

2011年10月24日

厚生労働大臣
小宮山 洋子様

全国精神医療労働組合協議会
(全国精労協) 代表 伊東明宏

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、安心してかかれる精神科医療、誇りをもって働くことができる職場作りをめざして、精神科医療現場の問題と労働者の声をとどけ、21年にわたり貴省との交渉を重ねてきました。

様々な課題の中で、とりわけ「10年間で7万2千人の社会的入院を解消する」を厚生労働省とも共有できる最重要課題として取り組んできました。

障がい者制度改革推進会議では、障害当事者を中心として、障害者権利条約批准に向けた議論と検討が重ねられてきました。2011年8月には、総合福祉法に向けて総合福祉部会から議論のまとめが提言され、その内容を私たちは高く評価しています。日本の入院中心、隔離収容政策からの転換と精神障害者の権利を守る上で、きわめて重要な提案となっています。この提言に基づく精神保健医療福祉政策が実現されることを願い、以下を要望します。

項目は多岐にわたっていますが、一つ一つの項目につき、貴省の見解をお聞かせ願います。

1. 精神科入院者の権利について

- (1) 第三者による権利擁護制度など精神科入院者の新たな権利擁護制度を要望する
- (2) 心神喪失者等医療観察法施行後5年間の運用実態を明らかにし、法廃止に向けて見直すことを要望する。また、5年間の医療観察法の運用実態を明らかにし、法廃止に向けた見直しを行う為に情報の開示を要望する

2. 精神科特例の廃止について

- (1) 社会的入院の解消、精神病床削減と、医療法の精神科の特例を廃を同時一体的にすめることを要望する
- (2) 適切な医療保障の為、他科受診抑制につながる診療報酬を改定するとともに、身体合併症患者への総合的な施策を整備する事を要望する

3. 退院促進と地域生活支援について

- (1) 高齢者保健医療福祉において、精神科病院への収容政策ではなく、在宅ケアの充実、住まう場と地域ケア、福祉サービスなど、質量ともに圧倒的な拡充をするとともに、医療と保健、福祉の連携、介護保険サービスと精神保健サービスの連携によって対応することを要望する
- (2) 自立支援法下の常勤換算の撤廃と、人材確保に適切な報酬を保障するよう要望する

4. 病院・施設で提供する食事は治療の一環であることを明確にし、診療報酬上の根拠を整備すること

- (1) 食事の形態に配慮した食事も特別加算食に加えることを要望する
- (2) 介護保険で行われている経口移行加算・口腔機能維持管理加算を医療保険下でも使えるようにすること。医療保険の摂食機能療法を精神科でも適応できるよう要望する
- (3) 栄養管理加算の実施に伴う膨大な作業量を正当に評価し、加算の点数を増やし、人員の配置基準を見直すことを要望する

5. 福島県相双地区に於いて、原発事故により失われた精神科病院に代わる新たな地域支援体制の構築に向けて、具体的な支援策を講じること

- (1) 相双地区における精神保健福祉医療の再構築の為に、①福祉事業所の人員確保、②住まう場を失った人への住居の確保、③新たな複合施設の建設の予算（1億2千万円）を確保することを要望する
- (2) 転院を余儀なくされた方々が相双地区に戻り、地域生活を営むことが出来る地域支援体制の再構築の為に具体的な措置を行うよう要望する

6. 不安定雇用を生み出し、労働者の権利を奪う現労働法制の改正を要望する

- (1) 常用代替労働者として、有期雇用を許さない法整備を行うこと
- (2) 上記について貴省が昨年回答した「実態の調査と必要とされる施策を検討する」という内容を明らかにすること
- (3) 以下の項目について、検討経過と進捗状況を明らかにすること
①労働者派遣法の抜本的改正、②パート労働法の抜本的改正、③フルタイムパート労働者の救済

1. 精神科入院者の権利について

(1) 第三者による権利擁護制度など精神科入院者の新たな権利擁護制度を要望する

全国精労協は適切な医療の保障と安心してかかれる精神科医療現場作り、そして誇りをもって働くことができる現場作りをめざして取り組んできた。しかし、現状は未だ解決すべき課題が多く、改善されたとは言い難い。

精神科入院者の権利を守る上で、日本の権利擁護制度の不備は深刻な状況にある。人身の自由を奪う行動制限は、濫用されれば人権侵害であり、医療上の目的でも、厳密に適応される必要があり、チェック機能が不可欠である。精神医療審査会は形式的で機能していない。一昨年、昨年の交渉で取り上げた大阪府の例では、退院・処遇改善請求より結論が本人に報告されるまでの国の基準1ヶ月どころか、2か月もかかる実態を明らかにした。

全国精労協は10年前より公衆電話が未設置の違法な閉鎖病棟をなくすことを要望してきた。厚生労働省は「精神保健福祉法の基準を満たさない病棟」と認め、閉鎖病棟における公衆電話設置の指導を続けてきた。しかし、未だに公衆電話未設置の閉鎖病棟は容認されている。

2004年、行動制限最小化委員会が各病院に設置されたが、2008年、隔離と身体拘束は16,500件にも達した。4年間で3,5000件と急増し、改善の兆しはない。病院内職員で構成される「行動制限最小化委員会」は現状追認となりやすく、機能として限界がある。その中で2009年には貝塚中央病院事件では、指定医の指示のない違法な身体拘束によって入院者が亡くなった。裁判では病院は隠ぺいのためカルテ改ざんさえ行ったことが明らかになっている。1998年に指示なし身体拘束で患者さんが死亡した国立の犀潟病院事件と同様の事態が繰り返されており、再発予防にはつがっていない。精神科医療現場のチェック機能のなさとともに、精神科特例による夜勤などの看護師、医師数の不足も背景にある。

WHO世界保健機関の精神保健ケア法10原則にもある、第三者による権利擁護活動がチェック機能として必要である。8月の障がい者制度改革推進会議の医療福祉部会でも提言されている。大阪府で実施されている精神医療オンブズマンのような（現在「療養環境サポーター活動」）精神科病院に市民が訪問し、利用者の声をもとに処遇や療養環境の向上を目指す制度として取り入れることを要望する。

(2) 心神喪失者等医療観察法施行後5年間の運用実態を明らかにし、法廃止に向けて見直すことを要望する。また、5年間の医療観察法の運用実態を明らかにし、法廃止に向けた見直しを行う為に情報の開示を要望する

2010年7月、心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法）が施行されて5年が経過し、国会報告と法見直しの年を迎えた。

全国精労協は、医療観察法は精神障害者の偏見と差別を増長し、重大な人権侵害をもたらす法であると廃止を訴えて来た。障がい者制度改革推進会議でも、多くの構成員が医療観察法に対して人権的な問題があると指摘し、障害者権利条約に反すると意見表明した。

全国精労協は昨年、法の詳細な運用実態を明らかにすることを求めた。しかし、11月に示された国会報告の内容は、表面的な統計の列挙に留まり、具体的な法の運用実態は明らかにされなかった。国会では議論も行われず閣議了解を行った。

医療観察法5年間の運用実態を明らかにし、法廃止に向け、見直しを行う為に以下の情報の開示を要望する。

①指定入院医療機関からの退院許可、あるいは保護観察所からの処遇終了の申し立てに対し、裁判所が申し立てを棄却した事例が存在するが、その具体的な理由

②平均在院日数は594日に及んでいる。貴省が入院ガイドラインで定めている18ヵ月を超えているが、その具体的な理由。また、退院出来ずにいる対象者を合わせた入院日数

③入院3名、通院14名、計17名に及ぶ対象者が自殺に至った経緯と理由。また、自殺未遂を行った入院・通院対象者の人数とその理由

④処遇終了者が民間精神科病院に入院となった者の人数とその理由

2. 精神科特例の廃止について

(1) 適切な医療と安心して入院できる精神科を実現するために、社会的入院の解消および精神病床の削減は、医療法の精神科特例の撤廃と同時一体的に段階的に進めること。精神科特例の差別的な人員制度を撤廃して、他科と同様の水準の医療を保障することを要望する。

貴省との交渉で、全国精労協は医療現場の声を伝えて来た。他科より医師、看護師、薬剤師の比率が少なくても良いとする医療法の精神科特例は、患者さんが適切な医療を受ける権利を奪う差別である。同時に社会的入院の温床ともなっている。

同時に、人手がたりないために海外のように重症者に寄り添うことができず、隔離・身体拘束の乱用、人権侵害の温床ともなっている。

精神医療労働者にとっても、大きな負担となり、安全も保てない状況にある。2007年には、陽和病院では、二人夜勤の一人が仮眠中、病棟を巡視していた看護師が受傷して亡くなった。現状の低い人員配置基準では常時複数の看護者体制を確保することは困難である。

2004年、厚生労働省は「10年間で72,000人の社会的入院の解消」という画期的目標を掲げた。しかし、厚生労働省の精神病床機能分化政策により、急性期の回転率は上がったが、社会的入院の解消の課題は遅々として進まない。

療養病棟においては、高齢な入院者の増加と、さらに少ない人員配置基準のため、退院促進に関わるマンパワーがまったく足りず、長期社会的入院者を造り出す温床となっている。そもそも、精神科における「療養」とは何か？ 急性期症状から脱したのであれば、退院促進の為に適正な医療・看護を行うべき時期であるものを、病院内で療養させ続け、「療養」であるから少数の看護人員で良いとする発想は、旧態依然とした隔離・管理政策から少しも抜け出せていない。社会的入院者の多くは療養病棟にいる。そこを少ない人数配置とする限り、社会的入院の解消は困難である。社会的入院の解消は精神病床の削減目標が必要である。同時に地域精神医療への転換と住まう場の確保をはじめ、地域生活支援の質量共に圧倒的な充実が必要である。

たしかに日本の精神病床が減少せず、社会的入院の解消が難しいのは民間病院の比率の高さの問題がある。民間病院にとって減収が存続にかかわるので、退院の促進と病床削減には消極的となる。しかし、地域医療ケアへ診療報酬をあつくして退院を促進すること、また看護師医師比率を高めることで、病床を削減しても減収とならず地域医療にシフトできるよう、診療報酬を設定することが必要である。

段階的に社会的入院の解消をすすめ、地域医療ケアへの転換を促し、精神科特例を撤廃する、これを段階的に計画し、同時一体的にすすめることを要望する。

(2) 適切な医療保障の為、他科受診抑制につながる診療報酬を改定するとともに、身体合併症患者への総合的な施策を整備する事を要望する

2010年の診療報酬改定で、入院中の患者が他科受診した場合、入院基本料減算病棟の拡大・投薬制限・リハビリテーション廃止が導入された。

昨年度貴省は「これは他科受診の抑制ではなく役割の明確化」と説明した。しかし一体どのような「役割の明確化」が出来たのか疑問である。

①患者・医療にどのような利点となったのか、②必要な他科受診の抑制とならなかったのかその実態、③合併症のある患者は精神科病院の中でどのような治療を保障されているのか、これらの実態を明らかにしていただきたい。

精神病床への入院は65歳以上が48%（2008年患者調査）であり、入院患者の高齢化が進んでいる。また「精神病床の利用状況に関する調査（2007年厚生科学研究）において、精神病床に入院中の患者における身体合併の有無の割合が「特別な管理を要する（入院治療が適当な程度）14%、日常的な管理を要する（外来通院が適当な程度）33%となっており、実に入院患者の半数近くが他科の治療を必要としている。

国は現在「身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療体制に関して」はこれを課題として検討しており、また2010年「精神科身体合併症管理加算」の増点はしているものの、ほとんどの精神科病院入院中の身体合併症患者には影響はない。精神科病院入院中の多くの身体合併症患者は転医できず、専門領域でない精神科病院で治療・看護・介護を行なっている。

そして更に他科受診・転医が必要な患者が自己の選定する医療機関で受診できる権利を奪っている。病院職員はマンパワーの少ない中で合併症対応、他科受診支援など過重労働を余儀なくされている。また良心的な医療機関では他科受診を保障することにより、煩雑な事務をはじめ、様々な部署が影響を受けている。また、入院費の減算となるため、病院によっては他科受診自体を抑制する傾向がある。

①我々は適切な医療を受ける権利を保障する為に、他科受診を妨げる診療報酬の見直しを要望する。②また救急医療で対応する身体合併症患者にだけでなく、身体的慢性疾患の患者に対する総合的な医療の在り方を整備する事を要望する。③その為、医療法施行規則10条の撤廃、縮小・廃止がつづく公的総合病院の精神病床への診療報酬上の改正、公的病院の役割を明確化し活用する等強力に推し進める事を要望する。

3. 退院促進と地域生活支援について

(1) 高齢者保健医療福祉において、精神科病院への収容政策ではなく、在宅ケアの充実、住まう場と地域ケア、福祉サービスなど、質量ともに圧倒的な拡充をするとともに、医療と保健、福祉の連携、介護保険サービスと精神保健サービスの連携によって対応することを要望する

高齢者医療においては、医療と保健、福祉との連携により、入院治療の必要がなくなった患者が、自宅で安心して療養できるようにするため、患者やその家族に対して、在宅医療や在宅介護などの利用の啓発や、訪問指導等の保健サービスの普及を図ること、あるいは、医療機関から社会福祉施設等へ円滑に入所できるようにするため、特別養護老人ホームや介護老人保健施設などを計画的に整備することなどが必要である。

一方、精神医療においては、病状が安定し受け入れ条件が整えば退院可能な患者が、早期に退院し社会復帰できるよう、相談支援体制の構築を図るとともに、グループホーム等の居住の場の確保と、生活訓練や就労支援等の充実が必要である。

また、医療現場では「PSWの精神科病棟配置の義務付け」、「精神科退院前訪問指導料の算定要件の見直し」、「多職種がチームを組んで継続的に退院促進の働きかけを行った場合の診療報酬の算定」などの具体策を必要としている。

(2) 自立支援法下の常勤換算の撤廃と、人材確保に適切な報酬を保障するよう要望する

障害者自立支援法は三障害の一元化をすすめたが、「応益負担」が障害者の生活と権利を脅かすこと、精神障害者の実情に合わない障害程度区分などの問題があった。障害者からの厳しい批判と違憲訴訟により、廃止が決定され、総合福祉法に向けて障がい者制度改革推進会議で優れた提言がされている。現在の複雑な報酬システムでは質の高い支援を行う上で人材確保も困難となっており、その改善は重要課題である。

自立支援法下では人員配置の基準に「常勤換算」という方式をとっており、正規職員と同等の就業時間であれば正規職員でなくとも、人員配置できるとしている。そのため、正規職員としての採用が抑制されやすく、非常勤・パート採用が多くなるのが現状である。管理者以下は全て非常勤・パートという施設も少なくないのが実態であり、安定した人材の確保は困難を極めている。

また、人材確保の為に当然十分な報酬も必要である。現状の報酬システムでは、採算レベルを維持するのは困難な上、加算なども複雑になっている。また、利用人数に応じた日払いのため、特に精神障害者を対象とした通所サービスにおいては、体調不良や急な入院などが生じやすく、安定した財源の確保もまた困難を極めている。既に総合福祉法においても論議されているが、常勤換算の撤廃および、人材確保の為に十分な報酬システムを要望する。

4. 病院・施設で提供する食事は治療の一環であることを明確にし、診療報酬上の根拠を整備すること

(1) 食事の形態に配慮した食事も特別加算食に加えることを要望する

入院患者の高齢化に伴い、摂食・嚥下機能に問題がある患者が増えている。誤嚥性肺炎を防止するため、調理方法を工夫したりとろみをつけることが多くなり、ソフト食などニーズも多様化し、費用と手間が増大しているが、診療報酬に評価されておらず、調理現場に負担が大きくなっている。

(2) 介護保険で行われている経口管理加算・口腔機能維持管理加算を医療保険下でも使えるようにすること。医療保険の摂食機能療法を精神科でも適応できるように要望する

現在の少ない看護人員では、リスク管理優先になりがちな為、食形態が下がったら下がったまま、胃瘻の造設が増えている。病棟・栄養室・OT等が、患者の変化している状況に合わせ連携して、病院にいても、老健や特養にいても、最後まで尊厳をもって、口から食べることを支えていけるような体制作りが求められている。口から食べる事は、QOLの向上にもつながる。また、在宅復帰の可能性も広がる。しかし現在の医療保険の摂食機能療法は、条件が1回に30分の訓練で、明らかに現実的ではない。

(3) 栄養管理加算の実施に伴う膨大な作業量を正当に評価し、加算の点数を増やし、人員の配置基準を見直すことを要望する

2006年度に栄養管理加算が新設され、栄養管理の重要性が認識されたことは良いが、現在の設置基準では、患者が100人でも500人でも管理栄養士は1人以上となっており、入院患者全員の栄養状態を把握し、質の高い栄養管理を患者全員に行うのは難しいのが現状である。

5. 福島県相双地区に於いて、原発事故により失われた精神科病院に代わる新たな地域支援体制の構築に向けて、具体的な支援策を講じること

福島県相双地区では原発事故の影響で4つの精神科病院（約800床）が閉鎖となった。入院患者は県内外への転院を余儀なくされ、通院患者の多くは精神科医療からの中断を余儀なくされた。現在は総合病院、精神科病院、クリニックで外来診療が再開されているが、量的にも質的にも困難な状況が続いている。

我々全国精労協は原発事故発生直後より相馬市のNPO法人「ひまわりの家」への支援を継続的に行い、被災地の精神障害者及び支援者が置かれている困難な状況を目の当たりにしてきた。以前から通所していた利用者の生活支援に加え、住まいを追われ避難してきた人たちが加わり利用者が増加し、マンパワーと住居が著しく不足している。

この様な状況に対し、相双地区ではNPO法人「相双地区に新たな精神医療保健福祉システムをつくる会」が結成され、相馬市、南相馬市の2ヶ所に通所施設とアウトリーチ型の診療所を有する複合施設の新設が検討されて、地域精神医療体制の構築に向けての計画が動き出している。以上のことより、

- (1) 相双地区における精神保健福祉医療の再構築の為に、①福祉事業所の人員確保、②住まう場を失った人への住居の確保、③新たな複合施設の建設の予算（1億2千万円）を確保することを要望する
- (2) 転院を余儀なくされた方々が相双地区に戻り、地域生活を営むことが出来る地域支援体制の再構築の為に具体的な措置を行うよう要望する

6. 不安定雇用を生み出し、労働者の権利を奪う現労働法制の改正を要望する

- (1) 常用代替労働者としての有期雇用を許さない法整備を行うこと
- (2) 上記について貴省が昨年回答した「実態の調査と必要とされる施策を検討する」という内容を明らかにすること
- (3) 以下の項目につき、検討経過と進捗状況を明らかにすること
 - ①労働者派遣法の抜本的改正、②パート労働法の抜本的改正、③フルタイムパート労働者の救済

非正規雇用の増大は、賃金格差や不安定雇用を拡大し、正規労働者も含めた労働環境を急激に悪化させている。

命や人権を守る精神科医療の現場においても、正規労働者と全く同じ業務内容で働くフルタイムパートが正規労働者ではないというだけで低賃金を強いられ、経営者からは安価な労働力と位置付けられてしまう。看護助手の多くが非正規雇用契約とさせられてしまう現状については、これまでの厚労省交渉の中で強く訴えてきたところである。

また、障害者自立支援法における「常勤換算」が、障がい者福祉を貧困なものとしている現状については、先の項目で記しているとおりでである。

この状況の一因である「有期雇用契約」のあり方について、全国精労協は昨年の交渉で「常用代替労働者としての有期雇用を許さない法整備をおこなうこと」を要望した。さらに以下の3点を指摘して有期雇用について厚労省の見解を求めた。

- ①合理的理由のない有期雇用は認めない
- ②反復雇用している有期雇用契約は常用雇用にすべき
- ③一定期間をあけての有期雇用や同じ業務をさせる有期雇用は原則認めない。

その時の回答は、直前の2010年9月に示された「有期労働契約研究会」の報告書に基づき「これから必要とされる施策を検討していきたい」「(実態調査を)踏まえて議論していると考えている」という内容であったと理解しているが、その後の検討経過・進捗状況をまず明らかにしていただきたい。

加えて、「有期労働契約研究会」報告は、①期間満了後の雇止めは容易に雇用調整ができる一方で、雇用保障が低減してしまうという根本的な問題が解決されてないこと、②正規労働者の労働環境の悪化につながる雇用の多様化(多様な正社員)を基本的な考え方の一つとしていること、③有期労働契約の制限が新規雇用を抑制するという間違った議論が行われていることなど、多くの問題点も指摘されている。

東日本大震災や福島原発事故が新たな非正規労働者を生み出している中、報告書のみをベースとするのではなく、労働者の生の声を反映させる施策検討が必要である。

また、非正規雇用増大の要因であり、例年の厚労省交渉でも継続して要望している以下の項目についても、検討経過と進捗状況をお聞かせ願いたい。

- ①労働者派遣法の抜本的改正
- ②パート労働法の抜本的改正
- ③フルタイムパート労働者の救済