

# STOP!

精神科  
病棟転換型  
居住系施設!!

病棟転換型居住系施設について考える院内集会

2014.5.20 (火) 正午～午後2時

衆議院第2議員会館・第一会議室

病棟転換型居住系施設について考える会 呼びかけ人代表 ★★★★★★★★

池原毅和 (弁護士)、伊澤雄一 (全国精神障害者地域生活支援協議会)、加藤真規子 (こらーるたいとう)、関口明彦 (全国「精神病」者集団)、高木俊介 (たかぎクリニック)、長谷川利夫 (杏林大学)、増田一世 (やどかり出版)、八尋光秀 (弁護士)、山田昭義 (DPI 日本会議)、山本深雪 (大阪精神医療人権センター・大阪精神障害者連絡会)、渡邊乾 (全国精神医療労働組合協議会)

## 声 明 文

本年（2013年）6月に改正された精神保健福祉法では、厚生労働大臣が「精神障害者の医療の提供を確保するための指針」を定めることとし、その策定のために「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」が設置され議論が行われてきています。

さる10月の同検討会では、「病棟転換型居住系施設」導入を求める声が飛び出しました。

「病棟転換型居住系施設」は、今ある精神科病院の精神病床を介護精神型施設、宿泊型の自立訓練施設などにしていくものです。

言うまでもなく、精神科病院に入院している人が帰るべき場所は、「地域」です。現在ある病棟に手を加え、それを「施設」としてもそこは「地域」ではありません。

私たちは、精神科病院に入院している人々を地域に返すことをしないで、このような施設を導入していくことに危険を感じています。

また、精神科病院のなかで増加しつつある認知症の方々も、真に地域で暮らせるようにしていかなければなりません。

私たちは、「病院から地域へ」という我が国の医療の方向性と逆行する「病棟転換型居住系施設」導入の動きに反対し、市民一人一人が、真に地域で生活ができる社会が一日も早く実現するよう強く求めます。

以上

2013年11月23日

病棟転換型居住系施設について考える会

---

### 病棟転換型居住系施設について考える会

《連絡先》長谷川利夫（杏林大学保健学部作業療法学科教授）

〒192-8508 東京都八王子市宮下町476 杏林大学 保健学部 精神障害作業療法学研究室内

TEL.042-691-0011（内線4534）〔携帯電話〕090-4616-5521

E-mail stopbttk@yahoo.co.jp

<http://blog.goo.ne.jp/tenkansisetu/e/b931c4c43743a97895930cd4296a4a48>

## も く じ

声明文 .....	2
基調報告 .....	4
厚生労働省資料.....	8
自由を取り戻した長期入院者の証言 .....	14
前にもあった似たような話 ～精神障害者退院支援施設問題～ .....	18
氏家憲章さん資料 .....	26
伊澤雄一さん資料 .....	28
加藤真規子さん資料 .....	32
阪井ひとみさん資料 .....	34
山本深雪さん資料 .....	40
報道 .....	47

# 何故、病棟転換型居住系施設 を認めてはならないのか？

杏林大学 長谷川 利夫

今、障害をもった人ももたない人も同じ人間として共に生きていこうという原則が壊されようとしています。

それは厚労省の検討会におけるこの言葉から始まりました。

「病院で死ぬということと、病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬということには大きな違いがある」  
私たちはまず「死ぬ」という言葉を用いていることに驚きました。

障害をもった人たちは「死ぬ」のでなく「生きたい」のです。

障害をもっていようといなかろうと、精神障害だろうと何の障害だろうと。



我が国にある精神科のベッドは 35 万床、そこに約 32 万人の方々が入院をしています。

32 万人の内 1 年以上入院している人は 20 万人。このような世界にも例をみない、長期の隔離収容政策が行なわれてきました。

国は遅きに失しましたが、2004 年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を策定し「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示されました。

しかし、その後も精神病床数、入院患者数が減ることはありませんでした。精神科病院にベッドがあれば、経営の維持のためにそれを埋める必要があるからです。まず国は、この 10 年間の反省に立ってこれから文字通り「入院医療から地域生活中心」になるように力を注がなければならないはずです。

しかしながら、力を注ぐどころか、精神科病院の病棟をアパートなどに改修して引き続きそこに患者さんを押し留めようとする動きが今出てきていることに驚きを禁じ得ません。

我が国は、本年 1 月に障害者権利条約に批准し、2 月に発効しました。障害者権利条約 19 条は「障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わない」としています。精神科病院の病棟を改修したアパートには、その病院に入院している人たちをそのまま居住させるもので、権利条約に真っ向から反します。このままいけば、ようやく批准した障害者権利条約を真っ先に破る行為がこの「病棟転換型居住系施設」によって行われることとなります。しかもこのようなことを検討している厚生労働省の検討会は、委員 25 人中精神障害当事者がたった 2 人しか入っていません。

これは「Nothing About Us Without Us (私たちのことを抜きに私たちのことを決めないで)」という

当事者の声は何より重要であるという大原則を踏みにじるものです。

さらに問題なのは、この病棟転換型居住系施設を作る際の資金が、現在国会で審議中の「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」のなかにある「新たな財政支援制度」として設けられる904億円の「基金」からというではありませんか。しかもこの「基金」はこの4月に消費税増税分で設けられたものです。つまり、自国が批准した障害者権利条約に反して作ろうとするこのような施設に、国民の血税が使われるのです。

国民は納得するのでしょうか？これのどこが社会保障改革なのでしょう？

私たちは、このような誤った政策を決して容認することはできません。

このような誤った政策が行われれば、今後の障害者施策全般に悪影響を与え、国のあり方にも影響するでしょう。

私たちは今、障害をもった人ももたない人も同じ人間として共に生きていこうという社会の実現に向けて一歩踏み出すのか、それとも少数者の人権を顧みないような社会になってしまうのか、その分岐点に立っているように思います。

「病棟転換型居住系施設」の問題は、人権問題なのです。

障害者権利条約には、「他の者との平等」という言葉が36回も登場します。私たちは、自分たちの国がこの条約に批准したことをかみしめ、誰も人が人権を守られ、平等に生きられるような社会を建設していかなければなりません。

どうか、今日ここに集まった皆さん、そのために共に立ち上がろうではありませんか。



#### 【補足】

「長期在院者への地域生活の移行支援に力を注ぎ、また、入院している人たちの意向を踏まえたうえで、病棟転換型居住系施設、例えば、介護精神型施設、宿泊型自立訓練、グループホーム、アパート等への転換について、時限的であることも含めて早急に議論していくことが必要。最善とは言えないまでも、**病院で死ぬということと、病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬということには大きな違いがある**」

2013年10月17日の第6回「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」岩上構成員資料より

「機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。結果として、精神病床は減少する。また、こうした方向性を更に進めるため、病床転換を含む効果的な方策について精神障害者の意向を踏まえつつ、様々な関係者で検討する」

2013年11月30日の第7回「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」で厚労省が示した「指針案（叩き台）」より

⇒厚労省は、病床の削減はあくまで「結果」（主体的に政策判断はしない）、病床・病棟を「転換によって」病床を削減していき、病床・病棟の転換はその「効果的」な方法と考えていることを表している。

## 解説 精神科病院の「病棟転換型居住系施設」について

### 【経緯】

- 2013年6月に精神保健福祉法が改正され「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」を策定することになる。この指針の検討のため、2013年7月～11月の間に「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」が計7回開催された。
- 同検討会の中で「病棟転換型居住系施設」構想が、伊藤弘人氏（(独法) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部部長）、岩上洋一氏（NPO 法人じりつ代表理事）から提起された。  
※「病棟転換型居住系施設」とは・・・  
「長期在院者への地域生活の移行支援に力を注ぎ、また、入院している人たちの意向を踏まえたうえで、病棟転換型居住系施設、例えば、介護精神型施設、宿泊型自立訓練、グループホーム、アパート等への転換について、時限的であることも含めて早急に議論していくことが必要。最善とは言えないまでも、病院で死ぬということと、病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬということには大きな違いがある」（岩上氏配布資料より）
- 7回の開催された検討会で決着を見ず、本年3月28日に新たに設置された「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に関わる検討会」において継続して検討し、6月までに結論を得ることになった。
- この構想に反対する動きとして、2013年11月に「病棟転換型居住系施設について考える会」（発起人：杏林大学教授長谷川利夫）が発足。同会の反対声明に対して日本障害者協議会等団体賛同23団体、個人賛同261名。2013年12月25日に厚労省内で記者会見実施。
- 障害者基本法を根拠法に設置されている内閣府の障害者政策委員会では、委員が一致して病棟転換型居住系施設に反対している。2014年2月、厚労省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課の北島課長を招いて開催された内閣府政策委員会では、病棟転換型居住系施設は障害者権利条約19条の「特定の生活施設で生活する義務を負わないこと」に反するという意見、障害者は病院や特定の施設に入っているのが当たり前で障害のある人を2級市民として扱うのと同じことではないか等々反対意見が多数出て、強行突破を止めるよう求める声が出た。しかしこの場で厚労省北島課長は、「地域の受け皿作りを議論する中で具体的な方策の1つとして病床転換の可否なども議論していく」、さらに「病院も地域社会と思っている」と発言。これは、病棟を転換した施設は「地域の受け皿」であるという認識を表している。
- 厚労省は、本年2月より内々で「精神障害者等に対する地域移行・地域生活支援に向けた意向確認について」と称する調査を進めている（本年3月28日に検討会の中で初めて明らかにされた）。精神科病院に入院する患者さん200名や退院支援施設及び地域移行型ホームの利用者に対してのアンケート。質問項目には、入院患者さんに対して希望する退院先として「住まいが病院の敷地内なら退院してみたいですか?」「その施設が病院スタッフや友達とすぐ会える場所なら退院してみたいですか?」等が含まれ、病棟転換型居住系施設の導入の根拠にされる可能性がある。

- 現在国会で審議中の「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律案」のなかの「新たな財政支援制度における対象事業」として「精神科医療機関の病床のダイケア施設や地域生活支援のための事業への移行を促進するための施設・設備整備」が謳われている。これを実施するために消費税増税分を原資に 904 億円の基金が創設されることになっている。つまり、消費税増税分の資金が精神科病院の「病棟転換型居住系施設」の建築に使用されることになる。

## 【背景】

- 2006 年に、当時の自立支援法下において地域生活の第一歩として病院の敷地内に「退院支援施設」を作ることが厚労省の主導によって進められようとしたが、当時は日本障害者協議会（障害者関係団体 60 団体が加盟）や DPI（障害者インターナショナル）日本会議を始めとする強い反対があり、その導入は 3 施設に留まり全国的な広がりには防げた。今回は「病院敷地内に施設を建てる」より酷い「今ある病棟をリフォームしてアパートなど居住施設にしてしまうこと」と言える。
- 日精協（日本精神科病院協会）は、病棟を施設に転用できる「病棟転換型居住系施設」の導入は、患者を病院内に留め、経営的安定を図るためにも望んでいると考えられる。  
2012 年 5 月：日精協が公表した「我々の描く精神医療の将来ビジョン」では「介護精神型老健」の創設を提唱。
- 2012 年 12 月の衆議院選挙時の自民党の「2012 総合政策集」では・・・  
「長期在院者対策として、地域生活をサポートするサービスの提供や受け皿の整備のため、地域での住居の確保や介護精神型老人保健施設等により精神科病床の適切な機能分化等による精神科医療福祉の効率化と質の向上を図るために努力します」とある。
- 日精協、自民党のもの共に、今回検討会で主張された「介護精神型施設」と酷似。  
すなわち今回の「病棟転換型居住系施設構想」は、今ある精神科病院の病棟から患者さんを本当に退院させるのではなく、上記の介護精神型施設、グループホーム、アパート等何にでも転換しそこに留めようとするもので、真の地域移行とは言い難く容認できない。

## 【懸念されること】

- 本来、地域に帰るべき患者さんが今いる病棟をそのままリフォームした「病棟転換型居住系施設」に居住し続けることになってしまう。しかも「病院」から「施設」に転換されるので、ここにいる患者さんは「退院した」とカウントされてしまう。
- 精神障害以外の他の障害者施策への悪影響。障害をもった人たちを一定の施設に留めおくことを容認する傾向がますます強まってしまう。
- 障害者権利条約 19 条「障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わないこと」に反する。このままいけば、本年 2 月に批准した障害者権利条約に初めて違反する内容が精神科医療から起きることになる。

参考資料1 厚生労働省提出資料

「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」  
における精神病床の転換に関する議論の経緯について

- 長期入院患者に対する医療の提供のあり方を含む精神科医療のあり方について、「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」で、議論を行った。
  - 第6回、第7回の検討会で、精神病床の居住系施設への転換について議論が行われ、賛否両論ありながらも、検討を行うことについては、各構成員の意見が一致した。
- ※ 従前から精神病床の転換は、病院による患者の囲い込みを招き、地域生活への移行を阻害するとの意見もある。

第6回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検討会 岩上構成員提出資料  
から抜粋

- ・ 重度かつ慢性以外の入院期間が1年を超える長期在院者への支援  
長期在院者への地域生活の移行支援に力を注ぎ、また、入院している人たちの意向を踏まえたうえで、病棟転換型居住系施設、例えば、介護精神型施設、宿泊型自立訓練、グループホーム、アパート等への転換について、時限的であることも含めて早急に議論していくことが必要。最善とは言えないまでも、病院で死ぬということと、病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬことには大きな違いがある。

以上のことを踏まえ

- 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、「地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、様々な関係者で検討する。」旨の記載を追加し、当該記載に基づく検討課題については、検討会の下に議論を行うための場を設け、本年、検討予定。

【「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(案) から抜粋】

平成25年12月18日とりまとめ

- ・ 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。  
結果として、精神病床は減少する。また、こうした方向性を更に進めるため、地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、様々な関係者で検討する。

(参考)

## 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案について

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針として策定予定。

**1. 精神病床の機能分化に関する事項**

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に推進する。結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、様々な関係者で検討する。
- 急性期の患者に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員は一般病床と同等の配置を目指す。
- 在院期間が1年を超えないうちに退院できるよう、多職種による質の高いチーム医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期在院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

**2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項**

- 外来・デイケア等での適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療体制の整備及び充実並びに地域医療連携を推進する。
- 治療中断者等が地域で生活するために必要な医療を受けられるようアウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を推進する。
- 在宅の精神障害者の症状の急な増悪等に対応できるよう24時間365日対応できる医療体制の確保や身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保等により、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で必要と認められた身体疾患に対する医療について適切に提供できるよう、一般の医療機関との連携を強化する。
- 保健所や精神保健福祉センター等における相談や訪問支援を通して、早期に必要な医療に適切にアクセスできる体制の整備と関係機関の連携を進める。
- 障害福祉サービス事業を行う者等と医療機関との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

**3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項**

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

**4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項**

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、また、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮する。
- 自殺（うつ病等）、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりを推進する。

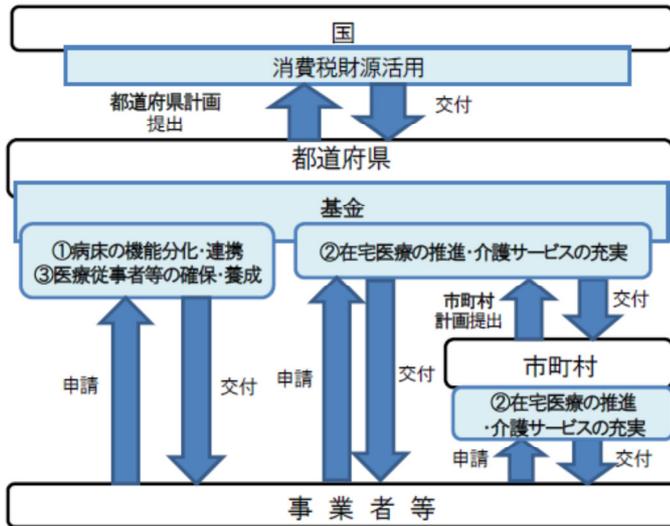
2014年3月20日 / 【厚労省】新たな財政支援制度にかかる都道府県担当者会議資料より

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度  
：公費で904億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。
- ◇ 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想(ビジョン)の策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本的な方針を策定し、対象事業を明確化。
  - ②都道府県は、計画を厚生労働省に提出。
  - ③国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定に当たって公正性及び透明性を確保するため、関係者による協議の仕組みを設ける。
- ※国が策定する基本的な方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。(公正性及び透明性の確保)

新たな財政支援制度の対象事業(案)

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
  - (1)地域医療構想(ビジョン)の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
  - (1)在宅医療(歯科・薬局を含む)を推進するための事業
  - (2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 3 医療従事者等の確保・養成のための事業
  - (1)医師確保のための事業
  - (2)看護職員の確保のための事業
  - (3)介護従事者の確保のための事業
  - (4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

1

未定稿

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

スケジュール(案)

- 3月3日 全国医政関係主管課長会議(都道府県)  
※会議後も適宜情報提供
  - 3月20日 都道府県新基金担当者会議
  - 4月中旬 第1回都道府県個別ヒアリング(26年度の事業として想定している内容、基金の規模感等)
  - 5~6月 第2回都道府県個別ヒアリング(26年度の事業の検討状況、27年度の規模感等)
- [以下は6月頃に法律が成立した場合(国会審議により変更があり得る)]
- 7月 国に協議会設置、総合確保方針の提示  
交付要綱等の発出(交付要綱等の発出から都道府県計画の提出まで1~2か月程度を想定)
  - 9月 都道府県が都道府県計画を策定
  - 10月 都道府県へ内示
  - 11月 交付決定

未定稿

## 交付の条件(案)

都道府県計画を策定する際には、次の点を交付の条件とするので留意されたい。

- (1) 国が定める総合確保方針に従うこと。また、事業内容が新たな財政支援制度の対象事業に合致していること。
  - ①病床の機能分化・連携のために必要な事業
  - ②在宅医療(歯科・薬局を含む)を推進するための事業
  - ③医療従事者等の確保・養成のための事業
- (2) 都道府県計画の公正性・透明性を確保するため、官民を問わない幅広い地域の関係者(市町村長、医療を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体(医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体等)、学識経験を有する者等)から意見を聴取すること。
- (3) 新基金の趣旨に鑑み、官民に公平に配分することとし、都道府県計画において、公的・民間の割合・額を明示し、当該割合についての経緯・理由やそれに対する都道府県の見解を付すこと。
- (4) 国と関係団体との協議を踏まえ地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業(7頁以降の事業例で○印)や、今回の「医療介護総合確保推進法案」により新たに法律に位置づけられた事業(地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター)については、実施について必ず検討すること。  
 なお、検討状況については、都道府県個別ヒアリングの際に聞くこと及び国の総合確保方針を策定するための協議会において配分方法と併せ検討状況を報告することを予定している。<sup>3</sup>

未定稿

## 留意事項

- 新基金の交付決定については、年度途中となる予定であるが、交付決定前から実施する必要がある事業については、交付決定までの間は各都道府県において事業費を立て替えの上、基金設置後に基金から当該立替分について支出する等により、法施行日前から執行することが可能である。

### 【新基金の配分方法について】

- 新基金の配分は、都道府県人口、高齢者増加割合等の基礎的要因や都道府県計画の評価等の政策的要因を勘案して、都道府県計画に基づき、予算の範囲内で行うことを検討。
- 総合確保方針を策定するための国の協議会で配分方法を報告。

### 【新基金の対象事業について】

- 診療報酬や他の補助金等で措置されているものは対象としないこと。また、新基金の趣旨に鑑み、既に一般財源化されたもの及び地方単独事業の単なる新基金への付替えについては、慎重に検討すること。
- 病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備については、平成26年度を含め、地域医療構想(ビジョン)策定前においては、回復期機能を担う病床等への転換など、その地域での整備が必要であることがビジョン策定前でも明らかとして都道府県計画に定めたものが対象となること。

※関係省庁等と調整中のため変更もありうる。

未定稿

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(案)(抜粋)

(都道府県計画)

- 第四条 都道府県は、総合確保方針に即して、かつ、地域の实情に応じて、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画(以下「都道府県計画」という。)を作成することができる。
- 2 都道府県計画においては、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。
- 一 医療介護総合確保区域(地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域をいう。以下同じ。)ごとの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間
  - 二 前号の目標を達成するために必要な次に掲げる事業に関する事項
    - イ 医療法第三十条の四第二項第七号に規定する地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
    - ロ 地域における医療及び介護の総合的な確保のための医療介護総合確保区域における居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。次条第二項第二号イにおいて同じ。)における医療の提供に関する事業(同条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同号イに掲げる事業を含む。)
    - ハ 公的介護施設等の整備に関する事業(次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ロ及びハに掲げる事業を含む。)
    - ニ 医療従事者の確保に関する事業
    - ホ 介護従事者の確保に関する事業
    - ヘ その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために実施する必要があるものとして厚生労働省令で定める事業(次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ニに掲げる事業を含む。)
  - 三 その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために必要な事項
- 3 都道府県は、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。
- 4 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、市町村長、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。
- 5 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

5

未定稿

(基金)

第六条 都道府県が、都道府県計画に掲載された第四条第二項第二号に掲げる事業(第九条において「都道府県事業」という。)に要する経費の全部又は一部を支弁するため、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百四十一条の基金を設ける場合には、国は、政令で定めるところにより、その財源に充てるために必要な資金の三分の二を負担するものとする。

(財源の確保)

第七条 前条の基金の財源に充てるために、同条の規定により国が負担する費用については、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成二十四年法律第六十八号)の施行により増加する消費税の収入をもって充てるものとする。

附 則

(地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

第四条 医療機関の施設及び設備の整備に関する事業で、第四条の規定(附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の医療法(以下「第三号新医療法」という。)第三十条の四第二項第七号に規定する地域医療構想が同条第一項の規定により定められ、又は第三号新医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画において定められるまでの間に、第一条の規定による改正後の地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(以下この条において「新医療介護総合確保法」という。)第三条第一項に規定する総合確保方針に基づき、都道府県が地域における医療の確保のために必要があると認めて、新医療介護総合確保法第四条第一項に規定する都道府県計画において定めるものについては、当該事業を新医療介護総合確保法第六条に規定する都道府県事業とみなして、新医療介護総合確保法の規定を適用する。

6

未定稿

**新たな財政支援制度における対象事業（案）**

「○」をつけているものは、国と関係団体との協議を踏まえ地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業

**① 病床の機能分化・連携**

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備や、病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備

(例)

- ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備
- 精神科長期療養患者の地域移行を進め、医療機関の病床削減に資するため、精神科医療機関の病床のデイケア施設や地域生活支援のための事業への移行を促進するための施設・設備整備
- がんの医療体制における空白地域の施設・設備整備
- 地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療の推進 等
- ※病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備(ただし、平成26年度は回復期病床等への転換など現状でも必要なもののみ対象とすることとし、平成27年度から都道府県において地域医療構想が策定された後、更なる拡充を検討する。)

**② 在宅医療(歯科・薬局を含む)の推進**

在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業等の在宅医療(歯科・薬局を含む)の推進に資する事業

(例)

- 【在宅】○在宅医療の実施に係る拠点の整備
  - 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援
  - 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成、在宅医療推進協議会の設置・運営
  - 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施
  - 認知症ケアバスや入退院時の連携バスの作成など認知症ケア等に関する医療介護連携体制の構築
  - 認知症疾患医療センター診療所型における鑑別診断の実施
  - 早期退院・地域定着支援のため精神科医療機関内の委員会への地域援助事業者の参画支援
- 【歯科】在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備
  - 在宅歯科医療連携室と在宅医療連携拠点や地域包括支援センター等との連携の推進
  - 在宅で療養する疾患を有する者に対する歯科保健医療を実施するための研修の実施
  - 在宅歯科医療を実施するための設備等の整備
- 【薬局】○訪問薬剤管理指導を行おうとする薬局への研修や実施している薬局の周知
  - 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援 等

7

未定稿

**③ 医療従事者等の確保・養成**

ア) 医師確保対策として、都道府県における医師確保のための相談・支援機能の強化や、地域医療に必要な人材の確保等の事業、産科等の不足している診療科の医師確保事業、女性医療従事者の復職支援 等

(例) 地域医療支援センターの運営(地域枠に係る修学資金の貸与事業、無料職業紹介事業、定年退職後の医師の活用事業を含む)

- 地域医療対策協議会における調整経費
- 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- 医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
- 女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

イ) 看護職員等確保対策として、新人看護職員等への研修や、看護師等の離職防止・定着促進等に係る事業、看護師等養成所の運営 等

- (例) 新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- 看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備
- 看護職員が都道府県内に定着するための支援
- 医療機関と連携した看護職員確保対策の推進
- 看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舍整備
- 歯科衛生士・歯科技工士養成所の施設・設備整備
- 地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援 等

ウ) 医療従事者の勤務環境改善対策として、都道府県における医療従事者の勤務環境改善の支援体制の整備や、院内保育所の運営 等

- (例) ○勤務環境改善支援センターの運営
  - 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援(医療クラーク、ICTシステム導入、院内保育所整備・運営等)
  - 有床診療所における非常勤医師を含む医師、看護師等の確保支援
  - 電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備
  - 後方支援機関への搬送体制整備 等

8

響き合う街で68号、P3-4、2014、やどかり出版

特集 病棟転換型居住系施設の問題を問う  
自由を取り戻した長期入院者の証言

## 退院してよかった

中島 徹



職を転々として、入院

私は1950(昭和25)年生まれで、現在64歳です。幼い頃に母親を亡くし、物心がついた時には父親は再婚。弟と4人で生活していました。高校卒業後、寿司屋や警備会社、土木業や自動車工場と住み込みでさまざまな仕事をしました。仕事の流れについていけず、職場の仲間ともうまくいかず、肉体的にも精神的にも辛い毎日でした。しかし、仕事をしなくてはいけないという思いがあり、自分でできることを探し、家族の反対する自衛隊へも入隊しました。そこでも長くは続かず、職を転々として、盗みを数回繰り返して、刑務所に入っていたこともありました。

そんな私を心配した母親が、私を連れて福祉事務所に相談に行き、そこで紹介されたところが埼玉県内の精神科病院でした。30歳の時に初めて受診し、そこでさいたま市内の精神科病院を紹介され、そのまま入院となりました。私自身、この頃のことを振り返ると、職を転々として、仕事に会社を抜け出したり、きちんと仕事をしていなかったため、「な

まけ病」だったと思っています。  
静かに耐える30年

入院生活は、テレビを見る時間、就寝時間など規則が厳しく、「掃除をきなさい」「～は食べちゃいけない」と繰り返され、そこには自由がありませんでした。まるで自衛隊のようでした。クリスマス会やカラオケなど病棟での楽しみもありましたが、患者同士のけんかも多く、人との関わりが苦手な私は、巻き込まれないよう「病棟内では大人しく、大人しく」と思いながら過ごしていました。

医師に「退院したい」と言ったこともありましたが、しかし、「糖尿病だから」との理由でなかなか退院させてはもらえず、それから30年の月日が流れていきました。その間、1人で病棟の外へ出かけることはほとんどなく、もちろん退院の話が出るまで、外泊をしたことは1度もありませんでした。病棟には、私より入院生活の長い患者も多くいました。私には知る場所もなかったもので、いつの間にか「退院したい」という思いはなくなり、このまま生涯病院で過ごすことにな

るだろうと覚悟していました。

焦らず、ゆっくり、自分のペースで

ある日の診察で「入院生活が長いから、退院しよう」と医師に言われた時は、あまりに突然のことで驚きました。そして、30年の入院生活の間、私自身も歳を重ね、周りの風景も変わり、多くのものが変わっており、何もかもがわからない私に退院することができるのだろうかかと不安になりました。そんな中、「まずは地域で生活するイメージづくりをしよう」ということで、2009(平成21)年の1月から退院支援事業を利用して、4月にはやどかりの里での体験宿泊を始めた。

そこでは、好きな時にテレビを見ることができ、「～しなさい」と言われることもなく、けんかもありませんでした。とても自由でした。もちろん、たいへんなこともありました。食事の準備をしたり、家電の使い方がわからなかったり、1人で過ごす時間も長く、寂しくなることもありましたが、しかし、体験宿泊しながら、私よりも先に退院した仲間にお店を教えてもらったり、やどかりの里の職員と家具や日用品を揃えたり、不安なことを1つ1つ確認し、ゆっくり準備をしていく中で、退院したいと思えるようになりました。私でも地域でうまくやっっていけるのではないかと自信をもつことができたのです。そして、2011(平成23)年3月にグループホームに退院となりました。

仲間と支え合いながら

不安だった食事は、やどかりの里の事業所「食事サービスセンターエンジュ」の宅配サービスを利用してあります。糖尿病のため、食べ過ぎないように気をつけていますが、宅配のない日に、牛丼やお寿司、ラーメンなどを食べることもあります。入院中には食べることができなかったものがたくさんあり、おいしいご飯を食べることは、楽しみの1つで、幸せな気持ちになります。週に2回は、地域活動支援センターに通っています。仲間と何気ない話で笑い合い、おいしいランチとコーヒーもあり、毎回楽しい時間を過ごしています。そこでは、お互いの家を行き来したり、いっしょに外食をする仲間もできました。

地域生活を始めて4年目に突入です。生活をしていく中で、心配になることや不安になることもあります。そんな時に、仲間から「考え過ぎだよ」と言われると、「悩んでばかりはいられない」と思うことができ、いつもその言葉に励まされています。

もう入院はしたくありません。今は楽しい仲間と開かれ、困った時には相談できる職員もいます。何より自由があります。今の生活を、長く続けていくことが私の目標です。退院してよかった心から思っています。

(聞き手 若林那津子)

-3-

-4-

自由を取り戻した長期入院者の証言

## 退院してよかった

中島 徹

職を転々として、入院

私は1950(昭和25)年生まれで、現在64歳です。幼い頃に母親を亡くし、物心がついた時には父親は再婚。弟と4人で生活していました。高校卒業後、寿司屋や警備会社、土木業や自動車工場と住み込みでさまざまな仕事をしました。仕事の流れについていけず、職場の仲間ともうまくいかず、肉体的にも精神的にも辛い毎日でした。しかし、仕事をしなくてはいけないという思いがあり、自分でできることを探し、家族の反対する自衛隊へも入隊しました。そこでも長くは続かず、職を転々として、盗みを数回繰り返して、刑務所に入っていたこともありました。

そんな私を心配した母親が、私を連れて福祉事務所に相談に行き、そこで紹介されたところが埼玉県内の精神科病院でした。30歳の時に初めて受診し、そこでさいたま市内の精神科病院を紹介され、そのまま入院となりました。私自身、この頃のことを振り返ると、職を転々として、仕事に会社を抜け出したり、きちんと仕事をしていなかったため、「なまけ病」だったと思っています。

静かに耐える30年

入院生活は、テレビを見る時間、就寝時間など規則が厳しく、「掃除をきなさい」「～は食べちゃいけない」と繰り返され、そこには自由がありませんでした。まるで自衛隊のようでした。クリスマス会やカラオケなど病棟での楽しみもありましたが、患者同士のけんかも多く、人との関わりが苦手な私は、巻き込まれないよう「病棟内では大人しく、大人しく」と思いながら過ごしていました。

医師に「退院したい」と言ったこともありましたが、しかし、「糖尿病だから」との理由でなかなか退院させてはもらえず、それから30年の月日が流れていきました。その間、1人で病院の外へ出かけることはほとんどなく、もちろん退院の話が出るまで、外泊をしたことは1度もありませんでした。病棟には、私より入院生活の長い患者も多くいました。私には帰る場所もなかったのも、いつの間にか「退院したい」という思いはなくなり、このまま生涯病院で過ごすことになるだろうと覚悟していました。

### 焦らず、ゆっくり、自分のペースで

ある日の診察で「入院生活が長いから、退院しよう」と医師に言われた時は、あまりに突然のことで驚きました。そして、30年の入院生活の間に、私自身も歳を重ね、周りの風景も変わり、多くのものごとが変わっており、何もかもがわからない私に退院することができるのだろうかと不安になりました。そんな中、「まずは地域で生活するイメージづくりをしよう」ということで、2009（平成21）年の1月から退院支援事業を利用して、4月にはやどかりの里での体験宿泊を始めました。

そこでは、好きな時にテレビを見ることができ、「～しなさい」と言われることもなく、けんかもありませんでした。とても自由でした。もちろん、たいへんなこともありました。食事の準備をしたり、家電の使い方がわからなかったり、1人で過ごす時間も長く、寂しくなることもありました。しかし、体験宿泊をしながら、私よりも先に退院した仲間にお店を教えてもらったり、やどかりの里の職員と家具や日用品を揃えたり、不安なことを1つ1つ確認し、ゆっくり準備をしていく中で、退院したいと思えるようになりました。私でも地域でうまくやっていけるのではないかと自信をもつことができたのです。そして、2011（平成23）年3月にグループホームに退院となりました。

### 仲間と支え合いながら

不安だった食事は、エンジュの宅配サービスを利用しています。糖尿病のため、食べ過ぎないように気をつけていますが、宅配のない日に、牛丼やお寿司、ラーメンなどを食べることもあります。入院中には食べることができなかったものがたくさんあり、おいしいご飯を食べることは、楽しみの1つで、幸せな気持ちになれます。週に2回は、地域活動支援センターに通っています。仲間と何気ない話で笑い合い、おいしいランチとコーヒーもあり、毎回楽しい時間を過ごしています。そこでは、お互いの家を行き来したり、いっしょに外食をする仲間もできました。

地域生活を始めて4年目に突入です。生活をしていく中で、心配になることや不安になることもあります。そんな時に、仲間から「考え過ぎだよ」と言われると、「悩んでばかりはいられない」と思うことができ、いつもその言葉に励まされています。

もう入院はしたくありません。今の私は楽しい仲間と囲まれ、困った時には相談できる職員もいます。何より自由があります。今の生活を、長く続けていくことが私の目標です。退院して良かったと心から思っています。

（聞き手、若林那津子）

響き合う街で68号、P11-12、2014、やどかり出版

特集 病棟転換型居住系施設の問題を問う  
自由を取り戻した長期入院者の証言

## 社会的入院から解放されて

辰村 泰治



### じっと我慢の大五郎

私は1937(昭和12)年生まれで、現在76歳です。大学進学を機に上京し、生活が不規則になったことで病気を発症しました。何をやる元気がなくなり、抜け殻のようになったのです。その頃から、妄想と幻聴の症状が現れました。子どもの時に両親を失い、大学生の頃も親戚の世話になりつつ生活していました。ある時親戚の人が、私の様子がおかしいと精神科へ連れて行き、精神分裂病だということで精神科病院に入院しました。22歳のことでした。その時は約1年で退院しましたが、この病は油断すると再発するものだったのです。その後4回の入退院を繰り返しました。4回目の入院は、さいたま市内の精神科病棟でした。

そこはまったく不自由な所で、当時は閉鎖病棟しかなく、看護人や職員だけが鍵を持ち、患者は檻の中の動物並みの扱いでした。お茶は1日3度の食事の時だけ。病室には、冬のこたつも夏の扇風機もありません。入院患者の間でよく言われたのは「じっと我慢の大五郎」という言葉です。みんな苦しくても「じっと我慢の大五郎」でしたし、今もそう思っている患者がたくさんいるのです。

僕の大五郎」でしたし、今もそう思っている患者がたくさんいるのです。

### 22年にわたる入院生活

入院して8年後には症状も落ち着き、医師に「元気になったので退院させてください」と言うと、なかなか「うん」と言ってくれません。その頃から、病棟で掃除や食事の配膳の仕事を無給でさせられるようになりました。入院前の元気を取り戻しても「あんたは引き取り人がいないから、仕事もアパートも自分で探さなくてはならない。あんたの年齢と体力ではとても無理だ」「埼玉は民度が低いから、精神病院を退院した患者を雇ってくれる経営者はいませんよ。たまにいても給料は安くてこき使われ、具合が悪くなると古羅印のように捨てられる」……そんなことを言われ続け、入院から実に22年経った時、やっと退院することができたのです。

### 自由を求めて地域へ

ある時病院に新しく来たケースワーカーに「辰村さんは退院したいですか」と聞かれました。当時60歳を超えてい

た私は、退院したくとも自分で生活していくには自信がありませんでした。病棟で長期を過ごすことさえ覚悟していたのです。すると今度は「どんな条件が満たされれば退院できると思いますか」と聞かれました。私が「衣食住の心配がなければ……」と答えると、ワーカーは「私は各世帯独立したアパートで、3度の食事は弁当屋に配達してもらおうことを考えています。日本人の平均寿命は約80歳になりました。あなたは後20年あります。もう1度外へ出て、自分の自由な生活してみたいと思いませんか」と言われたのです。私は決断し、ワーカーと面接を重ねつつ、退院することになりました。

退院後、ワーカーに紹介されたやどかりの里を利用しながらの地域生活が始まりました。やどかりの里授産寮とアパートを歩き出し、不安を抱えていた自炊にも徐々に慣れていきました。ひとり暮らしでの困りごとがあれば、やどかりの里のスタッフが助けてくれました。悩みを相談できる生活支援センターもあります。やどかりの里の事業所「食事サービスセンターエンジュ」で弁当箱を洗ったり、ご飯の盛り付けなどの仕事も始めました。

### 今の生活を続けることが幸せ

昨年(2013年)、私は自転車走行中に緑石に乗り上げ、転倒してしまいました。夜8時頃で、休んでいれば治るかと思いき、道に埋り込んでいたのです。しか

し歩こうとすると足が痛み、結局1時間ほどじっとしていました。そこでたまたま通りかかったやどかりの里の職員が救急車を呼んでくれ、即刻入院となりました。大腸骨骨折でした。そして今度は入院中に肺炎を発症。人工呼吸器をつけ、一時は危険な状態でした。何とか回復し、半年後に退院することができました。

退院を機に、1階の物件へと引っ越しました。現在使っている部屋、週に2日、デイサービスでリハビリをしています。入浴支援や昼食も利用でき、それ以外の食事はエンジュの宅配サービスを利用しています。近所に食べに行くこともあります。

杖が必要ないほど元気になって、週に2回でもエンジュで働きたい……それが今の私の夢です。仕事をやっているほうが、長生きできるように思うのです。それ以上は何も望みません。やどかりの里に関わって14年、社会的入院から解放され、現在の生活は、発症してから予想もしなかったほどに幸せなのです。

### 文獻

- 1) 辰村泰治他著、やどかりブックレット編集委員会 編：やどかりブックレット・障害者からのメッセージ・12 私らしく生きる：やどかり出版、2004
- 2) 辰村泰治著：辰村泰治の七十年 時代の波にほんろうされた一人の精神障害者：やどかり出版、2007

## 自由を取り戻した長期入院者の証言 社会的入院から解放されて

辰村 泰治

### じっと我慢の大五郎

私は1937(昭和12)年生まれで、現在76歳です。大学進学を機に上京し、生活が不規則になったことで病気を発症しました。何をやる元気がなくなり、抜け殻のようになったのです。その頃から、妄想と幻聴の症状が現れました。子どもの時に両親を失い、大学生の頃も親戚の世話になりつつ生活していました。ある時親戚の人が、私の様子がおかしいと精神科へ連れて行き、精神分裂病だということで精神科病院に入院しました。22歳のことでした。その時は約1年で退院しましたが、この病は油断すると再発するものだったのです。その後4回の入退院を繰り返しました。4回

目の入院は、さいたま市内の精神科病棟でした。

そこはまったく不自由な所で、当時は閉鎖病棟しかなく、看護人や職員だけが鍵を持ち、患者は檻の中の動物並みの扱いでした。お茶は1日3度の食事の時だけ。病室には、冬のこたつも夏の扇風機もありません。入院患者の間でよく言われたのは「じっと我慢の大五郎」という言葉です。みんな苦しくても「じっと我慢の大五郎」でしたし、今もそう思っている患者がたくさんいるのです。

### 22年にわたる入院生活

入院して8年後には症状も落ち着き、医師に「元気になったので退院させてください」と言うと、なかなか「うん」と言ってくれません。その頃から、病棟で掃除や食事の配膳の仕事を無給でさせられるようになりました。入院前の元気を取り戻しても「あんたは引き取り人がいないから、仕事もアパートも自分で探さなくてはならない。あんたの年齢と体力ではとても無理だ」「埼玉は

民度が低いから、精神病院を退院した患者を雇ってくれる経営者はいませんよ。たまにいても給料は安くてこき使われ、具合が悪くなると古雑巾のように捨てられる」

……そんなことを言われ続け、入院から実に 22 年が経った時、やっと退院することができたのです。

## 自由を求めて地域へ

ある時病院に新しく来たケースワーカーに「辰村さんは退院したいですか」と聞かれました。当時 60 歳を超えていた私は、退院したくとも自分で生活していくには自信がありませんでした。病棟で最期を迎えることさえ覚悟していたのです。すると今度は「どんな条件が満たされれば退院できると思いますか」と聞かれました。私が「衣食住の心配がなければ……」と答えると、ワーカーは「私は各世帯独立したアパートで、3度の食事は弁当屋に配達してもらうことを考えています。日本人の平均寿命は約 80 歳になりました。あなたは後 20 年あります。もう 1 度外へ出て、自分の自由な生活をしてみたいと思いませんか」と言われたのです。私は決断し、ワーカーと面接を重ねつつ、退院することとなりました。

退院後、ワーカーに紹介されたやどかりの里を利用しながらの地域生活が始まりました。やどかりの里援護寮とアパートを行き来し、不安を抱えていた自炊にも徐々に慣れていきました。ひとり暮らしでの困りごとがあれば、やどかりの里のスタッフが助けてくれました。悩みを相談できる生活支援センターもあります。やどかりの里の事業所「食事サービスセンターエンジュ」で弁当箱を洗ったり、ご飯の盛り付けなどの仕事も始めました。

## 今の生活を続けることが幸せ

昨年、私は自転車走行中に縁石に乗り上げ、転倒してしまいました。夜 8 時頃で、休んでいれば

治るかと思い、道に座り込んでいたのです。しかし歩こうとすると足が痛み、結局 1 時間ほどじっとしていました。そこでたまたま通りかかったやどかりの里の職員が救急車を呼んでくれ、即刻入院となりました。大腿骨骨折でした。そして今度は入院中に肺炎を発症。人工呼吸器をつけ、一時は危険な容態でした。何とか回復し、半年後に退院することができました。

退院を機に、1 階の物件へと引っ越しました。現在杖を使って歩き、週に 2 日、デイサービスでリハビリをしています。入浴支援や昼食も利用でき、それ以外の食事はエンジュの宅配サービスを利用しています。近所に食べに行くこともあります。

杖が必要ないほど元気になって、週に 2 回でもエンジュで働きたい……それが今の私の夢です。仕事をやっているほうが、長生きできるように思うのです。それ以上は何も望みません。やどかりの里に関わって 14 年。社会的入院から解放され、現在の生活は、発症してから予想もしなかったほどに幸せなのです。

## 文献

- 1) やどかりブックレット・障害者からのメッセージ 12 私らしく生きる：辰村泰治他著、やどかりブックレット編集委員会編；やどかり出版、2004
- 2) 辰村泰治の七十年 時代の波にほんろうされた一人の精神障害者：辰村泰治著；やどかり出版、2007

# 前にもあった似たような話

## ～精神障害者退院支援施設問題～

やどかり出版『響きあう街で』第41号（2007年）より

退院支援施設ってなんだ？！

### 病院敷地内施設 なんて知らない！

～「施設」という環境が、  
パワーレスな状態をつくる～

#### 1. 退院支援施設はどうやって出てきたのか

##### 1) 退院支援施設の問題点

2007（平成19）年3月30日、厚生労働省社会・援護局障害福祉部長から、各都道府県知事宛に「精神障害者退院支援施設加算を算定すべき指定自立訓練（生活訓練）事業所及び指定就労移行支援事業所の運用上の取扱い等について」という文書が出された。

この文書によって、実施が凍結されていた精神障害者退院支援施設の運営が可能となった。「退院支援施設」とは、精神病院に入院中の患者の受け入れ先として、精神科病院病棟を転換し、自立訓練事業を実施するものである。この病棟転換については、2006（平成18）年4月に施行された「障害者自立支援法」施行前後の混乱の中、唐突に厚生労働省が出してきたものである。

今までも、精神障害者の社会復帰施設として、病院敷地内に置かれる「福祉ホームB型」他、医

療法人が運営する「生活訓練施設」「入所授産施設」など、相当数の病院敷地内施設が作られてきた。

病院の敷地内にある、病棟を転換した退院支援施設に、入院中の患者が移った場合、それを「地域移行した」とみなすのか、どうか。そこに大きな問題がある。他にも、表1にあるように、定員規模が20人以上60人以下と大規模で個室を原則としていないことも制度上後退である。さらに利用期間が「2年乃至3年の標準利用期間」となっており、地域移行型ホームの原則2年尾利用期間よりも、ゆるやかな設定となってしまった。

##### 2) 隠れ技のように出てきた「退院支援施設」

そもそも「退院支援施設」計画は、2006（平成18）年2月、社会保障審議会障害者部会の中で、厚生労働省が資料の中に、「精神科病院からの病棟転換等を行い、入院患者の退院を促進するよう、夜間を含めた自立訓練事業を行う場合、報酬上一定の評価を行う。」といった短い一文で、出されたものだった。

続いて、2006（平成18）年3月1日、障害保健福祉関係主管課長会議の資料に「精神障害者退院支援加算」として、報酬単価を認める記述が出てくる。

そして、2006（平成18）年5月11日、全国障害福祉計画担当者会議において、「精神障害者の退院促進支援と障害者福祉計画」の資料が出されたことにより、障害者自立支援法がうたっている

「地域移行」に逆行するものであり、精神科医療の抱え込みがますます肥大化するのではないかと、多くの関係者が問題を指摘し始めたのだ。表1は、この日提示された地域移行型ホーム・退院支援施設のあらましである。

### 3) 障害者諸団体の運動、交渉

この施設が実施されると、日本の精神保健福祉関係者が、ここまで進めてきた「地域生活」の流れを逆行させてしまいかねない、ということで、ピアサポート活動を進めてきた精神当事者団体を中心となって、「ピアサポートの充実、病院敷地内ケアホーム、グループホーム、病床転換を認めるわけにはいかない」という運動を展開し、23万人の署名が集まった。「障害者自立支援法」に対する取り組みを一緒に進めてきた DPI 日本会議等も積極的に関わることになった。

2006（平成 18）年 8 月には、この署名を厚生労働省に提出し、そこから厚生労働省と、障害者諸団体間での交渉が始まった。2006（平成 18）年 8 月に 2 回、9 月に 2 回、計 4 回の話し合いの場が持たれた。時には夜 10 時から深夜 12 時まで議論が及んだこともあったという。

当初、厚生労働省はここまで、この「退院支援施設」が問題になるとは想定していなかったようだが、これだけの署名が集まり、障害者諸団体から強い反対にあい、結果的には 2006（平成 18）年 10 月の施行は行わず、2007（平成 19）年 4 月に延期するとなった。

この間も、各障害者団体は「箱物に頼らない、地域の社会資源を作ることが大事ではないか」「地域の社会資源と、人をつなげるネットワークが必要」と、厚生労働省にも理解を求めるため、根気強く厚生労働省の担当者にも声をかけ実例報告、学習会などを行った。

続いて、社会に訴えていくキャンペーンの一環として、当事者、家族、福祉、医療従事者、マスコミ、など各方面からもいろんな立場の方に集ってもらい、2007 年 1 月 31 日に「精神障害退院

支援施設を考えるシンポジウムの集い—人間として誇りと希望を持って生きていきたい—精神障害者退院支援施設は嫌です～」が開催された。

### 4) 厚生労働省のアリバイ的対応の果てに

この後再び、2007 年 3 月 8 日、23 日と 2 回、障害者諸団体と厚生労働省との話し合いの場が持たれた。3 月 23 日には「精神障害者退院支援施設の運営等に関する指導事項」（案）（表 2＝略＝）が提示された。DPI 日本会議等の障害者団体にとって、今までの話し合いがまったく活かされていない、とうてい納得できるものではなかった。そこで NPO 法人こらーるたいとう（代表・加藤真規子）並びに「障害者の地域生活確立の実現を求める全国大行動」実行委員会（代表・横山晃久）は、柳沢伯夫厚生労働大臣宛てに、「精神障害者退院支援施設」に関する質問並びに要望書を提出したが、この後も指導事項はまったく改められることはなく、冒頭の各自治体へむけた文書となり、各藤堂府県知事宛に出されてしまったのだった。

結局、厚生労働省の対応は「4 月 1 日実施」を前提にしたもので、障害者団体の話は聞いても、それは「(当事者である) 皆さんのご意見は聞きました、時間をとりました」というアリバイづくりのための対応でしかなかった。厚生労働省はこの「退院支援施設」で「社会的入院 7 万 2000 人を解消する、医療から離れる、一歩前進だ」とうそぶいているが、これでは「看板のかけかえ」であり、実体はまったく変わらない。その上データ上は病床が減るという数字合わせが行われることになる。

これはおかしい、と感じた本誌記者はこの退院支援施設問題の取材を通して知り合った DPI 日本会議事務局長の尾上浩二さんにお話を聞くことにした。DPI 日本会議は障害者インターナショナルの略称で、すべての障害者の人権確立と、自立して生活していくことのできる生活条件の確立に向けて国の内外において活動を展開して

いる団体だ。

## 2. ご自身の体験から～施設入所は人間の力を奪う～

### 1) 「この施策を認めるわけにはいかない」

尾上さんに初めてお会いしたのは、「退院支援施設問題」をめぐる、厚生労働省との交渉の場であった。話し合いの中心となっている尾上さんの姿がひじょうに印象的であったのだ。冷静さを失わず、「この施策の何がおかしいのか」を論理的に説くとともに、「この施策を認めるわけにはいかない」という強い決意が発言の1つ1つからほとばしっていた。その姿に圧倒されるとともに「精神障害の当事者ではない尾上さんが、なぜそこまでこの問題への問題意識を持ち、運動にかかわっておられるのか」と思ったのだ。そしてその背景にある思いをぜひ伺いたいと思ったのだ。尾上さんのお話を伺うことで、この問題の本質が見えてくるのではないかと考えたからである。

尾上さんにこの運動に関わるきっかけを伺った。

「まず DPI の仲間である、加藤真規子さんが中心となって関わっている問題でしたので、DPI としても積極的に運動していこうというのが第1にありました。かつて身体・知的障害の支援策として『決定版』のように言われてきた『入所施設の中での訓練』ですが、今ではとくに意味のないことだと結論が出ている施策です。これを繰り返そうというのですから、私自身も脳性麻痺による身体障害者なわけですが、自分の体験に照らしても、絶対に認めることはできないと思いました」と語ってくださった。さらに尾上さん自身の施設入所の体験を語ってくださった。

「私は、仮死早産で生まれ、1歳で脳性麻痺と診断されました。そして小学校を養護学校、肢体不自由児施設で過ごした『施設入所』体験があります。まず1960年代～70年代は、医療モデルが



尾上 浩二さん

中心の時代で、施設入所を待機している状態だったのでしょう。母からある日突然『1週間後に施設に入所するよ』と告げられました。まず驚いたのが、持ち込みに制限があって、大好きな読書ができなくなると、その時点で憂鬱になりました」

### 2) 施設、隔離された環境がパワーレスな状態をつくる

「今では効果がないことが明らかな『関節の延長手術（腰、膝、アキレスなど伸びきらない関節を切ることで、関節を伸ばすということが試みられていた）』がブームでした……というか実験台になっていたのだと思います。だいたい半年に1回の割合でこの手術の順番がまわってくるのですが、医者が回診してベッドの前で止まり『はい、今度は君が手術』と宣告していくのですが、心の中では『僕の前で止まらないで』と祈ってました。この手術1つとってみても『他人に人生をコントロールされる』ことが、どんなに苦痛か、わかってもらえると思います。また『ポジショニング』をご存知でしょうか？18:30～翌朝6時まで12時間近く、ベット上の板にうつ伏せに固定される

治療（と当時は信じられていた）があったのです。激しい痛みと、なんといってもトイレを我慢しなければならぬのはたいへんな苦痛でした。そして我慢の限界で看護婦を呼ぶわけですが、看護婦が来るとあれほどしたかったのに尿が出ない。看護婦に『また呼びつけて、早くしなさい』と叱られると、それがスイッチになって、精神の緊張をおこし、尿道が縮んで、尿が出なくなってしまうわけです。今思えば、そういった脳性麻痺の特性を看護婦が知らなかったのですね。この頃の自分には『看護婦さん、それは違うよ、あなたの一言がスイッチになって尿が止まってしまったんだよ』という勇気もなかったし、看護婦との力関係においても言い返すことができなかったのです。このように施設、隔離された環境がパワーレスな状態をつくるのです。障害にかかわらず、自己主張ができない状況を生んでしまうのです」

### 3) 中学時代の友人との関わりの中で

尾上さんの状態悪化をみかねた母親が施設を退所すること決め、中学校からは普通学校へ通うことになったのだという。その中学校時代の友人との関わりが、大きな転換だった。

「友人に心斎橋のレコード店に行こうと誘われ、私は移動、地下鉄はどうしよう……といったことが頭をよぎり、すぐには返事ができなかったのですが、なんとか無事行けたんですね。それまでは親としか出かけたことがなかったので、同世代の友人と買い物に行くということは、なんて開放感のあることなんだろうと、実感しました。これは私にとってひじょうに価値のあることだったのです。今の私を見て『あなたは自己主張できる障害者だから』という人もいますが、環境によって人間は変わります。人生はどういう人と出会い、エンパワメントし、いっしょにつくっていくのか、だと思ふのです。私も最初から、こんなふう意見したり運動してきたわけではないのです。

医療が私たちの生活をコントロールするのは

おかしいし、障害を治すことが人生の目的のようになっていて、障害が治らない限り、その人の人生に希望がない、といった環境は、おかしいし間違っていると思うのです」

尾上さんのお話は、ご自分の体験を、自身の怒りや思いにとどめるだけではなく、障害者の人権を守り、障害者の人生を輝かせるための運動へと昇華しているのがしっかりと伝わってくるものであった。その尾上さんに、私はたいへん心が揺さぶられた。どうしてこんなに諦めることなく、粘り強く運動を続けることができるのか……尾上さんの運動へかける姿勢は、真剣で、前向きなものだった。そんな尾上さんの一言一言は、「君は何のために仕事をし、活動しているのか」と問われているようにも思え、温かく応援してくれているようにも思えた。

### 3. 今後、私たちのできること～各自治体の動きに注意しよう～

#### 1) 1人1人が生き生きと暮らせるように

しかし、「精神障害者退院支援施設加算を算定すべき指定自立訓練(生活訓練)事業所及び指定就労移行支援事業所の運用上の取扱い等について」は出されてしまった。今後は、各自治体に「退院支援施設」の設置を認可しないよう働きかけることが必要だろう。そして医療とは一線を画した、1人1人が生き生きとした地域生活を送れるような地域支援の基盤を整えることが重要だ。具体的には、医療と、福祉が連携しながら、入院経験のある当事者が、ピアサポーターとして退院することに不安を持つ入院患者へ少しずつ動かしていくことなど、経験者だからこそ共感できる力を、退院促進に活かすことなどが考えられるのではないだろうか。他にも、医療的な管理とは一線を画したグループホーム、ケアホームの設置を各地域で進める、といったことも挙げられるだろう。

2) 各地域での動き

2007（平成 19）年 4 月 27 日北海道の各団体からは、北海道知事宛に「精神障害者の退院支援施設の実施に関する緊急要望書」が提出されている。続いて 5 月 1 日には大阪の各団体から大阪府知事宛に「精神科病院敷地内施設問題申入書」が提出され、厚生労働省施策の実施を中止・凍結することを求めている。今後も、北海道、大阪に続き、こういった積極的な行政への働きかけが必要となってくるだろう。

厚生労働省との数回に及ぶやりとりの中で障害者団体の皆さんは「私たちの問題を、私たち抜きに決めないで」というスローガンの下、交渉、議論を繰り返し行い、訴えてきた、自分たちが暮らす自治体、各精神科病院が、この「精神障害者退院支援施設」を考え、対応していくのか、注意し、目を光らせていく必要がある。

尾上さんの「2度とこんな施策を認めてはいけない」という強い思い、熱い思いが読者の方にも伝わればと思う。

【表 1】地域移行型ホーム・退院支援施設のあらまし（案）

	地域移行型ホーム	精神障害者退院支援施設	
		病棟設備を転用する場合	外で設置する場合
法律位置付け	共同生活援助、共同生活介護	自立訓練（生活訓練）、就労移行支援の加算事項	
定員規模	○事業の最低定員：4人以上 ○1住居当たり 20人（知事の個別承認で 30人）まで（既存建物の活用に限定）	20人以上 60人以下	20人から 30人程度
居室	○原則として個室 ○1人当たり床面積：7.43㎡以上	○1室当たり 4人以下 ○1人当たり床面積：6㎡以上	○原則として個室 ○1人あたり床面積：8㎡以上
設備	居間又は食堂、台所、洗面設備、便所等	食堂、浴室、洗面設備、便所等	
人員配置	【共同生活援助の場合】 ○世話人 10：1以上 【共同生活介護の場合】 ○世話人 6：1以上 ○生活支援員(区分 3)9：1以上 (区分 4)6：1以上 (区分 5)4：1以上 (区分 6)2.5：1以上 【共通事項】 ○サービス管理責任者 30：1以上	【生活訓練の場合】 ○生活支援員 6：1以上 【就労移行支援の場合】 ○職業指導員・生活支援員 6：1以上 ○就労支援員 15：1以上 【共通事項】 ○サービス管理責任者 1人 ○夜間の生活支援員 1人以上	
報酬基準（日単位）	○共同生活援助：171単位 ○共同生活介護(区分 2)：210単位 (区分 3)：273単位 (区分 4)：300単位 (区分 5)：353単位 (区分 6)：444単位	〈定員 40人以下の場合〉 ○生活訓練：639単位 →1月(22日)分：14,058単位 ○就労移行支援：736単位 →1月(22日)分：16,192単位 ○精神障害者退院支援施設加算 〈宿直体制〉115単位 →1月(30日)分：3,450単位 〈夜勤体制〉180単位 →1月(30日)分：5,400単位	
備考	○原則 2年の利用期間 ○外部の日中活動サービス等を利用	○2年乃至年の標準利用期間（日中の自立訓練、就労移行支援に夜間が付属） ○精神病棟転換によって設置（病棟設備の転用又は病棟建物外での設置）	

厚生労働省全国障害福祉計画担当者会議資料（06.5.11）より



厚生労働省、「住まいの場」の新形態として発表

# 「精神障害者退院支援施設」 ってなに??

厚生労働省は4月下旬から5月の連休明けに、相次いで、関係所管ごとの会議などを開催した。

「障害者の雇用・就労促進のための関係行政機関会議」（4月26日）、「全国障害者福祉計画担当者会議」（5月11日）、「市町村職員を対象とするセミナー」（5月15日）、「全国福祉事務所長会議」（5月15日）である。

この中で、配布された資料に「地域移行型ホーム・退院支援施設のあらまし（案）」があった。資料によると、「地域移行型ホーム」は、従前に示されたものに、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム）の設備基準・人員配置・報酬基準をあてはめたものであったが、「精神障害者退院支援施設」（以下、退院支援施設）という、全く新たな「施設のあらまし」（基準？）が示された。



昨年の自立支援法案の国会審議や社会保障審議会障害者部会（以下、障害者部会）においても、「グループホーム等の規模・立地について」ということで議論はされていた。12月の「障害保健福祉関係全国主管課長会議」（以下、主管課長会議）の資料においては「関係者の間に様々な議論がある」と国会審議の議事録を抜粋し、両論が拮抗しているかのような併記した資料が出されていた。（～様々な議論～と言っても、施設・病院敷地内では「居住施設」とは言えないという意見が主流であったと思うが・・・）

そして、2月9日の障害者部会において、「地域移行型ホーム」という名称で、入所施設・病院敷地内の居住施設の考え方・具体的基準が示された。

また、「日中活動のポイント」の自立訓練事業、

就労移行支援のポイント等では、「精神障害者の退院の促進」の項目で「精神科病院からの病棟転換等を行い、入院患者の退院を促進するよう、夜間を含めた自立訓練事業（就労移行支援事業）を行う場合、報酬上一定の評価を行う」。また、「障害福祉サービスの基盤整備について～障害福祉計画の基本方針～」の「5、障害福祉計画の目標の達成に向けて（その2）」では、「特に施設入所・入院から地域生活への移行に向けた取り組みを支援するため、入所施設等が定員を削減しグループホームへの転換等に併せて建て替えを行う場合、精神科病院が病床を転換して退院促進支援のための施設を設置する場合などについては、重点的に施設整備への助成を行うなどの方策を講じる」とあり、すでに「退院支援施設」の外堀は埋められていた感がある。

この部会においては、6人の委員及び所属団体より「地域移行型ホーム」に対する批判的な提出資料があったにもかかわらず、続く、3月1日の「障害保健福祉関係全国主管課長会議」の資料「新体系に係る指定（最低）基準」の「施設入所支援」における基本方針の中で、「生活介護又は自立訓練若しくは就労移行支援の対象者に対し、日中活動とあわせて、夜間等における入浴、排泄又は食事の介護等を提供することを目的として、障害者支援施設において、必要な介護、支援等を実施する。※自立訓練、就労移行支援については、生活能力により単身での生活が困難な者、地域の社会資源等の状況により通所することが困難なものとする」とある。さらには「障害者自立支援法による基準・方針について（案）」では「精神障害者退院促進支援施設加算」として、すでに「退

院支援施設」設置の前提の表記がある。



つまり「退院支援施設は」この4月に水面下でもなく、突然現れた訳でもなく、そのデビューのタイミングをはかっていたのかもしれない。

念のため「あらまし」をもう一度、見てみよう。法律的位置付けは「自立訓練（生活訓練）、就労移行支援の加算事項」とある、つまり、日中のサービスを利用する者の夜間の居住的サービス（？）と捉えれば良いのだろうか、何か苦しい説明に思えてならない。

自立支援法は「施設入所者と退院可能な精神障害者の地域移行」（いつからか「社会的入院者」という言葉を見なくなった）を強く押し出している。この基本的な方針に異論を挟む余地はない。以前の資料では平成23年度までに施設入所者と退院可能な精神障害者を6万人（そのうち入院か

らの移行は5万人）の地域移行する見通し」、また改革ビジョンでは「7万床の減少」とあった。今回示された、地域福祉計画のサービス量見込みの数値目標として「平成24年度までに受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者（約7万人）の解消を目指す」とある。地域移行と退院は別、地域移行と病床の減少も別ということになる。果たして「退院して病院敷地外での地域移行」は、どの程度実現するのだろうか。

この「精神障害者退院支援施設」（案）の行く末をみつつ、私たちは、私たちの出来る「真の地域移行支援」のために、すべて工夫を凝らす必要がある。それは、自立支援法のフォーマルな事業を進めるだけでなく、私たちの得意分野である、インフォーマルなネットワーク、資源を駆使し、相乗効果を生むことである。今こそ、得意技、裏技、隠し技を惜しみなく披露しよう。（山本 誠）

## 全国精神障害者地域生活支援協議会『ぷちあみ』第29号（2007年5月）より

# 退院支援施設反対！！

常任理事 内山澄子  
幕張もくせい舎（千葉県）

あみもこれまでに2回、退院支援施設反対の要望書を出したが、国は平成19年4月施行という姿勢を崩していない。関係団体と共に第2回目の交渉&抗議行動が3月23日（金）の午後あったので、作業所の利用者2人と一緒に厚生労働省に行ってきた。

ご存知のとおり、「退院支援施設」なるものは昨年9月に突如、厚生労働省が案を公表したものである。精神科病院の敷地内に病棟を転用する形でできてしまう施設である。基本的には日中活動の「生活訓練」か「就労移行支援」という形に、夜間支援をつけて精神障害者退院施設加算ということで、宿直体制をとれば115単位、夜勤体制の場合は180単位をつけるという。昼も夜も同じところで、しかも病院の敷地内でもできてしまう施設である。

午後1時30分から厚生労働省の前で電動車椅子の方たちと一緒に幕を掲げ、拡声器で退院支援施設反対のコールをして、24人が建物の中に入った。外に残った人たちの拡声器を使って応援する声が聞こえる中での話し合いとなった。厚生労働省からは障害福祉課課長補佐の田仲さんの他8人が席についていた。交渉団は「精神障害者ピアサポートセンター こらーる・たいとう」代表の加藤真規子さん、広田和子さん、「世界精神科医療ユーザー・サバイバーネットワーク」理事の山本眞理さん、DPI事務局長の尾上さんらが中心になって話がすすめられた。

話の初めに、田仲さんから「退院支援施設は予定通り4月に施行する。これまでの話し合いで、退院支援施設に関しては、①終の棲家になってしまっているのではないか、②病院とのキャッチボールになってしまっているのではないか、③施設内の訓練では効果がない、④地域生活支援にノウハウを持っていない病院を参入させることになるのではないか、⑤終末施設化するのではないか、⑥病院と変わらない敷地の中で退院した実感をもてないの

ではないか、⑦施設整備費を地域生活支援事業に回した方が効果的である、などのご意見を伺ってきた。皆さんがご心配されていることが現実とならないように、退院支援施設の基準、つまり運用で担保しようと考えている。そのために、“地域移行推進協議会”というものを退院支援施設に置くことを検討している」と話され、その内容についての説明が口頭でなされた。

「口であっさり説明されても議論のしようがないから、コピーして話し合いができる形にして欲しい」「決まったことではないので、紙ベースにはできない」「配布された資料については案という理解をする。共通認識をした上で話し合いをしたいから、紙にしろ！」という押し問答が20分位続き、やっとコピーが配布され話し合いが始まった。

説明によると、「地域移行推進協議会」は退院支援施設の事業者（つまり病院）が設置するもので、病院が利用者・家族・相談支援事業所・日中活動の事業所・受け入れ市町村等で構成する協議会を作り、退院支援施設における全般的な支援の実施状況を定期的に評価し、事業の適正化を図るとのこと。「外部機関ではなく、退院支援施設にその協議会を置いても、病院は病院にとって都合のいい人選をして協議会を作ることになるのはわかりきっている」「そんな協議会は機能しない！！」と意見が飛びかった。

また、東京都地域精神医療業務研究会の飯田さんから都内の精神科病院のベッド回転率のデータを示され、「回転率のいい病院と回転率の悪い病院の二極化が顕著になっている」ことを報告した。「これまでの制度の中でも、退院を頑張っている病院はちゃんと退院させているわけで、退院支援施設がなければやれないわけではない。退院支援施設ができたとしたら、頑張っていない病院（回転率の悪い病院）がデータ上の退院率を上げるために、病院と退院支援施設の間を行ったり来たりをさせるのではないか！そんなことは目に見えている！」と意見がでた。「医療統計上の精神科病院のベッド数を減らすためだけの施設ではないのか？」「退院支援施設の利用者は社会復帰に入るのか？」という質問に対して、「検討中」というあいまいな回答。

他に3月20日の朝日新聞の記事を出して、「名前は似ているけれど退院促進事業に退院支援施設のお金を使った方がたくさんの方が退院できる。」「一病院の施設整備に1億円も使うのであれば、1カ所400万円から600万円と聞いている退院促進事業の補助金は、いったいいくつの事業所に付けられるのか。退院支援施設と退院促進事業の費用対効果についてはどう考えているんだ！！」「すでに地域にあるいい活動をわざわざ病院の中でやらせる必要はない」私たち作業所の施設整備には2000万円が上限なのに、病院は1億円なんですか？？

「退院支援施設」に当事者活動を活用するなんて書いてあるけれど、これまで自分たちの活動（当事者活動）に対してはPCしかくれないのに、都合のいい時にだけ「当事者活動の活用」なんて自分たちを利用しないでほしい。などなど、さまざまな意見が出されました。

田仲さんは「現在入院中の方が地域の資源を使おうとしても、私的契約にならざるを得ない。この退院支援施設ができれば入院中の人でも地域の資源を使えるようなサービスが可能になる」と説明。「そういうことを考えているのなら、入院中の方が地域の資源を使っても個別給付なりの利用ができるようにすれば言い訳で、病院ではない寝る場所を作る必要はないのではないか！」と もっともなことも言われていた。

3月中に再度話し合いの場を作って欲しいと交渉団は申し入れていたが、「前回の話し合いでは事後報告では困るといわれたので、話し合いの場を設けた」と、次回の話し合いについてははっきりした返事は厚生労働省からはなかったように記憶している。

一緒に行った作業所の仲間は「これじゃあ、退院疎外施設ですよ」と帰りの電車の中でぼつりと言っていた。

翌3月24日には精神保健従事者懇談会からも「緊急声明 精神科病院敷地内『退院支援施設』に反対します」が出されている。

この、『ぷちあみ』が発行されている頃、「退院支援施設」はどうなっているのだろうか？ 今後皆さんと一緒に監視していきたいと考えている。

## 世界最大の“精神病床大国”

＜世界の精神病床＞WHO 2000年

世界の精神科病床	185万床	世界の人口	70億人
日本の精神科病床	35万床 (19%)	日本の人口	1億2千人 (1.7%)

＜平均在院日数の各国比較＞（2005年）

イギリス	57.9日
ドイツ	22.0日
スウェーデン	16.5日
カナダ	15.4日
オーストラリア	14.9日
イタリア	13.3日
アメリカ	6.9日
フランス	6.3日
デンマーク	5.2日
<b>日本（2011年）</b>	<b>298.1日</b>

### “日本は3人に2人は1年以上の長期入院”

＜在院患者の在院期間別の分布状況＞厚生労働省「患者調査」2008年

1ヶ月以上	1年未満	1年以上	5年以上	10年以上
29.7万人 93%	11.7万人 35%	21.5万人 65%	11.8万人 35%	7.3万人 22%

＜人口万対精神科病床数＞

先進諸国の精神科病床	5床前後
<b>日本の精神科病床</b>	<b>28床</b>

### “先進諸国で廃止した精神病床を大量に持つ日本”

＜35万床の内訳＞

精神病床総数	急性期の必要病床数 (先進諸国の精神病床)	慢性期の病床数 ( <u>先進諸国で廃止した精神病床</u> )
35万床	6万4千床 (18%)	28万6千床 (82%)

## 【世界最大の35万床と長期入院は表裏一体の関係】

## 最大の在院患者数を占める精神科

### <精神科在院患者の比率>

全疾患の在院患者	1 3 1 万 3 千人
<b>精神科在院患者</b>	<b>3 1 万 1 千人</b> ( 2 4 %)

### <精神科医療費の比率>

国民医療費	3 1 兆 5, 3 7 5 億円
<b>精神科医療費</b>	<b>1 兆 8, 2 8 1 億円</b> ( 5. 8 %)

### <精神科入院医療費の比率>

全入院医療費	1 3 兆 2, 6 0 2 億円
<b>精神科入院医療費</b>	<b>1 兆 4, 1 3 9 億円</b> ( 1 0. 7 %)

### <精神科入院医療費の内訳>

精神科入院医療費	急性期の必要病床数 (先進諸国での精神病床)	1ヶ月以上入院の病床数 ( <i>先進諸国では廃止した病床</i> )
1 兆 4, 5 9 3 億円	2, 6 2 7 億円 ( 1 8 %)	1 兆 1, 9 6 6 億円 ( 8 2 %)

## 「安かろう・悪かろう・やらなかろう」の精神科入院医療

### <精神科病院の日当点>

一般病院	3 8, 1 1 4 円
<b>精神科病院</b>	<b>1 2, 0 1 9 円</b> (一般病院の 3 2 %)

(注) 日当点とは在院患者 1 人一日当たりの入院料単価

### <精神科医療費と精神障害者福祉費>

精神科医療費		福祉費
1 兆 8, 8 6 3 億円 ( 9 7. 4 %)		5 0 1 億円 ( 2. 6 %)
入院医療費	1 兆 4, 0 3 9 億円 ( 7 4 %)	
外来医療費	4, 8 2 4 億円 ( 2 6 %)	

# 精神医療の適正化と地域生活支援の強化 ～ 「病棟転換型居住施設」 反対～

全国精神障害者地域生活支援協議会(あみ)

代表 伊澤 雄一

## あみ 視点によるここ数年の主要な要望課題

### 喫緊の課題

1. 東日本大震災被災地及び被災者、被災地支援者の支援
2. 「応益負担制度」の即時廃止：無料化を原則とする
3. 福祉サービス費のアップと「日額制」廃止
4. 精神科入院医療の適正化(精神科入院医療の規模と退院促進)

### 具体的強化・抜本的変革を求める課題

5. 居場所機能の強化と日中活動の再編
6. 所得保障政策の推進

### 国として迅速に対応すべきと考える課題

7. 医療と福祉の財政配分の是正→福祉財源のさらなる確保
8. 権利条約の批准に向けた国内環境の整備
9. あらゆる検討機会への当事者参加のさらなる促進
10. 非自発的入院に対する行政責任の明確化

## 医療と生活支援の量と質の追求

### ◆ 精神科入院医療の課題

- 隔離収容に終止符を!  
→社会的入院の解消→入院医療の適正規模化(病床削減)
- 精神医療の質向上(精神科医療と他科医療の格差是正)  
→「精神科特例」の完全撤廃  
→他科からの排除の禁止(医療法施行規則 10 条 3 項廃止)

⇒「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会報告」(2012. 6. 28)は基本ライン

⇒障害者権利条約 14 条・19 条・25 条との関連大

## 医療と生活支援の量と質の追求

### ◆ 生活支援における課題

- 地域移行（脱病院）・定着支援（病院への回帰防止）（退院し続けていることを支える）の強化
- 地域支援の大きな課題としての、社会的孤立・無支援状態という潜在ニーズへの対応
- 支援事業所の拡充（安定的な地域拠点機能の確保）

⇒総合福祉部会「骨格提言」から多くを汲み取るべきではないか！

## 総合福祉部会骨格提言 2011(H23)年 8 月

### ◆ 2つの基本的視点

- ・ 障害者権利条約： 2006 年国連が採択、 2014. 1. 20 批准(発効は 2 月 19 日)
- ・ 基本合意： 自立支援法訴訟団と国が和解に際して交わした合意  
(自立支援法は廃止し、新たな障害者福祉法制を策定する。)

### ◆ 6つの方向性～社会モデル「障害は私にあるのではなく、社会にある

(Disability is society, not in me )」的観点からの施策推進

- ・ 障害のない市民との平等と公平
- ・ 谷間や空白の解消
- ・ 格差是正： 地域間格差とともに障害者間の格差
- ・ 社会問題の解決： 社会的入院/長期の施設入所
- ・ 本人ニーズに即した支援サービス： 障害程度区分と支給決定の有り方見直し
- ・ 安定した予算確保： OECD諸国の平均的社会保障予算を目指す。

### ◆ 10の構成要素（具体的内容）

- ①法の理念・目的・範囲
- ②障害（者）の範囲
- ③選択と決定
- ④支援（サービス）体系
- ⑤地域移行
- ⑥地域生活基盤整備
- ⑦利用者負担
- ⑧相談支援
- ⑨権利擁護
- ⑩報酬と人材確保

## 街での暮らしを支える社会資源(支援インフラ)の整備が急務

### ◆ 居住系

とにかく退院先の確保策として、強力な居住政策を展開すべき

- 「Home First」(まず住居)なので、GH/CH 増設は真っ先の課題。しかし全てではない…。
- 多様な住まい方の提供 ⇒ あらたな居住支援ニューの開発

↓

「公営住宅単身者優先入居」「モバイル型GH」「公的保証制度」「シルバー・ハウジング・プロジェクト(SHP)の障害者版」「法人契約から個人契約に切り替えるトライアル入居」「看護付きホーム」「物件オーナーのインセンティブ確保」等々、さらに開発のための場の設定

### ◆ 日中活動系事業に欠けている要素の確保

- 「居場所」機能の回復～「Being space」の大事～

### ◆ 訪問系支援の拡充

- 規格のアレンジも視野に…

⇒ 財源確保と施策の拡充が肝要

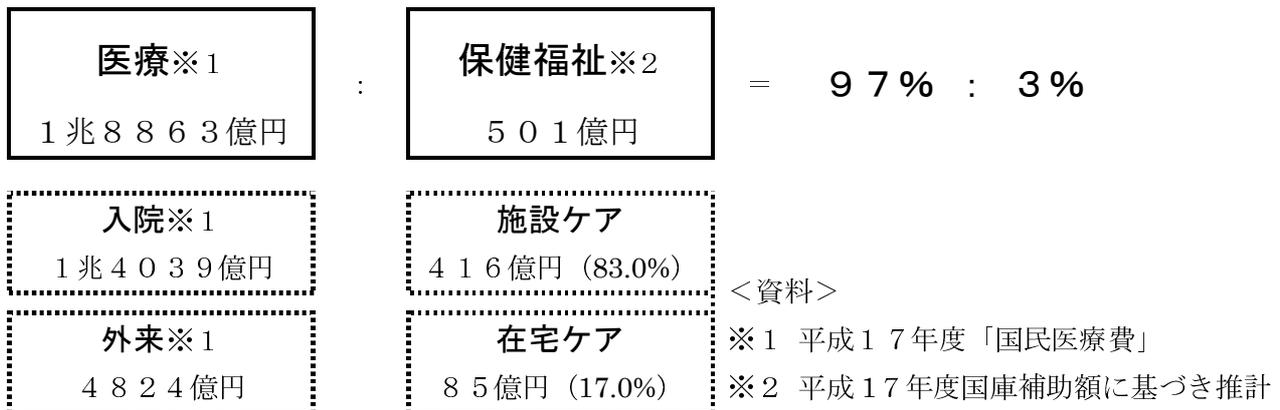
⇒ 施設・事業コンフリクトの克服は全体を覆う大きなテーマである。

## 病棟転換型居住施設 批判

- ・「病院の中に退院する」(?)
- ・ 明らかな権利条約違反～国辱的施設～
- ・ 日精協解説「サンセットメニュー」の怪
- ・ “二級市民処遇” = 棄民政策
- ・ 他の障害ジャンルに与える影響



## 財政問題のひとつの断面



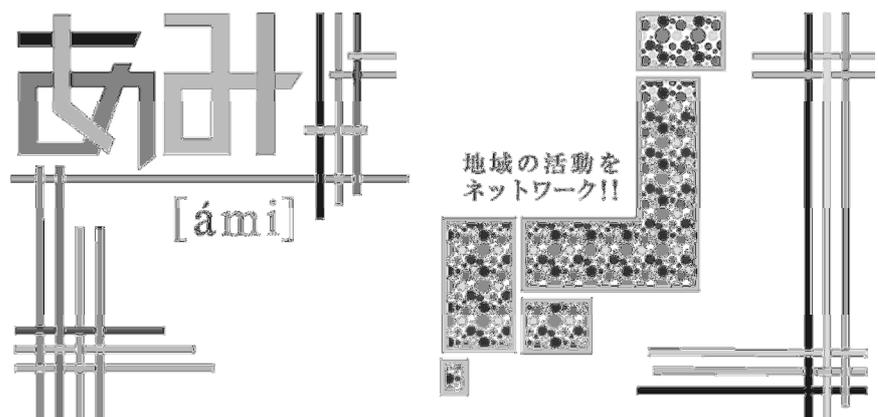
### 諸外国の財源比率

医療：地域＝15～40%：85～60%

## 財政問題のひとつの断面(財源)

- ◆先の骨格提言では財政問題について、支援サービスの予算規模が、OECD 諸国 34 カ国の障害者福祉関係予算の対 GDP 比率の平均である 0.392%を目指すべきと言う提言内容だった。
- ◆現在日本は 0.198%で 1兆 1138 億円、OECD 中 位で、平均値に引き上げるには 0.193%の増額が必要となり、総額で現在の約 2 倍にあたる。
- ◆これを目標に、提言の中の随所に出てくる「地域基盤整備 10 カ年戦略」という集中財政措置策も視野に入れ、地域の支援力を増強すべきである。

- \* 権利条約違反の精神科特例は即刻廃止
- \* 病床削減という行為を診療報酬上評価
- \* 入院マンパワーの地域生活支援再配置
- \* 地域生活支援諸事業の量と質拡充(含、新規メニュー)



縁（えにし）を絆に！

## 障害者権利条約を梃にして、法制度を改革していきたい

NPO法人精神障害者ピアサポートセンターこらーるたいとう  
加藤 真規子

本来の自分の力に気づくと、周囲との関係が変化する。精神障害がある人々が「自分を安心して語れる場」「語りの聴き手」を持つことにより、「トラウマ」「生活のしづらさ」「人生の喜怒哀楽」「恋愛について」「性について」「死について」語り始めた。どれも人間にとって大切なことである。苦しいときに苦しいと叫ぶことができる人間関係を網の目のように作っていくことが「リカバリー（回復）への扉」を開くのだと思う。そして体験の幅を広げて、自信を取り戻し、権利意識を形成していくのだろう。

「人権」は、精神障害がある人々が、主体者として立ち上がることから変化していく。「苦勞する権利」「危険にチャレンジする権利」「安心する権利」「生きがいを持つ権利」「楽しむ権利」「失敗をする権利」「リラックスする権利」「自分を一番愛する権利」などの自由権を自覚する。そして精神障害がある人々を取り囲む構造的な差別、医療法の精神科における差別的な基準、社会的保安処分ともいえる欠格条項、他障害から著しい遅れをとった社会福祉、社会的長期入院者を8万人近く抱える閉鎖的な精神医療、措置入院を合法化している精神保健福祉法、再犯予測は成立するという前提のもとに予防拘禁・隔離収容を規定した心神喪失者等医療観察法などの枚挙の暇がないほどの凄まじい状況に精神障害がある人々は置かれている。精神障害がある人々の社会権を回復していくことこそ、ノーマライゼーションの理念と同一であることは言うまでもない。

社会的入院は社会的排除であり、長期入院により起きる施設症は精神科病院や施設では治せないことを明確に示したのが、ノーマライゼーションの思想である。脱施設化の目標とすること

は、地域社会に対等な人間関係を築くことである。障害者がどのような特性を持つかではなく、周囲がその特性をどう意味づけ、関わるかが問われているのである。大切なことは障害者の特性と環境との相互作用であり、相互作用が双方に与える影響なのである。

ノーマライゼーションとの思想は、障害がある人々が人間として尊ばれ、障害がない人々と同じ生活を営むことができるよう社会のあり方を変えることである。ノーマライゼーションの思想に基づく実践のひとつが脱施設化である。脱施設化とは、支援される人と支援する人との対等な社会的・文化的・経済的な関係を構築することを目標とした実践といえるだろう。このように脱施設化こそ障害者のエンパワメントの最大の機会であり、権利であるという認識を当事者とともに行政や専門職や一般市民とも共有したいものだ。

障害者権利条約の19条は、「自立した生活および地域社会へのインクルージョン」についての権利を定めている。「障害のあるすべての人に対して、他の者と平等の選択の自由を有しつつ地域社会で生活する平等な権利を認める。締結国は、障害のある人によるこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人の完全なインクルージョンおよび参加を容易にするための効果的かつ適当な措置をとる」こととされている。（以上、訳文は川島聡・長瀬修訳による。）

わが国の精神障害者施策の隔離収容主義や知的障害者施策の入所施設中心主義を変革させるために、障害者権利条約を梃にして障害者の地域自立生活支援システムを構築することが可能となったのだ。

長い間、精神科病院や施設での生活を強いられてきた精神障害のある人々は、人生の大切な時間を隔離収容主義の精神保健福祉施策に奪われてきた。そして極めて劣悪で受動的な環境に置かれてきたために、自らの感情や希望や目標が明確化できなくなっていることが多い。

精神保健福祉法では保護者制度を規定していた。精神障害がある人々の入院・退院・地域社会での生活のめんどろをみることを、家族におしつけてきた。逆にいえば、精神障害がある人々の主体性をいかに奪ってきたことか。このような保護者制度をもつ国は世界でもまれである。保護者制度は名目上は廃止となった。けれども医療保護入院の実態は極めて酷いものとなってしまった。ひとりの医師が判断し、三親等の家族がひとり同意すれば、患者さんを精神科病院へ医療保護入院させることができるとしたのである。医療保護入院も患者さんの立場からすると強制入院である。

精神保健福祉法は何のためにあるかといえ、強制入院つまり措置入院、医療保護入院を精神障害がある人々にさせる根拠法だからだ。任意入院すらも隔離拘禁するのだから、自由入院とは言い難い。すでに福祉サービスの面では、三障害共通の障害者自立支援法、障害者総合支援法が根拠となっている。

障害者基本法が制定されてから20年間、精神科病院の敷地内につくる「こころのケアホーム」、病棟転換の「退院支援施設」という、精神科病院を存続させるための計画が何度も提案されてきた。今回また「病棟転換型居住系施設」という精神科病床を介護精神型施設、宿泊型の自立訓練施設にしていくものが提案され、検討会も開催されている。また200名程度の精神科病院入院中・退院支援施設等施設入所中の方々への意向調査を実施したのだそう。体験や人間関係を地域社会で展開することが困難であったろう人々に、どんな立場の方々がインタビューしたのだろうか。調査そのものにおこりえる誤り、すなわち「知ること」「考えること」「迷うこと」「変えること」の保障が担保されない意向調査など調査自

体が相手にとっていかに無礼つまり人権侵害ではないか。どこまで精神障害がある人々を貶めるつもりなのだろうか。深い憤りで胸が痛む。

自立生活運動で大切にされている「自分のことは自分で決める権利」「自分の生活は自分で設計する権利」「失敗する権利」などは、精神障害がある人々には許されないのか。

精神障害者への隔離収容主義は、1900年に制定された精神病者監護法からわが国の法制度の根幹となっているものだ。障害者権利条約を批准し発効したのであれば、すでに精神保健福祉法の存在は極めて矛盾したものであることは明白である。精神病も医療法の中に組み込まれなければならない。精神障害も他障害と何の格差もつけられず、障害者総合支援法等の法制度を利用できるようになるべきである。これは障害者権利条約に批准し発効したスタートラインとして、あたりまえのことといえる。精神医療審査会も同様である。せめて障害・障害者に係わる権利擁護機関も、利益相反しない第三者性を担保した人用・機関に任せるべきである。精神障害がある時も、地域社会で生きることを当然とした社会制度、社会変革を多くの人々と連なって実現していきたい。

愛媛新聞／2014年1月28日

# 帰る家 回復の力に

## 精神障害者ら自立へ入居支援

### 不動産業・阪井さん（岡山）

#### 愛媛大で講演

#### 地域活動 自信に

#### 住民も信用 意識変化

「みんな病院や施設じゃなく、地域で暮らしたいよね」一。岡山市で精神障害者らの入居支援に取り組む不動産業の阪井ひとみさん（54）がこのほど、松山市文京町の愛媛大で学生向けに講演した。障害者が望んでも部屋を借りにくい現状や、条件の悪い部屋を借りざるを得ない実態を紹介した上で、社会に羽ばたく前の学生に「障害のある人と伴走をしてほしい」と呼び掛けた。

同大法文学部の鈴木静准教授の講義「地域と福祉」の一環で、学生約130人が出席。岡山市で、法律家や福祉専門職、不動産業者らがネットワークを構築し、障害者らの入居支援を進める全国でも先進的な取り組み例を学んだ。

阪井さんの入居者支援のスタートは18年前、管理する物件の入居者からの「誰かが俺を殺そうとしている」という電話がきっかけだった。精神疾患による妄想があったため、家族に連絡を取ったが、家族は「関わりたくない」という冷たい反応だった。

一生のうち5人に1人が精神科や心療内科にかかることとされる一般的な病気であるにもかかわらず、精神疾患には現在も差別や偏見が根強く残る。住む場所がないために精神科病院に長期入院する「社会的入院」などの実態を知り、仲間と活動を続けている。



岡山で進める精神障害者入居支援の取り組みについて紹介する阪井ひとみさん

# 帰る家 回復の力に

不動産業・阪井さん（岡山） 愛媛大で講演

「みんな病院や施設じゃなく、地域で暮らしたいよね」。岡山市で精神障害者らの入居支援に取り組む不動産業の阪井ひとみさん（54）がこのほど、松山市文京町の愛媛大で学生向けに講演した。障害者が望んでも部屋を借りにくい現状や、条件の悪い部屋を借りざるを得ない実態を紹介した上で、社会に羽ばたく前の学生に「障害のある人と伴走してほしい」と呼び掛けた。

## 精神障害者ら自立へ入居支援

### 地域活動 自信に 住民も信用 意識変化

「みんな病院や施設じゃなく、地域で暮らしたいよね」。岡山市で精神障害者らの入居支援に取り組む不動産業の阪井ひとみさん（54）がこのほど、松山市文京町の愛媛大で学生向けに講演した。障害者が望んでも部屋を借りにくい現状や、条件の悪い部屋を借りざるを得ない実態を紹介した上で、社会に羽ばたく前の学生に「障害のある人と伴走してほしい」と呼び掛けた。

雨漏りがしたり、畳が腐ったりした悪条件の部屋しか借りられない障害者に何度も出会ってきた。障害者が実際に暮らしていた、目を背けたくなるような不衛生な部屋の写真を示し、「弱い立場に置かれた人が声を出さないから『そのままでもいい』という考え方はだめだ」と行政や支援者の姿勢を批判した。

入居支援を続ける中で気付いたことがある。きれいな部屋を提供すると、多くの人が洗濯をしたり、掃除をしたりするようになった。阪井さんは「彼らも生活をしたくなったんだ」と表現する。入居者の中には病気が再発し、再入院する人もいる。しかし、「退院後に自分の帰る家がある」という安心感を持つことで回復にも役立ち、本人が元の生活を取り戻す原動力になるのだという。

近所の川清掃にも入居する障害者がこぞって参加し、近隣住民から「あなたたちは頼りになる。この街に不可欠な存在」という信用を得ている。誰かの役に立つ実感を持つことで、障害のある人たちの自信につながり、地域の人の目も変えた。

阪井さんは言う。

「障害があっても、自分らしく地域で生きる方がいいに決まっている。本人の思いと適切な支援があれば、誰でも自立して暮らせる。その人がどう生きたいかを考えれば、必要な支援が見えてくる」

朝日新聞／2014年3月4日～5日「貧困となりあわせ～ある不動産屋の挑戦～(上)(中)(下)」

# 住を満たせば人は変わる



互の不自由な狭さにマンション1階の部屋を退避した阪井ひとみさん。様子見がてら見れば見える朝日山

**貧困となりあわせ**  
ある不動産屋の挑戦

「住を満たせば人は変わる」。阪井ひとみさんが、貧困と向き合いながら実践している。それは、単に家賃を下げたり、物件を安くしたりするのではなく、住む人々の生活を支えることにある。彼女は、貧困と向き合いながら実践している。それは、単に家賃を下げたり、物件を安くしたりするのではなく、住む人々の生活を支えることにある。

**管理物件1階戸半数に精神障害者も暮らさない人**

「住を満たせば人は変わる」。阪井ひとみさんが、貧困と向き合いながら実践している。それは、単に家賃を下げたり、物件を安くしたりするのではなく、住む人々の生活を支えることにある。

## 精神障害者の地域移行

精神障害者の地域移行は、単に施設から社会へ出ていくだけでなく、住む場所の確保が重要。阪井ひとみさんは、精神障害者の地域移行を支援するために、住居の確保に取り組んでいる。彼女は、精神障害者の地域移行を支援するために、住居の確保に取り組んでいる。



## 大家を説得、入居後は足しげく訪問

大家を説得して入居させた後、阪井ひとみさんは定期的に訪問し、住む人々の生活を支えている。彼女は、大家を説得して入居させた後、定期的に訪問し、住む人々の生活を支えている。

## ハコモノ屋 だから連携

「ハコモノ屋」として、不動産屋と連携し、住む人々の生活を支えている。彼女は、「ハコモノ屋」として、不動産屋と連携し、住む人々の生活を支えている。



阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。

## NPO法人

「NPO法人」として、住む人々の生活を支えている。彼女は、「NPO法人」として、住む人々の生活を支えている。



阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。

## 「屋根の下」拒まないために

「屋根の下」拒まないために、住む人々の生活を支えている。彼女は、「屋根の下」拒まないために、住む人々の生活を支えている。

**貧困となりあわせ**  
ある不動産屋の挑戦

**前科ある人や困窮者入居 業界に呼びかけ支援**

「前科ある人や困窮者入居 業界に呼びかけ支援」。阪井ひとみさんが、前科ある人や困窮者の入居を支援するために、業界に呼びかけている。彼女は、前科ある人や困窮者の入居を支援するために、業界に呼びかけている。

## 住居確保給付金

「住居確保給付金」として、住む人々の生活を支えている。彼女は、「住居確保給付金」として、住む人々の生活を支えている。



阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。阪井ひとみさんが入居した神戸市東灘区のマンション。

## 安くて良い物件 情報共有を提案

「安くて良い物件 情報共有を提案」。阪井ひとみさんが、安くて良い物件の情報を共有することを提案している。彼女は、「安くて良い物件 情報共有を提案」。

**貧困となりあわせ**  
ある不動産屋の挑戦

朝日新聞／2014年3月4日

貧困となりあわせ～ある不動産屋の挑戦～（上）

## 住を満たせば 人は変わる

管理物件 1000 戸

半数に精神障害者や身寄りのない人

大家を説得、入居後は足しげく訪問

1月27日、岡山市の男性は1年半ぶりに外の日差しを浴びた。83歳独身。引っ越しのため木造アパート2階の部屋を後にして、車いすのままケアマネジャーら5人に支えられ外階段を下りる。青空を見上げて何度もつぶやいた。「ありがたい、ありがたい」。

### 【駆け込み寺】

足の具合が悪くて歩けないのに、長らく2階に住んでいた。朽ちたアパートで隣人は孤独死した。風呂は5年以上入っていない。90キロの巨体のためでデイサービスにも連れ出せず、皮膚白癬が治らなかった。

ケアマネジャーは転居先を探した。ある不動産業者から安い物件を紹介された。だが、「生活保護受給者や保証人のいない高齢者でも大歓迎」と話す姿勢に、生活困窮者を食い物にする“貧困ビジネス”が頭をよぎり、踏ん切りがつかなかった。

ようやく見つけた今度の部屋は、マンションの1階で風呂もある。歩行用の手すりもつく。受け入れたのは、市内の不動産会社「阪井土地開発」の阪井ひとみ社長（54）。岡山で住まいを求め生活困窮者の駆け込み寺になっている。

管理する物件1千戸のうち、半分は身寄りのない独居老人や精神病を患う人、刑務所から出所した人、ホームレスだった人など、社会のセーフティネットからこぼれ落ちそうな人たちが暮らす。

きちんと眠れているか。食事をとっているか。幻覚幻聴に苦しんでいないか。気になる入居者を毎日のように訪れ、雑談後はおきまりのあいさつ「チャオ！」で別れる。陽気な人柄。住人は「阪井のおばちゃん」と呼ぶ。

以前はごく普通の不動産屋だった。18年前のある入居者の男性との出会いから、特異な不動産

屋になった。

### 【自ら保証人】

「誰かが俺を殺そうとしている」。連絡を受けて部屋に入ると、異臭がする。ビールの空き缶が錯乱し、コバエが飛んでいた。男性は錯乱していた。精神科病院で統合失調症とアルコール依存症と診断された。

大手メーカーの元支店長だった。定年退職後、妻から三行半を突き付けられ東海地方の家を追われた。かつて赴任していた岡山に戻り、酒浸りの末に発症した。

阪井は親族に連絡したが、突き放された。「関わりたくない。電話しないでくれ」。そして病院に頼まれた。「患者の退院後の住まいを探してほしい」。病院には、この男性と同じ境遇に置かれた患者が大勢いた。相談に乗って部屋を探し始め、初めて精神障害者を取り巻く現実を知った。

保証人がいなくて部屋を借りられず、50年以上も入退院を繰り返す人がいた。入居者に精神障害があることを知って「地価が下がる」と怒鳴りこんできた人もいた。

大家を渡り歩き、数えきれないほど頭を下げた。少しずつ、受け入れてくれる大家が現れた。身寄りのない境遇を嫌がる大家には、阪井さんや病院職員が保証人になった。

### 【平穏な日々】

2月14日早朝、阪井さんのアパートに住む統合失調症の女性（65）が病で亡くなった。身寄りのない女性を阪井さんと病院職員ら4人が見送った。市営東山斎場で、阪井さんは女性が大好きだったコーラを棺桶に入れ、火葬ボタンを押した。

5年前まで、女性はネズミとシロアリが巣くう部屋に20年以上暮らしていた。台所やトイレは朽ち、雨漏りで畳は腐り、カビに覆われていた。住環境のひどさを指摘する阪井さんに、大家は「精神障害者には誰も貸さないでしょ。私の善意なのよ」と返した。このアパート8戸の住人はすべて精神障害者だった。

亡くなる3日前、私は彼女が転居した阪井さんのアパートを訪ねていた。前の部屋はどんなにボロボロになっても大家に修繕を求めなかったという。「文句を言うと追い出されると思って」。当

時は風呂に入らずざんばら髪、同じ服を着続けていた。だが転居して変わった。服はきれいにたたまれ、ベッドの下には化粧箱。友達から「似合うね」と褒められた赤い口紅が大切にしまってあった。「『この部屋、ちょうどええよ』と気に入ってくれて。人生の後半で平穏な日々が送れたと思う」と阪井さん。

「人間、衣食住が大事というけれど、住が満たされると衣食まで変わっていく」。たくさんの人を世話してきた実感だ。掃除機を欲しがったり、自炊に挑戦したりする入居者が何人もいる。以前は生活のほとんどがヘルパー頼みの人たちだった。(足立耕作)

◇

「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」(憲法25条)。現実はどうか。差別や偏見ゆえに最低限の住まいを確保できない人たちの苦境と、彼ら、彼女たちを救う岡山市の不動産業者の取組を3回にわたり報告する。

### 《精神障害者の地域移行》

厚生労働省は2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表。入院の必要性が低いのに家族の都合や引き取り拒否により病院生活を送る社会的入院を解消し、精神障害者の社会復帰を図るとした。社会的入院者は全国で約5万人。愛媛県で精神科病院を運営する公益財団法人・正光会が実施した不動産業者へのアンケートによると、住まいを貸す側も障害者への偏見、連帯保証人の確保や入居者とのトラブルへの不安を抱えている。不動産業者を対象にした07年の厚生省研究班の調査では、精神障害者に賃貸住宅を仲介した経験がない業者は68%、10件以上仲介したのは1.3%だった。

朝日新聞／2014年3月5日

【貧困となりあわせ～ある不動産屋の挑戦～(中)】

## ハコモノ屋 だから連携

### NPO設立

### 弁護士や社会福祉士、医師ら参加

ヘルパー派遣や財産管理…入居の諸問題解決

岡山市の不動産会社社長の阪井ひとみさん(54)は5年前、7階建ての中古マンションを丸ごと買った。身寄りのない高齢者や精神障害者に住まいを貸し渋る多くの大家をみて、自ら大家になった。JRの駅から2キロほどのマンションは54戸。多くは精神障害者が住む。ソファがある1階玄関の空きスペースは、住民のたまり場だ。

「カンペキ人間が部屋に居座ってな、私を追い出そうとする」「大変や、はよ出て行ってもらわんといけんねえ」

住人同士、毎日のように顔を合わせるたまり場は、孤立しがちなお互いを支えあう場でもある。幻覚や幻聴が始まると、他の住人が気づく。知らせを受けた阪井さんが病院に連絡したり、通院を促したりする。

### 【成年後見活用】

阪井さんの紹介で2階の統合失調症の男性(53)の部屋を訪ね、近況を尋ねた。

「お金を貸しても返ってこん」と言う。話の途中で私の携帯電話が鳴った。阪井さんから。「(男性を)外に出さないで」浴道に不審な男がいるという。窓外に目をやると、若い男が見えた。

男性は毎月支給される障害年金と生活保護費の13万円から誰かに金を渡していた。「お金がなくてご飯が食べられない」。昨年暮れ、周囲に訴え、発覚した。精神病院の行き帰りに見知らぬ男と話している姿も目撃された。聞くと、所持金を言われるままに渡しているという。

阪井さんは以前、精神や知的障害がある人がだまされ、金を搾取されていると医療機関から聞いていた。本人や弁護士と話し合い、判断能力が十分でない人の財産管理を支援する成年後見制度を活用し、弁護士が金銭管理することにした。

7階に住む統合失調症と知的障害の女性（34）は、20代の数年間で酒に2千万以上費やした。岡山で生まれ、両親の離婚後、父親が育児放棄し児童養護施設で育った。10代後半から埼玉にいた母親の元に身を寄せた。ネオン街に通いアルコール依存症に。ほぼ毎晩、ビール20本に5合瓶の焼酎3本。飲み干すと店員につがれ、吐いては飲んだ。「飲み屋の営業電話がしつこくて、断われなくて。カモだったのかも」

彼女が16歳のとき、交通事故死した父親の損害賠償から分配された3千万円は、6年前岡山に戻ったとき400万円しか残っていなかった。阪井さんに出会って部屋を世話され、いま断酒会に通う。阪井さんの仲間の社会福祉士が金銭管理している。

### 【お互いに補完】

こんな人たちを阪井さんは受け入れてきた。「私は福祉の専門家や法律家ではなく、ハコモノ屋」と言う。入居者の家賃の多くは、市が生活保護の単身世帯に支援する住居費上限の3万7千円。そこから損益のそろばんをはじく。

「ビジネスが成り立つことが前提」。そう言いつつ、身寄りのない人の保障人になったり、自社物件を保障人なしで貸したりしてきた。保証人を肩代わりした入居者も50人を超える。

だが、“ハコモノ屋”のできることに限界がある。

5年前、家庭内暴力から逃げてきた妊婦をマンションにかくまった。生活保護の申請で市役所に付き添ったが、却下された。同じ境遇の人に弁護士がどうしたら保護決定が出た。外部の専門家とのつながりを広げたのはそれからだ。

一方、高齢者や障害者の支援に取り組む弁護士や社会福祉士らは、阪井さんに頼られながら、住まいの確保を阪井さんに頼った。互いの悩みを補おうと2009年、NPO法人「おかやま入居支援センター」が発足。理事会のメンバーには、阪井さんのほか、精神科医や精神保健福祉士らも加わった。

### 【ほかの大家も】

センターは発足当初から、精神障害者の入居支援事業岡山県から委託されている。現在、障害者や高齢者ら約70人がセンターの支援を受ける。

大半が阪井さんの物件に住む人たちだ。必要に応じて、専門家が連携してヘルパーの派遣や訪問診療、財産管理など細かくケアする。その態勢をみて、貸し出しを渋っていた大家の中から賃貸を認める人が現れ出した。

「専門家のネットワークにより、住居や生活の諸問題を一挙に解決する。その仕組みの強さを実感した」。入居支援センター理事長の井上雅雄弁護士は言う。「いままで地域生活が無理だと思われていた人も暮らしていけると、確信がもてた」（足立耕作）

### 《NPO法人おかやま入居支援センター》

身寄りのない高齢者や障害者、虐待された人たちが抱える生活の諸問題を支援する。弁護士や社会福祉士、精神科医、不動産業者ら15人で構成する理事会が対応を決める。住居のあっせんを望む人には、アパートなどの物件を探す。物件の賃貸保障には民間の保障会社を活用するが、審査が通らない場合は成年後見制度に基づく後見役をつけるなど、金銭管理が確実にできることを条件にセンターが保証人になる。

朝日新聞／2014年3月6日

### 貧困となりあわせ～ある不動産屋の挑戦～（下）

## 「屋根の下」拒まないために

### 前科ある人や困窮者入居 業界に呼び掛け支援委

## 安くて良い物件 情報共有を提案

岡山市の不動産業、阪井ひとみさん（54）があっせんしたアパートに住む30代の男性は建設会社に勤めていた4年前、取引先の相手とささいな口論からけんかになり、殴り倒して警察に逮捕された。以前に違法なドラッグを吸引して執行猶予中の身だったため、刑務所に入った。

### 【土壇場で白紙】

2年前の服役後に出所。出所者の社会復帰をさせる更生保護施設に身を寄せ、半年後に自立しようと家探しを始めた。20件以上回ったが、軒並

み断られた。どれも契約の土壇場で大家から白紙撤回された。当時の住所は更生保護施設。不動産業者は受刑の経歴が理由だとほのめかした。

出所者を見る世間の冷たさに打ちのめされた。捨て鉢になっていたとき、施設の職員から阪井さんを紹介された。

男性はもう一つ、隠し事を抱えていた。刑務所で作業中に倒れ、血液検査の結果、エイズウイルス（HIV）の陽性反応が出た。差別や偏見におびえ、隠し通すつもりだった。だが、阪井さんの真顔をみて、思わず打ち明けた。

「おばちゃんが絶対に部屋を見つけてあげる」。阪井さんに請け負った。HIV陽性者の入居者は、この男性で2人目だった。最初の男性は感染の判明後、家族から家を追われ、自殺を凶っていた。

「一度レールから脱線すると線路に戻れない。住むところがないと何もできない」。住まいを得て男性は落ち着いた。ウイルスによる免疫機能の低下を抑える薬代は月約6万円。免疫機能障害で障害2級と認定され、医療補助で薬代を賄い、生活保護を受けながら仕事を探す。

### 【さまよう路上】

貧しさに進退窮まり、窃盗で2度逮捕された男性（57）は2010年から阪井さんのマンションに住む。

高校卒業後、岡山県内の製鉄会社に就職し、鉄鉱石などの原料加工の仕事についていた。実家の住宅ローンを肩代わりするように迫られ、仕事を辞めて退職金で払うことにした。再就職のあてはなかったが、07年に自主退職。幼い頃に左足に大やけどを負い、歩行が不自由なまま肉体労働をつづけ、体力の限界も感じていた。

1年半後、手元に残る退職金を使い果たし、独り身のまま路上生活を始めた。就職口はなく、リーマンショックで凍る街をさまよった。パンを拾い、柿やミカンをもうで食いつないだ。スーパーの駐輪場を狙って、自転車のかごに置きっぱなしの買い物袋を盗んだ。

09年冬、自転車を盗み逮捕。釈放後、再びホームレスに。10か月後、また自転車を盗んで逮捕。古傷の具合が悪くて長時間歩けず、自転車を欲した。10万円の罰金刑を受け、裁判を担当した弁護士から阪井さんを紹介された。福祉の仕組

みを何も知らなかった男性は、弁護士や社会福祉士の支援で生活保護を受け、屋根の下で暮らせるようになった。「ここに来なかったらまた盗みをしていただかもしれない」

### 【戸惑いつつも】

2月21日、岡山県宅地建物取引業協会に「入居支援に関する特別委員会」が発足し、岡山市内で初会合が開かれた。社会的弱者が住まいを得るには不動産業者の理解が欠かせない。阪井さんの呼びかけで実現した委員会だ。

狭くて汚い部屋ではない、貧困ビジネスの不安もない、安く良質な物件をそろえ、情報提供できないか。阪井さんは障害者や高齢者、前科のある人らの入居を拒まない物件のデータベース化を提案した。

保証人がいない場合はどうすればいいのか。入居者のトラブルの責任をすべて負えるのか。業界は戸惑いつつも、前向きだ。「行政や医療・福祉関係者との連携が不可欠」。県宅建設協会の道下忠美専務理事はそう前置きしてからいった。「業界は少子高齢化で増える空き家対策に頭が痛い。阪井さんの提案は、ビジネスチャンスだ」

身寄りのない独居老人や外国人、障害者、家庭内暴力で家を追われていた人、失業者、ホームレス…。18年前の精神障害者の家探しから始まった阪井さんの支援のもと、たくさんの人が集まってきた。

不動産業者が連携すれば、もっと多くの人々が住みよい部屋で穏やかに暮らせるはずだと、阪井さんは思う。（足立耕作）

### 《住宅セーフティネット法》

07年に制定。自力で住まいを探すのが難しい人たちの支援の受け皿として、自治体や不動産業者らに「居住支援協議会」の設置を促す。神奈川や兵庫などの協議会は入居を拒まない物件を集め、インターネットサイトで情報提供している。ただ設置は義務付けられておらず、設置団体は今年1年現在で全国41団体にとどまる。総務省の08年の住宅・土地統計調査では、賃貸用住宅の空き家は全国で413万戸。生活困窮者向けの活用が議論されている。

2014年5月12日開催

厚生労働省 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会（第2回）  
ヒアリング資料より

①

## 長期入院者の退院意欲の喚起とは

NPO 大阪精神医療人権センター

副代表 山本深雪

大阪市北区西天満 5-9-5 谷山ビル 9F

TEL06-6313-0056/FAX06-6313-0058

<http://www.psy-jinken-osaka.org/>

②

### はじめに

- ・ 私は1992年より当センターの専従スタッフになり電話相談や面会に参加しました。
- ・ 1997年9月より、大阪府下のすべての精神科病院を滞在型で訪問してきました。
- ・ 現在6巡目です。入院体験のある者と地域で支援活動を担っている者の2名で1班、で動いています。

4名～8名で滞在し、入院患者の声と職員の声聞いています。

- ・ 私は、入院経験のある者として参加しています。

③

「退院意欲の喚起」という言葉は、失礼です。

（「長期入院患者層」を、私だったかもしれない「Aさん」として）

Aさんの「お願いだから、家に帰らせてください」という懇願は、何度断られたのでしょうか。

Aさんは、何度扉を叩いていたのでしょうか。

Aさんは、何度、戒められたことでしょうか。

Aさんは、薬や注射が増えることを恐れ、「学び」、身につけたでしょう。

医療従事者は、訴えなくなることを「沈静」と評価してきたのではないのでしょうか。

医療スタッフは、「刺激をさける」事を良とし、情報遮断をし続けてきたのではないのでしょうか。

この検討会の中に、退院を懇願した経験のある人はいるのでしょうか。

④

国・病院・地域社会に向けた「退院支援意欲の喚起」が、本質的な焦点です。

「患者さんへの退院意欲喚起 →退院意欲がもたらされる →退院」でしょうか。

大きな問題の解決を、患者さんの退院意欲喚起に帰結していいのでしょうか。

全ての人は、地域生活を妨げられません。

「国・病院・地域社会に向けた、退院支援意欲の喚起」が、本当に求められています。

→病床を削減し、仮設住宅ではない、本気の「住居」の保障が必要です。

→支援を保障し、地域住民の1人としての生活を保障することです。

最初に、「退院できない」と繰り返し伝えてきた言葉を撤回することが必要です。

「退院できない」と思い込んできた時間を踏まえた、エンパワーメントが必要です。

これまで「退院できない理由」として、説得に用いられた理由（GH が空いていない、家族が同意しない、など）に対して、対応する予算計上が不可欠です。

⑤

**「地域移行は進まない、残された時間がない」は、病床転換型居住系施設を認める根拠にはなりません。**

**「万策尽くした」はずがありません**

「病院にできることはした」「地域に出来ることはした」といえるでしょうか？

病院間格差、地域間格差と地域コンフリクトに手をつけることが先決です。

最低状況の把握と、その要因の分析はされたのでしょうか。

平均在院日数が33日の病院もあれば、500日、1500日、2500日を超える病院があります。

果たして「毎年2万人の死」は、どこで起きているのでしょうか。退院支援員の多い所でしょうか。

病床・病棟転換による数値の転換、病床削減指針の乗切りが待望されているのではないのでしょうか。

これでは、「2万人の死」は「2万人の死」のままです。

近道はなく、退院を支える地域生活支援の人手への予算計上は、着実な道です。

⑥

**世界に障害者権利条約の批准を表明した日本で、**

**「有識者」の代表者が、  
「院内退院」を選択することが許されるのでしょうか？**

病院は、地域社会の資源です。

病院での生活は、地域生活ではありません。

病院敷地内での生活は、病院での生活で、地域生活ではありません。

病院は、病気の治療を提供する場です。

地域生活は、病者、障害者だけではない、（施設職員に限定されない）年齢や属性等が限定されない多様な住民世帯が生活する場、での暮らしです。

⑦

### ■意見が言えない訳がある

長期入院の方と話しをしていると、「本当は退院したい」と言われます。「退院したい」と言えない理由、「本当は」という言葉の背景には何があるのでしょうか？

また、長期入院の方とお話しをしていると「退院が不安」「このまま病院にいたい」という声を聞くことがあります。その理由を聞くと、職員に対して患者から相談をしていくという関係が築かれておらず、家族と暮らす以外にも方法があること、生活保護や年金などの制度や地域の支援センター・グループホーム等・ホームヘルプなどの社会資源、お弁当の宅配や店で買えるお惣菜のことを知らないという声をよく聞きます。

あるいは入院にいたった家族や近隣など周囲との関係悪化（ごみ出し等についてのトラブル）を恐れる声も出てきます。例えば、ごみ出しのような日常生活に関することをヘルパーに頼めることも、長期入院の方の多くには知られていないのです。これらの地域でのサービスの中身を「知らない」、またそれらを「自分がうまく利用できるかがわからない」、それらの不安を「誰に話したらよいかわからない」という声も多数聞きます。

これらの声を聞き、一人ひとりの患者さんに継続して関われる第三者の権利擁護者が必要なのです。

⑧

## ■「退院が不安」「このまま病院でいい」という声の背景

その理由について話していると、自分から相談できる職員との関係がなく、家族と暮らす以外にも方法があること、生活保護や年金などの制度や地域の相談支援センター・グループホーム・ケアホーム・ホームヘルプなどの社会資源、お弁当の宅配やコンビニ等で売られているお惣菜のことを知らないという声をよく聞きます。あるいは入院にいたる周囲との関係（ごみ出し等）を恐れる不安の声も出てきます。ヘルパーに頼めることも未体験なのです。家族以外、知らないのが原因です。

これらの地域でのサービスの利用実態を「知らない」またそれらを「自分がうまく利用できるかわからない」、それらの不安を「誰に話したらよいかわからない」という声も多数聞きます。

⑨

## ■「病棟転換型居住系施設」の検討について

長期入院者の退院支援については長年検討されてきました。しかし、必要なこと（CWの人手、グループホームの人手）に安定した予算がつけられずに放置されてきました。精神障害者の特性を理解した施策ができてこなかったのです。放置してきたことを棚上げにして長期入院者のいる病棟の名称を変えるだけで、結局は同じ精神病院内に留め続けることは、「退院」でも「地域移行」でもなく、隔離と収容の延長であり、1960年代と同じ誤った道に踏み出すことです。

旧援護寮から当センターには「退院したい」との声が届いています。

「病棟転換型居住系施設」は反対です。

⑩

## ■本当の地域での暮らしを実現させる為に必要なのは

これらの不安の声に対応していく人員です。まだまだ足りない地域生活支援に必要な人員に必要な予算配分をし、地域移行・地域定着支援事業への人材を確保できるようにすることです。予算が不安定なために各地で不足している精神障害者へのホームヘルパー、グループホーム等の「退院後を支える」サービスと、体験や境遇を共有するピアサポーターの関わりを継続して充実させていく施策が必要です。

長期の入院により退院や地域で暮らすことへの「自信がない」と言う患者さんが自信を取り戻すための支援こそ充実させていかなくてはなりません。それが地域社会の義務であるといえます。

⑪

## 大阪での取り組み

1997年 大阪府精神保健福祉審議会の委員に入りました。

### ■1997年 「生活人権部会」を設置

→1999年 答申「社会的入院は人権侵害」

→地域移行・地域定着支援事業へ

### ■1999年 「医療人権部会」を立ち上げる

→2000年 意見具申を府知事に提出

「大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会」を設置

（次ページ「権利宣言」をもとに病棟訪問活動）

2003年～ 精神医療オンブズマン制度が連絡協議会の保障の下、スタート

2009年～ 療養環境サポーター制度

（4～6名で入院体験者と支援者で病棟に滞在して入院中の患者さんの声をききます。）

⑫

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

入院中の精神障害者は、適切な医療を受け、安心して治療に専念することができるよう、次の権利を有しています。

これらの権利が、精神障害者本人及び医療従事職員、家族をはじめすべての人々に十分に理解され、それが保障されることこそ、精神障害者の人権を尊重した安心してかかれる医療を実現していく上で、欠かせない重要なことであることをここに明らかにします。

- 1 常にどのようなときでも、個人として、その人格を尊重される権利  
暴力や虐待、無視、放置など非人間的な対応を受けない権利
- 2 自分が受ける治療について、分かりやすい説明を理解できるまで受ける権利  
自分が受けている治療について知る権利
- 3 一人ひとりの状態に応じた適切な治療及び対応を受ける権利  
不適切な治療及び対応を拒む権利
- 4 退院して地域での生活に戻っていくことを

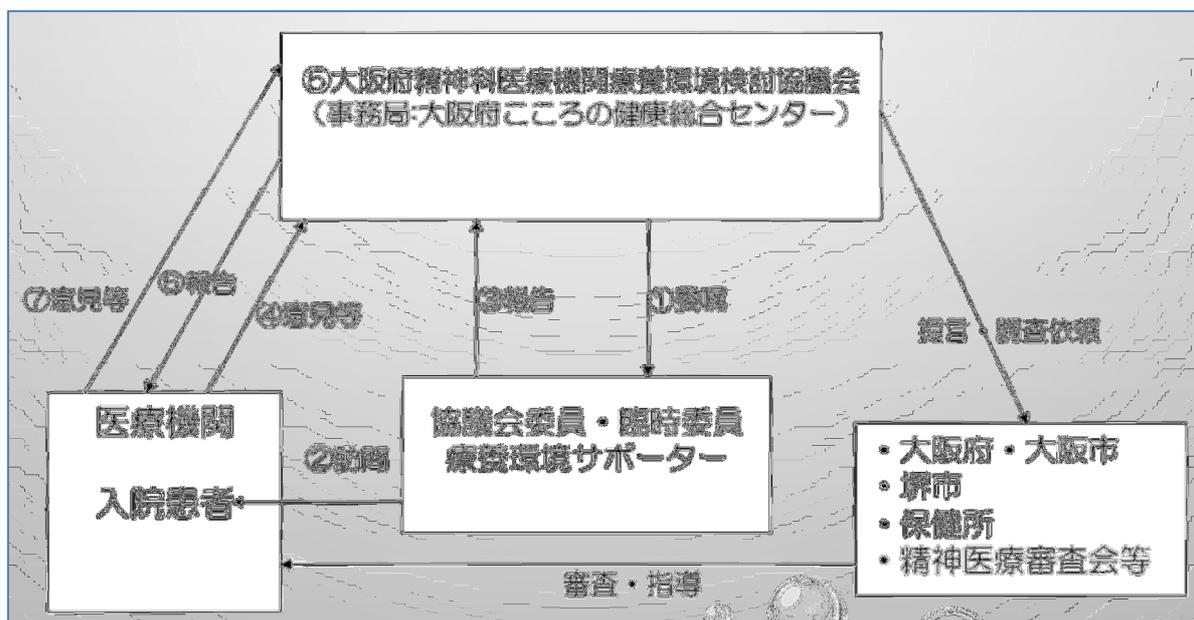
見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉サービスを受ける権利

- 5 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定できるようにサポート（援助）を受ける権利  
また、自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気、対応が保障される権利
- 6 公平で差別されない治療及び対応を受ける権利  
必要な補助者“通訳、点字等”をつけて説明を受ける権利
- 7 できる限り開放的な、明るい、清潔な、落ちつける環境で治療を受けることができる権利
- 8 自分の衣類等の私物を、自分の身の回りに安心して保管しておける権利
- 9 通信・面会を自由に行える権利
- 10 退院請求を行う権利及び治療・対応に対する不服申立てをする権利  
これらの権利を行使できるようサポート（援助）を受ける権利  
また、これらの請求や申し立てをしたことによって不利に扱われない権利

大阪府精神保健福祉審議会  
(2000年5月19日)

⑬

療養環境サポーター制度（大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会事業）



⑭

- ① 大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会が「療養環境サポーター」を委嘱
- ② 協議会委員やサポーターが医療機関を訪問
- ③ 協議会委員やサポーターは「療養環境サポーター活動報告書」を作成し、検討協議会に提出
- ④ 活動報告書(③)に対して訪問した医療機関が訂正申し入れや意見を提出
- ⑤ 活動報告書(③)と医療機関からの意見や訂正申し入れ(④)をもとに検討協議会で検討
- ⑥ 検討協議会での検討内容(⑤)は、検討協議会事務局から訪問した医療機関に報告される
- ⑦ 検討協議会からの報告(⑥)に対して、医療機関から再度、意見等が提出されることもある

⑮

大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会  
構成機関等

社団法人 大阪精神科病院協会  
 社団法人 大阪精神科診療所協会  
 社団法人 日本精神科看護技術協会大阪府支部  
 大阪精神保健福祉士協会  
 大阪弁護士会(高齢者・障害者総合支援センター)  
 NPO大阪精神医療人権センター  
 大阪精神障害者連絡会  
 社団法人 大阪府精神障害者家族会連合会  
 社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会  
 (大阪後見支援センター)  
 大阪府保健所長会  
 大阪府・堺市・大阪市  
 学識経験者  
 事務局：大阪府こころの健康総合センター

⑯～⑰

精神科病棟訪問時、どのような視点で動くのか？

すべき事、してはいけない事

- ・ まずは「お話を聞く」
- ・ 努力の跡(道筋)も聞く
- ・ 体質改善を粘り強く働きかける
- ・ 自分だったらどう思うか、と考える視点  
例) ベッド周りに、カーテンが欲しい
- ・ 入院者に寄り添う姿勢で、療養環境に関する気持ちをお尋ねする  
例) 〆は他の人に聞かれない所で使いたい
- ・ 見た事・聞いた事を、文字に残す

⑱～㉓

病院とのやり取り

検討項目	病院側の対応
薬の渡し方	病室で薬を渡すことを原則とし、デイルームで配薬する場合は座って待って頂くこととしました。今後改善していきます。
ポータブルトイレ	使用後速やかに処理を行うようにします。／運ぶ際には蓋をするようにスタッフの教育を行います。／排泄物は患者にとっても他の人に感づかれることは恥ずかしいものであり、看護者としては細やかな気配りをしなければならぬと思っています。改善いたします。
声のかけやすい詰所に	施錠を原則としています。ただ、患者との信頼関係をよりよりにし、開放感のある療養環境の中で治療を進めていくという観点から考えると、現状は改善を検討すべきことと思われます。今後は「詰所内に職員がいる時は詰所

検討項目	病院側の対応
	の扉は施錠しないこと、小窓は大きく開けておく」ということを原則とし、病棟職員に徹底していく予定です。
職員の接遇 言葉遣い	<p>余裕の無い時に「後で」という言葉が出てきていると思います。その場で対応が困難な時は「〇〇の後でとか〇時迄待ってください」等の対応を病棟勤務者全員に再確認します。／より一層、言葉遣いの改善を徹底いたします。／接遇委員会を中心に言葉遣いの徹底をしておりますが、職員一人ひとりに意識を持ってもらうよう再度教育していきます。／怒鳴られながら入っているについて、スタッフ教育については今後も継続していきたいと考えています。対人間のコミュニケーションという部分で、心の通わない場面があったのではないかと考えられます。患者様自身が一番苦しい状況に専門として十分対応できていなかったことの現われであると真摯に受け止め、今後に活かしていきたいと思います。／言葉使いは、各部署で管理職から常日頃注意をしているつもりであるが、患者よりそのように受止められる言動であれば、非常に残念であり、反省しなければならない。接遇研修は、教育委員会の年間計画に組み込まれ、外部講師を招いて毎年実施している。その中には、言葉使いも含まれている。しかし、当日の出勤者のみが対象であり、職員全員が必ず受けるという確認までは行っていない。今後、個人別の研修受講カードを作</p>

検討項目	病院側の対応
	成し、各種研修の参加状況をチェックできるシステムに改めます。
公衆電話の 位置	パーテーションを設置します。／簡易ブースのような構造を検討したいと思います。／電話の移設により、周りの環境から電話のスペースを独立させ、周囲を気にせず電話が利用できる環境を整備する。／デイルームの椅子の配置の見直します。
権利擁護 機関連絡先 の掲示	車椅子利用者からも見やすい位置に貼りなおしました。／男子トイレの便器の前の壁に立てかけられていました。そこは本来の場所ではないため、公衆電話の横に置き直しました。／通常は掲示していますが、剥がされることもあります。今後は剥がされないような枠を設置し、掲示するよう検討しています。早急に取り組みます。
意見箱 投書への回 答	設置場所の変更を検討しています。家族の方も記入しやすくなるよう各病棟だけでなく、病院玄関部にも設置し、広く意見を頂戴するよう努めます。／今回は回答の作成が滞っていたので気をつけます。／畳を一部撤去し、掲示物の前まで車イスでいけるように改善しました。／精神科病棟の患者は病棟から出る機会が少ないため、病棟内で対応し掲示することを検討します。
鉄格子	撤去することを検討します。／撤去いたしました。
ベッド周り のカーテン	設置することを検討します。／〇年度中に設置します。
トイレ 個室の鍵	多くの患者が使いやすい位置に早急に変更します。

検討項目	病院側の対応
トイレット ペーパー	設置しました。／今後、病院の経費として購入を検討します。
隔離室	改善対策として格子側の通路にまわる時は必ずトイレ使用中でないことを出入口の窓から確認することを職員へ徹底させる。格子側の通路についたてを置き患者が外部から見られることに対する不安を少しでも解消する。
病棟の 雰囲気	近隣の住宅に面している窓が全面くもりガラスになっている件については、指摘を受け、早急に目線の高さまでのくもりガラスに改善し空や景色が望めるように改善いたしました。／絵画を飾りゆとりのある空間作りを実施しました。
職員の名前 写真の掲示	すべての詰所の前の壁に看護職員の写真と名前を掲示します。／精神科救急病棟担当の医師の写真も掲示しました。
退院のため の 相談・情報 提供	掲示されている PSW の業務内容を入院時の案内や病棟に掲示するようにしたい。常勤精神保健福祉士は、増員をはかる。／全患者に対して担当 PSW が患者に頻繁に関わっていくことは勿論、病棟に医療相談室の案内を掲示する等周知徹底に努めます。／地域の社会資源についての情報提供出来るよう努めます。／将来的に数字目標を掲げて退院に向けての取り組みを行っていきたい。／退院の話を「はぐらかされている」という患者の声をすくい上げる看護、生活支援を検討し、周知の機会を持つようにします。
薬や病気の 説明	薬の説明や病名説明等、入院時には必ず行っていますが、長期に入

検討項目	病院側の対応
	院されている患者の場合には以前に説明を行った経過もあり、再度患者に確認を行い、説明及び情報提供を行います。

# 精神病床の転換案

内閣府が3日に開いた障害者政策委員会(委員長＝石川准・静岡県立大教授)で、「精神病床を居住系施設に転換することを検討してはどうか」との案が厚生労働省で出ていることが問題になった。

厚労省の北島智子・精神・障害保健課長が出席し経緯を説明したが、政策委員会では「障害者権利条約に反する発想だ」と異論が相次ぎ、石川委員長は「結論を出す前に意見交換したい」とした。精神保健福祉法が昨年6月に改正され、厚労大臣が「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」を定めることになったため、厚労省は昨年7、12月、医療、福祉などの関係者を集め指針案を検討した。

入院期間を短くし、長期入院患者も地域生活に移行できるように

# 「権利条約に合わぬ」

## 障害者政策委で反発



障害者差別解消法の国の基本方針についてのヒアリングも行われた

がある」と病床転換案が浮上。賛否両論あったが「可否も含めて検討する」と昨年末に決着した経緯がある。北島課長は「地域移行の受け皿づくりを議論したい」と理解を求めたが、政策委員会の委員らは「敷地内で生活が完結するようでは

と議論した中で、「病院で死ぬことと病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬことには違い

地域移行と言えず、病院との違いはない」「精神障害者を二級市民扱いした考え方だ」などと強く反発した。政策委員会は、障害者制度改革の一環で障害者基本法改正時に規定された組織。権利条約の実施状況を監視する役割などを持つ。病

床転換案は、条約が「どこで誰と暮らすか選択できる」「特定の施設で生活するよう義務付けられない」と地域で暮らす権利を定めていることと合わぬとして問題視された。政策委員会は、障害者差別解消法の2016年度施行に向け、差別禁止や合理的配慮の在り方を示す国の基本方針づくりを議論している。3日の会合では関係団体のヒアリングを行い、病気による障害がある人などの意見を聞いた。共通するのは、「一見して障害が分からず、調子を崩してもサボっていると誤られてしまう」などの声だ。例えば就労に関する合理的配慮としては、全国腎臓病協議会や日本肝臓病患者団体協議会、筋痛性脳脊髄炎の会は「透析を受けるためにフレックス制度を適用するなど時間的な配慮を」「副作用を伴う治療で就業を継続できない場合があるが、治療が終われば働ける

ので職場復帰できるようにしてほしい」「ラッシュアワーを避け時差出勤を認めてほしい」などと例示した。教育に関しては全国心臓病の子どもの守る会が「病名だけ見て通常学級への進学が妨げられたり、通学時の送迎や学校行事で保護者が付き添いを求められたりする」と訴え、「気温の変化で体調を崩しやすいので冷暖房が必要。医療的ケアが必要な子には人的配慮が必要」などと話した。吃音のある人たちで作る全国言友会連絡協議会は「寛容に接してほしい。指さして使えない紙媒体やタブレット端末など、話し言葉以外の手段でコミュニケーションを補うこともできる」とも話した。

## ＜「病院などへの退院支援意欲の喚起が重要」- 厚労省の検討会でヒアリング＞

2014年5月13日 キャリアブレイン

厚生労働省の「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」が12日開かれ、NPO 法人関係者らからのヒアリングが行われた。出席者の一人は、同検討会で入院患者に対する退院意欲の喚起の方策が議論されている点を批判。本当に求められているのは、患者ではなく国や病院、地域社会に向けた退院支援意欲の喚起と訴えた。【ただ正芳】

ヒアリングには、社会福祉法人「巣立ち会」の田尾有樹子理事長や NPO 法人「大阪精神医療人権センター」の山本深雪副代表らが出席。また、精神科病院に入院経験がある、男性のピアサポーターも参加した。

山本副代表は、同検討会で入院患者に対する退院意欲の喚起の方策が議論されている点について「問題の解決を患者の退院意欲喚起に帰結していいのか」と批判。また、「グループホームの不足など、これまで『退院できない理由』として、（入院患者に対する）説得に用いられてきたことに対し、予算計上が不可欠」と訴えた。病床転換型居住系施設の導入が議論されている点については、反対する姿勢を明確にした。

田尾理事長は、入院患者の地域移行を促進するためには、精神病床の削減が不可欠とし、「精神病床を減らしたら、報酬を出す。そのくらいの対策が必要」と述べた。男性のピアサポーターは、患者が退院したいと思えるポイントとして「病院の近くに、患者が行きたいと思えるグループホームを建設すること」を挙げた。

### ■病院経営者や医師への研修義務化を求める声も

山本副代表が指摘した退院支援意欲の喚起の必要性については、同検討会の委員の間からも賛同する声が続出。病院スタッフの意識を変えるため、病院経営者や医師に対する研修の義務化が必要との意見も出た。また、精神病床の削減については、精神科医療の診療報酬を他の一般診療科並みに引き上げることなどと併せて実現を目指すべきとする意見が相次いだ。

<http://www.cabrain.net/news/article/newsId/42696.html>

# 医療費を減らし患者丸抱え 国と病院は勘定ずく

日精協の担当者は、取材に対し、「献金と今回の転換型施設の議論は無関係」と前置きした上で、「施設の転換にもさまざまな形がある。患者を縛らない自由度の高い内容であれば、問題ではない」と考え方もある」と語っている。

一方、障害者の地域生活を三十年以上サポートするたかぎクリニック（京都市）の高木俊介院長は「転換型施設議論の根本には、日精協が提案した介護精神型老人保健施設がある。政治家に話を通していたのではないかと疑う。」

「国は医療費も病床数も減らしたい。大手病院は経営の面から患者を手放したくない。病棟の改修であれば双方が丸く収まる」日本の精神科病床は約三十四万四千床と、世界中にある百八十五万床の約五分の一が集まる。大半が民間病院で、医療体制を変えにくい一因となっている。

入院患者は約三十二万人で、一年以上の入院は約二十万人。平均入院期間が二十日前後の欧米諸国と比べて、異様に長い。治療の必要がないのに病院にとどめられる「社会的入院」も少なくなるとみられている。これには日本の精神医療の特異な歴史が関係している。かつては自宅で隔離する「私宅監置」が中心で、敗戦時の病床数は全国で約四千床。一九五〇年に強制入院や費用の国庫負担を盛り込んだ「精神衛生法」が制定され、民間病院が増加した。六四年には、統合失調症の青年がライシャワー・アメリカ大使を刺傷する事件が起き、強制入院を支持する風潮が強まった。

五八年に通知として出された「精神科特例」も大きく影響する。一般病院より厚労省の方針から十年たっても、地域移行はなかなか進んでいない。障害のある当事者たちの自助団体でNPO法人の「こらーる・たいとう」（東京都）は、〇四年から地域移行の支援に取り組んでいる。定期的に共有スペースに集まって「今度旅行に行く」「最近寝られない」という近況報告をしたり、病院訪問、地域との交流などを積極的に実施している。加藤真規子代表は「入院中心の医療では、人間関係が病院の中だけで完結してしまう。障害者本人たちのためにはならない」と話す。が、こういった活動はまだ限定的ではない。

前出の高木院長は強調する。「精神科医療に本来、医者はいらぬと思う。長くやってきた経験から分かる。生活をサポートしてくれる人がいれば十分。病院への隔離はもうやめて、精神医療と福祉の改革に踏み切らないといけない」

**ケースメモ**  
集团的自衛権の行使容認や労働法制の骨抜きなど大テーマが続く。少数者の人権侵害などがき消されそうになるが、彼らへの長い迫害が社会にまん延してきたようにも見える。そもそも戦争もブランク企業も、人を人ではなく、機械扱いして成り立つからだ。考える会は二十日昼、衆院第一会館で集会を開く。（牧）



精神科病院の業界団体「日本精神科病院協会」が入っているビル＝東京都港区で  
精神障害者の地域移行を支える「こらーる・たいとう」のミーティング。お互いの近況などを話し合う＝東京都墨田区で



日本特異な精神医療史

医師や看護師の配置基準を下げる内容で、病院数の拡大を促すとともに、医療の質の低下を招いた。宇都宮市の民間病院で患者一人が看護職員らからリッチを受け、殺された「宇都宮病院事件」（八三年）など、著しい人権侵害事件も起きてきた。長谷川教授によると、〇一年には大阪府内の病院で、患者が約十年間、長さ二メートルの腰ひもで窓枠につながれていた事態が発覚している。

厚労省の方針から十年たっても、地域移行はなかなか進んでいない。障害のある当事者たちの自助団体でNPO法人の「こらーる・たいとう」（東京都）は、〇四年から地域移行の支援に取り組んでいる。定期的に共有スペースに集まって「今度旅行に行く」「最近寝られない」という近況報告をしたり、病院訪問、地域との交流などを積極的に実施している。加藤真規子代表は「入院中心の医療では、人間関係が病院の中だけで完結してしまう。障害者本人たちのためにはならない」と話す。が、こういった活動はまだ限定的ではない。

# 精神科病棟→アパートに改修 患者共生 名ばかり

## 転換型施設の推進案浮上

精神障害者の医療方針をめぐる議論で、精神科病院の病棟をアパートなどに改修する「病棟転換型居住系施設」（転換型施設）を推進しようという提案が問題視されている。障害者を入院・隔離する旧来のあり方から、地域生活中心に移すという精神医療の世界的な流れに逆行する恐れがあるためだ。「患者を手放したくない」という病院側の思惑が背景にある」という指摘も出されている。

「町の中で一般の市民たちと一緒に暮らすことが地域移行。病棟をアパートなどに変える転換型施設では結局、患者は病院から抜け出せない」。精神障害者の自助団体・全国「精神病者集団」の山本真理さんは明確に問題点を指摘する。

障害者を病院に隔離せず地域社会で治療する考え方は、欧米諸国では一九六〇年代ごろから広まった。日本ははるかに立ち遅れていたが、厚生労働省は二〇〇四年九月、「精神保健医療福祉の改革（ビジョン）」を取りまとめ、地域生活の重視を打ち出した。

そうした流れの中、昨年十月の厚労省の検討会で、一部の委員から「転換型施設」という方が提案され

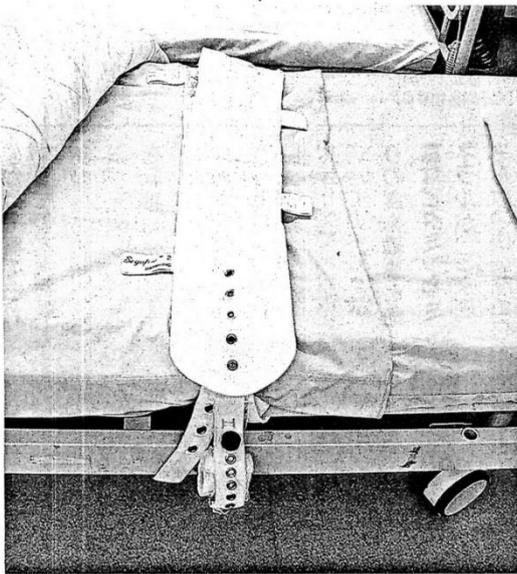
た。既存の精神科病院の病棟を介護施設や自立訓練施設、グループホーム、アパートに改修するという。「要は病院の敷地内で、精神障害者を移動させて

『退院おめでとう。ここがあなたの生活する地域だ』というふうに等しい。これのいいところは、地域移行なのか（山本さん）  
反発は当事者や医師らを

中心に広がり、同年十一月には「病棟転換型居住系施設について考える会」が結成された。発起人の長谷川利夫・杏林大教授（精神医療）は「障害者が各人の意思で居住地を選択できると定めた障害者権利条約、障害者基本法に違反する恐れがある」と懸念する。

転換型施設を提案した委員は検討会で、障害者が最終的に病院で死ぬこと病

大阪府高槻市にある精神科病院のベッド。胴体と手を縛る拘束具が付いている＝提供写真



## 財源話は先行…すでに衆院通過

院敷地内の自分の部屋で死ぬことには大きな違いがあると発言した。だが、長谷川教授は「何も変わらない。障害者の面倒を見る側の論理でしか物事を考えられない。今回の問題を象徴した言葉だ」と批判する。

検討会は六月に意見をまとめる方針だが、財源の話はすでに進んでいる。医療や介護サービスの提供のため新たな財政支援制度として約九百億円の基金をつくるという流れで、この一部が転換型施設の実現に充てられる可能性が濃い。

財源は消費税増税の増収分。この「地域医療・介護総合確保推進」法案は国会に提出されており、すでに衆院を通過している。

厚労省精神・障害保健課の担当者は「法案と転換型施設は別の論議。ただ、結果として転換型施設の実現に基金を活用するかもしれない」とあいまに説明する。長谷川教授は「厚労省では、すでに転換型施設を進める考えが決まっているのでは」と案じる。山本さんは「消費税で精神科病院の経営を支援することになるので、国民の理解も得られない」と批判する。

東京新聞・特報（2014年5月19日）

2014・5・19

# 社説

精神病床が多すぎるといふなら、その一角を住居に転換してはどうか。入院患者は効率よく「地域」に移ることができる。厚生労働省の検討会でそんな構想が議論されている。人権意識が疑われる。

## 精神科病院

日本の精神病床は二十四万床を超え、人口当たりでは先進国平均の四倍近い。心の病の多発国なのか。答えは「ノー」である。

在宅で療養できるのに、多くの患者が病院生活を送っているからだ。人間らしさを奪う社会的入院の蔓延は、国際的にも批判されてきた。

最近の統計では、入院患者は三十二万人。二十万人は一年以上入院している。そのうち三割は十年以上に及ぶ。高齢化も進み、年間二万人が病院で最期を迎える。十年前、厚労省は病院から地域へと患者の生活の場を移す方向性を打ち出した。しかし、この間の統計は、改革の失敗を物語る。

そこで、去る四月、地域移行の手だてを考える検討会を新しく立ち上げた。最大の論点は、精神病院の病棟を居住施設に転換するという構想の可否である。病院側は推進の意向を示す。精神科病院のほぼ九割が民間経営という事情を抱えているからだ。

## 暮らしの場ではない

入院患者は主要な収入源だ。病床を安易に減らすと、経営が傾きかねない。既存の病棟を退院先の受け皿として生かせば、利点は大きい。そんな思惑がうかがえる。裏返せば、そこに社会的入院の原因が浮かぶ。財政難を言い訳にして、精神医療を民間に任せ、患者の隔離と収容をせきたてた戦後の国策が背景にある。それを後押

ししたメディアの責任も重い。

この構想の根底には、患者の人権より病院の営利を優先させる危うい発想がある。看板を掛け替え、患者を困い込むトリックではないか。障害当事者や支援者側がそう反発するのは当然のことだ。

「いつ病气やけがをしても安心です」。そんな宣伝文句で、病院内のマンションが売り出されたでしょう。普通感覚では遠慮したい物件だろう。障害者にとって便利ははずと見なすのは差別に通じる。

退院患者を病院内に押しとどめるような環境づくりは、障害者の自立と社会参加を保障する障害者権利条約の理念を損ねることになる。地域から切り離す行為に変わりはないからだ。診療報酬も退院を促し、在宅医療を手厚くする方向になった。精神科医や看護師ら専門職の方こそ病院を出て、地域に分け入り、患者を支えて回るべき時代である。