

2022-3-31 第8回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

○森精神・障害保健課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第8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・障害保健課の森と申します。

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。

本日の会議におきましても、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7名、オンラインでの御出席は15名となっております。個別の参加状況につきましては、座席図を御確認ください。

なお、中原構成員、野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。

本日は、精神科救急・急性期医療における身体拘束に関する基本認識について、日本精神神経学会から水野参考人へ御参加いただいております。

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申し上げます。

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、座席図、議事次第。

資料1「精神保健福祉法上の精神保健に関する市町村等における相談支援体制、入院制度等についてのこれまでのご意見を踏まえた論点と検討の方向性について」。

資料2「参考資料」。

参考資料1-1は桐原構成員から「障害者虐待防止法改正の論点整理」。

参考資料1-2は桐原構成員から「身体拘束ゼロ化・行動制限最小化の論点整理」。

参考資料2は辻本構成員から「地域共生社会に向けた地域精神保健福祉体制に関する提言」。

参考資料3-1は水野参考人から「精神科救急・急性期医療における身体的拘束に関する基本認識」発表資料。

参考資料3-2は水野参考人から「精神科救急・急性期医療における身体的拘束に関する基本認識」声明文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4「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」開催要綱・構成員名簿。

以上になります。資料の不足等がございましたら、事務局にお申出ください。

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。

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

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

本日は、チャット機能の使用は予定しておりませんので御了承願います。

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

事務局からは以上となります。

ここからは、田辺座長に議事進行をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

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

事務局から資料が提出されておりますので、まずは説明をお願いいたします。その後、水野参考人のほうから精神科救急・急性期医療における身体拘束に関する声明について参考資料を御提出いただいておりますので、簡単に御説明をお願いできればと思います。

それでは、事務局のほうから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 事務局でございます。

事務局から、資料1、資料2を提示しております。資料2のほうは、前回検討会での参考資料を抜粋したのになりますので、資料1を御説明したいと思います。全体は赤字で今回追記しているものを中心に御説明させていただきます。

資料の2ページ目を御覧いただければと思うのですが、
「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、この点につきましては「検討の方向性」、前回の検討会で御賛同いただいていたものかと思います。したがって、「検討の方向性」の箇所ですが、文末の部分を「すべきである。」という形にさせていただきます。

続きまして3ページ目、「精神保健に関する市町村等における相談支援体制について」、こちらは本検討会の第2回、第3回を中心に御議論いただいた内容につきまして今回資料の形で「論点」「検討の方向性」という形でお示しをさせていただきます。

4ページ目の「論点」ですが、1つ目の○のところ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進しという観点で○の3点目ですが、市町村における精神保健に関する相談支援の制度的な位置づけの見直し等について御意見をいただいたところでございます。

この点につきまして4ページ目以下、5ページ、6ページという形でこれまでの意見を

御紹介させていただきました上で、7ページ目、「検討の方向性」の一番下の部分、（基本的な考え方）というところになります。1つ目の○です。「身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要である。」という大きな議論の方向感をいただいていたかと思います。

「他方で」ということですが、これまで精神保健に関する相談支援は主に都道府県の役割とされていたこともあり、直ちにこれを市町村の義務としても、地域によっては相談支援の質が確保されないおそれがあるという指摘もいただいたところでございます。

こうした実態を踏まえまして○の3点目になるのですが、「精神保健に関する相談支援が全ての市町村で実施される体制が整うよう、まずは」という形で、「国において以下の措置を講じることにより、市町村の実施体制の整備を進めていく必要があるのではないか。」としております。

8ページ目以降、（具体的な方策）という部分になりますが、まず①の「法制度上の対応を念頭に検討を進めるべき事項」ということで、（1）ですが、市町村の相談支援につきましては現在努力義務の形で精神障害者を対象にされてございます。この対象者の部分を、精神保健に関する課題を抱える者についても対象とするといった拡大を法制上図りたいと考えております。

※のところですが、前回検討会の中で、同様の観点から精神保健福祉士についてその業規定の見直しといったことが御意見としてございました。この点についても、しっかり対応していく必要があると考えております。

2つ目のところは「国及び都道府県の責務」として」という形で、（1）の市町村の支援体制の整備が進むようにバックアップをしていく旨、これを法制上措置したらどうか。

3点目、「支援会議（仮称）」としておりますけれども、こちらは検討会の中でいわゆる協議の場といった形で御議論をいただいていたものになります。こういったものを法律上、しっかり規定を位置づけたらどうか。

※の部分でも書かせていただいておりますけれども、当事者、ピアサポーター、家族、こういった方々の参加を交えながら市町村での開催に当たってはということで、資料に記載しております関係団体の参加を積極的に求めていくことが必要というふうにさせていただいております。

4点目、担い手の確保・資質向上の観点から、現在「配置が任意」とされております精神保健福祉相談員について、その配置を「努力義務」にしたらどうかという御提案をさせていただいております。

※のところですが、その前提として、国においては精神保健福祉相談員に関する研修を受講しやすくするように、保健師を対象に現在204時間のカリキュラムが定められておりますけれども、その対象職種であったり、あるいはカリキュラムの見直しといったものを行ってはどうかという御提案をさせていただいております。

②の部分は、「①以外に検討を進めるべき市町村の体制整備に関する事項」といたしま

して、「下位法令の改正等」ということでポツの2つ目になりますけれども、市町村保健センター等の保健師増員のための対応を検討してはどうか。その前提といたしまして、地域保健法に基づく基本指針の改正を行い、精神保健に関する相談支援、市町村の業務として規定をしてはどうかというふうにさせていただいております。

続きまして9ページ目の(2)の部分ですが、かかりつけ医との連携という形で1点目、精神科医療機関はかかりつけ精神科医機能としてケースマネジメントを行うノウハウ・人材を有しているというふうな御意見をいただいております。こういったことも踏まえまして、市町村から精神保健に関する相談業務の一部を精神科医療機関のほうに委託していただくということも考えられるのではないかと御提案をいただいていたところかと思えます。

(3)の部分、「市町村への単なる好事例の周知に留まらないノウハウの共有」という形で、こちらは好事例の周知にとどまらないというふうにさせていただいていますのは※のところになりますけれども、精神保健に関する課題は各分野に及ぶということで、国からの交付金についても多分野にわたる。一例として自殺対策に関する国の交付金等を活用した尾道市の事案を御紹介していますけれども、多分野に及ぶということがございます。したがって、国のほうで市町村が利用可能な事業について制度横断で分かりやすく市町村のほうに周知をしていくということが重要なのではないかと考えております。

③は市町村のバックアップ体制の充実という観点で、これまで御意見をいただいていた保健所、市町村における業務運営要領、あるいは「精神保健福祉センター業務運営要領」の改正の検討を行う。さらには診療報酬上の改定、こちらの評価に向けて検討を進めていくというふうにさせていただいております。

10ページ目以下は、第2回検討会で御紹介させていただきました現在取り組まれている市で、今回は赤枠で強調したいところをピックアップしていますので資料を御覧いただければと思います。

続きまして19ページ目以降、「患者の意思表示についての支援」の部分になります。

20ページ目の「論点①」、支援者の役割と名称についてという形で、21ページ目になりますけれども、前回の検討会の中でさらに検討を深める点として御意見をいただいていたかと思えます。ここでは4点ほど紹介したいと思えます。

まず1点目、意思決定支援との違いをはっきりしたらどうか。

2点目は、精神科医療現場の改善に向けても言及したらよいのではないかと。

3点目は、支援者には個人情報保護の遵守、価値観の先取りといったことは慎む、利害関係を有しないこと、こういったことが前提になるのではないかとという点。

それで、プラス4点目になりますけれども、その下のところ、(支援者の名称)につきまして、分かりやすい、利用してみようと思える名称に工夫が必要ではないかといった御意見をいただいたところかと思えます。

こういった点につきまして資料のほうになりますけれども、まず23ページ目を御覧いた

だけだと思います。（精神科医療の改善に係る効果について）という形で資料のほうは御紹介しております。

資料には3点記載しておりますけれども、集団生活の中で携帯電話の利用は基本的には認められない、あるいは患者と職員との関係性、強制入院や行動制限を行う病院職員と患者御自身との間にはその立場の違いから壁が存在するといったこともございまして、○の2つ目の※の部分になりますけれども、平成24年度の調査にはなるのですが、入院当初、非自発的入院の9割弱の方が資料に書いてありますような困った経験があるというふうに実際回答しているところでございます。

○の3点目、本制度の導入によりまして、医療機関とは独立の外部の立場の方が患者御本人の話を傾聴、情報提供を行いながら意思表示支援を行うことによって、患者・職員間の風通しがよくなり、入院中の患者の権利擁護に資するものとなるのではないかとといった形で資料のほうを御紹介しております。

続きまして、24ページ目になります。「意思決定支援」との違いという部分を今回、表の形で御紹介しております。

右側は意思決定支援になりますが、こちらは※で書かせていただいていますガイドラインの記載を抜粋したものになっております。意思決定支援、右側のところの支援内容というところになりますが、こちらは医療法の規定によって一般的な形で患者本人の判断能力の程度にかかわらず、医師等の医療従事者から情報の提供の説明を行った上で、患者本人による意思決定を基本とした適切な医療提供を行うという形で支援内容は書かれております。

こういった支援に向けまして、その下の部分ですが、精神障害等により判断能力が不十分な方に対しては、病院の医療職の方はもちろんですが、それに加えまして成年後見人、ケアマネ、ホームヘルパーなど、患者に関わる人が繰り返し最善の方法に関して話し合いを行うといったことが定められているところでございます。

これに対しまして左側、患者の意思表示支援ですが、意思決定支援に比べれば限定的と言うことができるかと思います。具体的にはこれまでの御説明のとおりですが、支援内容は本人の話を傾聴、情報提供、意思表示支援。下の部分ですが、支援者のほうは医療機関とは独立の外部の立場の方が支援を行うといった形で全体のほうを整理させていただいているところでございます。

25ページ目、（支援に当たっての留意事項）といった形で、前回検討会で御指摘をいただきました利害関係を持たないという点、①の独立性、あるいは価値観の先行を行わない、本人の希望や意思に基づいて行動。③の当事者主義、あるいはプライバシーの尊重、④守秘といった形で、支援者が留意すべき事項といったものを研究班の研究の成果をこちらのほうで御紹介させていただいております。

最後に（支援者の名称）という部分については、利用する患者さんにとって分かりやすい呼称を検討する必要があるのではないかとといった形で御意見をいただければと考えてお

ります。

続きまして、26ページの部分については前回の検討会で委員の賛同が得られたかと思っております。「検討の方向性」の部分は文末を修正させていただいております。

27ページ目、制度化に向けて優先的に取り組んでいく対象者といった形で、前回検討会の御意見を追記させていただいております。赤の部分になりますけれども、○の上から3個目についてはまずは非同意入院を優先すべきではないか。次の○の部分も、非自発的入院の方から取り組んだらどうか。その下の部分も、基本的には賛成といった形で御意見をいただいているところかと思えます。

これを踏まえて、28ページ目は文末の修正等々を行うとともに、※の部分で、非同意入院の患者というところにつきまして真ん中の部分になりますけれども、強制入院や行動制限を行う医療機関の職員と患者さんは相入れない立場にあるといったことを踏まえたと、入院患者の権利擁護を図る上でも、まずは非同意入院の患者から優先的に支援する必要があるのではないかという御意見を追記させていただいております。

続きまして29ページ目、制度化に向けた具体的な仕組みということで、前回事務局のほうから具体的な仕組みといたしまして大きく2つの視点、1つは利用申請から支援者が実際に病院を訪問して支援者に報酬を払うという部分、2つ目が研修の実施、登録等、いわゆるバックアップという観点から自治体の事務としてはどうかという御提案をさせていただいたところでございます。

この点に関しましては、前回の検討会で2点ほど御指摘をいただいていたかと思えます。1つ目は赤字で書いた○の真ん中のところですが、利用の部分につきまして障害者総合支援法の個別給付化といったことも考えられるのではないかという点。もう一点は、バックアップの部分につきまして精神保健福祉センター、こちらはマンパワーあるいは財政的な裏づけということでいろんな課題はあるんだけれども、その下のところ、消極的に賛成ということもあるのではないか。適正な人員配置は大前提ではあるけれどもという御意見をいただいたところでございます。

こういった点を踏まえまして30ページ目のところになりますけれども、「検討の方向性」を追記させていただいております。個別給付化につきましては、地域移行に向けた準備的な対応として総合支援法の個別給付として位置づけることについてどう考えるか。

加えまして、個別給付化ということになりますと、こちらは支援区分の認定、サービス利用計画の作成、支給決定という形で一定の手続・期間を要することになりますので、こういった点について迅速に患者支援者との面会を実現する観点からどのような対応が考えられるのかを含め、検討が必要ではないか。

また、精神保健福祉センターにつきましては、こういった業務を担うことができるようにするためには実施体制の整備に向けた方策について検討が必要ではないかというふうにさせていただいております。

続きまして、31ページ目以降は「医療保護入院」です。

32ページ目になりますけれども、廃止すべきではないかというこれまでの御意見を踏まえた論点提示に関しまして御意見を頂戴したところでございます。

まず1点目は医療の立場からという形で、医療へのアクセスを確保する観点から、ある程度非同意的な入院といったものも必要なものと考えている。

ただ、できるだけ最小化をしていく。そのことによって、減らしていくということが考えられるという御意見をいただいたところでございます。

続きまして33ページ目、また違った観点からの御意見になります。医療保護入院制度は、医療保障と精神障害者の意思に反した人身の自由の剥奪という二面性がある中、従来は権利擁護の仕組みを充当しながら医療保障の観点が優位な流れにあったけれども、とかく医療保護入院、長期入院の温床となっているという事実を踏まえると、違った考え方、検討が必要ではないかという御意見をいただいたところでございます。

また、その下の部分ですが、（認知症の場合の対応）について、こちらも御意見をいただいたところでございます。認知症の方の場合、同意を行えないということもあり、任意入院ではなくて医療保護入院、その患者の方々は年々数が増えているところでございます。そういった現状を踏まえて、医療保護入院の在り方をどう考えるのかという御指摘をいただいたところでございます。

こういった御意見を踏まえまして34ページ目以下、資料の修正をしております。34ページ目につきましては縮小という言葉ですが、こちらは患者さんの数は次第に減っていくという前回の検討会の意見もございました。そういった観点も踏まえまして「縮減」という言葉に修正しております。

35ページ目は予防的取組の充実ということで、こちらはまず御意見の紹介になりますが、幾つかいただいています。

1つは（「包括的支援マネジメント」等）というところで、1つは市町村の責任においてコミュニティーメンタルヘルスチームのような仕組みを整備してモデルとして認知症初期集中支援チームが考えられますけれども、そういった仕組みも必要ではないかという御意見をいただいておりますのと、その下の部分、精神科救急に関する御意見をいただいたところでございます。

また、36ページ目のほうは（普及啓発）に関して養護教諭の活用であるとか、（児童・思春期の精神科医療体制の充実）について、こども家庭庁に関する御意見をいただいたところでございます。

こういった御意見を踏まえまして、37ページ目以下、38ページ目で養護教諭、39ページ目でこども家庭庁に関して記述を追記しているところでございます。

続きまして40ページ目、視点②で任意入院への移行、退院促進という観点での論点になります。

こちらにつきまして、具体的には（入院期間について）、一定期間ごとに医療保護入院の要件を確認する点につきましてですが、前回検討会の中では案2、こちらは医療保護入

院の具体的な期間として法定化をするという案になっておりましたが、案2のほうがよいという御意見もあれば、下のところですけども、案2については家族に何度も事務的な御負担をお願いすることになるといったことを考えた場合に、家族については退院請求権もありますので、そう考えると医療的な判断に基づいて更新については行うほうがよいの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。

また、期間につきましては前回事務局からの提示、6か月経過までの間は3か月とすることについて賛成という御意見があった一方で、6か月では長い、長過ぎるので3か月ごと、ただ、6か月経過までは1か月としてはどうかという御意見をいただいたところでございます。

41ページ目も御意見の御紹介になりますけれども、（退院促進措置の実態を踏まえた拡充策）、こちらについては賛成という御意見が多数を占めていたかと思えます。

また、（長期在院者への支援）につきましては、市町村の責任について明確に定めるべき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。

こういった御意見を踏まえて42ページ目になりますが、まず「入院期間について」、こちらは様々な御意見を前回いただいたところでございますので、前回の御意見も踏まえながら本日改めて御意見をいただければと思っております。

43ページ目、退院促進措置の拡充策については前回御意見では異論はなかったので、文末の修正をさせていただいております。

44ページ目、「長期在院者への支援」につきましては、市町村の責任を明確にすべきだ。また、医療機関と退院支援委員会との連携が円滑にできるようにすべきといった御意見をいただいたところでございます。そういった御意見を踏まえまして、医療機関が行う退院促進措置に係る連携先として市町村を追加したらどうかという御提案をさせていただいております。

続きまして45ページ目、権利擁護策の充実というところになりますが、まず前回の御意見の紹介になります。入院理由を告知事項に追加することについては賛成という御意見をいただいているところでございます。

また、これに加えまして下のところですけども、全面的に賛成ではあるのですが、意思表明支援制度ができてやはり選任までに一定のタイムラグが生じるということで、患者だけではなくて退院請求等を行うことができる家族への告知についても明文で規定してはどうかという御意見をいただいたところでございます。

他方で、そういった点に関する課題として、家族であっても今は患者本人に同席の可否について確認を行った上で認められているという診療現場の現状がございまして、同席を認める場合の医療機関の対応について整理が必要ではないかという御意見をいただいたところでございます。

これを踏まえまして46ページの部分ですが、まず（1）のほうについては大きな意見の相違はありませんでしたので、「すべきである」という文末に修正させていただいており

ます。

2点目の「意思表示支援者」の同席につきまして、前回の検討会での御意見を踏まえて47ページ目に整理をさせていただいております。こちらガイドラインで現在整理をされておるのですが、まず前提といたしまして家族等同席を希望する方がいる場合には本人の意向を確認した上で情報提供を行うというのが大前提にされているところでございます。

「また」というところで、説明に対して理解できないと認められるほど患者さん御自身、判断能力が不十分な場合については家族等への説明を行うことで対応するというふうにガイドラインのほうでされているところでございます。

その下の○のところですが、「こういったことを踏まえ」ということで、このガイドラインの扱いに当てはめるものになりますが、具体的にはポツで記載させていただいております。病院管理者から患者への告知について、意思表示支援者が同席をする場合、医療機関は患者御本人の意向を確認することが必要になるだろう。

「他方」ということで、病院管理者が患者に代わって「意思表示支援者」に対して告知を行うといったことは認められないというふうにさせていただいております。これは、「意思表示支援者」はあくまでも当事者の参画を得て支援を進めるというふうにされていることを踏まえた形にさせていただいております。

続きまして48ページ目、こちらは新しい論点として今回追加をさせていただいております。医療保護入院制度の廃止に向けた具体的な今後の進め方について検討を行うべきではないか。

49ページ目、「検討の方向性」になります。前回、資料のほうで示させていただいた視点①、②、③、こちらは医療保護入院の縮減に向けた検討の視点、したがって医療保護入院制度廃止に向けては患者の同意が得られない場合の入院医療の在り方についても検討する必要があるのではないかと。その際の視点になるのですが、患者本人の同意がない場合の入院手続について、こちらは精神科と他科とで対応を区別する合理性があるのか、ないのか。

他方で、精神科の場合、入院患者さんに対しましてその特性を踏まえた手続、あるいは権利擁護に関しまして、他科の場合よりも充実した仕組みが必要ではないかという両面から検討することが求められるのではないかと。

また、先ほど御紹介しました認知症患者の増加に伴って、精神疾患はいろいろな特性がございますので、そういった特性を念頭に置きながら検討することが必要ではないかといった形で、今後の検討の視点といったものをこちらのほうでお示しさせていただいております。

続きまして50ページ目以降、医療保護入院の同意者、こちらは廃止に向けた検討と並行で考えていく話にはなっておりますけれども、同意者についての論点を御紹介させていただいております。

51ページ目、まず意見になりますけれども、最初の○の2つの部分は現状の家族同意と

市町村長同意は残しつつ、意思表示支援者を制度化した上で引き続き適切な制度の在り方を検討していくべきではないかという観点からの御意見です。

それで、その下で○の4個目になりますけれども、新たな御提案といたしまして、精神保健福祉士に入院か、あるいは入院ではなくて地方でのサービスかというところの判断を担っていただくことはどうかという御意見。

最後のところはまた違う観点にはなるのですが、留意点といたしまして、医療保護入院の退院は家族との同意が必要であるという認識が定着しているわけなのですが、退院時については特段法律上、定めがないわけですので、精神科病院管理者の判断で退院は可能であるという留意点について意見をいただいていますので御紹介させていただきます。

こういった形で、前回多様な意見をいただいていますので、52ページ、53ページ、引き続き御意見をいただければと思っております。

続きまして54ページ目の部分ですが、「本人と家族が疎遠な場合等の同意者について、どのように考えるか」ということで、下のところに御意見を紹介させていただいていますが、おおむね意見は一致していたところかと思えます。

御意見を具体的に申し上げますと、家族から拒否されたといったケースについては市町村長同意を拡大していけないかという議論、こちらは29年にもあったということで、そういった形で考えるべきではないかという意見。

その下のところは、賛成だ。市町村長同意を拡大して、そこに意思表示支援者をきちんと配置するというところで権利擁護を担保するという考え方がよいのではないかという御意見。

また、DV、虐待等の関係にある場合については、家族に代わって市町村長同意を行うようにしたらどう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、55ページ目は資料のほうを少し修正しているところでございます。

続きまして56ページ目、審査会の機能向上等に関して御意見のほうを紹介させていただきます。

これを踏まえまして58ページになりますが、まず当事者や家族を審査会の委員としてはどうかという御意見につきまして、資料のほうを記載しております。前提として、現在の審査会の運営マニュアル、医療委員、法律家委員、保健福祉委員について審査に係る患者と一定の関係性がある場合は議事に加わることができないというふうに定められているところでございます。

他方で、保健福祉委員について具体的にどのような者が想定されるかは示されていないところなので、こういったところを踏まえて保健福祉委員について実態として一般的である精神保健福祉士、保健師、看護師、公認心理師等のほか、当事者や家族も含むこととしてはどうかというふうにさせていただいております。

また、その下のところ、連絡協議会との意見交換は引き続き行うべきだという御意見に関しましては、審査会の実態を把握した上で審査会運営マニュアルの改正を目指すことと

してはどうかという形で資料のほうを記載しております。

続きまして59ページ目以降、退院後支援の部分になります。

前回検討会で61ページ目になりますが、詳しく問題意識を委員の先生からいただきましたので御紹介させていただいております。

61ページの○の1つ目のところですが、警察の関与を不安に思われる方がいらっしゃることは事実だという一方で、次のパラグラフですが、今のガイドラインでは「防犯の観点から警察が参加することは認められない」と明記をされている。例外的に警察が本人の支援を目的に参加することは考えられるわけですが、この場合についてもほかの支援者、警察以外の関係者の間で警察の参加について合意を得るということが大前提とされているということ、あるいは本人が警察の参加を拒否した場合には警察の参加は認められないといったようなことが規定されているところがございます。こちらは前回の検討会の中でも御意見がありましたけれども、本人の同意だけで警察が参加できるというふうに単純に規定してしまうと、半ば強引に同意を求めていくといった状況は考えられるので、そうならないように慎重な手続が踏まれているという御意見がありました。そういったところを紹介させていただいております。

そういったことも含めて52ページですが、この点については前回様々な意見がありましたので、引き続き御意見をいただければと思います。

続いて、63ページ目は「隔離・身体拘束の最小化に係る取組」という部分です。

64ページ目に意見を御紹介しております。「最小化」ではなく「廃止」、あるいは「ゼロに向けた」という言葉を入れるべきではないかという御意見。

65ページ目、下のところですが、多動又は不穏が顕著」という部分について削除すべきであるという御意見。

66ページ目、○の1つ目、ある程度対象は明確になったという御意見もありましたが、その下のところで、さらに限定が必要ではないかという御意見もいただいているところがございます。

その下の部分、組織全体の判断、管理者の判断、そういったものを十分導入していくべきではないかというものであったり、（⑤告知の義務化）の3つ目の部分ですが、「常時」「頻回」といった文言、こちらは例えば評価機構が行う病院機能評価の中では、身体拘束について頻回については具体的に1時間に4回という規定もあるところがございますので、そういったものを参考にしながら意見を明確にしていくべき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。

また、（その他）の部分、時間帯人員不足等の解消方法として入院中の重度訪問介護利用、こういったものを加えるべき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。

67ページ目になりますが、御意見を踏まえての修正をさせていただいております。冒頭は「可能な限り、隔離・身体的拘束をゼロとすることを目指し」、または②の部分に

つきましては、「単に「多動又は不穏が顕著である場合」に身体的拘束が容易に行われることのないよう、「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、これにより、患者に対する治療が困難な場合や、常時の臨床的観察を行ってもなお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に限定し、身体的拘束の対象の明確化を図る。」というふうにさせていただいております。

ほかの部分、前回の御意見を踏まえて追記をさせていただいたところでございます。

69ページ目、いわゆる精神科特例の見直しにつきまして前回御意見をいただいております。意見のところは、精神科特例を見直し他科同様の人員配置にすることが必要ではないかという部分について御意見をいただいたところでございます。こちらは、配置の充実が重要であるという点については意見の相違がなかったかと思うのですが、精神科特例の部分について事務局のほうで資料を御用意させていただいております。

71ページ目以下がスライドの形になっておりますけれども、まず71ページ目は医療法に基づく人員の標準について御紹介の資料になります。左側、一般病棟の配置と、赤枠の一番右側ですけれども、精神病床の配置、こちらの部分を指していわゆる精神科特例とされているところかと思います。

続いて72ページ目の部分ですが、こちらは前提としまして医療法の病床種別のイメージを御紹介しております。精神病床の場合は一般の場合とは異なりまして急性期、回復期、慢性期、こちらの機能が一括されているという部分が医療法の病床において特徴的かと思えます。

そういった中で73ページ目なのですが、診療報酬上は精神病床、絵に示してありますように赤枠、いわゆる急性期の部分については3対1、一般病床並みの人員配置でこちらを満たすようにしているところでございます。

他方で、精神科特例は現行法上、4対1ですけれども、それ未満の病床というのが左下のいわゆる慢性期の病床の部分が該当するわけなのですが、そうなりますと精神科特例は仮に廃止をしたといった場合には、主にこういった慢性期の病床に人員が配置、充実されることになり、そういったところが現在の医療ニーズに照らして果たしてよいのかどうか、そういったところについては十分な留意が必要なのだろうと考えております。

したがいまして、74ページ目なのですが、あるべき精神病床の医療の在り方というものにつきましては真ん中の部分、適正化により将来不必要となった病床、こちらは慢性期の病床の部分を主に指しておりますけれども、こういった病床を削減していくことによって余ったマンパワーといったものをニーズが高い左側の急性期、あるいは右側の地域移行の充実に向けてしっかり配置をしていく。そういったことが重要になるのではないかと整理をしているところでございます。

こちらは以上のとおり、前回の検討会、69ページの下のところの「検討の方向性」でちょっと書かせていただいた内容を今回絵の形、スライドの形で補足をさせていただきました。

最後は77ページ目以降、「虐待の防止に係る取組」について、虐待を起こさない組織風土をどうつくっていくかという観点から、前回の議論、通報制度の在り方を含めまして様々な御意見をいただいたところでございます。したがって、80ページ目のところは前回に続いて御意見をいただければと思っております。

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。

続きまして、水野参考人から御説明をよろしくお願いいたします。

○水野参考人 水野です。

今日は参考人としてお話をする機会をいただきましてありがとうございます。画面の共有をさせていただきます。

公益社団法人日本精神神経学会副理事長の水野雅文です。内外の精神科専門学会などにおきまして、国による医療事情が様々に異なる中でも強制的な治療や身体的拘束、隔離などの行動制限をできる限り最小化にするための議論が盛んに行われているところです。このたび、日本精神神経学会におきまして「精神科救急・急性期医療における身体的拘束に関する基本認識」、参考資料3-2として提出しておりますが、これをまとめましたので紹介させていただきます。

当学会は、患者の人権と尊厳を尊重した、より質の高い精神科医療を実現していくことを目指しております。身体的拘束に象徴される強制的な処遇をできる限り最小化する必要があると考えております。

身体的拘束は、最大限の注意を払って実施されても、患者に人としての尊厳を奪われたと感じさせるほどの大きな精神的苦痛を与えます。そのトラウマ体験のために、精神科医療に不信を抱き、その後の治療を忌避して症状悪化を繰り返す患者も少なくありません。精神科医療の前提である患者・医療者の信頼関係を損なうことになれば、身体的拘束は長期にわたって患者に不利益をもたらす反治療的な行為となり得ます。したがって、精神科救急・急性期の現場においても、可能な限り身体的拘束をしない医療を行うことが望ましいといえましょう。

しかしながら、我が国の精神科医療の現場は、歴史的経緯の中で、精神科救急・急性期医療であっても他科の医療体制に比べて著しく少ない人員配置がなされています。精神科医療機関の自助努力だけでは、身体的拘束をしない精神科医療を実現することは困難であると言わざるを得ません。拘束を行わない諸外国のように、必要かつ十分な医師や看護師などが精神科医療機関に配置されることによって、身体拘束を行わない、より安全な治療を実施できる治療環境を整えることが急務であると思われます。

具体的には、拘束を行っていない諸外国における患者―看護師数は、急性期治療病棟では4対1が中心であるのに対し、我が国では最高規格の救急・急性期病棟においても10対1にとどまり、その他の病棟ではさらに少ない基準で運営されています。

このような人的資源の少ない精神科病棟において、やむなく身体的拘束をせざるを得な

いこともあるのですが、一見するとそれが精神科医療界において無批判に常態化していると受け取られる危惧さえ抱きます。

しかしながら、このままの人員配置が続けば、精神科医療現場における身体的拘束をなくしていくことは不可能と言わざるを得ません。

こちらは、2000年における精神科の医師数の国際比較です。その後、精神科医師数は徐々に増加してきましたが、2016年においても人口1000人当たり、スイス0.51人、ドイツ0.27人、フランス0.23人、ニュージーランド0.18人に対して日本は0.12人とどまっております。医師の中で精神科医がわずか5%にすぎず、諸外国に比べても少ないと言わざるを得ません。あらゆる医療場面において、身体的拘束は可能な限り行わないことが望ましいのは論をまちません。

しかしながら、精神科救急・急性期医療の現場では、精神保健福祉法に示される基準に照合した上で患者の生命の安全を守るため、身体的拘束を行って治療せざるを得ないことがあります。この場合には、患者の尊厳と安全を最大限守りながら実施していく必要があります。

さらに、当学会としましては、精神科医療環境の速やかな改善を求める中で、身体的拘束に関する特別委員会における実態調査、急性期医療のあり方検討委員会における議論を経て、身体的拘束の背景について検討を深めているところです。

そこで、ここに示す取組を本学会は本学会員に確認するとともに、国内外の精神医療関連団体と連携して我が国の精神科医療機関においても実践していけるように援助を行っていきます。

今後、当学会は精神神経学分野の基幹学会として、精神科救急・急性期医療における身体的拘束を最小化する努力を一層進めてまいります。そして、精神科医療の必要性と我が国の精神科医療機関の現状が広く国民に理解されるよう情報を発信する一方で、身体的拘束を必要としない精神科医療を実現する治療環境の整備に向けた施策を日本政府に強く求めます。

最後に、医療観察法の附則第3条を示します。2に「政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。」と明記されております。

我が国の精神科医療、保健福祉の水準向上に、本検討会における建設的な議論を期待しております。

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、議論のほうに移りたいと存じます。事務局から資料の説明がございましたけれども、資料2は前回の議論を踏まえた修正点が示されております。本日も、前回から引

き続きの形で、これまでの意見を踏まえた論点につきまして議論を深めていきたいと思いをします。

構成員の皆様方におかれましては、前回同様のお願いにはなりますけれども、御発言に当たりましてはまず第1に何ページのどの論点に関するものなのか。それから、第2番目といたしまして賛成、反対、いずれのお立場に近いのかを可能な限り明示いただいた上で御意見をお願いいたします。

それでは、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、小阪構成員より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。早速、意見を申し述べたいと思います。

「精神保健に関する市町村等における相談支援体制について」ですが、示されている方向性としてはおおむね賛成いたします。特に、8ページ記載の「(3)市町村及び都道府県において、関係機関、関係団体、当事者その他の関係者により構成され、地域づくりを支援するための「支援会議(仮称)」に関する規定を設ける。」ということは、ぜひ進めていただきたいと思います。行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等、様々な立場の方が協働して議論していくというのはとてもよいと思います。

患者の意思表示についての支援についてもおおむね賛成なのですが、1点、私たちの中で言葉になってきていることがあるのでお伝えさせていただきます。

とある委託相談支援事業所に従事されている精神障がい者ピアサポート専門員の声です。「検討会で使われている意思表示支援という言葉については、少し違和感を抱きます。入院されている方は、本当は最初は退院したいと、きっと何らかの形で小さな声、小さいかもしれないけれども、御本人の意思として表明していたりするものなのではないでしょうか。拘束されていたら解いてほしいと、本当は声や態度で示しているのではないのでしょうか。そうした既に意思や態度で表明がなされているにもかかわらず、適切な形で、例えば精神科医療の提供者側のお立場の方たちにもしかすると受け止められてこなかったかもしれないこと、あるいは病院側だけでなく私たちを含めた地域の支えの弱さなどもあって、地域援助者等につながっていないこと等が本質的な問題なのではないかと思います。」

彼から託された言葉は以上ですが、改めて本検討会の場における患者の意思表示についての支援について検討していくに当たっても、そうした当事者の声があるということはお伝えするに資すると思って御紹介させていただきました。

続いて、医療保護入院についてです。42ページの(案2)でいくとすればですが、その期間についてはやはり6か月は長いのではないかと感じる側面があることは再度言及させていただきます。

また、44ページに新たに記載いただいた退院促進措置に係る連携先となる地域援助事業者として、地域生活支援事業において障害者相談支援事業を実施する市町村、または市町

村が委託した相談支援事業者を追加については賛成いたします。

なお、意思表明支援者との連携という観点からも、障害者相談支援事業を実地している市町村、または市町村が委託した相談支援事業者が適切に連携を図れることがさらに望ましいというふうに思います。

また、診療報酬上、非自発的入院の割合というものが要件となっていることについては、早急に見直しが必要なことと思いますので、ぜひ適切な見直しをお願いいたします。

58ページについて、新たに記載いただいた○の4つ目の保健福祉委員について、当事者や家族も含むこととすることについては方向性として賛成いたします。

一方で、そうしたことを標準化していく際には、並行して何らかのフォローアップ体制が必要かもしれない点については改めて留意すべきだろうと思います。

なお、「隔離・身体的拘束の最小化に係る取組」についてですが、可能な限り隔離・身体的拘束をゼロとすることを目指し、身体拘束の最小化の取組を総合的に推進と、隔離・身体拘束をゼロとすることを目指すときちゃんと明示してくださり、当事者性を持つ私たちからも改めて事務局や構成員の皆様へ感謝申し上げます。

特に身体的拘束についてはゼロを目指すということがあってこそ、私たちが求めている、誰もが安心していざというときに頼りにできる精神科医療としての体制整備にもつながっていく大切な欠かせない変革の要素だと思います。

一方で、とても心配な箇所が1つあります。資料1の67ページです。「②単に「多動又は不穏が顕著である場合」に身体的拘束が容易に行われることのないよう、「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、これにより、患者に対する治療が困難な場合や、常時の臨床的観察を行ってもなお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に限定し、身体的拘束の対象の明確化を図る。」についてですが、まず「常時の臨床的観察を行ってもなお」という一文を書き加えてくださり、ありがとうございます。常時の臨床的観察がなされていない身体的拘束が現実に行われているような実態もあるということも漏れ聞こえていますので、そうしたことがなきように明記していただく必要はあるのだろうと思います。

他方で、気がかりな書きぶり、表現ぶりもあり、心配を抱いているところです。基本的に「多動又は不穏が顕著である場合」に相当する要件は実施する側の裁量によるところが大きいように思われるため、削除が望ましいというのが私の基本的立場ではありますが、事務局案に沿って述べますと、「これにより、患者に対する治療が困難な場合」という記述箇所に懸念を持っています。

いずれにしても、非常に差し迫った生命などへの緊急性があり、当事者性を持つ受け手の立場からも、そういう状況であれば本当に致し方ない、やむを得ないと思えるような要件であることが必要であると考えています。

よって、単に多動または不穏が顕著であって、これにより患者に対する治療が困難な場合ということだけで身体的拘束が行われてしまうようなことはなきよう、後々のために誰

もがいざというとき安心して頼りにできる精神科医療の体制となるように、ここの箇所については特に丁寧に検討を行う必要があると思います。

例えば、「これにより」以降の記述の仕方について一つの例として、これにより、差し迫った生命の危険のために緊急上やむを得ず患者に対する治療行為を行う必要がある場合や、常時の臨床的観察を行ってもなお患者の生命にまで危険が及ぶおそれが非常に切迫している場合に限定し、身体的拘束の対象の明確化を図る、というのはいかがでしょうか。

私の提案も、正直申し上げまして十分耐え得るものなのか、果たして適切なのだろうか、とても自信がないですが、少なくとも今の事務局案のままだでは、まだ当事者性を持つ立場としては安心して受け止め切れない、本当にやむを得ない要件としてはまだ不十分ではないか、本検討会の取りまとめとしてもまだまだふさわしいものとなっていないのではないかと考えています。

繰り返しになりますが、どのような要件であってもその要件に先立つ理念、概念として、隔離・身体的拘束をゼロとすることを目指すということは明示、強調していただきたい事項になります。

加えて、身体的拘束全般についてですが、基本的には緊急的で、かつ一時的であることが当然でしょうから、例えばその上限時間等についても何らかの基準等を設けることについては今後議論をしていくことが求められると考えています。

私からは以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほかに御意見、御質問等はいかがでしょうか。

それでは、辻本構成員よりお願いいたします。

○辻本構成員　辻本です。どなたもおられないようなので、発言させていただきます。

基本的にはおおむね賛成な方向なのですが、幾つかお聞きしたいというか、確認したいところがあります。

まずスライド8で、市町村に下ろしていくというのは具体的にどういうふうに進めていくのか、厚労省なりが頑張ってくれるのかどうかというところです。

それと、スライド9です。これは前にも言ったのですけれども、かかりつけ精神科医というのがどのようなものなのか、まだはっきり定義、役割がしていないように思います。これは精神科主治医とどう違うのか、と思います。

次に、スライド22をお願いできますでしょうか。この意思表示支援の役割がやはり整理されていないように思います。どこまでの役割かという今、私の理解の中で、傾聴が主体であるのであれば傾聴に特化していくほうがいいのではないかと。例えば、初期に行動制限とか面会制限がある場合、患者さんと会うことができるのか。法律家等の面会とか家族の面会制限とか、どういうふうに整合性をつけるのかというのが分かりません。

スライド23のところですが、独立の外部の立場の者として、傾聴主体であるのであれば、例えば社会福祉協議会のスタッフだとか、市町村の生活困窮、自殺対策、精神保

健福祉、孤立・孤独とか、相談窓口の職員だとか、そういうふうな人々も可能性というか、そういう方々のほうが適切で、退院後の支援も考えたらそういう方々の活動はどうかと思いました。

スライド39をお願いします。「児童・思春期の精神科医療体制の充実」、これはこの間もお話ししたんですけれども、地域で必要な治療を継続させる体制整備は大事なのですが、医療が関与しなくても地域で安心して暮らせるような支援も多々あると思います。地域の関係機関が連携して、医療は医療ができることに特化していくことが肝要だと思います。

スライドの42をお願いします。（案2）にある期限ごとの家族同意ということ、これは後ほどいろいろ話が出るかと思うんですけれども、やはり医療者にも家族には負担をかけることになるので、ここは考えていただいたほうがいいと思います。

スライド44、長期在院者の話ですけれども、長期在院者にこそ意思表示者の存在が大切である。慣れないというより、慣れてしまった入院環境での孤独や不安、さらにあきらめを持ち続けている人々に対する支援を盛り込んだほうがいいように思います。

スライドの46、47の辺りで告知の時期なのですけれども、この書きぶりだと意思表示できるまで、意思表示者がつくまで、はっきりした説明を待たせるのではないかな。かえってタイムリーな意思表示ができないようなことを促すようにも見えるのではないかと思います。

それと、その下のほうに書いてある措置入院に関しては、これは行政による入院なので、また少し意味合いが変わってくるのではないかと思います。もしそういった状況になったら医療保護に切り替えるとか、措置自体の自傷他害を離れた時点で他の入院形態の検討が重要ではないかと思います。

スライド66まで飛びます。拘束についてですけれども、これも時々言うのですが、認知症や身体合併症のせん妄と、精神科で見られる拘束の在り方についても将来的に検討いただきたいと思います。

スライド70の病床管理のことですけれども、病床の少ないところにスタッフを増やしてしまうということを言われてしまうのですが、実際、医療観察法病棟に人をかければ隔離・拘束は必ず減っているわけです。そこまでちゃんとやらないと隔離・拘束を減らすことは難しいと思うので、やはり人員配置が大事です。

さらに、人員配置が一般病床よりも少ないのは、患者人権においても非常に大きな問題ではないかと思います。

それと、申し訳ないのですけれども、最初の参考資料の私の発言の内容についても簡単に触れさせていただきたいのですが、よろしいでしょうか。

○田辺座長 どうぞ。

○辻本構成員 参考資料2で「地域共生社会に向けた地域精神保健福祉体制に関する提言」ということで、お話ししたい方がたくさんおられると思うので簡単に言います。

最初のパラグラフでは、以前の平成29年の「第7回これからの精神保健医療福祉のあり

方に関する検討会」でも、センター長会として提案を出しました。そこに続くようなもので、精神保健福祉センターの運営要領の見直しの必要性とかも指摘されているので、何か材料になればと思って考えました。

その1、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的支援体制の構築」で、その中で精神保健福祉センターの役割も大事だということが書かれており、「バックアップ」という言葉が、通常想像される、単に時々助言を行うだけの業務にとどまらずに、市区町村とか、保健所とか、精神保健福祉センターがいわば一体になって活動を考える必要があるという内容になっています。そのためには、各機関、機能に見合った適切な人員体制や予算措置が求められます。

次の2ですが、処遇困難についてはしっかりやっていくことが記載されています。

次の3では、人材育成も非常に大事だということを書いております。

次のページにあって4ですが、「本人の希望に基づく退院後支援について」もガイドラインに即してやっていくというところであります。

次の5の辺りが皆さん関心のあるところなのですが、今回も患者の意思決定支援及び意思の表明についてです。精神保健福祉センターについて今回いろいろと考慮いただくということでありがたいのですが、その下のところで精神医療審査会の機能がちゃんと働かなければ意味がない。アドボケート機能と審査会機能は両輪だと思うのですが、審査会がまだうまく機能していないので、そこも十分に検討していただきたいというところです。

最後に6の「精神保健福祉指定医について」ということなのですが、これはずっと精神保健福祉センターが提言しているのですが、精神保健指定医というのは保健の視点のみで、福祉の視点が消えがちだと思います。ですから、福祉の視点もちゃんと精神科医は持つというところで、ちょっと長くなってしまうのですが、名は体を表すということで名称変更をしていって、ちゃんと全ての精神科医はそういう視点を持つようにしていただきたいと思います。

内容はまた読んでいただければありがたいので、報告とします。どうもありがとうございました。

○田辺座長 どうもありがとうございました。

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。

全体の方向性としては賛同いたしますが、その中でも幾つか意見を述べさせていただきたい点がございます。

まず34ページの医療保護入院廃止に向けた方策ということで3つの視点を挙げていただきました。

その視点の1の「入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実」として、37ページの「(1) 患者本人のニーズの実現に向けた「包括的支援マネジメント」の推進」で、括弧にいろいろ書かれています。この取組が大変に重要だと考えておりまして、特に訪問

診療・訪問看護の充実とありますけれども、現在地域で訪問医療に取り組まれている精神科医の先生から、医療保護入院の廃止に向けては訪問医療の拡充、充実は欠かせないと聞いております。生活の場へ訪問による丁寧な関わりで、入院が必要になる前に対応が可能になります。

また、その中でもやはり入院が必要になるケースも出てきますけれども、入院が必要な状況になったとしても信頼関係が構築された訪問スタッフの丁寧な関わりがあれば、任意入院につなげることが可能になるというふう実践の御経験から話されています。

私たち家族は、このような必要なときに必要なだけ対応してもらえる、また本人や家族に寄り添う丁寧な関わり、対応が可能となる精神科医療体制を求めています。

また、別の視点、認知症の方への対応ということが書かれておりますけれども、認知症の方への対応としましては精神科入院治療というよりむしろ介護の視点で関わる必要があるのではないかと考えておりますので、そちらのほうに重点を置いた支援体制が必要ではないかと考えます。

次は53ページで、医療保護入院の同意者についてということです。53ページのところに、現在、家族等の同意の機能は、入院することを本人に代わって同意することまでは求められておらず、というふうにありますけれども、これまで多くの家族の体験から当事者が医療的ケアを必要と認識できないために、本人に代わって家族が入院を承諾したという認識を持っているという、これが現実なんです。また、当事者にとっては、家族が入院させた、家族のせいで入院させられたという認識が大半なわけです。

ここがこんなふうに説明されているような理屈での説明が通じない実際の状況になっています。だからこそ家族が傷ついてしまったり、当事者との関係性がゆがんでしまったりしているわけなんです。身近な大切な人が精神疾患になったことだけでも大変な思いをしている家族に、さらに入院の同意という負担を強いております。この家族等の同意の見直しにつきましては、すぐに解決が難しいということは重々承知しておりますけれども、ぜひ検討を続けていただくことを切望しております。

次ですが、58ページの精神医療審査会の保健福祉委員に当事者、家族を含めるということについて御提案をいただきましてありがとうございます。このことにつきましては、ぜひ進めていただきますようよろしくお願いいたします。私たち当事者、家族もその際には覚悟を持ってきちんと役割を果たしていくような、そういう体制をつくっていきたいと考えております。

67ページ、身体拘束についてです。先ほど当事者の小阪構成員のほうからお話がありましたけれども、本当に同じような考えを持っております。多動及び不穏が分かりにくいということで、そこに具体的な患者に対する治療が困難な場合というような説明が加えられましたけれども、本来、身体拘束につきましてはその基本的な考え方として、患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、というふうにありますように、患者を守るために行われるという位置づけが本来の形です。ここ

に治療が困難な場合ということを提示することで、拡大解釈されてしまって身体拘束が増えてしまう可能性はないのでしょうかという不安を強く感じます。

精神障害者の多動や不安については、あたかも取りつく島のない状態のようにイメージされるかもしれませんが、多動や不穏にも何らかの背景や理由があるというふうに私は捉えます。身体拘束の要件に多動や不穏があることで、この多動や不穏に対して何らかの働きかけなどの対応をせずに身体拘束という判断につながっている可能性が、これまでの多くの家族や当事者の体験から推察されます。

誤解を生じさせる可能性がある説明を加えるよりは、「多動又は不穏が顕著である場合」ということは削除することでよいのではないのでしょうか。この項目を削除することによって、身体拘束はより慎重な取組が必要だという意識を高めることにもつながるように思われますので、削除をしていただくことを求めたいと思います。

それから、最後です。69ページの精神科特例の廃止についてです。先ほど日本精神神経学会の水野先生から御報告がありましたように、人員配置の適正化は、より質の高い医療のため、身体拘束を行わない医療のために重要だというふうに述べられました。精神科特例の基準を撤回して、ぜひ適切な人員配置を進めていただきたいと家族の立場からも考えております。

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、櫻田構成員よろしく願いいたします。

○櫻田構成員　ありがとうございました。櫻田です。

私のほうからも、幾つか意見を述べさせていただけたらと思っております。

前回からお示しいただいているとおり、今回も資料がまとめられている中で、おおむね私のほうも内容としては賛成をするところではあるのですが、幾つか意見を述べさせていただくと、まず42ページの下のほうの医療保護入院者における当初の入院計画のところは半年ごと、6か月ごとという項目があると思います。こちらは前回も述べさせていただいたと思うのですが、やはり半年ごとの期間ですとちょっと長いかなと当事者の立場からしてすごく思うところです。やはり6か月ごとに見直しというよりは、本当に3か月とか、最初のほうはもうちょっと期間を区切っていただいたほうが、より医療保護入院から別の形態に移行することが、もっとまめに聞き取りを行っていただくことによって可能になるのではないかと考えておりますので、そのところをもうちょっとスパンが短くなるような形で明記していただけると大変ありがたいと思っております。

続きまして、58ページの審査会等に当事者と家族を含むというところなのですが、これも明記をしていただいております。やはり私たち当事者ですとか御家族の方ですとかがその場に入ることによって、実際に当事者の立場から見てどういう気持ちだったかとか、あとは御家族の気持ちだったりとか、そのときどういうふう感じたかとか、そういうことを伝えられる場になると思いますので、そういうことをぜひ意見として

酌んでいただいて、それをぜひ生かしていただければいいかと思っておりますので、そのように進めていただけると大変ありがたいと思っております。

次に、67ページのところで小阪構成員、岡田構成員もおっしゃっていたところに私も意見としては賛同なのですけれども、本当にこの「多動又は不穏が顕著である場合」というところでは、入院当初ですと例えば慣れない入院生活でやはり落ち着かなかつたりですとか、多少動きが多くなつたりとか、ちょっといつもと違う行動を取ってしまうということも多々あると思うんです。

やはり落ち着かない環境の中で入院生活が始まって過ごしていく中では、やはり症状というよりは反応の部分で動いていることも多いと思いますので、その反応の部分で、調子が悪いから身体拘束だねという感じになってしまうと、治療をしていただいている方との信頼関係が崩れてしまう可能性があります。そういうのを防ぐためにも「多動又は不穏が顕著である場合」というところは削除が望ましいと私自身は考えております。

この身体拘束に関しましては、本当に自分自身、身体拘束をされる側の当事者の方の生命が脅かされる場合は、本当にその方を守るために致し方ないというところはあるとは思いますが、治療が困難な場合というところでは、治療を受ける側のこれこそ意思もあると思うんです。入院という治療になったとしても、その治療を受けるか、受けないかというのは、実際の当事者である人がやはり決めるというか、治療を受けるのか、受けないのかということも意思としてあると思いますので、そういうところも酌んでいただけるとありがたいかと思っておりますので、そのような形で私としてはこの部分は意見を述べさせていただきました。

私としては以上になります。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、永松構成員よろしく願いいたします。

○永松構成員　全国市長会の永松です。2点です。

まず8ページ、2点目は80ページになりますけれども、まず8ページの部分です。意見というか、要望です。

8ページのほうで、「法制度上の対応を念頭に検討を進めるべき事項」として、都道府県、市町村において精神保健福祉相談員の配置を任意から努力義務へということになっています。総論的にはそのとおりだろうと思います。例えば、地域包括ケアシステムの構築であるとか、重層的支援体制の整備からしても、各市町村においても精神保健福祉相談員の配置というのは任意から努力義務ということについては長い目で見ればそのとおりだと思います。

それから、(3)の「支援会議」を開催するというだけでもやはり市町村にはいずれにしても必要になるだろうとは思いますが。

ただ、要望になりますが、やはり多くの市町村は保健所を持っていない。それから、今まで任意だった精神保健福祉相談員が今度は努力義務ということになりますと、まだまだ

経験がない専門性に乏しいので、できれば保健師の増員対応ができるように、財政的措置をしていただきたい。地域包括ケアシステムの構築、重層的支援体制整備という本来の市長村が果たすべき役割に大きな力となりますが、すぐにというのはなかなか厳しいと思います。そこで、財政的措置を講じていただくことが前提になりますので、どうかよろしくお願いいたします。

それから2点目です。80ページで、精神科病院における虐待事案の関係です。まず通報義務、通報者保護というところです。真ん中辺で、(1)と(2)がございまして、障害者虐待防止法の改正で、市町村を通報先にしたらどうかということです。

これは第三者としての支援になるけれども、結局指導監督を都道府県の精神保健担当部に委ねることになるというワンクッション置いたような形になるということです。それで、市町村としては精神保健福祉法の改正というのが今、一番適切かなとは思いますが、構成員の皆さん方のお話を伺っていると、ぜひ市町村のほうに通報先になってほしいという御意見もあります。

ただ、精神科病院で例えば通報があつて、その内容が身体拘束ということであるとする、市町村の職員がそこに行くことはいいのですが、「治療のためにやむを得ないことです」という説明を受けたときに、専門性のない中でその患者さんをどれだけ守れるというか、精神科病院さんのきちんとした説明を受けて正しく判断できるかに不安があります。万一、虐待であれば救いに行くということは当然だと思うのですが、相談支援であるとか社会参加支援が十二分にできて、市町村の職員がきちんとした対応ができるまでは、やはり都道府県と連携しながらステップ・バイ・ステップで、そんなに悠長なことは言っていられないという御意見もあると思うんですけれども、通報に応じたきちんとした対応ができるということが前提にあると思いますので、できれば都道府県と市町村が協働して、どちらかが通報されてもどちらも動けるような形が望ましいのではないかと。

私は専門家でもないんですけれども、そういう患者さん、それから精神科の病院である疑いをかけられているということであれば、現場に詳しい市町村、つまり相談支援をする社会参加支援をしている市町村と精神保健福祉法の中で精神科病院と連携をしている都道府県が一緒に行くという形でやれると一番いいのかなと思います。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございます。

それでは、鎌田構成員よろしくお願いいたします。

○鎌田構成員　日本看護協会の鎌田でございます。よろしくお願いします。

2点ほど意見を述べます。

まず、資料の7ページと8ページ、精神保健に関する市町村等における相談支援体制について、それぞれ検討の方向性が書いてあります。市町村は精神だけではなく多くの事業を行っているため、市町村がこれからしっかり相談支援に取り組むためには、保健師増員のための検討を早急に進めていただかないといけないと思います。人材の確保に加えて、

都道府県の保健所、精神保健福祉センターのフォローアップ体制をしっかりと整備する必要があります。と思っています。

今回のコロナ禍を受けて保健所の業務が逼迫したことで、国は保健所において感染症に対応する保健師を2年間で900人増員するという予算措置を出しています。そういったことを考えると、精神の相談支援体制を市町村で行うために、早急に保健師や相談支援専門員等自治体職員の増員について積極的に取り組んでいただきたいと思います。と思っています。

次に、資料の70ページになります。「隔離や身体的拘束の最小化に係る取組」の上から2つ目の○について、精神科特例の検討の方向性として「診療報酬上、急性期の精神病床については、すでに一般病棟と同程度の看護師配置を求めている。」と記載されておりますが、看護師は慢性期の精神病棟についても急性期と同様に24時間患者を診ております。そのため、看護師の配置が手薄になることは避けなければなりません。退院調整については再入院を防ぎ、地域で生活ができるよう病棟でアセスメントや支援を行い、退院調整を行うためには看護師の十分な配置が必要です。看護師の配置の重要性について、しっかり記載していただきたいと思います。と思っています。

私からは、以上です。よろしくお願いいたします。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、北村構成員よろしくお願いいたします。

○北村構成員 石川県立こころの病院の北村です。現場のほうからお話をしたいと思います。

議論の方向性についてはだんだんまとまってきていると思いますし、おおむね賛成な部分が多いのですが、まず9ページです。「かかりつけ精神科医・他科のかかりつけ医との連携」ですが、このことは精神障害者にも対応した地域包括支援システムをつくる上で非常に重要なことだと思います。それで、私がちょっとしたインタビュー兼かかりつけ医に対するインタビューの研究を行ったところ、かかりつけ医が精神科医療に期待することとして、要するに迅速に対応してほしいということと、これは今日はあまり関係ないのと言いますが、もう一つは精神科医療との連携を強化したいという意見が出ています。それで、具体的には相談できる窓口が欲しいとか、精神科医ともっと顔見知りになりたいとか、もう一つあったのは、精神科の領域の社会資源についての知識、情報が全然分からないということがありました。

それで、やはり医師会等を通じて今、議論されているような市町村の相談窓口とか、そういう事柄を一般のかかりつけ医の先生方にも教えるというか、研修をすることは非常に重要なことだと思います。

むしろ精神科医はかかりつけ医から逃げようとしている人もいるかもしれないけれども、かかりつけ医はやはり認知症が増えて、子供のいろいろなことが増えてきたりとかして、とにかく精神科医との連携を求めている人が多いような印象ですので、ぜひその辺りを具体的に考えていただきたいと思います。

それで、かかりつけ医の定義については先ほど辻本構成員もおっしゃっていましたけれども、本当のかかりつけ医の定義自身が怪しくて、いろいろな団体で議論しているところなので、かかりつけ精神科医というものについては別の機会に改めてどういう議論が必要かということを議論したほうがいいと思います。

それから、同じページの精保センターの業務運営要領ですが、これは平成8年でしたか。20世紀の話ですよ。そんなものを引きずっていて、メンタルヘルス課題の多い現代日本に対応できるとはとても思わないので、早急にこの運営要領は見直して、ものすごく生保センターの業務が増え続けている中で、例えば精神科医のいないそういうセンターがあったりするわけですから、精保センターの精神科医を複数名にするとか、もう一つは精神医療審査会については別組織にして、もっと機能を強化することで患者さんの人権を守れるのではないかと思いますので、付け焼き刃などではなくてもっと抜本的なやっただいかなと思います。

それから、33ページですが、認知症がどうのこうのという話があります。それで、先ほど岡田構成員がおっしゃっていたように、認知症に関してはやはり介護の方から考えるのが正しいと思います。確かに前頭葉機能などが著しく低下して、衝動性が抑えられなくなって、精神科でしか対応できない認知症の方はいるにはいますが、ごく少数です。多くの認知症に関する問題行動というか、行動障害ですね。BPSDと言われるものは環境への不適応で起こるわけですから、10年前に比べると本当に介護施設が上手になって、特に大きい施設ではなくて小規模だけの施設とかグループホームとかでの少人数で、これは知的障害の方とかでもそうではないかと思うのですが、病院みたいな50床で何人かで診るというような形だったらどんどん不適応も起こしますし、ましてや認知症の人を隔離したり拘束したりしたら、そんなものは症状が悪くなる一方なので、確かに一部精神科でしか扱えない人はいますけれども、そちらをメインに考えるべきです。

でも、その認知症が今は老健局に行ってしまうからここでは議論できないかもしれませんが、10年くらい前に精神科病院に認知症の人を長期入院させないための取組みたいなものを一時老健局がいっぱい言っていたことがあります。ですから、もう一度認知症の医療とか介護について改めて別の機会にきちんと検討していただきたいと思います。

それから、66ページとかの身体拘束の話ですが、うちの病院は前も言ったかもしれませんが、多動や何とかだけで身体拘束をすることはありませんが、ほとんど身体拘束するときはやはり意識障害の場合です。先ほど辻本構成員も、せん妄のことをおっしゃっていましたけれども、外国などでは薬物の離脱症状とかせん妄とかは果たして精神科の病棟で診るのか。救急とか、そういうところで、『ER』とかというドラマを見てみると、結構そんなところで暴れている人は救急外来の現場ではもう命にかかわるから結構拘束とかしていますよ。

していますよと言うとあれですけども、ですからもうちょっとその内容をきちんと調

査することは必要ですし、もう一つは総合病院の先生などに聞きますと、総合病院で緊急措置などを受け入れる病院では夜勤の看護婦さんが全員女性だったりすると、鎌田構成員に怒られるかもしれませんが、看護師さんのほうからちょっと拘束してくれと頼まれるというのが事実であります。

そうなりますと、やはり夜間の緊急措置みたいな重症の精神障害者を総合病院で受け入れなければならないということが問題だと私は思うので、どうせ法改正するのならば19条の都道府県の精神病院の設置義務をもう一回見直して、きちんとそれがないところをつくれ、整備しろ、そこで急性期医療をしろというふうにしたほうがいいのではないかと思います。

それから、これは最後の意見ですが、73ページ以降の精神科特例に関する云々のことですけれども、やはりいろんな議論がというか、精神科の医療が本当に特殊なものになっているのは、精神病院で医療と福祉をやっているというところが一番の問題であって、病院は医療しかしませんよ。保護なんかする必要ないんだから、それは福祉の話なので、これはやはりもっとはっきり切り分けておく必要があるというか、そうすべき時代になっていると思います。

それで、初めの頃の検討会でも言いましたけれども、例えば73ページだったら左側に書いてある救急入院医療病棟は1万床くらいでしょう。それから、急性期病床が1万6000くらい、今、医療と言われているところはここだけです。ほかのところはほとんど療養病棟とか長期入院患者さんがいらっしゃるので、そういうところはもう介護医療院で、医療は必要ですが福祉の施設にしていれば身体拘束もできないわけですから、最終的にはそういう方向で話を進めるべきではないかなと思います。

ただ、いきなりそういうふうにはならないので、やはり精神科病床も一般医療と同じように病床機能をはっきり分けて、それは救急・急性期と、地域移行と、それから療養でいいと思っています。

それで、重度かつ慢性という話にすると、またそこにはそういう人がいっぱいいる。水中毒で20年入院している人がいるんだとかという話になるので、そういう人たちは救急・急性期病棟で診なさい。うちの病院などは、結局10対1の病棟でないと診られない患者さんは、自閉症の方が今1人入院していますけれども、そこで何とか隔離しなくてもいいようにするのに5年、10年かかってもやる。

だから、逆に普通の一般病床で診るとずっと隔離室に入れておかなければいけないということになりますから、非常に人数をかけた病床と地域移行する病床で、地域移行する病床は任意しか認めなければいいし、あとは療養病床も任意でいいと思うので、いずれそういうふうにしてから療養病床を福祉の世界にお渡しするというか、そういうことが大事ではないかと思います。

最後ですけれども、精神科特例の話にすると、これは医者基準と看護婦の基準だけになって、こんな安い診療報酬で医者なんか増やせないよとか、結局そういう話になるんで

す。それで、いきなりいろいろ難しいので、私はそういういろんな精神科病床にもっとコメディカルを配置するのを義務づける必要があると思います。

というのは、医療観察法病棟とか、それから児童思春期病棟は公認心理師とか作業療法士が病棟専任でもう決まっていますから、そうしますと結局精神科病床というのは昔からやはり看護の世界というか、医者は好きなことを言っているけれども、1年か2年で大学に帰って行って、結局看護師が生活の隅々を全部見ているんだということでどうしても安全管理が主体になるみたいになってしまうところもある。

それからもう一つは、看護師の方々は夜勤もするわけですから連続性がないですよ。でも、例えば常勤の作業療法士とか常勤の公認心理師がずっと病棟に日勤でいればその経過も分かりやすいということもあって、現実的に医療観察病棟が今の日本の精神科医療で非常に優れた病棟とすると、確かにああいうところは隔離とか拘束とかほとんどないですから、それを考えるならば、いろんなことをしようとすると難しいので、まずコメディカルのスタッフをいろんな病棟に配置することを条件にするというような形から入っていけばいいんじゃないかと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、吉川構成員よりお願いいたします。

○吉川構成員 ありがとうございます。日本精神科看護協会の吉川です。

私からも2点になりますが、全体的な方向性についてはおおむね私も賛成をしているところです。

まず1つ目ですが、小阪構成員から意思表示支援のときに実際には現場で患者さんがどのような状態にあっても御自身の意思を表明されているのではないかと聞いたことを聞いて、我々身近にいる看護者としてもそういった患者さんの声というか、意思をしっかりと聞き逃さないようにしていかなければならないなというふうに今回も思ったところです。

そして、26ページでちょっと具体的なところですが、意思表示支援者の資質のところ、研修の受講とか、いろいろ書かれていました。さらに個別給付化といった方向性も出されていきましたので、これが柔軟にというか、迅速に進むような手だてを考えることが必要なのかなと、これが時間的に非常にかかるのではないかとこのところが心配になりました。

それと、精神保健福祉センターが様々な業務を担うということも書かれていましたので、精神保健福祉センターがこういった業務を担えるような人的な措置も必要になるのではないかなと思いました。

それともう一つ、これは本当に個人的な感想になるのですが、今回の意思表示支援者の議論をずっと聞いていて、今回これが制度化されるということを考えたときに、告知の際にも意思表示支援者が同席をするというようなことが書かれていました。

ただ、御本人が希望する方というのは様々な方がいらっしゃるのではないかと思いますので、必ずしも今回制度化する意思表示支援者でなければそういった支援ができないよ

うにならないように、その辺は考えておく必要があるのかなと思いました。

2つ目は、身体的拘束のところです。我々看護者としても、身体的拘束をゼロにするという方向性を全国の看護者とも共有をしていきたいと思います。

その上で、67から68ページのところになります。こちらには、身体的拘束の最小化、ゼロにするというところで、管理者のリーダーシップの下とか、管理者のリーダーシップが非常に重要だということが示されていて、そこは非常にいいと思います。これまでの臨床で、既に身体拘束をゼロに近づけたとか、この1年、この数年、身体拘束を本当に実施することがなくなったといったお話を病院の管理者の皆様から聞く機会も増えてきています。

ただ、これまで身体的拘束だけではないのですが、精神科における倫理的なこと、あとはこういった行動制限に関しても声を上げてこういうふうに進めていこうという管理者のリーダーシップがある間は、スタッフも全員そういう方向に向かって頑張っていくことができるのですが、リーダーが替わった途端にまた現場が逆戻りをしてしまうといったことも少なくありません。

したがって、そのためにも逆戻りをしないようにするということが私は非常に大事だと思います。行動制限最小化委員会の充実というのもそのための手段として大切だと思いますし、もう一つは何と表現していいか、うまく表現できないのですが、身体的拘束を回避するための臨床的手段とか、代替手段ですね。そういったものの研究にこれからぜひ努めていく必要があるのではないかと考えていますので、そういった研究に対する予算についてもぜひ御検討いただきたいと思います。

それと、医療現場ではどうしても病気によって御自身の体を傷つけたり、自殺企図などによって患者さんの体や生命が脅かされる状態があります。そういった状態のときに、もちろん現場でも患者さんの人権、尊厳を最大限に尊重しながら命を守る。それが我々看護者としても非常に重要な役割になると思っています。

したがって、そのような状態になったときにどのような方法で患者さんの命を24時間守るのか。それは、例えば身体的拘束を実施する場合のリスク、そして実施しない場合のリスクなども御本人や御家族と一緒に考えるということも私は非常に大事ではないかと思いました。

次は、68ページのところで、これは質問にもなるのですが、重度訪問介護が利用できることと書かれていて、精神科医療機関に十分な周知を行うと書かれているのですが、現実的に全国の精神科病院で重度訪問介護を提供できる事業所が本当にどの程度あるのか。私もこの辺りは理解が十分でないところがありますので、この辺の実態がもし分かれば事務局に教えていただければと思います。

最後に、69ページに人員配置のことが書かれていました。この69ページは精神科特例の見直しといった観点で書かれていまして、もちろんそのことも重要だとは思いますが、私はやはり67、68ページのところに身体的拘束との関連で人員配置について検討するということをぜひ書いていただければと思いました。精神的な救命救急といえますか、そうい

った機能を有する病棟については、やはり身体的拘束が必要になるような状態の患者さんが入院されているわけで、そういった患者さんの常時の臨床的観察、あとは危機回避などの支援が必要になります。そういった状態の患者さんに必要な人員配置とか、あとはやむを得ずに身体的拘束を実施した場合にも、患者さんの安全を確保するための常時観察とか、あとはケアも必要になりますので、そのために必要な人員配置を確保するということをぜひ検討のところに加えていただけたらと思います。

私からは以上になります。

○田辺座長 1点だけ御質問がございました。重度訪問介護に関する実態、それから量的な御質問だと思いますが、答えられますか。大丈夫ですか。

では、お願いいたします。

○津曲障害福祉課長 障害福祉課長でございます。

ただいま御質問のございました重度訪問介護についてでございます。重度訪問介護でございますけれども、まずその対象となっている方は重度の肢体不自由者、重度の知的障害者、もしくは精神障害により行動上、著しい困難を有する方であって、常に介護を必要とする方となっております。

このように、精神障害を有する方に対しましても支援を行っているものでございますが、その利用者数、そして施設事業者に関しましては、精神障害に対して特にそのサービスを提供しているというところまでは分かりませんが、全国では利用者数1万1570、施設事業者数に関しましては7,386というのが令和3年の半ば頃のデータによるものでございますので、これを御紹介させていただきます。

以上でございます。

○田辺座長 よろしゅうございますか。

それでは、上ノ山構成員よろしくをお願いいたします。

○上ノ山構成員 ありがとうございます。日本精神神経科診療所協会の上ノ山です。よろしく申し上げます。

これまでいろいろ充実した議論を積み重ねてきて、一定の方向性が出てきているように思います。それから、多くの資料をまとめていただいて、事務局にはありがたいと思っています。

市町村における相談支援体制についてですけれども、9ページの辺りには精神障害以外にも対象を大きくすることが書かれていますし、それから地域づくり支援も行っていく。この辺りは大変賛成です。それから、市町村に相談員の配置を努力義務とするということについても賛成です。

その後ですね。幾つか好事例が掲げられていますけれども、医療をうまく組み込んでいくという仕組みについては少し弱いかなと思います。医療を組み込んだ個別支援の仕組みというのを、アウトリーチを含めて動いていく体制、こういうものをつくっていく必要があると思います。

10ページには、それを委託も可能というふうに書いてくれていますので、そういうこともあるかと思いますが、基本的には市町村の責任を明確化するという方向性が必要かと思っています。

それで、地域の好事例もいろいろ熱心に議論されるわけですが、会議が躍るといいますか、あれこれ議論をして結局これから先どうしましょうか、困りましたねということで終わることが多いわけですね。やはりそこに医療をうまくかませて、最低限医療が必要かどうかアセスメントをして、そして次に進んでいくというようなことができたらいいなと思いました。

そういうときに、今も言いましたように認知症初期集中支援チームというのが参考になると思っています。これを全国市町村に立ち上げたということは評価できるかなと思います。その内容についてはばらつきがあるかもしれませんが、非常に頑張っておられる。その中で、取り組む事例の中で42%くらいは困難事例が含まれている。そして、それには精神科対応が必要な場合が多いということが言われています。それに対して、内科医を中心とした認知症初期集中支援チームと、それから精神科医を中心としたチームが併存している地域もあるということのようです。

このような形で、認知症に対して地域包括ケアシステムができているというふうに言えると思います。これは、我々の言葉で言うと認知症にも対応した地域包括ケアシステムの1つとして認知症初期集中支援チームが生かされているというふうに思います。

ですから、老健局と島が違うということで、それを一般化することはできないという話になるかもしれませんが、認知症高齢者以外にも対象にしたシステムですね。児童青年期にはどういうことをするか、あるいは成人期にはどういうふうなシステムをつくっていくかということをそれぞれ分けて初期集中支援チームができなければいいかなと思いますし、市町村の役割も明確になっていくのではないかと思います。

意思表示支援、19ページのところですけれども、今日は水野先生にお話しいただきましたが、精神神経学会で提案されているアドボケイトの機能というのは非常によくまとまっていて、これを生かしていけばいいなと思っています。

名称に関しては、意思表示支援でもいいと思います。とにかくこれに向けて一歩踏み出していくことが必要であると思います。

32ページ以降の医療保護入院に関しては、家族の負担を少なくして市町村の責任を明確にしていくということですので、その方向性でまとまっていくというのはいいと思います。

そのためには、市町村にやはりPSWを配置して事前の調査を詳しくするか、あるいは入院決定のプロセス、つまり市町村長同意の話ですが、市町村長同意をしていくに当たっては入院決定のプロセスやその後の支援体制を明確にしていくということが重要になっていくと思います。市町村長同意をやるならば、しっかりやるということですね。

それから、32ページ辺りは自傷他害のおそれのある場合以外にも入院治療のアクセスを確保する仕組みが必要というふうにあります。そのとおりだと思います。

37ページの視点1では、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して「包括的支援マネジメント」を大きく取り上げていただいていますけれども、これはありがたいと思います。

また、その次の3番とか4番とかに普及啓発とか思春期、青年期の問題が取り上げられているんですけれども、これに包括的支援マネジメントが含まれているのかどうかというのは若干不安があります。丁寧に対応すれば含まれるということになるのでしょうかけれども、次の38ページを見ますと、相変わらず緊急時の対応ということが強調されています。入院前の予防的取組に対して第1番に上がってくるのはやはり緊急時ということで、これは措置入院を前提とした体制ですので、通報されなかったり、通報されても措置不要となった時点で非常に困るわけです。こうすることで、緊急時、つまり自傷他害のとき以外の救急対応、これが平時の相談窓口が充実することによって、それから平時の支援体制が充実することによってそれに対応できていくのではないかと思います。

自殺対策だとか、虐待だとか、生活困窮者とか、子育てとか、その他様々な精神的危機があるわけで、それに対応できるように市町村でシステムをつくっていく必要がある。そのために包括的支援マネジメントが生かせるというふうに思っています。

隔離・拘束のことにに関して、精神科特例について言及がありますけれども、精神科特例を廃止することによって療養病床のほうに人員が回ったりすることについて逆効果になる可能性があるというふうな御指摘でした。その辺は考えていく必要はあるかと思えますけれども、そうであるならばやはり療養病床をどのように削減していくのかということをタイムスケジュールに乗せていく必要があるかと思えます。これをなくしたり、あるいはリハビリ施設というふうに施設化することによって10万床は減ることになりますので、その看護師は別のことができるということになるかと思えます。

それから、医療保護入院のところでもありましたけれども、退院支援というだけではなくて入院をやはり人員がきちんと配置できているところに限る。つまり、急性期治療病棟以上にするということにしていかがでしょうか。そして、特例に関しては看護師に注目して指摘されていますけれども、医師も3分の1でいいというのは問題かと思えます。これもやはりこれを修正していく方向でタイムスケジュールをつくっていく必要があるかと思えます。医師は48人を1人で診ていくというのは無理があるわけで、どうしてもそういう体制になると精神症状ばかりに注目して、その患者さんの生活背景を見ていくとか、そういう細かいアプローチが損なわれて、結果的に長期入院につながっていく可能性があるかと思えます。

そのような形で、入院医療が急性期に特化していくという中で、地域との連携がうまくいけばいいなと思っています。病院と地域の好循環ができればいいと思います。

現在は退院時共同管理というようなことで、退院後の生活に向けて入院治療と地域での診療所とが連携する形というのはつくられてきています。このような形で、いわゆる二人主治医制のようなものが退院時にはまだ少ないですけれども、つくられてきているわけで

す。これを入院初期にでもつくられたらいいなと思います。例えばクロザピンの導入のときだとか、あるいはECTをする場合だとか、心理教育を行う場合だとか、レスパイト入院を行う場合だとか、そういうときに地域の主治医も病院の主治医をサポートするというような形ができていけば、地域と病院の好循環、連携体制ができるのではないかと考えています。

そういうふうにはやっていこうと思っても医師が足りないとかという話にどうしてもなるんですけれども、例えば精神医療審査会にももっと地域の精神科医が入っていけばいいのですが、それは期待もされていないし、診療所の医師もなかなか入っていけないという状況はあります。

一方、以前も言いましたように、措置入院とか、法的な活動に関して積極的に参加してもいいという診療所医師が30%くらいいるわけで、それをうまく活用していく仕組みをつくられたらいいなと思います。そういう意味で、精神医療審査会に参加したりとか、あるいは先ほど言いましたコミュニティーメンタルヘルsteamに参加しているとか、そういうことを積極的に促して、それを評価するようなことがあればいいなと思います。指定医が入院中心に、入院時の人権拘束に対応する形を中心に語られがちですけれども、やはり地域で生活をしていくことを支援するための指定医というような仕組みができたらいいいなと思います。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、野澤構成員よりお願いいたします。

○野澤構成員　野澤です。よろしくお願いします。

とても重要な論点が多岐にわたっていて、どうなるんだろうと思っていたのですが、だんだん方向性がそれぞれ見えてきたような気がいたしております。

私から幾つかお話ししたいのですが、1つは市町村における相談支援体制についてです。これは7ページのところで、精神保健に関する相談支援、これは市町村の責務として私は明確に定めるべきだとやはり思います。現に私も地元で発達障害の支援センターとかやっているのですが、手帳がなかったり、診断がなかったりする人も現にいっぱい来ます。それで、本人だけではなくてその家族も、DVや、貧困や、介護疲れだとか、依存症だとか、何らかの精神保健に問題のあるようなケースが多くて、つまり現にこういうニーズはいっぱい市町村にあるということです。

そして、今、地域共生の重層的支援というのは市町村の義務としてその支援体制をつくるということになっていきますけれども、ここもメインのユーザーというのはやはり精神保健の領域の人たちだと思います。

さらに言えば、昨年度の総合支援法の報酬改定の際にも就労継続支援のB型で新たに制度化されたのは地域協働加算だとか、ピアサポート加算だとか、地域で暮らす精神障害の方たちを支援するところから問題提起されてきたものが制度化されている。つまり、地域

共生にしても障害者支援にしても、精神保健領域から大きな流れが起きている。

そのタイミングで、やはりいわゆる「にも包括」に係る相談支援のところのギアを上げない手はないと思っているんです。今こそ市町村がきちんと精神保健に関わるいろんな問題に取り組む、そういう軸をきちんとつくるという格好のタイミングだと私は思っているんです。

市町村は本当に何もかも基礎自治体に持ち込まれてとても大変だと思うんですけども、そこを基本にしてそれができるような体制というのを国なり県なりがバックアップしてつくっていくというのを進めるべきだと思います。

もう一つが、意思表示支援でしょうか。私は、この意思表示支援というのは何だかよく分からなくて、意思決定支援というのはずっと障害者福祉、障害者支援のほうで言われてきたんですけども、これは令和3年度の藤井先生の厚労科研で出てきた、患者さんが医療機関に対してその気持ちや状況を伝えることが困難だと、本当にそのとおりだと思うんです。やはり医療従事者と患者、あるいは支援者と利用者というのは目に見えない権力構造のようなものが組み込まれていて、やはり患者さんの側から、あるいは利用者の側から物が言えない状況が強いと思うのです。そういうときに、やはりアドボケイト機能を持ったものがなければ、なかなか御本人が物を言えるようにならないのではないかと思います。人によっても違うだろうとは思いますが。

それで、イギリスのメンタル・キャパシティー・アクト（MCA）という意思能力支援法という法律でも、やはり支援付き意思決定だとか、シェアされた意思決定だとか、とにかく支援者側がもっとコミットしながらアドボケイトして意思を確認して表明できるようにしていくんだというのが基本になっていると思います。

では、誰が意思決定支援をするのかといたら、家族であり、支援者であり、御本人もその周囲にいて、どちらかといえば利害が密接に関わっているくらいの立場の人でなければ、本当のアドボケイト機能というのはできないのではないかと私は思っているんです。

そこで、ただの聞き役というのはどういう役割を果たせるのか。必要なのかもしれませんが、とにかくアドボケイト機能をちゃんと発揮して表に出せるようなものがないのに、聞き役だけそこにいて、果たして何ができるんだろうと考えたときに、やはりアドボケイト機能のある意思決定支援というものが需要だと思います。

それで、仮に意思表示支援というものが需要だとすれば、先ほど言ったイギリスのメンタル・キャパシティー・アクトにもIMCAという制度がありますね。independent mental capacity advocateということで独立した第三者が調整していく。でも、これもやはりアドボケイトなんですね。

ですから、結論から言うと、意思表示支援が必要だとすれば意思決定支援も両方必要だと思っているんです。それで、多重な重層的ないろんな立場の方が御本人に関わって意思を表に出せるような、そういう仕組みというものが需要ではないのかと思います。もちろんこういう人たちにはそれぞれの役割に応じた研修というものは必要だと思います。

もう一つは、身体拘束ですね。これは何人かの委員の皆さんがおっしゃったように、「多動又は不穏が顕著である場合」、これはやはり裁量が広過ぎて何でもかんでも可能になってしまうと思うんです。実態としては人手不足というものを背景に、どうしていいかわからないというところから予防的な身体拘束というのは非常に多いと思います。

冒頭、日本精神神経学会の水野先生のお話は非常に勉強になりました。ここをスタンダードにしながら身体拘束を必要最小限に限定して、そこを基本にして、ではそれを可能にするためには何が必要なのかというところから、人手不足の人員配置の改革だとか、そういうところに手をつける。現状を基にして考えるのではなくて、あるべき状態を基点にしながら現状を変えていくということが今は必要だなと思います。

最後に、虐待のところですね。虐待を起こさないための組織、風土をどうするのか、本当に重要だと思っていて、私は障害者虐待防止法をつくっていくところからちょっと関わっているものですから、今、振り返って思うと、このときにも知的障害者の福祉協会は虐待防止法に反対したんですね。反対声明まで出されて非常に強い反対をされた。やはり通報というものに対して非常に警戒して、こんな法律ができれば現場で支援できなくなる、萎縮するということでした。

ただ、今はどうなっているかというと、福祉協会は推進団体の1つになっております。実態から言うと、通報といいますけれども、市町村の虐待防止センターの機能は非常に弱いんです。ここが今、問題で、通報があってもあまりちゃんと調査できないところが多いので、これは困ってしまっているんです。

では、それは機能していないのか、なければいいのかというとそうではなくて、通報というものを組み込むことによって現場で起きる小さなグレーゾーンも表に出していこうという、ここが私はとても重要なところだと思うんです。最初から大きな虐待なんて起きなくて、小さなグレーゾーンはどうしていいかわからなくて職員が不全感に陥り、それで見えぬふりをしているうちにステップアップしてひどい虐待につながっていくというのは大体どこも虐待のケースでも同じような構造があるんです。

できるだけ小さなものを職員が一人で抱え込むのがやはり一番リスクが大きい。それを施設内で虐待防止委員会をつくったり、担当者を置いたりして、施設のみで共有する。さらに、小さなうちから市町村のセンターに連絡することによって行政ともそのリスクをシェアして、それをいい支援のほうに展開していく。こういうことが今、国の研修とかで取り組まれて、これは福祉協会なども積極的にいろんな各施設で取り組まれるようになってきたんですね。

ですから、ぜひこういう仕組みの中に医療機関も入っていただいくのがいいんじゃないかなと思うんです。やはり一人で抱え込んでどうしていいかわからない、グレーゾーンにはみんな不全感に陥っているんです。それが現場のスタッフのモチベーションを高めていくことにもつながりますし、厳しいように思われるかもしれませんが、ちょっと長い目で見たときには私はこういう仕組みを持っているほうが現場はよくなっていくと

思っております。

ですから、虐待防止法にぜひ医療機関も入っていただけると、対象になってもらえるといいなというふうに個人的には思っております。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、藤井構成員よりお願いいたします。

○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。

議論が多岐にわたっていますので、私のほうからは精神保健に関する市町村等における相談支援体制のところと、意思表示支援に関係するところに絞って意見を述べさせていただきますと思います。

精神保健に関する市町村等における相談支援体制に関することにつきましては、7、8、9 ページの方向性には基本的には賛成です。かなり踏み込んだ具体的な方策を示していただきまして大変ありがたいと感じております。

ただ、市町村のバックアップ体制の充実に向けて検討すべきことのところですね。9 ページですけれども、そこで保健所、精神保健福祉センターの人的資源について言及されていないことがちょっと気になりました。

業務運営要領の改正については言及していただきまして、これはもちろん必要なのでお願いしたいところなのですが、**「にも包括」**を構築していく上では保健所、精神保健福祉センターのバックアップは絶対に不可欠なので、バックアップを適切に行えるだけの人員体制の確保というのは不可欠であると思います。

先ほど野澤構成員から、市町村が支援することを基本に、それをどういうふうに体制を整えていくかというところはまた県であったり国であったり考えていくべきというふうな御意見があったかと思いますが、全くそのとおりだと思います。特に精神保健福祉センターに関しましては、私どもの研究班の調査でも、現状においてもほとんどの業務で業務量が増加しているということでありまして、それを担えるだけの人員体制が整っていないことは明らかになっていますし、人員に対しては常勤ではなくて雇用の不安定な会計年度任用職員で対応しているところが多いという実態も分かっております。

病院中心だった精神障害者支援が地域中心に移行するにつれて、専門機関である精神保健福祉センターの役割が大きくなるというのは自明のことですし、これからさらに市町村が保健、予防に力を入れていくということになってきますと、ますますセンターからのバックアップの期待が大きくなっていくことも明らかですので、さらに今回のアドボケイトの業務も担うかもしれないという検討もされているということを考えますと、精神保健福祉センターの大幅な機能強化というのをぜひ検討していくべきではないかと思います。

9 ページにお示しいただいているように、診療報酬改定で医療機関からの協力を求めていく方向性については大いに賛成なのですが、精神科臨床、精神保健相談業務の特性として、御本人からのヘルプシーキングがないことも多くて、契約型サービスの利用に

至るまでにもそれなりの時間がかかることも少なくないわけで、相当な部分は契約型サービスではない公的なサービスで対応することになりますので、公的機関の機能強化は必須ではないかと思います。

一部、民間医療機関に委託するという案もありますし、そうすることが現実的な場合もあると思うんですけれども、いわゆる丸投げの委託というのは絶対に避けなくては行けませんので、やはり丸投げにならないための市町村、保健所ないし精神保健福祉センターの公的機関の重層的な支援体制の強化、そのために市町村保健センターのほうの保健師の増員ということも書いていただいていますけれども、それだけではなくて重層的体制全体の人員体制の強化を図っていく必要があるのではないかと考えております。

意思表示支援に関してなのですけれども、これも野澤構成員がおっしゃったように意思表示支援というのはちょっとしっくりこないかなというのがやはり感触としてありまして、やはりアドボケイトなのではないかと個人的には思っています。

それで、アドボケイトに関してなのですけれども、これはぜひ実現したい支援なのですが、まず精神科アドボケイトといった活動が一体どのような活動を指すのかということで、まだ人によって大分イメージが異なっていると思いますので、さらなる概念整理が必要ではないかと思いました。

それで、研究班のほうで検討している精神科アドボケイトのイメージは24ページの意思表示支援に加えて、25ページの原則も挙げていただいていますけれども、それを含めた役割に近いかなと思いますが、そういう外部の福祉事業所のスタッフによる支援がこれに相当するのではないかなという考え方もあるのではないかと思います。ですが、福祉事業所の職員の方というのは外部の人で、御本人の味方にはなってくれると思うんですけれども、御本人の立場か、支援者側の立場かという点、これは支援者側の立場になると思います。

あとは、小阪構成員の御意見にもありましたように、まずは入院先の医療機関のスタッフが御本人の意思を確認する能力ですね。これを最大限にするのは絶対に必要ですし、医療機関のスタッフが本来の役割を果たすことが重要であるというのは、これは改めて精神科医だったりとか、その他の医療者がしっかり認識すべきことだと思います。これは非常に重要なことなのですけれども、いかに医療従事者が御本人の身上に配慮して適切な対応を行っても、支援する側、される側、しかも強制的な処分をする可能性がある立場、それをされる側の立場ということで、その立場性の違いによってはやはり見えない壁があるということは少なくないわけで、いかにすばらしい医療機関であっても御本人の立場に立つアドボケイトというのは必要ではないかなと感じております。

それで、医療機関とか福祉事務所のスタッフといった支援者側の立場としては、患者さんとか利用者さんの最善の利益を考えて動くわけなのですけれども、アドボケイトは支援者側の立場ではなく、中立の立場でもなく、患者さんとか利用者さんの立場に立つことになります。支援者は最善の利益を考えますが、アドボケイトはそうではなくて御本人の意思とかそういうものに基づいて行動するというところで、支援者側とは違う立場にあると

ということが重要なところかと思います。

第三者と話をする機会というのは、例えば精神医療審査会の意見聴取でも確保することはできるのですが、私は精神医療審査会の医療委員の経験がありますけれども、精神医療審査会は入院とか処遇が適当かどうかという部分をいわば白黒をはっきりさせるということが求められるわけで、医療機関とは独立した存在ではあっても、入院されている方をエンパワーメントしたりとか、情報提供を行ったりとか、幅広い相談事を受けたりということはなかなか対応が難しいですし、立場としては患者さんの立場でも支援者側の立場でもない。中立の立場というのが精神医療審査会の立場なのかなと思います。

ですので、アドボケイトというのは支援者側の立場でもない、精神医療審査会のような中立の立場でもない、御本人の立場の人であるということを前提に運用を考えていく必要があるのではないかと思います。

そうしますと、総合支援法の個別給付という位置づけはちょっとなじまないのではないかと思います。総合支援法を位置づけるとしたら、地域生活支援事業の必須事業とか、その辺りにするのが適当ではないかと考えています。

あとは、47ページに医療保護入院で、告知の際の「意思表示支援者」の同席についてあるのですが、確かに御本人の立場であるアドボケイトが同席することの意義は大きいとは思いますが、平成24年に示された新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームの第3ラウンドというのがあったと思うのですが、その取りまとめでも本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した方は自分の気持ちを代弁して病院などに伝える役割をする代弁者を選ぶことができるというようなことが示されていたと思いますので、それにも対応しているのかなと思ったのですが、この代弁者的な役割を担うとなると、24ページとか25ページに示されているようなアドボケイト、意思表示支援以上の役割が求められると思います。その場の関わりだけではなくて、継続的な関わりということも必須になってくると思いますので、人材確保というか、人材育成についても新たに検討していく必要があるかなと考えます。

いずれはその仕組みについても検討していく必要があるかと思うのですが、現時点では精神科アドボケイトが代弁者を担うとなると、アドボケイトの実現がまた遠くなってしまうのではないかとということも懸念してしまっていて、上ノ山構成員のおっしゃったようにまず一歩踏み出すということが重要というふうに考えると、まずは24ページ、25ページにあるような内容で制度化を目指してはいかがかと思いました。

27ページの意思表示支援の対象についてですね。前回の検討会でも、人材の確保とか支援の質の確保のことを考えると、対象を絞ることに賛成の立場で意見を申し上げたのですが、ではどのように対象を絞るのかということになってくると、これは現実的にはなかなか難しく、前回の検討会からずっと考えていたのですが、正直、適切な方法は思い浮かばないです。

それで、病棟にポスターを掲示するといった周知の方法で、どのくらいの方が面会を求

めてこられるのかということについては前の前の検討会でプレゼンしてくださった精神医療人権センターの場合だったり、福岡県とかほかの九州の各県で行われているような当番弁護士制度というようなものが参考になると思うのですけれども、それらの活動では対象を限らずに実施されていて、かなり長い間、活動の実績がありますけれども、対応し切れないほどの大勢のアクセスがあるわけではないようです。もちろんたくさんアクセスしたほうがいいとは思いますが、現実問題としてそこまで大勢のアクセスがあるわけではないということを考えますと、対象は絞らなくてももしかしたら対応可能なのかもしれないとも思います。

ただ、これは実際にトライアルしてみないと分からないことだと思いますので、まずは地域であったり対象病院を限って、モデル事業などで検証するというステップについてはいずれにしても必要ではないかと思います。

あとは、26ページの実際に意思表示支援を担う人、アドボケイトを担う人については、研修はもちろん必須だと思いますけれども、その後もジョブトレーニングとか、スーパーバイズの仕組みというのにも必要だと思いますし、例えば面会は意思表示支援の経験のある方と、新たにアドボケイトする人との2人体制でいくとか、定期的に支援について話し合うとか、当事者団体とか家族会とかの外部から支援を強化する仕組みをつくるとか、そういったことも検討する必要があるのではないかと思います。

その場合、訪問先である精神科病院の側からの意見をいただく機会も設けることが望ましいのではないかと思います。

運営事務局はどこが担うのかという問題、これも非常に難しいところで、精神保健福祉センター以外の選択肢としてほかにないかと考えたときに、運営適正化委員会を運営している社会福祉協議会も候補に上がるかなとちょっと思ったのですが、でも社会福祉法が関係してくると思いますので、ちょっとそれも難しそうだなと思いますので、30ページにお示しいただいたように精神保健福祉センターが担う場合にはどのような体制整備が必要かという検討をしていくということになるかと考えました。

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、柑本構成員よろしく願いいたします。

○柑本構成員　ありがとうございます。東海大学の柑本でございます。

全体的な方向性につきましては、私も賛成です。前回意見を述べさせていただいた部分につきましては特に意見の変更はございませんので、今日は3点のみ、新たに意見を述べさせていただきたいと思います。

まずは、スライド58の精神医療審査会についてですが、国際人権B規約の9条4項が「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること」を求められるという規定がございますので、これに基づいて措置入院につきましても事後審査の規定を設けてくださるようお願いしているところでございま

す。

医療保護入院につきましては、もう既に事後審査の体制というのが組まれているのですが、医療保護入院の事後審査というのは本来であればもう一名の指定医による入院必要性判断を補完する位置づけにあるわけですので、1か月近くを要する現状というのは、ずっと言われていることではございますが、早急に改めなければならないと思われま。

そうしたときに、やはり精神医療審査会の機能の強化ということが問題になってくるわけですが、精神医療審査会につきましては調査報告等にもございましたように、特に医師の人員不足等が報告されております。この点につきまして、例えば一定の経験年数を有する指定医の先生方から幅広く委員を集め、さらには合議体の委員数、現行5名になっておりますけれども、これを医療、法律、精神保健福祉の代表、各1名の計3名に削減し、地域における精神科病床数・審査件数に比例した合議体数を確保することが必要なのではないかと考えております。

実際、予備委員も確保しておられ、医療観察法における審判が裁判官と精神保健審判員である精神科医との合議体、そして精神保健福祉士等の資格を有する参与員の方の関与によって円滑に行われている現状では、精神医療審査会の合議体の構成員数を3名に削減しても大きな問題は生じないのではないかと個人的には考えております。

その上で、御提案のように当事者の方や御家族の方も委員として合議体に参加できるようにするならば、合議体数というのも増えることになりまして、審査会の一層の機能強化につながるように思われます。これがまず1点です。

2点目は、スライド64の身体的拘束についてです。身体的拘束は、人身の自由という権利の侵害であることが大前提としてございます。そのため、侵害を認める法的根拠は明確でなければなりませんし、自由権に対する手続上の保護というものも必要になってきます。

現在の告示の基準では、身体的拘束についての基本的な考え方として、「身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり」ということが掲げられております。

そして、先日確定しました名古屋高裁の判決では、行動制限の中でも身体的拘束は身体の隔離よりもさらに人権制限の度合いが著しいものであり、当該患者の生命の保護や重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いたものであるから、これを選択するに当たっては慎重な配慮を要するというふうにも述べられておりました。

つまり、我が国では患者さん御本人の生命や身体の保護というものが身体的拘束を許容する法的根拠であると考えられており、対象となる患者さんもこの考え方を反映させた上で検討しなければならないのではないかと思います。

その視点から見ましたとき、御提案の基準のうち、前者である「多動又は不穏が顕著である場合」で、かつ、「患者に対する治療が困難な場合」の組み合わせにつきましては、それに合致するとは言えませんし、何より明確さに欠け、裁量の幅が広過ぎるように思います。やはり、患者さんの生命の保護や、重大な身体損傷を防ぐことにつながるというこ

とを念頭に置きながら対象を定める必要があると私は考えます。

それから、スライドに書かれていないことではあるのですが、せっかく告示の基準を見直してくださるのでしたら、告示の身体的拘束の定義というものをいま一度、明確にさせていただきたいと思います。現在は、「衣類又は綿入り帯等を使用し」というふうな規定になっておりますけれども、何がどこまでここに入ってくるのかは明確とは言い難いように思われます。「身体的拘束ゼロへの手引き」に掲載されている具体例を参考にするなどして、何が該当するのかということをきっちりと明らかにさせていただきたいと思います。それが患者さんたちの権利の擁護につながるものと考えます。

それから、スライド80の虐待防止策でございますけれども、確かに、法の体系化ということを考えますと、障害者虐待防止法の改正により身近な市町村に関わっていただくというのがベストな方法だとは思われます。

しかしながら、都道府県に権限があるという点、迅速にすぐに動けるという点を重視するのであれば、まずは、精神保健福祉法で制度化したほうが実効性があるように思われます。そして、もしも精神保健福祉法の改正でいくということになりましたら、障害者虐待防止法第42条のような、原因の究明につながる事例の分析の規定というものも併せてその中に設けていただければと思います。

以上、3点が今回の私の意見でございます。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、森構成員よりしくお願いいたします。

○森構成員　精事連の森です。よろしくお願いします。

今回、示された方向性について全体的なものとしては賛成いたします。特に医療保護入院を廃止すべきということが明示されることだとか、隔離・身体拘束をゼロとすることを目指すとか、これなどは非常に評価できることではないかと思います。

そこで、精神保健に関する市町村における相談支援体制について一言、意見を述べさせていただきます。もう既に野澤構成員が述べていただきましたので、野澤構成員の意見は本当に、ああ、そのとおりだという感じで膝を打つような思いをしたものですから、ダブるようなところもあるかと思います。

資料1の7ページにも記載がありますように、精神保健に関するニーズが増大し、また、多様化している現状に対して、市町村の精神保健相談については地域住民にとって身近な相談窓口となり得ていないとの現状分析があります。日頃、福祉事業者として市町村の担当者の方々とやり取りをやらせていただいていますと、そのとおりかなと思うと同時に、市町村によって随分格差が感じられるのが正直なところです。精神保健の相談が入ると、何らかの形で市町村の担当者の方は対応せざるを得ないのが現状ではないでしょうか。

しかし、7ページ中段の※印の部分の記載にありますように、法令上の責務の規定がないため、他の地域保健活動分野に専門職の配置が進められ、規定のない精神保健分野は手薄となって、ケースに対するアセスメントやニーズ把握が不十分で、適切なマネジメント

が行えないために、私たち地域の相談支援事業者とうまく協働できず、時には精神障害を主な対象として事業運営をしているような地域の相談事業者などに丸投げのような事例が見受けられます。

精神保健に積極的に取り組んでいる市町村は、精神保健福祉士だとか保健師をしっかり配置した相談体制が設けられ、関係機関との連携会議だとか普及啓発などにも熱心に取り組んでおられ、難しい相談ケースの対応だとか医療につなぐようなケースへの対応も比較的スムーズに進められているように思います。

やはり基礎自治体が精神保健に関して自分たちの問題、課題である自覚と、そのための地域づくりをどうしていくかを主体的に取り組まないと、「にも包括」システムの構築は難しいのではないかと考えます。

福祉にしても、精神保健にしても、相談支援事業を進めていく上ではそれに携わる人がどのような力量があり、どのように動くかが成否を分けるものと思います。

8ページの①の（１）に記載されていますように、現在、精神保健に関する相談支援が市町村の努力義務となっているものについて、精神障害者以外の精神保健に関する課題を抱える者についても対象とするということを明示する。これはぜひお願いしたいと思います。

また、（２）にある「国及び都道府県の責務」として、必要な助言、情報の提供、そのための援助を行うとなっていますが、ここは何か具体性がないような気がしていますので、ちょっと心配な部分かなというふうに感じました。これなどは、（３）の「支援会議」の場合などがその重要な役割を担うべきものかなと考えておりますが、いかがでしょうか。

さらに、（４）に記載されています専門的な研修を受けた精神保健福祉相談員の配置を進めることは、ぜひ努力義務として示されていくべきものではないかと考えています。

それに加えて、市町村の精神保健担当者向けの専門的な研修を県が主導して開催するなどして、市町村の担当職員の資質向上を図ることなどはぜひやっていただければと思います。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、江澤構成員よろしくお願ひいたします。

○江澤構成員　ありがとうございます。私のほうからは、資料に沿って幾つか意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、24ページの意味表明についてです。本来、この「意思決定支援」は意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援の３つのプロセスから構成されています。したがって、意思表明というものは意思決定のプロセスの中の構成要素の１つであります。

また、この24ページの意志表明支援の支援内容につきましても、これも意思決定支援の中のプロセスの一部であるとともに、本来、医療従事者の担うべき範疇であって本来、医療従事者が果たす役割であると考えます。

したがしまして、※印に「意思決定支援を含まない」とあるんですけれども、意思決定支援の中の一部が意思表示支援、プロセスの1つが意思表示支援なので、ちょっとこの※印の「意思決定支援を含まない」という表記の理解が私にはちょっと難しいところであります。

そして、この意思決定支援のプロセスの1つである意思表示支援を意思形成支援、意思表示支援、意思実現支援という流れの意思決定支援の中で、この部分だけを切り取ってどのように意思決定支援につなげるのかというのは、なかなか理解が難しいかなと思っております。

今日はアドボケイトとかの話も幾つか出ておりますけれども、この意思表示支援者の対象者、すなわち必要性の判断も含めて、本来、精神科病院で行うべきものであって、できていないのであれば行政指導も含めて対応すべきことも考えられますし、それでもできていない場合についてこういった第三者の介入というものが必要ではないかと考えますので、精神科病院の現場のあるべき姿をまずは考えて、そして難しい場合にはこういった補足的な手を考えるのが本筋ではないかと思えます。

続きまして、30ページです。障害者総合支援法の個別給付として位置づける。すなわち、公費を投入することになりますので、一般的にはそれなりの算定要件というものが付加されます。この意思決定支援者については、この個別給付に位置づけるということは、給付の根拠となる記録であったり、いろいろなものが求められますので、この意思決定支援者は研修に加えて一定の有資格者を求めるということも検討課題だと思います。

そもそも、研修を受講しただけで意思表示支援というものはそんなに簡単にできるものではなく、かなり高いスキルを要するものであります。また、医療機関が適切に取り組んでいる場合にはこの意思表示支援というのが重複した取組になりますので、そこに報酬が支払われることにもなりますから、いろいろ課題はたくさんあると思えます。

続きまして、68ページで隔離・身体的拘束の最小化に関する点であります。管理者の責任の下ということにつきましては、賛成でございます。特に診療録への指示の記録でありましたり、指示後の改善に向けた連日の記録、そういったものが必須となると思えますので、また御検討いただければと思います。

続きまして70ページ、（参考）のところに計算式が出ておりますけれども、これは現状における単純計算でございますので、今後の医療機能分化と連携の進捗と併せて、しかるべきときにまた検討すべきだというふうに考えております。

最後に、全体的な論調として、精神科病院が閉鎖的で医療機関や医療従事者の対応が不十分であり問題が山積みしているため、いろいろと検討の方向性が示されているような印象を受けています。精神科医療も医療の一部であって、本来あるべき医療のフィールドの中に当然存在していると考えます。精神医療を特別視しないことも重要な視点であって、精神科病院に仮に問題があるとすれば行政指導監査で対応していくこともあろうかと思えますし、特に人権に関わる部分であればなおさらだと考えます。

精神科医療を特別視すればするほど、精神患者さんが特別な存在となることを心配しています。精神患者さんが地域共生社会における地域の一員として孤立しないで生き生きと暮らせるためにも、今後、精神科医療を本来の医療と同様に議論していくこと、そしてそういうふうには医療現場として成り立つように意識改革が必要だと考えております。

以上でございます。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、太田構成員よろしく願いいたします。

○太田構成員　若干の点について、前回申し上げなかったところを中心に、全部で4点ほどになるかと思いますが、5点かな、申し上げたいと思います。

まず1つは資料の8ページからになりますが、市町村に相談支援体制に関して仕事を担ってもらべく、幾つかの制度的な変更を行うという部分についてです。具体的に書かれている部分に、何か反論ないし変更の求めがあるというわけではありませんが、資料にしても、皆様方のお話にしても、ここはどうしてもお医者さんが多いところであるということもあってか、保健サイドを中心とした提案になっています。

それはそれでよろしいのですが、杵築市長、永松構成員からのプレゼンなどを聞いたときの思い出しますと、やはり福祉部局も関与して、そちらに中心を置いた上で医療と連携していくというような政策の実現がやりやすい市町村もあろうかと思います。

したがって、市町村のこの相談支援体制の実施方法については、市町村の政策選択の余地をきちんと残す形で行う――必要最低限の部分について義務づけをやむを得ませんが――という方針を維持していただきたいと思います。

第2点目が、29ページから30ページの意志表明支援者の制度化でございます。あまり細かい概念論をやるというよりは、そこで書かれているようなものとして意思表示支援を新たに理解し直して制度化していくこと、意思決定支援でないのは、厚生労働省が別の文脈でその用語を使っていたからというようなところもありますので、今ここで書かれているものだと思ってやっていくことが必要だろうと思っています。

この件は前回も申し上げましたが、患者の人たちと意思表示支援者になり得る人たちの接触の機会の確保というのはやはり論点化しておいていただきたいと思います。藤井構成員から、当番弁護士制度への言及がありました。私が前回から、あるいは今回の議論を聞いていてどうも落ちているなと思っていたのはその箇所であります。すなわち、意思表示支援者になり得る人を広く取るとかという話は、弁護士、アドボケイターということで弁護士を例に使ってやりますと、誰が弁護士になれるかというような議論をしているような感じを受けます。他方で、障害者総合支援法に基づき個別給付化するかどうかというのは、誰が弁護士費用を持つか、どういう形で弁護士費用をファイナンスするかという議論をしているように思います。

しかし、まずどうやって弁護士と接触して弁護士に頼むかというものがこの制度を動かすためには必要で、まさに当番弁護士のように意に反して、あれは逮捕ですけれども、身

柄を拘束されたら、頼めば取りあえず駆けつけてきてくれる人がいるわけです。それは、各弁護士会が強制設立の団体として各県に1個あって弁護士会がやってくれているから確保されているわけで、あとは警察が紳士的に振る舞うから接触できるわけで、このようなコネクションの部分をやはりつくる必要があると思います。制度化するのはさらにいろいろと仕事を増やして大変かとは思いますが、この論点は意識していただきたいと思う次第です。

それから今日、付け加える点として、障害者総合支援給付に乗せる必要があるかなとは思いますが、その際に事務局の資料だと、給付をする以上、一定の手続が要って時間がかかるんじゃないかということを危惧されているようでしたが、どちらかというとこれは使う入り口、つまり福祉でいきますと福祉のプロセスを動かす、そのケアマネジメントを開始する段階に位置するようなものだろうと思いますので、医療保護入院とか措置入院、非自発的入院の対象にされた精神障害者であるということで、もはや十分ではないか。その人が使うということになれば、それでもう十分なものではないかということで、迅速に行う工夫はできるし、すべきではないかと思いました。

次に、前回から正直、どう書こうとも必要最小限で、目的が正当で、その目的に対して必要最小限であるという以上の基準にはならないだろうと思っていたので申し上げなかったのが拘束に関する文言です。それで、今日も議論になっていた多動かつ不穏の問題です。

改めて大臣告示を確認しますと、今の書き方では確かにこれは独立の事由になっていますので変だということは共有いたします。

ただ、事務局が御提案になっているように言葉を付け加えて明確化するのでは大して変わりはないので、削れというものが適切であるかどうかについては若干疑問を持ちました。

というのは、この多動かつ不穏というものを削りますと、生命・身体に危害が及びそうであるというときに拘束してよいということになります。ただ、やはり拘束をするというのは、拘束をする手段が何かしら効果的であると、隔離・拘束をする手段が効果的であるということが前提なのであって、恐らく、そのために動いている人を止める、暴れている人を止めるということが効果的であるというシチュエーションを念頭に置くために、多動かつ不穏という表現、それに類する表現が使われているのであらうと思われます。

そういたしますと、事務局の案は、著しいとか、いろいろな形容詞をつけて、どこら辺までつけるかというのは正直、つけて行動が取れなくなるのか、つけても結局意味がないのか、私もそこら辺は相矛盾する感想を持っていてよく分からないのですけれども、結局、多動または不穏が顕著である。これがなぜ拘束を正当化する原因になるのかといえ、生命にまで危険が及ぶおそれがあると、こういうような形でその目的、保護しようとしている状況自体を明確化するような対応というのがむしろ素直なのではないかという疑いは残っております。つまり、簡単に削っていいのかなという疑問は残っております。

それから、もう一つ論点になっていたのが、検査及び処置等を行うことができない場合

に関する部分ですね。つまり、医療の必要、治療が困難になる場合というようなことを認めるかということでございます。

私は、それは医療の都合であって患者の都合ではないからと柑本構成員などがおっしゃった理由は確かに分かるのですが、他方で、そこを認めないと、病院というのは結局、拘束するだけの組織になってしまうのではないかと。つまり、治療をする必要があるからこそ入院させているのではないかと。その治療が理由にならないというのは、それはそれで正当化が難しいのではないかと気がいたしました。それで、最初のほうにピアサポーターの構成員の方がおっしゃった、治療しないと生命・身体に危険が及ぶような治療であると、治療のほうを限定する、これはあり得るかなとは思いましたが、それで何か明確になるのかどうか、十分な治療ができるのか、というのが私には分からないので、この部分はやはり慎重に検討していただきたいと思います。

それから、虐待通報先の話でございまして67ページです。これは、障害者虐待防止法を変えるのか、それとも精神保健福祉法の変更で対応するのかという部分ですが、規制権限を持っていないというのはまさにそのとおりで、市町村に通報しても市町村が規制権限を持っていないというのはそのとおりなのではありますが、ここで重要なのは、規制権限を持っている人に通知してもすぐ動いてくれないという疑い、規制権限行使者がこの疑いを持たれているのではないかと。つまり、規制権限の不行使のようなことを少しでも防ぎたいということになれば、やはり通報先を広く見て、市町村からもやはりインプットしてもらうというシステムは一考に値するだろうと思います。

永松構成員も、決して反対ではないのだろう、ただし、ある程度限界があることは分かっているというところかなと思いついてお伺いしていたのですが、それはそういうものであるとは思っています。

ただし、やはり市町村が実際に行ったら確かに拘束はしている、しかし、医療の必要があるんだと言われてそのまま帰ってきたとしましょう。それは判断しようがないから帰ってくるでしょう。そのときに、そのことも含めて規制権限を持つ都道府県に言うということがやはり重要なのではないかと。そういう形によって目を増やして、行政指導止まりになるならば行政指導止まりでもいいのですが、その端緒を増やすということがやはり重要な意味を持つのではないかと思います。

このような形で、普通の医療機関とは区別された取扱いをすることについて、精神科医療の位置づけに関する議論はあります。ただ、やはり法律家から見ていると、普通の医療ではできないことが精神科医療に限って認められているという状況がある。

つまり、ガンぐらいのことを考えますと、人間は治療を受ける義務などは本来ないわけですが。しかしながら、精神科医療の場合にはそういう論理ではなく、強制入院のようなことが認められているし、身体の拘束なども認められている。そういう精神科医療に限ってなぜか許されたことになっているものにどう対応するのかという問題状況で議論している以上は、やはり若干特殊な対応も必要になってくるだろうと思っている次第です。

私からは以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、神庭構成員よろしく願いいたします。

○神庭構成員 ありがとうございます。

まず、意思表示に関して23ページなのですが、○の3つ目にこの制度の導入の大目標として「入院中の患者さんの権利擁護に資するもの」というふうにございます。そうすると、具体的にどういう役割を持っていたかというのは別にして、その役割に応じた名をつける。名は体を表すというのがふさわしいのではないか。それで、精神神経学会としては提案した役割をアドボケイトとして位置づけているということでございます。

それで、ここで言いたいのは、どのような役割を担うにしても、それをなさる方の研修を充実させるということは非常に重要で、その際にキーワードはやはり障害者権利擁護なのだろうと思うんです。障害者権利擁護の研修、アドボケイトの管理、あるいは派遣といったことをマネージしていくアドボケイトセンターはぜひ設置が必要なのではないかと考えます。

同じように、権利擁護の観点から、これは67ページに飛ぶのですが、指定医の講習においても権利擁護に関して十分学ぶ機会を持つべきではないかと思えます。つまり、指定医の資質を高めていくということが後半の議論、つまり医療保護入院であるとか、隔離・拘束であるとか、アドボケイトであるとか、そういった問題と密接に切り離せないこととしてありますので、ぜひ指定医の講習も見直していただきたいと思えます。

それから、もう多くの方が触れたことなのではありますけれども、まず1点、これは担当課のほうにお願いしたいことは、どなたかがおっしゃいましたが、隔離の代替法、隔離に至らないで済む患者さんのケアに関して研究をぜひ進めてほしい。同時に、一部なのでしょうけれども、諸外国でなぜ拘束ゼロが実現できているのか。その諸事情を調査してほしい。

今、世界精神医学会、WPAが隔離に代わる代替法を研究するワーキンググループを立ち上げています。これは国連のCRPDに対応するためのワーキンググループなのですが、日本から提案しようとするとう十分な提案ができない。それは十分な調査研究が行われていないからでありまして、ぜひ厚生科学研究などを立ち上げていただきたい。これは国内の隔離・拘束を減らすためにも大変重要な資料になると思えます。

それから、精神科特例の話です。これも多くの方の話をなぞることになりますが、御説明ですと慢性期に人を増やすと急性期が減る。だから、慢性期の患者さんを減らして人員を急性期にシフトしていく。これは非常に納得できるお話でございますが、これには時間を要すると思うんです。それで、現場で指定医の方が実際に昨今の拘束中の事故、あるいは訴訟、敗訴、マスコミからの非難というようなものを受けて、過剰な負担がのしかかっているように思います。できれば自分はそういった医療現場で働きたくないという気持ちが生まれてきてもやむを得ないような状況です。褒められることはあまりない。

ですから、慢性期から急性期へのシフトを待つて手厚い医療を急性期に準備するというのではなくて、現時点で今日学会の水野参考人が説明されたような医療観察法のような制度を現行の体制の中に部分的でも組み込めないかなというのが私の希望で、これはぜひ行政に考えていただきたいと思っている次第です。

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。

では、櫻木構成員よろしくをお願いします。

○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。幾つかあるので、順番にお話しします。

2 ページの「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置づけです。これは基本的には異論はありません。

ただ、ここでは津久井やまゆり園の再発予防策という視点からのみ取り上げられているのは、非常に検討会に参加をした者としては残念に思っています。この検討会でいろいろ話をされている論点、特に包括的な支援、ケアマネジメント、これに関しては前検討会の地域包括ケアシステムの中で十分に検討された中身ですし、それから幾つか先生のほうからの御疑問があった、例えばかかりつけ精神科医機能であるとか、あるいは平時における精神科救急医療システムの話、これは全て検討会の報告書を読んでいただければ、あっという間に氷解をするような中身です。ですから、ぜひとも事務局のほうからも報告書を構成員の先生方には皆さん持っていただいて、出てきていただくときには読んでいただくということをお願いしたいと思います。

それから、24ページの意思表示支援です。私は前回ぼんやり、精神科に入院している患者さんは主治医の先生、特に指定医などは非同意的な入院を決めたりする先生だから、なかなか自分の気持ちというのは伝えにくいのだろうな。誰か違う第三者にだったらその話というのはしやすいのかなというぼんやりした認識で対応したのですけれども、非常にいろんな先生からお叱りをいただきました。もともと傾聴する、患者さんの心情に配慮をしていろいろな処遇を考えていく。これはまさに精神科医療の本質であって、それを誰か外からの第三者に丸投げをするようなことを言っているのは何だということで、非常にお叱りをいただきました。

江澤先生もおっしゃったように、それを切り離してやるということになると、やはり一般の医療と精神科の医療は違うものだというふうな認識を持ってしまうということがあります。ですから、前回ぼんやりとそういうふうに話をしたのですけれども、撤回をいたします。このところはもう少し考え直して、冷静にやはり考える必要があるかと思います。

ただ、意思決定支援と、それから意思の表明支援というのを区別して24ページのところで整理をしていただいています。これだと、前回のぼんやりしたことの認識で言えば賛成できると考えたのですけれども、47ページのところにいくと、入院時の告知が患者さんの

病状によって十分にできないような場合、4週間を限度に延期ができるのですけれども、そのときにこの意思表示支援者に同席していただいてという話になってくると、これは先ほど藤井先生も御指摘になったように、意思表示支援者の役割をはるかに超えていくところになると思います。ですから、ここはアドボケイトとかいろんな概念が出てきていますから、最初からもう一遍きちんと議論をして整理をした上で行っていく必要があるかと考えております。

それから、医療保護入院に関してです。32ページのところにもありますけれども、これも非常にお叱りをいただいております。医療保護入院を廃止するということになれば、我々が考えているのは権利擁護の視点で、これも当然大事ですけれども、必要な医療を提供してアクセスを確保していく。これは、バランスを取ってやはり考えていかなければいけない制度です。ですから、廃止するということになると、我々治療の一つの手段を放棄する、手放すということになってしまいます。

昨日、私もいつものように外来をやっている、お昼ちょっと前くらいにあるお父さんから電話がかかってきて、うちの息子がちょっと調子が悪いと、この人はかなり長い間、安定をしておられて、一般の就労もされていた人なんですけれども、去年の暮れにお母さんがけがをされて入院をしてしまった。その人の介護が必要だということで仕事を辞めて、家でお父さんと2人でお母さんの介護をしておられたんですけれども、やはり生活のリズムが当然狂ってくるし、介護、ケアラーとしてやっていくということは非常に彼にとっては負担だったのでしょう。だんだん調子が悪くなってきた。

そこへもってきて、ロシアがウクライナに侵攻した。そうしたら、彼は核戦争が起こってもうこの世は終わりになるのではないかと考えたらしいんですね。それで、どうしても夜中に寝られない。昨日の早朝、大きな声を出して近所を走り回ってしまったということで通報されて警察官に保護をされて連れて来られた。

それで、外来をちょっと中断していろいろ話を聞いたんですけれども、非常に生活のリズムが崩れていて眠れなくなっている。それから、すごく不安感が強くて心配になっている。世界がこのまま滅びてしまうのではないかと、かなり心配されているということで、もう疲れている。

それで、生活のリズムを取り戻してまた元気に働けるようになりましょうという話を1時間くらい聞いた上でお話をして、では病院に入院して休みますという話で、入院の担当の先生に後をお願いして外来に戻ったのですけれども、病棟に行くと、やはり嫌だ、家に帰る、こんなところにいる間に世界が終わりになったら大変だという話で、病棟の先生も2時間、3時間かけて説得をしていただいたようでしたけれども、どうしても駄目だということで私に電話がかかってきて、先生は任意入院ということでお話をされたんですけども、医療保護入院というわけにはいかないでしょうかというお話でしたので、やむを得ない、お父さんが御同意をいただけるのだったらそうしましょうかということになったわけなんですけれども、もし医療保護入院が廃止になってないということになれば、合計4時間に

わたって説得をしたけれども駄目でした。ではお帰りいただきましょう。我々は治療を放棄するということになってしまいます。

ですから、その部分のバランスを取って、ある程度そこは厳格にやらないといけないし、彼は多分入院して1か月もすれば元気を回復して任意入院に変えることはできると思うんです。ですから、入り口のところでアクセスを確保するということは、我々治療は放棄するわけにはいきません。なぜ無理やり嫌がっている人を入院させるんだと言え、治療をするためです。そのところを我々は放棄するわけにはいきません。ですから、そのところも考えて議論をしていただきたいと思います。

それから、縮減をするということで任意入院への移行ですね。それは当然、この間クリニカルパスをお示したように、我々は毎日考えています。3か月は確かに長いかもしれませんが、3か月放置をしているわけではありません。毎日お話を聞く。どうすればいいか、一緒に考える。それを毎日やっています。ですから、いわゆる外形的にきちんと整理をしていくということで3か月とか6か月ということを示されているんだとは思いますが、毎日我々はそれをやっているんだということを前提にした上で制度をつくらせていただきたい。

3か月、あるいは6か月、あるいは12か月ということであれば、今はもう既に退院支援委員会であるとか、あるいは定期病状報告というような制度もきちんとあります。それとの整合性というようなことも考えていただきたいと思います。

それから、50ページのところですね。保護者制度は廃止になったのですが、医療保護入院の同意書についてどう考えるか。これは資料の中でも示してありましたように、前回の法改正のときに議論になったところです。保護者制度を廃止するということで議論が進んでいて、では指定医1人プラス何を考えるかという中で、突然家族という概念が出てきました。これは保護者制度と決定的に違うのは、保護者というのは我々の治療にずっと寄り添っていただいて、ではこの人を退院させるときには退院した後のいろいろなことを一緒に考えてくれるという人だったんですけれども、家族等になった途端に、入院についての同意はするけれども、あとは全然関係ないという話になってしまっています。

ですから、これは基本的にずっと返送して、あるいは退院した後のいろんなことも一緒に考えられるような人を同意者にしないといけないと私は考えています。ですから、基本的に血縁のある家族等の方でそれをやりたいというふうな方はやっていただいていると思いますが、そういう方がいなければ、これは基本的に市町村長同意にさせていただいて、地域包括ケアシステムの中で相談支援機能を市町村に担っていただくわけですから、そこでそのことを一生懸命やっていただきたいと思いますというふうに考えています。

それから、70ページのところですね。今回きれいに整理をしていただいてありがとうございました。精神科特例という言葉が独り歩きをしてしまって、精神科特例というのはもうありません。いわゆる精神科特例というのは1958年の厚生事務次官通達で、これは歴史的な背景とか、あるいは政策的な背景があるというふうに我々は理解しています。つまり、

量的に非常に不足をしている精神科医療機関を拡充するために人員基準を緩くした。

ただ、これは2001年に第4次の医療法が改正になって、いわゆる病床種別、これは多分71ページのところにきちんと書いてくれているんだと思いますけれども、こういうふうに種別になってそれぞれの人員配置基準を決めたというところですので、この時点でいわゆる精神科特例というのは廃止をされています。2001年ですから、もう20年も前の話です。それをいまだに精神科特例というふうな言葉が使われるのは、御存じではないのか、あるいはあえて知らないふりをして使っておられるのか。

こういった、ためにするような議論はやめにしませんか。もっと建設的に考える。例えば、水野先生がお示しになった資料だと、精神科医というのは非常に薄い水準になっています。これを何とかするために、私は第8次の医療計画の検討会の下地域医療構想、それから医師確保のワーキンググループに出ていますけれども、医政局のほうから出される資料は、もう医者は足りているんだ。いわゆる地域枠とか臨時定員というのはもう廃止をして、元の定員に戻すというふうな議論がずっと続いています。

我々の現場感覚で言うと、お医者さんは足りないというのが正直なところですよ。ましてや働き方改革など入ったら全然足りなくなるというのは分かっているんで、これは考えてほしいと言っているのですけれども、いわゆる働く人口ですね。18歳から64歳だったか、これがどんどん減ることになると、その中でお医者さんとかは賄えないという議論をされています。

ですから、そこは違うところでの議論とも関連がありますので、そのところを含めて、ためにするような議論はやめていただいて、将来に向けての建設的な議論をしていただきたいと考えています。

最後は、虐待のことです。これも前回お話をさせていただきましたけれども、いわゆる虐待防止法の附則の2条で通報義務、これが行政機関と、それから行政と、それから医療機関、精神科医療機関ではありません。医療機関、これが除外をされているということですよけれども、それを廃止する。通報義務を課すということが非常にシンボリックに象徴的に捉えられているわけですよけれども、前回お話をしたように、そのことで問題が全て解決するのではなくて、むしろ今日も議論の中で出ましたように、職員の中でも風通しをよくして、報告というのはお互いにこういうことがあってというカンファレンスをする。それから、虐待を防止するためのマニュアルを日精協のほうでは去年の秋につくって今、普及をしているところですよけれども、そういうものをきちんとつくる。

それから、場合によっては虐待防止に関する院内でのきちんとした委員会をつくるというふうな、いわゆる間接的防止措置、これのほうが非常に実効性があると考えておりますので、通報義務を課す、課さないといったいわゆる象徴化した議論ではなくて、実質的な議論をお願いしたいと思います。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょうか。

では、岡部構成員よろしく願いいたします。

○岡部構成員 日本相談支援専門員協会の岡部と申します。よろしくお願いします。

私のほうは、意思表示支援のところに絞って発言をさせていただきます。

まず、意思表示と意思決定、今、櫻木構成員の話もありましたけれども、私にとりましては非常に分かりやすく、役割も含め、整理いただけたなと思っています。これから話しするテーマは、自分の中で分かりやすさということテーマにしながら話そうと思うんですけれども、ネームも患者サポーターという提案がありましたが、それも非常に分かりやすいということを感じています。

それで、30ページで個別給付のところに触れられていますけれども、ここで私も実効の実現可能な仕組みは何かということをつずっと考えたときに、個人的な話ですが、10年病院で働かせてもらい、15年地域で相談支援をさせてもらっている中で、これは使えるんじゃないかと思ったのが地域定着支援です。

地域定着支援というのは地域移行、そして出た後に地域定着支援を使うものとばかり私は思いながら使ったのですが、地域定着支援というのは単身である方に緊急時に駆けつけたり、駆けつけて必要なマネジメントを行ったり、それが随時できるという緊急時支援加算というのがあるのですが、よくよく考えてみますと、対象者は地域で暮らしている方で単身生活である、もしくは単身だけれども同居の御家族が障害や疾病で応援ができないときにそういうサービスが使えるということですから、入院していてもその人の家は地域にあるわけですね。

そうしたときに、地域で暮らしている人というふうと考えられると思っていて、そうであれば例えば既にサービスを受けている人などは地域定着支援の申請をしてもらって相談支援事業所や地域定着支援事業所が会いに行くということが随時できるというふうに使えなと思ったのと、もう一つ、給付を受けていない、初めて精神科病院に入院したという方は今までもお話にありましたけれども、精神科病院に入院されて一定の診断がつく。それでもう障害給付を受ける権利は持っていて、御本人さんがまた使いたいと言ったときには、国の調査が要らないので簡易事項だけで割と早めに支給決定を切ることができる可能性がある。

ただ、相談支援専門員がサービス等利用計画をつくり、この人には地域定着支援が必要ですというふうに書き込まないと役所は決定できない。

ですが、介護給付のように手続に時間がかかるということはないだろう。

そういうようなところで、地域定着支援は相談支援専門員も1人必要なんだけど、ピアスタッフや近所のおばちゃんや、極端な話、弁護士さんでもいいわけで、そういう人が会いに行くことが仕組み的にできそうだなと感じました。

何が言いたいかといいますと、私も意思表示支援は必要だと思っているのですが、実効性があるものとしては今回の資料にも書いてありましたけれども、まず市町村長同意の方

から始めるべきだと思っています。それは、自分がいざというときに、ちょっとお願い、来てという人がいない人から対象とすべきだと思っています。

それで、医療保護入院まで広げると年間17万人いらっしゃるの、今、地域定着支援事業所がどのくらいあるかというと、ちょっと検索したデータで令和2年の4月のデータですけれども、地域定着支援の事業所が全国に540です。一方、地域移行の事業所はその半分で203しかないんです。地域定着支援は、これも前のデータですけれども、報酬が今は3億くらいでしたか。ちょっと数がありますが、報酬全体の今は0.0.1%程度しか使われていないという状況もあるので、比較的拡充してきやすいだろうということです。

それで、540事業所あるので、そういう人たちが患者さんに会いに行くということができるし、市町村長同意の人はやはりマネジメントはできないし、その人にとっては緊急事態であるので、緊急時に駆けつけるということは可能なのではないかと思います。

それで、そういった個別給付とともに、ただ、長期入院の方は書き込まれているように、やはり市町村の地域生活支援事業の中にしっかり役割として位置づけていただいて、それは地域の協議会等で役所と相談支援事業や地域の関係者の方々と御本人のところにきて意思の表明の支援をしていくことが必要ではないかと思います。

そういった制度化することで、医療は福祉とつながりたいし、福祉は医療とつながりたいと思っているけれども、前にも意見をさせてもらいましたが、そこを接着するものとしてやはり制度は何らか必要だと思っていますし、それが地域定着支援事業所は知的の分野の方とか身体の方の分野の方もいらっしゃいますので、これが制度化されてそういうものを活動することで「にも包括」の理念にもつながっていくのではないかと思います。

最後になりますが、精神科病院の入院の方で単身の方、身寄りがいない方を結構見てきましたけれども、その中には知的障害の方などもいらっしゃるの、そういった方にも患者さんと地域のホットラインとして地域定着支援を使うという考え方は私はありなの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、桐原構成員をお願いします。

○桐原構成員　全国「精神病」者集団の桐原です。

構成員提出資料を2つ出したんですけれども、こちらの説明は割愛します。中身の説明の中で代えさせていただきます。

42ページの「医療保護入院」の②-2の部分なんですけれども、具体的な期間についてというところです。医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を義務づけ、趣旨を鑑みれば、要件を満たさない状態を半年や3か月にわたって継続するおそれを含むことになるため、合理性を欠くのではないかと思います。ですから、退院だけではなく任意入院への移行も前提にしているのであれば、最低でも1か月に1回程度ぐらいの確認はしてほしいと、精神障害の立場からはそのように思います。

46ページの「医療保護入院」の②－3です。意思表示支援者の告知の同席についてですが、医療保護入院それ自体の歯止めになるわけではないと思われるため、例えば聞いているだけのアドボケイトになってしまわないか。医療保護入院になった現場にいた意思表示支援者に対して、入院している医療保護入院者が信頼関係を結べるのかといった課題があります。また、突然の医療保護入院に即座に意思表示支援者が駆けつけることができるのかという現実の問題もあります。この点を踏まえて、少し書きぶりについて工夫が必要なのかなと思っています。

49ページ、「医療保護入院」の論点②－4のところですか。これは、賛成します。櫻木構成員から、医療保護入院を廃止することで治療放棄になってしまわないかという意見が出されましたが、全くそのとおりだなと思っています。法改正の影響で必要な治療ができなくなるようなことは絶対あってはならないと思います。②－4の「検討の方向性」には、同意が得られない場合の入院医療の在り方について検討する必要があると書かれておりますから、こうした問題意識に従って進められる必要があるというふうに強く思います。

3月28日に学習会が開催されて、そこで身体拘束についていろいろな意見が交わされたわけですが、第7回検討会で提案された内容を全面的に見直して、身体拘束ゼロ化を目指す内容へと出し直しを求めるアピール文というものが決議されています。

67ページの隔離・身体拘束最小化の取組の①のところなのですが、ここに「可能な限り」という言葉が入っていますが、これは削除してほしいです。ポテンシャルを下げてしまうことになりかねないからです。

それから、②については基本的に対象となる患者に関する事項のイ、「多動又は不穏が顕著である場合」の要件は削除すべきだと思っています。これは、複数の構成員からも同様の意見が出ていたと思います。

また、アとウの要件についても、関係する部分を中心に適宜見直すこととし、人員不足を理由とした拘束が拡大解釈の下で入り込んでしまわないように、人員不足を理由とした拘束というものが入らないような書きぶりへと改めていく必要があると思います。

67ページの②については、「多動又は不穏」の文言を削除してほしいです。要件の見直しに当たっては、対象の明確化を図ることを目的とするのではなく、対象の縮減を図ることを目的とするものに修正してください。また、元来、身体的拘束は治療の補助手段であることから、検査及び処置や患者に対する治療が困難な場合など、身体的拘束に付随することをわざわざ活字にして言い直す形で書かなくてよいと考えますので、これらは削除をお願いします。

68ページです。行動制限最小化委員会の以降の部分に、射程を明らかにし、限界を踏まえた上でマニュアル等を活用することや、という1文を加筆していただきたいです。行動制限最小化委員会が報酬制度化されてから以降、2006年から2016年の10年間で身体拘束が2倍にまで増加したと指摘されています。増加原因を調べるべく、身体拘束全国実態調査が実施されましたが、行動制限最小化に向けた議論に今はつながっていると思っています。

その意味で、行動制限最小化委員会は方策としてあまり期待できないのではないかと、うふうに言わざるを得ないように感じています。仮に行動制限最小化委員会で行動制限の縮減を目指すのであれば、行動制限最小化委員会の射程範囲をまず明らかにした上で、その限りにおいて活用するという形で役割を明確化したほうがよいと思います。言い換えれば、総合的な効果を期待して成果に結びつくということはないのではないかと思います。

69ページから70ページの「論点②」の部分です。本来は、身体拘束の増加と人員不足の因果関係は全国実態調査のほうからは明らかにされているわけではありません。あくまでも構成員の所管に端を発したものであるということにはなりますが、人員不足の解消自体は極めて重要なことであることは言うまでもないと思います。人員標準の見直しに伴う精神科特例の廃止については、検討されなければならないというのは同じ意見です。

その一方で、入院基本料の人員配置基準等についても一般医療に近づけるような形で見直しを行う必要があると考えます。精神科病棟入院基本料は10対1が最高水準です。よって、7対1の新設は免れないかと思っています。10対1以外は、在院日数要件が定められていないです。精神科病棟入院基本料は救急も療養も両方含むため、療養に合わせざるを得ない。療養病棟を入院基本料のような長期入院を前提とした設定を含み込むことになってしまっています。少なくとも精神科病棟を入院基本料15対1、18対1、21対1、25対1といううちのうちの一般病棟の7対1の24日以内という在院日数要件とか、15対1の60日以内の在院日数要件といったものは踏襲しつつ、見直しをされる必要があるのではないかと思います。

一般病棟を入院基本料を含むほかの配置基準には主な施設基準等が定められており、重症度、看護必要度を満たす患者が1割以上入院している必要があるというふうになっています。

なお、精神科における重症度、看護必要度についても当然つくっていく必要があるわけですが、ここに社会的入院がカウントされない仕組みを導入していく必要があると思います。これら全てを踏まえても、夜間等の時間帯による人員不足というものはどうしても生じるものであり、現在の介護の効率化等に加えて、入院中の重度訪問介護の利用というのが有効になってくるのではないかと思います。病院だけで人員を集めるというのはやはり限界がありますので、入院者が個別にパーソナルな支援を受ける制度があるので、そこで人員不足でできないことというのをコミュニケーションの支援とか、そういった形で補うことができると思います。

67ページの⑦なのですが、「上記の他、入院中の患者は、24時間見守り、意思決定支援、コミュニケーション支援を内容とする重度訪問介護が利用できる点について、精神科医療機関に十分な周知を行う。」必要がある。これに加えて、対象者を区分4、5に拡大することや、入院中の重度訪問介護の利用によるコミュニケーション支援等の必要性を判断する基準の指標等についても検討する、ということを加筆してほしいです。この点は、社会保障審議会障害者部会の中間報告でまとめられている内容を踏襲しています。

なお、この⑦については論点①の「検討の方向性」の中にあってもよいのですが、人員に関わるので②の論点に移してもよいかなと思っています。

80ページの虐待防止の論点の①です。（１）（２）とあり、障害者虐待防止法の改正と精神保健福祉法の改正のそれぞれのメリット、デメリットが記されています。ただ、ここに書かれている内容が、実は現行制度では既に市町村、福祉部局で通報を受けることになっているということなので、その点はそろえたほうがいいだろうと思っています。

書きぶりとしては、（１）の虐待防止法改正が現行制度における通報先は市町村の福祉部局であり、第三者としての視線が入ることで適正化に資する。指導監督が必要な場合は都道府県等の精神保健担当部局が担う。

（２）の精神保健福祉法の改正の部分については、現行制度における通報先は市町村の福祉部局であるが、市町村、都道府県のいずれの通報の場合であっても、事実関係の調査、虐待と認定された場合の指導監督は都道府県等の精神保健担当部局が担う。このように修正してほしいです。

また、障害者虐待防止法を改正するとして、精神科病院における虐待の通報先を基本的に都道府県にするということにしても、そのほうがスムーズになるのかなと思います。

49ページの「医療保護入院」の論点②－４と、68ページの隔離・身体拘束の最小化の論点の①の部分についてです。障害者権利条約第36条及び第39条に基づく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、当該提案及び勧告に基づく現状の問題点の把握を行い、法律の見直しをはじめとする必要な検討を行う、という文言を加えてください。こちらについては、各論ごとに記載する方法にこだわるものではありません。総論的に記載する形ができるのであれば、それでもよいと思っています。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。

ほかはいかがでしょうか。

では、田村構成員お願いいたします。

○田村構成員 ありがとうございます。日本精神保健福祉士協会の田村です。お時間が押している中すみません。

まず、「にも包括」の話は、先ほど櫻木構成員もおっしゃっていて思い出したのですが、当時の議論で、いずれは「精神障害にも」という表現を外して、精神障害のある方も当然地域包括ケアシステムの中に位置づけられていくことを目指すとしつつ、いましばらくは特出しの表現をしておかなければ、精神障害のある方々が置き去りにされてしまうので致し方ないだろうという説明があったとように思います。

今回は、「にも包括」検討会の次に立てられた検討会でもあり、精神医療に関して法改正によって一般医療と同等に扱われていく流れの中で、「精神障害にも対応」ということがいましばらくは必要であるが、いずれはそう言わなくとも精神障害のある方も地域住民として当然に含まれた地域包括ケアシステムにしていくことを目指すという大前提が確認

できるとよいと思います。

市町村等における相談支援体制について、9ページで、相談支援の業務を市町村が場合によって一部、委託できるとありますが、このかかりつけ医という話の中で、なぜ市町村から精神保健に関する相談業務の一部を精神科医療機関に委託することが考えられるという記述になるのか、つながりが分かりにくいと思います。

なお、精神科医療機関への市町村からの委託は、下手をすると患者さんの抱え込みといったことを引き起こしかねないので、慎重であるべきかと思います。

ただ、市町村ではノウハウや経験が少ない場合のバックアップが当然必要ですし、精神科医等の助言は十分受けられる必要はあると思います。、業務の委託とは違うのではないかと思います。

次に、22ページからの「意思表示支援」については、本当にいろいろな御意見があって、お聞きしながらも悩ましいところではありますが、22ページの（２）の①、②、③で書かれていることは、確かに櫻木構成員がおっしゃるように、私たち精神保健福祉士も病院で行うことですし、精神科医療従事者がやっていることでもあります。それと同じようなことなんだけれども、外部の方にやっていただく意味はどこに持たせるのかを明記すべきです。

もともとこれは在り方検討会、その前の法改正の検討会で代弁者と表現し、その後表現を変え附帯決議がついたままになっていたものが、その後、形を変えて表現されて今に至ると思います。非自発的入院の方の権利擁護がメインではなかったかと思いますが、それを考えると意思表示支援はやはりちょっと表現がなじまないと思います。

ただ、現実的な話として、例えば非自発的入院時に同席し、非自発的入院が決まる過程で御本人は言いたいことも言えないままになってしまわないように、居合わせる仕組みをえると、それはその以前から御本人にそういう方がついていないと現実には機能しないのではないかと思います。構成員からさまざまな御意見があり、この意思表示の支援については何らかそういうものを置くことは方向性として確認できており、今回の法改正にもぜひ盛り込んでいただきたいですが、内容についてはもう少し精査するための議論が必要なのではないかと思いました。

次は「医療保護入院」34ページからです。、まず医療保護入院を廃止するにしても、先ほどの櫻木構成員や桐原さんたちがおっしゃっていましたように、医療が必要だけれども、御本人がその必要性を今は認識できない。でも、放ったらかすわけにいかないという方をどうしたらいいかというお話かなと思うんですが、一方で、保護や介護を主目的として御本人が同意しない方が医療保護入院になっている部分が現状ではあるのではないかと思いますし、それは医療保護入院が医療及び保護という精神病患者監護法のとときからの流れをくんだ入院制度の1つでもあることとつながっているのではないかと思います。やはり「保護」という目的は外して、医療の目的のための制度とすることを考える必要があると思います。

それから、57、58ページの精神医療審査会は、やはり人数不足とか、労力的をかなり要

するので、丁寧に審査できないという御意見もお聞きしているので、充実を図るための方策を考える必要があると思います。

それとともに、保健福祉に関する学識者の中に当事者、家族を含めるのではなくて、当事者や家族の委員は別立てではないかと私は思います。保健福祉委員として、保健師や精神保健福祉士等が想定されていますが、そういった専門性と当事者の方、御家族の方というのは、その専門性というか、特性が全く異なりますので、それを一緒くたにして1合議体に例えば1名となってしまうと、どちらかしか入れなくなってしまうので、分けていただく必要があるのではないかと思います。

それとともに、精神医療審査会の委員の選任の仕方がどうされているのかが分かりませんが何か調査されていたら教えていただきたいです。経験年数や、これまで従事した職場としてどういうところが求められるのかといったことについても併せて検討し、一定の基準を設けてはどうかと思います。

大きい5番で隔離・拘束について、69ページで慢性期や人員配置などが出てきていますが、「慢性期」が人によってイメージする患者像が違うのではないかと思います。重度かつ慢性ということも以前には議論され定義づけ等がされていましたが、そういった重度で慢性ではないいわゆる慢性的な状態で、あまり手をかけなくていい人たち、という意味で書かれているのがよく分かりませんでした。実は、長期入院者のほうが、しっかりとたびたび丁寧に診察をしてくださったら、退院可能だと分かったりすることもあるかもしれません。少ない人員配置で本当にいいのか、検討の余地があるのではないのでしょうか。

慢性化しているように見えても、治療法やお薬を変えたら改善し、退院に向かうことができることなど、主治医交代したときにもそういうことは時々あるのです。

最後に虐待防止法についてです。精神障害者も障害者として明確に、既に障害者基本法によって位置づけられていますし、精神障害者については精神科病院にいらっしゃる方が多数ですので、その精神障害者の虐待防止と考えれば、精神科病院を通報義務に含めてることを虐待防止法の改正によって行うことが理屈としてかなっているのではないかと思います。

その上で、通報を受ける側の市町村がどうしていいか分からないということ、これは実は精神障害に限らず、身体障害や知的障害、または在宅で生活している高次脳機能障害、発達障害といった方々にも起こっていることで、ほかの構成員もおっしゃっていたように、市町村によってはあまりこの通報先がよく機能していないところもあると思いますので、そもそも障害者虐待防止に関しての市町村の取組自体を手厚くしていくことが必要になるのであって、市町村が手薄だから、通報先は市町村ではないほうがいいのかというのは何か本質的ではないように思いました。

最後に80ページの一番下に※印で「意思表明支援」という名称で表現できるとは限りませんが、外部の第三者を活用するための方策はぜひ検討していただきたいと思います。虐待というのは、多分やっている側は慢性化して、感覚が麻痺して毎日のようにやってしま

っているということも、この間、発覚している精神科病院での不祥事からは見えてきていると思います。中にいる人たちからは発見されづらい、または気づきにくいことではないかと思いますので、外部の第三者が入ることによって、これはやはり虐待だ、と自覚されるというか、自覚を促すことになることが期待できるのではないのでしょうか。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、岩上委員よろしく願いいたします。

○岩上構成員 全国地域で暮らそうネットワークの岩上でございます。

初めに、水野参考人のお話は大変参考になりました。最後の医観法の附則については、時々これは話題になりますけれども、きちんと対応していく必要があると思っています。

それから、この検討会に出て思っているのですが、精神科の医療機関は権利擁護もしっかりやっていこうということを非常に考えています。私は、櫻木構成員の日精協の先生方と出会いますと必ず視察に行かせてもらっているのですが、職員の皆さんも生き生き仕事をしていて、櫻木構成員の病院にも行く予定なんですけれども、コロナで行けていないんです。とても残念なのですが、ほかの先生方の病院へ先生にいつも案内をしてもらうと、職員の皆さんも生き生きして、自分だったらこういう病院に入院してもいいなと私自身は思っているんです。

多分、櫻木構成員とか日精協の先生方は、そういう病院を増やしたいという考えだと思うんです。そういう次元でこの検討会は話し合いたいと思うんです。精神科医療は何か問題があるというところからスタートして議論するのと、よりよいものをつくっていこうとして議論するのでは方向性が変わってくる。それには、今後皆さんにもう少し地元のいい精神科病院を見に行ってくださいといいのではないかと思います。

そのギャップがある中で議論すると、何か精神科医療は問題だからみたいになって、問題だから議論するのではなくて、よりよくしたいために議論するというスタンスが必要だと思います。先にちょっと思っていることを言わせていただきました。

今日の議論の中で、まず5ページですが、精神保健ですね。5ページの下から2つ目は私が申し上げたことが書いてあるんですけれども、ここに書いてあるのは、もともと福祉は対象者が限定されていて、保健がきちんと機能すれば重層的とか伴走的とか言わずに済む。保健の機能が弱くなったので、保健師さんの力量に期待をしてやっていけばうまくいくでしょうという意見なんです。それで、保健と福祉は両軸がないとうまくいかないの、保健センターの数は市町村の数に匹敵するぐらいありますから、その機能強化を期待したい。

その際に、ゼロを1にしてくださいという話ではないんです。ゼロを1にするということになるので、市町村町会がなかなか推進できないということで、合意形成ができないんじゃないかと思うのですが、0.8を1にしてください、あるいは0.9を1にしてくださいということをお願いしたい。そういう話をしませんが、これは進まないですね。したがいま

して、保健師さんを中心に精神保健はやっていただくということがよろしい。そのための手だてを打っていただきたいと思います。

ここに精神保健福祉相談員と書いてありますが、これは精神保健福祉士を基盤としていますので、あえて保健師さんが精神保健福祉相談員の勉強をしていただく必要はない。保健師は保健師として専門性があるわけですから、ここら辺は整理をしていただきたい。むしろ社会福祉士の方に精神保健福祉相談員になっていただいたほうがいいと思います。

それで、必ずしもここは義務化には私は賛成していません。なぜならば、ソーシャルワーカーの人材が枯渇していますので、これは「にも包括」の検討会でも申し上げましたけれども、精神保健福祉士に活躍していただく場所は行政に配置するよりも優先順位は医療機関だと思います。ですから、行政機関で手厚く支援するのはまだもう少し先で、まず位置づけとして精神保健を適切に行っていただく。保健師さんで足りない部分があるということであれば、精神保健福祉士の方にも活躍していただく。そういった順序ではないかと思っています。

何人かの方がおっしゃいましたけれども、むしろ現在の行政の精神保健を担っている方向けの研さんの体制を国として整えたほうが、より住民のニーズに応えられると思います。なぜならば、自治体に入ってしまうと、もうそこの文化に染まってしまって、なかなかそれ以上の成長が期待できない。自治体の方に怒られますが、私ももともと自治体職員でしたからあえて言わせていただきますけれども、自治体の職員を育てるためには国の指導者の研修体制をつくったほうがいいと思います。

それから、30ページになりますが、意思決定支援は、意思決定支援全体の話にすると病院ができていないんじゃないかというような話に戻ってしまうので、この先はぜひお願いしたいのは、平成25年の法改正の附則にあった代弁者のことをどうするのかといった議論に絞っていただきたい。

それについては、何度も申し上げますように、医療機関としては適切に権利擁護しているんだけれども、乗り越えられない壁、それは入院を決定するほうと入院を余儀なくされたほうという、この壁を越えるために代弁者が必要だということを、私はこの24年の先ほど藤井構成員がおっしゃったチームにおりましたので、そのために代弁者が必要だというのは申し上げました。

したがって、この先全ての方にとというのは権利擁護全体を考えていかなければいけないんだけれども、そこからずっと議論をしていると、なかなか今回まとめ切れないというのは非常にもったいない。なぜならば、田村構成員はもう少し時間をかけてとおっしゃっていましたが、これは25年改正の附則ですから、もうそろそろ適切な法施行を考えていただかないと問題ではないかと思っています。

ある程度、この先の議論をする上では絞っていただきたい。それにはまずは、市町村長の同意の方から始めていただくということをお願いしたいと思います。

そこはやはり医療機関が幾ら頑張っているけれども越えられない壁で、私はこれをするに

よって一般の医療を超えるんだと思います。一般医療と同じにするのではなくて、一般医療を超えるものを精神科医療が先立って行う。こんなすばらしいことはないじゃないかと思っています。

それで、個別給付をもし進めていただくのであれば、考えられる方策はそれほどなくて、計画相談の中の基本相談の枠で考えるのか、地域相談に新たなアドボケイト、多分アドボケイトにしたほうが分かりやすいんじゃないかと思います。意思表示とか意思決定というと、それは結局医療機関でやることではないかというともた元に戻ってしまうので、アドボケイト支援という枠組みを新たに一つ作っていただくのか、岡部構成員がおっしゃったような地域移行の支援の中、地域移行なのか、地域定着の支援の中に考えるのかということも議論していただくのですが、これは総合支援法の見直しに関わることなので、私が存じ上げているのは障害福祉課というのは非常に緻密にいろいろなものをつくり上げてこられている課ですから、ぜひその辺りは御調整をいただいて現実的なことを考えていただくといいと思います。

私は検討会の出席が長いので、以前、日精協の副会長の河崎先生が構成員で出られていて御指導いただいていたのですけれども、とにかく実効性のある議論をしようということも毎回言われて、当時は私も実効性のあることばかりは言えなかったのですが、今回は実効性のあることだけ言っていますので、それをお願いしたいと思います。

それで、この際もし個別給付を考えるのであれば1つ懸念していることは、ここ数年でそういったことに非常に熱心に取り組まれていた人たちがいらっしやいまして、その方々が相談支援事業所になったときに果たしてそれが可能なかどうかということが出てきますので、その辺りは御考慮いただきたいと思います。

対象者は市町村同意を優先すべきだと思いますけれども、その他、入院が延長になられた方とか等についてはお考えいただくといいと思います。

44ページの退院促進措置について、市町村を追加というのは賛成です。これは、「にも包括」の報告書でも、市町村の責任を制度上位置づけるということをも求めさせていただきましたので、市町村の地域生活支援事業に位置づけるということと、退院措置について地域援助事業者として位置づけるということに賛成したいと思います。

最後から2つ目です。虐待防止法と精神保健福祉法についてですけれども、どちらかという議論の前に1つ御検討いただきたいのは、先ほど桐原構成員もおっしゃっていましたが、虐待防止法の通報先を都道府県とする方法があるのかどうか。今後の議論を考えると、虐待防止法の通報先が市町村だからそれは難しいので、精神保健福祉法だけの流れでいって、私は精神保健福祉法でいいと思っているんですけれども、虐待防止法の場合に都道府県通報というのはあり得るのかどうかということも、御検討いただきたいと思います。

最後になりますが、前回も話しましたように、今回の検討会ではまとめ切れない課題として認知症への対応の方法、それから診療報酬上、施設基準等で医療保護入院が規定されていること。

加えて、例えばある程度、縮小を考えるのであれば指定病床を課する。医療保護入院をですね。そういったことが積み残し課題になる。

加えて、北村構成員もおっしゃっていた精神版の介護医療院、あるいは病床機能の在り方、この辺りが報告書で今後議論していく上で重要であるというような書き方を、今から言っているのは早いかもしれませんが、お願いしたいと思います。

以上でございます。

○田辺座長　ありがとうございました。

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申し上げます。

○小阪構成員　時間も押している中、すみません。1点だけ、大事だなと思ったことは言葉にしなければ意味がないと思ったので言葉にさせていただきます。

櫻木構成員が1－1「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、昨年度まで開催されていたこの前の検討会、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会の報告書も勘案すべきとおっしゃってくださいました。

私はそれを言われるまで完全に見落としていたんですけれども、確かにそれはすごく大事だなと思っていて、検討委員でかぶっている構成員もいらっしゃると思うのですが、あれだけしっかり真剣に議論した報告書等が全く勘案されないというのはちょっと残念だなというのと、当時の佐々木課長が最後の検討会で、これは魂のこもった報告書だとおっしゃったんです。たしか神庭座長も当時、これだけ構成員の意見が反映された報告書は珍しいというふうにおっしゃっていたと思います。

そういったすばらしいものが全くここに勘案されないというのは、やはりちょっと私も心配だなと思いました。ありがとうございます。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。よろしゅうございましょうか。

○柑本構成員　申し訳ございません。柑本ですけれども、一言だけよろしいでしょうか。

○田辺座長　どうぞ。

○柑本構成員　ありがとうございます。

先ほど、私の発言に対しまして太田構成員から御意見があったわけですが、ちょっと誤解があるような感じがいたしましたので改めて説明させていただきたいと思います。

事務局が示してくださった身体的拘束の要件についてですけれども、私が見直していたきたいと申し上げたのは、「多動又は不穏が顕著である場合」で、かつ「患者に対する治療が困難な場合」という、この組合せが問題ではないか、両方とも非常に裁量の幅が広い要件ですので、この2つを組み合わせることは問題であると考えたからです。

さらには、身体的拘束の法的な根拠となると考えられる患者の生命や身体損傷を防ぐためというようなところとリンクしていないことも問題ではないかということを上げました。患者さんに対する治療ということはこの要件の中に組み込むのがまずいと申し上げ

たのでないことは、ここで明らかにさせていただきたいと思います。

そして、何かこの事務局案に代わる代替案を示せということであるならば、例えばですが、多動または不穏が顕著で、患者の生命や身体の安全を図るために必要不可欠な医療行為等の実施の妨げとなるであるとか、本人の治療の著しい妨げとなり、生命に危険が及ぶおそれが切迫しているといったような形で組み合わせて要件とすることは考えられるのではないかと思います。

その点だけ、大変申し訳ありませんが、付け加えさせていただきます。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょうか。

では、江澤構成員どうぞ。

○江澤構成員 すみません、一言で終わります。

9 ページの「かかりつけ精神科医・他科のかかりつけ医との連携」でございますが、今、改めてかかりつけ医の定義と役割を議論している最中でございますので、こちらの進捗も踏まえながら、また、かかりつけ医、精神科医の議論もする必要があると思っております。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございました。

では、太田構成員どうぞ。

○太田構成員 大変申し訳ありません。柑本構成員の意見を改めて確認しましたが、内容について誤解したとは思っていないのですが、言い方につき、他の方にも言及したので、誤解を招く言い方になったと思います。申し訳ありません。その上で、内容について申しますと、そこまで対象となる医療を限定してもいいのだろうかということをちょっと考えていただきたいということです。

つまり、多動かつ不穏で、かつ医療の方にも条件を付けて、その両方で拘束できるという議論がある。そこに問題を見出されておられる。それで、柑本構成員が一定の医療に限定するという方向の議論もおっしゃったのはそのとおりだと思います。

ただ、そこまで限定して本当に医療として成り立つのかどうかは私には分からないので、そこをきちんと議論していただけないかというのが私の問題意識です。

もう一つ言っておきますと、裁量の問題に関しては、どう書こうとも医療機関の裁量は私は残ると思います。

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か。よろしゅうございますでしょうか。

そろそろお時間となりますのでと書いていますけれども、大分超過いたして、活発な議論を繰り広げていただきました。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各論点につきまして、本日も実に建設的な御意見をいただきまして、かつ、一

定のものに関しましては議論も収れんのほうに向かっていったものと思っております。

障害者部会での議論に向けまして、次回の検討会ではこれまでの議論の状況について一度、整理を行うというスケジュールが示されておりました。本日の議論の内容を含めまして、本検討会での議論の内容が反映されるよう、事務局におきましては資料の整理のほうをよろしくお願い申し上げます。

最後に、事務局のほうから今後のスケジュール等についてお願い申し上げます。

○森精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。

次回、第9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9回の検討会につきましては、4月15日金曜日13時から16時を予定しております。正式には改めて御連絡させていただきます。

事務局からは以上となります。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、以上をもちまして本日の検討会はこれで閉会いたします。構成員の皆様方、長い時間、活発な御議論を繰り広げていただきまして誠にありがとうございました。御礼申し上げます。

これで閉会いたします。