

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第3回（令和6年10月3日）

資料1

第2回検討会における御意見について

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第2回検討会における主な御意見（非自発的入院に係る制度について）

（家族等の同意）

- 医療保護入院について、権利擁護の観点として、家族等同意をなくしていくという方向をもう一度きちんと議論していく必要があるが、認知症、児童思春期、身体合併がある方など、精神科医療として良質な医療を提供することへのニーズが高いところを議論する際には、入院制度として切り離して議論をすることで議論が進むのではないか。
- 家族等同意の制度は、本人と家族の関係を考えると、将来的には見直した方がよく、日本の文化に合わせると代諾制度になっていくのがよいのではないか。
- 家族等同意について、精神分野に限らず、医療や介護の分野では家族によっても意見が異なることがあり、医療従事者も家族に対する研修会などで対応をしている。特に治療方針であれば、SDM（Shared Decision Making）等にも取り組んで行く必要がある。
- 疾患に対する社会的な認知の違いも、家族等による入院の同意に大きな影響があるのではないか。

（本人の同意）

- 当初は医療保護入院で入院された方を、途中から本人の同意による入院に切り替えるといった積極的な関わりをしている病院もある。看護職は本人が入院への理解をできるだけ深め入院に同意できるように関わるなど、入院制度の運用の在り方についても議論できればと思う。
- 医療の質を向上させると非自発的入院も減っていく。例えば意思決定支援やピアサポートが算定要件に入ることがよいのではないか。
- 非自発的入院について、外来診療で本人の入院同意に十分に時間をかけられないケースや、自殺企図等があり隔離が必要となることを想定して任意入院では受け入れないとする医療機関があると聞く。非自発的入院の制度を活用する仕組みについても検討する必要がある。

（入院制度の在り方）

- 障害者権利条約の観点から精神保健福祉法や非自発的入院制度を見直すに当たっては、即時的措置として精神科医療を一般医療と同質のものに改編するための法改正をおこない、漸進的措置として医療計画等を使いながら非同意入院のゼロ化に向けて段階的、計画的な縮減を同時並行しておこなう必要がある。
- 当事者の立場としては、非同意による本人が安心して受けられない可能性の高い医療保護入院の廃止を将来的に望む。そのために、外来診療の質向上も含めた充実化、訪問診療や他職種連携によるアウトリーチ支援の更なる拡充も欠かせない要素である。また、精神疾患や精神障害への偏見の除去、精神科医療に対する偏見の除去の取組が並行して大切である。
- 認知症の場合、精神症状が改善した場合には、医療保護入院ではなく、介護で対応できるようにしていくべきではないか。
- 認知症による入院が長期化する中では、権利擁護として後見人がつくべきではないか。また、地域とのネットワークをもつという視点も必要ではないか。
- 家族が病気に対する認識がないことや、入院したら手を放してしまうような実態があり、医療保護入院となっても家族との連携が取れるよう、本人だけでなく家族へのアプローチも地域の中でなされるような体制が必要。

（措置入院）

- 措置入院について、自治体ごとに取扱いが異なることや、権利擁護の在り方について考えていくべき。

第2回検討会における主な御意見（隔離・身体的拘束について①）

（組織風土）

- 身体的拘束は最小化というよりはゼロを目指すという風に意識化していくべき。看護職や医療従事者が自身の身を守っていくという観点から見ていくときに、行動制限を原則しないというコンセンサスがある中であれば、各状況をより詳らかに互いに認識できる。
- 身体的拘束の最小化に向けては、身体的拘束を全く行わないという組織風土の醸成が重要であり、病院の中の組織体制が非常に重要。また、外部研修や外部から講師を招くこと、地域の他機関との交流なども重要。
- 既に行動制限最小化という考えが定着されている病院では、行動制限最小化のノウハウが、日頃の看護の中に全て反映されている状態であり、行動制限を要するような状態にならないように日頃からケアを小まめに行っている。
- 身体的拘束の最小化に向けては、組織的な取組が継続してなされることが重要。身体的拘束ゼロや最小化に向けて積極的に取り組む精神科病院では、看護職はきめ細かな状態観察やアセスメントに基づいて積極的に患者とコミュニケーションを図りながら拘束せず安全に療養できる体制を整えている。また、院内のプロジェクトを立ち上げて認識のすり合わせやマニュアルの見直しなどを実施している。

（最小化のための取組）

- 病院の取組として、転倒転落の防止や点滴の管理での拘束が非常に多かったので、それをやめることとした結果、強い自殺企図や激しい暴力以外は身体的拘束をしなくて済むようになった。
- 量的な調査をしているわけではないので、減っている要因まではわからないが、インタビュー調査の中では、長期間、行動制限を限りなく行っていない病院では、課題解決に行動制限という手段、発想を持っていない。
- 身体的拘束について、病院に向けた研修会でも普及啓発等により最小化に向けて取り組んでいる。また、現場でうまく今後も活用していけるような好事例の事例集のようなものが参考になる。
- 精神科看護の知識、技術の向上も重要で、マネジメント方法の好事例の横展開が重要。好事例を基に、倫理的教育や看護の質向上などの人材育成や精神科看護の人材の確保、労働環境の整備、患者の暴力暴言から看護職を守るための対策などを総合的に進めて行くことが重要。
- 看護職、リハビリテーション職、心理職、ソーシャルワーカーも含めて多職種で見守ることで、身体的拘束を最小化し、事故を防いでいく取組につながる。

第2回検討会における主な御意見（隔離・身体的拘束について②）

（最小化に向けた医療体制の確保）

- 高齢化や身体ケアの必要な患者が増えてきている中で、現場のスタッフに不安があるとなかなか行動制限最小化に踏み込めない。特に夜間も含めて対応を行う看護職が安心して行動制限最小化に取り組めるよう、例えば看護体制の確保も含めて、同時に考えていただきたい。
- 当事者の立場からは、身体的拘束については原則廃止して欲しいというのが思いであるが、一方で、精神科医療機関の職員の犠牲によってそれが成り立つのは違うのではないかという意見もある。

（身体的拘束に対する考え方）

- 拘束ゼロに関心がない医療者の意識、変化を待つことなく現場を変えていく手段として考えられることは、ルールをつくり守ってもらうことであり、身体的拘束に関わる告示について、切迫性、一時性、非代替性の3要件さえ守られていないようなケースがせめてなくなるよう、速やかに改正を行うことが必要。
- 患者の状態ごとに分けて考えていくことが必要。救急急性期の興奮が強い状況や自殺が切迫している状況でなければ、看護師等が個別に対応することで隔離しなくて済むようにすることはできる。また、認知症者や高齢者の転倒転落予防のためには、補助具の取扱いなど、技術的なことも含めて考えていけばよいのではないか。
- 今後ますます高齢者の隔離・拘束が課題になることが予想されるが、身体科と精神科で隔離・拘束についての認識が異なる。今後、精神科も身体科も同じルールで本人の意思が尊重される方向に進んでいくことに期待する。

（外部との関係）

- 精神科病院の一つの課題として、閉鎖的で社会の目が入りにくいところに権利侵害が起こりやすく、さらに隔離・拘束の状態になると外部の目が入らない。例えば身体的拘束をする場合には、弁護士と連絡が取れるようにすることや、都道府県の権利擁護センターなどの職員が病院に入ることなど、第三者の目を入れていくことは検討してはどうか。
- こういう行動制限が起こりうる、という説明の仕方と、基本的には行動制限はしないが、こういうケースではこうする、という説明の仕方とでは、国民や患者の受け止め方は全然異なる。また、正しい情報を国などが伝えて国民に正しい判断ができるよう、病院も医師、医療従事者も見られる社会というのをつくっていくのが必要なのではないか。