

2016年10月17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 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、26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年以上が経過しましたが、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。

1. 人権について

1) 公衆電話未設置病棟について

今年7月の前交渉において、公衆電話未設置の施設が3施設、5病棟との回答があった。その中の1施設については、通常の固定電話機を病棟内のフリースペースに設置し、いつでも患者が外部に連絡が取れる環境であるとのことだった。しかし、他2施設については、ナースステーション内の電話使用や携帯電話貸し出しの申し出が必要なものとのことだった。通信の自由を保障するためには、プライバシーが守られた、いつでも自由に気兼ねなく電話ができるような場所に設置されていなければならないと考える。そのため、2施設の病院に対しても同様に自由に電話ができる場所への公衆電話の設置をすることを要望する。また、全国精労協としては、開放病棟は少なくとも日中の8時間以上は、病棟の出入り口に施錠していない病棟であり、開放時間が8時間に満たない病棟は閉鎖病棟と捉えている。厚生労働省として閉鎖病棟をこれと同等の基準で捉えているのか確認したい。

2) 重度かつ慢性について

重度かつ慢性の基準案が出されているが、基準案において重度かつ慢性とされた患者も、原則は退院が目標である。退院に向けては、より個別的な関わり、関係性作り、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。そのため、重度かつ慢性とされる患者層を対象とした病棟機能を検討する際には、上記の理由から、より手厚い看護師体制かつ多職種で関われる

人員配置とすることを要望する。

今回の重度かつ慢性の基準案作成の検討では、主に新規の長期在院者を対象として研究・議論が行われている。しかし、精神科病院の長期在院者の大半は、古くからの長期在院者（Old long stay）である。このような長期在院を余儀なくされている患者に対する取り組みなしに、日本の精神科医療における長期入院の問題の解消はないと考える。古くからの長期在院者への退院に向けた、より積極的な取り組みや、議論がなされることを要望する。

3) 社会的入院について

昨年度の交渉において、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、厚生労働省側もこれに同意した。

しかし、今年7月の前交渉においては、再評価の検討はなされていないとの回答であった。社会的入院という人権問題を省みるために、改めて社会的入院の解消に向けて何ができたのか、どの程度解消することができたのかを再評価することは必要であり、これを要望する。

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が、人権の観点、より良い治療関係を持つこと等の観点から入院は原則任意入院であるべきである。今までの交渉において、繰り返し救急入院の必要性と非自発的入院の有無が医学的にどのような根拠があるのかを問い、同時に昨今の強制入院者数の上昇との関連の危惧を伝えてきた。

今年7月の前交渉においては、中央社会保険医療協議会で議論されたことで、議論の詳細や根拠について確認が取れておらず次回確認をすることとなった。救急入院の必要性と非自発的入院の有無にどのような根拠があるか示していただきたい。

また、われわれとしては、救急入院の必要性が非自発的入院の有無で判断できるものではないと考え、この6割要件の撤廃を要望する。

5) 医療法施行規則10条3項について

今年6月に厚生労働省が出した、医療法施行規則改正では「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」となった。また、今年7月の前交渉において、改正前の規定により、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正を行ったとの回答があった。しかし、この規定を残している限り、不当な差別が生じる可能性があり、なおも精神疾患のある方を精神病室に入院させることが強調されている。加えて、精神疾患患者の方だけにこの規定があること（感染症を除く）自体が差別である。このため、医療法施行規則10条3項の即時撤廃を要望する。

2. 精神科特例について

1) 精神科特例を撤廃することを要望する。

精神病床は他科に比べて医師・看護師・薬剤師が低い人員配置でよいとする精神科特例は、日本が批准している「障害者の権利に関する条約」（以下、障害者権利条約）の第 25 条で示されている「障害者に対して他の者に提供されるものと同じの範囲、質及び水準の無償又は負担しやうい費用の保健及び保健計画を提供すること」という規定に違反するものであり、精神障害者の権利を侵害する不当な差別規定である。

上記の認識は、国内の議論においてもこれまで何度も指摘されてきた。とりわけ、障害者権利条約批准にむけた議論では、障がい者制度改革推進会議にて意見を求められた有識者・専門家の 17 名全員が精神科特例は障害者権利条約第 25 条に違反しているとの認識を示した。さらにその後、障がい者制度改革推進会議総合福祉部会が取り纏めた「骨格提言」では、精神科特例撤廃による社会的入院の解消や行動制限の極小化の必要性が示された。貴省はこうした議論を経てもなお精神科特例が存続していることをどうお考えなのか、障害者の権利を保障するお考えがあるのか、甚だ疑問である。

日本の精神科医療において精神科特例は、患者への行動制限の増加、管理的処遇の増加、病状改善の遅延、入院の長期化、退院促進の停滞を招く重大な要因となっただけでなく、いま現在も同様の状態が続いている。それらを裏付ける研究も存在し指摘がなされてきたと同時に、このことは現場で働くわれわれ医療従事者にとっての実感でもある。一方で、精神科病床が他科に比べて医師・看護師・薬剤師が低い人員配置でよい、と言うことが、どのように根拠づけられるのかについて、貴省から明確な根拠を交渉で示されたことはない。

以上のことから、精神科特例の撤廃を要望する。

3) 精神科特例以下の人員配置基準を容認する病棟（地域移行機能強化病棟）の人員配置基準改善を要望する。

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、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、貴省のうたう“医療の必要性が低い”といわれる患者に対する医療の質の確保と療養上の世話の提供においては、現行の精神科特例による人員配置基準ですら、人員不足により、提供されるべき看護が提供されていないことが現状であり大きな問題となっている。これは精神障害者の人権を侵害している状態であるとともに、精神障害者のニーズを軽視している状態であると考えられる。

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の配置数を、精神科特例のもとでの配置基準をさらに下回ることを可能とするものであり、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、精神障害者の医療の質および適切な医療を受ける権利を保障

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。

以上のことから、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ける看護職員配置基準が精神科特例のもとでの人員配置基準を下回ることがないように改めることを要望する。

3. 退院促進、地域移行について

1) 医療保護入院における家族等の同意要件の撤廃を要望する

現在貴省において「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のあり方が検討されている。平成 25 年の精神保健福祉法改正によってそれまでの保護者制度は廃止されたが、「家族等の同意」が残り、その後非自発的入院である医療保護入院の数は増加の一途を辿っている。

全国精労協はこうした非自発的入院の形態は障害者権利条約の定める「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、根本的な見直しを要すると考えるが、今後も医療保護入院制度を維持するのであれば以下を要求する。

医療保護入院に家族等の同意要件を残すことは、保護者制度時代同様に家族に負担を課し続ける。また、代弁者制度についても現在検討されているが、権利擁護の観点からも家族に本人の入院の必要性についての判断や、その後の処遇について意見を求めることの妥当性が疑わしいケースも多数存在すると考える。

よって現行法の「家族等の同意」を撤廃し、その代わりとして現在検討会においても話されている「公的保護者制度」に相当する仕組みの創設を要望する。なお、「公的保護者」にあたる人材としては当該医療機関とは別の第 3 者機関が望ましいと考える。

2) 地域移行支援事業における地域体制整備コーディネーターの再配置を要望する

本年 7 月の交渉において、地域移行支援事業の利用者数が依然伸び悩んでいることが確認された。課題として「事業者が計画相談などで多忙」であることやそもそも「利用対象者が事業の有無について知らない」との回答であった。全国精労協は貴省との交渉において数年前よりこの事業に関し、同様の指摘を行い、改善を要望してきた。2014 年の交渉においては「精神保健福祉法改正により医療保護入院の見直しが行われ、退院支援委員会の開催や地域援助事業者の介入等によって地域移行支援事業の利用者数の増加も見込んでいる」旨の回答があったが、医療保護入院の見直しによって地域移行支援事業の利用者数が伸びていないことは明らかである。

地域体制整備コーディネーター事業は行政事業レビューによって平成 25 年に廃止されたが、「事業者の多忙」や「事業そのものの周知不足」という課題が露呈した今、改めて必要であると考え。よって、都道府県各圏域に地域体制整備コーディネーターあるいはそれに相当する専従職を再度配置するよう要望する。

併せて全ての入院患者の入院時にこの事業についての周知を病院に義務付けるよう要望する。

4. 労働法制について

1) 「労働紛争解決システム」において、解決の最終手段には金銭解決制度は導入しないこと

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。全国精労協としては、司法による不当解雇の判決後に、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新設される事は、「透明かつ公正」にあたいしないものとし絶対反対である。

現在、貴省が公表している検討会資料の中で、金銭解決の論議もされているが、金銭解決はあくまで労使間での和解交渉の段階で行われるべき事柄である。司法の判決後に、結果としてそれを覆す様な金銭解決が導入されれば、司法の「正義」を保つ事は出来ない。労使紛争の最終解決を司法ではなく金銭に委ねられるような制度の導入は行わない事を要望する。

労働者にとって、雇用を守ると言う事は、その後の生活、未来の生活を守ると言う事であり、そのとき限りの金銭で解決できるものでは、決して無いと考える。司法により不当解雇判決が出た場合には、経営側が判決にきちんと従わざるを得ない様、罰則付きの新たな制度を作成することを貴省に要望する。

2) 同一労働同一賃金の実現に向けた検討会の議論が進められている。兼ねてから、全国精労協は、同一労働同一賃金の確立も含めて、フルタイムパートの常勤化を要望してきた。

今回進めている政策が、経営側の経費削減手段などの理由による、不合理な非正規雇用制度を解消できるものとなるよう要望する。

5. 相模原市の障害者支援施設における事件に関する政策の議論のあり方について

本年7月26日に発生した相模原市における障害者殺傷事件に関して、現在貴省において検討チームによる議論が既に始まっているが、そのあり方について以下を要望する。

まず、本事件以降様々な情報が連日報道されているが、被疑者が犯行に至った経緯についての十分な検証が必要である。とりわけ措置入院歴があったことが取り沙汰されているが、措置入院歴があったことと犯行に及んだことを安易に関連させて検討することを危惧している。

本来、精神保健福祉法における措置入院や、精神科病院の果たすべきことは患者に適切な医療を提供することであり、犯罪を予防することではない。本事件において、被疑者に大麻使用歴があったことや、極端な優生思想をもった人物であることが報道されているが、その対策に医療をもちこむことは、精神疾患をもった人々を保安の名のもとに医療に閉じ込めてしまう危険性をはらんでいる。これは、日本の精神医療における「隔離・収容」という負の歴史を更に繰り返すことになり、貴省が掲げる「退院促進」「地域移行」という方針と逆行するものである。よって本事件と関連づけて措置入院制度を見直すことには断固反対する。

よって本事件の検証及び再発防止の検討にあたっては、十分な情報の収集を行うとともに、医療を保安に巻き込むことのないような議論が行われることを要望する。

以上。