

平成 27 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）

**「入院に係る精神障害者の意思決定及び
意思の表明に関するモデル事業」
【報告書】**

平成 28 年 3 月

公益社団法人 日本精神科病院協会

序

平成 26 年 4 月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）が施行された。同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。

これまで、意思決定及び意思の表明についての支援については、法改正に向けた有識者による検討会の中で、改正法における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされた。しかし、その実施主体、具体的活動内容等について様々な意見があることから、アドボケーターについては、法改正には盛り込まず、具体化に向けた調査・研究を行っていくこととなった。

精神障害者の意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討は、これまでに、厚生労働省の障害者総合福祉推進事業で行われており、平成 26 年度の障害者総合福祉推進事業においては、モデル事業（以下、平成 26 年度研究）が実施されている。今回の事業では、平成 26 年度研究で明らかとなった課題や国内外の先駆的な事例の状況、また、社会保障審議会障害者部会での障害者総合支援法における意思決定支援の検討状況等を踏まえ、アドボケーター機能について検討することが重要であることから、モデル事業ならびにモデル研修会を実施した。モデル事業は全国の 3 病院で実施し、アドボケーターとして専門相談員とピアサポーターの 2 人ペアで、医療保護入院の患者を対象に週 1 回、計 8 回程度の支援を行った。支援を受けた対象患者のアンケート調査による評価は、病院以外の第 3 者のスタッフと話すことが出来て良かった等、概ね良好であった。一方、受入れる病院スタッフも良い評価を得ている。

また、本事業においては、障害者総合支援法における意思決定支援との関わりにおける枠組みと共に、改正法の 3 年後見直しにおいて改正法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター機能の枠組みの提示を行い、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」を取りまとめた。このなかではアドボケーターの定義づけを行っているが、本事業でのアドボケーターの枠組みは、あくまでも入院中の入院患者に対しての支援としている。非自発入院時における代弁者制度の議論もあるが、それについては別の機会で検討されることになるろう。

アドボケーターガイドラインは、アドボケーターの定義、必要性、資質・研修、導入、活動の実際などが記載されている。入院患者への支援者のみならず、医療スタッフにとっても、支援の必要性などの理解が深まることを期待したい。

おわりに、アドボケーターが入院患者にとって有用なものになることには異論はないが、精神科病院に入院している患者にとって、本来は病院スタッフが最も身近に関わっているはずである。スタッフが、患者の訴えに耳を傾け、入院生活に疑義や不満が生じないようにするのが最善であって、病院スタッフの患者に対する関わりを補完するための、アドボケーターではないことを再確認したい。

平成 28 年 3 月

公益社団法人日本精神科病院協会会長：山崎 學

目次

A. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業報告

1. 事業概要	・・・ 2
2. 事業の目的	・・・ 5
3. 事業の内容	・・・ 5
4. 事業の方法	・・・ 6
5. モデル事業	・・・ 7
6. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業研修会	・・・ 29
7. アドボケーターガイドライン	・・・ 34
8. 考察	・・・ 34
9. おわりに	・・・ 37
10. 参考資料	・・・ 37
11. 検討委員会	・・・ 38
12. 成果物公表計画	・・・ 38

B. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業 マニュアル（平成27年度改訂版）

1. はじめに	・・・ 40
2. モデル事業で意図すること	・・・ 40
3. モデル事業で行うこと	・・・ 40
4. モデル事業の留意点	・・・ 41
5. 個人情報保護	・・・ 41
6. 同意書	・・・ 42
7. 定期的なスーパービジョン体制	・・・ 42
8. ピアサポーターの活動について	・・・ 42
9. 面接において必要な技術	・・・ 42
10. 記録について	・・・ 43
11. アンケート調査	・・・ 44
12. モデル事業報告会	・・・ 44

C. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業 支援マニュアル（平成27年度改訂版）

1. はじめに	・・・ 62
2. これまでの経緯	・・・ 62
3. 医療機関で行う意思決定及び意思の表明に関する支援と課題	・・・ 62
4. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーター （以下、アドボケーターとする）の定義	・・・ 63
5. アドボケーターの役割	・・・ 63
6. 「意思決定」と「意思の表明」の整理について	・・・ 63
7. 精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援プロセスについて	・・・ 64
8. 個人情報保護	・・・ 66
9. 同意書	・・・ 66
10. 意思の表明の支援の留意点	・・・ 66
11. 定期的なスーパービジョン体制	・・・ 67
12. ピアサポーターの活動について	・・・ 67
13. 記録について	・・・ 67

D. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業 研修マニュアル

1. はじめに	・・・ 70
2. 目的	・・・ 70
3. 対象者	・・・ 70
4. 場所・時間	・・・ 70
5. 研修内容	・・・ 71
6. テキスト	・・・ 71
7. プログラム	・・・ 72
8. 研修内容のアンケート調査	・・・ 73
9. おわりに	・・・ 74

E. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業 研修テキスト

I. はじめに	・・・ 76
II. 用語について	・・・ 77
1. 意思決定・意思の表明の支援者の定義	・・・ 77
2. アドボカシー・アドボケーター	・・・ 77
3. 「意思決定支援」と「意思の表明の支援」の整理	・・・ 77
4. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明・時間的枠組み	・・・ 78
III. 意思決定支援の必要性	・・・ 79
IV. 意思決定支援に関係する法律・条文	・・・ 80
1. 障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）	・・・ 80
2. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」）	・・・ 81
3. 障害者がどこで誰と生活するかについて選択の機会等が確保される旨の規定	・・・ 81
4. 国及び地方公共団体が障害者の意思決定の支援に配慮する旨の規定	・・・ 82
5. 指定事業者等及び指定相談支援事業者が利用者の 意思決定の支援に配慮する旨の規定	・・・ 82
6. 利用者に必要な情報提供を行う旨の規定	・・・ 82
V. 意思決定支援に関するこれまでの経緯	・・・ 83
1. 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R）	・・・ 83
2. 障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ	・・・ 84
3. 精神障害者の意思決定支援に関する調査研究（障害者総合福祉推進事業）	・・・ 87
3-1 平成24年度障害者総合福祉推進事業 「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度の あり方について」	・・・ 87
3-2 平成25年度障害者総合福祉推進事業 「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」	・・・ 89
3-3 平成26年度障害者総合福祉推進事業 「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」	・・・ 91
3-4 平成26年度障害者総合福祉推進事業 「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」	・・・ 93
4. 平成26年度精神障がい者アドボケーター派遣事業報告書 （岡山県精神保健福祉協会）	・・・ 97

VI.	イギリス2005年意思能力法	・ ・ ・ 99
	2005年意思能力法行動指針	・ ・ ・ 100
VII.	意思決定支援に関する参考文献、資料から	・ ・ ・ 104
	1. アドボカシーの理論と実際：社会福祉における代弁と擁護	・ ・ ・ 104
	2. セルフ・アドボカシーの起源とその本質—私たちは主張する	・ ・ ・ 105
	3. 社会福祉実践とアドボカシー—利用者の権利擁護のために—	・ ・ ・ 106
	4. 特集：Patient Advocacy 精神医学ソーシャル・ワーク	・ ・ ・ 107
	5. 「アメリカ医療の光と影」李啓充著（医学書院）	・ ・ ・ 108
	6. 精神障害者支援におけるShared decision makingの実施に向けた課題	・ ・ ・ 109
	7. 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア	・ ・ ・ 110
	8. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン	・ ・ ・ 111
	9. 特集「がん患者への意思決定支援の質を高める」 看護管理	・ ・ ・ 112
VIII.	改正精神保健福祉法概略	・ ・ ・ 113
	1. 精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定	・ ・ ・ 113
	2. 保護者制度の廃止	・ ・ ・ 113
	3. 医療保護入院の見直し	・ ・ ・ 114
	4. 医療保護入院者に対する退院促進措置関係	・ ・ ・ 114
IX.	モデル事業マニュアル（平成27年改訂版）	・ ・ ・ 116
X.	支援マニュアル（平成27年改訂版）	・ ・ ・ 116
X I.	アドボケーターガイドライン	・ ・ ・ 116
X II.	事例	・ ・ ・ 117
X III.	まとめ	・ ・ ・ 119
X IV.	参考文献・資料	・ ・ ・ 119

F. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する アドボケーターガイドライン

1.	はじめに	・ ・ ・ 122
2.	アドボケーターの全体のイメージ	・ ・ ・ 123
3.	アドボケーターの定義	・ ・ ・ 124
4.	アドボケーターの必要性	・ ・ ・ 127
5.	アドボケーターの資質・研修	・ ・ ・ 129
6.	アドボケーターの導入	・ ・ ・ 130
7.	アドボケーター同意書	・ ・ ・ 130
8.	アドボケーター活動の実際	・ ・ ・ 133
9.	医療機関との連携	・ ・ ・ 139
10.	おわりに	・ ・ ・ 139

A.

平成 27 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）

入院に係る精神障害者の意思決定及び 意思の表明に関するモデル事業 報 告

内 容

1. 事業概要
事業名・事業目的・事業概要・事業実施結果・考察・まとめ
2. 事業の目的
3. 事業の内容
4. 事業の方法
5. モデル事業
 - (1) モデル事業マニュアル（平成27年度改訂版）
 - (2) モデル実施病院・現地プロジェクト
 - (3) モデル事業の対象者
 - (4) 支援者（アドボケート）
 - (5) 個人情報の取扱い
 - (6) モデル実施病院での事前研修
 - (7) 精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアル（平成27年度改訂版）
 - (8) モニタリング
 - (9) 報告会
 - (10) アンケート結果
6. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業研修会
 - (1) 研修マニュアル
 - (2) 研修会プログラム
 - (3) 研修テキスト
 - (4) 研修会アンケート結果
7. アドボケートガイドライン
8. 考察
9. おわりに
10. 参考資料
11. 検討委員会
12. 成果物公表計画

1. 事業概要

①事業名	入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業
②国庫補助所要額	6,393 千円
③事業予定期間	平成 27 年 7 月 3 日から平成 28 年 3 月 31 日まで
④事業目的	平成 26 年 4 月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）が施行され、同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。意思決定及び意思の表明についての支援については、法改正に向けた有識者による検討会の中で、改正法における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされたが、その実施主体、具体的活動内容等について様々な意見があることから、アドボケーターについては、法改正には盛り込まず、具体化に向けた調査・研究を行っていくこととなった。 これまで、障害者総合福祉推進事業で精神障害者の意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討が行われ、平成 26 年度の障害者総合福祉推進事業でモデル事業（以下、平成 26 年度研究）が実施された。 本事業は、平成 26 年度研究で明らかとなった課題や国内外の先駆的な事例の状況、また、社会保障審議会障害者部会での障害者総合支援法における意思決定支援の検討状況等を踏まえ、アドボケーター機能について検討することが重要であると考え、モデル事業を実施する。また、障害者総合支援法における意思決定支援との関わりにおける枠組みと共に、改正法の 3 年後見直しにおいて改正法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを取りまとめることを目的とした。
⑤事業概要	有識者、法律関係者、医療関係者、精神障害当事者、家族等で構成される検討委員会を設置し、モデル事業の実施状況及び調査・検討状況の客観性や妥当性について評価や助言を得ながら、以下の事業を行った。 (1) モデル事業の企画、進捗管理、調査内容、結果分析、支援マニュアルの見直し、モデル研修の企画・開催、研修プログラム・研修マニュアルの見直し、アドボケーター機能の検討、ガイドラインの作成、報告書の取りまとめを行う検討委員会を設置し、4 回実施した。なお、検討委員会の設置に当たっては、平成 26 年度研究の検討委員会より 2 名、事業担当者より 1 名の参加により事業の継続性を確保した。また、社会保障審議会障害者部会委員の参加により、障害者部会での意思決定支援の検討状況との整合性を図った。 (2) 平成 26 年度研究で明らかとなった課題や作成された「精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアル」等を踏まえ、全国 3 箇所（長野県、静岡県、大阪府）での意思決定についてのモデル事業を実施

	し、精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアルの作成（改訂）を行った。 （3）平成 26 年度研究で明らかとなった課題等を踏まえ、平成 26 年度研究で提言された研修プログラムを検討の上、研修マニュアル（案）を作成し、精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する研修を実施した。その評価に基づき研修プログラム及び研修マニュアルの見直しを行った。 （4）上記（1）（2）や国内外の先駆的な事例や先行研究について、文献・インターネット等による情報収集、社会保障審議会障害者部会委員による部会での障害者総合支援法における意思決定支援の検討状況報告等を踏まえ、障害者総合支援法と改正法の両面から意思決定及び意思の表明のあるべき姿について検討し、アドボケーター機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを作成した。
⑥事業実施結果	（1）モデル事業 ①平成 26 年度研究の課題を踏まえモデル事業を実施するためのマニュアルを改訂し、全国 3 箇所（長野県千曲荘病院、静岡県沼津中央病院、大阪府浜寺病院）でモデル事業を実施した。モデル事業の実施期間は 3 ヶ月間（内対象者毎に 2 か月間）とした。 ②実施箇所ごとに実施のための体制 モデル事業を実施するための、実施病院側関係者、意思決定支援者等で組織する現地プロジェクトをつくった。現地プロジェクトは、協力機関、関係者の合意を得ており、意思決定及び意思の表明のための支援を行う人の事前研修を行った。事前研修は、実施病院の関係者、意思決定支援者双方が参加した。アドボケーターは相談支援専門員等とピアサポーター等の、原則ペア（支援者チーム）で行った。 ③支援者チームは、対象者の求めに応じ対象者のもとへ赴いて話を聞き、意思決定及び意思の表明に関する支援を行った。 ④対象者は各病院 4 名とし、対象期間に入院された患者で新規入院・再入院は問わず、アドボケートを希望する者（退院が直近で決定している者を除く）の中から選定した。 ⑤現地プロジェクトへのフォローアップ体制 現地プロジェクトへ進捗状況の確認をし、モデル事業開始から 1 ヶ月時点、2 ヶ月時点にモデル事業担当委員と支援者チームの代表でフォローアップ会議を実施し、モデル事業担当委員から支援者チーム代表へスーパーバイズを行った。また、現地プロジェクト間の情報共有を行った。モデル事業報告会を行い、支援の内容、改善点などを話し合った。 ⑥モデル事業実施により、導入に際して参考となる「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアル」の作成（改訂）を行った。 （2）モデル研修会の開催 モデル事業を基に平成 26 年度研究で作成した研修プログラム・研修マ

	マニュアルを改訂し、研修マニュアルを用いたモデル研修を開催した。モデル事業の課題を整理するとともに、モデル研修参加者に対してアンケート調査を行い、研修プログラム・研修マニュアルの評価を行った。評価を元に各都道府県で実施可能な研修プログラム・研修マニュアルへ改定した。 (3) アドボケーターガイドラインの作成 国内外の先駆的な事例や先行研究について、文献・インターネット等による情報収集を行った。また、社会保障審議会障害者部会委員の障害者部会報告により意思決定支援の検討状況の把握を行った。そして、モデル事業・モデル研修や情報収集、意思決定支援の検討状況等を踏まえ、アドボケーター機能の提示、アドボケーターガイドラインを作成した。
⑦考察	本事業の最大の目的は、精神障害者の入院中における意思決定及び意思の表明の支援をどのようにするかである。アドボケーターという名称もまだ一般には普及していないので、本事業で作成したアドボケーターガイドラインでは、名称の定義を行っている。 モデル事業は3病院で実施された。各病院4名の医療保護入院の患者に対して、相談専門員とピアサポーターのペアで患者の意思決定及び意思の表明の支援が行われた。モデル事業での対象者、相談支援員及び病院スタッフへのアンケート調査では、概ねアドボケーターに関する評価は良好なものであった。「病院以外の第三者から話を聞いて良かった。」「患者のニーズを改めて確認できた。」などがある。研修会の開催では、入院に係る意思決定及び意思表示の支援に関する知識の講義、ロールプレイを通じて具体的な患者のやりとりも行った。 非自発入院の患者にとって、病院スタッフには、なかなか話しが出来ないことがあり、アドボケーターがそれを代弁する形で関わりを持つというのは利点も大きい。今回は、ピアサポーターもペアで支援に加わったが、必ず入らなければならないことはないと思われる。今後、アドボケーター制度を創るにあたっては、支援者の選定、支援の回数、費用など現実的、具体的に煮詰める必要がある。 本事業の前提にあるのは、改正精神保健福祉法での保護者制度廃止と医療保護入院の見直しによって、医療保護入院が家族等の同意によってなされるようになり、その際に代弁者制度の議論が行ったことにある。本事業では、アドボケーター機能はあくまでも入院中の患者の意思決定支援ならびに意思の表明の支援に限定している。精神障害者の入院時における代弁者については、別途の検討が必要である。
⑧まとめ	入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業についての概要を報告した。アドボケーターが精神科病院に入院している患者にとって、有用なものになることには異論はない。本来、最も身近に関わっている病院スタッフが、患者の訴えに耳を傾け、入院生活に疑義や不満が生じないようにするのが最善であって、スタッフの患者に対する関わりを補完するためのアドボケーターではない。

2. 事業の目的

平成 26 年 4 月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律が施行され、同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。

意思決定及び意思の表明についての支援については、法改正に向けた有識者による検討会の中で、改正法における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされたが、その実施主体、具体的活動内容等について様々な意見があることから、アドボケーターについては、法改正には盛り込まず、具体化に向けた調査・研究を行っていくこととなった。

これまで障害者総合福祉推進事業で精神障害者の意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討が行われ、平成 26 年度の障害者総合福祉推進事業においてモデル事業（以下、平成 26 年度研究）が実施された。

本事業は、平成 26 年度研究で明らかとなった課題や国内外の先駆的な事例の状況、また、社会保障審議会障害者部会での障害者総合支援法における意思決定支援の検討状況等を踏まえ、アドボケーター機能について検討することが重要であると考え、モデル事業を実施する。また、障害者総合支援法における意思決定支援との関わりにおける枠組みと共に、改正法の 3 年後見直しにおいて改正法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを取りまとめる。

狙いとする事業の成果は以下の通り

- (1) 全国 2 箇所以上での意思決定についてのモデル事業実施により、導入に際して参考となる「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアル」の作成（改訂）を行う。
- (2) 平成 26 年度研究で明らかとなった課題等を踏まえモデル研修の開催と評価により、各都道府県で実施可能な研修プログラムへ改訂する。
- (3) アドボケーター機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを作成することにより、アドボケーターに関する共通認識を得る。

3. 事業内容

有識者、法律関係者、医療関係者、精神障害当事者、家族等で構成される検討委員会を設置し、モデル事業の実施状況及び調査・検討状況の客観性や妥当性について評価や助言を得ながら、以下の事業を行う。

- (1) 平成 26 年度研究で明らかとなった課題や作成された「精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアル」等を踏まえ、全国 3 箇所（長野県、静岡県、大阪府）での意思決定についてのモデル事業を実施し、精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアルの作成（改訂）を行う。
- (2) 平成 26 年度研究で明らかとなった課題等を踏まえ、平成 26 年度研究で提言された研修プログラムを検討の上、研修マニュアル（案）を作成し、精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する研修を実施する。その評価に基づき研修プログラム及び研修マニュアルの見直しを行う。

- (3) 上記 (1) (2) や国内外の先駆的な事例や先行研究について、文献・インターネット等による情報収集、社会保障審議会障害者部会委員による部会での障害者総合支援法における意思決定支援の検討状況報告等を踏まえ、障害者総合支援法と改正法の両面から意思決定及び意思の表明のあるべき姿について検討し、アドボケーター機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを作成する。

(4) 検討委員会

モデル事業の企画、進捗管理、調査内容、結果分析、支援マニュアルの見直し、モデル研修の企画・開催、研修プログラム・研修マニュアルの見直し、アドボケーター機能の検討、ガイドラインの作成、報告書の取りまとめを行う検討委員会を設置し、4 回程度実施する。

なお、検討委員会の設置に当たっては、平成 26 年度研究の検討委員会より 2 名、事業担当者より 1 名の参加により事業の継続性を確保する。また、社会保障審議会障害者部会委員の参加により、障害者部会での意思決定支援の検討状況との整合性を図る。

4. 事業の方法

- (1) 平成 26 年度研究で作成された「精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアル」に基づきモデル事業を実施する。

①全国 3 箇所（長野県、静岡県、大阪府）でモデル事業を実施する。モデル事業の実施期間は 3 ヶ月間（内対象者毎に 2 か月間）とする。

②平成 26 年度研究の課題を踏まえモデル事業を実施するためのマニュアルを改訂する。

③実施箇所ごとに実施のための体制をつくる。

- ・モデル事業を実施するための、実施病院側関係者、意思決定支援者等で組織する現地プロジェクトをつくる。
- ・現地プロジェクトは、協力機関、関係者の合意を得る。
- ・現地プロジェクトは、意思決定及び意思の表明のための支援を行う人の事前研修を行う。事前研修は、実施病院の関係者、意思決定支援者双方が参加する。
- ・アドボケーターは相談支援専門員等とピアサポーター等の、原則ペア（支援者チーム）で行う。

④支援者チームは、対象者の求めに応じ対象者のもとへ赴いて話を聞き、意思決定及び意思の表明に関する支援を行う。

⑤対象者は各病院 4 名とし、対象期間に入院された患者で新規入院・再入院は問わず、アドボケートを希望する者（退院が直近で決定している者を除く）の中から選定する。

⑥現地プロジェクトへのフォローアップ体制をつくる。

- ・現地プロジェクトへ進捗状況の確認をし、モデル事業開始から 1 ヶ月時点、2 ヶ月時点にモデル事業担当委員と支援者チームの代表でフォローアップ会議を実施し、モデル事業担当委員から支援者チーム代表へスーパーバイズを行う。
- ・現地プロジェクト間の情報共有を行う。
- ・モデル事業報告会を行う。

- (2) 精神障害者に対する意思決定及び意思の表明に関する支援を行うためのモデル研修会を 1 回開催する。

①モデル事業の課題を整理する。

- ②モデル事業を基に平成 26 年度研究で作成した研修プログラム・研修マニュアルを改訂する。
- ③研修マニュアルを用いたモデル研修を開催する。
- ④モデル研修参加者に対してアンケート調査を実施し、研修プログラム・研修マニュアルの評価を行う。
- ⑤評価を元に研修プログラム・研修マニュアルの見直しを行う。

(3) モデル事業・モデル研修等を踏まえてアドボケーターガイドラインの作成を行う。

- ①国内外の先駆的な事例や先行研究について、文献・インターネット等による情報収集を行う。
- ②社会保障審議会障害者部会委員の障害者部会報告により意思決定支援の検討状況の把握を行う。
- ③モデル事業・モデル研修や①、②等を踏まえ、アドボケーター機能の提示、アドボケーターガイドラインを作成する。

5. モデル事業

(1) モデル事業マニュアル（平成27年度改訂版）

平成 26 年度研究の課題を踏まえモデル事業を実施するためのマニュアルを改訂した。このマニュアルを用いて、平成 27 年度のモデル事業を実施し、事業結果をもとに不備な点、改善した方がよい点を修正した。

⇒

**B. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業
マニュアル（平成27年度改訂版）**

参照

(2) モデル実施病院・現地プロジェクト

モデル事業を実施するため、実施病院側関係者、意思決定支援者等で組織する現地プロジェクトをつくった。現地プロジェクトは、協力機関、関係者の合意を得る。

全国 3 箇所（長野県、静岡県、大阪府）でモデル事業を実施した。

以下の 3 病院で、いずれも公益社団法人日本精神科病院協会の会員病院である。

- A. 千曲荘病院（長野県） 長野県上田市中央東 4－61
- B. 沼津中央病院（静岡県） 静岡県沼津市中瀬町 24－1
- C. 浜寺病院（大阪府） 大阪府高石市東羽衣 7－10－39

(3) モデル事業の対象者

対象者は各病院 4 名とし、対象期間に入院された患者で新規入院・再入院は問わず、アドボケートを希望する者（退院が直近で決定している者を除く）の中から選定する。

(4) 支援者（アドボケーター）

アドボケーターは相談支援専門員等とピアサポーター等の、原則ペア（支援者チーム）で行う。支援者チームは、対象者の求めに応じ対象者のもとへ赴いて話を聞き、意思決定及び意思の表明に関する支援を行う。

モデル事業の実施期間は 3 ヶ月間（内対象者毎に 2 か月間）とした。

(5) 個人情報の取扱い

アドボケーターは対象者の個人情報を扱うことになるので、個人情報保護に関する関係法令ならびに医療者の守秘義務を遵守することが必要である。アドボカシーの過程で収集した個人情報は、目的の範囲内で行うこととする。個人情報は、病院管理者以外の第三者に開示・提供

はしない。アドボケーターは、「アドボケーター活動に関する同意書（支援者用）」の内容を熟知し、個人情報の取り扱いについて十分な理解をした上で署名してもらう。

(6) モデル実施病院での事前研修

現地プロジェクトは、意思決定及び意思の表明のための支援を行う人の事前研修を行う。事前研修は、実施病院の関係者、意思決定支援者双方が参加することとした。

A. 千曲荘病院（長野県）

平成 27 年 9 月 17 日（木）13 時～17 時まで

B. 沼津中央病院（静岡県）

平成 27 年 9 月 16 日（水）13 時～17 時まで

C. 浜寺病院（大阪府）

平成 27 年 9 月 29 日（金）13 時～17 時まで

事前研修プログラム

時間(分)	内容	獲得目標	参加者	担当
10	主催者挨拶			
60	モデル事業の説明	趣旨、事業内容、実施プロセスを理解するとともに、そもそもの意思決定支援者の位置づけ・役割を理解する。	・事業担当者 ・支援チーム （ピア、専門職） ・協力病院（医師、看護師、コメディカル等）	岩上
60	ピアサポーター研修	支援チームを構成するピアサポーターの役割や留意点等を理解する。（バウンダリー・セルフケア等）	・地域援助事業者（基幹相談支援センター等）	吉野
50	モデル事業の実際	実施フローとそれぞれの役割、想定される実務等を理解する。（チームアプローチ・面接技術） H26 モデル事業の成果をまとめたスライドムービー視聴		吉野
20	グループワーク	支援チームの形成と実際の支援場面をロールプレイ（想定されるケースと対応方法等）		岩上 吉野
10	振り返りとまとめ クロージング			岩上

(7) 精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアル（平成27年度改訂版）

平成 26 年度研究で作成された支援マニュアルを用いて、平成 27 年度のモデル事業を行った。事業結果をもとに不備な点、改善した方がよい点を修正した。

⇒

C. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業支援マニュアル（平成27年度改訂版）

参照

(8) モニタリング

現地プロジェクトへのフォローアップ体制を作った。

- ・ 現地プロジェクトへ進捗状況の確認をし、モデル事業開始から 1 ヶ月時点、2 ヶ月時点にモデル事業担当委員と支援者チームの代表でフォローアップ会議を実施し、モデル事業担当委員から支援者チーム代表へスーパーバイズを行った。
- ・ 現地プロジェクト間の情報共有を行う。
- ・ モデル事業報告会を行う。

第1回フォローアップ会議 平成27年10月13日 13:00~15:00 日精協会館

岩上委員・吉野委員／病院担当者／支援者（各 1 名）

モデル事業を実施してみての感想、疑問点など意見としてあがったものを記載する。

（⇒印は岩上委員・吉野委員からのコメント）

- ①患者の選定について。「病院にあなたに代わって意見を伝えてくれる人がくる取り組み」であることを伝えると、「自分で言えるから結構です」と断られるケースが何度かあった。また、病院に伝える事＝病院に悪印象を与え、退院が長引いてしまうのではと警戒されてしまうところもあるように感じた。
⇒「病院に伝える」ことを強調しない方がいいかもしれない。そこよりも「あなたの話を親身に聞いてくれる人がくる」ところを強調した方が良いかと思う。
- ②全く話しをしない患者さんが対象となった場合、こちらから声をかけるべきか。
⇒基本は傾聴に徹するべきだが、話題に行き詰まるようなときはこちらから振ってみるのも良いかも。「外は寒いですが病院では季節の変わり目感じる事がありますか」など天気の話でも良い。趣味の話（楽器、AKB でもなんでも）などから入っても。
- ③入院中の話でなく、身上話や雑談、生活歴、家族の話などで終始するような患者さんにどう対応すべきか。
⇒基本的にはどんな話でも聞いて良い。ただ、あまりにも話が本筋に入らないとき（終わり 10 分前くらいでもよい）は「入院されてからどのくらい経つのですか」「病院での生活はどうですか」というような振りをするのがよいかと思う。
- ④入院期間 1 年以上の患者だけでなく、6 カ月～1 年以内の患者を 1 人選定してしまったが、それでも問題ないか。
⇒問題ありません。
- ⑤実際に実施して、患者さんから「病院に言ってください」と言われたことは病院に伝えたのだが、記録として記載するときはどうすればいいだろうか。話したことを全て記録として残していいのだろうか。
⇒本人が伝えたくないといったことは記載しないことにしている。病院への申し送り記録としてイメージしてもらえれば。箇条書き程度の記載で良い。
⇒昨年（平成 26 年度事業）は伝えたいことに限定せず、「今日話したことは病院にお伝えしても良いですか」という聞き方で、伝えたくないことがあればその箇所のみ省いて報告していた。病院にとっては、その他愛もない会話の方も役立っていたところがあった。
- ⑥記録を患者さんに確認してもらうのはいつが良いか。
⇒本来であれば医療機関へ提出前に見せる方が良いが…。（平成 26 年度事業では）事後承諾に

なってしまうが、前回分の活動記録のコピーを次の回で患者さんに見せて、「こういう風に病院に報告しました」ということで伝えていた（吉野委員）

⇒可能であればその場で書いて確認を得るのが理想なので、記録はそこまで詳細なものでも良いかと思う。現在の活動報告書を2分割して、表面は次回面接予定日までとして、当日は表面のみをコピーして病院に出してきて、帰ってきてから裏面を事業所で報告書（記録）として「ご本人の様子」、「支援実施後の気づき」を残しておくので良いと思う。そうすると両面1枚で記録が出来上がる（岩上委員）

⇒持ち帰るとかえって面倒である。その方（岩上委員の方式）が良いかと思う（吉野委員）

⑦記録は事業所で保存しておいてもらい、11月過ぎて事業が終わったら、報告会で使うような形でよい。

⇒良いと思います。

⑧今のところ上手くいっているが、ピアサポーターと患者が異性のペアであってもうまくいくだろうか。例えば女性同士で話ができることがあるようにも思うし、逆に自分（患者）が女性で、「男性に聞いてもらいたい」というような話もあるようにも思うが。

⇒確かに女性の患者さんを男性2名ではプレッシャー与えてしまう可能性もあるが…。

「こうじゃなければいけない」という事業ではなく、継続してみないとわからないこともあるので、様子見てもらえれば。

⑨患者の選定について。アルコール依存症で医療保護入院の患者さんは、対象として難しいだろうか。

⇒落ち着いて話そうとするとせん妄などもあり、難しいかもしれないが…。1医療機関につき4人×8回＝32回という上限があるので、早く終了した人の回数で余った回数をあててもらって、5人以降の候補で、もしできるようであればお願いします。

第2回フォローアップ会議 平成27年11月5日 14:00～16:00 日精協会館

岩上委員・吉野委員／各病院担当者2名に参加してもらい、各病院から報告して戴いた。

(1) 千曲荘病院

①病院 PSW、支援相談員、ピア各2名ずつの2組で対応。1か月で各対象者に2回ずつ実施した。

②急性期（救急病棟）患者2人（既に退院済み）、慢性期患者2人を対象に事業を行っている。

③終わった患者さんからの感想…初回入院であったが、色々話ができ良い気晴らしになった。担当者の報告→この患者さんからは主に病院での生活の話をしてもらった。「どの色の服のスタッフがどんな業種の人なのか」、「（スタッフの皆さんは）忙しそうにされていて中々ゆっくり話せないのが悩み」、ほか患者同士の人間関係の悩みなどいろいろ話してもらうことができた。

④ピア2人はともに真面目なタイプであり、与えられた役割をこなそうと、一生懸命受け答えしようとしてくれる。1日で2ケースになると、どうしても体力的、精神的に消耗するので、合間に休憩を挟むなど、気を使いながらやる必要あると感じた。相談員の側でも、1時間×2人の面接というので思ったより大変だと感じている。

→沼津中央病院 U氏コメント

・こちらはピア4人で実施しているが、やはり結構疲れているように思う。質問された時に、

質問にどう答えるかでも悩んだりしているようだ。振り返りはその場で患者さんに記録（表面）を見てもらって、最後に「こうやってだすけど良いですか？」と確認を取り、その後に裏面にピアサポーターと相談して意見交換しながら書いている。終わった後 20～30 分で行う。始まる前にも 10 分くらい時間を設けて、「今日はこういう話をしよう」と打合せを行う。

→浜寺病院・U 氏コメント

- ・こちらはピア 1 人で実施している。もう 1 名は就労のためこちらの対応が難しくなったため。午前と午後で 1 時間ずつ面接し、その後振り返りの時間を設けている。本人曰く「とても学びになっている」とのこと。振り返りは 2 ケースで 2 時間くらい。

⑤患者との面接については、特にマニュアル上の定めは無いが 1 時間程度に落ち着いている。

（1 日に 2 ケースやる場合）次の対象者に開始の目安となる時間を示すときにもこのくらいが都合よいかと思う。

→沼津中央病院 U 氏・浜寺病院 U 氏コメント

- ・大体 4 5 分くらいの頃に「お疲れではないですか?」、1 時間くらいのところで「また来週も来ますので」という感じで声をかけている。

→吉野氏コメント

- ・面接時間は大体 30 分～1 時間というので妥当だと思う。話の盛り上がり、流れなどあると思うが、このくらいの時間で臨機応変に対応して貰えれば。

⑥活動報告書については、当日のうちにとりあえず基本事項のみを書いて病院に提出。残りは事業所に戻ってから記入している。

→沼津中央病院 U 氏・浜寺病院 U 氏コメント

- ・報告書は基本的な申し送り事項は相談員が記入し、その後ピアサポーターが加筆修正する形で分担して行っています。

（2）沼津中央病院

①急性期 2 人、慢性期 2 人の 4 人を対象に開始した。現在 4 人とも 4 回目が終わった。各患者の担当医、退院生活相談員は異なっている。

②活動報告書から報告された内容を病院の方でも尊重しており、「やはり患者の声を聴かなければ」と感じてもらえている様子。

→沼津中央病院 U 氏コメント

- ・通常、病院スタッフは患者の情報（生活歴、病歴ほか）を事前に共有した状態で接するが、今回の事業では、外部の相談員とピアサポーターが患者に対する情報を「何も持たない」状態でコミュニケーションを始める。一から話をしてくれる中で、そういったところでは得られなかった情報を話してくれることもあった。しかし、後日「普段は話していなかった悲しいことまで話して辛くなった」（辛い体験のフラッシュバック）と看護師に話していたことで、ピアサポーターも「どこまで聴いてもいいのだろうか」と悩んでいたようだ。また面接後、病棟スタッフから「今回の面談どうだった?」と聞かれ、報告されている様子。

→吉野氏コメント

- ・ある意味「アドボケイターへのアドボケイト」になってしまう恐れもあるので、これがルーチンになるのは避けた方が良いかもしれない。

③助言とアドバイスの境目について迷うところがあった。本人が通いたいと思っている専門学校の情報を教えたら、情報提供になってしまうのだろうか。

→吉野氏コメント

- ・聞いたこと、感じたこと、あるいは経験上の反応について話す程度であれば、情報提供や支援には当たらないと捉えて良いと思います。

(3) 浜寺病院

①慢性期の患者さん入院2年目、3年目の方2名に対し、計5回実施した。一方の患者さんは車いすで普段生活されているが、「車いすだが外にでたい」といった要望を話し、それを報告に挙げることで、病院の方から外に出るようなプログラムについて検討するようになった。

→浜寺病院 U 氏コメント

- ・こちらでも面接の中で、「魚料理が多く、麺料理が少ないので増やしてほしい」、「食事が冷めた状態で来るので、温かいものが食べたい」といった食事の要望などでている。病院中のサービス向上委員会に上げてもらった。別の話であるが、面談中に他の入院患者さんが面接室に入ってくることがあった。何か興味を持って見てもらえているのかもしれない。

→モデル事業参加病院より面接の実施場所について要望

- ・明るい気持ちでリラックスしてお話ができるよう、面談実施場所について面接室でなく外でもできるようにならないか。

→岩上氏よりコメント

- ・第2回検討会でもまだ検討進んでいないため、今後の事業展開の中で対応できれば…。

②「(①の患者さんについて) いついつ来ます」と伝えると身構えてしまうようだ。期待に応えなければ、何か質問されたら答えなければ、という風に緊張してしまうのかも。「〇日に来るから話したいことがあればどうぞ」という伝えの方が良いかもしれない。

→岩上氏よりコメント

- ・1年以上の入院者、長期の入院者にはアドボケイターのような人がいた方が良いと思う。
「今日アドボケイターさん来ているから話したい人がいたらどうぞ」というように病棟をフラフラしているような人。スタッフを呼び止めて話をするほどではないが、ちょっと話を聞いてくれるような存在がいて良いと思う。

③現在のケースの中で患者さんが女性であり、ピアサポーターが男性という組み合わせのケースがある。1回目はとても短時間で退席してしまったが、当人のコメントとしては「とても助けになっている」というときと、日によって「やっぱり止める」という話になったり。

→沼津中央病院 牛島氏コメント

- ・1つ前の面接で「歯医者とは病院の最寄のところではなく、通いなれたところに連れて行ってほしい」と要望を病院に伝えてもらったが、「申し送ってもらった事が一週間経っても変わらない」との意見があった。

→岩上氏コメント

- ・毎回アドボケイターが「こういう役割で来ている」というのを伝えた方がいいかもしれない。

→吉野氏コメント

- ・後で「(実は病院には) この話はいいたくなかった」とコメントしたとしても、その話をしている時はその話がしたいから話したのだと受け取って良いと思う。

(9) 報告会

平成 27 年 12 月 17 日 14 時 00 分～16 時 00 分、日精協会館

モデル事業実施病院スタッフによる事例概要と病院の取り組み及びアドボケーターに支援内容について、以下のように記載する。

① 事例報告

A. 千曲荘病院（長野県）

No	対象者	事例概要・病院の取り組み	アドボケーターによる支援内容
1	30 代女性 統合失調症 医療保護入院 入院：4 回 (当院 1 回) 在院日数： 1 ヶ月 ※実施時点 6 日	幻覚妄想状態にて X 年 G 病院に受診。3 回の入院歴有り。育児の負担から不眠、錯乱状態となる。通院中のクリニックへ受診予定であったが車のドアを何度も開けようとする、声を上げて不安を訴える、夫にしがみつく等あり不安恐怖感が強く情動不安定で当院紹介となり受診し医療保護入院。 保護室から療養開始。モデル事業導入検討時は準保護室で加療中。疎通は取れるため主治医、病棟師長に相談の上、本人の了解を得る。アドボケーターとの面接時はナースステーション内の面会室を利用。以後、準保護室から出た後は退院までは閉鎖個室で療養。事業については、色々は話せるのはありがたいと好意的に参加。初回面接時に導入部分をアドボケーターと一緒に退院後生活環境相談員が説明。以後は立ち合い望まなかったため退席した。初回面接終了後 8 回分の面接日程をアドボケーターと退院後生活環境相談員で確認した。初回以後の面接も本人とアドボケーターのみで行う。病棟師長に面接の日程を伝え病棟の部屋の確保等の協力を得た。3 回面接を実施したところで退院がきまったためモデル事業を終了。	
2	30 代女性 うつ病 医療保護入院 入院：7 回 在院日数： 1 年 10 ヶ月	拒食、嘔吐等で当院初診。以後 6 回の入院歴あり。X 年、意識消失しているのを息子が発見。内科病院へ救急搬送となり入院。精神症状改善のため当院へ転院となり任意入院となる。しかし精神症状強く入院に適切に同意できない状態となり、医療保護入院となった。 病棟師長に事業について相談。師長より今後の退院支援にも生かせたらと当事例の勧めがあったため主治医に確認し了解を得る。モデル事業検討時、本人は療養開放病棟大部屋にて療養。本人へモデル事業の説明を行う。積極的な参加意思等は話されないが、了解する。初回面接は病棟内の面接室で行われた。導入時アドボケーターとともに事業の説明を行う。以後は同席希望しないため退院後生活環境相談員は退席。以後の面接は本人、アドボケーターにて行われ、退院後生活環境相談員の特別な関与は特になかった。初回、面接以後は病棟の診察室で行われた。予定の 8 回の面接を行い終了となった。	

3	30代女性 うつ病＋ 発達障害 医療保護入院 入院：2回 在院日数： 2ヶ月	子どもの頃から融通が利かない面があった。対人関係も少なく、孤立気味だった。A病院（心療内科）を初診。大学進学に伴い転医。過食、嘔吐、強迫症状あり。また過量服薬等による自傷行為もみられた。1年留年し大学卒業、引きこもりがちとなった。B病院に転院し、統合失調症と診断された。その後、当院へ転医。昼夜逆転の生活、うつ状態の悪化がみられ、X年9月に当院に医療保護入院。X年10月にモデル事業の説明を本人に行う。モデル事業についてはスムーズに了解され、また現時点で本人が不安に思うことについても返答。開始してもどうしても辞めたい時には中止にしていよいこと、またモデル事業を受けるにあたって、そのことを理由に退院が長期化することはないことを伝える。初回は、退院後生活環境相談員が導入部分だけ同席。以後は同席不要とのことで退席する。部屋は個室に入院していたため、本人希望にて自室にて話をして頂いた。初回は「何とか時間を埋めなければいけない」と本人なり考えたようであり、アドボゲーターと話をし内容をリストにあげ話をし、疲労感が生じた様子。終了後、本人に声を掛けた際は、疲労感があったものの、継続して行くことを希望しており、通常の面接やカウンセリングとは違った話の聴き方に意味を感じたようである。結果として、間もなく退院となったため、聴き取りは2回で終了。	発達障害の診断のある女性。家族以外の「コミュニケーション」に苦手感があり、話しかけられれば対応するが、自ら話しかけることは殆ど無い。過去に加療した精神科で、誤診による投薬で苦い経験を持っている。対人関係は狭く、入院以降は週末の両親の面会を支えにされている。しかし、家族には遠慮があり、自分のためにしてくれていることを常に気にかけている。環境変化に苦手感があり、慣れるまでに時間がかかるが、看護師に困り感を伝えることができる。睡眠障害が入院加療の目的と理解している。物音への過敏さがある。自宅に退院され、2回の面談で終了となる。
4	40代女性 統合失調症 医療保護入院 入院：5回 在院日数： 4年3ヶ月	統合失調症を発症し、A病院で入院治療後、Bクリニックを受診。その後、当院通院するが、幻覚妄想状態が悪化し、不眠、情動不安定さが目立つようになりX-4年7月より入院となる。X年10月にモデル事業の説明を本人に行う。初回は導入部分だけ同席。以後は同席不要とのことで退席する。全8回行う。頻度は週1回。時間は当初1時間程の時間枠をとっていたが、本人希望にて30分程度とした。現時点で退院に向けて支援が行われている状況であり、その動きに関しても話題になりやすかったようである。	現在は療養病棟に入院。医療職をしていた頃、交際男性の不審死をきっかけに幻覚妄想が出現し、子どもの声で脅されることがある。交際相手の死の真相と思える映像が見え、これを聞いた人に身の危険が及ぶような危機感を感じる。幻聴の中で自分を刺激してくる子供らに対し、反発して「怒り出す」ことがある。これは、自身が「人には聴こえない声に反発している状態」であることを理解している。また、これらの幻聴の反応を理解してくれ、気遣ってくれる同室者（現在は6人部屋）に対しては、主治医の次に信頼感がある。4人兄弟。北海道など兄弟は皆遠方におり、自宅は母のみがいる。自宅への退院について、母は「寝てばかりいる状態」では心配だと述べている。最近、退院に向け、主治医から「数ヶ月、宿泊型自立訓練施設を利用し、どこまで病院以外の場所で活動できるか体験をしてみてもどうか」との提案を受け、市（行政）や受入れ施設の担当者との面談が組まれていた。幻聴に反応し、「突然（幻聴に対し）怒り出す」という症状を気にかけていたが、受入れ施設側より「そのことに反応しない人と同室に」等の配慮の意向を示され、消極的ではあるものの、主治医の提案を前向きに検討しようとする変化がみられた。

B. 沼津中央病院（静岡県）

No	対象者	事例概要・病院の取り組み	アドボケートによる支援内容
1	40代女性 統合失調症 医療保護入院 入院：3回 在院日数： 11ヶ月	同胞2名中第1子。23歳時に結婚、2子をもうける。30歳時、食思不振、人が襲ってくる、不眠、言動にまとまり無く精神科初診。以後夫と離婚、母や弟と過ごしてきていたが、計3回の病状悪化での入院があるがいずれも1カ月程度で退院している。母が死亡し弟との二人暮らしとなるが能力低く、本人就労できず、生活保護であったが、家賃滞納、借金が膨らんでゆく。40歳頃より通院中断し自閉的な生活、独語、空笑、興奮、入浴しない等あり、対応に苦慮していた。その後生活保護担当者や弟と一緒に来院、医療保護入院となった。入院後病状改善に時間がかかり、療養病棟に転棟し、作業療法等リハビリと、退院に向けての本人の希望を聞きながら外出等を行っている。そのタイミングで事業の話があり、表現できてない事等あるのではないかと対象者として適任ではないかと導入の説明を行った。事業の途中で入院形態を任意入院に切り替えることができた。本人の病院に伝えてほしい事を大事にして、その都度対応を行った。	今回の入院は外来で主治医が代わって薬が変わったが、その薬の副作用を調べたら失禁と書いてあり、このまま老人になってしまうような気がして薬を飲むのを止めてしまった。その後、状態が悪化し、市役所の生保担当者が自宅にきて入院した。入院前の家は弟と二人で生活していたが、弟は一人でアパートを借りて生活を始め、本人はこれからの生活の場を検討する段階にいた。アパートを引き払うための引越作業で、最低限のいるものだけを持ってきたところから面接を開始。最低限の物しか持って来れず、本当は他にも子どものために料理を作った調理道具なども持って来なかったが置く場所がないから諦めたと話す。面接の中で退院後にやりたいことは？と聞くと、一人で北の方の海を見に行きたいと話し、ピアスタッフも本人の心情を心配していた。退院後について前向きに考えており、グループホームを希望していたが、空きがないことから病院のPSWから救護施設はどうかと勧められていた。それについて「施設は自由がないみたいで、やっぱりグループホームに入りたい。近くのグループホームがいいけど空いていなければ遠くでもいい」と。そのことを伝えてほしいと。一人での生活は心配と話し、同行したピアスタッフが自分の単身での生活状況や自分の使っているサービスについて伝えた。事業実施中にグループホームの見学まで行くことができたところで事業終了となった。
2	60代男性 統合失調症 医療保護入院 入院：6回 在院日数： 9年8ヶ月	同胞2名中第1子。高校3年時より不登校、卒業はできた。家庭内での暴力や暴言があり、19歳時に精神科受診、2カ月入院。その後、通院中断、病状悪化し入退院を3回繰り返す。就労せずに自宅で過ごしてきた。家族に暴力をふるい、対応は厳しかった。40歳代で家族の都合で転居し近医の精神科に転院。被害妄想、暴力等あり以後3回の精神科病院への入院がある。50歳時、通院していたが母、弟への暴力等があり、医療保護入院。以後入院継続中であるが自閉的傾向、被害関係妄想、暴言等見られる。作業療法等には参加しない。本人の希望を聞くと退院したいとは話すが無現実感はない。歯医者へ行きたい希望があり、近所の歯医者ではなく、他の人がいいよと言っていた歯医者に行きたい希望を明確に話し、病棟スタッフが調整し行くことができた。本人は「歯を直してラーメンを食べたいんだ」と語り、その言葉で院内スタッフもそうよねと共感し実現した。	約10年入院されている慢性期の方。面接での医療機関に対する要望は一貫して「歯科受診」に関することで、給食で他の患者同様に普通食を食べたいので、専門の歯科を受診して治療したいというもの。面接終盤にNs付き添いで歯科受診することが出来、その報告も嬉しそうにされる。本人にとって受診出来たのは今回支援者が医療機関に要望として伝えたことが要因と理解しており、面接中にも感謝の言葉を述べられる。面接開始当初は「退院したい」との言葉は聞かれず雑談程度（好きな食べ物、飲み物、タバコについてなど）の内容であったが、中盤で初めて具体的に聞かれ退院後の生活についても話題が及ぶ。また最終面接時には「ハローワークへ行って簡単な仕事を探したい」とも話す。支援者に対する受け入れは良く、終始穏やかに話をされる。主治医ともっと話をしたいとの希望も毎回聞かれた。

3	30代男性 統合失調症 医療保護入院 入院：2回 在院日数： 2ヶ月	同胞2名中第2子、大人しく、気が弱い性格傾向。中学時代いじめにあった以降、盗聴器が体内にあると妄想発言。幻聴、独語、空笑みられ中学2時A精神科C受診。以後病院を転々とし服薬不定期で自閉的な生活を送る。服薬中断で独語、空笑、敏感さあり、20歳時に精神科病院へ3ヶ月入院。退院後通院するが、不定期となり、25歳時には中断。兄も統合失調症で通院していたが中断し、兄弟二人で病状悪いまま母と3人暮らしをしていた31歳時、母に対して暴言、暴力あり、独語、妄想言動激しく、母が市役所へ相談。当時のアウトリーチ事業対象となり訪問を開始。ほどなく診療所へ通院し始めたが、薬を自分で選択し飲み、生活リズムはバラバラ、暴言等もあった。訪問継続していた34歳時、喉にマッチ箱がある、お腹の張がつかいと自ら入院を希望したが、幻覚妄想状態で医療保護入院となった。入院後も妄想言動は続き、本人に話を聞きに行っても意思がなかなか引き出せないため、本事業の対象者とした。本人のなりがあり、終了してし終わりというこだわ状がかなりある中での対応であったため、かなり厳しい状況にあった。	入院して2ヶ月くらい経過。救急病棟に初回入院。のどにマッチ箱を誰かに入れられてそれを何とかしてほしくて自分から入院。入院してからずっとマッチ箱があるはずだと訴えていた。10 / 14初回面接でそのことについて、「主治医に喉のレントゲンを撮ってほしい」と伝えてほしい、と話していた。またマッチ箱が取れば発動発信できるのにとれないから発動発信できず、絶望的で自分はもう死んでしまいたいと言い、そういう気持ちであることはだれにも話していなかった。病院に伝えてほしいというため、伝えさせて頂いた。その後も誰かに殴られそうで怖いという訴えが続き、病院に伝えてきた。同行したピアスタッフが発病した当初の同じような怖い体験をしたことについて伝えてきた。また2回目には本人から4回やったら終わりでいいですとか、4回やったら退院ですかと聞いてきておりその都度4回という決まりはないことを伝えてきたが、4回やって本人からもう終了でいいですと言われ終了となった。最後の方は最初にあった切迫感や恐怖感是和らいでおり、だんだん気にならなくなってきたと話していた。
4	20代男性 統合失調症 医療保護入院 入院：6回 在院日数： 1ヶ月	同胞2名中第2子。幼少期から他人に合わせる事が難しく友人が少なく大人しかった。中学3年時頃より不登校、高校進学したが1学期で不登校となり、中退。両親が児童相談所に相談、精神科受診を勧められ、16歳時に精神科病院を初診、被害妄想あり入院となった。以後通院をしてきたが、途中病状悪化で5回入院している。20歳代半ば、病状悪化で物を投げる、包丁を持ち出すことがあり、「誰かに仕組まれている」「消えたい」等発言あり、幻覚妄想状態で医療保護入院となった。入院間もなく、本人の様子から本事業の対象者に適任であろうと判断あり、導入を決めた。薬物治療を中心に行い、面会を繰り返す中で病状改善もみられ、本人の自分の意思を伝えることができていた。	今回で8回目の入院。周りの人が気になり気持ちが荒れてしまい入院した。隔離室に1週間いた後も個室で施錠の部屋にいる。入院して17日目で初回面談。2回目までは本人希望で病院PSWが同席。3回目にPSWと日程が合わず以後同席なく面談。クロザリルの試行により服薬調整が続いていた。8回を通して本人が病院へ伝えてほしいと言う事項はなく、気になれば自分で伝えていと話す。職員に伝えてはいたが隔離（カメラ）に対して「プライバシーの侵害」、隔離を出ても「自由がない」、クロザリルについて「やめたい」「よだれ、手の震えがなくなるといい」等の話があった。途中発熱から1週間休みとなり再開後にはクロザリルが中止となっていた。後半は退院後の不安、「入院前のマンネリな生活に戻るんじゃないか」や、心がけること、「やる事を増やす」、やりたい事、「ライブに行きたい」「音響とかやってみたい」「ギターを弾いてみたい」等、これからの事が話題となった。音楽（ロック、特にギター）にとっても詳しく、たまたまピアサポーターがある程度そのジャンルを知っていたため毎回面会時間のほとんどは好きなギタリストやロックの話で終わった。

C. 浜寺病院（大阪府）

No	対象者	事例概要・病院の取り組み	アドボケートによる支援内容
1	60代女性 統合失調症 医療保護入院 入院：1回 在院日数： 3年5ヶ月	実家で一人暮らしをしていたが、自転車転倒で怪我を負った後、歩行困難となる。その後から徐々に異常行動見られ治療の必要ありとの事で当院へ入院となった。現在、歩行訓練、作業療法を行っている。元々、訴えや要望は少ない方であったが、今回のモデル事業で散歩に出たいという訴えを聞いた為、病棟内で対応について検討中である。	人と話すのは不得手ですと、と伝えられたが、少し季節の話し等をしていくと就労していた時のこと、家族のこと、学生時代の話しと懐かしそうに思い出しながら話された。車椅子なので人手が必要だから外への散歩が出来ないとのことで「散歩をしたい」との意向を病院側に伝えた。食事が冷たいとのこと。歩行訓練をして自宅に戻りたいとの希望を持たれていた。長期入院の為か〇〇したいけど出来ない・・・と諦めておられる様子が会話の中にありました。「苛々することもある」と本音も話してくれた。
2	30代女性 統合失調症 医療保護入院 入院：11回 在院日数： 1年1ヶ月	H県出身。同胞2名中第1子。最終学歴中学校。23歳より引きこもりがちとなり幻覚妄想出現。当院受診となる。その後、入退院を繰り返す。X-2年結婚、X-1年離婚。その間当院へ通院せず。離婚後、入浴せず食事も取れていなかった為、当院を受診し医療保護入院となる。自宅への退院は困難な為、現在グループホーム入所に向けて支援を行っている。併設される作業所へ体験通所を行っている。	話を聞いてくれる人を求めておられるようでした。緊張感が強く感じられ1回目は短い時間で終了しました。自分なりの考え方、生き方を持たれておられ、一言一言考えながら離婚、入院、家族のことを話されていました。席を移動したり椅子を引いたり、足を組んだり、時には話したいことをメモして来られたりしていました。回を重ねる毎に落ち着いて座って話されるようになり、「話を聞いて貰えて良かったです」と伝えて下さり、ドアまで見送りもして戴きました。
3	60代女性 統合失調症 医療保護入院 入院：1回 (他病院4回) 在院日数： 5ヶ月	E県出身。18歳時来阪し、工場で働き寮生活をしていた。仕事は長続きせず転々としていた。30歳頃までは仕事をしていたが、この事より精神的に不安定となっていたと思われる。結婚歴はない。精神科病院に4回入院歴あり。救護施設へ入所歴もある。高齢者専用住宅に住んでいたがX年5月に知人宅で同居すると言って荷物を置いたまま出ていき、その後詳細不明。X年6月、住居侵入・窃盗で逮捕された。精神科治療は中断しており、服薬もしていなかった。簡易鑑定の結果、入院が必要と判断され当院へ入院となった。	お会いした時から笑顔で過去の話をお繰り返しておられました。「施設には行きたくない。1人暮らしがしたい」と話された。「どこから来たん？」とか「何する人？」と質問も何度かありました。平日は作業療法や入浴があり、「土曜日は来れないのか？」と伝えられ、私たちの都合で日程を訪問しており、申し訳ない気持ちになりました。
4	30代男性 統合失調症 医療保護入院 入院：1回 在院日数： 1.5ヶ月	A県の病院（精神科）に入院中、離院し単身当院の所在する場所に転居。住み込みアルバイト等もしていたが公園で生活をして過ごす。窃盗をし警察に逮捕されるも治療が必要と判断され、当院へ入院。入院中奇異行為は目立つも粗暴性はない。現在は投薬調整中。最近は作業療法にも参加している。	初回はご挨拶だけ・・・とお会いしたのですが、とても緊張しておられ立ったまま少しだけお話をして終了した。回を重ねる毎に体調も良くなっているのがわかり、言葉を探りながら考えて、考えてお話を下さっています。家族のこと、以前住んでいた所や今回入院に到った事等を話された。言葉を取り戻しておられる・・・という様子であった。今後は作業療法をして体調を取り戻し就労したいと希望も話されていた。

② モデル事業についての意見

A. 千曲荘病院（長野県）

No	項目	病院	事業所
1	【病院】今回のモデル事業実施にあたり貴院で行った取組 【事業所】個別の取組の課題	院内会議にてモデル事業について共有し、病院全体の事業として取り組めるよう、働きかけをした。	病院の期待がどのようなものか、事業が終わったあとに病院スタッフと事例について共有したい。
2	【病院】患者への同意取得時の問題点 【事業所】順調に支援が進む事例	療養病棟の入院者は特に問題は感じられなかった。救急病棟の入院者については、退院に向けての気持ちが強く、余計なこと（モデル事業）をしたくないと言われる方もいた。	事前に説明が充分になされており、本人が理解してくれているのは有り難い。
3	【病院】モデル事業実施時の問題点 【事業所】順調に支援が進まない事例	病棟内の個室を用意しても、外の声が聴こえる可能性が高く、配慮する必要があった。	記載なし
4	モデル事業実施に必要と考えられる職種	【院内の職種】医師・看護師・精神保健福祉士。 【院外の職種】相談支援専門員・基幹センタースタッフ等	【院内の職種】精神保健福祉士・退院後生活環境相談員 【院外の職種】ピアサポーターのサポートを兼ねた相談支援専門員・精神保健福祉士
5	モデル事業実施の問題・苦労した点	現状の対応であれば負担は少ないが、対象者の選定とアドボゲーターとの日程調整については労力を費やす。	事前情報が殆ど無いため、初回面談の際に得た沢山の情報を記憶しておくことに苦労した。病院に速やかに「活動報告書（表面）」を提出するルールであったが、その場の対応ができなかった。効率を考え、同日に2名の面談を各1時間を目安に組んでもらったが、終了後互いに疲弊した。
6	モデル事業実施の改善点	30分程度の面接であってもピアサポーター、相談支援専門員共に1日で複数のケース対応をすることは負担に繋がりがやすく、反面、日を分けて対応したとしても、それに伴う負担は新たに生じやすい。加えて記録のまとめや提出が加わり、その対応に追われやすいのではないか？	モデル事業の病院スタッフに、アドボゲーターの支援内容や役割につき、理解しておいてもらう体制を整えておくことが必要。伝達事項や患者から要望が出なかった際には、余裕をもった記録ができると良い。
7	モデル事業の意見	記載なし	事業実施後の本人の感想や病院側の気づき等が共有できると、アドボゲーター側もより達成感が強まるように感じた。
8	事業の制度化に向けての意見	患者側のニーズが多かった際に、それに対応できるピアサポーターや相談支援専門員をどう確保することができるのかは課題だと思われる。病院への報告の提出が遅くなると、タイムリーに病院側に情報伝達がしにくくなり、かえって患者の信頼を損ねてしまう結果となる場合もあるのではないかと。入院時に同意されなくても、以後の入院加療の中で希望をされる場合が想定される。柔軟な対応が求められるが、また対象者が新たに増えることにもなり、新たな業務の負担となるのではないかと。	同じ「精神科病院への入院」という体験を持つ方々の関与は、患者の安心感に繋がったように感じた。また、相談支援専門員とペアで行うことは支え手のピアサポーターにとっても活動し易いとの感想が聞かれた。今回のモデル事業の形態をベースに組み立てて欲しい。面接の実施場所については、病院側で患者の意向をくみながら、事前に打ち合わせをしておくことが望ましい。

9	モデル事業実施病院 にとってのメリット	病院に対する意見を聞けること、それにより対応の改善をはかることができる。本人について、これまで知らなかった情報も聞くことができる。 ・療養生活で不便に思っていることなどが確認でき、共有することができる。患者さんの新たな一面を発見することができる。	
10	実施病院にとっての デメリット	記載なし	

B. 沼津中央病院（静岡県）

No	項目	病院	事業所
1	【病院】今回のモデル事業実施にあたり貴院で行った取組 【事業所】個別の取組の課題	事前研修（講師が事業について説明を行う）病棟スタッフへの周知。院内で説明を様々な機会で行う。面接実施当日の流れ等をわかりやすく作成した。マニュアルを読み込む事。院内組織の「地域移行推進委員会」を窓口を利用したこと	本人の話したいこと以外の話（生活・病気など）をいかに引き出すか、何でも話してもらえる関係づくりが難しい。4 回面接のうち 3 回は病院 PSW が同席したことは疑問。「いた方がいいですかより、いなくても大丈夫ですか」と聞いたほうがよかったのか。沈黙が多くなり、話す内容を考えるのに苦労した。対象者の認識として支援者は医療機関に対する要望を伝える役割となる可能性があり、その内容によって展開が見込めないと関係性にも影響してしまう。ただ要望等を伝える役割と認識されないような技術も必要と感じた。
2	【病院】患者への同意取得時の問題点 【事業所】順調に支援が進む事例	ご家族への同意説明、同意を頂く事。ご家族との関係が疎遠や協力的でない場合の対象者は同意を家族に頂くのは難しいと思われる 1 病棟スタッフに事業の詳細まで理解している人が少なく説明に自信がなかった。背景やアドボケーターとはという説明が難しく、1 番処遇に不満を持ちやすいイライラした時期の患者には理解が難しいかもしれない。	8 回で終了したので順調といえるのか、何を持って支援が進んだかによる。患者さんの解決したいことを強調して医療に伝えることで最後は不安軽減につながった。丁度退院後の生活を者えるタイミングで面接に入ったため、本人も地域生活に関心があり自分から色々聞いてくれたり、ピアの方の地域での生活ぶりを伝えることができた。テーマが明らかな（対象者が医療機関に対する要望がある）で、それに対して支援者との面接を繰り返す中で対象者が実感できる展開がある事例。
3	【病院】モデル事業実施時の問題点 【事業所】順調に支援が進まない事例	病棟スタッフへの周知。当病棟では予め課長、係長が説明会に参加していたため、病棟スタッフへの周知は比較的浸透しやすかったと思われる。当日の流れなど見本は作成してくれたが、実際とうなるか不安であった。対応する職員全員が研修に参加に出ている訳ではないので理解不足があった。特に医療者に報告することが無い場合、どんな話をしたか、どんな様子だったか等、情報共有がされない。	本人の数字のこだわりからか最初から 4 回でいいですと言いつけ、4 回で終わってしまった。対象者の医療機関に対する訴えが明らかなでも、様々な要因により面接を繰り返しても展開が見込めない事例（医療機関のマンパワーの問題など）。対象者と支援者が徐々に「諦め」の構図を作ってしまう。その「諦め」は長期入院に対する「諦め」と同じく本人も支援者も）。

4	モデル事業実施に必要と考えられる職種	【院内の職種】医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、栄養士クラーク 【院外の職種】地域事業所精神保健福祉士・ピアスタッフ・訪問スタッフ・行政スタッフ	【院内の職種】看護師、PSW 【院外の職種】相談支援専門員(PSW)、ピアサポーター
5	モデル事業実施の問題・苦労した点	・病棟スタッフへの周知 ・面接場所の確保 ・週1回でアドボケーターが時間を作り事業を行うのは少ない件数だから出来たかもしれないと感じた。 ・対象となる方にわかりやすく説明し同意を頂く点 ・事業のほかスタッフへの周知 ・院内スタッフに「つらい」と相談している内容を、アドボケーターに話せるようになるまで時間を要した（院内スタッフに話すからいいと趣味の話のみに終始することがあった） ・病棟内の日中活動（作業療法等）と訪問日程との兼ね合い、調整が難しかった。	病院へ伝えて欲しい事を引き出そうと色々な質問をしてみたが、いつもご本人が興味ある話しになってしまい、その他の話題へ広がらず苦労した。何をどこまで情報提供していいのかわからなかった。言っただけでいいことが多く、話の内容を考えるのに苦労した。本人の話したことに対して自分なりの解釈や主観が入ってしまうためありのままの言葉をキャッチするのに苦労した。相談支援専門員のスケジュールに合わせる形で面接の日程調整を行ったが、本来はある程度毎週〇曜日〇時～と決めた方がいいのではないかと。回数を重ねるごとに話題も重複してくる中で、お互いの目的意識の確認・モチベーションの維持が特に後半にかけて困難であった。
6	モデル事業実施の改善点	回数について。アドボケーターとの信頼関係が出来るまでにある程度の面接回数が必要と思われ、全8回だったために話が出来るようになった頃に事業が終わった。一方で8回が多いと感じた本人やスタッフもいた。回数はどれくらいが適当かが検討課題になるのではないかと。	社会資源などの情報提供は支援者が行ってもいいのではないかと。急性期と慢性期では変化のペースが違うため、回数や上限や期間は自由な方がいい。対象者にもよるが、今回の8回はやや多い気がした。しかし本音の部分を知る事が出来るのは当然回数を重ねないと困難な部分もあり6回以上は必要。今回「退院したい」との具体的な本音の部分の部分が聞かれたのは4回目以降であった。
7	モデル事業の意見	今回のモデル事業を通してご本人にとってピアスタッフが話を聞くことでより、刺激となったこと、またスタッフにとってはご本人の内心や思いを知る事が出来て大変有意義な事業であったと思う。普段ピアサポーターとの接する機会もない為、面接後のスタッフへの伝達で、実際に入院をしたことのあるピアサポーターの意見等を聞くことができて良かった。	報告会に行っても、自分たちが支援に入った患者さんの感想がどうだったか知りたい。自分たちの支援がよかったか改善するところがあったのか分からないまま終了となってしまいそうで、全体としてレクチャーが欲しい。患者さんがどう思っているのかがすごく気になった。ピアサポーター同席の効果は、初回面接の自己紹介場面での対象者の反応（笑顔がみられた）をみても明らかであった。また、導入後対象者より中止の希望があった場合にも継続の説得をするのは相談支援専門員よりもピアサポーターが自身の経験と照らし合わせて選択肢を伝える方が、より効果的ではないかとの意見がピアよりあった。

8	事業の制度化に向けての意見	地域援助事業者の業務量が増えないかどうか懸念される。例えば、患者さん1名に対して週1回の訪問はモデル事業だから可能であったと思われるが、制度化された際の訪問回数は要検討が必要と考える。またピアスタッフへの適切な雇用機会の提供も期待される	アドボケートを利用する方を誰がどう判断するのか。導入の仕方をしてしまわないと不公平になってしまうのではないか。ピアサポーターや相談支援専門員の数、病院の体制を考えると地域格差が生じてしまうのではないかと（これも患者さんにとっては不公平となる）。モデル事業で終わりにしてほしくない。モデル事業でなくなったときに、今後の支援への繋がりを持たせるために入院から退院までの流れの中にうまく組み込んでほしい。実際に動くようになったら圧倒的にピアの数が足りない。ピア講座をやらないといけない。もっと若い人で病気の経験を行かせる人が増えてきてほしい。ピアサポーターが入ることの有効性は明らかであるので、その人材確保・支援体制（ピアに対する）・活動への経済的な補償と継続性の確保を地域差はあるにしても大枠を示していただきたい。
9	モデル事業実施病院にとってのメリット	病院スタッフの人員が足りないことによってご本人とゆっくりと時間をかけてが開けていないことが多いが、この事業を通して、ご本人の話を聞いてもらえてよかった・患者の考えや希望をくみ取ることにより、漠然とした希望が具体化されたり、希望実現のためにどのようなステップを踏めばよいか、患者と一緒に考えることができる。普段希望を訴えたりすることが無く病棟内で埋もれがちになる患者の希望や考えを掘り起こすきっかけになる。・患者が外界へ目を向ける機会となり、退院促進につながる可能性がある。患者さんが感じている事、考えている事、病院職員が知らなかったことを離したりして、新しい刺激にもなり本人のことをより知る事ができた。・患者が安心して自分の意見を伝えられる場があることで状態安定や治療を受ける上での安心感につながる可能性がある。患者－病院間の信頼関係の構築・患者満足度の向上になれば病院の強みになる。患者の思いを治療に反映できる→質の高い医療の提供、患者のQOLの向上につながる可能性がある。	
10	実施病院にとってのデメリット	患者一人一人の話しが開けていないことが露呈した。患者の前向きな希望に対応できる人員が不足しており、対応しきれない事により、スタッフにジレンマが生じ、結果的にモチベーションが下がる懸念がある。患者の意見を前向きに捉えず、病状の悪化と捉えてしまう可能性がある。患者の希望に対して、受け入れや社会資源などの活用が十分にできない場合など患者自身が現実と直面した時に挫折感を感じる可能性がある。職員間での事業に対する理解度に差があり対応がまちまち。個人情報漏えいの可能性。業務増加の可能性もある。	

C. 浜寺病院（大阪府）

No	項目	病院	事業所
1	【病院】今回のモデル事業実施にあたり貴院で行った取組 【事業所】個別の取組の課題	病院職員全体へ今回のモデル事業の内容についての説明。他の市にある相談事業所へアドボケーターの依頼、患者の選定。	患者さんにこの事業を理解して戴くように繰り返し説明が必要。
2	【病院】患者への同意取得時の問題点 【事業所】順調に支援が進む事例	アドボケーターという名称の認知度が低い事とイメージがしづらいため、説明が困難。モデル事業とアドボケーターについてどちらの説明も必要であったため、説明が困難で患者も理解しづらかった。断られる事が多かった。「弁護士だったら会う、権限のない人に会っても意味がない、退院させてくれるのであれば会う、外部の人と会うと緊張するから嫌」等、陽性症状が活発な状態で説明しても病状によって理解が得られず、同意してもらえない事があった。第三者が面接に来てくれるという事であるのに、病院スタッフが説明し病院スタッフへ申し込むと言うシステムに違和感があった。	患者さんが話を聞いて欲しいと思っておられる時。アドボケーターの姿勢が大事。
3	【病院】モデル事業実施時の問題点 【事業所】順調に支援が進まない事例	当市に相談事業所がないため、何処に依頼するか選択に時間がかかった。モデル事業の期間が概ね決まっていたので急な依頼になり調整が困難であった。患者を選定し、同意を得て、家族へ連絡するという事に時間がかかった。患者からの暴力行為等の危険を避けるため、今回は比較的危険性の低い患者を選定することとなった。説明会時は事故があった際の保証はそれぞれの機関です。心配しなくて良いとのことであったが、病院内での事故は出来るだけ防ぐ必要があるため不穏・気分変動の大きい患者の選定を避けた。	進む進まないは、何を判断するのか分からないが、ゆったりと話を聞いてもらうことで患者さんご自身で気づきも有ると思うし、決定はご本人である。
4	モデル事業実施に必要なと考えられる職種	【院内の職種】医師・看護師、精神保健福祉士 【院外の職種】ピアサポーター・精神保健福祉士	【院内の職種】看護師、精神保健福祉士。職種もあるが、人柄も大事 【院外の職種】ピアサポーター・傾聴ボランティア
5	モデル事業実施の問題・苦労した点	アドボケーターから聞いた内容について病院スタッフへの反映と対応方法について苦慮した。アドボケーターとの面接の日程調整。面接の前後で担当 PSW が対応できるようにしたため他の業務と重なる事が多くあった。面接室の確保。他者が面接室を利用されている際や、開放的な面接室が多い病棟でのプライバシーを守る部屋の利用調整が困難であった。患者からアドボケーターに会いたくないとの意見があった際、どのような対応をすれば良いか悩んだ。	面談の日程調整と期間が短かったので午前 2 人、午後 2 人と 1 日でしたのはハードでした。ピアサポーターさんのことも考えて振り返りの時間はたっぷり取りました。
6	モデル事業実施の改善点	実施期間、面接の頻度、回数について。患者への説明の方法について。アドボケーターについての説明を詳しくした方がよい。同意書をもう少し患者さんにわかりやすく簡単にしたほうがよい。	週 1 回のペースで面談出来るよう、ゆったりとした取り組みであれば良いと思いました。

7	モデル事業の意見	ピアサポーターがしんどくならないか心配した。また、面接時の危険防止について心配した。本人からの面接希望が前提ではあるが、今回のモデル事業では病院が対象患者を選定しているため、本来の効果が減っているのではと感じた。	ピアサポーターさんがご自身の体調管理とともに就労として短時間でも働ける場が出来れば良いと思います。この事業に参加させて頂いてピアサポーターさんともゆっくり話す機会となりました。各々の患者さんとの話しの中にその人生を見せて頂いて学ぶことが多かった。大変だと思うけどピアサポーターのお仕事になればと真に願っている。病院外からの風を病院内に入れることだけでも患者さんには新鮮な刺激となっていてこの事業を通じて実感しました。ピアサポーターとして同じ入院経験があるということは会話の引き出しという意味では非常に強みです。入院していた時に私はこんな気持ちでした、と伝えることは、時として共感を生みます。だからピアサポーターは患者さんの入院中に抱えている感情を否定せず、受け止める、ただただ聴くことができるのだと思います。
8	事業の制度化に向けての意見	患者の希望によって面接の実施方法や場所、頻度を考慮した方が良いのではと思われる。実際に制度化となり、医療保護入院者全員が対象となった場合、地域の現状からみるとアドボケートの確保が難しいと思われる。	ピアサポーターさんの養成講座とそのサポート体制が必要だと思います。入院中は話し相手がいない、という意見は今回関わった4名の方皆が話されていました。「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明」の第一歩は安心して話しが出来る相手を作ることからではないでしょうか。そのためにはより多くの支援者やピアサポーターの力が必要と思われます。長期入院の方、入院期間の短い方どちらにも有用な事業であると感じました。
9	モデル事業実施病院にとってのメリット	第三者が関わる事で患者の本音を聞く事が出来た。また、それを共有することで気づけていなかった部分を知る事が出来、今後の対応に繋がられた。第三者から報告を受ける事により、病院スタッフに伝えやすくなり、改善に繋げる事が期待できた。	
10	実施病院にとってのデメリット	面接の日時をアドボケートの都合に合わせた、患者さんの食事が遅れたり、早く入浴をしたりと都合をつけるのが大変であった。特に慢性期の病棟は毎日のスケジュール（日課）が決まっているため。	

(10) アンケート結果

① 参加者(支援を受ける患者)

本事業参加者 12 名中 12 名 (回答率 100 %) からの回答が得られた。年齢は 27 ～ 66 歳 (平均 41.2 歳)、男 5 名、女 7 名である。

質問 1 アドボケーターとしての、全体的な満足度はいかがですか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	1(8.3%)	4(33.3%)	6(50.0%)	1(8.3%)

質問 2 1回ごとの面会時間についてどう思いますか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	0(0.0%)	4(33.3%)	8(66.7%)	0(0.0%)

質問 3 面会場所に満足していますか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	1(8.3%)	2(16.7%)	7(58.3%)	2(16.7%)

質問 4 アドボケーターとの面会はあなたに役立ちましたか。

1.役立たない	2.あまり役立たない	3.どちらとも	4.役だった	5.とても役だった
1(8.3%)	0(0.0%)	3(25.0%)	7(58.3%)	1(8.3%)

質問 5 有意義な時間を過ごせましたか。

1.過ごせてない	2.あまり過ごせない	3.どちらとも	4.過ごせた	5.とても過ごせた
1(8.3%)	0(0.0%)	2(16.7%)	9(75.0%)	0(0.0%)

質問 6 必要な話しが出来ましたか。

1.出来てない	2.あまり出来てない	3.どちらとも	4.出来た	5.とても出来た
1(8.3%)	0(0.0%)	4(33.3%)	6(50.0%)	1(8.3%)

質問 7 これまでの面会を通じて、あなたはアドボケーターとの出会いに満足していますか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
1(8.3%)	0(0.0%)	2(16.7%)	7(58.3%)	2(16.7%)

質問 8 知り合いが同じ様な助けが必要であれば、アドボケーターを勧めますか。

1.勧めない	2.あまり勧めない	3.どちらとも	4.勧める	5.絶対に勧める
2(16.7%)	0(0.0%)	5(41.7%)	5(41.7%)	0(0.0%)

質問 9 今後、アドボケーターと面会したいと思いますか。

1.思わない	2.あまり思わない	3.どちらとも	4.思う	5.とても思う
2(16.7%)	0(0.0%)	5(41.7%)	4(33.3%)	1(8.3%)

質問10 アドボケーターにどのような役割を期待しますか。全体を通じての感想。(自由記述)

- ・今後の事について話をしたい。自分の役に立てる事をもう少し話したい。入院して間もない為、今後の事をまだ考えられていない。考えられるようになってからも話す機会が有ったら良かった。親切・丁寧に話してくれたり、聞いてくれたので満足している。話す事で考えている事を整理出来た。
- ・食事の時間をずらして来て欲しかった。話をする事が出来て良かった。
- ・自分の問題を解決するのに助けて欲しいと思っています。私も助けて頂きありがたいです。
- ・歯医者に行けるようになって良かった。
- ・こちら側の要望を病院側に伝えて貰って解決した問題も有ったり、非常に助かりました。

- ・私は女性で、アドボケーターの方は男性だったのですが、心置きなく話せて良かったです。
「女性にはかなわない（勝てない）」という言葉に、力付けられました。
- ・面会の前は、“一体どのような事を話せばいいのか…”終了後も“雑談ばかりで果たしてこれで良かったのだろうか”と、戸惑いながら参加させて頂き、そのまま終了してしまったというのが正直な所です。もう少し「アドボケーターの人にはこういう事を話していいのだ」「こういう事を相談する時はアドボケーターの人を頼ればいいんだ」という所を明確にして欲しかったです。
- ・「いなくなっても困らない」方達であり、それは2人の話し方が上手であったからだと思う。
(いなくなった時に困ってしまう事も困る)
- ・言っている意味がよく分からない。言葉が難しい。考えたら夜眠れなかった（何しに来たのか）。調子が悪くなった。
- ・すごくストレスになって嫌でした。もう嫌です。
- ・体調不良の時に話をする事が辛かった。
- ・主治医に話が出来れば、あまり必要性は感じない。同じ話をする事になる。(主治医や看護師にあまり話が出来ない人は良いと思う)

② アドボケーター(支援者)

アドボケーター 12 名中 12 名（回答率 100 %）からの回答が得られた。

専門員 6 名、ピアサポーター 6 名。年齢は、29 ～ 66 歳（平均 45.5 歳）、男 7 名、女 5 名。

質問 1 アドボケーターとしての、全体的な満足度はいかがですか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	1(8.3%)	5(41.7%)	6(50.0%)	0(0.0%)

質問 2 アドボケーターとして活動されるにあたって、心配されていたことはありますか。

1.とてもある	2.少しある	3.どちらとも	4.殆どない	5.全くない
0(0.0%)	10(83.3%)	0(0.0%)	2(16.7%)	0(0.0%)

質問 3 アドボケーターの活動の前の準備に満足していますか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	3(25.0%)	7(58.3%)	2(16.7%)	0(0.0%)

質問 4 アドボケーターの活動の内容は希望通りでしたか。

1.希望通りでない	2.やや希望ではない	3.どちらとも	4.希望通り	5.全く希望通り
0(0.0%)	1(8.3%)	7(58.3%)	4(33.3%)	0(0.0%)

質問 5 アドボケーターの活動の回数は希望通りでしたか。

1.希望通りでない	2.やや希望ではない	3.どちらとも	4.希望通り	5.全く希望通り
1(8.3%)	3(25.0%)	3(25.0%)	4(33.3%)	1(8.3%)

質問 6 アドボケーターの活動のサポート体制は希望通りでしたか。

1.希望通りでない	2.やや希望ではない	3.どちらとも	4.希望通り	5.全く希望通り
0(0.0%)	1(8.3%)	6(50.0%)	4(33.3%)	1(8.3%)

質問 7 アドボケーターの活動の中で、患者さんとの関係で困ったことがありますか。

1.たくさんある	2.少しある	3.どちらとも	4.ない	5.全くない
1(8.3%)	7(58.3%)	2(16.7%)	2(16.7%)	0(0.0%)

質問8 アドボケーターの活動の中で、病院職員との関係で困ったことがありますか。

1.たくさんある	2.少しある	3.どちらとも	4.ない	5.全くない
0(0.0%)	2(16.7%)	2(16.7%)	6(50.0%)	2(16.7%)

質問9 アドボケーターの活動をまたやりたいと思いますか。

1.思わない	2.あまり思わない	3.どちらとも	4.思う	5.とても思う
0(0.0%)	0(0.0%)	3(25.0%)	5(41.7%)	4(33.3%)

質問10 アドボケーターとしてどのような役割を期待しますか。全体を通じての感想。

- ・医療機関とは関係の無い人と話すという事は、入院されている方にとって、話し相手が出来る非常に良い機会だと思います。その何気ない会話の中から、意思や意見を汲み取る事が、役割として大切だと思います。
- ・正しい答えは無いのだろうが、支援という点から考えると多様な向き合い方が必要なのでしょう。事業としての取り組みだったので、患者さんに時間等合わせてもらっての面談だったので、その点は、申し訳ない気持ちになりました。
- ・今回の対象の方は、医療スタッフに伝えて欲しい事があるというよりは、ご自身の趣味の話をたくさんしたかったようです。アドボケーターとしては、医療スタッフへの代弁も大切ですが、隔離状況で自由に話が出来る時間を持つだけでも意義が有るように思いました。ただし、たまたま話が噛み合ったので、良かったという面があります。あと、退院後に使える社会資源の話はまったくしてはいけないのかな？と思いました。
- ・今回事業に参加させて頂き、医療機関へ伝えて欲しい内容にこだわらず、アドボケーターという立場で、入院患者さんと自由な話が出来るといいと思いました。
- ・よく分からないまま終わってしまった。地域移行の流れの中の一環として取り入れたい。
- ・対象となる患者さんが、負担になってしまっていないか、とても気になりました。
- ・アドボケーターは必要だと感じましたが、患者さんへの説明や、導入の仕方によって何を話したらいいのか、本人も困ってしまう様子でした。"
- ・ピアとして、面接に居るだけで患者さんには、安心感があるんじゃないでしょうか？病院側の威圧感というのは病棟でひしひしと感じました。それが、患者さんを小さくしているのは本当の事じゃないでしょうか。
- ・内容については、非常に幅が有り、画一的にするのは困難だと思いますが、いずれにしても継続的に実施出来るような財源の担保をお願いします。単発で終わるのは、有効性を図る事も難しく、患者さんにもピアサポーターにもいい影響に無いと思います。
- ・実際にお会いして、お話を聞かせて頂いて、自分の経験からお話させて頂ける事があって良かった。ご本人の希望が、より明確なものとなっていくのが感じられて、嬉しかった。
- ・入院患者の方から、病院に対する不満等、困っている事を話して頂けましたが、それに対する病院側の対応がアドボケーターに知らされないのが困惑しました。ある程度自分を開示した上で、入院患者の方が意思表明をし易い雰囲気を作れたら良いと思います。問題の改善につながれば、有意義な事業だと思います。
- ・相談支援専門員は、退院後に地域の支援者側に立つ場合が多く、病院内のアドボケーターを引き受ける際には、どの部分で関与するかの検討と人選等の調整が必要となってくると考えた。当地域は、圏域の基幹相談支援センターに精神障害の担当者が2名しかおらず、支援者

側に立つ場面が多くある。病院内の役割に留まらず、退院後の支援体制（出会いの場、他）も視野に入れて検討していく事が必要だと感じた。また、本事業は、初発の方や、入院間もない方で、まだ院内のスタッフの機能の把握が不十分な時期の方を対象とすると、アドボケートの役割が生きてくるように思う。今後、対象者の選定について検討を重ね、ピアサポーターと2名体制による事業化を期待している。

- ・患者さんの意思をしっかりと受け止め、その事を早く病院側へ伝え、解決出来るものは早目に対応して頂くよう働きかける事が大切。聞いた事が反映される事で信頼関係も築ける事と、患者さんも少しでもストレスを軽減した中で治療が受けられるのではないかと思った。

③ 実施病院担当者

26名から回答が得られた。職種別では医師7名、看護師8名、精神保健福祉士10名、年齢23歳～53歳（平均37.8歳）、男8名、女17名である。

質問1 アドボケートの活動について、全体的な満足度はいかがですか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	1(3.8%)	1(3.8%)	21(80.8%)	3(11.5%)

質問2 アドボケートの活動にあたって、心配されていたことはありますか。

1.とてもある	2.少しある	3.どちらとも	4.殆どない	5.全くない
0(0.0%)	13(50.0%)	2(7.7%)	10(38.5%)	1(3.8%)

質問3 アドボケートとしての活動について、期待通りでしたか。

1.期待通りでない	2.やや期待はずれ	3.どちらとも	4.期待通り	5.全く期待通り
0(0.0%)	0(0.0%)	10(38.5%)	15(57.7%)	1(3.8%)

質問4 アドボケートの活動の回数（週1回、計8回程度）は適切ですか。

1.とても少ない	2.少ない	3.丁度良い	4.多い	5.多すぎる
0(0.0%)	0(0.0%)	18(69.2%)	8(30.8%)	0(0.0%)

質問5 アドボケートと患者さんとの間で何か問題が生じたことがありますか。

1.とてもある	2.少しある	3.どちらとも	4.殆どない	5.全くない
0(0.0%)	0(0.0%)	2(7.7%)	19(73.1%)	5(19.2%)

質問6 病院職員とアドボケートとの関係で困ったことがありますか。

1.とてもある	2.少しある	3.どちらとも	4.殆どない	5.全くない
0(0.0%)	0(0.0%)	1(3.8%)	16(61.5%)	9(34.6%)

質問7 アドボケートのとの面会は当該患者さんの役に立ちましたか。

1.役立たない	2.あまり役立たない	3.どちらとも	4.役だった	5.とても役だった
0(0.0%)	0(0.0%)	5(19.2%)	17(65.4%)	4(15.4%)

質問8 アドボケートの活動は、病院にとって役に立ちましたか。

1.役立たない	2.あまり役立たない	3.どちらとも	4.役だった	5.とても役だった
0(0.0%)	0(0.0%)	6(23.1%)	16(61.5%)	4(15.4%)

質問9 アドボケートをまた、受け入れたいと思いますか。

1.思わない	2.あまり思わない	3.どちらとも	4.思う	5.とても思う
0(0.0%)	0(0.0%)	4(15.4%)	19(73.1%)	3(11.5%)

質問10 アドボケーターとしてどのような役割を期待しますか。全体を通じての感想。

- ・患者さんは職員には言えない本心を抱えているので、職員外の方々が関わって頂く事で本音を打ち明ける事が出来る。それを共有する事で、自分達の見えない部分を知る事が出来るので、今後の看護へ繋げる事が出来たり、自分達の行動の反省にも繋がる。患者は、日によって“もう会いたくない”と言う事もあったが、結果的に「よかったです」との言葉が聞けた。
- ・病院職員に対して直接話しづらい事を第三者を介す事で、話せる事がある様子でした。話を聞いて欲しいと感じている患者様にとって、話を聞いてもらえる事で気分転換になる。
- ・病院職員に直接伝えにくい事を、アドボケーターを通して伝える事が出来るようになればいいと思います。面会の回数、日時など、今後検討が必要かと思います。
- ・患者とスタッフ間の橋渡しの役割が更に出来れば有難いです。
- ・患者が職員に伝えたいけれど、言葉に出来ない思いを代わりに伝えて下さったと思います。
- ・患者自身が話をする事で、患者さん自身の考えを明確化出来る事に有効だと感じました。
- ・医師・看護師にはなかなか言えずにいた本心など引き出して頂けたと思います。
- ・患者さんの思いを改めて確認する事ができ、そこから対応を考える事が出来ました。
- ・相談したいけどできない、という不全感の解消。話し相手。安心できる治療環境の提供の一因となる、将来に希望を持てる自己決定の援助。
- ・治療内容に対する相談より、日常の趣味の話などがメインになっていたが、本人の印象も良く、いろんな話が出来て良かった、との理解でした。不安の軽減に効果が有ったと思います。
- ・本人の話をゆっくりきく事の大切さ、病院スタッフではない人の有効性が有ると考える。
- ・話をきき、本人の思いを引き出す、それを伝える事こそが権利擁護であり、とても必要な事。
- ・今まで患者が歯医者に行きたいといってもなかなか行けなかったが、希望が通り行ける事になり、患者がとても喜んでいて。普段きけない思い（看護師や医師に言いたいコト）を聞く事が出来良かった。外部の人が話をきく事で、患者も話す事が出来た。
- ・病棟で普段患者と接しているが、やはりアドボケーター・ピアスタッフからの話を聞くと、患者の思いを知る事が出来て大変良い機会となった。普段聞く事のない意見や考えなどを知る事が出来た事は、PSW としてもっと関わらなくてはならないと反省する点でもあった。
- ・ピアスタッフの活躍が、ご本人にとっても良い刺激となったのではないかとと思われる。今後、こういった機会があれば助かります。
- ・「ピアの方」のように、同じ立場の人と話をする良い機会であった。社会復帰の先輩からの話もきけて良かったようであった。ピアの方の活躍の場としても期待したい。患者がピアスタッフについての理解も深められた事で、今後期待したい。
- ・精神科治療を開始してまだ間もない方、入院初回の方に対して、様々な緊張感を和らげたり、病院スタッフとの橋渡しをして頂けるような役割を担って頂けると事業の効果が上がるように思われる。（その為には対象者を明確化していく事も必要ではないか？）
- ・現状で既に地域の相談支援を担っている相談支援専門員がこの役割も加えて担っていく事は負担が大きい為、工夫が必要と思われる。
- ・患者さんから「話す事がもうない」と言われる事があった。長期入院の方には1週間に1回の頻度は多い。患者さんの負担にならないかと心配する事がありました。
- ・傾聴と伝達によって、より患者と医療との信頼関係の構築に繋がればと思います。
- ・ピアサポーターの方が病まないか心配であった。アドボケーターの負担には配慮が必要。

6. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業研修会

(1) 研修マニュアル

研修マニュアルは、平成 26 年度研究で提言された研修プログラムを検討して作成し、平成 27 年度に実施した精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する研修の評価に基づき、研修プログラム及び研修マニュアルの見直しを行ったものである。

⇒

D. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業 研修マニュアル

参照

(2) 研修会プログラム

平成 28 年 1 月 30 日（土曜日）9 時 30 分～15 時 30 分

場所：TKP 田町カンファレンスセンター 東京都港区芝 5-29-14 田町日工ビル B1F/2F

総合司会：平川淳一・千葉 潜（日本精神科病院協会常務理事）

時刻	時間	内容
9:30 ～ 9:40	10 分	オープニング・挨拶 中島公博（日本精神科病院協会理事）
9:40 ～ 10:20	40 分	【研修 1】 (1)「モデル事業の概要」 (2)「意思決定支援・アドボカシーについて」 中島公博（日本精神科病院協会理事）
10:20 ～ 11:00	40 分	【研修 2】 (1)「支援者が知っておくべき法・精神科医療」 山口さおり（医療法人社団薫風会山田病院精神保健福祉士） (2)「支援・傾聴に必要な知識」 岩上洋一（特定非営利法人じりつ代表理事）
	15 分	休憩
11:15	75 分	【研修 3】 モデル事業実施報告 (1)「アドボケーターガイドライン」 中島公博（日本精神科病院協会理事） (2)モデル事業 3 病院からの報告（各地区 20 分） ①医療法人友愛会千曲荘病院・上小園域障害者総合支援センター 相談支援事業所 やすらぎ（長野県） ②公益財団法人復康会沼津中央病院・サポートセンターなかせ サポートセンターいとう（静岡県） ③医療法人微風会浜寺病院・ふれあい・チームみずいろ（大阪府）
12:30 ～ 13:30	60 分	昼食（各自、お願いします。）
13:30 ～ 15:20	120 分	【研修 4】 (1)ロールプレイ (2)事例検討・グループディスカッション 岩上 洋一（特定非営利活動法人じりつ代表理事） 吉野 智（海匠ネットワーク所長・地域総合コーディネーター）
15:20 ～ 15:30	5 分	アンケート記入・提出
	5 分	クロージング 中島公博（日本精神科病院協会理事）

(3) 研修テキスト

テキストの内容は、アドボケーターを担う者にとって、これまでの経緯を含めたアドボケーターが知っておくべきことの内容を記述したものである。本テキストが、入院する精神障害者に意思決定及び意思の表明の支援の一助になれば幸いである。

⇒

E. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業 研修テキスト

参照

(4) 演習・ロールプレイ

モデル事業をととして入院に係る精神障害者の意思決定支援について考える機会とし、今後の方向性について率直に意見交換をすることを目的とする。そして自身が明日からできる役割を見据えることを目的とする。

タイムスケジュール

13:30 ~ 15:20 (110 分)	演習の説明	5 分	進行ガイド
	自己紹介	5 分	
	午前のプログラムを受けて意思決定支援・アドボカシーを考える	30 分	モデル事業全体についての気づきや意見交換
	ロールプレイ	20 分	実際の支援場面を体感する
	ロールプレイを体感しての意見交換	30 分	きづきやあり方についてどんどん発散、遠慮なく
	個人ワーク	5 分	明日から自身ができること
	グループ発表	15 分	全体共有

進行イメージ

○自己紹介

5 分をグループ人数で割って配分

- ・名前・所属(〇〇県の)・職種
- ・本研修に何を期待して参加したか

○意思決定支援について考える

- ・午前の講義を受けてモデル事業全体についての気づきや意見交換を行う。

○ロールプレイ

- ・モデル 3 地域の担当でロールプレイ
- ・グループ参加者でロールプレイ

○ロールプレイを体感しての意見交換

- ・支援場面を体感して気づきやあり方について意見交換を行う。特にまとめませんのでどんどん発散して下さい。

○グループ発表

- ・グループでどのような意見交換がされたかを発表します。

(5) 研修会アンケート結果

45名の参加者から回答が得られた。25歳から67歳、平均年齢41.1歳。男25名、女20名、職種別では、PSWが25名（55.6%）と最多で、次いでピアサポーター5名（11.1%）、看護師4名、医師2名であった。都道府県職員や地域援助事業者からの参加者もあった。

質問1 研修1：「モデル事業」及び「意思決定支援」についての満足度はいかがでしたか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	1(2.2%)	4(8.9%)	30(66.7%)	10(22.2%)

質問2 研修2（1）：「支援者が知っておくべき法」についての満足度はいかがでしたか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	0(0.0%)	8(17.8%)	26(57.8%)	11(24.4%)

質問3 研修2（2）：「支援・傾聴に必要な知識」についての満足度はいかがでしたか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	1(2.2%)	6(13.3%)	20(44.4%)	18(40.0%)

質問4 研修3（1）：「アドボケーターガイドライン」についての満足度はいかがでしたか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	0(0.0%)	8(17.8%)	27(60.0%)	10(22.2%)

質問5 研修3（2）：「モデル事業実施報告」についての満足度はいかがでしたか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	1(2.3%)	2(4.5%)	24(54.5%)	17(38.6%)

質問6 研修4（1）：ロールプレイについての満足度はいかがでしたか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	0(0.0%)	2(4.8%)	22(54.4%)	18(42.9%)

質問7 研修4（2）：事例検討・グループディスカッションについての満足度はいかがでしたか。

1.満足していない	2.やや不満足	3.どちらとも	4.満足	5.とても満足
0(0.0%)	2(4.8%)	1(2.4%)	21(50.0%)	18(42.9%)

質問8 アドボケーターは患者さんにとって必要だと思いますか。

1.必要ではない	2.あまり必要ない	3.どちらとも	4.必要	5.とても必要
0(0.0%)	0(0.0%)	2(4.4%)	20(44.4%)	23(51.1%)

質問9 アドボケーターは医療機関にとって必要だと思いますか。

1.必要ではない	2.あまり必要ない	3.どちらとも	4.必要	5.とても必要
0(0.0%)	1(2.2%)	6(13.3%)	18(40.0%)	20(44.4%)

質問10 アドボケーターを活用したいと思いますか。

1.思わない	2.あまり思わない	3.どちらとも	4.思う	5.とても思う
0(0.0%)	0(0.0%)	7(15.6%)	22(48.9%)	16(35.6%)

全体の評価（質問1～7の合計）

1.不満	2.やや不満	3.どちらとも	4.満足	5.高い満足
0(0.0%)	5(1.6%)	31(10.1%)	170(55.2%)	102(33.1%)

質問11 アドボケーターにどのような役割を期待しますか。全体を通じての感想。(自由記述)

- ・アドボケーターが居る事で、もちろん患者さんにとって有益でなければならないと思うが、病院スタッフにとっても権利擁護についての意識向上に繋がっていった欲しいと思う。
- ・入院直後の方へのアドボケーターには、入院への思いや理不尽さと、心配等をゆっくりきける事。長期入院の方には、体制整備の復活を。
- ・患者さんの思いを聞ける人が1人でも多く居れば、それがずばり支援へと繋がると思います。
- ・最初は分からない事も多く有りましたが、事例(モデル病院報告)を聞いてイメージができました。自分自身を振り返る機会にもなりました。生活者の視点を持つPSWとピアサポーターが2名でセットになっている意味をロールプレイを見て納得させられました。
- ・もっと多くの機関、人に参加してもらえたらと思います。大事な事を再確認でき、専門職としても得るものが大きい活動と思います。
- ・構造上の問題に関しての、1つのきっかけ作りとして、大きな役割だと感じる。但し、負担の大きさに関しては、しっかり振り返りを行いながらしていく事が必要。
- ・相談支援事業所が現行の業務と平行して行うのであれば…きちんとした枠組み保証が必要。急性期の方と、長期の方からの支援は、分けて考える。
- ・長期入院患者の退院が促進されると良いと思います。
- ・退院しない人、長期に入院している人へ、地域生活のイメージ作り、モチベーション向上に関わってもらいたい。また、退院した後も、継続して関わってもらい、つながりを継続して、孤立感を解消してもらいたい。
- ・傾聴、入院生活の支援、退院支援につながれば良いと考える。
- ・退院意欲の喚起。病院スタッフの意識の変化。権利擁護。支援者の質の向上。
- ・入院後も自分の意思を表明してもよい。表明する機会の保障。
- ・患者に対する理解者(味方)としての存在。
- ・自然な話ができる事。自然な会話の中で本音を引き出せる事。それには、人材養成が不可欠。
- ・患者さんに寄り添う人。傾聴の難しさを痛感した。病院側と共有しなければならない内容を秘密だと言われた時どうしたらいいか困る。
- ・アドボケーターや相談支援員への期待は高まる一方であろう。その質の確保をどうするのか?それらを受け入れる医療機関について、そして日々の業務を考えさせられる研修でした。
- ・アドボケーターが必要かどうかは経営者次第。やはり、共感性、感情の動き、それと当事者であって、ちゃんと社会に貢献しているという存在感。世間への啓蒙としてもすごく大切な存在だと思います。
- ・患者さんや医療機関にとってアドボケーターは必要だと感じました。アドボケーターをする方々の人材確保や予算等、色々なクリアしなければいけない課題は有ると思いますが、実現される事を期待しています。
- ・本事業の対象患者を明確にしていく必要があると考えました。精神科病院へ入院している方の約半数が認知症を患っています(長期)。様々な疾患に対してのアドボケーターのガイドラインがある事がベストだと考えました。本日はありがとうございました。
- ・いろいろな話を引き出し、その患者様にとって良い方向性に向くように期待します。また今後どうなっていくのか興味のあるところです。

- ・今回の研修に参加して本当に勉強になりました。アドボケートの視点、制度の動きをよく理解して、院内でスムーズに導入していけるようにする必要がありますと思いました。病院の PSW として出来る事、役割をもう一度見直す機会になりました。
- ・本人がなかなか言い出せない事を汲み取る役割として期待したい。アドボケーターが本人にとって有益になれば良いが、アドボケーターの質が十分に確保出来なければ、アドボケーターの存在意義が問われるとも感じた。
- ・立場性の問題から、病院のスタッフでは担えない部分をチームとして関わって頂けたらと思います。また、病院、地域の支援者もアドボケーターの関わりや考え方を知る事で、これまでの支援が、より良いものになっていくように思いました。
- ・傾聴する姿勢は“立場”として困惑する事も有り、機能分化として法律化されると期待したい所です。研修の充実化と当事者の利益をお願い申し上げます。
- ・病院職員とうまくすみ分けが出来ると、それぞれの良さが活きるのかなあと思いました。普段 PSW としてどれだけ当事者の方の話が聴けていないか実感しましたが、「立場性」という言葉に救われました。
- ・多職種連携の中における位置づけと、その事の全体での理解をいかに進めるかも課題かと…今の医療機関では本音で話せないと思う。今回のモデル事業が整うと良いと思う。
- ・事業化する事を望みますが、そうならなくても、この事業が大切にしている基本的な理念（聴く事は最大の権利支援）はどの分野においても必要で有り、広がるといいな、と思いました。参加出来てとても良かったです。
- ・アドボケーターは、意思の表明が下手な患者さん、もしくはできない患者さんにとって必要だと思います。この仕組みを機能させる資源を国や行政が準備される事を願います。
- ・運営にあたっての報告義務が負担になる事のないスキームであって欲しいと願います。
- ・自身ではうまく表現できない方の代弁者としての役割。
- ・医療機関職員では引き出す事が出来ない事や、患者さんの思いなどを上手に引き出してもらえればと思います。患者さんのためになると思います。
- ・患者さんの話に耳を傾け、病院ともうまく連携していける方が必要だと思います。医療機関でそれが出来れば（同じような動き）いいとやはり思います。
- ・極論として、どこまで本人の表明した事の支援をするべきなのか。話を聞いて伝えるだけで良いのか。具体的な支援はNG→なぜ？イメージにより表明と決定が出来るのではないのか。支援者を分ける理由は？→午前、午後と受講して見えてきた部分もありました。
- ・直接支援をする訳ではないが、「話を聞く。」その時間を担保するもの。本人に不利益とならない役割であると考えます。
- ・自分の話を聞いてくれる人がいる。会いに来てくれる人がいると思える。実感出来る事で諦めていた何かを取り戻せる人達の姿を見てきたので、ピアサポーターで活動できる方々が多く育つ事を期待します。
- ・人と人のつながりを大事に。人として人の心の痛みを感じられる人でありたいし、自分で解決せずに、自分の痛みも人と分かち合える立場でありたいと思います（ピアとして）。
- ・病院に入る事で、患者さんに新鮮さ（話題・季節等）を分けてあげたい。話し相手として存在したい。ピアだからこそできる事、寄り添う、敵じゃない事を大事にしていきたい。
- ・とても充実した研修でした。ありがとうございました。

7. アドボケーターガイドライン

モデル事業・モデル研修や情報収集、意思決定支援の検討状況等を踏まえ、アドボケーター機能の提示を行い、本事業の目的の一つであるアドボケーターガイドラインを作成した。本ガイドラインは、精神障害者の意思決定支援のための道標を示したものである。精神障害者の意思決定支援に関する基本的考え方や姿勢、具体的方法及び配慮されるべき事項等を提示し、精神科病院スタッフが精神科医療を提供する際に必要とされる意思決定支援の枠組みを示した。ガイドラインを利用することにより、障害者の権利が適切に表明されることになり、患者を中心とした医療スタッフ、地域援助事業者、相談専門員、ピアサポーターとの密な連携が行われ、強いては、精神科医療の質の向上が図れることになれば幸いである。

⇒

F. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する アドボケーターガイドライン

参照

8. 考察

本事業は、平成 26 年 4 月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律が施行され、同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えるとされていることに準拠している。法改正に向けた有識者による検討会の中で、意思決定及び意思の表明についての支援については、改正法における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされた。ところが、その実施主体、具体的活動内容等について様々な意見があり、アドボケーターについては、法改正には盛り込まず、具体化に向けた調査・研究を行っていくこととなった。改正法では、保護者制度廃止に伴い、医療保護入院は精神保健指定医の判断と「家族等」の同意によるものとされた。この「家族等」の同意によらずに、代弁者を同意者として医療保護入院を成立させるという議論もあった。本事業に先立つ、平成 26 年度の厚生労働省障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（支援の三角点設置研究会）においても、「入院中」の精神障害者の意思決定及び意思の表明であって、非自発入院時点での代弁者制度の検討ではない。医療保護入院時の「家族等」の同意要件をどうすべきかは、代弁者制度を含めて今後の検討課題である。

さて、アドボケーターという言葉自体が精神科領域では余り普及していないため馴染みが薄い。アドボカシーの日本語訳は特に決まったものはなく、環境・人権分野でよく使われており、「声を大にして訴える」という意味が多い。従って、アドボケーターは、アドボカシーをする人、擁護している人、支援者、代弁者ということになる。本事業では、障害者総合支援法における意思決定支援との関わりにおける枠組みと共に、改正法の 3 年後見直しにおいて改正法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター機能の枠組みの提示を行った。そして、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」を取りまとめた。ガイドラインは、精神障害者の意思決定支援のための道標を示したものである。このなかでアドボケーターの定義づけを行い、精神障害者の意思決定支援に関する基本的考え方や姿勢、具体的方法及び配慮されるべき事項等を提示し、精神科病院スタッフならびに支援者が精神科医療を提供する際に必要とされる意思決定支援の枠組みを示したものである。本事業でのアドボケーターの枠組みは、あくまでも入院中の入院患者に対しての支援としている。

全国 3 ヶ所の病院におけるモデル事業を通じて、アドボケーター機能が患者からみて必要があるのか、病院からみて有用であるのかについて検討した。モデル事業の報告によれば、患者は「話を聞いて貰えて良かったです。」と答えていることや、ピアサポーターが自分の単身

での生活状況や自分の使っているサービスについて伝えたり、「同じ精神科病院への入院という体験を持つピアサポーターの関与は、患者の安心感に繋がった。」との意見があった。支え手のピアサポーターにとっても相談支援専門員とペアで行うことは活動し易いとの感想があった。しかし、一方でピアサポーターの体調管理や精神疾患に対しての教育、養成講座の必要性が不十分という意見があった。アドボケーターを養成するに当たっては、今回、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業研修マニュアル」及び研修会で用いる「研修テキスト」を作成した。「研修マニュアル」を用いて各都道府県単位でアドボケーター養成講座が開催されることを期待したい。「研修テキスト」は、意思決定支援の必要性やこれまでの経緯、関係条文、精神科領域以外の意思決定支援の紹介、改正精神保健福祉法の概略、イギリスの意思能力法・行動指針などを盛り込んだ。このテキストにより、適切なアドボケーターの役割が認識され、強いては入院する精神障害者に意思決定及び意思の表明の支援の一助になることを祈っている。

一方、アドボケーター機能は精神障害者の退院促進に繋がるのかどうか。改正法の検討会では、「保護者の同意がなければ退院することができない状況もあるため、入院が長期化しやすい。」「保護者による同意を必要としない入院手続きとする。」「入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入する。」「入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることにする。」との内容があった。今回のモデル事業では回数や日数の制限があり、患者の意思の表明の支援のみであり、アドボケーターが病院スタッフと協働で行う意思決定支援までには到っていない。患者がピアサポーター自身の退院後の生活状況を聞くことによって、退院後のイメージを思い描くこともできそうであり、何らかの退院支援に繋がることが予想される。

病院にとってのアドボケーターの利点として、「対象者の病院に対する意見を聞けること、それにより対応の改善をはかることができる。」「これまで知らなかった情報も聞くことが出来る。」「スタッフにとっては本人の内心や思いを知る事が出来て大変有意義」「第三者が関わる事で患者の本音を聞く事が出来た。それを共有することで気づけていなかった部分を知る事が出来、今後の対応に繋がられた。」などの意見があった。

アドボケーターの制度化にあたっては、アドボケーターの資質の担保をどうするか、人材養成、アドボケーターを必要とするかどうかの病院側と患者の解釈の乖離、アドボケーターへの財源確保、面談場所、重大な事故があった場合の責任の所在、対象者を医療保護入院に限定するのか、任意入院まで含めるのか、などがあげられる。特に財源確保については、制度化する上で最も重要な点であるが、アドボケーターの財源として、診療報酬や障害福祉の報酬の対象とすることは、ハードルが相当に高いと思われる。そこで例えば、医療保護入院者の急性期は別として、アドボケーター制度を、状態が安定した後の退院支援を目的とした、地域援助事業者による地域移行支援事業の利用に結びつけ、家族調整も含めて具体的な退院への動きにつなげることができれば、より財源確保に繋がるのではないかとと思われる。

いずれにしても、アドボケーターが入院している精神障害者の意思決定や意思の表明の支援に繋がれば、権利擁護のためには有用なものになるのは間違いない。かといって、本来の病院スタッフの患者の訴えに耳を傾けるといった業務がおろそかになり、それを代行する形でアドボケーターが役割を担うことになっては本末転倒であることを肝に銘じたい。

検討会委員によるコメント ～地域援助事業者から～

精神科医療は、歴史上、国の政策として一般医療と比べてマンパワーが少ない分、診療報酬を抑えられてきた。また、権利擁護の脆弱さなどの課題を抱えている。精神科医療におけるマンパワーの在り様、強制入院における権利擁護としての司法の関与等についても、国の責任において更なる検討のうえで、新たな方向性を指し示す必要があるだろう。

こうした前提のうえで、本事業では、アドボケーターを入院中の入院患者への支援者として、本人の立場で気持ちや状況を理解し、話を聴き、必要があれば病院職員に伝える役割を担う者として位置付けた。権利擁護としては限定的なものであるが、モデル事業の報告やアンケート結果を踏まえると、アドボケーターが入院患者にとって有用であることがわかる。

医療保護入院はその必要性から本人の同意がないなかで行われるが、病院は従来から患者の回復を目指して、患者の意思の表明及び意思決定に係る権利擁護に配慮しながら治療をすすめてきた。しかし、患者としては自らの意思に反して入院させられた側であり、病院が最大限努力しても本人の意思に反して入院させているという立場の違いがある。このような立場の違いから患者と病院との関係が改善されず、次第に孤独感や不安感が増して、自らに必要な精神科医療に主体的に関われず、退院後に医療中断して入院を繰り返すことにもつながっている。

こうして考えると、本事業を通じたアドボケーター機能の制度化については、入院している精神障害者の権利擁護のなかで、特に入院前期の意思の表明の支援の在り方として期待したい。

なお、入院中の精神障害者の意思決定支援のうち、特に計画相談支援や地域移行支援といった障害福祉サービスの利用に関しては、社会保障審議会障害者部会の障害者総合支援法施行3年後の見直しについての報告書にもあるが、本事業の成果も踏まえたうえで、「意思決定支援ガイドライン（仮称）」を作成する等、総合支援法のなかでの対応されることが望ましい。

検討会委員によるコメント ～法律家から～

平成26年4月の精神保健福祉法改正に伴い、同法附則第8条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされ、今般、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」が(公社)日本精神科病院協会で実施された。「法律家の立場からのコメント」を述べるよう依頼を受けここに記載しているが、この事業の中でその在り方について検討の行われた「アドボケーター」の議論についての印象を一言で言えば、「1階部分の工事不完全なまま2階部分の工事にとりかかるようなもの」ということになるだろうか。「アドボケーター」の議論の始まりは、上記改正法における「保護者制度」の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定及び意思の表明を支援するものを選択出来る仕組みを導入すべきではないかという点にあったようである。しかしながら、従前の保護者は患者の意思決定・意思表明の代弁者ではなく、医療保護入院は患者の意思に反した強制入院を許容する制度であり、保護者はこの強制入院に同意する資格者だったことを忘れてはならない。この「強制入院」の運用の適切妥当性の議論を度外視したまま入院後の患者の意思決定・意思表明に重点を置いて、あらたな専門資格のような主体を想定することは、医療保護入院制度にあらたな混乱要因を持ち込むことにならないか

懸念するところである。勿論、入院後の患者の意思決定・意思表示に対する支援は必要かつ重要であるが、これは今回の法改正が出発点ではない。

精神保健福祉士や臨床心理士等の有資格者による患者との関わりは、まさにそのような患者支援実現を図るものであり、それは今後も変わらない。このような既存のシステムに「アドボケーター」を加えることが「屋下に屋を架す」という愚を犯すことにならないか、今後の検討課題と考える。とは言え、今回モデル事業を3病院で実施し、また研修会においてロールプレイ等を行った結果、現場からは相応の積極的評価が少なくなかった点は注目されてよい。今回のモデル事業により「1階部分の工事と併せて、2階特有の問題箇所に対する工事の必要性が確認された」とも言え、両工事はより有機的に関連付けながら進めるべきであるとのメッセージ発信の契機となったという意味で積極的評価ができよう。

9. おわりに

本事業当初、われわれ検討委員会の中でも患者の意思決定支援や意思の表明の支援、アドボケーターなどの言葉の定義も曖昧模糊としたものであった。4回の検討会やモデル事業実施、研修会開催を通じて、精神障害者に対しての意思決定及び意思表示の支援がどのようなものか、アドボケーターの役割をどのようにすべきなどが垣間見えてきた。本事業ではあくまでも入院中の精神障害者に対しての関わりであって、改正精神保健福祉法で盛り込まれなかった医療保護入院時の代弁者とは異にしている。入院中の精神障害者へのアドボカシーは重要であり、今後のさらなる制度化に向けての検討が必要であるが、非自発入院時の代弁者制度の構築も図って行く必要があろう。

謝辞：本事業はモデル事業を実施して戴いた長野県千曲荘病院、静岡県沼津中央病院、大阪府浜寺病院のご協力なしには成し遂げないものです。改めてモデル事業に参加してくれた患者さん、アドボケーターとして支援を担ってくれた地域の援助事業者の専門相談員、そしてピアサポーターの皆さんに感謝申し上げます。

10. 参考資料

- 1.平成 24 年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」（特定非営利活動法人神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会）
- 2.平成 25 年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」（一般社団法人支援の三角点設置研究会）
- 3.平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（支援の三角点設置研究会）
- 4.平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」（公益社団法人日本発達障害連盟）
- 5.平成 26 年度精神障がい者アドボケーター派遣事業報告書（岡山県精神保健福祉協会）
- 7.大阪府相談支援ガイドライン：大阪府障がい者自立支援協議会、平成 24 年 3 月発行
- 8.イギリス 2005 年意思能力法・行動指針（監訳）新井誠、（翻訳）紺野包子、民事法研究会、平成 21 年発行

その他の参考資料は、「E. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業研修テキスト」の参考文献・資料をご参照下さい。

11. 検討委員会

(1)実施状況 会場はいずれも日本精神科病院協会会議室

第1回検討委員会：平成27年7月24日

検討内容：

- ・事業目的、年間スケジュールの確認

第2回検討委員会：平成27年11月5日

検討内容：

- ・モデル事業、研修会課題の整理、
- ・支援マニュアルの見直し、
- ・研修会開催内容の検討、研修会テキスト案

第3回検討委員会：平成27年12月17日

検討内容：

- ・報告書の作成について、研修会内容検討、
- ・研修マニュアル、支援マニュアルの見直し
- ・アドボケートガイドラインの検討、
- ・研修会テキストの素案作成

モデル事業

事前検討委員会：平成27年8月10日

会場：日本精神科病院協会会議室

- ・モデル事業実施病院担当者
- ・モデル事業内容の検討

第4回検討委員会：平成28年2月19日

検討内容：

- ・報告書の修正、研修会の課題の整理、検討
- ・研修マニュアル・プログラムの修正
- ・支援マニュアル・ガイドラインの修正

最終確認：平成28年3月末日

検討内容：

- ・報告書、研修マニュアル、支援マニュアル、ガイドラインの最終確認

モニタリング①：平成27年10月13日

会場：日本精神科病院協会会議室

モニタリング②：平成27年11月5日

会場：日本精神科病院協会会議室

報告会：平成27年12月17日

会場：日本精神科病院協会会議室

(2)検討委員会委員等名簿

検討委員会委員

- 河崎 建人（日本精神科病院協会副会長：水間病院理事長・院長）
千葉 潜（日本精神科病院協会常務理事：青南病院理事長・院長）
平川 淳一（日本精神科病院協会常務理事：平川病院院長）
中島 公博（日本精神科病院協会理事：五稜会病院理事長）
木ノ元直樹（木ノ元総合法律事務所弁護士）
山口さおり（東京都精神科病院協会精神保健福祉士：薫風会山田病院）
岩上 洋一（特定非営利法人じりつ代表理事）
吉野 智（旭市基幹相談支援センター所長・精神保健福祉士）
良田かおり（家族会）
鈴木 智子（当事者・ピアサポーター）

検討委員会事務局担当

瀬尾直樹・黒田 陽・大竹正道（日本精神科病院協会）

12. 成果物公表計画

公益社団法人日本精神科病院協会のホームページ（<http://www.nisseikyo.or.jp/>）にて公表する。
また、成果物は製本し、アンケート実施対象施設及び都道府県・政令指定都市の保健センターに1部配布する。

B.

入院に係る精神障害者の意思決定及び 意思の表明に関するモデル事業 マニュアル (平成27年度改訂版)

内 容

1. はじめに
2. モデル事業で意図すること
3. モデル事業で行うこと
4. モデル事業の留意点
5. 個人情報保護
6. 同意書
7. 定期的なスーパービジョン体制
8. ピアサポーターの活動について
9. 面接において必要な技術
10. 記録について
11. アンケート調査
12. モデル事業報告会
 - モデル事業への協力に関する同意書
 - モデル事業活動報告書
 - モデル事業Q&A
 - モデル事業アンケート調査
 - モデル事業報告会ヒアリングシート

1. はじめに

本マニュアルは、入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業（平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業）において作成したマニュアル原案をもとに、平成27年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（以下、モデル事業）を実施し、実際に行ったモデル事業での不備な点や修正した方がよい点などを改変し、作成したものである。

2. モデル事業で意図すること

本人の思いを聞く機会を確立し、本人の思いを医療から地域につなげることを意図していく。本人への情報提供は画一的とすることなく、個人の特性に応じて、かみ砕いて説明することで入院後の権利保障を目指す。また、医療機関では従来からの下記の権利擁護を行っている。

- ① 本人にわかりやすいように治療の説明をしている。
- ② 本人に権利擁護の説明をしている。
- ③ 初回面接において本人や家族に参加してもらい、「本人がどこに退院したいか」「退院後どのように暮らしたいか」「現在困っていることややってほしいこと」など本人の希望を理解する場面を確保している。
- ④ 本人に地域援助事業者について説明している。
- ⑤ 本人の退院および地域生活のために必要であると判断した場合、本人の了解に基づき地域援助事業者を紹介している。
- ⑥ 本人中心の支援を基本に、カンファレンス等を通じて他職種間の治療・支援の方向感の統一を図っている。
- ⑦ 病院職員（特に看護師）が業務上可能な範囲で日常的に本人に寄り添って話を聞いている。

3. モデル事業で行うこと

（1）寄り添って気持ちを聴く

本人に寄り添い、一緒に横に存在し、本人の気持ちを聴く。（先入観なく正確に理解する。退院後にしたいこと、できたらいいなと思うこと。入院中に困っていること。してほしいこと。）質問に応じて、入院の際のお知らせの確認を行う。

（2）寄り添って伝える

- ① 病院からすでに受けている説明で、わからない点は何度も説明に出向く。用紙を渡して説明を終えるのではなく、本人の特性や理解力に応じて、かみ砕いて説明する。
- ② 本人の求めていること（例：治療方針、退院の時期、〇〇したい等）については、本人の意思を踏まえて、病院職員に伝える。家族・地域援助事業者等への仲介は行わない。

（3）モデル事業でのスケジュール

2か月を一つの区切りとし、8回程度の面接を実施する（週1回程度の頻度）。現地プロジェクトの中から、事業担当者を構成し、チームで聞き取りにあたる。対象者は4ケースとし、各モデル事業医療機関から推薦を受ける。

（4）モデル事業の環境

モデル事業では、本人からの発言を面接により伺うことになるので、モデル事業医療機関には、

プライバシー保護のため、面接の部屋を準備していただく。また、本人と意思決定支援者との面接に病院担当者が立ち会う場合には、本人の言葉を病院担当者が遮らないようにする。なお、面接に病院担当者が立ち会うかどうかは、面接の都度、本人の意思を尊重して、本人と意思決定支援者、病院担当者が協議して決めて差し支えない。

初回面接については、意思決定支援者は、自ら氏名を名乗り挨拶を行い、所属や職種等を本人に伝えることとする。

4. モデル事業の留意点

(1) 誘導しない

入院当初は、混乱している場合も考えられるが、支援者側が支援の方向を本人の意思等に経験から先入観をもって誘導しない。さらに先回りして発言を遮ることもしない。

(2) 直接的な支援をしない

モデル事業では、「支援」と「代弁」の違いを鑑み、支援者と代弁者の役割が混同しないよう意思決定支援者は支援とは分け、意思決定支援者としての機能に徹することとする。家族・地域支援事業者等への仲介は行わない。直接的な支援は医療機関や地域援助事業者の役割であって、意思決定支援者の役割は、どんな時も常に本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて気持ちを伝える等の限定的なものとして位置付ける。

(3) モデル事業で聞いた本人の意思は、医療機関へ伝える

モデル事業の面接で聞き取った本人の意思等は、本人の内容確認の上で医療機関へ伝えることとする。情報提供を求められたときは、既に与えられている情報の再説明を除き、情報を直接提供せず、なぜその情報が知りたいのか等、聴きたいことの背景を尋ねて深めていき、その情報も併せて医療機関へ伝えていく。

意思決定支援者と話すことで、医療者との潤滑油となり、結果として本人と医療者の信頼関係が進むことも狙いとする。モデル事業医療機関では、意思決定支援者が聞いた内容を集約するため、意思決定支援者が聞いたことを引き継ぐ窓口・担当者を設けておくこととする。

本人への直接的な情報提供に関しては、意思決定支援者が本人から質問を受けた問いに対し、答えとなりうる情報をその場で持ち合わせていたとしても、本モデル事業では、自分の持つ情報で本人を決して誘導しないこととし、医療機関へ報告するところまでとどめておく。そのような開示により、かえって本人が背景の語りを封じ込めてしまう可能性を考慮し、医療機関が本人に必要な情報を与える際に参考にすべき情報を得るという視点を重んじる。活動内容の報告は報告様式に記載して医療機関への提出する。

5. 個人情報保護

モデル事業では、面接において、本人・家族等の個人情報を扱うことになるが、モデル事業を進めるうえで知りえた本人・家族等に関する秘密は守る。ただし、支援により把握した情報のうち、生死に関わる事項については本人の許可が無くても、病院に報告する。なお、その守秘義務はモデル事業を終えた後も同様である。

6. 同意書

(1) 本人の同意

モデル事業では、対象者の同意を得てから面接に入ることとする。別紙様式を使い、チェック項目（説明を受け、理解し、協力すること）にチェックをしてから、署名（押印不要）してもらう。また、本事業は実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断できることを明記する。なお、同意書については本人・家族双方から得る。

が可能です。

(2) 意思決定支援者の同意

意思決定支援者には、モデル事業の目的を理解していること、遵守しなければならない内容を再確認してもらい、別紙様式に署名（押印不要）してもらう。

7. 定期的なスーパービジョン体制

モデル事業では、定期的なスーパービジョン（以下「SV」という。）を行うこととする。モデル事業のなかでの SV とは、意思決定支援者が成長・発達するよう援助する仕組みを指すこととする。グループで行う SV、面談形式で行う SV 等、現地プロジェクトと協議をしながら月に 1 回程度、定期的また必要に応じて随時に行うこととする。

目的としては以下の様に挙げられる。

- ① モデル事業の目的に沿う活動かどうかの確認
- ② 意思決定支援者の教育的視点から、学びの過程を支える
- ③ 業務遂行上起こるストレス緩和
- ④ 不安および罪悪感の軽減、心的苦痛の軽減
- ⑤ モデル事業の確実性の担保

なお、平成 27 年事業においては、現地プロジェクトチームの担当者とモデル事業担当者との間で 2 回、フォローアップミーティングを行い、意思決定支援の内容をスーパーバイズする。

8. ピアサポーターの活動について

モデル事業では、意思決定支援者としてピアサポーターが配置されることとなるが、ピアサポーターが安心を担保したうえで活動できるよう、配慮が必要となる。まず、モデル研修において、ピアサポーターについての講義を設け、現地プロジェクトやモデル事業医療機関にも理解を深めてもらうこととする。そして、モデル事業終了後ピアサポーターの活動場所・機会拡充に資する材料としていく。さらに本モデル事業では、原則として、複数名のピアサポーターを配置し、単独行動は避ける。前述するスーパーバイズ体制を、ピアサポーターにも適用することとする。

9. 面接において必要な技術

精神障がいの方の中には、自らの意思を伝えるのが苦手、選択を伝える能力の乏しい、選択した経験が少ない、選択のための情報の捉え方に様々な事情で偏りが生じてしまう、得られた選択のための情報が統合整理されない等で困難が生じていることがある。また、精神科病院に初めて入院した方や非自発的入院をした方にとっては、慣れない環境で治療への不安を感じる方も多く、平成 24 年度の調査では、入院当初、非自発的入院の 9 割弱の人が「自分の気持ち

や状況を自分で伝えられない」「自分で伝えたが相手に伝わらない」などで困った経験があるという結果がでている。このことから、判断に係る能力に偏りがある方、判断能力が不十分な方や、自分で選べない・意見をいう機会が少ない方等に選択・意思表示を支える・保障する支援が必要になる。そのため、以下のポイントが重要となる。

(1) ありのままの受け止め、継続支援の確認

本プロジェクトでは、本人は医療機関からの推薦となるため、初回面接の実施は医療機関を通じて本人から同意を得ておくことが前提となる。本人が関係性のできていない来訪者によって脅かされている場合等、本人の状況によっては初回から数回目までは短時間で終わらせる等、柔軟かつ流動的に行うことがありうる。面接では、本人の話す言葉を傾聴し、受容していくことが重要となることは言うまでもない。本人の持つ非言語的コミュニケーションにも気を配り、緊張していないか等配慮が必要となる。また質問方法には、はい・いいえといった二者択一を迫るクローズドクエスチョンと、自由に話をしてもらうオープンクエスチョンとがあるが、その2つを本人の特徴に配慮したあり方で組み合わせる面接を進めていくことが重要である。例えば、統合失調症の方では、相手に対する緊張・配慮から質問の内容への自分なりの熟慮ができずに、クローズドクエスチョンは、「はい」という回答を誘導してしまうことが多い。さらに、本モデル事業では、継続して面接を行う予定となっているので、面接の終わりには、次回以降の日程を双方で確認する。単一の面接ではなく継続的にきてくれるのだという、安心感を持ってもらう。

(2) 本人の理解

ありのままの気持ちを聞いていった後に、その発言をまとめ、本人の発言から気持ちを理解するよう努めることが重要である。寄り添って傾聴し、表面的な印象に隠れがちな本人なりの意思を、その背景と共に確認する。自分の内面を知られるのを拒む方もいるかもしれないが、拒否を一つの表現として考慮し、負担とならないよう時間をかけ安心できる関係を築く。

(3) 個別性を尊重する

本人の理解を進めることで、病歴や性格の傾向等の理解が進んでくるが、支援者側が勝手に本人に対するイメージを膨らませて、本人の意思決定過程を無視した支援を組み立てないよう注意する。支援の組立は医療機関の仕事であり、本モデル事業ではそのための本人意思の伝達が重要である。本人から出た言葉は個別に、終始尊重する。

(4) 意思の表明・情報提供

面接を進めていって、退院したい、院内の生活で困ったことがある等、本人の話を聞いていくことになるが、なかには、意思表示をすることができずに、どうしたらいいかわからない、と話す方も想定される。そういった方に対しても、あくまで本人の関心のある話を聴くことにとどめる。例えば、本人の口から出た言葉をそのまま記録し、医療機関へ伝え、支援の組み立てを医療機関に任せ、今後の生活に必要な情報提供をすることに役立ててもらうことも重要な活動となる。

10. 記録について

モデル事業では、面接の都度、記録を残すこととする。記録については、活動レポートとして経過で見ることができるようにとどめる。

モデル事業活動報告書記録のポイントとしては、

① 本人の発言、こちらからの問いかけ、それに対する返答。

「ご本人の話した内容、意思決定支援者からの質問、それに対する返答」に記載する。

② 本人の様子。表情は変化しているか等、見えたまま描写する。

「ご本人の様子」欄に記載する。

こちらの思い込みで書くのではなく、行動を見えたまま描写する。

③ 意思決定支援者が気になったこと。

「支援実施後の気づき」欄に記載する。

④ 医療機関への報告事項。

⑤ 次回面接日。

等を、記載していく。また、用紙に収まらない場合は、複数枚になっても差し支えない。

⑥活動報告書

面接終了後に表面のみコピーを取り、当日のうちに医療機関に提出

⇒ 裏面（ご本人の様子、支援実施後の気づき）は事業所に戻ってから記録

⇒ 表裏1枚の形式で、事業所にて保管（報告会で活用）する。

11. アンケート調査

モデル事業では、関係する対象者、意思決定支援者（相談専門員・ピアサポーター）、病院担当者（医師・看護師・精神保健福祉士等）にアンケート用紙（添付）を用いて調査を行う。アンケートは無記名として、モデル事業の内容についての評価をしてもらい、今後のモデル事業の参考ならびに、報告書作成の資料とする。

12. モデル事業報告会

各病院でモデル事業が実際に意思決定及び意思の表明の支援がどのように行われたのかを、モデル事業実施病院及び事業所から事例についての報告会を開催する。その際に用いるヒアリングシートを作成した（添付）。

ヒアリングシートの内容は、事例の概要、個別の取組の課題、順調に支援が進む事例、順調に支援が進まない事例、モデル事業実施に必要なと考えられる職種とは、などである。モデル事業に対するご意見等として、事業者に対しては、モデル事業実施の問題・苦勞した点、モデル事業実施の改善点、モデル事業実施についての意見、本事業の制度化に向けての意見など、病院に対しては、モデル事業実施の病院にとってのメリット、モデル事業実施の病院にとってのデメリット、モデル事業実施の問題・苦勞した点、モデル事業実施の改善点などの項目を設けた。

病 院

病院長

殿

モデル事業への協力に関する同意書

1 事業目的

改正精神保健福祉法（以下、「改正法」とする。）における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において、自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされました。

しかし、その実施主体、具体的活動内容等については様々な意見があります。

本事業は、アドボケーター機能について検討すること、すなわち、改正法の 3 年後見直しにおいて改正法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを取りまとめることを目的としています。

2 内容

- ☐ 研修を受けた相談支援専門員やピアサポーターがあなたのお話を聞きにいきます。
注：相談支援専門員やピアサポーターが「アドボケーター」です。
- ☐ 訪問回数は週 1 回、計 8 回程度、期間は約 2 か月間です。
- ☐ モデル事業終了後、アンケートまたはインタビューにより、モデル事業についてお話をうかがいます。
- ☐ うかがったお話から調査結果を分析し、報告書等を作成します。

3 付記事項

- ☐ 報告書等を作成する際には、個人が特定できないようにあなたのお名前や病院名などはすべて匿名化します。
- ☐ 個人情報とは、厳重に管理し、一切外部に漏えいしません。ただし、支援により把握した情報のうち、生死に関わる事項についてはご本人の許可が無くても、病院に報告します。
- ☐ 本事業は実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断することが可能です。

私は、上記内容について _____ 氏に説明をしました。

_____ 病院職員 署名

私は、上記内容について、上記職員から、
その事業目的、内容、付記事項について説明を受け、了解しました。
そして、その実施に同意し、協力します。

_____ 署名

平成 年 月 日

モデル事業への協力に関する同意書（支援者用）

1 事業目的

改正精神保健福祉法（以下、「改正法」とする。）における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において、自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされました。しかし、その実施主体、具体的活動内容等については様々な意見があります。

本事業は、アドボケーター機能について検討すること、すなわち、改正法の 3 年後見直しにおいて改正法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを取りまとめることを目的としています。

2 内容

- ☐ 入院している患者さんのお話をうかがい、自らの意思決定及び意思の表明を支援します。
- ☐ 訪問回数は週 1 回、計 8 回程度、期間は約 2 か月間です。
- ☐ モデル事業終了後、アンケートまたはインタビューにより、モデル事業についてお話をうかがいます。
- ☐ うかがったお話から調査結果を分析し、報告書等を作成します。
- ☐ 患者さんの個人情報ならびにうかがった内容は、一切口外しないで下さい。ただし、支援により把握した情報のうち、生死に関わる事項についてはご本人の許可が無くても、病院に報告して下さい。

3 付記事項

- ☐ モデル事業の報告書等を作成する際には、個人が特定できないようにあなたのお名前や病院名などはすべて匿名化します。
- ☐ 個人情報は、厳重に管理し、一切外部に漏えいしません。

私は、上記内容の事業目的、内容、付記事項について、了解しました。

そして、その実施に同意し、協力します。

署名 _____

モデル事業 活動報告書

平成 年 月 日

対象者氏名	面談回数 回目		
日 時	平成 年 月 日 () 時 分から 時 分		
場 所			
病院担当者の立会	有 無	立ち会い者	
意思決定・ 意思の表明の支援者 氏 名	1. (相談専門員)		2. (ピアサポーター)
ご本人の話した内容、意思決定支援者からの質問、それに対する返答			
ご本人が医療機関へ伝えて欲しいと希望した事項			
次回面接予定	平成 年 月 日 () 時 分から		

※表面のコピーを医療機関に提出してください。

ご本人の様子

【支援実施後の気付き】

(意思決定・意思の表明の支援者が感じた対応の困難さや、判断に迷ったこと、今後留意すべき事項等)

※裏面は面接終了後に記入してください。

※記入した書面は、事業所にて保管してください。

モデル事業 Q & A

<活動を始める前に>

最初は「素朴な疑問」だったのに、それを質問できない関係から上手くいかないことが幾つか積み重なると、いつしか「疑念」に変わってしまうことがあります。そうなってしまうと他機関・多職種での連携はなかなか上手くいきません。それは結局のところ、入院中の当事者の方たちの不利益に繋がってしまいます。そのような事態を避ける為にも、互いの「ちょっとした疑問」を気軽に訊くことが出来る関係づくりは必須事項だと言えます。各現場で事前研修や会議、事例を通じて等で確認・共有を深めていくことになりますが、下記に一例を参考に挙げています。

なお、今回のモデル事業において、意思決定及び意思の表明の支援者（以下「意思決定支援者」という。）として、基幹型相談支援センター職員、ピアサポーターが活動することとなります。通常の業務とは一線を画し、モデル事業の活動をするようになりますので、ご留意いただければと思います。

※ 意思決定支援者（ピアサポーター）より病棟職員への素朴な疑問

Q1：自分たちのことはこれから会うご本人にどのように説明されているの？

A1：モデル事業医療機関から、事前に説明はさせていただきました。

別紙パンフレットが準備されていて、それをもとに説明してあります。

Q2：これから出入りする病院や病棟の職員の人達は自分たちの活動を理解しているの？

どのように説明されているの？

A2：事前の研修会を開催していて、病院内にはマニュアルで説明してあります。

Q3：ご本人から聴いた話しはどのような方法で病棟職員に伝えたらいいの？

A3：マニュアルにあるモデル事業活動報告書に記載して、病院担当者に渡してください。

Q4：病棟内で活動していく中で、病棟職員にお願いしたいことが出てきた場合、誰から誰に伝えればいいのか？（活動をよりスムーズにする為の連携方法の事柄で）

A4：意思決定支援者が聞いたことを引き継ぐ窓口・担当者を作ります。

Q5：ご本人に「これは他の誰にも言わないで」と二人きりの時に言われたことがあった場合、約束通り言わないのがいいの？それとも病棟担当者には言った方がいいの？言ってしまったこと自体をご本人に伝わってしまったりしないの？

A5：本人には、モデル事業対象となった時の説明において、必要な情報はモデル事業医療機関に伝えることの了解はいただいています。本人の発言をそのままモデル事業医療機関に伝えてください。

※ 病棟職員より意思決定支援者（ピアサポーター）への素朴な疑問

Q6：ピアサポーターはどんな方たち？研修とか受けている方たちなの？

A6：都道府県の研修を受けた方々です。モデル事業が始まる前にも研修を受けています。

Q7：個人情報保護や守秘義務とかは理解してくれているのかしら？

A7：理解してくれています。安心して話して大丈夫です。

Q8：ピアサポーターの方はどのぐらい活動経験のある方なのでしょうか？

A8：各人によってまちまちです。面接開始前、最初に自己紹介させてください。

Q9：ピアサポーターの方はどのぐらい、ご本人や病棟職員の質問等に対応できるのでしょうか？

A9：今回のモデル事業では、本人の意思を医療機関につたえることなので、ご本人の質問には回答しません。どうしてその質問をしたかったのか、等の背景についても病院に報告します。

Q10：紹介する人の選定はどうやって選べばいいのでしょうか？紹介に適している人の基準等はあるのでしょうか？

A10：今回のモデル事業では、対象者は病院からの推薦になっています。現地プロジェクトの方々等で検討していただければ幸いです。

Q11：ピアサポーターが入ったことでマイナス点が報告されたことはあるのでしょうか？

A11：今のところ想定していませんが、その点も今回のモデル事業で、まとめていきたいと思います。

Q12：ピアサポーターの活動の中で、病棟側でお願いしたいこと、改善をお願いしたいことが出た場合、誰に言えばいいのか？

A12：現地プロジェクトの方をお願いしてください。

※ お互いの事前に共有しておきたい素朴な疑問

Q13：事前にご本人に説明して同意を取るのは誰の役割？

A13：モデル事業の実施医療機関の役割になります。

Q14：本人が会うこと自体拒否した場合、どうするのか？

A14：拒否することも一つの表現だと思います。何度かアプローチすることになります。

Q15：初回面接時の面子はどのようにして決めるのか？

（ご本人に特に初回面接の面子の希望がなかった場合）

A15：面接では、医療担当者の同席も差し支えありませんが、本人の希望を最優先とします。特に初回面接の場合は、医療担当者が意思決定支援者を紹介する形で進められればスムーズに進むかと思われます。

Q16：面接場所はどうすればいいのか？ご本人がまだ保護室から出る状況にない場合、保護室で面接でもいいのか？

A16：本モデル事業では、面接の場所を確保していただくことになっています。本人の治療上の制限や個別の背景がある場合は、プライバシーが守られることを前提に、個別に対応していただいて構いません。

Q17：仮にご本人が、事前に説明した時に、初回からピアサポーターと二人きりで話したいと希望された場合、そのまま希望通り2人きりで面接を依頼していいのか？

A17：本人の意思が最優先されますので、そうしていただいて構いません。ただ、医療機関側で心配なことがある場合、事前に協議・相談して対応していただければと思います。

Q18：ご本人が週に1回以上のペースの面接を希望された場合どうすればいいのか？

A18：発言の趣旨をまずお聞きすることになります。発言の深い意図をモデル事業医療機関に報告させていただいて、対応を検討していくことになります。

Q19：初回面接後に本人が次回以降の面接を希望しなかった場合はどうすればいいのか？

A19：十分にありえることだと思われます。ただし、口頭では面接を希望しなくても、会う度に身支度を整えてくださったり、お話しをしてくださる方も多く、その繰り返しの中で信頼関係を築いたり、本音を言ってくくださる方もいらっしゃいます。

ご本人が積極的に望まない中での強引な面接の約束は圧力になりかねませんが、例えば、「こちらの病院には別の方の依頼などでもよく来るので、また別件で寄った際に、挨拶だけでもしに来ていいですか？」などなど、ご本人に過剰な圧力にならないように配慮しながら、繋がりを持ちたいというこちらの意思は伝えてみていただけたらと思います。

Q20：2回目以降の面接の面子はどのようにして決めたらいいのか？

A20：本人の意思を優先して、1回目の面接を参考に決めていただいて差し支えありません。

Q21：面接内容の記録は何にどの様に記載したらいいのか？

A21：マニュアルを参照して、本人の発言や様子を見たままを記載してください。

モデル事業 アンケート調査（患者さん用）

この度は、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業にご協力を戴き有り難うございます。この事業に参加してのご感想、ご意見を伺いたいで、アンケート調査のご協力をお願いします。ご記入戴いた意見等は事業報告に活用させて戴きます。なお、本事業では、意思決定及び意思の表明を支援するものを「アドボケーター」と称します。

歳 男・女	病院	記載日：平成 年 月 日
-------	----	--------------

質問1 アドボケーターと一緒に過ごしたことについて、満足度はいかがですか。

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

質問2 1回ごとの面会時間についてどう思いますか。

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

質問3 面会場所に満足していますか。

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

質問4 アドボケーターとの面会はあなたに役立ちましたか。

1.役立たない 2.あまり役立たない 3.どちらとも 4.役だった 5.とても役だった

質問5 有意義な時間を過ごせましたか。

1.過ごせてない 2.あまり過ごせてない 3.どちらとも 4.過ごせた 5.とても過ごせた

質問6 必要な話しが出来ましたか。

1.出来ていない 2.あまり出来ていない 3.どちらとも 4.出来た 5.とても出来た

質問7 これまでの面会を通じて、あなたはアドボケーターとの出会いに満足していますか。

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

質問8 知り合いが同じ様な助けが必要であれば、アドボケーターに来てもらうことを勧めますか。

1.勧めない 2.あまり勧めたくない 3.どちらともいえない 4.勧める 5.絶対に勧める

質問9 今後、アドボケーターと面会したいと思いますか。

1.思わない 2.あまり思わない 3.どちらともいえない 4.思う 5.とても思う

質問10 アドボケーターにどのような役割を期待しますか。全体を通じての感想。（自由記述）

モデル事業 アンケート調査（アドボケーター用）

この度は、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業にご協力を戴き有り難うございます。この事業に参加してのご感想、ご意見を伺いたいので、アンケート調査のご協力をお願いします。ご記入戴いた意見等は事業報告に活用させていただきます。なお、本事業では、意思決定及び意思の表明を支援するものを「アドボケーター」と称します。

専門員・ピア	歳 男・女	病院	記載日：平成 年 月 日
--------	-------	----	--------------

質問1 アドボケーターとしての、全体的な満足度はいかがですか。

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

質問2 アドボケーターとして活動されるにあたって、心配されていたことはありますか。

1.とてもある 2.少しある 3.どちらともいえない 4.殆どない 5.全くない

質問3 アドボケーターの活動の前の準備に満足していますか。

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

質問4 アドボケーターの活動の内容は希望通りでしたか。

1.希望通りでない 2.やや希望ではない 3.どちらとも 4.希望通り 5.全く希望通り

質問5 アドボケーターの活動の回数は希望通りでしたか。

1.希望通りでない 2.やや希望ではない 3.どちらとも 4.希望通り 5.全く希望通り

質問6 アドボケーターの活動のサポート体制は希望通りでしたか。

1.希望通りでない 2.やや希望ではない 3.どちらとも 4.希望通り 5.全く希望通り

質問7 アドボケーターの活動の中で、患者さんとの関係で困ったことがありますか。

1.たくさんある 2.少しある 3.どちらともいえない 4.ない 5.全くない

質問8 アドボケーターの活動の中で、病院職員との関係で困ったことがありますか。

1.たくさんある 2.少しある 3.どちらともいえない 4.ない 5.全くない

質問9 アドボケーターの活動をまたやりたいと思いますか。

1.思わない 2.あまり思わない 3.どちらともいえない 4.思う 5.とても思う

質問10 アドボケーターとしてどのような役割を期待しますか。全体を通じての感想。

モデル事業 アンケート調査（病院スタッフ用）

この度は、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業にご協力を戴き有り難うございます。この事業に参加してのご感想、ご意見を伺いたいので、アンケート調査のご協力をお願いします。ご記入戴いた意見等は事業報告に活用させて頂き戴きます。なお、本事業では、意思決定及び意思の表明を支援するものを「アドボケーター」と称します。

医師・看護師・PSW・他	歳 男・女	病院	記載日：平成 年 月 日
--------------	-------	----	--------------

質問1 アドボケーターの活動について、全体的な満足度はいかがですか。

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

質問2 アドボケーターの活動にあたって、心配されていたことはありますか。

1.とてもある 2.少しある 3.どちらともいえない 4.殆どない 5.全くない

質問3 アドボケーターとしての活動について、期待通りでしたか。

1.期待通りでない 2.やや期待はずれ 3.どちらとも 4.期待通り 5.全く期待通り

質問4 アドボケーターの活動の回数（週1回、計8回程度）は適切ですか。

1.とても少ない 2.少ない 3.丁度良い 4.多い 5.多すぎる

質問5 アドボケーターと患者さんとの間で何か問題が生じたことがありますか。

1.とてもある 2.ある 3.どちらともいえない 4.ない 5.全くない

質問6 病院職員とアドボケーターとの関係で困ったことがありますか。

1.とてもある 2.ある 3.どちらともいえない 4.ない 5.全くない

質問7 アドボケーターとの面会は当該患者さんの役に立ちましたか。

1.役立たない 2.あまり役立たない 3.どちらとも 4.役だった 5.とても役だった

質問8 アドボケーターの活動は、病院にとって役に立ちましたか。

1.役立たない 2.あまり役立たない 3.どちらとも 4.役だった 5.とても役だった

質問9 アドボケーターをまた、受け入れたいと思いますか。

1.思わない 2.あまり思わない 3.どちらともいえない 4.思う 5.とても思う

質問10 アドボケーターとしてどのような役割を期待しますか。全体を通じての感想。

モデル事業報告会【事業所・ピアサポーター】

所 属	
担 当 者 氏 名	
職 種	
電 話 番 号	
E メ ー ル	

モデル事業実施数 _____ 件

1. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
事例番号： 性別： 年齢： 歳代 開始日時： 年 月 日 終了日時： 年 月 日 回数： 回 支援者職種：	
事例番号： 性別： 年齢： 歳代 開始日時： 年 月 日 終了日時： 年 月 日 回数： 回 支援者職種：	
事例番号： 性別： 年齢： 歳代 開始日時： 年 月 日 終了日時： 年 月 日 回数： 回 支援者職種：	

②個別の取組の課題

--

③順調に支援が進む事例

--

④順調に支援が進まない事例

--

⑤その他

--

⑥モデル事業実施に必要なと考えられる職種

病院内の職種	病院院外の職種

2. モデル事業に対するご意見等を記載ください

①モデル事業実施の問題・苦労した点

②モデル事業実施の改善点

③その他モデル事業実施についてのご意見

④本事業の制度化に向けてご意見があれば記載下さい。

ご協力ありがとうございました

モデル事業報告会【病院回答】

会 員 番 号		所 属	
		担 当 者 氏 名	
		職 種	
病 院 名		電 話 番 号	
		E メ ー ル	

モデル事業実施数 _____ 件

1. 今回の「モデル事業」の実施についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
事例番号： 性別： 年齢： 歳 入院回数： 回 在院日数： 年 ヶ月 ※実施時点の日数 入院日： 月 日 退院日： 月 日 入院形態： 病名： 開始日時： 年 月 日 終了日時： 年 月 日 回数： 回 支援者職種：	
事例番号： 性別： 年齢： 歳 入院回数： 回 在院日数： 年 ヶ月 ※実施時点の日数 入院日： 月 日 退院日： 月 日 入院形態： 病名： 開始日時： 年 月 日 終了日時： 年 月 日 回数： 回 支援者職種：	

②今回のモデル事業実施にあたり貴院で行った取組

③患者への同意取得時の問題点

④モデル事業実施時の問題点

⑤モデル事業実施に必要なだと考えられる職種

院内の職種	院外の職種

⑥その他

2. モデル事業に対するご意見等を記載ください

①モデル事業実施の病院にとってのメリット

②モデル事業実施の病院にとってのデメリット

③モデル事業実施の問題・苦劳した点

④モデル事業実施の改善点

⑤その他モデル事業実施についてのご意見

⑥本事業の制度化に向けてご意見があれば記載下さい。

ご協力ありがとうございました。

C.

入院に係る精神障害者の意思決定及び 意思の表明に関するモデル事業 支援マニュアル (平成27年度改訂版)

内 容

1. はじめに
2. これまでの経緯
3. 医療機関で行う意思決定及び意思の表明に関する支援と課題
4. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する
アドボケーター（以下、アドボケーターとする）の定義
5. アドボケーターの役割
6. 「意思決定」と「意思の表明」の整理について
7. 精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援プロセスについて
8. 個人情報保護
9. 同意書
10. 意思の表明の支援の留意点
11. 定期的なスーパービジョン体制
12. ピアサポーターの活動について
13. 記録について

1. はじめに

本マニュアルは、入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業（平成 26 年度 厚生労働省障害者総合福祉推進事業）において作成したマニュアル原案をもとに、平成 27 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（以下、モデル事業）を実施し、実際に行ったモデル事業での不備な点や修正した方がよい点などを改変し、作成したものである。

2. これまでの経過

精神障害者の意思決定支援については、平成 24 年 6 月 28 日の新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームの取りまとめで、医療保護入院の見直しの中で、「権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることにする。」とされた。そして、平成 26 年 4 月に施行された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。

これまで、厚生労働省の障害者総合福祉推進事業において、精神障害者の意思決定支援に関する調査研究が行われてきた。平成 24 年度は「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」、平成 25 年度には、「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」、平成 26 年度は、「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」、そして、平成 27 年度の「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」と受け継がれている。

3. 医療機関で行う意思決定及び意思の表明に関する支援と課題

医療機関では従来から、例えば、下記のような意思決定及び意思の表明に関する支援が行われてきた。

- (1) 本人にわかりやすいように治療の説明をしている。
- (2) 本人に権利擁護の説明をしている。
- (3) 初回面接において本人や家族に参加してもらい、「本人がどこに退院したいか」「退院後どのように暮らしたいか」「現在困っていることややってほしいこと」など本人の希望を理解する場面を確保している。
- (4) 本人に地域援助事業者について説明している。
- (5) 本人の退院および地域生活のために必要であると判断した場合、本人の了解に基づき地域援助事業者を紹介している。
- (6) 本人中心の支援を基本に、カンファレンス等を通じて他職種間の治療・支援の方向感の統一を図っている。
- (7) 病院職員(特に看護師)が業務上可能な範囲で日常的に本人に寄り添って話を聞いている。

医療機関は、患者の回復を目指して、患者の意思の決定・表明に係る権利擁護に配慮しながら入院治療をしている。しかし、精神障害者の入院においては、疾病の特性上、本人の意思とは反して医療保護入院のような非自発的な入院医療を要することがある。このような場合、患

者は自らの意思に反して入院させられた側であり、病院が最大限努力しても本人の意思に反して入院させているという立場の違いがある。このような立場の違いから病院との関係が改善されず、自らに必要な精神科医療に主体的に関われず、次第に孤独感や不安感が増して退院することや自分の人生自体を諦め、結果的に入院が長期化することも考えられる。

このようなことから、精神障害者の入院に係る意思決定及び意思の表明に関しては、権利擁護・権利支援からみて、より支援の度合いが高いものと考えられる。

4. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーター (以下、アドボケーターとする)の定義

アドボケーターとは、精神科病院に入院している者にとって、入院生活での困り事に対して信頼できる相談相手で、入院中の「説明が得られない」「聞いてもらえない」ことに対しても、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。

アドボケーターは、本人の話を先入観なく理解し、利害関係のない人がその任を担う。

5. アドボケーターの役割

(1) 寄り添って気持ちを聴く

① アドボケーターは、本人に寄り添い、一緒に横に存在し、本人の気持ちを聴く。(先入観なく正確に理解する。退院後にしたいこと、できたらいいなと思うこと。入院中に困っていること、してほしいこと。)

② 質問に応じて、入院の際のお知らせの確認を行う。

(2) 寄り添って伝える

① 病院からすでに受けている説明で、わからない点は何度も説明に出向く。用紙を渡して説明を終えるのではなく、本人の特性や理解力に応じて、かみ砕いて説明する。

② 本人の求めていること(例：治療方針、退院の時期、〇〇したい等)については、本人の意思を踏まえて、病院職員に伝える。家族・地域援助事業者等への仲介は行わない。

6. 「意思決定」と「意思の表明」の整理について

入院患者のなかには、意思決定及び意思の表明をできる能力を有しながらも、その置かれている立場から、法的な自由の(権利)制限により、その能力を発揮する上で制限が加えられることがある。また、障害の様態や特性が置かれている人的・物理的環境との相互作用によって強まることも考えられることから、特に意思決定及び意思の表明のための支援が必要な人といえる。

このような状況を踏まえ、入院中の精神障害者の権利擁護・権利支援として現行制度の中にある医療機関によるチーム医療と、退院後生活環境相談員の配置、地域援助事業者との連携、退院促進のための体制整備及び障害者総合支援法における地域移行支援等については、「意思決定の支援」とそのための体制の構築として整理できる。

本事業における権利擁護・権利支援については、医療機関の責任や立場の違いを超えた範囲ではあるが、「どんな時も常に本人の立場で気持ちや状況を理解して、必要に応じて気持ちを

医療機関に伝える等」の限定的なものであることから、ここでは「意思の表明の支援」として整理しておきたい。

意思決定には、その前段階として意思の表明が必要である。精神障害者に限らず、知的障害でも重度の場合には、意思の表明は可能でも、現実を踏まえての是非弁別が出来ない場合もある。その場合には、意思決定が出来ないことも想定される。意思の表明の支援とは、障害者がどんな状態であろうとも、意思の表明をする場合に、本人に寄り添って、その気持ちを代弁できるような支援をさすものとし、意思決定支援とは、精神障害者が意思を表明して、入院している医療機関や地域援助事業者と協働でできることが可能な支援と捉えると理解しやすい。

7. 精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援プロセスについて

入院に係る意思決定及び意思の表明に関するプロセスについては以下の通りである。

- (1) しおり等の準備・・・医療保護入院患者が理解しやすいようにあらかじめチラシやイメージビデオ等を準備する。
- (2) 権利の説明・・・医療保護入院患者に対して退院後生活環境相談員等から患者の権利の説明を行う際に、希望があれば意思の表明の支援を受けられることをチラシ等で告知する。
- (3) 受付・・・医療保護入院者が意思の表明の支援者の利用を希望した場合は、利用申込書に氏名・年代・性別・入院日・住所・支援者への希望(同性・異性の別)等を本人に記載(代筆も可)してもらい病院は実施機関に連絡を取り、実施機関は申し込みを受け付ける。実施機関については責任の所在を明確にするために、市区町村から障害者相談支援事業の委託を受けている事業所とすること(基幹相談支援センターが望ましい)。なお、地域の実情に応じて実施することが望ましいため、病院の状況に応じて、第三者機関の相談支援専門員とピアサポーター等による「個別対応型」もしくは「病院対応型(例:毎週〇曜日は意思の表明の支援者と話ができる体制を確保する等の対応)」を選択できるものとする。
- (4) 事前協議・・・利用申し込みを受け付けた実施機関は病院と事前協議の機会を持つこととし、支援開始の最終判断は主治医が行うこととする(隔離拘束中の支援実施の可否についても同様とする)。なお、患者の情報開示の範囲は主治医の判断によるものとする。協議の結果、支援の実施が不可と判断された場合は、主治医から本人にその旨を告知することとする。
- (5) 担当者の決定・派遣・・・実施機関は事前協議結果と本人の希望を勘案したうえで担当者を決定し、派遣することとする。なお、業務を担当するものは養成研修を修了した相談支援専門員/社会福祉士/精神保健福祉士/ピアサポーター/市民等とし、ペアで活動することとする。
- (6) 支援の実施
 - ① 実施機関は退院後生活環境相談員と密に連絡をとり支援を開始する。実施機関は基本的にピアサポーターと他の専門職等のペアで活動することとする。
 - ② 受け入れる病院は面接の環境整備(プライバシー確保のために病院は面接に適した部屋を準備するとともに、呼び出しブザー等の万一の事故に備えたリスク管理に配慮する)。
 - ③ 実施機関は個人情報の保護と守秘義務を遵守する。ただし、支援により把握した情報のうち生死にかかわる事項については本人の許可がなくても病院に報告できるものとする(守秘義務は支援終了後も同様の取り扱いとする)。
 - ④ 利用者本人が担当する支援者のことをよく知っていて担当の交代を希望した場合は、可能

な限り担当支援者の変更を検討する(支援者側の都合による担当者の交代は原則なし)。

- ⑤ 初回面接の際は病院職員が同席するかどうかの確認を本人にとって対応することとする。
- ⑥ 実施機関は支援開始後にいつでも中止、終了することができることを毎回伝えることとする。
- ⑦ 実施機関及び病院は本人が疲れないように面接時間に配慮する。
- ⑧ 実施機関は所定の書式に面接結果を記載し、退院後生活環境相談員に提出するとともに、支援機関の控えとして写しを保管する。支援終了後は支援機関の記録は個人情報の取り扱いに留意し破棄する。
- ⑨ 実施機関はペアで面接後の振り返りを行い、常に実施機関の立ち位置を確認するとともに、次の面接の進め方について協議を行うこととする。
- ⑩ あくまで聴くこと、ご本人の希望したことだけを伝えることとし、ケア会議や医療保護入院者退院支援委員会に実施機関は参加できないこととする。また、家族・地域援助事業者等への仲介も行わないこととする。
- (7) 実施機関は寄り添って気持ちを聴く・・・本人に寄り添い、一緒に横に存在し、気持ちを聴く。(先入観なく正確に理解する。退院後にしたいこと、できたらいいなと思うこと。入院中に困っていること。してほしいこと)聞き出そうとせずに自然体で面接に臨み、不安を受け止め、否定せずにありのままを中立的に聞く。
- (8) 実施機関は寄り添って伝える・・・病院からすでに受けている説明で、わからない点は何度も説明を行う。用紙を渡して説明を終えるのではなく、本人の特性や理解力に応じて、かみ砕いて説明する。本人の求めていること(例:治療方針、退院の時期、〇〇したい等)については、本人の意思(部分的に伝えるのか?すべて伝えるのか)を踏まえて、退院後生活環境相談員に伝えることとする。実施機関は原則として退院後生活環境相談員に本人の希望を伝えることとするが、退院後生活環境相談員が不在の場合は病棟の看護師に伝えることができるものとする。
- ① 情報提供については、実施機関の担当者が自分の体験を伝えることは可とする。
(例:恐る恐る主治医に薬の話をしたところ、意外にもしっかり話を聞いてくれたなど、ピアサポーターの経験を聞いて勇気づけられ自ら病院に話すと決心する人もいます)制度に関する質問等は専門家(退院後生活環境相談員、地域援助事業者等)の存在を紹介する。業務上知っていることを伝えるのは不可。あくまで聞くことに徹し、本人を誘導もしくは背中を押すような発言は不可とする。
- ② 報告を受けた退院後生活環境相談員は、1週間以内に本人と面接し、あらためて病棟に伝えるかどうかの意思を確認したうえで対応する。
- (9) 一時的な中止等・・・一時中止の最終判断は主治医が行うこと。利用不可、一時中止等は必ず本人に告知すること(隔離拘束中の支援実施の可否についても同様とする)。医療保護入院から任意入院になった場合については、本人の希望があれば継続できるものとする。
- (10) 終了・・・本人の希望によりいつでも終了できることとする。なお、終了後も、希望があれば再エントリーできるものとする。

8. 個人情報保護

本事業では、面接において、本人・家族等の個人情報を扱うことになるが、事業を進めるうえで知りえた本人・家族等に関する秘密は守る。ただし、支援により把握した情報のうち、生死に関わる事項については本人の許可が無くても、病院に報告する。なお、その守秘義務は事業を終えた後も同様である。

9. 同意書

(1) 本人の同意

本事業の対象者には、あらかじめ同意を得てから面接に入ることとする。別紙様式を使い、チェック項目(説明を受け、理解し、協力すること)にチェックをしてから、署名(押印不要)してもらう。また、本事業は実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断できることを明記する。なお、同意書については本人・家族双方から得る。

(2) 意思決定支援者の同意

アドボケーターには、事業の目的を理解していること、遵守しなければいけない内容を再確認してもらい、別紙様式に署名(押印不要)してもらう。

10. 意思の表明の支援の留意点

- (1) ありのままを受け止める・・・面接では、本人の話す言葉を傾聴し、受容していくことが重要となる。対象者本人の持つ非言語的コミュニケーションにも気を配り、緊張していないか等配慮が必要となる。また質問方法には、「はい」「いいえ」といった2者択一を迫るクローズドクエスションと、自由に話をしてもらうオープンクエスションとがあるが、その2つを本人の特徴に配慮したあり方で組み合わせて面接を進めていくことが重要である。
- (2) 継続支援の確認・・・面接の終わりには、次回以降の日程を双方で確認する。単一の面接ではなく継続的にきてくれるのだという、安心感を持ってもらう。
- (3) 直接的な支援をしない・・・直接的な支援と「意思の表明の支援者」の役割が混同しないよう意思の表明の支援者は退院支援等の直接支援とは分けて、意思の表明の支援者としての機能に徹することとする。面接回数が増え本人への理解が深まると意思の表明の支援者は支援をしたくなる気持ちがわいてくる。しかし、直接的な支援は医療機関や地域援助事業者の役割であって、意思の表明の支援者の役割は、どんな時も常に対象者本人の立場で気持ちや状況を理解し必要に応じて気持ちを伝える等の限定的なものであるので、面接後の振り返りやスーパービジョンを通じて常に立ち位置を確認する必要がある。
- (4) うまく伝えられない気持ちに配慮する・・・病院に言わないでほしいということよりも、どう伝えていいか分からないという気持ちを持っている人もいますので、上手く伝えられないことを吸い出すことに配慮する。
- (5) 誘導しない・・・意思の表明の支援者は誘導してはいけない。(例:薬のことは主治医に聞いてみるといいですよ)さらに先回りして発言を遮ることもしない。

1 1. 定期的なスーパービジョン体制

本事業では、定期的なスーパービジョン（以下「SV」という。）を行うこととする。本事業のなかでのSVとは、アドボケーターが成長・発達するよう援助する仕組みを指すこととする。グループで行うSV、面談形式で行うSV等、現地プロジェクトと協議をしながら月に1回程度、定期的また必要に応じて随時に行うこととする。

目的としては以下の様に挙げられる。

- (1) 本事業の目的に沿う活動かどうかの確認
- (2) アドボケーターの教育的視点から、学びの過程を支える
- (3) 業務遂行上起こるストレス緩和
- (4) 不安および罪悪感の軽減、心的苦痛の軽減
- (5) モデル事業の確実性の担保

1 2. ピアサポーターの活動について

本事業では、アドボケーターとしてピアサポーターが配置されることとなるが、ピアサポーターが安心を担保したうえで活動できるよう、配慮が必要となる。研修においても、ピアサポーターについての講義を設け、現地プロジェクトや医療機関にも理解を深めてもらうこととする。そして、事業終了後ピアサポーターの活動場所・機会拡充に資する材料としていく。さらに本事業では、原則として、複数名のピアサポーターを配置し、単独行動は避ける。前述したスーパーバイズ体制を、ピアサポーターにも適用することとする。

1 3. 記録について

本事業では、面接の都度、記録を残すこととする。記録については、活動レポートとして経過で見ることができるようにとめる。

事業活動報告書記録のポイントとしては、

- (1) 本人の発言、こちらからの問いかけ、それに対する返答。
「ご本人の話した内容、意思決定支援者からの質問、それに対する返答」に記載する。
- (2) 本人の様子。表情は変化しているか等、見えたまま描写する。
「ご本人の様子」欄に記載する。
こちらの思い込みで書くのではなく、行動を見えたまま描写する。
- (3) アドボケーターが気になったこと
「支援実施後の気づき」欄に記載する。
- (4) 医療機関への報告事項
- (5) 次回面接日

等を、記載していく。また、用紙に収まらない場合は、複数枚になっても差し支えない。

(6) 活動報告書

面接終了後に表面のみコピーを取り、当日のうちに医療機関に提出

⇒ 裏面(本人の様子、支援実施後の気づき)は事業所に戻ってから記録

⇒ 表裏1枚の形式で、事業所にて保管する。

D.

入院に係る精神障害者の意思決定及び 意思の表明に関するモデル事業 研修マニュアル

内 容

1. はじめに
2. 目的
3. 対象者
4. 場所・時間
5. 研修内容
6. テキスト
7. プログラム
8. 研修内容のアンケート調査
9. おわりに

1. はじめに

平成 26 年 4 月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」）が施行され、同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。意思決定及び意思の表明についての支援については、法改正に向けた有識者による検討会の中で、改正法における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」）を選択出来る仕組みを導入すべきとされた。しかし、その実施主体、具体的活動内容等について様々な意見がある。

これまで、厚生労働省の障害者総合福祉推進事業で精神障害者の意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討が行われ、平成 26 年度の障害者総合福祉推進事業においてモデル事業（以下、平成 26 年度研究）が実施された。平成 27 年度の事業は、平成 26 年度研究で明らかとなった課題や国内外の先駆的な事例の状況、また、社会保障審議会障害者部会での障害者総合支援法における意思決定支援の検討状況等を踏まえ、アドボケーター機能について検討することを目的に行われた。本研修マニュアルは、平成 26 年度研究で提言された研修プログラムを検討して作成し、平成 27 年度に実施した精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する研修の評価に基づき、研修プログラム及び研修マニュアルの見直しを行ったものである。

2. 目的

平成 27 年度の障害者総合福祉推進事業において、意思決定及び意思の表明に関するモデル事業を実施し、地域の実情に応じて対応可能なモデル事業マニュアル（平成 27 年度改訂版）を作成した。モデル研修では、意思決定及び意思の表明に関する内容の提供とモデル事業の報告並びに、各職種間での討論等の研鑽が必要である。本マニュアルは、各都道府県において、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業の研修がスムーズに進めることができるような目的で作成された。

3. 対象者

研修会に参加する対象者は、地域移行支援に取り組む相談支援事業者、福祉サービス提供事業所、病院、保健所、精神保健福祉センター等の行政、ピアサポーター等である。広く参加を募った。研修会開催に当たっては、各都道府県・政令指定都市の精神障害主幹担当者ならびに精神保健福祉センターへ要綱及びチラシを配布し、関係機関への周知を依頼した。多くの参加者が集まるように事前準備が必要である。

4. 場所・時間

多くの参加者が集まれるような場所・会場の選定が必要である。参加者の人数は 80 ～ 100 名程度と想定されるので、人数に見合った会場設営が必要である。グループ討論を行うことがあるので、座席はスクール形式が良い。プログラムの内容にもよるが、時間帯は、9 時 30 分～ 15 時 30 分くらいまでの 1 日間が、参加者の負担が少ないように思う。あるいは、1 日 4-5 時間として、14 時から開始し、18 時～ 19 時までの開催時刻とする案も考えられる。

5. 研修内容

平成 26 年度モデル研修実施における効果として、

- ①意思の表明の支援の必要性を共有する場となったこと
- ②事業周知ができたこと
- ③実施報告を通してピアサポーターや病棟の連携の具体的なイメージが共有できたこと
- ④グループワークを通して、全国各地の医療、福祉、ピア、行政といった所属別で交流する場が持てたこと
- ⑤研修全体を通して、各参加者が医療と福祉の連携について自らの業務を考えながら振り返るきっかけとなったこと

があげられている。

モデル研修の内容としては、その時の状況に応じて変更すべきものであるが、以下の項目が考えられる。

- ①モデル事業の概要
 - アドボケーターに関する事業の経緯
 - アドボケーターに必要な法的な知識、精神保健福祉法、行動制限
- ②アドボケーター・ガイドライン
- ③ピアサポーターへの説明
- ④モデル事業の実施報告
- ⑤事例検討
 - ロールプレイ
 - 合同トーク、意見交換
- ⑥アンケート記入

6. テキスト

入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業についての理解を深めるためにテキスト作成を行う。内容としては、以下の項目があげられる。

- ①精神障害者の意思決定及び意思の表明について
- ②アドケート、アドボケーターなど用語の説明
- ③支援する者に必要な法的知識
- ③精神障害者の意思決定及び意思の表明についての検討事業、これまでの経緯
- ④入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業
 - マニュアル（平成 27 年度改訂版）
- ⑤入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する
 - 支援マニュアル（平成 27 年度改訂版）
- ⑥アドボケーターガイドライン

7. 平成 年度

精神障害者に対する意思決定及び意思の表明に関する
支援を行うためのモデル研修会 プログラム

平成 年 月 日 (曜日) 9 時 30 分～15 時 30 分

場所：東京都・・・

総合司会：〇〇（日本精神科病院協会・〇〇病院）

時刻	時間	司会者	内容	講師
9:30	10 分		オープニング・挨拶 ・日精協：〇〇 ・厚労省：〇〇	
9:40	40 分	〇〇	【研修 1】 (1)「モデル事業の概要」 (2)「意思決定支援・アドボカシーについて」	〇〇 〇〇
10:20	40 分	〇〇	【研修 2】 (1)「支援者が知っておくべき法・精神科医療」 (2)「支援・傾聴に必要な知識」	〇〇 〇〇
	15 分		休憩	
11:15	75 分	〇〇	【研修 3】 モデル事業実施報告 (1)アドボケーターガイドラインの概要(15 分) (2)モデル事業病院からの報告（1 病院 20 分）	〇〇 〇〇
12:30 ～ 13:30	60 分		昼食	
13:30	120 分	〇〇	【研修 4】 (1)ロールプレイ (2)事例検討 グループディスカッション	〇〇 〇〇
15:20 ～ 15:30	5 分 5 分		アンケート記入・提出 クロージング 〇〇（日本精神科病院協会・〇〇病院）	

研修会でのアンケート調査

平成 年 月 日

この度は、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル研修会にご参加を戴き有り難うございます。研修会に参加してのご感想、ご意見を伺いたいので、アンケート調査のご協力をお願いします。ご記入戴いた意見等は事業報告に活用させて頂きます。

歳 男・女	職種	医師・看護師・PSW・心理・OT・ピア 都道府県職員・地域援助事業者・他
-------	----	---

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

1.満足していない 2.やや不満足 3.どちらともいえない 4.満足 5.とても満足

1.必要ではない 2.あまり必要ではない 3.どちらともいえない 4.必要 5.とても必要

1.必要ではない 2.あまり必要ではない 3.どちらともいえない 4.必要 5.とても必要

1. 思わない 2. あまり思わない 3. どちらともいえない 4. 思う 5. とても思う

記載部位が足りない場合は裏面をお願いします。

- 73 -

9. おわりに

改正精神保健福祉法施行（平成 26 年 4 月）に伴い保護者制度が廃止された。これに伴う権利擁護の一つの方法として、精神障害者の意思決定支援の検討が行われている。平成 24 年度に「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度の在り方」、平成 25 年度に、「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」、平成 26 年度には、「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」が実施されている。そして、平成 27 年度の本事業である「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」に受け継がれている。

本研修マニュアル（案）は、平成 27 年度に実施した精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する研修の評価に基づき、研修プログラム及び研修マニュアルの見直しを行ったものである。本マニュアルが、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業の研修にとって、簡潔でわかりやすい一つの指標になることを期待したい。

E.

入院に係る精神障害者の意思決定及び 意思の表明に関するモデル事業 研修テキスト

内 容

- I. はじめに
- II. 用語について
- III. 意思決定支援の必要性
- IV. 意思決定支援に関する法律・条文
- V. 意思決定支援に関するこれまでの経緯
- VI. イギリス2005年意思能力法、2005年意思能力法行動指針
- VII. 意思決定支援に関する参考文献、資料から
- VIII. 改正精神保健福祉法概略
- IX. モデル事業マニュアル（平成27年改訂版）
- X. 支援マニュアル（平成27年改訂版）
- X I. アドボケーターガイドライン
- X II. 事例
- X III. まとめ
- X IV. 参考文献・資料

I. はじめに

平成 26 年 4 月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）が施行されたが、同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。

意思決定及び意思の表明についての支援については、法改正に向けた有識者による検討会の中で、改正法における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされた。しかし、その実施主体、具体的活動内容等について様々な意見があることから、アドボケーターについては、法改正には盛り込まれず、具体化に向けた調査・研究を行っていくこととなった。

平成 26 年度の障害者総合福祉推進事業において、精神障害者の意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討として、モデル事業が実施されている。さらに、平成 27 年度障害者総合福祉推進事業においては、平成 26 年度の事業で明らかとなった課題や国内外の先駆的な事例の状況、また、社会保障審議会障害者部会での障害者総合支援法における意思決定支援の検討状況等を踏まえたモデル事業を実施した。このモデル事業では、アドボケーター機能について検討しており、加えて、精神障害者に対する意思決定及び意思の表明に関する支援を行うためのモデル研修を年 1 回開催することとなっている。研修会では、モデル事業の課題を整理し、モデル研修参加者へアンケート調査から研修プログラム・研修マニュアルの評価を行い、評価を元に研修プログラム・研修マニュアルの見直しを行うこととしている。そして、障害者総合支援法における意思決定支援との関わりにおける枠組みと共に、改正法の 3 年後見直しにおいて改正法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター機能の枠組みの提示を行い、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを取りまとめることとなった。

本テキストは、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターについて、理解を深めるためのものである。内容については、研修会参加対象者が支援の専門員やピアサポーターであることを想定し、意思決定支援の必要性やこれまでの経緯、関係条文、精神科領域以外の意思決定支援の紹介、改正精神保健福祉法の概略、イギリスの意思能力法・行動指針などを盛り込んだ。このテキストにより、適切なアドボケーターの役割が認識され、強いては入院する精神障害者に意思決定及び意思の表明の支援の一助になれば幸いである。

Ⅱ. 用語について

1. 意思決定・意思の表明の支援者の定義

平成 26 年度障害者総合福祉推進事業の「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」において、入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援者の定義がなされている。

精神科病院に医療保護入院した際、自分の意思表示の権利を見失わないように、「本人の話を先入観なく正確に理解してくれる」「本人のことをよくわかってくれる」利害関係のない第三者がその任を担い、入院早期から面会し「寄り添い」「一緒に横にいる」存在として、入院中に本人が「説明が得られない」「聴いてもらえない」「上手く伝えられない」などと感じていることに対して、どんな時も常に本人の立場で、気持ちや状況を理解してくれ、必要に応じて代弁してくれることで、自分の気持ちに正直に生き、そして、本人が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とする。

2. アドボカシー・アドボケーター

アドボカシーの日本語訳は特に決まったものはない。環境・人権分野でよく使われているが、その場合は「声を大にして訴える」という意味が多いようである。医療分野では、権利を擁護して代弁することとして使われている。権利表明が困難な子ども、寝たきりの高齢者、障害者など、本来個々人がもつ権利をさまざまな理由で行使できない状況にある人に代わり、その権利を代弁・擁護し、権利実現を支援する機能をアドボカシー（advocacy）、代弁・擁護者をアドボケイト（advocate）と呼んでいる。「弁護・支持・唱導・主張」し、「権利擁護のためにたたかうこと」であり、“to call”（声をあげる）を意味するラテン語“voco”に由来する。積極的に発言するだけでなく、問題に対する社会的改革を求めるロビーイング活動（政策関与・提言・形成）も含んでいる。

advocacy	主張、弁護、支持、擁護、唱導
advocate	主張者、支持者、代弁者、仲裁人
advocator	主唱、唱導、擁護している人、支援者

アドボケイトには動詞と名詞があるが、アドボケーターは名詞のみである。

3. 「意思決定支援」と「意思の表明の支援」の整理

平成 23 年の障害者基本法の改正、平成 25 年 4 月施行の障害者総合支援法、児童福祉法、知的障害者福祉法において、障害者の意思決定支援が取りあげられているが、意思の表明の支援が、文言として出てきたのは、平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」においてである。この事業報告で、「意思決定支援」と「意思の表明の支援」を整理することの必要性が提言されている。

すなわち、意思決定支援は、「知的障害者や精神障害者（発達障害者を含む）等の中で、意思決定に困難を抱える障害者を対象に、日常生活や社会参加等の機会において、自分自身で意

思決定できるよう支援していく行為及び支援の仕組みを構築していくこと」ということが論議されている。非自発的入院者の中には、意思決定及び意思の表明をできる能力を有しながらも、その置かれている立場による法的な自由の(権利)制限によって、その能力の発揮が制限されることがある。また、障害の様態や特性が置かれている人的・物理的環境との相互作用によって強まることも考えられることから、特に意思決定及び意思の表明の支援が必要な人といえる。このような状況を踏まえ、入院中の精神障害者の権利擁護・権利支援として現行制度の中にある医療機関によるチーム医療、改正法における退院後生活環境相談員の配置・地域援助事業者との連携・退院促進のための体制整備及び障害者総合支援法における地域移行支援等は「意思決定の支援」とそのための体制の構築として整理できる。平成 26 年度事業における権利擁護・権利支援は、医療機関の責任や立場の違いを超えた範囲ではあるが、「どんな時も常に本人の立場で気持ちや状況を理解して、必要に応じて気持ちを医療機関に伝える等」の限定的なものであり、ここでは「意思の表明の支援」として整理しておきたいとしている。

意思決定には、その前段階として意思の表明が必要である。精神障害者に限らず、知的障害でも重度の場合には、意思の表明は可能でも、現実を踏まえての是非弁別が出来ない場合もある。その場合には、意思決定が出来ないことも想定される。意思の表明の支援とは、障害者がどんな状態であろうとも、意思の表明をする場合に、本人に寄り添って、その気持ちを代弁できるような支援を指すものとし、意思決定支援とは、精神障害者が意思を表明して、入院している医療機関や地域援助事業者と協働でできることが可能な支援と捉えたと理解しやすい。

4. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明・時間的枠組み

改正精神保健法では、医療保護入院は指定医 1 名の判断と「家族等」の同意が要件とされている。当初、入院時の「家族等」の同意ではなく、代弁者の同意という意見もあったようである。しかし、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援において、入院時点での支援は時間的制約からいっても、現実的ではない。医療保護入院は、精神疾患を有していて医療及び保護を必要とする迅速さが要求されるのであって、入院時点で、障害者の支援をするには現実的ではない。この入院に係るというのは、医療保護入院時点を除く、あくまでも入院中を指すことを明記しておきたい。

Ⅲ. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援の必要性

平成 23 年の障害者基本法の改正において、第 23 条（相談等）に、「国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならない」とされ、はじめて法律に意思決定の支援が規定された。平成 25 年 4 月 1 日に施行された障害者総合支援法では、「精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方等について検討を加え、・・・」とされ、児童福祉法、知的障害者福祉法においても、「障害児及びその保護者の意思をできる限り尊重するとともに、・・・」「知的障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、・・・」との記載がされている。

また、障害者総合支援法第 42 条において、指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設の設置者の責務として、「指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設の設置者は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。」とされ、指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設の設置者に対して、サービス提供における意思決定支援への配慮を規定している。

以上のように、障害者が福祉サービスを利用する際に、国、地方自治体、サービス提供事業者（相談支援事業者も含む）等に対して、障害者自らが意思決定を行なうことの確保及びそれを支援していくことについて法律等で規定している。障害者の権利擁護を考える上で、障害者自身が物事を決定していくこと及びそれを支援していくことの重要性は論を俟たない。

一方、精神障害者の意思決定支援については、平成 24 年 6 月 28 日の新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームの取りまとめで、医療保護入院の見直しの中で、「権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることとする。」とされた。そして、平成 26 年 4 月に施行された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。

精神障害者の意思決定支援に関する調査研究が、障害者総合福祉推進事業で行われており、平成 24 年度は「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」、平成 25 年度には、「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」、平成 26 年度は、「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」、そして、平成 27 年の「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」と受け継がれている。

精神障害者の入院の場合、疾病の特性上、障害者自身の意思とは反して医療保護入院のような非自発的な入院医療を要することがある。医療保護入院の手続きが、精神保健指定医の判断と「家族等」の同意によるものだけに、入院後の障害者の意思決定及び意思の表明に関しては、権利擁護・権利支援からみて、より支援の度合いが高いものと考えられる。

IV. 意思決定支援に関係する法律・条文

1. 障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）

（Convention on the Rights of Persons with Disabilities）

障害者権利条約は、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の権利の実現のための措置等について定める条約である。平成 18 年（2006 年）12 月 13 日に国連総会において採択され、平成 20 年（2008 年）5 月 3 日に発効した。平成 19 年（2007 年）9 月 28 日、日本はこの条約に署名し、平成 26 年（2014 年）1 月 20 日に、批准書を寄託、同年 2 月 19 日に同条約は我が国について効力が発生した。この条約の主な内容は、

- （1）一般原則（障害者の尊厳、自律及び自立の尊重、無差別、社会への完全かつ効果的な参加及び包容等）
- （2）一般的義務（合理的配慮の実施を怠ることを含め、障害に基づくいかなる差別もなしに、すべての障害者のあらゆる人権及び基本的自由を完全に実現することを確保し、及び促進すること等）
- （3）障害者の権利実現のための措置（身体的自由、拷問の禁止、表現の自由等の自由権的権利及び教育、労働等の社会権的権利について締約国がとるべき措置等を規定。社会権的権利の実現については漸進的に達成することを許容）
- （4）条約の実施のための仕組み（条約の実施及び監視のための国内の枠組みの設置。障害者の権利に関する委員会における各締約国からの報告の検討）、となっている。

障害者権利条約は、国際人権法に基いて人権の視点から考えて創られた。その前文においては、「全ての人権と基本的自由が普遍的であり、不可分であり、相互に依存し、相互に関連している」というウィーン宣言及び行動計画の基本原則が再確認され、障害のある人の多くが、差別、乱用、貧困に晒されていて、特に女性や女の子が家庭内外での暴力、ネグレクト、搾取等にさらされやすい現状にあることを指摘し、個人は他の個人とその個人の属する社会に対して義務を負い、国際人権法に定められた人権を促進する責任があることを明記している。

リハビリテーションでは、障害がためによる生活上の困り感をできさせるようにさせることを目的とした訓練をすることを指すため、結果的には人権侵害にもなりうる。障害は個人ではなく社会にあるといった視点からの条約である。さらに、「われわれのことを我々抜きで勝手に決めるな!（英語版）」 *Nothing about us without us!*）と言うスローガンを掲げた事が画期的であり、障害者の視点から作られた条約であることも特徴的である。

第 12 条には「法律の前にひとしく認められる権利」が規定されている。あらゆる場所で法の前に人として平等に承認されることを再確認する。また、生活の全ての側面において個人が法的能力を享受できることを認める。締約国は、法的能力の行使に関して乱用を防ぐために国際人権法に沿って適切で効果的な保護を提供する。こうした保護は当事者の権利、意思、意向を尊重し、利益相反行為や過剰な影響を避け、個人の状況に均衡な調整がなされ、正当で、独立した公正な司法機関による、定期的な違憲審査制に付されることとしている。

第12条 法律の前にひとしく認められる権利

1 締約国は、障害者が全ての場所において法律の前に人として認められる権利を有することを再確認する。

- 2 締約国は、障害者が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める。
- 3 締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる。
- 4 締約国は、法的能力の行使に関連する全ての措置において、濫用を防止するための適当かつ効果的な保障を国際人権法に従って定めることを確保する。当該保障は、法的能力の行使に関連する措置が、障害者の権利、意思及び選好を尊重すること、利益相反を生じさせず、及び不当な影響を及ぼさないこと、障害者の状況に応じ、かつ、適合すること、可能な限り短い期間に適用されること並びに権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による定期的な審査の対象となることを確保するものとする。当該保障は、当該措置が障害者の権利及び利益に及ぼす影響の程度に応じたものとする。
- 5 締約国は、この条の規定に従うことを条件として、障害者が財産を所有し、又は相続し、自己の会計を管理し、及び銀行貸付け、抵当その他の形態の金融上の信用を利用する均等な機会を有することについての平等の権利を確保するための全ての適当かつ効果的な措置をとるものとし、障害者がその財産を恣意的に奪われないことを確保する。

2. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」）

平成 25 年 6 月 13 日成立、同 6 月 19 日公布、平成 26 年 4 月施行。

同法附則第 8 条

政府は、この法律の施行後三年を目途として、新法の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手の続の在り方並びに医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。

3. 障害者がどこで誰と生活するかについて選択の機会等が確保される旨の規定

○障害者総合支援法

（基本理念）

第 1 条の 2 障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。

4. 国及び地方公共団体が障害者の意思決定の支援に配慮する旨の規定

○障害者基本法（相談等）

第 23 条 国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならない。

○知的障害者福祉法

（支援体制の整備等）

第 15 条の 3 市町村は、知的障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、この章に規定する更生支援、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業その他地域の実情に応じたきめ細かな福祉サービスが積極的に提供され、知的障害者が、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、自立した日常生活及び社会生活を営むために最も適切な支援が総合的に受けられるように、福祉サービスを提供する者又はこれらに参画する者の活動の連携及び調整を図る等地域の実情に応じた体制の整備に努めなければならない。

5. 指定事業者等及び指定相談支援事業者が利用者の意思決定の支援に配慮する旨の規定

○障害者総合支援法

（指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者の責務）

第 42 条 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者（以下「指定事業者等」という。）は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

（指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者の責務）

第 51 条の 22 指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者（以下「指定相談支援事業者」という。）は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、相談支援を当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

6. 利用者に必要な情報提供を行う旨の規定

○障害者総合支援法

（定義）

第 5 条第 17 項 この法律において「基本相談支援」とは、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整（サービス利用支援及び継続サービス利用支援に関するものを除く。）その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与することをいう。

V. 意思決定支援に関するこれまでの経緯

1. 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R）

平成21年9月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において取りまとめられた報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」では、「地域生活支援体制の強化」及び「普及啓発の重点的实施」等が改革の基本的方向性として示された。この報告書の内容等を踏まえ、今後の地域精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺い、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討を行うとされた。

平成24年6月28日の検討会では、入院制度に関する議論の整理がなされている（下図）。医療保護入院の見直しとして、以下の提言がなされている。この中で、③の代弁者についての検討がなされていた。

- ① 保護者による同意を必要としない入院手続きとする。
- ② 本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入する。
 - ◆入院当初からの院外の地域支援関係者の関与
 - ◆入院期限の設定と更新の審査の実施 等
- ③ 権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることにする。
 - ⇒ 代弁者（アドボケーター）
- ④ 早期の退院を促進するよう、入院に関する審査を見直す。
 - ◆精神医療審査会（都道府県の精神保健福祉センターに設置）に、退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与
 - ◆必要な人には精神医療審査会が病院に出向いて審査 等

【新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R）】

入院制度に関する議論の整理（平成24年6月28日）

（概要）

<精神保健福祉法で定める入院制度>

- 自傷他害のある人を対象に都道府県知事が行う措置入院、本人が入院に同意する任意入院のほか、両入院に該当しない人で、保護者の同意を要件とする医療保護入院の3種類が定められている。
（※）「保護者」は、精神保健福祉法に基づき精神疾患のある人につき一人決められることになっている。
- 1年間に精神科病院に入院する38万人の4割（14万人）が医療保護入院による入院
- このほか、本人の同意を得られない場合に、医療保護入院のために移送させる仕組みもある（「34条移送」）

<医療保護入院の課題>

- 本人の同意なく入院させている患者に対する権利擁護が十分か。
- 入院の必要性があっても保護者の同意がなければ入院できない。
- 保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、入院が長期化しやすい。
- 本人の意思に反し保護者の判断で入院させるため本人との間にあつれきが生まれやすく、保護者には大きな負担。

医療保護入院の見直し

- ① 保護者による同意を必要としない入院手続きとする。
- ② 本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入する。
 - ◆入院当初からの院外の地域支援関係者の関与
 - ◆入院期限の設定と更新の審査の実施 等
- ③ 権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることにする。
- ④ 早期の退院を促進するよう、入院に関する審査を見直す。
 - ◆精神医療審査会（都道府県の精神保健福祉センターに設置）に、退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与
 - ◆必要な人には精神医療審査会が病院に出向いて審査 等

退院後の地域生活の支援

- ・本人を含め病院等関係者が治療計画を作る仕組みの導入
- ・急に症状が悪化した場合、1週間など期間限定で医療的支援を行う短期宿泊支援の導入

入院の契機（34条移送関係）

- ・34条移送の保護者の同意要件は外す。
- ・対象者の緊急性の要件の撤廃
- ・事前調査の明確化と地域支援関係者の参画

措置入院

- ・保健所の関わり強化（入院中・退院時への関与を明確化）と相談支援との連携 等

〔今後、本人の同意によらない入院の状況を踏まえながら、今回の議論を終着点とすることなく、よりよい仕組みを目指して、検討を深めて行くことが必要。また、こうした仕組みの運用が担保されるように一定期間ごとに評価するとともに、検証し、よりよい仕組みとなるよう見直しを行っていくことが必要。〕

2. 障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ

障害者総合支援法の附則における3年後見直し規定等を踏まえ、障害福祉サービスの実態を把握した上で、その在り方等について検討するための論点整理を行うことを目的として、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長によるワーキンググループが開催されている。

(1)開催期日

- ・第1回：平成26年12月15日～第10回（とりまとめ）：平成27年4月20日

(2)主な検討項目

- ・常時介護要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- ・障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
- ・**障害者の意思決定支援の在り方**、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- ・手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- ・精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

第2回（平成27年1月23日）～第5回（平成27年2月4日）までは、以下の関係団体からのヒアリングが行われている。

注：厚生労働省のホームページで閲覧可能

ホーム > 政策について > 審議会・研究会等 > 障害保健福祉部が実施する検討会等 >

障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ

第2回（ヒアリング①）：1月23日（金）	第3回（ヒアリング②）：1月30日（金）
・社会福祉法人日本盲人会連合 ・一般財団法人全日本ろうあ連盟 ・一般社団法人全日本難聴者・中途失聴者団体連合会 ・社会福祉法人全国盲ろう者協会 ・全国手をつなぐ育成会連合会 ・一般社団法人日本発達障害ネットワーク ・一般社団法人日本ALS協会 ・特定非営利活動法人日本失語症協議会 ・特定非営利活動法人日本脳外傷友の会 ・公益社団法人日本精神科病院協会	・公益財団法人日本知的障害者福祉協会 ・全国身体障害者施設協議会 ・社会福祉法人日本身体障害者団体連合会 ・特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会 ・障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会 ・特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク ・一般社団法人日本筋ジストロフィー協会 ・公益社団法人全国脊髄損傷者連合会 ・全国自立生活センター協議会
第4回（ヒアリング③）：2月2日（月）	第5回（ヒアリング④）：2月4日（水）
・一般社団法人日本難病・疾病団体協議会 ・特定非営利活動法人難病のこども支援全国ネットワーク ・一般社団法人日本自閉症協会 ・社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会 ・公益社団法人日本重症心身障害福祉協会 ・全国重症心身障害日中活動支援協議会	・公益社団法人全国精神保健福祉会連合会 ・公益社団法人日本精神保健福祉士協会 ・特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会 ・一般社団法人日本精神科看護協会 ・全国「精神病」者集団 ・特定非営利活動法人DPI日本会議

・一般社団法人全国肢体不自由児者父母の会連合会 ・全国肢体不自由児施設運営協議会 ・一般社団法人全国児童発達支援協議会	・全国社会就労センター協議会 ・全国就労移行支援事業所連絡協議会 ・特定非営利活動法人全国就業支援ネットワーク ・きょうされん
---	--

障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方についてのヒアリングにおける主な意見を掲載する。

(3)意思決定支援の提供内容・方法について

- 障害者基本法第 23 条や障害者総合支援法の「障害者の意思決定に配慮した支援」について明確な原則・運用指針が必要。サービス等利用計画や個別支援計画の作成に当たっては、障害者は意思決定の能力があり、その能力の実行のために支援が必要な場合には様々な手段・方法を試みるといった指針の下に、意思決定支援を尽くすことを基本とすることが必要。
(日本知的障害者福祉協会)
- 意思決定支援を実効性あるものにするため、①意思決定支援の定義、②知的障害者に対する意思決定支援のために必要な条件整備、③困難ケースに対応できる人材育成、④チームによる支援の仕組み、⑤意思決定支援を客観的に判断できる第三者機関、⑥意思決定に関する法が必要。
(日本知的障害者福祉協会)
- 意思決定支援は相談支援専門員の本来任務であり、権利擁護者としての相談支援専門員の在り方を整理し、「意思決定支援ガイドライン」を作成する必要。また「意思表明支援」と「意思決定支援」の二本柱での整理が必要。
(日本相談支援専門員協会)
- 代行決定ではなく法的能力を行使するための意思決定支援について検討を進め、「必要とする支援を受けながら、意思(自己)決定を行う権利が保障される旨の規定」「障害者は、自らの意思に基づきどこで誰と住むかを定める権利、どのように暮らしていくかを定める権利、特定の様式での生活を強制されない権利を有し、そのための支援を受ける権利が保障される旨の規定」を設けること。
(D P I 日本会議)
- 契約行為に関して当事者の権利を尊重し、意思決定支援を重視した配慮が必要。
(日本脳外傷友の会)
- 障害者総合支援法に基づく支援を受けるためのプロセスの全体において、障害者の意思が尊重され、必要な支援を受けた上で意思決定が行われるよう、実質的な措置を講じる必要。
(きょうされん)
- サービス等利用計画、個別支援計画等の作成に際しては、原則本人も参加して、本人の信頼する支援職員、家族、後見人を含むチームで意思決定支援を行うことが重要。
(日本自閉症協会)
- 地域での日常生活における意思決定支援と密接に関わるパーソナルアシスタンス制度を実現すること。
(D P I 日本会議、全国自立生活センター協議会)
- 本人に代わって何らかの決定をする者と本人の意思を尊重、確認しながら権利擁護活動を行う制度上の区別をするべき。
(D P I 日本会議)
- 本人の意思を尊重しながら、家族介護を前提としない支援体系を構築するとともに、まばたきや口文字等での意見表出を支援するスタッフの専門性を評価し、その体制づくりを拡充すべき。
(全国身体障害者施設協議会)

- 障害者権利条約第 12 条を参考に、障害福祉サービスでの自己決定、契約行為等を支援付き意思決定支援で行えるよう配慮すべき。また、被後見の他、被保佐、被補助の制度を分かりやすく情報提供し、安易に被後見人の申請をしないような支援も必要。（障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会）
- 情報バリアフリーの観点から、分かりやすい情報提供を自治体・事業所が行うことを必須にすべき。またルビふり機能だけでなく、文章を分かりやすくする機能、イラスト等も標記できる総合的な意思決定支援ソフトの開発を期待。（障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会）
- 新たに意思決定支援に対する報酬体系を設定すること。（全国自立生活センター協議会）

(4)支援のための人材育成について

- 意思決定支援を実効性あるものにするため、①意思決定支援の定義、②知的障害者に対する意思決定支援のために必要な条件整備、③困難ケースに対応できる人材育成、④チームによる支援の仕組み、⑤意思決定支援を客観的に判断できる第三者機関、⑥意思決定に関する法が必要。（日本知的障害者福祉協会）
- 障害者（特に長期入院精神障害者）団体が権利の主張をするアドボケイトの育成・派遣等ができるよう制度を創設して欲しい。（全国「精神病」者集団）
- 意思決定についてコーディネートできる人材育成を進めて欲しい。（日本発達障害ネットワーク）
- 計画相談、個別支援計画、サービスの利用等において本人の意向が一貫して位置付いている必要があり、意思決定支援に関する研修も、相談支援専門員研修やサービス管理責任者研修と同等の位置づけとするべき。（全国手をつなぐ育成会連合会）
- 意思決定支援が画餅にならないような制度設計と実行が求められ、そのための人材育成が課題。（日本知的障害者福祉協会）
- まずは研修等、障害児者と関わる全ての者が、本人の意思を最大限に尊重するという意識を持つための取組が必要。（全国地域生活支援ネットワーク）
- 入院中の精神障害者の地域移行を促進するため、医療スタッフに加えて地域支援に関わる者が、本人の気持ちを傾聴しながら意思決定を促していくための人材確保が必要（日本精神保健福祉士協会）

3. 精神障害者の意思決定支援に関する調査研究（障害者総合福祉推進事業）

平成 27 年度障害者総合福祉推進事業「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」に先立ち、平成 24 年度障害者総合福祉推進事業から精神障害者の意思決定支援に関する調査研究がなされている。平成 24 年度は、特定非営利活動法人神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会において「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」、平成 25 年度は、一般社団法人支援の三角点設置研究会において「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」が、平成 26 年度は同法人にて「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」がなされている。これらの事業について、簡潔に紹介する（表）。

3-1 平成24年度障害者総合福祉推進事業

「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」 （特定非営利活動法人神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会）

本研究は、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の入院制度に関する議論における代弁者の重要性の指摘（平成 24 年 6 月 28 日とりまとめ）等を受けて、精神障害者本人の意向を踏まえ活動することができる「代弁者」としてどのような主体、関わり方が適切であるかを、当事者をめぐる実態と意向の把握を中心に検討したものである。

検討にあたっては、関係各団体のご協力を得て、①入退院に関わって精神障害者本人の意思の代弁を担っていることが想定される 4 団体に対するインタビュー調査、②精神障害当事者 18 名（うち医療保護入院の経験を有する精神障害当事者は 14 名）に対する個別インタビュー調査、③神奈川県内の日中系事業所利用者等、現在地域で生活する精神障害者に対するアンケート調査（配布 1,500 票、回収 486 票）が実施されている。

精神障害者の意思決定支援に関する調査研究（障害者総合福祉推進事業）

平成24年度

『精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について』

- ・ 団体及び当事者へのインタビュー調査、日中系事業所利用者等へのアンケート調査を実施し、検討委員会において検討。



代弁者の必要性を明らかにするとともに、代弁者の定義を提案

平成25年度

『精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について』

- ・ 先行事例の調査研究（医療機関へのアンケート調査、訪問インタビュー調査）を実施し、意思決定の助言・支援のフロー（案）を作成。
- ・ 支援フロー（案）における精神障害者の意思決定の助言・支援の具体的な実施方法や実施に当たっての留意点について、分析・考察。



意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討と支援フロー案を提案

平成26年度

『入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業』

- ・ 平成25年度に作成された「精神障害者に対する意思決定及び意思表明に関するフロー」に基づき、モデル事業を実施。
- ・ 事業の課題を把握し、それを踏まえた事業実施マニュアルを作成する。



精神障害者の意思決定及び意思の表明についての今後の在り方に関する政策提言について、本年度中に取りまとめる予定。

アンケート調査及びインタビュー調査並びにそれらの結果を踏まえた委員会での検討から得られた成果は次のとおりである。

- ①医療保護入院後早期の「代弁」の実態としては、例外的な事案を除き、これまではほとんど行われていなかったといえる。このため、「代弁」による効果は把握できなかった。しかし、調査を通して、「退院したい、もう一度自分の暮らしをつくり直したいという気持ちを萎えさせないようにしてくれる」「来てくれると安心感がもてる。その人が横にすることで、本人が安心して自分で話すことが出来る」等の「代弁」への期待感が語られた。
- ②アンケートの 6 割の回答者が、入院早期の「代弁者」が必要であると回答、60 歳以上を除き 8 割弱が自分で「代弁者」を選びたいとしている。
- ③入院早期の「代弁者」の要件としては、まずは「自分の話を（先入観なく）正確に理解してくれる人」という条件が飛び抜けて高い。これは、入院早期に説明を受けられない、誰も話を聴いてくれなかったという事情を反映しているのではないかと考えられる。また要件として、「同じ障害や悩みを持っている人」を第 1 位にあげる人も 1 割見られる。
- ④具体的な「代弁者」としては、普段の生活での困り事に対して信頼できる相談相手とほぼ同様の傾向となっている。「代弁者」として依頼したい人の第 1 位は「家族」だが、第 1 位～第 3 位の合計をみると「家族」〈58 %〉に対して「通所事業所、相談支援事業所、地域活動支援センター等の職員、ピアサポーター」〈49 %〉と接近してくる。回答者の半数程度が家族と同居していること、従来、家族にその役割を押し付けてきた制度上の弊害も留意する必要がある。また、「病院のソーシャルワーカー（相談員）等」は〈24 %〉であり、身近であるはずの病院関係者が決して高い数字ではない。
- ⑤入院早期の「代弁者」の要件として、「同じ障害や悩みを持っている人」を第 1 位にあげる人が 1 割見られるが、具体的な「代弁者」では、ピアサポーターと結びついていない。ピアサポーターの定義が、地域や使う人によってかなり異なっていることが影響していると考えられることから、「同じ障害や悩みを持っている人」と「ピアサポーター」が一致しにくい。
- ⑥入院中の人に代弁者になることを頼まれた場合について、インタビュー調査ではほとんどすべての当事者が程度の差はあるものの、「出来る限り力になりたい」としている。
- ⑦上記調査結果を受けて、本研究では、「代弁者」を次のように定義し、整理した。

「代弁者は、非自発的入院の際、普段の生活での困り事に対して信頼できる相談相手や身近でもっとも関わりの深い人で、本人の話を先入観なく正確に理解してくれる」「本人のことをよくわかってくれる」利害関係のない人がその任を担い、「寄り添い」「一緒に横にいる」存在として、入院中の「説明が得られない」「聴いてもらえない」ことに対して、「どんな時も、常に本人の立場で、気持ちや状況を理解してくれ、必要に応じて代弁してくれる人」である。「自分の話を先入観なく正確に理解してくれる」ことを前提に「家族」や受容的な態度や専門的なアドバイスが期待できる「通所事業所職員等」、同じ障害や悩みを持っている人であるピアサポートなど、複数の立場の人を同時に自分で選択できること（変更も可能）を原則としながらも、自分では選べない人も含めて、すべての非自発的入院患者に「代弁者」が選任される仕組みが必要である。

- ⑧その上で、代弁者機能は、権利擁護全体の制度設計のなかで議論すべき課題であること、代弁者機能は、治療環境を整える重要な存在として位置づける必要があること、「代弁者」については、引き続き調査研究が必要であることを提案している。

3-2 平成25年度障害者総合福祉推進事業

「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」

(一般社団法人支援の三角点設置研究会)

本事業は、「障害者総合支援法」の附帯決議で、「精神障害者やその家族が行う相談の在り方等の支援施策について、早急に検討を行うこと」とされていること、また、平成24年6月28日に取りまとめられた「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の入院制度に関する議論でも、代弁者の重要性について指摘されていることを踏まえて、精神障害者の意思決定の助言・支援を行うために必要な調査を行うとともに、これらを担う人材を養成し、精神障害者の意思決定の助言・支援を実際に実施するために必要な事項についての検討及び研究を行ったものである。

本事業では、意思決定の助言・支援を行っている先行事例（3ヵ所）を通じて、医療機関も現状の制度の中で意思決定の助言・支援を行っていることを確認した。また、調査の結果、「意思決定の助言・支援」が治療環境を整える重要な位置づけとして機能していることが明らかになった。これをもとに、意思決定の助言・支援のフロー【例】を作成した。医療機関の取り組みは、権利支援のスタンダードなもののひとつとして行われていて、重要な役割を担っていることがわかった。さらに、意思決定の助言・支援のフロー【例】をもとに、意思決定の助言・支援のフロー【案】が作成された。

(1) 調査から得られた医療機関の権利支援の特徴

①本人に分かりやすいように治療の説明をしている。②初回面接において本人や家族に参加してもらい、「本人がどこに退院したいか」「退院後、どのように暮らしたいか」「現在困っていることや、やってほしいこと」など、本人の希望を理解する場面を確保している。③病院が本人の退院及び地域生活のために必要であると判断した場合、本人の了解に基づき地域支援者を紹介している。④地域支援者が本人の退院及び地域生活のために必要であると判断した場合、本人の了解に基づき病院へ情報提供している。⑤本人中心の支援を基本に、カンファレンス等を通じて多職種間の治療・支援の方向性の統一を図っている。⑥病院職員（特に看護師）が可能な限度で日常的に本人に寄り添って話を聴いている。⑦地域支援者が必要に応じて本人に寄り添って話を聴いている。⑧制度のない中で本人の権利支援のために、医療機関として入院早期から本人中心で治療にあたっている。

(2) 意思決定の助言・支援のフロー【案】の作成

【医療機関の権利支援と本人の求めに応じた意思決定の助言・支援者】

既に医療機関が行っている権利支援を前提とし、かつ、本人意思の尊重という側面から考えると、医療保護入院している全ての人に意思決定の助言・支援者をつけるということではなく、本人の求めに応じて、いつでも意思決定の助言・支援者を紹介し、派遣する仕組みとする。

【所属機関と責任の明確化】

意思決定の助言・支援者は、公平性、中立性を担保する第三者であり、所属機関と責任の所在を明確化する必要がある。現状では、自治体の責任で設置されている基幹相談支援センター、社会福祉協議会の権利擁護支援センター、地域包括支援センター等のような新たな組織に所属する者として位置付けることが適当と考える。

【意思決定の助言・支援はチームで対応】

意思決定の助言・支援者は、一人の医療保護入院者に対して、複数人で対応することを基本

として、専門職とピアサポーター等がペアで活動できる体制とする。

【都道府県が人材養成の責任、養成講座とサポート体制】

意思決定の助言・支援者の人材養成は都道府県の責任で行う。日常的なサポート、スーパービジョン（熟練した指導者から助言、示唆などの教育を受けること）体制は所属機関が行う。

【ピアサポーターは寄り添い支援】

ピアサポーターの中心的な活動は寄り添い型の支援であると整理する。ピアサポーターについても、都道府県による所定の養成講座を修了することを条件とし、機関に所属したうえで仕事としての活動であることを基本とする。

【意思決定の助言・支援者へのアクセス】

意思決定の助言・支援者へのアクセスについては、医療保護入院の告知の際の説明に加えるものとして位置付けることとして、必要な情報を確実に届ける重要な役割は、特に退院後生活環境相談員に位置付けることが適当と考える。医療保護入院者は、意思決定の助言・支援者を入院時と限定せずに入院後どの時期においても利用できるものとする。

【意思決定の助言・支援者の役割】

意思決定の助言・支援者の役割は、①本人に寄り添い、一緒に横にそっと存在し、本人の気持ちを聴く。（先入観なく正確に理解する。退院後にしたいこと、できたらいいなと思うこと。入院中に困っていること、してほしいこと。）②本人の求めていること（例：治療方針、退院の時期、〇〇したい等）を病院に伝える。家族との仲介は行わないとする。

つまり、直接的な支援は、医療機関や地域援助事業者の役割であって、意思決定の助言・支援者の役割は、どんな時も常に本人の立場で気持ちや状況を理解し必要に応じて気持ちを伝える等の限定的なものとして位置づける。

(3)今後の課題と提案

フロー【案】に示すことができなかった課題が挙げられている。

まず、本人が病状等により意思決定の助言・支援者を求められない状況にある場合のアクセスについてである。検討委員会では、週1日程度、意思決定の助言・支援者が、医療機関に向いて話を聴く体制はどうか等の意見があった。次に、意思決定の助言・支援者へのアクセスについては、医療保護入院者は、意思決定の助言・支援者を入院時と限定せずに入院後どの時期においても利用できるものとするとしたが、医療保護入院の告知においても、入院措置を採った日から四週間を経過する日までの間で、症状に照らして、医療及び保護を図る上で支障があると認められる間においてはこの限りでないとしていることから、この間の取り扱いについては、今後の検討を要する課題と考える。

また、医療機関の権利支援を前提としたうえで、希望者への意思決定の助言・支援者の派遣として示したわけで、実際、どの程度のニーズがあるかについての推定ができていない。そのため、詳細な体制づくりや人材の養成と研鑽システムについての議論には至っていない。このフロー【案】は、あくまで検討時点で一般的に使用可能と考えられる案であることから、今後は、ここで示したフロー【案】についての試行的な取り組みを行う必要があり、そのうえで、効果と課題について明らかにすべきである。これらを踏まえ、導入の可否には、時間と慎重な議論、コンセンサスが必要である。また、意思決定の助言・支援の議論は、障害者支援全体の課題として議論がなされていることもあり、本議論が精神障害者の支援に特化したものとして終結するのではなく、障害者の権利支援全体と連動すべきものであることに留意する。

3-3 平成26年度障害者総合福祉推進事業

「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」

(一般社団法人支援の三角点設置研究会)

平成 24 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」、及び平成 25 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」の結果を踏まえ、平成 26 年度に、厚生労働省障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」として実施された事業である。過去 2 年間の事業の中では、医療保護入院中の権利支援を行う者として、「代弁者（アドボケート）」「意思決定の助言者・支援者」等の呼称が用いられてきた。本事業では、この者の役割を「どんな時も常に本人の立場で気持ちや状況を理解し必要に応じて気持ちを伝える等」と限定的に整理し、これを「意思の表明の支援」と呼んでいる。「意思の表明の支援」の具体的内容は、(1) 寄り添って気持ちを聴く、(2) 寄り添って気持ちを伝える、という二点である。このように規定した「意思の表明の支援」を千葉県旭地区と福島県会津若松地区において、モデル事業として実施した結果について、その実施までの準備過程と、その成果に基づいて行われたモデル研修の実施報告も含めてまとめられた。

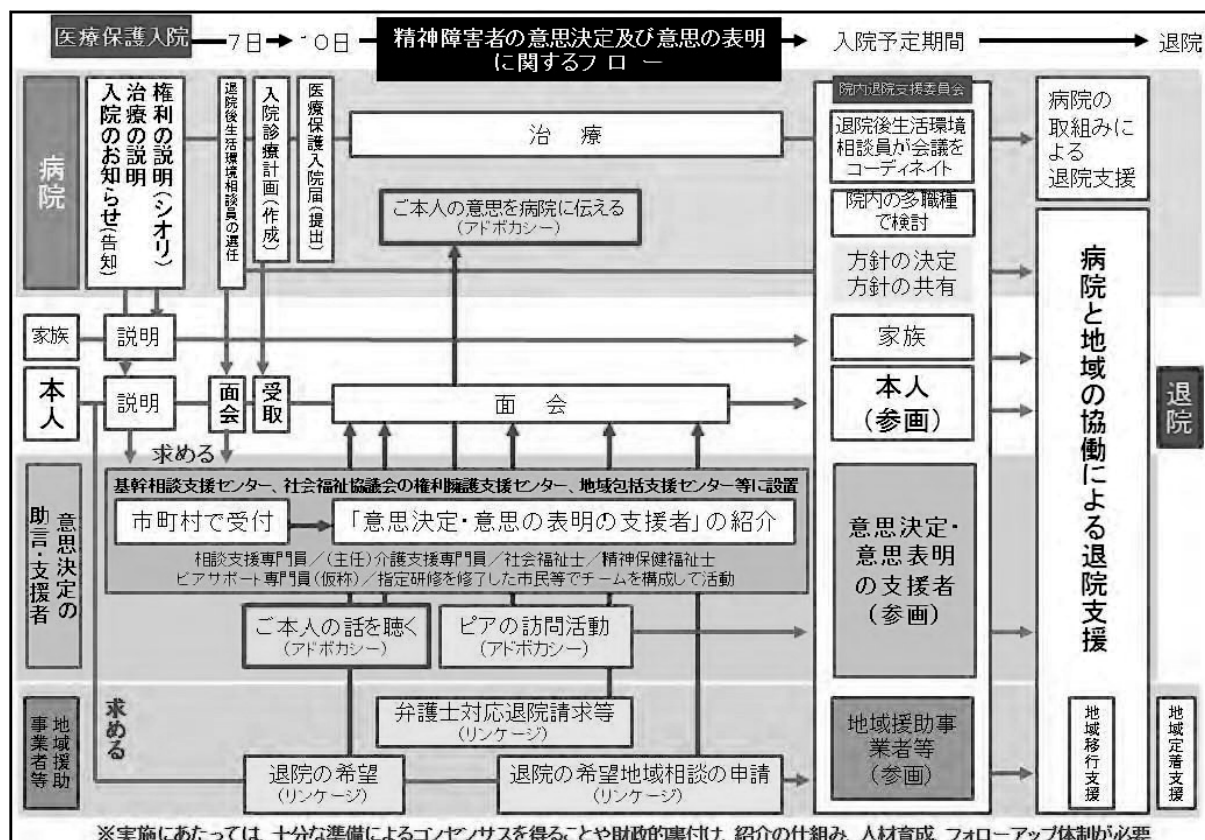
(1) 支援フロー（図）に基づくモデル事業の実施

- ①全国 2 箇所（千葉県旭地区と福島県会津若松地区）でモデル事業を実施する。
- ②モデル事業を実施するにあたりマニュアル案を作成する。
- ③モデル事業を実施するための、医療、保健、福祉、関係者等で現地プロジェクトを組織する。
- ④現地プロジェクトは、協力機関、関係者の合意を得ることを基本として、事前教育を行う。
- ⑤実際に意思決定及び意思の表明に関する支援を行うチームをつくり、フォローアップ体制を整える。
- ⑥対象者は、地域事情に合わせて、入院初期及び 1 年以上入院している人とする。
- ⑦モデル事業を実施して、その効果や課題を明らかにする。

「意思の表明の支援」は、それぞれ旭市基幹相談支援センター海匠ネットワーク、会津若松市障がい者総合相談窓口（社会福祉法人会津療育会運営：基幹相談支援センター）の職員がピアサポーターとともに 2 名 1 組で実施した。対象となった医療保護入院患者は、旭地区 7 事例、会津若松地区 4 事例であった。モデル事業の実施に先立ち、「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアル」を作成し、実施中は支援者以外の者がモニタリング面接を行うなど、細心の注意を払って事業を行った。その結果、いずれの地区においても、「意思の表明の支援」が必要且つ有効な支援であることが若干の課題とともに示された。

(2) 入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアルの作成

全国 2 箇所のモデル事業を実施するにあたって「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業用マニュアル」案を作成された。モデル事業を通じて明らかになった課題を整理し、地域の実情に応じて対応が可能なマニュアルが作成されている。



(3)入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル研修の実施

都道府県、市町村、精神保健福祉センター、保健所などの職員の他、相談支援事業所、福祉サービス事業所、医療機関など総勢 85 名が参加した。研修内容は、モデル事業の概要と「意思の表明の支援」の必要性について、モデル事業実施報告、合同トークセッション、所属別意見交換、マニュアル（案）説明であった。

終了後のアンケートでは「とても満足」「満足」の回答が 9 割を越えた。

(4)政策提言

入院中の精神障害者に対する意思決定及び意思の表明についての支援をモデル的に実施し、分析・考察を行ったことを踏まえて、精神障害者の意思決定及び意思の表明についての今後の在り方に関して以下の政策提言が行われている。

- 1 入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する事業に基づくマニュアルを提案する。
- 2 「意思決定支援」と「意思の表明の支援」を整理する。
- 3 人材養成のために必要な研修を提案する
- 4 試行的な取り組みが必要である。
- 5 入院時、入院中の精神障害者の意思決定・表明支援については、更なる根本的かつ本格的な検討が必要である。
- 6 障害者の意思決定支援、権利擁護・権利支援のあり方と連動した総合的な検討が必要である。

最後に、「今後の議論を行う上でも、現状利用出来る財政的裏付けもあるものの、医療機関が行っている権利擁護・権利支援も含めて、十分な財政的な裏付けとコンセンサスが極めて重要であることを付け加えておきたい。」と締めくくられている。

3－4 平成26年度障害者総合福祉推進事業

「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」

(公益社団法人日本発達障害連盟)

知的障害、発達障害、精神障害を中心とする障害者団体、および障害福祉関係事業者や権利擁護に関わる 12 団体から意思決定支援に関わる取組状況を報告していただき、研究委員と討議することにより課題を明らかにし、それを踏まえて、**障害者の意思決定支援ガイドライン(案)**が作成された。はじめにでは、ガイドライン策定の主旨、ガイドラインの位置付け、ガイドラインの構成等が記され、本文は総論と各論に別れている。

総論

(1) 意思決定支援の定義

意思決定支援とは、知的障害や精神障害（発達障害を含む）等で意思決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活等に関して自分自身がしたい（と思う）意思が反映された生活を送ることが可能となるように、障害者を支援する者（以下「支援者」と言う。）が行う支援の行為及び仕組みをいう。

(2) 意思決定を構成する要素

障害者の意思決定は、個別性が高く多様なものであると言われるが、意思決定を構成する要素としては、次の三つが考えられる。

①障害者の態様（好み、望み、意向、障害の特性等）

②意思決定の内容（領域）

1. 生活の領域（食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴、余暇、社会参加等）
2. 人生の領域（住む場所、働く場の選択、結婚、障害福祉サービスの利用等）
3. 生命の領域（健康上の事項、医療措置等）

③人的・社会的・物理的環境等（関係者が、本人の意思を尊重しようとする態度で接しているか、慣れ親しんだ場所か等）

(3) 意思決定支援の基本的原則

イギリスの 2005 年意思能力法の 5 大原則を参考にしている。

(4) 意思決定支援における合理的配慮

- ・ 本人の年齢、障害の態様、特性、意向、心情、信念、好みや価値観、過去から現在の生活様式等に配慮する。
- ・ 意思決定支援を行うにあたっては、内容についてよく説明し、結果を含めて情報を伝え、あらゆる可能性を考慮する。
- ・ 本人の日常生活、人生及び生命に関する領域等意思決定支援の内容に配慮する。
- ・ 本人が自ら参加し主体的に関与できる環境をできる限り整える。
- ・ 家族、友人、支援者、法的後見人等の見解に加え、第三者の客観的な判断が可能となる仕組みを構築する。

(5) 意思決定支援における留意点

①意思決定と情報

- ・ 決定を行うに当たって必要な情報を、本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう提供すること。
- ・ 本人が自己の意思決定を表出、表現できるよう支援すること。

- ・本人が表明した意思をサービス提供者等に伝えること。
- ・本人の意思だと思われるものを代弁すること。

②情報提供の留意点

- ・本人への情報提供については、支援者の態度・方法・技術によって大きく異なることを理解すること。
- ・できるだけ解りやすい方法、手段にて情報を伝える（手話、伝達装置、絵文字、コミュニケーションカード、スケジュール等含む）
- ・情報提供に関しては、ステップを踏んで確認しながら行う。
- ・予測される副次的出来事（リスクも含む）について伝える
- ・決定の結果についての責任を伝える。

③意思決定支援における最善の利益の判断

- ・事案について、複数の決定によるメリットとデメリットを可能な限り挙げて相互に比較検討して結論を導くこと。
- ・事案の決定について、どちらか一つということではなく二つを融合して一つ高い段階において決定を図っていくこと。
- ・本人にとって、自由の制限がより少ない方法を選択すること。

各論

(1)障害福祉サービス事業所等における意思決定支援の考え方

①意思決定支援と代弁者

重度の知的障害者等は、支援者が本人にとって最善の利益を考え判断することしかできない場合もある。その場合は、事実を根拠として本人の意思を丁寧に理解し、代弁する支援者が求められる。これらの者がいない場合には、基幹相談支援センターの相談員等が、本人を担当する相談支援専門員とは別に第三者の代弁者となることができる。

②日常の支援場面における意思決定支援

障害福祉サービス等の職員は、利用者に対する直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。本人の意思の確認に基づく支援を行った結果がどうだったかについて記録しておくことが、今後の根拠をもった意思決定支援に役立てることができるため、記録の仕方や内容について、意思決定支援の観点から検討することが有用である。

③大きな選択に係る意思決定支援

「人生の大きな選択」などの場面における意思決定支援は、本人の意思確認を最大限の努力で行うことに加え、本人に関わる関係者が集まり、現在及び過去の本人の日常生活の場面における表情や感情、行動などの支援機関における記録等の情報やこれまでの生活歴、人間関係等様々な情報を交換し判断の根拠を明確にしながら、より自由の制限の少ない生活への移行を原則として、本人の最善の利益の観点から意思決定支援を進める必要がある。これらの場面において、本人の支援に関係する者や代弁者等の参加により意思決定支援会議を開き、意思決定支援の内容や結果と判断の根拠を記録しておくことが必要である。

(2)意思決定支援の仕組み

①意思決定支援の責任者の配置

意思決定支援計画作成に中心的に関わり、意思決定支援のための会議を企画・運営し、事

業所内の意思決定支援の仕組みを作る等の役割を担う。サービス管理責任者との兼務も考えられる。

②意思決定支援計画の作成

障害者の意向、・好み、障害の態様や特性、意思決定の内容及び人物・物理的環境、意思決定支援の原則等に十分配慮して行うことが必要。計画は、PDCA サイクルを繰り返すことによって、それぞれの意思決定の内容を改善していくことになる。

意思決定支援のプロセス

1. アセスメント・・・本人の状態、決定する内容、その人的・物理的環境等を適切に把握。
利用者の決定能力、自己理解、心理的状況、意向や好み、望み、これまでの生活史、将来の方向性を含め多角的かつ客観的に把握すること。
2. 意思決定支援計画の作成・・・アセスメントの結果、個別支援計画やサービス等利用計画等の情報から課題及びニーズを整理した上で、個別の意思決定支援計画を作成すること。
3. 意思決定支援の実施・・・プログラム等により具体的に意思決定支援を実施。特に支援開始時・終了後の職員間での意思の疎通・情報の共有を十分図ることが大切。また、実践をフィードバックして知見を集積し、整理することにより意思決定支援の標準化を図ることも重要。支援の経過・状況・結果等については記録として残すこと。
4. 実施状況の把握（モニタリング）・・・意思決定支援の実施状況の把握（モニタリング）を適宜行い、必要に応じて意思決定支援計画の変更（修正）を行う。
5. 意思決定支援実施の評価とフォロー・・・意思決定支援後における評価とフォローについては、意思決定後の本人の状態、状況の変化について把握するとともに、本人の生活や人生がどのように変わり、本人の満足度を含めた評価を行うことが重要である。

③意思決定支援会議の開催

意思決定支援責任者は、個々の利用者のための意思決定計画の作成、事業所内における意思決定支援の仕組みの構築、自立支援協議会等外部機関等の連携の情報の共有のために、意思決定支援会議の企画及び運営を効率的に行う役割がある。その際、本人及び保護者が意思決定支援会議に参加できるよう説明を行うとともに必要な支援を行う。

④職員の知識・技術の向上

1. 意思決定支援責任者及び職員等の知識・技術の向上
意思決定支援責任者及び職員の知識・技術の教条は、意思決定支援の向上に直結するものであり、意思決定支援責任者及び職員の理念的理解、基本的態度の醸成並びに知識・技術の向上への取り組みを促進させることが重要である。
2. 研修受講機会等の提供
意思決定支援責任者及び職員の資質向上を図るため、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

⑤利用者と保護者等に対する説明責任等

- ・利用者と保護者に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。
- ・事業所においては、利用者及び保護者等からの苦情について、迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じる必要がある。

- ・関係機関等に利用者又はその家族等に関する情報を提供する際は、同意を得ておかなければならない。

(3)意思決定支援における連携

- ①相談支援事業との連携・・・サービス担当会議に参画する意思決定支援責任者は、サービス等利用計画（案）や個別支援計画に連動した意思決定支援計画を念頭に置いて、利用者の最善の利益の観点から意見を述べる事が重要。
- ②学校との連携・・・児童の生活、発達支援の連続性を確保するために、学校との連携を積極的に図る必要がある。児童の意思決定に関して学校との間で情報を共有しておく必要がある。
- ③医療機関等との連携・・・医療的なケアに関する意思決定支援の必要が生じることを考慮して、主治医等との連携体制を整えておく必要があることから、普段から障害特性の理解や障害特性に応じた意思決定支援方法に関して共通理解を図っておくこと。
- ④自立支援協議会との連携・・・地域における意思決定支援の仕組みを構築していくために地域自立支援協議会権利擁護部会等へ積極的に参加する。
- ⑤成年後見人等との連携・・・後見人、保佐人、補助人等は、意思決定支援に関するチームの一員としてその役割を果たしていくことが重要。
- ⑥当事者団体等との連携・・・本人の意思決定をエンパワメントする観点から、当事者団体のメンバーからの支援を積極的に活用することも重要。

(4)意思決定支援における危機管理

意思決定支援に際して生ずるリスクに対して、危機管理（リスクマネジメント）の観点から対応していくことが必要である。

4. 平成26年度精神障がい者アドボケーター派遣事業報告書（岡山県精神保健福祉協会）

(1)研究目的

平成 25 年 4 月に公布された精神保健福祉法の改正(平成 26 年 4 月実施)で、3 年後の検討課題とされた代弁者(アドボケーター)制度の制度化を目指して、平成 25 年度に岡山県精神保健福祉協会は WAM（独立行政法人福祉医療機構）から助成金を受けて、岡山県精神病院協会等の協力により「精神障がい者アドボケーター派遣事業」を実施した。その結果、担い手の確保や派遣システムの点、また病院スタッフの理解も得られ、制度として可能であることを示すことが出来た。しかし残された課題もあり、制度化に向けてさらに事業の具体化を検討するため、平成 26 年度にも WAM の助成を受け「精神障がい者アドボケーター派遣事業」を実施した。

(2)方法

平成 25 年度と同様に 4 団体に協力を依頼するとともに、実行委員会を組織した。
今回の事業の課題は次のとおり。

- ①精神科病院への協力を広く呼びかける。
- ②入院患者への周知をより強化し、協力入院患者を広げる。
- ③入院直後の患者への実施。
- ④家族の事業参加を図る。
- ⑤病院スタッフとの連携や協力のあり方を考える。
- ⑥研修内容を改善する。
- ⑦事業の制度化に向けて具体的な提案が出来るようにする。

このために、岡山県及び広島県福山市内の全精神科病院(大学病院と高齢者専門の病院は除く)に事業への協力を依頼した。内 2 病院には入院直後の患者さんの紹介を依頼した。アドボケーターについては、関係協力団体に依頼するとともに、チラシを関係者に配布した。また福山地域でも研修会を実施した。アドボケーター派遣方法は昨年とほぼ同様。事業実施期間は平成 26 年 9 月から 12 月。事業終了後、各派遣グループごとに病院との座談会やグループとして振り返りを行った。

精神障害者本人へのアドボケーター派遣事業満足度調査が行われている。質問項目は以下。

質問 1 アドボケーターと一緒に過ごしたことについてのご感想は？

質問 2 1 回ごとの面会時間についてどう思いますか？

質問 3 面会場所に満足していますか

質問 4 アドボケーターとの面会はあなたに役立ちましたか？

質問 5 有意義な時間を過ごせましたか？

質問 6 必要な話しが出来ましたか？

質問 7 これまでの面会を通じて、あなたはアドボケーターとの出会いに満足していますか？

質問 8 知り合いが同じ様な助けが必要であれば、アドボケーターに来てもらうことを勧めますか？

質問 9 今後、アドボケーターと面会したいと思いますか？

(3)アドボケーター養成研修

入院患者の気持ちに寄り添い、その気持ちを分かち合うことができるアドボケーターを養成するために、事前研修を実施されている。養成研修では、昨年度の事業を踏まえ、事業概要、実施内容をそれぞれ精神科医、福祉専門職の大学教官より説明を行った後に、入院患者との関わり方、留意点について、福祉専門職、ピアサポーター、法律専門職、家族によるパネルディスカッション

ョンおよび、アドボケーターの役割や活動についての疑問点などを確認するために参加者によるロールプレイを実施した。

(4)事業結果

協力病院は 12 病院(岡山 11、福山 1)。今年度新規の協力病院は 8 病院で、病院の理解を広げることは出来た。対象者は 14 名であった。入院直後の患者への事業実施は適切な対象者がいないことで出来なかった。今年度は、アドボケーター養成研修を 3 回実施し、参加者が 113 名、登録者は 93 名であった。研修への評価の満足度はあまり高くなかった。対象者からの評価はほぼ肯定的であったが、「面会場所」「必要な話が出来たか」「知人に勧めるか」の質問に対しては、否定的な評価も示された。病院スタッフからの評価は、「とてもよい」「よい」が 3 分の 2 以上を占め、「面会時間」「患者さんに役に立ったか」「他の患者に勧めるか」の質問に対しては、否定的な評価も示された。

(5)考察

考察は、①傾聴について、②本人の変化について、③他の患者や家族の影響、④医療スタッフの変化、⑤ アドボケーターに関する感想、⑥ アドボケーターの役割と事業の意義、に分けて行った。

特記する点は、本事業を利用した人の変化がある。アドボケーターとの関わりによって、自分で話をすることを楽しみにされるようになったこと、意思の表明が促進したことがある。また、アドボケーターとの関わりがプラスに動き、病院スタッフの協力もあり外出が実現した事例もあった。さらに、アドボケーターの活動を知り、次は自分のところに来て欲しいという希望も示された。ただし、アドボケーターは何をする人なのか？ということについてもさまざまな意見が表明された。患者さんの「意思決定、意思表明の支援者」という考えが共有出来たと共に、それを越えた動きへの示唆もあった。この他、この事業をきっかけにして、アドボケーター派遣に協力した各団体がさまざまな意見を共有でき、地域でのアドボケーターに関するネットワークが形成できたことは大きな変化であった。

(6)提言

考察を受けての提言がなされている。

①事業におけるアドボケーターの定義

アドボケーターという呼称を使用するかどうかについて検討を行い、使う際には、用語の意味を規定する必要がある。

② アドボケーターの役割

アドボケーターとしての役割を明らかにする必要がある。その際に、2 つのことを区別する必要がある。それは、1)アドボケーターとしての倫理規定、2)行動規定である。

③アドボケーターとして求められること

アドボケーターとしての活動を行う際に、何が求められるのかを明らかにすること。

④研修体制

アドボケーターとして求められることのための研修体制やアドボケーター活動を実行するためのサポート体制を明らかにすること。

⑤医療機関との連携、に関する提言がとりまとめられた。

アドボケーター活動を行う際に必要となる、医療機関との連携、その内容、方法等について明らかにすることが求められる。

Ⅵ. イギリス2005年意思能力法（Mental Capacity Act 2005）

※出典「イギリス 2005 年意思能力法・行動指針」（監訳）新井誠（翻訳）紺野包子（発行）民事法研究会

2005 年にイギリスで施行された「2005 年意思能力法」は、「ある特定の時点におけるある特定の意思決定を行う能力の有無の判断、および、その能力を欠く場合にその人のためにどのような行為や意思決定がなされるべきか」を規定している。

概要は、「自分自身のために決定を行うことができない人たちのための保護の枠組みの提供」「決定を行う意思能力があるかどうかについての査定や、その人たちのために行われる決定の手続き」「本人の最善の利益」「法は行動指針によって運用」「行動指針は、医療と社会ケア専門職に一定の法的義務を課し、支援者の手引き・情報提供にもなっている」等である。

(1)立法の沿革

本法律の土台は、広範囲にわたる協議の後に 1995 年 2 月に発表された意思無能力に関する「法律委員会報 No.231」である。イギリス政府はさらなる協議を経て、1999 年 10 月に政策文書「意思決定」を発表し、自力では意思決定不能な人々のための意思決定手続を明確にする法律改正の提言を行った。2003 年 6 月、「意思無能力法草案」並びに付随メモが政府より公表され、両院合同委員会による法律制定を前提とした立法前精査にかけられた。合同委員会は 2003 年 11 月に合同委員会報告書を発表、これに対する政府の返答が 2004 年 2 月議会に提出された。

本法案はあらためて「意思能力法」と改名された上で 2004 年 6 月 17 日に議会に提出された後、最終的に 2005 年 4 月 7 日に女王の裁可を受けて成立した。

(2)目的・内容

本法律は数ある法律上のあいまいな点を明確にし、かつ代理権に関する現行法を改正し、時代の要請に合わせることを目的としている。先天的に意思無能力であるか、認知症ないし脳の外傷の結果として後天的に意思能力を喪失したかを問わず、このような意思能力喪失成人に代わっての意思決定を規定する。個人的な福利厚生から財産上の事項まで広範囲の意思決定について代理人ないし裁判所任命の「法定代理人」による代理行為を網羅し、さらにそのような正式な代理人を欠く場面での対応も明確にする。加えて、「独立意思能力代弁人」という新制度が創設され、特定の意思決定に関し能力喪失者の支援が確保されている。特記すべきことは、裁判所の権限の強化であり、本法律により裁判所は必要に応じ適切な段階まで能力喪失者のあらゆる身上福祉（身上監護を含む）並びに財産上の意思決定に対処する権限が与えられている。

(3) 5つの法定原則

2005 年意思能力法には、第 1 条において 5 つの法定原則を明記している。

- 1 能力を欠くと確定されない限り、人は能力を有すると推定されなくてはならない。
- 2 本人の意思決定を助けるあらゆる実行可能な方法が功を奏さなかったのであれば、人は意思決定ができないとみなされてはならない。
- 3 人は単に賢明でない判断をするという理由のみによって意思決定ができないとみなされてはならない。
- 4 能力を欠く人のために、あるいはその人に代わって、本法の下でなされる行為又は意思決定は、本人の最善の利益のために行わなければならない。
- 5 当該行為は又当該意思決定が行われる前に、その目的が本人の権利及び行動の自由にして、より一層制約の小さい方法で達せられないかを考慮すべきである。

VI. 2005年意思能力法行動指針 (Mental Capacity Act 2005 Code of Practice)

2005 年意思能力法は、イングランド及びウェールズを適用範囲とし、意思決定能力を欠く人々あるいは現在はその能力があるが将来の能力喪失に備えたい人々のために法律上の枠組みを提供するものである。同法は、誰が、どの状況で、どのように意思決定を行うことができるのかを明らかにする。同法第 42 条には、同法に基づく義務と職務権限を有する一定の人々への指針を示すよう大法官に要求している。本行動指針は、2005 年意思能力法の実務上の適用についてガイドライン及び情報を提供することにより、同法を背後から支えるものとなる。

本行動指針の序章には以下の(1)～(5)までの内容が記載されている。

(1)行動指針はどのように使われるべきか？

行動指針は、特定の意思決定に係る能力を欠く成人と行動を共にする人又は介護する人の全てに対する指針である。意思決定能力を欠く個人に代わって行動し判断する場合の責任を明らかにする。特に、提供される介護への同意能力を欠く人に対して介護義務を負う人々に焦点を当てている。

(2)行動指針は誰のものか？

2005 年意思能力法は、行動指針に「従う」法的義務を何人にも負わせてはいない。指示というより望ましい実務のあり方のための手引とみなすべきものだからである。しかし、本指針における関連箇所に従わなかった場合には、その理由の説明を要求される可能性は大きい。

一定の範疇にある人々は、本行動指針を「尊重」することが法的に要求される。すなわち、その人々は意思決定能力を欠く人に代わって行動したり判断したりする場合に、本指針を認識しており、かつ行為にあたってどのように本指針を尊重したのかを説明できなければならない。この範疇にある人々とは、以下の者をいう。

- ・ 永続的代理権代理人
- ・ 新保護裁判所に任命された法定代理人
- ・ 独立意思能力代弁人
- ・ 承認を受けた研究を行う者
- ・ 能力を欠く人のために専門家としてかかわる者
- ・ 能力を欠く人のために有償で働く者

後二者の範囲は広い。専門家として関わる者とは：

- ・ 広く医療関係者（医師、歯科医師、看護師、セラピスト、放射線技師等）
- ・ 福祉関係者（ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等）
- ・ その他、しばしば意思能力を欠く人の世話に関わる者。すなわち、救急隊員、施設の職員、警察官等

有償で働く者とは：

- ・ 介護施設の介護助手
- ・ 訪問介護サービスを提供する介護従事者
- ・ 意思決定能力を欠く人のために特定の仕事をしよう契約を締結した者

しかし、2005 年意思能力法はむしろ意思決定能力を欠く人を日常的に世話している人全般に適用される。家族で世話をする人を含む。こういった人は行動指針の尊重を法的に要求されるわけではないものの、その内容は同法を理解し適用する助けとなる。本指針を認識している限りは指針に従うべきである。

(3)「能力を欠く」とはどういう意味か？

行動指針内の最も重要な表現の一つが「能力を欠く人」である。「能力を欠く人」という表現が使われるとき、それは、特定の意思決定又は特定の行為が必要な場面で、その意思決定又はその行為を自分で行う能力がない人を意味する。これは、ある特定の意思決定は自力でできないが、別の意思決定はできることがあるということである。例として、何を着るかとか何を食べるかといった毎日の生活上の意思決定はできるかもしれないが、もっと複雑な財務上の事柄については能力がないというように。

また、ある時点で能力を欠く人が後の時点で能力を回復することもある。能力が変動する状態にあったり病気だったりするためである。意思決定が必要なときに、事故のため又は麻酔のため意識がないか朦朧としているといった場合や、アルコールや薬の影響下にあるといった場合である。さらには、先天的な病気、又は重度の知的障害のため恒常的に特定の意思決定能力を欠く人がいる一方で、訓練して能力を回復し自分で意思決定ができるようになる人もいるという事実もある。第4章では「能力を欠く」の定義付けを行っている。

(4)行動指針には具体的に何が書いてあるのか？

2005年意思能力法及びそこでの重要な条文を解説している。

第1章 同法の紹介。

第2章 同法の背後にある5原則と実務での適用を提示。

第3章 人々が意思決定をする際に適切な支援を受けることをどのように同法が保証しているかを明らかにする。

第4章 「意思能力を欠く人」についての同法の定義付けを説明し、特定の時点で特定の意思決定能力を欠くか否かを判定する唯一明快な基準を明らかにする。

第5章 同法でいうところの最善の利益とは何かについて述べ、最善の利益を見極めるために同法が用意する要件についての解説。

第6章 能力を欠く人を世話する人や治療する人を同法がどのように保護しているかの説明。

第7章 将来の能力喪失の可能性に備えての永続的代理権（LPA）の授与方法及び永続的代理権代理人の行動についての説明。

第8章 本法に基づき設置された新保護裁判所の役割、すなわち能力を欠く本人に関わる事例を解決する方法がない場合に自ら宣言を出すこと、又は代わりに意思決定者を任命することについての解説。

第9章 治療を拒否する事前の意思決定を有効に行いたいと望む人が必ず従うべき手続についての説明。

第10章 特定の意思決定に際して、能力を欠く人の中でもとりわけ弱い立場の人を支援するため、本法に基づき任命される独立意思能力代弁人の役割についての解説。

第11章 能力を欠く人を参加させる研究について本法が用意する安全確保の指針。

第12章 本法と児童との関係についての説明。

第13章 本法と1983年精神保健法との関係の説明。

第14章 本法により創設された公的職務である公的後見人の役割を明らかにする。

第15章 本法に関して生ずる意見対立の解決方法を提示。

第16章 本法と個人情報保護との関係について述べる。

(5) 本行動指針の法的位置づけはどのようなものか？

* 本行動指針の不遵守

法行動指針に従わなかったからといって特に罰則はない。しかしながら、本行動指針の不遵守の事実が、民事及び刑事の裁判で証拠採用されることはありうる。たとえば能力を欠く人のために意思決定をする者が本人の最善の利益に適う行動を取らなかったと認定されるなど。したがって、能力を欠く人と関わる人はだれでも当該指針に親しんでおく必要がある。

* 更なる情報

本行動指針は網羅的手引ではない。憲法省、保健省及び公的後見人事務所からいろいろな状況を想定した解説書が出されている。専門家向けの指針もそれぞれの団体からメンバー向けに出版されている。その他、付録において、これ以外の多様な情報取得先を提示している。

* 本行動指針内のシナリオ

行動指針内には、仮定の登場人物と場面設定で多くのシナリオを用意されている。これは各章の本文の内容をより理解しやすするためのものであり、似たような現実の状況下で同様の判断を要求するものではない、とされている。

原則2 本人の意思決定を助けるあらゆる実行可能な方法が功を奏さなかったのであれば、人は、意思決定ができないものとみなされてはならない。

シナリオ2 意思決定の手助け

ジャクソン氏は交通事故にあい病院に搬送された。彼は、意識はあったがショック状態にあり話ができず、明らかに落ち込んでおり、身振り手振りで騒ぎ立てていた。彼の様子から、病院のスタッフは、彼が今の時点では自分の怪我の治療についての意思決定能力を失っていると結論付け、緊急性のある処置のみ行おうとした。彼らはジャクソン氏がショックから回復した後代理から彼に処置について説明してもらおうと考えた。ところが、看護師の一人が彼の身振りは手話ではないかと気づき、同様に手話で彼に話しかけてみた。なんとジャクソン氏はたちどころに冷静さを取り戻し、医師たちもジャクソン氏が手話を用いて会話ができるのだとわかった。彼はさらに、自分の怪我について筆談で質問に答えることもできた。

病院側は手話通訳を呼び、その結果ジャクソン氏にはさらなる治療についても意思決定する能力があるとの結論に達した。

シナリオ3 適切な助言と支援の供与

サラは、精神科で治療中の重度うつを患う若い女性である。彼女の主治医によれば、サラは助言と支援があれば治療について意思決定する能力がある。

サラの母親はサラに電気ショック療法（ECT）を受けることに同意するよう説得している。それというのも、母親自身過去にうつになったとき ECT が効果があったためである。

しかし、サラの友人の一人は ECT は「野蛮」だと言っている。

主治医はサラに治療の選択肢について客観的な情報を与え、それぞれの長所・短所を説明した。それぞれの治療に対する反応や副作用も人によって異なることも伝えた。その結果、サラは母親や友人の個人的な意見ではなく客観的な事実に基づいて、自分にとってふさわしい治療を考えることができるようになった。

原則4 能力を欠く人のために又はその人に代わってなされる行為や意思決定は、すべて本人の最善の利益のためになさなければならない。

シナリオ23 最善の利益の判断に本人を参加させること

知的障害の若い女性エイミーの両親は離婚調停中であり、娘の世話をどちらがするかでめている。エイミーは何が起きているのか理解できないけれど、彼女が自分はどこに住たいかについて何かしらヒントを出してくれないか、周囲の者はいろいろ試みていた。

エイミーの置かれた状況を彼女に理解させ、彼女の好きなこと、嫌いなこと、大事なことを見つけ出すために独立意思能力代弁人（IMCA）が任命された。代弁人の支援を受け、エイミーは自分の今後の介護についての意思決定に参加することができるようになった。

シナリオ30 意見対立の解決

ロバートは知的障害と自閉症を有する19歳の若者である。彼は寄宿制の特殊学校をまもなく終了する。両親はロバートをある慈善団体の運営する特殊施設に行かせたがっているが地元の支援センターの一部屋はどうかとも提案されている。両親はそこではロバートは切な介護を受けられないと考えている。

そこで特殊学校側は「最善の利益」会議を設定した。出席者は、ロバート、両親、ロバートの学校の教師たち及びロバートのケアプラン作成する専門家たちである。両親と教師たちはロバートのことを一番よく分かっている両者はそれぞれ意見を述べ、かつロバートがどこに住みたいと思っているのかを伝える助けをした。

福祉職員が州内のいくつかの施設を見つけてきたので、ロバートは両親とにそこを見て回った。さらなる話し合いを経て、ロバートの自宅に近い地元の公的施設ロバートの最善の利益に適うと全員が納得した。

介護・医療の提供者に本法はどのような保護を用意していますか？

シナリオ33 適切な抑制の使用

知的障害を有する男性デレクは最近、反抗的な態度を見せるようになった。介護施設の職員は、デレクの変化は、身体にどこか具合が悪いところがあるからではないかと思い、医師のもとに彼を連れていった。デレクを診察した医師は、ホルモンバランスの乱れが原因ではないかと考えたが、確認のためには血液検査が必要だった。しかし医師が検査を行おうとすると、デレクは暴れて抵抗した。

血液検査の結果は陰性かもしれないし、そうなると検査は必要ではなかったかもしれない。だが医師は、検査はデレクの最善の利益に適うと判断し決断した。なぜなら、ホルモンのアンバランスを放置すれば事態は悪化するからである。したがって、デレクを少しの間抑制して血液検査を実施することは彼の最善の利益となると認められる。短時間の抑制は、病気の可能性が高い状態を放置することからくる危険をそれによって回避できることを考えれば見合ったものといえる。

Ⅶ. 意思決定支援に関する文献、資料から

1. アドボカシーの理論と実際：社会福祉における代弁と擁護 / ニール・バイトマン著

西尾祐吾監訳. 八千代出版, 1998

Advocacy について、主として福祉の立場から説明した専門書である。

(1) アドボカシーの3型とその特徴

① Self Help Advocacy

② Citizen Advocacy

③ Legal Advocacy

①には個人のものと Self Help Group Advocacy（集団の自助的主張、論争等）がある。自分で自分の権利やニーズ、欲求、自己実現のために個人で行ったり、集団・組織で行ったりする物であり、集団組織は公的のものもあれば私的なもの例えば NGO、NPO に相当するものもあるし、また、国内的地域的なものもあれば国際的団体・組織もあることになる。

(2) セルフ・アドボカシー

「セルフ・アドボカシーは、「個人またはグループが、自らのニーズと利益を求めて自ら主張し、あるいは行動する課程」と定義される。特徴として以下をあげている。

- ・法的活動と大衆的行動を統合する。
- ・しばしば、組織化した集団形態のうちに含まれる。
- ・その組織会員の大多数は、追求している問題の解決によって直接利益を得る人々である。
- ・協力関係をもって仕事をするのを望んでいる関係専門職から、外部の情報を手に入れる。
- ・その団体は、参加の民主主義という大きな要素と限定的なフォーマルな構造をもっている。
- ・その団体はサービス供給の主流に吸収されるかもしれない。
- ・アドボカシーの限界と形態に関わる倫理上の原則および組織の構造に関して、議論が起こるだろう。

(3) 市民アドボカシー

市民アドボカシーは、アメリカにおいて、1966 年に始まった。市民アドボカシーについてのさまざまな定義がある。アドボカシーと友人として助けることの統合として、市民アドボカシーを考えることが有益だろうとしている。この考え方は、市民アドボカシーの発展の歴史を反映するものであり、それは主に知的障害、あるいはその他の効果的な意志伝達能力に欠ける障害をもつ人々に市民アドボカシーの発展が関わってきたこと、また、市民アドボカシーの重点が、「発言権を与えること」にあったという事実を反映するものである。

(4) アドボカシーの原則

具体的に実践するときの原則について、以下の 6 項目をあげている。

- ①常にクライアント（相談者）の最善の利益にむけて行動する
- ②クライアントの自己決定を徹底的に尊重する
- ③クライアントに対して逐一正確な情報を提供する
- ④努力と有能さでクライアントの指示を実行する
- ⑤クライアントに対して、率直で主体的な助言を行う
- ⑥クライアントの秘密を厳守する

2. セルフ・アドボカシーの起源とその本質―私たちは主張する

ポール・ウィリアムズ著、(監訳) 中園康夫 1999年 ふくろう出版

ポール・ウィリアムズ (Poul Williams)、ボニー・シュルツ (Bonnie Shoults)、WE CAN SPEAK FOR OURSELVES – Self – Advocacy by Mentally Handicapped People、Souvenir Press (1991 年、初版 1982 年) の全訳。アメリカとイギリスの障害者運動としてのセルフ・アドボカシー運動がどのように始まり、組織化され、発展していったのかを、運動の内側から明らかにしている。

(1)内容

次のような 6 章で構成されている。注目すべきセルフ・アドボカシー・グループの例として、ネブラスカ州オマハのグループ「プロジェクト 2」をあげている。そのグループは、精神遅滞者であるレイ・ルミスによって 1975 年に創設された。彼らは「私たちははっきりと主張できる」ということを実証している。

第 1 章：プロジェクト 2 の誕生と発展

第 2 章：新しい声

第 3 章：セルフ・アドボカシーの基礎と本質

第 4 章：セルフ・アドボカシー・グループの発展と支援

第 5 章：セルフ・アドボカシーの学習

第 6 章：イギリスにおけるセルフ・アドボカシー

(2)付録

セルフ・アドボカシーに関するアメリカのカンザス州ローレンスにあるカンザス大学附属機関の「セルフ・アドボカシー・プロジェクトへの技術援助」によって、1978 から 1981 年の間に作成された資料が提示されている。

アドボカシーの12の原則

- 1 問題をよく理解し、事実を文面に書いてみる。
- 2 対立する事柄や起こるかもしれない議論、可能な戦略について理解する。
- 3 しっかりした支援のもとで動く。
- 4 資源になるものや味方になってくれる人たちを知っていること。
- 5 役割を果たしてもらうため、十分に高いレベルで話をすすめること。
- 6 積極的に取り組むこと、援護を求めること。公的機関は、クライアントを援助したいと本当に望んでいると、一応は思うこと。
- 7 システムが、どのようにそれ自体の目標を妨げているかを明らかにすること。
- 8 もし（公然と）戦わなければならないなら、1 から 7 までの段階をすべて終えた後にのみ、行動すること。
- 9 もし、あなたが戦わなければならないなら、日和見的な態度はとらないこと。どれほど戦って、どれほど十分なものを手にするかを理解しておくこと。
- 10 クライアント・グループを強力なものにすること。セルフ・アドボカシーは、もっとも強力なアドボカシーの方法です。
- 11 クライアントの弱さを承知していること。クライアントにその危険性を知らせること。弱さを利用されないように用心すること。
- 12 セルフ・アドボカシーを始める前に、危険性を知り、得られるものと危険性とを比較して検討すること。

3. 社会福祉実践とアドボカシー利用者の権利擁護のためにー 西尾祐吾／清水隆則編著 2000年、中央法規出版

社会福祉における「アドボカシー」とは何か？「アドボカシー」とは、利用者の権利を擁護し、代弁することです。本書は社会福祉におけるアドボカシーを理念、技術、実践などをもとに解説している。

(1)内容

第1章から4章があり、それぞれ4-12節の項目に分かれている。

第1章：アドボカシーと社会福祉

第2章：アドボカシーの技術

第3章：アドボカシーを必要とする人々

第1節：児童

第2節：高齢者

第3節：知的障害者

第4節：精神障害者

精神障害者への援助施策の充実を先行すべき。

第5節：身体障害者

第6節：ホームレス

第4章：アドボカシーの実践

(2)アドボカシーの定義

英和辞書では、“advocacy”は、「弁護」「支持」「唱導」「主張」などの日本語訳。

Concise Oxford Dictionary では、

「アドボカシーは、アドボケイトの機能であり、支持（support）して弁護すること」

“advocate”を「他の人を弁護する人、……の味方となって話しをする人」と記載。

英語の“advocacy”とはラテン語の“voco”に由来する言葉で、“voco”とは、英語で“to call”のことであり、「声を上げる」という意味。すなわち、「アドボカシー」とはクライアントのために「弁護、支持、唱導、主張」することである。

イギリスやアメリカにおいて社会福祉の領域での定義

アメリカの社会福祉百科事典19版(1995)

「社会正義の保障と維持を目指して個人、グループやコミュニティの利益のために、一連の行為を直接、代弁・擁護・支持・推奨する活動である」

アメリカのR・バーカー(R. Berker)のソーシャルワーク辞典(1987)

「他者を直接的に代弁したり、守る活動である。ソーシャルワークが展開される場面では、直接介入やエンパワメントを通じて、個人やコミュニティの権利を擁護すること」

イギリスのソーシャルワーク辞典(1995)

「サービス利用者の状況を向上させるために、彼らの権利を代弁すること。」

これらの定義には、利用者にある「果実」(利益)を得る権利があること、しかしながら利用者はその権利を実現することが実際には困難であること、それゆえに、その権利の実現を支援する活動が必要であることが含まれている。「アドボカシーとはクライアントの権利擁護のためにたたかうことである」と簡潔に表現することもできる、としている。

また、アドボカシーを実践するにあたって6つ原則をあげている。①クライアントの最善の利益 ②自己決定の徹底的な尊重 ③逐一正確な情報提供 ④努力と有能さで実行 ⑤率直で主体的な助言 ⑥秘密厳守を、具体的に記載している。

(1)精神障害者福祉問題と患者権利擁護制度について

日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、精神障害者福祉問題委員会委員長石川到覚による概説。「精神障害者問題福祉委員会」が組織され、昭和 63 年度の沖縄総会において報告された。研究作業の中で進められた「患者権利擁護制度」(Patient Advocacy : PA)の検討については、アメリカ合衆国国立精神保健研究所「精神保健サービスを受ける人々に対する保護及び権利擁護システム」とカナダ/オンタリオ州精神障害者権利擁護事務所「権利侵害を受けやすい成人のための権利擁護に関する調査会宛て意見書の二文献を基本的な文献として選定されている。

本報告で示される患者権利擁護制度(PA)は、「精神保健サービスを受ける人のために、十分に訓練された有給職員によって権利擁護を提供する公的な制度である。」と定義付けられているように、障害者や社会的に不利な立場に置かれやすい人々の立場に立って代弁・弁護することである。権利を擁護する者が、自らの価値観や判断を持ち込まずに何よりも患者の希望の実現をめざすことにある。まさに、「自己決定の原則」の実現に向けて努力することである。

(2)患者権利擁護制度について

=精神保健サービスを受け秋々に対する保護および権利擁護システム=

合衆国厚生省国立精神保健研究所法学博士 レスリ J.スキャレットによる報告書である。本報告書は、現在精神保健領域で、広く関心を持たれている問題について、利用出来る情報を抜粋したものである。ここには、合衆国の政策制度、国内の経験や活動について、また調査研究および評価から得られた知見が集められている。目次として、Ⅰ 論点 Ⅱ 現行合衆国の政策ならびに制度 Ⅲ 国内における経済 Ⅳ サービスの現状 Ⅴ 将来展望 Ⅵ 参考資料。

擁護(advocacy)と権利保護制度(rights protection programs)の違いを明確にしている。一般的に擁護者とは、患者やクライアントの考え方を代弁するものである。この役割のモデルは独立の擁護者(弁護士または非弁護士)であつて、クライアントに対して責任を負い、自分の役割をクライアントの「最善の利益」をはかるよりも、むしろクライアントの期待そのものに対して働くことである。これは現行の発達障害保護および擁護制度によって定義され実施されており、これに従って、擁護者は患者または擁護依頼人とその意見の代理をつとめるわけである。擁護者は結果の決定にはタッチしないし、何が正当であるとか、何がクライアントにとって最善であるとかには関心を持たないし、治療や精神保健や社会的サービスを提供することもない。

(3)オンタリオ州、権利侵害を受けやすい成人のための権利擁護に関する調査会宛て

精神障害者権利擁護事務所(PPAO)の意見書(1987年4月)

我々の意見書は、調査会からの照会事項に応じて、以下の4つの部分に分けて述べられる。

- 1 施設に収容されてケアを受けている成人、ならびに地域において生活をしていながら権利擁護を必要としている成人のためのサービスの必要性を検討すること
- 2 オンタリオ州内の、高齢者 身体障害者 精神障害者等不利な立場にある成人のための権利擁護の概念について十分に分析すること
- 3 権利擁護に関する選択権を発展させること。これには組織のあり方や、責任の持ち方などが含まれる
- 4 ニードの考察には、権利擁護と以下の事項の調整に関する詳細な調査が含まれる
 - a) 現行のケース・マネジメントと他の救済システム
 - b) 現行の法的な権利擁護サービスとボランティアによる権利擁護サービス

5. 「アメリカ医療の光と影」李啓充著（医学書院）

筆者は、1980 年京都大学医学部卒業、京都大学で癌研究に従事。ハーバード大学医学部助教授を経て、2002 年より文筆業に専念。テーマは医療評論から大リーグ評論まで幅広いが、特に「医療過誤防止」、「マネジドケア」などを取り上げた著作では、現代医療の根本問題に鋭く迫り、日本の読者に警鐘を鳴らしている。本書の続編では、患者の自己決定権をテーマにバースコントロール、終末期医療の倫理と患者の権利について記述している。

(1) 患者アドボカシー室

本書のVI章に患者アドボケイトについての記載がある。

アメリカマサチューセッツ総合病院（MGH）には、「患者アドボカシー室」というものがある。アメリカ医療をめぐる厳しい経済情勢の中で生き残るために、コスト削減・他病院との合併・提携開業医の系列化など必死の努力を続けている。MGH ではよりよい医療を患者に提供するための不断の努力が忘れられてはいないということであり、患者アドボカシー室の存在もその不断の努力の一例である。「アドボカシー（advocacy）」という言葉は、「ある人の味方となってその権利や利益を守るために闘うこと」という意味である。一方、「アドボケイト（advocate）」という言葉は、味方となって闘う「人」を指す。アドボケイトという言葉には、主義や主張を唱道したり、理念を実現するために活動する人という意味もある。患者アドボケイトという言葉も、医療の現場で個々の患者の利益のために患者の味方となって働く人という意味の他に、患者本位の医療改革をめざす活動を行なっている人々という意味にも使われる。

米国では、数多くの市民団体が、患者の立場からの医療改革をめざし、草の根運動を展開している。患者アドボケイトの最たるものは、患者が自分で自分のアドボケイトとなる患者団体である。ありとあらゆる疾患に患者団体が存在する。

(2) 患者代理人制度

MGH では患者アドボカシー室と呼ばれているが、患者の苦情に対応してその解決に当たる担当者は、一般には患者代理人と呼ばれることが多い。「患者のためにー医療における消費者アドボカシー」（米国病院協会：AHA）によれば、患者代理人制度は 1966 年、ニューヨークのマウント・サイナイ病院で誕生した。公民権運動に象徴されるように、60 年代に入ってから「人権」意識の高まりがその背景にあった。その後、患者代理人制度を置く病院の割合は増え続け、AHA の下部組織として全米消費者担当者・患者代理人協会が創立されたのは 1972 年のことである。現在では 50 %以上の病院でこの患者代理人制度が取り入れられている。

(3) 学習する患者たち

メリル・ストリープ主演の「誤診」という映画は実話をもとに製作されている。末っ子がてんかん発作となる。型どおりの薬剤によるコントロールが試みられるが、息子のてんかん治療の効果はあがらない。医師は薬剤抵抗性のものであるから、発作をコントロールするには脳外科手術しかないという。こともなげに手術の後遺症を説明する医師に対して、メリル・ストリープは手術への同意をためらう。図書館に通い、医学書を読み漁り、「ケトン食療法」の有効性を見つけ、医師に進言して、治療は成功する。70 年代に入って患者・家族の自己学習が盛んになっている。多くの病院で「患者学習センター」が開設されたり、患者がインターネットで自分の病気について調べることはありふれた光景になっている。

6. 精神障害者支援におけるShared decision makingの実施に向けた課題：

歴史的背景と理論的根拠

精リハ誌 17 (2) ; 182 – 192, 2013

要旨：本稿の目的は、Shared Decision Making (SDM) に関する歴史的背景や定義あるいは効果や SDM ツールを概観したうえで、わが国の精神保健福祉実践における SDM の実施に向けた課題を整理することである。SDM は、インフォームド・コンセントを起源として、歴史的には人権上の問題や根拠に基づく実践の発展の中で確立した実践手法である。精神保健福祉領域における SDM では、専門家は当事者の意思決定におけるパートナーとしての役割を担い、薬物療法症状へのセルフマネジメント、地域ケアを含む幅広いサービスなどを念頭に、当事者の希望や好みなどに基づき、意思決定のプロセスを踏むことが重要である。今後、SDM の適切な実施においては、SDM ツールの発展、専門家と当事者への教育、当事者リーダーの育成などが必要不可欠である。SDM の評価の際は、臨床アウトカムと並行してコミュニケーションの質などをアウトカムとした厳密な無作為化比較臨床試験と質的研究との双方によるアプローチが求められる。

(1)Shared decision making

初期の SDM は、癌治療の分野などで発展し、「医師と患者がともに治療に関する決定を行うプロセス」と定義される。SDM では、治療内容の決定そのものだけでなく、治療内容を決めるまでのプロセス、具体的には医師と患者の間のコミュニケーションや情報提示の方法などの治療内容決定までのプロセスが重要とされている。Charles らは、SDM に不可欠な要素として (1) 少なくとも二人 (医師と患者) が参加すること、(2) 両者が情報を共有すること、(3) 両者が好みの治療についての同意を形成するステップを踏むこと、(4) (両者が) 実施する治療について合意に達することを挙げている。

(2)精神保健福祉領域におけるshared decision making

精神保健福祉領域における SDM は、アウトカムや支援の特徴から他の医療分野とは異なる点が存在する。近年の精神保健福祉分野の支援の目標は、精神疾患の症状の改善のみにとどまらず、個々の当事者のリカバリーが精神障害者支援の重要なアウトカムとなるという点にある。また、精神保健福祉領域における SDM の独自性として、リカバリーを目的とした精神障害者支援が医療の枠組みだけにとどまらない。再発率、症状の軽減、就労などに明確な効果を示す実践としての、①包括型地域生活支援 ②地域ケアにおけるインテンシブ・ケアマネジメント ③援助付き雇用 ④家族心理教育の四つのサービスは地域ケアの枠組みである。すなわち、精神障害者支援における SDM では、診察を行う精神科医が主たる担い手ありながらも、その他の医療従事者や地域のケアマネージャー、ソーシャルワーカーなどが含まれる、としている。

(3)Shared decision making と意思決定支援

精神保健福祉領域においては、SDM の担い手となりうる医療専門職 (精神科医や精神保健福祉士など) はサービス提供者としての役割だけではなく、当事者の意思決定を同等の立場で支援するパートナーとしての役割を持つ。また、治療や支援内容に関する情報提供に関しては、薬物治療だけではなく、症状に対するセルフマネジメントや地域ケアを包含した幅広いサービスについての情報提供が求められる。さらに、SDM では、個々の当事者のリカバリーを目指し、当事者の希望や好みなどに基づいて意思決定のプロセスを踏むことが特に重要である。

7. 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア

編集：中山和弘、岩本貴、中央法規出版株式会社、2012

医療分野における、患者や家族の「意思決定支援」をテーマとした書籍である。医療の分野においては、患者や家族が直面する難しい問題に対する意思決定支援の研究は、まだ十分に行われていないのが現状である。そこで、本書は、次のような疑問に答えようとするものである。

- ・患者や家族は、医療者と十分なコミュニケーションをとり、納得して治療やケアの方法を決めているだろうか。
- ・患者や家族が、どうしても決められないときや、本当のニーズや意向がわからないとき、どのような支援が考えられるのだろうか。
- ・患者中心の医療と、意思決定支援とはどのような関係にあるのだろうか。なぜなら、医療における意思決定はますます困難になっているからである。

(1)内容 次のような7章で構成されている。

- 第1章：意思決定とは何かを中心に、意思決定支援がなぜ必要なのか、どのような方法が考えられるかについての概説
- 第2章：「がん医療」において、医師－患者間のコミュニケーションの不足によって生じた問題と、それを解決する「医療コーディネーター」による支援の紹介
- 第3章：代理の意思決定。高齢者の「胃ろう」の事例を取り上げ、つくるか否かの意思決定支援のために開発された意思決定支援ガイドの紹介。
- 第4章：自分の意思を伝えられない障害児や乳児の医療において、子どもの最善の利益を実現するために必要な医療者と親のコミュニケーションについて。
- 第5章：出生前検査の受検と不妊状況というリプロダクティブヘルスにおいて意思決定の困難事例と、その支援のための「オタワ意思決定支援ガイド」の紹介
- 第6章：リハビリテーションで目標を決める立場にある専門職と患者や家族がコミュニケーションを促進するために開発された iPad アプリ「ADOC」についての紹介
- 第7章：意思決定支援のための資源。インターネットでの検索をはじめ、図書館、セカンドオピニオン、患者会やサポートグループなどの活用方法についての解説

(2)意思決定の3つのタイプ

昨今、治療についての情報を得ることで患者が意思決定するという方向へシフトしてきている。意思決定のタイプは、基本的には誰が主体となって決めるのかという視点から大きく3つに分けることができる。

医師を中心に決めるパターンリズムモデル（父権主義モデル）、医師と患者と一緒に決めるシェアードディシジョンモデル（協働的意思決定モデル）、患者が自分で決めるインフォームドディシジョンモデル（情報を得た意思決定モデル）である。それぞれの解説がある。

(3)よりよい意思決定のための7つの方法

- ①意思決定が必要な問題を明確にする
- ②可能性のあるすべての選択肢のリストづくり
- ③選択肢を選ぶ基準を決める
- ④選択肢を選んだ結果を想像する
- ⑤情報提供方法による心理的効果を理解する
- ⑥意思決定の支援を得る
- ⑦意思決定における葛藤やジレンマを解決する

8. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012 年版 社団北海道人日本老年医学会編、医学と看護社

日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等事業において、「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」が行われている。日本老年医学会のガイドライン作成ワーキンググループが立案し、ワーキンググループ全体会議の審議、および本事業の検討委員会の審議を経て、改訂第三版をもって結論に至った。

(1) ガイドラインの必要性

高齢者ケアの現場において、関係者たちを悩ませる典型的な問題の一つに、何らかの理由で飲食できなくなった時に、人工的水分・栄養補給法（以下 AHN）を導入するかどうかというものがある。加齢に伴って漸進的に衰えてきたとみれば、人工的なことはしないほうが良いと思われるかもしれない。だが、人工的栄養補給を行えばなおしばらくの生が見込まれるのであれば、それを導入すべきだと思われるかもしれない。こうした事情が、例えば、認知症終末期の患者への AHN について、多くの医療者が「導入しないことに倫理的な問題を感じ」ているが、また「導入することに倫理的な問題を感じ」てもいるというような困惑を、臨床現場にもたらしめている。困惑の原因としては、医学的妥当性が明確でないという点も確かにあるが、むしろ、高齢者の最期の生がどうあるのがよいかについて、例えば、長く生きられれば生きられるほうがよいと無条件に言えるかといったことについての共通理解が定まっていないという点が大きいように思われる。

そこで、このような状況において、現場の医療・介護・福祉従事者が AHN 導入をめぐる適切な対応ができるように支援することを目的として、ここにガイドラインを策定する。

(2) 本ガイドラインの概要

1. 医療・介護における意思決定プロセス

医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

2. いのちについてどう考えるか

生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる—このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人の QOL の保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

3. AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

AHN 導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。

- ①経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN 導入の必要性を確認する。
- ② AHN 導入に関する諸選択肢（導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ③本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」 平成 24 年 3 月 12 日

9. 特集「がん患者への意思決定支援の質を高める」 看護管理 2015年2月号 医学書院

サブタイトルに、「診断時から終末期までを支える組織的取り組み」とある。1月号に続く意思決定支援特集である。2月号では、がん患者の意思決定支援に焦点を当てている。本特集では、がん医療関係者の中でホットトピックになっている「意思決定支援」とはそもそも何かについてあらためてひもとくとともに、全国各施設のグッド・プラクティスを通じて、意思決定支援を推進できる倫理的な組織づくり、職員の教育方法、療養生活や意思決定を絶え間なく支える地域連携体制の理想的なありかたなどを紹介し、よりよい「がん患者への意思決定支援」を多角的に考察している。

(1)【インタビュー】「患者主体の意思決定」を支え続ける倫理的な組織づくり

外来機能の再編・強化とスタッフ育成の視点から

がん研有明病院副看護部長/緩和ケアセンタージェネラルマネージャー：濱口恵子

インタビューに答える形で、・がん看護の中心は外来に移行・がん看護とは意思決定支援の連続・がん患者指導管理料算定と意思決定支援の推進・組織の「意思決定支援力」を強化する仕組みづくり・「患者主体の意思決定」を支えるためのスタッフ育成などが述べられている。

(2)がん患者への意思決定支援の質を高める

診断時から終末期までの「意思決定支援」と「アドバンス・ケア・プランニング」

京都大学大学院医学研究科人間科学系専攻臨床看護学講座助教：竹之内沙弥香

筆者はエンド・オブ・ライフ・ケアおよび医療倫理の専門家の立場から、臨床家が患者・家族に対して行う倫理的看護ケアへの支援とコンサルテーションを行っている。本稿では、そもそも「意思決定支援」および「アドバンス・ケア・プランニング」とは何かについての解説と、両者の定義を行うとともに、よりよい患者・家族の意思決定支援のプロセスに伴走できる臨床家の育成方法について、病院内および地域の看護職との協働の経験を踏まえて提言する。

意思決定支援の3つのステップとして、ステップ①：情報の共有 ステップ②：思いの傾聴 ステップ③：最善策の検討をあげ、具体的事例で検討している。

(3)病院あがての意思決定支援推進プロジェクト

医療者が困難を感じるポイントとは

九州がんセンター緩和治療科：大谷弘行／九州がんセンター看護部：安部陽子

がんの治療方法が高度化・多様化する中で全身状態が悪化した段階になってもなお患者・家族は積極的治療への望みを持ち続けることから、医療者は意思決定支援に困難さと苦悩を抱えている。このような中、九州がんセンターでは、院内に「意思決定支援推進プロジェクトチーム」を立ち上げ、医療者が共通認識を持てるような教育支援や、患者が医療者に価値観を伝えるためのツール作成に取り組んできた。これまでの一連の取り組みの成果を報告している。

(4)看護部の教育プログラムに「意思決定支援研修」を組み込む

意思決定支援ができる看護師を育成するための国立がん研究センター東病院の実践

国立がん研究センター東病院看護部：早坂和恵／市川智里

患者の意思決定支援に取り組む上でスタッフ教育は欠かせない。国立がん研究センター東病院では、看護部の教育研修プログラムに「意思決定支援」を組み込み、効果を生んでいる。その目的と意義、研修での講師（専門看護師）による学びの引き出し方、そして研修がもたらした成果について報告している。

Ⅷ. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成 25 年 6 月 13 日成立、同 6 月 19 日公布)

改正法では、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続きの見直し等が行われた。医療保護入院については、精神保健指定医 1 名の判定とともに、家族等(配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人をいう。)のうちいずれかの者の同意が必要となった。適切な入院医療へのアクセスを確保しつつ、医療保護入院における精神障害者の家族等に対する十分な説明とその合意の確保、精神障害者の権利擁護等を図るものである。

同法附則第 8 条において、「政府は、施行後 3 年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。」とされている。

1. 精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

2. 保護者制度の廃止

主に家族になる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

改正前の精神保健福祉法では、「保護者」は精神障害者に対して 1 人定めることになっており、次の責務が課せられていた。その義務規定は全て無くなった。

- ① (任意入院者及び通院患者を除く) 精神障害者に治療を受けさせること (旧法 22 条 1 項)
- ② (任意入院者及び通院患者を除く) 精神障害者の財産上の利益を保護すること (旧法 22 条 1 項)
- ③ 精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力すること (旧法 22 条 2 項)

医療保護入院の手続きについて改正精神保健福祉法の規定

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の報告書(平成 24 年 6 月 28 日)

- 医療保護入院について、保護者の同意によらず、精神保健指定医 1 名の判断での入院とする。
一方で、
 - ① 早期退院を目指した手続きとする
 - ② 入院した人は自分の気持ちを代弁する人を選べることとする等、入院後の手続きを強化することにより、権利擁護を図る。

「改正精神保健福祉法」(平成 25 年 6 月 13 日成立)

- 医療保護入院における保護者の同意要件を外し、
家族等(*)のうちいずれかの者の同意と、精神保健指定医 1 名の判断を要件とする。
また、精神科病院の管理者に、退院促進のための体制整備を義務づけた。

* 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長

※「代弁者」について

「検討チーム」の報告では、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする「代弁者(アドボケート)」を選ぶことができる仕組みを導入するべき、とされたが、「代弁者」の実施主体、活動内容等について様々な意見があることから、今回の法改正には盛り込まず、具体化に向けた調査・研究を行っていくこととした。

- ④ ⑧による引き取りを行うに際して、精神病院の管理者又は当該病院と関連する精神障害者社会復帰施設の長に相談し、及び必要な援助を求めること（旧法 22 条の 2）
- ⑤（任意入院者及び通院患者を除く）精神障害者に医療を受けさせるに当たって医師の指示に従うこと（旧法 22 条 3 項）
- ⑥ 医療保護入院の同意をすることができること（旧法 33 条 1 項）
- ⑦ 退院請求等の請求をすることができること（旧法 38 条の 4）
- ⑧ 回復した措置入院者等を引き取ること（旧法 41 条）

3. 医療保護入院の見直し

医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等(*)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

改正後の精神保健福祉法第 33 条第 2 項において「家族等」として、「当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人」が定められている。ここでいう「扶養義務者」とは、民法第 877 条に規定する扶養義務者であり、直系血族、兄弟姉妹及び家庭裁判所に選任された三親等以内の親族を指す。また、旧法では「保護者」の義務の一つとして、「精神障害者の財産上の利益を保護」することが含まれており、破産者にはその適正な財産の管理等が期待できないため、「保護者」の欠格事由として「破産者」を規定していた。しかし、医療保護入院の同意に当たっては破産者であっても適正な判断は可能であることから、今回の改正法では家族等の欠格事由には破産者は含まれていない。

- ・未成年者は同意者にはなりえず、家族等には含まれない。
- ・ただし、未成年者であっても、婚姻していた場合には同意者となることができる。
- ・内縁関係者は配偶者に含まれない。
- ・養子縁組の場合、縁組前の血族との血族関係が存続するため、実親も同意者になることができるが、特別養子縁組の場合は、縁組前の血族との血族関係がなくなるため実親は同意者となることができない。
- ・家庭裁判所による扶養義務者としての審判が必要なのは、直系血族及び兄弟姉妹以外の 3 親等以内の親族である。

4. 医療保護入院者に対する退院促進措置関係

改正法では、精神科病院の管理者に医療保護入院者に対する退院促進のための 3 つの体制整備が義務付けられている。

- ①医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、精神保健福祉士等のうちから退院後生活環境相談員（改正法第 33 条の 4）を選任し、本人又は家族からの相談に応じさせること。
- ②管理者は医療保護入院者の地域生活への移行を促進するために、必要があると認められる場合には、介護保険事業者や障害福祉関係の事業者等の援助事業者を紹介するように努めなければならない。
- ③管理者は、前の 2 つの義務に加え、医療保護入院者の退院による地域生活への移行を促進するための措置を講じなければならない。具体的には、入院時に入院診療計画を作成し、当該

入院の予定期間内に退院が困難の場合は、病院内の委員会で入院期間の更新や退院促進について審議する等、地域生活への移行を促進するための体制を整備すること。

退院後生活環境相談員について

①責務・役割

- ・個々の医療保護入院者の退院支援のための取り組みにおいて中心的役割を担うこと。
- ・多職種連携のための調整と行政機関を含む院外の機関との調整を図ること。
- ・個人情報保護について遺漏なきよう十分留意すること。

②選任（時期）及び配置

- ・選任に当たっては、医療保護入院者及び家族等の意向に配慮し、入院後 7 日以内に選任する。
- ・配置の目安は、概ね 50 人以下の医療保護入院者を担当（常勤換算としての目安）する。

③資格

- ・精神保健福祉士
- ・看護職員（保健師を含む）、作業療法士、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者
- ・3 年以上精神障害者及びその家族等の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ厚生労働大臣が定める研修を終了した者（ただし、平成 29 年 3 月 31 日までは、研修を終了していなくても、前段の要件を満たしていれば資格を有することとしてよい）

④業務内容

- ・入院時の業務
医療保護入院者及び家族等に退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割を説明する。
- ・退院に向けた相談支援業務
医療保護入院者及び家族等と相談を行った場合には相談内容を相談記録又は看護記録に記録する。
- ・地域援助事業者等の紹介に関する業務
必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努める。
- ・医療保護入院退院支援会議に関する業務
開催に向けた調整や運営の中心的役割を果たし、記録の作成にも積極的に関わる。
- ・退院調整に関する業務
退院後の環境調整を行い、地域生活への移行を図る。
- ・その他
定期病状報告の退院に向けた取組欄は、退院後生活環境相談員が記載することが望ましい。「退院に向けた取組の状況」の欄については、
 1. 退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等
 2. 地域援助事業者の紹介の有無や紹介した地域援助事業者との相談の状況等
 3. 医療保護入院者退院支援委員会での審議状況等

について記載することとし、3 については、必要に応じて医療保護入院者退院支援委員会における審議結果記録の写しを添付した上で、その旨同欄に明記する。

平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「改正精神保健福祉法施行（平成 26 年 4 月）に関する業務のためのガイドライン」公益社団法人日本精神科病院協会 参照

IX. モデル事業マニュアル（平成27年改訂版）

- ⇒ **B. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業
マニュアル（平成27年度改訂版）**

参照

X. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアル
（平成27年改訂版）

- ⇒ **C. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業
支援マニュアル（平成27年度改訂版）**

参照

XI. アドボケーターガイドライン

- ⇒ **F. 入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する
アドボケーターガイドライン**

参照

XⅡ. 事例

事例については個人の特定が出来ないように内容を改変しています。

事例 1 50 代男性、慢性統合失調症

【入院時主訴】自分はキリスト教の主である。

【家族歴・既往歴】同胞 2 人、妹がいる。父母は健在。大学中退、派遣などのバイトをしたことがある。

【現病歴】

X-5 年、内科疾患のため 1 年近く入院していたが、入院中から奇異な言動があった。退院後、バイトをしたが続かず無職になり、引き籠もり状態となった。精神科受診を親が勧めたが本人は拒否、両親が保健センターに相談していた。X-3 年、心臓機能の悪化により内科病院に 6 ヶ月間入院。精神科受診を勧められるが拒否。退院後、奇妙な言動が増加し、裁判所に頻繁に行く、宗教に異常にこだわる、部屋に閉じこもる、「3000 万円振り込まれた」と言う、母の食事に毒が盛られていると食事を捨てる、水ばかり飲みほとんど寝ているようになった。X 年 9 月 Y-1 日夜、自宅近くのコンビニに行き「ここは必ずつぶれる」と意味不明な言動で手足をバタバタさせた。店員が警察に通報し本人は店から立ち去った。9 月 Y 日朝 8 時頃、再びコンビニに来店し店主が事務所に入れると殴りかかった。店主の妻が警察を呼び保護された。本人は「ここは自分の店だったが国税局オーナーがのっとった。司法的に訴えるのではなく宗教的な処置を取りたい。自分はキリスト教の主。日本国憲法、国防法を超越している存在なのでそれを持って解決する」と意味不明な言動があった。警察車両で、父母とともに、本人が来院。「この病院、この場も宗教上の場と思って下さい。宗教で決着をつけます。司法の勧告」と支離滅裂な言動をした。入院治療は「自分は主で、医師より上なので自分で治療する」と拒否。父の同意を得て、幻覚妄想状態のため、急性期病棟に医療保護入院となった。

【入院後の経過】

閉鎖病棟で薬物療法、作業療法、心理教育等を行った。身体の中にパラジウムやタイヤのチューブが入ってきて辛いなどの妄想を述べ、病状悪化時には、チューブで痛められた腸の入替えをするといって、ベッドに臥床することがあった。自分が病院を経営していると思っており、治療者は従業員との認識である。攻撃性が増した時には m-ECT を施行したこともあった。

X+8 年現在、閉鎖病棟（療養病棟）に医療保護入院を継続している。退院の意思はなく、開放病棟への転棟を勧めても行きたがらない。病識はないものの、服薬は継続している。外泊はお盆、正月に父親の迎えで年に 2 回程度を行っていた。しかし、3 年前に父が高齢で体力も弱まり、外出も出来なくなってから、本人は外泊のみならず外出もしていない。最近、「街中の CD 屋で CD を買いたい、その近くにあるピザ屋でピザを食べたい」と看護師に話していた。本人が、病院スタッフ以外の人に色々と話したいので、アドボケーターを希望した。

アドボケーターとしてどのような役割を果たせるか

- ・意思の表明の支援なのか、意思決定支援か
- ・何を目標にするのか
- ・病院スタッフとの連携は
- ・家族への働きかけは

・・・・・・・・・・・・・・・・

事例2 50代男性、双極性感情障害

【入院時主訴】寝られない、落ちつかない。

【家族歴・既往歴】4人同胞で弟、妹がいる。結婚し1子を儲ける。その後離婚。父母は健在。

【現病歴】

大学の頃から多弁傾向にあった。X年4月、リストラで退職。5月から別の会社に勤務したが昼夜の仕事が続き、不眠焦燥感が強くなった。多弁多動、転導性の亢進、行為心拍等の症状でX年、当院に医療保護入院。6ヶ月後に退院したが、再び躁状態となり、X+2年10月に再入院。退院後当院デイケアに通所していた。離婚となり、子ども2人は元妻が引取り、アパート単身生活となった。その後、交際していた通院治療中の女性の病状に影響され、疲労感、全身倦怠感、抑うつ気分等の症状にてX+5年、3回目の入院治療を行った。その後も、女性関係、元妻から「娘の高校受験のための学費を送って欲しい」と再三電話があったことなどから、不眠、多弁多動で落ち着かない状態となったり、抑うつ気分、吐気などの症状があり入院治療を希望した。数回の入院歴があり、単身生活での不安感もあり、X+10年9月、グループホームへ退院し、デイケア通所、訪問看護を受けて生活していた。その後も、日常生活での対人関係の問題等から、容易にストレスを受けて、多弁になり、遠くの親戚が結婚相手を見つけて準備している。結婚式のために行きたいと話するなど現実的な理解が乏しい状況も多々見られていた。X+15年6月、落ちつかず、うろろと夜間にも徘徊して他の住人への迷惑行為を働くなどの行動があり、急性期病棟に母親同意による医療保護入院となった（当院8回目の入院）。

【入院後の経過】

感情、言動の自制が出来ずに他患への悪影響もあることから保護室隔離となった。身体的には特記すべきことなし。血液検査、脳CTでは特記すべきことない。躁状態の改善目的に薬物調整を行ったところ、次第に疎通も改善して自制出来るようになっていく。毎回の入院時には、親しい知人男性が面会にきてくれており、本人の精神的なサポートを行ってくれている。病状が改善して、グループホームに退院しても、些細な日常的な出来事でのストレスから容易に病状が悪化している。心理教育による疾患の理解は進んでいるとは思われるのだが、病状悪化時の対処、対応が出来ずに、複数回にわたって入院せざるを得ない状況になっている。

入院2ヶ月後、急性期病棟での治療を行っている。4人部屋での生活であるが、他患とのトラブルはない。本人はグループホームへの早期の退院を希望している。病院スタッフからは、入院の予定期間は3ヶ月、その頃に医療保護入院者退院支援委員会を開催して今後の方針について検討する。病状が安定して、開放病棟に転棟して、その後数回の試験外泊を行って、状態を観察してからと説明している。本人が、アドボケーター制度を利用したいと希望した。

アドボケーターとしてどのような役割を果たせるか

- ・意思の表明の支援なのか、意思決定支援か
- ・何を目標にするのか
- ・病院スタッフとの連携は
- ・家族への働きかけは

・・・・・・・・・・・・・・・・

XⅢ. まとめ

平成 26 年 4 月に施行された改正精神保健福祉法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされた。入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターの役割については、障害者総合福祉推進事業において検討が加えられている。テキストの内容は、アドボケーターを担う者にとって、これまでの経緯を含めたアドボケーターが知っておくべきことの内容を記述したものである。本テキストが、適切なアドボケーターの資質向上に役立ち、入院する精神障害者に意思決定及び意思の表明の支援の一助になれば幸いである。

XⅣ. 参考文献・資料

1. 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
2. 障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ（社会保障審議会障害者部会）
3. 平成 24 年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」（特定非営利活動法人神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会）
4. 平成 25 年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」（支援の三角点設置研究会）
5. 平成 26 年度精神障がい者アドボケーター派遣事業報告書（岡山県精神保健福祉協会）
6. 平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（支援の三角点設置研究会）
7. 平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「意思決定支援成年後見制度利用促進研究報告書・障害者の意思決定支援ガイドライン案」（日本発達障害連盟）
8. 平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「改正精神保健福祉法施行（平成 26 年 4 月）に関する業務のためのガイドライン」公益社団法人日本精神科病院協会
9. 2005 年意思能力法行動指針（Mental Capacity Act 2005 Code of Practice）
10. アドボカシーの理論と実際：社会福祉における代弁と擁護 / ニール・ベイトマン著 西尾祐吾監訳. 八千代出版, 1998
11. セルフ・アドボカシーの起源とその本質—私たちは主張する ウィリアムズ, ポール、(監訳) 中園康夫 1999 年 ふくろう出版
12. 社会福祉実践とアドボカシー—利用者の権利擁護のために— 西尾祐吾／清水隆則編著 2000 年、中央法規出版
13. 【特集】テーマ:Patient Advocacy 精神医学ソーシャル・ワーク vol.19 1989
14. 山口創生他：精神障害者支援における Shared decision making の実施に向けた課題：歴史的背景と理論的根拠 精リハ誌 17 (2) ; 182 - 192, 2013
15. 李啓充著「アメリカ医療の光と影」2000 年、医学書院
16. 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア 編集：中山和弘、岩本貴、2012 年、中央法規出版株式会社
17. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012 年版 社団法人日本老年医学会編、医学と看護社
18. 特集「がん患者への意思決定支援の質を高める」 看護管理 2015 年 2 月号 医学書院

F.

入院に係る精神障害者の意思決定及び 意思の表明に関する アドボケーターガイドライン

内 容

1. はじめに
2. アドボケーターの全体のイメージ
3. アドボケーターの定義
4. アドボケーターの必要性
5. アドボケーターの資質・研修
6. アドボケーターの導入
7. アドボケーター同意書
8. アドボケーター活動の実際
9. 医療機関との連携
10. おわりに

1. はじめに

平成 26 年 4 月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）が施行され、同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。

意思決定及び意思の表明についての支援については、法改正に向けた有識者による検討会の中で、改正法における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされたが、その実施主体、具体的活動内容等について様々な意見があることから、アドボケーターについては、法改正には盛り込まれず、具体化に向けた調査・研究を行っていくこととなった。

これまで、障害者総合福祉推進事業で精神障害者の意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討としては、平成 26 年度の障害者総合福祉推進事業においてモデル事業が実施されている。平成 27 年度障害者総合福祉推進事業においては、平成 26 年度の事業で明らかとなった課題や国内外の先駆的な事例の状況、また、社会保障審議会障害者部会での障害者総合支援法における意思決定支援の検討状況等を踏まえたモデル事業を実施し、アドボケーター機能について検討した。そして、障害者総合支援法における意思決定支援との関わりにおける枠組みと共に、改正法の 3 年後見直しにおいて改正法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター機能の枠組みの提示を行い、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを取りまとめることとしたものである。

本ガイドラインは、精神障害者の意思決定支援のための道標を示したものである。精神障害者の意思決定支援に関する基本的考え方や姿勢、具体的方法及び配慮されるべき事項等を提示し、精神科病院スタッフが精神科医療を提供する際に必要とされる意思決定支援の枠組みを示したものである。このガイドラインを利用することにより、障害者の権利が適切に表明されることになり、患者を中心とした医療スタッフ、地域援助事業者、相談専門員、ピアサポーターとの密な連携が行われ、強いては、精神科医療の質の向上が図れることになれば幸いである。

2. アドボケーター全体のイメージ

患者本人

権利の説明（しおり）
治療の説明
入院のお知らせ（告知）
退院後生活環境相談員の選任
入院診療計画（作成）
医療保護入院届（提出）
．．．．．

任意・医療保護入院

治療開始
多職種カンファレンス

基幹相談支援センター

社会福祉協議会の権利擁護支援センター

地域包括支援センター等

相談支援専門員／（主任）介護支援専門員／
精神保健福祉士／社会福祉士／ピアサポーター

アドボケーター

意思表示支援
意思決定支援

医療保護入院者退院支援委員会

病院の取り組みによる退院支援
病院と地域の協働による退院支援

退院

3. アドボケーターの定義

入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドラインにおけるアドボケーターの定義を以下のように定める。

アドボケーターとは、精神科病院に入院している者にとって、入院生活での困り事に対して信頼できる相談相手で、入院中の「説明が得られない」「聞いてもらえない」ことに対しても、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。

アドボケーターは、本人の話を先入観なく理解し、利害関係のない人がその任を担う。

改正精神保健福祉法では、医療保護入院は指定医 1 名の判断と「家族等」の同意が要件とされている。当初、入院時の「家族等」の同意ではなく、代弁者の同意という意見もあった。しかし、入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援において、入院時点での支援は時間的制約からいっても、現実的ではない。医療保護入院は、精神疾患を有して医療及び保護を必要とする迅速さが要求されるのであって、入院時点で、アドボケーターが精神障害者の支援をするのは現実的ではない。この入院に係るというのは、医療保護入院時点を除く、あくまでも入院中をさしていることを明記する。

(1) アドボケーターの一般的な意味

アドボケーター (advocator) に関連して、アドボケイト (advocate) とアドボシー (advocacy) の言葉がある。アドボカシーの日本語訳は特に決まったものはないが、主張、弁護、支持、擁護、唱道という意味がある。権利表明が困難な子ども、寝たきりの高齢者、障害者など、本来個々人がもつ権利をさまざまな理由で行使できない状況にある人に代わり、その権利を代弁・擁護し、権利実現を支援する機能をアドボカシー (advocacy)、代弁・擁護者をアドボケイト (advocate)、アドボケーター (advocator) と呼ぶ。Advocate は、「弁護・支持・唱導・主張」し、「権利擁護のためにたたかうこと」であり、“to call” (声をあげる) を意味するラテン語 “voco” に由来する。積極的に発言するだけでなく、問題に対する社会的改革を求めるロビーイング活動 (政策関与・提言・形成) も含む。

N. バイトマン (社会福祉の研究者 (英)) は、具体的に実践するときの原則を以下の 6 項目あげている。

- ① 常にクライアント (相談者) の最善の利益にむけて行動する。
- ② クライアントの自己決定を徹底的に尊重する。
- ③ クライアントに対して逐一正確な情報を提供する。
- ④ 努力と有能さでクライアントの指示を実行する。
- ⑤ クライアントに対して、率直で主体的な助言を行う。
- ⑥ クライアントの秘密を厳守する。

(2) 他の事業における意思決定支援の定義

これまでの障害者総合福祉推進事業において、意思決定支援の定義づけがなされている。

平成 24 年度障害者総合福祉推進事業

「精神障害者のアドボケートを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」

(特定非営利活動法人神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会)

「代弁者は、非自発的入院の際、普段の生活での困り事に対して信頼できる相談相手や身近でもっとも関わりの深い人で、「本人の話を先入観なく正確に理解してくれる」「本人のことをよくわかってくれる」利害関係のない人がその任を担い、「寄り添い」「一緒に横にいる」存在として、入院中の「説明が得られない」「聞いてもらえない」ことに対して、「どんな時も、常に本人の立場で、気持ちや状況を理解してくれ、必要に応じて代弁してくれる人」である。

平成 26 年度障害者総合福祉推進事業

「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」

(公益社団法人日本発達障害連盟)

意思決定支援とは、知的障害や精神障害（発達障害を含む）等で意思決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活等に関して自分自身がしたい（と思う）意思が反映された生活を送ることが可能となるように、障害者を支援する者（以下「支援者」と言う。）が行う支援の行為及び仕組みをいう。

平成 26 年度障害者総合福祉推進事業

「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」

(一般社団法人支援の三角点設置研究会)

精神科病院に医療保護入院した際、自分の意思表明の権利を見失わないように、「本人の話を先入観なく正確に理解してくれる」「本人のことをよくわかってくれる」利害関係のない第三者がその任を担い、入院早期から面会し「寄り添い」「一緒に横にいる」存在として、入院中に本人が「説明が得られない」「聞いてもらえない」「上手く伝えられない」などと感じていることに対して、どんな時も常に本人の立場で、気持ちや状況を理解してくれ、必要に応じて代弁してくれることで、自分の気持ちに正直に生き、そして、本人が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とする。

(3) 「意思決定支援」と「意思の表明の支援」

平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」の報告で、「意思決定支援」と「意思の表明の支援」を整理することの必要性が提言されている。

非自発的入院者の中には、意思決定及び意思の表明をできる能力を有しながらも、その置かれている立場による法的な自由の(権利)制限によって、その能力の発揮が制限されることがある。また、障害の様態や特性が置かれている人的・物理的環境との相互作用によって強まることも考えられることから、特に意思決定及び意思の表明の支援が必要な人といえる。このような状況を踏まえ、入院中の精神障害者の権利擁護・権利支援として現行制度の中にある医療機関によるチーム医療、改正法における退院後生活環境相談員の配置・地域援助事業者との連携

・退院促進のための体制整備及び障害者総合支援法における地域移行支援等は「意思決定の支援」とそのための体制の構築として整理できる。平成 26 年度事業における権利擁護・権利支援は、医療機関の責任や立場の違いを超えた範囲ではあるが、「どんな時も常に本人の立場で気持ちや状況を理解して、必要に応じて気持ちを医療機関に伝える等」の限定的なものであり、ここでは「意思の表明の支援」として整理しておきたいとしている。

意思決定には、その前段階として意思の表明が必要である。精神障害者に限らず、知的障害でも重度の場合には、意思の表明は可能でも、現実を踏まえての是非弁別が出来ない場合もある。その場合には、意思決定が出来ないことも想定される。意思の表明の支援とは、障害者がどんな状態であろうとも、意思の表明をする場合に、本人に寄り添って、その気持ちを代弁できるような支援をさすものとし、意思決定支援とは、精神障害者が意思を表明して、入院している医療機関や地域援助事業者と協働でできることが可能な支援と捉えたと理解しやすい。

4. アドボケートの必要性

(1) 精神障害者の権利擁護・権利支援から

精神障害者の入院の場合、疾病の特性上、障害者自身の意思とは反して医療保護入院のような非自発的な入院医療を要することがある。医療保護入院の手続きが、精神保健指定医の判断と「家族等」の同意によるものだけに、入院後の障害者の意思決定及び意思の表明に関しては、権利擁護・権利支援からみて、より支援の度合いが高いものと考えられる。

(2) 法律の規定から

精神障害者の意思決定支援については、平成 24 年 6 月 28 日の新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームの取りまとめで、医療保護入院の見直しの中で、「権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることにする。」とされた。そして、平成 26 年 4 月に施行された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされている。

一方、障害者が福祉サービスを利用する際に、国、地方自治体、サービス提供事業者（相談支援事業者も含む）等に対して、障害者自らが意思決定を行なうことの確保及びそれを支援していくことについて法律等で規定している。障害者の権利擁護を考える上で、障害者自身が物事を決定していくこと及びそれを支援していくことの重要性は論を俟たない。

○障害者基本法

(相談等)

第 23 条 国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならない。

○知的障害者福祉法

(支援体制の整備等)

第 15 条の 3 市町村は、知的障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、この章に規定する更生支援、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業その他地域の実情に応じたきめ細かな福祉サービスが積極的に提供され、知的障害者が、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、自立した日常生活及び社会生活を営むために最も適切な支援が総合的に受けられるように、福祉サービスを提供する者又はこれらに参画する者の活動の連携及び調整を図る等地域の実情に応じた体制の整備に努めなければならない。

○障害者総合支援法

(基本理念)

第 1 条の 2 障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかにつ

いての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。

(定義)

第 5 条第 17 項 この法律において「基本相談支援」とは、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整（サービス利用支援及び継続サービス利用支援に関するものを除く。）その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与することをいう。

(指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者の責務)

第 42 条 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者（以下「指定事業者等」という。）は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

(指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者の責務)

第 51 条の 22 指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者（以下「指定相談支援事業者」という。）は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、相談支援を当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

(3) 精神障害者の意思決定支援に関する調査研究

精神障害者の意思決定支援に関する調査研究が、障害者総合福祉推進事業で行われている。

平成 24 年度：「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について」

平成 25 年度：「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」

平成 26 年度：「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」

平成 27 年度：「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」

5. アドボケーターの資質・研修

(1) 資質

アドボケーターとして活動するための資格として特別に定められたものはないが、アドボケーターの担い手としては、相談支援専門員、保健師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、女性相談員、弁護士、行政書士、社会保険労務士、ピアサポーター等であろう。精神障害者の支援に関わるのであるから、精神障害者に対しての理解がある者でなければ務まらないのは当然である。一方で、精神科医療に対しての理解も無ければ、対象者の入院医療機関との無用な対峙を生じてしまう。アドボケーターは、対象者本人にとって、最善の利益に叶うような全体的に判断ができるような資質が求められる。

アドボケーターとして活動するにあたっては、事前にアドボケーター養成研修会等の研修に参加することが必要である。

(2) アドボケーター養成研修

入院患者の気持ちに寄り添い、その気持ちを分かち合うことができるアドボケーターを養成するための研修会が必要である。

研修対象者は、アドボケーターの役割を認識賛同し、各団体が実施するアドボケーター養成研修に参加を希望する者とする。実施団体については今後検討する。研修対象者が所属する団体としては、地域援助事業者、家族会、法律事務所、等である。

研修内容は、1日程度の日程の中で、以下のような項目を行う。

- ①アドボケーターの実施概要を精神科医、福祉専門職より説明を行う。
- ②入院患者との関わり方や留意点について、精神科医、福祉専門職、ピアサポーター、法律専門職、家族によるパネルディスカッションを実施する。
- ③アドボケーターの役割や活動についての疑問点などを確認するために、参加者によるロールプレイを行う。

(3) アドボケーターのサポート

入院患者と接するアドボケーターは、専門職のみならずピアサポーターもいる。精神科病院の勤務する精神科医、看護師にとっても、入院中の精神障害者との関わりには難しいことが多い。まして、アドボケーターとして病院に来る者にとって、精神障害者との関わりには非常に難儀することもあることが想定される。アドボケーターの活動についての相談相手として、シニアアドバイザーを設けて対応すると、アドボケーターの不安軽減になるかと思われる。

シニアアドバイザーは、精神科医、弁護士などの専門家だけではなく、各事業所においてアドボケーターとしての知識豊富な者になってもらう。相談を受けたシニアアドバイザーは、概要について記録する必要があるが、当該アドボケーターの所属する事業所、アドボケーターが関わっている精神障害者の入院先病院への報告の義務はない。

6. アドボケーターの導入

(1) 利用者のアドボケーター制度の希望、申し込み

精神科病院に入院している全ての患者は、自らが希望すればアドボケーター制度を利用することが可能である。アドボケーターは、入院患者にとって入院生活での困り事に対して信頼できる相談相手である。入院中の「説明が得られない」「聞いてもらえない」ことに対しても、本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて代弁してくれる。利用したい入院患者は、アドボケーターを担う基幹相談支援センター等に電話あるいは郵送で連絡し、その旨を伝える。

入院患者の精神保健福祉法による入院形態は非自発入院のみならず任意入院でも構わない。受理した基幹相談支援センター等は、申込み者ならびに入院先の医療機関と協議して日程調整等を行う。

(2) アドボケーターの派遣

アドボケーターは基本として2名が担当となり、1-2週間に1回、30-60分程度の訪問をアドボカシーを希望する入院患者に実施する。

アドボケーターの2名のうち1名は精神保健福祉士、看護師等の専門支援員となり、他の1名はアドボカシーについての研修を受けたピアサポーターとなる。あるいは、専門支援員が2名で行う。2人ともピアサポーターがアドボケーターになることは禁止する。

アドボケーター2人が同じ所属団体とは限らないため、ペアを組むアドボケーター相互の事前の打合せが必要である。アドボケーターが2人ペアで行うことの利点として、1人で対応するには心的なストレスが大きく、複数で訪問する方が心理的な負担の軽減に繋がることである。また、利用者との間で話しが煮詰まってしまった時や話しの内容で困った時にもアドボケーター同士が相談可能であること、また、体調不良やアドボケーターの都合で訪問出来ない時の対応が出来るということもある。

(3) 医療機関の受入れ

アドボケーター派遣先の医療機関は、アドボケーターの連絡担当者を決める。アドボケーターのリーダーから連絡担当者に連絡をしてもらい、利用者との初回面談を行ってもらう。

アドボケーターが訪問した際の実施方法等については、医療機関の指示に従うこととする。利用者との面会場所、病院スタッフの同席の有無等について、医療機関側と協議すること。

病状が重く、アドボケーターとの面会が出来ないことも予想される。この際には医療機関の主治医、担当スタッフと面会継続の有無について検討が必要である。

7. アドボケーター同意書

(1) 本人の同意書

アドボケーターの活動を行うに当たっては、アドボケーターを受ける入院患者の同意を得てから面接に入ることとする。別紙様式を使い、チェック項目（内容・付記事項）にチェックをしてから、署名（押印不要）してもらう。また、アドボケーター活動は実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断できることを明記する。なお、同意書については本人・家族双方から得る。

(2) アドボケーターの同意書

アドボケーターになる支援者には、アドボケーター活動の目的を理解していること、遵守しなければいけない内容を再確認してもらい、別紙様式に署名（押印不要）してもらう。

病 院

病院長

殿

アドボケーター活動を受け入れるにあたっての同意書

1 アドボケーターの目的

改正精神保健福祉法（以下、「改正法」とする。）における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において、自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされました。しかし、その実施主体、具体的活動内容等については様々な意見があります。

アドボケーター活動は、権利擁護・権利支援からみて、入院後の障害者の意思決定及び意思の表明に関しての支援を行うことを目的としています。

2 内容

- ☐ 研修を受けた相談支援専門員やピアサポーターがあなたのお話を聞きにいきます。
注：相談支援専門員やピアサポーターが「アドボケーター」です。
- ☐ 訪問回数は1－2週に1回、計8回程度、期間は約3か月間です。
- ☐ アドボケーター活動終了後、アンケートまたはインタビューにより、アドボケーター活動についてお話をうかがうことがあります。

3 付記事項

- ☐ 報告書等を作成する際には、個人が特定できないようにあなたのお名前や病院名などはすべて匿名化します。
- ☐ 個人情報、厳重に管理し、一切外部に漏えいしません。ただし、支援により把握した情報のうち、生死に関わる事項についてはご本人の許可が無くても、病院に報告します。
- ☐ アドボケーター活動は実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断することが可能です。

私は、上記内容について _____ 氏に説明をしました。

病院職員 署名

私は、上記内容について、上記職員から、アドボケーター活動の目的、内容、付記事項について説明を受け、了解しました。そして、その実施に同意し、協力します。

署名

病 院

病院長

殿

アドボケーター活動に関する同意書（支援者用）

1 アドボケーターの目的

改正精神保健福祉法（以下、「改正法」とする。）における保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において、自らの意思決定及び意思の表明を支援するもの（以下「アドボケーター」という。）を選択出来る仕組みを導入すべきとされました。しかし、その実施主体、具体的活動内容等については様々な意見があります。

アドボケーター活動は、権利擁護・権利支援からみて、入院後の障害者の意思決定及び意思の表明に関しての支援を行うことを目的としています。

2 内容

- ☐ 入院している患者さんのお話をうかがい、入院患者さん自らの意思決定及び意思の表明を支援します。
- ☐ 訪問回数は1－2週に1回、計8回程度、期間は約3か月間です。
- ☐ アドボケーター活動後、アンケートまたはインタビューにより、アドボケーター活動についてお話をうかがいます。
- ☐ 患者さんの個人情報ならびにうかがった内容は、一切口外しないで下さい。ただし、支援により把握した情報のうち、生死に関わる事項についてはご本人の許可が無くても、病院に報告して下さい。

3 付記事項

- ☐ 報告書等を作成する際には、個人が特定できないようにあなたのお名前や病院名などはすべて匿名化します。
- ☐ 個人情報は、厳重に管理し、一切外部に漏えいしません。

私は、上記内容のアドボケーター活動目的、内容、付記事項について、了解しました。そして、その実施に同意し、協力します。

署名

8. アドボケーター活動の実際

(1) アドボカシーの頻度、時間

アドボケーターが利用者の希望に添って行う意思決定支援、意思表示支援の頻度は、1－2週に1回程度、回数は5回程度とする。アドボカシーの期間は2-3ヶ月間とする。

1回あたり30-60分程度とする。余り長い面談時間は利用者の負担にもなる場合もあるし、病院のとっても業務の支障を来すこともある。しかし、時間についてはケースバイケースで利用者の入院する医療機関との相談による。

(2) 守秘義務

アドボケーターは、入院患者の意思決定支援、意思表示支援を行うものであり、医療者に課せられている守秘義務を負うことになる。

刑法134条(秘密漏示)第1項

「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。」

アドボケーターが利用者から聞いた内容は、アドボケーター活動報告書に記載する。医療機関側に伝えるべき内容は、守秘義務違反にはあたらない。

(3) 支援を受ける者の意思能力の基本原則

2005年イギリス意思能力法には、第1条において5つの法定原則を明記している。
本ガイドラインにおいて、その原則を踏襲する。

- 1 能力を欠くと確定されない限り、人は能力を有すると推定されなくてはならない。
- 2 本人の意思決定を助けるあらゆる実行可能な方法が功を奏さなかったのであれば、は意思決定ができないとみなされてはならない。
- 3 人は単に賢明でない判断をするという理由のみによって意思決定ができないとみなされてはならない。
- 4 能力を欠く人のために、あるいはその人に代わって、本法の下でなされる行為又は意思決定は、本人の最善の利益のために行わなければならない。
- 5 当該行為は又当該意思決定が行われる前に、その目的が本人の権利及び行動の自由にして、より一層制約の小さい方法で達せられないかを考慮すべきである。

(4) 参考例の提示

① 意思表示への支援

シナリオ1 意思表示の支援

50代男性、慢性統合失調症。父母は健在であるが、高齢のために面会も少なくなった。現実的な理解判断が出来ないために、10数年閉鎖病棟で医療保護入院を継続している。重金属や水を撒くホースが身体の中に入って辛い、重金属によって腸がやられているので、腸の入替えを行うために数時間ベッドで臥床するなどの行動がある。ここ5年くらい外出もしていない。医療者から外泊を勧めても、自宅でも楽しいことはないからと言って断っていた。看護師とのやりとりの中で、昔行ったことのあるレコード屋に行き、近くのピザ屋（両店舗とも既に廃業）でピザを食べに外出したいとの希望があった。

病院側は、主治医が外出を許可し、母親に連絡して外出を支援した。母親と一緒に外出したが、街中の店舗も変わっていたが、大きな動揺もなく外出を楽しんできた。普段の生活の中で何げない患者の希望が意思決定支援に繋がる。

シナリオ2 意思表示の支援

60代女性、統合失調症。3回目の医療保護入院。前回入院中に離婚し単身生活。病識は乏しく、通院治療もしなかった。自宅で閉居し、弟の訪問も拒否していた。食事も摂らず生活も破綻しているために、弟の通報で警察が介入、救急車で搬送された。搬送時は自宅で便を投げつけるなどの抵抗があった。法に則った隔離・拘束が行われた。患者は治療に抵抗し服薬もしない。主治医にも拒否して会話にもならない。弟に対しても陰性感情が強く、拒否的な態度を示している。

病院としては、治療の理解がないために強制的な関わりをしないと出来ないが、なるべく本人の意向を無視しての強制的医療はしたくない。医療スタッフや「家族等」以外の第三者的立場から患者の意思表示の援助ができれば、非自発的入院の気持ちの負担も減るかと思われる。

② 退院を希望している患者への支援

シナリオ3 長期入院者の退院支援

50代男性、双極性感情障害。30代、躁状態で発症し、数回の入院歴がある。離婚し、単身生活が困難でグループホームに退院となったが、躁転し逸脱行為や非現実的な内容を語り、父母にも迷惑を掛け、母親同意のもとで医療保護入院となっていた。生活上のちょっとした変化でも病状の悪化を来しやすかった。看護師、精神保健福祉士、訪問看護師などの病院スタッフが退院支援を行い、退院日を設定してグループホームへの試験外泊を行っていた。ところが、再び感情のコントロールが出来ず逸脱行為が目立つようになった。

退院支援については、病院が運営するグループホームへの退院を目指して行っているが、知人男性が患者のサポートを親身になってしてくれている。このように、身内、知人が、アドボケートの役割を担っている場合もある。

③ 家族関係が不良な未成年の患者への支援

シナリオ4 未成年者への家族調整支援

10代女子大学生、行為及び情緒の混合性の障害。2人姉妹の次女。中学生時に実父から性的虐待を受けており、高校時には堕胎を経験している。父母は離婚し、母親、姉との3人暮らし。性的逸脱行為、自傷行為を繰り返している。夜間に徘徊したりするなどの行動があり、母親に注意されたことを契機に自傷行為、希死念慮を生じて受診した。衝動性が高いために、母親を同意者として医療保護入院となった。母親に対しては拒否的であり、今後の生活などについての相談相手がいなかった。

母親との関係など、家族が病状悪化に影響を及ぼしているため、病院としても家族調整の働きかけが必要である。本人の退院後の生活の希望を検討するために、病院スタッフ以外のアドボケートの支援を得ることによって、具体的な生活状況の整理がしやすい。

④ 身体疾患、身体合併症を有する患者への支援

シナリオ5 身体的な愁訴を頻回に訴える患者の支援

60代女性、統合失調症。頸部の異和感、食事をするとき喉が破れて食べ物が流れていくなどの身体症状を頻回に訴えている。症状が辛く、希死念慮を生じたために医療保護入院での治療を継続しているが、本人は自宅退院の希望はない。身体症状の訴えに対しては、抗精神病薬を中心とした薬物療法を行っているが、錐体外路症状の出現があり奏功していない。病院スタッフは、本人の身体症状の辛さを受容して、妄想に対して、心理教育的な関わりもしているが、本人はなかなか納得しない。

本人の辛さを受容して、傾聴してくれるアドボケートが必要に思われる。医療スタッフ以外の支援者に話すことによって、身体症状にばかり囚われている気持ちが幾分和らぎ、病状の改善に繋がるかもしれない。

シナリオ6 身体合併症を有する統合失調症患者の支援

50代男性、慢性統合失調症。身寄りはいなく、入院時は市町村長同意による医療保護入院であった。クローン氏病を合併し定期的に内科受診をしている。炎症反応が強くなり、身体症状の悪化から車椅子生活を余儀なくされている。内的異常体験は消退しており、疎通も良くなっているものの、自分の要求が通らないと大声で叫ぶなどの行動がある。ADLは低く、退院して社会生活を送るのは困難であることは、本人も承知している。

病院スタッフは、統合失調症の残遺症状の改善目的に作業療法や疾患教育など行い、身体管理も継続して実施しているが、長期入院にならないためにも、病院スタッフ以外の援助者の関わりがあれば、より社会での生活のモチベーションが上がるのが予想される。

⑤ 患者への支援

シナリオ7 入院患者さんへの支援

○代男性、病名不明。入院経過について、病院からの情報なく、本人からの聴取のみ。本人は長期入院中であり、家族も同意していると話し、退院を希望している。

実際の意思表示・意思決定支援を行う際には、病院側からの情報が乏しいことが多い。

(5) アドボケーター活動報告書

アドボケーターとなる者は、患者との面接の都度、記録を残すこととする。記録については、活動レポートとして経過で見ることができるようにとめる。面接終了後、患者が入院する医療機関の担当者に口答で面接内容の簡単な報告をするとともに手渡す。

活動報告書記録のポイントは、以下の通り。

- ① 本人の発言、こちらからの問いかけ、それに対する返答。

「ご本人の話した内容、意思決定支援者からの質問、それに対する返答」に記載する。

- ② 本人の様子。表情は変化しているか等、見えたまま描写する。

「ご本人の様子」欄に記載する。

こちらの思い込みで書くのではなく、行動を見えたまま描写する。

- ③ 意思決定支援者が気になったこと。

「支援実施後の気づき」欄に記載する。

- ④ 医療機関への報告事項

- ⑤ 次回面接日

等を、記載する。また、用紙に収まらない場合は、複数枚になっても差し支えない。

また、医療機関側は、アドボケーターの活動記録台帳を作成する。

項目は、アドボケーター実施の日時、アドボケーターの氏名、所属、患者名、性別、年齢、他に備考欄とする。

アドボケーター活動報告書

平成 年 月 日

対象者氏名	面談回数 回目		
日 時	平成 年 月 日 () 時 分から 時 分		
場 所			
病院担当者の立会	有 無	立ち会い者	
意思決定・ 意思の表明の支援者 氏 名	1. (相談専門員)		2. (ピアサポーター)
ご本人の話した内容、意思決定支援者からの質問、それに対する返答			
ご本人が医療機関へ伝えて欲しいと希望した事項			
次回面接予定	平成 年 月 日 () 時 分から		

※表面のコピーを医療機関に提出してください。

ご本人の様子

【支援実施後の気付き】

(意思決定・意思の表明の支援者が感じた対応の困難さや、判断に迷ったこと、今後留意すべき事項等)

※裏面は面接終了後に記入してください。

※記入した書面は、事業所にて保管してください。

9. 医療機関、その他関係機関との連携

精神障害者の意思決定支援及び意思の表明を支援するアドボケーターは、精神疾患についてもある程度の知識、理解をしている必要がある。当該精神障害者が病識が全く無く、荒唐無稽な妄想を抱いている場合に、障害者の言動を鵜呑みにして振り回されることもありえる。普段から障害特性の理解や障害特性に応じた意思決定支援方法に関して共通理解を図っておくことが必要であることから、主治医等、病院スタッフとの連携体制を整えておく必要がある。

意思決定の支援にあたっては、当該精神障害者の入院している医療機関のみならず、相談内容によっては、専門機関からの助言を受けること等により連携を図りながら適切な支援を行っていくことも考えられる。相談事業所、就労支援事業所、成年後見人との連携、就労に関する意思決定の支援を確保するため、ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター等との連携を図ることも必要である。

アドボケーターは、精神保健福祉に関する医療機関や事業所など幅広い知識、技術が求められるが、入院先の医療機関はそういった関係機関と連携している場合も多い。意思決定支援を行っている際に困ったことがあれば、気兼ねなく医療機関のスタッフと相談することが必要である。

10. おわりに

入院している精神障害者にとって、関わりのあるのは医師、看護師、精神保健福祉士等の病院スタッフであるが、身近で寄り添って聞いてくれる存在とはいいがたい。また、家族等が本人の気持ちを代弁してくれるとも言い難いこともある。精神障害者の最善の利益を考える場合には、利害関係のない本人の話を先入観なく正確に理解し、本人のことをよくわかって一緒に横にいる存在が是非とも必要である。本ガイドラインは、精神科病院に入院している精神障害者にとって、最善の利益を享受できるようなアドボケーターの役割についての指標を示したものである。精神障害者に対しての意思決定支援はまだまだ発展途上であるが、このガイドライン作成を契機に、アドボケーターとしての役割が広がることを期待したい。

平成 27 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）
「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」
【報告書】

公益社団法人日本精神科病院協会
平成 28 年 3 月発行

