

2014年10月20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
(全国精労協)代表 五味 金次

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、安心してかかれる精神科医療、誇りを持って働くことができる職場づくりをめざして、精神科医療現場の問題と労働者の声をとどけ、24年にわたり貴省との交渉を重ねてきました。

様々な課題の中で、とりわけ「10年間で7万2千人の社会的入院を解消する」を厚生労働省とも共有できる最重要課題として取り組んできました。

今度こそ患者にとって、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
 - 1) 公衆電話未設置の閉鎖病棟について
 - 2) 病棟転換型居住系施設について
 - 3) 社会的入院患者の解消について
 - 4) 身体合併を持つ精神科入院患者の対応について
2. 精神科特例
 - 1) 精神科特例の撤廃について
 - 2) 精神科特例以下の配置基準病棟の新設について
3. 退院促進、地域移行
 - 1) 地域体制整備コーディネーターの必置について
 - 2) 地域移行支援事業の周知を義務化することについて
 - 3) 計画相談支援について
4. 労働法制

1. 精神科入院者の人権

1) 公衆電話未設置の閉鎖病棟について

全国精労協は、閉鎖病棟の中で公衆電話未設置等により通信の自由が制限されている事が人権侵害にあたり、なおかつ、その状態を放置しているな状況が、現在も入院患者への暴行事件等が頻発している事態と、けして無関係ではないと考え、以下の事項を要望します。

- (1) 今年7月の前交渉での要望に対して、「引き続き是正に努めたい」「公衆電話を実際に所管している総務省、NTTにも引き続き要望しているが状況は変わっていない」と御回答されたが、そのような状況を踏まえた上で、今後どのような指導や改善を行なおうとしているのか、貴省の具体的な方策を御聞かせ願いたい。
- (2) 2012年1月全国厚生労働省関係部長部局会議の内容「平成23年11月時点での実態調査の数値的結果」の記載の中に「当該病棟には設置していないが代替手段有り（24施設33病棟）」とあるが、それ以後の最新の数値をご呈示願いたい。また、前回の交渉にてご回答のあった以下の様な公衆電話未設置ケースへの改善指導を要望する。
 - ① ナースステーション等の業務用電話を開放しているケース（11施設16病棟）とあるが、ナースステーションの中の電話では、患者が自由に利用できる場所とは言えないことを、当該都道府県及び当該病院に文章で通達し、速やかな改善指導を要望する。
 - ② 「複数の病棟が併設され、入院患者がその間を自由に行き来できるなど、病棟の構造上、複数病棟で公衆電話を共有しているケース（9施設10病棟）とあるが、夜間施錠などで自由な使用が制限されていないか等の調査、改善指導を要望する。
 - ③ 認知症治療病棟であることを理由にしているケース（4施設7病棟）とあるが、患者個々の症状を考慮するのではなく、一律に電話による通信の制限をする考え方は、認知症に対して全くの無理解であるとしか言い様がなく、当該施設に対して速やかな改善指導を要望する。
 - ④ 改善に具体的な期限をもうけ、未達成の病院名とその内容を公表する事を要望する。また、その事を当該病院に呈示し、改善を促す事を要望する。

2) 病棟転換型居住系施設について

貴省は病棟転換型居住系施設について、当事者や関係者の反対・危惧のある中、条件付きでモデル事業を行うとしている。

我が国の精神科病院の9割は民間病院である。精神科医療の他科に比べ低い診療報酬単価の中で、病院経営者は入院患者数獲得を前提に病院運営をしてきた。病床削減への方向転換が長期に渡り置き去りにされ、諸外国と比べても異常な病床数を保持している現状である。

精神科病院では多くの深刻な人権問題が発生しただけではなく、任意入院患者も閉鎖病棟に入院させられ、自由意志が尊重されないこともある。病棟を開放化せず社会的入院が問題とされても、未だ退院支援が進まない人権を無視した病院も多くあるのが現状である。

長年、患者を病院内に収容してきた同じ体質の施設内に居住系施設を造る事に大きな危惧を感じる。数字上での安易な病床数削減は患者自身の自己選択を尊重されるのではなく、安易で軽費で造られた福祉施設に入居させて病床削減と民間病院収益確保を行う手段としか考えられず、これらは我が国が批准している障害者権利条約19条に違反のではないかと、貴省の見解をお聞かせ願いたい。

また、我々はこの転換型居住系施設自体に反対である。

3) 社会的入院患者の解消について

現在、貴省では「重度かつ慢性」の定義の検討が行われているが、我々はこの定義によっては、本来は社会的入院として退院促進の対象となるべき患者が定義に則り安易に長期的な入院患者として新たに生み出される事を危惧している。

国は2004年に7万2千人の社会的入院を認め、「10年間で解消を目指す」と掲げたが、解消されず地域移行事業も十分な連携が図れない現状が続いている。

我々は入院治療を必要とする「重度かつ慢性」の患者に対しては現状以上の手厚い看護配置及びPSW・OTR・心理等の多職種チームでの関わりを義務付け、治療

だけでなく退院支援を模索する体制を要望する。

国は患者が地域で暮らす権利を侵害した責任において、社会的入院患者を転換型居住施設に入所させるのではなく、速やかに地域移行できるような体制を作る

べきである。

4) 身体合併症をもつ精神科入院患者の対応について

身体合併症をもつ精神科病院入院患者を精神科病棟で看ている現状について、十分な施策がなされていない。

精神科特例により少数の精神科病院の医師や看護師で身体合併症の治療と看護に追われ、本来の精神科医療を行う事が出来ない現状がある。また、患者自身も適切な身体科・精神科医療を受ける権利を侵害されている。この現状について貴省に具体的な対策を立てて頂き、問題の早期解決を要望する。また、医療法施行規則10条第3号が未だ存在するが、これは精神科患者の他科受診を阻害するものであり、その撤廃も要望する。

2. 精神科特例

1) 精神科特例を廃止することを要望する。

精神科特例は1958年に規定された差別条項であり、人権的においても、医療的においても、解消しなければいけない重い課題である。私たち全国精労協も、20年以上に渡り精神科特例の撤廃を訴えてきた。

まず、人権の視点では、障害者権利条約批准にあたり、2011年に障がい者制度改革推進会議総合福祉部会が公表した骨格提言において、精神科特例の撤廃により、社会的入院の解消、行動制限の極少化が必要であると訴えられており、精神科特例が障害者権利条約に抵触すると考えている。医療の視点においては、隔離身体拘束者数が増加し続けており、2013年の6・30調査では18,000人を超え

ており、開放病棟は減少し、閉鎖病棟が増加をしている。これは、医師・看護師の人員が不足していることが大きく影響しているものと考えている。これらのことから、精神科特例の撤廃を強く要望する。

また、7月に行われた前交渉においては、貴省より看護師配置数と退院促進の間に明らかな有効性を認められなかったとの回答があったが、人員が一般科基準並みに充足すれば、個別的なケア・関わりが出来るようになり、退院に向けてより一層働きかけていくことが可能となると考えている。

2) 精神科特例以下の配置基準で病棟を新設しないことを要望する。

2012年に公表された「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」のとりまとめにおいて、長期在院者の病棟においては現在の精神病床よりも少ない配置基準とするとされたが、精神科特例を撤廃するどころか、精神科特例以下の配置基準で病棟を新設する事は、医療・人権の双方に大きな問題があり、容認することが出来ない。よって、精神科特例以下の配置基準で病棟を作らないことを要望する。

3. 退院促進、地域移行

1) 都道府県各圏域に1名以上の地域体制整備コーディネーターの必置を要望する。

地域移行支援事業については平成25年度の第3回障害福祉計画でその利用者数を7634人と見込んでいるが、平成25年10月時点では511人と貴省の見込みを大きく下回っている。

地域移行支援事業は精神障害者の退院促進のため有効な事業と考えるが、個別給付化されたことにより、その対象が「退院意欲のある患者」に限定され、退院の意欲喚起に向けた働きかけが不十分となっている。このことは地域移行支援事業の利用者数の伸び率が悪いこととも相関があると考えている。

また退院促進のためには、医療機関だけでなく地域の支援機関との連携が欠かせないため、両者をつなぐ役割も重要である。こうした役割を担うために地域体制整備コーディネーターが各圏域に設置されていたが、平成25年度より補助金が廃止されたため、現在は各市町村の判断による配置とはなっているが、必置とはなっていない。

以上の理由から地域移行支援事業の潜在的利用者である患者の退院意欲喚起や地域と病院との連携の強化のため、コーディネーターによる支援が改めて必要と考える。よって、都道府県各圏域に1名以上の地域体制整備コーディネーターの必置を要望する。

2) 全ての入院患者に地域移行支援事業について周知の義務化を要望する。

この事業は個別給付になったことにより、その利用意思を患者本人が示すことが前提となった。しかし、そもそも事業の存在を全ての入院患者に周知する義務

が病院にないため、患者に伝わらず、事業利用に至らないことにもなる。このことは退院意欲のある患者にとって不利益を生むだけでなく、退院意欲のない患者にとっても意欲喚起のきっかけの1つを無くしてしまうことになると思う。一人でも多くの方に地域移行支援事業を利用してもらう為にも、入院時にこの事業について周知することを病院に義務付けるよう要望する。

3) 計画相談支援について

平成27年3月までに計画相談支援におけるサービス等利用計画が障害福祉サービスの利用者に対して策定義務となっているが、全国での達成率が3割強と円滑に進んでいない。理由として報酬単価が低いために事業継続が困難であることや、利用者にとってその必要性が伝わりにくいこと、進捗状況に地域格差がある、といった事が考えられる。

改めて、この事業の達成をどのように行うのか、またそもそも「障害福祉サービス利用者」全員に策定する意義・目的について貴省の考えをお聞かせ願いたい。

4. 労働法制

1) 精神科病院の看護助手を正規雇用化するよう要望する。

病院の看護助手(看護補助)業務は、過去の派遣労働の規制緩和によって導入が始まり、現在多くの病院で派遣化されている。病院での「フルタイムパート」もこれと連動して広まり、多くの看護助手が「フルタイムパート」化されている。精神科病院の看護助手業務は、入院患者のいちばん身近にあって生活の援助を行う看護業務の基本であり、入院治療の環境を整える重要な業務である。食事、排泄、入浴の介助など、患者の身体・精神状態の変化を一番身近にいて察知でき得る立場であり、生活援助を通して患者の精神安定までをも担う大事な仕事でもあり、いわばチーム医療の基礎ともなる業務である。正規雇用でない、不安定なパートや派遣という雇用形態が、短期間での離職の原因となり、技能の習熟の妨げにもなっている。また、このような雇用形態が、当該労働者の職場内での萎縮、自己規制、諦観を生み出しかねず、これらが円滑なチーム医療の遂行の妨げになっている事は、様々な場面で明らかであり、労働者にとっても、患者にとっても、医療上大きなマイナスとなっている。

精神科病院の看護助手業務については、基本的に正規雇用とし、派遣労働と「フ

ルタイムパート」を禁止する方向に舵が切れるよう、御努力をお願いするとともに、貴省のお考えを御聞かせ願いたい。