

視点

安全な外来構造



福島県医師会常任理事

渡部 康

新年度早々重い話題ですが、一度書いておかなければと思いペンをとりました。

はじめに

2021年12月17日午前10時過ぎに、大阪市北区の雑居ビル4階のクリニックで25人が犠牲になった放火事件が起きた。T容疑者はクリニックがある4階でエレベーターを降りると、ガソリンの入ったポリタンクの紙袋をエレベーター前で傾けガソリンにライターで火をつける。もう一つの紙袋は非常口付近に投げて避難路を防いだ。10時18分に119番通報が入り、救助隊が駆けつけると、出入口に最も近い場所でTが倒れ、他の26人全員が閉じられた扉の奥にいたという。Tは2017年3月からこのクリニックに通い始めていて、この犯行は半年にわたって計画されていたとのことである。この事件は自分の自殺願望から他人を巻き込む「拡大自殺」といわれるものである。

私はTVや新聞報道等によるクリニックの

見取り図をみて、「これではなあ」と絶句したものである。診察室はフロアの一番奥にあり、窓もない部屋。逃げようとしても出入口(エレベーター)と非常口はかなり接近していて、そこを炎でふさがれたらどうしようもない。

この雑居ビルは建築基準法や消防法をクリアしていたというが、首をかしげてしまう。火元とは逆の方向にも逃げられるいわゆる「二方向避難」が不可能である。

このような特に小規模ビルの構造としては、この「二方向避難」ができる設計が文字通り生命線であり、そうしないと認可してはならないのではないだろうか。

また、このクリニックの院長やスタッフがいくら「善意の人」であっても、そして犯人が特別このクリニックに恨みを持っていたとはいえない状況でも、このような悲惨な災害は起こされ起きてしまうことを鑑みると、これはビルの構造をとにかく安全なものに作るよう法律で縛るしかないと思われる。

朝日新聞2022年1月18日の記事を参考にす

ると、118人が死亡した大阪市の千日デパートビル火災(1972年)後には建築基準法施行令が改正され、二つ以上の階段設置を義務付ける構造のものが広がった。東京宝塚劇場火災(1958年)のあとには1960年の消防法改正で「防火管理者」を選任する制度が創設された。1973年の大洋デパート火災(熊本県)の後には翌1974年にスプリンクラーなどの基準が強化され(消防法施行令)、2001年の歌舞伎町雑居ビル火災の後には消防の立ち入り検査権限が強化されている(消防法)。2013年の福岡市の有床診療所の火災では10人が亡くなったが、診療所や病院でのスプリンクラーなどの設置基準が強化されている。

このような法はビル診やクリニックに限らず、ひろく各々の(小規模ビルや)テナントの構造に適応されないと、同じような惨事は今後も起こりうるであろう。

1998年の精神科医の死亡事件

1998年5月29日、福島県内において34歳の精神科医S医師が外来診療中に統合失調症の患者に突然包丁で首を切りつけられ命を落とした。このような形で精神科医やコメディカル人材を失うことは、その病院にとって非常に不幸であるばかりでなく、地域ひいては我が国の精神科医療にとっても大きな損失である。彼は優秀な精神科医であり、ゆくゆくは私の病院で一緒に仕事をしてもらいたかった医師であった。

このような事件の実態は明らかではないものが多く、全国で数年毎に発生しているといわれ、死亡にまでいたらなかったケースを含めれば、かなりの数にのぼると推測される。この種の事件が繰り返されるたびに精神科医療のダークなイメージが強化される恐れもあり、残念なことである。

このような事件を未然に防ぐためには、事件の予見性がまず問題となる。事件をどの程

度予見できたかは当事者のみが知りうる部分が大きく、その当事者が死亡している場合には不明な点があまにも多い。このように予見性に限界があるとすれば、次には診察室等のクリニックや病院の構造の問題について検討されなければならない。特に昭和の時代に建てられた大きな総合病院の場合、精神科外来診察室は建物の隅に追いやられていたりし、奥まった袋小路のような場所に設置されていることが散見される。病院にとってこの種の事件は病院のイメージを大きく低下させ、大きなダメージを病院に与える。病院としてはリスクマネジメントとして普段からその危険性を念頭に置き、そのようなリスクにどの程度備えるかの問題である。たとえ事件が起こったとしても致命傷を受けるまでには幾段階かのプロセスがあり、リスクを予測した対策が取られていればそこまで至らずに済んだ可能性もある。すなわち、リスクマネジメントの一環として医療機関は、このような事件に対してどのような有効な対策や手段があるかを検討する必要がある。

このような点を鑑み、われわれのリスク意識を高めることを目的に、私は(社)日本精神科病院協会(日精協)施設検討部会に所属していた時代に医師やスタッフにとって安全な外来構造のあり方を考えることとなり、日精協会員病院を対象に「安全な外来構造の工夫」に関するアンケート調査を実施した。大事な後輩精神科医を失い、なにかできることはないかと考えあぐねいた上でのことであった。以下結果等を示すが、調査を実施したのは、1998年のことであるのでやや古さを感じられるかもしれないがご容赦いただきたい。

「安全な外来構造の工夫」に関するアンケート調査

日精協全会員病院(1998年7月22日現在の1,201病院)を対象としてアンケート用紙(表)

を送付し、1998年7月22日～8月31日の間に回答を得た。回答は日精協会員本人または病院管理者の方々をお願いした。また調査対象は精神保健法が施行された1987年以降に限定した。

結果671病院から回答を得、回収率は55.9%であった。

質問1の「外来診察中に患者から暴行を受けそうになったり、実際に受けて死傷した医師・職員は図1のごとくであった。地域別では東海と近畿地区に若干多い傾向にあった。

死傷した人の内訳については、図2のごとくであり、死亡した職員は0名、医師が1名であった。

質問2「外来ゾーンの空間や構造での工夫」については、『工夫していない』が527病院(78.5%)、『工夫している』が143病院(21.3%)であった。

「具体的な外来構造上の工夫」について多くの回答を得たが、大体以下のものであった。

- ① 診察室の出入口に関する工夫：『複数の出入口をつける』、『患者の出入口と医師の出入口を別々にとる』、『医師の後方や側面に出口をとる』、『医師の後方のスペースを十分とる』
- ② 診察デスクのレイアウトの工夫：『患者との間に設置し対面で診察をする』、『患者に背を向けられないような備品等の配置に心掛ける』
- ③ 死角をなくす工夫：『あえて個室であっても密室にしない』、『診察室そのものをできるだけ広くとる』、『通し窓をつける』
- ④ 緊急時の警報システムの工夫：『非常ブザーを設置している』
- ⑤ 予見性を高める工夫：『外来受付から診察室までの間に、複数の職員が患者の状態を自然に観察できる構造にする』、『受付・待合室・診察室・処置室の動線を工夫する』、『手荷物籠を必置する』、『外来ナースセンターを設け、各診察室は診察中オープンにしてナースが診察室の状況を見渡せるような構造にする』

ただし、以上は精神科ならではの特性もあることをご理解いただきたい。

多くの会員よりイラストや実際の図面を添付していただいた。それらをまとめてみると、「診察室に複数の出入口をつけ、患者と医師・職員の出入口を別々にとる、さらに診察室の後方に開放された通路・廊下のつながりをつける」というものにだいたい集約できた。図

質問1 貴院の医師や職員で、外来診察中に患者から暴行を受けそうになったり、実際に受けて死傷した方がいますか。精神保健法が施行された昭和62年以降の該当の人数を記入してください。

医師：	<input type="checkbox"/> いない	→ 受けそうになった医師 _____ 名	
	<input type="checkbox"/> いる		・軽症であった医師 _____ 名
			・障害を残した医師 _____ 名
			・死亡した医師 _____ 名
職員：	<input type="checkbox"/> いない	→ 受けそうになった職員 _____ 名	
	<input type="checkbox"/> いる		・軽症であった職員 _____ 名
			・障害を残した職員 _____ 名
			・死亡した職員 _____ 名

質問2 患者からの暴力あるいは攻撃から身を守るために、外来ゾーンの空間や構造で何らかの工夫がされているでしょうか。工夫をされていれば、その内容をお書きください。

特に工夫はしていない

特別な工夫をしている → 工夫の内容を具体的に次ページの記入欄にご記入ください。

次ページ

工夫の内容：

上記の工夫についてより具体的な資料（写真や図面）をいただくことは可能でしょうか。（可能・不可能）→可能であれば連絡を取らせていただく方の名前（ ）

質問3 同様に構造以外で、安全に関して工夫されていることがありましたら、ご記入ください。

質問4 今回の事件に接して改めて感じることは、同種の事件の実態が明らかにされていないことです。そのため今回の調査を企画いたしました。精神科施設がそこで働く医療従事者にとって安全な場所であることを保証するために、国も真剣にその対策を考えるべきでしょう。病院ごとにその対策を取るとしても、各病院が工夫している施設上の対策についての情報交換を行い自らを守ることも大切でしょう。また、ほとんど紹介されていない海外の情報を収集し、日本との比較を行い、問題の所在と具体的な対策について海外から学ぶことも重要と考えられます。さらに、精神科施設で働く医療従事者の声として、同種の事件の実態をマスコミなどを通じて世間に訴えることも必要ではないかと考えます。このような事件を起こさないために、今回の事件を教訓として日精協として、今後どのようなことをしていくべきでしょうか。以下に忌憚のないご意見をお書きください。

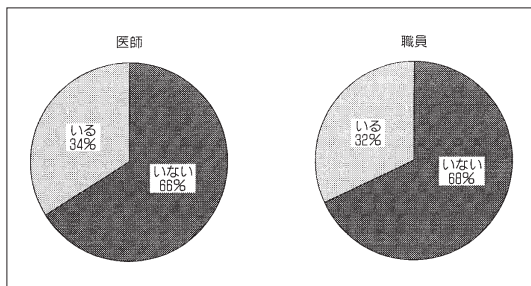


図1 外来診察中に患者から暴行を受けそうになったり、実際死傷した医師・職員

表 アンケートの内容

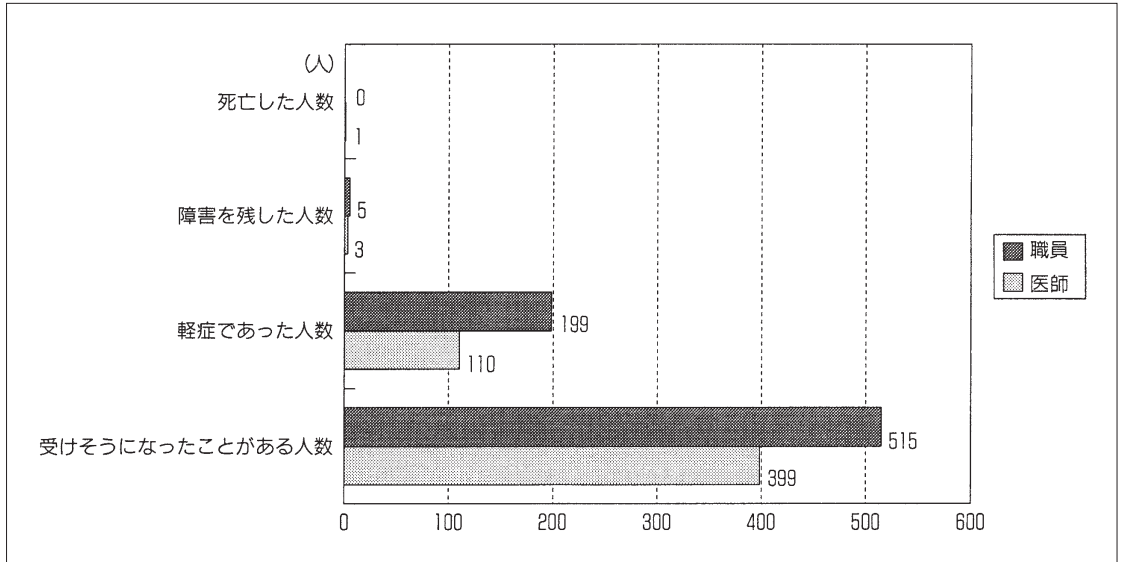


図2 死傷した人の内訳

3がこれらを盛り込んだ基本的な外来診察室の構造イメージである。

「構造以外の安全に関しての工夫」についても、実にたくさんの意見がよせられた。以下のようにまとめた。

- ① 患者との信頼関係を高める工夫：『日頃より患者との信頼関係を高め、充実させる努力を重ねる』、『できるだけ診察に時間をとる、常に明るい丁寧な対応をするなど誠

意を尽くす』、『家族会・患者会の活性化をはかり、支援や啓蒙活動を積極的に行う』、『日頃からの情報収集が大事で気になる言動の多い患者について、病院間、関係諸機関、家族等との相互の連絡を密にする』、『デイケア、訪問看護等の意義を再認識し活用する』

- ② 病院の危機管理の一環としての工夫：『全スタッフに対しての安全に関する教育・定

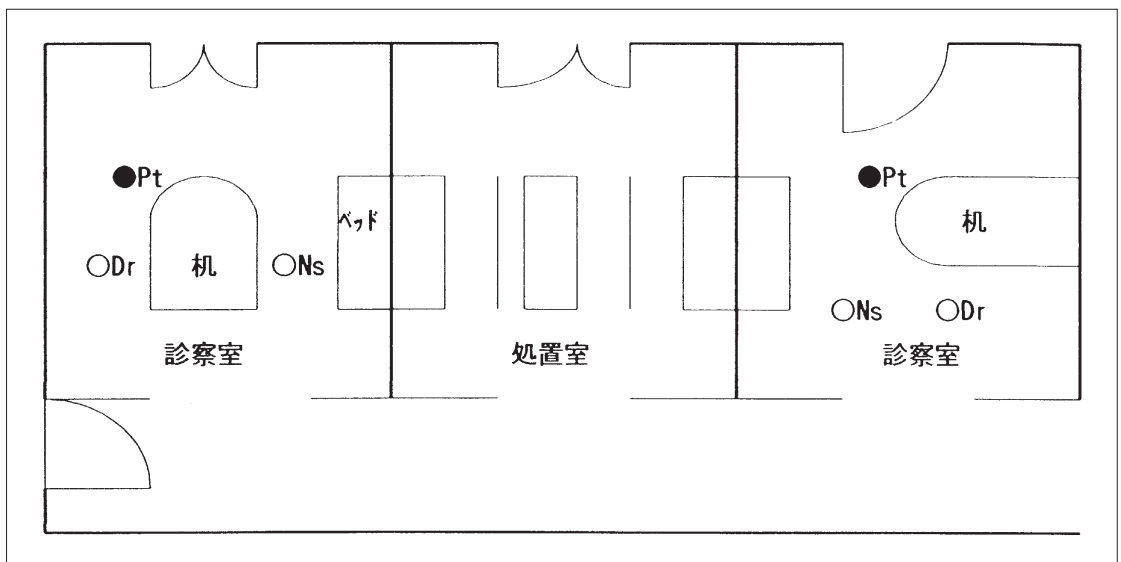


図3 基本的な外来診察室の構造イメージ

期的な院内研修会・勉強会の開催』、『危機管理マニュアルを整備する』、『患者観察を怠らない』、『通院中断例・不規則通院例には気を配る』、『状態が不安定な場合、できるだけ家族に付き添ってもらおうようにする(逆もあり)』

以上も、精神科に特徴的なところはある。

「今後、日精協のなすべきこと」という問いかけについても様々な回答をよせていただいたが、以下かいつまんで紹介する。

- ① 類似の事件の調査と結果報告の定例化、リスクマネージメントの充実
- ② 人権問題と情報公開という二律背反的な問題について議論を深める
- ③ 保護者の役割の再評価
- ④ 精神障害に関する社会への啓蒙
- ⑤ 行政との関わりをよりいっそう密にする
- ⑥ その他

精神科医療の場合、特に人権問題には神経質にならざるを得ない。現在施行されている精神保健福祉法でも人権の尊重・保障について厳しく謳われている。各々の精神科病院は年1回の医療法の立ち入り検査のほかに、年1度の精神保健福祉法による実地指導を受けている。しかし精神科に限ったことではないが、ある人の人権を主張すれば相手のあるいは誰かの人権を侵害することだってありうる。患者の人権、医療者の人権、そして家族の人権、これは場合によっては厳しくぶつかりあうことも現実としてはあるのである。

このアンケート調査に際し、茨城県のある精神科医より以下のお手紙をいただいた。ご本人の承諾を得た上で当時の日精協誌に掲載したものを紹介したい。

「1975年秋に、私自身被害を受けたことがあります。今度の事件にも大変なショックを受けました。S先生のご冥福をお祈りします。私

のときは、診察室に坐っている時、いきなり加害者が包丁を持って入ってきました。その瞬間は彼の持っている刃物が目に入らず、○君どうしたんだいと話しかけながら歩み寄った記憶があります。途端に襲いかかられましたが、逃げるより抱きつくような形になりましたので左頸部と後頭部を受傷し、後頭部に刺された刃物の先端は頭蓋内に達し重症を負いました。幸い迅速で適切な処置を受け一命をとりとめました。今でも左腕神経叢障害の後遺症があり、何年たっても忘れることのできない痛恨の思い出です。その時は看護婦もいませんでしたが、隣接する事務室と第2診察室の間に扉があり、私の叫び声ですぐに何人かが飛びこんできて彼を押さえつけ、私を助けてくれました。隣室との扉と診察室の比較的広いスペースが役に立ったように思います。その後机と椅子の配置を変えてみたり、いろいろ工夫はしてみましたが、いつの間にか診察しやすい従来からの形に戻ってしまい、結局無防備の姿です。万一に備え、シーツの芯として入っていたボール紙製の筒(長さ約1メートル、直径33センチ)を黒く塗り、机の陰においてありますが、使ったことはありませんし、必要性を感じたこともありません。いずれにしろ、刃物に対しては対策はありません。患者さんが落ちついて診察を受けるためには、他人に邪魔されない環境と雰囲気が必要で、医師との間にできるだけ障害物のないことが必要でしょうから、安全性とは両立し難いものです。今回の調査で妙案が出てくることを期待しています。多くの精神科医が自分とは無関係と思っているのではないのでしょうか。この際大いに注意を喚起し、意見が交わされるようご指導下さい。」

最後に

さて、これまで外来構造のハード～ソフト両面の工夫について書いてきたが、アンケー

トではいろいろな工夫を加えても、こういった事件を未然に防ぐということは『結局100%はできない』、『予測は困難である』という意見も少なからずあった。実際、とっさの場合どのくらい避けられるであろうか。米国などの銃社会においてはなおさら事態は深刻であろう。15年ほど前にバルセロナの精神科医療施設を視察したことがあったが、精神科の受付にはまず銃を携えた警官(?)が2名座っていて少々驚いたことがある。日精協会員の中には『金属探知機が必要』と回答した方も数人おられた。最終的には(精神科)医療の現場にもこういったチェックシステムの導入が必要となるかもしれない。

繰り返すが、S医師は精神科医としての能力、人格ともにいうことのない優秀な医師で

あった。34歳といえば、中堅として後輩の指導にもあたり、また、これまでの経験を生かして多くの患者を救っていくはずであった。ご家族にとっても社会にとっても期待は大きかった。本当に残念でならない。あれから四半世紀が過ぎようとしている。生きていれば60歳手前である。

H. S. 君、そっちで元気にやっているかな? また会える時が来たら積もる話を聞いて欲しい。

今回このようなことを書かせていただいたことで、日ごろの診療におけるリスクマネジメントについて認識を強化していただければ幸いです。

