

新潟県立精神医療センターの患者負傷に  
関する第三者調査委員会

報告書

平成24年3月27日

# 目 次

はじめに	1
<b>I 調査の方法と実施概要</b>	
1 調査体制	3
2 調査事項	3
3 調査方法	3
3-1 委員会の開催	
3-2 調査の実施内容	
3-2-1 病院の管理に関する調査	
3-2-2 当該患者に関する調査	
3-2-3 精神医療センター職員に対する調査	
3-2-4 入院患者家族に対する調査	
3-2-5 他の患者に対する調査	
<b>II 結果（１）：患者負傷に関する調査結果</b>	
1 患者の負傷状況	6
1-1 負傷した患者について	
1-2 負傷発見時の状況について	
1-3 整形外科専門医の診断内容について	
1-3-1 肋骨等の骨折	
1-3-2 腹部の打撲痕	
1-3-3 背部の擦過傷	
2 病院の調査結果と取組状況	8
2-1 事実関係の調査	
2-2 病院の取組状況	
2-3 その他の事案の検討	
3 本委員会の調査結果	11
3-1 負傷の原因について	
3-1-1 患者の自傷の可能性	
3-1-2 事故の可能性	
3-1-3 他の患者からの加害の可能性	
3-1-4 病院職員からの加害の可能性	
3-2 負傷に至った経過について	
3-2-1 肋骨等の骨折について	
3-2-2 腹部の打撲痕について	
3-2-3 背部の擦過傷について	
抄括	15

### Ⅲ 結果（２）：病院の組織風土に関する調査結果

1	組織風土の実態に関する職員の回答	16
1-1	職員への文書調査の結果	
1-1-1	他の同様の事案について	
1-1-2	日常業務で問題と感じていることについて	
1-2	職員へのグループインタビューの結果	
1-2-1	組織風土、患者への対応、人間関係について	
1-2-2	精神科医療・看護のあり方について	
1-2-3	身体ケアについて	
2	職員からの改善意見	19
2-1	文書調査で出された改善意見	
2-1-1	患者対応に関するもの	
2-1-2	職場環境に関するもの	
2-1-3	病院・職員体制に関するもの	
2-1-4	病院設備に関するもの	
2-2	グループインタビューで出された改善意見	
2-2-1	意識改革	
2-2-2	ケアの改善	
2-2-3	看護師の育成	
2-2-4	職場の雰囲気改善	
2-2-5	リーダーシップ	
2-2-6	組織のあり方	
抄括		21

### Ⅳ 本委員会の提言：「県民から信頼される県立病院」を目指して

1	精神科病院のおかれた現状と暴力問題発生背景	22
1-1	精神保健福祉法通報制度の仕組みとその問題点	
1-2	精神科病院における暴力問題の分析	
1-3	精神医療センターの県立病院としての役割	
1-4	精神保健福祉法通報29条の2の2の移送制度実施の必要性	
2	精神医療センターの暴力問題についての対策	24
2-1	基本的考え方	
2-1-1	警察と病院の関係	
2-1-2	明確な意思と目標を持った医療	
2-1-3	チーム医療の実践	
2-1-4	病院のダウンサイジング	
2-1-5	病棟機能の分化	
2-1-6	人材育成の取組	
2-2	具体的対策	
2-2-1	ヒヤリハットの徹底	

2-2-2	看護記録の徹底	
2-2-3	危機管理の体制整備	
2-2-4	医師による毎日の回診	
2-2-5	C V P P P（包括的暴力防止プログラム）の習得	
2-2-6	病棟の勤務交代	
2-2-7	病棟クラークの導入	
2-2-8	事例検討会や研修会の実施	
3	精神医療センターの組織と職員に関する提言	27
3-1	組織と職員意識について	
3-1-1	硬直化した組織の変革を	
3-1-2	理念の再確認を	
3-1-3	精神医療センター変革へのリーダーシップの発揮を	
3-1-4	人と人とのつながりを豊かに	
3-2	精神科医療・看護のあり方について	
3-2-1	精神科医療・看護の基本の再点検を	
3-2-2	精神科医療・看護の明確な目標設定を	
3-2-3	リーダーシップのあり方の検討を	
3-2-4	看護職の精神的負担についての理解を	
3-2-5	対処困難な患者に関わる看護師のストレス軽減への配慮を	
3-2-6	視点変換のための諸技法の活用を	
3-2-7	C V P P P（包括的暴力防止プログラム）の普及を	
3-2-8	身体を観察・アセスメントと記録の充実を	
3-3	医療者のいらだち、怒りなどの感情表現や感情の自己コントロールを めぐって ～本件のような問題が起こらないために～	
3-3-1	患者の怒りや暴力と精神科看護者自身の感情コントロール	
3-3-2	「人は感情的になる」を踏まえシステムによる看護者の暴力防止を	
3-3-3	家族的親密感の持つ危うさに気づくこと	
3-3-4	医療者の感情表現は場をわきまえて	
3-3-5	患者に「誇り」と「回復可能性」を見出そうとする姿勢を持とう	
4	まとめ	37

## はじめに

新潟県立精神医療センター（新潟県長岡市寿2丁目4番1号。和知学院長）（以下「精神医療センター」という。）において、平成23年7月25日に入院患者1名が腹部の痛みを訴え、診断した結果、「肋骨及び腰椎横突起の骨折」「腹部の打撲痕」「背部の擦過傷」などの負傷が判明した。

患者の訴えや負傷の状況から見て、第三者による関与の可能性もあるため、精神医療センターでは、事案の判明直後から当該患者が入院していた病棟の職員等に対して調査を行うとともに、平成23年9月2日に患者負傷の経緯を公表した。

しかしながら、精神医療センターの内部調査には限界があり、事実関係を十分に解明することはできなかった。

このため、精神医療センターを管理する新潟県病院局は、精神医療センターから独立した立場で、入院患者の負傷に係る事実関係の調査と原因分析を厳正に行い、再発防止策を提言することを目的として、平成23年12月に外部の有識者5名で構成する「精神医療センターの患者負傷に係る第三者調査委員会」（以下「本委員会」という。）を設置した。

本委員会では、平成23年12月18日から平成24年3月18日まで、3か月間にわたり中立的、客観的、専門的な観点から、診療録や看護記録などの病院資料を分析するとともに、当該患者、職員、他の患者及び患者家族に文書や聞き取りの調査を行ってきた。

この間、平成24年2月に、精神医療センターに勤務する1名の看護師が自殺するという不幸な事態が生じ、本委員会としては極めて残念な思いを抱いている。

その看護師は、本委員会委員長あての手紙に、今回の患者負傷の一部につながる可能性がある行為を過去に行ったことを述べるとともに、勤務していた病棟の職場風土の違和感、看護のジレンマ、医師、看護師の医療・看護に臨む姿勢への疑問等、病棟業務の辛かった思いを記述している。

その看護師はまじめで、患者の回復のために熱心に看護を行い、患者が迷惑な行動を繰り返し行った時に、そのような行為に至ったと自責の念を述べ、最後に「全体像がはっきりすることを願っている」と結んでいる。

なお、本委員会としては、その看護師の行為が当該患者の負傷につながったかどうかは確認できず、また、その看護師は患者負傷の全てに関与したわけではないと考えている。

近年、精神科病院では「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院促進や社会的入院解消の努力を行っているが、病院には多様な患者が入院していることから、患者や職員の安全・安心のために様々な仕組みが必要な状況がある。

この報告書は、亡くなった看護師の思いを汲みながら、これまでの調査により、今回の患者負傷と組織風土についてわかった事項を記述するとともに、組織風土改革をはじめとする再発防止策について取りまとめたものである。

新潟県病院局及び精神医療センターが、本報告書の趣旨を理解し、提言を着実に実行することにより、精神医療センターにおいて、本件のような事案が二度と起きないようにするとともに、組織風土が改善され、「県民から信頼される県立病院」となることを切に期待するものである。

## I 調査の方法と実施概要

### 1 調査体制

本委員会は、新潟県病院局長から依頼された下記の法務有識者、精神科医療有識者など5名で構成し、それぞれの専門分野の視点などから調査を行った。

なお、第1回委員会で、互選により比護隆證弁護士を委員長に選任した。

#### 【委員名簿】（敬称略）

役 職	氏 名	職 名 等	専 門 分 野
委員長	比護 隆證	紫雲法律事務所 弁護士	法務
委 員	横内 昭光	学校法人慈恵大学 渉外室顧問	病院危機管理
	武井 満	群馬県立精神医療センター 院長	精神科医療
	吉浜 文洋	神奈川県立保健福祉大学 教授	精神科看護
	井口 正博	新潟県精神障害者家族会連合会 理事	患者人権

### 2 調査事項

本委員会は次の事項について調査・分析を行い、それを踏まえて、再発防止策の検討を行った。

- ① 入院患者の負傷に係る事実関係及び直接的な原因
- ② 背景として考えられる組織風土や職員意識

### 3 調査方法

本委員会は、以下のとおり、4回の会合や随時の電子メールによる連絡等で調査の進め方や内容について協議をしながら、中立的、客観的、専門的な観点から診療録や看護記録などの病院資料の分析を行うとともに、当該患者、職員、他の患者及び患者家族に文書や聴き取りの調査を行った。

#### 3-1 委員会の開催

回 数	期 日	内 容
第1回	平成23年12月18日	院内視察、調査方針、調査方法の決定
第2回	平成24年2月26日	調査状況の確認、患者負傷の背景分析 再発防止策の検討
第3回	平成24年3月11日	報告書案の検討
第4回	平成24年3月18日	報告書の取りまとめ

### 3-2 調査の実施内容

#### 3-2-1 病院の管理に関する調査

期 日	内 容
1～2月	医療安全推進委員会の記録、患者の安全マニュアル等の内容確認

#### 3-2-2 当該患者に関する調査

##### a 当該患者の診療録等の調査

期 日	内 容
1～2月	診療録、看護記録、拘束記録等の分析
1月30日	長岡中央総合病院整形外科の診察 ○ 患者の骨密度、負傷原因、負傷時期等に関する所見

##### b 当該患者との面談

期 日	内 容
(1回目) 1月18日	武井委員による聴取 ○ 医師の立場から、患者の状況について
(2回目) 2月11日	比護委員長、横内委員による聴取 ○ 負傷の経緯について

#### 3-2-3 精神医療センター職員に対する調査

##### a 文書調査

期 日	内 容
12月22日	全職員（292名）に調査票配付 → 12月28日までに病休の2名を除く290名から回答 ① 今回の入院患者負傷について知っていること ② 他の同様の事案について知っていること ③ 日常業務について問題と感じていること ④ 再発防止策について

##### b 個別ヒアリング

期 日	内 容
(1回目) 1月26日 27日 2月1日 2日	比護委員長、横内委員による聴取 対象：負傷した患者が入院していた病棟（以下「当該病棟」という。）に勤務する看護師全員、医師及び文書調査の回答内容等をもとに選定した職員 合計52名 内容：文書調査の記載内容等の確認

(2回目)	比護委員長、横内委員による聴取
2月20日	対象：患者負傷の判明前後に当該病棟に勤務していた看護
3月1日	師など16名
2日	内容：1回目の聴取内容等の確認

### c グループインタビュー

期 日	内 容
2月6日	比護委員長、吉浜委員によるグループインタビュー
7日	○ 文書調査の内容等をもとに職員を35名選定 ○ 7人ずつ、5グループに分かれて、組織文化、看護のあり方、改革の方向性について率直に意見交換 〔グループ〕 ①看護監督職、②他病院へ異動したことのない看護師 ③若手看護師、④看護師以外の医療職、⑤多職種の職員

## 3-2-4 入院患者家族に対する調査

### a 文書調査

期 日	内 容
1月17日	患者負傷の判明時に閉鎖病棟に入院していた患者の家族76名に調査票を発送 → 42名から回答 ① 今回の入院患者負傷について知っていること ② 他の同様の事案について知っていること ③ 日常の病院職員の対応について問題と感じていること

### b 個別ヒアリング

期 日	内 容
2月21日	比護委員長、井口委員による聴取
3月2日	○ 文書調査の回答者の中から5名にヒアリングを依頼 ○ ヒアリングを了解した4名から職員の対応等について聴取

## 3-2-5 他の患者に対する調査

期 日	内 容
2月21日	比護委員長、井口委員による聴取 ○ 主治医の了解を得た上で、受け答えが可能な患者2名から、職員の対応等について聴取

## Ⅱ 結果（１）：患者負傷に関する調査結果

### 1 患者の負傷状況

#### 1-1 負傷した患者について

- 男性（30歳代）
- 病名：統合失調症
- 平成13年から急性期閉鎖病棟に入院  
（数年前に6か月間、慢性期閉鎖病棟への異動歴あり）  
（負傷判明後は、患者の安全のため他の急性期閉鎖病棟へ移動）

#### 1-2 負傷発見時の状況について

[平成23年7月25日]

10:00頃	入浴時に動きが鈍い ○ 看護師は腹部の打撲痕に気付かず
12:30頃	腹部の痛みを訴え ○ バイタル測定、主治医へ報告
13:10頃	主治医が診察 ○ 腹部の多数の打撲痕を確認 ○ 胸部の触診により、肋骨の変形を確認
14:00頃	腹部CT、レントゲン検査
15:30頃	胸部、肋骨レントゲン検査
16:50頃	主治医が診察 ○ 腹部の打撲痕 ○ 複数の肋骨骨折及び腹水の貯留を確認  [患者から主治医への訴え] ① 腹部の傷は、7月19日に病室の鍵を開けてもらった後（隔離解除）、看護師3名（うち1名は他病棟勤務）にやられた。 ② 昨日も殴られたり投げられたりした。自分で転んだこともある。

[平成23年7月26日]

4:00頃	巡視のため看護師が訪室 ○ 背部の上部に大きな表皮剥離（擦過傷）が3か所あり、滲出液が出ていることを確認
9:30頃	長岡警察署に報告
10:15頃	長岡市内の整形外科医院を受診 ○ 肋骨9本の骨折を確認

[平成23年 7月27日]

11:00頃	長岡中央総合病院外科を受診 ○ 多発肋骨骨折、多発腰椎横突起骨折、左臀部から大腿外側の筋肉内血腫、軽微な肝外傷、軽度の肝機能障害、貧血を確認
--------	---

### 1-3 整形外科専門医の診断内容について

当該患者の負傷は、大別すると「肋骨及び腰椎横突起の骨折」「腹部の打撲痕」「背部の擦過傷」の3件である。

本委員会は、この3件について医学的知見を得るため、平成24年1月30日に長岡中央総合病院整形外科に依頼して、次の所見を得た。

#### 1-3-1 肋骨等の骨折

##### a 受傷時期

- 骨折部には、骨癒合している部位（肋骨、腰椎横突起）、既に化骨が形成されている部位（肋骨、腰椎横突起）、新しいと考えられる部位（肋骨）が混在しており、数か月間に2回以上複数回の外傷を受けていると考えられる。

##### b 受傷原因

- 肋骨骨折は、比較的軽微な打撲でも生じるが、今回の受傷部位は肋骨基部、腰椎横突起であり、自傷であれば、高所からの転落等の強い圧力が加わるような方法で自傷行為が行われた事実の確認が必要である。
- 肋骨基部、腰椎横突起骨折は、一般的には階段など高所からの転落で生じることが多い外傷であり、手の拳で受傷させられる人間は多くはないであろうと推察される。

##### c 骨密度の評価

- 腰椎での検査結果では、特に異常は認められない。

#### 1-3-2 腹部の打撲痕

##### a 受傷時期

（所見の記載なし）

##### b 受傷原因

- 手の拳か道具によるものかについては、判断できない。

#### 1-3-3 背部の擦過傷

##### a 受傷時期

- 背部擦過傷は、受診数日前に受傷したと考えられるが、何時間前の受傷かを判断することはできない。

##### b 受傷原因

- 背部の擦過傷は、頭尾側の方向に縦に擦過傷があることより、頭又は

足方向に引きずられた可能性がある。背部上方に擦過傷があることから、他害であるならば足をもってひきずったのではないかと推察できる。

## 2 病院の調査結果と取組状況

### 2-1 事実関係の調査

精神医療センターでは、患者負傷の直後から院内の医療安全推進委員会が中心となり、次の調査を行ったが、事実関係は明らかにできなかった。

期 日	内 容
8月1日	医療安全推進委員会（臨時開催）・・・調査の進め方を協議 ○ 当該病棟関係職員（医師、看護師、精神保健福祉士）にアンケート用紙を配付し、回答（無記名）を持参してもらい、病院職員が聴き取りを行うことを決定。
8月4日 ～12日	当該病棟関係職員38名に聴き取り調査 ○ 主に「本件発生の原因・背景」「なぜ防ぐことができなかったのか」「再発防止策」について聴き取り。
9月2日	医療安全推進委員会（臨時開催）・・・調査結果の取りまとめ ○ 職員の関与の可能性があるのでは、と意識している職員は少なくなかったが、事実関係は確認できなかった。 ○ 不穏な患者から他の患者・職員に向けられる突発的な暴力を防御する時や、拘束・隔離処置の際に、力を持って対応しなければならない時、「やり過ぎ」と捉えられる行為があることが明らかになった。

### 2-2 病院の取組状況

- 精神医療センターの医療安全推進委員会では、以上の調査結果を踏まえ、9月2日に次の4項目の課題と7項目の対策の方向を定めた。

（課題）

- ① 当院独特の風土・職員の倫理の欠如
- ② 「報告・連絡・相談」態勢の機能が不十分
- ③ 看護実践の不備
- ④ 医師の影響

（対策の方向）

- ① 職員の意識改革
- ② 患者さんとの信頼関係の構築
- ③ 研修の充実
- ④ 看護師長のリーダーシップ
- ⑤ 人事交流（異動）

- ⑥ 職員からの提案・相談制度の拡充
- ⑦ その他（看護師のチーム編成、監視モニターなど）

○ また、本件の患者負傷を受けて、平成23年9月5日、8日及び30日の3回にわたり、新潟県長岡保健所による精神科病院実地指導があり、その結果、同年10月12日に「適正さを欠く事項」として次の3項目の指摘を受けた。

（保健所の指摘）

- ① 医療保護入院について（精神保健福祉法第33条）  
医療保護入・退院の届出について、法定期限の10日を超えて届出されている事例が見受けられる。
- ② 入院患者の身体拘束について（精神保健福祉法第36条、第37条）  
身体拘束中の患者に対し、医師の指示がないまま一時的に拘束部位を追加した事例が確認された。
- ③ 入院患者の事故について（厚生労働省通知）  
本件について、詳細な事故発生報告がなされておらず、また、事故防止（再発）対策が速やかに報告されていない。

○ 精神医療センターでは、この指摘を受け、同年10月24日に、院内各部署に次の対策を周知徹底させた。

（対応）

- ① 医療保護入・退院の届出については、入院をさせた医師と主治医の連携を密にし、提出期限を守る。
- ② 入院患者の身体拘束については、部位の追加・変更はすべて指定医の指示を受けてから行う。解除は医師の指示を受けてから行う。
- ③ 入院患者の事故については、詳細な報告を速やかに保健所に届け出る。再発防止についても、速やかに医療安全推進委員会で検討し、保健所に報告する。

○ また、精神医療センターでは、「患者の安全マニュアル」を総点検し、「隔離・拘束マニュアル」の内容の一部に不備があることから見直しを行い、同年11月25日に職員に取扱いの徹底を指示した。

○ 更に、医療安全推進委員会では、同年9月2日にまとめた「対策の方向」をもとに、具体的な方策の検討を重ねた結果、平成24年2月24日に「入院患者さん負傷に係る今後の対策」を取りまとめ、同月28日の診療運営会議で病院の取組として意思決定を行った。

（対策）

- ① 接遇改善
- ② 研修（全体、看護）
- ③ 患者さん意見への対応

- ④ 職員からの提案・相談（全体、看護）
- ⑤ 患者さんとの関係改善
- ⑥ その他（医療安全推進委員会への外部委員の委嘱、看護師による夜間休日の電話対応、人事交流の活発化など）

### 2-3 その他の事案の検討

- 精神医療センターでは、病院全体で危機感を持って対策を検討し、多方面の取組を進めているところであり、その点については一定の評価ができる。
  
- しかし、その一方で、平成23年度には本件の患者負傷の他に、入院患者が負傷する事案が何回か発生している。
  - ① 5月19日 患者がベッド下で死亡（司法解剖で転倒が原因と判断）
  - ② 7月16日 患者がベッド下で骨折（ベッドからの転倒が原因）
  - ③ 9月15日 患者がベッド上で頭部を出血（転倒が原因の可能性）
  - ④ 10月26日 患者が下顎を骨折等の負傷（他患者による負傷の可能性）
  - ⑤ 2月9日 患者が無断で離院し、交通事故で他病院に入院
  
- また、平成24年1月には、入院中の女性患者に対し、1名の看護師が身体の上に乗って拘束を行い、患者が強い恐怖心を訴えることもあり、不適切な対応は根絶されていない。
  
- これらのことより、精神医療センターにおいては、信頼される病院に向けて、更に職員が一丸となって、前記の「入院患者さん負傷に係る今後の対策」を真剣に実行していくことが強く望まれると結論される。

### 3 本委員会の調査結果

#### 3-1 負傷の原因について

当該患者は閉鎖病棟に入院しており、外部の第三者からの加害行為は考えられないため、本委員会は「患者の自傷」「事故」「他の患者からの加害」「病院職員からの加害」の4つの可能性を視野に調査を行った。

##### 3-1-1 患者の自傷の可能性

主治医は「当該患者を長期間診察しているが、自傷癖はない」と証言し、複数の医師が「自傷癖のない患者が急に多数の自傷をすることはないと証言している。このことから、当該患者の自傷の可能性は低いと考えられる。

##### 3-1-2 事故の可能性

いずれの負傷も通常の拘束で起きるものではない。また、転倒等の事故による可能性も次のとおり低いと考えられる。

###### a 肋骨等の骨折

当該患者は頻繁に転倒していたが、

- ① 肋骨の骨折は、転倒では通常生じない右脇や左脇の基部の骨折であり、また、骨折数の9本は極めて多い。
- ② 腰椎横突起は、強い骨であり、転倒では容易に骨折しない。

以上のことから、転倒などの事故で骨折した可能性は低いと考えられる。

###### b 腹部の打撲

比較的小さな打撲痕が数多くあることから、事故ではなく、何らかの方法で人為的に受傷したものと考えられる。

###### c 背部の擦過傷

ベッドから転落や室内での転倒では、このような擦過傷は起きないと考えられる。

##### 3-1-3 他の患者からの加害の可能性

当該患者が他の患者から加害を受けていたという報告は一切ない。

他の患者から複数回にわたり加害を受けたのであれば、看護師が全く気付かないとは考えにくいいため、その可能性は低いと考えられる。

##### 3-1-4 病院職員からの加害の可能性

上記の3つの可能性が低いことや、当該患者の証言、職員及び患者家族への調査の内容を総合すると、看護師が負傷に関与した疑いがある。

**a 当該患者の訴え**

- 診療録や看護記録などによると、当該患者は、以前から「看護師に殴られた」「看護師にやられた」と度々訴えていたが、精神医療センターは、当該患者が名前を上げた看護師がその時間に勤務していないことがあったことや、話の内容に一貫性がないことなどから、虚言と考えて対応していなかった。

しかしながら、1月18日に本委員会の武井委員（精神科医）が当該患者と面談したところ、当該患者は、自分の主張すべきことをはっきりと言うことができ、現実的な具体性が認められた。

このことから、当該患者の話は全てが虚言というわけではなく、一定の信憑性があると考えられる。

- また、当該患者は、今回の負傷について、看護師の名前を具体的に上げて次のように訴えており、その看護師の実数は7名になる。

（以下は、看護師の人権に配慮し、個人名を省略）

**① 精神医療センターが行った調査での主治医の証言**

〔7月25日午後、当該患者から主治医への訴え〕

「腹部の打撲は、7月19日以後に看護師3名（うち1名は他病棟勤務）にやられた」

**② 本委員会が1月に行った文書調査で、当該患者の家族からの回答**

「当該患者から『自分に暴力をふるったのは6名の看護師で、そのうち1名はトイレで蹴ったりしている』と聞いた」

**③ 本委員会が1～2月に行った職員ヒアリングでの証言**

〔7月19日から26日までの間、当該患者から看護師への訴え〕

「看護師1名にボコボコにされた」

「背中への傷は、7月25日午前中に看護師1名に廊下で引きずられた」

**④ 本委員会が2月11日に行った当該患者との面談での訴え**

「腹部の傷は看護師1名に指やペンでやられた。また、他の看護師5名にもやられた。背部の傷は看護師1名（5名の中の1名）に引きずられた」

**b 職員、入院患者家族への調査**

**(a) 入院患者への加害行為等**

本委員会が職員に行った文書調査では、「職員の患者に対する加害行為」について、35件の回答があった。

（後記「Ⅲ 1－1 職員への文書調査の結果」を参照）

また、文書調査やヒアリング調査では、多くの職員から、

- ① 看護師が患者に威圧的な態度や言葉で接することがある。
- ② 看護師が患者を殴ったり、蹴ったり、つねったり、引きずったりしているところを見たことがある。
- ③ 看護師が不穏な患者を拘束する時、患者の上に馬乗りになり、胸を圧迫するなどの行き過ぎた行為を見たことがある。
- ④ 患者や他の職員から、看護師の暴力行為に関する話を聞いたことがある。

などの証言が多数寄せられている。

(b) 当該患者への加害行為等

当該患者への加害行為等についても、多くの職員及び入院患者家族から、上記①②④の証言が多数寄せられた。

なお、当該患者は、拘束される時はいつも素直に従っていたという証言が多く、③の証言は得られなかった。

- 以上の当該患者、職員及び患者家族への調査で、加害行為について具体的に名前が上がった看護師は、次の表のとおり、当該患者への暴力8名、他の患者への暴力6名であり、合計人数は実数で9名になった。

証言者	当該患者への暴力	他の患者への暴力	合計(実数)
当該患者	7名		7名
職員、患者家族	6名	6名	7名
合計(実数)	8名	6名	9名

- この9名の看護師について考察すると、当該患者が平成23年7月25日に名前を上げた3名の看護師のうち、他病棟勤務の1名は、その2年前に当該病棟から他病棟に異動しており、その後は閉鎖病棟である当該病棟に出入りすることができない状態のため、当該患者の負傷に関与した疑いは低いと考えられる。

- 残りの8名のうち、残念ながら平成24年2月に自殺した看護師は、本委員会委員長あての手紙に「過去に当該患者が迷惑な行動を繰り返し行った時に、負傷の一部につながる可能性がある行為を行ったことがあるが、その後は一切していない」旨を記述している。

その行為が当該患者の肋骨等の骨折に関係したかどうかは確認できないが、肋骨には古い骨折と新しい骨折があることから、その行為だけで全ての骨折が生じたとは考えられない。

また、腹部の打撲痕や背中の擦過傷については、時期的に、この看護師は関与していないと考えられる。

- その他の7名の看護師は、本委員会のヒアリング調査において、当該患者の負傷への関与を強く否定しており、本委員会として、それ以上の調査はできなかった。

### 3-2 負傷に至った経緯について

当該患者の3つの負傷について、診療録、看護記録及び職員の証言をもとに経緯を検証した。

#### 3-2-1 肋骨等の骨折について

- 長岡中央総合病院整形外科の所見により、数か月間に複数回の骨折があったと考えられることから、平成22年6月1日（検診の胸部レントゲン検査で肋骨骨折等の異常が見られなかった日）以後の診療録、看護記録及び職員の証言について検証した。
- 当該患者は、平成22年8月から平成23年7月までの間、ほとんど毎月のように「看護師に殴られた」「胸が痛い」「脇腹が痛い」などと訴えており、その訴えのあった時期に看護師からの加害により骨折が生じた疑いがあるが、事実関係の解明はできなかった。
- なお、古い骨折は数か月前の骨折と推測されるが、その間、職員が骨折に気付いていなかったことは、医療上の問題点として指摘される。

#### 3-2-2 腹部の打撲痕について

- 腹部の打撲痕は、傷の状況から見て7月25日（判明当日）又はその数日前に受傷したものと考えられ、また、当該患者は7月19日の拘束解除後に受傷したと訴えていることから、7月19日以後の診療録、看護記録及び職員の証言について検証した。
- 7月19日から25日までの出来事として、職員から次の証言があった。
  - ・ 2名の看護師が「（当該患者を）こらしめれ」「まかせてください」という会話をしていた。
  - ・ 当該患者が「看護師にボコボコにされた」と訴えていた。
- このように、負傷に関係する可能性のある証言が寄せられたものの、名前が上がった看護師は、本委員会のヒアリング調査でいずれも加害行為を否定している。
- 腹部の打撲痕については、7月19日から25日までの間に、「拳で殴る」「拳を強く当てる」「指先でつねる」「何かの道具で押す」などの行為で生じた

疑いがあるが、当該患者の負傷に直結する行為を見たという証言は得られず、事実関係の解明はできなかった。

### 3-2-3 背部の擦過傷について

- 背部の擦過傷は、7月26日午前4時に初めて確認された時に滲出液が出ていたことから、7月25日又は26日未明の負傷と考えられる。
- 長岡中央総合病院の所見のとおり、床に引きずられてできた可能性が考えられることから、7月25日から26日未明までの診療録、看護記録及び職員証言について検証した。
- 当該患者は「7月25日午前に看護師1名に床に引きずられた」と訴えており、職員からその状況を見たという証言も得られたが、本委員会のヒアリング調査で、その看護師は否定している。
- 一方、7月25日午後の医師の診察やレントゲン検査の時に、当該患者から背中の中の痛みの訴えはなく、背中の中の擦過傷に気付いた職員がいなかったことから、その時間以後に負傷した可能性もあり、事実関係は解明できなかった。

#### 〔抄括〕

- 以上のように、自傷、事故又は他の患者からの加害の可能性は低く、病院職員（看護師）の関与が疑われるが、強制力を持たない本委員会の調査には限界があり、負傷の原因と時期は特定できず、事実関係は解明できなかった。
- また、本件は、職員個人の倫理的な問題だけではなく、背景に組織風土の問題があると考えられることから、本報告書では、次の章でその点について具体的な指摘を行っていきたい。

### Ⅲ 結果（２）病院の組織風土に関する調査結果

#### 1 組織風土の実態に関する職員の回答

##### 1-1 職員への文書調査の結果

本委員会が平成23年12月に職員290名に行ったアンケート調査により、次の実態が明らかになった。

##### 1-1-1 他の同様の事案について

職員57名から以下の指摘があった。

- ① 職員の患者に対する加害行為に関するもの…35件
- ② 患者の職員に対する加害行為に関するもの… 8件
- ③ 患者同士の加害行為に関するもの …14件

- 害意はなくても、結果として患者さんを負傷させることもある。  
不穏患者の拘束等の際に、一部の看護師に行き過ぎたと思われる行為があったほか、本件以外にも以前から一部の看護師が患者に対して暴力的行為を行っていたことがあったと推察される。
- また、不適切な対応を上司に相談したが、組織として適切な対応がなされなかったことや、不適切な行為を見ても自らが阻止できず、自己嫌悪に陥っている職員もいたとの回答があった。

##### 1-1-2 日常業務で問題と感じていることについて

職員180名から以下の問題点の指摘があった。（複数回答）

##### ① 患者対応に関するもの…122件

- 患者の人権に対する配慮が不足し、特に長期入院患者に対する言葉遣い、態度に問題がある職員がいる。
- 背景には古い慣習が残っていること、医療保護、措置入院及び長期患者が多いことが影響していると推察される。
- また、看護師の力量差が大きく、基本的な疾患の理解や対応を学んでいないスタッフがおり、一方で患者からの暴言、暴力に関してストレスや、身の危険を感じている職員がいる。

##### ② 職員間の関係に関するもの…64件

- 他職種との連携不足、特に看護師と医師との間のコミュニケーションが不足していると感じている職員が多い。
- 特に男性看護師に対して誤りを指摘できない雰囲気がある。

- 一部の職員の勤務態度に問題があり、病院の管理運営に対する不満も伺える。

### ③ 患者家族との関係に関するもの…21件

- 家族との関係が難しく、特に長期入院患者については家族の関わりが不足していると感じている。

### ④ 患者同士の関係に関するもの…11件

- 患者同士の物や金銭のやりとりがあり、問題に発展するのではないかと感じている。

## 1-2 職員へのグループインタビューの結果

本委員会が平成24年2月に職員35名（7人ずつ5グループ）に行った調査では、患者負傷問題の背景として、組織風土や精神科医療・看護のあり方について、次の意見が出された。

なお、職員の中には、このような状況を何とかしたい、という熱い思いを持った者が多くいたことを付記しておきたい。

### 1-2-1 組織風土、患者への対応、人間関係について

- 患者に威圧的な言動、姿勢で対応する医師、男性看護師がいることを相当数の職員が認めている。
- しかし、医療者として基本的な姿勢に問題のあるこれらの一部の医師、看護師に対し、管理監督職が適切に対応していない。
- 病棟の申し送りで、患者のことを面白おかしく話している看護師がいて、他部門の職員が上司に「看護師の態度に問題がある」と注意喚起をしたが、その看護師の態度は改まらなかった。
- 管理監督職であっても、問題のある言動の医師やベテランの看護師に対処しえない職場風土がある。
- 夜勤では攻撃的な言動・行動のある患者への対応は男性看護師を頼りにせざるを得ないこともあり、日常のケアの中で一部の職員に威圧的な態度等があっても他の職員はそれを黙認してしまう。
- 長期入院患者と看護スタッフの一部の関係は、親密感から緊張感を欠いた慣れ合いの関係となっている。
- 患者のプライバシー保護の意識から、患者とのコミュニケーションは希薄になっている。
- 医師間の連携がなく、ある医師の診断、治療方針、患者への態度等に問題があっても医師同士で話し合いがなされることはない。
- 長期に勤務する男性看護師はプライドが高く、改善しようとする、仕返しを受ける。
- 上司に問題点を指摘しても改善されず、進言したスタッフは無力感を持つ。

- 上司から言われたことはやるのが当然と思っていたが、言われてもやらない職員もいる。
- かつての病棟には上司を支えようという雰囲気があったが、今はない。
- 監督職は昔のように強くなく、今はスタッフに任せている。
- 挨拶をしても無視する職員もいて、異様な感じ。
- 職場の人間関係は、年を追うごとに希薄になってきている。
- 人間関係の希薄化が進んでいることは、むしろ好ましい面もある。以前は一部の看護師集団の結束力が強く、その集団からはじき出された者は居づらい雰囲気があった。
- 若い看護師は、おかしいと思っても、「出る杭は打たれる」ため、言えない状況がある。
- 長く勤務している職員の中には、師長の見えないところで、おかしいことをしている者がいる。

### 1-2-2 精神科医療・看護のあり方について

- 患者の将来の姿を思い描き、目標を持って看護していきたい。患者をいずれば社会に帰したいと思うが、現状はその目標に向けて時間をかけて話し合うという雰囲気はない。
- 閉鎖病棟では、できるだけ行動制限時間の短縮をやっていかなければならない。
- 師長の配置換えがあっても病棟の雰囲気は変わらない。病棟の雰囲気を決めているのは師長ではない。各病棟は、独立した病棟医の診療所のような感じ。病棟医とその病棟で担当患者が多い医師が病棟の雰囲気を決めている。
- 医師間の相互の意見交換はない。他の医師の患者については触れないのが不文律となっている。
- 医師、看護師、その他の医療職の連携が必要である。
- 他職種の職員の中には、看護師の患者対応を批判的に見ている者がいる一方で、具合の悪い患者を看護する看護師を尊敬している者もいる。
- 看護師は懸命に仕事をしていても世間から評価されていない状況がある。
- 暴力や迷惑行為が頻回の患者は受け持ちとその日の担当者任せで、チームとして対応していない。
- 不穏な患者には、CVPPP（包括的暴力防止プログラム）を活用した対応を基本とするべきであり、その研修を充実させる必要がある。
- CVPPPのディエスカレーション技法を用いて「どうしたんですか」と声をかけるより強く言う方が効果的なこともある。1時間も患者と話し合うと次々要求が出てきて収拾がつかなくなった体験もした。
- 精神科看護には、マニュアル化の困難な部分もあり、その時、その場の現場判断で対応せざるを得ないこともある。
- 一般病院から来た看護師の中には、どうしたらよいか、わからない者もいる。

- 患者が立ち直って笑顔になった時や、子どもの患者が回復した後に看護師に会いに来た時に、つながりを実感し、やりがいを感じることもある。

### 1-2-3 身体ケアについて

- 病院全体に身体症状を軽視する傾向がある。
- 医師、看護師ともに身体状態への関心は薄れがち。検査データをきちんと読み、身体的訴えに十分耳を傾けているとは言い難い。
- 精神科病棟では身体的な症状を的確に訴えられない患者もいる。訴えなくても察知する観察力が問われる。

## 2 職員からの改善意見

### 2-1 文書調査で出された改善意見

#### 2-1-1 患者対応に関するもの…122件

- 精神症状だけではなく、身体的な観察・記録の徹底
- 患者対応は1人で行わず、複数の職員で対応
- カンファレンスの強化、医師・看護師の協力の強化
- 師長などによる不定期の病棟の巡視

#### 2-1-2 職場環境に関するもの…64件

- 倫理、人権、接遇、CVPPPに関する研修の強化
- 上司に報告、相談のできる人間関係の構築、第三者通報窓口の設置
- 看護師のストレスに対する対応の充実
- 定期的に第三者による監視

#### 2-1-3 病院・職員体制に関するもの…21件

- 定期的な院外、院内の人事異動による経験とモチベーションの向上
- 患者対応を充実するため、病床数の削減、職員数の増員
- 職員の暴力行為に対する厳しい処分。抑止力としても有効

#### 2-1-4 病院設備に関するもの…11件

- 監視カメラ設置等による死角の減少、個室の入室履歴の保管

### 2-2 グループインタビューで出された改善意見

#### 2-2-1 意識改革

- 職員全体の意識改革（患者人権、サービス業）。

- 病棟医の意識改革。
- おかしいことを変えられない土壌を、今回を契機に改革。
- おかしいと思うことを言える組織にするため、トップの意識改革。
- 患者のために何をするのか、という看護師の意識付け。
- 教科書的な言葉でなく、自分の思いで看護観を言える人材の育成。
- 看護師の自己研鑽。
- 看護師は患者を社会に帰したいというしっかりとした考えで対応。

### 2-2-2 ケアの改善

- 患者の身体記録がおろそかな現状の改善。
- 暴力をする患者から自分の身を守り、患者を正しく抑える方法の習得。
- CVPPPを習得しても、看護師が1人の時の対応について考慮が必要。
- 患者からの暴力や暴言に対し、看護師を組織的にケア。
- 患者への注意・指導は、厳しく接しているところだけを見られるとつらいが、患者には退院してから理解してもらえる。1場面だけでなく、前後関係を見て看護師の評価を。
- 受持ちと担当の看護師個人の対応から、チームでの対応へ。
- 自分が看護を受ける立場ならばどうされたいか、という思いで仕事を。
- 看護師と患者のより一層のコミュニケーションが必要。
- 看護師の仕事が多様化している中で、看護に集中できる体制が必要。
- やりがいを持って仕事ができる環境が必要。

### 2-2-3 看護師の育成

- 若い看護師をほめて成長させて、患者に寄り添う看護師に育成。
- 若い看護師を「患者に寄り添う看護師」に育成。
- 中堅職員は若い職員の見本に。
- 若い職員の改善提案の受入れ。（若い職員は、何か1つを新しいことに変えられれば、それをきっかけに他のことも変えることができる。）

### 2-2-4 職場の雰囲気改善

- 明るい職場づくり。
- おかしいと思ったことは、声に出して相談し、少しずつ変えていく努力。
- 看護師が集まって看護の話をする事のない風土の改善。
- 前例に沿って今までどおりにすればよい、という風土の改善。
- 看護師を疎んじる職場風土を改めて、もっと評価を。
- みんなで決めたルールはみんなが厳守。
- 明るい職場づくりをモットーに対応。患者が楽しくなるように対応。
- おかしいと思ったことを少しずつ言葉に出して変えていくこと。

### 2-2-5 リーダーシップ

- 管理監督職のリーダーシップ。師長が率先して行動。  
(上位の職の人から悪者になってもらわないと改善できない。)
- 前向きでない看護師に対しては、上司と一緒に行動。
- 上司は、部下に嫌われてもいいので、率先して行動。
- やる気のある中堅職員が少しずつ変革を。
- 他部署との連携、特に中堅スタッフが束になって考えることが必要。

### 2-2-6 組織のあり方

- 看護師のレベルアップを図る仕組み。(人事評価で給与の決定など)
- 昔の「応援病棟」のような応援体制が必要。
- 「処遇困難な患者専門」と「早期治療が可能な患者」の分離。
- 問題がある看護師の受入先となっている現状の改善。
- 長く勤務している職員は、数年間、他の病院に異動を。

#### 〔抄括〕

文書調査やグループインタビューから明らかになった職員の問題意識は、いずれも的を得たものであり、職員は個別的には問題意識を持って考えていることが理解できる。

職員の中には、患者のことを真剣に考え、まじめに勤務している職員も多くいる一方で、組織としては次の実態(課題)が見受けられる。

また、病院には改善のための仕組みや工夫、熱意が欠けており、これらの課題が今回の患者負傷の背景にあったものと考えられる。

#### (1) 組織と職員意識について

- ① 前例、慣行重視による組織の硬直化
- ② 「人権尊重」と「患者本位」の理念の軽視
- ③ 管理監督職のリーダーシップ不足
- ④ 希薄な人間関係

#### (2) 精神科医療・看護について

- ① 医療・看護のあり方、姿勢
- ② 医療・看護における目標設定の不明確さ
- ③ リーダーシップと医療チームのあり方
- ④ 看護職の精神的な負担
- ⑤ 対処困難な患者に関わる看護師のストレス
- ⑥ 患者の問題行動に対する職員の視点
- ⑦ 暴力をふるう患者への対処方法
- ⑧ 不十分な身体観察・アセスメントと記録

## IV 本委員会の提言：「県民から信頼される県立病院」を目指して

### 1 精神科病院のおかれた現状と暴力問題発生の背景

#### 1-1 精神保健福祉法通報制度の仕組みとその問題点

精神科医療は精神保健福祉法に基づいて行われていることから、精神科病院における暴力問題については、精神保健福祉法について十分に理解しておく必要がある。

精神保健福祉法では、器物破損、傷害、放火、殺人等の社会的に問題となる何らかの行為（以下「刑罰法令に触れる行為」という。）が行われたとき、警察官はその者を保護または逮捕することになるが、警察は受け皿機関ではないことから、次の二通りによって身柄を処遇することになる。

一つは過去に入院歴がある、通院歴がある、会話の内容が支離滅裂である、興奮が激しくて手に負えないなどの場合、これを精神障害により他害のおそれがあるとして（実際はすでに他害の事実があり、放置すると他害のおそれがあるという意味）、現場の警察官の判断で精神保健福祉法の第24条に基づき保健所に通報（以下「24条通報」という。）し、都道府県知事の命令による措置診察を経て精神科病院に強制的に入院させるものである。

もう一つは犯罪が行われたと思料して立件し、検察庁に送致するものであるが、犯罪として立件するには、非常な労力と明確な根拠が必要とされることから、現場の実態としては24条通報として（あるいは警察官受診援助として）精神科病院への入院を求めることになる。

次に事件として立件し検察庁に送致する場合であるが、送致された被疑者に精神障害が疑われれば、起訴前精神鑑定が実施され、その被疑者が精神障害者であり検察官により不起訴処分相当と判断されれば、精神保健福祉法の第25条に基づいて保健所に通報（「25条通報」という。）され、同様に措置診察を経て精神科病院に強制的に入院させられることになる。

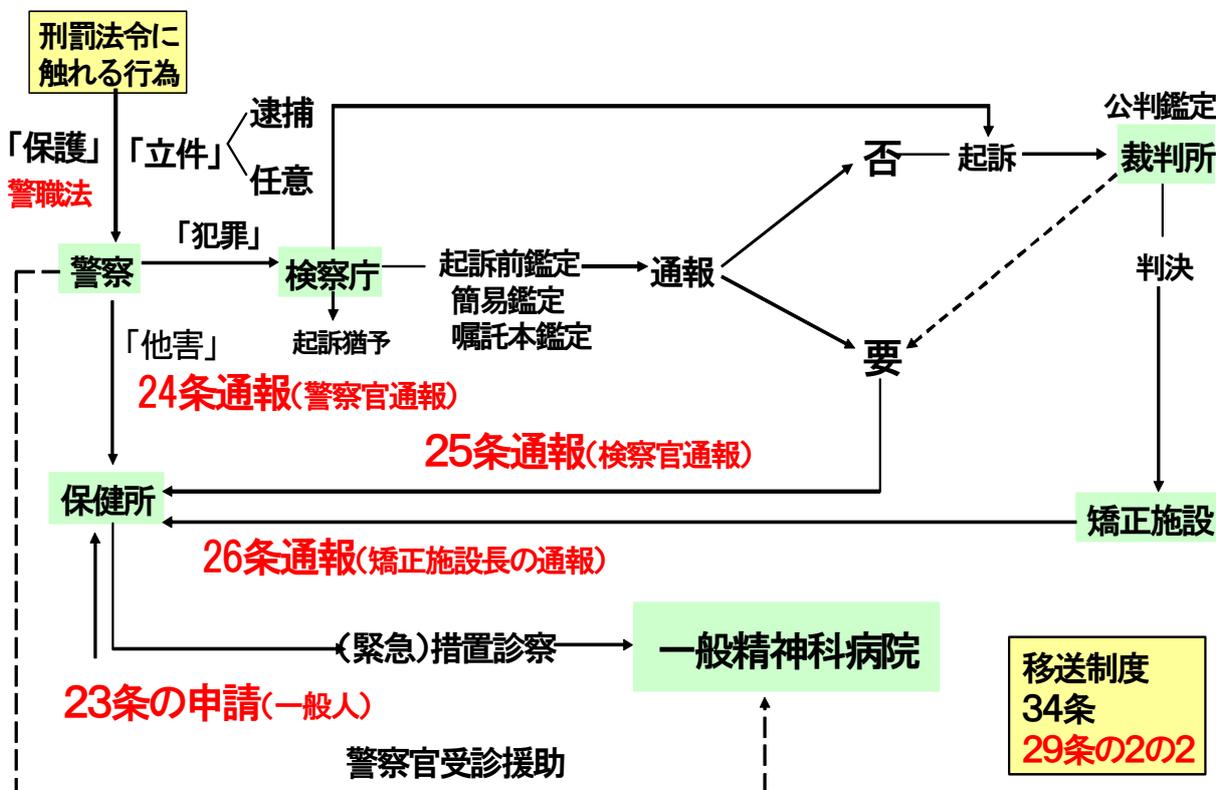
起訴されて裁判になった場合であるが、有罪が確定すると（日本の裁判は99.8%が有罪）、刑務所等の矯正施設に収容されることになるが、精神障害者であるとされると、ここでも出所時に精神保健福祉法の第26条に基づいて保健所に通報され、同様に措置診察を経て、その多くはやはり精神科病院へ入院させられることになる（図参照）。

このように刑罰法令に触れる行為を行った者の受け皿は、極言すると精神科病院か矯正施設しか存在せず、精神障害者であるとされると精神保健福祉法の24条から25条そして26条まで、最終的にすべて精神科病院に集まる仕組みになっており、それ以外の受け皿は想定されていない。しかもひとたび措置診察が実施されると、司法的関与は全くなくなり、その後の身柄の責任については、事実上、医療側にすべてゆだねられる仕組みになっている（ただし心神喪失者等医療観察法が施行されてからは、殺人等の6大罪種に関しては医療観察法病棟が受け皿になった、後述）。

したがって精神科病院には、他害の事実やおそれのある者が患者として数多く存在しており、そのことに対する問題意識がしっかりとないとなさなければ、暴力問題は

必ず起こると考えなければならない。

## 精神保健福祉法通報制度の仕組みとその問題点



### 1-2 精神科病院における暴力問題の分析

このように精神科病院では、元々、自傷他害のおそれのある人が入院していることから、その程度はいずれにしても暴力問題が決して絶えることはない。病院側にあっても、暴力行為を防ぐための努力は当然に行っているが、少ないマンパワーにあっては、これらの暴力問題を防ぐことは容易ではない。

精神科病院における暴力問題は、大きく「患者同士の暴力」「患者から職員への暴力」「職員から患者への暴力」の三つのパターンに分かれる。

精神医療センターにおいてもこのような三つのパターンの暴力問題が今回の事件以前にあっても存在していたことは、調査結果の示すとおりである。今回の事件の場合、職員が患者に行った疑いがあるという点に一つの特徴があるが、古くは宇都宮病院事件や大和川病院事件(いずれも職員が患者を殺してしまった事件)などにみられるように、現在にあっても職員から患者への暴力という問題が生じ得ることは決して希ではないと推測され、極めて今日的な課題であるといえよう。したがって、このようなことをなくしていくためには、病院職員の意識改革や資質向上はもちろんのこと、病院組織のあり方そのものに大きく変革を求めねばならない。

わが国の安心、安全は、前述した精神保健福祉法通報制度の仕組みと、それを良く

も悪くも受け入れてきた精神科病院によって、これまで成り立ってきたものであり、この本質的な問題にメスを入れない限りは、根本的解決は難しい。

先に触れたように、平成17年7月からは重大な他害行為を行った精神障害者については、心神喪失者等医療観察法が施行されるようになった。遅きに失した感はあるが、医療観察法では一般精神医療と比べ、4倍～5倍のマンパワーが付いており、この限りに於いて、暴力問題の対応は可能となってきた。しかし35万床と言われる精神科病床の過去の負の遺産を本格的に改善していくためには、まだまだ問題の根は深く、その解決はなお極めて困難な状況にある。

### 1-3 精神医療センターの県立病院としての役割

前述した通報制度の仕組みにあって、これまでは民間病院もこれらの暴力的課題を抱えた患者の受入れを行ってきたと考えられるが、透明性や医療事故の防止が求められる中で、県立病院はより対応に苦慮する処遇困難・治療困難患者等を受け入れなければならない状況になってきている。

精神医療センターにあっても、このような傾向が出てきていると考えられ、上記のような通報制度の仕組みの問題に焦点を当てた対策をしっかりと行っていかなければ、最悪の場合、病院の機能自体が崩壊の危機に瀕することにも繋がりがかねない。

### 1-4 精神保健福祉法通報29条の2の2の移送制度実施の必要性

現在までのところ、前述したような通報事例は、民間も含めた各精神科病院に分散して入院していることが予測されるが、今後、このような通報事例が県立病院に政策医療として集中するようになれば、当該病院だけで対応するのは著しく困難であり、何らかの対応が必要となる。その切り札となるのは、29条の2の2の措置入院のための移送制度である。移送制度とは、通報制度のところでも述べたように、都道府県知事に丸投げされていた措置入院の問題を、入り口のところで整理して医療と司法と行政の役割分担を明確にしたものである。群馬県では、この移送制度を現在まで約10年間にわたって実施して来たが、この制度を実施することにより、県立病院及び県内の精神医療状況は明らかに改善することを付記しておきたい。

## 2 精神医療センターの暴力問題についての対策

### 2-1 基本的考え方

#### 2-1-1 警察と病院の関係

院内暴力問題は、上述した三つのパターンに分かれるが、いずれの場合にあっ

ても、暴力行為については原則必ず警察に届け出をし、捜査を受け、警察段階で話を終了するのでなく、事件として立件してもらい、少なくとも検察庁までには送致することで、より上位機関の判断を仰ぐようにする。すなわち暴力は絶対に許さないという明確な姿勢が必要であり、これによって、内在化していた暴力問題が外在化することになる。こうすることで長期的に見れば、職員にとってはもちろん、患者にとっても良い結果をもたらすことになる。もちろんそのためには警察の協力は必須となる。

### 2-1-2 明確な意思と目標を持った医療

患者を社会復帰させるという明確な意思と目標を持つ必要がある。看護は患者を単に収容させておくためにいるのではなく、あくまでも社会復帰をしてもらうことで看護としての意義とやりがいを見いだすことが出来る。病院も当然その努力をしているに違いないが、より一層の徹底を図る必要がある。これによって本来必要とされる様々な治療や看護の工夫が生まれることになり、暴力問題もそのような中であって、はじめて対応の工夫が生まれてくることになる。

### 2-1-3 チーム医療の実践

患者を社会復帰させるという共通の目標があって、はじめてチーム医療も成立するのであり、社会復帰という目標が明確にされていなければチーム医療も生まれてこない。新潟県立精神医療センターには、残念ながらチーム医療の考え方が浸透しているとは言いがたい。

### 2-1-4 病院のダウンサイジング

精神医療センターのベッド数は400床であり、このベッド数では治療密度を濃くした体制を作り上げることは困難と考えられる。社会復帰をしっかりと進める中で病床利用率は自ずと低下するものであり、そのような中で病院としてダウンサイジングしていくことを考えるべきである。

### 2-1-5 病棟機能の分化

今回患者が負傷した病棟は急性期病棟となっているが、実態は急性期患者と治療に手間のかかる慢性患者が一緒になっていると聞くところであり、このような中であっては、看護師が一貫した目標の下に看護体制を組むことは困難である。

この打開には、急性期と慢性期を分けるという病棟機能分化の考え方がどうしても必要である。これにより、看護は一貫した目標の下に看護体制を組むことが可能になり、急性期は急性期の、慢性期は慢性期の看護特性が発揮されることになる。目的に応じた疾病教育プログラムなどの各種のプログラムも実施しやすくなり、抑圧的対応に止まらざるを得なかった看護対応にあっても、看護の幅が広がり、コメディカルを含めたチーム医療も実行しやすくなる。

## 2-1-6 人材育成の取組

精神医療センターでは看護学校の受け入れや認定看護師の育成を行っているが、看護モデルになれる精神科領域のスペシャリスト育成やキャリアアップ支援に積極的に取り組み、看護のレベルアップを図ることも重要である。

## 2-2 具体的対策

### 2-2-1 ヒヤリハットの徹底

ヒヤリハットとは医療事故を防ぐ上で極めて重要な手法であり、徹底した実施が必要であるが、多くの場合、中途半端な形になっていることが推測され、病院局を含めてヒヤリハットの結果を生かす工夫を行う必要がある。

### 2-2-2 看護記録の徹底

ヒヤリハットと同じ意味で、看護記録も見て見ぬふりなどの記載漏れがあってはならない。相互に都合の悪いことは書かないということがもしあるとすれば、それらは徹底して改められなければならない。

### 2-2-3 危機管理の体制整備

病院に警察官OBを配置し、広い意味での危機管理を担当させることは意義がある。職員同士では注意しづらい場面に注意を行ったり、トラブルが起きた時に初期の段階から介入して沈静化を図ったり、今回のようなケースが起きた時に調査を行うなど、様々な効果が考えられる。

また、暴力等の緊急事態時にあっては、全館放送ですぐにスタッフが集まれる体制（コードブルー体制）をつくる必要がある。これにより女性看護師が男性看護師に頼らざるを得ないなどの課題は、ある程度解消される。

### 2-2-4 医師による毎日の回診

精神科病院の医師数は一般身体科と比べて人数が少ないことから、入院患者の診療についてはいくつかの工夫が必要である。たとえば午前中のある時間帯、小一時間程度を必ず看護師と一緒に回診をするということを行うことにより、診療の保障を患者に示すことが出来るだけでなく、看護との情報共有化が図れることになる。この回診には、多職種としてのコメディカルも一緒に関わることができれば更に良い。また診察に時間がかかる場合には、必要に応じて、随時の診察室での対応も当然求められる。

### 2-2-5 CVP（包括的暴力防止プログラム）の習得

既に実施していると思われるが、このような技法を具体的に身につけることにより、自信をつけることが期待される。

### 2-2-6 病棟の勤務交代

これも既に実施していると聞かすが、特に長く同一病棟に勤務している看護師については、今まで以上に積極的に進めていく必要がある。病院間の異動も、場合によっては必要である。

### 2-2-7 病棟クラークの導入

病棟にクラーク（看護業務事務補助員）を導入することによって、看護師は看護業務に専念できるようになるとともに、外部の目が入ることで病棟の活性化が図られる。

### 2-2-8 事例検討会や研修会の実施

医師同士、看護師同士、医師と看護師など様々なレベルで事例検討会や研修会を実施し、評価を行った上で、患者の治療方針をしっかりと立て、業務に取り組むことは効果的である。

## 3 精神医療センターの組織と職員に関する提言

### 3-1 組織と職員意識について

#### 3-1-1 硬直化した組織の変革を

5つのグループでのグループインタビューから浮かび上がってきた「患者への対応」「職場の人間関係」についての問題点の多くは、当該精神医療センターのみならず歴史があり職員の異動が少ない単科公立精神科病院（あるいは民間精神科病院）に共通する問題なのではないかと思われる。独立行政法人移行などの組織の大変革を通して、ここに挙げられた問題点をすでに克服している病院もあると推測されるが、現在でも同様の問題を抱えている病院も少なくないだろう。

前例、慣行が十分な検討もなく最優先され、新しい考え方に目を向け、それを取り入れることに意欲を失った状態が組織の硬直化である。硬直化を抜け出すには、組織のあり方、職務内容、構成員のものの考え方や行動、暗黙のルール、前例、慣行、不文律等さまざまなことを見直し、改革していかなければならない。

しかし、組織の硬直化をもたらしているのは、目に見えず、文書にもなっていない形として示すことの困難な非言語的な部分であることが多い。したがって、文書化されているマニュアルの改訂や規則の見直しだけでは、組織の変革は望めないだろう。

前向きな提案に、消極的、否定的な声がつぶやかれるようであれば、そのような組織風土の変革から始めなければならない。変革のためには、まず、誇りの持てる仕事がしたいと考えている若い層の変革への意欲、行動に管理監督者

が関心を示し、それを評価する姿勢を見せることである。

新しいことを導入する場合、提案の段階で「無理!」「意味がない!」などという抵抗が起きることがある。そのような場合には、管理監督者はスタッフに納得してもらうことに精力を傾けるより、「とりあえず、やってみよう、やりながら検討してやはり否定的な評価なら取り下げる」という姿勢で臨むことが改革の端緒となることもある。変化を起こすには、行動は必須であり、実践して評価してさらに改善を重ねるPDCAサイクルをイメージした方法が有効だろう。

また、それぞれの部門のリーダーが当初は受け入れられないのを覚悟して新しいことを始めることで組織変革の流れができることもある。リーダーは、慣例でない行動を行っても許される存在といわれる。そのことを意識しつつ管理監督者がまず行動に出るのである。その際、管理監督者は一定期間、組織から浮くこと、孤独に耐える覚悟を要求される。

### 3-1-2 理念の再確認を

いうまでもなく精神科病院は、地域住民に必要とされている精神科医療を提供することを目的とする組織である。当該精神医療センターはその目的の達成に臨む姿勢を4つの理念として掲げ、県民に宣誓している。

それにもかかわらず、なぜ、病院の理念の筆頭に挙げられている「人権尊重」「患者本位」に反する言動、態度の見受けられる医師、看護師がいても組織の問題として取り上げられないのか。なぜ、医師-医師、管理監督者-スタッフなどの間に建設的な批判関係が形成されないのか。

これらの問題は、多くの精神科病院に根深くあり、その解決はそう容易ではないと思われる。当該精神医療センターの職員は、今回の患者負傷「問題」を契機に、公的病院としての使命を自覚し、センターの理念、そしてこれらの問題と真剣に向き合うことが求められている。

### 3-1-3 精神医療センター変革へのリーダーシップの発揮を

グループインタビュー、その他の調査報告を通して言えるのは、あらゆる領域のリーダーシップの不在である。これまで病院あるいは病棟の雰囲気を変えたいとの思いをもった職員もいただろうが、閉鎖的な病院社会の中で「孤立」や「排除」を恐れ、現状を容認するしかなかったと思われる。

患者負傷「問題」の背景にある組織文化を点検し変革していくことは、現状を黙認し見て見ぬふりをしてきた職員の一人一人が病院の理念を体現するように職務に対する姿勢を改めていくことにほかならない。この組織変革の動きには多くの抵抗が起こるだろう。人は、基本的に保守的であり、変化、変革に抵抗する。その抵抗に抗するには組織変革への強いリーダーシップが必要とされる。

リーダーシップを「とる」にはリスクを覚悟しなければならない。未知の不確実性をはらんだ事態に率先して対処することになるのであるから前例主義で

は、リーダーシップはとれない。リーダーに「なる」とは、組織をまとめることである。

現在の管理監督職は、果たしてリスク覚悟でリーダーシップをとり、リーダーとして組織をまとめきれているのか。インタビューでは、相当数の職員から管理監督者の在り方について疑問を呈していると思われる発言があった。

医療者としての基本的姿勢、言動に問題のある医師、看護師がいることは確かなのだから各部門のリーダーは、組織をまとめリスク覚悟で率先してこの問題の解決にあたらなければならない。

### 3-1-4 人と人とのつながりを豊かに

無縁社会に象徴されるように社会全体に人間関係の希薄化が進行している。当精神医療センターも同様のようだ。この問題に効果のある方策を策定し実践するのはそう容易ではないと思われる。

職場内の委員会活動など部門を超えた小グループでの関わりをベースに人と人とのつながりをより豊かにする方法はないだろうか。また、精神医療センター外の同職種、関連領域の人たちとの交流があれば、職場内の対人関係を相対化でき、自分が所属する職場の職員どうしの人間関係あるいは患者との関係におけるストレス耐性も強まるかもしれない。

## 3-2 精神科医療・看護のあり方について

### 3-2-1 精神科医療・看護の基本の再点検を

今回の患者負傷問題を通して問われている精神科医療・看護の課題の一つに身体症状の観察、アセスメントがある。なぜ、9本の肋骨骨折が受傷後相当期間を経過し治癒状態になってからしか発見できなかったのか。身体症状観察の重要性の再確認のみならず、医療・看護のあり方、姿勢をその基本に立ち返って見直す必要があるのではないか。

### 3-2-2 精神科医療・看護の明確な目標設定を

近年、わが国の精神保健医療福祉は「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもとに展開されている。多くの病院で、退院促進、社会的入院の解消の努力が払われている。看護職もこのような精神保健医療福祉状況を十分認識しており、「長期入院者の退院促進に関わることで看護の力を実感し、この仕事に誇りを持た」とインタビューに答えた看護師がいた。

この発言は、日々のルーチンケアをこなすだけでなく目標を持って看護にあたることで個々の看護者の志気が上がり組織が活性化することを示している。自治体立病院では、長期入院者の退院促進に取り組むことで病床数を減らし、急性期医療、専門医療に特化する方向を模索している病院が増えてきている。

指摘があるように当該精神医療センターの退院促進活動への熱気が冷めてき

ているとするなら、その要因を検討する必要がある。また、何を医療・看護の軸に据えて患者と関わるのか、全職員が行動指針とすべき共通目標は何かを明確にしなければならないのではないかと。

### 3-2-3 リーダーシップのあり方の検討を

看護師グループのインタビューでは、病棟医の個性が各病棟の運用に色濃く反映していることをうかがわせる発言があった。そのことの善し悪しが検討されなければならない。この検討は自ずと、医師と看護職の役割分担や病棟管理の責任者である病棟師長のリーダーシップのあり方についての検討をも含むものとなるだろう。

医局内では医師間で受け持ち患者についてのピアレビュー的な検討がなされているのかもしれない。しかし、病棟の看護者からは、診断、治療などについての率直な意見交換がなされている様子がないとの指摘がある。まず、医師どうしの関係が風通しの良いものでなければならないが、看護職、その他の職種と医師との関係など、これまでのチーム医療のあり方を振り返り、新たな関係に基づいたチーム医療の再構築を図る必要があるのではないかと。

### 3-2-4 看護職の精神的負担についての理解を

切れ目なく患者の生活の時間に関わる看護職は、他の職種から患者への対応などについて、ケアのある一面をとらえて批判的な目が向けられがちである。看護の側からは、さまざまな問題行動に直接関わる困難さや精神的負担を他の職種に理解してもらえないジレンマがある。

子供っぽい退行した行動がめだつ病棟場面、潜在していた能力が表現されることもある作業療法場面、医師がどう評価しているかを気にして問題がないことを強調する診察場面など、このように患者は場面ごとに異なる姿を見せる。各職種は、患者の一側面しか見ていないという自覚を持って他職種と関わらなければ職種間の軋轢を生むことにもなる。

### 3-2-5 対処困難な患者に関わる看護師のストレス軽減への配慮を

負傷した患者は、さまざまな問題を引き起こし、対処が困難であったといわれている。そして、長期在院となり退院のめどが立たなかった。

この患者へは多くの看護職員がストレスを感じ陰性感情をもっていた。このような患者の受け持ち看護師は、患者の問題行動をコントロールできないことを自分の責任と感じ、自責感、無力感を持ちがちである。したがって、受け持ち看護師を孤立させることがないよう病棟でのサポート体制について病棟管理者は配慮する必要がある。

対処困難とされる患者へは、2人以上の看護師を受け持ちにする、あるいは多職種を含めた受け持ちチームを編成するなどの手だてによって精神的負担を軽減する手立てが必要だろう。対処困難な患者をリストアップし、その困難度上位の者について特別に手厚い個別医療チーム（例えば、医療観察法病棟のM

D T) での関わりとすることは不可能だろうか。いずれにしろ、受け持ち看護師が過剰なストレスにさらされる対処困難な患者については、一定期間ごとに多職種でのカンファレンスを持ち、実行可能なプランを策定し実行、次のカンファレンスで評価するという流れをつくれれば受け持ち看護師が孤立する事態は避けられるのではないかと思われる。

### 3-2-6 視点変換のための諸技法の活用を

繰り返し「問題」が起きる対処困難な患者のカンファレンスでは、関係者の思い込みをいかにほぐしていくかという観点が重要だろう。同じ「問題」が繰り返されている場合には、それまで解決のためになされてきたケアに注目する必要がある。それまで解決策と思いこんでいたことが、患者との関係を悪化させ同様の「問題」行動に回帰していくという悪循環が起きていることがあるからである。

これまで行っていたことと「違うこと」を行う、あるいは「違う方法」で実施すると悪循環を断ち切ることができ「問題」行動の解消につながることもある。

「問題」行動はコーピング行動であるという視点も忘れてはならない。確かに、他者からすると逸脱行動だし、迷惑行為かもしれないが当人はそうせざるを得ない状況におかれているという視点からの患者理解である。行動そのものではなく、行動が何に由来しているかに注目するのである。社会あるいは病棟の秩序を乱す「問題」行動という視点から、患者の文脈で行動の意味を理解しようとする視点への変換があってはじめて見えてくるものがある。

「問題」と人を切り離す外在化と呼ばれる手法を使うことで患者から切り離された「問題」に患者と医療者が協働で対処する道が開けることもある。「問題」を持った患者とその解決にあたる医療者という2項ではなく、「問題」を第3項として設定するという方法である。

また、これまで否定的にとらえられていたことについて理解の枠組みを変えることで肯定的な意味を見出すことができ、その新たな気味づけが「問題」解決の糸口になることもある。例えば「しつっこい」は「物事をあきらめない粘り強さがある」ともいえるし、「顔をうかがう」は、「関係性によって対応を変えようとする対人関係能力がある」と理解することもできる。この家族療法などで使われるリフレーミングといわれる技法は、日常の臨床でも活用できる。

カンファレンスでは、これらの方法も参考にしながら柔軟な発想で議論できれば、患者への陰性感情は幾分薄まるのではないかと思われる。とはいえ、「問題」は一朝一夕には解消しないだろうから、プランの実施に当たっては変化が起きるまで試行錯誤する忍耐強さが要求されるし、医療スタッフの士気の維持が課題となるだろう。

対処困難とされる難しい患者と向き合うためには医療スタッフが如何にポジティブな気分になれるかがカギとなる。医療スタッフが「一人で悩まなくてい

い、何とかなる」という気分でケアにあたるような病院、病棟の組織文化をつくりあげていきたいものである。

しかし、医療は万能ではない。医療は、全ての患者を回復させることができるわけではない。医療者は、患者の心を全て理解できるわけではないし、機械を修理するように完璧に心身を修理できるわけではない。ただ、患者の持つ回復力、自然治癒力を最大限引き出すような援助を医療者は心がけるだけである。医療の限界を認めることがあっていいし、その方が医療者、患者双方が袋小路に追い込まれ進むことも引くこともできないストレスフルな事態となるよりはよいだろう。

精神科医療においては、治療環境が変わる、あるいは主治医が変わることで思わぬ回復が見られる場合もある。一つの病棟での治療が行き詰っていると思えたら、病棟を検討し、主治医を替えることがあっていいのではないか。病棟スタッフが疲弊し患者への陰性感情が強まると、患者への思わぬ暴力が突発することもあり得るからである。

対処困難な患者は、隔離・身体拘束が行われることも少なくない。行動制限最小化委員会が状況を把握して、一つの病棟に任せるのではなく病院全体としてのマネジメントの役割を担うのも一つの方法だろう。

### 3-2-7 CVPPP（包括的暴力防止プログラム）の普及を

攻撃的で暴力をふるう患者への対処は、最もストレスフルである。精神科看護では、CVPPPが開発され、全国的に普及している。このプログラムには、暴力の誘因からその発現に至るプロセスの理解、言葉によって鎮静化を図る方法（ディエスカレーション）、安全に行動を抑制する技法、事後の振り返りと当事者へのメンタルヘルスの援助等が含まれる。

このCVPPPは、これまで各病院、個人の経験に基づいていた興奮し暴力的となった患者の行動抑制の方法が標準化され、安全な技法となっている点は評価できる。この技法を生かすには暴力にさらされた場で看護師がいかに冷静でいられるかが問われる。しかし、冷静さを保つ方法を技法化することは困難であり、その点が課題である。とはいえ、CVPPPのトレーニングを重ねることでどう行動すればいいかイメージできれば冷静さを取り戻す助けになることは確かだろう。

また、ディエスカレーション技法は、必ずしも危機場面だけでなく粗暴な物言い程度の日常場面でも意識して使うようにすれば洗練された看護技術として身につく可能性がある。

### 3-2-8 身体を観察・アセスメントと記録の充実を

精神科の診断は、身体因を除外することに始まり内因性の疾患の可能性を考え、心因性の可能性はどうかという検討を経て行われる。したがって、まず、身体状態を把握しておく必要があるはずなのだが、精神症状が激しい場合などには、身体のことを忘れられがちになる。向精神薬の副作用の把握という意味

でも身体面の観察は欠かせない。睡眠に代表される身体的側面の把握は、回復過程を想定する上でも重要である。例え、その身体的訴えが体感幻覚などの幻覚妄想状態、あるいは気を引きたいが故の甘えと思えても、医師の診断、看護のアセスメントはまず身体的側面からということ忘れてはならないだろう。

そして、薬物の副作用のモニターのための定期的な検査はもちろんのこと身体状態が観察され、体重、睡眠、食事量、排泄等が継続的に記録される必要がある。しかし、検査データは読まれ、記録された身体状態は日常の看護に活かされるのでなければ観察や記録へのモチベーションは低下する。データの有用性、必要性がスタッフの間で認識されていないとしたらその原因を検討する必要がある。

抗精神病薬との関連で高血糖、肥満、あるいは「やせ」が問題なることもある。NSTチーム（栄養サポートチーム）として栄養士と医師、看護師等が連携していくことも身体への関心を高めるだろう。

### 3-3 医療者のいらだち、怒りなどの感情表現や感情の自己コントロールをめぐって ～本件のような問題が起こらないために～

#### 3-3-1 患者の怒りや暴力と精神科看護者自身の感情コントロール

精神科看護では、やむを得ず強制的な入院や治療となった患者をケアしなければならないこともある。このような患者の場合、攻撃的、暴力的となりがちである。また、様々な行きどころのない不満が怒りとなり看護者に向けられることもある。

このような場合、看護者は自分自身の感情をコントロールしつつ患者の攻撃性を鎮静させるように働きかけることを余儀なくされる。精神科看護は、日常生活の中ではそう頻繁に経験するわけではない怒り、攻撃のような他者の生の感情に向き合わざるを得ない職業である。

患者の攻撃にさらされることで看護者には怒りの感情が湧いてくる。また、繰り返し同様な問題が起こり続け対処困難と感じると無力感とともに、怒りの感情が湧く。何らかの要因で感情のコントロール力が低下している場合には、怒りは暴力に発展することもある。自分自身の怒りや暴力性と向き合うことなしに精神科看護者であり続けることは困難だろう。

暴力発動のプロセスは、患者であれ看護者であれ、かわりはない。人は誰でも暴力的になり得る。精神科看護者には、怒りをぶっつけられ攻撃された時、それに反応してエスカレートしていく自らの怒りに気づき自分自身をディエスカレートする冷静さを持ち得ているかどうか問われる。

#### 3-3-2 「人は感情的になる」を踏まえシステムによる看護者の暴力防止を

時に報道される精神科病院における看護スタッフの患者への暴力、傷害、傷害致死事件等は、医療安全の「スイスチーズモデル」で考えることができる。

誘発された怒りに始まり、それが暴力へとエスカレートしていくなかで、通常ならそれをブロックするはずのシステム（関係者の意識にあるとは言えないし、検討されていないのが現状）が機能せず、エスカレートし続けた怒り・暴力が全ての暴力防止システムの穴を突き抜けていって時に重大な事態に至る。こういう経過として報道された事件は説明できるのではないか。

医療安全では「人は誰でも誤る」を前提にシステムによって安全を保つことを基本としている。同様に「人は感情的になる」「人はキレる」「人はパニックになる」ことを前提とした暴力予防システムが論議されなければならないだろう。

どのようなシステムがあれば、興奮し、怒りをエスカレートさせていく同僚に冷静さを取り戻してもらえるかという問題意識での議論である。それは暴力サイクル（誘因期→エスレート期→危機相→停滞・回復期→抑うつ期）に沿った介入方法を考えることにほかならない。激しい怒りは一般的には短時間であり、時間の経過とともに鎮静に向かう。患者であれ同僚であれ、まず怒りや興奮をどのようにやりすごしてもらえるかである。

看護者には、自分自身が怒りを感じた時、あるいは患者の怒りに直面した時、気持ちを落ちつかせるために行っている何かがあるはずである。その中で有効であった方法を持ち寄り、検討し共有化することはできないだろうか。

本来あってはならない医療者の暴力を防ぐには倫理意識を高める必要がある。しかし、日常生活の中では倫理的感性があると思える看護者でさえも精神科医療・看護の状況如何によっては暴力を行使してしまう現実があることも認めざるを得ない。暗に暴力が容認されている雰囲気、何らかの精神的、身体的理由によって医療者自身の感情をコントロールする力が弱まると暴力が突発する余地がうまれる。倫理教育だけで医療者の暴力を根絶するのは限界があることをわきまえておく必要があるだろう。

他者の目が感じられる状況であれば興奮している自分に気づき、抑制が働く。暴力の可能性のある患者とは、密室での対応、1対1の対応を避ける業務上の工夫はできないだろうか。テレビモニターも「録画中」と表示し、録画することで他者の目の役割を果たさせることが考えられてもいいのではないか。

### 3-3-3 家族的親密感の持つ危うさに気づくこと

「負傷問題」の当該患者が体の痛みを訴えていることを看護者が医師に伝えてもとり合わないことがあったという。説明のつかない不合理な痛みの訴えが頻回にあり、仮病とみなされていたからだ。また、当該患者について医師の感情任せの言動がめだったとの指摘もある。患者となじみの関係であるが故の言動という側面もあるようだ。このような緊張感を欠いた家族的親密感をベースにした医療者－患者関係は危うさをはらんでいる。

アンケートでも指摘のあった長期入院者に対する職員の「ちゃんづけ」も同様である。疑似母親役割をとる看護者と子どもの役割を担わされる患者という関係は、急性期医療・看護における一時的な患者－看護者関係としては一般的

といえる。しかし、病の回復につれ大人対大人の関係に移行していくのが普通であり、望ましい関係の変遷である。

長期入院の患者が「チャンづけ」で呼ばれるのは、患者を子どものままにしておきたい看護者の無意識の願望の表れとも考えられる。退行させ、子供である方がコントロールするには都合がいいのである。

一般的に患者と医療者の間には一定の距離、緊張感がある。しかし、精神科病院の長期入院患者と医療スタッフの間には時に「チャンづけ」のような家族的親密感が生まれる。患者は、社会に身の置き場がない人たちであり、精神科病院を終の棲家としなければならない人たちなのだから親身に世話してあげなければならないという医療者の側の思い込みが紡ぎ出した関係ともいえる。

家族的親密感が強い病棟では、社会性が身につかないし、患者の自尊感情も育ちにくい。からかい半分といった形の暴力もおきる。病棟が「家庭」となることで、他者の目は意識されなくなっていく。そうすると患者は服装や清潔、身の回りことに気をつけなくなるし、言葉も乱暴になる。家庭なのであるから甘えや退行も許容される。感情をストレートに出すし、暴力沙汰もおきる。このようにして子どもでいられる患者、世話する病院スタッフという構図が出来上がることになる。

このような病棟では医療者の側の言葉も粗野になるし、節度を欠いた態度をとる職員も出てくるだろう。医療者、患者双方にとって、家族的親密感はこのような危うさを持っているという自覚が必要である。

「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を実現しようとするとき、まず、社会性に課題を抱え、自尊心のない退行した患者を生み出すこのような病棟の雰囲気を変えていく取り組みが必要とされるだろう。

### 3-3-4 医療者の感情表現は場をわきまえて

繰り返し同じ問題を起こす、約束を守らない、人間関係がなり立たないとか思えない患者がいる。医療スタッフは、無力感、徒労感、虚しさ、怒りなどの感情が湧き、傍に行くことが苦になる。臨床現場の現実としてこのような状況があることは認めなくてはならない。

しかし、対人援助職である医療スタッフには、病棟という公的場面での感情の赴くままの言動は許されない。病棟のような公的な場での感情の表出は、自ずと節度が要求される。特に、責任ある立場の医療者はそうである。一人の患者を対象に、責任ある立場の者の感情任せの言動があると、その患者を軽くあしらっていいのだというサインとして病棟スタッフに広がる。その言動を批判的にみているスタッフがいるとしても職員の倫理意識は確実に低下する。そして、ケアへのモチベーションも落ち、粗野な対応、暴力的対応の温床となり、病棟が荒れた療養環境となっていく。

問題は、医療スタッフの患者に対する否定的な感情をどうコントロールするかである。感情を押し殺し「いい人」を装うことで澱のように溜まっていく精神的疲労。それは、メンタルヘルス上の問題となって医療スタッフ個人に帰っ

ていくこともある。自らの感情を否定し、何も問題がないかのように振る舞うだけではことは済まないかもしれないのである。

ある病院の精神科急性期系病棟では、毎日、仕事が終わると話したい人が集まり15分程度の雑談ふうなミーティングを行っている。「うれしかったこと」「困ったこと」「腹が立ったこと」などの感情のみを語ることにして、感情を吐き出してから家路につくことを目的としている。職場という公的な場・時間と私的なその境界にこのような時間を確保していることに意味がありそうだ。この試みは約5年継続しているという。

業務の過程で生じた陰性感情へのこのような組織的な取組は参考にならないだろうか。ただし、この試みが継続しているのは、おそらくその雑談ミーティングの場が安心して語れる場であるからだろう。臨床の中で感情を抑えた対応がいかに困難なことであったかを語れるのは、それを非難せず、中傷せず軽くあしらわず聞いてくれる同僚たちがいてこそ可能となる。このような場の設定は、どの職場であれ簡単にできるわけではない。しかし、組織文化を変えていくビジョンの一つとして、陰性感情をも安心して語りあえる人間関係の構築、場の設定について何らかの検討がなされることを期待したい。

### 3-3-5 患者に「誇り」と「回復可能性」を見出そうとする姿勢を持つ

患者も医療スタッフも、人は、ささやかかもしれないが、何らかの誇り、自尊心を持って生きている。しかし、時に患者の中にそれを見いだせないことがある（スタッフ間でもそうかもしれない）。また、精神障害とともに生きる患者の「まともさ」「回復可能性」「変わり得る可能性」を信じられないこともある。そうすると、患者は自律へ向けてサポートする対象ではなく単なる「厄介もの」となってしまう、医療スタッフのケアへのモチベーションは低下していく。

患者の「誇り」「まともさ」「回復可能性」を必死で探り当てようとしない限り精神科医療・看護は「誇りを持てる仕事」とならないのではないだろうか。

患者の自律性の回復を通して、その人なりの生活ができることを目標に働きかけるのが精神科医療・看護の目指すところである。このことは医療チームの中で常に確認されていなければならない。この理念を軸に小さな変化を見逃さず、次のケアにつなげていく、あるいはその患者の小さな「誇り」や「まともさ」に気づき、そこに関係づくりのポイントを見出すことができれば「自律性回復」への展望が開けてくるだろう。

そして、さまざまな場面で振り返りの作業を行うことである。自分自身、あるいは所属している組織をつき放して客観的に見ようとするのが振り返りの作業である。その際、必要とされるのは他者、違う立場の者、外部からの視点である。病棟の組織文化は内部にいる者には意識されない。患者・家族、異動してきた職員、研修医、実習生等のその病棟文化になじんでいない者にはどう見えるのか、何に違和感をもつのか。このような外部の者の意見に耳を傾けることが振り返りの第一歩となる。

病院スタッフが多様な視点で考えられるようになるには、外部機関の研修への派遣も有用だろう。様々な機会をとらえて外の風を入れる努力が必要である。

#### 4 まとめ

以上、精神医療センターの患者負傷について、第三者調査委員会は、可能な限りでの事実調査を行うとともに、事件の背景にある諸問題について検討した。その結果を踏まえて様々な提言を行った。精神医療センターは病院であり、治療によって患者さんが一人でも多く、また一日も早く社会復帰できるように目的意識を明確に持つとともに、職員が誇りを持って仕事ができる環境整備を行うことが肝要である。

そこで、精神医療センターには、本委員会の様々な提言を真摯に受け止め、今回の件を契機に「県民から信頼される県立病院」に生まれ変わったと言われるよう、最大限の取組を期待したい。