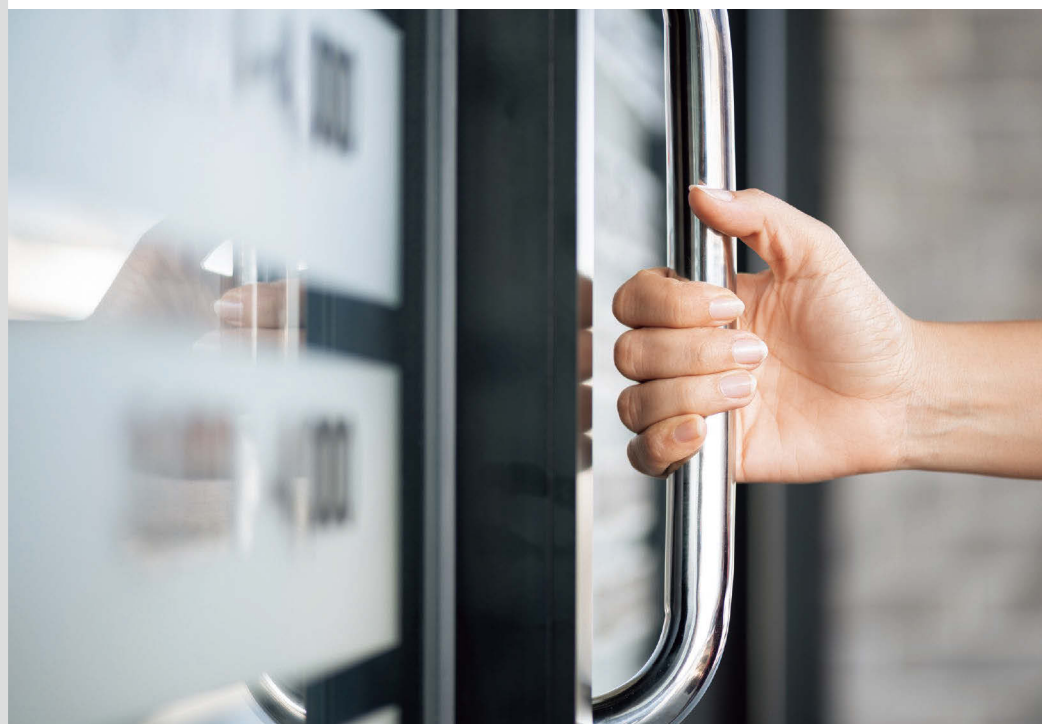


《座談会》

迷える管理者も必見です！

精神科に飛び込むなら、 少しの勇気と『精神科仕事術』！



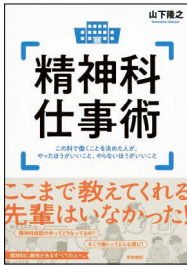
2021年12月に、『精神科仕事術 この科で働くことを決めた人が、やったほうがいいこと、やらないほうがいいこと』が発行されました。

精神科に特化した形で、仕事のやり方・コツをナビゲートしてくれる初めての本です。

個人の悩みに答えるだけでなく、精神科病院・病棟の管理・運営にも触れる、示唆に富む内容です。

この座談会は、先行して読んでくださった大喜多萌さん、早川達也さんからそれぞれ「心に響いた箇所」「質問・疑問」を出していただき、著者である山下隆之さんにコメントいただく形で進行了。 (編集部)





山下隆之 著

『精神科仕事術』

この科で働くことを決めた人が、やったほうが良いこと、やらないほうが良いこと』

2021年12月発行、定価2,200円（本体2,000円＋税10%）、医学書院 ISBN 978-4-260-04870-5

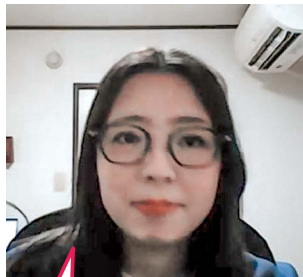
精神科病棟は“精神”というつかいどころのないものを対象にケアをするため、手技に頼れず、初めて足を踏み入れる人はとまどうことが多いものです。志半ばで離職する人が出ないよう、著者が「ここが精神科独自のケア技術、看護業務だ」と思う部分をノートに書き留め、まとめたのがこの本であり、唯一無二の内容です。入職間もない時期から慣れた頃まで、期間別に「やったほうが良いこと、やらないほうが良いこと」をその理由とともに解説しています。

これから入職を考えている人、精神科実習を控えた学生さん、学校の先生、精神科に興味を持つすべての人のための仕事術マニュアル！

著者



山下隆之さん
株式会社 There is 代表
訪問看護ステーションらしさ所長



大喜多 萌さん
訪問看護ステーションらしさ
看護管理者



早川達也さん
笠寺精治療病院・主任

大喜多萌さん、早川達也さんに
なぜ参加してもらったか

山下 実は大喜多萌さんは、私が10年ぐらい前に非常勤で教えていた時の看護学校の生徒さんなんです。彼女はそこで精神看護学に目覚めて、保健師の免許を取ってから、私が勤める病院に就職してきて、しかも入ったのは偶然、私が病棟異動で師長をすることになったばかりの病棟だったんです。

この本（『精神科仕事術』）に書いた内容を実践していったら、病棟のスタッフも患者さんもどんどん変わっていったので、今日はその時に、大喜多さんがどういうふうに使っていたのかということも含めて聞いてみたいと思って、座談会への参加をお願いしました。

大喜多 ありがとうございます。ちなみに私が病院に勤務したのは7年間なんですが、山下さんが師長をしていた病棟で3年と、違う病院で4年です。その後、2021年の4月からは山下さんと同じ、精神科看護に特化した「精神科訪問看護ステーションらしさ」に所属し、看護管理者をやっています。

山下 早川達也さんとは、最近知り合いになったばかりなのですが、考え方や人への接し方が素晴らしい方なので、そういう方がこの本を読んでどう思うかを知りたいと思い、声をかけさせてもらいました。早川さんは現在、精神科病院勤務ですね。今、何年目ですか？

早川 お誘いいただきありがとうございます。笠寺精治療病院に勤めて7年目で、主任をやっています。



幻聴や妄想があっても 問題はないと確認できた

——それではこの本を読んで、「心に響いたページとその理由」を、まずは早川さんからお話いただけますか。

早川 絞るのが難しいぐらい本を読んで心に響いた部分がいくつもありました。1つは73ページの「妄想は個性。妄想があることが問題なわけではありません」という部分です。

日頃、幻聴や妄想があっても、別にそれは問題ないんじゃないかとぼんやり思っていたのですが、この項目を読んで、初めて「そうだよ」と言われたように思っ、自分の中にずっと入ってきました。

山下 精神科病棟では、「妄想、幻聴があったら即、病気が重くなった、何か対応しなければ」と考える傾向がまだまだありますからね。

早川 そうなんです。患者さんが1人でぶつぶつしゃべっていたら申し送りにすぐに上がって、「独語がありました。妄想がありました。調子が悪かったです。薬剤調整が必要かもしれないです」といった話になりますね。僕の中では、なぜこれを申し送りに上げるんだろう、なぜこれで薬が増やされるんだろう、ともやもやした感覚がありまして。

山下 そういう病院が今も多数だと思いますよ。私が師長として慢性期病棟に異動になった直後は、50人中40人程度の患者さんに、1人20包ぐらいずつ不穏時頓服が用意されてい

て、幻聴や妄想でぶつぶつ言っているとすぐに頓服を渡していました。私はスタッフがすぐに頓服に頼る状況に「これって本当に必要なの？」と思って方針を転換したら、数か月後には頓服が必要な人は5人ほどに減りましたね。

早川 すごい。今、僕はリーダー業務をやることが多くなったので、慣習を変えるような意見も言えるようになったのですが、それでも価値観が違うスタッフに対して自分の価値観を押し付けるのは良くないと思って、直接は言いません。その代わりに、ナースステーションに頻繁に来る患者さんがいた時、まずは頓服ではなく話を聴き、その姿を見て何か感じ取ってもらえるスタッフが1人でもいたらな、と思っています。

大喜多 私も病院時代はその点にいつも違和感を持っていました。妄想、幻聴の話を聞くと病状を悪くするとスタッフは心配して、患者さんが妄想、幻聴の内容に困っているのに、その話を聞こうとしない。

ちょうど今訪問している利用者さんの中にも妄想がある方がいて、屋根裏に誰かが住んでいて悪さをしてくるというのです。でも通院先の先生や心理士さんは信じてくれず、話を聞こうともしない。そのことに本人は涙していて。うちの訪問看護ステーションが入る時は、「ご本人にとってはこれが現実」だと私たちが受け止めながらケアするようにしています。そのほうがご本人にとって安心感、安全感が持てるんじゃないかと思うからです。

早川 主治医であれば、幻聴などに対してそうした発想になってしまうのはある意味仕方ない部分があると思うんですが、僕は看護師なので、患者さんがそういうふうに言ってるならまずは信じてあげる立場じゃないと、思うんです。看護師だったらせめてそばにいて、肯定ま

ではいなくても。本当に悩んでるんですからその方は。

——なぜ、すぐ薬、という対応になるのでしょうか。

山下 簡単、簡便ですよ。薬で静かになったら、こちらが対処しやすくなる。病院って時間に追われることがあるから、そこまで1人の患者さんと話はできない、そういう思いもあるかもしれませんね。

私も今訪問看護で、そういう利用者さんの所へ行っていますが、妄想の内容を「そんなことあるはずない」と家族からも否定されて終わってしまって、誰もわかってくれない。私が本人の話す内容を、「それはめちゃくちゃ怖いですね」って言ったら、「初めてわかってもらえた」と言って、「自分でもおかしいと思うんですけど」「ありがとうございます」と言って泣いて。不思議ですがそれから、できなかった外出ができるようになって就労支援B型事業所にまで行けるようになったんです。そこが看護のすごさですよ。

だから病棟でも忙しいことを理由にせず、そこにご本人のつらい気持ちがあることに寄り添うだけで、全然、変わると思います。そういうことを、この項目からわかってもらえたら嬉しいです。

調子の良し悪しを 主観で判断すると危険

山下 それから先ほど早川さんの話の中の申し送りの言葉に引っかかるものを感じたのですが。「調子が悪かったです。薬剤調整が必要かもしれません」といった、看護師の主観で調子の良し悪しを判断した申し送りをすると危険で

すよ、ということ、『精神科仕事術』では75ページに書いたのです。

例えば「Aさんは昨晚は何時から何時まで寝られませんでした。話を聞いたらこういうことで悩んでいました」って言えば終わりなんです。妄想があることが悪いとか、頓服を飲むべきだ、といったことを入れた申し送りをする、本人が困っている内容とか、自分たちがどういうふうに対応するかが飛ばされてしまうからです。早川さん、どうですか、そういうの。

早川 今、おっしゃったように、看護師の言葉、申し送りとか、カルテの記入の内容もそうなんですが、それほど深く考えずに発言している部分があるかも、と思います。24時間診ているわけではない医師は、どうしてもカルテに書かれていることや看護師のリーダーから言われたことで判断することも多いので、実は看護が多大な影響を与えているんですよ。

そう思うと、「大変でした」という主観の言葉が1つ付くだけで、「調子が悪い」と要約されて薬が増やされてしまうので、看護師は自分の言葉の影響を理解しておかないといけない、と思います。

山下 先輩スタッフがそういう申し送りをしていると、新人スタッフもそれを踏襲しますしね。薬だけに着目していると、薬が足りていないという方向で話をしてしまうけれど、例えば「寝られなかった」のなら「看護師は、昼間はこういう活動を促してたのかな」ということのほうが大事ですよ。昼間、活動を促してもいないのに夜寝られるわけがないので。

ですから言い方としては、「Aさんがドアを叩いて、ここを出してくれと言っていました」。ここで終わる。それに「調子が悪かった」



とか「こういう理由なんじゃないか」などの主観を加えないようにする。毎回事実だけを捉えることが、患者さんを客観的に見ることにつながっていくのです。

「頓服を渡したら、看護の敗北」という意識。 病棟は1~2か月で変わる

大喜多 『精神科仕事術』の13ページには、「申し送りを5分以内に終えるためのポイント」を書いておられますよね。1点目が、「変化があった患者さんの客観的事実を伝える」。2点目が、「これまでと違う看護実践や業務があれば伝える」。3点目が、「経過一覧表を見てわかること、普段と変わらないことは省略する」。

私が入職したのは山下さんが師長として病棟に異動されて2か月くらい経った時だったのですが、病棟のスタッフ全員がすでに山下さんの方針で統一された申し送りをしていたので、自然と自分もそういう申し送りをしていた感じでした。

山下 毎日この3点で申し送りをするように、と言って、言い方の例をホワイトボードに板書して伝えたんです。うまく言えない人には、個別に後で「ここはこういう言い方にできますよね」と伝えたりして。そうしたら2か月ぐらいでみんな変わったんです。

そして、そういう申し送りをするようになったら、だんだんと頓服を使わなくて良くなって

きたんですよ。「この患者さんは調子悪いわけじゃない。単に帰りたいんだ」というふうに見えるようになったからですね。

早川 僕もそのような指導を受けて習得したいです。

山下 最初の最初は、異常な量の頓服を整理したんです。「2週間渡していないなら、20包も要らないよね」と言って返して3包だけにするとか。患者さんが本当につらい時以外は「頓服、渡さなくていいから」と言って、スタッフと「本当に必要だと思うか」を毎日話し合った。それによって最後のほうでは患者さん5~6人だけに頓服が用意されている状態になったんです。

薬について言うと、『精神科仕事術』の148ページに、「薬に対して自分がどんな価値を置いているかを確認しよう」と書きました。看護師って、自分が限界を感じた時に頓服を渡しているんですね。けれども「この人に本当に頓服、要るの？」ってちゃんと考えて、安易に渡さないようにしていくと、「あ、頓服なくてもこの患者さん、やれるんだ」とわかって、みんなが変わり始めるんです。

大喜多 あの時の病棟には頓服を渡しちゃいけないような雰囲気、逆に頓服を渡したら自分のケアで対応できなかったという意味で、看護の負けだっていう悔しさが出てくる感じがありました。

迷った時は倫理に戻って考える。 その大切さを再確認した

——それでは大喜多さんから、この本を読んでも、「心に響いたページとその理由」をお願いします。

大喜多 私がこの本で一番心に響いたのは、65ページの「迷った時は倫理に戻って考える」です。

ご紹介いただいたように、私は新人の時から山下さんの病棟に入り、山下さんの病棟変革をこの目で順を追って見ることができました。最初の頃、病棟では、食後のお薬を、食事前に全部与薬してしまう慣習があったのです。スタッフにとってはそのほうが効率がよかったからです。それを山下さんが倫理にもとづいて、食後薬を食前に飲んでもらうのはおかしいよねとスタッフに伝えていって、それからは患者さん1人ずつの部屋に行って、間違いないようにゆっくり丁寧に与薬するように変わったのです。

それからナースステーションのオープンカウンターの窓を、患者さんがいつ来ても対応できるように開けておくようになった。結構、大きな窓があったんですが、それまでは鍵を締めて、患者さんが来てもすぐには対応できないような状態になっていたのです。

また、患者さんに対してため口を使い丁寧な態度ではない看護師がいたのですが、それも山下さんが来て改善されました。

そんなふうに倫理を守ってかかわるようになったら、患者さんがだんだん変わってきたんです。

山下 そうですね。シーンとしていたホールが、健康的な感じにガチャガチャしてくるんですよ。患者さんが看護師にいろんなことを話してきたりして。あと、食事の時にテレビを消してBGMを流すようにしたら、みんな気持ちよさそうにゆっくりご飯を食べるようになった。

そして食事時間は1時間の間でいつ食べてもよい、と変えたのです。普通は看護師が「ご飯、来ました」と呼びにいくじゃないですか。

それを呼ばないようにして、1時間のうち好きなタイミングに来てよいと。職員は患者さんの姿を見てから温めて出すようにしたのです。

早川 いっせいに食べてもらうのは良くないと？

山下 気が焦っている患者さんや行動がパターン化している人は、食事時間になったら最初に来て食べますよね。でも、人がいっぱいいる中で食べるのが嫌な患者さんもいます。そういう人は自分でタイミングを見て1時間の終わり頃に来たいし。もちろん最後の10分ぐらいになったら、食事に気付かず寝ている人などがないか、一応声はかけます。その時食べるかどうかを聞いて、要らないって言えばしつこく言わないようにしました。そういう1個1個のことを患者さんに選択と決定を委ねていくようにしたのです。

そうしたら、患者さんがどんどん元気になっていって。自分で考えて動き、頓服が欲しかったら自分で取りにくる、というようになったのです。

大喜多 そうなんです。長期で入院していた患者さんが退院されたりとか、隔離処遇だった方が隔離も処遇拡大したりとか。そういう変化が目の前で起きていくのを見て、私は看護師が倫理的に対応すると、患者さんは自然に変わっていくし、退院さえできるんだなあって思いました。

……なんですけれども、3年経って山下さんが異動になったのですよね。そしたら、不思議なんですけれども、だんだん戻っていったんですよ、前のように。

山下 頓服が増えたりするよね。

大喜多 頓服の与薬の文化がまた活発になったり、いろいろなことが戻っていったしまった。



そういう中でも自分は山下方式を曲げずに看護していたんですが、だんだん不安や迷いが出てきて。それで何回か、別の病棟に異動した山下さんに相談したんです。私はこういうふうでいいのでしょうかと。その時に山下さんに教えてもらったのが、「倫理に戻って考えること」でした。「患者さんに不利益にならない、満足感や安心感が持てるにはどちらが正しいかで考えてください。誰が正しいかじゃなくて、何が正しいかをいつも考えて、実践していけばいいと思いますよ」と言われた時に、あっ、そうかって思いました。

山下 新人さんは、初めて配属になった場所の文化、上の人の価値観についていくしかないじゃないですか。でも、さすがにこのやり方はおかしいんじゃないかと倫理的にジレンマを感じるようなこともありますよね。そうした時に、『精神科仕事術』を読んで、自分の軸をどこに持てばいいのかを確認したり、勇気づけられたりすることがあればいいなと思うんです。

ナースステーションの窓を開けておくことの意味

早川 先ほどの山下さんの改革で、「ナースステーションの窓を開けておくように変更した」という話がありましたよね。『精神科仕事術』の67ページにもその倫理的な意味が書いてありますが、恥ずかしながら今の自分の病棟では常に閉まっていて、それがなぜ良くないのかに

気づけていない状態です。患者さんが来てノックしてくれたら開けるんですが、でも性格的にノックできない患者さんもいるってことですよね。

山下 そうです。その上に、もしかして「申し送り中だからノックしないでください」という札を内側から貼ったりしてませんか。

早川 以前はありましたね。

山下 患者さんがいつでも来れるようにするのが基本であって、こちらの都合で開けないっていうのはおかしいですよね。それで私が師長をしていた時は、いつも窓を開けておくことを基本にし、申し送りの時だけはプライバシーの関係で閉めますが、患者さんが来たら、1人スタッフが必ずドアの外へ出て話を聞くという体制にしたのです。それもこれも、すべての根底には「患者さんに常によりサービスを提供する」という理念があります。

早川 なるほど。これからナースステーションの窓を開けておくようにするために、本に書かれてることをそのままスタッフに伝えてみてもいいかなと、今思いました。

精神科にやりがいを見出せないスタッフのこと

——ではここから本を読んだ上で、山下さんに聞きたいことや困り事を出していただけたらと思います。早川さんから。

早川 1つ目が31～32ページに書かれていることに関してなんです。今の職場のスタッフの8～9割が、転職してきた方ばかりなんです。どこかで長年勤められて、ブランクがあって、再就職として精神科を選んだ人とか、精神科が初めての人も多いです。そういう人から、

身体科と違って患者さんが回復していく過程が数値的にわからないとか、やりがいがないとかという相談をよく受けるのです。僕としては、自分が患者さんのそばにいて患者さんが救われたことを実感していくのが一番だとは思っているのですが。そういうスタッフに山下さんはどのように取り組みを促されたのかを聞きたいです。

山下 そうですねえ……。自分の病棟でも身体科から来た人が多かったのですよ。やっぱり8～9割くらいはそうでした。私はそういう人と結構面接をしまして。入職してすぐの人には2週間に1回ぐらい「どうですか」って聞いて。すると、今早川さんが言われたようなことも含めていろいろと思っていることを言われます。そういう時は、私から見てその人の動きでできるところを「ここができてましたよ」と伝えるようにしました。その後も1か月に1回は面接し、できている部分を伝えるようにしていました。

スタッフの中には、本当に精神科に合っていて、精神科を勉強したいと思っている人と、どちらかと言うとお金が優先だったり、定時で帰れるから、楽だからなどいろいろな理由を持つ人がいます。後者のモチベーションを上げるのは確かに難しいです。でも、私はそういう理由を聞いてもだからダメだとはせず、「この病棟の役割としてあなたが必要だ」ということを面接を通して伝えていきました。どういう気持ちで仕事をしてもらうかを考えながら。

——否定的に、もうちょっとがんばってくれよ……とは言わないと。

山下 そうですね、否定的には言わないですね。どうやってその人をここで活かそうか、という発想しかないですから。

ただ、時々スタッフの中に自閉的傾向が強くて、患者さんに自分の感情のままに思ったことをわーっと吐き出す人とか、言い方がきつい人などがいますよね。そういうスタッフについては、良いところを褒めた後に、行動レベルで、「朝来たら、まずおはようってあいさつしてください」とか、「です・ますを使って患者さんと話してください」のような行動レベルで変えてもらえそうな3つくらいのことを伝えて。それができたら、次の月の面接で「これができましたね」と褒めるようにしました。だからスタッフの特性によって、面接の仕方やモチベーションを上げるやり方は変えていたと思います。

早川 患者さんの看護と似てますね。面接はそこまで多くされていたのですね。

山下 そうなんです。看護と教育って共通点が多いと思います。それでめっちゃくちゃ面接しました。月に1回は全員と。そこに主任さんも入れて、どういうふうに面接するかを見てもらうようにしていました。

上の役割って何？ 「まず褒める」のはなぜ？

早川 確認したいのですが、どんなことを言う前にも、まず褒めてから？

山下 職位が上になってからは、申し送りの後に絶対、良いところを言うようにしたんですよ。「昨日、こういう看護がすごくよかった」とか「この人のこれがよかったよ」とか「いつも一生懸命やってくれて本当に助かってる」とか。それを最初に言うと、モチベーションが上がって、その後に患者さんの話に入ると脳が動きやすいんです。冒頭で緊張してるとなかなか情報って入らないけれど、リラックスすると入



りやすいですからね。

そして、課題がある部分については必ず個別で伝えるようにしました。日勤の最後に呼んで、「こういうことがあったけれど、1回考えてみて」と。

早川さんが今主任の立場なのであれば、いかにスタッフを活かすかを考えてほしいですよ。つまり1人1人がどういうふうに動いているかをよく見る。そしてその人自身が何を大事にしたり優先したりしているのか（価値観）を知る。知るためには面接が必要。

早川 そうですね……患者さんの強みを見ようとはしますが、職員の強みは見ようとはしてこなかったかもしれません。

山下 職員の仕事を見るのも役職の仕事ですからね。課題よりも強みを見て褒める。全くやる気ありませんという人のことも、それはそれで認めた上で、新人研修や教育のスーパーバイザーに充てたりして、それぞれに合った役割・係を持ってもらって、「自分で考えてみて」と任せる。そうしていくと変わるんですよ。やる気がない人が8割だった病棟が、最終的には生き生きとしだしたんですよ。

人は1日8時間仕事をしています。8時間寝るとすると、人生の2分の1は仕事ですよ。その2分の1がつまらない人生を送るのか、それともおもしろい人生を送るのか、それは自分で決められる。楽しくやれるといいですよ、と伝えていったんです。

まだまだ聞きたい。 スタッフのやる気をアップする方法

早川 もう少し管理のコツを教えてください。何かを変えようとする時に難しさを感じることはあるのですが。

山下 そうですねえ、あくまで自分はこうした、という話になりますが。管理者になって思う部分があっても、1週間くらいはよほど気になるところ以外は言わずに病棟の動きを見ましたね。そして「どこからだったら変えていけるか」を考えました。頭の中では長期的な視野があって、5年後にはこうなるという理想があったので、そのためには、まず自分の態度や振る舞いで信用してもらうことが必要だと考えました。

例えば、先ほどのナースステーションの窓で言うと、「開けろ」と言ってもダメですから、67ページに書いたように「理由を言う」んですよ。例えば「患者さん、窓がいつも閉まっていると思うと思います？」「ノックしたいけどできない患者さんがいて、こう言っていましたよ」「ナースステーションの窓が開いていたら、患者さんはいつも来てくれるから、そうすると自分たちも話ができますよね」とか。本当は直してほしいことを全部言いたいですが、それはぐっと抑えて、いつだったら受け入れてくれるかなど。患者さんとのトラブルがあった時だったら聞いてくれるかなとか、そういうことを考えていましたね。

どんな病棟も病棟の歴史の中で今があるわけだから、それは認めて、頭からダメだとは言わず、みんなの思いや立場も見る。そのうち早川さんと同じように「変えたい」と思っている人がいるのもわかったりしますよ。

境界性パーソナリティ障害の患者さんへの対応について

——では次の質問、お願いします。

早川 本の153～158ページに書かれている、パーソナリティ障害の患者さんへの対応についてです。以前、「操作性がある」と判断された女性患者さんがいまして、最初から僕たちは予防線を張って、統一した対応を主治医含めて作ったのです。

全員でその枠組みの中での対応をしていったら、僕が当直でちょっと時間のある時に初めてその人から声をかけられて、ちょっと話を聞いてほしい、とおどおどされた感じで。それで僕は、食堂の中のデイルームで、話を聞くことにしたのです。個別的に近くなり過ぎない、という統一事項から逸れているかもしれない、こんなことしていいのかなとドキドキしながら。結果としては本当に雑談だけで、年齢に合った悩み事や、普段の日常会話みたいな話だったのです。その方が、話の終わりにほそっと言われたんです。「私が話したことがどういうふうに住治医まで伝わっていくのか怖い。看護師さんに話し掛けるのすらちょっと怖い」と。その時に、聴くことが精神科のケアなのに、僕たちの対応は正しかったんだろうかと自分の中でもややしたんです。

今回、この本を読ませていただいて、157ページに「操作は起こり得る。陰性感情が湧いた瞬間がケアのチャンス」という部分を読んで、スタッフみんなで警戒して話を聞くスタンスも見せなかった対応って、これで良かったのだろうか、って思ったんです。

山下 まず、早川さんが個別に話を聴けたのはよかったと思うんですよ。その上で思うことと

しては、病棟が最初から身構えていたんですよ。疾患、診断名で。もし自分が師長だったら最初からは枠組みを作らないです。

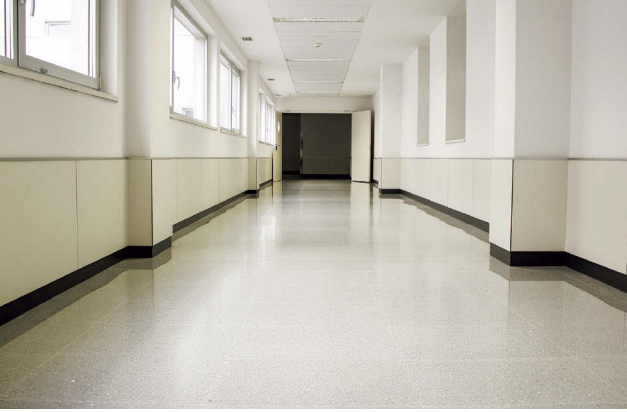
例えば30歳だったら、今まで30年生きてきたいろいろある中の一部に、境界性パーソナリティの特徴がある。でも境界性パーソナリティ障害というレッテルを貼った瞬間に、自分たちは偏見を持ちますよね。こちらの身構える不安が枠になるんですよ。

彼女が「私のことがどういうふうに人に伝わっていくのか怖い」と言ったということは、この人が全然、安全感を持たずに入院していたということですよ。入院したら、安心感、安全感が一番重要なことなので。

じゃあ、枠を作る時はどういう時かという、「枠が治療的にその人にとって意味がある時」ですね。例えばある人のことを良く言い、ある人のことを悪く言うとか、夜ずっと話してくるといった時に、枠が、対人関係を築くという課題に役立ちそうな時です。そしてもし枠を作ったなら、結果がどうなるかをその人にちゃんと伝えるほうがよいです。それによって、その人が衝動をちょっと抑えることになったり、対人関係のことも気付いたり、相手が嫌な思いになるんだってことがわかったら、すごく治療的じゃないですか。

早川 そうですね。何も起きていないのに、最初から聴くことを避けてしまっていたのかなと思います。山下さんが157ページに書かれたように、「操作は起こり得ると思っておく」ことでだいぶ違いますか。

山下 楽になりますよね。操作されたらダメだと思うと、最初から枠をバシッと作って、聞きません、みたいなことになりますからね。自分たちの安全とか安心のための枠は2番目でい



いのではないかと思います。それを最初にやっちゃうと、この人にとっての入院治療の意味がどうなんだろうと思うし……。ただ例外としては、職員でも患者さんの話を聞いて、「そうだよ、大変だよ、かわいそう」と思いきり患者さんに近づいて一体化してしまう人がいるじゃないですか。いい看護師さんなんです、経験が少ない人。そういう人がいる場合は、患者さんの操作性も強くなって病棟が二分されたりするので、その場合は、スタッフで情報を共有して、病理も勉強しつつ枠を作るという意味はあるかもしれないです。

——本当に看護師さんって、大変な仕事ですね。変な感想で恐縮ですが。

山下 大変な仕事ですよ。

早川 157 ページに「陰性感情が湧いた瞬間がケアのチャンス」と書かれていますよね。この意味を確認したいのですが。

山下 自分たちが思った気持ちをそのまま伝えてよいということです。「すごく嫌な気持ちがありました」と返すことで、患者さんは自分の感情に気づいたり、「世の中思いどおりにいかないですね」と伝えることで、振り返る力がある人は考えたりします。

大喜多 今の話題は、私も確認の機会になりました。私は山下さんに教わってきたので、境界性パーソナリティ障害の人でも最初からレッテルを貼るようなことはせずに看護するようにしています。他の疾患でもそうですが、あまり病名とか、診断名は見ても見てないようなものと

いうか。

山下 診断名はたくさんある情報の中の1つに過ぎないですよ。

大喜多 そうですね。なので、自分で直接かわって、見て、感じた情報しか頼りにできないって考えている節があります。それに、状況に反応してその人がそうなっているだけ、ということも多々ありますし。

山下 それはすごくありますね。

ルールを破った人に対して待てるか

——では次の質問、お願いします。

早川 続けての質問で恐縮ですがお願いします。100～101 ページに記載されている、ルール違反をして喫煙した方への対応なんです。読みながら、ええっ、すごいという言葉しか出てなくて。

——どこがすごいと思ったんですか。

早川 同じような患者さんがいた場合に、患者さんとの信頼関係を得るために待つ必要性はわかるのですが、果たして本当にそれができるのだろうか。特に火事のリスクに対して、スタッフから厳しい意見が出たら、山下さんならどうやってスタッフと意思を統一するかを教えてください。

山下 わかりました。そうですね……例えばはさみを持っていて、リストカットをしたからはさみを預かるというように、実際にアクシデントが起こると、どんどん患者さんの処遇が悪くなり、人権侵害になっていく時がありますよね。安全と人権って常に相反していて、それをどう考えたらよいのかを本の 134 ページに書きました。スタッフの不安が高い病棟、病院ほど安全を重視し、人権が尊重されない傾向があ

る。私はこれをバランスよく考えたい。

例えば、自殺を防止するために荷物を預かるとしますよね。でも本当に自殺しようと思ったら、服を破ってでも、シーツを破ってでも、どんなことでもするんですよ、人は。火事についても同じで、以前、ライターの持ち込みが禁止されていたんですが、隔離中の方が、お尻の穴にライターを隠して保護室に入って、ライターを出して布団に火をつけた人がいたのですよ。

——ある意味、すごい。

山下 すごいでしょう。そしたら、それをやらせないと思ったら、今度は素っ裸にしてお尻の穴も見るってなっちゃうじゃないですか。わかります？ これ。

今、アディクションの考えでは、厳罰とか取り締まりではなく、ハームリダクション、つまりその人の人生をトータルに考えた時、不利益を最小限にしよう、という考え方が主流になっているんです。

絶対にやらせないぞ、とすると、どんどん「管理」になっていきますよね。そういうことじゃなくて、一番重要なのは「信頼してもらうこと」だと思う。そこが治療の根本です。その人が、「自分は独りではない。この人（スタッフ）のために信頼を裏切らないようにしたい」という思いを持つようになることが抑止力になると私は思うんです。精神科の患者さんはみんな孤立していて、人を信用できなくて病気になるんですよ。

こういう事故が起こったから今度からこれを預かります、こういう事故が起こったから月に1回荷物検査をします、金属探知機を置きます、っていうのは根本解決にはならない。100%防ぐことなんてできないんだと考えて、「信頼を基盤にすれば危険なことはしないのだ」

と。その信念があると、自然に待てるようになるのですよ。

——実際にそれを経験されているんですね？

山下 かつて、自殺のリスクがある人には、荷物を一切渡さないとしていたのに、それでも自殺は起きた。だけど、ある人が荷物を持ちたい、服は夜着替えたいと言った時に、私は「自殺をしないという約束ができれば渡せばいい」としたんですよ。そしたら、一度も自殺未遂が起きなかった。信頼をする、孤立を防ぐ。そういう基本に立ち返るのが大事です。患者さんはいつかは回復するって信じるのが僕たち。それがなきゃ、患者さんは信じてくれない。

本を書こうと思った動機について

——では最後の質問を大喜多さんから。

大喜多 私は、精神科の看護師としても管理者としても、まだ自分は一人前ではないと思っているし、管理者になっても、自分が認められたいとか、褒められたいとか、そういう欲にまみれているので、山下さんを近くで見ていると、個人の欲よりも「社会貢献したい」という気持ちを持っていて、こうやって本を作ったり教育に携わったりされているのがすごいなと。

山下 ありがとうございます。

大喜多 どうしてそういう気持ちになれるのか、その背景を聞きたいです。

山下 1つは、10年少し前に、病院から認定看護師を取ってくれと言われまして。それまで病院全体の教育のスーパーバイザーをやっていたのですが、だんだんいい病院になっていったんですね。この先どういうふうに教育を考えていけばいいんだろうと思っていたので、ちょうどいい機会だと思って1年間認定看護師の研

修へ通わせてもらったのです。その時に、他の病院で認定看護師を目指してる方が、自分の病院では上司がまだ患者さんを小突いたりしてすごくジレンマがあるなど、いろいろなお話をされていて。それを聞いたら、自分の病院ってすごく良くなったんだな、自分がやってきたことは間違いじゃなかったんだと初めて客観視できたのです。

と同時に日本の精神科病院ってまだまだなんだと。そう思った時に、「すべての精神科病院の風通しを良くする。そこで看護が患者さんの人権を守り、満足を提供できる病院に変える」というのが自分の大きな目標になったのです。それに向かって、自分がやってきたこと、臨床で気づいたことで人の役に立ちそうなことを提供しようという気持ちが芽生えました。

もう1つは、本にも書きましたが、せっかく精神科病院に来たのに退職してしまう人を見た時ですね。残念だと思ったし、自分がもっとやれることがあったのではという後悔があった。最初に精神科で働くためのガイダンスがあれば、もう少しその人たちが働きやすかったのかもと思って、『精神看護』で連載を始めたというのが経緯です。

その人の「行動」を褒めるのだ

——いろいろお話をうかがってきましたが、どうですか。一足飛びには変えられない難しさ

もあるとは思いますが。

早川 今日いくつか質問をさせていただいて、1個1個、道を示していただけたような感じがします。ありがとうございました。お話の中でも、僕自身が職員それぞれの強みと、それぞれの役割というところはそこまで力を入れて見れてはなかったので、そこからやっていきたいなと思いました。

山下 主任は、戦闘部隊の一番上で、スタッフと一緒に行動して、人を把握するのが役割。それを上司に伝える。師長の役割は、労務管理とか、そこを超えたところにあるからね。

大喜多 ミーティングの最初に、みんなが良かった点をまず褒める、という話がありましたよね。そこは私もまだできていないなと思って、これからやりたいと思っています。

——「あなたのここが素晴らしい」なんて、大人になって褒められることってないですもんね。言われたらもう、「ついていきます」になりますよね。

山下 ですね。だから、個別にちゃんと見なきゃいけない。その時「あなた、優しいからいい」とかではダメで、「あの時、患者さんにこう言ったのすごいね」のように具体的な行動レベルで言う。行動を褒めるのがポイントです。

早川 行動したことを褒める。

山下 そういう一言で、「見ててもらってるんだ」となりますから。

大喜多 やってみます。

精