピア相談員が相談者の体験を受け止めることで相談者がケアされ、ピア相談員が受容したり共感したりできることに価値がある。ピア相談員は相談対応を通して自分の体験を役立てたいと考えて参加している。

相談内容は、過去の体験を話すためのものもあるが、緊急を要するものもある。法制度の説明や助言、弁護士への継ぎ、継続した支援が必要なケースもあり、必要に応じて精神保健福祉士が対応することや、当事者のピア相談員と資格職が協働して対応することがある。第三者機関として、病院や行政に問い合わせる、本人が説明を受けられるように面談に同席したり、実際の状況を確認するために病院に面会に行き話を聞いたりすることもある。病院訪問や面会活動によって、病院のなかに風が入ること、本人のセルフアドボカシーを保障していくことを目指している。第三者機関が同席することで、いつもよりも診察が長く、丁寧に説明してもらえたということもある。わからなくても聞き返せない、質問がなければ説明が省かれる、説明していても専門用語が多く当事者には理解できていないこともある。医療者と当事者の間を取りもち、対等に対話ができるようにそばについている。本人や家族が自身の権利を主張できるように調整している。

4. 患者と病院の双方を守る

神奈川県での活動が始動してから3年目となるが、地域の関係機関に十分認知されているとは言いがたい。病院にとってはよくわからない団体だと身構える様子も見受けられる。精神医療人権センターというと「人権屋」と言われたりするなど、外部団体が入ることへの抵抗も体験している。相談窓口を案内するポスターの掲示を求めても、院内に掲示できないと断られる、また「病院のなかのことを知らないのに口を出すな」と言われたこともある。人権センターのスタッフも医療機関の勤務経験をもつ者として、少ない人員のなかで医療安全と権利擁護を悩みながら対応

しているという病院の状況、評価されることへの抵抗も理解している。「人権」といっても病院を抗議・迫及するものではなく、共に患者本人の権利を擁護していきたいと考えている。病院スタッフに活動を啓発していく必要がある。

医療者は説明した、あるいは説明したつもりだとしても、本人や家族は受け入れられない、やらされた、説明されていないなどの思いを抱いていることがある。病院に世話になっているから、要望を出すことに躊躇しているという場合もある。誠意を尽くして対応していても対立関係になってしまうこともある。**医療者側が強く意識していないと、簡単に権利侵害をしてしまう。**同センターへの相談の多くは、明らかな虐待行為などでなく、医療側も説明したのに説明を受けられていないと感じたというものや、些細な言葉に傷ついたものがある。

精神科病院は、非自発的な入院や病状や病識などの特性もあり、丁寧に接しても受け入れられない病院の立場としての限界がある。そうした閉ざされた二者関係のなかに、病院の所属でない第三者が当事者の傍にいて、医療サービスの場に同席することで、治療関係を保つ助けになれるのではないか。病院と戦うのではなく、病院と当事者と双方を調整していくかたちを目指している。実際に医療者と患者との関係が膠着した状況に病院からの依頼で介入し、退院につなげた事例もある。第三者が入ることにメリットを感じられると活用が推進できるだろう。精神医療審査会や行政がその役割を担えば良いが、すぐに対応できない現状もある。すぐに対応でき、制度の狭間を埋めながら、医療と当事者の対話をもつことができ、患者を守るとともに病院を守る役割もある。

病院の様子を見ていると退院できないのではないかと保守的に見えても、病院から出てみると、その人の暮らす力が見え、暮らす場所や福祉サービスの枠を超えた地域の力があり、多くの資源やアイデアがある。権利擁護だけでなく地域移行や地域のサポートについて視野が広がる。病院が地域の団体とつながって助けを求めようと考えを転換できると、病院にとってのメリットが大きいのではないだろうか。

参考資料

神奈川精神医療人権センター（2022）. どこに行けばいいの？！精神科病院選びの参考になるデータ本（神奈川編）2021年度

神奈川精神医療人権センターホームページ. <https://kp-jinken.org/>

大阪精神医療人権センターの活動実績と

市民による権利擁護の取り組みの全国的拡がりへの可能性

—現状と課題—

福島美貴

金城学院大学看護学部看護学科

本プロジェクトにおける活動として、認定 NPO 法人大阪精神医療人権センターの上坂氏と森本氏に、センターの個別相談活動の実績と市民による権利擁護の取り組みの全国的拡がりへの可能性—現状と課題—をテーマにインタビューを行った。その結果をもとに若干の考察を加えてまとめた。

【インタビュー日時】 令和5年3月6日（月） 14:00~15:10 Zoom による Web 会議

【調査対象】 認定 NPO 法人大阪精神人権医療センター 運営会員 上坂紗絵子氏・事務局 森本康平氏

【結果】

1. 大阪精神医療人権センターの活動の概要

センターで発行している 2022 年度事業報告書によると、事業の目的は、「精神医療及び社会生活における精神障害者の人権を擁護する活動を行うとともに、それらを通して精神障害者に対する社会の理解を促進し、障害の有無にかかわらず、人間が安心して暮らせる社会に一步でも前進させるべく、貢献すること」である。

活動内容は ①声をきく（電話や面会による個別相談活動）、②扉をひらく（訪問活動）、③社会をかえる（政策提言）という3つであり、活動をさらに充実、拡充させるため組織基盤強化を行う人権擁護団体である。

2. センターが行う権利擁護の実践

センターが行う権利擁護の実践は2つあり、入院中の方や病院と直接的なやり取り、つまり当事者が有する権利や権利の使い方を伝えるといった、権利を使うための支援のほか、講演会や研究会による構造的な問題から考えた発信がある。

3. センターの取り組み実績（声をきく個別相談活動について）

1) コロナ禍以降の相談件数

精神科病院に入院中の方やその家族等からの個別相談件数は表1に示した。
面会回数は COVID-19 の影響を受けて減少を余儀なくされている。

表 1 相談件数

		2021 年度	2020 年度	2019 年度
1	手紙	444	329	200
2	FAX	4	7	2
3	メール	49	105	41
4	電話	776	830	885
5	面会	24 回 4 病院	7 回 4 病院	179 回 17 病院
6	オンライン面会	29 回 5 病院	7 回 2 病院	
合計		1326 件	1285 件	1307 件

※1～5 は延べ件数 2021 年度事業報告書 p8

2) コロナ禍以降の面会活動の実施状況

面会活動の実施状況を表 2 に示した。2021 年度は退院した者が 5 名、処遇改善・希望の実現が 4 名であった。

表 2 面会活動の実施状況

	2021 年度	2020 年度	2019 年度
ひまわりの紹介	3 名	2 名	2 名
弁護士からの同行依頼	1 名	1 名	5 名
弁護士当センターどちらにも相談同行で面会	3 名		
MHSW に連絡・質問・面談	3 名	2 名	10 名
医師や看護師に連絡・質問・面談	2 名	0 名	5 名
MHSW が以前より関わり始めた	2 名	0 名	0 名
退院支援が具体的に決まった		2 名	7 名
退院先が決まった		0 名	0 名
退院した	5 名	0 名	14 名
処遇改善・希望の実現	4 名	1 名	12 名

2021 年度事業報告書 p27、2020 年度事業報告書 p25、2019 年度事業報告書 p32 より

3) 他機関との連携

他機関との連携で最も多いのは弁護士に繋ぐことである。大阪の場合、大阪弁護士会の「ひまわり」と連携している。センターに連絡がきて、やり取りする中で、精神医療審査会に退院請求や処遇改善請求をする場合には、基本的には弁護士に代理人になってもらってその手続きをすることを提案している。ひまわりの仕組みを使うと原則、当事者に弁護士費用の負担は発生しない。

センターで支援した方の情報は、当事者本人の希望や承諾なく共有することはない。本人が希望や承諾した場合のみ共有する。

4. 全国的な拡がりの萌芽

—「どさんこコロ」「おかやま精神医療アドボケイトセンター」に続くのはどこか—

精神医療人権センターは同時期に大阪・東京・兵庫に、2015 年以降には埼玉、神奈川で設立されてきた。2022 年には、人権擁護団体「どさんこコロ」(北海道)、「おかやま精神医療アドボケイトセンター」が設立された。岡山は 2022 年 12 月の精神保健福祉法改正で書き込まれた「入院者訪問支援事業」に参画することを目指してできた団体と聞いている。

その他の地域において、ネットワークを作りたいと考えている有志のいるところは、センターで直接的にやり取りをしているところだけでも 2~3 か所ほどあり、慎重に議論をされているところである。

5. センターを新設する際および設立後の課題、そして全国的拡がりへの展望

精神医療人権センターとしての取り組みを拡充や継続するための課題等を検討するために 2019 年度から助成事業の一環として大阪と他地域の精神医療人権センターとの意見交換を行ってきた。その中で出された意見を基にすると、2 つの切り口で考えることができる。1 つは立ち上げである。もう一つは立ち上げてからのセンターの運営である。

1) 新設する際の課題等

第一に呼びかけ人は誰になるかという点である。とりまとめ、ネットワークづくり、実働できるか、などポイントがいくつかあるのではないかと。呼びかけ人が、大阪のセンターの視察や企画への参加等を通し、当事者、家族、弁護士会、医療福祉従事者や関係各所、弁護士等と繋がり、ネットワークを形成したところも存在する。ピアスタッフ協会の仲間から設立してしたところ、精神保健福祉を考える会メンバーが設立しており、勉強会が土台となるケースもある。

なお、日本弁護士連合会では、弁護士による精神保健支援に関する仕組み（退院支援の代理人等）を全国に広げる取り組みを行っている（福岡でスタートさせ、九州全域にある「当番弁護士制度」、大阪の「精神保健支援業務（出張相談）」等）。弁護士へのアクセスのしやすさは地域によってばらつきはあるが、徐々に整えられてきており、日本弁護士連合会に精神保健支援の担当者にお尋ねするとよいとのことであった。

2) 設立後の課題等

皆それぞれ背景や経験が異なる中で意見も多様であるため、運営にはきめ細やかな配慮・工夫等が必要である。ミッションであるとか、活動、事業計画をどうするのか、その意思決定をどうするのか、誰が決めるのが運営の過程できちんと議論し一致点を探し、できる限りルール化しておくよう心掛ける必要がある。

大阪の場合「安心してかかる精神医療」を目指すところを大切にしている。広報と財務について考えることも重要である。広報の役割として入院中の方にこの窓口の存在を知らせること、社会に向けての発信がある。人や資金を集める必要がある。財務については活動資金や人件費の

検討も必要である。ボランティアで運営しているが、ボランティアのままでいいのか、他国の場合制度として確立されている。

3) 全国的な拡がりに向けて

地域ごとの独自のネットワークや精神科病院の特性もあり、大阪のやり方がそのまま他の地域に合致するとも言えない。他の地域でのセンター設立に大阪の活動を参考にするための情報提供はできる。

【所感（総合考察）】

精神科病院における患者の権利擁護の取り組みの国内好事例として NPO 法人大阪精神医療人権センターを紹介した。

このインタビューを通して、これまでの自分の支援の態度、姿勢を振り返った。当事者の話を丁寧に聞くということ、十分にやってきただろうか。また、当事者自身が有する権利にどのようなものがあるのか必要かつ十分な情報を提供し、その権利を守ってきただろうか。当事者は「聞き手のいない」状況にさらされ続けてきたかもしれないし、今日の情報過多の社会にあっても、自分の権利について知る（学ぶ）機会を得ることができなかった可能性も少なくない。

インタビューで語られた、権利や権利の使い方を伝える、権利を使うための支援を行うセンターの役割は、「セルフアドボカシー」への支援に他ならないと考える。センターの地道な訪問活動や相談活動の積み重ねの結果として、当事者はアドボケイトと出会い、権利を知り、使うことを身に着けていきながら、次第に主体的に歩み始めるのだろう。

昨今、一部の精神科病院で看護師による患者への虐待事案が報道されている。センターの目指す「安心してかかれる精神医療」とは言いがたい現状も存在する。

しかし、精神保健福祉法の改正やセンターの全国的な拡がりの萌芽はあり、明るさも見える。先駆的な大阪に学び、地域の特性を鑑み、アレンジすることで独自の権利擁護団体の構えとなる。声をきき、扉をひらき、社会をかえるために待っていないで自ら出かけ、他者の考えにも触れる機会を持ち、同志を探すことが個人レベルで出来る第1歩であると考ええる。

謝辞

今回の報告書をまとめるにあたり、快くインタビューに協力してくださいました NPO 法人大阪精神医療人権センターの上坂紗絵子氏、森本康平氏には心から感謝申し上げます。

文献

NPO 法人大阪精神医療人権センター（2019）2019 年度面会活動の実施状況. 2019 年事業報告書. p 32

NPO 法人大阪精神医療人権センター（2020）2020 年度面会活動の実施状況. 2020 年事業報告書. p 25

NPO 法人大阪精神医療人権センター（2021 a）「声をきく」活動の実施状況と成果. 2021 年事業報告書. p 8

NPO 法人大阪精神医療人権センター（2021b）2021 年度面会活動の実施状況別紙 2. 2021 年事業報告書. p 27

3. 国際的な視点編

WHO ガイドラインとオープンダイアログ

石橋佐枝子
敦賀市立看護大学

1. WHO のガイドライン

本稿では、WHO（世界保健機関）が2019年に発表したガイダンスである、「地域精神保健サービスに関するガイダンス：人間中心、権利に基づくアプローチの推進（Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches）」について解説する。

2. 背景

2006年の障害者の権利条約（CRPD）が採択されて以来、地域精神保健の現場においても差別の撤廃、人権擁護、障害者の地域移行、自立、エンパワーメント、権利の回復・促進が強調され、その必要性は持続可能な開発目標（SDGs）により補強されている。本ガイダンスは、国際的な人権基準に沿った地域精神保健システムとサービス提供のための各国の取り組みを支援するために作成された。現在、法律と政策の改変を目指す国が増えているが、差別の撤廃と人権擁護に必要な政策や立法の確立した国は未だなく、施設ベースのケアや隔離、強制的な（そして有害な）治療行為が継続している。障害者への差別の撤廃と人権擁護といったCRPDで示された人権原則を遵守する地域精神保健サービスの実装には、すべての国における現行の精神保健サービスにかなりの変革が必要であり、人的・財政的資源の投入が必要不可欠である。

WHOによる同ガイダンスは、各国が自国の精神保健制度とサービス改善に向け、多様な選択肢を示すものである。地域精神保健分野における優れた実践や取り組みを紹介することで、革新的で権利に基づいた精神保健サービスの実現のための道筋を示すためのものである。多くの精神保健サービスが様々な障壁や制約に直面する中で、本ガイドラインで紹介された精神保健サービスの実例は、障害者の権利擁護、人間中心のアプローチの実現が可能であることを示すものである。

3. WHO ガイドラインの概要

現在、各国の精神保健の支援において、向精神薬が治療の中心に据えられているが、心理社会的介入、ピアサポートなどの人を中心とした回復と権利に基づくアプローチの検討・サービス提供が求められており、保健・医療・福祉サービス従事者の知識、能力、スキルの大幅な変革が必要である。多様性が受け入れられ、すべての人の人権が尊重され、促進されるような包括的な社会と地域社会をつくる努力が必要とされる。

これまで精神保健分野の研究は、生物医学的パラダイムに支配されてきたため、人権に基づくアプローチを検討する研究がほとんどないのが現状である。人権に基づくアプローチを検討し、サービス提供コストの比較・評価を行い、生物医学に基づくアプローチと比較して回復の成果を評価する研究への投資を世界中で大幅に増加させる必要がある。研究の優先順位をこのように方

向転換することで、精神保健と社会福祉制度及び支援について、権利に基づいたアプローチのための確固たる基盤づくりにつながる。

人権アジェンダと回復アプローチの開発は、精神疾患や心理社会的障害を持つ当事者の積極的な参加なしには達成できない。精神疾患の体験を持つ当事者は「経験専門家」であり、彼らの権利の尊重だけでなく、彼らの実際のニーズに応えられるような支援や機会を開発していくための大事なパートナーである。

人権を尊重し、回復を重視する地域精神保健サービスの継続的な発展の実現に対し、持続的かつ政治的にコミットする国は、精神疾患や心理社会的障害を持つ人々だけでなく、彼らの家族、コミュニティ、社会全体を大きく改善することになる。

4. WHO ガイドラインの分野

同ガイドラインでは以下の7つの分野に分けて取り組みが紹介されている。ここでは世界中のメンタルヘルスに関する取り組みについて1,197の候補を、5つの人権と回復の基準（法的能力の尊重、非強制的実践、（障害を持つ人の）参加、コミュニティへの参加、リカバリー・アプローチ）から評価し、22の実践がグッドプラクティスとして選定されている。

1. メンタルヘルス危機管理サービス (Crisis service) : Afiya House (米国), Link House (英国), Open Dialogue : OD (フィンランド), Tupu Ake (ニュージーランド)
2. 病院を拠点とした精神保健サービス : Basal Exposure Therapy(BET) Unit at Blackstad Hospital(ノルウェー), Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH(ハイデンハイムクリニック, ドイツ), Soteria (スイス)
3. 地域精神保健センター : Aung Clinic(ミャンマー), Centros de Atenção Psicossocial(CAPS)III (心理社会的ケアセンターCAPSIII, ブラジル), Phoenix Clubhouse (香港, 中国)
4. ピアサポート型精神保健サービス : Hearing Voices support group (30ヶ国; 米国, 豪, 香港), Nairobi Mind Empowerment Peer Support Group (ケニヤ), Peer Support South East Ontario (カナダ),
5. 地域訪問型精神保健サービス : Atmiyata (インド), Friendship Bench (ジンバブエ), Home Focus (アイルランド), Naya Daur (インド), Personal Ombudsman (スウェーデン),
6. 精神保健のための生活支援 : Hand in Hand supported living (ジョージア), Home Again (インド), KeyRing Living Support Network (英国), Shared Lives (英国)
7. 精神保健の総合的なサービスネットワーク : Brazil Community Mental Health Service Network (ブラジル), East Lille community mental health service network(フランス), Trieste community mental health service network (イタリア)

人権と回復に基づく支援の実装には、精神保健に影響力を持つ社会的要因にもアプローチし、人々の緊急時のニーズと長期的なニーズの両方に対応することが求められている。ここには人々が生きる意味や目的を得たり、人生を取り戻すための支援や、人間関係、仕事、家族、教育、スピリチュアル、芸術や知的探求、政治など人生のあらゆる重要な局面を探索するための支援が含ま

れる。このような観点から、精神保健サービスには治療とケアに関する本人の選択と決定を含み、本人の法的能力を尊重する必要がある。また強制することなく人々を支援する方法を見つけ、地域で生活する人々が参加し、良い支援がどのようなものであるべきかと考える機会を保障する必要がある。精神保健サービスは、ピアワーカー（経験専門家）の専門知識と経験を活用し、彼らのニーズ、希望、期待に沿う形で回復過程を支援する必要がある。多くの支援が直面する資源、政策、法的制約の中で、これらの支援を実現するためには多くの課題があり、決して容易いことではない。しかし本ガイドラインで紹介されている世界の様々な地域の精神保健サービスの事例は、人権を守り、強制を避け、本人の法的能力を促進しながら、様々な各地の法的枠組みの中でもうまく機能している事例を示している。これらの事例が実現可能性を示しており、世界中の政策立案者やサービス提供者にインスピレーションを与えることが望まれる。

文献.

1) World Health Organization: Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2021.

[<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>.html]

オープンダイアログ

石橋佐枝子
敦賀市立看護大学

1. OD【オープンダイアログ Open Dialogues : OD】について

前述の WHO による上記ガイドラインの「1.メンタルヘルス危機管理サービス」におけるグッドプラクティスとして紹介されたオープンダイアログ Open Dialogue Crisis Service は、フィンランドの西ラップランド地方ケロプダス病院で開発された、「対話」を中心とした精神的危機へのアプローチ法である。さらにこの OD は WHO ガイドライン「2.病院を拠点とした精神保健サービス」で紹介された Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH(ハイデンハイムクリニック, ドイツ), Soteria (ソテリア, スイス) でも導入されている (WHO,2021)。

オープンダイアログは単なる「技法」ではなく、精神医療の「サービス提供システム」であり、「対話実践」の技法であり、その背景にある「世界観」を意味する場合もある (ODNJP ガイドライン作成委員会, 2018 ; 図 1)。対話により、本人の意思決定を保障するシステムや、家族や社会的ネットワークにおけるつながりの促進を重視、個人の精神力動的療法とシステム論的家族療法の要素を持つ支援であり、急性期における危機管理・在宅支援サービスである

(WHO,2021)。このオープンダイアログでは7つの原則 (表 1)、対話実践の 12 の基本要素 (表 2) を重視した実践を行う。

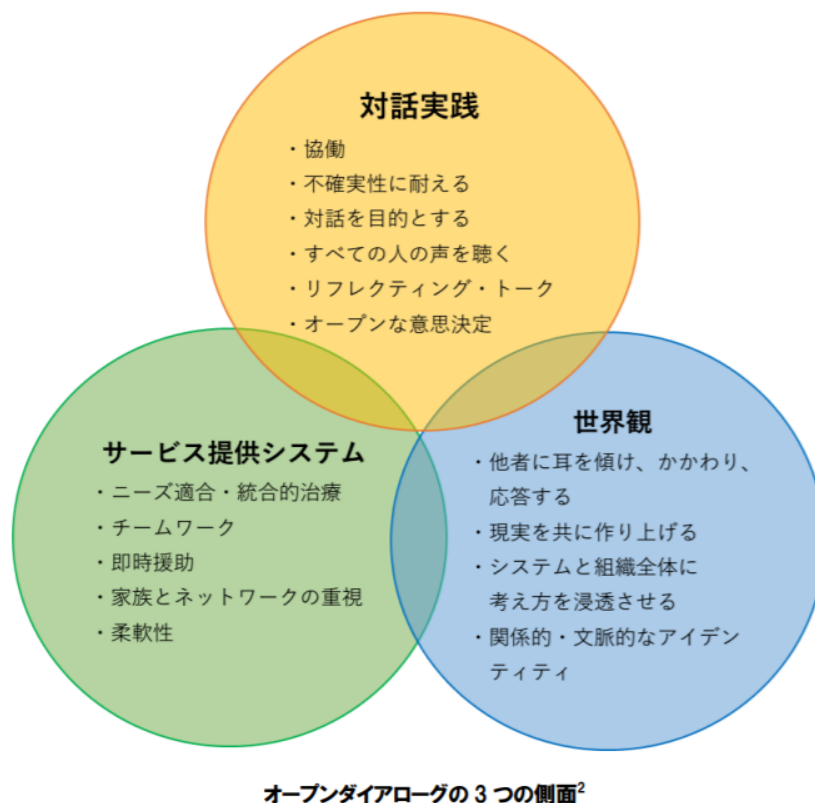


図1 オープンダイアログの3つの側面 (対話実践のガイドライン, 2018)

表 1. The Seven Principles of Open Dialogues オープンダイアログの 7 つの原則

1. Immediate Help (即時対応：必要に応じてただちに対応する)
2. Social Network Perspective (社会的ネットワークの視点を持つ：クライアント、家族、つながりのある人々を皆、治療ミーティングに招く)
3. Flexibility and Mobility (柔軟性と機動性：その時々ニーズに合わせて、どこでも、何にでも、柔軟に対応する)
4. Responsibility (責任をもつこと：治療チームは必要な支援全体に責任を持って関わる)
5. Psychological Continuity (心理的継続性：クライアントをよく知っている同じ治療チームが、最初からずっと続けて対応する)
6. Tolerance of Uncertainty (不確実性に耐える：答えのない不確かな状況に耐える)
7. Dialogism (対話主義：対話を続けることを目的とし、多様な声に耳を傾け続ける)

(Olson, M. et al., 2014, オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン, 2018)

表 2. The Twelve Key Elements of Fidelity to Dialogic Practice in Open Dialogues
対話実践の 12 の基本要素

1. Two (or More) Therapists in the Team Meeting (治療ミーティングを継続的に担当する 2 人あるいはそれ以上のスタッフを選ぶ)
2. Participation of Family and Network (クライアント、家族、つながりのある人々を、最初から治療ミーティングに招く)
3. Using Open-Ended Questions (治療ミーティングを「開かれた質問」からはじめる)
4. Responding To Clients' Utterances (クライアントの語りのすべてに耳を傾け、応答する)
5. Emphasizing the Present Moment (対話の場で今まさに起きていることに焦点をあてる)
6. Eliciting Multiple Viewpoints (様々なものの見方を尊重し、多様な視点を引き出す)
7. Use of a Relational Focus in the Dialogue (対話の場では、お互いの人間関係をめぐる反応や気持ちを大切に扱う)
8. Responding to Problem Discourse or Behavior in a Matter-of-Fact Style and Attentive to Meanings (一見問題に見える言動であっても、“病気”のせいにせず、困難な状況への“自然な”“意味のある”反応と捉えて、応対する)
9. Emphasizing the Clients' Own Words and Stories, Not Symptoms (症状を報告してもらうのではなく、クライアントの言葉や物語に耳を傾ける)
10. Conversation Amongst Professionals (Reflections) in the Treatment Meetings (治療ミーティングでは、スタッフ同士が、参加者たちの語りを聞いて心が動かされたこと、浮かんできたイメージ、アイデアなどを参加者の前で話し合う時間をとる；リフレクティング)
11. Being Transparent (本人のことは本人のいないところでは決めない)
12. Tolerating Uncertainty (答えのない不確かな状況に耐える)

(Olson, M. et al., 2014, ODNJP ガイドライン作成委員会, 2018)

「本人のことは本人のいないところでは決めない」「症状を報告してもらうのではなく、クライアントの言葉や物語に耳を傾ける」「一見問題に見える言動であっても“病気”のせいにせず、困難な状況への“自然な”“意味のある”反応と捉えて、応対する」というルールにより、当事者を置き去りにせず、当事者主体の治療・ケアを進められるようになっており、人間中心、権利擁護の姿勢を常に意識できるシステムとなっている。

この OD では図 2 のように本人（当事者）を取り巻く社会的ネットワークに対し、多職種から構成され互いに対等な関係である治療チームが対話を行うのが特徴である。これにより本人を取り巻くネットワークに直接介入することができ、治療チームは治療およびケアについて全員に分かるように説明し対話を重ね、最終的に本人が決定する。このため、薬物療法を拒む本人に対し、治療者が複数名で説得にあたるのは OD の誤用である。

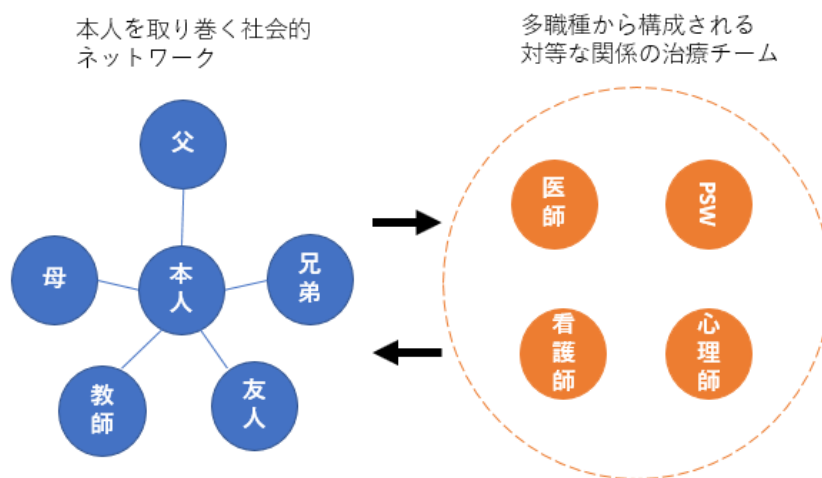


図2 オープンダイアログ概念図

治療チームのメンバーはもちろん、クライアントである本人（当事者）、家族、さまざまな関係者を含めてこれらの原則と基本要素についての共通理解を持ち、対話し続け、本人（当事者）のニーズに合わせて、今できることを小さなことからでも実践していく姿勢が、精神疾患や心理社会的障害を持つ人々を癒すのに効果的に機能していると考えられる。

実際に西ラップランド地方において、統合失調症と診断された患者群の2年間の予後調査の結果（表3）を以下に示す。表3よりODを行った群では、従来の薬物療法中心の治療群に比べ、抗精神病薬の使用率、また精神症状の残遺率、2年間の再発率、障害者手当の受給率が著しく低くなっている（Seikkula, J. et al., 2003, 斎藤, 2015）。

表3. 西ラップランド地方において統合失調症と診断された患者群の2年間の予後調査の結果

	オープンダイアログ	薬物療法+通常の治療
抗精神病薬の使用率	35%	100%
精神症状の残遺率	18%	50%
2年間の再発率	24%	71%
障害者手当の受給率	23%	57%

（Seikkula, J. et al., 2003, 斎藤, 2015）

2. オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン (ODNJP)

現在、日本においてもオープンダイアログを実装するため、様々な取り組みがなされている。既存の包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment : ACT) に取り入れられたり、精神科病院の中でも実装する取り組みがある。

2015 年 3 月にフィンランド西ラップランド地方で開発されてきた精神科医療の包括的なアプローチであるオープンダイアログに関する情報提供や研修などを通して、日本におけるオープンダイアログの普及や実践支援などの活動を行うことを目的とし、オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン Open Dialogue Network Japan (ODNJP) が、設立された。会員数 520 名 (2022 年 6 月現在) で構成されている (ODNJP ホームページ)。

日本における対話実践の拡大を目指し 2017 年よりフィンランドから OD 国際トレーナーを日本に招き、OD 基礎トレーニングコースを開催しており、現在までに 3 期分が修了している。現在、OD 基礎トレーニングコース修了生を対象とし、日本国内でのトレーニングコースやワークショップ等でファシリテーターとして学習を推進できる人材育成をするため、OD アドバンスド・トレーニングコース(2 年間)が進行しており、国内の OD 研修を運営し臨床現場で OD を推進できる人材が各地で活躍することが期待されている。また ODNJP の会員を対象に短期間のワークショップが随時開催されており、国内での対話実践の実装を目指す人材育成が行われている。

【文献】

- 1) World Health Organization: Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2021.
[<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>]
- 2) ODNJP ガイドライン作成委員会：オープンダイアログ対話実践のガイドラインウェブ版 (第 1 版), 2018. [<https://www.opendialogue.jp/>]
- 3) Olson, M., Seikkula, J., Ziedonis, D. : The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA, 2014.
[<https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelementsv1.109022014.pdf>]
- 4) Seikkula, J., Olson, M. E. : The OPD approach to acute psychosis : Its poetics and micropolitics. Family Process, 42 (3) ; 403-18, 2003.
- 5) 斎藤環：オープンダイアログとは何か。医学書院, 2015.
- 6) オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン (ODNJP) ホームページ
[<https://www.opendialogue.jp/>]

フランス精神保健における患者の権利擁護について

小松容子¹，木田塔子²

1) 宮城大学， 2) こころケアクリニック

執筆協力者

中村佳世 窓風の集い(WHO 研究協力センター地域精神保健研修修了)

本稿では、フランスの精神保健制度における患者・利用者の権利擁護に関する例として、当事者団体が作成した「精神保健における利用者憲章」と入院患者の権利を表した「あなたの権利」について紹介するとともに、これらがもつ意義について論じる。

1. 明文化されたフランスの精神保健における利用者の権利

フランス精神保健における利用者憲章は、例えば、精神科救急センターの利用案内の中に掲載されている(図1)。この『精神保健における利用者憲章』は、フランスの精神保健利用者団体連合 FNAPSY、政府保健省、病院団体代表によるサインがされており、主要な関係機関によって認められているものである。法的な効力はないが、精神保健を利用する人の権利が明示され、精神保健サービス機関に掲示されていたり配布されており、患者の権利を保障する仕組みの一つになっている。なお、図1による入院冊子に記載された利用者憲章の下部には、「この憲章の全文は、利用者対応窓口または担当のケアチームに要請すれば受け取ることができます。」と書かれており、掲示されるのみならず冊子体で受け取ることができることが明記されている。

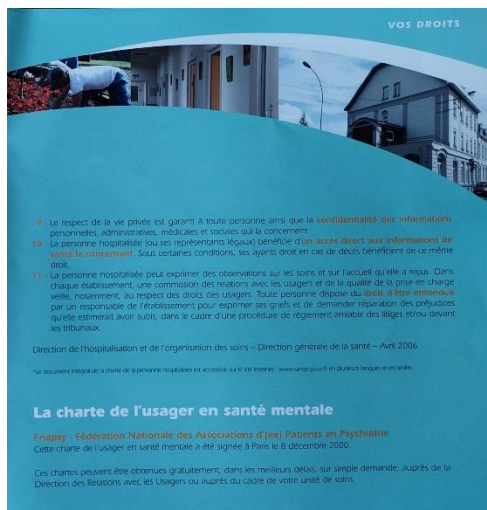


図1：入院案内の冊子に記載された『精神保健利用者憲章』

I. 当事者団体が作成した『精神保健における利用者憲章』¹⁾

1 一人の完全な人

- ◆ 精神保健における利用者とは、人間としての尊厳において、敬意と配慮が尊重されなければならない人です。
- ◆ 利用者は、プライバシー（私物、郵便、介護、トイレ、個人的なスペースなど）、個人の私生活、および個人的、医療的および社会的情報の機密性が守られる権利があります。
- ◆ この目的のために施されたケア等による職業上の秘密保持は、法により保証されています。
- ◆ 患者が精神科医に述べたこと、および精神科医が検査または治療中に気づいたことについては、患者自身または第三者への深刻な損害を避けるために開示する必要があると思われる場合を除き、すべて秘密が守られなければなりません。ただし、この場合にも患者は、秘密が開示されることについて知らされなければなりません。
- ◆ 利用者は、子供扱いされたり、身体的または精神的に障害があると見なされたりするべきではありません。
- ◆ 利用者の信念は尊重されるべきで、自分で選んだ宗教の長を頼むことができます。

2 苦しむ人

- ◆ 精神保健の利用者は、病気そのものに矮小化されるべきではなく、ただ病気にかかっている人です。
- ◆ この病気は恥ずべき病気ではなく、治療しそれを生きる病です。
- ◆ 精神保健においては、利用者の肉体的、心理的苦痛に配慮することが、常にすべての介入関係者の関心事でなければなりません。
- ◆ 精神科医は利用者に、知る限りの最善の治療法を提供しなければなりません。
- ◆ 精神保健の専門家は、利用者に関する有用な情報を交換し医療的ケアや社会的ケアを最適なものとするために、ネットワークで協働する必要があります。特に、精神科医とクリニックの一般医との良好な連携が保証されることです。（精神科医とかかりつけの家庭医とのつながりは、実際、患者の居住地に可能な限り近く、質の高いケアのために不可欠なつながりの1つです）この必要な連携においても、専門家の秘密保持義務に関しては特に注意を要します。
- ◆ 精神保健における健康と社会との有機的な繋がりを考える時、利用者の利益のために開発されたプロジェクトは、介入する人々の都合による人為的な分野の分断にさらされてはなりません。
- ◆ 全ての人にケアへのアクセスを確保し、利用者の幸福のために装備された施設内で、妥当な時期に、暖かく歓迎されなければなりません。
- ◆ 入院することになった場合も、セキュリティ上の問題がある場合を除き、利用者は滞在中の私物を保持管理できます。
- ◆ 利用者には、入院する病院の滞在と場所に関する情報および利用者の権利と義務を知らせる実用的な案内書を渡さなければなりません。

- ◆ 施設の敷地内での電話や通信によるコミュニケーション、訪問および外出については、患者と医師の間で定期的に話し合われるべき項目として契約されます。また、そのコミュニケーションは他の患者のプライバシーを尊重して行われなければなりません。
- ◆ 入院後に質の高いケアを組み立てる必要が生じる場合には特別の注意が払われます。

3 適切に配慮された、明確で誠実な方法で情報を与えられる人

- ◆ 利用者は、医師と病院を自由に選択する権利を持っています。それは契約関係における自由な相互コミットメントの私たちの健康法の基本原則です。ただし、緊急の場合や、医師が法に定められる人としての義務を果たせない場合を除きます。（公衆衛生法第 L. 1111-1 条および医療倫理法第 47 条）。
- ◆ 利用者は、彼のために働く人たちの名前やそれぞれの役割、また精神保健ケア組織（各セクターやセクター間の組織構造など）についての情報を得ることができます。
- ◆ 法律で決められた手順に従って、誰でも自分の医療記録および管理記録に含まれる情報にアクセスできます。
- ◆ 患者本人に対しては、医療を秘密にすることはできません。医師は、健康状態、提供されるケア（特に、適用される治療法のいわゆる「副作用」について）、および代替となる治療法について、簡単、公正でわかりやすくアクセスしやすい情報を提供する必要があります。緊急の場合を除き、利用者は、自分がまだ十分な情報を持っていないと思い、熟慮する時間や医学上のセカンドオピニオンを望むことも可能です。
- ◆ 生物医学研究の際には法律を厳守し、前もって利用者の自由意思によって明確に表明されたインフォームドコンセントを得る必要があります。
- ◆ ケアスタッフのための研修(初期および継続)時に患者が対象となる場合は、事前の同意が必要です。患者による拒否を無視することはできません。
- ◆ 未成年者の場合は年齢と理解力に応じて、法定代理人に対する通知義務とは独立して、本人にも可能な限り重要な情報が伝えられます。
- ◆ 患者の事前の同意があり、患者の健康状態が許し、患者の同席が可能な場合、親族が担当医師やケアスタッフと対話するために十分な時間を持てるようにしなければなりません。
- ◆ 利用者はソーシャルワーカーに会うことができます。
- ◆ 入院が必要であることが判明した場合、患者はこの入院と、他の救済策の条件について明確で適切な情報を直ちに受け取ります。最初のうちは症状の重症度のせいで、この情報が正しく理解されていないリスクがありますから、必要に応じてその後も繰り返し説明されます。
- ◆ 利用者は、入院時と滞在時の条件に関する、明確でわかりやすく適切な情報を受け取ります。

4 自分に関わる決定に積極的に参加する人

- ◆ 利用者を継続的なケアプロセスの中心に据えるために、利用者に関するあらゆる決定への利用者の積極的な参加が常に求められなければなりません。
- ◆ 法律で定められた強制入院の場合以外、入院患者は、自分の状態の潜在的なリスクについて

の情報を受け取り、退院書類に署名した場合は、いつでも施設を出ることができます。

- ◆ 患者が、精神的な疾患のために、自分にとって何が利益かについて判断することができない場合、彼自身または第三者に深刻な結果をもたらす可能性がある場合を除いて、彼の意志に反して、また彼の同意のない治療的アプローチを行うべきではありません。
- ◆ 患者の状態が彼の同意なしにケアを必要とすると法的に判断された場合を除いて、患者を施設に留めておくことはできません。その場合は患者に、法的状況と彼の権利について知らせなければなりません。
- ◆ 治療の有効性と治療の受入れについて考えるなら（精神保健においては特に）、たとえ同意なしのケアが必要な場合でも、本人のケアや日常生活に関することすべてについて、常に最高度の情報提供を図り、本人参加の機会を探る必要があります。
- ◆ ただし、真の共同治療プランを築くことと、単純な相互の透明性とを混同してはなりません。
- ◆ 利用者に対して、本人意思に反する入院が必要な状況が解消した場合は、精神科医は直ちに、本人意志に反して適用された措置を中断しなければなりません。
- ◆ 未成年者は自分に関する重大な決定を下すことができないので、彼らの代わりに同意を表明するのは親権者の責任になります。ただし、法定代理人の拒否または法定代理人の同意を得ることができない場合に生じるリスクにより、未成年者の健康が損なわれる場合、医師は、可能な治療を提供できるようにするために、事案を検察官に委託することができます。ただし、これらの措置が医学的に示されるものを超えて拡張されないように注意する必要があります。未成年者の意見が得られる場合は、可能な限り医師はそれを考慮しなければなりません。
- ◆ また、医師は責任能力のない成人については後見人等の意見を考慮に入れなければなりません。

5 不当だと感じることでできる責任のある人

- ◆ 満足度評価票（各患者に入院案内で提供されている）に説明されている評価結果とは関係なく、利用者またはその受益関係者は、彼らの意見、希望または要求を、直接施設長に伝えることができます。
- ◆ 施設機能の不具合を訴えたい場合、または偏見により不利益を受けたと思われる場合は、方向づけを支援できる調停に責任のある病院長、精神科入院部門委員会、支援と指導を担当する地方調停委員会等に、調停または可能な他の方法を示してもらうことができます。（彼らを罰することにならないようできるだけ早急に）。

6 家族社会的環境や職業環境が考慮される人

- ◆ 依然として利用者が差別の犠牲者となることが多すぎる社会職業的環境への包摂を促進するために、利用者のために実行されるアクションは、精神疾患を理由に過小評価されることがないイメージを伝えることを目的とした施策であることを保証します。
- ◆ ケアチームは、患者が段階的に社会復帰を促進することによって自分自身を再建できるよう、

患者の能力、知識、それらを利用するノウハウを積極的に活用できるよう、治療過程一步一步に関心を持っています。また、各自のリズムを尊重するために各段階について患者と話し合います。

- ◆ 患者との同意事項を厳密に守ることで、家族は治療プロジェクトに参加し、最も正しい態度がとれるよう、また彼の種々の困難に対してサポートが受けられるように、情報を得ることができます。

7 孤立から抜け出す人

- ◆ 健康と社会の両方の分野の専門スタッフの良好な連携により、患者は、連帯の絆を築く場である精神科の利用者団体：情報交換の場、聞いてもらえる場、出会える場、交流の場、共生の場、快適さが感じられる場、に関する情報を受け取り、連絡を取り、社会的なネットワークを築くのに役立てます。

8 市民としてその声がケアと予防システムなど健康政策の発展に影響を与える人

- ◆ 精神保健に関する利用者の満足度については、情報やケアの質を向上させるための土台となる調査、特に受入れや滞在の状況に関する定期的な評価調査を受けなければなりません。
- ◆ 発展のうちでも特に実り多いとされている対話の枠組みの中で、利用者がその経験を通して積極的に開発の各段階に参加し力を尽くすことは、精神保健に関する各当局の振返りと決定に貢献します：
 - － 地方レベルで：(理事会、調停委員会、C. L. I. N、C. D. H. P、セクター評議会、ワーキンググループ、特に質の高いアプローチと施設の認定に関連するものなど)
 - － 地域レベルで：(地域健康会議、S. R. O. S. S. および健康マップ、A. R. H. および D. R. A. S. S. によって設立されたワーキンググループなど)
 - － 全国レベルで：(国民健康会議など)情報の質、受入れ、ケアおよび予防の絶え間ない改善の過程で、専門家は、孤立から抜け出し、医療システムのスタッフや意思決定者にニーズ、意見、提案を表現できる協会を創設するイニシアチブを支援することによって、ユーザー団体代表の確立のための条件を促進します。
- ◆ 健康に関する真の民主主義の活気に満ちた前進のために、精神保健の利用者は、このように積極的かつ情報に基づいた参加を通じて、わが国のケアと予防システムの人間の顔を持った前向きな進化のための決定的な市民の貢献をもたらします。

この憲章は、2000年12月8日にパリで以下の出席の下に署名されました。

ドミニク・ジロー夫人：保健および障害者担当大臣

クロード・フィンケルスタイン夫人：全国精神医療利用者団体 F. N. A. Psy の会長

アラン・ピドル博士：議長

ジャック・ロンバード氏：全国精神医療利用者団体 F. N. A. Psy. の名誉会長

イヴァン・ハリミ博士：会議の副会長（利用者および家族関係者）

F.N.A.P. Psy -24 Rue de Maubeuge-75009 Paris

C.M.E. の大統領会議 deC.H.S.-医療心理学クリニック-57370 ファルスプール

（翻訳 中村佳世、校正 二俣愛子）

2. フランスにおける精神科病院の入院患者の権利保障について

フランス保健省は入院患者の権利を表した『あなたの権利』を病室に掲示することを義務づけている。この「あなたの権利」は仏保健省のホームページからダウンロード可能であり、フランス語の他に、英語、中国語、アラビア語、スペイン語、イタリア語、ポルトガル語版がある。『あなたの権利』は、全科共通であるため、精神科病院でも、『あなたの権利』が掲示されている(図2)。その内容は次の通りである。

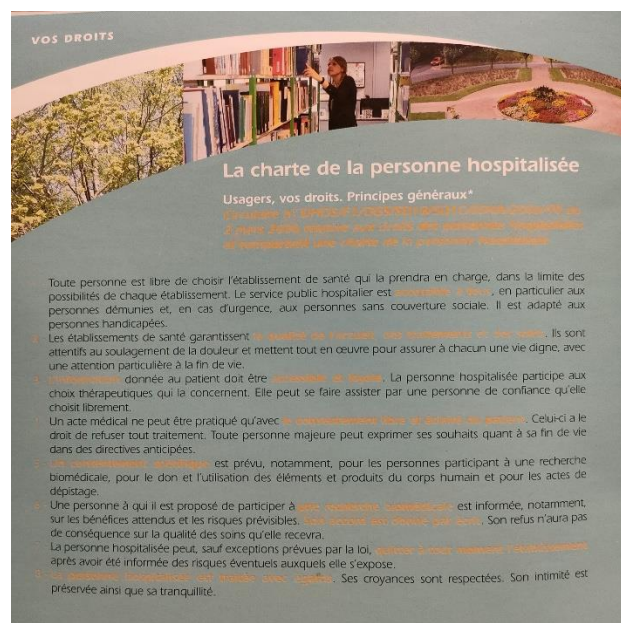


図2：救急センターに掲示された『あなたの権利』

『利用者へ あなたの権利』2006年4月版

1 各々の医療機関のできる範囲内で、患者が自身の健康をゆだねるための健康施設の選択は、すべての人にとって自由です。公営病院は誰にでもアクセス可能であり、特に困窮者、救急の場合、社会保険に加入していない人、また障害者に対応可能です。

2 医療機関は受け入れや治療、またケアの質を保証します。医療機関は注意深く痛みを和らげ、終末期には特別の注意を払い、一人ひとりに命の尊厳を保証します。

3 患者に提供される情報はアクセス可能で誠実なものでなければなりません。入院中の患者は、

自分に関する治療の選択に参加します。

また、信頼できる人を自由に選び参加させることができます。

4 医療行為は、患者の、自由ではっきりした意思表示による同意を得なければ実施することができません。18 歳以上の成人は終末期治療についての自分の希望を表明することができます。

5 生物学的な研究に参加する人については、自らの身体やその生成物の一部を使用すること、または提供すること、また治験行為について、特別な同意を前提とします。

6 生物学的な研究に参加することを要請された人には、特に、予想される利益とリスクについて知らせなければなりません。その同意は書面によることとします。また協力を拒否した場合にもその後に受けるケアの質に影響することはありません。

7 法により決められた例外を除き、入院中の人は、退院することによりその人がさらされるリスクを知らされた後は、いつでも退院を選択することができます。

8 入院中の人は尊厳をもって扱われなければなりません。信仰は尊重されます。自身の世界と静寂は保たれます。

9 個人的な生活の尊重は保証され、個人的、事務上、医療上のまた社会的情報など、その人に関する個人的なプライバシーはすべての人に保証されます。

10 入院中の人(またはその人の法的保証人)はその人の健康面の情報を直接得る権利があります。一定の条件のもとで、これらの権利は死亡の場合にも有効に行使されます。

11 入院中の人は、自分の受けるケアや待遇についての所見を述べることができます。

各々の医療機関には、利用者対応委員会を設け、特に利用者の権利が十分に尊重されているか、質的な責任を負います。

偏見に遭遇したと思われる場合には、医療機関内の責任部署にその不満を説明し、改善を求める声を聴いてもらう権利があり、その抗争を、医療機関内で、そして/または、裁判所に訴えることができます。

(翻訳 中村佳世)

2. 日本精神保健における患者の権利擁護のための示唆と課題

～ 精神保健制度比較および『フランス精神保健における利用者憲章』『あなたの権利』から～

1) 権利を明文化することの意義

強制入院や隔離拘束といった強制力を伴う措置がとられる精神科における治療は、医療者にとっては当たり前のように「患者のための治療」と思われるものであっても、ともすれば患者にとっては「権利の侵害」になってしまうことがある。したがって、医療者が患者の権利保障に敏感であること、患者が自分の権利に自覚的であること、これら双方が非常に重要である。これらの権利意識を欠いた精神科医療が、「強制力をもつ医療者」と「無力な患者」という圧倒的なパワーバランスのもとで、ひいては神出病院で起きた虐待事件を招いてしまったのだと考えられる。

今後このような虐待を始めとする人権侵害を起こさないために、日本においても精神保健医療の利用者の権利を広く共有し、医療者・患者双方の権利意識を高めるための「権利憲章」の作成は非常に有益であろう。

2) 利用者自身が権利憲章を作成することの利点

利用者自身により権利を明文化することには2つの意味がある。ひとつは、ケアの場で受けた傷つき体験や怒りを自身で分析し、本来どうあるべきかを言語化できること、もうひとつは、利用者が自らの権利を理解していることを公に示せること。これらにより利用者は権利について防衛する力を向上させることができる。また、医療職にとっても利用者に対する本来の適切なケアは職業的満足度を高めるものとなるだろう。さらに、このように明文化したものを、行政および病院団体代表に提示し、署名を交わすことができれば、あるいは少なくとも提示することで公に宣言することができる。法的な効力はないものの、不当な扱いがあった場合には裁判の参考にもできるだろう。

3) フランスの権利擁護の特徴－制度的特徴

フランスの強制入院は、①責任能力がないと認められた触法のケース、②県警により入院が必要と認められた自傷他害のケース、③第三者(家族または患者の最善の利益のために行動する可能性があり、ケアの要求の前に患者と関係を持っている人)の要請によるケースがある。

緊急の場合を除き、いずれも15日以内の異なる施設の医師の診断書2通、さらに入院1日目と3日目の診断書が必要である。その上で12日以内に司法による審査が行われ、その後は毎月の診断書が必要で6か月ごとに司法による退院審査が行われる。

本人同意のない強制入院に該当する条件として、①精神的な疾患に苦しんでいることが確認されること、②自身のまたは他人の健康または生命の安全を害する恐れがあること、③他の方法を探ったけれども見つからないこと、があり、①は医師が、②と③は入院審査により法的な手続きを通して確認する。入院審査は、全ての強制入院について、12日以内に弁護士をつけ、判事との直接面談が行われ、本人の発言の機会を保障している。

4) 当事者の参加

1990 年以降、フランスでは何回か制度の改正が行われている。自由平等などの基本的な点について憲法に合致するかを検討し整合性を持たせる目的である。

フランスの特徴として、当事者や当事者団体自身が要求して権利擁護制度の改正に至ったものがある点が上げられる。

(1) 『精神保健における利用者の権利憲章』 2000. 12. 8

(2) 司法を介する『入退院審査制度』 2011. 7. 5

このうち(2)は当事者個人の提示した改正要求から生まれた制度であり、(1)は保健大臣および病院団体と交渉し署名締結に至った例である。

文献.

1) ロワール精神保健局. 精神保健における利用者憲章(署名日 2000. 12. 08). <https://www.epsm-loiret.fr/wp-content/uploads/2022/02/ChartePatientSanteMentale.pdf>. (最終アクセス日 2023 年 5 月 1 日)

2) フランス保健省. 「あなたの権利」 <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/anglais.pdf> (最終アクセス日 2023 年 5 月 15 日)

精神科医療における権利擁護と虐待防止に向けたプロジェクト 構成会員

安保 寛明	山形県立保健医療大学（発起人）
明間 正人	医療法人昨雲会飯塚病院
石橋 佐枝子	敦賀市立看護大学
今泉 源	名古屋市立大学看護学研究科
及川 江利奈	帝京科学大学
小野寺 悠斗	武蔵野大学看護学部看護学科
春日 飛鳥	社会医療法人加納岩日下部記念病院
片岡 三佳	三重大学大学院
神澤 尚利	東京医科大学
岸本 久美子	帝京平成大学
木田 塔子	こころケアクリニック
木村 聡子	京都光華女子大学
熊澤 千恵	椙山女学園大学
小松 容子	宮城大学
佐藤 寧子	慶應義塾大学健康マネジメント研究科
澤田 宇多子	東京大学
高橋 英恵	淑徳大学看護栄養学部精神看護学
舘 祥平	武蔵野大学
田辺 有理子	横浜市立大学医学部看護学科
手嶋 大喜	関西医科大学看護学部
夫 博美	大和大学保健医療学部
福嶋 美貴	金城学院大学看護学部看護学科
福田 久仁子	福山平成大学
船山 健二	新潟県立看護大学精神看護学
本武 敏弘	福岡女学院看護大学
牧 茂義	岐阜大学医学部看護学科
松村 麻衣子	大阪信愛学院大学
的場 圭	関西医科大学看護学部
三木 明子	関西医科大学看護学部・看護学研究科
三井 督子	明石こころのホスピタル 精神看護 CNS
守村 洋	札幌市立大学
山内 彩香	大阪医科薬科大学看護学部
矢山 壮	関西医科大学看護学部

（五十音順，所属は2023年6月1日時点）