

2018年 厚生労働省交渉

日時：2018年10月22日

場所：参議院議員会館101号室

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 課長補佐 大鶴 友博

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

職業安定局 雇用開発部 障害者雇用対策課 課長補佐 渡部 愛

職業安定局 雇用開発部 障害者雇用対策課 障害者雇用専門官 田中 茉莉

医政局 総務課 企画法令係 濱崎 美帆

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

=====

平成30年10月22日

厚生労働大臣 根本 匠 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14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。それぞれにつき、貴省のお考えを、お聞かせ頂きたいと思います。

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

我々はこの問題に関して、長年改善要求を行っている。昨年までの貴省からの回答は公衆電話が未設置の施設は残り1施設であるとの回答だった。しかし、平成 30 年6月 14 日の朝日新聞の報道において、国立精神神経医療研究センターの 630 調査により 139 病棟が公衆電話未設置であることが発覚した。

7月の事前交渉において、この問題を指摘したところ、貴省はこの 139 病棟に対して具体的な原因や詳細は把握できていないとの回答であり、早急に状況把握や対応の検討を行っていく必要があると回答した。

(1) 我々との交渉においては、平成 23 年度での公衆電話未設置の施設が 24 施設あり、それ以降の交渉においては、この 24 施設に関してだけの追跡報告しか行っておらず、結果的には実情とは違った回答となっていたが、その理由をお聞かせ願いたい。

(2) 精神保健福祉法第 37 条1項、入院患者の処遇について、通信面会の自由が阻害されていることは、患者の権利擁護が守られていないということである。このため、直ちにこの公衆電話未設置である 139 病棟への公衆電話設置を要望する。

(3) 結果的には公衆電話未設置病棟は増加している。未設置病棟増加の原因、施設数及び施設名の公表を要望する。

2) 精神科救急入院料病棟の6割要件について

非自発的入院者数が増加している問題について、その理由の1つに、当該病棟において新規入院者の6割以上が非自発的入院でなければならないという要件により、安易に病院側が医療保護入院の判断を行っているためであると考えている。また、救急入院の必要性は強制入院か否かで判断できるものではなく、さらに医学的根拠もないことから、この要件自体が人権侵害にあたるものとする。

精神保健指定医の資格不正取得、精神医療審査会の不適切な運用の問題が起きる中、民間精神科病院経営による診断が妥当なものであるとは言いがたい。このため、精神科救急入院料病棟の6割要件撤廃を要望する。

3) 医療法施行規則第 10 条第1項第 3 号について

平成 28 年の規則改定により、文言の訂正が行われたことについて、貴省は改定前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定を行ったとの回答があった。しかし、この規定により、不当な差別が生じる可能性があることは、当時(同法が成立した 1948 年は、旧優生保護法が成立した年でもある)の社会的背景からみても明らかである。

精神疾患患者だけにこのような規定があること(感染症を除く)自体が差別であり、差別をなくすためには条文の訂正ではなく撤廃以外考えられない。よって医療法施行規則第 10 条第1項第 3 号の撤廃を要望する。

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基準でよい”とする精神科特例(以下、特例)は、1958 年に規定され 60 年経過した現在も実質的に存続している。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の養成が追い付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。これは特例が 1958 年当時の精神病患者や精神障害者に対する差別的認識や無理解・医療の限界や社会的認識の限界を背景に導入されたものであり、現在の

精神科医療の実態や精神障害者への社会的な認識や理解と大きく乖離した時代遅れの規定であることを示している。特例は、誤った認識に基づいて実施された誤った政策となっており、精神障害者への人権侵害となるもので、できる限り早く是正すべき規定であると我々は考えている。

貴省は「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を掲げているが、精神障害者ができる限り入院せず地域で生活するためには、急性期治療の手厚さは当然のこととして、入院が長期化する可能性がある患者や、すでに長期化してしまっている患者への、より手厚い人員配置と支援が不可欠である。特例存続を容認することは、精神障害者の適切な医療を受ける権利を阻害するだけでなく、入院後のその人の生活や人権そのものを左右するものであり、精神障害者に対する差別であると我々は考えている。

特例撤廃という我々の要望に対する貴省による例年の回答は、“精神障害者の状況に応じて、多職種チームによる質の高い医療を提供する”として、急性期には手厚い医療（とはいえ、ようやく他科と同程度の人員配置を認めるという程度のもの）を提供し、急性期以外の患者には特例基準を維持する（病棟機能によっては特例より低い人員配置を可能にする）ことを容認するものである。また、本年7月の事前交渉では“医療法施行規則は最低限の標準であり、そのボーダーを超えて手厚く配置することを妨げるものではない”旨のご回答があった。しかし、急性期以外の患者への医療的ケアの提供は特例基準もしくはそれ以下でよいとするその認識こそが、世界的にみても多すぎる精神病床数や長すぎる平均在院日数を可能にしてきた現在の日本の精神科医療を生み出してきたものであると我々は考えている。

また、他科においては病棟機能ごとに人員配置を変えられない一方で、精神科のみが病棟機能ごとに人員配置を個別に認めている点も甚だ疑問である。

我々は、そもそも精神科のみ基準が他科よりも低くてよいという認識と、それを定めている特例を問題視している。上記のような貴省のご回答は、特例が存続している現状を肯定するための説明になっている。特例がそもそも差別規定であり、是正すべきである、という我々の問題提起に対する回答にはなっていないと考えている。

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%、身体拘束は約2倍増加している。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、我々は考えている。さらに、隔離・身体拘束をめぐるっては、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。

我々は、隔離・身体拘束件数の増加と隔離・身体拘束によって生じる事件は、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不適切な行動制限が行われていると聞き及んでいる。

また、隔離・身体拘束においては、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、現状の精神科特例下での人員配置では隔離・身体拘束処遇の患者の安全を十分に確保することは困難である。

このような現状が、精神科入院患者の適切な医療を受ける権利を侵害していることは明白である。精神科病床における隔離・身体拘束の詳細な実態調査を行う中で今後、隔離・身体拘束に伴う人権侵害が起こることのないよう、貴省が先導して具体的な対策を実行することを要望する。

3. 退院促進・地域移行について

1) 退院支援委員会について

(1) 退院支援委員会開催の対象者を全患者への拡大を要望する。

(2) 退院支援委員会に患者本人の参加を義務づけることを要望する。

現在、退院支援委員会の対象者は、医療保護入院者が中心であるが、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、その対象から外すことが可能である。また、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も、退院支援委員会の対象となっていない。患者本人が自分の治療や退院について、家族や支援者たちを交えて話し合い、意見交換を行うことができる場というのは、長期入院患者や医療保護入院といった対象に絞られるものではなく、全ての患者に与えられるべきであり、人権的な観点からも治療的効果からも必要な機会である。本人不在で治療方針や患者の将来が決定されるようなことがないよう、原則患者本人の参加を義務化することを要望する。

2) 精神病床の削減について

貴省は2017年に統合失調症などで精神科に長期入院する患者を2020年度末までに全国で最大3万9千人減らすという目標を決めている。しかし、精神科病院の現状は退院患者が増えれば、収益を維持するために新たに入院患者を増やさなければならず、意欲的に病院が退院を促進しづらい経営状況に直面し続けている。こうした状況の打破のためには、退院患者数の目標だけでは不十分であり、精神科病床自体の削減目標を掲げるべきである。他国と比べ、日本の精神病床数の多さは異常であり、必要数以上であることは明白である。多すぎる精神科病床と精神科病院の存続のために適切な医療が提供されず、患者の人権が侵害され、多くの社会的入院を生み出してきたことは歴史的な事実である。

また、病床削減と併せて、地域で支えられるよう、医療や福祉についても法制度を整備すべきである。病院の経営的側面からは病床削減に伴う、代替となる収入源の確保という側面もあるが、そもそも貴省が掲げている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の実現のためにも必要な施策である。現在のように「地域移行」と謳いながらも、精神科病院が患者を囲い込むような状況は「病院完結型」に他ならない。多くの専門職を病院から地域へ、つまり患者同様に職員も地域移行するための政策転換が不可欠である。よって以下のことを要望する。

(1) 精神科病床数の削減目標を掲げることを要望する。

本年度から始まった第7次医療計画において、精神科に関しては多様な精神疾患に対応するため、各病院や病床の機能分化が謳われている。また、障害福祉計画においても長期入院患者の解消や新たな入院患者数を減らすことが目標として掲げられているが、病床削減についてはいずれにおいても触れられていない。しかし、診療報酬の算定方法、及びそれに基づく民間精神科病院の経営方針を変えない限り実質的な退院促進は進まないと考える。よって、精神科病院における病床削減目標を貴省として掲げ、各計画に反映させることを要望する。

(2) 病床削減に伴う、地域精神医療基盤構築のための代替サービスの創設を要望する

民間精神科病院が病床削減に抗う理由は収入の減少である。よって、病床運営に代わる収入源がなければ民間精神科病院は動くことはない。また、「病院から地域へ」を実現するためには、諸外国の取り組みとして米国のACTやフィンランドのオープンダイアログが挙げられる。ともに共通することは、医師や看護師を始めとした専門職が患者や家族の要請に応じて柔軟に訪問診療をすることである。つまり、さらなるアウトリーチの推進が必要と考える。病床削減と併せ、アウトリーチを基軸としたサービスの創設を要望する。

4. 労働法制について

1) 各省庁における障害者雇用数の水増し問題について

本年8月頃に各メディアにて、各省庁が障害者雇用数を水増ししている実態が報じられた。

この事実は、国自体が障害者雇用促進法を遵守しておらず、障害者基本法及び障害者差別解消法に抵触しているものと我々は考えている。

(1) 今後も各省庁における障害者雇用数の実態を、経年公表することを要望する。

(2) この事態を早期に解決するために、今後の障害者雇用における各省庁の雇用計画の策定及び公表を要望する。

2) 各都道府県の障害者雇用採用条件における障害種別の限定について

平成30年度の各都道府県障害者雇用における採用条件を見ると、対象を身体障害に限定しているものが多く見られる。今年度から精神障害者の雇用が義務化になったにも関わらず、こうした実態があることは、障害種別による明らかな差別であり、我々としては看過することはできない。

そのため、各都道府県自治体に障害者雇用時において障害種別による限定をすることのないよう貴省より指導することを要望する。

以上

=====

精労協 TM

よろしく申し上げます。早速ですが、4. 労働法制について、担当の方お願いします。

厚労省 渡部

当課で所管しておりますのは、障害者雇用率制度、今報道等で話題となっている制度の所管課となっております。

4-1) 今後の各省庁における障害者雇用数の実態を経年公表するという要望をいただいております。実はですね、この質問に対してあっていればですけど、毎年6月1日現在の障害者の雇用状況につきましては、民間企業はもちろん、国の機関、自治体からも雇用状況の報告を受け取っております。その経過につきましては、だいたい年末頃に公表させていただいております。その中で民間企業につきましては、企業規模別、産業別であるとか、全体的な数値としてお示しさせていただいている一方、国の機関であるとか自治体につきましては、一覧で個別の機関毎に公表させていただいております。こちらにつきましては引き続き公表し続けていきたいと考えております。

今般報道等で報じられておりますのは、そうした毎年公表させていただいております障害者の雇用状況につきまして、実際に計上していた障害者の方の数が誤っていたということで、8月28日に再度平成29年6月1日現在に報告をいただいて、すでに12月12日に公表させていただいていた数値を、訂正するという公表をさせていただいたところでした。それで雇用をしている数が実際は半数程度減っているという結果になった次第でございます。要望の2つ目ですが「この事態を早期に改善するために、今後の障害者雇用における各省庁の雇用計画の策定および公表を要望する」といただいております。私

どもも、この再点検の結果で、半数程度、対象となる障害者の方を雇用していなかったということがわかってまして、これが多くの省庁で行われていたということを重く受け止めまして、今後どうやって国として、その～障害者雇用を進めていくのかを、関係閣僚会議というものを設置させていただきまして、そのもとに関係府省連絡会議というものも設置させていただいて、そこでまず、なぜこのようなことが起こったのかという原因の究明と、それを踏まえて、もう二度とこのようなことが起こらないようにするための再発防止策、今後の障害者雇用の取り組み、要望いただいている雇用計画の策定公表につきましても、今後どのように取り組んでいくかというのを、今日9時半に開催された関係府省連絡会議のところで、基本方針案というところでお示しさせていただいた次第でございます。そちらの資料につきましては皆さんご覧になってはいないですよ。やっと印刷できたのが10部ほどになるんですが、会議で公表させていただいた資料も1部でございます。今お渡しさせていただいておりますのは、先日8月28日に公表させていただいた国の機関の障害者雇用状況について訂正がございましたので、改めて公表させていただいた数値でございます。

2つ目は、今後の取り組みに関する内容の基本方針案というものになります。資料1つ目ですが、8月28日に国の機関の障害者の雇用状況の再点検結果は、すでに公表させていただいた通りなんですけれども、ある一部の機関で職員の法定雇用障害者数の算定の基礎となる分母の部分に誤りがある機関がありまして、これが他の省庁でもこのようなことがあってはいけないと思ひまして、改めて全省庁それから立法機関、司法機関に対しての再調査をさせていただいた集計結果となっております。今回につきましては、まずその職員の総数自体が4000人ほど増加するというような結果となっております。また障害者の方の数につきましては15人増加しております。雇用率につきましては、先般公表させていただいた内容から0.01%減少しております。不足数につきましては82人増加したという結果となっております。この訂正を本日関係府省連絡会議の方でご報告をさせていただいたところです。

今後どのようにして障害者雇用を進めていくのかと言いますと、未達成の機関については、未達成であれば翌年の1月1日を始期として、1年間で障害者の方を採用するという採用計画を作成していただくという法令となっております。そちらの計画はもちろん立てさせていただいて実際障害者雇用を進めていくんですけども、多数の不足数が発生したというところで、数合わせではないかと、例えば障害のある方を減った分埋めればいいと、そういう数の問題だけではないという風に私たちも認識しております。障害のある方を採用して、その職場で生き生きと働き続けていきたいと考えておりまして、この基本方針案というものを作らせていただきました。この中にはいろいろありますが、2ページ目、今般の事態の検証とチェック機能の強化ということで再発防止に関する対策を記載させていただいております。

具体的な今後の取り組みにつきましては、3ページの下の方からですが、障害者採用計画の策定、そして府の法令に基づく採用計画の策定をするということになるんですけども、4ページの(3)からが、障害のある方に対する雇用の理解の促進に関する内容になります。この中には雇用範囲に関する人事担当者の理解を深めるための取り組みとして、障害者雇用セミナーであるとか、厚生労働省にて各種マニュアルガイドブックを各府省に提供させていただく等など、周囲の方々の障害に対する理解を促進するための取り組みを進めていきたいと記載させていただいております。5ページにつきましては、採用計画を着実に進捗させるための取り組み、それから支援策ということで、まずハローワークにおいて業務内容や業務上の配慮などをわかりやすく示した求人申し込みを取り付けさせていただきまして、そこで各機関と就職を希望する障害のある方につきましては、マッチング支援をさせていただきたいと考えてお

ります。また、フォローアップの方では、就労支援機関等と連携をして各機関の募集に対して仕事をお探しの方を繋げていきたいと考えております。

一方、今お渡ししたものは国の機関に関する再点検の結果なんですけれども、国の機関だけでなく地方自治体であるとか、独立行政法人につきましても再点検を行わせていただきまして、本日はお持ちできなかったですけれども、そちらにつきましても本日9時半に公表させていただいたと思います。やはり地方自治体でも障害のある方の数が減っているという機関がございまして、そうした機関に対する取り組みも必要ですので、地方公共団体に対する対応を記載させていただいております。そのほか様々なものを基本方針案に記載させていただきまして、こちら関係閣僚会議に報告させていただく形となっております。以上がざっと概要なんですけれども、今後の取り組みに関する内容をお話しさせていただきました。

精労協 Y S

4-2)の回答も続けてお願いします。

厚労省 田中

各地方自治体に対する取り組み要請につきましては、総務省において行うとされており、平成27年7月に障害者差別禁止指針および合理的配慮指針の内容を解説した施行通知や事例集を総務省あてに送付しております。また平成28年8月9日事務連絡、地方公共団体における改正障害者雇用促進法に基づく合理的配慮の提供、および障害者の募集採用時の公正な採用選考の実施について、募集採用において身体障害者に応募者を限定するなど特定の障害種別に限定することなく、他の障害種別の障害者にも広く門を開き、能力適正のみを採用基準とした公正な採用選考の実施についてお願いしているところがございます。また、本年3月には公的機関における事例集を作成してございまして、総務省において必要な対応が円滑に行われるよう支援させていただいているところがございます。これにつきましても、事例集等を収集して総務省に情報提供させていただきまして、総務省における必要な対応が円滑に行われるように支援してまいりたいと思います。以上です。

精労協 Y S

まず4-1)ですが、これから問題の究明等具体的なことをやっていくということですが、スケジュール間とかありますか。

厚労省 渡部

個別の省庁における何月に説明会を開催して、何月に採用してという、個別具体的スケジュールというものは作っておりません。ただ、年内で法定雇用率を達成することが可能であるならば、まず年内に達成していただきたいと考えております。また、採用計画については31年1月1日をはじめとして、同じ年の12月31日まで、これを1年間の採用計画の期間とさせていただいております。この間での法定雇用率に達成を目指して取り組んでいただくということとしております。

精労協 Y S

各省庁のガイドラインなどを指定して取り組む、と書かれているんですが、このハンドブックとかが出ているのが平成17年のものだと思いますが、これも改定とかそういったことも含まれてるんですか。

厚労省 渡部

実はこのマニュアルが当課のものではなくてですね。ですが、新しくすべきかどうかも含めて検討させていただくのではないかと考えています。

精労協 TO

6月1日に毎年調査されてて、民間も同じだと思うんですが、今回なぜこういうことが起こったのかというのはこれからの調査だということですが、所謂中央省庁とか地方自治体、その辺への調査の仕方と民間への調査の違いは何があるんですか。聞き方、調査票の違いがあるんですか。

厚労省 渡部

まず、なぜこういうことが起こったのかというところは、8月28日の結果を踏まえまして、第三者委員会を設けさせていただきました。こちらで各省庁に対するヒアリングなどを行って、今般の事案の検証を行ったところですよ。こちらで本日公表させていただいたものでして、一部しかございませんが、ホームページの方には発表させていただいております。この中には当省のお示しの仕方が不十分であったとか、そういったご指摘が記載されているわけなんですけど、私どもと致しましては、この調査結果を受け止めてですね、今後取り組みをさせていただきたいと考えています。ご質問いただきました民間企業に対する調査の違いですが、民間企業に対しては実地訪問調査ができるようになっております。今現行の制度と致しまして、国や自治体の機関に対しては、立ち入り調査等の権限は付与されていないところですよ。一方ですね、民間企業様につきましては雇用率制度と連動して別の納付金制度というものがございまして、100人を超える企業が対象にはなりますが、法定雇用率に満たない企業については足りない分一人月額5万円を徴収させていただいております。それを原資と致しまして法定雇用率を超えて障害がある方を雇用している会社につきましては、調整金として一人あたり月々5万7千円という形でお金を支給させていただいております。その他助成金なんかも創設させていただいております。こうしたお金が絡むということもありまして、民間企業に対してはおおむね3年に一回のペースで会社を訪問して例えば障害がある方の手帳の写しであるとか、従業員の従業実態がわかる資料なんかを確認させていただいているところですよ。同じようなことが国や自治体で行われていなかったということが、間違いではないかと感じております。

精労協 TO

そこまで立ち入った調査をしてこなかったということですよ。納付金に関連すると省庁にももちろん返還金ないんですけども、民間企業がもし同じ不正があった場合、遡って納付金の請求だとか調整金を出していたものを回収したり、が当然出てきますよね。民間が同じことをすると数年間とか、不正に対する罰みたいなのが必ず与えられてくると思いますが、今回の中央省庁の場合は4000人雇用しますということですけども、遡って何かということは全くないわけですよ。ある種の社会的な声としては挙がってますが、実務的に罰みたいなのは一切ないということですよ。

厚労省 渡部

そうですね。おっしゃる通りで、もちろん納付金の徴収も適応されておられませんし、遡って何かがあるということもございません。

精労協 TO

なので、我々団体もこうやってお話をさせていただいているんですけども、一番多分怒っているのは民間だろうかと・・・、民間の障害者雇用は必死でやられているので、今年からまたパーセンテージ上がってどうしようと言っている中で、このニュースが出てきて、そういう方々に向けての、なんというか合わせる顔がない状態というのも、本当に問題だと思っていて、速やかに雇用していただくとともに、調査をもちろん3年に1度と言わず手帳の確認とかというのは徹底していただかないと本当に変わらないだろうと思うので、それも併せて要望としてお伝えさせてもらえたらと思います。

厚労省 渡部

ありがとうございます。お話はごもっともだと思ってまして、民間の企業様も今まで障害者雇用を積極的に進めていただいた会社様ももちろん、未達成の会社につきましてはハローワークの方から行政指導させていただいております。こうした企業の皆様お怒りだと思っています。

今お話いただいた通り、チェック機能というのも非常に大事な点だと考えておりまして、2ページの一番下にもあるように、対象となる障害者名簿、障害者手帳の写し等の関係書類について、必要な調査を行うというチェック機能について強化をさせていただきたいと考えているところでございます。

精労協 GM

色々調査をして原因がわかったら、それとともに謝罪というか、こうしたことで申し訳なかったというのは厚労省もしくはどこかからだされるんでしょうかね。

厚労省 渡部

謝罪の場を設ける等は、私の方が情報が来ておりませんで、なんとも言えないんですけども。私が聞いている中では、今回の関係府省連絡会議の中でお示しさせていただいくというのは聞いておりまして、そのあと記者の方々に対して説明を行うというのは聞いております。その中で何が話されたのかというのは私は把握できてなかったです。

精労協 GM

省庁で手本を示さないと民間に指導できないわけですから、それが今までずっとごまかしというか、「してきてしまったことについては反省する」と示さないと、今後も「国は何やってるんだ」となるので・・・。これはきちんとした方がいいという話がここで出た、とお伝え願いたいと思います。

もう一つ、今までカウントされていた人たちというのはどうなってしまうんですか。何千人と。

厚労省 渡部

縦割りで申し訳ないんですけども。私どもの部署が法律の施行する側で、実際の裁量者側の立場ではないので、どうなるのかというのは、お答えは難しいんですけども・・・。ただ、今まで聞いている中では、この方は障害者ではなかったということだけで、悪い言い方かもしれないんですけども、辞めさせるとかそういったことはないという風に聞いております。

精労協 GM

簡単に労働者を解雇したりしないような形で、それはこんなふうになりますと発表してほしいです。もう一つ新聞にあったデータですけども、今回新たに4000人雇用するということで、統一の試験を受けると書いてあったんですけど、身体とかいろいろ障害の種類がありますけれど、それを統一の試験で振り分けるということなんですか。

厚労省 渡部

そこは人事委員の方で検討しているところで、わたくしの方まで検討状況が把握できていなくて何とも回答ができません。

精労協 GM

精神も含めてですけど、全部「障害がある」ということで行われてますけども、それぞれ障害の特性があるし、能力が違いますし、それを統一の試験でというのが理解に苦しみます。各省庁、各部署によって試験の内容が違ったりするならいいんですけども。ですから、それぞれの障害の種類によって試験を配慮するようにしないと、と思います。

厚労省 渡部

障害の内容はそれぞれで、程度はまちまちである中、一律の選考試験というのはいかがかなという話ですよ。私の方で担当ではないんですが、本日こういうお話をいただきましたということで共有させていただきます。

福島みずほ議員

自治体がやっている。おそらく自治体の場合は障害のある人は別枠でやっているんで、そこで目が不自由な人だと点字とか、いろいろな形で合理的配慮を試験の場合にはやっているということなので、おそらく統一試験だけでもそれぞれに応じて合理的配慮をすることだと思います。ただ4000人というのはあまりにたくさんなので、今まで法定雇用率を満たしていないというのは理解できるんですが、急激にというところもあり、合理的配慮を是非……。人事委員にも要請することになると思います。厚労省からも説明を受けることになっておりますが、是非合理的配慮をお願いします。

一つ、民間から引き抜いていくんじゃないかと、民間で働いている人がやはり公務員になれると思えば応募する人が非常に増えて、民間でひーひー言いながら法定雇用率を守ってきたら、年間5万円ですか、お金払わなくてはいけなくなるので、逆に公務員の方にいっちゃうんじゃないかと思うんですよ。お願いが……。色んな障害がある人達を採用してくれると同時に、是非厚労省の障害者担当や、文科省のインクルシブル教育の部門や、国土交通省のバリアフリーや、それぞれで障害に関係する施策の部分に入れていただいて、障害者政策を進めていただきたいと思います。

精労協 GM

ガイドラインの中に、精神の障害者が258万人。そのうちの、平成15年度で就労している人が1万3千人って書いてあるんですよ。他の障害はもっと高いんです。統一試験はどんな内容か知りませんが、我々精神の労働組合ですから、精神科の障害者に対しての雇用にも配慮を広げていただきたいな

と・・・。多分今までずっと後回しになってきたんじゃないかと思いますので、よろしくお願いします。

厚労省 渡部

ご指摘ありがとうございます。確かに法律の雇用規約として法律上明記されるのは精神障害者の方は一番最後でした。身体障害者が一番最初に雇用義務の対象になって、そのあとに知的障害、そして今年の4月から施工されて、精神障害のある方が雇用義務の対象として明記されたという実際がございます。また、精神障害の方につきましては、ハローワークの方で求職登録をした方の数であるとか、就職した方の数であるとかというのを集計させていただいておりまして、近年精神障害をお持ちの方の求職登録件数がかかなり伸びが著しいので、私どもも精神障害の方の支援を力を入れてまいりたいと考えております。もちろん今障害者雇用を進めなければならない国の機関においても、精神障害者を含めて障害者の方の雇用を進めさせていただきたいと考えております。

精労協 KY

質問ですが。水増し状態の現状を、今現在故意であったのか、そうでなかったのか、他の原因が考えられるのかその辺の調査がわかっていることはありますでしょうか。

厚労省 渡部

検証委員会報告書の方に記載をさせていただいておりまして、そこには意図的なものではなかったという記載がございます。ただ、認識ですね。障害者雇用に対する認識の低さは記載されていたのは記憶でございます。そもそも私どもは毎年6月1日現在の通報について、通知を各機関に送っているんですけども、その記載がちょっとわかりにくいというのが、各省庁さんからいただいているようですね。まず私どもの示し方が不十分であったというはございます。ただ、一方で検証報告書によりますと、精神障害のある方につきましては、雇用義務の対象となるのは精神障害者手帳をお持ちの方と明示させていただいておりまして、精神障害福祉手帳ではなく医師の診断書でもって確認しましたという省庁があったということから、やはりこちらの明記が不十分だというのはあるんですけども、それだけではないというところはこちらの報告書でございます。

精労協 YS

これからシステムの構築をしていくと思いますが、長年毎年報告を受けているにも関わらずこういう実態があったというのは、システムとか、自分たちの責任感とか、認識の甘さということあると思うので、そういうところも含めて今後改善していってほしいなと思います。

精労協 TO

4-2) ですが、地方自治体の障害者雇用率のパーセンテージは出てるんですけども、民間もそうなんですけども、障害種別については出てないんじゃないかと思うんですけども、各自治体ごとに何障害を何パーセント雇っているというのは出ているんですか。

厚労省 渡部

公的機関における障害種別の内訳なんですが、そちらにつきましては各機関毎ではなく、全機関ま

とめて公表させていただいているものがございます。種別の欄を開示するというので、例えばその欄の数が一桁である場合、周りの方々が、その方が障害者であるということを特定してしまうと・・・。例えば一人とかだった場合ですね、種別を開示することで、その方と特定されてしまうという恐れがございまして、そこは開示しないことが妥当だと、個人情報情報公開審査会の方で方針をいただいております、その方針に従って個別の機関の種別についてはお答えしていないというところでございます。

精労協 TO

これは、地方自治体もおなじですかね。

厚労省 渡部

地方自治体も取り扱いは同じです。ただ、自らの機関の状況につきまして全文開示しているケースがありまして。そもそも開示しているところは開示するのが妥当だとしております。これまでも開示していないところにつきましては、開示は難しいのではないかと考えております。

精労協 TO

というのは、やはり偏りが身体の方にいっているという、一部の自治体については数を見てるんですけども、9割以上とかになっているので、今後4-2)をやっているんですけども、実態としてどうなっていくのかどこまで見えてくるのか気になっていて、そのあたりの種別、例えば都道府県別でも構わないと思うので、ざっくりとした形であればそれほど個人が特定されないんじゃないかと思っております、その辺も、追っかけてみていくときにはないかと・・・。個人情報どこまで引かかるかですけども、我々としてはそうしていただきたいというのが併せて要望になります。

精労協 GM

障害の特性を色々考えて、働き方を考えて仕事をするわけですから、個人情報がでわかつちゃうというのはね・・・。働いていたら、当然それをわかった上で、みんなでサポートしてやっていくかということですから・・・。逆に個人情報だから隠すなんていうこと自体がおかしいんじゃないかと思えます。

厚労省 渡部

そうなんですけども、本人さんがどう思うかというところで非常に難しいと思うんです。おっしゃる通り障害があるという事を開示して、周りの皆さんの理解が進んで、障害のある方も生き生きと働けるというのが一番目指すべきところだという風に考えております。如何せん個人情報の話になりますと、本人様の考え方というものがございまして、そこは私どもも難しいところだと思います。

精労協 GM

話をしていくべきだと思います。例えば精神障害のために早く帰ってしまったり、休みを多く取ることもOKだとしますよね。障害を隠してたら「なんであいつだけおかしいじゃないか」と当然なると思うんですよ。それが「こういう障害だからその中でできる限りの仕事をしていく」と言った方がよっぽどいいじゃないですか。

厚労省 渡部

そうですね。本人様が開示するという・・・。

精労協 GM

それは、本人さんがそうってしまうという風潮を制度の中に作り上げてから、本人さんも「私、障害があるから隠していたいわ」という風になってしまうのではないかと思います。本人の気持ちを変えるんじゃなくて、制度を変える中で社会の感覚を変えていくというようにしないと、いつまで経っても進まないのではないかと思います。

精労協 TM

4. はここまでですが、非常にタイムリーな話で、民間のモデルになるような法整備また基盤を見せて、新たな雇用制度を作っていただければと思います。ありがとうございました。

それでは次は要望書1. 精神科患者の人権について担当の方お願いします。

厚労省 大鶴

1-1) について回答させていただきたいと思います。まず(1)でございます。貴協議会との交渉におきましては平成21年の630調査で公衆電話が未設置であった病棟を対象に、平成23年度に精神障害保健課におきまして都道府県等に対して調査を行った結果、設置していない、設置していないが代替手段を講じていると回答した24施設につきまして継続してフォローを行い、その結果を回答してきた次第でございます。一方毎年行っております630調査では、公衆電話の設置病院についても調査を行っております、結果的には貴協議会に回答してきた24施設の数値と、毎年行っております630調査の数値に齟齬が生じていたというものでございます。厚生労働省としましても、電話の未設置につきましては、毎年行われる都道府県等によります精神科病院に対する実地指導等を通しまして、引き続き患者が自由に電話できる環境の確保に努めてまいりたいと考えているところでございます。

続きまして、(2)について回答させていただきたいと思います。精神病院の入院患者が家族や地域社会との接触を保ち、病状においても、患者の人権の観点からも重要なものと考えておりまして、原則自由に行われることが必要であるというところでございます。自由な接触を確保する手段と致しまして、公衆電話の設置が原則である一方で、入院患者の病状により公衆電話が利用できない場合には代替手段を講じる必要が生じますが、その場合においては患者が自由にその代替手段を利用して退院請求、処遇改善請求をできるのかというものができるのか、という点に配慮することが必要であると考えます。

電話の未設置につきましては、都道府県等が精神病院に毎年行う実地指導を通して行いまして、引き続き患者が自由に電話ができる環境の確保に努めてまいりたいと考えております。

(3)について。毎年行っております630調査の結果によりますと、公衆電話未設置病棟が増加している状況でございます。630調査においては未設置病棟の数値については調査しておりますけれども、その他の現場では調査していないというところで、その原因までは把握できていない状況でございます。施設数、施設の公表につきましては、630調査精神保健医療福祉の実態を把握して施策を推進するための基礎資料ということを目的に作成しているものであります。この調査等の結果については公表しないことを前提に任意でお答えいただいている調査であります。そのため、病院名といったものが特定できるような情報を公表することにつきましては、今後の630調査に自体に影響が及ぶ可能性が

あるということで、公表の方は差し控えさせていただければと思います。回答については以上でございます。

精労協 SG

まず、この公衆電話の要望は、以前から挙げさせていただいて、このような状況だったと・・・。前回の回答では630調査は国立精神神経医療研究センターが実施しているもので、詳しい内容については把握できないという回答であったと思いますが、今の回答では630調査に差し障りがないようにと言っておられましたけども、そもそも630調査をそちらがちゃんと把握していたのなら、齟齬があったとおっしゃいましたが、明らかに虚偽の回答を、こちらはもらっていたという認識もあるんです。そちらが把握していなかったというのであれば、それはそれで問題ですし、把握していたのにこちらにちゃんと回答していなかったというなら、それはそれで問題です。どちらにしても大きな問題なんです。

もう一つ気になったのは、最後の回答で施設数、施設数は以前の回答で24施設とか残り1施設とか出していただいたじゃないですか・・・。そちらの施設数は公表していたので、それもできないのかなということと、この問題が発生してすでに数カ月たっていて、139病棟あって一つの病棟40人くらいとしても、5千人以上が通信手段がない環境で、人権が守られていない状況でこの数カ月、本当はもっと長いですよ、入院しているわけですよ。それを630調査までほっとくと・・・。それでいいんですか厚労省！と、すごく思うんですけども・・・。そのあたり、また630調査して詳しく把握していきますなんて回答じゃ、ちょっと納得がいかないんですけども・・・。

どういう風に解消していくのか、今まで改善計画を立てて、改善計画書を作らせませんとあって、一件も作らせた例はないんです厚労省は・・・。それで「今まで通り指導していきます」じゃあ、増えてるんですよ！未設置病棟、代替手段をどれくらいやっているかも全然調査できてないじゃないですか。それで「今まで通りやっていきます」じゃ、全然納得がいかないんですけども、そのあたり具体的にどう進めていくのか、この問題を厚労省としてどのくらい大きな問題として取り扱っているのかが良く見えてこないというか・・・。あまりに関心がないと思わざるを得ないんですけども・・・。

厚労省 大鶴

まず、最初にご指摘いただいた点でございます。今まで貴協議会との交渉の場で回答してきた数値と、630調査の数値との違い、齟齬が出てきたということにつきまして。貴協議会との交渉におきましては、21年度に一度630調査で結果が出ております。その未設置病棟、代替手段を講じている病棟におきましてどうなんだと・・・、次は設置されているのかどうかというのを毎年毎年確認をしてフォローしていたと・・・、それについてこの交渉では回答していたというものでございまして、それとは別に630調査では病棟の数が増えていたということで、そこで齟齬が出てきていたと・・・、あくまでもこの交渉の場で回答した施設について、厚労省については調査してきたというところでございます。意図的にこう、なにか、630調査の数値を出さなかったとかそういうことではなくって、あくまで一度回答したことに対して次の年はどうだったかということでフォローしてきたということでございます。

2番目の施設数の公表でございんですけども、調査自体は厚生労働科学研究班の方で行っておりまして、研究班を通じて施設数については確認できるものと思っております、これについては経過を通じて公表したいと考えているところでございます。それから、現在630調査の結果につきましては139病棟設置がされていないという結果が出ております。公衆電話の未設置があるというのは問題があると考

えておりますので、都道府県等の方で毎年精神科病院に対して実地指導を行っております。その実地指導の結果を受けて、患者が電話ができる環境の確保に今後も努めてまいりたいと考えております。

精労協 SG

即ち今まで通りの事しかないという回答ですよね。毎年実地指導をやって未設置のところには指導します、各都道府県を通してというふうにしてるじゃないですか・・・。結局、増加しているという問題に対して今まで通りの対応しか講じない、という回答だったんですけども、それでいいんですかというところですよね。次に6割要件のところでも出てきますけども、審査会がありますからと言っても、電話がなきゃ審査会にも電話ができないわけですよ。警察にも電話ができないわけですよ。その辺の根拠が全部崩れるんですよ、公衆電話が未設置だと。そもそも違法なのにやってる、やらせてる、厚労省が許してる、それで「ちょっとお名前は控えて」・・・。

福島みずほ議員

厚労省が指導をしていて、なんで未設置のままなんですか。何に欠陥があるんですか。

厚労省 大鶴

公衆電話自体が未設置ではあるんですけども、何らかの代替手段を取っていて、それで良しとしている医療機関があるのではないかと考えておまして・・・。

福島みずほ議員

では行政指導の中で、例えば事務所で電話がかけられるところがあって、それを事務所が拒否したりダメだって言ったらできないわけで・・・。この件はずっと毎年やっていて、少しずつ減ったと思いきや未設置の方が増えているわけじゃないですか。厚生労働省が全部設置できるようにやってくださいよ。都道府県通知が生温ければ、各精神病院に言ってくださいよ直接、厚労省がそれをやれないわけがないんですよ。公衆電話を設置しないなら罰則規定でもやりますか。厚労省がここまで言っていてなんと言うこと聞かないの？。言う事聞かなくて未設置であれば何か欠陥があるんですよ。どうしたらこれをゼロにできるか・・・。

厚労省 大鶴

まず精神科病院に関する指導監督権限というものは都道府県にあります。ですので、毎年都道府県は毎年すべての管内の精神病院に対して実地指導ということで・・・。

福島みずほ議員

わかりました。そしたら未設置の都道府県別出してください。どこの都道府県がさぼっているか一目瞭然じゃないですか。まず各都道府県で未設置の都道府県別のデータを出してください。どこの都道府県がさぼっているか、それでその都道府県に言ってください。よろしいですか。それはでますよね。出してください。

厚労省 大鶴

研究班として調査をしますので、研究班の方に確認をしてみないと今の段階での確約というのは、難しいんですが。

福島みずほ議員

だって未設置というのは具体的にはっきりしていることで、都道府県を通じてせよって言っているわけだから、都道府県別に出してもらうのはいいことじゃないですか。本当は個人病院名出してほしいが、それが難しければ都道府県別で結構です。まず第一ラウンドとして都道府県別のデータを出してください。よろしいですか。ではお待ちしておりますので今日にでも送ってください。

厚労省 大鶴

研究班の方に問い合わせればそういったデータを持っているかとは思いますが、調査しているのは研究班でございます。早速問い合わせをして確認したいと思います。

福島みずほ議員

都道府県別を公表し、ちゃんと促進せよと、都道府県がさぼっていないならどこがさぼっているのかどうしたらいいのか、これも罰則をやった方がいいんじゃないですか。

厚労省 大鶴

国としましても公衆電話の設置大事なことかと思ってますんで、何とか進めたいとは・・・。

福島みずほ議員

逆に罰則はちょっと負担なら、何かインセンティブかペナルティか、公衆電話を未設置だと何か考えとかないですか。診療報酬上何か考えとかな。

精労協 AG

強制入院する権限がそもそもないわけでしょ。つまり精神病棟の基準を満たしていないわけだから・・・そこをちゃんとやらしてもらわないと・・・15年もこの問題やってるんだから・・・。

精労協 WN

違法状態なんですか、公衆電話ないのは。合法なんですか。

厚労省 大鶴

全く外部との通信の機会が与えられないということについては、よろしくない状態だと・・・。

福島みずほ議員

違法状態？

厚労省 大鶴

あの一。

精労協

よろしくない状況とと思っているのか、違法だと思っているのかです。

精労協 WN

違法だとまずいんじゃないんですか。

厚労省 大鶴

厚労省の出している告示がありまして、その中では都道府県の司法局、その他の人権擁護に関する行政機関の職員ならびに患者の代理人である弁護士等の電話制限、これについては制限はできないというような規定となっているところでもあります。電話がないことで直ちに違法ということではなくって、そういった通信が行われる状態であるということであれば、直ちに違法ということにならないとなっております。

精労協 GM

基本は公的な公衆電話という形で書いてなかったでしたっけ。

厚労省 大鶴

告示になるんですが、その中では閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。

福島みずほ議員

公衆電話等を設置するもの、とするならば、公衆電話が無ければ告示違反ですよ。そうすると、厚労省としては明確な告示違反だと各精神病院に言ってくださいよ。

厚労省 大鶴

それにつきましては、繰り返しで申し訳ないんですけども、都道府県ですべての精神科病院に実地指導を行っています。その中で、そういった公衆電話を設置しないという事例があれば、それは都道府県の方で毎年指導しているということでもあります。

精労協 GM

毎年って、これ一年ずつかかっちゃうのが問題だと思ってるんです！！。宇都宮病院事件はご存知ですよ。職員に患者さんが何人も殴り殺される事件だったんですよ！。通信手段がないから紙飛行機を窓から飛ばして助けてくれて・・・それで事件が発覚したという。人権問題が起きた事件なんですよ。そういう認識を持っていただかないと。一年後でなくすぐにでも厚労省から派遣してでもいいですが、すぐにやるべきだと思いますよ。

福島みずほ議員

私もショックなのは、毎年交渉してて、むしろ公衆電話未設置が増加しているわけで、告示では公衆電話等の設置となっていれば明確に告示違反で、それは厚労省が全く無力だということじゃないですか。ですから、今日都道府県別のものを出していただくと同時に、質問を変えますが、未設置のところの都

道府県にこれを100パーセント履行せよと指導しているんですか。

厚労省 大鶴

未設置の都道府県に今のような指導をしているということはないようございまして、過去の630調査で設置をしていなかった24施設については継続的にフォローしてまいりました。

福島みずほ議員

それでその24施設はすべて履行されたんですか。

やりこめるためにこの交渉をやっているのではなく、共通の理解として告示の全面履行をやりましょうという話なんですよ。一つは都道府県別に出してもらうことをやれば、各都道府県も、うちはちょっとまずいなと思ってもらう必要がまず第一にあります。それから厚生労働省として、都道府県に、また個別の病院に働きかけてくれるということなんです。さっきフォローアップって言っていますけど、フォローアップしながら設置にならないというのはおかしいじゃないですか。告示違反ということであつちんと設置せよというところまでやってくださいよ。

厚労省 大鶴

先ほどの24施設に関しては残り1施設という状況になっています。そこは少しずつですが、改善はあると思っております。都道府県ごとの未設置の施設がどのくらいあるのかについては早急に回答したいという風に考えております。

福島みずほ議員

厚労省が頑張って1件だけになっていたわけでしょ、でも本当は数字は違ってたということなので、厚労省がその気になればゼロになるということをおっしゃったんですよ。正しい厚労省の立場で未設置のところさらにやればと言えば全部設置になる。それを是非やっていただきたい。よろしくお願ひします。

精労協 SG

24施設については、詳しくここは病棟のどこに設置しているとか把握していただいていたじゃないですか。同じように139病棟に関しても顔を突っ込んでいただきたいなと思いますので、よろしくおねがいします。

では、次の1-2) お願いします。

厚労省 大鶴

入院の必要性につきましては、精神科医療における一定の知識経験を有する者と致しまして、国が指定する精神保健指定が入院の必要性を判断することとしておりまして、入院継続の妥当性につきましては都道府県等に設置された第三者機関であります精神医療審査会において、審査を行っているところがあります。このような仕組みを通じて適正な運用が担保されるものとなっているものでございます。また、都道府県等においては、すべての精神科病院に対して実地指導を行っているものでありまして、実地指導におきましては、精神保健センターの指定医など当該病院勤務の精神保健指定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による患者診察をして、患者の入院形態が適切かを確認した上で不適切な事案があれば、指導等を行っているものであります。精神保健指定、精神医療審査会の仕組みが適切に行われるよう、厚労省におきましても毎年自治体に対し、行政事務指導監査を実施しております。その中で自治体の実地指導内容が適切かを確認しているところであり、精神障害保健課からは以上であります。

精労協 TM

保険局の方はまだ来られてないですかね。

精労協 WN

医政局の方はこの6割についての話はできないですか。
では、先に1-3)からお願いします。

厚労省 濱崎

ご要望における医療法施行規則第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床において、入院治療を行うことが適切であるという考え方を土台として、精神疾患の特性に応じた医療を提供する仕組みを担保しつつ、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。同規定は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ご指摘につきましてははですね、先ほど述べました通り、精神疾患の特性に応じた医療を提供する仕組みを担保しつつ、同規定に対する不適切な誤解や解釈により、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ありますので、この規定自体が精神障害者の方への差別的扱いを助長させるものではないと考えております。

また、平成28年に当該規定について改正をしておりますが、改正主旨としては、精神疾患についてはその治療を適切に行うために精神病室への入院を基本としつつ、身体合併症などを有する場合には適切な病室に入院し治療を受けることが望ましいということを確認するものです。一方でこの規定の不適切解釈や誤解により、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室での治療を拒否されること等の差別的扱いを受けた場合は、差別的扱いにあたると考えられます。このような場合には、障害者差別解消法に基づき、これを拒否した病院への指導や勧告を行う事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考えております。

精労協 SG

ありがとうございます。毎年同じ回答です。今おっしゃいましたが、同規定によって不適切な解釈や誤解が生じる可能性があるからカッコ付けをしたんですよね。同規定によって不適切な解釈や誤解がないようにというのは、生じる可能性があるということですよね、カッコ付けをするということは・・・。生じる可能性がないならカッコ付けする必要がなかったんだから・・・。因みに、この法律があることで合併症の人たちどうするんだ！！ってずっと言い続けていたのは僕たちです。この規定が残っている限り、誤解が生じる可能性はずっと残ってるんですよ。カッコ付けをしたから全部が解消するわけではないし、そもそもこの規定を残しておく根拠がすでになくないと思うんですけども、精神科の診察を必要とす

る人は、今は精神科にかかりますよ、誰だって。そのあたりずっと言い続けているんですけども、これを廃止できない理由がわからないんですけども・・・この法律が無くても精神科の方は精神科の病院に行きますし、そもそも精神保健福祉法がありますのでそこで精神科の人の人権とかは守られることになってるんじゃないんですか。

厚労省 濱崎

この規定については、差別を助長するような、差別をするための規定ではないので、あくまでも精神疾患を持っている方に適切な医療を受けてほしいという。

精労協 SG

でも、差別が生じる、誤解が生じる可能性はあると言ってるわけですから・・・生じる可能性はあるんですよ。

厚労省 濱崎

生じる可能性がないように、ということで、平成28年に改正したものであって、差別的扱いが生じるかもしれないということについては改正で解消しているのではないかと・・・。

精労協 GM

他の科で、例えば透析が必要な方に、その人の不利益にならないようにということで、透析の人は透析の病院に入院するようにと、そういった条文はありますか？ 精神科だけなんでつけなければいけないんですか。感染症もあります。感染症は感染するのは解るんですが、精神科は感染することはないわけですから。

精労協 TO

逆にこの条文がないとどんなことが起こりうるんですか。精神科の方が精神科以外で治療を受ける可能性があるということですか。ありえますかそんなこと。

精労協 WN

まくし立てて申し訳ないですけども、精神疾患の特性にあわせて適切な医療が提供されなかった時代というのは、いつ頃ですか。いつのことを言ってるんですか？ 精神疾患の特性に対応した治療がこの条文がないと提供されなかったのはいつの話なんですか？ 今何か弊害ありますか？。時代背景から。

厚労省 濱崎

精神病室というのは、他の病室と違って特殊なものをお願いしていることもあって・・・、そうですね、本当にあくまでもこの規定については差別ということではなくて、精神疾患を有する方に適切な医療を受けていただきたいという主旨である条文なので、その点をご理解いただきたいなど。

精労協 WN

その主旨はいつ考えたんですか。厚労省は。

厚労省 濱崎

この条文は制定当初からだと思うので、制定当初にあると思います。

精労協 WN

戦後直下でしょ。

厚労省 濱崎

その後見直しを行いながら平成28年に改正していると・・・。

精労協 WN

戦後直下に作ったんですよ。空襲で焼けちゃったんじゃないですか、精神科病院が・・・。私宅監置した時代じゃないんですか。それか不適切な施設収容してたんじゃないんですか。ならまだちょっといい病院で良い療養環境で精神障害者を入れようと思って作ったんじゃないんですか。戦後直下から、1940年代から今に渡って、日本の精神科医療が精神障害者になにをしてきたか、というのが問題なんです。長期収容でしょう。長期入院が退院促進地域移行できないのが、日本の精神科医療の問題じゃないんですか。だから、この医療法施行規則第10条が戦後直下にできて、精神障害者は精神科病床に入れときなさいよと言った結果、やりすぎちゃったんでしょう。この70年間・・・。それでどうするんですかという話ですよ。やりすぎちゃったんですよ。違います？ 戦後直下から今の日本の精神科医療の問題を見て何を起こしたんですか。と思った時に、この医療法施行規則第10条をどうするのかという話ですよ。どうですかね、施設収容やりすぎてないですかね、これは全体状況の認識の問題ですよ。

厚労省 濱崎

いただいたご意見踏まえながら、医政局ではなくて障害部でしたり、他の精神医療を所管する部局との協議などを踏まえての施策となってくるので、いただいた意見を今後の参考にさせていただきたいと思います。

精労協 SG

なくなったらどうなるかという回答をもらえてませんが、どうですか。具体的に。

厚労省 濱崎

医療法は様々な医療についての理念的な規定を定めたところでもあるので、あくまで強制的なというよりは、適切な医療の提供の在り方ということで定めているものだと思うので、無くなってどうか言うのは・・・すみません。

精労協 TM

先ほど言った通り、これは終戦直後できた法律でその当時は必要だったかもしれない。けれども現段階において、それがなくなることで何かデメリットがあるかというよりも、無くすことでの意思表示ができると思うんですね。厚労省としての。現代で精神科におきている問題について何か意思表示をす

るなら、まずはこういうものは無くすべきです。

精労協 GM

前からずっと言い続けてますが、昔は公衆浴場に入れ墨の人と精神病者は入ってはいけないと書かれてたんですよ。今それはなくなっただけですよ。それは差別的なことだったと。同じですよ。精神の具合悪いのに外科いったりしないですよ。精神の具合悪い人は精神科にかかりますよ。わざわざ精神科に入院しろなんていうふうな文章が無くて具合いが悪ければ外科にはいきませんよ。そこをわざわざ書いてあることがおかしいんです。これがあるおかげで、カッコ付けで書いてあるけれども、このおかげで私の担当していた患者さんとか手遅れで・・・、他科が入院を引き受けてくれなかったり・・・、みんないっぱい亡くなってるんですよ、悔しい思いをしてるんです。

がんの手術をして本来ならもっと術後入院をしないといけないのに、手術終わって2、3日で帰されちゃうとか。「精神科の患者なんて大変で、専門じゃないから」と、みんな戻されちゃうんですよ。それみんな、こんな条文があるからこんなことになるんですよ。私たちは患者さんの命を預かって仕事してますから、こんな悔しい思いをしたくないんです。その辺を厚労省の方にはわかっていたいただきたい。よろしくをお願いします。

精労協 SG

この条文が、今もそういう影響を与えています。続いています。この条文が原因じゃないんですかと思うんですが・・・。先ほど話ありましたが、精神保健福祉部の方が医政局に言っていくぐらいの意気込みが無いと、こういった差別の事とか精神医療の現状というのは変わっていかないと思うので、協力して変えていくところだと思うので、精神保健福祉部の方にも、この法律は古いんじゃないかと、変えていった方がいいんじゃないかと声を挙げていっていただかないと・・・、そもそも皆さんがやっている仕事は70年前の精神医療と同じ質の仕事をしていることと同意となってしまいますので、そんなことないと思うのであったら、変えていく努力を一緒にしていただきたいなと思います。

1-2) についてお願いします。保険局の方。

厚労省 野中

保険局医療課としては、精神科救急入院料を算定する病棟については、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ものでございます。いずれにせよ、こうした個別の入院料、施設基準は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を伺いながら丁寧に対応させていただきたいと思っております。

精労協 SG

ありがとうございます。これも毎年同じ回答をいただいています。優先的にというのはいいと思うんです、救急病棟だから、確実に担保していきましょうと・・・。いいのかもしれないですが。そのために一定の条件を付けましたと、救急の必要性ない人には救急病棟使う必要はないんじゃないですか。ただ、その一定の条件をなぜ、強制入院か否かで決めるんですか？というところに人権的な問題が大きくあるんじゃないかと私たちは言っています。強制入院か否かで緊急の必要性があるかないかは判断できない

んですよ。おそらく、救急で入院する人は、イメージで自分で判断はできないだろうとか、状態が悪いからわかんないだろうとか、医者の判断が必要だから強制入院になるだろうとか、そういうイメージ。予測・・・もちろんそういう人もいますけど、それは指定医が判断すべきで、それは強制入院かどうかではなくて、その時の症状が悪いかどうかで緊急の必要性が変わるんじゃないんですか。症状が悪い人は全員医療保護入院、措置入院になるわけじゃないですよ。

症状が悪いことを自分で認識している人は救急の必要性がないってことですか。例えば腕の骨が折れて骨が飛び出して死ぬほど痛いじゃないですか、それで病院にかかりますよね。でもあなた自分で骨が飛び出しているのを認識しているからあなた救急では入院できませんと言われるんですよ、あなた治療できませんと言われるんですよ。意味わからないじゃないですか。自分の症状を認識してちゃいけないんですか。今、精神医療でリカバリーとかWRAPとかで自分の状態を把握しようとか、そういう医療的な動きもあるじゃないですか。そもそも原則任意入院じゃないですか。患者が自分の状況を把握しなきゃいけないんですか。今すぐ電車で飛び込みそうですという人が入院できないんですよ。

強制入院であるか否かで救急の必要性は絶対に判断できないはずなんです。全く別の基準を作らないと人権的に問題があると思うんですけども、そのあたり精神保健福祉部も含めてどう思いますか。

厚労省 野中

ご意見ありがとうございます。おっしゃっていることはよく理解できるんですが、こちらを決めるにあたっての基準というものは関係者の方のご意見を踏まえたうえで、先ほど申し上げましたが中医協にて議論して決定したことでございますので、直ちにとということはこちらではご回答はできないんですが。

精労協 GM

前に、中医協の方にもこういった意見があったということは言って頂けると言ってくれましたよね。中医協、その後はっきり言ってボンクラじゃないですか。実情をわかってないところでそういう数字を出している・・・何が言いたいかという、同意を得られる方にも6割埋まらないから医療保護にしてもらうみたいな形にしちゃってるんですよ実際・・・。

それから、心ある病院では非自発的入院の人でも時間をかけて納得してもらって同意をしてもらって任意入院にしてもらうように努力をしているわけですよスタッフは、具合が悪い人にすぐにパッと医療保護入院で入院させちゃうのと、少しでも、しぶしぶでも、本人が入院しますと言って入院してもらった方が、治り具合が全然ちがうんですよ。それから処置だって、納得いかなければ、暴れて拘束や隔離になってしまうところを、任意入院だから拘束をしなくていいねとなれば、全く治り方が違うんですよ。

良心的な病院はそうやって努力してるんですよ。これはそういう努力をふいにしちゃう話ですよ。民間病院ですから儲けなければいけないから、救急入院料病棟を維持していくためには6割の非自発的入院がなければいけないんですよ経営のために、先ほどのような病院が多くあると聞きます。努力しないで「はい君は医療保護入院ね」ということが実際に起こってるんですよ。救急入院料病棟ができた次の年からずっと言い続けてるんですけども、一向に改善の兆しがない・・・。どうお考えですか。医療的なことを含めてこういうことが起こっていることをどう思いますか。精神科医療がそういうことでいいんですか。

精労協 TM

この1番の項目は精神科患者の人権についてという訴えなんです。厚労省として本腰を入れて取り掛かればなんとかなることだと思えるんですよ。それを人権問題としてなぜ中心的に動かないのかと言う事は甚だ疑問なんですけども、どう思われますか。

厚労省

.....。

精労協 TM

皆さんの省庁が本腰を入れて取り組まないと、精神科患者の人権が守られていないという現状について、使命感とか葛藤みたいなものは感じていらっしゃらないですか。

精労協 TO

一般の病院は今、インフォームドコンセントを徹底するじゃないですか。歯科行ったら内科行ったら、外科はもちろんですけども。それが我々が患者で行く場合もこういったリスクがありますよ、どうしますかと聞かれるわけですよ。いやだったらいやだと言いますけど、基本的には治療の説明を受けたいので治療を受ける、これは治療関係ですよ。これが一般的に推奨されている中で、精神科に行くこと逆の事が起こる。つまり、この人もう駄目だなと医者が思うと、説明の努力をせずして医療保護入院で取っちゃったほうが早いんですよ、要件があるから。逆の方向にインセンティブが働いている。これは人権問題じゃないですか。

厚労省

.....。

精労協 IM

すごくお静かなので答えやすそうな質問をさせていただきますけども、中医協じゃないとわからないかもしれませんが。精神科救急入院料病棟は高いお金をいただくので一定の基準が必要というのは理解できます。その一定の基準に入院形態が選ばれたというのはなぜなんですか。

厚労省 野中

明確にこういった形で制定されたというのは、わたくしの方では認識はしてないんですが、何度も申し上げるんですが、関係者の方々のご意見の中で、こちらが選定の要件となってきたということでございます。

精労協 IM

決める権利をお持ちではないかと思うんですけども、個人的にこの基準をどう思いますか。精神科救急入院料病棟に必要な基準だと思いますか。

厚労省 野中

この場で個人的な意見は申し上げられないですが、おっしゃるように実態に即した形にしていくことは重要なことであるところからも思っておりますし、今後も引き続きご意見の方を参考にさせていただきたいと思っております。

精労協 SG

中医協はオリンピックみたいに何年かに一回しか開かれないんですかっていうくらい、ずっと何年も僕たち言っているんですよ。中医協で議論されたんですか、一回くらい。中医協に議論してくださいと言ってかないと・・・。さっきの話と一緒に、精神保健福祉部が、やっぱりこれはちょっと人権的にダメだよと、ちゃんと認識してもらって行って行かないと、たぶん始まらないですよ。なので精神保健福祉部の方はこの6割要件について、「指定医がちゃんとやっていますから、審査会があるから大丈夫です」以外で、そもそもこの規定自体に対してちゃんと意見をいただきたいんですけども、ご回答をお願いします。

厚労省 大鶴

入院の必要性につきましては、先ほど回答させていただいた通り、指定医の方、入院の妥当性については審査会の審査等を通じて適正な入院が確保されていると考えております。ただ、今言われたようなご意見があるということは、最終的にはどうするかというのは、障害部としてどうするかというのはなかなか・・・、意見は承ろうと思っております。

精労協 SG

毎年意見は承っていただいているんですけども、それを共有していくとか伝えていきますって、中医協にこういった問題点が指摘されていますとか、そういったことを承るだけじゃなくて、部署内で検討しますとか、そういうことをこの場で終わらせるのではなくて進めていかないと、公衆電話と同じような、何も進まない状況で、より今、強制入院者数増えているような状況になってしまうんですよ。動かないと、ひどくなる一方ですよ。ぜひよろしくお願ひしたいです。

精労協 GM

中医協の方に要望書とかを出した方がいいんですかね、そういう時は・・・。文章出したり交渉を求めることはできなくはないんですけども、ただそれだけでは・・・精神保健福祉部の方でもしごらみはあると思うんですけども、わたくしたちは現場で頑張っているわけですから医療保護にされちゃった人にも一生懸命に治療に結びついていただけるように説得したり納得したりと努力はしているんですけども。行政もちゃんと動いていただかないと、人権問題は解消しないと思っております。

精労協 AG

大阪人権センターでも活動していますが、ニュースの方をお渡ししてるんですけども、精神医療審査会がチェックしていると言われましたが、精神医療審査会は一年間に強制入院を27万件申請があるんです。それに対して書類審査だけで結果的には17件しか不相当となっていないんですよ。退院になった人はまだ一桁しかいない。99.99数パーセントが申請だけで通ってしまうという・・・。チェック機能

はありません。

これはヨーロッパでの強制入院比率と比べると日本では人口当たりの強制入院率は1.5倍なんです。これは日本だけ異常な状態である。さらに医療保護入院、措置入院併せて15年間で2倍になってるんです。また年々医療保護入院が増えている。増え方が一直線なんです。これはスーパー救急の増加と同じ一直線の数値を描いてるんですよ。認知症が増加しているのが影響しているという考え方もあったんですが、認知症は2012年にピークで減っているんです。なのに一直線に増加している、これに対応するのがスーパー救急の数なんです。そういうことが精神科医療の強制入院の増加をもたらしていて、多くの人が意にそぐわない強制入院を味わってしまう。さらに隔離拘束も同じように増加しているというデータは厚生労働省の方は良くご存知だと思いますので、しっかり現実を受け止めていただきたい。

精神医療審査会がちゃんと権利擁護が機能するような制度にしてもらわないと意味がないです。以上です。

精労協 TM

1. の項目はここまでとしますが、人権問題が厚労省の管轄内で起こっているという認識で今後早急に片づけられるものは片づけていきたいなと思いますので、よろしく願いいたします。

では次に、2. 精神科特例についてお答えいただけますか。

厚労省 万中

質の高い医療するために、手厚い人員配置になるようにしていくことは重要であると考えられますけれども、医療法上の基準を上げることが各医療機関の診療体系に多大な影響を与えることが懸念され、さらには地域医療の提供体制にも、多大な影響があることが考えられます。各医療機関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で、改善されることで達成することが望ましいと考えております。

精神病床における人員配置については、平成26年4月に制定しております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、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。また、1年以上の長期入院精神障害者に対しても他職種による退院支援や生活支援など、退院の促進に向けた取り組みを推進することのほか、精神障害福祉サービスを行う事業者など外部の支援者との関係を取りやすい環境を整備するなどの方向性を示してありまして、患者の状態に応じた医療や支援を提供するよう定めております。

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おいて、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。

引き続き関係部局で連携しながら精神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。以上です。

精労協 SH

今のご回答聞かせていただいて、例年そうですが、私たち精神科特例に関しては病棟毎の機能に応じて適切な人員配置をすることで、よりより医療の提供をしていきますというご回答を、いつもいただいているんですけども・・・そういう風に言うと聞こえはいいですが。要するに、急性期以上の病棟には特例以上の配置をすると、しかしそれ以外の病棟に関しては特例の基準の枠内で、多職種という言葉をつかってましたけども、結局特例の枠の中で回していくということだといつも思っていて・・・。

そもそも特例があったことによって今の精神科病院の長期入院化というのが生まれてきたんだと、私たちは認識しているんです。その点はどう考えていらっしゃるでしょうか。精神科特例が、今の日本の精神科医療の現状を生み出す一つの要因になってきたというふうに、厚生労働省としては考えていらっしゃるのか、そうではないのかをお聞きしたいです。

厚労省 万中

精神科特例の及ぼした影響について、直ちにちょっとお答えすることは難しいですけども、精神障害保健課においては、入院医療中心から地域生活中心へと方向性を示しておりまして、精神科特例に限らず各患者さんの症状や病態にあわせて、人材や財源を確保して適切な医療を提供していくことが望ましいということで、平成26年の指針においても示しているというところではあります。

精労協 SH

ご存知ないようなのでお伝えしたいんですけども、この精神科特例というのは日本の精神医療の現状を生み出す一つの大きな要因だったと思います。これは一般的な理解として共通認識として多くの人が持っているものだと思います。なのでそこはちゃんと勉強してほしいなど、回答を聞いて思いました。この精神科特例があることで、今の現状が生まれている。1年以上の長期入院の方が今20万人くらいでしたか、10年以上が7万人くらいと言われてるんですか。そういう方々が精神科特例という規定が1958年にできてから、今60年近く経つんですけどもずっと存続しているなかで、今の長期入院の方々が生まれてきたと・・・。その中の何万人かの人たちは社会的入院だともいわれている状況ですよ。その認識は大丈夫ですか。そういう認識を厚生労働省もされてますか。今現在、社会的入院の方が何万人という単位にいるということは厚生労働省も理解されているということでもいいのでしょうか。

厚労省 万中

社会的入院ということに関しては、定義されたという事は把握しています。

精労協 SH

そういう方々が、特例があることを背景として生まれてきていて、特例があったことで生まれたのだから、特例を廃止しない限りは長期入院の方はなくなりませんよね、というのが私たちの考え方なんですけども。急性期や救急病棟に人員を多く配置しますといつもおっしゃるんですが、私たち、それではだめだと思っていて、むしろ今長期化している患者さんを地域に押し出していった退院していただくために、この特例の撤廃が前提として必要だろうと思ってるんですけども。今日このフロアには精神科の病院で働いている人、また当事者の方も来てまして、日々今言っていたような長期入院の患者さんへのケアをしていく中で実感していることもあるので、後でまたフロアからも話を聞いてほしいと思います。

精労協 IM

先ほど、例年と同じ、病棟機能に応じた適切な人員配置を行うというご回答がありましたが、医療法施行規則第10条と重なってしまう、ちょっと意地悪な話をしますけども、なぜ精神科だけ病棟毎に人員配置が違うんですか。身体科病院は病院で人員配置が決まっています。なぜ精神科だけ病棟毎に人員配置が違うんですか。

厚労省 万中

病棟毎に人員配置を変えるというより、それぞれの病棟の機能に応じて適切な医療が提供できるように体制を定めているという・・・。

精労協 IM

精神科に入院される方が受ける医療の質と、身体科に入院される方が受ける医療の質と、やはり看護師が少ないことで受ける医療の質の低下というのはあるんじゃないんですか？ 医療を受ける人に対しての人権侵害というふうに我々はとらえているんですけども、いかがですか。

厚労省

・・・・・・・・。

精労協 WN

精神科の病棟毎に人員配置基準を変えているわけですよ。 「精神科特例を解消しますよ」というふうに、厚生労働省がさっと言い切れないのには理由があるわけですよ。今回答だとスーパー救急は人がたくさんいますよと、退院促進病棟は退院を促進するために人をつけますよ、という傾斜配置でしょ。病棟機能ごとに人員を変えているということをしておりまして、それは精神科医療の質をよくするために入院中心から地域支援に転換していくための方策ですと云ってるわけじゃないですか。つまり今いいことをしてるみたいなことを言ってるわけですよ。じゃあ一般科の病院も同じように病棟毎に人員配置基準を変えられるようにすればいいじゃないですか・・・。出てるでしょ中医協の中で・・・、一般科の病院協会から精神科みたいに一般科も病棟機能ごとに人員配置基準を変えてくださいよ・・・という要望が出てるでしょう。でも厚生労働省はダメだと言っているわけじゃないですか。なんでですか。それは精神科病院の基準にあわせられない理由があるからでしょう。精神科病棟を傾斜配置しているわけですよ、それは厚生労働省は理由があるわけですよ、一般科の病院を精神科のように変えられない理由も厚生労働省にあるわけじゃないですか、それ矛盾でしょ。

今精神科病院でやっている傾斜配置がいいことであれば、一般科の病院もそれに合わせればいいじゃないですか、でも合わせられないんでしょう。それは医療の質が低下するからでしょう。

厚労省

・・・・・・・・。

精労協 SH

何かお話いただけますか。

精労協 WN

精神科特例を廃止するのか、一般科を精神科にあわせるのか、どちらだと思いますか。

厚労省 濱崎

医政局から少しお話させていただきます。確かに看護師であったり医師であったりというのをすべての病院で手厚くするというのを、それだけでは医療の質というのは保たれるのかな、とは思いますが、現状やはりその医療法という最低基準を、一律に人員配置を上げてくださいますと、なかなか現在、医療従事者の方の不足というの也被言われている中で、なかなかそれは地域医療を考えると難しいのかなと、もちろんすべての病院で精神科に限らず人員配置を上げるというのが一番望ましいかもしれないんですけども、その点については今考えられている医師とか看護師さんの需給のせいけいですとか、もしくは保険局の診療報酬の在り方ですとかというのと一緒に考えていって、少しずつご意見を聞きながら考えていくべきなのかなと、医政局としては考えております。

精労協 フロア

そのために精神科はまず下げといいてもいいということですか。ずっと精神科は、ずっと半分で来ていて、それは他の一般科の医療を担保するために精神科は半分でいいということですか？。地域の医療を担保するために精神科は半分でいいということですよ！。今の言い方は。

厚労省 濱崎

いろいろな部局と調整、協議しながら進めていく施策だと思いますので、ご意見を聞きながら考えていく・・・。

精労協 フロア

ご意見聞きながらじゃなくて、そう思ってるんですかっ！ということを知っているんですよ。

厚労省 濱崎

精神科特例が設置された経過というのは、要望書にも書いていただいた通り、慢性期の患者様が多かったというような背景があったのかと思います。それで特例が設置されて現状がきていると。それですぐにその撤廃という形ですべての病院に従事者の方を増やしてくださいというのは、なかなか、繰り返すにはなるんですけども、病院の経営ですとか、病院の経営というのはちょっとあれかもしれないんですけども、なかなか難しいのかなと・・・。その病院が潰れてしまったら元も子もないというか、その地域の医療が守れなくなってしまうので、その観点でまずは急性期の医療から、次は今やっている医療従事者の増減とともに地域別の配置というのを考えながら、それと並行して考えていくべきことだと思うんですよ。ですので、いろいろな団体の方から毎年精神科特例についてはご意見いただくんですけども、直ちに撤廃というよりは、いろいろな施策と並行して考えさせていただいて進めていきたいなと思っています。

精労協 フロア

何年も言ってきたじゃない！。まず適切な人員配置という言い方やめてください！。ずっと適切じゃ

ない状態が続いてきたんです！。それを適切な人員配置ということは、すでに精神科を馬鹿にしていますよね。少ない人数でできるはずだと。でも一般科からは精神病を持つ患者さんは点滴一つでも暴れるから手に負えないと、一般科から返されるんですよ。一般科で手に負えない患者さんに点滴しているわけですよ。点滴一本打つのに3人がかりだったりするんですよ。それで人員がいなかったら3人がかりでやるかわりにベルトで固定するんですよ。そんなことが行われるわけですよ。あなた方のクライアントですよ。そういう税金で食べてるんでしょ！。クライアントが人権侵害されてるんですよ！。僕らも税金払ってるんですよ！、ちゃんと仕事をしてくださいよ。言われなければわからない、言ってもわかってないでしょ、どうなってるんですか、僕らが言わなくても現場に足を運んでどんなことが起こってるのか見てごらんくださいよ。そんなことだから電話が設置されてないとか出てくるわけですよ。何が各都道府県ですか！自分でちゃんと足を運びなさいよ現場に。どういう仕事ですか、だれから金もらってるんですか。基本的なことを考えなさいよ。

精労協 フロア

薬剤師です。今の精神科医療は薬の治療が中心となっています。これは入院時、退院時同じですが、精神科医療は薬の治療が中心です。平成30年から向精神薬減量加算がついてますが、精神科特例があるため薬剤師も人員は一般病院よりすごく低く設定されてます。なので適正容量のエビデンスが集められないんですね。これは当病院だけでなく、他の病院の薬剤師も言っていることですが、薬のエビデンスが集められないということは精神科医療が進まないということなので、そうすると地域にいった患者さんも薬の医療が中心となるので、一般科に比べて精神科は進まないと思うので、これから精神科を必要とする患者さんが増えると思いますが、薬のエビデンスが集まらないと精神科医療も進まないのでは是非この特例を撤廃してください。

精労協 SH

今話を聞いて一言いただけますでしょうか。

厚労省

.....

精労協 フロア

誰も答えられないんですか。下向いてないでちゃんと教えてください。

厚労省

.....

精労協 SH

今話があったのは薬剤師の方ですが、今話して下さったのもそうですし、私は急性期の病棟にいますが、私の病棟以外の他のスタッフも話していることですが、精神科の患者さんって薬を飲まなくなると怠薬をして再燃をして病状がまた悪くなってまた入院してしまうという、そういうサイクルをどうしても繰り返してしまう場合が多いんですね。そういう方にとっては、お薬はどういう意味があつて

プラス面マイナス面がどうなのかを理解することが、非常に重要になってくるんです。自分が納得して薬を飲むことで、その人にとっては生活を続けていくことができるという、そういう意味があってそのためには薬剤師の方が病棟まで来て、丁寧に患者さんにお薬の説明をして、患者さんとコミュニケーションをとって、薬剤指導をしていくという作業が必要になるんですが、今の現状では精神科病院では十分にやることは不可能です。薬剤師の方は薬局で調剤作業をするという以上の仕事をするというのが非常に困難なのが、一般的な精神科の病院の状況だと思います。なので、今の話もありますが、そういう状況はご存知でしたか。

精労協 フロア

200床の精神科では、薬剤師は1.5人いれば十分なんですよ。基準では・・・その人数でどれだけのことができると思いますか。

精労協 SH

責め立てたいわけではなく、現状を知っていただきたいわけで、こういう話をする中で現場の状況を理解していただきたいと思っていますが、責めているわけではないですが、ご存知なかったのであればこうやって聞いて共有していただきたいし、今までの認識を改めていただける部分があれば改めていただきたいと思ってるんですが、この話を聞いてどう思ってますでしょうか。

厚労省 万中

ありがとうございます。精神病床においても必要な医師や看護師ではなく、薬剤師、地域につなげるための事業所の方、作業療法士、精神保健福祉士方、多職種の方が必要になってきているという現状については非常に課題が多いところだと思いますので、今後も適切な医療を提供するためには各部と連携しながら進めてまいりたいと思います。

精労協 IM

一つだけ確認させていただきたいんですけども、先ほど閣雲に人員配置基準を上げると病院が潰れてしまうと元も子もないと話しておられましたけども。前回の交渉の時は、人員配置基準はあくまで最低限の基準だから、それを超えて人を雇うのは病院が必要に応じてやればよいという回答だったんですが。これは矛盾するように感じるんですけどいかがですか。

厚労省 濱崎

そもそも医療法の最低基準を見させてもらってるんですね。急性期の機能を地域で担いたいですが、そういった各病院の戦略、戦略という方針で、プラスで看護師さんとかを雇って病院を運営するというのは、運営してもいいという話なんですね、先ほど申し上げさせていただいたのは、医療法の施行規則で定める医師の標準人数というのをもし撤廃して上げるということになると、もちろんすべての精神科病院がプラスで看護師さん医師、他の職種の方も雇わなくてはいけなくて、それでなんというか、もちろんその、看護師さんを他の病院から引きあげてという話になる可能性もありますし、プラスで雇った方の賃金の支払いというのも課題として出てくると思いますし、ですので、即座にというのはそういう理由でなかなか難しいのかなとは医政局としては思っている。

精労協 IM

精神科の配置基準を上げて、内科病院から医師、看護師が精神科病院に流れると困るということですよ。今の言い方はそういう風に聞こえたんですけど。

厚労省 濱崎

例えば医師は精神科の資格があると思うので、他の精神科から引きあげがあったりというのが考えられる。そもそも医師が足りないというということで雇えなくて医療法の違反の状態が続く病院というのも出てしまうのかなと思ってます。

精労協 IM

先ほどフロアからも出ましたが、内科の病院を存続させるために精神科特例は必要であるということですよ。極端に言えば。

厚労省 濱崎

そうですね。私はその、経営状況に影響があると想定したのは精神科病院の方ですね。引きあげられてしまった精神科病院の・・・。

精労協 GM

精神科病院を馬鹿にしているというか、国全体がそうですけども、精神科一番最後でいいのかって話ですよ。人権侵害なんですよ！ものすごい。退院できる人を閉じ込めておくとか、退院させられない、看護師も少なくてもいいとか、薬だって昔だったら漫然と同じ薬を出されてるから薬剤師少なくてもいいとか、そういう時代の法律にのっとなってやられてるから、今、退院促進と厚労省は言ってますが、退院するためにはお薬の調整とかすごい大事なんですよ。こまめにやって様子を見ながら薬を減らしていくとか、薬剤師とても大変な作業ですよ医者と話合っ。でも人が足りないからできなくて薬変えないでそのまま入院させとけとなっちゃうんですよ。人員が少ないというなら養成すればいいんですよ。精神科の講義をもっと時間多くとって、精神科はどんなにすばらしいこととか、一番大事な基本は精神なんだと精神科の授業を増やして、精神科の看護も医者も増やして、それを厚労省が率先してやればいいですよ。他の省庁にお金持たせかかれちゃう部分を、大事なんだからと厚労省の役人が話をしてもっと予算をつけさせて、施策にお金を付けければいいじゃないですか。

精労協 AG

日本の精神科の看護師や医師というのはほとんど欧米と変わらないんです。人口当たりは。何が違うのかというと、病床数が多いことなの・・・。病床数が多いことで、人員が足りないという話になってしまっている。

病床数を欧米の4倍だから4分の1に減らしたら手厚い医療も地域医療もできるわけですよ。

一方で福島原発が爆発してやっと40年ぶりに退院できたという人がいて、その人は病的には問題がなかったわけじゃないですか。本当に社会的入院で、入院する必要がないのに病床があるから入院させられているという人達がいるということがあつたわけで、計画的に病床数を削減して、その分人員配置を手厚くする、地域医療に転換するということを計画的に厚労省が目標数値を出してくれたら可能に

なると思います。

精労協 SH

では、2-2)の回答をお願いします。

厚労省 袴田

厚生労働省が行う調査によりますと、隔離身体拘束を受けた患者数は増加傾向でございまして、平成27年には各々1万件超の状況でございます。精神科病院におけます隔離身体拘束におきましては、精神保健福祉法上、精神保健指定医の診察によりまして、患者の医療保護のために必要性が認められた場合のみ必要最小限の範囲内で行われることが検討されるものでございます。

精神科病院におけます隔離身体拘束の数が増加している要因につきましては、比較的症状が激しい急性期の入院患者が増加していることなどが考えられておりますが、現時点では明確ではないという状況であります。このため、精神病床におきます隔離身体拘束の実態把握をして、今後必要な対策を検討するために、現在厚生労働科学研究班におきまして調査についてはなされているという状況でございます。いずれにしましても、精神科病院におけます隔離身体拘束が行われる場合でも、適切に行われることが重要であると考えてございまして、研究班による議論の結果を踏まえまして検討してまいりたいと考えております。

精労協 SH

今の研究班の話については7月の事前交渉でもお聞きしていて、現在調査中ということで具体的な結果は今もわからないということだと思っておりますが、これまで隔離拘束に関して調査研究をして具体的な対応策をやってきたというのは、厚労省であったのでしょうか。

厚労省 袴田

過去すべて遡ってお答えすることは難しいのですが、ここ数年わたくしが把握している限りでは隔離身体拘束について、今研究班で行われているような全国調査をして検討したというものは、把握はできていない。

精労協 SH

これを特例の項目に入れているのは、精神科特例があることで医師、看護師、薬剤師の配置が少なくてもよいと、実際少ないと、その一方で精神科病院は一般科と違い隔離とか身体拘束とか行動制限といわれる外出を制限するものとか、電話とか面会を制限するものとか、治療の一環としてそういう人権にかかわる、人の行動を制限することを合法的にできる唯一の病院です。そういう病院にとって行動制限するというのは人権に関わることで、簡単にできることではなくて、法律でも定められていて、医師の指示に従わないとできないことになっております。ただ、精神科特例があることでこの行動制限がさらに助長されている面があるのではないかという認識が私たちの認識です。なので、行動制限を根本的に減らすためには、この精神科特例をなくしていくことが近道だし不可欠だと思っております。なので、この要望に隔離拘束を入れさせてもらってます。実際に現場でも隔離になった患者さんに30分に1回必ず見回りに行くとされてますけども、実際には行けてないとか、拘束になった方がいたときに十分なケアが

できないことで、深部静脈血栓という、死につながる状態になるようなことが起こっていたりもするので、このことについては十分に認識をもっていただければと思います。

精労協 IM

私は普段認知症治療病棟で働いていますが、60名中15名近くが車いすベルトなんです。ご存知の通り認知症治療病棟は精神一般病棟よりも人員配置基準が少ないですから、転倒リスクの高い高齢者の方を見守る力というのが・・・、どうしても目が足りないんですね。でも職員が横にいればそのベルトつけなくていいんですけども、そういう時間が取れないです。先ほどから精神保健指定医の適切な診断の下とおっしゃいますが、ドクターも看護が「見れません」と言ったら隔離身体拘束指示を出さざるを得ないんですよ。見れないというのはやはりマンパワー不足に尽きるんですよ。そこに一人の人がさければ行動制限しなくていいし、車椅子ベルトしなくていいしという場面をフロアのみならず普段感じながら仕事をしていると思うんですけども・・・。それをツールや道具によって制限してしまう。本来なら使用しなくてもいいもの、行動制限しなくていいことをマンパワー不足で制限してしまうというのが実情だと思いますが、皆さんどうですか。

精労協 フロア

慢性期の病棟で働いています。病床数は49で、隔離室が3で、あとは3名の看護師でもっていますが、一人で18名を日中もっているものですから、普段なんとか頑張って日中拘束をしないで開放するんですが、ずっと落ち着かない患者に一对一でつけないので、仕方なくまたつけてしまつてと拘束する状況です。一般病院のように一人で5、6人をもつのであれば拘束者も隔離に入れる患者さんの数も少なくなるのかなというのは常々感じている状態なので、慢性期と言えども一般病床に近く人員を配置してくれたら患者さんの人権を守れるのかなと思います。

精労協 フロア

看護師をしています。精神一般病棟で働いています。隔離をされている方でも病状が落ち着いてくるのを見るため、開放をしてみないとわからないというのがあり、その中で人が少ないとそれだけで開放できないとかいう事態になったりします。本来は開放をして看護師がついてその状況を見ながら徐々に処遇を拡大していずれは隔離から出るようにと持っていけるんですけども、それをする時間を取るためには人手がいるんです。いないとできないというのが往々にしてあるので、そういうことが繰り返されている状況ですので人手は絶対に必要だと思います。

精労協 SH

今の一連の話を聞いた上で、何か一言いただけますでしょうか。

厚労省 袴田

今の精神科特例下での人員配置、これが隔離身体拘束といった行動制限の件数との関係について現時点では明確ではないという状況でありますので、まずは実態把握、これに努めて隔離身体拘束の増加要因を把握して、その上で必要な体制について検討してまいりたいと考えております。まずは、実態把握が大事だというふうに思っております。

精労協 KY

どの期間で実態把握をされますか。

厚労省 袴田

今、厚生労働科学研究班におきまして調査について議論がされていると承知していますので、そういった研究班の議論を踏まえながら、進めたいと考えております。

精労協 SG

今年度内でまとめるくらいの予定だったんじゃないですか。延期になったんですか。言わないですけど。

精労協 WN

病院協会は協力してくれてるんですか。

厚労省 袴田

まだですね、まだ結論が出ていないと言いますか、研究班の方で議論が進められていると。

福島みずほ議員

今日の交渉も、実態把握の一部だと思ってるんですよ。さっきから看護師さんたちから切実な声があがってるじゃないですか。実際、隔離や身体拘束の状況って増加の一途で、国際人権規約などからも批判が、これは改善せよと言われていた中で、私も厚生労働委員会で質問していて、事件、事故もあり亡くなる方もいて、これ何とかしなくっちゃと、でも今日実態ということであれば看護師さんたちから人員の配置やそういう問題もあるんじゃないかと。実態把握とおっしゃると、はて、となってですね、今日の声も実態把握の一部で、だとしたら厚生労働省としては人員配置を考え直さなければいけないんじゃないか、あるいは身体拘束や隔離をどうやったら無くすことができるかという政策をどうしたらいいかというふうに転換していただきたいんですよ。実態把握から言えばはっきり隔離身体拘束の状態が悪化していて悪いという事であり、一つの原因が今日の話でもあるように人員配置なんですよ。そうすると、これを見て厚生労働省が政策的にどういう政策を打っていくか、という話をしてくださるのが筋じゃないんですか、どうですか。

厚労省 袴田

先生がおっしゃるれた通り、貴重なご意見いただける場だと思っています。ただ現状として、研究班で議論しているという状況でありますので、研究班の議論を待つということも、その結果も踏まえて検討していくものと考えているところでございます。

精労協 GM

日本は看護師1人つき患者は何人ということですが、進んだ他国では患者1人に看護師が何人と、患者の数より看護師の数の数の方が多いというような配置を取ったりするんですよ。具合が悪い人の両側に看護者がついたり話をしたり、お薬を飲むまで付き添ったり、そうすれば拘束なんていらぬんですよ。

常識なんですよそれが。誰が考えたって。きちんとしたとか適正とかじゃなくて、増やせば増やすほど人権が侵害されないで済むんですよ。「それになかなか近づけないからどれくらいを」というならわかりますが、それすら言わず、適正な数字だとか研究結果だとか、研究なんて・・・精神保健福祉部から「こうなんじゃないんですか」と意見を出していただきたいなと思います。

精労協 フロア

一回入院してみればいいんですよ。そうすれば適正なのはどういうものなのかというのがわかると思います。適正な医療がされているかというのは入院されて拘束されて隔離室に入れられて見ればわかると思います。

精労協 GM

昔、課長補佐にすごくいい人がいて、現場を見に来てくれました。お忍びで。それくらいやっていただきたいなと思いますよね。その時にできたのが、「任意入院は原則開放処遇にする」という告示ができたのはその時です。そういう仕事をしていただきたいなと思います。

精労協 TM

この項目、精神科特例ですけども、精神科病院が病院でありながら十分な治療ができていないという話なので、少なくとも精神科病院で働く人たちは看守ではないので、治療を目的として働いてますので、そうした環境を整えていただきたいという訴えでした。よろしくお願いします。

では、3. の回答をお願いします。

厚労省 万中

まず1) に関して、全患者への拡大を要望するということですが、こちら医療保護入院者の退院支援委員会の仕組みに関しては、医療保護入院者については本人の同意に基づかない入院であることから、入院当初から早期の退院に向け取り組むために設けられたというところでもあります。

こうした主旨を踏まえて、現在のところこの対象者に関しては、在院期間が一年未満の医療保護入院者であって、入院時に入院届けにて記載している入院治療計画書に記載している推定される入院期間が経過する方、また在院期間が1年未満の入院者ですでに委員会をしており委員会の審議で設定されたうえでの推定された入院期間を経過する方、3つ目が在院期間が一年を超える、一年以上の医療保護入院者であって病院の管理者が委員会での審議が必要だと認められた方、と定められているところでありませう。

それ以外の方という話ではありますが、医療保護入院者以外の精神障害者についても社会復帰の促進を図るために病院管理者においてはその方の相談に応じ、必要に応じて援助を行い、家族やその他障害福祉サービス事業所の職員など関係者との連絡調整に努めなければならない、と精神保健福祉法で定めているほか、市町村においては精神障害者の方から求めがあった場合には、その方が適切な障害福祉サービスの利用ができるように相談に応じ、必要な助言や調整を行うというように定めているところです。また、退院支援委員会とはまた別のところですが、本年3月には地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインを発出しております。こちらのガイドラインについては、退院後支援の対象者を入院形態で限定するといったことではなく、退院後の医療等の支援を行う必要があると自治体が

認めた入院中の精神障害者に対して必要な支援が提供されるよう、積極的な取り組みを促すためのものとなっております。退院支援委員会やこうした取り組みを通じて、患者が退院後も地域で安心して生活ができる体制づくりが進められるよう、ご要望の内容を参考にしつつ検討してまいりたいと考えております。

続けて（２）について回答させていただきます。入院者本人が委員会の構成等に希望する場合には現在本人を委員会の構成とすることを義務付けております。しかしながら本人が参加を希望しない場合や病状によって参加が困難ということもあり得ますので、こうした場合においても支援者間の顔が見える関係を構築して退院に向けて取り組むことが、早期退院にしするものと考えますので、退院支援委員会開催にあたり本人の参加を義務にはしていないところです。なお退院支援委員会の開催および本人の参加が可能であるということなどは、患者本人に通知されることを定めております。患者本人に対して退院に向けた意欲の喚起や具体的な取り組みの相談などは、退院後生活環境相談員が中心として実施されるようになってきているところです。今後もこうした退院促進の措置がより適切に機能するように、必要な対応を行ってまいりたいと思います。以上です。

精労協 KY

退院支援委員会について、昨日もこちらのフロアの方々と話したんですが、やはりいい反応が多いですね。一定の効果がみられて、退院が難しそうな患者さんでも退院ができたとか、話し合いがしっかり持てるようになったという意見があって・・・。逆に主旨はわかるんですけども、せつかくならもっと拡大して、いろんな方に対応して退院をもっと増やしましょうという要望です。もっと拡大しようという意思はありますかという質問です。

厚労省 万中

こちらの退院支援委員会について、対象者は先ほど申し上げたところではあるんですが、それ以外に関しても義務付けというところまではなかなかいっていないですけども、患者さんの入院形態に限らずこうした退院支援委員会をやっていただくよう病院管理者に促しているところであります。

精労協 TO

その部分の説明を聞いて思ったのは、至極当たり前の事を掲げているということと、やるかどうかの裁量がどちらかという治療者側に委ねられている部分、あるいは本人が希望すればという文言がありましたけれども、果たしてそれがどれだけできているのかという病院の現状がある中で、今回退院支援委員会に絞ったのは、これが義務だから上げた方がいいんじゃないかという主旨なんです。義務じゃないところで求められたらやりますというのは不十分だと思っているので、徹底してこういう委員会を開催できる方が、退院促進って進むんじゃないんですか、ということですけど、その辺はどうですかね。

厚労省 万中

退院支援委員会は、先ほども申し上げたガイドラインに基づいて推進していくことが、早期の退院ですとか、地域移行にしするものではあるということは考えておりますので、こうした取り組みが広がっていくようにということは考えております。

精労協 KY

例えばここで挙げている療養病棟の26年4月1日以前の方も対象にするのですとか、医療保護入院で入院した1年以降経過した人は、しなくてもいいということになってますけども、その方も対象にするとか。疑問なのは1年以上たってからしなくていいとなってから、またした方がいいねというタイミングは誰が管理したり把握したりしているのかな？とか、いろいろ疑問があるので、そういったところの拡大はできませんか？あるいはするためには何が必要ですか。

厚労省 万中

医療保護入院者に関しては退院支援の方が入院時につけられるので、そういった方が中心となって、その方の退院に取り組めるようにと形で促しているところではあります。それ以外の入院形態の方というところとなってくると、措置入院者に関してはこちら都道府県措置によって行われることであって病院側が率先してというところが少し難しいかもしれませんが、そういったところでも都道府県と連携を取っていくという事が必要ですので、そうした連携を密にするというところでは、病院関係者の方からも取り組みを積極的に都道府県や自治体、保健所などを通じて図っていくということで、取り組みが進んでいくのかなという風には思います。

精労協 TO

非常にあいまいな感じなんですけども。昨日意見交換を組織の中でする中で、療養病棟を26年4月1日以降の方で退院支援委員会をやっているケースの話を伺ったところ、退院という話をするだけで病状が揺れるからなかなかやりづらいという話が結構出たんですね。これって悲劇ですよ。骨の髄まで洗脳された信者みたいなことになっていて、病院が生み出した2次、3次被害みたいな、長期収容の成れの果てというか。医療保護入院も1年以上経つと義務はないとかなってくると、こぼれていくわけですよね、退院の話をする機会が、退院後生活環境相談員に委ねられると、よっぽどその人に人権意識があってこの人をどう退院させるかというのを、次から次に患者さんがいる中で1年以上たった方に関しても意識を持って考えていかないといけない。それで間に合うのかなと、追い付くのかなと。だったらやっぱり話合う機会は月に1回ですよ。別に退院の話でなくても自分の主治医と看護師とソーシャルワーカー、家族がいれば家族も、そういう機会を保障してもいいじゃないですか。ないんですから人と話す機会がとにかく・・・、人数も少ないんですから、まともに自分の医者とか治療者と話をする時間がないんですから。

やはり退院促進、退院促進といいますけども、なかなか進んでないじゃないですか現状・・・。そこにどう工夫していけるか、厚労省の方もいろいろ考えているとは思いますが、我々も現場から見ててせっかくいい制度入ったんだからこれをもうちょっと応用できないかなと、なかなか新しいものを入れるというのは難しいと思うんですけども、すでにあるものを拡大していく応用していくのならできるんじゃないかと考えてこういう要望なんですね。なので、さっきから審査会とか指定医とか退院後生活環境相談員とかスタッフの裁量に委ねられているというのは信用ならないですよ、病院職員が言うのもなんですけども。仕組みとして入れた方がいいんじゃないかと思うんですけど、どうですかね。全ての患者というとなんか任意の人も入っちゃうのでどうかと思うんですけど、例えば4月1日以前の方とか療養の、医療保護でも1年を超えている方とか、少しマイナーチェンジくらいを検討していただく余地はないものではないでしょうか。

厚労省 万中

おっしゃっていただいている、現状対象者になっていただいている方々に関しても、やはり退院の支援のためにも、今後も取り組みを進めていくことは重要だと考えております。退院支援委員会に関しても、対象者を広げることに関しても即時の回答は難しいんですけども、現行ある取り組みをより拡大していったって、先ほどのガイドラインに関しても取り組みを自治体側でも認識を進めていただけるよう話を進めておりますので、こうした取り組みを通じてより必要な支援が何であるかという検討を進めて、対応を行ってまいりたいと思います。

精労協 KY

(2)の本人の参加ということなのですが、これも各病院、本人さんが入っている現状があるというふうには、ここにきている病院では聞きました。

先ほどから根拠として挙げられている、厚生労働科学研究の質問のインタビューの答えですよ。30パーセント以上が患者さん本人が入ったことが無いという答えがありまして、その質問の内容を見ると、病院全体を見ると100床の病院もあれば200床の病院もあれば600床の病院もあるという中で、その中で一人も患者さんが退院支援委員会に入ったことが無いという病院が30パーセント以上あるという結果もあるので、それも踏まえると、もっと本人が退院支援委員会に入れる仕組みを作らなければいけないんじゃないかと感じているので、ご理解いただけたらと思います。

精労協 TO

本人参加を6割以上にするとかどうですかね。ちょっとそういうのを入れていただいたら、いい加減にやっている病院もあるので、本当にスタッフだけで終わらせるとか、本当に病状が悪くて出れない患者さんもいるとは思いますが、そういうハードルを設けた方が、どうやったら本人さんが参加してもらえるような形にもっていけるかとか、それって非常に治療的じゃないですか。来年そういう要望にします。

次に3-2)の回答をお願いします。

厚労省 稲葉

平成30年度から始まった第7次医療計画では、〇〇〇数に関する〇〇を医療計画に必ず記載しなければならないとしており、精神疾患の医療体制の構築にかかる指針においては精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を掲げ、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健福祉医療体制の基盤を推進することによって、地域生活に移行が可能であることから、平成32年度末、平成36年度末、精神病床による入院治療および地域移行を明確にしたうえで、医療計画、介護保険事業、支援計画に基づき基盤整備を進める必要があるとしております。

また、同じく平成30年度から始まった第5期障害福祉計画では精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を盛り込み、計画期間が終了する平成30年度末を目標として、保健医療福祉関係者による協議の場が各市町村に設置、精神病床の一年以上の入院患者数14.6万人から15.7万人。退院率入院後3カ月69パーセント入院後6カ月84パーセント入院後1年で10パーセントということを挙げ、国を始め都道府県等がそれぞれの目標の達成に向けて取り組んでいるところであります。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築とは精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安

心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める、つまり精神障害者が地域で安心して暮らせるよう、保健医療福祉行政地域住民が一体となって精神障害者を支えあう社会を構築することを目的とし、精神科病院における病床を削減することを目標にしているものではございません。

厚生労働省としましては、精神障害者が地域で安心して自分らしく暮らせるようにするためには、精神科病院における病床を削減するのではなく、たとえ精神障害を持っていたとしても地域の関係者に支えられることにより、入院しなくても地域で生活をしていけるような社会を構築することが重要と考えており、今後もこのような社会の実現に向けて、自治体に対する各種取り組みを進めてまいりたいと考えております。

続きまして、3-2) (2) について、長期入院をする精神障害者が、地域で安心して自分らしい暮らしをすることができる社会を構築するためには、アウトリーチにより地域定着の取り組みを進め、再入院を防止することが重要と考えております。アウトリーチは自治体で実施していただくことを目的として、平成26年度から障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業としてアウトリーチ事業を位置付け、その経費を保障しているところでありますが、平成28年度実績を見ると、実施実態が非常に少ない結果でありました。平成30年度から開始された第5期障害福祉計画では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について盛り込むよう自治体に求めており、アウトリーチ支援を含めた地域の体制づくりを推進していきたいと考えております。このため、地域生活支援事業を活用したアウトリーチ支援が、自治体で進んでいない要因について、自治体から聴取し実施上の課題などについて調査分析し議論を進め検討を行った結果、人員配置要件、実施要件などが厳しいというふうな、実施していないということでした。この結果を踏まえ平成30年度の概算要求において自治体でアウトリーチの取り組みが進むよう、既存のアウトリーチ事業に踏まえ、人員配置要件、実施要件等を緩和したアウトリーチ支援にかかる事業を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の事業名簿に新たに追加をするとともに、アウトリーチ支援にかかる事業の実施主体を都道府県のみならず指定都市、保健所設置市、および特別区において対応したところです。

厚生労働省としましては、こうした事業をしっかりと積極的に活用いただけるよう今後もさらなる啓発を行うとともに、医療の実施に必要な予算の確保に努めてまいりたいと考えております。以上です。

精労協 TO

ありがとうございます。なんというんでしょう。おっしゃっていただいたことをすべて否定するつもりはなくて、目指していく方向にそうだなと感じる部分はたくさんあったんですけども、地域包括ケアシステム、精神に障害があっても地域で暮らしていけるような社会を作っていくのはごもっともだなと思いましたが。この要望は、精神科病院をどうにかしないといけないですよ、という話なんです。

地域移行退院促進ということでこの要望を挙げているんですけども、何よりも足を引っ張っているのが、特に民間の精神科病院の存在ではないかと思ってるんですけども、ここに書いたように病床を埋めるための努力に必死なんです。ということは、進まないわけですよ退院促進。民間の精神科病院の存続のために退院促進しないですから。退院患者数の目標を立てるのは悪いことではないと思いますが、ただその背後に民間精神科病院の経営がかかわっている。これを何とかしないといけないんじゃないですか。タブーですかねこれは業界では。病床が減っていくということに関してどう思われますか。結果としてどうなっかはわかりませんが、病床削減は目標としてあげないという事でしたが、病床が減っていくことに関してはどう思われますか厚生労働省として。精神科病床が減るとい

う事、あるいは今の数をどう思われますか。

厚労省 稲葉

色々と施策が進められているという中で、病床の方は減っていくんだらうなと感じているところではあります。

精労協 TO

減っていく方を評価されるんですか。それは良いということなんですか。減っていったらいいんですか。

厚労省 稲葉

減っていったらいいなというよりは、地域で過ごされる方が適切な医療の質の中で治療を受けていただきたいですし、地域に戻れる方は適切に地域に戻っていただきたいと感じております。

精労協 TO

今の日本における精神科病床数は適度な量だと思われますか。

厚労省 稲葉

今現在、病院の方に長期入院の方々がいらっしゃるということは存じておりますし、昔からの私宅監置とかいろいろな経過があった中で、病院の中にいる方がいることも存じ上げておりますので、そういう方々が地域に戻れる方が、適切に地域に戻っていただければ、その方が地域でその人らしく生活できればなと思っております。

精労協 TO

はい。

精労協 SG

そもそも4.9万人から6.2万人の入院が必要がないという結果が出たじゃないですか。退院させるんですよね。

厚労省 稲葉

平成32年度までということですよ。

精労協 SG

そうですね。その政策がある中で、その空いた病床はどうしていくんですかということです。今スタッフも足りないから、その緩和措置みたいなこと言いませんでしたっけ。アウトリーチのところでも・・そう聞こえたんですが、支援者が足りないみたいな・・。地域の方で。まず、6.2万人退院させてその空いた病床はどうしたらいいとお考えなんですか厚労省としては、空けるんですよ目標として。

厚労省 稲葉

その点については厚労省の中でも特に・・病床数の目標を掲げているわけではございませんので、そういった意味では、そこはどういうふうになったら良いということはないです。

精労協 WN

我々、精神科病院の労働組合の団体なんですけども、病床がガンと空いたりしたら我々はもうどうしたらいいですかね。それは厚生労働省として存じ上げませんみたいな感じなんですか？。減らしていきますよっていうならそうでしょうし、堅持していきますよというならそうでしょうけど。

厚労省 稲葉

そこもまだはっきりした意見は出ておりません。

精労協 WN

21世紀になって、いつ頃はっきりさせるんですか。

厚労省 稲葉

精神障害保健課ですので、病床を管理しているのは医政局になりますので、そこと協議をしながらということになります。

精労協 WN

どう減らそうかと？

厚労省 稲葉

その、減らすかどうかも含めてです。

精労協 WN

質問を変えますけど、長期入院者が毎年5万人退院してるじゃないですか。新しい長期入院者が毎年5万人増えているじゃないですか。これをどう評価するんですか。

厚労省 稲葉

そのために、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムというところで構築を自治体の方をお願いをして、適切に地域で暮らせるようにとお願いしているところであります。

精労協 WN

5万人減ったら5万人増えているわけです。つまり病院のビジネスモデルがベッドコントロールだということですよ。5万空いたら5万入れるんだから。それに対して厚生労働省は地域の支援の資源を増やし、入院をしないことで精神科病院のベッドコントロールのビジネスモデルと対抗するということですか。

厚労省 稲葉

そこまでははっきり申してはいるわけではないんですけども、今皆さんとお話していて、病床の事はいろいろ経営上のことだったりというところで、無視せざるを得ないということがあるということは本当によくわかりました。

ただ、そのことに関して私の障害保健課の方では、病床数云々ということではなくて、地域の体制を整えるということでやっておりますので、ちょっとどうのと答えることはできません。

精労協 SG

絶対連動してると思うんですよ。連動してきたから、現在の長期入院者数というか入院者数があるわけですよ。なのでそこも含めて考えて、政策としてやっていただかないと多分解消しない。地域だけ整えましたでも解消しないし、それこそ病床を減らした分医療費上げて手厚い医療にしてですよ、職員そのまま、特例なくしてとか、政策の方法は色々考えられる可能性だってあるわけじゃないですか。病床数は民間だから手が出せないから何できませんって、このままずっとやっていったらずっと変わらないですよ。

精労協 TM

先ほどお答えいただいた、厚労省が掲げているビジョン。将来の地域包括ケアシステムの実現に向けて必ず壁になってくる存在というのが、精神科のベッド数だと思うんですね。そこを計画的にドンと削れとは言いませんけども、何かそこに楔を打っていくようにしていかないと、先ほどおっしゃったことが絵に描いた餅になってしまいますので、という訴えです。3-2) (1)の部分が完全に抜けてるんですよ。ここを前提に色々将来のビジョンを組み立てないと、地域力なんて育たないですよ。

精労協 TO

地域でアウトリーチが進まないという話もありました。地域移行支援なり定着支援なり、我々もずっと要望を挙げてきましたけども、どうして進まないんだろうと・・・それって病院が邪魔だからですよ。ACTとかどっちも医療機関がやってるんですよ。だから地域にアウトリーチの体制を作るんじゃなくて、病院が地域に出ていったらいいんですよ。病床を無くして、人が浮いてお金が無くなるんですから、別のサービスに変えていかないと・・・ノウハウはあるんですから大丈夫ですよ。労働組合なので団体交渉で経営者としょっちゅう話すわけですけども、彼らは病床を埋めるのに必死ですよ、血眼ですよ、かわいそうですよあれ見てたら、あるべき医療なんて語れないですからね誰も、経営については語っても。我々もそれに対して、ボーナスが下がるからみたいな、そんなところでベッド埋めないと、となると・・・どっちが病気にかかっているかわからないですよ。まっとうなことがしたいわけですよ我々も・・・精神医療従事者として。経営者にもそういう方向を向いてほしい、だけど向けない状況、ガッチガチに固まっている。経営維持のためにベッドを維持しないといけない・・・厚生労働省も退院促進をおっしゃっていただくんですけども病床の削減は言わない。なぜ？。日精協がいるからですかね。そう思ってるんですけども・・・そこはやっぱり言ってほしいんですよ、無くそう、減らそうと・・・退院も増やす、病床も減らす。今病院にいるスタッフは地域に行ってもらおう。いいじゃないですかこれで・・・地域移行ってね、スタッフの事も指すんですよ本当は。

精労協 フロア

経営者って儲かれば、地域で仕組み作ってそこにいっぱいお金が取れることがあれば、病院経営者はそちらに手を付けよう、やろうと・・・厚生労働省ってそういう誘導いっぱいしてきたじゃないですか。病院の中でも病棟のこっちにお金を付ければ、経営者にこっちにいくと。だから地域にお金つけてくれればいいですよ。そうしたら職員だってどんどん地域に行って、患者さんの退院もいっぱいできるし、地域の資源もいっぱい増えてくださるし、お金を地域につけてほしいですよいっぱい。

精労協 SG

退院促進すればするほどお金が無くなったら病院はやりませんよ。退院促進すればするほど儲かる仕組みを作らないと・・・民間が9割、退院促進しないですよ。

精労協 フロア

それこそ精神科特例を無くして病院の数が減ればいいですよ。食っちゃえばいいですよ。精神科特例を無くして、診療報酬を一般科と同じにすればその分病床も確実に減ると思いますけど。

精労協 フロア

私の病院では460床あったのを今は260床になり、減ったんですよ。スーパー救急を2棟持って、開放病棟がなくなるような状況で、これ以上減らすためには地域にどんどんお金を付けられれば、さらにまた違うやり方を考えていけるけど、今のこの状況では260を満床にしないと経営危機で倒産寸前とかになっちゃうんですよ。退院すればするほど儲かる病院にしてくれれば、だんだん減って行って最後はなくなるというふうにできると思うんですよ。

精労協 TM

病院機能自体が悪だといっているわけじゃないんですよ。もちろん入院する機関が必要なのは理解してますけども。多すぎませんかという話なので、それを減らす方法は僕らの提案している内容は間違ってますよね、という確認がしたいんですがお答えいただけますか。

厚労省 稲葉

皆様の実情等はよく理解できましたので、要望があるということは受け止めています。これについての要望の話ができる機会を持っていければと思っております。

精労協 TM

それでは、ここで厚労省交渉を終えたいと思います。長らくありがとうございました。