

2010年10月25日

厚生労働大臣  
細川 律夫様

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、貴省との交渉を重ねてきた様々な課題の中で、特に「10年間で7万2千人の社会的入院の解消」を共有できる最重要課題として取り組んできました。

2010年1月からは、障がい者制度改革推進会議が開催され、民主的な議論を継続し、障害者権利条約批准に向けた取り組みも行われています。障がい者制度改革推進会議の中での精神保健医療福祉のありかたを検討する姿勢は高く評価できるものです。是非この議論の内容に基づく精神保健医療福祉政策が実現されることを願ひ、以下を要望します。

## 要 望 の 要 点

1. -1 精神科入院者の権利について抜本的改革を求める
  - 1) 権利擁護制度の現状を見直し抜本的改革を進めること
  - 2) 貝塚中央病院の違法な拘束中の患者さん死亡事件について
  - 3) 公衆電話機未設置の閉鎖病棟への改善命令について
1. -2 心神喪失者等医療観察法を廃止すること
  - 1) 法施行後5年間の運営実態を具体的に開示すること
2. 精神科特例を撤廃すること
  - 1) 精神科特例の撤廃を要望する
  - 2) 適切な医療を保障するため他科受診抑制の緩和を求める
  - 3) 精神病床の医療法施行規則10条の撤廃
  - 4) 公的な総合的病院の積極的役割を明確にすること
  - 5) 合併症を有する患者さんへの権利擁護を推進すること
3. 退院促進と地域生活支援
  - 1) 退院促進に関する予算を縮小することなく事業を充実することを求める

2)社会的入院者の住居保障を押し進める住宅政策の充実を求める

4. 病院食について

- 1) 栄養サポートチーム加算を精神科においても対象とすること、管理栄養士(栄養士)、調理師の人員配置基準を見直すこと
- 2) 精神科デイ・ケアに於ける食事提供を治療として再度位置付けること
- 3) 治療食以上に手間がかかる高齢食は、診療報酬で評価すること

5. 労働法制を抜本的に見直すこと

- 1) 労働者派遣法を抜本的に改正すること
- 2) パート労働法を抜本的に改正すること
- 3) フルタイムパート(疑似パート、偽装パート)労働者を救済すること
- 4) 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

## 1. -1 精神科入院者の権利について抜本的改革を求める

日本の精神保健医療福祉は、世界の標準から大きく取り残されて、人口比で世界最大規模の精神科病床とケタ外れの長期入院となっており「半世紀遅れ」と厚労省内部からも指摘されている。国連原則や WHO 精神保健ケア法 10 原則が基準となっている。しかし、日本の精神医療改革は日本独自の病院への「閉じこめ」政策が改善されず、強まっていると言わざるを得ない。

精神科急性期治療病棟を始めとして、精神病床の機能分化が進められてきた。その中で入院の短期化がすすんできたが、精神病床は 2004 年の 326,000 人から 1 万人しか減少していない。精神保健医療福祉の改革ビジョンで指摘されていた権利擁護制度の充実は取り残されてきた。その結果入院者の権利状況は残念ながら悪化している。(資料グラフ参照)

- ・隔離身体拘束の増加
- ・隔離室および隔離できる個室の増加
- ・閉鎖病棟と医療保護入院の増加
- ・任意入院者の閉鎖処遇の増加(任意入院者の半数以上が鍵のかかった病棟に処遇)

国連および WHO において精神保健は「最小規制」が原則であり「隔離室は段階的に廃止、あるいは新設しない」とされている。隔離室や器具による身体拘束が禁止されている国もあり、隔離・身体拘束においては、看護師が常時そばにすることが義務付けられているところもある。速やかに厳密な審査が実施され、第三者の権利擁護期間の援助も保障されている。そしてなにより、入院中心型から地域生活支援型に転換している。

厚労省より公表された 2007 年の 630 調査結果によると、一日の隔離・身体拘束は 2003 年より、12,850 件から 15,033 件と 2,200 件も増加している。2004 年から行動制限最小化委員会が普及したにも関わらず、行動制限件数が増えている事態は深刻である。

また昨年に引き続き精神医療審査会は機能していない。今年の夏に精神医療審査会に処遇改善・退院請求をした大阪府の患者さんの場合も、資料ページにある通り、請求から病院への面接まで 50 日かかっており、結果通知まで 80 日かかる場所であった。精神医療審査会運営マニュアルの基準「30 日以内に本人に結果を通知」さえ全く満たさない実態が続いている。違法な身体拘束で患者さんの死亡事件まで起きている現状で、速やかな対応ができない精神医療審査会は権利擁護制度として機能していないと言わざるを得ない。大阪府 2 万人の入院者、書類審査以外に年間 325 件の請求に対して、府の審査会委員 40 名では対応できない。

これらを改善させるには、精神医療審査会の抜本改革、第三者機関によるオンブズマン制度と公的援助、障がい者制度改革推進会議でも指摘された、医療保護入院制度を廃止して行政入院とするなど、権利擁護制度の抜本的改革を進めること、そして行動制限乱用の温床である精神科特例の撤廃が必要である。

### 1) 権利擁護制度の現状を見直し抜本的改革を進めること

隔離身体拘束の増加、隔離室および隔離できる個室の増加、閉鎖病棟と医療保護入院の増加、任意入院者の閉鎖処遇の増加など、人権状況の後退に対する根本的な改善をどう進める方向性があるのか明らかにしていただきたい。また、権利擁護制度の現状を見直し抜本的改革を進めること、またその検討の際には、障害当事者や精神医療人権センター等の権利擁護団体、弁護士会を中心とすることを要望する。

## 2) 貝塚中央病院の違法な拘束中の患者さん死亡事件について

資料の新聞記事にあるように、2008年大阪府の貝塚中央病院での、違法な拘束中の患者さん死亡事件は、1998年の国立犀潟病院事件の再発でもある。人権と患者さんの命を守るために厚労省はどう取り組むのか。

また、指定医の責任に反して、カルテ改ざんで責任を逃れようとした貝塚中央病院院長の指定医、および医師の責任について厳重に問うべきではないか。

## 3) 公衆電話機未設置の閉鎖病棟への改善命令について

630調査によると、2007年閉鎖病棟の187ヶ所、4.3%で精神保健福祉法の大臣告示の「閉鎖病棟の公衆電話設置」義務に反している病棟がある。厚労省は「公衆電話未設置の閉鎖病棟は精神保健福祉法の基準を満たさない」と認めてきた。長年にわたって行政が指摘しているにも関わらず改善されていない確信犯的病院なので、改善命令を出すべきである。3ヶ月以内に改善がなければ、病院名を公表し、非自発的入院を禁止する、あるいは指定医療機関取り消すなどのキチンとした措置をとることを求める。

### ■ 退院請求をした大阪府のある患者さんのケース 2010年夏

6月下旬: 入院後より保護室に行動制限され、2週間後、保護室より携帯電話で精神医療審査会に処遇改善請求

数日後: 精神医療審査会から請求用紙が送られてくる。文書で処遇改善請求

数日後: 精神医療審査会から請求を受理。「決定まで40～50日」と記入してあった。

6/30: 隔離解除となり、自分で処遇改善を取り下げの連絡を精神医療審査会にする

7/5 : 再度、保護室で隔離される。同日、審査会より「取り下げ受理通知」が届く

同日、保護室より電話で、精神医療審査会に退院請求をする

7/9 : 審査会より届いた退院請求の書類で、退院請求をする

7/12: 審査会より退院請求受理の通知が届くが請求の結果までの欄が空欄

8/中旬: 家族に精神医療審査会から問い合わせがある

8/下旬: 精神医療審査会より病院に、面接官2名、事務官1名が来て面接

審査会より、審査の会議は9/17、決定の通知は22日と聞く

9月上旬: 任意入院に切り替えとなる。

9/8 : 審査会に任意入院となったことを連絡すると、退院請求を取り下げられるように言われ、取り下げた。

9月中旬: 退院

6月下旬の処遇改善請求から面接まで、約60日。7/5 最後保護室に隔離され、退院請求をしてから面接に至までおよそ40～50日かかっている。文書受理されてから、決定が本人に通知されるまで、およそ70日。このケースでは、2回隔離されたが、その後任意入院となり、請求取り消しとなり、その間に決定は出されないまま退院となった。

## 1. -2 心神喪失者等医療観察法の廃止

心神喪失者等医療観察法(以下、医療観察法)は2003年、自公政権下に於いて精神医療福祉関連団体、当事者団体、日弁連、野党が反対していたにも関わらず強行採決され、2005年7月に法施行された。そして、今年5年目の施行状況の国会報告と法の見直しの年を迎えている。

この間、医学的根拠のない「再犯のおそれ」を理由に対象者を拘束・管理し続けること、省令の改定により民間病院での入院を可能にして「手厚い医療」を放棄したこと、指定入院・通院機関における地域性の欠落、一般の自殺率の50倍に及ぶ14名の対象者を自殺に追い込んだことなど、医療観察法が抱えるいくつもの矛盾点が指摘されてきた。2010年に入ってからも元国立精神・神経センターの非公務員型独立行政法人化に対して、「国立センターを国とみなす」という政令により、公務員による医療実施という「手厚い医療」の根拠としていた大前提をまたしても覆した。

医療観察法は、法の成立経緯、破格の医療費の投入、政・省令での弥縫策、医学的根拠の不在、一向に進まない「車の両輪」とした精神医療の改善、人権侵害の問題、保安処分としての法利用などあらゆる面に於いて矛盾を抱えたまま運営されている。対象者の異常とも言える高い自殺率は、この法が手厚い医療などではなく、対象者及び精神障害者全体への偏見・差別を助長させ、対象者を徹底的な管理・監視下の元で死の淵へと追い込んで行く保安処分法に過ぎないことを示している。

2009年12月に障害者権利条約の批准及び抜本的な障害者制度改革を目的に発足し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の意見を述べている。

しかし様々な批判的な指摘を受けながら、貴省はまったくと言っていいほど法施行後の運営実態を明らかにせず、滋賀県草津市で新たな指定入院施設の建設をも画策するなどさらなる法の拡大を図っている。2011年度予算概算要求に於いては、ただでさえ少なかった地域移行支援の予算を6.7億円と10億円以上も削減し、医療観察法に対して前年度プラス19億円の254億円という、「地域移行などの精神障害者施策推進」における予算全体の84%にも及ぶ額を注ぎ込もうとしている。

#### 1) 法施行後5年間の運営実態を具体的に開示すること

障害者権利条約に基づく障害者基本法の制定に向け本格的な動きが始まった今、精神障害者を閉じ込め、追い込み、差別を助長させる医療観察法を改めて廃止するように要望する。

上記の指摘を踏まえ法施行後5年間の運営実態を具体的に開示し、貴省の考えをお聞かせ頂きたい。

## 2. 精神科特例の撤廃について

精神科病院において、他科に比べ、医師、看護師、薬剤師の配置基準が少なくても良いとする「精神科特例」は、精神疾患を持つ市民が適切な医療を受ける権利(生存権)を奪い続けている。

#### 1) 精神科特例の撤廃を要望する。

昨今、精神科病床の機能分化が進められ、精神科急性期治療病棟・精神科救急病棟を中心に、早期退院が可

能になった。次の3点が条件としてあげられる。

- ①精神科特例の基準を上回る医師・看護師の配置 ②精神一般病棟より高い診療報酬
- ③長期入院を防ぐ入院期間の基準である。

ちなみに、精神科救急病棟のみようやく、医師も特例を超え、他科並の人員配置となった。つまり、精神科特例を撤廃すれば早期退院と、長期入院の防止が可能であると言う事である。言い換えれば、今まで長期の社会的入院を作ってきた、大きな原因の一つが精神科特例であり、これを無くさない限り社会的入院は解消されない、ということである。

社会的入院者の高齢化が進む中、要介護者・身体合併症患者が増えており、その多くは療養病棟に入院している実態がある。療養病棟の看護基準は、いまだに他科に比べて少ないままであり、職員に過重な労働を強いっている。それは職員の努力の限界を超えているがゆえに、入院者に必要、適切な医療が行き届かない現実を生んでいる。

「かわり、よりそう」時間がもてず、退院促進にかかわる十分な時間がない状態は、さらなる社会的入院を作り出す事につながる。

また、人員の少なさが、必要以上の隔離・拘束を生み出している実態もあり、人権侵害という観点からも大きな問題である。

## 2)適切な医療を保障するため他科受診抑制の緩和を求める

上記にあげた身体合併症患者の問題は、今回の診療報酬改定により、他科受診をした場合、入院基本料減算、投薬制限、リハビリテーション廃止が導入された事により、入院患者が他科で適切な医療を受ける権利を侵害し、またその権利を守ろうとしている病院に打撃をあたえている。さらには、他科にかかれぬ為に自らの病院で限度を超えても抱え込むことにつながり、良心的に適切な医療を行なおうとする看護師をさらに過重な労働へと追い込んでいる。

貴省が把握しておられる身体合併症入院者の実態、転院・他科受診についての実態を提示して頂くと共に、他科受診抑制に関する貴省の考えを御聞かせ願いたい。

## 3)精神病床の医療法施行規則10条の撤廃

さらに上記に関連し、精神科患者が身体疾患の専門的治療を必要とする際、法的にこれを差別し、治療を受ける権利を妨げている医療法施行規則10条の撤廃を要望する。

「緊急の場合はこの限りでない」と言いながら、実際は転・入院拒否をされるだけでなく、一旦入院を受けながら、応急処置のみや、手術後直ぐに再転院を要求されるなど、患者が適切な医療を受ける権利を、大きく侵害している実態がある。

## 4)公的な総合的病院の積極的役割を明確にすること

これらの根本的な解決の為には、今ある公的な精神科病床をもつ総合的な病院を中心に地域に計画的・総合的に、身体合併症をもつ精神科患者を受け入れる体制を作るべきである。

総合病院の精神科病床の縮小・廃止は 2005 年度と 2008 年度の比較で 13 施設、2057 床の減であるが、その

後も縮小・廃止が進んでいる。その原因として、精神科の収入の少なさ、仕事量増加・スタッフ不足の現状を7月の我々との交渉時に貴省も認めていた。(資料参照)

今年度の身体合併症対策だけでは現状の身体合併症への対応は追いつかない。総合的病院が身体合併症をもつ精神科患者への受け入れをスムーズに行えるように、診療報酬上の誘導だけでなく、患者が適切な医療を受ける権利を保障するために公的な病院の役割を明確にして活用するように要望する。

#### 5) 合併症を有する患者さんへの権利擁護を推進すること

先の貴省との交渉で、人権侵害の甚だしい病院と、我々が非常に危惧している東京都八王子市の滝川病院の例を出すまでもなく、地域で身体治療(滝川病院における人工透析)を引き受ける病院が他にないゆえに、問題がうやむやにされることのないよう、「患者の人権」の視点をもって身体合併症患者に対する各精神科病院への立ち入り調査、大阪のオンブズマン制度のような、第三者機関による病院入院者への権利擁護活動の推進を是非貴省でおこなう事を要望する。

### 3. 退院促進と地域生活支援について

国民の医療費及び介護費等の増加と社会保障の財源問題が課題と言われているが、我が国では GDP 比の社会保障費は高くない。また、社会的入院や社会的入所の解消という課題は世界の国々に大きく遅れており、まだまだ取り組まれているとはいえない状況である。生存権の保障、社会保障は国の義務である。日本国に生まれ日本国民として育っていくためには、誰もが住みやすい居住環境を整えることが、国家として最低限行うべきことではないか。

高齢になったり、ハンディを抱えたりしたとしても、日常生活の中でリハビリを行える居住環境を整えることこそ必要であろう。退院促進・地域移行の道筋として居住環境を整えることこそが今求められている。

障害福祉施策においては、1962 年の 総理府社会保障制度審議会(大内兵衛会長)ですでに、「公営住宅を中心として、貧しい所得階層のための低家賃住宅に重点をおくよう改めるべきである」と「社会保障制度の総合調整に関する基本方針についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」を当時の池田内閣総理大臣に提出している。

また、1995 年(平成7年)7月4日の社会保障制度審議会(隅谷三喜男会長)による勧告は、「住宅、まちづくりは従来社会保障制度に密接に関連するとの視点が欠けていた。このため、高齢者、障害者等の住みやすさという点からみると、諸外国に比べて極めて立ち遅れている分野である。今後は、可能な限りこの視点での充実に努力を注がれたい」と提起し、わが国の住宅の水準が低く、高齢者や障害者などに対する社会福祉や医療の負担を重くしている一つの要因と指摘した。在宅福祉を重視する政策「福祉との連携を重視した住宅政策の展開が不可欠」と、高齢者及び障害者の住居の劣悪さを指摘している。

この勧告を基本とするならば、現在の退院促進との数値目標はあまりにも低すぎるし理念に基づいているものとも思えない。居住サポートやホームへの補助などの予算を見てもあまりにもお粗末で何万人もの人々の退院を支えるものではない。国は長年の無策を反省するとともに本腰で「退院促進」を進める政策を検討しなければならない。地域社会での支援拠点・マンパワーの確保などを当事者団体や支援関係者とともにより上げてい

ただきたい。

## 1) 退院促進に関する予算を縮小することなく事業を充実することを求める

言うまでもなく、社会的入院解消は厚労省自身が掲げた精神保健の最重要課題の一つである。我々の現場でも、社会的入院者の解消を目指し、各病院の PSW は社会資源の乏しい中、退院できるような環境を何とか整えようと毎日奮闘している。その一つの方法として、退院促進支援事業などを利用しているが、その事業の予算がわずか、今年度わずか17億円であったが、なんと厚労省の 2011 年度予算概算要求からは6億7千万円と半分以下に減額され、我々は仰天している。今や、厚労省は社会的入院解消の重要課題をかなぐり捨て、医療観察法にのみプラス19億円の254億円と地域移行予算の84%も注入しておいて、社会的入院者は精神科病院で人生を終えろと言うのか。まだ、地域生活支援事業も取り組んでいる自治体は少なく、スタッフは不安定な非常勤であり、その予算も限られたものである。24時間対応や住居の確保をしていくためにはまったく不十分である。

退院促進事業への予算、貧弱な地域生活支援への予算をむしろ増加させ、地域移行を大胆に進めることを強く要望する。

## 2) 社会的入院者の住居保障を推し進める住宅政策の充実を求める

1) の参考資料(早川 和男 19971020『居住福祉』, 岩波書店)

### ◆ 社会保障制度審議会の勧告

「たとえば昭和三七(一九六二)年八月二二日、総理府社会保障制度審議会(大内兵衛会長)は「社会保障制度の総合調整に関する 基本方針についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」を池田勇人内閣総理大臣に提出した。そこでは次のように問題の指摘 と改革の方向が述べられている。「わが国の住宅難は国民全体の問題である。これに対する国の施策が不十分であるうえ、近年の産業構造の変革、人口の過度な都市集中などがいよいよ深刻にしている。とくに国の住宅政策は、比較的収入の多い人の住宅に力を入れているので、自己の負担によって住宅を もつことができず、公営住宅を頼りにするよりほかない所得階層の者はその利益にあずからない。これでは社会保障にはならない。住宅 建設は公営住宅を中心とし、負担能力の乏しい所得階層のための低家賃住宅に重点をおくよう改めるべきである。」厳しい批判である。もし、この勧告に従って住宅政策が展開されていけば、国民の居住状態は少しはよくなっていたらと思う。』(pp.133-134)

「このような問題意識をさらに強くもったのが、平成七(一九九七)年七月四日の社会保障制度審議会(隅谷三喜男会長)による「社会保障制度の再構築—安心して暮らせる二一世紀の社会を目指して」(村山富市内閣総理大臣に提出)である。この勧告は、「住宅、まちづくりは従来社会保障制度に密接に関連するとの 視点が欠けていた。このため、高齢者、障害者等の住みやすさという点からみると、諸外国に比べて極めて立ち遅れている分野である。今後は、可能な限りこの視点での充実に努力を注がれたい。」「我が国の住宅は社会における豊かな生活を送るためのものとしては 余りにもその水準が低く、これが高齢者や障害者などに対する社会福祉や医療の負担を重くしている一つの要



困である。……在宅福祉 を重視する政策が今後進められなければならないが、その受け皿となる「住み慣れた家」の安全性や快適性、福祉用具の利用可能性が 改めて問われている。」「実質的には住宅問題であるものが福祉の問題として対策を迫られている事例もあり、生存と生活の基盤である住宅について、……福祉との連携を重視した住宅政策の展開が不可欠である。」的を射た指摘である。高齢社会を意識した内容に なっているが、高齢者の住居の劣悪さは住宅一般の低水準の延長線上にあることは、先に述べたとおりである。」(pp.134-136)

## 4. 病院食について

精神科病院で提供する食事を治療として明確に位置付けること

1) 栄養サポートチーム加算(以下、NST 加算)を精神科においても実施出来るよう、算定基準及び管理栄養士(栄養士)、調理師の人員配置基準を見直すこと

2010 年度診療報酬改定に於いて NST 加算が新設されたが、その算定対象は「急性期一般病棟の栄養障害がある患者」とされており精神科はその対象となっていない。また、栄養障害の範囲は静脈栄養・経管栄養レベルと非常に狭義である。

精神科病院においては、社会的入院患者の高齢化、精神疾患に於ける摂食障害、抗精神病薬の副作用など様々な影響により、栄養障害を含む食事に関して専門的な関わりが必要である障害を呈した患者が数多く存在していると実感している。特に、長期入院を余儀無くされた患者に於いて、病院食の治療的な位置付けが不明瞭であり人員配置基準も不十分である為、誤嚥・窒息のリスク管理を優先した食事形態となり摂食能力自体の低下を招くという不利益を与えている。更にその様な環境下では、低下した能力の改善に向けたプログラムを実施することが困難である。むしろリスク管理を目的とした閉鎖処遇や「胃ろう」の造設にまで至ってしまうことが珍しくない状況である。社会的入院患者の解消を考えた際、食事をとる能力の残存はそもそもの大前提である。ところが、その改善を図るどころか入院することにより能力が奪われる結果を招いてしまっている。

以上の理由から、精神科に於いても多職種による食事に対しての関わりが行えるよう、食事を治療として明確に位置付け、「栄養障害」の対象をより広義に捉え、NST 加算の算定が出来るよう基準の見直しを要請する。同時に人員確保の為の配置基準、特に施設基準上手薄な管理栄養士(栄養士)、調理師の増員が必要だと考える。貴省の考えをお聞かせ願いたい。

2) 精神科デイ・ケアに於ける食事提供を治療として再度位置付け、その機会を保証すること

精神障害者が地域生活を送る上で食生活の維持は最も基本的で重要な要素であり、障害されやすく不安定な部分でもある。食生活の維持が困難になれば、精神症状や内科疾患へ重大な影響を与え地域生活自体が維持できなくなってしまう。その食生活に対し、デイ・ケアでの食事提供は治療的な介入をする機会としての役割を担っており、貴省も認めているところである。

しかしながら、2010 年度診療報酬改定において、デイ・ケア等の食事加算が廃止となり、デイ・ケア各類型は

点数増となった。このことでデイ・ケアでの食事提供は治療であるとされているにも関わらず、診療報酬上の根拠が無くなったことで、採算性を重視する医療機関に於いては食事提供を廃止したものとする。

貴省は点数の包括化を行っただけとしているが、この改定は食事提供を行わない医療機関への採算性を向上させ、食事提供により地域生活を維持してきた利用者に対しては多大な不利益を与える結果になったと考える。デイ・ケアでの食事提供を再度治療として明確化させ、医療機関の裁量に委ねずにその機会を保障することを要望する。貴省の考えを聞かせて頂きたい。

3)入院患者への高齢食(ペースト食、リハビリ食、とろみ食等)の提供に対し、治療食と同様に診療報酬化すること。

長期入院患者の高齢化や認知症患者の増加が進む中、刻み、ペースト、リハビリ、とろみ食等の高齢食を提供する必要性が増え続けている。しかし、高齢食は人手もかかり時間もかかり経費がかかるにも関わらず診療報酬上の根拠が存在しない。現場では苦勞しまた使命を持ち、患者に少しでも自身の口で食事を食べてもらい元気になって社会生活を送ることができるよう、見た目や食感にもこだわって調理をしている。食事形態の工夫が必要となった患者への高齢食の提供について、単なる栄養補給ではなく治療の一環であると明確に置付け診療報酬化することを要望する。貴省の考えをお聞かせ頂きたい。

## 5. 労働法制の見直しについて

リーマンショック以降、製造業を中心に大量の労働者が解雇された。派遣労働者の解雇＝派遣切り、有期雇用労働者の解雇＝雇い止め、パート労働者の解雇、総じて非正規労働者を切り捨てることで危機の乗り切りが図られた。

その結果、格差と貧困は拡大の一途をたどり、この1年間で日本の就業者数は20万人減少し、6月で29ヶ月連続の減少となっている。リーマンショック(2008年10月)以降の「雇い止め」や「派遣切り」など企業の非正規労働者の切り捨て累計は、昨年9月末時点で23万7千人を、今年9月時点で28万8千人を超え、非正規労働者が雇用の調整弁とされている事態に変わりはない。

労働規制緩和が格差と貧困の拡大をもたらしたことは確かであり、労働の規制強化、派遣法の抜本改正は、労働の劣化をこれ以上進めないための急務の課題となっている。

### 1)労働者派遣法の抜本的改正について

日雇い派遣や派遣切りに見られる不安定雇用をなくすため、労働者派遣法を以下の内容にて抜本的に改正することを求める。

- ①専門的業務以外の派遣労働者は常用雇用とし、登録型派遣は原則禁止とすること。例外として認める専門的業務に関しては、過去の「専門的26業種」と称するものには、とても専門とは見なされないものが含まれている。対象業種の厳密な絞り込みを前提とし、製造現場への派遣は全面禁止とすること。
- ②派遣労働者と派遣先企業で働く労働者の均等待遇を条文化し、同一価値労働同一賃金の原則を派遣

労働者に適用すること。

- ③期間制限を超えて派遣労働者を受け入れる等の違法派遣、偽装請負、事前面接(労働者の特定行為)、多重派遣を行っていた場合には、派遣労働者が派遣先に直接雇用を通告できる『派遣先見なし雇用制度』を創設すること。
- ④派遣業者によるピンハネを防止するため、マージン率の公表を義務づけること。

## 2)パート労働法の抜本的改正について

パートタイム労働法を抜本的に改正し、同一価値労働同一賃金の原則に基づき、正社員などフルタイム労働者との均等待遇を実現すること。

『パートタイム労働指針』を見直し、労働者保護に資する規定については、『パート労働法』本体に取り入れること。改正法の遵守を担保するため、違反した雇用主に対する罰則を強化すること。

## 3)フルタイムパート(疑似パート、偽装パート)労働者の救済について

正規職員と同一職務に従事しながら、フルタイムパート(疑似パート、偽装パート)という雇用形態で働く(働かされている)労働者が急増している状態を改めるため、このような形態で働く労働者については、

- ①正規職員との均等待遇を原則とし、②一定期間就労した労働者については、正規職員として雇用することを義務づけること、を内容とした立法措置を講ずること。

## 4)常用代替としての有期雇用を許さない法整備を

雇用の原則は「直接・無期雇用(期間の定めのない雇用)」である。合理的な理由のない有期雇用契約を認めず、反復更新する有期雇用契約については、常用代替とみなし、正規職員として雇用することを義務づけること。

反復更新との認定を逃れるための雇い止め後の再雇用の手法は、違法なクーリングとして罰則を設けること。また、同一業務で人を入れ替えて有期雇用を継続することも常用代替とみなして対応すること。