

2022-3-3 第6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 定刻となりましたので、ただいまから第6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。よろしくお願いいたします。

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を活用しての実施としております。また、動画配信システムでのライブ配信により一般公開しております。

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

また、北村構成員、永松構成員、野原構成員につきましては出席が難しいため、北村構成員の代理として公益社団法人全国自治体病院協議会参与の中島様、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御出席いただいております。

なお、太田構成員、菊池構成員代理人につきましては遅れて御出席いただく予定となっております。

本日は、精神保健福祉上の入院制度等及び医療計画につきまして、構成員のほか、次の皆様から御意見をお願いしております。

認定NPO法人地域精神保健福祉機構から、宇田川参考人。

認定NPO法人大阪精神医療人権センターから、位田参考人、彼谷参考人。

日本精神科病院協会から、中島参考人。

日本精神神経学会から、太田参考人。

厚生労働科学研究班から、竹島参考人、立森参考人。

このようになっております。構成員及び参考人の皆様方におかれましては、どうぞよろしくお願いいたします。

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、席次表、議事次第。

資料1、宇田川参考人資料。

資料2、桐原構成員資料。

資料3、岡田構成員資料。

資料４、位田参考人、彼谷参考人資料。

資料５－１及び５－２、田村構成員資料。

資料６、藤井構成員資料。

資料７、中島参考人資料。

資料８、事務局資料。

資料９、竹島参考人資料。

続きまして、参考資料１－１及び１－２は太田参考人資料。

参考資料２、吉川構成員資料。

参考資料３－１及び３－２、上ノ山構成員資料。

参考資料４、小阪構成員資料。

参考資料５、事務局資料。

参考資料６、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。

以上となっております。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させていただき、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。

また、本日資料を用いて御説明いただく発表者の皆様におかれましては、オンライン画面と会場のスクリーン画面に同じ資料を表示いたします。スライドページの移動につきましては事務局で対応いたしますので、「次のページ」等、御指示いただくようお願いいたします。

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。

本日の議題は、第１に「精神保健福祉法上の入院制度等に関するヒアリング」、第２に「第８次医療計画の策定に向けて」となっております。

前回の検討会において様々な御意見がありました精神保健福祉法上の入院制度等につい

て、それから医療計画について、今後の議論を深めるため、構成員及び参考人の皆様方からのプレゼンテーションをお願いしたいと存じます。

このほか、本日は太田参考人、吉川構成員、上ノ山構成員から資料を提出いただいておりますので、御説明をお願いしたいと存じます。

プレゼンテーションについてですけれども、時間の関係上、資料と順番とを一部前後させていただきます、まず精神保健福祉法上の入院制度等について、宇田川参考人、桐原構成員、岡田構成員、田村構成員、藤井構成員、大阪精神医療人権センターの位田参考人、彼谷参考人、太田参考人、中島参考人、吉川構成員の順でお願いしたいと存じます。

時間の制限もございますので、プレゼンテーションのほうは5分から10分を目安にお願い申し上げます。

なお、議題1の入院制度等に関するヒアリングが全て終了いたしましたら質疑の時間を設けますけれども、時間の関係上、ヒアリングに関する質疑にとどめさせていただきますので、この点あらかじめ御了承ください。

それでは、早速でございますけれども、プレゼンテーションのほうに移ります。

まず宇田川参考人からお願いいたします。では、よろしくお願いいたします。

○宇田川参考人 よろしく申し上げます。では、スライドをお願いします。

今日は、入退院のことについて話すとなると最後までいかなければいけないのですが、四十何枚もつくってきってしまったので、いけないと思います。

次です。まず「相談できない困りごとは困ったときに発生する」ということです。

次です。どういうことかということ、2022年2月19日午前3時26分35秒、直前30分間のうちのサイトへのアクセスです。

次です。このような感じに上から順番に並んでいくのですけれども、こういうふうな困り事がこの時間帯に発生しているということです。特に深刻な感じのものも結構並んでいるということがわかると思います。

次です。深夜になって本当の困り事というのは私たちには出てくるのではないのでしょうか。

次です。取りあえず、それは誰にも相談できないから検索するんです。

次です。どんな分布でどんなデバイスから入っているかというのが、ここに出ています。これはあまり出してはだめな資料なのですが、出しましたけれども、日本各地からアクセスがあって、ほとんどがスマホです。モバイルと書いてあるものが大きいと思います。

次です。これも内部資料なので出したくないのですけれども、コンボの過去16か月の検索ワードです。くるものです。

次です。うちの団体では、身体合併症とかいろいろな当事者の声というのをたくさん出しているので、1位から50位まで出すとこういうふうな感じのものになります。大体、身体合併症から、comhboと検索する人から、涙が止まらないとか、そういうふうなことです。ね。仕事、涙が止まらないとかです。

次です。これをまとめると3種類から4種類になるので、「薬・身体合併症・突然死」「うつ・なみだ」、このような分布になっていて、大体うちのサイトを見ている人とか、あとは全国からいろんなモバイルで検索してくる人というのはこのようにきている状況です。これが午前3時の困り事です。

次です。この困り事に誰が相談に乗れるかということがすごく問題なのではないか。私は大概、午前3時に起きるので、そのときぱっとこれを見て、こんなにみんなつらいんだと思って見えています。

次です。訪問なのか、ピアなのか、いろいろな包括的、重層的なものです。

次です。助けてと言えない状態にある人が相談できる場所に出て行けるかどうかという問題も考えてほしいです。

次です。何でも対面式の申請主義の窓口ですね。出向いていかなければ何も起こらないことの組合せがこれから行われようとしているのではないかとすることを危惧しています。

次です。ピアサポートグループも何もかも、SNSとかりモートで人が集まって群れるということは少なくなってきました。これはコロナに関係なく、今は大体そうだと思います。

次です。だから、公的な窓口も取りあえずスマホで何かアクセスできなければ、誰も困ったとか助けてと言えないのではないかと考えています。

次です。「医療者は医療行為以外していいのか」ということがあると思うんですけども、これがようやく入院のほうに結びついてくるのですが、まず契約の下に初めてできるのが医療ではないかと思っております。それはそうだと思います。医療行為ができるのは医療者のみで、医療行為だと思って医療者以外の人があるんなことをするからいろいろなことが起こっているのではないか。医療行為を受けない契約をする権利は患者側にある。これは契約をする権利で、受けない権利ではなくて受けない契約をする権利は患者側にあると思います。

武器を持つ側と持たざる側に分かれているのに伴走という言葉を使っているところも気持ち悪いなと思っていて、医療ということになると侵襲性というのは身体的にもあるけれども、社会経済的にもかなりあるので、そこを最小限にするのが腕の見せどころなのに、自分の意思に関係なく退院することが普通ですね。医療行為が終わりました。さあ、あなたはもう帰ってください、地域で暮らしてくださいと言われるのが普通なのに、今の状態だと、私は退院したいんですけどもと言わない限り、精神科ではなかなか退院させられないんですというようなことがあるから何か変なことが起こっているのではないかと思います。

それで、20年くらい前にサバイバーとコンシューマーとクライアントというふうに私たち当事者は名乗ることができるんだとアメリカの当事者から習いました。

次です。ここだけちゃんと言わなければいけないなと思うのが、「ピアの活用」をこれからされると思うんですけども、Tokenismの問題をどれだけ認識しているかということがあると思うんです。

次です。これはオーストラリアで習ってきた言葉なのですけれども、Tokenismというのは辞書を引けば出ているんです。こういうふうことです。

それで、前のスライドに戻ってもらって、「政府や企業などが形式上の平等のために少数の黒人や女性などを雇用すること」、これはそのまま読んでいるので別に私が言っているわけではないです。「時として目立つところに配属されるためshowcase black (woman)と呼ばれることもある」、英辞郎という辞書を引けば出てきます。

次です。「あなたはここにいなさい、でもしゃべっちゃダメ あなたはここではたらしなさい、でもモノ言っちゃダメ」というふうな雇用をされるピアが結構4年くらい前に多かったんです。そういうふうな人たちの中から、フリーランスになりますと言ってフリーランスになったピアサポーターは結構いました。今、事業主として、社長として活躍している人もいます。

大体10分になったんですけれども、あとはぱっぱといきます。

「地域の形」、それから「ピラミッドの中にいた私たち」です。

次です。私が生まれた頃、私は真ん中の下にいました。

次です。今、大体私は真ん中にいます。

次です。大体30年後には80歳くらいのところに私はいます。

次です。このときピラミッドだったのが漏斗になるんです。

次です。今あるものを組み合わせて重層的なシステムをつくるということをいろいろ言われていますけれども、ないものがない。あるものしかない。10年後、20年後、私が安心して生き残れるとは思っていません。だから、安心して地域で一生を送りたいとは思っております。

次です。これはさっきの図を見れば明らかですけれども、福祉制度はお金が回るかということと、8050問題と言われているのは私にとっては80世代問題になると思うんです。上の人がみんな死んでしまって、私が80歳になったときどうなるのか。もしかすると私は地域にはいられなくて病院に入ってしまうのかもしれない。8050問題というのは解消されることはないと思っています。ずっと継続的にあるのが8050問題だと思います。

もうそろそろ終わりますが、精神科の分布ですね。

このように線上に並んでいるんです。

次です。全部、線上です。どういうことかということ、主要道路、交通網からつかず離れず、これは何かに似ていると思うとショッピングモールです。

それで、将来30年後、地域でのマンパワーは減るというときに、出向かない、出かけないということが起こってくると思います。結局、スマホ一つで、まるっとできるということから入り込むということが大切だと思います。そうじゃないと、やはり入院せざるを得ない。なぜかということ、ショッピングモールだからです。

次々とお願ひします。システムをつくるというときには、やはりコスト感覚、民間の常識とか、そういうふうなものを必ず入れなければいけないと思います。そのとき必要にな

るのは外から眼によるコンペティションです。

現在のメンタルヘルスは、出口なきパイの取り合いだと思っています。

次です。出口戦略ありきでつくらないと、仕組みは人、金、時間を取られ過ぎだと思っています。つくる過程そのものも出口戦略ありきでつくらないと、いつまでたっても同じことの繰り返しだと思っています。

最後ですが、パイの取り合いの仕組みづくりはやめたほうがいいと思うのと、全ての人のメンタルウェルビーイングのための仕組みということになると、支援とか相談という言葉ではない言葉で語られるべきではないでしょうか。

それから、この委員会のことを指しているのではないですけども、重層的な委員会、重層的なサービスのための集まりというのは、それをするほどの時間とマンパワーがあるのか。その成果を評価する仕組みがあるのかどうか。やればいいというものではないと思うんです。民間コンペティションから新しいものが生まれてくるというのがアメリカでの私の経験です。

以上です。ありがとうございました。時間を超過してすみません。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、次に桐原構成員より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。貴重な機会をいただきましてありがとうございます。

私からは、「権利擁護・退院後支援について」、意見を述べさせていただきます。資料2を御覧ください。

まず「退院後支援について」、お話をします。

1 番目です。「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チームの報告書」に示されたとおり、事件の再発防止を契機として成立した経緯があります。精神障害者と犯罪を結びつける偏見が助長され、医療現場が治安的にゆがめられてしまわないかと深刻に憂慮しています。

2 番目です。「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チームの報告書」の措置入院後のフォローアップの部分は、“今後は踏まえない”ということを検討会として合意する必要があると考えます。

3 番目です。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する取組については、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした位置づけにあるものではないという点を確認する必要があります。

この資料に書きましたとおり、「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、①の資料についても、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした、といった形に修正する必要があります。

4 番目です。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業を「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き(2019年度版)」には、退院後支援

のモデル事例として鳥取県の取組が紹介されています。

「鳥取県措置入院解除後の支援体制に係るマニュアル」は、廃案になった精神保健福祉法改正法案が審議入りする前の2017年3月に公布されたものとなっています。内容は、法案審査の内容を反映した現在の地方公共団体における「退院後支援ガイドライン」とも大きく異なるものになっています。「にも包括」の下で運用されている退院後支援は、全体的に治安的な方向に進んでいってしまっているのではないかとこのように心配しています。

次です。資料2の6ページが、鳥取県措置入院解除後の支援体制に係るマニュアルの一部です。元職員が精神科病院に措置入院した経験があり、措置入院解除後、約5か月後の犯行であったことから、措置入院解除後のフォロー体制について問題視する声が上がったとか、このマニュアルは事件を受けて作成するものであるが、といったことがあります。この文言は、方向性としていかなるものかと思っています。

5番目です。「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」、以下「退院後支援ガイドライン」と言いますが、それを見直して警察の参加ができないようにするべきだと考えます。「にも包括」の趣旨と警察の機能はそもそも相入れないものであって、アクターとしては上げていくことが適当ではないのではないかと思います。

また、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした位置づけにあるものではないことをここでも明記すべきであると考えます。

6番目です。「退院後支援ガイドライン」は、医療保護入院や任意入院を対象としているものです。しかし、診療報酬や「にも包括」の補助金事業では措置入院者の退院後支援だけを対象としています。これは、津久井やまゆり園事件を契機とした取組であることを彷彿させるものであって、改められる必要があると思います。

7番目です。各地方公共団体が定めている退院後支援マニュアルは、措置入院だけを対象としているものが非常に多くなっています。これについても、津久井やまゆり園事件を契機とした取組であることを彷彿させるため、国として地方公共団体に改めるように求めていく動きをつくる必要があると考えます。

8番目です。2018年、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき、厚生労働大臣の定める指定病院の基準の一部が改正され、医師配置基準の「外来患者2.5を除いた数」が「外来患者5を除いた数」に変更されるということがありました。医師配置基準は、外来患者数2.5を除いた数に改めるべきではないかと考えます。理由については資料2の9ページに書きましたので、発言のほうは割愛いたします。

9番目です。協議の場では、グレーゾーンの対応について協議を行わないようにすべきと考えます。

10番目です。精神保健指定医は、診断時に警察から当該精神障害者の情報提供を受けることがあります。しかし、その情報が専ら利害対立している家族からの事実によらない供述に依拠したものであることも実際の事例から確認されていて、警察から提供を受けた情

報の活用は慎重であるべきと考えます。

続いて、「権利擁護について」述べさせていただきます。

（精神科病院アドボケイトの業務）としては、次の2つの業務が考えられると思います。精神科病院への定期的な巡回訪問と、入院者の求めに応じた訪問です。

アドボケイトは、情報提供を入院者に対して行います。その情報提供に関しては、アドボケイトの判断でこういった情報が必要かというのを判断することを一部伴うというふうに考えています。また、自ら意思を決定したり、表明することを著しく不得意とする入院者への権利擁護については、巡回訪問で定期的に会って話をするなどして信頼関係を構築して意思の表明を促すといったことが考えられると思います。また、情報提供することによって何らかのエンパワメントが図られて、そういった人たちが意思表示を行える可能性も開かれていくのではないかと考えます。

次ですけれども、（精神科病院アドボケイトの担い手）についてです。第5回検討会でも述べたとおり、精神科病院アドボケイトは入院者に対して精神科病院の外部とのつながりをつくることが目的です。よって、精神科病院アドボケイトの担い手は、精神科病院の外部と言えるかどうかに関心になります。

精神科病院の外部と言えるかどうかは、精神科病院内部である入院先精神科病院の管理者及び担当医師、その他の職員等から影響を受けるかどうかを判断基準とすることが考えられます。この点の詳細については、第5回検討会で意見を述べたので割愛します。

ここからは、具体的な実施体制について提言します。

（実施主体）は病院を所轄するので、都道府県・政令市がよいと考えます。

事業は委託を可とし、委託を基本とすることが望ましいと考えます。

（財源）は、障害者総合支援法の都道府県地域生活支援事業の必須事業を財源とすることが望ましいと考えます。

（協議の場）を設けて、都道府県・政令市に1件の協議の場を設けて、病院とアドボケイトとほかのアクターが協議して解決するチャンネルが必要だと考えます。

（アドボケイトの登録）については、研修の受講を要件とすることがいいと思います。

研修は1段階として、簡易なものを想定します。ただし、合理的な根拠があれば2段階を否定するものではないです。

アドボケイトはピアサポートの活用によるべきと考えます。ただし、事業所によるピアサポーター一本釣り雇用スタイルからの脱却を目指し、当事者団体に所属する当事者の参加を基本とするようにしていけばいいと思います。

（精神科病院アドボケイトに外在的な権利擁護機能）、これが最も重要になります。権利擁護は、精神科病院内にとどまらず、もっと幅広く捉えられるべきものです。アドボケイトは、入院者に対して精神科病院の外部との接点をつくっていくコンタクトパーソンになることが目的の一つです。ですので、外部の権利擁護を理解することが非常に大きくなります。

例えば司法救済、人身保護法の活用や指導監督制度の活用、それから医療事故調査制度や退院等の請求、処遇改善請求です。総合法律支援法の見直しを行って、法律家を活用した退院等の請求に助成範囲を拡大するとか、そういったことも必要になると思います。

最後に、「行動制限の最小化について」の意見を述べます。

行動制限最小化委員会は、厚生科学研究費補助金「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」においてモデルスタディーズが実施され、その後、診療報酬等で制度化されていきました。

しかし、行動制限最小化委員会が診療報酬化されたにもかかわらず、2006年から2016年の間に身体拘束は10年で2倍にまで増加したというふうに指摘されています。

行動制限最小化委員会の枠組みは、それほど期待できないのではないかと考えています。病院内部の自助努力の限界を明らかにし、病院の外の人たちがもっと頑張るべきだ。同時に、別の枠組みも検討していかなければ行動制限最小化の実現は困難であるというふうに考えています。

少し超過しましたが、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。

それでは、引き続き岡田構成員よりお願いいたします。

○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。前回の会議では体調不良のために途中退席をしてしまい、大変失礼いたしました。

私からは、大きく分けて4点になります。

1点目が、「「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて」ということで、これまでも何らかの事件を契機として精神保健に関する法律の見直し等に取り組むという流れがあったと認識をしております。今回、津久井やまゆり園事件についても、事件の検証がなされる前に「再発防止のために措置入院後のフォローの見直しに取り組む」流れというものができて、あたかも精神障害がある人への対策の不備が事件の発生原因であるかのような、つまり精神障害があったことが事件の発生原因であるかのような対応となってしまったことは、多くの当事者や家族にとって大変に残念な状況であったと考えております。

国民のメンタルヘルスの増進や、病気・障害からのよりよい回復のための法律の見直しや施策推進であることが本来の姿だと思っております。このことは、「にも包括」推進に当たり、きちんと確認をしておく必要があると考えております。

2点目、入院制度や意思表示、退院後支援、権利擁護等についてということです。

まず<医療保護入院>に関してですが、私どもは「早期支援・重度化予防・相談支援・訪問支援体制の充実を進め、強制的な入院制度によらずに精神科医療が受けられる体制の実現を目指す」という方向性を求めています。強制的な入院による精神科医療との出会いが心の傷となり、退院後に医療拒否であったり服薬拒否、あるいは家族関係の悪化など

につながっている現状があるというふうに認識しておりますので、今すぐではありませんが、将来的には医療保護入院を廃止の方向で検討することが必要だと考えております。

喫緊の課題としては、医療保護入院に伴う「家族等の同意」の削除を求めたいと考えています。精神医学等の専門的な知識を持たない家族等の立場の者が、入院治療が本当に必要かどうかの判断をすることを法律で定められることへの違和感がどうしても拭えません。嫌がる本人を精神科病院に受診させて入院治療を承諾したものの、その後、身体拘束があり、おむつの着用、あるいは保護室へ入れられて鍵をかけられるというような状況を見て、自分がしたこと、入院をさせたことが本当に本人にとっていいことだったのかと、後悔ともざんげともつかない語りを、これまでの家族相談で幾度となく何回も繰り返し聞いてきています。

このように、「家族等の同意」は、同意した家族を深く傷つけています。そのことが、家族関係に亀裂を生じさせることにもなる。さらには、家族といえども悪意をもってすれば必要のない入院を推し進めることも可能にしてしまうという現実もあります。

このような現状を何とか変えることができないでしょうか。医療現場を知らない者が何を言っているかと言われるのを覚悟で、例えばですが、応急入院の期間を少し長くした。例えば7日間などとして、その間に任意入院につなげるような丁寧な関わりをしていただく。それでも本人の了解が得られない場合には、病状が重度だというふうな状態の判断として、医療と公的な判断での入院とする。こんなことができないものでしょうかと、このつたない頭で考えたりもします。

非自発的な入院治療を必要とする場合には、家族という個人に責任を委ねることなく、医療と行政、つまり公的な機関の責任において入院できる制度にしていきたいと考えます。

医療保護入院制度の廃止の検討に向けては、「できる限り入院治療に頼らない治療的な介入を行うこと」が必要で、そのためには24時間365日の相談窓口の設置、そして必要に応じて訪問する相談・支援体制、必要に応じて訪問する精神科医療体制をつくることで、入院が必要な状態になる前に地域で支えられる体制の構築が必要だと思っております。

<患者の意思に基づいた退院後支援>に関しまして、退院後に孤立した家庭内で家族が抱え込むことのないよう、これが現状多く見られますが、そういうことがないように本人の意思を確認しながら地域生活を包括的にマネジメントする人の存在が重要だと考えております。退院までは医療機関内のスタッフが担当して、退院後は地域の支援者がその役割を担うというようにシフトしていく体制が必要なのではないかと考えています。そのために、退院前後の一定期間は医療機関の担当者と地域の担当者が連携して支え、マネジメントし、担当者がシームレスに関わり続ける体制が必要だと思います。

3点目、「隔離・身体的拘束の最小化に係る取組」についてです。

適正で必要最小限の隔離・拘束にするためにはということですが、現状、身体拘束の実施件数は年々増加しています。身体拘束が必要な重症患者が年々増加しているとは考えに

くいのですが、実際に地域の家族の集まりや相談の中で聞こえる言葉は、全く自傷他害の可能性は見られないけれども拘束された、冷静に本人が入院を受け入れたのにその場で拘束されたという話が少なくない件数、聞かれております。

隔離・拘束は治療の一環とされていることは重々理解をしておりますが、精神障害者に対して同意なく行動制限するという行為そのものは人権侵害行為とも言えます。その視点から必要な人員配置の見直しを行い、患者を一人の人として尊厳を持って関わることのできる環境づくりが必要ではないでしょうか。その実現のための指針と計画を定める必要があると考えます。

また、この議論をする上では、石川県の精神科病院で2016年、入院中の大嶋一也さんの死亡に関する身体拘束意見の最高裁第3小法廷の判決を共有することが重要だと考えております。

最後は「虐待防止に係る取組」ということで、現状、精神保健福祉法の対応でよいとする御意見もありますが、それでは対応し切れない現状があるというふうに認識をしておりますし、危惧もしております。精神科病院内の虐待は、外からは見えない環境の中で起きております。精神科病院を障害者虐待防止法の対象として通報義務や立入調査が実施されることが、閉鎖的な病院環境を改善するきっかけともなるのではないかと考えます。

今もって精神科病院内の虐待がなくなるという現状を重く受け止め、安心してかかれる精神科医療のためにぜひ検討していただきたいと考えております。

私からは以上です。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、引き続き田村構成員よりしくお願いいたします。

○田村構成員　日本精神保健福祉士協会の田村です。よろしくお願いいたします。

今日は2種類の資料を提出していますが、5-2のほうにつきましては精神医療審査会について全国精神医療審査会連絡協議会と全国精神保健福祉センターの御協力をいただいて、本協会が昨年独自に行いましたアンケート結果です。前回の検討会で、精神医療審査会に関しても25年の法改正によって機能強化されることになっていたもので、実態をもう少し把握していただきたいと申し上げたり、現在はこういうことではないだろうかと思われるということを発言しましたが、その根拠がこちらの参考資料になりますので、今日は触れませんが、後ほど御覧いただければと思います。

本日は参考資料1について説明をさせていただきます。これに関しては、本協会が今年度、障害者総合福祉推進事業で行っています退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の開催等の実態に関しての調査の速報版となります。本協会としては本日は、ここに焦点化した発言とさせていただきます。

これは、全国の精神科病院を有する1,600の医療機関に悉皆調査の形で調査票をお送りして回答していただきました。退院後生活環境相談員をしていらっしゃる方の中で管理的な立場にいる方等と、その方に選んでいただいた任意の退院後生活環境相談員、実務をして

いらっしゃる方々に対しての調査となっております。回収状況等については、記載のとおりです。

次です。実際の選任状況は、「3 資格」にありますように、退院後生活環境相談員の有すべき資格がこのように定められていますが、今回の調査結果では大多数は精神保健福祉士の有資格者から選任されていました。

ただ、1人当たりが担当するのに適切と思われる患者数に関しては、通知では「概ね50人以下」とされているところ、このアンケートの結果では平均27.3人という数字でした。

次です。その後、退院後生活環境相談員の「入院時の業務」や「退院に向けた相談支援業務」、そして「地域援助事業者等の紹介に関する業務」についての項目です。

次です。四角囲みのオレンジのところになりますけれども、まずこの法制定によって退院後生活環境相談員が患者さんの入院から7日以内に患者さんや御家族と会うということが一般的になってきていると言えます。

一方で、地域援助事業者との連携においては、依頼をしても「介入ができない」と断られてしまったり、「精神障害の分野には対応できない」と拒否をされるとか、地域によっては「事業者が非常に少ない」こと、または「地域援助事業者には協力してもらっても報酬等がないので依頼しづらい」といった声なども結構聞かれました。

次です。医療保護入院者の退院支援委員会についてですが、25年法改正によって規定されたものです。

次ですが、実際には精神科病床の病床数の多さによって1回当たりの平均所要時間等に若干の違いが見られました。病床数の比較的少ないところでは、退院支援委員会の開催回数「1回以下」とか、1回当たりの所要時間も「30分未満」が多かったです。逆に病床数が多くなると、開催回数も多くなり、また1回当たりの所要時間はやや長くなる傾向が見られています。

ただ、一様に言えるのは、退院支援委員会への地域援助事業者の参加については患者さん本人や御家族等の参加に比べると低調な状況が見でした。

次です。退院支援委員会を行うべき対象者も法に規定されていますが、こちらの調査の中では医療保護入院者のうち退院支援委員会の開催が対象となるのは3割程度の方々ということで、特に在院期間1年以上の医療保護入院者に関しては、その退院支援委員会が開かれていないという回答も結構見られています。

それから、一番下の○ですけれども、1年以内の比較的短期での退院者については推定入院期間の中での退院という目標の下にこの退院支援委員会が機能していると思われることが可能かと思えます。

次です。退院促進措置ですが、ここで言っている退院促進措置というのは退院後生活環境相談員を選任し、退院支援委員会を入院中の目標推定期間に基づいて多職種連携によって行っていくことですが、オレンジ色の囲みの中、退院促進措置を導入したことによって、新規の入院患者さんの退院促進に向けた院内の連携は着実に進展していると考えられます。

管理者の6、7割程度が「新規入院者のうちで入院期間が1年を超える者の割合が減った」とか「多職種が協働して支援に取り組む機会が増えた」などとの回答しています。また、実際の退院後生活環境相談員の多くからも「多職種チームでの目標が共有できた」「早期に退院支援に取り組めるようになった」とか、「多職種との連携が促進された」という回答があります。

一方で、長期入院者の退院に向けては、地域援助事業者等との地域や院外での連携といったことにまだ課題が見られる状況です。

あとは、地域援助事業者とか地域の支援機関、様々な機関がありますが、そういったところとの連携がスムーズになったという回答ですとか、行政とも連携ができた、地域に資源が増えたといった回答などもありました。

あとは、「長期入院者の退院者数が増えた」との回答が、管理者の3割程度となっています。

次です。これらのほか、医療保護入院以外の入院者の方に対しての退院促進措置の在り方にはちょっと課題があるかと思います。

まず、管理者調査のほうで、4割の病院では医療保護入院以外の入院者への退院促進措置は取られていないことや、その取られていない病院の中では9割以上は今後も特に実施する予定はないとの回答でした。

こういった全体の状況を照らしまして、今後医療保護入院者の早期退院に向けて必要と感じる取組が家族の方への適切な支援や、行政、基幹相談・委託相談、地域支援者、ピアサポーター、弁護士等の司法関係者との関わりを増やすということ、または診療報酬の見直しといったことが挙げられています。

次です。ここまでの「まとめ」となります。平成25年改正によって26年4月1日から始まりました退院後生活環境相談員の選任と退院支援委員会の開催によって、精神科病院では推定入院期間内での退院を目標として多職種が連携して退院支援をしていくといった機会が増え、地域援助事業者や行政関係者との連携も進んでいること、または1年を超える入院者の割合が減ってきたり、長期入院者の退院の増加などの効果も見られてきていると言えるかと思います。

ただ、様々に申しあげましたように課題もいろいろ見られており、今後もこの措置を推進していくためには以下のような改善策が望まれるのではないかと考えます。

まず1つ目が、1年以上の入院患者さんとか医療保護入院以外の入院患者さんに対しても退院促進措置を規定してはどうかということです。これは、つまりこの措置の法的な対象の拡大、または診療報酬等による評価が求められるのではないかとということです。

2点目として、退院後生活環境相談員の大多数は精神保健福祉士が、これは本来業務というところもありますけれども、選任されているようです。他職種と比べて、やはりそれを精神保健福祉士はそもそも目的としてつくられた国家資格ですのでやっているのは当然かと思いますが、1人当たりの担当患者数としては30人以下程度が適当と考えられるので

はないかということで、さらに配置を促進することが求められるかと思います。

3点目として、医療機関と地域援助事業者等との連携を、より推進していくことが必要ですが、退院支援委員会に地域援助事業者等の方々が参加していただくための対策が何か必要ではないかということです。病院管理者が地域援助事業者を入院患者さんや家族に紹介することが今、努力義務となっていますけれども、これは必ず紹介するとすることであったり、または退院支援委員会にその支援関係者が出席したときの報酬、これが診療報酬ではなかなか難しいということは重々分かりますが、何らかの策が講じられる必要があるのではないのでしょうか。

最後ですが、精神障害分野に対応できる地域援助事業者、もちろん各地域にいらっしゃるのですが、まだ足りないと言えるかと思いますので、地域の支援関係者全体として地域の資源を増やしていくという意味では基盤整備が求められると考えられます。

もう一つ、先ほど言いました精神医療審査会のアンケート調査結果につきましては御参照いただければと思います。

次のページ以降は、今申し上げました各項目に応じた速報の集計グラフを入れていますので、そちらは後ほど御参照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、次に藤井構成員よりお願いいたします。

○藤井構成員 よろしく申し上げます。国立精神・神経医療研究センターの藤井です。

私からは、地方公共団体による精神障害者の退院後支援ガイドラインの運用状況につきまして、厚生労働科学研究で実施いたしました調査結果に基づいて御説明をさせていただきますと思います。

退院後支援ガイドラインに基づいた支援の実施状況と支援対象者の状況について、全国の保健所にお尋ねはしています。調査期間は令和2年1月から3月で、2月、3月辺りは新型コロナ対応で保健所は非常にお忙しい時期と重なってしまいましたけれども、65.1%の保健所から回答をいただいております。この場をお借りして、この調査の御協力についてお礼を申し上げます。

ガイドラインに基づく退院後支援の実施実績ですけれども、83%が実績ありと回答されています。このガイドラインは支援対象者の入院形態は不問としていますので、医療保護入院の方への実施実績はありますけれども、大半の保健所では措置入院の方を対象にしていることが分かります。

これは、廃案となった精神保健福祉法の改正案では、措置入院をされた方への退院後支援が義務づけられることになっていたというような背景でありますとか、入院先病院や通院先の医療機関がガイドラインに基づいた退院後支援を行った場合、診療報酬上の評価がされるのは措置入院のみであるということなども関係しているものと推察をしております。もちろん措置入院となった方は相対的に退院後に手厚い支援の必要性が高い方が多いとい

うことは研究でもお示ししているところですし、そのような臨床的な要因も関係しているとは考えられます。入院されている方に自治体の方が関わる機会が多いのはやはり措置入院であるということも背景としてはあろうかと思います。

ガイドラインに基づく退院後支援は支援対象の方の同意に基づいて提供されるのですが、同意率は6割強で、統計学的には入院形態の違いによる同意率の差はございませんでした。

退院後支援を検討する場合の着眼点としましては、資料にありますように過去の治療歴、入院の経緯、支援の必要性、社会的要因などが挙げられています。特に注目すべきこととしては社会的要因、すなわちソーシャルサポートの必要性が高い方に退院後支援の提供は検討されることが多いという点かと思います。

精神科の後に入院になる方の中には、心理社会的な困難を抱えていらっしゃる方も少なくありません。精神科医療だけでその方の地域生活だったりリカバリー支援ということをするのは難しく、介護福祉のみではなくて様々な領域の支援者と連携して、点とか線ではなくてネットワークですね。すなわち、面で支援することが望ましい方も多くいらっしゃいます。

私の地域での支援経験からも、そのような方については医療福祉介護のみならず自治体にも関与していただいて支援していくことが望ましいということが少なからずございます。

支援対象者の属性やサービス利用状況については、資料の下半分を御覧ください。

次のページは、実際に支援を実施した経験のある方へのアンケートの自由記載をKJ法で分析して退院後支援の効果とか課題をまとめた図になっております。

退院後支援の効果につきましては、その効果を検証するためには本来はランダム化比較試験でありますとか、せめて前後比較などでアウトカムの改善を見ていく必要があるのですが、この場合にはそのような厳密な研究デザインを適用すること自体が困難です。また、支援対象の方に直接インタビューをしたりとか、あるいはアンケートを行ったものではございませんので、ここで挙げさせていただいている効果というのはあくまでも支援者側の主観を質的に分析したものであるという限界があることは御了承ください。

退院後支援の効果としましては、連携強化とか、支援の質の向上とか、御本人への好影響などが挙げられております。特に地域の連携強化につながったという意見が多く寄せられております。

一方で課題も多くて、圏外の入院となった場合の対応の困難さでありますとか、御本人の同意に関係する課題、資源不足に関する課題、医療機関への対応の困難さなどが挙げられました。

特に支援者側から見て退院後にも手厚い支援が必要と考えられるにもかかわらず、御本人の同意がどうしても得られない場合の対応に苦慮しているという声が多く寄せられておりました。このことについては、この調査だけではなくて、各地で退院後支援に関する研修などを行った場合に必ず議論になる課題です。

これは、精神保健医療福祉の支援関係者であれば誰もが経験するジレンマでして、御本

人の意思とか価値観が最優先であることは大前提であるのですけれども、御本人が病気であるとか、御自身の状態についての御理解が十分ではないと思われるような場合に、いかに時間をかけて可能な限りの工夫を行って御説明しても、もう医療は必要ないとか、支援の必要はないとおっしゃるような場合にどうするのがいいのかということですね。

特に、過去に何度も支援の中断によって状態が著しく悪化されたことのある方が再度入院して治療を受けている状況で、その状態だったら安定はされているんだけど、退院後はやはり治療も支援も必要ありませんとおっしゃる場合に、支援者としてどうすべきかというのは非常に悩ましい課題です。入院されている方、一人一人の状況は異なりますので、一律にこうすればいいということを申し上げることはできないのですけれども、その都度、その都度、対応を協議していくしかないところかと思っています。

ただ、この退院後支援ガイドラインはガイドラインに基づく支援に同意いただける方に対してどのような支援を提供することが望ましいかについて標準的な手順を示したものでして、同意が得られない方に関してどのように支援していくかというところまでは扱っていないということになります。

それでは肝心なところは手つかずのままではないかという批判もございますけれども、まずは入院している方、一人一人の関係性構築を重視して十分な情報提供を行って、御本人の気持ちとか、支援に対する考え方に耳を傾けるという基本的なところから始めて、同意が得られる方に対して御本人を交えて計画を立てて丁寧な支援を提供していくという本来当然行うべきことを日本全国どこでも行えるようにするということを目指しているわけです。

このような支援は、ガイドライン発出前から普通に行っていたという地域も実はあるわけですね。そのような地域は、実はガイドラインによって標準的に手順が定められたことでかえってやりにくくなったという声も聞かれます。システム化したり、標準的方法を示したりすると、そのシステムのモデルになった方法から少し変わってしまいますので、先行的に退院後支援、包括的支援を実施されていた、例えば辻本構成員の御所属の滋賀県だったり、太田参考人も今日来られていますけれども、岡山市とか、ガイドラインに基づく支援の手順と従来実施されていた包括的な支援との手順が異なって戸惑われた方もいらっしゃるかと推察をしています。

すみません。ちょっと話がそれたのですが、あくまでもこのガイドラインは同意を得られた方に対する支援の標準的手順を示したものですので、同意が得られない。でも、支援が必要であるという方に対してどのような対応が望ましいかについては、これは引き続き課題として残されているということになるかと思います。

それで、この調査を通じて、あるいは様々な地域で研修とか意見交換を行う中での私個人の見解ですけれども、もし当初の改正法案のとおり措置入院及び緊急措置入院者全員に一律に退院後支援計画をつくることになっていたとしたらどうだったのんだろうかと考えるのですが、恐らくその場合は計画を策定するという外形的な基準を満たすことが第一に

なってしまって、肝心の支援そのものをしっかり行っていくということが難しくなっていたかもしれないと考えざるを得ません。

現状のごく限られた支援対象者への支援計画の作成とか支援の提供のみでも、地域のマンパワーは全く足りていない状況です。措置入院の方は手厚い支援を必要とする方が相対的に多いということは事実としてあるとは思いますが、措置入院の方全てが自治体が主体となった包括的支援を必要としているわけではありませんし、医療保護入院の方、任意入院の方でも退院後に手厚い支援が必要な方は決して少なくないわけです。

この調査をはじめとするガイドラインに基づく支援の実態を踏まえて、また桐原構成員が述べられたような懸念点の払拭をする意味でも、ガイドラインに必要な改定を加えるということと、より一層関連する制度との連動を図るということが必要ではないかと考えております。

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、引き続き位田参考人、彼谷参考人、よろしくお願いいたします。

○位田参考人　大阪精神医療人権センターの共同代表をしております位田と申します。本日は、このような機会をいただきましてありがとうございます。

私のほうからは当センターの活動の概要を手短に説明し、その後、彼谷さんのほうから個別相談活動について御報告いたします。

当センターは1985年に設立し、99年にNPO法人になっています。「安心してかかれる精神医療を実現する」ことを目的として、ここにある3つの活動を行っています。日本の精神医療は強制入院など入院者の権利制限があり、実際にも病床数が多く、長期入院が多いといった問題があります。入院者の権利擁護のためにはこのような構造的な問題の解決が必要ですが、アドボケイトが病院を訪問する活動も重要であると考えています。

当センターの3つの活動のうち、「声をきく」「個別相談」と、「扉をひらく」「訪問活動」がそれに当たるわけです。そのうち、「訪問活動」は大阪府では今、制度となっています。精神科病床のある全ての病院を当センターの環境サポーターが訪問し、病棟内で入院者や職員の話聞いて療養環境検討協議会を通じて病院側と意見交換をしています。この制度では、ここにある団体が検討協議会に参加しております。

次に、彼谷さんに交代いたします。

○彼谷参考人　仮谷と申します。当センターにて個別相談活動の仕組み、養成講座などを担うチームに所属しています。よろしくお願いいたします。

まず、話を聞いてほしいというのは誰にでもある権利かと思います。そして、話を聞くことは基本的な権利擁護に当たると理解をしています。多くの医療従事者の方々も入院している方に寄り添い、話を聞きたいと思って日々業務に当たられているのではないかと想像します。業務に追われて、もっと話を聞きたいけれども難しいと思われる方もいらっしゃるかもしれません。私自身、かつて入院した経験がありますが、取り分け看護師の

方が丁寧に話を聞いてくれたことは今でも記憶に残っています。

しかし、精神科医療や病院内の構造的な問題があつて医療従事者に相談しづらい、できないことが現実には起きてしまいます。例えば、非自発的入院、行動制限を伴うような立場の医療従事者に対して、される側がアサーティブに気持ちを伝えるということは難しいものです。強く訴えるしかないという人もおられます。

あるいは、私の場合ですけれども、希望を言って断られることが怖い、言いづらいということも起きると思います。

また、病棟での集団生活は入院している人同士の支え合いもちろんありますが、我慢を強いられやすいものです。医療上、安全上の理由で、持ち込める持ち物は制限されます。ほとんどの人にとってはそれは無害なものであっても、ほかの入院している人の安全上の理由で制限されることは、入院している人大勢にとっては実は過剰な制限だったりします。

そして、病棟生活を管理している医療従事者にこの悩みを言ったとしても、積極的な共感はされづらいように感じています。

また、長期に入院している人からは、退院してもいいよと言ってくれるのを待っていたら今になってしまったという声を聞いたこともあります。退院できない理由は病院だけにあるものではなく、地域や社会にもあるものですから、入院している人の声を聞くためには地域から会いに行くことも不可欠だと考えています。

私たちの個別相談活動の中では、3つの姿勢を大事にしています。

1つ目は、「本人の味方」という姿勢です。ここでは、本人の側に立つという意味合いです。私たちだけが味方だという意味では決してありません。本人が望まない医療を受けさせる役割ではない。けれども、医療をなぜ望んでいないのかであるとか、治療や薬についてちゃんと説明を受けているのかとか、どんなふうに薬や治療を理解していますかということはお聞きするようにしていますし、もしそのことを御存じなければ医療従事者の方から説明を受けることを提案しています。適切に医療にアクセスするということが大切なのかなと同時に思っています。

「病院からの独立」です。私たちは病院から指示、指導、監督を受けないという立場です。面会を希望する方は、病院を経由することなく私たちに申し込むことができます。本人が希望している場合を除いては、病院の職員が同席することはしていません。お話しいただいた内容についても、御本人が病院の職員に伝えることを希望された場合を除いては病院側に伝えることもありません。

もちろん「守秘義務」は大事にしています。

入院している人から最初に受ける方法は、電話相談です。院内に掲示されている案内やチラシなどを見て電話があります。テレフォンカードを配布したり、年賀状や暑中見舞をお送りしたりと、電話をかけていただけるようにも工夫していますし、あなたを忘れていませんというメッセージも込めています。

実際の体制です。養成講座を受講したボランティアがおおよそ50名いて、2人1組で訪問

しています。当事者、家族、看護師、ソーシャルワーカー、弁護士の方など、中には建築士という普通の一般市民の方や学生の方々など、様々な立場の方が参加しています。

精神保健の業界ではなく、広く市民の方が参加できることで、精神科病院あるいは精神保健の業界の閉鎖性がもっと開かれたものになるようにという意図も込めています。

養成講座では次のような内容で行って、年度によって1日だったり2日にかけて実施しています。演習、グループワークがあることで意見交換がなされて、活動の趣旨に賛同できるという方々に参加してもらっています。

中には、やはり病院をやっつけたいとか、精神医学に物を申したいという方もいらっしゃるわけなのですが、やはりそこで少し趣旨が違ってくるのかなというふうに気づかれるのかなとは思っています。

また、活動のフォローアップの仕組みづくりも重要だと感じています。最近では、事例検討などもするようになりました。

「相談件数」は次のとおりです。コロナ禍の影響を受けていない2018年の数字を基に説明をいたします。電話相談はおよそ1,021件でした。面会や面会希望、あるいは食事といった入院生活全般にわたる様々な内容がありました。

実際に個別相談でお会いした方は53名の方でした。延べ171回、病院にお伺いしています。

個別相談でお会いした方の希望は、退院が最も多く、外出、身体拘束などの相談がありました。

私たちが関わることで退院につながった方、精神保健福祉士が以前も関わっていたけれども、より関わるようになったという方もおられます。

そして、面会ですけれども、1回で終わるということはそれほど多くありません。継続してお会いすることのほうが多いです。私自身で言えば、1年以上継続してお会いしているという方もいらっしゃると思います。

「個別相談で行なっていること」ですが、行っていることと、行っていないことがあります。

まず、話を聞くということは大前提です。聞いてくれるだけでよいという方は結構多いと思っています。

本人に権利をきちんと伝えること、ちゃんと医師に相談していいんだよという当たり前のことを伝えるということも実際にはあつたりします。

「病院職員の役割を説明」することですね。例えば、御家族の相談であれば精神保健福祉士に相談したほうがいいんじゃないかというようなことです。

「病院職員への伝え方」とか、実際に病院職員の方も忙しかったりしてなかなか時間が取れないところもあると思うんですけども、どのようにしたら相談しやすいか。そんなことも具体的に相談をしたりしています。

大事なところでは「社会資源の説明」ですね。自分が使えるものを知ること、その方の思いを行動に変えることができます。

あとは弁護士の紹介、退院請求をされるような場合ですね。

また、現在個別相談の立場としては行っていないこともあります。

「家族調整」や「退院先調整」といった具体的な個別支援の活動というのは行っていません。これは病院の職員であったり、地域の事業所が行うことがふさわしいと考えているからです。私たちの立場からすると、病院の職員さんに後押しをするということが大事なのかなと思っています。

このように第三者が独立した立場の者が関わることで、入院している人の声が、思いが実現できる助けになればと思っています。大事なことです、思いを実現するためには具体的な行動が必要です。医療従事者や地域の関係者、あるいは御家族も含めた様々な方の御協力が不可欠だと思います。このような大阪での活動が全国でも広がることで、多くの今、入院されている方の声が聞かれることになればと思っています。

ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

この研究班の責任者である藤井構成員から何かコメント、補足ございますでしょうか。

○藤井構成員 田辺座長、ありがとうございます。

厚生労働科学研究の研究班で検討中の個別支援につきましては、前回の検討会の事務局資料の中で御紹介いただいたとおりなのですが、研究班では今の取組について御説明いただいた大阪精神医療人権センターの皆様であったり、日本精神科病院協会、日本精神科看護協会や精神保健福祉士協会、精神保健福祉センター長会などの関係諸団体に御所属の研究協力者の方や、あとは当事者の方、弁護士の方からも研究協力をいただいております、研究班の中で意見交換を行って、前回の事務局資料の中でお示ししたような病院以外の第三者が入院中の方への個別面談を行う仕組みとか、そのための研修について検討をしています。

先行的な取組として今、御説明いただいたような人権センターさんの取組がよく知られておりましたし、長期間にわたる実践の中でのノウハウの蓄積もされておられたので、研究班の中での取組を御紹介いただいたように参考にさせていただいております。様々な重要な御助言をいただいております。

アドボケイトは非常に重要で実現すべき取組だと思うのですが、病院で勤務する医療者側の不安とか、御懸念とか、ジレンマもあって、その一部は誤解に基づくものあったりするのですが、そのような医療関係者側の懸念をはじめ、様々なお立場の方の御意見をお伺いしながら、今後でもできる限り丁寧に検討を進めていければと考えております。

ありがとうございます。以上です。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、太田参考人よろしく願いいたします。

○太田参考人 それでは、早速始めたいと思います。資料はよろしいでしょうか。

日本精神神経学会の精神保健福祉法委員会の太田順一郎と申します。今の藤井構成員の

話や、その前の彼谷さんの話や、桐原構成員の話にも重なるところがあります。日本精神神経学会が「アドボケイト制度導入に関する見解」を出しましたので、その説明をさせていただくという時間を取っていただきました。

次です。この説明のスライドは16枚くらいで、「なぜ「精神科入院」に限定するのか？」「アドボケイト制度の目的」、法的根拠、役割、それから「精神科医療権利センター」、仮ですけども、それから「登録アドボケイト」、これも仮です。それからその「活動」、それから「精神科医療権利擁護地域協議会」、これも仮ですね。そういったものに関して見解の中で触れていますので、その説明をしたいと思っております。

もう一つの資料のほうに変えていただけますか。見解そのものの資料がありましたよね。申し訳ないです。A4で4枚弱の見解を発出させていただいて、その最初のほうだけちらっと読ませていただければと思います。

「我々日本精神神経学会は、精神科医療の現場における人権擁護制度確立の必要性についてこれまで議論を重ねてきた。平成28年3月に当学会精神保健福祉法委員会が作成した『精神保健福祉法改正に関する委員会見解』の中でも新たな人権擁護制度の確立を盛り込むべきと訴えてきたが、改正法案には反映されなかった。」と書いてあるのですけれども、この精神保健福祉法委員会という委員会で日本精神神経学会の中では精神保健福祉法について議論しているし、アドボケイトもそうなのですが、ここに反映されなかったと書いてありますが、大したことは書いていなかったんです。

具体性の不十分なもののしか提示できていなかったもので、28年の私たちの見解がありましたが、29年の改正が結局実現せず、そのまま流れた状況の中で、今回の改正に向けて学会としての見解などをまとめなければいけないと考えていく上で、アドボケイトと拘束に関してもう少しきちんと議論を詰めようと思ったのが平成29年の委員会ができたときです。

委員会というのは2年に1回構成が変わるのですが、その頃から私は委員長をやっていましたので、29年にできた新しい委員会でアドボケイトと拘束をテーマとして掘り下げようと思ったのですが、拘束に関してはその後すぐに特別委員会ができましたので、当面のメインのテーマをアドボケイトに置いて議論を重ねていきました。それで、最初は1年くらいで見解を出せると思っていたのですけれども、全然意見が合わなかったりして議論に4年弱かかってしまって、つい先月やっと発出できた次第です。

元に戻っていただけますでしょうか。あとはスライドに沿ってスライドのと通りの説明を進めていければと思っております。さっきの8つくらいの項目について順番にいきます。

まずは「なぜ「精神科入院」に限定するのか？」というスライドからなのですが、ここに書いてあるように本来というか、従来というか、精神科医療における権利擁護というのは、対象は意思決定やその行使について困難な状況に置かれている精神障害を持った人で、精神科の医療だけではなくて生活全般に関しての包括的な権利、地域生活における包括的な権利擁護支援というのがアドボケイトの仕事だというふうに私たちは思っていますし、思っていました。

だけど、今回の見解では対象を精神科入院患者に限定しています。それは、理由と書いてありますけれども、現在の制度では十分に入院患者の人権が守られていない。精神保健福祉法での監査システムは精神医療審査会や実施指導がありますけれども、それが不十分だと私たちは思っているし、たび重なる精神科病院内での虐待事件もあります。

今の状況を見ると、まず手をつけるべきは精神科の入院、特に非自発的入院だし、そこから始めるのが大事なのではないかと。早く始めるのも大事なんじゃないかということで、精神科入院に限定した制度を出したわけですね。

次です。目的は書いてあるとおり、全ての精神科入院患者の人権を擁護し、また彼らが権利を適切に行使できるように「意思の決定と表明」「本人が希望する実効性のある支援の提供」を可能にすることです。

次です。この辺りが彼谷さんとか桐原さんの発表とは少し違う部分なのですが、「制度運用の法的根拠」に関して、私たちは精神科入院患者の権利擁護の目的ということがあるので、やはり精神保健福祉法の改正、精神保健福祉法による規定が必要なのではないかと考えております。できてくれればそれで何でも構わないという気持ちも正直あるのですが、やはり精神保健福祉法によるものが基本ではないか。

それで、その制度化をしていく上では精神保健福祉法の法文や政省令・通知において以下にあるようなことを規定していく必要があると思っています。後から出てきますけれども、精神科医療権利擁護センターを設置すること。それから、これも後から出てきますけれども、精神科医療権利擁護地域協議会を設置すること。入院患者の権利擁護に関しての自治体の責任を明記する。入院医療機関の権利擁護に関する責任の明確化。入院時のアドボケイト医療に関する告知の義務化。法とか通知の中にこういうものを書き込むことによって制度がつけられていくのだらうなと考えております。

次です。「アドボケイトの役割」ですが、この制度におけるアドボケイトの役割は権利擁護サービスの提供者なのですが、その役割としては下に書いてあるような4つを考えています。

といっても、私個人にとってはこれは同じ重さだと思っているわけではなくて、情報の共有、情報収集、患者の意思表示に関する援助、医療提供者に対するモニタリングというふうに並べていますけれども、3つ目の意思表示に関する援助、言いたいことを一緒に言ってもらえる人というのが一番重要で、それが一番のポイントと考えております。

次です。①から④について4枚に分けて書いたのですが、まず「情報の共有」に関しては、患者が置かれている状況について本人が感じていることや希望することの把握に努める。

患者の要望に応じて、患者が置かれている状況の理解を援助する。

入院に至った経過や退院請求・処遇改善請求の申請手続等について、可能な限り情報を提供する。

こういったことを一つの役割として考えています。

次は「情報収集」ですね。患者の今後の生活について必要な情報の収集を行う。必要に応じて病院等に対して情報提供を請求する。

法制度についての情報や、入院中及び退院後の生活における行政及び支援団体のサービスについての情報や、転院を希望する場合、転院先となり得る医療機関の情報などをその情報の内容と考えています。

最後の部分に関しても、今後結構大事になってくるのではないかと個人的には思っています。

次です。これは私がすごく大事だと思っているところですけども、「患者の意思表示に関する援助」です。

患者が現在受けている治療、今後受けることになる治療に関して、自身の希望を主治医や病院スタッフに表明できるよう援助を行う。

患者が自身の希望や意思を家族、支援者や病院のスタッフに表明できるよう援助を行う。

患者の望むサービスの利用が可能になるように、支援者に対して助言する。

退院支援委員会に同席し、意思表示の支援を行う。

患者が退院請求及び処遇改善請求を希望する場合に、意思表示の際に同席するなど患者の意思表示の支援を行う。

取りあえず患者さん、入院した方に言いたいことを言っていいた、どんなことを言いたいのか、一緒に言ってあげようというのが一番大事な仕事だと先ほども申し上げましたが、思っています。

次です。4つ目が「医療提供者に対するモニタリング」で、医療者が適切な医療を提供しているか、患者の権利擁護について適切な配慮を行っているかを適宜調査するという役割もあります。これはチェックですね。

次です。さっき出てきました精神科医療権利擁護センター（仮称）というものなのですが、これがやはり必要だというふうに考えていて、この辺りは多分桐原さんや彼谷さんともあまり変わらないかと思うのですが、**「精神科入院患者の権利擁護についての専門機関」**を一定の地域ごと、都道府県だと思っていますが、そこに設置する必要があると思います。

それで、行政機関や精神科医療機関から一定の独立性を有すること。

精神科入院患者の権利擁護に関する業務を担うこととなりますが、これも後から出てきますが、それは具体的には登録アドボケイトの管理とかアドボケイトの機能評価。

アドボケイトに対する指導、助言。

権利擁護に関する普及啓発。

これも後から出てきますが、精神科医療権利擁護地域協議会の運営。

こういったものを行うことによって、その地域の精神科入院患者の権利擁護のための核となる機関が必要と思っています。

次です。さっきも出てきましたが、登録アドボケイトのことです。これもすごく議論に

なったのですけれども、「この制度では第三者によるアドボケイト」を基本と考えていて、精神医療権利擁護センターでの登録制。

同センターが実施する「アドボケイト事前研修」を受講したもの。

医療、福祉、法律関係などの専門職資格は必須ではないと考えていて、入院患者さんで利用を希望する方は無料で利用可能。

アドボケイト活動に関しての守秘義務を有する。こんなものをイメージしています。

それで、例えばお母さんやお父さんがアドボケイトになれるのかというと、それはやはりだめだろうと私たちは考えているのですが、地域の支援者などがなりたい、本人になってほしいと言われた場合、いいんじゃないかという意見は強いんです。そういうことで、どんな方がなれるか。ここに挙げたような第三者っぽいもの以外になれるかというのは今後の課題というふうに考えていて、もっといろんな形、バリエーションを増やしていけたらいいなという気持ちはあります。

次です。利用方法なのですが、精神科病床に入院する患者は、入院時また適宜医療機関から説明を受けるというふうにしていて、アドボケイトの役割やアドボケイト利用の権利、利用を希望する場合の連絡先、それはさっき挙げた精神科医療権利擁護センター（仮）なんですけれども、希望する患者は精神科医療権利擁護センターへ連絡する。医療機関は連絡の権利を制限できない。

現在の入院時の告知で精神医療審査会、連絡先として精神保健福祉センターの電話番号などを伝えているのと同じように、アドボケイトに関しても伝えるようにするというイメージです。

次の次です。精神科医療権利擁護地域協議会、これも（仮）なのですが、精神科医療人権擁護センターの管轄地域ごとに置いて、参加者は精神科医療人権センター、精神科医療機関、精神保健に関する行政機関等ということで、こういう協議会を定期的に開くことで地域内のアドボケイト活動のモニタリングを行い、権利侵害が疑われる場合に医療機関への是正勧告や行政機関への通告を行い、結局、精神科医療人権擁護センターがちゃんと機能するように、外部とそれ以外の機関と協議していく場を持つというイメージです。

次です。こういうふうに大体イメージをここまで固めてまいりました。それで、今後の課題としては、この制度に対する医療機関や、生活支援団体や、行政機関の協力との積極的な関与が必須であること、精神医療審査会が本来の機能を十分に果たすことが大事ではないかと考えています。

個人的には、4年前にこれを考え始めるまで、アドボケイトは要るだろうけれども、でも精神医療審査会をこのままにしておいてアドボケイト制度をつくってどうなるんだろう、役に立つのかというのが個人的な気持ちですごく強くありました。今は、やはり精神医療審査会の機能強化に努めることと、アドボケイト制度をつくって進めていくことが両輪になるのだろう。その2つがあって、入院中の方の人権擁護がきちんとできるようになるのではないかなと考えております。

以上です。御清聴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、引き続き中島参考人よろしくお願いいたします。

○中島参考人　五稜会病院の中島でございます。では、資料の提示をお願いいたします。

令和3年度の厚生労働科学研究補助金の障害者総合福祉推進事業、「行動制限最小化委員会の実態に関する調査」ということで日精協が請け負いまして、私が委員長でしたのでこの場で発表させていただきます。

次です。「事業の目的」でございますけれども、医療保護入院診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会（行動制限最小化委員会）において入院医療について定期的な、少なくとも月1回の評価を行うことが求められております。

しかし、同委員会の活動状況に関する調査が不足しておりますのでということで、この事業がありました。

それで、本事業は行動制限最小化委員会の実態把握を行うとともに、成果物の収集・公表を行うことで行動制限の最小化を推進することを目的としております。

次です。メンバーはこうなっております。日精協からと、日本精神科看護協会副会長の工藤さん、精神保健福祉士協会の川口さんとなっております。

次です。検討会でございますけれども、第1回、第2回、第3回、第4回がありまして、3月1日に第4回、最終の検討会がありました。それで、マニュアル報告書の確認をしております。

好事例の収集ですけれども、今年の1月17日と24日に全国の5病院から好事例の収集を行いました。それで、今回の厚労省でのヒアリングということになります。

次です。この調査の内容ですけれども、調査対象が精神病床を保有している医療機関、全国で1,616病院ですね。これは、届出の受理医療機関名簿から抽出いたしました。

調査期間が昨年10月1日から11月15日、回答者が行動制限最小化委員会に關与している職員ということになります。

回答形式は、質問項目はエクセルの入力で、メールで返答していただきました。

調査項目は、病院の基礎データについての質問。例えば年間入院者数、これは令和2年1月から12月の1年間。あとは、保護室の数とか、保護室以外の施設可能な個室の数とか、そういったことプラス行動制限最小化委員会の構成について、委員会の対応内容について、委員会の活動実態について、それと事例報告、委員会を行うに当たっての工夫点などを書いていただきました。

次です。「回答数」は、総数が1,617病院のうち727病院の45%、事例報告については全国321病院から477件、これはちょっと整理して472件ということにしてありますけれども、そのような事例報告がございました。

次です。「事例報告」で472件なのですけれども、1病院当たりの事例報告数が平均で0.7件、一番多かったのが「委員会の活動内容について」で47%、次いで「研修会等について」

が16%くらいありました。

次です。「主な調査結果」になりますけれども、令和2年度1年間の入院者の半数弱が非自発入院でありました。

それで、この行動制限最小化委員会の委員長は9割弱が医師で、1割方が看護師。構成員の数が11.2人。

8病院で当事者、1つの病院で当事者の家族が入っておりました。

4つの病院で、弁護士が構成員になっていたところがありました。

あとは、委員会に下部組織があるのは1割で、主に看護師が主体となって活動しておりました。

マニュアルを整備しているのは513病院（72.4%）で、3割弱がマニュアルを整備していないということになりました。

8割の病院で、隔離拘束に対して勧告や介入をしている。

この隔離拘束への勧告や介入に対し、9割弱で実際には是正されていたそうです。

それで、85%の病院で委員会活動が行動制限の最小化につながったというような回答がありました。

それで、患者のストレングスを見出す取組がありました。

委員会では、職員同士の情報共有、連携に力を入れているところがありました。

委員会活動の充実が不足していると感じている割合も多いような結果でありました。

次です。全国5病院から「好事例の収集」をいたしました。最初にアンケートに書いていただいて、その後インタビュー形式で行いました。

例えば岡山県の精神科医療センターさんからは、行動制限最小化委員会を2部構成にしている、2部に下部組織を設けている。行動制限最小化計画書を用いて、多職種のカンファレンスを行っている。

桜ヶ丘記念病院さんは、委員長は看護師長で、医療安全管理者（病棟看護師長）が参加している。各病棟の最小化の取組の院内報告会を定期的で開催している。

岐阜病院さんは、各病棟のリンクナースが委員会に参加している。このリンクナースが委員会開催前に病棟のラウンドを行っていて委員会で報告しているそうです。

三河病院さんは、心理士、作業療法士、看護補助の様々な職種を構成員としているようです。それと、60日以上行動制限があるような患者さんに対しては、その理由とか早期解除等の医師意見書を提出しているそうです。

小阪病院さんは、2010年に理事長が自ら【拘束ゼロ宣言】を発出して、秀逸な成果を上げた病棟に理事長賞をあげているそうです。

次です。この調査結果を基にして「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を作成いたしました。左側のほうが目次になりますけれども、「はじめに」「理念と目的」「設置の根拠」「構成員」「活動内容」「定例会議の開催」「議事内容」「データの活用」、あとは事例報告をまとめたものが載せてあります。

それで、このマニュアルの中に、隔離・身体的拘束等で患者の行動制限が必要とされる場合には、患者の人権に配慮しつつ、病状に応じて最も制限の少ない方法で行う。

行動制限最小化委員会というのは、具体的な臨床活動において、この理念を実現するための組織として位置づけられる。

入院患者の人権に関しては、障害者権利条約を常に念頭に置く。

精神科医療においては、精神保健福祉法を遵守する。

精神保健福祉法の第36条とか、厚労省の告示の128号、129号、130号をこのマニュアルの中に提示してあります。

次です。そういうことで、この調査結果を基にして考察したのですけれども、行動制限最小化には病院管理者のリーダーシップの重要性が浮かび上がった。

各病院とも看護師が活動の中核をなしておりまして、行動制限最小化に向けて奮闘していたり、臨床の中で大きなジレンマを抱えている様子が確認されました。

医師・看護師のみの視点ではなくて、他職種や外部委員を含めた第三者の視点が活かされた病棟ラウンドの実施がもっと必要である。

組織づくりの阻害要素として、委員の積極性とか、長期の隔離・身体的拘束者に対し、新しい視点での意見が出ないというような課題、委員会の停滞や形骸化が挙げられました。

委員会の役割として、非自発入院者の入院形態についても検討すべきではないかということが挙げられます。

それと、委員会の開催時間は調査結果では5%が時間外にやっていたところがあるのですけれども、この委員会というのはケア時間に含まれるべきなので、時間内に行うべきではないかと考えます。

それと、構成員のほうからの質問なのですけれども、行動制限に関しては現状、行政による監査でチェックされると思うが、今後審査会との第三者による立入調査によって、より最小化に向かうと思われますかというような質問がございましたけれども、外部からの調査によって減るというよりは、内部のほうで行動制限最小化委員会がもっと充実して、例えば病棟をラウンドするとか、そういったことをやった中ではとにかく最小化につながるようにやればいいんじゃないかと思います。

次です。最後の「まとめ」ですけれども、行動制限最小化委員会の実態に関する全国調査を行いました。45%の回答率です。321病院から470件弱の事例報告が得られました。

それで、5病院から好事例を収集いたしました。

行動制限最小化委員会が、行動制限の最小化に向けて大きく寄与しておりました。

本調査と「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」の活用が、我が国の精神科医療における行動制限のさらなる最小化に結びつくことを祈念いたします。

以上です。御清聴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、引き続き吉川構成員よりお願いいたします。

○吉川構成員 本日はお時間をいただき、ありがとうございます。

私は看護職の立場から、今回は「精神科医療における倫理と虐待予防について」、いろいろ私たちの考えも含めて意見を述べさせていただきたいと思います。時間の関係もありますので、ところどころは省略し、また、状況が分かるように補足もさせていただきながら進めたいと思います。早速、内容に入りたいと思います。

1つ目は「権利擁護に関する看護職の基本的な考え方」についてです。

人は本来、生命、自由及び幸福追求に対する権利、その他の人権を有しており、個人として尊重されるべき存在であって、障害や疾病、文化的背景・価値観・信条等によって制約を受けることなく、敬意が込められた看護を受ける権利があるというふうに私たちは基本的には考えております。

本協会では、昨年2021年5月に「精神科看護職の倫理綱領」を改正いたしました。私たち精神科の看護職にとって、倫理意識の向上というのが何よりも大きな課題となっております。対人援助職である精神科看護職の言動が、時として対象者の患者さんの人権や尊厳を損なったり、傷つけたりすることもあります。

ただし、そのような出来事は決して特別な病院とか看護職だけの問題だというふうに我々は考えていなくて、これはやはり精神科看護職全体の課題として受け止めて、再発の防止、そして精神科看護職の信頼の回復などに向けて、我々日本精神科看護協会と臨床が一丸となって取り組む必要があると考えております。

そこで、我々が2021年5月に倫理綱領を改正したわけですが、改正した「精神科看護職の倫理綱領」では、看護職はいかなるときも対象となる人々の人権、尊厳を守る「アドボケイト」の立場と役割があるということを明示いたしました。

ただ、こちらは我々看護職がいろいろな場面で患者さんに関わるときの姿勢や自覚として考えているといった側面もございますので、決して精神科病院とのアドボケイトの独立性に異論を唱える立場からの意見ではございません。

そのような役割を遂行するためには、倫理的行動を個人の責務として捉えるだけではなく、精神科看護職が所属する組織全体が倫理的感受性を育み、倫理的課題の解決に向けて尽力するといった組織の自浄作用も非常に大切だと思っています。

現在、本協会においては都道府県単位で倫理に関する研修会等の教育・指導が担える指導者を育成して、全国の看護職の倫理的感性の向上を目指した取組を行っているところです。

しかし、組織で培われてきた職場風土、文化を見直しながら組織内で変革していくということは必ずしも容易ではありません。医療機関に勤務する職員全体の倫理的感受性を高め、虐待等の予防に努めるためには、自助努力ということだけでなく、やはり国や地方公共団体が関わっていただいて、継続的な倫理的教育及び指導を提供していく体制が必要ではないかとも考えています。

私たち看護職は、自分が勤務している病院のことしか見えていないというところもあり

ます。したがって、精神科医療機関相互のピアレビューを導入したり、第三者で構成する評価委員会を設置したりして、適正な医療サービスが提供できる仕組みの構築も必要ではないかと考えております。

2 番目に「本協会における直近の取り組み」ですが、これは先ほど倫理綱領の改正を通じて御説明いたしました。今回、本協会の倫理綱領は資格の有無を問わず、精神科看護に従事する全ての人の「社会的責任」を明示するものとして作成いたしました。そのため、今回倫理綱領の改正に当たっては、我々看護職だけではなくて、その検討のメンバーには精神障害の当事者の方にも入っていただいて、今回様々な意見をいただいた上で倫理綱領の見直しを行いました。

3 番目につきましては、隔離・身体的拘束の最小化に関する我々の取組について少し御紹介をさせていただきます。

まず、そちらに3つの丸の図を表示させていただいていますが、行動制限最小化の検討を行うに当たっては、本協会が2013年に整理した1から3群、それぞれの対象像に応じた課題の検討及び具体的な解決策の検討・実施を行うことが必要ではないかと考えています。

現行の精神保健福祉法における隔離・身体的拘束に係る規定は、主にここで言うところの1群を想定して整備されたものと考えられます。近年、ここ10年、20年の間に精神科入院患者さんの状態はかなり変化してきています。したがって、この2群、3群のことは切り分けて議論を行うことが有効ではないかと思えます。

今回、右の円のところになりますが、2群の高齢者というのは転倒や転落などのリスク、そして医療処置などに伴う事故防止といったいわゆる医療安全の確保に該当する身体的拘束、こういったことは精神病床のみならず一般病床においても大きな課題となっていると思います。したがって、これは医療全体の課題として議論することが私は必要ではないかと考えています。

今、医療現場では医療安全が重要視されています。したがって、2群のような高齢者の身体的拘束の課題解決に向けては御本人の尊厳、医療安全のことに合わせて多職種、そして御家族を含めて検討していくことが必要ではないかと思えます。

そして、看護者として何よりも大切だと思うことは、身体拘束に頼らない看護を目指すという明確な理念を共有することだと思っています。

精神保健福祉法の観点からは、隔離・身体的拘束については必要最小限の範囲内で行われること、これが示されており、それはもちろんのこと、切迫性・非代替性・一時性の3要件に関しての手續は極めて慎重に判断する必要があると考えています。

特に患者さんの療養生活上の援助を行う看護職としましては、隔離・身体的拘束の対象となる患者さんに関して、どのような方法を用いればこういった隔離・拘束が回避できるのか。つまりは、一般病床でケアができるのかといった視点が非常に重要になってくるのではないかと考えています。

この非代替性ということに関しましては様々な取組がありますが、患者さんの混乱の増

大を最小化するための、例えばコンフォートルームや、あとは患者さんの混乱や攻撃性が起こったときにそれを和らげるためのディエスカレーション法など、看護職の技術的訓練なども有効ということで、本協会でもそういった研修を継続して行っているところです。

病院によっては、精神保健指定医の指示に基づきながら看護職が複数名で患者さんの観察を行いながら、一時的な隔離・身体的拘束の解除を行って、少しでも隔離・身体的拘束を行わずに患者さんが安全に療養生活を送ることができるようなケアも実施、実践をしています。

ただ、このような看護職による取組は職員が多い日中には行うことができるのですが、日中以外では現実的には現場では難しいといった状況もございます。

また、精神科病院における行動制限最小化委員会における看護職の取組としては、先ほど中島参考人の御報告にもありましたが、委員会の下部組織で精神科認定看護師や精神専門看護師などが活動している事例というのが全国的に認められます。

また、病院によっては看護職が中核的な役割を担いながら隔離・身体的拘束最小化のためのそういった計画を作成して運用したり、リンクナースとして委員会と各病棟の橋渡しをするといった活動も見られます。

こういった活動を現場では地道に行っているというのが現状なのですが、今回御紹介したような第1群のような患者さんの命とか身体の危機といったものを守らなければならないといったことと同時に、行動制限を回避していくためには、やはり24時間を通じた個別の観察、そしてリスク管理及び急変時にすぐ対応できる人員体制が必要でないかと考えています。

そういった観点からは、第1群の患者さんをケアするユニットの人員配置としては医療観察法の指定、入院医療機関の常時看護師の配置、これはおおむね日中1.5対1、夜間6対1というふうに示されていますが、こういった配置が一つの参考になるのではないかと考えております。

最後になりますが、看護職員の人員配置に触れさせていただきましたが、入院早期から退院支援を進めるために必要な看護職員の配置、もちろんこれを検討することが非常に重要になりますが、それに加えて病院と地域、入院医療と地域支援、これをつなぐ外来看護師の役割が今後は非常に重要になってくると考えております。医療計画の議論において、訪問看護も含めて地域部門への看護職員の配置についてぜひ盛り込んでいただけたらと思っています。

私からは以上になります。どうもありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

入院制度等に関するヒアリングは、以上となります。入院制度等に関しましては次回以降の検討会でも引き続き議論を行いますので、冒頭に申し上げましたとおり、本日は今お伺いしたヒアリングに関する質疑のみにとどめさせていただきたいと存じます。

ここまでのヒアリングに関しまして御意見、それから御質問等ございましたら、リアル

ないしはバーチャルの挙手の上で御発言をお願いいたします。

誠に申し訳ございませんけれども、時間が限られておりますので、御発言のほうは簡潔にポイントを絞ってお願いいたします。よろしくお願いいたします。

では、櫻木構成員よろしくお願いいたします。

○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。

プレゼンテーションしていただきました先生方、どうもありがとうございました。ここでは意見というよりは、御発表になった内容についての基本的な質問をさせていただきたいと思います。

精神保健福祉協会の田村構成員、退院支援委員会についての調査に基づいたお話がありましたけれども、適切な退院支援委員会、退院後生活環境相談員の配置についてのお話があったかと思いますが、現状、実際にどのぐらいの患者さんを担当しているかというような実数についての数字があればお示しいただきたいと思います。

それから、退院支援委員会に関する出席者、御本人とか、御家族とか、相談支援事業者とか、あるいは地域の関係者とかということになると思いますけれども、その構成についての数字、データがあればお教えいただきたいと思います。

それから、退院支援委員会とか、あるいは行動制限最小化委員会、これについて法的な裏づけのない診療報酬上の評価というふうなことにお触れになりました。これは我々もお願いをしているところですが、なかなか診療報酬上の評価はいただけなかったり、それに関わる時間が病棟業務の時間から引かれるというような状況があります。これはむしろ田村構成員というよりは、事務局のほうに御検討をお願いしたいと考えました。

それから、藤井構成員から地方公共団体による精神障害者の退院後支援ガイドラインの運用状況についてお話がありました。このいわゆる仕組み、いろいろな関係者がいるわけですが、そのマネジメントというのは一体どなたがやっているのかということをお教えいただきたいと思います。

それから、精神神経学会の太田参考人のほうからアドボケイト制度についての学会の見解のお話がありました。前回まで桐原構成員などからお話のあった精神科病院アドボケイトとは若干性格が違うような印象を受けましたけれども、かなり例えばその中に含まれるいろいろな仕組みですね。精神科医療権利擁護センターとか、あるいは地域協議会、これについては医療機関への是正勧告であるとか、あるいは行政機関への通告というようなことも含まれておりましたけれども、この仕組みの立てつけですね。こういった法律に規定をするというふうにお考えでしょうか。例えば、精神保健福祉法の中にそういったものを位置づけるというお考えなのかどうかということをお教えいただきたいと思います。

それから、吉川構成員のほうからいろいろなお話がありましたけれども、行動制限に関して1群、2群、3群に分けてお話しいただいて、非常にその部分というのは整理されていると考えました。1群と、それから2群、3群を切り分けて行動制限について考えるというふうなお話でした。精神保健福祉法自体が、私の個人的な考え方では統合失調症モデ

ルに基づいているような印象が非常に強いわけですが、この1群と2群、3群を切り分けるといような考え方については行動制限の部分だけではなくて、例えば入院形態についても同様に考えておられるかどうか、これについて伺いをしたいと思いました。

以上、基本的な部分なので短くお答えいただければ結構です。よろしくお願いいたします。

○田辺座長 それでは、回答のほうをお願いいたします。

まず、田村構成員に3つほどですので、どうぞお願いします。

○田村構成員 櫻木先生、どうもありがとうございます。

時間の都合で説明を割愛してしまったのですが、私どものほうでお出ししている資料1のスライド番号26、27で退院支援委員会の出席者についてグラフでお示ししています。そちらをもう一度共有できますか。

ありがとうございます。これで見ていただけると、病床数によって少し違いが見られますが、患者さん御本人がオレンジ色で、御家族がグレーで、そして地域援助事業者に関して黄色になっています。

次のページは、まず退院支援委員会のそもそもの開催回数が1,442の病院の答えになりますが、ゼロ回というところが4割ぐらいを占めていることと、御本人が参加した回数で見ていただいてもゼロ回のところが結構割合としては多いわけです。しかも、それ以上に着目していただきたいのは、地域援助事業者が参加した回数がゼロのところが9割を占めているということです。今回、回答された1,442の病院の中では、地域援助事業者と一緒に退院支援委員会を行うことは非常に少ないということが一番特徴的なところだったかと思っています。

私からは以上です。

○田辺座長 あとは、診療報酬上の扱いは事務局からですか。

○田村構成員 それは私が言ってもよければ。

○田辺座長 どうぞ。

○田村構成員 これは法的な規定になっているので、それ自体に報酬をつけるのは難しいというようなことを、以前「にも包括」の検討会の際だったかもしれませんが、言われていたかとは思いますが。ですが、やはり診療報酬で評価されることによって人員配置にもつながっていくという面は当然あるのかなと思ひまして、それが今回のアンケートでも一定程度お声として聞けたと言えるかと思ひます。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、次に太田参考人が御退席なさる可能性があるということでお願いいたします。

○太田参考人 太田です。御質問ありがとうございます。

精神科医療権利擁護地域協議会（仮）であったり、精神科医療権利擁護センター（仮）であったりに関しては、仮のものではありますが、いずれも精神保健福祉法の中で、もし

くはそれに関連する通知の中で規定していきたいというふうに考えて提示させていただきました。

それで、機能に関しては精神科医療権利擁護協議会は精神科医療人権擁護センターがアドボケイトを養成し、各病院に派遣しというアドボケイト活動がスムーズに進んでいるかどうかを関連する機関同士で話し合う会というイメージを持っていますので、さっき櫻木先生がおっしゃった権利侵害が疑われる場合に医療機関への是正勧告、業績関与への通告をするという強めのこちら側の役割に関しては、私は個人は今はどうかなというレベルで考えていて、まずはアドボケイト制度がスムーズに進むように後押ししてくれる協議の場が要するところが第一です。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、次に藤井構成員、関係者のマネジメントに関する御質問がございましたけれども、お答えいただければと思います。

○太田構成員 櫻木先生、御質問ありがとうございます。

非常に重要なところで、ガイドライン上は一応自治体がマネジメントを行うような形にはなっているのですが、現実的には入院中は退院後生活環境相談担当者、退院後生活環境相談員と同じような役割ですけれども、そのようなPSWをはじめとする方がケースマネジメントを担当することに現実的にはなろうかと思えますし、退院後に関しましても自治体ということにはなっているのですが、ガイドライン上も医療ニーズが高い方に関しては医療機関がケースマネジメントを行うようなことが想定をされていて、PSW等の配置が望ましいというようなことにはなっています。

そのことを見据えて、恐らく措置入院だけなんですけれども、措置入院後、継続支援加算というものがついているというふうに理解しております。

ありがとうございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、吉川構成員、1群、2群、3群との切り分けの部分についてお答えいただけますか。

○吉川構成員 御質問ありがとうございます。

入院形態のことについてはなかなか難しい側面もあるかと思うのですが、確かに櫻木構成員がおっしゃられたように、統合失調症モデルというところでこれまで法律の立てつけというか、そういったところも考えられているかとは思います。それで、この2群、3群という辺りを考えますと、特に2群の辺りについては精神保健福祉法だけということではなくて一般病床でもいろいろと課題になっているところですので、ここはやはり入院というところについては考え方も少し1群などとは異なってくるのかなとは思います。

3群については、私も入院制度という考え方というよりも、どちらかというと例えば地域のケア力であるとか、支援力であるとか、そういったところの兼合いなどが大きいのか

と思っています。ちょっと個人的な意見で申し訳ありません。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。

では、桐原構成員よろしく申し上げます。

○桐原構成員 ありがとうございます。全国「精神病」者集団の桐原です。

位田参考人、彼谷参考人、中島参考人、吉川構成員に質問です。

まず位田参考人、彼谷参考人への質問です。訪問活動の制度にはここにある様々な団体が参画し、意見を出し合っているとありましたが、立場が違う人同士での話合いで特に工夫していることなどはありますでしょうか。また、病院との関係性で面会や訪問を拒まれることとはなかったのでしょうか。この点についてよろしくお願いします。

続いて、中島参考人への質問です。4つほどあります。

まず、隔離・拘束への勧告や介入に対して9割弱で実際には是正されたとありましたが、これはどのようなケースに対してどのような勧告や介入があったのかをもう少し詳しく教えてください。

それから、85%の病院で委員会活動が行動制限の最小化につながったというふうにありましたが、これはどのような基準を設けてそういった結論に至ったのか、もう少し詳しく教えてください。

行動制限最小化委員会が行動制限の最小化に向けて大きく寄与していたというふうに結果的にまとめられているわけなのですが、他方で2006年から2016年まで拘束が2倍にまで増加したという指摘があります。このこととの関係を踏まえた上での行動制限最小化委員会が何に寄与したというふうに評価されているのか、もう少し具体的なことを教えてください。

それから、小阪病院の拘束ゼロ宣言など、抽出された好事例の蓄積こそ重要だと考えますが、本来、国が行動制限最小化委員会の報酬とは別に先駆的な取組に対して予算措置を講じるべきではないかと考えますが、このことについて中島参考人の御意見をお伺いしたいです。

最後に、吉川構成員への質問です。資料には1群から3群、AからCに分けて解決策を検討することと提言されていましたが、この分け方では具体的な状態像が分かりにくいところがあります。特に、急性期と慢性期が重なっているCの状態像がつかみにくいです。精神保健福祉法上の行動制限は1群を想定したものであってしかるべきだと思います。3群を対象とみなすこと自体が場合によっては想定外の拘束、違法な拘束になり得るのではないかと考えます。

例えば、夜間の人員不足を理由として事故予防を意図した身体拘束などが実際に3群などではあり得るのではないかと考えますが、37条1項大臣基準に適合しない可能性があるのかなと思っています。そのため、政策化しようとするとなかなか困難なことがたくさん出

てくるとは思うのですが、この１群、３群という分類は政策的なものを意図したものというよりは、どちらかというと実践の中での考え方として整理されたものと考えてよろしいのでしょうか。その辺について教えてください。

以上、よろしくお願いします。

○田辺座長 では、まず位田参考人ないしは彼谷参考人、御回答のほうをよろしくお願いします。

○彼谷参考人 彼谷からお答えさせていただきます。

御質問ありがとうございました。まず、立場が違う人同士での話合いでの工夫についてですね。協議会のことを前提にされているのかなと思って、そちらでお話ししますけれども、様々な立場の団体さんが当然参加されています。様々な意見が当然出ます。大阪では、大和川病院事件の反省があつて協議会が開かれたというような経緯がまずあります。そのためなのか、入院中の方の一人一人の声をしっかり聞くということに関しては、全ての団体では思いは重なっているのかなとは認識しているところなので、そのことで大きな何か違和感を覚えるようなことはないのかなとは思っています。

また、具体的に病院にお伺いするとき、訪問活動においてお伺いするときは病院の職員の方にこちらの疑問ですね。なぜこうなっているのでしょうかというような疑問をお聞きするとともに、病院の職員にとって特に意識されていることであるとか、努力して取り組まれていることなども同時にお聞きすることにしていきますので、特にそこから対立的なコミュニケーションになるということはないのかなと思っています。

訪問が拒まれることはないのかという点では、こちらは個別相談のことだと思うのですが、面会は御本人との約束でお伺いをしています。実際の流れとしては、日時を調整して病院にお伺いします。それで、受付のところで面会申込みをします。そのときに、大阪の精神医療人権センターの何々ですと言うのですが、そこで特に拒否や理由を聞かれるといったことは実際にはなく、必ず面会はできています。

また、御本人が希望される場合は、面会の後に看護師の方や担当のPSWの方に詳しいことをお聞きしたり、意見交換をするといったことも実際にはできています。

以上です。

○田辺座長 では、中島参考人よろしくお願いします。

○中島参考人 御質問ありがとうございました。

主な調査結果に、８割の病院では隔離・拘束に対して勧告や介入をしているとか、あとは隔離・拘束への勧告や介入に対し、９割弱で実際に是正されたとか、そのように述べたのですけれども、全国調査で具体的にどのような勧告、介入をしたとか、そういうようなことは調査していませんので、あくまでもこのような勧告や介入をしているとか、実際にどういうふうに行っていたかというような結果ですので、具体的なことは申し上げられません。

それと、実際にこの調査では隔離・拘束の実数などについては調査しておりませんので、

以前と比べて実際にどうだったかということは何とも言えませんけれども、要するに回答者の方の委員会が隔離・拘束とか最小化につながった、あくまでも印象でしかないんですけども、その委員会が最小化につながったというようなことはそういう結果ということですよ。

それから、好事例の病院で実際にどの程度、何%くらい隔離・拘束がありますかというようなことも質問したのですが、例えば入院の患者さんが多くなったり、あるいは重症な患者さんが増えたりすると隔離・拘束が増えてしまうので、なかなかはっきりとしたことは言えないということで、そういった質問項目は削除いたしました。

それと、例えば小阪病院さんで拘束ゼロ作戦宣言ということで、実際に拘束・隔離が減ったところは理事長賞をあげているということで、これはすごくいい取組だと思ったんです。例えば、薬が精神科では多剤併用とかありますけれども、薬を減らしたときに点数がついたりする場合もあるのですが、だから隔離・拘束が減ればそういうような点数化すればいいんじゃないか。これはあくまでも個人的な意見ですが、そういうふうに思いました。

以上です。

○田辺座長 では、吉川構成員よろしく願いいたします。

○吉川構成員 御質問ありがとうございます。

まず、この1群、2群、3群に分けたのは看護ケア実践から導き出されたものを整理したものというふうに御理解いただければと思います。こういった整理をしましたのは、行動制限最小化については看護職はずっと議論しているわけですが、これは議論をするときに人によって思い浮かべる患者像が様々であるということがありまして、そこでなかなか検討が進まないというところもありますので、このように分けて検討しているところもあります。

先ほど御質問いただいた3群、Cの状態ということなのですが、事例として水中毒というふうにもちょっと書いてはいるのですが、ここは繰り返されるそういった健康上の課題というところで、例えば多飲水などもそうですが、やはり身体的にかなり危険な重篤な状態になってしまう状態であるとか、あとは御自身を傷つけてしまうとか、そういう行動障害とか、そういったところなどがこの3群などには含まれるのかなと、3群と1群の間ですね。特にそういった症状がかなり活発になるといえるか、重くなる時、それが1群と3群の間なのかなと思っています。

しかし、隔離というそのものの状態とか環境に反応してそういった行動化するということもありますので、これは第3群に限らずやはり隔離以外の方法でどのように支えることができるのか。そういったことを検討していくことが大事で、そのときには環境調整とか非常に大事になるなと思っています。

簡単ですが、以上になります。

○田辺座長 ありがとうございました。

では、岩上構成員よろしくお願いします。

○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。

お話は大変参考になりました。特にアドボケイトについては、皆さんのお話である一定の方向性を今後示していくことができるのではないかという感想を持ちました。

それから、田村構成員がお話になりました退院支援委員会について医療機関がしっかり取り組まれているということもよく分かりましたが、先ほど来出ていますように、それに対しての報酬上の評価等を適切に考えていく必要がある。私は地域援助事業者の立場なので、期待に応えられていないということは非常に問題で、それについては大変申し訳なく思っています。

ただ、都道府県によっては予算化をして早期退院支援何とかみたいな予算化をして、地域援助事業者が出向きやすいような対応をいただいているところもありますので、それは国としてもお考えいただけるといいかと思います。

それで、御質問なのですが、中島参考人に御質問したいと思います。非常に分かりやすい調査結果をお示しいただいたところですが、精神科病院も権利擁護について私は高い意識を持っていたと思っていますが、今回の行動制限最小化委員会の実態調査から見て、精神科病院自体、権利擁護に対しての意識が高まっているという認識で間違いないか。中島先生はずっと権利擁護について取り組んでいただいて、私も承知しているところですが、その辺の意識化というのでしょうか。精神科病院もしっかり取り組んでいるという辺りの先生のお話を承れたらと思ひまして御質問させていただきたいと思ひます。

○田辺座長 では、よろしくお願いいたします。

○中島参考人 岩上構成員、お久しぶりです。どうもありがとうございます。

私は、平成27年の患者さんの意思決定支援などに携わっていたので随分こういったことをやっていますけれども、ちまたでは精神科病院というのはとんでもないことをしているみたいに思われがちなのですが、決してそんなことはなくて、精神保健福祉法にのっとって、ちゃんと法的にのっとって隔離・拘束だとか、そういうこともやっていますし、権利擁護については十分考えてやっていると思うんです。

ところが、どうしても不祥事とかあったりすると、精神科病院というのはあまりちゃんとしてやっていないんじゃないかと思われるのは心外なところなんですけれども、とにかく精神保健福祉法の第36条とか、厚生省の告示の135とか、そういったことについては各病院でも十分承知はしておりますので、それにのっとっていろいろなことはやっているところでは。

それで、今回作成した行動制限最小化委員会のための業務のマニュアルの中にそういうような法的なところもちゃんと記載して、整理して見やすいようにしておりましたので、ぜひこういったマニュアルを使っていただいてさらなる行動制限最小化につなげて、人権擁護について深めていってほしいと思っております。

以上です。ありがとうございました。

○岩上構成員　ありがとうございました。

そこがとても大事なところで、今後、権利擁護の議論をこの場でしていくときに精神科病院も非常に熱心に取り組んできた、取り組みたいと思っている、あるいはそういったことの評価をきちんとしていただくという前提条件をまず共有しておいたほうがいいかと思っています。

加えて、彼谷参考人がおっしゃっていたところで構造的な問題というのがあって、幾ら精神疾患病院が頑張っても、構造的にその部分の権利擁護は非常に難しいといったことについて新たな制度設計をしていく必要があるのではないか。そういった議論の進め方をしていただけるといいかと思って御質問させていただきました。ありがとうございました。

○田辺座長　ほかはいかがでございましょうか。

では、小阪構成員よろしくお願いいたします。

○小阪構成員　日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構の小阪です。

今日は、発言しないで済むならば発言しないで済ませたいと思っていたのですが、どうしても1点だけ、発表いただいた構成員の方、または参考人の方の御発表については非常に参考になるし、全体としては決して合意できないものではない方向性感だろうと思ってお聞きしていました。

1点だけ、事務局も含めて、あるいは検討会を構成される皆さんに、今後についても御検討いただけるのであれば御検討いただきたいということなののですが、行動制限最小化という言葉です。聞こえは一見するととてもいいのですが、やはり当事者の思いを託されていると思っている立場からすると、なかなかちょっと難しいところがあって、ぜひここは枕言葉に、ゼロに向けたという言葉は今後は用いていただければ大変ありがたいと思いました。

以上になります。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょうか。

では、宇田川参考人よろしくお願いいたします。

○宇田川参考人　当事者である私が思ったことというか、この場にいる当事者の方に質問なのですが、病院の方に入って外部に連絡するときには携帯電話などは取り上げられる場合が確実だと思うのですが、テレホンカードは常にお持ちですか。

○桐原委員　桐原です。自分の分については持っているのですが、入院した方と文通したりするときにテレホンカードを手紙に差し入れすることがあります。

それから、今は違う名前なのか、簡易書簡という60円ぐらいのものがありますが、あれを入れて、アンケート用の小さいペンがありますよね。あれを同封することがあります。

○宇田川参考人　ありがとうございます。

外部との連絡の手段がそれだけに限られている現状があるということをお知らせしたく

て言いました。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

では、この件はここで終了させていただきます。引き続き、医療計画に関しまして事務局、竹島参考人、上ノ山構成員の順にお願いしたいと存じます。これも時間が押しておりますので、5分から10分を目安にお願いいたします。

それでは、まず事務局のほうからよろしくお願いいたします。

○平岡精神・障害保健課長補佐　事務局でございます。事務局からは、資料8を準備しておりますので御覧いただければと思います。

研究班からの検討状況の発表に先立ちまして、第8次医療計画の策定におきまして「第4回検討会のご意見を踏まえた検討の方向性について」という資料を御準備しております。

まず資料の1ページ目になりますが、第4回検討会の中では、医療計画策定に向けた（基本的な考え方について）、○の1つ目は医療、福祉、介護の連携、あるいは報酬との整合性について。

○の3つ目以降は診療所、あるいは病院と地域との好循環、認定看護師、心理的な援助という形で地域の多職種・多機関の連携といった観点。

その下のところは教育、障害者権利条約といった形の御指摘をいただいたところでございます。

これを踏まえて、その下の「検討の方向性」というところなのですが、○の1つ目の部分、行政と医療、福祉、介護等の顔の見える連携を推進し、精神障害を有する方がその意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるように、地域の多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築することが重要。その際ですけれども、権利擁護、普及啓発の観点を十分に勘案することが重要。

こうした点につきまして第8次医療計画に明示をした上で、併せて令和6年度は診療報酬、障害・介護同時改定になりますので、そういったことを見据えて実効的な方策について検討を進めていくことが必要ではないかというふうにしております。

続きまして資料の2ページ目になりますが、（指標例等について）御議論いただいたところでございます。様々な御意見を頂戴いたしました。

○の1つ目はアウトリーチに関わる指標の追記、○の2個目以降につきましては権利擁護の観点で、今日御議論いただいております病院から独立した第三者の立場、あるいはピアサポーター、非自発的入院の占める割合、身体拘束のゼロ化及び行動制限最小化の部分、その他もろもろの御意見をいただいたところでございます。

下のところになるのですが、今後の「検討の方向性」という形で、厚生労働科学研究において具体的な指標例の検討を進めるに当たっては以下の点を踏まえることが必要ではないかという形で、2点記載をしております。

1つ目のところは、患者の権利擁護等について、障害者権利条約等を踏まえ、本検討会で具体的かつ実効的な方策について議論を今後進めることとなります。その議論を踏まえた指標を検討すること。

2つ目の点ですが、地域の精神医療提供体制の見える化を図るとともに、患者本位の精神科医療を提供するという観点から、有用かつ都道府県にとっても簡便な指標となるよう取捨選択を図ること等という形で資料に記載をしているところでございます。

3 ページ目、（精神病床における基準病床数について）ですが、第4回検討会の中で病床を削減していく方向という形で御意見いただいたところでございます。

○の1つ目のところは、入院治療を最小限として、それまでの生活環境から切り離されずに治療を受けられる地域、医療体制を進めていくことが重要。

○の2つ目は、長期在院者数に相当する病床数は即座に削減されるべきという御意見をいただいたところでございます。

○の3つ目、4つ目、基準病床数の算定式につきまして全国的に定まる要素、それから地域によって変わる要素を分ける必要があるのではないかと。

その下のところですが、政策効果によらずという視点を御意見としていただいたところでございます。

一番下のところにつきましては、診療報酬上の評価との連動といった観点も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。

これを踏まえて「検討の方向性」という形になりますけれども、厚生労働科学研究において精神病床における基準病床数の検討を進めるに当たっては以下の点を踏まえることが必要ではないかということで、1点目、近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとする、2点目、その際には政策効果、政策効果以外の両者を勘案できるものとする等という形で資料のほうをまとめてございます。

4 ページ目、（市町村、保健所、精神保健福祉センターの役割について）ですが、前回、第4回検討会で御意見をいただきました。

○の1つ目、都道府県や精神保健福祉センター等のバックアップ体制。

○の2つ目については、協議の場の関係。

○の3つ目、医療機関の積極的な協力といったものが望まれるという観点。

○の4つ目、市町村の役割については法的な根拠を設けるべきではないか。

○の5つ目、精神保健福祉センターの運営要領の見直しといったものが必要ではないか。

続いて○の6つ目、人員と予算面の配慮といったところが必要ではないかという御意見を踏まえまして「検討の方向性」という形で、市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、関連法令等の見直し、保健所、精神保健福祉センターからのバックアップ体制の拡充に向けた業務運営要領の改正、協議の場の法令等での位置づけ、精神保健福祉相談員の研修、受講しやすくするための見直し等、これまでの議論を踏まえた具体的方策を整理すべきではないかとしております。

最後に資料の5ページ目、（その他）です。たくさんの御意見いただいたところですが、こういった御意見を踏まえながら「検討の方向性」という形で、地域における多職種・他機関の有機的な連携の構築、切れ目ないサービスの体制の確保、権利擁護等の観点から、令和6年度診療報酬、障害・介護同時改定を見据えて、実効的な方策について検討を進めていく必要があるのではないかとしております。

事務局からの説明は以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございました。

引き続き、竹島参考人から御発言のほうをよろしく願いいたします。

○竹島参考人 それでは早速ですが、私どもの研究班で検討しました「基準病床数算定式及び指標例について」の報告をさせていただきたいと思います。

まず研究班の全体のことの簡単な紹介でございますけれども、私ども分担研究者7人と、あとは人権・権利擁護、それから政策評価とか精神保健医のエキスパートなどで研究班全体会議を構成いたしまして議論をして進めてまいりました。

「基準病床数算定式の検討」でございます。

まずこの一覧のスライドを御覧いただきたいと思いますけれども、これは「第七次医療計画における基準病床数算定式」ですが、数式を使わないで表したものでございます。3か月未満のところ、3か月以上12か月未満のところ、それから1年以上のところ、1年以上につきましては認知症と認知症以外に分けて、それに政策効果を絡めた形で、それらを4つ足し合わせるという形で構成されています。

ただし、推計人口は年齢階級別の令和2年推計を、入院受療率は全て平成26年を使用しているということでございます。

こういう形で、この4つに分けて計算するということにつきましては、今回の算定式でも共通のを枠組みとして用いております。また、その係数といいましょうか、政策的な変化量につきましても1年以上のところに組み入れるというところについては共通した形で考えております。

次のスライドでございますけれども、では一体その入院の状況というのはどうなっているのかということになりますが、これはまず3か月未満の年齢階級別の入院の状況を2011年、2014年、2017年の患者調査について表したものでございます。年齢が高くなるにつれて入院率が上がるということは一つありますが、2011年から2017年に比べると、高齢者のところで入院率が高くなっているということがお分かりになるかと思います。それから、縦軸で見ますと、年齢60歳くらいのところの入院受療率が50ぐらいだということをちょっと記憶に置いていただけたらと思います。

次に、3か月以上12か月未満のところでございますけれども、ここにつきましては御覧のように、3か月未満と同様に年齢が高くなるにつれて入院受療率が上がるということがございますが、過去3回の患者調査を見てもそれほど大きな変動はないということがお分かりになるかと思います。また、60歳代における入院受療率はやはり50ぐらいで、急性期

と同じくらいということでもあります。

次に、こちらが入院期間1年以上の入院受療率でございます。こちらで見ますと、60歳ぐらいの入院受療率は200から300の間のところにあるということをまず見ておいて、かつ、3回の患者調査を見て同じ年齢階級を見ますと、3回の患者調査の中で調査年が下るに従って入院受療率は低くなっているということがお分かりになるかと思います。

そのため、新規算定式においては入院期間別の入院受療率に変化があるということを考慮する必要があると考えております。また、入院期間でも年齢階級が異なると、そもそもの入院受療率も経年変化も異なるということがございますので、それを加味した算定式にする必要があると考えております。

次が「新算定式の考え方」でございますが、上の3点、●をつけたところにつきましては既にこの検討会におきましても議論されていたところですので、ここでは省略をさせていただきます。

その上で、現在の基準病床数算定式の課題ですね、人口と患者調査の調査年との関係がございまして、そういった課題を解消するとともに、精神医療の発展の方向性を踏まえて、全国的に一定水準以上の医療を確保する算定式とする。これは、事務局でおまとめいただいた方向と一致しているのではないかと考えております。

次からは、まず「入院患者数の推計式」という形で示させていただきます。これは、急性期の入院患者数の将来推計値と、回復期の入院患者数の将来推計値、それから認知症以外の慢性期、認知症の慢性期という形で4つに分けて、それぞれについての推計をして、それを足し合わせるということをまず行うということでもあります。

ただし、この4つについては先ほど申し上げましたとおり、年齢階級別の増減率を見込んだ将来推計というところがこの新しい推計式の一つの特徴と考えております。

次に「推計手順」でございますが、今日はちょっと時間が短いので、後で図のスライドも含めて御覧になっていただけたらと思うのですが、一つのコホートというような考え方を取りまして、これにつきましては新潟大学の医学部長、大学院教授の染矢先生が以前に統合失調症についてまとめられた将来推計の方法を取り入れまして、それをまた今回の調査で少しアレンジをして検討していくという方法を取り入れました。

同じ年齢階級であっても、ただし慢性期の認知症以外では60歳未満のところで区切りまして、それ以外のところは25歳で区切りまして、そこまでとそのからで扱いを変えまして、かつ3年間のコホートの中で増減率がどうなっていくかということをフォローしていく。そういう形で計算を繰り返していくという形を取り入れております。

これは、その全体を当方の一緒にやった研究者ができるだけ分かりやすくという形でつくったものでございますけれども、先ほど示した推計手順の3-aの部分と3-bの部分それぞれにまとめたものでございまして、増減率があつて、それぞれの年齢階級のところで増減率がかかっていくという形で順繰りに計算をしていくという形になります。

次は、その一つの手順のところであります。数字は架空でございますが、2014年と2017

年で増減率を計算していくという形で、患者数は3年に1回でございますのでこういう形の計算をいたします。そういうことを患者調査の時期に従って、それぞれの年齢階級に応じて計算を繰り返していくことになります。

次の次のスライドが、その計算の結果を表したものでございます。今の計算をしますと、2029年時点で23万9000人の患者数という計算が出てまいります。そのうち3か月未満の急性期については6万7000人、3か月以上12か月未満の回復期につきましては5万3000人、認知症以外の1年以上につきましては10万1000人、それから認知症の1年以上につきましては1万8000人で、合計23万9000人というような患者数がまず出てまいります。

これは、今回は2014年と2017年のデータを使って計算しておりますけれども、実際の計算式に当たっては2020年の患者調査が使用できると思いますので、そのときは2020年のデータを使って最終の計算結果は出すのだろうと考えております。

次です。ここまでが入院患者数の推計でございますけれども、ここからが基準病床数の算定式で、研究班の提案でございます。

以上の計算結果でございますけれども、基本的に新たに入院する人たちに対してはその入院の時点できちんと医療が確保されるということは重要であろうと考えまして、逆に長期入院になっている方につきましては様々な地域移行とかいろいろな地域での支援の工夫といったことによって早期に退院していけるという方向が成り立ちます。

そういうことで、認知症以外については m 、認知症については d という政策的な変化量を設定いたしまして、それでもって入院している患者数が減少するであろうという考えを取りまして、 $(1 - m)(1 - d)$ と書いてあります。これは逆に言えば、今後必要とされる精神医療を構築していくという方法である、そういうベクトルである、そういう数字でもあると御理解いただけたらと思います。そのほかの流入、流出と、それから精神病床利用率で割るところについては変わっておりません。

「新算定式における変更の理由」につきまして、簡潔にまとめさせていただきました。

まず1つは、「算定式を用いる時点までの政策効果」や「患者の年齢構成の変化」等の影響は「入院患者数の推計式」によって反映できるということでございます。

それから、「これからの政策効果」については、新たな係数（前述の m 及び d ）で、 m はメンタルヘルスで d はデメンチアという形でお考えいただけたらと思いますが、今後の取組による目標を設定できるということで、 m 及び d につきましては現在研究班において検討中ということで御理解いただけたらと思います。

次に「指標例の検討」について紹介させていただきたいと思います。

まず「第七次医療法改正時における5疾患の指標例の構成」を示させていただきました。がん、脳卒中等4疾患につきましては、その時期に従って4つあるいは5つに区分されていますが、精神疾患等については17疾患等という形で、区分の仕方が全く異なるという形でございます。

それから、指標数についても数が非常に多いというところがございますので、この中で幾

つかの課題をここで挙げさせていただいています。結果として、指標例におけるストラクチャー、プロセス、アウトカム間のつながり（ロジック、ストーリー）が非常に分かりにくくなってしまっている。

他の4疾患と構造が異なるために、精神科と精神科以外の診療科の医療機関との連携を含む医療に関する事項の調整・対応の議論がしづらい。これは、繰り返し研究班の会議で議論が出てきたことでございます。

それから、17疾患等について指標を網羅的に取り上げているのだけれども、実際の都道府県において採用されているのは多くても半数程度である。

それから、アウトカム指標が全て入院関連である。

この辺りのところはやはり検討しなければいけないのではないかと思います。

次のスライドでございますけれども、ちょっと字が小さくて申し訳ありません。こちらのほうで整理をするときの考え方を幾つかにまとめました。

まず1つは、やはりほかの4疾患と指標例の構造に近づけて、「予防・相談支援」「医療」「地域支援」の3つを横軸にする。それで、縦軸は「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」の3軸で、3掛ける3のマトリックスでシンプルにするということでございます。

その次は、指標例を通して自治体が精神保健医療の提供体制や提供状況を点検・モニタリングできるようにしよう。あとは、自治体の中で幾つかのブロックにして見ていきたいんだというときには、そのブロックに分けた数字を見ることもできる。だから、自治体の主体性をできるだけ発揮していただけるような形にしたい。

その次でございますが、17疾患等に細かく分かれていたものを、これは研究班の中でもいろいろ御示唆があったのですけれども、鬱病や統合失調症などのcommon disorders、それから依存症、摂食障害等の専門領域、自殺対策や災害精神医療などの政策領域と、大きく3つに分けてそれらにおける充足を見ていくようにしてはどうか。

それから、都道府県ができるだけ指標例を採用してもらうためには、都道府県の事務負担が小さくする。既に数値になっているものとか、データを公的な統計のもとに拾いやすくするというのも必要ではないか。そんなことを検討いたしました。

それから、アウトカム指標につきましては様々な施策の発展によりまして、今までの指標であります「時点退院率」「地域平均生活日数」「平均在院日数」については継続いたしますが、結果的に将来として長期入院の人たちが減るということになれば「1年未満」に対する「1年以上5年未満」の患者数の比というものが一つの論理としてあり得るし、これは私どものデータ分析の中でもそういうことは言っているのではないかと考えます。

また、地域で孤立しないように伴走することができる地域支援体制によって、自殺死亡率が減少するというのも期待されますので、自殺死亡率を上げるということではできないだろうか。

あとは、今日もいろいろなお話がありましたけれども、行動制限最小化というところに

についても提供される精神医療の方法としては挙げるべきものではないかと考えました。

次のスライドは「指標例の構成案」としてまとめたものでございます。現在の指標例と項目、内容として一致するものを赤文字にしてありまして、黒文字にしてありますのが今回新たに提案する指標例ということになります。予防・相談支援のところには、これまでの指標例に該当するものがないので黒文字です。それから、地域支援のところもこれまでの指標例に一致するものがないので黒文字になっております。そのほかのところにつきましては若干内部の記載は変わっておりますけれども、おおむね現行のものと共通しております。

それから、今日出ましたケアマネジメントとか、行動制限最小化に関することを新たに指標に入れるという考え方を研究班としては提案しております。

アウトカムにつきましては、「1年未満」に対する「1年以上5年未満」、それから自殺死亡率を挙げる構成にしております。

まず自治体がこの指標例の案というもの、研究班の案というものをどういうふうにお考えになるかということが大事なところだと思いますので、今、自治体にアンケートを行っております。この分析のときはまた25か所ですけれども、現在のところ三十数か所からも回答がありますので、もう一回再依頼をいたしまして報告書にまとめようと考えております。

その質問の主なものとしては、指標例に組み込むことの意義、指標例としての優先度、この2つを聞いております。

その次のところは中間集計の数でございます。やはり指標例にして数として出てきたときに、それがいいか、悪いかという評価は一緒にくっついてくるようでございます。それがいいとか悪いとかということではなしに、それぞれの指標例の持つ意味というものを説明するような短い解説というものを一緒につけて、自治体の側が考えてもらうということが大事かと思っておりますので、そういったことにつきましても報告書の中でできることはやっておきたいと思っております。

それで、アンケート調査結果と、研究班での議論をもとに研究班としての指標例（案）をまとめる予定で進めております。

そこから先は、現在25か所から回答したところがあるところで現在の回答の状況をまとめたものですが、今日は時間がございませんのでここまでの説明にさせていただきます。どうもありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、上ノ山構成員よりお願いいたします。

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

もしよろしかったら、スライドのほうを共有していただけますか。

「地域医療計画に生かす精神科診療所の役割と機能」ということで御報告させていただきます。

医療計画をつくっていくに当たって、精神科診療所の役割とか機能を明らかにしたいと思いました。

次です。アンケートを取って、診療所協会の正会員数は1,600ほどですが、その返却率が40%くらいです。

次です。月にどのくらいの患者さんを診ているかという話ですけれども、左上で500人から1,000人の患者さんを診ているのが43.5%と一番多いです。それからスタッフですが、右下を見ていただきますと常勤換算0.1以上というのが週に1日働いていたら0.2ですので、半日以上働いているということですね。PSWを配置していて半日以上働いている診療所は199で31.6%です。心理技術者に関しては45.7%、看護師は63.3%、ドクターが複数いるところ、つまり1以上ということですが、32.9%です。

次です。診療所は夜間18時以降とか、土曜日に開いているところが多いですので、その割合を見たものです。このような形でアクセスよくしているということです。

それから、図3cのほうですけれども、自治体の救急情報センターに休日、夜間の連絡先を届けているところというのが27.5%です。これは、いわゆるミクロ救急というものです。

次です。1か月に初診の人をどのくらい診ているかという話ですけれども、大体30人弱というのが44%ですので、1日に1人くらいを診ているのが平均的である。それから、精神科病院との連携ですけれども、退院者は半年で1～5人が55%、入院者が1～5人が55%という関係です。

次です。在宅医療について見てみますと、往診している診療所は22.7%、訪問看護をしているところは15.9%、定期訪問をしているのが21%、それから精神科在宅患者支援管理料の届出をしている診療所ですけれども、これは当時できたばかりの施設基準でしたので非常に少ないですが、その後、基準が緩くなったり、なくなったり、変遷をして、今年度の改定でまた復活しそうですので、もう少し増えるかもしれません。だけど、非常に少ない状態です。

次です。公的業務をたくさん並べていますけれども、そのうち措置診察をやっているのが32%です。それで、どういうふうにしたら診療所の機能が強化されるかということを調べてみたのですが、例えばPSWを配置している診療所だと措置診察しているのが36.2%に若干増えるということで、PSWを配置しても別に措置診察とは関係ないのですけれども、配置することによって診療所の機能を強化する形でこのような数字になっています。県の救急業務に対しても、29.8%がPSWを配置することによって35.2%に上昇するというようなことです。

次です。これは多様な精神疾患に対応する連携体制をつくれということもありますので、どんな疾患を診ているかというのを挙げてみたものです。それで、先ほど竹島先生のほうからも発表していただきましたけれども、A、B、C群と分けまして、A群はいわゆるコモン・メンタル・ディソオーダーですね。多くの精神科診療所が診ている疾患です。B群というのは凸凹がある精神疾患ですね。つまり、やっているところもあるけれども、やっ

ていないところもある。C群というのは、あまりやっているところが少ないという領域です。

それで、後で拠点の話をしますけれども、やっているところが少ないところに関しては公的な拠点のようなものが必要ではないかと思います。それで、B群で凸凹があるところはできるところとできないところがあるわけですので、それを助け合って連携するシステムが例えば診療所のグループの中にできたらいいなと思っています。

A群はコモン・ディスオーダーですので、皆さん診るということになります。

それで、D群ですが、患者さんが多い割には診療所はそれほど頑張っていないという領域で、私の見解ですけれども、この領域に関しては少し頑張らないといけないと思ってD群としました。

次の次です。これは多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の話ですけれども、先ほどの図はちらっと見ていただいたらいいだけの話なのですが、一つ戻って、こういう17領域に関して都道府県連携拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療拠点機能と分けて書かれているのですが、これに関しては非常に書きにくいという声が上がっています。

次です。これに基づいて星取表というのがつくられたのですけれども、この分け方だと診療所には拠点機能がないという感じになってしまうわけです。それで、先ほども言いましたように、拠点というのは責任を伴いますので、誰かが手を挙げて、私のところがやるからそれが拠点になるというふうなものではなくて、拠点の定義をきちんと決めて、それを公的に保障する。できたら公的機関が拠点になる。都道府県に各疾患は1か所くらいあればいいというような感じになるとと思います。それに対して、あとはそれぞれやれるところが頑張って手を挙げていくことになると思います。

次です。地域連携拠点機能を考えるときに、こういうケア会議をやっているかというようなことですが、これは28%やっているということです。

次です。この辺は省略します。

どんどんいきまして、こんな感じでいろいろな連携機能を果たしております。

これは、630調査から外来患者さんの率を病院と診療所と比べたものですが、平成28年までしか書かれていませんが、実数では診療所が61%、延べ数では56.7%、診療所が病院よりもこれだけ多い患者さんを診ているということになります。

それから、訪問診療の実数に関しては、これも診療所が多くなっています。

次です。一方、往診延べ数が多いですけれども、訪問看護になりますと、これは病院のほうが圧倒的に多いです。要するに、診療所というのは医師の働きに依存しているといえますか、まだまだ多職種で体制を組んでやっていくことにはなっていないということが分かるかと思います。

もう終わりますので、後で読んでいただいたらと思います。最後までいってください。

「地域責任制と連携について…」のところで辻本先生から質問がありましたので、少し触れてみたいと思います。

精神科診療所は、その所属する市町村あるいは2次医療圏を緩やかなキャッチメントエリアとして設定し、そこからの受診要請に関しては積極的に応えていくことが望ましいというようなことを書いています。日本の医療に関してはキャッチメントエリアがありませんので、その市町村に責任を持ってというのはなかなか難しいのですけれども、できるだけ市町村からの要請に関しては断らないでやっていけたらと思っています。

例えば、救急病院に自傷患者等が搬入された場合、当日、急に診てくれと言われてもなかなか難しいかもしれませんが、後日、対応できるようであれば、市町村の受診枠を設けた診療者がその患者さんたちを受け入れている。あるいは、ひきこもりの困難事例等に関しても、当日に関しては難しいかもしれないけれども、その受診枠として体制を組んでいく。そのようなことがそんなに多くはないですけれども、一応工夫してやっております。

それで、精神科救急に関しては先ほど少しミクロ救急とか言いましたけれども、そのほか輪番体制を組んだりしてマクロ救急に協力したり、措置診察に協力したりというようなことをやっているのですが、先ほどもちょっと触れましたようにPSWの配置で診療所機能が向上するということがあるので、そういうことについての配慮をしていただければ診療所としてももう少し頑張れるかもしれないというようなことです。

そのようなことを通して、市町村と連携して地域に責任を持つ形がつくれたらいいなと思っています。関係機関がそれぞれの特性を生かして活動して、そしてつながり合って有効に機能していくために、市町村を中心としたネットワークが形成されるように期待しています。

そんなことで発言を終わります。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。

ヒアリングは以上となります。それでは、ただいまの事務局提出資料、それから構成員及び参考人の皆様方からの資料につきまして御意見、御質問等がございましたら挙手の上で発言をお願いいたします。時間が限られておりますので、御発言は簡潔にお願い申し上げます。どなたからでもいかがでしょうか。

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。

竹島先生のほうには基準病床数とか、あるいは指標のことについてお話しいただいたのですけれども、7次のときの分かりにくいものに比べると随分整理ができて分かりやすくなったかなと思います。

それで、全体的にはそういったことで賛成なのですけれども、例えば一般医療との連携の指標のところで、今度診療報酬で心の連携診療料みたいなものが入ってきていますので、そういうものを入れるともう少し実態が分かるのではないかと考えました。

○田辺座長　何かレスポンスございますか。

○竹島参考人　ありがとうございます。

診療報酬の対応とか、いろんなことは考えていかないといけないと思っています。

一方で、診療報酬というのは変わっていくところがございますので、その変わっていくものを指標に取り入れた場合に、その評価の仕方というのは非常に難しいところがありまして、その根本になっているところを何らかの指標にするということとはできないだろうかということもちょっと考えながら、また研究班で議論させていただきます。どうもありがとうございました。

○田辺座長 ほかはいかがでございましょうか。

では、どうぞ。

○竹島参考人 ありがとうございます。

今お話のあったところにつきまして、研究班の中でも一般医療の連携とかいろんなことを研究成果としてもまとめておりますので、その内容をまたもう一回突き合わせてよく考えていきます。どうもありがとうございました。

○田辺座長 ほかはいかがでございましょうか。

では、江澤構成員よろしく願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

資料9の竹島先生に1点だけ教えていただきたいので、御質問でございます。14ページに「入院患者数の将来推計結果」のイメージが出ているのですが、一般の医療分野ですと地域医療構想の考え方において必要な病床数に収れんするに当たって入院外で支えるべく介護施設への移行分、それから在宅医療や外来診療で支える患者さんの推計を合わせて検討しているのですが、今回この政策効果による入院患者数の将来推計結果に伴う地域移行の受け皿整備について、もし御検討があれば教えていただければと思います。

○田辺座長 では、よろしく願いいたします。

○竹島参考人 ありがとうございます。

それにつきましては、まだmとdというところをどう考えていくかというところの整理の最中でございますけれども、先ほどスライドの16枚目でお示しましたように、まず入院患者数の推計式を立てる。それから、そのときに政策効果といいましょうか、これから政策効果についてというところでございます。

今、御質問のあったところにつきましては、まさにその政策効果の中身になってくるころだと思っておりますので、それをどう考えるかはとても大事なところだという認識はしております。ありがとうございます。

○田辺座長 よろしゅうございますか。

では、神庭構成員よろしく願いいたします。

○神庭構成員 竹島参考人、どうもありがとうございました。

先生方も十分検討されていると思いますけれども、確認の意味で御質問させていただきたいのですが、この推定式で今回は増減率 γ ですか。これ一本に絞っていくということでまず理解してよろしいのでしょうか。

それから、このときに2020年の実績と推計値は照らし合わせてかなりの精度で推計できているのかどうかについて疑問に思いました。

それから、この14年と17年のデータから29年まで推計すると、誤差が大きくなるかなと、検討にも加わっていないで勝手なことを言うておりますけれども、そういう感じがするのですが、むしろ直近の値を使って、29だったら例えば23と26を使って29を推計するという立てつけはいかがなのでしょう。

○田辺座長 では、よろしくお願いいたします。

○竹島参考人 ありがとうございます。

今日御説明させていただいたとおり、今、我々研究者としてできることというのはやはり実際にあるデータに基づいての推計として、将来の推計は今までの推移から見てある程度の妥当性があるものを参考資料にするという、冒険をせずにやっていくということが一つの方向かと思っております。

その中では、直近の値としては2020年の患者調査は使用できる可能性が非常に高いので、そこまでのところは検討していく必要があるだろうと思いますし、その後はやはりしっかりモニタリングをしていくということが重要なのではないだろうかと考えております。

今日は櫻木構成員のお話もありましたし、これまでの議論でもありますけれども、入院患者そのものの年齢とか、いろんなものがどんどん変わってまいりますので、その辺の動態の変化が起こってくるかと思っておりますので、そこは神庭構成員のおっしゃったとおりで、その動態というものを合わせながら、その中でそれだけに研究報告書としてはどういう方法で推計をしたかということは明確に示すようにしたい。その結果として、その後の検討で、研究で足りなかったものが浮かび出るようにしておきたいとは考えております。

○神庭構成員 ありがとうございます。

○田辺座長 ほかはいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

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 その他のところで、厚生労働省へのお願いです。

このたび検討事項とされた入院制度の在り方については、これまで以上に積極的な結果を打ち出してほしいというふうに切望しています。

本日のヒアリングにおいても、入院制度の在り方の検討についていろいろな意見が出ました。事務局から示される論点の一つとして、医療保護入院の廃止に当たって課題とされることは何かといった趣旨の論点を追加してほしいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

○田辺座長 それを含めまして、本日は精神保健福祉法上の入院制度に関する事項、それから医療計画に関しまして様々なお立場から多様な取組について御示唆をいただくとともに、様々な御意見、それから御要望をいただいたところでございます。本日、御示唆いただいた内容を踏まえまして、事務局においては各論点について具体的に議論できるように

準備のほうをよろしくお願い申し上げます。

最後に、今後のスケジュール等に関しまして事務局のほうからお願いいたします。

○森精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。ありがとうございます。

次回、第7回の開催につきまして御連絡させていただきます。次回、第7回の検討会につきましては、3月16日水曜日15時から18時で予定をしております。正式には改めて御連絡させていただきたいと思います。

事務局からは以上となります。

○田辺座長 それでは、以上をもちまして本日の検討会はこれで閉会といたします。構成員の皆様方、長時間にわたり御参加いただきましてありがとうございました。

これで散会いたします。