

2022-5-20 第11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11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、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。

中原構成員におかれましては、御都合により欠席との連絡をいただいております。

なお、田村構成員におかれましては、御都合により遅れて御出席いただく御予定とさせていただきます。

次に、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、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については、桐原構成員から「【報告書】当事者の視点から期待するーこれからの入院制度についての意識調査ー」。

参考資料3については、岡田構成員から「貴検討会における『処遇基準見直し等』に関する意見及び質問書」。

参考資料4については、森構成員から「より良い精神保健医療福祉体制の実現に向けた意見書」として資料の御提出をいただいております。

最後に参考資料5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付けください。

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。

事務局からは以上でございます。

ここからは、田辺座長に議事進行をお願いいたします。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。

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、資料を2つ御準備させていただいております。報告書（案）、それから参考資料1といたしまして参考資料を準備させていただいております。報告書（案）につきましては、第10回検討会の資料を基本といたしまして、これまでの構成員の皆様からの御意見や関係省庁との調整を踏まえた内容の修正をしております。そのほか言い回しを分かりやすくするなど適宜修正をしております。前回資料からの修正については下線を引かせていただいておりますので、本日の説明につきましては、内容の変更があった点を中心に説明させていただきたいと思っております。

まず、資料2ページ目を御覧いただければと思うのですが、冒頭、精神疾患の現状といたしまして、自殺者数に関する記述を追加しております。

同じページの一番下の部分、「わが国の精神保健医療福祉行政は」といたしまして、前回検討会の中で歴史に関するコメントをいただきました。その点を反映させていただいております。具体的には、戦後という形で、法律に基づいて国庫補助の規定などにより民間主体で入院医療を提供するとともに、退院後の地域移行まで、地域ニーズに幅広く対応した経緯があるという形で記載をさせていただいてございまして、その後のところ、自立支援法（平成17年）を契機に、地域の福祉サービスの拡充が図られる中で、こうした民間の医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保しながら「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築し、居住・就業等に関する支援を含め、その病状の変化に応じたサービスを身近な地域で切れ目なく受けられるようにする体制の整備が求められているというふうにさせていただいております。

続いて、患者の権利擁護という形で、こちらも歴史的な経緯に基づいて記載をさせていただいております。昭和62年、任意入院制度の創設、平成7年、11年、指定医制度、平成25年、退院促進措置の導入といった形で順次患者の権利擁護に関しては拡充を進めており、精神科病院ではこうした法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図っているというふうに記載させていただいております。

続く障害者権利条約の部分につきましても、平成18年に障害者の人権、基本的自由、尊厳の尊重を促進するといった形で記述を追加させていただいております。

こうした経緯を踏まえまして、一番下のところですが、患者の権利擁護に関する取組をより一層推進させていくことが重要であると記述をしております。

その上の部分になりますけれども、権利条約に関係いたしまして、こちらは令和元年に関するものですが、成年後見の法改正に基づく附帯決議の中で同法の施行に当たりという形で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勧告に基づき現状の問題点の把握を行い、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いうこと、前回御意見いただきましたので記載をさせていただいております。

続きまして、4ページ目の一番下の部分になります。本報告書に基づく今後の対応という形で、厚生労働省は、本報告書に基づき、ライフステージを通じた心の健康づくりを推進するという形で、今後、関係法令等の改正、それから財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべきであると記載させていただいております。

続きまして、資料の6ページ目を御覧いただければと思います。精神保健の相談支援に対する具体的な措置の内容に関する部分でございます。

①の精神保健に関する課題を抱える者に対してという部分につきまして、介護、子育てなど社会福祉または保健医療に関する法令上の相談等を受ける者であってという形で記述を追加させていただいております。

③になりますけれども、いわゆる協議の場という部分につきまして、協議会を活用するという形で、精神保健に関する課題を抱える者を含めた地域の支援の在り方について協議を進めるべきであるといった形にさせていただいております。

④になりますが、現在配置が任意とされている精神保健福祉相談員について、その配置状況を把握し、配置を促進する方策を検討すべきとさせていただいております。こういった部分、関係省庁との調整の結果も踏まえまして、記述を補充させていただいております。

続きまして、資料8ページ目を御覧いただければと思います。②の精神科の医師・他科の医師との連携という部分でございますが、2つ目のポツのところ、前回検討会の中でコミュニティメンタルヘルスチームにつきまして、市町村が主体となって包括的支援マネジメントの基盤構築を図っていくべきという趣旨の御発言をいただきました。その点について修正させていただいております。

続いて、資料は12ページ目を御覧いただければと思います。第8次医療計画の策定に向けてというところで、基本的な考え方に関する部分でございます。前回検討会でいただきました御意見を2点追記させていただいております。1つ目が精神科以外の領域の医療従事者の方についても精神疾患に関する普及啓発を図ることが重要であるという御意見。それから、治療と就労の両立の観点から就労の継続が重要であり、そのためには産業医、

保健師、看護師等の産業保健スタッフとの連携の強化を図る必要があるという2つの御意見について追記をさせていただいております。

続いて、資料16ページ目を御覧いただければと思います。精神科病院に入院する患者への訪問相談について、(2)支援者というところになりますが、研修の内容などについて2点追記をさせていただいております。前回検討会での御意見を踏まえまして、まず1点目、精神保健医療福祉に関する制度や現状、精神科医療における権利擁護に関する内容、傾聴を中心とする支援の趣旨といったものを研修内容に含むものとするとともに、研修内容・期間の検討に当たっては、入院の初期段階、医師にとっても患者との信頼関係を構築する重要な時期である点を考慮することが必要であるという2点について追記をさせていただいております。

その下の部分、(3)支援内容の○の3点目になりますけれども、こちらも前回、検討会での御意見を踏まえまして、市町村長同意による医療保護入院者を中心とするといった形で、市町村長同意による医療保護入院者以外の方も対象になり得る旨、追記をさせていただいております。

したがいまして、資料の17ページ目、○の3点目、こちらも前回検討会での御意見を踏まえまして、今後という形で、支援を望む入院患者の方に支援がより広く普及するよう調査研究等を活用し、実施体制の構築を進めていくことが必要であるといった形で記載をさせていただいております。

また、その上の部分、こちらも前回検討会での御意見を踏まえまして、患者に分かりやすい方法で説明するという点につきまして、指定医の役割といったものを追記させていただいております。

続いて、資料の19ページ目になりますけれども、医療保護入院の縮減に向けた具体的な方策というところで、(1)入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実という点に関しまして、こちらも構成員の方からの意見を踏まえまして、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム、こちらは支える側、支えられる側という従来を超えて、相互に助け合いながら暮らせる地域づくりを目指すことという視点を追記させていただいております。

続いて、資料は20ページ目になりますけれども、②の緊急のニーズに対する受診前相談及び入院外医療等の充実というところで、こちらは前回、精神科救急医療体制の充実に当たっては、平時の対応といった観点が大変重要であるという御意見を頂戴いたしましたので、2行目に平時の対応という視点を追記させていただきますとともに、その後、受診前相談が2つ目の○、入院外医療は3つ目の○で具体的に記載させていただいておりますが、この部分の記述、分かりやすく語句の修正等を図っているところでございます。

続いて、資料は24ページ目になりますけれども、医療保護入院制度、今後の検討課題についてという部分になります。24ページ目、前回検討会の中で医療保護入院制度、代替手段の検討が必要であるといった御意見を頂戴いたしました。その点をまず1点目に追記さ

せていただいております。医療へのアクセス確保の観点から、患者の症状によっては、その同意によらない入院を行えないとすると、患者の不利益につながる可能性があるのではないかと。

その際の具体的な視点といたしまして、こちらは前回から特に修正はしておりませんが、精神科と他科とで対応を区別する合理性があるのかという観点。他方でという形で、精神科の入院患者の方については、他科の場合よりも充実した権利擁護の仕組みが必要ではないかという観点について記載をしてございます。

それから、その2つ下のポツのところになりますけれども、認知症等の入院患者が増えている現状の下という形で、患者のQOLを向上させる観点からは、医療計画に基づき慢性期の精神病床の減少を図りつつ、患者のニーズに応じた医療・居住の場の整備を進めていくための方策の在り方、こちらは既存の制度の枠組みに限ることなく検討していくことも重要ではないかという点を追記させていただいております。

また、さらにその下の部分、検討に当たっては、患者、家族の方々、医療機関、特定の者に過度の負担を求める仕組みとならないように留意することも必要ではないかという点に関しまして、前回検討会の中で御意見いただきました患者の視点に関して追記をさせていただきます。

さらに一番下ですが、海外の制度との対比という部分について、具体的に資料を出しながら検討するべきではないかという御意見を頂戴いたしました。こちらにつきましては、参考資料を御覧いただければと思うのですが、3つの観点からお示しさせていただいております。まず1つ目は、8ページ目を御覧いただければと思います。こちらは昨年、令和3年度の推進事業で取りまとめられている報告書の中からの抜粋の形になります。8ページ目は精神医療・精神障害福祉におけるケアという観点からのものになりますが、8ページ目から9ページ目にかけて8か国の記載がございまして、まず概要という部分になりますが、こちらは各国共通といたしまして、脱施設化、地域移行といったものが進められているという点。それから、提供されるケアと担い手のほうにつきましては、2つ目のポツになりますけれども、長期ケアといったものにつきましては、基本的に居住型ケア施設・住居といった形で地域で基盤の整備が進められているといった観点が共通して読み取れるかと思っております。

また、2点目の観点ですが、60ページ目を御覧いただければと思います。こちらは非同意入院制度について同様に8か国の現状を整理した表になってございます。要件の部分につきましては、自傷・他害の危険、あるいは治療の必要性、必要性を自ら判断できない場合といった観点から、法令上要件が定められているといった点であったり、手続の部分になりますけれども、こちらは2名の医師による証明という場合であったり、ドイツのところですが、医師と裁判所、61ページ目、イタリアの部分になりますけれども、医師と市長といった形で、それぞれ手続が定められているというところを紹介させていただいております。

また、3つ目の観点になりますが、85ページ目を御覧いただければと思います。こちらは隔離・拘束といった形で同様に8か国まとめてございます。法令の規定に基づいて要件が定められてございまして、一番下、手続という部分になりますが、医師等の医療従事者の指示などに基づいて行われているといった点を紹介させていただいてございます。

再び資料のほうは報告書（案）に戻させていただくのですけれども、28ページ目を御覧いただければと思います。こちらは精神医療審査会といったところについて2点追記をさせていただいてございます。1点目は○の2つ目のところになりますが、精神医療審査会についてはということで、こちらは第三者機関としての独立の機関である一方で、県の機関、行政の機関だということで行政機関との関係性は必ずしも明確ではないという点について御追記をすべきという御意見を頂戴しておりますので、この点について追記をさせていただいてございます。

また、真ん中よりちょっと下の米印の部分ですけれども、国際人権B規約にある裁判所の定義について、国際的な解釈をここで追記させていただいてございます。

続いて、資料の31ページ目になります。隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとするための最小化に係る取組というところの現状と課題の2つ目の○、こちらは前回検討会の中での御意見、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も重要であるという点について追記をさせていただいてございます。

それから、同じページの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に関する記述でございます。こちらは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という形で、多動または不穏が顕著であって、かつ身体に対する治療が困難であり、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合や、常時の臨床的観察を行っても患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合という形で限定する趣旨が記載上明確になるように記述を修正させていただいてございます。

続いて、32ページ目になりますけれども、前回検討会の中で非代替性の要件についてしっかり検討すべきという御意見をいただいていたので、国や医療関係者等が身体的拘束に至らないための代替手段について精力的な検討を行う必要がある旨、追記をさせていただいてございます。

また、③につきましては、指定医とカンファレンス等のそれぞれの役割といったものについてしっかり明確になるように記載をさせていただいてございます。

また、米印のところ、指定医の資質を担保した上で安定的な確保に向けた方策を検討するといった部分を併せて追記させていただいてございます。

続いて、資料の34ページ目になります。こちらは精神病床における人員配置の充実について、隔離・身体的拘束の中で項目をこれまで一緒にしていたのですが、第8といった形で独立の項目を設けてございます。

その上で、まず、歴史的経緯といった部分、前回検討会野中で御紹介いただきましたの

で、そういったことに基づきまして追記をさせていただいてございます。

まず○の1つ目、精神病院法によって公的精神病院を設置する考え方が初めて明らかにされたが、その内容は、民間の代用精神病院制度を設けるものであったため、公立精神病院の設置が進まなかった旨。○の2つ目、戦後、精神衛生法に基づいて、昭和29年に改正が行われ、民間精神病院の設置・運営に要する国庫補助の規定が設けられたこと。これによって民間病院を中心とした病院・病床の整備が進められた旨。○の3点目につきましては、整備が進められる一方で、医療従事者の確保が課題となるといったことで、昭和33年、いわゆる精神科特例の通知が発出された旨。○の4点目につきましては、こうした歴史的な経緯もあり、民間精神病院については、必ずしも十分とは言えない基盤の中で、地域における過大なニーズに対応する役割を担ってきた旨を紹介させていただいてございます。

これを踏まえて、その後の人員の充実についてといった部分になりますが、こちらはこれまでの検討会での資料を基本にした記載を追記させていただいてございます。いわゆる精神科特例については、平成13年の医療法改正に伴い、通知は廃止されている旨。医療法に基づく人員配置標準については、人員配置の最低標準を定めるものであって、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・看護師の配置が求められている点。一番下の○のところになりますけれども、こういったことを踏まえまして、慢性期の精神病床について医療計画に基づいて検証を図っていくとともに、入院患者に対してより手厚い人員配置の下で良質な精神科医療を提供できるように、個々の病院の規模や機能に応じ、医師・看護師、その他精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含む適切な職員配置を実現していくことが求められている点について記述させていただいてございます。

最後、第9、虐待の防止に係る取組という点につきましては、前回検討会の中で虐待防止法を改正して設ける考え方、精神保健福祉法を改正して設ける考え方、両論併記の形が望ましいという御意見を頂戴いたしました。37ページの1つ目の○になりますけれども、そういった御意見を踏まえまして、双方を支持する意見があったという旨、追記をさせていただいてございます。

事務局からの説明は以上になります。どうぞよろしくお願いいたします。

○田辺座長 御説明ありがとうございました。

それでは、議論に移ってまいりたいと存じます。本日は、取りまとめに向けた議論として事務局から報告書（案）が提示されたところでございます。これまでの議論の集大成としての位置づけになるかと思えます。構成員の皆様方におかれましては、時間の限りもでございますので、報告書にさらに盛り込むべき点がある場合には、その旨を明確にさせていただき、3分ほど、長くても5分以内にまとめて御発言を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、御意見のある方は挙手の上で御発言をお願いいたします。では、よろしくお願いいたします。

小阪構成員、よろしくお願いいたします。

○小阪構成員 すみません。時間ももったいないので、では、発言させていただければと思います。私からは3点申し上げたいと思っています。

まず1点目が、18ページの○2つ目の黒ポツ2つ目「ただし、病気の自覚を持てない場合があり、症状の悪化により判断能力そのものが低下するという特性を持つ精神疾患については」という記述箇所についてですが、「病気の自覚が持てない場合があり」という記述箇所については少し修正をしていただきたいと思います。障害や病気と向き合うことになる当事者の心情やその実態に照らし合わせて適切な表現ではないように思えます。病気や障害を受け止める際に当たって、迷いや逡巡があるというのは人としては当然のことだと思うので、ここは、病気を受け止め切れない場合があり、などに修正していただくほうが適切かなと思いました。

2点目です。20ページの②、緊急のニーズに対する受診前相談及び入院外医療の充実の中の○2つ目、緊急時における受診前相談について記述がある箇所です。ここについては個人的にはその質に係る検証というものも盛り込んでいただいたほうがいいのかと思います。

最後に3点目、31ページの処遇基準告示の見直し等についてです。単に多動または不穏が顕著である場合という現在の要件、イに対して言葉を盛り込む形で限定することが示されているかと思います。何とか私も当事者の立場として受け入れられるような修正を図っていただけるの难道うかと事務局に期待していたところもあるのですが、現行の案だと、正直申し上げまして、当事者としてはまだまだ受け止め切れない表現かなと思っています。

1つが、31ページの同じ箇所の上から2つ目の○で、精神科病院の医療は患者のために行われるべきものということが確認されています。それから2点目、患者の尊厳が確保されることが何よりも重要であるというふうに確認がされている中で、基準告示の改正案について複数の方たちから、要件が拡大するおそれがあるのではないかという意見が出されているかと思います。そうした懸念がある中で、当事者の立場としては、このままでよしとはなかなかできないかと思います。

1点事務局に質問させてください。今の案の中で、患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合というのが続いているかと思います。この今お示しの案について、現行基準のアとウとの整合性や、お示しの改正案を残す意義というものを改めて教えていただきたいなと思います。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

1点、御質問ないしは御確認したい点があったと存じますので、事務局のほう、回答をお願いいたします。

○平岡精神・障害保健課長補佐 御指摘の点ですけれども、今回の報告書の中でも書かせていただいておりますが、32ページ目の部分です。この点に関しということで、多動または不穏が顕著である場合といった点、要件から削除すべきとの意見、改めて今いただいたと



ころでございます。こうした意見も踏まえまして、今後、実際の運用について検討を深めていくことが必要であるという部分をしっかり事務局としても受け止めているところでございます。こういった実際の運用の検討を深める中で、告示の具体的な文言についても検討させていただきたいと思っております。

事務局からは以上でございます。

○田辺座長 小阪構成員、よろしゅうございますか。

○小阪構成員 すみません。私のほうが硬い言い方でしたけれども、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。

それでは、岡田構成員、よろしく願いいたします。

○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。私からは4点、意見を述べさせていただきます。

1点目が報告書の20ページの②、緊急のニーズに対する受診前相談及び入院外医療等の充実というところの3つ目の○に、昼夜を問わず、患者の緊急のニーズに対応できるということ、診療報酬等の評価を含めて検討を進めるべきであるというこの文章、前回まではこの「地域の実情に応じた受診前相談の体制整備」についての後に、また、往診や訪問診療、訪問看護で時間外診療への対応というふうに、訪問医療に関する文言が入っておりました。地域で暮らす当事者家族にとっては、精神科の医師も含めた訪問医療や訪問看護の拡充というのは、地域で安心して生活するためには欠かせない医療であり、支援であると考えております。当会では、2009年の調査以降、今日まで10年以上にわたりこの訪問医療、訪問支援の必要性を強く訴え続けております。訪問による医療体制の拡充は、精神障害にも対応する地域包括ケアシステム構築には欠かせない視点ですので、この3つ目の○の診療報酬等の評価も含めて検討という文章には、これまでのように訪問医療、訪問看護という言葉を明記していただくことをお願いしたいと思えます。入院外医療という言葉だけにまとめてしまうことなく、訪問医療・訪問看護という言葉をきちんと明記していただきたい。これをお願いしたいと思えます。

2点目が医療保護入院についてなのですが、今回、桐原構成員から提出されます一般社団法人精神障害当事者会ポルケの入院制度に関する報告書がありますが、この報告書の11ページで「自分は入院をしたくなかったが、親の同意により入院（医療保護入院）をしなくてはならなかった。自分の中でうまく気持ちの整理がつかず、関係修復が難しく悩んでいる」に対して、「とても共感する」と「共感する」という回答が83%と報告をされています。医療保護入院における家族等の同意は、家族への重たい責任という側面だけではなく、当事者にとっても大変困難な思いを残していることが分かります。

医療保護入院を複数回経験した当事者で、現在は一般就労もして残業もこなすような生活を送っている方ですが、その方が、私が今手元に持っております書籍の中でこう記述をしております。「この制度の不条理で恐ろしいところは、仮に幾ら本人が自傷や他

害のおそれがなく、正気であると訴えても、家族や医療がそうでないと判断すれば、当事者を強制的に入院させて一定期間治療をさせることができるという点です」と書いています。そして、その後に、お母様が医療保護入院の同意をしたのだと思いますが、「事実、私は母に対して強い殺意を覚えた時期がありました。当時の治療の必要性や対処の仕方に関しては、いまだ母とは前提や見解が異なっています。」このように書いている当事者の方がいらっしゃいます。

家族が医療につなごうと必死で対応したことが、当事者にとっては人権侵害行為という受け止め方ともなり、回復後も長くしこりを残す、医療保護入院制度のこのような側面を重要視していただき、今後の医療保護入院の見直しにおいては、何度も繰り返して申し上げておりますが、制度ありきではない廃止に向けた検討を進めること。そして、まずは家族等の同意については早急に見直すべき重要課題として諦めずに検討を継続していただくことを切望いたします。

3点目、隔離・身体拘束を可能な限りゼロとするための最小化に係る取組についてです。前回の検討会で確認をお願いしました精神科医療の身体拘束を考える会からの意見及び質問書は、今回、参考資料として提出させていただいておりますが、この質問の（１）に関連することなのですが、先ほど小阪構成員のほうからも御質問がありました。先日、17日の衆議院厚生労働委員会でも取り上げられていましたこの身体拘束の要件についてですが、31ページの②、多動及び不穏が顕著であって、かつ患者に対する治療が困難という説明を加えることで、拡大解釈につながってしまわないかという危惧を感じているという意見をこれまでも繰り返し、複数回にわたって述べさせていただきました。ここで確認をさせていただきたいのですが、厚労省としては、治療が困難という説明を入れたのは、身体拘束の要件を狭めるための見直しを目指してこういう言葉を入れたという理解でよろしいのでしょうか。申し訳ありませんが、再度その辺りの説明をお願いしたいと思います。

最後に4点目です。虐待防止に係る取組について、36ページには、令和2年3月に報道された精神科病院における虐待事案を受け、早期発見への取組や強化、都道府県の指導監督の徹底ということを書いておりますが、昨年、令和3年にも精神科病院の認知症病棟の中で虐待事案が発生しています。今年3月に新聞報道もされていますけれども、その地元の家族会に病院からの内部告発の文書が届いたことから、家族会が地元の行政とやり取りがあったということを通じてその家族会の方から聞いています。同じ告発文が行政にも届いていたそうですが、そのやり取りの中で気になったのが、行政の方の消極的な対応だったそうです。報告してくれた家族会の方の言葉を借りれば、虐待を受けた患者を守ることも、病院への気遣いを優先させているのではないかと感じさせるような対応で大変に残念だったということです。弱い立場に置かれた人をきちんと守ることにつながる虐待防止策の実現に一刻も早く取り組まなければならない、その思いを強くしております。

精神科医療関係者の皆様も思いは同じだと、この検討会を通して学習しております。ぜひとも精神科医療機関の皆様にも先頭に立っていただいて、精神科医療のより開放的な仕組

み、体制づくりなどを進めていただいて、虐待事案の撲滅をはじめ、様々な課題について御尽力いただけたら大変に心強く思います。

また、今回のことから、行政の方々の意識改革も大変必要だと実感しております。虐待防止法の中に位置づけることが重要と思いますが、その一方で、一刻も早く虐待防止の体制整備のための法律的な裏づけが必要なのだということを改めて感じているところです。

以上になります。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

1点また同じ箇所かと存じますが、確認ないしは御質問がございましたので、御説明をよろしくお願いいたします。

○平岡精神・障害保健課長補佐　事務局といたしましては、身体的拘束につきまして、可能な限り最小化を図るという部分につきましては、しっかり進めていくというのが今回の大事な点になっているかと思っております。したがって、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につきまして、今回、「かつ」といった形でしっかり限定をかけるものでございます。したがって、今回の見直しが要件緩和につながるというものではないと考えております。

先ほど具体的な文言は今後検討と申し上げましたが、こういった「かつ」の形でしっかり限定をかけるものでございますので、基本的にはこのような文言の形で告示においても規定されていくべきなのだろうと考えているところでございます。

以上になります。

○田辺座長　よろしゅうございますか。

○岡田構成員　ありがとうございます。すみません。身体拘束の要件を狭めるための見直しという理解でよろしいということですね。

○平岡精神・障害保健課長補佐　その理解で間違いございません。

○岡田構成員　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。

それでは、櫻木構成員、よろしくお願いいたします。

○櫻木構成員　日本精神科病院協会の櫻木です。

今回、参考資料のところで、前回私がお願いをした令和3年度の総合福祉推進事業の報告書を入れていただいて、ありがとうございます。私がお話をしている内容はこれで明確になったと考えているわけですが、例えば参考資料の60ページあるいは61ページに非同意的な入院の各国の状況について報告をされています。それから、同じ資料の85ページ、86ページのところは、隔離であるとか身体拘束についての各国の状況というのが示してあります。例えば日本の医療保護入院の制度であるとか身体的拘束、あるいは隔離といった行動制限の在り方が世界の水準から考えると著しく偏った内容であって、それを見直ししなければいけないというような立場での議論ではないというようなことが明らかに

なったのではないかと考えています。

これは何回か私もお話をさせていただいて、繰り返しになって恐縮なのですが、実際の精神科医療の現場では、患者さんの病状によっては非同意的な入院、あるいは行動制限といった非同意的な治療の在り方、これについて我々としては判断をしなければいけないというような場面がございます。そういったことを念頭に置いていただいた上で、ここの議論をお願いしたいということを繰り返しお願いさせていただきます。

非同意的な内容の治療を一切行わないとすれば、それは治療の放棄になります。我々の責任を放棄するということになります。患者さんの不利益というようなことも将来的には起こってくることが考えられます。そういったことを明確にした上で、例えば制度の存廃についての議論をしていただかないと、なかなか議論として成立をしない。前向きに建設的な議論にはなっていないだろうと考えています。

ですから、今回の報告書において医療保護入院に関して見直しの方向性ですが、これも廃止をするのだというような前提で議論していただくよりは、非同意的な入院制度というのは、医療保護入院以外にも例えば応急入院であるとか、あるいは措置入院、法律は違いますが、医療観察法に基づいた医療というようなところも含んで、将来的には整理をしていくというふうなことで取り上げていただく必要があろうかと思ひますし、先ほどから問題になっている身体的な拘束あるいは隔離といったいわゆる行動制限の最小化に関わる問題ですね。これも場合によっては先ほど御説明がありましたけれども、処遇基準告示を明確化していくという中で我々も対応していこうと考えておりますので、隔離ないしは身体的な拘束は原則廃止をするのだという論点に立って、なかなか前向きな議論ができないのではないかと考えております。

こういった処遇基準告示を明確化した上で、いわゆる不適切な形での行動制限はなくしていくということに関しては我々も努力をしたいと考えていますし、現にいろいろなマニュアルをつくるか、あるいは職員に対してのいろいろな研修を行っていくという中でそのことはやっているつもりですが、不適切な形でこういった行動制限が行われないようにするという立場では、我々も軌を一にしていると考えておりますので、そういった形での取りまとめをお願いしたいと考えております。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょう。

それでは、森構成員、よろしく願いいたします。

○森構成員　精神保健福祉事業団体連絡会の森と申します。よろしくお願いします。

当連絡会の役員会などにおきまして話し合われた内容を参考資料のように意見書として提出させていただきました。その後、いろいろ反映していただいておりますので、ちょっと抽象的な話になるかもしれませんが、御説明したいと思います。

まず、医療保護入院につきまして、廃止すべきではないかとなっていたものは、制度の

将来的な継続を前提とせずと変更され、廃止の方向で進み始めたものが、その改革の速度が鈍化するのではないかと危惧するものです。岡田構成員の家族としての発言をしっかり受け止める必要があることと、障害者権利条約とのすり合わせを考慮すると、やはり廃止という強いメッセージを打ち出してもいいのではないかと考えました。決して非自発的入院を全面否定するものではなく、患者さんの権利擁護の観点からも非自発的入院の在り方についてはまだまだ研究、検討が必要な制度ではないかと考えます。

福祉の現場で、ひきこもりで未治療の方の相談を受ける中で、受診を説得する場面があります。本人の説得はもちろんですが、家族の説得が必要な場合があります。しかし、家族の同意を求める医療保護入院制度は、精神科医療の敷居の高さを感じさせ、家族が受診さえちゅうちょし、本人よりも家族を説得するのに苦勞する場合があります。医療保護入院は決して医療へのアクセスを保証する制度にはなり得ていない気がします。参考資料にも外国の制度などが紹介されています。もう少しこの辺りを研究していく必要があるかなと思いますし、現場でこういう相談に乗っているとき、先ほど岡田構成員が述べられましたように、10ページの部分で往診だとか訪問診療、訪問看護、こういうものは福祉の領域の者にとっては連携を取るととても大切なものですので、ぜひこの言葉は記載していただければと思います。

次に、隔離・身体拘束についてですが、障害者権利条約第17条の個人の不可侵性の保護の理念を尊重する観点からも、治療、医療の名目で曖昧な解釈によって判断に裁量権の濫用または逸脱がないような明確な基準を設けるべきではないかと考えたものです。

3点目として、虐待に関してですが、障害者自立支援法成立に当たって、障害者の定義に精神障害者が加わり、障害福祉施策が展開されていることを踏まえると、やはりこの問題で精神障害者を特別視するべきではないと考えるものです。そして、障害者虐待防止法で対応するためには、当然、市町村の対応力が重要な基盤となりますので、市町村の体制整備を遅滞なく進めることが欠かせないものと考えます。

意見書以外では、第4、精神科病院に入院する患者への訪問相談についての意見がありましたので、紹介したいと思います。16ページの2の（3）の支援内容ですが、検討会の議論の中でも入院形態を問わず行うべきとの意見もありました。入院者の権利擁護の観点、長期入院防止等の観点からも、医療保護入院を中心とするという文言ではなく、入院形態を問わず、精神科病院に入院している患者へも広めるような文言が加わってもいいのではないかなという意見がありました。

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、上ノ山構成員、よろしくお願いいたします。

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

時間もありませんので、私は、市町村の役割等に関して中心にお話しさせていただきたいと思います。

今回の検討会の一番重要な点は、様々な精神的危機がある中で、メンタルヘルスの問題に関して国民的な課題として取り組むということの強いメッセージを出していくことが必要かと思います。その中で、とりわけ市町村の役割を明確にしていく方向で議論が進んでいることについて、非常にありがたいと思っています。

私はこれまでコミュニティメンタルヘルスチームというのを市町村につくる必要があるということを言ってきましたが、これは今回の報告書の中においても、そういうふう読めるような記載も結構あります。基本的には多職種で、関係機関との連携の中でアウトリーチも含めて支援を進めていくという形を推奨されているように思いますので、それはそれでいいかと思います。しかし、そのためにはその制度的な裏づけと、人や予算をつけていくことが必要になってくると思います。

例えば7ページの精神保健福祉相談員の項目が、これまでの記述ですと、精神保健福祉相談員の役割は非常に重要なので、その配置を努力義務とするということがあったのですが、今回の記載で、配置状況を把握し、課題を分析した上で、配置を促進する方策を検討すべきであるというふうになっていますので、若干後退したかのような印象を受けます。そうでないことを祈るわけですが、精神保健福祉相談員が、私のイメージだと、市町村におけるメンタルヘルスの中心になって活動すべき人でありまして、もしコミュニティメンタルヘルスチームができるとしたら、その中核として機能する。そして、その周囲に様々な関係者を巻き込んでチームをつくって機能していくということが期待されると思います。

ですから、この人に対してちゃんと予算的な配置、そして制度的な位置づけ、そのことについて明確にする必要があると思いますので、今の形だと、検討するという段階になっていますので、最初に述べられていた努力義務というところから少し後退したような気がします。その辺が杞憂であつたらいいと思いますが。

それから、8ページ目、精神科の医師・他科の医師との連携のところですが、ここもチームを編成し、訪問支援の充実に取り組むという記載がされていますので、それはそれでコミュニティメンタルヘルスチームにつながると私は思っています。そのことと、包括的支援マネジメントの基盤構築を図っていくことは、両方とも大事なのですが、訪問支援に取り組むことにより、包括的支援マネジメントの基盤構築につながってという書きぶりだと、少しおかしいなと思います。これは並列すべきことであって、チームを編成し、訪問支援の充実に取り組むことともに、包括的支援マネジメントの基盤構築を図っていくことが重要であると。

包括的支援マネジメントの基盤とは何かというと、私は、医療とその他、福祉を含めた関係機関との連携を促進していくために基盤をつくっていく際に、その基盤をつくっていく責任として市町村の役割が強調されているものと理解しています。それはそういうふうにはっきり書いていただくとわかりやすいのですが、そういう意味だと考えた上で、この項目に取り組むことにより、包括的支援マネジメントの基盤構築を図っていくと結論づ

けられると少しチームの役割が狭められていくと思います。

あと、医療計画のところでは、11ページですが、これまで私が何度か指摘させていただいているのですけれども、緊急時の対応と平時の対応を分けてしまっているのが少し問題かと思います。にも包括の報告書の非常に画期的なところは、平時の危機という形を強調していて、緊急ということを言っていないのです。これまで緊急というのは、どちらかというと措置入院のための、入院を前提とした体制の整備のことを言っていて、救急体制の整備というのは、どちらかというと緊急の整備に重点が置かれてきたわけです。しかし、にも包括の報告書では、平時における危機に対応することが強調されていて、それが今の検討会の基本的な姿勢になっていると思います。ですから、ここで相変わらず緊急と平時を対立させていく形の書きぶりは少し逆行しているかのような気がします。

にも包括の報告書では、緊急という言葉を使わずに、危機的な状況に陥った場合の対応という言葉を使っています。平時と危機的な状況は対立するものではありません。平時の中に危機があって、その中で危機に対応する体制が求められるわけです。ですから、この緊急という言葉で書かれているところを全て危機的な状況に陥った場合の対応というふうに変えていただけたらと思います。そうすることによって、コミュニティメンタルヘルスチームは、様々な精神的な危機に対応して関わっていくということであって、それは必ずしも入院を前提としたシステムをつくっていくということではないということになるかと私は思います。

それから、12ページの指標の作成のところも、できたらコミュニティメンタルヘルスチームの設置がどのように進んでいくかということについて、一つの指標として挙げていただけたらと思います。今のままだと、やはり市町村の責任を強調されていますし、医療計画もちゃんとつくりましょうという話になるのですが、この項目の中に市町村の役割が入っていないので、市町村は医療計画とは無関係につくっていくことになりがちです。ですから、医療計画の中にコミュニティメンタルヘルスチームの設置ということを書き込んでいただきたいと思います。

それから、13ページになりますと、精神疾患の多様性のことについて触れられているのですけれども、この真ん中辺り、第8次医療計画では精神保健に関する課題が母子保健・子育て支援、その他多様化している現状に照らし、そうした相談内容も踏まえるのはすごくいいと思うのです。このように精神疾患が多様化していて、それに対して対応を求められているのですが、この結論は、各疾患等について、精神指針等で示すべきであると。結局、これまでの精神疾患の分類等に沿って体制を組んでいくことになるのですけれども、今、我々が問われているのは、様々な困り事、様々な精神的危機、ひきこもりやDVや虐待や貧困、その他様々な危機があるわけなのですが、その危機についても医療計画の中に書き込んでいく必要があるのですが、結論として各疾患等について書いていくとなったら、結局は精神疾患の診断がつかないとサービスにつながらないという可能性があると思います。そういう意味での広がりを持った記載になって医療計画ができたらいいなと私は思い

ます。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょう。

それでは、藤井構成員、よろしくお願いいたします。

○藤井構成員 ありがとうございます。国立精神・神経医療研究センターの藤井です。

多岐にわたる重要な課題についておまとめいただきまして、ありがとうございました。まず総論のところについてなのですが、2ページの下にありますように、精神保健医療福祉行政とか権利擁護の歴史的なことについて記載をしていただきまして、これはすごく大事なことで、入れていただいてよかったと思うのですが、同時に、精神障害を持つ方が受けてきた差別とか偏見、スティグマに関しての記載もあったほうがよいのではないかと思います。スティグマがもたらす様々な影響は、御本人とか御家族にも直接的な悪影響があるばかりではなくて、メンタル不調を自覚した場合の援助希求の在り方がありますとか、医療福祉サービスの体制整備などにも影響を及ぼしてきたわけですので、サービス提供側の歴史とか取組状況だけではなくて、当事者側が置かれてきた状況についても追記が望ましいのではないかと思います。

普及啓発のところ、スティグマにも関係するところなのですが、ただ正しい知識を伝達するというだけだと、態度とか行動の変容にまではつながらないということが知られていますので、当事者の方とかピアサポーターの方々から直接お話を伺うとか、実際に交流する機会を持つことが有効とされていますので、当事者の方との交流の機会を積極的に設けることを推奨するような趣旨の記載もあったほうがいいのではないかと考えました。

あと、医療保護入院に関しましては、精神保健福祉法に規定されている入院の中でも特に課題が多い入院制度ということで、家族等同意も含めて、今回特に取り上げられているのだと思います。短期的な方向性として、今回の報告書の記載にはおおむね賛成なのですが、長期的にはほかの入院形態も含めて総合的に検討していく必要があるのではないかと思いますので、その旨も追記をお願いできるとありがたいなと思いました。

あとは報告書に追記してくださいということではないのですが、今回の報告書の全体的な方向性として、短期的な取組としてはおおむね賛成で、むしろ随分踏み込んでいただいたなと感じているところも多いのですが、今回検討会で取り上げていただいた課題のほとんどは精神保健医療福祉の根幹に関わるテーマかと思います。ですので、長期的な視点で検討を続けていかなければならないものばかりだなと感じています。市町村における精神保健に関する相談支援の位置づけについてもそうですし、同意によらない入院が行えない場合の医療へのアクセスの確保、それは適正手続の在り方を含めて非常に重要な課題ですし、そのほかの課題についても、今回の検討会では理念的にこうあるべきだということと、実際には短期的には解決できない、あるいは関係法令等との整理がすぐには難しいというような現実とのジレンマの中で、まずできるところから取り組んでいこ



うということで議論されていたと思うのですけれども、一方で長期的な視点でじっくり取り組まなければならない課題が大半だったかと思いますので、精神保健医療福祉領域だけにとどまらない視点から、継続的な検討会あるいはワーキングなどを開催していった、長期的な視野でどのような方向に進んでいくかということを継続的に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。

ほかはいかがでございましょう。

では、よろしくお願いいたします。

○岩上委員 全国地域で暮らそうネットワークの岩上でございます。

大変多岐にわたる課題をこのようにまとめていただいて本当にありがとうございます。非常に御苦勞が多かったのではないかなと思っています。ここから先は実効性のあることを、もともと実効性のあることをまとめなければいけないとずっと言い続けましたけれども、多分、ホップ・ステップ・ジャンプのホップにはなる報告書なのではないかなと思っています。

その中で、16ページの訪問相談のところですが、いろいろな御意見を踏まえて、都道府県の任意事業として位置づけて全国展開を目指すということで、文言的にはこれで構わないのですけれども、ぜひ今後進める上で、都道府県に適切に理解をしていただくために丁寧に御説明いただかないといけないだろうと思っています。できれば、にも包括の推進事業等の中でメニューにしたほうが、都道府県は予算化をしやすいと思います。今、都道府県も予算を新たにつくるのは非常に大変で、新規項目で何か事業化するというのはまた手がかかる。手がかかるなどという言い方は適切でないかもしれませんが、そう思います。その推進事業等はかなりメニューの中で幅広く使われるようになってきましたし、多くの自治体が利用していますので、そういった実効性のある計画を立てていただきたいと思います。

その点をぜひお願いしたいということと、あとは議論をずっとお願いしているように、どうしても精神科医療に対する不信感が根強いのを、どうしたら除去できるのかということは大きな課題なのではないかなと思うのです。それには、すごく良質な精神医療を提供されている方からしてみたら、ちょっと考えられないような話なのです。だって、身体拘束ゼロを目指すと言っているにもかかわらず、拡大するのではないかという意見が出てしまうというのは、僕はこの検討会で非常に真摯に皆さん取り組まれているにもかかわらず、そういった根底が崩れてしまうということは非常に残念です。

ただし、そういったことを御指摘いただく実態があるのだと思っている方もいらっしゃると思います。だとすると、やはり良質な精神科医療を提供している病院等が自らの医療機関はこういう価値観で、例えば身体拘束についてもこういう考え方で適切にやっていますみたいなことをもっとオープンにさせていただいて、多くの医療機関がとても一生懸命頑

張っているのだという姿をもう少し見せていっていただいて、櫻木先生にもお願いしたいのですけれども、その上で、良質な精神医療をつくるためにはこういう課題があると。あるいは、そこに乗れない医療機関に対してはこういった適切な指摘が必要だという、その辺がいつもごちゃ混ぜになってしまっていることをとても残念に思っています。

なので、ゼロを目指すけれども、必要な隔離・拘束についてはこういった対応を私の病院は取っていますという形がもう少し見える化するようなことも必要なのではないかと、全部ごちゃ混ぜにして問題がある病院と全て一緒にされてしまう。それよりも問題があるところはどうやって指導すべきで、もっと頑張っているところは適切に評価されるということを、どうしたらつくっていけるのかなというのを、この報告書に書けるかどうかは別として、課題として共有しておきたいと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。

では、よろしくお願いします。

○吉川構成員 日本精神科看護協会の吉川です。よろしくお願いいたします。

我々は精神科看護職の立場として、今回の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につきましては、今後、看護職が様々な現場でいろいろな患者さん、御家族と向き合って、これから看護を提供していく上で非常に重要な位置づけになると思っております。どの項目も看護職にとって非常に大切な項目ではあるのですが、先ほど岩上構成員のほうから身体的拘束のことをおっしゃられました。

私は、今回、報告書の身体的拘束については特に何か盛り込んでいただきたいとかいうことはないので、先ほど言っていたように、今回、法律事項の話ではなくて、やはり現場が、そして看護者がそれぞれの現場でいろいろ考えて取り組んできております。私たちにできることとして、今、オンラインで身体的拘束について精神科看護職が目指す方向性というフォーラムを何回もしながら、今回の検討会の方向性も共有した上で、それを実現するためには現場でどんなことが課題になるのかということも検討しています。ですので、これから私たちができること、取り組めるものをさらに共有を進めていきたいと思っています。

それは今、我々がやっていることについての御紹介なのですが、あらためて今回の報告書について1点だけ、精神科看護職の立場から少し事務局に御検討をお願いします。36ページ、37ページの最後、虐待の防止に係る取組です。地域で安心して暮らせる体制の実現に向けたというときに、精神科看護者にとってやはり虐待の防止というのは非常に重要な課題だと認識をしております。我々がこれから虐待防止に向けて取り組んでいくに当たって、今回、36ページ、37ページについては、37ページの最後が現場での虐待防止委員会の開催ということで、少し現場レベルのことが記載はされていますが、そのほかはほぼ法律事項の話になっています。もちろん今、報告書に書かれていることも非常に大切なことな

のですが、我々精神科看護職としても、倫理綱領の中で危害を及ぼさない責務、もしくは危害が及ぶのを防ぐ責務というのがございまして、こういったことを現場で実践できるようにしていきたいと考えています。

そういうことでお願いしたいのが、36ページの下です。虐待行為の潜在化を防ぐための仕組みというところがあるのですが、こちらに、潜在化を防ぐための仕組みで虐待防止法に基づく通報義務のことが書かれています。ただ、これまでいろいろと御指摘をされています精神科病院における虐待事案というのも、恐らくいきなりこういった虐待として現れるということではなくて、そこにつながるような、もちろんそれが組織風土というふうに表現をされていることもあるのですが、今回、参考資料にも出ていました当事者の皆さんのアンケートの中でも、看護者の言動からつらい思いをされたり嫌な思いをされたという御意見もありました。ですので、明らかに虐待ということではなくて、そのかなり前の段階から、これを我々は倫理的な気がかりとか倫理的なジレンマと呼んでいるのですが、そういった段階から、例えば病棟やそれぞれの部署の中で倫理カンファレンスを行うとか、ピアレビューを行うとか、もしくは医療機関や病棟、部署の中で利用されている患者さん、御家族からの声を収集する、そういった取組を行って自浄作用が働くような現場づくりをしていく必要があると考えていますので、そういった自浄作用とか現場の取組の辺りについても少し記載をしていただければ、この報告書を見た精神科看護職も、まず自分たちがどういうことをこれから取り組んでいくのかという、我々自身に取り組むことをこの報告書から見てしっかりと理解できると思いますので、そういった自浄作用のことについてもぜひ御検討いただければと思います。

私からは以上です。

○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。

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 全国精神保健福祉センター長会からのお話になります。今回、幅広いテーマを取りまとめていただき、ありがとうございます。2点ほどなのですが、21ページの辺りです。医療保護入院を長期化させないというのは、制度とか枠組みだけでは難しいと思います。長期化しやすい人たちの特徴を明確にするなど医療保護入院の効果的な期間短縮研究等をお願いしたいです。隔離・拘束でもいろいろ工夫しようということがあるのであれば、医療保護入院に関してもテーマにしていきたい。なぜ医療保護入院が長くなってしまうのかとか、どういうことに気をつけたら短くなるのだろうかとか、そのような検討をしていただけるような将来性を持った文章を入れていただけるとありがたいと思います。

もう一点は33ページ辺りになるのですが、隔離・拘束の件です。これは書きづらいところがあるかと思うのですが、隔離・拘束は、するかしらないかというところがあるのですが、これも、実際、最低限していくというところの中で、外していくというか、隔離解除する

ときに現場では非常に混乱するというか、困るところがあるかなと思います。現場によっては時間解除だとか観察解除のような形が運用されているのですが、その辺もどのような在り方がいいのか。行動制限についても、グレーゾーンと言ったらまたややこしくなるかもしれませんが、そこら辺で現場は困っているところがあるので、そういう検討も今後必要だなということを盛り込んでいただけるとありがたいと思います。

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、櫻田構成員、よろしくお願いいたします。

○櫻田構成員　ありがとうございます。櫻田です。私のほうとしては1点といいますか、皆様の御意見を伺っての感想じみたものになるかと思うのですが、そこら辺のお話をさせていただけたらと思っております。

今回取りまとめいただいた報告書（案）については、私としてはおおむね合意という形にはなるのですが、小阪構成員がおっしゃっていただいたとおりですとか、岡田構成員からもありましたとおり、31ページの多動または不穏が顕著であってというところは、書き方がすごく難しいのだろうなと当事者としても感じるころではあります。当事者としては本当に隔離・拘束自体は自分自身もそうですし、ほかの方に対してもやってほしくないという思いは強くありますし、隔離・身体拘束にいいイメージが当事者はないので、そこら辺は限りなくなくしてほしいという思いが強くあるからこそその御意見なのかなと私自身も思っておりますし、私自身も同じような意見を持っておりますので、書き方はもう一度御検討いただけたらと思うのですが、なるべくほかの当事者の方とか御家族の方が読んでも、何と云えばいいのか今ぱっと出てこないころではあるのですが、報告書を読んだ方が、隔離・身体拘束をゼロにしなければいけないんだみたいな意識が芽生えるような書き方を御検討いただければいいかなと思っております。

あとは岩上構成員がおっしゃったところでも、そういうこともあるよなと御意見を伺っていて感じたころです。隔離・身体拘束のころですとか虐待の面が、結構悪いころが目立ってきて、そればかり報道されてしまっているの、それに対していい取組をしているころがかすんでしまうのかなと思う部分があるのですが、やはり悪い部分だけではなくて、いい部分も含めてこういうことに取り組んでいかなければいけないということを盛り込んでいただければいいかなと思います。

以上になります。

○田辺座長　ありがとうございます。

それでは、柑本構成員、よろしくお願いいたします。

○柑本構成員　ありがとうございます。柑本です。私からは2点申し上げたいと思います。

その前に、このように報告書をおまとめくださいます、ありがとうございます。おおむね私も報告書（案）に賛成の立場でございます。

その上で2点なのですが、まず1点目は、25ページの同意者についての議論の表

です。私は、病院外の精神保健福祉士を同意者としたらどうだろうかという意見を述べさせていただきましたが、その理由のところには、入院すべきか地域の中で医療提供すべきかの観点が求められるからということしか書かれておりません。私は、それと同時に、精神保健福祉士の方たちは患者さんたちの人権擁護の役割を担っている存在であるということも申し上げたかと思いますので、それも併せて記載していただければと思います。

2点目ですが、31ページの身体的拘束の要件についてでございます。先ほど事務局から身体的拘束の要件については拡大しない方向で検討している、制限する方向で検討しているということを明確にさせていただいたのは本当に心強いと思いました。その点に関しまして、前回の検討会でも申し上げ、今回の参考資料の84ページにも掲載していただいた厚労省から発出された疑義照会への回答では、生命維持のために必要な医療行為のために短時間の身体固定をすることは指定医の診察を必要とする身体的拘束に当たらず、さらには診療録への記載も必要ないという回答がなされています。しかしながら、患者さんたちの人権擁護の観点から考えますと、やはり、すべからず身体的拘束については指定医の診察を必要とするものとし、事後的な検証ができきるように診療録への記載も行うべきだと考えております。したがって、この点につきまして、ぜひ、報告書の中に、こういった身体的拘束の場合についても、指定医の診察等を必要とする方向で考えるといった追記をしていただけたらと思います。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、北村構成員、よろしく願いいたします。

○北村構成員　取り立ててどこかを変えるという話ではないのですが、今回の取りまとめで精神病床における人員配置の充実についてということで、医師と看護師の配置だけではなくてコメディカルを増員をきちんと書いていただいたのはありがたいかなと思います。それから、医療保護入院について家族の同意というのはどうしても引っかかるので、どういうふうに文言で反映していくかは分からないのですけれども、今まで幾つか意見が出たとおり、ほかの入院形態との関係も含めて、やはり非自発的入院は、僕は一つでいいと思うので、その辺りを長期的に考えていくことが必要だと思います。

先ほど辻本構成員の話を聞いてちょっと思い立ったのですが、身体拘束とか隔離につきまして、本当の現場の意見といいますか、指定医の新規の研修会とか更新の研修会とかも全自病のほうでやっているのですけれども、結構質問されるのが、やはり行動制限を最小化しようとしている病院はたくさんあって、看護師さんとかも非常に頑張るので、そうすると例えばミトンとかつなぎとかあいうのも、介護保険では拘束に当たりますけれども、精神保健法上はそうは見えないことについても全部指定医の指示が必要じゃないとか、あるいは先ほど辻本先生が言っていたのが開放観察というものです。我々だったら、例えば隔離して症状がよくなった人に対して、9時から17時まで開放観察とか、6時から21時まで開放観察と書いて、カルテの手続上はずっと隔離していることになりますけれども、

実際は何時間か外に出ているというようにしているのですが、それをきちんと指定医が診察して隔離を解除して、入れるときもまた指定医が診察して隔離をしているのだとかいう病院もあったりするわけです。

そうすると何が起るかというと、指定医だってやはり時間内で帰りたいですから、結局、記録を指定医がするのはいいのですけれども、指定医が実際に全部診て隔離をすることになると、かえって隔離の時間が長くなるのです。よくある話で、こういうことは何かに書くとか文言にするとかではないのですけれども、結局、患者さんの身体拘束なり隔離などで行動が制限される時間が短くなればいいですから、我々はその辺は看護師さんの裁量とかも含めてきちんとカルテに書いて、こういうふうにしてくださいというのをやっているのですけれども、その辺りが本当に現場では困っていることのようなので、それを法律に書いたりするとまた動きが取れなくなるから困るのですけれども、やはりきちんと実際の運用、特に身体拘束とか隔離に対する運用について、あなたのところは法律違反ですよとかそういう話ではなくて、もっときちんとどこかで話したほうがいいのではないかなとは常々思っています。全自病の研修会ではその辺りはリアルに話しておりますが、各県とかの事情によって違うこともあるかと思いますので、まとまりませんが、一応現場の意見として言いました。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、永松構成員、よろしくお願いいたします。

○永松構成員　ありがとうございます。全国市長会の永松と申します。発言の機会をいただいてありがとうございます。

1点確認ですが、昨日、私は事前のお話のときに出張でいなかったものですから、今日確認したいのは報告書の7ページの④です。これは先ほど上ノ山先生が御質問になったところです。私が把握していたときは、要は精神保健福祉相談員の配置を都道府県及び市町村の努力義務とするという形で話を聞いていたのですけれども、今日になると、配置状況を把握し、課題を分析した上で配置を促進する方策を検討するべきであるという形で変わっていますので、いろいろな御意見があったから当然こういうふうになったと思うのですけれども、努力義務とするということと、配置を促進する方策を検討するべきであるということだと、考え方にかかなりの差が出てくる。

時間をかけて慎重に検討することはもちろん結構なのですが、ただ、方向性が、努力義務というのをわざわざ消されたということは、その間に、ただ、努力義務とするということはやはりいずれにしても、条件はつけるにしても書いておいていただければ、地域包括であるとか重層的支援体制整備、地域福祉保健医療、そして教育も連携すると思うのですが、総合的な、精神の方だとか、いろいろな疾病に対して市町村が将来的に実施主体になるのだという覚悟ができると思うし、職員を育てるためにも、それからNP0法人とか社会福祉法人、医療法人の方と連携を組むときに、努力義務が将来かかるのだということ

を少なくともそこは書いていただけるとありがたいなと。ほかに強い意見があったということであれば別なのですけども、努力義務がすつとなくなっていたのが気になるので、すみません。よろしくお願いします。

○田辺座長 ありがとうございます。

この点、何か御説明、コメント等ございますか。

○平岡精神・障害保健課長補佐 今いただきました意見につきましては、事務局としてしっかり受け止めまして、関係者と調整してまいりたいと思います。ありがとうございます。

○田辺座長 それでは、江澤構成員、よろしくお願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。まずは取りまとめの案の8ページでございます。

②に精神科の医師・他科の医師との連携がございますが、その箇条書きの3つ目に、研修等の活用を通じて、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記載にとどまっておりますので、もう少し踏み込んで言及をして、実効性が高まるようなこともお願いしたいと思います。

例えば、令和4年度の診療報酬改定では、こころの連携指導料が新設されています。これは孤独・孤立による影響等により精神障害またはその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科または心療内科の医師等が自治体と連携しながら、多職種で患者さんをサポートする体制を整備し、患者さんを支援する取組を評価するものです。こういった取組のモデル事例や実践事例を共有することや、地域の実情に応じて医師会、病院団体、看護団体あるいは訪問看護やソーシャルワーカーの団体などと自治体が連携強化に向けて協議を行うことも重要であると考えます。そういった協議の中では、具体的な連携による患者さんの支援、あるいは退院後の再入院の患者さんにおける地域の課題を論じる場も必要ではないかと考えます。

続きまして、2ページの最初のところに自殺者に関する記載がございます。我が国におきましては、G7先進国の中でも人口当たりの自殺者が最も多く、令和2年度には女性の自殺者の増加によって、減少傾向であった自殺者総数も増える結果となっております。自殺者はメンタルに問題を抱えていながら、その大半は精神科にかかっておらず、精神科につなぐことが重要な課題となっております。また、特に救急搬送された自殺未遂者は、精神科のフォローアップや自治体の相談支援に確実につなぐことが不可欠であります。したがって、自殺対策として、精神科につなぐ仕組みの充実強化も重要と考えます。

一方で、同居の配偶者であっても、自殺者本人のサインに気づかず、呆然とすることも目立ちます。自治体と連携の下、専門家や有識者による住民向けの発信などを通じた啓発活動も行っていく必要があると考えます。

最後に、31ページの本文中にあります見出しなのですが、可能な限りと最小化というのが日本語的に重複して分かりにくいような印象を感じています。そもそもこの可能な限りが誤解されないのか、必要なかどうかよく分かりませんが、明確にゼロを目指すということが極めて重要な視点でありますし、特にこの辺りは見出しですので、も

う少しちゃんと意図が伝わるように、そして分かりやすい文章で表記したほうがいいのかなども考えています。

それから、先ほどから虐待の議論がございますけれども、虐待は場合によっては犯罪に近い厳罰に処すべきものでございますので、その辺りは厳格に対応できる仕組みが必要でありますので、その辺りは十分また今後検討いただきたいと思います。

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、田村構成員、よろ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。今日は遅れまして申し訳ございませんでした。報告書に向けた取りまとめの資料をありがとうございます。これまで検討していることをいろいろ表現も工夫してお書きくださっていると感じています。その上で幾つか提案等をさせていただきたいと思います。

まず、18ページからの医療保護入院について、当初は医療保護入院の廃止が望ましいのではないかという記述から、少しずつ違う表現になってきていますが、非自発的入院を全くなくすべきとこの検討会で話しているのではなく、医療及び「保護」のために1名の医師と家族等の同意のみで入院となるのはどうなのかという議論をしてきたと思います。

前回の発言と重なって申し訳ないのですが、18ページの最後の○のところに「将来的な継続を前提とせず」まではいいと思うのですが、「他の非自発的入院制度を含めて、非自発的入院における診断の在り方、それを決定する仕組み、患者の権利擁護者等について具体的かつ実効的な方策を検討することが必要である」といったような、もう少し踏み込んだ表現にしてはどうかと思いました。

2点目は31ページからの隔離と身体的拘束についてです。精神科に特有の仕組みとして、患者さんを隔離したり身体的に拘束したりすることが法律で認められているということですが、この間、私ども精神保健福祉士協会の中でもこの件についていろいろ意見を聞きまして、実は一般科に自分が入院したときにベッドに縛り付けられたという人もいました。つまり、ベッド上でどうしても安静を保たなければいけないときに拘束されることは、法律にどう規定されているかはともかくとして、精神科以外でも現にやられていることはあると。ただ、その際に看護師さんなどが頻回にというか、ずっと声をかけてくださって、そして約束の必要性も説明してくれて、お医者さんからも毎日のようにあとどのぐらいで取れますよとか、こうなったら大丈夫ですよということを伝えていただくことによって、非常に苦痛なのだけれども、何とか我慢もできるし、その必要性を少しずつ理解して耐えているということでした。

ただ、それでもやはり嫌だった、つらかったとの記憶は残るということで、それがあつて、精神科の人員配置等の問題もあつてそこまで丁寧にされていないとすると、やはりトラウマという形で残ってしまって、安心して精神医療を受けることを阻害してしまうのではないかと、それはすごくもったいないことではないかと考えます。



人数が少ない中でそこまで手厚くしづらいことはあると思いますし、人員配置基準、特に慢性期の病棟に多数配置しましょうという話ではないのは分かるのですが、スーパー救急などでは比較的、身体的拘束の時間数を短くすることもできているのは、やはり人が多いからではないだろうかと考えたときに、身体的拘束のできる病棟の人員配置基準を定めるとか、あるいは極力声かけできるスタッフを増やすとかいったことは必要ではないでしょうか。

精神保健福祉士も、隔離や、身体的拘束の最中であっても、患者さんのところへ行ってお話を聞いたり、また、人権擁護の機関に電話をしたいと言えば、携帯電話等を耳元に持っていったお話しできるようにするなどをやる者もいますし、そういったことをしていない精神保健福祉士もいることが今回いろいろ聞いてみて分かりました。

これは私どもの協会としても、身体的拘束中の患者さんの人権擁護について、そこで行えることは何なのかをもう少し考えなければいけないと思っていますし、チーム医療の一員として、例えば行動制限最小化委員会で検討する際も、患者さんに関わっていなくて検討はできないので、しっかり関与していかなければいけないと改めて感じたところです。

この中ではお医者さんや看護師さんの話しか出てきませんが、例えば退院後生活環境相談員も定期的に身体的拘束中の患者さんに会うべきであるといったことや、チーム医療の一員として私どもを活用していただくことも含め、また、私たちもそこにきちんと関与する形で、患者さんのトラウマにならない治療のための貢献をしたいと考えております。書き込むことは難しいかもしれませんが、そういう思いであることをお伝えさせていただければと思います。

最後に、虐待防止に関しては、前回も発言をさせていただきましたが、適切に医療が行われていない、いわゆる看護・治療放棄と言う言い過ぎかもしれませんが、そういった行為や態度も虐待に当たるのではないかと。子供虐待であれば育児放棄とか、高齢者虐待であれば介護の放棄といったことも虐待に当たるわけです。この報告書では身体、精神、経済的虐待等の、「等」に含まれているのかなと思うのですが、例えば冒頭に、「良質かつ適切な精神医療が提供されないばかりか」といった表現をで入れてから、医療機関の従事者による身体的虐待、精神的虐待などが続くのはいかがかと思います。

あと、1つ戻らせていただきます身体的拘束についての31ページの一番下の行についてです。今回いろいろな御意見のなかに、隔離や身体的拘束をしやすくなる、対象拡大につながらないかとの御懸念が方々から出されているなかそこは実際に身体的拘束された方、患者さんの身になってみると本当に御不安だと思いますし、この間、この検討会が話してきたことがしっかり伝わらないのはとても残念ですので次の提案をします。対象の明確化を図るべき、というところを、「対象の明確化を図り、身体的拘束は例外的であって、ゼロに向けることが前提であることを認識すべきである」といった形で、よりはっきりと身体的拘束をなくそうとしているための提案であることを分かりやすく示してはいかがかと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、太田構成員、よろしくお願いいたします。

○太田構成員 ありがとうございます。私のほうからは2点、1点目は非常に細かく、2点目はもうちょっと重たいかもしれません。ただ、素人なので若干確認をお願いするという趣旨になります。

重たいほうから言いますと、それは上ノ山構成員がおっしゃったところに関わります。上ノ山構成員が直してほしいとおっしゃった箇所のうち8ページの部分です。私の理解が追いつかなかったところがあるのですが、8ページの基盤構築を図っていくとしている箇所につき、市町村が基盤構築しかやらないように読まれるのは困ると、むしろ市町村が包括的支援マネジメント、チームそのものをつくってそこに事業を委託する。要するに、市町村が事業をやるのだということを強くしてほしいと、それもあるようにしてほしいとおっしゃったと思います。この部分は特にその程度であればそれもありかなと思いながら聞いていたのですが、その路線の延長上に、医療計画における記載事項にもしてほしいという方向の議論、指標例の中に書き込むことを求める形でおっしゃったように聞こえました。誤解であればいいのですが、ただ、医療計画は都道府県が定めるもので、そこに市町村がやるべき事業を實際上書き込むと、裏口入学のような形で市町村がなすべき事務を義務づける、梓づけるということになりかねないと思います。

法律を見ますと、都道府県の医療計画においては達成されるべき目標を定めることができますので、書き込んだら法律違反なのかどうか、私はとっさにこの短時間の間では判断がつかなかったのですが、あまり乱暴にやるのは望ましいことではないだろう。したがって、上ノ山構成員のお立場としてそういうことを言いたくなるのは分かりますが、事務局には地方自治の根幹として、都道府県が市町村に対して箸の上げ下げを命ずることはできないはずなので、くれぐれもその部分については慎重な書き方をしていただきたいと思います。もちろん連携を取りながらとかその程度であれば書けるかもしれませんが、そこは注意していただきたいと思います。

もう一点は本当に細かいことです。これは日本語の問題として私はよく分からなかったのですが、6ページの「精神保健福祉法に基づく相談を受けている精神障害者に加え、介護保険法上の心身の状況の把握云々、相談・助言を受ける者等」が、次に、「法律上の相談等を受ける者であって」と略されてしまっているのですが、日常的な用語の語感として、相談等を受ける者というのは、相談をしている人ではなくて、例えば教員であれば学生から相談を受けているという、こちらの教員のほうを指す感じがします。これは恐らく後ろを見ても文脈上、相談支援等を受けているということで、助言を受けるとか支援を受けるとかに直されたほうが、相談を受けるというところだけ見て混乱を起こすことを防げるのではないかなと思いました。

非常に細かいところですが、以上です。

○田辺座長 ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょう。

それでは、野原構成員、よろしくお願いいたします。

○野原構成員 岩手県の野原と申します。これまでの様々な意見を踏まえて報告書を取りまとめていただきましてありがとうございました。基本的には賛成の立場で、1点目は内容についてのコメント、2点目は要望に近い意見を述べさせていただきたいと思います。

24ページの5つ目のポツになりますが、今回新たに記載された部分です。医療計画に基づき慢性期の精神病床の減少を図りつつと記載があります。現行の医療計画においては入院患者数の減少についてアウトカム指標に設定をしていますが、病床の減少という表現を使っている県は少ないのかなと考えております。この部分、精神病床の代わりに入院患者数とするか、もしくは病床を生かすのであれば精神病床の適正化を図りつつなどの表現が混乱を与えずに适当ではないかと考えています。もちろん今後の検討課題でありますので、検討していただければというコメントでございます。

次は要望に近い部分があろうかと思えます。今回、第2の精神保健に関する市町村等における相談支援体制という部分をかなり重点的に記載していただいたものと理解しています。7ページから8ページの部分で市町村の体制整備や都道府県の精神保健福祉センターの体制整備についても記載をしていただいております。市町村や都道府県など自治体の体制整備に向けては、財政的、そして人材的な裏づけをもって取り組む必要がございますので、今後、法令等の整備について着実に進めていただきたいと考えております。

続きまして、15ページ、16ページです。精神科病院に入院する患者への訪問相談についてということで、こちらを進めていかななくてはならないと考えております。16ページにも記載があるとおり、今後、この事業実施主体は、都道府県ということが適當であると記載されておりますが、一方で、その上の○のところで、まだこの事業に取り組んでいる自治体は本当に一部にとどまっていると考えております。こういった事業を進めるに当たっては、精神保健医療の資源が乏しい地方において支援者の方々の確保・育成が課題としてあろうかと思えますし、報告書にもあるとおり、支援者には相当程度のスキルも求められると考えております。記載の中には、国で標準化した研修を示していくとされておりますし、17ページには今後調査研究等を活用し、実施体制の構築を進めていくという記載もございしますが、ぜひ都道府県とも意見交換をしながら制度設計を進めていただければと考えております。

私からは以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございました。

お手の挙がっている方もいらっしゃるかもしれませんが、ここで15時まで休憩を取りたいと思います。15時になりましたら再開いたしますので、御参集をお願いいたします。では、一旦休憩に入ります。

(休 憩)

○田辺座長 それでは、再開したいと存じます。

お手が挙がっていらっしゃる神庭構成員、よろしくお願いいたします。

○神庭構成員 ありがとうございます。僕からはざっくりとした感想になってしまいますけれども、次回の予備日には参加できないので、この場を借りてお話しさせていただきます。

本当に幅広い重要な議題を取りまとめていただきましてありがとうございます。僕からは特に細部に関するコメントはございません。この検討会では我が国のメンタルヘルス、精神科医療が抱える諸問題を直視して多くの方から率直な議論が行われたことは大変よかったなと思います。必ずしも理想的な形での答えが出せたとは思っていませんけれども、この報告書はこれまであまり関心の薄かったメンタルヘルスの関係者の方々にも問題意識を持ってもらって、今後さらに議論が盛んになることを願っています。どのような形で報告書が実現されるのか不安もありますけれども、大変楽しみでもあります。

具体的な政策を現場で進めていく中では、さらに当事者の方の経験、お考えをお聞きして反映させていってほしいと思います。また、政策の効果を常に検証して、さらによりよいものにしていっ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した。

それでは、上ノ山構成員、お手が挙がっておりますので、よろしくお願いいたします。

○上ノ山構成員 太田構成員から医療計画のところで私の意見に対する御意見がございましたので、少し発言させていただきます。

医療計画はもちろん都道府県の策定するものですが、それがここに市町村の仕事と書くということではなくて、市町村のやる仕事に対して連携していく、協力していくことが重要だと思います。重層的支援というのはそういうことだと思うのですが、基本的な責任としては市町村が持つわけですが、県ないしは精神保健センターがそれを重層的に支援しながらやっていくという形を求められていると思います。医療計画の中に市町村の仕事を応援していく立場として県の仕事というのはあると思うので、県のほうから市町村の仕事を応援するということを書いたほうがいいと私は思うのです。

例えば、指標の中に市町村のコミュニティメンタルヘルsteam、あるいは認知症初期集中支援チームに似たようなものがどのような割合でできているかということを見える化していただく。そして、現在は認知症初期集中支援チームならば100%の市町村でできているわけですが、メンタルヘルスの領域においては我が都道府県においては市町村の何割がこのような体制を取っているということを指標化して、それに対して都道府県が協力していきたいということができたらいいなと私は思います。

例えば、市町村によっては医療機関がないところもありますし、医療機関がない、そこ

で医療の連携を求めてもなかなか難しいという話であれば、精神保健センターから協力をするとか、あるいはそういう協力医師をプールしておいて、そこで充実を図るということもあるかと思います。そのような形で県の応援がないと、市町村の活動もかなり制約されたものになるのではないかと思います。市町村の責任を果たしていただくためにも、県の応援を明確にしておくことが必要ではないかと思いました。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、太田構成員、よろしくお願いいたします。

○太田構成員 2回目を申し訳ありません。そういう趣旨でいらっしゃるのであれば、そういう趣旨が分かるように書けばいいのかなと思うのですが、補助金の誘導というのはそういうものなのであるとはいえ、応援してやるからにはおまえがやれという効果があるわけで、そこまで至っているのかどうかは今回の問題ですね。努力義務まで削ったのは驚いていて、市長会の永松構成員が書いてくれていいとおっしゃっているのを見ると、総務省の自治行政局か、あるいはほかの市長会担当者が嫌がったのかなという印象を受けないでもありません。あれ、何でという感じで、私としては若干混乱するのですけれども、やはり応援するという効果が持つ誘導、さらにはその先の義務づけとの関連性も考慮して、地域包括ケアも義務づけているよりは補助金で強烈に誘導しているというのが現状でございますので、そこら辺の広いインパクトは考慮した上でお書きになったほうがいいのではないかと考えてございます。上ノ山構成員がおっしゃる程度であればいいのかなと思いつつ、不安があるので一言申し上げました。

それから、せっかくの機会なので事務局というか厚生労働省にお願いしたいのですが、極めてたくさんの計画を社会保障と医療の領域でつくらせた挙げ句に、医療と福祉あるいは介護との連携が必要だということでさらに計画をつくらせていて、法律家が見てもよく分からない状況に陥っています。それでお互い整合しろということになっているのですが、他方において何をどこに書けばいいのか分からないぐらいになってきておりますので、そこら辺は厚生労働省として少し計画の一体化といいますか、簡素化を考えていただけないかなということをこの機会に申し上げておきたいと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。

どうぞ。

○岩上構成員 全国地域で暮らそうネットワークの岩上です。

4 ページ目に本報告書に基づく今後の対応が書かれていて、この報告書の課題について法改正も含めて取り組む、報酬改定も含めてということが掲げてあるのですが、先ほど神庭構成員もおっしゃったように、今回の報告書がベストではなくて、まだ課題が残っている。あるいは藤井構成員が、引き続きこういったことを検討できる場をつくっていく必要

があるのではないかと。私も、まず第1段階としてというようにお話をさせていただいた文言をここに分かる形で事務局につくっていただけるとありがたい。

これを見ていくと、いろいろ調査研究を進めてまた対応いたしますということがいっぱい書かれているので、それについてもきちんと今後やっていくのだということで、毎回一からやり直しにならない。大変失礼な言い方ですけども、分かる方には分かる話で、そうならないための仕組みをぜひつくるのだということを記述していただきたいと思います。

以上でございます。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、岡部構成員、よろしくお願いいたします。

○岡部構成員　ありがとうございます。今、岩上構成員がおっしゃったことにちょっと近くなってしまうかもしれませんが、私も4ページのところで、これで100点ではなく、でもマイナス点ではないのだろうという取りまとめだと理解しています。今回、感想めいた話になるのですが、報告書全体で当事者構成員がたくさん入っていただいたことで、かなり細部にわたって、医師を中心に、また当事者のことに配慮した書きぶりになっている取りまとめだと思っていたところ、冒頭、小阪構成員から、僕の点検漏れの部分を指摘する発言があって、ずっといい報告書だと思っていたのですが、18ページの病気の自覚を持っていない場合がありと、何か当事者目線ではなく提供側の目線だったりする文言を見落としてしまっていたなという反省をしての意見なのですが、そういったことからすると、本検討会が患者さんや利用者さんの立場に立ってよりよいサービスを提供したいという気持ちがあることからしますと、ここから文章の付け加えでお願いできればというところですが、4ページ目の「知恵と工夫を重ねながら、患者や利用者のニーズに応じた」というところがあるのですが、患者や利用者の立場に立ち、そのニーズに応じた質の高いサービスを提供している医療機関や云々かんぬんという文言にさせていただいたほうが、これまで検討会が大事にしていることがきちんと再確認、共有できるのかなと思ひまして、そこだけ1つ御意見させていただきます。

私のほうは以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょう。

では、桐原構成員、よろしくお願いいたします。

○桐原構成員　全国「精神病」者集団の桐原です。

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の衆・参附帯決議の内容を引用する形になっていますが、ここは純粋に附帯決議の中身である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はじめとする必要な措置を講じるとだけ書くように

修正をしてください。

それから、精神科病院に入院する患者への訪問相談の部分についてです。ここは研究班の知見を活用しつつ、対象者や研修を含む実施体制の構築に向けた検討を、調査研究等を通じて行えるようにしていくことを望みます。

23ページの医療保護入院の部分についてです。将来的な継続を前提とせず、縮減に向けて検討の書きぶりは、修正前の将来的な廃止を視野に入れて縮減に向けて検討という書きぶりに戻してください。附則、検討規定など法律に落とし込むことを予定しているのであれば、将来的な継続を前提とせずでは趣旨が分かりにくく、実際の検討過程での混乱のおそれを生じかねません。

それから、文言修正がなされた議論のプロセスには大いに不満があります。私は第6回検討会で医療保護入院の廃止を論点に入れるように意見を出し、第7回検討会で医療保護入院の必要性和同意によらない医療保障の必要性は同じではないという見解を添えて、医療保護入院廃止の具体像を示しました。そのときも、同意によらない入院それ自体を廃止すべきとは一切発言しておらず、むしろ同意によらない入院の対案まで示しました。それなのにもかかわらず、どこからともなく医療保護入院の廃止をしたら同意できない状態の人が医療を受けられなくなるだろうという意見が出てきて、文言修正に至りました。さらに、第10回検討会では、報告書が代替案をこれから検討していくという内容のものであるにもかかわらず、代替案がないなら廃止できないなどという意見が出ていました。

医療保護入院の廃止という文言が修正された理由は、この書きぶりが医療保障されなくなるという誤解を招く表現であるためということでした。しかし、実際には一般社団法人精神障害当事者会ポルケさんが調査した内容によると、同意によらない医療が受けられなくなるという心配の声は出ていなくて、むしろ医療保護入院の存続が医療保障を遠ざけていると答えている人がほとんどでした。つまり、将来的な継続を前提とせず縮減に向けて検討と修正された理由への反論は尽くされていて、この文言を続行し続ける合理的理由は存在しないと考えます。

私は、当事者だけの声を聞くべきだなどと言っているわけではないです。ですが、当事者が論拠まで示して合意形成に向けて意見したことに対して、論拠がなくてもプロバイダーの意見が優先的に採用されてしまう状況があるのだと思うと大変遺憾です。

それから、31ページの隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとするための最小化に係る取組の部分についてです。②について、今後、非代替性の要件の判断手法や行動制限最小化委員会の在り方を含め、調査研究等により、実際の運用について検討を深めていくことが必要であるとありますが、この部分に調査研究等を通じて告示の文言を検討していくことが分かるような書きぶりに修正をしてください。

同じ部分に、治療困難という要件については、新たな対象者像をつくり出す要件緩和に当たるのではないかという意見が出されていたという事実について加筆をしてください。これはそういう意見が出たという書き方で結構です。

それから、告示の趣旨や釈義も重要ですが、現場においてどのように告示が読まれて、どのように運用されていくかについても重要になってきます。なので、これも同じ部分ですが、現場において告示がどのように読まれていくかについて、実態を踏まえた検討をしていく必要があるということを併せて加筆してください。よろしくお願いします。

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か。

報告書の取りまとめの局面に入っているという認識でございますので、本日の各構成員の御意見に関しまして、特に御意見がある場合には再度の御発言をいただきたいと思っていますところでございます。御意見のある方は挙手のほうを。

では、小阪構成員、よろしくお願いいたします。

○小阪構成員 ありがとうございます。日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構の小阪です。

今日の議論を聞いていて、改めて1点だけ、今日まで気づかなかったなということがあって、精神障害や病気に関する偏見について、あるいはスティグマの解消については、それは必要だよと議論してきたと思うのですが、精神科医療機関に対する偏見の解消って実は議論してこられていなかったなというのと、その偏見って確かに強いんだなというのを改めて、今日、自分の発言をした中で大変恐縮なのですが、思ったところがあって、僕、精神科医療機関に対してそんなに偏見があるとはあまり思っていなかったのですよ。ですが、岩上構成員とか櫻木構成員のお話を聞いていて、ぜひ9ページに加えていただきたいなと思ったのが、普及啓発について、良質な精神科医療機関の支援、それからそれに対して当事者がどう思ったのかということを経後はもっと世の中に発信していただくほうが、精神障害や病気への偏見はもちろんですけれども、それを支えている精神科医療機関への偏見を解消していくことに資するのではないかなと思って、もちろんそこには櫻木先生のような方の御協力があってこそだと思いますけれども、そこをぜひ改めて当事者としてお願いしたいなと思いました。

以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。

どうぞ。

○岩上構成員 小阪さんが言っていたのはとても大事なことで、国民の皆さんがより精神科医療が身近になると思うのです。平成5年が精神障害者は157万人で、今は400万人を超えているわけじゃないですか。それだけ非常に身近になっていると思うのですけれども、やはり良質な精神医療は精神科医療機関だけがつくる問題ではなくて、国民とともに良質な医療というのはつくられていくのではないかなと思うのです。そういう意味では、確かに課題はあるのですが、課題だけを目にする機会があるので、さっき櫻田構成員と小



阪構成員もおっしゃっていたように、良質な医療が目前にあって、こういう医療にかかると私たちはとても元気になれるのだというのがもっと分かる形にしていってほしいと思いますし、私もずっと言い続けていますけれども、そういうことを報道してほしいと報道機関にはお願いしたいと思います。

○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。

まだ御発言されていない方も何名かいらっしゃるようでございますけれども、よろしゅうございますでしょうかという表現はあれですが、では、桐原構成員、よろしく願いいたします。

○桐原構成員　ありがとうございます。先ほど小阪構成員から「病気の自覚を持ってない場合があり」の部分についての意見がございました。実は僕もこの部分については気になっていたのですが、随所にこういった気になる文言が実は散見されます。どこまでこの中身に及ぶのかどうかというところで、時間も限られていますし、全てを列挙するわけにもいかないのです、一種諦めていたというか、意見は特出ししなかったのですが、やはり報告書をまとめるに当たってそこら辺も丁寧に取り組んでいったほうがいいのかなど思っているのです、極力こういった文言についても意見を鋭意出して、修正していただければうれしいなと思っています。

小阪構成員に質問したいのですが、ここ以外でもやはり気になるところは散見されると思いますか。それとも、今回特にこれが強かったのか、それともここだけだったのか、ほかにも何かあったりしますか。お願いします。

○田辺座長　いかがでございましょう。

○小阪構成員　ありがとうございます。正直なところ、多分、桐原さんは今すごく正直なことをおっしゃってくれたのだと思うのですよね。気になる箇所があっても少し諦めているという作用は僕にも働いているかもしれないです。そこまで細かいところに触れようと思って見ているわけではないので、そういったことも御指摘申し上げたほうが今後の我が国にとって資するのであれば、改めてそういった見方でもう少し言葉の点検をする必要があるのかなというふうに自戒を込めて思ったところです。

以上になります。

○桐原構成員　桐原です。ありがとうございます。

僕自身も自戒を込めて、この報告書についてはもう少し丁寧に見直すとともに、鋭意修正をお願いしていきたいなと思います。よろしくお願いします。

○田辺座長　どうぞ。

○岩上構成員　せっかく時間が多少あるので江澤構成員にお聞きしたいのですが、よろしいでしょうか。あと、北村構成員にもお聞きしたいのですが、24ページに新たに認知症の入院患者等が増えている状況で、医療計画に基づきということで病床の在り方と制度の枠組みを超えてということで、この間、議論している中で介護医療院の精神版みたい

なものも必要ではないかということを江澤構成員もおっしゃっていて、私も先生の記事、いろいろなものを見せていただいて、先生が非常に御本人の人権を尊重して、いかに支援するかということを書かれているものを読ませていただきました。介護医療院の会長もされていると認識しているのですけれども、そういった観点から、精神科の今後の病床の在り方として、先生、もしお考えがあったら御見識を御教示いただければと思うのですが、いかがでしょうか。

○江澤構成員 御指名ありがとうございます。また、記事等をお読みいただきまして感謝申し上げます。日本介護医療院協会につきましては、設立時に会長をしております、現在は副会長に就任しているところでございます。

今の御質問は大変重要な点だと思っています。まず、介護医療院の創設に当たりましては、老人保健施設以来30年ぶりに新類型が介護分野においてできたわけでございます。その中で、その前提となりましたものは、介護療養病床の廃止というものが期日をもって決まっております、それに対する受け皿。ですから、現時点では介護療養病床、そして医療療養病床から介護医療に移行することを優先して行って、来る2年後の3月末でこの政策が終結するわけでございます。その次の、まさに今回議論している第8期の会議において、先生の御指摘の議論が出てくる可能性がございます。

これは精神病院によってかなり差はあると思いますけれども、認知症の方がかなり多く入院している医療機関も多々あると認識しております。そういった中で、認知症の場合、医療面のみならず生活面、特にケアの部分、そしてその方の意思の尊重、あるいは尊厳の保障、こういったものが極めて重要な観点だと思いますので、もし積極的な医療の治療のフェーズの段階が終わっている方が現在いらっしゃるのであれば、社会資源の有効活用という視点では、認知症の方等に対する介護医療院の精神病床版というものは今後の検討課題で議論に上る可能性は十分あると認識をしています。

ですから、要は認知症の方が今どういう状態なのか。特に医療に積極的な治療の段階を経過して、その後の生活面、特に認知症の場合は関わる人、なじみの関係性とかなじみの環境、あるいは本人のいろいろなアセスメントが極めて重要であって、介護現場ではまさにそこに勢力を集中してアセスメントを行っています。特に本人の人生歴、あるいはその日の体調だったり、BPSDも便秘とか脱水とかそういったことから引き起こされますし、いろいろな不安、葛藤というものがありますので、そこにアセスメントしながら介護分野ではやっています。したがって、そういうケアの支援が必要な方が実際に精神病棟にもいらっしゃるのであれば、既存の社会資源の有効活用ができると思います。

最後に1点だけ、介護医療院の2つの大きな役割は、長期療養と生活支援、生活機能です。ですから、今回、恐らく療養の部分は病院にとっては得意技なのです。介護医療院もそうです。したがって、新たに生活を支える、生活支援、生活機能、この辺りをうまく組み合わせることによって、そういった受け皿が出てくる。ひいては、とにかく御本人の尊厳が保持されて、自立支援も念頭に置かれたケアサービスが提供される。そしてもう一つ

大事なことは、ちゃんと地域と交流をしていく。開放された地域との交流のある施設というものが今求められていますから、そういったいろいろなハードルをクリアしていくのであれば十分検討課題になると思いますので、また引き続き御指導いただければと思います。ありがとうございます。

○岩上構成員 ありがとうございます。大変勉強になりました。また、櫻木先生や北村先生もいろいろお考えがあれば、それも今後議論していく必要がある重要なことかなと思いましたので、江澤構成員から御意見を承ったところです。どうもありがとうございました。

○江澤構成員 ありがとうございます。

○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。

北村構成員、よろしくお願いします。

○岩上構成員 先生もどうぞよろしくお願いします。

○北村構成員 こういうところでどこまで報告書に書けるかというのがあるのですけれども、この前、山崎会長が、OECDの基準に当てはめると精神科病床は3万床ぐらいだとおっしゃっていたので、僕も確かにそう思うので、残りの25万床を介護医療院にすればいいと思うのですが、そういうことをいきなり言っても駄目なので、それは個人的な感想です。

それから、認知症医療について、僕は一応、二十数年認知症を専門にやっているのですが、言えることは、この10年間、精神科医療で認知症医療はさほど変わっていないとか、新しいものが出ていませんけれども、介護施設の認知症に対する考え方の進歩は目覚ましくて、ですから、今、僕は、経営者ではないな。でも、院長なので経営も考えなければいけないのですけれども、認知症の人はなるべく外来で診て、入院はあまりさせるべきではないという考え方で治療しております。

ただし、認知症の方でも、脳の器質的な異常がひどくて暴力が全く制御できないとかいう方もいらっしゃいますから、精神科における認知症医療を否定するものではございませんが、しかし、よくにこにこ認知症などと言いますけれども、精神科に入院する人は確かに興奮されたりする方が多いのですが、認知症のそういう行動障害とかは環境への不適応によって生じるので、きちんとした環境に置いてあげれば、人間ですから、認知症でも普通の人なので、ちゃんと穏やかな状況に置いてあげれば治るのに決まっているので、そういうときに精神科病院はどうしても介護施設に比べていろいろ制約が多いですし、得意技といったら薬を使うことと行動制限することですから、認知症の人を長期間精神科で見るのは不適切だと考えています。

昔、新オレンジプランでしたか、水谷さんが認知症・虐待防止対策推進室長のときに循環型という言葉が出て、認知症の容態に応じて精神科病院に行ったり、介護施設に行ったり、自宅に行ったりして回しなさいという話があって、うちの病院はずっと昔からそういうことをしていたので、水谷さんにうちのやっていることをまねしたのかと言ったことが

あるのですけれども、そういう話が最近全くなくなって、どちらかというと難しい認知症の人もいるから精神科で入院するのは当たり前というか、仕方ないねという議論がここ数年また多くなっているのは非常に心苦しく思っております。

ですから、もう一遍、循環型の対応というか、認知症の容態に応じて適切なところで処遇するということを考えればいいと思うのですが、これはまたこの話とは別の話になって、老健局の話になるのかなと思いますから、一応そちらのほうでもそのような発言はしたいと思いますが、これは臨床家としての個人的な意見です。

以上です。

○岩上構成員 北村先生、ありがとうございました。私はここの記述の部分は非常に重要だと思っております、1年以上入院している人の64%が65歳以上になっていますので、認知症だけでなく高齢化がどんどん進んでいますので、この方々への支援体制がどうあるべきかと。それで、何度も出てきますが、精神科医療機関がせっかくその社会資源を使って可能な限り必要なことをやろうとしても、すぐ批判的な意見が出ますけれども、そんなことをやっているとは何も進まなくて、御本人のためには全くなならないという状況をずっと見てきていますので、せっかくここに記述していただいたら、これをどう取り組むかということを厚生労働省のほうにはお願いしたいと思ひまして、報告書には書けないことではございますけれども、御質問させていただきました。貴重な御示唆をいただきましてありがとうございます。

○田辺座長 では、櫻木構成員、よろしくお願いします。

○櫻木構成員 今いろいろお話を伺って、結構この検討会も最後のほうに来て随分こなれてきたなという感じがします。

2点ばかり。1つは、精神科病院に対するスティグマの話です。幸いというか、私の住んでいる地域はあまり偏見がありません。何か病棟を建てる時とか、あるいは社会復帰施設を建てる時にむしろ旗が立つというような事例をあちこちで聞くのですけれども、うちは大丈夫です。その代わりに病棟とか社会復帰施設の周りにフェンスはありません。どこからどこまでが病院で、どこからどこがどうか分からないというような感じのところでは。

もともと私の父が始めた病院ですけれども、私の父は非精神科医だったのです。ただ、地域のいわゆるニーズがあるので精神科も頑張ってやってみようということで始まったところですので、待合室には、風邪を引いて治しに来たおばあちゃんとか、あるいはお孫さんと一緒に、隣に統合失調症の患者さんが座って順番を待っています。内科の診察室に呼ばれたり、あるいは精神科の診察室に呼ばれたりするのですけれども、同じ待合室で待っていてくれます。そういった意味では私のところは恵まれているのかなと。ただし、全国的に見ると、やはりこれはかなり大変で、社会復帰施設のグループホームを造ろうとすると、もうこれは大変なことになる。昨日も話をしたのだけれども、山崎先生も一軒一軒頭下げて回ったと。あの山崎先生がというところでは、そういうことをおっしゃっ

ていました。

ですから、大概の地域はそういう意味では大変なのだろうと。山崎先生が子供のときは、精神科の病院の息子だといっていじめられたというようなことをおっしゃっていましたが、私もそういう経験があります。その代わりに、私は泣いて帰ってくるのではなくて、2発殴られたら3発殴り返して戻ってきたというような息子でしたから、そこは割と平気だったのですけれども、そういうところはかなりいろいろな地域であると思います。

それから、認知症をはじめ介護医療院の話です。うちは認知症疾患医療センターを持っているし、認知症の治療病棟を持っています。大体うちから来る人が半分、介護施設から来られる方が半分です。ただ、精神科の強みというのは、先ほど北村先生もお話しになりましたけれども、適切にお薬が使えます。来られたときは本当に向精神薬がてんこ盛りで来られるのですけれども、我々がまずやるのは、全部薬を抜く。例えば夜眠れなくても、いわゆる治療病棟であれば何も問題ありません。ただ、介護施設だと、夜とにかく寝なくて徘徊されるというのが一番大変だということになっていますから、嘱託の先生は一生懸命それを止めようとしていっぱいいろいろなお薬を併用されていて、全体の量としてはかなりの量になっています。それをまず我々はやめます。

それから、徘徊があっても止めません。そういうふうにして環境を整えてあげれば、大概の人は1か月ないしは2か月で介護施設に戻れます。介護施設に行ったときに、もしも何かあったらまた私のほうに言ってくださいねと言ったならば、結構介護施設でも安心していただいて、一旦減ったお薬をまた戻すということはほとんどありません。ですから、うちだと、認知症疾患医療センターのデータは今日持って来ていないのですが、大体1か月ないし2か月で半分退院をして、1年を超える患者さんはほとんどいません。

それから、岩上構成員が今お話しになった認知症以外の患者さん、かなり長期の患者さんになると、むしろ精神病症状は固定しているというか、そんなに日常生活に影響を及ぼすほどではありませんけれども、残念ながら生活機能が落ちている患者さんがいらっします。重度かつ慢性の研究のときにもそうでしたけれども、一つは物すごく重度の精神病症状がある方。もう一つは、そういうのは一旦治まっているのだけれども、かなり生活障害が強い患者さん。これが重度かつ慢性の基準に入っていると思います。ですから、そういった生活機能が落ちている患者さんを対象に、いわゆる精神科版の介護医療院というのは考えていいのではないかなと考えています。

日精協としてもそのようなところでいろいろ構想をしているのですけれども、これがまた難しいのは、市町村の介護保険の事業計画になかなかそこが載っからないということです。つまり、それまでの医療保険でやっていたものが地域の介護保険の財源に、財源が変わるということに関して、かなりそこはハードルが高いということになっていますから、もしもそのことを検討して進めていくのだとすると、その財源をどうするかというのも重要になってくるのではないかと思います。

個人的な意見なので、ちょっとまずかったな。山崎先生のことと言ってしまったけれども、議事録に残ってしまうかなと思いながら、この場が物すごくこなれてきたので、私もついつい言い過ぎてしまいました。

以上です。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。将来の課題を見据えた議論まで出てきた部分がございますけれども、何よりも今回の報告書の形というのを見据えていただいての御発言もよろしくお願ひしたいと思ひますけれども、よろしゅうございますでしょうか。一通り御発言いただいて、御発言いただいていない方も数名いらっしゃいますけれども、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たいと存じます。

事務局から提示された報告書（案）につきまして、本日は詳細な御議論、御意見をいただいたところでございます。

これまでの御意見を踏まえまして、次回は報告書の取りまとめに向けてさらにその議論を深めてまいりたいと存じます。事務局におかれましては、本日の議論の内容を踏まえまして、報告書（案）のよりブラッシュアップされたものの準備をお願い申し上げるところでございます。

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。

次回の第12回の検討会は、5月30日月曜日13時から16時30分を予定してございます。正式には改めて御連絡させていただきます。

事務局からは以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございました。

いつもは時間いっぱい以上使うのですが、本日は珍しく時間を余しての終了となります。

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、活発な御意見、御議論を繰り広げていただきまして本当にありがとうございました。

これで散会いたします。