

2015年10月26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、25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) 公衆電話について

前回、7月の事前交渉において「公衆電話未設置の病院のある各都道府県指定都市に連絡をとり、いまだに未設置の病院には計画書を出すようにと各県の担当者に個別に連絡をとった」と、ご説明がありました。その後の進展の内容についてお話し願いたい。

また NTT や総務省への働きかけについても、その後検討された内容をお聞かせ願いたい。

2) 社会的入院について

2004年の改革ビジョンでは、約72000人が「受け入れ状況が整えば退院可能な者」とした。

国は、それらの退院可能な状態にも関わらず入院を余儀なくされている者を社会的入院とし、この社会的入院の解消を10年間の計画として掲げた。しかし、現在はその「社会的入院者」を「統合失調症の長期入院者」にすり替えてしまっている。社会的入院は、精神科病院の収容的構造が招いた人権侵害であり、国が責任をもって解決すべき問題であると考えられる。その上で、安易なすり替えを行わず、貴省において、改めて社会的入院の概念と10年間の改革ビジョンで解消されなかったことについての検証と振り返りをおこない、今後の社会的入院患者の解消について、具体的な計画作成を要望する。

3) 重度かつ慢性の定義について

定義については、厚生労働省科学研究において議論中であるとのことであった。

私たちは、その「重度かつ慢性」という定義の元、該当者とされた患者が「状態が回復しない＝退院ができない」と決定されることによって入院継続が容認される等の事象を危惧している。

長期にわたり慢性的に入院を継続している方にこそ、より手厚い関わりが必要であり、その密な関わりにより、地域生活を送る力を取り戻すことは可能であると考えます。また、これこそが、精神科病院の使命であると考えます。

これらの意見を踏まえた上で、今後の議論を進めて頂くことを要望する。また、現在の進捗状況、定義決定の目途等についてお聞かせ願いたい。

4) 精神科救急入院料病棟について

入院は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十条に記されているように、人権の観点からも任意入院が原則である。

精神科救急入院料病棟では「非自発的入院の6割要件」の構造が病院経営上、本来任意入院可能な状態の者を、あえて、又は安易に、非自発的入院へとしている実態があると聞き及んでいる。

そのため、非自発的入院を助長させるような精神科救急医療制度の構造の検証と見直しを要望する。貴省の意見をお聞かせ願いたい。

5) 医療法施行規則 10 条第 3 項について

昨年 10 月の交渉、今年 7 月の事前交渉において、貴省に対し、差別条項であるので削除を求めたところ、解釈の部分を含めて持ち帰り検討されると回答されたが、その結果を教えてください。

私たちは、いかなる解釈がなされようとも、この条項は人権侵害であると考え、この条項の即時撤廃を要望する。

6) 「榎本クリニック」に対しての監査指導を徹底し、運営実態を明らかにすること

今年 7 月に、生活保護を受給している精神障害者の囲い込みを行っている精神科クリニックについての報道が、様々な報道機関によって行われた。

このクリニックが医療法人社団榎本クリニックであることは明らかである。榎本クリニックが複数自治体の福祉事務所と一体となり、アルコール、ギャンブル、金銭面等に問題があるとレッテルを貼られた生活保護受給者を、依存症、発達症等と精神疾患にラベリングし、自らのクリニックで行っているデイ・ナイトケアに強制的に通所させ続け、生活を丸ごと管理しているという事態を、決して容認するわけには行かない。

以下の点において榎本クリニックに対し監査を行い、その運営実態を明らかにし、是正指導を徹底することを要望する。（資料の一部として「おりふれ通信 9 月号」を添付）

- (1) 福祉事務所への相談員の派遣を辞めさせること
- (2) シェアハウスへの収容を辞めさせ、アパートへの転宅を支援すること

- (3) 生活保護費の管理を辞めさせること
- (4) 自宅の合鍵を管理し、送迎名目のデイ・ナイトケアへの連れ去りを辞めさせること
- (5) デイ・ナイトケアへの通所、精神薬・抗酒剤等の内服を強制的に行っていることは明らかであり、全患者及び利用者に対し直接通院・通所の継続意思を確認し、希望者には転院を支援すること。
- (6) 相談員派遣の委託している、通院・通所を保護継続の条件としている、生活扶助費を現金書留で郵送している福祉事務所を全て明らかにし、直ちに辞めさせること。

2. 精神科特例について

1) 精神科特例の廃止について

精神科特例は1958年に規定された差別条項であり、解消しなければならない大きな課題である。私たち全国精労協も、20年以上に亘り精神科特例撤廃を訴えてきた。

精神科病床のみが低い人員配置基準でよいとされる精神科特例は、日本が2014年1月に締結した障害者権利条約第四条にある「障害に基づくいかなる差別もなしに、全ての障害者のあらゆる人権及び基本的自由を完全に実現する」という一般義務に抵触すると考える。また、同条には、締約国は障害者に対する差別となる既存の法律、規則、慣習及び慣行を修正し、又は廃止するための全ての適当な措置をとることも明記されている。

さらに、今年7月の事前交渉で貴省は精神科特例導入の背景について、「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、また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背景にあるものと推測される」と回答された。しかし、精神科特例が規定されてから約60年が経過し、精神科医療をめぐる状況が大きく変化した現在、精神科特例を維持することには大きな矛盾がある。

また、2014年7月に行われた交渉において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り、今年7月の事前交渉においても貴省からその有効性を示す明確な根拠は示されなかった。しかし、入院期間が長期化した患者の入院生活を支えながら退院促進するためには、医師・看護師が他科基準並みに配置されることが最低限必要である。

現在貴省が検討している医療の必要性が低い病床への医師・看護師以外の職種配置増は、まず精神科特例の撤廃を実現し、その上で実施すべきものとする。

以上のことから、精神科特例の廃止を要望する。

2) 精神科急性期治療病棟医師配置加算について

昨年度より精神科急性期医師配置加算が運用開始されている。当該加算を導入している病院のなかには、急性期治療病棟に病棟医として医師が手厚く配置される一方で、その弊害として急性期治療病棟以外の担当医師の負担が増加し、診察回数減少など患者にとっての不利益が生じているケースもあると聞き及んでいる。そのような弊害が生じる根本には、精神科

特例による低い人員配置基準により、他科よりも医師配置数が少ないことが影響していることは明らかである。そのことも含めて、貴省としては現場からの反応を把握しているのか。また、そのような実態をどう考えているのかをお聞かせ願いたい。

3. 退院促進・地域定着について

1) 精神科病院の経営と地域移行推進の関連について

2004年の改革ビジョンから10年以上経過したが、社会的入院者の解消は未達成のままである。その間に社会的入院者は高齢化の一途を辿り、死亡退院は増える一方である。

また、精神科病院における入院患者数は年々減少し、病床削減を迫られている病院も数多い。しかしながら、未だに入院患者数の確保を中心とした病院経営のあり方に変化はなく、地域移行が進みにくい大きな要因の一つとなっている。

我々は精神科病院に勤める者として、従来型の収容を中心とした医療ではなく、全ての精神障害者が地域で安心して暮らしていけるための、医療と支援を提供できる病院としての労働環境を望む。そのためには入院中心の施策から地域移行のための抜本的改革が必要と考えるが、現状の精神科病院のあり方のままでは、そのような改革は不可能である。貴省として精神科病院の経営のあり方と、地域移行との関連をどのように考えているのか、お聞かせ願いたい。

2) 総合福祉法の見直しにおいて、骨格提言を反映させることを要望する

今年度、障害者総合支援法施行後3年後の見直しがなされる予定であるが、平成23年に出された「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会提言（以下骨格提言）」の内容を反映することを要望する。この提言は当事者を含めたメンバーで議論の末打ち出された、日本の福祉における画期的な内容であったが、これまでその内容は全く反映されてこなかった。今回の見直しにおいて提言の内容が反映されることを強く望むものである。

3) アウトリーチの充実について

現在の収容型の医療から、精神障害者が地域で安心して暮らせるような環境整備のためには、多様化するニーズに地域の事業所が応えていける事と病院における退院促進業務の活発化、そして地域と医療の連携が不可欠である。

精神障害者が地域生活を続けるためにはアウトリーチによる支援は有効である。貴省においても様々な取り組みをされていることを評価した上で、以下のことを要望する。

(1) 平成26年4月に示された「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、居宅等における医療サービスとしてアウトリーチの必要性が明記されている。

「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」が昨年度から運用され始め、各都道府県の実情に合わせ柔軟に運営できるようになっているが、専従が一名であることと、障害福祉サービスとの併用は不可となっている。このことは医療と福祉の連携を妨げとなって

いるため、医師、看護師、コメディカルの最低三名の専従と、障害福祉サービスの併用ができるよう改定することを要望する。

(2) 障害者総合支援法における訪問型生活訓練は通所サービスを前提としている。これを切り離し、訪問型支援事業として単独で事業が運営できるサービスの設置を要望する。

4) グループホームにおける「常勤換算方法」の撤廃について

現在、障害者総合支援法においても人員配置基準として常勤換算方法が採用されている。このことによって経営者や施設管理者にとっては柔軟な人員配置ができるというメリットがある一方、非正規雇用が進みやすく、人材が流動的になりやすいことや、サービスの質が保てないことなど、労働者や利用者にとってはデメリットが多い。

グループホームは精神障害者の居住の選択肢の一つとして、単身では暮らすことが難しい方にとっての重要な社会資源である。現在多くのグループホームではアルバイトの世話人が多いが、精神障害者の障害特性として状態の不安定さへの対応や、高齢化に伴う要介護状態の利用者の受入などを考えると、常勤の専門職員による質の担保が必須と考える。安定した雇用の確保と、良質なサービス提供のためにグループホームにおける常勤換算方法の撤廃を要望する。

4. 労働法制について

1) 労働者派遣法について、正規雇用を可能にする法整備を行うこと

9月11日に可決成立した改正労働者派遣法は、派遣労働の期間制限を撤廃し、賃金格差、差別待遇を固定化させる生涯派遣（恒常的派遣）を可能にする規制緩和であり反対する。

直接雇用申し込み“みなし制度”を強化し、直接かつ正規雇用を可能にする法整備を行うよう要望する。また、同日成立した同一労働同一賃金法において、派遣先労働者と派遣元労働者との賃金格差を容認する均衡待遇にも反対する。

同一労働、同一賃金の原則に基づき均等待遇を行うことを要望する。

これと同様に正規労働者とパートタイム労働者を含む非正規労働者に対しても均等待遇を行うことを要望する。

2) 労働基準法改悪を行わないこと

時間ではなく成果で賃金を決めるホワイトカラーエグゼンプションの名の元に経営者の残業代支払い義務をなくし、労働者に無賃労働を強要し過労死を促進することに繋がる改悪に反対する。

また、年次有給休暇の取得率を高めるとして、経営者に年5日の有休分について時季指定を義務付けるとしているが、これは労働者の時季指定権を剥奪することになるため反対する。

現行制度でも労使の合意があれば計画付与は可能であるが、経営者に時季指定の権限が与えられるため運用が広まらない実態がある。

年次有給休暇取得向上のためには、年次有給休暇の計画的付与制度における時季指定権を、労働基準法の原則通り労働者に存するものとし、労働者からの指定がない場合に限り、使用者側に時季指定をゆだねる制度に改正すべきであり、これを要望する。

3) 解雇の金銭解決制度の導入を行わないこと

先の国会にて閣議決定が行われた日本最高戦略改訂2015における紛争解決システムとして解雇無効時における金銭解決制度について検討会が立ち上がることとなったが、その進捗状況についてお聞かせ願いたい。

私たちは「経済発展のための規制緩和」の名の下に司法による判断が金銭を積むことによって覆すことを可能とする法案の上程が行われ、労働者の権利が根本から否定される事態となることを危惧している。

貴省においては労働者の雇用が脅かされる方向に議論が進むことがないよう、一貫した態度で検討会の運営を行うよう要望する。

以上