

# 生活をあつめ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くなかった。

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、**地域移行する際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」、「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

《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](mailto:stopbttk@yahoo.co.jp)

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