

「入院中の精神障害者の虐待防止に関する研究」

インタビュー調査

研究分担者：○小池純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：岩垂由真（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、岡野茉莉子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、○川口敬之（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、中島公博（日本精神病院協会/医療法人社団五稜会病院）、中庭良枝（日本精神科看護協会）、○名雪和美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、濱谷 翼（日本精神保健福祉士協会/埼玉県庁）、前林勝弥（全国精神保健福祉相談員会/静岡市保健福祉長寿局保健衛生医療部保健所）、松長麻美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、○三宅美智（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

○：執筆者

要旨

【目的】 令和4年に精神保健福祉法が改正され、精神科病院において医療を受ける精神障害者に対する虐待防止の措置規定が定められた。また虐待に関わる通報が義務化され、虐待防止措置に関する調査研究を通じて制度の適切な運用を図ることにより、精神科医療における権利擁護の強化と精神医療の質の向上につながることを期待されている。そこで本研究では現時点における制度の運用実態と課題を、自治体、精神科病院、当事者それぞれの立場から明らかにすることを目的とした。**【方法】** 自治体の担当職員、精神科病院の多職種支援者（管理職・スタッフ）を対象として、改正法施行後の現状と課題に関するインタビュー調査と、対象者の属性を尋ねるアンケート調査を行った。また精神障害当事者に対するインタビューでは、虐待通報制度に対する期待と懸念を尋ねた。得られた音声データは逐語録を作成し、質的記述的分析法を用いて予備的に分析した。**【結果】** 自治体を対象としたインタビューデータについては、通報等対応の流れに沿って運用実態と対応上の課題を整理したところ、9つの課題が抽出された。精神科病院を対象としたインタビューデータについては、制度運用に伴う課題を整理し、管理者から5つの課題、多職種のスタッフからは12の課題が抽出された。また当事者のインタビューでは、12の課題、展望、今後に向けた提言が抽出された。**【考察】** 本調査は、法施行後およそ1年半の時点で実施されており、結果には制度開始当初の混乱が含まれている可能性がある。しかしながら、制度運用の実務上の課題として、10の観点が示唆された。**【結論】** 虐待防止のための万能な解決策はなく、多層的な対応が必要とされる。本研究班には、今後も多様な立場の関係者との協働による現状と課題の整理、ならびに対応策の検討を行うことが求められる。

A.研究の背景と目的

令和3年度の厚生労働省による「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」において、入院中の患者に対する虐待防止の議論が取り上げられた¹⁾。同報告書では、入院中の精神障害者に対する虐待防止措置、および通報義務については、「精神障害者に対し、虐待を防止することは極めて重要であるとともに、精神科病院においては、虐待が起きないようにするための組織風土を醸成する必要がある」と指摘された。また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築の観点からは、自治体との協働のもと、虐待を起ささない組織風土を構築し、虐待の未然防止を一層推進するとともに、仮に虐待が発生した場合であっても、早期発見や再発防止を図ることが期待された。精神科病院における虐待行為の早期発見、再発防止に資する実効的な方策となるよう、制度化に向けた具体的な検討を行う必要があることも示された。

これを受けて、令和4年12月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」）が改正され、精神科病院において医療を受ける精神障害者に対する虐待防止の措置規定（同法第6節 虐待の防止（40条の2から40条の8））が定められ、虐待に関わる通報（以下「虐待通報」）が義務化された。さらに、同法第40条の8には、国が虐待の事例の分析を行うとともに、虐待の予防及び早期発見のための方策等に関する調査及び研究を行うことも規定された。これらの規定に基づき、虐待防止措置に関する調査研究を通じて制度の適切な運用を図ることにより、精神科医療における権利擁護の強化と精神医療の質の向上につながることが期待されている。なお、虐待の定義については、同法第40条の3において、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（以下「障害者虐待防止法」）第2条7号1号から3号の規定、ならびに入院中の精神障害者に対

する減食や長時間の放置、然るべき業務を怠ることとして、5つの類型（①身体的虐待、②性的虐待、③心理的虐待、④放棄・放置（ネグレクト）、⑤経済的虐待）が示されている。

本研究班の初年度においては、同法施行後の虐待防止措置に関する自治体と精神科病院における実態と課題を把握するとともに、当事者の視点に関する知見を得ることを目的としたインタビュー調査を実施した。

B.方法

1. 対象

- 1) 自治体の職員（各機関2-3人程度）
- 2) 精神科病院の管理職、スタッフ（1施設につき5人程度）
- 3) 当事者（6人）

対象となる自治体の選択基準は下記の通りとした。障害者虐待防止法に基づき、厚生労働省が報告している「都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応」状況²⁾に基づき、通報数が多い順に四分位で区分し、いずれの区分からも対象機関を選出した。区分中の自治体を選出する際には、区分の中で「通報数自体が多い自治体」「通報数が少ない自治体」「通報数は多いが（自治体による）虐待認定数は少ない自治体」「通報数は少ないが認定数は多い自治体」を網羅した。さらに「障害者虐待防止の効果的な体制整備及び精神科医療機関等における虐待防止のための啓発資料の作成と普及に関する研究」³⁾において、研究協力を行った経験のある自治体と当事者であることも考慮して選出した。そのうえで、対応する自治体に所在地のある精神科病院を選定した。

また、機関の選定基準とは別に、対象機関の種別ごとに、対象者の選択基準と除外基準を設けた。

【自治体】

選択基準

- ① 自治体の職員であること。

- ② 入院中の精神障害者に対する虐待通報に基づき対応した経験のある機関の自治体の職員であること。
- ③ 研究に対する同意が得られる者。

除外基準

- ① 入院中の精神障害者に対する虐待通報等の体制を整備した部署における勤務経験がない者。
- ② 現在の所属の勤務年数が1年未満の者。

【精神科病院】

選択基準

- ① 選定した自治体と同一の自治体に設置されている精神科病院の管理職・スタッフであること。
- ② 研究に対する同意が得られる者。

除外基準

- ① 日常的に患者と接する専門資格を有する支援者ではない者。
- ② 現在の所属の勤務年数が1年未満の者。

【当事者】

選択基準

- ① 前述の研究⁴⁾の作成協力者、および作成協力者から紹介を受けた者。
- ② 権利擁護のための当事者活動に携わっている者。
- ③ 研究に対する同意が得られる者。

除外基準

- ① 精神保健福祉医療サービス従事者からの虐待の経験がある者。

2. 方法

入院中の精神障害者の虐待に係る通報等制度の当事者となる自治体の職員と精神科病院に勤務する多職種支援者(管理者とスタッフ)、ならびに当事者を対象としたグループ・インタビューあるいは個別インタビュー調査を実施するとともに、アンケート調査を行った。

調査の具体的な手順として、まず対象機関の所属長に対し、文書により調査協力を依頼し、研究への協力の諾否の回答を口頭またはメール文書で受けた。機関の長の承諾を得た

後、調査対象者に対して依頼文書、研究説明文書、同意書および同意撤回書を送付し、文書による同意を得た。その際に、本研究への参加は任意であること、研究同意の撤回が可能であること、成果の公表に際しては、対象となった自治体の区別、医療機関名、および当事者が関わる団体等の情報は公表しないことなどを口頭で説明した。

調査は、あらかじめ作成したインタビューガイドに沿って、半構造化インタビュー、対面または Web ミーティング機能を用いて実施した。アンケート調査は、文書または Web 上に作成されたアンケートフォームでの回答を求めた。

質問項目は、自治体と精神科病院の従事者に対しては、①入院中の精神障害者の虐待の防止(40条の2から40条の8)に基づく取り組み状況、②取り組みで目指していること、意識していること、③虐待通報の発生状況とその後の状況、③組織内での情報共有、④制度におけるメリット、⑤苦慮していることやジレンマ、⑥自治体や国、院内の関係者に対する要望等、とした。当事者に対しては、①制度ができたことでの期待と懸念、自治体や国、院内の関係者に対する要望等について尋ねた。

アンケート調査は、自治体および精神科病院の管理職を対象として実施し、回答は機関ごとに求めた。調査項目には、インタビュー対象者の基本属性および所属機関の概要を把握するための質問を設定した。

インタビューで得られた音声データは逐語録を作成し、質的記述的分析を行った。分析にあたっては、自治体に関する結果は演繹的に、精神科病院および当事者に関する結果は帰納的に整理した。アンケート調査結果については単純集計を行った。なお、本年度は予定している調査が未完了であるため、本分析は予備的な分析として行った。

3. 倫理的配慮

本研究は、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の対象外の研究であると判断されたが、結果の公表に関しては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た（承認番号：A2025-110）。

C.結果／進捗

調査は令和7年9月から開始され、調査を予定する機関数と調査が完了した機関数は、下記の通りである。

① 予定機関数と人数

- 1) 自治体 18（都道府県 11、政令指定都市 7）、対象人数 54 人程度
- 2) 精神科病院 20（自治体立 3、民間 17）対象人数 100 人程度
- 3) 当事者 6 人

② 調査が終了した機関数

- 1) 自治体 17（都道府県 11、政令指定都市 6）、対象者数 42 人
- 2) 精神科病院 6（自治体立 3、民間 3）、対象者数 35 人（管理職 14 人、スタッフ 21 人）
- 3) 当事者 6 人

1) 自治体に対するインタビュー調査

自治体では、精神保健福祉法の改正に伴い発出された「精神科病院における虐待防止対策に係る事務取扱要領」²⁾に基づく通報・届出・相談（以下「通報等」）における対応の流れ（図1）に則って対応を行っていた。このため本年度は、通報等対応の流れ図に沿って運用実態と対応上の課題を整理した（表1）。

(1) 通報等窓口体制と連携部署

窓口における電話対応を 24 時間 365 日行っている自治体と、平日日中対応のみの場合に分けられた。また一部の自治体においてはメール（申請フォームを含む）、郵送、FAX における通報等の窓口を整えていた。通報等の窓口業務は、自治体の担当課が一元化して担

っていた。ただし一部の通報等の受理を外部機関に委託している、都道府県・中核市保健所等の協力を得ている自治体もあった。本調査対象機関における通報等窓口担当部署数の平均は 2.5 ± 4.0 か所（中央値 1.3、最小値 1、最大値 14）、対応職員数の総数の平均は 6.1 ± 4.6 人（中央値 4.3 人、最小値 2、最大値 15）、専門職数は 3.1 ± 3.0 人（中央値 2.0、最小値 0、最大値 11）、事務職数の平均は 2.4 ± 1.4 人（中央値 2.3、最小値 0、最大値 5）であった。

自治体が通報等の対応を行う際の情報交換・情報共有先の部署には、障害者虐待防止法通報窓口、児童虐待防止法通報窓口、高齢者虐待防止法通報窓口、公益通報窓口、医療安全相談窓口、精神保健福祉センター、保健所、本庁所管課（政令指定都市の場合）、警察、弁護士が挙げられた。

(2) 通報等の受理

通報等に関わる公表項目についての全国の状況はすでに報告されている⁵⁾。本研究の対象機関における通報受理件数の平均は 139 ± 164.8 件（中央値 68、最小値 11、最大値 641）であった。

インタビューの中で挙げられた通報等の事例には、「骨折した」「殴られた」「顔面を掴んだ」「強制入院をさせられた」「隔離・拘束をされた」「ご飯がまずい」「携帯の充電器がない」

「転院させてくれない」「隔離室は気が滅入る」などのほか、明らかに妄想による訴えと思われる届出・相談もあった。これに対し自治体職員は、虐待と異なる通報等への対応の難しさや、虐待以外の窓口対応との判別困難、緊急性の可否など初動に係る責任の重さを認識していた。

(3) 事実確認と立ち入り検査

通報等に基づく事案の精神科病院を対象とした事実の確認は、「電話」「照会」「文書」の方法で行われていた。事実確認や立ち入り検

査は、保健所が実施主体になる自治体もあった。立ち入り検査で行う内容には「カルテ・資料の確認」「現場のラウンド」「関係者のヒアリング」「関係者に対するアンケート調査」「客観的証拠の確認」があった。

(4) 虐待認定

本研究対象機関の虐待認定件数の平均は、 5.8 ± 7.5 件(中央値 4.0、最小値 0、最大値 35)であった。虐待の認定の資料には「病院からの報告内容」「カルテの記載内容」「聴取した意見(複数人で同じ発言がある場合)」「カメラの映像」が用いられていた。虐待が認定された事案には、「殴る・蹴るなどの暴力行為(身体的虐待)」「大声で怒鳴る・暴言(心理的虐待)」「預かり金の搾取(経済的虐待)」「性的行為の要求(性的虐待)」「患者を半裸で放置(ネグレクト)」があった。虐待の認定の際の相談やケース会議の外部委員には、指定医(精神保健福祉センター、病院)・看護師(病院)・精神保健福祉士(病院)、弁護士等が選出されていた。

(5) 改善命令

本対象調査機関においては、改善命令を行った自治体はなかった。しかしながら、自治体が改善命令を出す場合には、患者や家族への影響、住民への影響、業務の停止がなされた場合の医療の確保、開示請求、不服申し立てなどを勘案するため、判断をすることへの葛藤が生じやすいという意見があった。

(6) 虐待と認定しない場合の対応

虐待と認定しない場合の対応は、各自治体の判断に基づき、事案の内容に応じて行われていた。具体的な対応には「虐待認定を行った場合のみ文書指導を行う」「虐待と認定しない場合であっても改善計画書や報告書の提出を求める」「外部専門家の意見を添えて文書で改善を求める」「不適切事案として口頭または文書で助言する」「次の定期監査において状況

を確認する」があった。

(7) 研修・病院との関係性の変化等

虐待防止措置の一環として、自治体が行っている研修には「都道府県と政令指定都市が共同で開催」「県独自あるいは政令指定都市独自開催」「職能団体と共同で開催」する場合があります。必要に応じて複数の病院を対象としていた。必要に応じて複数の病院を対象とした実施や、複数機関が参加する研修の実施、外部専門家を講師に招く研修を開催していた。また、精神科病院や職能団体が主催する研修会に参加する形態で行い、定期監査等で研修の実施状況を確認していた。研修に関しては、統一的なマニュアルや研修教材が不足しているという意見があった。

通報等の対応過程では、自治体は、通報等における報告徴収や立ち入り検査を通して対話を行い、通報等は処罰を目的とする性質の対応ではないこと等の説明や、今後の対応と一緒に検討していた。これらのことにより、自治体では「病院職員の患者対応の意識が向上した」「病院職員とのコミュニケーションの改善が図られた」「病院職員からの通報が挙がりやすくなった」「病院間の横のつながりができるようになった」「精神科病院の表面化しなかった課題がわかるようになった」と認識していた。

(8) 虐待の背景や通報等の影響の認識

インタビュー調査においては、虐待の発生に先行してスタッフが暴言や暴力を受けている可能性や、ケア提供量が多い患者に対するケアの負担が一部の職員に偏る可能性があるなど、虐待の発生に係る背景因子等の認識に関する発言もあった。

2) 精神科病院に対するインタビュー調査

本年度は、精神科病院に対するインタビュー調査は 6 機関で実施した。このうち先行して調査を行った 3 病院を、今年度の分析の対

象とした。対象機関の参加者は18人(管理者6人、スタッフ12人)であり、職種は医師が1人、看護師(准看護師含む)15人、作業療法士2人、精神保健福祉士等福祉職2人、心理士(公認心理師・臨床心理士)1人、経験年数の平均は21.8±7.6年(中央値20、最小10、最大36)であった。

管理職およびスタッフのインタビューでは院内で実施されている虐待防止対策、実際の通報後の対応やそれに伴う困難感が話された。特に今回の分析では制度運用に伴う課題を抽出し、管理職の分析結果を表2に、スタッフの分析結果を表3に示した。管理職のカテゴリー数は15、サブカテゴリー数は47であった。スタッフにおいては、カテゴリー数は43、サブカテゴリー数は109であった。

3) 当事者に対するインタビュー調査

当事者6人のインタビューにおいては、各対象者が当事者活動を行う中で経験したことなどが幅広く話された、このうち、虐待防止措置に対する期待と課題の認識に関するデータを抽出し、質的に分析した結果を表4に示した。抽出されたカテゴリー数は12、サブカテゴリー数は44であった。

D. 考察

本研究班では、精神保健福祉法の改正によって制度化された虐待防止措置について、今後必要と考えられる体制の整備と実効性のある運用に向けた基礎資料を得るための調査を行った。本年度においては、予定している調査がすべて完了していないが、予備的な分析結果を提示する。

1. 虐待通報制度の意義

本調査では、自治体および精神科病院において通報等制度が義務化されたことにより、自治体が精神科病院に対して報告徴収や立ち入り検査などを行うなど、虐待認定過程に相当程度関与している実態が明らかになった。

こうした関与の過程において、自治体は単に虐待事案の認定業務を遂行するにとどまらず、精神科におけるケアの構造的な複雑性への理解を深める契機にもなっていた。

精神科病院の調査では、虐待との線引きが曖昧になりやすい関わりの存在や、医療者と患者・家族間のケア認識に相違があることなどが明らかになり、精神科医療におけるケアのあり方についての理解の深化や見直しの契機となっている状況があることが推察された。また、自治体が精神科病院に関与する過程では、対話や相談を通じた相互理解の促進や、コミュニケーションの改善が見られることなどが報告されていた。

これらを踏まえると、本制度は虐待の早期発見や障害者の権利擁護の促進に一定程度寄与している可能性があった。

2. 虐待通報等事案の広範性

虐待通報等制度の義務化は、虐待の早期発見や精神障害者の権利擁護に資する可能性がある一方で、本調査では、虐待に直接的に関連しない届出が多いことが示された。具体的には、虐待以外の相談(精神保健相談や退院・処遇改善請求、医療安全相談など)に加え、入院処遇への不満や精神症状に基づく内容も含まれており、自治体職員の対応負担の増大や、徒労感につながっている実態が明らかになった。他方、通報においては、不適切ケアとの境界が曖昧な事案や、病院職員間の対立関係の解消手段として通報が用いられている可能性があることも示された。虐待防止に係る事務取扱要領²⁾では、虐待の認定が行われなかった場合(虐待以外の対応を含む)には、苦情処理窓口等の各種窓口や関係部局につながることが想定されている。しかし実際には、処遇改善や医療安全の対応と、虐待対応との棲み分けは不明瞭であることが指摘されている。

このような状況の背景には、虐待通報窓口の取り扱いに「相談」が含まれている制度設計が影響している可能性があった(「精神科病

院における虐待防止対策に係る事務取扱要領について」²⁾第4「精神科病院への報告徴収等について」では、聞き取り等により、患者本人から虐待を受けている旨等の相談があった場合は、当該患者の適切な処遇が確保されるよう、必要に応じて関係機関等と連携の上、適切に対応する旨が記載されている)。実際に、入院中の精神障害者の虐待通報等件数は、全国で6,258件であるのに対し、認定件数は260件(4.2%)となっており⁵⁾、通報等には虐待以外の多様な内容が含まれていることが示唆された。また通報等の多様性には、行政の相談窓口が複数あり、複雑化していることが関係していると考えられた。行政の各種相談窓口は、外部から見て所掌事項が必ずしも明確であるとは言えず、当事者にとって自身の困りごとに適した窓口を選択しにくい状況にあることが推察される。とりわけ背景要因が複合的である場合には、当事者が適切な窓口に適切に申し出ることができず、その結果、必要な対応が十分に行われないリスクが生じる可能性がある。

これらのことを踏まえると、通報等制度の趣旨と実効性を確保する観点から、通報等のあり方や対応体制についてさらに検討する必要があると考えられた。

3. 虐待認定の難しさ

自治体に対するインタビュー調査では、全ての自治体から虐待認定の難しさに関する発言があった。分析の結果、自治体が虐待の可否を判断する難しさの背景には「虐待認定に必要な事実確認の難しさ」「病院との関係配慮に伴う緊張」「虐待疑い事案の複雑性」「虐待認定の手続きの実務的制約」の要素が示された。

虐待は事案ごとの個別性が高く、どのような行為や発生プロセスがあれば虐待に該当するかを、一律の基準として明確に示すことが困難な性質を有している。また、事実確認の不確実性も相まって、虐待認定判断に迷いや

すい状況にあると考えられた。こうした課題に対しては、個人情報保護に十分配慮した上で、事案発生時の手続きや対応を蓄積・可視化する仕組みの整備が求められる。

また精神科病院における事実確認や虐待認定の過程では、調査を行う職員には判断負担や責任の重さが生じる一方、調査対象となる職員には心理的緊張や不安が生じるなど、両者にとって心理的負担が高いことが明らかになった。また虐待通報を一スタッフが行うことの心理的抵抗感があることも窺えた。そのため、虐待事案や日ごろのケアについて、病院内部で検討・協議できる仕組みの整備に加え、平時から虐待に関する理解の共有や対応方法について継続的に話し合える組織体制を構築することが、虐待認定判断の適切性を担保するうえで重要である可能性があった。

加えて、事実認定の方法や認定期間の長期化を防ぐ方法などの手順に関しては、一定の指針を提示する必要があると考えられた。

4. 通報等受理業務の専門性

通報受理業務では、窓口において精神障害者本人の精神症状に由来する内容である可能性や緊急対応の可否の見極め、強制入院や隔離・拘束の適否を踏まえた適切な対応が求められるため、専門的知識が必要であることが、自治体職員と当事者へのインタビューで指摘された。特に受理窓口の担当者に専門職が少なく、事務職が中心である自治体において、このような指摘がなされる傾向にあった。

自治体における対応の流れでは²⁾、虐待が疑わしい場合に担当部局会議を行うこととされており、事案の評価は専門家を含めて総合的に判断される。しかしながら実際の運用においては、通報等受理窓口の段階で、多様な通報内容を踏まえつつ、虐待の疑いの有無や対応の方向性について一定の判断が求められている状況が示唆された。このため、通報受理窓口における体制整備や専門性の確保について検討する必要があると考えられた。

5. 虐待通報等制度による自治体の対応の地域差

虐待通報等制度に基づく自治体の精神科病院への対応については、自治体ごとの対応差、同一自治体下でも事案ごとの対応差があった。このことは自治体が自認しているだけでなく、精神科病院からも、自治体に対し、体制整備とその透明性の確保を求める回答が得られた。

虐待の事実が認定された場合の改善措置については、精神保健福祉法第 40 条の 6 に基づく対応が整備されている。一方で、虐待認定には至らないものの不適切な対応が認められ、精神科病院に対し何らかの指導が必要と考えられる場合の対応については、自治体ごとの判断に委ねられている。このような状況において、行政指導を行う前段階として虐待認定したうえで改善命令を行うことは一つの方策になり得ると考えられる。しかし、改善命令による処分を前提とした措置として位置づけるのか、あるいは行政指導の一環として運用した上で、最終手段として改善命令を位置づけるのかについては、解釈や判断に差が生じる可能性がある。さらには、虐待事案において隔離拘束の不適切さが問われると予測された場合では、虐待防止措置の対応に加え、同法第 38 条の 6 による報告徴収を行う必要があるかについても解釈や判断がわかれるとも考えられた。

6. 虐待発生の背景

虐待行為の発生は容認されるものではないが、本調査では、その発生要因を行為者個人のみに戻ることが困難な課題の存在が示唆された。これらの課題は、精神科病院のみならず自治体からも指摘されており、さらに一部については、当事者からも同様の発言が得られた。

具体的には、精神科病院のスタッフが、少なからず患者からの暴言・暴力を経験していること、閉鎖的処遇や隔離処遇を余儀なくされる状況や、治療を拒否する患者への対応と

いった高負荷のケアに従事していること、さらにその負担が一部のスタッフに偏りやすいことが、本調査から明らかになった。このような高ストレス環境下では、虐待が起こりやすくなる可能性がある。したがって、虐待防止に向けた方策としては、精神科病院における人員配置の見直しや業務負担の平準化、職員が安心して相談できる組織環境の整備などが考えられる。

さらに、虐待行為者が看護職に偏りやすい構造があることも示唆された。これは、看護職の職務の性質上、患者との接触頻度が高く、日常的なケアや行動制限に関与する機会が多いことに起因すると考えられる。このような状況を踏まえ、日常的に病棟内で多職種が支援を行い、各職種が日頃の関わりについて互いに振り返る機会を持つことができるよう、多職種協働によるケア提供体制の構築を進めることが必要である。

7. 虐待通報制度の病院職員等への影響

本調査では、虐待通報制度がもたらす病院職員への影響も抽出された。インタビューでは、精神科病院のスタッフは「情緒的なケアの萎縮」「虐待通報リスクへの恐れによるケア提供の回避と偏り」「虐待加害者になることへの不安」「通報関係者特定に伴う職場内の立場の揺らぎや阻害への不安」などが語られた。スタッフの置かれている状況について管理職からも同様の発言が得られたが、スタッフにおいては、より深刻な問題として経験されていた。また、自治体も「適切なケア提供への圧力」「スタッフの消耗と相互不信の拡大」として認識しており、「職員の心的負荷への戸惑い」を覚えていた。さらに、通報等の対象となった職員は、離職する傾向にある一方で、再教育の機会がないまま新たな職場に勤めることへの懸念も示された。

虐待通報制度は、患者の権利擁護を図るために必要な制度である一方で、通報等の対象となった精神科病院においては、スタッフが

委縮し、不信感の拡大や職務意欲を阻害するなどの状況が生じたことが語られた。このことから、制度運用にあたっては、スタッフへの心理的負荷やモチベーション低下を防止するための対応についても検討する必要があることが示唆された。このような病院スタッフへの影響については、当事者からも懸念されており、権利擁護の強化と適切なケア提供の両立を図る観点をもって制度を運用することが重要になる。

また、精神科病院においては、病院組織が通報等のストレス要因に直面した時に、組織の脆弱性を克服する対応力を強化する必要がある、有効な方法の検討も論点の一つと言える。同時に、通報等の対象となり、該当する行為の評価を行う以前に離職した職員等においては、再教育を受ける機会もないままほかの職場に従事する可能性もあるため、再教育の機会の確保も検討を要する課題である。

8. 自治体と精神科病院双方の業務負担

本調査では、自治体から、通報制度の新設に伴って業務量は増えたが、人員の増員がなされていないための業務負担があることが示された。また精神科病院においても、虐待通報制度を運用するうえで、求められる対応の整備によって、業務上の負担が増大していることが明らかになった。特に通報等の対象となった精神科病院では、虐待認定がなされるまでの職員の配置や勤務調整（夜勤・休日出勤を控える）、認定後の配置転換などの人員調整の負担も増えることが語られた。

こうした状況は、双方において、平時の支援や質の向上に向けた取り組みに割くことができる時間や資源を圧迫する可能性がある。したがって、制度の実効性および持続可能性を担保する観点からは、業務量の増加に見合った人員配置や支援体制の整備について検討する必要があると考えられた。

9. 虐待防止措置に対する認識の齟齬

精神科病院は、自治体による虐待通報制度の運用に対し、病院への関与方法の不統一や不透明さがあると認識している場合があった。また自治体に対して、報告徴収や立ち入り検査を通じて評価・判断を行う機関として認識することもあり、虐待防止措置に対する自治体と精神科病院の共通認識の形成が十分に図られていない状況が見受けられた。

障害者虐待防止法で示された虐待通報の趣旨は、当初は軽微な行為であっても、見逃されることでエスカレートする傾向にあるため、障害者・支援者ともに受ける被害・加害を最小限にとどめ、利用者、職員、施設、法人の全てを救うねらいがあり⁶⁷⁾、精神保健福祉法においても、同様の対応の方向性が示されている。しかしながら、施行から日が浅い現時点においては、制度の趣旨が必ずしも実務に浸透しておらず、意図せぬ影響も生じている実態が示された。また、自治体と精神科病院の双方において、相互の状況や立場に関する理解が十分とは言えず、建設的な関係性の構築を困難にしている可能性がある。このため、双方の視点に加え、精神科医療のユーザーである当事者が、自らや仲間の経験に基づいて語られた入院医療の提供に望まれることも踏まえたガイド等により運用指針の整備を図り、相互理解の促進を図ることが求められる。

10. その他の課題

本調査からは、今後の検討を要する課題として、虐待発生要因の個人責任化、虐待防止への当事者や外部者の関与、属性横断的・包括的な対策の必要性などが示された。

本年度においては、すべての調査が完了していない中ではあるが、多岐にわたる課題が抽出された。これらは、相互に関連し合いながら、虐待の発生および対応の困難さに影響を及ぼしていると考えられた。

虐待は、これまでの制度の不備や組織文化

や労働環境に起因する課題、対人関係の課題などが包含されて起こる事象である⁷⁻⁹⁾。このため虐待防止のための万能的な解決策はなく、多層的な対応が必要とされる。それは当事者の権利擁護と精神医療の質の向上を目的として講じられるべきであり、その結果として虐待を防止することにつながると考える。そのため本研究班には、今後も多様な立場の関係者と協働しながら現状と課題の整理ならびに対応策の検討を行うことが求められる。

なお、本調査を実施したのは法施行後およそ1年半の時点であり、結果には制度開始当初の混乱が含まれている可能性がある。上記に示した論点については、次年度以降さらに検討を重ねる必要がある。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 厚生労働省：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報告書，2022
- 2) 厚生労働省：精神科病院における虐待防止対策に係る事務取扱要領について。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知（障発 1127 第 11 号）
- 3) 厚生労働省：令和 5 年度都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応状況等。（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_48024.html）
- 4) PwC コンサルティング合同会社：障害者虐待防止の効果的な体制整備及び精神科医療機関等における虐待防止のための啓発資料の作成と普及に関する研究。令和 3 年度障害者総合福祉推進事業（課題番号 28），2022
- 5) 厚生労働省：精神科病院における業務従事者による障害者虐待の状況等について。（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_68786.html）
- 6) 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部・障害福祉課 地域生活・発達障害者支援室・こども家庭庁支援局障害児支援課：市町村・都道府県における障害者虐待の防止と対応の手引き。2024（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougai-hokenfukushibu/0000211202.pdf>）
- 7) 及川江利奈，栗林一人，栗原淳子ほか：精神科における看護師から患者への暴力，虐待：スコーピングレビュー。日本看護科学会誌，42, 811-818, 2022
- 8) 今泉源，香月富士日：精神科看護職者の倫理的行動と虐待的行為に関する現状と課題。日本社会精神医学会雑誌，29(4), 271-281, 2020
- 9) PwC コンサルティング合同会社：障害者虐待防止の効果的な体制整備及び精神科医療機関等における虐待防止のための啓発資料の作成と普及に関する研究。令和 3 年度障害者総合福祉推進事業（課題番号 28），2022

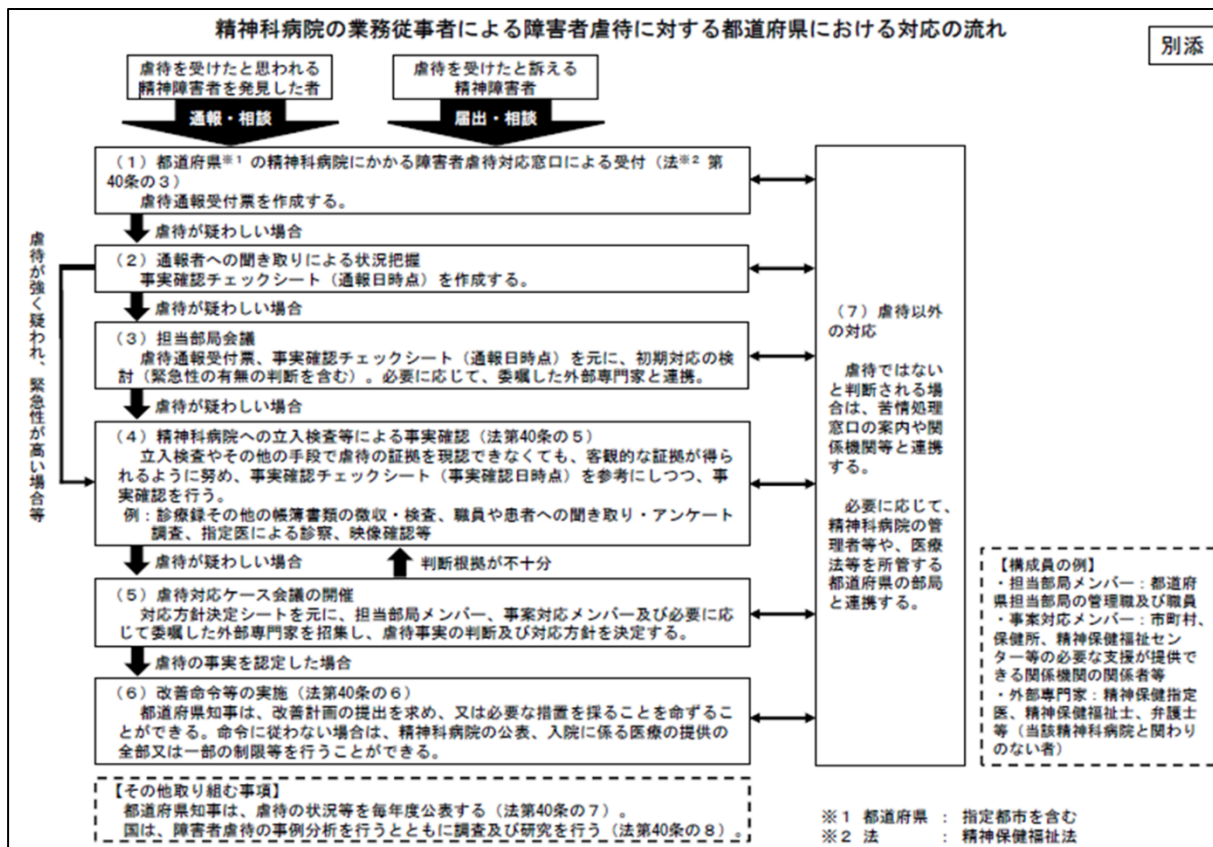


図1 精神科病院の業務従事者による精神障害者虐待に対する都道府県における対応の流れ

表1 自治体における虐待通報制度の運用上の課題

No.	カテゴリー	定義	No.	サブカテゴリー
I. 通報等の受理業務における課題				
1	通報等受理体制の未整備	自治体における虐待通報受理体制が十分整えられていないことを示す	1	運用・人員体制の未整備
			2	受理窓口における専門的知識の欠如
			3	受理対応の質のばらつき
2	通報等窓口対応上の心理的負荷	虐待通報制度の窓口業務を担う上で経験する高い業務上の心理的負担があることを示す	4	初動責任の重さ
			5	虐待と異なる通報等の可能性への対応の苦慮
			6	虐待以外の窓口対応との判別困難
			7	窓口対応の心理的負担感
			8	対人関係問題の解決手段化への憂慮
3	通報等管理業務の不確実性への苦慮	虐待通報制度の管理業務には制度上の不明確さがあり、その対応に苦慮していることを示す	9	通報等件数のカウント方法の不明瞭さ
			10	通報等受理に係る記録に対する徒労感
			11	通報実務遂行過程で生じる懸念
II. 立ち入り検査などの事実確認プロセスにおける課題				
1	虐待認定判断に必要な十分な事実確認の難しさ	虐待の認定判断に必要かつ十分な事実を確認することの難しさがあることを示す	1	証拠の不確実性
			2	通報者ほどによる調査の制約
			3	病院側要因による実態把握の困難
			4	調査体制と資源の不足
			5	定期監査における虐待発見の難しさ
2	病院との関係配慮に伴う緊張	虐待の事実確認過程において、病院職員への負担の低減、あるいは対立構造生まない対応を行う上で感じる緊張感があることを示す	6	病院側の警戒への戸惑い
			7	病院職員の心理的負荷への戸惑い
			8	病院と対立関係を生まない対応への気疲れ
			9	病院との関係性維持のための躊躇
3	実務対応における対応と調整の困難	虐待の事実確認過程において、発生する状況に対し、調整を行いながら対応することの困難さがあることを示す	10	行政内部の役割調整の難しさ
			11	新たな虐待の発覚に対する対応の難しさ
			12	離職した病院職員の再教育機会の欠如
III. 虐待認定の困難さに係る要因				
1	虐待事案の複雑性	虐待事案には、事例の持つ複雑さが虐待認定の困難さの要因になっていることを示す	1	不適切ケアと虐待の見極めの難しさ
			2	精神科治療場面と虐待との見極めの難しさ
			3	関係性や日常の文脈と虐待との見極めの難しさ
2	虐待認定実務における制度的制約	虐待認定過程において多様な制度的条件が相互に作用し、認定および対応の一貫性と適切性に影響を及ぼす要因になっていることを示す	4	認定実務に関する参照資料の不足
			5	虐待行為者による行為の否定
			6	病院との関係性維持のための躊躇
			7	虐待認定における頑健的な証拠の必要性
			8	認定までの期間の長期化
			9	国外在住者との医療制度認識の齟齬への対応の難しさ
IV. 虐待以外の対応における課題				
1	行政指導の役割の不明瞭さ	虐待通報制度の対応過程で行う精神科病院に対する対応には不明瞭さや限界があり、自治体の役割が不明瞭に感じられることを示す	1	行政指導の位置付けの不明瞭さ
			2	行政指導の実効性の限界
2	関連制度・対応領域との	虐待対応と処遇改善や医療安	3	処遇改善と虐待の棲み分けの不明瞭さ

境界の不明確性	全相談といった関連する制度・対応領域との間で、対象事案の位置づけや所管の区分が明確でないことにより、対応方針や担当の判断が困難となる状況があることを示す	4	医療安全相談対応との棲み分けの不明瞭さ
V. 虐待の背景因子			
1	病院組織の構造的問題	虐待が起こる背景には、病院組織の構造や文化の課題があると思われることを示す	1 精神科病院特有の文化 2 精神科病院特有の組織構造 3 病院の人員体制の不足
2	行動上の問題を扱う精神科臨床の高負荷環境	虐待が起こる背景には、精神科臨床の高付加環境があると思うことを示す	4 病院職員の被暴力経験 5 病院における対応の難しい患者のケア
VI. 虐待通報制度の負の影響			
1	病院職員の通報リスクへの不安に伴うケア実践の制約	虐待通報制度を運用することによって、虐待通報の対象となることをおそれるために、病院スタッフのケアの意思決定や実践に制約を引き起こすことを示す	1 通報の対象となることに対する病院職員のおそれ 2 患者と病院職員の意思不一致による通報リスク
2	病院職員の消耗と相互不信の拡大	虐待通報制度を運用することによって、熱意のあるスタッフほど不利益を被る状況や、職場内の人間関係の悪化などが生じることを示す	3 高関与職員の消耗構造 4 病院内の人間関係性の悪化
3	個人責任化による組織課題の未解決	虐待通報制度を運用することによって、病院が組織の問題を解決せずに、スタッフ個人の責任追及にとどまりがちになることを示す	5 病院における虐待発生の個人責任化 6 病院組織的問題への未着手

表2 精神科病院管理者からみた虐待通報制度に関する課題感

No.	カテゴリー	定義	No.	サブカテゴリー
I. 虐待通報制度の運用がもたらす本来の目的に反した課題				
1	虐待通報制度の本来の意図に反した臨床現場への副次的影響	虐待通報制度の本来の意図に反して、制度が正しく利用されなかったり、過度に管理的になることでおきる組織やスタッフへの負の影響を示す	1	スタッフが虐待を疑われることを恐れて萎縮することへの懸念
			2	対応が監視強化へと向かうことへの懸念
			3	認定後の業務負担を回避するために通報に消極的になる可能性
			4	通報制度を私的に利用することへの懸念
			5	自治体による立ち入り調査による過度な圧力
2	虐待通報への対応によっておきる病院組織への負担感の増大	虐待通報制度を運用するうえで、求められる対応によって病院組織にかかる業務上の負担が増大していることを示す	6	虐待通報制度運用に対する現場の負担感
			7	通報を契機におきる複合的な問題への組織的対応の困難さ
			8	虐待通報を契機とした人員欠員による病棟の業務負担の増大
			9	虐待通報を契機とした勤怠管理に伴う困難さ
			10	自治体の病院体制への理解不足によっておきる業務負担の増大
II. 虐待防止に向けた組織風土を醸成する際の課題				
1	虐待通報制度の運用に向けた病院側の体制の未確立	管理者の役割に関する規定など、虐待通報制度を運営するための体制がまだ整っていないことを示す	1	虐待防止に向けた体制における管理者役割の不透明さ
2	スタッフ間で虐待関連事案を扱うことに対する負担感	病棟のスタッフ間で虐待の話題について取り扱うことがスタッフの心理的負担となっていることを示す	2	虐待関連事案について話す病棟風土の未確立
			3	不適切ケアを指摘することに対する負担感
3	虐待防止対策に関するコメディカルとの連携の障壁	虐待防止対策の活動にコメディカルが積極的に参加することに対する阻害要因を示す	4	コメディカルの虐待防止の取り組みに対する受け身の姿勢
			5	コメディカル同士の対等な関係構築の難しさ
III. 虐待防止や事案が発生する背景に対人関係形成が影響することへの課題				
1	虐待関連事案の背景にある病棟内の人間関係に起因する問題への対応への複雑さ	普段のスタッフ間の人間関係のわだかまりが顕在化することで対立を生み、組織対応が複雑になることを示す	1	虐待関連事案を契機とした人間関係の対立のリスク
			2	根底に築かれている人間関係のわだかまりが虐待通報を契機に顕在化
			3	虐待事案に内在する複雑な人間関係要因への対応の困難さ
2	虐待の発生に影響する可能性のある精神科特有の組織文化	精神科病院特有の関係形成や患者からの暴力のリスクが精神科特有の組織文化を生み、虐待の発生に影響している可能性を示す	4	精神科特有の患者看護師関係形成が病棟風土の固定化に影響
			5	暴力・暴言のリスクにさらされ適切な支援のないケア環境
			6	関わりの偏りによっておきる患者看護師関係の固定化
IV. 虐待通報制度運用に関連する病院の体制整備に向けた課題				
1	虐待通報関係者の処遇やサポート体制の未確立	虐待(疑いも含む)事案が発生した際に想定される、関係者への組織的対応の整備不足を示す	1	虐待(疑いも含む)事案に対する処分が未確立
			2	虐待通報後の関係者へのサポート体制の不足
			3	虐待加害者に対する再教育体制の未確立
2	事実確認のプロセスで発生する判断や配慮に	事実確認をしていく過程での判断の難しさや関係者に対する	4	頑健的な証拠のない事実確認の難しさ
			5	得られる情報の質によって変わる虐待判断の困難さ

	関する手順の未整備	る配慮に関する手順の整備不足を示す	6	事実確認を実施する際のスタッフに対する配慮の不足
3	通報当事者同士の中立性を保ちつつ個人情報保護することへの規定の未整備	通報者と虐待疑いのある対象者が同一病棟に存在するリスクが高く中立性を保ちつつ双方を保護することの困難さを示す	7 8 9	通報当事者同士が同一病棟にいて起きるリスク 虐待疑義職員の保護の困難さ 通報者保護の困難さ
4	虐待判断基準があいまいなことによる予防的介入の難しさ	虐待判断基準は状況に応じて変動するため、早期に気づき組織的対応をすることの困難さを示す	10 11 12	不確実な虐待兆候に対する組織的対応の困難さ 主観により虐待判断基準が変動することによる自覚のしづらさ 医療提供と虐待行為の区別のしづらさに対するジレンマ
5	虐待防止に関する意識を高める研修体制整備の未整備	虐待通報制度を正しく理解し組織的に虐待防止の意識を高めるための研修体制が十分に整備されていないことを示す	13 14 15 16 17 18	自治体主導の研修の不足 院内での研修体制の未整備 指定医を対象とした虐待防止に関する教育の不足 虐待に対する理解を深めるための事例を用いた研修の不足 多職種を対象とした研修体制の未整備の 虐待に対する意識化を図るアプローチの不足

V. 虐待通報制度運用に関する自治体と病院の相互的な連携体制に関する課題

1	自治体による虐待通報制度運用体制の未確立による病院側の混乱	自治体による虐待通報制度運用体制が確立されていないことで、対応を求められる病院に混乱が生じていることを示す	1 2 3	自治体の虐待認定プロセスの不透明性 自治体の虐待通報制度運用体制の未整備 虐待通報制度運用に関する自治体と病院の認識の齟齬
2	自治体による一方方向性の虐待通報制度運用に対する病院側の困惑	自治体による虐待通報制度運用が一方方向性で画一的なために共通認識がもてずに病院が困惑していることを示す	4 5 6	自治体による一方的な虐待認定に対する病院側の不信感 自治体による一方方向性の画一的対応への抵抗感 虐待通報に対する病院と自治体双方の共通認識の未確立
3	通報後の改善に向けた自治体との連携体制の未確立	病院内の虐待防止対策を推進するために自治体の介入やコミュニケーションが求められるが、それを可能にする連携体制が整っていないことを示す	7 8	病院の透明性を図ることを目的とした自治体による積極的介入の不足 虐待通報後の運用に関する自治体と病院のコミュニケーション不足

表3 精神科病院職員からみた虐待通報制度に関する課題感

No.	カテゴリー	定義	No.	サブカテゴリー
I. 虐待に影響する可能性のある精神科特有のケア構造の課題				
1	病棟のパターンリズム文化に内在する統制的ケア役割形成の問題	病棟パターンリズムが、厳格対応という実践を正当化・固定化し、再生産している問題があり、その結果として、不適切ケアや虐待的関わりが生じること、さらに上下関係文化や役割期待がそれを支えてしまっている構造的問題を示す	1	病棟規範維持構造の中で正当化・固定化される厳格対応役割の問題性
			2	厳格対応に内在する不適切ケア・虐待化の可能性
			3	ケアにおける役割期待と上下関係文化への疑問
2	精神科特有の高ストレス環境下でのケア実践場面に内在する虐待発生リスク	拘束・隔離など強い介入場面において、ストレスの蓄積や判断の迷いが重なり、不適切言動や暴力、ひいては虐待が発生しやすいという「実践レベルのリスク構造」を表す	4	精神科特有の高ストレス環境下による不適切言動リスク
			5	精神科治療に内在する暴力発生リスク
3	患者の意思とケアの現実的制約に伴う実践上の困難	非自発的入院や隔離が必要なケースなど、現実的制約の中で関係構築や合意形成が困難である状況を示す	6	ケアが困難な事例に対する対応の限界とジレンマ
			7	治療同意が得られにくい状況での関係形成の難しさ
4	精神科における人的・環境的資源の制約がもたらす実践・安全確保上の困難	精神科における人員不足や勤務体制制約が、同性ケアの実現困難や行動制限の長期化、環境調整不足を招く、安全確保状の困難感やジレンマを生む状況を示す	8	人員配置制約による同性ケア体制実現の困難
			9	人員不足による行動制限長期化の問題
			10	個別化された適切なケア環境提供の困難
II. 虐待防止対応・関係者保護をめぐる病院体制整備の課題				
1	虐待通報における権利保障と保護体制の未整備	通報者の権利や安全を保障する制度・見解が組織内で十分に確立されておらず、実際に関係者保護が機能させるための体制が未整備である課題を指す	1	通報しやすい組織体制作りの課題
			2	通報者の権利保障のための体制的未整備
2	虐待対応を支える関係者保護意識と組織見解の未確立	関係者保護に関する価値の共有と、組織としての課題認識・目的の統合が未確立であることに起因する構造的課題を指す	3	虐待問題に対する組織全体の認識・目的共有の必要性
			4	虐待対応におけるあらゆる関係者の保護意識の必要性
3	虐待対応を支える組織体制・マニュアル運用体制の未整備	法改正や実際の事案を契機に顕在化した組織としての体制や、虐待の関係者を保護するための組織的な運用整備に関する課題を指す	5	法改正に対応した組織体制整備の未成熟
			6	虐待防止・通報対応マニュアルの未整備と運用不全
			7	関係者保護に関するマニュアル・体制の未整備
4	虐待通報後の組織運営・人的対応の課題	虐待通報の発生に伴い、通報当事者や関係職員の業務停止や勤務調整、窓口担当者への負担集中、組織全体への長期的影響への対応の難しさが生じることに対応可能な組織運営・人的対応の課題を指す	8	虐待対応担当者の負担軽減のための実務運用体制の不足
			9	虐待通報後の勤務調整対応がもたらす人的資源の逼迫
III. 病院の虐待通報後対応プロセスの未確立				
1	関係者保護を可能とする公正な調査プロセス実施の課題	虐待通報事案に対する調査において、事実関係の適切な把握と公正性を確保すると同時に、調査対象となる職員に過度な心理的負担や脅威を与えないよう配慮する必要がある中で生じる課題を指す	1	職員保護に向けた公正かつ支持的な調査プロセスの必要性
			2	虐待疑い事案における綿密な事実・意図確認の必要性
			3	不適切行為への上司の指導力の不安定さ
			4	虐待通報調査を契機とした管理者による再教育の実施困難

			5	調査対象職員に脅威を与えない公正な調査方法・環境の確保
2	関係者保護と透明性の狭間に生じる倫理的ジレンマ	関係者保護の必要性から情報共有範囲が限定され、「保護」と「共有」の両立が困難であるという葛藤を示す	6	関係者保護と情報共有の両立におけるジレンマ
3	虐待通報対応および情報共有プロセスの不透明性による停滞	通報経路、連絡窓口、対応フロー、情報共有の範囲やタイミングが不明確であり、委員会内に情報が閉じるなど、情報循環が滞ることによる組織としての透明性と説明責任の課題を表す	7	虐待通報および通報後対応プロセスの不透明性
			8	情報共有プロセスの未確立と伝達不足による現場の混乱
			9	情報共有の制約に起因する対話の困難性
IV. 虐待とケアの境界の不確実性によって揺らぐ判断と実践の停滞				
1	虐待判断基準の曖昧さによる主観的認識の偏り	虐待の定義が曖昧で主観に依存する一方、判断が容易な「明確な暴力」に認識が偏る傾向があることを示す	1	虐待定義の不明確さによる判断の不確実性
			2	明確な虐待と曖昧な虐待の認識の偏り
2	虐待判断基準未整備下における早期発見・対応の遅延	虐待の有無を判断する基準が組織内で十分に整備・共有されていないことにより、現場における虐待の早期発見および適切な対応が遅れるという課題を指す	3	虐待判断基準の未整備による発見・対応の遅れ
3	虐待との線引きが曖昧な慣習的関わり是正に向けた基準明確化の要請	慣習や関係性、組織文化が虐待認識に影響する中で、それを越えた厳格な基準の確立・浸透が求められる課題感を示す	4	関係性・組織風土による慣習的関わりと不適切ケア認識との葛藤
			5	曖昧事案に対する厳格な虐待認識の確立と浸透の必要性
4	ケアの正当性と虐待認識の境界をめぐる倫理的葛藤	必要なケアや強制的介入が虐待とみなされる可能性、患者・家族との評価のずれ、軽微事案通報への違和感など、ケアの正当性と虐待認識の境界をめぐる倫理的葛藤を示す	6	必要なケアと虐待との境界の曖昧さに伴うジレンマ
			7	患者の意向に沿わないケアが虐待と受け取られる可能性に対するジレンマ
			8	医療者と患者・家族間のケア認識の相違
			9	過剰な虐待通報への違和感
V. 虐待通報制度がもたらす多層的な心理的負荷				
1	同僚関係に起因する通報に対する感情的葛藤	仲間意識や周囲の評価への配慮が通報判断に影響し、感情的・関係的葛藤を生じさせ、通報が「関係を壊す」ことになり得るという緊張を示す	1	同僚を通報することへの抵抗感
			2	周囲の反応を考慮した通報判断の葛藤
2	通報責任の個人化に伴う心理的負担	判断と責任が個人に委ねられる構造の中で、即時通報への迷い、内的葛藤、躊躇が生じ、個人通報が「個人の責任」という認識に基づくためらいを示す	3	個人通報のためらい
			4	虐待目撃後の即時通報判断における心理的葛藤
3	社会的圧力への恐れによる通報抑制	病院評価、報道影響、報復不安など、組織的・社会的圧力に対する恐れや不安が通報行動を抑制することを表す	5	病院評価低下への懸念による通報の躊躇
			6	通報者保護の不安による消極的姿勢
4	虐待判断の不確実性に起因する通報行動の抑制	虐待か否かの判断基準が曖昧であることにより、現場において通報の是非を判断することが困難となり、その結果として通報行動に対する躊躇いや抵抗感、心理的負担が生じる状況を指す	7	虐待判断が曖昧な状況における通報判断の困難感
			8	虐待判断の曖昧さに起因する通報への抵抗感
5	虐待目撃と通報判断に伴う心理的負担	判断・目撃・通報という行為そのものが、個人に強い心理的負荷を与えるため、通報は倫理的行為である一方で、精神的リスクを伴うことを示す	9	通報判断の個人依存による負担感
			10	虐待目撃体験に伴う心理的負担
			11	通報者に生じる深刻な心理的影響

6	通報制度の運用過程がもたらす負荷	通報制度の運用過程(調査・窓口対応)が、職員に構造的な負担をもたらしていることを表す	12 聞き取り調査を受ける心理的負担 13 虐待対応担当者に集中する過重負担 14 組織方針による職員への負荷
VI. 職場の信頼関係を揺るがす虐待通報の影響			
1	虐待疑念がもたらす職場内の心理的安全性の揺らぎ	虐待という概念の重さや疑念の存在が、職場に監視的雰囲気を生み、心理的安全性を低下させるため、通報制度は職場文化そのものにも影響を及ぼすことを示す	1 虐待通報事案がもたらす職場全体の混乱 2 『虐待』という語の強さによる現場の萎縮 3 虐待疑念がもたらす職場の心理的安全性の低下 4 同僚監視に伴う心理的負担
2	虐待通報がもたらす職場内関係性の揺らぎ	虐待通報は単なる「報告行為」ではなく、職場の信頼構造そのものを揺るがすきっかけとなってしまうことを示す	5 虐待通報が引き起こす職員間関係悪化への懸念 6 通報対象者に対する職員間の不信感の発生 7 通報後の情報不足が招く憶測による職場雰囲気悪化 8 親密な職員関係による相互擁護への懸念
3	虐待疑惑をめぐる立証困難性と職場内関係への影響不安	虐待疑惑が生じた際に、それを否定・証明することの困難さや、通報・疑念に伴う職場内での立場変化への不安を示す	9 虐待疑惑を否定するための証明の困難性への不安 10 通報関係者特定に伴う職場内立場の揺らぎや疎外への不安
VII. 虐待防止意識の内面化を阻む認識・心理構造			
1	立場による制度理解の不均質と実感の欠如	現場意識や教育的背景、経験により認識やイメージにばらつきがあり、制度が「知識」としてはあるが、共有された実感になっていない状態を示す	1 虐待通報制度と現場意識とのギャップ 2 人権意識の個人差・職種差による対応困難 3 教育的背景の差異による虐待対応の不均質 4 通報プロセスの経験不足による実感の欠如
2	個人に内在する否認と忌避感	虐待には触れにくい話題化しにくいという個人の認識によって否認や忌避感が生じることを示す	5 虐待否認に基づく過度な組織信頼 6 当然の規範による意見表出の抑制 7 虐待話題に対する心理的忌避
3	自己認識と他者評価の乖離による虐待防止意識の維持困難	医療者が自らのケアを適切と認識している一方で、他者からは虐待として捉えられる可能性があるという評価の乖離に起因する課題を示す	8 自己認識と他者評価の乖離による指摘困難 9 虐待防止意識の持続困難
VIII. 多職種体制の構造的不均衡と組織風土がもたらす虐待防止実践の制約			
1	多職種体制に内在する虐待対応責任の不均衡	虐待対応が職種ごとに均等に担われておらず関与の濃淡を生んでおり、リスク認識・責任・役割が偏在し、結果として責任の所在が曖昧化していることを示す	1 職種間における虐待リスク認識の偏在 2 多職種連携下における人的配置構造の脆弱性 3 業務適性意識による虐待対応業務の選別 4 医師との意思決定過程におけるケア職員の意見表明困難
2	虐待防止文化のための組織風土の醸成の課題	組織文化が虐待発生に影響しており、防止文化の形成を可能とする組織風土の醸成が必要であるとする課題感を示す	5 病院の組織風土による虐待発生の可能性 6 虐待防止を支持する組織風土の醸成が必要
3	虐待防止に関する多職種の認識・関係性の課題	虐待防止に関する認識や当事者意識が職種間で共有されておらず、多職種間の関係性が実践を制約していることを指す	7 職種間における虐待リスク認識の偏在 8 コメディカルの当事者意識の醸成の必要性
4	虐待をめぐる発言を阻害する組織力動の影響	病院のトップダウン構造や相談ルートの不備により「声を上げにくい」組織構造の問題	9 ハラスメントの恐れによる職員間の指摘のためらい

響の課題感	題があることに対する課題感を示す	10	管理職の姿勢による職場の話しやすさへの影響
		11	若手職員の意見表出・問題提起の困難感
		12	上司への意見伝達ルートの未整備
IX. 虐待通報制度に対するリスク認識がもたらすケア実践の抑制と職場関係の不安定化			
1	虐待通報制度・法規制がもたらすケア実践の萎縮と変容	通報制度や法規制への懸念により、ケアが萎縮・回避されるなど実践に対する消極的・否定的な変化が生じることを示す	1 虐待通報制度・法規制がもたらす情緒的なケアの萎縮 2 虐待通報リスクへの恐れによるケア提供の回避と偏り
2	虐待通報制度に対する不信と不公平感に基づくリスク認識	虐待通報制度の運用に対する不信感や不公平感、ならびに冤罪リスクへの懸念から形成される防衛的な認識を指す	3 虐待通報において患者の訴えが優位となることへの懸念 4 虚偽通報・冤罪による不利益への不安
3	虐待疑惑をめぐる立証困難性と職場内関係への影響不安	虐待疑惑が生じた際に、それを否定・証明することの困難さや、通報・疑念に伴う職場内での立場変化への不安を示す	5 虐待疑惑を否定するための証明の困難性への不安 6 通報関係者特定に伴う職場内立場の揺らぎや疎外への不安
X. 患者暴力への対応と虐待認識の狭間で生じるケア実践における負担と葛藤			
1	患者暴力が職員に及ぼす心理的影響と虐待誘発のリスク	精神科特有の患者暴力によって職員の心理的負担が生じ、その結果として生じ得る虐待行為のリスクが高まるといった暴力→負担→虐待誘発の連鎖構造があることを示す	1 患者からの暴力・暴言による職員の精神的負担と無力感 2 精神科医療における患者暴力の存在と対応の困難さ 3 患者暴力が虐待行為を誘発する可能性の認識の必要性
2	患者暴力への対応における虐待認識をめぐる葛藤	患者暴力に対応する中で、適切な対応が虐待と受け取られる可能性と透明性確保との間に起こる葛藤を示す	4 患者暴力への対応が虐待と誤認されることへの懸念 5 患者暴力への対応と透明性確保とのジレンマ
XI. 虐待通報対応における自治体制度・運用の不統一と適切な関与の課題			
1	自治体による虐待通報制度の体制整備の必要性	虐待通報制度におけるガイドライン、通報方法、調査体制、フィードバックなど制度設計の課題を示す	1 自治体間のローカルルールによる対応格差と統一ガイドラインの必要性 2 自治体の通報・調査プロセスの体制整備と透明化の必要性 3 虐待通報制度の改善とフィードバック体制の必要性
2	自治体による調査対応と医療機関との連携に関する課題	行政の対応スピード、病院との情報共有、患者対応など調査運用上の問題を示す	4 自治体対応の遅延による調査への影響への懸念 5 自治体と医療機関間の指導・通知の齟齬 6 調査結果の患者への対応および指導の必要性
3	行政対応への不信感と現場理解に基づく関与における課題感	行政の現場理解不足、聞き取り対応への不満があり、実地調査によって虐待の背景を理解してほしいという信頼関係・関与に関する問題意識を示す	7 実地調査による行政における現場や背景理解の必要性 8 自治体の聞き取り対応への不信感と配慮の必要性
XII. 虐待防止に向けた医療従事者教育・研修体制構築の必要性			
1	虐待防止研修の参加機会の保障と実施体制の課題	変則的な勤務形態にも配慮した研修機会・参加方法・継続実施など研修体制そのものの課題を示す	1 虐待に関する学習機会の不足 2 勤務形態による虐待関連研修参加の困難 3 e ラーニング等を活用した研修体制拡充の要望

2	虐待防止に向けた医療従事者の自己マネジメント教育の必要性	医療者の感情コントロール・自己マネジメント教育の必要性を示す	4	感情コントロールのための自己マネジメントに関する教育の必要性
3	疾患特性理解と援助方法に関する研修の必要性	臨床知識・ケアスキル教育の必要性を示す	5	疾患特性の理解と援助方法に関する研修の必要性
4	自治体主導による多職種参加型の虐待防止教育体制構築の必要性	虐待防止を個人や単一職種の教育ではなく多職種教育として行う必要性を示す	6	虐待防止研修参加における職種間の偏り
			7	自治体主導による虐待防止に向けた多職種参加型研修の必要性
			8	職種横断的な虐待防止教育カリキュラムの必要性

表4 当事者からみた虐待通報制度に関する期待と課題感

No.	カテゴリー	定義	No.	サブカテゴリー
I. 虐待や不適切ケアが生じる背景要因				
1	通報までの障壁	通報に至る前に存在する、虐待の認知や自覚の困難さや、通報による改善への期待を持ってない状況を示す	1	症状により、虐待を受けてもそれと判断できない状況
			2	本人が通報すること、希望持つことを諦めさせる制度的な問題の存在
			3	「虐待」という言葉のイメージと実態の乖離
2	虐待の背景にある社会的、構造的課題	虐待や不適切なケアの背景となる、精神科病院を取り巻く社会的、構造的な問題の存在を示す	4	虐待を成立させる組織的な背景
			5	虐待や不適切なケアの背景にある管理体制の問題
			6	虐待や不適切なケアの背景にあるジェンダーの問題
			7	不快な環境、アメニティの問題
3	精神科医療の特性、閉鎖性に伴う課題	精神科医療における拘束や強制的な対応といった治療的介入の存在、精神科病棟の閉鎖性により、不適切なケアと治療上の対応の境界が曖昧になっている状況を示す	8	虐待とも見做しうる医療的処遇の存在
			9	病院外に参照枠を持ちづらいことによる、患者、スタッフ双方の違和感の馴化
II. 法改正に伴う期待				
1	法整備による虐待防止の実効性	法整備により、組織構造やスタッフの意識が変わること、明確な通報ルートができて通報が促進されることなどにより、虐待の早期発見や虐待防止の取り組みが促進されることを示す	1	明確な通報のルートの整備
			2	処遇改善に当てはまらないケースへの対応可能性
			3	通報者保護の明文化による通報の促進
			4	罰則の抑止力としての効果
			5	管理者の行動変容へのプレッシャー
			6	トップダウンの組織構造からの変容
			7	虐待の早期発見への寄与
			8	虐待に対する意識の醸成、取り組みの促進
			9	精神科病院に外部者が関わる契機
2	虐待防止を超えた医療の質の向上	虐待防止の取り組みや通報後の支援の改善や質の向上を通じて、スタッフの倫理的感受性の高まりや権利擁護の促進により、精神科医療自体の質が向上することを示す	10	スタッフの倫理的感受性の向上
			11	通報を契機とした支援の改善、質の向上
			12	根本的な質の引き上げへの意識向上
			13	権利擁護への寄与
III. 現行の虐待防止策への懸念				
1	窓口の体制、人材の適切性	通報窓口の設置機関や対応する人材が不適切な場合、制度が形骸化し本来の権利擁護のための機能を果たせないことを指す	1	適切に対応がなされないことによる制度の形骸化
			2	不適切な通報先の設定
			3	病院との利益相反関係を背景とした所管自治体の立場の適切性の問題
			4	通報先の職員の人材育成、専門性の問題
2	通報制度の不適切な利用	対人葛藤における攻撃の手段として用いられるなどの不適切な利用や、それによって救済されるべき人が対応されなくなることを示す	5	対人葛藤の結果としての通報利用
			6	制度の悪用によって救済されるべき通報が対応されないことへの懸念
3	不十分な通報者の保護およびフィードバック	通報者保護や通報者へのフィードバックが不十分だと通報者が守られず、また尊重されないことを示す	7	不十分な通報者へのフィードバック
			8	不十分な通報者保護体制

4	認定や処罰への過度な 焦点化による制度の硬 直化	虐待認定や処罰を目的化する ことにより、自治体と病院が一 方的な関係になり、建設的な 対話による医療の質の向上に つながらないことを指す	9 虐待認定の目的化 10 処罰に傾くことによる対話的な改善検討機会の喪失
5	制度濫用の副作用とし ての医療の質の低下	制度が適切に運用されなかつ た結果、ケアへのエフォートが 低下したり、現場が萎縮した り、通報対象となった組織やス タッフの再構築が困難になるこ とにより、却って医療の質が低 下してしまうことを示す	11 通報に伴う業務の増大によるケアへのエフォート低下 12 無実の主張が無自覚の加害性と解釈されることへのス タッフの恐れ 13 現場の閉塞感や消極的な態度につながる可能性 14 通報された組織やスタッフ個人の立て直しの困難さ
IV. 今後に向けた提言			
1	虐待防止の取り組みに 第三者が関わるスキ ーム	精神科病院の閉鎖性、自浄作 用への懸念に対し、当事者や 精神科の専門性を持たない第 三者が関与することで虐待防 止に外部の視点を取りこむこ とを指す	1 虐待防止への当事者の関与 2 虐待防止への精神科医療の専門外の者の関与 3 第三者によるフォローアップ 4 閉鎖的な環境に対する外部の目の導入 5 他の障害分野における実践例の参照 6 病院の自浄作用への懸念、自浄作用を前提としない 仕組み
2	属性横断的、包括的な 虐待防止策	虐待防止の制度を精神科医療 独自のものではなく、属性横断 的、包括的な制度に再設計す ることを示す	7 障害者虐待防止法の枠組みではなく、精神保健福祉 法の中での対応であることへの違和感 8 属性ごとではなく、虐待を包括的に捉えて対応してい く必要性