

2009年9月28日

厚生労働大臣 舛添 要一 様

全国精神医療労組協議会
代表 伊東明宏

要 望 書

貴省の精神保健医療福祉の改善に向けた日頃のご尽力に敬意を表します。
また、本年7月にはレクチャーの場を設定していただいたことに感謝申し上げます。

さて、当該組織も今年で結成20年の節目を迎えることになり、貴省との交渉も同じ年月を数えることとなりました。

私達全国精労協は、当初から精神科医療現場の声や要望を働く者の立場から、貴省に届け要望してきました。我が国の精神科医療が安心して適切な医療を受けられるものとなるよう、ひいては精神科医療に従事する私たち労働者が誇りを持って働ける職場へと変わることを願って交渉を継続してきました。2004年厚生労働省が精神保健医療福祉の改革ビジョンで掲げた、「10年間で7万人の社会的入院を解消する」と言う課題を全国精労協も共有して取り組んできました。

歴史的な政権交代をむかえ、歪んできた日本の精神保健医療福祉のありかたを見直し、改善をはかる好機となりました。今までの交渉を踏襲した上、精神科医療福祉における問題の解決と改善を求め、医療現場労働者として以下を要望します。

要 望 の 要 点

1. 精神科入院者の権利擁護を充実させる事
 - 1) 精神保健福祉法の基準を満たさない公衆電話未設置閉鎖病棟をなくす事
 - 2) 精神医療審査会の機能の改善と権利擁護制度を抜本的に改正する事
 - 3) 任意入院者の閉鎖処遇の増加と隔離・身体拘束の増加を改善する事
 - 4) 精神保健福祉法の権利擁護制度を抜本的に改善する事
 - 5) 破綻した心神喪失者等医療観察法を廃止する事

2. 安全で適切な医療を提供するために、医療法の精神科特例を廃止する事
 - 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、精神科特例を廃止する事
 - 2) 安全で適切な看護を提供するため、精神科3人夜勤体制への診療報酬に新設する事

3. 社会的入院の解消にむけて、退院促進と地域生活支援を充実する事
 - 1) 退院促進実現へ向けて、精神保健福祉士を精神科病棟に複数必置とする事
 - 2) 住居系サービスをはじめとする地域生活支援を拡充する事
 - 3) 社会保障の原則に反した障害者自立支援法を廃止する事

4. 病院の食事を充実する事
 - 1) 管理栄養士（栄養士）と調理師の配置基準を新設する事
 - 2) 入院者の高齢食を診療報酬で加算する事
 - 3) 診療報酬で選択メニュー加算を再開する事

5. 労働法制を抜本的に見直す事
 - 1) 労働者派遣法を抜本的に改正する事
 - 2) パート労働法を抜本的に改正する事
 - 3) フルタイムパート（疑似パート、偽装パート）労働者を救済する事
 - 4) 常用代替としての有期雇用を許さない、法の整備をおこなう事

要 望 内 容

1. 精神科入院者の権利擁護を充実させる事

全国精労協は適切な医療が提供され、誰でもが安心してかかれる精神科医療現場を作ることを目的として活動を続けてきた。

現状の日本の精神科医療は残念ながら海外諸国と比較すると、後進国というべき悪い事態にある。とりわけ人口比の精神病床数が世界最多で平均在院日数はケタ違いに長い。そのため厚生労働省が72000人という膨大な社会的入院者がある。WHOからは「病院収容型」から「地域型」への転換を勧告した。

これらの問題の温床は、精神科の人員配置基準を低く抑えている医療法の精神科特例である。精神科特例は精神障害者が国民として等しく適切な医療を受ける権利を奪っており、生存権をおびやかしている。

また安心してかかれる精神科医療の障害となっているのは、権利擁護制度と運用の不備である。

1) 精神保健福祉法の基準を満たさない公衆電話未設置閉鎖病棟をなくす事

全国精労協は2001年より、公衆電話未設置の閉鎖病棟問題の解決を厚生労働省に求めてきた。2006年6月30日患者調査結果によると、「終日閉鎖病棟」とそれ以外を合わせた閉鎖病棟4,164に対して、未設置は140病棟、で閉鎖病棟全体の公衆電話機未設置率は3.2%であった。2001年当時の6.2%から改善を見せている。精神病床のあり方検討会で問題にされ、精神病院への指導監督の効果と思われることは大きく評価したい。しかし、厚生労働省も認めたように「公衆電話設置未設置の閉鎖病棟は精神保健福祉法の基準を満たしていない」。電話設置は通信の重要な手段であり、同時に精神医療審査会への請求の手段である。未設置閉鎖病棟は医療保護入院などの要件を満たしていない。引き続き未設置閉鎖病棟をなくすよう、強力な指導を要望する。また、電話が設置されているだけではなく、電話代、カード所持など電話がいつでもできる環境の整備を要望する。

2) 精神医療審査会の機能を改善と権利擁護制度を抜本的に改正する事

自分の意思によらない強制入院は人権侵害のリスクが極めて大きい。先日大阪府の精神科病院で、隔離・身体拘束中の患者さんが保護室から電話で退院および処遇改善請求をしたら、精神医療審査会から審査結果が出るまで50日かかるとの通知が来た。(資料参照)患者さんは 訴えにすぐ対応してもらえず、形ばかりの権利擁護制度に失望し、精神障害者の人権がこれほど軽視されるのは悔しいと嘆いていた。

精神医療審査会運営マニュアルでは、請求から審査結果の通知までおおむね1ヶ月とされている。(都道府県知事は、請求を受理してからおおむね一か月、やむをえない事情

がある場合においてもおおむね3か月以内に請求者に対し、審査結果を通知するよう努めるものとする) 請求受理から65日たっても結果の通知はない。

請求から50日もたてば、隔離・身体拘束への処遇改善請求は、訴えの利益がないに等しい。刑事事件の被疑者でも逮捕後、検察への身柄引き渡しまで3日、その後10日ごと勾留期間の法的な審査が行われる。海外の精神科医療では、強制的な非自発的入院の場合、これに近い審判が患者の権利擁護者が同伴した上で行われている国もある。WHO精神保健ケア法原則では、身体拘束は上限4時間までが基準として示され、器具による侵害拘束が禁止されている国もある。しかし、日本では上限さえ設定されていない。

精神医療審査会の委員数が他府県より多い大阪府でさえ、この事態というのは深刻な問題である。また退院請求自体がほとんどない県もあるが、入院時や行動制限時、権利の告知が不十分か、請求がしづらい環境ではないかと疑われる。厚生労働省の内外で問題にされているが、分かっているが改善されないのは、行政上の不作為として、厚生労働省に重大な責任がある。

処遇改善・退院請求にすみやかに対応できるよう、精神医療審査会の増員と運営体制の充実を要望する。

3) 任意入院者の閉鎖処遇の増加と隔離・身体拘束の増加を改善する事

精神科における人権状況は改善するどころか、むしろ後退している。全国精労協は当初から任意入院の開放処遇の徹底を求めてきた。「厚生大臣が定める処遇の基準」に明記されたように、任意入院は原則開放処遇であるが、任意入院の閉鎖病棟処遇は任意入院者の半数に及び、比率は年々増加している。

また、630調査によると、全国で一日の隔離・身体拘束者は2004年の延べ約12,000人から、2006年約14,500人と増加している。入院者の4.6%にあたる。

厚生労働省の630患者調査によると、隔離・身体拘束を受けている患者数は6月30日の一日で2004年の延べ約12,000人から、2006年には約14,500人に増加している。隔離室のない国、器具による身体拘束が禁止されている国があるなかで、入院者の4.6%が身体拘束をうける日本の事態は、隔離・身体拘束が乱用といえる。背景には精神科医療人員不足の実態がある。2004年から行動制限最小化委員会設置が進められていても、改善するどころか悪化している。

これは精神病院改築の伴って隔離室が増加していることが原因の一つにある。WHOは行動制限最小化原則で「隔離室の段階的廃止と新規創設の禁止」を示している。しかし日本では逆行している。

医療観察法病棟では、隔離・身体拘束の実施はごく少数と厚生労働省は説明している。医療観察法病棟の基準はヨーロッパの精神科医療並の人員配置である。十分な人員配置、対人トラブルが回避しやすい全室個室のゆとりのある入院環境と、速やかに適切な医療を提供できる体制があれば、隔離・身体拘束はより最小化できると考えられる。

4) 精神保健福祉法の権利擁護制度を抜本的に改善する事

7月30日、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」では、医療保護入院制度の見直しの必要性が議論された。権利擁護制度の不十分な精神保健福祉法は根本的な改正が必要である。

1991年の国連原則（精神疾患を有する者の保護及びメンタルケアの改善のための諸原則）や1998年のWHO精神保健・ケア法 基本10原則に国性的な基準が示されている。強制的な非自発的入院に対しては、3日以内の公的機関による審査、患者自身の意見表明と、第三者機関が、聞き取りや付き添いを含めた権利擁護活動をとる制度が必要とされている。日本においても制度化することが必要と考える。

権利擁護制度の不備がある限り、日本の精神障害者の「此ノ国ニ生マレタル不幸」は変わらず、安心してかかれる精神科医療は実現しない。厚生労働省にはすみやかに権利擁護制度を根本的に見直して改善する事を求める。また権利擁護の検討会などを開く場合、国連原則やWHO精神保健ケア法原則にあるように、精神障害当事者の団体（PDIや全国精神「病」者集団など）および、権利擁護活動を行っている精神医療人権センターなどの団体を構成員として含む事を要望する。

5) 破綻した心神喪失者等医療観察法を廃止する事

心神喪失者等医療観察法は精神科関連団体の多数と野党が強く反対してきたが、2002年、小泉政権当時、強行採決によって成立した悪法である。「再犯のおそれの予測は困難」と精神神経学会などが訴えてきた。科学的証明できない「再犯のおそれ」をもって予防的に拘禁する法は、医療観察法のみであり、精神障害者への差別である。

予定した指定入院医療機関が不足して、「手厚い人員配置と専門的治療を提供する」とした法の趣旨に反した法律変更がおこなわれた。国会審議も経ずにパブリックコメントのみで、特定医療施設や特定病床との名目で、医療人員が1/3程度の、環境も貧困な民間病院が入院病床の下請けとされ、医療観察法の代用病院化している。しかも、入院病床の不足から数度の省令改正で、代用病床の3ヶ月の期間限定も拡大されている。医療観察法対象者も民間医療機関もその落差に困惑している。また、別紙のように運用の不適切な中で被害を受けた対象者から人権救済措置なども訴えられている。

また精神医療の年間予算としては、医療観察法対象者1,000人に対して220億円、ところが社会的入院解消のための地域移行支援予算は、70,000人にわずか17億円である。

膨大な予算が医療観察法に投入されているが、指定入院医療機関の重装備と監視体制によって、医療観察法対象者に強いプレッシャーを与えている。法実施4年で指定入院者3名、指定通院10名が自殺によって亡くなったと伝え聞いている。自殺の背後には多くの未遂が予測される。現時点で厚生労働省、法務省の把握している自殺者数と原因・理由を開示していただきたい。

医療観察法の「手厚い人員体制」は実は、海外の平均的精神科医療の水準にすぎない。そもそも行動制限をとまなう医療では医療観察法並の手厚さが保障されてしかるべきであり、医療観察法の人員体制を一般精神医療のモデルとして普及する事が必要である。

誤った前提で強行運用されてきた医療観察法は、全ての面において破綻しており、矛盾が深まるばかりであり、すみやかに廃止し、精神科医療全体を底上げに重点を転換するよう要望する。

2. 安全で適切な医療を提供するために、医療法の精神科特例を廃止する事

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、精神科特例を廃止する事

貴省との交渉で、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、社会的入院の温床となっている。

また精神科特例は医師・看護などの人員が少ないため、必要以上の隔離や拘束を生み出している。また医師・看護者の慢性的不足は、患者さんへの適切な治療環境を提供を困難にする原因ともなっている。

2005年には精神科一般病棟で他科の看護基準である15:1（旧標記で患者:看護=3:1）以上の看護配置は60%を超えた。20:1（旧標記で4:1）以下の病床数を減らして看護比率を高くすれば、まず看護における特例を廃止することは可能である。日本の精神科病床が減少せず、社会的入院の解消が難しいのは民間病院の比率が高いという問題がある。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になりやすい。そこで、退院を促進し病床を削減しても、その分看護師医師比率を高めれば、減収とならないよう診療報酬を設定することで、段階的に社会的入院の解消をすすめ、同時に精神科特例の解消に向ける事は可能である。日本の精神科医療はOECD諸国に比べて、人口比で3~4倍の病床と約10倍の平均在院日数と立ち後れている。しかし、人口比での医師・看護師数は他のOECD諸国と大差はない。問題は人口比で世界最多の病床数であり、その結果としての膨大な社会的入院である。この問題は、精神保健医療福祉のありかた検討会で議論されたように、病床削減の目標が必要である。しかしそれは精神科医療の質の向上と同時に進められなければならない。段階的に精神科病床の削減目標を立て、同時に医師・看護師・薬剤師・精神保健福祉士などの人員比率を高めることで、そして、質量ともに地域生活支援体制を拡充することで、社会的入院の解消と精神科特例を廃止する事は可能となる。

精神科特例は、入院者への適切で安全な医療の提供をさまたげ、社会的入院と人権侵害の温床となっている。精神疾患を持つ人の生存権をおびやかしており、差別的である。ただちに「精神科特例」を撤廃することを要望する。

2) 安全で適切な看護の提供のため、診療報酬で精神科3人夜勤体制加点を新設する事

現在、ほとんどの精神科病棟で行われている2人夜勤体制では、労働者が定められた十分な休憩をとる事が難しく、かつ交代で休憩時間をとるために安全を確保する事も不十分な状態で看護師の仲間が事故で犠牲になった。看護者の安全が図れないということは、入院患者の安全も守れず、適切な医療の提供も困難と言う事である。

普及している精神科急性期治療病棟の13対1の病棟でも、病床数の少ない病棟では、やはり3人夜勤体制は困難である。病院機能評価の基準である「隔離には30分に一度、身体拘束者へは15分に一度の観察とケア」という基準も夜間は困難なのが実態である。これで安全で適切な医療を提供できない。

3人夜勤体制普及に向け、診療報酬で精神病棟3人夜勤体制の加算を要望する。

3. 社会的入院の解消にむけて、退院促進と地域生活支援を充実する事

1) 退院促進の実現へ向けて、精神保健福祉士を精神科病棟に複数必置すること

長期入院患者への退院促進を実現する時、病院から地域に向けての生活全般の支援が必要である。その為、まず精神保健福祉士の本来業務の退院促進に注力できるよう、精神保健福祉士の全精神科病棟への複数配置を具体的施策に盛り込むよう要望する。（地域ケアが進んだOECD諸国と比較すると、ケースワーカー人員はケタ違いに少ない）

また、退院支援や地域生活支援をおこなう事業・施設への精神保健福祉士の必置を要望する。

2) 住居系サービスをはじめとする地域生活支援を拡充する事

最も重要な「住まう場」に関して、貴省の掲げる目標である約72,000人の社会的入院患者の退院先住居が不足している現状に、施策は対応出来ていない。多くの社会的入院患者を生み出した国の責任として精神科病院からの退院先として、住居系サービスへの具体的数字の反映は必要である。

退院先としてグループホーム・ケアホーム等の選択肢があることを、入院患者・家族、そして医療従事者にも十分にイメージできるように周知した上での住居系サービスの必要数の把握と早急な整備を要望する。

3) 社会保障の原則に反した障害者自立支援法を廃止する事

また整備の在り方については、障害者自立支援法では対応できない。障害者自立支援法は「自己責任」の発想をもとに「応益負担」原理に貫かれている。「応益負担」は障害が重

いほど負担が大きく、障害者の生活、生存権をおびやかしてきた。また障害者の多様な「自立」の在り方を矮小化してきた。様々な施設はさらに運営が苦しくなり、従来の支援すら困難になっている。社会保障の原則に反したこの法を、ただちに廃止すること。

新たな法・施策の中で、質量ともに、圧倒的な地域生活支援の拡充によって歴史的課題である社会的入院の解消を大胆に進め、精神保健医療福祉政策を「収容型」から「地域型」に転換させる事を要望する。

4. 病院の食事を充実すること

1) 管理栄養士（栄養士）と調理師の配置基準について

栄養管理実施加算や栄養指導、NST（栄養サポートチーム）の実施等の充実した栄養管理や食事の多様化を考えた時、管理栄養士（栄養士）と調理師の配置基準が必要だと考える。貴省の考えをお聞かせ願いたい。

2) 入院者の高齢食を診療報酬で加算すること

入院者の高齢化にともない、高齢食が年々増加している。高齢食（ペースト食、リハビリ食、とろみ食等）は、治療食以上に時間と手間のかかるものが多いのが現実であり、治療食同様点数化する事を要望する。

3) 選択メニュー加算を再開すること

選択メニュー実施により患者さんの残食が減り、また間食等も少なくなっていることから栄養価が上がり治療的効果があると考え。選択メニューをもっと広める為にも手間と人手とコストのかかる選択メニューに加算を付けるべきだと考えるが、貴省の考えをお聞かせ願いたい。

5. 労働法制を抜本的に見直す事

昨年末のリーマンショックに端を発した米国経済の破綻は、一瞬にして世界的な大不況へと波及した。日本においても自動車や電機などの製造業を筆頭に、大幅減産と非正規労働者の大規模な切り捨てがおこなわれた。企業は派遣労働者の解雇＝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で危畿の乗り切りを図った。しかし、セーフティーネットが未整備な日本での大量解雇は、雇用の上に止まらず、住居、教育、医療など労働者の生活全般で貧困問題を一挙に露呈させた。その象徴が昨年末年始の「日雇い派遣村」の登場であり、121万もの生活保護世帯の急増である。

この状況を打破するため、労働法制の抜本的な改正を求める。

1) 労働者派遣法を抜本的に改正すること

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、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多く含まれており、厳密な見直しを前提とし、製造現場への派遣を禁止とすること。
- ② 派遣労働者と派遣先企業で働く労働者の均等待遇原則を確立し、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たり、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「直接雇用見なし制度」を創設すること

2) パート労働法を抜本的に改正すること

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原則とすること。「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は、「パート労働法」本体に取り入れること。改正法の実行を担保するため、法に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）労働者を救済すること

正規職員との職務をこな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すること。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。以上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おこなうこと

安易な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。なお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処罰の対象とすること。

また同一業務を人を入れ替えて有期雇用として継続することも常用代替とみなして対応すること。

以上