

2017年 厚生労働省本交渉

日時：2017年10月16日

場所：参議院議員会館101号室

参加者

全国精労協 総務委員

代表 今村 副代表 渡邊 副代表 谷奥

杉本 志賀 山下 五味 片山 高見 鳥居 篠原 鶴飼 高野 山下 鷹野

厚生労働省

社会・援護局 障害保険福祉部 精神・障害保健課 岡田 憲二

社会・援護局 障害保険福祉部 精神・障害保健課 荒牧 裕香

保険局 医療課 企画法令係 井上 智裕

雇用開発部 障害者雇用対策課 雇用指導係長 服部 匡祥

労働基準局 労働関係法課 政策係 大塚 彩乃

雇用環境・均等局 有期・短時間労働課 法規係 熊谷 崇皓

精神・障害保健課 地域精神医療係長 瀬戸 裕之

医政局 総務課 浜崎

精労協 TO

よろしく申し上げます。所属とお名前をお願いいたします。では、4. 1) 労働法制紛争解決システムのご回答からよろしく申し上げます。

厚労省 大塚

解雇の金銭救済制度につきましては、金銭を支払えば解雇できるという所謂事前型の制度は導入しないことを前提とし、例えば裁判等で解雇が無効とされた際に、労働者が職場に戻りたくないという場合に限定して、労使を含めた有識者の検討会である、透明かつ公正な労働紛争解決システム等のあり方に関する検討会におきまして検討を進め、本年5月に報告書が取りまとめられたところです。今後の未来投資戦略2017を踏まえて、労使のご意見を十分に聞きながら、透明かつ公正な労働紛争解決システムの構築に向けて、労働政策審議会における検討を進めてまいりたいと考えておりますが、現時点でスケジュール等は未定となっております。以上です。

精労協 GM

今の回答「労働者側からの」という言い方をされましたが、厚労省としてはそのような方針でということですか。

厚労省 大塚

そうですね。事後型に限定した形で検討を進めております。報告書にもそのように記載されておりますので。

精労協 GM

私たちは去年も今年も要望をしていましたが、一旦不当解雇ということが裁判で決定した後に、お金を払えば、所謂「経営側からの解雇が、さらにできるという形のシステム」にはならない、もしくはそれは好ましくないという考えでよろしいですか。

厚労省 大塚

これから制度を創設するかどうかという事を含めて、検討してまいるところですが、金銭を支払えば解雇できるといった形ではなく、労働者の側が解雇されて判決で無効とされた際に、労働者側が、職場に戻りたくないといった場合に限定したもので、検討を進めています。最初に申し上げた通り、創設するかどうかということも含めて今後検討をしていくところです。

精労協 GM

わかりました。それならば非常に良いと思うのですが、検討会で話された内容と、法律の中身がずれていることが今までもありましたので、今後こちらにも注視していこうと思っています。厚生労働省からも「労働者を守る」という立場から、法律を作ってもらいたいと思います。よろしくお願いします。

精労協 YS

今後制度が作られるかどうかも含めて、労働政策審議会というところで議論がされるのですか。

厚労省 大塚

そうですね。そのように、閣議決定された部分にも書いてあるところです。

精労協 YS

労働政策審議会の内容も検討会のようにホームページに掲載されるのでしょうか。

厚労省 大塚

そうですね。具体的にいつどのように行うか、どのような資料を掲載するかということは未定です。

精労協 YS

ホームページを確認すればこれらの情報を得られるということですね。

厚労省 大塚

そうですね。はい。

精労協 TO

では、4-2)、同一労働同一賃金について、こちらのご回答をお願いします。

厚労省 熊谷

同一労働同一賃金、非正規雇用労働者の処遇改善ということで、検討等を進めており、同一労働同一賃金の法整備につきましては、本年3月に働き方改革の実行計画が取りまとめられております。さらに、その働

き方改革の実行計画を受けて、労働政策審議会において4月より議論をさせていただき、計画の内容を具体化する形で、報告が取りまとめられております。報告の内容をもとに、政府の中で法整備の準備を進めておりまして、直近の状況としては、本年の9月に部会の報告を基にした、法律案の要綱を労働政策審議会に出しています。今後は法律案提出に向けて、さらに準備を進めていく段階です。以上です。

精労協 GM

まだ具体的にいつ頃までにとというのは決まっていないのでしょうか。

厚労省 熊谷

法律案につきましては、働き方改革の実行計画の中で、今年度ないし来年度までには、法案を国会に提出す計画が立てられています。なるべく早期に法案を提出できるよう、準備を進めています。

精労協 GM

フルタイムパートについては10年以上お話をさせていただいていますが、フルタイムパート、つまり常勤と同等の時間で働いている人は、パートという枠組みではなく、所謂正規職員、正規雇用としろという要求をしてきています。実態として、正規雇用と同じ時間同じ内容していても、契約の書類でパートにされてしまっているという実態がたくさんあります。そのような形態があるということをご存知でしょうか。

厚労省 熊谷

はい。ご指摘はいただいているところでございますので。

精労協 GM

今度の法律、法案ができると、そういうことも解消されていくのでしょうか。

厚労省 熊谷

これまでも、パートタイム労働者について差別的な取り扱いを禁止するという「均等待遇」や、待遇差があっても不合理なものとなつてはならないという「均衡待遇」の規定がパートタイム労働者に設けられていて、所謂有期契約の方についてはそういった規定がなかった。今、法律案の中で検討しているのが、パートタイム労働法の中に有期雇用労働者でもある程度位置づけて、均等待遇ですとか均衡待遇といったものをきちんと守れるようにといった内容になっており、フルタイムの方でも有期契約の方でも、そういった法律の適応になってくると考えております。これまでも実施してきたものではありませんが、正社員化といったところであれば、法律の規定の中でも、通常の労働者へ転換をさせるという規定もありますし、キャリアアップ助成金といった労働者を正社員化することによって助成金を支給するといった仕組みもございますので、待遇改善に努めてまいりたいと考えております。

精労協 GM

わかりました。働き方改革といったところで、現政権、政府が「形」は前向きに進めておりますけれども、政権が変わったり、あるいは政権内部の様々な動きによって、この方針がねじ曲がったり、なくなったりということが頻繁に起こることは非常に残念です。厚生労働省は、政府が変わっても厚生労働省として、ずっと一貫して守り続けている方針「労働者が働きやすく、それが国の発展につながる」を持ち続けて、政権政

府がどう変わろうと、そこをきちんとやっていくという方向でお願いしたいと思います。

精労協 TM

同一労働同一賃金が今後前向きに進んでいくというのは、フルタイムパートさんにとってとても良いことだと思いますが、企業側の抜け穴として、例えば7時間パートで切るとか、フルタイムにさせないような抜け道については、対策や検討はされているのでしょうか。

厚労省 熊谷

フルタイムにさせないというと？

精労協 TM

時間制限を設けて、同一ではないという制定の下でパートを続けさせるということです。

厚労省 熊谷

時間が同一ではないということでしょうか。時間が同一でなく、正社員の所定労働時間より短いとなれば、当然パートタイム労働法の適応を受ける対象となってきます。その中の規定で、均等待遇均衡待遇といった規定もありますし、その他の規定もあります。その対象となる中で待遇改善が図られていくと考えております。

精労協 TM

あくまでパートとしてということですよ。

厚労省 熊谷

もちろん仕事の内容が正社員と全く変わらないようなパートタイム労働者であれば、現行法でもパートタイム労働法の9条に基づいて、差別的取り扱い禁止されております。これは仕事の内容ですとか、異動、配置、労働範囲が同じであれば、正社員と変わらず同じ待遇を求めていくということです。現行法上も、同じ賃金表を適応し、福利厚生、教育等全く同じように求めていくという規定になっております。法令が守られるよう、われわれとしてもきちんと指導していきたいと思います。

精労協 TM

フルタイムパートがこういった形で常勤化するのは大変喜ばしいです。その他のフルタイムでない方々についても、より手厚い雇用状況を確保していただきたいと思いますのでよろしくお願いします。

精労協 TO

では、4.についてはここまでで、ありがとうございました。

つぎの1. 人権について移ってまいりたいと思います。

1-1) からご回答をお願いいたします。

厚労省 岡田

ご質問の公衆電話未設置病棟について回答させていただきます。精神科病院内における通信の自由の確保は非常に重要であると認識しており、引き続き患者が自由に電話をできる環境の確保に向けて務めてまいりたいと考えております。今年7月の交渉時にお伝えした内容に関して、無料携帯電話の貸し出しで対応している施設の進捗を確認したところ、いつでも貸し出せる旨を病棟内に掲示した上で、引き続きナースステーション内の無料携帯電話にて対応しているという状況でした。また、通話をする際は閉鎖病棟内にあるプライバシーが守られた専用のブースで通話できるよう配慮している旨を確認しております。

なお、当該施設では、過去に公衆電話を設置したものの、患者よる破損行為があったため、患者を保護する観点から設置を取りやめた経緯があり、対応に苦慮している旨聞いております。また自治体からは、今年度も当該施設に対する実地指導において、通信の自由に関する現地での目視確認、病棟スタッフからの聞き取りなどを行う予定と聞いております。

厚生労働省としても、毎年行っている都道府県指定都市による精神科病院の実地指導を通して、必要に応じて個別に各都道府県を指導しながら、引き続き患者が自由に電話をできる環境の確保に努めてまいりたいと考えております。以上です。

精労協 SG

事前交渉において回答いただいた内容と、同じだったと思いますが、残り1施設です。この項目を20数年ずっと議論していて、全国の精神科病院の閉鎖病棟の中で唯一この施設だけです。その理由が、破損行為が過去に発生したため苦慮している、だけでは理由にならない。そもそも通信の自由が義務付けられています。そして、ナースステーションにていつでも貸し出せる旨を貼り出していますというのは、通信の自由が保障されていると言えないと、再三こちらとしてもお伝えしてきています。基準を満たしていないわけですから、厚労省としても同意見かと思えます。

2年前の交渉では、そちらのほうをより指導するために、公衆電話未設置病棟に関しては、都道府県から改善計画書を提出するという指導が入るようにしていきますと言っていました。残り1施設のこの病院に改善計画書の提出を求めていますかと聞いたところ、「求めていない」ということだったので、この病院だけが、日本の中で唯一、正しく通信の自由を保障していない、未設置病棟を持っているということになります。そこに改善計画書の提出を求めなくて、いったいどこに求めるのか、と僕は思っていますが。

また、ナースステーション内の貸し出しに関して言いますと、例えば一人の患者が急変で生死を争うという状況になった際に、その一方で、今すぐに誰かに電話して助けを求めたいという患者がいたとします。そうしたら看護師は命の方を優先します。生死が争われているほうに手が追われているので、今は対応できません、今はそれどころではありませんと。そもそも患者さんはその様子を見て、ナースステーションに携帯電話を貸し出しに行こうとは思いません。つまり、自由は保障されていないわけです。ナースステーションの貸し出しで、厚労省としては「通信の自由が保障されている」とお考えなのかという点と、こちらの改善に関してより厳しい指導というか、この病院について、どのように指導していくのかということ、もう一度お聞かせ願いたい。

厚労省 岡田

まず一点目ですが、現状において貸し出しができる旨を掲示しているのが、ナースステーション内ではありません。閉鎖病棟内や病棟内に掲示しているというところだけ、ご理解いただければと思います。現状のナースステーション内の貸し出しという状況ですが、当然看護師の方に「貸してください」という事を一報しなければ使えないというわけですので、通信の自由が本当に確保されているかどうかという事になると、

それをもって確保されていると申し上げるのは難しいかなと思っております。

今後の指導については、今現在、月に一度、該当の自治体の担当者と会う機会があり、実際にその場でもお話ししました。引き続き厚生労働省としても、この通信の自由というのは告示で示している通り、非常に重要なものだと思っているということはお伝えしています。まずは自治体の方で、今年度に行う予定の病院への実地指導の際に、目視確認や病棟スタッフへの聞き取りを行い、詳細に確認作業を行うという事でしたので、まずは厚生労働省としてもその状況を確認し、それでも尚且つ対応が必要だということであれば、状況に応じて改善計画を求めるのか、それ以外の対応にするのかについては、まだ決まっておられません。引き続き対応を検討していきたいと思っております。

精労協 SG

残り1施設ですよ。残り1施設で、1つの病院です。「また今後検討します、次の対応を考えます」という事は、この病院はずっと設置していないわけで、適切に手を打たないといけないと思います。厚労省の方から直接指導するというのは力があると思いますし、残り1施設なのに、自治体からの連絡を待って、自治体の方からの定期的な通常の指導をし、そしてその回答を待ってから動きますというのは、ちょっと怠慢ではないかと思いますが。厚労省から直接その1施設に、自治体の確認をとってどのように指導するのかはわかりませんが、早急に指導を行うべきだと思います。おそらく、厚生労働省の対応としては、今年1月頃に調査をして、その結果は2月頃に来るでしょう。そして3月4月で検討します。そこから方針を考えて、改善計画がまた1年かかりますという、長いスケジュールですよ。その間も患者さんは自由に通信できない環境です。その間ずっと、その施設の閉鎖病棟に入院している患者さんは人権が侵害されているわけです。ここ一つだけですよ。どうにかありませんか。早急に具体的な回答をいただきたいです。

厚労省 岡田

ご事情はよく理解しているつもりですが、この場でこの1施設について、国が明確に指導しますということは、現時点ではなかなか申し上げることはできないです。その理由としては、先ほど申し上げた通り、過去にはこの病院公衆電話一度設置していましたが、患者保護の観点から、設置を取りやめたということですので、患者さんがケガをしないようにですとか、公衆電話の破損によって、壊した方についてもケガをする可能性があるということですので、申し上げた通り通信の自由を確保するためという一方で患者を保護するという観点も重要なのでその辺を一方的に設置しろというのを国の方から現時点で明確に指導するというのは難しいので、まずは自治体の対応を見ていきたいと思っております。

精労協 AG

患者の保護といいますけど、少なくとも閉鎖病棟の患者さんは保護されていません。精神保健福祉法の基準を満たしていないわけだから、違法な病棟です。違法な病棟で閉鎖環境に置かれていて、退院請求も自分でできない環境に置かれていることがそもそも問題であって、それが保護にあたるというのはとんでもない話です。保護というならその病棟は閉鎖してはいけないという風にすべきで、行動制限すること自体が認められていない病棟ですよ。基準を満たしていないわけですから。

そういう重大な問題です。さらに最近は様々な病院で死亡事件が多発しています。そういう時に、助けてほしいとか、退院請求等の権利を行使できないことの方が危険です。そちらの危険性の方を重視すべきであって、基本的な人権、基本的な精神保健福祉法の条件を満たさないということに、なにも改善命令を出さない

というのは、そういう病院ですね。どこの県ですかそれは。

厚労省 岡田

それはお伝えすることはできません。

精労協 AG

なぜ言えないのですか。そんな違法な病院を、厚生労働省は十何年も見逃しているわけですよ。厚生労働省のそういう姿勢が、不誠実な対応を見逃して容認しているわけだから、これは非常に重要な問題です。行政上の不作にあたります。

厚労省 岡田

いただいたご意見を自治体の方にも共有させていただきます。ありがとうございます。

精労協 AG

少なくとも1週間以内にやるとか、1年後とかいう話ではなく、きちんとしてもらわないといけないです。それだけ重要な問題だと、厚生労働省はとらえるべきだと思います。

精労協 GM

何年か前の回答では、もう少し前向きに、施設名を公表するところまで行きたいという話をされていましたがよ。保護という名目で人権が侵害されるというのが、今の精神医療の現状ですから。保護という理由はとらないでいただきたいなど・・・。

精労協 AG

公衆電話があることが保護に当たらない、公衆電話があると保護したことにならないというのは全然意味が分からないですよ。

精労協 GM

しかも、ほかの全国の病院は、きちんと公衆電話を置いているわけですよ。それを壊されたからとか、危ないからと言う事の方がよっぽどおかしいと思います。きちんとした医療をやっているとは思えません。

もう一つ、回線使用料を病院が支払うピンク電話を設置していると云うもう一つの施設ですが、回線使用料は病院が払うが、通話料は患者持ちです。だから患者さんがお金を持たされているか、自由にお金を使って電話を掛けられるかというのが問題です。電話は置いてあるけれどお金が自由じゃない、いちいちナースステーションにお金をくださいと言いに行くようでは、これは通信の自由が保障されているとはいえないです。なぜ、ナースステーションを通すのがいけないかというのは、繰り返しになりますけど、ついこないだの死亡事件でも、看護者によって患者さんが死亡するという事件が起こっているわけです。だいたい加害者の多くは、みんな職員なのです。ナースステーションの中にいる方たちが事件を起こしている、人権侵害を起こしている。それに対して助けを求めるとき、患者さん側に自由がなく、ナースステーションで管理しているのであれば、人権を保護しているとは言えません。今後もそういう事件は頻発すると考えて間違いないと思います。ですから今後もその辺も言っていただきたいなど、私どももまた要望はしていきますけれど

も。

精労協 TO

公衆電話を置かないことが患者の保護になるとは、この1施設しか言っていないわけで、そこに違和感を覚えていただきたいですね。おかしいこと言っているわけですし、よそはきちんと置けているわけですから。むしろ、どうしたら置き続けることができるのかを考えることが、本来あるべき姿なのではないですか。やはり厚生労働省としては代替手段を許すべきではないと思います。これも毎年交渉していますが、具体的な対策を練っていただきたいと思います。毎年同じような回答になってきています。先ほど言ったように、20か所、30か所あったときは、もう少し厚生労働省の方から改善についての働きかけがあったと思いますし、それでここまで減ってきたということなので、残り1施設ですね、ぜひとも設置の方指導していただければと思います。

では、1-2) 重度かつ慢性に移りたいと思います。

厚生省 瀬戸

重度かつ慢性についてですが、第5期の障害福祉計画におきまして、32年度末の長期入院精神障害者の地域生活への移行に伴います、地域の精神医療福祉体制の基盤整備料というのを明記する方向としております。この基盤整備料を算出するにあたっては重度かつ慢性の基準に該当する患者においても、手厚い医療等によりまして地域移行が進むことを想定しております。この点については、29年のあり方検討会において、重度かつ慢性の基準を満たすことを理由に、地域移行へ向けた取り組みの対象から外れることはあってはならないですとか、このような症状を有する方々にはより手厚い医療を提供することで、できる限り地域移行に結び付けていくことが方向性として確認されております。このような重度かつ慢性の基準に該当する方について、地域移行の対象として厚生労働省としても明確に位置付けておりまして、当省と致しましても、着実に進めていくこととしています。以上です。

精労協 SG

重度かつ慢性は整備されているというお答えですが、最初にお伝えしたいのは、「この基準自体があるべきではない」と団体としては考えています。重度かつ慢性という枠組みを作ることによって、その人たちは退院ができるとおっしゃっていますが、こちらとしては「1年以上の長期入院を容認するような枠組みを作っている」という風にしか捉えられない。名前自体も批判は来ているかと思います。手厚い医療と仰いましたが、手厚い医療というのは具体的にどのようなことを指していますか。

厚生省 瀬戸

手厚い医療の一つとして、クロザピンの普及を考えております。クロザピンを例に挙げたのですが、重度かつ慢性の基準に該当する方々が、必ず退院できないというわけではないです。「重度かつ慢性」を定義づけた理由としては、定義することによって、そのような方々に対してどのような治療が有効なのかどうか、どのようなサービスを用いて、地域移行につなげていくかということを考えていくための、手段の一つとして定義づけたこととなっております。厚生労働省としても、地域包括ケアシステムの構築というところで、精神障害者の方に対しても、その仕組みを応用しようと動いているところです。この方々についても当然地域包括ケアシステムの対象から外しているものではなくありますので、この方々も含めて国としては地域

移行を進めていくこととしております。

精労協 SG

地域包括ケアシステムとおっしゃったところは、おそらく次の社会的入院のところで回答が出てくると思いますので一旦おいておきますけれども、クロザピンを使えば手厚い医療になるのですか。

厚労省 瀬戸

重度かつ慢性に該当されている方の退院を促進する、有効なものの一つとしてクロザピンの普及を厚生労働省としては考えております。

精労協 SG

手厚い医療というふうに毎回仰いますが「重度かつ慢性に該当する方には手厚い医療をしますよ」という手厚い医療ですが。ここで私たちが言っているのは、「より手厚い看護体制かつ他職種でかかわれる人員配置とするように」と要望させていただいておりますが、毎年人員配置の件に関しても、より手厚くしていくお考えであるという風な回答をいただいていたかと思えます。人員という面に関してはどのような議論になっているのでしょうか。

厚労省 瀬戸

人員というのは報酬の面でということでしょうか。

精労協 SG

体制の面ですね。例えば、現在の療養型よりもより手厚い重度かつ慢性の場合、より一層に治療や地域移行のための関わりが必要です。そのような方々には人手も必要ですよ。色々な人が関わったり、色々な側面からアプローチしたりというところで、人も職種も多く必要だと思います。そういった体制上のことについては、どのように議論がされているのでしょうか。

厚労省 瀬戸

体制云々につきましては、私の知る限りでは、今のところは、どのように体制を整えていくのかというのは話が出ていないです。精神障害保健課の方から、体制の整備について対応できることがあれば持ち帰って検討したいと思えます。

精労協 TO

資料を見せていただいても、「重度かつ慢性を除く」といった表現が、地域移行のところにたくさん書いてあります。手厚い医療とは何かというと、それは「クロザピンの治療あるいはm-ECTの導入」と書いてあります。厚労省としては、それが有効だという見立てなのですね。地域移行をしていくことについての対応としてはそのくらいで、今後は配置基準の話が必要だと思うのですが、配置基準の話は今のところではないです。そのような対応で地域移行は進むのでしょうか。

厚労省 瀬戸

重度かつ慢性の方の地域移行につきましては、そのほかにも入院されている施設の病院の方々の取り組みですとか、病院での暮らしですとか、そういったものを含めて、基盤の方の整備をすることによって、ある程度の方々の退院というのは可能ではないかと考えております。

精労協 GM

厚生労働研究班の報告書の中に、クロザピンや電気痙攣療法をもっと使いやすくするということが書いてありますが、クロザピンとか電気痙攣療法はむしろ急性期の方の妄想をとったりするのに・・・はっきり言って電気痙攣療法に治癒的効果があるとは思いませんが・・・重度かつ慢性で、社会的入院と2重にかぶってくる方がたくさんいます。それでクロザピンだの電気ショックで症状が改善すると、そんな形で済ませちゃうところが、厚生労働研究班の中身を疑うという風に私たちは思います。そもそも精神科病院協会の方とか院長とか、経営側の方はたくさんおられますが、退院をさせている地域の方々は、研究班に入っているのですか？

厚労省 瀬戸

研究班メンバーについては、日精協とかNCNPの先生でしたり、県立病院の先生でしたり、主に病院の方々です。

精労協 GM

今まで収容し続けて、社会的入院も作ってきた病院の方たちが、これから地域にどんどん出していこうというときに、地域で生活する患者側の立場に立って、いろいろな事を考えたりできるとは思えないです。それならとっくに社会的入院はなくなっていると思います。ですから厚労省の方々も、研究班の意見がこう出たからそれに沿ってやっていきますということではなくて、もっとたくさん研究班を立ち上げて、その中から色々な政策を考えていただきたいなと思います。

精労協 KY

クロザピンやm-ECTの対象となるのは、どれくらいの数を考えてらっしゃいますか。重度かつ慢性が6割から7割といわれている中で、どれくらいの入院患者が快方に向かって退院できるようになると想定されているのかをお聞きしたいです。実際にそのような患者さんを我々は現場で見っていますが、「クロザピンが普及されていれば、この患者さんは退院できるのに」とか、「m-ECTが導入されていたら良くなって退院できるだろう」と思える患者さんは全然いないです。そういう現場の状況をもう少し把握してもらいたいなと思います。この回答は、現場とすごく乖離しているなと感じています。

精労協 AG

瀬戸さんはドクターですか。准看。確かにクロザピンとかm-ECTを使うという提案は出ています。一方でGMさんも言っていましたが、地域で支援をしている人たちの意見というのも「あり方検討会」でいくつか出ていますよね。例えば伊澤構成員は、「重度かつ慢性ということを決めつけて退院できない人とみなしてしまう事が、治療的ではなく、こちらが退院を促進していく努力を怠ってしまう要因となる」と仰っています。そのような見方をしていたら、回復してもらおうという関係性が作ることができません。その指摘をされています。それについては、日本診療所協会の田沢さんも同じ指摘をしています。地域移行を進めてい

る人たちや、地域で支えている専門家からは「決めつけること自体が、そもそも間違っている」という指摘がされています。

実際に地域生活支援をしている方々から見ると、「重度かつ慢性」と言われそうな人たちや、そのような条項にチェックをすると当てはまりそうな人たちは、実は地域で生活していて地域で支えているという事を、きちんと見るべきだと指摘しています。それがとても重要で、退院させられなかった人たちに「退院させられなかったから電気ショックかクロザピンしかありません」という話をするのではなく、地域で支えている人たちの意見をもって、どういう可能性があるかという事を、考えるべきだと思います。

さらに、重度かつ慢性という基準自身が非常にいい加減です。スケールには当てはまらないが、医者から見ると重度かつ慢性となっている人もいます。医者の見立て自体がアテにならないという研究結果が、もう少し精査すると出てくるわけです。そのような、いい加減な重度かつ慢性という基準で約10万人の人たちを決めつけて、退院させない。むしろ「病院の固定資産」にしてしまうようなことをするべきではないです。本当にすべきことは、地域移行、退院促進をいかに有効に進められるかということと、その枠組みである病床を減らしていくことです。病床あると病院は埋めようとします。病床を減らしていきながら地域移行を進めていくということを具体的な政策として転換し、進めていかなければ、問題は解決しないと思います。

そもそも重度かつ慢性という基準が間違っているし、利益相反がある。決めつけること自体が間違いだと私たちは考えております。

精労協 TO

関連しますので、1-3)のご回答をお願いします。

厚労省 瀬戸

社会的入院についてですが、平成26年の患者調査によると、入院患者が現在28.9万人いて、このうち1年以上の長期入院者というのが18.5万人で、入院患者全体の64パーセントを占めていると出ています。依然として長期入院者というのは多い状況です。平成17年度の22万人から18.5万人になったということで少しは減っていますが、まだまだ地域移行は進みが足りないと考えております。この背景としましては、入院されている方の住まいですとか、家族、就労、教育とか、そういった面の複合的な問題を解決していかなければならないことが課題となっていると、厚生労働省としては考えております。

ただ、このような社会的入院と呼ばれる方々についても、地域移行を促す基盤の整備というものが進めば、「入院医療を必ずしも必要としない入院患者」が一定数以上存在するという事を認識はしています。こうした方々の地域移行を進めていくためには、医療や保健、福祉などのそのような方々の関係者がチームとなって、地域移行を進めていく必要があります。チームとして連携し、共同で支援体制の構築をしていくことが求められていて、30年度からの第5期の障害福祉計画において、32年度までに多職種チームによる支援体制を構築するために、障害福祉圏域や市町村毎に協議の場というのを設置することとしております。それに加えまして、協議の場において、地域移行を促す基盤整備料というのを明確にし、計画的に基盤の整備を進めることとされています。今年度までに、地域移行を促進するために、精神障害にも対応した「地域包括ケアシステムの推進事業と支援事業」というものを始めました。この支援事業というのは、まず各自治体の地域移行を進めるにあたって、国で保健医療福祉の方々をアドバイザーとして委嘱をしまして、各自治体に保健医療福祉の方々を派遣し、各自治体で地域移行を進めるにあたって何か困ったこと等あれば、アドバイスをして地域移行を進めていくという事業です。このアドバイザーになられる方々は、保健所の方や事業

所の方、ご自分の地域において、ある程度の地域移行を成功された方を委嘱しております。

各自治体において地域移行の事業を進めるために、推進事業という補助金を29年度からスタートさせました。この事業につきましては、各自治体で協議の場というものを作ってまいりまして、地域の課題を協議した上で、保健医療福祉の関係者が家族支援に係る事業でしたり、ピアサポートやアウトリーチ等、地域包括ケアシステムの推進に関連する事業でしたら色々な事業ができることとなっております。そういった推進事業を実施するにあたり、支援事業で担保していくと。この事業につきましては、30年度の今現在の概算要求では都道府県と政令指定都市だけがこの事業ができるとなっておりますが、もっと先行的に地域移行を進めるためには、特別区などでも事業を実施することができるようにして、全部で144の自治体がこの事業を独自に申請できることを目指しております。

そのほか、地域移行に関しましては、アウトリーチですとか、ピアサポートというものも非常に重要であると考えておりまして、その事業の方も現在は都道府県、指定都市しかできないことになっております。そしてこの事業は色々と制限、制約があって実施するのがなかなか困難であるとの声も聞こえております。その条件をある程度緩和した上で、この事業につきましても144自治体で、次年度から実施できるようにすることを考えております。こういった事業を使いながら、所謂社会的入院と呼ばれる方につきましても、地域移行の方を進めていこうと考えております。以上です。

精労協 SG

地域移行に向けた地域包括ケアシステムや、アドバイザーを派遣するという取り組み自体は大変よろしいかと思えます。ただ、事前交渉で聞いた予算が、全国で1.9億円しかついておらず、このような数字でどのように進めていくのかというのが疑問です。言っていることと実が伴っていないという印象を強く受けております。

もう一度、社会的入院の前提に戻らせてください。社会的入院の定義について毎回確認させていただいていますが、社会的入院というのは、地域資源が整っていれば入院治療を必要としない入院者だと、厚労省も言っていましたよね。それはまずよろしいですよ。

近年においては、ここの定義が難しいということではっきりとご回答いただけないことが多くありました。平成25年から平成27年に厚労省の科学研究で、4.7万人から6.2万人の長期入院者は、地域資源が整えば、退院ができるであろうという見込みの方だという調査がなされていて、それは社会的入院とイコールですね。「資源が整えば退院できる可能性のある入院者=社会的入院者」だと思いますが、そこはどのように意識されていますか。その科学研究でのデータと、それは単純に社会的入院の再評価をしたのかなと捉えてよろしいのですか。

厚労省 瀬戸

同じものだと考えております。

精労協 SG

ありがとうございます。

厚労省 瀬戸

障害福祉計画の人数を目標として、各自治体の地域移行の基盤整備というものを進めることとしておりま

す。紹介として4.7万人から6.2万人というのは資料として載っております。

精労協 SG

その方たちは社会的入院と捉えていて、その方たちの退院を目指すには、地域サービスの充実が必要だという回答でしたね。

厚労省 瀬戸

厚生労働省としましては、退院できない理由として、入院をして医療を受ける必要がないとされている、所謂社会的入院と呼ばれている方々につきまして、長く入院していると退院する意欲がなくなってしまういたり、退院したいと思っても家族の理解が得られなかったり、退院したいと思ってもその先どこに住めばいいのかが分からないといった方々がいると考えております。そういった方々につきましては住まいの確保ですとか、グループホームとかですね、お歳をめした方につきましては、介護のサービスを必要としますし、地域包括ケアシステムという考えの下で、住まいの近く、地域においてそういったサービスが受けられるような体制を作らなければならないであろうと考えております。

精労協 SG

厚労省として、社会的入院の方を退院させるためには、地域包括ケアシステムを充実させていかねばならないし、社会的入院の解消のためには、もっと社会的入院という言葉を使って、しっかりと打ち出すべきだと思います。社会的入院という言葉は最近使わなくなってきています。厚労省は、改革ビジョンから10年間同じことを言って同じ調査をしているのに、解消できずにいて、そこがやっぱりとても疑問だなと思っています。そこからただ逃げている感じで、ごまかして言っているのかと思ってしまう。国の政策の反省として出てきた言葉ですので、そこをしっかりと認めて、地域からの差別的なところも含めて、議論すべきだと思います。やるのであれば、しっかりと打ち出すべきだと思います。

精労協 WB

結果的に精神科病床はどれくらい減らすのですか。長期入院を解消して社会資源を増やして、精神科病床数はどれくらい減らすのですか。

厚労省 瀬戸

いくつかというのは。

精労協 WB

病床は空きますよね。→「空きます（瀬戸）」、万の単位で病床が空くんですね、空床には誰が入院するのですか。

厚労省 瀬戸

入院する人はいなくなります。

精労協 WB

ではその病床はどうするのですか。我々は精神科病院の職員です。空床をどうするかというのは、非常に

重要な問題です。病床削減をはっきり言わないのはどうしてですか。

厚労省 瀬戸

病床の削減というところは、下がるかもしれないけれども、ちょっとまだ議論に挙がっていないところです。

精労協 GM

以前はあがっていましたが。社会的入院を解消して病床を削減させるという、そういう話でしたが。それが消えてしまったのはなぜでしょうか。

精労協 WB

機能しない「病床」というのはどういうことなのでしょう。厚生労働省としては精神科病床と認定しているわけですね。そこに医療費が投入されているわけですが、社会保障費は減らしたい。病床削減すればいいじゃないですか、どうしてそれが言えないのですか。

厚労省 瀬戸

すみません、担当に確認してみます。病床につきましては。

精労協 WB

では担当に、あなたは精神科病床をいくつ減らすつもりかと確認しておいてください。

精労協 AG

肝心なのは病床を削減するという計画を立てた上で、その計画に基づいて、地域移行するための計画をより手厚く、予算も人員も含めて移すということです。実のところは、病院の機能やスタッフも地域に移行しなくてはならないということが起きるわけで。計画的に病床を削減しながら、医療費も含めてそのような機能に転換させていくという計画を立てることです。そうせずに空床が続くと、病院が赤字になってしまうからと患者を入院させていく。その人たちが長期化して長期入院となって、長期入院という理由をごまかすかのように「重度かつ慢性」というのが起きているわけですね。地域移行を行うためには、病床削減を含めて、計画をきちんと立てて、どう移行していくかという計画を立てるのが、厚生労働省の役目かと思います。ぜひ進めていっていただきたいです。

精労協 TO

今の話は非常に大事なところで、1-2)、3)というのはだからセットで要望させていただいています。重度かつ慢性というのを作っているのは精神科病院の医師ですよね。彼らは病床を維持したいのですよ。そのためには基準があるわけです。「社会的入院の代替の言葉として、重度かつ慢性がでてきている」というのは、そういうロジックとしてしか見えないです。病院の維持、病床の維持ですよね。毎回申し上げていますが、地域移行をするということは、病床削減しないと絶対に無理です。この人は重度かつ慢性だからと言ってしまえばそれでおしまいなので。居直ってしまうのですよね、経営者は。患者さん本人は大変ですよ、政策との狭間で結局退院できないわけですから。

回答できないだろうなどはと思いますが、していただかなければ困ります。病床削減については。ここがきちっと出てこない、どうしようもないと思います。病院の解体、変革していくことがないと、日本の精神科医療は変わらないと思います。簡単に言うと重度かつ慢性という概念はいらぬ。社会的入院という概念を再度使ってくださいという話です。病床についてもどうするのかを、厚労省の検討の中でそういったことが出てきたらいいと思います。委員の中には地域の人間が入っていますが、病床については言えなくなっていますよね。非常に違和感がありますあれを見ていると、苛立ちを覚えます。いいですかね。

では、1-4) 非自発的入院の増加についてというところで、ご回答をお願いします。

厚労省 荒牧

医療保護入院患者数については未だにその数が多いのですが、平成26年、27年6月30日時点の調査によりますと、両年ともに減少しておりまして、退院促進制度など地域移行の取り組みの一定の成果がでていっていると考えております。しかし、平成27年時点でも、約12万8千人の医療保護入院患者の方がいます。この数がかかなり多い数ですので、減らしていかなければならないと考えております。政府としても精神科病院の入院はあくまで任意入院が原則であると考えておりますが、一方でこれからの精神保健福祉のあり方に関する検討会の報告書で示されているように、病気の自覚を持ってない患者さんもおありまして、症状の悪化により判断能力そのものが低下するという精神科疾患の特性を踏まえれば、自傷他害の恐れがある場合以外にも、入院治療のアクセスを確保することは必要であると考えております。その上で、必要な見直しを講じていく必要があると考えております。

厚労省 井上

まず4)につきますが、現行の診療報酬におきましては、例えば精神科救急においては、これを算定している病棟について、通常精神科病棟では退院困難な精神疾患の患者さんを優先的に受け入れる病棟として位置付けていて、そうした機能を確実に担保するために、非自発的入院の患者さんについて一定の要件を設けているという仕組みになっております。

ただ、ご要望にあるのは、非自発的入院ではなく任意入院の割合に応じた診療報酬の加算を要望するということと、5)につきますが、非自発的入院の6割の撤廃を要求するとありますように、現行の診療報酬ではご要望通り実行されていないという形になっているところは十分に認識しております。今の段階では、次回の診療報酬改定に向けて関係者の意見を踏まえながら議論をしていくというところしか申し上げられないで恐縮ですけれども、近いところで10月18日の中央社会保険医療協議会の方で精神科医療について取り上げる予定となっておりますので、それ以降関係者の意見を含めながら精神科医療についてしっかりと議論をしていくという予定でございます。

それから前回要望をお受けしたときに、地域移行機能病棟入院料を算定している病院数が分かれば教えてほしいと言われてまして、お調べしようと思ったのですが、現段階では、医療機関数に関してはまだ公表されておりません。参考ですが、算定件数と算定回数はお調べしましたのでこちらでご報告をさせていただきます。数字については28年6月審査分です。算定件数については202件、算定回数については5614件となっております。ご要望の医療機関数については昨年度10月19日の中医協で公表されておりますので、例年これくらいの時期にはでていますが、今年については少し遅くなっております。おそらく近々には公表ができると思いますのでよろしく申し上げます。

精労協 TO

非自発的入院が増加しているということと、任意入院が原則であるにも関わらず増えている。それについては問題があると捉えておられる。減らす必要があるということですが、増えている理由と、減らすためにはどうしたらよいかというところは、その具体案を少し要望として挙げていますが、このあたりはどうお考えでしょう。原因と対策ですね。

厚労省 荒牧

非自発的入院の増加についてですが、医療保護入院の増加につきましては、高齢化に伴う認知症患者の増加の影響が大きいと考えております。今回法案を提出して廃案になってしまったのですが、精神医療審査会の審査を実施すること、措置入院患者については新たに、速やかに精神医療審査会による審査を実施するというような改正内容を盛り込んでおまして、廃案になってしまいましたが、対策の一つとして精神医療審査会の機能を強化するというのも考えております。

精労協 TO

今のご回答は、原因は認知症が増えているからということでしょうか。

厚労省 荒牧

医療保護入院患者数増加の一つの要因として、高齢化に伴う認知症患者の影響が大きいと一つ考えられると思っております。

精労協 AG

資料のデータを見ると、医療保護入院、措置入院が2000年過ぎ頃から15、6年でおおよそ倍になっています。これは高齢化ということと直接相関性があるわけではないと思っております。なぜかという、認知症外来、認知症患者の病床数自身は2012年をピークに減っています。それと措置入院の増加というのが高齢者の増加ということと関係があるとはあまり思えないです。全然理由になっていないです。影響としては、精神科救急入院料病棟の推移、一直線にスーパー救急が増えている、これと同じ流れでもって医療保護入院も措置入院も増えているということが関係していると考えます。実際に630調査の中でスーパー救急は増えている都道府県は措置入院がとても多いと。とりわけ東京都は22件ありますね。それで東京の措置入院は200以上ありますね。大阪は人口が半分ですが、スーパー救急が6件しかないので、それに対して措置入院は50数件。実際はスーパー救急があることによって、措置入院も医療保護入院も増えてしまうという実態が出てきていると思います。

厚労省 荒牧

スーパー救急と措置入院患者数との相関関係はしっかりと調査できてないので、引き続き因果関係については検討していきたいと考えております。

精労協 SG

今回保険局の方が来ていただいて、井上さん以前にも来ていただいたかと思いますが、以前も同じことを再三伝えさせていただいています。この6割要件の、精神科に救急で入院しなければならないということと、「非自発的入院であるか否かというのが、医学的に6割である」という根拠が全くないというのがこちらの思いです。一定の条件です。非自発的入院がだいたい6割ほどあるだろうと、一定の受け入れる役割として、

救急だからという理由でこの6割と作ったという風に、中医協の中で6割という数字が出てきたのですが、これが救急の入院するための条件の中にこの6割があるというのがやっぱりおかしくて。例えば、精神障害保健課の方だったらわかると思いますが、WRAP などですね、最近では自分の体調を自分で管理していこうということで、自分が明らかに不調であるとドクターに訴えて、このくらいになると私は入院が必要だ、かなり緊急な状態だ、この診察が終わってもし入院ができなかったら飛び降りて自殺してしまいそうだというような状況の時に、自分で入院を希望するわけです。緊急だから。ただ、今、非自発的入院が病棟の6割に満たなくて、この人が任意入院になってしまうと、病棟の基準が保てない、そうするとお金がマイナスになってしまいますので、明らかに緊急を要しているにも関わらず、あなたは非自発的入院じゃないと入院できないよになってしまうのです。

やはり非自発的入院か否かで、その人の病状というのは計れないと思います。言葉として役割があるだけで、役割と患者さんの状況は関係ないです。一般科で例えると、ケガをして腕が折れたので治療をしてくださいと主治医に言った時に、君は自分の意思がちゃんとあって折れていることを認識できているわけですから、治療はできないよと言われたらとても困りますよね。それと同じことしているわけです。人権の侵害です。まったく根拠がないですよね。この6割要件と、緊急入院の必要性の関係が全くないわけですよ。なんとなく緊急だから、たぶん自分で判断できないだろうな、そういう患者さん多いだろうな、ということで、この基準がある。また、そういう基準があることで、非自発的入院が増えているのではないかという指摘も多くあります。そうであれば、もっと救急入院が必要な別の医学的な要件が、きちんとあるべきだと思います。この非自発的入院が救急の根拠にならないという、そのあたりどうですか。

厚労省 井上

今お話しいただいたように、医療機関や、患者さんの立場から、いろいろなご意見が出るというのは当然のことかと思えます。我々は、こういう形で現場の意見を直接聞かせていただけるという機会は意外と少ないので、この場ですぐこうしますと言えないのは大変申し訳ないのですが、そういった意見が少しでも反映できるような報酬決定にしていきたいと考えておりますので、よろしく申し上げます。

精労協 AG

医療保護入院の厳格化について、これは平成26年1月14日に厚生労働省が発した文書です。医療保護入院における家族等の同意に関する運用についてというものです。その中で、医療保護入院の厳格化という条項があります。医療保護入院は本人の同意を得ることなく入院させる制度であることから、その運用には慎重さが求められる。本人の同意が求められる状態であれば、可能な限り本人に対して入院医療の必要性等十分な説明を行い、その同意を得て任意入院になるように努めなければならないとあります。すなわち、そちらが言われた通り、任意入院は原則であると。それをそもそもの原則的な問題を、「6割以上が非自発的入院」ということを作ることによって、それを崩してしまっています。そのことで、任意入院から医療保護入院にどんどん流れていっています。丁寧な説明をして任意入院になっちゃうと、基準を満たせなくなってしまうと困るからと云うことで、「なんちゃって医療保護入院」が発生していると、スーパー救急がある医療現場からは聞いています。海外と比べたら、日本は非自発的入院が多すぎます。

ヨーロッパ諸国と日本における、非任意入院の差というグラフがあります。これは、厚生労働省の第一回保護者制度等の検討会に出された資料をグラフ化したものですが、ヨーロッパの基準というのはだいたい100万人当たり73人。日本の場合100万人あたりだいたい1000人です。すなわち、ヨーロッパ諸国

よりも十数倍強制入院があると考えられます。これは医学的に見た場合に、どう考えても説明がつかない数字です。ただこれは、日本で医学的に該当する病状の人が増えているのではなく、制度が作った矛盾として、強制入院が増えてしまっているという事としてとらえるべきだと思います。本来の原則では、分かりやすく、丁寧に、根気よく説明し、「任意で入院を」という規制がないとだめだろう。さっき言われた「対策はどうか」という話はどうだったのですか。

精労協 TO

審査会の強化と仰っていましたね。

精労協 SG

今のようなことを言うと、「そこは精神保健指定医が、きちんとやっていますから大丈夫です」という回答を、そちらからはいただきます。非自発的入院が、この枠組みのせいじゃないかと問うと「いやそれに関しては精神保健指定医が厳正にやっているの」と、責任回避をするような回答をもらいます。やはりこの枠組み自体もおかしいですね。任意入院にする努力を怠ってしまっています。医療保護入院の人を歓迎してしまっています。それで簡単に強制入院が増えてしまう。どう考えても増えるでしょう。だからやはり6割要件は人権侵害につながるし、そもそも医学的根拠がないし、まったくもっておかしいわけです。精神保健福祉課の方は、まあそうだなという方が多いですが、「そちらは保険局の方が担当なので」と混同してしまっています。やっぱり保険局の方には、そういったところをちゃんと持ち帰っていただいて、人権的にこれはおかしいなど、基準を作るのならば、「もっと医学的根拠がないといけない」というところを検討するような意見を、ぜひ出してほしいと思います。

精労協 SH

先ほど非自発的入院の増加に関して、高齢者の増加による認知症の増加が大きいとおっしゃられて、一方スーパー救急の増加とかの関連は、まだ調査研究が十分でないためわからない、と仰っていたのですが、認知症の増加が医療保護入院の増加に関係しているという研究や分析をされているということなのですか。

厚労省 荒牧

研究と分析についてはまだ途中の段階です。厚労省が考える、医療保護入院が増加する原因の一つとしては、高齢化に伴う認知症の患者数とのピークの年度が近いということです。そのほかにも様々な原因があると考えています。まだそこは調査中という段階です。

精労協 SH

先ほど、スーパー救急との関連を今後検討していくとおっしゃっていたので、ぜひ具体的にやっていただきたいなと思います。

厚労省 荒牧

課に持ち帰らせていただいて、引き続き検討させていただきたいと思います。

精労協 TO

A Gさんがおっしゃったように、6割要件を無くせば減ると思いますが。自分で入院を決められないという人を受け入れる病棟に、高い診療報酬を払っているというのが、国が持つ精神疾患に対する国のイメージですよね。そういうところの問題も大きいと思います。それをハッキリと「6割はいますよね」と公言してしまっています。そもそもの考え方として、それでいいのですか？と思います。それでどんどん増えてしまっていると思います。

患者側に原因があるのではなく、仕組みに原因があるのだらうと我々は見えています。皆さんが行っている制度に矛盾がないのかということに、是非力を入れてやっていただきたいと思います。

では、1-6) ご回答をお願いします。

厚労省 浜崎

医政局総務課からお答えさせていただきます。ご要望にございます医療法施行規則第10条第1項第3号に関しましては、入院患者の処遇にあたって、「それぞれの症状に適した病室における入院治療を行うことが適切である」という考え方を土台としています。精神疾患に適正に対応した医療を提供する仕組みを担保する同規定に対する不適切な解釈や誤解により、不当な差別的扱いが発生することがないように、規定した文面でございます。例えば入院治療が必要な身体疾患を併せ持つ精神疾患を有する方に対して、一般病床での治療を拒否する等の差別です。前回の交渉にも参加させていただいており、その際に、患者様の症状や病態に応じて、どこの病床に入るのかを決めればよいのではというご指摘をいただきました。現在もそのような規定にはなっておりまして、医師の判断でその方に応じた病床に入院していただくのは十分可能な状況になっております。

次に、同規定が精神障害者に対する差別的扱いに該当するのではないかというご指摘に関してお答えします。医療法施行規則第10条第1項第3号の規定というは先ほど述べました通り、精神疾患の特性に応じた医療を提供する仕組みを担保しつつ、同規定に対する不適切な解釈や誤解により精神疾患を有する方が不当な差別的扱いを被ることがないようにという主旨の規定でありますので、この規定自体が、精神障害者の方への差別的扱いを助長するものではないと考えております。一方でこの規定に対する不適切な解釈や誤解により、例えば入院治療が必要な身体疾患を併せ持つ精神障害者の方が、不当に一般病床での治療を拒否される等の差別的扱いを受けた場合は、不当な差別的扱いにあたる考えられます。このような場合においては、昨年施行された障害者差別解消法に基づき、これを拒否した病院に対する指導や勧告を行うことにより、差別的扱いを受けた精神障害者の方の権利・利益の方の保護を行っていくこととなります。同規定は精神疾患を有する方への適切な医療が提供されることを目的とした規定ではありますが、その目的に反して医療現場における不当な差別が起こることのないよう対応してまいりたいと考えております。以上です。

精労協 SG

全く同じご回答を7月にいただいているので、全く同じことを返します。この規定に対する不適切な解釈により差別が生じないように、同規定をちょっと変えましたよね。「はい。(浜崎)」、この規定により差別的な扱いをするのは、障害者差別解消法としても悪いことです。と言いましたよね。この法律があることで、不適切な解釈により差別的扱いが生じることを厚労省は認めているということになります。だから僕たちは、このような不当な差別が、条項自体差別だと思っていますが、更に厚労省も認識している通り、この条項があることで、不当な差別的扱いが生じるので、条項を撤廃してくださいと言っているのです。何か僕

たちが言っていることおかしいですか。これがあることで差別が生じる可能性があります、残しますというのはとても矛盾した回答だと思います。この法律は、適切な医療を提供するために設けられているもので、残さなければならない。しかし不適切な解釈によって不当な差別が生じることもあるので、備考として、そのようなことが生じないようにしているだけです。規定そのものを無くすことで全部解決するのではないのでしょうか。なぜ無くせないのですか。

厚労省 医政局

すみません。わたくしの方からご回答申し上げます。おっしゃる通りです。一般論としてお答えしますが、医療法施行規則第10条第1項第3号によって、あらゆる規定について差別的な解釈や誤解が生じるリスクが当然あります。そこはご理解いただいていると思います。この医療法施行規則第10条第1項第3号のみならず、あらゆる規定に関しては、先ほど申し上げたとおり所謂差別や、運用上の誤解が原因で、差別が生じるリスクが当然あると思います。しかし、医療法施行規則第10条第1項第3号というのは、解釈の仕方を間違えた場合のリスクはありますが、精神疾患の方であってもきちんと一般病床に入れて下さいという規定です。お手元に条文がありますよね。身体疾患によって、一般病床に入って治療を受けることが必要である方に関しては、精神病床ではなく一般病床に入れてくださいと書いてあります。すなわち、この規定があることによって、精神疾患の方をきちんと一般病床に入れてくださいというメッセージになっていると思います。それでもなおこの規定を削除すべきだということでしょうか。

精労協 SG

はい。その通りです。

精労協 GM

これは最近付け加えられたものです。これは私たちが散々申し上げてきた結果です。それまでは、これも入れる必要がないと言っていました。

厚労省 医政局

ですから、今回入れさせていただいた、ということです。

精労協 GM

けれども、元のところ、精神疾患を治すために眼科や整形外科には行きません。指定医がいなければ隔離拘束もできないので、わざわざほかの病院に行くことはありえません。

しかし、なぜ、この項目を感染症と並べて、精神疾患を書いておく必要があるのかと言っているのです。

精労協 SG

今のご回答だと、元来から言ってきたことと違ってきています。精神疾患を適切に治療するために、この法律を残していますと言っていました。今回の回答では、精神科の人が他科に受診したときや、入院を希望した場合に、「精神科の受診・服薬」を理由に入院を拒否できないようにするために、この規定がありますと仰いました。もともとはそのような法律ではなかったはずですが。「精神疾患を有する者であって、当該精神疾患に対し入院治療が必要な者を入院させる場合は、精神病室に入院させる事」とする、もともとの

条文の間にカッコがついただけです。だとすると、精神疾患を有する者であって、当該精神疾患に対し入院治療が必要な者を入院させる場合は、精神病室に入院させることという文章を省いて良いということになります。この文を省いても、精神科の人の受診を拒否してはいけないという別の条項があるならいいです。しかし、そうではないですよ。この「精神科の人は精神病室に入院させること」というのが、差別だと申し上げています。すなわち、この条文はいらないだろうと言っているのです。

精労協 GM

そうすると、うちの患者さんは癌でオペをする時に別の病院へ行きます。ですが、もっときちんと予後を見たりリハビリが必要だったりする場合にも、オペが終わって何日経つと、もう入院の必要はありませんということで返されてしまいました。このようなカッコがついただけでは意味がないのです。差別的といって良いと思います。精神科の患者は厄介だという思いで戻されています。しかし当院は精神科単科の病院ですので、外科の術後の処置等には十分に手が回りませんし、術後のケアは専門の外科でしなければなりません。このような中途半端なカッコをつける差別事項が残っているからこそ、現状としてこのような事態が起こっています。これは人権問題ですから、厚労省はこのような現状をしっかりと把握して、検討していただきたいです。

精労協 AG

この問題は、我々だけが言っているわけではないというのはご存知ですか。様々な団体や医師、専門家等からも言われていて、障害者制度改革推進会議の骨格提言においても、「この条項は撤廃すべきである」ということが述べられています。このように長期的に議論され続けている問題にも関わらず、なぜかしらこの条項を残しているということで、撤廃促進ということになります。

精労協 SG

加えて医政局さんからいつも回答いただいておりますが、この問題に関して、精神保健福祉課の方のご意見を伺いたいです。精神の専門で関わっている方から見て、この10条3項についてどのようにお考えですか。必要だと思われますか。厚労省としての回答ではなく、個人の回答をお聞かせ願いたいです。

厚労省

個人的な回答というのは、この場では控えさせていただきます。

精労協 SG

今回、回答していただいたのは、「精神疾患があっても拒否しないようにするために変えた」という事ですね。以前から、そのような問題が起きる可能性があると言指摘していましたので。それに加えて、最初の精神科の人は精神病院に行きなさいという部分が、差別だと申し上げています。そこを省いてください。

厚労省 医政局

いただいた意見に関しましては検討させていただいております。

精労協 SG

なぜ精神保健福祉課の方に伺ったのかという、このような差別を助長する可能性のある条項が存在していることを、一番身近に関わっている精神保健福祉課の方から、もっと積極的に政策として、この法律をどうにかしていかなければならないと提言し、この条項はおかしいのではないかという事を、ぜひ内部から広げていっていただきたいです。精神保健福祉課の方にも持ち帰っていただいて、広げていっていただきたい。「これは医政局の担当だし問題ない」ということだけで片づけてほしくないという気持ちがあります。

精労協 TO

- 1-6) に関しては、説明していただいた内容がずっと求めていたことで、とても変な感じがします。
- 1-7) ですね、精神医療審査会の適切な運用について、ご回答よろしく願いいたします。

厚労省 岡田

都道府県に設置されている精神医療審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつ、その適正な医療および保護を確保するために、精神科病院に入院している精神障害者の処遇等について、「専門的かつ独立的な機関」として設置されたものです。今年7月の事前交渉でもお伝えした通り、今般一部の自治体において審査会の開催要件を満たしていなかった事例が確認されたことは、遺憾に感じております。審査会が適正数を満たさず開催された背景については、自治体の担当者からは担当職員の法令知識の不足だけでなく、委員が急用により欠席する場合に審査の遅延をさけるために、やむを得ず開催をした、などの事情が挙げられております。

厚生労働省としては各自治体に対し、予備委員の積極的な活用を促すとともに、今年2月に開催された全国精神医療審査会長精神保健福祉センター所長会議において、「法令順守の徹底、精神医療審査会の適正な運用を図るよう注意喚起を行う」などの対応を取ってきたところです。加えて、厚生労働省では自治体における精神保健福祉法上の手続きが適正に行われているかを確認するため、毎年都道府県指定都市に対して行政事務指導監査を行っており、精神医療審査会関係では、定足数を満たさずに開催したことはないか、退院請求や処遇改善請求を受理してから概ね一か月以内に結果通知を行っているか、退院等の請求について面接による意見聴取を行っているか、審査案件間にも関わらず開催していない月がないかなどの確認を実施しております。また、指導官監督において問題があると認められた場合には、自治体に対して文書などで指導を行い、指摘事項に対する改善計画書の提出を求めています。こうした取り組みを進めることにより、引き続き精神医療審査会の適正な運営を図ってまいりたいと考えております。

精労協 AG

全国で、精神医療審査会の審査委員は何人ですか。大阪府が一番多くて40人です。一番少ないところで25名です。退院請求だけではなく、医療保護入院の審査件数というのも全国で年間27万件あります。それに対して審査をして医療保護入院に当たらないとされたのは、27万件的うちどのくらいだと思いますか。精神医療審査会にチェック機能なしと書いてある通り、27万件的申請に対して、請求が却下されたのは結果的に18件です。99.994パーセントは書類だけで通ってしまいます。なぜそういった実態があるかという、これは精神医療審査会の弁護士が書いたものを掲載したもので、同じようなことを別の弁護士さんに聞いております。3人で約150件の審査請求の書類を精査するそうです。それをだいたい1時間で終わらせるとなると、1時間で50件、1枚が約1分のペースで審査しているということになります。そういう状況では、形式が整っているかどうかくらいしかチェックできないです。それをしっかりとチェックしよ

うと思うと、かなりの時間がかかると思います。

そもそも審査委員も人数が少なく、実質は審査ができていないということです。弁護士からは、実地審査が必要だと指摘されています。大阪の精神医療審査会の弁護士は、統合失調症を間違えて F 0 と書いてあるときは書き直しなさいと指し返すだけで、書き直しをして完了です。要するに実質は審査機能がありません。精神医療審査会を審査機能あるとってしまうのはおかしいです。この審査は形式だけを整えているのであって、それは退院請求でも役に立たない。三職種揃わず、要件を満たしていないにも関わらず審査会が開かれていて、さも審査を行っているかのようにされてしまい、最終的に人権侵害を膨大に生み出しているという構造を創り出しています。その構造は、あなたたちが行っている精神保健医療の枠組み、システムそのものです。それをもっと自覚していただき、とんでもない人権侵害の温床がここにあると考えてもらわないといけないと思います。

厚労省 岡田

非常に重要な問題点だと思っております。精神医療審査会についてはその通りで、まさに人権問題に直結することです。入院の継続の必要性や判断の妥当性を、医療と保健福祉と法律の観点から審査する機関ですので、審査会が適正に実態として機能するというのは、非常に重要だと思っております。いただいたご意見については持ち帰らせていただいて内部で共有させていただきます。

精労協 TO

皮肉な言い方ですが、精神医療審査会に対しての審査が必要ですよね。申し上げた通り、人権侵害の温床になっています。審査会が機能せずに、人権侵害の片棒担いでいると言えます。そして尚且つ、人数が揃わないから適正に運用されていないからそこを審査しなければならないという現状は非常に虚しい仕組みですよ。措置入院の見直しの中でも審査会の強化が謳われていて、審査会を強化すべきなのか、審査会を考える人たちが強化されるべきなのかを根本的に見直さなければなりません。審査会の事は長年に渡って議論していますが、やはり制度設計から考え直された方がいいと思います。では、1. に関しては終わりたいと思います。

では、2. - 1) についてご回答をお願いします。

厚労省 浜崎

精神科特例についてはご承知の通り、当時の精神科病床の必要数に対する従事者の不足などの理由から、制定された規定だと承知しております。より質の高い精神科医療を提供するうえで、さらに手厚い人員配置としていくことを促していくことが必要だと考えられますが、「医療法上の基準を一律に底上げする」という事は、各医療機関の経営状況に多大な影響を与えることが懸念され、さらには地域医療の提供体制にも多大な影響があることが考えられます。精神科特例の見直しについては、医療従事者の養成、精神科医療の診療報酬上の評価の在り方など、省内の部局と連携しつつ段階を踏みながら慎重に検討していくことが必要と考えております。各病院においてそれぞれの機能や規模に応じた人員配置を、ご検討いただくことが望ましいと考えております。いずれにしても、今回いただいたご意見は関係部局と共有させていただき、今後も適切な医療行政に進めてまいりたいと思います。

精労協 SH

「特例が導入された当時、医療従事者の養成が追い付いていなかった」ということが、特例が規定された要因としてあると考えているならば、規約導入後に年が経るにつれて、医療従事者の養成状況が変わっていったことは把握されていると思います。人員の配置に関しても、検討し直すタイミングは何度もあったはずですが、しかしながら、検討は全くなされないままで、単純に現在の状況を見て、人員配置をすぐに変えるのは各病院の経営、地域の体制に影響があるので、直ちに変更はできないと仰っている。この実情を踏まえた上で、今までの国の施策が結果としてこのような現状を生み出しているということを、どのように受け止めておられますか。

厚労省 浜崎

医療従事者の不足感というのは昔もあったかと思いますが、今現在も医師、看護師に関しても叫ばれているところでもあります。その中でも、精神科に従事するかというのをいかに要請していくかというのは別の問題としてあって、非常に時間のかかる政策になってくると思います。いただいたご意見を局内で共有しながら精神科特例の扱いについても引き続き検討していきたいと思っています。

精労協 SH

今の回答だと、精神科医療に従事する看護師や医師が足りていないということですか。

厚労省 医政局

医療全体を見たときに、現状としては医師や看護師が足りないと言えます。精神科だけを取り出して需給請求というのは難しいということをご理解いただけたらと思いますが、とにかくまず医療全体について、不足しているという状態ですので、十分にいるという結論は出せないということです。

精労協 SH

この精神科特例に関しては、そもそも国が示した規定の基準として、「他科より医師・看護師・薬剤師が少なくともよい」と国が示しています。給云々に関しては難しい話があると思いますが、そもそもこの規定を定めたのは国だという事、規定を今現在まで長期的に維持してきたのも国だということです。すぐに変えることはできないけれど、「患者さんの層によって、人員を変えるなどの対応をしていく」と以前から述べられています。特例の人員配置基準は果たして適切なのでしょうか。精神科医療の人員が少ないということに、そもそも根拠があるのでしょうか。人員基準が適切かどうかについて、私たちはずっと疑問を持ち続けており、長期に渡って要望させていただいています。特例の基準となっている人員配置について、ご説明いただければと思います。いままでも当然言葉としては聞いておられたかと思いますが、どの程度理解してくださっているのかという疑問もあり、そのあたりも少しお伝えしたいなと思っています。今回一緒に参加されている現場の者の声を伝えたいのですが・・・。

精労協 フロア（薬剤師）

今ここにもありましたけれども、薬剤師が足りてないと。今現在、チーム医療などにおいて薬剤師が必要な場面が増えてきているという現状に対して、薬剤師の定数は依然変わっていません。以前と変わらない人数で業務を行わなければいけないことが、しんどくなってきているというのが実感です。

精労協 SH

今回厚生労働省交渉に来させていただくにあたり、要望書の方にも、いくつか退院促進について書かせていただきました。看護師、医師の数、薬剤師の数というのは、色々なところで現場に影響しており、そのような実態を踏まえた上で要望をしております。看護師からは、患者さんの話を聞く時間が全然ないですとか、ケアを重点的に対応することで、自閉的な患者さんに対応する時間がなくなるなど、具体的に患者さんと接するという時間が減っているという声もたくさんありますし、そういう意見をどんどん聞いていただきたいと思っています。

精労協 IM

先ほど、底上げという言葉が使われたと思いますが、底上げというのはどういう意味ですか。

厚労省 医政局

「医療法上の基準を一律に上げる」という件で、医療法で定めているのは標準と所謂最低基準だということで、最低限度の人数に加えて、より一層に手厚くした場合には診療報酬が付きますという仕組みになっています。

医療課が帰ってしまいましたが、私どもと致しまして、最低限の基準は医療法で定められていますが、その一定数を保っておればそれで良いというのは、また別の議論があると思っております。当然、より手厚い一般病床並み、もしくは一般病床以上に手厚い看護師さんお医者さんの数が必要だという症例もあると思いますが、そこは個々の条件がありますので、一律に上げてしまうのではなく、個々で手厚くやっているところにおいては、手厚い診療報酬でやっていただく。財源的な処置をなしにいきなり基準だけ上げてしまうと、医療機関の経営機関が破綻してしまうと・・・病院がつぶれてしまうと元も子もないということは、ご理解いただいているかと思えます。やはりそのバランスが大切と思っております。医政局としては、現在医師全体の需給の問題、看護師の需給の問題ということで、精神科のためだけにという政策ではありません。しかし、医療全体としての勤務環境改善や、今回の働き方改革の様々な措置があり、勤務環境や全体の中で、「きちんと適切な医療を提供できる体」を目指していきたいと考えております。

精労協 IM

約60年間、目を向けられてこなかったという、精神科特例ですが、一概に短期間で大幅な変革というのは難しいと思います。今後はどのような方向へ進んでいくのですか。

厚労省 医政局

今すぐに申し上げられる回答は持ち合わせていないので、お答えを控えさせていただきます。ただ少なくとも全体の方向性としては、やはり適切な医療を提供するという体制の中で、繰り返しになりますが、医師需給、看護師需給ということで、医療提供体制の問題や、あるいは診療報酬の問題をきちんとフォーカス的に進めてまいりたいと考えております。働き方に関しても、人が少なくて厳しい勤務環境になっているというご意見いただいており、看護師についても労働時間の上限を設置しておりますので、そういったことも含めて、全体として適切な医療を提供できる体制というものを、構築する体制を考えてまいります。

精労協 IM

何回も重ね重ね申し訳ないのですが、なぜ「底上げ」という言葉に引っかかったのかというと、われわれは、上げてほしいと言っているわけではないです。他と合わせてほしいと申し上げています。

厚労省 医政局

「底上げ」という回答については、言葉の選び方を誤りました。われわれも底上げという表現が正しいとは思っていませんし、当然あくまでも現在の基準に対して、どういう基準が適切であるかを検討してまいりたいと思います。回答の言い回しに関してはお詫び申し上げます。

精労協 フロア（看護師）

先ほどの回答に関しては、医療従事者全体の数が足りないという話にすり替えられているように思いますが。全体が足りないのではなく、精神科においては少なくともよいと決められています。医療全体で医師が足りないという話にすり替えるのはいけません。基準を統一してくださいと言っています。医師が十分に足りていても、この基準に従うと精神科は少ないのです。ですから、その基準を適正に底上げでということではなく、同じにするということが良いと思います。僕は逆に他科よりも人手がほしいので、精神科だけ他の倍にするという特例にしてくれても構いません。でもそこまでは言わないので、せめて他科と同じにしてほしいという話をしています。全体的に医師や看護師が足りないというのは、また別の話です。

精労協 GM

ダメ押しで言いますが、今の状態は差別状態、人権侵害の状態です。障害者差別解消法を守っていません。最初から少なくともよいと決められて、なぜ、精神科だけは少なくともよいと国が決めてしまったのでしょうか。初めから差別をされている状態です。それをまた適正にする、医者が増えていないから変えられない、精神科特例は無くせないから、というのはおかしいですよ。もし精神科の看護師・医師・薬剤師が足りないと主張するのであれば、人権侵害状態を解消するために、特別に精神科の医師・看護師・薬剤師の教育を設けて、それらの人材を増やすような方策を設けるべきではありませんか。人権侵害を放置しておく厚生労働省でよいのでしょうか。今はそういう状態です。少ない数の医師や看護師のケアの中で、社会的入院がたくさん増えて、必要のない入院をさせられていることが、今現在も起こっています。何十年と人権侵害を放置したのは厚生労働省なのです。それを頭に入れておいてほしいです。そこから出発ですから。どのようにすれば人権侵害をなくせるかというのを、これから考えていただきたいです。そういう考え方に変わっていただきたい。

私たちの労働が大変だからと、ここに訴えに来ているのではありません。仕事とは、もともと大変なものです。患者さんたちがきちんとと良くなっていく、退院していくというきちんとした医療、労働をしたいからこそ、ここで訴えているのです。誇りを持てる納得のいく医療をしたいからです。今の人員ではそれをしたくてもできません。私たちが仕事に誇りを持てると言える状況ではないのです。労働を楽にしたいからではなく、誇りを持った仕事がしたいから、ここで訴えています。それをよく知ってもらいたいと思います。

精労協 SH

例えば薬剤師の人材が少ないから適切な医療を提供できていない現状や、入院患者の高齢化や認知症に加え、身体合併症をもつ方も増えてきていることに対して、この精神科特例があることで、必要なケアができ

る環境に限界があります。特例によって人員配置が少ないことで、ケアの質が低下し、隔離拘束行動制限の増加にもつながっていて、退院支援にも影響しているというのが私たちの実感です。それについては毎年申し上げていますが、ぜひとも厚労省で分析や研究を行っていただきたいと思っています。言葉では善処します、検討していきたいと仰っていますが、具体的な動きとして、私たちが現場で感じていることに関しての調査研究分析をしていただきたい。例えば、行動制限に人員配置がどのように影響しているのか、薬剤師が現場でどのように働いていて、人員配置との関連でどのような限界があるのかとか、そういった調査研究もぜひ行っていただきたいと思っています。

精労協 IM

先ほど重度かつ慢性や社会的入院のところを出ていましたが、クロザピンの話などもあります。薬物療法に重きを置いて、社会的入院を解消して何万何千人を退院させていきたいと、大きな看板を掲げたのはいいと思います。その実情が伴うように、具体的にやっていただきたいと非常に強く思います。よろしくお願ひします。

精労協 TO

それでは2-2) 隔離身体拘束の状況改善についてというところでご回答お願いします。

厚労省 岡田

厚生労働省が行っている調査において、精神科病院で身体的拘束隔離を受けた患者は増加傾向にあり、平成26年にはそれぞれ1万件を上回っております。精神科病院における隔離や身体的拘束については、精神保健福祉法上、「精神保健指定医の診察により多動が顕著である場合やそのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶ恐れがある場合」など、患者の医療と保護のために、必要が認められた場合に限り、必要最低限の範囲で行うことができるとされています。保護室への隔離や身体的拘束の数が増加している要因は、比較的症状が激しい急性期の入院患者が増加していることなどが考えられますが、現時点では明確ではありません。このため、厚生労働省としては隔離や身体拘束の増加要因を早期に分析することが重要と考えており、厚生労働科学研究として現在隔離や身体的拘束に関する大規模調査を実施しており、近年の身体的拘束の実態把握に努めてまいりたいと考えております。以上です。

精労協 SH

7月の事前交渉時にも全国的な実態調査をしておりますというお話でした。その後の経過について、調査の状況はどのようになっていますか。

厚労省 岡田

調査のスケジュールですが、今年6月に全国調査を開始いたしまして、現在結果の集計を研究班で行っていると聞いております。

精労協 SH

その調査項目に関しては、事前交渉で、年齢、疾病、入院形態というのを項目としては上げるという事でしたが、この調査をすることによって研究としてはどのような部分を明らかにしようとしているのでしょうか

か。

厚労省 岡田

調査の目的は、先ほど申し上げた通り、隔離身体的拘束の件数が年々増加しているということで、この増加要因を分析し、改善策を検討するための基礎資料を得るということを目的としています。

精労協 SH

増加要因を分析するためということですが、事前交渉の時も特例との関係、人員配置の事が項目に入っているのかを議論して、そのあたりも伺いたいです。この調査において、何らかの、人員配置との関係がわかるという事でしょうか。

厚労省 岡田

調査の項目について研究班からいただいている条項ですが、病棟の運営についても項目の一つに入っていると聞いております。例えば、看護職員の数なども入っていると聞いております。

精労協 SH

そういうのが入っていたら、もしかしたら解るかも知れないということですか。

精労協 AG

継続期間というのはもちろん入っていますよね。

厚労省 岡田

継続というのは身体拘束とか行動制限の継続という、それも入っているということです。

精労協 AG

2001年頃に出した、日本の隔離身体拘束の実態の資料を見ていると、440人の身体拘束の調査の中で、1日が5パーセント、1週間以内が17パーセント、1年以上までずっとあります。要は、1週間以内が22パーセントでした。先日、長谷川利夫さんらが各病院での調査を行い、身体拘束の平均継続日数が90日を超えていました。海外の身体拘束の状況に関してはご存知の通り、アメリカ、ペンシルバニアでは2時間、オーストラリアでは4時間、ドイツは7時間、カルフォルニア州では4時間、フィンランドが9.6時間、一番長いスイスでも48時間です。継続時間から見ても、日本の身体拘束の継続時間は異常であるということがわかります。WHOの精神保健でも「4時間を上限とする」という指標が出されています。

日本の身体拘束の状況は異常であることについては、いくつかの要因はあるだろうけども、身体拘束の要件が非常にあいまいである事、さらに精神科救急が普及される中で、解釈の認識があいまいに括られていると・・・身体拘束の目的として「スタッフが患者に安全に近づくためである」という認識が、各病院で全国的に広がっている。これは、隔離身体拘束の要件を拡大解釈しすぎている結果であり、このような現状の中に、隔離拘束が増加している原因がある。さらに、先ほど問題になっていた強制入院の増加の中で、強制入院であれば自動的に隔離、身体拘束だということがルーティン化している病院がとて増えています。このような状況を鑑みた上で、正しい調査していただかなければいけないと思います。ただ単に、病院が出した

データを鵜呑みにするのではなく、諸外国と比べても異常な状況だという事を認識し、分析をせねばならない。調査の結果はいつ出されるのですか。中間報告でも。

厚労省 岡田

研究班の方からは年度内にお願ひしますとお伝えしています。研究班の状況次第というところもありますので、現時点では未定ですとの回答をいただいております。

精労協 TO

研究班というのはどういう方で構成されているのですか。

厚労省 岡田

学識研究者の方以外にも、日弁連の方や、当事者団体からも入っていただき、15名ほどで構成されております。

精労協 TO

危惧しているのは、ご本人の病状の要因をクローズアップしないでいただきたいという事です。そこは操作できてしまうので。病院側の回答で、結局は病院の体質や人員によるとありましたが、環境要因というところの危惧がない中で調査をしても、あまり意味のない結果になってしまうのではないかと思います。しかしそれでは何も変わらないと思うので、ぜひそこは注視し、力を入れていただきたいと思います、

精労協 AG

実は、隔離身体拘束と特例が非常に関連しています。アメリカでは、隔離身体拘束を行った場合は実質的に常時スタッフが一人付き添わなければならないという基準があります。そのような基準ですので、人員がきちんと配置されているし、一人付かなければならないほどであれば、隔離、身体拘束が必要ないと言う人は8割から9割だと個人的には思っています。日本では人手が付くことができないから、隔離拘束で放置されてしまうということが起こりうる。その結果として、先日のニュージーランドのサベージさんが亡くなってしまふというような事態が起きているわけです。人の命が関わっていることですので、本来人身の自由を制限する行為というのが基本的にあってはならないと思います。それを民間病院の一人の精神科医が行えるという事はとんでもない問題です。ケアについても他科よりも多くてよいという考えがあるべきなのに、人員配置が適正に行われていないことで、余計に隔離拘束の状況が悪化している要因だと思います。両方の問題を一体として考えていただきたいと思います。

精労協 TO

では3.に移りたいと思います。

退院支援委員会について、3つまとめてご回答をお願いします。

厚労省 荒牧

3-1)、(1)については、法改正時に設けられた医療保護入院者退院支援委員会の仕組みは、医療保護入院については本人の同意に基づかない入院であることから、入院当初から早期の退院に向け取り組むた

めに設けられたものです。こうした主旨を踏まえて、その対象者は精神保健福祉法第15条の6において、在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、入院時に入院届けに添付する入院診療計画書に記載される入院期間を経過するもの、または在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、委員会の審議で設定された推定される入院期間を経過するもの、在院期間が1年以上の医療保護入院者であって病院の管理者が委員会での審議が必要と認めるものと規定されており、医療保護入院者の原則として、入院期間1年未満で退院するという基本的な考え方の基に、一定期間ごとに入院を継続する必要があるかどうかの審議を行っております。入院から一年以上の医療保護入院者を委員会での審議の対象としない場合は、具体的な理由を定期病状報告に記載すること。具体的な理由がない場合は、原則として委員会での審議を行うことが望ましいことを規定しており、退院の検討が必要な患者については原則として委員会で審議が行われる仕組みとなっております。

本年の2月にまとめられました、これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会の報告書においても、現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、一年以上の入院となったものについても、退院支援委員会を開催することについて、一定の期間ごとに定期的で開催されるように検討されることが適当であるとされています。

当省としましても、精神科病棟の入院患者さんの地域移行は重要な課題と考えておりますので、退院支援委員会での審議を通じて、地域移行の推進のために退院支援に向けた地域の連携や、地域の関係者間の顔が見える関係づくりを行うことで、患者さん方にも地域で安心して生活ができる体制づくりを進められるよう必要な検討を行ってまいりたいと考えております。

次に(2)についてですが、退院支援委員会においては、入院者の本人の方が委員会の構成員になることを希望する場合には、委員会の構成員とすることを義務付けております。一方本人が参加を希望しない場合や、病状により参加が困難な場合、こうした場合にも審査会を顔が見える関係を構築して退院に向けて取り組むことが重要になることから、退院支援委員会に開催にあたって本人の参加を現在は義務化していません。医療保護入院の患者数については、先ほど回答でもありましたが、平成25年から平成27年にかけて検証していて、退院支援委員会の開催を含む、平成25年の精神保健福祉法改正法施行による医療保護入院者の退院促進は、確実に効果を上げていていると考えております。

最後に(3)についてですが、こちらも精神保健福祉法の施行規則第15条の第3項において、精神科病院の関係者が委員会の審議対象である医療保護入院者が地域援助事業者を委員会の構成員とすることを希望するときはあらかじめ書面によって通知することを義務付けていまして、通知を受けたものが出席要請に応じるときは、そのものを構成員に加えることと規定しております。当該精神障害者の退院後の生活にかかわるものについては、入院前に当該医療保護入院者が通院していた診療所や、退院後に当該医療保護入院者が診療を受けることを予定する医療機関を想定されるところで、医療保護入院者に対して、退院後生活環境相談員が出席を要請するのか確認するなど、医療保護入院者の退院後の生活環境を見据えた有意義な審議ができる出席者となるよう努めることとされています。ご指摘のように、地域生活にあたって、支援委員会に地域援助事業者が参加するメリットは厚生労働省としても大きいと思っています。ご要望の内容を参考にしながら制度が有効活用されるように必要な検討をこれから行ってまいりたいと考えております。

精労協 TO

(1)から確認ですが、①の医療保護入院で1年以上の入院期間がある方に関しては、あり方検討会でも対象としていくべきだという話が出たという風に聞こえました。②と③に関してはいかがでしょうか。つまり

任意入院の方と、平成26年4月1日以前から療養病棟に入院している方についてはいかがでしょう。

厚労省 荒牧

任意入院の方については医療保護入院の方と、入院の開始に本人の同意があるか否かで違うので、退院支援委員会で対象とされる患者さんの中には、任意入院の方は今回の議論では含まれていません。

③の平成26年4月1日以前から入院している患者さんについては、①の医療保護入院で1年以上の入院がある方と現在では同じ扱いになっておりまして、これらの方についても、平成29年になりましたので、1年以上の入院になった方と考えまして、その方についても退院支援委員会を開催することについて、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討されるのが適当であると考えております。

精労協 TO

③でも任意入院の方もいますよね。今のお話は医療保護入院で入院されている方で、平成26年4月1日以前の場合は、ということよろしいですか。

厚労省 荒牧

そうです。医療保護入院の方で平成26年4月1日以前から入院されている方ということです。

精労協 TO

②と③を入れている理由は、仮に任意入院であったとしても、3カ月以上というのは長いですよ。退院支援委員会の効果があるというのは今仰っていただいて、われわれもそう感じていたので、この3つを挙げています。せっかく入ったいい仕組みを、より良いものにしていけたらという事です。②および③の任意入院の方を入れているというのは、やはり自分の意思で入ったとしてもなかなか退院できないという方をどのようにして退院支援に繋げるのがよいのかということで、この委員会をしてはどうかと考えています。そのあたりはどうかのでしょうか。

厚労省 荒牧

退院支援委員会については、いろんな意見が寄せられておりまして、医療保護入院の患者さんに限定して考えてきましたが、そのようなご意見を踏まえて、任意入院の患者さんについてもどうするかというのを省内で検討していきたいと考えております。

精労協 KY

実際に現場では任意入院で10年、15年と入院している方がいます。療養病棟の開放病棟でもいいから病院で暮らしたい、病院にいる方が楽だと言う人たちの背景には、入院した時点で「ずっと病院に居てもいいよ」という風なことを言われたということがあります。退院支援委員会があることで、このような長く入院するつもりの人たちが、その家族も含めて、皆で退院について考えるきっかけになり得るわけです。実際に現場としても、退院支援委員会はとても有効にきちんと機能していると感じています。ですので、そのような、任意入院で長期に入院をしている方は、社会的入院や、特に医療の必要がなく自分で外出してスーパーで買い物をして、病院に戻ってきて暮らせている人たちが大半です。そういう人たちは、国にとっても退院してもらいたい対象ではないかと思っておりますので、是非退院支援委員会を導入していただければなと思いま

す。

厚労省 荒牧

今後も引き続き検討してまいりたいと思います。

精労協 TO

(2) ですが、「本人が希望する場合には参加してもらわなければならない」という話でしたが、実際に本人の希望を聞いていますか。聞く義務は別にないですよ、そこが抜けているのではないかなと思いました。聞いておればまだいいと思いますが、本人に聞かずにいる場合が大半ではないかと思います。その辺はどうでしょうか。まず本人に、委員会が開かれる予定を伝えて、出席されますか、しませんかということ、まず聞いているのかどうか。厚労省の方は本人への通知の有無についてはご存知なのでしょうか。

厚労省 荒牧

個々の病院の取り組みについては、なかなか現在ではしっかりした調査が進んでいない状況です。個別のケースについては把握しておりません。

精労協 TO

では、「患者本人の委員会参加の義務化」というのはなかなか難しいです。委員会ですから。しかし、せめて本人に聞くくらいはしないといけないのではないかと思います。そうでないと、参加を希望したときの参加ということが生きてこないです。条文に入れられたのでしたら、その手前の部分で、制度化しておかないと、本人への通知もなく本人不在での委員会開催というのが、今後常態化していくのではないかと思います。(3)も同様に、地域援助事業者を呼び、それでお知らせをしてということですが、院内のスタッフの中に、入院前に繋がっていた地域援助事業者がいたとしても、その人を呼ぶか呼ばないかという事を判断してしまっている。それも本人に聞いているのかどうかです。元々どのような方に相談していたのか、その方にあなたの退院支援委員会に入っていただきますか、どうですかと聞いているのでしょうか。そこも、ご存じないかと思いますが、それをやっていかなければ、地域移行支援事業者の参加も不毛で終わってしまうと思うので。地域援助事業者ではなく地域移行支援事業者と書いていますが、地域移行支援事業の利用者数は伸びていません。これも毎年お話しに出ていますが、現場で聞くところでは、利用をしている方の効果はあります。事業そのものに関しては、退院意欲の喚起や、病院とは違う世界を見るということも含めて、非常に意義ある事業だと思います。数年前には、この事業の周知義務というのをお伝えしたことがありますが、周知義務を徹底していただきたいです。院内のスタッフが周知していないと、結局は患者さん本人が個別給付で手挙げできないです。手挙げができないし、利用者数も伸びない、ということは、地域移行支援事業者が減りますよね。少しは進んでいるようですが、事業者数が減っている一方であると。(2)、(3)に関しては、PSW や看護師等のスタッフから、参加の義務化ができることが一番良いですが、まず必ず意思確認をしていたかなければ、どうにもなりません。せっかくの機会に本人不在で事務的に終わらせてしまうという実情を聞いているので、それはやっぱり問題だと思います。そのあたりどうですか。

厚労省 荒牧

退院支援委員会につきましては厚労省として、具体的にどのようなやり方で進められているかというのが

しっかりと調査できていない部分がありますので、今仰っていただいた意見を参考にしながら、今後制度が有効に活用されていくよう、必要な検討を行ってまいりたいと考えております。貴重なご意見ありがとうございます。

精労協 TO

はい。よろしく申し上げます。実態調査を平成27年頃に実施されましたが、あの調査において、本人が参加しているかどうかの問いについては、『ある、1件』という風に、ほとんどの結果が「1件」という調査になっていて、このような統計の取り方には問題があると思います。委員会に参加を希望するのかどうかの聞き取りを患者本人に対して実施していますか、などの項目を入れていただきたいと思います。

では、最後3-2) 職業安定局の方ですか、よろしく申し上げます。

厚労省 服部

ご要望いただいた「ハローワークにおける主治医の意見書の提出義務について」ということで、①主治医の意見書の提出義務の撤廃、②主治医意見書の提出があった場合にせよあくまで参考程度にとどめ、意見書の記載内容を理由にした求人募集を妨げないこと、とご要望いただいております。

まず意見書の提出義務について、精神保健福祉手帳を持っていない方が障害者専用求人へ応募をする場合については、その対象者である方であるかどうかを確認するために主治医の意見書もしくは診断書の提出を求めています。ただ、その他の場合については、提出を強制しないように定めているところです。一方で、ハローワークにおいて本人の障害に関する情報を把握させていただいた上で、就労支援を行うことがより良い一因に繋がる場合もあり、その後の職場定着にもつながると考えておりますので、その点についてはご理解いただきたいと思います。

職業紹介につきましても、ご本人の希望する応募を妨げることはございませんが、本人の状態にマッチングしない求人内容に、早急に応募し就職することによって、早期の離職や症状の悪化が考えられるケースも散見いたしますので、必要に応じて主治医の意見書も参考にさせていただいて、求人応募に関する助言すとかアドバイスといったことは、ハローワークにおいてさせていただいているところでございます。以上です。

精労協 TO

強制しないということですが、管轄のハローワークによって対応が変わるようです。半ば強制のようなところもあります。必ず提出していただかないと困りますというところもあり、ハローワークの管轄によっては、ないのなら仕方ないですとなるところもありまして、結構ばらつきがあります。当然、利用者側は意見書の提出のことなどは全く知らないので、必要ならば書いてもらわなければと主治医に依頼します。そのときに、主治医との相談があまりない状態で書いてもらうと、利用者側が思っていた内容とは違う内容で意見書が出来上がってしまいます。ハローワークは意見書の提出を求めているわけですから、当然参考にするわけです。そして、希望の職場への就労は無理ですと判断されて。こういう冷たいやり取りで終わってしまうというのが実態としてありますが、その辺はどうお考えですか。

厚労省 服部

先ほど申し上げました通り、義務付けてはいないので、そういう強制的に利用者の方に意見書を出さない

と相談に応じないみたいな、もしそんなことをしているハローワークがあるのであれば、むしろそれは管轄の労働局や本省の方に話をいただければ、こちらの方で適切にハローワークに対して指導を行うことも可能ですので。

精労協 TO

わかりました。ではそうします。あと、書式についてですが。

精労協 フロア PSW

ハローワークは強制しないということですが、5年たてばもう一回出さなきゃいけないというハローワークもあります。意見書の再提出を求めているところもあるので、この点においても、きちんと指導していただきたいと思います。しかも意見書は書けないと突っぱねる医師もいて、病院やデイケアから巣立って行って、作業所などに2年ほど就労し、そろそろだねという話を作業所と相談していても、意見書を書いてくださいと外来の医師に伝えた場合に、週に1回もしくは2週間に1回の診察で、今の状態じゃ書けないと突っぱねられる利用者もいます。医師の見立てと、地域やデイケアの職員の見立てが乖離してしまっていて、書いてくれない医師もいますが、退院して間もない人でも、実際に働けたケースは結構あります。医師が見立てを勘違いしている部分があって、書けない、書かない、というやり取りで時間がかかってしまい、利用者側が求めている情報を得ることができないということが、そもそもの問題だと思います。そこらへんはよろしくをお願いします。

精労協 TO

実態としては、意見書を書いてもらうためのトレーニングになっていて、このぐらいはできているのでこのように書いてくださいというようなことがあります。第一関門みたいなのところに実際なっています。それが有効になる方もいらっしゃると思いますが、それが時間の浪費になってしまうこともあります。個人的な考えかも知れませんが、早期の離職や症状悪化という事が起こり得るとは思いますが、それはご本人が体験していくしかないと思います。公共職業安定所というところが、そこまで考えて応募を制限していくというのはどうなのでしょう。

厚労省 服部

まああの、ハローワークは求人と求職をマッチングするというのが、本来の究極的なミッションではありますが、ただ結び付けばそれでいいとは思ってなくて、あくまで雇用の安定、職業の安定を図ることがわれわれの目的です。就職してすぐにやめてしまう可能性が高いような求人に対して、その人を紹介するというのは、まあ本人がどうしてもそこに応募したいということであれば、それを止めるという権限はございません。ただ、こういうリスクが考えられるということや、ハローワーク側から様々なアドバイスをさせていただくということは、こちらがやるべきことだとわれわれは思っております。

精労協 TO

はい。わかりました。

精労協 フロア Dr.

先ほどマッチングという言葉を使われましたが、主治医の意見書の中で労働能力の程度という項目があっ

て、一般企業での通常勤務、短時間での勤務、福祉施設での軽作業などと書かれています。それを判断しているのは月に何度かしか会わない主治医で、主治医がそれをどう判断しているのか疑問です。その主治医の判断だけを頼りに、どのようにしてマッチングをするのか、非常に違和感を抱いております。マッチングというのは、就労に重要なことだとは思っていますが、それだけに頼らない仕組みができたならと考えております。

精労協 TO

様式については、結構書くことが多く、労働習慣の確立などもあります。どのような業務内容が良いのかなどは主治医からは書けないという話がありましたし、実際のところ書けないと思います。あの様式を見直すという考えはないのでしょうか。あのような様式でないといけないという理由があるのですか。

厚労省 服部

まずこの様式は、必ずこれじゃないとダメとはなっておりません。あと、様式の見直しについては、まずこういったご意見をいただくのは今回が初めてですので、この様式が使いづらいなど、そういったご意見が積み重なってくれば、当然見直しという検討をしなければならないと思います。しかし、今の時点では、今回のご要望をいただいて、埋められない部分があるとかそういった話を聞いたところですので。

精労協 フロア PSW

そもそも医師というのは、医師としてしか働いたことがない人がほとんどですので、社員の人が面接して、能力的なところを見極めて、これはできる、あれはできるということを見立ててもらうことがほとんどだと思います。それをするために、トライアル雇用や実習などを受けてもらっています。こちらとしては、医療側から完全にバックアップしますよということを、きちんと約束をして送り込んでいるので、医師の見立てがどうのこうの、医療側の見立てはどうのこうのと言うのが、そもそもナンセンスだと思っています。例えば、社内できちんとバックアップ体制があるのであれば、こちらはどんどん手を放していけばいいだけですし、やはり初めて受け入れる側の会社であれば、私たちは私たちができることを一生懸命やればいだけなので。そういう意味では、医師の見立ててとか、私たちの見立ててというのがそもそもおかしいのではないかと思います。

厚労省 服部

医療の専門家ではありませんが、利用者の体力面や症状の変化などは、医療の面から判断していただかなければ、やはりわれわれはそちらの専門家ではありませんので。そういった医師の判断というものを少し参考にさせていただいているという部分がございます。

精労協 フロア 看護師

そもそも地域に参加していこうとしている本人の意思を、1か月に1回程度しか診察しない主治医の判断に、どれほどの信憑性があるのか疑問です。様式を見直すべきではないのでしょうか。社会参加へ向けて、作業療法やアドバイザーをしながら、本人に日常的に密接に関わっている医療者の判断は、一体どこに反映されているのでしょうか。

厚労省 服部

冒頭に申しあげました通り、医師の意見書を出さなければ、そもそもハローワークに登録できない、意見書の内容に沿った職業でないと応募できないということではありません。医師と就労支援をやられているスタッフの意見が現場で食い違っているというお話ですが、医師と就労支援に携わっている方々の意見をすり合わせるような場をもつというのは難しいのでしょうか。

精労協 TO

その、医師ときちんと折衝していくということは、僕たちが頑張らなければならない部分だと思います。当然応じてくれない医師もいますけれども、それはたぶん皆さんに言っても・・・というところだと思うので、それはきちんとと意見交換していかないといけないと思います。その部分に帰すると思います。

義務じゃないという事とか、様式も、あれにとどまってないというところは確認できたので、そこをまた現場に帰ってどのような様式ならばよいのかを検討したいと思います。今職業センターさんも研究をされていて別の様式作っておられると思うので、そこもまた参考にさせていただけたらと思います。

精労協 TM

確かに義務化はされてないという前提のもとですが、現場の実感として、現状はほぼ義務化されているようなものであるということ、必ずしも主治医の意見書でないといけないのかという疑問があるということもお伝えできたかなと思います。主治医の意見書のような、病状や病態がわかるような書面が欲しいという、受ける側の思いもよくわかりました。それを就労支援のスタッフも携わる書面に変えるなど、今現在のものよりも幅をもたせるという可能性はないのでしょうか。

厚労省 服部

この場で判断するというのはちょっと難しいですが、そういった考え方、そういった方法もあるのではないかというご意見は、受け止めさせていただいて持ち帰らせていただき、検討させていただければと思います。

精労協 TO

ありがとうございました。では、最後までお答えしていただいたので、本日の厚生労働省との交渉は終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。