

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）、彼谷哲志（大阪精神医療人権センター）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、工藤正志（秋田緑ヶ丘病院）、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）、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

本研究の目的は、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である。令和元年度は、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。令和2年度は、研究協力自治体において、「個別相談員（仮）」が実施する精神科病院への訪問等による精神科病棟入院者への権利擁護活動の試行を実施する予定であったが、COVID-19感染拡大により実施困難となったため、COVID-19感染拡大下においても実施可能な権利擁護の取り組みのあり方を検討した。権利擁護のための新たな個別面談の手段として、NPO 法人大阪精神医療人権センターと大阪精神科病院協会の協力により、タブレット端末を用いたオンライン面会を実施する体制を確立した。令和3年度は、オンライン面会を継続するとともに、個別相談員（仮）養成のための研修のあり方を検討し、「精神科アドボケイト養成講座」（基礎編）をオンラインにて実施した。

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。

B.方法

〈入院中の精神障害者を対象とした権利擁護のあり方の検討〉

2019（令和元）年 7 月、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.nisseikyoo.or.jp/about/hojokin/images/2015_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、2019（令和元）年 10 月、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。

〈オンライン面会の実行可能性の検証〉

精神科病棟に入院中の人に対する権利擁護活動に関して 30 年以上の実績を有する NPO

法人大阪精神医療人権センター（以下、「人権センター」）にオンライン面会による相談活動の試行を依頼した。また、大阪精神科病院協会に研究の主旨と内容を説明し、協力病院を推薦いただいた。同協会から推薦を受けた 6 病院に研究協力病院としてオンライン面会の受け入れを依頼した。

オンライン面会に用いる機材は、利便性や価格等を考慮して 10.2 インチ iPad（第 7 世代）とし、Face Time を利用した。研究の流れは別紙 3 の通り。オンライン面会の実施に先立ち、オンライン面会の相談を担当するスタッフに対し、オンライン面会の意義、実際の手順、オンライン面会で想定される留意点等につき zoom で情報提供及び意見交換を行った。

各研究協力病院には 1～2 名の連絡窓口担当者を指名していただき、研究班との連絡や、オンライン面会の日程調整、チラシ・ポスターによる院内へのオンライン面会の周知、必要機材の管理等を依頼した。Face Time がまだ十分に普及していないことを考慮し、操作の補助ツールとして、簡易な説明図を用意した。病院スタッフ、本人向けの Q&A を作成し、円滑にオンライン面会が実施できるよう工夫した。

オンライン面会の手順は以下の通り。

- ① 入院者が、電話または手紙でオンライン面会を申し込む。
- ② 本人の希望や予定を踏まえて、病院と人権センターで面会日時の調整を行う。
- ③ 病院のオンライン面会担当者が面会申込者へ面会日時を伝える。
- ④ 人権センタースタッフ 2 名でオンライン面会を実施する（病院スタッフの同席なし）。

〈個別相談員（仮）養成のあり方に関する検討〉

2020（令和元）年度にまとめた精神科病院に入院中の精神障害者に対する個別相談を实

施するうえでは、個別相談員（仮）の人材育成が不可欠であることから、個別相談員（仮）の養成講座の実施を企画した。

アドボケイトに関する研修の実施経験が豊富な大阪精神医療人権センターの協力者を中心としたワーキンググループにて研修プログラム案及び研修資料案を作成し、研究班会議及びメールでの意見交換により、案に対する研究協力者間の意見交換を行い、プログラム及び資料を確定した。研修は、アドボケイトの基礎知識や精神科医療機関で入院者への相談支援を行う際に知っておくべき精神保健医療に関する基礎知識を学ぶための基礎編と、実際に病院で相談支援を行うためのスキルを学ぶ実践編との二段階で構成することとなった。

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施している。

C.結果

〈入院中の精神障害者を対象とした権利擁護のあり方の検討〉

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と。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な。

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な。
- ・ 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な。

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な。
- ・ 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な。

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な。

5) 制度の利用促進について

- ・ 「アドボケーター」を利用する際には、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な。

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な。

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かにかかわらず、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な。
- ・ 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、大変よい支援をされている。
- ・ 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。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づ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。

〈オンライン面会の実行可能性の検証〉

研究協力病院は、榎坂病院、大阪さやま病院、久米田病院、七山病院、ねや川サナトリウム、浜寺病院であった。研究協力病院に配布したチラシは別紙3の通り。

2021（令和3）年3月よりオンライン面会希望の受付を開始した。2021（令和3）年11月までの間に、25件の面会活動を行った。

オンライン面会は開始当初より円滑に実施することができ、技術的な問題は生じなかった。面会前後、面会時を含め、病院、入院者とのトラブルも発生していない。オンライン面会開始により入院者と面会スタッフとの間に関係性ができ、その後に対面での面会に至った例もあった。一人の入院者とオンライン面会を行うと、同じ病棟から連続して問い合わせや申し込みが来る傾向も認められた。

〈個別相談員（仮）養成のあり方に関する検討〉

令和3年度については、2022（令和4）年3月27日（日）9：30－17：30、Zoomを用いて基礎編の研修会を開催した。インターネット上で受講者を募集し、定員30名のところ32名の申し込みがあった（申し込みが30名を超えた時点で受け付けを終了した）。精神科アドボケイト養成講座（基礎編）のプログラムは別紙4の通り。研修内容を別紙5に示す。当日は29名が受講した。会の進行、演習のファシリテーター等の研修の運営は、大阪精神医療人権センターのスタッフにより実施された。研修終了後のアンケート結果は図1～3の通りである。

D. 考察

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。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、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）

などが挙げられる。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困難である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ものではなく、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。しかしながら、現時点で権利擁護活動が一般的ではない地域においては、権利擁護活動を受け入れる病院側に抵抗感や何らかの懸念が生じる可能性もあり、別紙1,2に示すような活動を実装するにあたっては、病院スタッフへの調査等を通じて権利擁護活動を受け入れるにあたっての不安や懸念点などを明らかにすることが望ましいと考

えられる。

「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。

COVID-19 感染拡大下でも実施可能な権利擁護活動として実施したオンライン面会については、概ね実行可能性が確認された。対面での面会以外の方法としては電話相談が一般的であるが、お互いの表情が確認できず、音声のみのやりとりとなるため、対面と比較して信頼関係の構築がより困難となることに加え、入院者に電話代の負担が生じるというデメリットもある。オンライン面会は、お互いの顔が見えない状態で音声のみのやり取りとなる電話相談と比較し、個別相談員の顔を見ながら話をするができることが最大のメ

リットであると考えられる。個別相談員も、相手の表情を確認しながら話をするができるため、入院者の感情の動きや思いが伝わりやすく、沈黙にも対応しやすくなり、信頼関係の構築をしやすいことが期待される。また、Face Time 等の無料のアプリを活用することにより、入院者が通信料を負担することなく相談が受けられることもメリットとして挙げられる。入院者がスマートフォンを所持している場合は、スマートフォンを用いたオンライン面会も可能ではあるが、タブレット端末と比較してスマートフォンは画面がかなり小さくなるという欠点がある。

また、COVID-19 感染が終息した後であっても、対面での面会と併用することによって個別相談員の負担軽減につながったり、個別相談員の居住地外の病院への権利擁護活動にも参加できるなど、権利擁護活動の幅を広げることができる可能性もあるものと考えられる。一方、機器や通信トラブルが生じた場合の対応等、オンライン面会特有の課題もある。今後、利用者や個別相談員、病院スタッフへのアンケート調査により、オンライン面会のメリット、デメリットを明らかにし、権利擁護活動の一形態として位置づけるうえでの課題とその対応策を検討していく必要がある。

個別相談を担う人材育成のためには研修が必須となることから、本研究では研修プログラムの内容、実施方法について検討した。令和 3 年度については、基礎編をオンラインにて開催し、知識の伝達と理解を深めるための演習についてはオンラインにて実施可能であることが示された。

研修終了後のアンケート結果からは、研修内容についての満足度は高いものと推察されたが、今回理解度の確認は行っておらず、研修効果については明確に示すことはできない。今回の研修は講義部分を録画、編集しており、今後編集済みの講義を入院経験者や病院スタッフ等、さまざまな立場の人に視聴していただき、フィードバックを得ることにより適宜

内容の見直しを行っていく必要がある。

今回の研修は 5 時間 35 分の長時間にわたる研修を 1 日で実施したが、受講者側と運営側双方の疲労は大きく、複数回に分割して実施することなど、より負担の少ない方法を検討する必要性もあるものと考えられた。

今後は基礎編の内容および時間配分などをさらに検討していくとともに、実践編の試行を行う必要がある。実践編についてはロールプレイなどを行うことを想定されるため、対面での実施が基本となるものと考えられる。研修で習得すべき事項につき整理し、セルフチェックシートを作成するなど、研修の理解度を確認する方法についても検討が必要であ

る。また、スーパーバイズのあり方など、実際に個別相談を実施しながらスキルアップを図るための仕組みについても併せて検討していく必要があると考えられる。

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

図1 各講座のわかりやすさ

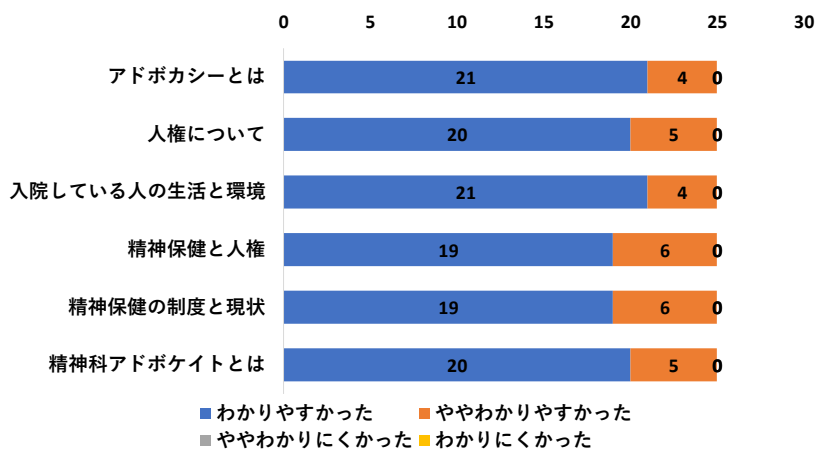


図2 講座全体に対する意見

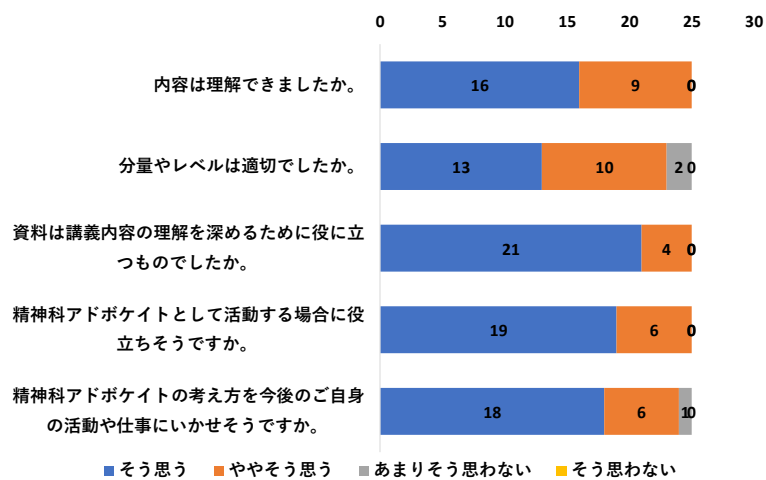
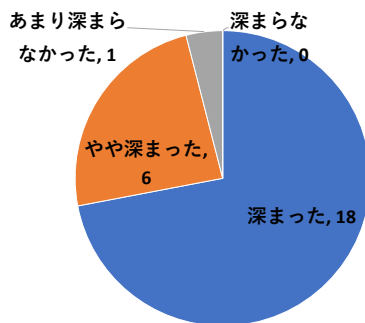


図3 演習の有用性
(演習により理解が深まったか)



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。

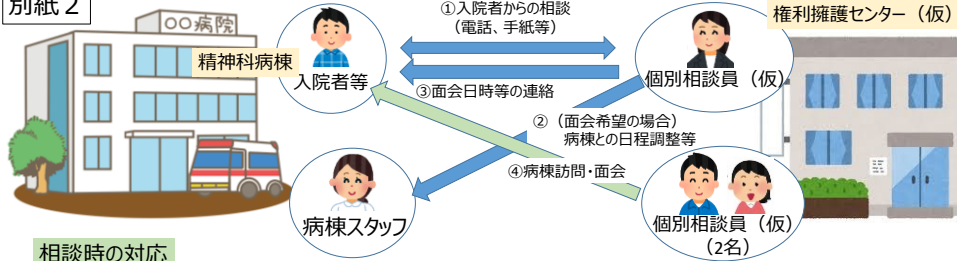
(病院から患者が電話してくるのを待つモデルだけでは、必要な人に支援が行き渡らない可能性がある。)

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

別紙2



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

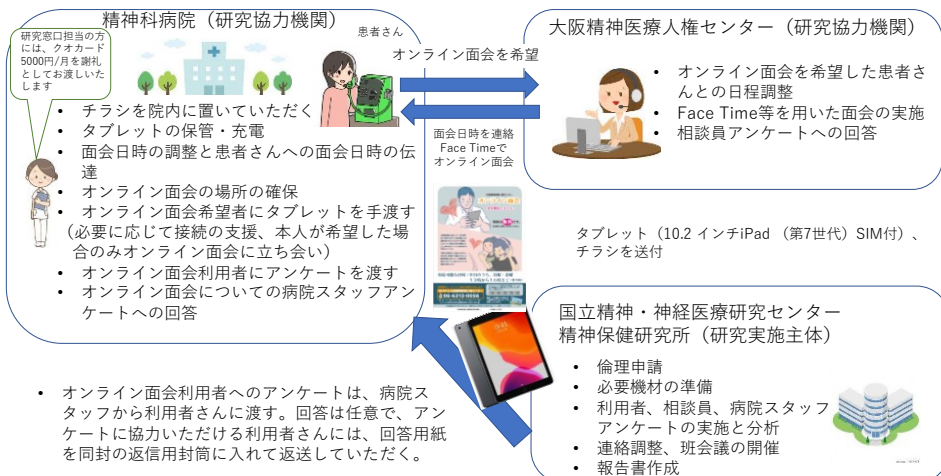
- 本人の希望に基づき、
- ・ 必要時に再度相談を受ける
 - ・ 本人が病棟スタッフ等に自分の考えや希望を伝える手伝いをする
 - ・ 本人に代わって、病棟スタッフに本人の考えや希望等を伝える
 - ・ 退院請求や処遇改善請求制度の情報提供
 - ・ 代理人が必要と判断された場合は弁護士会等を紹介する
 - ・ 病棟スタッフ等このような働きかけをするのか（したのか）本人に報告する など
- ※虐待が疑われる場合、病棟環境等に問題があることが判明した場合には、通報を含む対応につきセンター内で協議する

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を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、病院スタッフ等、専門職の下請けをするわけではないことに留意する

別紙3

オンライン面会活動の流れ



令和3年度精神科アドボケイト（個別相談）養成研修（基礎）							
							運営側入室9:00～、参加者開室9:15
開始	終了	項目時間	合計時間	科目名	担当（名前と所属）	内容	補足
9:30	9:40	0:10	0:10	事務連絡			
9:40	10:15	0:35	0:45	オリエンテーション	藤井（NCNP） 位田 （大阪精神医療人権C）	1. 開始・録画の断り 2. 研修の趣旨説明 10分 3. グラウンドルール 4. 自己紹介 25分	自己紹介(30秒 x 45人) = 約25分
10:15	10:25	0:10	0:55	休憩			
10:25	10:50	0:25	1:20	講座1（講義）： アドボカシーとは	彼谷 （大阪精神医療人権C）		
10:50	11:20	0:30	1:50	演習1	彼谷 （大阪精神医療人権C）	1. 自己紹介 研修に参加しようと思った動機、きっかけ 2. これからアドボカシー活動をするとしたら、どのような点を意識したいですか？ アドボカシーの6原則も参考にしてください。 ※独立性／エンパワメント／当事者主導／守秘（秘密を守る）／平等／当事者参画	1. 自己紹介 12分（2分 x 6人進行役含む） 名前と研修に参加しようと思った動機、きっかけ記録係について（〇〇さんに記録係に入ってもらっています。この講座を振り返るために、演習でどのような意見が出たかを記録するためです。お名前が公開することはありませんので安心して話してください。） →全員の自己紹介が終わったら、ファシリは「様々な立場の人がいること」「立場性の尊重」を確認する ※グラウンドルール 2. アドボカシー活動で意識したいこと 10分（2分 x 5人） 補足説明：講義で印象に残ったことはどんなこと、どの部分でしたか？ 3. 他の人の意見を聞いての感想 5分（1分 x 5人） 補足説明：他の人の意見をきいて思ったこと気付いたこと ※初めての演習であることから場を温めること、相手の立場を尊重することを重視。
11:20	11:30	0:10	2:00	休憩			
11:30	11:55	0:25	2:25	講座2（講義）： 人権について	桐原 （全国精神病患者集団）		
11:55	12:25	0:30	2:55	演習2	角野 （大阪精神医療人権C）	講義を受けて、①と②いずれか（両方でも可）について自身の個人的や職業的な経験をふりかえり、グループ内で共有してください。精神科医療に限定しなくてもかまいません。 ①人権を尊重したかった場面、エピソード ②人権を尊重してほしかった場面、エピソード	角野さんから具体例を入れて演習の説明 1. 個人ワーク（2の前に個人で考えてもらう時間をとる）3分 2. グループ内で①か②を共有 10分（2分 x 5人） 補足説明：権利を守られなかった、人として大切にされていないと感じた場面はありますか？（「人権」を自分ごと・身近なところに引き寄せて考えてもらう。） 3. 他の人の意見を聞いての感想 10分（2分 x 5人） ※人権は精神科医療に限定しない普遍的な概念であることを意識することで、人権が立場性の違いを超えた研修の場作りに留意する。
12:25	13:25	1:00	3:55	休憩		昼休み	13:00～ブレイクアウトセッションで運営スタッフ打ち合わせ
13:25	13:55	0:30	4:25	講座3（講義）： 入院している人の生活と環境	奥山 （大阪精神医療センター） ----- たにぐち （大阪精神医療人権C）		
13:55	14:15	0:20	4:45	演習3	角野 （大阪精神医療人権C）	講義と体験談を聞いての感想をグループ内で共有してください。	1. 個人ワーク 3分 2. グループ内で意見を共有 10分（2分 x 5人） 3. 他の人の意見を聞いての感想 5分（1分 x 5人） ※講座概要（ファシリ用メモ）：看護師として権利擁護も担っている、担おうとしているが、それでも入院中の方にとっては権利が守られていない場面もある、だから精神科アドボケイト「も」必要（もちろん精神科アドボケイトだけで全ては担えない）。
14:15	14:25	0:10	4:55	休憩			

14:25	14:55	0:30	5:25	講座4-1（講義）： 精神保健と人権	藤井 （NCNP）		
14:55	15:05	0:10	5:35	休憩			
15:05	15:35	0:30	6:05	講座4-2（講義）： 精神保健の制度と現 状	西川 （大阪精神医 療人権C）		
15:35	16:10	0:35	6:40	演習4	西川 （大阪精神医 療人権C）	講義において、精神保健福祉法におけ る入院形態、行動制限や権利について 学びました。入院している人の守られ るべき権利について、あなた自身はど のように思いましたか。	1.個人ワーク 3分 2.意見共有 30分（6分×5名）1巡のみ 出た意見を深掘りする参加者同士のやりとり（2巡 目）はしない。時間をみてファシリが発言者に対して その意見の理由、どうしてそう考えたのかをきく。参 加者には他の人の意見を聞いてもらう。
16:10	16:20	0:10	6:50	休憩			
16:20	16:50	0:30	7:20	講座5（講義）： 精神科アドボケイト とは	藤原 （大阪精神医 療人権C）		
16:50	17:15	0:25	7:45	演習5	藤原 （大阪精神医 療人権C）	大阪の実践を聞いて、あなたができる ことは何ですか？ 「精神科アドボケイト」をする 「精神科アドボケイト」はしないが、 側面的にできそうなこと 他の領域のアドボケイトをする	1.個人ワーク 3分 2.意見共有 20分（4分×5名）1巡のみ 補足説明：（講座全体・講座5を受けて、）精神科アド ボケイトなら、側面的なことなら、他領域ならとそれ ぞれのうちどのようなことがしたい・できそうと思 うかを話してもらう。（講座を受けて今どう考えている か、決意表明のイメージ）
17:15	17:25	0:10	7:55	事務連絡	藤井 （NCNP）	演習5を踏まえて全体の締めくくり アンケートのお願い・実践編のアナウ ンス）	
		研修 時間	5:35				

2021年度 精神科アドボケイト養成講座 精神科アドボケイトの理念

精神科アドボケイト養成講座について

- 精神科アドボケイトとは精神科に入院中の方の立場に立って権利擁護を行う人のことです。この活動者は当事者、その家族、医療福祉従事者、弁護士、教員、学生など立場を問いません。
- 本講座では、入院中の方への面会活動など精神科アドボケイトとして活動するための理念や基礎的な知識を学ぶための講座となります。

精神科アドボケイト養成講座について

- 本講座にご参加いただいた方は、精神科アドボケイトについて学び、日頃の活動や仕事に活かしたい方、大阪以外の地域で精神科アドボケイトの活動を行いたい方、大阪での精神科に入院中の方への面会活動に参加したい方が対象となっております。
- なお、大阪精神医療人権センターでの精神科に入院中の方への面会活動等に参加するためには、養成講座実践編への参加が必要となりますので、ご希望の方は受講をお願いいたします。

研究事業について

本講座は、

厚生労働行政推進調査事業補助金（障害者政策総合研究事業）「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の中の分担研究「精神障害者の意思決定及び意思表明支援に関する研究」による研究活動の一環として開催します。

研究事業について

①研究目的

- 地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的な実現可能な提言を行います。

研究事業について

②精神障害者の意思決定及び意思表明支援に関する研究について

- 精神障害者の意思決定・意思表明支援（入院及び外来）に関する好事例、既存のガイドラインやツールの収集を行います。
- 当事者、家族、法律専門家、保健医療福祉関係者等を交えて、それらの課題、普及可能性について検討し、研修等にも有用な意思決定・意思表明支援に関する資料案を作成します。
- 複数の医療機関で支援を試行し、実行可能性や普及にあたっての課題について検討します。
- 研究成果に基づきシンポジウムを開催するなど、現場への普及を図ります。

研究事業について

- ③本講座を受けてのアンケートのご協力
- 研究事業として、本講座を受講された皆さんにアンケートのご協力をお願いしております。

私たちの想い

- 大阪精神医療人権センターでは、精神科アドボケイトとして、入院中の方の権利擁護活動を36年実践しています。私たちは、「声をきく」「扉をひらく」「社会をかえる」という理念のもと、誰もが安心してかかれる精神医療の実現を目指しています。
- これらの活動を通し、一人でも多くの精神科に入院中の方が、その人らしい暮らしにつながることを目指しています。そのためにも、入院中の方の権利擁護実践については多くの方と協働していく必要があります。

私たちの想い

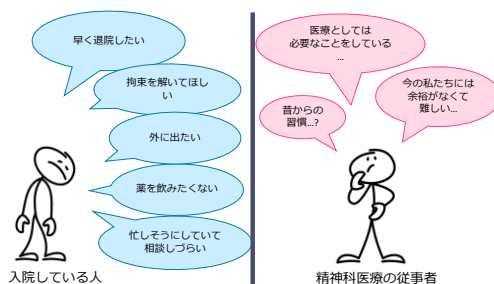
- 本日の講座で、権利擁護のために必要な理念や知識を学び、一人でも多くの方がその必要性を理解し、活動に参加していただき、多くの協働者の一人となっていただきたいと思います。

講座1 アドボカシーとは

講座1「アドボカシーとは」の趣旨

- アドボカシーの基本的な考え方
- セルフアドボカシーの意義とアドボカシーの担い手
- ケースアドボカシーとシステムアドボカシー

入院している人と医療従事者の立場から生じる壁の存在



投薬のエピソード（私の場合）

- **出来事**：コップに水をいれて詰所に並び、看護師から薬を手渡され、その場で飲む。そこで薬を飲まなければならない。
- **気持ち**：自宅では服薬は遵守していたので屈辱的、どんな薬なのか分からないで飲むことは怖い。
- **言ったこと**：インフォームドコンセントや薬剤情報提供の仕組みを知っていた。看護師経由で、薬剤師から説明を受けた。
- **言わなかったこと**：黙って並びされている患者たちを見て、並ばない選択肢はこの場所では許されないだろう、と空気を読んだ。

ひげそりのエピソード（私の場合）

- **出来事**：詰所に預けた1字剃刀を毎朝受けとるときに、ありがとうございます、と言う。
- **気持ち**：自傷しない自分が剃刀を預け、受け取るたびに感謝を口にするのは妙な気分。この気持ちを言葉にすると退院伸びるかも。過度な持ち物制限へ協力したことへ感謝の言葉をくれる看護師もいた。
- **いま思うこと**：看護師と揉めると、症状とされると思い、過剰に協調路線をとるようにした。言いたいことを言わないことが、退院への近道だと考えた。そもそも、持ち物制限を見直してほしい。

退院時のエピソード（私の場合）

- **出来事**：入院中に離婚、退院後は関東で一人暮らしを望んでいたが、希死念慮があるため関西の実家へ退院することになった。
- **気持ち**：仕事も縁もない実家に戻りたくないが、早く退院するにはそれしかない。
- **いま思うこと**：その後実家でひきこもりになり、病院や両親を恨む。訪問看護、デイケア、ヘルパーなどの希死念慮があっても一人暮らしを支える方法を情報提供してほしかった。医師や看護師は希死念慮の具体性を検討されたのか？ 精神保健福祉士は情報提供していたのか？

アドボカシー＝声を上げる

- **advocacy** = 平たく言うと **to call** や **speak out**、**声をあげる**
- **悩みを抱えていたり、権利侵害の渦中にある人は自分では声を上げることが難しい**かもしれない。
- **そのような人のため、あるいは自分たち自身で声を上げること**



アドボカシーの対象者の背景

- **意思決定が弱いと見なされ** 他者の庇護に置かれがちの人
 - ・ 子ども、障害者、高齢者
- **特定の環境下での集団生活を過ごす人**
 - ・ 入院患者、児童養護施設や障害者入所施設、老人ホームの入居者、刑事施設や少年院の入所者、
- **(特に生存や健康への依存度が強い) ケアを他者に委ねざるを得ない人**
 - ・ 医療的ケア児者など常時介護を受ける人、広くは患者
- **強い支配下に置かれていたり、適切なケアを受けられていない人**
 - ・ 虐待、DV、パワハラ
- **差別に晒されている人**
 - ・ セクハラ、LGBT、外国人

医療や福祉で発展したアドボカシー

- **医療や福祉ではアドボカシーの対象者が多く、背景が複数ある人が珍しくない。**
- **イギリスの例**
 - ・ **アドボカシーを利用する権利が法律で保障**
 - ・ **サービス提供機関から独立してアドボカシーを実践する専門的なトレーニングを受けたアドボケイトとアドボカシー提供機関が存在**
 - ・ Independent Mental Health Advocacy (精神障害)
 - ・ Independent Mental Capacity Advocacy (知的障害や認知症)

アドボカシーの6原則

- アドボカシーの6原則
 - ・ ここではイギリスなどのアドボカシー実践を参考に子どもアドボカシーの領域での整理を紹介します。
- アドボカシーの原則
 1. 独立性
 2. エンパワメント
 3. 当事者主導
 4. 守秘（秘密を守る）
 5. 平等
 6. 当事者参画

アドボカシーの6原則

1. 独立性
 - ・ 当事者への**意思決定機関**や**サービス提供機関**から**独立**して**利害関係を持たない**
 - ・ 例) 福祉事務所、児童相談所、教育、医療、福祉機関
 - ・ 組織の方針や利害と利用者の希望が対立すると板挟みになる可能性
2. エンパワメント
 - ・ **自分の言葉で意思を表明**できるように支援
 - ・ 抑圧から解放されて、**力を取り戻す過程**
 - ・ **自信や自尊心を取り戻す過程**でもある

アドボカシーの6原則

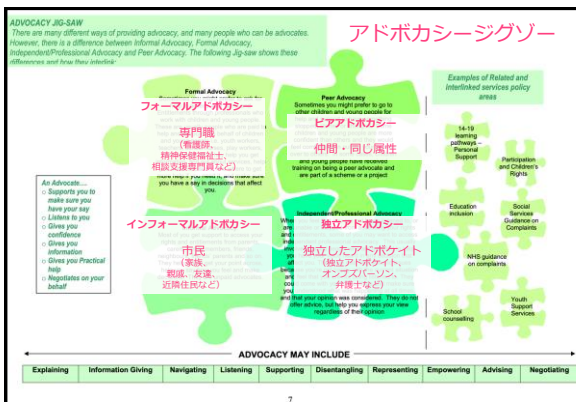
3. 当事者主導
 - ・ **本人の希望や意思に基づいて行動**。支援者の考える「最善の利益」と異なる場合であっても希望や意思に依る。
 - ・ 「当事者が運転席に座れるようにすること」（パイロマン）
4. 秘密を守る（守秘）
 - ・ **プライバシーの尊重**、当事者から聞いたことを他者に伝えない。信頼関係の前提。
 - ・ 虐待、暴力など生死に関わることは守秘義務の例外だが、慎重な扱いが求められる

アドボカシーの6原則

5. 平等
 - ・ **すべての当事者が平等にアドボカシーにアクセス**できること
 - ・ 言葉を話さない、意味を掴みづらい人でも、適切な**コミュニケーション支援**や**意思決定支援**により、意思決定と意思表明が可能
6. 当事者参画
 - ・ アドボカシーは**常に当事者の参画**を得て進める
 - ・ 実践以外にも助言、研修、スタッフの採用など運営に参画

セルフアドボカシー

- **もっとも身近なアドボカシーは自分自身**
- 当事者は無力で意思決定できない存在ではない
 - ・ アドボケイトは「当事者は誰でも**自分の好みを持ち、自分で考え、自分の意見をまとめ、発信できる**」と信じて行動する
 - ・ コミュニケーションや意思決定支援が重要
- セルフアドボカシーへの支援は**自己決定への支援**
 - ・ **代弁**は矛盾を孕んだ行為でもあり、その自覚が必要
 - ・ 権利侵害の救済とセルフアドボカシーの両立のジレンマが起きうる



アドボカシーの担い手

1. セルフアドボカシー
2. インフォーマルなアドボカシー
 - ・身近な人によるアドボカシー。例) 家族、親戚、友達、近隣住民
3. ピアアドボカシー
 - ・同じような属性を持つ仲間によるアドボカシー。集団的なセルフアドボカシー。例) 障害者運動、患者会、労働組合
4. フォーマルなアドボカシー
 - ・サービス提供機関などの職員。当事者の意見や思いを聞き、時に代弁し、思いを実現する
 - ・身近な職員が当事者の話を聴くことは身近で大事なアドボカシーでもある
5. 独立アドボカシー
 - ・利害関係のない第三者が行うアドボカシー

アドボケイトの特徴を言い換えると

- 中立的な立場ではなく、**対象者の立場にたった味方**
- **対象者の希望や意思**に基づいて行動する。アドボケイトの価値観を押し付けない
- 対象者の**力を発揮**できるように、力を奪わない。頼まれたことを実行する代理人や支援者とは異なる
- 対象者の**タイミングを尊重**する。無理に本音や希望を引き出さない
- 対象者に**できない約束をしない**

アドボカシーの対象

ケースアドボカシー

- 権利を守るために、**個別の当事者**を対象に行う
- 対象の人の**気持ちや意向を尊重**することが大前提
- 精神科アドボケイトの場合、**入院している個人個人**を対象にする活動。

システムアドボカシー

- **集団やコミュニティ**を対象に行う
- 権利を守るために**制度を作る、変える活動**を伴う
- 精神科アドボケイトの場合、**入院している人全体、病院、精神科医療にかかる制度**を対象にする活動。

講座2 人権について学ぶ

講座2「人権について学ぶ」の趣旨

- 人権についての理解
- 障害者の人権
- 憲法に基づく人権
- 権利擁護活動とは

人権について知るといふこと

人権や憲法を知ろうとする人たちは、今まさに自分の人権が脅かされていて、抵抗しようとしている人たちです。

逆に人権が守られている人たちは、憲法や人権を勉強しなくても人権が守られているので、そこまで切実ではないのです。

私たちは、人権が脅かされている人たちへの想像力を獲得し、ともに行動していくためにも、まずは人権を学ばなければなりません。

人権について



人が自分の生き方を選択し、自分らしく生きていくためには（個人の尊厳）、『人権』が守られなければなりません。

33

人権の誕生

第二次世界大戦においては、特定の人種・障害者・女性の迫害、大量虐殺、人権侵害、人権抑圧が横行しました。

第二次世界大戦の反省として世界人権宣言が採択された。

さまざまな人権の考え方

国連は、国際人権規約の策定に着手した。

自由権：英米などの自由主義国家では、人が公権力等から不当な介入を受けず、自由を制限されないことが人権であると考えた。

社会権：ロシアなどの社会主義国家は、貧富の格差などが生じないように国が保障していくことが人権であると考えた。

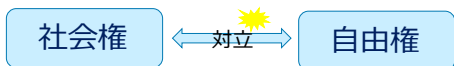
さまざまな人権の考え方

◆ A規約
経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（社会権規約）

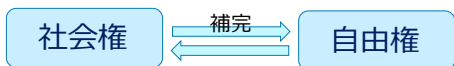
◆ B規約
市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約）

人権の相互補完

■ 従来の人権観



■ 人権の相互依存性



人権条約

- 人種差別撤廃条約（1965年）
- 女子差別撤廃条約（1979年）
- 拷問等禁止条約（1984年）
- 児童の権利条約（1989年）
- 移民労働者権利条約（1990年）

- 集団殺害防止条約（1948年）
- 難民条約（1951年）
- 強制失踪防止条約（2006年）

障害者権利条約

- 2006年 国連総会で障害者権利条約が採択された。
- 2014年 批准
- 目的：全ての障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進すること
- 障害者権利条約は、障害者に新たな権利を与えるものではない。
- 障害者が享受できていない権利を他の者と平等にすることを目指したものである。

障害者権利条約

～「精神科アドボケイト」と関係する内容～

- 第12条 法律の前にひとしく認められる権利
→法的能力の行使に当たって必要な支援
※代理で同意するのではなく同意を支援する
- 第14条 身体的自由及び安全
→障害を理由に無理やり入院させられない権利
→障害を理由に拘束されない権利
- 第16条 虐待防止
→虐待防止のための措置

障害者権利条約

～「精神科アドボケイト」と関係する内容～

- 第19条 自立した生活及び地域社会への包容
→病院から退院し、地域で生活する権利
- 約25条 健康
→他科と同質の医療を受ける権利
→医療者から説明と同意を受ける権利

日本国憲法の人権

- ① 固有性
人間であることにより当然に有するとされる権利であること
- ② 不可侵性
人権が原則として、公権力によって侵害されないこと
- ③ 普遍性
人種、性、身分、障害の区別に関係なく、人間であることに基づいて当然に共有できる権利であること

権利擁護活動とは

～病院外部とつながる権利を守る～

- ① 弁護士や障害者団体などの権利擁護者を紹介するアドボケイトにアクセスする機会の付与
- ② 定期的にアドボケイトが訪問し、話しをすることができるような環境の付与
- ③ 権利擁護者に依頼する機会の付与

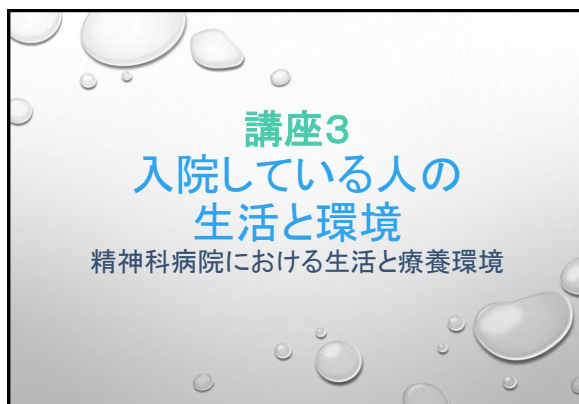
権利擁護活動とは

～適切な治療を受ける権利を守る～

- ① 風通しの良い、適切な治療環境の提供。
- ② 治療内容や不服申立て等の手続きの方法を告知され、弁解と防御の機会を付与される権利。
- ③ 医療者とのコミュニケーションを円滑にすること。

権利擁護活動とは ～地域で生活する権利を守る～

- ① 病院ではなく地域で生活する権利
- ② 地域で生活するための支援を受ける権利
- ③ 偏見、差別されることなく、社会に包摂される権利



講座3「入院している人の生活と環境」の趣旨

- ・入院している人の話を聴くにあたって、**精神科病院での生活を
知ることが大切**。精神科病院への入院経験のない人が社会では大半であり、**知る機会が少ない**。
- ・**精神科病院の環境(ハード面)と入院生活**を知ります。
- ・**入院経験のある人の話を聴き**、生活と環境を具体的に知り、入院している人の**気持ち**を学びます。

入院までの流れ(1)

1. **病院へのルートは多様**。予期しない入院もある。
 - ・自分自身で訪れて。
 - ・家族や支援者に連れられて。
 - ・救急搬送されて。
 - ・警察に連れられて。
2. 待合: 待つことで緊張と不安が高まることも。
3. 診察室: **医師の診察を受け、入院の告知・権利の説明**。
 - ・精神保健福祉法上の告知や説明を受け、その文章を受け取る。

入院までの流れ(2)

4. 診察室から病棟へ
 - ・医師や看護師と同伴し、案内される。
 - ・やっと休めるんだとホッとする人もいれば、どこに連行されるか分からない恐怖や不安を感じる人。
 - ・医師や看護師に案内されて、**自ら病棟へ向かう人もいれば**、入院を拒否して抵抗した場合、**カブクで連れていかれる人**。

入院までの流れ(3)

5. 持ち物検査

診察後かナースステーション・面会室などで行われることが多い。
安全上の理由であっても私物を点検されるのは、
気持ちの良いものではない。
6. 病室(保護室・個室・多床室)

自傷・他害がある。或いは、可能性がある場合は、保護室や個室が使われる。

 - ・比較的落ち着いていれば、多床室で過ごすこととなる。

入院に際しての 権利擁護

- ・ 病院に着いてから自分のベッドで休むまでの間の気持ちは人によってさまざま。
- ・ 入院している人の権利について文章にて説明を受けることが法律上明記されている。特に退院の請求や処遇の改善については、精神医療審査会へ請求することができます。
- ・ 不安や緊張、恐れなどの気持ちの中で権利の説明を受けることも多く、説明を理解しているとは限りません。
- ・ 精神科アドボケイトは、入院している人が説明の内容を理解していない可能性を常に意識する必要があります。



病院機能(病棟部門)

診療部門	病床数	うち個室・保護室
精神科救急医療	78床(12休床)	41床
高度ケア医療	150床	50床
総合治療	150床	30床
思春期医療	25床	50床
児童期医療	25床	
医療観察法医療	33床	33床
合計	461床	204床 約44%







週間スケジュール(例)

	午前	午後
月	入浴・カラオケ・作業(創作・陶芸)	入浴・作業(創作・絵画)
火	シーツ交換・作業(創作・運動)	作業(創作・カラオケ・共同制作)
水	入浴・作業(創作・音楽)	入浴・作業(創作・書道)、心理教室
木	作業(創作・園芸・料理)	作業(創作・脳トレーニング)
金	入浴・作業(創作・陶芸)	入浴・作業(創作・運動)
土	室内娯楽	室内娯楽
日	血圧測定・体重測定	室内娯楽

持ち物制限の例

- ・ 刃物類(カミソリ、ナイフ、はさみ、カッター等)
- ・ 針類、爪切り、金属製ハンガー、爪楊枝
- ・ 傘、陶器、ガラス製品、手鏡、火器類
- ・ 録音・録画・撮影が行える機器
(携帯電話、パソコン、タブレット、カメラ等)
- ・ ドライヤー、ヘアアイロン
- ・ アルコール類・タバコ

持ち物制限への思い

- ・ 持ち物制限は個別化の努力がなされたとしても、自分以外の入院している人や過去に入院していた人の危ない行動が反映されてしまう。故に自分の持ち物も制限されてしまう。
例) 自傷しない人、T字カミソリ等が制限される。
- ・ 持ち物によっては、精神的安定につながるものもある。
 - ・ 普段愛用している手鏡やヘアアイロン
 - ・ スマートフォン、アイパッドなど

♨ 病棟での入浴 ♨

- ・ 週2～3回程度。
- ・ 入浴日・入浴時間が決められていて、寝る前など普段の生活習慣時間帯に入ることはできない。
- ・ 数名以上で入る浴室。(一人用ではない)
- ・ 大勢が入浴するため時間が限られ、時には急がされる。
- ・ 安全上の配慮ではあるが、看護師が浴室内で観察している。

病棟の公衆電話と携帯電話の違い

病棟の公衆電話	携帯電話
<ul style="list-style-type: none"> ・ 順番待ちがある ・ 音声のみ ・ お互いの時間を合わせる必要 ・ 高額 10円11.5秒= 3分で160円 *1 ・ 連絡先を入院時にメモしておく必要あり ・ 予期せぬ入院の場合どうするのでしょうか..... 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の時間で使える ・ 音声+文字画像(メールSMS) ・ 自分と相手の都合でやりとり可 ・ 比較的安価 ・ しゃべり放題プランあり ・ アドレス帳に入れておけば連絡を取れる

*1 NTTドコモ、auで隣接都道府県宛に昼間帯にかけた場合

入院環境や入院者の声は、第三者の存在が重要

- ・病棟の生活は医療上と集団生活のために制約を受け、病棟の日常は私たちの日常生活とは異なります。
- ・時に、その制約内容が必要以上であったり、その内容そのものが倫理的に問題があるかもしれません。それは、入院生活の慣れで自覚しないこともあります。
- ・結果として、入院している人が適切に病院職員に自分の気持ちを伝えることが出来なくなる可能性があります。
- ・第三者が入院環境を見て、入院している人の声を聞くことが重要になります。

権利擁護のまとめ

医療従事者は、専門職の立場からより良い治療・看護を目指しています。

しかし、患者さんの権利を常に擁護しているかは、わかりません。

故に、その人の意見を尊重しながら、その権利を行使できるよう援助することが重要です。

それが、アドボケイトです。

ご清聴ありがとうございました。



講座 3
入院している人の生活と環境
～わたしの入院体験～

1. 病院での「持ち物管理」について

任意入院だったのに隔離室に／手紙を受け取って...ゆっくり読みたかった／もみ合いになって破れた手紙／申し訳ない気持ちが残った

2. 職員さんとの関係について

(1) 一緒にお茶を飲む「平場」の時間

患者さんと看護師さんと喫茶店ごっこ
とてもうれしかった／対等で平場と感じた

(2) 看護師さんが私を避けた理由／こそっと話してくれたこと

スーパーで出会った看護師さん
私生活を明かさないルール／人間同士のお付き合い

2. 職員さんとの関係について

(3) 隔離室に連れていく様子を見てしまって感じた立場の違い

友だちを隔離室に連れていく看護師さん

心に距離を感じるように

でも複雑な相反する感情も

(4) 職員さんだから話せないことがある

体調が悪いことを話せなかった

どうしてもレクに行きたかった

外の空気が吸いたい／気晴らししたい／職員さんといつもより話したい...

演習 3

入院している人の生活と環境

- 講義と体験談を聞いての感想をグループ内で共有してください。

講座 4 - 1
精神保健と人権

講座4-1「精神保健と人権」の趣旨

- 精神科病院における入院治療についての知識
- 入院形態、身体拘束等の行動制限についての知識
- 精神保健においてアドボカシーが必要な背景への理解

入院が必要となったAさんのケース
(架空の事例です)

Aさん：48歳、男性 会社員（管理職） 家族は妻と中学生の娘

不況に伴う過重労働やリストラ、社内再編⇒ 部下の退職、病欠
人員補充なし



毎日終電帰り 土日も仕事
勤務時間を過少申告
睡眠時間 3 - 4 時間

入院が必要となったAさんのケース
(架空の事例です)

意欲、集中力が低下し、頭痛や腰痛、異常な発汗、食欲低下、体重減少
などがみられ、作業効率も低下、仕事上の小さなミスを連発



自分いるせいで会社の業績が悪くなっている
会社にも部下にも申し訳ない
死んでおわびをしたい

心配した妻に受診を勧められても、「そんな時間があつたら仕事の遅れをとりもどさなくては」と頑として応じず

入院が必要となったAさんのケース
(架空の事例です)

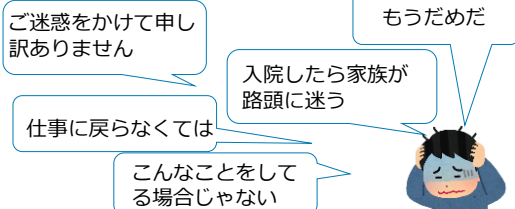
- 妻が眠っている間に3階のベランダから飛び降りて自殺を図り、救急搬送
- 植栽がクッションになり、衝撃が和らいだため打撲と擦過傷のみで大きな外傷なし
- 搬送先病院の精神科医の診察により、重度のうつ病との診断、同病院には精神科病棟がなかったため、精神科病院に転院



入院治療が考慮されるのはどのようなときか？

- 精神症状が重い場合**
 外来や訪問診療では治療が難しくぐらいに症状が重いつき
- 身体的に入院治療が必要とされる場合**
 急性薬物中毒や、著しい低栄養状態、意識障害など
- 自殺の危険が高い場合**
 強い希死念慮があり、自殺の危険が切迫しているとき
- 他者へ危害をおよぼす危険が高い場合**
 幻聴の命令に従って他人を傷つけるようとするなど
- 治療上、環境を変えることが望ましい場合**
 さまざまな事情により、自宅では心理的に休めないような場合など

精神科病院の診察室で



- ・ 医師の話しかけを遮り、とにかく仕事に戻ると主張
- ・ 妻が、休んでほしい、会社の人もそう言ってる、お金の心配はいらない、と話しても納得せず
- ・ 救急搬送先病院で点滴を1本した他は、昨夕から飲食していない

精神科の「入院形態」とは？

主な入院形態：任意入院・医療保護入院・措置入院

任意入院

精神保健福祉法第20条

- ・ 本人に入院する意思がある場合の入院
- ・ 本人が退院をしたい場合や、症状が改善して医師が退院可能と判断した場合には退院となります
- ・ 精神保健指定医※の診察の結果、医療および保護のために入院を継続する必要があると認めたときは、72時間に限り退院を制限することができます

※精神保健指定医（指定医）：精神保健福祉法第18条に基づき、本人の意思によらない入院や、隔離、身体拘束などの行動制限の必要性の判断を行うことができるなど、患者の人権にも十分に配慮した医療を行ううえで必要な資質を備えていると認められた医師

医療保護入院

精神保健福祉法第33条1項

- ・ 指定医が診察した結果、精神障害であり、入院による治療と保護が必要であると判断され、本人の同意に基づいた入院が行われる状態ないと判断された場合の入院
 家族等※の同意が必要

※家族等：配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人のいずれか該当者がいない場合は市町村長が同意の判断を行います

措置入院

精神保健福祉法第29条

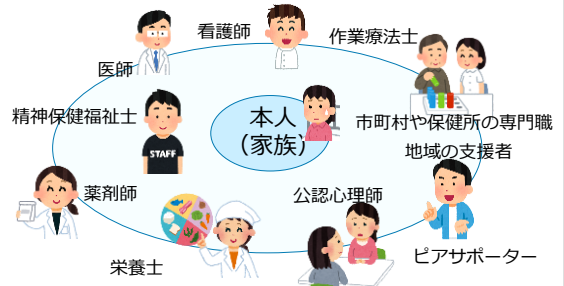
- ・ 2名以上の指定医の診察により、各指定医が精神障害のため、入院しなければ自分を傷つける、または他人に害をおよぼす（他害※）恐れがあると認めた場合の入院
- ・ 都道府県知事、指定都市の長の権限による入院

※他害：殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他のものの生命、身体、貞操、名誉、財産等または社会的法益等に害を及ぼす行為

入院治療では何をするのか？

- **体の検査・治療**：体の病気による精神症状もあり、精神疾患に身体疾患が合併することもある
 - **栄養、生活リズムの改善**：バランスのとれた食事と規則正しい生活、清潔の保持など
 - **精神療法、話の傾聴**：医師の診察、看護師や精神保健福祉士、公認心理師などによる傾聴や助言、認知行動療法などの心理療法など
 - **薬物療法**：一人ひとりに最適な薬の種類、量を調整する
 - **環境調整、必要なサービスの導入・調整**：退院後の療養環境の調整や本人が望む地域生活のために必要なサービスの導入や調整
 - **リハビリテーション**：作業療法など、退院後の生活に向けたリハビリ
- その他、体の病気の治療、心理教育（疾病教育）、社会生活技能訓練（SST）など、一人ひとりの病状や本人の希望に応じて治療を提供します

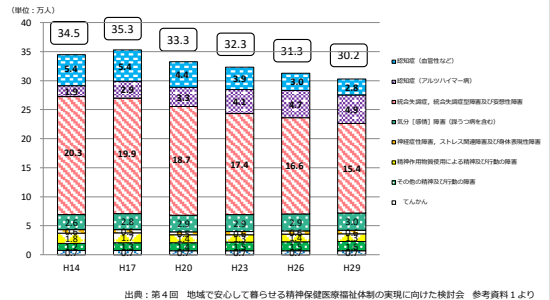
多職種チームによる医療・支援の提供



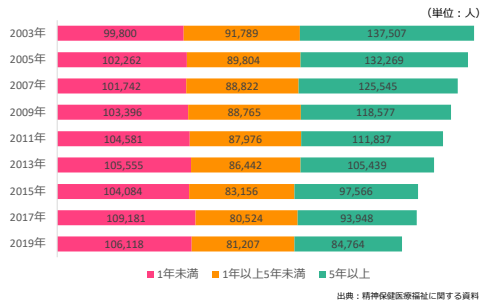
精神科病棟の特徴は？

- **開放病棟と閉鎖病棟がある**
閉鎖病棟では病棟の入り口が施錠され、病棟外に自由に出ることが制限されます
本人の保護が目的ですが、医療者は、適切な治療と頻回の処遇の見直しによって、より自由度の高い環境への移行ができるよう努める必要があります
- **疾患別・病態別の専門病棟がある**
認知症治療病棟、児童・思春期病棟、依存症治療病棟、身体合併症病棟など、疾患別・病態別の専門治療病棟があります

精神疾患を有する入院患者数の推移



精神病床における在院期間別入院患者数



入院してから

- ナースステーション横の個室に入院
- 家族や医師、看護師が繰り返し勧めても、食事、水分摂取、内服すべて拒否
- 部屋の中を落ち着きなく歩き回り、時々頭をかかえて何かつぶやいている
- 脱水予防のため夕方から点滴を開始



点滴を開始して間もなく

- 看護師が部屋を離れていた間に、点滴を自分で抜き、壁に強く頭を打ちつけ始める
- ドンドンという大きな音で看護師が気づき、2人がかりで制止
- 指定医に診察を依頼



焦燥感が非常に強いうつ病で、自殺の危険が極めて高く、危険だ。朝からほとんど水分もとれていないから、せめて点滴ぐらいはしないと・・・でもこれでは点滴チューブで自殺を図りかねない。夜勤帯は看護師2名で対応しなくてはならないが、他にも興奮の激しい患者さんがいるし、当直医も1人しかいない。このままでは、患者さんの安全が確保できない・・・



精神科病院での行動制限とは？

精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる（精神保健福祉法第36条）

- ① 隔離
- ② 身体拘束
- ③ 通信・面会の制限
- ④ 外出の制限／閉鎖処遇

注）隔離・身体拘束については、精神保健指定医が必要と認めなければ行うことができない

隔離とは？

- 内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る



隔離の対象

主として①～⑤のいずれかに該当すると認められ、隔離以外に代替方法がない場合に行われる

- ① 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- ② 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ③ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- ④ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- ⑤ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

隔離／遵守事項

- 既に隔離中の患者がいる保護室に別の患者の入室は不可
- 隔離を行う理由を知らせるよう務める
- 隔離を行った旨、その理由、開始日時と解除日時を診療録に記録
- 少なくとも毎日1回の医師による診察を行う
- 定期的な会話等、スタッフの注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護の確保
- 洗面、入浴、掃除等患者及び保護室の衛生を確保

身体拘束（身体的拘束）とは？

- 衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう



身体拘束の対象

主として①～③のいずれかに該当すると認められ、身体拘束以外に代替方法がない場合に行われる

- ① 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
- ② 多動又は不穏が顕著である場合
- ③ ①又は②のほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

身体拘束／遵守事項

- 身体的拘束を行う理由を知らせよう努める
- 身体的拘束を行った旨とその理由、開始日時、解除日時を診療録に記載
- 漫然と行われないように、医師は頻回に診察
- 身体拘束中は、スタッフによる常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保（合併症の予防なども行う）



患者さんを縛るなんてしたくない・・・
でもずっとつきそうことはできないし・・・
Aさんごめんなさい・・・

身体拘束／具体例

- ・点滴・チューブを外さないようにベッドに手を縛り付ける
- ・体を揺きむしったりしないように両手にミトンをつける
- ・車椅子から勝手に立ち上がろうとしないように車椅子に縛り付ける
またはテーブルをつけて立ち上がれないようにする
- ・部屋から出られないように外側からカギをかける
- ・ベッドから勝手に降りてどこかに行こうとしないように
ベッドに4点柵をつける
- ・立ち上げられる高齢者に対して立ち上がれないように椅子に固定する
- ・洋服やオムツを脱がないように、つなぎ服を着せる
- ・行動を抑制するために向精神薬を服用させる
- ・他の方へ迷惑な行為をしないようにベッドに手足を縛りつける
- ・ベッドから落ちないように体をベッドに縛る



「身体拘束ゼロへの手引き」 厚生労働省 平成13年

身体拘束／緊急やむを得ない場合とは

- 切迫性**：利用者本人または他の利用者の生命または身体の危険が著しく高い場合
- 非代替性**：身体拘束以外に変わる介護手段がない場合
- 一時性**：身体拘束が一時的な対処である場合

通信・面会はできる？

- どのような場合でも制限できない

- (1) 信書の発受 ※
- (2) 人権擁護に関する行政機関の職員と代理人弁護士との電話
- (3) 人権擁護に関する行政機関の職員と代理人弁護士との面会



※刃物や薬物などが同封されていると判断された場合、本人により開封の上、異物を取り出して信書を渡すことは認められる。

通信・面会／基本的な考え方

- 通信面会は、医療上も人権の観点からも重要原則として自由に行われる必要がある
- そのことを文書や口頭で、患者や家族や関係者に伝える必要がある
- 制限される条件
病状の悪化をまねく、治療効果を妨げる、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られる

外出制限／閉鎖処遇とは？

- **任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇**を受けるものとする。そのことを本人に文書で伝える。
- **制限する場合の条件**
 - ① 開放処遇制限をしなければ、医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならない。
 - ② 医師の判断で開始はOK、ただしその場合72時間以内に精神保健指定医の診察が必要
 - ③ 本人に理由を文書で知らせる。

行動制限最小化・虐待防止等に向けた取組み

■ 行動制限最小化委員会

- ・ 指定医、看護師、精神保健福祉士、その他の多職種で構成され、隔離、拘束などの行動制限全般を必要最小限にすることを目的としています。

業務の例

- 行動制限基準を定め、基準の定期的な評価を行う
- 病棟から提出された行動制限レポートを検討し、疑義や改善事項について話し合う
- 定期的に病棟の行動制限状況を取りまとめ報告する
- 一覧性台帳※を用いるなどして、隔離・拘束の妥当性を検討する
- 隔離・拘束の早期解除、危険予防のための技術等についての研修会を行う



※一覧性台帳：行動制限を受けている患者や患者ごとの行動制限の期間を記載した台帳

その他の取組み例

- すべての医療保護入院の方に、退院支援の取組で中心的役割を果たす「退院後生活環境相談員」が選任されます
- ピアサポーターが病院を訪問し、長期入院の方の地域移行を促進する取組みも増えてきました
- 院内に人権擁護委員会を設置して、入院患者さんの権利擁護に関する話し合いや研修を行っている病院もあります
- 多くの病院が意見箱を設置し、患者さんやご家族等からのご意見をもとに処遇の改善に努めています



行動制限最小化のための6つのコアストラテジー

- 「**組織変革に向けたリーダーシップ**」：隔離及び拘束の削減を取り入れたケアの哲学を明確にする。
- 「**データを活用した実践**」：隔離・身体的拘束の期間や頻度についてデータによる検証を行う
- 「**スタッフ力の強化**」：行動制限最小化に適した環境とするため、研修、教育によるスタッフのスキルアップ
- 「**隔離及び拘束削減ツールの使用**」：ディエスカレーション、危機状況に対するケアプランと契約、施設環境の工夫、治療技法等
- 「**当事者の役割**」：隔離及び拘束の削減の取り組みにおけるピアスタッフ、アドボケートの役割
- 「**事後検証**」：隔離及び拘束が発生した原因を分析し、これらの実践が実体験のある人々に与える影響について評価する

精神科病院で権利擁護が必要な理由（1）

1. 医療上の理由・集団生活

- ・ 安全や全体の規律が優先されるため、生活の時間や場所・持ち物に制約を受ける
- ・ 他の例：学校、飛行機

・ 入院中の方の声

- 着替えを手元に置けない
- お風呂も診察も待っている人のことが気になる



精神科病院で権利擁護が必要な理由（2）

2. 入院者と職員の関係性

- 精神保健福祉法で行動制限が認められている
- 治療場面においては、入院者は相対的に職員よりも弱い立場にある（職員が入院者にさまざまな配慮をしたとしても、職員は「行動制限をする側」の立場になる）
- 入院中の方の声
隔離室から出たいが、何度も言うとうたわれなくなるのではないかと不安
誰に、どのように相談していいかわからない



精神科病院で権利擁護が必要な理由（3）

3. 閉鎖性と密室性

- 構造上、病棟内（特に閉鎖病棟）や隔離室での様子は外部からは見えにくい
- 病院外の人と会う機会が乏しくなりがち
- 入院中の方の声
病院に会いに来てほしい
手紙を送るので返事がほしい



精神科病院で権利擁護が必要な理由（4）

4. 連続性・時間軸

- 1～3のようなことが、入院者にとっても職員にとっても当たり前のことになり、病院外の常識との乖離があっても気づきにくい
- 入院中の方の声
退院について主治医に相談してもいいのですか？



権利擁護が必要な理由のイメージ

- | | |
|---------------|---|
| 1 医療上の必要・集団生活 | 時間、場所、持ち物の制限 |
| 2 入院者と職員の関係性 | 行動制限をする側の職員に相談しづらい |
| 3 閉鎖性と密室性 | 病院外の人と会う機会が乏しい
同じような境遇の人ばかりの生活 |
| ✕ | |
| 4 連続性と時間軸 | ①、②、③が入院者・職員に当たり前になる
病院外の当たり前とのズレに気づきにくい |

精神医療審査会の役割とその限界

主な役割

- 医療保護入院の届出に関する審査
- 措置入院者の定期病状報告、医療保護入院者の定期病状報告に関する審査
- 精神科病院に入院中の者又はその家族等からの、退院請求又は処遇改善請求に関する審査

限界

- 退院請求と処遇改善請求以外は対応していない
- 時間がかかる
- 白黒はっきりさせるところで、相談先ではない



講座 4 - 2 精神保健の制度と現状

講座 4 - 2 「精神保健の制度と現状」の趣旨

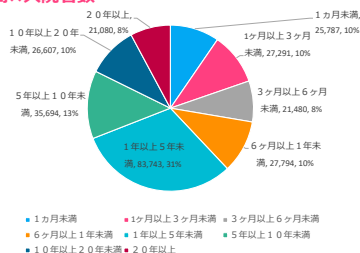
- 精神科病院入院の現状
- 人権上の課題
- 背景にある課題
- 入院治療を担う精神科病院って？そこで働く人は？

精神科病院入院の現状

- 在院期間
- 入院形態
- 行動制限
- 精神医療審査会

精神科病院入院の現状～在院期間～

■在院期間×入院者数



(2020年度 精神保健福祉資料)

精神科病院入院の現状～在院期間～

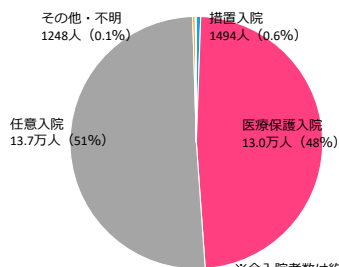
■入院中の方の声

- 「みんな入院したての時は、退院しようと思ってんねん」
- 「長く入院しているから（退院は）諦めている」
- 「1年以上入院している、どの位かははっきり覚えてない」
- 「入院は古すぎて、何年になるのか分からない」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より

精神科病院入院の現状～入院形態～

■入院形態×入院者数



※全入院者数は約27万 (2020年度630調査より)

精神科病院入院の現状～入院形態～

■入院中の方の声

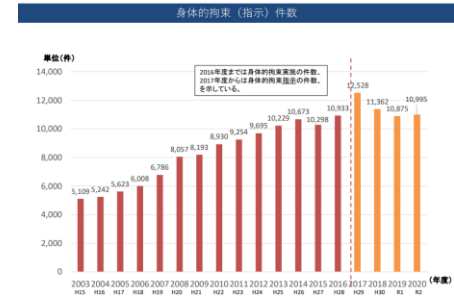
- 「入院形態？わからない」
- 「10年以上入院しているけど、ずっと医療保護入院のまま」
- 「精神医療審査会にきてもらって、任意入院になった」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より

精神科病院入院の現状～行動制限～



精神科病院入院の現状～行動制限～



精神科病院入院の現状～行動制限～

■ 行動の制限 (精神保健福祉法 36条1項)

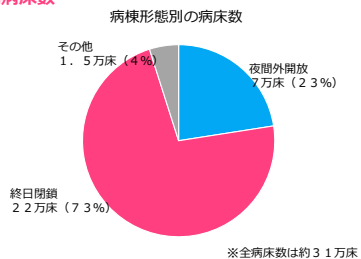
「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる」

■ 入院中の方の声

- 「なぜ保護室に入っているのか、いつ出られるのかわからない」
- 「保護室に入れられてから、主治医と話をしていない、話したい」
- 「いつまで拘束が続くかわからないので、不安」
- 「日付や時間が分からないことで不安が強くなった」

精神科病院入院の現状～行動制限～

■ 病棟別病床数



精神科病院入院の現状～行動制限～

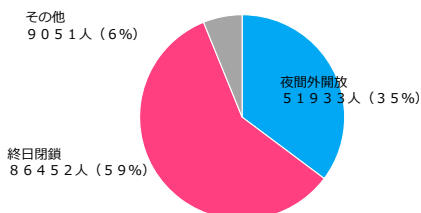
■ 入院中の方の声

- 「昨日まで開放病棟にいたけど、こっち(閉鎖病棟)に移らされた。嫌や」とは言うたんやけど」
- 「ここは開放病棟なのに自分は出してもらえない。理由はよく分からない」
- 「この病院は全部が閉鎖病棟」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より

精神科病院入院の現状～行動制限～

■ 任意入院者×病棟別



精神科病院入院の現状～行動制限～

■入院中の方の声（すべて任意入院）

- 「病院内の売店にしか行けない」
- 「外出カードをとりあげられた。外にでたい」
- 「理由がわからない」
- 「閉鎖病棟だから、外出する時にいちいち職員に言って鍵を覚えてもらわないと出られない」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より

精神科病院入院の現状～行動制限～

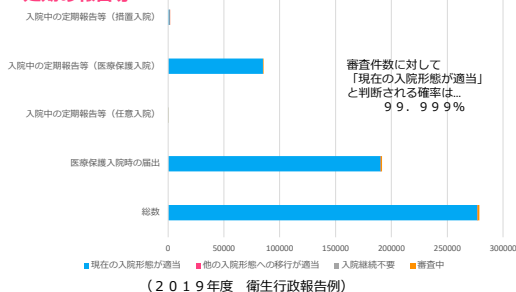
■通信の制限（精神保健福祉法第37条第1項に基づく基準）

■通信・面会の自由

- 「郵便物がきたら封を切られてわたされることがあると（他の患者から）聞いた」
- 「テレフォンカードや小銭は詰所預かりなので、電話をかけるときは詰所に行かないといけない。その時に看護師さんに『どこにかけの？』と聞かれるのがしんどい」
- 「電話をかけていると職員さんが傍にきて話している内容をきかれるのが嫌」

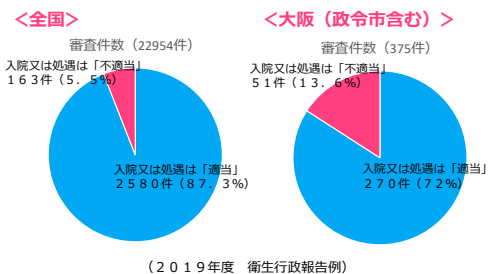
精神科病院入院の現状～精神医療審査会～

■定期の報告等



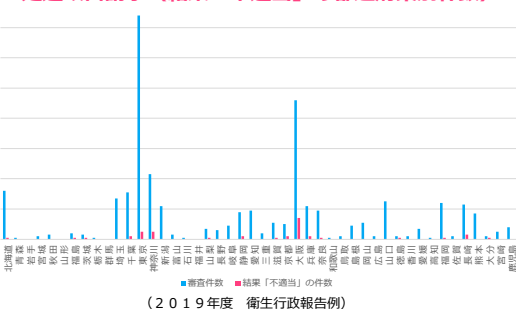
精神科病院入院の現状～精神医療審査会～

■退院請求



精神科病院入院の現状～精神医療審査会～

■処遇改善請求（結果「不適当」の都道府県別件数）



精神科病院入院の現状～精神医療審査会～

■入院中の方の声

- 「精神医療審査会への退院請求は難しいので嫌です」
- 「精神医療審査会に審査請求したが3ヶ月かかるとのこと。そんなにかかるなんて、あってないようなもの」
- 「審査会にはもう3回請求をした。全部、だめだった」
- 「審査会の結果で退院していいとなったのに、退院の話がすすまない」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より

人権上の課題

- 宇都宮病院・大和川病院・神出病院
～問題だったこと・変わったこと・対応の状況～
- 厚生労働省による虐待に関する調査結果
- 身体拘束についての報道例

人権上の課題

- 宇都宮病院
- (1) 事件の概要
 - ・入院中の方2名に対する職員らによる暴行死事件
 - 1983年8月に1名が不審死、同年12月に1名が殺害された

人権上の課題

- 宇都宮病院
- (2) 問題だったこと（国際的批判を受けた）
 - ・精神科病床数の多さ
 - ・強制入院以外の制度がない
 - ・長期入院
 - ・不服申し立ての制度がない
- (3) 変わったこと
 - ・法改正による制度などの新設／精神医療審査会制度／任意入院制度／患者の権利についての入院時告知義務／通信・面会の保障
 - ・地域医療・リハビリテーションの促進（1993年改正時）

人権上の課題

- 大和川病院
- (1) 事件の概要
 - ・1993年
 - 入院中の方が暴行を受け搬送先の病院で死亡
 - 打撲が原因とみられる皮下出血、骨折、脱水症状などがあり意識不明の状態での搬送された。

人権上の課題

- 大和川病院
- (2) 問題だったこと
 - ・精神保健福祉法、健康保険法、生活保護法、医療法などについて重大な違反があった
- (3) 変わったこと
 - ・退院促進支援事業ができた（大阪→全国化）
 - ・精神科病院訪問活動が大阪府で制度化された
 - ・医療監視や実地指導の強化
 - ・精神科救急医療体制強化へ向けての検討

人権上の課題

- 神出病院 ※いま、わかっていること
- (1) 事件の概要
 - ・2020年12月に発覚
 - 男性看護師・看護助手ら6人が、入院患者たちに対し、男性同士でキスをさせる、男性患者の性器にジャムを塗って、それを他の男性の患者になめさせる、トイレで水をかける、患者を病院の床に寝かせて、落下防止柵付きのベッドを逆さにして被せて監禁する等々の暴力行為を1年以上にわたって繰り返し、またその様子をスマートフォンで撮影して、LINEで回覧して面白がっていた。

大阪精神医療人権センター冊子『各地の精神医療人権センターの実践から考える～いま私たちができること～』

人権上の課題

■ 神出病院 ※いま、わかっていること

(1) 事件の概要

・2021年5月20日

昼食の準備等で多忙であった看護師 A に対し、入院患者 B が A の腕をつかんだり、声をかけ続ける等のつきまとい行為があった。しばらく後、A と B がもみ合いになり、暴行に及んだとみられる。

別室にいた他の看護師（管理職）がすぐに気づいて現場に駆けつけ、興奮状態の二人を引き離れた。

患者 B は顔に軽い切り傷を負った。看護師 A は負傷なし。

神戸市民福祉調査委員会 令和3年度 第1回 精神保健福祉専門部会資料

人権上の課題

■ 神出病院 ※いま、わかっていること

(2) 問題だったこと

・精神保健福祉法違反（違法な行動制限があった。以下の③）

・行政による改善命令の内容

①管理者が責任をもって、風通しのよい組織風土を醸成し、患者の人権に配慮した適正な処遇の確保及び処遇の改善のために必要な措置を講ずること。

②看護職員による入院患者への暴力など、患者の人権を侵害する著しく不適切な行為が院内で行われていたことが明らかになった。二度とこのような事件の発生を許してはならず、早急に具体的なかつ抜本的な対策を講ずること。

③隔離等の行動の制限を行う場合は、法令に則り所定の手続きを行うなど、法令の遵守を徹底すること。

神戸市民福祉調査委員会 令和3年度 第1回 精神保健福祉専門部会資料

人権上の課題

■ 神出病院 ※いま、わかっていること

(3) 対応の状況（行政（神戸市））

・複数回の臨時実地指導／病院職員を対象とした虐待に関するアンケート／これらをもとに改善命令／元病院長の精神保健指定医資格の取り消しを国に要請／病院の第三者検証委員会について委員を推薦して行政も参加／すべての入院患者と家族に対し転院・退院の意向確認を行う／患者意向調査モデル実施

神戸市民福祉調査委員会 令和3年度 第1回 精神保健福祉専門部会資料

人権上の課題

■ 神出病院 ※いま、わかっていること

(3) 対応の状況（行政（神戸市））

・神戸市では国に対し法令改正を要望（※）しているが、その結果を待たず、独自の取り組みとして市内の精神科病院（14施設）に対し、主として以下の点を遵守することを確認している。（令和2年7月30日）

①虐待、暴行を含む不適切行為が疑われる事案が発生した場合には、速やかに神戸市保健所に報告すること。また、資料の一切を保全し、保健所による円滑な調査の実施に協力すること。②病院職員等が入院患者への不適切な処遇を発見した場合は、保健所に速やかに通報できるよう、その通報先を院内に掲示し、職員に広く周知すること。③虐待防止マニュアルを整備し、職員に周知するとともに、人権尊重や倫理をテーマとした職員研修を実施すること。（外部研修への参加を含む。）

神戸市民福祉調査委員会 令和3年度 第1回 精神保健福祉専門部会資料

人権上の課題

■ 神出病院 ※いま、わかっていること

(3) 対応の状況

・病院

新しい院長を招聘／危機管理委員会を開催／家族説明会を開催／再生プロジェクトの設置／指導のもとつき第三者委員会を設置・報告書提出は2022年3月31日を目指す／行政の改善命令に対して改善計画書を提出

・当該自治体議会

障害者虐待防止法の通報義務対象に医療機関を入れるよう国に求める意見書を提出

・民間の権利擁護団体

国会議員会館にて集会／行政や厚生労働省あてに申し入れ、要望書を提出など

精神科医療機関における虐待が疑われる事案の把握結果

○過去5年間（平成27年度～令和元年度）に、各自治体において把握している虐待が疑われる事案について確認したところ、以下の傾向が見られた。また、各医療機関および自治体の主な取組状況の事例を取りまとめた。



人権上の課題

- 身体拘束にかんする事件の報道例
 - 1998年 国立療養所厚湯病院（新潟県） 拘束中に窒息死
（月単位で拘束を指示、指示内容「不穏時、興奮時抑制をしてください」）
 - 2008年 貝塚中央病院（大阪府） 腹部圧迫が原因
（指定医の指示がないまま看護師が拘束）
 - 2016年 ときわ病院（石川県） エコノミークラス症候群
（判決：指定医の判断は早すぎ、裁量を逸脱。「身体拘束以外によい代替法がない場合」にもあたらない）
 - 2017年 大和病院（神奈川県） エコノミークラス症候群

背景にある課題～制度設計の問題・偏見など～

- 精神保健福祉に関する法律・制度の歴史
- 家族について
- マンパワーについて
- 地域資源について
- 偏見について

精神保健福祉に関する法律・制度の歴史

- 1900年～ 治療なき隔離・私宅監置の時代（精神病者監護法～精神病院法）
 - ↓ 自宅で・家族の責任で・行政は許可のみ（私宅監置）
- 1950年代 治療を伴う隔離・病院収容の時代（精神衛生法）
 - ↓ 病院で・家族の同意による入院（保護監督者）・公立病院設置を義務化
※精神科病床の増加（背景には、精神科特例・医療金融庫が民間病院の設立に低金利融資がある）
- 1960年代 隔離収容の強化 & 地域ケアの萌芽 通院医療、地域医療の方向（精神衛生法改正）
 - ↓ ライシャワー事件を背景に入院制度の強化・保健所機能の強化・通院医療公費負担制度（地域医療整備の一方で、地域での監視体制としても機能した）
※社会的入院者が増加・病床は不足し、さらに精神科病床は増加
→→→宇都宮病院事件が起こる

精神保健福祉に関する法律・制度の歴史

- 1980年代 地域ケアを中心とする体制（精神保健法）
 - ↓ 任意入院の創設・精神医療審査会を設置・行動制限の基準がつけられる
家族の負担の軽減（保護義務者→保護者へ） →→→大和川病院事件など
- 1990年代以降 権利擁護と社会生活の実現に向けた時代へ（精神保健福祉法・障害者基本法・改革ビジョンなど）
 - ↓ 精神保健福祉手帳制度の導入・社会復帰施設の法定化・精神保健指定医制度の強化・家族の負担をさらに軽減（→現在は保護者制度廃止）・地域生活支援体制の強化・精神医療審査会の委員の見直し・入院医療中心から地域生活中心へ・受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）について、10年後の解消を図る

家族について

- 民法（714条）
（責任無能力者の監督義務者等の責任）
- 第714条 前二条（※）の規定により責任無能力者がその責任を負わない場合において、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者は、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、監督義務者がその義務を怠らなかつたとき、又はその義務を怠らなくても損害が生ずべきであつたときは、この限りでない。
- 2 監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も、前項の責任を負う。
- ※前二条
（責任能力）
- 第712条 未成年者は、他人に損害を加えた場合において、自己の行為の責任を弁識するに足りる知能を備えていなかったときは、その行為について賠償の責任を負わない。
- 第713条 精神上の障害により自己の行為の責任を弁識する能力を欠く状態にある間に他人に損害を加えた者は、その賠償の責任を負わない。ただし、故意又は過失によって一時的にその状態を招いたときは、この限りでない。

マンパワーについて

■精神科特例

1958年に発出された厚生省事務次官通知で定められた、精神科病院従業者の定員の特例。入院患者に対し、医師数は一般病床の3分の1、看護師・准看護師は3分の2でよいと規定。

病院に関する主な人員の標準 参考1

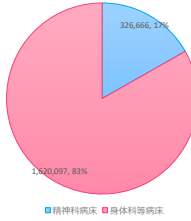
定員	一般病床		療養病床		精神病床		総合診療科		総合病院	
	医師	看護師	医師	看護師	医師	看護師	医師	看護師	医師	看護師
人員配置標準	16.1	10.1	16.1	10.1	16.1	10.1	16.1	10.1	16.1	10.1
	3.1	4.1	3.1	4.1	3.1	4.1	3.1	4.1	3.1	4.1

※1 本表は、厚生省事務次官通知「精神科病院の人員配置標準」に基づき作成された。なお、医師、看護師、准看護師の配置標準は、それぞれ、一般病床、療養病床、精神病床、総合診療科、総合病院のそれぞれについて、100床当たり、医師数3.1、看護師数4.1、准看護師数3.1と規定されている。また、精神科特例は、精神科特例の適用を受ける精神科病院に適用される。なお、精神科特例は、精神科特例の適用を受ける精神科病院に適用される。なお、精神科特例は、精神科特例の適用を受ける精神科病院に適用される。

マンパワーについて

■精神科病床数と精神科医療費

全国の総病床数に占める精神科病床



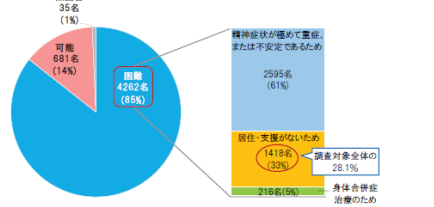
(2019年度医療施設(動態調査)・病院報告)

地域資源について

■1年半以上の長期入院患者の退院可能性、困難な理由

調査日時点の退院可能性

退院困難理由



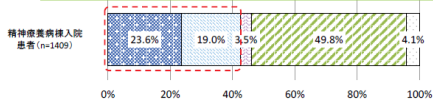
出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金「障害者社会参加総合研究事業」(第1)精神科施設長期入院患者に対する地域包括ケアに関する研究

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き2019(平成31)年3月
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 より

地域資源について

■精神療養病棟に入院患者の退院の見通し

○精神療養病棟に入院する患者の約40%が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。



- 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能
- 在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能
- 在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来退院可能
- 状態の改善が見込まれず将来の退院を見込めない
- 無回答

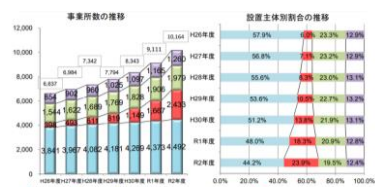
出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き2019(平成31)年3月
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 より

地域資源について

■施設の整備状況

・共同生活援助の事業所数は増加傾向であり、事業所の設置主体を見ると、特に、営利法人が設置する事業所が増加している。



・障害福祉サービスの実情や経験が乏しい事業者の参入が多く見受けられ、障害特性や障害程度を踏まえた支援の質の確保が懸念される状況がある。

社会保険業協会障害者部 R3.11.5 資料
障害者の居住支援について より

偏見について

■施設コンフリクト

・自宅に近ければ近いほど反対が増えている

・「どちらともいえない」も反対とカウントすると、約80%の人は自宅の隣の建設は反対

精神障害者施設・事業所などが居住する生活圏外に建設されることについてどう思うか	日本	スウェーデン	アメリカ	中国	インド
賛成する	39.4%	66.8%	59.5%	61.6%	71.5%
反対する	13.5%	9.3%	12.2%	20.4%	11.1%
どちらともいえない	50.2%	23.9%	28.3%	18.0%	17.4%

精神障害者施設・事業所などが居住する生活圏内に建設されることについてどう思うか	日本	スウェーデン	アメリカ	中国	インド
賛成する	32.0%	58.1%	46.8%	33.6%	57.5%
反対する	21.0%	15.1%	20.3%	47.7%	20.2%
どちらともいえない	47.0%	26.8%	32.9%	18.7%	22.3%

精神障害者施設・事業所などが自宅の隣に建設されることについてどう思うか	日本	スウェーデン	アメリカ	中国	インド
賛成する	22.6%	44.6%	45.4%	28.7%	61.6%
反対する	32.3%	24.4%	21.2%	50.4%	17.5%
どちらともいえない	45.1%	31.1%	33.4%	20.9%	20.9%

野村基代「障害者施策に関する一考察－「障害者理解」の観点から－」
2021年度日本社会学会発表資料より

偏見について

■施設コンフリクト

・反対理由としては、漠然とした不安感が一番多い。

・次いで治安上の不安、住環境の悪化
精神障害者に対する漠然とした不安は日本だけではなく、他の地域でも見られますが、割合を見ると、日本は危険視や不安感が一番高い

精神障害者施設・事業所などが自宅の隣に建設されることを反対する理由	日本	スウェーデン	アメリカ	中国	インド
障害者施設及び施設利用者への危険視や不安	67.0%	39.6%	43.4%	51.5%	52.7%
治安上の不安	58.4%	68.3%	64.8%	59.9%	51.8%
住環境の悪化	34.6%	31.7%	25.4%	30.4%	23.6%
町のイメージダウンにつながる	16.2%	13.7%	18.9%	18.7%	20.0%
不動産価値が下がる	15.1%	25.2%	29.5%	14.7%	25.5%
事前了解をとっていない	18.4%	10.8%	20.5%	24.1%	20.9%
説明などの手続きが不十分	26.5%	15.1%	23.8%	14.0%	25.5%
その他	4.9%	13.7%	11.5%	3.0%	6.4%

※上：同意率が高い順、事前了解・説明不足、事前説明不足の割合が高い順、アンケートの項目と5段階の表示による割合。同意率が高い順に並べ替えられている。調査団体：Nobori JAPANESE

野村基代「障害者施策に関する一考察－「障害者理解」の観点から－」
2021年度日本社会学会発表資料より

偏見について

■当事者の家族に対する差別や偏見についての調査より

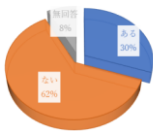
家族として理不尽な思い（偏見や差別も含む）を経験しましたか？

⇒ 30、22%の人が経験している

ある	720
ない	1481
無回答	181
総数	2382

【年代別】

20代・・・54.55%
30代・・・38.46%
40代・・・37.35%



報告書「精神障害当事者の家族に対する差別や偏見に関する実態把握全国調査」
(2020年、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会)より

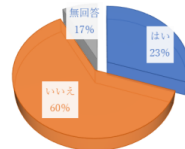
偏見について

■当事者の家族に対する差別や偏見についての調査より

（「ある」と答えた方）それは、当事者と一緒の時に起きたましたか？

⇒23.47%が一緒に起きている。

はい	169
いいえ	429
無回答	122
総数	720



3

報告書「精神障害当事者の家族に対する差別や偏見に関する実態把握全国調査」
(2020年、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会)より

偏見について

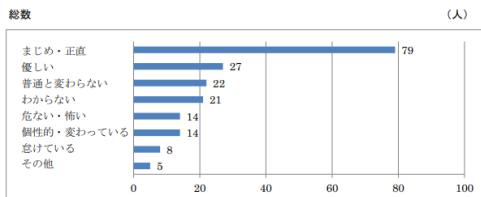
■当事者の家族に対する差別や偏見についての調査より（抜粋）

- ・義父から「自分の親族にそのような血はない」と言われ、原因は母方にあると暗に離婚をほめかされた。
- ・義理の姉に「母親（私）のせいで発病したんだ」（と言われた）
- ・親族から、本人の状態が良くても結婚式に呼ばれなかった。
- ・近隣住民にあいさつされなくなり無視されるようになった。
- ・小学校の同級生の母親「うつるから、自分の子どもと一緒に遊ばないで。」と言われ無視されました。
- ・近所の若者（に）「キチガイ野郎」といわれた。一緒に散歩しているときに。
- ・近所の人が集団で、自宅の郵便受けにいろいろなものを入れられた。「入院させてもらわない」と言われた。

報告書「精神障害当事者の家族に対する差別や偏見に関する実態把握全国調査」
(2020年、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会)より

偏見について

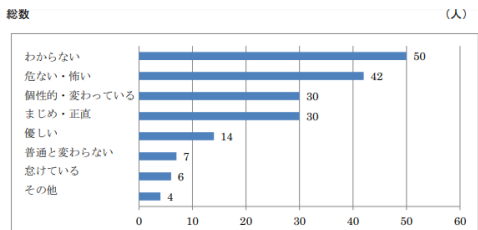
■うつ病の方に対する印象



「心のバリアフリー」推進に向けた精神疾患の理解促進事業に関するアンケート調査より（2017年、静岡県）

偏見について

■統合失調症の方に対する印象

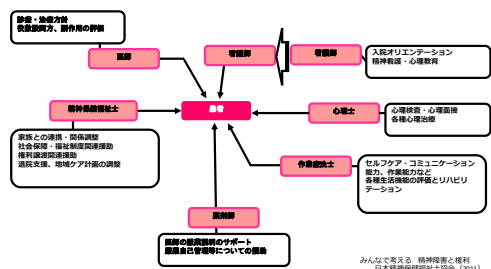


「心のバリアフリー」推進に向けた精神疾患の理解促進事業に関するアンケート調査より（2017年、静岡県）

入院治療を担う精神科病院って？ そこで働く人は？

- 各職種の主要な役割
- 立場性とジレンマ

各職種の主要な役割



各職種の主要な役割

■看護師の役割

- ・ 診療の補助
患者さんがよりよい診療を受けることができるように援助します。
- ・ 療養上の世話
病院の中では、最も患者さんのそばにすることができる存在です。
 - ・ コミュニケーションを通じて心のケア
 - ・ 患者さんの様子をしっかりと見て、その変化に対応
 - ・ 退院後の生活を見据えたセルフケアの援助などを行います。

各職種の主要な役割

■作業療法士 (OT) の役割

- ・ 精神科の治療のひとつで、人の生活、目標を作業の切り口でかかわります。
- ・ 自分のしたい作業がうまくできることが役に立つことだと考えていて、それがうまくいくようにお手伝いする仕事です。
- ・ 本人さんが、生活の中でより健康やしたい生活につながっているように、お手伝いをします。

各職種の主要な役割

■精神保健福祉士 (PSW) の役割

- ・ 医療機関にあっても、精神障害者の「生活」を支える立場であり、医療と地域生活の橋渡しをすること、常に権利擁護の視点を持ち「かかわり」を続けることを大切にする職種。



※精神科ソーシャルワーカー (PSW: Psychiatric Social Worker) という名称で1950年代より精神科医療機関を中心に医療チームの一員として導入された専門職。現在は医療機関以外にも様々な機関で活動している。相談員・ソーシャルワーカー・ケースワーカーなど機関によって呼び名は様々です。

各職種の主要な役割

■精神保健福祉士 (PSW) の役割

- ・ 病気になったことで起こる様々な問題にかかわる。
 - ・ 家族関係など人間関係の調整
 - ・ 経済的問題、職業上の問題
 - ・ 住居の問題 など
- ⇒ 本人、家族の不安に寄り添うところから・・・
- ・ 解決のために関係機関と協働し、社会資源に繋ぐ。

立場性とジレンマ

■病院職員のジレンマ (看護師)

- ・ 病院内ではあからさまな暴力や暴言はなくとも、侮辱や侮蔑のようなことはありました。自分自身もパターナリズムの対応をしていたところがあったと思います。そういった行為に対しては、日常的な同僚との関係の中では指摘しにくく、人権について職場で語るほどに孤立してゆく感が強まりました。
- こうしたしんどさを乗り越えられたかといえば、乗り越えられなかったのかもしれませんが、孤立していくのが実感としてありました。

大阪精神医療人権センターに届く職員の方の声より

立場性とジレンマ

■病院職員のジレンマ（看護師）

- ・スタッフが少なく、薬で鎮静されている患者さんがそのあたりをウロウロしている、患者さん同士が喧嘩し始める、廊下になにが落ちていて、病棟や隔離室に鍵をかけている、外に出られない...そういう現実を目の当たりにしました。
- ・「看護って何?」「看護師って何?」「精神科看護って何?」と思いました。そこでは、患者さんを「管理」はしているけれども、「看護」はしていないと感じていました。
- ・ずっと不全感がありましたし、ジレンマもありました。「自分は何をしているんだろう?」と考えることがありました。

大阪精神医療人権センターに届く職員の方の声より

立場性とジレンマ

■病院職員のジレンマ（PSW）

- ・管理的なシステム、年上の患者さんに敬語を使わない看護師さんなど、おかしいと思うことがたくさんあり、我慢できずに口に出していました。
- 他職種も含めて上司や同僚はそんな私の気持ちを受け止め、話を聞いてくれました。今思えばそんな新人の意見をしっかりと聞こうとしてくれた先輩方に感謝をしています。

大阪精神医療人権センターに届く職員の方の声より

立場性とジレンマ

■PSWのジレンマ

- ・「精神保健福祉法ができて、ソーシャルワーカーがいなくなった」との言葉が聞かれるようになりました。病院のPSWが「サラリーマン化」し、与えられた仕事だけを「こなす」PSWも存在します。
- ・一方で、職場の枠組みを超え、制度の枠組みを超え、本人の望む生活の実現に「かかわり」を続けるPSWも存在します。
- ・この後者の「かかわり」を私たちは求めていっていないのではないかと思います!

大阪精神医療人権センターに届く職員の方の声より

講座5 精神科アドボケイトとは

講座5「精神科アドボケイトとは」の趣旨

- 精神科アドボケイトの役割
- 療養環境へのアプローチ * 1
- 個別相談でのアプローチ * 2

* 1・2 は大阪精神医療人権センターでの実践を紹介

精神科アドボケイトの役割

■精神科アドボケイトとは?

精神科医療機関（精神科病院）に
入院している方の権利擁護活動をする人

■大阪では・・・

精神科アドボケイトがグループもしくはペアで精神科病院へ出向き、病棟内の視察や聞き取りをしたり（療養環境へのアプローチ）入院中の方と面会したり（個別相談でのアプローチ）するなかで、権利擁護を実践している

大阪精神医療人権センターの体制

■事務局

常勤 1 名、非常勤 5 名

■精神科アドボケート

50 名

- * 精神科病院訪問は月 1 回、入院中の方との面会は適宜。
- * 事務局がコーディネートしている

大阪精神医療人権センターの実例から

大阪精神医療人権センターの 2 つの活動

■療養環境サポーター活動 (スライド左側に青のライン)

■電話相談、個別相談活動 (スライド右側に赤のライン)

なぜ、この活動が始まったのか？

- きっかけは、精神科病院で起きた人権侵害・暴力事件
大和川病院事件、箕面が丘病院事件・・・「精神科病院の閉鎖性・密着性が課題」
- 入院中の方の声を聞く、精神科病院の扉をひらく *電話相談は 87 年から。
1998 年 9 月 ぶらり訪問
大阪精神医療センターから大阪精神病院協会役員会に訪問活動の協力依頼
→ 任意の関係で病院訪問活動を開始
- 2000 年 大阪府精神保健福祉審議会から大阪府に意見具申を提出
「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」
意見具申を具体化する作業として大阪府精神障害者権利擁護検討協議会が発足
- 2003 年 4 月 精神医療オンブズマン制度開始
- 2009 年 4 月 療養環境サポーター制度開始 * 現行

療養環境へのアプローチが必要な理由

■新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静けさ
(フローレンス・ナイチンゲール『看護覚え書』)

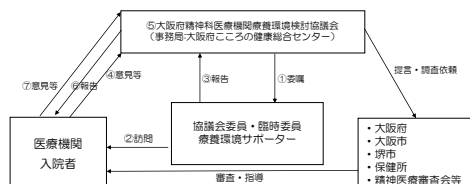
■プライバシー、対人関係

→ 療養環境がもたらす入院している方への影響

療養環境サポーター制度

(正式名称：大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会事業)

■大阪府の事業として実施



大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会 構成機関等

大阪精神科病院協会
大阪精神科診療所協会
日本精神科看護協会大阪府支部
大阪精神保健福祉士協会
大阪弁護士会（高齢者・障害者総合支援センター）
大阪精神医療人権センター
大阪精神障害者連絡会
大阪府精神障害者家族会連合会
大阪府社会福祉協議会（大阪後見支援センター）
大阪府保健所長会
大阪府・堺市・大阪市
学識経験者
事務局：大阪府こころの健康総合センター

183

療養環境サポーターの活動内容

■大阪府下の精神科病院を訪問し、各病棟の視察と入院している方へ聞き取りを行う

参考：『入院中の精神障害者の権利に関する宣言』

■当日病院と意見交換し、後日協議会へ報告する

「欠点や悪いところを探す」「できていないことを責める」のではなく、安心してかけられる精神医療の実現に向けて、病院とキャッチボールをしていく姿勢

療養環境サポーターの活動内容

■各病棟の視察ポイント（どんなところをみているか）

①ナースステーション

病棟の特徴、外出や買い物・お金の取り扱い、この病棟で努力していること・大変なこと

②隔離室の療養環境

広さ・清潔さ・におい・日差し、カレンダーや時計の設置状況、トイレ、入室者が職員を呼ぶ方法

③病棟の療養環境

ベッド周りのカーテンの設置、衣類や私物が置ける場所があるか、トイレや電話の設置状況、浴室の利用状況、デイルーム

療養環境サポーターの活動内容

■（病院全体の）人権に関する取り組み

- ・意見箱の活用状況
- ・人権委員会の実施状況
- ・人権に関する研修の実施状況

療養環境サポーターの活動内容

■入院している方へ聞き取り（どんなことをおたずねするか）

- ・職員の接遇
- ・治療に関する説明を受けているか
（診断名、治療計画、薬の説明、退院など）
- ・手紙や電話、外出、面会
- ・入院生活で楽しみにしていること
- ・入院生活での困りごと、不満

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

入院中の精神障害者は、適切な医療を受け、安心して治療に専念することができるよう、次の権利を有しています。これらの権利が、精神障害者本人及び医療従事職員、家族をはじめすべての人々に十分に理解され、それが保障されることこそ、精神障害者の人権を尊重した安心してかけられる医療を実現していく上で、欠かせない重要なことであることをここに明らかにします。

- 1 常にどういときでも、個人として、その人格を尊重される権利
暴力や虐待、無視、放置など非人間的な対応を受けない権利

188

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

- 2 自分が受ける治療について、分かりやすい説明を理解できるまで受ける権利、自分が受けている治療について知る権利
- 3 一人ひとりの状態に応じた適切な治療及び対応を受ける権利、不適切な治療及び対応を拒む権利
- 4 退院して地域での生活に戻っていくことを見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉サービスを受ける権利

189

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

- 5 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定できるようにサポート（援助）を受ける権利
また、自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気、対応が保障される権利
- 6 公平で差別されない治療及び対応を受ける権利
必要な補助者“通訳、点字等”をつけて説明を受ける権利
- 7 できる限り開放的な、明るい、清潔な、落ちつける環境で治療を受けることができる権利

190

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

- 8 自分の衣類等の私物を、自分の身の回りに安心して保管しておける権利
- 9 通信・面会を自由に行える権利
- 10 退院請求を行う権利及び治療・対応に対する不服申立てをする権利
これらの権利を行使できるようサポート（援助）を受ける権利
また、これらの請求や申し立てをしたことによって不利に扱われない権利

大阪府精神保健福祉審議会（2000年5月19日）

**療養環境サポーターの活動実例
病院にお伝えしたこととその回答、改善例**

■ 隔離室について（ハード面）

入院している方からの聞き取り

「職員を呼ぶとき、大声で呼び、扉をたたいている」

「なかなか対応してくれなかった」

療養環境サポーター

隔離室にナースコールを設置する、音に反応する器具などをつけて、患者さんの呼びかけに即応してほしい

病院からの回答

「隔離室は30分ごとに目視にて観察を行っています」

「ポータブルのナースコールの使用を検討しています」

**療養環境サポーターの活動実例
病院にお伝えしたこととその回答、改善例**

■ 公衆電話の設置場所と環境について（ハード面）

入院している方からの聞き取り

「落ち着いて電話ができない」

療養環境サポーター

（設置場所と環境を訪問時に確認したうえで）

設置場所の変更や囲いの設置などを検討してください

病院からの回答

「電話の周りに囲いを付けました」

「電話の設置場所を再検討します」

**療養環境サポーターの活動実例
病院にお伝えしたこととその回答、改善例**

■ 職員の接遇、言葉遣いについて（ソフト面）

入院している方からの聞き取り

「看護職員からあだ名で呼ばれる。人間扱いされない」

「逆らうと『隔離室に入れる』と言われる」

療養環境サポーター

入院している方が「大切に扱われている」と感じれるよう、職員の接遇、言葉遣いをお願いしたい

病院からの回答

「そのような対応があったかどうか各病棟で調査し、注意喚起しました」

「職員研修を行いました」

療養環境サポーターの活動実例 病院にお伝えしたこととその回答、改善例

- 退院に向けての情報提供等について（ソフト面）
- 入院している方からの聞き取り
 - 「退院したいが、誰に相談できるのかわからない」
 - 「主治医に退院したいという『もうちょっと待って』と言われ、はぐらかされる」
- 療養環境サポーター
 - 入院している方へ相談員がいることや治療計画書の説明と確認をお願いしたい
- 病院からの回答
 - 「退院の相談がpswできることを病棟内にわかりやすく掲示しました」
 - 「改めて患者に応じた説明を行うように努めます」

療養環境サポーター活動で、できないこと

- 精神科病院への指導や強制
 - カルテの閲覧
 - アポなしの訪問や視察
 - 頻回な視察・訪問（現状は5年に1回） など
- 「できないこと」もあるけれど、
精神科病院と「おたずねする・話し合う」関係があれば、
気になることを「検討事項」として伝えることができる

個別相談でのアプローチ （大阪精神医療人権センターの実践）

- 主に精神科病院に入院している方のための個別相談
- 個別相談の実績（2019年度）
 - ・ 電話相談 885件（のべ） * 電話相談日 〇日/月
 - ・ 手紙 200通（のべ）
 - ・ 個別面会 179回（のべ）

個別相談でのアプローチ （大阪精神医療人権センターの実践）

- 電話相談や個別面会の相談内容
 - ・ 主治医から「退院はまだ難しい」と言われる
 - ・ 身体拘束がいつまで続くかわからないので不安
 - ・ 電話をかけようとしたら「どこにかけると？」と言われて困った
 - ・ 誰に相談（質問）したらよいかわからない
 - ・ どのように相談したらいいかわからない
- 多いのは、「退院したい」「面会に来てほしい」「話をきいてほしい」

個別相談の経過

- 継続が多い。
 - 1回お会いしたいだけでは解決しない
- 権利を行使することの難しさ。（入院中の方にとって、権利があっても、それを行使するのは、やはり勇気がある。）
- つながりやすい（アクセスしやすい）
- 本人からの希望にあわせて対応、電話や手紙でもつながる
- 問題だけではなくいろいろなお話しをする
- その人との関係性をつくれる

個別相談の活動実例

- 入院中の方の声「退院したい」
 - アドボケート「誰かに相談できていますか？」
 - 「どんなやりとりをしていますか？」
 - 「精神医療審査会をご存知ですか？」
- 提案 → 本人から主治医・担当pswに相談
一緒に担当pswとの面談、一緒に担当看護師への質問
弁護士に代理人になってもらって退院請求
- 結果 → 退院の相談ができる・退院請求ができるようになる
具体的に退院支援が開始

個別相談の活動事例

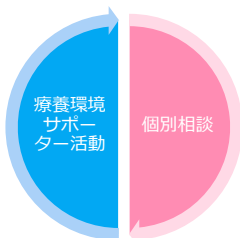
- 入院中の方の声「薬を飲みたくない」
- アドボケート「どのように説明を受けていますか？」
「不安は何ですか？」
- 提案 → 本人から主治医・薬剤師にこんな風に聞いてみますか？
弁護士に代理人になってもらっての処遇改善請求
- 結果 → 主治医や薬剤師に説明してほしいと言えるようになる
薬について相談相談したり説明をうけられるようになる

個別相談の活動事例

- 入院中の方の声「手元にカーディガン（ハンカチ）を置きたい」
- アドボケート「大事なものを置く棚はありますか？」
「職員とどんなやりとりをしていますか？」
- 提案 → 本人から職員に希望を伝える
- 結果 → 本人から職員に相談や希望を言えるようになる
希望するときに着られるようになる
手元に置けるようになる

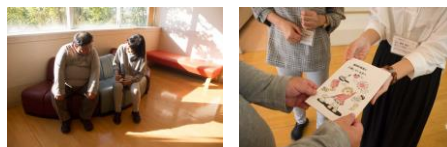
療養環境サポーター活動と個別相談の関係

- 2つの活動を並行して行うことにより、病院や入院している方の状況の把握が立体的になり、活動に相乗効果が生まれる



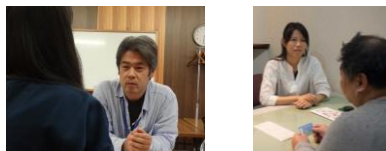
療養環境サポーター活動と個別相談の関係

- 療養環境サポーター活動では、病院の取り組みや全体の雰囲気把握することができる



療養環境サポーター活動と個別相談の関係

- 個別相談では、入院している方の思いや希望をじっくりと聞き、その方にとっての「療養環境」を知ることができる



療養環境サポーター活動と個別相談の関係

- 強み
 - ・複数の方からお話を聞く機会がある*
 - ・検討協議会に報告し、改善に向けた検討ができる、その結果を公開できる
 - ・病院（病棟）に入院中の方全員の**権利が守られること**につながる
- 強み
 - ・入院中の方と面会室でお話を聞けることが多い。その方へ権利を伝え、使う方法を伝える
 - ・継続して相談に応じることができる
 - ・その方の**希望の実現**にむけて個別に対応を検討する

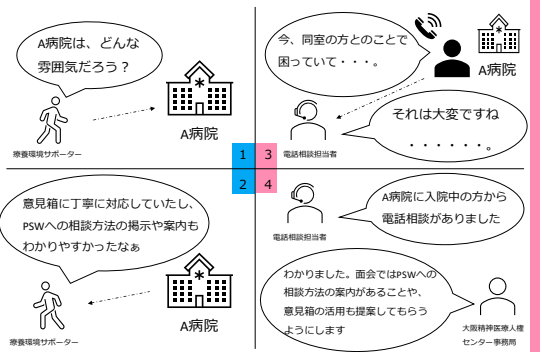
→ どちらも「安心してかかれる精神医療の実現」が目標

療養環境サポーター活動と個別相談の関係

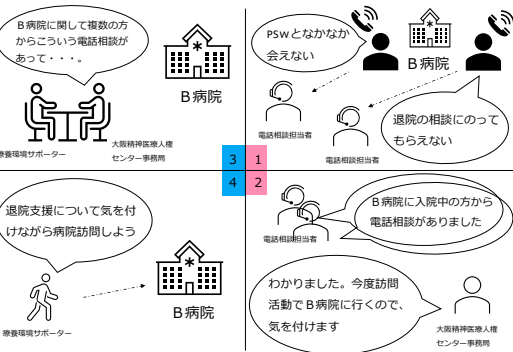
- 2つの活動を並行して行うことにより、病院や入院している方の状況の把握が立体的になり、活動に相乗効果が生まれる
- 大きな目標は同じ「安心してかかれる精神医療の実現」

療養環境サポーター活動 = 「システムアドボカシー」の強み	個別相談活動の強み = 「ケースアドボカシー」の強み
<ul style="list-style-type: none"> ・病院の取り組みや全体の雰囲気把握することができる ・その日に出会った複数の方からお話を聞くことができる ・病院との意見交換・検討協議会で改善に向けた検討ができ、その結果は公開できる ・病院（病棟）に入院中の方全員の権利が守られることにつながる 	<ul style="list-style-type: none"> ・その方の思いや希望をじっくりと聞き、その方にとっての「療養環境」を知ることができる ・約束をしていた方と面会室等でお話を聞くことができる ・その方へ権利を伝え、使う方法を一緒に考え、継続して相談に応じることができる ・その方の希望の実現にむけて個別に対応を検討する

療養環境サポーター活動と個別相談の関係



療養環境サポーター活動と個別相談の関係



あらためて、精神科アドボケイトの役割

- 望ましいこと
 - ・本人の話を丁寧に聞き、本人の側に立ち、味方になる
 - ・公平中立ではない
 - ・エンパワメントを大事にする
 - 「どうするか」を決めるのは、本人である
 - ・本人に権利があることを伝え、権利を使う後押しをする
 - アドボケイトが直接にかかをするわけではない

精神科アドボケイトの役割

- 望ましくないこと
 - ・代理で何かをすること
 - 例：精神医療審査会への審査請求
 - ・本来、医療機関などが行うべき業務の代行
 - 例：家族との連絡調整、退院先の確保
 - ・医療的判断にかかわること
 - 例：薬の服用

訪問活動の報告を掲載 (病院からの回答を含む)



最新号
2021年1月発行
<https://www.psy-jinken-osaka.org/archives/saishin/5401/>