

2022-5-9 第10回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

○戸部精神・障害保健課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第10回「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」を開催いたします。

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

本日の会議についても、新型コロナウイルス感染症の拡大予防の観点から、オンライン会議システムZoomを活用しての実施としております。また、動画配信システムでのライブ配信により一般公開をしております。

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6名、オンラインでの御出席は17名となっております。個別の参加状況につきましては、座席図を御確認ください。

また、永松構成員、野原構成員については、御出席が難しいとのことですので、永松構成員の代理として、杵築市役所福祉事務所の渡辺様、野原構成員の代理として、岩手県保健福祉部障がい保健福祉課総括課長の日向様にオンラインで御出席をいただいております。

吉川構成員は御都合により欠席との御連絡をいただいております。

なお、櫻田構成員につきましては、御都合により遅れて御出席をいただき、中座をされる御予定となっております。

次に、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。

資料につきましては、座席図、議事次第。

資料1「障害者部会（4月25日）における主なご意見について」。

資料2「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3「参考資料」でございます。

参考資料1は、公益社団法人日本精神科病院協会の山崎参考人から「精神科医療について」としての資料を御提出いただいております。

最後に、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」の開催要綱と構成員の名簿でございます。

以上になります。資料の不足等がございましたら、事務局にお申しつけください。

また、傍聴の方については、同様の資料を厚生労働省のホームページに掲載しておりますので、そちらを御覧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、会場御参加の方におかれましては、実際に挙手をしていただき、また、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。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としていただき、発言しないときにはミュートに、発言するときのみミュートを解除するようにお願いをいたします。

本日はチャット機能の使用は予定してございませんので、御了承ください。

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して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。どうぞよろしくお願いいたします。

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

本検討会も本日で第10回となるわけでございますけれども、これまで精神科病院への入院制度を含め、活発な御議論をいただいたところでございます。合意形成に向けましては、精神科医療の歴史や現状を理解した上で、議論をさらに深めてまいりたいと存じます。そのため、本日は全国1,000を超える民間精神科病院が加盟しております公益社団法人日本精神科病院協会の山崎会長に参考人として御出席賜っております。

山崎参考人からは、我が国の精神保健福祉分野の変遷を中心に資料を御提出いただいているところです。

それでは、山崎参考人、資料の御説明のほう、よろしくお願いいたします。

○山崎参考人 本日は出席して、お話しする機会を頂きありがとうございます。

私は、精神科病院協会の会長を7期やっています。最初に私のバックグラウンドについてお話をしたいと思います。私は私の父が昭和27年に50床の精神科病院を始めて、63歳で亡くなった父の後を継いで約50年近く精神科医として地域の精神科医療に従事しています。

私の父が精神科病院を始めた時代は、精神科病院は非常に社会的偏見が強い時代でした。精神科病院の息子というだけで小学校ではいじめの対象になり、大変な思いをしながら生活する時代でした。そういうことから、精神科医療はどうしてこんなに社会的偏見にさらされなければならないのかなと子供心に思っていました。医者になって、地域で精神科医療に従事するようになって、相変わらず社会的偏見が非常に強く、精神科医療に対する偏見から途中から民間精神科病院に対する偏見、中傷みたいな話にだんだんと話がすり替わってきました。一生懸命地域で頑張っているのに精神科病院があたかも悪徳精神病院みたいなレッテルを貼られなければならないのかずっと疑問に感じていました。

どうして社会的偏見は生み出されるのだろうか、どこかで誰かあおる人がいる、あおる人は誰なのかずっと考えていました。今日まで精神科病院協会会長として協会、精神科病院に対する社会的偏見をなくすよう活動をしているつもりです。

最初に「日本精神科病院協会団体概要」を出してください。日本精神科病院協会は、公益社団法人として現在は活動しております。昭和24年に設立され七十数年たっております。現在の会員数が1,186です。民間の精神科病院が全部この協会に加盟しているかというと、

地域の支部長の推薦がないと入れません。したがって、地域の支部長がこの病院は協会の病院としてふさわしくないと判断した病院は入会をお断りしています。今日のこの検討会は有識者の方々の集まりですから、基本的な精神科医療の知識は皆さんお持ちだと思いますが、再確認ということで少しお話をさせていただきたいと思います。

明治5年、ロシアの皇太子が訪日するに当たって、営繕会議所附属養育院（現在の東京都健康長寿センター）が東京府に設置されて、地域の生活困窮者の狩り込みを行ってここに収容しています。

明治6年に医制が發布されて、この中に癲狂院の設立の規定がありましたが、なかなか癲狂院の設置が進まず、多くの患者さんは私宅監置をされていたという現状がありました。

明治8年、南禅寺の境内に公立の精神病院として京都癲狂院が建設され、東京では加藤瘋癲病院が設立されます。

明治12年、東京大学や愛知医学校で精神医学の講義が始まり、明治13年には愛知医学校に精神病舎がつくられます。この年に東京府癲狂院という都立松沢病院の前身の病院が東京府につくられております。

明治33年3月に精神病患者監護法という法律が施行され、私宅監置が制度化されます。明治35年、日本神経学会が発足して、これが現在の日本精神神経学会であります。

明治41年、公立精神病院から退院した患者さんの一斉調査が行われ、患者数は2万5000人で病床数が2,500床、私宅監置が3,000人というように、精神病床よりも私宅監置のほうが多いという実情が分かりまして、官立の精神病院設置をなささいという決議がなされます。

大正6年、精神障害者の全国一斉調査が行われて、精神病患者総数は6万5000人、そのうち入院できた患者さんは5,000人ということで、相変わらず精神病床が10分の1しかないと分かり、私宅監置を含めて約6万人の患者さんが医療の外にある現状が分かります。しかも、精神科病院が偏在していて、精神科病院のない県が28あり、東京、京都、大阪を中心に存在していました。

こうした事もあって、精神病患者監護法を改正して精神病院法がつくられます。ここが非常に大きな精神科医療の転換点になります。国は精神病院法の第7条に、精神病院に代用するための公私立精神病院を指定することができるという代用精神病院という考え方を導入します。欧米では精神科医療は政策医療と考えられていて、ほとんどが公立病院で運営されています。現在でも9割は公立病院で民間は1割ぐらいですが、日本は逆にこの代用精神病院という考え方を法律で導入してしまったために、9割が民間病院で1割は公立病院という全く世界に類のない精神科の医療体制をつくってしまったわけです。

昭和13年に厚生省が設置されて、その後太平洋戦争に入り、昭和15年には約2万5000床あった病床が4,000床まで少なくなります。

当時の精神科治療としては、インスリンショック療法、ロボトミー、電気けいれん療法が始まり、昭和23年に旧優生保護法が施行されます。これが大問題で、精神障害者に対す

る人工妊娠中絶が合法化されます。

その次の年に、1949年にロボトミーを開発したモニスはノーベル生理学・医学賞を授与されています。またこの年に日本精神科病院協会が設立されています。

精神病院法から精神衛生法に変わります。大きく変わったところは、精神病院の設置を都道府県に義務づけます。また、私宅監置を廃止することが決められて、同意入院、措置入院、仮入院が新設されて、精神衛生鑑定医という制度がつくられます。

1952年、クロルプロマジンが開発され、薬物療法が始まります。

昭和28年、内村東大教授が精神神経学会、精神衛生会の理事長を兼ねていたとき、国に対して精神障害者の遺伝を防止するための優生手術実施を促進させる財政措置を求める陳情書を提出しています。この結果、障害者の断種手術、優生手術が行われるようになり、患者さんに対する人権侵害が起きます。この人権侵害は、身体的侵襲を与える人権侵害であり、当時の精神神経学会が主導したところに大きな問題があったと思っています。

昭和29年、全国精神障害者の実態調査が行われて、精神障害者の推定数は130万人で、入院の必要な患者さんは35万人という数でしたが、相変わらず病床数はその10分の1しかないということで、代用精神病院の考え方で民間病院に補助金をつけて精神病床をつくらせます。こうして昭和35年には8万5000床まで増えるわけです。

1970年代に入ると、欧米では反精神医学運動が起こります。イギリスのレインやフランスのフーコー、アメリカのサスといった人たちが強制入院は基本的人権の侵害である、精神医学は社会的逸脱にある種の精神病というラベルを付与する社会統制の一形態である、電気けいれん療法は人間の尊厳を傷つけるといったもう少し患者さんの人権に沿った形での精神科医療を考えなければいけないと主張します。この反精神医学運動は欧米を中心に大きく盛り上がりとなり、昭和40年代に入って日本にも入ってきて、大きな精神科のうねりになります。

1957年、ポール・ヤンセンがハロペリドールを開発して、クロルプロマジン、ハロペリドールという2つの薬物療法が始まります。

昭和33年、事務次官通達で精神病床の許可基準の定数について、医師は一般科の3分の1で良い、看護師は3分の2でも良いという、精神科特例を出します。補助金をつけて精神科病院をたくさんつくった結果、そこで働く人間の養成を全く国は考えていなかったわけです。建物はできたけれども、働く人がいないということで、精神科特例に従って、診療報酬は一般科の3分の1だよという精神科の低医療費政策が始まるきっかけになります。この精神科特例は、平成13年に医療法改正でこの通知が廃止されましたが、いまだに一部の人は精神科病院は精神科特例で大もうけしているみたいにあおる人がいて、そういう人たちは知っていて人をあおっているのか、あるいは法律が改正になったのを知らないであおっているのかは知りませんが、相変わらず精神科特例を錦の御旗みたいにあおる一部の人がいます。

昭和35年、我が国でもクロルプロマジンが発売開始になります。

1963年、アメリカでジョン・F・ケネディが大統領に就任したときに、国家財政が非常に困窮していることに気がつきます。その原因のなかに、当時、アメリカの精神科病院が抱えていた、3,000床、4,000床という巨大な州立精神病院の人件費がありました。また、州立精神病院でひどい人権侵害が行われ、また、そこで働く職員の人件費が膨れ上がって国家財政にもかなり影響しているということが判り、ジョン・F・ケネディは脱施設化を図り、州立病院を閉鎖していきます。結果として、受皿をきちんとつくらないで州立病院を閉鎖したために、アメリカの脱施設化は失敗します。結果、ホームレスになったり、罪を犯して刑務所に入れられたり、あるいは薬を飲んで薬物中毒になって自殺するといった非常に悲惨な結果になります。

この当時、州立の精神病院で行われていた人権侵害について書かれた1962年に出版された「カッコーの巣の上で」がベストセラーになり、10年後に映画化される、これも大ヒットします。

これが当時のアメリカの州立の精神病院です。1950年代ですが、大きな体育館のようなところにベッドが並んでいるだけという、そこにも書いてあるようにプライバシーも尊厳もないというのが当時のアメリカの州立精神病院です。

格子の入ったガラスの内側で終日ひなたぼっこしています。

こういう写真は日本ではほとんど見ることはありません。そして、日本の精神科病院を紹介するときに、まず最初に座敷牢の写真を出して、こんなひどいことをしていたのですみたいなところから話をする人がいますが、私が中学生のとき父は暇があると私を連れて病院に行って、病棟の中で患者さんを診察していました。この間、私は病棟の中で患者さんと遊んでいましたし、その当時の少なくとも精神科病院は、閉鎖空間で閉じ込められているという精神科病院ではなかったはずです。医学部の学生になった時も夏、冬休みには病棟に入って患者さんと普通に遊んでいましたし、医学部を卒業して国家試験に合格したときに一番喜んでくれたのは患者さんです。先生、合格してよかったね、やっと医者になったねと言って喜んでくれたのは患者さんでした。こうしたアットホームな雰囲気でもみんなやっていたはずですが、それが閉じ込められて悲惨な目に遭っている精神科病院みたいなイメージをつくってどんどんあおる人が一部にいたというのが非常に残念だし、許せない気持ちです。

3月24日のライシャワー米国駐日大使が19歳の統合失調症の少年に刺されます。大使館の塀を上って茂みに隠れて、大使が玄関から出てきたところを手製のナイフで刺します。大使は致命傷にはなりませんでした。手術をした時の輸血が原因で血清肝炎になり、肝硬変になって、肝臓がんで亡くなるという非常に残念な結果になります。ライシャワー大使は日本人の奥さんを持っていて非常に親日的な大使だったので、大きな事件になります。

次の日の朝日新聞の「天声人語」です。ピンクのところ、「警備陣の手ぬかりは一体どうしたことか▼春先になると、精神病者や変質者の犯罪が急にふえる。毎年のことだがこれが恐ろしい。危険人物を野放しにしておかないように、国家もその周囲の人をもっと気

を配らねばならない」と、精神病患者、変質者、危険人物と日頃人権を高らかにうたっている朝日新聞がこうやってあおるのです。

これも次の日の朝日新聞で「『異常者の犯罪』どう防ぐ」「野放し状態なくせ 隔離の方法、研究が必要」「少年法の年齢下げよ」と、危険な異常者は閉じ込めろとマスコミの多くがこのようなキャンペーンをはります。

こうした中で、政府は将来の精神科医療の在り方をどうするかWHOに依頼します。イギリスのフルボーン州立病院院長だったクラーク博士が来日して、3か月日本に滞在して、報告書を提出します。これは私が行ったときのフルボーン病院の写真ですが、左側はクラーク記念病棟がまだ残っています。そのときに、開放病棟を案内してほしいということで開放病棟に行ったときの写真が右の写真ですが、開放病棟なのにこんなに高い塀がずっと病棟の周りにをとりかこんでいました。何でこんな高い塀が必要なのかと質問したら、塀がなければ逃げてしまうだろうと言うのです。開放病棟にこんなに塀があったらちっとも開放ではないだろうと思いましたが、こうしておかないと逃げてしまうのだよねということを実感で言うので、かつての閉鎖処遇、開放処遇の議論は一体何だったのかということを実際にこのように外国に行ってみると思います。外国でいう閉鎖処遇というのは、病院の玄関に鍵がかかっていて、病棟の入り口にかかっていて、それから、病室に鍵がかかっていて、三重のロックを閉鎖と言っています。従って、全然日本の言っている閉鎖と開放の概念と外国人の考えている開放、閉鎖の概念は全く違うのだなという事が非常によく分かりました。

クラーク博士はいろいろな問題点について指摘をしていますが、その中での要旨はこういうことだと考えています。当時の精神科病院は、日本の精神病院の高齢化率は60歳以上が4%しかいないのに、イギリスでは既に高齢者が50%も入っている。したがって、単に病棟だけをつくるとどんどん高齢者が増えるだけなので、もっと地域医療を中心とした精神科医療体制をつくれということを提案しますが、なぜか日本政府はこの提言を受け入れませんでした。受けないばかりか精神病床を補助金をつけてつくっていったというのが現実です。

昭和43年、東大紛争が起きて安田講堂が占拠され、昭和44年には府立中宮病院事件や安田病院事件という精神科病院の不祥事が何件か発生します。大阪にあった安田病院事件、これは患者さんが二十数名不審死し、内部告発があつて問題になりました。安田病院がどういう病院かということ、近畿一円の処遇困難患者さんをここに集めていたのです。今でいうところの触法の患者さんに近いような患者さんばかりを集めていたのです。そこで不審死が起こったのですが、問題は、そういう処遇困難な患者さんをなぜ民間病院が診なければいけないのですか。処遇困難な重症な患者さんほど公立病院が診るべきではないのですか。

この安田病院の関東版が宇都宮病院です。これは同じ構図です。この安田病院というのは病院名を大和川病院に変えましたが、そこでもまた三十数名の不審死が発生して廃院になります。大変なところを民間病院に押しつけるという精神科医療提供体制のひずみでこ

という問題が発生しているのではないかと考えます。

昭和44年、精神神経学会の金沢大会は大荒れになります。

昭和47年には、東大では全共闘の先生と看護師さんが病棟を封鎖してしまいます。教授が病棟回診をできないというとんでもない事態を招くわけですが、当時は東京大学は民青系の先生方を中心に運営されていたので、反民青系の先生方がそれに対抗して病棟を封鎖するということを行って、民青、反民青の争いはしばらく続きます。

昭和49年、国は、刑法を改正して精神障害者に対する治療処分と薬物中毒者に対する禁絶処分という保安処分を提案しますが、精神神経学会、日弁連、患者団体が反対して潰されてしまいます。この後、池田小学校事件が起きて、医療観察法がつくられます。医療観察法がつくられるには池田小学校事件という大きな犠牲を払って初めてみんなが気がつくということになるわけですが保安処分の話は真剣に考えるべきだったかと考えています。

1978年、イタリアのトリエステの州立病院の院長だったバザーリアがバザーリア法をつくります。国会に提案して、バザーリア法1978年（180号法）です。新入院に関しては精神病院に入院させない、最高15床の精神病床を総合病院に設置する、強制入院の法的手続を整備して、地域精神保健センターを設置するというバザーリアの大改革を行います。

日本ではバザーリアの改革がイタリアの奇跡だと大賛美をしている一部の人がいますが、私はこれは大失敗だと思っています。イタリアに実際に行って視察をすると、精神科救急が回らない状態になっています。総合病院に15床だけつくっても精神科救急が回らないので、デポ剤を注射してそのまま病院の外来で寝かせておいて翌朝になったら帰してしまうような事が行われ、精神科病床が足りないで民間病院を国が借り上げて公立精神病院みなしみたいな形でする一方で、民間精神病院を新設しています。

もう一つ、イタリアは州税でコントロールされているので、北イタリアの様な財政が豊かな州と南イタリアのように財政の少ない州が同じルールでやるのは無理があります。したがって、北イタリアでできていることを南イタリアでは全然できないということになって、診療の格差がありますし、地域精神保健センターも財政がないために南のほうではなかなかつくれていません。数年前にローマの州立病院に行って、アウトリーチはどのようにやっているのと言ったら、アウトリーチって何？と聞かれました。今のイタリアの精神科医療はそんな状態です。

私は会長になる前ですか。当時の厚労省の精神担当は福田さんがやっていました。彼に、一回イタリアに行ってみてきたらどうだと言ったら、彼は非常に真面目なので、自分で休暇を取ってトリエステに1週間滞在して視察をしてきました。そうしたら、本当に会長が言うとおりでしたというのが彼の帰国後の実感でした。現在はバザーリアの改革は成功だったと言う人たちは半分、失敗だったと言う人が半分で、評価が半々に分かれています。

昭和59年、宇都宮病院事件が起こります。これも安田病院と同じ話で、関東一円の処遇困難な患者さんは、県の職員が付き添って宇都宮病院に入院させていました。そこで患者さんが2名亡くなったわけです。ここでも内部告発がありました。ただ、気になるのは、

宇都宮病院は東京大学の教授派の出張病院だったのです。告発したのが全共闘系統の先生方で、東京大学の中の混乱がここのきっかけになっているような気が私は個人的にはしています。真実がどうだったかは分かりませんが、私の感想です。

昭和62年、精神衛生法が精神保健法に変わり、平成5年、障害者基本法が成立して、平成7年、精神保健福祉法ができて、平成9年には例の安田病院が病院名を変えて大和川病院にしましたが、26件の不審死が発覚して閉院になっています。

平成11年には医療保護入院・応急入院の移送制度がつくられていますし、平成13年には先ほどお話しした池田小学校事件が起きて、医療観察法が平成15年には成立しています。

平成16年、国は大きな政策転換を図ります。「入院医療中心から地域生活中心へ」と35年前にクラーク博士が言っていたことにやっと気がつくのです。やっと気がついて「入院医療中心から地域生活中心へ」と言ったのですが、余計なことを言っています。今後10年間で必要な精神病床の7万床の減少を促すということを言っていますが、7万床も多くつくらせたのならば、7万床をつくる前にきちんと言えば済んだ話だと思います。地域医療計画で一般病床を含めて全ての病床が開設制限されるわけですが、そういう制限をもっと早く精神病床にかければよかった話で、つくっていいよと言ってつくらせておいて、実は7万床も多くつくってしまったのだよねという話はないと思います。

平成25年には精神科病院協会が提言して、4疾病5事業に精神疾患が入って5疾病5事業に変わります。

平成26年、精神保健福祉法が改正になりました。平成28年に相模原の障害者施設殺傷事件が起きて、精神保健福祉法の改正を上程しましたが、2回流れて廃案になり、今年も10月にまた差し替えで出す準備をしているということです。

そういう話をまとめてみたのが次の表です。クラーク勧告があってからこんなにたくさん病床を増やしてしまっているのです。クラーク勧告をよく聞いて、病床をつくるよりも施設を多くつくればこんなことにはならなかったのかなと思います。

外国では居住施設と精神病床のバランスが比較的取れていますが、この統計は古いので今はもうちょっと居住施設は増えていると思いますが、我が国では9割が精神病床で1割が居住系施設になっています。したがって、バランスを取るには精神科病床を居住系施設に転換するという話をすると、また精神科の患者さんを精神科病院が囲い込むと言うのです。囲い込むと言って非難するのならば、地域に皆さんでグループホームをつくってください。精神障害者の皆さんが入れる施設をつくってくれば帰せる患者さんは帰します。どうにかしてその病床を転換して居住系施設に変えようと思うと、今度は患者さんを囲い込んでいると言うわけです。自分たちは何もやらないで人のすることに揚げ足ばかり取るというのが、この国の一つの体質なのかなと思います。

次は精神科医療の偏見のお話を少し、致します。精神科病床は本当に多いのでしょうか。そもそも精神科病床の定義は何なのでしょう。

OECDの精神科病床の定義です。急性期病床を精神科病床といいます。したがって、リハ

ビリや緩和あるいは長期の患者さんは精神病床としては数えません。これがOECDのルールです。日本はどうでしょうか。精神療養病床が半分以上あるわけですよ。そこを精神病床としてカウントすれば、多くなるのは当たり前です。

平均在院日数もそうですね。日本は平均在院日数を長期の患者さんを含めて報告するものだから、グラフにするとこんなことになります。精神科病床は平均在院日数三百何十日という資料が世界的に出るわけですよ。でも、さっきの急性期病床の話だったら、こんな数になるはずないのですね。

外国では平均在院日数の計算にもバイアスがかかっています。各国で平均在院日数を計算するときに1か月以上入院しているところはカウントしないとか、慢性期の民間病院は平均在院日数の計算から外すとか、こういういろいろなルールがあるわけですが、日本はなぜか全部含めて発表して、こういうグラフを作られても恥ずかしいとも思わないという体質自体に問題があると思います。私は会長になって3年間、WHOに連続3年行って、精神科の担当者とミーティングをして、この話をしつこく言いました。そうしたら、やっと最近WHOも各国によって精神病床の定義は違うというのを括弧書きで注釈をつけるようになりましたが、相変わらず我が国特有の計算方式を使ってWHOに報告しているところに厚生労働省としての大きな問題点があることを指摘しておきます。

OECDの定義でいうと我が国の精神科病床はどんなものがあるのかなと思って考えました。スーパー救急、急性期治療病棟、入院基本料の10対1、13対1、この辺がOECDのいう精神病床の定義に当てはまる病床ではないかと思います。日精協の会員病院のそれを計算してみました。A足すB足すCで約2万5000床なのですね。これに公立病院の急性期対応の病床があると思うので、1万床足したとしてもOECDの定義でいう精神科病床は本来だったら3万5000床のはずなのですよ。この様にOECDの定義に沿った精神病床をカウントして、WHOなりOECDに報告すべきだと思います。

精神科病院に入院すると縛られるという偏見があります。ところが、この委員会でも大分この拘束の問題を重要視していろいろな討論がされてきたようではありますが、精神保健福祉法に、身体拘束は非常に厳重な条件の下で拘束活動が行われるということで、拘束が合法とされているわけですね。むしろ、そういう精神保健福祉法に該当しないような拘束があれば問題にするべきだと思います。

一方でこれは厚生労働省でもう5～6年前に精神科における身体拘束の件数は10年間で5,000件の身体拘束が1万件にもなったと公表しました。厚生労働省が発表した途端にマスコミ数社が取材に来ました。拘束の数だけ発表している、年齢、病名、男女別といった、データを全く発表しないで数だけ発表しているところに偏見をつくるものになるのではないのでしょうか。疾病構造が10年間でどれだけ変わって、認知症の患者さんの拘束がどれくらい増えているとか、そういうもっと細かく分析したものをきちんと公表するときに出してくれないと、そういう偏見をつくるものになるのだと思います。

拘束に対して、精神科病院の人権侵害はとんでもないという議論が一部ではありますが、

これは厚生労働省の研究班のデータで、介護施設では身体拘束が年間6万人行われています。介護施設の拘束は誰が指示しているのですか。拘束した後の頻回な観察は誰がして、それを介護日誌にきちんと書いているのでしょうか。どうして精神科病院の拘束だけが問題になって、介護施設の6倍にも当たる人たちの拘束がなぜ問題にならないのですか。誰が指示しているのですか。頻回に観察しているのですか。その記録は残っているのですか。精神科の拘束をきちんとするのは当然ですが、介護施設でも拘束をするのならば、きちんと精神科の施設と同等の基準を介護施設にもつけなければおかしい。しかも、介護施設の拘束についても、介護施設で拘束をするためにはどういう資格の人がどのようにしてするという精神保健福祉法の拘束事項と同等のものをつければ、この6万人の人権侵害はどのようなのですか。そういうことをきちんと議論しなければいけないと私は考えています。

精神科病院に入院すると薬漬けにされるといいます。先ほどのOECDに沿った、会員病院の定義に沿った病院のアンケートを取りましたら、2剤までで約8割の患者さんが治療をしている。精神科病院に入院すると薬漬けにされると、誰がそんなことを見てきたようなうそを言うのかと思います。実際に我々が日常認知症の患者さんで診療していると、一般科から紹介されてくる患者さんは本当にセレネース10〜20ミリぐらい使って過鎮静にしまって、悪性症候群すれすれのような状態で来る患者さんもいます。入院してから3日ぐらい点滴をして薬を全部抜いて、それで薬を組み立て直すことに苦労することが多いのに入院すると薬漬けにすると、そんなことをどこで誰がやっているのですか。そんなことを平気であっちこっちの講演会で言う人がいますが、とんでもないと思います。

医療観察法は適正なのでしょう。医療観察法の最大の欠点は、治療可能性のある患者さんしか対象にしていない事です。治療可能性のない患者さんは最初から医療観察法には該当していないのです。治療可能性のない患者さんのほうがもっと重症ではないですか。治療性のある患者さんは鑑定入院で3か月ぐらい入院させて鑑定している間に治療して症状が改善するので医療観察法の指定入院するときには、半分ぐらいもうよくなってしまっているのです。そういう患者さんを医療観察法の病棟で診ているわけでしょう。

大変な治療可能性のない患者さんを措置入院させると、初回に2,500点だけです。医療観察法の入院管理料は6,700点、1日6万7000円ですよ。1か月に200万以上のお金を使って医療観察法で入院させているわけです。しかも、治療可能性のある患者さんで半分よくなった患者さんがここに入っているとしたら、こんなおかしい話はないと思いませんか。治療可能性のない重症の患者さんを診ている病院が2,500点、しかも1度しか請求できないという診療報酬自体の在り方にも非常に問題があると思っています。

「精神障害者は雇用差別の中で尊厳のある地域生活が送れるのか？」です。身体障害者390万人、精神障害者390万人、同じぐらいの数ですね。ところが、下の雇用状況を見てください。全く身体障害の数に比べて精神障害者の雇用は少ないです。もっとひどかったのは、法定雇用率に身体障害者は入っていて精神は入っていなかったのです。精神は何で入らないかということを強硬に申し入れて、やっと精神障害者も法定雇用率に入るようにな

ったのですね。それぐらい精神障害者の雇用は国も差別しているのです。

精神障害者は国がどれぐらい差別しているのですか。平成30年、国税庁は1,400人雇用していますと言っていたのが、実は380人しか雇用していなかった。国土交通省、法務省を含めて、農林水産省もそうですけれども、報告していたのが6,860件なのに、半分の3,400人しか雇用していなかった。不正算入していたと大問題になって、慌てて障害者の雇用をしたわけです。

民間企業は身体障害を100にして精神15、国が100対11ですよ。こういう状態です。

障害者が地域で尊厳のある生活ができるというのは何でしょう。住まいがあって、雇用が確保されていて、十分な年金といった社会保障がきちんと担保されているのが条件だと思います。ところが、住まいはアパートを借りるにしても保証人がいなければ借りられませんし、銀行口座を開くこともできません。しかも、障害年金の1級で年間97万5000円ですよ。2級の障害で年間78万円。生活保護は東京都の単身の40代の男性で155万円なのです。生活保護の半分ぐらいのお金しか障害者の年金は払わないで、どうして精神の障害の患者さんが地域で安心して暮らせる生活が保障されるのですか。こういう問題を根本的にきちんとこの検討会で話し合っていたいただかないと、きれいごとを言っていたって、地域で安心して生活できるわけではないではないですか。

最後に入ります。幾つか私の疑問点をお話しします。医療保護入院制度が悪い、悪くてみっともないからやめましょうという議論をこの検討会でしていると思いますが、外国ではどのようにしているのですか。例えばHDS-Rが10点以下の患者さんで、暴言・暴力があって、寝ないで、放尿している患者さんを入院させろとあって、こういった患者さんは一般病院とか施設から紹介されてくるわけですね。そういう患者さんは外国ではどういう体系で入院をさせているのですか。そういう外国との対比はこの検討会で議論されたことはあるのですか。

医療保護入院制度は本当に悪い制度なのでしょうか。これが共同通信で全国配信されたときに、医療保護入院制度が廃止になったら急性期の対応などできるわけではないではないかというのが、うちの協会の会員の大多数の意見です。したがって、医療保護入院制度を廃止するのだったら、そういう患者さんにはこういう法律体系をつくるので、こっちの形で入院させてくださいという代替案をきちんと提示してください。そうでなければ、医療保護入院制度を廃止してしまったら、精神科の医療は完全に壊れます。急性期の精神科の医療は完全に壊れます。これは忠告しておきますが、本当に精神科の救急は大混乱しますよ。そういう状態にあるというのをきちんと認識してほしいと思います。

2番目は、精神神経学会が財政措置をつけて行った優生手術の被害を被った患者さんの救済はどうなっているのでしょうか。国は控訴期限が過ぎたから300万円を一律に給付するという話があったり、あるいは東京地裁とか大阪高裁で患者さんが訴えて1300万を支払えという判決が出たら、国はこれを控訴していますね。おかしいと思うのは、断種手術や人工妊娠中絶を国が強制的に行ったということは、これはある種の国家的犯罪だと思っています。

す。今、日本精神科病院協会としては、顧問弁護士の先生方に患者さんをどのようにして手助けができるのかということを検討してもらっていますが、これに対して精神神経学会が主導していたのですよ。主導していたのならば、もうちょっと患者さんを救済する方法を、精神科医の団体の中心をなしている精神神経学会がきちんと患者さんに寄り添うような形を示さなければおかしいのではないのでしょうか。

3 番目、大阪新地の診療所の放火事件があり、あるいは京都のアニメのスタジオの放火事件、新幹線内の殺人事件、小田急線内の殺人事件、こういう無差別殺人が起きていますね。こういう事件に対しては、鑑定してみないと分かりませんが、多くは人格障害系犯行ではないかと思います。そうなったときに、現行の措置入院と医療観察法の入院でこういう事件は起きなくできるのでしょうか。また、こういう問題は今日にでも起きる可能性があるわけですね。こういう問題を検討すると、必ず患者さんの人権が大変だからあまり法的な規制はつけないほうがいいと言う意見もありますが、そういう人たちに殺されてしまった患者さんなり、あるいは新地の医療スタッフ、被害者・家族の人権はどうなるのでしょうか。もうちょっと一方の人権を考えるのではなくて、両方の人権をきちんと考えるような形をつくらなければいけないのかと思います。

4 番目は、夜間精神科の輪番救急システムというのは日精協が中心で回っていて、公立病院はほとんどこれに参加していません。夜間の輪番救急は来る患者さんの2分の1ぐらいは診療所の患者さんです。診療所の患者さんが準夜に急変して具合が悪いから薬をくれとかと言ってきますが、診療所は9時5時しか診療していませんから、情報提供がない患者さんを準夜、深夜に精神科病院の先生方が診察する形になっています。これは私はおかしいと思う。診療所は診療所で輪番をつくって、精神科の夜間一次救急のシステムをつくらなければおかしいですよ。ところが、診療所協会の組織率が、前に聞いたときは3割と聞いていましたが、しかも、他科に比べて日本医師会にも入会していない割合も多い。医師会に入会すると学校医、住民健診、予防接種、あるいは看護学校講師をやらなければいけないといった負担がつくので、加入しないで開業している。日本医師会にも加盟しないで、いいところ取りをやって、9時5時で診療をしているところと24時間対応しているところが同じ診療報酬でやるというのは、どうも納得できない気がします。

5 番目、これは非常に大事な事です。精神科特例でずっとごまかされて我が国の精神科医療は低医療費で行われて、一般科の3分の1ですよ。そういう形でずっとこれからするのかどうか。ちなみ、イギリスでは、グループホームは大体月100万円。それから、イタリアでデイケアを見に行ったのです。1日幾らと聞いたら300ユーロですよ。300ユーロということは1日4万円ですね。日本はどれぐらいだと言うから70ユーロだと言ったら、手を広げて笑っていましたよ。外国人に笑われるような低医療費しかつけていないところに問題があると思います。

国は、よく欧米のルールに合わせると言います。今回も障害者権利条約の審査があるということで、いろいろな装備がされているわけですが、そもそも日本の精神科の医療はイ

コールフットイングではないのですよ。外国と比較して、値段が全然違うのですから。従って、制度とか、患者さんのサービスとか、そういうことを議論するのならば、財政的にもイコールフットイングにしなければおかしいと思う。それができないのならば、欧米のように、精神科医療は政策医療と位置づけて、民間病院は全て買い上げて国営化したらどうですか。全て国営化して御覧なさいよ。今の精神科医療費の3倍、4倍の精神科医療費を使って国営化しても、今のサービスはできませんよ。私は会長としてそう考えます。したがって、精神科医療費をこのまま低医療費でしているような状態が続くのならば、精神科の医療は政策医療として位置づけて国営化すべきだと思います。

年を取ったので話が長くなってはすみませんでした。これで私のお話は終了させていただきます。ありがとうございました。（拍手）

○田辺座長 貴重なお話をありがとうございました。

山崎参考人からは我が国の精神保健福祉行政の歩み、それから、精神科医療の現状について、さらには5点ほどでございますけれども、問題提起をいただいたところでございます。

それでは、山崎参考人からの資料の説明に関しまして、御質問等があったら挙手をお願いいたします。時間の関係もあり、最長で16時半ぐらいでしょうか。そこをめどとさせていただきますので、御質問はなるべく簡潔にお願いいたします。

では、どうぞ。

○岩上構成員 全国地域で暮らそうネットワークの岩上でございます。

山崎参考人からお話いただきまして、本当にありがとうございました。貴重な思慮深いお話を承ったと思っております。

また、私、内閣府の政策委員も務めておりますので、最後にお話しになった国によって違うのだということは非常に参考になりました。医療保護入院の代替案が必要だということも本当にそのとおりだと思っています。医療観察法の在り方あるいは診療報酬上の適切な評価も、まさにそこが要ではないかと思っていますところでは。

私自身も精神科病院に対する風当たりの強さというか偏見については、先生にはかいませんけれども、じくじたる思いをしています。10年前に病床の転換についても議論すべきだという発言をした際には、かなり攻撃の対象になったということもありますので、それを日常的に精神科病院の職員の皆さんは感じながら仕事をしているというのは、今日、山崎参考人がお話しになったところをベースとしながら、この検討会あるいは今後の検討会でも議論すべきだと思います。

1つお聞きしたいのですけれども、そういった山崎会長がお話しになったことの手だてを国でもぜひ私も打っていただきたいと思うのですが、打っていく中でこれから5年後、10年後の日本の精神科医療の在り方あるいは精神科病院はこのように国民の期待に応えますということがございましたら、御教示いただきたいと思います。

○田辺座長 お願いいたします。

○山崎参考人 ありがとうございました。

これは精神科医療に限らず一般科の医療もそうですが、少子高齢化で医療ニーズが大きく変わってくると思っています。精神科の場合も今は4万人ぐらいいる長期の入院の患者さんの平均年齢が70過ぎていますので、10年、15年ぐらいするとその4～5万人の患者さんがいなくなるということで、大きく現在の病床のままでいったら病床使用率が落ちますから、当然どうやって病床のダウンサイジングしながらやっていくかということを考えなければいけないのかと考えています。

ただ、高齢化という観点から考えると、2040年までに第二次ベビーブーマーが高齢化するところまでは高齢化が続くわけです。ただ、認知症の患者さんで、しかも、我々が対応している患者さんはにこにこ認知の患者さんではなくて、BPSDがある精神障害であったり行動障害のある患者さんに対応しているので、その患者さんがどれぐらいこれから出てくるのかによってかなり病床が変わってくると思います。また、介護保険で施設が増え過ぎてしまって、本来だったら精神科の病棟で治療しなければいけないような患者さんまで介護施設で診ている状態があって、本当に困らないと病院に連れてこない現実もありますので、その辺を含めてどうしていくかを考えなければいけないのかなと考えています。

今日のこの会議の本題とは趣旨が外れますが、今、精神科医療の一番の欠点は小児精神科医が少ない事です。これはびっくりするほど小児精神科医がいません。私は群馬ですが、群馬県で小児精神科にかかりたいというと半年から1年待ちですよ。精神神経学会や厚生労働省も小児精神科医を至急きちんとつくっていかないと、小児精神科医療が回っていない状態にあるのが大きな問題かと考えています。

また、新規の統合失調症の患者さんは薬もよくなるし、割合早く発見されるので、自宅復帰率も上がっていますね。ただ、患者さんを地域に帰す中で、私がおかしいなと感じているのは、本来は9割の患者さんは1年以内に退院できて、1割の患者さんが病院に1年以上になるから、その1年以上なる10%の患者さんをどうやって地域移行させるかが最初の検討会の話だったはずですよ。それがいつの間にか30年、40年入院している長期の患者さんまで地域移行させようねみたいな話になってしまって、話の本筋が最初に検討していた話とその次の話がずれてきてしまった。30年、40年も入院していて地域に全然身寄りもないような人が地域移行して、何が幸せなのでしょう。それよりも、さっきお話ししたように病院を病棟から施設に転換するものは転換して行って、限りなく普通のグループホームに近いような形態のものをつくって、そこで生活したらどうかという提案をすると、今度は患者の囲い込みをすると言うのですよ。囲い込みをするのならば、あなた方がグループホームをつくってあげればいいでしょうと言うけれども、そういう人たちはつくらないのです。そこが大きな問題かと思っています。

○岩上構成員 ありがとうございました。

地域側と言ったら変ですけども、体制整備が整っていないというのは、本当にまさしく私たちが反省しなければいけないことだと思っています。病床の在り方についてもニー

ズに応えてということになっていくと思いますけれども、先生のおっしゃるような形で、議論は今後もここで次の検討会も含めてしていく必要があると思っています。介護医療院の在り方や、あるいはもともと病床を買い上げたほうがいいというお考えもあると思いますし、地域移行機能強化病床もなかなかハードルが高かったりということもございまして、そこは今後の課題としてぜひ厚労省には報告書なりにも盛り込んでいただきたいと思います。どうもありがとうございました。

○田辺座長　ほか、いかがでございましょう。

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。

山崎先生、貴重なお話をどうもありがとうございました。私が医学部に入学する前のことになるのですが、先生が私の母校で教鞭を執っておられたということもありまして、今日は学生が講義を聴くような気持ちで拝聴しておりました。

このような検討会の中では、本当にどうしても形而上的なあるべき論に傾きがちですし、ともすれば財政的なことも含む精神医療のリアルな課題であるとか、精神科医療を提供する側の声が置き去りにされてしまう傾向があるなというのは改めて気づかされました。今回、精神科医療の歴史を振り返っていただいて、いかに精神障害を持つ方が長らく差別的な扱いや人権侵害を受けてきたかということと同時に、日本では民間の精神科病院に医療の提供だけにとどまらない社会的な重責を負っていただいている、もしかするとむしろ純粋な医療の提供以上に社会的な諸問題の御対応に心を砕かれることも多かったのではないかと思います。それは決して昔話ではないというところが問題だと思うのですが、現在でも同じような御苦労は続いていて、お話の中にもあったように、医療観察法の処遇は適用されないけれども病状がより重い方でありまして、行動上の問題が精神障害に起因するのかそうでないのかの判別が難しい方であったり、ある意味、医療観察法の入院処遇中で治療可能性がないと判断されて処遇終了となった方のその後の医療を引き受けておられることもその一部だと思います。

私は精神科病院の常勤医として急性期を担当していたこともございますし、措置入院に関する研究活動とか、地域の危機介入の実践の中から、そのような危機的状況に至る前の対応がいかに重要であるかということと同時に、いかに精神科病院が本来は地域で担うべき大きな御負担を担っておられるかということもある程度は知っているつもりではいるのですが、私の知る範囲は全体のごく僅かであると認識しております。ただ、この精神科病院が純粋な医療の提供だけではない社会的役割を担っておられることを精神科医療の現場を御存じない方に誤解を生じさせることなく語るというのは、正直、かなり難しいことであろうと思います。そういう意味でも、精神科病院の置かれている難しい状況にも十分に配慮しながら、今後のあるべき方向性を改めて議論をしていかななくてはならないことを痛感いたしました。

前回の検討会で桐原構成員からも御指摘があったかと思いますけれども、今なお続くス

スティグマの問題と同時に、長く目指し続けてきた昔からあった精神科、精神障害のスティグマの配慮、当事者中心という考え方は、これは精神保健医療福祉施策を考える上での一丁目一番地とすべきというのはみんな合意しているところだと思うのですが、同時に精神科の医療福祉サービスを提供する側、精神科病院のスティグマとか、精神科病院が直面する偏見の払拭も重要だと感じました。精神科に入院するとひどいことをされるのではないとか、精神科病院が都合の悪いことを隠しているのではないとか、実際にはほとんどの病院がきちんとした医療を提供しているにもかかわらず、そのように見られてしまう現状ですね。

実際の精神科病院の治療上の必要性に基づく構造的な特徴とか、そういうところから不適切な処遇などが見逃されやすい構造になっていたりとか、治療上の必要性から非自発的な処遇を行わざるを得ないことに起因する患者さんとの関係性構築や対応の難しさもあって、それが治療する側のやりにくさだったりとか、世間に誤解を招くものになってしまっているところもありますので、より透明性の高い適切な治療環境をつくっていくことであるとか、精神科病院が担っている社会的重責を我々地域の側であったり、ほかの機関もきちんと分担していくようにしていく、そういう観点ですね。そのためにはどうすればよいかということ、これは精神科病院だけに考えることを押しつけるのではなくて、国の責任、地域社会の責任というように引き続き検討していく必要があると強く感じました。その際に、精神科医療を提供する側の御苦労にもきちんと向き合った上で検討を進めていくことが必要であると考えました。

どうも日本人の悪い癖で、国際比較をするときに日本の悪いところばかり見つけようとする傾向もあるのかなと思いますので、日本ではこんなことを頑張っているということを発信していくことも必要かと思いました。

長くなってしまったのですが、ほとんど感想で申し訳ないのですが、貴重なお話をどうもありがとうございました。

○田辺座長 山崎参考人、何か藤井構成員の感想に対するコメントはございますでしょうか。

○山崎参考人 特に、御感想をありがとうございました。

○田辺座長 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。

岩上構成員、藤井構成員からも御意見、御感想をいただいたところでございますけれども、地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するために精神科医療に期待される、また、果たすべき役割につきまして、本検討会の構成員の皆様方にはなお一層活発かつ前向きな御議論を期待するとともに、合意形成に向けた御協力をお願いしたいと存じます。

山崎参考人におかれましては、長時間、本当に貴重な御報告、貴重な論点提示をいただきまして、誠にありがとうございました。

続きまして、事務局から本日提出の資料につきまして御説明いただき、構成員の皆様方

から御意見を賜りたいと存じます。

では、事務局、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。

本日、資料1から3まで事務局からは御提示をさせていただいております。資料1は4月25日の障害者部会で前回検討会での資料に関し御意見いただいたものをまとめさせていただいております。こちらは資料2を今後御説明する中で順次言及させていただくことで説明に代えさせていただきたいと思っております。

資料2を順番に御覧いただければと思います。

まず前提といたしまして、2ページ目、○の2つ目ですけれども、本検討会は昨年3月の精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会を受ける形で2行目のところ、各サービスプラス住まい、社会参加、地域の助け合いといったところを精力的に検討させていただいてきたものになっております。この後につきましては、資料の修正部分を中心に説明させていただきたいと思っております。

まず、4ページ以下、市町村の相談支援体制に関する部分につきましては、6ページ、赤のところになりますけれども、ピアサポーター、当事者に関する御意見を前回いただいたものを反映させていただいております。

続いて、7ページ以降も同様になりますけれども、真ん中のところ、市町村の相談支援として訪問・アウトリーチの充実、一番下の部分、市町村のバックアップを行う精神保健センター、保健所の最後の部分ですけれども、人員体制を含む体制整備に関する御意見。

さらに8ページになりますけれども、市町村から精神医療機関委託をする際には、市町村においてもノウハウが蓄積されるようにという観点で、市町村が協働して業務を行うという点。その下のところになりますけれども、コミュニティー、メンタルヘルスチームの観点について追記をさせていただいております。

続いて、10ページ以降、医療計画に関しましては同様に前回の検討会での御意見を追記させていただいております。

11ページの一番下のところ、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所、12ページにつきましては、精神看護専門看護師など高度な専門性を有する人材の活用、災害、感染症等の感染拡大時における精神科とその他の領域の医療連携体制の在り方、13ページになりますけれども、指標例の中に医療を受け手である患者の立場から診療時間についての御意見、一番下の部分、精神保健に関する相談内容が多様化している現状に照らした医療提供体制の基本的な考え方についてという形で御意見を追記させていただいております。

続いて、15ページ以降、前回まで精神科病院における患者の意思表示支援という形で御議論をいただいていたものになります。こちらは前回の検討会での御意見を踏まえまして、赤字で修正をさせていただいております。まず「現状と課題」の部分につきましては、現状として1つ目の○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた予算事業の中で、精神科病院に入院中の患者を訪問する取組が実施されている旨の御紹介、

○の2つ目、3つ目で課題という形で25年改正法の検討規定の中での附則、それから、衆・参両議院の附帯決議に関して記載をさせていただいてございます。

16ページの下「基本的な考え方」というところで、精神科病院での権利擁護の取組、それから、非自発的入院ということで、外部との面会交流が難しくなる旨、○の2つ目以降になりますけれども、とにかく市町村長同意による医療保護入院者の方、医療機関外との面会交流が特に途絶えやすいということを踏まえまして、○の4番目のところ、市町村長同意による医療保護入院者を対象に、精神科病院の理解の下、精神科病院に入院する患者を訪問し、相談に応ずる面会交流確保が大事という旨を記載させていただいてございます。こちらは前回の資料から内容的な修正は大きく伴うものではございません。

続いて、17ページになりますけれども、前回の検討会あるいは障害者部会の中で個別給付化という部分に関して慎重な議論をすべきではないか、モデル事業を行った上で問題点の抽出を行うべきではないかという御意見をいただいた点を踏まえまして、修正をさせていただいてございます。（1）の「実施主体・枠組み」といったところになりますけれども、まず○の1つ目、実施主体につきましては都道府県等という形、こちらは精神科病院を所掌する観点、あるいは患者の入院等を受理するということで、患者さんの入院について把握をしている都道府県等を実施主体と整理をさせていただいてございます。

その上で○の2つ目、1行目の後のほうからですけれども「都道府県等が行う任意の事業として位置付けた上で、全国の都道府県等での事業実施を目指し、課題の整理を進めることが必要である」とさせていただいてございます。

その上で「支援者」「支援内容」という部分になりますけれども、前回の検討会の中で御意見をいただいております医療の意思決定支援との関係につきましては、（3）の○の1つ目の※の2文目になりますが、「治療法など医療に関する意思決定支援を意図するものではない」と記載をさせていただいているところでございます。

さらに（4）の「その他」の下から○の2つ目の部分になりますけれども、今後、事業の実施に当たってはという形で、精神科病院あるいは実際に支援に当たられている関係者の方々、意見交換を行う場を設けることが望ましいという旨、さらには「事業を円滑に実施できるよう、精神科病院の理解を得ながら進めることが必要である」という部分を追記させていただいてございます。

続いて、19ページ以降「医療保護入院」に関する議論になりますけれども、まずは20ページが一番下の部分、こちらは障害者部会の中で医療のアクセス確保の観点といった部分につきまして、より具体的に記載すべきという御指摘をいただいております。そういったことを踏まえまして「患者の症状によっては、その同意によらない入院を行えないとすると、患者の不利益につながる可能性がある」という部分を具体的に記載させていただいてございます。

さらに、23ページになりますけれども、一番下の部分になります。入院期間の法定化に伴いという形で、こちらは入院届の審査を担う精神医療審査会の事務が増加するといった

観点にも留意が必要ではないかという御意見、追記をさせていただいてございます。

また、その次のページの記述にも関係しますけれども、入院期間の法定化といったものの制度化に向けては、この23ページの一番下の「また」以下のところでこれまで御意見いただいておりますが、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すべきであるといった点、あるいは御家族の方々、繰り返し同意の意思表示を求められることになるのではないかと、その点への配慮が必要ではないかといった御意見をいただいております。そういった御意見を踏まえ「具体の制度及び実際の運用の在り方の検討を進めるに当たっては、こうした意見についても考慮していくことが必要である」と記載をさせていただいております。

続いて、25ページは長期在院者の支援、こちらは当事者、ピアサポーターの重要性について追記をさせていただいております。

続いて、26ページの「より一層の権利擁護策の充実」といった点につきましては、真ん中の※のところ、医療保護入院の同意を行う家族等についても告知を行う旨、こちらは前回の検討会で実際の実務の一案と併せて御提案いただきましたので、検討すべきであるという形で追記をさせていただいております。

27ページ、医療保護入院の見直しについて、今後の代替案を含めた議論の整理に関する部分になりますけれども、赤で加えさせていただいた部分につきましては、一般的に家族の方々に医療同意権はないといった中で、精神保健福祉法においては同意を行うことが求められているという御意見をいただいております。その点を追記させていただいております。

続いて、31ページに移らせていただきます。本人と家族が疎遠な場合等の同意者について、市町村長が同意の可否を判断できるようにすべきではないかという部分に関するものですが、前回の検討会の中で同意・不同意の意思表示を拒否する場合に限らず、家族がどうしても同意・不同意の判断を下せない場合についても対象にすべきではないかという御意見をいただいております。こちらを反映させていただいております。

また、一番下の部分、障害者部会の中では、医療保護入院の同意者について、家族などではなく基本的に市町村長が行うこととしてはどうかという御意見もいただいたところでございます。こちら、今後、医療保護入院の縮減を図っていく中で、家族等同意が求められている意義であったり、あるいは市町村の体制整備の在り方といったものを含めて、今後さらに検討を進めていくことが必要であると記載をさせていただいております。

続いて、32ページ、精神医療審査会に関する記述になってございます。真ん中の上の「精神医療審査会については」というところで、こちらは現行の精神医療審査会の問題点を明確に記載させていただいております。

また、一番下の「当事者や家族も含めることができることを示すべきである」とさせていただいた部分ですが、こちらはこういった場面で当事者性が発揮されるのか検討が必要ではないかといった御意見等々もいただいたところでございます。あくまでも委員の選定

については都道府県知事の判断により行うものとなってございますので、その旨を追記させていただきます。

続いて、37ページになりますけれども、身体的拘束に関して「多動又は不穏が顕著である場合」という現行の告示の要件に関するもの、前回の検討会の中で拡大解釈のおそれがあるため要件から削除すべきとの御意見、身体拘束を原則廃止すべきとの御意見をいただいた一方で、治療の必要性の観点も考慮されるべきとの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、「今後、非代替性の要件の判断手法や行動制限最小化委員会の在り方を含め、調査研究等により、実際の運用について検討を深めていくことが必要である」と追記をさせていただきます。

続いて、資料は38ページになりますけれども、重度訪問介護の利用に関しまして、こちらは前回検討会の中でいただいた御意見、追記をさせていただきます。

続いて、39ページの部分になりますけれども、こちらは前回の検討会の中で3点ほど御意見をいただいた部分を追記させていただきます。1点目は真ん中の※の部分になります。急性期の精神病床についても充実した人員体制が必要ではないかという御意見、それから、一番下の○のところ、看護職員の適正配置について明示すべきではないかという御意見、コメディカルを含む適切な職員配置、具体的にこういった職員を想定されているのかといった御意見に関して追記をさせていただきます。

続きまして、40ページ以降、最後の部分になりますけれども、「虐待の防止に係る取組」につきましては、障害者虐待防止法の条文の記載との平仄をそろえるなどの修正をさせていただきます。

41ページ、「身体的虐待、精神的虐待、経済的虐待等」、こちらはワーディングの適正化を図ったもの。

また、42ページになりますけれども、真ん中の部分、障害者虐待防止法の中身として医療機関が通報義務の対象とされていない、通報者保護の仕組みが設けられていないといった部分、また、その後の部分、虐待の通報の対象は病院の職員に限られるものではございませんので「等」といった語句の追加をさせていただいているところでございます。

資料の説明は以上になります。御意見をいただければ幸いです。よろしく願いいたします。

○田辺座長 御説明ありがとうございました。

それでは、構成員の皆様方からの御意見を賜りたいと存じます。

本検討会も次回以降、いよいよ取りまとめに向けた議論が予定されているところでございます。したがって、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くとともに、御発言の時間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ウェブ上での「手を挙げる」機能を用いまし

て御発言をお願いいたします。

辻本構成員、よろしくお願いいたします。

○辻本構成員 時間がもったいないので、準備してきたものから話します。

まず「Ⅰ．総論②」、スライドで3番目になるのでしょうか。その中の○の2つ目のところになります。「今後、ライフステージを通じた心の健康づくりの視点を持ち、精神保健医療の施策上の位置づけをさらに高めることが必要である」という文面を入れたらどうかと思います。

次に「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③」、スライドで7ぐらいになるかと思うのですが、(2)の(i)において「市町村長に、市区町村における保健センターと基幹センター、両者の役割についても整理の上」というところを書き加えたらどうかと思いました。

スライド8の②のかかりつけ医のところなのですが、1つ目のポツにおいて「公的な地域保健の活動として」を追記すべきではないかと。公的な役割を補うためにそういうものを入れたらどうかと思いました。

次に「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⑤」、次のスライドの中で、3個目の○のところで「普及啓発が重要となる」の後に「その際には既に実践されているメンタルヘルス・ファーストエイドを用いた取組を参考とすることが望ましい」と。もう既にメンタルヘルス・ファーストエイドは使われているので、別のものを入れるよりもそれを活用していったほうがいいのではないかと思います。

次に、Ⅳの新しく入った「精神科病院に入院する患者への訪問相談について②」、スライド17ぐらいになると思うのですが「(4) その他」の2つ目の○に「患者にとって分かりやすい方法で周知すべきである」の後に「特に精神保健指定医には、精神障害を有する方等への分かりやすい説明をする役割がある」というような、これは指定医の大きな役割だと思うので、そういうものを付け加えたらどうかと思います。

「Ⅴ．医療保護入院④」、スライド23ぐらいになるのですが、(2)の「①入院期間について」、この中で今回なかなか任意入院のことが述べられなかったので、医療保護入院から任意入院への移行を推進する新たな方策についても検討してほしいと思います。

それと「Ⅴ．医療保護入院⑧」、スライド27ぐらいになるのだと思うのですが、その「(4) 今後の検討課題について」の中で「医療保護入院後、速やかに入院の適切性・必要性について病院実地を受ける外部機関がチェックすること、本人や家族等に対して必要に応じた地域関係機関から支援を確保することについても検討を行うことが望ましい」という文面を入れたらどうかと思います。これは医療機関も自らを守るという意味もありますし、家族、本人が安心できる場を持つてほしいというところ、これは任意入院についても同じかと思います。

あとはもうちょっと気づいたらお話しします。以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

櫻田構成員、5時に御退室と聞いていますので、手は挙がっていないみたいですが、御意見等がございましたらお願いいたします。

○櫻田構成員 ありがとうございます。当事者の櫻田です。

私からはこれとって、御説明いただいた意見の中では前回同様の意見が結構多いので、さしてここで新たな意見というものはございませんので、感想じみたものにはなりますが、当事者としてこれだけのことを考えていただいてすごくありがたい一方で、私たち当事者の声も反映していただいていることはとてもありがたいと感じております。今後は取りまとめに入っていくと思うのですが、その中でも気がついたことをまた意見として述べさせていただけたらいいかなと思っておりますので、私としては以上になります。ありがとうございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、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す。

これまでの本会からの意見等につきましてはほぼ反映していただいております、ありがとうございました。

さらに、12ページの「第8次医療計画の基本的な考え方」、医療計画の策定についての②のところについて2点ほど意見したいと思います。この12ページの(2)の○の上の前文のところに「精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう」という文言があり、続きまして「医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる」と記載されております。地域包括ケアシステムの構築を推進するためには、「就労等の社会参加」と記載されていますが、就労と治療の両立も重要であるため、「就労等の社会参加」の後に「就労継続」、この一言を追加していただければと思います。また、患者の治療と仕事の両立支援体制を構築するためには、医療機関との連携が必要であり、産業医や産業領域の保健師、看護師、他職種との連携強化も重要であると考えておりますので、「産業医や産業領域の保健師、看護師、他職種との連携強化が重要である」と追記していただきたいと思います。

私からはこの2点です。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。

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。

私からは資料2について主に確認したいことの質問をさせていただきたいと思います。まず「精神科病院に入院する患者への訪問相談について」なのですが、これまでの検討の経過としましては、本来この制度は入院している全ての方が希望すれば利用できるものという前提で進められていて、一度に全員というのは難しいので、まずは医療保護入院の方を対象にという趣旨だったと記憶しております。本日の資料からは、医療保護入院

者のみを対象とする制度として実施するというように読み取れますけれども、医療保護入院の方に限定した取組とする方向なのか、あるいはまずは医療保護入院の方を対象として実施する中で、課題を確認しながら対象者を拡大していく方向で取り組むという趣旨なのでしょうか。この点について御説明を伺いたいのが1点です。

2点目、27ページの医療保護入院についての今後の検討課題の最後に、家族等も含め特定の者に過度の負担を求める仕組みとならないように留意することも必要としていただき、今後の検討に期待したいと考えております。また、このことと関連して31ページでは「検討の方向性」として、家族が同意・不同意の判断を下せない場合も市町村同意の要点に加えて検討としていただけたことは感謝申し上げます。ここでの質問ですが、27ページの今後の検討課題の「今後」というのは、この検討会における今後の検討なのか、今回の検討会では結論が出せないのので別途検討の機会を設けるという意味なのか、このことを確認させていただきたいので教えてください。

3点目、「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、37ページ、「今後、非代替性の要件の判断手法や行動制限最小化委員会の在り方を含め、調査研究等により、実際の運用について検討を深めていくことが必要」とありますけれども、これは今回の検討会では明確な結論を出さずに、調査研究等により別途検討の場を設けるという理解でよろしいのでしょうか。もう一点、このことに関しまして、この検討会を踏まえて130号告示が新たに見直されるとすれば、どのようなタイムスケジュールになるのでしょうか。お教えいただけたらと思います。

最後になりますが、本日、精神科医療の身体拘束を考える会より、この検討会に対する質問及び意見書が提出されたと伺っております。この検討会の構成員もその内容を把握する必要がありますので、その文書の内容と厚労省の見解、回答につきまして、次回検討会までに開示していただきますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

私からは以上になります。よろしくお願いいたします。

○田辺座長 3点ほど御質問があったかと存じますが、事務局、回答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 順番にお答えしたいと思います。

1点目、資料の16ページから17ページ、今回のまず事業化に当たっては市町村長同意による医療保護入院者の方を基本的な射程にすると。今までの検討会で記載のありましたような将来的には全ての患者という部分のスタンス、そこに修正を生じさせたものではございません。

続いて、27ページの「今後の検討課題について」という部分ですが、こちらにつきましては今後多岐にわたる課題といったものになっていきますので、こちらは岡田構成員がおっしゃっていた2つ目、後者の部分、別途検討の場を設けるといったことを想定したものになっております。

続いて、37ページ、隔離・身体的拘束の部分で、今回赤で追加した部分になりますが、

「調査研究等により、実際の運用について検討を深めていくことが必要である」という部分ですが、今回こちらは告示の改正といったことになりますので、スケジュールについてはこういった調査研究の中で実際の運用について検討を深め次第、パブリックコメント等の必要な手続を経て告示を公布していくといった形を想定してございます。調査研究を含めた実際の運用についての検討の深め方、こちらにつきましては、今後具体的な進め方を事務局で検討させていただいた上で考えさせていただきたいと思っております。

最後に、御要望いただいた別途の決議書に関する御意見については、次回の検討会までに検討させていただき、出せる方向で事務局で精査させていただければと考えております。

以上でございます。

○岡田構成員　ありがとうございました。

○田辺座長　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。

まず、市町村等における相談支援体制、6ページから7ページにかけてなのですが、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の整備につきましては、様々な具体的方策を出していただいております。精神保健に関する相談支援の義務化については、そのような支援を市町村ができるような体制を順次整えていくことと理解をしています。それは必要なステップであることは重々了解できるのですが、一方で、法律上の義務でない自治体としては動きにくいという側面もあるかと思えます。それぞれの自治体の考え方に左右されてしまうところが出てきてしまいますので、相談支援の質・量ともに今以上に地域間格差が広がっていくことも懸念されてしまうかと思えます。ですから、社会福祉法とかほかの法律との整合性を考えても、いずれは義務化していく方向性が見えるようにロードマップを考えていく必要があるかと思いました。

7ページの精神保健福祉相談員の配置を努力義務とすることに関しては、これは基本的には賛成の立場です。ただ、精神保健福祉相談員の制度ができた当時と今とは大分状況が変わってきていますし、精神保健福祉士も国家資格化して久しいですし、対象職種などの見直しを今から進めていくのだと思いますけれども、その際に精神保健福祉相談員の役割について、この機会にきちんと整理することも併せて必要であると思えます。

9ページの普及啓発についてです。これは基本的に書かれている方向性には賛同していて、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用した普及啓発、これをさらに推し進めていただきたいと思っているのですが、懸念しているのが、メンタルヘルス不調や精神疾患、精神障害、様々な状態像があって、診断がつかないレベルのメンタル不調や程度の軽い精神疾患についての理解は高まったとしても、継続的に医療や支援が必要な精神障害の方についての正しい理解が広がるとは限らないということですね。障害がある方への理解を進めるためには、実際にそのような障害を持つ方と接することであったり、共に何かをすることが効果的であることが知られています。先ほど山崎参考人より障害者雇用の現状についてのお話があったかと思いましたが、精神障害のある方の雇用を一層進

めて、一緒に仕事をする機会を増やすこととか、学校教育も授業だけではなくて当事者の方から直接お話を伺ったり、一緒に活動したりする機会を積極的に設けることなども必要ではないかと思います。

例えばこの検討会も当事者のお立場の構成員の皆さんの御意見には毎回本当に深く考えさせられますし、当事者の立場でなければ語れないような様々な貴重な視点を提供していただいている、それによって非常に実のある議論ができている実感は、これは全ての構成員が感じているところではないかと思います。当事者のお立場の構成員の方は必ずしも望まれないかもしれないのですが、この検討会での御活躍そのものがアンチスティグマにつながるような気もいたしますので、もっと周知してもいいのかなと思っています。

私は今、主たる活動は研究ということになっているのですが、研究でも当事者の皆さんに随分と活躍していただいています。私たちが実施する研究に御協力いただくだけではなくて、当事者の皆さんが主体的に行っている調査からも重要な知見をいただいている、当事者主体の研究もされているということなども、これも普及啓発の一環として紹介する価値があるように思います。

例えばつい最近、おとといぐらいですけれども、ポルケという当事者団体があるのですが、当事者を対象とした調査を実施されていて、すごく示唆に富む結果が得られていますので、一部紹介をさせていただきたいのですが、調査結果によれば、精神科医療全体で入院治療というものは大きな役割を担っていることは当事者の側からも示されていて、同時に非自発的入院に頼り過ぎない枠組み、頼らない枠組みを広げることが必要であることも示されました。入院治療というのは、御本人が積極的にオプションとして選択されることが望まれていることでもありますとか、御本人の立場で重要とされているのは、第1には医師から説明を受けて安心して医療を受けられるといったいわゆるインフォームド・コンセントに関するものであることも示唆されていますし、さらには自分が希望するときに受診をして医療を受けられるといった自己決定に関することも重視されていました。さらに、この調査では自傷他害といった緊急性がある場合の入院治療を許容する考え方について、これに共感を示す回答は「とても共感する」と「ある程度共感する」を合わせて全体の74%の方が緊急性がある場合の入院治療を許容する考えがあった一方で、非自発的な入院の負の側面についての指摘も多くありまして、状況によっては致し方ないとしつつも、その範囲を限定したり、尊厳を守るための仕組みが必要という声も数多く寄せられていました。

当たり前のことかもしれないのですが、情報提供をきちんと行うことや、いかにして御本人の主体性を尊重していくかという視点が重要であって、そもそも自発的・非自発的入院をしなくても適切な支援が提供できる体制や医療従事者の姿勢、御本人の主体性が発揮できるような支援が行われる、それが重要であることが改めて示されたかと思います。当事者主体で実施された調査の結果を医療福祉サービスの在り方や政策に反映していくことも広い意味で普及啓発になるかもしれないと思います。

続いて、16ページ以降の「精神科病院に入院する患者への訪問相談について」ですけれども、今回整理していただいた方向性におおむね賛成です。岡田構成員からもありましたけれども、支援の対象となる方についての考え方ですが、当初、対象を絞る必要があるという観点からは、今までの市町村長同意による医療保護入院者を対象とすることに反対するものではないのですけれども、医療保護入院に同意する御家族がいらっしゃっても、実は御本人との関係性があまり親しくない、よくない場合だったりとか、遠方だったり、御家族が高齢だったりとなかなか病院に来られないとか、外部との交流が乏しくなる状況がほかにもいろいろ考えられますので、暫定的には市町村長同意による医療保護入院者に絞るとしても、モデル事業の実施などによる検証や実際の運用を進める中で、適宜対象者や支援内容そのものの見直しを検討していけるようにし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、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。

少しだけ医療保護入院のことですが、25ページとか、あるいは23ページに「長期在院者への支援」などとあるのですけれども、先ほど山崎会長がおっしゃっていたとおり、確かに問題なのは、30年、40年入院している人よりもと言ったらいけないかもしれないけれども、入院が1年以上になる人が一定数発生して、当院では6～7%だったと思うのですが、そういう人たちが3～4年たつとまた50人で1個病棟を占拠するみたいな形になる。要するに、新たな長期入院者が発生しないようにするための取組として、ここには23ページにチーム医療やクリニカルパスなど書いてありますけれども、我々がやっているのは21ページの包括的支援マネジメントを、今、診療報酬では外来の支援しかつきませんでした、入院の段階からたくさんそういうケア会議をして、地域の人を呼んで、なるべく1年かかっても2年かかっても地域につなげようという取組を行っているので、議論が長期入院を防ぐとか医療保護入院の入院期間というとぼやけたような印象があるので、もうちょっと具体的に新たな長期入院患者が発生しないためにという論点を追加していただけたらいいかと思いました。

32ページの「精神医療審査会について」、この審査会のもっと本来の実力というか、発揮すれば、いろいろなアドボケイト制度などの難しいものを使わなくてもかなりいろいろなことができると思っているのですが、現実的に専属の精神医療審査会の人などはいないわけで、長期的には独立した機関として精神医療審査会というものを持ったほうがいいのではないか、精保センターの業務の一部にするのではなくて独立したものにしたいほうがいいのではないかとと思っています。でも、ここでこういう報告書に書けるまでかといったらあれなのですから、そのように思いました。

39ページに身体拘束の防止に関して、なるべくコメディカルなども病棟に配置して手厚くということが書いてあるのですが、どうもこれを見ると慢性期の病床だけみたいな感じ

にも見えますし、精神科病院の看護師の数や医師の数で協議されがちですけれども、前回もいろいろな人が言って、僕も言ったかもしれませんが、精神科医療は一般医療に比べてどんどんコメディカル力を借りて適正な方向に持っていったほうがいいと思うので、一般病院などは本当に高機能の病院には薬剤師が病棟に入って、歯科も入って、何とか療法士がいっぱい入ってみたいに、一般病院でも体を診るだけのところでもいっぱい多職種が入っているので、精神は慢性期ばかりではなくて急性期にもそういう作業療法士とか心理師などをどんどん入れていく形にしたほうがいいと思うのです。そうすると、今度の報告書でそれをどこに入れればいいのかと思ったときに、一つの案というか、ただの思いつきですけれども、例えば虐待の防止に係る41ページのところに、精神科の病床の人員を、そのような多職種が入ることによってこういう虐待も防止できる気もしますので、どこかに書き加えていただけたらいいかと思いました。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

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。

今日、山崎会長の圧倒的なお話を伺って、非常に印象深かったのですが、医療保護入院等、入院に関することを議論していくに当たって、入院の現在の制度をそのままにした上での議論は少し物足りないのではないかと思います。医療計画のところにもありますけれども、基準病床数の算定というのは14ページに出てきたりしますが、山崎会長がおっしゃったように、療養病床を施設等に転換した場合にこれがどのようになるのかということが討議のテーマになると思います。そのときに、この α 、 β 、 γ があまり意味をなさなくなってくる可能性があると思います。ですから、そういう現在の療養病床等に関してどのように今後位置づけていくのかということも議論の対象になるべきであると思います。

医療保護入院に関しても、入り口のところで入院の期間等を定めていくというのはそれなりに賛成なのですが、入り口のところで人員配置が適切になされているところへの入院が望ましいのではないかとということも含めて少し考えるべきではないかなと思います。ですから、私の意見としますと、急性期の医療体制ですね。それができているところ以上のところに入院する必要があるのではないかと思います。

先ほど来、既に意見が出ていましたけれども、訪問相談は非自発的入院から市町村長同意に制限されているような形になっていましたので、その対象は全ての患者になるべきだと思います。

包括的支援マネジメントに関することですけれども、これは医療保護入院の入院医療を最小限にするための予防的取組の一つとして挙げていただいていると思いますが、主に診療報酬上の位置づけに現在のところはなっていますので、そのことばかりだと、診療報酬上やれるところはやったらいいし、やれないところはできませんねということになりがちですし、

現在も包括的支援マネジメントの体制、施設基準がそこそこ厳しいので、なかなか広がっていかない面もあります。そういう意味で、この診療報酬上で誘導するというだけではなくて、予防的取組の中に既に初めに市町村の役割等が書かれていましたけれども、ここにも市町村の役割を書き込む必要があるかと思っています。包括的支援マネジメントはどちらかというと現時点では診療報酬上に位置づけられているので、診療報酬に関わらないところはあまり自分のところと関係ないように思ってしまう可能性はあります。

そういうことを意識されたのか分かりませんが、21ページでモデル事業というものが出ていまして、精神科医療機関と地域生活支援拠点等の連携を支援するコーディネーター機能というものが書かれています。この内容についてはまだはっきりしませんが、恐らく医療と福祉をつなぐ回路がまだ不足しているという認識の下に、これをつなぐ機能を求めているのだろーと思います。そういう意味で、このコーディネーターがちゃんと制度として位置づけられるならば、その内容を書くべきだと思います。一方、私はここにその市町村の役割を書くようにと言いましたが、こういう役割を市町村がやるべきではないかとも思いました。包括的支援マネジメントが出てきた背景は、私の勝手な思い込みかもしれませんが、医療と福祉の連携がうまくいってなくて、相談支援事業はどちらかというと医療を切り離した状況で進めていったわけですね。それに対して、医療の側からは福祉とつなぐ回路がないので、それを含めてそういう回路を確保していく意味で包括的支援マネジメントというものができたような気がします。

そんなことで、診療報酬上、なかなか厳しい面もあるので、そんなに簡単には充実しないけれども、やるところはやっている。相談支援事業所に関しても医療と切り離されているとはいえ、それなりに頑張っているところはやっている。でも、それをつなぐ回路がちゃんと制度化されていないというのが問題点ではないかと思っています。私はそう思います。そういう意味で、市町村にこの医療と福祉をつなぎ合わせるプラットフォームとしての役割を持っていただけるとありがたいと思います。そのようにすることによって、本当に医療と福祉が連携しながら地域の生活支援をしていくことができるのではないかなと思います。

22ページ、「緊急時」という言葉が私はどうしても引っかかります。「緊急時」というのはこれまでの定義ではどうしても措置対応のことをいうので、ここでは多分違う形で使っておられるのですが、「にも包括」の報告書で非常に画期的だと思ったのは「平時の救急」という言葉を使っていることです。私はこの「緊急時」というのは「平時の救急」という言葉に書き換えるべきではないかと思っています。平時の救急において受診前相談であるとか入院外医療が充実されるべきであると。つまり、平時の救急はいっぱいあるので、緊急も含めて様々な救急がある、それに対応していくために体制を組む必要があるということです。

それから、その何行か後に、急性増悪等の後に、結局入院治療へのアクセスを確保すると。これも平時の救急とした場合に、その解決策として入院治療へのアクセスというの

であれば、おかしいと思います。ですから、これは危機介入へのアクセスとすべきだと思います。危機介入あるいは緊急対応などが必要であって、入院治療へのアクセスというのはおかしいのではないかと思います。

「緊急時の入院外医療の充実」とその次の行に出てきますけれども、ここも市町村の役割を強調する意味で「緊急時の入院外医療の充実」については「市町村の精神医療相談窓口」を加えるべきではないかと。限定されてしまうかもしれませんが、そういう市町村の役割を強調することがあってもいいと思います。

言い出すと長くなってしまうので、これで終わります。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。

ほか、いかがでございましょう。

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。何点かお話をさせていただきます。

まず17ページのところ、今回、精神科病院に入院する患者への訪問相談ということでまとめていただいております。17ページのところでは、都道府県が実施主体になるとか、あるいは支援者は都道府県が選任をする、都道府県が実施をする研修受講を必須とする、関係者が意見交換を行う場、これを都道府県が設置をするというように、かなり前回の資料よりはまとめていただいております。

ただ、これは障害者部会のときにもお話をしたのですけれども、精神科医療の現場、特に非同意的な入院で入院された患者さんに関していえば、我々が一番気を使うのは入院の早期に患者さんとの治療関係、これを構築することに物すごく気を使います。そのことがその後の治療の効果に影響を与えているので、そこのところにも物すごくエネルギーを注力するわけです。これは前のときには障害者部会での私の発言が一部切り取られて流布していたので気をつけて言いますけれども、そういった入院早期に患者さんと治療関係を構築する非常に我々にとってはデリケートなときに、例えば外から訳が分からない、これはこのようにどうするのだと我々のところでは言われたのですけれども、そういう人が入ってくると現場が混乱するという意見があります。そのことは、先ほどお話をした前提に立てばあり得べきことかと考えています。

ですから、この支援者の制度化についてはかなり慎重に対応するようなことを今回は考えていただいているようですけれども、実際に制度化する前に例えばモデル事業のようなものをして問題点を抽出する。研修一つ取っても、どういったものが必要で、どういったところに力点を置いてやるのだというところですね。例えばどのぐらいの期間この研修をやるのかが全く示されていないので、先ほど言ったような意見、「外から…」という意見については、私はあり得べき意見かと考えておりますので、そこところを今後取りまとめをする段階には考えて入れていただきたいなと考えています。

医療保護入院に関して、これは20ページを見ていただくと、赤のところ「患者の症状に

よっては、その同意によらない入院を行えないとすると、患者の不利益につながることもあるという視点を持ってください」これは私が言った中身です。精神科の現場ではこの医療保護入院もそうですし、それから後の隔離ないしは身体的拘束といった行動制限に関しても、患者さんの病状によっては非同意的な治療、これを行わざるを得ない場合もあることをまず念頭に置いていただいた上で議論をしていただかないと、一切非同意的な治療は行わないのだという立場に立つとすると、それは治療の放棄につながりますし、ひいては患者さんの不利益につながることを明確にさせていただきたいと思います。その上で制度の存廃、これについて議論をしていただく必要があろうかと思います。

先ほど我々の会長も意見を述べた上で、日本だけが特別にひどいことをしているという論調があるのだけれども、外国はどうなっているのだということで、令和3年度の障害者総合福祉推進事業、これは令和4年の3月に報告書がまとまっているわけですが、「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」をPwCコンサルティング合同会社が受託をしてやっておられます。これはかなり厚いものですが、私も拝見をして、56ページから「各国の保健医療福祉提供体制」というように一覧表になっています。これを見ると、非同意入院及び隔離・拘束をどのようにやっておられるか。これはアメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、イタリア、カナダ、オーストラリア、韓国についてまとめてあります。それぞれのことについてはもっと詳しい報告書があって、例えば74ページからのところは「隔離・拘束」についてこのように書いてあります。どのようにやっているか、数はどのぐらいあるかということについて緻密に報告をしてあります。

それから、古い資料になりますけれども、厚生労働科学研究の中根先生が主任研究者でやられた「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」、その中で研究分担者の伊藤弘人先生がやっておられるものでも、非同意的ないろいろなこと、それから、保護者制度についても触れられています。これは資料自身が少し古くなりますけれども、今回の障害者総合福祉推進事業の報告書、これは全部で77ページあるので、これはちょっと大変なのですが、例えばこの一覧表になったところ、これを参考資料として本検討会に示していただければ、より有意義な議論ができるのではないかと考えておりますので、事務局にはお願いしたいと思います。

隔離・身体的な拘束の38ページのところです。これはカンファレンス等を通じて全体的な意識を持っていくのだというところは確かに重要かもしれませんが、個々の行動制限の可否について、これを精神保健指定医がその責任において指示をしておるのでありまして、最終的な責任は病院管理者に帰する、このことはきちんと踏まえた上でこのことをやらないと、一体誰が責任を持つのだということが曖昧になりかねないので、そのことをお願いしたいと思います。

それから、これは神庭構成員が以前にもお話をされていましたが、行動制限、これに対する代替方法ですね。これについて力を入れて研究していただきたいと考えていま

す。こういった研究を国が責任を持って行って、その成果を普及させることに全力を挙げていただきたいと思います。

最後に虐待防止に関することですが、43ページ、ここで通報義務及び通報者保護への仕組みの制度化と。結局、ここでの議論はこのことに尽きるのではないかと考えています。これもいろいろな議論が出て、非常に議論が錯綜しているという印象を私は持っています。このことは非常に簡単で、障害者虐待防止法の附則の第2条で、学校、保育所等、医療機関、官公署については通報義務を除外していると。これをまず取り去るかどうかの議論だと思います。我々の立場としては、これは取り去らなくても、精神保健福祉法上の様々な仕組み、例えば精神保健指定医の義務であるとか、あるいは間接的防止措置によって目的が達成されるのだという意見ですが、例えば附則の第2条を撤廃するのだということになれば、どの範囲で撤廃するのか、学校、保育所、これも撤廃するのか。精神科だけを特出しにされていますけれども、ここでは医療機関と書いてあります。医療機関全体を撤廃するのか。あるいは官公庁、これも含めて撤廃するのか。撤廃した上でどうするかということになれば、精神科の医療機関に関していえば、精神保健福祉法でいろいろな担保をする必要がありますし、それ以外の医療機関はどうするのだと。さっき会長も6万人別のところにいるではないかという議論をされていましたけれども、それは医療法でやるのかという議論になります。

ですから、そのことも含めていろいろな議論が錯綜しているのですけれども、例えば通報義務を精神保健福祉法につけるのだとか、いろいろな議論がありますが、取りあえずは附則の第2条を撤廃するのかなのか、撤廃した場合に、その後、どうするのかということによって議論を進めていくべきだと。繰り返しになりますけれども、我々の立場としては撤廃する必要はない、現行の精神保健福祉法上で担保ができているという考え方であります。

ありがとうございました。以上です。

○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。

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ページ目以降の「総論」の部分についてです。これについては「障害者の権利に関する条約第36条及び第39条による障害者の権利に関する委員会からの提案及び一般的な性格を有する勧告が行われたときには、障害者を代表する団体の参画の下で当該提案及び勧告に基づく現状の問題点の把握を行い、関連法制度の見直しをはじめとする必要な措置を講じること」といったことを加えてください。

16ページ目の精神科病院に入院する患者の訪問相談の部分についてです。精神科病院、アドボケイトは資料のとおり、支援の効果として、患者と精神科病院の意思疎通が円滑になることが期待されるわけですが、補足しますと、医療者と患者のラポール形成が困難な局面だけを想定するのではなく、むしろ医療者と患者のラポール形成ができていたとして

も、意思疎通の円滑化には必要という観点から捉える必要があるのだと思います。

精神科病院、アドボケイトが必要となる理由については、次の2通りが想定されます。

1つ目は、非自発的入院、行動制限の判断ができる精神保健指定医と入院者という特殊性を帯びたコミュニケーションに起因するものです。私自身がそうなのですが、入院が1か月を超えると落ち着かなくなってきたり、退院したい気持ちになってきます。しかし、ここで患者が退院したいと発言することは、任意入院の場合だと本来ならば純粋に治療、主治医と患者のコミュニケーションでなければならないはずなのですが、実際は主治医と患者のコミュニケーションという性格を離れて、法律上の任意入院できない状態に該当する状態をつくり出してしまうことになります。これは医療保護入院の法律上の要件となりますので、真面目な精神科医ほど退院したいと繰り返す患者を医療保護入院に切り替える手続きをしなければいけない状況になってしまいます。そうなると、医師も患者もともにコミュニケーションできませんし、入院者のコミュニケーションは徐々に駆け引き的にならざるを得なくなってきたりしてしまいます。このように、法律上の問題を医療者の努力だけで解決させようというのは限界があります。よって、精神科病院外部からの訪問相談が調整役となることで法律事項を回避することができて、意思疎通を円滑にしていけるのだと思います。

もう一つは、精神医療の診断方法の特徴に起因するものです。精神医療は検査所見から分かることはあまりなくて、患者の状態を総合的に判断して確定診断を下します。患者本人の発言内容だけではなく親族等の第三者の意見も参考にします。また、患者の発言をそのままのみにしないのは、どの科の医療も一定そうなのですが、精神医療の場合、自覚症状の有無だけではなく、患者の発言が了解可能であるかという観点からも観察をします。このような診察方法は、医師と患者の信頼関係があればあるほど問主観に構造的な非疎通領域をつくり出します。また、療養に係る医療者はその関係性に拘束されていきます。ここに精神科病院の外部からの訪問相談が入ることで、療養に関わる話以外のコミュニケーションなどを介して意思疎通を円滑にしていけるとと思います。例えるなら、学校教育において児童生徒が保健室の養護教諭に相談するようなもので、成績や関係性に拘束された同じクラスメイトや担任教員ではなくて外部の人、無関係な人だからこそ言いやすいといったことだと思います。だからといって、児童生徒のクラスメイトや担任の教員が要らないことになどは絶対ならないし、そこは基本のベースになるはずだと思います。

また、同じく17ページの「精神科病院に入院する市町村長同意による医療保護入院者との面会交流を行う」の部分についてですが、さきに述べたとおり趣旨に即して適切な対象者像に改めてほしいと思っています。また、詳細については櫻木構成員から意見があったように、モデル事業を実施して、それを通じて研究班で検討するものとなっていたと思うので、そういった形で進めてください。

27ページの「医療保護入院⑧」の部分についてです。藤井構成員からも御紹介がありましたが、一般社団法人精神障害当事者会ポルケさんが、医療保護入院について全国の当事者約250名を対象とした意識調査を実施し、先日公表されたことが、巷で話題になっていま

す。内容を紹介します。まず「将来的な継続を前提とせず、縮減に向けて検討」という修正後の書きぶりがよいと答えた人は全体の20%にとどまり、修正前の書きぶりのほうがよいと望む声が多数を占めました。また、この間に医療保護入院の廃止により医療保障されなくなるのではないかと不安の声が出ていると紹介されることもありましたが、当事者に聞いたところ、実際は医療保障されることへの心配の声はあまりなくて「医師から説明を受けて安心して医療を受けられる」ということが41.9%と多かったです。また、緊急の場合に同意なしで医療を開始することに対して仕方ないと答えた人が26.6%、ある程度仕方ないと答えた人が48.1%で、同意のない医療開始それ自体は仕方ないとの認識が非常に多かったです。一方で、医療保護入院によって家族関係が悪化したとの回答が合計で83.1%、医療保護入院によって医療不信になったとの回答が合計で83.3%と、これも非常に多かったです。自由記述欄には「医療保護入院が廃止されても医療が受けられなくなる不安は感じていません。むしろ、医療保護入院によって医療不信になり、かえって医療保障と遠ざかってしまいます」というのもありました。このことから、同意のない医療開始それ自体は仕方ないこととして当事者は受け止められている傾向にあって、ですが、医療保護入院制度はむしろ医療保障を遠ざける制度として認識されていることが明らかになりました。

さて、私たち当事者はともすれば同意のない入院をできないようにさせろと主張しているのだと一部から誤解されているのではないかと感じていますが、そうではなく、精神保健指定医と家族という2者に負担が集中した現行の医療保護入院制度の立てつけの困難さを廃止という形で乗り越えて、同意によらない入院医療開始手続を一般医療と同質にしていくことを当面の方策として望んでいるわけであります。法改正に当たって附則の書きぶりなど今後のことを考えるのであれば、修正前のほうが検討段階での混乱は少なくなるのではないかとと思われるので、修正前の「将来的な廃止を視野に入れて縮減に向けて検討」という書きぶりに戻してほしいと思っています。

最後、42ページと43ページの虐待防止の部分についてです。資料では精神保健福祉法改正だと都道府県、障害者虐待防止法改正だと市町村であるかのように整理されていますが、どの法律に規定するのが適当であるかという話と通報先としてどこが適当であるかという話は別であることが分かるような書き方に工夫してほしいです。また、報告書には障害者虐待防止法改正を求める意見と精神保健福祉法改正を求める意見があったことを両論併記にしてください。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

太田構成員、よろしくお願いいたします。

○太田構成員　太田です。どうもありがとうございました。

私からは3点お話ししておきたいと思います。1点目は、大分用語が変わってしまって個人的には若干残念感もありますが、訪問相談のところでございます。質を保とうとされ

ているので反対するものではございません。当事者が特に反対していないのであれば私も反対するものではございませんが、櫻木構成員の話を聞いていて気になったところがあります。初期段階なので外部の人が入ってこられて治療を混乱させるのは困るとおっしゃる。それは理解はできるのですけれども、また、そうしないために医者が何を考えているかをよく研修していただく必要がある点もそうであろうとは思いますが、今の書き方から櫻木構成員の意見を踏まえて変えるのは避けていただきたいと思います。今の書き方でも、これは医療機関と本人の面談への同席に限って、本人の希望の下、精神科病院の理解を得て実施すると書いてあります。あるいは最後の○は「円滑に実施できるよう、精神科病院の理解を得ながら」と書いているのですが、これがともすれば治療の必要ということでブロックすることを認めるある種の拒否権のような形を認めたことになる危険を持っているだろうと思います。事前のお話あるいは今の書き方ならば、その拒否権まで与えるつもりはないし、医療機関の理解を得る局面を限っているのですが、櫻木先生の御意見を聞いて、ブロックのように動かしたがるお医者さんが出てくるのではないかと危惧します。それは避けていただきたいと思いますということで、カウンターのコメントをしておきたいと思いました。

2点目は、隔離・身体的拘束のところですが、37ページです。岡田構成員がおっしゃっていたことの回答で、分かったような分からないような感じになったのですが、日本語の問題として、今の書き方だと「身体的拘束の対象の明確化を図るべきである」としているのですが、では、どう図るのかについては、赤字で付け加わったところから、実際の運用について今後まだ検討をする必要があるという書き方になっている。その結果、どうも、要するにある種の先送りに読める危険がある。岡田構成員への事務局の回答を聞いてみると、まとめ次第、即時に告示を改正したいということで、単純な先送りではないようにもお答えになっていたのですが、しかし、まとめ次第という雰囲気です。いつまでたっても調査研究が続くということになると、これはまた厄介だろうと。したがって、本来であれば最低限の明確化などお互い不満を残しつつも妥協できる段階での明確化をまず一旦図り、さらなるブラッシュアップのために調査研究を進めるという2段階であることが分かるようにしてもらえないかと思います。私のような行政法学者からすると告示というのはしょっちゅう変わるものなのですが、そう簡単に変えられないのだというのであれば、ガイドラインなりなんなりを使いながら通達行政を駆使して、そこは段階を追って即時に変えるという要素は入れていただきたいと思います。

最後の虐待防止法の部分、櫻木構成員が附則のこともつかまえておっしゃっていましたが、別に精神科病院を通報義務の対象にするとときに、ほかのものまでどうするのだと、官公署はどうするのだ、学校はどうするのだということまで議論しなければいけないのかというと、そんな必要はないと思います。要するに、そもそも外されている特例を原則へ戻すということであると。ただ、精神科病院の場合には規制権限やほかのこともあって、精神保健福祉法を変える方針でやるならば虐待防止法を変える必要はない、別の通報

義務を保健福祉法に入れるというだけのことになりますし、テクニク的には虐待防止法を変えて、その通報先がなぜか都道府県であるという特則をさらに置くことだって考えられるので、仕組みはどうとでもできるという側面があります。そのときに、あいつはどうなっているのだ、こいつはどうなっているのだといって、巻き添えをつくって何とかして社会を変えないようにしようというのはよろしくない。不誠実な議論の仕方であろうと思います。介護施設の場合、福祉施設としてそもそも通報の対象になっていますし、そういうことで横並びでどうぞとも言われかねませんので、そこは焦点をぼやかさないで議論していけばよいのではないかと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

神庭構成員、よろしくお願いいたします。

○神庭構成員 ありがとうございます。

3点ほどコメントさせてください。7ページの一番下の行に「重層的な連携による支援体制を構築すること」、これはもう結論だと思うのですが、**「にも包括」**のときはよく出ていた言葉が**「ワンストップ」**だったのですね。様々な相談の窓口があると、それは必要なのですが、当事者の方は自分の問題はどこに行けば有用な情報が得られるのか分からなくなる。そこで病院でいえば総合診療案内みたいなものがあって、あなたは皮膚科に行ったほうがいいですよとか、内科がよいですよとか、振り分けてくれる。そういうワンストップの機能をぜひ体制整備の中に組み込めないかと思うのです。ここからは冗談みたいな話ですが、もしそれで人件費がかかるというのであれば、今後はチャットボットみたいなものを市町村に置いておいて、会話しながらAIがここがよいですよとか、そんな形ですることのできる、体制としてそういうものがあるといいなとは考えております。

17ページの支援者の件ですが、僕も40年近く現場で精神医療に携わってきていて、脆弱な方々がちょっとしたストレスで症状が悪化する場面に何度も遭遇してきています。もちろん支援者は大賛成なのですが、にもかかわらず、そういった問題も懸念する必要はあるだろうと考えています。慣れない方がいかに傾聴といっても、傾聴の仕方によってはストレスになるし、1時間も2時間も話を聞いていたら後で具合が悪くなることはあり、いろいろな場面が想定されるのです。ですから、いいシステムを導入するのですが、そこには心配しておいたほうがよいことも必ずあるはずで、そういったことを十分検討して進めてほしいと率直に思います。これは櫻木先生がおっしゃったことと重なるのですが、そのときに、当事者と支援者と担当医の役割とか、それを最終的にどうやって意見をまとめていく、どこの場所でそれをするのかとか、そういったことも制度の中で十分に練っていただきたいと思います。せっかくいいものを導入して医療の透明度を高めようとして、当事者の方に副作用が及ぶようなことがあってはならないと聞いていて感じました。

39ページの一番下のところですが、これは前回僕がお願いしたコメントが間違っ
て伝わってしまったかと思って、自分の会話力のなさを恥じているのですが、修正して
いただいた文章を読むと、看護職員あるいはコメディカルの職員配置を行えば手厚い医療提
供ができて、それによって身体拘束は限りなくゼロに近づけるのだという書きぶりになっ
てしまっています。これは僕の意図したこととは違ひまして、もちろん看護師不足、医師
不足の中で、ただ単に増やせと言ってもそれは無理だよという話は理解しました。ですけ
れども、この慢性期の精神病床を減らして医療計画に基づき減少を図っていく、その結果、
余るマンパワーを急性期に回す、これは物すごく時間がかかることなので、その時間を待
ってはられないという気持ちがあるのです。ですから、コメディカルを含む適切な職員
配置を行うことは必要なのですけれども、それに加えて入院患者に対するより手厚い体制、
医療体制を確保していく他の方法についても検討してほしいというのが、僕のこの前の感
想でございました。

以上3点です。

○田辺座長 ありがとうございます。

柑本構成員、よろしくお願いいたします。

○柑本構成員 ありがとうございます。柑本でございます。私からは2点意見を述べさせ
ていただきたいと思います。1点目が17ページの「精神科病院に入院する患者への訪問相
談について」という点でございます。この患者さんへの訪問相談というのは、まさに患者
さんの権利擁護のための制度として設けるべきだというところが、ICJの第三次調査団の報
告による勧告だったわけです。今回、いろいろな経緯を経てこのような形になったという
ところについては理解できなくはないのですけれども、ただ、患者さんの権利擁護という
ことが各都道府県によって違ってきてしまうというのは非常に問題ではないかと思います。
ですから、今後、この形でまずやるという点については、それは仕方ないのかなと思いま
すけれども、報告書に書くのであれば、将来的には国が制度を整備し、そして、財政支援
も行うという文言をぜひ入れていただければと思います。それがまず1点目、お願いでご
ざいます。

2点目なのですが、スライド37の隔離・身体的拘束についてです。「検討の方向
性」の「1. 処遇基準告示の見直し等」につきまして、私も3月の検討会だったかで発言
させていただいたことがあるのですが、それが報告書の中に反映されていないので、もう
一度述べさせていただきたいと思います。告示の遵守事項には、「常時の臨床的観察を行
い」ですとか、「医師は頻回に診察を行う」ということが規定されています。しかしなが
ら、「常時の」あるいは「頻回」といったものが何を意味するのかということについては、
この告示の基準では明確にされていません。さらには、厚生労働省は疑義照会に対する回
答という形で、通知におきまして「生命維持のために必要な医療行為のために短時間の身
体固定をすることは、指定医の診察を必要とする身体的拘束には当たりません」という解
釈を示されています。今、告示の見直しを行うということで「多動又は不穏が顕著」であ

るとか、あるいは治療の必要性の観点からの身体的拘束をどうするのかといったことを議論しているわけですが、この通知の扱いについてどうするのかといったことも併せてきちんと議論をしていただければと思います。特にこの通知に関しては、どの程度であれば「長時間」といえるのかにつきまして、裁判官らによる研究のレポートの中でも、それについては明確な基準がないので今後の課題となり得るというようなことが述べられています。この時間というものはいかようにでも解釈できるものでありますので、今回告示基準を見直すのであれば、この点につきましても、ぜひ明確に示していただければと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、野澤構成員、よろしくお願いいたします。

○野澤構成員 ありがとうございます。野澤です。

皆さんの御意見を聞いていて、非常に勉強になりました。私は幾つか気がついたこと、思っていることを言わせていただきたいのですが、非常に多岐にわたってとても重要な問題ばかりなのですが、中でも市町村の相談支援体制を義務化するというのは優先的にやっていただきたいなと改めて思いました。精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム、この中で仕事とか、住まいとか、居場所とか、社会参加とかというものに光が当てられたわけで、考えてみると、これまでこういうインフォーマルな分野というのは公的政策のテーブルになかなかのらなかったわけですね。ただ、当たり前のことですが、精神障害の方、当事者というのは、もちろん医療や福祉はとても重要ですが、医療を受けるために生きているわけでも、福祉サービスを受けるために生きているわけでもなくて、やりがいのある仕事や充足感のある人間関係、安心できる住まいだとか、そういうものの中に本当に生きがいというものを感じられると思います。また、ここを前提にしながら、それを支える貴重な医療や福祉、どうやってそれを支えていくのかというものをこれからの精神障害の方々の政策の大きな柱にして、いろいろな問題について考えていくことが大事かなと改めて思いました。

もう一つ、身体拘束ですね。38ページのあたりでしょうか。ここに身体拘束について診療報酬の改定についても検討するみたいなのがありましたね。これは実は障害者福祉の報酬改定の中でも、隔離・身体拘束について記録に残さないと補助金の減算対象にすることがされました。実際に何をしたのかというと、記録には残す、ただ、緊急性だとか非代替性だとか一時性だとかというものを全く守らない、守られていないけれども、記録にだけは残していくところが非常に多いことが分かったわけです。その最たるものが津久井やまゆり園です。私は検証委員として入りましたが、でたらめでした。全くそんな理由もないまま身体拘束されていて、記録にだけは残している。だから分かったわけですけれども、ですから、診療報酬のことだけでどうこうというのはなかなかそれだけで

は難しいかなという気もして、より実効性のあるものを個々に考えていく必要があるのではないのかなということを改めて思いました。

そして、42ページ以降の虐待防止に係るところなのですが、前半の山崎参考人のお話を聞いていて、精神病院だけではなくて介護施設だって障害者施設だってひどいというのは、それは事実ですね。障害者施設は年間3,000件近い虐待が認められているわけですね。それはひどいと思います。ただ、中身を見てみますと、とんでもない虐待もありますけれども、これは実は少数であって、その多くはグレーゾーンと言ってもいいぐらいの初期段階の小さな虐待や権利侵害なのですね。通報と言っているのか、それとも市町村のセンターへの連絡とか、相談とか、報告とか、そっちの言葉のほうが適切と思えるようなものがかなりの部分を占めているのです。これはなぜかという、障害者虐待防止法で通報が義務づけられたからこういうことが起きているわけです。

この法律は何のためにあるのかというと、とんでもないひどい虐待をただしていくのは当然ですが、多くが行動障害があったりして支援の難しい人たちに対して踏み込んだ支援をしなくてはいけない場面があって、ここで現場の人たちが非常に悩んでいるわけですね。戸惑っているわけですね。みんなどうしていいかわからなくて、不全感を覚えて、離職につながっていくと。それを正面から取り上げようではないかというので、国の研修も私はずっと関わってきていますけれども、小さなものからどんどん表に出して共有して、それを虐待ではなくていい支援に、行動障害の改善に向けて取り組んでいこうというのが、この障害者虐待防止法ができてからの10年の歴史なのです。多くの現場でそういうものに取り組まれるようになってきました。その数が3,000件近いものになっているわけです。当初は知的障害者福祉協会、主に入所施設を経営している方たちなのですが、ここは反対しました。反対声明まで出されて、私は審議会で批判をされました。ただ、今はこの福祉協会はむしろ旗を振ってこういう研修に取り組み、もっとこういうものを強化すべきだということをおっしゃってくれているわけです。それはこの法律ができて、通報義務が課されて、それによって現場の職員さんが悩んで辞めていくのではなくて、それに対して応えるようなものを国を挙げて取り組むようになったからだと思います。ぜひこの辺りを理解していただきたいと思うのです。

虐待防止法を改正するのか、精神保健福祉法の中でやるのか、いろいろな意見があると思いますけれども、先ほどの櫻木構成員の話を聞いていても分かると思うのですが、虐待防止法で改正してやるというのは相当いろいろな手続上も難しいと思うのです。理想的には虐待防止法の改正だし、当事者の方々も虐待防止法の改正を望んでおられるし、この旗を下ろすのはとても難しいのですが、虐待防止法でやれというのはやらないというのに現実的には等しいものがあることを認めざるを得ないと思います。それでも現在起きている現場のものを表に出して、いろいろなところが共有しながら取り組んでいくということは、その方向は進めるべきだと思っています。ですから、精神保健福祉法の中で何らかの、通報という言葉がどうかとは私は思いますけれども、市町村なり保健所なりへ

の連絡を義務づけて取り組んでいく、ぜひこういう道を進めていただきたいと思います。

医療機関はマンパワーの面からもスタッフの意識の高さやコンプライアンスの面からも大きな存在だし、影響力のある存在ですので、やり玉に上げられるということではなくて、そのようなつもりで言っているわけではなくて、むしろ全体をリードしていただくような立場になって取り組んでいただけるとありがたいと思っているのです。障害者施設だって、介護施設だって、本当にまだまだ力不足で、医療の影響力は非常に大きいです。津久井やまゆり園だって、困ってお医者さんや看護師さんの意見を聞いて身体拘束していたわけですね。ある意味それを口実にしてやっていたわけですね。そういうことのないように、医療の側からこの問題を改善、リードしていただけるようなものをぜひこの機会につくっていただきたいと思います。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございます。

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。

今日は山崎会長のお話をお伺いして、歴史の認識の重要性を再確認させていただきました。それとともに、山崎先生がおっしゃっていたように、ここにいる人たちはある程度知っているお話が多かったと思うのですけれども、実際にまだ知らない方々が世の中にたくさんいらっしゃると思います。スライドの9ページに国民に普及するとも出てきていますし、先ほど藤井構成員もメンタル不調といわゆる精神障害の方々についての理解の促進はまた少し幅があるのではないかといたしてお話をしていらっしゃったかと思うのですけれども、ぜひ普及啓発の充実というところで、今回当事者の方々もいろいろお話をしてくださっていますし、ここで議論したことについて精神科医療の従事者以外の医療従事者の方々、また、福祉従事者の人たちに対する教育を重視していただきたいと思います。そうすることによって、精神科の患者さんに対する、それこそ内科疾患等で入院が必要なときになかなか受入先が見つからないとか、手術だけ終わったらすぐ精神科に帰すところもありますけれども、身体科の医療を受けやすくしていただくことも必要ではないかと考え、そういった一文を加えていただければと思います。

スライドの17ページは、入院患者さんへの訪問相談ということで、名称等はともかくとして、この仕組みを入れていただくことによって、心細い思いをして非自発的入院となった方々が少しでも安心できる、そして、安心することによって、実は自分たちのことをちゃんと入院先の医療従事者も考えてくれていることが分かるようになることもあるかと思っています。大阪の人権医療センターの取組なども伺っていますと、人権センターの方たちが行ってお話を聞くことによって患者さんが納得して医療を受けることになったというお話もありますので、ぜひこういうことを導入していただきたいと思います。その際、今回17ページでは「支援内容」の○の1つ目のところに「市町村長同意による医療保護入院者と

の」となっているのですが、「医療保護入院者等」と「等」という言葉を付け加えてはいかがかと思います。個別でやることももちろんあると思うのですが、訪問者が何人か集団の患者さんたちとお話することもあるかと思いますが、病棟でそういう姿を見ていて、私にも呼んでほしい、話を聞いてほしいということが出てくるかもしれません。そのときに市町村長同意の人のみと限定し過ぎなくてもいいのではないかと思います。

ちなみに、2020年度では1年間で18万件以上の医療保護入院があって、そのうち4%ぐらいが市区町村長同意だそうです。ただ、市区町村長同意の場合には本来であれば役所の職員の方が面会に行くはずで、むしろそれ以外で、同意者等が面会に来ない患者さんもいらっしゃると思いますので、担い手を養成して、少しずつ対象が広がるといいかなと思います。

それから、櫻木先生がさっきおっしゃったように、院外からの訪問者が来ることについて病院はすごく神経を使うと思いますし、帰られた後でもし患者さんが不穏になったら、当然対応なども医療従事者がすることになりますので、例えばそういう方を受け入れた方については何らかの診療報酬の手当なども併せて検討されるといいと思いました。

次が医療保護入院、27ページのスライドですが、ここは表現の話で、将来的な継続を前提とせず、課題の整理を進めると書いていただいているところなのですが、先ほどの山崎会長のお話を伺っていて、医療保護入院を廃止すればいいという話ではないでしょうし、桐原構成員もおっしゃっていたように、そういう形にしつつ、改めて非自発的な入院の在り方について検討することになると思います。これは平成28年頃の在り方検討会の議論に戻ってしまうようなところもあるかもしれませんが、あのときに話し合われていたような自治体関与とか、2名以上の医師の診断といった仕組みについても改めて検討する必要があるのではないかと思います。先ほど櫻木構成員がおっしゃっていた精神保健医療福祉の提供体制に関する国際比較の調査研究報告書は、私もざっと読んだのですが、多くの国では自治体の関与とか、2名の医師の診察などが書かれていたように思います。

最後に虐待防止です。先日、神出病院事件の第三者委員会の報告書が出され、そちらも読みました。41ページで医療従事者による虐待の定義として「身体的虐待、精神的虐待、経済的虐待」が書かれていますが、ここにいわゆるネグレクトも含まれるのかが読み切れませんでした。つまり、本来必要な医療行為、看護行為が行われていない患者さんたちがいらっしゃるということが指摘されています。患者さんにとってみれば、入院して医療費を支払っているにもかかわらず必要な医療が受けられていないということは虐待に当たると考えることもできるかと思います。片仮名言葉は望ましくないのかもしれませんが、何か表現が加えられればと思いました。

そして、虐待防止法なのか精神保健福祉法なのか、精神保健福祉法の目的が社会復帰や社会参加、そして、国民の精神的健康の保持増進等々となっているのですが、今回議論してきたことを考えると、精神障害者の権利擁護という表現を目的に加えることができないかと、何度か発言させていただいているのですが、改めて感じています。その上で、この

精神保健福祉法の中で入院患者さんの虐待防止の観点から、通報という表現の妥当性は先ほど野澤構成員もおっしゃっていましたが、通報を義務化することによって問題を感じている方が外部への相談をちゅうちょしないで済む制度化が望ましいと思います。

もう一つは、精神障害者の虐待防止の取り組みについて、精神科病院内での虐待防止にも自治体の責任を加えてはどうかと考えました。

ここまでの調整につきまして、連休中も厚労省の皆様が頑張ってくださっていたと思いますし、もう一息だと思うのですが、本当にここまでの御尽力に感謝しています。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

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。

私の意見としては、これまでの取りまとめについて全て賛成という立場で発言させていただきますが、その根拠は、これまで様々なことに関して議論を重ねてここまで取りまとめたいただいたと。これは自分の仕事に置き換えたときに同じようなことをするわけですが、今までたくさんの意見を聞いてきて、御本人のお話を聞いてきて、一定程度このように計画を取りまとめたけれども、案という形で不十分かもしれないけれども、これでどうかと御本人さんに見ていただいて、御本人さんはそれでいいよと言ってくださるときもあれば、ここは譲れないから微調整してねとか、あなたの立場も分かるからそこは積み残し課題としてまた時間をかけて調整してちょうだいなどというやり取りをすることと重ねて考えると、最後はユーザーファーストで、ここまで取りまとめたけれども、どうしても妥協できないところはどこか、また、妥協できるところはここだよということを最後に聞いて取りまとめていくことが大事なのではないかなと思います。よって、ここは要望ですが、櫻田構成員は席を外されましたけれども、桐原構成員や小阪構成員に最後にどうしてもここだけは妥協できない、ここは致し方ない、その辺りの意見を聞いていただけるとありがたいです。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、ほかはいかがでございましょう。

小阪構成員、よろしくお願いいたします。

○小阪構成員 日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構の小阪です。

私からは大きく3点申し述べたいと思います。今回追記、修正された赤字箇所について、これまでの議論を踏まえたものとなっており、おおむね賛成の立場です。特に当事者、ピアサポーターについて、さらに数か所にわたって追記がされたことについて謝辞を述べたいと思います。ありがとうございます。

精神障害や病気に関わる当事者という経験を経た方について、支援される人という側面だけでなく、人と人が支え合う支援における協働者として評価し、制度政策上においても

広く位置づけていくことは、特に精神障害領域において普及啓発がまだまだ十分に進んでいるわけではない我が国の現状と、そして、当事者のリカバリーを一層促進していく観点において欠かせない要素の一つだと思います。

加えて、これまで触れられてきませんでした、資料2の9ページ、「普及啓発の充実」についてです。一般科医療において精神障害や病気があっても誰もが安心して自己開示をして受診できるように、一般科医療関係者等に対する普及啓発も国として今後一層推進していただきたいと思います。先ほど田村構成員からも同じような御指摘があったかと思います。私がそう申し上げたい理由は2点あります。一般科において精神障害があることをもって受入れを断られてしまう事案があるとお聞きすること、2つ目、もっと身近な話で、私自身が一般科を受診する際には基本的に精神のことには触れないことです。

以上2点は、もちろんセルフスティグマの影響も多分に含みますが、広く社会に存在する精神障害や病気に対する社会的偏見、スティグマの影響の度合いは非常に大きいものです。精神科医療に限らず広く医療として精神障害や病気に係ることについての普及啓発を一層推し進めていただき、精神科医療はもちろんのこと、必要時における一般科医療についても、精神障害や病気があっても誰もが安心して受けられるようにしていただきたいと考えています。

また、資料2の36ページからの「隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとするための最小化に係る取組」についてですが、ここは先ほど岡部構成員からも御指摘がありましたけれども、私としては非常に重要視している部分ですが、本検討会では、拝見していると、議論としての着地が全体としてはできず、合意形成が図れない見通しになっていることについて、非常に残念な気持ちです。今回、処遇基準告示の枠組みに比較的議論の焦点が当たっていた中で、社会保障審議会障害者部会において、身体拘束は原則廃止すべきという原則論を踏まえた意見を身体障害領域の委員の方がおっしゃってくださったことに、非常に励まされました。また、私は良質で適切な精神科医療については、本当に支えになると感謝している立場です。

その上で、本検討会だけでなく今後も継続的に議論されるであろう隔離・身体的拘束について、1点お願いします。精神科医療において行われる医療行為は、本来患者のための治療行為であるべきという点と、患者自身の尊厳を守ること、この2つの視点を入れ込んでいただいた上で、隔離・身体的拘束について原則廃止すべきという意見も十二分に勘案していただきながら、処遇基準告示等も含めた継続的検討を図るようにしていただきたいと思います。

最後に、先ほど櫻木構成員から、隔離・身体的拘束について代替法の研究等について国としても力を入れて示していただきたいとあったと思います。この点は私も非常に同意していきまして、私からもぜひそこは国にお願いしたいなと思います。

以上になります。

○田辺座長　ありがとうございました。

ほか、御意見等はございますでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、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各論点につきまして、本日の議論を通して、取りまとめに向けて一定の方向性が見えてきたものと思っております。次回の検討会は取りまとめに向けた議論が予定されております。事務局におきましては、これまでの検討会での議論の内容を踏まえて、資料の準備をよろしくお願い申し上げます。

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 事務局より、次回の開催について御連絡いたします。

次回第11回の検討会は、5月20日金曜日13時から16時30分を予定してございます。正式には改めて御連絡をさせていただきます。

事務局からは以上でございます。

○田辺座長 以上をもちまして、本日の検討会は閉会といたします。

構成員の皆様方、長時間にわたる非常に有意義な議論をありがとうございました。

それでは、散会いたします。