

2018年 厚生労働省事前交渉

日時：2018年7月9日

場所：厚生労働省共用第4会議室

参加者

全国精労協 総務委員

代表 今村 副代表 渡邊 副代表 谷奥

杉本 志賀 山下 五味 片山 高見 篠原 鶴飼 高野 鷹野

厚生労働省

社会・援護局 障害保険福祉部 精神・障害保健課 企画法令係 万中 麻美

社会・援護局 障害保険福祉部 精神・障害保健課 袴田 彬央

社会・援護局 障害保険福祉部 精神・障害保健課 地域精神医療係 稲葉 洋美

医政局 総務課 企画法令係 厚生労働事務官 板垣 裕之

医政局 総務課 企画法令係 橋本 康平

保健局 医療課 企画法令係 野中 実

精労協 TM

よろしく申し上げます。

それでは、3-1)、退院支援委員会について、ご回答をいただきたいと思います。

厚労省 万中

3-1)、退院支援委員会については具体的にどのようなやり方で進められているかについて、平成29年以降は特段の調査は実施されていないところです。一方で医療保護入院者退院支援委員会の開催やその具体的な運用の在り方については、平成26年1月に発出した通知等にて周知を図っており、当該通知等の順守状況については、都道府県等が毎年精神科病院に対する実地指導を行う中で確認しております。さらに厚生労働省においても、自治体に対し毎年、行政事務指導監査を実施しており、その中で退院支援委員会が適切に行われているかを確認しております。今後も退院促進措置がより適切に機能するよう必要な対応を行ってまいりたいと考えております。

精労協 KY

適切に行われるという、その適切などという部分について詳しくお聞かせ願いたいんですけど。適切かどうかの判断基準はありますか。

厚労省 万中

判断基準などに関しては、通知などで運用のあり方というものを示しておりますので、具体的にはその運用に則して行われているか、調査報告、支援委員会の報告書などがちゃんとあげられているかどうかなどの確認がされています。

精労協 KT

それは、月に1回行うというのをきちんと守れているかに対してであって、話し合った内容とか、だれが入ったとか、その入った人が適切かどうかというような判断はだれもしてないわけですよね。

厚労省 万中

適切な資格を有するものが、退院後生活環境相談員として選任されているかといったことも、都道府県が行っている実地指導などの調査基準項目には入っておりますので、そういった内容に関しても調査実施されていると思います。

精労協 KT

前回の交渉で、本人の参加の義務化であるとか、地域支援事業者の参加の義務化とかをあげさせてもらったんですけども、そういったものを入れるかどうか判断する人は誰でしたっけ。

厚労省 万中

基本的に退院支援委員会に関しては、退院後生活環境相談員という方が主に中心となって開催の準備を進められるところですので、本人、ご家族の方に連絡を取って、この委員会を実施しますという告知をするのが、その相談員の方が中心としてされていることが多いと思います。

精労協 KT

退院支援委員会が実施されていることを、本人が知らないことってありえると思いますか。

厚労省 万中

いえ、本人には告知するようにと、それで希望があれば出席していただくよというふうな、運営となっております。

精労協 KT

本人に告知をすることは義務でしたっけ。

厚労省 万中

はい。

精労協 KT

参加するかどうかは。

厚労省 万中

本人の希望です。

精労協 KT

それが適切に告知されているかとうところまでは・・・。

厚労省 万中

基本的に告知は文書で行うこととなりますので、記録としては残るはずになっております。

精労協 KT

本人に書類を渡すというふうになっているので、適切に告知できていると。

厚労省 万中

はい。

精労協 TM

こういった、退院支援委員会等が適切に行われているかどうかというのは、どんどん簡略化されていくような・・・流動的に病棟が動いている中で、簡単に少人数で儀礼的というか・・・集まりましたね、お話ししましたね、で終わっていくようなことになりかねないので、もう少し何か内部に一定の縛り、調査の方法があった方がいいとは思いますが、そのような今一步踏み込んだような調査、監査みたいなものになるような流れになる雰囲気はあるんですかね。今の調査・監査でとどまるような感じですか。

厚労省 万中

そうですね。基本的に毎年行っている行政事務指導監査の中で、主な指摘項目として、この退院支援委員会についての業務がどうも遅延が多いとかということがあがってくれば、より強化する方向にこちらからも通知や指針などを示して、強化するような形で運用を図っていくことはあるんですけども、現状特にそういった課題の方は認識されていないというふうに聞いております。

精労協 KT

現場実感としては、退院後生活環境相談員と看護師と医師が集まって、この人の退院先は施設を探さなくてはならないですね、では終わらしましょうということはあるんですけど。そういう委員会が開催されていることも認識して、それでも適切であるという認識でよろしいですか。

厚労省 万中

こちらは、こういった方に退院支援委員会を行うかですとか、会議の中でこういった計画を実施していくかということに関しては、やはり現場の方々の判断で、簡単な、先ほどおっしゃっていたような議論で支援が十分であろうということが推測されるような患者さんであれば、それが適切だともいえますし、逆により手厚い支援が必要だという方がおまして、その方がもっと支援をこうしてほしいというような要望があれば、当然それに答えるように対応していかなければいけないという事ではありますので、一律にこのようなやり方で、同じような計画を当てはめるといようなやり方を想定しているわけではなく、それぞれの患者さんにあった支援を、現場の方々と話し合っ、その退院支援委員会も患者さんに合うように構成員も調整してやってくださいというように、指針や通知などでは示しているところではありますので、そちらを遵守していただきたいと考えております。

精労協 KT

厚生労働省としては、退院支援委員会は現在問題は起きてない、課題がないという認識でよろしいですか。

厚労省 万中

現状のところの監査などでは、現在の課題等、主な項目としては聞いておりません。

精労協 KT

退院支援委員会の効果については何か把握されていますか。開始されてから。

厚労省 万中

開始してからのところとしては、こちらとしては精神科病床の入院患者も減ってきてはいるので、一定の効果が出ていると思っています。

精労協 TO

昨年の交渉時のこの要望3つの内容に関して、前段としまして、我々は退院支援委員会そのものは一定の効果と意義があると思っていますと捉えています。導入から数年たっていますが、当初は現場もどちらかというところと混乱気味で、業務が多忙になるというか、月に1回もしなきゃいけないと、ある意味そういう強制的な形でもって、その患者さんについて話し合う機会を取ったという意味では、意義があったのではないかと。

ただ、まだ、現状、形骸化している部分があったりとか、必要な議論がなされているのか、紙だけになっていないか、という事は、なかなか都道府県の実地指導だけでは見えてこない部分のような気がしていて、せっかくある委員会をもっと有効活用できないのかな・・・と感じているのが1点と、あと本人参加がまだまだ低いんじゃないかと、誰のため支援委員会なのかと、当然ご本人の為だと思うんですけども、なかなか精神科の医療現場・・・精神科だけでは無いかもしれないですけども、患者本人がいないところで決まることが多数みられる。それが果たして良いのかというところですよ。それは人権的な問題というよりは治療的な意味も含めてですけども。やはり今はどちらかというところ、本人も含めながら話していくという方が、効果としては高いという流れもあるので、ぜひこういう既存の仕組みに、さらに活用していくための工夫というところ、そのためにこの(1)(2)(3)をあげさせていただいたので、本人参加が低いままでもこの委員会はそのままの形で継続すべきなのかどうかとか、そのあたりは検討していただけたらと思います。

精労協 TM

それでは、3-2)、(1)精神科病床の削減についてというところで、お答えをお願いします。

厚労省 稲葉

精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指しているところです。地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能となることから、平成32年度末、平成37年度の精神病床における入院治療、患者数および、地域移行に伴う基盤整備料、利用者数の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を進めていく事としています。

当省としては、各都道府県の障害福祉計画の目標達成に向け、各種事業を活用すること等により自治体の

取り組みを支援してまいりたいと考えております。なお、退院後の空き病床の扱いに関しては、地域の実情や医療機関の経営方針も踏まえて、医療機関にて決定するものと考えております。

いずれにしても、当省としては、精神科病院の長期入院精神障害者が地域に出て、安心して自分らしい暮らしができる社会を作り上げていく事が重要であると考えており、そのためにも精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを加速してまいりたいと思います。以上です。

精労協 TO

この項目に関してですけれども、我々、民間精神科病院に勤めていますが、ズバリ言うと非常に経営状態が厳しくなっている。それは入院患者数減でもありますし、長期入院が解消されてきている結果でもあるんですが、はっきり言って身動きがとりづらい状況が各病院で起きていて、その理由がやはり病床削減していかないといけないけれども、していくことの経営的なメリットが見いだせないでいる。経営者はそこからあまり大きな動きができずに、ある意味自然淘汰的に減っていく病床に応じてちょっとずつダウンサイジングしている状況で、あんまり計画的に何床減らすという事をズバッとできない状況なんですね。それはやはり実入りが無いからであって、地域移行とか退院促進という観点から言うと、こういう診療報酬上の構造も含めて、厚生労働省として病床削減についてははっきりと打ち出していただけないかなと・・・。病床削減をしても経営が成り立つ状況に持っていけないと、病院としては動けない、動きにくい、じり貧状態を脱せないんじゃないかと思うんですね。我々の要望になるかもしれませんが、ぜひ削減についてははっきりと明言していただきたいなと・・・。目標数を立てるなり、それに向けて施策を展開していきなり、今いる人の地域移行退院促進ということは謡われてはいますが、それだけでなく、病床をどう減らしていくかということを具体的に触れていただきたいと思うんですけれども、そのあたりはいかがでしょうか。

厚労省 稲葉

今現在は、病床の削減というところまでは触れてはおりません。具体的には地域移行というところでの、お話しをしているので、要望があったということはこちらの方で承りたいと思います。

精労協 TO

実際に病床削減の目標が出ていないゆえに、世間的には地域移行といわれていても、実際には長期入院している患者さんを退院させない動きをしている病院もあるという事は、認識としてはありますか。

厚労省 稲葉

それは認識としてはあります。

精労協 TO

そこは、深刻じゃないですか。人権侵害に当たると思うんですね。ただ我々も病院側の経営陣と話をしていると、身動きのとりづらさというのを日々感じていて、僕らも労働組合なので、当然賃金交渉とかボーナス交渉するわけなんですけれども、そういった、患者さんを地域移行だと言って外に出してしまった時には、当然従業員の賃金にも影響してくる。経営状態も傾いてくる。でも、我々医療従事者としては、それはモラルの問題というか、自分たちの仕事として、そんなことやっていて良いのかな、というジレンマに日々さらされていて、10年20年この状況が続いていて、どうしたらいいのかなと・・・。なかなか、地域移行退院促進

だという取り組みだけでは、進んできて無いじゃないですか・・・、目標数達成という意味でも、なかなか現状、減って行ってるって言っても、死亡退院もかなり多くて・・・、実際に退院したのか、一人暮らしやグループホームに入ったのかと言ったらそうでは無くてですね。病院の経営者としてはあんまりこういう事言っ
てこないとは思んですけども、現場実感としては是非病床削減についての厚労省の見解を出していただければと思います。

精労協 KY

聞いていると、退院地域移行の後の病院の姿については病院に任せる、というだけだと、正直どこの病院も経営の事を思って、やはり退院させにくいですよ。どれだけ現場で退院を推し進めたとしても、経営的判断が入ってきてしまう状況になるのではないかと、という危惧があるので・・・。一つ手助けして頂けたら、もっと地域移行を進められると思いますし、患者さんのためになると思うので、ご一考願いたいと思います。

精労協 TM

地域移行という理念自体は共有していると思うので、その先の病院の姿、地域の姿みたいなものの明確なビジョンなりを、厚労省側から病院に伝えれば、それを共有して、今一歩進められると思うので、よろしく
お願いします。

それでは、**3-2）、(2) 地域移行機能強化病棟の効果について**、お願いします。

厚労省 野中

地域移行機能強化病棟の効果について、現在算定している施設数および、その結果削減された病床数についてお聞かせ願いたいということで、地域移行機能強化病棟の届け出利用機関については、平成28年7月1日現在で9件。病床数が219床となっております。地域移行機能強化病棟入院料の算定状況については平成28年6月審査分で5614回、平成29年6月審査分で47117回、となっております。なお地域移行機能強化病棟に転換した病床の種別については、平成28年度調査で届け出施設10件のうち、15対1入院基本料が2件、精神療養病棟入院料が8件となっております。病床数については現在調査の結果の方は
ございません。

精労協 TO

28年7月時点で、施設数が9,219床ということですね。スタートが28年。

厚労省 野中

スタートが28年なので、短期間という形にはなってますね。

精労協 TO

すぐにやり始めたところそのくらいの数だと。今は増えて行ってるかどうかというのはご存知ですか。

厚労省 野中

先ほどご説明しました通り、算定状況という形で正式な調査の結果が出てるのが、平成28年6月で5,614回、平成29年6月で47,117回と、これが算定回数ですね。

精労協 TO

算定回数ですね。そこから増えているだろうということですね。8倍くらいですか。

精労協 TM

一度病床転換して地域移行機能強化病棟になった病棟が元に戻すというか、それをやめてしまう病棟というのはあるんですか。

厚労省 野中

戻した病棟についての調査はできておりませんので、明確なご回答ができない状況にあります。調査結果は28年7月1日現在なのでちょっと古いというのがあるんですが、平成29年度の届け出医療機関数については、本年の秋以降に公表される見通しとなっております。

精労協 TM

その病棟の機能としては、病院の規模にもよるんですけども、役割を終えるという時期は来ますよね。そういうのは、どのように想定されているんですかね。

厚労省 野中

想定の方は、今現在の段階では把握していません。

精労協 KY

これは毎年調査をしていってるんですかね。

厚労省 野中

毎年調査ということにはなっております。結果は秋以降。平成28年度のものにおきましては、中医協の調査資料として発表されております。

精労協 TM

秋には中医協からデータが公表される・・・。

厚労省 野中

そうですね。その予定となっております。ちなみに、昨年秋ごろというのは、平成29年11月15日の中医協の資料として公表されている資料となっております。

精労協 TO

この地域移行機能強化病棟については、厚生労働省として一定の目標数じゃないですが、この病棟機能を活かしてどの程度削減したいかとか、手挙げする施設数の想定とか、あたりするんですか？指標として。

厚労省 野中

当然色々な形で想定はされているとは思いますが・・・。申し訳ございません、明確な数値、何が何床と

というようなことについては、現段階でお答えできないかと思います。

精労協 TO

一応、当院は始めていて、この数少ない9件の中の一つに入っていると思うんですけども。我々の実感としては、あんまりやる病院さん、いないだろうという見方をしている、それはなかなか要件が難しかったりとかいう部分もあるんですけども、数少ない病床削減に直接絡んだ施策になると思うんですね。(1)とも関連してくるんですけど、どんな形が良いかというのは検討がいるかと思うんですけど、直接病床数の減少に関与するような施策というのを、もちろん病院の経営をある程度維持しながらというのはあるんですけども、是非展開していただけたらなと・・・もう少し病院側もやってみようという形であれば、病床削減にもつながりますし、病院としても所謂長期入院で維持してきた経営状況の見直し改善という事にはなってくると思うので、そのあたりの検討、新たな施策を、この地域移行機能強化病棟もやりやすい方法とかを、取っていただけたらと思います。結構かき集めているというか、誰を退院させるかというのを計画的にやってるんですね実際には。変な話、もうすでに退院できる人なんだけれども、月に一人とかいうノルマがあるので、この方は7月とかこの方は8月という形を取ったりするんですね。結果として退院はするんですけども。それはあくまで一病院の実態なのでよそがどうされているのかはわからないんですけども・・・

実際に長期入院の方退院させていこう、かつノルマがあるということになると、ちょっとそういう操作的なことが出てくるというか。結果として例えば、4か月後、5か月後になったりとか、もうその時点で3年、5年、10年と入院されているので、1か月2カ月の違いがどこまでか、というのはあるんですけども、その辺の運営上、どんな形が良いんでしょうね。

精労協 KY

柔軟に要件を満たせるようになれば、患者さんも不利益を被らないだろうと・・・。タイムリーな退院というのが望ましいなと思います。

精労協 TM

この病棟が始まって1年経ちますが、各現場の評価というか病院側の要望なんてのはあるんですかね。

厚労省 野中

具体的には要望をまとめている調査資料はない状況です。

精労協 TM

今の意見もありましたけど、運用上のしやすさ、取り決めの緩和するところは緩和したりとか、何か現場との調整がないと、使いにくいまま、また2年目に突入していくわけで・・・。

精労協 TO

またそれは、我々の方でも、こういった型があると運用しやすいのかな、というあたりは具体的な提案をもって来ればと思います。

精労協 TM

それでは、3-2)、(3) お願いします。措置入院患者に対する、精神保健福祉法改正の進捗についてというところで、お答えをお願いします。

厚労省 万中

精神保健福祉法改正案については、前の通常国会において参議院で一部修正の上可決をいただきましたが、野党を中心に様々なご意見をいただくなど、長時間の審議となった上、18項目に及ぶ付帯決議もされました。このため再提出にあたっては、同改正案主旨、内容について関係者の理解を深めることも重要であると考え、本年3月措置入院者等が退院後に必要な医療等の支援を受けられるよう、退院後支援のガイドラインを発出し、自治体に積極的な取り組みを促しており、現行法下において可能な対応を図っているところであります。今後ガイドラインの内容等を踏まえた関係者の意見もよく伺いながら、同改正案の再提出については引き続き調整してまいりたいと思います。以上となります。

精労協 KY

必要だという認識ですね。見直し、新しいシステムが。

厚労省 万中

改正案に関しての内容としては、そうですね、付帯決議などされましたので、その内容などを勘案しながら、今後また内容についても調整してから、再提出というか・・・、を図っていくのかというところです。

精労協 TO

国会の進捗状況により成立していくと言うところですよ。実際には今年度の診療報酬改定で少し触れられている部分があって、措置入院患者に対する入院診療科さんとか、退院支援加算とか、もうすでに先走りというか、本来同時に併せ持ってやりたかったとは思いますが。

我々の主張はここに書かれている通りでして。ああいう事件が起こるたびにですね、何か医療の側への見直しというか・・・、医療観察法然りなんですけども、今回も医療でああいった犯罪に至るような事例を防ごうと言うような仕組み、ですね・・・。支援っていうのが、ここで言う支援というのは何を指すんですかね。具体的にどんなことをしていくというイメージですかね。

厚労省 万中

措置入院患者に関しましては、入院時に地域での生活が中断してしまったということがありますので、社会復帰といいますか、地域に戻られた際にスムーズに地域の中に入って行って、孤立化を防ぐためにこの支援を行っていくというのがこの主旨のところですよ。

精労協 TO

その孤立化を防ぐための支援というのはもちろん大事なことだと思いますし、別に措置入院の方に限らず精神疾患を持たれている方はどうしても孤立化していくような現状があるとは思いますが、何かこう、見張りみたいな感じにはならないのかな、という危惧をしております、全体への支援をというのであれば、わざわざ措置入院患者に限定せずとも、ある意味ですべての入院患者に対する支援というふうに、まあわざわざ

わざ打ち出さなくてもいいかもしれないですけど・・・。そこが今回措置入院というところにクローズアップされていて、文脈で聞いていると、何か違うものなんではないかと・・・、監視とかですね、そういう形にならないかという心配をしています。具体的にそれを行っていく主体はどこになるんですかね。

厚労省 万中

今現在発出しているガイドラインについてですが、こちら自治体を中心となって進めるところです。対象者についても措置入院者というような限定は置かず、あくまでその自治体が支援が必要であると考えた人達に対し、その計画などを立てるといような支援を行っていくと、ガイドラインで促しているところですので。

精労協 TO

自治体というと、具体的には保健所とかになってくるんですか。

厚労省 万中

そうですね。保健所を主に想定しております。

精労協 SH

自治体が支援が必要な人を対象にして、とおっしゃっていたと思うんですが、その支援の対象であるという基準はどういうものなんですか。

厚労省 万中

そうですね。基準に関してというのは自治体の、措置入院は都道府県などで行われるものではあるんですけども、自治体の判断でということではあるので、措置入院者等ですとか、それだけでなく医療保護入院されている方、あるいは任意で入られている方も、もしも必要であればということ幅広く置いていて、こちらとしては限定的な基準などは設けていないところではあります。

精労協 KY

保健所等の支援になると思うんですけども、それだけの人員的なものは十分なんでしょうか。やはり人数がそろわないと、できる範囲でしかできなくなっていくのかなと思います。

厚労省 万中

はい。各地域での人的資源というところも課題にはなるかと思いますが。こちらも主にガイドラインで計画を作成する際には、病院の中でということにはなってくるので、その病院の関係者、実際に医療を行っている主治医や看護職員、生活環境相談員の方々、それだけでなく地域の方の支援を行っている福祉系の職員の方で、必要であればという方々もそこに連携していくことで、支援を充実させていきたいと思うので、ただ、人が、幅を広げようとはしてるんですけど、そこを確保していく・・・、連携が強化できるように国としてもサポートは行っていきたいと思っています。

精労協 KY

それは病院とかの患者さん側、あるいはその患者さんを診ているスタッフから保健所等につなぐというか

連絡を取ってきてほしいという流れになるんですかね。

厚労省 万中

そうですね。例えば入院前にかかっていた診療所の医者であるとか、地域で就労の支援をしている団体であるとか、というところにつなぎを持つのが、保健所中心ではあるんですけども、先ほど言っていた生活環境相談員の方々などが退院支援の中で取り組んで、繋ぎとして調整していただくということも想定はしています。

精労協 KY

現場としては、PSW が担うことが多いですけども、保健所の人につなぐ判断みたいなのは病院、関係者任せな感じですか。

厚労省 万中

地域支援を行っている事業所の方であるなどは、本人から希望があれば入っていただくように調整するということで、義務までは設定していません。

精労協 KY

措置入院者に関しては義務ですか。

厚労省 万中

いえ、特段分けていないので。

精労協 TO

それでは今までと変わらない気がするんですけども、どう違って来るんですかね。

保健所が関与してくるのが義務ではなく、病院内の相談員であるとか主治医、もともとかかっていた医師や、地域の社会資源とつながっているというのは、今普通に行われているところだと思うんですけども。どういう違いが実際あるんですか。

厚労省 万中

ガイドラインに対しても現行法で可能な対応でというところがあるので、現状医療保護入院の退院支援委員会と近い運用ではあるんですけども、それが幅広く、患者さんが措置入院、医療保護にといった入院形態に限らず、必要な方にそういった支援を行っていけるようにというところと、自治体側で支援を行う場、協議の場を設けるように動いてほしいということで、このガイドラインを発出しております。

精労協 SG

そもそも、保健所が任意入院とかは医療機関から何かしらの申し出とか、地域からの何かしらの申し出がないとその人をキャッチできないのに・・・自治体を中心に委員会を開催していくというのがちょっとよくわかんないんですけども。そもそも措置入院はキャッチするシステムがあるんですよね。措置入院だけは保健所がキャッチするシステムがあるけど、ほかはキャッチするシステムがないのに、同じようにやっています

というのはおかしいと思っていて。そこははっきりと措置入院の人を対象にしているのに、対象は措置入院の人だけじゃありませんと、そこはすごく矛盾しているように感じてるんですけど。措置入院の人が入ってきたときに保健所がキャッチするシステムを作ることは確かなんですよね。

厚労省 万中

はい。

精労協 SG

それで同じって言われてもよくわかんないし、そもそも同じなら作る意味ないし・・・と思いますけど。だからやっぱり監視なのかな、とか、そういうふうはこちら側が捉えてしまう部分があります。

精労協 TM

今言ったように、そうは言ってないけれども、現場ではそのように運用されているとなれば、それはそれで、治療はそういうものでは無いという現場の声もありますし、治療的、人権的に本当に良いのかというところはまだまだ議論の余地があると思いますので。ありがとうございました。

それでは、3. はここまでです。

次に1-3)をよろしくお願いします。

厚労省 袴田

精神障害保健課と保健局の部分で回答させていただきます。先に、精神保健課の回答をさせていただきます。

入院の必要性につきましては、精神医療において一定の知識を有する者として、国が指定しております精神保健指定医が入院の必要性を判断する事となっております。入院継続の妥当性につきましては、都道府県に設置されております第三者機関であります精神医療審査会というものが審査を行っているところであります。現状こういった仕組みを通して、適切な入院、保護が担保されているということで制度としてはそういったものがございます。

また、都道府県ではですね、毎年すべての精神科病院の实地指導をおこなっており、その实地指導におきましては精神保健福祉センターの指定医などが、指導先に勤務している指定医以外の指定を伴って患者の入院の形態が適切かという实地による患者の診察を行いまして、患者の入院形態が適切かを判断致しまして、その上で不適切であれば指導を行っているというような状況であります。こういった指定医や精神医療審査会の仕組みが適切に運営されるよう、厚生労働省におきましても毎年自治体に対しまして行政上の指導監査を行っておりまして、その中で自治体の实地指導の内容が適切かどうかを判断しているということで、一時的には自治体が入って入院の妥当性を判断しているところではございますが、それを自治体が適切に指導しているかを厚生労働省がバックアップといいますか、指導を入れることで担保しているというような制度になっております。こちらからは以上です。

厚労省 野中

精神科救急入院料を算定する病棟については、通常精神科病棟では対応困難な精神疾患の患者を優先的に受け入れる病棟として位置付けています。そうした機能を確実に担保するため非自発的入院の患者について

一定の割合の要件を設けているところでもあります。いずれにせよ、こうした個別の入院料も施設基準も中医協の議論に基づき決定されるものであり、引き続き関係者のご意見も伺いながら対応してまいりたいと思います。

精労協 SG

毎年この要望はあげさせていただいて、精神保健福祉課さんのご回答は毎年いただいておりますよね。指定医がいます。指定医がダメな場合も医療審査会がありますという回答なんですけども。適切に指導していきますと、そこしか言えないと思うんですけども。僕たちが言っているのは、そもそも保険局の方が回答していただいた・・・、もう一度言ってください、救急の人の入院が確実に担保できるため、ある一定の条件を付けているんですよ。

厚労省 野中

通常の精神病棟では対応困難な精神疾患の患者を優先的に受け入れるという病棟として位置付け、そうした機能を確実に担保するためと。

精労協 SG

対応困難な患者を優先的に受け入れることと、6割が非自発的入院じゃなきゃいけない、強制入院しないといけない、というところにどういう関連があるんですかという事を、ずっと何年間も聞かせていただいているんですね。対応困難というのは、すごくこう、なんていうんですかね、この条件を付けたときに、ある一定の基準が必要だというご回答があったんですよ。すごく暴れているから、そういう人たちを連れてくるというのを勝手なイメージとして持っていると思っていて・・・。そうじゃないんじゃないですか・・・。例えば、「電車で飛び込みそうです、先生今すぐ入院させてもらえませんか」という人だっているんですよ。でも医師が、あなたそれを自覚しているから、救急病棟入れないし、ベッドの空きの都合で入院できないねといっちゃうという事なんですよ。

日本では精神科医療の中で自分の病状を自分でコントロールするようになっていきたいと思います、そういう支援があるわけじゃないですか。そういうところを頑張っている患者が、自分の救急時、緊急状態に気付いて医師に伝えることをしてもこの要件のせいで入院できないんですよ。救急なのに。すごい人権侵害ですよ。病状と強制入院か否かというのは、マッチングしてないんです。全くじゃないかもしれないけど、勝手なこちらの思い込み、暴れているだろう、病識がないだろう、わけわかんなくなってるだろう、それが救急だぞと、そういう人もいますけど、そうじゃない人だっていますよね。病状の再燃を繰り返してる人は、自分の状況を自覚してますから。そういう人は入院できないんですかと。そもそも医学的な根拠じゃないじゃないですか。病状が悪いつてどうやって判断するんですかね、医者が判断するんですけど、これは緊急だ、行動制限もありますよね、外出禁止だと、拘束しなきゃいけないと、それって医者が判断しますよね、指定医が判断しますが、それと6割が強制入院じゃなきゃいけないというのは・・・。任意入院でも緊急入院ということがいくらでもあるんですよ。この制限のせいで、まったく別軸で強制入院が行われてしまっている。医者だって緊急な状態はわかるけど、6割満たしてなければ入院させられないですよ、どうしようもないから一旦医療保護入院で、と現場としてはなっている状況って、いくらでもあると思うんですよ。この要件がとにかくいらなくて、人権侵害だと思うんです。わかりますかね、医学的な判断とこの強制入院か否かというのは全然軸が違うじゃないですか。そこをちゃんとはっきりしないまま運用され続けていること自体が

問題なんだと思っています。同時にこれがさっき言ったように、強制入院率の増加ですとか、そういうものに繋がってるんじゃないかと言ってる人もいますよ。厚労省は以前にそれを否定しましたよね。この規定自体が人権侵害ですよ、ということです。

精労協 IM

先ほどおっしゃった、通常の精神科病棟というのはどういう病棟を指しているのかと、そこで対応困難というのはどのような方を指してらっしゃるのか、とを教えていただけないですかね。

厚労省 野中

ちょっと適切な回答を持ち合わせていません。

精労協 IM

根拠がないということですよ。

厚労省 野中

根拠がないわけではないんですが・・・。

精労協 SG

これは同じような形で挙げさせていただきますので、保険局の方に中医協の議論を聞いていただけたらと思いますけども、精神保健福祉課の方は、中医協での議論がされて決まったものですので・・・と、結局それで終わっちゃうんですよ。この規定が世間的におかしいなと言ってけるのは、やはり精神保健福祉課の人だと思ってますんで、指定医がどうか精神医療審査会がどうのではなくて、この規定自体が医学的に妥当性があるのかというところで、声を挙げていただけて人達だとこちら側は思ってるんで・・・。同じ要望をしますので、それを踏まえてお考えをお聞かせ願いたいと思います。10月に再度交渉しますので。

精労協 TO

病院はやっぱり、診療報酬のための要件というのは必ずクリアする努力をします。それは医師が中心となって、医局事務方含めてこれで行くよと、この要件は絶対にクリアしなきゃいけないと、ある意味そこで頑張ろうとするわけですよ。医療的にいいかどうかよりも、その要件をいかにクリアできるかどうかの方が、意識としては非常に優先順位を占めてしまうんですね。原則任意入院だというスタンスは変わらないとは思いますが、この要件があると、この病棟に関しては医師の頭は原則医療保護で取ろうということにシフトしてってしまうようなんですね。

毎年この交渉でもお伝えしていることとしては、任意入院にできるだけするような努力をしている現場がある、実際には、患者自身がやっぱり入院が必要なんだと思う中でスタートする医療と、なんだか訳がわからないうちに入院させられたというスタートと、どちらの方が経過が良いかというのは、これは調べるまでもないと思うんですが、そこなんです。この要件は、そのスタートの部分で失敗してしまう、あるいは無視してしまうということが、起きる仕掛けになってますよね。

仕組みというか。何かこうお答えいただいている内容としては、必要性があるという文言ではあるんですけども、聞けば聞くほどエビデンスがないとか、それは確かにそうだなと思える部分がないとか、

誰の都合でこの要件が必要になってるのかな、という疑問が年々強くなっていくなという気がするんですね。やはり今の、現行の審査会、指定医の問題点をもっとこう強化するべき・・・ではなくて、要件をやはり見直していただきたいなど、長年申し上げているんですけども、是非次の10月の際には具体的なお答えをいただければと思います。

精労協 TM

それでは、1-1) ご回答をお願いします。

厚生労働省 袴田

従来の要求におきまして、未設置の病棟は1施設になっていると。自治体からは実地指導において、目視確認と聞き取り等を行う予定と聞いています。この1施設についての現況をお聞かせ願いたいとの要望がございましたので回答させていただきます。

ご指摘のその施設に関して、自治体を通して確認したところではありますが、無料携帯電話をいつでも貸し出せる旨を病棟内に掲示した上で、ナースステーション内の無料携帯電話にて対応していると・・・また、通話をする際には病棟内にあります、プライバシーが守られている専用のブースがあるので、ブース内では審査会の退院請求等の窓口の連絡先等が掲示されているというところなんですけども、そういったブースの中で通話ができるよう配慮しているようです。所管する自治体において平成29年度昨年度におきまして、その病院に対して実地指導を行いまして、現地での確認および病棟のスタッフから聞き取りを行っているところでございます。入院患者の病状等により公衆電話を設置できない病棟においてはやむを得ず代替手段を講じる場合には、入院患者が代替手段を利用して退院請求や処遇改善請求等が自由に行えるかという点に配慮しまして、引き続き適切な運用をお願いすること、そして公衆電話の再度の設置について検討を行うようその都道府県では指導してきたというふうに聞いております。

厚生労働省におきましても、公衆電話の電話機の設置に関しましては、毎年行われている都道府県指定都市における精神科病院の実地指導における指導項目としておるところで、それを通じてですね、引き続き患者の方が自由に電話ができる環境について確保していきたいと考えているところであります。

精労協 SG

6月14日付けの朝日新聞に閉鎖病棟の公衆電話未設置の病棟が139棟とありましたが、あれに関しては何かありますか。

厚生労働省 袴田

139という数字のもともとの根拠なんですけども、あれに関しては毎年6月30日の時点で調査を行っておりまして、630調査をやっております、その結果がですね、精神保健福祉資料という名前になるんですけども、国立精神神経医療研究センターがございまして、そのホームページに掲載されているところであります。その数字が今回朝日新聞の139件という形で乗っているところでございます。その調査の中で公衆電話の設置を調査項目としている中で、今回その数字が出てきたというところではございます。この数字というものは施設というか病棟、139病棟という形で出てきているところでございます。

精労協 SG

出てきているところでございます・・・というか、確か残り1施設ですよ。

厚労省 袴田

はいはいはい、まさにその通りでございます。このズレというものが、このもともとの残り1つというものが、平成23年の11月時点で、そういった公衆電話の全国的な調査を行いまして、その当時は、23年11月時点においては24施設があったということで、それに対して、ずっと継続的にフォローといいますか、注視しながら数字を追っていったというところで、今回朝日新聞に出た数字とは、また出てきてしまったところで、それは23年時点のものが、その数字だけで追っていたので、別に新たに出てきた病院については追えていなかったもので、こういったこれまでの交渉とのずれが出てきてしまっていると思います。

精労協 SG

それ結構問題ですよ。実地指導で24施設あって、私たちの認識では残り1施設で、未設置の病棟が減ってきたという認識があったんですよ。その最初のものしか追っかけてなかったんですよ。毎年の実地指導が全く意味をなしてなかったというか、そもそも公衆電話の未設置だったところにしか、公衆電話の実地指導としてこなかったという事なんではないでしょうか。それか実地指導の実態がちゃんと厚労省に挙がってこなかったという事なのか、かなりまずいですよね。

厚労省 袴田

都道府県において、公衆電話を設置しているかどうかという点は厚生労働省の通知に基づいてやっていただいていると考えているところなんですけども、その数値がちゃんと厚労省が都道府県を指導する際に挙がってきてなかったかどうかという、具体的な原因がというのは、今はわかるところではないんですけども。

確かにおっしゃっていただいている通り、これまでの数値のずれがあったということもありますし、今139病棟に関して、これがどういった原因でこの数値が挙がってきているかというのは現状把握できていないというところで、そこに関しては問題意識を持たなければいけないなと考えているところです。

精労協 SG

それこそ1分1秒ですよ。今も患者さんは入院されているわけですよ。通信手段がない中で閉じ込められている状況を1分1秒放置してはいけませんので、今後その差の部分で・・・というところではないですよ、患者さんからすれば、早急に動くべきですよ。もう一つ実態を把握して、こちらへの回答はなんていうんですか、嘘をついている状況ならばそれはそれで許せないんですけども。一番問題なのは実際に139病棟、そこに50人いたら5千人以上の人通信ができない場所に閉じ込められています。あーちょっとズレがありましたね、どうしてでしょう・・・と言ってる場合じゃないんですよ。今すぐにですよ、139病棟どうなっているのか見回りに行かないと、ダメな話ですよ。だって5千人の人権が確保できてないですよ、と認識しておいて半年間何も動きませんでしたなんて、それでいいんですかって話ですよ。

一番期待していた回答としては139病棟に公衆電話がないだけで、残り1件の携帯電話貸し出しについては・・・再三申し上げているんですけども、例えば急変した患者さんがいて今すぐ心臓マッサージをしなきゃいけない時に、電話を貸してくださいとナースステーションに行って電話を貸してくれますかって話ですよ。いやそんな暇ないでしょうと、なると誰しもがわかりますよね。それで確保されているとは言い難い

と言いつけてるわけですよ3年くらい・・・。なので、これはダメですよ、もしこれが残り1件だったら悪徳でしょうと言ってたんですけど、この病院・・・。そうですね、全国で1施設という話だったんですよ・・・。

139病棟あったんですけども。139病棟の内、公衆電話じゃなくて他に普通の電話を置いていて通信が自由にできるようにしているとか、公衆電話以外の何かを置いているとか、そういう理由があるんだったらそれはそれで早く精査されるべきで、どちらにせよその139病棟について何かしらの動きをこの10月までには取っていただくようにしないといけないと思いますし、それしてなかったら本当に問題だと思うので、10月にこの139病棟についての確認をさせていただきますのでよろしくをお願いします。

厚労省 袴田

承知致しました。

精労協 TM

今のところは具体的なアクションは起こしていない、ということよろしいですか。

厚労省 袴田

そうですね。現状としては6月4日に朝日新聞ということで、省内の中では共有させていただいているところですが、具体的に139病棟に対してどういった調査をかけていくか、その630調査というのが先ほど申し上げた国立精神神経医療研究センターというところが主に分析をしているところですので、そういったところと現状を共有して今後やっていく必要があるかなと思うんですが、具体的にアクションという意味ではまだできていないところですので、ご要望いただきましたので、10月に少なくとも現状だけでも把握できるようにと・・・。どういった方法でやっていくかというのも、ある程度の方向性というのは出していかなくてはならないと、今感じているところですので、こちらの中でもご意見ありましたところを共有させていただければと思います。

精労協 TM

はい。よろしくをお願いします。これはざっくばらんに聞くと、メンツ丸つぶれみたいな話ですか。

厚労省 袴田

そうですね・・・。こちらのほうで、残り1施設とご回答させていただいていたところ、実際の630調査という中で齟齬があったというのは、大変申し訳なかったと思っております。

精労協 TM

失礼しました。

精労協 TO

当然の事ですが、電話がないという事は審査会にも電話ができないですよ。普通貼ってありますよね、審査会の番号が、だいたい病院の電話設置されているところは・・・。当然その既存の機能も満たせない状況に現場がなっているということなんで、先ほども審査会、第三者機関ということでおっしゃっていただいていたんですけども、死んだ状態になるので、非常に深刻だなと思いますので、改善の方急いでいただけたら

と思います。

精労協 TM

では、次に1-2)、**重度かつ慢性と社会的入院**についてのご回答をお願いします。

厚労省 稲葉

精神科病棟における所謂社会的入院の範疇に入る方々については、地域移行を促す基盤整備が整えば必ず入院医療の必要がない患者が、一定数いることは認識しております。厚生労働科学研究において当該研究班の実施した全国調査等によると、認知症を除く長期の1年以上の入院患者の内、約4割が重度かつ慢性の基準に該当しないと報告されており、厚生労働省としては基盤整備を推し進めることで、平成36年度末までに、4.7万人～6.2万人の長期入院患者が地域移行できると想定しております。

なお、重度かつ慢性については現在厚生労働科学研究において、重度かつ慢性の基準を満たす精神障害者の方への、入院生活から地域生活に円滑に移行できるための包括的支援アプローチと、新規の入院患者を重度かつ慢性に至らせることなく、早期に退院させる包括的支援アプローチを明らかにし、入院医療および地域医療で実施可能で効果的な包括的支援ガイドラインを、平成30年度までに開発することとしております。

重度かつ慢性に関する研究班より、長期入院精神障害者の内、一定数は地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆されました。このような研究成果等を踏まえつつ、平成30年度から開始した第5期障害福祉計画では、平成32年度末、平成36年度末の精神病床における入院治療、患者数及び地域移行に伴う基盤整備料、利用者数の目標を都道府県毎に定め、目標達成に向けての取り組みを進めることとしています。ここで言う一定数とは、地域移行を促す基盤整備によって、地域移行が可能とされる者を指し、それに当てはまらない一定数以外については、継続的な入院治療を要する長期入院精神障害者（認知症を除く）ことを指しています。一定数以外の者については、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及などによる、地域精神保健医療福祉体制の高度化によって継続的な入院治療を要する長期入院精神障害者の地域移行を目指すこととしており、これらの者について、地域移行の対象から除外しているものではございません。

当省としては、精神障害者の方々が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをしていくことができるよう、適切な支援が受けられるよう環境を整えることとしております。いずれにせよ、重度かつ慢性の基準に該当するしないに関わらず、精神障害者の方々が自分らしく地域で暮らせるよう、地域の精神保健医療福祉体制の強化を進めてまいりたいと考えております。以上です。

精労協 SG

今の回答の中で、一定数と一定数以外の違いを言っていましたけど。一定数は地域生活への移行が可能で、そういう人たちを私たちは社会的入院と認識しているという文章を言っている。すなわちそれは社会的入院であると、それは重度かつ慢性に該当しないであろう4割という推定もされている、それでよろしいですか。

厚労省 稲葉

はい。そうです。

精労協 SG

一定数以外（認知症を除く）という方々が重度かつ慢性の方々だろうと、今、明言しなかったですけど、イコールで、最初に重度かつ慢性の事を言って、一定数の説明をしているので、文脈的にはイコールにしか聞こえないですが、それでよろしいですか。

厚労省 稲葉

はい。

精労協 SG

以前3.9万人から2.8万人を減らしていくと書いてあったのが、4.7万人から6.2万人をに変わったんですか。

厚労省 稲葉

これは今回研究班の方で調査をしております、その中で政策として今回打ち出してきたものの、政策効果の中の一因として、地域移行を促す基盤整備を行っていく中で、退院が進められるのが、6.2万人から4.7万人という形が今回出てきたという・・・。

精労協 SG

32年度までの目標数値の、3.9万人から2.8万人とはちょっと違うもの、別のものですか。

厚労省 稲葉

はい。そうですね。

精労協 SG

ただ、最大で6.2万人は社会的入院がいますねってことですね。

厚労省 稲葉

基盤整備が整えば退院できる者が・・・。

精労協 WN

認知症は何人ですかね。

厚労省 稲葉

認知症施策の推進によっては、長期入院患者の方の13から19パーセントが退院できるんじゃないかと思込んでおまして、0.8万人から0.5万人というふうに見込んでおります。

精労協 WN

長期入院者今は18万人くらいですか。

厚労省 稲葉

ちょうどその基準としているのが、平成26年度の入院の形になりますので、28.9万人という形から考えております。

精労協 WN

長期入院者が？

厚労省 稲葉

はい。

精労協 WN

28.9万人いると。

厚労省 稲葉

いらっしゃって、政策効果によって今回平成36年度までに、9.8万人から7.9万人がへるんじゃないかと想定しています。

精労協 WN

残る20万人は？

厚労省 稲葉

えーと、あの方々については、20万人についてはまだ入院の方々になるので、急性期の入院治療と回復期の入院治療と慢性期の入院治療という形で分けて運用しているところなんです。

精労協 WN

28.9万人は全入院者ですか。

厚労省 稲葉

ごめんなさい。全入院者ですね。失礼いたしました。

精労協 WN

長期は18万人くらいですかね。

厚労省 稲葉

はいそうです。26年度現在で18.5万人になってます。

精労協 WN

最大が調査によると6万2千人くらい減るじゃないですか。10万人くらいどうするんですか、長期入院者・・・。

厚労省 稲葉

それはまた、あの今後動向を見つつ、いずれにしても退院の体制が整えられるように、今ちょうど地域包括ケアシステムの推進事業というのを行っておりますので、そこも含みながら計画的に進められればと思っております。

精労協 SG

地域包括ケアシステムとありましたけど、具体例とかはありますか。クロザピンの話ししか、してませんでしたけど。

厚労省 稲葉

今はですね、29年度に自治体向けの補助授業を展開しております。精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの推進事業というもので、自治体の取り組みを支援する、精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業というのも行っておりまして、今年度よりこの事業をですね、昨年度の予定より2.7倍の5.2億円という形にしておりまして、実施主体をこれまで都道府県指定都市としていたんですが、加えて保健所設置市および特別区まで拡大をして、この包括ケアシステムの方針をさらに進めるということを施策として進めております。

精労協 WN

18万人の長期入院者については。

厚労省 稲葉

各自治体の定める障害福祉計画と照らし合わせて、地域の実情にそって、ある程度計画的に、目標数値を県自治体で掲げておりますので、それに沿った形で進めていけるように支援をしているところです。

精労協 WN

厚労省としては目標数値を掲げないんですか。精神障害者の地域包括ケアシステムを構築してもらって、18万人の長期の人を退院させるとはならないんですか。

厚労省 稲葉

今現在の目標としては、36年度末というところの地域移行を促す基盤整備が6.2万人から4.7万人ですので、そこに向けた施策というところで今取り組んでるところです。

精労協 WN

最大6.2万人は目指したいなという感じですか。

厚労省 稲葉

こちらとしてはそう思っております。

精労協 IM

最初の要望に戻ってしまうかもしれないんですけども、退院した後の病床をどのように使うかは、もう医療機関に委ねる、というご回答を最初されてたと思うんですけども、そうなんですか。

6.2万床空きますよね。

厚労省 稲葉

今現在は地域移行というところの概念で話しているところなので、病床削減というところではこちらとしてはまだ考えがいたっていないところ・・・。

精労協 IM

リンクしないんですか。

厚労省 稲葉

ちょっとそこまでは、こちらの中では進めていませんので・・・。

精労協 IM

病床が空くと病院が潰れるから病床は空かないんです。だって入院者というのは病院の収入源ですよ。退院すると病院は収入が減るでしょ。また入院させますよね、だれか・・・。また長期入院者が生まれるんですよ。そこがなんでリンクしないんですか。

厚労省 稲葉

リンクしないというよりも、そういう現状は皆さまから今回お聞きしていますので、それは今回持ち帰り科の中でも少し話ができればなというふうに・・・。

精労協 SG

皆様の意見というか、1900年代からこのくらいは解ってるじゃないですか。そもそも、民間精神科病院が精神障害者を抱えてきたその反省があるんですよ、社会的入院という言葉が厚労省が認めたわけですから・・・。1900年代から言われていることを、今さら「今知りました」という話ではないと思うし、ちゃんと一緒に戦っていく人だと思しますので精神保健福祉課は・・・、打破していくことをしないと結局にも変わらないと・・・、病院はお金が欲しいですからね。病院の機能が地域にとか、病床を削減することで、病院の役割機能が変わっていくような仕組みとか・・・。今、急性期化してますから、と言われたらそうかもしれないですけど、そういうのをちゃんと作っていかないと、考えていかないと、病床を残すというところが一番の問題だと思いますよ。

精労協 TM

今の話を聞いていると、社会の中の精神科をめぐる循環の中で、新しい創造をするんだという理想の部分と、現実的な部分の間がスポッと抜けているような・・・、そこが繋がってこないと将来ビジョンについての具体性が全然出てこないんじゃないかと思うんですけども。退院させましょうというビジョンについて、いかにそれが現実味を帯びるかというのは、その後の事をしっかり語れて、病床が空いたことについてもしっ

かりどうやって対応していくんだ、という部分も併せて語らないと、想定していかないと、この第5期障害福祉計画というのも絵に描いた餅になりかねないので・・・、そのあたりもうちょっと腰を据えて省内で議論していただきたいなど。

精労協 GM

収容して儲かるような仕組みは良くないと、医療を施して退院をさせないとお金に繋がらないという、そういう形に変えたらどうですかね・・・。今までは、収容しているだけでもお金になったということですよ。収容施設でおとなしくしていれば、施設内寛解してればというのが精神医療でしたけども、きちんと地域に返さないと儲からない、全然お金にならないというふうに、はっきり形を変えるべきじゃないですか。そうしないと精神「医療」とは言えないと思いますけどね。

精労協 TM

では、1-4)、医療法施行規則10条3項について、ご回答をお願いします。

厚労省 板垣

ご要望にございます、医療法施行規則10条第1項第3号の規定につきましては、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、という考え方を土台として、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規定した条文でございます。

次に同規定が精神障害者に対する差別的扱いに該当するのではないかと、という点につきましては、医療法施行規則10条第1項第3号の規定は先ほど申し上げました通り、精神疾患の特性に応じた医療の提供の仕組みを担保しつつ、同規定に対する不適切な解釈や誤解により、精神疾患を有する方が不当な差別的扱いを被ることがないように、という主旨の規定でございます。したがって、この規定自体が精神障害者の方への差別的扱いを助長するものではないと考えております。

一方でこの規定の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障害者の方が、不当に一般病床での治療を拒否される等の差別的扱いを受けた場合には、不当な差別的扱いにあたる考えられます。そのような場合においては、これを拒否した病院に対する指導や勧告等を行うことにより、差別的扱いを被っ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。以上です。

精労協 SG

はい。いつも同じご回答ですが。板垣さん今、自分でその文章を読んでいて、おかしいなと思いませんか？。普通にちょっと笑いそうですよね自分でも・・・、ちょっと笑いそうだったじゃないですか。自分で何言ってるかわかんなかったんじゃないですか？。だって、この法律があります、これによって差別が生じる可能性がありますと最初に言いましたよね、だから同規定を治しましたといたんですよ、ただし身体疾患をとありましたね。それで、これがあるから、そういう差別が生じちゃうから法律を直しましたと言ってるんですけど、まずそれが一つ。精神科患者が身体疾患の時にその入院を拒否をしたら差別だよといったのが一つ、ただ一番最後に言ったのは別にこの法律が無くても障害者差別解消法で該当するじゃないですか。(はい、そうだと思います。(厚労省 板垣))

それで、上の部分は矛盾が生じているじゃないですか。あることで差別も生まれますと・・・、だから無理やり直してますって、じゃあそもそも下の部分（障害者差別解消法）で解消できるのに、なんで矛盾がある上の部分（施行規則10条）だけ残してるんですか、ということを知っているんですよ。毎年言っているんですよ。普通に考えて矛盾しているし、ご自分でもお気づきだと思いますし、精神障害福祉課の方も同様な意見だと思うんですけども、これなんで無くせないんですかね、これを残す意味ってのは適切な医療を担保すると、じゃあなんで歯科とか整形外科とかにはこの法律が無いの？って話ですよ。

厚労省 板垣

医療法施行規則のこれまでの改正の経緯などを調べたりしますと、以前は精神疾患を有する方は精神病室ではない病室には入院させないことというふうな規定がありまして、現状の医療法施行規則の規定ですと、例えば今申しあげました通り、身体的疾患を持ち合わせている場合ですとか・・・。

精労協 SG

これね、僕らがずっとうるさく言ってたから変わったと、僕らからすれば思うくらいに、20年以上僕たちは同じ事を伝えているわけですよ。やっぱりおかしいですよ。身体疾患がある方の現状はどうなんですかと、ずっと伝え続けたのは僕たちですからね。もちろん知っているわけですよ、それが加わったことも、でもあること自体がやはりおかしくて、差別が生じないようにこれを出しましたと、差別が生じる可能性がこの法律にあることを厚労省は認めているわけですから、なんで無くさないんですかという話です。なんで無くせないんですかという話です。要望書に書いてありますけど、時代背景を見ても、精神科の方に適切な医療をしていきましょう、みたいな時代じゃないじゃないですか、戦後直下で・・・。

変えていきましょうよ。

精労協 GM

やはりどこかに差別意識といいますか、特別な疾患だから特別なところでやらないとダメなんだ見たいなね・・・。それは例えば危険だとか、厄介だとか、なんかそういうものがたくさんあるんだと思うんですね。それがこれをすっきり無くせない理由なんじゃないかと思いますけどね・・・。

この法律があることで毎年・・・29年ですか、これ、続いてますけれども、この法律があるおかげで亡くなっている方たくさんいるんですよ。私の受け持っている患者さんも、他の科に入れてもらえなくて肺炎を起こして手遅れで・・・と、悔しい思いをすごくしているんです。だからこそこれをなくしたいんですよ。

差別以外の何物でも無いですよ。

精労協 WN

解釈についてですけども、当時これが発生した時代背景を考えて、権利を担保しているというのが厚労省の意見なんですけど、いま優生保護法が問題になってるじゃないですか、あれ同じ年にできてるんです。

あれも権利の担保なんですか。

厚労省 板垣

優生保護法に関しては、私自身はそこまで詳しく答えられないんですけども・・・。

精労協 WN

「障害者はゼロにしようぜ」って法律ですよね。避妊手術されて、精神障害者も対象になったじゃないですか。なんです、同じ年に「障害者ゼロにしようぜ」って法律と障害者の権利を担保しようっていう法律ができたということですか。

厚労省 板垣

その、障害者の権利の部分に関しましては、医療法施行規則の古い規定ですと、精神疾患を有する方は精神病室のみしか入れないというところで、現状の規定ですと、身体疾患を有している場合には適切な疾患に応じた病室に入るという事になっています。なので、先ほど申し上げた権利利益の保護といった部分に関しては、現状変わったばかりではあるんですけども、そういった規定の部分に関して申し上げたところですよ。

精労協 WN

当時は？・・・権利を保護する条文だったと思いますか。文脈的には精神障害者は精神病院に入れて、強制的に収容しましょうという解釈が自然な気がするんですけどね。優生保護法は沈下したわけじゃないですか、90年代に、廃案になったわけじゃないですか。だからこの条文も沈下してるんじゃないですかね。法の解釈については改めた方がいいと思いますよ。

精労協 SG

だから65年くらいの、そちらの回答は、カッコ付けがない中で、担保するためと言ってるんですよ。カッコ付けがない時にも同じことを言ってるんですよ。適切な医療を担保するためにこの条文がありますって、そのあとに矛盾も認めてるし、差別が生じることも認めているし、もうわかっていると思いますけど、進めていくべきだと思いますけどね、そちら側が、どちらかという。我々じゃないですよ。

精労協 GM

カッコを付けたというのは、「あくまでも基本は精神病室に入院」なんですよ。「例外としては」のカッコという付け方ですから。「基本は精神病床に入院しろ」と65年間言い続けてきたその中で、例外をちょっとくっつけたと言うだけです。基本の見かたは変わっていないと思いますよ。その基本を変えていただきたいということです。

精労協 TM

先ほどおっしゃったとおり、時代とともに法律も変わるわけで、それで言えば遅いくらいだと思うので、早めに対応していただきたいなと思います。言いたいことは伝わったと思います。

それでは、**2-1) 精神科特例による人員配置基準**について、ご回答をお願いします。

厚労省 万中

2-1)、(1)(2)2つに対してのお答えとなります。

精神病棟の人員配置基準は、医療法施行規則上一般病床よりも低く定められているものの、療養病床とは同等に定められており、あくまでも最低基準を定めたものであります。質の高い医療を提供するためにはさらに手厚い人員配置となるよう促していくことが必要であると考えますが、撤廃という形で医療法上の基準

を一律に底上げするという手段ではなく、病院それぞれの機能や規模に応じて人材及び財源を効率的に配分することが望ましいと考えております。

精神保健福祉法第41条に定めている、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、基本的な考え方として、精神医療においてもインフォームドコンセントの理念に基づき、精神障害者本意の医療を実現していくことが重要であり、精神障害者に対する適切な医療および保護の確保の観点から、精神障害者の人権に最大限配慮した医療を提供することとしております。その上で精神病床においては、精神障害者の状況に応じて医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供することなどにより、精神障害者の退院の促進に取り組むこととしております。

例えば、急性期の患者に対して、手厚く密度の高い医療を提供するため、一般病床同等の配置を目指すこととしております。診療報酬においても医師について一般病床と同程度の配置を行ったうえで、精神科救急や精神疾患患者の身体合併症医療を提供する精神病床についてはより高い評価を行っております。さらに医師以外の医療従事者についても平成28年度の診療報酬改定によって、長期入院の精神疾患患者の地域の移行をより一層進めるため、精神保健福祉士や作業療法士、看護職員等の重点的な配置により集中的な退院支援を行う病棟への評価を新設いたしました。引き続き精神科病院における医療の質の向上に取り組んでまいりたいと思います。以上になります。

精労協 SH

この項目に関しても毎年要望しているところで、ご回答も毎年同じものなんですけども。私たちが根本的に言いたいのが、精神障害者に対する差別の考え方が根底にあるということなんです。先ほどの医療法施行規則10条の話にもつながるんですけど、精神科特例に関しても1958年からずっと残っていて、その1058年という時代背景から厚労省も回答の中で、「当時の医療従事者が少なかったからこういうふうになったんだと思います」と回答をもらってますけど。当時から状況も変わり、時代も変わり、その時代ごとに法律も変わっているんですが、この特例に関しては変わらず残っています。この規定が差別規定というのが原則にあると思っていて・・・この規定そのものが差別規定とは厚労省は思っていないんですか。

厚労省 板垣

医療法施行規則の事だけ、私の方から申し上げたいと思うんですけども、先ほど答えにもあったとおり、精神病床の人員配置基準というのは医療法施行規則上定められているんですけど、それは確かに一般病床より低く定められているというのが事実であります。一方で、医療法施行規則で定めている人員配置の標準というのは医療法施行規則上では最低限のラインを定めている、というのが法律的には正確になっています。なので、医療法施行規則に求めている最低限のラインというのとは別に、それぞれ入院されている病状ですとか、病院の機能ですとか、立地している場所ですとか、さまざまな性格にのっかってといいますか、さまざまな性格を鑑みて、それ以上の人員を配置するというのは可能ですし、またそういった支援というのも厚労省では行っているものだと思います。

精労協 SH

いま最低限の基準とおっしゃりましたが、先ほどからも話に出っていますが、私たちは民間の精神科病院に勤めているものなんです。民間の精神科病院というのは自分たちの病院が生き残るためにいかに診療

報酬に乗っ取って、いかに少ない人員で利益を上げるか、というのが基本ですよ。そうしないと潰れるので・・。そういう前提がある中で、日本は、8割超えるくらいが民間の精神科病院である、という現状の中で、あくまでも最低限の基準とおっしゃいますけども、当然病院はいかに基準ギリギリで経営をやっていくかを考えるわけで、それがあくまでもそうなので、病院さんそれぞれで、病院の機能それぞれでと言われてもですね・・、なぜじゃあ底上げをして・・というか、他の科となぜ同じになっていないのか？というのが私たちの疑問で、それはやはりこれが規定された時の精神障害者に対する差別の意識が根底にあったからじゃあないかという話なんですけども。なぜこれが少ないのか、そのままなのかという、その根拠を知りたいという事なんです。

今回要望にも上げましたけども、要望に挙げさせてもらった研究では、急性期病棟の医師配置加算有り無しというところで、新規入院者対象ということなので、だいぶ限定されてはいますけど、少なくともこの研究からは、医者が多いことによって退院が早まったりとか、退院後の外来通院の継続性が高まったりとか、医療の質が高まったりとか、そういうことが示唆されていることがでてくるわけですよ。こういう可能性がある以上私たちとしては、今現在の精神科特例の基準というものが、一般科より少ないことをオクケーということが、精神障害者に対する差別に当たるだろうと、可能性として指摘せざるを得ないし、それを厚労省は真剣に考えてほしいという事なんですけども・・。その点に関してはどう考えていらっしゃいますか。

厚労省 板垣

今伺ったことについては、あの、貴重なご意見として承って、課内としても共有していきたいと思っているとところなんですけども。今私の方から申し上げられることとしては、現状の医療法施行規則が持っている考え方と、基準、理由といったところになります。それにつきましては、先ほど申し上げたことと重なってしまうんですけども、医療法施行規則というのはあくまでも人員配置の標準というものを定めていて、具体的にはその患者さんの状況ですとか、病状によってそれ以上を配置するといった場合には、医療法施行規則で一律に底上げするという方策ではなく、例えば先ほど申し上げたような診療報酬上の手当ですとか、そういったところでサポートしていくというのが今の仕組み、というふうに理解しているところです。

精労協 WN

それを、民間の精神科病院経営に気を使って、そういう施策になっちゃうんですよ。だから医療法施行規則上の底上げをすると民間精神科病院経営が困るから、そういうことになってるんじゃないですか。

厚労省 板垣

確かに、医療法施行規則というのは病院であれば、公立、国立、民間ありとあらゆるものに当てはまるという性質のもので、一律に底上げするのではなくて、例えばそのボーダーを超えて手厚く配置した場合に加算するとか、そういったことに関しては病院経営上の理由などもあるかもしれないんですが、それに関しては医療法とはまた部署も異なってきますので、私の方から責任を持って回答するということまではできないんですけども・・。私の方からできる回答としては、医療法施行規則というのは最低限の基準であってそれを超える場合にはサポートが・・というところです。

精労協 SG

60年前に精神病の人に対する最低限の基準はこれだなと決めて、60年経って、精神障害者に差別とか

無いように、理解を深めましょうと国としては言ってきたけど、治療上必要な評価は全く変えていないという・・・、60年前と同じ理解を示してますよと言ってるわけですよ。

精労協 WN

医療法施行規則、1948年に作ったわけでしょ、それで精神科病院に精神障害者を入れろとなったわけでしょ、1958年に精神科特例作ったということは、病院にいっぱい入院してみたら入り切りませんよとなったわけじゃないですか。だから一般科よりも少ない医者と看護師で、いないから少なくてもいいよとなったわけで、それで入院も強制入院いいですよって言って、病棟お閉鎖でいいですよって言って、経営も民間で良いですよ、となったわけじゃないですか。それが最低基準、当時のね。これが人権侵害じゃないんですか？って話になってるわけじゃないですか。それはもう、当時は人権が侵害されていたんじゃないんですか？。だから底上げしていく必要があるんじゃないんですか？。良くないわけでしょ？。長期化したのも、強制入院率が上がったのも、閉鎖病棟率が上がってるのも、良くないわけですよ。人員が少ないわけですよ。

精労協 SH

ぶっちゃけた話、お金が無いのでお金をそこに使えないので、人権侵害はやむを得ないですという判断をしてるんだろうなと思ってしまうんですよ。普通に考えたら人権侵害の規定だよねとわかると思うんですけど、皆さんもわかってらっしゃると思うんですけど。ただ無い袖は振れないと、そういう言い方に聞こえるんですよ。それは精神科医療全体が医療費として少ないと、特例に限ったわけじゃないんですけど、やはりその根本にある規定だと思っているので毎年要望させていただいているんです。

精労協 WN

最低基準じゃなきゃ経営できない病院があるわけじゃないですか。そこに気を使って底上げできないんですよ。当時認めちゃったわけですから、これでいいよって言って、これでできた病院があるわけですよ。時代が変わったからやっぱごめん、みたいに言えないってことですよ。16対1で行くわ、って言えないわけですよ。民間精神科病院の最低基準でやってるところに気を使って・・・。

精労協 TM

最低限の基準ということでやっていると思うんですけども、その線引きがもはや人権侵害だ、というところに立ち返らないと、このままでは前に進まないと思うので、今一度そのあたり、皆さんに見直していただいて、その価値観が変わらないとこの議論はずっと平行線なので・・・。

精労協 IM

精神障害保健課の方に聞きたいんですけども。医療の質に関してはどうですか。要望書に挙げさせていただいた論文は読んでいただいていると思うんですけども。今の精神科病院が置かれている背景下で提供している医療の質に関しては、どのようにお考えですか。

厚労省 万中

医療の質におきましては、先ほど申し上げた指針において、適切な医療のあり方というところで、それぞれ急性期の患者さんであるとか、入院期間が1年未満の患者さんであるとか、身体合併症の患者さんである

とか、それぞれの病状に合わせて医療の提供をすべきだということで、望ましい人員配置ですとかに関して指針を示していると考えています。

精労協 IM

できているということですね。

厚労省 万中

精神保健福祉法上としては指針に従って進めていくということです。

精労協 SG

だからそれも、この最低限の基準じゃ足りないからそうしていきましょう、変えていきましょうっていう話ですよ。精神障害保健課としては、そうですね。なので、それを医政局さんなりに伝える側だと思うんですけども、ただ基準上げてからやってますよじゃなくて、もうはっきりと、特例は問題だと、あなたたちが言わないと、言ったうえでこうしてますと、そう言ってくれた方がよっぽどすっきりすると思うんですけども・・・。

特例は特例であるけど、必要だからこういうふうに機能分化してね、救急です、地域です、いろいろやってますと言っても、なんだかなというふうにしか伝わってこない。問題だったら問題って言えばいいんですよ。そっちの方がはっきりしているし進むと思いますけどね。実際解消していく動きをしているわけですよ。こうしていくという指針があるわけですよ。それは現状ではだめだからそうした指針が出たわけですよ。現状で質の高い適切な医療ができていれば、その指針は必要ないわけですよ、そもそも。そう思いませんか。質を担保するためにこういうふうに変えていきますと言ったんですよ。質が担保できていません現状ではと言っているんですよ・・・。いや別にお認めになっていただいて別に大丈夫な話だと思えますけどね。しょうがないですよ60年前の法律ですからね。担保できてるわけじゃないですよ。60年前の意識で働いてるんならそれでいいと思えますけど、そういう意識で働かれてないと思えますし、精神科医療について良くしていきたいと思って働かれているなら、別に、そうですね、だから変えますよって自信もって言っていただいて結構だと思いますけどね。

精労協 WN

なんか精神科の病院って病棟毎に人員配置基準って変えられるじゃないですか。つまり最低基準の病棟と最高基準の病棟が両方あってもいいじゃないですか。一般科って病院全体として基準決めて、その基準の範囲内でしか配置ってさせないですよ。なんで精神科だけそういう最低と最高みたいなのが色々ごちゃごちゃできるんですか。一般科の病院からも精神科みたいな配置できるようにしてくれと言われますよね。なんか融通利かせてるでしょ、誰かに。

厚労省 板垣

その扱いの違いといったものに関して、今すぐにお答えをできる準備がないんですけども、そうですね。確かに一般病床と精神科病床は扱いが異なったりするというのはその通りだと思います。

精労協 WN

一般科の経営者に言われるでしょう、精神科みたいにしてくれって。だめですよって厚労省が言ってるんですと。そうですね。それは返答との矛盾ですよ。

精労協 TM

では、**2-2)** ご回答をお願いします。

厚労省 袴田

2-2) ということで、隔離身体的拘束ということで、こちらの厚労省科学研究の中で大規模調査を往査を進めているところでありますが、そのスケジュールであったりとか、開示するデータがあるかということについてご要望いただいているかと思えます。

まず、研究の課題名なんですが、精神科医療体制の機能強化を推進する施策研究という名前で研究を進めているところでございます。その研究の一環としてですね、隔離身体拘束というものの調査を行っているところであります。

次に研究班の構成メンバーの指名と所属に関しましては、まず研究班の代表者はですね、国立精神神経医療研究センターの山之内芳雄氏、またその分担研究者としまして、国立病院機構肥前精神医療センターの橋本喜次郎氏によって精神病床における隔離や身体的拘束の実態を把握し、今後必要な対策を検討するために、研究班で議論していただいているところでございます。

研究の目的に関しましては、精神病床に入院している患者の隔離、身体的拘束の件数が増加しているという現状傾向がありまして、平成26年には各々1万件超と件数を認めたため、その増加要因を分析し、今後の改善策を検討するための基礎資料を得るために今現在研究を行っているところであります。

次に研究候補の詳細、具体的な調査対象であったり、項目、調査手段というものですが、こちらに関しては、調査項目に関しては年齢であったりとか入院形態等をベースに調査をしているという話を聞いているところであります。

次に、スケジュール間でございますが、この研究に関しましては平成30年度までの研究となっております。今年度末までの研究となっております。今年度末までの研究ではございますので、具体的な成果報告という形では平成31年5月までに厚生労働省の方に挙げていただくというような形となっております。現状で開示できる資料データですが、現状まだ報告は挙がっていないのでこちらから提示できるものはないかと考えております。以上です。

精労協 SH

もう一度聞きたいんですけども、具体的な調査対象、調査項目、手段方法としてはどう回答だったんですか。

厚労省 袴田

項目というところは、具体的に患者の方の年齢であったりとか疾病、あと入院形態ということで、医療保護入院であったりとか、措置であったりとかということも、患者個人の調査というものもしていくと・・・。

調査手段、分析方法というところなんですけども、現在研究班において、具体的にどういった方法がいいのかというのを議論していただいているところでもありまして、研究班の中で調査の設計であったりとか

質問項目を考える中でですね、質問するなかで客観的な回答が難しいのではないかと、とかというものが、そういった質問項目が含まれているのではないかと、というような意見が研究班の中であつたりとかですね。増加要因を調べる調査ということで、5年くらい前の数と比較対象を行う調査というものではあるんですけども、その状況を確認するのはなかなか難しい項目が含まれているのではないかと、具体的に調査項目の議論を色々としていただいているというところで、現在も具体的な調査設計、調査手段、具体的にどういった形で客観的な結果を担保して分析していくかというのを議論いただいている、というのを聞いているところでございます。回答としましては、研究班の方でまだご議論いただいているという回答になってしまうのかなというところです。

精労協 SH

それは全国の精神科病院を抽出して、質問紙を送って、回答をもらうというそういう形。

厚労省 袴田

そうですね。精神科の病院には日精協などいろいろな団体さんがあると思うんですけども、そういうところの具体的に、こちらから厚労省としても研究班としてもお願いをして、全国で調査をさせていただいているというところです。

精労協 IM

入院されている方の病棟の種類は、そこではわかりませんか。どの入院料を算定している病院なのか。というのは、我々隔離拘束とマンパワーの問題を深く関連していると考えていて、もちろん精神科救急料病棟10体1と精神一般病棟15対1で提供できる看護の質というのは大幅に違うと考えているので、そこにおける患者さんへの処遇というのも大幅に変わってくるんじゃないかなと思ってるんです。まず、調査で明らかにできるかわかりませんが、その辺ももし調査としてできるのであれば、していただけたらと思います。

厚労省 袴田

調査項目についてもう少し具体的にお話させていただくと、大きく3つ項目がございまして、拘束者の方についてと、その病棟の運用について、病院の中で医療安全委員会とか行動制限最小化委員会とかあると思うんですけども、そういったものも分析を行うようやっていたら、というお話は伺っております。先ほどの病院の運用ということで、入院料であつたりとか職員の数であつたりとかですね、具体的にどれだけ在院日数を短くしてご退院いただくというような、意識とか、運用とかそういったものも客観的に把握できるかというのはなかなか難しいかもしれないんですが、そういったことも含めたうえで調査の方を行っていただいているという話は伺っております。

精労協 SH

先ほど言っていたいただいていたとは思いますが、この調査がいつ頃終わっていつ公表でしたか。

厚労省 袴田

平成30年までの厚生労働科学研究となっておりますので、具体的ないつ公表というのは聞いていないで

すけども、厚労省には平成31年5月までには結果報告書という形で、一つの成果物をいただくような形となっております。

精労協 UK

では、結果は来年にはわかるということですね。

来年の今ぐらいの時期にはわかると。

厚労省 袴田

そうですね。この時期にはいただいているという形です。

精労協 UK

来年の状態では、そこで分析が済んだ状態で分かっているということですか。

厚労省 袴田

そうですね。具体的に客観的なデータを研究班で集計した後に、具体的には分析、また今後のどうしたら隔離拘束が減っていくのかというような、その方法とといいますか、またそれが正しいかどうかは議論の余地があると思うんですけども、研究班としてはこういった結果がでましたと、こういった原因があるからこういった対策をしていくべきではないかという、提言とまで言えるか、ちょっとわからないんですけども、客観的な分析に基づいたご報告をいただくと、来年のこの時期にはできるかなと思います。

精労協 UK

その研究班しかないということですね。

厚労省 袴田

そうですね。基本的には先ほど申し上げた、山之内芳雄先生という方が中心の研究班でやっていたところがございます。

精労協 UK

それ以外は、予算が付いた状態でやっていないということですか。

厚労省 袴田

そうですね。基本的にはその山之内班が中心となって、分担班はあるところではあるんですけど、もうやっています。色んな研究がある中の一つとしてやっていますと・・・。

精労協 GM

ひとつ前の2-2)の、薬剤師配置基準についても一言だけ・・・。

この特例は、薬剤師が少なくてもいいと、受け持ちの患者さんが多くてもいいと、そういう差別要項ですけども。この特例ができた時に比べて医療の内容すごく変わっていると思うんです。昔は漫然と同じ薬を出し続けてればいいのかという考えの基での配置基準で、今は退院に向けてどんどん薬を調整したり、もちろん入院

の数も多いですし、そういう中で、現在の薬剤師の定数ではとてもじゃないけど今の医療についていけないという声が現場からは出てますので、その辺もよくお考えになって、よろしくお願ひしたいと思ひます。

厚労省 板垣

医政局総務課で、医療法施行規則で薬剤師の配置基準を定めているところなんですけども、直接的な問題としては先ほどと同じお答えになるかと思ひます。ただ、先ほどいただいたお話で医療の質も変わっていると、また医療機器なども非常に高度化していたりですとか、そういったことに伴って臨床工学技士ですとかそういった医師以外の医療従事者の方の役割というのが、増大していることは承知しておりますので、ただその薬剤師の配置数といった医療法施行規則のものに関しては先ほど申し上げた通りのお答えになります。最低限という。

精労協 GM

薬剤師に関しては病院全体ですからね。病棟の性格毎にじゃないんでね、その辺も含めてきちんと考えていただかないと・・・。元々日本の医療の基準って、諸外国の進んでいるところと比べたら少なすぎますよね。看護師数だって、3対1だとか言ってますけども、進んでいるところは逆ですからね。患者さん一人に看護師三人つくとかそういう配置数なんです。日本が先進国なんて、とても言えない状態ですので、その辺も含めてよろしくお願ひしたいと思ひます。

精労協 SH

最低基準と言っているんですが、医療の質の担保ということでは考えていく必要があるとおっしゃったんですが、それを考えるためにここにも書いてるんですけども、最低基準というのが本当に医療の質を担保する最低基準となっているかどうかというのを、厚労省としては真剣に考えてくださるのであれば、それを調査したり研究するということが必要になると思うんですけども、それをやっていくことも、ぜひしていただきたいと、毎年言っているんですけども、その点に関しては特に何も今の時点で考えていらっしゃらないですか。

厚労省 板垣

それに関しては、持ち帰って検討いたします。

精労協 SH

是非具体的に、考えていく必要があると言って下さるのは良いんですけども、具体的に動いていただかないと、言葉だけでは何も変わらないので、ちゃんと隔離拘束の調査を検討して改善していくとやってくださってますけども、それよりもっと手前のことですよ。精神科特例の人員配置というのは。なので、そこは是非具体的な調査研究をして根拠をもってやってほしいなと思っております。お願ひします。

精労協 TM

それでは、各項目ありがとうございました。本番は10月に予定している交渉になりますので、その時はまた今問いかけた内容について、もっと踏み込んだ、具体的な内容をお聞かせいただければと思ひますので、よろしくお願ひします。本日はどうもありがとうございました。