

○戸部精神・障害保健課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第9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戸部と申します。精神・障害保健課に4月1日付で着任いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

会場及びオンラインで御出席いただいている構成員の皆様方におかれましては、貴重なお時間を確保いただき、誠にありがとうございます。

本日の会議につきましても、新型コロナウイルス感染症の拡大予防の観点から、オンライン会議システムZoomを活用しての実施とさせていただきます。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名の構成員の方々のうち、会場にお越しいただいた方が6名でございます。また、オンラインでの御出席については17名となっております。個別の参加状況につきましては、座席図を御確認いただければ幸いです。

なお、中原構成員については、御都合により御欠席との連絡をいただいております。

また、野原構成員は、出席が難しいとのことでしたので、岩手県保健福祉部障がい保健福祉課の日向総括課長にオンラインで御出席いただいております。

また、鎌田構成員につきましては、御都合により遅れて御出席いただくということでございます。さらに、鎌田構成員と吉川構成員につきましては、中座される御予定となっておりますので、御留意いただければ幸いです。

また、厚生労働省におきまして人事異動がございました。4月1日付で小澤依存症対策推進室長が着任しております。

○小澤依存症対策推進室長 小澤でございます。よろしくお願いいたします。

○戸部精神・障害保健課長補佐 続きまして、本日の資料の確認を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、オンラインで御参加いただいております皆様におかれましては事前に電子媒体で御送付いたしました資料をそれぞれ御確認ください。

資料については、座席図、議事次第。

資料1「これまでのご意見を踏まえた論点に関する議論の状況について」

資料2「医療に関する「意思決定支援」との関係について」

資料3「参考資料」

参考資料1は、野澤構成員から「精神科病院における虐待通報義務を精神保健福祉法に定めることに関する意見書」

参考資料2は、特定非営利法人精神保健福祉機構・コンボから「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」への意見書を御提出いただいているところでございます。

続きまして、参考資料3「「精神障害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」

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」を付させていただきます。

資料の確認については、以上でございます。資料の不足等がございましたら、現時点で事務局にお申し付けいただければと思いますが、よろしいでしょうか。

また、傍聴の方についてでございますが、同様の資料を厚生労働省のホームページに掲載してございます。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、会場参加の方々におかれましては、実際に挙手していただき、オンラインで御参加いただいている先生方につきましては、Zoomの「手を挙げる」機能を併せて御活用いただければ幸いです。

また、オンライン参加の方々におかれましては、カメラは常に映る状態にいただき、発言しない際にはミュートにして、発言いただくときのみミュートを解除して御発言いただく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ございませんので、そちらについて御了承願います。

冒頭の頭撮りの撮影に関しましては、ここまでとさせていただきますので、報道関係の方々がいらっしゃいましたらカメラの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、田辺座長に議事の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。

これまでの御意見を踏まえた論点に関する議論の状況について事務局から説明をお願いいたします。では、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 事務局でございます。

今回、資料1～3を御用意しております。資料3につきましては、これまでの検討会で御提示させていただいた資料をまとめたものでございますので、本日は資料1と資料2に沿って御説明申し上げたいと思います。

資料1の1ページ目、「総論」という形で、これまでの検討会での資料あるいは御意見を踏まえてまとめているものでございます。

2ページ目、○の2つ目の部分、昨年3月に「精神障害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」報告書が取りまとめられた旨。

○の4つ目、障害者権利条約に基づく初回の対日審査が今年の夏めどで予定されている点などを記載してございます。

3 ページ目、○の 1 つ目につきましては、前回検討会の中で、知恵と工夫を重ねながら、地域でサービス提供されている事業者の方々も念頭にといった御発言を踏まえた記載をさせていただきます。

そのページ、一番下の○のところでございますが、本検討会では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置づけについてという形で、ポツの 1 つ目のところ、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組を含まない点について明確にすべきであることが確認された点、記載させていただいております。

続きまして、資料の 4 ページ目以降、「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、前回検討会の資料を基本といたしまして、6 ページ目を御覧いただければと思います。

基本的な考え方の○の 3 個目になりますけれども、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、まずは国において、市町村の実施体制の整備を進めていくべきであるという考え方を基本に、その下の具体的な方策といたしまして、法制度上の対応を念頭に検討を進める事項の（１）の部分になりますが、市町村が実施する精神保健に関する相談支援、こちらは現行法上、努力義務とされておりますが、こちらの相談支援の対象を現在、精神障害者とされているものを、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旨、明らかにすべきであるという点を記載させていただいております。

そのほか、（３）の支援会議、いわゆる協議の場というもの。

（４）、担い手といたしまして、精神保健福祉相談員の配置が今、任意とされておりますけれども、こちらを努力義務とすべきであるという点、記載させていただいております。

②以降、法制度上の対応を念頭にというものの以外のもことになりますが、（１）の 2 つ目の点、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すべきである。

8 ページ目に移りまして、（２）かかりつけ精神科医・他科のかかりつけ医との連携という観点。

③の保健所・精神保健福祉センターなど、市町村のバックアップ体制の充実に向けた検討事項といったものを、これまでの議論を踏まえて記載させていただいております。

9 ページ目、普及啓発の充実という部分になりますけれども、○の 1 つ目のところ、昨年 3 月の検討会報告書の中でも、精神障害を有する方等が、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであるとされたところでございます。

○の 2 つ目のところ、今回の検討会におきましても、広く国民あるいは当事者の方々が精神保健医療福祉などに関連する総論的知見を高める機会の充実といったものが、地域での実際の支えの充実とともに両輪で必要であるといった御意見をいただいております。

そのためにはということで、下の部分ですが、特に学校教育における普及啓発の充実が重要であるといった御意見も紹介させていただいているところでございます。

続きまして、10 ページ目以降、「第 8 次医療計画の策定に向けて」というところ、こち

らも検討会の中の資料あるいは議論を基本として、資料を今回まとめているものでございます。

11ページ目、第8次医療計画の基本的な考え方といたしまして、検討の方向性の○の2つ目の（1）の部分になりますが、精神医療の提供体制の充実については、平時とともに緊急時の対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院する。緊急時には、入院治療へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療の体制整備に取り組むことが望ましいという形で記載させていただいているところでございます。

続きまして、13ページ目になりますが、第8次医療計画における指標等という形で、検討の方向性、○の1つ目の1番目のボツになりますけれども、患者さん御自身の病状に応じ、必要なサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点からということで、都道府県が参照する指標におきましても、いわゆる精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の観点から、そこに書かれています4つの段階ごとに各指標を定めるべきであるとさせていただきます。

また、○の2つ目の部分になりますけれども、昨年12月の障害者部会の中間整理での御議論も踏まえ、多様な障害特性に配慮するという観点から、下の2行の部分になりますけれども、第8次医療計画では、各疾患等ごとに、その特性を踏まえた医療提供体制の基本的な考え方を示すべきであるとさせていただいているところでございます。

続きまして、14ページ目、第8次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式という部分になります。検討の方向性ということで、算定式につきましては、現在、厚生労働科学研究のほうで検討が進められているところでございますが、検討に当たってはということで、本検討会での御議論、1つ目のボツ、近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするべきである。

2つ目のボツ、その際には、政策効果、政策効果以外（例えば、患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするべきであるとさせていただいております。

続きまして、15ページ目、「患者の意思表示についての支援」という部分になります。こちらは、前回の検討会の中で、新たな支援の制度における支援者と医療従事者の役割、あるいは特に医療の意思決定支援との関係について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、今回資料のほうを修正・加筆させていただいております。

具体的には、16ページ目、1．支援者の役割、基本的な考え方という部分でございますが、○の1つ目、精神科医療では、精神疾患の症状等の診断を行うことはもとより、日々の臨床において、患者さん御本人の心に関わり、人生観と向き合う中で、患者さん御自身のお話を丁寧に傾聴することを通じて、患者との共感を試みる診療が実践されている。こういった形で日々の診療について御紹介させていただいているところでございます。

「他方で」ということで、○の2番目になりますが、精神科医療における非自発的入院といったものの場合、患者さん御本人は入院に同意していないにもかかわらず、閉鎖処遇のもと、例えば携帯電話の利用が基本的に認められないなど、外部との連絡が制限されている。こういった形で、処遇を行う側と、入院する患者さんの側、おのずと立場の違いがあるという御意見を検討会でもいただいたところでございます。

「こうした状況においては」という形で、医療機関以外の外部との連絡を実質的に確保することは、患者さん御自身の権利擁護の観点からも重要であり、継続する入院生活の中で、患者の自尊心、自己肯定感の低下を防止するためにも必要であるといった形で、今回の支援者の基本的な考え方を改めて整理させていただいているところでございます。

○の4個目、「このため」ということで、まずは非自発的入院の患者から優先的に支援を進める必要があるとさせていただいているところでございます。

17ページ目、こういった支援者の具体的な役割という部分については、真ん中の※のところになりますが、3点挙げさせていただいております。1番目が傾聴、②が情報提供、③寄り添いという形で御紹介させていただいているところでございます。

続きまして、18ページ目、医療に関する「意思決定支援」との関係につきまして、資料2の形で、今回新しい部分になりますので、別の形で準備させていただいております。資料2を御覧いただければと思います。「医療に関する「意思決定支援」との関係について」という形で、まず1ページ目は、医療に関する患者の「意思決定支援」について。こちらは、令和元年5月のガイドラインに記載されています内容をベースに整理させていただいております。

医療法の規定の中に、医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならないとされておりまして、医療に関する意思決定においては、医療従事者から患者に対し適切な情報の提供と説明を行うこと、病院の医療職だけでなく、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うことがガイドラインの中で定められているところでございます。なお、本人の意思がなかなか確認できない場合につきましては、家族の方等と十分に話し合いをするということが併せて記載されているところでございます。

こういった形で、ガイドラインの中におきまして、医療に関する「意思決定支援」というのは、医療一般に関する事項といたしまして、患者さん、御家族などへの説明や話し合いを通じて、医療従事者が実施すべきものであるとされているところでございます。

続いて、資料の2ページ目は、精神科医療において求められる支援についてという形で御紹介させていただいております。

○の1つ目のところ、精神科医療の場合は、疾患の特性上、法律上、非自発的入院の仕組みが設けられているところでございます。こういった非自発的入院という日常とは異なる環境の中、患者さんといったしましては、孤独感や不安感が増し、あるいは自尊心や自己肯定感が低下される場合が当然予想されるところでございます。

こういった場合について、病院外部の独立の立場にある方からの支援によって、こうした孤独感の軽減が図られるといったことは、医療従事者との話し合いに積極的に応じることができるようになるといったことが考えられるとさせていただいております。これによって、1番で御紹介させていただいた、医療従事者が実施する「意思決定支援」が円滑に行われるようになることも期待できるということが考えられるかと思います。

こういった点を踏まえますと、今回の新たな支援の仕組みというのは、医療従事者が実施する「意思決定支援」のプロセスとは異なり、患者の孤独感や不安感の軽減、自尊心や自己肯定感の回復を図るものとして位置づける必要があると考えられるかと思います。

以上の点を1枚の絵に整理させていただいたものが資料の3ページ目になってございます。新たな支援者の役割と医療に関する「意思決定支援」のプロセスとの関係になります。

医療に関する「意思決定支援」のプロセスにつきましては、右上のところに赤く書かれておりますが、下の青の部分、具体的には、疾患や治療に関する情報提供あるいは患者さんへの御説明や患者さんとの話し合いを通じて、医療従事者が実施することにされているというのが上の赤の部分で整理させていただいたものになってございます。

一方で、オレンジのほうになります。今回御提案させていただいている新たな支援者は、こうした医療の意思決定支援とは異なりまして、非自発的入院の患者さんの孤独感や不安感の軽減、自尊心や自己肯定感の回復といった役割を担うものでございます。患者さん御自身は、したがって、左側にありますが、新たな支援の仕組みによる支援者の寄り添いなどを受けて、医療従事者の方々が実施する意思決定支援のプロセスに参加していくという全体の関係性について、こういった形で資料を整理させていただいたところでございます。

こういった整理を踏まえまして、4ページ目の部分になりますが、3番目、医療に関する「意思決定支援」への新たな支援者の関わりにつきましては、○の2つ目の部分になりますが、新たな支援の仕組みによる支援者は、医療従事者が実施する「意思決定支援」のプロセスに直接関わるものではないと考えられるとさせていただいております。

それを踏まえ、4番目、新たな支援の名称についてというところになりますが、これまで事務局の資料のほうでは「意思表明支援」という名称で御議論をお願いしていたところでございますが、今回、先ほどの3ページの図にありますとおり、新たな支援というのは、意思決定支援、意思表明支援のプロセスとは異なるものという整理を明確にさせていただいたところでございます。

こういった整理を踏まえまして、改めての今回の資料の整理になるのですが、4の○の2つ目の部分、新たな支援の仕組みについては、こういった整理を踏まえ、病院外部からの独立の立場にある方が、病院を訪問し、患者さんとの面会を通じて支援を行うという中身になりますので、こういった内容を踏まえると、あくまで仮称にはなりますが、例えば「病院訪問支援」といった名称が考えられるのではないかと御紹介させていただいております。

最後、5番目の部分、病院訪問支援者（仮称）に求められる研修内容につきましては、現在、研究班のほうで検討を進めているところでございます。その中身を3点御紹介させていただきます。

1つ目、研修につきましては、5項目から構成されている。1番目は、権利主体としての入院されている方への視点。2番目が、入院している方の背景や療養環境への理解。3番目が、精神医療における基本的理解。4点目が、支援に当たっての知識と技能。5点目が、具体的活動の過程というものの構成を考えておる。

2番目、各項目ごと5～10程度の専門的項目を設定いたしまして、各項目については、基礎研修・実践研修の両者から構成される。

3点目、具体的な研修時間につきましては、ピアサポーター、相談支援専門員、弁護士等が、それぞれバックグラウンドとなる専門性を有していることを踏まえまして、そうした専門性を横断した機能や役割、業務の習得が可能となるよう、現在検討を進めているところでございます。

以上、新たな視点といたしまして、今回、資料2として整理させていただいたところでございます。

資料1の19ページのほうに戻っていただければと思います。

制度化に向けて優先的に取り組んでいく対象者の部分につきましては、○の2つ目のところ、支援の担い手等の実施体制が十分に確立されるまでの間、非自発的入院の患者のうち、他に同様の役割を担う者がいない、市町村長同意による医療保護入院患者を対象として、まずは制度の普及・定着を図ることが求められるとさせていただいているところでございます。

資料の20ページ目につきましては、前回の検討会の中で特に御異論はなかったかと思えます。そのまま掲載させていただいております。

続きまして、21ページ目、「医療保護入院」のところになりますが、22ページ目、基本的な考え方の下から2つ目の○の部分になりますが、前回の意見を踏まえまして、医療保護入院につきましては、前回まで「廃止を視野に」とさせていただいたところでございますが、廃止につきましては、現在、疾病構造の変化、認知症患者の増加に伴い、新たな枠組み、医療の在り方も必要ではないかといった御意見もいただいて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、「制度の将来的な継続を前提とせず課題の整理に取り組みつつ、その縮減に向けた具体的かつ実効的な方策を検討することが必要である」とさせていただいております。

続きまして、23ページ目、3つの視点から具体的な取組について御紹介させていただいてございます。23ページは、前回の議論から特段変更がないところ。

24ページも同様になります。

25ページ目を御覧いただければと思います。医療保護入院から任意入院への移行という視点の2番目に関する御議論。具体的には、入院期間についてという形になってございま

す。前回の検討会の中で、医療保護入院の中での退院に向けた取組は、日々行われているものであるという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、まず○の1つ目になりますが、「精神科病院においては」という形で、退院支援委員会や定期病状報告の仕組みを通じ、入院中の患者の任意入院への移行や退院促進に向けた支援を行っていることのほか、急性期のチーム医療では、クリニカルパスを活用した早期退院の取組が進められているという御紹介。

また、○の3点目、こうした確認については、入院中、日々行われているものだという部分、御紹介させていただいております。その上で、その後の部分ですが、こういった確認について、制度上、確実に行われることを一定の頻度で担保できるようにする観点からは、医療保護入院の入院期間を法律上定め、精神科病院の管理者は、この期間ごとに医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を行うこととするべきであるという形で、資料のほうを記載させていただいております。前回まで案1、案2という形で御紹介していたものを、今回、案2の考え方を基本に議論を整理させていただいております。

具体的な期間につきましては、「6か月ごと（入院から6か月経過までの間は3か月）」とすることが考えられる。一方で、「3か月ごと（入院から6か月経過までの間は1か月）」とする意見もあった点、紹介させていただいております。

また、最後の部分になりますが、具体的な検討を進めるに当たっては、現行の退院支援委員会、定期病状報告等の制度との整合性に留意が必要であるといった御意見。また、本人の意思に反して入院させる心理的な負担を御家族に繰り返し求めることになってしまうのではないかと御意見があったところ、御紹介させていただいております。

続きまして、資料26ページ目、退院促進措置の実態を踏まえた拡充策。こちらは、前回の検討会の中で特に御異論はなかったものと思い、そのまま載せておるところでございます。

27ページ目、長期在院者への支援という部分につきましては、1つ目の○のところ、長期在院者の支援に向けては、実際に訪問し、自治体の住民の1人として支援を進めていくといった取組が重要であるという観点から、現在、市町村が地域生活支援事業の中で実施する障害者相談支援事業の実施要領の中で、「精神科病院を訪問し、入院患者の退院に向けた意思決定支援や退院請求などの権利行使の援助を行うよう努めること」とされているところでございます。

こうした点を踏まえまして、今回、そのページの一番下の2行になりますけれども、医療機関の側から逆に連携を求めることができ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を追加するべきであるとさせていただいているところでございます。

続きまして、資料の28ページ目は、前回の議論から続き、より一層の権利擁護策の充実といたしまして、○の1つ目のところ、医療保護入院に対して書面で行う告知の内容についてということで、○の2つ目の3行目、新たに入院を行う理由を追加すべきであるとい

う部分を中心に議論を整理しているところでございます。

29ページ目、今後の検討課題についてという部分になりますが、医療保護入院制度については、今後、患者の同意が得られない場合の入院医療の在り方など、制度の将来的な継続を前提とせず、課題の整理を進めていくことが必要となるとさせていただいているところでございます。

具体的には、特に御議論いただきましたのが、○の3個目の部分、1行目の後半になりますが、認知症等により病状は安定しているものの、患者さん御自身が有効な同意の意思表示を行えない場合、こういった事情によって医療保護入院が増えているという現状について、しっかり念頭に置くべきではないかという御議論をいただいたところでございます。

続きまして、資料の30ページ目になりますが、医療保護入院の同意者につきまして、31ページ目、検討会の中でいただいた御意見を表の形で整理しているところでございます。

右から2番目、病院外の精神保健福祉士という御提案もありました。この点について、資料のほうは追加させていただいております。

その上で、32ページ目の下の部分になりますが、医療保護入院の同意者について、今回、資料のほうで新しく追記させていただいております。現行の制度で規定されております家族等、市町村長以外の同意者を想定することは現実的には容易ではないといったこともございます。家族等同意及び市町村長同意については、現行の仕組みを維持することになると考えられるのではないかと。

ただし、家族等同意については、家族等の御負担の観点、市町村長同意については、市町村長の判断が医療機関の判断を追認したものになっているのではないかとといった御意見をいただいたところでございます。そういった議論を踏まえて適切な対応を検討すべきであるとさせていただいているところでございます。

○の3個目、「その上で」ということで、医療保護入院制度については、先ほども申し上げましたが、制度の将来的な継続を限定とせず、縮減に向けた実行策を今回議論しているところでございます。今後も医療保護入院患者数の推移等を踏まえながら、適切な制度の在り方を検討していくことが必要であるとさせていただいております。

続きまして、33ページ目の家族等同意についての議論になりますが、検討の方向性のところ、長期間の音信不通等により、御家族が同意・不同意の意思表示を拒否する場合等、家族の意向を確認することができない場合については、市町村長が同意の可否を判断できるようにすることについて検討すべきであると、検討会の御議論を踏まえてさせていただいております。

「また」というところになりますが、患者さん御本人と御家族の間でDV、虐待等が疑われるケースについては、近時、各種法整備が進んでいるところでございます。客観的にこういった事情について判断することも、可能な場合、考えられるかと思えます。したがって、こういったケースにつきましては、市町村長が同意の可否を判断できるようにすることについて、実務的な課題の整理を行いながら検討することが適当であるとさせていただ

いております。

続きまして、34ページ目、精神医療審査会についての検討の方向性という部分、前回からの検討会の御議論を踏まえて、3点記載させていただいているところでございます。

続きまして、35ページ目、「患者の意思に基づいた退院後支援」の部分になりますが、特に議論いただきましたのが37ページ目、警察の会議への参加という部分になります。こちらにつきましては、警察の支援を御希望される方がいる一方で、警察の関与といったものを不安に思われる当事者の方がいらっしゃるといった御意見をいただいているところでございます。

そうした点を踏まえまして、○の3個目の部分、現行のガイドラインにおきましても、警察の会議への参加については、慎重な手続が求められているところでございますが、こうした手続を設けてもなお、警察の関与を不安に思う当事者の方がいらっしゃるといった御意見を踏まえまして、例えば関係省庁から各都道府県警に対して、法令の規定に基づく適切な個人情報の取扱いを求める通知を発出し、地域によって対応にばらつきが生じないよう依頼するなどの対応を検討すべきであると記載させていただいているところでございます。

続いて、38ページ目、「隔離・身体的拘束」につきましては、検討会での御議論を踏まえまして、「可能な限りゼロとするための」という部分を追記させていただいてございます。

39ページ目につきましては、検討の方向性、前回の検討会の中で特に御議論いただきましたのは、②の部分、「多動又は不穏が顕著である」という要件についてになります。特に、2行目の真ん中の部分になりますが、「患者に対する治療が困難であり」といった要件設定について、限定が不十分ではないか、かえって広がってしまうのではないかと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、「治療が困難であり」の後に限定する文言を今回加えております。「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」という形で、要件のほうを明確化、限定を図っている御提案をさせていただいているところでございます。

その後、40ページ目につきましては、前回の検討会での資料をそのまま掲載させていただいてございます。

41ページ目、医療法に基づく精神病床における人員配置基準の見直しについてですが、前回検討会での御意見を踏まえまして、○の1つ目の部分、いわゆる「精神科特例」については、昭和33年の厚生事務次官通知により定められていましたが、平成13年の医療法改正に伴い、当該通知は廃止されたところでございます。加えまして、人員配置の充実については、非常に重要であるといった御意見をいただいたところでございます。

そういった観点も含めまして、そのページの一番下の2行の部分になりますが、コメディカルを含む適切な看護配置・職員配置により、入院患者に対する、より手厚い体制での医療提供を確保していくことが重要であるという形で、資料のほうを記載させていただ

ているところでございます。

続きまして、42ページ目以降、「虐待の防止に係る取組」の部分でございます。

44ページ目になります。前回の検討会の中で、通報義務の議論と並び、虐待防止措置の徹底という観点が重要であるという御指摘いただいたところでございます。そういった御指摘を踏まえまして、○の1個目の2行目以降になりますが、管理者のリーダーシップの下、虐待行為の発生防止、早期発見、再発防止に向けた取組を組織全体で推進し、より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待を起こさないことを組織風土、組織のスタンダードとして醸成していくための不断の取組が重要であると記載させていただいているところでございます。

「こうした観点から」ということで、国においても、虐待防止措置の取組例についての周知を進め、各医療機関のほうに徹底を図っているというのをまず記載させていただいているところでございます。

その上で、通報義務及び通報者保護の仕組みの制度化という部分につきまして、○の1つ目、精神科医療機関は、障害者虐待防止法に基づく通報義務の対象とされていないという点に関しましては、その2行下になりますが、通報義務及び通報者保護の仕組みを設けることについて、制度上の対応を検討すべきであるとさせていただいております。こういった仕組みの整備によりまして、その2行下になりますが、より良質な精神科医療の提供に向けて、虐待を起こさない組織風土の構築・徹底に資する効果も期待されるのではないかと記載しているところでございます。

その下の部分になります。具体的な仕組みの在り方について、障害者虐待防止法を改正すべきという考え方、それから精神保健福祉法を改正して設けるべきという考え方を議論いただいたところでございますが、どちらの法律を改正するかという部分については、いろいろな仕組みを踏まえた検討が今後必要になるかと思えます。そういった検討を踏まえての結論にはなりますが、いずれにいたしましても、精神科医療機関における虐待行為の早期発見、再発防止に資する実効的な方策となるよう、通報義務、通報者保護の仕組みについては、制度化に向けた具体的な検討を行うべきであるとさせていただいているところでございます。

最後、45ページ目になりますが、虐待防止法を改正して、通報先を市町村とすべきとの考え方について、実際の担い手になる市の立場からの御意見、再度御紹介させていただいております。

1つ目のボツのところ、市町村が通報先となることで第三者としての支援になる一方で、結局は指導監督を都道府県の精神保健担当部局に委ねる形になるため、精神保健福祉法の改正が現時点では一番適切ではないか。

と同時に、他方で、市町村に通報先になってほしいとの意見もあり、相談支援や社会参加支援を担う市町村としては、都道府県と協働しながら、連携して対応できるような形が望ましいのではないかという御意見を紹介させていただいているところでございます。

長くなりましたが、事務局からの説明は以上になります。御議論のほう、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、議論のほうに移りたいと存じます。

ただいま、事務局のほうから資料の説明がございましたけれども、前々回の検討会で示されたスケジュールのとおり、今後、事務局においては、本日の資料を基礎に、本日の検討会での構成員の皆様方からいただいた御意見、それから、月末に開催予定の障害者部会に、一度、本検討会での検討状況を説明し、障害者部会で議論された内容について、それぞれ御反映いただき、次回、5月予定の検討会に向けた議論の準備を進めていただくというスケジュールになっております。

つきましては、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、何ページのどの記述に関する御意見なのか、可能な限り明示していただいた上で、御意見のほうを頂戴できればと思っております。

また、前回、前々回と、検討会の終了予定時刻を大幅に超過し、構成員の皆様方に大変な御迷惑をおかけしたという状況もございますので、御発言につきましては、誠に申し訳ございませんけれども、可能な限り3分以内、長くても5分以内でお願いできればと存じます。

それでは、御意見のある方は、挙手ないしはZoomの上での挙手をした上で御発言のほうをお願いしたいと存じます。

まず、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。御説明ありがとうございました。

私からは3点ございます。

まず、資料の11ページ、12ページの「第8次医療計画の基本的な考え方」について、2点意見したいと思います。地域における精神医療提供体制については、疾病と障害とが併存している精神障害の特性に応じて、平時及び緊急時の対応を充実するために、訪問看護や外来看護との連携が非常に重要です。24時間対応を含めた訪問看護提供体制の強化と併せて、地域における精神科訪問看護の拡充が不可欠であり、11ページの最後の文章にある都道府県等の連携先に、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所もしっかり明記していただきたいと思っております。

また、精神看護専門看護師、リエゾンナースをはじめとする精神医療関係で高度の専門性を有する人材の活用についても、検討の方向性の中に記載していただきたい。

次に、第8次医療計画の基本的な考え方の2点目、同様に11ページから12ページに関するものですが、医療計画の中では、感染症の部分に位置づけられる事項かもしれませんが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受けまして、精神科病棟においてもクラスターが発生し、特に認知症患者がマスクの装着ができないなど、感染予防に苦慮したという事例も多々ありました。今後、感染症あるいは災害発生時に迅速に対応するためにも、これら

検討の方向性の中に、災害時や新興感染症拡大時における精神医療提供体制について記載していただきたいと思います。

例えば、第4回検討会の参考資料2「精神疾患の医療体制の構築に関する指針」の「第2医療体制の構築に必要な事項(3)都道府県連携拠点機能」の中に「都道府県連携拠点機能を発揮した災害拠点の精神科病院の整備及び支援体制の強化」などを追記すべきではないかと思っております。

次に、41ページになります。「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」に関する意見が1点あります。慢性期の精神病床については、コメディカルを含む適切な看護配置・職員配置により、入院患者に対する、より手厚い体制での医療提供を確保していくことが重要と書かれております。確かに、隔離や身体的拘束を最小化するには、他職種を含めた人員配置の強化は必要です。しかし、夜間を通した療養支援や緊急時の対応など、現在、看護師でなければできないことも多々あり、看護師を核とした手厚い看護提供体制が必要であると思っております。したがって、この部分については、「看護職員の配置強化及びコメディカルを含む職員の配置により」といった表現に改めていただければと思っております。

私からは以上3点でございます。御検討よろしく申し上げます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、吉川構成員、よろしくお願いいたします。

○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。

まず、意思表明支援者につきましては、資料1のほうに権利擁護の観点から重要と書かれて、今回、資料2のほうで、新たな支援の仕組みとして、これが患者さんの孤独感や不安の軽減、自尊心・自己肯定感の回復を図るものとして位置づけるとお示しいただきましたので、少し名称が変わっているようですが、我々、医療機関で勤務する看護者としても、こういった支援者の方の位置づけとか役割が、これまでよりは非常に理解しやすくなったと思います。

私のほうから意見としては、「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」で、具体的には39ページ辺りからになります。39ページで、切迫性・非代替性・一時性の考え方を処遇基準告示上で要件として明確に規定すべきというのは、私は非常に大切だと思っております。ただ、組織全体でその3要件を満たすか否かということを経営判断できる体制を構築すべきということで、行動制限最小化委員会とか病棟でのカンファレンスといった検討の場につきましては、こういうふうに書かれてあります。

ですが、非代替性というところにつきましては、先ほど鎌田構成員も触れられましたけれども、身体的拘束といった手厚い対応が必要な方につきましては、急性期のユニットとか病棟で、24時間、夜間、土日を通して、臨床的観察を常時行えるような体制が必要だと思っております。したがって、この39ページ、40ページの取組のところ、診療報酬の取扱いを含む実効的な方策というところに、もう少し夜間とか、看護人員体制のことをぜひ

追加していただきたいと思います。

なぜか人員のことにつきましては、41ページの医療法のところで触れられてはいるのですが、慢性期の精神病床についてのところに書かれております。隔離・身体的拘束というのは、慢性期だけではなくて、むしろ急性期で非常にそういった対象の方が多くなると思っていますので、この40ページの辺りに人員のことをぜひ書いていただけたらと思います。

それと、前回まで、40ページの一番下の⑦のところで、精神科医療機関に重度訪問介護の十分な周知を行うと書かれていたのですが、ここに活用が可能と書いていただいたので、我々としても、これがどういう意図で⑦がここに書かれているのかというのは、以前よりは少し分かりやすくなったのかなと思いました。前回までは、精神科医療機関に十分な周知を行うというのが、積極的にこれを最小化のために活用していくというふうに考えていらっしゃるのかということで、そこに少し違和感がありましたので、こんなふうに修正されたのは非常にいいと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、岡田構成員、よろしくお願いいたします。

○岡田構成員 ありがとうございます。全国精神保健福祉会連合会の岡田です。

まず、全体に関わることからお話しをさせていただきたいと思います。16ページの支援者の役割のところ、基本的な考え方として、精神科医療では、法令の規定に基づき患者の権利擁護を図りながら、入院医療が提供されていると書かれております。これは、本来あるべき精神科医療の姿だと思いますけれども、私たち精神科医療を利用する立場から考えますと、この状況が、現状では全ての精神科医療機関、精神科病院でこのようなことが行われているかということ、大変疑問に感じるところです。もちろん、このような診療や入院医療がきちんと提供されている医療機関があるということはたしかです。

一方で、このような体制が取れていない医療機関があるということも事実です。このことは、私たち、とても実感しているところなので、あるべき姿はすごく大事で、そうあってほしいと願っておりますけれども、全ての精神科医療機関、精神科病院でこのような医療が行われていないところに課題がたくさんあるわけで、そうでない医療機関が存在しているということをここでまず確認させていただきたいこと。

それから、そういう現状の中では、底上げが必要な医療機関の状況というものを、どうしたらよい方向に変えていかれるかという視点で、ぜひ検討を進めていただきたいと考えています。私たちは、精神科医療が必要になったときには、どこの精神科医療機関、精神科病院であっても、安心してかけられるようになることを願っているわけです。このような視点から意見を幾つか申し上げたいと考えます。

まず、医療保護入院について廃止という方向の言葉がなくなっていましたけれども、強制的な入院の対応がなくても医療にアクセスできるような仕組みが必要だと考えますので、ぜひ将来的な廃止に向けた検討を進めていく方向性は継続していただきたいというこ

とを希望します。

次に、医療保護入院から任意入院への移行について、25ページに「本人の意思に反して入院させる心理的な負担を家族に繰り返し求める点に配慮が必要」という意見があったと書かれておりますけれども、医療保護入院の入院期間を任意入院に移行する。これを制度化、このことには賛成します。先ほどの意見のように、その際の判断の要件として家族等の同意は外していただきたいと思います。既に家族と離れて、入院して数か月経過した時点での判断を家族に求めるのは大変難しいことですし、負担が大きくなると考えます。ここは、医療者が医療的知見をもって、きちんと判断していただく必要があると考えますので、その時点での家族等の同意はぜひ外していただきたいと思います。

次に、33ページ、医療保護入院の同意者についてです。現状では、家族等の同意は難しいという結論が書かれておりますけれども、私どもとしては、何とか家族等の同意をなくす方向での検討をお願いしたいと考えております。これまでお伝えしてきた意見の繰返しにはなりますけれども、家族に精神的な負担を与えている点。また、家族といえども、本当の意味で入院治療が本人の利益になるという冷静な判断ができるのか。家族自身の疲労感や負担感で入院を選択するという現状がありますし、また、悪意をもって入院を選択する場合もあり得るという側面があります。家族の精神的負担と本人の人権擁護の観点からも、医療保護入院における家族等の同意については、なくすということを強く要望いたします。

今回の検討でどうしても難しいということであれば、せめて疎遠な場合ということではなくて、家族自身が同意の判断を下せない、あるいは下したくないと意思表示した場合には、市町村長同意の対象とすることも御検討いただきたいと思います。

次は、39ページ、「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」の検討の方向性についてですが、可能な限りゼロとするための最小化に係る取組のための見直しという視点で考えますと、ここに書かれております「患者に対する治療が困難であり」という一文が入ることによって、むしろ治療困難が身体拘束の理由として解釈されて、身体拘束が安易に行われてしまうのではないかと。最小化とは逆行してしまうのではないかとという危惧があります。大変大きく、この危惧を抱いております。

身体拘束は、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、患者本人の生命保護を基本とする考え方から逸脱するように思われます。本来は分かりにくい表現であり、実際にこの「多動又は不穏」ということを理由として身体拘束が多く行われていると聞いておりますので、イの項目「多動又は不穏が顕著である場合」を削除することが望ましいと考えておりますが、それができないのであれば、この項目に「治療が困難」という言葉を入れることには強く反対いたします。

冒頭で申し上げましたように、本来あるべき診療実践や入院医療体制にない精神科医療機関が存在している現状の中で、本来の患者本人を守るための身体拘束の在り方とは異なる治療困難ということが、身体拘束の理由として正当化されてしまうのではないかと

大変大きな不安を感じております。身体拘束は、1人の人格を持った人間の身体の自由を一方的に奪うという、ある意味人権侵害行為に当たります。また、身体拘束によって命を落とした方も少なくありません。身体拘束は、受ける側の立場になって考える必要があると思います。少しでも安易に行えるような要因がある文言は使うべきではないと考えます。この「治療が困難」という言葉を入れることに強く反対いたします。

1つ質問と申しますか、確認させていただきたいのですけれども、この対象となる患者に関する事項には、ア、イ、ウという3つの項目があって、今回はイの「多動又は不穏が顕著である場合」の検討に焦点が当たっておりますけれども、アとウはそのまま残して、イの文言を修正するという考え方でよろしいのでしょうか。それとも、ア、イも含めて、この3つの項目を改めて修正を考えているということなのでしょうか。この部分をちょっと確認させていただきたいと思います。

また、行動制限最小化委員会の取組が開始されてからも、身体拘束の実施数は右肩上がりで増加傾向を続けております。このことについてはきちんとした検証が必要ではないかと考えますので、行動制限最小化委員会の在り方も含めて御検討のほど、よろしく願いいたします。

最後です。41ページ、人員配置についてです。ここの最後のほうに書かれております、慢性期の精神病床については、医療計画に基づき減少を図っていく。このことは重要なので、進めていく必要はあるのですが、身体拘束との関係で考えたときに、身体拘束を行った場合には、遵守事項として、身体拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。あるいは、身体拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。あるいは、十分な人手を確保した中で、命に関わるようなことがないように対応していく必要があると考えられます。だとすれば、医師や看護師の配置が十分でない療養病棟での身体拘束は禁止するといった厳密な対応を考える必要もあるのではないかと考えます。

以上です。長くなりました。ありがとうございました。

○田辺座長 1点御質問ございましたけれども、この点、いかがでございましょう。

○平岡精神・障害保健課長補佐 岡田構成員のほうから、今の処遇基準告示の対象となる患者さんに関する事項。イだけではなくて、ア及びウの見直しについてもというお話しいただいたかと思います。その点につきましては、現在、イの部分について、どういった見直しをするかという御議論いただいているところでございます。そういったイの見直しの内容を踏まえまして、アとかウの部分の文言について、どういったことの改正が必要になるのかといった観点であるとか、あるいは今回、資料の中で①の部分、基本的な考え方で示されている3つの考え方についても要件化するといった御議論をいただいております。

したがって、そういった大きな考え方の下に、具体的な文言、ア、イ、ウをどのように改正していくのかというのは、総合的に今後検討させていただくような形になるかと考えております。

○岡田構成員 すみません、しつこく確認させていただきますけれども、アとイも変わる可能性があるという考え方でよろしいですか。

○平岡精神・障害保健課長補佐 そこは、可能性としてはもちろんあるかと思います。

○岡田構成員 分かりました。

○田辺座長 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として、今回、5点お話ししたいと思います。

まず1点は、8ページの③の1つ目のポツです、精神保健福祉センターの業務運営要領の改正が書かれているところです。時代の流れの中で、役割の見直しは当然だと思います。先日提出したセンター長会からの提言も参考にさせていただけるとありがたいです。これは、理念的なものだけでなく、実務的な内容まで踏み込んでいただきたい。

現状を申しますと、全国69センターの所長は、専任が49人で約7割です。職種としては精神科医が60人で、8割5分です。年々、精神科医以外のセンター長が増えてきて、これが一概に悪いとは言わないのですが、応援いただかないと専門的機関としての機能が果たせなくなっていくので、そういうことも踏まえての要領の改正をお願いします。調査を実施して、業務内容とともに予算とか人員配置等の分析等も必要かと思います。

2つ目が、20ページに患者の意思表示についての支援が書かれています。この中でも、精神保健福祉センターの役割についていろいろ書かれているのですが、既に役割として担っている精神医療審査会事務局との整合性の難しさを知っていただきたいのと、この事業をしていくのであれば、十二分に準備・整備をお願いしたいと思います。

そういうことに関係するのですけれども、25ページの(2)の①の中下段の※辺り。先ほども具体的にお話しされたのですけれども、医療保護入院の期間ごとの要件の確認をしていく中で、6か月後とか3か月ごとに確認することは、任意入院移行へ促すためには基本的にはよいことだと思います。そうあってほしいと思うのですが、精神医療審査会の負担とか事務処理の増加は確実だと思うわけです。先ほど述べたように、精神保健福祉センターの業務は現状でも手いっぱい、今でも回らないような状態なので、そのことも理解していただきたい。正しいことをするのはいいのですけれども、その背景というか、こなす受け皿がないと動かないと思うので、理念だけでは困るところです。この件は必ず記載していただきたいと思います。

それと、1つ細かい話なのですけれども、何か月という表現は、診療報酬とかでは何日と書かれているわけです。それがずれてくると、病院としてはややこしくなるので、どちらかに合わせていただけるほうがありがたいです。

次、34ページでも、全般的に精神医療審査会がテーマになっています。今もちょっとお話ししたところなのですけれども、現行の精神医療審査会そのものにも多くの課題があるわけです。先ほど述べたような人員とか予算だけでなく、従来から現行の問題が指摘されているような、退院請求とか処遇改善請求等の審査の在り方や通知期間、委員獲得の困難さ。

それにプラスして、今回出されてきた患者意思表示機関とか、そもそもある、アドボケイトをどうしていくか等々の問題は、現に山積しています。なので、全国の精神医療審査会とも十分意見交換しながら、現行の審査会の見直しが必要だと思います。

このページを見てもらうと、現状・課題ということと、検討の方向性が一致していないわけです。なので、現状と課題に関してもどうしていくのかの方向性をもうちょっとしっかり、事務的機能とか力量とかも踏まえて書いていただきたいと思います。

そして、次が40ページの③の※印ですが、指定医の話が出てきているかと思います。指定医研修のシラバス見直しは、患者人権とか行動制限最小化のテーマに限るのではなくて、業務包括とか患者の意思表示、医療保護入院制度、退院後支援、虐待等、全てのテーマに関係してくると思うので、このテーマだけじゃなくて、広く定期的に検討することが必要かと思います。

私からは以上です。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、小阪構成員、よろしくお願いします。

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

「Ⅱ．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」、検討の方向性として示されていることについて、おおむね賛成いたします。

加えて、6ページの法制度上の対応を念頭に検討を進めるべき事項、(2)について、ピアサポート活動従事者を配置とすることも検討してみてもどうかと考えます。身近な市町村が実施する精神保健に関する相談支援においても、ピアサポート的関わりは有効だと考えます。

続いて、「Ⅲ．第8次医療計画の策定に向けて」ですが、1．第8次医療計画の基本的な考え方、2．第8次医療計画における指標例等々に示されている検討の方向性についても、基本的に賛成いたします。

なお、13ページにお示しいただいている指標例についての診療機能について。その中に、診療時間についても含まれるものとして検討を行っていただきたいと思います。その意図は、本人が希望している場合についてはもちろん別ですが、地域から不適切な短時間診療、1分診療や30秒診療などをなくしてほしいという、受け手である私たちからの願いです。

「Ⅳ．患者の意思表示についての支援」の資料1に示されている検討の方向性について、基本的に賛成いたします。

「Ⅴ．医療保護入院について」ですが、本質的には患者が同意できない精神科入院医療ということに焦点が当てられるのではなく、精神障害や病気に係る国民的普及啓発や理解促進、また地域の支えの弱さなどを解消するためのさらなる支援体制拡充が並行してなされるべきもので、それらの総体として、いざというとき、安心して頼りにできる、本人の同意を基本とした地域精神医療体制を実現することが本来形なのだろうと考えています。

加えて、25ページの具体的な期間についてですが、日々確認が行われているものであるとはいえ、期間として改めて示すのであれば、6か月という期間は長過ぎるということを再度言及させてください。

また、27ページについて、地域生活の実現のための支援等においては、ピアサポートの活用がさらに推進されることが必要だと考えます。例えば、厚生労働省の地域生活支援推進室で行われた障害者相談支援事業の実施状況等の調査結果についてによると、障害者相談支援事業におけるピアカウンセリングの実施状況は36%となっているようです。こちらについても、身近な相談先となる障害者相談支援事業について、さらなる充実の一環としてピアサポート活動従事者を必置とすることも含めて、今後検討してはどうかと考えます。

「Ⅶ. 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」についてですが、39ページの②に記載のある現行基準のイに類似する事項については、削除を求めるということが私たちの基本的立場です。補足すると、現行の当該基準であるア及びウの要件で充足できる部分も多いのではないかと考えており、このたび示していただいている隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとするという理念に逆行することがないように、十分に御留意いただきたいと思います。

また、41ページの人員配置についてですが、私たちとしては、一般科と同等程度の人員配置を引き続き求めるということが基本的立場になります。なお、人員配置にコメディカルを含むということについては、どこまで含むのかを具体的に明示していただかないと、何とも言えないところが正直なところですが、安易に人員配置を充足することだけを目的として議論を進めることについては、将来的に不適切なありようにならないか、いささか不安を抱きます。

「Ⅷ. 虐待の防止に係る取組」については、虐待防止法の改正が望ましい本筋であると考えています。また、指導監督が都道府県であることをもって、身近な市町村が通報先ではないほうがよいとは思いません。メンタルヘルスの不調や精神疾患は、自分や身近な人など、誰もが経験し得るものとされている中で、そうした方たちに対する全般的な虐待防止、そして通報義務及び通報者保護という観点を考えますと、住民にとって身近な市町村が窓口であることが適当であると考えます。しかしながら、他方で、今回の検討会において、精神保健福祉法にも虐待防止に係る何らかの事項を書き込むことについては、それ自体を反対するものではありません。

私からは以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

では、岩上構成員、よろしくお願いします。

○岩上構成員　全国地域で暮らそうネットワークの岩上でございます。2点ほど意見を述べさせていただきます。

1点目は、今、小阪構成員がおっしゃっていた虐待防止に関わることですが、私は精神保健福祉法が実効性は高いと思っています。その上で、虐待防止法の優れている研修であ

るとか、あるいは桐原構成員がいつもおっしゃっているモニタリングをきちんとして、どういふことで虐待が起きているのかということを行っておりますので、そこと連動して、まずは精神保健福祉法で行って、それ全体をモニタリングしていくということがスムーズで、なおかつ精度も高い。

皆さんは、精神保健福祉法だとちょっと精度が落ちるのではないかということをおっしゃっているようですが、逆で、虐待防止法にしますと医療機関全般のことも考えなくてはいけないうし、学校の要件も出てきますので、かなりきめ細やかにやる人材が必要になりますから、そこまで市町村は追いつきかねるとなると、精度の保障が取れない。であれば、精神保健福祉法ではないかというのが私の意見でございます。

もう一点については、意思表示支援です。15ページ以降になりますが、これについては小阪構成員や桐原構成員、そして櫻田構成員の意見も少しお聞きしたい。なぜならば、私は保健所、精神保健福祉センター、医療機関で働いた経験があり、なおかつ、今、福祉事業をずっとやってきているのですね。ただ、精神障害の経験はないのです。これは残念なことなのか、いいことなのかというのはなかなか分かりません。ですから、もし自分が精神障害であったときにどうかということの私の解釈なので、それについて、小阪さんや桐原さんや櫻田さんの意見をお聞きしたいのだけれどもね。

私が精神障害になったとすると、非常に手のかかる患者になるのではないかと思うのですね。ちょっと笑っていらっしゃる方もいますけれども、櫻木構成員のような立派な精神科を受診して、先生がこの間、お話しになっていたように、医療の必要性について何時間もお話しいただいて親身になっていただく。ただ、病気が病気ですから、なかなか納得できないとなったときに、状態像を見て、いたし方なく医療保護入院。家族がいないことを前提として市町村長同意になる。ここで言えば、永松構成員の市町村長同意になるわけです。市の担当者が会いに来るのだけれども、その前に退院後生活環境相談員である田村さんのような方に出会える。もしかしたら何か分かってもらえるのではないかなと思うけれども、退院後生活環境相談員の話聞いても納得できない。

そうなったときに、市町村長同意で速やかに市の担当者が私のところに会いにくる。そこで、市町村長同意で、ここで言う病院訪問支援員の話聞いて、会いたいということになると、構成員で言うと相談支援専門員の岡部さんと小阪ピアサポーターが会いに来てくれる。そこで退院請求とかも含めて話を聞いて、いざとなれば話を聞いてもらえるのだということで、それであるならば、もう一回、医療機関の櫻木先生のお話を聞いてみよう。これがこのスキームじゃないかと思うのですね。それが私は必要なのだと思うのだけれども、この解釈で共感性が求められるかというのを、ちょっと小阪さんや桐原さんに御意見いただければと思います。

○小阪構成員　ありがとうございます。

具体的な風景を思い浮かべやすかったのも、岩上さんの具体的な話はすごく分かりやすかったです。翻って、自分自身が当時まで遡って考えたときには、もちろん櫻木先生とか

藤井先生とか、もしかしたらほかにも精神科医療を基盤とされている構成員の立場の方がいらっしやると思うのですけれども、そういった、いいドクターに巡り会えたとしても、大変恐縮ながら、自分に起きていることが理解できないというか、受け止め切れない患者の思いというのは、どんなに頑張っていたいただいても乗り越えられない部分がきっとあるような気がしていて、とことん、そんな本人に駄目じゃないという立場性で寄り添うという人がいてくれるというのは非常に大きいと思います。

以上でございます。

○岩上構成員　ありがとうございます。

多分、そういうことが今回、ここ書かれていることなのではないのかなと思っています。

桐原さんはいいですか。はい。櫻田さんはいかがでしょうか。

○櫻田構成員　ありがとうございます。

私も入院とかをしたことがない立場ですので、入院はイメージしづらいところがあったのですが、それでも自分が過去にした経験をちょっと振り返ってみたときには、小阪構成員がおっしゃったとおりのことを私も思ったところですのでけれども、自分自身で受け止め切れない部分というのは、もちろん誰もが通ってくる道だと思うのです。病院にいきなり連れていかれることもあれば、自分から行くこともあると思うのですけれども、そのときにあなたはこういう病気ですと言われても、多分、誰も最初は受け入れられなくて、受け入れられないのだけれども、自分のことなので、いずれは向き合わなければいけないときが来ると思うのです。

そうなったときに、いろいろな方が関わっていただいて、自分の受け止め切れない気持ちとか、受け止め切れないこととかも聞いていただいたりする中で、自分の病気と正面から向き合えるようにはなってくると思うのですけれども、そこを待っていてくれるというか、急がなくていいんだよとか、いきなりそんなことを言われても困るねと受け止めてくれるような支援をしてくれる方が周りにいていただけると、私たち当事者の立場としてはすごくありがたいなと思います。

すみません、お答えになっているか分からないですけれども、以上です。

○岩上構成員　ありがとうございました。

基本的には、医療機関が適切な権利擁護を今でもやっていると私は思っておりますし、そのための退院後生活環境相談員の評価をきちんとしていく必要がある。これは前提ですが、非同意入院ということで今回書いていただいておりますので、そこは越えられない壁があって、それを何とかするのが医療機関であると思っておりますけれども、御本人さんたちの立場から考えれば、そこにきちんと権利擁護の仕組みを入れていくというのに私は賛成しておりますし、今の私の解釈に共感性を持っていただいておりますので、それが事務局の書かれていることが妥当性があるということだと思います。ということを確認させていただきました。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、野澤構成員、よろしくお願いいたします。

○野澤構成員 野澤です。よろしくお願いいたします。

私からは、42ページ以降の「虐待の防止に係る取組」のところに絞って意見を述べたいと思います。前回も少しお話しさせてもらったのですが、私、日本障害者虐待防止学会の理事もしております、その後、理事のほかの先生方といろいろ議論して、今回、意見書を出させていただきましたので、詳しくはそちらを見ていただきたいと思います。要旨だけ少し説明させていただこうと思います。詰まるところは、精神科病院における虐待防止の責務及び虐待通報義務を法に定めるということ、今回の喫緊の課題として主張させていただきたいと思います。

まずは、病院における責務を定めて自主的な取組をしていただくというのが基本だと思います。ただ、病院内の自主的な取組・体制だけでは限界があって、これは福祉事業所における虐待防止でも委員会をつくったり、研修をやったり、担当者を置いたりして繰り返してやっても、それでも深刻な虐待は出てくるのです。多くがそれに気づいていながら、組織の中でなかなか物を言えないといったところで、反対に声が埋もれさせられる。結局は、スタッフが非常に苦しんで罪悪感に陥るケースが非常に多いのです。

なので、通報義務を法に定める。このことによって、通報者の守秘義務が解除されて、守秘義務違反に問われることがなくなること。あるいは、通報者保護の規定が設けられることによって、虐待の疑いを発見した病院職員が、通報したことを理由に守秘義務違反に問われたり、不利益な取扱いを受けることがなくなって、表に出やすくなる。こういうことを期待したいと思います。これは、虐待した人を罰することではなく、広い場合にはそういう趣旨がありますけれども、早期の通報を行うことによって、その虐待被害をエスカレートさせないため、利用者に深刻な被害をもたらす前の早期の対応に結びつける。これが最大の目的だと思うのです。

ほとんどの虐待が、いきなりひどい虐待が起きるわけじゃなくて、小さな芽が起きて、それをグレーゾーンとして放置しておく、だんだんエスカレートしてしまうということが構造としてありますので、利用者及び病院職員さんの双方を守るという意味からも、この通報義務を課することが重要だと思います。通報義務を課すことによって、病院内の自主的な取組をまた後押しするという相乗効果も期待できると思うのです。なので、この2つはセットで、ぜひとも法律に盛り込んでいただきたいと思います。

問題は、通報義務を虐待防止法で定めるべきなのか、精神保健福祉法で定めるべきなのか。これは意見が分かれております。私も前回、個人的な意見としながら、虐待防止法で定めたほうがいいのかということを申し上げたのですが、理念的にはそうだと思いますけれども、現実的なことを考えていくと、精神保健福祉法で定めたほうが迅速かつ有効性のある取組につながっていくのではないかなと思いますので、修正の意味も込めて、ここのところを少しだけ説明させていただきたいと思います。

今でも、福祉事業所の虐待案件については市町村が通報先になっているのですが、

なかなかこれが機能しないのですね。また、自治体によって大きな差がある。しかも、精神科病院の案件にかかって、市町村がそういう情報とか初動の対応ということを考えたときに、情報も乏しく、さらにうまくいかなくなるのではないかとということが1つは懸念されます。結局は、保健所・都道府県に通報がされるということが必要だという議論が出てくるのではないかなと思います。市町村をもし通報先にした場合に、虐待を受けた患者の医療保険者である市町村が事実関係に当たることになると思いますが、通報する方の多くは、精神科病院が所在する市町村に通報することになると思います。

そうすると、虐待を受けたとされる患者の保険者の市町村と通報先の市町村が必ずしも同一とは限らないということになります。そうすると、さらにこの市町村間での情報のやり取りというところで、また時間や労力が割かれるということが懸念される点だと思います。使用者の虐待防止の現実を見ますと、専門性を持った監督機関である労働局に直接相談・通報が行くケースがかなり多いのです。なので、これは速やかに一元的な対応が期待できるという点からすると、保健所を通報先にすることが有効ではないかなと思います。

さらに、虐待防止法の改正を考えますと、前々から学校はどうかとか、保育所はどうかとか、精神科病院以外の一般の病院はどうかということもさんざん議論されてきたのですけれども、かなり広範にわたるものですから、実際の改正の実用面ということを考えてときに非常に負担が大きくて、すんなりとはいかない。その調整に時間を要することを考えて、一刻も早く通報義務を定めることが必要だということを考えてときには、精神保健福祉法で対応したほうが、取りあえず望ましいのではないかなと思いますので、前回の意見を修正させていただきたいと思います。

以上であります。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほか、いかがでございましょう。

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。

精神科医として非常にお褒めをいただいて、面映ゆい気持ちがいたしますけれども、私は自分では極めて平均的な精神科医だと思っています。私が日常やっていることは、恐らく日本のほとんどの精神科の先生がやっておられると思います。医の倫理に基づいて、なおかつ精神保健福祉法という法律でいろいろなことが定められています。非同意的ないろいろな治療を行うときには、こうしなければいけないということが定められています。それを確実に守って仕事をしています。これは、何も私が特別に何か優れた資質を持っているということでは決してなくて、多分、日本の大多数の精神科医はそういった矜持を持って仕事をしているものだと思います。

ですから、今回、この検討会の議論で、私、いろいろな先生のお話を伺って、「そもそも精神保健福祉法を見直す、改正するというのは、精神科医がきちんと仕事をしていない、

あるいは精神科の医療の現場でとんでもないことが行われているという前提に立って、だから法律を変えなければいけないのではないのかという議論を君たちはしているのではないのか」と、先輩の先生方からも、ふだんはかなり温厚な先生なのですけれども、おしかりをいただいたりする場面が多くあります。

私自身はぼんやりした性格なので、ここでいろいろな話を聞いていて、ああ、そうだな、なるほどなという機会が多いのですけれども、一生懸命、日常、精神科医としての矜持を持って仕事をされている先生方にとってみれば、何でそんなことを言われなければいけないのということが多々あるようです。ですから、そのところは事務局にもいろいろお願いして、表現上、いろいろな御配慮もいただいたりして、だんだん形になってきているわけですからね。

今日は特にそういった、精神科の病院でとんでもないことをやっているのではないのかというところに一番関係のある、患者さんの意思の表明の支援について、それから医療保護入院を中心とする非同意的な入院の扱いのこと、それから行動制限、中でも身体的な拘束に関すること、それから虐待防止の4点について、ちょっとお話しをさせていただきたいと思います。

患者さんの意思表示支援についてということで、資料2というものをつくっていただいて整理していただきました。日本医師会の江澤先生にもこの前、御意見をいただいて、そもそも意思決定支援というのは医行為である。それを何か病院外の第三者に委ねるということは、精神科医療というのは一般の医療とは違うんだねというふうにおっしゃられました。先生、決してそんなことはありません。我々は患者さんのお話に常に耳を傾けて、そのことを治療に反映するような形でやっていますというお話しをしましたが、だって、先生、意思表示支援あるいは意思決定支援というのを第三者に委ねるという議論に先生は賛成しているじゃないと言われて、自分のぼんやりさに改めて腹が立ったのですけれどもね。

今回、そもそもの医行為とは、若干その関係性ということで整理していただいて、これをまた、このぼんやりした頭でじっくり考えてみようかなと思っています。確かに先生によっては、病院の中で、そもそもそういった意思表示支援というのをやっています。お医者さんができない部分は、看護師さんなり、精神保健福祉士さんなり、コメディカルのいろいろな多職種のチームでやっています。ですから、外から第三者が来るのであれば、第三者による意思表示支援と言ったらどうですかと言う先生もいらっしゃるのですけれども、その辺も配慮して名称というのは考えていただけているのだなと考えました。これは、もう少しここで議論していただいて整理していく必要がありますし、私自身ももう少しぼんやりした頭を整理したいと考えています。

それから、医療保護入院に関してです。22ページに「医療保護入院については、制度の将来的な継続を前提とせず課題の整理に取り組みつつ」という表現をされています。医療保護入院の廃止という表現がなくなったということに懸念を示されている構成員の方もい

らっしゃいますけれども、ここはむしろ医療保護入院が云々というよりは、どうしても我々精神科医療の特性として、場合によっては患者さんの御同意がいただけない。それでも治療はしなければいけないという中身のことで、これはどうしても一般医療と若干違うのかもしれないけれども、そういうところがあります。ですから、その部分は、非同意的な入院である医療保護入院、それから、今回は余り取り上げられていませんけれども、措置入院をどういうふうに考えていくか。もっと言えば、医療観察法という法律、これは精神保健福祉法とは別立てにつくられて、それで治療が行われています。そこも含めて、入院に限らず、後で出てくる行動制限もそうですけれども、非同意的な中身でやっていく治療について、どういうふうに考えていくかということは必要だろうと思います。

我々、何も患者さんに強いて必要のないことを要求しているのではなくて、これは患者さんにとって必要な患者さんにとってメリットのあることを提案させていただいているのだということは基本に考えていただいて、その上で非同意的な治療の在り方は、精神科はどうしても避けて通れない部分かもしれません。その部分の議論というのを引き続きしていただくという理解をしております。

それから、39ページの「隔離・身体的な拘束を可能な限りゼロにするための最小化に係る取組」というところで、例の処遇基準告知の話です。ア、イ、ウとあります。私にとってみれば、かなりぼんやりした精神科医ですけれども、アとイとウで私が一番よく分かるのは実はイなのです。多動や不穏が顕著な場合、これは教科書的に言うと精神運動興奮の状態です。ということは、どの病気で精神運動興奮が来るかということは、今、私が講義をしている学生にはいつも試験で問うところです。そうすると、幾つかの病気がはっきり現れます。ですから、これは皆さんがおっしゃるように、曖昧で拡大解釈の幅が広いというふうなお話ですけれども、私にとってみれば、ア、ウよりも極めて明快な中身です。

ですが、非専門の方には、そのところが曖昧だという印象がおありだと承知しましたので、今回、こういう形で、例えばそのことを放置すれば治療が停滞するとか、あるいはそのことに基づいて生命の危険というものが非常に切迫しているという、言葉を足していただくということで、より明快になったのではないかと考えています。

それから、虐待防止、44ページのところ。これは、通報義務ということが出てくるのですけれども、通報義務を象徴化して議論しないでほしい。先ほどの野澤構成員がお出しになった意見書でも、一番最初のところには、令和2年に発生した神戸市の精神科病院の看護師による虐待事件、ここからスタートするわけです。よく氷山の一角ということがあって、1か所あれば、残りの99か所もおかしいのではないかと思われてしまいますけれども、私にとってみれば、氷山の一角というよりは、本当に特異なというふうに考えると、またおしかりを受けるかもしれませんけれども、私が考える日常からはかなりかけ離れた非日常の世界です。

精神科の病院に虐待防止ということをきちんと明示しろ。これは、いい大人をとっつかまえて、人の物を取っちゃいけないんだよ、人の命を取っちゃいけないんだよと言われて、

正直どんな気がするかですね。そんなこと当たり前じゃないですかと、普通はそういうふうに答えると思います。ですから、通報義務をことさらに象徴化して、それがあつかないかという議論はもうやめましょう。それよりは、一部の理解が足りない、あるいは場合によつたら非常に虐待に進んでいくスタッフも、何かメンタルヘルス上の問題があったり、あるいはほかの問題で非常に悩んでいるとか、いろいろな問題があるかもしれません。

ですが、そうならないようにどうすればいいか。例えば、管理者のリーダーシップの下にいろいろなことを考える。当然、それもあるでしょうし、仲間同士でどういうふうに支え合っていくかということもあるかもしれません。とにかく実効的な部分で、虐待というとても許されないような中身ですけれども、そのことをどういうふうに取り扱って、起きないようにしていくかという視点、実効的な議論をしていきたいと思っています。

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す。

それでは、北村構成員、よろしくお願いいたします。

○北村委員　先ほどから皆さんのお話を聞いていて、いろいろ思い出したのですけれども、僕の場合、患者さんを入院させないように説得するのに8時間かかったことがあります。夜の9時から朝の5時まで。ちょうど女子サッカーのワールドカップで日本が優勝した日だったので、非常に覚えているのですけれども、患者さんの女の人と旦那さんは入院させたくないのだけれども、周りとか警察とか保健所が入院させねばなりません。あのとき、まだ若かったので体力もありましたから、8時間かけて患者さんを無事、うちに帰すことができて、それで優勝したから、いいことをしたなと思って、その方はその後も全然問題ないのですけれどもね。

ということで、今からちょっと俗物的なというか、そういう話をします。

まず、14ページの治療抵抗性統合失調症の治療薬、クロザピンの話ですけれども、あたかもクロザピンを使用することが先進医療みたいになっていて、こういう医療計画とか、それから急性期医師配置加算の条件とかに出てくるのですが、このクロザピンという薬が承認されてから、日本でもう13年もたちまして、当院でも大体掘り起こしが進んでいて、新たな患者さんはなかなかいないのではないかと。むしろ非常に高齢の方になってくるのではないかと思います。

この薬は有効ですけれども、有害事象も多いので、特に高齢の人にはなかなか使いにくいので、こういうふういろいろ誘導して無理に使わなければならないみたいな感じにするのはいかがなものか。厚労省が率先して危険なことをしているような気がします。それよりもむしろ、今回、診療報酬で認められました療養生活継続支援加算とか訪問看護みたいな、要するに多職種で患者さんを地域で支えるみたいな取組を、精神科の先進的な治療と考えるような方向で行っていただきたいと思います。

それから、22ページの「医療保護入院」に関することですけれども、先ほど櫻木先生もちょっとおっしゃっていましたが、究極は非自発的な入院が措置入院だけになるよ

うになれば、僕はいいなと思っているのですが、それに併せまして、今回ここで話し合うべきことではないかもしれませんが、特に緊急措置入院の運用について、少し考えておかなければならないのではないかと。精神保健法の紹介を見ますと、自傷行為は自殺が切迫している場合で、他害のおそれというのは殺人に匹敵する場合みたいなことが書いてありますけれども、現実的には時間外とかに緊急措置をやっている都道府県がかなり多いわけでありまして。

ただし、緊急措置は72時間という期間がありますから、そこで一時的に入って、改めてきちんとした時間に措置診察をするということで、むしろ患者さんの人権も守れるような気がします。ですから、緊急措置入院の運用に併せて、例えば夜の20時から朝の6時までの通報は緊急措置で取りあえず入れましょとか、そんなことを考えたらいいのではないかなと思います。

それから、36ページからの退院支援の話ですけれども、ここの項目のことじゃないのですが、退院後支援、退院支援と皆さん、おっしゃるのですけれども、精神科の診療報酬体系がほとんど入院させないともうからないようにできているという、ここが問題で、うちの病院なんかは、入院の収益が9割で外来1割ぐらいですが、一般の総合病院だったら、入院が五、六割で外来が四、五割というか。一般科は、外来でも高額な検査がいっぱいありますけれども、精神科の場合は通院精神療法ぐらいしかないんで、そうすると、退院支援とおっしゃっても、病院を経営しようと思ったら入院させておかないともうからないという、これを変えないことには、永久に長期入院者の退院支援なんか進まないと思う。

なので、そういうことから、何度も申していますとおり、精神科介護医療院みたいな精神病院を福祉施設に移行して外来診療にするみたいなことも、いきなりは難しいのですが、ちょっときちんと書いていただいたらありがたいかなと思います。

それから、41ページのコメディカルを配置するという話ですが、これは意思表示支援とか、部外者を病棟に入れて精神病床の風通しをよくするという事柄も、初めのうち、いろいろ話されていましたが、それをするよりも先に、公認心理師とか作業療法士なんかを病棟配置にして、日勤の職員が看護師だけじゃなくて、いろいろな多職種が入るという形にすることで病院の雰囲気は大分変わると思う。

別に、精神科の看護師さんが悪いと言っているのではないのですけれども、どうしても長いこと精神科に勤めておきますと、病棟には看護師さんと患者さんしかなくて、結局、看護師さんの言うことを聞かないとどうのこうのと患者さんは言います。うちの看護師はそんな変な人はいないと思うのだけれども、逆らえないじゃないですかということを患者さんはよく言われます。ですから、部外者よりも先にコメディカルを入れる。コメディカルを入れることで精神医療の質は変わると思います。

最後に、先ほど辻本先生がおっしゃっていたとおり、8ページの精神保健センターの運営要綱の話、それから34ページの精神医療審査会の話については、非常に重要だと思います。特に精神医療審査会は、センターの業務から離して独立にして、でもそれを誰がやる

かというのは非常に問題なのですけれども、別の組織みたいにしてやれば、患者さんの権利擁護とかも進むのではないかと思うので、ちょっと枠組みを変えるようなことも考えたらいいかと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、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。広範囲にわたる、このような取りまとめをいただきまして、ありがとうございます。

「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」ですけれども、これはおおむね賛成いたします。その上で、7ページの市町村が実施する精神保健に関する相談支援の位置づけとして盛り込むべき内容というところですが、アクセスのしやすさを備えたものにすることが非常に重要であるというのは、本当にそのとおりで、その観点からは、自ら相談に出向くことが困難な方も多いということを踏まえて、訪問支援、アウトリーチの支援の充実を図るということについても明記しておくことが必要ではないかなと考えます。

参考までに、e-Statで公開されている地域保健・健康増進事業報告の集計を行ったところ、市町村の訪問による相談支援というのは、ひきこもりに対する相談支援の数というのはかなり伸びているのですが、全体の訪問支援の数を見たときに、10年ぐらい前から余り変わっていないのですね。これは推察するしかないのですけれども、マンパワーなどの問題で、地域の支援ニーズに応えるということが既に飽和状態で難しい状態なのではないかと思います。

重層的な支援体制構築支援事業でありますとか、そういうところでもアウトリーチは重視されていますし、認知症初期集中支援チームという例もありますので、そういう例も参考にしながら、精神保健に関連する課題の訪問支援の充実を図ることの必要性については、平時の対応を重視するという観点からも非常に重要だと思いますので、その点を明記していただければと思います。

8ページの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ある点についてです。これ自体に反対するものではないのですけれども、委託した場合に、これは前回も申し上げたかと思うのですけれども、市町村が医療機関に業務の丸投げになってしまうということがないように、市町村が直接支援を行って、業務の運営をしっかりと把握しているということが前提として重要かと思います。実際、当センター、NCNPのほうでも、市からの事業委託を受けているのですけれども、委託の市のもとの相談支援機能がかなりしっかりしてしまっていて、委託先、我々と協働して動くということが基本になっています。

委託することによって、市町村職員の相談支援のスキルが落ちてしまうというのは、これは本末転倒ですので、委託先をきちんとグリップすること、委託先と協働することが

必要であるということについては、明確にしておくことが必要ではないかなと思います。これは、過剰な医療化を防ぐという意味でも重要かと思います。

次に、「患者の意思表示についての支援」。意思表示という表記になっていますけれども、意思表示についての支援ですけれども、ここは今までの何回かの議論も伺っていて、意思決定支援や意思表示支援という用語がどうも混乱を招いているなと感じています。16ページの事務局資料にもあるとおり、意思決定支援、意思表示支援という用語については、「新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の報告書で、意思決定支援等の権利擁護を行うという記載もありまして、さらに平成25年の法改正の附帯決議で、意思決定支援及び意思表示支援という表現が出てきていますので、それを踏襲した形になっていると思います。

我々の研究班の課題名も、それまでの検討プロセスを踏まえてということで、意思決定支援、意思表示支援という用語を使用していました、これが今にして思えば失敗だったなと思うのですけれども、実際には研究班での検討事項というのは、権利擁護を担う精神科アドボケイトの在り方ということで、医療従事者が担うべき意思決定支援の在り方に改編を加えるということを意図したものではなかったのです。そこは、用語の使い方で混乱を招いたなと思ひまして、それについては医療が行う意思決定支援を第三者が担うという意味ではないということは、ここで明確にしておきたいと思います。

そのことを前提として、便宜上、意思表示支援とされているところに関しては、私の理解では精神科アドボケイトに関する内容という理解で意見を述べさせていただきたいと思います。全体的な方向性については賛成なのですけれども、細かいところになります。17ページの（１）の「患者本人は、自分の気持ちや状況に」云々というところです。これだけ読むと、あたかも精神科医療機関が患者さんの話を聞いていないとか、十分な説明をしていないように読めてしまうと思うのですけれども、実際には医療従事者側は十分に話を聞いて、十分な説明をするように最大限の努力をするというのが、これは当然のことで、多くのところはそうしていると思います。

ただ、主観的な体験として、話を聞いてもらえないような感覚を持つということは少なくないと思います。もちろん、そのような主観的な体験がないように医療従事者がしっかり対応するというのも重要なのですけれども、それは先ほど岩上構成員からのお話の後、小阪構成員や櫻田構成員のお話もありましたように、主観的な体験ということは非常に重要で、主観的に話を聞いてもらえないような感覚を持つことも現実には少なくないということかなと思います。ただ、恐らく権利擁護の取組を含めて入院医療を提供している医療機関は多いのだと思います。

それを裏づけることとして、我々の研究班で21病院を対象として救急とか急性期病棟に入院した方のコホート研究を行ってきたのですけれども、その中で退院した方に、御自身が受けた入院医療をほかの方にも勧めますかというアンケート調査をしています。この調査は、退院された後に医療機関のスタッフに見えない形で、完全に封をして匿名で我々研

究者のほうに送られてくるということで、医療側には、その患者さんがアンケートを提出したかどうか分からないような形の、完全匿名化した形での調査だったのですけれども、約9割の方が、御自身が受けた入院医療を勧める、あるいはどちらかという勧めるとお答えになっています。

一方で、別の調査になりますけれども、実際、精神科に入院経験のある方への調査では、入院時の説明を受けていない、あるいは受けたことを覚えていないと答えた方が合計で3分の1ぐらいいらっしゃいました。入院時の説明については、これは本来、100%行われているはずなのですが、患者さんの主観としては、説明を受けていない、覚えていないということがあり得るということかと思えます。

もちろん、繰り返しますけれども、より分かりやすい説明を行って、もっとしっかり患者さんの話を聞くということが必要なのですけれども、医療従事者側が最大限に努力しても、そのような主観的な体験ということがあり得るということには留意することが必要ではないかと思えますし、それを前提としてアドボケイトというものを考えていく必要があるのかなと思えます。

そのような医療側と患者さん側の認識のずれというものは、精神科に限らず、多かれ少なかれ生じてくるものだと思うのですけれども、精神科の入院というのは精神保健福祉法にのっとり入院で、非自発的な入院とか処遇が行われるということでもありますとか、たとえ任意入院であっても、状況によっては御本人の意思にかかわらず退院を止めることができるという特殊な状況に置かれているということは事実としてあって、医療と保護のために必要とはいっても、閉鎖処遇をされるということも多いということを踏まえると、非自発的な処遇を行うこともある支援者側とは別の立場の方からのサポートが得られることを保障するというのは、非常に重要なことじゃないかと思えます。

こういう抽象的なことをお話しするより、先ほどの岩上構成員の具体の場面のお話のほうが分かりやすいかと思うのですけれども、そのようなことで、特に非自発的入院の患者さんから優先的に支援を進めるということに賛成いたします。

精神科アドボケイトについては、諸外国のこともちょっとお話ししますと、英国とかカナダでは、アドボケイトは精神科に入院中の患者さんの当然の権利としてメンタルヘルス・アクトに規定されています。独立した第三者がアドボケイトになっているということですね。海外の取組をそのまま日本で取り入れるということが必ずしもいいとは限らないわけなのですが、精神科において非自発的入院が行われているということを前提として、海外では当然の権利として、幾つかの国では権利擁護の取組、アドボケイトの取組が行われているということは、日本においても参照すべきではないかと考えます。その観点から、その仕組みとか研修の在り方については、研究班のほうでも参考にさせていただいています。

今回、事務局案では、日本の現状を鑑みて、現在できる最大限のところで案を御提示いただいたと理解しています。本当にありがとうございます。海外の取組に比較しますと、

マンパワーとか予算の関係もありますので、もちろん十分とは言えないところはあると思うのですが、まず第一歩を進めるということが重要だと思いますので、名称を含め、大筋において賛成いたします。

その上でですけれども、20ページの制度化に向けた具体的な取組ですけれども、病院の支援の取組についての評価でありますとか、精神科病院のスタッフとか当事者の方とか御家族という関係者の方が、アドボケイトの支援の在り方とか課題についての意見交換の場を設けることについても記載していただけるとよいのではないかなと思います。

もう一つ、「医療保護入院」についてですけれども、期限を求めることについては賛成なのですが、これもちよっと繰り返しになるのですが、25ページの最後の○にありますように、期間の延長に当たっては、御家族の同意を求めて、御家族にさらなる心理的負担をかけることがないように、ぜひ配慮した仕組みにしていきたいと思います。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、上ノ山構成員、よろしくお願いいたします。

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

今日は遅れて参加して、どうも申し訳ありませんでした。時間も限られていることですので、私としては、今日のかねてから言っていますように、コミュニティメンタルヘルスチームについてお話しさせていただきたいと思います。

報告書を読んでいて、私が非常に印象深かったのは、緊急時に対応して訪問体制を取っていかうということを積極的に提案されていることです。これはすごく賛同したのですが、ここをちょっと読んでみますと、危機等の状況に応じて市町村が、地域の精神科診療所等の精神科医等の協力を得て、自宅等への訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、訪問支援の充実に取り組むべきということですね。地域の精神科診療所は、医療の立場から、このような訪問支援に積極的に参画し、協力することが求められる。そのようなことで、これは恐らくコミュニティメンタルヘルスチームのことだろうと思います。この趣旨を、今回のまとめの中にぜひ生かしていただけたらと思うのです。

今のところ、市町村の相談支援のところが、こういうふうに読めるような気もするし、読めないかもしれない。それで、曖昧な書きぶりだと、よく分からなくなってしまう。これを市町村の責務として積極的に取り入れていきやすくするように、それを後押しするような書きぶりになっていただけたらと思います。

例えば、23ページには、医療保護入院になる前の、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いうことが強調されていて、これもすごく素晴らしいと思うのですが、この中で書かれているのは、包括的支援マネジメントを頑張れということですね。それで、これが今回、診療報酬にかなり反映されましたので、それはそれで素晴らしいことだと思うのですが、やれるところはやれということだけでは、その体制は進まないと思います。本来は、ここに医療機関がやれるところはやれということで、頑張れとい

うだけではなくて、ここにも市町村の責任ということを書かないと、入院医療を最小限にするための予防的取組にはならないと思います。だから、ここに市町村の責務でアウトリーチを含めた支援体制が必要であるということを書くことが大事かなと思います。

ついでに言いますと、包括的支援マネジメントを強調していただいているのですが、これは私としては、今度の診療報酬で医療機関にケースマネジメントをしっかりとやれということで後押ししていただいたと思うのですけれども、23ページの書きぶりを見ますと、包括的支援マネジメントの推進と言っている一方で、精神科医療機関と地域生活支援拠点等に配置され云々で、結局、この包括的支援マネジメントを行う責任はどこにあるのか、どのように実施していくのかということについて、ややぼやけた書き方になっていること。

それから、この両者の連携を支援するコーディネーターを中心にということが書かれていますけれども、このコーディネーターということが私、よく分からないので、もしよかったら説明していただきたい。どういう役割で、どういう権限を持っていて、どういう責任を持っているのかということですね。ここに本来は、先ほど言った市町村の役割というのが入ってきて、1つにまとめていくといいかなと思いますので、このコーディネーターは、ひょっとしたら市町村の役割かなと考えたりもするのですけれども、もしよかったら説明していただけたらと思います。

医療機関はそれなりに頑張るのですけれども、今、我々が一番困っているのが、医療契約を結べない人たち、自ら支援を求めない人たち、自分から進んで病院に来てくれない人たちに対してどうするかということです。これまでは、来る者は拒まず、去るものは追わずということで、契約を結べる人に関しては丁寧な支援を行いたいということでやってきましたけれども、その結果としてひきこもりが全国で110万人という体制を生んでしまっているわけです。

それに対してどうアプローチするのかというのは、医療機関の責任だけではなくて、市町村との連携の中で、その体制を組んでいく必要がある。その体制を明確な形で定義する。単に協議するだけじゃなくて、動ける組織として位置づけるということができたらいいなと思っています。

以上です。よろしくお願いします。

○田辺座長 1点、モデル事業のコーディネーターのところだと思います。

○平岡精神・障害保健課長補佐 今、御質問いただいた点につきましては、資料3、参考資料の形で掲載させていただいている42ページを御覧いただければと思います。多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業。こちらはモデル事業のイメージ、ポンチ絵をお示ししたのですが、真ん中のところ、連携支援コーディネーターということで、それぞれ医療と福祉、両方の連携を図る観点からということで、両者の窓口といった形。民間の取組として、主に想定しているところでございます。

今、上ノ山構成員から御提案がありました、市町村の責務といった観点につきましては、いただいた御意見を踏まえましてになります。今後、次回の検討会に向けて、ちょっと

調整させていただければと考えているところでございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

今日、長丁場で、そのためというわけではありませんけれども、これから6分間ぐらい休憩を挟みたいと思います。15時10分に再開いたしますので、その間、適宜休息を取って、再開に備えていただければと思います。

(休 憩)

○田辺座長 15時10分になりましたので、再開したいと思います。

引き続き、御意見のある方は挙手の上で御発言をお願いしたいと存じます。

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。日本相談支援専門員協会の岡部と申します。

私のほうは、意思表示支援について絞った形で発言させていただこうと思っております。今回、新たな支援者の役割と医療に関する「意思決定支援」のプロセスとの関係という資料2をお示しいただいて、大変分かりやすく、私も勉強になりました。この役割に最も適任なのは、似た経験を持つピアサポーターだと私は考えます。

その理由は、自分自身のことを置き換えてみたときに、自分自身も本当につらくて苦しいという時期は、誰しも生きている中であるかと思うのですが、そういったときに自分の経験に置き換えて、自分の一大事のと看にどうであったかということを考えてみると、似た経験を持つ者がただじっと聞いてくれて、自分の経験としてはこうだったよという話をしてくれて、時々気にかけてくれる。こういった関わりが弱った心を支えてくれたという経験が私にはありますが、多くの皆さんがそういう経験をお持ちなのじゃないかなと思います。

そういうサポートがあることで、前を向いて歩こうと思った経験から、そういう支援が一部の方には必要だと思いますし、精神障害からの回復ということにはどうしても必要だと思うことから、ぜひ意思表示の支援については前に進めていただきたいと思いますし、日本相談支援専門員協会としましても、ピアサポート体制加算を令和3年の報酬改定で上げていただきましたけれども、そういったものも活用しながら相談支援事業所等の運営にも当たり、ピアサポーターとの協働のモデルをつくっていきたいと思っています。

併せまして、関連したところで、27ページの長期在院者への支援についてですが、今回、たくさん様々な課題について整理されている部分でありますけれども、その中で、優先事項としてはいろいろなことを進めなければいけないと思うのですが、どうしても長期入院の方のところ薄まってしまっているように見えてしまうような気がします。長期の方を蔑ろにするわけではないと思うのですが、先ほど小阪構成員も言っていましたように、市町村の障害者相談支援事業の中に、私もピアサポートを必置にするということは必要だと思っていますし、そういったところで行政とピアサポーター、そして福祉と一緒に働くという経

験をしていくことが、共生社会をつくっていく上では必要な取組だと思っておりますので、そういった取組をこういった長期入院の患者さんへのアプローチにおいて積極的に進めていただけるとよろしいかなと思っております。

私のほうは以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょう。

では、田村構成員、よろしくお願いいたします。

○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。

精神保健福祉士は、市町村に勤務している者、医療機関、それから障害福祉サービス事業所など、多様な職場にいますので、今回、意見を聞いてまいりました。

まず、全体として、市町村において精神保健に関する相談支援の強化を図っていただく方向性に基づいてもろもろ改正されることについて、本当にありがたいと思っていますし、様々な場所でバックアップもしていけるように、精神保健福祉士として各所で尽力したいと考えています。

8 ページに、前回も少し発言しましたが、相談支援の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あり、これは先日、一部報道にも載っていたのですが、こうした言葉が先に出てしまうと、市町村に保健師等の増員を含む質・量の向上を図ろうとしているときに、委託でいいのではないかということで、人員配置や予算措置がされなくなってしまうと残念なので、まずは自治体がしっかり責任を持ってやる。その上で、専門性を持った精神科医療機関等々の協力を得るとか、協働で行っていくといった記載のほうが現段階では望ましいのではないかという意見です。

次が、16ページからの意思の表明のための支援です。こちらは資料2も作成のうえ整理していただいて大変ありがたいと思います。私たち精神保健福祉士は、もともと当事者の方々の自己決定の尊重を価値に置いておりましたので、その自己決定を尊重するということを、意思の表明の支援、また意思の決定の支援と置き換えて、自分たちの役割として捉えている者も少なくありません。

そういう中で、今回、新たな呼び名についても御提案され、病院の外から訪問して入院中の方の話を聞いてくださる人だということが明確になるので、医療機関の中にもこういう役割を担う職員はいるけれども、外から来る方もいることを、当事者である入院患者さんたちに分かりやすく示すという意味で、よいと思います。

その上で、資料2のプロセス図で示された、当事者の方が意思表示した後の意思の実現の支援に向けて、これは今後の検討課題ということでもいいのですが、こうした訪問者を受け入れる医療機関側の役割や責務などについても、今後明確にしていくべきであると追記してはどうかと思います。

それから、権利擁護機能といいますか、アドボケイト機能をどこまで持たせるかということは、まだ整理が必要だと思いますが、先ほどの小阪構成員等のお話を伺ってしまして

も、訪問者が一番自分の立場に立ってくれて、そばにいてくれると安心できる方であれば、例えば退院及び処遇改善請求等をして、ヒアリングの審査委員が来てくださったときの同席という役割も加えていいのではないかと思います。

あとは、この意思表示支援を行う方々に関しての実施主体は自治体ということで、その支援者の実効性というか、実際に機能できていることを確認する仕組みが今後設けられるとよいのではないかと思います。

20ページで、これを障害者総合支援法の個別給付化してはどうかという点は、ここにも記載いただいていますように、市町村の支給決定を経なければいけない点に懸念があるということ。また、現時点で退院支援委員会への参加等々、または地域移行支援を利用しようとしたときに、その援助事業者を探す苦労なども精神科病院のソーシャルワーカーからは出ていますので、引き受け手の確保に苦慮することがないように、ある程度の人員確保を積極的に行っていただければと思いますし、個別給付だけで対応するのは少し難しい面があるのではないかと考えております。

次、21ページからの「医療保護入院」制度ですが、記述、内容をよく読みますと、将来的な廃止の方向性について書かれていますが、そこに至る手前でも、医療保護入院制度の見直し、改正について、今回、非常によく議論して御検討いただいたことがよかったなと思っています。

29ページから、今後の検討課題が出てきますが、2つ目の○の中黒1つ目で、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ことに関しては、医学的にと、それから法学的な観点からも、もう少し整理するために、例えば研究事業等を立ち上げていただくことができればと思います。一例を挙げますと、成年後見人は同意できるという者になっていますが、成年後見制度においては医療行為の同意はできないとされているなか、精神保健福祉法による医療保護入院だけが特殊な扱いとなっています。もう少し整合性が取れていく必要はあると思います。

30ページからの、医療保護入院の同意者についてですが、家族の同意がなかなか外せないことは、積年の課題をまだ今後も抱えていかなければいけないのかなと思うわけですが、家族の方がどうしても同意を判断できないとか、同意することによって御本人との関係が悪化してしまって、今後の支援に著しい影響が出ると予想できる場合も首長同意の要件にするなど、せめて首長同意の方向をもう少し検討いただけるとよいのではないかと。そういうことによって、御家族の負担を軽減できないかなと思います。

私自身も、仕事上で成年後見人を受任してしまして、被後見人が医療保護入院するとなれば同意しなければいけない立場にあります。実際には、任意入院で今のところは済んでいます。御本人が嫌だということに同意して、嫌なことをさせたのにもかかわらず、その御本人に寄り添っていくというのはなかなか難しい立場だなと思っています。その役をしないで済むのであれば、もっと素直に御本人に寄り添うことができるのではないだろうかと考えますので、御家族の同意については、継続して検討することは残していただきたい

と思います。

それから、32ページからの首長同意について、市町村長同意事務処理要領が発出されているが十分活用されていない面もあるのではないかと御指摘も出ていたかと思うのですが、事務処理要領のとおり実務を行ったとしても、市町村の職員が病院に出向いて、医療保護入院が判断される診察に立ち会うということは現実的には不可能だと思われます。医師が診察して入院が必要でしょう、しかし御本人が同意しないので任意入院できず医療保護になるという状況が進んでから市町村に連絡されることになりますので、どうしても結果的に医師の判断を追認せざるを得ない状況であることは変わりありません。

入院の必要性に関する医師の判断について、疑義を抱くべき事情がないということを確認する義務が市町村職員にあるという判例もあるようで、市町村が義務を明確に果たすためには、事務処理要領自体の改正も必要ではないかと思われます。

次が精神医療審査会の委員については、前回も申し上げましたが、保健福祉委員に当事者委員や御家族を含める際、専門性は異なると思いますが、当事者または家族を必ず委員に入れるとすると、その確保等も御苦勞が出てしまうので、例えば別枠として選任できる規定なども考えられるのではないかと思います。

身体的拘束について、39ページからです。いろいろな御議論がありますが、結局、身体的拘束をすることも、患者さんの命を守って健康を回復するため必要な治療を行うことが大前提だろうと思いますので、ここに記載されている治療困難の理由が何なのかがはっきりしなかったり、例えば人員不足であるとか環境要因等の兼ね合いで治療困難と判断される、つまり拡大解釈されることによって、身体的拘束が安易に行われることのない表現を御検討いただけるとありがたいと思います。

慢性期の精神科病床について、41ページの人員配置基準等の兼ね合いになりますけれども、精神科の慢性期の病床に関しては、精神科の一般病棟では高齢の患者さんが今、非常に増加しており、これは昔からいらっしゃる方が高齢化している部分と、認知症の方が新たに入院されている部分と両面が混在していますが、いずれにしても介護のニーズが増大している現実があります。これは地域での支援の不足状態があったり、施設に適應できない方が精神科病院を利用されているということや、また、施設に入所するよりも精神科病院に入院したほうが費用的に安いという経済的な理由で入院を選んでいる方も中にはいらっしゃるかと思います。

精神科医療も必要でしょうけれども、入院でなくてもいいのに、ほかに場が設けられないとか、介護のニーズが多い方などに対しては、人員配置が足りないと、人手不足を拘束などで補ってしまうリスクが否定し切れないのではないかと。転倒防止のために車椅子に拘束等々も考えますと、人員不足は、どうしても虐待の温床になりやすいという懸念はあるかと思います。精いっぱい介護・看護の方々はやっていらっしゃると思いますけれども、配置基準を引き上げることは検討の余地があるのではないかと思います。

もう一つは、地域のニーズと合致すれば、介護医療院に病棟を変えていくことも認める

ことが可能ではないでしょうか。介護医療院は、一般市民にとって身近な資源にもなっていくため、精神科のイメージを少し変えて、開かれた地域の資源というイメージがより強化されるのではないかとと思われます。

最後に、虐待防止に関してです。ここは、私個人としては障害者虐待防止法での対応が望まれる、精神科だけを特出ししないという意味でそう考えていますが、即応的には精神保健福祉法で一旦対応することにより、この問題を先送りしないことが先決だとも思っています。ただ、先ほど櫻木構成員もおっしゃられていたように、精神保健福祉法が患者さんたちの権利擁護や社会復帰、そして福祉の増進のための法律であるのに虐待防止という課題が明確に入ってくることはちょっと残念な気持ちです。ですけれども、現在発生している問題に即応する点からは、精神保健福祉法で対応することがやむを得ないと思っております。

また、それも加えることを検討する中で、精神保健福祉法の目的に、福祉の増進等は書かれているものの、さらに「精神障害者の権利擁護」を明記してはどうかと考えます。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、江澤構成員、よろしくお願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

本日の議論のテーマも大変幅広くなっておりますけれども、これまでに意見を述べさせていただいておりますので、本日は新たな提案であります資料2の3ページの患者の意思表示についての支援についてのみ意見を述べさせていただきたいと思います。

医療のあるべき姿、意思決定支援の適切な在り方を踏まえ、もちろん第三者の支援を否定するものではありませんが、政策的には、第三者の支援よりも精神科医療の現場の改善が優先事項であり、急務であることを念頭に発言させていただきます。今回の第三者の支援が意思決定支援に始まり、さらに給付を行うという、これまでの経緯が混乱を招いていると思えます。家族、友人、知人、関わる人は、総力を挙げて患者さんを癒やし、支える、そして共感していくことはどんどん進めていくべきであるということを改めて申し上げたいと思えます。

まず、前回発言いたしました意思表示支援は、意思決定支援のプロセスの一つであることを明記していただき、感謝申し上げます。医師法第17条では、医師でなければ、医業をなしてはならないとされ、医業とは医行為を業とすることであり、医行為とは医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為とされます。したがって、意思決定支援は直接的な身体侵襲行為ではなく、狭義の医行為には当たりませんが、患者の最善利益のために本人の意思を最大限に尊重する意思決定支援を重要視する近年の医療においては、広義での医行為あるいは医行為に付随するものと捉えられます。

また、本日の資料にも示されております医療法第1条の4第2項では、「医師、歯科医

師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と規定されており、意思決定支援は医療従事者の責務となっています。したがって、今回の新たな支援者の役割も、医療従事者として取るべき当然の振る舞いとなります。これらのことより、医療従事者の責務である意思決定支援は、医師の指導の下であれば医師以外の者が関わるのが可能と解釈されますが、前回までの意思表示支援者に関する提案は、その解釈とは異なるものでありました。

また、今回の新たな支援者の役割についても、意思決定支援のプロセスにおいて、導入の際の意思疎通支援、あるいは自己決定をするための力を引き出す支援、すなわちエンパワメントである意思形成支援における支援内容と重複するものであります。したがって、今回の新たな提案が意思決定支援とは異なるという理論は当てはまらないものであり、相互参加型モデルで行うべき医療の意思決定支援に当たって影響を及ぼすこととなります。

併せて、契約に基づく身上監護には、本人の意思を尊重する義務の中に意思決定支援が含まれており、新たな支援との整合性も図る必要があります。

さらに、病院訪問支援者という名称も抽象的であり、一般医療の病院を含めて幅広い範囲が該当することとなり、現場が混乱する可能性があるかと懸念いたします。

また、多様な担い手による支援者が想定され、支援者に研修受講を求めています。医療における意思決定支援は、長時間の学びから修得した高いスキルに加えて、抱負な臨床経験があって初めて実践できるものであり、人の意思という重みのあるものに安易に関わるべきではなく、患者さんの病状の的確な把握なくしては、本来、意思の尊重ができないリスクも生じます。精神保健福祉法第41条に規定される良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針の中でも、精神科領域における医療従事者や専門家の関与の重要性が特に強調されているところです。

実際に患者さんが心を真に開くのは、関係性の良好な家族や長年付き合いのある旧知の者であり、信頼関係の構築が前提となります。強制的な非自発的入院の際は、なおさらであります。

さらに、支援者に給付するということは業とも捉えられ、医行為を業とすることである医業との整理も必要であること。併せて、給付、すなわち公費を投入するのであれば、算定要件となるそれなりのストラクチャー、プロセスといった根拠が求められます。以前と同様の内容で本日の資料にも掲載されておりますが、あるアンケート調査の回答から、精神科患者さんが入院当初は話を聞いてもらえない、十分な説明が得られない、ひいては退院を諦めてしまうと示されています。こういったことが客観的事実であれば、医療従事者として決してあってはならないことです。患者さんに寄り添い、患者さんの立場に立って、患者さんのために最善を尽くすことが医療従事者の使命であります。患者さんと医療従事者の信頼関係なくして、医療の提供は不可能です。

信頼関係のない医療従事者との話合いに支援者が同席しても、根本的には何の解決にも

なりません。仮に患者さんの意思を尊重しない不適切な運営の現場が存在するのであれば、一般的には行政指導の対象であり、厳しく改善が求められることとなります。精神科医療の現場に問題があるのであれば、適切な運営となるよう改善することは急務と考えます。

さらに、精神科医療を一般の医療と異なるものと考えるのであれば、もはや医療ではありません。精神科医療は医療のフィールドに位置しており、一般医療と区別してはならないと強く主張いたします。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視されることとなり、地域での孤立を助長することにもつながります。精神科退院患者さんが地域で孤立することにより、その4割が退院1年以内に再入院している現実も大きな課題です。誰であっても、地域共生社会の一員として尊厳が保持され、誇りを持って暮らせることが目指すべき原点であります。

今回の提案が我が国の医療の考え方やあるべき姿に抵触しないのか。また、真に患者さんのためとなっているのか。患者さんの利益に資するものかどうか、いま一度慎重に検討すべきと意見いたします。

精神科医療の現場の課題の本質に迫らず、患者さんと医療従事者の信頼関係の構築を推進するものでもなく、パッチワーク的に第三者が介入するものであるとすれば、本末転倒であります。国民のため、患者さんのために医療は存在します。医療のあるべき姿に向けた本質に迫る議論を要望いたします。

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、森構成員、よろしくお願いいたします。

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

私のほうからは、市町村の相談支援体制について述べさせていただきたいと思います。資料1の5ページから6ページ辺りの部分ですけれども、地域住民の多様化するメンタルヘルスの課題を、身近な市町村が責任を持って相談体制を整備することは喫緊の問題である、課題であると考えています。

でき得るならば、きちんと法でその責務を定めるのが最善と考えますが、まだその時期ではないということであるなら、具体的な方策の①にあるように、対象について明確にして、7ページの(4)にありますように、精神保健福祉相談員の配置を努力義務とすることは一歩前進かなと思いますが、包括マネジメントを進めていったり、医療機関との連携を取ったり、いろいろな形で、地域づくりというのは市町村が担い手となっていかなければならないので、いずれは義務として人の配置とか財政の確保というのが欠かせないのではないかな。そのための方策の検討を進めていくという文言が入っているといいかなと思います。

そこで、6ページの①の(3)に記載があります「支援会議」についてですけれども、この名称は個別のケースの支援を検討する会議と非常に混同するように思われますので、地域づくり会議とか連携会議などというような、地域連携のための会議であることが分か

るような名称にしたほうがいいのではないかということを感じました。

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。

ほか、いかがでございましょう。

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。東海大学の柑本でございます。今日は3点だけ申し上げさせていただきたいと思います。

まず、スライド28枚目の医療保護入院の同意を行う家族等に対する権利告知についてです。家族等には、退院請求権と処遇改善請求権がございます。同意者である家族と患者さんの間には複雑な関係があるということは、いろいろ御説明いただいたとおりだと思いますし、私も承知しております。ただ、そうは言いましても、家族等には、処遇改善請求権というものがございますので、これらの権利につきましてはきちんとお知らせすべきだと思っております。それについて知らなければ、その権利を行使することができないからです。

これまでの臨床現場で、御家族等に対してそういった権利が存在することが伝えられてきているとは思いますが、実効性を確保するためには、きちんと説明されるということが明文で規定されるべきではないかと思えます。

その運用の在り方につきましては、例えば御家族等から、医療保護入院の同意の際に同意書にサインしていただいているかと思えますけれども、その同意書に権利についても記載し、説明するといった方法があるのではないかと思います。

2点目は、スライド39枚目の身体的拘束に関する点についてです。その検討の方向性の1の②のところですが、多動又は不穏が顕著な場合という要件につきまして、私、前回の検討会で、「多動又は不穏が顕著な場合」、そして「治療が必要な場合」の組合せについては、裁量の幅が広過ぎるので、当該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、より限定的な形にさせていただきたいと申し上げました。したがって、今日の事務局の御提案に賛成いたします。

それから、3番目は、虐待通報に関する制度についてですが、これが44ページ、45枚目になるでしょうか。虐待防止法に規定を設けるか、あるいは精神保健福祉法に規定を設けるかという点につきまして、2つに意見が分かれているかと思うのですが、私は前回の検討会でも申し上げましたが、法の体系化というのは次回の課題としていただいて、まずはとにかく実効性のある制度を構築するという観点から、精神保健福祉法でやっていただきたいと思います。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、太田構成員、よろしくお願いいたします。

○太田構成員　太田匡彦です。私の基本的な立場は、事務局が今日お出しくださった案で

基本まとめていただきたいというところでございます。ですから、発言する気はなかったのですが、医師会の江澤構成員がおっしゃったことについてだけ、少し感想を述べて原案をディフェンドしたいと思います。その前に先立って、前回、柑本構成員の意見を若干誤解しているような表現を私が取ったことは事実でございますので、その点は、今、公の場で深くお詫びを申し上げます。

その上で、江澤構成員の意見でございますが、江澤構成員の御意見が医療としてあるべき姿を、1つの理想像を語っておられることについて争うつもりはございません。しかしながら、2点において、若干特別な扱いをこの領域はしていると、法律家としては思わざるを得ません。

まず、その1つは、非自発的入院であって、非自発的入院を行っている局面での信頼関係というのは、かなり考えにくいものでございます。何よりも、今回、余り話題にしましたが、措置入院がまさにそうであろうと思いますし、医療保護入院も、入院を任意にする能力がないことを前提に行われる限りにおいて、信頼関係を語るのは難しいところであろうと思います。今、我々が議論しているのは、この信頼関係のなさを前提にいかにもまともな医療を行っていただくかという文脈であって、そこにおいて信頼関係がない医療は医療でないと言われて、私が何も言う必要はないのですが、これが果たして精神科医療の特質をつかまえた発言なのかどうかについては、改めて考える余地があるかと思いました。

もう1つの点として、法学者として若干気になったのは医行為の取扱いでございます。基本的な問題は、新たな支援者の役割と意思決定支援のプロセス、今日出された資料2に関わる問題と医行為でございます。医療に関する意思決定支援のプロセスが医行為に関わるであろうという部分はそうありますが、今日の御説明はそれと切り離れたところでの自尊心、自己肯定感の回復というところでの支援でございました。これは、精神障害者の方々について特性があるのではないかと、どうもお話を聞いていると思います。すなわち、人間は医療を受けるためだけに生きているわけではございませんので、意思決定というのは医療に関する部分でも必要ですが、それ以外の部分で、そもそも生きていくために意思決定をしないといけないわけです。精神障害に関するここでの議論の文脈は、多分生きていくため、生きていくことそのものに関わる意思決定支援を問題にする必要があるということであろうと思います。また、この文脈での意思決定が一番危機に瀕するというのは、同意もなく身体に手をかけられて収容されるというシチュエーションであるということであろうと思います。

したがって、私は、医行為との関係において、今後も注意深く切り分けていく必要があるだろうとは思いますが、これが医療に対する第三者の介入として医行為の侵害、医師法17条違反になり得るという議論は乱暴であると、はっきり言うと思います。人間は医療のために生きているわけではない。意思決定は医療に関してしか行われなければならないということをお出しすべきだと考えています。

ただ、その上で、この病気は難しいのだろうと思います。例えば、素人でも聞いている断酒会とかアルコールリクス・アノニマスみたいなものが、ピアサポートが医行為なのかといったら、多分そう考える人はもはや少ないだろうと思うのです。そういった中で生きていくことに必要な意思決定支援については、新たな制度を以て十分に入れることができる。それを一番危機として現れる非自発的入院の局面でまず試してみる。この意味を考えるべきではないかと思う次第です。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

では、神庭構成員、よろしくお願いします。

○神庭構成員 ありがとうございます。

隔離・拘束に関して多少コメントさせていただきたいと思いますが、41ページ、○の一番下の下から2行。皆さんも既に触れた点でございますけれども、コメディカルを含む適切な人員配置が重要であるというところです。これを書いてくださったことは大変うれしく思います。ただ、この認識というのは、皆、誰も異存はないわけで、従来から言われてきたことでございますが、それがなかなか実現できない。実際には大変な難問であるわけでありまして、重要であるということを使うにとどめるのではなくて、重要であり、かつ、その後、適切な人員配置整備に向けた検討が必要であるというように書き加えていただきたいと思った次第です。

それから、40ページに戻りますけれども、③の下段の細かな字の中で、国としても指定医研修のシラバスを定期的に見直し、人権に配慮した医療を、特に指定医に向けて直接に訴えていく。これは大賛成でありまして、早期に実行に移していただきたいと思います。振り返ってみると、私たちも専門医制度を担っているわけですが、専門医の育成の中で、ややもすれば重要視してこなかったという反省も踏まえて、専門医あるいは初期研修医、ほかの科に行く先生方も身体的拘束とは無縁ではありませんので、初期研修の中で精神科は必修科になっております。その研修中に十分な情報提供をし、学んでいただく機会をつくっていくということを、私たち自身の問題として改めてここで考えた次第です。場合によっては、医学部の教育の中で、もちろん取り上げていくべきだと思っています。

それから、39ページの書きぶりです。多動・不穏が顕著である場合。これはいろいろな御意見を拝聴していましたが、基本的には非代替性といった問題を十分に検討・検証しないと、ここの書きぶりだけを変えても、それは拡大解釈あるいは誤解につながる問題だと思うのです。ですから、非常に難しいと思うのですけれども、非代替性に関して、もうちょっと検討を深めていくというような、これも前回言いましたけれども、厚労科研費みたいなもので研究を進めていく必要があるなと思いました。

半分は感想でしたけれども、以上です。どうもありがとうございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、江澤構成員、よろしくお願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

太田構成員からコメントをいただき、誠にありがとうございます。太田先生のおっしゃっていることに私は全く同感でございますので、一言申し上げたいと思います。意思決定支援は、当然医療のみに関わるものではなく、人生で大きな決定をすべきものは多々あると思っています。今回の議論がたまたま入院中における医療あるいは治療に関する意思決定支援ということがテーマであり、例えば人生の最終段階でありましたり、意思決定の重要な局面においては、診療報酬上の運営基準にも意思決定支援のプロセスのガイドラインにのっとった取組を行うと明記されているところでございまして、全国の医療従事者は患者さんのために、意思決定支援について、いろいろ考えながら取り組んでいると思います。

したがって、第三者の支援というのは、その意思決定支援を後押しするという意味、あるいは第三者が心を癒やして、本当に安定した気持ちになるとか、不穏状態から脱する、あるいは共感してもらうということは極めて重要なことであって、それが意思決定支援を後押しすることは非常にありがたいことであります。

一方で、これは精神科のみならず、一般の医療現場においても、医療従事者がまだまだ気づきがなく、努力すべき部分が結構あるのではないかと考えているところです。したがって、医療従事者がいろいろ研さんしながら患者さんのために支援していく、医療の現場においては、医療従事者が責任を持って関わっていくということは極めて重要であると申し上げたので、太田先生のおっしゃったことは全くずれがないので、一言意見を述べさせていただきます。

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、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。

2 ページ目の総論①の4つ目の○の部分についてです。「措置入院、医療保護入院等を規定する精神保健福祉法等」の後に「医療観察法」という文字を入れてください。事前質問事項には、精神保健福祉法だけでなく、医療観察法にも言及していますので、表記していただけたらうれしく思います。

それから、16ページ以降の「意思表示についての支援」についてです。私は、第4回検討会で、厚生労働省が作成している意思決定支援に係る複数のガイドラインとの切り分けが困難になることを理由に挙げて、精神科病院アドボケイトは意思決定支援を行わないこととするべきと意見しました。精神医療は、一般医療とは別枠と言い得るような診療報酬や制度設計となっています。このような制度の影響で、精神科医療の現場には独特の閉鎖性がもたらされており、例えば病院外部からのアクションが病院文化に変化をもたらす契機として期待されています。

また、仮に精神科医療が一般医療に編入されたとしても、精神障害者は差別・偏見によってディスパワーされていて、そこに対応した権利擁護等の仕組みの必要性が消滅するこ

とはないと考えます。これについては、岩上構成員からの質問で、小阪構成員、櫻田構成員が発言された内容からも明らかだと思います。

岩上構成員の質問に今、回答するとしたら、周囲の支援者が幾ら良識的であろうとも、社会的に差別されてディスパワーされた状態の私が、行動制限を指示する権限を持った精神保健指定医に対して、何の担保もなく気軽に要求を出すことというのは、緊張してしまって簡単にできないと思っています。そのため、精神科病院アドボケイトは不可欠のサポートであると考えます。しかし、意思表示支援という名称を用いたことで、本来ならば医療従事者の役割である侵襲の同意に関する意思決定支援との区別を困難せしめました。

今回、資料2で精神科病院アドボケイトと侵襲の同意の意思決定支援が区別されたものであることが明確化されたので、病院外部の役割の重要性を再認識できるようになったと思います。他方で、各種意思決定支援ガイドラインは、民法の意思尊重義務に関わる意思決定支援や医療同意、侵襲の同意に関わる意思決定支援、それから障害福祉サービスにおける意思決定支援など、幅広い領域を横断していて、それぞれ関連していない部分もあり、そういう意味で、必ずしも侵襲の同意だけではなく、ガイドラインごとに射程が異なっているということは留意が必要です。

資料2は、侵襲の同意に関わる意思決定支援との切り分けについて述べていますが、ほかのガイドラインとの関係で説明し尽くしていない部分があるかもしれませんので、引き続き論点整理されることを望みます。

それから、34ページの「医療保護入院」、⑬の精神医療審査会の当事者参加についてです。当事者参加は、当事者性がなじむ場で効力・効果が出せるわけであり、そうでない場面でまで活用すべきものではありません。退院等請求や処遇改善請求なら入院者が請求するわけですから、入院者の希望に立って意見することもできますけれども、定期病状報告で上がってきたものを、精神障害者が同じ精神障害者に対して、あなたの入院は継続が必要であるとか、あなたは入院しなくていいだとか、そういうふうに判断していくということは、当事者性の観点になじまないのではないかと思います。

精神医療審査会に当事者が参画していくことで、当事者性がどのように活用され得るのか、きちんとしたビジョンが明らかにされないのであれば、当事者参加を書き込むべきではないと考えますので、先駆けて精神医療審査会における当事者性というものを明らかにされる必要があると考えます。

40ページの隔離・身体拘束をゼロにするための取組の②についてです。「可能な限り」の後に続けて、「の手段を講じて」という文言を加筆してください。可能な限りは、目標であるゼロ化の部分にかけるのではなくて、可能な限りの手段を講じてという形で、手段を後方にかけるように文章の修正をお願いします。

大臣告示見直しの②の「患者に対する医療が困難であり」の部分は削除してください。これについては、読み方が複雑なのですが、現行の「多動又は不穏が顕著」という部分に、患者に対する医療の困難が内在する、含まれてきたのだという立場と、内在しない、含ま

れないのだという立場で解釈が変わってきます。内在しないという立場の場合は、従来の患者の生命保護という限定的な理由の下で運用されるべき身体拘束に、これまで存在しなかった新たな要件が登場することになると考えることになるので、新たな対象者像が作り出され、結果として身体拘束が緩和されてしまうという懸念が出てきています。これは検討の趣旨であるゼロ化といったことや最小化といったことが達成できなくなってしまうので、こちらについては、適宜気をつけて文言を慎重に修正していく必要があると考えます。

③、④の行動制限最小化委員会についてです。行動制限最小化委員会は、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。増加要因を明らかにすべく、身体拘束の全国実態調査が実施され、現行の行動制限最小化に向けた議論の再検討につながってきたものと認識しています。

行動制限最小化委員会は成果を上げることができなかったわけであり、その理由を検証することなく、ゼロ化・最小化策として提案されても、効果を期待できないのではないかと考えます。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守備範囲を明らかにした上で、その限りにおいて活用するという方向性で整理し、総合的な効果を期待しないということを確認する必要があると思います。行動制限最小化マニュアルについては、専ら適正な医療手続の交通整理を目指すということに振っていて、具体策は個別の患者に合わせて可変的であるがゆえに、具体的な最小化のための取組としての行動制限最小化を論理的に帰結できない構成になっています。マニュアルの活用それ自体を否定する意図はないです。活用して、どこをどのように変えるのか、ここを明らかにした上で、その守備範囲において活用するというふうに整理する必要があると思います。

⑦です。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可能。その後続けて、「対象者を区分4、5に拡大することで、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や指標等についても検討する必要がある」と加えてください。第3回検討会では、社会保障審議会障害者部会が取りまとめた、障害者総合支援法改正施行後3年の見直しについての中間整理を検討した経緯があります。ここに記載されている入院中の重度訪問介護に関する内容をそのまま加筆してほしいという意見です。

虐待防止法についてです。市町村業務の処理について懸念しているということを聞きましたが、明らかに誤解があると考えます。というのは、現行の障害者虐待防止法における窓口は市町村であり、既に現行法で精神科病院における虐待の通報は、障害者虐待防止法に基づき市町村が行っているわけです。そこに通報義務を設けたというだけで、業務に対して何らかの懸念が生じることは考えがたいのではないかと思います。これについて再考の余地があると思いますので、ここを慎重に検討を進めてほしいです。

最後になりますが、資料1、3以外についてですが、これまでの御意見の中で特に記録

として残す必要が高いと考える事項については、別途一覧にまとめたものを作成して提出したいと考えておりますので、よろしくお願いします。

○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。

皆様のほうから様々な御意見をいただいて伺っていた中なのですが、私のほうからは1点のみ、前回も申し上げた点を再度改めて意見として申し上げたいと思います。25ページの御意見が出ているところで、医療保護入院の入院期間のことについて、前回同様ではあるのですが、改めて意見を述べさせていただきます。医療保護入院の入院期間なのですが、6か月というのは私自身も長いような気がしております。なので、ここに示されております3か月ごとで確認を1か月ごとにしていただいたり、そのまま法律上定めていただけたらいいかなと思っております。

精神状態というのは、日々変わってきていますので、その中で小まめな振り返りというのはもちろん必要ですし、その状態によつての適切な治療とかも刻々と変わっていくと思っておりますので、それに対しては小まめにチェックしていただいて、御本人を含めた振り返りをしていただいた中で、この期間からこの期間まではこうしようというのを定めていくためにも、半年のスパンで見えてしまうと、まめに確認が取れなくなってしまつて、その入院期間がさらに延びてしまうような可能性がありますので、3か月ごと、1か月ごとの確認をしていただくのが望ましいと思っております。

以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょう。

では、小阪構成員、よろしくお願いします。

○小阪構成員 すみません、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。

1点だけ言いそびれてしまったので、一巡した後で発言したいなと思っていました。今回、御登録いただいた参考資料2「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」への意見書ということで、特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構さんから意見書を出していただいておりますが、この経緯だけは皆さんにお伝えしたいなと思っていました。この検討会について、当事者の多くが大変注目しているところです。今般も進められてきた、まとまってきた議論について、もちろん賛同いただけることもきっと多くあると思いますが、心配されている部分もあつてこの意見書の取りまとめになったと聞いています。

この意見書については、何も当事者だけではなくて、精神科医の方も参加していただいて、かつ、学識経験者も参加していただいて、広範に客観的にいろいろなことを議論を重ねた上で出された意見書だと聞いていますので、私もなるべく当事者性を持ちながら、いろいろなことを言葉にしているつもりですが、この意見書についても当事者の意見という

ものが反映された。そして、精神科医の立場の方たちの声も反映されたもの、学識経験者も反映されたものとして一定の勘案をいただきたいとお願い申し上げます。

以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、御意見、御質問等を全部賜ったということで、そろそろお時間となりますので、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論点につきまして、本日の議論を通して、より議論が深まったものと存じます。

次回の検討会は、取りまとめに向けた議論になるかと思えます。冒頭にも申し上げましたとおり、事務局におかれましては、これまでの議論、それから障害者部会での議論の内容が反映された内容となるよう、資料の準備のほうをよろしく願いいたします。

最後に、事務局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。

事務局より、次回、第10回の開催について御連絡させていただきます。次回、第10回の検討会につきましては、5月9日月曜日15時から18時30分を予定してございます。正式には、改めて別途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といたします。構成員の皆様方、活発な議論、ありがとうございました。

これで散会いたします。