

2022-2-17 第5回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

○森精神・障害保健課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第5回「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」を開催いたします。

本日、司会進行をさせていただきます精神・障害保健課の森です。

会場及びオンラインで御出席いただいている構成員の皆様方におかれましては、貴重なお時間を確保いただき、誠にありがとうございます。

本日の会議についても、新型コロナウイルス感染症の拡大予防の観点から、オンライン会議システムZoomを活用しての実施としております。また、動画配信システムでのライブ配信により、一般公開しております。

それでは、本日の構成員の出席状況について御報告いたします。全24名の構成員のうち、会場にお越しいただきました方が5名、オンラインでの御出席は19名となっております。個別の参加状況につきましては、座席図を御確認ください。

また、野原構成員におかれましては出席が難しいため、代理として、岩手県保健福祉部障がい保健福祉課参事兼総括課長である菊池様にオンラインで御出席いただいております。

野澤構成員におかれましては遅れて御出席いただき、岡部構成員、中原構成員は別の御予定のため途中で御退室の予定となっております。

続きまして、本日の資料を御確認させていただきます。会場に御出席いただいている皆様におかれましてはタブレットの資料を、オンライン参加の皆様におかれましては事前に電子媒体で送付させていただきました資料をそれぞれ御確認ください。

資料は、座席図、議事次第。

資料1「第4回検討会における主な御意見について」。

資料2「精神保健福祉法上の入院制度、患者の意思決定及び意思の表明についての支援や患者の意思に基づいた退院後支援、権利擁護等について」。

参考資料1は、桐原構成員から「精神科病院アドボケイト制度化に関する論点整理」といたしまして、本日の御発言のポイントを事前に資料の形で御提出いただいております。

最後に、参考資料2「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」の開催要綱・構成員名簿。

以上になります。資料の不足等ございましたら、事務局にお申しつけください。

また、傍聴の方におかれましては同様の資料を厚生労働省のホームページに掲載しておりますので、そちらを御覧いただきますようお願いいたします。

続きまして、オンラインを含めた本日の会議の進め方について御説明いたします。

御発言については、会場参加の方におかれましては実際に挙手していただき、オンラインの方におかれましてはZoomの「手を挙げる」機能も併せて御活用ください。

また、オンライン参加の方におかれましては、カメラは常に映る状態にいただき、発言しないときはミュートにして、発言するときのみミュートを解除していただくようお願いいたします。

願いいたします。

本日は、チャット機能の使用は予定しておりませんので御了承願います。

冒頭の頭撮り撮影はここまでとさせていただきますので、報道関係のカメラは撮影を終了いただきますようお願いいたします。

事務局からは以上となります。

ここからは、田辺座長に議事進行をお願いしたいと思います。よろしく願います。

○田辺座長 それでは、早速でございますけれども、議事に入らせていただきます。

本日の進行ですが、まず、事務局から「精神保健福祉法上の入院制度、患者の意思決定及び意思の表明についての支援や患者の意思に基づいた退院後支援、権利擁護等について」の資料説明をしていただきます。

それでは、御説明をよろしく願います。

○平岡精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。資料に沿って御説明申し上げたいと思います。

まず、資料1、第8次医療計画の策定に向けて、前回検討会における主な御意見をまとめてございます。

前回検討会の冒頭でも御紹介しましたが、医療計画に関する議論は今後も続きますので、引き続き御意見を踏まえて検討させていただきたいと思っております。

すみません。時間の都合もございまして、具体の御説明は割愛させていただきますが、引き続き御意見をいただきたいと思っております。

続きまして、資料2、精神保健福祉法上の入院制度等に関する資料を御説明申し上げます。

3ページ目になります。冒頭「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置づけにつきまして、上から3個目の○の部分になりますけれども、昨年12月、検討会の中で「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取り組みという位置づけになってしまわないか」というご意見が出されたところでございます。

そもそも「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、資料に記載がございしますが、疾病と障害が併存するという精神疾患の特性を踏まえまして、医療、障害福祉その他のサービスを切れ目なく受けられるようにするために、昨年3月の検討会報告書でも、こうした観点から、各機関・関係者相互の協働・連携の推進といったものが提言されているところでございます。

したがって「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する取組については、津久井やまゆり園事件の再発防止策という位置づけにあるものではない点について、まずは確認してはどうかという形で資料に記載させていただいております。

4ページ目、5ページ目は、昨年3月の検討会報告書に沿って「精神障害にも対応した

地域包括ケアシステム」の構築に関する関係機関・関係者の役割をまとめたものになっております。御参考として御覧いただければと思います。

続いて、6ページ目に移らせていただきます。精神保健福祉法上の入院制度等についてということで、7ページ目につきましては「基本的視点」といったものを2つお示ししてございます。

1つ目、症状に応じた切れ目ないサービスへのアクセス確保ということで、こちらは冒頭に御説明申し上げた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に基づく考え方の御紹介をさせていただいております。

2つ目、患者の権利擁護という形で、障害者権利条約に基づく対日審査が今年の夏めどで予定されているところでございます。また、一部の精神科病院での従事者による虐待事案を背景に、精神科病院の閉鎖性を指摘する御意見が見られるところでございます。したがって、精神保健福祉法上の入院制度の検討に当たりまして、患者本人の権利擁護の視点を十分に勘案することが必要となるということで資料を記載してございます。

8ページ目につきましては「主な検討事項」という形で、第1回検討会の資料、その下、参考1という形で平成25年の法改正の検討規定、あるいは参考2ということで昨年3月の検討会報告書の記載をお示ししたものでございます。具体的には患者の意思決定支援、医療保護入院、患者の意思に基づいた退院後支援、隔離・身体的拘束の最小化、虐待の防止等といった形で「主な検討事項」をお示ししているところでございます。

9ページ目以降、個別の論点について御説明申し上げたいと思います。

まず、10ページ目、患者の意思決定及び患者の意思の表明についての支援ということで「現状」の○の1つ目、そもそも、平成25年の法案提出に向けた検討チームの議論の中で「代弁者」という形で提案がされたものでございますが、どのような者が「代弁者」となるか。また、その果たすべき役割が必ずしも明らかでなく、制度化が見送られた経緯がございまして。

続いて、平成29年の報告書の中でも、医療保護入院や措置入院は、本人の同意に基づかない入院といったことから、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを検討することが適当であるというふうにされたところでございますが、現在、具体的な仕組みの整備には至っていないといったところでございます。

その下の「課題」のところになりますが、こういった支援につきまして、患者の権利擁護の観点、家族の負担軽減に資すること、医療機関にとってもメリットが期待できるということで、支援の制度化に向けまして、具体的な役割、担い手を明らかにすることが必要という形で課題をお示ししております。

続きまして、11ページ目の「対応の方向性」ですけれども、今後の調査研究、現在、こちらは調査研究のほうで検討が進められてございます。この調査研究について、具体的な中身は次回検討会での御紹介を予定しておりますが、こういった研究を踏まえつつ、以下を基本とする方向で考えてはどうかという形で3点お示ししております。

1点目、具体的な役割でございますけれども、病棟を訪問し、本人と面会を行い、本人の話を丁寧に聞くことを基本とすべきではないか。その上で、入院制度、本人の権利、精神医療審査会の仕組み、退院等請求や処遇改善請求の方法等を本人に分かりやすく伝えること。また、入院についての不安を聞くこと。こうした支援を通じて、御本人が権利を行使する後押しをする、御本人が退院して地域でどのように暮らすかを定めるための情報を提供するという形で資料を記載してございます。

2つ目、担い手に関しましてですが、研修の受講が必要ではないか。他方で、特定の資格を必須とすることではなくて、様々な観点からのアプローチを担保するために、多様な担い手による支援が望ましいのではないか。

3点目、制度化ということを考えた場合に、対象者の範囲、優先的に取り組んでいく対象をどのように考えるべきかといったしまして、その下、4点ほど検討の視点をお示ししてございます。

1点目、身寄りからの支援を見込むことが難しい市町村同意による医療保護入院者。

2点目、非自発的入院である医療保護入院者・措置入院者。

3点目、在院期間1年以上の入院者。

4点目、入院者全てといった形で資料をお示ししてございます。

12ページ目、13ページ目は、現在の研究班の資料の概要をお示したのようになってございます。

続いて、14ページ目以降、医療保護入院という形で資料をお示ししてございます。

15ページ目で「現状」という形で、医療保護入院につきましては平成25年の法改正で保護者制度の廃止、家族等同意の仕組みの導入、精神科病院の管理者による退院促進措置の義務づけといった形で現在の医療保護入院制度を整備されたところでございます。

これを受けまして、平成29年の検討会報告書の中では以下2点について整理がされているところでございます。

1点目、医療保護入院の必要性という形で、原則といたしまして、精神障害者に対する医療の提供については、できる限り入院治療に頼らない。その上で、入院治療が必要な場合についても、できる限り本人の意思を尊重する形で任意入院を行うことが極めて重要である。ただし、病気の自覚を持ってない場合がある精神疾患については、自傷他害のおそれがある場合以外にも、入院治療へのアクセスを確保する仕組みが必要と考えられる。そうは申し上げても、医療保護入院は、任意入院につながるよう最大限努力をしても本人の同意が得られない場合に選択されるものであることを再度明確にすべきであるというふうに整理されているところでございます。

2点目、家族等同意の機能につきましては、家族等同意、本人の利益を勘案できる者の視点で判断する点にあると整理できるというふうにされてございます。3つ目のポツのところですけども、そのために、家族等には、本人についての情報をより多く把握していることが期待されているという形で平成29年当時に整理されたところでございます。

16ページ目の「課題」のところですが、こちらでは4点お示ししてございます。

1点目、家族等同意は「本人の利益を勘案できる者の視点で」と整理はされておるところでございますが、本人と家族が疎遠な場合等は、こうした機能を期待することが困難な場合がある。他方で、現行の精神保健福祉法上、こういった場合でも家族がいる場合等は、当該家族の同意を得る必要があるとされているのが課題の1つ目。

課題の2つ目、入院治療。先ほど15ページで御紹介しましたとおり「できる限り本人の意思を尊重する形で任意入院を行うことが極めて重要である」とされておるところで、現行の法律上も入院時については任意入院が行われるよう努めるといった規定が置かれているところでございます。他方で、入院後については、任意入院に移行するといった形では、明文上求められていないところが課題の2つ目としてお示ししているところでございます。

課題の3点目、家族支援の在り方ということで、家族等が本人の利益を勘案の上、同意を行い、入院が決定された場合でも、結果として、本人の意思によらない入院により、本人・家族等の間にあつれきが生じているという指摘があるところでございます。

課題の4つ目、平成25年の法改正により創設された退院促進措置で、その実態について、現在、調査研究。こちらでも次回検討会での御紹介を予定しておりますけれども、その結果を確認する必要があるところでございます。

17ページ目、こうした課題を踏まえた「対応の方向性」についてということで、まず、課題の1点目、本人と家族が疎遠な場合等について、現行では家族等同意ができないことになるのですが、家族等同意を要することなく、市町村長同意により、入院医療へのアクセスを確保することができる仕組みとしてはどうか。

課題の2つ目について、入院者の病状。こちらは何らかの期間ごとに診察することを義務づけた上で、患者御本人の希望も踏まえながら、医療保護入院を継続するのか、あるいは任意入院へ移行するのか、退院をするのか。そうした判断を行うこととしてはどうか。また、医療保護入院を行った場合に入院者に対して行う告知の内容でございますけれども、こちらについて、入院を行う理由を追加してはどうかということをお示ししております。

課題の3番目、家族の御負担について、家族支援の在り方についてですが、市町村長同意の見直し、あるいは患者の意思決定及び意思の表明についての支援の仕組みは、一定程度緩和することが期待されるところでございますが、そもそも、家族等以外の者が同意を行う仕組みとすること。こちらについては平成29年2月の報告書の中で、家族等が同意者となっている趣旨や実務的な対応可能性を踏まえると、現状でどのような者が同意を行うべき者に当たるかについて直ちに整理することは困難という形で、家族等以外の者が同意を行う仕組みについては直ちには難しいとされているところでございます。こうした点を踏まえて、家族支援の在り方について、どのように考えるべきか。

最後、課題の4番目についてですけれども、調査結果を踏まえた上で、実効的な退院促進措置の在り方について検討する必要があるのではないかとお示ししております。

18ページ目から20ページ目までは、平成25年の法改正の内容につきましてポンチ絵の形

で御紹介したものになってございます。

続いて、21ページ目以降になりますが、患者の意思に基づいた退院後支援といった形で、22ページ目の「現状・課題」ですけれども、退院後支援について、平成29年の改正法の中で盛り込まれていたところ、国会での審議を踏まえて、現在、ガイドラインをお示ししているところでございます。

「対応の方向性」のところですが、こうした退院後支援で、位置づけといたしましては「包括的支援マネジメント」の一環という形で、入院早期から支援体制を構築し、多職種・多機関の協働を図るといった形で整理されておるところでございます。

その運用状況について、こちらは現在、研究班で調査を進めておるところでございます。こちらについても次回検討会での御紹介を予定しておりますけれども、患者御本人が多職種・多機関からの支援を継続して希望する場合については、患者の入院形態を問うことなく、支援を受けられるようにすることが大事ではないか。

他方で、ガイドラインにおける警察の参加について、こちらにも本検討会の中で御意見をいただいているところでございますが、冒頭御紹介しました「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する取組の位置づけに照らし、警察は会議に参加しないこととしてはどうかという形で資料をお示ししております。

23ページ目、24ページ目は現行ガイドラインの概要。

25ページ目は「包括的支援マネジメント」の具体的な中身について、参考資料としてお示ししてございます。

続いて、26ページ目以降、隔離・身体的拘束の最小化に係る取組というところになりますけれども、27ページ目で「現状・課題」といたしまして、隔離・身体的拘束については、精神保健福祉法上、指定医の専門的知見に基づき、代替方法によることは困難であり、医療・保護を図る上でやむを得ないと判断される場合に、必要最小限の範囲で行われることとされておりまして、その最小化に係る不断の取組が推進されるようにすることが重要であるとしております。

具体的には「対応の方向性」といったところになりますが、身体拘束の最小化に向けましては、現在、行動制限最小化委員会。こちらは診療報酬上、定期的な開催が求められておるところで、その実態に関する研究が現在進められてございます。

具体的には、実態調査を実施した上で、調査内容を踏まえまして委員会マニュアルを作成することとしてございまして、マニュアルに基づく効果的な委員会活動が実施されるようにすることが必要であると考えられてございます。この具体的なマニュアルに関しましても次回の検討会で御紹介を予定しております。

こうした委員会の定期的な開催など、身体的拘束の最小化に向けたプロセスを処遇基準告示の改正などによって義務づけること等についてどのように考えるかというのが「対応の方向性」の1番目になります。

以下、身体的拘束に関しまして、これまでの検討会の中でいただいた意見に関するもの

を資料で取りまとめてございます。

まず、患者のトラウマ防止の方策についてというところで、こちらにつきましてはトラウマインフォームドケア、TICといった形で、全ての人にトラウマ体験の影響があるかもしれないという念頭の下にケアを行おうとする考え方。こちらが研究班で検討を進められておるところでございます。

こうした考え方は、患者御本人の症状緩和にとどまらず、ケアを行う方の燃え尽きを予防する可能性も示唆されているところで、広く周知・普及していくことが必要ではないかというふうにしておるところでございます。

続きまして、充実した人員の配置について、これまでの検討会で御意見を頂戴しております。

1点目、精神科特例に関しましてですが、こちらは人員配置の最低基準を定めたものでございます。診療報酬上は、急性期については、一般病床と同程度の医師・看護師の配置を求めているところでございます。他方で、慢性期につきましては慢性期患者の減少を図ることに伴い人員配置の充足を図るようという形で、両者が並行して進行するよう、必要な体制の整備が図られるようにすべきではないかというふうにしておるところでございます。

また、その下のところで「急性増悪の状態にある患者のケアを24時間体制で行う」という点についてですが、こちらについて、現在、厚生労働科学研究において精神科医療における重症度の研究を行っているところでございまして、診療報酬における適切な評価につながるよう、重症度を判断できる指標の検討を進めることが必要ではないかというふうにしております。

28ページ目、29ページ目、30ページ目が隔離・身体的拘束に関する告示の規定。

31ページ目は、精神科特例に関しまして、人員基準をお示ししたポンチ絵。

32ページ目以降、介護分野の取組について御紹介させていただいております。

33ページ目になりますけれども、介護分野、一番上の青い囲みのところですが、身体的拘束等の適正化を図るために、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、あるいは身体的拘束等の適正化のための方策を検討する委員会の定期的な開催といったものを義務づけるとともに、義務違反の施設については基本報酬を減額するというペナルティーが課されているところでございます。

続いて、34ページ目、身体的拘束が認められる場合の3要件が示されておりますが、こちらについて、3つの要件を全て満たすとともに、要件の確認等の手続が極めて慎重というふうにされておるところでございます。

※のところでも適正な手続として幾つか列挙されておりますけれども、一番上のところで「緊急やむを得ない場合」の判断につきましては、担当の職員個人またはチームで行うのではなくて、施設全体で判断する必要があるというふうにされておるところでございます。

35ページ目は、身体拘束禁止の対象となる具体的な行為についての資料。

36ページ目は、身体拘束がもたらす多くの弊害といった形で、患者さん御自身への身体的弊害、精神的弊害。こちらは言うに足らずのところもありますが、それに加えまして社会的弊害といった形で、スタッフ自身の士気の低下も指摘されておるところでございます。

最後、37ページ目、虐待の防止に係る取組というところで、38ページ目の「現状・課題」というところで、精神科医療機関の従事者による暴行・脅迫、わいせつ行為、ネグレクト、経済的虐待等の虐待行為は本来あってはならないものでございますが、現に発生している状況にあるところでございます。

法律に基づく隔離・身体的拘束が虐待であるとの誤解がないように留意しながら、その対応等について、検討を進めることが必要というふうにしております。

「対応の方向性」ですけれども、これまでの取組といたしましては、令和2年3月の虐待事案を受けまして、虐待事案の発生防止、早期発見、事案が発生した場合の速やかな報告を要請するとともに、都道府県等が行う実地指導につきまして、虐待が強く疑われる場合は、事前の予告期間なしに実地指導を実施できることとする形で、指導監督を徹底しておるところでございます。

加えまして、2つ目のところですが、虐待が疑われる事案の速やかな把握ということで、こちらにつきましては、障害者虐待防止法に基づく通報義務を課すべき、あるいは精神保健福祉法上でしっかり対応可能な方策をすべきだという様々な御意見をこれまでいただいているところでございますが、そういった虐待が疑われる事案の速やかな把握について、どのように考えるかということをお示しさせていただいております。

39ページ目以降、虐待に関する具体的な参考資料をお示ししているところでございます。

39ページ目、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という形になっておりますが、過去5年間、こちらは令和2年4月の調査になりますので平成27年度から令和元年度になりますけれども、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、その左下のところですが、把握件数としては72件が把握されております。

40ページ目は、令和2年7月、精神科医療機関における虐待が疑われる事案に対する対応についてということで、1番は発生防止や早期発見の取組強化、2番は虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに報告、周知徹底する。それで、再発防止に努めるという形で通知をお示ししているところでございます。

41ページ目、精神科病院に対する指導監督等ということで、こちらは令和3年1月の通知になりますけれども、そのイのところ、入院中の者に対する虐待が強く疑われる緊急性が高い場合等については予告期間なしに病院への実地指導を実施できるということで明確にお示ししているところでございます。

資料は以上になります。御意見をいただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○田辺座長 御説明ありがとうございました。



それでは、議論に移ってまいりたいと存じます。事務局の説明を踏まえまして、リアルなオンラインの挙手の上で御発言をお願いしたいと存じます。

では、岡部構成員、よろしくお願いいたします。

○岡部構成員 日本相談支援専門員協会の岡部と申します。中座させていただき関係で先に発言の機会をいただきありがとうございます。10ページの意思決定及び意思の表明の部分についての意見を1点述べさせていただきます。

10ページの「課題」のところに「制度化に向けて」という一言があった部分に着目しまして、制度化の話が進むことは大変いいことだと思うわけですが、その制度化を考えたときに、実現可能なものである必要があると思っています。一つは、今までの調査研究等の記録を見ますと、基幹相談支援センター等にそういった機能を持たせるという研究結果も、この間、あったような気がしているのですが、こういった入院患者さんの意思をお聞きしたり表明できるようなアプローチをするために、相談支援専門員の立場からは基幹相談支援センターや、また、基幹相談支援センターの設置率が50%いっていませんので、市町村の障害者相談支援事業、いわゆる委託の相談支援事業という部分にこういった機能を持たせることは一つあるのではないかと思います。

ただ一方で、これは今までの資料にも出てきましたけれども、長期入院患者さんのニーズ調査は市町村や自立支援協議会を通じて取り組んでいる成功例が出ていますが、あくまで長期入院の方を対象としたニーズ調査というふうにも一部見える部分があるかと思えます。よって、ここは一つの意見ですが、長期入院患者さんに対しては市町村等が主体となって、機関や委託が相談支援専門員と例えばピアサポーターと一緒に、市区町村職員と一緒にそういった活動を行う。

ただ、入院期間が短い方、または資料の11ページにありますとおり、身寄りからの支援を見込むことが難しい、または医療保護入院の方については、例えば個別給付化などで相談支援専門員、相談支援事業所の職員やそこに配置されるピアサポーターが個別給付の枠組みの中で病院訪問して意思をお聞きしたり意思を表明していただくアプローチをしながら、地域移行や地域定着、また、自立生活援助の利用につなげる考え方もあるのではないかと思います。

最後になりますが、医療と福祉の連携が、今、コロナ禍でなかなか接点が少なくなっていますけれども、医療も地域とつながりたい、地域も医療とつながりたい。その接着剤に、この意思決定、意思表示の支援の制度化が役に立ち、医療と福祉の連携が促進されるのではないかという意見を持っています。

私のほうは以上です。

○田辺座長 ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょう。

それでは、参考資料が出ているようでございますので、桐原構成員、できれば意見表明をお願いいたします。

○桐原構成員 全国「精神病」者集団の桐原です。本日は貴重な発言の機会をいただきましてありがとうございます。網羅的に意見を述べていきます。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置づけについて（津久井やまゆり園事件の再発防止策という位置付けから決別すべきとのご意見について）が盛り込まれ、こうした「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する取組については津久井やまゆり園事件の再発防止策という位置づけにあるものではない点について、まずは確認してはどうかというものが書き込まれました。ありがとうございます。

ここに書き込まれていることは、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組を含まないという理解でよろしいでしょうか。その場合、表現ぶりの修正をお願いしたいです。後ほど御回答をお願いします。

第193回通常国会の法案審査では、津久井やまゆり園事件の再発防止策それ自体なのか、それとも、再発防止策を契機とした政策なのかという問答が繰り返された経緯があります。表現ぶりを修正し、このような問答に収れんしていくことがないようにと切に願います。

繰り返し述べてきたことにはなりますが、この相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チームの最終報告書には、医療等の支援の充実によって結果として犯罪防止にもつながるという考え方が示され、具体的には措置入院後のフォローアップが提案されました。

2017年2月に国会に提出された精神保健福祉法の改正法案には、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組として、措置入院者退院後支援及び精神障害者支援地域協議会が規定されました。その後、同法案は参議院先議の法案では憲政史上初めての廃案という運命をたどりました。

津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機として、2018年3月27日に措置入院の運用に関するガイドラインと、地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインが作成されました。当時の厚生労働大臣はガイドラインの実施状況を見て法改正を決めたいと発言し、法改正の遅延という形を取りながらガイドラインの実施状況のモニタリングをする運びになりました。本検討会が法改正を見据えたものであり、ガイドラインの実施状況を見て法改正を決めたものであるならば津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした法改正ということになってしまいます。こうした考え方は精神障害者が犯罪を犯すかのような偏見を助長することにつながり得るため、問題があります。

そこで提案なのですが「こうした『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に関する取組については、津久井やまゆり園事件の再発防止策という位置付けにあるものではない点について、まずは確認してはどうか」とありますが、第1に「にも包括」と法改正の2つを切り分けてはどうかと考えます。その上で、あくまで「にも包括」が津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機としたものを含まないという確認をする必要があるのではないかと思います。

患者の意思に基づく退院後支援は「にも包括」に位置づけられていますが、同ガイドラ

インにあるので、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした政策であることは免れません。よって「にも包括」が津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機としたものを含まないことを確認するためには結果として同ガイドラインを見直さなければならないことを意味し、そこに津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではなくなりましたということは明文で規定する必要があると思います。

ただ「にも包括」については、津久井やまゆり園との関係では退院後支援だけが問題になるわけなのですが、法改正については当時の大臣の発言があるため、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機としたものとの位置づけを免れないことになるのかと思っています。課題としてまだ残されることになると思っています。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置づけの②の部分について述べます。

①の、第3回検討会において市町村長会からは、精神保健に関する相談支援を法令上で市町村の責務として明確化することについては一律に市町村に義務づけるべきではないという慎重論が出されました。こうした意見はしっかり踏襲した上で、市町村が実行可能な取組についてまとめられるべきであると思っています。

④についてです。「精神障害を有する方等へのわかりやすい説明や意思決定の支援等を含めた権利擁護のための取組の更なる充実を図ることが求められる」とあります。これについては構成員意見書に詳細を記しましたので、後ほど御説明します。

⑥についてです。「ピアサポーターには多職種との協働により、専門職等の当事者理解の促進及び意識の変化や支援の質の向上、普及啓発や教育、精神保健相談、意思決定支援等に寄与することが期待される。身近に経験を共有できる仲間やロールモデルの存在があることにより、エンパワメントを主眼としながら、内面的にも社会的にもリカバリーしていくことができるよう、ピアサポートの活用を更に進める必要がある」とあります。このまとめ方なのですが、全国「精神病」者集団が述べていた意見が全く反映されていないと思っています。

国は、ピアサポーターの効果を障害の経験を生かしたサポートなど、経験に依拠したものであるとしています。しかし、ピアサポートの活動の本質的な価値は経験に依拠したものという点ではなく、立場に依拠したものという点にあります。同じ問題に直面した者同士が同じ立場で問題を共有して一緒に立ち向かうからこそ、自分だけの問題ではないのだ、私たち全体の問題なのだ、私は孤立していないのだという自信やエンパワメントにつながっていきます。ピアサポーターは単に障害の経験を使って利用者に共感したり、ロールモデルとして成功例のような振る舞いをしたり、健常者の専門職に向けて言語化したりするだけの中継職にとどまるべきではありません。

利用者と経験を共有するのがもしピアサポーターなのであれば、入院経験がないとピアサポーターは地域移行の業務ができないとか、そういうことにもなってしまいます。それは違うと思います。入院している仲間は、単に精神障害でこうやって活躍している人が来

ただで勇気になると思います。国のピアサポーターの捉え方自体を再検討する必要があると思いますので、ここでまとめられているピアサポートの活用については以上の観点から修正をお願いしたいと思っています。

続いて、入院制度の在り方についてです。

精神保健福祉法上の入院制度等についての①の「基本的視点」に示されているとおり、非自発的入院制度が障害者権利条約の趣旨に反するとの見解が一般的です。国連の意見に対して政府が尊重していかなければいけないと思います。

それから、平成24年度の保護者制度の廃止を含む入院制度の在り方の検討では、医療保護入院等のあり方分科会の中で「病気の自覚を持ってない場合があり、症状の悪化により判断能力そのものが低下するという特性を持つ精神疾患については、自傷他害のおそれがある場合以外にも、入院治療へのアクセスを確保する仕組みが必要」という論点が示され、医療保護入院それ自体は存続することになりました。

しかし、この検討結果は重大な政策エビデンスの検証を欠いたまま結論に至っています。病気の自覚を持ってない場合があり、病状の悪化により判断能力そのものが低下する精神疾患の入院治療へのアクセスを確保する仕組みが必要であることが何ゆえ医療保護入院の存続を帰結するのか。そうしたニーズに対する対応策の妥当性が一切検証されていません。平成24年の検討では医療保障の必要性と医療保護入院の必要性を切り分けて議論しなければならなかったはずだと考えます。

また、医療保護入院の契約の性格については、有償による準委任契約であり、受益の意思表示が不要となる、特約のある第三者のためにする契約という性格を有するものという極めて歯切れの悪いまとめ方になっていて、かつ費用が発生する理由についても受益者が負担するという、結論が根拠として挙げられてしまっているような形になっています。当時の担当者が悩みながら、首をかしげながら事実をひたすら列挙したであろうことは伺えますが、この期にしっかりと検証して、見直すべき点は見直さなければならないのではないかと思います。

医療保護入院については別途、論点整理と対案をつくって用意しますので、しかるべきときに詳細について意見を述べることができましたら幸いに思います。

患者の意思に基づいた退院後支援についてです。

患者の意思に基づいた退院後支援は、ガイドラインにおける警察の参加については「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する取組の位置づけに照らし、警察は会議に参加しないことを明確化するように見直すべきと考えますが、そこだけにとどまらず、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした政策と決別することを明文化し、現行の措置入院にばかりフォーカスを当てて進められてしまった診療報酬や補助金、指定病院の基準などの見直しも併せて行うべきであると考えます。

行動制限最小化についてです。

行動制限、特に身体拘束については、実際に拘束を受ける私たち精神障害者にとっては

幾ら治療上の必要性を説明されたとしても耐え難い苦痛を伴うものです。当面の方策として大臣告示の見直しが必要と考えますが、不穏・多動が顕著である場合という曖昧な要件の削除を伴うものでなかったら結果としてあまり実効性が伴わず、現状追認のような状態に陥ってしまうのではないかと憂慮しています。

行動制限の最小化についてはずっと検討して、方策も講じられてきたけれども、なかなか2006年から2016年まで増え続けていたりとか、そういうこともあったので、この期にしっかりした検討をして具体策を示していく必要があるのではないかと思います。

引き続き、具体策を含めて意見を述べていきたいと思っています。

虐待防止に係る取組についてです。

通報義務及び通報者保護は、障害者虐待防止法を改正して障害者虐待防止法の中に規定されるべきと考えます。よって、精神保健福祉法の中に規定されるべきではないと考えます。精神保健福祉法それ自体に問題があり、精神保健福祉法の目的下に通報義務の規定を設けるべきではないと考えます。

他方で、障害者虐待防止法に精神科病院における虐待の通報義務及び通報者保護を設けることは精神保健福祉法の所轄部局以外の部局が所轄することで第三者の視点が確保され、事務の適正化にも資する点で効果が見込めます。また、障害者虐待防止法第31条には医療機関における研修の規定があります。どのみち、精神科病院はこの規定からの拘束を免れません。

また、今年度より障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修が義務化されましたが、これは日本総合研究所が厚生労働省からの補助を受けて毎年まとめている調査報告書のデータに基づいてコンテンツが作成された経緯があります。日本総研の調査報告書は障害者虐待防止法の運用状況が詳細に分かるようなモニタリング機能を果たしていて、新たに精神保健福祉法下で研修コンテンツやモニタリング体制をつくっていくことより、この既に動き出している障害者虐待防止法の枠組みを活用することのほうがよいのではないかと考えます。

近年、障害者団体や地方公共団体から障害者虐待防止法改正を求める声が非常に大きく、かつ障害者虐待防止法の改正を見送るべき蓋然性のある根拠も存在しないことから、障害者虐待防止法改正に向けて検討を開始するべきであると考えます。本検討会の報告書にはあくまで障害者虐待防止法改正でまとまるようにして、そして、障害者虐待防止法改正に向けて見直しの再検討につながるようなものにしていく必要があると考えます。

患者の意思決定及び意思の表明についての支援についてです。

当初、保護者制度を含む医療保護入院の見直しにおいて、判断能力の低下した人への医療保障の必要性和医療保護入院の必要性という本来なら別の問題を切り分けずに論じ、エビデンスを示さずして医療保護入院への必要と結論づけ、その上、非自発的入院者に権利擁護が必要という観点を提案した経緯があります。

しかしながら、非自発的入院制度の必要性和引換えにして権利擁護が必要という論理は

適当ではありません。権利侵害をしておきながら権利擁護することになりかねないからです。このような観点に立つのであれば権利擁護の前に権利侵害をやめるべきです。私たちとしては、権利擁護は必要な人が供給できるような仕組みであるべきだと考えていて、自発的入院か非自発的入院かを分ける必要はないと考えています。

当初は、非自発的入院のみを対象とする枠組みで検討されていましたが、日本精神科病院協会が希望する入院者を対象とする枠組みにしようということで提示したことによって当初の枠組みから大幅に改善されました。これについては構成員提出資料に詳細をまとめましたので、本日は趣旨の部分のみを御説明します。

本来の権利擁護とは、精神科病院アドボケイトにとどまらず、もっと幅広く捉えられるべきものだと思います。そのため、精神科病院アドボケイトの役割を明確化するためには、権利擁護活動全般における精神科病院アドボケイトの位置づけから検討していく必要があります。

精神科病院アドボケイトに外在的な権利擁護としては、病院内部の取組や退院請求や処遇改善請求、法律化による司法救済、行政による病院への指導監督、虐待発見時の通報の仕組み、それから、障害福祉サービスをはじめとする、そういう地域生活を支える制度などが挙げられます。

精神科病院アドボケイトの機能として特に重要になるのが、入院者を外在的な権利擁護につなげていく役割です。非同意入院のセーフガードのための権利擁護は精神医療審査会が司法救済の対象活動と位置づけるなどして法律家に対応すべきなのではないかと考えます。

精神科病院アドボケイトの目的は、入院者によって表示された意思を擁護する立場の人を入れることで孤立を防ぐこと、入院者が精神科病院の外部のアクターとつながるための契機となること、それから、精神科病院に外部の目を入れることで風通しをよくなり医療の適正化につなげることの3点です。

入院者は、病院外部のアクターとつながることによって行使可能な権利を取り戻すことができ、エンパワーメントにもつながります。また、病院にとっても外部の目が入ることによって通気性がよくなり、病院が抱え込まずに外にも委ねていいという土壌ができていくのではないかと期待します。

入院者と医療者及び家族は、入院の必要性などをめぐってしばしば対立することがあります。現場では入院が必要であることの蓋然性にばかり目が向けられてしまって、入院者の気持ちが置き去りにされてしまうことがあります。患者は孤立してしまいます。精神科病院アドボケイトが入院者の表示行為を支持する機能を持つことで孤立を防ぐことができると思います。

精神科病院アドボケイトは、精神科病院の外部からの訪問により風通しをよくなり医療の適正化に資することが目的の一つです。よって、精神科病院アドボケイトの担い手は精神科病院の外部と言えるかどうかに関心となると考えます。例えば入院者がいる医療機関の

医師が精神科病院アドボケイトをする必要は全くなくて、医師として医療機関の中で権利利益に資する活動をするべきなわけです。

医師と患者がディスコミュニケーションになった場合に、間に入ったり間に入れる人を紹介したりすることは精神科病院アドボケイトの業務です。

あと、精神科病院アドボケイトは意思決定支援しないことを確認したほうがよいのではないかと思います。意思決定支援は厚生労働省内でも複数のガイドラインが存在し、それぞれがそれぞれに同一用語を異なる意味で用いているなど、若干の混乱が見られます。今後、整理に向けた取組も行われていくことになると思いますが、精神科病院アドボケイトはそこと一線を画しておく必要があるのではないかと思います。

実施体制と運用の具体的な提案については、次回以降の検討会で詳細に述べることができると幸いです。

以上、非常に長くなってしまって大変恐縮ですが、ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

1点、やまゆり園の位置づけについて御回答できますか。

○平岡精神・障害保健課長補佐 桐原構成員から、資料のほうを再発防止策ではなくて再発防止を契機とした取組からの決別ではないかという形で御質問というか、資料の修正をいただく御意見をいただいたかと思えます。

本日、桐原構成員から具体的にはという形で、措置入院後のフォローアップという形で補助金、診療報酬が再発防止を契機とした取組ということで、補助金、診療報酬とか措置入院に偏っているという具体的な形の御提案もいただきましたので、こちらは次回以降、構成員の皆様方で議論できるように事務局で改めて資料を準備させていただいて議論できるようにさせていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○田辺座長 では、その方向でお願いいたします。

次に、北村構成員、よろしく願いいたします。

○北村構成員 石川県立こころの病院の北村です。今、実はこの後も会議があることを思い出しまして、途中で退室になるかもしれないので、慌てて意見を述べさせていただきます。

現場の人間としては言いたいことがいっぱいあって、2時間でも3時間でもしゃべりたいのですが、まず、4ページの保健所・精神保健福祉センターが市町村をバックアップするという話を書いてありますが、こんなところでこんなことを書いても本当にそうなるかわからないので、今、保健所法が地域保健法でしたか。要するに、保健所にそういう役割をするならば地域保健法をきちんと改正するのか、何をするのか知りませんが、そういうふうにするとか、もう一つ、精神保健福祉センターについても、たしかこの前、辻本先生が平成6年だったか平成8年から運営要綱が変わっていないとかとおっしゃっていたような気がするのですが、そっちの運営要綱のほうでこういうことをきちんとしなさいということが書いてあるのかもしれないかもしれませんが、きちんと直すというか、まず、そう

いう作業を少なくともここの部署ではないところが、でも、精神保健福祉センターは県なので、どこの部署が直すのかは知りませんが、それをしたほうがいいと思います。

それから、医療保護入院については現場の人間としては非常に最近危ういものがありまして、要するに幻覚妄想状態とか躁状態とか鬱状態とか、そういう狭義の精神病状態ならばいいというか、分かりやすいのですけれども、最近多いのは、要するに認知症をベースにした家庭内暴力とか、あるいは発達障害の方が親に暴力を振るうとかということで、そういうことの入院に対して、特に認知症などの場合は財産の使い方についてお子さん同士が争っているような場合に認知症のお父さんを入院させたら、その反対側が文句を言うとか、そういうことも非常にあるので、この家族による入院の同意みたいなものは非常に危ういものがあるので、何か代理となるような仕組みをぜひ考えてほしいとは常々思っているのですが、では、どうすればいいかということとちょっと分からないのですけれども、非常に危うく感じます。

だから、むしろ、昔の保護者制度のほうが安心してできみたいなのところがありますので、やはり家族の同意というものはちょっとどうかというのと、では、それを市町村長同意にすればいいのではないかと。現場では市町村長同意にすれば簡単にできますが、現行では市町村は、別に市長がそれに判こを押すのか分かりませんが、お願いしますと言ったら、はい、分かりましたぐらいの簡単な話なので、全然、患者さんの権利擁護にはならないと思うので、普通は非自発的な入院を行う場合には責任を取るの国だと僕は思うのですが、その辺をやはりはっきりしないといけないのではないかと思います。

それで、ここには関係ないから言わないことにして、それから、17ページに医療保護入院者の病状を何らかの期間ごとに診察して云々という非常にいいことが書いてありますが、誰がするのか。とてもそういうことはできないだろうと思いながら、それもそうなのですけれども、これを要するに長期入院患者に対してそういうふうと考えられたのか。それとも、入院間もない、入院3日目とか1週間目とかでなかなか最近、治療にも同意されない方が結構いらっしゃるのですが、そういうものも想定しなければいけないので、ここに書いてある文言を読むと長期入院の患者のような気もするのですけれども、その辺は何がしかの第三者を入れたほうがいいというのは分かりますが、現実的にはやる人がいないのではないかと思います。

それから、27ページ目に精神科特例は人員配置の最低基準であるとかと書いてありますが、それはそれで、スーパー救急の病棟とかは人員配置をたくさんつけていますけれども、それでも診療報酬は一般科の最低レベルです。だから、うちのスーパー救急病棟も県立中央病院とかの平均入院費の半分以下ですから、やはりそれなら、こうおっしゃるのならばもっと診療報酬を高くしてほしいということです。

そのページの最後に、精神医療における重症度の研究。これは、今、福田先生が多分やっていたらっしゃられたと思うのですが、書いてありますけれども、手のかかり方は普通の内科疾患ならばがんの種類とかなんとかで重症度は決まるのでしょいうが、精神科の場合に



は性別とか年齢とか体格とか職業歴とかで全然、手のかかり方が違いますね。だから、同じ幻覚・妄想で興奮していても、30kgの80歳のおばあさんと身長2mもある100kgぐらいの大男だったら、全然、その手のかかり方が違うので、病状がこうだから手がかかるとか、そんな簡単なわけにはいかないのです、これは幾ら研究しても難しいのではないかという気がしております。

それから、ついでに言いますけれども、隔離と拘束の話ですが、28ページ目に隔離の要件が5つ、対象となる患者の状態が5つと、30ページ目に身体拘束のそれが3つあって、これは精神保健指定医は暗唱できなければならないものなのですが、これは先ほど桐原構成員も言っていましたけれども、この身体拘束に多動・不穏が顕著である場合が書いてあるのが混乱のもとだと思うのです。

というのは、28ページ目の隔離要件のイに自傷のことも書いてありますが、暴力行為や迷惑行為はウに書いてあるので、迷惑行為や暴力行為に対しては隔離で対応しなさいと。一方、身体拘束に関しては、アとかウは自傷とか生命に関わる場合に身体拘束を行いなさいということなので、うちの病院は昔から、要するに生命の危険のある場合は身体拘束、暴れる者は隔離ということで、本当に身体拘束はしないのですけれども、昨今、このイを拡大解釈しまして、興奮する方を身体拘束して云々という治療が行われているやに聞きますので、これはもっとはっきりさせて、自傷とか自損行為とか、それから、認知症の人で物すごく転倒リスクが高くて走り回るみたいなタイプの人やはり身体拘束はやむない場合もあると思うのですが、そういう生命に危険が及ぶ場合は身体拘束であって、暴力行為や迷惑行為は隔離で対応しなさいということを書いたほうが現場の混乱はなくなるのに、この多動または不穏が顕著というものが非常に誤解を及ぼしている。

でも、確かに緊張病性興奮とかで隔離室に入れて壁に頭をばんばんぶつけたりする人もいますけれども、それは明らかに自傷のおそれがあるということで対応できるので、そういうことははっきりさせたほうがいいのではないかと思います。

最後に、桐原構成員もおっしゃっていましたが、精神科の病院はやはり非常に閉鎖的でよくなくて、外部の目を入れるのは絶対大切だと思いますし、特に介護保険とかが始まってから調査員が来たり、それから、ケアマネジャーが来たり、最近うちの病院などは毎日のように弁護士の方が来ていますけれども、とにかく外部の人をたくさん入れることで当然、職員も緊張しますし、こっちも変なことはできませんし、何かそういう仕組みは、うちも外部評価委員会とかをつくって、近所の老人会の人とか婦人会の人とかを入れて病棟の中へ入ってもらったりするのですが、何か意見を言ってくれと言っても言ってくれないのですけれども、そういう中に患者さんの代表の人を入れたりとかするような仕組みをつくることで風通しのよい病院になるのではないかと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、上ノ山構成員、よろしく願いいたします。

○上ノ山構成員 上ノ山です。日本精神神経科診療所協会から発言させていただきます。発言の機会を与えていただきありがとうございます。ふだん、外来で診療していますので、今日のテーマに少しピントの外れた意見になるかもしれませんが、御容赦ください。

虐待に関してですが、精神科病院での虐待事案に関しては徹底的に批判したりすべきだと思うのですが、私たち外来で虐待によく出会うのはドメスティックバイオレンスとか、あるいは児童虐待とか、いじめとか、そういうところでした、単に精神科病院の悪いところを見つけて、そこを批判したら虐待対応になるかのようなところだと判断を停止してしまう心配があるかなと思います。

児童虐待の場合でもそうですが、虐待をする側の被虐待歴等に関して注意していく必要がある。だから、虐待があるからといって、すぐ通報して、そこで治療関係を終了してしまうということだとちょっと困るわけですから、虐待が起こる背景についてちゃんと想像力を持ちながらやっていかなければいけない。

今、北村先生もおっしゃったように、隔離・拘束に関して基準が曖昧なところがありますね。治療上必要なのでやむを得ないとか、そういう形で行われることが多いのですが、一応、治療法等がすごく進歩してきているはずなのに、桐原さんもおっしゃったように、行動制限がどんどん増えていっている現状があって、やはりこれは何かということのを少し考えていく必要があるかなと思います。ですから、少し安易に行動制限が行われ過ぎていないかというところを振り返ってみる必要があるかなと思います。

それから、権利擁護とか意思決定支援に関してですが、これも今日のお話の流れで言うと、精神科病院からの退院支援が中心テーマになっていますけれども、精神疾患をお持ちでいろいろ判断力や理解力が低下している場合に、やはり治療者の治療方針と患者さんの意向とが食い違う場合がある。それをどのように調整していくのかということは非常に大きな課題であって、単に退院させれば良いという話だけではないですね。例えば認知症の患者さんががんになって手術が必要な場合に、それを拒否する場合にどのような形で御本人の意思決定を尊重しながら支援していくのかということが我々、精神科医療関係者全てに問われることかと思えます。

具体的に、今、そういう大きな問題だけでなく、例えばコロナ禍においてマスクをすとかしないとか、ワクチンを打つとか打たないとか、そんなことも全て含めて意思決定をどのように支援していくのか。そのために、我々にとってどのようなことが必要なかということが問われると思います。

例えば患者さんがそういう決定をした場合に、我々はいろいろ話をしたりするわけですが、その場合の現在の標準的な治療の在り方はこのようになっているのだとか、現在の御本人の状態はこういうふうになっているのだとか、それに対して拒否した場合のリスクはどうなるのか、ベネフィットはどうなっているのかとか、そのようなことについて理解した上で話が進むように持っていかれたらと思います。そういうことがごく当たり前に行われ

るようになっていかないと、この意思決定支援ということも頑張っても退院支援しましょうというだけの話になって先に進まないような気がします。

あと、医療保護入院等に関してですけれども、家族の同意というものは無理があると思います。市町村長が同意する形はなかなか難しいかもしれないという意見でしたが、やはりここは非自発性入院ですので、誰が責任を持って入院を判断するのかという、責任を曖昧にはいけないと思います。それを家族に押しつけるのはよくない。そのための混乱がいろいろ起こっていると思います。ですから、やはり市町村長あるいは県知事でもいいですけれども、誰が責任を持っているかを明らかにしていくことが必要だと思います。

これまでやはり医療保護入院に関して欠けているのは責任の問題だと思います。家族に責任を押しつけて解決してしまうのはやはりよくないと思います。入院に関しては、できるだけ急性期に限定して、短期に終了する方向で持っていくことが望ましいのではないかと思います。

私の経験した事例を少しお話しします。例えば発達障害の子供さんで、家で暴れて、物を壊すし、何か言っても物を壊すし、大暴れして困るケースがありました。それで児童相談所に保護したら、児童相談所の建物を全部壊してしまうみたいなどころがあって、結局、入院しないとしようがないとなったのですが、入院しても結局は保護室に収容するだけということでした。

それで、一応、保護室だと多少落ち着くので、その段階で熟練の看護師さんが何とか御本人の心に接近しようと思って寄り添っていきこうとするのですけれども、内省を促すとか、あるいは病識を促すとかという形の関わりが逆に御本人を興奮させてしまう。そうすることで結局、保護室で静かにさせることがよかったみたいな感じになって、そして結局、1～2か月収容して、ほかの施設に移っていらしたのですが、このときに看護師さんは非常に残念がっていたというか、自分たちのやっていることは何なのか。これまでのやり方だと、やはり御本人の内面に寄り添って内省を促したり理解を深めていくような治療の取組をすることが自分たちの役割だと思ったのだけれども、結局は一応、そういう危機を保護して、そしてその後、地域に帰していただけたことなので、これで果たして精神科看護と言えるのかということの懸念を持っておられました。

しかし、現在の精神科での入院はそういう救急の保護的な活動と、それから、今後、その地域につなげて行って、地域での支援を組み立てていくきっかけをつくるという形で入院医療を続けて、極力、短期に収束するような形に持っていくのが望ましいのではないかと思います。

退院支援に関してすごく強調される傾向がありますが、入院に関してもやはり少し窓口を狭めていく必要があるのではないかと思います。どうしても先ほどの隔離・拘束に関しても、理由としては人手が足りないからとか仕方ないからとかということが合理化される傾向があります。やはり非自発入院を受け入れる場合はそういう急性期病棟以上の基準のある病棟以外では受け入れることはできないということにすべきだと思います。つまり、

急性期に関してそれだけの人手は要るわけですから、その体制がない段階での人権拘束のようなことは許されてはいけないと思います。

それから、医療保護入院の後、任意入院にできるだけ早く切り替えていってという話でしたけれども、やはり最近の傾向としてはすごく退院が早くなっていて、大体3か月以内に退院してこられるのですが、長くなってしまう人がどうしてもいる。その場合には、数は分かりませんが、3か月ごとぐらいには任意入院でない理由を少しちゃんと説明して納得してもらうことをしていく必要があると思いますし、3か月ごとにやっていったほうが良いと思います。要するに、仮に任意入院に変わったとしても、1年以上入院することは非常に常識に外れているという認識を持つほうが良いのではないかと思います。

私の個人的な感覚ですが、1年以上、治療関係が進まない状況は何らかの治療関係が崩れている、あるいは治療関係が膠着していると思います。その場合は主治医を交代させる。何らかの膠着関係が起こっていて長期になってしまっていることが多いと思うので、それはやはり制度的にそういうことを明らかにしていく。1年以上に関してはきっちり交代してやっていく、あるいは医療機関を交代することが必要になるのではないかと思います。

以上のようなことで、あれこれしゃべりましたが、医療機関、入院機関と地域が好循環の中で地域の支援体制がうまく整っていけばいいなと思って発言させていただきました。

以上です。ありがとうございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、鎌田構成員、よろしくお願ひいたします。

○鎌田構成員 ありがとうございます。日本看護協会の鎌田でございます。精神障害者の方が一度きりしかない人生を地域でその人らしく生活できるようにやはり周囲が支えていくという観点から発言したいと思います。

資料2の12ページに、入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究についての資料があります。患者の意思決定を支えるためには、今回提案がありますように、権利擁護センター（仮）のような医療機関以外の第三者による権利擁護の仕組みは必要だと思います。しかし同時に、より身近な相談機会を設けるために、医療機関内においてもピアサポーターや福祉関係者、家族会のメンバーなどの第三者に相談できる体制を整える必要があると考えます。中でも、ピアサポーターは患者の気持ちを汲み取った支援を行うことが可能であり、医療機関における、ピアサポーターをはじめとした第三者的立場の人員の配置や予算措置を進めていただければと思います。

また、資料2の17ページの課題②について、医療保護入院の告知内容に入院を行う理由を追加することは、説明内容を記録として残す点では必要だと思います。措置入院の場合も告知書を本人に説明して渡しますが、状況を受け入れられず、受け取らない方もいます。医療保護入院においても、通知書への記載と合わせ、引き続き本人に丁寧に説明することが重要ではないかと思います。

また、長期入院の患者が退院した場合、もともとの家族との関係もあるかと思いますが、

家族の負担は計り知れなく大きいものだと思います。ご本人や家族が気軽に相談できるような支援体制を早急に構築することが必要ではないかと思います。

また、精神医療に関わる医療従事者の確保、教育、及び様々な予算を計画的に計上し、配置していくことが大事だと思います。

私からは以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、辻本構成員、よろしくお願いたします。

○辻本構成員 全国精神保健福祉センター長会の辻本になります。公的機関というか、精神保健福祉センターの立場からのお話になるかなと思います。今日いただいた資料の順でお話ししていこうと思います。

まず、4ページの「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置づけについて【市町村】のマル1のところ（以下「精神障害を有する方等」という）というところが書かれているのですが、これは初めて出てきた言葉だと思います。これはメンタル不調者とか精神障害者とどういふふうが違うのでしょうか？「にも包括」のまとめでは誰でもメンタルヘルス不調を起こすのではないかという議論もあったと思うので、その辺の予防啓発として、より広く捉えているはずではないでしょうか。

その下の【保健所・精神保健福祉センターのバックアップ】について、北村構成員、どうもありがとうございます。これも「にも包括」の中に重層的支援というものが入っていたと思うので、そういうものはどうされるのかというところなんです。

そのページの下のほうの【協議の場】のマル3の最後の辺りなのですが、精神科病院協会や医師会とか関係団体とかも積極的に進めていくというところなのですが、実際、こういう協議の場を持つのが医者にとって、時間的・労力的に大変な負担になります。ちょっとどうするか悩むところなんですけれども、かかりつけ精神科医として何か位置づけるとかで協議に出やすいようなことを考えてもらってはどうかと思います。

次に、5ページ目になるのですが、そうは言うものの、いわゆるかかりつけ精神科医がいまだにはっきりしていません。必ずしも医者を中心ではなくても多職種チームでやっていこうという方向性も重要です。

その下の行ですけれども「精神科医療機関には、入院中の精神障害を有する方等が地域で安心して生活することができるよう」と書いてあるのですが、私は、患者さんの人権擁護は入院中だけではないと思います。地域の中で生活している方々にも患者さんの権利もあるし、擁護もしていく必要があります。地域でもそういうことを進めるように精神保健指定医の研修や講習で地域の患者さんもそういう権利があるのだということはもっと浸透させていくのがまず大事ではないかと思います。

その次のマル5の長期在院患者さんのところに関して、なかなか地域支援機関では長期在院患者さんがどういう処遇でどうおられているのか分からないし、どういふ支援を入れたらいいのか分からないので、そういうところはもうちょっと支援区分とか認定が受けや

すくなるように、早い段階で情報を流していただけるとありがたいと思います。

飛びまして、次は10ページのところになります。この最初に「入院制度に関する議論の整理」のところで「代弁者」の話が出てきます。ここはアドボケイト制度にも関わってくるかと思うのですが、これは審査会の業務とアドボケイトの制度、両方が充実していかないといけないと思います。役割をどう分けていくのかというところも大事になってくるのではないのでしょうか。

次の11ページになるのですが、マル2の意思決定及び意思の表明についての支援の担い手というところなのですが、これは地域の支援者そのものをイメージしていらっしゃるのかなと思うのですが、地域支援のことと意思決定のことをどういうふうに区分けしていくのか。役割、すみ分けをしていくのかということが気になりました。

その下のマル3、対象者の範囲。これはより対象者を広げていただくのはありがたいのですが、恐らくこれは対象となる患者人権の擁護になってくると、事務局的には審査会とかを想定されているのでしょうか。今、精神保健福祉センターが権利擁護の事務局を担うのはいいのですが、事務量が増えていったら今の制度設計では委員も足りないし、人員配置だとか予算だとか枠組みはやはりしっかり考えていただきたいと思います。

またちょっと飛びまして、15ページになります。医療保護入院のところなのですが、マルの2つ目の医療保護入院という非自発的入院の形態の必要性なのですが、これも任意入院にすればいいという話ではないと思います。任意入院のままでも長期在院者がいっぱいいらっしゃるわけなので、これは非自発的入院にかかわらず退院促進だとか長期在院の視点はもうちょっと広く視点を持ったほうがいいのではないかと感じました。

17ページになります。入院制度の医療保護入院、マル7のことになるのですが、その課題マル1で、必ずしも当該家族の同意を要するのではなく、市町村長同意の話になるのですが、これは全精相で以前、2018年にアンケート調査をしていると聞いております。こうやって市町村長同意ということもよいことも悪いこともある中で調査している結果があるので、このときは人材確保が難しいとか財政的に難しいという課題も出ていると思うので、もしこういうふうに進めるのであれば、再調査をして現状を把握することが必要ではないかと思います。

次の課題マル2について、これは何らかの期間ごとに診察することを義務づけるというのですが、現行でも退院支援委員会とか定期病状報告とかを出してやっているわけですよ。それとのすみ分けというか、これではいけないのか、どう考えるのか。先ほども話が出ましたが、その次の行の退院の判断を行うようにするのは誰がするのか、指定医になってくるかと思うのですが、そうされても、その責任性とか負担とかをキチッとサポートする仕組みがないと絵に描いた餅になるのではないかと思います。

その一番下の課題マル4について、実効的な退院促進措置についても、これは地域支援事業者とか、もっとインセンティブをつけないと、これも絵に描いた餅になって全然回らないように思います。

また飛びまして、22ページの入院制度、患者の意思に基づいた退院後支援についてなのですが、この「対応の方向性」の下の、ガイドラインにおける警察の参加というところなのですが、保安処分的なところでの意味でなくて、結構、現場では警察官がサポートのほうというか、支援者として入ってくださっています。相談をより身近で聞いてくださる警察の方々もお世話になっているので、その方々にどう協力いただくかを考えていただきたいというところなんです。

そして、その1つ前です。運用について、支援を継続して希望する場合は、支援を受けられるようにするということなのですが、実際に地域の中で支援を受けたがらない人のほうが具体的支援が必要な場合もあるので、そこをどうしていくのかということと、逆に支援を希望する人全部にこの仕組みを回していったら回らなくなってくると思うので、その辺の選択性はどうか考えているのかというのをちょっと思いました。

次にまた飛んで、27ページ、隔離・身体的拘束の話です。その精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束については必要最小限の範囲内ということなのですが、今、コロナ禍で精神障害プラスコロナという方の入院が回ってくる時があるのです。身体科が悪いとは思わないのですけれども、身体科で拘束された状態で運ばれてきます。だから、現場では身体科の拘束はあり得ているお話で、そこはどういうふうに精神保健福祉法のところと分けていくというか、整合性を取るのか。特に、今のコロナ禍の認知症の患者さんはどういう法的根拠で拘束されているのか。

私は、患者権利というものは別に精神障害者だけでなく身体科においてもやはり人権は考えていくべきだと考えます。ある意味、精神保健福祉法が一番先を歩いて、先のことをきっちりやっていると思うので、これがほかの身体科にも活用されて広がっていくような、そういう人権の配慮したような法律というか、仕組みにしていっていただけるとありがたいです。全ての患者さんにおいて人権が保護されるようなことを意識した方向性があればどうかと思います。

精神科特例というものは前から指摘されている通り、患者人権を考えてもこういう特例はどうなのかと思いますので、ここは見直していただきたい。

その下の「急性増悪の状態にある患者のケアを24時間体制で行う」というのですが、今、現場では時間解除とか、看護判断の中でフリーにしていっていいというところで隔離・拘束が行われているところもあるわけです。その辺はどういうふうに整理していくのが現場では非常に関心のあるところにはなっています。

取りあえず、以上です。どうもありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、岡田構成員、よろしくお願いいたします。

○岡田構成員 ありがとうございました。全国精神保健福祉会連合会の岡田です。家族の立場から幾つか御意見をと思っております。

まず、5ページのマル7で【家族】というところですけども、分かりやすい相談窓口

の設置もすごく大事なのですが、つながりやすさもとても重要な視点で、そのためにはやはり訪問による支援体制の構築が欠かせないのではないかとということで、訪問支援を重視していただきたいと考えております。

2点目が患者の意思決定支援、意思の表明の支援ということで、これの制度化についてはぜひ進めていただきたいと思いますが、対象の範囲で、一遍に全員というのはなかなか難しいかもしれないですけれども、本来的にはやはり入院者全てを対象とする必要がある。それを目指すべきだと考えます。

次に、医療保護入院についてですが、基本的には医療保護入院制度は廃止されることを希望します。その前提としては入院医療の必要最小限を目指す必要があると思います。15ページに、あり方検討会の報告にも「できる限り入院治療に頼らない治療的な介入を行うことが原則であり」と書かれております。重度化してから医療につながるという、この現状を変える必要があります。そのためにも先ほど言った訪問の支援体制はとても重要だと考えますが、それに加えまして、学校教育等における精神疾患に関する啓発教育の充実。この4月から高校で始まりますけれども、高校では遅いので、もう少し早い段階から、義務教育の段階から必要だと考えています。

また、児童・思春期の精神科医療体制の充実。これも精神疾患を発症する方の約半数は14歳でその症状が出始めるという研究結果もございますので、児童・思春期の精神科医療体制の充実は大変重要だと考えます。このように予防的視点や重度化させない体制づくりを進めていくことが必要で、最終的には医療保護入院という非自発的入院をなくす方向で進めていただきたいと考えております。

そこに関連しまして、家族等の同意についてですが、私、初めて家族等の同意の機能というものを拝見いたしました。家族は当たり前でこういうことを考えて対応しているので、なぜ、家族等の同意を法律で定めなければいけないのかということがまだ納得できておりません。医師の診断により入院が必要と判断されたのであれば、家族への説明はもちろん必要なのですけれども、家族の同意がなぜ必要なのかという疑問はこの説明を読んでもどうしても残ってしまいます。どのような病気でも、そのときの病状と医学的見地から医師が治療方法を判断して決めるのだと思いますが、どうして精神科入院のみ家族等の同意を法律で定める必要があるのか。すみません。ここがこの説明を読んでもなかなか納得できない視点です。

また、16ページの家族支援の在り方のところに「家族等が本人の利益を勘案のうえ本人の利益のために同意を行い」とありますけれども、現在、家族状況も大変複雑化しておりまして、家族だからといって必ずしも本人の利益を考えると限らないという問題が現実には起きております。家族の負担軽減とともに、本人の権利を守るためにも、法律上の家族等の同意は廃止としていただきたいと考えます。

次に、精神科特例・急性期の患者のケアに対する充実した人員の配置についてですが、このことに関連しまして、昨年10月に身体拘束で亡くなった方の親御さんが起こした裁判



の最高裁判決が出されました。この最高裁の判決は大変注目すべきだと考えておりますが、国としてはこの判決をどんなふうに捉えていらっしゃるのかということをお聞きできたらと思います。

また、身体拘束は法律で認められた精神科治療の一つではありますが、このように実際に身体拘束での死亡事例が起きていることは重視されるべきだと考えています。この実態をきちんと調査し、治療により命を奪われることのない適正な治療のためにどうしたらよいかをきちんと精査する必要があるのではないかと考えます。精神科特例という人員配置の課題も重要なその一つと考えられると思います。

法律には隔離や身体拘束について適正な運用を定めてはありますが、それが実際の医療現場で適正に運用されているかどうか。ここが何よりも重要なことだと思います。特に先ほど来、出ていますけれども、一部の閉鎖的な精神科病院の環境改善は重要な課題であると思っています。どこでも誰でもが安心して治療が受けられる精神科医療をと願います。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

では、次に、野澤構成員、よろしくお願いいいたします。

○野澤構成員 野澤です。今回、大きなテーマばかりで、いろいろと大変だなと思いつながら聞いていました。私は行動制限とか身体拘束のことだけ意見を述べたいと思います。

障害者虐待防止法では、医療には網がかかっていないため、お医者さんから治療上の必要性があると言われると、その先になかなか踏み込めなくなってしまう。非専門家はやはり踏み込めない。もうちょっと踏み込んだ、この先の本音の議論とか考察が必要ではないのかと思うのです。

高齢者のケアとか障害者の支援でもやはり同じだと私は思っていて、必要な場合がありますね。自傷他害、パニック、暴力行為もありますし、どうしても押さえなければいけない場合があって、だから高齢者や障害者の現場でも認められているわけです。ただ、それは安易にやられているからということで厳しく、切迫性、非代替性、一時性という厳しい条件がつけられているわけです。

必要かどうか、厳密に検討されないまま、割と安易にやられている。なぜならば、どこも人手が足りないからですし、専門性の高いスタッフがいないというか、少ないからですし、どうしていいか分からないので、取りあえずその場で押さえなければいけないからやられているわけです。でも、それは医療だってそうではないのかと思うのです。医療だけ高齢者ケアや障害者支援と事情が違うのかどうなのかというのはやはり検討する必要があると思います。

私も、うちの長男は知的障害で行動障害がありますので、かなり苦労してやってきましたけれども、やむを得ずに押さえることによって、その場は収まりますが、またそれが一つのきっかけになってもっと大きな行動障害を起こしていくという悪循環を繰り返してきたのです。私は再三繰り返してきましたし、周りでもそういう人たちをいっぱい見て

きました。だから、その場をしのぐということと根本的に改善に向けて取り組むのはやはりかなり落差のあることであって、その場をしのぐことによって行動障害をさらにエスカレートさせてしまうことをもっと重く考えなければいけないのではないのかなと私は思っております。

それで、障害者虐待防止法で身体拘束、行動制限を非常に重視して、厳しくそれを見るようになってきました。その結果、どうなったのかというと、やはり支援の現場は大変です。大変だけれども、その一方で強度行動障害の支援者養成講座とかが全国であちこち行われるようになって、現場のスタッフが必死になってこの研修を受けて、研究をして、今、改善に取り組んでいます。

グループホームでもかなり改善されるところがあちこちで出てきました。ほとんどパートさんだけでやっているところでも強度行動障害があって、支援区分6の人ばかりでやっているところだってあります。これは全部が全部そうとは言いませんが、行動障害を厳しく、やめていこうというものをスタンダードにすることによって現場でこういう改善が図られてきたのだと私は思うのです。医療の現場も虐待防止法の対象にしようと言うとすごく反対されますけれども、こういういい面もやはり見ていただきたい。そんなことを思っています。

もう一つは、津久井やまゆり園事件で神奈川県が検証委員会を設置しました。私もメンバーの一人です。津久井やまゆり園の中の記録をかなり詳細に見ましたが、19人が殺されたあの事件の後も延々と身体拘束されてきました。はっきりと記録上確認しただけでも25人されています。そのうちの3人は特にひどくて、ほとんど24時間、狭い居室に閉じ込められたまま、それが何年も続いていました。

現場も行って、それをやっていた職員さんたちからもヒアリングもしました。何でそれをやっていたのかと言ったら、ちょっとした行動障害を起こす、あるいは転んでけがをする。それで、家族からの要請を受けたりして、顧問の精神科のドクターにどうしたらいいか相談する、あるいは精神科の看護師さんに相談すると、隔離しておきなさいと。それで、薬を処方される。それで、車椅子に手足を縛りなさいと。けがをしないためにはそれが必要だというわけです。言われるままやっていたと言うのです。

私は、これは精神科のドクターや看護師さんが悪いとは思っていないのです。これは福祉側の敗北だと思っているのです。つまり、自分たちでやれないものだから、医療のお墨つきを得て身体拘束をしていたとことです。

事件の後、意思決定支援チームという外部の人たちが入って、つぶさに検証して、ひどい身体拘束をやめなさいということで、かなり強い議論の末に身体拘束をやめていった。その後、拘束されていた障害者はどうなったのかと言ったら、現場はそれなりに苦労しているけれども、拘束せずに普通に暮らしているわけです。車椅子で手足を縛られて何年もいた女性が別の法人に移って、今、地域で生き生きと活動しています。それはNHKが特集で放送して、それを見て神奈川県知事はびっくりしてしまったのです。津久井やまゆり園で

やられている支援は一体どうなのだろうということです。

翻って考えてみると、今、それなりに拘束なしでやっている方たちが何で何年間にわたって閉じ込められっ放し、あるいは車椅子で縛られっ放しだったのだろうかということなのです。今、福祉と医療の連携が非常に重要だと言われています。私もそう思いますが、一方で福祉と医療の連携という名の下でこういうことがこれから行われていくのではないかというのを私は恐れます。福祉が力不足で、スタッフが不足して、困って医療のお墨つきを得てこういう身体拘束に走るというのは今でもあちこちで起きているのではないのかなと私は思います。

津久井やまゆり園に行ったとき、非常にぐったりとして動きがない障害のある人たちがいっぱいいました。これは薬の過剰投与による影響ではないのか。そこは検証できていないのですけれども、それで、津久井やまゆり園とは別の精神科のお医者さんと話していたら、これは薬による化学的拘束ではないのか。このあたりは全くこれまで検証できていないのですが、やはりこういうことが連携の名の下に行われないようにしていただきたいと思います。

私などの立場でこういうことを言うと、やはり医療の専門職からは非常に反発されます。これまでもこの精神保健の検討会で、10年ぐらい前から私はいろいろなメンバーで度々出てきましたけれども、やはり非常に難しいです。障害福祉課の検討会とか審議会にも出ていますが、ここは独特の難しさがあって、外部からこういう批判に対してのハレーションが大きいし、逆に私たちが精神病院寄りの発言をすると今度はまた別のところから批判がされるということもあり、非常に議論が難しいです。

今、行動制限最小化委員会で、ここは主に医療の専門職で議論されていると思うので、ここの議論を、どんなものが出てくるのか。まず、この医療の専門家の中でこの問題をぜひ深刻な問題として議論を尽くしていただきたいと思います。その意見を尊重しながらよりよい方向を目指していければと思います。ただ、本当に今、障害者虐待防止法で研修や研究が進んできているのはやはりぜひ見ていただきたいと思っております。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、藤井構成員、よろしくお願ひいたします。

○藤井構成員 ありがとうございます。国立精神・神経医療研究センターの藤井です。あまりに重要なテーマばかりなので全てに意見を言うことは時間的に厳しいのですけれども、資料に沿って意見を述べさせていただきます。

まず、4ページの市町村の役割と精神保健福祉センター・保健所のバックアップについては北村構成員からも御意見があって、私もこれまでの検討会の中で何度か申し上げたので繰り返して恐縮なのですが、地域保健法の基本指針にこの件について盛り込んでいただくとか、長年改正されていない市町村、保健所、あと、精神保健福祉センターの業務運営要領の改正が必要ではないかと考えています。

次に、権利擁護の関係なのですけれども、研究班で検討した個別相談について資料に入れていただいております。

研究班での検討を通じて、まず、課題だなと感じたのが言葉の定義の難しさです。これは桐原構成員の御意見とも一部重なるところかもしれないのですが、意思決定支援とか権利擁護とかアドボケイトとか、それぞれの言葉がそれぞれ何を意味するのかというのは結構、人によってイメージするものが違うことが分かりました。

事務局資料の11ページのマル1でお示しいただいたような、精神科病棟入院の方への訪問などを通じた支援を普及させるということであれば、これは意思決定支援というよりは、どちらかというアドボケイトの活動に近いようには思います。意思決定支援という用語に関しては、これは日本語の意思決定支援と英語のSupported decision makingというものは使用される文脈が若干異なったりとか、あと、日本の医療の現場で意思決定支援というときには医療従事者が御本人の病状とか特性に配慮しながら、共同、意思決定を行うという状況が想定されたりもするので、いろいろな意味で使われたりするので、外部とのつながりをつくっていくということを重視するのであれば、どちらかというアドボケイトという用語のほうが近いのかなと思います。

アドボケイトする上で結構重要ではないかと私が考えていることとしては、アドボケイトは精神科病院とか、そこで勤務するスタッフさんとは敵対するものではないということです。これはアドボケイトを担う方も病院側も双方が認識する必要があるのではないかと思います。病院で実際に起きた虐待事件とかとセットでアドボケイトが語られることが結構多いことが関係するかもしれないのですけれども、病院関係者の中には、アドボケイト活動は病院を監視するとか、極論すれば糾弾するための制度なのではないかといったイメージを持たれている方もいらっしゃるかもしれないと危惧しているところです。結果的に病院の風通しがよくなることで虐待とかが起きにくくなるという、そんな効果も期待はできると思うのですが、アドボケイトというものは別に病院が悪いことをしているかもしれないから、それを監視しようとか、そういう意図で行うものではないと思いますので、アドボケイトが病院のやっていることを監視するための仕組みというふうに捉えられないようにしていくのも大事かなと思っています。

アドボケイト活動の先行事例として大阪の精神医療人権センターの活動は結構知られていると思うのですけれども、実際に訪問活動を受けておられる病院から何人かの先生からお話も伺ったことはありますが、病院関係者以外の視点が病院に入ることに望ましいといったポジティブな反応も結構聞かれました。ただ一方で、活動開始の当初はその活動の受入れをめぐって結構、様々な難しさがあったということも伺っていますので、病院側にはアドボケイトの趣旨も丁寧に説明した上で、決して病院を敵対視しているわけではないとか監視しようとしているわけではないということを分かっていたことや、アドボケイトを担う側もその点に留意しながら進めていく必要はあるのではないかと思います。

次に、16ページの医療保護入院の家族等同意についてなのですけれども、家族等以外が

同意を行う仕組みとすることは直ちに整備することは困難という状況も確かにそうなのだと思いますが、家族に多大な負担がかかっている状況を放置してもいいわけではないと思いますし、すぐには難しくても、医療保護入院の仕組みそのものの適切性に関しては検討を続けていくこと自体は必要だと思っています。

その上で、家族等同意の問題点として、16ページに課題として挙げていただいたような、御本人と御家族が疎遠の場合という状況とか、あと、家族への過大な負担ということ以外にも、これは岡田構成員も少しおっしゃっていましたが、家族が虐待加害者である場合という状況についても実は重要な課題として挙げられるのではないかと思います。

私どもの研究班で精神医療審査会の事務局から寄せられた対応困難事例の分析を行ったことがあるのですが、その中で虐待加害者を同意者とするに関連した問題が複数件ありました。そのほかにも、同意者ではない虐待加害者からの退院請求の扱いについても、これも複数件、難しかったということで寄せられていました。例えばDV加害者の配偶者から逃げている状態の方が医療保護入院となっている状況でDV加害者からの退院請求を受理すると、受理の連絡によって入院患者さんの所在地が請求者に知られることになるのです。こういうことも実際に複数起きているわけで、それらのことも踏まえて家族等同意とか家族からの退院請求の立てつけを考えていく必要があるのかなと思います。

17ページでお示しいただいた案では市町村同意の範囲を拡大される方向になっているかと思うのですが、市町村同意に関して公の場でその在り方が議論されたのは、私が知っている限りは、法改正後はこれからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会の医療保護入院等のあり方分科会ではないかと思うのですが、それぐらいで、法改正後の運用の実態は市町村に全国規模での調査は行われていないかと思っています。

先ほど辻本構成員がおっしゃったように、全国精神保健福祉相談員会が数年前に会員に対しての調査を行っているかと思うのですが、それ以外はなかったと思います。市町村同意となった場合の対応についても、本来であれば市の職員が本人の面会を行うべきところだと思うのですが、それをやっている市町村もあれば行っていない市町村もあるということで、ここの対応が統一されていない現状があるのではないかと思います。

そのように、全国的な運用実態が分かっていない状況ですので、辻本構成員の御指摘のとおり、運用実態を把握することも必要ではないかと思いますが、それと併せて、市町村の同意の業務を行う実務者の方にもまたぜひヒアリングを行っていただいて、丁寧に議論を進めていく必要があるところかと思っています。

あと、本人の意思に基づく退院後支援です。これは廃案となった改正精神保健福祉法案の国会審議の際に、法案提出当初は実際に事件の再発防止策というふうに明記されていたこともあって、その後、再発防止策でないという訂正はあったのですが、やはり実際には再発防止策なのではないのかという疑念を抱く方がいらっしゃるのでは、これは当然といえば当然と言えらると思います。

退院後支援ガイドラインについては、私が代表を務める研究班でベースとなるガイドラ

イン案を作成させていただいたのですが、その際に研究班内では、このガイドラインは事件の再発防止策ではなくて、地域での包括的な支援を必要としている人に対して、入院当初から病院と地域の関係者が連携して、本人のニーズに応じた適切な支援が受けられるようにするためのものだということ、それによって地域精神医療の質の向上を目指すというコンセンサスは得られていたのです。辻本構成員も研究班にいらっしゃったので覚えておられるかと思うのですが、つまり、多くの地域ではそのような包括的支援体制が十分に整っていないので、その状況を改善するためのガイドラインであることは当初、全員に確認して、当事者の方とか御家族の意見を伺いつつガイドラインの作成を行った経緯があります。

ガイドライン研修の中でも、ガイドラインを踏まえた個別の支援を丁寧に行うことで地域全体の連携構築につなげていこうということ。それによって、ガイドラインの対象となっていない方についても必要な連携ができるようにする。そういうことを繰り返し申し上げているところですので、退院後支援が津久井やまゆり園事件と結びつけられてしまうことで一生懸命、地域支援を行っている方が誤解されてしまうということはあってはいけないことだと思います。そのような疑念が残ったままでガイドラインに基づく支援が継続するということが望ましくないのは明らかですので、事件の再発防止を契機としたものではないということなども明記した上で必要な改定をしていく必要があるのではないかと考えています。

もう一つ、退院後支援についてなのですが、22ページに「患者の入院形態を問うことなく、支援を受けられるようにしてはどうか」という記載がありますけれども、これは現行のガイドラインでも入院形態は問わずに支援を行うことは想定されています。ただ、ガイドラインに基づく医療を提供しても診療報酬上の評価は措置入院の場合のみであり、これは桐原構成員の御指摘のとおりですけれども、ガイドラインとの乖離があります。

実際に、この希望する方全員に退院後支援を行うとなったら、これも辻本構成員が御指摘のとおり、マンパワー上の問題が非常に大きいこととなりますので、多くの地域では現行では実行可能性などの観点から、措置入院の方に限定してガイドラインに基づく支援を提供されていることが多いのですが、それでもマンパワーが足りない状況ですので、希望する方に支援が届くようにするためには財源とか人材確保のことと一体的に取り組んでいく必要があるのではないかと思います。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、太田構成員、よろしくお願いたします。

○太田構成員 太田匡彦です。どうもありがとうございます。前回の平成27年前後に行われました検討会でも非常に重たいテーマだったので、重たいテーマただけに発言も困るのですが、やはり少しは言っておかないといけないだろうと思う論点がありますので、お伝えしたいと思います。

まず、今日の資料ですと、11ページにあります意思決定支援の問題です。それから「代弁者」あるいは擁護者との関わりの問題です。

まず、これらの概念がはっきり分かれるというよりは多分、連続的なものであろうと思います。例えば非自発的入院をさせられた。それで、どうするか。とことん争うのか、無理なケースも多いのでしょうけれども、少しは考えるか。争うか否かも含めて意思決定というものは必要なもので、そこは連続的なものであろうと私は思っております。

その観点から重要なのは、「代弁者」あるいは意思決定支援者・擁護者というものは、初めからけんか腰の人は「代弁者」としても不適切だと思うのですが、しかし、場合によっては医師と闘うことになっても患者の側にいることが患者の側から信頼できる、信頼してもらえそうな構造を持っていないといけないだろうということです。

私は、その観点で、今日お配りいただいた資料で気になっているのは10ページと11ページにある微妙な書き方の差異で、10ページのこれからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会、前回の検討会では医療機関以外の第三者によるという形で、外部性、距離を明確に示したスタンスになっていました。ところが、今日の11ページは支援の担い手のところに外部性あるいは医療機関以外というものを明確には書いていないのです。ここら辺に意思決定支援と擁護、代弁との間の連続性で前者にずれ込んでいっている感じがあります。私としては、やはりここは外部性が必要だということ、これが重要なのだということは何もう一度強調しておくべきではないかと思う次第です。

その上で、他方において意思決定支援、あるいは支援をする際の、精神病患者の方の意思の在り方と権利擁護、あるいは支援、代弁との関係も問題になります。つまり、そういう支援してほしいという意思表示がないと、これは支援しない、あるいは権利擁護しないということでもいいのかというと、そうではないだろうと思うのです。

まず、前回の検討会などでも、前回というのは前のこれからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会ということですが、そこでも議論にはなったのですが、意思表示をしない、できないような精神障害者の人たちが権利擁護の対象でなくなるのは変な話であろうと思います。これは言わば職権的に、つまり、患者側の意思表示があるかどうかとは関わりなく、擁護する、代弁するという、だから、代弁というよりも権利擁護という最低水準は必要になってくる局面であろう。

もう一つ、その観点でいくと、今日のお配りいただいた資料で気になっているのは22ページの退院後支援などです。これはやはり希望する場合となっているのですが、これはさきに藤井構成員などもおっしゃったように、今のガイドラインは取りあえず措置入院を対象にしている。これは多分、規模感、要するにこの程度ならどうにかできるのではないのかというか、せめて、この程度はどうかしてほしいであって、希望するというのがそれほど重要なのかというのは私には疑問があります。

変な話ですけども、非自発的に無理やり強制的に入院させておいて、その後、退院後支援を希望しないから退院後計画もなし、退院の計画も退院後支援の在り方も考えないと

というのは強制的に入院させた側の態度として非常に無責任ではないかと思えます。やはり強制的に入院させるなら出口戦略も考えるべきであろうと思うので、つまり、権利擁護とか意思決定支援というものは必要ですが、それが必要な人を決めるときに患者の意思を今度キーワードにし出す必要があるのかどうかというのは局面を考えてもう少し慎重に考える必要があると思えます。

次に、医療保護入院のことです。医療保護入院に関しては、確かに必要性からいろいろと私も腑に落ちていないところはあります。正直、行政法学者としてみますと、措置入院のほうが腑に落ち、医療保護入院については必ずしも腑には落ちないのですが、お医者さん方のなさる説明が理解できないわけでもありません。病識がない、しかし、早期に入院治療しておけば助かるケースもあるのだと言われれば、素人としてはそれはそういうものなのかなど。だから、そこについては、そうであればまともな手続でやってもらうように方向を法律家としては論点を変えて考えざるを得ないことになります。

その中でやはり前提になるのは、これは患者の同意が得られない、つまり、患者の意思に基づかず自由を拘束するということですから、指定医の一人の判断で入れるということはありません。それは誰かが必ずチェックしないとイケない、そういう発想です。

その際に誰がチェックをやるのか。正直、家族も市町村長もベストだとは私は思いませんが、ほかにいないのが現状だろうと思えます。私にとって一番のベストは、正直言うと、目的が違ふし、要件も違ふけれども、指定医が2人で診察することです。要するに措置入院と同じ手続を使うのが、現在の制度からちょっと変えるだけですむ、慎重ないい手続ではないかと思っていますが、これは前も言ったときからして、指定医が足りないと言われて、あつという間に論点から落とされるオプションのようでございます。

そのときに、何で家族や市町村長なのか。結局、必ずいそうな人がそれしかいないからで、精神障害者が必ず関係を持っていそうな人は血のつながっている人か、その住んでいるところに位置する地方公共団体か、どちらかだという、この程度の正当化しかできないだろうと私は正直思っています。そうすると、家族と市町村長、どっちがましか。恐らく情報を持っていて、もう少し真面目に考えてくれそうなのは家族なのではないかと考えるのだろうと思えます。

ただ、もちろん、それは家族にとって非常に負担をかけることであるのは間違いない。家族は家族で自由で、自分の利益を追求する人たちであっていいはずで、別に精神障害者のためだけに存在するわけではない。

それから、そのことはもう一つ厄介な問題をもたらして、これも既に指摘があったことですが、家族が精神障害者のことを考えて同意するかどうか判断する保証が何もない。つまり、利益相反的に、あるいは家族の利益を考えて同意するか同意しないか判断してしまう可能性がある。言葉は悪いですが、言わば自分から距離を取ったところに行ってしまう。あるいは藤井構成員の話の伺って、やはりさすが人間だと思いましたが、自分が虐待したくて入院に同意しない可能性さえ考えられるわけです。そうすると、



家族の同意をベースにするのだったら、この手当てを考える必要はあります。

この際、私は、今日出てきた疎遠の場合はどうするかという論点提起は、家族と本人との関係を精密に考えるという方向ではいい論点提起だと思うのですが、私はこれはこのままでは使えないだろうと思います。まず、疎遠かどうかを客観的に決めるのはやや難しい。疎遠であるための条件を法に客観的に書き込むのは難しいです。2番目に、先ほど言った家族の中立性、あるいは患者の利益に対する家族の誠実さをどうやって確保するのかという観点からすると、これは疎遠かどうかとは関連しない。疎遠でない家族ほど危ない可能性もあります。自分の利益がより重要になるから、より分かってしまうからです。

だから、私はその観点から、結局は判断したくない家族には判断させない。そこは判断を要求しないということと、判断させてはまずいタイプの家族は判断者から除外すること、これらを精密にやっていく以外にないだろうという気が直感的には今のところはしています。その点で、廃案になった法案にあった、結局、前回の検討会から私もあまり考えは進んでいないのですが、嫌だという家族、同意するかどうか判断できない、判断したくない家族は市町村長へ判断を先送りする、この権利を認めることが必要ではないかと思います。

同時に、次の問題として、市町村長に同意をするかどうか、まともな判断をしてもらうためにどうするかというふうに論点を考える。家族から、先送りする際に、家族が知っている情報を市町村長に与え、市町村長というよりも市町村の福祉部局なのですけれども、そこに与えてもらうとか、そういうことをやる等々の対応を考える必要があるだろうと思います。

関連して2点申し上げますと、家族以外の者の同意はどうか。これは非常に魅力的な論点です。とりわけ、あらかじめ精神障害者の人が、この人が同意したのだったら諦めるという形で支援者を誰か登録しておくのは魅力的なアイデアなのですが、私がよく分からないのは、医療保護入院をせざるを得ないときには同意を与えていないこととの関連です。要するに、この時点では本人は嫌がっているわけです。そのときに、その本人が昔行った登録者に聞いて同意してもらうという、その昔のこの人なら信用できるという、この患者の意思は入院を拒否している、この現時点において意味を持つものだと扱っていいのかが私には正直分かりかねます。そういうことであれば患者の意思ではなくて、もっと客観的な基準で決められた他人が決める以外ないのではないかという気がして、若干不安があります。

その際に、もう一つ言っておきますと、家族の同意で家族が責任を負っている、責任を負った心持ちになるのは十分理解できますが、今日話を聞いていて若干疑問に思ったのは、法的な立てつけからすれば医療保護入院の責任者は指定医です。指定医が法律によって国から権限を与えられて、必要性を判断して、家族にチェックしてもらっているだけです。だから、家族の責任の下、やっているのだと指定医の方が言われるのは、私はおかしいと正直思います。これは指定医が御自身の責任でなされた判断であるべきです。それが

家族も説得できる合理的なものであった。それだけのそういう制度だろうと思います。

もう一つ、措置入院についても言われるのは医師だけでいいのかという問題です。身柄を拘束しますので、裁判官、法律家がしばしば動員されます。魅力的なのですが、私は他方において、医者の方のやっている判断を法律家が否定するのは実態的にかなり困難だろう、むしろ、お互いにそこは専門職で、医者の方の裁量的判断を尊重する方向に動くだろうと思います。

ただ、法律家ができるのは、医者に与えられた基準を医者は誠実に適用したのかという、その部分について法律家は関与できるだろうとは思いますが、その手続的なチェックでいいのであれば法律家を関与させることはあっていいだろうと思います。これが事前であるということも意味がありますが、それだけの余裕があるのか、時間的余裕が与えられているのかというのは今後さらに詰めて検討していただきたいと思っています。

時間がなくなってきたので、最後は、はしよりながらになりますが、隔離・拘束について、この点はもはや必要最小限であるべきだということについて誰も争っていないのだろうと思います。

ただ、どうして、その必要最小限とみんなが考えられるラインを確保するか。実際のところ、それ以上にやっているのではないかと皆さんは疑っている。ですから、これは正直、心構えを言っても意味がないというか、人権が大切であるというお題目から先に行けないのは法律家として一番むなしい結論でございますので、どうにか制度化する必要がある。そのためには、やはりもうちょっとデータを分析していただいて、教えていただきたいと思っています。

例えばどういう病院、具体的にはどんな診療報酬上の扱いを受けている病院かで結構なので、どんな病院でやはり隔離・拘束が多いのか、どんな病院なら少ないのか、あるいは病院の種類と関係ないのか。関係ないのであればあまり診療報酬をいじっても仕方ないかもしれません。そうではなくて、患者の特性、というよりも、先ほどおっしゃった症状以外にも身体的な、体の大きさとか年齢とか、そういうものも含めたものによるのか、どういうところで隔離・拘束が起こって、どういうところでは対応できているのかというものをもう少しいろいろな分析をして、客観的なデータとして教えていただけないだろうかと正直思います。

最後、虐待でございますが、これは論外であるのは論をまたない。この点も皆さんは争われないだろうと思います。

私はやはり、この点は度々、誰かが見に行くという、外部の人が入る、第三者の介入機会を確保することが重要ではないかと思っています。どうしても虐待してしまうのであれば、これは迅速に発見して、迅速に制裁を加える以外の対応がないわけですから、そういうことであれば発見の機会をたやすくする、あるいはそこからの予防効果を狙うということで第三者の介入機会を確保する。そうなると、これはやはり外部性が非常に重要になってくるのであって、患者の意思かどうかを問わずに、職権で患者を守る第三者、外部者が必要

だろうと思います。

これは本来、制度的には行政の監督であるべきかもしれませんが、行政がそんなに余裕があるのではないことも自明のことでございます。そうなりますと、やはり意思決定支援、「代弁者」と言われる方が外部性を確保しながら折に触れて入っていく仕組みをつくっていく以外ないだろう。だから基本は、桐原構成員がおっしゃったのは、その意味では私は理解しやすいベースだろうと思いつつながらお伺いしていた次第でございます。

長くなって申し訳ありませんでした。以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、田村構成員、よろしくお願ひいたします。

○田村構成員 日本精神保健福祉士協会の田村です。よろしくお願ひいたします。皆さんの話を伺っていて、本当に大きい話なので、この短時間でどう詰めるのか、すごく難しいと感じています。

今回出された論点は、精神保健福祉法の改正を一定程度もくろんだ上で示されていると理解しているのですが、私たちソーシャルワーカーの立場からしますと、やはり精神障害のある方々、精神疾患のある方々の権利擁護と、それから、御本人が望む生活を実現することのためにこの法律がどう生かせるか。そういう発想に立っています。特に今回は、地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会の中で議論されているので、そのこととも絡めて考えますと、やはり精神科病院にたとえ入院したとしても安心できる、そして、自分の健康の回復とか病気の治療をお任せすることができるような精神科病院を、今ももちろんあると思いますが、どうやってそれを増やしていくのかということだと思つています。

それより明確にするには精神保健福祉法の目的を修正できればと考えます。現行法では「医療と保護」と表現されていますが、この「保護」という考えがあるがゆえに御本人の意思によらない入院が不必要に行われる懸念もあるので、表現を変えて、例えば「権利擁護」を目的とするように、まず、法律の目的を考え直してもいいのではないかと思います。

その権利擁護の観点にたつと、強制的な入院の在り方ですが、この制度をどうするかということと、手続で権利をどう担保するかという話になっていくと思うのですが、今回、特に議論に上がっている医療保護入院については家族等の同意のところ非常に曖昧で、御家族との利益相反がある中でも同意者になることが可能だという制度の立てつけは、やはり見直す必要があると思つています。

もう一つ、ほかの方々からも出ていますが、市町村長の同意についてです。こちらは通常、利益相反はあまり起こり得ないとは思つていますけれども、一方で御本人のことを入院以前に知っているはずのない人しかほぼ関わらない仕組みなので、医療機関が入院と言えば追認する形で手続がなされていると思つています。

先ほど辻本構成員、藤井構成員もおっしゃられていたように、全精相が数年前にアンケート調査をなさったということですが、それぐらいしか実態把握がきちんとされていない

かと思しますので、改めてつぶさに把握していただきたいと思います。要は市長同意の手続のあり方と、その業務の担当者がどういう方なのか、実際に市町村長同意を行った後に、その首長さんもしくは自治体職員がどういう関与をしているのかについて実態としてさまざまです。例えば入院後速やかに面会に行っているところも中にはあると聞きます。

私が精神科病院で働いていたときにも、医療保護入院者には必ず担当の保健師や精神保健福祉士が会いに来てくれる仕組みを持った自治体もありましたが、それは珍しいパターンでした。電話を1本入れて同意依頼の文書を送れば後日、郵送で同意書が届くのみだった自治体のほうが多かった印象です。それで本当にこの資料に示されている役割、家族等のような機能が果たせるかといったら、それはやはり無理だと思います。もし、このような機能を期待するのであれば手続をもっと明確にしなければいけないと思います。

ただ、そもそも、「入院することを本人に代わって同意することではなく」と15ページに書かれていて、先ほど岡田構成員もこれは初めて見ましたとおっしゃっていたのですけれども、一般的に御家族に医療保護入院の同意書を取る説明をするときには御本人に代わって同意していただくのです、と説明されているのではないかと思います。つまり、この医療保護入院の中で家族等に何を期待するのかということが、あり方検討会のときからですが、どこまで期待するのかが非常に曖昧で、かつては、病院によっては退院についても同意を保護者等に取らなければいけないと誤解されていましたし、今で言えば家族等から退院の同意も取らなければいけないという勘違いをしているところもないわけではないので、きちんと整理しなければいけないと思います。

今回の議論の中で、法改正としてやるべき部分と診療報酬等の縛りをつける部分、また、通知や省令等でいける部分はもちろんあると思うのですけれども、どの範囲が法改正でやらなければいけないところがよく分からない面もありますので、今度、資料でお示しいただくときにそのあたりも分かりやすくしていただけるとありがたいと思います。

それから、権利擁護という発想で精神医療審査会について申しあげます。これは前回の法改正で少し見直されたと思いますが、その後、精神医療審査会の機能が向上して強化されたのかどうかについても調査研究等がされているようであればお示しいただければと思います。退院及び処遇改善請求等が行われたときに、結果が出るまでにやはり1か月ぐらいかかってしまうといったことは全然珍しくないわけで、それで本当に権利擁護の機能が果たしているのだろうかという疑問もありますし、一方で、精神医療審査会も人数の少ない中でたくさんの書面審議もしなければならなくて、とても御苦勞は多いと聞いていますので、このやり方で十分なのかどうかはもっと検討しないといけないと思います。

それから、虐待防止という観点に関しては、桐原構成員や野澤構成員もおっしゃっていましたが、虐待防止法の通告義務として精神科病院も加えていくことを考えていいのではないかと思います。

ただ、それをしてただけでは実際に中で虐待が行われているときに発見するというか、被虐待者が自分で通報することは、これは資料にも書かれているように相当難しいと思いま

す。虐待はある日突然起こるわけではないです。それまでいい働きをしていた職員さんが突如虐待する側に回ってしまうというよりは、やはりヒヤリハットのものが複数、または恒常的に行われていて、そして、それが一線を越えて虐待という行為になっていく。その白黒をはっきり線引きもできないような、そういう現象なのだと思います。それをしない土壌をつくっていくことは、やはり病院の中ですから、医療従事者として職員全員がそういう意識を常に持つことが必要で、そのための研修の必須化も有効だと思います。

そうすると、先ほどから出ていますように、外からの目が恒常的に入ることによって、ここは病院なのだという認識を従事者側もしっかり常に持つよう、何とか意識啓発していくことが必要ではないかと思います。あと、行動制限は最小化委員会の設置がありますが、虐待防止委員会のようなものも場合によったら仕組みとして設けて、それも診療報酬上の基準にするとか、そういったことも考えてもいいのではないかと思います。

それから、隔離・身体拘束に関して、それ自体は医療行為の中で行われていて、それが虐待というわけではないとは言われますが、仮に安直に行われてしまったりしていると、これもいつしか不必要にその人の体を拘束することになり、虐待という行為になってしまうので、線引きは難しいと思うのですが、隔離や身体拘束の判断をする際に仕組みをもう少しつくりませんか。チェックシートをつくるなり、やっているところもあると思いますが、隔離・拘束を行ったら必ず届出をするとか、それに関しては何日以内に外部の医師の診察を受けるとか、現実的に難しいところもあるとは思いつつも、ハードルを上げるよう検討してもいいのではないかと思います。

また、任意入院に関してですが、これは本人の意思で入院しているので治療の意思があるわけですが、隔離・拘束はしてはいけないという規定にはなっていないわけで、任意入院の方でも隔離・身体拘束されていることは現にあるわけです。これは整合性は取れるのでしょうか。隔離・拘束されているときにもそういう治療形態を希望しているのかどうかということです。自分で治療を希望して入院している方たちなので、その治療法についても説明を受けて同意していることが原則だと思います。閉鎖的な処遇に関しては同意を取っていると思いますが、隔離・身体拘束についてはさらなる仕組みの整備が必要ではないかと思います。

ちょっと網羅的に雑駁に話させていただきましたが、法改正のためのスケジュール感もお示しいただき、論点1つずつについて、回を分けて今後検討できるのかどうかについて事務局からお示しいただければありがたいと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。今回だけで議論を打ち切りなどということはあり得ませんので、何回か発言の機会はあるかと思います。

若干時間が迫っておりますけれども、神庭構成員、よろしく願いいたします。

○神庭構成員 ありがとうございます。僕からは簡潔に2点ほどコメントしたいと思います。

1つは、今日、桐原構成員からありましたアドボケイト制度化のお話に関連しまして、日本精神神経学会もアドボケイト制度を導入することを非常に強く要望するという見解を今日の午前中に発出しております。この情報をお伝えしておきます。学会のホームページに見解が掲載されております。できましたら、次回以降のこの検討会でこの見解をまとめた委員会の方から詳しく説明をさせていただく機会を与えてほしいと思っている次第です。

もう一点は、拘束の問題なのですが、資料の27ページに行動制限最小化委員会の実態調査を行い、委員会マニュアルを作成するとございますが、もちろん、これは大切な取組だと思えます。ただ、この委員会のマニュアルを作成すればそれで事足れりとは僕は思っていないのです。先ほど岡田構成員がおっしゃっていましたが、拘束の少ない施設、多い施設。日本は海外に比べて多いと言われていますが、それでも県によって20倍ぐらいの開きがあるのです。なぜ、こういうバリエーションが生まれるのか。これを検討していくことが大切です。

そして、特にモデルとなるのはニュージーランド、オーストラリアなのですが、なぜ、あの国々では実際に拘束が少なく、重度の患者さんたちをケアできているのか。この辺のもう少し広範な調査、国内だけではなくて国を超えた調査をして、そのデータを私たちは持っている必要があるのではないかと思うのです。そのデータに基づいて、本来、重度の精神科の患者さんを、拘束が必要な状況も含まれるような方々をどのようにケアしていけばいいのか。こういった中長期的な目標がエビデンス・ベースドに構築できるのではないかと思います。国連の障害者権利条約は拘束ゼロをうたっているわけで、そこに向かって政策を進めていってほしいと強く願っております。

学会の見解の最後には、良質な精神科医療を提供している多くの者にとっては、何で、このアドボケイト制度が必要なのだと不愉快な気持ちになられるかもしれません。精神科医療が閉鎖的であって開かれていないことによって社会から誤解されている面がある。その誤解を解くために、広く精神科医療を理解してもらうために必要な手段なのだということを述べて終わっておりますけれども、ぜひ社会から正しく理解されるような精神科医療体制を築いていってほしいと願って僕のコメントを終わりたいと思います。

ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、江澤構成員、よろしくお願ひいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。資料2に沿って幾つか意見を述べたいと思います。

まず、11ページの患者の意思決定支援についてでございます。

一般的に、医療現場における患者さんの意思決定支援の在り方としましては、本人の意思を最大限に尊重するために、医療・ケアチームが合意を形成する意思決定支援のプロセスを重視して取り組んでいます。仮に合意が形成されない場合は第三者に委ねることとされています。そして、その話合いのスタンスとしてはパートナーリズムでもなく、情報提供型モデルでもなく、相互参加型モデル、いわゆるShared decision making、略してSDMと申

しますが、そういったスタンスが推奨されています。そして、本人の意思が確認できない場合は、事前指示についての確認の後、本人の意思を推定する者とともに、医療・ケアチームは本人の推定意思を尊重し、最善の方策を取ることとなっています。

また、意思決定を行う上で倫理的な規範から見た根拠といたしましては、自律尊重の原則、与益最大化の原則、無加害原則、公平・正義の原則。いわゆる、4つの医の倫理原則に基づいておりまして、これらの原則に基づく意思決定支援の在り方は最善の選択を行う上で重要な根拠となっています。したがって、意思決定支援の場において医療・ケアの担当者が一緒に介在しないことは一般的には想定されていないことであります。先ほどから申し上げているプロセスを重視した取組につきましては、既に一般の入院医療や在宅医療、あるいは介護保険施設等でも報酬の算定要件に導入されているところでございます。

つきましては、この12ページにポンチ絵が出ておりますけれども、個別相談員等の第三者が入ることは是非進めていくことでありますが、ここでは病棟スタッフが病棟との日程調整、そして、内容については事後報告等のイメージとなっておりますので、一般的な意思決定支援の在り方からすると少し理解しにくいのかなと感じております。

続きまして、17ページの医療保護入院につきましての同意に関するところでございます。

記載されておりますように、何よりも本人の希望に加えて意思の尊重が極めて重要であると思っております。本人が第三者に委ねない限りは、意思は本人以外が代弁できるものではありませんし、あくまでも本人に帰属するものであります。したがって、同意者がふさわしいのかどうか。先ほどの意見にもありましたとおり、当然、家族でも利害関係がある場合もありますので、同意者がふさわしいのかどうか。そういった視点も踏まえながら、そして、市町村の同意についての課題はもう少し深掘りして慎重に検討していくべきではないかと思っております。

続きまして、22ページ、患者の意思に基づいた退院後支援についてでございます。

これは「対応の方向性」の最後に「警察は会議に参加しないこととしてはどうか」という記載がありますが、地域包括ケアシステムにおきましては主役は地域住民であって、全ての関係者・関係機関が総力を挙げて地域づくりに取り組むものでありますし、そもそも、規範的統合を前提としていますので、地域包括ケアシステムの構築の観点からいくと、1つの組織を除外すること、そういった表記についてはなじまないのではないかと考えています。

続きまして、27ページの隔離・身体的拘束の最小化についてでございます。

介護分野では、高齢者虐待防止法を背景として、身体拘束はよほどのことがない限り現場では、今、ゼロとなっております。我々はそういった成功体験を経験してきたわけがあります。

その参考としまして、33ページ。まず、介護報酬に関しましては減算要件、そして、その下のほうにあります。取組の要件が設けられております。

そして、34ページ。ここに、これは極めて重要な内容ですけれども、この3要件がそろ

った上で初めて拘束を行うかどうかを検討する。そして、その適正な手続の最初のところに、その判断については担当の職員やチームでも駄目だということになっておりまして、施設全体で判断する必要があると明記されています。これは私も非常に歓迎しておりますが、こういったことで、これは医療現場にも十分応用が可能であると思っておりますので、をぜひ参考にして取り組むことも重要ではないかと考えております。

特に、この中の「2. 非代替性」。ここは非常にスキルや経験値の差が出やすい部分でございますので、このあたりは研さんによって力をつけていく部分だと思います。よく言われる人手不足とかというものはなかなか理由にはならないと考えておりますし、こういったことを組織全体で取り組む。そして、経営者、管理者、即ち、理事長、院長等のリーダーシップの発揮は極めて効果的であると思っておりますので、組織としてどう考えていくのか、自分自身だったらどうであるのか、あるいは自分の大切な家族だったらどうであるのか。そういった非常に分かりやすい観点からも組織で検討していくことが重要だと思っております。

続きまして、38ページの虐待の防止についてでございます。

令和3年度の介護報酬改定においては、虐待防止の取組が全ての事業所に義務化されたところでございます。先ほどもございましたが、障害者虐待防止法の通告義務の範疇に医療機関をやはり含めていくべきではないかと思っております。

ここに記されているものには、犯罪というふうに書かれておりますので、犯罪は罰せられるべきもので、論外であります。自主的な取組として虐待防止のための委員会の設置、指針の整備、マニュアルの作成遵守、あるいは院内研修の実施。こういった日頃の取組が極めて重要であって、そのことによって、あるべき組織風土をいかに構築していくのか。そういった視点で検討していただければと思っております。

最後に、本日の内容も全体的にかなり診療報酬との整合性を図る部分がかなりあるかと思っておりますので、そういった視点でもまた検討いただければと思っております。

以上でございます。ありがとうございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、森構成員、よろしくお願いいたします。

○森構成員 精神保健福祉事業団体連絡会の森と申します。時間的なこともありますので、一言だけ述べさせていただきます。法的なこととか諸外国の事情などについては御指摘・御教示いただくことをお願いして、意見を述べさせていただきます。

今回、地元の自治体の第7期の保健医療計画を拝見しましたところ、気になる点がありました。精神疾患対策の記述の中で措置入院者数が自治体間で大きな格差が見られます。なぜ、このような現象が起こるのか、現場の人たちの意見を伺って考えてみました。診察する指定医の考え方とか質的な違いが要因であるとは考えにくいですし、社会的な要因も考えにくいと思っております。

では、警察などが絡みやすい面がありますので、警察側の対応の相違かと考えて調べて



みましたが、逆に警察からの通報件数は多いのに、措置入院患者数は少ないという現象が現れていました。

現場の人たちの意見としては、措置の診察、すなわち、指定医の診察に至るまでに大きな壁があるとのことでした。通報や申請を受理する保健所の判断がフィルターとなっているのが要因だと考えられます。指定医の診察の前に行政の判断が、一人の人権に制限を加えるか否かの判断が大きく左右するという、何か釈然としない現象が起こっているようです。

病院の風通しをという意見があちこちで言われていますが、決して病院だけではなく、精神障害者が関連するような、こういう行政の部分でもやはり何らかの風通しのよさを求めていかなければいけないのではないかと思います。

医療保護入院につきましても、家族の同意とか市町村長の同意という指定医の判断に後押しするような形の制度で、非自発的に人権に制約を加える制度ではありますが、障害者の権利条約第17条のインテグリティ、不可侵性を尊重する視点から考えると、行政の判断が大きく影響する制度であることに疑問を感じます。

外国では司法の判断が加わるような制度設計がされているやに聞いております。やはり11ページにも記載されているように、人権に制約を加えるには何らかの形で、医療機関などから独立した第三者とか、望むらくは司法の判断が加わるべきではないかということをおもいました。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、柑本構成員、よろしくお願いいたします。

○柑本構成員 東海大学の柑本でございます。時間も過ぎてしまったところで申し訳ないのですが、幾つか私の意見を述べさせていただきたいと思っております。先生方が既に御発言されていらっしゃるので、重複する部分については割愛させていただきたいと思っております。

まず、患者さんの権利擁護支援についてですが、かつて精神保健法ができた後に、国際法律家委員会（ICJ）の第三次調査団が来た際の報告書には、患者さんに対する人権侵害防止のために、権利に関する情報提供、精神医療審査会への請求等に関する援助を行う、病院とは独立した存在であるペイシェントカウンセラー制度の創設が必要であるという勧告がなされておりました。そして、その役割として、患者さんと病院スタッフとの意思疎通を容易にするための仲介役となることも期待されておりました。これは先ほど藤井構成員が述べられていた点に通ずるのではないかと思います。

我が国でも、既に精神・神経医療研究センターの医療観察法病棟におきまして類似の取組が行われていました。そこでは定期的に弁護士さんと東京精神医療人権センターのスタッフの方が病棟を訪問し、病棟スタッフから独立して対象者の方の悩みを聞いて問題解決を図り、対象者と病棟スタッフとの意思疎通を支援し、必要な場合には弁護士さんが退院請求、処遇改善請求などの手続の支援も行っておられました。

私自身がちょうどその当時、病棟の真向かいにありました研究所の研究員をしており、患者さん、御家族の方の権利擁護講座のお手伝いをしていた関係もあって、人権センターの方と弁護士さんの訪問のときに同席させていただいたりしたので、ずっとその様子を見ていたのですけれども、人権センターの方は特に精神保健福祉士であるとか社会福祉士であるとか弁護士といった資格を有している方ではありませんでしたが、本当に患者さんに丁寧寄り添って上手にお話をきいておられました。

そういった私自身の個人的な経験からではありますが、支援の担い手につきましては、資格を持っていらっしゃる方がなられるのは、とてもいいことだと思うのですけれども、特定の有資格者に限るのではなく、相当のトレーニングを受けていただいた上で患者さんの支援団体のスタッフであるとか幅広い人選を可能とすべきであると考えております。それが一点です。

2点目につきましては、医療保護入院制度における権利擁護についてです。医療保護入院制度自体の是非、改正の必要性については述べたいことがたくさんあるのですが、それを申し上げてしまうと時間が大幅にオーバーしてしまうので、今日は告知に関してのみ意見を述べさせていただきたいと思えます。

入院患者さんへの告知に関して、御本人には、なぜ自分が自由を拘束されるのか、入院させられるのか、その理由は知らされるべきでありますから、入院を行う理由を追加することには当然賛成です。

ただ、この告知につきましてはもう一步進んで考えていただきたい点がございまして。精神保健福祉法上の告知は、内容に退院請求権、処遇改善請求権を含んでおりますので、権利を知らせることに意味があるわけであり、本人が権利を行使できるような状態で告げなければならないということだと考えられます。

現在、医療保護入院につきましては告知の延期の規定がございまして、そのような趣旨を踏まえたものだと考えられます。もちろん、即座に権利告知はすべきであり、延期の規定は最後の手段として用いられるべきであります。そこで、臨床の現場では、すぐに告知できない状況にあると判断された場合には、先生方は患者さんたちに対して告知を何度も試みようとしてしていると聞きますし、御家族も請求権者でありますので、御家族にそのことを伝えられていると伺っております。

ただ、これはあくまでも現場の先生方の自発的な努力によるものでありまして、本来であれば、法は患者さんに直ちに告知が難しい場合のための手当て、すなわち、患者さんの権利擁護者の役割を果たすべき人への告知を義務づけるような制度を設けるべきだと考えております。これは御本人への権利告知もためられるような状況での権利擁護の問題になるわけですが、ちょうど今回の検討会では患者さんの意思決定支援、権利擁護が課題として挙がっておりますので、ぜひこの点も併せて考えていただきたいと思えます。

さらに言えば、措置入院の患者さんにつきましては、このような考慮はなされておられません。そのため、書面をただ渡すだけという形骸化した対応が行われている可能性も否定

できない状況にあり、この点を先ほど鎌田構成員もおっしゃっていたかと思います。したがって、措置入院患者さんへの告知につきましても同様の検討をしていただきたいと思います。

それから、同じく強制入院患者さんの権利擁護という観点につきましても、ぜひ措置入院の事後審査ということを法律上規定していただきたいと思います。

最初の検討会でも申し上げたことではありますが、これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会でもこの点は課題の一つとして掲げられておりました。措置入院時について精神医療審査会における入院の必要性の審査を遅滞なく行うことをぜひ検討していただきたいと思います。これは精神保健法ができて以来の本当に長きにわたる課題でございますので、ぜひ今回、検討に加えていただきたいと思います。

そして、医療保護入院の事後審査が「遅滞なく」行われているのかという点につきましては、先生方から御指摘がありますように、なかなか人的な問題もある中で難しいと思うのですが、やはり1か月近くかかる事態は遅滞なくというところには当てはまらないのではないかと思います。そうしますと、精神医療審査会の充実・機能強化も併せて、ぜひ検討していただければと思います。

隔離・身体拘束の適正化につきましても、先生方が述べてくださったことに特段付け加えることはございませんが、ただ、やはり外部の人間を交えた審査会といいますか、倫理委員会といいますか、そういったものの創設を御検討いただければと思います。

それから、虐待防止に係る取組についてですけれども、精神病院におきまして患者さんへの虐待行為が次々と起きていた1990年代の後半。そういった事態を踏まえまして、1999年の法改正におきまして、指定医が不適切な処遇を発見したときには管理者に報告することという37条2の規定が設けられました。そこでは指定医の先生方に病院全体の入院患者さんへの権利擁護者の役割が期待されたわけです。

しかしながら、これはあくまでも指定医の先生方がそういった問題を把握した場合に限られますし、報告すべき者が管理者であるために、立場的になかなか報告が難しいということもあるのではないかと思います。そのため、先日の事件でも明らかのように、虐待防止策として十分であるかという点、必ずしもこれだけでは十分でないと思われれます。やはり病院内の対応だけでは限界がございますので、ぜひ虐待防止につきましても虐待が疑われる事案の速やかな把握が何よりも重要だと思いますので、通報義務を設けることを検討していただきたいと思います。

すみません。早口で述べてしまいましたが、私の意見は以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

では、小阪構成員、どうぞ。

○小阪構成員 ありがとうございます。日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構の小阪です。時間も差し迫っているとは思うのですが、私たちに考えてきた言葉について省略できるものが何もないため、そのまま述べさせていただきます。

初めに、私も「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に係る検討会に参加していた立場ですが、改めて当事者自身が、国民が精神疾患や精神障害、メンタルヘルスに関する知識を得る、そのための機会保障という観点からも普及啓発がとても大事だと思いました。「にも包括」の検討会内でも普及啓発については重要視する議論の経過があり、その報告書における記載位置についても報告書内末尾のほうから前段のほうに持ってきた経過もあったように記憶しています。

例えば入院制度や患者の意思決定及び意思の表明、そして、患者の意思に基づいた退院後支援など、適切な医療的支援に当たって、あるいは権利擁護、虐待防止などについて適切な在り方を形成していくに当たっては、ここで言う適切な在り方とは支援提供者側や制度・政策決定側だけの立場からの考察だけではなく、受け手である立場からの思いや知見もきちんと反映されたものという趣旨ですが、そうした観点から広く国民や当事者自身が精神保健医療福祉などに関連する総論的知見を高められる機会の充実が、地域での実際の支えの充実とともに両輪で必要なのだらうと感じます。

2点目、資料2の7ページです。

緊急時における受診前相談、入院外医療の体制整備については考え方としてはとてもいいので、具体的な体制整備に結びつくように、今後の進め方など、具体的な体制整備について、なるべく早期に示していただけるといいのだらうと思います。

3点目、11ページです。

意思決定及び意思の表明についての支援の担い手については「対応の方向性」として示されているとおり、資格などで限定するのではなく、多様な担い手による支援のほうが私も望ましいと思います。その際、意思決定のために必要な、適切な情報提供の在り方がとても大切になるのだらうと思います。

4点目、18ページになります。

精神医療審査会での対応件数などについては国としても把握されているところなのだらうと思いますが、精神医療審査会を通じて、例えば退院請求審査において実際に退院が認められた件数や、処遇改善請求審査において、処遇は不相当と判断された件数が請求総数に対して極めて少ないように見受けられることについて、どのように捉えるか、どのように考えるか。その機能の実態分析については改めて検証が求められるのではないかと思います。同時に、その枠組みなどについても本当はいま一度、一緒に考えてほしいところです。

5点目、30ページになります。

身体的拘束の対象となる患者に関する事項の「イ 多動又は不穏が顕著である場合」という事項は端的に見直しが必要だと強調して申し上げておきたいと思います。この表現による定義づけでは客観的指標というよりも身体的拘束を実施する側の裁量によるところが大きいように見受けられるため、当事者性を持つ立場としては不適切な運用への懸念を十分に拭き切れません。身体的拘束という極めて制限の程度が強く、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性があることを鑑みますと、対象の定義として今般の議論の全体的方向性

にもそぐわないものであり、国民的医療として、誰もが安心して頼りにできる精神科医療が求められている側面からも見直しがなされることが適当であると考えます。

最後、6点目、38ページになります。ここが今回、私が最も重要視している本質的部分に関わることです。

「現状・課題」の2つ目の○の「精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束が虐待であるとの誤解がないよう留意しながら」という提示は、本質を捉え切れていない提供者側の理論、提供者側に慮った解釈の様相が強い表現に感じ、本質を捉えていただけていないのではないかと不安を抱きます。

そういった誤解に当たると提示されている、精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束という行為そのものが、法に定義されているとはいえ、受け手である当事者の立場からは簡単には許容できないものであること。当事者としては我が事、仲間のこととして看過できない悲しい行為であること。また、それを目にしたり、その事実を受け止める家族の立場からも許容できないものであるかもしれないこと。受け手側の立場から感じる思いやその声を十分に加味して表現がなされるべきものであり、そうした奥行きにも思いを巡らせ、端的に「誤解」と表現がなされるのは適切ではないと思います。

特に、医療に立脚する立場の方たちの声は医療提供の現場においても、また、こうした検討会の場などにおいても、その発言力は大きいものと拝察しますので、相対的に小さな声となる受け手の立場の方たちの声やその思いに適切に耳を傾け鑑みることは国や制度・政策の検討に関わる立場の方たちには求められる、託されているものと思います。

付け加えて、普遍的な社会通念や人としての尊厳という根源的な観点から、精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束という行為を見つめたときに違和感や疑問を抱くことがあるかもしれないということについて、そうした懸念があることについて、その事実を私たちは謙虚に受け止め、今や国民的医療である精神科医療の適切な在り方について、根拠となる法の在り方も含めて再考する必要があるのだらうと思います。

念のために申し添えておきますが、当事者の思いに理解を示してくれる、共感して下さる医療従事者の方たちもたくさんいらっしゃることを私は知っています。医療従事者の方たちも法や基準に定義されていることをもって、致し方なく、やむを得ない措置として、その場面場面で悩み、迷いながら行っているものと拝察します。この問題をこのまま医療従事者や患者及びその家族に押しつけてはならず、法や基準、告示の見直しなど、諸制度や人員配置、診療報酬なども含めて、適切に連動させながら見直しを図ることが必要だと思っており、その改正を切望するものです。

以上になります。ありがとうございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、櫻木構成員、よろしく願いいたします。

○櫻木構成員 どうぞ。

○岩上構成員 いいですか。

では、私が先で。

○田辺座長 では、岩上構成員、よろしくお願ひいたします。

○岩上構成員 全国地域で暮らそうネットワークの岩上でございます。時間がないところ、申し訳ございません。櫻木構成員からお先にどうぞということでしたので、私のほうでお話しさせていただきます。

私は、この検討会に連なる検討会で多分、野澤構成員に次いで古いのです。それで、資料2の10ページにありますように「代弁者」の議論もしておりました。先ほどもお話がありましたように、指定医が、これは医療保護入院については責任を持たざるを得ないという話も当時出ておりました。

それについて、その議論をしていたのは保護者制度の見直しということで、保護者の責務を外すということで議論しました。しかし、家族同意が残ってしまって、その際、私は当時のみんなねつとの良田事務局長とお話をして、家族会としては苦渋の決断であるということを知っておりました。それがずっと続いていますので、この家族同意についてはきちんと今後も議論を進めるべきだと思っています。

その際の「代弁者」については、意思決定の在り方ということですとずっと調査研究が行われておりました。今回、12ページにありますように、藤井先生がまとめられて多くの皆さんとつくり上げてきたということがございますので、これはぜひ進めていただきたいと思っています。

ただ、私も権利擁護センターの必要性は感じておりますが、最善の策と次善の策があると思いますので、そこは幾つか、今後検討していく上では御提案をいただけるとういかなと思っています。

なぜ、そういうことを申し上げるかということ、その理由は、その「代弁者」、家族同意が残った際もやはり財源の問題が非常に大きかったのではないかと思いますので、今回、皆さんの議論を聞いていて、山頂を目指していく上での方向性はどんどん共有していくことができるのではないかと思います。ただ、最初から山頂を目指せるかどうかというのはなかなか難しいところがあるとすると、ホップ・ステップ・ジャンプのホップを今回は目指していきたいと思っています。

それで、意思決定の調査研究で日本精神科病院協会が担っていただいたときに私も委員で入らせていただいたのですが、そのときにも、あくまで精神科、医療機関もしっかり権利擁護に取り組む、あるいは取り組むための必要な措置が必要だという議論になっていて、非常に先生方が権利擁護に対して熱心に議論をしていました。私はとても感動したので、なかなかそういった先生方のお気持ちは伝わる機会がないので、これはテレビ中継してほしいとお願ひしたぐらい、医療機関自体も権利擁護については非常に熱心に取り組まれている。

ただ、非同意の入院はそれを超えたものであるから別の仕組みが必要だということを議論した記憶があります。それについて、今回、藤井先生がまとめられたものが推進できた

ら、これはなおよろしいのではないかと思っています。

最後に、虐待防止法、虐待防止についてですが、これについては、虐待防止法自体は刑罰を加えるものではないので、あくまで、先ほども構成員の方がおっしゃっていましたが、そういうことが起きないための組織風土をどうつくっていくかが非常に重要で、通報は全ての人を救うというのが標語になっているのです。したがって、少し虐待とか虐待防止法の価値観が皆さん、それぞれ構成員の方によって違うような気がしますので、今後議論していく上では虐待防止法の価値観についても御提供いただけると、虐待防止法の中で検討すべきなのか、精神保健福祉法の中できちんとやるべきなのかがもう少し明確になるかなと思います。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、櫻木構成員、よろしく願いいたします。

○櫻木構成員 ありがとうございます。日本精神科病院協会の櫻木です。

今日取り上げられた課題は本当にどれも大事な問題で、いろいろ私なりの意見もまとめて持ってきたのですが、かなり今日は厳しいお話もいろいろあって「誤解」という言葉を安易に使わないようにと言われたのですが、やはり我々、現場で精神科医療を提供している者は毎日頑張っているというふうに言って帰らないと本当に私の後ろにいるいっぱいの人たちががっかりすると思うのであえて言わせていただきますけれども、頑張っているというふうです。

ただ、情報発信がいかに下手というのがよく分かったのですが、真意が通じていないところがいっぱいあります。神庭先生にも言っていただきましたけれども、本当に毎日頑張っていることを分かってもらうためにいろいろな仕組みがあるのだというふうにはアドボケイトをはじめ、言っていただいて、そのとおりだと思います。

これから個別のいろいろな議論に入っていくときには今日準備したいろいろなことも話ししようと思いますが、幸い、次回の3月3日のときには我々、今、行動制限最小化に関するいろいろな調査研究をやっておりますので、それを報告させていただく機会をつくっていただけるということですから、そういうことも含め、日常、我々が、自分で頑張っているというのは本当にあまりよくない話かもしれませんが、頭を悩ませ、そのときそのときで最善と思うことを選択しながらやっているということをこの機会に理解していただけるようにいろいろ、ここで情報発信もさせていただき、本当に安心して受けられる精神科医療と言わせていただきましたが、本当にそういったものが出来上がれば良いなと考えております。

いろいろお伺いして心が重くなってしまいましたので、本来準備していたことが何もお話しできませんでしたが、次回から、そういった意味で我々がやっていることもお伝えしながら、よりよいものをつくっていく努力を皆さんと一緒にやっていきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。ほかはいかがでございましょう。

よろしゅうございますか。

それでは、時間も大分超過してしまいましたので、本日は3時間取れませんでしたので、本日の議論はここまでとしたいと存じます。

本日は、精神保健福祉法の入院制度、それから、患者の権利擁護に関する論点につきまして、様々な貴重な御意見をいただいたところでございます。

障害者権利条約に基づく審査が予定されるなど、国際的にも重要な課題になりますので、事務局におかれましては、本日の議論を整理するとともに、当事者、家族等の意見、それから、研究班の検討状況を聞く機会を設けるなど、次回の議論に向けて準備をお願いしたいと存じます。

最後に、今後のスケジュール等について、事務局からお願いいたします。

○森精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。次回の第6回の開催について、御連絡させていただきたいと思っております。

次回第6回の検討会につきましては、3月3日木曜日15時～18時を予定しております。正式には改めて御連絡させていただきます。

事務局からは以上となります。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、本日の検討会はこれで閉会といたします。

当然ながら、何度も議論を繰り返して、いいものをつくり上げていきたいと思っておりますので、構成員の皆様方、御協力をお願いいたします。

本日は御参集いただきまして本当にありがとうございました。

それでは、散会いたします。