

【研究区分：若手奨励研究】

研究テーマ：突然死で家族を失った精神障害者遺族と医療者の対話プログラム開発のための探索的研究	
研究代表者：保健福祉学部 保健福祉学科 人間福祉学コース 准教授 澤田千恵	連絡先：casano@pu-hiroshima.ac.jp
共同研究者：大学教育実践センター 教授 岡田高嘉	
<p>【研究概要】</p> <p>アメリカでは、「Sorry Works!」という謝罪と情報開示のプログラムを医療機関が導入することで、医療サービスの質が向上し、訴訟も大幅に減少したことが報告されている。本研究は、わが国の精神科医療機関においても同様のプログラムを導入する可能性を探るために、遺族対応の現状と課題を明らかにすることが目的である。精神障害者遺族・家族や専門職を対象にしたインタビュー調査を行った結果、遺族対応を阻む要因として、生物医学モデル、診療報酬制度、病院や病院協会の訴訟対策、遺族ケアの不在等があることがわかった。</p>	

【研究内容・成果】

1. 研究の背景・目的

アメリカでは「Sorry Works!」という謝罪と情報開示のプログラムを医療機関や保険会社が導入することで、訴訟が大幅に減少したという (Wojcieszak, Saxton and Finkestein 2010 = 2011)。このプログラムに取り組むことを通して、医療スタッフ・遺族の双方にとって、心のケアが促進され、医療安全と医療サービスの質が高まるとされている。本研究は、精神障害者遺族と精神科領域の専門職が対等な立場で対話するためのしくみやプログラムについて検討するために、両者へのインタビュー調査を行い、対話を阻む要因を明らかにすることが目的である。

2. 研究方法

まず、統合失調症等の精神疾患により治療を受けていた家族を突然死や自死により亡くした遺族3組と、家族会を主宰する家族1名へのインタビューを行った。これらのデータをもとにインタビューガイドを作成し、精神科医5名、薬剤師1名へのインタビューを行った。インタビューは所属キャンパスの研究倫理委員会を受審し、承認を得てから実施した。インタビューの内容は対象者の許可を得て録音し、すべて文字起こしした。質的研究方法に基づいてオープンコーディング、コードの類似性に基づくカテゴリー化、全体の解釈という手順で分析した。調査協力者の概要は表1の通りである。

表1 調査協力者の概要

ID	立場	年代	その他の情報
1	遺族（母親）	50	精神科に通院していた息子が自宅で突然死した
2	遺族（母親）	50	精神科病院に入院中の息子が外泊中の自宅で自死した
3	遺族（父親・母親）	70	精神科病院に入院中の息子が保護室で自死した
4	家族（父親）	70	息子が精神科病院に通院中。家族会を運営している
5	精神科医	60	クリニック院長
6	精神科医	50	クリニック院長
7	精神科医	50	総合病院精神科勤務
8	精神科医	50	クリニック院長
9	精神科医	40	精神科病院勤務
10	薬剤師	30	精神科病院勤務

3. 結果

精神疾患の患者は「病識がない」、又は「自他に対して危険だ」という観念が存在する。このような観念を前提に、精神科医療は、身体疾患の医療から明確に区別され、特別の原理

が適用されてきた。つまり、入院医療中心主義であり、これにより通信の制限、隔離（閉鎖）・身体拘束といった問題が発生する。このような観念は生物医学モデルとも結びついており、精神疾患は不可逆的な脳の疾患であり、向精神薬による治療を「強制的にでも」行わなければ「廃人化」といった疾患観・治療観へとつながってきた。インタビューをした精神科医らの中にはかつて自分もこのような考えに基づいて、パターンリスティックな態度で治療を行っていたと語っている人が複数存在した。

遺族や家族の語りからは、薬に関する説明が十分に行われていないことや、薬が効いていないと思えたり、副作用で本人が苦しんでいたことなどについて、家族が主治医に伝えても、対応してもらえていないことがわかった。薬の処方については医師の裁量権が強く、医薬品添付文書を逸脱する処方が行われている場合もあった。精神科医へのインタビューから、そのような対応を精神科医がとる理由として、先に記した疾患観・治療観が影響していることがわかった。さらに、診療報酬制度の制約により、短時間診療とならざるを得ず、薬の調整に終始しがちな診療の弊害が表れてもいた。遺族の側は、すでに普段の診療の時から診療に対する不安や不満を感じていたともいえ、患者本人や家族が相談に乗ってもらいたい時に相談に乗って困っていることへのアドバイスをもらうといった基本的なやりとりがうまくいっていないと思えるケースが少なくなかった。

4. 結論

患者が亡くなった際の適切な遺族対応とは、存命中の治療における十分な説明や相互理解からスタートしている。患者の死に直面することは、医療者にとっても衝撃的な出来事であり、遺族とともに死を悼んだり、話し合う機会を持ったりすることが必要である。しかし、それらは病院業務として位置づけられておらず、むしろ訴訟対策の文脈で遺族対応がなされているため、遺族の不信感を強め、紛争へと発展していた。

以上にみてきた事態は、憲法（人権保障）との関係でも問題となる。日本国憲法第13条は、個人の尊重（個人主義）を謳い、そのためには個人が自律的に自己の生き方を決定する権利が必要と解される。いわゆる自己決定権である。医療の現場で今日重視されているインフォームドコンセントは、この自己決定権に仕える。精神科医療の現場で、いかにして患者の自律的に生きる権利（自己決定権）の保障を実現すべきか。これが長年軽視されてきたという事実を単に批判するのではなく、患者とその関係者との協働と対話によって、実現する途を模索する必要がある。

医師の側からすれば、「できるかぎりのことをやっている」ことになるのかもしれないが、患者及び家族は医療者との関係において従属的になりがちである。水平的関係で対話ができる環境を醸成するには何が必要か。たとえば、治療に関わることなどで患者や家族が疑問に感じたことを気軽に相談でき、主治医とのコミュニケーションを促進できる「精神医療アドボケーター」の存在が注目される。アドボケーターとは、本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて代弁することで、本人が自分の気持ちに正直に生き、主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者である。ただ、この制度に対しては、人権侵害に対する救済を目的とせず、本人に治療を受けさせることを目的としていないか？といった疑念も呈されている。このアドボケーター制度が「病院」のためではなく、「患者」のために機能するには、どのような制度設計や運用が必要か、検討していく必要がある。

Wojcieszak, Saxton and Finkestein, Sorry Works!, :Disclosure, Apology, and Relationships Prevent Medical Malpractice Claims, AuthorHouse, U.S. 2010＝前田正一, 児玉聡, 高島響子訳『ソーリー・ワークス！—医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム』医学書院, 2011年。