

神戸市精神保健福祉専門分科会

令和4年度 第1回 精神保健福祉専門分科会

日 時：令和4年7月14日（木）午後7時00分～午後9時14分

場 所：三宮研修センター8階 805会議室

出席者：曾良分科会長、浅野委員、猪川委員、植戸委員、金田委員、北岡委員、久次米委員、深井委員、前田委員、松石委員、三好委員、山口委員、余田委員、涌波委員

ゲストスピーカー：吉田様

1. 開会

2. 定足数の確認

○事務局

本日の会議はハイブリッド形式での開催となります。本日の出席委員は会場に10名、それから画面上オンラインでご参加頂いている委員の皆様が4名。計14名となり委員全員がご参加頂いておりますので神戸市市民福祉調査委員会の運営要綱第3条第2項及び第2条第9項の規定により本会が成立していることをご報告申し上げます。

3. 健康局長挨拶

4. 新委員紹介

神戸市医師会副会長の近藤委員に代わりまして副会長の久次米健市委員にご就任頂いております。久次米委員どうぞよろしくお願い致します。

5. 議題

【審議事項】

(1) 神出病院に関する事項について

(事務局より資料2-1から2-4について説明)

● ゲストスピーカー

前回（令和3年）11月に続いてお呼び頂いてありがとうございます。私は任意入院の形態ではありましたが入院経験のある精神障がい当事者として活動しております。肩書きが前回、兵庫県精神医療人権センターからということでしたが、その兄弟団体と言うか、そこから暖簾分けと言うか、当事者団体として人権センターは色々な立場の方達が集まっていますので、その運営委員からは抜けましたが、続けて会員として活動には参加しているものです。新団体の主宰として今回はお呼び頂きました。ありがとうございます。まず局長から今日お会いしてすぐに厳しい意見を言ってほしいということでしたので、後程申し上げます。しかしその前に私は神戸市のこの間の取り組みに対して非常に高い評価をさせて頂いて感謝をしているものでもあります。先の厚生労働省の検討会の中で、虐待に対する通報義務の部分が削られたということについて6月10日の神戸新聞の朝刊に私のコメントがあり、共同通信の配信記事なのですが、あれは神出病院事件に対する対応として厚労省は報告書に盛り込まなければならなかったものが、最後二転三転ありまして、結局あそこは削られたっていうことを非常に重く見て、共同通信が私にコメントを求めました。神戸市会全会一致で障害者虐待防止法に病院の通報義務を盛り込むようにということ、そして部局の皆様も厚労省に行って直接に要求、要求と言うか要望を伝えたということを知っておりますし、それは非常に大きいですね。そして報告書をご覧になると分かりますが、その通報義務の部分は削られているんですが、その自治体の中には法改正も手前で、その通報の奨励に努力してそして成果を挙げているところがあるというのが出てきております。明らかに神戸市のことです。今回の検討会は色々なテーマがありましたけれども、虐待防止の為の再発防止の為の通報ということについては、神戸市のこの間の取り組みというのは非常に大きなインパクトを厚労省のその会議の中にも与えているということにおいて、皆様のお仕事って言うのは本当に大きな価値を持っているということが言えると思います。そして多くの自治体においては、この精神科病棟における虐待・暴力事例というのは単年度或いはせいぜい複数年度でも2年度位で終わってしまうことが多いのが、足掛け3年度に渡ってですね、なお取り組みを続けておられるということにおいて私は本当にその粘り腰と言うか、そういうことについて私は神戸市にほんと感謝しているというか、本当になおなお頑張ってもらいたいなっていう風に思っております。そしてこの審議会であ

る専門分科会を含め色々な形で官民の力を合わせてですね、私達民間もご活用頂いて根本的な解決を目指して頂きたいなと思います。ここ迄は神戸市を褒める部分でした。

後半ですが、私当事者としてここで話すということの意味を思います。後もうわずかですが、ここにおられる、そしてオンラインでご参加の委員の皆様がこの後色々なご指摘をなさることですから私は重複するようなことは申しません。ただ、精神障がいの当事者として、この神出病院事件を受け止め、また今回のこの 281 ページの報告書を読むという経験がどのようなものであったのかっていうお話を致します。皆様、ピアという言葉をお聞きになったことがあると思いますね。仲間というかね或いは同胞というような意味です。でもこれはですね、単に仲間とかそういうことではない、もっと深い意味がある強い言葉だと思っております。言うならば、例えば民族とか人種とかそのグループに属する人達が会ったことがなくても共感し、自らのこととしてそれを受け止める、そういう強い絆ですね。私はこの神出病院含め神戸市内の精神科病棟でおきる虐待暴行事件のたびに、それは私の父親・兄弟・私の親友そして私自信に対する攻撃として常に受け止めてきました。余田先生も今日いらっしゃいますけれどもこの 5 人及び協力者も弁護士 3 人。全部で 8 人のこの本当に魂のこもった報告書、私本当に読むのがつらかったです。嘔吐を覚えながら体を震わせながら嗚咽しながら読みました。皆様色々まとめの中では 2 行だけ出てきたその部分だけ読みますね。(時間が) もう終わりですね。じゃあ読みません。この 6 人の刑事事件の有罪判決を受けた人達ではない先輩の看護師長である「甲」として出てくる人間の凄まじい暴行の中の特に体を床に押し倒して部下に体を押さえつけさせて手袋をはめて射精を強要したというね、悪夢のようなことが載っているでしょ。まとめの時に委員の方達泣きながらこれまとめた余田先生はおっしゃっていました。地獄ですよこんなもの。笑いながら。しかもですね、これに対して当時の院長が謝罪をするでもなく賠償するでもなくそして解雇とかそういう処分をするのでもなく、単にこの「甲」という看護師長を別の病棟に移す、主任として降格させる。そして自主退職するという弥縫策、ごまかしを持ってね終わらせた訳でしょう。健全の法人じゃないですよ。めちゃくちゃですよ。前理事長の私物化されていて、今の理事会の中にも幹事の中にも身内がいっぱいいる。そしてその前理事長に会わせなかった訳でしょ。拒絶した訳ですよ。この 200 ページのところに委員会の怒りの告発がありますよね。この院長が現院長ですよ。今日は傍聴来ていら

っしゃるのかな。会わせなかったですよ。被害者2人に対してのヒアリングを拒みましたよね。症状に影響があるからと言って。でも今回ね、委員の皆さんの中に宮軒先生いらっしゃるでしょう。新生病院の。岡山多寿さんいらっしゃるでしょう。それぞれの職務団体からエースとして推薦されたエキスパートの専門家いらっしゃる。余田先生も看護師のエキスパートですよ。そして弁護士2人いらっしゃる。何を持ってね、ヒアリングをしたら症状が悪くなるとかって言う訳ですか。で、私に、ごめんなさい、ちょっと伸びちゃって。取材を申し込まれ取材協力をする記者達全員言うのは、なぜこの委員会ですら被害者に会えなかったのかっていう風に言います。でね、私さっきちょっと声を荒げましたけども、こんな地獄のようなことを味わわせられている人達がいる。そして先程ご報告ありましたけども 46%が転院希望している、なお残されている人達のね。私、申しますけれども人がいてはいけない場所だと思います。人がいてはいけない場所ですよ。例えばアウシュヴィッツ収容所とかね、解放されなければならない場所です。行政の手続きとしてはもちろん改善命令を出し改善計画出させるということで指導していくってことだけでも、でも従わなければ業務停止を命じるのところまで兵庫県はすべきだって書いてありますよ、これ。どうですか。私にとってはね、先程申しましたが親・兄弟・親友・私自身です、この被害者達は。押し倒されて射精を強要されたのは私ですよ。それからね、この高齢化、先程も申しましたがこれだけ高齢の方達がいて、これだけの酷い手薄な運営でね、まともな医療を受けられていると思いますか。死者が出ていないと神出病院事件私達思いますけども、適正な医療が受けられないことによって死亡退院になっている、内科や外科の原因でね、或いは過剰投与によって寿命を縮められてしまっているそういう人達がいて実際は死亡事件かもしれない。大量殺戮事件かもしれない。私は人がいてはいけない場所だと思います。以上です。

●会長

ありがとうございました。それではただいまの発言に関してご質問がございましたらお願い致します。

●委員

ゲストスピーカーのご発言僕も同感致します。やはりこういった病院が現在も営業、営業というか診療続けて入院患者を受け入れているというのは、やはり国家としてこれはこんなんあるのかなというもう非常に調査報告書を読んで非常におぞましい気分になりました。それこそ吐き気までとは言わないですけども私も非常に嫌な気分になりました。以上です。

●委員

私も本当にゲストスピーカーと同じで、もう吐きそうになりました。この報告書を読んで。人の権利・人権という以前にそもそも患者さんを、人格を持った人間として見ていないような扱いに対して本当にもうただただもう気分が悪くなったということです。ただちょっと気になった、私も「甲」と言われる人物への対応なんですけれども、そもそも虐待発覚以前から「甲」が虐待行為を繰り返していてそれを見ていた今回逮捕された6名が虐待行為を始めたということであって「甲」は退職されたからそれで終わりでもいいのかというところ、もちろんそれは神戸市の管轄ではないのかもしれないですけども、患者さんのケアを担う専門職としていわゆる看護師としてこういう人達が今後、この人が今後万が一ですねどっかでまた看護師として働き出すということがあって、その専門職団体としてそれはどういう風に見ているのかなということが気になります。精神保健福祉士の場合ですね、信用失墜行為の禁止というのが精神保健福祉士法の中で規定されているんですね。看護師法の方はよく分かりませんが、そういうことも含めて専門職として彼が、彼か彼女か分かりませんが専門職団体がどういう風にその人に対して対応していくのかなってというのがとても気になったところではあります。以上です。

●委員

私もこの第三者委員会の報告書見ましたが本当に言いようのない怒りと悲しみを感じております。兵精協は元々2009年以來ですね、精神科病院のソフトやハードの改善の為に会員病院とは無関係に医療委員と法律家委員と学識経験者から成る医療適正化委員会っていうのを先駆けて、全国に先駆けて作っている訳ですけども今回の神出病院問題でもいち早く調査に入りまして、2020年の9月に報告書まとめて、この分科会でもですね、一番

最初の分科会で神出病院には解体的出直し求めていくしかないっていう風なことを申し上げました。今回の第三者委員会の報告書ではそれ以上に非常に綿密な内容が盛り込まれていまして、この報告書を作られた委員の皆様には本当に敬意を示します。先程も申しましたように兵精協としても会員の病院の医療の適正化について、強制力はないんですけどそれなりに努力してきたつもりだったんですが、今回の事件はその努力を全く潰してしまうような状況になっています。本当に情けなく残念でなりません。同じ精神科病院を管理・運営する者として被害に遭われた患者様には本当に心から申し訳なく思っております。以上です。

●委員

先程ゲストスピーカーがおっしゃられた死亡退院のことなんですけども当院は精神科身体合併症病棟っていうのがあって、その精神科病院で起きた身体合併症ですね、そういう患者さんを引き受けるんですけども、つい最近ですかね、神出病院からも一例患者さん送られてきたことがあったんですけど思い返してみるとそれ迄も全然送られてこなくて、その送られてきた方っていうのは内科の総合内科で普通に治療すればまあまあ良くなって、結局その方精神症状も良くなったんで神出病院には戻らなかったんですけども、この死亡率の高さ死亡退院の多さっていうのを見ますとですね、そういう患者さん全部そこで見ていたんだろうなというのを思ってちょっと今腑に落ちたと言うか、という風なところがあります。はい。以上です。

●委員

ゲストスピーカーのおっしゃった無念な気持ち、本当に私も第三者委員の報告書を読み愕然としたことと、本当に衝撃を受けました。これが日本の先進国と言われる医療なのかと、崩壊しているんじゃないかと。その中にいる入院患者さんというのは別に特別な別の世界の人ではなく市民なんですね。神戸市民・兵庫県民であり他府県の県民でもある。ごく普通の人がかたま精神疾患にかかっただけでこんな酷い目に合わされなければいけない。治療ではなく暴力行為・残虐行為をですね、受けざるを得ないという状況。しかも事件化する前から続いていたにも関わらず全く発覚されなかったということも恐ろしいこと

だったと思います。第三者委員会の報告書を読んで私も本当に委員の方々が渾身の調査をされたと。よくぞここ迄調査してくださったという気持ち、そしてですね、やっぱり我々市民の税金がこのような医療機関の診療報酬、他の病院は一生懸命頑張って良い医療を提供しようとしている同じ診療報酬をこのような医療行為とも全く言えないようなことをしている病院に支払われているというのは、市民感覚としても全く許しがたいことであると思います。私達、精神疾患は日本の5大疾病であり、誰でもかかる可能性があるありふれた病気で私達もなるかもしれないにもかかわらず市民が安心してこのような医療を受けられない、社会資源としての名のある病院がですね、このような行為をしていたら本当に医療不信になってしまうと思いますし、やはりこのまま医療機関として運営を続けていいのかどうかということも疑問に感じます。ですのでまた今後皆様方とゲストスピーカーもはじめ皆様方と一緒にですね、何とか改善の方向、そして今も入院されている方々に対しての退院に向けての退院支援ですとか、改善ということを働きかけて行かなければいけないと強く思っております。以上です。

●委員

委員の方々がおっしゃったことと重なるんですけども、ゲストスピーカーや委員の方々がおっしゃっているように私もこの報告書を読んで本当にショックを受けまして、もう信じられないことがいっぱい書いてあって特にゲストスピーカーがおっしゃったその「甲」という人物のやった、あれはいわゆる怒りとかそういう問題ではなく本当に人間の尊厳というものを全く解しない行為だになっていうか、すごくそれはもうちょっと理解し難いことです。それで再発防止の為に研修をいくつかやっているっていうことなんですが、このようなストレスマネジメントとかアンガーマネジメントとかで改善出来るのかなっていう、そういう感覚を持っている人ってそんな研修で改められるのかなあっていうのは1点です。それとやはり法人としてこのまま何か経営を続けていくっていうことがやっぱりちょっと放置してはいけないのかなあっていう風に感じました。以上です。

●会長

はい、ありがとうございます。委員の方々からの意見交換がもうすでにご発言頂いてい

るんで、ここから先は事務局からのご説明、それからゲストスピーカーが発言された内容を踏まえてまた意見交換に移りたいと思います。なお委員による議論の中でゲストスピーカーの発言の意図や詳細を改めて確認する必要があるときはゲストスピーカーにお答え頂く機会を設けます。その旨お知らせください。その際ゲストスピーカーの方は私の指示に基づきお答え頂きますようご協力をお願い致します。それでは最初に今回の患者意向調査にご尽力された精神保健福祉士協会の北岡委員、ご意見ございますか。次に第三者委員会の一員として入っておられた余田委員にご意見があればお願い致します。その他皆様ご意見ご質問ございましたらお願い致します。まずはそしたら北岡委員からお願い致します。

●委員

まず初めに神出病院事件に際して、外部に対して当時意思表示出来る医療環境になかった入院患者さんの方々に対し意向調査を決断して下さった花田局長に感謝申し上げます。当協会にとりましてはですね、当事者の方々の権利擁護の為の制約のある枠の中です、調査員の方々は最善を尽くして取り組んで頂きました。当時患者の病状悪化が起こるのではないかと懸念する意見もございましたけれども、特に問題があったとは聞いておりません。その結果をまとめて頂きましたけれども転院や退院希望者が半数以上おり、その事件を理由にしたものではないということだったんですが、第三者委員会の報告書では裁判で分かった以外です、多数の虐待行為が指摘されておりました。またですね、多数の不適切そして違法な医療行為そして医療設備の劣悪さですね、そういう事件そのもの以外の権利侵害要因が多数認められると思っております。転院・退院を希望している方にはやはり退院支援が実際に行われているかということをしてですね是非行政としてモニタリングして頂いて経過をしっかりと注視し報告がその都度上がるようにして頂きたいなという風に思っております。またですね、病院職員に任せるのではなく支援ネットワークを整えられるようにその地域の相談支援事業所や地域包括支援センター、高齢者施設などと連携出来る後押しを是非して頂きたいなと思っておりますし、その際には当協会も是非協力したいと考えております。諸事情で入院継続を希望した人の為にはですね現在その報告書には劣悪と言っていい位の本当に医療環境、壁にカビが生えるですとかお湯が出ない、まあ色々な不具合がありますので是非その医療環境を改善する働きかけをして頂きたいと思っております。そ

してですね、この報告書を読む限り改善への道は新体制になったとしても大変厳しい状況であるということが分かります。引き続き神戸市の方そして兵庫県が協力して行政からの指導改善をですね、法人に働きかけて欲しいと思っております。我々も市民としてそして職能団体として関係団体と連携し病院の改善に協力出来るよう働きかけていきたいと思っております。最後に行政主導の患者意向調査っていうのは全国でも初めての取り組みであり大変画期的であったと思います。他の他府県の精神保健福祉士協会からもですね、その取り組みについて是非聞きたいという話が沢山舞い込んでおります。厚労省のですね、地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会でもですね、外部からの入院中の患者の意思決定や意思表示の支援を行う意思表示支援者とかそのような存在が必要であると検討されております。ですので意向調査は意志表明支援活動において先鞭をつけたものだと言えらると思っておりますのでこの取り組みも全国に先駆けて神戸方式として、もし他の病院でも同じような案件があった時に引き続き活用頂きたいと思えますし、その時には当協会が全面的に協力したいと思っておりますのでどうぞよろしくお願い致します。ありがとうございます。以上です。

●会長

患者意向調査についてご意見を伺いたいと思うんですがいかがでしょうか。

●委員

今言って頂いたように非常に画期的な良い調査をされたと思いますが、ちょっとだけご質問させて頂きたいんですが、患者さんの負担にならないようにお1人 15分ということだったと思うんですが、一方で初めて会う精神保健福祉士の方が15分でどれだけ本当のお気持ちを引き出せたかなっていう思いも一方でありましてですね、調査に入った方は15分はやっぱりもう限界だったっていうか、それ以上は難しいっていうお話もありましたが、逆にもうちょっと時間かけたかったみたいなご意見はなかったですか。

●委員

実は私どもも全数調査をするにあたってやはり15分位しか時間取れないと言われてそ

れは無理なんではないかという風を感じたんですけれども。そしてですね、その時間内にいかに患者さんから本心をきちんと伺えるように、実は日本（精神保健福祉士）協会ともそういう聞き取りのヒアリング用のツールをですね、一緒に考えて頂きまして、それを使って調査員にもヒアリングをして頂きました。お話をしたところですね、やはり私達も配慮しながらのヒアリングだったんですが、患者さん自身も新しい全く初めての方と会ってお話しするっていうのは緊張もされる。でも色んな自分の思いをお話しされた方もいたんですが、この年齢を見てもお分かりの通り高齢の方も大変多くですね、やはりちょっとあまり長いとかえって負担になるのではないかということも実際に感じました。そして15分というのは人によって少し長かったり短かったりということなんですけど、大体平均でこの位の時間で良かったのではないかという風に他の調査員も方からも伺っております。

●会長

はい、ありがとうございます。他に意向調査について。

●委員

神出病院のことに関しては先程ゲストスピーカーがおっしゃったように本当に怒りしかない形で、個人的には本当に指定の取り消しとかっていう風な方向っていう風には考えてはおるんですけれども、実際には中には患者さんで退院の希望があるっていう方々に支援は絶対しないといけないっていうところへんで先程北岡委員からもありましたけれども、退院支援の後押しっていうところへんではですね、今残っておられる職員の方がどんな方か正直分からないけれども、希望は持ちたくて頑張ろうと思っている方々もいらっしやうとしたら、その方々をサポートしないといけないなっていう風な形では思ったりします。で、病院の中だけではやっぱり中々難しいという意味では神戸市の方で地域移行推進事業ですか、そういうのをされているところがあって、是非その辺りのところへんを活用するだけじゃなくて神戸市の方からそういう推進事業として入っていくような形が出来ないのかなと。先程ピアという話もありましたけれども、ピアサポーターの方々が入っていくっていう風なところへんで、もう本当にオープンにしていく。外から入っていく方々が当然今迄は調査とかこれからも指導とかっていう形では入っていくんですけれども、

それだけではなくて外部から一緒にそこを変えていくっていう方々が入っていくっていうところへんでちゃんとやっていきたいと思っている方々ですね、やりがいとか希望を感じれるようなサポートっていうところへんで、研修とかで理屈で変えていくとかではなくて、患者さんと本当に、退院して頂くっていうところへんで、実感として人権を尊重した医療とか看護とかの提供が出来るような経験をして頂くことで本当にその人達も変わっていくんじゃないかなっていう風に思いますので是非外から入っていくっていうことを神戸市の方でも、そういう地域移行推進事業とか活用して是非推し進めて頂きたいなと思いますし、当連盟の方ももちろんすごく関心を示している会員は多くてですね、その退院している入院していた人達を何とかしたいという思いもありますので、ちっちゃな会ですけれどもグループホームとか相談支援とかもやっていますので協力したいって思っている会員は沢山いますので、是非一緒にやっていければなと思いますので是非よろしくお願い致します。

●会長

はい、ありがとうございます。患者意向調査についてご意見どうぞ。

○事務局

先程の地域移行支援のご意見頂いて。当然意識しております。まずヒアリングをさせて頂いて実際にどのように意向があるのかということをお聞きさせて頂いたのです。ただ少し我々も実際にその方が医療的にどうなのかという問題もあるので、希望だけをお聞きするということまでは全部は言えないんですけれども、地域移行につきましてはですね、別に神出病院に限らず進めていくということを私どもの方で所管しておりますので、ピアサポーターを中心にしながらですね、神出病院についてはですね、この意向を基に積極的に入って行ってですね、地域移行は進めていきたいという風に思っております。

●委員

今回の調査で、先程来出ている退院希望が46%おられるということだと思んですけど、他方で任意入院の方の人数拝見しますと131人程が任意入院と。どの程度被っておられる

かちょっと分からないんですけど、理屈から言うと任意入院の方のほうがかなり多いので、退院しようと思えば原則退院出来て然るべきだということになるろうかと思います。通常の3ヶ月の期間で入院される方であれば病院の方も意識して3ヶ月で生活保護をつけるのか後見人みたいにつなぐのか、介護保険で高齢者の方やるのかみたいなことやられると思うんですけど、今後、先程の委員と同じような視点になるかもしれへんのですが、普通であればそれなりにどんどん退院して行って頂いていいと思うんですけど、今後の見通しと言うかですね、この111人希望されている方がどの程度任意入院で入られているかにもよると思うんですけども、そこに行き着くにはここだけじゃなくって生活保護の部署とか或いは市長申立ての部署とか、或いは介護保険の担当部署とか色んなところを巻き込んでプロジェクトチームみたいな作ってですね、ちょっとガッと人を一気に入れて、人を集中的に投入して短期間にやらないと多分病院の方に任せててもですね、中々そういうノウハウもスキルもこれ迄なかったと思いますので、そこはかなり強力に神戸市にバックアップして頂かないといけないかなと思っているんですけども、そこは何か通常の枠を超えて、何か今後ご用意される予定があるのかどうかについて少しお伺い出来たらと思います。

○事務局

今現在はさっきおっしゃって頂いたようなことを十分には想定出来てないです。ただ、今先生おっしゃって頂いたことを踏まえて、ちょっと庁内です、健康局に限らず連携してですね、地域移行ということで取り組んでいきたいと思っています。

●会長

はい、ありがとうございます。

○事務局

今、内訳の話が出ましたので111名の内訳と致しまして、任意入院が63名、医療保護入院が48名という内訳になってございます。ちなみに任意入院の年齢別でございまして、ちょっと1人数字が合わないんですけども64歳迄が22人。65歳から74歳が19人。75歳から84歳が15人。85歳以上が6人という状況になってございます。ちょっと1

名合いませんけれど申し訳ございません。

●会長

はい、ありがとうございます。他には患者意向調査についてご意見ございますか。それではちょっと時間の関係もありますので、第三者委員会の報告について余田委員ご尽力されたということでご意見頂ければと思います。

●委員

今回の神出病院の第三者委員会として、令和3年9月から令和4年の3月迄約半年間関わらせて頂きました。その間にアンケート調査、それからヒアリングなど含めてほぼ2月末位迄ほとんどそれにかかり切ってきたという状況で、それから実際のまとめに入っていくにあたって、非常に膨大な要因と背景をどうまとめるかをかなり苦慮した内容でございました。その中で得た今日は所感を述べさせて頂くというところに留めたいと思います。私自身は看護職員及び看護助手の方もいらっしゃいますから看護要員における精神保健福祉法上の医療保護入院、隔離・身体的拘束の違法行為、それと長期入院在院者への不適切ケアによる精神科病院施設内虐待・暴力事件という風に思っております。その虐待の内容は身体的・心理的・性的虐待という風な形で捉えさせて頂きました。で、これらがなぜ起こってきたんだろうというのを医療の側面から少し分析したいなと思って、1つは麻痺していた精神科医療看護倫理という風に臨床倫理・組織倫理が非常に機能していなかったという風に思っています。で、その具体的な内容として入院時に身体拘束、つまり五点拘束と日中解放という風な形と鎮静ですね、点滴とか注射の治療がセットで実施されているという、これは昭和の時代からされていた方法なんですけども、そしてその時に定期処方、定期約束処方としてこれ「ピンク指示」という言い方をするんですけども、それが長期に使用されていた。で、変更がないままに長ければ1年も含めてですね、入院患者さんとの精神症状を医師・看護師がアセスメントを的確にしてカンファレンスにつなぎ、チーム医療のいわゆる形跡がほとんど見られなかった。で、それに伴う看護記録も何点かのカルテを調べたんですけども見られなかった。で、看護師が日中・夜間の勤務時に患者さんの状態の変化、興奮とか暴力とか攻撃性を連絡しても、医師が、当直医が病棟に来てくれない。

「ピンク指示」の通りにしろという形で医師の協力が得られなかったということをヒアリングの中でかなりの看護師が述べております。で、指示を出す医師との連携が結局うまくいっていなかったということと同時に信頼を持てる医師との関係が損なわれているという風な状況が浮き彫りになって参りました。後、要は 2004 年度の診療報酬改定の際に医療保護入院など診療科の新設に伴って行動制限最小化委員会の設置が言われているんですけども、月 1 回の委員会は確かにされていました。で、ただされていましたが現状の把握の確認のみで中には医師が欠席しても委員会が続けられていたという風な形で、それらを看護職員も、それから医師も委員会業務という呼び方の中で、実際に最小化に向けての検討が記録の中では見い出せず形骸化していたという風に思います。それから精神科病棟における患者さんの意思に反した隔離・拘束は患者さん自身を守る為、それから患者さんの暴力から職員を守る為、または離院など事故を防ぐ為に行われているという風な実態がございました。行動制限の大部分は治療者側の倫理で、論理で正当化されていきます。身体拘束という行動制限をする動きの 1 つが事故防止でもあります。で、その事故防止は身体管理の為なら身体拘束をするのは仕方がないという漫然とした風潮があったという風に思います。簡易拘束という呼び名でそのことが正当化されてきた。で、抑制帯の使用はですね、点滴注射の際、異食する人、盗食する人、徘徊する人、患者さん同士のトラブル、点滴・胃管チューブなどを自己抜去する人、転倒リスクのある人、それからオムツを外す人などにあり、広くはそういったものはしなくてもいいという風な指導が先輩の看護師からされていたという風に言っています。認知症の患者さんや患者さんの高齢化によって身体管理の必要な患者に対して各病棟の看護師の、まあ言ったら安易な判断でその拘束がされていたように思われます。で、各病棟には抑制帯として 10 セットはあるんですけども、この調査期間中にはそのセットの使用は減ってきてはいましたが、それ以前では 10 セットは常に使用されているということは 8 病棟ありましたから、 $\times 8$ と見て頂くと毎日 80 人から 100 人が拘束されていたという風な結果になります。で、そういったことにおいて臨床上ですね、これは精神保健指定医のいわゆる指示が必要な行動制限なのかどうかと悩む看護師も数多くいました。ただ、そのことが 2000 年 7 月にですね、厚生省、昔のあれですけども、精神保健福祉課から 3 つの指定医の指示が必要としない行動制限が示されています。これはもう先生方よくご存知だと思うんですけども、1 つは車椅子移乗の際の転落防止を

目的とした安全ベルトによる固定、拘束と言いません、固定と言います。それから就寝時にベッドから転落を防止する為の短時間の身体固定。それから3つ目に身体疾患に対する治療行為としての一時的な点滴中の固定という風に、この短時間一時的に対して指導医そのものはですね、兵庫県は24時間OKとしているという風なこともヒアリングの中で言っていました、実際はそういった時間設定はどこにも言っていないという形で、回答されてきた内容も含めてですね、その真偽が問われる状況も多々ありました。そういう意味ではですね、具体的な時間は示されていませんでした。何が身体拘束かもその病院の倫理観や慣例という、その病院の解釈になっています。そうするとこの身体拘束というところにおいて神出病院では病院基準がなくですね、で、その看護師個人個人に院長から投げかけられて実際の行為に至ったという風な形になっています。そういう意味ではですね、もう一度この身体拘束ということと、身体固定という言葉がつながっていくと、例えば日中解放された身体拘束のない状況であって、夜間にベッドでの拘束をしたとしても日中に点滴で一定時間固定として拘束されるという風になると、場合によって、人によっては24時間拘束が出てくるという風な実態もあったということでございます。で、こういった治療側・看護者側に都合のよい解釈が重ねられていって、結果、色んな違法行為という風に判断した次第でございます。で、これらについて各個1人1人の中にはジレンマを感じる方も多くいらっしゃったんですが、実際にヒアリングに入った時にはそういった方々、もうお辞めになっていることが多かったので具体的にそのジレンマを聞くことはあまりなく、神出病院では前からこうしていたと言われ、看護助手も含め1年も経たないうちに慣れていった背景があったと思って頂いたらと思います。各病棟で行われていた身体拘束は身体管理の為に行われるのであるから、身体固定などについてのいわゆる代替手段を提案してもお金がかかるからとかそれについては予算がないとかいう形で、経理部長の方から一方的にやっぱり取り下げられたという風な経過もあって、必要ないとケアの引き出しを増やすカンファレンスもしないという風な中で更に業務が忙しくなり、患者さんのそばに行く時間も減って話しをする時間も取れない。そして患者さんから暴力や攻撃性に対して感染防止の為の個室の確保もなかったということでは、今では一定程度確保されてきているんですけども、チューブ類の自主抜去というところについてはですね、いざという時にいわゆる管理者が、つまり病棟の師長または看護部長、指導医もしくは院長というところが当事者

となった看護師に、まあ言えば結果として事故となるような場合には全て責任を負わせていった経過がございます。そういった意味で、始末書を書かせておしまいという風なリスクマネジメントのあり方がやっぱり問われてくるという風に思っています。そういった中で看護職員の中には自分達を守ってくれない管理という形で、その管理責任のなさを体験して、その事を色々吐露する看護師も多くいました。その為に自分の勤務時間中に転倒、それから盗食などさせてはいけないから、その2人で夜勤やっている時にそれらを全部見きれないから、やむを得ずやっぱり拘束をしたという風な本当に心の中の叫びを何人も聞いたということもあります。で、身体拘束をすることによる見えないリスクのもう1つは観察されていません。身体拘束を開始すると高齢者であればあるほどADL(日常生活動作)の低下、それから褥瘡、それから食欲不振、誤嚥、肺機能の低下、便秘、精神症状の増悪などのリスクが一気に高まっていきます。高齢者にとってはですね、数日で動けなくなってきましたし、それから寝たきりになって最終的に死に至るという抑制死の負のスパイラルになることが言われています。これらは廃用症候群やフレイル・サルコペニアという風に年齢的に見ても元々持っているところに薬物とそれから拘束という中で更に早まったかなという形ですが、こういったことは本来、医療安全委員会にリスクとして報告がされているはずなんですけども、その数の部分が見えないリスクとしての捉え方ではなくて、予防するということからのいわゆる医療の取り組み、手続きがされていない現状という風に思っています。こういったところで職員教育は参加することに意味があって、その研修内容をどう業務に活かすかよく分からないという報告が非常に多くありました。で、レポートも多くあったんですが、院外の研修については前々院長の時には行くなと止められたという風な形の報告もよく受けています。こういった事件が発覚後、先程あったような研修は多々あるんですけども、まだまだそこに自分達の本来の業務とのつながりの中で、それをどうして行ったらいいかという風な集団的な検討の部分はまだ育っていないようにも思います。で、そういう意味で精神科看護それから医療の技術の研修はこれからの課題で、それを管理研修としてやるということについては大きな課題を持っているという風に思います。で、こういった意味で身体拘束を常態化することによって生じた悪いループが今もまだどこかで断ち切りたいんですけども、断ち切る部分は外部の人達と入って一緒に考えていく以外ないのかなと。で、本来医療の中ではクリニカルパスとかそれからディスチ

ヤージ、先程から出ています退院の部分のプランですけども、後、リスクマネジメント含めてですね、その形骸化している内容、またはない状況をどう作っていくかというところに大きな課題が入ると思いますし、それを内部だけでしようというところについては、先程から出ている市・県の指導と一緒に外部の者が入ってどう立ち上げていくのかっていうのを検討出来たら最善だなという風には思います。後、長期在院者、医療保護入院という非自発的入院の形態による認知症、それから統合失調症、特に慢性期の方ですけども、高齢の精神疾患・精神障害を持つ人に対する不適切な療養環境と精神科看護ケアというところについてですが、統合失調症の人のいわゆる慢性期像がある決まった1つの形になるということはないと言われていています。100人の統合失調症の患者さんがいれば100の顔があるという風に、これはまた認知症の患者さんも同様です。で、こういった部分で昭和期から平成にかけての部分ですけども、中井先生の場合の寛解期過程という風な部分を少し応用してみました。で、寛解過程の中で急性期は発病臨界期とそれから寛解臨界期に挟まれた期間を指す。で、慢性期とは寛解過程の途中で足踏みしている状態として病的恒常性を持ち変化しにくい状態である。その恒常性は1つ：病気の勢い。2つ：病気の勢いを押し付ける薬の力。3つ目：本人の抵抗力。4つ目：予備力などのバランスが拮抗している状態と考えられています。その為慢性期を寛解過程の途中で先に進めず足踏みをしている状態で病的な恒常性を持つ為、病状は容易には変化しにくい時期とも言えます。更に病状がある程度落ち着いている患者さんならば半年から1年は処方を変えない方が良いという考え方もあり、長期に渡り約束処方でも安易に続けられてきた経過があるという風に思います。統合失調症の患者さんが身体症状を呈する場合、身体疾患の合併、薬の副作用、それから中井先生の言う臨界期、それから4番目に精神症状の身体化、もしくは心理的表現として身体症状のいずれかに当たるということを分けて考えると、臨床上有効とされるのが記録上精神科医と内科医との情報交換、カンファレンスなどからチェックして、診療の方向・転棟・転院の手続きをするのが普通なんですけども、これがされていなかった。で、更にですね、長期的に抗精神薬を使うことで出現する重篤な薬物の副作用にはですね、遅発性ジスキネジア、悪性症候群、麻痺性イレウス、QT延長などがある訳ですけども、認知症など器質性精神病は内因性精神病より少量の薬で十分であって、量を超すと錐体外路症状、それから自律神経系、肝臓・心臓・循環器系、それから内分泌、血液系などに有害反

応を起こしやすいということですが、これらは厚生労働省のいわゆる重篤副作用疾患別対応マニュアルなど色々な観点からインフォームドコンセントをするということになっているんですが、神出病院は前々院長の場合に神出病院入院にあたってとして、患者さんにとって病態、治療上に起こる有害反応は先程言ったようなもので警告して、で、その上でサインをしてもらっている訳だから入院中にこの反応を起こした患者は当然の結果であって、病院側にはその対応責任という風な部分よりも自然としての死という風な扱いになっているのではないかなという風に思います。そういうことは事故死扱いになっていない。で、そういった意味合いで医療安全委員会の中で数年前からの検討課題には挙げられているはずのものが挙げられている中身があまり見られなかった。で、患者さんと共に予測・予防しながら副作用の早期発見、それから早期対応に努める看護の責務は本当に看護管理上非常に少なかった。で、病棟でのですね、薬物療法に対するセルフマネジメントはもう言うて悪いんですけども、昭和の時代の集団指導体制のままであったってということなんです。で、病棟看護の部分において薬物療法、それから生活療法についても私自身が昭和の生まれですから、その時に学んだそういった精神科看護の特徴的な関わりがそのまま今時代を超えてされているような認識でございました。こういう意味合いからですね、先程から出ているなぜ入浴が出来なかったのか、それから弄便などした人があんな風にシャワーが使えなかったのかというのは単なるどう言ったらいいんですかね、環境の要因だけじゃなく、基本的なケアの部分に関してのやっぱり知識不足と技術不足ということもあったのかなという風に思います。で、こういう意味合いも含めてですね、病棟看護特に医療保護入院の方に対して長期入院の患者割合がその当時、先程の説明にもございましたが7割近くということはですね、集団管理の視点が患者さんの人権尊重の主眼よりも上に置かれるような状況だったという風に私自身は思いました。で、これは長い間営々と続けてきた閉鎖性と病棟看護のあり方に大きな矛盾、違和感を覚えた次第でございます。そこには昭和の時代の一同一切の業務の取り掛かりと、それから業務管理責任者の不在、看護部門体制であったと同時に師長も主任もスタッフも補助職も皆委員会業務として仕事をしていた状況でございました。まあそういう意味で看護業務手順はございましたが、これらは先程の実態にそぐわない内容で、読んでみて実際の機能はしていない、形骸化していたとも言えます。で、看護師の虐待、不適切ケアの動機として、患者さん側からの暴力・暴言により感情的

になった。患者さん側への指導無視により感情的になった。3つ目に医療行為、看護ケアのつもりだった。つまり業務だったというところの中では3番目を答える看護師が非常に多かった。で、自分たちの業務をケアのどこが悪いのか、どこを振り返ったらいいいのかという風に看護管理の視点から実際に振り返る機会と場所と人が非常に不足していると思います。専門職による虐待を防止するには施設内ガバナンス、統治機能が確立しており様々なレベルでのチェックが有効に機能しなければなりません。不適切と思われる関わりについてはその時点での指摘、本来ならば師長レベルからのスーパービジョン、それから看護管理者による教育的指導、適切なケア研修体制の確立などが求められます。業務マネジメントという視点からは夜勤体制の見直しや業務のその1日の流れの見直しという風に何時に多くいるのか、どこでは少なくして行ったらいいのかという人員体制上の工夫が挙げられます。1人1人の看護上でのですね、対応していくには病棟機能分化を図っていかなければならないし、入院患者さんの病態と生活感覚にあったユニット思考によって、ケアの単位を小さくしていかないと実際には対応が難しいのではないかなという風に思いました。また、患者さんからの暴力や虐待については患者間に力の関係を作らない個人のプライバシーが守れる、1人になれる空間と時間を保証することで充電出来るような工夫が建物構造上も必要という風に思います。内部統制においては对患者さんとの関係における人権尊重という視点から精神科医療看護のガバナンス、マネジメントに留意すべきという風に思うんですが、こういった部分について身体拘束など行動制限最小化にはトップの決断がまず第一という風に思っています。で、今日そこにおいて、まず基本的な生命における基本的ケアの徹底、家族との理解、それから協力が必要な組織全体の意思として取り組みを進めていかなければならないと思います。神出病院ではまずその基本的なケアの徹底と現場の個別ケアの実践、それから環境の見直しなど抑制する前に検討すべきことがかなりあると思われて、そういったことが内部でまとめられていけないときには私は神戸市などを含めた外部の機関との協力の中でして頂ければ嬉しいなという風に思いました。で、特にですね、精神科病院施設内虐待防止の為の施策検討として、いわゆる身体拘束などが見せしめに近い形が行われている事案もあるのかなと。そうすると、いわゆる医療行為、看護ケアの身体拘束・隔離が将来の虐待の可能性はあるかないかのアセスメント出来る何かチェック体制が出来ないかなと。または要旨が出来ないかなと。それらはどこの病院でも

使われ、神戸市も作って、で、その中で出てきた内容で論議出来るようなね、内容が出来ないかなあというのが1つと、もう1つは入院患者さん、特に長期の方に対して退院の見通しを含めたケアの質の保証をする為の施策をやっぱり何か考えないといけないのかなど。そういう風な部分で、身体拘束に関わる病院基準もしくは私は精神科協会関係のところ、どこにも最低こういった基準づくりみたいなものにそろそろ着手して頂ければ、非常にその場で働く看護師達の1つの考え、価値観の拠り所になるのではないかと思うんですが、という風で半年間色んな思いを持って過ごさせて頂きました。すいません。長くなってありがとうございます。

●会長

はい、ありがとうございます。第三者委員会の委員としてご尽力された調査・検証について詳しくご紹介頂きましてありがとうございます。それでは委員の方々からどうぞ。

●委員

我々は診療所で活動しているので病院については、直接は知らない訳ですけども、もちろん我々の患者さんでどうしても入院をして頂けなければいけない患者さんというのはいらっしゃるって、そのときにどこを紹介するかって言われると、果たして神出病院は、僕は1回も紹介したことはないですし、我々のメンバーの中でも中々そういうことはしていなかったように思います。これは私のかなり昔の経験なんですけれども、この神出病院が錦秀会に売却されたというかそこに移ってから、病院長探されている先生にお会いしたことがあって、適当な人が兵庫県から出ないかということ聞かれて、ですけども中々そういう方がいらっしゃらなくて中々我々、病院長を推薦することが出来なかったっていう思いがあります。今、ここの病院長になられた方については、僕は全然知らないんですけども、あまり適当、あまりというか全然適切な人ではなかったのは今回の記録を見せて頂いて全くその通りだと思いますし、本当にこういう病院で入院をされていた患者さんに対しては非常に深くお詫びを申し上げなければいけないと思います。精神科医としては本当に辛い思いで、ただ1つ、1つと言うか精神医療という精神科医療、精神科病院の医療というもの自身が中々これは国の政策から生まれたもので、非常に安価な入院病院

を作ってしまったというのが基本的にこれは間違いであったと僕は思っています。精神科医療ってというのは本当に内科医療以上に人と時間がかかるもので、そういう意味では、今スーパー救急と言われているような病床が本来作られるべき病棟であったと思うんですが、その何分の一かのコストで多人数を入院させるような病院を国が作ってしまったと。そしてそれを運営していくことで、これもそれが、国が運営する公立の病院が運営するんじゃないくて、私立の病院に任せてしまったということで、このような惨事が起こったんだと思います。それを我々も知っていた訳で、それをどうすることが出来なかったっていうのは我々精神科医としても本当に忸怩たる思いがあるんですけれども、そういう意味で、我々は病院ではなくて外来で治療をしていこうという医療が、兵庫県の精神科の先生方では割と多くて、病院の精神科病院を作っていくよりは自分の医院でその患者さんを外来で治療していくこと。一対一で対応して治療していこうという風にされた方が多かったので、また病院での働いて頂ける先生方が少なくなってしまったと。何とも僕らは言えないんですけども、そういうのが現状であったかと思います。で、本当に精神科病院での仕事というのは非常に多岐にわたってしまっていて、院長およびその幹部の医師達はかなり色んなものを見てちゃんと決断を下して、そして初めての医療が動くと思うんですが、そういうことを見ていないし、また、この幹部の先生方には残念ながらそういう知識がなかったんじゃないかという風に思います。これは一時期、私は精神科、神戸市の精神医療審査会にも出席させて頂いていたんですけども、その時の報告を見させて頂いても、これも本当に先程おっしゃっていたように、おっしゃっていたというか報告書にもあるように、神戸市は同じことを繰り返していたと言うんですけど、同じことをやっぱし繰り返してでもそこを改善していかなければいけないという風には思っただけで言っていたつもりなんですけど、改善は中々されていなかった。かなりだから神出病院対して色んなアピールはしていたとは思っています。我々が今していくべきはもちろん、今現在体制変わっている訳ですけども、診療所協会としてはもちろん、患者さん外来で治療していくことが一番良い方法だと思いますし、また入院に対しても関与して適切な良質な医療を、精神科医療を受けられるようなところで入院治療をして頂いて、短期間のうちに退院して頂いて、また町で過ごして頂けるような医療を提供していこうという風に今回のこの資料見させて頂いて思います。我々が外来でやる限りは、こういう拘束であるとかそういうことが全く出来ない訳で、その為

にすごいエネルギーを費やすんですけど、それが精神医療の必要な、絶対に必要なことだと思っております。以上です。

●会長

はい、ありがとうございました。第三者委員会の報告について委員の方々からどうぞ。

●委員

何か聞いていますと、そもそも医療技術とか医療知識もないような医師なり看護師がずっとやっているようなイメージを受けまして、それが今どれ位変わったかっていうことがすごく大事かなと思うんですけど、実際、医者が2/3位の医者と2/3位の看護師全部入れ替えて、それなりに知識と技術を持った人が入らないとちょっとこれ無理なんじゃないかなと。実際、入院してきて内科的な治療もほぼほぼ受けられないまま精神科としても退院に持っていけないような漫然と入院させて、そのまま死亡退院していくというのを待っているような、何かそんな状況が続いているのかなっていう風に思いました。だからちょっと再発防止とかって言う前にこれ続けて行くのであれば、かなり何て言うか、ごそっと入れ替えてしまわないと無理なんじゃないかなという風なところが正直な思いです。

●会長

はい、ありがとうございます。どうぞ。

●委員

私の耳に入っています現在の医療体制というので言いますと、院長が変わりましたですよ。院長自身はやる気があるのかもしれないですけども、それ以外の医師というのは全然変わっていない。ほとんど入れ替わっていない。新しい人が入ってこないというのがあります。また、経営状態が非常に良くないという話も聞いています。ですから経営状態良くないですからそこからハードウェアの改革と言うんですかね、ハードウェアの導入とかということについては中々期待出来ないのではないかなという風に思います。もう1つは私、この後現在の神出病院の状態というご報告あるかと思うんですけども、やっぱり

理事会が全く動いていないということです。簡単に言いますと院長個人が動いてるとい
う風な印象を持ってしまして、理事会とか理事長とかというのがほとんど経営以外のとこ
ろで関心も知識もない人達で構成されてるといところが大きな問題だという風に思いま
す。以上です。

●委員

現在の精神科病院の一般的な通念からするとちょっと信じられないような本当に昭和の
病院っていう印象を受けました。基本である法令遵守の考え方がほとんどされていない、
それが歪められた形で解釈されているなっていうのがあって、結局は兵精協も結構研修を
やらせてもらってるはずなんですけど、ほとんど参加されていないんですね。ですから結局
鎖国状態で、中で好きにやられていたっていう印象がいっぱいあります。ですからこれを
改善させるのであれば相当な意識改革がいると思います。特に職員一人ひとりの意識改革。
もちろんリーダーとか経営者もそうなんですけど、一人ひとりに浸透しているような意識
改革をしないとどうしようもないかな。その中にやはりやる気のあるような職員さんも、
真面目にやっていこうという職員さんおありになると思いますので、そういう方々に関し
てはやっぱり兵精協としても何か出来ることがあれば出来るだけ協力していきたい。リー
ダーシップとしては神戸市さんにとって頂けたらなと思うんですけども、もしそういう
依頼があればまた検討したいと思います。よろしくお願い致します。

●委員

今、話を聞いてちょっと不思議なことがいっぱいあるんですが、私は今、金融機関に勤
めているんですね。金融機関はものすごく、金融監督庁というのがありまして、査察が入
るんですよ。即ね、動き出してその企業さんを潰すんですよ。銀行でもそうですね、合併
させるとかそういうことがあります。そういう中に今の病院っていうものに対するね、私
も今家族で子どもがいるんですが、これ何の為の病院なのかなと。何をしてんのかなって。
何をしてこんなことをやって、本当にこれ商売ですね。商売。まさにね、私物化している
んですよ。それで退院しようと思っても退院させない。1人退院させたらいくら損すると
かなんとか言って病院協会自身もそれに対してやっぱり厳しい判断も出来ない。というこ

とは厚生労働省自身が本来なら動くべきじゃないかなって私は今金融機関の立場から考えると、金融監督庁というのはものすごい厳しいんですよ。本当にいきなり会社に入ってきて、いきなり全部机の引き出し全部調べるっちゅうね。それ位厳しいんですよ。なぜこの病院に対してこれだけ甘いのかなってね。しかも何か偏見と差別というな、だから障がい者に対する差別・偏見があるんじゃないかなってね。これ日本においてもそうだと思う。だから今、なんて言うか、意識というかね、日本人の意識にもそういう根底的に障がい者に対する差別しているんじゃないかなっていうね、そういう偏見を持って、そしてものを判断するっていう。だから障がい者をね、もう私物化しているような感じがする。だからもっとそういうことに対して、せつかく今、厚生労働省が一生懸命やっている地域包括システムやっていますね。その為にまた病院に対してもスーパー救急やっています。やっぱりこういう風に患者数を減らさないかんですよ。病院を減らさなきゃね。で、その為に地域に対して診療所、それから訪問看護ステーション、それから神戸市においてはもう一生懸命やっている障害者相談支援センターね。それから障害者地域生活支援拠点、こういうものが次々に増えて、そういう地域で見ていこうちゅうな、今、一生懸命神戸市はやっているんですよ。何か病院へ送り込んで、これ治療じゃないですよ。治療じゃないですよ。私ら家族から考えるとね、虐待を受ける為にね、そしてなお病院に入ることによって悪化するんですよ。何の為の病院か分からなくて。そういう病院ははっきり言えば私は潰すべきだと思っているんですよ。それ位厳しいね、金融監督庁と同じような立場でもって、それを抹殺する位のものが需要じゃないかな。諸外国から考えたら日本はものすごく遅れていますね。もう全然遅れている。感覚もおかしい。日本人の感覚もおかしい。差別とそれから偏見でもってこういう風な見方をして、物を申すことも出来ないような世の中になっているんじゃないかなという風に思います。以上です。

●委員

今回の一連の委員会の報告を聞いて本当になんて言うんですかね、心が痛いというか、看護師として、人としてっていう辺りで非常に最後迄、本当にこの報告書自体もちょっと見れなかったっていうか、最終的には読ませて頂いたとか見せて頂いたという形なんですけれども、この中でやっぱりずっと議論されていると思うんですけれども、このまま

再生をしていこうと思ったときに、本当にこの今のメンバーでやっていけるかって言うと、もう絶対無理だなと。で、やっぱり今と同じやり方では絶対良くならないんで、どんどん今変えられて、新院長が新しいことを取り入れて頑張っておられるとは思いますが、それをサポートする看護であったり経営陣であったりマネジメントの人達が変わっていかないと。で、変わられてもすぐ辞めていくような状況であれば、やっぱり全然変わっていかない。新しい人が入られて継続して何年か勤められないとやっぱり組織ってそんなにすぐ変わらないので、そういった部分で今のやり方ってどうなのだろうかという風には感じております。後、専門看護師とかですね、何度かお話しさせてもらっています専門看護師とかがやっぱり入り込んで現場を変えていくっていうところが、特にそういった人達が入らないと。今のメンバーで同じことを、上の師長さんクラスも変わっていない中でやられても多分現場の中も変わらない。そういった中で社会的入院という方もまだいらっしゃる現実があって、退院支援もしていかないといけないと思うんですけど、そういったところにも目が十分じゃないんじゃないかなと。行政のことから入られても、それは1年間のうちのたったの数日であったり数時間であって、ずっと患者さんを見ている現場の中を変えていこうと思ったときにメンバーはずいぶん変わっていかないと。管理の人間、それから現場のリーダーシップを取れる人達変わらないと多分その辺は難しいのかなと思います。それと研修自体ですが、ただ研修しても、ただ形だけやっている法定の研修だけやっている、そういったところに参加しても全く意味がなくて、むしろ検証してその後どう生かしたのか、何がどう変わったのかっていうのがちょっと全然伝わってこないんですね。なので今回の事件を受けた後も不適切ケアがいっぱいあったりだとか見えないものがいっぱいあって、それがどう変わっていったのかっていうのが分かるようにしていかないといけないなという風にちょっと思っています。例えば行動制限委員会なんかにも形骸化しているのであれば精神科の病院の神戸・兵庫県中々難しいと思うんですけど、よその進んでいる病院の行動制限委員会がどんなことをされていて何を学んだ方がいいのか、自分達の所だけではやる気がない。いくら院長が新しいアイデアを持っていったとしても、1人ではやっぱりモノ変わらないというところで、そういった相互チェックをしてもらえるような病院と組むとかですね、それが1病院じゃなくて2～3の病院と組んでチェックをして頂くとか、他の病院の所に看護師でも入ってですね、例えば1ヶ月なり2ヶ月なり、

他でやられている病院の看護の実態を見るとか、もうちょっとその研修もただ1回だけとかその数時間だけとかいう形ではなくて、もっとやり方も変えないと多分変わらないだろうなという感じです。特にマネジメントの部分もそうだなと思います。色々な行動基準であったり、色々あるけれどもそれは古くて、今の時代にそぐわないものを見直していくという辺りのところも、やっぱり知識であったり技術であったり。そういった中では看護協会というものはありますけれども、多分おそらくここに神出病院の看護師の中に看護協会に入っている人はほぼほぼいなく、日本精神科看護協会という別の組織の所に入っている人の方がまだちょっといるのかなという風に推測しております。そういう意味では日本精神科看護協会という職能団体が別にありますので、そういった中で行動制限のチェックシートっていう辺りのところをまた作るっていう、開発していくとかでもいいと思うんですけど、そういった中で支援の必要であったり大学教授とかを巻き込んで、そういうようなものを形にしていくというのもありじゃないかなという風に思いました。以上です。ありがとうございます。

●委員

余田先生の方からは多分、非常に沢山話して頂きましたけど、もっともっと沢山のことがありながらも言葉選んでもなおあれ位の長さになったということで、すごいご苦労されたんだなと思っています。で、私自身も報告書2回位読ませて頂きましたけど中々読むに耐えない内容というか、非常に何か物語というかですね、フィクションを読んでいるようなそういう心持ちの部分が沢山ありました。何点かちょっとご質問ないしご意見があるんですけど、まず1つ、研修受けた人数を32ページで書いておられたと思うんですけど、神戸市の方で。延べ人数が例えば暴力・虐待147人なんですけど令和4年3月31日の時点の職員、全部足すと161人おられて、延べ147人、161人やったら14人位受けられていない人がおるんじゃないかなという風な気がちょっとしていますので、もしそこが分かるのであればちょっと教えて頂きたいと。32ページの暴力・虐待研修を一番多くて147人なんですけど、31ページの令和4年3月31日の在籍が上から順番に7・138・9・7と足していくと161なんですけど、ちょっと人数が、研修1回も受けていない人がまだ何人かおられるんじゃないかなというのはちょっと気になるところです。後、2点目として先程来

多くの委員から言われていますけれども、特にお風呂、シャワーのお湯が出ないとかカビが生えている、ていうのはもう、なんて言うんですかね、入院以前の問題で、人として最低限の生活を送る基準にも達していないような気がしています。そういう意味で明文では書いていないですけども、精神保健福祉法の 37 条の 1 の処遇の基準の省令の前文で、患者の人権を尊重し、ということ書いていますけど、憲法が定める最低限度の人間としての保障みたいなところさえないような気がしますので、もしこれは早期に、これも 2 年半位、令和元年に逮捕されてから 2 年数ヶ月、3 月に逮捕者出てから経っていますので、それが改善されていないのであれば、ちょっともう入院して頂く施設としては適切じゃなくって、通常であれば特別養護老人ホームであれば効力停止とか、少なくとも新規の入居制限されると思いますので、もうそういうレベルじゃないかなという風に思います。特にお風呂、冬場水しか出ないってちょっと理解出来ないですよ。僕やったらそんな所もう 2 日位出て行きたくなりますけど、これ迄まだ今も水かぬるい湯しか冬場出なくて、カビが生えているような所でずっと生活されている方の気持ちをおもんばかりと、ここで診る、診て頂くのはもう適切じゃない。病院以前の機能、病院の機能も完全に失っているんじゃないかなと思いますので、先程来多く言われているようにもう一步踏み込んだ効力停止とかです、使用停止とか何かそういう処分を期限切ってですね、その時迄に改善されなければやって頂かないといけないというタイミングじゃないかなという風に感じているところです。後、報告書の方で 30 ページの 16 番で改善計画の速やかな立案・公表と改善状況の公表って書かれているんですけど、昨日も夜ホームページ見てたんですが 3 ヶ月経っても何も見えない、何やっておられるかよく分からない。で、元々危機管理委員会作ってお茶濁そうとして悪い言い方するとちょっと騙そうとしていたと委員も書いていますけど、神戸市の方が実地指導に行ったその時だけ繕っていたというような体質があると思いますので、そもそも第三者委員会っていうのはステークホルダーに対する説明責任を果たすというところに意義があると言われてます。先程もおっしゃられていましたけど、国民の税金がですね、或いは保険料が診療報酬の 7/10 とか或いは減額額認定されていたら 8/10 とか 9/10 位が神戸市民の税金とか国民の税金から出ていますので、当然今どういうことをやっていて、どんなことをこれからやっていくかっていうのは少なくとももう 3 ヶ月経っていたら説明されていてしかるべくですけど、まだ何も言われていないのは。先程来もう理事入れ

ますけど普通障がい者施設とかで同じようなことがあったら、通例であれば理事会全部入れ替え、評議員会全部入れ替えになりますので、なんでそういうね、そこをするのは最後法人かもしれませんけれども、しないとうまくいかないというのは多分今日の委員の方々の意見の大半を占めているんじゃないかなと思いますので、あと、会議体としてもそこに対して何か外部に強いメッセージを出して頂けたらなという風に思います。すいません、長くなりましたが以上です。

○事務局

今のご質問にお答えしたいと思います。研修の方でございますけれども3年度の実施状況でございますが外部の市内の精神科病院から講師ということで招きまして暴力を起こさない為の看護というのが対象としては全職員でございますけれども、人数としては75名の参加。これは1回。それからパワハラ・セクハラ・虐待についてということで、対象は管理者・役職者でございますけれども人数は40名。それから暴力のない職場の実現に向けた倫理の再考というテーマで対象が看護師と看護補助者でございますして32名の参加ということになってございます。

●会長

はい、ありがとうございます。委員からの幾つかのご質問があったと思うんで神戸市の側としても何か情報提供頂くものがあればいかがでしょうか。

○事務局

幾つかおっしゃって頂いた点で、今現在きちっとしたお答えが出来るような状況ではないんですけれども、おっしゃって頂いた設備改善のところですね。ある程度の期限を切つてと。で、それで改善されないのであればもう少し強い処分をとおっしゃって頂いた部分につきましては我々として特にお風呂の問題とかカビの問題とかおっしゃる通りなので、施設として成り立っていないということですので、それについてはですね、期限を切って病院の方とお話をさせて頂きたいと思います。で、少しですね、お分かりになっている方も多いんですけれども、この精神科病院のことがですね、普通の福祉施設とちょっと違う

ところは一番最初に申し上げたかも知れないんですけども、ちょっとそれを説明させて頂きたいんですけども、先程三好先生もおっしゃって頂いたように福祉施設とですね、実質的に取り組み的なことじゃなくて指導の仕方がですね、我々に与えられている指導の仕方が大分異なっているところがございまして、福祉施設の場合でしたら、私前高齢福祉部長やっていたんですけども、このような事件が起こったりとか、施設として法人が不適切である、まず、法人の監査権限と施設の監査権限を市が持っています。ですので両方とも立ち入ることが出来ます。で、病院の場合は病院への指導の権限しか我々持っていません。法人の権限は全て県が持っています。ですので分かれていますので我々は出来るのは病院への指導であって、法人への指導とか法人への経営に対する関与は我々出来ません。ですので根本的なところには我々手を突っ込んでいけないということがまずあります。それと元々の指導の権限についてなんですけれども、この精神科病院につきましては一番強い措置につきましては、福祉施設の場合は指定取り消しという言葉、同じ指定取り消しという言葉なんですけど、指定取り消しという言葉がありますが、それはその施設の許可したことを取り消すということです。ですので施設を廃止するということが福祉施設の権限、指定取り消しという一番強い権限で、その前は新規受け入れ停止。例えば何ヶ月間、半年間とか3ヶ月間とかというようなこと。その前が指導であったりとかっていうことになっていくんですけども、この精神科病院の場合は一番きつい命令がですね、指定取り消しなんですけれども、全然意味が違いまして措置入院を行うことの指定をしています。その指定を取り消すということしかないんですね。ですので病院を潰すことではなくて、措置入院ということの措置入院を出来る病院だということ指定していることを取り消す。ですので任意入院と保護入院は出来る状態です。で、今、神出病院は措置入院の指定病院を自ら辞退されたので、その処分はありません。もう既に指定病院ではありませんので。ですので出来るのは新規入院の取り消し位です。で、元々の病院の許可の権限もあるんですけども、それは福祉施設のように簡単にそこに手を入れることは出来ないような仕組みになっています。ですので、その中で我々出来ることをして、先程おっしゃって頂いたような期限を切って、例えば新規入院の停止であったりとか、そういうようなこと迄はちょっと今回考えていこうと思っています。で、もう1つは研修を中々自分ところでは出来ないのじゃないかということ多数ご意見頂いたので、今日の意見を踏まえてですね、兵精協

さんとか看護協会さんなんかともお話をさせて頂いて、これ思いつきなんですけども、もしもご協力頂けて病院にもお話ししてですね、何かそういう中に入っていくプロジェクトチームみたいなものが組めればですね、そういうことも取り掛かっていければという風に今、今思ったところなんですけど、またご相談させて頂きたいと思います。それと先程申し上げた法人の権限につきましては全部兵庫県の方になって、兵庫県の方も今取り組んでいるとは言っているんですけども、次回のこの場にですね、兵庫県の方も来て頂いて状況を説明して頂くように兵庫県の方には改めて要請させて頂きたいと思います。皆さん方から要請があったということで要請をさせて頂きたいと思います。少し長くなりましたが以上でございます。

●会長

はい、ありがとうございます。この会議室がもう期限が迫っております。申し訳ないんですが様々な貴重なご意見ありがとうございます。まだまだご意見、委員の方々からあると思うんですけど時間の関係もありますので追加のご質問・ご意見ありましたら FAX 等でまた事務局の方にお送り頂けたらと思います。それでは時間の都合でございますので議題 2 の方に移りたいと思います。再発防止・早期発見に向けた取り組みについて事務局からご説明お願い致します。

(2) 再発防止・早期発見に向けた取り組みについて

(事務局より資料 3-1 から 3-2 について説明)

●会長

はい、ありがとうございます。それでは取り組みについてのご意見・ご質問等ありましたらいかがでしょうか。…特にございませんか。…そしたら本日の議題は以上となります。様々な貴重なご意見頂きまして本当にありがとうございます。ちゃんと司会出来なくて、もうほんとギリギリ、会議室の借りる時間がもうこれで迫っておりますので事務局へこれで進行をお返ししたいと思います。ありがとうございます。

○事務局

曾良会長、ありがとうございました。こちらこそ十分に議論の時間が取れずに本当に申し訳ございません。本日の審議としまして皆様からのご意見は今後、神出病院のみならず精神科病院の神戸市としての指導監督にまた活かしていきたいと思っております。今年度第2回の専門分科会の開催ですが、年度末頃ですね、令和5年の1月頃を予定しております。また近づきましたらご案内を差し上げたいと思っておりますのでご理解お願い致します。本日の議論の中で十分にご発言頂けなかった委員の皆様も多数いらっしゃるかと思います。資料の最後につけております意見票ですね、ご意見等お伺い票にご記入頂きまして、7月25日の月曜日迄に事務局宛にFAXまたはe-mailでご送付頂きますようお願い致します。それではこれにて令和4年度第1回神戸市市民福祉調査委員会・精神保健福祉専門分科会を閉会致します。本日はご多忙の中ご参加頂きありがとうございました。

6. 閉会