

平成 30 年 10 月 22 日

厚生労働大臣 加藤 勝信 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、27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14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。それぞれにつき、貴省のお考えを、お聞かせ頂きたいと思えます。

### 1. 精神科患者の人権について

#### 1) 公衆電話未設置病棟について

我々はこの問題に関して、長年改善要求を行っている。昨年までの貴省からの回答は公衆電話が未設置の施設は残り1施設であるとの回答だった。しかし、平成 30 年6月 14 日の朝日新聞の報道において、国立精神神経医療研究センターの 630 調査により 139 病棟が公衆電話未設置であることが発覚した。

7月の事前交渉において、この問題を指摘したところ、貴省はこの 139 病棟に対して具体的な原因や詳細は把握できていないとの回答であり、早急に状況把握や対応の検討を行っていく必要があると回答した。

- (1) 我々との交渉においては、平成 23 年度での公衆電話未設置の施設が 24 施設あり、それ以降の交渉においては、この 24 施設に関してだけの追跡報告しか行っておらず、結果的には実情とは違った回答となっていたが、その理由をお聞かせ願いたい。
- (2) 精神保健福祉法第 37 条1項、入院患者の処遇について、通信面会の自由が阻害されていることは、患者の権利擁護が守られていないということである。このため、直ちにこの公衆電話未設置である 139 病棟への公衆電話設置を要望する。
- (3) 結果的には公衆電話未設置病棟は増加している。未設置病棟増加の原因、施設数及び施設名の公表を要望する。

## 2) 精神科救急入院料病棟の6割要件について

非自発的入院者数が増加している問題について、その理由の1つに、当該病棟において新規入院者の6割以上が非自発的入院でなければならないという要件により、安易に病院側が医療保護入院の判断を行っているためであると考えている。また、救急入院の必要性は強制入院か否かで判断できるものではなく、さらに医学的根拠もないことから、この要件自体が人権侵害にあたると思う。

精神保健指定医の資格不正取得、精神医療審査会の不適切な運用の問題が起きる中、民間精神科病院経営による診断が妥当なものであるとはいいがたい。このため、精神科救急入院料病棟の6割要件撤廃を要望する。

## 3) 医療法施行規則第10条第1項第3号について

平成28年の規則改定により、文言の訂正が行われたことについて、貴省は改定前の不適切な解釈や誤解により、精神疾患患者に不当な差別的扱いが生じることがないように改定を行ったとの回答があった。しかし、この規定により、不当な差別が生じる可能性があることは、当時(同法が成立した1948年は、旧優生保護法が成立した年でもある)の社会的背景からみても明らかである。

精神疾患患者だけにこのような規定があること(感染症を除く)自体が差別であり、差別をなくすためには条文の訂正ではなく撤廃以外考えられない。よって医療法施行規則第10条第1項第3号の撤廃を要望する。

## 2. 精神科特例について

### 1) 精神科特例の撤廃について

“精神科病床は他科に比べて医師・看護師・薬剤師が低い人員配置基準でよい”とする精神科特例(以下、特例)は、1958年に規定され60年経過した現在も実質的に存続している。過去の交渉において、特例導入の背景には「当時精神科病床数の急増に対して医療従事者の養成が追い付いていなかったこと」、「精神障害者について必ずしもそ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がされていたこと」があると貴省から説明があった。これは特例が1958年当時の精神病患者や精神障害者に対する差別的認識や無理解・医療の限界や社会的認識の限界を背景に導入されたものであり、現在の精神科医療の実態や精神障害者への社会的な認識や理解と大きく乖離した時代遅れの規定であることを示している。特例は、誤った認識に基づいて実施された誤った政策となっており、精神障害者への人権侵害となるもので、できる限り早く是正すべき規定であると我々は考えている。

貴省は「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を掲げているが、精神障害者ができる限り入院せず地域で生活するためには、急性期治療の手厚さは当然のこととして、入院が長期化する可能性がある患者や、すでに長期化してしまっている患者への、より手厚い人員配置

と支援が不可欠である。特例存続を容認することは、精神障害者の適切な医療を受ける権利を阻害するだけでなく、入院後のその人の生活や人権そのものを左右するものであり、精神障害者に対する差別であると我々は考えている。

特例撤廃という我々の要望に対する貴省による例年の回答は、“精神障害者の状況に応じて、多職種チームによる質の高い医療を提供する”として、急性期には手厚い医療（とはいえ、ようやく他科と同程度の人員配置を認めるという程度のもの）を提供し、急性期以外の患者には特例基準を維持する（病棟機能によっては特例より低い人員配置を可能にする）ことを容認するものである。また、本年7月の事前交渉では“医療法施行規則は最低限の標準であり、そのボーダーを超えて手厚く配置することを妨げるものではない”旨のご回答があった。しかし、急性期以外の患者への医療的ケアの提供は特例基準もしくはそれ以下でよいとするその認識こそが、世界的にみても多すぎる精神病床数や長すぎる平均在院日数を可能にしてきた現在の日本の精神科医療を生み出してきたものであると我々は考えている。

また、他科においては病棟機能ごとに人員配置を変えられない一方で、精神科のみが病棟機能ごとに人員配置を個別に認めている点も甚だ疑問である。

我々は、そもそも精神科のみ基準が他科よりも低くてよいという認識とそれを定めている特例を問題視している。上記のような貴省のご回答は、特例が存続している現状を肯定するための説明にはなっている、特例がそもそも差別規定であり是正すべきであるという我々の問題提起に対する回答にはなっていないと考えている。

以上のことから、精神科特例の撤廃を要望する。

## 2) 隔離・身体拘束の状況改善について

精神科における隔離・身体拘束件数は年々増加の一途を辿り、この10年で隔離は約33%、身体拘束は約2倍増加している。この背景には、近年の精神科救急入院料病棟の増加や精神科病床における認知症患者の増加が一因にあると、我々は考えている。さらに、隔離・身体拘束をめぐるっては、これまでも違法な身体拘束に関連した死亡事件や隔離中の患者への職員による暴行事件などが取りざたされ、常に問題となってきた。

我々は、隔離・身体拘束件数の増加と隔離・身体拘束によって生じる事件は、精神科医療における人権軽視や劣悪な医療環境の結果として必然的に生じていると考えている。具体的には、精神科救急入院料病棟の増加をはじめとした急性期治療に重点をおいた現在の精神医療体制のなかで、入院時の処遇として隔離や身体拘束の実施が常態化するなど不適切な行動制限が行われていると聞き及んでいる。

また、隔離・身体拘束においては、安全確保のための十分な身体的ケアや見守り巡回などの対応が必要であるが、現状の精神科特例下での人員配置では隔離・身体拘束処遇の患者の安全を十分に確保することは困難である。

このような現状が、精神科入院患者の適切な医療を受ける権利を侵害していることは明白である。精神科病床における隔離・身体拘束の詳細な実態調査を行う中で今後、隔離・身体拘束に伴う人権侵害が起こることのないよう、貴省が先導して具体的な対策を実行することを要望する。

### 3. 退院促進・地域移行について

#### 1) 退院支援委員会について

- (1) 退院支援委員会開催の対象者を全患者への拡大を要望する。
- (2) 退院支援委員会に患者本人の参加を義務づけることを要望する。

現在、退院支援委員会の対象者は、医療保護入院者が中心であるが、医療保護入院者であっても入院期間が1年以上になると、その対象から外すことが可能である。また、平成26年4月1日以前に精神療養病棟に入院している者も、退院支援委員会の対象となっていない。患者本人が自分の治療や退院について、家族や支援者たちを交えて話し合い、意見交換を行うことができる場というのは、長期入院患者や医療保護入院といった対象に絞られるものではなく、全ての患者に与えられるべきであり、人権的な観点からも治療的効果からも必要な機会である。本人不在で治療方針や患者の将来が決定されるようなことがないよう、原則患者本人の参加を義務化することを要望する。

#### 2) 精神病床の削減について

貴省は2017年に統合失調症などで精神科に長期入院する患者を2020年度末までに全国で最大3万9千人減らすという目標を決めている。しかし、精神科病院の現状は退院患者が増えれば、収益を維持するために新たに入院患者を増やさなければならず、意欲的に病院が退院を促進しづらい経営状況に直面し続けている。こうした状況の打破のためには、退院患者数の目標だけでは不十分であり、精神科病床自体の削減目標を掲げるべきである。他国と比べ、日本の精神病床数の多さは異常であり、必要数以上であることは明白である。多すぎる精神科病床と精神科病院の存続のために適切な医療が提供されず、患者の人権が侵害され、多くの社会的入院を生み出してきたことは歴史的な事実である。

また、病床削減と併せて、地域で支えられるよう、医療や福祉についても法制度を整備すべきである。病院の経営的側面からは病床削減に伴う、代替となる収入源の確保という側面もあるが、そもそも貴省が掲げている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の実現のためにも必要な施策である。現在のように「地域移行」と謳いながらも、精神科病院が患者を囲い込むような状況は「病院完結型」に他ならない。多くの専門職を病院から地域へ、つまり患者同様に職員も地域移行するための政策転換が不可欠である。よって以下のことを要望する。

- (1) 精神科病床数の削減目標を掲げることを要望する。

本年度から始まった第7次医療計画において、精神科に関しては多様な精神疾患に対応するため、各病院や病床の機能分化が謳われている。また、障害福祉計画においても長期入院患者

の解消や新たな入院患者数を減らすことが目標として掲げられているが、病床削減についてはいずれにおいても触れられていない。しかし、診療報酬の算定方法、及びそれに基づく民間精神科病院の経営方針を変えない限り実質的な退院促進は進まないと考える。よって、精神科病院における病床削減目標を貴省として掲げ、各計画に反映させることを要望する。

#### (2)病床削減に伴う、地域精神医療基盤構築のための代替サービスの創設を要望する

民間精神科病院が病床削減に抗う理由は収入の減少である。よって、病床運営に代わる収入源がなければ民間精神科病院は動くことはない。また、「病院から地域へ」を実現するためには、諸外国の取り組みとして米国の ACT やフィンランドのオープンダイアログが挙げられる。ともに共通することは、医師や看護師を始めとした専門職が患者や家族の要請に応じて柔軟に訪問診療をすることである。つまり、さらなるアウトリーチの推進が必要と考える。病床削減と併せ、アウトリーチを基軸としたサービスの創設を要望する。

### 4. 労働法制について

#### 1) 各省庁における障害者雇用数の水増し問題について

本年8月頃に各メディアにて、各省庁が障害者雇用数を水増ししている実態が報じられた。

この事実は、国自体が障害者雇用促進法を遵守しておらず、障害者基本法及び障害者差別解消法に抵触しているものと我々は考えている。

(1) 今後も各省庁における障害者雇用数の実態を、経年公表することを要望する。

(2) この事態を早期に解決するために、今後の障害者雇用における各省庁の雇用計画の策定及び公表を要望する。

#### 2) 各都道府県の障害者雇用採用条件における障害種別の限定について

平成30年度の各都道府県障害者雇用における採用条件を見ると、対象を身体障害に限定しているものが多く見られる。今年度から精神障害者の雇用が義務化になったにも関わらず、こうした実態があることは、障害種別による明らかな差別であり、我々としては看過することはできない。

そのため、各都道府県自治体に障害者雇用時において障害種別による限定をすることのないよう貴省より指導することを要望する。

以上