

平成 29 年 10 月 16 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13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. 精神科患者の人権について

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2施設との回答があった。その中の1施設については、7月中に回線使用料を病院が負担するピンク電話を発注・設置し、これにより患者が病院関係者を気にせず自由に電話ができる環境になるとのことだった。しかし、残り1施設については、自治体より公衆電話の設置を指導されているにも関わらず、ナースステーション内にある無料携帯電話での対応を続けている。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様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、全国の中でも、唯一未設置である1施設に対しての今後の対応や指導の詳しい予定をお聞かせ願うとともに、自由に電話ができる場所への公衆電話の設置を要望する。

2) 重度かつ慢性について

今回の精神保健福祉法改正の検討において、新たに打ち出された「重度かつ慢性」は昨今頻りに機能分化が謳われる日本の精神科医療における新たな入院患者層を定義するものだが、研究班の全国調査では1年以上の入院患者のうち6割以上がその定義に該当するとされている。しかし、この分類に該当する者は退院が困難であり、まるでその一生を精神科病院で終えざるを得ないと

いったことを想起させる恐ろしい表現である。そもそもこうした分類そのものの必要性を感じないが、たとえ分類をするにせよ、原則「退院」が想定されるべきである。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

「社会的入院」は、国の政策や社会のあり方の問題により入院を余儀なくされている精神障害者が存在してしまっているという反省から生まれた言葉であり、この概念を忘れてはならない。国は社会的入院という言葉や概念を取り入れた議論を継続して行うべきだと考える。

7月の事前交渉において、社会的入院の解消に向けた取り組みに対する評価について、その必要性があることを認めながらも、未だに評価されていない。我々は、現在の「重度かつ慢性」の議論の中で社会的入院と言われる層の実態がつかめなくなることを危惧している。再度「社会的入院」という概念を用いて現状の評価を行い、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。

4) 非自発的入院の増加について

医療保護入院、措置入院等の非自発的入院は未だに多く、精神科への入院形態におけるその割合は増加傾向である。本来患者本人の意志が尊重され、任意入院とすることが原則であるべきだが、精神科救急入院料病棟における6割要件のように、非自発的入院を条件とする病棟も存在していることや、保護者同意から家族等の同意への変更や市町村長同意が可能になったことにより、制度上これまで以上に医療保護入院が容易に可能となっている。このことは、国の精神科施策が非自発的入院を促進しているとも言え、制度設計そのものから見直すべきである。よって入院に関し、非自発的、強制的ではなく、本人の意思を尊重した入院を促進するため、精神科病院における任意入院の割合に応じた診療報酬上の加算を要望する。

5) 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、人権擁護の観点だけでなく、より良い治療関係を築く上においても、入院は原則任意入院であるべきである。これまでの交渉で、繰り返し救急入院において非自発的入院の必要性に医学的根拠があるのかを問い、同時に昨今の強制入院者数の増加に関連している可能性について危惧を伝えてきた。昨年10月の交渉において、貴省としても6割要件の医学的根拠はなく、中央社会保険医療協議会での議論でも、高い診療報酬に対する一定の基準が設けられたという解釈であった。7月の事前

交渉では、障害保健福祉部精神・障害保健課からの回答はあるものの、主に施設基準の枠組み担当をしているとされる保険局からの回答は得られず、省内での折衝もなされていないようであった。これらのことから、我々としては治療的・医学的根拠がないこの6割要件そのものが精神障害者に対する人権侵害であると考え、よって、速やかに省内の関係課及び局において折衝を行い、6割要件の撤廃を要望する。

6) 医療法施行規則第10条3項について

平成28年6月に貴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、この改正は、改正前の規定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、なおも精神疾患患者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。差別をなくすためには撤廃以外考えられず、医療法施行規則第10条3項の即時撤廃を要望する。

7) 精神医療審査会の適切な運用について

平成29年5月29日付の東京新聞および中日新聞にて、平成23年以降の精神医療審査会において不適切な運営がなされていた実態が報道された。精神医療審査会については、以前から、その運営方法や人権的観点について各団体からも指摘があり、今回のように主催団体となる都道府県が制度を理解せずに運用していくことは絶対に避けなければいけないことである。7月の事前交渉では、精神医療審査会の委員不足や審査に時間がかかり過ぎる、実態調査が定期的に行われていない等の内容の回答が貴省よりあった。我々としては精神医療審査会が当事者のために適切な運用がなされるよう要望する。

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でよい”とする精神科特例（以下、特例）は、1958年に規定され約60年経過した現在も実質的に存続している。精神科であることを理由に他科より少ない人員配置とすることは、日本も批准している障害者権利条約第25条「障害者に対して他の者に提供されるものと同一の範囲、質及び水準の無償又は負担しやすい費用の保健及び保健計画を提供すること」に抵触する差別的規定である。

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数の養成が追いつ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。しかし、現在の精神科医療はそのような状況にないにもかかわらず特例は存続している。そして、特例による弊害は多岐にわたる。

例えば、現在の精神科医療は特例導入時とは大きく異なり、薬物療法が主要な役割を果たしている。にもかかわらず、薬剤師の人員が制限されていることによって業務が制約され必要な医療が患者に提供されていない。また、患者の高齢化とそれに伴う認知症患者の増加や身体疾患合併患者の増加により身体的ケアの必要量が急激に増加しているが、特例により看護師人員は制限されており必要な身体的ケアを提供することが困難である。看護師数が少ないことは、急な病状変化への対応や手厚い看護ケアの提供を不可能にし、結果的に隔離・拘束といった行動制限の増加にも繋がる。さらに、看護師や薬剤師の人員配置は退院支援にも影響しており、現状では病棟内業務に追われ、退院支援に不可欠な患者とともに地域へ出て行う活動や支援が行えていない。

貴省は「入院医療中心から地域生活中心」という理念を掲げているが、そのためには精神科特例が撤廃されることが不可欠である。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%増加、身体拘束は約2倍増加している。我々は、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考えている。

さらに、隔離・身体拘束をめぐることは、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。そして、本年5月には神奈川県内の精神科病院において、身体拘束によるものとおもわれる深部静脈血栓症によりニュージーランド人男性が死亡する出来事があった。この出来事は「事件」として報道され、近年の隔離・身体拘束の増加とともに、日本の精神科医療における隔離・身体拘束の現状が批判される契機となっている。

我々は、今回の出来事は日本全国で起こっている隔離・身体拘束をめぐる事件や事故のうちの氷山の一角であり、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問題だと考えている。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安易な行動制限の実施が行われていることを聞き及んでいる。また、隔離・身体拘束後においては、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、現状の人員配置では隔離・身体拘束処遇の下では、患者の安全を十分に確保することが困難である。

以上のことから、こうした出来事が繰り返されないためにも、精神科病床における隔離・身体拘束の詳細な実態を把握し、再発防止のための具体的な対策を実行することを要望する。

3. 地域移行、退院促進について

1) 退院支援委員会について

(1) 退院支援委員会が開催となる対象者について

現在、退院支援委員会の対象者は、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や、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、その対象から外することができるため、本来退院の検討が必要な患者が退院支援委員会の対象となっていない現状がある。長期入院患者を2万8千～3万9千人減らす、という貴省の目標を実現するのであれば、現在のように、その

対象を限定するべきではない。そのため、退院支援委員会の対象者に以下の範囲を現行の対象に加えることを要望する。

- ①医療保護入院で1年以上の入院期間のある者
- ②任意入院で3ヶ月以上入院期間のある者
- ③平成26年4月1日以前から精神療養病棟に入院している者

(2) 退院支援委員会における患者本人の参加について

厚生労働省障害者総合福祉支援事業「精神保健福祉法改正後の医療保護入院の実態に対する調査」において、「退院支援委員会に患者本人が参加したことがあるか」という質問に対し、6割以上、患者本人が参加しているという結果であるが、この調査では参加の有無について聞いているのみで、毎回の委員会に参加しているかどうかは不明である。退院支援においては、患者本人が治療方針や退院への道筋について理解を深めることが大きな意味を持つ。また、患者本人が参加しないことは、倫理的にも問題であり看過できない。よって、(1)で対象の拡大を要望した範囲における退院支援委員会への患者本人の参加を義務化することを要望する。

(3) 退院支援委員会における、地域移行支援事業者の参加について

国保連データによると、地域移行支援事業の利用者数はほぼ横ばいで増加しておらず、第4期障害福祉計画の見込量を大幅に下回っている。この事業は国の方針である社会的入院の解消という観点からも重要な事業であるが、個別給付化による影響や精神科病院や入院患者への事業周知が不足している現状を鑑みると、ニーズがあったとしても実際にサービス利用にまで至らないケースが多いと思われる。

退院支援委員会の開催は、精神科病院に義務付けられているが、その在り方として、院内の人間だけでなく、地域の状況を把握している地域移行支援事業者が参加するメリットは大きい。事実我々の現場でも、地域移行支援事業者の介入により退院が円滑に進んだケースは少なくないが、そもそも地域援助事業者が委員会にあまり参加できていない実状がある。地域移行支援事業者の退院支援委員会への参加を義務化することで、事業利用の拡大にも繋がり、退院促進にも大きく寄与すると考える。よって、退院支援委員会における、地域移行支援事業者の参加義務化を要望する。

2) ハローワークにおける「主治医の意見書」提出義務について

現在、精神保健福祉手帳所持者や精神科通院患者がハローワークにおいて求職活動を行う際、「主治医の意見書」の提出が義務付けられている。意見書には就労の可否や、1日何時間勤務が可能か、どのような職種が可能か、という就労にまつわる詳細な条件まで記載が可能である。ハローワーク職員はこの意見書に基づき職業紹介を行うため、本人の希望と意見書の記載内容に齟齬がある場合には、希望の仕事に就けないばかりか、紹介すらしてもらえない、という実状がある。

医学的見地から、就労が可能か否かということに関して、主治医の意見が参考になる可能性は考えられるものの、職種や就労時間までをも規制してしまう現状は問題である。また、短い診療時間でそこまでのことが医師にわかるのかどうかも疑わしい。更にハローワーク職員もそれを鵜

呑みにしてしまう仕組みも問題であり、求人応募の権利すら奪ってしまっていることは人権侵害にあたる。よって以下を要望する。

①「主治医の意見書」の提出義務の撤廃

②「主治医の意見書」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応募を妨げないこと

4. 労働法制について

今秋の臨時国会に提出予定とされている労働基準法改正案「高度プロフェッショナル制度」は、法案提出時点の該当者年収枠が、法可決後は、これまでの政府の改悪方法に見られるように拡大され、低年収者に及んで来る恐れが多大であり、認める事は出来ない。また、「残業時間の罰則付き上限規制」も政府提案予定の上限が、過労死ラインそのものであり、全く認められない。

貴省には「厚生労働」の立場から、労働者の健康と平安な生活を守るため御尽力いただきたい。

1) 労働紛争解決システムについて

平成 29 年 5 月に、「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」より、労働政策審議会へ報告書が提出されている。この検討会の中では、労働紛争解決システムに金銭解決の導入が検討されていた。我々としては、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様な解決手段が新設されることは、「透明かつ公正」に値しないものとし、断固反対である。また、労働者にとって雇用を守るということは未来の生活を守るということであり、その時限りの金銭で解決できるものではないと考えている。

そのため、労働紛争解決システムについて労働政策審議会の中で、今後どの様なスケジュールで、またどの様な焦点から検討がなされるのかお聞かせ願いたい。

2) 同一労働同一賃金について

平成 29 年 6 月 9 日付で、「同一労働同一賃金に関する法整備について（報告）」の報告書が労働政策審議会へ提出されている。

我々は、同一労働同一賃金の実現に向けてフルタイムパートの常勤化をこれまでも要求しており、適切な形で同一労働同一賃金の整備が進むことは喜ばしいことである。

そのため、同一労働同一賃金について労働政策審議会の中で、どの様なスケジュールで、またどの様な焦点から検討がなされるかをお聞かせ願いたい。

以上