



生活をするのは普通の方がいい

病棟転換型居住系施設 について考える院内集会 *part 2*

2014年11月13日(木) 正午～午後2時
参議院議員会館 101会議室

精神科病院の中に「退院」させようというおかしさ——そのあまりの理不尽さに対し、
6月26日に日比谷野音で開かれた緊急集会には、障害当事者をはじめとする3,200人が集まりました。
それでもなぜか、精神科病棟を住まいと言い換えるための施策を強行しようとする厚生労働省。
来年度概算要求においても病棟転換型居住系施設の設置を進めることが計画されています。
病院に留め置かれ続ける精神障害のある人たち、病院の新たな収入源と目されている認知症の人たち…。
住まいは普通の場所に！ 障害者・高齢者を狙う「収容ビジネス」にSTOP!!

主催 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 hasegawat@ks.kyorin-u.ac.jp

《賛同金カンパのお願い》

「病棟転換型居住系施設について考える会」は、精神科病棟転換により、精神障害のある人たちを長期にわたり病院に留め置く施設づくりに強い危惧を抱き、本来求められている一日も早い退院と地域生活への移行を願う有志により結成されました。私たちの活動は、特定の組織等からの財政的支援によるものではなく、多くの方々の賛同により進められています。資金面におきましても、ぜひとも多くの方々のみなさまからのご賛同とご協力を賜りたく、心よりお願い申し上げます。（一口千円。できるだけ複数口でのご協力をいただければ幸いです）。

【振込先：郵便振替】 （口座番号） 00510-9-85529
（加入者名） 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院内集会 *part2*

《プログラム》

2014 年 11 月 13 日（木）正午～午後 2 時

参議院議員会館 101 会議室

- はじめに「精神医療—世界の水準、日本の現実」山本眞理（全国「精神病」者集団）

- 基調報告「精神科病棟転換型居住系施設の問題の本質はどこにあるのか」長谷川利夫（杏林大学教授）

- 特別報告「精神科病棟転換型居住系施設」を容認した厚労省検討会の理不尽
～最後まで反対を訴えた委員から～
澤田 優美子（日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程）
伊澤 雄一（特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会代表）

- 全国各地からの報告「全国に広がる反対運動の取り組み」
 - ・ 埼玉県から
 - ・ 長野県から
 - ・ 愛知県から
 - ・ 大阪府から
 - ・
 - ・

- 連帯と共同のメッセージ「障害当事者から、家族から」
 - ・ 全国精神障害者団体連合会（全精連）
 - ・ 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）
 - ・ D P I（障害者インターナショナル）日本会議
 - ・
 - ・

はじめに 精神医療—世界の水準、日本の現実

山本 眞理（全国「精神病」者集団）

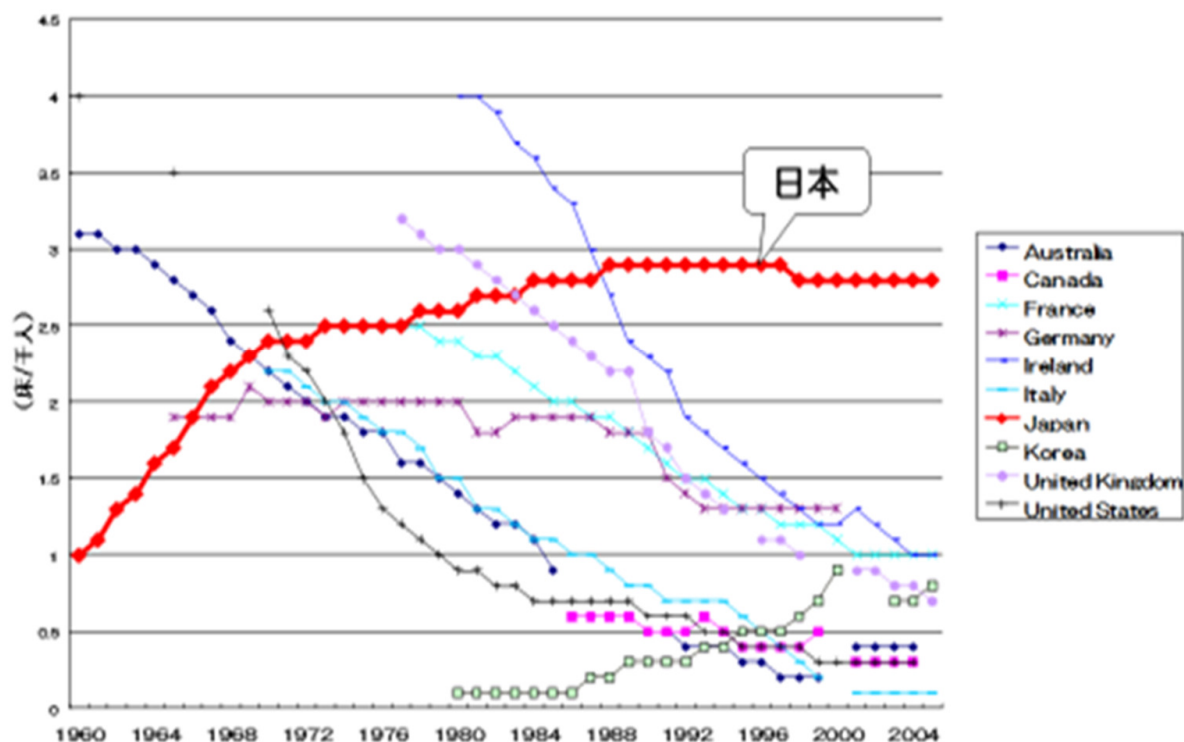
日本は世界最大の精神病床天国

- * 世界中の精神科病棟の 19%が日本にある。（日本の人口は世界の 1.7%）
- * 平均在院日数も世界からとびぬけている。
298.1 日（2011 年）日本は入院患者の 3 人に 2 人は 1 年以上の長期入院
＜英国 57.9 日，オーストラリア 14.9 日，アメリカ 6.9 日など＞
- * 人口 1 万人当たりの病床数 先進諸国 5 床前後 日本 28 床

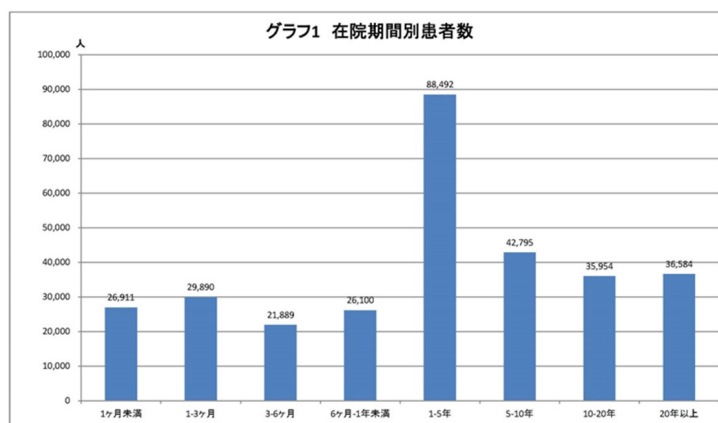
日本で最大の在院患者数を占める精神科

- * 入院患者の 24% 31 万人が精神科病棟
しかし、精神科医療費は国民医療費の 5.8%
1 日当たりの入院料単科は一般病院の 32%（一般病院約 38,000 円，精神科病院 12,000 円）

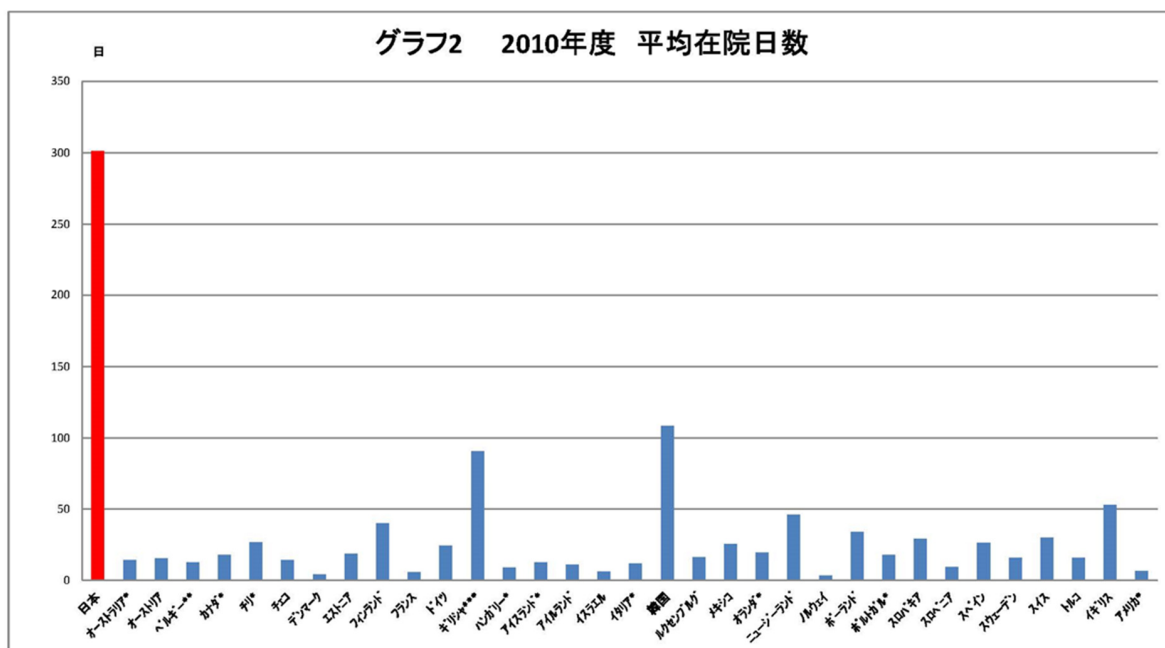
飛びぬけて多い日本の精神病床数(諸外国との比較)



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

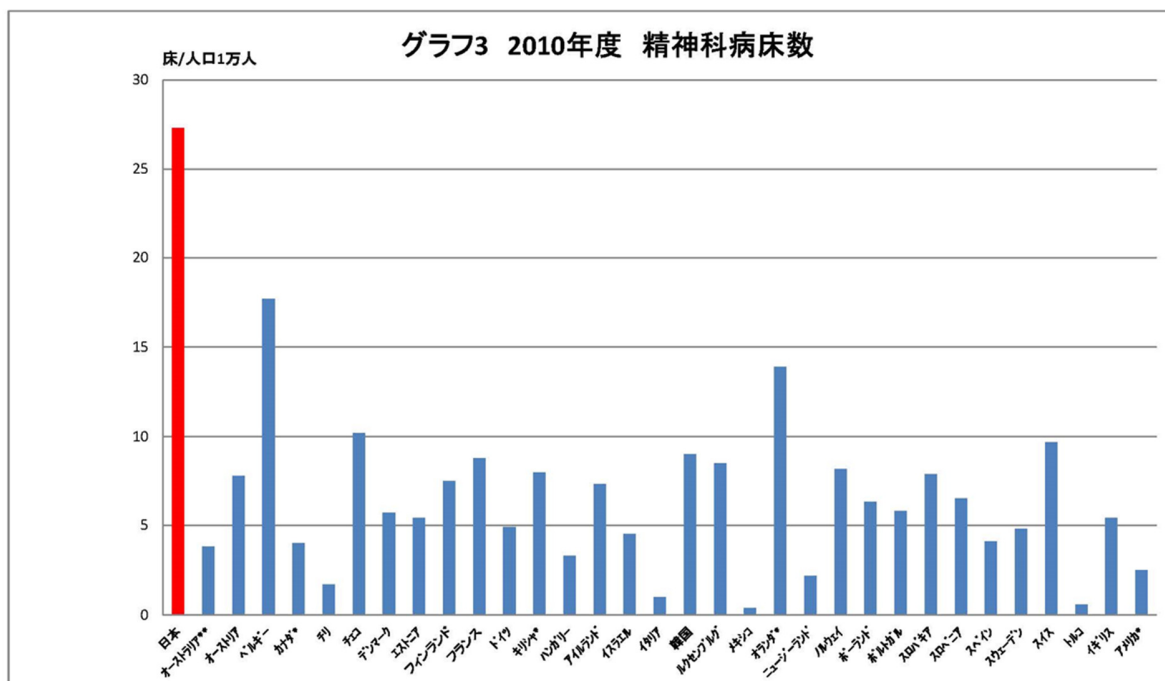


平成 22 年度 6.30 患者調査

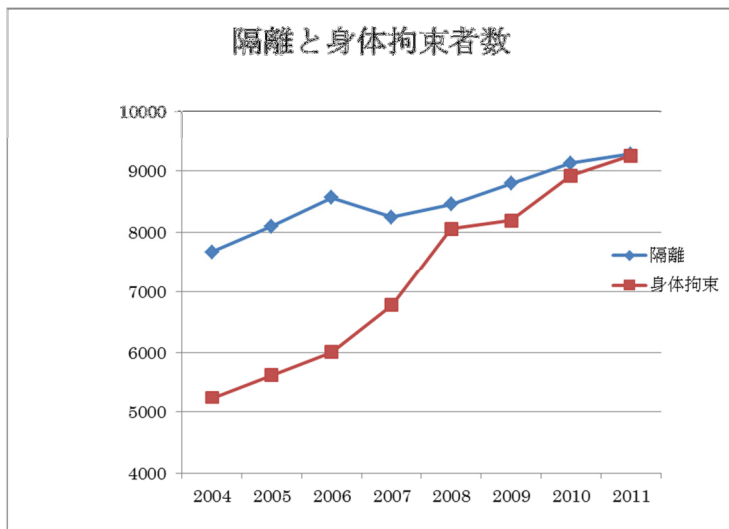


日本 2010 年度データ (2011 年度病院報告より)

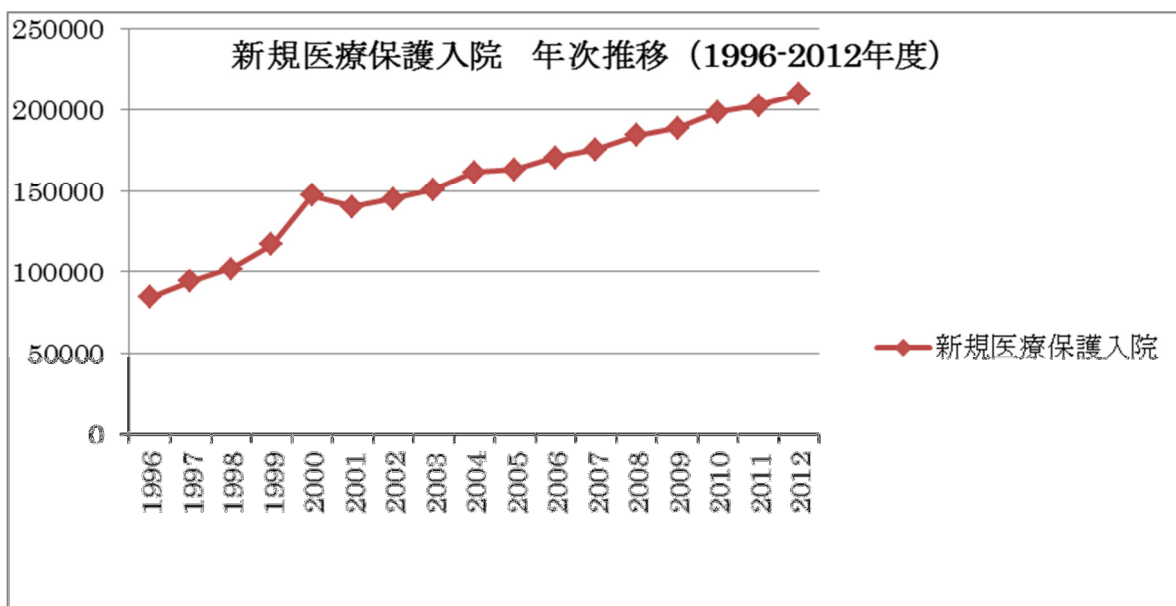
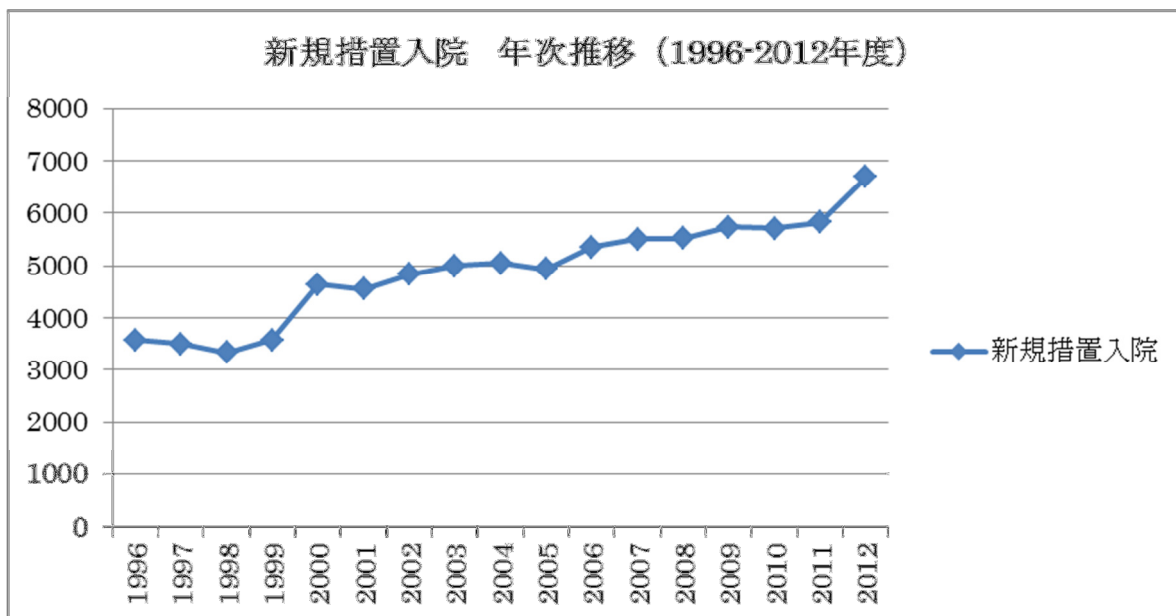
他国 OECD ヘルスデータ: ヘルスケアユーティリゼーション (OECD ライブラリー 2012 年 11 月) * 2009 年データ ** 2008 年データ *** 2007 年データ



OECD ヘルスデータ: ヘルスケアユーティリゼーション (OECD ライブラリー 2012 年 11 月) * 2009 年データ ** 2008 年データ



平成 16-23 年度精神保健福祉資料 (6.30 調査)



1996-2002 年度 衛生行政報告
2003-2013 年度 衛生行政報告

日本は今年1月、障害者権利条約を批准した。それは、障害者が「他の者との平等を基礎として完全かつ効果的に参加」できる社会の実現に国際的、国内的義務を負ったことを意味する。国内の主な障害者団体でつくる「日本障害フォーラム（JDF）」は締約国の履行状況を審査する障害者権利委員会（スイス・ジュネーブ）に傍聴団を初めて派遣し、ニュージーランド、韓国の審査などから日本の課題を検証した。

◆NZ 弱点認める市制

JDFの傍聴団は立命館大客員教授の長瀬修さん、障害者インターナショナル（DPI）日本会議事務局員の浜島恭子さん、崔榮繁さんら7人で構成。今回の第12回委員会で審査された6カ国のうち福祉先進国のニュージーランドや制度、社会情勢が似ている韓国を中心に傍聴、研究を行った。

ニュージーランドの審査では「数々の業績を推奨する。手話が3公用語の一つに指定されたことに注目する。初の電話投票を喜びとともに知った」などとの総括所見（勧告）が出され、高い評価が示された。浜島さんは「日本からすれば、制度があるだけすごいという分野があり、はるかに先進国」と語る。

それでも懸念が示された分野もあった。「障害のある女性の教育、雇用、ドメスティックバイオレンスと闘うことを応援する取り組みの強化」「医療機関における隔離と拘束の廃止」「自由な同意がない状況での不妊手術を禁じる法律の制定」「障害のある女性、男性の人権成果を、非障害の女性、男性と比較した統計報告の発行」などが勧告された。

浜島さんは「障害のある女性の参画を進めるプログラムの充実」はニュージーランドを含めた各国の大きな課題。障害のある女性は収入が低く、性暴力の被害も多い。結婚、妊娠、出産にも偏見がある」と指摘し、日本にとってはさらに大きな課題だと強調した。

傍聴団がニュージーランドの審査を通じて感銘を受けたのは、政府報告の内容と政府担当者の回答ぶりだった。「過去の政策の間違っている点を反省し、弱点を認めていた。その姿勢は委員会にも評価されていた。日本政府も見習ってほしい」と浜島さん。

長瀬さんは「政府報告は障害者政策の長所と短所をしっかりと分析している。全体的な政策を意識しないと難しいことだ」と指摘する。それは審査過程にも反映されていた。政府担当者が政策全体を熟知しており、委員との質疑応答でも「中身のある議論、審査が展開されていた」。

日本の政府担当は外務省と内閣府だ。他の国際人権条約の履行状況審査で外務省が担当になったケースでは、外務省担当者は各省のペーパーを読む係にすぎず、委員の質問に十分答えられないケースもあった。「障害者権利条約では政策遂行も担う内閣府の役割が問われる」と長瀬さんは強調する。

障害のある子どもを含めすべての教育的ニーズに応えるインクルーシブ教育に文部科学省が消極的だったことなど、障害者権利条約に対して各省には温度差がある。政策遂行には政治のリーダーシップが欠かせず、それを支えるのが内閣府。日本の審査での政府答弁は、その結果を示すことになる。

◆韓国 「谷間問題」克服を

韓国は日本の制度を参考に障害者政策を進めてきた経緯があり、障害者が置かれた状況は日本と共通する部分が多い。障害福祉予算が極めて少ないという重大な問題があるが、法制度面では2000年代以降、日本に先んじて国家人権委員会法（00年）、社会的企業育成法（06年）、障害者差別禁止法（07年）を制定し、08年に障害者権利条約を批准するなど意欲的な政策を進めている。

勧告では「多くの領域で進展があった」と評価される一方、さまざまな課題が指摘され、日本も同様の勧告を受けると考えられるケースも数多く見られた。

総括所見の懸念事項の冒頭では「福祉サービスの提供方法である等級制度を見直し、障害者の性質や状況、ニーズに応じて調整すること」が勧告された。「韓国では福祉サービスの支給決定が医学的基準で単純に決まっている」と崔さん。ニーズに合わないサービスや、障害によってはサービスを受けられない「谷間の問題」が生じているという。日本でも「谷間の問題」が残っており、大きな課題だ。

「教育におけるインクルージョン政策の実効性の調査」も勧告された。韓国では一般学校でのインクルーシブ教育が主流だが、日本では条約の精神や世界の潮流に逆行し、分離教育である特別支援学校、特別支援学級が増え続けている。崔さんは「日本でインクルーシブ教育を推進するには、保護者が安心できるサポート体制の整備が必要」と指摘する。

そのほか「成年後見制度での代理意思決定から支援を受けた自己決定への転換」「精神科病院での残虐で非人道的な扱い、強制治療の廃止」「効果的な脱施設戦略の開発」「障害者政策にジェンダーの視点を取り入れ、女性障害者に特化した政策の開発」「障害者が地域で自立できる十分な財政支援を行い、その際は家族の収入ではなく、本人の収入を基礎とする」などの勧告も、日本が検証すべき内容だ。

日本にはない人権委員会について、「人的資源と独立性の増強、強化、強制力の強化」が強く要求されており、日本でも人権委員会創設が重要な争点となる。

また、審査過程で傍聴団が目にしたのは、韓国の障害者団体の力強い運動だった。長瀬さんは「韓国の障害者運動は世界で一番頑張っている。ラジカルさも一番」と語る。今回の委員会にも多くの障害者、障害者団体関係者が駆け付け、ロビー活動を展開した。

委員会には政府報告とは別に、非政府組織（NGO）からの報告「パラレル・リポート（シャドー・リポート）」が提出される。韓国の主要な障害者団体を網羅した「NGO報告書連帯」のリポートは「委員会に高く評価され、勧告にも大きな影響を与えた。周到的準備と情報収集がうまくいったと思われる」と崔さん。長瀬さんも「パラレル・リポートでも韓国の障害者運動のパワーを感じた」。

JDFでは、傍聴で確認した課題について政府への働き掛けを強め、「まず政府報告のレベルを上げたい」（藤井克徳幹事会議長）。さらに、韓国の障害者団体の取り組みも学び、日本のパラレル・リポート作成に進んでいく計画だ。

【障害者権利委員会】障害者権利条約の国際的モニタリング機関。2009年から毎年2回、スイス・ジュネーブで開催されている。主要な任務は、締約国が提出した報告の審査で、NGOが提出するパラレル・リポート（シャドー・リポート）も参考にして、勧告である総括所見をまとめる。委員18人のうち17人が

障害者。委員長のマリア・ソリダード・システナス・ライエス氏（チリ）は視覚障害者の女性法律家。日本は16年1月に政府報告を提出する。審査は最速では17年だが、18、19年にずれ込む可能性が高いという。

身よりなき患者、遠くに入院 栃木のある精神科病院、都内から100人以上

【2014年10月30日05時00分／朝日新聞】

「退院したい」。ある法律家のもとに、精神科病院に長期入院している患者から連絡があった。同じ病院の別の患者からも続々と電話や手紙が届いた。その数20人以上。病院は栃木県にあるのに、連絡があった患者の大半は東京都内で生活保護を受給する人だったという。そんな遠くの病院に入院するのは、一体なぜ？

■「行政から依頼あった」

東京の司法書士、後閑（ごかん）一博さん（52）によると、入院患者の1人から「退院したいが、させてもらえない」という電話が突然、事務所にかかってきた。2012年11月のことだ。かつてホームレス支援の現場で配った名刺で番号を知ったようだった。口コミで広まり、別の患者からも次々接触があった。患者たちは東京都や神奈川県などの自治体で生活保護を受けていた。

後閑さんや弁護士でつくる「医療扶助・人権ネットワーク」は病院に問い合わせ、患者と面談した。その結果、12年12月から今年9月にかけて、患者24人が退院した。約5年に及ぶ長期入院の人もいたという。

退院した患者の1人に会った。

およそ11カ月入院した台東区の男性（53）は、過去の覚醒剤使用の影響もあり、誰かに追われているという妄想に苦しんだ。区職員に相談し、12年1月に栃木県の精神科病院に入院した。任意の入院だったが、ベッドは閉鎖された病棟にあった。不満が募った。「退院したいと言っても、はぐらかされた」。退院した24人の多くは簡易宿泊所などに移った。この男性も簡易宿泊所で暮らしながら仕事を探している。

同ネットワークによると、退院した患者は住所が定まらず、家族関係が崩壊している、といった共通点がある。統合失調症やアルコール依存症などで入院したほかの3人の退院者にも取材したところ、元々は派遣社員や自営業で、失業して簡易宿泊所を点々としてきた人もいた。

栃木県内の精神科病院に取材を申し込んだ。病院長名の文書回答が届いた。

病院は、意に反して退院できなかったという一部患者の訴えについて「入院継続が必要であったと判断しておりました」「退院の申し出は無視しておりません」と強く否定した。この点は言い分が食い違い、平行線をたどった。

この病院では、精神科病棟の入院患者のおよそ半数にあたる181人が生活保護の受給者だという（9月末）。

では、東京都など県外からの入院はどれくらいか。病院によると、入院している受給者のうち、栃木県は約30%（57人）で、残り約70%（124人）は

県外。そのほぼ全員が東京都だという。病院側は「他都県の福祉事務所から依頼が繰り返され、受け入れている」と説明した。

■限られる受け入れ先

生活保護制度では、医師の判断や受給者の希望を参考にしつつ、最終的には福祉事務所が入院先を決める。約50人の受給者がこの病院に入院していた台東区にも聞いた。

区が示した8月末のデータでは、受給者8661人のうち、精神科病院に入院している人が231人いる。半数を超す118人が東京都外の病院に1カ月以上入院していた。栃木県以外にも、千葉県や埼玉県の精神科病院にも入院しているという。

東京には精神科病院はたくさんあるのに、なぜこんな状況に？ 保護課の説明はこうだった。

「住所不定や家族と疎遠な人の場合は入院先を特に見つけにくい」「家族がいないということは、退院後、つまり『出口』が見通せないということ。病院からすれば、長期入院につながる懸念があり受け入れにちゅうちょする。だから入院先は限られる」。区内には、故郷や家族の元を離れて働く労働者が多い山谷地区がある。担当者はこうした事情を強調した。

日本は人口あたりの精神科病床が先進国でも突出して多い。入院患者は30万人余りいる。その3人に1人は5年以上の長期入院だ。精神科の入院を減らす方針を国も打ち出しており、退院後の暮らしの場となるグループホーム（GH）の整備も進めている。

東京都によると、14年3月末の精神障害者向けGHの定員は1716人。少しずつ増えてはいるものの、「満員も多く、なかなか入れない」（台東区）のが現状だ。

精神障害者への根強い偏見も「壁」になっている。GHを運営する法人などでつくる特定NPO法人「全国精神障害者地域生活支援協議会」。代表理事の伊沢雄一さん（58）は言う。「精神障害者も地域でという総論には多くの人が賛成だ。ただ、隣にはちょっと、というのが現実。この半世紀、病院に隔離する存在と見なされてきたのだから。その歴史は非常に重い」

■取材してみても

心を病み、家族にも頼れない患者がいる。「退院後」の暮らしが見通せないとみなされ、続々と遠方の病院へ。浮き彫りになったのはそんな現実だった。

精神障害のある人と、私たちの社会はどう向き合ってきたらう。国は「入院中心から地域へ」と政策の看板を変えたが、社会の実態や私たちの意識はどれほど変わったか。取材を進めた先には、重い問いかけが潜んでいた。（久永隆一）

「精神科病棟転換型居住系施設の問題の本質はどこにあるのか」

長谷川 利夫（杏林大学教授）

はじめに

- 今ある精神科病院の病棟を住まいに変えそこにいる人たちは退院したことになってしまう「病棟転換型居住系施設」
- 病棟転換型居住系施設は、我が国の精神保健医療福祉の問題点が凝縮された、まさにその象徴のようなもの
 - 精神保健医療福祉のみならず、我が国の政策決定のプロセス、国のあり方そのものの問題点が浮き彫りになっている
- 病棟を住まいに転換して退院したという政策を容認するのかもしれないのは、国の人権感覚をそのまま映し出す映し鏡のようなもの
 - 障害があろうとなかろうと差別なく平等な生活を営む権利を有すること、それに現実が至っていないければその現実を変えるために最大限努力するということと、患者さんがいる病棟を住まいに転換して退院したことになってしまう「病棟転換」は、まるで逆の思想
- これまでも、多く作りすぎってしまった精神病床を維持しようとする側と、そこから患者を退院させ病床も削減していこうとする動きのせめぎ合いを底流に、作りすぎた病床を削減せずいかに「活かす」かという構想が、出ては消えてきた
 - 1990 年代後半から日本精神科病院協会が主張していた「心のケアホーム構想」
 - 2006 年の障害者自立支援法下における、病院敷地内の「退院支援施設」導入の動き

厚労省検討会における「病棟転換型居住系施設」の浮上とその後の動き

- 2013 年 6 月改正の「精神保健福祉法」により「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り、新たに厚労省内に検討会が設置
 - 第 1 回の検討会において、伊藤弘人構成員(独立行政法人国立精神・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)が同施設の必要性を訴えたが、この議論は広がることなく、「中間まとめ（案）」においてもそのことが触れられることはなかった
 - 第 6 回検討会（10 月 17 日）で、岩上洋一構成員（特定非営利活動法人じりつ代表理事）が、「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」として、病棟転換型居住系施設の導入を主張
 - 第 7 回検討会（最終回／11 月 30 日）で「指針案（叩き台）」に「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」との一文

- ✧ これに対し、伊澤雄一構成員（特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会代表）が、転換施設そのものには反対である旨を明確に述べると、千葉潜構成員（日本精神科病院協会常務理事（政策委員会担当）、医療法人青仁会青南病院院長）が議論を蒸し返さないでほしいと反論するなどの応酬
 - ✧ 叩き台の「病床転換を含む効果的な方策について」の部分が、「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」に修正（最終の指針案／12月18日発表）され、その「病床転換の可否」を含む問題の検討を行うために年明けに新たに検討会を設置することのみ決し検討会は終了
- 厚労省検討会は、名称を「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」と名称を変え同じ構成員で年明け本年3月から再び開催
 - 先の検討会の最終回からこの3月までの4か月ほどの間に、厚労省は、「入院している人たちの意向」を調べるために「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」と称する調査を進めていた
 - ✧ 昨年の10月17日検討会で岩上氏が提示した資料で「入院している人たちの意向を踏まえたうえで（中略）早急に議論していくことが必要」としていたことと符合することに注意を払う必要がある
 - ✧ しかしこのような調査を行うこと自体、事前に検討会内で明らかにされないまま、突如として年明け3月の検討会において、このような調査を「行っている」と発表して、その実施中の調査票が公開された
 - ✧ その調査は、1年以上の入院患者170名、退院患者40名を対象にしたもので、例えば入院中の精神障害者に対して「希望する退院先」として「1. 自宅 2. 賃貸住宅 3. グループホーム/ケアホーム 4. その他」の選択肢があり、この内「2. 賃貸住宅 3. グループホーム/ケアホーム」を選択した回答者に対して「その住まいが敷地内なら、退院してみたいですか」と尋ねたり、退院支援施設利用者や地域移行型ホーム利用者に対して、「この施設で便利なのはどのようなことですか」と尋ね、その選択肢として「医師や看護など知っているスタッフが近くにいと安心」「病院の敷地内にいと安心」などというものを含んでいた
 - ✧ しかし、実際には5月の検討会で明らかにされた調査結果は、病院敷地内だと退院したくないという回答者が6割を占める内容だった。すると、この調査結果を用いて真剣に議論する局面はその後の検討会ではほとんど見られなかった
- 病棟転換推派と反対派の意見が対立するまま、検討会は7月の最終回を迎えた
 - 検討会最終回では、厚労省事務局は、「修正の基本的考え方」として「●あくまで地域生活へ直接移行することが原則 ●今回の措置は、現在入院している患者を対象とする例外的なもの ●認める条件につき厳格にする ●まずは自治体と連携して試行的に実施し、その運用状況を検証」と書かれた文書を配布。
 - 最終の「取りまとめ」文書は、「病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付けを行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方」とした

- ☆ しかし検討会では、「見直し後の事業を試行的に実施」（いわゆる“モデル事業”）について、その実施の可否について委員に意向を確認したわけではない

今後のために我々が考えるべきこと

- ① サプライヤー（供給側）に偏った検討会の体制の変革
 - 厚労省の検討会では、25人の構成員の内、精神障害当事者の構成員はたった2人
 - 職種別にみると医師が13人と圧倒的な多さ
- 明らかに医療の供給側に偏った人選
- 病棟転換型居住系施設の動きについて厚労省の部長が「今回は福祉の人たちから言っている」と発言しているが、実はこの「福祉の人」とは、退院促進事業の事業主というサプライヤーであることを銘記すべき
- ② リーガルマインド（法的なものの考え方）の強化
 - 検討会には、1名だけ法律家の委員も入っているが、病棟転換型居住系施設について障害者権利条約の観点から導入すべきでないとした伊澤雄一構成員に対し、権利条約の何条に反しているのかと逆に質すなどしていた。そもそも強制入院が存在し、医療の名の下に、人権侵害が起りやすい精神医療において、本人の人権が守られる立場でチェックすべき法律家委員が、権利条約違反について問うた非法律家の構成員を問いただすなど実に転倒したであり、真に人権を守る立場の法律家委員を入れるべき
 - 障害者権利条約のモニタリング機関でもある内閣府の障害者政策委員会は、この病棟転換問題に対して障害者権利条約上の疑義を呈していたにも関わらず、厚労省の検討会ではそのことにほとんど触れていない
- ③ メディアの問題
 - 検討会の最終回では、検討会で議論がまさに行われている時間中に、通信社が厚労省の「方針」が決まったとニュース配信することもあった。転換施設の可否が議論されている最中にそれを容認する方針が決まったとのニュース配信がなされ、そのことを知った構成員が検討会内で抗議するというあり様はとても正常とは言えない
 - 真実の報道が行われるよう、このようなメディアの姿勢を問いただすべき

終わりに

「政府なるものその分限を越えて暴政を行うことあり」

「道理をもって政府にせまれば、そのときその国にある善政や良法はこれによって少しも損害を受けることはない。仮に、その正論が用いられないにしても、道理のあるところはその論によって既に明らかになったのであるから、自然の人情がそれに服さないわけがない。今年に行なわれなくても、また来年を期せばよい」

福澤諭吉『学問のすすめ』第7編より

我々の為すべきは、この論を磨き、仲間を増やし、戦略的に病棟転換型居住系施設を阻止しつつ、人権が守られる国造りに進んでいくこと

「病棟転換型居住系施設について考える会」の活動経過

■2013年11月23日（土） 結成

声明文

本年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

- 2013年12月25日（水） 記者会見（厚生労働省記者クラブ）
- 2014年 1月29日（水） 第1回「寄合い」（スマイルなかの／東京都中野区）
- 2014年 2月18日（火） 第2回「寄合い」（スマイルなかの／東京都中野区）
- 2014年 3月26日（水） 第3回「寄合い」（あおば福祉会リブレ／東京都杉並区）
- 2014年 4月 2日（水） 第4回「寄合い」（あおば福祉会リブレ／東京都杉並区）
- 2014年 4月 8日（火） 国会議員への要請行動
- 2014年 4月14日（月） 第5回「寄合い」（あおば福祉会リブレ／東京都杉並区）
- 2014年 5月 1日（木） 第6回「寄合い」（スマイルなかの／東京都中野区）
- 2014年 5月14日（水） 国会議員への要請行動
- 2014年 5月20日（火） 病棟転換型居住系施設について考える院内集会（衆議院第二議員会館）
- 2014年 6月 3日（火） 第7回「寄合い」（あおば福祉会リブレ／東京都杉並区）
- 2014年 6月 4日（水） 第8回「寄合い」（あおば福祉会リブレ／東京都杉並区）
- 2014年 6月 9日（月） 第9回「寄合い」（DPI日本会議／東京都千代田区）
- 2014年 6月11日（水） 第10回「寄合い」（新宿区立障害者福祉センター／東京都新宿区）

- 2014年 6月16日（月） 第11回「寄合い」（新宿区立障害者福祉センター／東京都新宿区）
- 2014年 6月18日（水） 第12回「寄合い」（新宿区立障害者福祉センター／東京都新宿区）
- 2014年 6月20日（金） 第13回「寄合い」（新宿区立障害者福祉センター／東京都新宿区）
- 2014年 6月26日（木） STOP!病棟転換型居住系施設!!「6・26緊急集会」（日比谷野音）

《参加者数 3,200人!》

普通の場所で暮らしたい！

病棟転換型居住系施設に反対し、人権を守るための緊急アピール（案）

我が国における障害のある人たちの人権が重大な危機にさらされています。

現在、厚生労働省に設置されている「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」では、精神科病院の病棟を居住施設に転換する「病棟転換型居住系施設」構想が議論されています。

検討会は、長期入院をしている人たちが、地域で安心した暮らしを実現するための検討が目的だったのですが、余った病棟をどう使うのかという議論にすり替えられています。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、看板を「施設」と架け替えてもそこは「地域」ではありません。

日本の人口は世界の2%にすぎませんが、精神科病床は世界の2割を占めています。日本に重症の精神疾患が多発しているわけではありません。1年以上の入院が20万人、10年以上の入院が7万人、諸外国なら退院している人がほとんどです。

今すべきことは、長期入院を続けている人たちが、地域に帰るための支援態勢を整えることです。病棟転換型居住系施設ができてしまえば、入院している人たちは、病院の敷地内に留まることになってしまいます。そればかりか、統合失調症の入院者が激減し、余ったベッドを認知症の人で埋めようという経営戦略の一環として、次なる社会的入院が生まれていくことが危惧されます。

我が国は、本年1月に障害者権利条約に批准しました。障害者権利条約では「他の者との平等を基礎として」という言葉が35回述べられ、第19条では、「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こと」としています。病棟転換型居住系施設はこれらに反し、国際的な非難をあびることになることは明かです。さらに障害者権利条約を守らなくていいという前例をつくることにもなり、到底認めることはできません。もしもこのようなものを一旦認めてしまえば、日本の障害者や認知症の施策に多大な悪影響を及ぼすことは間違いありません。どんなに重い障害があろうと地域生活は誰にも侵すことのできない権利です。同時に家族に依存した支援のあり方を大きく変えていく必要があります。

病棟転換型居住系施設は、人権をないがしろにする「あってはならない施設」であり、日本の障害者施策、認知症施策全般の根幹を揺るがす愚策に他なりません。私たちは、この施設構想の検討をやめ、社会資源や地域サービスの構築を急ぎ、誰もが地域に普通に暮らすことができるよう強く求めます。

2014年6月26日

生活をするのは普通の場所がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設！！

6. 26 緊急集会参加者一同

■2014年 7月 2日（水） 第14回「寄合い」（野方区民活動センター／東京都中野区）

■2014年 7月 3日（木） 「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」

取りまとめに対する声明

緊急声明

厚生労働省で昨年来開かれてきた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（「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」から改称）は、2014年7月1日、精神科病院への患者の囲い込みを続ける、きわめて深刻な人権侵害であるという強い意見を圧殺し、ついに病棟を転換し居住施設にすることを容認する具体的な方策を取りまとめた。

今回検討会でまとめられた具体的な方策が病床削減を実現するものとする考え方は、まったくの誤りである。病棟を転換し「病床を削減した」などということは絶対に許されてはならない。提案された病棟転換施設が精神科病院へ患者の囲い込みを継続させ、障害者権利条約、例えば第19条“自立した生活及び地域社会への包容”、特に同条（a）“特定の生活施設で生活する義務を負わないこと”等々数多くの条項に違反するものであることは明白である。当会では、本年5月20日の議員会館で院内集会、6月26日には日比谷野音にて3,200人の障害当事者や家族、現場の関係者を中心とする参加者と共に緊急集会を開催し、病棟転換に反対する緊急アピールを採択して厚生労働省に申し入れを行ってきた。しかしながら、構成員の大半が医師やサービス提供者で占められた検討会において病棟転換を容認する「具体的方策」なるものの取りまとめは強行された。私たちは、このことに対し厳重に抗議する。

検討会取りまとめの文書では「障害者権利条約に基づく精神障害者の権利擁護の観点も踏まえ」、「不必要になった建物設備等の居住の場として活用」することが記載された。そもそも「障害者権利条約に基づいて病棟を転換する」ことなど論理上有り得ないことであり、「病棟を居住の場にする」ことはあってはならない。権利条約はそのようなことを求めている。私たちは国際社会から一層の非難を重ねることになる人権侵害の道を歩み始めるこの政策について断固として中止を求める。

それはいかなる条件付けを行おうとも歩み出してはいけないものであると確信する。

また「検討会取りまとめ文書」で提案された試行事業について「この事業を自治体と連携して試行的に実施し運用状況を検証すべき」と記載されたが、試行事業そのものも実施すべきではない。

なによりも、このような精神障害当事者に関する重要施策が、25人の構成員のうち精神障害者2人、家族1人、一方で医師は半数以上の13人という偏った構成の検討会において決定がなされたことについて、その正当性につき重大な疑義が生じている。今後、国や自治体において障害者施策を検討する委員会等においては、少なくとも半数以上を当事者・家族委員とし、当事者・家族の意見が反映されるよう強く求める。

私たちは、引き続き、わが国の大多数の良識ある普通の人々と共同し、過剰な病床を抱える精神科病院の延命と福祉の名を借りた新たな隔離施設をつくり出そうとする本事業が撤回されるまで行動を続けることを決意する。

2014年7月3日

病棟転換型居住系施設について考える会

- 2014年 7月28日（月） 第15回「寄合い」（野方区民活動センター／東京都中野区）
- 2014年 8月12日（火） 第16回「寄合い」（野方区民活動センター／東京都中野区）
- 2014年 9月 3日（水） 第17回「寄合い」（野方区民活動センター／東京都中野区）
- 2014年 9月24日（水） 第18回「寄合い」（野方区民活動センター／東京都中野区）
- 2014年10月 9日（木） 第19回「寄合い」（野方区民活動センター／東京都中野区）
- 2014年10月20日（月） 第20回「寄合い」（あおば福祉会リブレ／東京都杉並区）
- 2014年11月 4日（火） 第21回「寄合い」（ハンズ世田谷／東京都世田谷区）
- 2014年11月10日（月） 国会議員への要請行動
- 2014年11月13日（木） 病棟転換型居住系施設について考える院内集会part2（参議院議員会館）

精神科病棟転換問題に関するマスコミ報道・弁護士会声明

<新聞>

- 東京・中日新聞 『「地域と分断」当事者が反発』…………… (2013 年 11/28)
- 朝日新聞・社説『精神科医療、病院と地域の溝うめよ』…………… (2014 年 1/24)
- 福祉新聞『精神病床の転換案「権利条約に合わぬ」 障害者政策委で反発』…………… (2/10)
- 東京・中日新聞『こちら特報部・転換型施設の推進案浮上』…………… (5/19)
- 東京・中日新聞・社説『精神科病院、暮らしの場ではない』…………… (5/19)
- 福祉新聞『精神障害者「退院して自由に」 意向調査で浮き彫り』…………… (5/19)
- 東京・中日新聞『精神科病棟→障害者住宅に改修「隔離から地域へ名目だけ」…………… (5/21)
- 読売新聞『患者囲い込み続く懸念』…………… (6/12)
- 朝日新聞『精神病床「住まい化」波紋、入院1年超20万人』…………… (6/18)
- 上毛新聞『空き病床利用に反対』…………… (6/24)
- 京都新聞『長期入院の固定化懸念(精神病床「居住の場」に活用方針)…………… (6/24)
- 毎日新聞『精神病床解消策「隔離続く」』…………… (6/27)
- 埼玉新聞『「障害者権利条約に違反」精神科病棟転換で反対集会』…………… (6/27)
- 神奈川新聞『精神障害者の病棟転換住居反対 東京で集会』…………… (6/27)
- 河北新聞・社説『精神科病床転換／根本的な解決にはならない』…………… (6/29)
- 埼玉新聞『地域で暮らす今幸せ、精神科病棟転換高まる反対の声』…………… (6/30)
- 東京・中日新聞・社説『病院の居住化、生き直す機会奪われる』…………… (7/1)
- 朝日新聞『精神病床「居住化」条件付きで容認へ』…………… (7/2)
- 毎日新聞『居住施設へ転換容認』…………… (7/2)
- 日本経済新聞『精神空き病棟、試験的に居住施設へ』…………… (7/2)
- 朝日新聞・社説『「精神医療改革」あくまで地域へ』…………… (7/4)
- 愛媛新聞・社説『「敷地内退院」では理念がゆがむ』…………… (7/4)
- ジャパントイム・社説『精神障害者の解決にはならない』…………… (7/7)
- 神奈川新聞『精神障害者病床削減 反対押し切り 転換を試行へ』…………… (7/7)
- 福祉新聞『精神病床を削減へ 病棟から居住施設への転換を容認』…………… (7/7)
- 信濃毎日新聞・社説『精神科病棟転換／患者のためになるのか』…………… (7/8)
- 沖縄タイムス・社説『精神科病棟の居住化／「地域移行」に逆行する』…………… (7/8)
- 北海道新聞『厚労省報告に賛否・精神科病棟を居住系施設に』…………… (7/10)
- 読売新聞『精神病床数 日本が突出』…………… (7/11)
- 読売新聞・社説『精神医療改革／社会的入院の解消を図りたい』…………… (7/13)
- 東京・中日新聞『病棟を居住施設に、精神科の長期入院対策の波紋』…………… (7/17)
- 朝日新聞・社説『精神医療改革 あくまでも地域へ』…………… (7/22)
- 徳島新聞・コラム『「朝三暮四」の厚生労働省』…………… (7/25)
- 徳島新聞・社説『精神科病棟転換／患者本位とはいえない』…………… (7/26)
- 東京・中日新聞『精神医療「脱施設化」進まず』…………… (7/28)

○高知新聞・社説『【精神科病床】地域で暮らせるように』	(7/30)
○社会新報『「転換型居住系施設」構想の問題』	(7/30)
○高齢者住宅新聞『精神科病院の転換に問題、認知症入院者の議論全くなし』	(8/6)
○信濃毎日新聞・社説『精神科病院から地域へ／尊厳を取り戻すために』	(8/17)
○佐賀新聞・論説『精神医療改革』	(8/25)
○福井新聞『精神障害者どう支援、病床の居住施設転換テーマ』	(9/1)
○読売新聞『精神科入院減らそう』	(10/7)
○西日本新聞『長期入院を減らすために 精神科医療改革』	(10/27)
○朝日新聞『身よりなき患者、遠くに入院』	(10/30)

<雑誌>

○週刊金曜日『「病棟転換型居住系施設」構想で反対集会、厚労省「検討会」は条約違反』	… (7/4)
○雑誌FACTA『「認知症5万人」を幽閉する精神科病院』	(9月号)
異常に長い入院日数(病床数)を共通して指摘 ⇒ 社会的問題に浮上	

<テレビ放映>

○NHK・Eテレ「60歳からの青春～精神科病院40年をえて」	(6/10)
○NHKクロズアップ現代『精神科病床が住居に？長期入院は減らせるか』	(7/24)

<弁護士会の反対声明>

○日本弁護士連合会	(6/6)
「精神科病院の病床を居住系施設に転換することに反対する日弁連会長声明」	
○大阪府弁護士会	(6/30)
「病床転換型居住系施設に反対する会長声明」	
○和歌山県弁護士会	(7/10)
「精神科病院の病棟を居住系施設に転換することに反対する会長声明」	
○東京弁護士会	(7/31)
「精神科病院の病床を居住系施設に転換することに反対する会長声明」	

特別報告

「精神科病棟転換型居住系施設」を容認した厚労省検討会の理不尽 ～最後まで反対を訴えた委員から～

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」委員

澤田 優美子（日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程）

伊澤 雄一（特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会代表）

全国各地からの報告

全国に広がる反対運動の取り組み

○ 埼玉県から

○ 長野県から

○ 愛知県から

○ 大阪府から

○

○

連帯と共同のメッセージ

障害当事者から、家族から

- 全国精神障害者団体連合会（全精連）.
- 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）
- D P I（障害者インターナショナル）日本会議
-
-

なぜ日本では認知症高齢者の入院が減らないのか 「脱精神科病院」を阻止する医療関係者の反撃

浅川澄一 [福祉ジャーナリスト (前・日本経済新聞社編集委員)]

日本は「認知症 800 万人時代」が到来しているにもかかわらず、欧米諸国では否定されつつある認知症高齢者の入院者がまだ多い。それも本来、認知症高齢者の居場所としてはふさわしくない精神科病院に 5 万 3000 人もの患者が入院している。多くの病院関係者が一体となって、「認知症ケアに医療が必要」と思い込んでいる。

認知症ケアには「病院モデル」から「生活モデル」への転換が必要というのが、国際的な流れだ。しかし、その流れに抗うかのような日本の医療関係者。厚労省内にも医療派と生活派が混在し、そこに医療関係者の強引な介入があり、政策も紆余曲折を辿ってきた。

やっと認知症ケアに本腰を入れた 厚労省「オレンジプラン」の中身

実は、医療関係者の中にも、診療所医師を中心に生活ケアを重視する医療者たちもあり、その声が次第に大きくなりつつある。訪問診療など在宅医療に携わっていると、自宅や地域で日常生活を続けることが認知症ケアにとって最良の対応と実感してくるからだ。

その声に押されるようにして、厚労省内でも生活モデル派が主導権を採りつつある。そんな現場の「生活モデル」派の声を集大成したのが 2012 年秋に厚労省が打ち出した「認知症施策推進 5 か年計画」である。認知症に本腰を入れて取り組む姿勢を初めて見せた。いわば、認知症ケアのスターラインにやっとたどり着いたといえよう。遅きに失したが、着手したことは評価されていい。別称「オレンジプラン」と命名し、2013 年度から始まった。

その内容を見ていこう。7 つの施策を掲げる。

① 認知症ケアパス (状態に応じた適切なサービス提供の流れ) の作成

・ 2014 年度までに市町村が呼び掛け、翌年以降に介護保険に反映させる

② 早期診断・早期対応

・ かかりつけ医の研修受講者を 2017 年度までに 5 万人に

・ 認知症サポート医の研修受講者を 2017 年度までに 4000 人に

・ 認知症初期集中支援チームを 2014 年度までにモデル事業として 30 ヶ所で設置

・ 早期診断を行う医療機関を 2017 年度までに約 500 ヶ所整備

・ 地域ケア会議を普及させ、2015 年度以降に全市町村で実施

③ 医療サービスの構築

・ 薬物治療のガイドラインを 2012 年度に策定し、以降、医師向け研修で活用

・ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

・ 退院支援・地域クリティカルパス (退院に向けての診療計画) の作成

④ 地域生活を支える介護サービスの構築

⑤ 日常生活・家族の支援強化

・ 認知症支援推進員を 2017 年度末に 700 人へ

・ 認知症サポーターを 2017 年度末までに 600 万人へ

・ 市民後見人を育成し、将来的にすべての市町村で整備

・ 認知症の人や家族支援として「認知症カフェ」の普及

⑥ 若年性認知症施策の強化

・ 2017 年度までに当時者の意見交換会を全都道府県で開催

⑦ 人材の育成

・ 認知症介護実践リーダー研修の受講者を 2017 年度末までに 4 万人

・ 認知症介護指導者養成研修の受講者を 2017 年度末までに 2200 人

・ 一般病院の医療従事者への研修受講者を 2017 年度末までに 8 万 7000 人

以上のように多岐にわたる豊富な中身だが、従来施策の踏襲も多い。その中で、①のケアパスや②の

認知症初期集中支援チーム、早期診断を行う医療機関③の精神科病院に入院が必要な状態像の明確化などが目新しい。

この新プロジェクト、オレンジプランに至る経緯を振り返ってみると、医療・病院側との攻防戦があり、すんなり決まったわけでないことがわかる。欧米各国とは違う日本の特殊事情が表れている。

厚労省が過去の認知症施策を「反省」 そして精神科病院協会が「反論」へ

オレンジプランにたどり着く直前の2012年6月18日に厚労省は、「脱病院」路線を高らかに宣言した画期的な報告書「今後の認知症施策の方向性について」（6・18報告書）を発表している。

冒頭に「これまでの認知症施策を再検証する」として、反省の弁を述べた。

「かつて私たちは認知症を何もわからなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた」

中央官庁が過去の施策を間違いと認めるのは極めて珍しい。この報告書が政策転換を示すものだとよく分かる。

そのうえで、「今後目指すべき基本目標」として方向性を打ち出した。

「このプロジェクトは、『認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない』という考え方を改め、『認知症になっても本人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる』社会の実現を目指している。

この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの『自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院』というような不適切な『ケアの流れ』を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とするものである」

42年前に作家の有吉佐和子がベストセラー小説「恍惚の人」を発表した。認知症になると何もわからなくなり、周囲に迷惑をかけるので精神科病院に入らねばならない、と記す。今では、本人の尊厳を無視する誤った見解とされるが、認知症への偏見は広がってしまった。6・18報告書は、それを払拭しようというもので、国民に認知症の捉え方の転換を求めているとも言えるだろう。

この6・18報告書に対して翌7月、日本精神科病院協会が「反論」を出した。報告書は「ケア中心の施策であり、医療、特に精神科医療への関与を極力抑えるような文言が目立ち、到底受け入れられない」と全面否定する。中でも、一般病院と精神科病院を最終ゴールとし、それを「不適切なケア」と指摘したことに怒る。

「反論」では「我々は常に病院→地域→自宅という流れを推進した。しかし地域の受け皿や自宅での介護支援の不足が大きな障害となり困難を極めていた。これは国の認知症施策の貧困による」と、入院患者問題の責任は精神科病院にはないと主張する。

さらに「精神科医療の関与なくして認知症施策は成り立たない」と繰り返し述べる。報告書で「グループホームを認知症ケアの拠点とし、重度化や看取り対応を推進」とあることにも「グループホームは監査体制が不十分であり、法的に人権に配慮していない」と、誤解に基づくような異議を唱える。

画期的な2つの新サービスを提言するも 日本医師会が「身近型認知症ケア」を潰す

6・18報告書では、画期的な認知症の具体的サービスを2つ提言した。

認知症ケアには初期対応が重要として看護職や作業療法士などで構成する「認知症初期集中支援チーム」と、既存の病院や施設を医療関係者が訪問する「身近型認知症疾患医療センター」の2つである。

前者は、英国で「メモリーサービス」として運営されて評価が定まっており、日本版の導入を目指した。後者は、地域で訪問診療を手掛けている診療所医師を前面に押し立てる斬新なアイデアだ。

精神科を含めた病院ではなく、訪問診療を手掛ける診療所への認知症施策の主役転換となる仕組みである。病院で日常生活を拘束するのではなく、慣れ親しんだ自宅やその近くの集合住宅でケアを受けるのが認知症者には最適な環境である。地域の診療所の医師と臨床心理技術者がチームを作り、一般病院や介護保険施設・事業所に繰り返し訪問することで認知症の悪化をできるだけ防ぐ。一般病院や介護保険施設に認知症の専門医師が訪問するのはこれまでにないこと。転院や入院をできるだけ回避し、在宅生活への復帰を促そうという狙いだ。

厚労省が介護保険政策で推進する「地域包括ケアシステム」や「病院から地域へ」の考え方に合致する。その2年後の社会保障制度改革国民会議の報告書でも同様の路線を踏襲している。

この新サービス対して日本医師会が異を唱えた。「日医ニュース 2012 年 10 月 5 日号」で、既存の「認知症サポート医との役割分担が不明確である。屋上屋を架すような施策は現場の混乱を誘発する」と横槍を入れる。6・18 報告書が発表された直後から日医はこの「身近型……」の取り下げを厚労省に執拗にアピールし続けた。

その圧力に押されたのか、厚労省は 3 ヶ月後の「オレンジプラン」策定にあたり、何と「身近型……」は外してしまう。代わりに「早期診断を行う医療機関」を入れたが、呼称を変えて 6・18 報告書の斬新な内容を消してしまった。これを後日の日医ニュースでは「日医の指摘を受け……」と勝ち誇ったように記す。

訪問診療を今でも敬遠しがちな日医にとって、「身近型……」の創設は面白くないのだろう。「難癖をつけて消したかった」と関係者は見る。

実は、一方で厚労省は「病院モデル」を続けている。認知症疾患医療センターである。6 年前に厚労省が作成した報告書「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」に基づいて始まった認知症の拠点病院だ。200 ヶ所近い病院が指定されているが、多くの精神科病院が含まれている。同報告書の作成委員には病院系医療関係者が多い。厚労省内でも「病院モデル」を支持するグループが、「緊急プロジェクト」の作成に携わったと見られている。

訪問診療に熱心な診療所医師たちからは「介護保険でグループホームや認知症デイサービスなどが整い、生活に寄り添う地域密着の認知症ケアが浸透してきた。それをまた病院に戻そうというのは、時計の針を巻き戻すようなこと」と批判を浴びている。

6・18 報告書は「緊急プロジェクト」に代わる認知症ケアの新しい提言であり、オレンジプランとして日の目を見た。ただ、「身近型認知症疾患医療センター」を外したため、画竜点睛を欠くことになったしまった。それほど病院系、医療系の政治的圧力が強いことを改めて浮き彫りにしたと言えるだろう。

“脱精神科病院”は結局進まない？

「認知症サミット」で問われる

日本の認知症ケア

その精神科病院が生き残り策を打ち出した。精神科病院の病床を居住施設に転換させようというものだ。退院した患者の部屋を改装して居住施設とし、既存入院者を移す。さらに空室には認知症高齢者を引き受けようという狙いだ。

「生活するのは普通の方がいい」「病院は暮らしの場ではない」「看板の掛け替えだ」と、精神障害の当事者や家族、支援団体などが反対運動をしてきたが、厚労省が 7 月 1 日に開いた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」で承認された。

反対集会のアピール文には「統合失調症の入院者が激減し、余ったベッドを認知症の人で埋めようという経営戦略の一環として、次なる社会的入院が生まれていくことが危惧されます」とある。認知症高齢者の新たな収容施設となることが危惧されている。

英国では、2009 年 2 月に政府が「認知症とともに良き生活(人生)を送る(認知症国家戦略)」(Living well with dementia (National Dementia Strategy))を発表した。保健省の下に認知症局を設け、首相のリーダーシップによって政策を推進し、「総合病院での不要な入院を減らす」など 17 の目標を掲げた。5 年間で集中改革期間としている。

英国のほかフランスや米国でも国のトップが率先して総合的な国家戦略を掲げて取り組んでいる。日本ではまだそのレベルには達していない。

日本では、「暴力を振るわれる」「夜間にトイレ介助などで毎晩のように起こされる」などで自宅での同居が難しくなった家族が、医師やケアマネジャーに相談に行くと、精神科病院への入院を勧められることが少なくない。そのため「家族から頼まれ仕方なく」と精神科病院側の弁解がまかり通る。

一方で、日本の認知症ケアのレベルは介護保険施行以来、急速に高まり、北欧を追い越すグループホームや宅老所(お泊りデイサービス)、個室ユニットの特養など居住系介護施設が各地で増えている。だが、同じ認知症症状なのに医師やケアマネの間違った判断で精神科病院に送られる認知症者もいる。そこではミトン型手袋や腹帯の身体拘束、日中もパジャマ姿など想像を絶する人権無視の世界が法に守られて現存する。天地の開きだ。

国はいまだに「脱精神科病院」に逆行する政策から脱却できていない。認知症施策がふらついているため、脱病院策に腰が引けてしまうようだ。オレンジプランの遂行如何で本気度が試される。

11 月 5、6 日には日本で国際会議「認知症サミット」が開かれる。昨年 12 月ロンドンで開いた初の「G8 認知症サミット」の関連会合として各国が相次いで開催している。「脱病院」を進める欧州諸国を招いての会議の場で、日本の認知症ケアのあり方が問われるだろう。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性
(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取りまとめ)

～目次～

1. 総論

- (1) 精神障害者の地域移行及び入院医療のこれまでと現状
- (2) 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像
- (3) 将来像実現のための病院の構造改革
- (4) その他

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性

〔ア〕退院に向けた支援

〔ア－１〕退院に向けた意欲の喚起

- (1) 病院スタッフからの働きかけの促進
- (2) 外部の支援者等との関わりの確保

〔ア－２〕本人の意向に沿った移行支援（本人の状況に応じた移行先への「つなぎ」機能の強化）

- (1) 地域移行後の生活準備に向けた支援
- (2) 地域移行に向けたステップとしての支援
- (3) 外部の支援者等との関わりの確保【再掲】

〔イ〕地域生活の支援

- (1) 居住の場の確保
- (2) 地域生活を支えるサービスの確保
- (3) その他

〔ウ〕関係行政機関の役割

3. 病院の構造改革の方向性

- (1) 病院の構造改革に向けて
- (2) 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策
- (3) 精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行のための病院資源の活用

長期入院精神障害者（１年以上精神疾患により入院している精神障害者をいう。以下同じ。）の地域移行に向けた具体的方策については、本検討会において平成２６年３月以降、４回の検討会、５回の作業チームを開催し、議論を重ねた。議論に基づく長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性について以下のとおり取りまとめた。

1. 総論

（１）精神障害者の地域移行及び入院医療のこれまでと現状

○精神障害者の地域移行については、平成１６年９月に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づき、様々な施策を行ってきたものの、精神科入院医療の現状は以下のとおりとなっており、依然課題が多い。

- ・精神病床の人員配置基準は、医療法施行規則（昭和２３年厚生省令第５０号）上、一般病床よりも低く設定されている。
- ・１年以上の長期入院精神障害者は約２０万人（入院中の精神障害者全体の約３分の２）であり、そのうち毎年約５万人が退院しているが、新たに毎年約５万人の精神障害者が１年以上の長期入院に移行している。
- ・長期入院精神障害者は減少傾向にあるが、６５歳以上の長期入院精神障害者は増加傾向となっている。
- ・死亡による退院が増加傾向となっている。（年間１万人超の長期入院精神障害者が死亡により退院）

○こうした現状を踏まえ、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、平成２５年６月に成立した改正精神保健福祉法（※）に基づき、以下の取組を行ったところである。

※精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成２５年法律第４７号。）以下同じ。

- ・改正精神保健福祉法に基づく告示として、指針（※）を定め、指針において、急性期の精神障害者を対象とする精神病床においては医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指すこと、新たに入院する精神障害者は原則１年未満で退院する体制を確保すること等を記載した。

※良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供に関する指針（平成２６年厚生労働省告示第６５号）。以下同じ。

- ・医療保護入院者を中心として退院促進のための措置を講ずることを精神科病院の管理者に義務づけた

○また、第４期障害福祉計画（平成２７～２９年）に係る国の基本指針（※）においては、１年以上の長期在院者数の減少等に係る成果目標を設定した。

※障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の整備並びに自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成１８年厚生労働省告示第３９５号）。以下同じ。

(2) 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 指針においては、長期入院精神障害者の地域移行を更に進めるための地域の受け皿づくりの在り方等の具体的な方策の在り方について、引き続きの検討課題とした。
- これを受け、本検討会においては、以下を基本的考え方としながら議論を行った。
 - ・長期入院精神障害者本人の意向を最大限尊重しながら検討する。
 - ・地域生活に直接移行することが最も重要な視点であるが、新たな選択肢も含め、地域移行を一層推進するための取組を幅広い観点から検討する。
- また、本検討会においては、議論を進めるに当たって、以下のような長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像を共有した。
 - ①長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として
 - ◆病院スタッフからの働きかけの促進等の「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む。以下同じ。）」
 - ◆地域移行後の生活準備に向けた支援等の「本人の意向に沿った移行支援」
 - ◆居住の場の確保や地域生活を支える医療の充実等の「地域生活の支援」を徹底して実施する。
 - ②精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとし、新たな長期入院精神障害者が生じることを防ぐため、精神科救急・急性期について、一般病床と同等の手厚さとなるよう医師等を集約するとともに、地域生活を支えるための医療を充実し、併せて、回復期及び重度かつ慢性の症状を有する精神障害者の病床について、それぞれその機能及び特性に応じた人員配置及び環境を整備する。
- これらを前提として議論を行い、長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性について、詳しくは、2. のとおり取りまとめた。

(3) 将来像実現のための病院の構造改革

- (2) に掲げた将来像のうち、②を実現するには、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要となる。
- 病院の構造改革の方向性について、詳しくは、3. のとおり取りまとめた。
- 病院の構造改革の実現のためには、必要な医療に人員と治療機能を集約できる財政的な方策が併せて必要である。
- なお、2. に取りまとめた長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性と3. に取りまとめた病院の構造改革の方向性については、2. [ア] の「退院に向けた支援」を進めるとともに、2. [イ] の「地域生活の支援」により長期入院から地域移行した精神障害者が、退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実が図られるよう、3. の病院の構造改革を進めていくことが必要という関係にある。

(4) その他

- 長期入院精神障害者の地域移行が計画的に推進されるよう、国は、第4期障害福祉

計画に係る基本指針等に基づき、各都道府県で人材育成の中核となる官民の指導者を養成するための研修を行う等の措置を講ずる。併せて、長期入院精神障害者の地域移行方策及び病院の構造改革の効果的な実施手法について、検証する。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性

○長期入院精神障害者本人に対する支援について、以下に掲げる地域移行の段階ごとに議論し、具体的方策の方向性について取りまとめた。

〔ア〕退院に向けた支援

〔ア－１〕退院に向けた意欲の喚起

〔ア－２〕本人の意向に沿った移行支援

〔イ〕地域生活の支援

〔ウ〕関係行政機関の役割

○長期入院精神障害者の地域移行のため、これらの具体的方策の方向性が実現されるよう、必要な検討を行った上で、取組を進めていくことが重要である。

○国は、ここで取りまとめた長期入院精神障害者本人に対する地域生活の維持・継続を支援するための具体的方策を講じていくため、併せて、必要な財政的方策を講じるよう努めることが必要である。

〔ア〕退院に向けた支援

〔ア－１〕退院に向けた意欲の喚起

（１）病院スタッフからの働きかけの促進

① 病院スタッフの地域移行に関する理解の促進

- ・病院、当該地域の保健所及び市町村、外部の支援者、ピアサポーター等が協力し、精神障害者がどのような地域生活を送っているかを実際に体験すること等を含む病院スタッフに対する研修を促進する。
- ・医師、看護師等の基礎教育において、教員、学生等が精神障害者の地域移行の重要性について理解を深められるよう、情報提供を行うこととし、また、医師、看護師等もその重要性について理解を深められるよう、卒後の研修について検討する。

② 退院意欲の喚起を行うことができる環境の整備

- ・指針で示された方向性に沿った精神病床の機能分化を進め、精神病床の地域移行支援機能を強化する。
- ・病院の医師、看護師等が地域生活を支えるための医療に移行できる環境の整備を推進する。

（２）外部の支援者等との関わりの確保

① ピアサポート等の更なる活用

- ・ピアサポートの活用状況に関し、これまでの予算事業での実績等について検証を行い、ピアサポーターの育成や活用を図る。
- ・入院中の精神障害者が、病棟プログラムや作業療法への参加、交流会の開催等を通して、本人の意向に沿って、ピアサポーターや外部の支援者等と交流できる機会等の増加を図る。

② 地域の障害福祉事業者等の更なる活用

- ・国の補助事業としては廃止された地域体制整備コーディネーターについて、都道府県が独自に実施しているものも含め、これまでの活動内容や実績を改めて評価し、地域体制整備の在り方について検討する。
- ・退院の意思が明確でない精神障害者に対し、早期に地域移行に向けた支援が図られるよう、障害者総合支援法（※）に基づく地域移行支援の柔軟な活用について検討する。
※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）

③ 関係行政機関の役割

- ・改正精神保健福祉法に基づき新たに設けられた退院後生活環境相談員及び地域援助事業者の活動状況や医療保護入院者退院支援委員会の実施状況について、実態調査により把握する。
- ・「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に基づく、保健所及び市町村の役割としてのコーディネート機能を強化するため、事業所との連携の在り方を含めその手法を検討する。
- ・都道府県等（※）、市町村により入院中の精神障害者の実態把握を行うことを促進し、都道府県及び市町村において、介護保険事業（支援）計画を策定するに当たって算出する必要サービス量を見込む際に、入院中の精神障害者のニーズを踏まえたものとするよう取り組む。
※都道府県、保健所及び精神保健福祉センター。以下同じ。
- ・非自発的入院について、保健所及び市町村が、精神障害者の入院後も継続的に関与し、退院後生活環境相談員及び地域援助事業者等と協働し、地域移行支援を担うことを推進する。

④ その他

- ・精神科病院が社会に開かれたものとなるようにするための環境の整備（見舞いに訪ねやすくする、外出をしやすくする等）を推進する。

〔ア－２〕 本人の意向に沿った移行支援（本人の状況に応じた移行先への「つなぎ」機能の強化）

（１）地域移行後の生活準備に向けた支援

- ・精神科病院は、身体的機能に係るリハビリテーションの必要性も含めたアセスメントを行い、本人の意向に沿った支援計画を作成する。
- ・精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援に関し、地域生活に関する情報

提供や支援を行う精神障害者との関係作りなどの外部の支援者からの関わりとともに、院内における対応の在り方について、引き続き多様な検討を行う。

- ・入院中の精神障害者が、入院中から、精神障害者保健福祉手帳等申請、障害年金の受給に向けた支援、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用するための支援、退院後に利用可能な障害福祉サービス、介護保険サービス等について検討と準備（障害支援区分認定等を含む支給決定の申請手続、要介護認定の申請手続の周知等）ができるよう、取組を進める。
- ・入院中の精神障害者に対し退院の意思が明確でない段階から、グループホーム等での地域生活を体験する機会を確保するよう取り組むとともに、そのような機会に病院スタッフが同行することが促進されるような支援を病院、地域移行支援を行う事業者が行える体制作りを推進する。

（２）地域移行に向けたステップとしての支援

- ・入院中の精神障害者に対してより実際の地域生活につながるような生活能力を身につけるための支援の方法について検討する。
- ・地域移行に向けた調整を行うに際し、退院後生活環境相談員等が、退院する者の状況に応じた障害福祉サービス、介護保険サービスを利用できるようマネジメントを実施する。
- ・〔ア－１〕及び〔ア－２〕の取組を徹底して実施してもなお、本人の自由意思として退院意欲が喚起されない精神障害者について、地域生活に向けた段階的な支援が受けられるよう取り組む。（地域生活に向けた段階的な支援を行うための方策については３．（３）において詳述）

（３）外部の支援者等との関わりの確保【再掲】

〔ア－１〕（２）の取組を、移行支援においても引き続き実施する。

〔イ〕地域生活の支援

（１）居住の場の確保

長期入院精神障害者の地域移行を進める上で、地域生活の基盤となる居住の場を確保することが必要であり、その際、長期入院精神障害者の過半数が６５歳以上の高齢者であることを踏まえると、高齢の精神障害者に配慮した住まいの確保に向けた取組を進めることが特に重要である。

具体的に、長期入院精神障害者の退院後の居住先としては、次のような居住の場が考えられる。精神障害者が生活障害を持つ場合や要介護状態にある場合等においても受入れられるよう、それぞれの居住の場ごとに課題の解消を図ることが必要である。

① 障害福祉サービスにおける住まい

- ・グループホーム（サテライト型住居を含む）

※高齢や重度の精神障害者を受け入れているグループホームに精神保健福祉士、介護福祉士や看護師等の専門職が配置できるよう報酬上の評価が必要であり、実態調査等を行い基本報酬の見直しの必要性も含めて検討することが必要である。

※グループホームについての運用を含む防災基準の周知について、消防庁と連携して取り組むことが必要である。

② 高齢者向け住まい

- ・特別養護老人ホーム
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・認知症高齢者グループホーム
- ・有料老人ホーム
- ・サービス付き高齢者向け住宅

※退院後生活環境相談員は、必要に応じて市町村と連携し、養護老人ホーム、軽費老人ホームの活用による地域移行を促進する。

③ その他

a. 一般住宅の活用

- ・地域の実情を踏まえ、単身の精神障害者の優先入居等、公営住宅の活用を促進する。
- ・長期入院精神障害者の退院後の居住先の確保に関し、空室・空家の有効活用のための取組や、高齢者、ひとり親、生活保護受給者、DV被害者等への居住支援策との連携を図る。
- ・障害保健福祉担当部局において、退院後生活環境相談員等に精神障害者の居住先の確保に有用な住宅施策について周知を進める。
- ・（自立支援）協議会が居住支援協議会（※）と連携し、精神障害者に住宅を提供する際に必要な情報の提供（一般財団法人高齢者住宅財団による賃貸住宅の家賃債務保証制度の利用を含む。）を貸主に対して行うこと等を通じて、精神障害者の具体的な地域生活の調整を図る。

※住宅確保要配慮者（精神障害者含む）の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進に関し必要な措置について協議するために地方公共団体、宅地建物取引業者、賃貸住宅管理業者及び居住支援団体等により構成される住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（平成19年法律第112号）に規定する協議会

- ・一般住宅への入居希望が実現できるよう、保証人の確保や緊急時等の対応等を推進する。

b. その他

- ・生活保護受給中の長期入院精神障害者について、障害保健福祉担当部局と生活保護担当部局との連携を強化することや、直ちに一般住宅で生活を行うことが困難な者が救護・更生施設等の活用すること等により地域移行を促進する。
- ・生活保護自立支援プログラムとして取り組まれてきた精神障害者退院促進事

業は一定の効果があつたことから、改めて福祉事務所等への退院推進員やコーディネーターの配置強化等が重要である。

(2) 地域生活を支えるサービスの確保

精神障害者本人の意向に寄り添い、医療と福祉が協働して、地域生活を支えるサービスを継続的に提供すること、再発・再入院を防ぎ、地域生活を維持・継続するための医療・福祉サービスの充実を図ることが必要である。

① 医療サービス

- ・地域生活を送る上で効果的な外来医療やデイケア等の在り方について、検討する。
- ・アウトリーチ（多職種のチームによる訪問支援）の充実を推進するため、保健所等が行うアウトリーチにより退院後の医療へのアクセスの確保を図るとともに、病院が行うアウトリーチについては、退院後の継続的な支援を行うことができるよう、外部の支援者との連携を図る。
- ・往診や訪問診療の充実を推進する。
- ・訪問看護ステーション等で行われる精神科訪問看護の充実を図る。
- ・退院後の居住先や障害福祉サービスを行う事業所等においても、継続的に病院のスタッフが訪問することで、支援を受けることができるようにする。
- ・病院と診療所及び障害福祉サービス事業所との連携を強化する。

② 障害福祉サービス

- ・地域移行後の生活が安定的に維持・継続できるよう、常時の連絡体制の確保や緊急時の相談等の支援を行う地域定着支援の活用を進める。
- ・居宅介護従業者等が精神障害者に対してその特性に応じた適切な支援を行えるよう、自治体や保健所、精神保健福祉センター等が連携して研修を実施する等、従業者の支援能力の向上を図る。
- ・医療ケアの必要な精神障害者の短期入所への受け入れを推進するため、病院等でのモデル事業を実施して、検証を行い、短期入所の更なる活用を図る。
- ・自治体に対し、地域の実情に応じて、（自立支援）協議会に地域移行や居住支援などの課題に対応した役割を担う専門部会を設置すること等の働きかけを行い、関係機関で精神障害者が地域で生活する上での課題解決等に関する情報共有等を行う。
- ・長期入院患者で退院直後のため通所による生活訓練を利用することが困難な者等に対して、訪問による生活訓練を活用した地域生活支援の在り方について研究事業を実施する。
- ・本人中心の相談支援を確実に実施できるよう、相談支援専門員の質と量の確保を推進する。
- ・現在宿泊型自立訓練では夜間の防災体制や常時の連絡体制の確保について評価されているが、夜間職員の配置といった夜間の対応の評価について検討する。

(3) その他

- ・緊急時を含め、本人や家族が必要な相談を行える機関のうち、拠点となる機関について検討する。(精神保健福祉センター、保健所、相談支援事業所等)
- ・地域生活を支えるためのサービスや精神障害者及びその家族への相談支援等に関し、医療及び福祉サービス等が総合的に提供される方策について検討する。

〔ウ〕関係行政機関の役割

○長期入院精神障害者の地域移行が計画的に推進されるよう、国は、第4期障害福祉計画に係る基本指針等に基づき、各都道府県で人材育成の中核となる官民の指導者を養成するための研修を行う等の措置を講ずる。併せて、長期入院精神障害者の地域移行方策及び病院の構造改革の効果的な実施手法について、検証する。

【再掲】

- 都道府県等及び市町村は、必要なサービス量を見込みながら定める医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画その他の精神障害者に関連する分野の計画等について、整合性を図るとともに、これらの計画を踏まえながら、PDCAサイクルにより長期入院精神障害者の地域移行を確実に実行していくための推進体制を構築する。
- 都道府県等は、改正精神保健福祉法及び指針の趣旨に基づく医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう、その取組状況を把握・確認し、必要な助言や支援に努める。
- 都道府県等及び市町村は、ア－1（2）③の取組について実施する。
- 都道府県は、精神障害者の保健・医療・福祉・労働に関する施策を総合的に推進するため、関係部署が連携し、組織横断的に地域移行支援を推進するとともに、効果的な人材育成の仕組みについて検討することが必要である。
- 市町村は、都道府県と連携しながら、地域包括支援センターを通じて、高齢の精神障害者に対する相談支援を行う。

3. 病院の構造改革の方向性

（1）病院の構造改革に向けて

○精神病床については、精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床と、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床とを分けて考えることが必要。

※重度かつ慢性の定義は現在検討中

※身体合併症のある精神障害者については、病状等が様々であることからその入院医療の在り方については別途検討が必要

※新たに入院する精神障害者が原則1年未満で退院するための体制整備により、現在

の入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床にはできる限り新たな精神障害者が流入しないことが前提。そのため、回復期の病床の在り方について早急に検討が必要

- 病院は医療を提供する場であることから、入院医療については、精神科救急・急性期・回復期の精神障害者及び重度かつ慢性の症状を有する精神障害者に対するもの等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者については、2. の各種方策を徹底して実施することにより、これまで以上に地域移行を進める。
- その上で、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床については、適正化され将来的に削減されることとなるが、
 - ・急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策
 - ・精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行のための病院資源の活用について議論し、取りまとめた。
- なお、こうした構造改革のためには、必要な医療に人員と治療機能を集約できる財政的な方策が併せて必要。
- このような方策を進め、病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備や、医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、精神科救急・急性期・回復期、重度かつ慢性の入院機能、外来・デイケア・アウトリーチ等の機能又はその他の地域生活を支えるための医療の充実、地域生活支援や段階的な地域移行のために向けられることとなる。
- また、第4期障害福祉計画に係る国の基本指針においては、1年以上の長期在院者数について、平成29年6月末時点で平成24年6月末時点と比べて18%以上削減することを目標値としており、併せて、医療計画における精神病床に係る基準病床数の見直しを進めることとしている。
- 精神疾患に係る医療計画に関しては、障害福祉計画に基づく取組や、病院の構造改革を踏まえ、基準病床数の設定や各地域ごとの医療機能の在り方について検討する。
- また、精神病床数の将来目標については、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の評価等を踏まえ、平成27年度以降に医療計画に反映することについて、今後検討する。

(2) 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策

病床が適正化され削減されるまでの過程において、当該病床を利用する精神障害者の地域移行をより一層進めるため、以下の方策を検討する。なお、この強化する方策は、医療法施行規則（病院に置くべき医師等の員数の標準）に沿った範囲で行うこととする。

- ① スタッフの配置等
 - ・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置する。
 - ・病院の管理者及びスタッフが積極的に地域移行支援に関われるよう、病院の管理者及びスタッフ等に、地域移行に関する研修を行う。
- ② ハード面での方策
 - ・外部との交流を推進する観点から、病院内外の者が集える場所を設ける。

- ・病院内設備については、より地域生活に即した形にする。

③ ソフト面での方策

a. 外部との交流

- ・精神障害者本人の意向を踏まえ、例えば保健所スタッフ、地域の相談支援事業者、ピアサポーター等が精神障害者と面談を行う等外部との交流を推進する。

b. 訓練等（地域移行に向けた訓練や支援をいう。）の進め方

- ・本人中心の支援チームをつくり、医療と地域の役割分担ではなく、協働による支援体制をつくる。
- ・訓練等については、既存の医療サービスの他、既存の福祉サービスについても積極的に活用する。
- ・計画的な訓練や、退院に向けたクリティカルパスの作成などにより可能な限り早期に退院できるように支援を行う。
- ・訓練等の実施場所については、病院外施設を積極的に活用することとするが、地域における体制整備が不十分な場合は院内で行う。

c. 訓練等の内容

- ・訓練等については、より実際の地域生活につながる内容になるよう充実を図り、訓練の場も生活の場となる地域(院外)を積極的に利用するようにし、本人の退院意欲を向上させ、地域生活への移行を強力に促すものを中心に行う。
- ・精神障害者自身が病状を適切に把握し、再発を予防できるようにする観点から、適切にインフォームドコンセントを行うこと等により、自身の病気に関する理解を促すとともに、適切な服薬や、困ったときの相談、病状悪化時の通院等ができるようになるといった自己管理のための訓練も行う。
- ・リハビリテーションプログラム（作業療法を含む。）については、地域移行に必要な能力の向上等を図るため、本人中心の支援を基本としつつ、地域住民、外部の支援者、ピアサポーター等と交流する機会の提供や、地域生活の実践的なプログラム（外部体験、内部職員やピアサポーター等による同行支援による外出等）等を積極的に行う。
- ・デイケアが必要な精神障害者については、地域移行を支援する観点から、地域生活を送る精神障害者と同程度に受けられる機会を確保する。
- ・高齢者等の運動能力の低下が危惧される精神障害者の訓練については、運動能力の維持向上を図るため、理学療法等の身体的リハビリテーションを実施できる体制であるかを考慮する。

d. その他

- ・病院は精神障害者の地域移行を積極的に支援する（経済的な自立、退院後の居住先の選定等）。
- ・入院中の精神障害者が、退院後に利用可能な障害福祉サービス、介護保険サービスについて検討と準備（障害支援区分認定等を含む支給決定の申請手続及び要介護認定の申請手続の周知等）ができるよう支援を行う。

（３）精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行のための病院資源の活用

○ ２．〔ア〕の退院に向けた支援を徹底して実施することにより、長期入院精神障害者

が地域移行していくことで、地域生活を支えるための医療の充実が必要となる。

- 2. [ア] の退院に向けた支援を徹底して実施してもなお、高齢等の理由により移動に否定的な意向を持つ人や、病院の敷地内なら安心して生活できるという意向を持つ人など、本人の自由意思として退院意欲が固まらない人が存在するという現実がある。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が、生活の場ではない、病院という医療の場を居住の場としている状態は、精神障害者本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、本来のあるべき姿ではない。また、長期入院精神障害者の半数以上が65歳以上であることを踏まえると、こうした状態を一刻も早く改善することが必要である。
- これらの、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則であるが退院に向けた支援を徹底して行ってもなお入院したままとなるのであれば、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要である。
- これについて、医療法人等として保有する敷地等の資源や、病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備を、精神障害者の段階的な地域移行や地域生活支援のために活用することについて検討した。
- これらの病院資源の有効活用については、病院の判断により、医療法等の関係法令を遵守した上で、以下 a～c のいずれの選択肢も取り得る。
 - a. 医療を提供する施設等としての活用（精神科救急・急性期病床、重度かつ慢性等の精神障害者に医療を提供する病床、外来・デイケア、アウトリーチ、訪問診療・訪問看護等の施設）
 - b. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場）
 - ※グループホームのほか、精神障害者以外の人も含めた住まいとして、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、民間の賃貸住宅等が考えられる。
 - なお、医療法人は、基本的に明確に病院と区分した上で、グループホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の設置を検討できる。それ以外の場合は、基本的に明確に病院と区分した上で、病院の開設者と別の者が居住の場として施設を開設する必要がある。
 - c. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場以外）
 - ※宿泊型自立訓練事業所・短期入所事業所等の障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所、地域コミュニティのための施設等が考えられる。
 - なお、医療法人は、基本的に明確に病院と区分した上で、宿泊型自立訓練事業所・短期入所事業所等の障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所等の設置を検討できる。それ以外の場合は、基本的に明確に病院と区分した上で、病院の開設者と別の者が居住の場以外の施設を開設する必要がある。
- こうした中、a. の医療を提供する施設としての活用又は c. の医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場以外）については、現行法令に則って適宜行われるべきものであるが、こうした活用のされ方が病院の構造改革の流れの中で、地域生活を支えるための医療・福祉の充実の観点や地域コミュニティとの関係を深める観点からより推進されるようにすべきとの意見があった。

- b. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場）については、医療法人等として保有する敷地等の資源や、病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備を居住の場として活用することが、現行法令下でも多くは可能であるが、グループホームの活用のように現行法令下での規制では認められない方法を新たに認める場合には、地域生活により近い生活が送れるよう、本人の自由意思の担保、自由な生活の担保、第三者の関与、利用期間の設定等一定の条件の下に認めるべきとの意見が多かった。一方、いかなる条件においても認めるべきでないという意見もあった。
- 可とする主な理由をまとめると、前述のような退院に向けた支援を徹底して実施してもなお本人の自由意思として退院意欲が固まらない人が存在することから、
- ・本人の意向に沿った選択肢の1つとして、
 - ・本来目指すべき地域生活への段階的な移行を進めるための手段の1つとして、認めるべきという意見であった。
- 他方、否とする主な理由をまとめると、
- ・精神障害者は病院と同じ建物内や敷地内である限り、その自由意思は担保されず、入院中と何ら変わらず地域生活とは言えない生活を強要される懸念があるため、認めるべきではない
 - ・病院による精神障害者の抱え込みとなる懸念があるため、認めるべきではないという意見であった。
- いずれの立場においても、精神障害者が本来の居住の場でないところで暮らしているという現状を改善することが必要であるとの認識は一致しており、現状を改善するためには、選択肢を増やすことが重要である。
- したがって、医療法人等として保有する敷地等の資源や、将来的に不必要となった建物設備等の居住の場としての活用のうち、当該居住の場が共同生活援助の指定を受ける選択肢を可能とするために、既存の地域移行型ホームに関する基準を参考としつつ、障害者権利条約に基づく精神障害者の権利擁護の観点も踏まえ、以下のような条件付けを行うという留保をつけた上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、グループホームの立地に係る規制（※）の見直し等必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を自治体と連携して試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方であった。
- ※グループホームについては、現行においては、「住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあり、かつ、入所施設又は病院の敷地外にあるようにしなければならない」とされている。なお、各自治体が地域の実情に応じて条例において別の定めをすることが可能。
- また、現行法令下でも設置可能な居住の場については、これらの条件を踏まえた運営が行われるよう十分配慮されることが望まれる。
- 検討会においては、構成員25名のうち精神障害当事者2名を含む構成員から、あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

【共同生活援助としての指定を受けることを認めるための条件】

- ・既存のグループホームの人員、設備及び運営に関する基準（※上記による見直しを行う部分を除く）を遵守すること
- ・精神障害者本人の自由意思に基づく選択の自由が担保されること

例えば、当該居住の場の選択は精神障害者本人の自由意思で行われ、その他の選択肢が示された上で選択がなされるようにすること

- ・地域社会に包容され、参加する機会が確保されること

例えば、居住の場が病院と明確に区別されるとともに、外出の自由が確保され、外部からの自由な訪問が可能である等地域に近い環境にあること

- ・プライバシーが尊重されること
- ・地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設けること

※なお、具体的な条件については、別紙に掲げる「活用の場合に必要な条件として検討すべき事項（例）」に挙げた事項等について検討するとともに、①運営者が病院と同一法人であるか他法人又は個人であるか、②活用場所が入院機能も残っている建物内か入院機能とは別の建物か、に応じた更なる条件について検討することが必要である。

<別紙>

<居住の場としての活用も可との意見>

【活用の前提】

- ・現行法令下でも、精神障害者に限定せず、精神障害者以外の人の利用を含めた居住の場としての活用は可能。グループホームを含め、精神障害者が居住の場として利用する場合は、権利擁護の観点からも人権侵害や不必要な管理等の行うべきではない制限や規則などを明確にすべき。

【活用の場合に必要な条件として検討すべき事項（例）】

- ・本人意向の最大限尊重、契約行為が前提であり、本人の自由意思を担保する仕組みを設けるべき。（入居後も継続的に意向確認すべき）
- ・精神障害者の入居時は第三者が関与すべき。
- ・原則として利用対象者を現時点での長期入院精神障害者に限定すべき。
- ・外部との面会や外出を自由にすべき。
- ・食事、日中活動の場等の自由を担保すべき。
- ・居住の場のスタッフについて、病院スタッフとの兼務は認めないこととすべき。
- ・利用期間を限定すべき。
- ・運営に係る第三者評価を行うべき。
- ・入居後も本人の意思に沿った地域移行を促すべき。
- ・地域における居住資源が不足している場合に限定して設置を認めるべき。
- ・病院が地域から孤立していない場合に限定して設置を認めるべき。
- ・高齢で介護を必要としている精神障害者向けの支援として検討すべき。
- ・時限的な施設とすべき。（第三者が設置した場合は除く。）
- ・構造的に病院から一定の独立性を確保すべき（外階段など）。

<居住の場としての活用は否との意見>

- ・治療関係という主従関係をベースとした場所に居住の場を作ると、権利侵害が起きる可能性が高い。権利侵害が起きる可能性は厳に回避すべき。
- ・障害者権利条約から考えて、居住施設は認めるべきではないという前提のもと、居住の場以外の議論をしっかりと行うべき。
- ・不必要となった建物設備を居住の場として使うのは、医療による精神障害者の抱え込みの構図である。

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 構成員名簿

<u>伊澤 雄一</u>	特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会代表
<u>伊藤 弘人</u>	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター社会精神保健研究部長
○ <u>伊豫 雅臣</u>	千葉大学大学院医学研究院精神医学教授
<u>岩上 洋一</u>	特定非営利活動法人じりつ代表理事
<u>荻原 喜茂</u>	一般社団法人日本作業療法士協会常務理事・事務局長
<u>柏木 一恵</u>	公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長
<u>河崎 建人</u>	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
<u>吉川 隆博</u>	一般社団法人日本精神科看護協会業務執行理事
<u>倉橋 俊至</u>	全国保健所長会副会長
<u>佐藤 茂樹</u>	日本総合病院精神医学会監事
<u>澤田 優美子</u>	日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程
<u>田川 精二</u>	公益社団法人日本精神神経診療所協会理事
<u>田邊 等</u>	全国精神保健福祉センター長会会長
<u>近森 正幸</u>	社会医療法人近森会近森病院院長
<u>千葉 潜</u>	医療法人青仁会青南病院院長
<u>中板 育美</u>	公益社団法人日本看護協会常任理事
<u>中島 豊爾</u>	公益社団法人全国自治体病院協議会副会長
<u>長野 敏宏</u>	特定非営利活動法人ハート in ハートなんぐん市場理事
<u>野沢 和弘</u>	毎日新聞論説委員
<u>葉梨 之紀</u>	公益社団法人日本医師会常任理事
◎ <u>樋口 輝彦</u>	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター総長
<u>平田 豊明</u>	千葉県精神科医療センター長
<u>広田 和子</u>	精神医療サバイバー
<u>山本 輝之</u>	成城大学法学部教授
<u>良田 かおり</u>	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会理事

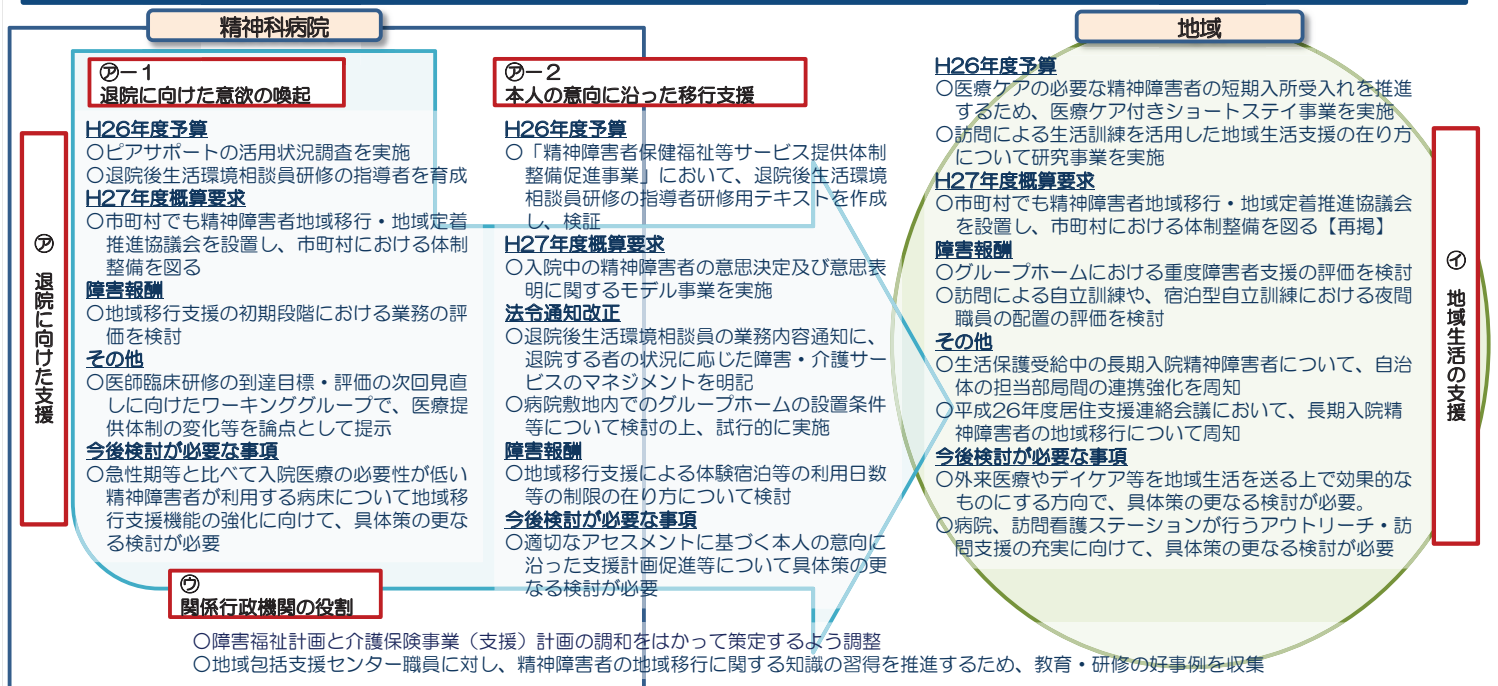
(◎：座長 ○：座長代理)
(下線：作業チーム構成員)
(五十音順、敬称略)

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取りまとめを踏まえた 主な取組

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取りまとめを踏まえた主な取組（概要）

H27年度概算要求 ＜モデルの確立＞

○地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証することにより精神障害者の地域移行モデルを確立するとともに、さらに取組を加速させるために必要な対策を把握。



病院の構造改革の方向性 ＜医療の質の向上＞＜適切な退院支援を可能とする環境の整備＞

今後検討が必要な事項

- 地域生活を支えるための医療に人員・治療機能を集約することに向けて、具体策の更なる検討が必要
- 急性期等と比べて入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床について地域移行支援機能の強化に向けて、具体策の更なる検討が必要【再掲】
- 地域移行の促進に資する精神医療の取組について、次期診療報酬改定に向けた議論の場で検討

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性

【ア】退院に向けた支援 【ア-1】退院に向けた意欲の喚起

- (1) 病院スタッフからの働きかけの促進
 - a 病院スタッフの地域移行に関する理解の促進
 - b 退院意欲の喚起を行うことができる環境の整備
- (2) 外部の支援者等との関わりの確保
 - c ピアサポート等の更なる活用
 - d 地域の障害福祉事業者等の更なる活用(地域体制整備、地域移行支援の柔軟な活用)
 - e 精神科病院について、社会に開かれた環境(見舞い、外出をしやすい環境等)の整備を推進

当面の主な取組

<H26年度予算>

- ピアサポーターの更なる活用ができるような地域生活支援事業の要綱改正を視野に、ピアサポートの活用状況について調査を実施する。(c)
- 地域の中核となるような人材を育成するため、「精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業」において、退院後生活環境相談員研修の指導者研修用テキストを作成し、研修手法を検証。(d)
- 保健所及び市町村のコーディネート機能強化に向け、保健所等運営要領改正を検討するため、「障害者総合福祉推進事業」において、保健所及び市町村における精神障害者支援の先進的取組・好事例を収集する。(d)

<その他>

- 医師臨床研修の到達目標・評価の次回見直し(平成32年度適用)に向けたワーキンググループで、医療提供体制の変化等を論点として提示(長期入院精神障害者の地域移行等を例示)。(a)

<H27年度概算要求>

- 地域移行及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証。
- 都道府県だけでなく市町村でも精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置し、市町村における体制整備を図る。(d)

<障害報酬>

- 早期に地域移行に向けた支援が図られるよう、地域移行支援の利用に係る初期段階における業務の評価について検討することを、障害福祉サービス等報酬改定検討チームで論点として提示。(d)

今後検討が必要な事項

- 急性期等と比べて入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床について地域移行支援機能の強化に向けて、具体策を更に検討する必要がある。(b)

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性

【ア】退院に向けた支援 【ア-2】本人の意向に沿った移行支援

- (1) 地域移行後の生活準備に向けた支援
(入院中からの手帳等の申請等に向けた支援、退院後に利用可能な障害福祉サービス等の利用の検討と準備等)
- (2) 地域移行に向けたステップとしての支援
(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援等)
- (3) 外部の支援者等との関わりの確保【再掲】

当面の主な取組

<H26年度予算>

- 「障害者総合福祉推進事業」において、入院中の精神障害者の意思決定及び意思表示に関する研究を実施。(1)

<法令通知改正>

- 退院後生活環境相談員の業務内容として、退院する者の状況に応じた障害福祉サービスや介護保険サービスのマネジメントを通知に明記。(2)

<その他>

- 入院中から地域移行後の生活準備を行うことについて、各事業者や病院等が行っている独自の取組を踏まえ、病院職員又は患者向けの退院の手引きを作成。(1)

<H27年度概算要求>

- 地域移行及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証。【再掲】
- 入院中の精神障害者の意思決定及び意思表示に関するモデル事業を実施。(1)

<障害報酬>

- 地域移行支援による体験宿泊等に設けられている利用日数等の制限の在り方について検討することを、障害福祉サービス等報酬改定検討チームで論点として提示。(1)

今後検討が必要な事項

- 適切なアセスメントに基づく本人の意向に沿った支援計画作成促進等について具体策を更に検討する必要がある。(1)

検討会取りまとめにおける記載

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性

〔イ〕地域生活の支援

- (1) 居住の場の確保
 - a 障害福祉サービスにおける住まい(グループホーム(サテライト型住居を含む))
 - b 高齢者向け住まい(特別養護老人ホーム等)
 - c その他(公営住宅の活用促進等)
- (2) 地域生活を支えるサービスの確保
 - d 医療サービス(地域生活を送る上で効果的な外来医療やデイケア等の在り方についての検討等)
 - e 障害福祉サービス(訪問による生活訓練等)
- (3) f その他(拠点となる相談機関の検討等)

当面の主な取組

＜H26年度予算＞

- 医療ケアが必要な精神障害者の短期入所への受入を推進するため、医療ケア付ショートステイ事業を実施。(e)
- 「障害者総合福祉推進事業」において、訪問による生活訓練を活用した地域生活支援の在り方について研究事業を実施。(e)

＜法令通知改正＞

- 本人や家族が必要な相談を行える相談機関の拠点について検討を行い、必要に応じて精神保健福祉センター運営要領を改正。(f)

＜障害報酬＞

- グループホームにおける重度障害者支援の評価について検討することを、障害福祉サービス等報酬改定検討チームで論点として提示。(a)
- 「障害者総合福祉推進事業」の成果等を踏まえ、訪問による自立訓練や、宿泊型自立訓練における夜間職員の配置の評価、質の高い計画相談支援の提供の評価について検討。(e)

＜H27年度概算要求＞

- 地域移行及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証。
【再掲】
- 都道府県だけでなく市町村でも精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置し、市町村における体制整備を図る。【再掲】(d)

＜その他＞

- 生活保護受給中の長期入院精神障害者について、自治体の担当部局間の連携強化を周知。(c)
- 平成26年度居住支援連絡会議において、長期入院精神障害者の地域移行について周知。(c)
- 居宅介護等の障害福祉サービス従事者が、精神障害者に対してその特性に応じた適切な支援を提供できるよう、精神障害の特性理解や関係機関との連携等に関する研修カリキュラムを検討。(e)

今後検討が必要な事項

ア等を地域生活を送る上で効果的なものにする方向で、具体策を更に検討する必要がある。(d)

- 病院、訪問看護ステーションが行うアウトリーチ・訪問支援の充実に向けて、具体策を更に検討する必要がある。(d)

5

検討会取りまとめにおける記載

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性

〔ウ〕関係行政機関の役割

- a 国は、都道府県で人材育成の中核となる指導者を養成するための研修を実施する。
- b 国は、長期入院精神障害者の地域移行方策及び病院の構造改革の効果的な実施手法について、検証する。
- c 都道府県等及び市町村は、精神障害者関連分野の計画等について整合性を図り、地域移行の推進体制を構築する。
- d 都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。
- e 市町村は、都道府県と連携しながら、地域包括支援センターを通じて、高齢の精神障害者に対する相談支援を行う。

当面の主な取組

＜H26年度予算＞

- 「精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業」において、退院後生活環境相談員研修の指導者研修用テキストを作成し、研修手法を検証。
【再掲】(d)

＜その他＞

- 介護保険事業(支援)計画の基本指針で、障害福祉計画との調和規定を明確にする方向で調整。(c)
- 都道府県の精神保健福祉担当部局に対し、介護保険部局と連携を図って、長期入院精神障害者の地域移行による必要な介護サービス量を介護保険事業(支援)計画で見込むための方法例を提示。(c)
- 地域包括支援センター職員に対し、精神障害者の地域移行に関する知識の習得を推進するため、教育・研修の好事例を収集する。(e)

＜H27年度概算要求＞

- 地域移行及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証。
【再掲】
- 都道府県だけでなく市町村でも精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置し、市町村における体制整備を図る。
【再掲】(d)

検討会取りまとめにおける記載

3. 病院の構造改革の方向性

- a 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- b 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- c 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

当面の主な取組

<H27年度概算要求>

- 地域移行及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証。【再掲】

今後検討が必要な事項

- 地域生活を支えるための医療に人員・治療機能を集約することに向けて、具体策を更に検討する必要がある。(a)
- 急性期等と比べて入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床について地域移行支援機能の強化に向けて、具体策を更に検討する必要がある。【再掲】(b)

7

検討会取りまとめにおける記載

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性

〔ア〕退院に向けた支援 〔ア-2〕本人の意向に沿った移行支援

(2) 地域移行に向けたステップとしての支援

- 退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援

3. 病院の構造改革の方向性

- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

<病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行するには、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。
- ※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等
- ※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

当面の主な取組

<法令通知改正>

- 病院敷地内でのグループホームの設置条件等について検討の上、試行的に実施。(別紙参照)(c)

<H27年度概算要求>

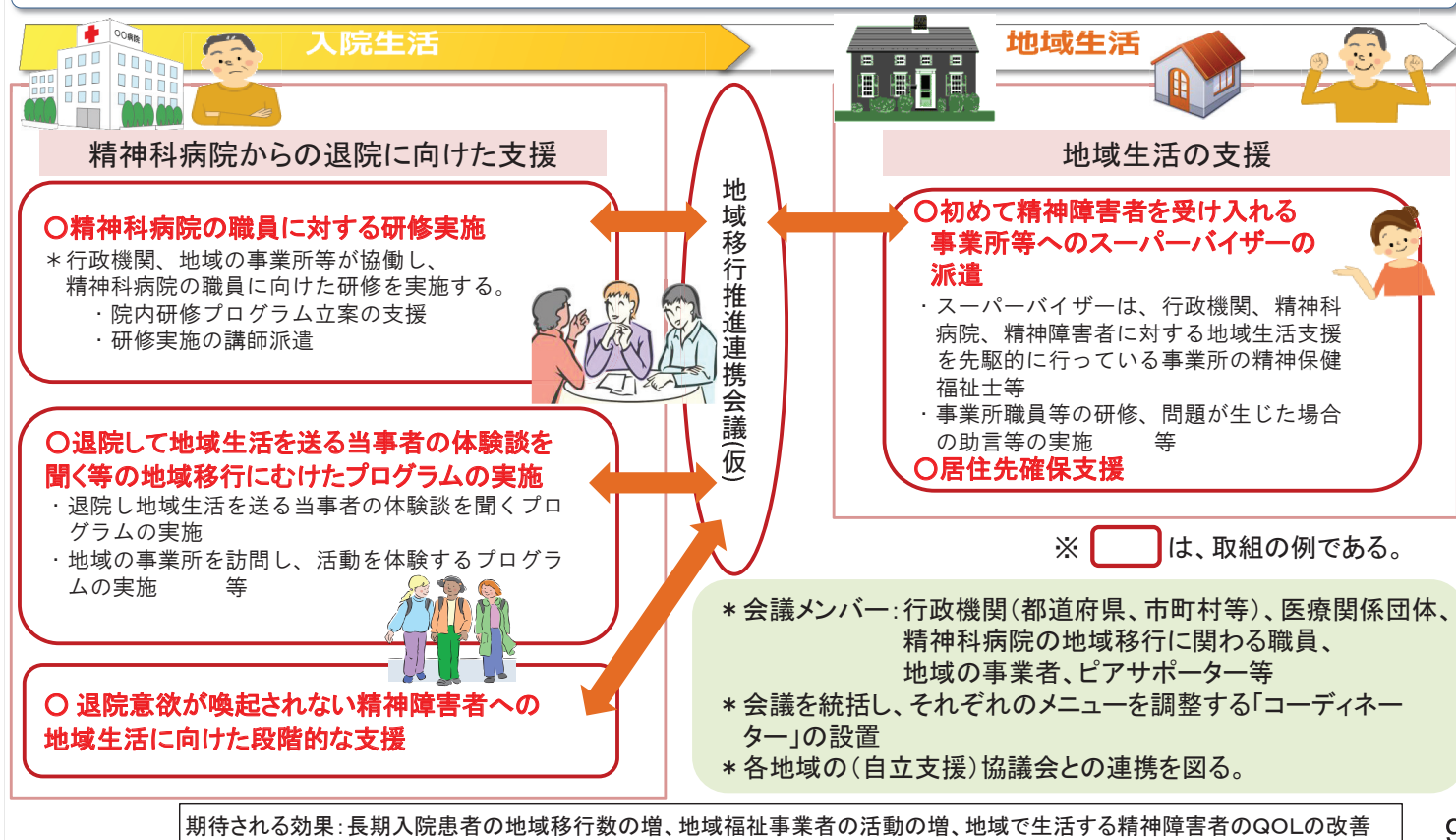
- 地域移行及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証。【再掲】

今後検討が必要な事項

- 用状況について検証する必要がある。

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。



9

病院敷地内におけるグループホームについて

- 平成26年7月にとりまとめられた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」（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取りまとめ）において、入院医療の必要性が低い精神障害者の居住の場の選択肢を増やすという観点から、病院の敷地内でのグループホームの試行的な実施について指摘がなされた。
- このため、精神病床の削減を前提に、障害者権利条約に基づく精神障害者の権利擁護の観点も踏まえつつ、例えば次のような具体的な条件を整備の上で、それらを全て満たす場合には病院の敷地内でのグループホームの設置を認めるよう検討しているところ。

I 利用者及び利用に当たっての条件

- ① **利用者本人の自由意思に基づく選択による利用であること。また、利用に当たっては利用者本人及び病院関係者以外の第三者が関与すること。**
 （サービス利用計画作成時等の機会をとらえながら、相談支援事業所など病院関係者以外の者が利用者の意向確認に関与する。また、病院から直接地域生活に移行することが基本であることを踏まえ、本サービスの利用以外にも考えうる支援案を利用者に示すように努める）
- ② **利用対象者は、原則、現時点で長期入院している精神障害者に限定すること。**
 （利用対象者は、原則、本サービスの実施日時点で長期入院している者とする）
- ③ **利用期間を設けること。**（利用期間は2年以内で、やむを得ない場合には更新可能とする）

Ⅱ 支援体制や構造上の条件

- ④ **利用者のプライバシーが尊重されること。**（居室は原則個室とする。病院職員や病院に通院してくる通常の病院利用者が本サービスの利用者の生活圏に立ち入らないように配慮する）
- ⑤ **食事や日中活動の場等は利用者本人の自由にする。**（食事は世話人による提供等以外にも、本人が希望する場合は病院の食堂等の利用も可能とする。また、日中活動の場所や内容を病院が指定・強制することはしない）
- ⑥ **外部との面会や外出は利用者本人の自由にする。**（建物の管理に当たって防犯上の問題などやむを得ない場合を除き、面会や外出について病院の許可等を課すことはしない）
- ⑦ **居住資源が不足している地域であること。**（GHの整備量が障害福祉計画に定める量に比べて不足している地域とする）
- ⑧ **病院が地域から孤立した場所でないこと。**（住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域とする（基準省令第210条第1項と同趣旨））
- ⑨ **構造的に病院から一定の独立性が確保されていること。**（本サービスの提供の場と病院機能の場で、出入口が異なる、廊下等でも直接行き来できなくなっている）
- ⑩ **従業員は、病院の職員と兼務しないこと。**（病院の職員や夜勤・宿直職員が本サービスの日中や夜間の従業者を兼務することはない）

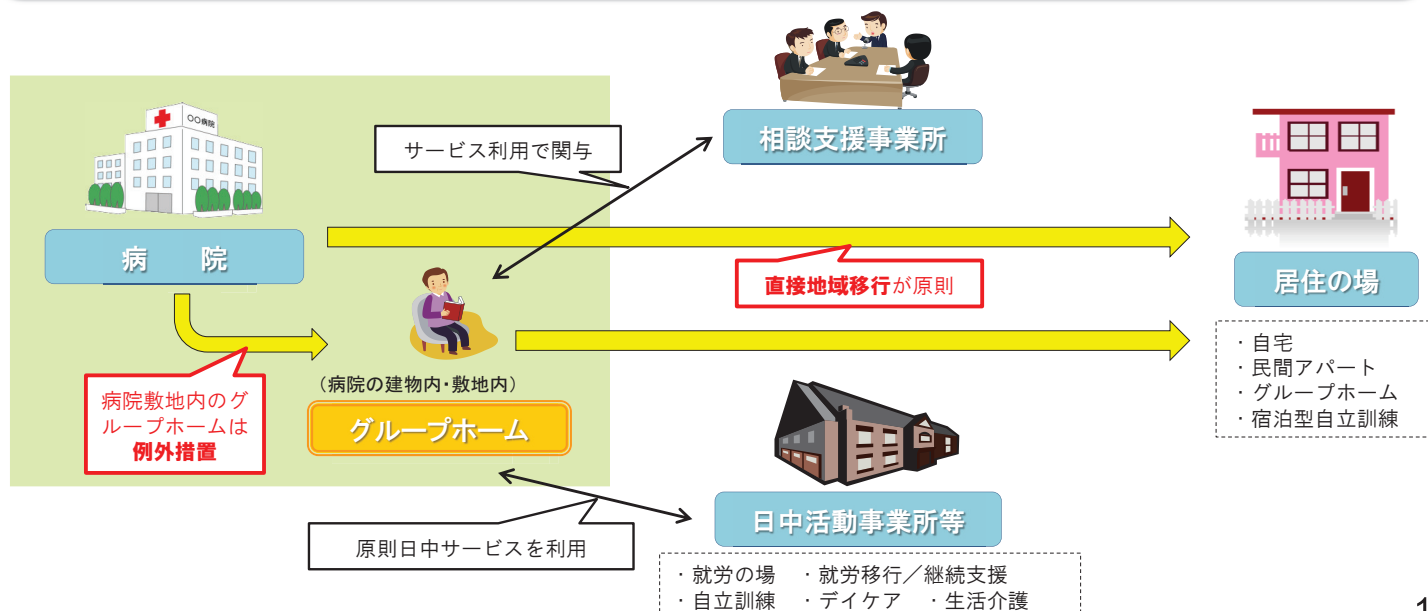
Ⅲ 運営上の条件

- ⑪ **本サービスを利用中も、引き続き地域生活への移行に向けた支援を実施すること。**（利用期間中も引き続き地域生活への移行に向けた支援を実施する）
- ⑫ **運営に関して第三者による定期的な評価を受けること。**（利用者本人、家族、自治体職員、その他の関係者により構成される協議の場を設置し、活動状況の報告、要望、助言等を聴く。また、自治体が設置する協議会等において運営についての評価を受ける）
- ⑬ **時限的な施設とすること。**（まずは本サービス実施後6年間の運営を可能にするとともに、制度施行日から4年後をめどに3年間の実績を踏まえ、本サービスの在り方について検討する）

11

《参考》病院敷地内におけるグループホームのイメージ

- 病院に長期間入院している障害者のうち、入院医療の必要性が乏しい者については、退院後、自宅や民間アパート、グループホームなど直接地域での生活に移行することが原則である。
- しかし、退院後の生活に不安を持つなどやむを得ずすぐに地域生活に移行できない者も存在する。このため、こうした者が病院の近くで一定期間外部の日中活動サービス等を利用しながら日常生活を送り、退院後の生活に慣れることによって地域生活へ円滑に移行できるよう、通適的な居住の場として、一定の要件の下で病院の敷地内にグループホームを設置し地域生活への移行を支援する。（あくまでも地域移行を支援するための方策の選択肢の1つ）



12

長期入院精神障害者の地域移行に係る具体的方策の実施スケジュール

主な内容	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
H27概 算要求	○地域移行及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証 ○入院中の精神障害者の意思決定及び意思表示に関するモデル事業を実施 ○市町村における体制整備を推進	予算要求	各事業実施		
省令 改正	○病院敷地内でのGHの設置条件等について検討の上、試行的に実施	省令作成→パブコメ 順次条例改正 施行			
障害報 酬改定	○地域移行支援の初期段階における業務の評価を検討 ○地域移行支援による体験宿泊等の利用日数等の制限の在り方について検討 ○OGHIにおける重度障害者支援の評価を検討	H27改定に向けた議論 障害報酬改定 予定		H30改定に向けた議論 障害報酬改定 予定	
診療報 酬改定	○地域移行の促進に資する精神医療の取組について、次期診療報酬改定に向けた議論の場で検討	H28改定に向けた議論 診療報酬改定 予定		H30改定に向けた議論 診療報酬改定 予定	
介護報 酬改定	○特別養護老人ホームにおける精神障害者の受入れ促進	H27改定に向けた議論 介護報酬改定 予定		H30改定に向けた議論 介護報酬改定 予定	
障害福 祉計画	○長期入院精神障害者の減少目標等を設定 ○障害福祉サービスの計画的整備	5月 基本指針 告示	第4期障害福祉計画 基本指針		第5期(～H32) 障害福祉計画
介護保 険計画	○介護保険事業(支援)計画の基本指針で、障害福祉計画との調和規定を明確にする方向で調整。	10月 事務 連絡発出 基本指針 告示	第6期介護保険事業(支援)計画 基本指針		第7期(～H32) 介護保険事業(支援)計画
医療計 画等	○医療計画の目標の達成状況、地域医療構想(※)、地域医療介護総合確保基金の今後の検討状況を踏まえながら地域移行を推進 (※)一般病床と療養病床以外の取扱いについては、今後、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会において検討予定	9月 総合 確保方針 告示 地域医療構想力 イドラインの検討 →策定	地域医療介護総合確保基金 第6次医療計画 順次、地域医療構想を策定(医療計画に追記)	総合確保 方針改定 基本方針	第7次(～H35) 医療計画(地域医療 構想を含む)
その他 (H26 予算の 対応を 含む)	○退院後生活環境相談員・指導者の研修実施 ○保健所・市町村における精神障害者支援の実態に関する全国調査の実施 ○生活保護部局、住宅施策担当部局と連携 ○卒後教育について、医師臨床研修の到達目標・評価に関し、次回見直し(平成32年度適用)に向けて検討	順次実施			

13

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(概要)

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

※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
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

[ア]退院に向けた支援

[ア-1]退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わり確保等

[ア-2]本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援)等

[イ]地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実)等

[ウ]関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2.に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

<病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めるとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。
- ※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等
- ※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

平成 26 年 8 月 29 日

精神・障害保健課及び医療観察法医療体制整備推進室の 平成27年度予算概算要求の概要

厚生労働省障害保健福祉部
精神・障害保健課
医療観察法医療体制整備推進室

※金額は地域生活支援事業計上分を除いた額である。

○障害児・障害者への良質かつ適切な医療の提供 2,414億円(2,270億円)

1. 自立支援医療 2,360億円(2,217億円)

障害者・児の心身の障害の除去・軽減を図るため、自立支援医療の給付を行う。

※自立支援医療の利用者負担のあり方については、引き続き検討する。

(実施主体)

- ・ 精神通院医療: 都道府県、指定都市
- ・ 更生医療: 市町村
- ・ 育成医療: 市町村

(負担率)

- ・ 精神通院医療: 国 50/100、都道府県・指定都市 50/100
- ・ 更生医療: 国 50/100、都道府県 25/100、市町村 25/100
- ・ 育成医療: 国 50/100、都道府県 25/100、市町村 25/100

2. 措置入院 48億円(48億円)

精神保健福祉法の規定により、都道府県知事又は指定都市市長が入院させた精神障害者の入院に要する費用を負担する。

(交付先) 都道府県・指定都市 (補助率) 3/4

3. 医療保護入院 4.8億円(5.1億円)

琉球政府の負担において精神障害について医療を受けていた者が、復帰後も引き続き当該精神障害について医療を受けた場合の医療費を補助する。

(交付先) 沖縄県 (補助率) 8/10

○高齢・長期入院の精神障害者などの地域移行・地域定着支援の推進 24億円(20億円)

1. 高齢・長期入院精神障害者の地域移行・地域定着の推進

5. 9億円(0. 8億円)

(1) 都道府県・市町村における地域移行支援に係る体制整備【一部新規】(地域生活支援事業のメニュー)

長期入院精神障害者の地域移行を確実に実施するため、都道府県・市町村に精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置し、精神障害者の地域移行支援に係る体制整備のための調整業務を行う。

(補助先)都道府県・市町村 (補助率) 1/2

(2) 医療機関における高齢・長期入院精神障害者の地域移行・地域定着の推進(一部地域生活支援事業のメニュー) 5. 1億円(0. 8億円)

① 精神科病院の職員に向けた研修や、地域の事業所へのスーパーバイザーの派遣、退院して地域生活を送る当事者の体験談を聞くプログラムの実施等、長期入院精神障害者の地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。【新規】

(補助先)都道府県・指定都市 (補助率)定額

② 入院患者の約半数を占める高齢入院患者を対象に、院内の多職種と地域の関係者がチームとなり、退院に向けた包括的な地域支援プログラムを実施し、一般制度化を目指す。

(補助先)都道府県・指定都市 (補助率)1/2

(3) 精神障害者の意思決定や意思表示に関する支援の推進【新規】

50百万円

精神保健福祉法の一部を改正する法律(平成 25 年法律第 47 号)の見直し規定に基づき、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方について検討するためにモデル事業を行い、その手法等について検証する。

(補助先)都道府県・指定都市 (補助率)定額(10/10)

(4) 地域移行に係る地域資源の調査【新規】

7百万円及び一部地域生活支援事業のメニュー

精神障害者が地域で生活するために必要な地域資源の整備状況を調査する。

(委託先)調査の企画:民間団体等

調査の実施：都道府県
(補助率)調査の実施：1／2

2. 精神科救急医療体制の整備 18億円(19億円)

地域で生活する精神障害者の病状の急変時に、早期に対応が可能な医療体制を確保するため、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を整備する。

(補助先)都道府県・指定都市 (補助率)1／2

3. 難治性精神疾患患者に対する地域での支援体制の整備

9百万円(17百万円)

難治性患者に対して専門的な治療を行うことにより、地域生活へ移行する例も少なくないとされているため、精神科病院と他の診療科を有する医療機関とのネットワークにより地域での支援体制を構築する。

(補助先)都道府県・指定都市 (補助率)1／2

4. 地域で生活する精神障害者へのアウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)体制の整備(地域生活支援事業のメニュー)

ひきこもり等の精神障害者を医療につなげるため、保健所等によるアウトリーチ(多職種による訪問支援)を行う。

(補助先)都道府県 (補助率)1／2

5. 退院後生活環境相談員指導者の養成【新規】 4百万円

精神保健福祉士等の資格がなく退院後生活環境相談員になろうとする者に対する研修の講義を行う者を養成するための研修を実施する。

(委託先)民間団体等

○自殺・うつ病対策の推進

5. 8億円(4. 4億円)

1. 自殺防止等に取り組む民間団体の支援

1. 3億円(1. 3億円)

全国的又は先進的な自殺の防止等に関する活動を行っている民間団体に対する支援を行う。

(補助先)民間団体 (補助率)定額

2. 地域での効果的な自殺対策の推進

(1) 地域自殺予防情報センターにおける専門相談等の実施体制の確保

66百万円(58百万円)

都道府県・指定都市に設置されている「地域自殺予防情報センター」にお

ける専門相談、関係機関のネットワーク化等の事業の実施に対する支援を行う。

(補助先)都道府県・指定都市 (補助率)1/2

(2) 自殺未遂者の再企図の防止【新規】 36百万円

医療機関において、自殺未遂者が当該医療機関に搬送された際の再度自殺を防止するために、臨床心理技術者等によるケースマネジメントを実施する。

(補助先)医療機関 (補助率)定額

(3) 自殺未遂者へのケアに当たる人材の育成 7百万円(7百万円)

自殺未遂者へのケアに当たる人材を育成するため、医療機関の従事者に対する研修を行う。

(委託先)民間団体

3. かかりつけ医等の相談体制の充実(地域生活支援事業のメニュー)

うつ病の早期発見・早期治療につなげるため、一般内科医、小児科医、ケースワーカー等の地域で活動する人に対するうつ病の基礎知識、診断、治療等に関する研修を行う。

(補助先)都道府県・指定都市 (補助率)1/2

4. 認知行動療法の普及の推進 1億円(1億円)

うつ病の治療で有効な認知行動療法(※)の普及を図るため、医療機関の従事者等に対して、認知行動療法の研修を行う。

※ものの受け取り方や考え方に働きかけて気持ちを楽にする精神療法

(補助先)民間団体 (補助率)定額

5. 地域で生活する精神障害者へのアウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)体制の整備(再掲)

6. 災害時心のケア支援体制の整備 46百万円(46百万円)

(1) 災害時等における心のケアの支援体制の整備 46百万円(46百万円)

「災害時こころの情報支援センター」において、災害派遣精神医療チーム(DPAT)派遣に係る連絡調整業務や、心のケア活動への技術指導を行い、災害発生時又は災害発生に備えた都道府県等の体制整備を支援する。

(委託先)民間団体

- (2) 災害派遣精神医療チームの体制整備の推進(地域生活支援事業のメニュー)

事故・災害等の被害者への心的外傷後ストレス障害(PTSD)等心のケア対策を推進するため、各都道府県で DPAT の定期的な連絡会議を開催するなど、事故・災害等発生時における緊急対応体制の強化を図る。

(補助先)都道府県・指定都市 (補助率)1/2

○依存症対策の推進

1. 5億円(0. 4億円)

1. 依存症治療支援体制モデルの確立 12百万円(12百万円)

依存症治療を専門的に行っている全国の医療機関のうち1か所を「依存症全国拠点機関」に、5か所程度を「依存症治療拠点機関」にそれぞれ指定し、知見の集積、評価・検討を行い、支援体制モデルの確立を行う。

(補助先)依存症全国拠点機関:民間団体

依存症治療拠点機関:都道府県

(補助先)依存症全国拠点機関:定額

依存症治療拠点機関:1/2

2. 認知行動療法を用いた治療・回復プログラムの普及 1. 2億円

- (1) 依存症者の家族に対する支援【新規】 12百万円

現在、依存症者本人に対する認知行動療法を用いた治療・回復プログラムを実施している精神保健福祉センターのうち10か所程度を指定し、依存症者の家族に対する認知行動療法を用いた治療・回復プログラム(CRAFT)を実施する。

(補助先)都道府県 (補助率)1/2

- (2) 依存症者に対する治療・回復プログラムの普及促進【新規】 1. 1億円

依存症者本人に対する認知行動療法を用いた治療・回復プログラム(SMARPP)について、すべての精神保健福祉センターで実施できるよう普及促進を図る。

(補助先)都道府県、指定都市 (補助率)1/2

3. 依存症回復施設職員や依存症家族に対する研修の実施

19百万円(7百万円)

- (1) 依存症回復施設職員に対し、アルコール依存症、薬物依存症それぞれ
の特性を踏まえた研修を行う。

(委託先)民間団体

- (2) 依存症者の家族に対し、依存症に関する正しい知識の習得し、理解するための研修を行う。

(委託先)民間団体

- (3) 精神保健福祉センターで依存症対策に携わる者に、依存症者の家族に対する認知行動療法を用いた治療・回復プログラム(CRAFT)の研修を行う。

(委託先)民間団体

4. その他

地域依存症対策支援事業費(21百万円)は平成 26 年度限りで廃止する。

○その他の精神障害者施策等の推進 206億円(211億円)

1. 摂食障害治療体制の整備 19百万円(19百万円)

摂食障害の治療を専門的に行っている全国の医療機関のうち1か所を「摂食障害全国基幹センター」に、精神科又は心療内科外来を有する救急医療体制が整備された全国の総合病院のうち5か所程度を「摂食障害治療支援センター」にそれぞれ指定し、知見の集積、評価・検討を行い、支援体制モデルの確立を行う。

(補助先)摂食障害全国基幹センター:民間

摂食障害治療支援センター:都道府県

(補助率)摂食障害全国基幹センター:定額

摂食障害治療支援センター:1/2

2. てんかんの地域診療連携体制の整備【新規】 16百万円

てんかんの外科治療や、複数の診療科による集学的治療を行っている全国の医療機関のうち10か所程度を「てんかん診療拠点機関」に指定し、てんかん診療拠点機関を中心とした診療ネットワークを構築し、関係機関間での情報提供・連携を図る。

(補助先)都道府県 (補助率)1/2

3. 心神喪失者等医療観察法に基づく医療提供体制の確保

204億円(208億円)

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰を促進するため、指定入院医療機関の確保や通院医療を含む継続的な医療提供体制を整備するとともに、医療従事者に対する研修等により、医療の質の向上を図る。

4. その他

2. 1億円(2. 3億円)

- (1) PTSD・思春期精神保健に関する研修の実施 14百万円(14百万円)
自然災害、犯罪被害、事故等によるPTSD や、思春期児童の問題に対する適切な対応を図るため、医療従事者等に対する研修を行う。
(補助先)民間団体 (補助率)定額

- (2) 精神保健福祉センターにおける特定相談等の実施
90百万円(90百万円)
精神保健福祉法の規定に基づき、精神保健福祉センターが実施する特定相談及び社会復帰促進事業に係る経費について補助する。
(補助先)都道府県、指定都市 (補助率)1／3

- (3) その他
精神障害者医療ケア付きショートステイ検証事業費(17百万円)、精神保健福祉士養成担当職員研修事業費(20百万円)、退院請求に係る意見聴取等事業費(17百万円)は、平成26年度限りで廃止する。

○東日本大震災からの復興への支援 18億円(18億円)

東日本大震災による被災者の心のケア等を継続的に実施するため、被災3県(岩手県、宮城県、福島県)に設置した「心のケアセンター」で、精神保健福祉士等による訪問相談、医療の提供支援等を行うための体制整備を支援する。
(補助先)岩手県・宮城県・福島県 (補助金)定額

新たな財政支援制度の創設

中医協 総－８－３

２５．１２．２５

《５４４億円》※

- 医療従事者の確保・養成や在宅医療の推進、病床の機能分化・連携を図るため、関係法律の改正法案を平成26年通常国会に提出し、社会保障制度改革プログラム法に盛り込まれた新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を創設する。

なお、国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に分配することを求めるなどの対応を行う予定。

※ 新たな財政支援制度（基金）については、上記に加え、公費３６０億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は、公費で９０４億円（消費税増収活用分５４４億円、その他上乗せ措置３６０億円の合計額）。

〔対象事業（案）〕 ※関係法律の改正法案が成立した後、決定

① 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（地域枠に係る修学資金の貸与事業を含む）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、女性医師の復職支援等への財政支援を行う。

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・定着促進に係る事業、看護師等養成所の運営等への財政支援を行う。

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への財政支援を行う。

② 在宅医療（歯科を含む）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への財政支援を行う。

③ 医療提供体制の改革に向けた基盤整備

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、医療従事者の確保に資する医療機関等の施設及び設備等の整備への財政支援を行う。

* 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ビジョンが策定された後、さらなる拡充を検討する。

1

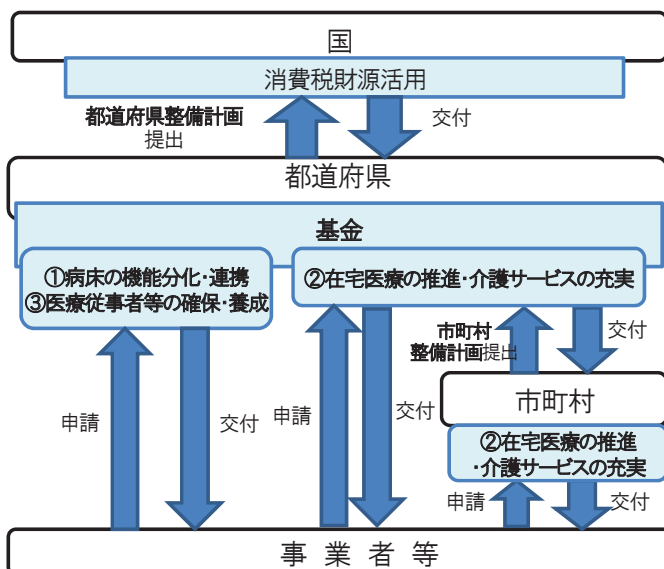
〔参考〕

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
消費税増収活用分544億円
その他上乗せ措置360億円

- 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整備計画に基づき事業実施。
- ◇ この仕組みについては、平成26年通常国会へ提出予定の医療・介護の法改正の中で、「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とを検討。
- ◇ 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分配される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本方針を策定し、対象事業を明確化。
 - ②都道府県は、整備計画を厚生労働省に提出。
 - ③国・都道府県・市町村が基本方針・計画策定に当たって公平性、透明性を確保するための協議の仕組みを設ける。
- ※国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に分配することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。

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) 看護職員等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

②

新たな財政支援制度における対象事業

「○」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
 - 認知症ケアパスや入退院時の連携パ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

4

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

平成26年度 地域医療介護総合確保基金 内示額一覧

都道府県	基金規模	内示額(国費)
01北海道	37.3億円	(24.9億円)
02青森	8.6億円	(5.8億円)
03岩手	10.2億円	(6.8億円)
04宮城	15.1億円	(10.1億円)
05秋田	10.7億円	(7.1億円)
06山形	10.8億円	(7.2億円)
07福島	15.6億円	(10.4億円)
08茨城	20.7億円	(13.8億円)
09栃木	14.5億円	(9.7億円)
10群馬	17.0億円	(11.3億円)
11埼玉	36.5億円	(24.3億円)
12千葉	34.6億円	(23.1億円)
13東京	77.3億円	(51.5億円)
14神奈川	38.5億円	(25.7億円)
15新潟	18.1億円	(12.1億円)
16富山	9.5億円	(6.3億円)
17石川	8.1億円	(5.4億円)
18福井	8.4億円	(5.6億円)
19山梨	10.6億円	(7.1億円)
20長野	15.3億円	(10.2億円)
21岐阜	20.9億円	(13.9億円)
22静岡	31.7億円	(21.1億円)
23愛知	32.0億円	(21.3億円)
24三重	16.5億円	(11.0億円)

都道府県	基金規模	内示額(国費)
25滋賀	14.2億円	(9.5億円)
26京都	24.7億円	(16.5億円)
27大阪	49.5億円	(33.0億円)
28兵庫	39.4億円	(26.3億円)
29奈良	10.4億円	(6.9億円)
30和歌山	9.5億円	(6.4億円)
31鳥取	13.2億円	(8.8億円)
32島根	18.1億円	(12.1億円)
33岡山	9.2億円	(6.2億円)
34広島	26.4億円	(17.6億円)
35山口	9.1億円	(6.0億円)
36徳島	17.8億円	(11.9億円)
37香川	14.9億円	(9.9億円)
38愛媛	8.4億円	(5.6億円)
39高知	8.0億円	(5.3億円)
40福岡	31.3億円	(20.9億円)
41佐賀	8.0億円	(5.3億円)
42長崎	8.7億円	(5.8億円)
43熊本	18.8億円	(12.5億円)
44大分	9.1億円	(6.1億円)
45宮崎	8.9億円	(5.9億円)
46鹿児島	9.9億円	(6.6億円)
47沖縄	17.7億円	(11.8億円)
合 計	903.7億円	(602.4億円)

※内示額：基金規模の2/3

Nothing About Us Without Us

私たち抜きに私たちのことを決めないで

生活をするのは
普通の場所がいい

6.26

STOP! 精神科
病棟転換型
居住系施設!!

緊急集会

もうこれ以上、病院や施設に入れ続けないで。
障害のある人も、地域をつくるひとりの市民。

厚生労働省検討会
7月1日
に延長

プログラム (0:00pm~3:00pm/11:00am 開場) ※手話・要約筆記あり

- 基調報告「なぜ、病棟転換型居住系施設を認めてはならないのか？」
- さまざまな立場の方から連帯のあいさつ～共感と応援のメッセージ～
- リレートーク1「私たちの声を聴いてください
～社会的入院を経験した当事者、そして家族・支援者の声～」
- リレートーク2「病棟転換問題と障害者権利条約を考える～障害の違いを超えて～」
- 緊急アピール(集会終了後、代表団が厚生労働省に届けます)

障害者権利条約はじまりの年に、
いきなり違反の施設づくり！
しかも財源は、増税された消費税？！



とき 2014年**6月26日(木)** 正午開始(午後3時終了予定)

ところ **日比谷野音** (野外音楽堂)
(東京都千代田区日比谷公園内)

《交通》地下鉄「霞が関」「日比谷」「内幸町」より徒歩2~4分、JR「新橋」「有楽町」より徒歩12分

主催 病棟転換型居住系施設について考える会 stopbttk@yahoo.co.jp

何故、病棟転換型居住系施設を認めてはならないのか？

5・20院内集会「基調報告」(長谷川利夫／杏林大学教授)より

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。

それは厚生労働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」のではなく「生きたい」のです。

障害をもっていようといなかりと、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が。

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になります。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)」という当事者の声が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。

国民は納得するでしょうか？これのどこが社会保障改革なのでしょうか？

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、誰しもが人権を守られ、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。

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）、大熊一夫（ジャーナリスト）、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）、西村直（きょうされん）、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）

《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

《6・26 緊急集会賛同金カンパのお願い》

この緊急集会は、精神科病棟転換により、精神障害のある人たちを長期にわたり病院に留め置く施設づくりに強い危惧を抱き、本来求められている一日も早い退院と地域生活への移行を願う有志による「病棟転換型居住系施設について考える会」が開催するものです。私たちの活動は、特定の組織等からの財政的支援によるものではなく、多くの方々の賛同により進められています。資金面におきましても、ぜひとも多くの方々の賛同とご協力を賜りたく、心よりお願い申し上げます。（一口千円。できるだけ複数口でのご協力をいただければ幸いです）。

【振込先：郵便振替】（口座番号）00510-9-85529

（加入者名）病棟転換型居住系施設について考える会



生活もあるのは普通の場所がいい
STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

6.26 緊急集会

速報

第11号 (2014年7月9日)

発行：病棟転換型居住系施設について考える会

6.26 緊急集会

3,200 人集まる!

報 告 と お 礼

2014年6月26日、病棟転換型施設反対を訴え3,200人が日比谷野外音楽堂に集まりました。そして、緊急アピールを採択しました。緊急集会開催が決定したのは6月4日、たった3週間の準備期間でした。しかし、北は北海道、南は沖縄、全国津々浦々から3,200人が集まり、精神科病棟転換問題について問題の声を上げました。院内に退院するなんておかしいこと、障害者権利条約批准したばかりの日本でとても許せない、やむにやまれず集まってきた……ということなのでしょう。

さて、この緊急集会開催にあたって、多くの方々からカンパを頂戴しました。

当日カンパ 664,371円、賛同カンパ 208,182円（振り込みなどで寄せられたもの）で 合計 872,553円 が集まりました。当日参加してくださったみなさま、当日は参加できなかったけれど、この集会の成功に向けて力を尽くしてくださった皆様に心よりお礼申し上げます。また、ご報告とお礼が大変遅くなったことをお詫びいたします。



病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『速報』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

普通の場所で暮らしたい！

病棟転換型居住系施設に反対し、人権を守るための緊急アピール

我が国における障害のある人たちの人権が重大な危機にさらされています。

現在、厚生労働省に設置されている「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する検討会」では、精神科病院の病棟を居住施設に転換する「病棟転換型居住系施設」構想が議論されています。

検討会は、長期入院をしている人たちが、地域で安心した暮らしを実現するための検討が目的だったのですが、余った病棟どう使うのかという議論にすり替えられています。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、看板を「施設」と架け替えてもそこは「地域」ではありません。

日本の人口は世界の2%にすぎませんが、精神科病床は世界の2割を占めています。日本に重症の精神疾患が多発しているわけではありません。1年以上の入院が20万人、10年以上の入院が7万人、諸外国なら退院している人がほとんどです。

今すべきことは、長期入院を続けている人たちが、地域に帰るための支援態勢を整えることです。病棟転換型居住系施設ができてしまえば、入院している人たちは、病院の敷地内に留まることになってしまいます。そればかりか、統合失調症の入院者が激減し、余ったベッドを認知症の人で埋めようという経営戦略の一環として、次なる社会的入院が生まれていくことが危惧されます。

我が国は、本年1月に障害者権利条約に批准しました。障害者権利条約では「他の者との平等を基礎として」という言葉が35回述べられ、第19条では、「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こと」としています。病棟転換型居住系施設はこれらに反し、国際的な非難をあびることになることは明らかです。さらに障害者権利条約を守らなくていいという前例をつくることにもなり、到底認めることはできません。もしもこのようなものを一旦認めてしまえば、日本の障害者や認知症の施策に多大な悪影響を及ぼすことは間違いありません。どんなに重い障害があろうと地域生活は誰にも侵すことのできない権利です。同時に家族に依存した支援のあり方を大きく変えていく必要があります。

病棟転換型居住系施設は、人権をないがしろにする「あってはならない施設」であり、日本の障害者施策、認知症施策全般の根幹を揺るがす愚策に他なりません。私たちは、この施設構想の検討をやめ、社会資源や地域サービスの構築を急ぎ、だれもが地域に普通に暮らすことができるよう強く求めます。

2014年6月26日

生活するのは普通の場所がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設！！

6.26 緊急集会 参加者一同

病院は
家じゃない！！

障害者権利条約
に違反！！

病院でも施設でも
死にたくない！！

誇りを持って
街で暮らしたい！！

病棟転換施設は
許せない！！

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『速報』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご利用ください。

《連絡先》長谷川利夫（杏林大学保健学部作業療法学科）

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

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

NEWS(No.11~20) -2-

生活もあるのは普通の場所がいい
STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

6.26緊急集会
速報

第12号（2014年7月12日）

発行：病棟転換型居住系施設について考える会

7月1日 第4回 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報告

歯切れの悪い検討会の幕切れ 反対の声を押し切ったの取りまとめ文書



2014年7月1日（火）第4回 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、厚生労働省専用第14会議室において開催された。傍聴者も多数詰めかけ、議論の行方を見守った。18時に開始した検討会だが、間に長い休憩が挟まり、22時ころに閉会となった。

結論は、地域への移行を大前提にし、病床を削減することを明記しつつ、病棟転換型居住系施設を容認となった。試行事業の実施も盛り込まれた。当事者2名、家族1名は、最後まで病棟転換型居住系施設の反対を表明し、障害者権利条約違反であるという意見もあり、決して反対の声は少なかった。

ここでは、構成員の発言の一部を紹介し、検討会の報告とする。また、この取りまとめ文書についての当会の緊急声明を掲載する。

傍 聴 レ ポ ー ト

当事者・家族の声

当事者の澤田優美子構成員は、敷地内に居住の場を作ることは日本の恥。最後の取りまとめ案に対しても人権侵害であると厳しく指摘した。同じく当事者として参加している広田和子構成員も終始居住系施設反対の意見を述べ、取りまとめ文書にも当事者が反対の意見であることを明記することを強く求めた。また、前回の検討会で病床転換型居住系施設には反対であると明確に意思表示をしたみんなねっとの良田かおり構成員は、改めて病床転換型施設に反対の意を明らかにし、一方で医療・福祉のシステムの検討を早急に行うことを求めた。

居住系施設は凍結すべき 葛藤の上容認 危険な施策……

全国精神保健福祉センター長会の田邊等構成員は、「地域移行を進める病院とそうでない病院があり、居住系施設への転換は、後者の病院の延命策になることを危惧する。新たな二重の不幸が懸念される、現時点では転換はペンディング、いったん凍結すべき」と発言した。

千葉県精神科医療センターの平田豊明構成員は、「20万人の長期入院者を生み出した要因は、国の政策の誤り、民間精神科病院への安上り政策—これに対しては国は謝罪するべきである」としたうえで、「病棟を居住の場にするについて激しく葛藤する」としつつ、「例外的に認める」とした。

民間精神科病院の院長として、愛媛で病床削減を進めてきた長野敏弘構成員は、「病床を50床まで減らしてきて、全員が地域で暮らせる」とし、居住施設のリスクに触れながらも居住施設を認める発言を行った。全国自治体病院協議会の中島豊爾構成員は、平成6年の改革ビジョン後病床がほとんど減っていない現状に触れ、「危険な施策だが腹をくくった。国として病床がなぜ減らなかったのか謝罪すべき」と意見を述べた。

一方、千葉潜構成員は、「空いた病棟の維持費は一病棟100万以上。改修して黒字にならないければ解体してしまったほうがいい」としつつも、「選択肢として病床転換した居住施設の選択肢は残すべき」と発言。また、「病床転換よりも減反政策のようにベッドを減らした場合にお金を上げるほうがよい」といった発言もあった。

日本看護協会の中板育美構成員は、「基本は反対。取りまとめが後半の病棟転換に詳しく、誘導する報告書という感じで違和感」と指摘。また、全国保健所長会の倉橋俊至構成員は、「居住の場としての転換施設は望ましくない」としつつも、「病床転換を認めるとしても、経過措置であるとか、時間的・空間的条件を明示し、時限の移行措置として認めるべき」とした。

病棟転換型居住系施設は障害者権利条約、憲法に抵触

全国精神障害者地域生活支援協議会の伊澤雄一構成員は、「病床を減らすということは大歓迎、転換はありだが、居住はダメ。障害者権利条約、憲法に抵触する」と厳しく指摘し、そして、全国各地で「院内の居住施設はだめ」という声が上がっていることを紹介した。

傍聴を終えて

さまざまな立場の人たちの発言を紹介したが、居住系施設への転換を容認した人のなかにも、悩みつつ病床転換を認め、腹をくくらないと結論を出せないなどの発言があったことが印象的だった。また、この国の長期入院を生んだ精神科医療政策について、国は謝罪すべきという意見が2人の構成員から出たことを国はもっと重く受け止めるべきであろう。

当日示された取りまとめ文書にも気になる点は多々ある。例えば、病床削減を明記したことは今回の大きなポイントであったが、結局精神病床の適正な数の明記はなく、「不必要になる病床を削減する」期限も明記されなかった。また、伊澤構成員がたびたび指摘してきたように末尾に『検討する』『検討を行う』が多用されており、この後の検討は誰がどのように行うのか、不明のまま。合わせて、試行事業の実施が明記されたことも気がかりだ。試行事業で居住系施設を実質化してしまうことが危惧される。

そして、言うまでもなく障害者権利条約軽視、無視の施策であることを改めて指摘しておきたい。これは、「私たち抜きに私たちのことを決めないで」という世界の潮流を無視した動きでもあるのだ。

（文責 増田 一世）

7月1日の検討会の休憩後に厚労省から配布された資料 1

修正の基本的考え方

- あくまで、地域生活へ直接移行することが原則
- 今回の措置は、現在入院している患者を対象とする例外的なもの
- 認める条件については厳格にする
- まずは自治体と連携して試行的に実施し、その運用状況を検証

7月1日の検討会の休憩後に厚労省から配布された資料 2

（赤字の太字部分が休憩後に修正された部分）

修正案

【3. 部分を抜粋】

3. 病院の構造改革の方向性

（1）病院の構造改革に向けて

- 精神病床については、精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床と、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床とを分けて考えることが必要。
 - ※ 重度かつ慢性の定義は現在検討中
 - ※ 身体合併症のある精神障害者については、病状等が様々であることからその入院医療の在り方については別途検討が必要
 - ※ 新たに入院する精神障害者が原則1年未満で退院するための体制整備により、現在の入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床にはできる限り新たな精神障害者が流入しないことが前提。そのため、回復期の病床の在り方について**早急に**検討が必要
- 病院は医療を提供する場であることから、入院医療については、精神科救急・急性期・回復期の精神障害者及び重度かつ慢性の症状を有する精神障害者に対するもの等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者については、2. の各種方策を徹底して実施することにより、これまで以上に地域移行を進める。
- その上で、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床については、適正化され将来的に削減されることとなるが、
 - ・ 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策
 - ・ 精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行のための病院資源の活用について議論し、取りまとめた。
- なお、こうした構造改革のためには、必要な医療に人員と治療機能を集約できる財政的な方策が併せて必要。
- このような方策を進め、病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備や、医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、精神科救急・急性期・回復期、重度かつ慢性の入院機能、外来・デイケア・アウトリーチ等の機能又はその他の地域生活を支えるための医療の充実、地域生活支援や段階的な地域移行のために向けられることとなる。
- また、第4期障害福祉計画に係る国の基本指針においては、1年以上の長期在院者数について、

平成29年6月末時点で平成24年6月末時点と比べて18%以上削減することを目標値としており、併せて、医療計画における精神病床に係る基準病床数の見直しを進めることとしている。

- 精神疾患に係る医療計画に関しては、障害福祉計画に基づく取組や、病院の構造改革を踏まえ、基準病床数の設定や各地域ごとの医療機能の在り方について検討する。
- また、精神病床数の将来目標については、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の評価等を踏まえ、平成27年度以降に医療計画に反映することについて、今後検討する。

（2）急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策

病床が適正化され削減されるまでの過程において、当該病床を利用する精神障害者の地域移行をより一層進めるため、以下の方策を検討する。なお、この強化する方策は、医療法施行規則（病院に置くべき医師等の員数の標準）に沿った範囲で行うこととする。

① スタッフの配置等

- ・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置する。
- ・病院の管理者及びスタッフが積極的に地域移行支援に関われるよう、病院の管理者及びスタッフ等に、地域移行に関する研修を行う。

② ハード面での方策

- ・外部との交流を推進する観点から、病院内外の者が集える場所を設ける。
- ・病院内設備については、より地域生活に即した形にする。

③ ソフト面での方策

a. 外部との交流

- ・精神障害者本人の意向を踏まえ、例えば保健所スタッフ、地域の相談支援事業者、ピアサポーター等が精神障害者と面談を行う等外部との交流を推進する。

b. 訓練等（地域移行に向けた訓練や支援をいう。）の進め方

- ・本人中心の支援チームをつくり、医療と地域の役割分担ではなく、連続的な支援体制をつくる。
- ・訓練等については、既存の医療サービスの他、既存の福祉サービスについても積極的に活用する。
- ・計画的な訓練や、退院に向けたクリティカルパスの作成などにより可能な限り早期に退院できるように支援を行う。
- ・訓練等の実施場所については、病院外施設を積極的に活用することとするが、地域における体制整備が不十分な場合は院内で行う。

c. 訓練等の内容

- ・訓練等については、より実際の地域生活につながる内容になるよう充実を図り、回復訓練の場も生活の場となる地域（院外）を積極的に利用するようにし、本人の退院意欲を向上させ、

地域生活への移行を強力に促すものを中心に行う。

- ・精神障害者自身が病状を適切に把握し、再発を予防できるようにする観点から、疾病教育を充実し、自身の病気の理解を促すとともに、適切な服薬や、困ったときの相談、病状悪化時の通院等ができるようになるための訓練も行う。
- ・リハビリテーションプログラム（作業療法を含む。）については、地域移行に必要な能力の向上等を図るため、本人中心の支援を基本としつつ、地域住民、外部の支援者、ピアサポーター等と交流する機会の提供や、地域生活の実際的なプログラム（外部体験、内部職員やピアサポーター等による同行支援による外出等）等を積極的に行う。
- ・デイケアが必要な精神障害者については、地域移行を支援する観点から、地域生活を送る精神障害者と同程度に受けられる機会を確保する。
- ・高齢者等の運動能力の低下が危惧される精神障害者の訓練については、運動能力の維持向上を図るため、理学療法等の身体的リハビリテーションを実施できる体制であるかを考慮する。

d. その他

- ・病院は精神障害者の地域移行を積極的に支援する（経済的な自立、退院後の居住先の選定等）。
- ・入院中の精神障害者が、退院後に利用可能な障害福祉サービス、介護保険サービスについて検討と準備（障害支援区分認定等を含む支給決定の申請手続及び要介護認定の申請手続の周知等）ができるよう支援を行う。

（3）精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行のための病院資源の活用

- 2.〔ア〕の退院に向けた支援を徹底して実施することにより、長期入院精神障害者が地域移行していくことで、地域生活を支えるための医療の充実が必要となる。
- 2.〔ア〕の退院に向けた支援を徹底して実施してもなお、高齢等の理由により移動に否定的な意向を持つ人や、病院の敷地内なら安心して生活できるという意向を持つ人など、本人の自由意思として退院意欲が固まらない人が存在するという現実がある。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が、生活の場ではない、病院という医療の場を居住の場としている状態は、精神障害者本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、本来のあるべき姿ではない。また、長期入院精神障害者の半数以上が65歳以上であることを踏まえると、こうした状態を一刻も早く改善することが必要である。
- これらの、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が、**地域移行するには直接地域に移行することが原則であるが**、退院に向けた支援を徹底して行ってもなお入院したままとなるのであれば、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要である。
- これについて、医療法人等として保有する敷地等の資源や、病床の適正化により将来的に不要となった建物設備を、精神障害者の段階的な地域移行や地域生活支援のために活用することについて検討した。

○ これらの病院資源の有効活用については、病院の判断により、医療法等の関係法令を遵守した上で、以下 a～c のいずれの選択肢も取り得る。

a. 医療を提供する施設等としての活用（精神科救急・急性期病床、重度かつ慢性等の精神障害者に医療を提供する病床、外来・デイケア、アウトリーチ、訪問診療・訪問看護等の施設）

b. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場）

※ グループホームのほか、精神障害者以外の人も含めた住まいとして、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、民間の賃貸住宅等が考えられる。

なお、医療法人は、基本的に明確に病院と区分した上で、グループホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の設置を検討できる。それ以外の場合は、基本的に明確に病院と区分した上で、病院の開設者と別の者が居住の場として施設を開設する必要がある。

c. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場以外）

※ 宿泊型自立訓練事業所・短期入所事業所等の障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所、地域コミュニティのための施設等が考えられる。

なお、医療法人は、基本的に明確に病院と区分した上で、宿泊型自立訓練事業所・短期入所事業所等の障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所等の設置を検討できる。それ以外の場合は、基本的に明確に病院と区分した上で、病院の開設者と別の者が居住の場以外の施設を開設する必要がある。

○ こうした中、a. の医療を提供する施設としての活用又は c. の医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場以外）については、現行法令に則って適宜行われるべきものであるが、こうした活用のされ方が病院の構造改革の流れの中で、地域生活を支えるための医療・福祉の充実の観点や地域コミュニティとの関係を深める観点からより推進されるようにすべきとの意見があった。

○ b. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場）については、医療法人等として保有する敷地等の資源や、病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備を居住の場として活用することが、現行法令下でも多くは可能であるが、グループホームの活用のように現行法令下での規制では認められない方法を新たに認める場合には、地域生活により近い生活が送れるよう、本人の自由意思の担保、自由な生活の担保、第三者の関与、利用期間の設定等一定の条件の下に認めるべきとの意見が多かった。一方、いかなる条件においても認めるべきでないという意見もあった。

○ 可とする主な理由をまとめると、前述のような退院に向けた支援を徹底して実施してもなお本人の自由意思として退院意欲が固まらない人が存在することから、

- ・ 本人の意向に沿った選択肢の 1 つとして、
- ・ 本来目指すべき地域生活への段階的な移行を進めるための手段の 1 つとして、認めるべきという意見であった。

- 他方、否とする主な理由をまとめると、
 - ・ 精神障害者は病院と同じ建物内や敷地内である限り、その自由意思は担保されず、入院中と何ら変わらず地域生活とは言えない生活を強要される懸念があるため、認めるべきではない
 - ・ 病院による精神障害者の抱え込みとなる懸念があるため、認めるべきではないという意見であった。
- いずれの立場においても、精神障害者が本来の居住の場でないところで暮らしているという現状を改善することが必要であるとの認識は一致しており、現状を改善するためには、選択肢を増やすことが重要である。
- したがって、医療法人等として保有する敷地等の資源や、将来的に不必要となった建物設備等の居住の場としての活用のうち、当該居住の場が共同生活援助の指定を受ける選択肢を可能とするために、既存の地域移行型ホームに関する基準を参考としつつ、**障害者権利条約に基づく精神障害者の権利擁護の観点も踏まえ**、以下のような条件付けを行うという留保をつけた上で、病床削減を行った場合に認めることとし、グループホームの立地に係る規制（※）の見直し等必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の**事業を自治体と連携して試行的に実施し**運用状況を検証する**べきことが多くの構成員の一致した考え方であった**。
 - ※ グループホームについては、現行においては、「住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあり、かつ、入所施設又は病院の敷地外にあるようにしなければならない」とされている。なお、各自治体が地域の実情に応じて条件において別の定めをすることが可能。
- また、現行法令下でも設置可能な居住の場については、これらの条件を踏まえた運営が行われるよう十分配慮されることが望まれる。
- なお、検討会**においては**、あくまでも居住の場としての活用は否との**強い意見があった**。

【共同生活援助としての指定を受けることを認めるための条件】

- ・ 既存のグループホームの人員、設備及び運営に関する基準（※上記による見直しを行う部分を除く）を遵守すること
- ・ 精神障害者本人の自由意思に基づく選択の自由が担保されること
 - 例えば、当該居住の場の選択は精神障害者本人の自由意思で行われ、その他の選択肢が示された上で選択がなされるようにすること
- ・ 地域社会に包容され、参加する機会が確保されること
 - 例えば、居住の場が病院と明確に区別されるとともに、外出の自由が確保され、外部からの自由な訪問が可能である等地域に近い環境にあること
- ・ プライバシーが尊重されること
- ・ 地域移行に向けたステップとしての支援**とし、基本的な利用期間を設けること**

※ なお、具体的な条件については、別紙に掲げる「活用の場合に必要な条件として検討すべき事項（例）」に挙げた事項等について検討するとともに、①運営者が病院と同一法人である

か他法人又は個人であるか、②活用場所が入院機能も残っている建物内か入院機能とは別の建物か、に応じた更なる条件について検討することが必要である。

<別紙>

<居住の場としての活用も可との意見>

【活用の前提】

- ・ 現行法令下でも、精神障害者に限定せず、精神障害者以外の人の利用を含めた居住の場としての活用は可能。グループホームを含め、精神障害者が居住の場として利用する場合は、権利擁護の観点からも人権侵害や不必要な管理等の行うべきではない制限や規則などを明確にすべき。

【活用の場合に必要な条件として検討すべき事項（例）】

- ・ 本人意向の最大限尊重、契約行為が前提であり、本人の自由意思を担保する仕組みを設けるべき。（入居後も継続的に意向確認すべき）
- ・ 精神障害者の入居時は第三者が関与すべき。
- ・ **原則として利用対象者を現時点での長期入院精神障害者に限定すべき。**
- ・ 外部との面会や外出を自由にすべき。
- ・ 食事、日中活動の場等の自由を担保すべき。
- ・ 居住の場のスタッフについて、病院スタッフとの兼務は認めないべき。
- ・ 利用期間を限定すべき。
- ・ 運営に係る第三者評価を行うべき。
- ・ 入居後も本人の意思に沿った地域移行を促すべき。
- ・ 地域における居住資源が不足している場合に限定して設置を認めるべき。
- ・ 病院が地域から孤立していない場合に限定して設置を認めるべき。
- ・ 高齢で介護を必要としている精神障害者向けの支援として検討すべき。
- ・ 時限的な施設とすべき。（第三者が設置した場合は除く。）
- ・ 構造的に病院から一定の独立性を確保すべき（外階段など）。

<居住の場としての活用は否との意見>

- ・ 治療関係という主従関係をベースとした場所に居住の場を作ると、権利侵害が起きる可能性が高い。権利侵害が起きる可能性は厳に回避すべき。
- ・ 障害者権利条約から考えて、居住施設は駄目という前提のもと、居住の場以外の議論をしっかり行うべき。
- ・ 不必要となった建物設備を居住の場として使うのは、医療による精神障害者の抱え込みの構図である。

緊急声明

厚生労働省で昨年来開かれてきた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（「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」から改称）は、2014年7月1日、精神科病院への患者の囲い込みを続ける、きわめて深刻な人権侵害であるという強い意見を圧殺し、ついに病棟を転換し居住施設にすることを容認する具体的な方策を取りまとめた。

今回検討会でまとめられた具体的な方策が病床削減を実現するものとする考え方は、まったくの誤りである。病棟を転換し「病床を削減した」などということは絶対に許されてはならない。提案された病棟転換施設が精神科病院へ患者の囲い込みを継続させ、障害者権利条約、例えば第19条“自立した生活及び地域社会への包容”、特に同条(a)“特定の生活施設で生活する義務を負わないこと”等々数多くの条項に違反するものであることは明白である。当会では、本年5月20日の議員会館で院内集会、6月26日には日比谷野音にて3,200人の障害当事者や家族、現場の関係者を中心とする参加者と共に緊急集会を開催し、病棟転換に反対する緊急アピールを採択して厚生労働省に申し入れを行ってきた。しかしながら、構成員の大半が医師やサービス提供者で占められた検討会において病棟転換を容認する「具体的方策」なるものの取りまとめは強行された。私たちは、このことに対し厳重に抗議する。

検討会取りまとめの文書では「障害者権利条約に基づく精神障害者の権利擁護の観点も踏まえ」、「必要になった建物設備等の居住の場として活用」することが記載された。そもそも「障害者権利条約に基づいて病棟を転換する」ことなど論理上有り得ないことであり、「病棟を居住の場にする」ことはあってはならない。権利条約はそのようなことを求めている。私たちは国際社会から一層の非難を重ねることになる人権侵害の道を歩み始めるこの政策について断固として中止を求める。

それはいかなる条件付けを行おうとも歩み出してはいけないものであると確信する。

また「検討会取りまとめ文書」で提案された試行事業について「この事業を自治体と連携して試行的に実施し運用状況を検証すべき」と記載されたが、試行事業そのものも実施すべきではない。

なによりも、このような精神障害当事者に関する重要施策が、25人の構成員のうち精神障害者2人、家族1人、一方で医師は半数以上の13人という偏った構成の検討会において決定がなされたことについて、その正当性につき重大な疑義が生じている。今後、国や自治体において障害者施策を検討する委員会等においては、少なくとも半数以上を当事者・家族委員とし、当事者・家族の意見が反映されるよう強く求める。

私たちは、引き続き、わが国の大多数の良識ある普通の人々と共同し、過剰な病床を抱える精神科病院の延命と福祉の名を借りた新たな隔離施設をつくり出そうとする本事業が撤回されるまで行動を続けることを決意する。

2014年7月3日

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>

生活もあるのは普通の場所がいい
STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

6.26 緊急集会
速報

第13号（2014年7月15日）

発行：病棟転換型居住系施設について考える会

地方紙の社説続々

居住系施設への転換を厳しく批判

6.26 緊急集会以後、地方紙の社説で病棟転換問題を取り上げています。こんなにあちこちで精神障害の問題が取り上げられたことはないのではないのでしょうか。

精神障害分野で日比谷野外音楽堂での3,200人の集会は、社会に大きなインパクトを与えたのでしょうか。同時にこの問題が、看過できない人権問題であることを物語っているのだと思います。

これからもあちこちの地方紙で、いえ、全国紙でもこの問題を取り上げる動きが活発になっていくことを期待しています。ぜひ、各地での声掛けをお願いします。各紙の社説に励まされつつ、各地での集会在活発に広がっていくことに期待したいと思います。

（今号では各紙の社説を紹介します。このほかにも地方紙で記事として取り上げられているものもありますので、それは次の機会にご紹介します）

● 河北新報 社説（2014年06月29日）

精神科病床転換／根本的な解決にはならない

精神科病院の病棟・病床をグループホームや老人ホームなど居住の場に転換する構想が、厚生労働省の有識者会議で検討され、論議を呼んでいる。

構想は長期入院患者が地域で生活できるようにするための具体策を探る中で提起された。将来余剰になる病床の活用策としながらも、「地域移行」を進める新たな選択肢としても議論しており、患者団体などからは「病院による患者の囲い込みが続く」と反発が相次ぐ。

病棟・病床を居住施設に転換することによって入院者を退院者と読み替え、長期入院を数字上解消させる狙いがあるのであれば、「看板の書き換え」との批判は免れないだろう。

そもそも長期入院の解消は、病院経営の支援や財政負担軽減の観点で論じる以前に、患

者の人権を最優先に考慮して取り組むべき課題である。転換構想が地域での暮らしを望む患者の願いに沿うものかどうか。慎重な議論が求められる。

厚労省が1年以上の入院患者を対象に行った聞き取り調査では、7割が退院を希望し、その6割が自宅やアパートの生活を望むという結果が出ている。大半は街の近くでの暮らしを望んでいて、「住まいが病院の敷地ならば退院したいか」という質問には、6割が「退院したくない」と答えた。

退院した人の調査では、退院して良かったこととして6割が「自由」を挙げ、6割が「病院敷地が住まいだった場合は住みたくなかった」と答えた。

街から離れたところに立地するケースが多い精神科病院の中に居住施設を設定されても、それは退院で手にする「自由」とならず、多くの患者にとって不本意であることが分かる。

長期入院解消の焦点は、「隔離」「孤立」を解くことにあることを忘れてはならない。

厚労省は2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で、退院可能な長期入院患者7万2千人を10年後に解消すると宣言した。しかし、目標年を迎えても状況は変わっていない。直近の調査では、入院患者32万人のうち半数が65歳以上、1年以上の入院は20万人、10年以上は6万5千人にも上る。

隔離収容施設として始まった精神科病院の特異な位置付け、医療関係者も含めた患者への無理解と偏見、保健福祉との連携不足など、解消を阻む課題の改善が進んでいないためだ。

仮に転換構想の考え方を、課題の一つである地域生活の受け皿整備に生かせる道があるとしても、真正面の解決策にはなり得ない。長期入院の構造を生む根本課題の解決にこそ集中して力を注ぐべきだろう。

退院を望みながらも10年、20年と病院に押し込まれ、そのまま病院で一生を終える人が大勢いる現実をどうするか。転換構想の議論は、この国の異常な精神医療福祉の実情をあらためて世に問う形にもなっている。

ここまで放置してきた責任も含め、社会全体で向き合う姿勢を再確認する必要がある。

● 東京新聞・中日新聞 社説（2014年7月1日）

病院の住居化 生き直す機会奪われる

精神科の社会的入院を解消するため、病棟を住居に転換する構想が強い反発を招いている。厚生労働省は白紙に戻すべきだ。患者を地域から切り離し、人生を立て直す機会を奪い去る懸念がある。

先日の東京・日比谷公園の野外大音楽堂は、病棟転換構想に反対する3200人で埋まっ

た。20年、30年の入院生活を強いられた精神障害者らが訴えたのは、地域には自由があるという素朴な喜びだった。

食事や風呂、買い物、旅行、仕事、出会い、プライバシー。人生の折り返し点を過ぎ、人間らしい暮らしを取り戻した。病院からの解放感が響き合うようだった。

厚労省の検討会で有力視されている長期入院の解消策は、こうした思いを逆なでする。空き病棟に手を加え、患者に“ついのすみか”として提供するというのだ。

人間としての復権を願う患者にとって、不自由の象徴である病院とは無縁の地で、生き直す時間が切要だ。病棟の住居化は、患者を地域に帰す責務を放棄し、人生を諦めさせかねない愚策である。

いったん住居への模様替えに資金投入されれば、満室を目指してフル活用されよう。利益を上げるため、病院による患者の囲い込みが再び常態化する恐れがある。

検討会は、厚労省が示した資料をよく吟味するべきだ。一年以上入院している患者と病院職員それぞれ百七十人の意見を聞き取った調査結果である。

概して、患者は病院の敷地には住みたくないと思っているのに、職員は敷地に住まうことが退院の条件と考えている。大きな意識の差が浮き彫りになっている。

民間主体の日本の精神科は、隔離収容体質が根強い。利益をもたらす患者の退院には後ろ向きになりがちだ。入院が長引くと、患者も意欲や生活能力をそがれ、医師らに追従する危うさが生じる。

この悪弊を絶ち、病院から患者を解放し、地域での自立生活と社会参加を支える。日本が批准した障害者権利条約の理念こそ、精神医療改革の土台に据えねばならない。病院経営ではなく、人権擁護のための改革である。

日本の精神病床は世界の2割を占める34万床に上り、批判が強い。病棟を住居に変え、病床と入院患者を減らす手法は、長期入院の実態を覆い隠すにすぎない。

町の中の住まいを確保する。地域医療や福祉を拡充する。病床純減を評価する。検討会は、正攻法の結論をまとめ上げるべきだ。

● 愛媛新聞 社説（2014年7月4日）

精神科病棟の転換容認「敷地内退院」では理念ゆがむ

障害者が等しく自由に「生きる権利」とその理念が今、ないがしろにされ、再びゆがめられようとしている。

厚生労働省は、有識者検討会の報告書を受け、精神科病院の病棟の一部を改装して介護施設などの「居住系施設」に転換し、退院した長期入院患者の受け皿とする構想を認める

方針を打ち出した。

検討会の出発点は、医療の必要性が低いのに病院にとどまる「社会的入院」の解消を目指すとともに、患者が地域生活に安心して戻れるよう、必要な支援や対策を議論することだった。にもかかわらず途中で、退院が増えれば経営が苦しくなるとの病院側の論理に偏り、空いた病棟を「有効活用」する構想が急浮上した。患者不在の議論には、疑問と憤りを禁じ得ない。

グループホームなどに転換した病棟に、入院患者が移れば退院とみなす一。「病院の敷地内に退院させる」とは、どう言い繕おうと看板の掛け替えにすぎず、矛盾と欺瞞に満ちた強弁と言うほかない。

厚労省は、入居を2年程度に限定し、外部と交流できるなどの条件を課す方針だが、地域移行には程遠い。新たな社会的入院を国が容認するなら、長年の精神障害者隔離政策への反省を忘れ、過ちを繰り返すことにつながりかねない。強く撤回を求めたい。

日本は、世界の全精神科病床の2割が集中する、驚くべき「精神病床大国」。入院患者は推計約32万人。うち1年以上の「長期」が20万人、10年以上が6万5千人もいる。

日本以外の国なら、普通に地域の中で暮らせる患者が、隔離政策と社会の偏見、支援態勢の圧倒的な不足によって入院を余儀なくされている現状は、一刻も早く改めねばならない。国は2004年、患者の社会復帰を促す方針に転換したが、支援策が不十分で10年たっても進んでいない。

しかし、例えば愛南町の御荘病院のように、こまめな訪問支援や、地域住民との長年の交流による信頼関係構築によって、地域での共生や病床削減に成功した例もある。移行期の今、患者本人や家族、熱心な医療者だけに負担がかからないよう、国は、地域の福祉サービスや在宅医療の充実を財政面、制度面で強力に後押しする責務があろう。

国連「障害者の権利条約」を日本が批准したのは、採択から約7年が過ぎた今年の1月。障害のあるすべての人に「地域社会で生活する平等の権利」などをうたう条約の理念を、批准した途端に踏みにじることは許されない。

世界の障害当事者共通のスローガンは「私たちのことを私たち抜きに決めないで」。今回の病棟転換容認への、長期入院患者自身や障害者団体からの抗議の声に、国は真摯に耳を傾けねばならない。

● 沖縄タイムズ 社説（2014年7月8日）

社説 [精神科病棟の居住化] 「地域移行」に逆行する

障がい者も、健常者も互いに人間としての存在を尊重し合い、助け合いながら生活する

のがあるべき地域社会の姿ではないだろうか。

厚生労働省は、精神科病院に長期入院している患者の退院を促すため、病棟を居住施設に転換することを条件付きで認める方針を固めた。空いた病棟を居住施設に改修して住ませ、これを「退院」と呼ぶのだという。詭弁（きべん）である。病院敷地内で一生を過ごす可能性が高く、社会復帰する道は閉ざされる。

障がい者団体らが「病院が患者を囲い込み、精神障がい者の隔離・収容を続けるだけ」と指摘するのは当然だ。厚労省は構想を撤回すべきだ。

厚労省の推計では、入院している精神障がい者は、全国で約32万人。1年以上の「長期」が約20万人を占め、うち10年以上は約6万5千人に上る。人口当たりの精神科病床数は先進国の中では最多である。精神障がい者を入院させ、社会から隔離する政策をとってきたからだ。先進諸国は治療を受けながら地域社会の中で生活するというのが基本である。厚労省は患者の立場に立っているのだろうか。退院を促せば病床が減る。それでは病院経営に影響を及ぼす。それを埋め合わせるための構想ではないのか。精神障がい者に対する偏見と差別も、助長することにつながる。

厚労省は2004年、「入院医療中心から地域生活中心へ」などの施策を掲げたが、実現していない。なぜ地域の受け皿づくりを実現することができなかったのか、検証が先ではないか。

■ ■

日本はことし1月、「障害者権利条約」を批准した。外務省によると、障がい者に関する初めての国際条約で、国連総会で条約が採択されてから約7年がたった。

条約の起草では、障がい者団体も同席し、発言した。「私たちのことを、私たち抜きに決めないで」という障がい者らのスローガンを実際に形にしたものだった。次の条項が盛り込まれている。「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（およ）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」。つまり他の人と平等であることを大前提に、住みたい場所に住み、誰と生活するかを選択できる。特定の施設で生活する義務はないことを明確にうたっている。

精神科病棟を居住施設に転換する構想は、この理念に逆行しているのは明らかだ。

■ ■

1年以上の入院患者170人、退院患者40人への厚労省の調査で「退院したい」が7割強で、希望退院先は自宅と賃貸住宅を合わせると6割強だった。病院敷地内だと「退院したくない」が6割を占めた。退院して最もよかったことは「自由がある」が6割と圧倒的だった。閉じ込められた世界から人間らしさを取り戻した喜びに違いない。

当事者のデータを見ると、厚労省の進めようとしている精神科病棟の居住施設化は、患者の立場を置き去りにした構想というほかない。厚労省は仕切り直す必要がある。

● 信濃毎日新聞 社説 (2014年7月8日)

精神病棟転換 患者のためになるのか

入院治療の必要がなくなっているのに長く入院を強いられている精神障害の人たちが地域に戻って暮らすことを、なおさら難しくしてしまわないか。懸念がぬぐえない。

厚生労働省が、精神科病院の病棟を居住施設に転換することを認める方針を固めた。病棟を改修してグループホームなどの生活の場とすることで、長期入院の解消につなげようというものだ。

退院して地域で暮らす「地域移行」が進まない中、現実的な対応とする見方もある。一方で「看板の掛け替えにすぎない」との批判が強い。長期入院の実態が覆い隠されることにもなりかねない。

統合失調症などの精神障害で入院している人は全国に約32万人。6万5千人は入院が10年以上に及ぶ。退院後の行き場がなく、何十年も入院している人も多い。高齢化が進み、年間およそ2万人が精神科病院で亡くなっている。

背景には、国が戦後、民間の精神科病院の建設を促進し、隔離収容する政策を取ってきたことがある。日本の精神病床は世界的に見ても多い。平均入院日数も約290日と突出して長い。

厚労省は2004年、入院中心の精神医療政策を転換。地域移行を支援して退院を促し、病床を10年間で7万床減らすことを目指した。けれども、病床の削減はほとんど進んでいない。

民間病院はベッドが空くと収入が減るため、患者を囲い込む傾向がある。社会の根強い偏見も地域移行を妨げてきた。その中で浮上したのが病棟の転換だ。

精神障害の当事者や支援者の反発は強い。6月の反対集会には3千人余が参加。長期入院を経験した精神障害者から「病棟転換は病院経営のためで、患者のためではない」といった声が相次いだ。

何よりも考えなくてはならないのは、長期入院によって精神障害者の人権が損なわれることだ。日本が1月に批准した障害者権利条約は「全ての障害者は地域社会で生活する平等の権利を有する」(第19条)と定めている。

国はその実現を図る責務がある。病棟の転換で「退院」したことになるれば、地域での生活につなげていく肝心の支援がおろそかになりかねない。患者の囲い込みが形を変えて続く恐れも大きい。

病院の外に住む場所を確保し、地域の医療、福祉の充実を図る—という本来の施策にこそ力を入れる必要がある。現実が厳しければなおさらだ。「今よりまし」で済ませてはならない。

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『速報』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

《連絡先》長谷川利夫 (杏林大学保健学部作業療法学科)

TEL.042-691-0011 (内線 4534) [携帯電話] 090-4616-5521 <http://blog.goo.ne.jp/tenkansisetu>

NEWS(No.11~20) -18-

生活もあるのは普通の場所がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

6.26緊急集会

速報

第14号（2014年7月18日）

発行：病棟転換型居住系施設について考える会

お知らせ

社会保障審議会障害者部会（第57回）が開催されます

日時：平成26年7月30日（水）16:00～18:00

場所：厚生労働省省議室（中央合同庁舎第5号館9階）

議題（予定）

- （1）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取りまとめについて
- （2）障害児支援の在り方に関する検討会報告書について
- （3）障害福祉サービス等報酬改定検討チームの検討状況について
- （4）その他

＊ 傍聴申込みは、7月23日正午まで（詳細は以下をご覧ください）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051045.html>

各地から

「病床転換型居住系施設」は障害者権利条約違反の声……

前号では、地方紙の社説をご紹介しましたが、6.26 緊急集会後に社説以外でも地方紙でこの問題が大きく取り上げられています。6月30日の埼玉新聞、7月10日の北海道新聞を紹介します。

そして、7月10日には和歌山弁護士会が声明を出しました。検討会で当事者委員が病棟を居住系施設に転換することを反対したことにも言及しています。

また、地方集会を予定しているというお話があちこちから聞こえてきています。今後、そんな情報もお伝えできたらと思っています。皆様からも情報をお寄せください。

● 埼玉新聞（2014年6月30日）

病棟転換住居に反対高まる さいたまの男性「地域で暮らす今幸せ」

厚生労働省の有識者検討会で浮上した精神科病院の病棟を退院患者の居住施設に転換する構想に対して、反対の声が全国的に高まっている。7月1日に開かれる有識者検討会が結論をまとめるとしており、長期入院を体験した元患者も黙ってはいられない。

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『速報』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

約23年に及ぶ入院を余儀なくされたさいたま市の辰村泰治さん（77）は「退院先が病院では、入院と同じ」と訴える。戦争に翻弄（ほんろう）された幼少時代と病院での半生を振り返り、「地域で、自分らしく暮らせる今が幸せ」と語った。



辰村泰治さん（左）とやどかりの里の増田一世さん＝さいたま市浦和区の県障害者交流センター

■22歳で統合失調症発症

辰村さんは1937年、満州国（当時）に生まれた。8歳で終戦。建築会社に勤務していた父はシベリアに抑留され、旧ソ連の陸軍病院で亡くなった。

母と2人の弟、お手伝いさんと身を寄せ合うようにして引き揚げ、北陸の母の実家に身を寄せた。間もなくすぐ下の弟が6歳で亡くなる。「弟は、死の床で『とうちゃん返せ』『とうちゃん返せ』と泣き叫んでいた」

中学生になると、待っていたのは母の死。祖母に育てられながら、親戚の援助で東京の大学に進学するが、22歳で統合失調症を発症した。

27歳まで入退院を3回繰り返した後に社会復帰。だが、39歳のときに胃潰瘍を患って湯治に行く途中、痛みのために下車した大宮駅のホームで倒れる。気付くと県南の精神科病院のベットの上だった。「救急隊員に満州に帰りたいと叫んだらしかった」

同院で胃潰瘍を手術し、薬物治療や電気ショック療法を受け、妄想も起こらなくなった。76年の入院から6年がたち、元気になった辰村さんは「退院したい」と院長に告げる。院長の返事は「退院しても、ろくなことがないよ。家は貸してくれないし、働き口もない」だった。

■もう一度自由な生活を

辰村さんは、病院で次第に重宝されるようになる。トイレや風呂の掃除、草むしり。厨房（ちゅうぼう）でも働いた。いずれもただ働き。当時、その病院に開放病棟はなく、背後でガチャンと鍵が閉まる音を聞きながら、仕事場から部屋に戻る日々を過ごした。

担当医に退院について再び聞くと「引き取り手がないだろう」と言われた。いつしか外の世界を諦めた。

だが、病院の経営者が代わり、採用されたケースワーカーから「もう一度自分の自由な生活をしてみませんか」と退院を促される。辰村さんは「できるなら」と不安げに答えた。

ケースワーカーは地域で精神障害者を支援している「やどかりの里」（さいたま市）を紹介する。99年、62歳で辰村さんの新しい人生が動きだした。

やどかりの里の援護寮で社会復帰を訓練。配食関係の仕事もした。地域に暮らして15年。今は2間のアパートで読書を楽しみながら暮らしている。

「監視されていない。格子の付いた窓もない。好きな時に、好きな物を食べ、夜の9時以降もテレビが見られる。病院に行ってはいるが自由だ。やどかりの里のおかげです」。うれしそうに空を見た。青空だった。

やどかりの里常務理事の増田一世さんは、今回の構想の背景に、つくり過ぎた病床の問題があると指摘する。

「空いた病床を住まいに換えるのではなく、退院した人を地域に戻し、生活と権利を守りながら社会で支える仕組みが必要。現在の家族依存の支援の在り方も見直すべき」と話している。

2014年7月10日 (木) 北海道新聞22面

精神科病院に長期入院している患者を、地域での生活に戻すにはどうすればいいのか。厚生労働省の有識者検討会が今月1日まとめた最終報告書では、病床を減らした上で、空いた病床をグループホームなどの居住施設に変えることが柱となった。ただ、議論の中で患者側から「病院敷地内の施設では、地域社会で暮らすとは言えない」と反対が強かったこともあり、まずは試験実施にとどめた。関係者団体から意見を聞いた。

(佐藤 一)

精神科病棟を居住施設に

最終報告書が出る前の6月26日、東京・日比谷公園で、この方針に反対する集会が開かれ、当番者ら約3200人が詰めかけた。

問題の背景には、精神障害者の長期入院の実態がある。2011年の厚労省の調査では、精神科病床は全国で約34万床。入院患者は約25万人で、うち約20万人が1年以上入院し、平均入院期間は298日に上る。最も多いのは統合失調症で、認知症が続く。65歳以上が半数を占め、年間2万人が精神科病院で亡くなっている。

検討会では、退院をうながすため、病床を居住施設に変える案が浮上。病院側は「地域に戻った患者が暮らせる受

厚労省報告書に賛否

け血が少ない中では、病床への転換は必要」と一定の評価をしたが、患者団体は「単なる看板の掛け替え。病院による患者の抱え込みだ」と反論。検討会は、条件付きながら居住施設化を盛り込んだ報告をまとめることで押し切った。

最終報告書では、対象を原則、現在の入院患者に限定とし、病床から変えた居住施設の姿として、グループホームを有力視。その上で、▽住むかどうか本人の選択の自由を保障する▽外出の自由を確保▽病院と居住施設を明確に区別する▽地域での暮らしに向けたステップとして位置づけるため、利用期限を決めるなどの条件をつけている。

NPO法人 日本障害者協議会 藤井 克徳 代表

札幌・五稜会病院 中島 公博 理事長

退院後受け皿足りぬ現実



国は戦後、民間の精神科病院を増やす方針を取ってきた。その結果、世界でも類を見ない多量の病床数と長期入院患者を生み出してしまった。

2004年、入院中心の医療を改める方針を国は示したが、病床の削減は思うように進まない。病床数を減らせれば、病院の収入が減り、職員の雇用などにも影響が出る。また、退院後の受け皿となる「生活の場」も不足していた。長期入院は、病院経営の問題ととらえられがちだが、それは一面的な見方だ。

そこへ今回示されたの

患者の新たな「囲い込み」



精神科病院に入院して、症状が回復しても、病院以外に居場所がなく、長期入院を強いられる人たちがいる。いわゆる「社会的入院」という実態だ。この入院を解消し、早く地域に

帰れるようにしなければならぬ。精神障害の人たちはそれを望んでいる。これに対し、国と病院側は、病棟をグループホームなど居住系施設に改修し、ここを受け皿に退院して地域移行を図るという。しかし、これは退院した人を病院と同じ敷地内に居住させることを意味する。患者の新たな「囲い込み」であり、精神科病院のあり方の根本的な改善につながらない。これを地域移行だとするなら、「院内住宅」という奇妙な状況を生み出してしまふ。今回の病棟転換政策は、地域社会で生活する平等の権利を認める障害者権利条約に反する。決して容認できるものではない。

精神科病院の病棟を居住系施設に転換することに反対する会長声明

国は、現在「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（以下「検討会」という。）」において、「病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備を有効活用する」として、精神科病院の病棟をグループホーム等の施設（いわゆる病棟転換型居住系施設）に転換することで精神科病床や長期入院患者を減らす方向を打ち出している。本年7月1日に開催された第4回検討会（最終回）では、精神科病棟を居住の場として活用する方策を多数意見として盛り込んだ最終報告書がとりまとめられた。今後はこの報告書を踏まえ、国が制度の具体的内容を詰めることになる。

日本の精神科病床は約35万床あり、30万人以上の入院患者がいる。そのうち約20万人が1年以上の長期入院患者であり、10年以上の入院患者も約7万人いる。このような入院患者数や入院期間は諸外国と比較しても群を抜いて多い。この中には、適切な支援があれば退院し、地域社会で生活できるにもかかわらず、支援がないために入院を余儀なくされる社会的入院患者が多数含まれる。このような精神障害者が置かれている現状は、ハンセン病患者の例を想起しても明らかなように、国による隔離収容政策が招いた人権侵害である。

社会的入院の解消は喫緊の課題であるが、入院患者の退院は、本人がかつて暮らしていた地域社会へ現実に移行することが最も重要である。精神科病棟を居住系施設に転換しても、入院患者の居場所は変わらず、結局、地域社会と隔離された状態が続く可能性が高い。また病院から直接地域社会へ移行せず、間に病棟転換型居住系施設を挟むことで、却って地域社会への移行が遅れ、施設にいる期間が長くなることが強く懸念される。更に、従前の医療従事者が施設スタッフとして残る場合、入院患者との上下関係がそのまま残る。以上から検討会でも、精神障害を有する当事者委員はいずれも病棟転換型居住系施設に反対意見を述べた。

日本が本年1月に批准した障害者権利条約は、障害のある人が、他の市民と同様に、どこで誰と生活するかを自ら選択する権利を有し、特定の生活施設で生活する義務を負わないと定めている。今、国がすべきことは、このような権利の実現のため、地域社会の中で、デイサービスやグループホーム等の各種施策を展開し、内実を伴った地域移行を進めることである。

当会は、精神科病棟を病棟転換型居住系施設として利用する方策に強く反対し、国にその撤回を求めると共に、障害者権利条約に従い、長期入院患者が速やかに退院し、地域社会の中で生活することを保障する施策の実現を求める。

2014年（平成26年）7月10日

和歌山弁護士会

会長 小野原 聡 史

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『速報』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

《連絡先》長谷川利夫（杏林大学保健学部作業療法学科）

TEL.042-691-0011（内線 4534）〔携帯電話〕090-4616-5521 <http://blog.goo.ne.jp/tenkansisetu>

NEWS(No.11~20) -22-

生活もあるのは普通の場所がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

NEWS

通巻第15号（2014年8月8日）

発行：病棟転換型居住系施設について考える会

全国各地で地方集会の動き続々



STOP! 精神科病棟転換型居住系施設

住むところぐらい自分で決めさせてよ in 北海道

日 時 2014年8月11日(月) 14:00～16:30 参加費無料(受付開始 13:30～)

ところ 東区民センター 2F 大ホール

札幌市東区北11条東7丁目1-1(東区役所と併設)

地下鉄東豊線「東区役所駅」4番出口徒歩2分

空いた病棟をグループホームに変えた施設が、本当に退院し、地域社会で暮らすといえるのでしょうか？みなさんとともに、この問題について考えます。

プログラム

14:00 開会挨拶

14:10 学習会&現状報告 北海道立精神保健福祉センター 所長 田邊 等 先生

14:55 指定発言 当事者・家族・支援者それぞれの立場から

15:20 休憩

15:35 フロアー発言

16:15 まとめ&緊急アピール

16:30 終了(後片づけ)

構成団体 北海道精神障害者回復者クラブ連合会・札幌市精神障害者回復者クラブ連合会・
DPI北海道・北海道精神障害者家族連合会・障害者の生活と権利を守る北海道連絡協議会・
全国障害者問題研究会北海道支部・きょうされん北海道支部

みなさまへ

今号から「STOP! 精神科病棟転換型居住系施設！！ ニュース」として発行することになりました。皆様の情報をお待ちしております。



愛知県で……

共に考えましょう 病棟転換型居住系施設

日時 平成26年8月23日（土）午後1時30分～4時

会場 愛知県名古屋市健身会館3階大会議室

厚生労働省は、有識者検討会の報告書を受け、精神科病院の病棟・病床の一部をグループホームなどの「居住系施設」に転換し、長期入院患者の「地域移行」「退院」とみなす方針具体化を進めている。

精神障害者の「地域での生活」「自由と権利」は大きく歪められようとしている。検討会の出発点は、患者が地域生活に安心して戻れるよう、必要な支援や対策を議論することだった。国や関係者は、長期入院患者自身の体験や意見に、真摯に耳を傾けねばならない。

<プログラム>

基調講演 「病棟転換型居住系施設がもたらすもの」

山田昭義氏（6.26緊急集会呼びかけ人、DPI前議長）

リレートーク 聴いてください！！私たちの声を！！

「長期入院体験者」「家族会」「医療関係者」の皆さんから思いを伝えていただきます。

主催 ADF（愛知障害フォーラム）地域集会

企画運営団体：愛知県精神障害者家族会連合会

この他 福岡、福井、埼玉などで集会の開催予定 各地の情報をぜひお寄せください。

地方紙の社説続々 パート2

● 徳島新聞 社説 2014年07月26日

精神病棟転換 患者本位とは言えない

http://www.topics.or.jp/editorial/news/2014/07/news_14063347252544.html

病院経営の視点が優先されており、患者本位の改革とはとても言えない。

厚生労働省が、精神科病院の長期入院患者の退院を促すために、病棟の居住施設への転換を条件付きで認める方針を打ち出した。

医療上の必要性が低いのに病院にとどまる「社会的入院」の解消は、精神医療改革の重要課題であり、急がなければならない。

しかし、入院患者減少に伴って生じる病棟の空きスペースを居住施設などに改装し、退院する患者の受け皿にする計画は問題であり、見過ごすことはできない。

入院患者の地域生活復帰を図るための議論をしてきた有識者検討会が、病棟転換を多数意見として報告書に盛り込んだ。

社会的入院の解消が進まない中、現実的な対応だという見方もあるが、日弁連や患者団体は「単なる看板の掛け替えで隔離が続く。見かけ上、病床数が減るだけだ」「病院が経営のために患者を囲い込む構図は何も変わらない。人権上も問題が残る」と強く批判している。

病棟転換という構想は2012年に、日本精神科病院協会が提示した。長期入院患者は1人当たり年400万～500万円の診療報酬を病院にもたらしめている。病院の安定経営のため、入院に代わる収入源という考えがあるのは否定できないだろう。

退院後に暮らす場所が同じ病院の敷地内というのでは、実態は何も変わらない。反対派の言い分はもっともだ。

厚労省は批判を考慮して、退院の支援を徹底しても意欲が高まらない患者向けとするなどの条件付きとしているが、病院側が圧倒的に優位な立場であることを考えると、恣意的な運用への懸念は拭えない。厚労省には、方針の撤回を求めたい。

日本の精神科医療は、過去の隔離収容政策の影響が残り、入院患者数が先進国の中で突出して多いなど、国際的に立ち遅れが目立っている。

国内の病床は約34万あり、人口当たりでは先進国で最多である。1年以上の長期入院をしている患者は約20万人に上る。患者の高齢化も深刻だ。長期入院患者の52%が65歳以上で、年間約2万人が精神科病院で亡くなっている。

こうした状況に、厚労省は04年、約7万人いる「社会的入院」を10年間で解消するとの方針を掲げた。しかし、実際に減ったのは約1万床にとどまっている。なぜ計画通りに進まなかったのか。失敗を繰り返さないためにも、検証を徹底するのが先だろう。

長期入院患者を地域での暮らしに移行させる上で、「家族の意向」が障壁の一つといわれる。日本では、精神科の患者が地域で暮らすための訪問医療や福祉サービスが圧倒的に不足しており、家族が二の足を踏むからだ。

社会の偏見も根強い。それも患者を病院に閉じ込めている大きな要因となっている。

厚労省は、転換施設への入居期間を2年程度に限定する考えを示している。だが、受け入れる地域の態勢整備が十分進んでいない状況では、行き場のない患者が長期入居を強いられる恐れは強い。

社会的入院を減らすには、社会復帰や自立を支援する仕組み、訪問医療サービスの充実など、総合的な取り組みが必要だ。

● 高知新聞 社説 2014年07月30日

【精神科病床】地域で暮らせるように

<http://www.kochinews.co.jp/?&nwSrl=323681&nwIW=1&nwVt=knd>

経済協力開発機構（OECD）は、日本の精神科病床数が加盟国平均の4倍で、「脱施設化」が遅れているとの報告書をまとめた。

先進国の間では入院から地域医療へ移行させるのが主流となっているが、日本ではなかなか進んでいない。地域に戻り、自立して暮らせるよう支援に力を入れたい。

報告書によると、人口10万人当たりの精神科病床数は、OECD平均が68床なのに対し、日本は269床と加盟国の中で最も多い。

多くの病床は1年以上の長期間入院している患者で占められている。厚生労働省の推計では、全国に約32万人いる入院患者のうち長期は約20万人に上る。約6万5千人は10年以上だ。高齢化に伴い、認知症による入院も増えている。

厚労省は2004年、医療上の必要性が低い「社会的入院」の7万人を約10年かけて退院させる方針を掲げた。だが具体策が不十分で、病床数もほとんど減っていない。

退院が進まない理由はさまざま。一つには地域での受け皿が少ないことが挙げられる。例えば、精神科への入院歴があると、福祉施設への入所や一般住宅への入居が拒否されるケースが多い。

家族に対する支援も十分でない。在宅医療や福祉サービスが不足しているため、家族が退院に同意しない場合もあるという。

厚労省は再び、精神医療改革を試みようとしている。患者の退院を促し、病床の削減に取り組む。退院で空いた病棟は、条件付きでグループホームなどへの転換を認める方針も決めた。

この方針に対しては「単なる看板の掛け替え」「病院が患者を囲い込み、隔離を続けるだけ」と、障害者団体などから反発も出ている。

というのも、精神障害者は社会の偏見や国の隔離収容政策のため病院に追いやられた歴史がある。一方、病院も長期入院の患者は安定的な収入をもたらすとして手放さなかった側面が指摘されている。

大切なのは患者が地域での生活に復帰できることだ。グループホームへの入居は自由で一定期間に限るなど、条件をきちんと定め、運営状況をチェックする態勢が求められる。あくまでも地域へ戻る一つのステップだということを忘れてはならない。

● 中日新聞 7月28日

精神医療「脱施設」進まず

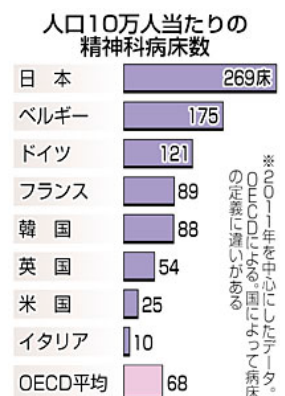
<http://iryuu.chunichi.co.jp/article/detail/20140728165144584>

先進34カ国が加盟する経済協力開発機構（OECD）は、各国の精神医療に関する報告書をまとめ、日本の精神科病床数はOECD平均の4倍で「脱施設化」が遅れていると指摘した。報告書によると、2011年前後のデータに基づく人口10万人当たり精神科病床数は、OECD平均で68床。それに対し日本は269床と突出しており、加盟国中で最も多い。

多くの病床が長期入院者で占められていることにも触れて「患者の地域生活を支える人的資源や住居が不足している」と指摘。精神障害者に対する社会の認識を変える必要があるとした。

年間の自殺率も、OECD平均の10万人当たり12.4人と比べて日本は20.9人と高く、「要注意」と警告。地域医療を担う全ての専門職に精神分野での能力を向上させるよう検討を求めた。

報告書は、厚生労働省が今月決めた精神科病棟の居住施設への転換容認には触れていないが、エミリー・ヒューレット担当分析官は「どんな変更であれ、患者の意思が何より大事だ。病床削減は多くの国が苦勞してきたが、長期入院の患者であっても支援態勢があれば、自立して地域で暮らせる可能性がある」と指摘している。



病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『速報』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご利用ください。

《連絡先》長谷川利夫（杏林大学保健学部作業療法学科）

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

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

生活もあるのは普通場所がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

NEWS

通巻第16号（2014年9月1日） 発行：病棟転換型居住系施設について考える会

地域情報満載……

みなさんの地域でも取り組んでみませんか。

大阪では

- ① 8月5日、障害者の自立と完全参加を目指す大阪連絡会議が大阪府との話し合いを行いました。
（大阪精神医療人権センターブログより）

冒頭で、障害者団体側から地域移行とは、住む場を移すだけではないこと、本人の住みたいところで生活をつくっていくことだという認識であることを府に確認しました。

そして病棟転換型居住系施設については国が認めたとしても、大阪府として国に対して問題提起をすること、府内においては決して認めないことを求めました。

会場からは、「大和川病院事件の反省からも、社会的入院をそのままにしているのは人権侵害との認識を！」との発言もありました。

府の回答は、国の動向をみている段階であること、まだ具体的なことが出てきておらず、実現可能性が低いとみている。必要であれば国に働きかける、もともとの「地域移行」のあるべき姿をつらぬく、とのことでした。

障害者団体側からは「すでに（国への働きかけは）必要な段階である！」と国への働きかけを再度求めました。

報告者：大阪精神医療人権センター 上坂紗絵子

- ② 9月1日付で大阪府知事に「病棟転換型居住系施設」に係る反対申し入れ書を提出しました。

- ③ 2014年10月3日（金）13：30～16：30 地域集会開催予定

厚生労働省は、精神科病棟の一部をグループホームなどの「居住系施設」に転換しようとしています。病棟の看板を書き換えることで、医療施設から福祉施設に転換させ、統計上の精神科病床数、入院患者数を減らそうとしているのです。

6月26日に東京で開催された「緊急集会」には、全国から当事者、家族、関係者等3,200人が集い、「病棟転換型居住系施設」に反対する意思を表明し、厚生労働省への申し入れを行いました。集会以後、地方紙の社説でこの問題が取り上げられるようになってきています。

ここ大阪において、改めてこの問題について当事者たちの意見を聞きながら共に考え、意見表明することが重要です！皆さん、お誘い合わせのうえ、お気軽にご参加ください。

■ 会場 市民交流センターひがしよどがわ 講堂 大阪市東淀川区西淡路1-4-18
TEL 06-6321-3816 最寄り駅 JR・地下鉄「新大阪駅」行き方・地図

- 内容 基調講演 長谷川利夫氏（杏林大学教授、病棟転換型居住系施設について考える会呼びかけ人）
リレートーク 入院経験者・家族・関係者の思い など
- 参加費 無料 ■ 参加申込 不要
- 主催 「病棟転換型居住系施設について考える会・大阪」実行委員会（下記4団体）
大阪精神障害者連絡会（ぼちぼちクラブ）、公益社団法人大阪府精神障害者家族会連合会（大家連）、
NPO 法人全国精神障害者地域生活支援協議会（あみ）、NPO 大阪精神医療人権センター
- お問い合わせ NPO 大阪精神医療人権センター TEL 06-6313-0056 / FAX 06-6313-0058
大阪府精神障害者家族会連合会（大家連）TEL 06-6941-5797

④ 大阪精神保健福祉士協会が反対声明を出しました。

【声明文】精神科病院の病床を施設に転換することに反対する

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4回）は、長期入院精神障害者の地域移行に対して直接的な地域移行を継続するのか、病床を居住の場へ転換するのかについて、その是非を検討し、病院敷地内に、既存のグループホーム等を基準とする病床転換型施設への移行を容認した。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）では、地域移行を進めるため、本人の支援として「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活支援」を徹底して実施することを掲げている。しかしながら、病院敷地内に整備される病床転換型施設の導入は、マンパワーの省力化による質の低下や長期入院精神障害者の直接的な地域移行の支援を弱体化させ、地域から隔離した敷地内施設へ永住する可能性が高まるものと予想される。

つまり、病院敷地内における病床転換型施設への移行は、地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性の指針と矛盾するものである。

よって、当協会は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4回）の決定に反対する。

国・都道府県および市町村は、長期入院精神障害者の計画的な地域移行が実現しうる目標値の設定や行程表を作成し、さらにそれを法制化し、精神障害者が安心して地域で生活していくために環境の整備をすることを要望する。

2014年8月7日

大阪精神保健福祉士協会



団体署名の取り組みが始まりました

長野県民に向けて『自分らしく地域社会の中で暮らしたい』精神科病棟転換型居住系施設は要りません をテーマに文書を作成し、当事者の意見、長期入院者の体験、市民の立場からの意見、支援専門職（精神保健福祉士）の意見、当事者会（ポプラの会）からの文書を掲載しています。

そして、賛同団体を募って、長野県知事に「精神障がい者が病院ではなく地域社会の中で自分らしく暮らせることを求める陳情書」、長野県議会議長に「精神障がい者が病院ではなく地域社会の中で自分らしく暮らせることを求める請願書」の提出を進めています。



埼玉では

研修会が開催され集会の準備が始まっています

2014年9月2日（火）午後1時半～午後5時

埼玉県精神障害者社会福祉事業所運営協議会 平成26年度 第1回全体研修会

病棟転換型居住系施設問題と権利を考える

～ 退院しても病院なんですか？ ～

「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する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。障害を持った人たちは「死ぬ」のではなく「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。」

5.20院内集会「基調報告」（長谷川利夫／杏林大学教授より）

耳にしたことはあるけれど実際は病棟転換型居住系施設とはどんなものなのか、この病棟転換型居住系施設の問題に明るい講師をお招きし、この問題についての改めて理解を深めるとともに、当事者の声や6.26の集会の報告、埼精社協の現状を聞き病棟転換型居住系施設と権利について考えてみませんか。まだ暑さの残る時期かとは思いますが、どうぞご参加ください。

場 所 埼玉県立精神保健福祉センター 研修室

参加費 無料

講 師 杏林大学 長谷川 利夫 教授

メッセージ あげお福祉会 当事者 田村 久夫 さん

後 援 埼玉県精神障害者団体連合会、埼玉県精神障害者家族会連合会、
埼玉県精神障害者地域生活支援協議会、きょうされん埼玉支部、埼玉県セルフセンター協議会

2014年10月29日（水）13:30～16:00

生活するなら普通の場所で！

日本の精神科病床数は35万床、世界中に精神科病床数の5分の1、一般病床を含めた日本中の病床数の5分の1を占めます。先進諸国の平均在院日数が20日前後、日本は1年以上が20万人にのぼります。

国が今年1月に批准した「障害者権利条約」では、どこで誰と生活するか選べる機会を持つこと、特定の生活様式を義務付けられないことが示されています。

そうした中で浮上した精神科病床転換居住系施設の問題。病院の敷地内で生活することが普通なのでしょうか……

報告 精神科病床転換型居住系施設をめぐる動き

増田 一世（埼玉県セルフセンター協議会会長・やどかりの里）

リレートーク 「共に考えよう！生活するなら普通の場所で」

当事者・家族・専門職の立場から

【主催】 埼玉県精神障害者団体連合会 埼玉県精神障害者家族会連合会 埼玉県精神障害者地域生活支援協議会
きょうされん埼玉支部 埼玉県セルフセンター協議会 精神障害者社会福祉事業所運営協議会

【お問合せ】 埼玉県精神障害者社会福祉事業所運営協議会（事務局） エンジュ（永瀬）

TEL 048-686-7875 / FAX 048-686-7985

東京では

杉並での2つの催し物

9月3日（水） 14時30分より 16時30分まで

「みんなで考えよう！！病棟転換型居住系施設とは？」

講師 長谷川利夫先生

会場 座・高円寺 杉並区高円寺北2-1-2（JR 高円寺北口より徒歩4, 5分）

10月8日（水） 13時より 16時45分まで

自主映画上映会

「むかし Matto の町があった」 監督マルコ・トゥルコ

会場 座・高円寺 杉並区高円寺北2-1-2（JR 高円寺北口より徒歩4, 5分）

主催 NPO 法人あおば福祉会 NPO 法人エルブ 杉並家族会

問い合わせ先 TEL 03-6383-6080（あおばケアセンター）

10月4日（土） 13:30 - 16:30

当事者会の学習会

精神保健福祉制度自主学習会

会場 福生市輝き市民サポートセンター（JR 青梅線福生駅改札となり）

テーマ 「病床転換型居住系施設」

講師 長谷川利夫先生（杏林大学）

主催 青梅精神障害者ピアサポートグループ「ぶ〜け」

地方紙の記事続々 パート3

● 佐賀新聞 論説 2014年08月25日

精神医療改革

厚生労働省の検討会は、精神科病院の長期入院者の退院を促すため、病棟の「居住系施設」への転換を条件付きで容認し、報告書をまとめた。だが、退院した患者が引き続き、病院で暮らすことにつながるため、「単なる看板の掛け替え」「病院が患者を囲い込み、精神障害者の隔離を続けるだけ」と根強い反対がある。問題の根は深い。地域で安心して暮らせる施策こそ整える必要がある。

病院に入院している精神障害者は全国で32万人。「長期」と位置づけられる1年以上が20万人を占める。うち6万5千人は10年以上になる。長期入院者の6割強は統合失調症の患者で、認知症患者も2割強を占めている。病床数では経済協力開発機構（OECD）加盟34カ国平均の4倍と突出しており、「脱施設化」が遅れている。

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。長い入院で患者は生活力と意欲が低下し、地域生活への移行が困難になる場合も少なくない。長すぎる入院は人権侵害との指摘もある。

国は2004年になって、入院中心の医療を改める方針を示したが、法的な位置づけがなく、改革は進まなかった。

欧米の精神科病院は公立が主体だが、日本はほぼ9割が民間経営という事情を抱えている。病院はベッドが空くと収入が減るため、退院支援にあまり積極的にならない傾向があるといわれる。

そこで厚労省の検討会で浮上したのが、「病棟をグループホームなど居住系施設に変えれば、ベッド数と入院患者数を減らせる」という考え方だ。福祉関係の検討会委員の提案が認められた。

委員からは「施設に変わることで外部の福祉事業者が入り込みやすくなり、医療現場に変化が期待できる」という意見もあった。だが、病院敷地内で「居住」することは、地域で暮らすこととは異なる。日弁連や障害者団体は「精神障害者を地域から分離する政策を存続させるだけ」と反対を表明した。

厚労省が今春、精神科の長期入院患者を対象にした調査では、希望退院先として賃貸住宅やグループホームなどを挙げた人のうち、「病院敷地内なら退院したくない」という人が6割弱を占めた。やはり患者が確実に地域社会に戻れるような制度を整備すべきだ。

佐賀県によると、県内で精神科病床に入院している推計患者数は3900人（2011年10月の厚労省調査）。このうち、受け入れ条件が整えば退院可能な推計患者数は737人となっている。退院しても家族のもとに住めない人はグループホームが受け皿の一つとなる。精神障害者に特化したグループホームは県内で22カ所。少しずつ増えてはいるが、単身生活者を受け入れるアパートも少なく、地域の居住施設はまだ足りない。

訪問診療や相談、就労支援などを含め、退院した患者を地域で支える体制の整備をもっと促したい。

加えて、地域生活を支える医療で病院経営が成り立つモデルを国が示し、病院がその方向へ移れるような支援が必要だ。精神障害者の地域生活が困難な背景には社会の偏見もある。町中で暮らせる施策を進めるには国民の意識改革も求められている。（横尾章）

● 福井新聞 (福井でのフォーラム) 2014年9月1日

精神障害者どう支援 病床の居住施設転換テーマ

精神科病院の病床を削減し、空いた病室を居住施設に転換する構想について考えるフォーラムが31日、福井市の県立図書館で開かれた。専門家による講演やシンポジウムを通じ、精神障害者が置かれている現状や必要な支援などに理解を深めた。

構想は、精神科病院で長期入院している患者の退院を促し、地域生活に戻るための方策を議論していた厚生労働省の有識者検討会が、7月にまとめた報告書に盛り込んだ。退院後も病院で暮らし続けることになるため、反発も出ている。

フォーラムでは、NPO 日本障害者協議会代表で、きょうされん専務理事の藤井克徳さん(福井市出身)が「働く権利と住まう権利」と題し講演した。精神病床の平均入院日数は276.6日で、フランスの5.9日、ドイツの24.2日などと比べ、日本では入院が長期に及ぶ現状を説明。『『社会的入院』』という言葉が表すように、医療上ではない理由で長期入院している」とし、▷働く場所や住まいがない▷家族の負担が大きく受け入れられない▷社会の偏見が根強い▷多くの退院者が出ると病院経営に支障が出る―ことが背景と指摘した。

藤井さんは精神障害者に必要な支援として、通院医療や出前医療で病院経営が成り立つ診療報酬制度、人的支援と所得保障の仕組みなどを挙げた上で「精神科病棟を居住施設に転換することは、奇策でしかない」と呼びかけた。(久保和男)



● 8月11日に開催された STOP! 精神科病棟転換型居住系施設 in 北海道

参加者の声

私たちは精神病院に入院すると、自由をととても制限されます。私たちは病院生活が苦しいので一日も早く退院して地域で暮らしたいと望みます。やっと退院して家に帰るととてもホットします。それなのに病院の中の住居で暮すというのは退院した気がしません。一生病院で暮さないとらないのでしょうか。

私たちの望みは、人格を持った人間として尊重され人並みの幸せな生活を送ることです。人並みの生活とは結婚して、子供を産み、朝「行ってまいります」と弁当を持って、家を出て職場に行き、夕方帰って一家だんらんをするような、普通の生活をする事です。病院の居住空間で生活することではありません。

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『NEWS』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

《連絡先》長谷川利夫 (杏林大学保健学部作業療学科)

TEL.042-691-0011 (内線 4534) [携帯電話] 090-4616-5521 <http://blog.goo.ne.jp/tenkansisetu>

NEWS(No.11~20) -32-

生活もあるのは普通場所がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

NEWS

通巻第17号(2014年9月12日) 発行: 病棟転換型居住系施設について考える会

病床転換型居住系施設は認められないと、全国の皆さんと力を合わせてこれまで取り組んできました。その私たちの取り組みを大きく後押ししてくれたのは、新聞やテレビの報道でした。これまでも速報やNEWSでご紹介してきたものもありますが、改めて節目ごとに一覧にしてみました。精神障害分野の問題がこれほどまでに各地でたびたび取り上げられてきたことはなかったのではないのでしょうか。

また、日比谷での6.26集会に先立って日本弁護士連合会が、会長声明を発表され、テレビ報道でもこの問題の本質を分かりやすく伝えてくれました。

各地での集会の資料などにご活用いただければ幸いです。また、ここに掲載されていない報道などがありましたら、ぜひご一報ください。

(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」についての新聞とテレビ報道 弁護士会反対声明

- 東京・中日新聞 『「地域と分断」当事者が反発』……………(2013・11/28)
- 朝日新聞・社説『精神科医療、病院と地域の溝うめよ』……………(2014・1/24)
- 東京・中日新聞『こちら特報部・転換型施設の推進案浮上』……………(5/19)
- 東京・中日新聞・社説『精神科病院、暮らしの場ではない』……………(5/19)

5・20「病棟転換型居住系施設について考える院内集会」

- 赤旗『「地域で暮らせない」精神科病棟を施設に、国会で反対集会』……………(5/21)
- 東京・中日新聞『精神科病棟→障害者住宅に改修「隔離から地域へ名目だけ」(5/21)
- 読売新聞『患者囲い込み続く懸念』……………(6/12)
- 朝日新聞『精神病床「住まい化」波紋、入院1年超20万人』……………(6/18)
- 上毛新聞『空き病床利用に反対』……………(6/24)
- 京都新聞『長期入院の固定化懸念(精神病床「居住の場」に活用方針)』……………(6/24)

生活をするのは普通の場所がいい

STOP！精神科病棟転換型居住系施設！！ 6.26 緊急集会
日比谷野外音楽堂が満杯・3,200 名参加

- 毎日新聞『精神病床解消策「隔離続く」』…………… (6 / 27)
- 埼玉新聞『「障害者権利条約に違反」精神科病棟転換で反対集会』…………… (6 / 27)
- 赤旗『普通の場所で生活を精神障害者ら集会』…………… (6 / 27)
- 河北新聞・社説『精神科病床転換／根本的な解決にはならない』…………… (6 / 29)
- 埼玉新聞『地域で暮らす今幸せ、精神科病棟転換高まる反対の声』…………… (6 / 30)
- 東京・中日新聞・社説『病院の居住化、生き直す機会奪われる』…………… (7 / 1)

7・1「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」

- 朝日新聞『精神病床「居住化」条件付きで容認へ』…………… (7 / 2)
- 毎日新聞『居住施設へ転換容認』…………… (7 / 2)
- 日本経済新聞『精神空き病棟、試験的に居住施設へ』…………… (7 / 2)
- 朝日新聞・社説『「精神医療改革」あくまで地域へ』…………… (7 / 4)
- 愛媛新聞・社説『「敷地内退院」では理念がゆがむ』…………… (7 / 4)
- ジャパントイム・社説『精神障害者の解決にはならない』…………… (7 / 7)
- 信濃毎日新聞・社説『精神科病棟転換／患者のためになるのか』…………… (7 / 8)
- 沖縄タイムス・社説『精神科病棟の居住化／「地域移行」に逆行する』…………… (7 / 8)
- 北海道新聞『厚労省報告に賛否・精神科病棟を居住系施設に』…………… (7 / 10)
- 読売新聞『精神病床数日本が突出』…………… (7 / 11)
- 読売新聞・社説『精神医療改革／社会的入院の解消を図りたい』…………… (7 / 13)
- 東京・中日新聞『病棟を居住施設に、精神科の長期入院対策の波紋』…………… (7 / 17)
- 朝日新聞・社説『精神医療改革 あくまでも地域へ』…………… (7 / 22)
- 徳島新聞・コラム『「朝三暮四」の厚生労働省』…………… (7 / 25)
- 徳島新聞・社説『精神科病棟転換／患者本位とはいえない』…………… (7 / 26)
- 東京・中日新聞『精神医療「脱施設化」進まず』…………… (7 / 28)
- 高知新聞・社説『【精神科病床】地域で暮らせるように』…………… (7 / 30)
- 社会新報『「転換型居住系施設」構想の問題』…………… (7 / 30)

- 高齢者住宅新聞『精神科病院の転換に問題、認知症入院者の議論全くなし』… (8/6)
- 赤旗・社説『精神科病院の病棟転換。看板書き換えは願いに逆らう』………… (8/4)
- 信濃毎日新聞・社説『精神病院から地域へ／尊厳を取り戻すために』………… (8/17)
- 赤旗『地域で暮らしたい・精神障害を持って生きる』(3回シリーズ)………… (8/24)
- 佐賀新聞・論説『精神医療改革』…………… (8/25)
- 福井新聞『精神障害者どう支援、病床の居住施設転換テーマ』…………… (9/1)

22紙・47回報道(内社説16回)

中央紙4紙(11回)、地方紙14紙(29回)、政党紙2紙(5回)、
英字新聞1紙、業界紙1紙

- 週刊金曜日『「病棟転換型居住系施設」構想で反対集会、厚労省「検討会」は条約違反』…………… (7/4)
- 雑誌FACTA『「認知症5万人」を幽閉する精神科病院』…………… (9月号)

異常に長い入院日数(病床数)を共通して指摘 ⇒
社会的問題に浮上

<テレビ放映>

- NHK・Eテレ「60歳からの青春～精神科病院40年をえて」…………… (6/10)
 - NHKクローズアップ現代『精神科病床が住居に？長期入院は減らせるか』… (7/24)
- 視聴率13.9%(1%100万人)「クローズアップ現代」今年第2位の視聴率

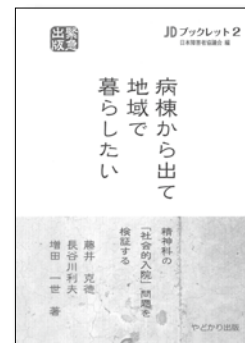
<弁護士会の反対声明>

- ①日本弁護士連合会…………… (6/6)
「精神科病院の病床を居住系施設に転換することに反対する日弁連会長声明」
- ②和歌山県弁護士…………… (7/10)
「精神科病院の病棟を居住系施設に転換することに反対する会長声明」
- ③大阪府弁護士会…………… (6/30)
「病床転換型居住系施設に反対する会長声明」
- ④東京弁護士会…………… (7/31)
「精神科病院の病床を居住系施設に転換することに反対する会長声明」

緊急出版

病棟転換型居住系施設**病棟から出て地域で暮らしたい**

精神科の「社会的入院」問題を検証する



A5版 124ページ 定価 1000円 2014年9月 やどかり出版

病棟転換型居住系施設問題は、看過できない社会問題である精神科病院への「社会的入院」を見かけ上解決してしまおうという動きでした。しかし、日本における「社会的入院」には、歴史的な背景の中、根深い問題が横たわっています。本書は、「社会的入院」問題の背景、その本質を伝えつつ、改革への具体的方策を描き出しています。

また、3,200人が集まった日比谷野外音楽堂での緊急集会でのリレートークが掲載されています。この人たちの声を社会に広く伝えたい、そんな思いを込めて本書が出版されました。全国各地で開催される集会や学習会の資料としてご活用いただければと思います。

目次**第1部 障害者権利条約からみた「社会的入院」問題**

- 第1章 「病棟転換型居住系施設」問題の背景と危険性 長谷川利夫
 第2章 社会的入院問題の背景と改革への視座 藤井克徳
 第3章 社会的入院の真の解決に向けて 増田一世

第2部 生活するのは普通の方がいい

- 第1章 新たな局面を迎えた精神障害分野 増田一世
 第2章 6.26 緊急集会リレートーク

* 地域での集会・学習会の資料で本書をご利用になる場合には、10冊以上ご注文の場合には2割引き+送料でお分けできます。(50冊以上の場合には2割引き+送料無料)

ご注文は、やどかり出版まで(電話 048-680-1891~1892 Fax 048-680-1894)

注文用紙

JD ブックレット2 病棟から出て地域で暮らしたい 精神科の「社会的入院」問題を検証する				冊 申し込みます	
ご住所	〒		Tel		
			Fax		
ふりがな お名前			E-mail		

病棟転換型居住系施設について考える会stopbttk@yahoo.co.jp

この『NEWS』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

《連絡先》長谷川利夫(杏林大学保健学部作業療法学科)

TEL.042-691-0011(内線 4534)〔携帯電話〕090-4616-5521 <http://blog.goo.ne.jp/tenkansisetu>

NEWS(No.11~20) -36-

生活もあるのは普通場所がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

NEWS

通巻第18号(2014年10月10日) 発行: 病棟転換型居住系施設について考える会

速報

11月13日 院内集会決定! 12:00~14:00

会場: 参議院議員会館 101 会議室

● 詳細は後日お知らせします

10/3 病棟転換型居住系施設について考える会・大阪 開催

山本 深雪 (大阪精神医療人権センター)

10月3日、「病棟転換型居住系施設について考える会・大阪」が開催されました。平日にもかかわらず、180人の参加がありました。(資料が当日足りない方が発生し、失礼しました)

大阪精神障害者連絡会(ぼちぼちクラブ)、公益社団法人大阪府精神障害者家族会連合会(大家連)、NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会(あみ)、NPO大阪精神医療人権センターの4団体主催の実行委員会形式で開催しました。



当日は府庁記者クラブにも連絡をしていた関係で、この間、長期入院から生還してきた本人をとりまく取材や病棟訪問活動を行っている人の普段の暮らし(地域生活支援センター利用やお弁当の配達など)の取材などがすすんでいます。

その内、一部が、昨日の考える会・大阪の様子も含め、関西テレビの夕方のニュースで

「考える会」では、この問題について、多くの地域で学習会を開催していただくことを願っています。数人での小規模の学習会でも、依頼があれば講師を派遣したいと考えています。テキストには『病棟から出て地域で暮らしたい』(やどかり出版)をご活用下さい。(本紙の4ページをご覧ください)

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『NEWS』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

流されると聞いています。画像の取り方の進め具合からドキュメンタリーもできる内容と時間数の経過等があり、こちらはまだ先でしょうがいずれも継続しています。

また新聞の論点に、この病棟転換型の意味することをテーマとした内容が、読売新聞で1つの面をさいて掲載される予定で、近日発行予定ときいています。(山の噴火などがおさまるのを祈りつつ)(注:2014年10月7日読売新聞論点スペシャル欄で報道)

世の中と私たちとの関係を問う、精神の病を得たものをずっと医療施設に閉じこめて、かたづけができたとする国の仕組みの貧しさよ!おまけに生活の場まで医療系しかないと言うなかれ。

私は年老いても、精神しょうがいを抱えていても、仲間づきあいできる人の輪で生きて生きたい、おかしいことにはおかしいと口にして。

○ 講師を務めた長谷川利夫さんの感想……

大阪ですが、東淀川の体育館で180名の方々が集まり、日比谷野音を思わせるような盛り上がりでした。

最後は、大阪弁護士会の方がリレートークに出られ、転換問題で大阪で力を合わせてやっているのがよくわかるような内容でした。

「こんなものはいらないと、府として国にちゃんと言ってくれ」という明確な主張がとも一体感をかもし出している感じがしました。

○ 共同通信配信記事

居住施設転換方針に反対 精神科病棟めぐり集会

<http://www.47news.jp/47topics/e/258025.php>

国が容認方針を固めた精神科病棟を精神障害者の居住施設に転換することについて、問題点などを報告しあう集会が3日、大阪市で開かれ、参加者らは「実質的に病院の管理下に置かれる。これまでの地域移行に向けた努力に水を差す」と反対の声を上げた。NPO法人「大阪精神医療人権センター」など4団体が主催した。

厚生労働省は7月、精神科病院の長期入院患者の退院を促すとして、入居年数など一定の制限付きで病棟を居住施設へ転換することを認めるとした。一方、当事者団体などからは「退院にならない。看板の掛け替えだ」との反対も根強い。

杏林大の長谷川利夫(はせがわ・としお)教授は「『障害者は特定の施設で生活する義務を負わない』とする障害者権利条約に違反する」と批判した。

大阪府は2000年に全国に先駆けて長期的入院を解消する事業を実施。退院した患者への面接調査で、8割以上が訪問看護などのケアを受けながら地域生活を継続し、現在の生活に「満足」と回答したという。

大阪人間科学大の辻井誠人(つじい・まこと)教授は「障害があると普通の暮らしができない社会は、不完全で不幸だ」と訴えた。(共同通信)

○ 大阪市では署名に取り組んでいます。

大阪市会議長

精神科病院の病棟を居住系施設に転換することに反対する 意見書提出を求める陳情書

【陳情趣旨】

2014年7月1日厚生労働省「長期入院精神障害者の地域以降に向けた具体的方策に係る検討会」(以下「検討会」)は、病棟を転換し居住系施設(介護精神型施設、グループホーム、アパートなど)にすることを容認する具体的な方策をとりまとめました。

精神科病棟の入院者数は全国で32万人、内1年以上入院は全体の7割近くの20万人を占め、入院の長期化が問題となっています。この問題を解消するために病院の空き病棟などを利用して居住系の施設に転換しようとしているのが「病床転換型居住系施設」です。

大阪府下の精神科病院は19480床、その内市内に233床です。ほとんどが府下にあり、しかも、山林や農地に囲まれた所にあることが多く、そうした病院内に居住系施設を造っても「退院すること」「地域で暮らすこと」になるのでしょうか?「退院」とは本人が入院前に暮らしていた地域社会への復帰(大阪弁護士会会長声明)です。これは、社会的入院を余儀なくされている人にとって不自由の象徴である病院の敷地内に「新たに収容される」ことであり、「新しい社会的入院」をつくることになるだけです。

第2回の「検討会」(平成26年5月12日)の資料「1長期入院精神障害者等からの意見聴取結果の報告」の中で「住まいが病院の敷地内なら退院したいですか?」という質問に「退院したくない」と答えた人が約60%もいました。そしてこの「検討会」の構成員25名中、当事者はたったの2名です。このように尊重されるべき当事者の意見が反映されないまま「取りまとめ」が行われているのは問題です。

これらのことは「病床転換型居住系施設」が障害者権利条約19条1.「障害者が、他の者と平等に、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居住施設で生活する義務を負わないこと。」に違反していることを示しています。

日本の精神科病院は90%が私立病院です。空きベッドがある限り、それを埋めようとする経営維持作用が働くわけで、医療保護入院などの強制入院も増加する可能性があります。精神科病院の経営優先でなく、生きづらさを抱えた人達が地域でみんなと一緒にいきいき暮らせるためにどうするかということを真剣に考えることこそが大事です。

以上により、当事者の意見が反映されていない「病床転換型居住系施設」は問題だと思えます。以下につき、意見書提出を求めて陳情いたします。

【陳情項目】

大阪市会から、精神科病院の病棟を居住系施設に転換することに反対する意見書を提出してください。

2014年11月

※この署名は、大阪市に提出する以外に使用しません。

署名呼びかけ団体…医療保護入院制度を考える会

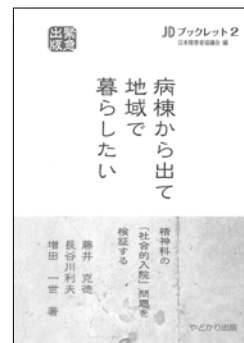
<連絡先> ☎ 090-8576-0196

緊急出版 「病棟転換型居住系施設」問題をめぐって

病棟から出て地域で暮らしたい

精神科の「社会的入院」問題を検証する

A5版 124ページ 定価 1000円 2014年9月 やどかり出版



病棟転換型居住系施設問題は、看過できない社会問題である精神科病院への「社会的入院」を見かけ上解決してしまおうという動きでした。しかし、日本における「社会的入院」には、歴史的な背景の中、根深い問題が横たわっています。本書は、「社会的入院」問題の背景、その本質を伝えつつ、改革への具体的方策を描き出しています。

また、3,200人が集まった日比谷野外音楽堂での緊急集会でのリレートークが掲載されています。この人たちの声を社会に広く伝えたい、そんな思いを込めて本書が出版されました。全国各地で開催される集会や学習会の資料としてご活用いただければと思います。

目次

第1部 障害者権利条約からみた「社会的入院」問題

- 第1章 「病棟転換型居住系施設」問題の背景と危険性 長谷川利夫
- 第2章 社会的入院問題の背景と改革への視座 藤井克徳
- 第3章 社会的入院の真の解決に向けて 増田一世

第2部 生活するのは普通の方がいい

- 第1章 新たな局面を迎えた精神障害分野 増田一世
- 第2章 6.26 緊急集会リレートーク

* 地域での集会・学習会の資料で本書をご利用になる場合には、10冊以上ご注文の場合には2割引き+送料でお分けできます。(50冊以上の場合には2割引き+送料無料)
ご注文は、やどかり出版まで(電話 048-680-1891 ~ 1892 Fax 048-680-1894)

注文用紙

JD ブックレット2 病棟から出て地域で暮らしたい 精神科の「社会的入院」問題を検証する				冊 申し込みます	
ご住所	〒		Tel		
			Fax		
ふりがな お名前			E-mail		

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『NEWS』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

《連絡先》長谷川利夫(杏林大学保健学部作業療法学科)

TEL.042-691-0011(内線 4534)〔携帯電話〕090-4616-5521 <http://blog.goo.ne.jp/tenkansisetu>

NEWS(No.11~20) -40-

生活もあるのは普通の方がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

NEWS

通巻第19号(2014年10月24日) 発行: 病棟転換型居住系施設について考える会

直前情報

生活するなら普通の方所で! 共に考えよう! 10月29日(水) 精神科病床転換居住系施設 in 埼玉

(会場: 埼玉会館小ホール 13時開場 13時30分~16時)

ぜひ、埼玉の集会にご参加ください!!

埼玉県で病棟転換型居住系施設が?

6月26日の日比谷野外音楽堂で3,200人もの方が集まった集会を受け、埼玉県でも6つの団体(埼玉県精神障害者団体連合会 埼玉県精神障害者家族会連合会 埼玉県精神障害者地域生活支援協議会 きょうされん埼玉支部 埼玉県セルフセンター協議会 精神障害者社会福祉事業所運営協議会)が集まって、集会の準備をしてきました。

その準備の最中に、埼玉県内で病棟転換型居住系施設を考えている病院があるという情報が飛び込んできたのです。また周囲の動きの様子を見ている病院もあるという情報も得ています。いろいろ調べてみると、病棟転換型居住系施設の動きは精神科病院の経営救済なのだということが、改めて明確になってきました。

そこで、急きょ埼玉県でこの集会を準備している人たちが、埼玉県議会の保健福祉医療委員会に所属する議員の皆さんに、この問題を知っていただき、集会への参加をお願いしているところです。

ある議員さんは、「日本に世界の2割の精神科病棟があることなど全く知らなかったし、病棟を住まいにするということも、その内容を知らなければそれもいいのかなあと感じてしまうところだった」と話してくれました。

実行委員会では、集会終了後の動きも大切にしようと話し合っています。集会アピールを採択し、さらに県に対する要請書を提出し、関係各所との話し合いを行っていきたいと考えています。

10.29 埼玉県での集会は、とても大事なタイミングでの集会となりました。500人定員の会場を満員にすることが大切です。「病棟転換型居住系施設を考える会」の長谷川利夫さんも連帯挨拶に駆け付けてくださいます。

埼玉県以外からもぜひご参加ください。一緒に集会を盛り上げていただければと思います。

「考える会」では、この問題について、多くの地域で学習会を開催していただくことを願っています。数人での小規模の学習会でも、依頼があれば講師を派遣したいと考えています。テキストには『病棟から出て地域で暮らしたい』(やどかり出版)をご活用下さい。(本紙の4ページをご覧ください)

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『NEWS』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極的にご活用ください。

* 情報1

地域医療介護総合確保基金の各都道府県の内示額示される

10月17日には厚生労働省が、地域医療介護総合確保基金の各都道府県の内示額一覧を発表しました。精神科病床転換費用も含まれる可能性のある基金です。以下のURLをクリックすると各県の内示額がわかります。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061597.html>

この基金は国2/3負担なので、都道府県には1/3負担があります。この基金が各都道府県でどのように使われていくのかが今後問題になります。そのあたりも各県で調べていく必要があります。

情報2は厚生労働省の概算要求についてです。いずれも都道府県の予算措置が必要になりますので、各都道府県での取り組みがとても大切になります。

* 情報2

**厚生労働省精神・障害保健課及び医療観察法医療体制
整備推進室の平成27年度予算概算要求の概要について
(関係部分一部抜粋)**

概算要求にも病棟転換関連予算が組み込まれています。

1. 高齢・長期入院精神障害者の地域移行・地域定着の推進

(2) 医療機関における高齢・長期入院精神障害者の地域移行・地域定着の推進（一部地域生活支援事業のメニュー）5.1億円（0.8億円）

① 精神科病院の職員に向けた研修や、地域の事業所へのスーパーバイザーの派遣、退院して地域生活を送る当事者の体験談を聞くプログラムの実施等、長期入院精神障害者の地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。【新規】

(補助先) 都道府県・指定都市(補助率) 定額

② 入院患者の約半数を占める高齢入院患者を対象に、院内の多職種と地域の関係者がチームとなり、退院に向けた包括的な地域支援プログラムを実施し、一般制度化を目指す。

(補助先) 都道府県・指定都市(補助率) 1/2

「……等、長期入院精神障害者の地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施」というところに病棟転換が含まれると厚生労働省の説明がありました。

*** 情報3**

病棟転換型居住系施設は認知症高齢者の受け皿に

福祉ジャーナリストの浅川氏は以下のサイト（ダイヤモンド社のビジネス情報サイト <http://diamond.jp/articles/print/59417>）で精神科病棟転換問題にも触れ、『精神科病床を居住施設に転換し、入院者をそこに移し、さらに空室には認知症高齢者を引き受けようという狙いだ』と指摘し、警鐘を鳴らしています。

*** 情報4**

読売新聞（10月7日） 読売新聞医療サイトに掲載

精神科入院 減らそう（1）医療から福祉へ転換を 伊澤さん

<http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=106183>

精神科入院 減らそう（2）管理が患者の意欲奪う 山本深雪さん

<http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=106184&from=popin>

精神科入院 減らそう（3）病院側も代わりたい 河崎さん

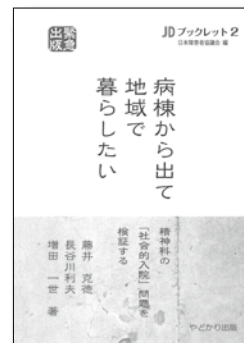
<http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=106185&from=popin>

緊急出版 「病棟転換型居住系施設」問題をめぐって

病棟から出て地域で暮らしたい

精神科の「社会的入院」問題を検証する

A5版 124ページ 定価 1000円 2014年9月 やどかり出版



病棟転換型居住系施設問題は、看過できない社会問題である精神科病院への「社会的入院」を見かけ上解決してしまおうという動きでした。しかし、日本における「社会的入院」には、歴史的な背景の中、根深い問題が横たわっています。本書は、「社会的入院」問題の背景、その本質を伝えつつ、改革への具体的方策を描き出しています。

また、3,200人が集まった日比谷野外音楽堂での緊急集会でのリレートークが掲載されています。この人たちの声を社会に広く伝えたい、そんな思いを込めて本書が出版されました。全国各地で開催される集会や学習会の資料としてご活用いただければと思います。

目次

第1部 障害者権利条約からみた「社会的入院」問題

- 第1章 「病棟転換型居住系施設」問題の背景と危険性 長谷川利夫
- 第2章 社会的入院問題の背景と改革への視座 藤井克徳
- 第3章 社会的入院の真の解決に向けて 増田一世

第2部 生活するのは普通の方がいい

- 第1章 新たな局面を迎えた精神障害分野 増田一世
- 第2章 6.26 緊急集会リレートーク

* 地域での集会・学習会の資料で本書をご利用になる場合には、10冊以上ご注文の場合には2割引き+送料でお分けできます。(50冊以上の場合には2割引き+送料無料)
ご注文は、やどかり出版まで(電話 048-680-1891 ~ 1892 Fax 048-680-1894)

注文用紙

JD ブックレット2 病棟から出て地域で暮らしたい 精神科の「社会的入院」問題を検証する				冊 申し込みます	
ご住所	〒		Tel		
			Fax		
ふりがな お名前			E-mail		

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『NEWS』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極にご活用ください。

《連絡先》長谷川利夫(杏林大学保健学部作業療法学科)

TEL.042-691-0011(内線 4534)〔携帯電話〕090-4616-5521 <http://blog.goo.ne.jp/tenkansisetu>

NEWS(No.11~20) -44-

生活もあるのは普通場所がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

NEWS

通巻第20号(2014年11月5日) 発行: 病棟転換型居住系施設について考える会

10.29 埼玉集会 **470**名 が参集

埼玉県では、日比谷野外音楽堂の6.26集会を受けて、埼玉でも病棟転換問題をテーマに集会を開催したいと、埼玉県精神障害者団体連合会・埼玉県精神障害者家族会連合会・埼玉県精神障害者地域生活支援協議会・精神障害者社会福祉事業所運営協議会・きょうされん埼玉支部・埼玉県セルフセンター協議会の6団体で実行委員会を組織し、集会開催に向けて準備を重ねてきました。

そして、10月29日(木)当日、500席ある埼玉会館小ホールがいっぱいになるのか、一堂ドキドキしながら開場を待ちました。結果的には470名が集まり、成功の裡に集会が終わりました。ゼロから始まった準備でしたので、会場費の捻出なども課題でしたが、会場カンパで11万円余りが集まりました。

<開会式……>



開会式は、埼玉県精神障害者団体連合会会長有村律子さんの開会あいさつに始まり、埼玉県議会の議員さんたちが壇上に上がり、各会派を代表してご挨拶をいただきました。各議員の皆さんは集会の最後まで参加し、熱心に話に聞き入っていました。議会でもこの問題を取り上げたいという発言もありました。

「考える会」では、この問題について、多くの地域で学習会を開催していただくことを願っています。数人での小規模の学習会でも、依頼があれば講師を派遣したいと考えています。テキストには『病棟から出て地域で暮らしたい』(やどかり出版)をご活用下さい。(本紙の4ページをご覧ください)

＜情報共有＞

この病棟転換問題の背景やなぜ病棟転換型居住系施設が問題なのかなど、スライドを使って埼玉県セルプセンター協議会の増田一世が報告しました。



→ この時の説明資料やPPTのデータは提供することができます。各地で集会を開催される際に、ご希望の方はご連絡いただければ、お送りします。

＜リレートーク＞

この集会のメインイベントはこのリレートークです。長期入院を経験して地域生活を送っている人など精神障害のある人、家族、民間精神科病院の医師、地域で福祉的な支援を行っている職員など、さまざまな立場の人たちが、壇上で自らの体験や意見を発表していきました。



— 病院の敷地と地域は全然違う！

初めてこうした舞台に立つ人もいて、一緒に働く職員の手助けも得ながら堂々と発表する姿がありました。また、援護寮（生活訓練施設、現在は宿泊型生活訓練事業など）を利用して、そこで出会った職員に支えられて退院してきたこと、できればあと10年早く退院したかったこと、どんなに開放的でも病院の敷地と地域は全然違うのだと、実感込めて語ってくれました。

— 精神科医の立場から

民間精神科病院の精神科医は、「自分がこの舞台に立って話をしようと思ったのは、長期入院の患者さんが退院して、地域生活を送る中で退院してよかったといってくれたことが、後押しになった」と語ってくれました。また、「入院中の患者さんの中には退院したくないという方もいて、病院にいとそこで終わってしまうけれど、その先が大事なんだ」とも話してくださいました。

精神科病院の押し出す力、院内にいる人たちへの地域からの働きかけ、地域で受け止める力がとても大切であることが伝わってきました。

— 地域での生活が大事

自身も22年間の経験をもち、さいたま市の自立支援員として、長期入院をされている方への働きかけをしてきた人は、今まで病室だったものに手を加えて退院患者の面倒をみようとはとんでもないこと。精神障害者の人権を無視した馬鹿にした話だと発言。



― 家族の声

わが子が受けた精神科医療の経験に基づき、1年半にわたった入院が何だったのか、疑問を呈されました。家族がいなかったら、助けてくれる医師がいなかったらと述懐されます。

そして、障害者権利条約が批准した日本で、精神障害者への社会の意識がまだまだ偏見に満ちていると指摘されました。

また、ある家族は精神疾患になったことを家族に申し訳ないと思わざるを得ない病気であることの不幸を切々と訴えました。

― 権利を意識して！

「良心的な精神科医がほとんどのはず、今回の問題は一部の精神科病院の問題。精神科病院は貧困ビジネスの真似事をしないほしい」

「親は親、子どもの人生は子どもが決める。病院が決めてはいけない。家族依存はおかしい。住まいは人権、権利を権利として使おう」

と精神障害のある人から力強いメッセージがありました。

― 街の中にこそ暮らしはある

これまで多くの長期入院者を受け入れてきたサポートステーションやどかり（宿泊型生活訓練や日中活動行う事業所）の職員は、「症状があっても、生活上に苦手なことがあっても地域生活はできる。30年、40年と入院していても自分の生活時間を取り戻し、24時間自由な時間のある喜び……そんな当たり前の喜びを感じて、再入院して過ごしている人たち。その人たちは今回の病棟転換問題について、病院の敷地内の生活は、街中生活、街の風を感じながらの生活とは大きく異なると断言している」と言います。

こうして12組のリレートークは、病棟転換型居住系施設の問題がどこにあるのか、参加者が考える時間となりました。



精神科病棟転換型居住系施設を考える会の長谷川利夫さん（杏林大学）も駆けつけてくださって、埼玉集会の参加者に力強い応援スピーチをしてくださいました。

アピールの採択、埼玉県知事・埼玉県議会議長への要請書の確認を行い、これからが、埼玉県で病棟転換型居住系施設を作らせない活動の正念場だということを確認し合い、10.29 埼玉集会は閉会となりました。

生活するなら普通で！共に考えよう！ 精神科病床転換型居住系施設 in 埼玉 アピール

2014年7月1日に厚生労働省で開催された「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する検討会」では、精神科病院の病棟を居住施設に転換する「病棟転換型居住系施設」容認の結論となりました。検討会は、長期入院をしている人たちが、地域で安心した暮らしを実現するための検討が目的だったのですが、余った病棟どう使うのかという議論にすり替えられてしまいました。多くの構成員が、終始反対を唱えてきた当事者・家族の反対の声を無視し、「苦渋の選択」「危険な政策」「例外的に認める」といったこの構想への危惧をにじませながらの決定でした。精神科病院の経営を守るための決定であったといえます。

国は精神科病院に長期間入院している人たちの人権を踏みにじる政策を決定しましたが、これから大事なことは、各地で「病棟転換型居住系施設」を作らせない取り組みです。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、看板を「施設」としてもそこは「地域」ではないのです。

日本の人口は世界の約2%なのに、日本には世界の精神科病床の20%もあります。ここに大きな問題があります。1年以上の入院が20万人、10年以上の入院が7万人、諸外国なら退院しているはずの人が精神科病院に留め置かれているのです。

埼玉県で暮らし、働く私たちは、病棟転換型居住系施設を決して認めず、長期入院を続けている人たちが、地域に帰るための支援態勢を整えていくことに力を合わせていきます。また、検討会で提案された試行事業も認めるわけにはいきません。認めないことが、統合失調症の入院者が激減し、余ったベッドを認知症の人で埋めようという経営戦略、次なる社会的入院を生み出すことを阻むことでもあるのです。

日本は、障害者権利条約締約国になりました。障害者権利条約では「他の者との平等を基礎として」という言葉が36回述べられ、第19条では、「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こと」としています。こうしたなかで、「病棟転換型居住系施設」を作ることは国際的に見ても恥ずべき暴挙といえましょう。

どんなに重い障害があろうと地域生活は権利です。地域生活の権利を獲得するためには、家族依存の障害者支援のあり方を大きく変えていく必要があります。

病棟転換型居住系施設は、人権無視の「あってはならない施設」であり、私たちは、この施設の実現を絶対に許さず、社会資源や地域サービスの構築に力を注ぎ、埼玉県がだれもが普通に暮らすことができる地域となることを強く求めます。

2014年10月29日

生活するなら普通で！共に考えよう！精神科病床転換型居住系施設 in 埼玉
10. 29 集会参加者一同

2014年10月29日

埼玉県知事 上田 清司 様
埼玉県議長 長峰 宏芳 様

埼玉県精神障害者団体連合会長	有村 律子
埼玉県精神障害者家族会連合会長	飯塚 壽美
埼玉県精神障害者地域生活支援協議会長	武井 修平
精神障害者社会福祉事業所運営協議会長	佐藤三枝子
きょうされん埼玉支部長	小野寺孝仁
埼玉県セルフセンター協議会長	増田 一世

日頃より精神障害のある人たちへの支援につきまして、ご尽力いただき、深謝申し上げます。

さて、私たち精神障害当事者・家族の会、障害のある人たちを支援する団体では、10月29日に「生活するなら普通の場所で！共に考えよう！『精神科病床転換型居住系施設』in 埼玉」集会を開催いたしました。その集会参加者一同で埼玉県上田清司知事、**長峰 宏芳 埼玉県議会議長**に以下のことについて要請いたします。

要請書

日本は、本年1月障害者権利条約締約国となりました。障害のある人を権利の主体とし、障害のない人と同等の暮らしを実現することを約束しました。しかし、世界中の精神科病棟の約2割を有する日本（人口は世界の約2%）では、精神疾患の治療は入院治療が中心です。さらに、結果的に作りすぎてしまった精神科病棟を住まいの場に変えてしまおうという政策を進めようとしています。長期入院を続けてきた人たちの地域生活の実現ではなく、精神科病棟を住まいに変えて、そこに住むことで退院したことにするという仕組みです。これは、精神科病院の経営を守るための制度であり、入院中の人たちの人権を著しく侵害することにほかなりません。さらに認知症の人たちを受け入れも意図されている動きです。

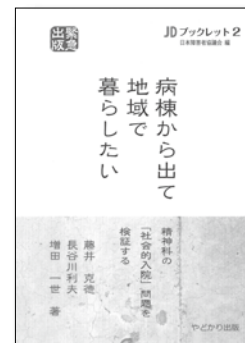
1. 精神科病棟転換型居住系施設（グループホーム、宿泊型訓練施設、ショートステイ、高齢者施設など）を埼玉県で認可しないでください。
2. 国に対し精神科病棟転換型居住系施設を容認する施策を早急に見直し、精神障害のある人が地域社会で暮らすための地域支援策の拡充を求める意見書を提出してください。
3. 現在精神科病院への1年以上の長期入院を続けている人たちの実態を早急に把握してください。
4. 長期入院を余儀なくされている人たちへの住まいの提供、必要な支援体制の拡充について、第4期障害者計画に位置づけて整備してください。
5. 精神科病棟転換型居住系施設を認知症の人の受け入れ施設にしないでください。

緊急出版 「病棟転換型居住系施設」問題をめぐって

病棟から出て地域で暮らしたい

精神科の「社会的入院」問題を検証する

A5版 124ページ 定価 1000円 2014年9月 やどかり出版



病棟転換型居住系施設問題は、看過できない社会問題である精神科病院への「社会的入院」を見かけ上解決してしまおうという動きでした。しかし、日本における「社会的入院」には、歴史的な背景の中、根深い問題が横たわっています。本書は、「社会的入院」問題の背景、その本質を伝えつつ、改革への具体的方策を描き出しています。

また、3,200人が集まった日比谷野外音楽堂での緊急集会でのリレートークが掲載されています。この人たちの声を社会に広く伝えたい、そんな思いを込めて本書が出版されました。全国各地で開催される集会や学習会の資料としてご活用いただければと思います。

目次

第1部 障害者権利条約からみた「社会的入院」問題

- 第1章 「病棟転換型居住系施設」問題の背景と危険性 長谷川利夫
- 第2章 社会的入院問題の背景と改革への視座 藤井克徳
- 第3章 社会的入院の真の解決に向けて 増田一世

第2部 生活するのは普通の方がいい

- 第1章 新たな局面を迎えた精神障害分野 増田一世
- 第2章 6.26 緊急集会リレートーク

* 地域での集会・学習会の資料で本書をご利用になる場合には、10冊以上ご注文の場合には2割引き+送料でお分けできます。(50冊以上の場合には2割引き+送料無料)

ご注文は、やどかり出版まで(電話 048-680-1891 ~ 1892 Fax 048-680-1894)

注文用紙

JD ブックレット2 病棟から出て地域で暮らしたい 精神科の「社会的入院」問題を検証する				冊 申し込みます
ご住所	〒	Tel		
		Fax		
ふりがな お名前	E-mail			

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

この『NEWS』は、複写、転送、転載、大歓迎です。ご自由かつ積極にご活用ください。

《連絡先》長谷川利夫(杏林大学保健学部作業療法学科)

TEL.042-691-0011(内線 4534)〔携帯電話〕090-4616-5521 <http://blog.goo.ne.jp/tenkansisetu>

NEWS(No.11~20) -50-