

2016年7月11日

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様

全国精神医療労働組合協議会

代表 今村 祐

## 要 望 書

貴省の日頃よりの精神保健医療福祉への取り組みとご尽力に敬意を表します。私たち全国精神医療労働組合協議会は、精神科病院に勤める者として、現場実感と人権擁護の観点から適切な医療の提供と誇りを持って働くことができる職場となるよう、25年に亘り貴省との交渉を重ねてきました。

「10年間で7万2千人の社会的入院を解消する」という改革ビジョンから10年が経過しましたが、未だ解消に至っていない現実を私たちは重く受け止めています。そして過去の反省を真摯に受け止め、入院・収容中心主義の、従来型の医療・福祉の在り方を根本的に見直すことが必要と考えます。

患者にとって、そして関係者にとっての真の精神医療改革の具体化がなされるよう、以下を要望します。

## 記

### 1. 精神科入院者の人権について

#### 1) 公衆電話未設置病棟について

昨年10月の交渉において、公衆電話未設置の施設が7施設との回答があったが、現状何施設何病棟が未設置の状態であるかお伺いしたい。また、上記7施設には、実地指導及び改善計画の提出を求めていくとの方針であったが、改善計画の内容等、進捗状況をお尋ねしたい。

また、NTTが採算上の理由で、一般的な公衆電話の撤去を進めており、これに対し、厚生労働省では代替手段について総務省を通じ、NTTに確認しているとのことであるが、この代替手段が小銭やカード等、一般的な公衆電話とほぼ同等の使用方法で可能なものであるのかをお伺いしたい。設置場所についても詰所などではなく、プライバシーが守られた、いつでも気兼ねなく電話ができる場所に設置されるべきであると考えます。

#### 2) 重度かつ慢性について

今般重度かつ慢性の暫定基準案が作成され、長期在院者の約6割が重度かつ慢性の基準を満たすとされた。重度かつ慢性は、「新たな長期在院者を増やすことのないように明確かつ限定的な取り扱いとする」としているが、長期入院者の6割にも及ぶとなれば、とて

も限定的とは考えがたく、新たな長期在院者を容認しているとも捉えられるが、その点についてどのようにお考えかお伺いしたい。また、重度かつ慢性とされた患者さんにおいても、原則として退院を目標とした枠組み作りをすべきと考える。

また、今般の基準案作成においては、新規の長期在院者を対象として研究が進められているが、現在も数多く存在する数年、数十年の在院をしている患者さんへのアプローチの検討も積極的に進めていただきたいと考える。

昨年10月の交渉では、重度かつ慢性の患者さんに対しても、より手厚い医療を行うことを想定しているとの回答があった。重度かつ慢性の対象となり得る、長期在院を余儀なくされている患者さんへは、退院に向けてより個別的な関わりや関係作り、そしてそれを作るための時間を要し、さらに多職種による様々な視点や関わりが必要不可欠であると考えられる。そのため、多くの人員が関わることのできる基準を検討していただきたい。また、現在の検討において人員の配置に関して協議されていることがあればお伺いしたい。

### 3) 社会的入院について

昨年10月の交渉において、現在社会的入院者の調査は行っておらず、長期の統合失調症入院患者の推移を指標にしているとの回答があった。これに対し、改革ビジョンで掲げた社会的入院者の解消を10年が経過し再評価するために、再度社会的入院者という指標での現在の統計・評価を行う必要があると伝えたところ、貴省もこれに同意した。実際に、この再評価を現在行っているか、また行っているとすれば現段階でどのような評価になっているのかお伺いしたい。評価を行っていないのであれば、再度社会的入院者の現状について評価するよう要望する。

### 4) 精神科救急入院料病棟について

精神科救急入院料病棟の基準において、非自発的入院率が6割以上とされていることに対し、以前の貴省の回答では、一定の基準を設ける必要があるためにこの基準を設けたとの回答があった。人権の観点やより良い治療関係を持つこと等の観点からも、入院の原則は任意入院であるべきである。また、昨年10月の交渉時に、救急入院料病棟への入院の条件が、なぜ強制入院の有無で判断できるのかを伺ったところ、明確な回答は得られなかった。救急入院の必要性は、強制入院であるかどうかで計れるものではなく、患者さんの状態や環境、医学的根拠を基に判断されるべきものである。現在の基準は、全く医学的根拠がなく、むしろ強制入院を促進してしまう可能性を有しており、事実そういった現状があるという声を多数聞き及ぶ。また、昨今の強制入院者数の上昇との相関もこれに起因するものと推測される。

精神科救急入院料への入院の必要性と、強制入院率6割以上という要件には、どのような医学的根拠があるのかをお伺いしたい。加えて、昨今の強制入院者数の上昇の原因についてどのようにお考えなのかお聞かせ願いたい。

#### 5) 医療法施行規則 10 条 3 項について

今回貴省が出された、医療法施行規則の改正案では「精神疾患を有するものであつて、当該精神疾患に対し入院治療が必要な者（身体疾患を有する者であつて、当該身体疾患に対し精神病室以外での病室で入院治療を受けることが必要な者を除く。）を入院させる場合には、精神病室に入院させること」とされており、なおも精神疾患のある者を精神病室に入院させることが強調されている。しかし、こうした条文は精神科以外に記載が見当たらず、この条文そのものが「障害者差別解消法」における「不当な差別的扱い」と考えられる。加えて、この条文を残す必要性を全く感じない。

以上のことから、医療法施行規則 10 条 3 項の即時撤廃を要望する。

#### 6) 障害者虐待防止法について

平成 24 年に施行された障害者虐待防止法において、現在対象となるのは、養護者、障害福祉施設従事者等、使用者とされているが、病院や学校は対象外となっている。しかし日本の精神科病院においては、虐待が繰り返されてきた歴史があり、真に虐待の防止を実現させるためには精神科病院従事者も虐待防止法の対象とすることは必要不可欠であると考えられる。医学的に隔離・拘束等の必要性が加味されたことから、精神科病院だけでなく病院従事者が対象とされなかったものと推察されるが、昨今上昇が止まらない隔離・拘束処遇は、人権が守られるために、早急に現在のあり方を検討する必要があると考えられる。病院従事者を障害者虐待防止法の対象とすることで、これらの検討の一助となり、隔離・拘束処遇の減少につながると考えられる。

以上のことから病院についても障害者虐待防止法の対象とすることを要望する。

## 2. 精神科特例

### 1) 障害者権利条約との整合性について

日本は平成 26 年に障害者権利条約に批准している。しかし、現在においてもなお、精神病床については他科に比べて低い人員配置基準（以下、精神科特例という）が存続しているのが現状である。精神科特例については、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」をはじめ、貴省で開催された委員会や検討会を含む様々な機会において、精神障害者に対する差別規定であることが繰り返し指摘されてきたことは周知のとおりである。われわれは、障害者権利条約の第 4 条「一般的義務」および第 5 条「平等と無差別」、第 25 条「健康」といった観点から、精神科特例は障害者権利条約に反する規定であり、これを完全に撤廃しないことは障害者権利条約の批准国として問題であると考えられる。

貴省は、精神科特例が精神障害者に対する差別規定でなく、障害者権利条約に反する規定でもないか。根拠もあわせて、お聞かせ願いたい。

## 2) 精神科急性期医師配置加算により他病棟における医療の質が低下することについて

昨年の貴省との交渉において、精神科急性期治療病棟における精神科急性期医師配置加算の導入によって当該算定の対象以外の病棟に入院している患者に対する医療の質の低下が生じていることについて議論したところである。この問題について、貴省は昨年の交渉の場で、いまだ現場の状況を十分には把握できていないこと、精神・障害保健課内の現場経験のある精神科医師が以前勤務していた病院から「根本的な配置基準に手を加えない状態でこういうことをやってしまうと偏りが起きる」という声があがってきていることも聞き及んでいること、根本的な人員配置基準に手を加えないままに当該加算制度を実施することで問題が生じていることがあれば検討が必要であることを回答された。

われわれ現場で働く者の実感としては、当該算定の導入により、当該算定の対象以外の病棟に入院する患者の医療の質が低下しており、その根底には他科と比較して低い医師の人員配置を可能とする精神科特例の問題があると考えられる。これらを踏まえた上で、

- (1) 貴省のお考え（とりわけ、精神科特例との関連について）をお聞かせ願いたい。
- (2) 当該算定による上記のような弊害またはそのほかの弊害について、貴省として現状把握ができていないか。できていないとすれば、その内容とそれら弊害に対する具体的な対応策をお聞かせ願いたい。また、現状把握ができていないとすれば、今後現状把握をしていく予定があるか、あるとすれば具体的にどのようにしていくのかお聞かせ願いたい。

## 3) 地域移行機能強化病棟入院料における看護職員の人員配置について

平成 28 年度診療報酬改定に伴い「地域移行機能強化病棟入院料」が新設されたところである。当該算定の対象となる地域移行機能強化病棟の施設基準等においては、精神科特例のもとでの人員配置基準以下の看護職員の配置を可能としている。

しかし、仮に地域移行機能強化病棟における患者の医療の必要性が急性期病棟における患者と比較して低い場合であっても、患者が入院生活をしている以上、病院は医療の質の確保および療養上の世話を提供する責任を有することは言うまでもない。そして、現行の精神科特例のもとでの人員配置基準では、貴省の言う「医療の必要性が低いといわれる患者」に対してすら医療の質の確保と療養上の世話の提供において看護職員のマンパワー不足が大きな問題となっているのが現状である。

今般の地域移行機能強化病棟入院料の新設は、精神科特例のもとでの人員配置基準を維持したまま構成する職種の比率を変更することで、医療の質の確保と療養上の世話を提供する看護職員をさらに少ない人員でよいとするものであり、上記のような現場状況を反映していない制度であると考えられる。われわれは、いかなる状況においても患者の医療の質および適切な医療を受ける権利を確保するためには、現状の精神科特例基準以上の看護職員配置が求められることはあっても、精神科特例基準以下の看護職員配置となることは認められないと考える。これらを踏まえた上で、

- (1) 貴省のお考えをお聞かせ願いたい。
- (2) 現時点で地域移行機能強化病棟入院料を算定している施設数がわかればお聞かせ願いたい。
- (3) 地域移行機能強化病棟入院料の導入による効果の評価・分析は、いつ、どのような方法・基準で実施するのかお聞かせ願いたい。

#### 4) 薬剤師の人員配置基準について

平成 26 年厚生労働省告示第 65 号「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」に示されているような良質かつ適切な医療を確保するためには、薬剤指導をはじめとした薬剤師による患者介入などの薬剤師業務の充実が不可欠であると考えられる。しかし、精神科特例により、精神科における薬剤師の人員配置基準は他科における薬剤師の人員配置基準と比較して 1 / 2 以下でよいとされている。これは貴省の掲げる当該指針に矛盾するものとする。

貴省のお考えとその理由をお聞かせ願いたい。

#### 5) 精神科特例が完全に撤廃できない理由について

昨年の貴省との交渉において、昭和 33 年の精神科特例導入の社会的背景と精神科特例が今なお撤廃されていない理由についてお伺いした。その際、特例導入の社会的背景については精神科病床数の急増に対して医療従事者の養成が追いついていなかったこと、当時精神障害者の多くが積極的な医療を必要としない慢性的な患者であるという考えであったことをご回答いただいた。しかし、精神科特例が今なお撤廃されない理由については明確な回答をされず、精神科急性期治療病棟における人員配置基準を一般病床と同等として早期退院などの条件を満たした場合に評価するといった部分的な改善をしてきたことを述べられたのみだった。さらに貴省は、一般病床と比較して低い人員配置基準であることについては課題と認識しているのご回答された。

課題と認識しておきながら、現在までの長きに亘って部分的な改善のみにとどまり精神科特例が完全に撤廃されていない理由を具体的にお聞かせ願いたい。

### 3. 退院促進、地域移行

#### 1) 医療保護入院の見直しについて

医療保護入院は先の法改正で保護者規定は除外されたものの、家族等の同意要件を残している。また本来任意入院が原則であるにも関わらず、年々医療保護入院による患者数は増加している。そもそも医療保護入院は本人の意志に伴わない「非自発的入院」であり「強制入院」であるため、障害者権利条約が定める「いかなる場合においても自由のはく奪が障害の存在によって正当化されない」という規定に反している。

全国精労協はこうした非自発的入院の形態そのものに問題があり、抜本の見直しが必要であるとする。本来、非自発的入院の最小化を目指すべきであり、医療保護入院が安易な強制入院とならないよう措置入院制度として再編するなど、再検討することが望ましいと考える。

現行制度として当面必要な見直しとしては、「家族等の同意」を削除し、その代わりに権利擁護の立場から当該病院とは別の第三者が関与できるような仕組みを構築することで、非自発的入院者の自由と権利を守り、退院を含めた本人の意思を適切に伝えることができる状況を作り上げる必要があると考える。

現在「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において医療保護入院についても議論がなされているが、貴省として医療保護入院について現状と課題をどのように考えているのかお聞かせ願いたい。

## 2) 精神保健福祉法改正後の退院促進について

平成 26 年 4 月より施行された精神保健福祉法の改正と診療報酬の改定に伴い、すべての医療保護入院の患者、平成 26 年 4 月 1 日以降に精神療養病棟へ入院した患者に対し、月に 1 度以上の退院支援委員会の開催と、医療保護入院には退院後生活環境相談員、療養病棟には退院支援相談員の配置が定められた。

施行より 2 年が経ったが、現場では毎月の委員会開催による調整の困難さや時間的制約が生じることで業務の煩雑さと混乱を生じていること、また委員会に本人が不参加のまま開催されることも多いと聞き及ぶ。精神保健福祉法改正後のこれら委員会や相談員の配置が退院促進にどの程度影響があったのか、貴省の考えをお聞かせ願いたい。

## 3) 地域移行支援事業の現状と課題について

地域移行支援事業は長期入院の精神科患者にとって、退院意欲の喚起や地域生活への橋渡しになるなど、有効な事業ではあるが、その利用者数は低迷していると聞き及ぶ。平成 26 年度、平成 27 年度の利用見込みと実績と共に、この事業の利用が伸び悩んでいることについて貴省はどのように考えているのかお聞かせ願いたい。

また昨年度より実施されている「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」についてその実施状況と効果についても併せてお聞かせ願いたい。

## 4. 労働法制

### 1) 労働紛争解決システムに金銭解決制度の導入を行わないこと

現在、貴省内にて「透明かつ公正な労働紛争解決システム等の在り方に関する検討会」が設置され、検討が進んでいる事と思われる。全国精労協としては、司法にて不当解雇の

判決を受けた事に対して、金銭により実質的に司法の判決を覆せるような解決手段が適応される事は、「透明かつ公正」にあたいしないものとし反対である。

(1) 現在、貴省が公表している資料では第6回名で検討会が開催されている。その検討会における、労働紛争解決システムへの見解をお聞かせ願いたい。

(2) 昨年10月の交渉では、労働紛争解決システムについて「雇用を守ることは厚労省のミッションである」とのご回答があった。貴省として労働紛争解決への手段として金銭解決が導入されることへのご意見をお聞かせ願いたい。

## 2) 定年後の再雇用者に対する賃金差別を是正すること

本年5月13日東京地裁における訴訟で、「定年後に再雇用をされる労働者が業務内容・責任が同等であるにも関わらず、賃金が下がるのは労働契約法に反する」と認定され、雇用主に対して定年前の賃金規定を適応して差額分を支払うような判決が出たのはご存知のことと思います。

全国精労協としては、東京地裁の判決は誠に妥当な決定だと考える。

(1) 現状では、ほとんどの労働環境で、定年後の再雇用時に同一の業務内容・責任であっても賃金が下げられることがまかり通っている。今般、政府としても同一労働・同一賃金の実現に向けて討議を始めており、貴省として、今回の判決も踏まえて、このような環境を改善・是正していくためには、どのような方策を取れば良いとお考えか、ご意見をお聞かせ願いたい。

以上