

2022-3-16 第7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7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・障害保健課の森でございます。

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。

本日の会議につきましても、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を活用しての開催としております。また、動画配信システムでのライブ配信により一般公開もしております。

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18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。

なお、岡部構成員につきましては御都合により欠席との連絡をいただいております。また、永松構成員、野原構成員におかれましては出席が難しいため、永松構成員の代理として杵築市福祉事務所次長の渡辺様、野原構成員の代理として岩手県保健福祉部障害保健福祉課参事兼総括課長の菊池様にオンラインで出席いただいております。

なお、野澤構成員は遅れて御出席の予定となっております。

また、中原構成員におかれましては中座の予定となっておりますので、御報告いたします。

続きまして、本日の資料を確認させていただきます。会場に御出席いただいております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、本検討会の今後のスケジュールについて。

資料2、精神保健福祉法上の入院制度等についてのこれまでのご意見を踏まえた論点と検討の方向性について。

参考資料1は、桐原構成員から医療保護入院の論点整理。

参考資料2は、岡部構成員から第7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意見書といたしまして、本日の議題に対する御発言を資料の形で御提出いただいております。

最後に参考資料3、「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」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。

続いて、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、オンライン参加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するようお願いいたします。

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。よろしくようお願いいたします。

○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。

事務局から資料が提出されておりますので、まずは説明をお願いいたします。

○平岡精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。

まず資料1を御覧いただければと思います。本検討会の今後のスケジュールについてということでおまとめをしております。本日3月16日、第7回検討会、次回、第8回検討会という形で精神保健福祉法上の入院制度等、次回については相談支援を含めまして論点等について御議論いただきたいと思います。4月以降、本検討会、精神保健福祉法の改正を視野にということになりますので、障害者部会との関係を含めてスケジュール立てをさせていただいております。具体的に申し上げますと、現時点のイメージにはなりますけれども、4月中下旬にかけて本検討会で論点に関する議論の状況といった形でおまとめし、障害者部会に一度報告・議論をさせていただくと、その上で5月中下旬取りまとめに向けて議論を進めていく、5月下旬に取りまとめをし、障害者部会に報告・議論という形で進めていければと考えております。

スケジュールのほうは以上になります。

続きまして、資料2を御覧いただければと思います。精神保健福祉法上の入院制度等について、これまでの意見を踏まえまして、事務局のほうで論点、検討の方向性という形で資料を構成させていただいております。本日は時間の都合もございまして、論点と検討の方向性に関して説明申し上げたいと思います。

まず2ページ目、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という形で、論点といたしまして、こうした取組について、津久井やまゆり園事件の再発防止策という位置づけにあるものではないという第5回検討会の資料の記載について、事件の再発防止策を契機とした取組を含まないとの理解でよいかという御指摘がございました。この点に関しまして、検討の方向性というところになるのですが、○の1つ目の部分で、事件の再発防止策を契機としたものを含まない点について明確にしてはどうかとさせていただきます。そうした観点から、退院後支援のガイドラインにつきましても見直し

を行って、退院後支援について、事件の再発防止策を契機とした取組ではないという点を明文で規定してはどうかとさせていただいております。

資料の3ページ目は、第5回検討会の資料、見え消しの形で修正案をお示させていただいております。

続きまして、資料の4ページ、患者の意思決定及び意思の表明についての支援という形で5ページ目、まず論点といたしまして、支援者の役割と名称についてどのように考えるべきかというふうにさせていただいております。こちらは下のこれまでの御意見のところで、一般的な医療現場における意思決定支援との違いがイメージしにくいというような形で御指摘ございましたので、6ページ目で、実際に想定しております意思決定及び意思の表明についての支援、具体的な役割を説明させていただいております。

○の1つ目になるのですけれども、患者の権利擁護に配慮しながら、精神科病院のほうでも入院治療を実施されてはいるのですが、入院する患者としては、慣れない環境での治療が継続されることになるといったことがございますので、○の2つ目、こうした点を踏まえまして、支援者の役割について、以下の2つの観点から考えてはどうかとさせていただいております。1点目は、特に入院初期は自分の話を聞いてもらえない、十分な説明が得られない、伝えてはみたがうまく伝えられない等の体験の中で、孤独感や不安感、それから自尊心や自己肯定感の低下で、次第に退院を諦めることが考えられるということで、支援者においては医療機関とは独立の外部の立場から、院内の生活で困ったこと、退院したいなど本人の話す言葉を傾聴していくことを基本の役割とさせていただいております。その上で、患者の権利等について情報提供を行いながら、医療機関に御本人がその気持ちを伝える際の意思表示支援の役割を担うといったことが求められるとさせていただいております。

2点目、その上で、こうした役割を通じて御本人と築かれた関係を基礎にしながら、本人が希望する地域での生活といったものについても理解を進め、地域移行支援の利用に向けた準備を進めるといったことも考えられるとさせていただいております。

したがいまして、※の2つ目になりますけれども、支援者は本人の代理の位置づけというわけではなくて、また、直接の支援を担うといったわけでもないと考えられるとさせていただいております。

したがいまして、支援者の名称という部分なのですけれども、入院中の患者の意思決定及び意思の表明の支援、本人の話を丁寧に聞いた上で、患者の権利等を分かりやすく説明してくれる病院とは独立の外部の立場からの支援として、医療機関における一般的な意思決定支援とは異なるものであると。こうした両者の趣旨の違いが明らかになるように、精神科病院に入院中の患者の意思決定及び意思の表明の支援については、意思表示支援（仮称）の名称を用いてはどうかとさせていただいております。

7ページ目、論点の2番目、意思表示支援者の要件についてのように考えるか。こちらは前々回の議論、さほど大きな方向感の違いはなかったかと思っております。検討の方向性とい

うところで、研修の受講による一定の支出を求める。他方で、特定の資格を必須とすることはしないというような形で示させていただいております。

8ページ目、論点の3番目、意思表示支援の制度化に向けて優先的に取り組んでいく対象者をどのように考えるべきかという形で、検討の方向性、○の1個目の2行目、最終的には希望する全ての入院患者さんが入院後迅速に意思表示支援からの支援を受けられるように実施体制の構築を進めていく必要があるのではないか。ここをまず確認させていただいております。その上で、実施体制が確立されるまでの間について、まずは他に同様の役割を担う者がいない患者、非同意入院の患者として、例えば市町村同意による医療保護入院患者等を対象として、制度の普及・定着を図っていくこととしてはどうかとさせていただいております。

下のところ、対象者への分かりやすい周知ということで、制度の対象となる患者には意思表示支援者の支援を求めることができる点について、入院時、書面で病院から告知を受けられるように、医療機関の管理者にはそういった形で義務づけをするとともに、支援の申込先や相談先を病院内で掲示するなど、患者にとって分かりやすい方法で周知することが必要ではないかとさせていただいております。

論点の4番目、具体的な仕組みをどのように考えるべきかということで、検討の方向性になりますが、支援体制を全国的に準備していくため、意思表示支援については自治体の事業として行うこととしてはどうかと。その中で研修・登録、患者などからの相談、こういったものについては広域的な観点からの実施が求められますので、都道府県等が実施することとしてはどうかとさせていただいております。

その際、専門性を有する精神保健福祉センターが担う役割についてどう考えるかとさせていただいております。意思表示支援者は独立性、外部性といった観点が求められますので、病院を所掌する都道府県の精神保健担当部局からの独立性といったことも考慮する必要があるのではないかという観点に基づくものになっております。

3番目、意思表示支援者など、協議の場の参加者に対する守秘義務といったものを設けてはどうかとさせていただいております。

続きまして、10ページ目から医療保護入院の論点に移りたいと思います。

論点の1番目は、検討会での御議論を踏まえまして、医療保護入院制度を廃止すべきではないかとさせていただいております。

12ページ目、検討の方向性ですけれども、医療保護入院制度の必要性については平成29年の在り方検討会の中で整理されています。1点目、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というものと、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とした前提の下に、2つ目のポツになりますけれども、こういった書かれている精神疾患の特性を踏まえ、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。こういった形で必要性を記載整理されてございます。

その上でということで、医療保護入院は指定医の判断により入院治療が必要とされる場合であって、任意入院につなげ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手段であるということを再度明確にすべきであるとされているところでございます。

さらに2つ目の○のところ、障害者権利条約に基づく対日審査といったこともありまして、非自発的入院、権利擁護の在り方について、国際的な関心が高まっている状況もございいます。

○の3個目、医療保護入院制度については、基本的には将来的な廃止も視野に、縮小に向けた具体的かつ実効的な方策を検討してはどうかという形で問題提起させていただいております。

その下のところ、検討に当たっての視点として3点、1点目が入院医療を必要最小にするための予防的取組、2つ目が任意入院への移行、それから退院促進に向けた制度支援の充実、3点目がより一層の権利擁護策といった形でお示しをさせていただいております。

13ページ目以降、まずは予防的取組の充実という視点マル1に関して御説明申し上げたいと思います。

14ページ目、検討の方向性ですけれども、大きな枠組みといたしましては、本検討会のテーマである精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築といった観点から、患者御本人が切れ目なくサービスを受けられるようにすることが必要であるという形でお示しをさせていただいております。

その下、(1)から(5)といたしまして、本検討会の中で御指摘をいただいた点について、予算事業における取組、あるいは診療報酬改定での対応について御紹介させていただいております。まず(1)のところ、患者本人のニーズの実現に向けた包括的支援マネジメントの推進という形で、○の3個目の1つ目のポツですけれども、現在モデル事業で医療と福祉、両者に配置されるコーディネーターを中心に、医療・福祉分野の多職種・多機関連携といったものを構築いたしまして、そういった中でどのような支援が求められるのかというものを明確にするための事業を進めているところでございます。

また、令和4年度の診療報酬改定の中では、ひきこもりの患者さんなどの保健師等による家庭訪問の対象ではあって、精神疾患の未治療の方などに対する訪問診療、訪問看護を実施した場合の評価の仕組みの創設、あるいは精神科外来に通院する患者さんに対する多職種による包括的支援マネジメント、こうしたものについて診療報酬上の評価を創設しているところでございます。

令和6年度は診療報酬・障害報酬同時改定の年を迎えますので、今後こうした取組による知見を踏まえながら検討を進めるという形でさせていただいております。

(2)緊急時における受診前相談及び入院外医療の充実といった形で、○の2つ目のところ、現在予算事業のほうで精神医療相談窓口や救急情報センターの体制整備に向けた支援を進めているところでございます。

(3) 普及啓発ということで、学校教育における普及啓発の充実といった点について御指摘をいただきました。○の2つ目、本年4月から学習指導要領の改訂、高等学校の保健体育の中に新たに「精神疾患の予防と回復」の項目が追加されたところでございます。○の3点目、教職員に対する普及啓発といったものも重要になってございますので、例えば令和3年度から始まっております心のサポーターの研修事業、こういったものを教職員の方々に情報共有を図っていくという取組を御紹介させていただいております。

(4) 児童・思春期の精神科医療体制の充実ということで、資料の○の1つ目、児童・思春期精神疾患につきましては、精神疾患の場合のほか、不登校などの様々な理由で受診する場合もございますので、○の2つ目の1つ目の点になりますけれども、子どもの心の診療ネットワーク事業という形で、都道府県等拠点病院を中核としながら、地域の関係機関と連携して支援体制の構築を進めているところでございます。

(5) 市町村、保健所、精神保健福祉センターにおける相談支援体制は、これまでの議論を踏まえて次回の検討会の中で具体的方策を含めまして整理させていただきたいと思っております。

17ページ目以降、今申し上げた事業、診療報酬改定等に関する参考資料をつけさせていただきます。

続きまして、資料は24ページ目を御覧いただければと思います。視点マル2で、任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実というところになります。

25ページ目、検討の方向性になりますが、まず1点目、入院期間の法定化・明確化という形で御提案させていただいております。○の1つ目、現行の精神保健福祉法ですけれども、入院時につきましては任意入院が行われるよう努める旨の規定が置かれている。一方で、入院中の患者につきましては、明文の形でこういったことは設けられていないのですが、○の2つ目のところ、先ほど平成29年の在り方検討会、医療保護入院の必要性について御紹介させていただきましたが、入院治療は本人の意思を尊重する形で行われることが重要ということになりますので、医療保護入院中の患者さんについて、御本人が同意できる状態になった場合には速やかに本人の意思を確認し、本人の御希望を踏まえた上で、任意入院への移行を行う必要があるのではないかと。

では具体的な施策としてどうするかというのが○の3点目になるのですが、1つの今回御提案として、○の3個目の3行目になりますけれども、精神科病院の管理者に対して、ある期間ごとに医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を義務づけてはどうかとさせていただいております。案1のところになりますけれども、ある期間ごとに医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を行うと。要件を満たすと判断された場合は、引き続き医療保護入院を継続。他方で、要件を満たさないと判断された場合には、御本人の希望を踏まえて、任意入院への移行や退院の決定を行うことが必要となる。

案2につきましては、この一定の期間といったものを医療保護入院の入院期間として定めてはどうかという案になります。こちらの案によりますと、案1と変わってくるのは、

医療保護入院の要件を満たすと判断された場合について、引き続き医療保護入院を継続するためには、既にもう期間が1回満了していますので、改めて家族等の同意を得ることが必要になるというところが案1と変わってくる箇所になります。

その下の※といたしまして、具体的な期間についてというところで、現在の医療保護入院における当初の入院計画の予測入院月数は、6割以上の入院者が3か月以上6か月未満とされていることを踏まえまして、6か月ごと、ただし初回は3か月とするのはどうかとさせていただきます。

資料の26ページはクリニカルパスということで、こちらは今、急性期の患者さんに向けては、縦軸が多職種、各医師、医師以下のコメディカル含めての職種で、右側に週ごとに各職種の方々が取り組む診療内容を掲載して、退院促進に向けた支援が現在行われているという旨を御紹介させていただいております。

資料の27ページ目になりますが、(2)退院促進措置の実態を踏まえた拡充策ということで、こちらは前回の検討会の中で退院促進措置の実態調査の結果について、田村構成員のほうから御発表がありました。まずはその点をまとめさせていただいております。

○の1つ目、平成25年改正の退院促進措置の導入により、新規入院患者の退院促進に向けた院内連携は着実に進展している。一方で、長期入院者の退院に向けては、地域援助事業者、地域・院外との連携に課題が見られる。また、医療保護入院以外の入院者に対する退院措置の在り方についても課題が見られる。こうした現状に照らしということで、実際に必要だと感じられている取組といたしまして、家族への支援、あるいは行政、基幹相談支援センター、福祉、地域支援者、ピアサポーター、弁護士等の関わり、さらには診療報酬の見直しといったものが挙げられているところでございます。

課題への対応案という形で、こうした調査結果を踏まえて、まず退院支援委員会の対象拡大。こちらは現在原則として在院期間1年未満の方が対象とされていますので、これを在院期間1年以上の方にも拡大してはどうかというのが1点目。2点目は、医療保護入院以外の入院者についても退院促進措置の対象とすることを検討できないかというのが2つ目。さらに3点目、こうした対象者の拡大につきましては、当然専門職の活用が重要となるわけですが、必要な人員等が確保できるように、診療報酬における適切な評価を含めた検討が必要ではないかという形で御提案させていただいております。

続いて3点目、長期在院者への支援になりますけれども、長期在院者の支援に向けてはということで、やはり実際に訪問して、一人の顔の見える患者、自治体の住民の一人として支援を進めていく取組が重要と考えられます。そうした観点から、現在も市町村の地域生活支援事業、具体的には障害者相談支援事業の中で、その中の要領になりますけれども、必要な援助の例として、精神科病院を訪問しという形で定めているところでございます。

○の2つ目、地域移行支援、民間のサービスの中でも、令和3年度の障害報酬改定の中で、ピアサポートの専門性といったものについて新たに評価をしているところではございますが、○の3個目のところ、国においても、長期在院者に積極的な自治体の取組を支援する

とともに、先進的な自治体の取組が全国の市町村で実施できるように共有を図るなど、市町村のバックアップを進めるべきではないかとさせていただいております。

続いて29ページ目、視点のマル3、一層の権利擁護策の充実という形になりますけれども、30ページ目、入院時の告知について2点御提案をさせていただいております。

1点目は、入院の理由を医療保護入院時の告知事項として追加してはどうかという形にさせていただいております。こちらは現行法上、医療保護入院者に書面で行っている告知の内容につきましては、入院措置を取る旨、それから、退院請求・処遇改善請求に関すること、入院中の行動制限に関することとされておりますが、ここに入院理由を追加したらどうかというのが御提案の1点目。※のところ措置入院についても同様の対応を検討してはどうかとさせていただいております。

2点目は、患者が告知内容を十分に把握できるようにするための対応ということで、○の1つ目、現行の精神保健福祉法の中では、医療保護入院者に対する書面の告知、権利行使に関することが含まれておりますので、こちらは直ちに行うといったことが原則である。一方で、権利行使に関する話になりますので、患者御本人がその内容をしっかり把握できる状態で行われることが重要となるという要請もございますので、患者御本人の症状に照らして、4週間に限って告知の延期といったことが認められているところでございます。このような形で告知を単に形式的に行うのではなくて、患者御本人がその内容を十分に把握できるようにすることが重要となりますので、意思表示支援者が選任された場合は、意思表示支援者の同席の下、病院管理者から告知内容の説明を受けることができるようにしたほうが望ましいのではないかと御提案をさせていただいております。※のところ、措置入院についても同様の措置が考えられないかとさせていただいております。

続きまして、31ページ目、医療保護入院の同意者についてどのように考えるかということで、32ページ目は、前回の検討会で御議論いただいた内容、全体を表の形でまとめさせていただいております。前提の考え方というところ、ポツの1個目は、29年の在り方検討会で整理された医療保護入院の必要性に関する整理で、ポツの2つ目のところは、本人の人権擁護の観点からは、指定医の医学的判断について、適正な第三者による確認が必要ということで同意というものを考えるべきではないかという前提のところを書かせていただいております。

その上で、まず左2点、現行の家族、あるいは市町村長ということで、一番下にそれぞれ課題を示させていただいておりますが、家族等の場合は、御家族への負担、あるいは家族状況の複雑化により、必ずしも家族が本人の利益を勘案できない場合があるという点。それから、市町村長同意の場合は、医療機関の判断を追認する形になっているのではないかと課題として御指摘されたところでございます。

続いて右側、検討会の中でお示しがあった3案についてまとめさせていただいております。指定医のみというところは、指定医は今1人ですけれども、2人の指定による医学的な判断が望ましいのではないかと御意見がありましたが、これについては下のところ、

指定医が足りない中、實際上困難な面があるという課題。それから右側のところ、代理人を付したらどうかという御提案もありました。この点について課題としては、本人が入院を拒否している時点で、過去に登録をした代理人がどのような効果を持つのかという点については慎重な検討を要するという課題が指摘されたところでございます。その右側、司法によるチェックといった御提案がありました。課題については、医学的な専門性を伴う判断について、法律家が実体的に否定することは實際上困難な面があるのではないかと、いうところを指摘されたところでございます。

資料はその下のところ、現行の家族等同意と市町村同意に関する記載をさせていただいてございます。家族等同意の機能については、前々回の検討会の中でも御紹介させていただきましたが、入院することを本人に代わって同意することまでは求められておらず、医者の説明に対する納得性と、入院治療が本人の利益に資するかについて、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いう形で整理をされているところでございます。

33ページ目、市町村同意の実態について検討会の中で御指摘をいただいたところでございます。前提といたしまして、市町村同意については、昭和63年に出されております事務処理要領の中で、市町村の確認事項として病院から同意の依頼を受けた際の手続とか、あるいは入院の同意後速やかに本人に面会をするといったことが定められているところでございます。今回、具体の運用について自治体に確認をしましたところ、市独自に市長同意のための審査票、あるいは入院後の面会の際の確認票を作成している市とか、あるいは都道府県のほうになるのですけれども、精神科病院に対する実地指導における調査項目の中に、市町村担当者の面会の有無を確認するという項目を設けて、医療機関の方に、市町村はしっかり面会に来ていますかということをお願いいただき、面会が行われていないという場合には、都道府県から市町村のほうに連絡をして面会を行うように指導している都道府県、こういったことが把握されたところでございます。

以上の点を踏まえまして、医療保護入院制度の同意者についてどのように考えるかという点について御議論いただければと思っております。

続いて37ページ目のところは、先ほどの表、左下の家族等のところで、家族状況の複雑化によりというところについて論点立てをして、対応案について整理させていただいております。本人と家族が疎遠な場合等の同意者についてどのように考えるかというところで、38ページ目になりますけれども、一番左側のマル1が現行の規定となります。家族がいる場合は、その家族の同意・不同意によって入院の可否を判断するというのが現行の規定となりますのですが、この規定によった場合の課題というのが一番下のところ、利益を勘案できない家族等に同意を求めるといったことは、家族等の負担、さらには御本人の不利益につながるケースがあるという課題があるところでございます。こういった課題を踏まえて、前々回の検討会の中では、例えば長期間の音信不通等を理由に家族が意思表示を拒否した場合、その拒否した意思表示については尊重して、市町村長同様に可能としてはどうかという御提案があったところでございます。

加えまして、3番目、本人と家族等との間に利益相反が認められる場合について、市町村長同意を可能とするというようなことも考えられるわけですが、この点については、その下のところ、利益相反というのは個別の判断を要するということになりますので、客観的に決めることができず、その基準を法律に規定することは難しいといった課題があるのではないかという御意見があったところでございます。

その一方で、※のところでも補足をさせていただいているのですが、患者御本人と家族等の中でDV、虐待等が疑われるケースにつきましては、DV防止法あるいは虐待防止法等の規定によって、配偶者暴力相談支援センター、児童相談所、市町村等の公的機関への確認を通じて客観的に判断することが、市町村長同意を求められた市町村のほうで可能と考えられますので、こういったケースについては市町村長同意を行うといったことも視野に入れた検討を進めてはどうかとさせていただいております。

続いて、資料の39ページ目になりますが、審査会の機能向上、措置入院の自治体間格差についてどのように考えるかということで御意見いただいたところでございます。

資料の40ページ目は、前回、田村構成員から御紹介いただいた資料について御紹介させていただいております。

それを踏まえて41ページ目になるのですけれども、調査結果によりますと、精神医療審査会は現状といたしまして、必ずしも処遇改善請求までには至らない医療機関への訪問・傾聴・情報提供についても担っているとされているところでございます。したがって、意思表示支援者の制度化に伴って、こうした事務は意思表示支援者が担うところとなりますので、こういった点で審査会業務の一定程度の効率化が期待される面があると考えられるところでございます。

他方で、審査会については、構造的な課題として指摘されていますけれども、委員の確保が困難、あるいは日程調整が難航するといったことで審査期間が長期化しているとの声が聞かれている現状にある点は留意が必要と考えられますけれども、最後の○のところになります。1つの御提案ですが、措置入院者については、現在、定期病状報告の際に審査会の対象としているところでございますが、国際人権B規約の趣旨を踏まえて、措置入院を行った時点で速やかに審査会の審査を実施する点についてどのように考えるかとさせていただいております。

続きまして、措置入院患者数につきましては44ページ目を御覧いただければと思うのですが、こういった形で都道府県の間でばらつきが見られるところでございまして、資料の45ページ目、措置入院の運用に関するガイドラインの中では、都道府県等が措置診断を行えない決定をすることが考えられる場合、こういった形で、標準化を図るためのガイドラインを発出しているところでございます。

続きまして、資料46ページ目、患者の退院後支援になりますけれども、論点といたしましては、退院後支援のガイドラインについての見直しについて御指摘いただきましたので、論点とさせていただいております。

48ページ目、具体的な中身になりますけれども、ガイドラインに関しましては、○の2つ目のところ、現在措置入院といったものが中心だという御指摘がございました。これを広く患者の入院形態を問うことなく支援を推進できるように、○の3個目になりますけれども、診療方針における適切な評価を含めた検討が必要ではないかとさせていただいております。

次のところは警察の会議への参加につきまして、ガイドラインにつきましては冒頭2ページ目で、退院後支援については、やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定してはどうかとさせていただいておりますが、そういったことを前提にいたしまして、警察の位置づけについて、前回、前々回の検討会の中で意見がありましたのは、まず一番左、警察は会議に参加しない旨を明文で規定すべきというところ。それから、その次のところですが、地域包括ケアシステムの中で1つの機関を除外する記載はなじまないということで、警察は参加するとも参加しないとも規定しないという御指摘。あるいは右側のところ、こちらは現行のガイドラインの規定ぶりになりますけれども、原則警察は会議に参加しないが、例外的に支援を目的として本人の同意の下参加するという記載ぶり、この3点が考えられるかと思っております。

続きまして、49ページ目、隔離・身体的拘束の最小化という形になりますけれども、51ページ目のところ、論点の形で議論を整理させていただいております。

まず、隔離・身体的拘束。法律上指定医の専門的知見に基づき必要最小限の範囲で行われることになっておりますが、○の2つ目のところ、誰もがいざというとき安心して頼りにできる入院医療を実現するためには、法律の規定に基づく適切な運用が確保されることが何よりも重要であると。そのためにはということで、○の3つ目、隔離・身体拘束の最小化、管理者のリーダーシップ、組織全体で取り組み、組織のスタンダードにできるようにしていくことが求められると。こうした観点から、処遇基準告示について見直しを要する点の改正を行うべきという論点とさせていただいております。

52ページの検討の方向性になりますけれども、以下の方策により身体拘束の最小化、総合的に推進してはどうかということで6点示させていただいております。

1つ目は、切迫性・非代替性・一時性の考え方について、こちらの基本的な考え方で今示されてはいるのですが、具体的な要件としては定められていないので、ここをしっかりと要件として明示することで、しっかり担保されるようにするというのが1点目。

2点目、多動または不穏が顕著である場合という要件については、しっかり限定をかける。多動または不安が顕著であって、かつ、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶ恐れがある場合、または検査及び措置等を行うことができない場合とすると。その上で、以下のプロセスによって、組織全体でマル1の3要件、あるいはマル2の定義に当たるかどうか判断できる体制を構築する。

3番目の部分は、最小化については管理者のリーダーシップの下、組織全体で取り組むということ。それから、隔離・身体的拘束の可否は、指定医の判断を基本に、院内の関係

者が幅広く参加したカンファレンス等で行うことを原則とする旨を明示する。

4番目は行動制限最小化委員会の定期的な開催、指針の整備、研修の定期的な実施、こういった点を新たに規定すると。

5番目、隔離・身体的拘束の実施に当たって、現在その理由を「知らせるように努める」とされているのですが、これを適切な運用を担保すべく「説明する」と義務化する。

6点目、こうした要件、手続に違反した場合の診療報酬上の取扱いを含む実効的な方策を検討するという形で御提案させていただいております。

続きまして、その後は参考資料がついていまして、59ページ目、人員配置の充実を図るべきではないかということで、検討の方向性は前々回の検討会の資料と同内容のものを記載させていただいております。

60ページ目に、前々回の検討会の中で御指摘がございました裁判例を掲載させていただいております。事案の概要というところを御覧いただければと思うのですが、こちらは医療保護入院中の患者さんが亡くなったのは、違法に身体的拘束を開始・継続した等の過失によるものであるとして、患者の相続人が病院を相手に損害賠償請求を提起したものでございます。1審は金沢地裁、判例時報にも掲載されているものですが、こちらは病院側が勝訴。患者側が控訴した控訴審につきまして、こちらにも判例時報に掲載された判例ですが、患者側が勝訴という形になってございまして、病院側が上告受理を申し立てましたが、最高裁は不受理の決定をしているところでございます。

下のところ、高裁の判決、身体的拘束の非代替性に関する部分を引用させていただいておりますが、下線で引いております最後のところ、患者の生命や身体に必要な医療行為を実施するのに十分な人員を確保できないような限定的な場面においてのみ身体拘束が許されるという形で判示されているところでございます。

続きまして61ページ目、身体拘束について、都道府県での比較、あるいは患者の性別・年齢階級別での比較、こういったものについてデータの御要望がありましたので、お示しをさせていただいております。

63ページ目を御覧いただければと思うのですが、都道府県間の隔離・身体的拘束の指示件数、棒グラフの形でお示しさせていただいております。折れ線の水色が許可病床数となっておりまして、おおむね許可病床数と隔離身体的拘束の指示件数は似たような傾向で、水色の折れ線グラフの上にあるか下にあるかによって、ほかの都道府県に比較をして、その都道府県は身体的拘束が多いのか少ないのかという点がうかがい知れるかと思えます。

64ページ目以降が性別・年齢階級別の隔離・身体的拘束の指示件数。64ページ目は、一番上が合計の男女の内訳で、下が女性、男性それぞれ内訳を示しております。65ページ目は、実数だけだと当然入院患者数がまばらですので、在院患者千人対という形で在院患者数をそろえたもの。66ページ目が年齢・階級別の実数。入院患者数が当然違っていますので、在院患者千人対という形で患者数をそろえたのが67ページ目となっております。67ページ目を御覧いただくと、隔離指示件数については若い方が多いという傾向。一方で

拘束につきましては、若い方が多い傾向にあるのですが、75歳以上の方が大変多いという傾向が読み取れるかと思えます。

続きまして、68ページ目以降が虐待の防止に係る取組ということで、69ページ目以降、論点という形でお示しさせていただいております。

71ページ目、検討の方向性になりますが、前々回から新しく加えたところといたしまして、真ん中の通報義務及び通報者保護というところ、議論の素材をお示しさせていただいております。精神科医療機関の従事者による虐待が疑われる者を発見した場合の通報義務及び通報者保護に関する規定について、虐待防止法を改正する考え方と精神保健福祉法を改正する考え方がございます。虐待防止法の改正という案につきましては、通報先は市町村という形になります。そうなりますと現行制度における通報先は市町村の福祉部局ということで、第三者としての視線が確保される一方で、事実確認・虐待認定等を行うための精神医療に関する専門性が乏しい。指導監督については、都道府県等の精神保健担当部局に駄目ことになる。一方で、精神保健福祉法の場合は、通報の受理から事実関係の調査、それから虐待と認定された場合の指導監督まで都道府県等が一貫して実施することになるということで、それぞれの制度の概要を御紹介させていただいております。

説明は以上になります。御議論のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

○田辺座長 ありがとうございます。それでは、早速でございますけれども、議論のほうに移りたいと存じます。ただいま説明がございましたけれども、今回の事務局資料では、これまでの意見を踏まえた論点、それから各論点について検討の方向性が整理されているところでございます。事務局から先ほど5月の取りまとめを目指すというスケジュールが説明されました。次回以降の検討会に向けまして、各論点についての議論、それから検討を具体的に深めていく必要があるかと存じます。

そこで、構成員の皆様方におかれましては、御発言の際にお願いすることになりますけれども、まず第1に、何ページのどの論点に関するものなのか、2番目といたしまして、その論点や方向性に関しまして、賛成、反対いずれのお立場に近いのかということ、この2点を可能な限り明示いただいた上で、御意見をお願いしたいと存じます。

それでは、かなり大部な論点と方向性がございましてけれども、今回はこれを一まとめで扱ってまいりたいと思えます。御意見のある方は挙手の上で御発言をお願いしたいと思います。それでは、よろしくお願いいたします。

それでは、小阪構成員、よろしくお願いいたします。

○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と申します。

まず初めに、6ページの中段に、特に入院初期は、自分の気持ちや状況について話を聞いてもらえない、十分な説明が得られない、伝えてはみたがうまく伝えられない等の体験の中で、孤独感や不安感が増大する一方で、自尊心や自己肯定感が低下し、継続する入院生活の下、次第に退院を諦めることが考えられると、患者である当事者の立場にも思いを

馳せて言語化をしてくださり、ありがとうございます。

加えて、当事者性を持つ立場から鑑みますと、もう少し背景について皆さんにも知っていただきたいため、少し言葉をつむぎたいと思います。孤独感や不安感の増大、あるいは自尊心や自己肯定感が低下することは、もしかすると精神科医療という少し特殊な環境を当たり前にして、その受け手の思いを十分に酌み取り切れずに、提供者側等の立場から見た考察というものがいつの間にか般化され、当たり前になってしまっていて見過ごされているような背景も、こうしたことに表れているのではないのでしょうか。

毎回お伝えしていますが、私はいたずらに精神科医療を批判する立場には立脚しておりません。むしろ適切な精神科医療に感謝の気持ちを抱いている立場です。ですが、ややもすると精神科医療等において当たり前となってしまうようなことについて、当事者性を持つ立場とともに、改めて根本から見詰め直すような姿勢やプロセスが必要なのではないのでしょうか。例えば、非同意による入院の帰結などとして隔離・身体的拘束の体験を経れば、孤独や不安は当然に増すかもしれませんし、治りたい、治したいという気持ちよりも、拘束を解いてほしい、隔離室から出たいという気持ちが優先するかもしれません。また、地域から切り離された入院治療等の体験によって、自尊心の萎縮などももしかすると起き得るかもしれません。事実、医療保護入院だとまず隔離室という現実があるように思います。

というような当事者性を持つ受け手の立場の心情や、その体験の中身に対する奥行きにも思いをめぐらし、十分に加味して、今後も表現がなされることが、例えば退院を諦めてしまうその気持ちや、意思表示支援の必要性などの本質に迫るものになるだろうと思っています。

なお、意思表面支援者（仮称）を新たに示していただいております。さきに述べたとおり、当事者性を持つ受け手の立場の心情や、その体験に対する奥行きにも思いを馳せますと、私としては、意思の表明のみならず、本人を主体とした意思を形成するプロセスにしっかりと寄り添うことが大事であることから、意思の形成及び表明の支援者（仮称）としてはどうかと考えます。また、それらを担う方たちについては、支援に従事するに当たってのフォローアップ体制の構築が欠かせない要素の1つであると併せて思います。

また、25ページの入院期間の法定化・明確化についてですが、※に示していただいております具体的な期間について、6か月ごと（入院から6か月経過までの間は3か月）と示されていますが、これでは長過ぎるため、折衷案として、3か月ごと（入院から6か月経過までの間は1か月）としてはどうかと考えます。

52ページ、処遇基準告示の見直しについてです。マル2、多動または不穏が顕著であって、かつ、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合、または検査及び処置などを行うことができない場合という基準案は、正直申し上げまして、やはり実施する側の裁量がとても大きいように見受けられ、受け手の立場からは、不適切な運用

への懸念を十分には拭い切れないこと、また、当該基準の対象となる患者に関する事項、ウに示されている基準と重複する部分もあることから、大変恐縮ながら、当事者性を持つ立場からは、こちらは削除が望ましいと考えています。

71ページ目、通報義務及び通報者保護についてですが、私としては、身近な市町村の対応が望ましいという観点から、障害者虐待防止法の改正による在り方が適当であると考えています。

ここからが今回最もお伝えしたいことに関わってくるのですが、隔離・身体的拘束について、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、我がこと、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検討がなされるべきという趣旨で、第5回検討会の場においても私たちの意見を発言させていただきました。

翻って、少し私たちのことを話させていただきますと、私たちは当事者のリカバリーにとって有効なピアサポートに関連する協働実践を精神保健医療福祉等の分野で行っていく中で、「批判するのではなく協働しよう」というスローガンを私たちの共通理念として自然発生的に醸成し、精神保健医療福祉について、時に批判したくなるような事柄等についても、そこに関わってくださっている皆さん、精神保健医療福祉の皆さんの善意を信じ、志を信じ、当事者のリカバリーのために、よりよくのために一緒に考えましょうという姿勢をこれまで貫いてきました。それは私たちを構成する大事な理念、根幹になります。

そこで、一緒に考えるという観点から、改めて事務局も含めた構成員の皆様にお願いです。隔離・身体的拘束の最小化という表現を用いる際には、枕言葉に「ゼロに向けた」という言葉を置いていただけないものでしょうか。本検討会をもって、今後の課題として先送りすることなく、方向性としてはゼロを目指すということについて、ぜひとも私たちの思いを反映したものととして、全国の当事者のために示していただきたいのです。それは必ず我が国における誰もが安心して、いざというときに頼りにできる精神科医療の将来的体制整備につながるものと思います。

また、身体的拘束について、より具体的な最小化にいま一步近づけるためにも、本検討会の場において有識者からのヒアリングが行われることが適当ではないでしょうか。精神科医療は、もはや誰か特別な人がかかるものではありません。国民的医療の一つとして見たときに、その医療につながることで体がトラウマ体験のようになってしまうことがあってはいけません。精神科医療は、誰もが安心していざというときに頼りにできる国民的医療であることが求められていると思いますし、本検討会の皆さんとともに、きっと一緒に考えながら、そうした誰もが安心していざというときに頼りにできる精神科医療という在り方を、皆さんとの合意形成を図っていく中で実現可能なものであると私たちは信じてい

ます。

以上になります。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。

ほかに御意見はいかがでございましょう。

では、鎌田構成員、よろしくお願ひいたします。

○鎌田構成員 日本看護協会の鎌田でございます。私からは1点、資料2の52ページの隔離・身体的拘束の最小化に係る取組について、1点意見を述べます。

日本看護協会は、隔離・身体的拘束については、精神科医療機関だけでなく一般医療機関も含めて、人権を守るという倫理感の下に身体的拘束ゼロを目指し、様々な活動、啓発も行っており、各施設において取り組んでいただいております。身体的拘束の最小化については、管理者がリーダーシップを持って従事者に対し隔離・身体的拘束を防ぐための教育をしっかり行い、組織全体でこの倫理感を醸成することが必要と考えております。また、看護職は隔離・身体的拘束を選択するまでに、様々な看護技術により対策を講じています。それらを共有していくことも重要な取り組みだと考えます。

私からは以上です。

○田辺座長 ありがとうございました。

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。

今回膨大な資料を昨日頂戴して今日なので、会を代表してまとめた意見になっておらず、次回に追加で意見を出させていただくこともあるかと思いますが、今日御提示いただいた論点に沿って、現段階で本協会の意見をお伝えします。

論点の1つ目、2ページの「にも包括」に関しては、津久井やまゆり園事件の再発防止と切り離すことは、この間の検討会でも語られていますし、ぜひそうしていただきたいと考えております。

次がスライド5番の意思表示支援について、この名称は、精神科アドボケイトという名称案もあるかと思いますが、その用語自体が当事者にとって分かりやすいとは思いますが、実際にこの方々にアドボケイト機能も持っていただくことが期待される中では、意思表示支援だけだと弱いかなという印象を受けます。まだ仮称ということですので、引き続きご検討いただければと思います。

スライドの6の役割に関する整理では、この患者さんが意思を伝えたい相手が医療機関以外の場合もあるのではないかと思います。例えば精神医療審査会に対してとか、自治体に、などです。うまく言えないけれども、どう言ったらいいだろうと迷っている方もいると思いますので、医療機関の方以外への意思の表明を支援することも考えられるのではないのでしょうか。

スライド7番の要件は、多様な方々が入ることに意義があると思いますが、その場合に研修で質を担保するからには、研修の枠組みや修了要件を明確にすることが必要だと思ひ

ます。その辺りは仕組み、制度化と兼ね合いのある話かと思っています。

8番、優先的に取り組んでいく対象者は、非自発的入院であり、かつ、例えば平成26年3月31日までの医療保護入院者など、退院後生活環境相談員がついていなかったり退院支援委員会も開かれない方がいることを踏まえたと、長期入院をしていらっしゃる非自発的入院の方から優先的に取り組むことが望ましいと思います。この優先度はぜひ医療機関の判断に委ねず、明確な基準を示していただくことが望まれます。

スライド9番の制度化に向けた具体的な仕組みですが、都道府県事業とすることにはある程度賛成ですが、精神保健福祉センターに位置づける場合、センター長会の方々はどうお考えかということもありますが、精神保健福祉センター自体が全国で均質化されてはいない、人員配置や専門職の有無なども違うので、その辺りが整わないとちょっと難しいところはないでしょうか。

スライド10以降の医療保護入院、まず12ページの基本的な考え方の○の3つ目は、2つ目に書かれている対日審査等も見据えて論点を挙げていただいていると思いますが、将来的な廃止も視野にという、いつになるか分からないような表現ではなくして、できれば病床削減の目標数値を含めるなどしつつ、この医療保護入院制度の廃止の年限を見込めるようなことを基本的な考え方に示していただくことはできないでしょうか。

スライドの13ページからの予防的取組に関しては、私ども精神保健福祉士も活用していただけるのではないかと思います。現に市町村等々も含めまして精神保健福祉士が市民の方々の精神保健に対応しているところもありますが、精神保健福祉士法の定義からはそこが役割として読み取りづらい面があるので、精神保健福祉士法の定義の改正もできれば合わせて御検討いただけるとありがたいです。

スライド25で、医療保護から任意への移行に関して、例えば医療保護入院の方を任意に移行するために集中的に治療を行うとか、病状の説明を丁寧に行って患者さんの理解を促す行為に診療報酬をつけるとか、それから、任意入院は、基本的に開放病棟以外では行わないこととし、閉鎖病棟の開放化を補助金で誘導するなど、何かしら誘導策がセットで必要ではないかと思います。

あと、一定の期間を設けることは賛成ですが、案2の方がよいと考えます。例えば1年たっても相変わらず非自発的入院が必要な状態でなかなか好転しないということであれば、同一の医療機関や主治医だけでは治療が困難とも思われますので、例えば他機関の医師の診察を導入するとか病院を移るなど、そして医療保護入院の可否を新たな目で見ていただくといった仕組みも加わるとよいのではないかと考えます。

スライド31、医療保護入院の同意者の話は、なかなか悩ましいと思います。基本的に指定医1名と家族等の同意者1名のみで決まる医療保護入院という制度の廃止がもちろん一番いいと思いますけれども、家族等が1名同意するだけよりは、市長同意にして、市町村の事務処理要領の厳守を前提として市長同意を充実させ、さらに意思表示支援者（仮称）

といった方も一緒に絡んでいただくことによって、入院同意の質を担保することができる
とよいのではないかと考えます。

スライドの37で、本人と家族が疎遠な場合については、疎遠で拒否される場合に、公的
責任、市長同意によることは賛成です。ただ、ここにDVや虐待の例示がありますけれども、
DVとか虐待を受けている場合は御本人自身が保護してほしいと思っている側なのですが、こ
こで議論している医療保護入院の場合には、御本人が望まない強制医療を導入するもので
すので、全く同列で考えるのはちょっと難しいかなと感じました。

次に精神医療審査会の機能のところ、私どものアンケート調査結果等も引用いただき
ましてありがとうございます。このアンケートは、事務局に調査を行ったものですが、
実際の審査会の委員が審査会の中で一番苦勞するのは、入院届や定期病状報告といっ
た書類審査をたくさんしなければならないことで、医療保護入院の件数が多ければ多いだ
け、結局審査会の労力がかかりかかることには違いはありません。例えば案としては、入
院届や定期病状報告を最寄りの保健所で一次審査するような仕組みを設けることによって、
精神医療審査会自体での書類審査について、省力化の工夫も考えられるのではないでしょ
うか。

次に47ページからの退院後支援のガイドラインですけれども、現実に協議の場に警察の
方の同席を歓迎する御本人さんはあまりいらっしゃらないと思います。ただ、交番のお巡
りさんなどふだんから関わっていらっしゃる場合もあり、出席禁止とはっきり決めてしま
うのも難しいかと思しますので、本人の同意を必須とした上で、必要があれば警察にも情
報提供できるとか、同席も可能であるといった程度ではいかがでしょうか。

スライド50ページから隔離・身体的拘束になりますけれども、ここは前回か前々回にも
意見を述べましたが、例えば72時間以上の継続する隔離拘束に関しては、一定周期ごとに
多職種チームで評価を行うとか、行動制限最小化委員会の取組として診療録にその件を検
討して記録するとか、また、隔離・身体的拘束について精神医療審査会への報告を義務化
するとか、定期病状報告に項目を設けて実態を明記するなど、より手続を厳格化してはど
うでしょうか。あと、行動制限最小化委員会を法律に位置づけ、また、外部の関係者にも
入っていただく仕組みが取れないかと考えます。

あと、先ほど小阪さんもおっしゃっていましたように、隔離や身体的拘束に関して、治
療をきちんと行うためにどうしても必要だという話があるのは、私も病院で働いていたこ
とがあるので分かりますが、一方で、やはりそれを治療として受けた側の方が本当によか
ったと後から思っているのかどうか。あのときは苦しい治療だったけれども、やってもら
ったおかげでよくなってよかったという声がどのくらいあるのかがなかなか分からないで
すし、外傷体験になっていたり、二度と行きたくない病院というふうになってしまったり、
また、非常に恐怖感を植え付けることのほうが多いのであれば、やはりそれは有効とは思
えませんので、その辺り、有識者の意見をと小阪さんはおっしゃったのですが、例えば体
験者の声なども私たちはしっかりお聞きする必要がある、ヒアリングも御検討いただけ

ばと思います。

この検討会の場はどうしても専門職が圧倒的に多いですので、専門職の側の目で見ると、そういうことも時には必要だよねという感覚がある程度あるのかもしれないのですが、一方でそれを受けた側の声を本当に丁寧にしっかり聞く必要があると、これは自戒を込めて私自身もそう感じています。

次がスライド59ページ、人員配置の充実に関して、精神科特例についての御説明が書かれているのですけれども、仮にいわゆる精神科特例を残すのであれば、人員配置の最低基準自体をもう少し引き上げることを検討して、より手厚い配置が最低基準になるような後押しが必要ではないかと思いました。

最後に、71ページの虐待防止の通報義務ですが、基本的には通報先は市町村とする障害者虐待防止法の改正がまず必要だと思います。それは、精神障害者も障害者として認定されているので、障害者虐待防止法で一くくりに考えることが必要だと思います。その場合に市町村の福祉部局は専門性に乏しいと書かれていたのですけれども、ただ一方で、市町村では医療保護入院の同意等を行っているので、専門性が乏しいままでは済まないのが市町村かなと思います。通報先にしていただいて、またそうすることによって、その自治体が医療機関の実態を知ることにもつながるのではないのでしょうか。ただ、専門性がどうしても足りないのであれば、市町村から都道府県にさらに通報する仕組み、ここは精神保健福祉法と両方の改正で対応することが現実的に可能であれば何か工夫をしていただけるとありがたいです。

いろいろ申し上げてすみません。以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、吉川構成員、よろしく願いいたします。

○吉川構成員 ありがとうございます。日本精神科看護協会の吉川です。

私は、まずスライドの52ページ、5の隔離・身体的拘束の最小化に係る取組、論点マル1について意見を述べさせていただきたいと思います。これは処遇基準告示の見直しというものの論点にはなっているのですが、現在基本的な考え方で示されている切迫性・非代替性・一時性の考え方について、この告示上で要件として明確に規定するというものについては賛成です。ウの要件になるのですが、先ほど小阪構成員から削除すべきという御意見があったところですが、我々としましては、修正案という形で意見を今回述べさせていただきたいと思います。

まず、マル2の身体的拘束の要件の見直しについてですが、かつ、そのまま放置すれば患者の生命にまでという表現について、そのまま放置すればというのは、そこに看護職などによるケアが存在しないことを想定した状態になるため、非代替性という観点を反映したものにすべきではないかと考えています。修正案としましては、例えば、かつ、常時観察対応を行っていても患者の生命にまでみたいな、そういった表現にぜひ御検討いただきたいと思います。

次に、危険が及ぶおそれがある場合という表現についてです。ここで言うおそれというのは、恐らく緊急避難的に例外的な場合という意味を含んでいるものと思われるのですが、常日頃から医療安全管理が求められる臨床の立場では、おそれはリスクアセスメントの視点も含めて判断する傾向があるため、もう少し限定的な表現にするべきだと考えます。例えば切迫性という観点をさらに強調して、危険が及ぶおそれが著しく切迫しているなどの表現にしてはどうかと考えました。

それと、前回意見も述べさせていただきましたが、高齢者の転倒・転落などによる身体損傷を防ぐことを目的とした身体的拘束が含まれるとすれば、その要件設定を含め、精神医療だけの規定でいいのかというところはやはり疑問が残ります。

あと、この項目の最後に、これは処遇基準告示の見直しそのものではありませんが、検討の方向性に、身体的拘束の代替手段及び身体的拘束を回避するために必要な常時観察対応が実施できる人員体制を確保する方策を検討するということをぜひ記載していただきたいと思います。小阪構成員から、枕言葉にゼロを目指すというのをつけていただきたいという御意見もありました。これは私たち看護職が行動制限ゼロにすることを目指すためにも欠かせませんので、ぜひそういった記載をお願いしたいと思います。

それと、スライド71ページ、6の虐待の防止に係る取組のマル3についてです。患者さんの人権、尊厳を守り、また、開かれた精神科病院を目指すということから、虐待事案の発生の防止、早期発見、虐待が疑われる場合の事案の把握の強化、指導監督の徹底、こういったものを行うための通報制度の検討というのは、我々看護者としてもやはり必要だと考えております。障害者虐待防止法の改正がいいのか、精神保健福祉法の改正がいいのかというのは、そこまではちょっとまだ我々も十分検討はできていませんが、そういった制度を設けることについては賛成です。

そして、最後に虐待防止委員会ということが書かれています。組織風土の醸成というのは看護者としても大変重要だと考えております。虐待防止の指針もそうですし、倫理規定の整備といったものも、ぜひ告示に規定していただく。もちろん研修も含めて、そういったことを規定していただくことについても賛成です。

私からは以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、柑本構成員、よろしくお願ひいたします。

○柑本構成員 ありがとうございます。

まずは8ページ目の患者の意思表示支援ということについてですが、私は意思表示支援制度全般におきまして、創設に賛成いたします。そして、患者さんの入院時に管理者に意思表示支援者の支援が得られることの告知を義務づけるという点については、絶対的に必要だと思います。ただ、入院時に御本人が理解できないような状況の場合であることも考えられますので、その際には本人の家族や後見人等に伝えるというようなことも規定していただければと思います。

それから、9ページにおきまして、意思表示支援者になることを可能とする方々の要件が示されておりますけれども、有資格者でなくても意思表示支援者になることが可能とするのであれば、各業法等による守秘義務がかかっていないことが想定されますので、参加者の方々が安心して協議の場に臨めるようにするために、参加者に守秘義務をかけることが必要になってくると思います。

それから、25ページ目の医療保護入院についてですけれども、その入院期間の法定化・明確化という点につきまして、ある期間ごとに医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を義務づけるという案に賛成いたします。医療観察制度におきましても、指定入院医療機関の管理者は6か月ごとに入院継続の確認の申し立てをしなければならないことになっております。その趣旨は、入院される方の社会復帰を促進するために手厚い専門的医療が行われるため、入院患者さんにとっては利益となる面もある一方、人身の制約を伴うという点からは不利益な面も有するのであり、入院患者の入院期間が不当に長期にわたることを防止する観点にあると説明されております。

そして、この6か月という期間がどこから来たのかといいますと、実は措置入院において定期報告を受けた精神医療審査会が行う入院継続の必要性の有無の審査の期間が参考にされております。医療保護入院も強制入院である以上、当然この趣旨は妥当するものと思われま。一定期間ごとにとという点で、私は、事務局案の6か月ごと（入院から6か月経過までの間は3か月）という案に沿って検討を進めていただきたいと当初考えていたのですが、先ほどの小阪構成員のお話を伺いますと、果たしてそれで妥当なのかどうかというところには、正直なところ現在疑問も生じております。

したがいまして、当事者の方々の意見も踏まえつつ、一定期間というものを設けていただき、医療保護入院が必要という判断の的確性・妥当性を審査する仕組みをつくっていただきたいと思います。

それから、30ページの入院時の告知についてです。入院時の告知につきましては、非常に踏み込んだ案を御提案くださり、本当にありがとうございます。全般的に賛成なのですが、1点だけ気になるのが、入院時に直ちに患者さん自身への告知が難しいという場合についてです。仮に意思表示支援制度ができたとしても、その方が選任されるまでの間にタイムラグが生じているわけですし、退院請求権や処遇改善請求権は家族等にもあるわけですから。現在でも各病院はそのように対応してくださっているとは思いますが、患者さんへの告知と同時に、家族等への告知もすべきであることを明文で規定していただけたらと思います。

続きまして、32ページ、33ページの医療保護入院の同意者についてです。私個人は、人身の自由の拘束の判断となりますので、司法判断によるのが最も望ましいと思いますが、我が国の現状では、それは非常に難しいことを承知しております。そして、指定医2名による判断というのも、指定医の人数の関係から難しいと考えられていることも承知しております。医療保護入院制度は、将来的な廃止を視野に入れ、縮小を目指しているものの、

しばらくは存続せざるを得ないという前提の下での意見になりますが、この同意というものが本人の人権擁護の観点から、指定医の医学的判断について、適正な第三者による確認が必要という趣旨に基づいて求められており、入院して医療を行ったほうがいいのか、あるいは、地域の資源を最大限活用すれば地域の中でも医療を行うことができるのかの見極めも求められているのだとしましたら、例えばですが、指定医1名に加え、病院外の存在として精神保健福祉相談員を務めておられるPSWの方たちにその役割を担っていただくということも考えられるのではないかと思います。

医療観察制度が施行されて以降、PSWの方たちは、精神保健参与員として評決権はないものの、ほぼ全件の審判に関与され、患者さんたちの権利擁護を重視しつつ、地域の精神医療を熟知されている立場から意見を述べられ、決定に大きな役割を果たしていると承知しております。そのような観点から、こうした案もあるのではないかと考えた次第です。

続きまして、38ページをお願いいたします。本人と家族が疎遠な場合等の同意者についてでございますけれども、もし現行の医療保護入院制度における家族等の同意が廃止され、別の仕組みとなればいいのですが、直ちにそのような制度改革が難しい場合には、過渡的な対応として、特に本人と家族等の間に利益相反が認められる状況におきましては、市町村長同意を可能とする方向で検討を進めていただきたいと思います。

その※に挙げられている点がございまして、私自身、保護者に虐待されている児童がいて、その児童に精神科の入院治療が必要な場合、そして、その虐待している保護者しか家族等に該当する者がいない場合、どうしたらいいのかというような質問を受けることがございます。例えば一時保護が必要な際、精神科病院への一時保護委託にしてみれば精神保健福祉法外の入院となりますので、家族等の同意を得る必要はなくなりますから、それに対応すればと思うのですが、病院としては、そうしますと権利擁護の規定も含め、精神保健福祉法の規定が全くかからなくなり、患者さんである児童の不利益になるので、それは避けたい。だから何とかして虐待者である保護者に同意してもらわなければならないのが現状なのですよというようなお返事をいただくことがございます。しかし、これでは直ちに入院治療が必要とされる児童の利益にかなっていないと思われますし、児童の利益の擁護と保護者からの同意取得との間で精神科病院が板挟みになる事態は避けるべきだと思います。

繰り返しになり恐縮ですが、大前提としては、現行の医療保護入院制度の縮小を目指すべきではありますが、もし直ちに家族等の同意に代わる仕組みを構築することが難しいとの結論に至りました場合には、少なくとも本人と家族等の間に利益相反が認められる、このような明らかな状況におきましては、市町村長同意を可能とする方法を採用していただきたいと思います。

続きまして、52ページの先ほど小阪構成員がおっしゃられましたゼロに向けた隔離・身体的拘束の最小化に係る取組についてです。強制力の行使は廃止する方向が目指されるべきということをお前提にしつつ、現時点ではそれが直ちに難しいということであれば、告示

に示されている処遇基準の見直しをぜひ御検討いただきたいと思います。特に身体的拘束について述べさせていただきますと、現在でも、どのような場合に認められるのかは、基本的な考え方に示されております。しかし、これを要件という形で明確に示すことによって、最終手段としての位置づけがきちんとなされれば、強制力の行使をやむを得ず受ける患者さんたちにとっても透明性が確保され、権利の擁護につながるのではないかと思います。

そして、対象となる患者に関する事項のイ、多動または不穏が顕著である場合に対しましては、厳しい御意見が多数寄せられておりましたけれども、これは裁判官の研究報告のようなものの中でも、意義が一義的に明らかでないため、どのような状態があれば要件を充足するのかが問題となり得ると指摘されております。非常に解釈の幅の広い要件ではないかと思われまします。したがって、私としましては、削除する方向で検討いただければと考えております。

そして、手続的な部分につきましては、やはり厳格化する必要があるように思います。まずは行動制限最小化委員会を告示上規定していただくことが非常に重要であり、この委員会が医療観察法の指定入院医療機関における倫理会議のような役割を果たしていただけるようになればと思います。

それから、患者さんに対しましては、身体的拘束を行う理由のみ知らせるよう努めるとされておりますが、身体的拘束は強制入院とは異なる別の身体の自由の制限になりますので、理由はもちろん、これに対して患者さんの有している権利についても改めてお伝えしなければならぬ義務があると思います。さらに、御本人が直ちに理解できない場合の手当てについても検討する必要があると思います。

さらに言いますと、遵守事項につきましては、常時の臨床的観察を行い、医師は頻回に診察を行うという規定ぶりになっております。恐らくこの「常時の」とか「頻回に」といった部分につきましては、各病院がマニュアルなどを作成され、明確にされているとは思われますが、身体的拘束は生命や身体への侵襲性が高いということは、もう皆さん御存じのことですし、やむを得ず受ける患者さんたちの生命や身体の保護にとって極めて重要な部分でありますので、この「常時の」、「頻回に」といったものが何を意味するのかにつきましても明確にさせていただきたいと思います。

そして、このように対応していただくためには、人員配置の充実の問題は避けて通ることができないと思います。隔離・身体的拘束に関して、法改正に着手した諸外国におきましても、人員不足は常に問題点として指摘されております。ぜひ手厚い配置に向けた御検討をお願いしたいと思います。

最後です。虐待防止に係る仕組みについてですけれども、私としては、実効性がある仕組みとして、精神保健福祉法にその規定を設ける形で進めていただきたいと思います。

長くなりまして申し訳ございません。以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、櫻田構成員、よろしく願いいたします。

○櫻田構成員 株式会社MARSの櫻田でございます。私のほうからも何点か意見を述べさせていただきます。

まず、スライドの25ページ、医療保護入院の論点マル2に関してなのですが、大阪構成員もおっしゃっていただいたとおりで、医療保護入院の要件を満たすと判断されたところについての案に関しまして、案2のほうで期限を設けて設定をするというところに私も賛成しております。具体的な期間についてのところも、6か月ごとというのは私自身もちょっと長いかなと思っている次第です。やはり入院されている方の状態というのは日々変化しております。よくも悪くもというところではあるのですが、いい方向に変化しているのであれば、医療保護入院から別のところに移行するみたいな形になっていくと思うので、そういうふうに見直しの期間をもう少し短めに設定して、その方の経過を観察していただくような形が望ましいのではないかと私自身は感じているところであります。

次に、スライドの49ページ以降の隔離・身体拘束の件についてなのですが、このところのどこに意見というよりは全体的になるかと思うのですが、隔離・身体拘束はやはりゼロにすべきだと私自身も思っております。実際に私が関わっていた方の事例で、隔離をされたことによって二次的な障害を負ってしまったという方のケースもあります。やはりそうなってしまうと、その方自身の精神的なケアにも影響が出てきますし、その方自身の精神科医療への不信感も物すごいものになっておりまして、それを払拭するまでに何十年とかかかっている方もいらっしゃいますし、そうなってしまうとその方自身の治療継続にも影響が出てきてしましまして、結果的にその方はよくはなっていっていったという経過をたどってはいるのですが、それによって治療の中断とか再入院を繰り返していることによって、精神科医療への不信感が払拭されないまま続けてしまうとなってしまうと、やはり精神科医療を提供する側ですとか受け手の側からしてもあまりよくないと思いますので、そういうものをなくすためにも、隔離とか身体的拘束はゼロを目指していくような検討事項が今後も必要なのではないかと感じております。

私としては以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、太田構成員、よろしく願いいたします。

○太田構成員 ありがとうございます。何点かにわたって意見を述べたいと思います。

まず、意思表示支援の問題です。8ページ、9ページの辺りでございますが、この名前がベストなのかどうかというのは正直よく分かりかねます。日本語として意思決定支援と意思表示支援は非常に似ているので、似ているけれどもとてもやるのが違うということが適切なかと思っております。私も権利擁護とかそういう名前のほうがいいような気がするのですが、そこは考えていただければと思います。特に何か対案があってこだわるわけでは

ありません。

むしろ私がこだわりたいのは、意思表示支援者と患者がどう接触するのか、精神障害者の人がどう接触するのか、その接触の機会をどうやって確保するかという問題でございます。これはもちろん前提として、例えば医療保護入院を受けることになってしまった精神障害者の人が、もう既に意思表示支援者を個人で選任済みであるというなら、その人に意思表示支援者としての権限を行使してもらえればいいと思うのですが、そういう人がいない、いきなり医療保護入院がなされるということも考えられるのではないかと。その場合に備えて、そうすると結局、精神科病院単位等々の医療機関単位、あるいは地区単位でデフォルト的に意思表示支援を担当する、要するに何も特に個別的な希望がなければその意思表示支援者がとりあえずその組織は担当するというようなデフォルトルールを設けておく必要があるのではないかと。ただ、これが医療機関の中にあるとか医療機関とツーカーだということになりますと、これまた信用してもらえない可能性があるので、この部分をちょっと考えておく必要があると思います。私としては別資本、人的にも共通性がなければ医療機関が委託をしておくということもあっていいのかなと思うのですが、そこら辺は、それでは信用できんという方もおられるかもしれませんので、そこは当事者の方たちが議論していただければと思う次第です。

2番目は医療保護入院に関してです。今までのことを考えると、将来的な廃止も視野に入れると、厚生労働省の政策文書で書くこと自体が大きな意味を持つと思いますので、そこは最低ラインとして確保していただきたいと思います。もちろん何年をめどにと何かあればさらにすばらしいのですが、それができるかどうか、私には今の時点では分かりかねます。

次に、任意入院への移行の25ページで出ていた案1、案2の問題です。私もいろいろな方が言われていたように案2のほうが首尾一貫しているだろうなと思います。筋が通っている案だろうと思います。ただ、やはりちょっと気になるのは、同じ手順を経ると、これはもう一度家族等の同意を得ることになって、これは家族等への負担感がかなり増すのではないかと。一度入院させるときに同意を求めているので、またそれを続けるのはどうかな、とさすがに思わないではありません。

だから、この更新のようなときで、かつ医療機関が真面目にやっておられれば、必要がなくなったり任意入院への移行ができたりしていれば既にやっておられるわけでしょうから――要するに3か月とか6か月必ず医療保護入院に付させておかないといけないということはないわけです――、そういうことを考えれば、医療機関はそういうチャンスがなかったと既に判断している。しかし、その期間ごとに改めてきちんと判定させるということであれば、更新手続のようなものに限っては市町村長同意にするとか、あるいはほかの第三者の手続を得るといったようなことも考えられるかもしれないとは思っております。

家族のほうは、他方において、そうすると知らない間に更新されている格好になりかねないのですが、関心を持っている家族であれば自分で情報を得るでしょうし、退院請求が

できるわけですので、その点で更新、更改の部分については家族の同意ではない手続にしてもよいのではないかと思います。

次に、30ページの入院告知の問題です。まず、入院させる理由を告知させるということについては賛成です。これは措置入院も含めてそうであるべきだと思っております。問題は、患者の症状に照らして支障があると認められる間は告知を延期できる仕組みを入れるべきではないかという点で、こちらについては若干疑問があります。まず第1の疑問は、意思表示支援者が仮にいたのであれば、その時点で意思表示支援者に伝えるということができるのではないか。つまり延期しなくたっていいのではないか。それからもう一つは、やはり本人に伝えることに意味があるとして、これは一度限りしか告知させないという必要はないので、やはり入院のときに、相手が分かっているようが、分かりそうかどうかを問わずに告知させる。分かっているというときにも、後で分かるようになったと思ったときに改めて告知する、再度の告知を義務づけるということでもいいのではないかということです。

何でそんなようなことを考えているかということ、これは多少私の専門にも関わりますが、行政機関が自分の決定について理由を付記せよと言われることがあります。措置入院のような場合、行政法の一般法理に照らしても理由付記が本来は求められるべき類型です。そのときに理由を提示させる趣旨について、最高裁は伝統的に、1つには慎重考慮と恣意抑制——これで第1の理由です——、すなわち慎重な考慮に基づいて、恣意に基づく判断をしていないのだということをやちゃんと意識させる、それを自分でも確認させるためという理由と、それから2番目に不服申立て便宜と言っていますが、要するに権利救済のための申立てをする際に必ず反論をするということが原告の側、名宛て人の側には必要になってきますので、その反論の便宜を与えるためだという理屈を言っています。そうすると、こういう措置入院や医療保護入院をやる場合にも、慎重に考慮をして、恣意に基づいていないのだということは医療機関に論証してもらう必要がある。その論証は、相手が分かっているようが分かっているまいが、自分の中で自分は間違いなく慎重に考慮したのだということ自分で認識できるように理由を付す形で行ってもらう必要がある。

こういうふうを考えますと、理由提示の機能に関して、患者が内容を把握できる状態であるかどうかとは別に、やはりその時点で十分な理由が付せる決定をしてもらわないといけない。その観点からは、延期することが本当に必要なのかという点に疑問があるということです。ただ、分からないけれどもとりあえず伝えたらオーケーだというと、これは権利救済の実は上げないので、分かるようになったら改めて告知してもらう。別に告知を2回やってもらってもいいのではないかなと思う次第でございます。

次に、医療保護入院同意者の32ページの問題です。ここは基本、前回、前々回に私がお話ししたことを整理していただいたような感じになっていますので、その上で、何かよりよい方向に行っていただければと思う次第でございます。

柑本構成員のおっしゃったコメディカルといいますか、PSWのような人をお願いするとい

うことについて、なるほどと思いながら聞いていたのですが、これは市町村長同意を実質化する、その市町村長同意のほうの担当者にそういう人を望ましいとするというようなこともありかなと。それからもう一つ、柑本構成員の話でちょっと疑問に思った、そういう判断なのかと思ったのは、地域リソースを使えるかどうかという観点からのチェックをするべき判断なのかということについては、私はむしろ純粹に入院治療をしなければいけないという判断になっている、つまり、症状が中心なのではないか。そうするとかなり医学的判断になっていて、PSWの人ならよりよく第三者を務められるというようなことなのだろうかと思いながら聞いていたということだけは付言しておきます。

もう一つは、市町村長同意を真面目にやっていただきたいということと、それから、これは柑本構成員もおっしゃったように、すぐというわけではありませんが、医療保護入院の廃止に向けて縮小化していくなら、措置入院と同じ手続でやっても、そう指定医の負担にならなくなってくるのではないかという展望も出てくるかなと思っていますが、すぐということが実現するとはさすがに私も思っておりません。

それから、37ページ、38ページの疎遠な場合にどうするか。疎遠なというよりも、私からすると、疎遠かどうかというよりも、家族が患者の利益に対して誠実に振る舞わない可能性がある場合にどうするかという問題設定をするべきだろうと思いますが、その部分でございます。

まず、38ページのマル2とマル3は択一の関係には立たない。つまり、AかBかではなくて、両方やって問題ない選択肢であるということは確認しておきたいと思います。その上でマル2の要件の書き方なのですが、今の書き方だと長期間の音信不通等を理由に家族が意思表示を拒否した場合にはとなっており、これが例示であればいいのですが、そうではなくて、家族が意思表示を拒否できる要件で、この要件を満たさない限りは家族は意思表示を拒否できないといたしますと、これは判断する義務を家族に負わせることになって、これはやはりちょっとしんどい。また、その要件を満たしているかどうかを第三者がさらにチェックするということが不可能であると思いますので、これは家族が意思表示を拒否した、その理由は問わず、自分にはそれができない、向いていないということで拒否した場合というように理解するべきではないかと思います。

その課題として、意思表示を拒否したことを市町村長が確認する方法ですが、これは一番簡単な現実的なやり方は、申し訳ないのですが、医療機関にその連絡役を担っていただく以外にないだろうと思います。つまり、家族に医療保護入院を指定医としてはさせるべきだ、させたいと思うのだが同意してもらえるかと尋ねて、返事として、自分は同意するかどうかの判断を拒否すると家族から連絡を受けたら、そういうことだということで市町村長に改めて手紙なり何なりで尋ねるという手続を組むことになるだろうと思います。

それから、マル3の案に関しては、利益相反が認められる場合はそもそも家族等から除外するということはすべきだと思います。なかなか難しいのですが、※で書いてある事務局がお示ししてくださったようなケースの場合は除外するべきではないかと考えます。

現行法でも33条2項各号に列挙されているのは、家族等が本人と利益相反関係に立っている場合を挙げていると読めますので、そういう形で追加すること、あるいは包括的な権限を都道府県知事等に与える、一定の手続の下で除外することを可能にするという改正を考えていいのではないかと思います。

次に、ちょっと長くなって申し訳ないですが、41ページのお示しいただいた精神医療審査会に措置入院をやった場合にすぐ知らせるという点について、私はやった方がいいのではないかと思います。

次に、48ページの警察が会議に参加するかどうかの問題でございますが、私は、まず案2は明確に反対しておきます。なぜかという、これだとデフォルトルールがどちらに動くか分からない、とりわけこの理由の考え方に書いてある、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だ、一つの組織を除外する表記はなじまないというようにいたしますと、これは表記だけの問題ではなくて除外するのもしなじまないよねということになって、警察の参加がデフォルトになりかねないと思われるので、私はこれは反対です。

案1か案3、つまり右か左かということでございますが、本人のことだけ考えますと、本人の同意がある場合に限って参加するというところに強いて反対する必要はないのかなと思うのですが、2点ちょっと不安があります。第1は、当然あんた同意するよねということで、原案の方に警察の参加が入っていて、患者さんに、さあ同意してくださいと言わんばかりの原案が示されるというのは、それで患者の意思を尊重しているといえるのかなと、そういうことにならないようにしないといけないので、ちょっと大丈夫かなというのが1点。2点目は、例えば患者さんが自傷他害行為をどうしても行ってしまうということで、警察の関与が必要になってしまうようなことが想定される場合と、本人が同意してくれるかどうかという場合が関連するのか。つまり、本人が同意してくれたときほど警察が必要になるだろうという想定が実際に成り立つのかどうかがよく分からない。成り立たないのだとしますと、後で動員されてしまう警察には若干気の毒だという感じもないではない、情報もないところでいきなり働けと言われて大変だなと思わないでもないのですが、関係がないのだとしますと、本人の同意というものを重視する必要があるかどうかは疑問になります。

警察がこの会議に参加しないのはなぜなのかという、治安目的で医療を使わないという精神科医療全般への信頼を確保するためであろうと思います。そうなりますと、やはり警察との距離が精神科医療の信頼性を高めるという関係で、それが全員に回り回って利益になるのだという関係があるのだとすると、もうここは案1で割り切ってしまうかという感じも受けています。案3がいけないというわけではないのですが、案1で割り切るといっても、先ほど言ったことからあるかなという気がしている次第です。

それから、52ページの隔離・身体拘束の最小化の観点です。私はマル3とマル4について若干申し上げたいと思います。気になっているのは、マル3のほうは院内の関係者が幅

広く参加したカンファレンス等が判断するという立てつけで、マル4の中では行動制限最小化委員会が出てきます。分ける必要があるのかということなのですが、これは行動制限最小化委員会をどの頻度ですぐ集められるかどうかにも依存します。つまり、隔離・拘束が必要だとまず担当の医療担当者が思っ、24時間後とか48時間後に初めて隔離・拘束をやっているよでは、ちょっと意味がないのではないかと。そういうときにぱっと集めて、しかし合議に基づく慎重な判断で行うというのを確保したいわけです。それに行動制限最小化委員会が適していないのであれば、院内の別の組織になるでしょう。ただ問題は、院内の関係者が幅広く参加したカンファレンスというときに、規模とかによっては結局、ふだんから接しているというか、みんなある程度の予断を持ってしまって、十分な議論をせずに、まあ仕方ないよねといって隔離・拘束をしてしまうのであれば、これは全然合議の実質を伴わない、意味がないということになりますので、そうではない、やはりきちんとした判断手続が組めるようなものであるということを確認できるようにして制度化、仕組み化していただきたいと思ひます。

最後に、虐待防止法の71ページの問題です。私も事前レクで障害者虐待防止法を慌てて見た程度ではございますが、障害者虐待防止法を見ますと、通報義務の受付にもならない病院とか学校とかいうほかに、規制権限は持たないけれども通報の窓口になる、これが障害者施設等とそれから使用者ですね。職場での障害者虐待を考えているわけですが、そういうタイプがあり、もう一つは、通報の窓口にもなるし、立入調査権限なども市町村が持つという3つのパターンがあるようです。私は病院については外来などを考えますと、それは24時間丸抱えをするわけではないので、今の制度もありかなと思うのですが、精神科病院のように長期入院をしているということが考えられる、そういう場所での虐待こそ防ぎたいというのであれば、精神障害者施設、障害者施設等に準じる取扱いをする。すなわち、通報窓口は市町村にもあるとし、規制権限、監督権限の発動は都道府県知事のほうへ市町村から求める、こういうやり方も合理的ではないかと思ひます。

とりわけ市町村に専門性があるかということなのですが、別に監督権限の行使を求めるわけではないですし、精神障害者にも対応した地域包括ケアに関して市町村に役割を担っていただくことになるだろうと言っているわけですよ。そうすると、その障害者施設にいれば、市町村はそういう観点でも気にすると思ひます。とすると、この場合は窓口にもなるが、病院に行ってしまう窓口ににならないというのは、地域包括ケアのフィロソフィーとの関係でもあまり説明にならないかな、変かなという気がいたしまして、虐待防止法の改正で通報先として市町村にも役割を担っていただく、ただし、監督権限のほうは都道府県の精神保健担当部局に伝えてもらう形で発動されると、こういう形の改正はありかなと思ひた次第です。

長くなりました。以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、岡田構成員、よろしくお願ひいたします。

○岡田構成員 ありがとうございます。全国精神保健福祉会連合会の岡田です。

前回までの様々な意見を反映しつつ、検討すべき事項をまとめていただいております。基本的には提示していただいた方向性には賛同をしております。それに加えて幾つか意見をお伝えしたいと思います。

まず最初の患者の意思決定及び意思の表明についての支援に関してです。名称についてはちょっと保留というか、どうとも言えない状況ですが、実際の取組を考えましたときに、意思表示支援者を誰が担当するかというのをどのように決められるのかなというところがちょっと不安です。できればといいますか、やり方はいろいろ難しいこともあるかと思うのですが、本人が情報を得て、こういう人たちがあなたをこんなふうに支えてくれますよという中で、こういう人がいいというような、本人が選べるような仕組みがあってもいいなと思っています。

それから自治体事業としての位置づけとなっておりますが、精神科病院に入院するという場合、住所とは別なところに入院するケースが結構多いと思うのです。その場合の対応がちょっと混乱するのではないかという課題があるかなと感じています。

次に、医療保護入院に関してですが、将来的に縮小、廃止の方向性を打ち出していただけたことは大変よかったなと思っています。その中で、まず15ページの緊急時における受診前相談及び入院外医療の充実というところで、この緊急時の対応については家族が本当に苦慮しているところなのですね。ここに書かれていることはどんどん進めていただきたいと考えていますけれども、特に未治療状態で経過していつて医療につながらないという方が地域には、調べようもないですけれども、家族会で相談を受けたりしている中では想像以上に多くいるということを実感していますので、ぜひこの方たちが支援や医療につながるような仕組みを進めていただきたいということと、精神科救急情報センターの24時間電話で相談ができる場所というのが各都道府県に設置されているのは存じておりますけれども、家族会の中で聞きますと、既に主治医がいる場合には主治医に相談をしてください、主治医に連絡を入れてくださいというふうに返される場合が多いということで、休日や夜間では主治医につながらない、あるいはつながっても、話は聞いてもらえても何もしてもらえないという現状があります。主治医に、大きな病院だったら24時間対応可能でしょうが、クリニックであったりする場合に24時間対応というのはなかなか不可能な状態だと思いますので、ここを何とか実質的な対応ができるような体制が必要ではないかというふうに私たちの家族の体験からは考えているところです。

それから、15ページ、精神疾患に関する普及啓発、入院を最小限にする予防の面での視点を挙げていただきまして、ありがとうございます。高校での精神疾患の教育が始まるということについても大変喜ばしいこととは思っていますけれども、この精神疾患教育には大きく2つ目的があると考えております。一つは、精神疾患についての正しい情報を知って、それを自分自身の問題として引き寄せて考えられるようになること。なので、不調を感じたときには早い段階で相談したり支援につながる、医療につな

がるという体制に流れていくことだと思います。もう一つは、やはりそのことのためにも偏見を持たないことだと考えています。

このような視点から見ると、保健体育の教師が精神疾患の授業にどんなふうに取り組むのだろうかと不安に思っているというか、ちょっとよく見えない部分があるなということ私たちが家族は感じているのです。そして、理論だけの学びでは偏見はなくならず、むしろ偏見を助長されるという研究結果も聞いております。このようなことから、養護教諭の活用は考えられないだろうかということ。また、精神障害当事者の体験を聞いたり、実際に交流する機会をつくるということがこれらの助けになるのではないかと考えておりますので、御検討をと思っております。

それから、16ページの児童・思春期の精神科医療体制の充実ということで現在取組が進められているということですがけれども、まだまだ充実までには至っていないという実感があります。特に10代で精神面での不調に気づいたときにどこに相談すればよいのかが分からない現状があります。私自身も身内でそれを経験しています。ちょっと個人情報絡むので具体的には説明できませんけれども、特に義務教育から高校に上がる年代への対応が不十分になっています。一般的に小児科は15歳までが対象なので、なかなか相談に行きにくい。そこで相談を受け止めて、紹介状でも書いてもらえれば、精神科のある地域の小児医療センターにつながる可能性がありますけれども、小児医療センターのほうでは紹介状持参が原則になっていたりしますので、地域の身近なところで児童期・思春期のメンタルに関して相談できる場というのが完璧に不足していると実感しています。

この課題につきましては早急に進めていただきたいのですが、今度新設されることも家庭庁での重点課題としてぜひ取り組んでいただきたいなとも考えておりますので、御検討をよろしくお願ひしたいと思ひます。

次に、24ページ、医療保護入院から任意入院への移行ということで、退院促進に向けた制度・支援の充実ということで、これまで何人もの構成員の方からいろいろな御意見を頂戴しています。私どもとしましては、医療保護入院から任意入院への移行という視点からはずれますけれども、精神科入院に関して最初の入口としての精神科医療との出会い方に大きな課題があると感じています。入院の最初の入口のところでの丁寧な関わり、丁寧な対応というのを、どこの医療機関でも可能にしていきたい。そのためにはどうしたらいいのかということを考えてはいるのですが、なかなか難しいなと実感しています。御本人は病気の症状のせいでつらくて苦しい思いを抱えています。それを何とか解決したいという思いで家族は医療機関につなぐわけですが、そこでの体験が厳しいものとなって、トラウマのようになってしまつて、医療拒否、服薬拒否につながっているケースが大変多いと実感しています。

精神科医療との出会いのときに、本人の苦しい思いを丁寧に聞いてもらえる、本人が治療を受け入れるような対応を丁寧にしていきたい。このことが家族としては何より望んでいることだということをごここで申し上げたいと思ひます。

31ページ、医療保護入院の同意者についてどのように考えるかですが、先日来申し上げているように、家族としては、家族同意なしで実施をしていただきたいと考えております。そこに、家族等に医学的な専門知識まで必ずしも求めてはおらずというふうに書かれてはありますが、そうでないとしても、実際に入院に同意したことによって、そのことへの責任が生じ、それが家族の精神的負担にもなっていますし、繰り返して申し上げますが、そのことが本人との関係性の悪化につながるということがございます。

ちょうど3年前になりますけれども、私はベルギーの精神医療体制の視察に参加したことがあります。そのときにベルギーの家族会の方から、御自分の息子さんが緊急で入院しなければならないけれども本人が拒否しているような状態で主治医に相談したときに、家族は本人にとって常にセーフティーネットであるべきなのだから、自覚のない本人の入院に家族が関わるべきではないというふうに主治医から言われたという話を聞いて大変感動したことを覚えております。海外では司法が強制的な入院に関わる制度があると聞いておりますし、ベルギーもそのような対応になっているようです。大変難しいということは承知しておりますが、司法の関与について検討を進めていただきたいというのが私からの意見になります。

37ページ、医療審査会機能の向上ということで、これは家族会の中でも大変話題になっているところです。前回の御報告の中の課題として、人材不足であったり、第三者機関として機能できないなどの課題があるようですけれども、当事者家族にとってはこの審査会の存在というのは今現在、大変重要な存在となっています。ぜひこの精神医療審査会に家族会としては、当事者と家族が参加することを検討していただきたい、進めていただきたいと考えております。

実際には和歌山県で、この精神医療審査会の委員として当事者と家族が参加していると聞いておりますので、その実態を私のほうでもきちんと調べようとは思っておりますけれども、ぜひ実情を調べていただいて、このようなことを検討していただきたいということを提案させていただきます。

次に、先ほど小阪構成員から隔離・拘束ゼロを目指すという方向性を明示してほしいという意見がありましたけれども、私もそれには賛同いたします。

6ページに資料として前回申し上げました最高裁判決の情報を挙げていただいて、ありがとうございます。重要な注目すべき判例が掲載される判例時報にも掲載されたということで、重要視すべき裁判結果かと考えております。今後このような事案が起きないような方策をしっかりと組み立てていかなければと考えておりますが、そのことに関して人員配置ということが課題になっております。59ページに、いわゆる精神科特例は、人員配置の最低基準を定めるにすぎずとありますけれども、精神科医療に限らず、様々な現場では、財政的なこともありますので、最低基準を守っていればよいと判断されることが通常です。私は保育園に勤めておりましたけれども、保育園現場でも最低基準どおりの人員配置でやっていて、それ以上というのはなかなか望めない状況がありました。

この中に、病床削減に伴い人員配置が改善するのを待つというような記述がありました。が、そのような消極的な対応ではなくて、何年かの経過措置があってもよいとは思いますが、他科と同様の人員配置とすべきと考えますので、その方向で進めていただきたいと思います。

最後に、虐待防止に関して、前回の会議でも申し上げたとおり、私どもとしましては、障害者虐待防止法の中に、教育機関もそうだと思いますけれども、精神科医療をぜひ含めた対応をしていただきたいと思います。

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、森構成員、よろしくお願ひいたします。

○森構成員 精事連の森と申します。障害福祉サービス、特に生活訓練だとかグループホームなどの居住系支援を利用している障害者の中には、長期入院を経験してきた障害者が結構います。退院につながったきっかけだとか理由などを確認すると、病院、病棟の中での変化の乏しい、ある面、安定した病棟生活を送っていくことが、知らず知らずに病院外での地域生活のイメージや意欲をなくしている自分がある、気がつくとも長期入院になっていたというようなことを表明しています。そして、病棟の行事などで地域での生活を紹介するようなプログラムが実際にあるのですけれども、そういうものに参加したりしてきてはいるのですけれども、何か人ごとのような感じで、あまり地域の生活のイメージを抱くようなことは少なかったという意見が結構出ておりました。

退院のきっかけとなったのはどういうことかと聞きますと、主治医が交代したり、担当看護師、担当ワーカーが替わっていろいろなことをじっくりと話し合う中で、地域での生活の在り方だとか福祉サービスなど、社会資源の情報が提供されて、退院して地域で暮らすイメージを持てたというような意見が結構多かったです。

資料の6ページにあるように、傾聴だとか情報提供などを主な役割とする意思表示支援を制度化することというのは、入院の長期化を防ぐ観点からもとても大切な制度だと考えております。ぜひ実現していただければ。

ただ、小阪構成員がおっしゃったように、退院の意欲をなくしていくような部分を改善していく意思の形成というような部分も非常に大切なものがありますので、名称については少し検討の必要があるのかなと思います。

そして、この制度化に向けて、都道府県が実施主体となって研修・登録、患者からの相談だとか協議の場を設けて実施する、こういうことも非常にいいのではないかなと思います。ただ、実施主体が9ページのほうで精神保健福祉センターとなっていますが、精神保健福祉センターの全国の状況が非常にばらばらであるのと、今、精神保健センターにいろいろなものが入り込んできて、実際に実現可能かどうか、やはりこの辺りにはかなりの人の確保、人員配置をきちんとしていかないと絵に描いた餅になっていくのではないかなということを感じます。

また、退院後の地域生活は福祉サービスにつながる場合が多いことが予想されますので、支援者はピアサポーターや相談支援事業者と一緒に活動することが非常に有効ではないかと考えますので、障害者総合支援法で個別給付化するなどして、地域移行支援だとか地域定着支援につながる制度設計についても検討していただければと思います。

それから、11ページですけれども、医療保護入院について廃止という非常にすばらしいことかなと思います。田村構成員がおっしゃったように絵に描いた餅にならないように、ある程度のスケジュール化というのが必要ではないかな。非常に難しいかと思いますが、そのような感じを受けました。

また、30ページですけれども、入院時の入院理由の告知事項の追加については、医師から患者が説明を受ける機会を保障するために必要かと思います。ただ、告知が形骸化しないためにも、意思表示支援制度ができた場合、この意思表示支援者を選任して、意思表示支援者の同席の下、告知の説明を受けるということが望ましいのではないかなと思います。

それから、多くの方がおっしゃっていましたが71ページ、虐待防止ですけれども、精神障害者も障害者の一つですので、障害者虐待防止法の活用というのは非常に大事かなと思います。それから、田村構成員がおっしゃってみえたように市町村が通報するという、市町村の専門性の向上というようなことも考えられる部分がありますので、市町村の通報というのは必要ではないかなという感じを受けました。

以上になります。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 日本精神神経科診療所協会の上ノ山です。よろしく願いします。

今回は膨大な資料を用意していただいて、たくさんの論点を提示していただいて、ありがとうございます。おおむね私は賛成です。今後、検討会を通じて詳細が深められていけばいいなと思っています。

今回は、次の3点に関して私のほうから要望というか、提案させていただけたらと思います。1番目は、精神科特例を廃止する方向に向けてどうするかということ、2番目は、精神科救急というものの定義をもう一度見直すということ、3番目は、市町村の責任について、とりわけコミュニティメンタルヘルsteamについてどうしていくかということについて、この3点に関して論点に挙げていただけたらと思います。

精神科特例に関しては、59ページに一応最低基準であるということでもありますけれども、先ほど来も意見ございましたように、その中で、それでよしとするということになってしまいがちです。今後、この特例を廃止するという方向に向けて、どのようなタイムスケジュールを組んで検討していくのかということをやむを得ず論点として挙げていただけたらと思います。やはり人員配置が少ないと、幾ら熱心な精神科医がいてもうまくいかないことが多いですね。若い熱心な精神科医が先日患者さんを拘束していましたという話を聞いたのですが、夜間に人が少ないので、これはもう仕方がないのですという形でおっしゃっていま

した。幾ら個人が熱心に頑張ろうとしても、やはりそういうことが認められてしまうというか、仕方がないという感じで受け入れていってしまうというようなことですね。

医療の高度化とか進歩とかいう流れがある中で、拘束がどんどん増えていっているというのも非常におかしな話ですし、人がいないから仕方がないということで認められていくということが今、問題かなと思います。このことに関してやはり改善していく必要があると思います。権利擁護とか意思決定支援に関して制度化していくことももちろん重要ですが、人員に関する基準に関して方向性をはっきり示していただきたいと思います。それが1番目です。

それから、救急の定義ですが、**「にも包括」**の報告書でも平時の救急というのを強調していただいて、すごくありがたかったなと思っているのですが、どうしても救急というのは夜間・休日の体制というふうに取り扱われます。精神科救急の定義は今までそのようにされてきました。今回のまとめの中にも医療保護入院に関して15ページ、緊急時の対応ということで書かれています。この救急と緊急というのを場合によっては使い分けたり、あるいは混同したりという形で用いられているのが現状だと思います。

これまでは救急というのは、緊急なもの、つまり措置入院体制の入院を前提とした救急として使われている傾向があります。しかし救急に関して論じるときは、**「にも包括」**でも言われたように平時の救急が大事なわけで、15ページを見ても平時の救急につながる議論が論点として挙げられています。ですから、もし救急に関して定義を見直すとしたら、夜間・休日等の精神的危機に対応することにしていただけたらと思います。平日の昼間でも様々な困難ケースがあるわけで、そこに対応できる体制、特にコミュニティメンタルヘルスチームなどのような形での体制が組めれば、そこに治療の枠組みをつくっていくことができる可能性があると思います。そんなことで、それが救急の定義の問題です。

それから、市町村の責任に関して、とりわけコミュニティメンタルヘルスチームに関して、できたら制度化していくような方向で議論をしていただけたらと思います。

今、包括的支援マネジメントについて積極的な御提案もいただきまして、すごくありがたかったですし、これまで医師を中心に診療報酬が組み立てられているのに対して、メディカルの活動にも何らかの評価がつくという意味で、画期的な報酬改定だったと思います。だけれども、やれる人はやれというだけでは地域の体制が整っていかないと思います。そこにやはり市町村の責任において、訪問支援を含めた体制を組んでいく必要があると。そういう意味で、コミュニティメンタルヘルスチームがあればいいなと思います。

このときに私は先日申し上げましたけれども、認知症初期集中支援チームが1つの参考になると思います。これは全国の市町村にできましたので、メンタルヘルスの領域においてできないわけではないと思うのです。とりわけ、先日大阪大学の池田先生にお話をお伺いしましたけれども、認知症初期集中支援チームの対応事例については、42%ぐらいが困難事例ということでした。困難事例とはどんな事例かというと、包括的支援マネジメントの導入基準に挙げられるような事例ですね。それを主に余裕のある市町村は、一般科の初期

集中支援チームと並行して精神科の初期集中支援チームをつくっているということのようです。このような形で、精神科も既に地域包括ケアシステムの中でチームをつくる体制が介護保険の領域ではできていると。これはやはりメンタルヘルスの領域においてもつくっていく必要があると思います。そういうふうに制度化していかないと、やれる人はやれというだけでは、結局は進んでいかない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、藤井構成員、よろしくお願ひいたします。

○藤井構成員 国立精神・神経医療研究センターの藤井です。膨大な課題についての論点整理をいただきまして、ありがとうございます。

まず、8ページの意思表示支援の制度化についてはおおむね賛成です。名称につきましては、意思表示支援だと実際に求められている役割よりやや狭い範囲の支援をイメージしてしまうところもありますので、これはもう少し検討が必要ではないかなと思っています。優先的に取り組む対象者についても基本的には賛成なのですが、本来はもちろん入院者全てを支援の対象にすることができるような方向性で検討する必要があると考えているのですけれども、人材確保でありますとか人材育成という観点から、いきなり入院者全てに対応するという事は現実的には極めて難しいと思われまして、十分な人員確保ができていない状況で入院者全てを対象とするということになりますと、支援の質の担保が困難になってくるのではないかなというのも危惧されますので、まずは対象を絞って体制構築をしていくというプロセスを踏むことは、制度を実現していく上では必要なプロセスではないかと考えております。

9ページの具体的な仕組みについてなのですが、この機能を精神保健福祉センターに置くことについては、消極的に賛成というような立場です。消極的にと申しますのは、この意思表示支援の機能を担う機関としての既存の機関を想定する場合には、確かに精神保健福祉センター以外の受け皿はちょっと考えづらいので、いたし方ないのではないかなという意味で申し上げます。精神保健福祉センターは現状でも精神医療審査会の事務局を担っていただいている、事務局の資料にもありましたけれども、委員の確保であるとか運営自体もかなり厳しい状況で実施されていることを考えますと、また新たに意思表示支援の機能を担うとなった場合に、その意思表示支援者自体は医療審査会の委員のように外部の方に委託するにしても、事務局機能とか実際の運営に係る業務は対象をかなり絞っても膨大になると思います。ですので、適切な人員配置が行われるということが大前提になると思います。

もっと付け加えるとしたら、入院者の権利擁護でありますとか入院医療の適正化というのは精神保健福祉センターの重要な役割ではあると思うのですが、それは機能の一部であって、本来的には普及啓発であるとか、地域支援の充実とか、市町村保健所のバックアップといった、そもそも非自発的入院にならなくても済むようにするための支援に重

きを置いていただくということも重要なのではないかと思いますし、実際にそういう機能の充実が求められているところですので、普及啓発であるとか地域支援といった機能が損なわれることがないように制度設計を検討していく必要があると思います。

医療保護入院に関しましては、直ちに廃止することは現実的に難しいということではありますけれども、縮小、廃止に向かうようにしていくということを前提にして、医療保護入院の在り方としてお示しいただいた方向性についてはおおむね賛成の立場です。

ただ、25ページ以降の任意入院の意向とか退院促進に向けた制度・支援の充実について検討する際には、現状では認知症の方がかなりの割合を占めているということに注意していく必要があるのではないかなと考えています。現在お示しいただいている方向性はおおむね賛成なのですが、認知症の方にはそぐわない点があるようにも思います。

今日は時間の関係もあるので、どこがどうなじまないという個別具体のことを申し上げることはいたしませんけれども、医療保護入院の方の中には認知症の方が相当数いらっしゃるということを念頭に、これも制度設計をしていく必要があるのではないかなと思っています。認知症の方への対応を含む細部のことについては、例えば別途告示でお示しいただくとか、より患者さん御本人の状態とかニーズに沿った支援が提供できるようにしていく必要があるのではないかなと思っています。

期間については、一定期間ごとの確認を行うことについては賛成なのですが、改めて家族等の同意を得ることを必要とするということについては、継続的な入院が必要な場合、御家族に何度も事務的な手続をお願いすることになるだけではなくて、家族を本人の意思に反して入院させるという心理的な負担を御家族に繰り返しかけることになるのではないかなということをお心配しています。入院している方と御家族との関係性への悪影響も懸念される場所ではありますので、太田構成員も御指摘されておりましたが、御家族に退院請求権もありますので、入院の継続については医療的な判断に基づいて行われるほうがよいのではないかなと思います。

32ページの医療保護入院の同意者として、現状では家族同意と市町村長同意は残すということについて、なかなか積極的には賛成しづらいところではあるのですが、現状で現実的な対案をお示しすることができませんので、これもいたし方ないところかなと思っています。

38ページのDV、虐待等の関係にある家族や疎遠な家族に代わって市町村長が同意することなどの案については、総論賛成です。

その上で、32ページにお示しいただいた、本人があらかじめ支援者を登録する代理人指示の考え方ですね。今回は難しいと思うのですが、例えば米国ではサイキアトリック・アドバンス・ディレクティブス、精神科事前指示という制度が半数の州で法制化されているという海外の状況とかも踏まえて、引き続き実現可能性を検討していくということがあってもいいのではないかなと思います。

それから、日本は障害者権利条約を批准していますので、障害者権利条約にのっとって

なおかつ本人の同意が得られない場合でも必要な医療にアクセスする権利を保障するためのよりよい方法については継続的に検討していく必要があると思います。本人の同意が得られない場合でも必要な医療にアクセスする権利を保障するのは、狭義の精神疾患の症状によって、意思能力が著しく障害している人だけではないということを考えると、精神科における非自発的入院の手術と精神科以外の科における手術とを区別するということは合理的とはいいがたい側面があるのではないかと思います。実際に2019年12月に北アイルランドで施行されている意思能力法では、精神疾患のあるなしにかかわらず、意思能力、メンタルキャパシティが著しく低下した場合の医療福祉の提供について定めたものがあります。精神疾患と身体疾患を同じ法的枠組みに入れるという画期的な法律になっているのです。海外の法的枠組みを日本にそのまま取り入れることはもちろんできないわけですし、非常にドラスティックな変革というのは現場に混乱をもたらして、結果的に患者さんの不利益にもなりかねないので、慎重な検討が必要であることは言うまでもないのですけれども、そのような海外の新たな法的枠組みの運用状況なども注視しつつ、日本でも将来的に精神障害者を別枠で扱う医療保護入院に代わる方法の検討を行っていく必要もあるのではないかと考えています。

それでも障害者権利条約に適合しないところは出てくるわけなのですけれども、医療の現場、特に救急とか急性期の医療現場においては、障害の社会モデルを当てはめることができない状況も多々あって、本人の生命とか安全を守るためには医療モデルを適用すべき場面というのがありますので、障害と疾病を分けて考えることが適切な状況と、障害の社会モデルを、医療の中にもその考え方を取り入れるべき状況について、ここはさらに議論を深めていく必要があるのではないかと思います。

48ページの退院後支援に関して、警察は会議に参加しない旨を明文で規定するかどうかということについてなのですけれども、警察の関与を不安に思われる精神障害の方がいらっしゃることは事実だと思います。ただ一方で、精神障害のあるなしを問わず、困ったとき、特に危機的な状況に遇ったときに地元の警察に助けてほしいなと考えるのは自然なことでもあるわけですね。私の地域の実践の中でも、例外的だとは思いますが、具合が悪くなったときに警察の方によくお世話になっているから、警察の方に自分の状況を知っておいてもらいたいと自ら希望される方もいらっしゃいました。会議に入るかどうかはまた別の問題になるかもしれませんが、特に夜間とか休日とかの医療機関や公的サービスが当直体制だったりして、緊急事態にすぐ対応できないような場合もあります。そのようなときに結果的に警察の方が対応しているケースは少なからずあります。今のガイドラインでは、会議には防犯の観点から警察が参加することは認められないと明記をされています。あとは例外的に警察が支援関係者として、本人の支援を目的に参加することは考えられるが、この場合は、家族、本人やそのほかの支援者から意見を聞いて、警察以外の関係者間で警察の参加についての合意を得ることが必要ということや、本人が警察の参加を拒否した場合には参加させてはならないというような規定がされています。これは御本人

の同意の下で参加するというふうに単純に規定してしまうと、太田構成員御懸念のとおり、半ば強引に同意を求めていく状況も考えられることから、そのような書きぶりになったと記憶しています。

もちろんこの書きぶりは再度より適切なものに検討していく必要があるとは考えるのですが、すけれども、少なくとも警察は会議に参加しないというふうに一律に規定してしまうと、警察に力になってもらいたいと希望する当事者の方、そのような方は少数派だとしても、その希望に応えられないことにもなりかねないのではないかと思いますので、参加しない旨を明文化することに関しては、ちょっと慎重に考えていく必要があるかなと思います。

最後に、71ページの虐待防止に係る取組については、病院とか学校とか対象範囲ごとにこれまでの法律との整合性が問題になってくると思うのですが、関係する課題を整理した上で、障害者虐待防止法の枠組みを活用するという方向に賛成です。専門性という面ではやや乏しくなるかもしれませんが、むしろ第三者の視線が入ることというのは望ましいのではないかと考えます。

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、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といいます。現場の意見と病院の管理者としての意見を述べさせていただきます。

まず、患者の意思決定及び意思の表明について云々のところは、藤井構成員の意見とほぼ同じです。ただ、名称はちょっとよく分からないし、何をやるかも具体がちょっといろいろ人によってイメージが違うのではないかと思いますので、もう少し検討が必要だと思うことと、精神保健福祉センターにその役割を担わせるということについても人員の問題とか、それから本来の業務と違うのではないかなという気もしますので、その辺りは辻本構成員がいろいろ意見を述べられると思います。

次に、医療保護入院のところですが、将来的に医療保護入院をだんだん減らしていった任意入院にしていくというのは理想的ではありますが、ただ一方では、診療報酬がそのようになっていないということもありますし、14ページで紹介されています包括的支援マネジメント、これはうちの病院も藤井先生に習っていろいろやって、ものすごく物すごく効果があります。本当に何回も、年に一、二回、夜中に救急で入院された方も、ちゃんとそういうことがなくなって、仮に入院するとしても、本当に任意入院で昼間に入院されてくるという形になっておりますが、そういうふうにして夜間の件数が減ると、救急の要件がだんだん減っていくみたいな、いいことをすればするほど病院経営が苦しくなるといって診療報酬体系になっておりますので、そこはもうちょっと何か、考えるわけではないかもしれませんが、非常に不満に思っております。

それからもう一つだけ、ここであまり言うことではございませんが、19ページの令和4年度から療養生活継続支援加算というのがつきまして、認定看護師とPSWがそういうことを

すると云々とありますが、当院ではPSWと作業療法士が主にこういうことをやっております、生活支援ということになりますと、作業療法士の支援も相当大きいのです。ですから、作業療法士だけ仲間外れにされているみたいだということで、そちらのほうからいろいろ意見を言われますので、ここで述べておきます。

それから、25ページの任意入院にするのを時々確認していくというような話ですけども、案2のほうのほうがそれはよさそうですが、ただ、実際にやるとなると、家族がほとんど来ないとか家族との連絡が大変だと思うので、実際にこんなことはできないと思います。当院は県立病院であることもありまして、もう家族が全く来ないとか、あるいは入院費さえ払ってもらえない家族もたくさんいらっしゃる中で、こういう負担はかけても全然うまくできなくて、期限だけが過ぎて、どうすればいいのだろうみたいなことになりそうな気がします。

先ほど藤井構成員もちよっとおっしゃっていましたが、今、精神医療審査会で医療保護入院の定期病状報告とかを見ていると、1年過ぎた人は認知症の人が相当含まれています。認知症の人に対して、形式的な書類と形式的な会議を開くことに何かすごく時間を取られているような気がします。僕は一応認知症の専門なのですが、確かに1年以上精神科病院に入院が必要な認知症という状態は、100人入院するとしたら1人、2人は非常に脳の機能が壊れてそういうふうになっている人もいますし、1つは身体合併症があって、しょっちゅう吸たんしなければならぬけれども、徘徊もひどくて一般の介護医療院とかでは見られないというタイプの人も若干いますが、多くは家族の問題で、あるいは入院していたほうが施設に行くよりもお金が安いとか、そういったような社会的な問題がほとんどです。

ですから、認知症の長期入院がいけないとは言わないけれども、そこに手間が取られるがゆえにPSWの仕事がもし制限されるならば、認知症の長期入院をもっと減らすような、例えば日常生活自立度がCは寝たきりですけども、寝たきりになったらもうはっきり言って精神保健法上の入院は必要ないと思うのですが、そういう人がいろいろな精神科に退院できなくていっぱいいると思うので、難しいですけども、そちらのほうを何かすることを考えたほうがいいのではないかなという気がします。

それから、41ページの措置入院のほうを早めに審査会で審査するというのは、これは非常にいいと思います。いろいろな県によって事情が違いますが、石川県の場合は措置入院を受ける病院はある程度限られていますし、それから、措置鑑定をする人も、すぐくばらつきがあって、指定医の措置の判断の能力にばらつきがあるのではないかとということで、何年か前から指定医を集めて均てん化研修みたいなのをして、実例を出してみんなでグループワークしてというのをやっています。今はコロナで2年ほどやっていませんが、そういう形でいろいろ若い指定医とかの話の話を聞いていると、やはり自信がないのですよね。いきなり警察に行って措置入院かどうか判断しろと言ったときにすごく迷うのはよく分かるのです。そういうこともありますから、こういうふうにして審査会でちゃんと審査して、

もしあまり適切ではなかったら裏から教えてあげるとか、そういうことは絶対必要なのではないかなと思います。

それと併せまして、応急入院についても、応急入院届はどこにも審査する場所がないので、時々不適切な応急入院届なども実地指導などに行ったら見つけたりしますので、応急入院届も、その場では間に合わないにしても、ちゃんと審査会で、どのような状況で応急入院したかというのを審査するのがいいと思います。

それから、52ページ、身体拘束の問題ですが、先ほどから何度も話題になっていますけれども、2番の多動または不穏が顕著である場合というのは、この文言が非常に拡大解釈されています。うちの病院は、とにかく身体拘束は昔から、しないわけではないですけれども、ほとんど適切にやっていると思うので、うちで身体拘束されて云々という人はあまりいないと思うのですが、ほとんど意識障害か自傷のおそれが強い場合しかやらないので年に何人あるかないかというぐらいなのですけれども、指定医のレポートとか、いろいろなほかの病院のこととかを聞くと、多動または不穏が顕著である場合というのを非常に強調してというか、拡大解釈してやっていることがあるので、この文言は、何にすればいいかわからないけれども、やはり何がしかの変更が必要かなと思います。

ただ一方で、先ほど吉川構成員がおっしゃっていましたとおり、認知症の転倒・転落予防に関する身体拘束というのはすごく問題で、徘徊してほかの部屋に入っていくから安全ベルトで動かないようにするなどというのは、これは多動または不穏が顕著である場合の拡大解釈であり、そんなのは絶対駄目だと思うのですけれども。椅子に座っていて転落して慢性硬膜下血腫になるとかそんなことを考えたら、ずり落ちないようにするとか、そういう福祉用具的なことは仕方がないような気がして、ここで言うべきではないかもしれないけれども、そういう歩けない、ちゃんと座れない、座位保持ができない認知症の人に対して安全ベルトをつけるのと、赤ちゃんが車でチャイルドシートをつけるのとどこが違うのかなと僕はふだん思っているので、それを拡大解釈して動けないようにするからいけないとかということはあるのかもしれませんが、認知症のそういうのと切り分けて身体拘束の問題も考えないと、数的にはどっちが多いかわからないぐらいだと思うので、その辺は意識していた方がいいかなと思います。

50ページに管理者のリーダーシップの下、組織全体で取り組み云々ということがありまして、先ほど鎌田構成員も看護のほうでもちゃんといろいろやっているとおっしゃいましたし、石川県は金沢大学病院が本当に身体拘束を全くせずにやっていますから、努力すればできることはよく分かるのです。ただ、やはりいろいろな人に聞きますと、例えば3人夜勤の人が全部女子で、緊急措置で興奮の強い人が入ってきたときに、いいか悪いかは別として、やはり看護師さんのほうから身体拘束してくれないと夜診られないとかということが実際にあるわけです。

ですから、やはりその辺の倫理的な研修、それは精神科病院だけではなくて一般病院においても身体拘束に関する倫理的な研修をずっとすることと、あとそれから、CVPPPみたい

な暴力に対応する看護技術を高めるような研修を一般病院にも義務づけるとか、そういうことは大事なのではないかなと思います。

ただ、肌感覚として、昔に比べると身体拘束するのは当然だろうみたいなことを言う人は本当にいなくなっていますから、どんどん減る方向で行くのではないかなと思っています。

あと、上ノ山先生もおっしゃっていました59ページの精神科特例についてですが、これは本当になくするという方向で考えてもらわないと、こんなものを最低条件だと言ったら普通の精神病院の管理者は怒りますよ。うちの病院は県立病院だからまだ補助金が来るのですが、民間の病院はそんなものなくて、安いお金で、それで精神科特例は最低基準だなどと言われたら、皆さん大変怒ると思います。

もう一つ付け加えたいのは、精神科病院は単科の精神科病院でも大病院と同じように安全管理委員会とか感染防止対策委員会とか、いろいろな委員会をたくさんやらなければいけない。その中で、医者は本当にちょっとしかいないわけです。

ですから、例えばコロナなどでも、うちの病院は職員が1人感染しましたが、入院患者はまだ1人もコロナは発生していませんが、精神科医である感染防止対策委員長が自分で研修して、看護師さんにいろいろ教えて、必死でやっているわけです。それをしながら、さらに精神科医療も行わなければいけないということで、もう2年間でほとんどバーンアウト寸前なのですね。

だから、結局やはり金と人をつけなくて、もっといいことをやれと言われても、それは潰れるしかありませんわというのが現場の意見です。その辺は皆さんもよく分かっていたと思います。例えば、汚い話をして、入院費の話なんかをしますと、うちの病院は1日平均入院して収入が、スーパー救急もありますけれども、1万6000円です。石川県立中央病院は7万円です。この差をはっきり理解していただかないと、精神科の病院はやっていけないと思います。それを理由にはいけないのはよく分かるのですが。

最後に虐待防止の話ですが、これはいろいろなことがあるのかもしれませんが、障害者虐待防止法を改正するのが妥当だと思います。何で精神科病院だけ別にするかというのがよく分かりません。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、神庭構成、よろしくお願いいたします。

○神庭構成員 ありがとうございます。もう多くの方から御指摘があったことが多いので簡単に済ませたいと思いますけれども、入院制度について、今回、かねて懸案だった諸問題に対して前向きな議論が行われつつあることを大変うれしく思っております。そして、この議論を貫いている基本的な理念は、当事者の方の権利擁護と開かれた精神科医療、これに尽きると思うのです。それに照らして見ますと、意思表示支援という言葉はちょっと弱いのではないかと思います。これはむしろ最初に使われていたアドボケイトに戻したほ

うがいいと思います。というのは、意思表示支援という名称には、この役割がもう既にここに規定されているわけですし、本来は、少数例から始めて徐々に広げていくという制度であるならば、その役割も広がる可能性があるわけですね。そういうことを見越すと、前もってもうこれに限定した役割をする人ということを経験として出してしまうのは、あまりよくないのではないかと思います。

前回、日本精神神経学会から太田参考人が声明を紹介してくださいましたが、その中にアドボケートの第4番目の役割として、医療提供者に対するモニタリングということが含まれているのですが、こういったこともやはり検討の余地があるのではないかと。そうでなくても、病院の中で仕事をされていると偶発的に権利擁護の配慮が行われていないとか、虐待等に出会うことがある。そうしたときにどうするのか。意思表示支援だけではその役割を果たせないのではないかと思うわけです。

それから、隔離・拘束に関して、52ページにありますけれども、管理者のリーダーシップ、それから病院全体の意思、活動が大切である。これはそのとおりだと思うのです。ただ、全ての問題をここに帰着させていいのかというのは大変疑問に思います。これに関しては多くの方が述べていらっしゃいましたけれども、精神科医療のマンパワーが精神科特例という中で長年にわたって細々と行われてきたという、このツケが今回ついていると言わざるを得ない。例えば今、これは次回の検討会で再び精神神経学会から正確な資料が出る予定なのですが、人口1,000人当たりの精神科医数、スイスと日本を比べると3倍違います。日本はOECDの下から数えたほうが早い精神科医数しかないのです。それから、看護に関して、精神科救急病棟、ニューヨーク州クイーンズランドは4対1です。カリフォルニア州の精神科病棟は6対1です。日本は10対1、13対1です。

僕は実際の統計を見たわけではないのですが、医療観察法病棟ではほとんど拘束をしないで済んでいると聞きます。医療観察法病棟は非常に手厚い配置が行われて、言うなれば精神科のICUのような濃厚なケアが行われているわけで、根本的に隔離・拘束ゼロを目指すのであれば、しかもまた、当事者の方の権利擁護ということも掲げるのであれば、マンパワーの点でまず精神科医療の底上げが何よりも欠かせないのではないかなと思います。これも同時に御検討いただきたいと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、辻本構成員、よろしく願いいたします。

○辻本構成員 滋賀県、全国精神保健福祉センターとしての立場でお話しさせていただきます。今回、厚労省から積極的、前向きな意見を提案いただけて非常にありがたいです。基本的には賛成の立場でお話しさせていただきますが、えらく時間が遅くなって、皆さんお疲れでしょうから、できるだけ早く話していきたいと思います。

資料のスライド6の意思表示支援についてですが、この名称、これから考えると、話を聞いてもらえないとか十分な説明が得られない段階の患者は、とても

意思表示までたどり着けていないと思います。意思表示支援という言葉だけが先に立っていくと、書類とかでもそれをぼんと渡して、本質が何か分からないまま患者さんに伝えられることがあると思うので、括弧つきでいいので、もうちょっと当事者とか患者さん、混乱している人にも分かるような説明を加えて成文化していただけるとありがたいと思います。それと、認知症の対応も必要になってくるので、そちらのほうは成年後見の制度がかなり使われるようになってきているので、そちらとの整合性とかも考えていただければありがたいかなと思います。

スライド7ですけれども、後で出てくる市町村同意による医療保護入院担当者とか関係者等にも積極的に意思表示支援者の研修を受けられるように、そのような文化が広がっていったらありがたいかなと思います。

スライド8になりますが、分かりやすい告知というところなのですが、これは医療機関の管理者だけの義務づけだと、現行の入院に際してのお知らせ文と同じようになかなか活用されない可能性が多いと思います。管理者義務とともに、意思表示支援者から直接的なメッセージが届くような仕組みが何か検討できないかなと思います。

スライド9、これが一番言っておかなければいけないところだと思うのですが、先ほどからおっしゃっているように、いい方法だと思うのですが、受け皿のなさを思いつつ、何とかせにゃいかんと思いつつなのなのですが、現状でも精神保健福祉センターは審査会の事務局等を担っています。これで意思表示支援者事務局というものがあると、その両者のバランスをどう取っていいのかが非常に難しい。人員とか予算、関係機関の協力体制、そもそもマンパワーとしてどれぐらい要るのか、管理できるための事務的な能力はどれぐらい要るのか、人材がどうなのかとか、財政的な裏づけをどうするのかというのを十分に検討していただきたい。センターとしては何とかしていかないといけないというので、とりあえずセンターになっていくのは仕方ないとは思いますが、十分な検討の上、応援していただきたいです。

それと、スライド16、ちょっと飛ぶのですが、児童・思春期のメンタルヘルス対策というところですが、ここの課題は大事だと思うのですが、この絵を見ていると、児童・思春期メンタル対策は治療という形で医療につなげればいような感じがしますが、画一的に治療という形で医療につなげればいいというわけではありません。医療が必要なところは医療がやって、環境調整が必要なところは教育、保健、福祉の連携・協力による地域支援をしていかなければいけないと思うわけです。だから、児童・思春期のメンタル対策全てを拠点病院が担うということは適切ではないと考えます。

その続きで、ちょっと飛びますが、スライド23ですが、それを踏まえて思春期精神保健研修が書かれています。ひきこもり支援に関しては、精神保健福祉センターが研修会等いろいろ取り組んでいます。既に幾つかの事業が実働しているので、またこれで新しいものをつくられると混乱が出てきうるので、統一性を持って事業展開していただきたいと思っています。

スライド27をお願いできますか。退院促進については地域支援の活動が必須で、この辺の医療モデルではなくて地域支援のほうにもインセンティブを検討していただきたいと思います。

スライド28、長期在院者の支援にも意思表示支援の活動が重要になってくるので、そのあたりも書き込んでもらったかどうかと思います。

それと、28のところで、退院支援というのは入院時から地域支援を始める制度だと考えています。入院治療も地域支援も連続性とか一体化をもって、そういう視点でもって検討していただきたい。スライド14の診療報酬上の関連した表記があってもいいのではないかなと思います。

スライド32で、これはちょっと先に行き過ぎの話かもしれないですけども、同意者に指定医と意思表示支援の研修を受けたコメディカルと当事者の立場に立てる人での同意という検討も入れてみたらどうかかなと思いました。

次にスライド33で、これは前にも出たのですけれども、市町村長同意の医療保護入院に関しては、やはり調査とか実態を見てみないとまだまだ分からないところがあるのではないかなと思いました。

次にスライド39、審査会のことなのですけれども、審査会の機能に関しては全国の精神医療審査会連絡協議会・理事会もあるのですが、そちらとの意見交換していただきたい。医療委員の確保の問題だとか、医療委員と法律家委員の比率だとか、迅速かつ丁寧な審査をするにはどうしたらいいかというのを検討しているので、現場の意見も聞いていただけるとありがたいと思います。

スライド39をお願いします。措置入院の運用状況というのは、各自治体の精神科救急の在り方とか、警察との関係性とか文化、実情とかそういうのにも関連するので、様々な要因を分析、整理することが必要ではないかなと思います。精神科救急医療体制で緊急措置入院が使われることも多いし、警察官の措置通報の半分ぐらいとか、矯正施設の長からの通報とかは9割以上はもう診察不要となっていることもあるので、そういう実態をちゃんと把握していただきたいかなと思います。

スライド52、拘束に関しては、先ほど話が出ているのですけれども、介護領域だけでなく、身体科領域ともちゃんと整合性を持って検討いただきたいと思います。

スライド69になります。虐待防止は今非常に大事だと思うのですが、こういう観点に関して、今の指定医の研修でどれだけ取り上げられているのか、教育が進んでいるのか、啓発されているのか、指定医講習で盛り込まれているのかちょっと自信がありません。というのは、指定医の研修内容に関しては、不正があった後にシラバスをつくってちゃんと定期的にこれは伝えていこうとか、これは言っちゃ駄目よみたいな感じになったのですけれども、その見直しの時期がそろそろ来ていると思うのです。だから、定期的なシラバス改正だとか継続的な指定医の検討の在り方というのは継続的に見直していく必要があるのではないかなと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、菊池構成員代理人、よろしく願いいたします。

○菊池構成員代理人（野原構成員代理） 岩手県障害保健福祉課の菊池でございます。どうぞよろしく願いいたします。都道府県の立場から幾つか御意見を申し上げたいと思います。

スライドの7でございます。意思表示支援者の要件について、基本賛成ということでございます。この意思表示支援者の役割につきましては様々な先生方から整理が必要という御意見がありましたので、そのとおりということでございますが、重要な役割が期待されますので、人材の確保が大きな課題になってくるだろうと考えております。期待される役割をしっかりと果たせるような研修体制、サポート体制、役割に見合った報酬もぜひ御検討いただきたいと思います。

それから、スライドの9であります。制度化に向けた具体的な仕組みということで、守秘義務は必須のものと思います。精神保健福祉センターがその役割ということでございますが、研修の実施や登録等を広域に実施することが効率的・効果的な事務、これは都道府県が役割を担っていく必要があるのだろうなと思いますけれども、例えば具体的な意思表示支援者の選任といったような事務につきましては、「にも包括」の視点もありますので、身近な地域で役割を担っていただくというようなことも御検討いただければと思います。

それから、精神保健福祉センターにつきましては、本県も非常に厳しい体制状況でございます。自治体がしっかり役割を果たせるよう、必要な体制の構築などについて財政面も含めた国による支援をぜひお願いしたいということと、あわせて法的な位置づけといったことも重要になってくるのかなと考えておりますので、よろしく願いしたいと思います。

それから、スライドの32、医療保護入院の同意者についてでございます。この同意者につきましては、現場でも非常に悩みながら対応しているというのが現状でございます。課題に記載をされておりますとおり、御家族から同意を得られない、拒否をされるというようなケースはありますし、そうした場合に市町村長同意という手続も行っているわけですが、指定医の先生が医学的な判断をされたものに対してということになりますと、市町村長同意というのは追認のような形にどうしてもならざるを得ないというところがあります。

それから、指定医のみということにつきましては、本県は非常に医療資源が厳しい状況にありまして、2人の医師による診察というのもなかなか難しいということも考えられます。現実的な運用といたしますと、同居の御家族や本人の生活支援が可能と判断される御家族については家族同意、それ以外は市町村長同意というような、現状と同じようなもので運用していくのが現実的というふうに今のところは考えております。すみません。この点については難しいなということでございます。

最後はスライドの59、隔離・身体拘束の最小化に係る取組のところ、人員配置の充実を図るべきではないかということでもあります。この点については、私ども県議会でもこういった意見、質問等がされているところでもございます。ぜひ御検討いただきたいと思えます。

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、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。資料に沿って意見を述べさせていただきたいと思えます。まず6ページの(1)のところに、自分の気持ちや状況について話を聞いてもらえない、十分な説明が得られない等々の記載がありますけれども、この不適切な事例につきまして、これは事務局に質問ですけれども、実態的にどの程度であるか把握していれば教えていただきたいと思えます。多くの状況がこうであるのか、一部の状況なのか、その辺りも含めて、もし把握していれば教えていただければと思えます。

このように患者と医療従事者の信頼関係の構築がないような状況であれば、そもそも本来の医療提供は不可能であると考えますので、医療の現場としては、あってはならないゆゆしきことだと思っています。

こういう実態があるのであれば、第三者を介入する以前に、精神科の医療現場を大きく見直すことが極めて重要ではないかなと思っております。もしそういう実態があるのであれば、そこが解決しない限り、パッチワーク的なことをしてもなかなか効果を得られるのかどうか、若干疑問なところもございます。

それから、前回意思決定支援の在り方については述べさせていただきまして、5ページのこれまでの御意見の中の1番目に記載していただきまして、ありがとうございます。その上で、今回の意思表示支援と意思決定支援の違いが少しまだまだ分かりにくいので、今後整理していただければと思えます。

特に(2)のところにマル1で傾聴があって、マル3の1ポツ目に手伝いをするという表記がありますので、単なる聞き役であるのか、あるいはファシリテートをするような役割が期待されているのか、そのことを含めて、まだまだ最初の段階なのですけれども、今後、色々と検討あるいは整理が必要だと考えます。

続きまして、7ページでございます。ここに意思表示支援者の要件というのがありますけれども、この役割から考えますと、これまでの意見にもございましたように、個人情報保護の遵守、それから、よく緩和ケアでもございますが、価値観の先取りといったような対応の仕方は慎むべきではないか。それから、利害関係がないということが前提ではないのかなと考えております。この辺りはまた今後検討になるかと思えますので、よろしくお願ひしたいと思えます。

さらに、入院した理由とか、御本人のそのときの病状というのが分からないとなかなか意思表示の支援ができないのではないかなと思えますので、場合によっては事前に医療従事

者から病状等のヒアリングをした上で御本人の支援をするということも方策としては考えられるのかと思っております。

続きまして、30ページでございます。ここの(2)の○の2つ目のところに、意思表示支援者の同席の下、病院管理者から告知内容の説明を受けることができるようにというのがありますので、逆にこの診療する側の立場から考えると、診察室に家族が同席している病状説明とかデリケートなことを説明することが、丁寧な手続を取ると御本人にその御家族が同席することについてよろしいですかという確認を取ることが必要だと思いますけれども、意思表示支援者の身分も含めて、診療の現場において医療側からはどのような対応がいいか、その辺りも整理が必要ではないかなと思っております。

続きまして32ページでございます。指定医は当事者でございますので、当然第三者が望ましいと考えますし、家族等におきましても、利害関係がないということが前提ではないかと思っております。

続きまして48ページ、これまでも警察に関する意見が出ておりますけれども、そもそもメリット・デメリット、どういった事例が過去にあったのか、そこに対してどういう手立てを打つのかということが重要であって、会議に参加する、しないという、いきなりそういう議論ではなくて、もし不適切な事例があれば警察関係者に改善をお願いするということになると思っておりますし、あまり具体的な事例がなく議論がなされており、その辺りも含めて、一つの組織を除外するというのはかなりドラスティックな大胆なことでございますので、そこは慎重に考えつつ、不適切な事例があれば改善するようなトライアルがいいかと思っております。

続きまして52ページです。まず、隔離・身体拘束の最小化に関わる取組ですけれども、今まで御意見がありましたように、最小化ではなくて廃止に関わる取組の方がふさわしいと考えています。以前も申し上げましたが、介護の分野では、組織全体の判断、ひいては施設長の判断も含めて検討するというようになっておりますから、ここの部分においても管理者、病院長等の判断、あるいは病院全体で組織的に判断するという部分を十分導入できるのではないかなと思っております。

55ページの2番のイの多動または不穏が顕著である場合、ここは先ほどの御意見もございましたが、もし拡大解釈されるようなことが実態として頻繁にあるのであれば、この辺りの見直しが必要ではないか。あるいはこのイの記載がなくても、アとかウで読み込めれば削除できるのかどうか検討することも必要ではないかなと考えています。

62ページに都道府県間の比較というのがございますけれども、これがどれぐらい意味があるかどうか私は分かりませんが、恐らく医療機関ごとによりかなり差があるのではないかなと。先ほど組織で取り組むと申し上げましたが、やはり組織風土、うちは拘束をしないのだという組織風土の構築というのが一番の基盤として重要でありますので、もし医療機関の中で差異があるとすれば、支援が必要な医療機関もあるかもしれませんので、そういうところに拘束廃止についてのいろいろな指導、アドバイスというのも手を差し伸べること

が必要ではないかなと思っています。特にアセスメントが重要だと思いますので、その辺りを含めて、いろいろな介入方法があるかと思っています。

最後に全体を通じまして、かなり診療報酬との関連が多いように感じます。ということは、厚労省で言うと保険局、あるいは医療課とか、いろいろな横の連携が必要になってきますし、審議会でいうと、診療報酬の基本方針を検討する医療部会、医療保険部会、そして診療報酬の中身を検討する中医協等、そういった会議の場が診療報酬について具体的に議論することになります。中身的にはかなりそこに影響する部分があるかと思っていますので、今後その辺りと丁寧に連携しつつ議論できるようにしていただければと思います。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

1点ほど御質問というか、実態の数字みたいなものがあるのかという御指摘でございましたけれども、答える準備はございますか。

○平岡精神・障害保健課長補佐 事務局から御回答させていただきたいと思います。

江澤構成員から御指摘のございました資料6ページ目の(1)の部分、実際に定量的なデータ、数量があるのかという部分なのですが、こちらは定量的なデータという意味では持ち合わせておりませんが、精神科医療の分野、強制入院という部分の権利擁護等の観点から、平成25年前後からモデル事業等の形で広く医療機関の関係者の方々、当事者の方などを含めて研究事業を重ねてきたところでございます。そういった事業の中で報告、知見のあった点を踏まえまして、今回このような形で事務局のほうで記載をさせていただいたというものになっております。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

江澤構成員、どうぞ。

○江澤構成員 ありがとうございます。ですから、こういった状況は決してあってはならないことでありますので、精神科の医療の現場を改善していくことを言及してもいいのかなと思われましたので、そういう実態がある、あるいは不適切な運営があるから第三者が介入するというような構造になっておりますけれども、根本的なこともまた検討していくべきだと思いますので申し上げます。

以上でございます。

○田辺座長 では、櫻木構成員、よろしくお願いたします。

○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。時間が大分超過しているようですけれども、幾つか指摘をさせていただきたい面があります。

6ページの意思決定支援と意思表示支援のところ、これは江澤先生からもお話がありましたけれど、やはり精神科の現場というのはなかなか医療者に対して直接いろいろ要望しにくいというような部分があるのかもしれない。我々もそのところは反省をするところです。我々なりに傾聴はしているつもりですけれども、やはり患者さんのほうで、こう

いうことを言うと例えば退院できないのではないかと、あるいは入院が長くなるのではないかというふうに配慮をされて、いろいろ風通しが悪いようなところがあるかもしれません。ですから、独立した外部の立場でということ、6ページのところにまとめていただいていますけれども、こういったことに耳を傾けていただく。あるいはいろいろな提案をして、こういうふうに言ったらどうかとお願いしていただくというのは必要なこと。

ですから、いろいろな立場のいろいろな職種の方が一定の要件を満たしてさえいれば入ってきていただいて、話を聞いていただいて、いろいろ提案をしていただくというのはいい制度かなと思っています。そういった緩やかなところで考えているわけですが、ただ、30ページのところで、例えば入院のときの告知ができない。4週間の限度をもって延長できる。そのときに、こういった立場の方が代わりに聞いてあげるといえるのはどうかということが触れてあります。そうすると、いわゆる支援者というのは、例えばAという患者さんに対してはBという支援者という形で固定をするような形になるのかということ、そのところの整理はもう少し必要なことと考えています。

それから、10ページからの医療保護入院のところ。11ページにも触れてありますが、患者さん、入院をされている方の権利擁護、これはもうゆるがせにできないところであり、やはり我々医療の立場からすると、医療へのアクセスはどうしても確保したいというようなところがあります。ですから、私は少々想像力に欠けるようなところがあるのかもしれませんが、全く非同意的な入院がゼロになった医療の現場というのはなかなか想像できないのですけれども、少なくとも現状としては、何らかのそういった非同意的な入院というのは存在するし、ある程度必要なものだと考えています。

ただ、これをできるだけ最小化していく。我々が努力をすることによって、例えば自発的な入院をしていただくためのいろいろな努力をするということに関して、それを妨げるものではありません。例えば予防的な取組というふうに挙げられていますし、それから、任意入院への移行。期間を決めて入院期間を明確化する、あるいはそのことによって減らしていくということも考えられます。

ただ、何かこういうふうに何か月と言われると、その間、我々は何にも話を聞いていないし何もしていないのかということ、決してそういうことはなくて、それでお願いをしてこのクリニカルパスを26ページのところに載せていただきました。不断に我々はこの方の医療をどういうふうに進めていくか、治療をどういうふうに進めていくかというのは常に考えていますし、そのことについて、例えば3か月に一遍しか話を聞かないということはありませんし、あるいはいわゆる精神療法が取れる週に1回しか本人に会わずに話を聞かないということでは決してありません。

ですから、こういったクリニカルパスを見ていただければ、その辺のことは分かっているのかなと思って、つけてくださいとお願いをしたところですが、期間を明確にしていくということ言えば、現行のいろいろな仕組みがあります。例えば退院支援委員会、これは入院診療計画書に何か月と書いた場合には、それを経過する前に退院支援

委員会を行って、御本人、家族、あるいは地域の相談支援事業者も含めて、どういうふうになれば退院できるかという相談をしていくことがあります。それから、定期病状報告書も様式が変わって、退院に向けた取組、これはもう医者が全部書くのではなくて、その部分は退院後生活環境相談員の方にも書いていただくというふうにと取組が変わってきています。ですから、そういったものとどのように整理をつけていくかということも必要かなと思います。いろいろな制度がいっぱいあればいいのだということではなくて、そこが分かりやすい整理がついたものにしていただければなと考えています。

それから、医療保護入院に関して言えば、いわゆる同意書をどういうふうにか考えるかというようなところがあります。32ページに表を示していただいております。そもそも前回の改正のときに家族等というのが出てきたのは、我々としても突然出てきたという印象を持っているのですけれども、いわゆる保護者制度を廃止するという前提でいろいろな話が進んでいった。そうすると、非自発的な入院をするときに、一体、医療側としては誰に説明をして、誰に御同意をいただくかというようなところから出てきたわけですけれども、38ページの表ですね。家族がいたら、家族がいるということが分かれば、少なくとも家族等以外の同意ということはありません。我々はどこまでも追いかけて行って同意をいただくというようなことが起こってきています。

ですから、例えば距離的にうんと遠くて、ふだん御本人と交流がほとんどないようなケースであるとか、あるいはもう我々は関係ない、我々はもういないものだと考えてほしいと言われるケースもあります。その場合には、関わりを拒否される、あるいは意思の表明を拒否されるというようなケースについて言えば、例えば市町村長同意を拡大していただくわけにはいかないだろうかというような議論が、前回の法の改正に関わる議論のときにあったと記憶しておりますけれども、その部分とかですね。

ですから、血縁のある御家族が積極的に関わっていきたいと言われるケース以外は、もうむしろ市町村長同意を基本とするとかいう考え方はどうなのかなと考えています。

それから、46ページからの退院後支援のところですが、皆さんお触れになっているのは、警察の会議への参加をどうするかというところの1点に絞られると思うのですが、これもその会議というのがどういうものかということにもよると思います。退院後支援のいろいろな考慮をしていくところで、会議というのは大きく分けて2つあったように思います。個別のケースごとの会議と、それから地域連絡協議会のような地域の仕組みをどのように考えていくかという会議が2つあったと思います。少なくとも私の理解では、個別のケースに関わる会議に関して言えば、御本人あるいは御家族の同意がなければ警察は関与できないというふうに決まっていたように思います。ですから、その線で考えていただければどうかと考えています。

それから、行動制限、隔離あるいは身体的拘束のところですが、52ページに方向性ということでまとめがあります。切迫性・非代替性・一時性、この考え方は基本的に私も異議のないところですが、問題があるとすると非代替性のところでは、何をもち

て隔離ないしは身体的な拘束に代えることができるかどうか。例えば先ほどからお話に出ている今回の高等裁判所の判決が決定したわけですが、これを読むと、例えば看護師とか医者が8人で入っていったら抵抗しなかったではないかということをもって、これは代替性があるのだという議論がありました。これも本当にどうかなと思うのですけれども、大勢で行って有無を言わせずやれば身体的な拘束をしなくてもいいではないかというのは、ちょっと現場の感覚とはかけ離れた乱暴な議論のような気がしました。ですから、切迫性あるいは一時性という考え方については同意をしますけれども、非代替性というのは、よく考えないとそういうところに陥ってしまうのではないかなと考えています。

それから、同じ52ページのマル2のところ、これもいろいろな方が御意見をいただいた、身体的な拘束の要件は、多動または不穏が顕著な場合であって、かつ、そのまま放置をすれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合、または検査及び処置等を行うことができない場合と書いていただいて、これでかなり我々としては明確になったのではないかなと考えています。

それから、説明の義務化、これもうんと病状が悪くて、例えば行動制限が必要な方に紙を見せて、あるいは渡すということが形式化しては意味がないのだろうと思います。柑本先生がおっしゃっていたように、後で、つらい思いはしたけれども、あのときあのことというのはひょっとすると必要だったのかもしれないというふうに振り返っていただけるような、我々がその関わりを持っていくというようなことが必要なのではないかと考えています。

それから、73ページからが虐待の問題です。私も虐待というのは本当にけしからん、あってはならないことだと考えています。ただ、ここに書いてあるように暴行だとか、脅迫だとか、あるいはわいせつ行為だとか、これは明らかに虐待の域を越えて刑法に関わるようなことなのですね。ですから、ちょっとした言葉、あるいは忙しくて話を聞いてあげられなかったというようなところが、ひょっとすると虐待というところに踏み込んでしまうかもしれない。そこに無自覚でいてはいけないという考え方から、やはり現場できちんと研修をする。あるいはそのマニュアルとまでは言いませんけれども、そういった場合にどのように対応をするのがいいのかというような研修をすること。今までは間接的な防止措置と言われていましたけれども、基本に立ち返って、やはりその部分をもう少しきちんとやってくることが必要ではないかと思えます。

議論の多くは障害者虐待防止法の付則の第2条で、行政と学校と医療機関は通報義務が除外をされているというところ、どうしても議論が集中するわけですが、通報義務が課せられるということ象徴にしてはいけないと思えます。もっと実効的にきちんと我々が自覚を持って、虐待を起こさないような仕組みができるということが必要だろうと考えています。

前回、岩上さんから大人の対応というふうに言っていていただいて面映ゆいのですけれども、やはりここは現場として言わなければいけないので少々大人げないことを言うかもしれま

せんけれども、いわゆる精神科特例ということが言われます。これは最低基準とここに書いてありますけれども、要するに人員配置の標準ということです。ですから一般病棟、あるいは療養病棟、精神病棟、感染症病棟、それぞれによって基準が示してあります。最低基準だということ言えば、そこに甘んじているのではないだろうかという議論もありました。しかし、我々は、決して安かろう悪かろうという精神科医療をやっているつもりはありません。実際にきちんとした医療をやろうとすれば加配が必要になってきます。最低水準で甘んずるわけではなくて、必要な部分は、診療報酬上認められようが、認められなかろうが配置をします。それから、スタッフの労働環境のことを考えれば、例えば夜勤何時間という基準がありますけれども、そういったものを守っていくということ言えば、当然この最低基準で済むはずがありません。ですから、そのところは分かっていたいただきたいのですけれども、いわゆる精神科特例というようなところに我々はあぐらをかいて、精神科医療を安かろう悪かろう、これで満足しているということは決してありませんので、少々大人げない言い方になりますけれども、これだけは御理解をいただきたいと思います。

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、桐原構成員、よろしくお願いいたします。

○桐原構成員 全国「精神病」者集団の桐原です。

資料2の6ページ、意思決定支援の部分についてです。支援者の名称は意思決定支援ではなくなったということの評価しますが、意思表示支援者（仮称）とすることには賛成できません。第8回検討会までに適切な和名の名称を考えて提案したいです。

10ページ以降の医療保護入院についてです。論点に医療保護入院制度は廃止されるべきが示されました。しかし、検討の方向性は、将来的な廃止を視野に入れた縮小というところにとどまっています。仮に医療保護入院の廃止が即座にできないとしても、医療保護入院の廃止に向けた検討自体は将来まで先送りにするべきではありません。改めて検討の方向性の中に医療保護入院の廃止を論点として加えることを強く希望します。

32ページの同意者ですが、市長同意ではなく、一般医療における協議モデルを採用するのが本筋だと思っています。医療保護入院制度はおよそ説明がつけられないような他科と異なる特約のようなものが幾つもあります。例えば精神科医療では正常時に医療保護入院を拒絶する事前同意を出していたとしても、異常時に医療及び保護の必要性があると精神保健指定医が判断すれば医療保護入院になり得ます。しかし一般科では、事前同意や推定意思の方が優先されます。この点は他科と明らかに異なる点です。また、医療保護入院が必要とされている精神障害者が医療を拒否している場合、精神科病院への入院を拒否している場合と、他科への入院を拒否している場合とで手続が変わるということになります。この合理性は存在しないはずで、このような特約のようなものを許容し、説明のできないような状況を放置するべきではありません。他科の一般医療と相対化しながら、特約のようなものを軌道修正していくような検討の進め方こそ求められるはずだと考えます。軌

道修正に向けた医療保護入院の論点整理は後ほど御説明します。

患者の意思に基づいた退院後支援マル2、48ページの部分についてです。現行の退院後支援ガイドラインには、仕掛けとして警察参加に幾重ものハードルが設けられていて、実効性の観点から一定の評価ができると思っています。しかし、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、警察参加が提言されたものをたたき台としながらも、椎名分担班の中で、仕切り直しをしてから適宜検討を繰り返す中で原形を崩し、現在のこのガイドラインに収れんしていったものと解釈できます。よって、警察参加は、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組の一部が残ったものと考えられる点は留意が必要であると思います。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いことを改めて確認するのであれば、警察参加しないという書きぶりは免れないと考えます。

また、地域包括ケアシステムにおいて1つの組織を除外する協議はなじまないという意見もありますが、警察機関の目的と「にも包括」の目的とが整合していない点をどのように考えるべきか。この点は示される必要があると考えます。

続いて、身体拘束ゼロ化、行動制限最小化、52ページの部分についてです。マル2の書きぶりには反対します。本質的には何も変更されていないからです。

それから、マル7を加え、時間帯人員不足等の解消方法として、入院中の重度訪問介護利用を加えてください。地域生活をしている精神障害者が入院したとき、入院中の重度訪問介護利用ができるようになりました。強度行動障害のある精神障害者への見守りや意思疎通の支援として、夜間人手不足のときにも長時間の利用が病院内で可能になります。

加えて、資料について意見を述べます。50ページのこれまでの御意見のところに、精神保健福祉法に基づく隔離・身体拘束が虐待であるとの誤解がないように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、提供者側におもんばかった解釈の要素が強い表現に感じ、本質を捉えていただけていないのではないかとあります。しかし、行動制限は精神障害者にとって苦痛を伴うものであることは間違いありませんが、行動制限はあくまで処遇であって、虐待ではないという点は御理解いただきたいです。

第6回、第5回検討会で櫻木構成員からも、精神科病院が行動制限を最小化する努力をしてきた旨の発言がございましたが、こうした病院の不断の取組が、まるで虐待であったかのような誤解を与える書きぶりは用いないほうがよいと考えます。

行動制限最小化については第8回検討会に論点をまとめたものを資料として提出したいと思っておりますので、提出できるとうれしく思います。

虐待防止に係る取組マル3の71ページについてです。検討の方向性については、通報義務及び通報者保護を規定するのをどの法律にするかが課題となっています。私は障害者虐待防止法の改正をすべきと考えます。障害者虐待防止法改正の部分については、現行制度における通報先は市町村の福祉部局であり、第三者としての視線になるが、事実確認・虐待認定等を行うための精神医療に関する専門性が乏しいと書いています。ですが、虐待の

認定に精神医療の専門性が必要になる場面はほとんど想定されません。虐待は医療ではなくてあくまで虐待です。医療と処遇は区別されるべきものです。また、精神保健福祉法の改正のほうは、通報の受理から事実関係の調査、虐待と認定された場合の指導監督まで、都道府県等の精神保健担当部局が一貫して実施、同一部局が担当することになり迅速な対応が可能と書いてあります。しかし、データの活用や障害者虐待防止法第31条に基づく医療機関における研修、現行の障害者虐待防止法に基づく義務ではない通報などと、制度的な連続性がなくなってしまう点でそれほど円滑に進まないだろうし、現場の混乱は著しくなると考えます。

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。また今後、今年度より義務化された障害者虐待防止権利擁護指導者養成研修は、日本総研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を作成した経緯があります。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にモニタリング機能を果たしており、新たな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も、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と考えます。

現行の障害者虐待防止法でも、精神科病院における虐待の通報自体は可能とされています。精神保健福祉法を改正して新たな通報義務の枠組みを設けるということになると、新たな制度の枠組みを用意することになってしまいますから、従来の枠組みとの調整といった面倒くさい問題も生じます。新たな制度の枠組みを用意することよりも、現行の通報制度に義務規定を設けるだけのほうが混乱が少なくて済むと考えます。虐待防止に係る取組については、第8回検討会に論点をまとめたものを資料として提出したいと思っています。

参考資料1、医療保護入院の論点整理について、時間が限られていますけれども、説明したいなと思います。医療保護入院は、入院の同意が取れない精神障害者に医療保障と精神障害者の意思に反した人身の自由の剥奪という二面性のある制度です。従来は、医療保障の法益を優先しつつも、権利擁護の仕組みを充当することで両立できると考えられてきました。

しかし、医療保障の効果に対して弊害の大きさが著しいため、人身の自由の法益を優先すべきとの主張が出てきてしかるべき状況もあります。また、医療保護入院の弊害が医療保護入院制度に内在した問題であるのならば、仮に医療保障の枠組みに優位性を持たせるとしても、医療保護入院という方法によって実現すべきではないということにもなってきます。

医療保護入院は長期入院の温床になっています。令和2年6月30日時点の医療保護入院者数は、20年以上が7,970人います。医療保護入院者の中には同意を与えた家族等と音信不通状態になっている者が少なからずいます。医療保護入院の退院には家族等の同意が必要であるとする認識が思いのほか定着しています。実際は精神科病院管理者の判断で退院で

きることになっています。

そして、医療保護入院者の同一医療機関における転科の際に一度退院させる必要があるけれども、音信不通のために退院させることができなくて、転科もできないといった混乱が生じています。精神障害者が入院を希望したところ、医療保護入院でなければ入院させられませんよといって入院を断られてしまう、あるいは医療保護入院として受け入れられるという病院も非常に多いです。

医療保護入院の法的性格は矛盾が多く、崩壊していると断言して差し支えないと思っています。医療及び保護の必要性の判断基準が不明であるということや、自傷他害といったことについて、そこと区別がどういうふうにされるのかが分かりづらくなっています。また、任意入院のできない状態といったときに、精神障害者本人の同意が取れる、取れないのことも、どの程度がその状態になるのかといったことも分かりづらいです。

このことは1998年の精神保健福祉法に関する専門委員会の報告書にも書かれていて、20年前から言われていることです。医療保護入院は、家族等と精神科病院管理者が行う有償の準委任契約であり、精神障害者本人という第三者のためにする契約としての性格を有するものと言われています。少なくとも、それならば医療費の支払い義務が生じる法律上の理由というのが、いろいろ問題があって分からなくなります。

平成24年の入院制度の在り方の検討の中では、資料2に書かれているとおり、同意できない人への医療保障が必要であるというようなことが書かれていましたが、仮にそれが必要だとして直ちに医療保護入院が必要であるという根拠とまではならないはずです。この医療保護入院の必要性がどの辺にあったのか、あるいは医療保障の必要性が医療保護入院というものを方法にして実行されるべきという理由があったのか、ここら辺が検討されなかったがゆえに、医療保護入院によって医療保障されるという図式に飛躍したかたちで報告書がまとめられてしまったものと理解しています。

そこで、この平成24年の入院制度の在り方の検討を検証した上で、同意できない人への医療保障の必要性を医療保護入院ではない形でできるという観点から具体策を対案A、対案Bと2つ示しました。対案Aは、精神保健福祉法の第33条から34条、第38条の2から第38条の3を削除するというもので、実質全部なくすというものです。対案Bというのは、医療保護入院は廃止するけれども、一般医療と同様の枠組みで家族の代諾等や倫理委員会の活用などで入院する場合、これについて考え方をソフト・ローの中でまとめるとともに、精神医療審査会の定期病状報告制度とかそういったものを全て残すという案です。ソフト・ローの中身についても、資料の中で概観を示しています。特に同意の考え方を整理しました。侵襲の違法性阻却事由である医療同意、これが代諾でも違法性が阻却されると考えられています。その場合、医療やケアチーム、倫理委員会、関係者など複数のアクターが協議することが推奨されています。身寄りがいない者、判断能力がない者の医療同意等については、厚生労働省「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」に基づき運用されることとなっていて、患者の推定意思を尊重

するというので、チーム医療とかでやるというふうになっています。

オーバードーズなどで意識不明の場合は緊急避難、緊急事務管理等で対応できます。医療保護入院が必要とされている精神障害者は意識不明の状況というよりは、精神障害者本人の同意を取るべく説明をしても入院医療を拒否している状況を想定したものです。この場合、緊急避難法理及び緊急事務管理は適用されません。ところが、代諾は医療の必要性に係る医事法理の適用をもって刑事や民事の責任を免責しますので、医療保護入院が必要とされている精神障害者の場合でも適用されると考えられます。

そもそも医療保護入院が必要とされている精神障害者が医療を拒否している場合に精神科と他科で結果が変わったり、手続が変わったりしなければならない合理性は存在しないはずなのです。なので、あくまで一般医療の手続に従って、通常の医事法理に基づき運用されるべきです。

あと、家族が療養上の負担を理由に精神障害者を精神科病院に入院させようとしている場合は、これはもう精神科病院の管理者は本来入院させてはいけません。そもそも専ら家族が負担を負うべきでもないのです。障害福祉サービスの利用等によって社会的に解決されるべき問題です。医療機関も安易に入院を引き受けるべきではなくて、相談支援事業所と連携して入院を回避するなど考えていく必要があります。

従来の医療保護入院は精神科病院管理者が入院させるのにもかかわらず、たった1名の指定医の判断と家族等の同意という少人数の決断に依拠したものでした。こうした少人数での決断は患者の意思決定を支援しながら医療を提供していく仕組みとしては適当ではないです。また、決断する少人数の負担が過大になりがちであることも問題です。精神科病院管理者が入院させるのであれば、病院として取り組むものなので、より多くの関係者が関われる一般医療の仕組みに即して運用されるべきです。

医療保護入院で認められる市長同意や成年後見人等の同意は不必要ということになります。大半は精神保健福祉法を根拠法令として運用する限り、精神障害を要件とした人身の自由制限に伴う入院制度の枠を出ないため、障害者権利条約第14条の趣旨に反するものではありません。ゆえに同条約履行という観点から大きな課題を残すことにはなりますが、それでも精神保健福祉法の法典内から医療保護入院制度を削除することは、同条約の履行に向けた機運を高める足がかりにはなるのではないかと思います。

以上、大変長くなって恐縮です。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、どうぞ。

○岩上構成員 チイクラネットの岩上です。多分これが最後だと思いますが、そうでもないかもしれないですね。違いますか。皆さんのお話はとても参考になりました。診療報酬上、適切な評価と人の配置というのは避けて通れない話だと思います。ちょっとスケジュールを見ますと、それほど多くのことを取りまとめられるだけの時間は今回用意されていないのかなと思っています。

私は前にもお話したかもしれませんが、あと3回ぐらい精神保健福祉法を改正すると、皆さんが望んでいる状況まで持っていけないのではないかと考えています。お金もかかりますし、人の配置も必要だと。桐原さんが今お話しになったことも非常に重要で、そういったことを議論していく機会が必要で、今回取りまとめをしていただくのは、法改正に向けての取りまとめになるとすると、そこに載せられなかったことをきちんと整理しておくことが非常に重要だと思っています。

そういった視点でお話をさせていただくと、まず8ページの意思表示支援についてですが、何度もお話ししますように、医療機関も非常に権利支援に熱心に取り組んでいると思っています。しかし、非同意入院は、御本人は入院を同意していない状態にあるので、医療機関が最大限努力しても越えられない壁がある。だからこそ、ここに意思表示支援者が必要と考えますので、私としては、まずは非同意入院者の意思表示支援、名称についてはまた議論が必要だと思いますけれども、それを優先すべきだと思っています。

次に11ページですが、医療保護入院の縮小ということについては、藤井先生もおっしゃっていましたが、認知症の考え方をどうするかというのは検討する必要がある。今回それができるかというとなかなか難しいとすると、次への課題として残したほうがいい。これは平成11年に法改正した際に、医療保護の基準を明確化したことで入院患者数が増えていると言われていまして、この辺りを医療保護入院の縮小化に併せて考えていただきたい。あわせて、施設基準等で医療保護入院の割合が規定されている等もございまして、整理が必要である。縮小していくという方針が立ちましたら、医療保護入院を指定病床として検討する必要もあるのではないかと考えています。

それから、27ページのところでございまして、退院支援委員会の対象者を1年以上に拡大していくということには私も賛成をしています。診療報酬上の評価ももちろん必要だと思っています。長期入院者の市町村の責任については明確に地域生活支援事業に位置づける。私としては本来、市町村の必須事業にすべきだと思っています。なお、書きぶりとして、退院支援委員会等から協力を求められた際はきちんと行うといったことも明記する必要があるのではないかと考えて

31ページで、家族の同意の際に、柑本委員ほかの委員が精神保健福祉士の同意についてということで意見を述べられておりましたが、平成26年の法改正の前の平成24年の検討会の際には、私は反対しておりました。精神保健福祉士は権利擁護をアイデンティティーとして持っていますので、それが同意にはなじまないのではないかといい意見をした記憶があります。ただし、その際は、精神保健福祉士協会としての委員の方が入られていなかったもので、現在どういう状況なのかはまた田村構成員からも意見を伺いたいと思っています。

38ページになりますが、市町村長同意の拡大に賛成しています。櫻木構成員もおっしゃっていたように、市町村長同意の拡大をして、そこに意思表示支援者をきちんと配置するというところで、権利擁護を担保するという考え方がいかなと思っています。

最後に、虐待防止については、虐待防止法ということでの意見も多数出ておりますけれども、平成30年の厚生労働省の推進事業では、まずは精神保健福祉法でといった取りまとめもございますので、今の状況の中では、まず精神保健福祉法の中で適切に取り扱うのが優先度的には高いかと思っています。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかに御意見、御質問等ございますでしょうか。

では、小阪構成員、よろしくお願ひします。

○小阪構成員 すみません。先ほど桐原構成員から過去、第5回に私が発言した精神保健法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に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要素が強い表現に感じ、本質を捉えていただけないかという発言について少し疑義をいただいたところで、それをいただいて、もし私の発言が誤解を与えていたら申し訳ないなと思って、櫻木先生とか藤井先生とか、僕はここの検討会で精神科医に立脚している人で存じ上げるのはお二人なのですが、もしそういった方たちに私の発言が、今行われている処遇について虐待と指摘したというふうを受け止められたら大変申し訳なかったなと思っています。

私の真意としては、その処遇を受けた当事者の思いというものを、誤解という2文字で片づけられてしまっただけでは困るという大変多くの声が私の手元に寄せられたということ、それはぜひともこの検討会の場に届けなければならないという趣意でした。

以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、大分時間も超過しておりますので、本日の議論はここまでにしたいと思えます。事務局から提示された論点が膨大でありますので、時間超過するのはそうだろうなと思っておりましたけれども、本日も実に様々なお立場から意見が述べられました。5月の取りまとめというスケジュールが出ておりますので、その取りまとめに向けまして、具体的な方向性を示していけるように、事務局におかれましては本日の議論の整理をよろしくお願ひいたします。

最後に、事務局のほうから今後のスケジュール等について、お願ひ申し上げます。

○森精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。

次回、第8回の開催について御連絡をさせていただきます。次回、第8回の検討会につきましては、3月31日木曜日の15時から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。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、以上をもちまして、大分タイムキープに失敗した検討会になりましたけれど

も、これで閉会といたします。構成員の皆様方、本当に貴重な御意見等を賜りまして、ありがとうございました。それでは、やっところれで散会でございます。