

2013年10月21日

厚生労働大臣 田村 憲久 様

全国精神医療労働組合協議会
(全国精労協)代表 五味 金次

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、誇りを持って働くことができる職場づくりをめざして、精神科医療現場の問題と労働者の声をとどけ、23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。

2013年10月には「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」において中間取りまとめが公表されました。今度こそ患者にとって、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。

記

1. 精神科入院者の人権について

1) 公衆電話機未設置の閉鎖病棟への改善命令について

全国精労協は10年以上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。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。

2009年630調査によると、閉鎖病棟の105ヶ所(27施設、2.7%)で精神保健福祉法の大旨告示の「閉鎖病棟の公衆電話設置」義務に反している病棟がある。貴省は「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。

しかしながら、2012年1月には、全国厚生労働省関係部局長会議の中で、「公衆電話が設置されていない病棟であっても、病棟の構造や入院患者の病状等を考慮して、各施設において何らかの代替手段等は講じられていることが確認された」と報告している。

たとえ公衆電話の使用を制限し、「何らかの代替手段等」で対応せざるを得ない病状の患者がいたとしても、その対象は極めて限定的で最小限に留めるべきである。年間を通じて当該病棟への入院患者の全てが公衆電話の使用を制限する必要がある状態であ

ることはありえない。よって、病棟に公衆電話を設置せず、「何らかの代替手段等」を理由に、全ての患者を公衆電話が使用できない環境に置く画一的な処遇は決して容認できない。

貴省に対し、公衆電話未設置病院を「何らかの代替手段等」を理由に放置せず、直ちに改善命令を出すことを要望する。加えて、改善命令に従わない悪質な病院の名前を公表することを要望する。

また、テレホンカードが使用可能な公衆電話の撤去と、ピンク電話を2020年に廃止しようとしているNTTに対し、貴省からその必要性を示し、設置を促す働きかけを行うこと。さらに総務省に対し閉鎖病棟の公衆電話を第1種公衆電話として位置付けるよう促すことを要望する。

2) 精神科救急病棟と医療保護入院の関係について

精神科救急医療体制の整備が推進されるなか、精神科救急病棟（スーパー救急病棟）が急激に増加している。同時に非自発的入院の件数も全国的に増加しており、精神科救急病棟の増加との相関があるものと考えている。

その理由として、精神科救急病棟の施設基準に非自発的入院者数が全体の6割以上必要としていることが影響していると考えている。全国精労協加盟労組の病院では、非自発的入院者を確保することを目的に医療保護入院が処遇されたとみられる事例が複数報告されている。精神科救急病棟の増加に伴い、全国的に同様の事態が起きているのではないかと懸念している。

そのため、精神科救急病棟を維持することを目的とした医療保護入院が行われていないか、実態調査を要望する。具体的には、個別病院ごとの医療保護入院患者数の推移、及び各区市町村の医療保護入院者数の推移を比較検討し、精神科救急病棟を設置した病院のみで医療保護入院者が増加していないか調査することを要望する。

3) 心神喪失者等医療観察法に新設された保護者規定について

精神保健福祉法における保護者制度が廃止された。しかしながら、医療観察法においては、国会等での議論が一切されることなく保護者規定が新設された。医療観察法対象事件の被害者の大多数は対象者の家族である。被害者になる可能性の高い家族に、加害者の処遇を左右する権限及び責任を負わせることは、医療観察法対象者に対して不利益に働く可能性がある。また、家族に対して大きな負担を強いることとなるため精神保健福祉と同様に、医療観察法における保護者規定の廃止を要望する。

2. 精神科特例について

(1) 精神科特例を廃止する事を要望する。

本年、精神保健福祉法の一部改正の中で「精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定」がもりこまれ、現在それに対応した検討会も開催されている。

この指針で出される精神科病棟における職員配置に先立ち、昨年6月「精神科医療の機能分化の質と向上に関する検討会」が精神病床の機能分化とそれに対応する人員配置に関するイメージを報告している。

そこでは新たな入院3ヶ月未満に対してのみ精神科特例を廃止して一般科と同等の配置をし、更に退院支援にかかわるPSW等の配置も想定している。

しかし例えば「1年以上の長期在院者20万人」に対しては「退院促進」として、特例は廃止されないどころか、多職種を包括した人員配置基準を想定している。

改革ビジョンで示された7万2千人の『社会的入院』患者の解消は成されていない。その為更に長期入院を余儀なくされてきたこれらの患者も含む「長期在院者」の退院支援についても、実際的には急性期治療時と同等のマンパワーが必要である。

更に、高齢化・身体合併症の問題が深刻度を増している状況の中では医療知識をもった看護師が必要であり、それを他のコメディカルに置き換える事は出来ない。我々は全ての病棟に対して精神科特例を廃止し、一般科と同等の人員配置基準を保障するとともに、別途に退院促進にかかわるPSW・OT等の複数配置を要望する。

(2) 精神科における身体合併症患者が適切な医療を受けられるように要望する。

精神科病院入院中における身体合併症患者について、貴省では精神科救急体制整備事業のなかで「精神・身体疾患を合わせもつ急性期患者の対応について他科との連携が充分でない」として身体合併症救急医療確保事業を創設された。

しかし整備基盤の遅れは、単科精神病院及び患者に非常な負担を強いている。

また精神科病院入院中の慢性的な身体管理を必要とする患者さんへの対策はとられていない現状がある。

精神科病棟入院中の患者における身体合併の割合は、平成23年11月29日「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームのとりまとめた概要」で、特別な管理を有する(入院治療が適当な程度)が24.9%、日常的な管理を要する(外来通院が適当な程度)が40.9%と、約7割の精神科入院患者が他科治療を必要としている。

そのなかには、精神科入院治療は必要でない患者もいるが、転医先がなく、精神科病棟で身体科治療を続けている現状がある。

精神科特例のマンパワーの少ない中で医師は重篤な身体疾患患者をも担当し、看護も本来の精神科看護以外の身体看護・介護も行っている。上記の項目(1)と合わせて、

この事態を貴省はどのようにお考えであるか、その見解をお聞かせ願いたい。

更に外来通院が必要な患者への他科受診についての問題もある。

病院が他科受診を入院患者に保障すれば減算されていくなかで、他科受診抑制・合併症患者の入院回避する病院がでている。

精神・身体合併を診ることのできる役割を期待される総合病院精神科病棟は近年減少を続けており、これに対しても有効な手立てはとられていない。

身体合併症患者の問題について貴省はどのようなご見解か、お聞かせ願いたい。

我々は精神疾患の有無に関わらず、適切な医療が受けられるような体制整備を要望する。

なお精神科患者の人権問題の一つの象徴としての医療法施行規則10条はすでに撤廃が当たり前と思われるが、これすら撤廃していないのは何故か見解を聞かせて欲しい。

3. 退院促進

平成16年に打ち出された10年間で72000人の社会的入院患者の解消を目指した改革ビジョンから10年が経過しようとしている。しかし、一向に社会的入院患者の解消はすすまず、加えて最近では社会的入院という言葉自体が使われなくなっている。

精神障害者の社会的入院は人権問題であると明確に位置づけた上で、社会的入院者の退院支援策を強化し国の責任として対策を実施すること。

1) 新たな社会的入院患者、不必要な入院を生み出さないために病床を削減すること。

34万床もの精神科病床が減らない限り、社会的入院患者を減らすことはできない。一刻も早い社会的入院患者の退院のために今以上の手厚い対策が必要であることは明白であり、この対策を推し進めていくことは増床を認めてきた国の責務である。退院促進、地域生活支援についてマンパワーが不足していることは明らかであり、地域でサポートを行う人員の拡充を要望する。

平成24年度から開始された、地域移行地域定着支援事業は目標値に対して低調であり、社会的入院解消は一向にすすんでいない。この実態について貴省としてどの様に把握され、どの様な対応策を考えておられるのか、伺いたい。

2) 病棟を施設転換し社会的入院患者の退院先の受け皿としないことを要望する。

社会的入院患者が退院するという事は、住み慣れた土地、患者が選択した地域への移行であり、病棟転換型施設への入所ではない。

平成18年、介護型療養病床の廃止が決まり、平成20年に療養病床削減のため、ほぼそのままその病棟を転用する介護療養型老人保健施設が創設された。平成24年6月に日精協が精神科の介護的対応を必要としている入院患者を転換介護精神型老人保健施設に移行させる考えを提唱している。

また、「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」の構成員からは、病棟転換型居住施設の話が出されている。

しかし、病院の中での住居は本当の地域生活とは言えず、病棟を生活住居施設に転換させないよう要望する。

3) 地域移行実施加算は出来高制を要望する。

地域移行実施加算が作られたことによって、社会的入院患者の退院促進を病院組織で奨励されるようになった。一方、加算達成率が5%と定められていることにより、達成後の退院抑制となることもある。患者の退院時期を安易に医療側が調整し入院を延ばすべきではないため、成果に応じた加算とすることを要望する。

4. 精神科病院の食事について

精神科病院における対ベッド数の管理栄養士、調理師の人員配置についてその実態調査を要望する。

精神科病院では、多くの患者に肥満や生活習慣病が見られる。このことは抗精神病薬の副作用や活動量の少なさが影響している。また、入院の長期化により高齢化が進み、身体合併症への発展により、栄養管理上の問題が生ずるリスクも高い。患者等への食事提供は治療の一環として重要、とするのであれば、精神科病院における実態の把握が必要と考える。

現在の管理栄養士の配置基準は1回100食以上、又は1日300食以上の場合には1名以上であり、調理師に関しては配置基準が定められていない。社会的入院の解消のために、適当な食形態での食事の提供や、摂食能力の改善に向けたプログラムを実施することで摂食能力を維持・改善することが必要であるが、そのためにはベッド数に応じた、管理栄養士や調理師のマンパワーが必要である。しかし、現行の人員配置では病院の裁量による部分が大きく、適切な配置になっていないと考えられる。また、栄養士を含めたチーム医療の推進は、退院促進だけでなく、精神科医師の業務量の軽減も期待できる。

特定給食施設における栄養士、また今年度より調理師においても人員配置の実態調査を行うとしているが、その対象は広く、精神科病院の実態を正確に把握することは困難であると考えられる。そのため『精神科病院』に特化した形での管理栄養士及び調理師の人員配置について、その実態調査を要求する。

5. 労働法制について

今年8月6日に開催された「第15回今後の労働者派遣制度の在り方に関する研究会」では、派遣労働者の権利や労働条件改善とはほど遠い内容の「報告書素案」が提示された。派遣を筆頭に非正規雇用の労働条件・権利の悪化はすなわち正規雇用の労働者・労働者全体の労働条件・権利の悪化であり、労働によって支えられている日本そのものが悪化していく事にほかならない。そのため私達は強く反対をする。

1) 派遣労働の規制緩和に反対する。

現在26種である派遣業種の規制を廃止しないことを要望する。医療・介護の事業で、現在の看護助手業務以外に派遣可能業種を広げる動きがあるかどうかをお聞かせ願いたい。

また、疾病の性質上、退院し地域で生活されていても、患者と長期の関わりをもち、そのサポートに重要な役割をにない、又、チーム医療が重要である精神科病院に、不安定雇用と差別待遇労働である派遣労働者を増やす事が、適切であると思うのか、貴省のお考えをお聞かせ願いたい。

2) 看護助手を正規雇用化するよう要望する。

病院の看護助手(看護補助)業務は、過去の派遣労働の規制緩和によって導入が始まり、現在多くの病院で派遣化されている。病院での「フルタイムパート」もこれと連動して広まり、多くの看護助手が「フルタイムパート」化されている。

精神科病院の看護助手業務は、入院患者のいちばん身近にあって生活の援助を行い、チーム医療の基礎となる業務である。

正規雇用でなく不安定なパートや派遣という雇用形態が、円滑なチーム医療の遂行の妨げになっている事は、様々な場面で明らかであり、労働者にとっても、患者にとっても、医療上大きなマイナスとなっている。

精神科病院の看護助手業務については、基本的に正規雇用とし、派遣労働と「フルタイムパート」を禁止する方向に舵が切れるよう、御努力をお願いするとともに、貴省のお考えを御聞かせ願いたい。

以上