

2022-5-30 第12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

○戸部精神・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12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。

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をさせていただいております。

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7名ですが、1名遅れてございます。オンラインでの御出席は16名となっております。個別の参加状況については、座席図を御確認ください。

永松構成員、野原構成員、森構成員については、出席が難しいため、森構成員の代理として、精神保健福祉事業団体連絡会の近藤様に会場にて御出席いただいております。また、永松構成員の代理として杵築市役所福祉事務所の渡辺様、野原構成員の代理として岩手県保健福祉部障がい保健福祉課総括課長の日向様にオンラインにて御出席いただいております。

櫻田構成員は御都合により欠席との御連絡をいただいております。

なお、神庭構成員と鎌田構成員、桐原構成員につきましては御都合により遅れて御出席、神庭構成員と吉川構成員は中座される御予定となっております。

次に、本日の資料を確認いたします。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。

資料といたしまして「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報告書（案）」。

参考資料1といたしまして「参考資料」。

参考資料2といたしまして「『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」。

以上でございます。資料の不足等がございましたら事務局にお申しつけください。

また、傍聴の方については、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、そちらを御覧ください。

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をしていただき、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させていただき、発言しないときにはミュートに、発言するときのみミュートを解除するようにお願いいたします。

本日はチャット機能の使用は予定してございませんので、御了承願います。

冒頭の頭撮りの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。

(カメラ撮影終了)

○戸部精神・障害保健課長補佐 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。どうぞよろしくお願いたします。

○田辺座長 それでは、議事に入らせていただきます。

事務局から報告書（案）として資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。では、よろしくお願いたします。

○平岡精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。

事務局からは、本日、前回検討会での報告書案からの修正箇所につきまして赤字でお示ししたものを資料として御提示してございます。

主な修正部分について順に御説明申し上げたいと思います。

2 ページ目を御覧いただければと思います。

2 ページ目、真ん中の部分になりますけれども、これまで精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた方、精神障害を有する方などと定義づけさせていただきましたが、精神障害を有する方などいたしますと、精神障害者以外の方が含まれているという部分が不明瞭ではないかという形で、「精神保健医療福祉上のニーズを有する方」と今回定義づけさせていただいてございます。

続きまして、資料の3 ページ目になりますけれども、真ん中よりちょっと上の部分になります。「精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で希望する生活を実現し、継続することができるよう」という形で、これは前々回御意見いただきました居住、就労など経済的な基盤の確保にも資する包括的な支援を進めるという観点を追加させていただいてございます。

また、3 ページ目の一番下の部分になりますけれども、※のところ、障害者権利委員会から勧告が行われたときには、障害者を代表する団体の参画の下で、関連法制度の見直しをはじめとする必要な措置を講ずると記載させていただいたところですが、前回の検討会の中で同法の施行に当たり」という限定的な書きぶりとするのは適切とは言えないという御意見をいただいておりますので、修正させていただいてございます。

続いて4 ページ目、真ん中より少し上の部分ですが、こちらは前回検討会の中で出た御意見を追記させていただいてございます。精神疾患が誰もが経験し得る身近な疾患となる中、地域の精神科医療機関が果たすべき役割は多岐にわたるということで、その後でございますけれども、一方で、精神科医療への理解が進んでいるとは言い難い状況にあ

る。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の精神科医療機関の役割について理解を深めていくことが重要となるという点を追記させていただいています。

あわせて、その下の部分ですけれども、我が国の精神保健医療福祉に携わる関係者の方々が、法令を遵守し、患者、利用者の方々の権利を擁護しつつ業務に当たることは当然の前提であるという点について追記させていただいています。

続いて5ページ目、最後の部分になりますけれども、前回の検討会の中で御意見をいただいた部分になります。本報告書において、今後の検討課題とされた事項について、本検討会での議論も踏まえ、実効的かつ具体的な方策を検討できるよう、厚生労働省において、調査研究等を活用し、引き続き実態把握や論点の整理を進めるべきであるという点について追記させていただいています。

続きまして、第2の部分になりますけれども、資料は7ページ目を御覧いただければと思います。

真ん中の下のところ、(1)①の部分については、読みやすくするために記述の適正化を図っております。具体的には、精神保健に関する課題を抱える者の内容につきまして、※の形で場所を移動させていただき修正をさせていただきます。

続いて、資料は9ページ目を御覧いただければと思いますけれども、一番下の部分になります。他科の医師と精神科の医師との連携を強化するべきであるという点につきまして、前回検討会の中でいただいた御意見を追記させていただいています。「令和4年度診療報酬改定では」ということで「こころの連携指導料」が新設されている点、10ページ目になりますけれども、特に自殺未遂者の方については再企図のリスクも高いことから、精神科医療や生活支援を適切に受けられるよう、支援体制の整備を図ることが必要であるという点について追記させていただいています。

続いて、資料のほうは11ページ目を御覧いただければと思います。

こちらも前回の検討会の中でいただいた御意見を追記するものでございます。○の1つ目、「地域で医療・福祉等の必要なサービスを受け、地域の一員として安心して生活することができる体制の整備を進めるためには」ということで、精神障害、精神疾患についての理解を促進し、スティグマを解消する取組を充実させることが必要であり、例えば、当事者、ピアサポーター、御家族の方などと協働し、地域住民との交流の場を設置する取組を促進することが重要となるという点と、「また」のほうになりますけれども、精神疾患が身近な疾患となる中、地域の精神科医療機関の役割についても理解を深められるようにすることが重要である。具体的には、市町村における協議の場、自立支援協議会を活用していることも多く、精神科医療機関の参加が少ないという御指摘、これは昨年3月の精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの検討会の報告書の中でも指摘を受けているところでございますが、そういう現状にあるということで、その後になりますけれども、精神科医療機関の役割について、地域において理解が深められるよう、市町村においては積極

的にこうした関係団体などの参加を求め、地域の精神保健福祉行政を支える、行政、福祉・介護サービス事業者、当事者、ピアサポーター、御家族の方などとの間での信頼関係の醸成を図ることが重要である旨を追記させていただいております。

続きまして、第3のところ、資料は12ページ目を御覧いただければと思います。

一番下の(1)ですけれども、前回検討会の中で「緊急時」という言い方につきまして、措置入院を中心とした捉え方となってしまっていて、必ずしも患者さんのニーズを広く捉え切れていないのではないかと。昨年3月の検討会報告書では「危機」という言葉を使っているので、そこに合わせるべきではないかという御指摘をいただいたところでございます。そういった御指摘の問題意識を踏まえまして、今回、「患者の緊急のニーズへの対応」という形で、患者のニーズを広く捉えられるような書きぶりに修正させていただいております。

続きまして、資料のほうは第5、19ページ目を御覧いただければと思います。

まず、真ん中のところになりますけれども、「ただし」というポツのところですが、前回の検討会の中での御意見を踏まえまして、「御本人が病気を受け止め切れないこともある中で」という文章を追加させていただいております。

その下の部分になります。19ページ目から20ページ目にかけてのところですが、制度的な継続を前提とせず、その縮減に向けたという部分が原案であったところでございますが、前回の検討会の中で、患者の方の同意を得ない入院について、患者の方の状況、症状によっては、同意によらない治療を判断しなければならない場面もある。同意によらない治療を行えないとすると、かえって患者の方の不利益になるといった場面もある。そういったことを明らかにした上で議論を前に進めていくことが必要ではないかという御意見をいただいたところでございます。そうした御意見を踏まえまして、20ページ目の部分になりますけれども、「安心して信頼できる入院医療が実現されるよう」と修正させていただくとともに、19ページ目、前回、海外の仕組みについても御紹介させていただきましたので、追記をさせていただいております。

続いて、資料21ページ目を御覧いただければと思います。

真ん中より少し下の部分、「受診前相談については」というところですが、こちらは前回の検討会での御意見を踏まえまして、「地域の実情を把握しながら、より一層の充実を図る」という文章を追加させていただいております。

また、その下の○の部分、往診、訪問看護といった部分をしっかり追記するようにという御意見をいただいておりますので、こちらも追記させていただいております。

続いて、22ページ目の部分になりますけれども、真ん中より少し上の部分、「入院治療を含めた精神科医療は、本人の意思を尊重する形で行うことが重要であり」の後に、補足の記述を追加させていただいております。「患者の同意を得ることが困難な状況で入院を開始することを要した場合にも、その後の症状等の変化に応じて対応する必要がある」という部分を追加させていただいております。

22ページ目の一番下のところでございますけれども、こちらは前回の検討会の中での御意見を踏まえまして、入院期間の短縮化に向けてはということで、制度上の枠組みのほかにも、調査研究などを活用した実態に即した検討が必要である旨を追記させていただいております。

続きまして、資料は25ページ目を御覧いただければと思います。

先ほど申し上げました修正に合わせまして、「誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう」という形で、今後の検討課題について整理をさせていただいております。

「今後、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方などに関し、課題の整理を進め、将来的な見直しについて検討していくことが必要となる」とさせていただいております。

その下の部分、3番目のポツのところになりますけれども、前回検討会の中で御意見いただいた部分を反映させていただいております。具体的には、医療保護入院の家族等同意の在り方といったものを含めまして、入院から退院までの患者の権利擁護に向けた支援の内容・担い手について検討が必要ではないかという御意見を反映させていただいております。

また、その下の部分になりますけれども、これもこれまでの検討会の中でいただいた御意見を反映させていただいております。平成24年6月の議論の整理で示された考え方、こちらは※のところを書かせていただいておりますけれども、措置入院、任意入院以外の本人の同意によらない入院制度に関しまして、精神疾患の特性に照らして、本人に適切な入院医療を受けられるようにすることが、治療へのアクセスを保障する観点から重要であるという形で、その必要性について説明されているわけでございますけれども、この点に関しまして、患者の同意が得られない場合の入院医療の必要性といったものが直ちに現行とおりの医療保護入院の必要性を意味するものではないということを踏まえて、両者を区別して検討すべきという意見がございました。こういった意見について追記させていただいているところでございます。

26ページ目につきましては、見出しを追加させていただいたり、あるいはワーディング、修正を図っているところでございます。

一番最後の部分になりますけれども、前回の検討会の中で御意見いただきました患者の同意が得られない場合の入院料の在り方について、総合的な検討を進めるという形で追記をさせていただいております。

続いて、資料のほうは33ページ目を御覧いただければと思います。

第7、タイトルの部分になりますけれども、前回の検討会の中で、隔離・身体的拘束について、今回、処遇基準告示を明確化し、これによって不適切な行動制限をなくしていくという形で考え方は共通しているのではないかという御意見をいただきました。こういった御意見を踏まえまして、タイトルの部分になりますけれども、「不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組」と修正させていただくとともに、○の3個目になりますけれども、前回の検討会で紹介させていただきました海外の仕組みについて追記させていただいていると

ころでございます。

33ページ目、一番下の部分になりますけれども、多動または不穏が顕著である場合という身体的拘束の要件は、多動または不穏が顕著であって、かつとしている点でございます。前回検討会の中での御意見を追記しているものになっております。具体的には34ページ目の部分になりますけれども、まず1点目、多動または不穏の後、「かつ」という形で限定、明確化を図る要件として掲げております治療の必要性の要件について、かえって身体的拘束について新たな対象を生み出すおそれがあるのではないかという御意見を追記させていただいているところでございます。

また、点滴など生命維持のために必要な医療行為を行うための身体固定について、短時間の場合であっても一定のルールの下行うこととすべきではないかという御意見についても追記をさせていただいております。

その後の部分になりますけれども、多動または不安が顕著である場合という要件を見直すに当たって、こちらも前回検討会の中で御意見いただいた点を追記させていただいております。調査研究などの中で、告示の見直し内容と併せまして、実際の運用について、具体的な現場の指標となるように検討を深めていくことが必要であるという点を追記させていただいております。

続いて、資料のほうは第8、36ページ目になりますけれども、記述の適正化を図らせていただいております。

まず、最初の○のところになりますけれども、「精神病院法により」というところで、具体的な事実関係といたしまして、公立精神病院の設置が進んでいない状況もあり、民間の代用精神病院が設けられたという記述を修正させていただいております。

また、真ん中より少し下の部分になります。昭和33年の厚生事務次官通知に関しまして、※1の形で補足をさせていただいております。この事務次官通知につきまして、医師の確保が困難な特別な事由があると認められるときは、暫定的にこういった点を考慮した運用もやむを得ないという解釈が示されていた点、また、その後の行になりますけれども、「精神科病院における配置標準」という形で原案の「許可基準」という言い方を修正させていただいております。これについては※2の部分になりますけれども、病床全体についての話になりますが、医療法についての基準というのは、人員配置標準、基準を満たさない場合であっても直ちに業務停止とは連動されていない。そのため、基準ではなく標準という言い方をしていますので、ここは修正をさせていただいております。

続きまして、37ページ目になりますけれども、人員配置の充実についてというところで、○の1つ目の部分、昭和33年の厚生事務次官通知は廃止されているという点に続きまして、○の2個目、3個目については、従来一番下の※で書かれていた部分を本文の中に溶け込ませております。

○の2つ目、医療法上、精神病床については、一般病床・療養病床と異なり、病床種別上は機能が細分化されていないという違いがある点。

○の3個目、こうした中で、精神病床における人員配置標準は全体として療養病床と同等の基準が設けられている中で、診療報酬上は急性期の精神病床について一般病床と同程度の医師看護師の配置を求めている点について追記をさせていただいているところがございます。

一番下のところですが、これまで医療計画に基づき「減少」という言い方をしていた部分につきましては、医療計画で示されるものというのは基準病床の算定式という形で、入院医療のニーズといった形になります。「減少」といったことは医療計画には記載されていないということで、「適正化」というワーディングの修正を図っているところがございます。

続いて、38ページ目になりますけれども、○の1つ目の部分は、前回、ネグレクト、放棄・放置といった点についても追記すべきという御意見をいただいております。御意見を踏まえまして、虐待の類型について、こちらは障害者虐待防止法に挙げられている5類型、身体的虐待、性的虐待、精神的虐待、放棄・放置、経済的虐待を列挙させていただいております。

また、真ん中の少し下の部分になりますけれども、こちらは前回検討会の中でいただいた御意見を反映させていただいております。精神科医療機関の中には、病棟単位での倫理カンファレンスの実施、患者や家族の声の傾聴などを通じて、虐待が起きないようにするための組織風土を醸成することにより、虐待行為の潜在化防止を図る取組も見られることから、医療従事者による積極的な取組を行う現場づくりを実現していくことも重要であるという点を追記させていただいております。

長くなりましたけれども、事務局の説明は以上でございます。

○田辺座長 資料の説明をありがとうございました。

それでは、議論のほうに移ってまいりたいと存じます。

前回に引き続きまして、取りまとめに向けた議論を行います。実質的な議論の機会は今回で最後になる可能性もございますので、構成員の皆様方におかれましては、必要な点をもれなく御発言していただくようお願い申し上げます。

他方で、時間の限りもありますので、報告書に盛り込むべき点は明確にさせていただき、長くても3分程度でお話するようお願いできればと存じます。

それでは、早速でございますけれども、意見のある方は挙手の上で御発言をお願いいたします。それでは、よろしく願いいたします。

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。

まず、本検討会でかなりいろいろ多方面の多彩な御意見が出されました。それをこのような形で取りまとめたことに関しては、事務局に感謝したいと思います。ありがとうございます。

現在に至るまで、かなり数多くの精神保健医療福祉に関する検討会が開催されてまいり

ました。その議論の中で、諸外国に比べて我が国の精神医療の在り方が特異であると。例えば医療保護入院制度であるとか、あるいは隔離、身体的拘束といった行動制限、これらの非同意的な治療の在り方を指してのことだと思えますけれども、我が国の在り方というのは特異であるというようなことであるとか、あるいは精神科特例を一つの象徴として、一般病床や療養病床に比べてケアの質が劣っているという議論が繰り返されてまいりました。

これは私自身の自戒も込めてお話をするのですけれども、我々精神科医療の提供側も繰り返し聞かされて慣れっこになったというか、諦めの境地になったというか、あえて積極的にこれらを訂正せずにきてしまったというようなことがあります。そのため、こうした情報は単に上書きを繰り返すような形で固定化され、間違った情報であるとか、あるいは風説として流布してまいりました。

私は、看護学生あるいは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、さらには精神保健福祉士の養成課程での精神科に関する講義を依頼されることが多くあります。そこで使われている教科書の中には、こうした風説を何の批判も加えず、言葉は悪いですが、そのまま垂れ流しているものがあり、そういうものに当たったときには愕然といたします。その都度丁寧に説明をして訂正をしています。しかしながら、悲しいかな、蟻螂のおのといひますか、大多数の学生たちは精神科医療についてある種の先入観を抱いたまま巣立っていくのかと考えると、暗たんたる思いがいたします。

今年度私が教えている学校で新たに採用された精神看護の教科書に、こういう一節があります。「長期入院の背景には、医療制度上の問題がある。ヨーロッパなどでは精神科医療を国や公的機関が担っていることが多いので、政策として病院から地域へとサービスの転換を図ることが容易である。これに対し、日本では精神病床の約90%以上が民間の病院であり、経営を維持するためには、ある程度入院患者を確保して収益を上げなければならない。また、日本では先進諸国に比べて精神科に関わる職員が少ない。そもそも精神病床の医師、薬剤師、看護職員などの配置基準が一般病床よりも低く設定された精神科特例と言われるものがある。また、治療も薬物療法が専らで、様々な心理療法や治療プログラムを実践するメディカルスタッフが少ないのも日本の現状である。こうした人員配置の少なさは、ケアの質の低下、特に身体的拘束などの処置の多さなど、医療における人権軽視の風潮ともつながっている。」

いかがでしょうか。

こうした先入観をあらかじめ刷り込まれた卒業生たちが、果たして精神科医療を選択して、一生の仕事として就職するでしょうか。そのことがまさに精神科医療の現場のモチベーションの低下を招きかねないということを危惧いたします。

今回の検討会の議論では、こうした問題意識の下で、できる限り実際の精神科医療の現場の取組を紹介したり、諸外国との比較のデータを提供したりいたしました。何とか誤った情報や風説を訂正できるよう努めてきたつもりであります。幸い、参考資料としてデー

タを取り上げていただけたら、何より、小阪構成員あるいは櫻田構成員といった当事者の方をはじめとする構成員各位から、精神科医療機関に対する偏見あるいはスティグマといったものがあるのではないかというような御意見をいただき、深く感謝を申し上げます。

その上で、あえて報告書案に3点ばかり指摘をして、要望いたしたいと考えます。

まず第1点目、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組、34ページの中段の赤字で追加された部分、様々な意見の紹介の中で、「点滴等の生命維持のために必要な医療行為を行うための身体固定について、短期間の場合であっても一定のルールのもと行うこととすべきではないかとの意見があった」とあります。もちろん、こういう意見があったことについてどうこう云々するつもりはありません。ただ、それについては、一方、生命維持のための身体固定は、一般病床ないしは療養病床でも行われていることでもあり、現行でも是認すべきではないか。もし身体固定についても何らかのルール、例えば精神保健福祉法上の要件を必要とするというのであれば、ダブルスタンダードになるのではないかという意見を付記していただきたいと考えます。

2点目、精神病床における人員配置の充実について、37ページの2つ目の○のところ、「医療法に基づく精神病床における人員配置基準は、人員配置の最低基準を定めるものであり」というところが今回見え消しで消えています。この一節は、私もいろいろな場面で使用する文章ですので、よく分かるのですが、実はこの続きがあります。精神病床でも、現場では勤務環境の向上、あるいは勤務の円滑化のため、加配して配置をしている。これが実態であります。これは最低基準ということで、例えば15対1、常に15対1かというところでもありませんし、それから、いろいろな労働環境の向上のため、例えば夜勤は1か月72時間という制限があります。そういったものをクリアする、あるいは年休を消化するというようなことをクリアするためには、この最低配置基準ではとても現場は回りません。ですから、加配をしているというのが実情であります。

現場を知っておられる方については当然のことでしょうけれども、現場を御存じない方にとっては、こんなに少ない人員で精神病床は運用されているのかと驚かれてはいけませんので、実態のところはそういうふうな続きの部分も併せて記述を残していただければありがたいと考えます。

3点目、入院外医療のところでも幾つか、往診あるいは訪問看護ということで、往診という言葉が出てきています。これは歴史的な問題にもなるのですが、往診というのは実な非常にネガティブなイメージの強い言葉です。昔は家族の依頼に対して往診を行って、そのまま患者さんを入院に誘導するというようなことが行われていました。ですから、往診と言った場合にはそういったネガティブ印象を我々自身も持っています。往診はできませんよと最初から言っているケースもあります。つまり、家族の依頼に応じて臨時的に在宅に行って診察をするというのは、この御時世ではなかなか難しいのではないかと。あらかじめ何らかの治療関係、治療契約ができた上で在宅に赴くといういわゆる訪問医療のような形であれば生かすことができるのだと思いますけれども、往診と言うとその辺のニュ

アンスがなかなか難しいかなと思いますので、この辺は御一考いただければと思います。

全体を通して、一番最初にもお話ししましたように、今回の検討会では事務局の方にも御努力をいただいて、非常に実りのある議論ができたかなと考えております。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、他の方、いかがでございましょうか。

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と申します。

お取りまとめありがとうございます。本当に多岐にわたる課題、膨大な課題をここまですべて詳細にお取りまとめいただきまして、たくさん意見を反映していただいたことにまずはお礼を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

全体的な方向としては賛成なのですが、とても細かいところで恐縮なのですが、幾つか修正意見を述べさせていただきたいと思います。

3 ページ、新たに追記された「精神保健医療福祉のニーズを有する方が地域で希望する生活を実現し、継続することができるよう」というところで、保健、医療、福祉、居住、就労等と並べていただいているのですが、ここに介護も必要ではないかなと思いました。

もう一点、9 ページですけれども、中段より少し上のところの「ワンストップの分かりやすい相談窓口」以下のところなのですが、今後、精神保健及び精神障害者福祉に関わる部署以外で連携を図る部署の例として介護・高齢者福祉等と並んでいるのですが、その中に防災あるいは災害対応にかかる部署をも加えていただければと思います。最近、全国6割の自治体で防災担当者に女性がゼロであったということだったり、防災計画に女性の視点を取り入れることの重要性というような報道があったと思うのですが、例えば障害者に関しては、東日本大震災における障害者の死亡率が一般的な死亡率の約2倍であったことだったり、災害関連死を見ても、東日本大震災の災害関連死の障害者の割合が25%近くあったことなど、これはよく知られていることで、防災に精神障害者を含む障害者の視点を取り入れることも同様に重要ではないかと思います。「住宅等」の「等」の中に含まれるのではないかとも思いますけれども、最近、国際的にもインクルーシブ防災、あるいは障害インクルーシブ防災という考え方が注目されつつあるところでもありますので、防災についても明示的に御記載いただくことを御検討いただければと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、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。

これまでの様々な意見をこのようにまとめていただいたことに、まずは感謝申し上げます。

私からは、特に新しいことを盛り込むというよりも、お願いと確認させていただきたいことを少し申し上げたいと思います。

先ほど櫻木構成員から精神科医療への偏見というようなことのお話がありまして、私どもも決して精神科医療全てを否定したり、全てが悪いという思いは全く抱いてはおりません。本当に良心的にきちんとした対応をしていただいている病院がたくさんあることも存じ上げておりますが、そのような中で、提供する側と受け止める側の違いというのはどうしても現実に存在しておりますので、その部分を制度、政策の見直しを通して、よりよい精神科医療を目指したいというのが私どもの考えているところでございます。

先ほどの往診の話ですけれども、私もこの往診という言葉には抵抗がありましたので、訪問医療という言葉に置き換えていただくことに賛同いたします。

次に、医療保護入院についてなのですが、非自発的入院の諸外国の状況についての御提示ありがとうございます。前回の会議でも同じような御意見があったかと思いますが、私どもは全ての非自発的入院を廃止するということは考えておりません。医療保護入院という諸外国にはない非自発的入院制度について、今後は廃止の方向で検討を進めるべきというスタンスです。そのためにも、医療保護入院制度のない多くの諸外国では、どのように医療へのアクセスを確保しているのかということを中心に調査研究をしていただいて、家族等同意という特定の個人に過度の責任を求める制度ではなくて、患者の人権を守ることができる制度を考える必要があると思っておりますので、このことについてはぜひ継続して検討する機会をつくっていただきたい。これはお願いになります。よろしくお願いいたします。

隔離・身体的拘束につきまして、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとすること、これは本来あってはならないことなので、当然のものだと思っておりますが、当事者家族の立場からは、でき得る限り隔離・身体的拘束という手段を使わずに治療が受けられるということを望んでおります。

本日の東京新聞朝刊に「精神科の拘束 患者の立場で見直しを」という記事が出されております。そこで、しつこいようでも申し訳ないのですが、再度確認をさせていただきます。多動または不穏が顕著であり、かつ患者に対する治療が困難でありという見直しは、要件緩和ではなくて狭めることである。また、本検討会では議論が尽くされていないので、引き続き検討の場が設けられる。このような認識でよろしいでしょうか。これは確認です。

最後、3点目です。全体の書き方についての質問なのですが、※の使い方についてお聞きしたいのですが、○は主要な文章になっていて、その下にポツがあって、さらに※があるという構成になっていますが、※の使い方について少し御説明を伺えたらと思います。

以上、よろしくお願いいたします。

○田辺座長 2点ほど御質問がございましたけれども、回答を。

○平岡精神・傷害保険課長補佐 まず、1点目のほうは御指摘のとおり認識で間違いご

ざいませぬ。要件緩和を行うものではなくて狭めるものであるという点。それから、今後、検討の場が設けられるという点については、岡田構成員の御指摘いただいたとおりで間違いないでございます。

あと、もう一点御質問いただいた点についてですけれども、○と※の使い分けなのですが、一概に申し上げることはできないのですが、例えば1つ具体例を挙げて御説明を申し上げますと、例えば7ページ目になりますけれども、(1)法制度に関し検討すべき事項ということで、こちらは精神保健福祉法に関し、以下の措置を講ずることが必要であるということでマルの形で精神保健福祉法に関する事項を①～④の形で並べるとともに、それ以外の法律あるいは法律以下の記述について※の形とさせていただくなど、○が本文だとすれば米は補足といった形で、全体を記載させていただいているところがございます。こういった形で、この場合、一概に申し上げるのはなかなか難しいところではあるのですが、※の形で法令のレベルを変えるとか、あるいは本文ではなかなか言い切れないことについて分かりやすく補足をさせていただくとかという形になっているかと思うのですが、もし分かりづらい箇所などがございましたら、事務局のほうまで御意見をいただければ、そこは適切な形で検討させていただきたいと思っておりますので、どうぞ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す。

私もこれを読んでみて、※は言葉の説明であったり、より詳しく記述するというような並びなのかと、今、御説明があったようなことで理解はしたのですが、例えば35ページの行動制限最小化委員会の定期的な開催の後とか虐待防止委員会の開催の後の※は、「外部の第三者を活用するための方策の検討が必要である」というようなとても重要なことが書かれているので、※で字体も細くなったりすると、付け足しのように読み取られてしまわないかという心配をいたしましたので、見直しをしていただけたらと思います。よろしくをお願いいたします。

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、よろしくお願いいたします。

○辻本構成員 精神保健福祉センターの辻本になります。

膨大な内容をどうもありがとうございます。

2点ほどコメントなのですが、9ページの②精神科の医師・他科の医師との連携というところです。もちろんこれは非常に重要で必要なことではあるのですが、1ポツ目を読んでいくと、「こうした精神医療機関に委託し、協働して業務を行う」と委託事業であるということが書かれています。

その2つ下のポツの最後には、「令和4年度診療報酬改定では、他科の医師と精神科の医師等が連携して診療を行った場合の評価として『こころの連携指導料』が新設されており」云々と書かれているのですが、ここは診療報酬上の話になってきます。なので、下のポツのほうは本人の同意が前提になってくるような内容になってくるのですが、地域で精

神科医療などが果たす役割としては公的な役割と診療報酬の役割が両方あるというのがごっちゃに見えてきて、現場が混乱しないように整理していただけるとありがたいと思います。

それが一つと、ここの②の2つ目のポツなのですけれども、包括的支援マネジメントの基盤構築とあります。これは恐らく精神科医療における包括的支援マネジメントということだと思のですが、これは市町村における地域包括ケアシステム構築とどう関係してくるのか、我々行政機関にとって市町村で公的なものが地域包括ケアシステムをやっていく、そこには保健所だとか精神保健福祉センターの重層的な支援があった上でそういうものを充実させていくということと、プラスアルファとして医療機関として包括的支援マネジメントがあるというところの連携の在り方とか全体像が見えないと、ここの文章だけ読むと解釈が難しくなるのではないかなと思います。公的な役割と医療としての役割をもうちょっとうまく整理していただけるとありがたいです。

それと、これは何遍も既に御指摘いただいているのですけれども、34ページのところ、身体的拘束のところなのです。点滴等生命維持のために必要な医療機関の辺りなのですけれども、先ほど櫻木先生もおっしゃったように、これは身体疾患での拘束だとか介護現場での拘束とかの在り方とどうなのだという議論になってくるかと思うのです。なので、今、なぜ、精神科だけこのようにとりあげられるのかと思われてしまいます。その辺は整合性が取れるような文脈にしていただけるとありがたいと思います。

私からは以上です。よろしくをお願いします。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、吉川構成員、よろしくお願いたします。

○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。

本当にここまで報告書を取りまとめいただき、事務局の皆さん、ありがとうございます。

私から、今日、最後のところで2か所ほど意見がありますので、お願いします。

まずは普及啓発の充実の内容になります。11ページの2つ目の○の学校教育における普及啓発について書かれているところですが、高校の保健体育の学習指導要領のことが書かれてあり、最後に「その際には」ということで、既に実践されているメンタルヘルス・ファーストの考え方ということがこちらに記載されているのですが、もう一つ、共生社会の実現に向けて、これは高校だけではなくて既に低学年からインクルーシブ教育も実践されているところがありますので、ぜひインクルーシブ教育のことについてもこちらに記載していただければと思います。

それと同じく11ページ、下側の精神障害、精神疾患の理解の促進に向けてというところの2つ目の○になります。ここは自立支援協議会の活用が記載されていますが、その中で精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加が少ないという指摘もあるといった記載がされております。精神科医療機関は。私から見ていて

も、主治医の先生も含め、例えば退院支援などでは受け持ち看護師なども本来であればこういった協議の場に参加できるのがいいと思うのですが、なかなか参加するのが難しいといった状況があると思います。これは必ずしも医療機関だけではなくて、現在、地域においても本当に会議が増えていて、皆さん参加されるのが大変かと思っておりますので、ぜひここはICTの活用など参加しやすい方法の導入や検討を進めることが必要ということもぜひ追記していただければと思います。追記していただく場所は、この11ページがいいのか、関連して8ページ、9ページにも、例えば8ページですと、※1で「協議に当たっては」ということで、最後、またここにも同じように精神科病院協会や医師会等の参加を積極的に求めていくことが必要と出てくるのですが、こちらのどこでも結構ですので、ICT活用など参加しやすい方法を導入検討ということもぜひ触れていただきたいと思います。

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、北村構成員、よろしくお願ひいたします。

○北村構成員 石川県立こころの病院の北村です。

全体的な取りまとめについてはよくまとめたなとは思っているのですが、結局、精神科医は十分足りているのかどうなのかという話にどうしても思い至りまして、精保センターの役割にしても、地域でいろいろな活動を行うにしても、うちの地域だけではないと思うのですが、現実的に精神科医なんて全然いないのです。

今、医師の偏在指標みたいなものを見直すということで、厚労省の医政局のほうは受療率で云々ということで、精神科医は全国的に見たら多いという数字になるのではないかなと思うのですが、でも、実際問題、コロナの関係もあって、総合病院の精神科で勤めている人が一挙にごっそり辞めたり、あるいは精神科救急を担っている病院の医師がどうしても長続きしない、へこたれてしまうというような状況がある中で、一方で、都会などでは、要するに軽い患者さんだけを扱うようなクリニックが山ほどできているという状況で、そういう事柄において、やはりどこかに精神科医が足りないというような、何と書けばいいかは分からないのですが、医療保護入院の点でも、たしか太田構成員から、指定医2人の判断で行うのが一番妥当ではないか、でも、指定医が足りないと言えどもどうしようもできないねというお話もあったかと思うのですが、指定医が足りないということ、要するに公的な役割を担う精神科医が非常に少ないという事柄について、どこに書けばいいのか分かりませんが、そういうところが抜け落ちているので、新たに地域でいろいろな活動しましょうみたいなことがどんどん増える一方で、実際にどうなるのかな。もちろん医師だけではなくてコメディカルが必要なことは言うまでもありませんし、医師が偉いとかなんとかということとは全然思わないのですが、どこかにそういう記載があったらいいのではないかなと思いました。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

では、小阪構成員、よろしく願いいたします。

○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医研修機構の小阪です。

私からは2点修正してほしい箇所があるので、意見を申し上げます。

まず1点目が、33ページ、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組の中の現状・課題の○の1つ目、3行目の「医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に」の箇所です。この「医療・保護」の前にぜひ「患者のために」という一文を加えていただきたいと思います。その次の○の2つ目には、「精神科病院の医療は患者のために行われるものであり、患者の尊厳が確保されることが何より重要である」ということも記載いただいています。○の1つ目においても誰のためにといいるところをしっかりと入れていただきたいなと思います。

それから、2点目です。目次まで戻っていただいて、目次の「第7 不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組」という記述です。せっかくここまで事務局の皆さんや関係団体、構成員の方がまとめていただいた中で、何と言おうかなと今でも迷いながら言葉にするのですが、私たちの中でどうしてもこの表現は受け入れることが非常に難しいという意思形成がされています。

要点は、この「不適切な」という記述を削除いただきたいと思っています。不適切な隔離・身体的拘束はゼロというのは、至極当たり前のことであるというのが一点。

2点目が、「不適切な」という表現を用いたときには、その裏に適切な隔離・身体的拘束があるということを私たち当事者に突きつけることになるのではないかと考えています。もちろん制度上、あるいは現行制度上は、制度に基づいた隔離・身体的拘束というのはいり得ると思っています。一方で、受け手の情緒的な側面からしたときに、適切な隔離・身体的拘束というのはいり得ないとまで言うと言い過ぎかもしれませんが、非常に難しいところだと思います。なので、ぜひこの報告書では削除いただくか、もしくは当事者の構成員からこの記述に関して強い反対の意見があったとどこかに記載していただくか、あるいは折衷案で提案を申し上げたいなと思っているのが、「不適切な」の前にぜひ主語を入れていただきたいなと思います。「患者にとって不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組」としていただければ、私たちとしても比較的受け止めやすいかなと思っています。

以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

では、近藤代理人、よろしく願いいたします。

○近藤構成員代理人 今日、森の代わりに代理で出ています近藤と申します。よろしく願いいたします。

今、皆さんのお話を伺っている中で、岡田構成員のお話にもありました医療保護入院の

ところでは、このたびの報告書をいろいろ拝見させていただいたり、皆様の議論をお伺いしている中で、やはり御家族の方は廃止に向けて進めたいと。あと、桐原構成員やポルケの報告書などを見ても、当事者が自分で決める入院が望ましい、非自発的なものは避けたいというような御意見がありました。病院の方もそういう入院をやりたいはずはないと思うのです。望んでいないのに、ただ、治療が必要だということで仕方なく、仕方なくという言い方はあれですけれども、必要だということで医療保護入院というものを実施されているという現実があるのだとこのたびの検討会を通してとても強く感じております。

資料のほうにも「今後検討していく」とございますけれども、まずは医療保護入院というものを、私どもはもともと廃止ということを前提にこの会議で議論させていただいております。それは今も変わりませんが、とはいえ、この報告書の中で全て廃止にしろということではなく、山崎会長もお話しされていた代替案であったり、できることがまだあるのではないかと。みんなが喜ぶというか納得できる入院形態というものがあるのではないかと。この検討会が終わった後に、いろいろ御都合はあろうと思っておりますけれども早急に話し合う場、検討する場をつくって、可能な限り医療保護入院を廃止していくとか、諸外国と違うところでありながら、日本でこれだけ問題になってしまうというものをみんなで検討していく場所をぜひつくっていただきたいということが一つお願いにもございます。

あわせて、隔離・拘束であったりというようなものですが、こちらについても以前お話がありました今後というものがいつになるかというお話の中で、調査や研究を通してというところで棚上げになってしまうのはどうかというような不安があるという意見もあったかと記憶しております。こちらにつきましても、この報告書に載せてほしいということではないのですけれども、意見として、とにかくその後こういうふうに国が今動いているというようなことがちゃんと見えるような形で、しっかり検討の場を持っていただきたいと非常に思っています。

個人的なお話で恐縮ですが、今回、急に私が代理で出ることになりまして、私、ふだん施設で職員をしているものなのですが、医療保護入院についてだとか、それは前から議論が出ているときに、医療保護入院がなくなるというのはどう思うということを利用者の人に聞いていました。とかく僕ら支援者であったりする者が決めることというのは、本人の思いから結構外れることがありまして、時々確認していかないと変なことになってしまう。そんなときにいろいろ聞いてみると、やはり皆さん望ましくないという声が非常に多かったのです。今回、予防であったり、入院してからどういう関わりをするかというところもあるのですが、そこはしっかり検討会の資料にはまとめられていると思います。ただ、もともとそこをどうしていくかというところはやはり今後皆さんで検討していく。これは病院がどうだとか、家族はどうだとかということではなくて、いろいろなところの人們が関わってみんなで話し合いをしていく。診療所であったり、保健所であったり、私どものような地域の事業所であったり、そういうところでみんなで考えてい

くものではないかと思しますので、そういうものをぜひ設置していただければと思います。

それから、これは僕が分からないのでお伺いしたいのですけれども、第10回るときだったと思うのですが、虐待防止のところで、太田構成員から、技術的なもので虐待防止のほうの通報義務を変えたりすることはできるので、そんなに難しくないのではないかというような御意見があったかと思えます。今回の資料を拝見させていただいても、両論併記という形でまとまっておりますが、これは虐待防止法でスピード感が伴わないというお話がある中で、そこがずっと進めていけるのであれば、それはそれで虐待防止でやっていくということが可能なかどうか。そこを今後検討していく中でまず今回お話を伺いたいなというのが一つあります。

あと、当会としましては、精神障害だけ違うところで扱われてしまうということの差別感みたいなものがあるのではないかという声もありまして、どちらになるかはこれからの議論だと思うのですけれども、そういう声もありますのでお伝えさせていただければと思います。

あと、今、身体的拘束のお話があったかと思えます。この文言について、いろいろ小阪構成員のお話など聞いていてなるほどなと思えますし、そこについては難しいというか、いろいろな立場の中で思うところではあると思うのですけれども、私どもの会としましては、34ページの告示の見直しというところですが、ここの告示の見直しというところで、患者さんのために不利益にならないというか不要なもの、医療だけではなく権利擁護の観点もしっかり含めて、身体的拘束はここまではできるけれども、ここからやってはいけないのですとかというようなものをしっかりつくっていただく。そういうような方向性で今後検討していただきたいと思っております。

以上となります。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、柑本構成員、よろしく願いいたします。

○柑本構成員 柑本でございます。ありがとうございます。

この報告書案を、おまとめになられるのは本当に大変だったかと思うのですけれども、すばらしくまとめていただいてありがとうございます。

私からは、前回私が追加していただきたいと申し上げた点、27ページの表に追記していただく部分、それから、34ページの身体的拘束のところで、短時間の場合であっても一定のルールに基づいてという点を報告書の中に反映していただいたこと、感謝しております。ありがとうございます。

その上で1点だけ、身体的拘束の部分についてなのですが、今回、この報告書案の中にも海外の状況をいろいろと参考の上、見直し、研究、検討を行うというような表記がなされているのですが、身体的拘束につきましても、参考資料の86ページ、87ページにも掲げられておりますように、多くの国で、医師の判断の下、身体的な拘束が法令に基づいて行われているというような現状がございます。私が知っている限りでも、ドイツでは

措置入院のような部分につきましては全ての身体的拘束について、韓国でも全ての身体的拘束が時間の長短にかかわらず医師の判断のもと、行われているというような現状がございますので、検討の際にはそういった視点も踏まえた上でお願いできればと思います。

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、よろしくお願いいたします。

○上ノ山構成員 日本精神神経科診療所協会の上ノ山です。よろしくお願いいたします。

今日は遅れて参加させてもらって、前半は聞けませんでしたけれども、話が重なるようでしたらごめんなさい。失礼します。

今回、非常に膨大な資料をまとめていただいて感謝します。この機会に、メンタルヘルスに関する事柄は国の重要施策として打ち出すと、皆さんがその気になっていただくような形のまとめになったらいいなと思っています。

そのような中で、市町村の責任ということが強くうたわれていますので、すごく期待しております。私はこれが何らかの形で制度化すればいいなと思って、コミュニティメンタルヘルsteamというもののできたらいいなと思っています。そのように読める箇所もたくさんあるのですけれども、なかなかそう読もうとしないと読めないという面もあるかと思えます。やれるところをやったらいいいという感じでこのまま進んでいくのがいいのか、あるいはもう少し制度化に向けて進んでいくのがいいのかということを考えていただけたらと思います。

その中で、今回のにも包括の基本的な立場ですけれども、精神障害にとどまらず、様々な精神的な危機があるわけで、それに対する制度の谷間に落ちこぼれていく人たちにも、メンタルヘルスの観点からきちんと取り組んでいくという体制が望まれているということだと思います。そういう意味で、私は平時の危機ということをも包括の報告書で打ち出したことに関してはすごく評価しています。危機を単に緊急の入院に結びつくようなものに対する対策というのではなくて、平時の中に危機があってそれに対する対策をきちんとしていく、支援をしていくということが重要かと思えます。そういう意味でコミュニティメンタルヘルsteamが位置づけられたらいいなと思っていますし、単に協議、議論をして対策を練るというだけではなくて、危機の困難に対して、そこに寄り添って、アウトリーチを含めて支援していくという形が当たり前になっていくという形がすごく望まれると思います。

そのときの中心的な役割というのは、やはり市町村の精神保健相談員ですので、前回も少し申しましたけれども、相談員が努力義務から少し格下げになっているような印象を受けていますので、これについての理由を改めてお聞かせいただけたらと思います。前回は、市町村長会のほうからも人と財源を確保するのにきちんと書いてもらったほうがありがたいという意見もありました。今のような理念を進めていくためには、制度が必要ですし、人を動かすことが必要ですし、財源が必要です。それを明確にしたほうがいいのではない

かと思えます。

それから、その下のところですが、9ページに精神科の医師・他科の医師との連携ということで、たくさんの方が書いていただいています。これはそれぞれがすごく大事なので、ここにたくさん詰め込みたい気持ちはよく分かるのですが、たくさん詰め込み過ぎていてよく分からないという印象があります。「『かかりつけうつ病対応力向上研修』の活用等を通じ」云々というところから始まるのですが、その次に診療報酬の問題が出てきます。この段落は市町村の役割という文脈の中で書いていることです。かかりつけ医うつ病対応力向上研修というのは市町村はやらないと思うのです。都道府県がやっているのではないと思うのですけれども、市町村の責任あるいは市町村の役割ということ強調するとしたら、これだと少し弱い。その後に診療報酬の問題が出てくるので、より一層分かりにくい気がします。

その後、自殺対策ですが、今、自殺対策ももちろん市町村の役割になっているのですが、自殺対策のところここに書かれている内容は、自殺未遂者対策に対してちゃんとケースマネジメントをしろということです。これはすごく大事なことです。今回の診療報酬改定でも救急病院でのケースマネジメントに関しては報酬がついているけれども、それを受けて地域で診療所でケースマネジメントをしても、それに対価がないというような状況が現実にはあります。そういう事柄も含めて、市町村の役割という項目の中に書いていくというのは同時にいろいろなことが含まれていますので、混乱するかもしれないなと思えます。

そういう意味で、もしできるとしたら、今言ったようなケースマネジメントのことは一応置いておいて、自殺の問題に関しての3行はかかりつけ医うつ病云々の最後の診療報酬の前の段階のところに入れていただいて、かかりつけ医うつ病対応力向上研修を通じて、他科の連携を強化すべきである。そして、その次に自殺の問題も市町村の役割として重要であるということを書いていただいて、診療報酬の問題も大事なのですが、段落を分けて書いたほうがいいかと思っています。

こころの連携指導料について触れられていますけれども、こころの連携指導料も実際に診療報酬上はこの文脈では書かれてなくて、単に連携せよというのではなくて、市町村と連携してやる。つまり、地域の中では孤立を深めて、孤立や孤独の中で精神症状が悪化していくのに対して関係機関が連携せよということなので、基本的には孤独・孤立を防ぐための市町村の役割という文脈の中で、このこころの連携指導料というのは書かれているわけなのです。ですから、一応診療報酬上の対策ですが、この診療報酬上の対策に関しても市町村の役割としてちゃんと受け止めているというメッセージとして、段落を分けて書くというのがいいかなと思います。

それから、その下に市町村への単なる好事例の周知にとどまらないノウハウの共有ということで、これもすごく大事なことです。それで、尾道のこころのサポート事業が参考資料の中に出てきますので、これもすごく大事なのですが、私はこの尾道の事業

はすごくすばらしいと思ひまして、こころのサポート事業というのがコミュニティメンタルヘルsteamにほぼ近い。尾道市では精神保健担当の保健師と委託先のPSW等、そして、医療機関も連携してチームを作成して、困難に対処していくということが具体化されているようです。これは単に自殺対策の枠組みを利用してやっているという事例の紹介だけではなくて、コミュニティメンタルヘルsteamの事例として取り上げていただけたらと思います。その気になればこの尾道市のようにやれるので、だけれども、やろうとしているところだけはやるけれども、あとは今もそれなりにやっているからいいではないかという感じの話になってしまうとすごくもったいない。今回の取りまとめを通して、多くの市町村、あるいは全ての市町村がその気になるような方向を打ち出していただけたらと思います。

以上です。よろしくお祈ひします。

○田辺座長 ありがとうございます。

総務省を口説けなかったということだと思いますけれども、よろしくお祈ひします。

○平岡精神・障害保健課長補佐 上ノ山構成員から努力義務化の関係、後退感という部分について御指摘を賜りました。厚生労働省としても、ライフステージを通じてこのメンタルヘルスの課題というのは顕在化している状況でございます。市町村において十分な実施体制を確保できるようにという観点から、前回の検討会の中でいただいた御意見も踏まえまして、地方行政を所掌する関係省庁などと協議を重ねてきたところではあるのですが、やはり関係省庁の立場として、現時点、配置が必ずしも不十分な状況ではない中での努力義務化ということになると、かえって自治体間でのばらつきを一層広げる懸念があるのではないかということで、地方行政を所掌する関係省庁としては、こういう法改正は時期尚早であるという御意見を賜っているところでございます。そういったところは調整を踏まえた現在の報告書の書きぶりとなっているところでございます。

以上でございます。

○田辺座長 御回答ありがとうございます。

それでは、江澤構成員、よろしくお祈ひいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

2点申し上げたいと思います。

本日も先ほどから幾つか意見が出ている、9ページの精神科の医師・他科の医師との連携の一番下の追記の部分についてでございます。これは、私の前回の発言を基に記載していただき、ありがとうございます。

私の前回発言した趣旨は、先ほどから誤解されている意見があると思うので、診療報酬改定で位置づけられたこころの連携指導料の取組のようなモデルが地域において参考になるのではないかと申し上げていたところですので、ですから、誤解されるようであれば表記はまた修文をお願いしたいと思いますけれども、こころの連携指導料は、かかりつけ医等と精神科及び診療内科の医師が自治体と連携しながら、多職種で患者をサポートする体制を

整備している場合に評価を行うというものでございまして、先ほど上ノ山構成員がおっしゃられた自治体との連携というのは当然含まれていると思いますし、各地域の実情においてどういった取組がいいのかということの参考の一つとして、このころの連携指導料というものが取組としては浮かび上がるのではないかとということで前回発言したところでございます。したがって、地域の社会資源とか、人員、人材によってどういう取組がいいのかということを各地域で考えていく必要があるのではないかと考えています。したがって、今回のこのころの連携指導というものの取組の中身が参考になるということで、診療報酬の算定云々というのではないかと考えています。

もともとこの②の項目の本来の意図は、もちろん市町村の体制整備の中には入っているのですけれども、場所がふさわしいかどうかはまた事務局のほうで御判断いただくとして、この骨子がかかりつけ医と精神科、診療内科の先生、一般のかかりつけ医と精神科の医師の中で連携をどう密にしていくのかという趣旨が強かったと思いますので、その辺りでこういった体制を市町村がサポートするあるいは推進するという書きぶりのほうがいいのかどうかはまた御検討いただければと思います。

続きまして、2点目です。10ページ一番上の部分で、こちら前回の私の発言を記載していただき、感謝を申し上げたいと思います。ここで申し上げたのは、今回も少し診療報酬改定で新たなバージョンアップがなされました。すなわち、自殺未遂者が救命救急センター等に搬送された場合に、救命救急センター等が精神科医療や生活支援と連携をしていくというような内容でございますけれども、したがって、前回、救命救急センターと精神管理の連携というシステムを申し上げたのですが、ただ、今の診療報酬の評価は単なる加算の一つでございますし、自殺未遂者というのは、ここに書いてありますように再企図のリスクが高いということで、精神科医療や生活支援、行政の相談窓口等に確実につなぐということが大事ではないかと思っております。また、別に設置されている自殺対策の検討会においては、確実につなぐということを取りまとめに記載していただいたところでもございます。

したがって、3行目の「適切に受けられるよう」という部分について、ここを「確実に」もしくは「適切かつ確実に」ということで修正いただけるかどうか、また御検討いただければと思います。

以上でございます。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

それでは、岡部構成員、よろしく願いいたします。

○岡部構成員 ありがとうございます。日本相談支援専門員協会の岡部です。

私のほうは修正意見はありません。

全体的な意見になりますが、精神保健医療福祉に関する相談支援は、今までの皆さんの構成員の方々のお話を聞いている中で、やはり子供から高齢者まで全方位にわたって要る

と私自身の仕事の現場経験からも実感しているところです。

精神保健医療福祉のニーズを有する方について、このような検討の場で丁寧に取り扱ってもらっていることは、相談支援の質向上のためにも大変重要なことであると認識しているので、言い方が適切ではないかもしれませんが、今回、報告書の中で一部トーンダウンしている点があることも否認ませんが、今後引き続き検討することになっているので、現時点において、我々は御本人や御家族の立場の方とともに十分な時間をかけて議論をしてきたことを確認し、また、確実にこの議論が前進しているということをまず共有すべきだと考えています。

その上で、本日は現時点で取りまとめられた報告書に基づいて、構成員さんは各団体の代表の方でいらっしゃると思うので、必要な取組を実行していくことと、今後、継続的に検討する場が設けられる書きぶりでもありますので、そういったことに協力していくことに合意していくことが大事かなという意見を持っております。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

では、岩上構成員、よろしくお願ひします。

○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。

私の意見は別として、先ほど小阪構成員が33ページ、34ページあるいはタイトルのところの隔離・拘束の件で意見を述べられていたので、お聞きしたいのですが、よろしいですか。あるいは櫻木構成員からも御意見を承りたいと思うのですが、今回の検討会で可能な限りゼロというところの合意形成はできなかったのだと思っています。先ほど柑本構成員もお話しになりましたように、諸外国の事例についてもといった書きぶりになりますので、だとすると、内容から考えて、隔離・身体的拘束の最小化というところが、今回の合意形成ではないかと思うのです。

それについて、当事者のほうから、全ての隔離・身体的拘束のゼロを目指すべきであるという項目は書き加えてもよろしいかと思うのですが、小阪構成員はずっとゼロということをおっしゃっていたのではないですか。なので、このゼロはみんなで何とか残そうとしてタイトルになったのではないかと私としては思うのです。

合意形成からいたしますと、もう一点、櫻木構成員にもお聞きしたいのですが、私は不適切な隔離・拘束ゼロという書きぶりにはされないほうがいいのではないかと考えています。なぜなら、現状適切でないことが行われているようなニュアンスで、先生がおっしゃっていますように、精神科医療としてはきちんと法律にのっとってやってきているのだという立場だと思いますので、「不適切な」というような書きぶりにすると誤解を招いてしまうので、私たちの合意形成としては「隔離・身体的拘束の最小化」がよろしいのではないかと思うのですが、小阪さん、いかがでしょうか。

お気持ちの部分の「本人としては」でありますけれども、「本人としては」ということ

を書けば、本人にとっては全て不適切なのだから、自分たちの言っていることを主張できるということにはなると思うのですが、現状、この検討会で議論してきたことを考えると、全てをゼロにするという合意形成はまだそこまで取れていないと思うのです。だとすると、今、合意形成が取れている部分としては、あるいは目指すべき姿としては「最小化」がタイトルで、御本人さんたちの気持ちとしてはゼロを目指すべきだという意見があったという記載がよろしいかと思うのですが、私の提案なのですけれども、いかがでしょうか。

○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。

非常にセンシティブな内容だと思うので、率直なところをお伝えすると、当事者としては、当事者に後ろ指を指されるような発言をするということはすごく怖いというか、難しいことなのです。

○岩上構成員 では、あとは厚労省が決めましたでもいいのですけれども。

○小阪構成員 いえ、その上で、岩上構成員の御提案の中で、当事者の構成員としての意見を併記していただける分には、それはそれでありがたいかと思っています。個人的にバランス感覚を持った上で、今までの検討会を振り返ったときに、確かに岩上構成員がおっしゃるように、ゼロというところで残念ながら合意形成は図れていないと思っていますし、過去の検討会でも、僕は残念ながらゼロというところで合意形成は図れなかったという趣旨の発言をした気がしています。なので、検討会を踏まえた形で目次が表記される分には、私たちとしては残念な気持ちもありますが、それはそれで致し方ない部分もあるかなと思います。

○櫻木構成員 櫻木です。

出発点は非同意的なものは全て認めないというところからスタートしていたと思うので、議論の結果、収束するべきところには収束してきていると思います。

私の立場としては、病状や状態によっては非同意的な治療の内容を選択せざるを得ないところはあるということですから、ゼロにするということは正直に申し上げてできません。ゼロというのを取るとすると、不適切な隔離ないしは身体的な拘束をゼロにするという表現の仕方にならざるを得ないかなと思っています。

基本は医療と権利擁護が対立するようなものではないということを、皆さん理解していただいた上で議論をしていただきたい。医療というと、権利擁護と対立軸にあるような議論にどうしてもなってしまうのですけれども、決してそのようなことはなくて、障害を持っておられる方の福祉を増進するというのが我々の目標ですから、その中でいろいろな選択をしてかなくてははいけない。ですから、そこで非同意的な部分を全てゼロというのはできません。

○岩上構成員 ありがとうございます。

先ほど言ったゼロという言葉も大切にしながら、いろいろ配慮の中でのタイトルだということはいくぶん分かりましたけれども、今お話しになったことの合意形成が得られるところ

をタイトルにしていた方がいいかなと私は思いました。

私は、この報告書については1つ加えていただきたいことがございまして、5ページ目の本報告書に基づく今後の対応で、私が前回申し上げたところが最後に書かれているのですが、その前にぜひ加えていただきたいことがございまして、文章としてこれが適切かどうかというのはあるのですけれども、「本検討会は、これまで精神保健医療福祉領域で課題とされてきた重要事項について、地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の構築に向けて真摯な議論を行ってきた。その方向性については共有することができた。今回の検討会では、当事者構成員も3名に増員し、ヒアリングでも複数の当事者から意見を伺うことができた。今後も当事者の意見を主体として制度設計を行う必要がある」という文言を入れていただいた上で、この検討課題については適切に対処するといった取りまとめにしていだけたらと思います。

今申し上げたとおり、合意形成は取れたけれども、まだまだこの先話していかなくてはいけないことは多分にあると思うのです。しかし、構成員に当事者の方も3名、それぐらいでは足りないよという話かもしれませんが、お話を伺うことができたということは大きな前進ではないかと思しますので、その趣旨を報告書にも盛り込んでいただけたらと思います。

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、太田構成員、よろしく願いいたします。

○太田構成員 太田です。

報告書を取りまとめていただき、ありがとうございます。

あまり大直しをしていただきたくないということで、いつものように発言をするわけですが、ただ、今日、大直しをせざるを得ないかもしれない論点が2つ出ていたので、コメントをしておきたいと思います。

まず、「不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組」と今書き直されている第7のタイトルですが、私の記憶によれば、これは早い段階で小阪構成員が「可能な限りゼロとする」を入れてほしいとおっしゃった。そのときには大した反論はなく、2～3週間前、2回前か3回前かに江澤構成員から「不適切な」にするべきであるという意見が出た覚えがあります。

その問題意識は、先ほど来櫻木構成員もおっしゃっている、要するに、不適切なものはもちろんやるべきでないが、医学的判断として適切なせざるを得ない身体的拘束は、表現は悪いですが、させてくれということだったのだろうと思うのです。それはお医者さんの考え方としては理解できます。

ただ、あらかじめ小阪構成員のほうも妥協のラインは示されていた。だから「可能な限り」だったのだろうと思うのです。今のバージョンは「不適切な」が引き受けています。ただ、「不適切な」というものは、もともとゼロにならないとおかしいのですよね。不適

切なものを、ゼロにすると言って威張っているのはろくな成果ではないと正直私は思います。不適切なものがあり、まずはそれをゼロにすることを目指さざるを得ないのだという現状認識で、ゼロにするところまで目指さないといけない。実際に不適切なものは事欠きませんので、そういうつもりで書くならそれでもいい。ただ、問題は、不適切なものはゼロとするし、そもそも適切だと考える範囲が本当にこれでいいのかということを反省するという契機がこの検討会の議論にはずっと含まれていたし、当事者団体、それに近いところの方は、むしろそこをずっと問題提起されてきたはずだということです。柑本構成員などもそうであつたらうと思います。

そのように考えると、本当のことを言いますと、ここは江澤構成員が賛成してくださるかによりますが、「不適切な」を削って「可能な限り」を復活させるほうがいいと私は思います。本文はいじらずにそうするほうがいいと思います。

他方において、しかし、まず最小限の、拘束には不適切なものがあったということであれば、これでもいいのかなという気はいたしますが、「不適切な」と「ゼロとする」が対立しているのだから、そこは当事者でどのようにか折り合っていたきたい。小阪構成員は少なくとも折り合うラインは最初から示されていたと思います。

この論点に関して、34ページの「点滴等生命維持のために必要な医療行為」の部分を頭出しすると、ほかの医療にもはね返る、介護にはね返るのではないかという御意見がありました。そのとおりだろうと思いますが、だからといって削るのはやめたほうがいいのではないか。むしろ、この検討会で議論し尽くせることではありませんが、介護等も含めて一般医療の範囲でも考え直すというか、そちらも含めて反省するという契機が必要ではないかと私は思います。したがって、はね返るだろうし、はね返る場合にはちゃんと検討する必要がある、はね返ることも含めて検討する必要があるという形の補充をしていただきたいと思います。

それから、上ノ山構成員、あるいは江澤構成員等が今日おっしゃっていた9ページから10ページのことですが、ようやく御議論を分かてきまして、要するに、地方公共団体としての市町村が行うべき体制整備の中に、精神科医療に、あるいはそれと他科との連携も含めて、業務委託をする等して自分の事務を行うという契機と、そもそも精神科医療と他科が連携してきちんと精神保健医療福祉上のニーズを持っている人たちに対応するべきであるという2つの軸の主張が混ざっているから議論になったのだろう思えてきました。

そういうことであれば、9ページから10ページに関してはあくまでも市町村が体制整備するときに、自分が自分の組織で丸抱えして全部やるのではなくて、地域にあるリソースを使つてうまくやれという趣旨であるのであれば、精神科とほかのお医者さんが連携して地域の精神保健医療福祉上のニーズへの対応をきちんと行うべきであるというのは、今の状態だと11ページの精神障害、精神疾患の理解促進に向けての2つ目の○にむしろ近い、あるいはそこにもう一個○を起こすという形になさるとよいのではないかと思います。ここは事務局の修文に期待するというか、お願いせざるを得ないので、簡単なコメントと

いう形で終わらせて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、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。

今、太田構成員からいろいろ御示唆を賜りまして、ありがとうございます。

私は「不適切な」は申し上げた記憶がなく、前回申し上げたのは、日本語として「可能な限りゼロとするための最小化に」というところが第三者から見ると大変分かりにくいのではないかと。それから、当然、目指すところはゼロでございますので、隔離・身体的拘束をゼロとするための取組のごとく発言した記憶がございます。したがって、「不適切な」は発言の記憶がないのでよく分かりません。記憶していないのですけれども、「可能な限り」というのも少し曖昧ではないかなということ、ゼロとするための取組ということで、ゼロを目指す取組とも読み替えも可能と思いますし、今日の明日でゼロには当然できないし、先ほど櫻木構成員もおっしゃったような現場の大変貴重な御意見もございますので、ただ、全体的な見出しというのはアドバルーンでございますので、こういった中では隔離・身体的拘束をゼロとする取組とか、やはり意思を示す部分だと思うのです。ですから、そういった形で分かりやすく、誰にも伝わるような見出しがいいのではないかなと思ひまして、「可能な限り」とか「最小化」というのは書き換えていただきたいと思いますと前回申し上げたところでございます。

以上です。

○田辺座長 太田構成員、手が挙がっておりますけれども、いかがございましょうか。

○太田構成員 では、記憶間違いのようで大変失礼いたしました。申し訳ありません。

ただ、そういたしますと、つまり、この時点で「不適切な」を積極的にタイトルに残すべきだという御意見はないということになるのかどうか、櫻木構成員の御意見もあろうかと思ひますが、そうであれば、「隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとする」ないしはゼロがどぎつ過ぎるのだったら「最小化」という言い方でもよろしいのではないですか。失礼いたしました。

○田辺座長 ありがとうございます。

では、桐原構成員、よろしくお願ひいたします。

○桐原構成員 全国「精神病」者集団の桐原です。

まず、全体を通じて、医療を受けていない人に対して医療をすることが利益になると仮定した書きぶりが多くて、必要な医療を受けさせられたことで生じる不利益への言及や医療が必要ではなくなった状態、例えばもう治ってしまった状態だとか、そういった状況の想定がないように感じます。どこかにそのような趣旨の一文を入れてバランスを取る必要があると考えます。それが3ページの総論の部分についてです。「成年被後見人等の権利の制限に係る措置の適正化等を図るための関係法律の整備に関する法律（令和元年法律第

37号)の衆・参附帯決議と同様に」の部分削除し、「障害者の権利に関する条約第36条及び第39条による障害者の権利に関する委員会からの提案及び一般的な性格を有する勧告が行われたときには、障害者を代表する団体の参画の下で、当該提案及び勧告に基づく現状の問題点の把握を行い、関連法制度の見直しを始めとする必要な措置を講じることが求められる」と修正してください。

それから、5ページの本報告に基づく今後の対応の部分です。これは岩上構成員もおっしゃっていたことに近いと思うのですけれども、ここに障害者権利条約の趣旨を鑑みて、障害当事者の参画を一層推進していく旨を追記してください。

10ページの相談支援体制の「自殺で亡くなった方については精神疾患を経験している場合も多く」の部分ですが、「自殺で亡くなった方の中には精神疾患を有している人もいる」と修正してください。精神保健部局が自殺を調査すれば、必然的に精神医療につながっている人たちとの接点が増えるため、母集団が偏ります。多い少ないについて断定的な表現は避けるべきと考えます。

それから、25ページの医療保護入院の部分についてです。当初、「将来的な廃止を視野に入れて縮減に向けて検討」が「将来的な継続を前提とせず縮減に向けて検討」と変更になり、さらに今回は「誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、将来的な見直しについて検討」となりました。第11回検討会では、附則の検討規定などに、法律に落とし込むのであれば、「将来的な継続を前提とせず」では趣旨が分かりにくく、実際の検討過程で混乱のおそれが生じかねないと意見を述べましたが、今回の「誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、将来的な見直しについて検討」ともなると、さすがに抽象度が高過ぎて、どこに向かっているのか分かりません。全体として向かうべき方向性が分かるような形で構成や書きぶりを改めてください。

25ページから26ページにかけてです。この点、現行の医療保護入院制度については、患者の長期入院の保障になっている面があり、入院に当たって同意を行う家族等にとっては、精神的負担や本人の関係性の悪化等、過度の負担を伴う面があることから、患者の同意が得られない場合の入院に関し、現行の制度に代わる仕組みについて整理を図った上で、現行の制度について廃止を含めて検討してほしい旨の意見があったと書き加えてください。

33ページの「隔離・身体的拘束をゼロとするための取組」のところについてです。今、議論があったところなのですけれども、「可能な限り」と「最小化」が削られたことはよかったですと思っています。「不適切な」は、小阪構成員も発言されていたとおり、適切だろうが、不適切だろうが、縛られる側にとっては苦痛を伴うわけであり、端的に区別できるようなものはないと思います。また、何をもって不適切とするのか、現在の段階の報告書から分かりにくく、文脈的になるので気になるころではあります。それでも「不適切な」を入れさえすれば「可能な限り」と「最小化」を削れるのならば、私はそのほうがいいと思います。よって、現行の文を支持します。

報告書には、次の2点を拘束のところに追記してください。

1つ目は、隔離・身体的拘束が入院する精神障害者にとって耐え難い苦痛を伴うものであり、適切か不適切にかかわらず、ゼロ化すべきとの意見が精神障害当事者の構成員複数から出されていたということ。これを追記してください。

2つ目なのですが、医療保護入院のところに同様の記述がありますが、障害者権利条約の対日審査の射程に行動制限が入っているということ。これも入れてください。

最後ですが、実は私は病院批判とか専門職批判を検討会で一度たりともしたことはありません。全て制度について意見しています。それなのにもかかわらず、プロバイダー側がわたしに何か言われているのではないかと勘繰って、それでわたしの言ってきたことに対して外的な批判を突きつけてきています。なので、変に疑心暗鬼にならないでオープンな議論ができるようにしていくことを心がけてほしいと思っています。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

では、田村構成員、よろしく申し上げます。

○田村構成員 日本精神保健福祉士協会の田村です。

今回の取りまとめ、ありがとうございます。毎回文言の修正と、今回も最初の御説明にあったようにワーディングもそろえるよう御検討のうえ、すごく整理してくださってありがたく思っております。

まず、総論の最初にある「精神疾患の現状」では、精神疾患のこういう現状があるから今回の検討課題がこのように立てられたという文脈の冒頭だとすれば、例えば認知症疾患の方が多く、疾患というか医療の現状ですが、医療保護入院の増加、特に2020年度は隔離件数が急増していること、また、身体的拘束に関しては75歳以上の方が実人数も在院患者数に占める割合も多くなっていることなども踏まえて、この次の次のページに出てくる「この検討会ではこれらのことを検討してきた」とつながるよう、冒頭に厚みを持たせていただくと、4ページの今回の検討会の検討事項がこれだけ並ぶ意味が分かりやすくなると思います。

また、この間、4ページに列記されている項目別に検討がなされてきました。これらの多くは確かににも包括の検討会、またはそれ以前の前回の法改正前の検討会の課題を継承した形だと思いますが、そこでは隔離・身体的拘束や虐待防止についてはそれほど協議されていなかったと思います。今回、それが協議に上ったというのは、特定の精神科病院のこととはいえ、院内での虐待事件がもし関係しているのであれば、そういったことも踏まえているということが総論の冒頭にあってもよいのではないかと思います。

それから、5ページで岩上構成員の先ほどの御提案は、とてもいいと思ったのですが、その前に、さっき平岡補佐が御紹介くださったように、まだ関係省庁との調整の中では御理解を得られない部分もあったということですが、この検討会の構成団体、そして、構成員全員が一丸となって、精神医療をよりよいものにするとか、そのことをきちんと理

解していただくとか、国民のメンタルヘルスを進めるために厚労省と一緒にやっていくといった決意ができるのとよりいいのではないかと。変な言い方かもしれませんが、内輪もめしている場合ではないと思うので、ここの参加団体、構成員全員一丸となって、今後もよりよい形を進めていきたいと思っていることを書いていただけるといいなと思います。

次が16ページで、市町村長同意の方々を中心として病院訪問支援者が関わっていく仕組みを今回入れていただけて、大変よかったと思っていますが、すごく細かいことで申し訳ないのですが、最後の○では「したがって、市町村長同意による医療保護入院者を対象に」となっていて、限定しているように読めるので、「医療保護入院者『等』を対象に」としてもよいのではないかと。17ページは「医療保護入院者を『中心』に」と、必ずしも限定しない書きぶりなので、合わせたほうがいいのではないかと思います。

次が18ページの2つ目の○で、病院訪問支援者を受け入れる医療機関側もそれなりに対応を要し、手間がかかるところもありますし、事前事後のサポート等も必要になりますので、前にも発言したのですが、受け入れた病院も何らかの評価がされるような、例えばそういう訪問者を積極的に受け入れている病院だと地域に公表されることや、診療報酬等の対象にすることなどかと思うのですが、そういった一文を加えていただければと思います。

次が26ページの最後の加筆部分について、「患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方について」というところに「人権擁護の仕組みと併せて総合的な検討を進める」となるよう「人権擁護の仕組みと併せて」を加えていただければと思います。櫻木構成員が繰り返しおっしゃられていますように、医療は基本的に人の体調を整えるとか、健康を回復するためになされています。そのことが分かれば、患者さんもそれこそ手術にも同意するし、痛い思いをしてもお腹を切ったり、内臓取り出したりしてもいいと言われるわけで、隔離や身体的拘束もそれが自分の健康回復のためになることが理解されるのであればいいのかもしれないですが、なかなかそこが患者さんには伝わらなくて、患者さんの側からしてみると、どうしても嫌な思いとか心的外傷になってしまうことが多いわけです。それを権利侵害にしないためには、やはり権利擁護の仕組みがセットになる必要があると思います。これは医療が悪いと言っているのでは全然なくて、必要だと思って提供されている医療を守る意味でも、権利擁護の仕組みがセットになることが望ましいと思います。

次は35ページです。ここに入れるのがいいかはっきり分からないのですが、④行動制限最小化を進めていく流れで、隔離や身体的拘束を最小化するための仕組み的なことが3つ並んでいます。この検討会ではどうしても仕組みの部分の協議になりがちだとは思いますが、その治療技術といったこともどこかで検討したり、言い方は変ですが、よりよく身体的拘束ができるための研究みたいなことはされるのかどうか、私もよく分かりませんが気がかりです。ただ、ずっと拘束されていると、あつという間に関節が痛くなってきたり、体を動かしたくなったりするわけです。あとは拘束で塞栓が起こってしまったりもして、時にはすごく危険でもあって、精神科ですけれども、身体的な治療、看護の力がすご

く必要なところだと思うので、そういった技術面の向上も併せて行われる必要があるのではないかと思います。その手の議論はこの検討会ではあまり関係ないかもしれませんが、何か触れておく必要があるのではないのかなと思いますし、それによって今後の医学教育、看護教育に何か示唆が与えられるものであればいいのではないかとということで、そういった表現を考えていただけたらと思います。

それから、先ほどの意見が割れていた「不適切」と「ゼロにする」話で、ぱっと見た目次の印象からいうと、やはり「不適切な隔離・身体的拘束をゼロにする」というのは当たり前前のことですし、不適切なものが現在はあることを認めていることですが、その点はそれでいいのですかねということが私は気にはなりました。現在は不適切な隔離や身体的拘束が結構あるので、それをちゃんとゼロにまずしましょうねということで、マイナスをゼロにする。そのためにこの報告書の中でこういうことをしましょうと言っているのでしょうか。それとも、現在も必要だからやっている隔離や身体的拘束だけれども、それをさらに減らしていこうとか、そうせざるを得ない治療だからするが、患者さんにとって少しでも苦痛が少ないものにするためにどういう取組があったらいいのかを検討するのか、今の議論の中でどこら辺を目指しているのかが私には読み取りにくいなと感じました。なので、タイトルに対する提案ではないのですが、今のタイトル案はよくないのではないかと私は感じました。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、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。

今日は並行して会議が行われていまして、そちらのほうに先に参加すると言っておりましたので、前後の話合いを聞かずに自分の感想だけを述べさせていただき、大変失礼でございますけれども、お時間をいただきます。

報告書案を読みました。2か所、同じ問題なのですけれども、ちょっと心配になった書きぶりがありましたので指摘します。

まずは、19ページ下段の○です。ここに赤字で「諸外国においても、患者の同意を得ずに入院を行う制度は存在しており」という文が加わっているのですけれども、ここだけを読まれると、外国でもやっているから日本でもやっていいのではないかと議論したのかと読まれてしまう可能性があるのではないかと思います。もちろん、縷縷議論してきたのは、制度の運用方法をもう少し考えていこうよということだったと思うので、僕の一つの提案は、「諸外国においても、制度の運用方法は異なるとしても、患者の同意を得ずに入院を行う制度はある」と書いておけば、その後の運用をどのように変えていくかという話とつながるのだらうと思いました。

同じような文章が33ページにも出てくるのです。3番目の○と4番目の○です。ここも「諸外国においても、やむを得ない場合に患者の隔離・身体的拘束を行う制度は存在して

おり」ということで、しかし、やはりここだけ読むと外国でもしているから日本でもいいのではないかという議論をしたのかという誤解を受けるのではないかと思うのです。先ほども御意見がありましたけれども、隔離・拘束を減らしていく、しないで済むような医療、医学を目指していくのだという気持ちを込めて、ここは外国の例を引くなら引くほうがいいと思うのです。

僕の提案は、「現状では」という言葉を入れて、外国においてもやむを得ない場合には云々と。そして、この諸外国とはどこのことなのだという疑問が出てきます。開発途上国でやっているからいいのかとからかわれるような疑問にもつながりかねない。ぜひこれは文献を一言書いていただくなりして、精神医療の先進国みたいところで調査されたと聞いていますので、文献を入れたほうがいいと思います。それから、「現状では」ということは、将来はこれをなくしていくという方向を見据えて、先ほどもおっしゃっていましたが、精神医療、医学を変えていくのだという方向なのだとすることを表すために、※の脚注でも作っていただいて、例えばですけれども、向精神薬が発見されて、精神疾患の病像あるいは当事者の処遇に大きな改善がもたらされましたが、あのような大きなパラダイムシフトが起こるように、今後も精神医学、医療の研究を包括的に推進していく必要があるというような方向性を、脚注で結構ですので、一言書き加えていただけないかと思いました。

以上です。今日はお時間を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、小阪構成員、よろしく願いいたします。

○小阪構成員 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。

今、議論をお聞きしていて、ぜひこういう場なのできちんと議論したほうがいいなということが1個あるので、それは後に回させてもらって、今、神庭構成員がおっしゃってくださった「諸外国において」というところを例示している部分は僕も気になっていました。諸外国の例を出していただくのは結構だと思うのですが、その上で、この検討会の場では、立場を超えて本当により良くするために議論を積み重ねてきたと思うのです。この国のことを少し触れてほしいなと思うのです。諸外国の例はあっても、この国はこの国で最善のことを今尽くそうとしているというニュアンスの文言があったほうが、報告書としてはより望ましいものになるのかなと思いました。

それから、隔離・身体的拘束について、大事なことなのでちゃんと議論を尽くしたいなと思うのですが、岩上構成員からの御質問、それから、櫻木構成員からの御返答、そして、太田構成員に全体をまた踏まえて御示唆をいただいて、私自身もこれまでの議論を振り返ることができました。事務局としてはゼロというところを残していただくように御尽力いただいたのだなと改めて思いました。

1点だけ、先ほどのディスカッションの中で十分確認し切れなかったなと思っているのが、私個人としては、今すぐにゼロにするということは確かに合意できていないと思って

います。それは僕も難しいのだらうなと思っています。ただ、前回か前々回か、たしか櫻木先生が隔離・身体的拘束に代わる代替方法について、国としても積極的に調査研究行ってほしいとおっしゃったと思いますし、そこに僕も賛同したと思います。そういった将来的なことについて最善を尽くして、方向性としてはゼロを目指すという将来的な話、その可能性は探れないのかと。そこすらやはり僕らは合意できないのかどうかというところは確認したいなと思いました。

○田辺座長 どうでしょうか。恐らく医学の進歩と何とか等の問題にもなるかと思うので。

○櫻木構成員 最小化していくというのは、大きく言えば2つあると思うのです。

一つは、何らかの方法によって、今、治療の妨げになっているいろいろなことが解決するとすれば、行動制限というのはしなくてもよくなるのかなと思います。ただ、それが全く具体的に見えてきていないので、にわかにそのことをイエスとは言いにくいということが一つ。

それから、ここではあまり触れられませんでしたけれども、最小化を考える上で、行動制限をされた当事者の方に対してどういうふうなフォローアップというか、いわゆる後治療というか、デブリーメントと言えば分かりやすいかもしれませんが、そういったことを考えていくというのがもう一つの考え方です。そのことについてもまとまって何かあるということではありませんので、やはり臨床的な研究が必要ではないかなと考えています。

ですから、そういった幾つかの前提を乗り越えれば、その先には見えてくるかもしれません。ただ、今、私には見えていません。

○小阪構成員 率直なところを御回答いただいております。

僕は大事なことだと思うので、ほかの構成員さんもし御意見があればぜひ伺いたいなと思っています。

○田辺座長 ほか、いかがでございましょうか。

研究の部分はやるぞと。特に代替的なというものですけれども、そこははっきりと書き入れているとは思いますが。

では、近藤代理人、お願いします。

○近藤構成員代人 意見というか、僕自身は小阪構成員のおっしゃる、今すぐは無理でも将来的にはという方向性を今回の検討会でしっかりと示したものだと思うので、その方向でみんなで考えていく。今すぐは難しいというお話がありまして、それはもちろんそうだろうと思います。なので、将来的にちゃんとそこに向けてしっかり日本は動いていくのだという姿勢をこの検討会でしっかり出す。さっき田村構成員のお話にもありましたけれども、この検討会を行った意味というか、それをちゃんと方向性として打ち出していくことはとても大切だと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

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。

精神医療の場合、大変いろいろなハードルがあつて難しいかと思いますが、まずは、以前も申し上げましたけれども、介護現場においては、2000年に介護保険制度が施行されて以来、高齢者虐待防止法を背景に、この20年の間に身体的拘束というものは飛躍的に改善がなされました。もちろん介護現場の場合は認知症の方が主体であつたり、精神科疾患特有の複雑な状況は介護現場のほうが当然少ないわけですが、これは法律をバックに行政の指導、そして、現場の取組、国を挙げて取り組んだ結果、介護現場においては大きく改善が見られた。私はこれを成功体験とよく申しますけれども、そういうことが実態として我々の経験の中に育まれています。

その中で、介護のように精神医療の現場でなかなか立ち行かないことは十分理解しておりますけれども、例えば38ページの虐待の防止の取組の今回新たに追記された部分では、これは私も以前申し上げたことですが、「虐待が起きないようにするための組織風土を醸成すること」という記載がございます。したがいまして、ゼロとする、ゼロを目指すための基盤というものが非常に重要であつて、まずは全ての医療や介護に携わる従事者一人一人が、虐待は当然ですが、もちろん身体的拘束・隔離についても、極力どうやったら防げるのかという意識を常に持ち続けることが非常に大事ではないかと思つています。

これは人間のさがですが、どうしても日々多忙な業務に追われていて、日々の業務の中で繰り返して行われていると、だんだん感覚が麻痺してきます。麻痺しないようにどうするのかという組織的な取組、あるいは気づきを職員各自がちゃんと持つていく。こういった組織風土をまずつくりながら、具体的な技術論、特に代替方法がどうやったらあるのだろうかという研さんを積んでいくことが重要であると思つますから、まずは職員一人一人の意識と、それから、当然、代替部分については非常に差が出やすい部分です。ここについては十分研さんを積んで、広い視野でこういった取組があるのだろうかということをどんどん積極的に学んでいく必要があると思つています。

現場の感覚として意見を申し上げさせていただきました。以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

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。

小阪構成員から出された御意見に賛同いたします。先ほども申し上げましたけれども、当事者家族の立場からはでき得る限り隔離・身体的拘束という手段を使わずに治療が受けられることを望んでおります。医療保護入院もそうですけれども、それを今すぐなくせとかゼロにということではなくて、その方向を目指して皆さんと考え合つていくということがとても大事だと考えておりますので、将来に向けては隔離・身体的拘束はゼロを目指す

ということはこの場で皆さんと合意できているのではないかなと考えております。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

全員ではないかもしれませんが、一通り御発言を賜ったと存じますが、報告書案の取りまとめの最終局面でありますので、本日の各構成員の御意見に対しまして、さらに御意見があるというような場合にはぜひとも御発言いただきたいと存じます。

さらなる御意見のある方は、挙手をお願い申し上げます。

では、近藤代理人、どうぞ。

○近藤構成員代理人 これは報告書の文章とかというものではないのですが、前回と前々回で岩上構成員から介護医療院のお話がありましたよね。意見を求められていてというところで、介護医療院がどうだこうだということではなく、その前の山崎会長がお話しされたグループホームをつくる、つくらないというときのお話のときも介護医療院の話がかなり出ていたかと記憶しています。病棟転換型居住施設というのは身体と知的の方まで反対してきたということがあのときあったというのが、僕も非常に大きな驚きでした。精神のことなのに何で他障害の人までと。話を聞いてみると、精神のほうでそういうようなことが起きると、自分たちも同じようになるのではないかという心配があつてとおっしゃられた。もちろん、岩上構成員が当事者の声を聞かずにどんどん進めるとかということはないと思うのですけれども、あのときにふっと出たので、だから、地域移行を進めていく、退院促進を進めていくという意味で、ああいうものとかまた仮のものが出てきたときに、やはりみんなの声を聴きながら進めていくことが大切なのだろうなと改めて実感したと。

それまでの意見ですけれども、以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。

どうぞ。

○岩上構成員 また御心配をおかけしているようなので。

僕は、平成25年の当時の検討会で、1年以上入院者のうち、退院される方が5万人ぐらいいらっしゃって、そのうち1万1000人が死亡退院で、転院される方が1万7000人という数字を見て、このままの議論ではいけないと思って、当時、病床の転換について、グループホームだけでなく介護型など様々な議論をすべきだということを申し上げました。そのとき、厚労省のほうとしてはまずグループホームでということと案を出しまして、私が提案をしたことですから、特に精神科医療機関がそれを引っ張っていこうという話ではなかったのです。それについて相当数の御批判をいただいたということがございました。

今回については、そうは言っても、精神科医療の在り方というのは、精神科医療の病床の取扱いというか、私は山崎会長が見えたときも、社会資源として重要なものであるから、今後どのようにしていくべきかということについて、もっと大きなビジョンで今後の精神

科医療の在り方ということで質問をさせていただきました。その中で考え方としてお示しいただいたということです。そのことをきちんと適切に議論していきませんか、手を突っ込んではいけない話ではなくて、むしろ良質な精神医療をつくっていくために、1年以上入院されている方がいらっちゃって、中でもなかなか退院が難しい方をそのまま精神科医療だけにお任せしていいのかどうかということはずっと私は思い続けていますので、そういったことを発言させていただいて、検討が必要であるということ述べました。また、この検討会の中でも複数の先生方から意見をいただいていますので、もう少しあるべき方向性、プロセスを踏んでいくということは当然だと思いますので、そこに皆さんにも御参画いただければと私自身は思っています。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。御意見、御質問等はよろしゅうございますでしょうか。

では、岡部構成員、手が挙がっているようでございますので、よろしく願います。

○岡田構成員 ありがとうございます。

また議論を戻すようで、自分の意見だけ、先ほど小阪構成員から皆さんはどう考えますかという投げかけがあったので、1点だけ。

33ページの対応の方向性で、「以下の方策により、不適切な」と書いてあるのですが、確かに不適切な隔離・身体的拘束をゼロとするためだけに焦点が当たってしまうと、それは当然だよなという議論が先ほど来あるので、そこは皆さんの意見を聞いてそう思います。なので、「隔離・身体的拘束の最小化の取組を総合的に推進する取組」みたいなタイトルだと今回合意できないのだろうかという感じたところです。

櫻木構成員はゼロというところは今見えないということの中で、小阪構成員からは可能な限りゼロということで、今、折り合わない感じがしているのですが、シンプルに「隔離・身体的拘束の最小化の取組を総合的に推進する取組」みたいなタイトルだとしたときに、小阪構成員はどんなふうに考えるのか、御意見を聞かせていただければと思いました。

以上です。

○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です。

今のこの瞬間のこの質問は即応で瞬発的な回答になるので、団体を背負ってということではなくて、一個人として発言させていただければと思います。

皆さんも御承知のとおり、僕としてはゼロを目指してほしいというところはぶれないところではあるのですが、正直に申し上げまして、岡部構成員からの今の御提案は、僕的にはそんなに違和感なく受け止められたというのが正直なところです。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。

それでは、本日の議論はここまでとします。

事務局から提示されました報告書案につきまして、本日も詳細な御議論をしていただいたところでございます。また、様々な御意見を賜りまして、御礼を申し上げる次第です。

議論もおおよそ尽くされたものと思っておりますので、事務局におかれましては、本日の議論を踏まえまして報告書の修正案を御準備いただき、次回、皆様方に御確認をいただいた上で取りまとめを目指したいと存じます。

今回はできれば短時間でと考えておりますので、構成員の皆様におかれましては、御多忙とは存じますけれども、可能な限り御参加いただきますようお願い申し上げます。

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いいたします。では、よろしくお願いいたします。

○戸部精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。

次回第13回の検討会は6月9日木曜日、16時から17時を予定してございます。正式には改めて御連絡をさせていただきます。

事務局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。

以上をもちまして、本日の検討会は閉会といたします。

構成員の皆様方、お忙しいと存じますが、御参集いただき、また、活発な御議論を繰り広げていただきましてありがとうございました。

それでは、散会いたします。