

厚生労働省

平成25年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

平成26年3月

一般社団法人 支援の三角点設置研究会

はじめに

平成 25 年 6 月 19 日「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」（以下改正精神保健福祉法）が成立した。今回の改正では、旧法第 5 条第一節の保護者に関する規定が削除され、それに伴い医療保護入院の同意に関する要件が、「保護者の同意」から「家族等のうちのいずれかの者の同意」へと変更になった。ここに、家族等とは、配偶者、親権者、扶養義務者、後见人又は保佐人を差し、これらの者が存在しないか、意思表示できないときには市町村長が同意の判断を行うこととなった。

今回の改正により、原則として家族の中から定められる保護者によって精神障害者の保護を行ってきた制度に終止符が打たれたことになる。その一方で、これまで家族等の保護者が担ってきた精神障害者に対する支援を誰が、どのように行うべきかについて検討が必要となる。この点に関し、衆議院厚生労働委員会において「精神障害者の意思決定への支援を強化する観点からも、自発的・非自発的入院を問わず、精神保健福祉士等専門的な多職種連携による支援を推進する施策を講ずること。また、代弁者制度の導入など実効性のある支援策について早急に検討を行い、精神障害者の権利擁護の推進を図ること。」との附帯決議がなされた。法改正に向けて厚生労働省が組織した「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」内では、医療保護入院中の本人の意思を代弁する者や退院に向けて支援する者について検討が行われた。その結果、医療保護入院中の精神障害者の支援については、院内で入院 7 日以内に退院後生活環境相談員が選任すること（改正法第 33 条の 4）、また、本人や家族が望み、地域移行のために必要と認められる場合には一般相談支援事業者や居宅介護支援事業者を紹介することができるとの規定（33 条の 5）が盛り込まれた。「代弁者」とは、入院している精神障害者の気持ちを代弁する、あるいは意思決定を支援する役割の者であるが、検討チームにおいて十分な意見の一致が得られなかったこともあり、その「実施主体、活動内容などについては、関係者の間に様々な意見があることを踏まえ、法律上に資格要件や義務などを規定するのではなく、運用面で具体化を図って行くこととしてはどうか」というまとめとなった。

本報告書は、平成 24 年度厚生労働省障害福祉推進事業の補助を受けて行われた「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」の結果を踏まえ、平成 25 年度に一般社団法人「支援の三角点設置研究会」が厚生労働省障害福祉推進事業の補助を受けて行った「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」と題する調査研究事業の成果をまとめたものである。本報告書では、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を明らかにするた

め、先行事例について調査し、検討委員会を組織して、得られた結果に分析・考察を行うことによって、意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策や支援フロー案を提案することを目指した。また、精神障害者の意思決定の助言・支援を行う者として家族を希望する場合も多いと想定されるどころ、保護者制度の廃止及び医療保護入院の見直しによって、精神障害者と家族の関係が変化することも予想されることから、併せて、制度改正後の検討に資するよう、現行制度における精神障害者と家族の関係についての実態把握も課題とした。

本報告書の成果が、保護者の諸規定が廃止された後の精神障害者の権利支援のあり方を検討する上で諸賢の参考とされることを期待したい。

平成 26 年 3 月

「精神障害者の意思決定支援の助言・支援を担う人材の養成
及び実施について」検討委員会

委員長 白石弘巳

事業要旨

1 事業の目的

「障害者総合支援法」附帯決議では、「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。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。このため、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、検討・研究を行った。(以下 2 (1))

また、精神障害者の意思決定の助言・支援を行う者として家族を希望する場合も多いと想定されるが、現在検討されている保護者制度の廃止及び医療保護入院の見直しによって、精神障害者と家族の関係の変化が予想される。そこで、制度改正後の検討に資するよう、現在の制度における精神障害者と家族の関係について実態を把握した。(以下 2 (2))

2 事業内容及び手法

(1) 精神障害者の意思決定の助言・支援を行う者に関する調査・研究

有識者、医療現場関係者、精神障害者及び家族等で構成される検討委員会を設置し、定期的に調査や検討の客観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 先行事例の調査

先行事例として精神障害者の意思決定の助言・支援を行っている支援者等の活動実態について調査を行い、実施の実態と課題を明らかにした。複数事例について、ヒアリング等により調査を行い、精神障害者の意思決定の助言・支援について、具体的に、誰が、どのように支援対象者と関わりを持つようになり、どのような場面で、どのようなことについて、どのように行っているのか調査し、支援フロー【例】を作成した。

一般的に使用可能な支援フロー案の作成を念頭に置きつつ、支援フロー【例】を検討し、精神障害者の意思決定のための助言、支援を行う上で、どのような点が課題となっており、どのような助言、支援が効果を得ているかについて調査した。

② 意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討

検討委員会は、①の調査の成果等を元に、検討時点で一般的に使用可能と考えられる支援フロー【案】を作成し、当該支援フロー【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するにあたっての留意点について、分析・考察を行った。また、そのうえで、これらを担う人材を養成するために、意思決定の助言・支援を行う者に提供するための資料を作成した。

(2) 医療保護入院に係る家族に関する調査

有識者、医療現場関係者、精神障害者及び家族等で構成される上記(1)と同一の検討委員会を設置し、定期的に調査の客観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 精神障害者の家族に対するアンケート

【調査方法】

医療保護入院にあたって、誰が同意を行ったか、同意を行うに当たり、家族間の意見の相違があったか、意見の相違があった場合、どのような対応を行ったか等について、アンケート調査を行った。

② 精神障害者の家族に対するインタビュー

【調査方法】

アンケートで回答のあった事例のうち、特に具体的な課題について把握することが有益であると考えられる複数事例についてインタビュー調査を行い、医療保護入院にあたって、誰が同意を行ったか、同意を行うに当たり、家族間の意見の相違があったか、意見の相違があった場合、どのような対応を行ったか等について把握した。

③ 精神障害者と家族の関係について実態の把握及び考察

検討委員会は、①と②の調査の成果等を元に、現在の制度における精神障害者と家族の関係の実態について把握し、現行制度上の精神障害者と家族の関係の課題について考察を加えた。

3 公表計画

本研究事業の成果の公表については、一般社団法人支援の三角点設置研究会ホームページへの掲載、本調査研究協力者・協力団体等への報告書の配布を予定している。また、意思決定支援の助言・支援を行う者に提供するための資料を作成し配布する。

目 次

はじめに	1
事業要旨	3

I 精神障害者の意思決定の助言・支援を行う者に関する調査・研究…… 7

第1章 事業目的	8
第2章 実施内容	8
第3章 調査等の結果	11
3-1 予備調査の結果	11
3-2 インタビュー調査結果	25
第4章 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 支援フロー案の提案	51
1 精神障害者の意思決定の助言・支援についての調査研究事業	51
2 意思決定の助言・支援のフロー【例】の作成	51
3 意思決定の助言・支援のフロー【案】の作成	55
4 今後の課題と提案	61
補論 委員コメント	62
参考 第3回検討委員会の協議内容	74

II 医療保護入院に係る家族の関係に関する調査…… 77

第1章 事業目的	78
第2章 実施内容	78
第3章 調査等の結果	79
1 アンケート調査結果	79
2 インタビュー調査結果	91
第4章 精神障害者と家族の関係についての実態把握及び考察	93
検討経過及び検討体制	95
参考資料	99

I 精神障害者の意思決定の助言・支援を行う者に関する調査研究

第1章 事業目的

「障害者総合支援法」附帯決議では、「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。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。

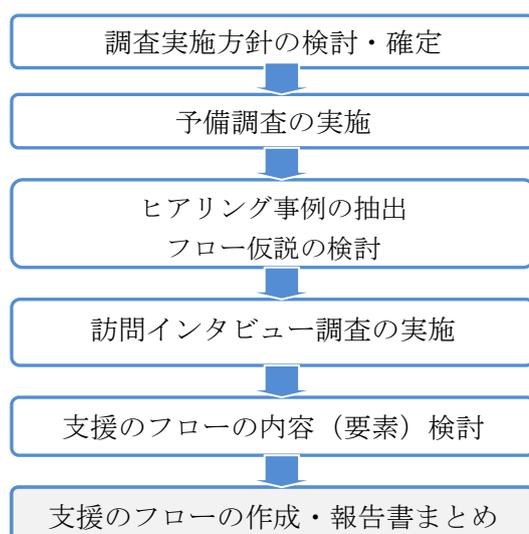
このため、精神障害者の意思決定の助言・支援を行うために必要な調査を行うとともに、これらを担う人材を養成し、精神障害者の意思決定の助言・支援を実際に実施するために必要な事項について、検討・研究を行う。

また、精神障害者の意思決定の助言・支援を行う者として家族を希望する場合も多いと想定されるが、現在検討されている保護者制度の廃止及び医療保護入院の見直しによって、精神障害者と家族の関係の変化が予想される。そこで、制度改正後の検討に資するよう、現在の制度における精神障害者と家族の関係について実態を把握する。

第2章 実施内容

本事業では、医療保護入院時における精神障害者の意思決定の助言・支援を行っている支援者等の活動実態について、先行事例を通じた調査を行った。

検討の全体フローは、次のとおりである。



なお、調査実施にあたって「本人の意思決定を支援する人」を次のように仮定義※した。

本人の意思決定を支援する人とは、ここでは、非自発的入院の際、「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」と、仮定しておく。

※ 厚生労働省平成 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在り方について報告書」（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）

（1）予備調査

調査目的：平成 25 年 4 月～6 月 3ヶ月の新規の医療保護入院者のうち、入院中に地域の関係者と関わりをもったケースについて、関わりの概要を把握する。

予備調査では特に、医療関係者や家族以外の外部の関係者がご本人の意思決定にどのように関わったのかに着目し、最終的なフロー作成に向けた総合的なインタビュー調査対象事例抽出のための基礎資料とした。

調査対象：精神科病棟を有する医療機関（全国 5 病院に協力を依頼）

本調査の対象となる患者の条件は以下の通りである。

- ①平成 25 年 4 月～6 月の期間中に新規に医療保護入院で入院した患者
- ②家族以外の地域の関係者が入院中に患者と関わりをもっていた事例
（*対象期間前から入院していた人を除いて、対象期間中に外部から医療保護入院した方。院内の病棟移動や入院形態の変更をした方を除く。）

主な調査項目：①ご本人属性（性別・年齢・病名・入院回数・現在の居所・保護者属性 等）

- ②入院中に関わりがあった地域の関係者の属性
- ③（関わりがあった関係者ごとに）関わりの概要や影響
 - ・関わりのきっかけ、経緯
 - ・関わりのタイミング
 - ・主な関わりの内容
 - ・関わりによる影響

調査方法：調査票（エクセルシート）に直接入力いただき、担当者あてにメールでデータ送信いただいた。併せて、ケース関連情報、医療機関情報等についても記載いただいた。

調査時期：平成 25 年 11 月

(2) 訪問インタビュー調査

調査目的：医療保護入院中にご本人が地域の関係者と関わりをもったケースについて、地域の関係者の本人の意思決定支援に関する関わりのプロセス、内容や、医療機関関係者等からみた評価を把握することで、支援モデルフロー作成に向けた基礎資料とした。

調査対象：精神科病棟を有する医療機関（全国3病院に協力を依頼）
並びに一般社団法人岡山県精神保健福祉協会実施の「精神障がい者アドボケーター派遣事業」（平成25年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業）

主な調査項目：◎事例について

- ・ご本人の状況（性別・年齢・病名・入院回数・現在の居所 等）
- ・地域の関係者の関わりの内容（関わりのかきかけ／関わりの時期と内容
- ・ピアサポーターとの関わりの有無と内容
- ・病院関係者の関わりと役割

◎精神障害者の意思決定支援を担う人材のあり方について

- ・本人の意思決定を支援する人のイメージと、導入にあたり医療機関として必要なこと
- ・導入する場合の、ご本人への周知の時期とその内容について
- ・本人の意思決定を支援する人と家族、医療機関職員との役割の相違
- ・長期入院の人への意思決定支援について

* 訪問インタビュー調査については、巻末インタビューガイドを参照のこと

* 「精神障がい者アドボケーター派遣事業」については、事業参加者各層に対して実施の状況、印象等をうかがった。

調査方法：訪問インタビュー調査

調査時期：平成25年12月～26年1月

(3) 倫理的配慮

本調査は、本研究事業のために当法人内に設置された「精神障害者の意思決定支援の助言・支援を行う人材の養成及び実施について」検討委員会の倫理的審査において承認を得たうえで実施した。事例訪問調査依頼文書に個人が特定されることは決してないことを明記し、訪問時にも改めて確認をとった。

第3章 調査等の結果

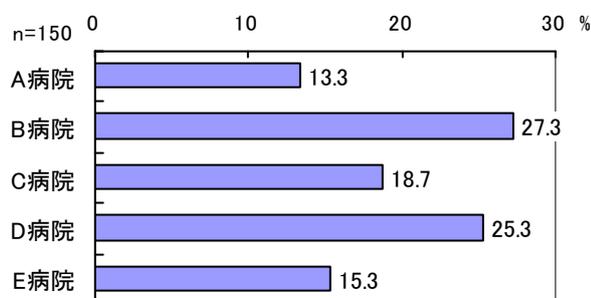
～医療保護入院時における外部との関わりに関する事例～

3-1 予備調査の結果

(1) 集計対象

平成25年4月～6月の期間中に、医療保護入院で入院した方で、医療関係者や家族以外の外部の関係者が入院中に患者と関わりをもっていた事例を5病院に尋ねたところ、合計150ケースについて回答が寄せられた。最小値は20、最大値41であり、平均値は30.0 (SD=9.19) であった。

医療機関	回答数	構成比%
A病院	20	13.3
B病院	41	27.3
C病院	28	18.7
D病院	38	25.3
E病院	23	15.3
合計	150	100.0



*予備調査では、認知症患者の医療保護入院の状況を含めて把握した。

*同期間の新規の医療保護入院者数に対して、「家族以外の地域の関係者が入院中に患者と関わりをもっていた」割合をみると、A病院41%、B病院41%、C病院25%であった。(D・E病院については不明。)

◇◇ 参考 予備調査「ご記入にあたって」における定義 ◇◇

- 平成25年4月～6月の期間中に医療保護入院で入院した方（認知症を含む）で、病院関係者や家族の方以外の外部の方が、ご本人入院中に関わりをもっていたケースについて、その概要をお教えてください。（期間中の退院の有無は問いません）
- この調査で言う「外部の方」とは、地域の相談支援事業所職員、居宅介護事業所職員、日中系の障害福祉サービス事業所職員、訪問看護事業所職員、グループホーム・ケアホーム職員、入所施設職員、ピアサポーター、市区町村職員（除保健所）、都道府県職員（除保健所）、保健所職員などを想定しています。

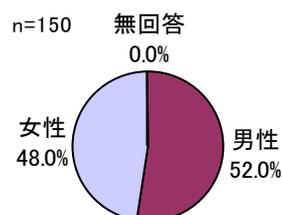
注) 以下、複数回答の設問については、文中に（複数回答）と記載している。

合計欄には%算出の母数として該当するケース数を記載しているため、複数回答の場合、回答数としては合計値を超える値になり、一致しない。

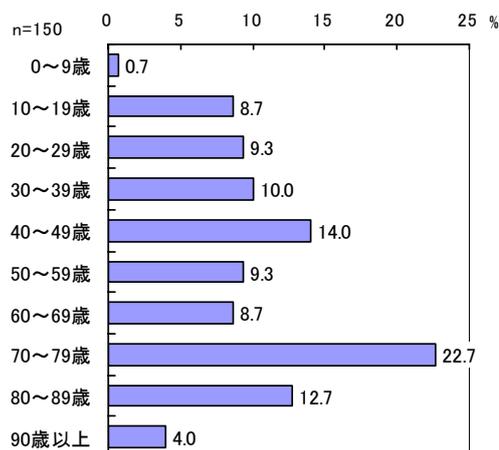
(2) 地域の関係者と入院中に関わりのあった患者の基本属性

性別は男性 78 名 (52.0%)、女性 72 名 (48.0%) であり、年齢は平均 55.15 歳 (SD=23.84)、最年少は 9 歳、最高齢は 99 歳であった。病名についてみると (複数回答)、認知症 49 名 (32.7%)、統合失調症 37 名 (24.7%) となっていた。なお、病名が認知症のみの患者は 43 名、統合失調症のみの患者は 35 名となっていた。

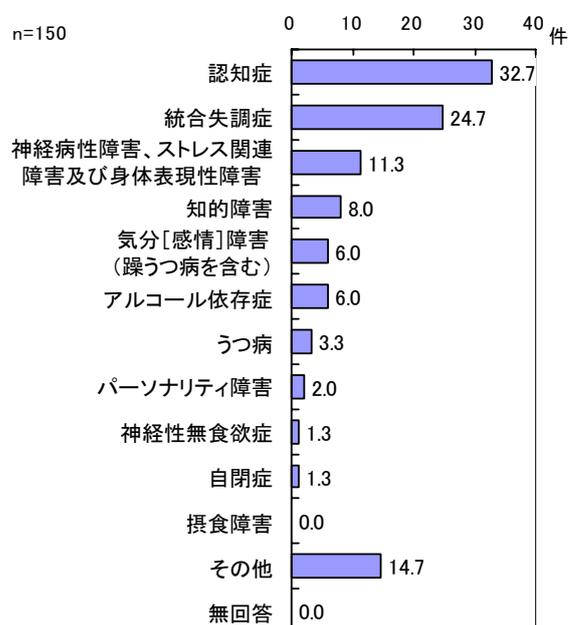
性別	回答数	構成比%
男性	78	52.0
女性	72	48.0
無回答	0	0.0
合計	150	100.0



年齢	回答数	構成比%
0~9歳	1	0.7
10~19歳	13	8.7
20~29歳	14	9.3
30~39歳	15	10.0
40~49歳	21	14.0
50~59歳	14	9.3
60~69歳	13	8.7
70~79歳	34	22.7
80~89歳	19	12.7
90歳以上	6	4.0
無回答	0	0.0
合計	150	100.0



病名	回答数	構成比%
認知症	49	32.7
統合失調症	37	24.7
神経病性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	17	11.3
知的障害	12	8.0
気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む)	9	6.0
アルコール依存症	9	6.0
うつ病	5	3.3
パーソナリティ障害	3	2.0
神経性無食欲症	2	1.3
自閉症	2	1.3
摂食障害	0	0.0
その他	22	14.7
無回答	0	0.0
合計	150	100.0

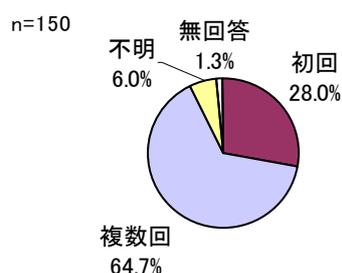


(3) 入院状況

今回の入院が初回であった患者が42名 (28.0%)、2回目以上であった患者が97名 (64.7%)、不明9名 (6.0%) であった。退院状況については128名 (85.3%) が退院、22名 (14.7%) が入院継続であった。退院した者の入院期間の平均は64.52日 (SD=47.01)、最小で3日、最大で203日となっていた。

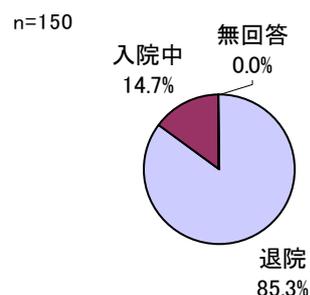
入院回数

	回答数	構成比%
初回	42	28.0
複数回	97	64.7
不明	9	6.0
無回答	2	1.3
合計	150	100.0



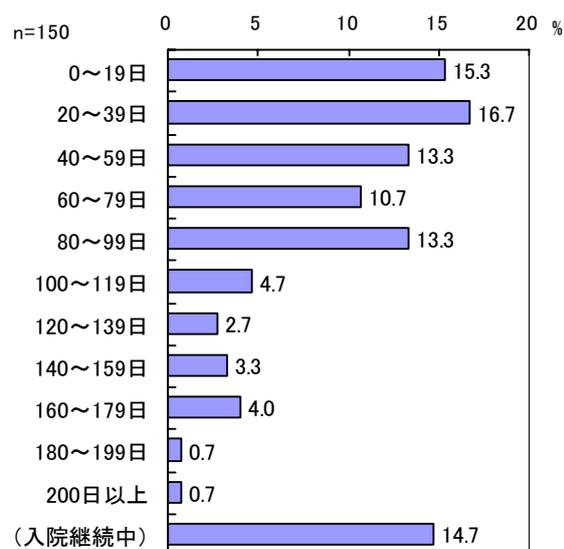
退院の有無

	回答数	構成比%
退院	128	85.3
入院中	22	14.7
無回答	0	0.0
合計	150	100.0



入院期間 (日数)

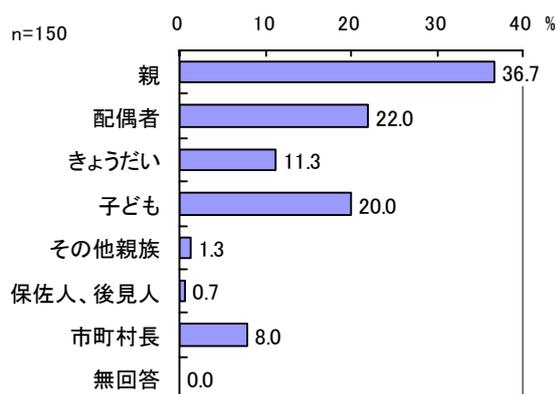
	回答数	構成比%
0~19日	23	15.3
20~39日	25	16.7
40~59日	20	13.3
60~79日	16	10.7
80~99日	20	13.3
100~119日	7	4.7
120~139日	4	2.7
140~159日	5	3.3
160~179日	6	4.0
180~199日	1	0.7
200日以上	1	0.7
(入院継続中)	22	14.7
合計	150	100.0



(4) 保護者属性

保護者の属性については、親 55 名 (36.7%)、配偶者 33 名 (22.0%)、子ども 30 名 (20.0%) であった。

保護者属性	回答数	構成比%
親	55	36.7
配偶者	33	22.0
きょうだい	17	11.3
子ども	30	20.0
その他親族	2	1.3
保佐人、後見人	1	0.7
市町村長	12	8.0
無回答	0	0.0
合計	150	100.0

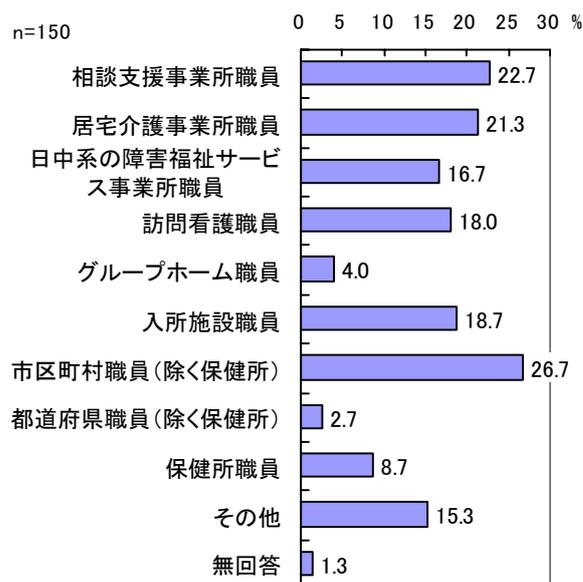


(5) 入院中に関わりのあった地域関係者（複数回答）

入院中に関わりのあった地域関係者としては、市区町村職員（除く保健所）40 名 (26.7%)、相談支援事業所職員 34 名 (22.7%)、居宅介護支援事業所職員 32 名 (21.3%) の順で件数が多かった。

入院中に関わりのあった地域の関係者

	回答数	構成比%
相談支援事業所職員	34	22.7
居宅介護事業所職員	32	21.3
日中系の障害福祉サービス事業所職員	25	16.7
訪問看護職員	27	18.0
グループホーム職員	6	4.0
入所施設職員	28	18.7
市区町村職員(除く保健所)	40	26.7
都道府県職員(除く保健所)	4	2.7
保健所職員	13	8.7
その他	23	15.3
無回答	2	1.3
合計	150	100.0



(6) 関わりのあった関係者の具体的な関わりの経緯、内容、影響などについて

関わりの件数の多かった①市区町村職員、②相談支援事業所職員、③居宅介護支援事業所職員の3つについて、以下集計結果を報告する。

①市区町村職員

市区町村職員が関わった関わりのきっかけ（複数回答）をみると、「病院から依頼」が26件（65.0%）と多く、次いで「地域からのアプローチ」15件（37.5%）である。

関わりの経緯をみると、「以前から関わりがあった」22件（55.0%）だが「今回が初めての関わり」も17件みられる。

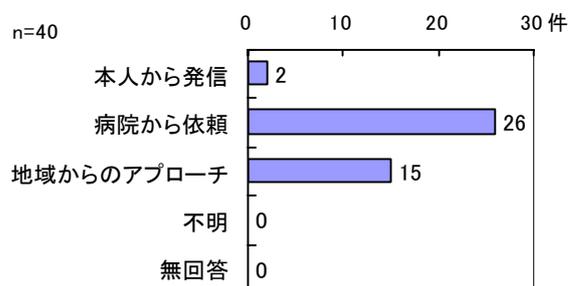
関わりをもったタイミング（複数回答）としては、入院直後25件（62.5%）と最も多い。

主な関わりの内容（複数回答）としては「面接、電話相談」38件（95.0%）、「カンファレンス、ケア会議参加」20件（50.0%）である。

関わりによる影響（複数回答）としては、「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」が26件（65.0%）と最も多くなっていた。

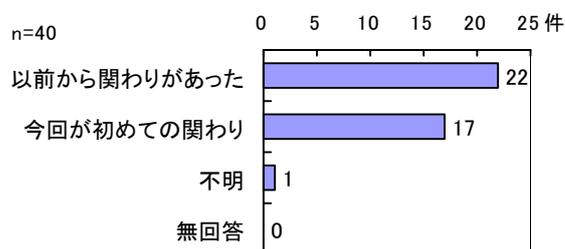
市区町村職員-関わりのきっかけ

	回答数	構成比%
本人から発信	2	5.0
病院から依頼	26	65.0
地域からのアプローチ	15	37.5
不明	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	40	100.0



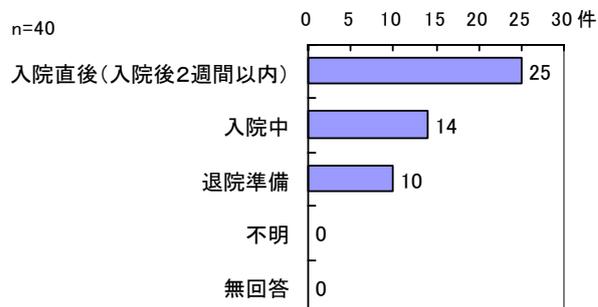
市区町村職員-関わりの経緯

	回答数	構成比%
以前から関わりがあった	22	55.0
今回が初めての関わり	17	42.5
不明	1	2.5
無回答	0	0.0
合計	40	100.0



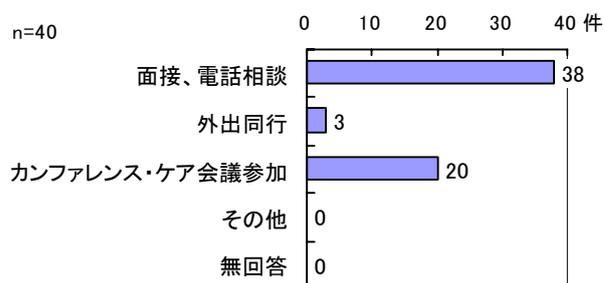
市区町村職員-関わりを持ったタイミング

	回答数	構成比%
入院直後(入院後2週間以内)	25	62.5
入院中	14	35.0
退院準備	10	25.0
不明	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	40	100.0



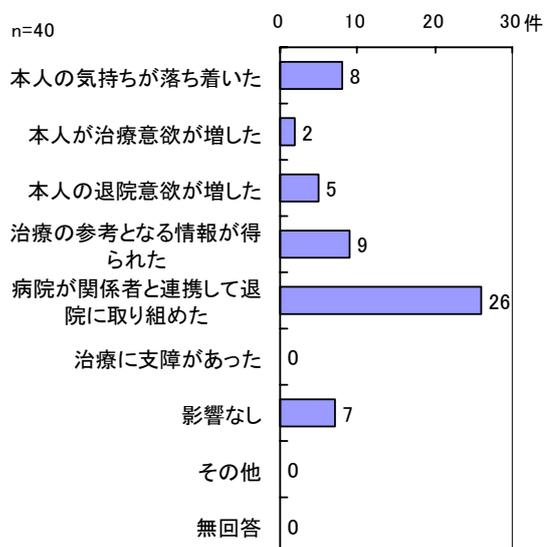
市区町村職員-主な関わりの内容

	回答数	構成比%
面接、電話相談	38	95.0
外出同行	3	7.5
カンファレンス・ケア会議参加	20	50.0
その他	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	40	100.0



市区町村職員-関わりによる影響

	回答数	構成比%
本人の気持ちが落ち着いた	8	20.0
本人が治療意欲が増した	2	5.0
本人の退院意欲が増した	5	12.5
治療の参考となる情報が得られた	9	22.5
病院が関係者と連携して退院に取り組めた	26	65.0
治療に支障があった	0	0.0
影響なし	7	17.5
その他	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	40	100.0



②相談支援事業所職員

相談支援専門員が関わった 34 ケースについて関わりのきっかけ（複数回答）をみると、市区町職員の場合と同様「病院から依頼」19 件（55.9%）が最も多いものの、「地域からのアプローチ」も 13 件（38.2%）、「本人から発信」も 7 件（20.6%）みられた。

関わりの経緯としては、「以前から関わりがあった」が 22 件（64.7%）で、「今回が初めての関わり」は 12 件（35.3%）である。

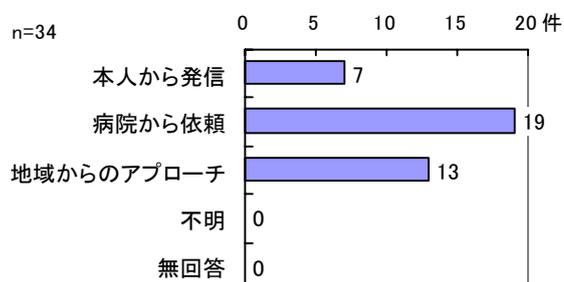
関わりをもったタイミング（複数回答）としては、「入院直後」15 件（44.1%）と「退院準備」16 件（47.1%）が拮抗している。

主な関わりの内容（複数回答）としては、「面接、電話相談」32 件（94.1%）、「カンファレンス、ケア会議参加」20 件（58.8%）である。

関わりによる影響（複数回答）としては、「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」23 件（67.6%）、「本人の気持ちが落ち着いた」16 件（47.1%）が多いが、「本人の退院意欲が増した」「治療の参考となる情報が得られた」も 7～9 件あげられた。

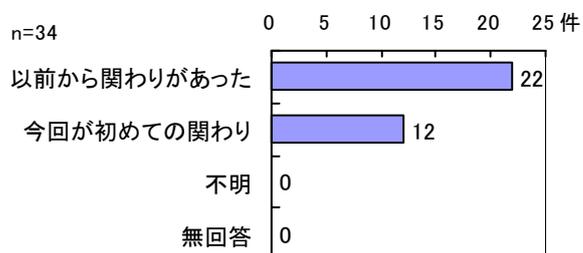
相談支援事業所職員-関わりのきっかけ

	回答数	構成比%
本人から発信	7	20.6
病院から依頼	19	55.9
地域からのアプローチ	13	38.2
不明	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	34	100.0



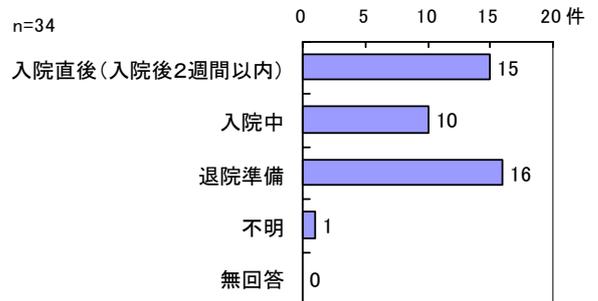
相談支援事業所職員-関わりの経緯

	回答数	構成比%
以前から関わりがあった	22	64.7
今回が初めての関わり	12	35.3
不明	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	34	100.0



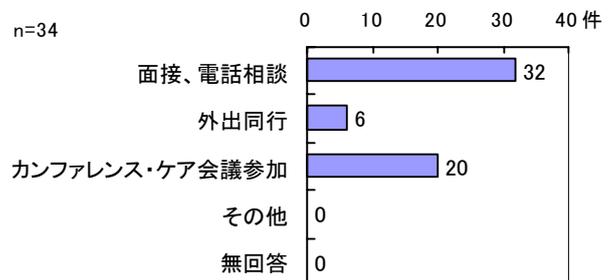
相談支援事業所職員-関わりを持ったタイミング

	回答数	構成比%
入院直後(入院後2週間以内)	15	44.1
入院中	10	29.4
退院準備	16	47.1
不明	1	2.9
無回答	0	0.0
合計	34	100.0



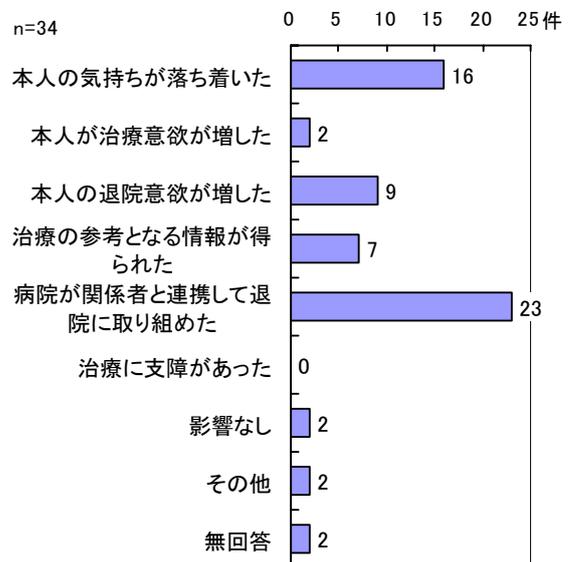
相談支援事業所職員-主な関わりの内容

	回答数	構成比%
面接、電話相談	32	94.1
外出同行	6	17.6
カンファレンス・ケア会議参加	20	58.8
その他	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	34	100.0



相談支援事業所職員-関わりによる影響

	回答数	構成比%
本人の気持ちが落ち着いた	16	47.1
本人が治療意欲が増した	2	5.9
本人の退院意欲が増した	9	26.5
治療の参考となる情報が得られた	7	20.6
病院が関係者と連携して退院に取り組めた	23	67.6
治療に支障があった	0	0.0
影響なし	2	5.9
その他	2	5.9
無回答	2	5.9
合計	34	100.0



③居宅介護支援事業所職員

居宅介護支援事業所職員の関わりのきっかけ（複数回答）をみると、市区町職員や相談支援事業所職員の場合と同様「病院から依頼」17件（53.1%）が最も多いものの、「地域からのアプローチ」も11件（34.4%）あった。

関わりの経緯としては、「以前から関わりがあった」17件（53.1%）、「今回が初めての関わり」15件（46.9%）となっていた。

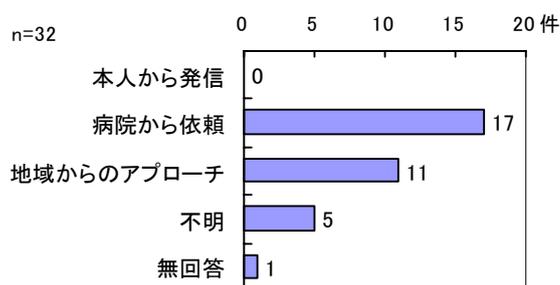
関わりをもったタイミング（複数回答）としては、「入院中」16件（50.0%）、「入院直後」13件（40.6%）、「退院準備」13件（40.6%）と分散している。

主な関わりの内容（複数回答）は、「面接、電話相談」23件（71.9%）、「カンファレンス、ケア会議参加」19件（59.4%）である。

関わりによる影響（複数回答）として、「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」23件（71.9%）、「治療の参考となる情報が得られた」7件（21.9%）、「本人の気持ちが落ち着いた」6件（18.8%）であった。

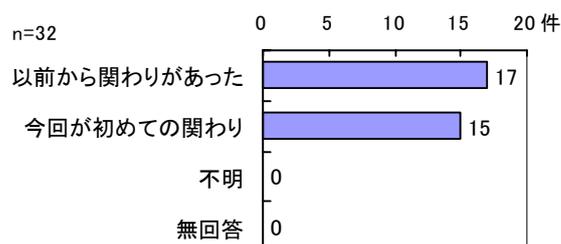
居宅介護事業所職員-関わりのきっかけ

	回答数	構成比%
本人から発信	0	0.0
病院から依頼	17	53.1
地域からのアプローチ	11	34.4
不明	5	15.6
無回答	1	3.1
合計	32	100.0



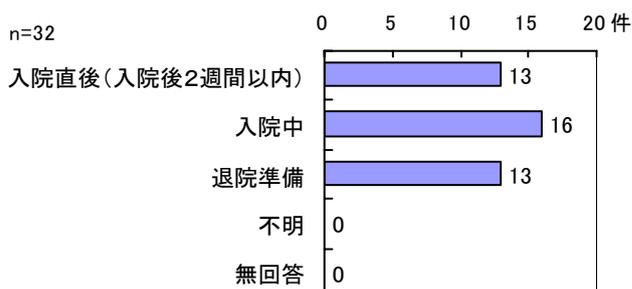
居宅介護事業所職員-関わりの経緯

	回答数	構成比%
以前から関わりがあった	17	53.1
今回が初めての関わり	15	46.9
不明	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	32	100.0



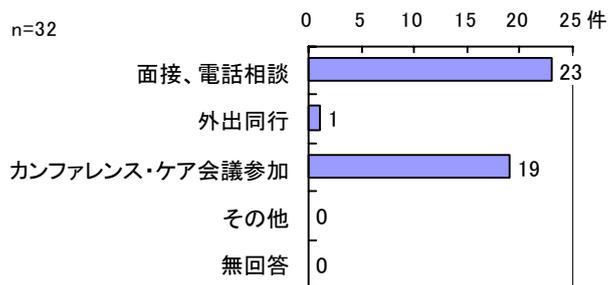
居宅介護事業所職員-関わりを持ったタイミング

	回答数	構成比%
入院直後（入院後2週間以内）	13	40.6
入院中	16	50.0
退院準備	13	40.6
不明	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	32	100.0



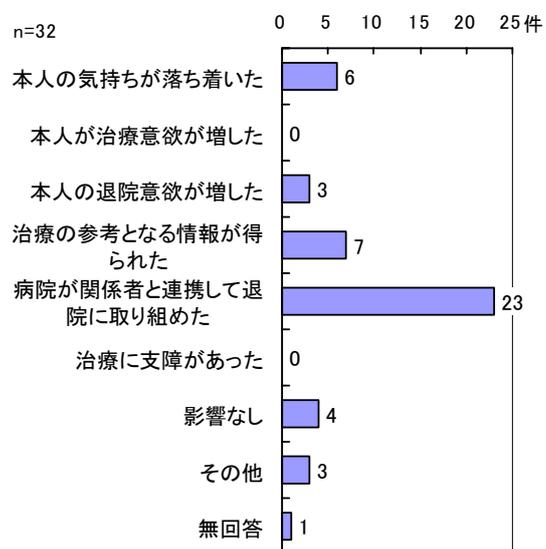
居宅介護事業所職員-主な関わりの内容

	回答数	構成比%
面接、電話相談	23	71.9
外出同行	1	3.1
カンファレンス・ケア会議参加	19	59.4
その他	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	32	100.0



居宅介護事業所職員-関わりによる影響

	回答数	構成比%
本人の気持ちが落ち着いた	6	18.8
本人が治療意欲が増した	0	0.0
本人の退院意欲が増した	3	9.4
治療の参考となる情報が得られた	7	21.9
病院が関係者と連携して退院に取り組めた	23	71.9
治療に支障があった	0	0.0
影響なし	4	12.5
その他	3	9.4
無回答	1	3.1
合計	32	100.0

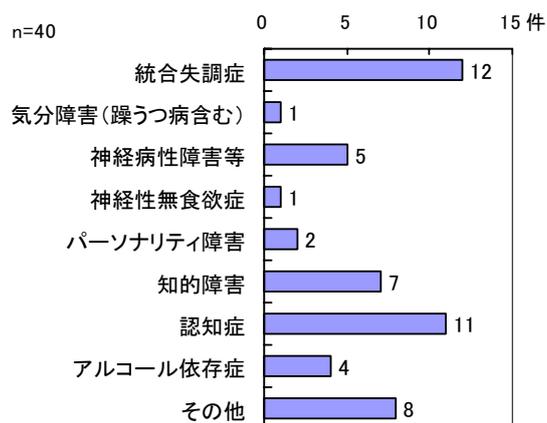


(7) 関わりのあった職員別にみる病名について

①市区町村職員（除く保健所）と関わりをもった患者（40名）の病名（複数回答）

市区町村職員と関わりをもった患者属性（病名）としては、統合失調症 12名（30.0%）、と認知症 11名（27.5%）がほぼ同数となっている。

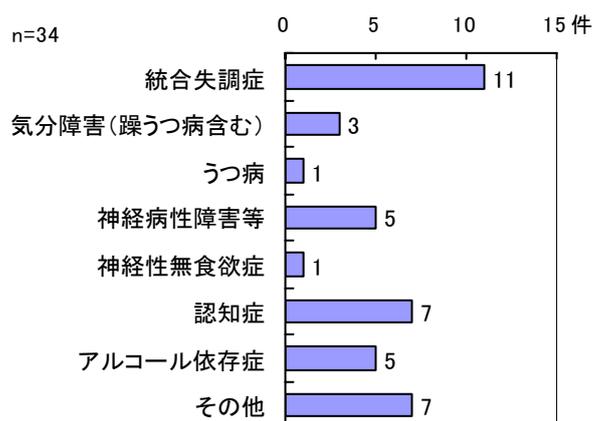
市区町村職員一病名	回答数	構成比%
統合失調症	12	30.0%
気分障害（躁うつ病含む）	1	2.5%
神経病性障害等	5	12.5%
神経性無職欲症	1	2.5%
パーソナリティ障害	2	5.0%
知的障害	7	17.5%
認知症	11	27.5%
アルコール依存症	4	10.0%
その他	8	20.0%
合計	40	100.0



②相談支援事業所職員と関わりをもった患者（34名）の病名（複数回答）

相談支援事業所職員と関わりをもった患者属性（病名）としては、統合失調症 11名（32.4%）、認知症 7名（20.6%）であった。

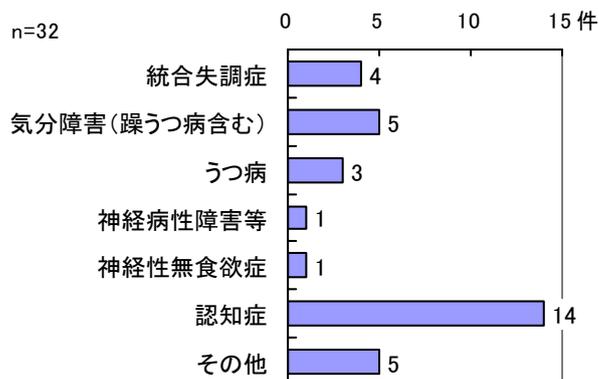
相談支援事業所職員-病名	回答数	構成比%
統合失調症	11	32.4
気分障害(躁うつ病含む)	3	8.8
うつ病	1	2.9
神経病性障害等	5	14.7
神経性無食欲症	1	2.9
認知症	7	20.6
アルコール依存症	5	14.7
その他	7	20.6
合計	34	100.0



③居宅介護支援事業所職員と関わりをもった患者（32名）の病名（複数回答）

居宅介護支援事業所職員と関わりをもった患者属性（病名）については、認知症 14名（43.8%）、気分障害 5名（15.6%）で、「統合失調症」は4名（12.5%）であった。

居宅介護支援事業所職員一病名	回答数	構成比%
統合失調症	4	12.5%
気分障害（躁うつ病含む）	5	15.6%
うつ病	3	9.4%
神経病性障害等	1	3.1%
神経性無職欲症	1	3.1%
認知症	14	43.8%
その他	5	15.6%
合計	32	100.0



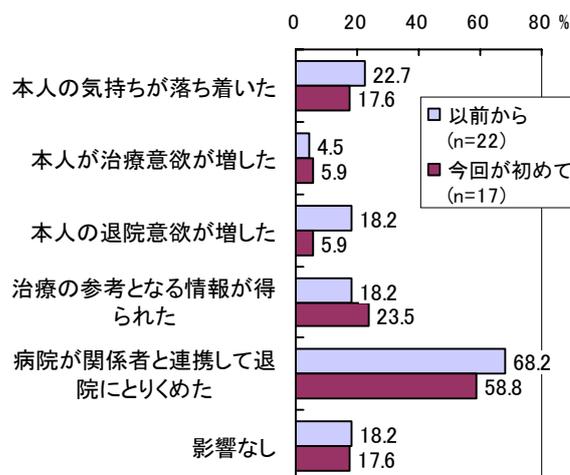
（8）関わりを経緯別にみる関わりの影響について

「以前から関わりがあった」のか、「今回初めて関わったのか」による影響の違いを、関わった外部の関係者ごとに概観する。

①市区町村職員（除く保健所）

以前から関わりのあるケースについては、「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」15件（68.2%）、「本人の気持ちが落ち着いた」5件（22.7%）であった。今回が初めてのケースも「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」がもっとも多く10件（58.8%）であり、次いで「治療の参考となる情報が得られた」4件（23.5%）となっていた（複数回答）。

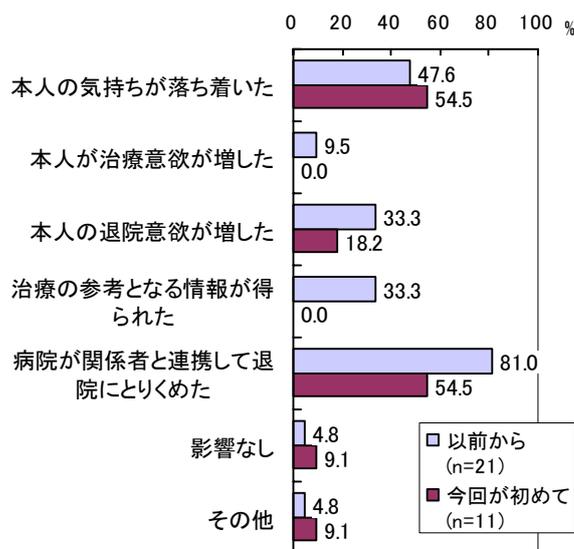
	以前から	今回が初めて	合計
本人の気持ちが落ち着いた	5 22.7%	3 17.6%	8 20.0%
本人が治療意欲が増した	1 4.5%	1 5.9%	2 5.0%
本人の退院意欲が増した	4 18.2%	1 5.9%	5 12.5%
治療の参考となる情報が得られた	4 18.2%	4 23.5%	9 22.5%
病院が関係者と連携して退院にとりくめた	15 68.2%	10 58.8%	26 65.0%
影響なし	4 18.2%	3 17.6%	7 17.5%
合計	22	17	40



②相談支援事業所職員

以前から関わりのあるケースについては、「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」17件（81.0%）、「本人の気持ちが落ち着いた」10件（47.6%）であった。今回が初めてのケースでは「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」と「本人の気持ちが落ち着いた」が同じで6件（54.5%）であった（複数回答）。

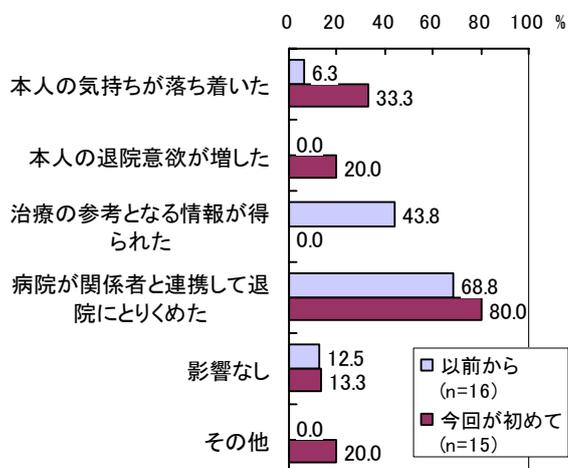
	以前から	今回が初めて	合計
本人の気持ちが落ち着いた	10 47.6%	6 54.5%	16 50.0%
本人が治療意欲が増した	2 9.5%	0 0.0%	2 6.3%
本人の退院意欲が増した	7 33.3%	2 18.2%	9 28.1%
治療の参考となる情報が得られた	7 33.3%	0 0.0%	7 21.9%
病院が関係者と連携して退院にとりくめた	17 81.0%	6 54.5%	23 71.9%
影響なし	1 4.8%	1 9.1%	2 6.3%
その他	1 4.8%	1 9.1%	2 6.3%
合計	21	11	32



③居宅介護支援事業所職員

以前から関わりのあるケースでは「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」11件（68.8%）、「治療の参考となる情報が得られた」7件（43.8%）、今回が初めてのケースでは「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」12件（80.0%）、「本人の気持ちが落ち着いた」5件（33.3%）という結果であった（複数回答）。

	以前から	今回が初めて	合計
本人の気持ちが落ち着いた	1 6.3%	5 33.3%	6 19.4%
本人の退院意欲が増した	0 0.0%	3 20.0%	3 9.7%
治療の参考となる情報が得られた	7 43.8%	0 0.0%	7 22.6%
病院が関係者と連携して退院にとりくめた	11 68.8%	12 80.0%	23 74.2%
影響なし	2 12.5%	2 13.3%	4 12.9%
その他	0 0.0%	3 20.0%	3 9.7%
合計	16	15	31



(9) 結果のポイント

- 平成 26 年 4 月～6 月の期間中に全国 5 つの精神科医療機関に医療保護入院で入院し、入院中に医療関係者や家族以外の外部の関係者が患者と関わりをもっていたケースは 150 ケースであった。算出可能な 3 医療機関について期間中の医療保護入院者数に占める当該患者の割合をみると、25%～40%に相当している。
- 集計対象となった 150 名の患者の病名では、認知症が最も多く 49 ケース、次いで統合失調症が 37 ケースとなっているが、患者の病名は多岐にわたっている。
- 患者属性については、性別はほぼ半数である。年齢は、最年少 9 歳、最高齢 99 歳と幅が広いが、70 代が 23%、40 代が 14%と多い。
- 入院は複数回（今回は初めての医療保護入院ではない）の割合が高く、およそ 2/3 が該当する。
- 8 割以上の患者が退院をしている。退院した患者の入院期間は、「19 日以下」～「99 日以下」まで、分散傾向にある。
- 保護者属性は親が約 4 割であるが、配偶者や子どもも 2 割程度みられる。
- 関わった外部の関係者としては、全体では市区町村職員（保健所以外）、相談支援事業所職員、居宅介護支援事業所職員の順が多かった。病名を統合失調症の 37 ケースに限定してみると、訪問看護職員（12 ケース）、区町村職員（保健所以外）（11 ケース）、相談支援事業所職員（10 ケース）の順である（図表略）。
- 医療保護入院中に外部の関係者が関わる影響として、医療機関からは、「病院が関係者と連携して退院に取り組めた」が共通して最も多くあげられた（6 割～7 割）。次いで「本人の気持ちが落ち着いた」、「本人の退院意欲が増した」、「治療の参考となる情報が得られた」などがあげられている。影響がないというケースもみられたものの、外部の関係者が関与したことで「治療に支障がみられた」という回答は 1 件もみられなかった。

3-2 インタビュー調査結果

予備調査で得られた 150 ケースのなかから、3 医療機関にご協力をいただき、認知症以外で、医療保護入院中に外部の関係者との関わりがあったケースについて訪問インタビュー調査を実施した。以下、3 病院について各 1 事例を報告する（事例 1～事例 3）。なお、インタビュー調査では、本テーマに関するご意見もうかがっており、あわせて報告する。

さらに、事例 4 として、一般社団法人岡山県精神保健福祉協会が、平成 25 年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業として実施している「精神障がい者アドボケーター派遣事業」の関係者（医療機関関係者、アドボケーター）へのインタビュー結果を掲載した。

事例 1 A 病院での取組実践と本テーマに対する意見

インタビュー対象者：医師、病棟看護師、ソーシャルワーカー（P SW）、作業療法士、ピアサポーター、相談支援事業所

【事例の基礎情報】

●本人プロフィール

- ・ 30 代の男性。統合失調症で、これまでに計 10 回の入院経験を有する。当該医療機関へは今回を含め計 3 回の入院。退院時（在宅時）に相談支援事業所の訪問による服薬の声かけを続けているが、本人に病識はなく、現在も「薬を飲むかどうかは自分で決める。医者は信じられない」と言っている。
- ・ 母親と姉、本人の 3 人暮らし。現在、福祉サービスの利用はない。
- ・ 障害年金を受給。いつまでも母の世話にはなっていられないと、食事は自分の障害年金を使って、コンビニで買い物・調理をしている。それが家庭のなかでの役割の一つともなっている。農繁期には農作業を手伝う。

●当該医療機関での医療保護入院・退院の経過

【入院の期間】

- ・（第 1 回入院） 2011 年 6 月～10 月
- ・（第 2 回入院） 2013 年 3 月～ 5 月
- ・（第 3 回入院） 2013 年 6 月～ 7 月

1 入院中の本人の意思決定支援にかかる医療機関のかかわり

①基本的仕組み

- ・多職種による本人に関する協議の場として、初回面接→看護面談→ケア会議があり、本人は、初回面接、退院のケア会議に参加する。

入院当初の説明や院内掲示

- ・患者本人への権利の説明として、以下のような入院当初の説明や院内掲示を行っている。
 - ・退院請求については、入院時に、診察室でドクターが説明する。
 - ・病棟オリエンテーションでも、看護から患者・家族に対して直接説明する。
 - ・公衆電話のところに退院請求等の連絡先を掲示している。
 - ・入院時に、本人・家族にパンフレットを手渡ししている。

初回面接

- ・**実施時期**：入院後1週間を目安に設定している。
- ・**参加メンバー**：医師、家族、本人、作業療法士、ケースワーカー、病棟看護師（チームリーダー／担当）。
 - *ケースに応じて、当初から地域の支援機関（訪問看護、保健所、相談支援事業所、サービス事業所、グループホーム等）が参加する。
 - *当該医療機関ではピアサポーターによるアウトリーチ事業を実施しているが、制度の規約上、入院時には特に関わりはない。
- ・**各職種の役割**：進行役は医師が務める。出席者の調整については、外部参加者に対してケースワーカーが、院内の調整は看護課長が行う。
- ・**面接の内容**：治療方針の確認、ご本人のお気持ちをきく、各部門間の情報交換など
- ・**初回面接の効果**：治療方針が共有できること、家族とも面会できて確認できること、入院前の本人の情報を得られること、本人も落ち着いて来る頃なので、本人の意向を確認できることなどがあげられている。

看護面接

- ・**実施時期**：初回面接のあとに実施。
- ・**面接の内容**：看護の立場から患者、家族と話をする。今の不安、やりたいこと、目標を聞いた上で、今問題になるところはどこかについて、話をしながら計画を立てていく。

作業療法士(OT)によるアセスメント

- ・ **実施時期**：入院後 1 週間程度（ある程度投薬治療の効果が出た頃に）
- ・ **面接の内容**：困っていること、やってみたいこと、どんな生活をしたいか、などについて本人と話をする。

（事例のご本人のケースでは）

「自発性はないが、誘えば希望が出てくるし、ルールを示せば従った。面談の結果、目標は読書とパソコンとなった。」

退院のためのケア会議

- ・ **実施時期**：退院 2 週間くらい前に実施。
- ・ **参加メンバー**：院内、家族、本人に加え、保健所、相談支援事業所（24 時間の委託の相談支援（含定着支援）、サービス等利用計画作成担当）も参画。
- ・ **協議内容**：主に、退院後の支援方法の確認

（当該事例での病院職員の間わりのエピソード）

入院中に、本人が自発的に何かを希望することはほとんどなかったなかで、事業を立ち上げたいという強い希望があり、個人事務所の立ち上げのために、看護師 2 名が付き添って税務署に出かけている。当初看護課長は、「税務署内で大声を出して興奮してしまうのではないかと。税務署が対応に困るか、周辺に迷惑がかかる」等の理由で反対した。ただ、本人が「事業開設の届けの期限があるので、いつまでに行かないといけない。」と強く希望したこともあり、短時間なら、という条件で主治医の許可が出た。

2 地域の関係者のかかわりー 相談支援事業所

①入院中の関わり

面会

- ・入院中の面会については、多くの場合、ケア会議等の帰りに立ち寄って様子を見ることが多い。目的をもって面会に行くケースは、例えば窃盗など入院前に地域で大きなトラブルを起こしてまった方で、退院後地域でどのように対応していくか気になる方が中心になる。

ケース会議

- ・通常、退院の際のケース会議には、病院からの依頼によって参加する。場合によって、初回面談から依頼を受けることもある。

②退院後の関わり

退院時の地域での関わり：実績

- ・通院（持効性注射剤治療）
- ・保健師訪問（月に1回）
- ・相談支援事業所（アウトリーチ）訪問（24時間の委託相談事業として週に1回）
- ・ピアサポーター訪問（当初月に1回。現在は週に1回）

相談支援事業所のかかわりのきっかけ

- ・1回目の医療保護入院の際は、入院3ヶ月ほど前から家族等への暴力があり、保健所から相談を受けていた。その後病院から、退院時ケース会議に参加してほしいという依頼を受け、退院後24時間の委託相談（地域定着支援を含む）を実施することとなった。

ピアサポーター、相談支援事業所によるアウトリーチ訪問

- ・本事例の場合、関わりのスタートは2011年1月。これまで2年間、入院時を除き月に1回の頻度で（直近では週に1回）訪問している。月1回は保健師が同行している。
- ・訪問は、相談支援事業所の生活支援ワーカーとピアサポーターがペアになって2人で出かける。ご本人、お母さんと軽い話をしたあと、ピアサポーターは、ご本人と一緒に本人の部屋で本人と話を、生活支援ワーカーは同居の母親から最近の様子を聞く。

- ・ピアサポーター訪問に際しては、相談事業所から本人に対して、「同じ悩みを持っているピアサポーターという人がいるが今度連れてきていいか」と確認し、本人が了解したことで訪問が実現した。ピアサポーターからみた本人の印象は、「自立をしたいと強く思っていて、医療ユーザーとしての悩みは特にはない」という印象。ピアサポーターとしては逆にあまり相談されないことが悩みと感じている。

3 「本人の意思決定を支援する人」に対する意見

「本人の意思決定を支援する人」について、医師、病棟看護師、精神保健福祉士（PSW）、地域の相談支援事業所からご意見をうかがった。以下、テーマごとに主な意見を紹介する（文末の（ ）内は、発言者職種）。

①本人の意思決定を支援する人が外部から関わることについての意見、印象

医療保護入院中に本人の意思決定を支援する人が外部から関わることについて、本人の権利擁護の観点、本人のストレス緩和や治療の効果等の面から有用性や必要性が語られた。ただし、その際、あくまで本人中心に考えて行くことが重要であることも示されている。

《インタビュー調査から》

- ・精神科医療のなかでは、本人の権利擁護についての意識は未だ充分でないのが実情だと思う。そのためには、医療関係者の意識変化とともに、外から風通しのいい環境をつくっていくということも必要だと思っている。また、そういうものを否定せずに受け容れられるような医療機関の環境づくりも必要だと思う。（医師）
- ・本人の話を聴いてくれる人は有効と思う。入院初期の本人には、さまざまな苦痛がある。病気が落ち着いてくれば自分のなかで受け止められるが、入院初期では難しく、孤立化してしまう。患者にとってのストレスは大きい。家族はある種対立関係となっているため、（本人から）ひいてしまう可能性もある。入院初期の辛い時期を過ごすためには必要。苦痛を和らげる意味はあるか。（医師）
- ・特に救急病棟の場合、本人の口から自分の意思が語られることは少ない。生活背景については、実際には相談支援事業所やグループホームの職員などの支援者の方から聞くことが多い。こんなストレスがあったとか、再入院の事情とか。（医師）
- ・入院と地域とを分けずに本人をつなぐ複数のパイプ役があるとよい。バリエーションが大事と思う。（医師）
- ・面会は制限がない方がいい。面会に来てもらった方がいい。ドクターが制限する人以外は来てほしい。ただ、面会がくると本人がつらい、ではいけない。本人中心に考えることが大事である。ここでは、ドクターも「本人がいいと言っていれば来てもらっていいですよ」というケースが多い。（病棟看護師）

②望ましい要件や条件

求められる要件については、急性期の精神科医療についての理解や一定程度の研修・教育を修了した人（医療関係者と対立構造にならないこと）、利益相反がない、第三者性を有することなどがあげられた。ピアサポーターについては、本人の気持ちをくみ取る立場からみた適性と同時に、伝達者としての負担の重さへの懸念が語られ、複数の組み合わせによる可能性が提案された。

関わるタイミングについて、特に入院早期の関わりについては、本人からみたメリット・デメリット双方が語られたが、いずれにしても、医療関係者との合意の重要性が指摘されている。

《インタビュー調査から》

●どんな人が望ましいか

- ・治療の初期段階では、行動制限等本人の意に沿わないことをせざるを得ない状況にあるので、そうしたことをきちんと分かった上で入ってくれる人が望ましい。研修、教育を受けた人でないと難しい。そうした上で伝える役割を担ってほしい。医療関係者と対立構造になってしまうことは好ましくない。（医師）
- ・社会的に認知された人。病院、家族とも利益相反のない団体に所属している人。第三者的立場の人。ボランティアでは、厳しい印象。（医師）
- ・きわめて透明性の高い病院では、本人の意向を聞く機会が設けられているので、かならずしも入院中の代弁は必要がないような印象もある。しかしながら、現在の職員体制等を考えた場合、医療機関のワーカーにそこまで任せられるのか、という心配もある。一方で、相談支援事業所もサービス等利用計画作成で慌ただしいなか、事業所単独で受け持つことは難しいと思う。いずれにしても、しっかり教育を受けた人で、本人特性や病気の理解をした上で聞き取る、共感が重要。（地域相談）
- ・支援機関としては、権利擁護センターか、市町村の虐待防止センター等の公的な権利擁護機関が関わっていくことが考えられる。（地域相談）
（ピアサポーターについて）
- ・ピアサポーターについては、自分のところのピアをみての印象だが、代弁者という場合、伝える相手は、制限をかける医療側になる。そう考えると、気持ちをくみ取ってくれる人としてはふさわしいが、伝達者としては、ピアとワーカーというような複数の組み合わせがふさわしいのではないか。（医師）
- ・地域の専門職とピアの連携は有効だと思う。例えば、もしピアの方が入院中に面会に来てくれていたら、地域相談も入りやすかったかもしれない。（地域相談）

《インタビュー調査から》(つづき)

●関わり方：関わるタイミング

- ・当初から入ってもらっているが、会うタイミングは、病院側と話し合っ決めてほしい。急性期でも、ある程度落ち着いてきた時に、退院に向かったの希望が失われる場合もあるので、本人の口から意向を聞いて、それに添えるメリットはある。まだ具体的なイメージはないが、代弁者が入ることで退院に向かうスピードが少しでも早くなるといいな、という期待はある。(医師)
- ・急性期の場合でも自殺のリスクが高い方の場合、家族に泊まってもらったりすることもある。うつ等の患者で家族同様の方であれば、一緒にいてもらうことはあるかもしれない。ただ、新しい人間関係を受け容れることはかえって負担になるかもしれない。(医師)
- ・医療側の目から見ると、混乱するのではないかと、まだまだ危惧はある。その辺の調整は必要だと思うが、本人の希望を早めに聞き取れる、あるいは代弁者の方が現実の状況とのすりあわせができるということであれば意味があるのではないかと。(医師)
- ・入る時期については、早い分にはかまわない。個人的には初回面談の頃からでもいいのではないかと。初回面談のタイミングが、入院後1週間という目安はいいと思う。1ヶ月では遅すぎる。今回の入院では、当初は怠薬のため落ち着きがなかったが、1週間くらいで、服薬もある程度自己管理できるようになって落ち着いてきた。(病院PSW)

●関わり方：本人への周知方法

- ・通常、当院で実施しているように、入院当初に告示しておけばよいのではないかと。(医師)

事例2 B病院での取組実践と本テーマに対する意見

インタビュー対象者：精神保健福祉士（PSW）複数名

【事例の基礎情報】

●本人プロフィール

・60代女性。病名はアルコール依存症、精神症状を伴うそう病、糖尿病、高アンモニア血症。現在は生活保護を受給しながら単身生活をしている。家族は別居の娘さんが一人。

●当該医療機関での医療保護入院・退院の経過

・入院回数はトータルで5回

（当初措置入院→糖尿病で転院→（前回）娘から連絡あり入院→（今回）救急搬送）

1 入院中の本人の意思決定支援にかかる医療機関のかかわり

～精神保健福祉士の動きから見て～

初期：週1回病棟ミーティングがあり（ミーティングの回数は病棟によって異なるが、全ての病棟でミーティングは開催される）、主治医や看護師、ワーカー等参加のもとで話し合いをもっており、事例の方についても本人・病院ともに早い段階から退院、自宅復帰に向けて話が進められていた。

中期：本人は退院意思が強く、本人意向を確認するたびに「もう退院する」と話されたが、糖尿病のインスリン注射を自分で打てないなど心配な面もあり、「これとこれができるから退院にしましょう」などと、ワーカーが本人の気持ちに寄り添う場面が多かった。退院に向けて、誰がどのように動いているかが分かると本人が安心するので、ワーカーを通じて、関係者の動きを伝えるようにしていた。本人の意思もはっきりしていて、ワーカーを呼んでくれということもあり、その際には現状についての話をしていた。

*本ケースでは、中期の段階から、家族（別居の娘）、地域包括支援センター職員、精神保健福祉士、病棟医療職がチームとなって、本人の退院に向けた動きを進めていた。

後期・現在：入院中から退院後の約束という形で通院継続などを約束してもらった。娘と地域包括と話し合った結果、精神科については通院を継続し、万一糖尿病で倒れた場合に備えて情報提供書を作成し、退院後の緊急事態に備えることとした。

※本人を含めたケース会議の回数はケースバイケース。本事例では家族との関係も良好で、関係機関も積極的だったために、早い段階でケース会議を持てた。

2 地域の関係者のかかわりー 地域包括支援センター職員

●入院中のかかわり

- ・入院中、継続的な関わりがあったのは地域包括支援センターの職員である。地域包括支援センター職員は、入院前から本人と関わりがあった（自宅への訪問等もあり）。
- ・かかわりのきっかけ：娘と病院で話し合った結果、今まで断続的な関わりがあった地域包括や訪問看護に正式に関わってもらおうということになった。ちょうど同じ頃に包括から病院への働きかけもあり、本人との面会となった。
- ・本人には漠然と「家に帰るためにみんなで作戦を立てましょう」という程度に伝えたとこころ、本人は「分かりました」と回答。包括の職員と本人が病院で会った時に、包括職員が「以前家まで行ってね～」という話をすると、本人は当時の状況はよく覚えていなかったが、「そんなこともあったね」と包括職員をすんなり受け入れてくれた。
- ・本事例の場合は、地域包括が積極的に動いたおかげで、ワーカーも動きやすかったし、本人にも誰がどのようなことをしているなど動きが見えやすく、退院までがスムーズだった。主な代弁者としては娘だったと思うが、病院・娘・包括がチームで退院に向けて動いたという印象である。

●地域の関係者のかかわりの時期（入院何日目）とその内容

初期：包括からの電話連絡は入院後1か月以内であった。内科的治療が必要だということもあり、退院後は内科治療の調整も必要であることから、包括も心配していた。最初の時期は電話連絡が主だった。娘と連絡が取れない時に、包括の職員を通じて連絡をとることもあった。

中期：病院への訪問は入院後1か月以上経ってからだった。関係機関が集まったのは少し遅かったが、入院直後から退院に向けた準備を行うことは決まっていた。ここから退院後の内科的治療や家の掃除のことなど退院に向けた具体的な話を、娘・包括・病院でやりとりをした。本人に具体的な話はしていないが、その都度、「帰れるためにこんなことをしているから（ex 量の張り替え）もう少し時間がかかる」というように伝えていた。

3 「本人の意思決定を支援する人」に対する意見

①本人の意思決定を支援する人が外部から関わることについての意見、印象

病院精神保健福祉士からは、本人の意思決定を支援する人が外部から関わることについて、概ね好意的に受け容れられた。主な意見としては、「(病院だけでなく)地域も関わってくれるという安心感をもてる」、「病院のワーカーは病院の職員でもあり、本人の代弁をしきれない部分もある」、「地域の援助を受けている患者さんは安心感をもって決定できる」等があげられた。

《インタビュー調査から》

- ・ 本事例においても、「病院だけではなく地域が関わってくれる」という意識を、病院スタッフ（特に看護師）が持つことができた。
- ・ 病院のワーカーは病院の職員として動かなければならないことがあり、本人の気持ちの代弁をしきれない部分があるが、第三者がいると違うかなと思う。(病院P SW)
- ・ 特に強制入院である医療保護入院急性期の患者にとって、病院のスタッフは味方とは映らないことも多く、そうした時期に「あなたの味方」としてよりそって接してくれる人が必要(病院P SW)
- ・ 地域の援助を受けている人は全然違う。安心感を持っているいろいろ決定ができる。本人に余裕が出る。「〇〇さんがいるから大丈夫」というようなことがよくある。(病院P SW)

②望ましい要件や条件

本人の意思決定を支援する人に求められる資質・要件としては、「特に入院直後は本人のストレングスを教えてくれたり、医療機関と違う視点で見えてくれる人」、「第三者的に見てくれる人（客観視・全体視できる人）」、「専門的な知識がある人」などが共通して複数あげられた。また、「本人に関わるうえで立場や責任の所在がしっかりしていた方が、本人の安心感にもつながる」との意見もあった。

関わるタイミング、特に入院早期の関わりについて意見はわかれたが、いずれにしても面会のタイミングや方法(挨拶くらい～話を聴くまで)について、病院側と信頼関係のもとで共同歩調がとれることが重要であるとしている。

《インタビュー調査から》

●どんな人が望ましいか

- ・入院させるときは「これができないから入院だね」というようにダメなところを探して入院させてしまっているの、特に入院直後はストレングスを教えてくれたり、医療機関と違う視点で見てくれる人。(病院P S W)
- ・第三者的に見てくれる人(客観視・全体視できる人)。(複数・共通)(病院P S W)
- ・専門的な知識がある人(複数)(病院P S W)
- ・もともと関わりがある人。関わりがあり、本人との関係が作れている人がいれば、本人の生活背景など全体の状況を理解したうえで本人と話をすることができ、本人も安心して話せると思う。ただし、場合によっては関わりがある人の方が先入観を持つこともあると思う。(病院P S W)
- ・きちんと本人の権利を代弁できる人、権利擁護に関して一定の知識のある方
例 市町村の福祉課の担当者だと、公務員なので異動がある。専門職ではない。現状では保健師がいいかとも思うが、入院させた側なので何とも言えない。(病院P S W)
- ・ただ、権利擁護だから性急にどうこう、ということではなく、「退院するまでにはこうしましようね」といいながら、本人の気持ちを受け止めつつ、寄り添ってくれる人。ワーカーとの信頼関係がつけられることも重要。(病院P S W)

(所属機関の有無等)

- ・本人に関わるうえで立場や責任の所在がしっかりしていた方が、本人の安心感にもつながると思うので、所属機関がある方が望ましいと思う。(病院P S W)

●関わり方：関わるタイミング等

- ・入院直後は病状が不安定なので、少し落ち着いてきてからがいいと思う。もともと関わりがある人ならいいかもしれないが、新しく関わる人であれば、タイミングをきちんと見なければ難しいと思う。挨拶ぐらいであればいいと思うが、大概覚えていないのではないかな。ただ、一番悪い時間を本人と共有するという意味では大事だと思う。(病院P S W)
- ・病棟スタッフは医師と相談できるが、外部の人だとタイミングをはかるさじ加減が難しいのではないかなと思う。病棟スタッフが「今はこういう状況なので」と言ったとしても、病院との信頼関係がなければ外部の人でも信用しきれない部分もあると思う。(病院P S W)
- ・病棟スタッフとの交流を持つこと。申し送りなどに参加してもらうことでスタッフに対する意識付けができる。まずは看護師との関係をうまく持つことで患者との関係もうまく持てると思うので、ケースだけではなく、病院のプログラムと一緒に参加してもらうとか、病院の会議などに参加してもらうことがいいのでは。顔の見える関係であることが大事だと思う。(病院P S W)

《インタビュー調査から》(つづき)

●医療機関内部の体制として必要なこと

- ・現在2病棟+急性期数件を担当している。もう少しじっくり関わればいいのかと思う。仕事が忙しくて、緊急性のある仕事に手を取られてしまい、落ち着いている患者にはフォローができていない実情もある。ワーカーの人数は増えるといいと思う。(病院P S W)

●関わり方：本人への周知方法

- ・入院の告知と同時期に一枚紙で渡しておけば後で聞きかけを作るという意味でいいのではないかと思う。(病院P S W)
- ・周知することで本人が混乱する病状であれば待った方がいいのかなと思う。(病院P S W)

●関わり方：医療関係者、地域、家族等の役割分担

- ・ケースバイケースだと思う。役割分担は必要だが、役割の内容はケースによると思う。家族の関わり具合によってもかわってくると思う。(病院P S W)
- ・比率はケースによってかわる。今は医療機関がすべてを負いすぎていると思う。医療機関は治療に専念すべきで、代弁機能まで負うべきではないと思う。家族の役割は一番患者に近いこともあって課題だと思う。(病院P S W)

●長期入院の人への意思決定支援について

- ・本人とじっくり話をすることは必要だと思う。時間をとって話を聞いてほしいという要望はすごくあると思うが、時間がなくて聞けないことが多いので、他の業務に振り回されず、じっくり話を聞ける立場だといいと思う。(病院P S W)
- ・外部の人が関わってくれることで、病院側も「退院させるんだ」という気持ちを持てる。看護師などは仕組みをわかっていないところもあるので、こういう人が退院に向けて関わっていると分かれば患者を見る目が少し変わるのではないかと思う。(病院P S W)
- ・スタッフが少ないため、落ち着いている人は後手になってしまう。急かしてくれる人がいるといいと思う。(病院P S W)
- ・医療機関のように押し出してくれる人ではなく、外の人が迎えに来てくれる感覚は大事だと思う。医療機関と本人は長期であればあるほどなあなあ関係になってしまうこともあり、また、「これ言うと退院できなくなっちゃうかな」と言えないこともあると思うので。(病院P S W)

事例3 C病院での取組実践と本テーマに対する意見

インタビュー対象者：ソーシャルワーカー（PSW）（複数）

障害福祉サービス事業所、相談支援事業所

【事例の基礎情報】

●本人等のプロフィール

- ・20代後半の女性。統合失調症。思考障害があり、会話のキャッチボールはむずかしく、一方的になってしまう。
- ・家族構成は、現在は母親と本人のふたり暮らし。父親、兄、姉は県外で暮らしている。本人との関わりでのキーパーソンは母親。母親は当初「仕事をしているので、娘が退院した場合一緒に暮らすのもむずかしい」と考えていたが、宿泊型の訓練等を一緒に体験するなかで、徐々に自宅で一緒に暮らしていく自信がついてきた。母親はどちらかというと完璧主義で、地域のなかで一人「何とかしなくちゃ」、「人に迷惑をかけてはいけない」と頑張ってきた。この間、どちらかと言えば、地域のサービス事業所が母親の負荷を軽くする役割を果たしている。

●当該医療機関での医療保護入院・退院の経過

- ・既に2年間以上他院に医療保護入院をしており、平成24年5月に、治療が行き詰まって当院に転院。
- ・当該医療機関での入退院の経過
 - （第1回入院） 2012年5月～2013年1月
 - （第2回入院） 2013年4月～2014年2月退院予定

1 入院中の本人の意思決定支援にかかる医療機関のかかわり

●医療機関の基本的流れ

- ・**院内面談**：当該医療機関では、基本的に6ヶ月以内の退院を目指しており、そのためには、早期に家族とのコミュニケーションをはかることが重要で、できるだけ早期の院内での本人、家族との面談を実施することを原則としている。
- ・院内面談の時期は、ケースバイケースで一概に言えず、2週間後、1ヶ月後、2ヶ月後と様々である。本人の動きがとれないが早めの家族との面談が必要と判断した場合は、入院2週間程度で家族の元へ出向いて、家族と病院関係者で面談を行うこともある。

- ・ **ケース会議**：家族との面談のなかで、地域の資源を活用していく方向づけができれば、その段階から地域の関係機関がケース会議に参加する。また、在宅時から当事者活動に参加していた場合など、入院期からピアサポーターが関わることもある。（ただし、現状では急性期の入院患者の1割にも満たない。）
- ・ 本事例の場合、薬物治療では限界の方なので、ドクターは会議には参加するが監督的役回りである。本人の病識、薬の受容等治療という点で必ずしもうまくいっているわけではないが、治療方針としては、当初から薬物治療よりも地域のなかでの関係づくりを重視した。
- ・ ケース会議の進行はワーカーが担当する。必ず看護職にも同席してもらい、議事録は看護職が作成する。病棟では看護師は「できない」部分に目がいってしまうが、ケース会議に同席することで、本人の「できる」部分がみえてくるようになる。

看護職の関わり

- ・ 病棟の看護師が地域をみていく必要があるので、地域の訓練施設への送迎など、ワーカーではなく、病棟看護師が担当する場合がある。実際に看護が地域に出向き、そこでの本人の様子を見聞きしてくると、病院ではわからない本人の姿(強み)に気づき、看護師の視線も変わってくる。

2 地域の関係者のかかわり ー 訓練施設、相談支援事業所

入・退院時の地域の関係者

- ・ 地域の訓練施設（日中訓練、短期入所）
- ・ 相談支援事業所（計画相談） *2013年11月～

●本ケースの流れ

- ・ 本ケースの場合、本人の退院の意向が強く、また薬物での治療は限界であったため、社会的な環境づくりのなかで退院をめざす方針が、初回の院内面談（入院後10日後程度）で本人、家族に提示され、了承された。1回目の入院時の院内面談の前に、ワーカーから地域の訓練施設に声をかけて、準備を進めた。（病院PSW）
- ・ 病院と地域の訓練施設のワーカー同士は、地域の自立支援協議会を通じて旧知の関係であり、互いに相談がしやすい関係にある。最初の声かけは、病院ワーカーから地域の訓

練施設に対して行われた。そこは、宿泊型の訓練施設を持っていることから、退院に向けて入院中から当該事業を活用することが有効であると、病院ワーカーが判断した。(病院P S W)

- ・ 2度目の入院中(現在まで)は、日中訓練、短期入所を利用しながら地域へ戻る訓練を重ねた。入院中も、訓練施設職員が病院に来てくれたり、逆に病院ソーシャルワーカーが施設に出向いたり、相互に行き来をするなかで退院が見えてきた。(病院P S W)
- ・ 本ケースでは、当初より、病院ワーカーから、院内での訓練よりも地域生活をしていく上での本人の強みや弱みをアセスメントした上で、地域で必要な生活スキルのトレーニングをした方が効果的なのではないか、という話をもらっていた。本人には、まずはいろいろ体験してもらって使うかどうかを決めてほしい、という話をした。(地域の訓練施設)
- ・ 現在、退院に向けた計画相談を、訓練施設から相談支援事業所に依頼している。退院後は、通所型自立訓練を使うことが決定しているので、圏域内の相談支援事業所に依頼する必要がある。本人の特性を考慮した上でのマッチングは、病院よりも地域の事業所の方がポイントを絞りやすい面もある。(地域の訓練施設)

●病院ワーカーと地域の支援者との役割分担

- ・ 入院も複数回にわたることが多いこともあって、基本的には、病院と地域のどちらか一方だけに関わるという関係ではない。本人の居所の移動に伴って、主に関わるワーカーが、病院になるか、地域になるか、というだけの違いといえる。入院中であれば、退院後であれば、週1回くらいの頻度でワーカーも地域に出向くし、逆に本人が外来に来たときにケース会議をもつこともある。常に行き来している状況。(病院P S W)
- ・ 病院のワーカーがどちらかと言えば本人の気持ちを支援し、地域の事業所が母親の気持ちを支援した。母親は、退院後は本人との接触がふえてしんどくなってくるので、負荷を減らしていくようにした。事業所の職員も2人体制で、1人が本人を、自分が母親の話を聞く役回りを設定した。しんどいときには、サービスを使ってもらうようにした。(地域の訓練施設)
- ・ 相談支援事業所は、計画を策定していくなかで本人の将来的な目標設定「一人暮らしをしたい」を実現していく役回りとして心得ている。同時に、一部訓練施設が担っていた母親への支援を分散させていけるのではないかと、というイメージももっている。(相談支援事業所)

3 「本人の意思決定を支援する人」に対する意見

「本人の意思決定を支援する人」について、精神保健福祉士（P S W）からご意見をうかがった。以下、概要を記載する。

①本人の意思決定を支援する人が外部から関わることについての意見、印象

当該病院の精神保健福祉士にとって、地域の関係者と一緒に支援していくことは既に「日常」化している（前項2参照）。その背景には、医療保護入院の患者は入退院を繰り返す傾向にあること、1回の入院における在院日数がかかなり短期化してきている、などの事情がある。そうした環境のなかで、「病院ワーカーも病院の職員であり、本当の意味で本人に寄り添うことはできない」という意識が語られた。

《インタビュー調査から》

- ・当該医療機関の平均入院日数は50-60日で、1ヶ月の入・退院者数100名前後という規模である。そのうち1割が慢性期病棟に移行する。一方、ワーカーの担当は、退院者が増え経験年数が増えると、関わる対象者数もどんどん増えていく。退院時、退院後も同じくらいの力で伴走支援が必要な方も少なくない。もはや、地域の方と一緒に支援していくことが、当たり前になっている。（病院P S W）
- ・病院のワーカーも本人の意向をきくが、病院関係者ではあるので、本当の意味で本人に寄り添うことはできないと思う。（病院P S W）

②望ましい要件や条件

望ましい要件や条件として、「第三者性」「客観性」「専門性」などが共通してあげられたが、同時に重要な視点として、病院内外の関係者による方向性の共有あるいは一致に向けた環境づくりの重要性が指摘された。

期待する役割のなかでは、支援と代弁の違いにもふれられ、両者の役割が混同しないよう代弁者は代弁者としての機能に徹することが望ましい、という意見もみられた。

《インタビュー調査から》

●どんな人が望ましいか

- ・第三者の立場として、本人の訴えを素直に受け止める人がいることは重要。ただし、その方向性が病院関係者の方針とかけ離れてしまったりすることには心配もあるので、本人の病気や障害についての理解を含めた一定の専門性が求められるのではないかと。実際は、「方向性の一致」というところがかなり手間も時間もかかる。本人の気持ちの動きの方が早いことはある。（病院P S W）

《インタビュー調査から》(つづき)

(ピアサポーターについて)

- ・ピアでもあるが、当事者に対して客観的な見方ができる人。自分の経験と重ね合わせてしまうと客観性の担保がむずかしいのではないか。元々知り合い、仲間であれば可能性は高いかもしれない。(病院P SW)

●期待する役割

- ・聴く、そしてその人が伝えてほしいと思っている人に伝えること。状態がよくないと、ご本人は自分で整理できないこともあるので、話を聴いて整理をしてあげて、関係に伝える。そのためには、社会資源について知識をもっている、本人の主訴の道筋をつける力が必要。(病院P SW)
- ・支援をする立場、代弁の立場について：代弁は、代弁者に徹していた方がわかりやすいのではないか。他の役割があると、限界がある。他の役割があると、消化できないことも発生してしまい、聴く側にとっても厳しい。ただ、実際は助言もしてしまうこともあって、なかなかむずかしい。一つの事業者のなかで、2つの役割をしていくのは、むずかしいのではないか。(病院P SW)

●関わり方：関わるタイミング

- ・聴く側が本人を理解し、大変な時期を分かった上での方がいい。病院も一生懸命関係性をつくるが、言えない人が問題。治療として考えると外部はむずかしい面もある。一方で、調子が悪いときに顔をみせると記憶には残っている。喜ぶ人も中にはいる。「しんどかった時に来てくれたのはうれしかった」と語れる人がいる。(病院P SW)

●関わり方：医療関係者、地域、家族等の役割分担

- ・医療、治療、薬には限界がある。医療機関はそれを超えていくべきだし、本人の希望を叶えるために必要であれば、従来医療としては手をださないところにも、医療も一緒に動く。そうしないと退院は進まない。一日も早い退院に向けて、医療、地域、家族等ができることをしていく。例えば、引っ越しが必要であれば、ゴミ屋敷化している自宅があれば、医療も片付けを一緒に行うこともある。(病院P SW)

●医療機関内部の体制として必要なこと

- ・病院のなかでも、ワーカーは共有できていても、病棟看護師との共有等はむずかしかったりする。他の医療職に浸透させていくには、意思決定支援を担う人材に対して皆が信頼感をもてるような、担い手への教育研修と医療機関職員に対する教育双方が重要。(病院P SW)

●その他：行政手続き等の課題

- ・早期の退院を実現していくためには、入院時に、ご本人の退院後の住まい方、支援の組み立てを考えて行動していかないと、手続きが間に合わなくなってしまう。実際は、行政の区分認定や支給決定が間に合わず、退院が1月程度伸びてしまっているという事例も少なくない。(病院P SW)

事例4 アドボケーター派遣モデル事業からの示唆

1 事業の概要

- 事業名：精神障がい者アドボケーター派遣事業
- 実施主体：一般財団法人岡山県精神保健福祉協会
- 事業の目的：精神障がい者の孤立感を和らげて、地域移行のモチベーションを高めると共に、アドボケーターの役割と効果を検証することを目的に実施した。
- 実施概要：実行委員会を設置し、専門職、ボランティア、精神科ユーザー、その家族等からアドボケーターを募集して、研修を行い、精神科病院の入院患者に派遣し、一定期間本人と継続的に面会し、本人に寄り添い、本人の気持ちを聴くことを行う。
(精神障がい者アドボケーター派遣事業マニュアル*より抜粋)

*事業にあたっては、ある程度病状が落ち着いていて、知らない方と話をしても揺らがない、かつ本人の同意が得られたという方5人を対象にしている。

2 アドボケーターとしての関わりの実際と実感

アドボケーターとしての関わりの実際と実感について、ピアサポーター4名、専門職4名に対するグループインタビューを行った。活動の様子、よかったこと、辛かったことなどについて、さまざまな意見があがった。

●活動の様子 ～インタビュー調査から～

ピアサポーター：今は、ひとりの人に対してピアサポーター2人がペアになって会っている。10月から週1回のペースでこれまでに9回くらい。

活動にあたり、自分はA型の作業所に通っている者として自己紹介した。「A型の作業所って何？」との質問には、就労支援の作業所と応えた。最初は、コミュニケーションがうまくとれず、下をむいたままずっといた。ちょうどその日は買い物した後で疲れていたようだ。

最近世間話ができるようになった。つい最近になって、退院の話もでた。退院したらB型の作業所に通いたいので調べて欲しいと言うことだった。作業療法士さんはまだ無理と思っているようで、本人はそのことを言われてシュンとなってしまった。自分から見ると、作業所に行っても大丈夫ではないかと思うのだが。

ピアサポーター：最初に自分が当事者だという話はしたが、あまり反応はなかった。「せんせい」と呼ばれることもある。垣根があるような印象もある。職員に対して、「伝えておいてほしい」と言われるので、聞いた話は伝える。はじめの頃は、伝えたことに対して職員が対応してくれているのかわからなかったが、徐々に変わって行って、職員も考えて対応してくれるようになってきているようだ。

ピアサポーター、専門職アドボケーターいずれも共通して、患者の変化(表情の変化、環境の変化)をあげ、何よりも、訪問を重ねるうちに、患者との信頼関係ができてきたことに對する喜びが語られた。

他方、難しいこととしては、実施にあたっての個人情報を含めた情報共有のあり方や、ご本人から聴いた希望や要望の伝え方が語られた。特に、専門職の場合、アドボケーターとして話を聴くことと専門職として支援をすることの線引きの難しさが、ピアサポーターの場合は、話を聴くと自分に“かぶるような”感覚をもってしまうことなどがあげられた。

～インタビュー調査から～

●やってよかったこと

ピアサポーター：本人のことがだいぶわかってきた。作業療法士と一緒に話して、これまでどんな仕事をしてきたとか、魚をさばけるとか、聞いてみたり。手先が器用そうなので、いろいろできそう。話が広がってきた。「私らと会うことが楽しい」と言ってくれる。4回目くらいに、最初に言われた。「待ち遠しかったよ」って。

ピアサポーター：表情がよくなってきた。要望を伝えて環境もよくなってきた。ちょっと元気そうになってきたのでほっとした。

専門職：自分たちに対しても最初は防衛的。話しているうちに、話がでてくるようになってきた。話しているうちに本心を出してこれ「あんたらだから」と言っていた。

専門職：私たちには、病院には話したことはないエピソードも語ってくれた。アドボケーターはすごくよかったと言っている。自分の弱みをみせられた。外の人には本音を語っている。

●やっていく上でむずかしいこと

ピアサポーター、専門職：最急性期のなかで、自分が何をしゃべっても大丈夫なんだと思える人がいることはとても意味があると思う。ただ、本人の希望を叶える上ではプラス、マイナス双方ある。最初にどの程度の情報を把握して入るべきか。そしてアドボケーターとして聞いたことを、どこに(誰に)伝えるのか。その流れができていないと本人にとって改善が進まずしんどい。そういう判断がアドボケーター個人に委ねられることもしんどい。

専門職：当初、今回のモデル事業では病院との連携まではない、と聞いていた。行けばいろいろなことを聞かれるので説明(情報提供)すると、本人の気持ちが向いていく。そのサポートを誰がするかというところまで、話ができていないので心配。投げ出すのもつらい。ケア会議をしたらいいのではないかと話している。

●当事者だから難しいこと

ピアサポーター：自分も同じ病気なので、「自分がなったらどうしよう」とダイレクトに考えてしまうのでしんどい面もある。かぶるような感覚。自分があの病室にいたら、ドアの壁を蹴ることがあるかもしれない、と思った。

3 関係者からの気づき

モデル事業の受入側、派遣側双方の関係者からみた気づきや評価、想定されるアドボケーターの役割やイメージについて、医師、病棟看護師、精神保健福祉士、ピアサポーター、専門職サポーターに対するグループインタビューを行った。以下、主な質問と意見を紹介する。

モデル事業について

病棟看護師からは、開始にあたっての不安が語られたが、その内容は、アドボケーターと話すことによる患者の“揺れ”への対応に対する不安である。事業終了後の病棟関係者へのアンケートでは、8割の看護師が「患者の表情の変化」などプラスの効果をあげた一方で、2割は「何をしにきたのかわからない」という評価もみられたということで、病棟に外部の関係者が入る意味やその効果についての認識共有の難しさもうかがえる。

～インタビュー調査から～

●実施にあたっての不安や苦勞

- ・患者さんの病状が揺れるのではないかと言う点が正直心配だった。本当に思い込んでしまう方もいると思うし、後でどのようにフォローできるか気がかりだった。看護師があとで介入できればよいが、できないこともあるかもしれないと思った。(モデル事業病棟看護師)

●実施による気づき、よかったことなど

- ・保健所勤務の頃、自分は病院へ送り込むことが多かった。退職して地域移行支援の仕事についた。県内の病院のかなりの部分を知っているつもりだったが、この仕事について、長期に入院していた方が地域に戻ることがどれほど大変なことか、ということを知った。この人たちの日々の活動や気持ちがどれほど大変であるかということは、外からはわからないものがあると痛感した。

出そうという意思のある病院はまだよいが、出さないという病院も多い。現在でも、そういう病院では、ご本人が意思を表明した途端、病棟を替えられたり、大変なことになる。そういう中で、スピーカーズビューローには、地域の社会資源には物足りない人、孤立した状態の人がたどり着いてくる。彼らが話す場、大勢の友達を得て成長していることを感じる。話すということだけで表情がどんどん変わる。

孤立と孤独、先が見えない葛藤を毎日続けるということは本当にしんどい。入院の前に（携帯をとられる前に）スピーカーズビューローの方に「調子悪くて入院するが必ずきて欲しい」と電話が入る。また電話できなかった場合は、途中からでも「来て欲しい」と連絡がある。(モデル事業アドボケーター：専門職)

～インタビュー調査から～(つづき)

- ・今回のアドボケーター派遣事業終了後の院内の無記名アンケートでは、8割程度の看護師が「患者の表情が変わった」等プラスの評価をしている一方で、2割は「何をしにきたのかわからない」という反応もあった。ピアを身近に感じるスタッフばかりではないので、院内の体制、教育システムの段階から教えていく必要有り。例えば、「制度の中に入ったよ」とか「どんな研修を受けている人だよ」という説明が重要。病院はこれまで、専門職であっても外部の人が入ることに何年も要しているの、特にピア等の場合はそうした環境整備は必要と思う。(病院PSW)

アドボケーターについて

アドボケーターのあり方について、望ましい人材、役割、導入に際しての周知方法・タイミング、関わるタイミング等について語られた。

人材については、「第三者性」が、役割としては「聞き役」としてのイメージが語られた。また、ピアサポーターからは、本人に対するアドボケーターの伝え方として「話を聴いてくれる人」などの意見が語られた。

入院早期にアドボケーターが関わる点について、医療職からは治療上の懸念が複数示された一方で、医療保護入院経験のあるピアサポーターからは、「権利として残しておくべき」「その時にわかる・わからないではなく、そう言う人と出会えたかどうか、地域とつながっている感をもてたかどうか重要」という意見が寄せられている。

～インタビュー調査から～

●望ましい人材

- ・アドボケーターは、あくまでも軸足を本人にして、親ではない第三者として本人に寄り添うということを徹底したらいいと思う。本人の言えないところをプラスしたり、マイナスしたり。そう言う人が必要。地域の相談支援に繋げるからいらぬ、ということではないし、現状では相談支援事業所も人手不足でそこまでは担えないのではないか。(モデル事業アドボケーター専門職)

●具体的な役割

- ・言葉にすると「聞き役として加わってもらおう」という位置づけ。モデル事業にあたっては、スタッフにもそう伝えている。基本ご家族の面会なので、それ以外の方が入る時には「なぜそう言う方が入らないといけないのか」という声は出た。ただ、病棟には既に地域の方に入って頂いているので、昔の精神科とは違う。他の病棟との差を感じなくなっている。(モデル事業病棟看護師)

～インタビュー調査から～ (つづき)

●導入する場合の、ご本人への周知の時期とその内容

- ・伝え方としては、
 - ・話を聞いてくれる人がいるけど、どうする？
 - ・話を聞いてもらえて情報とかももらえる人
 - ・こういう人が来られますが、話して見ますか？くらいで充分ではないか。(モデル事業ピアサポーター)

●関わり方：関わるタイミング（入院早期の関わりについて）

- ・急性期の場合、薬物療法、場合によっては通電療法をする場合もある。拘束のケースも想定される。非日常的なことが起こりえる。急性期は、オペ室やICUを覗くような感じ。それは何か違うような気がする。(医師)
- ・精神症状よりも行動上の問題、家族との関係で医療保護入院になっている場合は、ありうるかもしれないが、急性期の場合は医療的要素が大きい場合が多い。精神科の場合、精神保健福祉法が絡んでくるので一般科とは異なる面もあるが、特にここ数年、急性期は医療といえるようになった。この段階でのアドボケーターは、彼らの負担が大きいのではないか。ただし、急性期の精神科の医療について承知した上であれば、そういう知識のある方であれば、いいのかもしれない。ケースごとに違うと思う。(医師)
- ・初発の方については難しい。精神科の場合、最初にスタッフをいかに信頼してもらえるかということが勝負。安心感をもってもらうとしたら、まずはスタッフを通じて病院に対する安心が最初でないと、治療の本質と異なることになってしまう。そこを外部の方でないと安心できない、というのはちょっと違う。(病棟看護師)
- ・一番症状の重い時にも、会う可能性を残しておいた方がいいと思う。なぜならば、その人の権利だから。自分は、統合失調症の入院の時の記憶は、鮮明に残っている。話ができないとしても、顔だけ見ていれば、落ち着いたときにこの人だったら話ができるかな、という気持ちになるかもしれない。(モデル事業ピアサポーター)
- ・なぜ、誰かに来て欲しいのかと言うと、その方にとっては自分が地域とつながっているということが確認できた上で病院にいることが重要なのだと思う。その時にわかる・わからないではなく、そう言う人と出会えたかどうかが重要。実際、自分と面会してくれたのは実は初対面の方だった。入院中家族以外の人にあっただのは2人のみだったこともあり、強烈な印象をもった。とにかく一度外の人とつながっていることが重要だと思う。(モデル事業ピアサポーター)

今後の検討課題

今後の検討課題としては、次の2つの点を示された。1つは、アドボケーターと医療機関との間の情報共有のあり方、また、アドボケーターとして本人から聴いた話をどこにどう繋げていくのか、その判断は誰がするのか、といったことのルール化の必要性である。

2つめは、医療機関内の人員体制に関して、外部とのきめ細やかな連携をとっていくためには、医師、ナース、コメディコ等のゆとりある人員体制が求められている。

～インタビュー調査から～

(情報共有、管理のあり方)

- ・ 医者もアドボケーターも本人をよくしたいという思いは一緒なので、協力できたらいいと思う。ただそのためには、特に急性期に入る場合は個人情報の扱いとか、きちんとしておく必要がある。(モデル事業ピアサポーター)
- ・ アドボケーターとして聞いたことを、どこに(誰に)伝えるのか。その流れができていないと本人にとっても改善が進まずしんどい。そういう判断がアドボケーター個人に委ねられることもしんどい。(モデル事業ピアサポーター)(再掲)

(関連する医療機関の基盤整備に関して)

- ・ これだけの動きができる前提としては、医師の数、ナースの数、コメディカル等、まずは人員が重要。病院の能力がないと続かない。(病院P S W)
- ・ 今の一般的な人員ではそこまでの体制はとれないから、なかなか理解も進まないという考え方もできるのではないか。そういう条件のなかで、こういう仕組みを入れようとするともある種守りの体制になってしまう、とも言える。(モデル事業病棟看護師)

インタビュー調査からの示唆

以下、調査のまとめにかえて、インタビュー調査から得られた示唆を整理したい。

○前提①：インタビュー調査対象の性格

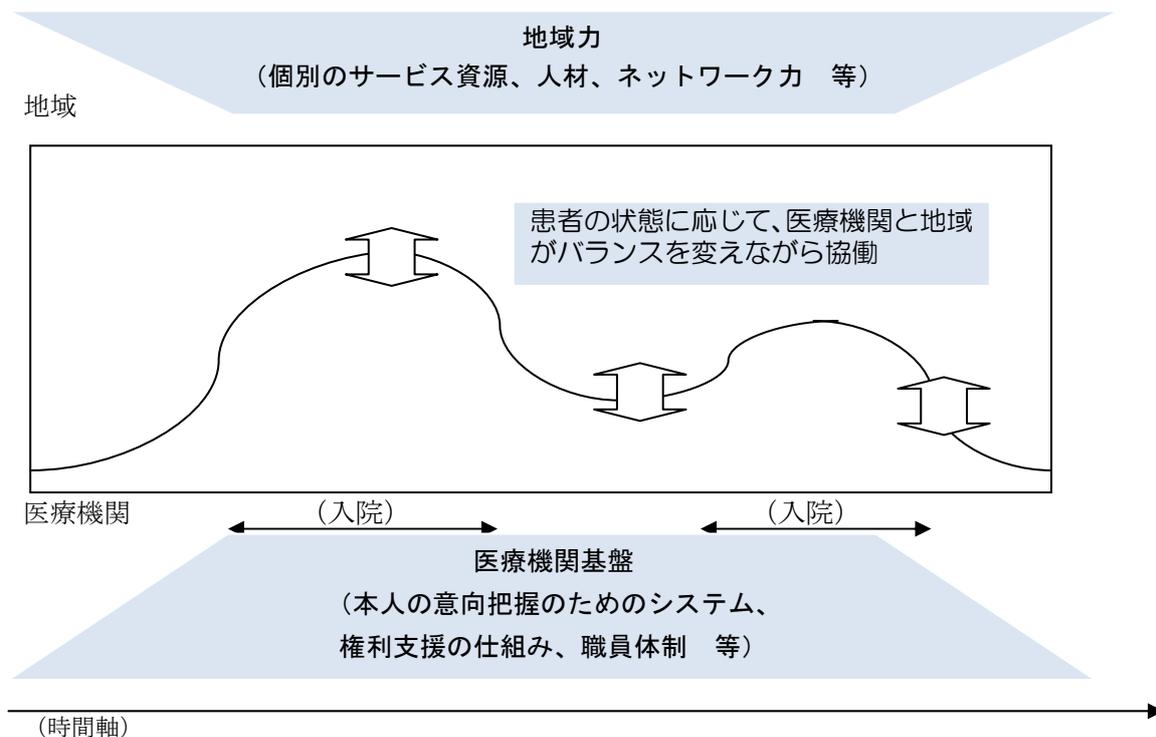
事例1～3で紹介したケースは、以下の特徴を有した事例である。

- ・比較的短期の医療保護入院を複数回繰り返している。(いずれも初回の入院ではない)
- ・本人に強い退院意思がある。(比較的本人の意思決定の支援がしやすい)
- ・医療機関内に、退院促進に対する明確な意思と、本人の意向を把握するシステムを有している
- ・関わりの強弱はあれ、家族がキーパーソンの一人となって関わっている。

○前提②：地域と医療機関の構図からみた共通点

- ・医療機関内部に、本人意思決定を支援する仕組みが確保・実践されている。(再掲)
- ・自立支援協議会等のフォーマル、インフォーマルなネットワークのなかで、医療機関と地域の関係資源の協働の体制ができている。
- ・医療機関と地域が一体となってチームで支援していくことがあたりまえで、ご本人を中心として、ご本人の状況に応じて医療・地域のバランス・役割を変えていくことが実践されている。

(イメージ図)



○結果のポイント①：現状の意思決定支援

本人の意思決定支援は、様々な局面で、医療従事者、地域の関係機関、家族によって担われていた。しかしながら、それらは、医療者としての治療・支援、地域移行のための支援とセットになった助言・支援であり、本人の権利擁護という観点からの意思決定の支援・助言という点では充分とは言えないのではないかと。

○結果のポイント②：外部からの意思決定を支援する人の関わりについて

- ・医療保護入院中に本人の意思決定を支援する人が外部から関わることについて、医療職からは、本人の権利擁護の観点、本人のストレス緩和や治療の効果等の面から有用性や必要性が語られた。ただし、その際、あくまで本人中心に考えて行くことが重要であることも示されている。
- ・病院精神保健福祉士からは、「(病院だけでなく)地域も関わってくれるという安心感をもてる」、「病院のワーカーは病院の職員でもあり、本人の代弁をしきれない部分もある」、「地域の援助を受けている患者さんは安心感をもって決定できる」等があげられた。

○結果のポイント③：望ましい要件や条件

- ・望ましい要件や条件として、「第三者性」「客観性」「専門性」などが各職種共通してあげられたが、同時に、病院内外の関係者による方向性の共有あるいは一致に向けた環境づくりの重要性も指摘されている。
- ・特に医療職からは、急性期の精神科医療についての理解や一定程度の研修・教育を修了した人（医療関係者と対立構造にならないこと）、利益相反がない、第三者性を有することなどがあげられた。ピアサポーターについては、本人の気持ちをくみ取る立場からみた適性と同時に、伝達者としての負担の重さへの懸念が語られ、複数の組み合わせによる可能性も提案されている。
- ・病院精神保健福祉士からは、「特に入院直後は本人のストレングスを教えてくれたり、医療機関と違う視点で見てくれる人」、「第三者的に見てくれる人（客観視・全体視できる人）」、「専門的な知識がある人」などが共通して複数あげられた。また、「本人に関わるうえで立場や責任の所在がしっかりしていた方が、本人の安心感にもつながる」との意見もあった。

○結果のポイント④：外部からの意思決定支援者に期待する役割

- ・期待する役割としては「聞き役」としてのイメージが語られた。また、ピアサポーターからは、本人に対するアドボケートの伝え方として「話を聴いてくれる人」など

の意見が語られた。

- ・ 支援と代弁の違いにもふれられ、両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て、意思決定支援者としての機能に徹することが望ましい、という意見もみられた。

○結果のポイント⑤： 外部からの意思決定支援者が関わるタイミング

- ・ 外部からの意思決定支援者が関わるタイミングについて、特に入院早期の関わりについては、本人からみたメリット・デメリット双方が語られ、医療職の間でも意見はわかれたが、いずれにしても面会のタイミングや方法(挨拶くらい～話を聴くまで)について、病院側と信頼関係のもとで共同歩調がとれることが重要であるとしている。
- ・ 他方、医療保護入院経験のあるピアサポーターからは、「権利として残しておくべき」「その時にわかる・わからないではなく、そう言う人と出会えたかどうか、地域とながっている感をもてたかどうか重要」という意見が寄せられている。

○結果のポイント⑥： モデル事業からみた今後の課題

- ・ モデル事業からみた今後の検討課題としては、次の2つの点が示された。1つは、アドボケーターと医療機関との間の情報共有のあり方、また、アドボケーターとして本人から聴いた話をどこにどう繋げていくのか、その判断は誰がするのか、といったことのルール化の必要性である。
- ・ 2つめは、医療機関内の人員体制に関して、外部とのきめ細やかな連携をとっていくためには、医師、ナース、コメディカル等のゆとりある人員体制が求められている。

第4章 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の提案

1 精神障害者の意思決定の助言・支援についての調査研究事業

本調査研究事業は、「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。

2 意思決定の助言・支援のフロー【例】の作成

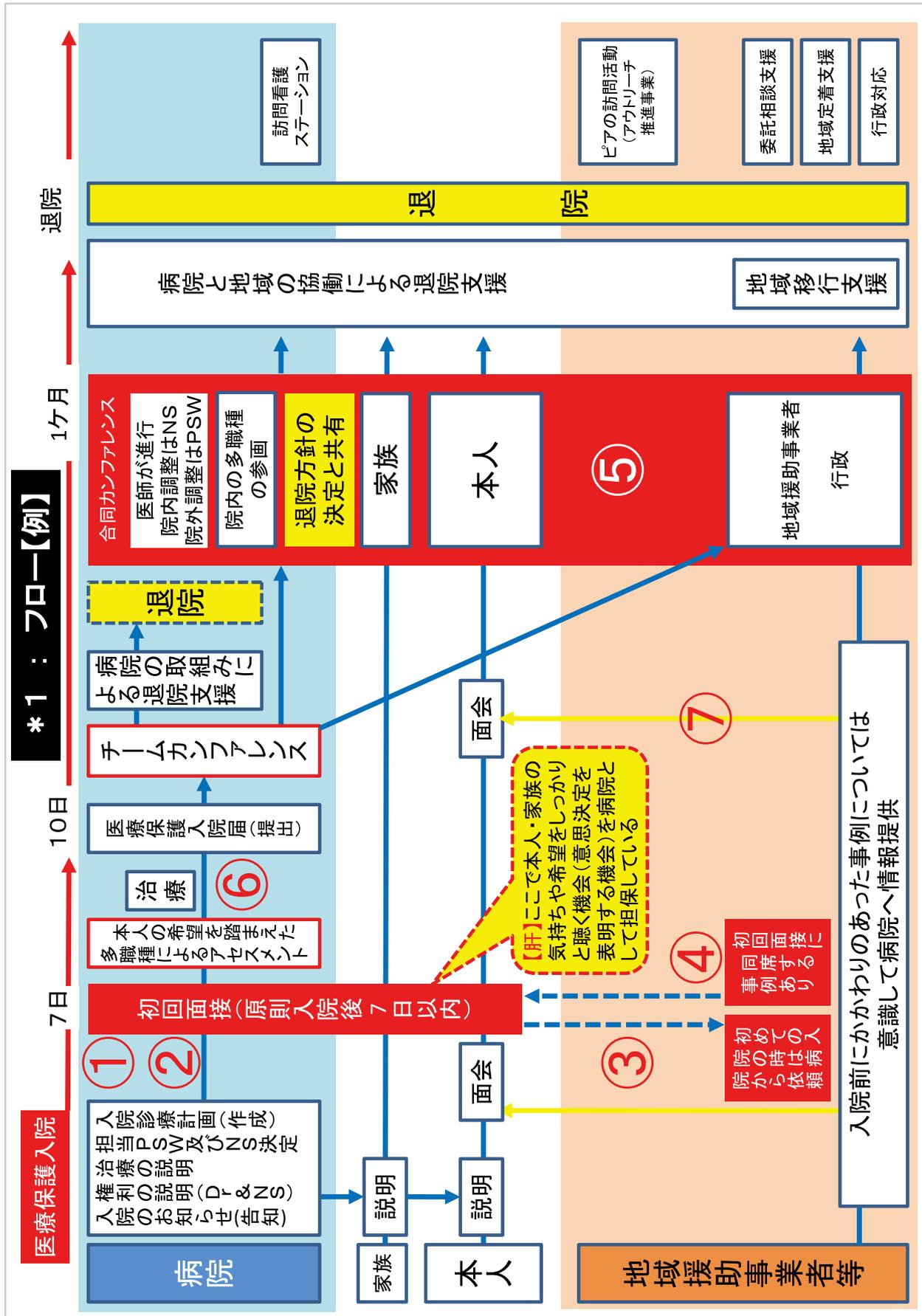
本事業では、意思決定の助言・支援を行っている先行事例（3カ所）を通じて、医療機関も現状の制度の中で意思決定の助言・支援を行っていることを確認した。また、調査の結果、「意思決定の助言・支援」が治療環境を整える重要な位置づけとして機能していることが明らかになった。これをもとに、意思決定の助言・支援のフロー【例】を作成した。

医療機関のこのような取り組みは、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。今般の法改正では、医療機関は財政的な裏付けがないなか、退院後生活環境相談員、地域援助事業者の紹介、院内退院支援委員会を行う定めがあることから、このような権利支援への財政的な裏付けも急務であると考えられる。

医療機関の権利支援の特徴点は、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

の方向感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。（必要に応じて地域を活用している）

*上記①～⑦は、次頁フロー【例】の番号を示しています。



3 意思決定の助言・支援のフロー【案】の作成

この意思決定の助言・支援のフロー【例】をもとに、第3回検討委員会で協議した。この内容については、P74を参考にされたい。そのうえで、検討委員会は前提条件を示したうえで、検討時点で一般的に使用可能と考えられる支援フロー【案】を作成し、提案する。

(1) フロー【案】の前提条件として確認しておくこと

意思決定の助言・支援のフロー【例】にある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。今般の法改正では、医療機関は財政的な裏付けがないなか、退院後生活環境相談員、地域援助事業者の紹介、院内退院支援委員会を行う定めがあることから、このような権利支援への財政的な裏付けも急務であるとする。

念のため確認しておくが、医療機関に何か問題があるから本人の意思決定の助言・支援者等が必要ということではない。非自発的入院において、本人は入院を同意していない状態であるので、医療機関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はある。責任や立場の違いを超えた範囲で本人の権利支援としての意思決定の助言・援助のあり方について、今後、制度化にむけた議論を行う場合は、立場の違いなどを含めたコンセンサスと十分な財政的な裏付けが必要である。

以上が今回のフロー【案】を作成する上での前提条件である。

(2) フロー【案】について

【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する。

【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】

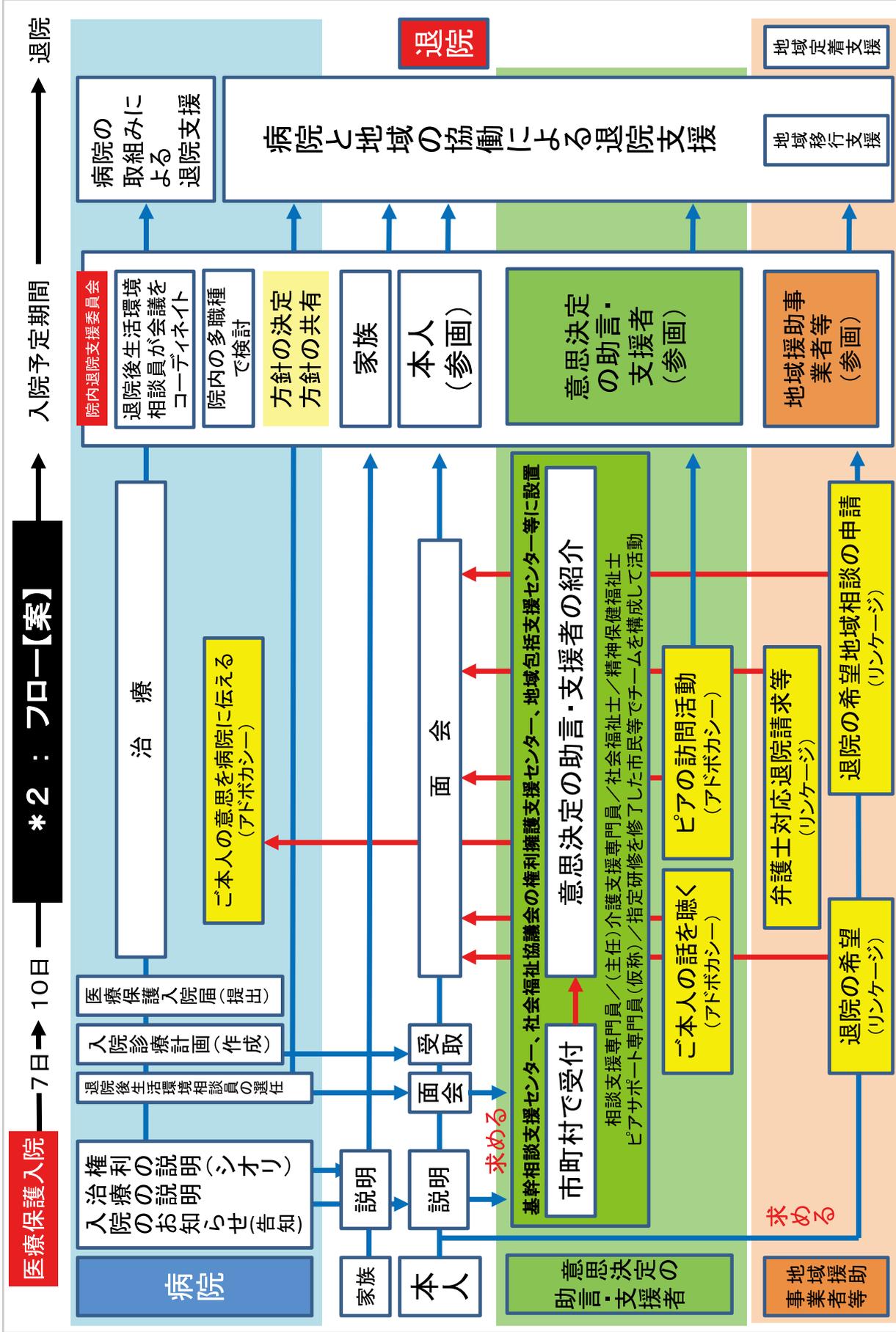
ピアサポーターの中心的な活動は寄り添い型の支援であると整理する。ピアサポーターについても、都道府県による所定の養成講座を修了することを条件とし、機関に所属したうえで仕事としての活動であることを基本とする。

【意思決定の助言・支援者へのアクセス】

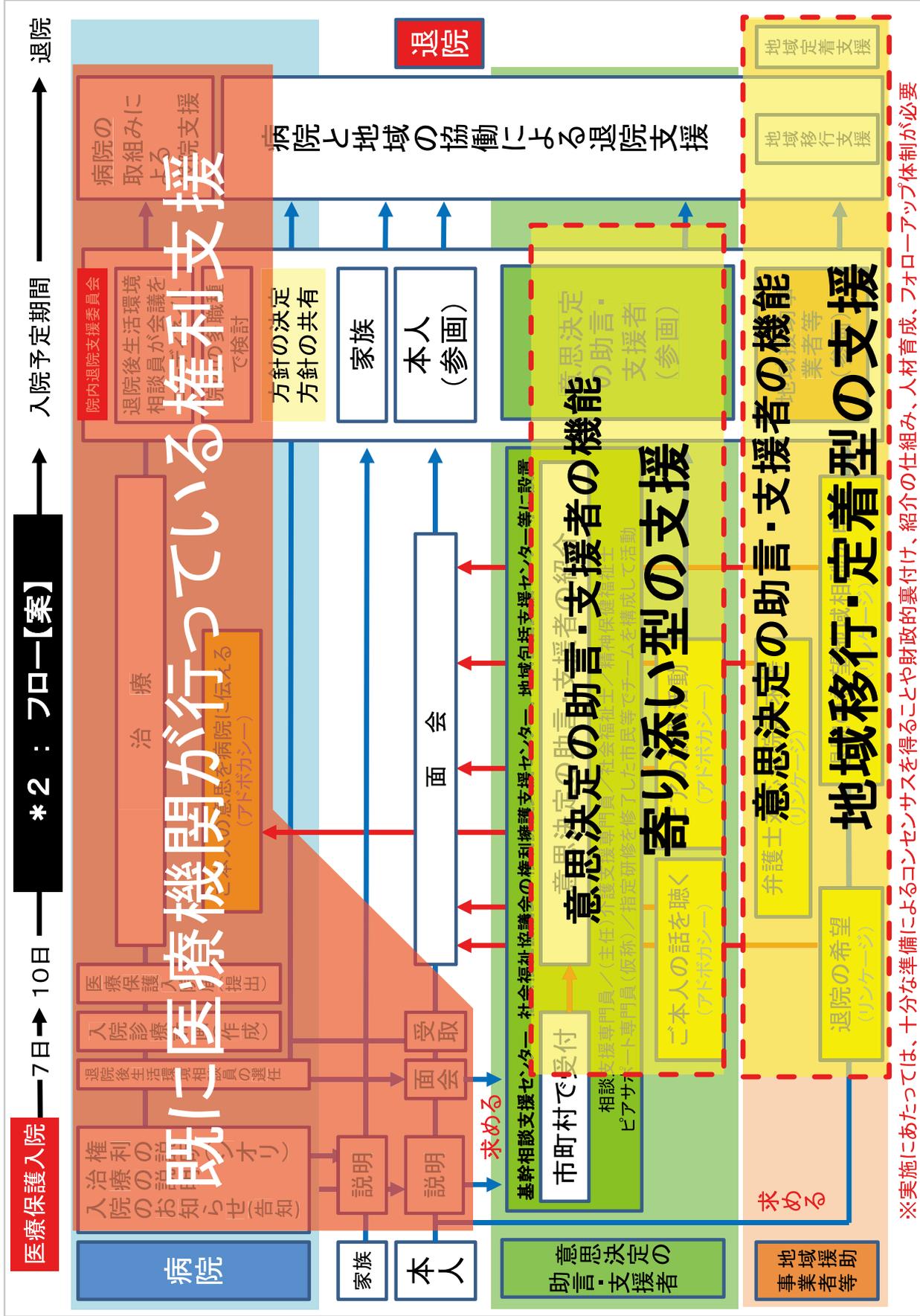
意思決定の助言・支援者へのアクセスについては、医療保護入院の告知の際の説明に加えるものとして位置付けることとして、必要な情報を確実に届ける重要な役割は、特に退院後生活環境相談員に位置付けることが適当と考える。医療保護入院者は、意思決定の助言・支援者を入院時と限定せずに入院後どの時期においても利用できるものとする。

【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、できたらいいなど思うこと。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。



※実施にあたっては、十分な準備によるコンセンサスを得ることや財政的裏付け、紹介の仕組み、人材育成、フォローアップ体制が必要



※実施にあたっては、十分な準備によるコンセンサスを得ることや財政的裏付け、紹介の仕組み、人材育成、フォローアップ体制が必要

4 今後の課題と提案

医療機関は制度がない中でフロー【例】のように権利支援に取り組んでいる。しかし、本人は入院を同意していない状態であることから、医療機関が、最大限努力してもその責任を超えた範囲での本人の権利支援が必要であることを確認した。そのうえで、今後、制度化にむけた議論を行う場合には、現状の医療機関が行っている権利支援も含めた十分な財政的な裏付けとコンセンサスが必要であることを前提条件としてフロー【案】を作成した。

このフロー【案】に示すことができなかつた課題を挙げておきたい。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、医療機関に出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。これらを踏まえたうえで、導入の要否には、時間と慎重な議論、コンセンサスが必要であると考ええる。

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必要がある。

なぜ、意思決定支援者が必要なのでしょう？

皆さんご存知の通り、医療保護入院は自ら休息を求めた入院ではありません。

しかし、当事者の立場からすれば、どんなに病状に苦しめられていても、自分の意思は必ずあるのではないのでしょうか？ ただ苦しいが故に上手く伝えられない。この時期の患者さんはきっと様々な混乱の中にいることが多いので、伝えたいことは山ほどあっても簡潔にまとめることはとても難しい状態にあること、その状態の本人の思いを受け止めるには、聴く側もそれだけの時間が必要になりますが、医療従事者がひとりの患者さんにとれる時間には限りがあるため難しい。だからこそ、その思いに耳を傾けてくれる第三者が必要であり、聞いてもらえることこそが、その人の希望や安心につながるのではないかと私は思います。そしてその意思決定支援者を自分で選択することができれば尚良いと思います。

原田幾世

本人の意思決定支援にかかわるピアスタッフへの期待

入院している方の意思決定の支援にピアスタッフがかかわることは、当事者の方がリカバリーのステップを歩いていくうえで欠かせないことのように思います。

急性期の時に家族や看護師の方の対応によっては、入院している病院に不信感をもってしまう場合もあり、そんな時に寄り添い、話をきける第三者的な役割ができるのではと思います。

様々な関係機関の方々とピアスタッフがチームを組んで支援する際にも、医学的な先入観にとらわれず、当事者の方の話を聞けるのはピアスタッフの役目だと思います。

ピアスタッフに期待することは、自分たちが体験したつらい思いを入院している方のできるだけさせないことができること、そして仲間として受け入れて、回復への道のを伴走していただけることです。

ピアスタッフの実績はまだ世間的にはあまり評価されていません。

ピアスタッフはピアスタッフとしての支援の仕方や、リカバリーのための知識や方法を身につけて、支援チームに入れるように力をつけて行ってもらいたいと思います。

伊藤嘉彦

精神障がい者の意思決定支援の助言・支援を担う人材の養成及び実施について。の感想

今回の検討委員会に参加させていただいて、思うことは、医療保護入院をした時の当事者への対応の仕方が大事だと思います。

当事者が急性期の状態の時に、だれが当事者の入院までの経緯を医師に伝えるかという点で、家族が保護者として特定されていたら、当事者と家族が離れて暮らしていた場合など、正確な情報の聞き取りができないのではと思います。

本人からの聞き取りを十分にするという点では、医師が話が聞ける状態をどういう状態というのかわかりませんが、それまでは薬で鎮静化するやりかたでは、過鎮静の状態におきつけられた結果、本来の当事者の性質も失われてしまうように思います。

医師や看護師の常識の判断で対応された場合など、全ての医療関係者が統一された常識などないわけで、当事者が医療関係者の常識を超える社会的能力を持っている場合など、どう対応するのでしょうかと思います。

なので、当事者の入院までの状況を正確に把握できている家族以外の方が必要だと思います。

医療関係者や福祉関係者とかかわりを持っている当事者はいいですが、入院する方の中には全く接点を持たない方も多いと思います。まして初回の入院が医療保護入院となると、どのように、当事者のことを把握できるのか疑問です。他の疾病は検査で把握できますが、精神の場合、本人の発言や行動から判断されると思うのですが、その発言した情報の真意を確かめる手段としても、代弁者の必要性を感じます。

PSWの方の意見に、ピアサポーターは不適格ではという意見がありましたが、今現在活動しているピアサポーターの実績を知らないのではと思います。急性期の当事者に接した時にフラッシュバックして、体調を崩すのではとかという意見は、ピアを患者と同じ視点で見ているように思います。ピアの中にも PSW の資格を持っている方も大勢います。そういうピアは不適切なのでしょうか。それは差別にはならないのかと疑問に思います。

これからは医療機関にのみ、負担をかけるのではなく、地域で当事者を支援していくシステム作りが必要になってくるように思います。

伊藤嘉彦

本当に大切なこと

「退院したいところ」「退院後したいこと」「現在困っていること」も必要でしょうが、本人は不本意な入院をさせられているのですから、すぐにでも退院したい気持ちでしょう。であるならば、今後はこのような入院をしないためにどんなことが必要なのか、どんな環境が求められるのかが重要だと思います。

そのために院内・院外の支援者は何ができるのかも重要な課題ではないでしょうか。家族は退院を嫌がるのではなく、また再び同じようなことが起こってほしくないのです。本人も同様でしょう。

本人に寄り添って聴くことと同時に、必要な情報・知識をしっかりと伝えることも大事かと思いますが、家族支援も同時に必要です。

良田かおり

第三者が関わることの意味の大きさ

私は、医療提供者でも支援者でもない利害関係のない第三者として患者の話を傾聴し、患者に寄り添う存在として活動する人が、本人の意思決定のために必要な存在であり、日本の精神科医療そのものを変える存在になりうる可能性を感じています。特に、非自発的入院においては、そういった人にアクセスできる権利を保障することが必要と考えています。制度化に向けて、平成26年度は全国各地でモデル事業を実施して、制度化に向けて検討を加速すべきと考えています。

1週間での退院について受け入れられるかどうか不安だというご家族の意見は、家族の立場では、もっともなことだと思います。

本人とともに家族を支援する医療福祉体制が必要でしょう。そのために、医療機関も支援機関も努力されています。ケースによっては退院先を家庭にすることに無理があるのかもしれない。退院にあたり、ご本人と家族との調整をする支援者（相談支援専門員や病院のPSWなど）の役割が重視されることになると思います。

家族の立場で受け入れられないことであっても、利害関係のない第三者であれば傾聴することができます。退院について家族に不安があるケースについても、本人の想いを聞いて、適切な支援につないだり、想いを伝達する人の存在は必要だと思います。特に、非自発的入院の場合には、本人の権利擁護の観点から不可欠と考えています。

井上雅雄

精神科医療における看護者の役割

近年の日本では毎年、看護師国家試験に約5万人が合格し、全国の医療現場を中心に就労しています。しかし、医療の現場では新人看護師のバーンアウトや出産育児を機にした離職も多く、看護師不足は医療現場で長く継続している大きな問題になっています。具体的には、平成23年の看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の就業者数は約150万人、新規に資格を取得した者は約4.9万人、それに対して離職等による減少が約2.4万人で、平成23年の看護職員の就業者数の増加は、約2.5万人に止まっています¹⁾。

この数字を見ると、看護師不足は解消されたように思われるかもしれませんが、診療報酬改定のたびに急性期医療に対する評価が高まり、医師、看護師等の専門職を多く配置した病棟や病院が全国的に増えている状況が続いているため、看護師不足は解消されていません。

専門職の確保ということ言えば、精神科ではずっと以前から厳しい状況が続いています。平成23年度の看護職員の就業者数約150万人のうち、病院に勤務している看護職員は62%で約93万人ですが、その何割が精神科病院に勤務しているのでしょうか。平成18年度の調査では、精神科で就業する看護師は全体の7.6%、准看護師は12.3%でした²⁾。これは、常勤の看護師・准看護師の数だけの割合ですが、日本の病床の5分の1を占める精神科で働く看護者（看護師・准看護師）の数は全体の10分の1程度ということになり、決して多くないことがわかります。その結果、「少ない看護者で多くの患者さんをケアする」という状況が日本の精神科医療の現場では、今なお続いています。精神科医療においても、一般医療と同じように急性期医療が促進され、手厚い人員体制で短期間で退院をめざす病棟が増えてきました。全国の精神科病院でも、少しでも早く患者さんを地域に帰す体制をとりたいと考えていますが、そこには精神科医や看護者の確保が難しいという壁が立ちはだかっています。また、長期入院の患者さんが多く入院している精神療養病棟は、比較的少ない人員体制が基準となっています。本来なら、入院が長期に至ってしまった患者さんの退院を準備する病棟にこそ、多くの専門職を配置し、地域移行を進めていかなければならないのに、実際には逆の状況が生まれています。

私たち看護者は、「24時間、患者さんの側にいる専門職」とは言われますが、実際には3交替制で勤務しています。それに休日を加えると、日勤で働く日数はそれほど多くはありません。1日8時間ずつをチームで分け合って、24時間のケアを行っているというのが実際です。精神科では、それぞれの看護者が患者さん数人を担当する「受け持ち制」で行っている病院の割合が多いと思われます。これは、担当の看護者が立てる看護計画を基

にケアを進めていく方法で、担当の看護師が夜勤や休日の時には、チームの他の看護師がその日のケアを実践していきます。しかし、その看護師も自分の受け持ち患者さんがおり、また、患者さんへの直接ケア以外の診療の補助をはじめとする業務も同時進行で行わなければならないという状況があります。そのため、看護師の患者さんへの直接ケアは継続的に行うことが難しく、様々な業務で分断されてしまうという実態があります。しかし、入院直後の急性期症状の激しい状態のときからケアを行い、病状の回復を支援することが看護師の役割ですので、患者さんの側にいる時間を少しでも多く確保し、患者さんの話をゆっくり聴いて、患者さんの不安の解消や夢の実現のお手伝いをしたいと全ての看護師が考えています。

そのためには、三交替の勤務に追われる現状を改善し、一人ひとりの患者さんを担当する看護師の役割を実行するための工夫が必要だと思っています。例えば、精神科看護師の職能団体である当協会では、「精神科認定看護師」を養成しています。これは、複合的な課題を抱えて早期の退院が難しくなっている患者さんに対してよりよい看護を提供するよう訓練された看護師です。精神科認定看護師が、患者さんを担当している看護師をサポートすることも1つの工夫です。看護計画の立案や実施に行き詰まりを感じたり、困難な状況が発生したときに精神科認定看護師が助言したり、ケアを代行することで、個別ケアが中断されることを防ぐ仕組みです。このような工夫に関する研修会に、全国からたくさんの看護師が参加しています。これからは、看護師自身が自己研鑽して厳しい現状を打破していかなければなりません。そして、患者さんが自分の思いを語り、一緒に実現していくサポーターとして選ばれるようにさらなる努力をしていく必要があると考えています。

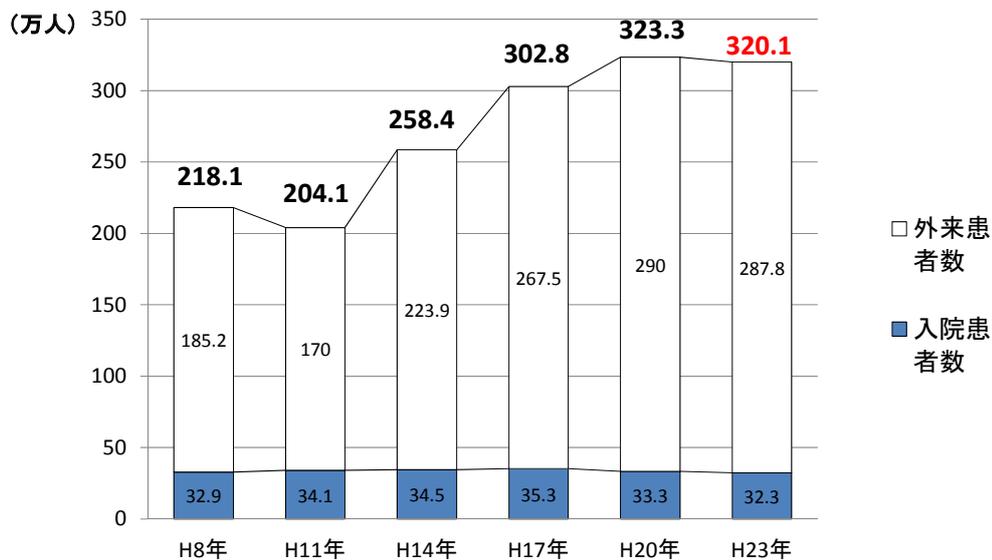
- 1) 厚生労働省医政局看護課調べ
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神・障害保健課調べ

仲野 栄

精神科の医療サービスについて

現在、精神科を利用される患者さんは主に外来患者さんです。以下に示すように、全部で320万人、2番目のグラフで分かるように、外来だけでおよそ300万人です。ここにいる患者さんは、2番目のグラフの通り、ストレスや気分障害圏（うつ病）の患者さんが全体の半分以上です。

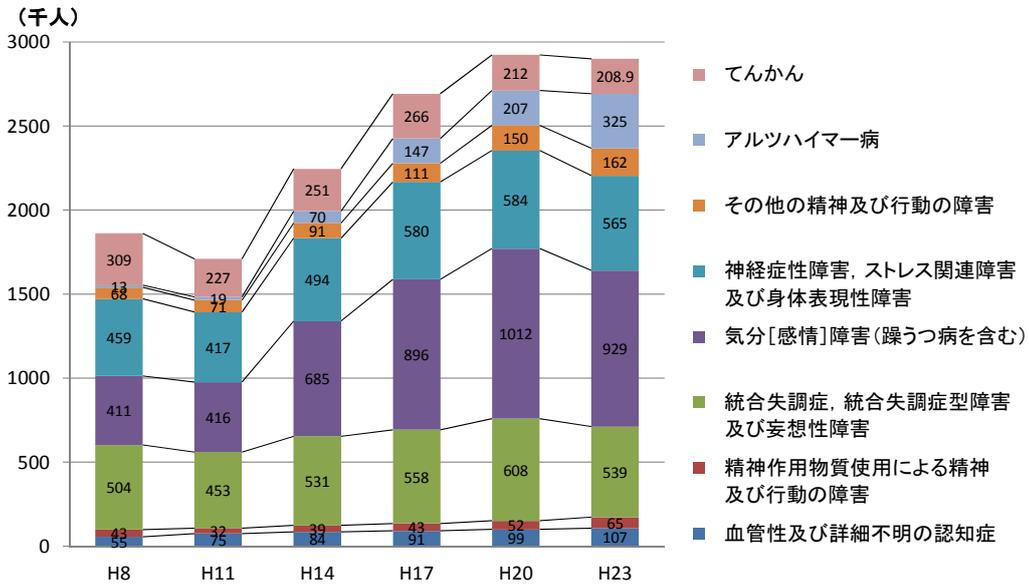
精神疾患の患者数 (医療機関にかかっている患者)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：患者調査 1

精神疾患外来患者の疾病別内訳

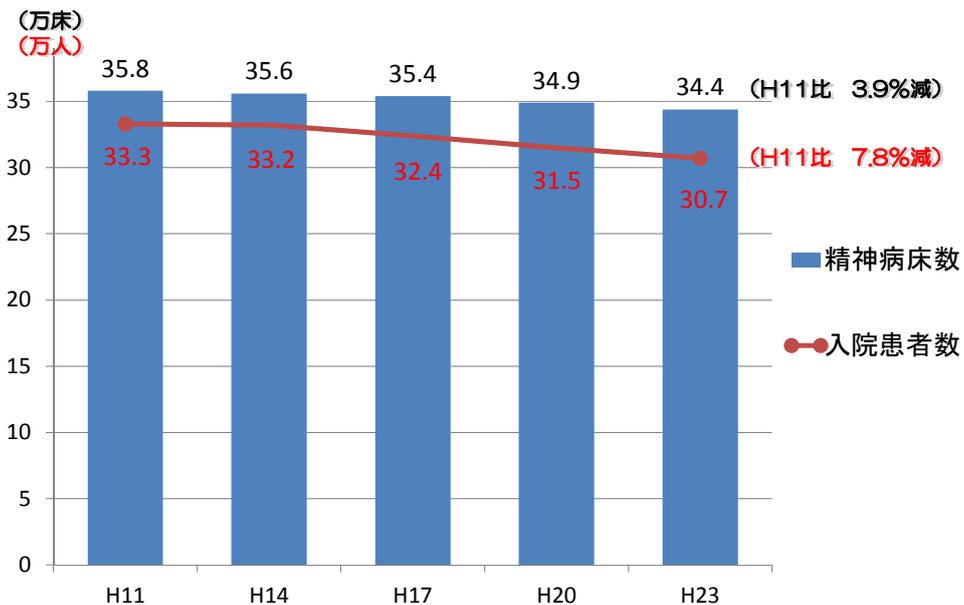


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：患者調査

入院患者さんについては、病床数は 34 万床と微減ですが、入院患者数は 30.7 万と減少してきています。要因は、平均在院日数の低下です。たとえば、1 人が 200 日入院していたところを 100 日しか入院しなくなれば、必要な病床数は 半分になる計算ですから、平均在院日数の短縮は大きな要素になります。

精神病床数および入院患者数の変化

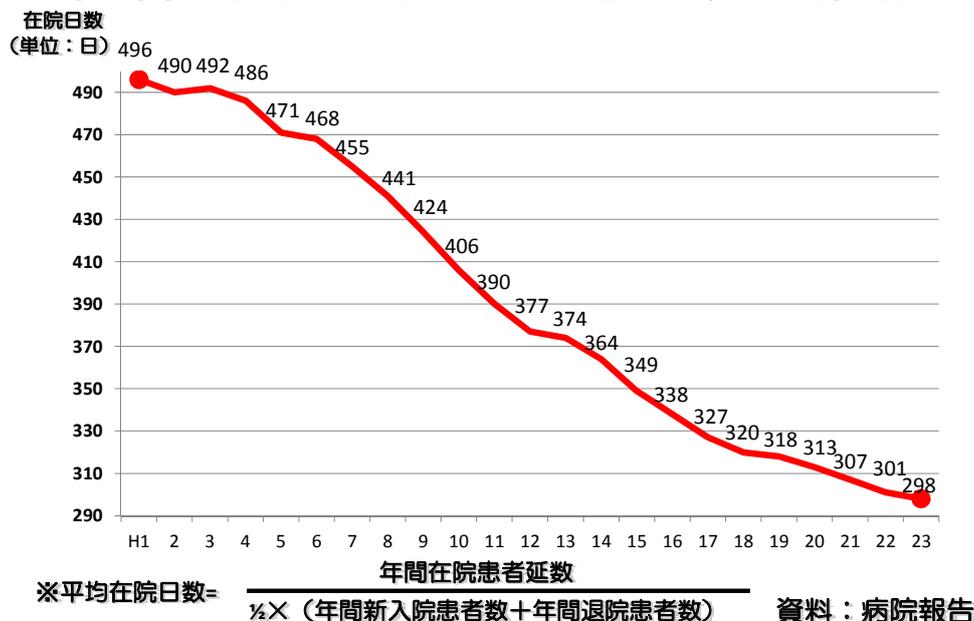


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：病床数-医療施設調査 入院患者数-病院報告

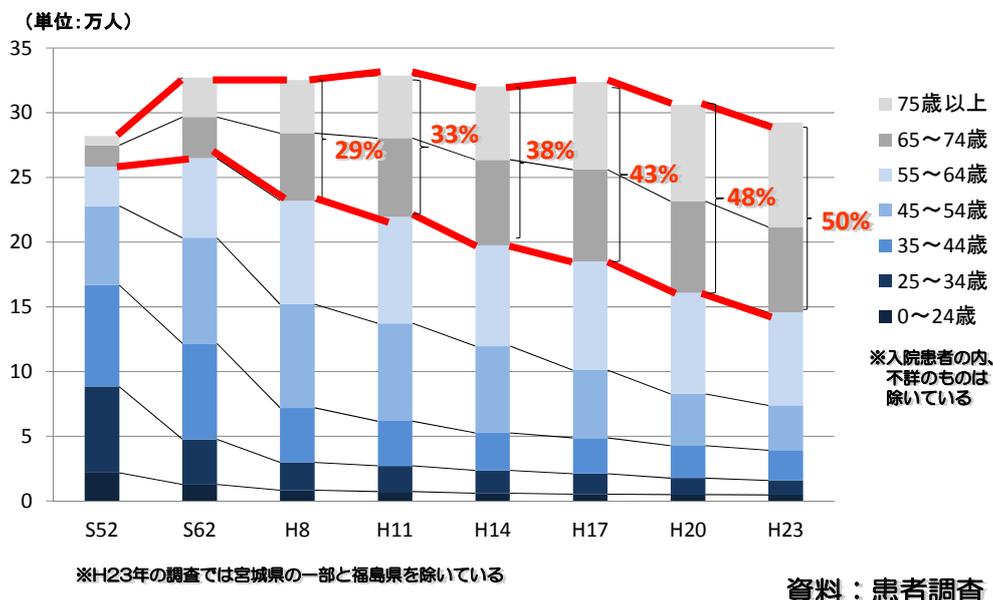
以下が平均在院日数の変化ですが、平成元年から、直線的に低下して一時の5分の3になってきています。

精神病床の平均在院日数の推移



これに加えて入院患者さんの高齢化が以下のグラフのように進んでおり、高齢化は、癌や糖尿病、脳卒中など体の病気を増やしてきています。

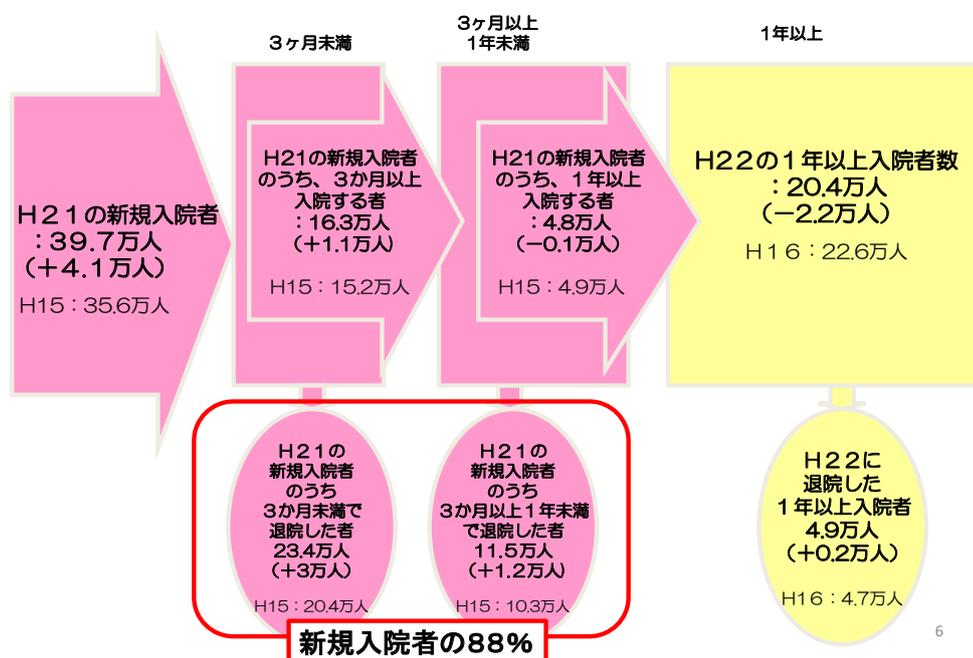
精神病床入院患者の年齢分布



一方、新規入院患者は、年間で40万人となり、毎年増加しています。この中には、平均在院日数が短縮して繰り返し入院する人も増えていますが、精神科への受診、入院が初めての患者さんを多く含みます。この40万人の人の23万4千人が3か月で、1年以内には35万人が退院しています。そして、5万人がいわゆるニューロングステイとなってしまいます。そのようにならないようにするための様々な院内活動があり、病院としてもその活動を継続しているところです。黄色の部分のいわゆるオールドロングステイの人たちは、高齢化している人達で、それでも毎年5万人が退院されますが、介護施設に退院されたり、身体科の病院に転院や死亡という形で退院されたりすることが増えてきていると思います。

資料：平成22年精神・障害保健課調より推計

精神病床における患者の動態の年次推移



また、新規患者さんやご家族のもつ精神科病院のイメージも変わり、一般科の病院に入院した気分で、10人以上の赤ちゃん連れで、面会にいらっしゃる家族も珍しくありません。日曜日の病院ホールには、子供が走り回り、何家族もが面会を楽しんでいます。場所がないくらいに、混雑する日もあります。

このような現状であるため、精神科病院は変わらざるを得ない状況にあります。変わっている病院が特殊ではなく、変わらない病院が特殊な状況です。

病院施設は、患者さん本人も実際に見て、薄気味悪い、お化け屋敷のような病院には入院を拒否されます。家族も、熱心に事前の見学にこられる場合が多いので、不適切な入院環境では入院は成立しません。当然のことです。多くの精神科病院はここ20年で、建て替

えが進み、ホテルのような快適な療養環境の病院が増えてきています。保護室も15㎡くらいのところが多く、木目調で、天井は高く、照明や採光を明るくして、開放的な印象のところが増えていきます。昔は自殺予防や危険回避の観点から便器が丸見えのレイアウトでしたが、今のトイレはプライバシーが守られ清潔を保つために高価なステンレス製の洋式のものを使用しています。監視カメラも安全のため設置されていますが、カメラレンズが気にならないように特殊な形状になっています。ナースコールなども設置され、いつでも看護師を呼べる体制です。特に、拘束中は看護師が頻回（多くの病院は15分間隔）に訪室し、じっとしていると発生するエコノミークラス症候群（肺塞栓を起こし、場合によっては死に至る病気）の予防のために、下腿の観察やマッサージを行っています。このエコノミークラス症候群の発生リスクが高い場合には、抗凝固剤の注射薬を使用する必要もあり、出血などさらに細心の注意が必要になります。高齢の患者さんが増える中で、リスクの高い拘束看護師も医師も1分1秒でも早く、拘束を解除しなければいけない緊迫した状態となります。安易に拘束をする時代ではないのです。

また幻覚妄想状態であっても、患者さんたちは、この急性期に行われた治療の記憶をしっかり持っていることを我々は知っています。ここでのマイナスイメージは、その後の患者・治療者関係に大きな影響があるため、特別に注意をして対処しています。たとえば、拘束や点滴、注射、服薬など、患者さんの協力をいただかなければならない行為については、多くの時間を説明に費やします。コンプリヘンシブトリートメントという考え方で、患者さん（および家族）と一緒に医療スタッフが共同体を形成して病気に立ち向かう、そういう理念が今の精神科病院にはあります。さらに、薬についても、以前は服薬コンプライアンスという表現で、どのくらいきちんと飲んでいるかということを重視していましたが、最近ではアドヒアランスという言葉に変わり、患者さん本人がどう納得して、薬の効用・副作用を分かって積極的に服薬していただくかという目標が変わってきています。投薬方法も、以前は押さえつけて鎮静剤を打つということが行われていましたが、今は水薬やザイディス錠といって、ラムネお菓子のように口の中で甘くすつと溶けるタイプの薬剤も登場し、これなら飲んでも良いという患者さんがほとんどです。

落ち着いた患者さんたちは、携帯電話を片手に、イヤホンをしながら散歩している風景が当たり前です。長期の患者さんたちも、昔のような薬剤によるパーキンソン症候群の人は少なくなり、普通に歩いて、笑って生活されています。退院患者さんが外来にきたついでに、病棟に顔を出して、幸せそうに現在の生活ぶりを話している姿はほのぼのします。それが、また次の退院への希望につながっていくように思います。

長期高齢患者さんの退院準備には、IHのコンロなど、火災防止の観点も必要になります。見たこともないIHのコンロを病棟に持ち込んで使い方の練習をしたり、エアコンのリモコンの使い方、ウォシュレットの使い方、ベッドばかりの生活ですから布団の敷き方も必要になることもあります。そんな様々な細かな援助をしながら、皆で安全な退院をすすめているつもりです。退院したあとも、すでに退院している患者さんの輪にはいり、地域の人達とも、うまくなじんでいくような支援も必要です。退院支援は、多くの時間を要しますが、とにかく丁寧に行わなければならないと思っています。

平川淳一

医療機関の立場から

今回の調査研究の末席に加えて頂いたことに心から感謝いたします。地域移行支援を進めてきた医療機関の立場から一言申し上げます。

今回の精神保健福祉法の改正および付帯決議は、保護者規定の廃止、退院後環境調整員や地域援助事業者の設定など、賛否はあるものの概ね当事者や家族に対して、人権に配慮した福祉的側面の強化であったように思います。入院医療から地域支援へ、慢性期医療より急性期医療へシフトするように誘導がなされる中、医療の中心に福祉的配慮を求められることはややもすると、医療現場での業務の混乱を来し、安全性や効率性の問題を問われかねないと考えられるかもしれません。

しかし、在院日数の短縮と同時に質の高い入院医療を目指そうとすると、これまでの医療のみの力では限界が見えてしまうことも事実です。当事者、家族が安心して退院、地域生活が送れるためには、すでに入院時からこれからの地域生活に配慮した取り組みや支援が求められています。その意味では、今回の法改正は、より人権に配慮したものであると同時に、精神科医療の質も高める可能性があると考えて良いかもしれません。

日本精神神経学会の見解にもある通り、法改正の理念に沿って、この新しい制度がきちんと実効性を発揮するためには、本来は十分な人材と経済的裏付け、財源が必要と思われれます。意思決定の助言・支援の制度化についても、まだ十分な議論が尽くされているわけではなく、今後時間をかけてコンセンサスを形成していく必要はあると思います。まず、今回の調査研究を通じて、意思決定の助言・支援の導入について、医療と福祉の立場から一つの具体的なイメージ形成ができたことは大変貴重であったと感じます。研究の協議のプロセスでも、拮抗するのではなく、協働的な働きかけによって、皆さんの意見が集約されてきたことは、極めて今日的である印象です。これを嚆矢として次の議論が熟成されていくことに、医療機関としても期待を寄せたいと思います。ありがとうございました。

上島雅彦

参考 第3回検討委員会の協議内容

【意見交換の前提】

- ・前提として、医療機関に問題があるから本人の意思決定の助言・支援者等が必要ということではない。
- ・意思決定の助言・支援のフロー【例】は、医療機関の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。
- ・今般の法改正では、病院は財政的な裏付けがないなか、退院後生活環境相談員、地域援助事業者の紹介、院内退院支援委員会を行う定めがあることから、このような権利支援への財政的な裏付けも急務であると考えます。
- ・ここでの議論は、非自発的入院において、本人は入院を同意していない状態であるので、医療機関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はある。責任や立場の違いを超えた範囲で本人の権利支援としての意思決定の助言・援助のあり方について、今後、制度化にむけた議論を行う場合は、立場の違いなどを含めたコンセンサスと十分な財政的な裏付けが必要である。

【具体的な運用及び体制のイメージ】

- ・公平性、中立性を担保する第三者とすると、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で受付けることが妥当ではないか。
- ・既に医療機関が行っている権利支援を前提として考えると、医療保護入院しているかた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意思決定の助言・支援者を紹介し、派遣する仕組みはどうか。
- ・意思決定の助言・支援者の所属機関と責任の所在を明確化する必要がある。どこから、誰が、いくらで来てくれるのか等、紹介のルートが必要。適切な紹介や説明のためにも退院後生活環境相談員の役割は重要であると考えます。
- ・基幹相談支援センターや包括支援センターに機能を付帯する場合、実現にむけてはタダ働きではなく、経費をつけて人材を確保する必要がある。
- ・入院直後からピアが単独で役割を担うことよりも、岡山の実践のようにピアと専門職のペアで活動することは有効かもしれない。また、岡山では後方支援者として医師、弁護士等がバックアップする体制を整えている。
- ・いずれにしてもどのような立場の者が役割を担うにしても人材育成研修が必要であり、寄り添って話を聞けるということが大切。
- ・岡山の取組を普遍化とした場合は、職員として代弁者を配置するというのではなく、生活支援員的な位置付けで、関心のある方に登録していただく母体を設置し、母体をバックアップする仕組みを持たせるというイメージがある。

【具体的な意思決定の助言・支援者の活動について】

- ・意思決定の助言・支援者の活動ペースとしては、週1回がベター。必要で動くことよりも、曜日や時間を決める方法もいいのではないか。(岡山では土日の活動が多かった)
- ・自ら意思決定の助言・支援を求められる方については意思決定の助言・支援者が不要ではないか。
- ・意思決定の助言・支援者の訪問するタイミングとしては、意思決定の助言・支援者の訪問を望む、望まないが客観的に判断できない状態であれば、無理に利用を進める必要はないと思う。つまり、意思決定の助言・支援を利用することを相談して決められる仕組みが必要だと思う。
- ・初回入院時の経験はその後の印象に影響を与えると聞くので、初回入院時こそ手厚い支援が出来るような仕組みが必要と考える。看護師も初回入院時については必要というコメントが多かった。初回の医療保護入院は確かに辛い経験であり、分からないことがあるだろうし、対応する者による違いもあるだろう。聞いて伝える人がいると本人が助かる場面も想定できる。
- ・ピアの立場からの意見であるが、医師が言っても聞かないが信頼できる知人に言われれば受け入れる場面もありうる。
- ・弁護士の場合、逮捕や拘留時は必ず弁護士の説明をし、呼べることを告知する場面を設ける仕組みが出来ているが、意思決定の助言・支援者を呼べるんだということを仕組みとして明確化するのが良いのではないか。また、理解の可否にかかわらず案内等に記載し、必要であれば繰り返し説明することが必要ではないか。
- ・意思決定の助言・支援者を求めるタイミングは入院初期だけに限らず、どのタイミングで求めても良いという仕組みになることが望まれる。医療保護入院の告知においても、症状に照らして告知が延期できることから、医療及び保護を図る上で支障があると認められる間の取り扱いについては、検討を要する課題。

【まとめにかえて】

- ・何よりも自分の話を聞いて欲しいと思うことが本人の中に残っていることが大切。
- ・医療保護入院については、医療機関でも制度がない中でフロー【例】のように努力・工夫をして取組んでいることがわかったが、本人は入院を同意していない状態であるので、医療機関が、最大限努力してもその責任を超えた範囲で、本人の権利支援が必要である。
- ・趣旨はよく理解できる。医療機関と患者の間にどうしても越えられない壁があることもその通りと思う。
しかし、十分な準備や予算などがなく、医療機関も含めて納得がいくような条件がなければ現場に混乱が起き、医療は逆に停滞を招くと思う。導入ありきの議論は反対。導入の要否には時間と慎重な議論、コンセンサスが必要である。
- ・現状では制度のない中、病院と地域支援者がそれぞれに必要なに迫られて意思決定の助言・

支援を行っているが、二重拘束（ダブルバインド）の状態にあり、真の意味での公平性・中立性を担保できていない。

- ・ダブルバインドの状態では、純粹に本人の立場に存在するには本人の意思決定の助言・支援をすることが仕事になっていないとできない。
- ・つまり、第三者が必要であり、本人の求めに応じた意思決定の助言・支援の仕組みが必要である。

***ダブルバインドとは**

二つの矛盾した命令を受け取った者が、その矛盾を指摘することができず、しかも応答しなければならないような状態。英国生まれの米国の文化人類学者グレゴリー＝ベイトソンが1950年代に提唱した。

例) 「ご本人の希望は〇〇です」と NS や PSW が述べた時に『君が責任をとるならばいいよ』とか『君はどこで働いているんだね』と言われてしまうとしたり、どうしても本人の立場に立てない。

II 医療保護入院に係る家族に関する調査

第1章 事業目的

家族は、ご本人の意思決定の助言・支援を行う上で大きな役割を果たしていると思われるが、今後の保護者制度の廃止、医療保護入院制度の見直しにより、ご家族の関係に変化が生じることも予測される。本調査は、現行の医療保護入院に際しての入院同意、保護者選任等における家族内での意見相違の実態について把握することを目的として実施した。

第2章 実施内容

(1) アンケート調査

1) 調査対象と調査方法

都市部2地区の家族会（計22団体）の協力を得て、郵送調査をおこなった。家族会会員151名に郵送し48名からの回答を得ることができた（返信率31.8%、有効回答率100%）実施期間は平成25年11月から12月である。

2) 調査内容

主な調査項目は①調査回答者（家族）属性（本人との続柄）、②家族（患者）属性（入院回数、医療保護入院回数、医療保護入院の延べ入院期間、性別、年齢、病名、現在の住まい、同居者、日中のすごしかた）、③医療保護入院時の家族間での意見の相違の有無、その内容、相談先、顛末、④治療から退院に至るまでに家族間での意見の相違の有無、その内容、相談先、顛末、⑤自由記述となっている。

3) 倫理的配慮

本調査は、本研究事業のために当法人内に設置された「精神障害者の意思決定支援の助言・支援を行う人材の養成及び実施について」検討委員会の倫理的審査において承認を得たうえで実施した。また、調査依頼文書に個人が特定されることは決してないことを明記し返信をもって調査の同意が得られたとみなした。

(2) インタビュー調査

家族間の意見相違について、アンケートの内容を深める目的で、複数の家族に対して訪問によるインタビュー調査を実施した。調査実施は平成26年3月である。

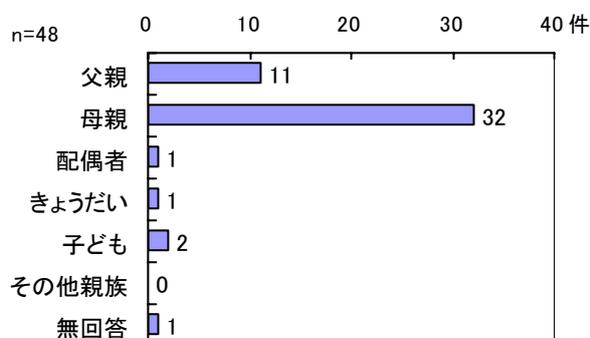
第3章 調査等の結果

(1) アンケート調査結果

1) 回答者属性

調査回答者の属性は、母親 32 名 (66.7%)、父親 11 名 (22.9%)、子ども 2 名 (4.2%) となっていた (表 II-1)。

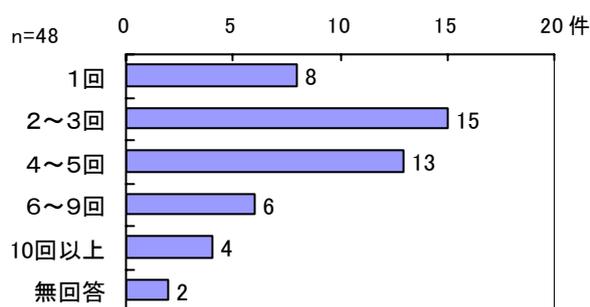
【図表 II-1】 回答者属性



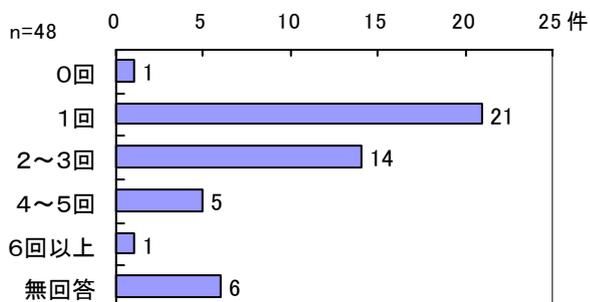
2) 入院について

本人 (患者) の入院状況について、精神科の入院回数は 2~3 回が 15 名 (31.3%) 4~5 回が 13 名 (27.1%)、1 回が 8 名 (16.7%) となっていた (表 II-2)。入院総回数のうち、医療保護入院の形態で入院した回数については、1 回が 21 名 (43.8%)、2~3 回が 14 名 (29.2%)、4~5 回が 5 名 (10.4%) であった (表 II-3)。医療保護入院の延べ入院期間は、半年以内が 21 名 (43.8%)、半年~1 年未満が 10 名 (20.8%) であり、1 年以内が全体の 6 割を超えていた (表 II-4)。

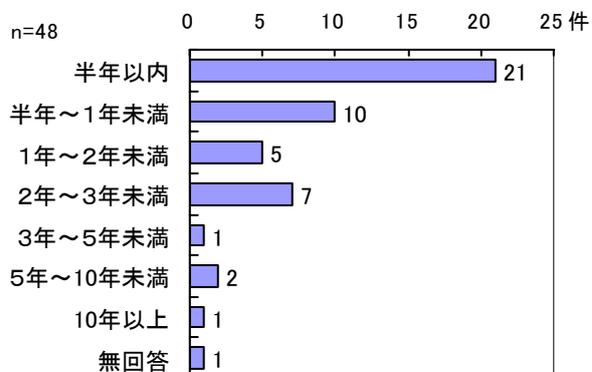
【図表 II-2】 精神科への入院回数



【図表 II-3】 医療保護入院の回数



【図表 II-4】 医療保護入院の延べ入院期間

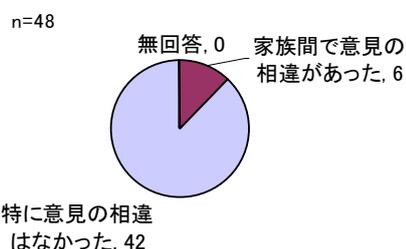


3) 医療保護入院時の家族間での意見の相違の有無

医療保護入院時に家族間での意見の相違があったかという設問に対しての回答は、「あり」が6名(12.5%)、「なし」が42名(87.5%)であった(表Ⅱ-5)。意見の相違があった6名を対象にその内容と意見相違の時期をたずねたところ、内容としては「医療保護入院の必要性」2名、「医療保護入院の同意」1名、「保護者の選任」1名であった(表Ⅱ-6)。意見相違の時期については「最初の医療保護入院時」が3名となっていた(表Ⅱ-7)。意見の相違があった際の保護者は親が5名であった(表Ⅱ-8)。顛末及び相談先については表Ⅱ-9、表Ⅱ-10の通りである。

【図表Ⅱ-5】

医療保護入院時の家族間での意見相違



【図表Ⅱ-6】意見の相違の内容

意見の相違があった点(複数回答)

	回答数
医療保護入院の必要性	2
医療保護入院の同意	1
保護者の選任	1
その他	0
無回答	4
合計	6

【図表Ⅱ-7】意見相違の時期

意見の相違があった入院時期

	回答数
最初の医療保護入院時	3
2度目以降の医療保護入院時	0
覚えていない	0
無回答	3
合計	6

【図表Ⅱ-8】意見相違の際の保護者

意見の相違があった際の保護者

	回答数
親	5
配偶者	0
きょうだい	0
子ども	0
その他上記以外の扶養義務者	0
保佐人・後見人	0
無回答	1
合計	6

【図表Ⅱ－9】状況と顛末（記載から内容を整理）

- ①初回の医療保護入院時（保護者は父親）に、医療保護入院の必要性、同意、保護者の選任について父と母の間の相違があった。家族会の先輩に相談して解決をみた。（具体的な相違内容、顛末については記載なし）
- ②初回の医療保護入院時（保護者は父親）に、医療保護入院の同意について、父親と母親の間の意見相違があった。（本人に病識がなかったことが意見の相違の背景にある。）
（具体的な相違内容、顛末については記載なし）
相談先は、警察（交番）の人：相談にのってくれて気持ちがほぐれた、
保健所：病院など紹介してくれた
- ③任意入院から医療保護入院（保護者は父親。医療保護入院3回経験）への切り替えに際して、嫁（義理の姉妹）と母親の意見相違。
本人も「入院したら良くなる！」との思いで、やっと入院を受け入れて日々が始まったが、入院して（任意入院から）保護入院に切り換わり、親は病院側の説明で致し方なしと裁判所の書類を整えたが、本人は保護室に入れられ、面接の際に、本人から「お母さんが私を邪魔で入院させたかったのでしょうか!?!」とか「こんな保護室に入って、もう自分は不幸で希望もない」「一生うらんで忘れない！」等と言われ、退院することが恐ろしい気分となった。（具体的な相違内容については記載なし）

【図表Ⅱ－10】相談先（複数回答）

相談先（複数回答）

	回答数
医療機関に相談	2
相談支援事業所に相談	0
地域の福祉サービス事業所に相談	0
ピアサポーターに相談	0
役所に相談	1
保健所に相談	2
その他に相談	3
特に相談しなかった	2
無回答	1
合計	6

【その他欄記入内容】

- ・警察
- ・家族会
- ・家族会の先輩

4) 治療から退院に至るまでに家族間での意見相違の有無について

治療から退院に至るまでに家族間での意見の相違があったかという設問については、ありが4名(8.3%)、なしが44名(91.7%)という結果であった(表Ⅱ-11)。意見の相違があったと回答した4名を対象に、意見の相違内容等についてたずねたところ、「退院について」3名、「治療について」、「治療費の支払いについて」「その他」が1名であった(表Ⅱ-12)。意見の相違があった時期については、「最初の医療保護入院時」が2名であり(表Ⅱ-13)、意見の相違があったときの保護者は「親」4名であった(表Ⅱ-14)。顛末、相談先については表Ⅱ-15、表Ⅱ-16の通りである。

【図表Ⅱ-11】 治療から退院に至るまでの家族間での意見相違



【図表Ⅱ-12】 意見の相違の内容

意見の相違があった点 (複数回答)

	回答数
治療について	1
退院について	3
治療費の支払い	1
その他	1
無回答	1
合計	4

【その他欄の記入】

- ・本人の気持ちに大きな欠落を作るのでは？

【図表Ⅱ-13】 意見の相違があった入院時期

意見の相違があった入院時期

	回答数
最初の医療保護入院時	2
2度目以降の医療保護入院時	0
覚えていない	0
無回答	2
合計	4

【図表Ⅱ－14】意見の相違があった際の保護者

意見の相違があった際の保護者

	回答数
親	4
配偶者	0
きょうだい	0
子ども	0
その他上記以外の扶養義務者	0
保佐人・後見人	0
無回答	0
合計	4

【図表Ⅱ－15】状況と顛末（記載から内容を整理）

- ①初回の医療保護入院（保護者は父親）の際に、入院後（治療開始後）に、入院したことについて、父親と母親の間で意見の相違があった。

（具体的な相違内容についての記載はなし）

（顛末）

本人は何故入院したのか疑問に思っていました。病院の勉強会、医師から病名を告げられ、入院して1ヶ月近くなったら、落ち着いて素直になった。

- ②2度目以降の医療保護入院（保護者は父親）の際に、退院について、親と姉の間で早期退院からくる不安による意見相違があった。

（顛末）

退院をして、家に戻るのではなく、将来1人住まい、自立を目指して生活訓練施設、その後グループホーム(地域の)を経て、現在は1人暮らしです。

【図表Ⅱ－16】相談先（複数回答）

相談先（複数回答）

	回答数
医療機関に相談	1
相談支援事業所に相談	1
地域の福祉サービス事業所に相談	1
ピアサポーターに相談	0
役所に相談	0
保健所に相談	0
その他に相談	0
特に相談しなかった	0
無回答	4
合計	4

【頼りになったこと、ならなかったこと】

- ・紹介してくれた病院に行ったら、土曜日で違う医院の医師がいて頼りにならなかった。
- ・入院中の在院の相談窓口での担当者の対応がとても良かった。

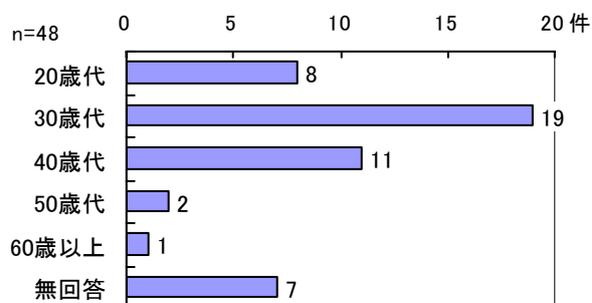
5) 本人（患者）属性

本人（患者）属性について、性別は男性 26 名（54.2%）、女性 22 名（45.8%）であり（表Ⅱ-17）、年齢は 30 代が 19 名（39.6%）、40 代が 11 名（22.9%）、20 代（16.7%）であった（表Ⅱ-18）。病名は統合失調症が 46 名（95.8%）であった（表Ⅱ-19）。現在の住まいは「自宅（持家）」が 31 名（64.6%）で（表Ⅱ-20）、同居者は「親（両親、母親、父親）」が 33 名（78.6%）という結果であった（表Ⅱ-21）。本人の日中の過ごし方については、「特に何もしていない、できない」が最も多く 17 名（35.4%）、次いで「日中活動系の事業所や地域活動センターに通っている」が 13 名（27.1%）、「家の手伝いをしている」11 名（22.9%）という結果であった（表Ⅱ-22）。

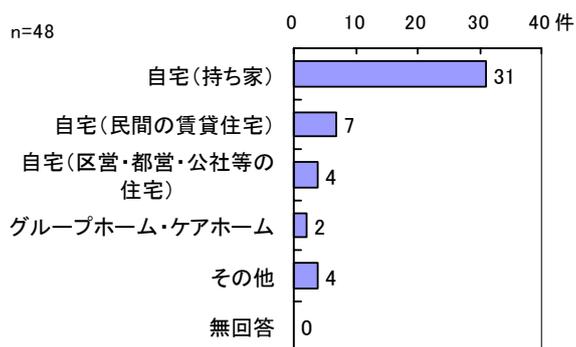
図表Ⅱ-17 性別



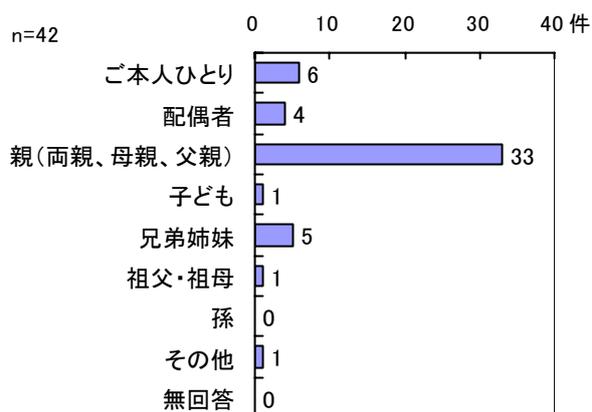
図表Ⅱ-18 年齢



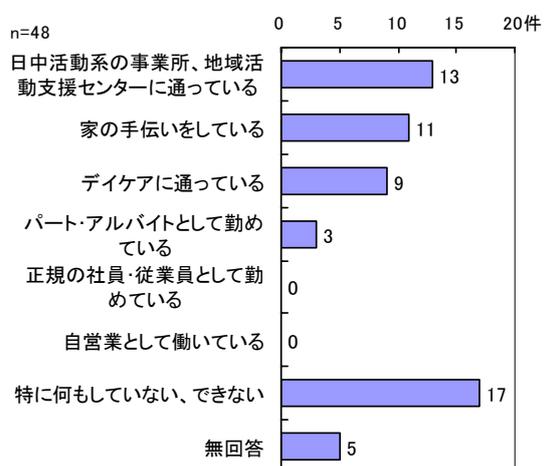
図表Ⅱ-19 住まい



図表Ⅱ-20 同居者



図表Ⅱ-21 日中の活動



6) 自由記述

医療保護入院に際しての本人と家族の意見の相違や対立で苦労したことについてたずねたところ 25 名からの回答があった。うち、24 名からの回答に本人と家族の具体的な意見相違、対立等の内容が記載されていた。本人が入院を望まないケースの苦慮や、病状悪化の際の家族の負担、退院後のケアの負担、家族のみでの本人への対応の限界などの記述がみられた。

自由記述（医療保護入院に際しての本人と家族の意見の相違や対立で苦労したこと）

《本人と家族との意見相違や対立など》

1	<p>・本人の病識が無く、入院をいやがり、入院させるのにとっても困った。2回目の入院～4回目まで。4回目は母親とは病院へ行かないと言って弟と車で行き、病院でいやがったが、病院で手配してあったので、入院出来た。</p> <p>・退院後のケアでまた大変です。病院～家でなく、その間に自立できる様な施設に入れるようにして欲しいです。何回も入退院を繰り返している状態で親の言う事は聞いてくれず（自立すること）、福祉の方に来て頂きたく相談しても本人が拒否している場合は、来てくださらず、何年も同じ状態で家に居て近所へ好きなものを買に行き、食べて肥満になっても内科の方に行かず困っています。親は高齢になり焦っています。精神科と内科との連携で見て頂けたらと、虫のよい考えでしょうか。何か手だてがあると良いですが。</p>
2	<p>・再発時と初めての発病時とは、少し状況が違っていました。初めての時は、親も何もわからず自殺の方向に飛び出す為警察を呼び、措置入院で入院しました。細かい事は忘れましたが、再発時はかかっているDr. の病院が開くまで待ち、騒いでいる子どもの声を聞き、Dr. からやむを得ず警察へとの指示で、警察に運ばれ指定医の診察を受け、病院（ベッドが空いていた）へ運ばれました。措置入院と保護入院の差はどう違うのでしょうか。いずれも本人の意思は働かない入院と思われるのですが。</p>
3	<p>・これまで、入院せざるを得ない時は、病状が悪化し混乱がひどくなっています。1回目の入院の時は、本人はかなり抵抗し、入院にこぎつけるまで2日間程度の不眠不休の説得を行いました。同居している私（夫）や子ども達は、早急に入院させることで一致していても、本人が混乱し、入院を拒否したケースばかりを体験してきました。</p> <p>自傷行為も何回も行う中で、やっと入院にこぎつけるというのが実態でした。今でも本人が混乱状態で入院を拒否し、家族は衰弱し、早期の入院治療を望む場合に対応できる支援が必要だと思います。</p>
4	<p>・具合が悪くなる程入院を嫌がり大変でした。病気になったのは親が悪いからと、これまた大変でした。薬を飲んででも良くならなかった。デイケアを紹介され、外に出るようになり快復してきました。5年かかりました。</p>
5	<p>・2回の医療保護入院の経験がありますが、特に意見の相違などで困った事はありません。ただ、初回入院の際は、全く会話が出来ない・かみ合わない・通じない・暴れる…という状況でしたので、措置入院になっても仕方がないレベルでの医療保護入院でした。病院まで連れていくのに大変な苦労がありました。</p>
6	<p>・入院時は、毎日帰りたいと電話がかかって辛かったです。退院の時は、本人は病状が良くなり考え方も変わり、医師にも素直に話をしました。</p>

7	<p>・本人に病識が不十分であった為、業者に依頼し病院への入院を説得。本人了承の上入院した。各回とも（1回目除く）業者を利用。現在退院し、グループホームで生活。病識を持てるところまで改善している。</p>
8	<p>・入院に関しても医療に繋がらない時があり、警察にお願いして入院に付き添って頂いた事もある。</p>
9	<p>・本人の同意が得られないことで辛かったが、結果的には本人も状態が好くなって冷静に考えられる様になり、「入院して落ち着いた」ことにより、「医療保護入院」という形を受け入れてくれた。</p>
10	<p>・受験した大学に入り、ホッとした親は、この後に来る引きこもり状態・暴力、想像も出来なかったことが、次から次へと2階に住む息子の様子に、高校時代から何か変だと思っていたが、統合失調症とは気づかず、早期の対応が遅れた。</p> <p>主人と私とは意見の相違はなかったが、本人は主人の生きていた限りではものすごい反発を繰り返した。警察も何回か呼んだが、自傷他害がないとみると、さっさと引き上げていった。本人からどんなに怨まれても、あの時は保護入院をさせざるを得なかった。今も一年に2回程暴れるが、殺されるのも半分覚悟をしている。再発状態になっても、本人は二度と入院をしないとずっと言い張っている。</p>
11	<p>・入院中に他人に暴力をふるう事があって、病院側としたら困った患者という事で、担当医は患者のイライラをおさえるのは退院という事が良いという考えで、親に承諾してほしい旨言われた。親としては、退院はまだ早いのではと返事を先延ばしにしていたが、更に暴力が増えてしまい受けざるを得ない状況に追い込まれ退院した。退院してからの病院のフォローとして、デイケア・訪問をしてくれたが最初の2回位で本人が拒否したため、現在では通院のみの関わりだけである。家庭だけでフォローするのは毎日大変で、本人は引きこもり状態で通勤もせず太る一方で、この先どうなっていくのか心配である。保健所にも相談していたが担当が変わり、その後相談には行っていない。引き継ぎはないようで、相談に行っても仕方がないという気持ちである。</p>
12	<p>・入院の際は、いつも本人が嫌がる。保護室に入ることが分かっているのに抵抗する。でも直近の入院では、割と素直に入院した。病気(躁)の程度が軽かったのか、本人も入院しなければ睡眠がとれない(2晩一睡もできていない)とか、だんだんと学習してきたためか…。</p>
13	<p>・本人は病気が悪くなっていると思っていない様子で、母親の田舎へ行くと言って荷物を纏め始めてしまい、夕方の事で大変困り果ててしまう。</p> <p>・薬をもらってからと本人に言って病院へ電話を入れておき、本人を連れて行く事が出来たが、医者より入院の必要性を話されても絶対に入院しないと最後まで言い張る。</p> <p>・本人より一生のお願いだから入院させないでほしいと言われるが、私達からも一生のお願いだから入院してほしいと、貴方を大事に思っているからと話すが、聞き入れてもらえずだったが、入院の部屋に連れていかれる途中で、自分も入院は必要かなと思っていたと言ってもらった事で私達もホッと出来ましたが、主人と2人で入院は命がけだったと思い、大変なストレスだった事をいつも思います。</p> <p>・大変な病状の時にすみやかに電話1本で入院できる体制が絶対に必要だと心から思います(パトカーではなくて)。なぜならば、この病気は悪くなればなるほど入院を嫌がる病気という事を知ってほしいと思います。</p>

14	<p>・本人に知識がなかった為、お互いの生命を守る為、仕方がなかった。相当長い間、恨まれ、憎まれ、ひたすらに耐える時期もありましたが、次第に自分の病気に気づき始め、対立も少なくなってきました。</p>
15	<p>・最初は措置入院でしたが、その後の4回の入院はすべて医療保護入院でした。服薬中断から妄想、幻覚等が発生し、両親に対する言動が攻撃的になってきます。主治医と電話相談の結果、早めの対処が必要との事で、医療保護入院の前提で入院手配の上、何度かの入院を経てきております。(父母の意見に関しては殆ど意見の相違はありません)本人に対し、両親の説得や同伴での病院行は拒否しますので、止む無く警備会社に搬送をお願いしてきました。入院後少し安定してきた時に、僕を連れに来た人達は一体誰なのかと質問があり、先生と相談して病院から迎えに来てくれていると話し、それなりに納得はしています。何時もこの搬送手配で苦勞し、悩みます。費用も15万円位掛ります。急性期になりますと即座の対応が必要ですが、行政(保健相談所等)にお願いしても手続きだけで何日もかかります。当てにできないのです。行政は人権問題もあり腰が引けています。であるならば、搬送費用の半額補助とか対応ができないのでしょうか？</p>
16	<p>・発症当時、服薬・通院を続けるよう話したがなかなか聞き入れられず、父親からの説得もなく(逃避するような事-暴力をふるう時やりすごす為に家を出る、おさまった頃に帰宅する)、入院するまでの協力が得られなかった事がとても残念に思えた。病院探しも4ヶ所まわったが初めの2ヶ所だけで、後は女親一人でまわった。最後の病院で、医療保護入院に際しての協力して下さい(自宅から病院までの人・車)の紹介があつて、入院・療養する事が出来ました。</p>
17	<p>・医療保護入院は母親と医師の間で相談の上での同意で、本人が診察終了後に入院しました。意見の相違や対立はおきませんでした。本人も「母親に迷惑をかけたから入院ですよ」と医師に言われていたので、先生との約束を守らないで家族に迷惑をかけたから入院になったと思ったようです。1週間後に、内科のレントゲン検査の時にすきを見て病院から脱走し、2時間歩いたり走ったりして家に帰ってきましたが、精神科の主治医はやさしく、その後も問題なくそのまま通院のみとなりました。以降、精神科での入院はありません。本人も今、医療保護入院した時の事は、うらみ等は一切ありません。</p>
18	<p>・退院促進法とかで、本人が入院は嫌だと云って家に引きこもりの人が多い中、入院しなくてはいけない当事者も沢山居る。なんとかならないものか。親が病気になっている。</p> <p>・引きこもりの支援をもう少しお願いしたい。</p> <p>・入院は、今回(現在)の病院で楽しくやっています。苦勞はなくスムーズに、専門の方をお願いしたからです。</p>
19	<p>・私の場合は“家族と住む本人”の「入院必要状態」に陥ったときの事です。入院する必要のない状態で日々小康を保って、支援を受けて過ごせるのがベストだと思います。しかし、具合が悪くなりどうにもならない時、多くの家族はやはりわけのわからないうちの“入院”が最終解決となってしまうのがまだまだ現実です。そのために退院後もその時の家族間の苦しい気分や思い違いが尾を引いて、本人にも症状の中に残り、再発につながるものになると思います。</p>

《病院、行政等との関わり、意見など》

20	<p>・意見の相違はなかったが、その必要性に疑問をもった。</p> <p>1) 本人も落ち着いており退院を希望したが聞いてもらえなかった(措置入院の1ヶ月後保護入院となった)。</p> <p>2) 理由として、もっと落ち着く必要がある、薬の調整が必要とのことだった。しかし行った形跡が何もない(しなかった)。</p> <p>3) 本人も保護入院の意味を入院中に理解したようで、退院の話をした時次のようなことを親に言った。「この退院はお父さんの考えで良いよ。自分は退院したいが、お父さん達で決めて良いよ。」親として、かえって辛いことだった。</p> <p>4) 経営上、措置入院と保護入院(計4ヶ月)はセットになっている印象である。</p>
21	<p>・精神科の先生が入院して下さいとは言わず、ただただ大量の薬をくれ飲み続けていました。先生を信頼して良くなる時が来るだろうと思いましたがなかなか良くなる所が悪くなり、二階から飛び降り、怪我はなかったんですけど打撲ですみました。それから2人で手と手をつなぎ、紐で寝ていました。とうとう私も先生に相談して入院させて下さいと言って診断書を書いてもらい、明日入院と言う夜中に首を絞められ怖い思いをしました。本当に死ぬかと思いました。この病気は本人は何もわからず、何をするかわかりません。私自身も何もわからず、今でも少しの変化でもどきっとして怖いです。私達はどうしていいのかわからないのだし、本人もわかりません。医療入院が良いと思います。本人との対立は、病院に行かないと家から出すのが大変です。</p>
22	<p>・入院の対応だけでも家族は疲れ切っているのに、必要な手続きに遠くまで行かなくてはならなくてとても大変だった。他の疾患ではこのような手続きは必要ないので、他の疾患と同じような扱いにしてほしいと思った。</p>
23	<p>・入院時の本人の様子等は、本人が入院をしたいと希望の上であったにも関わらず、保護入院となってしまった。今までは任意入院であったが(全て)、この違いに不信感を抱いてしまいました。先生の判断で、多量の薬を飲まざるを得なかったり1日30錠もの薬は何故必要なのか?病院の方針なのでしょうが、本人が病院を移ることに非常に不安感を持っているので困っています。</p>
24	<p>・病院への信頼が持てず(多剤多量の日本の医療への不信)、どうにか家でみることにより(服薬させて)、落ち着いてくるのではないかと考え、しばらく様子を見て、入院する機会を逸した。石鹸を噛むようになってしまったからの入院になった。</p>

(2) インタビュー調査結果

インタビュー調査では、医療保護入院に際して家族間で意見相違がみられた2つのケースについて、その背景や具体的内容をうかがった。以下、それぞれのケースについて紹介する。

ケース1 インタビュー対応者：母親(保護者)

事例の背景・概要： ～本人の揺らぎに巻き込まれる家族～

- ・ご本人は30歳代女性。統合失調症でこれまでに4回の入院経験有り。うち2回が医療保護入院。現在は、自宅で一人暮らし。
- ・2度目の医療保護入院の際に、父親と母親の間で意見相違があった。なお、両親は本人が幼い頃に離婚し、親権は母親が持ち、母親と同居していた。
- ・初回の医療保護入院は母親の同意によった。2度目の医療保護入院に際しても、母親が入院治療に同意していた。父親の入院に対しての賛否は不明である。

意見の相違があった2度目の医療保護入院での場面と具体的な顛末

●保護者の選任に際しての相違

- ・本人から連絡を受けた父親が本人への面会を求め介入することに対して違和感のあった母親は、ここに至るまでに精神的に疲れ果てていたこともあり、保護者の選任については迷ってしまった。父親に保護者になってもらい、すべての面倒をみてほしいと思うに至った。

(顛末) 母親は、医療機関、保健所職員、相談支援専門員と相談のうえ、「周囲に相談しながら本人の面倒をみてきたのは自分である」と決心し、最終的には保護者の選任を受けると決心した。その間、医療機関が父親の介入を防いでくれた。

●治療・退院についての相違

- ・父親は、本人の治療に対して意見をもっていたが、本人の生活は母親が支援していた。母親は、現在の主治医の治療を肯定していたが、父親は転院を望んでいた。
- ・母親は、退院後も現在の生活を基盤にして、今回の入院先に通院させようと考えていた。他方父親は、退院後は、本人を自分の家の近くに住まわせて、通院先も変えて、今後の本人の支援をしていこうと考えていた。

(顛末) 病状が落ち着き3か月で自宅に退院となった。それから1か月後に、本人は家を出て、父親の家の近くに転居した。現在は、父親の支援を受けながら生活している。通院先も変更した。

ケース2 インタビュー対応者：妹（保護者代理的位置づけ）

事例の背景・概要 ～保護者(家族)の世代交代に際して直面する課題～

- ・ご本人は、50歳代男性。統合失調症で、これまでに医療保護入院を数回経験。現在は退院してグループホームで生活して3年ほどになる。現在は、煙草の不始末の問題で強制退去。
- ・20代で発症。発症後両親と実家で暮らしていたが、病状の悪化に伴い医療保護入院となる。本人は退院希望、特に実家への帰宅願望が強い。
- ・初回の医療保護入院時の保護者は父親。父親の他界に伴い、母親が保護者に選任されたが、その間の経緯について妹(インタビュー協力者)はよくわかっていない。7年ほど前に、母親の認知症が発覚し、以来、保護者は母親のまま、妹が保護者代理的な立場として、兄、医療機関等と直接的に関わっている。

●退院に際しての保護者と自身(保護者代理)の意見相違

- ・本人の退院志向・帰宅願望が強いなか、母親はかねてより本人の意向に沿いたい気持ちが強く、病院から退院を促されれば安易に納得して退院させてしまう傾向がある。妹としては、兄に言われ、病院からの求めに応じて安易に退院させてしまう母親の話をもどかしく聴いていたが、当時は、保護者をまだ自分のこととしては考えていなかったし、母親も元気だったのでそのままになっていた。

(顛末)やがて母親の認知症が進み、数年前から退院はさせたものの母親も本人も、在宅生活が成り立たなくなっていたという事態が発覚した。母親の認知症が発覚してからは、妹が保護者代理として兄、病院との折衝にあたっているが、病院からの退院の提示が一方的でありすぎると感じている。退院を指示されても兄の病状に回復の兆しは見えず、であればきっちり回復するまでは入院させておいてほしいと感じている。また、退院しても、精神障害者受入のための地域のサポート体制が整っていない場合は、本人にとっても家族にとっても地域にとっても不幸である。

●その他保護者代理として

- ・自分が保護者代理の立場になったときに、周囲にはだれも相談できる人がいなかった。保護者制度については、誰も教えてくれなかったので、弁護士事務所に照会したが、弁護士も専門によっては制度のことを知らない人も少なくないことがわかった。ともかく、家族以外に方法はないのか、どういう方法なら対応可能なのか等について、専門家に適格に教えてほしかった。病院に対しては、退院前の相談などにより手厚く応じていただきたいと思う。
- ・仮に保護者制度が続いていたとすると、いずれ母に代わって保護者になる必要があった訳だが、法的な保護者の役割は重く、自分は保護者を受けられないと思った。しかしながら、保護者であるかどうかは別にして、本人の今後については、生涯にわたり様々な局面で交渉の矢面に立っていくこととなる。そうした点を考えると、退院に際しての病院の説明の不十分さ、地域の資源の不十分さ、つなぎの不十分さなど、不安が大きい。

第4章 精神障害者と家族の関係についての実態把握及び考察

第3章をふまえ、以下、アンケート調査とインタビュー調査から明らかになったことをあげる。

- アンケート調査からは、次のような実態が明らかとなった。
 - ・医療保護入院時の家族間での意見の相違があったケースは回答者の約10%であり、そのほとんどは最初の医療保護入院時であった。相違の内容としては入院の必要性、入院への同意、保護者の選任などであった。
 - ・約9割の家族が、医療保護入院時に家族間での意見の相違はなかったと回答していることから、医療保護入院に至るまでに家族間で意見の共有や解決がはかられていると考えられる。
 - ・治療から退院に至るまでに家族間での意見の相違があったケースも約10%あり、意見の相違が起こった時期は最初の医療保護入院時であり、退院について意見の相違がみられたケースが半数あった。
 - ・しかしながら、9割以上の家族が治療から退院に至るまでの家族間での意見の相違はなかったと回答していることから、家族間で意見の共有や問題の解決がなされていることが考えられる。
 - ・本調査結果からは、医療保護入院については、家族間の意見の相違が起こる可能性は低いことが明らかになった。医療保護入院で家族間の意見の相違が起こるのは最初の医療保護入院時が多いという結果であった。一方で、自由記述の内容からは、医療保護入院における家族の負担、限界も明らかとなった。
 - ・医療保護入院について、家族間での意見の相違はいくつかあったとしても、入院前にすでに解決していることが考えられる。しかしながら、自由記述の内容からは、家族が本人の非自発的入院について非常に苦勞したケースや、医療保護入院によって本人と家族の間で後々までトラブルとして残るようなケースもみられた。
 - ・精神保健福祉法改正により、医療保護入院の規程が変更されたことで、保護者同意について新たな問題が生じてくる可能性もあり、法制度改正後に、家族を対象に医療保護入院に関する実態調査等を継続的に行う必要がある。

- インタビュー調査からの示唆、

インタビュー調査では、家族間で意見の相違が起こりうる2つの異なる背景がうかがえた。

1 ケース目は、本人が、自分の生活がうまくいかない場合に、自分の意見にその都度同調してくれる家族の間で行き来をする事例である。このような場合は、家族も本人への対応

に困ることとなる。その際に、本事例のように、家族間の意見の相違が表面化することも考えられる。

2 ケース目は、両親が高齢化して、保護者が世代交代する状況に直面した血縁者である妹の立場での課題が語られている。この2 ケース目の場合、現在、保護者として選任されている母親は、既に認知症となり施設入所に至っている事例であり、「入院に際しての意見相違」という局面との関係性は薄い、「退院に際しての意見相違」については、血縁者である妹がやむを得ず、兄の「保護者代理」という立場になった際の不安や要望等が語られた。また、保護者代理の立場から、実際の入退院を検討する場面においては、医療機関、兄との間において、以下3点からの意見相違が見られている。

①病院との意見相違（退院時）について

兄の入院後、病状が本当に安定しているのかどうか、妹には十分に理解できない中、病院からは退院を言い渡されており、この様な場合、具体的な手段が明示されない中で、家族と病院の間には退院時期に意見相違が見られていることが分かった。

②病院との意見相違（保護者選任と退院先）について

この事例では、母親の高齢化により、医療保護の保護者の任を負えないのであれば、妹が保護者の変更について病院から強く求められていた。場合によっては、兄の退院先は、妹が居住する県外へ転居を求められている。このような場合、県外へ嫁いだ関係上、妹の主人・嫁ぎ先との関係性もあり、正式な保護者の任を負うことは出来ず、保護者の変更手続きについて意見相違がみられた。また、母親の名前で保護者は継続し、妹がやむを得ず保護者の代理を出来る範囲内で行っている現状が伺えた。

③兄との意見相違（退院先と再入院）について

自宅には認知症の母親が独居しているが兄の希望どおり自宅へ退院を進めると、母は兄の服薬管理を十分に行えず、兄の生活能力の低下により、ご近所トラブル（煙草の不始末・ごみの管理・徘徊等）が予測された。自宅退院を進めると、家事援助等のサービスが必要であるが、福祉サービス利用に対して兄は拒否しており、又、施設入所にも拒否的であった。その後、母親は認知症で施設入所に至ったため、退院後は兄を自宅には戻せないという妹の強い意向があった。しかし、自宅に戻りたいという兄の意向に反して、グループホームの入居を進めており、この経過に意見相違がみられている。

その後、兄は3年ほどグループホームに入居していたが、タバコの不始末を理由に強制退去となり、結果として兄は行き先を失くした。「入院は嫌だ・・・」という思いが兄にはあることを知るが、問題行動で強制退去された兄には新たな行き先はなく、妹の意向から病院への再入院が検討された。最初はこの様な理由での入院は許可されなかったが、行き先が早期に見つからないという状況を病院が考慮して、兄を説得した上で、期限付きの任意入院に至っている現状が伺えた。

検討経過及び検討体制

検討経過

1. 検討委員会

9月7日(土)	第1回検討委員会
1月18日(土)	第2回検討委員会
3月8日(土)	第3回検討委員会

2. 調査事業担当者会議

8月24日(土)	第1回調査事業担当者会議
9月7日(土)	第2回調査事業担当者会議
9月21日(土)	第3回調査事業担当者会議
10月12日(土)13日(日)	第4回調査事業担当者会議
12月1日(日)	第5回調査事業担当者会議
1月18日(土)	第6回調査事業担当者会議
2月22日(土)	第7回調査事業担当者会議

3. 事前アンケート調査

① 医療機関 実施：11月8日(金) 回収締め切り：11月30日(土)

② 家族

東京都精神障害者家族会連合会

趣旨説明：11月1日(金)

実施：11月6日(水) 回収締め切り：12月20日(金)

特定非営利活動法人あやめ会

趣旨説明：10月30日(水)

実施：11月20日(水) 回収締め切り：12月20日(金)

4. 医療機関訪問インタビュー調査

12月2日(月)	医療機関訪問インタビュー調査①
12月27日(金)	医療機関訪問インタビュー調査②
1月10日(金)	医療機関訪問インタビュー調査③
1月17日(金)	医療機関訪問インタビュー調査④

5. 家族インタビュー調査

3月2日(日)	家族インタビュー調査①
3月4日(火)	家族インタビュー調査②

検討委員

(敬称略)

番号	所 属	氏 名
1	東洋大学ライフサイクル学部 生活支援学科	白石 弘巳
2	医療法人社団光生会 平川病院	平川 淳一
3	(NPO)おかやま入居支援センター	井上 雅雄
4	一般財団法人竹田総合病院精神科	上島 雅彦
5	NPO法人 十勝障がい者支援センター	門屋 充郎
6	NPO)じりつ	岩上 洋一
7	公益社団法人 全国精神保健福祉会 みんなネット	良田 かおり
8	特例社団法人 日本精神科看護技術協会	仲野 栄
9	地域活動支援センター そよかぜのまち	伊藤 嘉彦
10	ピアサポーターをつくる会	原田 幾世

調査事業担当者

(敬称略)

番号	所 属	氏 名
1	社会福祉法人富士福祉会 一般社団法人支援の三角点設置研究会 代表理事	星野 久志
2	社会福祉法人南高愛隣会東京事務所 一般社団法人支援の三角点設置研究会 理事	武田 牧子
3	青森県立保健大学 健康科学部社会福祉学科	石田 賢哉
4	地域生活支援センター サポートセンターきぬた	金川 洋輔
5	茨内地域生活支援センター	岡部 正文
6	独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター	大屋 未輝
7	生田法律事務所	高木 真智子

参 考 資 料

- 医療機関調査 インタビューガイド
- 家族アンケート 調査票
- 家族インタビュー シート

医療保護入院における本人と外部との関わりに関する調査（医療機関調査） インタビューガイド

〔目的〕

医療保護入院中にご本人が地域の関係者と関わりをもったケースについて、地域の関係者のご本人の意思決定支援に関する関わりのプロセス、内容や、医療機関関係者、本人等からみた評価を把握することで、支援モデルフロー作成に向けた基礎資料とする。

〔本調査研究における定義〕

本人の意思決定を支援する人とは、ここでは、非自発的入院の際、「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」と、仮定しておく。

〔期待する成果〕

- * 実際には、本人の意思決定支援事例を抽出するのが難しいため、現状での地域関係者のかかわりのなかで、その要素を、「寄り添うこと」、「説明すること」「本人のかわりに医療機関にその意思を伝えること」「専門職としての支援」等として聞き取った内容を分類する。
- * ピアサポーターの支援内容を抽出する。
- * 家族、医療機関関係者、地域関係者、ピアサポーターの役割の相違を明らかにする。
- * 個別事例については、聞き取り事例ごとに、実際行われていた流れのフローを作成する。
- * 全体的な意見について、フローづくりに反映させる。

〔インタビュー調査対象〕 3 医療機関

〔調査対応者〕（予定）

病院精神保健福祉士（P S W）

看護師、医師、地域の相談支援事業者、ピアサポーター 等

各医療機関で手配可能な方

〔インタビューのタイムスケジュール〕 （目安）

- | | |
|-------------------|-----------|
| 1 挨拶・紹介と主旨説明 | [5 分] |
| 2 個別事例についてのインタビュー | [60 分程度] |
| 3 本テーマに関するご意見 | [30～60 分] |

* 先方の状況に応じて適宜入れ替え等あり

〔留意点〕

- ・主旨説明のなかで、結果報告書の公表方法、機関名の公表について説明する（個人名はもちろん、医療機関名も公表しない）。
- ・当日、インタビュー開始にあたり、あらためて録音の了解をいただく。
- ・これまでに同種のテーマについての発言、セミナー、調査等を行っていたら資料をご提供いただく。

インタビュー・シート [医療機関関係者]

医療機関名	
調査日時	
対応者 (機関での 役職、資格 等)	
調査担当	

I 個別事例について

(対象者：主治医・担当看護師・PSW・地域関係者・ピアサポーター 等を想定)

予備調査ケース番号 : _____

Q1 ご本人状況の確認 (予備調査に基づき、補足事項等の確認)

.....

.....

.....

.....

.....

Q2 地域の関係者のかかわりの確認 (予備調査に基づき確認)

(誰が、どの段階で、継続的な関わりか、ピンポイントの関わりか、複数の関係者が関わった場合の関わり方の違い等)

.....

.....

.....

.....

.....

*** 複数の関わりがあった場合、それぞれについて確認**

Q3 かかわりのきっかけについて、特に医療機関からの紹介がきっかけの場合、本人にどのように説明しましたか。

.....
.....
.....
.....
.....

Q4 地域の関係者のかかわりの時期（入院何日目）とその内容をお教えてください。
* 「寄り添うこと」、「説明すること」「本人のかわりに医療機関にその意思を伝えること」「専門職としての支援（退院支援）」等

（誰が）どのような関わりの内容だったか

初期：.....
.....
.....
.....
.....

中期：.....
.....
.....
.....
.....

後期：.....
.....
.....
.....
.....

Q5 ピアサポートによるかかわりの有無（段階）とその内容

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Q6 医療機関関係者はどのような役割を担っていましたか。主治医、看護師、PSW等それぞれについて、段階ごとにお教えてください。

（誰が）どのような関わりの内容だったか

初期：.....

.....

.....

.....

.....

.....

中期：.....

.....

.....

.....

.....

.....

後期：.....

.....

.....

.....

.....

.....

Q7 家族のかかわりはどのようなものがありましたか。

Q7-1 初期・中期・後期の段階別にみて

.....

.....

.....

.....

.....

Q7-2 地域の関係者との接点からみて

.....

.....

.....

.....

.....

Q8 家族と医療機関職員と地域関係者、ピアサポーターの役割の相違について

本人の意思決定支援における「寄り添うこと」、「説明すること」「本人のかわりに医療機関にその意思を伝えること」「専門職としての支援（含む退院支援）」等の役割の相違／効果や影響について、感じたことがあればお教えてください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

予備調査ケース番号：

Q1 ご本人状況の確認（予備調査に基づき、補足事項等の確認）

.....

.....

.....

.....

.....

Q2 地域の関係者のかかわりの確認（予備調査に基づき確認）

（誰が、どの段階で、継続的な関わりか、ピンポイントの関わりか、複数の関係者が関わった場合の関わり方の違い等）

.....

.....

.....

.....

.....

*** 複数の関わりがあった場合、それぞれについて確認**

Q3 かかわりのきっかけについて、特に医療機関からの紹介がきっかけの場合、本人にどのように説明しましたか。

.....

.....

.....

.....

.....

Q4 地域の関係者のかかわりの時期（入院何日目）とその内容をお教えてください。

* 「寄り添うこと」、「説明すること」「本人のかわりに医療機関にその意思を伝えること」「専門職としての支援（退院支援）」等

（誰が）どのような関わりの内容だったか

初期：

.....
.....
.....
.....
.....

中期：

.....
.....
.....
.....
.....

後期：

.....
.....
.....
.....
.....

Q5 ピアサポートによるかかわりの有無（段階）とその内容

.....
.....
.....
.....
.....

Q6 医療機関関係者はどのような役割を担っていましたか。主治医、看護師、PSW等それぞれについて、段階ごとにお教えてください。

(誰が) どのような関わりの内容だったか

初期 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

中期 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

後期 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Q7 家族のかかわりはどのようなものがありましたか。

Q7-1 初期・中期・後期の段階別にみて

.....

.....

.....

.....

.....

Q7-2 地域の関係者との接点からみて

.....

.....

.....

.....

.....

Q8 家族と医療機関職員と地域関係者、ピアサポーターの役割の相違について

本人の意思決定支援における「寄り添うこと」、「説明すること」「本人のかわりに医療機関にその意思を伝えること」「専門職としての支援（含む退院支援）」等の役割の相違／効果や影響について、感じたことがあればお教えてください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II 全体調査 対象：医療機関関係者

*** 医療機関関係者 医師、看護師、PSWに確認**

Q1 本人の意思決定を支援する人のイメージと、導入にあたり医療機関として必要なこと。

1-1 どんな人が良いか

例 専門的な知識がある人、寄り添ってくれる人、ピアサポーター
もともとかかわりがある人

1-2 所属機関があることが望ましいか

例 市町村 委託相談支援事業所 権利擁護センター

1-3 上記について、かかわりがある人がいる場合といない場合での相違がありますか。

1-4 医療機関内部の体制として必要なことがありますか。

例 職員の共通意識 人員の手厚さ 担当者の配置等

.....
.....
.....
.....
.....

Q2 導入する場合の、ご本人への周知の時期とその内容についてご意見があれば、お聞かせください。

.....
.....
.....
.....
.....

Q3 本人の意思決定を支援する人と家族、医療機関職員との役割の相違をどのように考えますか。

.....
.....
.....
.....
.....

Q4 長期入院の人への意思決定支援についてはどのような人が、どのような役割を担うことが必要と考えますか。

* 「寄り添うこと」、「説明すること」「本人のかわりに医療機関にその意思を伝えること」「専門職としての支援（含む退院支援）」等

.....
.....
.....
.....
.....

問4 **医療保護入院の治療から退院に至るまでに**、家族間で意見の相違があった、という経験をお持ちですか。「2.特に意見の相違はなかった」を選んだ方は、5ページFにお進みください。

1. 家族間で意見の相違があった

2. 特に意見の相違はなかった

5 頁 F へ進む

付問1 具体的には、どのような点について、家族間での意見の相違がありましたか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 治療について

2. 退院について

3. 治療費の支払い

4. その他 (

)

付問2 付問1で○をつけた事項のうち、**最も印象に残っている事柄1つを選び**、家族間での意見相違の内容や顛末等について、下記にお答えください。

意見の相違記入欄

①意見の相違は、次のどの事柄についてでしたか。(1つに○)

1. 治療について

2. 退院について

3. 治療費の支払い

4. その他 (

)

②上記の意見の相違があったのは、何度目の入院の時でしたか。(1つに○)

1. 最初の医療保護入院時

2. 2度目以降の医療保護入院時

3. 覚えていない

③その際の保護者はどなたでしたか。(1つに○)

1. 親

2. 配偶者

3. きょうだい

4. 子ども

5. その他上記以外の扶養義務者

6. 保佐人・後見人

④意見の相違の内容を簡潔に

•意見の相違があったのは：ご本人からみて 誰()と誰()

•意見の相違の内容やそれぞれの理由など：

⑤顛末を具体的にご記入ください。

◎その際に、医療機関や相談支援事業所等の地域の機関に相談しましたか。家族間の調整で役に立ったことがあればお書きください。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|---------------|---------------|--------------------|
| 1. 医療機関に相談 | 2. 相談支援事業所に相談 | 3. 地域の福祉サービス事業所に相談 |
| 4. ピアサポーターに相談 | 5. 役所に相談 | 6. 保健所に相談 |
| 7. その他に相談() | | 8. 特に相談しなかった |

◎相談してよかったこと頼りになったこと、あるいは頼りにならなかったことがあれば簡潔に

.....
.....
.....

F. 最後に、ご本人のことについてお教えてください。

F 1. 性別..... 1. 男性 2. 女性

F 2. 年齢... 1. 20歳代 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 5. 60歳以上

※意見の相違があった時の年齢

F 3. 病名 (あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|------------------------------|-----------------------|--------------|
| 1. 統合失調症 | 2. 気分[感情]障害 (躁うつ病を含む) | 3. うつ病 |
| 4. 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 | | 5. 摂食障害 |
| 6. 神経性無食欲症 | 7. パーソナリティ障害 | 8. 自閉症 |
| 9. 知的障害 | 10. 認知症 | 11. アルコール依存症 |
| 12. その他 () | | |

F 4. ご本人の現在のお住まいはどちらですか。

- | | | |
|------------------|----------------|---------------------|
| 1. 自宅(持ち家) | 2. 自宅(民間の賃貸住宅) | 3. 自宅(区営、都営、公社等の住宅) |
| 4. グループホーム・ケアホーム | | |
| 5. その他 () | | |

付. 【「1」～「3」自宅】を選んだ方

一緒に暮らしている方すべてに○をつけてください。

- | | | | |
|------------|----------|----------------|--------|
| 1. ご本人ひとり | 2. 配偶者 | 3. 親(両親、母親、父親) | 4. 子ども |
| 5. 兄弟姉妹 | 6. 祖父・祖母 | 7. 孫 | |
| 8. その他 () | | | |

F 5. ご本人の平日の日中の過ごし方について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| 1. デイケアに通っている | 2. 日中活動系の事業所、地域活動支援センターに通っている |
| 3. パート・アルバイトとして勤めている | 4. 正規の社員・従業員として勤めている |
| 5. 家の手伝いをしている | 6. 自営業として働いている |
| 7. 特に何もしていない、できない | |

◎医療保護入院に際しての、ご本人とご家族との意見の相違や対立に関してご苦労されたことがあれば、相違や対立の内容、時期、ご苦労された点などについてお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

以上で質問は終わりです。ご協力いただき、ありがとうございました。
同封の返信封筒にて、12月20日（金）までにご投函ください。（切手は不要です）

医療保護入院における家族間の意見相違に関する調査

(インタビュー調査)

ご協力をお願い

この度、私ども一般社団法人支援の三角点設置研究会では、今年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業「指定課題 19 精神障害者の意思決定支援の助言・支援を行う人材の養成及び実施について」を実施することとなりました。

指定課題では、検討テーマの一つとして、「医療保護入院に係る家族の関係に関する調査」があげられております。家族は、ご本人の意思決定の助言・支援を行う上で大きな役割を果たしていると思われませんが、今後の保護者制度の廃止、医療保護入院制度の見直しにより、ご家族の関係に変化が生じることも予測されます。

本事業では、現行の医療保護入院に際しての入院同意、保護者選任等における家族内での意見相違の実態について把握することを目的の一つとしています。

皆様、ご多忙中のことと存じますが、どうか調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成 26 年 2 月

一般社団法人支援の三角点設置研究会
代表理事 星野久志

【調査の主旨や回答方法等についてのお問い合わせ先】

支援の三角点設置研究会事務局（社会福祉法人富士福祉会）岩崎・清水
〒194-0035 東京都町田市忠生 2-31-14 メゾン N&B202 号
ふじ居住支援事務所内

TEL：042-793-9242 FAX：042-711-7475

E-mail：t_i_calling@fujifukushikai.or.jp

※医療保護入院とは：精神科への入院形態のうちの一つ(他は、措置入院、任意入院)で、精神保健指定医の診察により入院が必要とされた精神障害者で、自傷他害のおそれはないものの任意入院を行う状態にない者を対象として、本人の同意がなくても、精神保健指定医の診察及び保護者の同意があれば入院させることができる入院制度です。(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第 33 条に規程)

【インタビューにあたって】

- この調査は、これまでにご家族の医療保護入院で、家族間の意見の相違の経験を有する家族あるいは医療機関関係者の方を対象としたインタビュー調査です。
- ご回答いただいたデータは、調査専門機関（一般財団法人日本総合研究所に委託）がすべて統計的な処理をさせていただきます。本調査で得情報は調査以外の目的では使用しません。また、個人が特定されるようなことは絶対にないことを説明します。
- 別紙「インタビュー調査協力依頼書」をご確認の上、ご了承いただける場合は、インタビュー当日に、同意書に、日付、お名前をご記入の上、調査担当にお渡しください。
- インタビューに先立って調査シートにご記入の上、インタビュー当日に、調査担当者にお渡しください。調査担当者が、調査シートに即して、質問をさせていただきます。

インタビュー調査協力依頼書

このたびの「医療保護入院における家族間の意見相違に関する調査」のインタビューでは大変お世話になります。

インタビューへのご協力は任意です。インタビューにかかる時間は30分程度です。また、このインタビューを通じてご提供いただいた情報に、本調査研究担当以外の第三者が触れることはありません。

研究成果は報告書にまとめ広く公表されますが、インタビュー結果に、個人名や事業所名が出ることはありません。

なお、研究データに誤りがないよう、インタビューの音声を記録させていただければと存じます。この記録は研究データとして慎重に扱い、第三者が聞くことはありません。

もし、答えたくない質問があった場合には、お答えにならなくても結構です。また、インタビューを中断したい場合には、その旨おっしゃっていただければいつでも中断させていただきます。

同意書

私は、上記の条件で、「医療保護入院における家族間の意見相違に関する調査」のインタビュー調査に協力することに同意いたします。

平成26年 月 日（ 曜日）

協力者

お名前_____

調査シート

問1 はじめに、この調査にご回答いただく方の、ご本人との関係をお教えてください。

1. 父親
2. 母親
3. 配偶者
4. きょうだい
5. 子ども
6. その他親族
7. 医療機関関係者（職種）

問2 ご本人の精神科への入院回数、延べ入院期間についてうかがいます。

- ① 入院回数 精神科への入院回数 () 回
うち、医療保護入院の回数 () 回

② 医療保護入院の延べ入院期間

1. 半年以内
2. 半年～1年未満
3. 1年～2年未満
4. 2年～3年未満
5. 3年～5年未満
6. 5年～10年未満
7. 10年以上

問3 では医療保護入院の入院時における、問4 では治療中から退院までの、家族間での意見相違の有無と内容についてうかがいます。

問3 これまで、医療保護入院の入院時において、家族間で意見の相違について、具体的には、どのような点について、家族間での意見の相違がありましたか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 医療保護入院の必要性
2. 医療保護入院の同意
3. 保護者の選任
4. その他 ()
5. 入院時における家族間の意見の相違はなかった

医療保護入院の入院時における家族間の意見の相違の内容

①意見の相違は、次のどの事柄についてでしたか。

1. 医療保護入院の必要性
2. 医療保護入院の同意
3. 保護者の選任
4. その他 ()

②上記の意見の相違があったのは、何度目の入院の時でしたか。

1. 最初の医療保護入院時
2. 2度目以降の医療保護入院時
3. 覚えていない

③その際の保護者はどなたでしたか。

1. 親
2. 配偶者
3. きょうだい
4. 子ども
5. その他上記以外の扶養義務者
6. 保佐人・後見人

④意見の相違の内容の詳細を具体的に

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⑤顛末を具体的にご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⑥は家族の方のみにお聞きします。その際に、医療機関や相談支援事業所等の地域の機関に相談しましたか。家族間の調整で役に立ったことがあればお書きください。

(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|---------------|---------------|--------------------|
| 1. 医療機関に相談 | 2. 相談支援事業所に相談 | 3. 地域の福祉サービス事業所に相談 |
| 4. ピアサポーターに相談 | 5. 役所に相談 | 6. 保健所に相談 |
| 7. その他に相談() | | 8. 特に相談しなかった |

◎相談してよかったこと頼りになったこと、あるいは頼りにならなかったことがあれば簡潔に

.....

⑤顛末を具体的にご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⑥は家族の方のみにお聞きします。その際に、医療機関や相談支援事業所等の地域の機関に相談しましたか。家族間の調整で役に立ったことがあればお書きください。（あてはまるものすべてに○）

- 1. 医療機関に相談 2. 相談支援事業所に相談 3. 地域の福祉サービス事業所に相談
- 4. ピアサポーターに相談 5. 役所に相談 6. 保健所に相談
- 7. その他に相談（ ） 8. 特に相談しなかった

◎相談してよかったこと頼りになったこと、あるいは頼りにならなかったことがあれば簡潔に

.....

.....

.....

F. 最後に、ご本人のことについてお教えてください。

F 1. 性別..... 1. 男性 2. 女性

F 2. 年齢... 1. 20 歳代 2. 30 歳代 3. 40 歳代 4. 50 歳代 5. 60 歳以上

※意見の相違があった時の年齢

F 3. 病名（あてはまるものすべてに○）

1. 統合失調症 2. 気分[感情]障害（躁うつ病を含む） 3. うつ病

4. 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 5. 摂食障害

6. 神経性無食欲症 7. パーソナリティ障害 8. 自閉症

9. 知的障害 10. 認知症 11. アルコール依存症

12. その他（ ）

厚生労働省 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支援の助言・支援を担う人材の
養成及び実施について

発行日 平成 26 年 3 月

発 行 一般社団法人支援の三角点設置研究会

194-0035 東京都町田市忠生 2-31-14 メゾン N&B202 号
(社会福祉法人富士福祉会)

TEL : 042-793-9242 FAX : 042-711-7475

E-mail : t_i_calling@fujifukushikai.or.jp