

精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究

—入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究—

研究分担者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、岡安 努（社会福祉法人共友会）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、工藤正志（秋田緑ヶ丘病院）、熊倉陽介（東京大学）、小林絵理子（地域精神保健福祉機構）、佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）、中島公博（五稜会病院）、福田晶子（鈴鹿厚生病院）、細井大輔（大阪精神医療人権センター）、松長麻美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、山本めぐみ（浅香山病院）、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、八尋光秀（西新共同法律事務所）

要旨

本研究では、障害者権利条約の観点から入院中の精神障害者の権利擁護のあり方を検討し、実行可能性のある権利擁護システムについての提言を行う。今年度は、精神障害当事者によるグループミーティングにおいて検討された内容を踏まえて、「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案」を作成した。提案では、障害者権利条約との関連性を整理し、自治体が運営する「権利擁護センター（仮）」の設置と、医療機関とは独立した第三者が権利擁護のための役割を担う「個別相談員（仮）」が精神科病院への訪問等による支援を提供する仕組みについて示した。来年度以降に個別相談の試行を実施し、実行可能性につき検証する。

A.研究の背景と目的

2006（平成18）年12月13日に国連総会本会議において採択され、2008（平成20）年5月3日に発効された障害者の権利に関する条約（以下、「障害者権利条約」という。）は、障害を理由とした差別の禁止や、障害者の尊厳や権利の尊重を促進することを義務づけた人権条約のひとつである。わが国は、2014（平成26）年1月20日に世界141番目の締結国・機関としてこの条約を批准した。

障害者権利条約の批准に先立ち、2013（平成25）年には精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）の改正が行われ、精神障害者

の医療に関する指針の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等が行われた。さらにその附則第8条には、施行後3年を目途として施行の状況等を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置の在り方、さらには精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする旨の検討規定が置かれた。このうち、「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及

び意思の表明についての支援の在り方」については、2014（平成 26）年度の障害者総合福祉推進事業においてモデル事業が実施され、それに引き続いて 2015（平成 27）年度障害者総合福祉推進事業において、これまでの意思決定支援の検討状況を踏まえたモデル事業が行われた。

他方、障害者権利条約の観点からは、入院中の精神障害者の権利擁護については、少なくとも障害者権利条約の以下の条文を踏まえて、さらなる議論を深めていく必要があると考えられる。

第 12 条第 3 項：法的能力の行使に当たって必要な支援としての機能

第 14 条：身体的自由及び安全を担保するための機能

第 15 条：拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由を担保するための機能

第 16 条：虐待防止のための効果的措置としても機能

第 19 条：地域移行・地域生活のための漸進的措置としての機能

第 22 条：プライバシー尊重の担保としての機能

第 25 条：インフォームド・コンセントを支える支援としての機能

本研究においては、障害者権利条約の観点から入院中の精神障害者の権利擁護のあり方を検討し、実行可能性のある権利擁護システムについての提言を行うこととする。なお、精神障害者の権利擁護と適正な医療の確保を目的として創設された制度としては、精神医療審査会制度があるが、この制度をめぐる課題については、別の分担研究班で検討中であり、本研究では直接的には取り扱わない。

B.方法

精神障害当事者 8 名の協力を得てグループミーティングを実施し、入院中の精神障害者を対象とした権利擁護活動のあり方につき意

見交換を行った。また、2015（平成 27）年度障害者総合福祉推進事業の成果物である、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」

〔https://www.nisseikyo.or.jp/images/about/katsudou/hojokin/h27_06.pdf〕についての意見を集約した。このグループミーティングで得られた意見を踏まえて、「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案（案）」を作成し、研究協力者からメールにより案に対する意見を提出いただいた。

また、大阪精神医療人権センターにより 20 年以上にわたり権利擁護活動が実施されている大阪府内の精神科病院の院長 4 名へのグループインタビューを行い、同センターによる権利擁護活動についての意見を集約した。大阪精神医療人権センターは、1985（昭和 60）年に、当事者、家族、医療福祉従事者、弁護士、市民による電話及び投書による相談から始まり、1998（平成 10）年には大阪精神病院協会（現在の大阪精神科病院協会）役員会の了承を得て、大阪府の全精神科病院への訪問活動を開始している。現在は、精神科病院の入院者への面会、電話、手紙による権利擁護活動、精神科病院の病棟へ視察し、入院者等から聞き取りを行う活動（大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会事業）、政策提言等を中心とした活動を行っている。

C.結果／進捗

当事者グループミーティング及び研究協力者からの意見を踏まえて作成した「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案」は、別紙 1、2 の通りである。

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

ン」については、以下のような意見が出された。

1)「アドボケーター」の名称について

- ・ ガイドラインに記されたような活動を行う人を「アドボケーター」とすると、その活動が権利擁護活動全般であるとの誤解を生じかねないため、別の名称に変更する必要があるのではないか。(ガイドラインに示された「アドボケーター」の活動内容は、「医療サポーター」もしくは「療養サポーター」のイメージに近い。また、権利擁護者を表す英語は、「アドボケーター」ではなく「アドボケイト」が一般的。)
- ・ 「アドボケーター」に代わる名称に関しては、カタカナはわかりにくいので避けた方がよいのではないか。

2)病院への情報提供について

- ・ 本人との面会で得られた情報について病院側に伝える際には、本人の了解を得ることを原則とすべきではないか。
- ・ その原則に基づいて同意書、報告書様式も一部修正が必要ではないか。

3)家族同意について

- ・ もともと本人が望んでいなかった非自発的入院の同意者は家族等であり、家族調整自体が本人のニーズである場合もある。
- ・ 家族同意がなくても本人が希望すれば支援を受けられるようにすべきではないか。
- ・ 医療・福祉施設や家族の同意を要件として行われる支援は、本来の意味の「当事者支援」とはいえないのではないか。

4)ケア会議への参加について

- ・ 意思決定支援をするのであれば、本人の希望があれば、ケア会議には入れた方が

よいのではないか。

5)制度の利用促進について

- ・ 「アドボケーター」を利用するには、本人だけでなく、医療機関の精神保健福祉士が代行できるようにしてはどうか。
- ・ 医療機関、行政、地域援助事業者等に、本人が制度を利用しやすいよう、積極的に周知することを義務づけてはどうか。
- ・ 退院後生活環境相談員が制度についての説明と援助を行うことが適切ではないか。

6)本人との面会について

- ・ 「アドボケーター」に関しては、精神保健福祉法第36条第2項の規定に基づき厚生大臣が定める行動の制限を見直して、面会制限できないようにしてはどうか。また、現行制度下では、病状などの理由で面会に支障をきたすと判断される場合には、医療機関と「アドボケーター」が協議のうえで実施方法を検討し、安全確保に最大限の配慮をするなど調整し、面会できるよう努めるべきではないか。

7)「アドボケーターガイドライン」全般について

- ・ ガイドラインに記されたような活動は、できるだけ本人の希望に沿った医療や支援を提供し、医療の質を向上させるうえでは意義のあるものであるが(モデル事業では、利用者から概ね良い評価が得られている)、誤解が生じない適切な記載にしたほうがよい。また、それで権利擁護が完結するわけではないことに留意する必要がある。
- ・ 「アドボケーター」は、非自発的入院の存続と引き換えに設置するわけではないため、自発的入院か非自発的入院にかかわらず、必要な人に支援が行き届くよ

うにすべきとするスタンスは支持したい。

8)その他

- ・ 制度の利用に際しては、本人と「アドボケーター」の間で契約書がかわされる必要があるのではないか。
- ・ 入院している医療機関や同一法人の職員が「アドボケーター」の任に就くことは禁じるべき。
- ・ 個人情報の取得及び利用は、正しくインフォームド・コンセントが行われている限りにおいて正当化できるが、その際には精神科病院に入院している人が危うい権利状況におかれており、病院関係者との対立的な関係に立たざるを得ない場合があることも考慮したインフォームド・コンセントであるべき。
- ・ 「アドボケーター」が院内で虐待を発見した場合の対応について、ガイドラインに明記すべきとする意見があった。

大阪府内の精神科病院の院長4名へのグループインタビューの結果からは、以下のような意見に集約された。

- ・ 個別相談については、個々の入院患者に丁寧に対応されており、大変よい支援がされている。
- ・ これまでに、個別相談をめぐってのトラブルは経験していないし、トラブルが起きたという情報もない。
- ・ 病院関係者以外の視点からの個別支援が得られることはよいことであると考えられる。そのような取り組みが広がることは本人にとっての利益になるだけでなく、病院にとってもメリットがある。
- ・ 個別支援等の権利擁護活動を行うスタッフの中に当事者や市民ボランティアなども含まれていることで、市民の視点が病院に入るのは望ましいことである。
- ・ 精神科病院への視察、入院者からの聞き

取りの活動については、活動開始当初はその活動の受け入れをめぐって様々な衝突はあったが、お互いに協議を重ね、視察を受け入れる経験を重ねる中で、次第にそれが当たり前のことになっていった。

- ・ 視察で指摘された点から様々な気付きを得ることができ、療養環境の改善につながることも多かった。
- ・ 病院側にとっては、個別支援の受け入れよりも、病棟視察の受け入れのほうがハードルが高いかもしれない。他の地域で実施する際には、その地域の実情に応じた工夫が必要になるのではないか。
- ・ 病棟視察においては、改善すべき点の指摘だけではなく、病院が努力している点、良い点について指摘することも大切なのではないか。

総じて、大阪精神医療人権センターの権利擁護活動については好意的にとらえられており、本人の権利擁護につながるのみならず、病院側の意識の変化や療養環境の改善につながり、病院側のメリットもあると考えられていることが示唆された。

D.考察

今年度は、意思決定支援、意思の表明の支援に関連して、入院中の精神障害者の権利擁護のあり方につき、当事者によるグループミーティングにおける協議内容及び研究協力者からの意見を踏まえて具体的な提案（別紙1、2）にまとめた。この提案は暫定的なものであり、来年度以降さらに内容を精査するとともに、研究協力が得られた地域においてこの提案に基づいた個別支援の試行を実施する過程で見直しを行う必要があると考えられる。個別支援の試行に先立っては、個別相談員（仮）への研修が必須となる。権利擁護活動を担う人材育成については、大阪精神医療人権センターが研修プログラムを開発しており、同センターの活動実績を考慮すれば、同

センターの研修プログラムをベースにした研修を実施することが考えられる。その際には、研修の効果についても検証を行う必要がある。

研究協力者からの意見のうち、以下の点についてはこの提案に盛り込めておらず、さらなる検討が必要である。

- ・ 権利擁護活動と、精神医療審査会での処遇改善請求や退院請求との兼ね合い、組織としての社会福祉協議会の権利擁護支援センターなど既存の公的サービスとの違い。
- ・ 精神障害者に対する権利擁護機能は市町村の義務であることを明確にするため、障害福祉計画や障害者計画等に精神科病院入院者の権利擁護について明記することについての検討。
- ・ 権利擁護センター（仮）の人員体制（精神障害者の権利擁護を主業務とする精神保健福祉士を必置とするか、人選の仕方等）のさらなる検討。
- ・ 権利擁護センターが医療機関に改善要求したにもかかわらず改善されない場合の対応。
- ・ 自ら支援を求められない人への支援方法（入院後一定期間経過した場合には本人からの求めがなくても面会するなど）。
- ・ 総合法律支援法に基づく法律扶助等を充実させる必要性及び個別相談員（仮）が法テラス含む司法救済につなぐ支援の検討。

精神医療審査会との役割の違いや連動、連携、相互補完機能のあり方について検討するにあたっては、現状では精神医療審査会の機能が十分ではないことが問題となる。権利擁護センター（仮）設置をすすめるにあたっては、予算拡充を含めた精神医療審査会の機能強化が必須であると考えられる。

その他、権利擁護センター（仮）に関連する将来的な検討事項として、

- ・ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシ

ステム」において「権利擁護センター（仮）」が権利擁護機能を担うことを明記してはどうか（地域の中に権利擁護機能があることが明記されることは、当事者の地域での暮らしの継続を推進していく観点からも重要）

- ・ 精神科病院職員（特に精神保健福祉士）は院内での権利擁護の役割を積極的に担う必要があることや、権利擁護センター（仮）の窓口につなぐ機能があること、個別相談員を受け入れるための院内における体制整備を行うこと等、精神科病院の役割や責任を明確にする必要があるのではないかと。
- ・ 精神科病院の職員に権利擁護に関する定期的な研修を受けることを義務付ける等、病院の権利擁護機能が有効に働く仕組みの検討。
- ・ 権利擁護センター（仮）機能について、財源や人材の有無等、自治体の事情によって設置状況や機能の質に格差が生じないように、障害者総合支援法等に明記することを検討してはどうか（退院後生活環境相談員及び地域援助事業者は権利擁護を担う職種であることを明記し、両者が定期的に研修を受けることを必須とする、退院後生活環境相談員については定期的に研修を修了することを資格要件とする等）

などが挙げられた。また、司法的な対応が必要なケースについては、権利擁護の枠では対応することができないことにも留意する必要がある。権利擁護活動に関連して、法テラスや当番弁護士制度の活用を充実にも併せて取り組むことが求められる。権利擁護活動を受け入れている複数の精神科病院の院長の意見からは、権利擁護活動は病院と対立関係にあるのではなく、外部の視点が入ることによる病院側のメリットも少なからずあることが示唆されている。権利擁護センター（仮）設置が、入院者本人のみならず病院にとっても

有益なものとなるよう、さらに支援内容や研修のあり方等を検討し、実現可能性を模索していきたいところである。

「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」については、病院外からの意思決定支援者が入院医療機関と十分な連携を行う中で患者本人の意思が表明され、意思決定が行われることを支援するための指針であり、医療の質の向上、入院者本人の意向を尊重した医療の提供にとって有益であると考えられる。同ガイドラインは、精神科病院に入院中の精神障害者が最善の利益を享受できることを意図して作成されている。一方で、障害者権利条約においては、成人に関しては、「最善の利益」の原則は第12条に基づく保護措置ではないとされており、「最善の利益」のパラダイムから「意思と選好」のパラダイムへのシフトが求められていることから、意思決定支援において「最善の利益」や「最善の医療」を目指すことをどのように考えるかについては、今後さらに議論を深めていく必要があると思われる。

意思決定支援、意思の表明の支援のあり方

の検討はまだ緒についたばかりと言っても過言ではなく、研究班内の検討においてもさまざまな論点が提示された。同ガイドラインを検討の素材として、精神科医療における意思決定支援、意思の表明の支援に係る課題を再度整理し、よりよい方向性を見出していくプロセスが引き続き必要であると思われる。入院中及び退院後の支援のあり方を考える際には、精神科病院への入院そのものが外傷体験となる可能性や、その人をめぐる多様な社会的障壁等も考慮したうえで、支援者の価値観や理念ではなく本人の価値観や希望に基づく支援を行うべきであるが、具体的な支援のあり方については、国内外の実践例等を踏まえてさらなる検討を重ねる必要がある。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案

1) 権利条約との関連について

以下の条文に則ったかたちで権利擁護のしくみを構築する必要がある。

- ・ 第 12 条第 3 項：法的能力の行使に当たって必要な支援としての機能
- ・ 第 14 条：身体的自由及び安全を担保するための機能
- ・ 第 15 条：拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由を担保するための機能
- ・ 第 16 条：虐待防止のための効果的措置としても機能
- ・ 第 19 条：地域移行・地域生活のための漸進的措置としての機能
- ・ 第 22 条：プライバシー尊重の担保としての機能
- ・ 第 25 条：インフォームド・コンセントを支える支援としての機能

2) 精神保健福祉法との関係、個別相談支援が可能である法的根拠

- ・ 精神保健福祉法でも、非自発的入院者の退院請求権／処遇改善請求権を認めており、入院中の権利擁護に関しては、自発/非自発の別なく必要。（精神保健福祉法では非自発的入院の規定があるが、代弁者をつけることと引き換えに非自発的入院を認めるような論調にならないよう留意。）
- ・ 精神保健福祉法及び厚生省告示第 130 号により、通信・面会については原則として自由に行われるものであるため、入院者が望めば権利擁護活動をしている民間団体等の職員との通信・面会は原則自由にできる。また、人権擁護に関する行政機関の職員、代理人である弁護士との電話や面会は制限されない。
- ・ 障害者総合支援法において、都道府県及び市町村の地域生活支援事業として意思疎通支援事業が位置付けられている（必須事業）。
- ・ 障害者総合支援法において、都道府県及び市町村の地域生活支援事業として障害者虐待防止対策支援が位置付けられている（任意事業）。

3) 個別相談支援を実施する体制

- ・ 都道府県が主体となって、「権利擁護センター（仮）」を運営する。地域の実情に応じて、保健所圏域や市町村単位でのセンターの設置も考慮する。
- ・ 権利擁護センター（仮）は、原則として都道府県等の自治体直営とするが、都道府県等から委託された団体等がその機能を担うことも考えられる。
- ・ 自治体の実情に応じて、県民総合相談センターや、基幹相談支援センター、市町村相談支援事業所（委託相談支援事業所）などの既存の枠組みを活用することも考慮する。
- ・ 都道府県主体の権利擁護センター（仮）は、圏域や市町村単位のセンターをバックアップし、

個別相談支援の実施に係る後方支援、スーパービジョンを含む、継続的な人材育成のための研修の実施、個別相談支援の実施状況を踏まえた課題抽出と分析、その結果を踏まえた実施体制の整備の進捗管理等の機能を持つことが望ましい。

- ・ 都道府県主体の権利擁護センター（仮）には、圏域や市町村単位のセンターのスタッフへの助言や支援を行い、多様な視点で権利擁護を担えるシニアアドバイザー（精神保健医療福祉や司法等に精通する有識者）の配置が望ましい。
- ・ 権利擁護センター（仮）には、医療機関とは独立した第三者として権利擁護機能を果たすための組織基盤（人員及び財源の確保を含む。）が必要となる。

4) 相談者（個別相談員（仮））の立場と役割について

※「個別相談員」の名称については、利用者や病院にとって立場や役割を理解しやすくするために、今後より適切な名称を検討する必要がある。

- ・ 医療機関とは独立した第三者が権利擁護のための役割を担う。
- ・ 個別相談員（仮）は、「最善の利益」を考慮するのではなく、完全に本人の味方という立場で、何を話しても大丈夫という安心感を持ってもらう。
- ・ 本人の立場に立って話を丁寧に聞き、本人の希望を確認する（散歩したい、外出したい、タバコが吸いたい、スタッフにもっと話をきいてほしい、退院したい等）。
- ・ 本人が希望を持つことができるようにエンパワーメントする。
- ・ 本人の権利についてわかりやすく説明する。
- ・ 入院者本人への直接的な役割と、病棟に第三者（外部）からの視点を入れるという間接的な役割がある。

5) 情報提供・守秘義務について

- ・ 病棟スタッフ等への情報提供：生死に関わること以外は、病棟スタッフ、家族を含むいかなる人に対しても、本人の了解なしに本人との会話内容に関する情報提供は行わない。
- ・ 本人への情報提供：病棟スタッフの代理として本人に情報提供（病気や薬に関する情報等）はしない。ただし、本人が希望した場合、本人とともに病棟スタッフから情報提供を受け、本人が理解するための援助を行うことはあり得る。
- ・ 個別相談支援を通じて知り得た本人、その家族又はその関係者の個人情報については、正当な理由なく開示、口外、提供、漏えいしない（個別相談員（仮）を辞めた場合も同様）
- ・

6) 直接支援について

- ・ 支援を提供するまでの流れについては、別紙2参照。
- ・ 訪問による個別相談支援を行う場合は、原則として個別相談員（仮）2名で対応する。
- ・ 病院のスタッフ等、専門職の下請けをする立場ではないことに留意する。
- ・ 退院請求や処遇改善請求制度に関する情報提供を行ったり、代理人が必要と判断された

場合に弁護士会のサービスを紹介する等、直接支援へのつなぎは必要に応じて行う。

- ・ 本人の希望に応じて、本人が病棟スタッフ等に自分の考えや希望を伝える手伝いをしたり、本人に代わって、病棟スタッフに本人の考えや希望等を伝える等の支援を行う。
- ・ 退院後の暮らしも含めた支援の観点から、本人の希望に応じて退院後生活環境相談員や地域援助事業者との連携を図ることも考えられる。
- ・ 話を聞くだけで終わることもあるが、話を丁寧に聞くこともエンパワーメントとしての機能を果たすことになり、重要な活動である。（必要に応じて繰り返し支援する）
- ・ 電話のみ、手紙のみの支援も受け付ける。

7) 個別相談員（仮）の養成について

- ・ 個別相談員（仮）となるには、特定の資格は必須ではないが、所定の個別相談員（仮）研修を受講する必要がある。
- ・ 当事者（ピアサポーター）が個別相談員（仮）として活動できる体制を積極的に構築する。そのため、研修のあり方や活動開始後の個別相談員（仮）のケアについても配慮する。
- ・ 当事者団体がピアサポーターとしての個別相談員（仮）の役割を担うことも考えられる。
- ・ 弁護士、市民ボランティア等さまざまな立場の個別相談員（仮）が協働で役割を遂行できることが望ましい。
- ・ 相談業務開始当初は、経験のある個別相談員（仮）と一緒に訪問する。
- ・ 個別相談員（仮）は、スーパーバイズを含む継続的な研修を受けることが望ましい。

8) 虐待等の問題が疑われた場合の対応について

- ・ 病棟内での虐待が疑われる場合、病棟環境等に問題があることが判明した場合には、権利擁護センター（仮）内で協議し、状況によっては通報するなどケースバイケースで適切な対応をする。
- ・ 個別相談員（仮）個人の判断で動かず、組織的に判断する。通報する場合、通報者の匿名性の担保も必要。

9) 個別相談支援の周知について

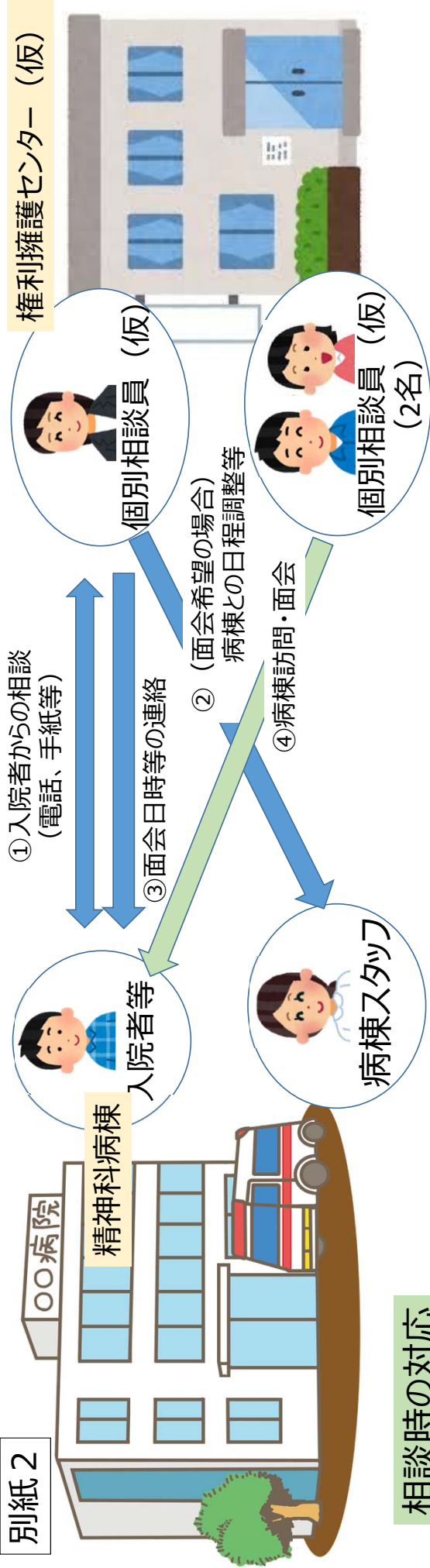
- ・ 精神医療審査会に関する掲示物と同様に、個別相談支援を受けられることについて、精神科病棟内にパンフレットを掲示したり、入院時にパンフレットを渡したりする。
- ・ パンフレットには、個別相談支援の目的、どのような支援が受けられるかといった支援内容、秘密が守られること、どのような枠組みによる活動かといったことをわかりやすく記載する。
- ・ 医療機関、行政、地域援助事業者等に、本人が利用しやすいように積極的に周知を図るよう促す。
- ・ 入院者自身の自発性に任せるモデルだけでは限界があるのではないか。→茶話会方式でピアサポーター等と接する機会を設け、そこから個別相談支援につなげる方法も考えられる。

(病院から患者が電話してくるのを待つモデルだけでは、必要な人に支援が行き渡らない可能性がある。)

10)その他

- ・ 病院側の事情を理解することも必要。
- ・ 本人が費用の負担をすることなく相談できるようにする。
- ・ 本人の病状によっては面会が難しい場合もあることが想定されるが、家族の面会が制限されていない程度の病状であれば、個別相談支援に入れるようにしてはどうか。(理想的には、「人権擁護に関する行政機関の職員」と同等の立場であることが望ましい。)
- ・ 権利擁護センター(仮)の役割を地域の事業所(基幹相談支援センター等)に委託する場合、医療機関と同法人又は関連団体の事業所に委託されることも想定されるため、完全に本人の立場で権利を主張できるような対策が必要。
- ・ 個別相談員(仮)に危険が及ぶ可能性がある場合にどうするかについては要検討。保険の加入なども必要か。

以上



相談時の対応

- ・ 本人の立場に立って、丁寧に話を聞き、本人をエンパワメントする
- ・ 本人の希望の確認（散歩したい、外出したい、タバコが吸いたい、スタッフにもっと話をきいてほしい、退院したい等）
- ・ 権利についての説明
- ・ 個別相談員（仮）にできること（できないこと、しないこと）を伝える など

相談後の対応

本人の希望に基づき、

- ・ 必要時に再度相談を受ける
- ・ 本人が病棟スタッフ等に自分の考えや希望を伝える手伝いをする
- ・ 本人に代わって、病棟スタッフに本人の考えや希望等を伝える
- ・ 退院請求や処遇改善請求制度の情報提供
- ・ 代理人が必要と判断された場合は弁護士会等を紹介する
- ・ 病棟スタッフ等ごとのような働きかけをするのか（したのか）本人に報告する など

※虐待が疑われる場合、病棟環境等に問題があることが判明した場合には、通報を含む対応につきセンター内で協議する

相談の際の留意点

- ・ 本人の了解なしに、相談内容や個人情報、病棟スタッフ等に話さない
- ・ あくまでも「本人の味方」として対応する
- ・ 個別相談員（仮）は、病棟スタッフ等、専門職の下請けをするわけではないことに留意する