

精神医療審査会に関する都道府県支部プレアンケート集計結果

(2018年7月)

発行：公益社団法人日本精神保健福祉士協会

編集：公益社団法人日本精神保健福祉士協会 精神医療・権利擁護委員会

【質問1】ご回答の対象となる都道府県・または政令指定都市を教えてください

回答都道府県および政令指定都市 64件（67都道府県・政令指定都市中）回収率96%

本アンケート調査の回答率は、47の都道府県に20の政令指定都市を加えた合計67箇所の調査対象のうち64箇所からの回答が得られました。回答率96%という高い数字となっています。

【質問2】本協会構成員ならびに都道府県協会会員の委員会への参加状況について

- ① あなたが所属する都道府県協会では、地元の審査会事務局から精神保健福祉士としての委員（以下「保健福祉委員」という）の推薦依頼など、委員派遣への関与はありますか。

委員派遣関与

回答	票数	%
ある	49	77%
ない	15	23%
計	64	100%

この設問は、審査会事務局から都道府県協会への委員の推薦依頼に基づき、都道府県協会として委員派遣への関与があったかどうかをお聞きしています。「ある」が77%、「ない」が23%という結果について、20%以上の地域で協会の関与がなされていないという実態は改善が必要であると感じています。

質問2-①で ある を選択した場合、推薦依頼のときに条件などが提示されましたか。提示されている場合はその条件をお聞かせください。

- ◆ できれば女性の精神保健福祉士（同様の意見12件）※男女共同参画の観点
- ◆ 男女参画事業の流れで女性のみと限定されている（医療委員、法律委員は男性が多いため）
- ◆ 医師等は男性委員が多いため、女性の派遣を依頼された

- ◆ 県では女性参画に重点を置いている旨の文言がある
- ◆ 以前女性という指示があったが現在は無い
- ◆ 女性が 40%以上であること
- ◆ 女性委員の割合を 30%以上とする。40 歳以下の委員の割合を 30%以上とすることを目標としている
- ◆ 出来る限り 40 歳以下の女性を推薦
- ◆ 同じ市の精神科医療関係者以外
- ◆ 同じ市周辺の従事者でないこと
- ◆ 医療機関以外に所属していること（同様の意見 1 件）
- ◆ 人権感覚のある人
- ◆ 他の団体では難しく当協会でなんとかお願いしたい
- ◆ 法に定める範囲内のことのみ
- ◆ 医療機関勤務の P S W を推薦したところ却下された
- ◆ 協会員であること
- ◆ 県協会の役員会で審議し、推薦者を決定する
- ◆ 協会の推薦のみ
- ◆ 県協会からの推薦以外には特段ない
- ◆ 推薦依頼を県から毎回受けている
- ◆ 精神科病院に勤務経験がある地域で働く精神保健福祉士
- ◆ 30 代～50 代前半
- ◆ 精神保健福祉士の有資格者（同様の意見 1 件）
- ◆ 日頃からの信頼関係の中で一任されている
- ◆ 合議体に 1 名は必ず配置したいので、予備委員含め 3 名以上
- ◆ 審査会は医療委員・法律委員・有識者委員で構成されており、有識者の中に精神保健福祉士、看護師などが含まれていること
- ◆ 公文書等による条件の提示等はないが、任期が終了する保健福祉委員に対して、後任の委員推薦依頼がある。その際は理事会で人選し打診の上、了解を得て審査会事務局へ推薦する者の氏名、所属先などを報告している
- ◆ 医療機関の多い地域ゆえ、当協会の会員においても医療機関所属の者が多く、委員も事務局もやりづらさが生じるため、医療機関以外の所属の方の推薦を求められた
- ◆ 厳密には把握していない

依頼があった際に提示された条件等があったかどうかについては、ジェンダーバランスへの配慮からか「女性」を推薦して欲しいという条件が一番多くありました。他には、医療機関以外に所属しているなどの所属を限定したもの、都道府県協会に加入していることを条件とするものもありました。

質問2-①で ない を選択した場合、どのような形で委員が選出されていますか。わかる範囲でご記載ください。

- ◆ 県精神保健福祉センター長と話を進めているが、協会推薦でなくセンター長が人選している
- ◆ 県担当課より個別に依頼がある
- ◆ 事務局にて直接候補者へ依頼している
- ◆ 県の担当機関が適任者を個別にお願いしている
- ◆ 審査会事務局が個別に依頼をしている（同様の意見1件）
- ◆ 人数の把握はできるが日本協会に所属しているかは不明（個別氏名を把握していないため）
- ◆ 県において2014年法改正以前から審査会委員は医師・弁護士・精神保健福祉士の構成されている。当初、県支部は設置されておらず県協会へ打診していた時期があった。但し、依頼文は出ていない
- ◆ 現在まで医療現場を経験している精神保健福祉を優先して選別し、県から直接打診されている
- ◆ 県の独自基準により、委員について女性の比率を一定以上にするという決まりがある
- ◆ 医師は男性が多いため、弁護士と精神保健福祉士は女性が多くなっている
- ◆ 市の職員が仕事関係者に直接依頼している。あるいは職員を介しての紹介で決められている
- ◆ 日本協会にも県協会にも所属していない精神保健福祉士の方もいる（複数資格所持者など）
- ◆ 県から委員へ直接依頼がなされている（県内で精神保健福祉士を養成している大学の教員が委員を担っている（予備委員含む）

依頼がない場合、どのように委員が選択されているかについては、審査会の事務局側が候補者へ直接依頼しているというケースが多いようです。

- ② あなたの都道府県または政令指定都市において、本協会構成員の何人が保健福祉委員として参画していますか

保健福祉委員 126人（最大6人・最少1人）

（内訳）

性別	人数	%
男性	46	37%
女性	80	63%
計	126	100%

本協会の構成員が委員としてどれくらい参画しているかという項目については、男性46人、女性80人の合計126人という結果でした。平成28年度のデータにはなりますが、全国で精神保健福祉士である保健福祉委員の数は241人という数字もあることから、精神保健福祉士である保健福祉委員のおよそ半数は本協会の構成員であるということがわかりました。一方で、100人以上もの非構成員の精神保健福祉士が審査会の委員として参画しているという現状でした。本委員会としてはこのことはあまり好ましくない現状であると受け止めています。審査会委員としてクライアントの権利擁護を推し進めていく精神保健福祉士は、本協会にも都道府県協会にも加入し、日常の実践においても地域の精神保健福祉士の模範となるような人材であってほしいと考えます。

- ③ あなたの都道府県または政令指定都市において、本協会構成員の何人が予備委員として参画しているか分かる範囲で人数を教えてください。

予備委員（協会構成員）43人（最大4人・最少1人）

（内訳）

性別	人数	%
男性	16	37%
女性	27	63%
計	43	100%

- ④ あなたの都道府県または政令指定都市において、本協会には属せず都道府県協会のみの会員の何人が保健福祉委員として参画していますか

都道府県協会のみ 14 人（最大 4 人・最少 1 人）

（内訳）

性別	人数	%
男性	4	29%
女性	10	71%
計	14	100%

本協会の構成員ではなく都道府県協会のみで委員を担っている方が合計 14 人いました。この数字をどのように受け止めるかは、委員会のみならず理事会としての今後の課題であると認識しています。

- ⑤ あなたの都道府県または政令指定都市において、本協会には属せず都道府県協会のみの会員の何人が予備委員として参画しているか分かる範囲で人数を教えてください。

予備委員（都道府県協会のみ） 3 人

（内訳）

性別	人数
男性	2
女性	1
計	3

- ⑥ 都道府県支部または都道府県協会として保健福祉委員を推薦しているところにお聞きします。本協会構成員あるいは都道府県協会会員の推薦に関して基準などを設けていますか。

- ◆ 県協会会員であり会費の未納がないこと（同様の意見 1 件）
- ◆ 日本協会構成員
- ◆ 医療機関の勤務経験があること（同様の意見 1 件）
- ◆ 同市職員もしくは元職員でないこと
- ◆ 理事からの推薦が得られること（同様の意見 1 件）
- ◆ 明文化はされていないが、支部運営委員・県協会役員等、ある程度の職位にある者を推薦している
- ◆ 経験年数おおむね 10 年以上の本協会構成員あるいは県協会会員であること
- ◆ 医療機関在籍にてある程度職務経験があり、日本協会と県協会両方に加入している方を優先している
- ◆ 勤務年数 20 年以上の方を推薦している

- ◆ 審査会の委員の男女比を考えて使命している
- ◆ 経験年数 15 年以上・精神科病院経験者であること（同様の意見 1 件）
- ◆ 経験年数 5 年以上・病院勤務経験者であること
- ◆ 経験 10 年以上で病院勤務歴があり、理事等の経験がある者を推薦している
- ◆ 経験年数〇年以上という明確な基準はないが、実務経験が豊富な協会員を推薦している
- ◆ 行政や病院経験の豊富な方をその時の県協会会長あるいは事務局が推薦している
- ◆ 都道府県協会会長経験者もしくはそれに準ずる者であること
- ◆ 都道府県協会理事等経験者または、精神科病院相談室等の長クラス（原則として県協会会員）
- ◆ 実務経験や協会活動の経験を踏まえ推薦している
- ◆ 経験年数があり、推薦するに値する方をお願いしている
- ◆ 中堅以上で協会員であること
- ◆ 審査会業務の性質を考えて候補者を挙げ検討の上、推薦している
- ◆ 病院勤務の精神保健福祉士を推薦している（同様の意見 1 件）
- ◆ キャリアがあって発言ができる方（実質 30 年以上の経験者）および医療機関勤務経験者か行政勤務歴のある方を選び、現役の病院勤務の方は避けている
- ◆ 会長（支部長）が地区役員の意見も聞いた上、審査会の場で P S W としての意見を述べることもできる会員を選出している（会員数が多くないので会長がある程度会員の状況を把握している）
- ◆ 病院勤務経験者か行政勤務経験者、また発言ができる方（実質 30 年以上の経験者）を選び、現役の病院勤務者は利害関係が発生する可能性があるため避けている
- ◆ 協会の理事等の経験者を中心に、医療機関と地域支援事業者等に勤務している領域から推薦している
- ◆ 県協会理事会にて承認の手続きを取っている。協議の中では、協会活動に積極的に参加している方や理事等経験者などを参考にしている
- ◆ 市とのやり取りの中で個別に対応（実際には精神保健福祉士 4 名が委員として入っているが、規定はなく、医療機関での経験年数が 5 年以上あり、協会活動に協力的かつ研修によく参加されている方を推薦している

都道府県支部または都道府県協会として設けている推薦基準に関する質問については、経験年数（10 年以上が多い）や病院または行政での勤務経験がある方、県協会の理事などの経験者などがあげられています。

【質問3】保健福祉委員としての精神保健福祉士の資質の保証と向上について

- ① あなたの都道府県または政令指定都市では、自治体主催による保健福祉委員のための研修会、またはすべての委員を対象とした研修会の開催はありますか？

研修開催について

保健福祉委員のための研修会開催がある	3	5%
すべての委員を対象とした研修会開催がある	16	27%
ない	40	68%
計	59	100%

研修会の開催状況は、「保健福祉委員のための研修会の開催がある」が5%、すべての委員を対象とした研修会の開催がある」が27%、「ない」が68%を占めていました。委員会としては、思った以上に研修会が開催されていないという印象を持ちました。

◇開催がある場合の研修開催方法・頻度・内容について

《保健福祉委員のための研修会開催がある》

- ◆ 年に2回、2合議体の委員が集まり、情報共有できるような研修を行っている
- ◆ 審査会全体会議に合わせて開催するが、全国精神医療審査会長・精神保健福祉センター所長会議の復命研修のような形で形式的なものを開催している

《すべての委員を対象とした研修会開催がある》

- ◆ 年1回、全体会を実施している（同様の意見1件）
- ◆ 年1回、講義形式で実施している（全国レベルなので参加は任意）
- ◆ 年1回、合議体の全体会があり、全委員を対象として審査時の注意点等の確認を行っている
- ◆ 年1回、審査会の総会の際に外部講師を呼んで研修会を開催している
- ◆ 年1回、全体会がありその際に研修的な内容の説明も行っている
- ◆ 全体会として研修を兼ねたものを年2回開催している
- ◆ 全委員を対象とした総会時に制度改正等の説明を行っている
- ◆ 全国の審査会委員対象研修会後に、各合議体あてに報告会が行われ、2年に1回程度全体会を開催し、精神保健福祉法改正の要点や審査会での検討事項が話し合われている
- ◆ 毎年年度初めの4月に全委員（予備委員も含む）・事務局の合同会議があり、審査基準や運営（委員構成等）について協議している
- ◆ 年1度の精神医療審査会総会時に、最近の制度の動向等について参加可能者のみを対象として説明会的なものが開催されている

- ◆ 年2回、研修を兼ねた全体会を行っている。(内容は①実務上の課題検討、②全国研修の報告、③制度等の変更があった場合の理解促進など)
- ◆ 医療委員から、年1回の全体会だけでは検討しきれない内容もあるので、全体会以外で年1回研修をしたいと提案があり今年度初めて実施した。審査内容や基準の見直しなどを行った
- ◆ 年1回、委員の資質向上ではなく、審査会委員として問題意識の向上等、適切な審査会の運営のための研修の開催

研修会の開催がある場合の、開催方法や頻度、内容については、年に1～2回程度、報告会のような趣旨の研修会が多いようでした。

- ② 各都道府県や政令指定都市において、あるいは全国規模で保健福祉委員である構成員（精神保健福祉士）の資質向上のための研修会の開催は必要だと思いますか

研修会の必要性について

開催が必要である	55	86%
開催は必要ない	9	14%
計	64	100%

- ◇ 質問3-②で必要であるを選択した場合、どのような研修会（形態や内容）が必要であると考えますか。

- ◆ 日精協や弁護士などとの合同研修会（他10件）（精神医療審査会についての内容）
- ◆ 本協会主催の全国規模での研修会（同様の意見9件）
- ◆ 本協会主催の全国規模での研修会（保健福祉委員についての内容）
- ◆ 本協会主催の全国規模での研修会（各地の動向などを学ぶ内容）
- ◆ 本協会主催の専門職としての研修会の開催
- ◆ 全国規模での研修会（同様の意見5件）
- ◆ 全国的な規模でワークショップ形式での研修会
- ◆ 都道府県協会主催の研修会（同様の意見4件）
- ◆ 全国統一の審査基準やガイドラインを示すものが良い
- ◆ 精神保健福祉士だけの研修会（同様の意見4件）
- ◆ 医療審査会の持つ責任や役割の共有、地域格差の改善を目的とした研修会
- ◆ 保健福祉委員として参画する根拠・視点・考え方・立ち位置等に関する研修会
- ◆ 国レベルでの他の専門委員と合同での研修会

- ◆ ブロック合同研修や弁護士会との研修会（同様の意見1件）
- ◆ 委員全体を対象とした研修会（近県合同ブロック開催など）
- ◆ それぞれの都道府県における課題などについて共有できるような研修会
- ◆ 他府県の状況がわかるような研修会
- ◆ 基本事項の確認と困難事例の共有が出来る研修会
- ◆ 医療委員の他の委員での意見交換の場（当該自治体内と他府県も交えたもの）
- ◆ 自治体が主催する研修会（同様の意見8件）精神保健指定医・学識者・保健福祉委員などの専門職が参画して学ぶ機会が必要）
- ◆ 精神医療審査会の委員の役割についての内容
- ◆ 日本協会として精神医療審査会で目指すことの明確化
- ◆ 経験交流（他1件）
- ◆ 保健福祉委員の役割をしっかりと確認できる内容
- ◆ 審査会の役割や目的など委員が共有すべき内容（同様の意見1件）
- ◆ 精神医療における「権利」を改めて学ぶ内容
- ◆ 今後措置入院に関する議案が大切になってくるのでガイドラインの確認
- ◆ 全国規模では参加が難しい為、自治体主催のもので保健福祉委員に期待されることを再確認できる内容
- ◆ 全国的な動向を共有する機会が必要であり、日精協や弁護士会との合同研修会では総論的内容、日本協会主催の研修会（全国規模）では精神保健福祉士としての専門性を踏まえた各論的内容、また保健福祉委員でない精神保健福祉士にも受講していただく機会があると良い
- ◆ 当市では第4合議体までであるため、各合議体の審査結果、判断基準を標準化する意見交換会（年に1度連絡会はあるが、合議体の事務的運営内容検討が中心であるため）
- ◆ 委員になる方は限られており、誰もが経験できるわけではない。経験を共有しアドバイスを受けられる機会を持つ為には研修会の開催を積極的に希望する
- ◆ 自治体・地域ごとの開催は実際の審議を通して学ぶ機会があり不要である
- ◆ 審査会委員であるなしに関わらず精神保健福祉士としての一定の権利意識は持ち合わせておくべきである
- ◆ 研修の内容によっては「精神保健福祉士の資質」を問われることになりかねないので注意すべきである
- ◆ 地域格差が大きいとの話も聞くが、その事が当事者の権利を阻害する状況ではいけない。地域特性を意識するあまり、審査基準にずれが生じる恐れもある。また、精神保健福祉士が審査会委員として入る意味を十分に理解して頂く為には質の担保が必要である。困難事例も少なくないため、事例検討などで他の委員の意見を伺う機会があると良い。（自身の審査場面では精神保健福祉委員が一人であることから、他の精神保健福祉委員の意見を聴きたいと思う場面が多々ある）

- ◆ 審査会に参加している精神保健福祉士と意見交換をしたい。委員会のバランスが医療委員に偏っているところもあると聞いており、意見交換から合同研修会につながると良い
- ◆ 日精協・弁護士会との合同研修が望ましく思えるが、まずは当協会主催の研修会から是非行いたい
- ◆ 人権問題からの視点で問題を見ることが必要。任意入院等ではだめなのかという視点からの検討

保健福祉委員である構成員の資質向上のための研修会の開催が必要であるどうかの質問については、全体の86%が必要であると回答しています。必要である場合、どのような研修会の開催を期待するかという質問については、本協会主催の研修会や、都道府県協会単位での研修会、日精協や日弁連との合同での研修会を望む声が多く、審査会の委員たる精神保健福祉士の役割やクライアントの権利擁護について学習できるような研修内容を望んでいることがわかりました。一方で14%の方々が研修の必要はないとする回答を寄せており、その理由は確認できていませんが、質の担保を考慮すると看過できないと感じています。

【質問4】委員のためのガイドラインについて

- ① あなたの都道府県または政令指定都市において、審査会委員のためのガイドラインやマニュアルは作成されていますか。

ガイドラインの作成について

作成されている	31	48%
作成されていない	33	51%
未回答	1	1%
計	65	100%

委員のためのガイドラインやマニュアルの整備状況は、ガイドラインが「作成されている」と回答された地域が48%、「作成されていない」が51%でした。半数の審査会でガイドライン等が作成されていないという状況です。

【質問5】審査会の課題や展望について

- ① あなたの都道府県や政令指定都市における審査会で力を入れて取り組んでいること、工夫している点などがあれば教えてください。
- ◆ バランスの取れた委員による運営をする
 - ◆ 委員については各職能団体に推薦依頼をされている。任期は2年で最長5期までとされている

- ◆ 精神医療審査会事務局の電話相談内容を確認している
- ◆ 司会がバランスよく全員の意見を取り入れようとしてくれる
- ◆ 審査会の適正化として、三構成員による審査会の徹底（予備委員制はない）
- ◆ 審査の際に、県内で統一すべき対応課題や県・市町村の各担当課に対応を要望すべき問題がある場合には、各部会において審議し、要望を伝えるようにしている
- ◆ 法に定めるところに従い、忠実に運用がなされていると思う。審査会の際に、委員に欠員が出るということは無い
- ◆ 法改正以前から精神保健福祉士と保健師をその他委員としていた。現在、合議体は5班体制で、精神保健福祉士3名と保健師2名となっている。今後、精神保健福祉士を増やしていきたい
- ◆ 医療委員が3名、法律家委員1名、保健福祉委員が1名の5名の合議体となっている。法律家委員や保健福祉委員の欠席が事前に分かれば他の班から代理参加できないか調整をしている。今まで5年間で急な欠席の為に審査会が流れたことはない
- ◆ 日程調整がうまく行かない場合は他班の委員と意見聴取に行く場合もある。その際は医療委員の班で審査が行われる
- ◆ 平成26年の改正により、医療委員の定数が2名以上に変更になった事で、3名の医療委員の定数を2名とし、法律家委員2名又は法律家委員1名と保健福祉委員2名もしくは1名といった部会構成数の割合を変更することに努めてきた。来年度から3部会中1部会を構成変更することとなった
- ◆ 医療委員3名と法律家委員1名、保健福祉委員で構成されており、基本的には臨床&現場を行っているものが審査に入っている。それぞれの専門家としての意見を尊重する姿勢が貫かれている
- ◆ 出来る限り1ヶ月以内の聴取と審査を行っている
- ◆ 審査日数を短くするため、審査会日程の年間計画を作成している
- ◆ 請求から聞き取り、結果通知までに長時間を要していた為、時間の短縮に事務局が取り組んでいる
- ◆ 審査結果を出してから6ヶ月以内の再請求以外は全て意見聴取に行く（6ヶ月以内のものは書類審査）
- ◆ 審査にあたり、症状と入院までの経過、保護者について十分に留意している
- ◆ 受理から1ヶ月以内に審査するように努力している
- ◆ 地方自治体と比べると入院届、定期病状報告書の審査件数が膨大。そのため一部委員による予備調査を施し、審査会においては予備審査で引っかかった案件のみ審査している
- ◆ 年2回全体会を開催している。精神保健福祉士の専門性を意識して、意見するよう努めている
- ◆ 医療機関に対して事務局が説明会を病院ごとに開催している
- ◆ 全体会前に、有識者・法律家委員合同の打ち合わせ（協議事項に対する意見集約）を行う

- ◆ 毎年2月に全体会があり、各月の合議体での意見の報告を受け、年度末の3月は指定医会議の席上で精神医療審査会の合議体で出された意見をまとめた物が事務局から報告されている
- ◆ 各班で問題になったことについては、事務局がすべての班に意見を聴き、毎年3月に行われる全体会で協議を経て、各精神科病院に会長名で通知を出している
- ◆ 退院および処遇改善請求における請求から診察までの迅速な対応
- ◆ 退院等請求に関する審査の速やかな実施（同様の意見1件）
- ◆ 処遇改善請求は個人の処遇だけにとどまらず、院内看護体制等への指導（実地指導）と連動させている
- ◆ 退院請求、処遇改善請求に早期に対応するため、予備委員も古に活躍できるよう体制を作っている
- ◆ 退院請求審査の際には、患者様の意見等を聞けるような質問を行い、任意入院への入院形態変更や退院の判定を行えるようにしている。
- ◆ 退院請求があった際、できるだけ早期に当該病院への訪問を実施している（全国平均より若干短い程度）
- ◆ 退院等の請求に関する審査では、保健福祉委員としての視点での気付きや考えで判断するよう心掛けている
- ◆ 退院等の請求があった場合、受理→聴取→審査→通知にかかる時間を短縮すること
- ◆ 合議体の委員の調整がつかない時には、他の合議体に依頼することもある
- ◆ 今年度より、退院請求等の聞き取り調査等において精神保健福祉士としての立場で参画できるよう取り組んでいく予定をしている
- ◆ 退院請求や処遇改善請求にかかる審査における、意見聴取においてP S Wの専門性を活かし、権利擁護の視点での聴取を心掛けている
- ◆ 退院請求において、請求を出してから結果まで時間をかけないように心がけている。（市の平均は平成27年度 28.8日／平成28年度 30.4日）
- ◆ 退院に向けた取り組み欄の記載が不十分なことがよく見られ、指摘して追加記載を頼む
- ◆ 退院に向けての取り組みについての記載内容について病状だけでなく、本人を取り巻く環境やスタッフの取り組みなどを書いてもらうようお願いしている
- ◆ 社会的要因により退院困難となっている事例について、定期病状報告書、退院請求については、退院の為に必要な取り組みについて意見する
- ◆ 退院に向けての取り組み欄の記載方法について、患者の希望や権利が守られているか、積極的に退院に向けての取り組みが行われているかなどがわかるよう審査会として記載が必要と思われる項目や内容について明記した文書を各医療機関に配布した
- ◆ 精神保健福祉、特に福祉の視点を審査会に反映させたい
- ◆ 医療委員の視点（病状・症状）に重きが置かれていく傾向があるため、心理社会的な背景も審査

に反映されるよう発言している

- ◆ 市は医療委員3名、法律家委員1名、有識者委員1名の構成となっており、どうしても医療委員の意見が大きく反映される傾向がある
- ◆ 有識者委員は人権擁護の観点から精神保健福祉士協会へ委員の派遣依頼が続いており、協会としても権利擁護活動、県精神保健福祉に寄与するという協会の活動目的を鑑み、協会活動の重要な位置づけとして毎年行政からの要望に応じるべく委員を推薦している
- ◆ 有識者委員として、また精神保健福祉士という専門職として当事者の立場に立った意見を常に伝えることを心掛けている
- ◆ 医療保護入院者の入院届、措置入院者の定期病状報告書、医療保護入院者の定期病状報告書における審査では保健福祉委員としての視点で見るといふように心がけている。特に入院の必要性、任意入院に変更できなかった理由、退院に向けた取組の状況の部分を出せるだけ保健福祉委員の視点で精査するように心がけている
- ◆ やはり医学モデルに偏りがちな合議体の中でいかに生活モデルや人権擁護の視点を主張していくかを常に意識している
- ◆ 意見を求められる場合には、現在の入院形態が妥当であるのみだけではなく、当該医療機関に対して「心理教育など支援の充実をお願いしたい」など環境調整などの具体的な取組みの提案を行うよう心掛けている
- ◆ 医療機関での現場経験の長いPSWにとって、医療にかかわる方針に対して、福祉的観点からの意見を表明する場合、手間暇をかけた問題整理と熟慮を必要としてきたが、スピーディーに流れる会議ではそうした手間ひまが掛けられず、福祉的な知識と経験を事前に整理し、その場の医療的なムードに巻き込まれてしまわないよう意識をしている
- ◆ 医療的な判断に偏りがちなムードに、いかに福祉的な意見が盛り込めるかということ
- ◆ 書面審査の実効性の向上のため、返戻基準についてワーキンググループを立ち上げ協議し、基準を作成した
- ◆ 急性期の方への治療において権利擁護された上で法上適正な入院なのかをどこまで書面で把握できるのか
- ◆ 各書類を医療機関に作成してもらうにあたりマニュアルを作成し、審査を行う際の基準が明確なものとなるようにしている
- ◆ 2班中各保健福祉委員にあたる委員は2名ずつ。隔月の参加にして負担感を軽減されている。提出される届や報告書の内容にばらつきがみられたが、各医療機関に返戻しその回答を求めるといふことを繰り返すことによって記載の仕方に一定の向上がみられるようになった。これまでの記載例を集めて記載の手引きとして積み上げ、審査会としての基準が引き継げるようになっていく。(マニュアルとは異なる)
- ◆ 生活歴を確実に記載することを大切にしている。また医師の入院の説得の経過を確実に記載させ、やむなく医療保護入院になったことの説明を厳格に確認している
- ◆ 職種毎に手分けして確認している

- ◆ 医療保護入院とせざるを得ない理由をきちんと見極め、必要に応じて医療機関に確認している
- ◆ 定期病状報告書の中で、病識獲得の取り組みや退院に向けた取り組みが曖昧な内容のものは問い合わせ、差し戻すなどしている。人権に基づいた視点で中身のチェックを行っている
- ◆ 退院後生活環境相談員の記載内容について、退院支援ができない理由の身を記載していないか、主治医が退院を判断するための支援が適切に行われているかについて、積極的に意見交換がされている。実際には退院支援できない理由や、主治医が退院できるといったら支援開始するのみが記載されていることが多く、その際は「記載内容不備のため退院支援について具体的に記載を」とお返ししている
- ◆ 定期病状報告や入院届で病状の記載のみで、生活歴の記載がない場合はこの方を判断するのに適切ではないと加筆の為、医療機関にお返ししている
- ◆ 退院後生活環境相談員の記載箇所をよく見るようにしている。その書き方の格差を感じている
- ◆ 定期病状報告書の退院に向けての取り組みの文章が変わらない病院には改善の指摘を提案している
- ◆ 記載漏れ、病名と病態との齟齬など、事務局サイドのチェックと準備には力を入れている
- ◆ 審査会では病状に視点が行きがちだが、そのことに限らずご本人がどう思っているのか。また病院はどのようにご本人の思いを把握しているのか。今後どんなことができるか等についても検討できている
- ◆ 意見聴取は家族にも実施し、本人や主治医とは違う立場で病歴・生活歴・病状・退院についての意見等を聴き参考にしている。また主治医への意見聴取には退院後生活環境相談員（P S W）の同席を求めている
- ◆ 意見聴取では、本人の気持ちを丁寧に聴くよう努めている
- ◆ 退院後の生活ややりたい事は何かを努めて聴くようにしている
- ◆ 本人自身が現状をどう理解しているか、家族や支援者などの関わりを本人がどう思われているか等を本人の視点に寄り添い聴取している
- ◆ 主治医や家族の意見聴取資料を読むが、先入観に繋がらず処遇の必要性を適切に判断することに努めている
- ◆ 本人の生活歴、家族構成、これまでの支援状況、今後利用し得る社会資源・福祉制度等を踏まえた退院や処遇改善の可能性の判断に努めている
- ◆ 他の都道府県や政令都市の審査会と比較できているわけではないので、市が行っていることが特別なのかどうかがよくわからない。ただ数年前に予備委員が導入されたことは工夫かもしれない
- ◆ 結果通知の際には、請求者、病院管理者、家族等それぞれに対し、今後の治療や社会復帰についての付記を記載するようにしている
- ◆ 審査会で問題になった病院について、圏域の健康福祉事務所（保健所）に連絡し実地指導時にも注意を払うようにしている。

- ◆ 病院職員が被害的にならないよう、努めて病院職員の意見も聴くよう努めている。本人の意思に基づく入院治療、通院治療になるよう努めている
- ◆ 人権擁護に力を入れて取り組んでいる
- ◆ 平成 28 年 4 月から「その他学識経験を有する者」が「精神障害者の保健または福祉に関し学識経験を有する者」と改正され、特に精神保健福祉士は長期入院患者の退院支援に係る意見などを合議体の中で示していく役割が明確になった
- ◆ 審査会で挙げられた課題は、医療機関の現地指導で取り上げられるようになっている
- ◆ 医療機関用に審査会マニュアルを作成し配布。内容は随時更新
- ◆ 入院の同意、病状の点について重点的に見ている。また定期病状報告における退院に向けた取り組み状況について確認を行っている
- ◆ 面接の要求から面接までの期間短縮について事務局が努力されている
- ◆ 入院期間の長さ、退院に向けた取り組み、入院診療計画書の内容などに注目して審査を心がけている
- ◆ 定型文であったり個別性の低い内容であったり、単に病状説明となっているものは極力差し戻しするようにしている
- ◆ 個別性に配慮し、地域移行への取り組みに力を入れている。審査会だけでなく現地審査と連動した取り組みをしている
- ◆ 担当者として精神保健福祉士が必ずいることは、精神保健福祉士として合議体メンバーに入るうえで心強いことである
- ◆ 審査会については原則非公開となっており、回答不可である

② あなたの都道府県や政令指定都市における審査会の課題や問題点をお聞かせください。

- ◆ 精神病院協会の医師の意見、または医療の意見としての立場からの視点に偏っているように感じる
- ◆ 医師の決定に不満を出さない人を出しているのではないかと感じる
- ◆ 県は政令指定都市を含む 4 つの自治体で構成されており、それぞれの審査会で法の解釈が若干異なる
- ◆ 精神保健福祉から遠ざかっている方が委員に相応しいか疑問である
- ◆ 経験上 9 割は支援者が話を聞けていれば請求に至らないと思える内容である
- ◆ 医療委員主導の審査会となっており、保健福祉委員としての意見が述べにくいところがある
- ◆ 保健福祉委員の研修会やマニュアルがないために質の担保がなされているか不安である
- ◆ 医療委員 3 名に対して保健福祉委員、法律家委員は 1 名ずつしかおらず、審査件数が多く負担が大きい

- ◆ 市における統一した解釈を整備することが求められる
- ◆ 審査書類件数の増加に伴い、1回あたりの審査会開催時間が長くなってきている
- ◆ 審査会委員（班）を増やしたいという話も聞かれるが、医療委員の確保が難しく現状維持がやっ
とである
- ◆ 医師の意見が強く反映される
- ◆ 審査の内容が書類の記載不備に留まっている
- ◆ 法律家委員からほとんど意見が出ない。本来審査会に課されている処遇についての審査はでき
ていない
- ◆ 予備委員を決めるか、他の合議体との委員の調整等が必要ではないか
- ◆ 病院協会の会員が審査委員であるため、馴れ合いとも思える結果が出ている
- ◆ 各委員の負担が大きい
- ◆ 医療委員が精神科病院の医師に限られており、現実問題として「強い指摘ができない」という空
気を感じる
- ◆ 合同研修等もなく、合議体ごとに雰囲気が違うようである
- ◆ 精神保健福祉センターへ精神医療審査会事務局への精神保健福祉士配置について意見を述べて
いく予定
- ◆ 他の都道府県や政令指定都市に比べて、退院請求の数が少ない
- ◆ 退院支援委員会が完全義務化されていないことは問題だと考える（長期入院者は義務ではな
い？）
- ◆ 合議体によって、書類審査の数の差がある。全国統一のガイドラインが必要ではないかといっ
た意見がある
- ◆ 審査内容に明確な基準があるわけではなく、その時の状況で審査・判断に迷うことがある
- ◆ 請求を受けてから審査結果が出るまでに30日近くを要している
- ◆ 班によって審査にバラツキがあるのではないかとと思われる（年1回の全体会で調整）
- ◆ 退院後生活環境相談員は8割～9割が精神保健福祉士であると言われている
- ◆ 各委員が読んでいだけで、論議をするわけでもなく、また時間が短くじっくり考える時間が
ない
- ◆ 精神障害者本人からの直接の声なので、もう少し丁寧に扱えた方がよいのではないかと考える
- ◆ 司会を医師がするので最終的なまとめになると、どうしても医療色の濃い意見になりがちであ
る
- ◆ 件数が多く1件1件を吟味できない
- ◆ 他県と比較しても、合議体が少なく一回あたりの審査件数がかなり多い
- ◆ 審査会の開催頻度が月1回のため、退院請求や処遇改善請求から実際の審査までタイムラグが

生じている

- ◆ 不服申し立てや上告の仕組みがない。上級審査会のようなものが必要と考える
- ◆ 退院後生活環境相談員の記載に関しての格差を感じる
- ◆ 審査会の雰囲気分かるようになると、どうせ言ってもどうにもならないことがわかるので言わなくなる
- ◆ 2カ月に1回の書面審査の件数が多く、2～3時間で処理をするには困難である
- ◆ 段階での研修会開催は必要と考える
- ◆ 天候により移動困難で延期となる可能性も少なくない
- ◆ 事務局や審査委員の負担に介して、十分な理解とバックアップがされているのか
- ◆ 合議体によって審査内容にバラツキがある
- ◆ 処理日数が長い
- ◆ 協議時間が長く取れない
- ◆ 審査件数が多く、審査時間も短いため、ゆっくり審議することがあまりない
- ◆ 医療委員の中には複数の他自治体の審査会を兼務されておられる方もおり、微妙な解釈の違いに苦慮されている。そもそも法の解釈が自治体毎でずれることに問題があるため統一した解釈になるべく自治体に働き掛ける努力を続けている
- ◆ 三部会で実施されている。一部会の保健福祉委員は精神保健福祉士であるが、他の二部会の保健福祉委員は行政を退職した保健師が担っている
- ◆ 退院請求、処遇改善請求に対して対応に時間がかかり過ぎている事は否めない。合議体を増やすなどの対応が必要
- ◆ 職種間の力関係に加え、委員数の偏りもあり、判断が医療寄りになる傾向がある。この点からも委員数の改善に向けた議論は必要
- ◆ 審査会の問題をあげたいがそれ以前にあまりに請求前に医師、精神保健福祉士が請求者の話を聞いていない
- ◆ 精神科医とスタッフの質の低下を危惧する。その意味では入院時の報告や計画書、退院後生活環境相談員の書類の内容にハードルなり意味合いを強く持たせる必要があり、その上で精査が必要かもしれない
- ◆ 医療保護入院の定期病状報告の退院後生活環境相談員が書くところの内容で、ちゃんと本人と会っているか、病棟の看護がとりあえず書いているかは一目瞭然で対応している
- ◆ 事前の意見陳述書（病院用）に退院後生活環境相談員が意見を述べることのできる項目があっても良いのではないかと思う。環境や家族状況も含めた総合的な視点での意見陳述があれば審査における情報の補完が出来、疾患や病態像のみの判断ではなくトータル的に見られるのではないかと考える
- ◆ 強制力や介入の問題が出てくるが、審査結果の通知が簡単すぎるのではないかと思う。疾患や

病態はその人を取り巻く環境（治療環境を含め）から影響を受ける事は当然のことと思うし、ここに詳しい治療、対応等の意見がある事で患者様の回復の助けになるのであれば、大変有効な方法ではないかと考える

- ◆ 県内における法の解釈が異なるため、届け出書類を作成する医療機関などはそれぞれの自治体にあわせて対応を求められるため、相当苦勞されていることが予想される
- ◆ 精神保健福祉士が同審査会に2名出席しているが学識経験者としての出席であるため、毎回の審査に出ることができない。また審査会では意見を尊重して頂ける面もあるが、あくまでも学識経験者としての意見になるため精神保健福祉士（保健福祉委員）としての参画が必要かと考えている
- ◆ 退院請求等で意見聴取のために病院に伺った際に、主治医が不在であったり、ご家族がお見えにならないことが時々あるので、意見聴取を軽んじているのではないかとすることがある
- ◆ 書面審査では限界があり、ともすると指摘内容が「表現」に関するものにとられかねないことがあり、指摘を受けた医師や医療機関から問い合わせ等があり対応に苦慮することがある
- ◆ 合議体は医療委員の意見が主となるが、今回有識者の意見が通った。医療保護入院の定期病状報告の記載に「荒廃状態」という記載があり、その表現について差別的表現とも受け止められることから、県では出来るだけ「重篤な残遺状態」に改めるよう報告されている
- ◆ 書類審査は書類の間違い探しになってしまっており、書類の体裁についての話に時間が割かれてしまうこともある
- ◆ 上記予備審査においては精神保健福祉士の関与はなされていないためチェックができない。本来なら福祉的な視点で指摘をする人が必要だと思うがスルーしてしまっているケースが存在する可能性を否定できない
- ◆ 合議体5名の委員のうち医療委員が3名であるため合議体によっては医療委員以外が意見を言いくい事もあるのではないかと想像する
- ◆ 各合議体のメンバーが、医療（医師）3名、法律家（弁護士）1名、福祉職（PSW）1名である。審査会や意見聴取で、法律・福祉の委員は休めない
- ◆ 審査数に対して合議体が少なく、1回の審査会で審査する件数が多い。そのため、委員の負担が大きい（予備委員は配置されていない）
- ◆ 精神医療上の判断に偏重しがちなので、精神医療の知識を持ちつつ、患者の人権擁護の視点できちんと発言できる力量が必要だが、そのための自己研鑽が課題と感じる
- ◆ 書面審査において、特に入院届は実際に審査会にあがってくるのが入院から2ヶ月を要しているなど、審査段階で入院されていない事例も散見される。よりスピーディーな事務手続きが必要ではないかと感じる
- ◆ 書面審査で「おかしい」記載があっても『おそらく書き込まれていないが、～という意図であると考えて不問に』という事案も散見される。そうではない！と言い切れる根拠なく歯痒い思いをしている
- ◆ 必ずしも入院を要しないという判断が合議体の中で見られても、直ちに退院すると「いろいろ

問題がある」と退院という判断が合議体として出せないことがある

- ◆ 合議体で判断する選択肢の中で、現実的には退院が適当という方に対して、審査会の示す期間内で他の入院形態に変更するようという選択をすることとなっている
- ◆ 事務局に精神保健福祉士が配置されていないので、合議体の議論の視点で精神障害者の権利擁護の視点が十分活かされておらず、書類の不備の指摘が目立っている
- ◆ 書面確認、訪問による意見聴取を経ても問題点が掴みにくい。ご本人に会うと落ち着いて話をされることもあり、どのような経過・環境でそのようになっているのか把握しづらいこともある。病院の職員がもっと話を聞くことができたらと感ずることもある
- ◆ 審査会として権利擁護の機能が十分果たせている実感がない。審査会（合議体）からの意見を伝えた後、どのようになっているのかなど回答もない
- ◆ 最低月1回は、審査会の部会を開催しているものの、開催月によって書類審査や退院請求審査の対応数に大きなバラツキがある
- ◆ 退院請求への回答を迅速に行えるようにするためにも、審査会のありかたについて今後検討していこうという意見はあるが議会での承認を必要とするため、すぐに変更することが難しい
- ◆ 合議体が扱う審査件数が多すぎる。(具体的な実数は不明ですが)5人の合議体のなかで多数(3人)を占める医師の意見が合議体の判断となりやすい
- ◆ 委員構成について触れると、保健福祉委員が少ない(現4名)。退院請求等への対応をより迅速にすることでは調整・負担が多い
- ◆ 医療委員の人数が多いため医療的判断、意見が尊重されやすい。定型文の入院届などがみられる。また、一部、医療保護入院をほぼ使わず、任意入院をほとんどの入院者として入院届の手続きを行わず、閉鎖的処遇を行っている病院もあると聞いている
- ◆ 3合議体あるが、それぞれの合議体で委員の得意分野や視点に多少の違いがあり、審査内容に若干のばらつきがある
- ◆ 審査会の運営が非公開ゆえに、委員の職務内容について書面ではなく口頭による説明となっており、戸惑いや判断のブレを引き起こしやすいのではないかと考える。研修やガイドラインが必要だと思うが非公開、人権擁護の観点より大々的に研修を組むのは難しいのかもしれない
- ◆ 保健所や審査会事務局が、審査会に提出される届出書の記載内容の一字一句の誤字、脱字等のチェックや問い合わせや訂正依頼に多くの時間を割いている印象が強い。(そのおかげで、審査会委員は人権に基づいた視点での内容チェックに時間をさけるのであるが……)上記の構成割合について、これからの実績と検証が必要と思われる
- ◆ 書類審査がメインになっており、法的な基準に合致しているかなどを確認しあうことが協議になっているので、もっと精神保健福祉の向上を目指す視点で議論できればよいと考える。また、退院請求等に関して、福祉領域の立場の職種としてコメントをつけて意見書を提出しているが、本人には現在の入院形態の可否のみが伝わっている。もう少し委員会の意見が付記されて伝えられたら良いと考える
- ◆ 二つの合議体で形成されているが、それぞれの合議体の視点の違いにより審査結果に偏りが出

てしまうことがある

- ◆ 紛失等の危険を避けるため、事前郵送はせず、当日資料を読んで審議する為、全員が書類を読み終わるまでに時間がかかり、審議時間が短いのではと思われる
- ◆ 各病院の作文能力を評価しているような気分になることがある。しかし、文章を見ているだけでその病院の精神保健福祉法についての理解度や、退院後生活環境相談員の状況などを感じる。担当事務員が変わったのではないかというところまでわかる時がある
- ◆ 各病院の精神保健福祉士の置かれている立場や、精神保健福祉法の理解不足等を感じたとしても、審査会で知り得たことを口外することも出来ず、審査会委員としてアプローチすることも出来ず消化不良に陥る
- ◆ 1ヶ月以内に審査出来るようにするために、事務局が懸命に日程調整しているが、同じ班の委員での調整が出来ない場合があり、他の班の医療委員と意見聴取に行くことがある
- ◆ 合議体での審査は医療委員の班で行われる為、自分が作成した意見聴取記録がどのように扱われたのかわからない
- ◆ 退院請求の審査の時だけ他の班にも参加するという事は難しい。今年度実績で合議体が年間10回と退院等請求が年6回あった。これにプラス他班の退院等請求の審査に参加することは難しい
- ◆ 今までの慣例で意見聴取時にはカルテを見せてもらうことになっている。しかしながら、退院後生活環境相談員の記録や医療保護入院者退院支援委員会の議事録がカルテには入っていないことが多い。その為、全体会で発言し次年度からは各病院に用意してもらう事になっている。退院後生活環境相談員にプレッシャーをかける事になると思われるのかもしれないが、入院届や定期病状報告をチェックすることが、文章の添削に見えながら、やはりそれなりには何を気にしながら診療をしないといけないのかという気付きにつながり、県内の精神科病院の精神科医の標準化につながっているのであれば、精神医療審査会の精神保健福祉士が記録や委員会議事録をチェックすることが、病院の退院後生活環境相談員の業務の標準化につながり、また、退院後生活環境相談員がちゃんと働いていないと審査会に文句を言われると精神科病院が思ってくれる事が少なくとも退院後生活環境相談員としての仕事だけは出来ることにつながれば良いと考える
- ◆ 電子カルテのP S Wの記録にも退院請求に関する事務局とのやりとりしか記録がない病院もあり、医療保護入院者の退院促進に向けた措置をどう取り組んでいるのだろうと疑問に感じる
- ◆ 精神医療審査会の委員となる精神保健福祉士の資質の向上はどうすればいいのか。研修会など参加したいと思うが、県内に10人もいない中、県単位での実施は無理だと考える
- ◆ 書類審査が中心の仕組みのため、書類の体裁が整っていると入院の必要性に疑義があっても、入院不要とまでは言いにくい現状がある。特に医療委員は、病院側の立場(ある程度の社会的入院は仕方ない)をおもんばかり、入院の必要性を適切に判断することは難しい
- ◆ 審査会事務局が行政機関にある以上、真の意味で中立の審査機関とはいいがたい。本来であれば司法機関である裁判所に審査会がおかれるべきであろうと考える

- ◆ 精神医療審査会の意見聴取が、医療委員＋法律専門家もしくは保健福祉委員となっているが法律専門家と、保健福祉委員の専門性は異なるため、権利擁護の観点からは三者による意見聴取が妥当と思われる。保健福祉委員の今後の活動により、必要性を知らしめていくべきであろうと考える
- ◆ 医療委員（医師）の医学的意見が重視される中で、医療委員が直感的な意見、判断をしてしまいがちであること
- ◆ この2年の経験で直感的な意見、判断が大きく外れたことは無かったと思っているが危うさを感じている
- ◆ 取り仕切る行政の方々も、委員も余裕無くやっている。実務をこなすだけで人権擁護を図れるかという課題は残り続ける
- ◆ 審査会内で素朴な疑問等が出されるが、その場に参加する医師によって丸め込まれてしまう（課題が課題化されない）
- ◆ 形骸化しているだけならまだしも、医療機関が行っている人権侵害と思われる行動を追認してしまっている現状にある。特に退院請求等の審査は、おおむね1か月以内に迅速に行われなければならない、事務処理の効率化を図る必要がある
- ◆ 人権侵害の防止や適切な医療（治療）を確保するためには実地指導を行う主管課と審査会事務局を持つ精神保健福祉センターとの連携が必要となる
- ◆ 退院請求の申し立てをしても、まずは「病院とよく相談して」とすぐに受けしてもらえない事も稀にあるとの声も聞こえている
- ◆ 広域ゆえに退院請求等の現地聞き取り調査が大変。移動を含めると終日拘束される。委員個々への負担が大きい
- ◆ 日程調整で事務局がかなりの苦勞をしている。委員会側が調整しても病院側が合わせてはくれない。仕組みとしての保護がなされていない部分がある。上記から、申し立てから結果が出るまでの時間が長くなっている
- ◆ 医療委員の意見を重視しやすい傾向のある合議体と、医療委員も含めて対等な関係で協議できる合議体と、合議体の雰囲気には差がある
- ◆ 審査会を担う医師の数が少なく、また固定化していきっており、精神医療審査会を担う医療委員の養成が必要とされている。また、有識者委員についても精神保健福祉士の関与は少ない現状がある
- ◆ 精神保健福祉士の委員としては、医療保護入院の継続の必要性や退院にむけての支援の部分で意見を言うように努力はしているが、審議するまでには至らないことが大きな課題である
- ◆ マニュアルに固執し、医療保護入院などの入院の必要性に関し、解釈できる文言であっても、マニュアル通りの文言でないと訂正をお願いしている
- ◆ 3合議体で実施しているが、1合議体でみる書類が多く時間がかかる
- ◆ 各合議体で確認する内容に差がある。

- ◆ 審査会の日程によっては、面接日から本人及び病院に回答までの期間が長い時で1か月半くらい要する
- ◆ 審査会の医師に意見が当初は言いにくい、聞いてもらいにくい状況があったのを記憶している（現在は医療委員が入れ替わり、自分の経験の方が長くなったことによって解消されている）
- ◆ 当事者の主治医の中には、退院を促進させるような意見を審査会で決定することを無責任な判断だと認識されることもあった。（地域社会の中に社会資源も整備もないまま退院に向けた取り組みに対する抵抗があるようだ。ただ十分な努力が治療から退院に見受けられない事例だった）
- ◆ 知的障害や自閉スペクトラム症の患者への治療や退院支援が不十分な病院が見受けられる。精神病院に入院している患者の中に少なからず存在するので、その存在の認識が現在の精神病院のスタッフは不十分に感じる。長期の入院の原因になっているケースも見受けられた。特に精神保健福祉士が自閉スペクトラム症に関する知識を有していない場合が多いように感じる。協会も含めて養成校の課題であると認識している
- ◆ 退院支援に関して、退院後生活環境相談員や退院支援相談による支援が形骸化している病院が少なからず見受けられる。また退院支援の会議が本人が退院を希望していないことや退院できる状況ではないと判断され、開催がなされていない場合も見受けられる
- ◆ 医療保護入院の患者に対する退院支援システムが弱い病院が多く、必然的に長期の入院になっている。外出・外泊機会も少なく、スタッフが向き合ってくれないという声を頻繁に耳にする。その際は治療計画をきちんと本人に説明することを要求している。退院命令を出した事例も過去にはあった
- ◆ 審査会が都道府県の設置になっていることは致し方ないが、その割に病院に対する権限がもう少し付加されていても良いと感じている（特に患者を取り巻く治療環境の整備や退院支援に関する不備など）
- ◆ 書類審査に終始しており、書類へのコメントはしているが、実際に退院や処遇改善などの働きかけを行うことはできていない。訪問調査の際に主治医が不在であるなど、精神医療審査会による審査を重んじていない病院もある
- ◆ 医療保護入院届に添付される計画書の退院支援計画にコミットできるか、医療保護入院定期病状報告の退院に向けた取り組み欄が画一的な記載になりがちであり、個別の取り組みにつながるよう医療機関の退院後生活環境相談員との継続的な連絡会や研修会の開催
- ◆ 長期入院者の中に認知症の割合が増えてきている事
- ◆ 当事者の委員がないことが課題。当事者の視点をふまえ当事者の権利を侵害することなく、保証していく上で欠かせないのではないかと思う
- ◆ 審査会が必ずしも権利擁護の機能が果たせているとは言えず、あくまでも病気・症状を中心に退院の可否を検討することが多く、生活者の視点に立った意見、可能性や希望、また環境調整の必要性などについては検討の余地がなく、多勢に無勢の中でモヤモヤが募ることも多くあった
- ◆ 退院請求を提出したケースについて、退院したい地域との調整や連携などが入院中からできればと思う。病院P S Wが個別の関わりの中でニーズを聞き、地域との連携などをはかっていく

ところではあるが、実際は退院請求があがって初めて病院P S Wに会うという方も多く、退院したいという思いすら、病院内で把握していない状況も多々ある。個人情報の問題があるが、自立支援協議会などで検討するなど、地域で共に暮らしていく上で送り出す力と迎え入れる力がそれぞれの地域や組織で取り込まれていかなければ長期入院の課題は解消されず、退院したいご本人が退院できず失望し、パワーレス状態になっていく状況を生み出していくのではないかと思う

- ◆ 原則非公開であることが問題である

【質問6】精神医療における権利擁護の仕組みについて

審査会に限らず、精神障害者の権利擁護や意思決定支援の新たな仕組み作りについて、自由にご意見をお聞かせください

- ◆ 第三者機関による精神医療審査会の運営（実際には精神医療審査会は第三者機関の位置づけではあるが、運営事務局が自治体に置かれているため、運営の主体を本当の意味での第三者機関、民間企業等に委ねるべき）
- ◆ 行政が実施する病院実地指導などに上記第三者機関も参画する
- ◆ 一定期間を超えた入院患者への第三者機関による面接の義務化
- ◆ 医療機関と利害関係のない独立した組織が入院者をサポートすべきである
- ◆ 精神医療人権センターの活動が手本になるように思われる
- ◆ 患者本人と契約できる仕組みやそれを専門に行う機関の設立
- ◆ 入院中の権利擁護・意思決定支援を強化するため、院内での地域交流の場を強化していく
- ◆ 権利擁護推進のため、認定精神保健福祉士の職業的価値を高めていく
- ◆ 経済的補償のある独立した機関の設置（ピアサポート体制の整備など）
- ◆ 権利擁護、意思決定支援を考えるときには、第三者性の担保が必要と考える
- ◆ 退院請求してから結果がでるまで1か月ほどかかるが請求者からみると時間がかかり過ぎていると考える
- ◆ 精神疾患についての知識を、学齢期から身につけられるような啓発活動（学校教育での義務付け）が必要である
- ◆ 病状的に入院が必要かどうかを医師の意見中心に判断しているので、権利擁護の立場、意思決定視点については、パターンリズミ的な視点からの判断になっている現状がまだまだあると感じる。逆に地域で支援する場合、その技術・マンパワーが十分あると言われるれば、我々精神保健福祉士の力量にも幅があり、個人としての能力によって支えていることが多いように感じる。職種として、平均した実力を維持した上でのサポートにはまだなっていないのではないか
- ◆ 精神科病院から提出される医療保護入院定期病状報告書の退院後生活環境調整員の欄が、画一的な表現にある。また、入院診療計画書（診療報酬の話になってしまいますが）でも、退院に取り組

む欄で専門性を全く感じないような記載が散見される

- ◆ 県には、政令市が3つ有りその為県域と合わせて医療審査会が4政令市で開催されている。10人以上の推薦を行っており、同一県内の審査会においても状況が異なっている。しかし精神保健福祉士の視点が近いことで各政令市の標準化を提供できると考える。また病院勤務の定期病状報告における精神保健福祉士の退院に向けた取組にもかなりの差異がある。非自発的入院患者の権利擁護につながる職種である。退院後生活環境相談員としての研修も必要で、取り組むべきことと考えている
- ◆ 強制的な医療を受ける人に対して、速やかに外部の専門家（医療だけではなく保健福祉、法律、アドボケーターなど）が面接などを実施し、妥当性を検討されることが必要
- ◆ 弁護士や患者が利用している機関以外の精神保健福祉士の面談などが取り入れられることも必要と考えられる
- ◆ 患者様や施設、事業所の利用者様の取り巻く環境において、もっと当事者からの意見や要望が通りやすく（検討しやすく）なる形を構築してもらいたい。例えば、グループホームの入居者で、具合が悪いから就労支援継続B型を休みたいとの訴えをした時に、支援者が就労支援継続B型に通わなくてはいけない方であるという考え方をする前に第一義的に「状態はどうなのだろう」と考えられる体制、「大丈夫だから作業所に行きなさい」と言ってしまう支援者の視点は？作業所は人数が減ってしまうから参加させたい、世話人が日中は障害福祉サービスを受けなくてはいけない形だからと考えてしまう。もう少し障害者に優しい形がないものだろうか。色々な形での診療報酬等の派生の仕方があっても良いのではないかと考える
- ◆ 協会の権利擁護委員会との定期的な合同研修を行う中で、外部の風を精神科病院の中に入れていくことの必要性を強く感じ、毎年権利擁護に関する研修の開催を行っているところであるが、会員の興味関心がこのテーマになかなか集まらないという問題も抱えている。特に精神科病院に勤務する精神保健福祉士が精神科医療における権利擁護者に本質的になりにくい現状がある。病院に雇用されている立場上、権利を侵害されているクライアントの側に立って権利擁護し続けるのはそもそも限界があると考えられる
- ◆ 外からの権利擁護は当然のこととして、院内で権利擁護する者の立場性を保障する仕組み作りが必要だと考える。非自発的入院に関する精神保健福祉士の書類関係への記載について、『精神保健福祉士が記載することの意味』をよく考え権利擁護者の立場から記載できるような工夫（そもそもの仕組み）が必要だと考える。またそのための研修などの機会の確保が当面の課題だと考える
- ◆ 精神障害者本人が権利侵害を受けた場合、声を上げることが出来る機会や場所がまだまだ少ないと感じている。意思決定をする際に入院している病院や契約している施設、事業所に雇用されている精神保健福祉士に相談するという状況があると思うが、外部の精神保健福祉士などの福祉専門職、法律家などに相談できる仕組みも必要なのではと考える
- ◆ 医療機関の中に権利擁護や意思決定支援の新たな仕組みを作るのは本質から外れる。審査会の機能と医療現場の働きをつなぐ仕組みが必要ではないか
- ◆ 退院請求や処遇改善請求など自ら発信できず埋没しているケースの権利擁護にどう取り組んで

いくかが課題である

- ◆ 権利擁護関係については数年前より二か月に一回高齢者障がい者の虐待防止と成年後見等と合わせて関係団体で連絡会議や時折研修を行っている。弁護士会と社会福祉士会が中心となって司法書士会（リーガルサポート）、県（高齢者及び障がい者の2部門）と当県協会の構成である。個別相談も専門職派遣にて実施している。（相談者に専門職派遣の職種の希望を聞いて可能な限りそうように）成年後見については他団体に遅れをとっているところがある
- ◆ 意思決定支援については昨年のソーシャルワーカーデーのテーマとして研修会を3団体合同で実施した。3年前より3団体合同で行っている。当協会と社会福祉士会や医療ソーシャルワーカー協会との結びつきも年々増えてきている。新たな仕組み作りについてはこれからといったところである
- ◆ 権利擁護や意思決定支援については、何らかのかたちで精神保健福祉士が参入する必要があるとは考えている。現状では、非自発的入院者への権利擁護には本県弁護士会が当番弁護士という形で一応、精神科病院協会に入会している医療機関には周知されているが“精神障害の特性を理解した”権利擁護、あるいは意思決定支援が確実に行われているかどうかには不安のある事例も散見されている。何らかのかたちで権利擁護、意思決定支援に精神保健福祉士が支援することが望ましいと思うが、支部・県協会単位で働きかけるには力不足なので、日本協会としての取り組みが必要かと考えている
- ◆ 医療において、権利侵害が起きないために、または、権利侵害が起きたとしても、すぐに改善策が図られるように、当事者の代弁機能（当事者の側に立てる人）が充実することが必要だと考える。そして現場の精神保健福祉士が孤立しないように、協会としてのバックアップが必要だと考える
- ◆ 行政や医療機関から完全に独立した第三者機関に十分な権限を付与したうえで、審査会運営を含めた権利擁護、意思決定支援を行うことが望ましいと思われる
- ◆ 定期病状報告書「退院に向けた取り組みの状況」では、退院できない理由の記載などが目立つ。非自発的入院への権利擁護の視点を持つことが重要。「選任された退院後生活環境相談員」の職種記載も必要
- ◆ 本人が意思決定を行うにあたって、誰が支援をしてもきちんと意思決定を支援できるようなマニュアルやガイドラインがあればと思われる。そのためには、研修会の開催等も必要になってくるとと思われる
- ◆ 医療保護入院については、退院支援委員会が開催されることになっているが、形骸化していないか。（慢性かつ重度で不要という記載のみがなされていたり、本人不在で開催されているなど。また、地域の相談支援事業者が入っているという記載がされていることも稀である）
- ◆ 審査会上がってくるのは、医療保護入院（措置入院）の方のみであり、長期入院の方の多くは「任意入院」ではないのだろうか。そう言いながら地域移行が進まないのはなぜか
- ◆ 保護者制度がなくなり入院時の同意が「家族」のみで承認され、結果として医療保護入院の増加につながった印象である。これは果たして、当事者のためになったことだろうか
- ◆ 代弁者制度が宙に浮いたままである。代理人がつくことはできるが、「その後」について十分な

理解と配慮のある支援が行えていない場合も少なくない。「退院」のその後の生活を支える関りが取れる方法の検討が必要

- ◆ 制度設計において、過去に失敗をした仕組みを焼き直して出されることが少なくない印象がある。時期の問題あり、うまくいくこともあるが、明らかに機能しないことが予測される場合も少なくない。制度設計の、きちんと現場の声が投影される仕組みが必要かと考える
- ◆ 精神医療を本来の医療機関の役割にすることが、精神疾患にかかった方の人権を守ることになる。安心、安全な医療と入院環境、急性期が過ぎたら普通に退院できる医療、目に見えない病気や障害との付き合い方をひとりひとりに、丁寧に時間をかけて教えてくれる医療が求められている
- ◆ NHKで放映された「長すぎた入院 精神医療・知られざる実態」は、福島県の問題ではなく、日本全国の精神科病院での問題である。権利擁護や意思決定支援の仕組みとは、他の疾患の医療と同じく、病気に対する治療としての役割である精神医療を実現し、PSWとしてできることを考え、行動していかなければならないと思われる
- ◆ 自殺対策のように市役所のどの部署に行ってもきちんとした相談ができ、必要な連携部署を提案してもらうことで、一緒に地域で生活していくための相談に乗ってもらえる事が重要なのではないだろうか。市役所のみではなく様々な支援機関も同様である。そのような地域にしていくことで、不必要な入院を避けることができ、精神障害者にとって暮らしやすい地域になれば退院しようとする人も増えるだろう。このようにどこに行っても一市民として対応されていけば、自分の思いを発言すること意思決定をしていくことは自然と出来るようになるのではないか
- ◆ 重症化する前に、自身の発症に気づき、早期治療につなぐことができれば、権利侵害されるような強制入院や長期入院にもならない可能性が高くなると思う。権利擁護のシステム作りは大切だが、目の前に生じる問題だけに対応していても、精神医療や精神疾患にまつわる根本的問題の改善をめざす働きかけがないと、権利侵害は減らないのではないだろうか
- ◆ 視覚・聴覚・知的障害者や外国人などのコミュニケーションに課題のある方に対する意思決定支援に限界があり、制度的なバックアップの仕組みづくりが必要と考える
- ◆ 審査会で一度に扱う書類が膨大で、内容のチェックは機械的に行なわれている。また退院請求等の審査も、入院の妥当性のみを諮ることに終わってしまうことが多いと聞く。しかし審査会の委員（医療職も法律職も）個々は懸命にやっておられるので、委員会自体が余裕を持った体制にあるべきと思う。精神保健福祉法は、非自発的入院の導入等も含め、人権擁護に費用をかけておらず、「安上がりの人権」という印象がある。
- ◆ 職場内の精神保健福祉士の地位を向上し、精神保健福祉士の本来の専門性を発揮できる業務に従事できるようにしていく
- ◆ 平成26年度改正時において、付帯意見にもある非自発的入院者の代弁者制度についてその整備は必要と思われる
- ◆ 定期病状報告内の12ヶ月における退院に向けての退院活動内容の記述が、医者が記載しているコメントや病状を理由にかかわりを持っていないなど、退院後環境調整相談員の役割について

も、その業務指針など標準化した指標が必要と感じる

- ◆ 医療審査会だけでは、まだ取り上げられない「声」が存在する。叶うのであればアウトリーチ的に各精神科を巡回して相談会を行うなどができればよい
- ◆ 複数名分の定期病状報告書を提出されるが、氏名、生年月日、住所、現病歴等以外が全て同じ内容を記載している医療機関があり、その中で何が行われているか把握できない現状にある。そのことから、第三者が日ごろから医療機関に入れることができ、審査会と連携できる仕組みづくりは必要だと思われる
- ◆ 非自発的入院者に関して権利擁護の視点を踏まえて、入院治療が妥当なのか、地域で現在の様々なサービスを提供できる体制にあれば入院によらずに支援を行うことが可能か、などを入院者ごとに検討する第三者委員会のような場が必要と思われる。そのためには精神医療審査会のような機関が各病院に設置されるようになるくらいのマンパワーの充実や、制度改正が必要になると思われる
- ◆ 退院請求や処遇改善請求を文書で求められる「文書記載が難しい」「切手を買うお金もない」等の経済状況の場合、請求そのものが困難となる。請求方法やアクセスに課題がある
- ◆ いわゆる寝たきり・認知症の方など意思表示に困難さのある方の精神科入院における退院請求や処遇改善請求に大きな課題があると思われる
- ◆ 弁護士会が次年度より、県内でモデル事業として精神保健当番弁護士制度をスタートする精神保健福祉士協会としても連携しながら、当事者の権利擁護や意思決定支援の新たな仕組みづくりについて検討を重ねていく必要があると思われる
- ◆ 成年後見制度は、個人の意思を尊重した制度とはなっていない現状がある。個人意思を尊重した、真の意思決定支援の仕組みづくりが必要である。意思決定支援における代理権・代行権の付与についても、検討が必要であると思われる。精神障害者の権利擁護や意思決定支援にあたっては、仕組み作りはもちろんのこと、そこを担う人を育てていくことがより重要だと考える
- ◆ 権利擁護や意思決定支援にあたっては、クライアントの医療的側面と法律的側面、心理社会的な面や福祉的側面がかみ合った仕組みが必要。ただ、仕組み作りにあたっての過程に参画することや、出来上がったシステムに関わる際に精神保健福祉士としての視点や意見を表明できてこそその役割だと捉えると、当県協会としては専門職能団体としての成熟や、次代の育成が優先順位の高い課題と考えている
- ◆ 精神保健福祉法改正案にもある措置入院後の退院支援体制の整備を進めるうえで、地域協議会を設置していくことになるが、医療、警察、行政、家族会だけでなく、法律家も委員として位置づけることで、対象となる方の権利擁護や意思決定支援が担保されるようにしていくことが望まれる
- ◆ 精神医療審査会自体は、精神医療に対する第三者委員会的な位置づけと考えるため、今後も必要な機能である。選出方法については各都道府県において差がある。協会を経由するか否かについても差があつてよいと考える。それとは別に、精神障害者の権利擁護や意思決定支援の新たな仕組みづくりにおいては、ピアサポーターとして活動している当事者の意見を組み込む仕組みがあると良いのではと考える。国がピアサポート事業の推進と、雇用の促進を考えてい

るなら、そのような施策においても当事者の取用を推進する必要があると考える（ただしサポートも必要）

- ◆ どうしても病の部分において、医師の意見が反映される傾向にあり、本人の決定に寄り添える支援者の資質が必要になる。P SWも所属先での立ち位置で影響を受けやすいのは否めない
- ◆ 身近な地方自治体、行政としてもトータルに支援を継続できる支援者の存在など、医療サービスと福祉サービスが互いを補完しあって支援を行うシステムが必要だと感じる
- ◆ 支援者の質によって左右されることなく、権利擁護や意思決定に寄り添うためには、行政の中にも精神科医療と福祉について相応の知識があり「人」としてトータルに支援する存在、第三者として人権に配慮した支援を見ることが出来る人材の配置が必要と思われる
- ◆ 今回のアンケート調査をするにあたり、審査会事務局から今後、審査委員の推薦に関して県協会の方に推薦依頼をかけて頂くきっかけとなった
- ◆ 精神障害者の権利擁護は私たちの価値でもあります。私たちがそれを価値としている専門職であることの社会的認知がまだまだ不十分なのかもしれない。精神障害者の権利擁護に関しては、私たちだけが行うものではなく、当事者の方にも立ち上がっていただき、一緒に行っていくことが必要だと考える。私たちは当事者の方々が立ち上がり、歩みだせるようサポートする役割になるのではないかと考える
- ◆ 院内へ第三者機関が介入し、開かれた病院とすることが必要。長期となった患者については第三者機関による面接を義務化してはいいのではないか。
- ◆ 精神科医療機関における非自発的入院者の権利擁護や意思決定支援についての研修を行うことが重要であり、県主管課への要望を行っている。
- ◆ 障害者総合支援法による相談支援事業では、精神障害者支援に係る加算等の創設はなされているが、要件とされる研修の実施担当部門が不明確であったり、実効性・継続性のある人材育成の仕組みづくりに課題が残されている。精神障害者の地域移行推進のための研修会を県主催で過去3年間行ったが、担当者の異動により立ち消えとなってしまっている。
- ◆ 意思決定支援だけでなく、決定し表明された意思や意見を反映させることに難しさを感じている。個別の丁寧な関わりが大切であることを念頭に置き続ける事が大事であると思う。
- ◆ 新しい仕組みを作ることは自治体も関係団体も、さまざまな仕組みや制度が乱立していてその区別をすること自体が難しくなっている。既存の仕組みや制度をいかに連動や協働させていく考えが求められるのではと考える。

以上、今回のアンケート調査の結果から多くの示唆を得ることができました。この中で、本協会の構成員や都道府県協会員ではない精神保健福祉士であっても、支部あるいは都道府県協会で推薦しているのかどうかという点について把握できませんでしたが、本委員会としては保健福祉委員である精神保健福祉士は「本協会の認定精神保健福祉士」であってほしいという願いを持っています。にもかかわらず、本協会の構成員ではない方々が多く委員を担っているという実態はとても残念に思いました。しかしながら、委員の質を担保していくための研修会の実施が求められていることもわかりました。今後は本委員会でさらに詳細な分析を加え、支部に対して何らかの提案等をしていくことを考えています。

今回は「プレ調査」という位置づけで全国の審査会の概況を把握できました。数多くの課題をかかえて工夫されていることや、権利擁護に関する仕組みに対するご意見も多々いただきましたので、今後はもう少し踏み込んで、実際に委員を担っている精神保健福祉士への直接の調査実施を構想しています。精神医療審査会については非公開の情報も多く、すべての委員を把握することは不可能なため全数調査は実施できませんが、審査会が入院中のクライアントにとって真に権利擁護機関として機能するように、委員会としてさまざまな知見を集積し本協会としての提言活動に結び付けていきたいと思っています。その際には支部のみなさまには再び協力を依頼させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

精神医療審査会に関する都道府県支部プレアンケート

(回答期間：2018年2月26日(月)から3月26日(月)まで)

以下の質問について、該当する項目に選択してください。あるいは、自由記載欄に記述してお答えください。すべての質問項目は、2018年1月末日時点での内容でご回答ください。

質問5につきましては都道府県および政令指定都市における審査会の本協会構成員ならびに都道府県協会会員の保健福祉委員（1人以上）への聞き取りを通してご回答いただければ幸いです。

なお、政令指定都市を持つ都道府県は、都道府県と政令指定都市それぞれ1回ずつ本プレアンケートにお答えください。（例：神奈川県の場合、神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市で計4回アンケートにお答えください。）ただし、質問6につきましては、そのうち1回のみお答えいただければ結構です。

質問1 ご回答の対象となる都道府県・または政令指定都市を教えてください。

質問2 本協会構成員ならびに都道府県協会会員の委員会への参画状況について

①あなたが所属する都道府県協会では、地元の審査会事務局から精神保健福祉士としての委員（以下「保健福祉委員」という。）の**推薦依頼等、委員派遣への関与**はありますか？ ある場合、推薦依頼等のときに条件等が提示されましたか？ 提示されている場合にその条件をお聞かせください。ない場合、どのような形で委員が選出されていますか？ 分かる範囲で記載ください。

ある ない

(自由記述欄)

②あなたの都道府県・または政令指定都市において、**本協会構成員**の何人が保健福祉委員として参画していますか？ 分かる範囲で予備委員の人数も教えてください。また男女の内訳も教えてください。

保健福祉委員 () 人 (内、男性 () 人、女性 () 人)

予備委員 () 人 (内、男性 () 人、女性 () 人)

③あなたの都道府県・または政令指定都市において、**本協会には属せず都道府県協会のみ**の会員で、保健福祉委員として参画している人がいれば、予備委員も含めてその人数を教えてください。また男女の内訳も教えてください。

保健福祉委員 () 人 (内、男性 () 人、女性 () 人)

予備委員 () 人 (内、男性 () 人、女性 () 人)

④都道府県支部または都道府県協会として保健福祉委員を推薦しているところにお聞きします。本協会構成員あるいは都道府県協会会員の**推薦に関して基準等**を設けていますか？（例：経験年数〇〇年以上、認定精神保健福祉士、都道府県協会理事等経験者、病院勤務の精神保健福祉士に限定、病院勤務の精神保健福祉士は除外、特に基準はない、など）

(自由記述欄)

質問3 保健福祉委員としての精神保健福祉士の資質の保証と向上について

①あなたの都道府県・または政令指定都市では、自治体主催による**保健福祉委員のための研修会**、また

はすべての委員を対象とした研修会の開催はありますか？ ある場合には、その開催方法や頻度、研修内容などの詳細をお聞かせください。

- 保健福祉委員のための研修会開催がある
- すべての委員を対象とした研修会開催がある

(自由記述欄)

ない

②各都道府県や政令指定都市単位において、あるいは全国規模で、保健福祉委員である構成員（精神保健福祉士）の資質向上のための研修会等の開催は必要だと思いますか？「必要である」と回答された方は、どのような研修会（形態や内容）が必要であると考えますか？（例：本協会主催の全国規模での研修会、都道府県協会主催の研修会、自治体が主催する研修会、日精協や弁護士会との合同研修会、精神保健福祉士だけの研修会など）

必要である

(自由記述欄)

必要ない

質問4 委員のためのガイドライン等の整備について

①あなたの都道府県・または政令指定都市において、審査会委員のためのガイドラインやマニュアルは作成されていますか？

- 作成されている
- 作成されていない

質問5 審査会の課題や展望について（委員1人以上への聞き取りを通してご回答ください）

①あなたの都道府県や政令指定都市における審査会で力を入れて取り組んでいること、工夫している点などあれば教えてください。

(自由記述欄)

②あなたの都道府県や政令指定都市における審査会の課題や問題点をお聞かせください。

(自由記述欄)

質問6 精神医療における権利擁護の仕組みについて

（ここは、委員ではなく支部としての意見をお聞かせください。

※政令指定都市を持つ都道府県は複数回回答するうち1回のみお答えください）

審査会に限らず、精神障害者の権利擁護や意思決定支援の新たな仕組み作りについて、自由にご意見をお聞かせください。

(自由記述欄)

以上です。ご協力ありがとうございました。

精神医療審査会に関する都道府県支部プレアンケート集計結果

2018年7月発行

編集：公益社団法人日本精神保健福祉士協会 精神医療・権利擁護委員会

発行：公益社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町 23 番地 3 四谷オーキッドビル 7 階

TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993

URL <http://www.japsw.or.jp/>
