

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

精神障害者との交流体験に関する先進施設の視察・調査

分担研究者 久保 武 山口県精神保健福祉センター所長
研究協力者 西村秀明 山口県精神保健福祉センター相談指導課長
研究協力者 堂野佐俊 山口大学教育学部教育心理学教室教授

研究要旨 本研究の目的は、「学校における精神保健教育に関する研究」を取り組むにあたっての基礎研究であり、保健教育カリキュラムでの体験学習の導入の意義を明確にすることにある。体験学習の経験の深い精神保健関連施設に視察調査を行い、また当該職員との協議、情報交換を行った。体験学習は生徒の精神障害に対する意識変化に有効ではあるが、その導入については事前教育、守秘、事故対策、同意等々解決を要する問題もあるということが明確になった。また、体験学習は障害者の病気や生活の理解を生徒に求めるというより、「障害者も普通の人と変わらない」という体験を生徒が獲得する場として体験学習を位置付けることが有用であると検討された。

A.研究目的

本研究の目的は、「学校における精神保健教育に関する研究」を取り組むにあたって、保健教育カリキュラムでの体験学習の導入の意義を明確にすることにある。体験学習の経験の深い精神保健関連施設に視察調査を行い、また当該職員との協議、情報交換を行い、保健教育カリキュラムに体験学習の導入の意義、及びその有効な方法、効果、問題点等を明確にすることにある。

B.研究方法

「学校における精神保健教育に関する研究」は3年間にわたっておこなわれるものだが、本研究は初年度に行われる基礎調査の一部である。体験学習の方法、有効性、そして問題点等を明確にするために、精神

障害者との交流活動を積極的に行っている精神保健関連施設を視察した。視察では活動実態の調査、担当職員との情報交換等を行い、体験学習の有効性を検討した。

（倫理的配慮）

情報収集のための調査、情報交換等については、特定の個人情報が出ないように守秘を徹底した。

C.研究結果

1) 交流活動の実態

精神科病院 2 カ所、入所授産施設 1 カ所、通所授産施設 1 カ所、共同作業所 3 カ所の計 7 ヶ所の施設を視察した。一病院では看護学生の実習教官と実習の実態について、主として実習での注意点を協議した。また、当該病院で中高生を対象

とした体験実習を導入する際の問題点についても協議した。そこでの協議主題は 1) 現行の看護教育実習実施での注意点、2) 一般の中高生の体験実習を行う場合に予想される問題点の二つについてであった。看護教育実習実施での注意項目として①治療的環境の理解、②拘束についての理解、③危険物管理、④事故、⑤対応とプライバシー保護、⑥精神科看護の基本的理解の6点が検討された。中高生対象の体験学習については、守秘義務、事故等々不安材料が提出され、事前準備、事前教育を徹底しないと逆効果になりかねないという意見も提出された。もうひとつの精神科病院では、まず季節的なイベントの開催による触れ合いとして地域住民に呼び掛けて、院内農園で採れた野菜、クッキーなどのお菓子などを院内バザーで販売、付属する地域生活支援センターで、患者の家族、地域住民を対象に定期的に将棋大会、カラオケ、ビデオ鑑賞会を開き、調理教室・栄養指導を行っていた。また花祭り大会で高等学校のブラスバンド部の演奏が行われ、また病気についてのパネル展示などを実施していた。入所授産施設では専門学校学生24名が2グループで2日間の体験実習を行っていた。オリエンテーションについて、障害者と共に農作業・陶芸等の作業を行い、反省会を行っていた。通所授産施設では、学生の体験学習が定期的に行なわれていた。その内容は、平成14年は10月に福祉教育授業の一環として地元の中学生20人が施設において作業体験を行うとうのものであった。事前教育では施設の概要の説明だけで、精神疾患そのもの

の講義は行われていなかった。施設でのオリエンテーションのうち、障害者と施設職員と共に学生が作業体験し、その後茶話会で障害者との交流を行っていた。共同作業所では不定期ではあるが学生の体験学習が行われていた。職場体験として中学生3人が1日体験を行っていた。そこでは、事前教育で施設の概要の説明、精神疾患の説明が行われていた。その内容は「精神障害はどんなイメージか」「精神保健の歴史」「守秘義務の説明」等であった。施設でのオリエンテーションのうち、障害者と職員と共に簡単な部品の組み立てなどの共同作業で交流を行っていた。別の共同作業所では、地元の高校から希望する学生が現場に訪れ、自動車部品の組み立てや種々の下請け作業を見学したりする等の交流が行われていた。施設側の注意点としては、障害者と触れ合う前に病気を持っていることの大変さや生活のしづらさを学生に十分説明し、当事者の心が傷つかないように配慮しているとのことであった。また、別の作業所では、統合失調症患者と知的障害者で構成され、タオルの箱詰めやクッキー、縫製品の制作販売を行っていた。数年前より地元高校看護科から看護学生が週1回1ヶ月程度訪れ、当事者と共同で作業したり、話し合ったりしていた。学校での授業である程度精神障害に対する知識はあるものの、施設側としては当事者が傷付いて病状が悪化しないように、前もって当事者個々の特徴や接する上での注意点を説明し、当事者を十分把握してもらうよう努めていた。また地元中学生が職場体験の一環として、人数期間とも不定期

ながら同施設を訪れ、作業の見学を主に行っていた。こちらはせい、精神障害に対する知識をほとんどもっていないので、当事者に影響を与えないようやはり前もって十分説明をしているとのことであった。

2) 交流活動における問題点とその対策

精神科病院では①「患者のプライバシーの保護が確実に守れるか。また、誰がどのような形でその保証が行えるのか」という重い意見が提出された。入院患者に生徒の友人・知人が偶然にいた場合、どのような対応がなされるのか？学校で入院の噂が広がり、学校復帰が困難になる場合も予想される。②「一日という短時間の見学実習では、逆にネガティブに印象づけてしまうのでは」という意見が提出された。当該病院の建物構造は古く窓には鉄格子がはめられており、外観からは決して好印象は得られない。短時間では第一印象の悪さしか残らないのではないかと懸念される。説明する十分な時間が必要である。また、見学実習病院の選択に際しては病院建築を十分に吟味する必要がある。③「閉鎖病棟・保護室の見学実習は避けたほうがよい」という意見が提出された。閉鎖病棟や保護室には急性期症状の患者が多く、意思疎通が困難で混乱した病状を示している者が多い。その外観からではネガティブな印象を生徒が抱いてしまう恐れがある。④「多勢の生徒が見学実習としてゾロゾロと現れると、患者に不安や反発を生じさせてしまう心配がある」という意見が提出された。看護学生の実習は既成事実として了解されている。また、受け持ち患者とあ

る程度の期間を過ごす。一日の見学実習では物見遊山という印象を患者が抱いてしまう恐れがある。全ての患者に了解を得ることが困難であり、ある程度見学実習の範囲、具体的には生徒数、患者、見学空間等の制限が必要である。⑤「生徒の事故に対する対策が必要」という意見が提出された。生徒が外傷を負った場合に誰がどのように補償するのか。事故防止対策として職員を十分に配置する必要がある。実施に際しては予め病院と学校で協議し相互の了解が必要である。⑥「見学実習だけでは逆効果に終わってしまう恐れがある。病院職員からの説明が十分になされる必要がある」という意見が提出された。精神科病院の機能には医療・保護と拘束という二律背反が存在する。その説明と理解が十分になされなくて、ただ外から眺めるだけであったならネガティブ印象だけに終わってしまいかねない。以上のような問題点があげられ、実施については1) 見学は病棟外部分に限定し病棟内の見学は行わない、2) 病院職員による精神科病院の説明を行う、3) 患者との交流は了解の得られた患者だけに限定する、4) 交流方法については病院職員が司会となって数名の患者がシンポジストとして体験を話し、生徒からの質疑を受けるといったシンポジウム形式がよいのではないか」という案が提出された。

社会復帰施設では、中学生は知識がないことが幸いしてか当事者とすんなり抵抗なく話ができる印象がある。低年齢からの正しい精神疾患の知識を伝えることの重要さがあるが、成長の中で変容して

いくことも予想される。教師・親等の精神障害に対する教育と理解が必要であるという意見が提出されていた。また、受け入れる施設側の意識も変わらないと正しい理解が伝わらない。職員が中学生に話しても無理・無駄だとか、障害者自身が学生から見られる抵抗感を持っていたりするとよい交流がうまれない。社会に打って出るという施設側の意識変革も必要であるという意見もあった。障害者との交流の前に病気を持っていることの大変さや生活のしづらさを学生に十分説明し、当事者の心が傷付かないよう配慮が必要という意見もあった。事前教育・オリエンテーションをきちんとおこない、障害者が傷つかない配慮が必要であるという意見も提出された。

3) 成果

概して交流活動は主催者側もよい評価を行っていた。その内容は交流参加者の意識変化であった。ある施設では、学生の感想に交流前は「話がかみ合わないのではないか」「ただ体調を崩した人」「よく分からない」等自分とは異質なものという意見が多かったが、交流後は「考えていたのと違って」「特別な人じゃない」「そこら辺の人と変わらない」「そこまで考えたこともなかった」等、精神障害者に対する誤解や偏見が少なくなり、また精神障害自体を初めて考える機会となったという意見が多数を占めていた。また、交流前後の感想として精神障害に対する再認識の場になったという意見も多くみられた。他にイメージ変化としては「精神疾患の怖いイメージが無くなった。」「病気の大変さが良く分かった」「幻

聴があっても頑張る」「患者さんといっても普通の人と変わらない」「患者さんが働く姿をみて安心した」などが見られた。全体的には初めて精神障害者と接し、そのころ模様を聴くことによって「特別の人たちではなく普通の人と変わらない」という印象を持ったという意見が印象的であった。

D. 考察

中高生の体験学習を教育・学校と連携して系統だって実施しているところは残念ながら山口・広島・島根の三県にはなかった。しかし、職場体験等で少数の希望者が体験学習を行うことはあったが、不定期で散発的なものであった。まだまだ「行われてはいない」というのが実態であろう。結果でも明らかなように、体験学習を受けた学生達はそれまでの精神障害者のイメージを変化させている。学生達の感想の多くは「初めて精神障害者と接し、そのころ模様を聴くことによって『特別の人たちではなく普通の人と変わらない』という印象を持った」というものであった。このことから中高生の体験学習は意義深いものである。しかし、実施する上でいろいろと問題点が指摘されていた。体験学習に関して受け入れ側施設の意識の問題である。職員や障害者自身の抵抗感である。実施に際しては、体験学習の意義を施設職員や障害者に対して十分に説明し理解してもらう必要があるだろう。また、抵抗のある障害者には参加しなくてもよいような配慮・工夫も必要である。また、障害者が傷つくのではないかと不安を示す施

設も多かった。中高生に対して十分な事前教育・オリエンテーションの実施をその対策として行っていた。その内容は単に病気の説明だけでなく、社会での障害者の生活等まで理解を深める必要があると述べられていた。親・教師の意識変化も必要であるという声もあった。中学生レベルではまだ精神障害の意識は白紙状態で、その後の成長過程で差別・偏見の意識が形成されていく。その成長過程で親や教師の意識、そしてマスコミ報道等が強く影響するのではないかと述べられていた。中高生を対象とした教育だけでなく、親・教師に対しても教育が必要であろう。

精神科病院からは逆効果になるという不安が提出された。確かに一日程度という短期間では第一印象に終わり、障害者の拘束状況の印象だけに終わってしまう心配がある。看護学生の実習では事前教育が長期間なされているが、中高生の体験学習では長期間の事前教育は困難である。担当者との協議でも、見学は病棟外部分に限定し病棟内の見学は行わない、病院職員による精神科病院の説明を十分に行う、そして患者との交流は了解の得られた患者だけに限定するという条件が提出された。交流方法については病院職員が司会となって数名の患者がシンポジストとして体験を話し、生徒からの質疑を受けるといったシンポジウム形式がよいのではないかという案も提出されていた。障害者と中高生が自然な交流を行うのではなく、かなりその間に病院職員が介在する形での交流でないと逆効果になる恐れがあると主張されていた。そのような点

で、短期間しかもてない本教育では精神科病院での体験学習は実際上困難と考えられる。

次年度の実施にあたって、①体験学習施設の選択、②体験学習受け入れ側への十分な説明、③中高生への事前教育の徹底と内容④抵抗のある障害者への対応⑤親・教師への教育の4つの課題が認められた。

① 体験学習施設の選択

中高生の意識変化の多くは「特別の人たちではなく普通の人と変わらない」と肌で感じ取った感覚が自己意識変化の原動力になっている。障害者と中高生が直接の自然な触れ合いが体験学習にとって有用である。本研究では事前教育が数日体験学習は一日という予定では、体験学習は十分な事前教育が行えない、また病院職員が介在した交流しか持てないという点で精神科病院での体験学習は実際上困難である。いわゆる回復者との直接の交流を社会復帰施設で企画するのが実際的である。

② 受け入れ側への十分な説明

この体験学習は精神障害への差別・偏見の解決を目的としていることを明確にしなくてはならない。そしてそのことを単に施設職員・障害者に対してだけではなく、障害者の家族にも伝える必要がある。そのためには事前に体験学習の目的・日程等を書いた文書を施設・障害者・家族に配布することも考えなくてはならない。また、そこで抵抗のある障害者や家族は参加しなくてよいことを文書に明言しておく必要がある。

③ 中高生への事前教育、及び親・教師へ

の教育

中高生に対しては、精神疾患の医学的理解だけでなく、むしろそれ以上に精神障害者の差別偏見や障害者やその家族の苦悩等社会的問題の理解が重要である。また、プライバシー保護の徹底も欠かせない。

本研究では親・教師への教育にまでは及んでいないが、養護教諭への講義と体験学習の精神保健教育は予定している。

次に必要と思われる講義内容を下に記す。

1. 障害者やその家族の思い。

精神保健「福祉」法の成立以降、社会復帰施設等の福祉的対策がまだまだ不十分ではあるが進んできた。「長期入院患者の退院」「地域ケア」「精神障害者の人権・社会参加」等々が当然の事として語られる時代になりつつある。他方、精神科医療についてはどうだろうか？病院には鉄格子が厳然と残っている。患者は狭い空間に閉じこめられている。他科よりも低い医療基準を承認している精神科特例法が未だに改正されていない等々。結論から言うとわが国の精神科医療・福祉はまだまだ発展途上である。

(1) 出会い

患者・家族が医療とどのように出会っているのか。この問題は依然として重要課題なのだが、未だに議論さえも行われていない。多くの医療機関はただ診察室で患者が来るのを待ち、他方では家族が患者を受信させるのに四苦八苦しているのが現状である。家族が患者に嘘をついて受診に仕むけたり、警察官の協力で半ば暴力的に病院へ「連行」する等、治療

的にもマイナスとなる不幸な出来事も未だに多い。長期入院患者の退院に家族が抵抗を示すことがある。「あの時、入院にてこずったから・・・また・・・」と不安を訴えることも多い。

医療機関とのスムーズな出会いは単に早期治療ということだけではなく、精神科治療の根源的理解に関わる問題である。

(2) 通院治療

慢性化した患者は治療を長期間継続しなくてはならない。が、この継続が行えずに再発を繰り返す患者も少なくない。患者自身の受診がなく家族だけが薬を取りに行くという場合もまた少なくない。入院治療から通院治療へと唱えられて久しいが、実際には、治療の中心がまだまだ入院治療であり、通院治療は入院治療の補完的存在である。

市街地に精神科クリニックができてきたが、患者の多くは交通に不便ではあっても郊外の精神病院に通院している。クリニックに通院継続している患者は「狭義の精神疾患（精神分裂病等の内因性精神病）」の人は少ないと言われている。慢性化した患者の場合、入院治療からの引き続きで通院を行っている人も多い。また、再発を恐れて病院から離れられない患者・家族も多い。病院での通院治療はまだまだ重要である。が、病院医療の条件は通院患者には都合の良いものではない。まず、交通の便が良くなったといってもまだまだ立地条件が悪い。時間的制約も狭い。休祭日の利用がむづかしい等々。休日に受診する、あるいは仕事帰りに立ち寄るといふ通院は現状では非常に困難である。

精神科治療の重要な治療法の一つに精神療法（外来カウンセリング）がある。が、実際には通院患者に対して十分な精神療法が行われていない。短い診察時間で十分な精神療法が行えるはずがない。臨床心理士を配置している病院もあるが、通院患者へのカウンセリングまで手が回らないのが現状である。病院には時間的にも職員体制的にも外来精神療法にまで手が回らないのが現状である。

（3）入院治療

病院の開放的処遇が求められて久しい。これは入院患者の人権保護だけでなく治療的な意義も深い。古くから「治療的環境」という概念で入院生活自体が治療的効果を生みだし、それ故に病院環境整備が重要であると主張されてきた。

精神科治療の前提は病院職員と患者との信頼関係（共感）であり、その基で様々な治療行為が展開されるのである。その信頼関係樹立に際して病院環境のはたす役割は重要である。

開放的処遇・環境が望まれるが、実際にはまだまだ不十分である。「鉄格子」が未だに残っている病院がある。入院家族は病院施設の限られた場所にしか入れず、また面会できない病院もある。病院と地域社会とのつながりのない病院もある。患者に対して個別に対応できるほど病院職員が充足されていない等、まだまだ病院人的・空間的環境の整備が必要である。

家族は重要な治療協力者である。しかし現状では家族に対して十分に情報が与えられている状況ではない。人手不足で家族まで手が回らないという病院もある。

（4）退院

病気で身も心も傷ついた人が、その傷が癒えて退院する。退院は喜びであるはずだが、必ずしも喜びとはなっていない不幸な現実がある。特に慢性化した患者の退院に際しては家族に苦悩を与える結果となる現実もある。地域は地域で、病院は病院でと土俵が二分化された現状である。病院医療と切り離されたところに地域での在宅ケアがあるからである。病院が地域とのつながりが乏しいほど家族はますますその思いを募らせてしまう。信頼を得た職員は患者にとって有用な財産である。病院の都合で転医させられその財産を失ってしまう場合、これは反治療行為である。「また苦しくなったらいつでもいらっしやい」と送り出せる病院が望まれる。

（5）社会復帰・リハビリテーション

慢性化した患者は時に病状が増悪するし、また改善もする。この部分は他の障害と異なるところであり、医学的「管理」が必要である理由でもある。近年、障害者のリハビリテーションは地域リハビリテーション（ノーマライゼーションの理念）で新しく展開されるようになった。これは障害の克服は障害者自身の訓練だけではなく、障害を有していても地域社会で生活できるように、地域社会そのものを整えるという考え方である。障害者が住みやすくなるように地域社会を変革していくことも重要なリハビリテーションである。精神障害のリハビリテーションは医学的、社会的の両方で組み立てられなくてはならない。

以上、より良い精神科医療とは出合い

からリハビリテーションまで一貫した療養が提供できる医療体制である。そのためには病院は地域とのつながりを深めなくてはならない。

II. 精神障害への差別・偏見に関連した講義

(1) 精神障害者をめぐる状況は

平成11年度版「我が国の精神保健福祉」によると、精神疾患での入院患者数約34万人、外来患者数183万人と記述されています。合計すると217万人となり、これは国民の1.8%にあたります。概ね55人に1人がなんらかの精神疾患で受診していることとなります。数の多い疾患の一つです。最近まで精神障害者は「障害者」ではなく「病人」として受け取られてきました。そのために、症状が軽減しても生活支援等の福祉サービスを受けることがずっとできませんでした。平成5年制定された障害者基本法でやっと「障害者」と法の上で定められました。実際には地域社会に福祉的サービスが十分に整っていないのが現状です。社会復帰のための施設が不足していることや地域支援サービスが限られているために、入院治療をもう必要としない患者が、10年、20年を越えるほどの長期間の入院となっている人たちがいます。その数は数万人と推測されています。精神障害者には、病院や診療所での治療と同時に、地域での生活を支援する活動が必要です。そして、それらの活動が、同時にリハビリテーションや社会参加となります。そのため、精神障害者のノーマライゼーション（完全参加と平等）を

進めるにあたっては、社会資源（社会復帰のための福祉施設など）を増やすこと、また、地域での支援サービスを充実させていくことが大きな課題となっています。

(2) 精神障害者と犯罪

これについては精神病患者の犯罪については法務省の犯罪白書が精神障害者の犯罪実態を客観的に報告しています。平成11年度の犯罪白書によれば、一年間の総犯罪検挙人員は約32万人で、そのうち精神障害者は636人となっています。この636人の精神障害者には精神分裂病者に加え、覚醒剤中毒のような中毒性精神病患者、知的障害者、性格障害者等の精神保健法で精神障害と定義づけられた者が全て含まれています。この数値は「もし不幸にも犯罪事件に巻き込まれた場合、その犯人が精神障害者である確率は0.2%、精神障害者でない確率は99.8%である」と言うことができます。言い換えるなら、「日常の生活で精神障害者による犯罪に遭遇する可能性がほとんどない」と言うことができます。

次に犯罪率ですが、白書にはこの記述は見あたりません。よって推計することになりますが、赤ん坊や老人でも犯罪を起こするという条件で日本人全体の犯罪率は32万人÷1億3千万×100=約0.2%です。精神障害者の実人数は定かではありませんが、183万人の外来患者が推計されていますので、636÷183万×100=約0.03%となります。精神障害者の犯罪率は日本人全体の犯罪率の約1/7です。精神障害者が犯罪を起こしやすいということは犯罪白書から見ても間違いです。

(3) 精神病とはどんな病気ですか

うつや妄想等の精神的な症状が現れる病気を総称して精神病と呼ばれています。

・脳の障害に基づくものは脳器質性精神病と呼ばれ、痴呆症などが含まれます。

・身体的な障害に基づくものは症状性精神病と呼ばれ、ホルモン系の病気や糖尿病や薬物中毒等が含まれます。

・心理的なものに基づくものは心因性精神病と呼ばれ、ストレス性の疾患が含まれます。

・原因がどこにあるのかまだ定まらないものは内因性精神病と呼ばれ、統合失調症や躁うつ病があります。

このように精神病は4つに大別されますが、疾患の数も多く、私たちの身近な病気も精神病に含まれるのです。年齢、人種、宗教や収入にかかわらず、誰もが精神病にかかる可能性があります。また、性格の弱さ、人格的欠陥や恵まれない生い立ちのために生じるものでもありません。

(4) 統合失調症とはどんな病気ですか

内因性精神病に含まれるものです。100人から120人に1人がかかる大変ポピュラーな病気です。中学生ぐらいから30歳頃までの発病が多いのですが、主に思春期に発病しています。それ以外の年齢でも発病する場合がありますが非常に少ないです。周囲や自分自身が何か変容したという体験が主な病状です。短期間に治ってしまうものから、なかなか治らないものまで様々な経過が見られる病気で、単一の病気というより様々な病気の群として理解されています(症候群)。概ね3割近くの人が治っていますが、残りの7

割の人は仕事の能率が少し落ちる程度の軽い後遺症から、身の回りのことも十分にできないほどの重度までの後遺症が残る人までいます。今では薬物療法やリハビリテーションの発達で重度の後遺症が減少しています。

原因は脳の機能に変調があることが明らかにされつつありますが、原因はまだはっきり分かっていません。昔は遺伝性の病気で、何才で発病するということが産まれる前から既に決まっているという宿命的な病気と疑われていましたが、現在はそのようには考えられてはいません。今のところ脳の機能変化は認められますが、それが原因であるとは実証されていません。発病については、ストレス等の様々な影響があるのではないかと疑われています。

(5) 遺伝しますか

「遺伝病」であるという明確な事実は存在しません。一般的に精神分裂病にかかる確率は100~120人に1人くらいですが、そんなに発現率の高い遺伝病は考えにくいです。また、遺伝子の構成が同一である一卵性双生児でも必ずしも二人ともが発病するわけではありません。単純に遺伝という問題ではなく、環境など、多くの因子が関与していると考えられます。仮に精神病の遺伝因子というものがあったと仮定しても、病気の発現率が高いのでその因子は人類の長い歴史のうちに広く世界中に蔓延していると考えられます。特定の家系にのみ限局しているとも考え難いです。どこの家系にも現れる病気と考えられます。

E.結論

体験学習は生徒の精神障害に対する意識変化に有効ではあるが、その導入については事前教育、守秘、事故対策、同意等々解決を要する問題もある。また、体験学習は障害者の病気や生活の理解を生徒に求めるというより、「障害者も普通の人と変わらない」という体験を生徒が獲得する場として体験学習を位置付けることが有用である。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

先進地視察・調査によって体験実習の方法とその問題点の検討を行う

山口県立精神病院静和荘視察した。中高の学校教育の一環として計画された体験実習は県内の精神科医療福祉施設では行われていない。そのため、看護学生実習の経験の深い県立病院に赴き、看護実習担当者看護師、病院教育担当医師と協議した。協議主題は1) 現行の看護教育実習実施での注意点、2) 一般の中高生の体験実習を行う場合に予想される問題点の二つについてであった。以下にその協議内容を要約する。

1. 現行の看護教育実習の実施上の注意点

注意項目として①治療的環境の理解、②拘束についての理解、③危険物管理、④事故、⑤対応とプライバシー保護、⑥精神科看護の基本的理解の6点がまとめられた。

① 治療的環境の理解

- ・ 精神科医療が独自に築き上げてきたものに、環境療法という考え方がある。精神医療の歴史は精神病院の悲惨な収容所文化を反省し、常に変革が繰り返されたもの。J. コノリーの非拘束運動、H. シモンの作業療法、W. シュルテの治療的環境、M. ジョーンズの治療共同体だった。ここで述べられている基調は、患者の生活の場としての病院建物の構造や空間に配慮し、仮寝の場として病院環境をないがしろにしないということ。また、職員と患者との相互的人間関係に配慮し、患者が入院生活の中でこれまで体験できなかった新しい人間関係に出会う場として病院がいちづけられていた。治療生活の場として病院をとらえ、その中で精神科医も看護者も患者とのふれあいを通して、患者とともに自己変革が問われつつけられる。
- ・ 精神病院での療養生活が一つの治療法であるという考えで、病院環境を治療的なものに整えるというもの。精神病院では喫茶室、図書館、ダイニング、体育館、森、池等々の環境整備と共に、職員がチームとなって一連の計画と行動がなされる。そこで配慮されなくてはならないことは「与えられた（許可された）生活」ではなく、自分の生活を創造できるという療養環境である。様々な日課は遵守されるものではなく、創造のための媒体であるという考えである。

② 拘束・施錠についての理解

- ・ 拘束は患者を守るものであると同時に患者の自由を奪うという二律背反のものであり、治療上必要最小限に留める努力が行われている。
- ・ 患者の病状は、病気の症状と同時に拘束状態で生じる普通の反応の両方で構成されている。
- ・ 拘束状況では患者と職員とのコミュニケーションにズレが生じやすい。
- ・ 管理的雰囲気をやわらげると同時に責任のある管理を行う。

- ・ 鍵の管理は厳格に行い、実習開始と終了時に確認を行う。
- ・ 鍵は紛失しないように確実に鍵紐をベルトに通し、外部から見えないように衣類でおおう。
- ・ 開錠時には細心の注意を払い、扉の近くに患者がいないことを確認する。

③ 危険物管理

- ・ はさみ・包丁等の危険物の患者への提供については担当職員の許可を得て行い、返却の際には個数等を確認する。

④ 事故

- ・ 事故としては、無断離院、衝動行為、自殺企画の3点が主である。恐れのある患者の情報を前もって担当職員から得ておき、その患者の行動・態度には細心の注意を払う。
- ・ 手におえない状況では、その場で大声で職員を呼ぶか、あるいは急いで離れるかし、絶対に一人で解決しようとはしない。

⑤ 対応とプライバシー保護

- ・ 患者・家族といっても、一般市民と同様に精神疾患について偏見を抱いている。精神疾患の正しい知識を理解させる。
- ・ 患者・家族は病気としての認識に乏しい。病人として患者自身と同様に家族にも理解させる。病人として尊重された対応に心がける。
- ・ 拘束状況では患者から内密の個人的な依頼を受けることがある。その気持ちは受け入れるも、個人的依頼を引き受けることは決して行わない。
- ・ 患者の情報については個人的に興味本位に話し合うのではなく、カンファレンス等の正式な場で話しあう。病院外では決して話さない。
- ・ 患者のカルテ等の記録物は決してコピーしないし、外部にも持ち出さない。確実に所定の場所に戻しておく。
- ・ 患者情報の記録物等を無造作に置いておかない。
- ・ ビデオ・カメラ等は了解なしには撮らない。
- ・ 自分の個人的情報は教えないこと。
- ・

⑥ 精神科看護の基本的理解

- ・ 患者の暮しの場としての病棟での看護の働き
- ・ 患者が病棟の集団生活で体験する様々な事柄
- ・ 患者と接するとき看護者がもつ思考と感情
- ・ 理解すること大切さ
- ・ 看護におけるコミュニケーション
- ・ 看護記録の意義

<参考>

患者の暮しの場としての病棟での看護の働き；

「人は病気であろうとなかろうと、それまで取り続けてきた生活のやり方やリズムを維持しようとする傾向がある」という考えは大事。患者は病気や入院でその傾向の発揮が障害され、ストレス・不安定な状態におちいる。とくに、この傾向は老人に強い。老人というのは長い人生経験の中で自分なりの生活様式を確立した人間。入院したからといって急にその様式を変えろと言われても、老人には抵抗がでてきたり、ストレスも強く被る。また、痴呆老人のように、新しい記憶ではなく古い記憶で生きている老人にとってはなおさら大変な事態。やはり、老人に対しては、環境の変化を避けることをまず第一に考える必要がある。精神分裂症の患者でも「自閉思考」「こだわり」の強い人にこの傾向が強い。たとえば、着古いた衣類をいつまでも着がえない患者に対して、不潔だからといって無理矢理に着がえさせるのではなく、その患者はただ「古いものに愛着を持っている」「変化に対して怖えている」という理解をし、患者が安心するまで着がえを待つことも必要。患者の暮しの姿・リズムを回復・整えていく過程で看護が発揮される。

患者が病棟の集団生活で体験する様々な事柄；

「入院していること」に対する患者と職員との気持ちのズレは、患者のジレンマやフラストレーションを生じさせる。これでは患者の自己回復力を損なわせてしまう。入院したくなかった患者に「入院させてやっている」というような態度を職員が、あるいは病識がなく強制入院の患者に対して、その出会いを無視して「病気だから」という態度を職員がいくらとっても、フラストレーションを増すばかり。大事なことは「患者と病院との出会い」に配慮し、「患者が自分や病院をどう見ているのかを常に吟味する」すること。そして社会の道理や理屈で患者と関わり合うのではなく、患者の感情に焦点をあて関わるのが重要。

病院生活は、管理上日課的となりやすい。これは患者側にとって対職員との人間関係は受動的となり、患者の体験する生活時間は日課的な細切れなものとなる。このような時間の遮断は患者に対して現実感の喪失を招き、また患者と職員との時間体験の相違を生じさせる。これは、実際には待機時間の受けとめ方のズレなどに現れ、「看護婦さん、早くして・・・」というような苦情というかたちで現れてくる。職員の病院社会での時間はせいぜい8時間。残りの16時間は外部社会の時間。患者は病院社会がすべてで24時間。時間体験の相違は当然生じる。管理が強化されればされるほど管理者側と被管理者側との世界、とりわけ時間体験がかけはなれていくという認識を持つことは大事なこと。

患者は病気や入院などの情報が与えられないことが多い。とくに病気の経過に対する情報不足は病院側と患者側との展望の相違が生じる。これは患

者の入院生活へのあせりを招き、職員との共体験の喪失を招くことになる。入院期間や退院のメドを患者に提示することは非常に大事なこと。

集団生活では個人行動の許容範囲は限られている。このため患者の入院生活は同調や従順を強要されるものになりがち。このことは生活の中で患者が自己決定を行う機会の喪失を招く。入院生活は患者の自己決定能力の喪失を招きやすいという認識を持つことは大事。入院生活の中で患者が自己決定できる環境の設定を常に心がけることは看護者にとって大事なこと。

以上、看護者の役割ということでもまとめると、①患者の将来の生活設計にむけて今日の患者の状況を最大限に活用できるように援助する。②患者が自分を放棄せず、責任のある個人として自分で決定する力を高めることができるような生活環境を整えていくということになる。

患者と接するとき看護者がもつ思考と感情；

患者とのふれあいを通して、看護者が自身の固定した対人関係や自己防衛に気付き、自己を再認識することは非常に大事なこと。そのためには、看護場面において自分が感じたり考えたりしていることは重要。たとえば、人としてもつ自然な感情と自ら課している看護する者としての役割期待の入り混ざった気持ちは、たびたび看護場面で生じる感情。またこの感情は看護者に対して強い不安を生じさせる。看護場面で強い不安を抱くことは決して看護者として失格ではない。大事なことはその不安を否認（そのような不安はないと）する、あるいは他に転化（あの患者は病識がないから）するのではなく、自己を再認識する契機として積極的にその不安と直面すること。これは看護者にとって、非常にエネルギーが必要とされる。チーム看護として、常に集団としての治療機能に関心をもち、職員相互が新しい人間関係を再生させていくことを病院職員全体が共通認識していないと、個人はその不安の中で消滅してしまう。そのためにはチームカンファレンスは大事なこと。そこでは個々の看護者が抱く不安を全員が共有していくという態度が望まれる。また、①その患者にとって自分の動きがどの様に写っているかを検討し、②「患者がなぜそうしたのか？」と自らに問いかけ、相手の気持ちを思いはかろうとする自分の内的な感情過程が次の働きかけの仕方に影響しているという認識を認め合うことも大事。この問題は、常に自らに問いかけるという修練が必要と認識させられるもの。

理解すること大切さ；

（患者）病める人について他人が行う理解とは仮説的理解。理解には完成はない。同時代に生きる人間同士として理解の試行錯誤を繰り返すことに意義がある。言い替えると「理解しようと願う態度」が大事で、「患者に対して関心をもち続けていく力」（傾注度 *Zuwendung*）と「新鮮で柔軟な目」が重要。看護援助が成立するためには目に見えない患者のニーズを看護者が把握（理解）できることが前提。また、他人に理解される経験が自分に

ついでに理解を深め、これによって心理的問題の解決の糸口が見え患者の主体性の実現と成熟を促す基盤となりうる。看護活動にとって理解することは大事だが妨げる様々な要因がある。たとえば、①過去の体験からもつ患者に対する固定観念のため、患者の行動の示す独自の意味を感知する力が阻まれる。②看護の価値観をそのまま患者に押し付けてしまい、看護者の不安によって患者が無視や拒否されてしまう等。機微にふれた理解を目指すにはそれを裏付けるだけの修練が必要。「看護の自己洞察の力」を強化することが大事。看護者は患者の可能性への期待を基盤にし、自分の看護過程での体験を自己洞察によって意識化し、その意識化された自分の思考と感情をよりどころに、患者に接近し、働きかけ、知ろうとする修練を積むことが重要。受持ちの患者のケースカンファレンスはこの修練に非常に効果的なもの。

看護におけるコミュニケーション；

コミュニケーションの特徴は、①コミュニケーションは単に言葉を交わす（言語性）だけでなく、たとえば態度、表情、文脈、冗談など、言葉によらない（非言語性）、あるいは言葉どうりでない高度で複雑なコミュニケーションも存在する、②「便りが無いのは良い便り」の諺のようにコミュニケーションが存在しないという事態は存在しえない、③送り手の思いが必ずしも受け手にそのまま伝わることはないという3点。この3点はコミュニケーションを考える上に常に考慮しなくてはならないもの。看護におけるコミュニケーションは「看護と患者が思考と感情を伝え合い分かち合う一つの相互的過程」。看護者が独自で「思いめぐらすこと」は推測の域を出ないが、「思いはかかっていく過程（コミュニケーション）」は患者を個人としてを認めていく起点となる。患者とのコミュニケーションを通して、患者を多面的に推測することは重要。それは、①看護がその時々々の患者の反応に対して、自分なりの直感や思い込みだけで、次の看護行為に走る傾向を踏み留まらせる、②自分の解釈や判断は一つの仮定であり、患者との確かめを行う必要を痛感する、③一見些細に思える事柄からにも関心を注ぎ、患者を知る手がかりとなるものを見いだす力をつけることができる。看護は患者とのコミュニケーションを通して「待つことに耐える」ことの重要性を学ぶことも必要なこと。

看護記録の意義；

看護記録は生じている事象の全てを写しとるのではなく、記録した者の関心が現されているときに価値がある。関与する看護とはこのこと。金魚鉢の金魚の観察記録のようなものは必要ない。看護者が患者と関わり、その時のコミュニケーションの様子や理解が記録として価値がある。看護記録には2つの意義がある。①「評価」（自分自身の行為と相手の変化との検討）あるいは「保存」（責任性など過去に生じた事象を再現）で、②看護場面に

生じている事象を再現し、その経験を次の看護ケアにいかしていくこと
こと。

2. 一般の中高生の体験実習を行う場合に予想される問題点

- ・ 「患者のプライバシーの保護が確実に守れるか。また、誰がどのような形でその保証が行えるのか」という重い意見が提出された。入院患者に生徒の友人・知人が偶然にいた場合、どのような対応がなされるのか？学校で入院の噂が広がり、学校復帰が困難になる場合も予想される。
- ・ 「一日という短時間の見学実習では、逆にネガティブに印象づけてしまうのでは」という意見が提出された。当該病院の建物構造は古く窓には鉄格子がはめられており、外観からは決して好印象は得られない。短時間では第一印象の悪さしか残らないのではないかと懸念される。説明する十分な時間が必要である。また、見学実習病院の選択に際しては病院建築を十分に吟味する必要がある。
- ・ 「閉鎖病棟・保護室の見学実習は避けたほうがよい」という意見が提出された。閉鎖病棟や保護室には急性期症状の患者が多く、意思疎通が困難で混乱した病状を示している者が多い。その外観からではネガティブな印象を生徒が抱いてしまう恐れがある。
- ・ 「多勢の生徒が見学実習としてゾロゾロと現れると、患者に不安や反発を生じさせてしまう心配がある」という意見が提出された。看護学生の実習は既成事実として了解されている。また、受け持ち患者とある程度の期間を過ごす。一日の見学実習では物見遊山という印象を患者が抱いてしまう恐れがある。全ての患者に了解を得ることが困難であり、ある程度見学実習の範囲、具体的には生徒数、患者、見学空間等の制限が必要である。
- ・ 「生徒の事故に対する対策が必要」という意見が提出された。生徒が外傷を負った場合に誰がどのように補償するのか。事故防止対策として職員を十分に配置する必要がある。実施に際しては予め病院と学校で協議し相互の了解が必要である。
- ・ 「見学実習だけでは逆効果に終わってしまう恐れがある。病院職員からの説明が十分になされる必要がある」という意見が提出された。精神科病院の機能には医療・保護と拘束という二律背反が存在する。その説明と理解が十分になされなくて、ただ外から眺めるだけであつたならネガティブ印象だけに終わってしまいかねない。
- ・ 以上のような問題点があげられ、「実施については①見学は病棟外部分に限定し病棟内の見学は行わない、②病院職員による精神科病院の説明を行う、③患者との交流は了解の得られた患者だけに限定する、④交流方法については病院職員が司会となって数名の患者がシンポジストとして体験を話し、生徒からの質疑を受けるといったシンポジウム形式がよいのではないか」という意見が提出された。

先進地視察

《先進施設》

名称 入所授産施設「夢かれん」

住所 防府市台道3527-9

日時 平成14年12月12日

《実習について》

対象 専門学校学生 24名

日程 2グループ、2日間の実習

プログラム オリエンテーション

実習 農作業 6名

陶芸 3名

ワープロ 3名

反省会

《参加者の状況》

- ・オリエンテーションでは精神障害者の医療の歴史、差別・偏見、生活実態などを解説するも、ほとんどの学生は精神障害者のことについて知識がなかったという。
- ・高校の保健体育で“こころの健康”についての学習はあったが、精神障害者問題については触れられていないというのが実態のようである。
- ・なかには、精神病の人とは話が通じないものだと思っていたという者もいた。
- ・また、施設では（病院と違って）自室のカギ等自分で管理しているということについて（当たり前なことなのだが）職員が管理しているものだと思っていた者が多かったという。
- ・親戚に入院している精神障害者があるという者がいたが、話したことはないし、会うこともないので、精神障害者というものがどういうものであるのか、身近なのに知らないということだった。
- ・精神病は不治の病で、こういう社会復帰のための施設があるということさえ知らなかったという学生もいた。

*全体的に、精神障害者のことについて“知らない”というのが実態のようである。

《実習体験について》

・はじめはなかなか声がかかれず、どうかわろうかと不安だったが、患者さんの方から「どこから来たのか」「名前は何か」「恋人はいるか」などズケズケ話しかけてくれて、かえって気持ちが楽になったという者が多かった。

・実習に入る前は、どこか身構えてしまうところがあって「何を話そうか」など気遣ったようであるが、実際に実習に入ると自然と会話できたというのが大方の意見であった。

・農作業はきついで、本気で作業する患者さんは少なかったが、その分患者さんの方から自分の生い立ちや発病のきっかけなど色々と話をしてくれて、「とても感動した」「自分の知らない体験を聴かされ、自分の人生に役に立つように思う」など肯定的な感想を得た。

・陶芸のプログラムについての学生からは、作業中心で時間が過ぎたために話があまりできなかったという者がいた。

・ワープロに関しては、患者さん総じて集中力がなく、こういう分野での社会復帰は難しいのではないかという意見があったという。

*全体的には、受け身的ではあるが初めて精神障害者と接し、そのころ模様を聴くことによって“特別の人たちではなく”“普通の人と変わらない”という印象を持った、という意見である。

《反省会》

・実習に際し、患者さんとたくさん会話していこうと考えていたが、実際は患者さんの側から話が出てくることが多く、自分の知らない体験を聴かされて“特別の人たちではない”と感じた。

・気さくな人が多く、精神障害という言葉からくるイメージとかなり違って親しみやすい人たちじゃないかと思った。

・辛い体験を聴かされると病気になるのも当然じゃないかと感じ、誰にでも起こり得る病気のひとつだと認識できるという意見もあった。

- ・正直、ぶっきらぼうで付き合いにくいと思ったが、決して悪い人とかそういうことではないということはわかって良かった。
- ・兄弟が病気と聴いたが、遺伝する病気かと思うと怖い。
- ・社会のなかで偏見にさらされ、こういう施設でしか生活できないのかと思うと逆に社会の問題を感じた。
- ・普通の人と違うところというところ、気にしやすいところだろう。こだわりとしつこさを感じた。
- ・怖いとか不気味だとかいった感覚はなくなったが、でもどこか違う人たちだと思った。それは何であるのか、関心が深まった。

《視察後の評価と見解》

- ・参加時、全体として精神障害について差別・偏見という前に、関心がない、知らないということが実感された。また、精神障害者の理解ということについてはオリエンテーションで色々説明するより、一緒にプログラムに参加し、話し合ったり、作業するとか、そういうかかわりを通して彼らの本質に出会えるようである。
- ・そういう点ではむしろ「知らない」ということを大事にしながら、彼らと生活をともにするなかでそれぞれ感じ得たものを大切にしていくということが、正確な理解につながっていくものなのではないだろうか。少なくとも一般的にいわれているような“怖い” “荒唐無稽”などの感触は払拭され、同じ人間として“障害”を支えあう社会が必要であると実感されたという成果は貴重である。
- ・こういう機会は、年齢を経ず早期の段階で体験できれば、精神障害者にもっと生活しやすい社会文化の形成へとつながるものではないかと考えられ、そういった教育システムの必要性があると思われる。
- ・そのためにはとりもなおさず、ノーマライゼーション理念の実現に向けて早期の学校教育のなかで実践されるべきであると思われた。

島根県先進施設視察

1) 通所授産施設 桑友 島根県斐川町

グループホーム2ヶ所、共同住居併設

通所者は約100人で、スタッフ7名。

3箇所の作業所があり、2箇所はパンとクッキーの製造、
1箇所は簡単な部品を製造。

学生の体験学習

定期的に行なわれる。

(内容)平成14年は10月に福祉教育授業の一環として地元の中学生20人が施設において作業体験をおこなった。

事前教育で施設の概要の説明を行う(どんな施設で何のための施設か)。精神疾患そのものの講義は行わない。

(プログラム)施設でのオリエンテーションののち、精神科の当事者やスタッフといっしょに作業体験し、そのご茶話会で交流する。

(感想)「患者さんといっても普通の人と変わらない」「患者さんが働く姿をみて安心した」などの感想が多かった。

(問題点、意見)

中学生は知識がないことが幸いしてか当事者とすんなり抵抗なく話ができる印象がある。低年齢からの正しい精神疾患の知識を伝えることの重要さがある。

親の精神障害に対する教育と理解が必要である。

2) 共同作業所 サン・出雲 島根県出雲市

通所者 20人 生活支援センター併設(デイサービス利用15名)

グループホーム併設

学生の体験学習

不定期に行なわれる。

(内容)平成14年度は2月に職場体験として中学生3人が1日体験。

事前教育で施設の概要の説明。精神疾患の説明(病名を知っているか、どんなイメージか。精神保健の流れの説明)。守秘義務の説明。

(プログラム)施設でのオリエンテーションののち、精神科の当事者やスタッフといっしょに作業体験(簡単な部品の組み立てなど)で交流する。