

2016年 厚生労働省レクチャー

P 1 ~ P 5 要望書
P 6 ~ P 28 交渉記録

=====

2016年7月11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
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。

記

1. 精神科入院者の人権について

1) 公衆電話未設置病棟について

昨年10月の交渉において、公衆電話未設置の施設が7施設との回答があったが、現状何施設何病棟が未設置の状態であるかお伺いしたい。また、上記7施設には、実地指導及び改善計画の提出を求めていくの方針であったが、改善計画の内容等、進捗状況をお尋ねしたい。

また、NTTが採算上の理由で、一般的な公衆電話の撤去を進めており、これに対し、厚生労働省では代替手段について総務省を通じ、NTTに確認しているとのことであるが、この代替手段が小銭やカード等、一般的な公衆電話とほぼ同等の使用方法で可能なものであるのかをお伺いしたい。設置場所についても詰所などではなく、プライバシーが守られた、いつでも気兼ねなく電話ができる場所に設置されるべきであると考えます。

2) 重度かつ慢性について

今般重度かつ慢性の暫定基準案が作成され、長期在院者の約6割が重度かつ慢性の基準を満たすとされた。重度かつ慢性は、「新たな長期在院者を増やすことのないように明確かつ限定的な取り扱いとする」としているが、長期入院者の6割にも及ぶとなれば、とても限定的とは考えがたく、新たな長期在院者を容認しているとも捉えられるが、その点についてどのようにお考えかお伺いしたい。また、重度かつ慢性とされた患者さんにおいても、原則として退院を目標とした枠組み作りをすべき、と考える。

また、今般の基準案作成においては、新規の長期在院者を対象として研究が進められているが、現在も数多く存在する数年、数十年の在院をしている患者さんへのアプローチの検討も積極的に進めていただきたいと考える。

昨年10月の交渉では、重度かつ慢性の患者さんに対しても、より手厚い医療を行うことを想定しているとの回答があった。重度かつ慢性の対象となり得る、長期在院を余儀なくされている患者さんへは、退院に向けてより個別的な関わりや関係作り、そして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、多くの人員が関わることのできる基準を検討していただきたい。また、現在の検討において人員の配置に関して協議されていることがあればお伺いしたい。

3) 社会的入院について

昨年10月の交渉において、現在社会的入院者の調査は行っておらず、長期の統合失調症入院患者の推移を指標にしているとの回答があった。これに対し、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、貴省もこれに同意した。実際に、この再評価を現在行っているか、また行っているとすれば現段階でどのような評価になっているのかお伺いしたい。評価を行っていないのであれば、再度社会的入院者の現状について評価するよう要望する。

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ことにに対し、以前の貴省の回答では、一定の基準を設ける必要があるためにこの基準を設けたとの回答があった。人権の観点やより良い治療関係を持つこと等の観点からも、入院の原則は任意入院であるべきである。また、昨年10月の交渉時に、救急入院料病棟への入院の条件が、なぜ強制入院の有無で判断できるのかを伺ったところ、明確な回答は得られなかった。救急入院の必要性は、強制入院であるかどうかで計れるものではなく、患者さんの状態や環境、医学的根拠を基に判断されるべきものである。現在の基準は、全く医学的根拠がなく、むしろ強制入院を促進してしまう可能性を有しており、事実そういった現状があるという声を多数聞き及ぶ。また、昨今の強制入院者数の上昇との相関もこれに起因するものと推測される。

精神科救急入院料への入院の必要性と、強制入院率6割以上という要件には、どのような医学的根拠があるのかをお伺いしたい。加えて、昨今の強制入院者数の上昇の原因についてどのようにお考えなのかお聞かせ願いたい。

5) 医療法施行規則10条3項について

今回貴省が出された、医療法施行規則の改正案では「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」とされており、なおも精神疾患のある者を精神病室に入院させることが強調されている。しかし、こうした条文は精神科以外に記載が見当たらず、この条文そのものが「障害者差別解消法」における「不当な差別的扱い」と考えられる。加えて、この条文を残す必要性を全く感じない。

以上のことから、医療法施行規則10条3項の即時撤廃を要望する。

6) 障害者虐待防止法について

平成24年に施行された障害者虐待防止法において、現在対象となるのは、養護者、障害福祉施設従事者等、使用者とされているが、病院や学校は対象外となっている。しかし日本の精神科病院においては、虐待が繰り返されてきた歴史があり、真に虐待の防止を実現させるためには精神科病院従事者も虐待防止法の対象とすることは必要不可欠であると考え。医学的に隔離・拘束等の必要性が加味されたことから、精神科病院だけでなく病院従事者が対象とされなかったものと推察されるが、昨今上昇が止まらない隔離・拘束処遇は、人権が守られるために、早急に現在のあり方を検討する必要があると考える。病院従事者を障害者虐待防止法の対象とすることで、これらの検討の一助となり、隔離・拘束処遇の減少につながると考えられる。

以上のことから病院についても障害者虐待防止法の対象とすることを要望する。

2. 精神科特例

1) 障害者権利条約との整合性について

日本は平成 26 年に障害者権利条約に批准している。しかし、現在においてもなお、精神病床については他科に比べて低い人員配置基準（以下、精神科特例という）が存続しているのが現状である。精神科特例については、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」をはじめ、貴省で開催された委員会や検討会を含む様々な機会において、精神障害者に対する差別規定であることが繰り返し指摘されてきたことは周知のとおりである。われわれは、障害者権利条約の第 4 条「一般的義務」および第 5 条「平等と無差別」、第 25 条「健康」といった観点から、精神科特例は障害者権利条約に反する規定であり、これを完全に撤廃しないことは障害者権利条約の批准国として問題であると考えます。

貴省は、精神科特例が精神障害者に対する差別規定でなく、障害者権利条約に反する規定でもないと考えますか。根拠もあわせて、お聞かせ願いたい。

2) 精神科急性期医師配置加算により他病棟における医療の質が低下することについて

昨年の貴省との交渉において、精神科急性期治療病棟における精神科急性期医師配置加算の導入によって当該算定の対象以外の病棟に入院している患者に対する医療の質の低下が生じていることについて議論したところである。この問題について、貴省は昨年の交渉の場で、いまだ現場の状況を十分には把握できていないこと、精神・障害保健課内の現場経験のある精神科医師が以前勤務していた病院から「根本的な配置基準に手を加えない状態でこういうことをやってしまうと偏りが起きる」という声があがってきていることも聞き及んでいること、根本的な人員配置基準に手を加えないままに当該加算制度を実施することで問題が生じていることがあれば検討が必要であることを回答された。

われわれ現場で働く者の実感としては、当該算定の導入により、当該算定の対象以外の病棟に入院する患者の医療の質が低下しており、その根底には他科と比較して低い医師の人員配置を可能とする精神科特例の問題があると考えます。これらを踏まえた上で、

- (1) 貴省のお考え（とりわけ、精神科特例との関連について）をお聞かせ願いたい。
- (2) 当該算定による上記のような弊害またはそのほかの弊害について、貴省として現状把握ができていますか。できていますとすれば、その内容とそれら弊害に対する具体的な対応策をお聞かせ願いたい。また、現状把握ができていないとすれば、今後現状把握をしていく予定があるか、あるとすれば具体的にどのようにしていくのかお聞かせ願いたい。

3) 地域移行機能強化病棟入院料における看護職員の人員配置について

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」が新設されたところである。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、仮に地域移行機能強化病棟における患者の医療の必要性が急性期病棟における患者と比較して低い場合であっても、患者が入院生活をしている以上、病院は医療の質の確保および療養上の世話を提供する責任を有することは言うまでもない。そして、現行の精神科特例のもとでの人員配置基準では、貴省の言う「医療の必要性が低いといわれる患者」に対してすら医療の質の確保と療養上の世話の提供において看護職員のマンパワー不足が大きな問題となっているのが現状である。

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をさらに少ない人員でよいとするものであり、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ます。われわれは、いかなる状況においても患者の医療の質および適切な医療を受ける権利を確保するためには、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。これらを踏まえた上で、

- (1) 貴省のお考えをお聞かせ願いたい。
- (2) 現時点で地域移行機能強化病棟入院料を算定している施設数がわかればお聞かせ願いたい。
- (3) 地域移行機能強化病棟入院料の導入による効果の評価・分析は、いつ、どのような方法・基準で実施するのかお聞かせ願いたい。

4) 薬剤師の人員配置基準について

平成 26 年厚生労働省告示第 65 号「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」に示されているような良質かつ適切な医療を確保するためには、薬剤指導をはじめとした薬剤師による患者介入などの薬剤師業務の充実が不可欠であると考え。しかし、精神科特例により、精神科における薬剤師の人員配置基準は他科における薬剤師の人員配置基準と比較して 1/2 以下でよいとされている。これは貴省の掲げる当該指針に矛盾するものと考え。

貴省のお考えとその理由をお聞かせ願いたい。

5) 精神科特例が完全に撤廃できない理由について

昨年の貴省との交渉において、昭和 33 年の精神科特例導入の社会的背景と精神科特例が今なお撤廃されていない理由について伺った。その際、特例導入の社会的背景については精神科病床数の急増に対して医療従事者の養成が追いついていなかったこと、当時精神障害者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であったことをご回答いただいた。しかし、精神科特例が今なお撤廃されない理由については明確な回答をされず、精神科急性期治療病棟における人員配置基準を一般病床と同等として早期退院などの条件を満たした場合に評価するといった部分的な改善をしてきたことを述べられたのみだった。さらに貴省は、一般病床と比較して低い人員配置基準であることについては課題と認識しているにご回答された。

課題と認識しておきながら、現在までの長きに亘って部分的な改善のみにとどまり精神科特例が完全に撤廃されていない理由を具体的にお聞かせ願いたい。

3. 退院促進、地域移行

1) 医療保護入院の見直しについて

医療保護入院は先の法改正で保護者規定は除外されたものの、家族等の同意要件を残している。また本来任意入院が原則であるにも関わらず、年々医療保護入院による患者数は増加している。そもそも医療保護入院は本人の意志に伴わない「非自発的入院」であり「強制入院」であるため、障害者権利条約が定める「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」という規定に反している。

全国精労協はこうした非自発的入院の形態そのものに問題があり、抜本的見直しが必要であると考え。本来、非自発的入院の最小化を目指すべきであり、医療保護入院が安易な強制入院とにならないよう措置入院制度として再編するなど、再検討することが望ましいと考える。

現行制度として当面必要な見直しとしては、「家族等の同意」を削除し、その代わりに権利擁護の立場から当該病院とは別の第三者が関与できるような仕組みを構築することで、非自発的入院者の自由と権利を守り、退院を含めた本人の意思を適切に伝えることができる状況を作り上げる必要があると考える。

現在「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についても議論がなされているが、貴省として医療保護入院について現状と課題をどのように考えているのかお聞かせ願いたい。

2) 精神保健福祉法改正後の退院促進について

平成 26 年 4 月より施行された精神保健福祉法の改正と診療報酬の改定に伴い、すべての医療保護入院の患者、平成 26 年 4 月 1 日以降に精神療養病棟へ入院した患者に対し、月に 1 度以上の退院支援委員会の開催と、医療保護入院には退院後生活環境相談員、療養病棟には退院支援相談員の配置が定められた。

施行より 2 年が経ったが、現場では毎月の委員会開催による調整の困難さや時間的制約が生じることで業務の煩雑さと混乱を生じていること、また委員会に本人が不参加のまま開催されることも多いと聞き及ぶ。精神保健福祉法改正後のこれら委員会や相談員の配置が退院促進にどの程度影響があったのか、貴省の考えをお聞かせ願いたい。

3) 地域移行支援事業の現状と課題について

地域移行支援事業は長期入院の精神科患者にとって、退院意欲の喚起や地域生活への橋渡しになるなど、有効な事業ではあるが、その利用者数は低迷していると聞き及ぶ。平成 26 年度、平成 27 年度の利用見込みと実績と共に、この事業の利用が伸び悩んでいることについて貴省はど

のように考えているのかお聞かせ願いたい。

また昨年度より実施されている「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」についてその実施状況と効果についても併せてお聞かせ願いたい。

4. 労働法制

1) 労働紛争解決システムに金銭解決制度の導入を行わないこと

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、検討が進んでいる事と思われる。全国精労協としては、司法にて不当解雇の判決を受けた事に対して、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適応される事は、「透明かつ公正」にあたいしないものとし反対である。

(1) 現在、貴省が公表している資料では第6回名で検討会が開催されている。その検討会における、労働紛争解決システムへの見解をお聞かせ願いたい。

(2) 昨年10月の交渉では、労働紛争解決システムについて「雇用を守ることは厚労省のミッションである」とのご回答があった。貴省として労働紛争解決への手段として金銭解決が導入されることへのご意見をお聞かせ願いたい。

2) 定年後の再雇用者に対する賃金差別を是正すること

本年5月13日東京地裁における訴訟で、「定年後に再雇用をされる労働者が業務内容・責任が同等であるにも関わらず、賃金が下がるのは労働契約法に反する」と認定され、雇用主に対して定年前の賃金規定を適応して差額分を支払うような判決が出たのはご存知のことと思います。

全国精労協としては、東京地裁の判決は誠に妥当な決定だと考える。

(1) 現状では、ほとんどの労働環境で、定年後の再雇用時に同一の業務内容・責任であっても賃金が下げられることがまかり通っている。今般、政府としても同一労働・同一賃金の実現に向けて討議を始めており、貴省として、今回の判決も踏まえて、このような環境を改善・是正していくためには、どの様な方策を取れば良いとお考えか、ご意見をお聞かせ願いたい。

以上

2016年 厚生労働省レクチャー

日時：2016年7月11日

場所：厚生労働省共用第五会議室

参加者

全国精労協 総務委員

代表 今村 副代表 渡邊 谷奥

杉本 志賀 山下 五味 槇野 片山 鳥居 篠原 鶴飼 須佐美

厚生労働省

社会・援護局 障害保険福祉部 精神・障害保健課	大田 佑志
社会・援護局 障害保険福祉部 精神・障害保健課	中村 俊一
社会・援護局 障害保険福祉部 精神・障害保健課	萩原 博
職業安定局 派遣・有期労働対策部企画課企画法令係	山本 真帆
職業安定局 高齢者雇用対策課	武藤 真一
保険局 医療課 企画法令係	井上 智裕
医政局 総務課	岩永 研太
医政局 総務課	小野 厚陵
労働基準局 労働関係法課	栗島 優希

精労協 TO

それでは始めさせていただきます。

副代表の谷奥と申します。普段は大阪浅香山病院で精神保健福祉士をしております。どうぞよろしくお願いいたします。

まず要望書の1番、精神科病院入院患者の人権、公衆電話未設置に関してお願いします。

厚労省 中村

まず、1-1)について、患者が自由に電話ができる環境の確保は非常に重要な問題だと考えております。引き続き解決に向けて努めていきたいと考えています。

昨年10月の交渉時において、公衆電話が未設置であった7施設の現状については、3施設5病棟のみが現在未設置となっており、それ以外につきましては昨年度各都道府県が実施した精神科病院への実地指導及び改善計画を踏まえ公衆電話が設置されております。現在未設置となっている1施設におきましては、公衆電話の設置こそしておりませんが、無料携帯電話の貸し出しを行い、またいつでも貸し出しができる旨を掲示しており、入院患者が必要な時に自由に電話ができるように配慮しているところです。また、もう1施設についてはステーション内の電話を使えるよう配慮しており、今年度中に電話を設置するよう都道府県から指導したところ聞いております。残りの1施設においては外来発信のできる電話機を閉鎖病棟内に設置しており、自由に患者が電話できる環境にあると確認しております。

また、総務省へ精神科病院の公衆電話の撤去について現状の様子を伺ったところ、精神科病院の公衆電話を撤去する際には代替手段を確保した上で撤去するように引き続きNTTに対し働きかけをしているとのことでした。この代替手段につきましては、基本的に一般的な公衆電話とほぼ同等のものであると理解しております。

引き続き毎年行っている都道府県指定都市による精神科病院の実地指導を通して、必要に応じ各都道府県を指導しながら患者が自由に利用できる環境の確保に努めてまいりたいと思います。以上になります。

厚労省 萩原

1-2)について、新たな長期在院患者様を容認しているのではないかとのご質問に関しては、明確なことはお答えできないんですが、長期在院期間での見直しなど、検討会においてたぐいまり議論を

重ねているところであります。人員配置に関する議論には現在至っておりませんが、皆様方の貴重な意見をいただきながら議論させていただきたいと思っております。

厚労省 中村

1-4) について、ご指摘いただいた通り、人権の観点やより良い治療関係を持つことなどの観点から入院の原則は任意入院としております。また、入院の必要性についても精神科医療において一定の知識および経験を有するものとして国が指定した精神保健指定医が入院の必要性の判断を行うこととしており、入院の継続に妥当性があるのかについては、都道府県等に設置された第三者機関である精神保健審査会が審査を行っております。このような仕組みを通して、適正な入院が担保されることとなっております。

また、都道府県等は毎年すべての精神科病院の実地指導を行っているところであり、当該実地指導においては精神保健センターの視点など、当該病院勤務の指定医以外の指定医を伴って、患者の入院形態が適切かといった実地の診察をし、患者の入院形態が適切か確認し、不適切な事案があれば指導を行っているところであります。

施設基準については、中央社会保険医療協議会において議論により決められているものと確認しております。強制入院者数の上昇につきましては、その要因について今後精査してまいりたいと考えております。以上になります。

1-3) については、申し訳ありません、後ほどちょっと確認させていただきます。

精労協 SG

3施設5病棟となったという事ですが、7施設について改善計画書の提出は求めたんですか。

厚労省 中村

それについてはもう設置済みということが確認できています。

精労協 SG

この3施設についても、一つは無料携帯の貸し出し、ステーション内の電話、もう一つは・・・。

厚労省 中村

外来発信のできる電話機を閉鎖病棟内に設置していて、自由に患者が利用できる環境にあるというふうに確認をしております。

精労協 SG

ステーション内ではなく、普通に外線電話を置いてあるということですか。それは無料で・・・。

厚労省 中村

そうです。無料になっております。

精労協 WB

そうすると電話機が無い病棟は、なくなったということですか、それとも2か所くらいあるんですかね。

厚労省 中村

今現在ですと、全く電話が設置されていないというところはなくなっております。

ただ、今後について例えば一例なんですけども、病棟内で患者さんが電話を壊してしまったという事例があったりします。今回調査をさせていただいてそういう病棟があったのですが、毎年実地指導を行っておりますので、すぐ設置するように指導しております。

精労協 WB

電話機が置いていないのがゼロだとわかって、ただ公衆電話ではないところが何か所かあって、厚生労働省の方で指導の対象になるっていう、電話機はあるけどももっと公衆電話に近い形にした方がよいという病棟は何か所あるんですかね。

厚労省 中村

通信の自由というものがありますので、例えば許可を得られなければ利用できないとか、そういう

たものについては、ないのかな、としております。無料の貸し出しを申し出があれば利用の貸し出しをしてたりとかで代用させていただいているので、公衆電話が設置されていない病棟について何カ所というのは把握していないんですけども、基本的には患者さんが外部と連絡を取る手段があると理解しております。

精労協 WB

無料の貸し出しで、貸し出しということは詰所に電話があって、貸してくださいと言って貸してもらおうという、これで厚労省としては通信の自由は担保できているということですか。それとも、貸してくださいと言わなくてもかけられる必要があるという認識ですか。

厚労省 中村

そうですね、こちらについては、確かにすべての病院がどういった形態をしているのかという調査の中で、申し出をしなければならないという所が、ある可能性があるんですけども、ただいま把握しているところでは、詰所というか、職員に言えば順次携帯電話等を貸し出してもらえんというように、詰所に行くかというのはどうか、調査をしきれしていないといえますか・・・。

精労協 SH

厚労省としては、それで自由が担保されているという認識ですか。

厚労省 中村

うーん。すみません、ちょっとこちらについては、わたくしの判断ではお答えできない部分がありますので、ちょっと確認をさせていただくといいですか・・・。

精労協 SG

無料の携帯貸し出しと、ステーション内の電話は、やっぱり職員の判断が途中に入ってしまうので、そこで患者さんの自由を担保しているというようにはならないと思う。今調子が悪いから電話やめときなよ、なんてこといくらでも言うと思うので・・・。

そこが本当に自由に、無料の電話を置くなら中ではなく外に置くとか。やっぱりそこは自由の制限があるという認識でいますので、そこはしっかり指導なり改善なりを明確に言っていただければなと思いますし、もう2施設なわけですから、逆にこの2施設は他と比べればマイノリティなので、是非統一化を図っていただければと思います。

厚労省 中村

貴重なご意見ありがとうございます。

そういったような病棟があった場合につきましては、事例によって今後どうするか確認をしていきますので、よろしく願いいたします。

精労協 SM

外来発信ができる電話機を置いている閉鎖病棟というのは、どこに、公衆電話でないけど普通の電話ということですか。

厚労省 中村

はい。外部に発信できる電話です。

精労協 GM

何十年と公衆電話の問題について取り上げてきたんですけども、厚生労働省のほうの公衆電話に対するお考えは前向きで、とても評価をいたします。

今後は、公衆電話の使い方とか、自由に発信できない病棟が出たとか、色々実は制限をかけているとか、そういう病院がありましたら私たちの方に情報が入ってきたときに、厚生労働省の方でそこに指導を入れるとかという個別対応をしていただけるんでしょうかね・・・。

厚労省 中村

そちらも対応をさせていただきます。ただですね、こちらの実地指導につきましては病院を管轄しているのが都道府県である場合があります。そういった場合まず、都道府県の指導を受けて、さらに国の監査というものもあるんですけども、そこで改善されないものについてもこちらで順次指導させていただくとなりますので、まず、流れとすると確かに厚生労働省におっしゃっていただいて全く問題はないんですけども、まずは都道府県に確認をしていただけて指導していただくようお伝えいた

できれば、順次早く手続きができるのかな、といったところでご案内させていただいてよろしいでしょうか。

精労協 Y S

それでは続いて重度かつ慢性について、に入りたいと思います。

精労協 S G

検討中でまだまだ発表してはいけないという事があるかと思いますが・・・今回出された基準案およびその研究課程において、大きく指摘したいと思ったのは、ニューロングステイの人についての調査を主にしていて、もっと多いのは、オールドロングステイ、長くいる人たちが対象になるかと思うんです。もちろん新規の長期在院者が出ないというのも大切なんですけども、でも今、たくさん残っている人たちに今後どんな医療をしていくのかを考えると、この重度かつ慢性とされたことによって、ずっと、もう退院をしなくていいんだという枠組みになってしまわないかというのが、一番の懸念です。なので、昨年の交渉では重度かつ慢性の基準にあたる病棟となった場合は、人員基準についても手厚くしていく方向であるというのは、お聞きしたんですけども、その認識は変わっていないのか、というのが一つと、あとその病棟では退院を前提とした機能の病棟になるのか、というのを確認してもよろしいでしょうか。

厚労省 萩原

手厚くというところで、人員配置のことにしましては、ちょっと、前回と同様で具体的などころまではいってないんですけども・・・手厚い、同じような流れで進んでいるんじゃないかと理解しているんですけども、基本的には退院することが大前提というところで・・・

ただ重度かつ慢性の基準というのが暫定ということもございますので、今回6割という方が対象になるとされたんですけども、そうしたら6割という数も変わってくるかもしれないというところで、再検討がなされていく段階というところだと思うんですけど、まだはっきりしたことまでは踏み込めていないというところがございます。

精労協 S G

6割に関しても限定的かつ・・・というところで6割、というのが正直なところなので、ここもちょっと本当に限定的に、まあ限定的に取り扱ってそれが2割でしたという答えになったとしても、さらにその人たちには、より手厚い医療・福祉を提供しないと退院に向けられない、という認識になりますという方向に進めていただかないと、2割の人はもう病院からは出られないという認識にだけはならないようにしていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

精労協 S M

そもそもこの定義をしようという話はなんで出てきたんですか。

厚労省 萩原

ええと、ちょっと確認させてもらって・・・。重度かつ慢性を作るに至る過程ですよね。

精労協 S M

それと、先ほどからあるニューロングステイとオールドロングステイを分けた理由は、わかりやすくということではあったんですけども・・・。ではオールドロングステイの人に対してはどうしていくのか、そういった方向性も見えていくと良いのかなと思います。

厚労省 萩原

ちょっと考えさせていただきます。

精労協 G M

やはり病院ですので、退院は前提だと思うんですね、収容所ではないわけですから。それとホスピスでもないわけですから。

やっぱり死ぬまでそこにいるということではしょうがない。この辺を厚生労働省としては、退院を前提にしてほしいなと思います。

精労協 Y S

では、1-4) お願いします。

精労協 S G

お答えいただいた内容としては、例年と同じ回答だなということで、ちょっとあれなんですけども。医療保護入院が正しく行われているか否かを危惧している部分はもちろんあるんですが、それは、いつもの回答であれば指定医がちゃんとやっていますとなってしまうんですが・・・。そもそも、この6割要件の根拠という事が全く示されてこないんですね。ちなみに一昨年の前交渉の時には一定の基準を設けないといけないか、という回答だったんですけども、その言葉の裏には高いお金が出るからというふうに関心したんですけども、これは医政局の方かな・・・、が回答をくれたのですが、今回求めていることは、この6割要件と救急医療の必要性というところでどういった相関があるのか、どういった医学的根拠があるのか、というのをお示しいただけますかという・・・。

厚労省 中村

ご質問いただいて大変恐縮ではあるんですけども、こちらですね、6割以上とかそういった基準については、中央社会保険医療協議会というところがございまして、そちらの協議での結果そういった基準が設定されているという、そういう認識であります。

精労協

その協議の内容というのは？。

厚労省 中村

今日お答えさせていただくため席につかせていただいているんですけども、そちらの内容までは、他部局になっておりまして・・・、ちょっと確認ができていないという状況でございます。

精労協 SG

この根拠がすごく重要だと思いますし、逆に根拠を示せていないという認識を持っていますので、こちらとしては、毎年お聞きしてお答えいただけないので。根拠のない中で、根拠のない人権侵害が行われているというのが大きな問題だと思っています。強制入院が正しくされていけばいいとかではなく、そもそもその基準自体にちゃんとした根拠を持っていかないと意味がないと思いますし、「本当につらい、入院させてください」と、「今一人でいると飛び込んでしまいそうなんです電車で・・・」と、こういう時にも本人は入院を希望するんですよ。明らかに救急に対応が必要ですよ。ではそれでは入院しましょうか、それは任意入院によって行われるわけです。本人が希望しているわけですから、でも今の基準があって、この人が入院したら6割が切れちゃうから、あなた救急病棟に入院させられません、うちの基準が満たされないからなんてことになりかねないんですね。そうしたらその人は、入院しなくてはならないので強制入院にしちゃうわけです、しなければならなくなるわけですね、この基準があると。やはり、救急の必要性と、強制入院であるかないかは、現場実感としてもどう考えても関連しないんですよ。みんな暴れてどうしようもないから強制入院みたいな・・・。そういう感覚だけでやられてるんじゃないかなと・・・。現場を知らないような感覚で、という疑問しか残らないので、ここはもう少し明確な回答を・・・。10月、またお同じような形で質問させていただきますので・・・。

厚労省 中村

かしこまりました。確におっしゃる通りですね。今回このような場に来させていただいて、こちらの基準については前回も同様の質問をしていただきながら、お答えできないというのは大変申し訳ございません。こちらの件につきましては、中央社会保険医療協議会というところがございまして、次回またご質問いただけるという事であれば、きちんと確認をしてお答えをさせていただくところではございます。

精労協 SG

質問させていただきますので、10月に本交渉をさせていただきますので、ご回答いただければと思っております。

精労協 YS

1-3)の確認はとれましたでしょうか。

厚労省 萩原

こちらは、重度かつ慢性のお答えに似ているんですけども、評価に関しましてはまだ実際には行っておられないという現状がございます。あと社会的入院に関する評価に関するんですけども、こちらも行われておりません。

精労協 SG

ここで私たちが言いたいのは、そこに責任があったと、改革ビジョンの中で国の責任があったと、社会的入院という人権侵害をおかしてしまったという反省の基に打ち出されたもの。必ず解消しなければおかしいじゃないかなんて文句を言いたいわけではないんですよ。ちゃんと振り返ってください、このことをちゃんと検証して、こういったことが起きてしまったという事を検証して振り返ってください。今の状況のままであると、長期の統合失調症の入院患者数に切り替えましたというだけでは、全然振り返りにはならないので、ちゃんとそこは10年前にあった反省を、この10年どういう医療をやってきて、どういうことができたのかという振り返りを、この社会的入院ということにおいて、していただきたいなと・・・同じ基準で再評価してくださいというこちらの案ではありますけども、ここは何かしらの形で必要だとおもうので・・・。

精労協 GM

これはとても大事な問題です。今般、ハンセン氏病のことでは、再評価されて反省もおこなっている。今回、この社会的入院のことをちゃんと再評価してですね、当時の位置づけとそれから今現状がどうなのかというのを、この社会的入院という言葉がなくしちゃわないでですね、きちんとしないと・・・この言葉は理由があって出てきたわけですから、これをきちんとしないとさらに続くということなんですよ。言葉がなくなっても、社会的入院はおおっぴらに続けられているということになってしまいますので、きちっとやっていただきたいです。知らない間に消えちゃったりとかではどうにもならない、これもまた10月に聞きますので、省内で検討していただいてお答えをいただきたいと思います。

精労協 SS

今は社会的入院というのをどういう風にとらえているのか・・・、先に進んでいないのもわけがあると思うんですね。手を付けられないのか、どうお考えかをその時是非一緒に聞かせていただきたいと思います。

精労協 SG

ここは10月に再度あげさせていただきますが、是非そちらの会議の中で出していただいて、少しでも会話をさせていただいて、進展させていただかなければいけないのでどうぞよろしくお願いします。

精労協 GM

一番大事な人権の問題ですから。

精労協 YS

1-5)に進みたいと思います。

厚労省 岩永

要望でございます施行規則第10条第1項第3号の規定につきましては、パブリックコメントにかけさせていただきました改正案の通り改正されまして、平成28年6月10日に施行されております。

改正前の規定では、入院患者の処遇にあたって、それぞれの症状に適した病室において入院治療を行う事が適切であるという考え方に立って、原則として、精神疾患を有する方は精神病室において処遇すべきことを定めておりました。今回の改正は改正前のそういった考え方を土台としつつ、精神疾患の特性に応じた医療を提供する仕組みをこれまで通り確保しつつ、同規定に対する不適切な解釈や誤解により、例えば、入院治療が必要な身体疾患を併せ持つ精神疾患を有する方に対して、一般病床での治療を拒否する等の不当な差別的扱いが発生することがないように、今回条文の文言を適正化させていただいたものでございます。

次に、同規定がご要望でございます障害者差別解消法における差別的扱いに該当するのではないかというご指摘についてお答えします。今回改正されました施行規則第10条第1項第3号の規定は先ほど言いました通りで、精神疾患を有する方の特性に応じた医療を提供する仕組みを確保しつつ、同規定に対する不適切な解釈や誤解によって、身体疾患の治療を必要とする精神疾患を有する方に対して、不当な差別的扱いを・・・、精神疾患を有する方が不当な差別的扱いをこうむることが無いようにという趣旨で、必要な改正を行ったものでございますため、この改正された既定自体が精神障害者の方の権利利益を侵害するものではないと考えております。

一方で、この規定が不適切な解釈や誤解により、たとえば入院治療が必要な身体疾患を併せ持つ精神障害者の方が不当に一般病床に受け入れを拒否されるような差別的扱いを受けた場合は、今回の法律にございます障害者差別解消法における不当な差別的扱いに当たると考えております。そのような

場合はこの同法に基づき、これを拒否した病院に対する指導や勧告を行うことにより、差別的扱いを受けた精神障害者の方の権利利益の保護を行っていくこととなります。今回の改正では、精神疾患を有する方に適切な医療が提供されるよう、必要な改正を行ったものと考えておりますが、本規定の目的に反して、医療の現場ですら、不当な差別が起こることのないように、必要に応じて対応してまいりたいと考えております。

精労協 SG

はっきり申し上げまして、解釈分を入れる必要性は今おっしゃっていたとは思いますが、条文自体をなくせないんですか。条文をなくしたとしても、これは、精神疾患の方が骨折をして治療が必要なのにまともなりハビリもされず返されると精神病院に、という差別的扱いを防ぐためにこの条文を付け加えたという風におっしゃったんですけども。もしこの条文がなくても、骨折してちゃんと治さないと戻されたら、そもそも差別的扱いになりますよね。この条文がなくても・・・なので、あえてこの条文があって、プラスアルファを付け加えてこうしましたということを残さない方が、この法律を誤った解釈をして、不当な扱いを受ける可能性があるからこうしたわけですよ。この条文がなければ、そもそもその可能性すら、間違った解釈すらなくなるわけです。ならなくせばいいじゃないですか。なくても不当な扱いを受ければ、それは裁かれるんですから、ある必要性が全く持ってないと思うんですよ。誤解を生む可能性を残しましたと言っているだけですだからね。誤解を生まないようにしましたが、誤解を生む可能性は残していますということになりますから。残す利点がわかりません。

厚労省 岩永

もし無くしたとするとですね。例えば今精神病の患者の方は精神病室ということになっていますけれども、例えばなくなったら可能性の一つとしまして、一般病床に医師によるこのような経緯、恣意的なですね、身体拘束とかですね、権利侵害が起きるのではないかという懸念もこういった規定を残したという事には入っております。

精労協 WN

この10条3号が無くなると、一般科の病院で精神障害を持った人が不当な身体拘束を受ける可能性があるという意味ですか？

厚労省

そもそも、施行規則第10条第1項第3号の規定が精神病を持たれる患者さんに対してですね、専門的にしっかりとした体制のもとで医療を提供するという理念のもとに規定されているものでございまして、おっしゃっていたような差別をする目的のために作られている条文ではないんです。それにも関わらず差別が起きてしまうというのは我々としても遺憾だと思っております、それらについては先ほども申し上げたように障害者差別解消法にのっとってですね、しっかりと対応していくという枠組みが設けられているので、これをなくすことが直ちに差別の解消につながるというわけではないんです。あくまでも、精神病を持たれた方のために適切な医療を提供するための枠組みとしてこの条文の位置づけと理解いただければと思うんです。

精労協 WN

いつもその回答になるんですけども、これができたのは1940年代ですよ。1940年代日本の情勢、精神科医療の業界で今おっしゃったような精神障害者の利益、医療を適切に受けるという観点でこの医療法施行規則ができたと本当に思いますか。

厚労省

経緯はあると思うんですけども、今、精神に限らず病床の機能分化ですとか、患者さんにあつて個別の医療をしっかりとしていましようという時代にある中ですね、昔そういう理念があつたかどうか・・・昔そういう理念があつたと思っておるんですけども・・・。

精労協 WN

1940年代、当時の日本の精神科医療を把握した上で・・・。

厚労省

当時の医療現場を見ているわけではないので、少なくとも今の考え方として、病状にあつた適切な医療を提供していくという時代の流れ、潮流もありますので・・・。それに整合的な制度ではないかと考えております。ただおっしゃるように差別というのはよろしくないものなので、別途設けられた障

害者差別解消法の理念に基づいて対処していくと・・・。

精労協 WN

時代の潮流の中で1940年代に作ったこの医療法施行規則であったり、精神科病院を増やしていった経過であったり、長期経過していった結果が正しくないと、変えていった方がいいと、機能分化していった方がいいと、退院促進した方がいいと、いうことになって色々変えていって2004年に改革ビジョン出したわけですね。

厚労省

それも踏まえてですね、今回医療法施行規則の方もですね、ちゃんと改正して差別的取り扱い、誤解を生まないようにですね、われわれとしても、ちゃんとあくまでもこれは必要な医療を適切に提供するためのものであって、差別とかを目的としたところではないんだというメッセージを発したと思うんですね。

精労協 WN

時代の潮流に合わせて施行規則をなくしていくとか、変えていくとか、別にこちらの主張とそちらの主張はかわらないわけですけども・・・。昔から、できたときから、適切な医療の担保をするためにそもそも作られたという認識が違うんですよ、われわれと厚労省の方で。ただ、変えてこうというのは一緒だから・・・。

厚労省

目指しているところは一緒で、ちゃんとした医療を提供して差別をなくしていきましょうという意識が一緒だと思うんですけども、ただ方法論がお互いに考えているものが違うのかなと。

精労協 GM

医療法10条がなくなると身体科の病院で医師の恣意的な形で拘束とかがされちゃうんですか、それって許可になってるんですか？。

厚労省

懸念の一つ。

精神病床を持っているところでは、精神病の方に専門的なケアをする体制というのは整っていると思いますけれども、そういう患者さんが精神病にあまり慣れていない病院にいかれた際にですね、今まで適切にされていた医療と同様の医療を提供できるかというのも、われわれが今まで作ってきた制度を生かしつつ差別をなくしていくという方向については今回改正させていただいた医療法施行規則と併せて障害者差別解消法との両輪でやっていくという方が良いのではないかと・・・。

精労協 SS

条文としては、優しい条文を付けてくれたと思うんですけども、やっぱりありますよね、治療途中で帰ってきちゃうようなことは・・・。せっかく体を見てもらいたいと思っても、やはり精神だからというのは・・・。いままでこれを建前に帰ってきちゃうというのを、条文全部を無くせば・・・。

厚労省

それはおっしゃる通りで、そういう事が起きるのはよろしくないと思うので、我々の目的としているところとも違うので、そこは障害者差別解消法にのっとってですね、都道府県ですとかと連携しながら対応していくほかないのかなと。

精労協 SS

今まで不当な差別的取り扱いというのは、発信はどこからありましたか。こういうことで不当な取り扱いを受けたので解消になってないというか、患者さん自身から不当な扱いをされたんですとか。

厚労省

患者さんに不当な取り扱いがあった場合、まず都道府県の方に連絡がいくと思われるんですね。私に限った話ですが、一般の患者さんから差別的扱いを受けたので何とかしてくれないかという電話を受けたというのはいなかった。

精労協 SS

都道府県から上に上がってくるというのも特に・・・。

精労協 SG

とにかく、これを残したままどうにかやっていくという方針はなぜ曲げないのかという・・・。

厚労省

それは先ほどから申し上げている通り・・・。

精労協 SG

適切な医療を、という・・・。そこはおそらく厚労省内でも見解って、医政局さんと例えば精神保健福祉部さんとかでも若干違うような認識を僕は得てるんです。はっきりと申されましたよ、古い法律であるし、今おっしゃった理念が1940年代にあって作られたとは思えませんと、確かに思えませんと、話もされているんです。ただ、医政局さんとしてこの法律をそこまで残す意義というのもないですし、現場の懸念とってはありますが、現場が、無い方がいいとってはるんです。はっきりこちらの方が正しいと思いますよ。

精労協 GM

医療法施行規則10条3号が無くなったら、他の身体科の病院が・・・、というのでは全然理解できないんですけども・・・。もともと、身体的な疾患があって、しかも精神の具合が悪い方がいるとき、そのかたの疾患を、きちんと手当するのが病院の使命であって、そのうえで精神の具合が悪いから何とかした方がいいという時に、精神科の病院の指導を仰いだり、もしくはそちらに転院させればよいのです。精神科であろうがなかろうが、病状がちゃんと落ち着いていて、身体科の治療が必要であればそれは身体科の病院で治療をすればいいのであって、もともと精神科の患者はすべて精神病室で治療することなんて言う前提は必要ない訳ですよ。目が悪かったら眼医者に行く、歯医者にはいかないですよ。なんでわざわざ「精神科の」という枠に・・・。

厚労省

今のお尋ねというのは、施行規則第10条第1項第3号の・・・。

精労協 GM

施行規則第10条第1項第3号が無くなったら大変だといわれたから、そういうことを言ったんです。こんなもんなくなると、ほんものの病院であれば適切な治療は誰だってするし、患者さんもされたいだろうし、医療者の方でもしたいと思っています。

厚労省

専門的に手当てが必要だと考えられて精神病床が設けられていると、前提としてわれわれ持っています、もちろんおっしゃっているように、目が悪くて歯医者に行くというのは当然ないかと思うんですけども、精神疾患じゃないのに、精神病床に入ったり、また逆もしかりで、精神病床でのケアが必要なのに、一般病床に入るとなると専門的なケアが受けられるかどうかかわからないというふうのがあって、専門的なケアが必要な人については精神病床に入っていると、必ずしも先ほど言ったように骨折か何かあって、精神病床じゃなくてもいいという場合についても一般病床で入院していただく・・・。

精労協 GM

この10条3項、「精神疾患を有する」という時に、病状が落ち着いていても、精神的な症状が出ていなくても、精神病院にかかったことがあるというだけで、そのレッテルが貼られて、精神科の患者だからということで、「精神科の方へ」というそういう枠でくくられてしまうんです。

厚労省

くくられてしまう原因がこの施行規則によるものなのか、医師の方の判断なのか、法的なことなのか・・・。

精労協 GM

社会通念でなってますね。

厚労省

社会通念であれば施行規則云々の話でなくなってしまってきていますので。

精労協 GM

いやいや。社会通念は規則でつくられ、さらに規則が補完しているんです。ならば、この施行規則が精神病でなく「重篤な精神の症状が出ている」とか「精神科の病院でなければ対応できない症状が出ている状態の者は」という風な文言で書いていただかなければならないです。

厚労省

その精神病床に入院が必要だと思われる患者さんについては、ちゃんと精神病床に入院していただいて、それ以外の必ずしも精神病床じゃなくても骨折とかで一般病床で対応可能な場合はもちろん一般病床で対応していただくという考え方をして、という認識で。

精労協 GM

これは精神病は精神病院にというのが先になっていて、「だけれども」と付いているわけですよ。

厚労省

専門的なケアが必要な人がちゃんと専門のところで入院していただくと・・・。

精労協 GM

ですからそれは、目が悪いのに歯医者に行くという・・・。

厚労省

その通りですね、目が悪い人は当然眼科医に行くわけですよ。それと同じで精神病でしっかりとしたケアが必要な人は精神病床に入院していただくと・・・。

精労協 GM

選ぶのは患者さんですよ・・・。

精労協 IM

なんで精神疾患だけが・・・、精神障害者だけあるんですか？。

厚労省

感染症病床もありまして、ちゃんと・・・。

精労協 GM

つまり伝染性の感染症と精神疾患は一緒と・・・！。

厚労省

それはそれぞれに応じてですね。おっしゃるように精神障害の方と感染症の方それぞれ違う医療のアプローチが必要なわけで・・・。

精労協 SN

それは、全科そうですよね。内科もそうですし、専門性というのはどの科でも一緒・・・。

厚労省

一般病床と感染症病床と精神科病床では・・・。

精労協 GM

というのは、患者さんのためにそれがいいでしょうと言ってるんですけども、じゃあ患者さんのために、目が悪い方は眼科に行きなさいという条項がどこかにあるんですか？、そんなのありませんよね。なんで精神疾患だけがあるんですか？。

厚労省

あの一なんといいですか、当時できた経緯、専門的なケアが必要だという理念があって、もうけられてきていたと・・・。

精労協 WN

違うでしょう。精神疾患と感染症患者を一緒の取り扱いにして、施行規則ができてるんですよ。

1940年代に・・・それは感染症患者と精神病患者を差別の対象として1940年代に出たとしか読めないでしょう。同じ扱いにしてたわけでしょ。

厚労省

感染症病室に入っている患者さんを・・・差別しているという認識はない。

精労協 WN

戦後直下ですよ、1940年代、GHQの時代ですよ。

精労協 GM

当時は銭湯にも、刺青をしている人と精神疾患は銭湯に入浴してはいけないという法律がちゃんと書かれて、貼ってあったんです。これはおかしいということで、いまは削られたんですよ。これ同じですよ。この法律ができた時・・・。

精労協 YS

この項目はいつも盛り上がってしまうんですけども、そろそろ本当に10条に関する認識がこちらと違うのかなと思って・・・。

精労協 GM

患者さんが選ぶ形になっていないですよ。上から目線になってるんですよ。精神科に行った方がいいみたい。その方が患者さんのためだと。患者さんが選ぶんです、もともとは。そこから発想したらこんな条文は必要ないんですよ。だって精神の具合が悪いと思ってんのには眼医者に行かないでしょ。

精労協 YS

専門性で分けるなら、他科と精神は何も変わらないと思うので、そうしてみると精神だけ分けなくてもいいのかなとこちらは考えています。また続きを10月に継続して上げさせていただきたいと思っています。

続いて1-6)、お願いします。

厚労省 精神・障害保健課

昨今隔離拘束の増加など、行動制限の増加は問題であると認識しております。

増加の背景には急性期化様々な要因があると思われれます。医療の現場ではご推測の通り少なからずとも行動制限をせざるを得ない場面があります、かと言いまして安易に当事者の行動制限をすることは決してあってはなりません。行動制限は法律上、医療または保護を欠くことのできないときのみとしております。

また、障害者虐待防止法に関しましても、市町村、都道府県における障害者虐待防止の対応および、福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引きの一部改訂を行いまして、学校、保育所、医療機関における間接的虐待防止措置の周知について、患者さんの適正な処遇を求めているところではあります。過去の歴史を踏まえながら人権が守られるよう引き続き取り組んでまいり、変わりゆく患者層も踏まえながら現状に合った対策が取れるよう、今回のご意見も参考にさせていただきたいと思っております。

精労協 SS

下の文章にあったのは知っているんですけども、自然になんで入っていないかなという。一緒に学校とか病院とかも入れてもいいんじゃないかなと・・・。

厚労省

学校、医療機関での治療につきましては、立法過程の中で、擁護者による障害者虐待と同様の措置を規定することは検討されたんですけども、既存の立法に基づき対応可能な部分があることであること、または、学校での指導、医療機関での治療行為と虐待行為を第三者が判断することは困難ではないかなということ、その辺を考慮しましてこれらの施設や管理者に対する間接的な虐待の防止等を規定するとさせて、間接的というような形にさせていただいた流れがあるとお聞きしています。

精労協 SS

第三者が虐待と判断するのが難しいという事は、そういう風にみられてもおかしくないことがまかり通っているのかなとも。

精労協 SG

学校と病院は教育と医療で別の枠組みがあるから取り入れにくかった、みたいな形にも読めたんですけど、逆に独自のものがあるからこそ適応させるべきだと思うんですね。間接的にではなく、どんだん中に入って見ていけばいいじゃないですか、第三者視点で。教育だからOK、これ治療だからOKでまかり通らないように、すべての人にすべての場所で適応させないと意味がないですよ。この法律を作った。これじゃあ教育機関、病院機関の中に閉じ込めておけば法律に適応外だからということになっちゃうじゃないですか。別立てであるからこそ、狭い世界であるからこそ第三者の目が必要だと思うんです。これ、新しい流れとして出てきているものなので、ずかずか適応させていった方がよっぽどいいのではないかなという意見です。

厚労省

ちょっとわたくし直接の担当の課ではないんですけども、他の課に、このようなご意見があったとお伝えします。ありがとうございます。

精労協 YS

では、進んでいきたいと思います。
2-4)の回答をいただければと思います。

厚労省

平成26年3月に定められました改正精神保健福祉法に基づく精神障害者の医療に関する指針において、精神障害者のための良質かつ適切な医療提供のためには、医師や看護師をはじめとした、様々な医療職種チームによる質の高い医療の提供など、急性期の精神障害者の早期退院の推進や地域生活への移行の促進の取り組みなどが必要であると記載されております。一方で、医療法上の精神病床における薬剤師の人員配置基準は、病院が運営にあたって有すべき最低限の人員を示したものです。

この配置基準以上の薬剤師を配置することについては、医療法上は個々の病院により病院の規模や機能に応じて判断されることが適切ではないかなと考えております。指針における精神障害者の方のための様々な医療職種チームによる質の高い医療の提供につきましても、医療法上の人員配置基準を一律に底上げを行っていくという手段ではなく、個々の病院による規模や機能に応じて人材及び財源を効率的に分配することで達成されることが望ましいのかなと考えております。以上でございます。

精労協 SN

今、個々の病院によって人員は決めてくれればよいとの回答でしたけれども、そもそも最低基準があって、当然私立の病院というのは、経営上、出費を押さえられるところは抑える、というのは当然だと思うんですが、そうなった時に基準があれば、それを満たしてさえいればいい、という判断が働くのは普通に考えて当然だと思うんです。実際現場ではそういうことが起きていて、薬剤師の人員は少ない、そして実際に多職種チームで連携して、厚労省が言っているような、この指針で上げているような、理想的な現場というのは、ほとんど存在しないと思います。

なので、今、ご回答いただいた見解に関しては、私たちとしては非常に甘いと思うし、現場が見えていないと思うんですけども・・・現場の薬剤師人員がどれくらい足りている、足りていないという調査ですとか、そういう研究ですとかが実際にあるのかというのを、今後確認をしていただきたいというのと、厚労省としては、今まで薬剤師の人員というのを、話し合いをしてきてこれで良いという結論が出て、今この状況だと思うんですけども、これは矛盾するものしないものと考えた時に、矛盾していないとお考えだという風にとらえてよろしいんですかね。

厚労省

そうですね。矛盾していないと思います。

精労協 SN

矛盾していないと。

精労協 GM

なんで、他科と比べて精神科は二分の一でいいんですか。

厚労省

精神科特例については次の問で述べさせていただくことになるかと思っております。

精労協 SN

二分の一にする根拠はあるんですか。矛盾していないと考える根拠もそうですけど。

厚労省

二分の一の根拠、どういう算定基準でそうなったのかというのは今資料が無いので、直ちに理由を述べることはできないですが、精神病床だけではなくて療養病床も二分の一となっておりまして、ここから推測するに療養病床、精神病床は他の科と比べて、処方する処方箋の数にという物の数に差があってこのように・・・。二分の一という直接的な理由は今は直ちにわかりませんが・・・。といったものはあったのではないかと推測されます。

精労協 GM

それが社会的入院が続いている根拠であって、退院促進ができない根拠なんですよ。当院は206床なんですけども、薬剤師は6人います。それでも忙しいんですけども、所謂定期処方、ずっと同じ薬を出し続けるという人が206床の内の20人くらいしかいないです。あとは全部臨時です。薬をどんどんドクターが考慮して必要に応じて変えて、入院時から退院時まで、最初はちょっと強めに出している薬を病状によって調節し、弱くしていつ退院につなげるとか、休息が必要な場合はちょっと沈静をかけるとかですね、休んでもらうために最初は量が多いですけども、退院して社会に復帰するためには体が動くようにならなきゃいけないから、適切な薬でもっと軽くしなくちゃいけないんです。次々変えてくんです。ですからものすごく忙しいです薬剤師は。その代りうちのベッド回転数、退院数は多いです。本当はそれくらい薬を変えていかないと、逆に長期入院を増やしていく結果になってしまうんです。この二分の一というのが原因の一つになっちゃうんです。薬剤師少ないから薬変えられない。変えられないんじゃないかと、そんなのでいいやって言う考えのあらわれでしょう、長期の定期処方ですとずっと同じ薬出しとけばいいやという医療が精神医療になってしまってるんですよ。

厚労省

ご意見ありがとうございます。個々の医療機関で社会的入院がどういう原因があるのかというのを明確に把握しているわけではないですけども、患者さんによって定期処方することが適切な場合もあれば適切じゃない場合もあると思っていて、それは判断ができないところなので、なかなかすぐにはいいですねとか、こっちが間違っていてそちらが正しいとか、そっちが間違っていてこちらが正しいとかいうことは直ちにはあり得ないんですけども・・・。

精労協 GM

急に具合が悪くなって入院した時の処方をいつまでも続けているなんていうのは、はっきり言って失格な病院です。医者としても失格です。急に悪くなった時とずっと同じ薬出し続けるなんておかしいですからね。風邪薬だって風邪の症状無くなったらやめますけども。

厚労省

その、個々の患者さんの症状にもよると思うんですよ。予後で再発を防止するために長期服用している場合もあるでしょうし。

精労協 GM

それでも、量を変えていくというのが普通ですね。

厚労省

薬剤ですとか、性質ですとか、患者さんの症状にもよるとはあ思うんですけども、そういう選択肢もあってしかるべきではないかという意味でおっしゃれば、それはその通りだと思います。

精労協 GM

それで、他科と比べて精神科は薬剤師が少なくていいという、そういう論拠に当たらないということです。

精労協 IM

精神科医療における薬物のウェイトは重いと思うんですけどね。どうですか。

厚労省

全くないというわけではなくてですね。データは出せていないので、〇〇科と比べて比率が一体二だとかという情報を持っていないので、直ちに反論できないところですけども。

精労協 GM

厚生労働省はこのへんをもっと研究していただいでですね、その薬剤と長期入院など研究してもっとやっていただきたい。そうすればこんな、精神科は他よりも少なくてもいい、ということになんか絶対できないですよ。現場の実感です。

精労協 YS

それでは2-1) から5) まで続けてお答えいただければと思います。

厚労省

2-1)、精神科特例に関しましては、精神科病院においては長期に入院される方が多いこともあって、一般病院よりも低い療養病棟と同様の配置基準にしたものであり、直ちに障害者差別に直結するものではないと捉えています。精神病床における人員配置におきまして、これまでも診療報酬において、精神科救急の病床を一般病床と同等の医師配置の評価を行うなど、その充実に努めてきたところでございます。また法改正に基づく、精神障害者の医療に関する指針におきまして、急性期の患者さんに対し、手厚く密度の高い医療を提供するため、一般病床と同等の配置を目指すとされておりますので、ご指摘いただきました課題につきまして、これからも貴重なご意見としていただきながら課題解決に向けて努めてまいりたいと思っております。以上です。

厚労省 中村

2-2)、精神障害者の精神疾患の状態や特性に応じた、精神病床の機能分化を進めていくことが重要であると考えております。具体的には、精神科救急等地域生活を支えるための医療当に、人員、治療機能を集約することが重要であって、これに向けた構造改革を推し進めていく必要があると考えております。平成28年度診療報酬改定では、長期入院患者及びその可能性のある患者に対して、退院後の、地域で安定的に日常生活をおくるための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟として、地域移行機能強化病棟入院料を新設したところであり、更なる精神科医療の構造改革を推し進める必要があります。現時点で、ご指摘されているような趣旨での現状把握を行う予定ではございませんが、現場の抱える課題、計量的な評価についてはまずこの場をお借りしてお伺いしてもよろしいでしょうか。以上になります。

厚労省 井上

2-3)、(1) から(3) までお答えさせていただきます。

まず、(1) につきましては、厚生労働省としましても看護職員をはじめとしまして、医療従事者の負担軽減というのは重要な課題であると認識しております。また精神疾患患者の地域移行に関する取り組みについても同じく重要であると考えております。長期入院精神障害者の地域生活への移行に関しましては、具体的には、平成26年4月からの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というものと、同じく平成26年7月の長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会の取りまとめがございまして、そちらにおいてその方向性ならびに具体策が示されてございます。施設基準についても、これらに基づき同様に定められております。

今年度より新設された地域移行機能強化病棟入院料というのは、精神保健福祉士等の退院支援職種による集中的な退院支援、精神病床数の適正化に取り組む精神病床について評価したものであります。補足になりますけれども、平成28年の改訂で、5年以上の長期入院の退院に係る評価を充実するなど、質の高い精神医療を強化するための取り組みを実施しているところであります。今後、医療従事者の負担軽減も配慮しつつ、適切な報酬設定に努めてまいります。

続きまして、(2)、現時点で地域移行機能強化病棟入院料を算定している施設数についてですが、現時点では数の把握というのはいしておりません。ただ、毎年7月からこちらの届出を取りまとめしてございまして、翌年の10月ごろに前年度の調査結果を中医協総会にて報告するという形になっております。ですから、今年度から新設された入院料という形になりますので、初回が平成29年の10月ごろからとなるということになります。こちらにつきましては、厚労省のホームページでも公表される予定となっておりますので、届出を取りまとめしてから1年と3カ月に報告されるというような予定となっております。

続いて(3) ですが、地域移行機能強化病棟入院料の導入に効果の評価分析ですが、こちらにつきましては、中医協の検証部会という場で検討され、中医協総会に報告されるという形になっております。ざっくりしたスケジュールを申し上げますと、平成28年の5月から検証部会、総会で調査項目の決定が行われまして、6月に事務局において受託業者の調査を行います。7月から9月におきまして調査検討委員会で調査設計、調査票等の検討を行いまして、10月から12月に6月に決めていた業

者におきまして調査を実施するという形で、平成 29 年の 1 月から調査検討委員会で調査報告のあった結果を検討し、順次総会に報告をしていくという、ざっくりとしたスケジュールなんですけども、こういう形になっております。以上になります。

厚労省 萩原

精神科特例を完全に撤廃できない理由に関しましては、精神障害者様の精神疾患の状態や特性に応じた精神病床の機能分化を進めることが重要と考えております。精神科特例の撤廃に関する議論は行われておりませんが、平成 26 年度法改正に基づく精神障害者の医療に関する指針がございます、急性期の患者様に対し、手厚く密度の高い医療を提供するため一般病床と同じ配置を目指すという取り組みをこれからも行って参ります。

人員配置基準の見直しに関しまして、現在そしてこれからの精神保健医療福祉のあり方に応じた施策を考え問題解決に取り組んでまいりたいと思っております。以上です。

精労協 Y S

ありがとうございます。では、2-1) から順に。

精労協 S N

2-1) ですが、精神科特例が障害者差別の規定にならない、障害者権利条約に反する規定でもないというふうにお考えなのかどうかという事をお聞きしたかったんですけども。

厚労省 萩原

回答させていただいた中で、配置の基準と、精神科特例をつくるきっかけと、直接まあ、人員配置のものであるから、差別に直結するものではないというふうには考えさせていただいているところなんですけども、ただ、おっしゃる通り、差別かどうかというのは考えなければならぬところになってくるのかなとは思ってますけども。

精労協 S N

差別とは考えるが・・・。

厚労省 萩原

ちょっと、そこはなかなか明確なお答えはしにくいんですけども。そうですね、これで差別というふうにとらえるというふうな、その辺の明確な答えを求められていると思うんですけども、ちょっとそこまではお答えしづらいという状況ではございます。はい。

精労協 S N

いま、今後障害者権利条約との関係で考えていかななくてはならないところもある、とおっしゃったんですけども、それは考えていくということですか。具体的にそういう話があるということですか。

厚労省 萩原

具体的にはまだあがっておりませんが、考えるべきだというお話を今回いただきまして、あの一、共有の方はさせていただきたいと思えます。

精労協 Y S

では、2-2) お願いします。

精労協 S N

2-2) に関しては、昨年、全く同じやり取りをしていて、今回の要望の中にも書いたんですけども、去年の時点でもすでに、課内で現場経験のある精神科医が勤務していた病院から、こういう声が挙がっていると聞いていると回答いただいていたので、今後具体的に現場でどういうことが起きているかは検討していかなくちゃいけないみたいなこともおっしゃっていたので、その後そういう動きをしてくださっているのかなと思ったんですけども、今の時点ではまだ何も特にそういうことはしていないということですね。

厚労省

前回直接どのようなやり取りがされたのかというのは、確かに課内では共有させていただいているんですけども、それについて、なんていうんでしょう、具体的な答えが出ていないというのが正直なお答えにはなります。ただ、こちらでお答えさせていただいたもので、病院の構造改革というところ

で検討会等はさせていただいて、もう指針は、方向性は出ておりまして、それに準じたもので進んでいこうという方向性はあります。

精労協 SN

現場の声を、もしよろしかったら聞かせてほしいとおっしゃっていたんですけども、われわれとしてはここに書いてある通りで、精神科急性期医師配置加算が導入されたことによって、当該の病棟ではない病棟で、医療の質の低下が起きている、しわ寄せが生じているという認識がありまして、そのもともと、大もとをたどれば、それは精神科特例による人員配置基準の低さが当然影響しているというふうに考えているということです。

厚労省

そうですね、まず、精神科特例につきましては、先ほど萩原からも回答させていただいた通り、確かに配置基準の見直しと言いますか、確かに比率があっていない、というところについてはこちらでも認めているところでありまして、なんというんでしょうか、この偏りというのが厚生労働省で確認するデータが直ちに出てくるというものではなくて、こちらについては、まず偏りが起きているという現状把握からさせていただく必要があるのかなというところで、話し合いと言いますか、今回のご質問を受けて共有させていただきました。

精労協 SN

はい。それ去年同じ話をされていて、どうなったのかということだったんですけども、まだ何もゼロということですね。

厚労省

そうですね。まだこういったデータ等が手元にないもので、直ちにこの精神科特例と加算によってのばらつきがあるというお答えは、申し訳ないんですけども、この場では申し上げることができないというふうにはなっております。

精労協 SN

はい。では今後具体的に動いていくということですか。

厚労省

まず、偏りについて現場の声を聞かせていただくというのはもちろんなんですけども、偏りが起きている医師との人数の配置とか、人数の確認できるデータ等というのも必要となってしまうので、ちょっとわたくしの口からは、すぐできますというお答えまではこの場では申し上げられないで、申し訳ないんですけども。まず、どういったデータが必要なのかというところから考える必要がありますので、前回ご質問いただいていて申し訳ないんですけども、直ちにそういった明確なお答えができるという状況ではないというお答えにはなってしまう。

精労協 SN

わかりました。

2-3)に関しては、色々回答いただいてたんですけども、われわれの論点は新しく新設された病棟の人員配置基準が、書いてある通りですが、特例の基準以下で看護職員が良いというふうに結果的になる配置だと思うんです。それがわれわれとしては問題だと思っていて、そのことについて、意見、考えをお聞きしたかったんですけども・・・。

厚労省

おっしゃる通りで、単純に人員の配置というものだけを見れば、そのような状態になるというのは事実だと思うんですけども、先ほどご説明申し上げた通り、地域移行への支援をするために、看護職員に限らず必要と考えられる職種を併せて配置するという意味合いもございますので、これにつきましては、精神保健福祉士であったりとか保健所のスタッフであったりピアサポーターであったりいろんな職種があると思うんですけども、そういうところで連携をして患者さんと面談を行っていくというような積極的な取り組みを行うことによって、地域移行にかかるため取り組みをしていく。ただそうは言いますが、実際の医療現場とこちらのギャップというのはまだまだ、やっぱりいろんな声を聞いていてもあるかな、というのは感じられますので、なかなかそこを急に是正するというのは難しいとは思いますが、これを今後少しでも改善していくというところがわれわれの務めだと認識しておりますので、引き続き、より環境が改善されるよう努めてまいりたいと考えております。

精労協 IM

多職種共同で退院促進しなさいというのは、非常にすばらしい方向性だと思いますけれど、実際入院されているのは病棟で、病棟での業務を行っていく中で、看護職員以外はもちろん夜勤もしないでしょうし、実際の患者さんのケアの中での、できる業務というのも限りがあると思うんですね。その中で、作業療法士であるとか精神保健福祉士を、基準上の一人の職員として数えてよいとなってしまうと、やはり雇用側としては、先ほどおっしゃった通り最低の基準なんだというのはわかるんですけども、それ以上余剰に雇うというのはなかなかしないものですから、そこでやはり現場としては、なかなか厳しい状況になるのかなと思うので、できれば外付けというか、看護職員はこれだけで、その上で精神保健福祉士一人つけなさいとか、作業療法士を必置しなさいとかというような数え方をさせていただくと良いのかなと思いますね。

厚労省

おっしゃった通り、今回の地域移行機能強化病棟入院料というのは、看護職員だけという感じではなくて、ケアするために必要なすべての職種について、この職種はこれだけの配置とかっていう、まあ全体での配置という形になってるんで、おっしゃってるのは単純に看護職員だけで見た場合の配置ということだと思うので、当然現場としてはそういう意見があるとは思っているので、引き続きそこは見直しと言いますか、貴重なご意見とさせていただきます、今後考えさせていただければと思います。

精労協 SN

2-5)ですが、これも去年も同じようにお聞きして、今回の回答でもぼんやりとした話だったなとお聞きして思ったんですけども。お聞きしたかったのは撤廃していない理由をご回答いただきたかったんですけども。

厚労省 萩原

していない理由、という形では回答できないんですけども、撤廃していないという原因につきましては、結局、撤廃してしまってこの配置を一律に底上げするという手段ではなくて、個々の機能に応じた、実態とか、を効率的に分配させることが達成されることが望ましいと考えているということが、まあ撤廃しない理由とは言いませんけども、現場の方からすると患者様というのは当時とおそらく回復度は変わっておりますし、患者様の可能性というのはすごく広がっていると思うんです。その中で、昔と同じ基準というふうには、薬剤師のこともそうですけども、なかなか、そういった声というのもこちらにも響いている、理解できることなんですけども、あの、まあ、こちらとしましては、とりあえずは今後は、地域の方もですけども、機能分化することが重要と考えておりますので、そちらの方を状況にあったところに配置していくというような、直接的な撤廃にというような議論にはまだなっていないというところがありまので、撤廃できない理由も、なかなか今出しづらいという状況です。すみません。

精労協 SN

2-1)の、差別であったり障害者権利条約に反しているんじゃないか、という話とつながるんですけども、矛盾があると思うんですよそこに・・・。

先ほど障害者権利条約に照らしたときに、課題がある、問題があるかも、ということで、考えていく必要があるとおっしゃった。一方で、撤廃できないということに関しては、機能を分化していくと、効率を考えるとご回答されるんですけども、そこに大きい矛盾が常にあると思うんです。私たちはそこがおかしいと思っていて、そこを是正してくれと、根本的な考え方に基づいて是正してくれと言っていて、それは障害者権利条約もそうですけども、差別に基づく発想であって、それを効率という名のもとに目をつぶっていると理解しているんです。そこをずっと目をつぶってきたのが精神科医療の歴史だと思っているので、ずっと今日の回答も矛盾を抱えていると思いますし・・・。それはどう思いますか、矛盾を抱えていると思われませんか。

厚労省 萩原

・・・・・・。矛盾があるというご意見があるという事は、矛盾があるのではないかなというふうには解釈することもできないこともないと思います。

精労協 IM

立場は置いておいて、個人としてはどうですか。

厚労省 萩原

個人のお答えは初めてなんであれなんですけども・・・。

精労協 IM

いままでも、たまにおっしゃっていただいています。所属部署はおいておいて、厚労省の意見としてとは言わないです。

厚労省 萩原

まあ・・・このレスポンスでお察しください。

精労協 SS

やっぱりおかしいじゃないですか、救急とかそちらに手厚くしていった機能分化されているという事もあるんですけども、長期の人が多からと回答もされていて、長期の人というのは社会的入院であつたりなのに、そこの評価もそのままにしておいて、この1年の間にまたそういう人も増えて、また退院できないからそのまま・・・、という患者さんたちが今しゃべっている間にもいるんですよね。

毎年毎年おんなじで、答えられないというのも立場的なこともわかるんですが、何回も言っているという事をそちらではどういう・・・、共有とか・・・、思っているのかなど。お互いに言わんとしていることはわかっているわけじゃないですか。でも進まないのはなんででしょう。もうその人達は世の中からおいていかれて淘汰されてくと・・・。

厚労省 萩原

決してそういうわけではないと思いますけれども。

精労協 IM

ここは10月に継続して言わせていただきますし、お辛い立場だとは思いますが、次回もよろしくお願いします。

精労協 YS

それでは、3の、退院促進、地域移行のご回答をお願いします。

厚労省 精神障害保健課

3-1)、入院制度の議論におきまして、平成24年6月28日、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第3ラウンドにおきまして、取りまとめまして、自らが病気であるという自覚を持ってないときもある精神疾患では入院して治療する必要がある場合に、本人に適切な治療を受けられるようにすることは、治療へのアクセスを保障する観点から重要であり、措置入院、任意入院以外の入院制度として医療保護入院を維持することとしています。

しかしながらご指摘にありますように、医療保護入院の件数としましては、増加傾向にございます。平成情勢報告例の方では、新規医療保護入院件数の方は、平成26年度では17万件に近い数になっております。平成25年度の法改正の施工前後を通じまして増加傾向にございます。その非自発的入院の見直しといたしまして、現在行われている検討会におきまして、ただいま議論している最中でございます。

精神疾患には本人に病識が無い場合があったり、またその悪化による精神症状によって判断能力が低下するという特性もございます。本人の意思に基づく医療アクセスを阻害するといった要因もございます。治療に積極的でない精神障害者様に対し、どうすれば本人の立場を踏まえ継続的した安定的な治療を提供することができるのか、ただいま議論を重ねているところでございます。以上です。

厚労省 精神障害保健課

3-2)、改正精神保健福祉法の同法の執行後、3年、平成29年4月を目途としまして、医療保護入院の手続きのあり方等について検討を加え、所要の措置を講ずるものとされております。当該規定を踏まえた検討を行うとともに、平成26年7月に取りまとめた、長期入院精神障害者の地域移行に向けた、具体的方策の今後の方向性を踏まえた精神科医療のあり方の、さらなる検討を行う場としまして、これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会を現在開催しております。その分科会が現在進んでいるところであります。

退院後生活相談員等の設置後の経過に関しましても、改正後の実態調査の結果を踏まえて、検討を今進めているところでございます。以上でございます。

厚労省 中村

3-3)、地域移行支援移行の見込みと実績につきましては、平成26年度8691名に対して実績500名、平成27年度見込み3141名に対し実績495名となっております。こちらの実績については、(こっこうれん?)公開の年度末実績によりお答えをさせていただきました。事業の利用の伸び悩みの要因といたしましては、事業所が計画相談など他事業を運営しており、そちらの業務が多忙のため実施が困難であったり、あるいは、利用対象者が地域移行支援の有無や事業内容を知らないことが考えられております。

また、平成27年度から実施しています、長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業の実施状況につきましては、平成27年度は3自治体で事業実施し、平成28年度はさらに5自治体増して、計8自治体が実施しているところです。なお効果におきましては、平成27年度に実施した自治体から、退院に対する不安が軽減されたとの声や、医療機関における地域移行促進の中核的人材育成や圏域での、地域移行体制づくりのための良い機会となった、というご報告を受けているところです。

今後とも、長期入院の精神科患者に対して退院意欲や喚起、地域生活への橋渡しを推進すべくこれらの必要な支援に継続して実施し、退院促進や地域移行に資するよう努めてまいりたいと考えております。以上になります。

精労協 MN

主に検討中という話。検討会の内容はネットにも挙がっていますよね。よくわかっている話ですが、保護者を廃止したところで、代弁機能みたいなものがほったらかしになっている印象を受けていて、入院者の話を誰が聞くのか、もちろん会議を持つという事にはなっていると思うんですけども、かといって審査会は順番待ちというか入院してからタイムラグがあったり、結局その人の人権や権利擁護が後手後手になっていくなど感じていて、もう少し代弁機能の強化について、どういう検討がされているか教えてもらえたらと思うんですけども。

厚労省

審査会もそうですけども、なかなか現時点でははっきりした・・・。

精労協 MN

審査会も事務化していて紙だけ・・・、本人不在というか。

厚労省

その辺りも問題で、見直しだとか、進めてはいるんですけども、なかなか・・・、難しいところで、まだ分科会の方でも、今親会から分科会の方に論点整理する意味で、医療保護入院のあり方検討会というのをやっていますが、おっしゃられていることは検討会で、検討がなされているところなんですけども・・・。

精労協 MN

危機感を持っていただかないと、いけないところだと思いますね。

もう少し突っ込んだ議論と、明確な答えがいただければと思いました。

3-2)についてですが、私も地域のワーカーなので・・・。他のワーカーも火の車というか・・・。今起こっている現状や問題というのは把握されていますか？。

厚労省

実態調査の方を拝見させていただきますと、一人のワーカーさんが担当している数だとかいうのは問題で、純粋に人手が足りないという事になってくるのか、というのは理解しております。それ以外にも、まああるのかなとは思いますが、負担が大きいというのは庁としましても、把握をさせていただきます。

精労協 MN

本人不在で、誰のための改訂なんだろうと・・・。ハンコさえ、書類さえあればいいのかというの。それにしても人がいないしという・・・。

精労協 KY

退院を支援するためで、退院をすることだけで終わってしまって、そのほかの本当に必要な援助まで手が回らなくなってしまっている。弊害が起きてしまっているんですね。具体的な案があるわけではないんですけども、現場としては本当に患者さんに何か退院支援をしたいときに動けないのは困るし、患者さんに不利益が生じている、具体的には言えないけども、改訂というか考える機会を持っていた

だきたいなと思います。

平成 29 年に取りまとめをして、そのあと検討して、どう変わるかという・・・。

厚労省

その辺り、どのような形で出させていただくかというのは、まだ全然明確に言えないんですけども、何らかの形で、答えを出していただくということにはなると思います。

精労協 MN

3-3) についてですけども、退院支援委員会のことを、患者さんが知らないということなんですけども、毎年この話出していて、毎年同じこと言われるんですよ。いい加減にしてくださいという感じなんですけども、あまりにも目標値と実態がかけ離れていて、何を考えているのかなと・・・。事業所が多忙なんだったら、事業所の規模を上げたりとか、計画相談と地域移行はそもそも違うし。もともと、大阪はコーディネイトの機能がしっかりあって、そういうコーディネイト機能というのをもう少し強化しないのかなというところで、その辺のご意見聞かせてください。

厚労省

大変申し訳ございません。こちらの、わたくしから回答させていただいた地域支援事業の見込みと実績の効果につきましては、他部局が、調整が必要なもので、わたくしの口からは・・・。

実態、調査内容は聞いているんですけども、こうした方がいいという考えについては、他部局になるもので、今の段階でわたくしから回答が差し上げられない状況です。ただ、持ち帰らせていただいて、担当部署にはそういったご意見があったというのは共有させていただくということでもよろしいでしょうか。

精労協 SG

今年、地域移行の課の人が来ていないのは初めてですけども。

厚労省

そうですね。確かに、ちょっとこちらの体制が、申し訳ないんですけども、こちらには席を外しておりますが。

精労協 MN

また、10月にも言うとは思いますが、今退院できない人たちが、高齢化してきていて、あと10年経ったら亡くなっていくかもしれない待たなしの状況であると思うんです。これについて、毎年利用者が少ない状況とか、事業者が忙しいですとか、退院支援の事は知らない人ばかりですとか・・・。

退院の可能性も知らない人ばかりです。その人たち亡くなっていきますから、それに対してもっと危機感を持ってくださいと・・・。あなたたちの仕事一つで救える命もあるんで、という意味で伝えていただけたらと思います。

厚労省

貴重なご意見ありがとうございます。

精労協 YS

この項目も毎回やはり同じようなやり取りが続くんですけども・・・。やはり、昔にできた法律、他のところで話し合われたものを扱っている難しさがあると思うんですけども、そこを扱うのであればどういう歴史的背景とかどういったプロセスを踏んでできたものか、というところをちゃんと事前に把握していただかないと・・・。10月の本交渉もありますので、しっかりとお願いしたいと思います。

ではつづいて、4-1)、2)のご回答をお願いします。

厚労省 栗島

4-1)、(1)についてですけれども、透明かつ公正な労働紛争解決システム等のあり方に関する検討会につきましては、6月3日までに、第7回まで開催しているところでございます。これまでは、現在ある労働紛争解決機関について、弁護士等有識者の方々からヒアリングを行っているところでございまして、現状その検討会といたしまして、労働紛争解決システムについて取りまとめた見解というものはないところですが、労働局の斡旋や労働審判、労働訴訟について現状どうなっているかという点について検討しているところでございます。

(2)の、厚生労働省として、労働紛争解決システムの手段として金銭解決を導入することへの意見ということなんですけれども、ご存知かと思いますが、昨年6月に閣議決定されました、日本最高

戦略改訂 2015 では労働紛争解決システムのあり方につきまして、透明かつ公正、客観的でグローバルに通用するシステムを構築するため、解雇無効時における金銭救済制度のあり方とその必要性を含め議論の場を立ち上げて検討を進めることとされておりまして、先月閣議決定されました日本最高戦略 2016 においても、この内容を踏まえまして引き続き検討を進めることとなっております。

ですので、これらの閣議決定において、解雇無効時の金銭解決制度を導入するという政府方針が決定したわけではございませんが、導入の可否も含めまして、多様な意見をお持ちの皆様へ、今ご議論いただいているところであります。

ですので、こちらの検討会の議論、労働者、使用者、学者の皆様にお集まりいただいている検討会ですので、そちらでの議論が十分に熟したところで、金銭解決制度であれば導入するにせよしないにせよ、そちらを検討していただいた上で、厚生労働省としては検討会を進めてまいりたいと思っております。以上でございます。

精労協 WN

特にまだ見解が無いということですね、(1)の方は・・・厚生労働省としてのお考えを、少し聞いておきたいんですけどね・・・労働を管轄する省庁ということで、労働者の味方なんだろうと思ってるんですけども・・・裁判で争議になって、そこで判決出たものを、労働者側が勝訴したのにそれを金銭解決でおさめることができるという・・・

働いて賃金得るから労働者は生きていけるわけで、雇用の場を奪う事を、なんと言いますか、紛争解決システムとして導入しようという政府の動きですけども、この辺ちょっとそういう力動って厚生労働省ではどういうふうにとらえているんですかね。

厚労省 栗島

金銭解決制度というものの自体の設計にも関わることではあると思うんですけども、全然まだ導入すると決めたわけではございませんので、こういう制度だというのは申し上げられないんですけども、海外の例などを見ますと、例えば金銭解決制度を導入している国では、その裁判で争って、それでもどうしても職場に戻れないような状況であれば、また裁判所が認定して、その金銭解決という形になる、であったり、それが労働者側からの申し出ししか認めないという制度であったりいたしますので、そうした制度等も見ながら、使用者からお金を払えば解雇できるんだという制度になってしまうような形ではない方向で、労働者の雇用がちゃんと守られるような形で、今後考えるのであれば設計するつもりなので、導入するにせよしないにせよ労働者の雇用が、ちゃんと、守られる制度設計はしないと、今後、より検討を進めていく必要があると・・・

精労協 WN

導入されたらきつくないですか。労働者の雇用を守るという立場・・・

厚労省 栗島

その導入する制度の設計をによると思っておりまして、導入されるにしても労働者の方が一方的に不利にならないような制度設計をしてみたいと考えております。

精労協 WN

その裁判のあと、復帰できないような状況になった時の申し立ての方法は、労働者から裁判所に、一方向性であるべきだという、そういう意見に聞こえたんですけども・・・

使用者側からもう一回裁判に持ち込むというと、資本金は経営者の方が持っているわけで、裁判が長期化すると資本金がある方が強いわけですから、使用者側が、裁判で判決が出たけどもう一回できるみたいになっちゃったら、労働者が不利じゃないですか・・・資本金として。解雇されて働いてないんだから賃金もないし、そのベクトルが労働者側から申し立てられるよう、一方向性が、厚労省がいいなと思ってるのなら安心かなと思ってるんですけども、それでいいですか。

厚労省 栗島

そのような制度設計も考えられるということでもあります。今までも使用者の申し立てを認めるか、労働者側の申し立てだけを認めるかという議論は、様々に検討会の皆様でも意見をそれぞれ持っていますので、そちらのような制度設計をしていくかというのは、検討会の場でご議論いただいて設計していくものと考えております。

精労協 GM

検討会の話が優先されるんですか？。厚生労働省としての方向はきちんと持っていないんですか！。

厚労省 栗島

今の段階で、厚生労働省としてこうした制度を作りたいと申し上げていくものではございませんで、まず検討会において労働者の方、使用者の方、学者の方皆さんそろっておりますので、そちらでご議論いただくよう場を設定しているところでございます。

精労協 GM

それじゃ省としての意味がないというか・・・。労働者に、いい労働をきちんとしてもらう、それがひいては国の、国民のためになる、そういう指針で政策を作って行く・・・、厚生労働省なんですから、そういう指針があるなら検討会だって、そういう方向でやってくれと検討会に言わないとおかしいんじゃないですかね。

厚労省 栗島

検討会でその・・・。

精労協 WN

使用者は金銭解決できた方がいいじゃないですか・・・。

精労協 GM

安く使って、使いやすい方がいいから・・・。

厚労省と名乗るのだったら、労働省を守るための検討会をやってくれと言うべきなんですよ。

厚労省 栗島

その検討会の中に、労働者の代表の方もおりまして・・・、そちらも議論のかたち・・・。

精労協

使用者側の意見はむしろ聞く必要が無いくらいだね・・・。経産省じゃないんだから。

厚生労働省が作る検討会なんだったら・・・。

厚労省 栗島

いまは、そちらで議論を尽くしていただくのが厚生労働省の役目かと・・・。

精労協 GM

なんで、こんな金銭解決システムを導入する必要があるのかということですよ。

厚労省 栗島

現状の問題点として指摘されておりましたのは、解雇をされたときに不当解雇という判決を得ても実際のところ職場に戻ることができない、現職復帰することができないという様な状況があった時に、その解雇無効判決だけでは職場に戻ることができないということによって・・・。

精労協 GM

そのための法律を作ればいいんじゃないですか。つまり、判決がちゃんと出たならばそれにちゃんと従わせる法律を厚生労働省がつくればいいんじゃないか。

厚労省 栗島

そのようなご意見も・・・。

精労協 GM

それがそもそも間違っている。最終的に裁判がきちんと決めるから、そのためにわざわざ裁判をかけるわけでしょう。時間をかけて・・・。それで裁判で不当だと出たのにその通りにならないというのはおかしいじゃないですか。

今のこの国は、国からしてそういうふうになっちゃってますけどね・・・。

厚労省 栗島

そのような状況もあるということも踏まえまして、様々なそういうところも考えて制度を考えていければなど・・・。

精労協 Y S

では4-2) お願いします。

厚労省 武藤

5月の東京地裁判決を踏まえ、今後こういった環境を是正していくためには、どのような方策を取ればというご要望ですが、このご要請の中に、同一労働同一賃金が含まれておりますが、わたくし高齢者雇用対策課になりまして、高齢法の観点からまずお答えさせていただきます。

まず、定年後再雇用の際の賃金については、高齢者雇用安定法上の定めはありません。労使の合意で決まるものであります。高齢者雇用安定法に基づく指針というのが厚労省のホームページにも記載されておりまして、24年に出されたものであります。再雇用されている高齢者の就業実態、生活の安定等を考慮し、適切なものとなるよう努めること、とされておりまして、定年以前より著しく賃金水準を低く設定している場合などには、可能な限り定年到達者の希望を審査するよう、要請、助言を行っているところであります。この可能な限り定年到達者の希望を審査するよう要請、助言という中身に関しては、内部の事務連絡等で労働局安定所の職員に配布しておりまして、労働者の方から労働局ハローワークに対して、そういった相談をもとに対応にあたっているところであります。

厚労省 山本

わたくしの部署は、同一労働同一賃金に関する施策を行っております部署になります。非正規雇用の方々の待遇が正規雇用に比べて、賃金はじめ低いという事を鑑みまして、同一労働同一賃金という事に向けて現在検討を進めている段階になります。

具体的には検討といっても様々、法律的な観点ですとか経済的な観点ですとか、専門的な知見が必要になりますので、そういったご専門の学者方々や有識者の方々にお集まりいただいて、現在検討会を開催しているところになります。そこにおいてはですね、当然定年後の再雇用の方という・・・、だけではないんですけども、非正規の方一般という話にはなりますけども、含めて考えているところではあります。

精労協 W N

賃金増やしたい労働者と、抑えたい使用者と、あるわけじゃないですか。この判決出て、厚労省が労働者側の味方であれば、チャンスきたな、みたいな・・・。われわれとしては感じるわけですけども。可能な限りという、同一労働同一賃金といっても、なるべく同一になるように可能な限りという範疇があるわけじゃないですか。ここは押し合いだったり引き合いだったり色々としていくわけですけども、こういう判例が出たことをどういう機会と捉えるのかなと思って・・・。

厚労省 武藤

指導方針自体は判例によって変わることはないんですけど、先日の判例はトラック運転手というお仕事、そういったお仕事で・・・。

精労協 W N

全く同じ仕事だったというのはありますけども。

厚労省 武藤

また、会社の経営状況というところも加味した判例であったので、一概には言えないのかなという部分は感じました。

精労協 W N

労働者側の視点で判例を見た時と、使用者側の視点で判例を見た時が、あるわけじゃないですか、一概には言えないというふうになるわけですけども、じゃあどっちにつくのかなというか・・・。

厚労省 武藤

どっちにつく・・・。まあ、行政は中立の立場ですので・・・。

精労協 W N

お互いに立場が違って来るわけですけども、いい機会として捉えたいと思うわけですよ。就業規則によりまして65歳までしか雇用の責任は使用者にはない、でもそれ以降とる、とってあげるんだから賃金をちょっと下げるといふ・・・。それを労使の合意で決めてくださいねと言われたらそれまでですけども、こういう判例の中で、同じ仕事であるならば、賃金も同じであった方がいいんじゃないかと強めに言うていくことができる情勢として、捉えることができなくもないかなと思うんですけど

ども・・・。

厚労省 武藤

指導方針というのはですね、希望者全員 65 歳まで雇用環境というのは平成 24 年の法改正で、25 年の 4 月一日から施工されたんですが、それまでは確保措置、65 歳までの確保措置をまずは導入するというふうなところで進めていたんですが、逆に年数が経過して、労働条件というところにも目と言いますか、見えてきたんだなというのが行政の立場としては感じました。

精労協 WN

より一層というか、その労働条件のところまで立ち入った時代が来たかと・・・。

厚労省 武藤

はい。今まではあくまでつなぐこと、65 歳までの継続雇用を確保することがメインだったものが、その質というものが問われ始めたなというのが、あの、感じはしました。

精労協 GM

これは今後も、見ていかなきゃならないことなんだけれども・・・。厚生労働省の人の立場というのは、労働者を守ってというか、素晴らしい労働を守るというんですかね・・・、働いていて喜べるような労働を、ちゃんと守るという、それが結局国を支えることになるわけで、そういう形で、そういう意思を持って、厚生労働省の方々は動いていって方策を出してほしいと思います。

精労協 YS

では終わりにしたいと思います。本日はありがとうございました。