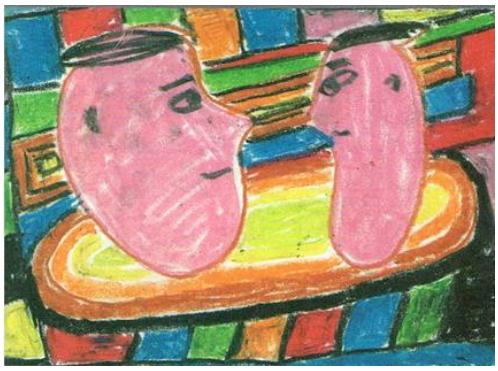
地域で暮らすための勉強会

～精神科病棟転換型居住系施設を考える東京集会～

障害者権利条約が日本においても批准され、今年の 2 月から発効しました。政府は権利条約批准のために国内法を整備したといいますが、障害がある人々に対する隔離・収容主義は続いています。政府は精神科病院で入院治療の必要性がなく社会資源の不足など社会的な理由で退院できずにいる人々を一生閉じ込めるために、精神科病棟をグループホームなど居住系施設に転換し活用することを可能とする方針を強引に決定してしまいました。この方針に反対する闘いが、6 月 26 日の日比谷野外音楽堂への 3200 人の結集に引き続き、全国で粘り強く行われています。

東京都八王子市・青梅市周辺は実は世界一の精神科病床の多い地域です。そこに人生被害者ともいうべき精神障害がある人々が置き去りにされているのです。45 年、30 年、15 年、10 年と精神科病院に隔離されてしまったのは、明らかに国の責任なのです。わが国の高度成長期に、生きづらさを抱えた人々を、どんどん民間精神科病院を増やして、そこに丸投げしてしまったのです。

２０１５年１月２９日、八王子市にある「いちょうホール」へ、精神障害がある人々、特に社会的入院者の人々に連帯するみなさんに結集して頂きたいのです。それぞれの思いや体験、提言を交流し、闘いを継続・発展させていきたいと願っています。



2015 年 1 月 29 日（木）　午後 1 時～4 時

いちょうホール（八王子市芸術文化会館）小ホール（東京都八王子市本町 24-1）

も　く　じ

基調報告①　地域で暮らすための勉強会～精神科病棟転換型居住施設を考える東京集会～
伊澤 雄一　（全国精神障害者地域生活支援協議会［あみ］代表）..... 3

基調報告②　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）..... 6

リレートーク　※順不同、また本資料に掲載している方以外の発表もあります。
澤田　優美子（元「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）... 9
中林　澄明（東京都自立支援協議会委員）..... 9
H.M（NPO こらーるたいとう）「肩の力を抜いて、しっかりと歩んでいきたい」..... 10
K.M（　〃　）「私の体験―２５年間の隔離室から退院して―」..... 10
M.K（　〃　）「病気の体験・ひとりぐらしの体験」.....11
K.K（　〃　）「自分のこと」..... 12
K.N（　〃　）「おかあさんは元気です。ナオもケンジも元気でいてください。」..... 13
野村　忠良（府中市精神障害者を守る家族会会長）..... 14
山本　誠（社会福祉法人マインドはちおうじ）..... 15
飯田　文子（東京都地域精神医療業務研究会）..... 16
池原　毅和（東京アドヴォカシー法律事務所）..... 18

資料
「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／朝日新聞 22
「報われぬ国　負担増の先に　都外施設　豊かな首都、弱者冷遇」
2014 年 2 月 3 日／朝日新聞..... 23
なぜ、毎年これほど東京の新規措置入院はおおいのか　最低の県岩手の 17 倍！！..... 26
精神障害者が利用する入所サービス系施設の病院敷地内への設置状況（2014 年度）
《病棟転換型居住系施設について考える会調べ》..... 26
省令改正通知　**《「地域移行型ホーム」が「地域移行支援型ホーム」に！》**..... 27
平成 27 年度厚生労働省予算案..... 31
↑《「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。》として、1 億 2 千万円（内 6 千万円は施設整備費）

基調報告①

地域で暮らすための勉強会～精神科病棟転換型居住施設を考える東京集会～

伊澤 雄一 （全国精神障害者地域生活支援協議会［あみ］代表）

１．精神保健医療福祉改革の 10 年

2004 年（H16）	厚労省「精神保健福祉改革ビジョン」☛ 病院から地域へ
2009 年（H21）	厚労省「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告 ※ビジョンの見直し ☛ 地域を拠点とした共生社会の実現
2010 年（H22）	こころの健康政策構想推進会議提言 「こころの健康基本法」請願署名
2010 年（H22）	厚労省「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」設置
2010 年（H22）	「障害者制度改革のための基本的な方向について」閣議決定 ※障害者制度改革推進本部・会議・総合福祉部会 ☛「骨格提言」
2011 年（H23）	都道府県医療計画の重点項目に精神疾患追加（5 疾病 5 事業）
2012 年（H24）	厚労省の各検討チーム報告 ※アウトリーチ、精神科救急、病棟機能強化・分化と質の向上
2013 年（H25）	新医療計画スタート（5 疾病 5 事業）
2013 年（H25）	「改正精神保健福祉法」制定 ※保護者制度廃止、退院後環境整備相談員、退院支援委員会、 医療審査会機能強化、厚労大臣の指針策定（41 条）
2013 年～2014 年（H25～26）	厚労大臣指針策定検討会～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

２．わが国の精神科（入院）医療の実態

◆ 諸外国に比して圧倒的な病床数 33 万床（**万対 28**）

・世界中の精神科病床が 162 万で **20%超がわが国**に存在 （世界全人口の 1.7%の日本なのに…..）

・**世界の精神科入院者の 5 人にひとりは日本人**となる。

・**諸外国はおおむね万対 5～7** に圧縮して来ている。万対 5 を超えると隔離収容の傾向が強まると言う実証的な研究もある。(万対 5 は 64,000 床)

◆ 精神科入院の **4 割強が強制入院**である。(OECD 平均は 1 割)

◆ **約 20 万人の 1 年超入院者**....、そして**年間 2 万人の死亡退院**(ガンバコ退院)の実態

精神保健医療福祉財政の理不尽

◆わが国の国家財政の枠組みの中で、精神医療福 祉の総枠は１兆９，３００億円

◆そのうち１兆８，８００億円は精神科医療に配分され、うち１兆４，０００億円は入院医療に注がれているという「入院医療超肥大化」の現状

◆地域活動や福祉的支援にはわずか５００億円という驚愕の事実アリ。

↓

９７（入院 74、通院 23）：３という配分構造の見直しは急務

↓

要「脱ダム宣言」

精神科特例～国内比較（医療間格差/差別の実態）～

精神医療	他の診療科目
医師　４８：１ 看護職員　４：１ 薬剤師　１５０：１	医師　１６：１ 看護職員　３：１ 薬剤師　７０：１
精神科病院の入院１日あたりの日当点 １３，３６４円（精神科差別） ＊ひと月約４０万円	一般病院の入院１日あたりの日当点 ３３，４８８円 ＊ひと月約１００万円

３．精神保健福祉法改正と大臣指針策定、…そして第 2 ラウンド

～「Nothing abot us without us」は誰のため～

改正「精神保健福祉法」2014 年 4 月施行

◆保護者制度の解消　・「家族等」への変更

◆ 医療保護入院者の退院支援促進　・「退院後生活環境相談員」配置と「退院支援委員会」設置
・「地域援助事業者」の紹介(努力規定)

◆「精神医療審査会」の機能充実　・構成員に精神障害者保健福祉関係者の参画

◆ 厚生労働大臣指針(施策推進の姿勢)の策定（41 条）
・「…結果として精神病床は削減される」という記述
・「病棟転換型福祉(居住)施設」構想への是非

指針検討から地域移行特別検討会へ

厚生労働大臣指針（精神保健福祉法 41 条）→指針検討会まとめ（2013(H25)年 12 月）

↓ 紛糾し第 2 ラウンドへ

「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」（2014(H26)年 3 月～）

↓

危険「病棟転換型居住施設構想」

４．検討会まとめ、その危うさ

全ての支援施策は地域で生きることを前提に、街での暮らしを支えるものでなければならない。

↓

そして、「aging in place」の追求

（馴染み、親しみの、住み慣れた場所、選んだ居場所で安心して自分らしく歳を重ねる。）

「病棟転換型居住施設」整備批判～施策に潜む危険～

◆「病院の中に退院する」(?)

→ 従属関係・支配構造のもとに人の暮らしを置かない原則

→ 必要のない入院は不当だからと言って、「入所」は OK?

◆ 明らかな権利条約違反～国辱的施策～

→ 同時に憲法第９８条（誠実なる条約遵守）に抵触

◆ 日精協解説「サンセットメニュー」の怪

→　あらたな役割のサンライズメニュー ＝　ゾンビメニュー

◆“二級市民処遇”　＝　棄民政策

→「障害があることにより、障害がない人とは異なった場面や条件の強要」が不当な差別的扱いの本質。障害を持たない国民が同じ問題を抱えたら…。

◆ 他の障害ジャンルに与える影響

→「精神分野は何やってんだ」という近所迷惑な事態

◆ 多くの団体そしてメディアの声を押し切る形

→世論を無視した暴挙といえる。

◆ 器を伴う政策の怖さ

→収容政策という差別が形を変え、さらに継承強化される。

◆ 「患者さんを使いまわす」発想の人権無視

→「院内資産」の継続ならびに経営や雇用確保と人権擁護を天秤にかける酷さ。

◆ 「万策尽きた」の言い訳は行政の不作為と関係者のあきらめ

→ 種々の報告書に記載された 「社会的入院是正解消」「病床削減」　という記述＝虚偽記載

→ 振り上げた拳は自らに向くものである　⇒…そして要「覚悟」

５．盛り上げよう反対運動

縁（えにし）を絆に！

～病棟転換型居住系施設について考える会～

基調報告②

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してしまう「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しないのかは、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してしまう「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、出ては消えしてきた

- ➢ 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、「この施設で便利なこと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ると安心」「病院の敷地内にいると安心」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、人権侵害が起こ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

リレートーク

（順不同／敬称略）

澤田　優美子
元「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
日本社会事業大学　大学院博士後期課程

第一回東京オリンピックとライシャワー事件の年に、東京都清瀬市で生まれました。子供の頃は「窓際のトットちゃん」みたいな子だったそうです。7 歳のとき、学校の先生の指示で、脳波の検査と心理検査を受け、「精神面の問題」があると言われました。しかし親は私を児童精神科へ連れて行きませんでした。ですから、「精神面の問題」とは何だったのか、わかりません。

友人たちは、発達障碍ではないかと言います。私も、そうかもしれないと思います。今度主治医に訊いてみます。

精神疾患の発症は、高校入学直後ではないかと思います。急に暗く無口になりました。2 年生になると、自殺以外何も考えられなくなりました。罪業妄想、醜形恐怖、病的な不安・恐怖、自殺念慮に加えて、易疲労、過眠など、からだの不調に悩まされていました。高校を卒業して、友だちと離ればなれになると、心の支えを失って、自殺の一歩手前まで来てしまいました。

高校を卒業してすぐの春休みに教会へ導かれました。そこで、キリストが私のすべての罪を身代わりに背負って十字架で死んでくださり、よみがえられたので、キリストを信じれば、すべての罪がゆるされて永遠のいのちが与えられると聞きました。私はキリストを信じました。そのとき、罪業妄想、醜形恐怖など、私を苦しめていた精神症状がうそのように消えてしまいました。別人のように明るくなり、まわり中の人を驚かせました。

しかし、身体症状は変わらず、しばらくしてまたうつになりました。21 歳のとき、牧師の勧めで神経科を受診し、「病気です」と宣告されました。診断名は教えてくれませんでした。後に教えてくれたのは、うつ病と統合失調症でした。

31 歳のとき、自己判断で治療中断したら、急激に悪化して、夢幻状態になり、1 年後に入院になりました。病院では人間扱いされず、自尊心をずたずたにされました。もう入院は懲り懲りです。ですから、薬は飲み続けています。

6 年間の寝たきり生活を経て、37 歳のときクラブハウスに出会い、リカバリーしました。ピアサポートとスタッフとのパートナーシップのおかげで、自尊心を取り戻すことができました。就労し、大学に進学して、精神保健福祉士、社会福祉士、認定心理士の資格を取得しました。さらに、大学院に進学して、クラブハウスやピアサポートグループの研究をしています。

リレートークでは、前の方々のトークを聞いて、その流れを受けてお話ししようと思いますが、入院や検討会の経験をもとにお話ししたいと思います。

中林　澄明
東京都自立支援協議会委員、社会福祉法人はらからの家福祉会ライフパートナー（当事者スタッフ＝通称 LP ）、つどいの会（心の病を考える会）代表

日本の精神科医療社会的入院患者が東京西部多摩地区（山間部）青梅・八王子方面一極集中しており、精神疾患をもつ方々が普通の暮らし地域生活の中で住むことを軸に人間（ひと）として、尊厳&回復（リカバリー）を取り戻しながら復権（権利擁護）を、会場の皆さまと共に一緒に考えていきながら協動していきたいと切に願っております。

パスカルの詞引用

※ブレーズ・パスカル（1632～1662）／フランスの哲学者・自然科学者・思想家）

人は群衆の中に身を隠し多数をたのみとする。
我々のあらゆる尊厳は考えることの中にある。
人間の弱さはそれを認識している人よりもそれを認識していない人にいっそう表れる。
人間は自然のうちで最も弱い葦にすぎない。
しかし、それは考える葦である。
我々のあらゆる尊厳は考えることの中にある。
我々が立ち上がらなければならないのはそこからである。

【人生に答えはひとつじゃない】（座右の銘）

※医・衣（い）食・職（しょく）住・充（柔）（じゅう）友・游（優）（ゆう）時・研（とき）場・羽（ば）楽・学（がく）湧・惑（わく）進・信（心）（しん）夢・努（ゆめ）＝文化論

◆真実の愛

肩の力を抜いて、しっかりと歩んでいきたい

H．M（NPO こらーるたいとう）

私は、１９歳の時、躁うつ病を発病しました。当時は多弁、多動で周囲を困らせていました。病院に通院するようになり、薬を処方してもらうと、躁状態は治まりましたが、今度はひどいうつ状態になりました。
テレビもラジオもつけずに、ひたすら寝てばかりで、社会と孤立していました。

２２歳の時、躁病を発病したのかバイトを始めました。バイト先で知り合った主人と結婚しました。長男を妊娠した時、精神科の薬をのんでいた為、障害児が生まれてくるのではないかと心配しましたが、元気な男の子が産まれました。次男を妊娠した時は薬をのんでいなかったのですが、産んだ直後、産後躁となり入院しました。胸がはり、病室で母乳を搾乳するのがとても辛く、たまらなくわが子に会いたい気持ちで一杯でした。

退院してからも強い薬を処方されていたため、家事、育児ができる状態ではなかったので、主人、両親、保育園にあずけてなんとか生活を送っていました。８年前に離婚した後、７回入退院を繰り返した経験があります。いつも決まって３月頃調子を崩します。原因は何かと問われると原因不明です。入院前期は躁状態で楽しくて仕方ありませんが、中期、後期は家で待っている息子たちのことが心配で早く退院したいと思っていました。

私は意識していないのですが、周囲から「頑張っているね」といわれます。頑張りすぎると気づかないうちに精神的にも肉体的にも無理をして病気になってしまいます。頑張りすぎないことが私の課題です。無理をしないこと、70%の力でいいのだから確実に物事をやりとげる力を身につけ、生活していくことを大切にしていこうと思います。現在２年半、入院をせずに生活することができています。息子たちと空白だった時間を取り戻すことはできませんが、これからは母親として出来る限りの応援をしてあげたいと思っています。二度と入院しないためにも、頑張り過ぎずに、片の力を抜いてしっかり歩んでいこうと思います。

私の体験―２５年間の隔離室から退院して―

K．M（NPO こらーるたいとう）

朝、目が覚めると「隔離」。ここは何処だろう。壁はコンクリート畳が一畳、布団は汚れていて、とても食事などできない。担当の医師や看護師から、ここは何病棟とか隔離室の説明もなく何か月も一人で過ごしていた。私の 25 年間の精神病院入院の隔離室の記憶だ。

入院生活の中での楽しみは、お風呂の時間だった。隔離室から出られるし、たとえ 15 分でも自由になれる。おいしい水もたくさん飲めるし、食事のメニューも見ることができる。私にとっては楽しい時間だった。

25 年後、強制退院となった。実家に帰ってきて、

すぐに私は母とケンカをして、初めて一人で黒いリュックと白い手袋をして、バスの中でいろいろな人に介護福祉士の安部桂子さんの事務所を聞き、家出をした。安部さんは、私を強く抱きしめて泣き、「よく帰って来たね、辛かったんだね」と言ってくれた。そして、私の実家に行き、すこしのの洋服と１万円と０円の通帳を取って来てくれた。

私には知的・精神の障害があり、福祉のことや生活保護の手続き、福祉事務所のワーカーさんたちの役割について、安部さんと一緒に一から学んだ。アパートの保証人も安部さんになっていただいた。

アパートに引っ越して１か月が経ってから、朝起きたらゆかはもちろん、お布団も水でぬれていたのでビックリした。よく見ると、洗濯機のホースが外れていた。初めてのことなので「どうしよう、どうしよう」と思ったが、たくさんのタオルを床に置き、バケツに一杯水を絞った。安部さんに電話したら、飛んで来てくれて、「よく一人で頑張ったね」と言ってくれた。

退院して９年目を迎える私にとって。居場所は、こらーる・たいとうだ。スタッフもメンバーも同じ障害があるので、堂々としていられる。私はこらーる・たいとうのお蔭で、自分の体験をたくさんの所で発表することができたことを大変感謝している。代表の加藤さんは、みんなに平等で、とても大きな声でわかりやすく話す人だ。

ここではピアスタッフの店長のおいしいコーヒーを飲んだり、みんなで協力して作る 500 円のランチを食べることができる。地域のお客様が来てくれて楽しそうに過ごして行ってくれると、私もみんなもすごく喜ぶ。

こらー・たいとうでは病院訪問活動もしていて、私はこの５年間、A 病院に訪問している・これからもみんなと協力して、こらーる・たいとうを守っていきたい。

病気の体験・ひとりぐらしの体験

M．K（NPO こらーるたいとう）

変わった子供だった。感受性が強かったり、世間知らずだったり、大阪でいじめられた。3 つのときに東京へきた。自閉症みたい。おちこんでいてブランコに一人で乗っていた。東京でなめられてたまるかと思った。小学生と中学生のとき、ケンカの強そうな子にあった。2,3 年のときは空威張りして、みんなに心配をかけた。4,5 年でクラス替え、そのときいじめられたり、なぐられたりした。ケンカの強そうな子が助けてくれた。少年野球に入った。「本当に野球をやりたいの？」と兄さんやみんなに聞かれた。ユニホームにあこがれたんです。中学の時、ツッパリグループに勢いで入った。そして使い走りをやった。抜け出す手順がわからなかった。やっと中２のとき抜け出すことができた。そこから勉強して、A 学園に入った。塾に通い続けた。なんとか１番をとりたかった。英語が得意（特待生の少年にはかなわなかったけど）。

周囲の人びとには、心配をかけとおした。友達の意見が素直に聞けなかったり、人とのつながりが怖かった。そんな僕に商業科の A 先生はよくしてくれた。いい本を教えてくれたりした。高１のときは勉強にもスポーツにも打ち込んだ。本当は商学関係の大学に入りたかったが就職した。

高校のときから躁鬱の波が激しかった。落ち込んで、誰とも話したくないとき、本を読んだ。就職は B という住宅設備機器を扱っている、小さい商社に決まった。

「出来ないことは出来ない」と答えていいんだと、開き直ったら落ちついた。原付バイクを買った。丸１年間、リストカットしたり、薬局で売っていた睡眠剤などをたくさん飲んだりして会社に勤めた。

誰かひとり「いかなくて、いいよ」と言ってくれたらと思う。勤めがプレシャーになってしまった。京都、四国へ旅行に行った。京都から帰って四国でアルバイトを見つけた。住込みの仕事だったが、共同部屋だったのでやめた。食器洗いの湯

がすごく熱かった。一人になりたかった。四国から帰ってきて、東京でやるしかない。

友達の名や、好きなことを書いたりして自分を励ました。2,3 年かかった。日中、外へ出れなくて、夜行動した。こころがすっかり荒れてしまった。そのころ、母が倒れて、母の見舞いに行った。原付バイクの更新も重なり、母の病院でも荒れてしまった。

どこかの学校の近くで、轢き殺されそうになり、警察の人を呼んでくれた。「あなたの気持ちはわかったから」とお巡りさんがいった。ちょっとおかしくなり、精神科クリニックにいった。その日のうちにＫ病院に入院。8 か月入院。入院費がかかったこと、心配をかけて申し訳なかったと思った。

治ったから働きなさいと、父に言われて、自殺未遂をしながらバイトをした。隅田川に飛び込んだこともある。それからＫ病院へ、また入院。Ｋ病院で年下の患者さんと付き合ったりした。主治医がいい先生で、すぐ退院させてくれた。僕は生活保護になりたいと家族に相談した。そしてまたクスリを飲んだ。またＫ病院へ送られた。そこを退院、声が出なかった。家族会議を開いて、生活保護になることに家族は賛成してくれた。26～27 才の頃から一人暮らしを始めた。僕の住む団地に両親もあたり、近くに引っ越してきた。

最初は楽しく過ごしていたが、悪い患者さんにつかまってしまった。「1 か月に 1 万円よこせ、困ったとき、助けてやる」と言われた。ずっと 10 か月ぐらいお金を取られた。ディケアのスタッフにいって、1 度はおさまったが、「2 度目はないぞ！」と脅された。包丁で自殺を図ったが、死にきれなかった。付き合っていた女性に何か害があったらいけない。両親が彼に呼び出されて、７万５千円を払わせられた。

その後、僕は地域の作業所や生活支援センターに通った。現在はこらーるたいとうに通所している。「生活保護を受けて単身自立生活をしているのだから、自立している」と両親もこらーるたいとうの職員も認めてくれている。この 10 年間、入院はしていない。今は食事よりも思いきり眠りたい。応援をしてくれた人々ともう会うことがなくても、その人々に恥かしくないように生きていきたい。兄さんも歳をとった。僕自身のできるところは自分で動かなくてはいけないと思っている。

自分のこと

Ｋ．Ｋ（NPO こらーるたいとう）

20 代前半からイジメにあって、ずっと辛い思いをしていました。そんな僕ですが 25 歳の時に一人暮らしをしたことがあります。それは僕にとって大切なことです。29 歳の時に精神科病院へいってみてもらいました。しかし僕は手ごたえを感じることができませんでした。それでも薬をのんだら全身がしびれるような薬でしたが、落ち着きました。ところがいっぺんに２錠のんでしまい訳がわからなくなってしまいました。父に知り合いの家に行くといって、気がつくと全く知らない民家に侵入してしまいました。両親が引っ越すといっていたので、僕はその家を自分の新しい家だと勘違いしてしまったのです。その家の人がおりてきて、僕は自分の家だと思い込んでいたので、「誰だ！」と聞きました。その人は「この家の者です」といいました。気がつくと本所警察署に僕はいました。警察の人に「家に盗聴器がしかけられているんだ」といいました。そうしたら刑事さんが「俺がとってやるよ」といってくれました。その次の記憶は、あとで聞いたら上野の病院にいました。そこから青梅市の精神科の病院に搬送されて寝ていました。起きたら、看護師が「気がついた？」といい、「ここは駅でいうと小作という町だ」といいました。それからどうなったのかというと、ゆっくりと僕は気がつきました。一年半その病院にいました。退院した時、僕は３１歳でした。

３３歳から派遣の仕事をしました。途中から幻聴とはとても思えない知り合いの声がしてきました。小学生時代の同級生の男子と女子の声です。その声が聞こえるようになってから、仕事をする

気がなくなってしまいました。それでも惰性で一ヶ月くらいは働きました。その人たちの声が嫌で一ヶ月くらい入院すれば、その間にその人たちは自分の家に帰ってくれるのではないかと思い、練馬区にある、今も僕が利用している病院に入院しました。けれどもその人たちは帰ってくれません。僕は気になりながら、放っておくしかありませんでした。２、３回入退院を繰り返しました。

担当の看護師のＫさんが「こらーるカフェ」という名前の作業所を紹介してくれました。僕はクリニックのディケアも見学しましたが、余り楽しそうには見えませんでした。作業所のほうがお金が貰えること、そして働いているほうが楽しいのではないだろうかと思いました。こらーるカフェで米とぎ、コーヒー・紅茶をいれること、トイレ掃除や花への水やり、洗い物をしています。こらーるカフェでもらう僕の工賃は一ヶ月平均１万５千円程度です。３年ぐらいこらーるカフェに通所しています。もう少し調子が良くなったら、違うところでアルバイトをしてみたいと思っています。

おかあさんは元気です。ナオもケンジも元気でいてください。　　Ｋ．Ｎ（NPO こらーるたいとう）

私は台東区竜泉で、昭和３０年に生まれました。父十三、母シゲです。兄弟は兄ふたり姉ひとりの４人兄弟です。地元の台東区で台東区で台東小学校を卒業して、竜泉中学を卒業しました。葛飾区お花茶屋にある共栄女子高校を卒業して、学校の推薦で中央区横山町の三業ふとん店に就職しました。その年の９月に社員旅行で熱海に行きました。富士屋ホテルに泊まりました。帰ってきてから２，３日たって、父が亡くなりました。びっくりしました。２年ぐらいで三業ふとん店は倒産してしまいました。

職安でさがして今度は靴製造業の工場に勤めました。そこも２年ぐらいで倒産してしまいました。また職安でさがして今度は違うところに勤めました。台東区今戸の岩崎ベルトに就職しました。２年ぐらい働きましたが、結婚の話があったので退職しました。その結婚話は、実家が経営していたアパートに住んでいた方の紹介で、お見合いをしたのです。長男が生まれ、次男が生まれました。次男は５月に生まれる予定でしたが、早く生まれ、２月に生まれました。次男がそんなに早く生まれたのは、私が東京タワーに行き、階段で登ろうとしたせいで、私は翌日出血してしまいました。救急車で台東産院に運ばれました。しかし台東産院では、うちでは無理だといわれたので、救急車で築地産院に運ばれました。次男は帝王切開で仮死状態で生まれました。次男は泣くと顔がむらさき色に変わりました。私は東京タワーに登った時、エレベーターを使えばよかったと今でも思うのです。

次男は産院のガラス箱に５ヶ月間にはいっていました。鼻から酸素を吸入していました。私はオッパイをしぼって冷蔵庫で凍らせて、築地産院に持って通いました。次男は７月、退院しました。けれども肺炎になってしまい、その当時住んでいた埼玉県八潮市の病院に入院しました。その後次男は元気になってくれましたが、知的障害が残り、重度の障害児と認定されました。私は一生懸命育てました。

次男はみさと養護学校初等部に入学しました。そして中等部へと進みました。次男は年がら年中いなくなりました。次男は言葉がわかりません。次男がわかる言葉は、自分の名前「ケンジ」とお兄ちゃんの名前「ナオユキ」だけでした。『ナオ』「ナオ」と呼んでいました。

私は自転車の荷台に次男を乗せて、スクールバスが来るバス停まで送り迎えしました。次男はひとりだとどこへでも行ってしまいます。警察に何度、迷子の届けをだしたかわかりません。何百回も出しました。遠くで保護されるとお父さんが車で迎えに行ってくれました。近くで保護されると私が迎えに行きました。次男は、高等部は入所施設のあるところに進みました。埼玉県の鴻巣のほうにあった埼玉中央学園に入学したのです。

私は次男の学校が遠くでしたし、送り迎えの必要もなくなったので、夫に頼んで離婚してもらいました。私は疲れ果てていたのです。今は実家に戻って来て、こらーるたいとうで働いています。一生懸命働いています。

病棟転換型居住系施設についての個人としての意見

府中市精神障害者を守る家族会会長　　野村　忠良

■　地域の受け皿の整備を妨げてきたのは国の「自助・共助・公助」の方針です。

これまで退院促進が進まなかったのは、政府の「自助・共助・公助」の方針によると思えます。この方針では、住民の自助、共助を最優先し、最後に公助の出番となります。

まず「自助」について言えば、地域での支援は家族の当然の義務とされています。しかし家族といっても今は国民の全世帯の3割以上が一人世帯。しかも高齢者が急増して、家族は介護に押しつぶされつつあります。精神障害者の家族も例外ではありません。地域支援の基本を家族に頼ろうとする現在の地域福祉の理念は、すでに破綻(はたん)しつつあります。長期入院している患者さんを家族が引き取れる可能性は、急速に減少しています。「自助」に頼る限り、退院は進みません。

■　次に「共助」についてです。

不十分な制度の足りない部分は地域住民の「共助」に頼ろうとしていますが、精神科の長期入院患者さんを引き取ってお世話ができる篤志家は、きわめて稀です。例えばグループホームの建設ですが、住民が自前で立ち上げ実績をつくってから委託事業として認めるよう申請してくるのを、国と自治体は待っています。しかし、実際には大変な苦労と責任が伴う仕事なので敬遠され、グループホームの整備は遅々として進みません。地域の居住系施設の建設がはかどらないのは、当然のことと言えます。

■　地域に居住支援体制が増えないもう一つの理由は、住民に根深い偏見と差別があることです。

偏見は、住民としての精神障害がある方自身やその家族にもあります。国が、学校や地域、職場で精神疾患と精神障害についての適切な啓発を行ってこなかったからです。今や国民の5大疾病の一つになり、社会に対して重大な損失を与えつつあるのに、精神疾患に対する対策はいっこうに講じられません。精神疾患に対する知識を広め、早期に対応し長期入院になるほどの重い障害は未然に防がなければならないのに、手が付けられていません。地域住民は長期入院の患者さんが地域に住むことを拒み、患者さんも地域で暮らすことを怖がっているのです。啓発教育の不在が、地域への移行を大きく妨げています。

■　この状況を変えられるのは「公助」です。

国と自治体が地域に公営住宅をたくさん作れば地域移行が進みます。そこに低所得世帯の方々や高齢者、障害がある方々に住んでいただき、その住宅の一角に長期入院から退院した精神障害が重い方にも対応できるグループホームと訪問看護ステーションを設けます。グループホームは永住型として 24 時間、職員が勤務し、必要な方には外部の支援機関から訪問支援や往診などの手厚いサービスを届けます。併設した訪問看護ステーションは、地域全体を活動の範囲とし、365日、24 時間体制のサービスを備えます。

ここでいつも行政から撥(は)ね付けられる理由としてあげられるのが「予算が取れない」という言い訳です。道路建設などの公共事業にはたくさんの予算が向けられるのに、なぜ、地域の居住施設とサービスには付けないのか。人間の苦しみに無頓着なこの国を、私は本当に恥ずかしく思います。

■　空き病棟を転換して居住系施設にしようと

いう今回の案は、これまでのおかしな政治のあり方を反省もなく漫然と続けようとしているもので、何の新しい展望も生み出しません。

現在の日本の貧弱な地域支援制度にあっては、地域で暮らすことが困難な一部の患者さんのために病棟転換型居住系施設がどうしても必要であるという意見や、病院に外の風が入るから賛成などの意見があることは承知しています。

しかし、そのことばかりに焦点を当てて、本来の地域移行に必要な抜本的施策を棚上げしようとする現在の進め方に、私は断固、反対します。地域の家族の過酷な負担は何も変わらず、限度を超えた苦難がこれからも延々と続くからです。

■　**家族が訴えたいのは、精神科病院で長期入院している患者さんの数倍の数の患者さんを家族が引き取って自宅で保護、介護していることです。**

家族が介護している世帯では、家族が倒れた先の見通しが何もありません。この問題の解決の方策を、国と自治体は早急に提示しなければなりません。いつまでも家族の個人的善意と責任感に甘えていることは許されません。

そのためにも、地域での居住系施設とサービス体制を国と自治体は責任を持って整えなければなりません。自宅にいた患者さんを精神科空き病棟転換型居住施設に移すのでは、地域から病院内の施設へという逆方向の移行になります。

地域で暮らすための勉強会～精神科病棟転換型居住施設を考える東京集会～に寄せて

社会福祉法人マインドはちおうじ　　山本　誠

１、病棟転換型居住施設はありえません。

時代の要請で、かって精神科病院が多数作られ、収容に投資が向けられ、治療環境と地域で生活し続けるところには全くといいほど投資されない時代が、いまだに続けられ、これまでの数々の法改正もありながら、抜本的な改正・改革はなされていないのが現実です。今回の病棟転換型居住施設も、「まだ繰り返すのか」、ということです。「退院して地域で支えられるのか」、「病棟の中と外の、どちらの終生がいいのか」という議論もあります。厳しい現実、実際に時間の経過とともに退院を諦めた、出来ない身体になってしまった方もいます。その現実を誰もが知っているはずです。であれば「原理原則」に立ち戻り、早急に、圧倒的な「投資」を今こそ本来の医療、本来の地域での生活が出来るようなところへ向けるべきです。

２、グループホームのひとつ現実

高齢化が進み、障害と高齢のケアが必要となってきています。精神障害を抱える方たちで、活発な症状が常にあり、加えて、身体面の衰え、他科疾患の併発、食事や外出なども単独では難しくなってきている方もいらっしゃいます。一般的な高齢者と比べると、精神薬の長期的な服用の影響もあるのか、10 年は余計に年をとっているかのようにも見えます。また、精神障害と同時に、知的障害を持っている方、発達障害など、集団生活には馴染みづらい方、障害の特性ゆえに金銭管理が苦手な方、服薬も含めた病気の自己管理が苦手な方なども増えて来ています。ホーム入居中に、入院される方も多いです。しかし、誰もが、病院に居続けたいとは言いません。しかし、グループホームで、いつまで暮らせるのか、支えていけるのか、正直、見通せない現実と限界も見え隠れしています。

３、どうして、いけばいいのか

ただ「反対だ」、ただ「お互いが、お互いの現実を見ていないのだ」、ただ「予算が振り向けられないのだ」・・・が続けば、時間が過ぎるばかりです。まずは「原理原則」を訴え続けていくしかありません。

そして、訴えだけでなく、時代錯誤と言われるかも知れませんが、私(私たち)は、数十年前、公的支援も無い中、非法定下、無認可、不採算の共同作業所を立ち上げました。今また、報酬採算に

頼らない事業、国の投資は無くとも、私たちが地域で投資できる可能性は残されています。通所事業だからできない、就労支援だから出来ないという区別はやめましょう、何かできることがあるはずです。私たちの「原理原則」は人権の上に成り立っています。まず自分が、まず自分の団体・法人・地域で、やれることをやるということです。

精神病院統計２０１２年から　統合失調症について

東京都地域精神医療業務研究会　　飯田　文子

精神科領域の問題は、今や統合失調症ではなく、発達障害や鬱病の時代と言われることがあります。しかし、精神科病院問題に関する限りは、相も変わらず統合失調症と診断された人たちの問題が大きいと考えます。そこで、２０１２年６月の精神病院統計から、東京の単科精神科病院入院中の統合失調症とされた人の状況を見てみました。

６月末入院者１８，０１５人中統合失調症の人は１２，１１３人で６７．２％です。この割合は、私たちが統計を見始めてから多少の変動（６５％～６８％）はありますが、あまり変わっていません。ベッド回転率は、全疾病では１９９５年の９５．４％から１５１％になっています。統合失調症だけのベッド回転率をみると１９９５年の６１．２％から１０７％とはなっていますが、他の疾病に比べて回転率の低さは、差を増しています。統合失調症の回転率が低い、すなわち退院がなかなか出来ない病院を低い順に並べてみると総合点数が低く、死亡退院者が多く、生活保護受給者が多い病院と重なることが分かります。総合点数が低いということは、退院出来ないだけでなく、医師も看護師も他の職員も少ないことを表しています。死亡退院者が多いということは、他科の医療にもろくに掛かれず病院の中で亡くなっていくことを表しています。生活保護受給者が多いのは、福祉事務所経由の入院の多さを表しています。「ガンバコ退院」という言葉がありますが、未だに昔の話にはなっていないことがうかがえます。

前記したように統合失調症の回転率は、他の疾病に比べて低いのですが、その低い回転率１０７％にも達していない病院は、７０病院中４５病院もあり、そこに７，９４３人が入院しています。

さて、この間話題になっている「病棟転換型居住系施設」と統合失調症と診断されて劣悪な病院に死ぬまで拘束されている方達について考えてみます。この案が再浮上したのは「病院の病室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」という主張から出てきたと聞いています。病院内に造られるどんな施設もそれがどんなにすばらしく見える物であっても長年囚われてきた場から離れ、それまでの人間関係から離れて生活を築いていくことが必要なのに、「最初から死に場所」のためと言ってしまう関係者の発想に嫌気がさしてしまう。が、しかし、前記したような劣悪な病院が、もしも転換型居住系施設なるものに手を挙げて、いささかのお金をもらって何らかの施設を造り、そこに、統合失調症とされた人々を移し、それを退院と言ったり、病床削減と言ったりすることを想像するとぞっとしてしまう。今まで長年の入院者に対して退院や退院後の生活について何も考えず、何もやらなかった組織が同じ院内で何が出来るのでしょうか。
統計からみても余りに酷い病院については、廃院も視野に強力な行政指導や、実際に都の実績ある職員が常駐し、一人一人の入院者の退院を援助することが必要と考えます。

（この原稿は、おりふれ通信 2014 年 8 月号に掲載されたものです。）

病院名	合計点	精神病床数	常勤医師数	Dr 1人当たり患者数	点数	ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ数	ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ1人当患者数	点数	有資格看護者(常)	看護者計(常)	看護者1人当患者数	点数	死亡退院数	死亡退院率	今期末患者数(計)	平均在院日数	点数	F2今期末	F2平均在院日数	65才以上率	生保率％	1年未満	1年未満率	点数	5年以上率	点数
高月病院	13	516	12	42	2	18	27.7	2	152	218	2.3	3	29	9.6%	499	595	2	307	740	47%	45%	130	26%	2	40.7%	2
多摩病院	13	384	7	48	2	13	26.0	2	89	139	2.4	3	13	5.5%	338	525	2	273	597	48%	36%	79	23%	2	47.9%	2
平川病院	21	313	9	33	3	25	11.7	4	80	144	2.0	3	26	5.7%	293	237	3	160	359	51%	41%	141	48%	4	26.3%	4
恩方病院	22	385	12	29	3	21	16.5	3	99	160	2.2	3	13	2.2%	346	209	4	188	254	52%	30%	182	53%	4	19.7%	5
東京高尾病院	11	331	7	46	2	14	23.0	3	93	139	2.3	3	15	12.6%	322	967	1	178	812	57%	43%	38	12%	1	56.2%	1
駒木野病院	24	500	21	22	4	28	16.2	3	159	235	1.9	4	10	1.0%	454	171	4	290	280	36%	27%	263	58%	4	17.2%	5
西八王子病院	21	182	6	26	4	15	10.3	5	39	76	2.0	3	6	3.3%	154	312	3	77	579	48%	38%	54	35%	3	30.5%	3
北野台病院	14	212	4	52	2	14	14.9	4	50	82	2.5	3	18	18.4%	208	763	2	134	1052	56%	43%	45	22%	2	56.7%	1
協和病院	10	179	3	56	2	4	41.8	2	55	74	2.3	3	6	12.5%	167	1,270	1	137	1818	52%	41%	28	17%	1	52.1%	1
滝山病院	14	300	3	95	1	2	143.0	1	21	81	3.5	2	151	69.9%	286	488	3	109	594	54%	59%	98	34%	3	26.9%	4
八王子恵愛病院	10	70	2	35	3	0	計算不能	1	25	32	2.2	3	3	12.5%	70	1,065	1	65	1356	59%	44%	12	17%	1	55.7%	1
北原リハビリテーション病院	28	24	3	8	5	3	8.0	5	7	9	2.7	3	0	0.0%	24	103	5	6	86	21%	13%	24	100%	5	0.0%	5
八王子計(万対58床)	18	3,396	89	36	3	157	20.1	3	869	1,389	2.3	3	290	8.7%	3,161	346	3	1,924	487	49%	40%	1,094	35%	3	36.0%	3
		17%													18%			16%								
単科計(万対15床)	18	19573	576	31	3	994	18.1	3	6,049	8,228	2.2	3	1,090	4%	18,015	242	3	12113	342	48%	33%	7251	40%	3	32%	3
東京海道病院	15	450	10	43	2	11	38.9	2	136	190	2.3	3	22	6.9%	428	499	3	292	823	61%	39%	135	32%	3	40.2%	2
青梅成木台病院	17	270	7	37	3	14	18.6	3	49	87	3.0	2	15	6.6%	261	412	3	183	458	60%	39%	90	34%	3	30.7%	3
西東京病院	9	130	2	42	2	2	42.0	2	15	26	3.2	2	5	25.0%	84	1,572	1	58	2016	71%	50%	3	4%	1	82.1%	1
成木長生病院	10	255	3	82	1	9	27.4	2	70	93	2.7	3	20	17.4%	247	784	2	165	1004	56%	53%	48	19%	1	50.6%	1
東京青梅病院	12	429	10	41	3	16	25.3	3	119	189	2.1	3	34	31.8%	405	1,598	1	226	3300	64%	45%	49	12%	1	53.6%	1
青梅厚生病院	7	140	2	49	2	0	計算不能	1	16	18	5.4	1	3	9.4%	98	1,173	1	82	1151	32%	45%	11	11%	1	72.4%	1
鈴木慈光病院	14	298	5	57	2	9	31.8	2	82	128	2.2	3	41	31.3%	286	779	2	229	800	63%	37%	81	28%	2	31.1%	3
青梅計(万対142床)	13	1,972	39	46	2	61	29.7	2	487	731	2.5	3	140	14.7%	1,809	705	2	1,235	899	60%	43%	417	23%	2	45.5%	2
		10%													10%			10%								
飛鳥病院	13	261	3	81	1	11	22.2	3	81	99	2.5	3	3	1.9%	244	573	2	214	665	30%	23%	60	25%	2	43.0%	2
こころのホスピタル町田	12	378	4	91	1	12	30.4	2	89	153	2.4	3	23	10.7%	365	607	2	266	929	51%	50%	95	26%	2	42.5%	2
よしの病院	23	166	4	37	3	16	9.3	5	49	70	2.1	3	0	0.0%	149	173	4	79	345	30%	29%	79	53%	4	20.1%	4
常盤病院	19	90	3	24	4	1	73.0	1	31	37	2.0	4	3	3.0%	73	278	3	59	356	38%	3%	25	34%	3	24.7%	4
鶴が丘ガーデンホスピタル	18	200	5	38	3	11	17.1	3	52	84	2.2	3	1	0.4%	188	250	3	112	305	34%	21%	64	34%	3	35.1%	3
鶴川さくら病院	15	118	4	28	3	3	37.3	2	26	49	2.3	3	2	4.4%	112	908	1	69	2963	69%	0%	27	24%	2	26.8%	4
町田計(万対29床)	17	1,213	23	49	2	54	20.9	3	328	492	2.3	3	32	2.9%	1,131	373	3	799	574	42%	29%	350	31%	3	35.7%	3
		6%													6%			7%								

2012年6月末精神病院統計より

障害者差別禁止法制から見た精神科病棟転換型居住系施設の問題点

池原毅和

Ikehara Yoshikazu
東京アドヴォカシー法律事務所

1●障害者差別禁止法制

障害者基本法の改正（2012年）、障害者差別解消法の制定（2013年）、障害者雇用促進法の改正（2013年）および障害者権利条約の批准（2014年）によって日本の障害者差別禁止法制は一応の法制を整えた。各法律には不十分、不完全なところが多々残されているが、現在までの日本の到達点を踏まえて障害者差別禁止法制から見たときに精神科病棟転換型居住系施設がどのような問題を持っているのかを以下で検討する。

2●障害者差別禁止法制が求める精神科医療福祉のあり方

(1)障害者差別禁止法制の仕組み

障害者差別禁止法制の中で障害者権利条約は憲法よりは下位に位置するがその他の法律（国会が定立する法規範）よりは上位の規範であり、法律は条約に反することはできない。法律は形式上、上下関係はないが障害者基本法は医療・介護（同法14条）、住宅の確保（同法20条）を含む「障害者の自立及び社会参加の支援等のための基本施策」を同法が定める地域社会における共生（同法3条）、差別禁止（同法4条）などの基本原則にのっとって実施する責務があると定めている（同法6条）。したがって、障害者基本法は法律を制定した国会の意思としては精神保健福祉法などの個別法よりも実質的に上位の基本的な法規範とすべきことを定めていると理解しなければならない。同法3条2号は「全て障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられない」と定めており、同法はころで、精神障害のある人の地域社会への包容や多様な人々との共生が図れるものではなく、むしろ、それは入院とは別の態様の新たな社会的排除の場所を創設することにしかならないということである。すでに述べたように障害者権利条約19条a項は「特定の生活施設で生活する」ほかないような状態にさせてはならないことをあえて明示的に規定しており、病棟転換型居住系施設は精神障害の患者しかいない、まさに「特定の生活施設」にほかならない。

もっとも、病棟転換型居住系施設が存在しても他にも地域にグループホームなどがあり選択肢はあるのだから病院内の居住施設での生活を強いることにはならないという意

見もあるかもしれない。しかし、もともとこの議論が行われてきた前提は2003年以降取り組まれてきた退院促進・地域移行支援事業が成果を上げることができず、毎年新規入院患者のうち5万人が1年以上の長期入院をしており、長期入院患者の高齢化により精神科病棟内死亡者が2万人を超えるという先進諸国では考えられないような状況が一向に改善されないことにあった。その解決策として、いっそのこと精神科病院の病棟を居住系施設にしてしまえばよいという開き直りの政策は、社会資源の乏しさや患者を抱え込む精神科病院の体質が地域移行が進まない元凶にあることを棚上げにして物理的な形状を病室から居室にリフォームするだけの政策にすぎない。そのような政策のもとでは病院に滞留している大量の社会的入院者が豊富な他の社会資源と対比しながら退院先を選べることにはならず、結局、退院するならそこを選ぶしかない状態になる。

病棟転換型居住系施設の効用として、医療機関のかかわりが臨機に密接に必要な患者もあり精神科病棟に隣接して住居があればそうした患者にとって安心でもあり有効でもある。また、患者によっては直ちに地域に出ていくことに不安があり、地域と病院の中間的な施設があるほうがよい人もいるなどという意見もある。しかし、病院での生活に安住してしまうようになった患者の退院後の生活に対する不安を取り除き安心できる状況を作ることは社会資源さえあれば多くの事例で成功している。しかも、こうした患者を作り出してしまったのは、精神障害のある人の地域社会への包容に反する政策（精神科病床の肥大化と極度に入院医療に傾斜した予算）をとり続けてきたことに原因がある。自由な社会へ羽ばたく翼を萎えさせる政策を進めてきた者が、あなたは自由に飛べなくなったので、あなたの翼を萎えさせたこの場所にとどまっているほうが安全だというお為ごかしの政策は厚顔無恥も甚だしいと言うほかない。障害者権利条約19条b項は「地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（個別の支援を含む。）を障害者が利用する機会を有すること」と定めるとともに、保健殊な非自発的入院があるのも差別的だとしている（同法12条）。そして、多くの国において精神障害等の障害のある人は特殊な生活施設での生活を余儀なくされてきた実態があり、それは、それらの人に社会参加の機会を与えてこなかったことと裏腹の問題であるので、同条約19条本文は「締約国は、全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを認めるものとし、障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に包容され、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる。」と定め、同条a項は「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。」と定めている。ここで「義務を負わない」というのは英語原文に照らすと「事実上も余儀なくされない」ことを意味しており[*1]、法律上義務を負わないという狭い意味ではない。さらに同条b項は「地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（個別の支援を含む。）を障害者が利用する機会を有する」と定めている。

では、「地域社会への包容」と共生は異なる概念なのであろうか。障害者権利条約3条は条約の基本となる一般原則を規定し、その中で、(c) 社会への完全かつ効果的な参加

及び包容、(d) 差異の尊重並びに人間の多様性の一部及び人類の一員としての障害者の受入れ、(e) 機会の均等を条約の基本原理に含めている。また、前文mにおいて「障害者が地域社会における……多様性に対して既に貴重な貢献をしており、又は貴重な貢献をし得ることを認め」として、人間の社会の多様な構成員の一部として障害のある人が社会に参加していることが障害のある人にとっても社会にとっても共に価値のあることであることを前提にしている。すなわち、「地域社会への包容」とは多様な人々の生活する社会に溶け込み紛れ込んで共に生活することであり、「分け隔てなく」共に生活していくことを意味している。

3●精神科病棟転換型居住系施設の問題

以上の現行障害者差別禁止法制から精神科病棟転換型居住系施設を考えた場合、第一の問題は精神科病院の敷地内の建物やましてや病棟の一部を病室ではなく居室にしたところで、精神障害のある人の地域社会への包容や多様な人々との共生が図れるものではなく、むしろ、それは入院とは別の態様の新たな社会的排除の場所を創設することにしかならないということである。すでに述べたように障害者権利条約19条a項は「特定の生活施設で生活する」ほかないような状態にさせてはならないことをあえて明示的に規定しており、病棟転換型居住系施設は精神障害の患者しかいない、まさに「特定の生活施設」にほかならない。

もっとも、病棟転換型居住系施設が存在しても他にも地域にグループホームなどがあり選択肢はあるのだから病院内の居住施設での生活を強いることにはならないという意見もあるかもしれない。しかし、もともとこの議論が行われてきた前提は2003年以降取り組まれてきた退院促進・地域移行支援事業が成果を上げることができず、毎年新規入院患者のうち5万人が1年以上の長期入院をしており、長期入院患者の高齢化により精神科病棟内死亡者が2万人を超えるという先進諸国では考えられないような状況が一向に改善されないことにあった。その解決策として、いっそのこと精神科病院の病棟を居住系施設にしてしまえばよいという開き直りの政策は、社会資源の乏しさや患者を抱え込む精神科病院の体質が地域移行が進まない元凶にあることを棚上げにして物理的な形状を病室から居室にリフォームするだけの政策にすぎない。そのような政策のもとでは病院に滞留している大量の社会的入院者が豊富な他の社会資源と対比しながら退院先を選べることにはならず、結局、退院するならそこを選ぶしかない状態になる。

病棟転換型居住系施設の効用として、医療機関のかかわりが臨機に密接に必要な患者もあり精神科病棟に隣接して住居があればそうした患者にとって安心でもあり有効でもある。また、患者によっては直ちに地域に出ていくことに不安があり、地域と病院の中間的な施設があるほうがよい人もいるなどという意見もある。しかし、病院での生活に安住してしまうようになった患者の退院後の生活に対する不安を取り除き安心できる状況を作ることは社会資源さえあれば多くの事例で成功している。しかも、こうした患者を作り出してしまったのは、精神障害のある人の地域社会への包容に反する政策（精神科病床の肥大化と極度に入院医療に傾斜した予算）をとり続けてきたことに原因がある。自由な社会へ羽ばたく翼を萎えさせる政策を進めてきた者が、あなたは自由に飛べなく

なったので、あなたの翼を萎えさせたこの場所にとどまっているほうが安全だというお為ごかしの政策は厚顔無恥も甚だしいと言うほかない。障害者権利条約19条b項は「地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（個別の支援を含む。）を障害者が利用する機会を有すること」と定めるとともに、保健サービス（同条約25条）およびハビリテーション、リハビリテーション（同条約26条）も、「障害者自身が属する地域社会（農村を含む。）の可能な限り近くにおいて提供すること」を求めている。日本の経済水準および文化水準を前提にすれば、精神障害のある人に密接に医療が必要である場合でも、入院医療の必要性がないのであれば、その人は「自身が属する地域社会」すなわち多様な人々が住み生活している自分の故郷となるべき地域において医療が提供されなければならないのであり、病院の中に棲みつくことを認める政策を採用することは許されない。

日本において精神障害のある人のための地域の社会資源が急激に増加することは期待できないので、それまでの暫定的な措置として空いた病棟を居住施設に有効利用するのが現実的だという人もいる。しかし、病室が居室になることで精神科病院が担わされてきた社会的排除の構造のどこが変わるのだろうか。精神障害のある人もない人も包容されて共生していくべき社会にほんの少しでも近づくことになるのだろうか。残念なことに精神科病院はどこの国でも歴史的・社会的に精神障害のある人を社会から排除し隔離する役割を果たしてきた社会装置である。その内装をリフォームして居室にしてもその社会的装置としての役割は変わらない。そこは地域社会の住居とは本質的に異なった精神障害のある人しかいない独特な空間であり、医療福祉関係者しか出入りしない、一般社会から見れば異様な場所である。

4●障害者権利条約に基づく勧告

日本は2016年までに「条約に基づく義務を履行するためにとった措置及びこれらの措置によりもたらされた進歩に関する包括的な報告」をしなければならないことになっており（同条約35条1項）、同条約に基づく障害者権利委員会（同条約34条）は、その報告を検討して勧告を行うことになっている（同条約36条）。

精神科病棟転換型居住系施設を容認することは、障害者権利条約を頂点とする現行障害差別禁止法制のもとで認められないものであるにもかかわらず、これを推進していくなら、今後、日本の精神医療福祉はさらに国際的にも極めて厳しい批判を受けることになるであろう。

＊1　英文は、“not obliged to live in a particular living arrangement”と規定されている。条約の日本語訳は便宜上のものであり、公式には国連公用言語として認められた言語による規定に基づいて解釈されなければならないことになっている。

『精神医療』№77（2015年1月10日発行）特集「精神科病棟転換型居住系施設の争点」批評社より

2014 年 10 月 30 日／朝日新聞

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

「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者で、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しあり、受け入れている」と説明した。

■限られる受け入れ先

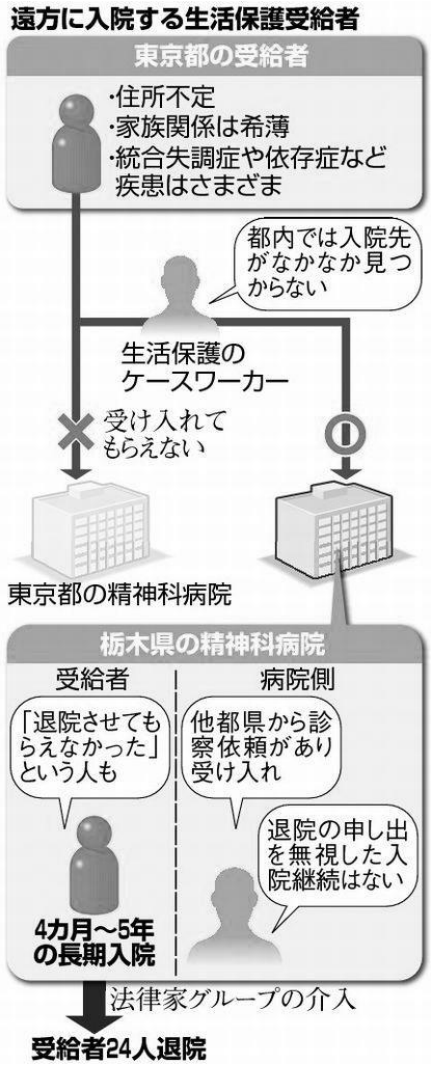
生活保護制度では、医師の判断や受給者の希望を参考にしつつ、最終的には福祉事務所が入院先を決める。約５０人の受給者がこの病院に入院していた台東区にも聞いた。

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

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だろう。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）

2014 年 2 月 3 日／朝日新聞

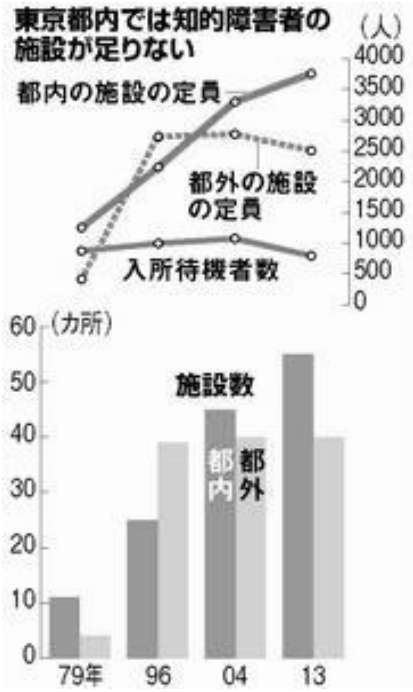
報われぬ国　負担増の先に　都外施設　豊かな首都、弱者冷遇

元日の昼、東京都中野区に住む今村明美さん（７６）は福島県白河市郊外の焼き肉店にいた。家族連れでにぎわう店内で、長男（４９）が大好きな肉をつまみながら、夫の孝さん（７９）とじゃんけんで遊んでいた。

「こんなお正月があとどれくらい続くんだろう」

長男は小学生の時に校舎から転落し、左半身と脳に後遺症が残った。いまは福島県西郷村にある知的障害者の施設で軽作業をしながら暮らす。

雪に囲まれた知的障害者の施設。東京から遠く離れた北国で暮らす障害者がいる＝１月２７日、秋田県北秋田市、西井泰之撮影



「都外施設」と呼ばれ、約８０人の入居者のうち９割が東京都民だ。

月に一度の面会日には欠かさず施設を訪れる。これまで正月とお盆には長男が東京の自宅に帰ってきたが、今年は初めて帰省をあきらめ、代わりに夫婦で大みそかから福島を訪ねた。

「息子も年をとって歩けなくなってきた。長男を支えてトイレなどに行かせるのは骨が折れるようになって」。帰り際、「寒いところで暮らすんだ」と思うと、涙があふれた。

■１４県に４０カ所

障害者の都外施設は青森や長野、岐阜など１４県に４０カ所あり、東京都から約２５００人が入る。土地の値段が高い都内では施設用地を確保しにくいため、１９６０年代後半から地方につくられるようになった。

明美さんは、長男が養護学校を卒業する時に中野区から紹介された。「どうしてそんな遠いところにって……。でも、断ったらどこにも入れなかった」。父親の介護もあり、自宅では世話ができなかった。

それから約３０年がたつ。「勝ち組」の街で、弱者の声はかき消されてきた。

心細いのは、遠く離れて暮らすだけでなく親も子も年をとっていくことだ。入居者で最高齢の人は８０代になる。「元気なうちは会いに行けるのだけれど。私たちが死んだ後、山里で一人ずっと暮らすんだろうか」

施設は古く、もともと高齢化にも対応していない。長男は１０畳ほどに三つのベッドを置いた３人部屋にいる。狭いうえ、廊下などの壁の一部には東日本大震災でできた亀裂が残る。

夜は職員が３人。国の基準を満たしているが、年齢も障害もさまざまな障害者を支えるには足りない。

「入れただけ運がいい、と思うしかないのでしょうか」。１２年９月に長男（２３）が入居した主婦（５６）には不満が募る。

３年ほど都内の施設などを探したが、どこもいっぱい。福島で１人入れるというので申し込んだが、競争率は十数倍にもなった。

「東京は日本で最も豊かな都市なのに。大きくなくていい、５、６人で住める施設でいいんです。せめて、子どもが親のそばや地域で生きていけるように」

東京から約７００キロ離れた秋田県北秋田市の山あいにも四つの都外施設がある。「阿仁かざはり苑」では１８～７５歳の約８０人が暮らし、今年の正月は半数が帰省しなかった。親が亡くなったり高齢で世話できなかったりするからだ。

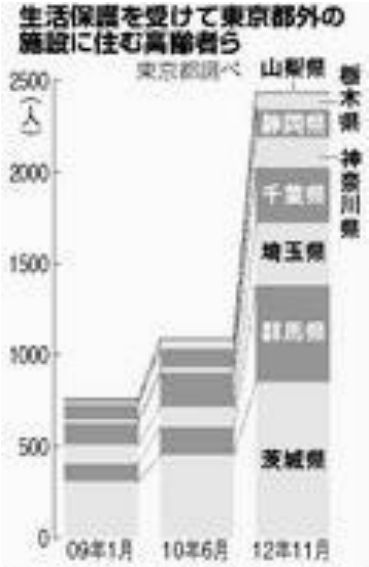
地元の視線も厳しくなった。親が亡くなると、高齢の障害者らの医療費は地元自治体の負担になる。「負担が増える、将来どうするんだ、とお荷物になるかのように言われて」。施設の関係者は顔を曇らせた。

■高い入居料金

茨城県南部にある市の住宅地に、築２年の３階建て建物がある。見守りなどのサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）だ。建てる際には国が１戸あたり１００万円を補助する。５０戸ほどのこのサ高住は月１０万円ほどで暮らせる。

東京都江東区に住んでいた男性（７６）は、ここに入って約１年がたつ。居酒屋をやっていたが、心臓病などで働けなくなり、生活保護を受けて一人暮らしをしてきた。持病が悪化したのを機に江東区に勧められたのがこのサ高住だった。

「区内には生活保護の範囲で入れる施設がほとんどない」と区の担当者は説明する。都内では月２０万円はかかる施設でも、茨城なら半分で済む。



江東区で生活保護を受ける高齢者の９７％が、都外の施設に住む。

「ここでは食事をしたら寝るだけ。新宿には友達もいるので戻りたい」。同じく生活保護を受けて茨城県内の有料老人ホームに入る男性（７１）は、住み慣れた新宿区に帰りたいという。転んで足の骨が折れたのを機に茨城にやってきた。

都内の自治体から生活保護を受けているのに都外に住む高齢者は、１２年１１月で約２５００人に達している。わずか３年ほどで３倍以上に増えた。９割以上が東京２３区からの高齢者だ。

行き先は茨城県が最も多い。県内では、この数年で１２５棟・計３千戸以上のサ高住ができた。

「サ高住の入居者を調べたら、２３区で生活保護を受けている人ばかり。うちの市民はほとんどいなかった」。東京から電車「つくばエクスプレス」に乗って約５０分の茨城県つくば市。市の担当者は中心部のサ高住を見てため息をつく。

３年前には、いきなり１０棟ほどのサ高住の建設計画が申請された。市は東京で生活保護を受ける高齢者の受け皿でしかないと考え、すべてに待ったをかけた。高齢者向けにタクシー代やおむつ代などの一部を補助する対象からも、高齢者施設の入居者を外した。

「オリンピックを開く余裕があるんだから、都内に弱者を受け入れる施設をもっとつくったらどうなのか」。豊かな首都の貧しい福祉に疑問の声があがる。

ＮＰＯ法人「ふるさとの会」（本部・東京）は新宿区と協力し、生活保護の高齢者で介護が必要な人を受け入れている。区内の空きアパートなどを安く借り、狭いながらも生活保護の範囲で暮らせるようにして、介護保険も使いながら２４時間態勢で世話をする。

これで新宿区は、生活保護の高齢者のうち都外に出る人を９％に抑えることができた。ふるさとの会の滝脇憲さんは「工夫すれば、都心でも住居を確保し、生活支援ができる」と言う。

（西井泰之、松浦新）

■都内の受け入れ、遅れる取り組み

東京は大企業や税収が集まる世界有数の都市だ。都の年間予算は１２兆円にのぼる。だが、そんな首都が障害者や高齢者を都外に出す。

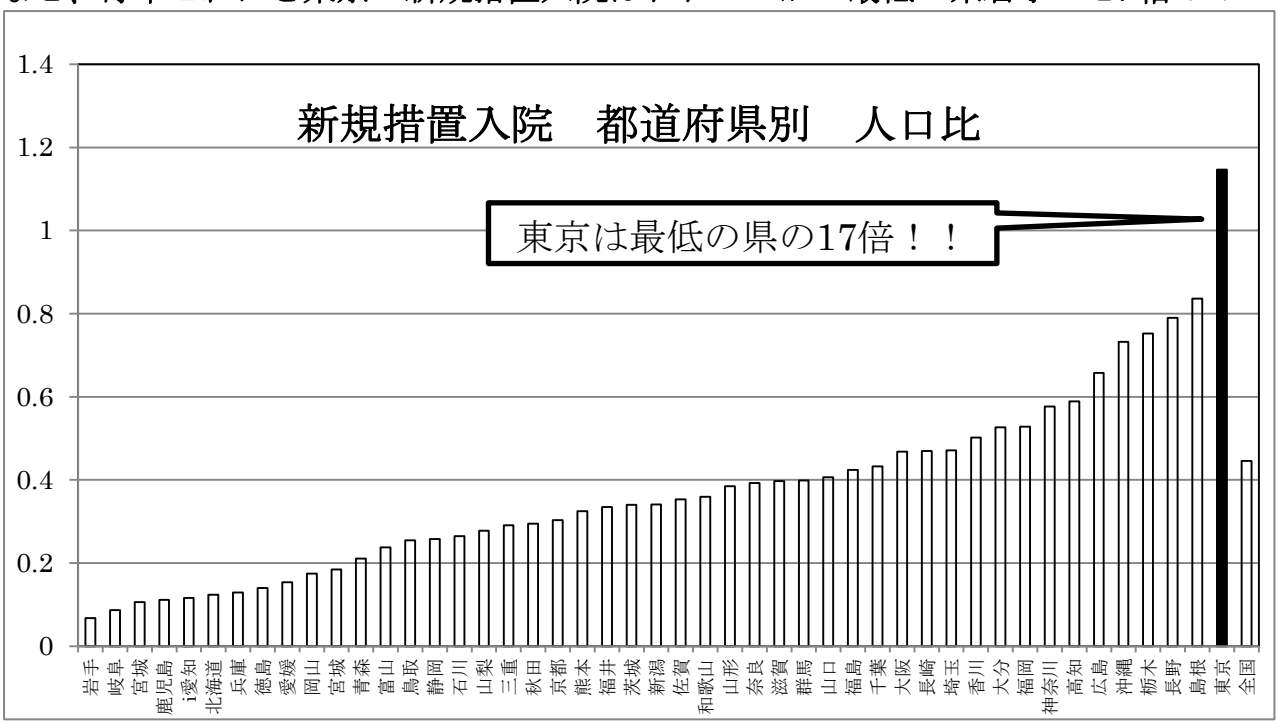
知的障害者の都外施設は主に東京都内から受け入れる目的で社会福祉法人などが運営している。雇用を生むために誘致をした地方もある。建設費は国が半分、都が４分の１、運営費は国が半分、都と区市町村が半分を負担する。都は運営費にサービス推進費も上乗せしている。

それでも都内に施設をつくるより負担は少ない。都内では土地代や職員の人件費などが高いからだ。都は「人権を軽視している」と批判されたため、９７年を最後に都外施設の新設をやめ、国の方針もあって０５年から都内に小規模施設を増やし始めた。だが、取り組みは遅れ、いまも約８００人が施設への入居を待つ。

生活保護の高齢者が都外の施設に入る問題では、東京都保護課は「特別養護老人ホームの空きを待つ一時的なもの」と説明する。生活保護の自治体負担分は「紳士協定」で、住んでいた都内の自治体が持つ。

だが、高齢者の３分の１は都外の暮らしが２年を超える。茨城県つくば市の担当者は「調査しようとしても、指導権限がないことを理由に拒まれることもある。虐待や不正請求の温床になりかねない」と言う。

なぜ、毎年これほど東京の新規措置入院はおおいのか　最低の県岩手の 17 倍！！



【平成 22 年度衛生行政報告　第 2 表-1】精神障害者申請通報届出数・措置入院患者数・医療保護入院届出数・精神障害者保健福祉手帳交付台帳登載数（有効期限切れを除く。），都道府県－指定都市（再掲）別東日本大震災の影響により、宮城県のうち仙台市以外の市町村が含まれていない。人口　平成 22 年国勢調査による統計（Wikipedia）

《病棟転換型居住系施設について考える会調べ》

精神障害者が利用する入所サービス系施設の病院敷地内への設置状況（2014 年度）

※都道府県（47）＋政令指定都市（20）より、41 自治体から回答

なし	21
把握していない	7
ある	13

（内訳）都道府県政令市	グループホーム（介護サービス包括型）		グループホーム（外部サービス利用型）		宿泊型自立訓練		合計	
	箇所数	定員	箇所数	定員	箇所数	定員	箇所数	定員
A	1	6	0	0	0	0	1	6
B	0	0	1	7	0	0	1	7
C	0	0	1	10	0	0	1	10
D	1	10	0	0	0	0	1	10
E	1	11	0	0	0	0	1	11
F	1	11	0	0	0	0	1	11
G	0	0	1	20	0	0	1	20
H	1	20	0	0	0	0	1	20
I	0	0	0	0	1	25	1	25
J	1	18	2	16	0	0	3	34
K	1	18	1	18	0	0	2	36
L	1	30	0	0	2	34	3	64
M	0	0	1	5	6	109	7	114
（計）	8	124	7	76	9	168	24	368

障発０１１６第４号
平成２７年１月１６日

都道府県知事
各　指定都市市長　殿
中核市市長

厚生労働省障害保健福祉部長（公印省略）

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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準及び厚生労働省関係構造改革特別区域法第三十四条に規定する政令等規制事業に係る省令の特例に関する措置を定める省令の一部を改正する省令及び児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令の公布について
（通知）

本日、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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準及び厚生労働省関係構造改革特別区域法第三十四条に規定する政令等規制事業に係る省令の特例に関する措置を定める省令の一部を改正する省令（平成 27 年厚生労働省令第５号）及び児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令（平成 27 年厚生労働省令第６号）が別紙のとおり公布され、平成 27 年４月１日から施行することとされたところである。その趣旨及び主な内容等について下記のとおり通知するので、これらについて十分御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図っていただく等、本省令の円滑な施行について特段の御配慮をお願いする。

記

１　省令の趣旨
障害福祉サービス等報酬改定検討チームでの議論を踏まえ、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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号。以下「サービス指定基準」という。）及び厚生労働省関係構造改革特別区域法第三十四条に規定する政令等規制事業に係る省令の特例に関する措置を定める省令（平成 15 年厚生労働省令第 132 号。以下「特区省令」という。）並びに児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省告示第 15 号。以下「指定通所基準」という。）の一部を改正するものの一部を改正するもの。

２　主な内容
一　サービス指定基準の一部改正
⑴　基準該当生活介護及び短期入所の対象拡大について（略）
⑵　病院の敷地内における指定共同生活援助事業等経過的特例ついて
「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」の取りまとめを踏まえ、平成 36 年度末までの間、一定の条件を満たす場合に、精神病床の削減を行った場合の病院の敷地内において指定共同生活援助の事業等を行うことができる特例を設ける。
⑶　指定共同生活援助事業所において居宅介護等を利用する場合の特例について（略）
二　指定通所基準の一部改正（略）
三　その他所要の規定の整備を行うこととした。
３　施行期日
平成 27 年４月１日

○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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第百七十一号）新旧対照表【抜粋】

（傍線部分は改正部分）

改　正　案	現　　行
附　則	附　則
（地域移行支援型ホームの特例） 第七条　次の各号のいずれにも該当するものとして都道府県知事が認めた場合においては、平成三十七年三月三十一日までの間、第二百十条第一項（第二百十三条の六において準用する場合を含む。）の規定にかかわらず、病院の敷地内の建物を共同生活住居とする指定共同生活援助の事業又は外部サービス利用型指定共同生活援助の事業（以下「指定共同生活援助の事業等」という。）を行うことができる。 一　（略） 二　当該病院の精神病床の減少を伴うものであること。 【参考】第二百十条第一項 指定共同生活援助に係る共同生活住居は、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、入所により日中及び夜間を通してサービスを提供する施設(以下「入所施設」という。)又は病院の敷地外にあるようにしなければならない。	（地域移行型ホームの特例） 第七条　次の各号のいずれにも該当するものとして都道府県知事が認めた場合においては、法附則第一条第三号に掲げる規定の施行の日の前日までの間、第二百十条第一項（第二百十三条の六において準用する場合を含む。）の規定にかかわらず、入所施設又は病院の敷地内に存する建物を共同生活住居とする指定共同生活援助の事業又は外部サービス利用型指定共同生活援助の事業（以下「指定共同生活援助の事業等」という。）を行うことができる。 一　（略） 二　当該入所施設の入所定員又は病院の精神病床の減少を伴うものであること。ただし、法附則第三十五条の規定による改正前の身体障害者福祉法（以下「旧身体障害者福祉法」という。）第三十条の二に規定する身体障害者福祉ホーム（以下「身体障害者福祉ホーム」という。）、法附則第四十八条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた法附則第四十六条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号。以下「旧精神保健福祉法」という。）第五十条の二第一項第一号に掲げる精神障害者生活訓練施設（以下「精神障害者生活訓練施設」という。）、法附則第五十八条第一項の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた法附則第五十二条の規定による改正前の知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号。以下「旧知的障害者福祉法」という。）第二十一条の八に規定する知的障害者通勤寮のうち旧知的障害者福祉法第十五条の十一第一項の指定を受けているもの（以下「指定知的障害者通勤寮」という。）若しくは旧知的障害者福祉法第二十一条の九に規定する知的障害者福祉ホーム（以下「知的障害者福祉ホー

	ム」という。）又は旧精神保健福祉法第五十条の二第一項第三号に掲げる精神障害者福祉ホーム（附則第十九条及び附則第二十二条において「旧精神障害者福祉ホーム」という。）を共同生活住居とする場合においてはこの限りでない。
（削除）	２　法附則第一条第三号に掲げる規定の施行の日の前日において現に前項の規定により指定共同生活援助の事業等を行っている者については、第二百十条第一項（第二百十三条の六において準用する場合を含む。）の規定にかかわらず、当該共同生活援助の事業等を行う事業所において指定共同生活援助の事業等を行う場合に限り、同号に掲げる規定の施行の日以降においても指定共同生活援助の事業等を行うことができる。
２　前項の規定により指定共同生活援助の事業等を行う事業所（以下「地域移行支援型ホーム」という。）における指定共同生活援助の事業等について第二百十条第二項から第九項まで（第二百十三条の六において準用する場合を含む。）の規定を適用する場合においては、第二百十条第二項中「四人以上」とあるのは、「四人以上三十人以下」とする。	３　第一項の規定により指定共同生活援助の事業等を行う事業所（以下「地域移行型ホーム」という。）における指定共同生活援助の事業等について第二百十条第二項から第九項まで（第二百十三条の六において準用する場合を含む。）の規定を適用する場合においては、第二百十条第二項中「四人以上」とあるのは、「四人以上三十人以下」とする。
（地域移行支援型ホームにおける共同生活住居の構造等） 第七条の二　地域移行支援型ホームにおいて指定共同生活援助の事業等を行う者（以下「地域移行支援型ホーム事業者」という。）が設置する共同生活住居の構造及び設備は、その入居者の生活の独立性を確保するものでなければならない。	（新設）
（地域移行支援型ホームにおける指定共同生活援助等の提供期間） 第八条　地域移行支援型ホーム事業者は、利用者に対し、原則として、二年を超えて、指定共同生活援助等を提供してはならない。	（地域移行型ホームにおける指定共同生活援助等の提供期間） 第八条　地域移行型ホームにおいて指定共同生活援助の事業等を行う者（以下「地域移行型ホーム事業者」という。）は、利用者に対し、原則として、二年を超えて、指定共同生活援助等を提供してはならない。
（地域移行支援型ホームにおける指定共同生活援助等の取扱方針） 第九条　地域移行支援型ホーム事業者は、入居し	（地域移行型ホームにおける指定共同生活援助等の取扱方針） 第九条　地域移行型ホーム事業者は、入居してい

ている利用者が住宅又は地域移行支援型ホーム以外の指定共同生活援助事業所若しくは外部サービス利用型指定共同生活援助事業所（以下「住宅等」という。）において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討するとともに、当該利用者が入居の日から前条に定める期間内に住宅等に移行できるよう、適切な支援を行わなければならない。	る利用者が住宅又は地域移行型ホーム以外の指定共同生活援助事業所若しくは外部サービス利用型指定共同生活援助事業所（以下「住宅等」という。）において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討するとともに、当該利用者が入居の日から前条に定める期間内に住宅等に移行できるよう、適切な支援を行わなければならない。
（地域移行支援型ホームにおける共同生活援助計画の作成等） 第十条　地域移行支援型ホームにおける指定共同生活援助の事業等について第二百十三条又は第二百十三条の十二において準用する第五十八条の規定を適用する場合においては、同条第二項中「営むこと」とあるのは「営み、入居の日から附則第八条に定める期間内に附則第九条に規定する住宅等に移行すること」と、同条第四項中「達成時期」とあるのは「達成時期、病院の敷地外における福祉サービスの利用その他の活動」とする。	（地域移行型ホームにおける共同生活援助計画の作成等） 第十条　地域移行型ホームにおける指定共同生活援助の事業等について第二百十三条又は第二百十三条の十二において準用する第五十八条の規定を適用する場合においては、同条第二項中「営むこと」とあるのは「営み、入居の日から附則第八条に定める期間内に附則第九条に規定する住宅等に移行すること」と、同条第四項中「達成時期」とあるのは「達成時期、入所施設又は病院の敷地外における福祉サービスの利用その他の活動」とする。
（地域移行支援型ホームに係る協議の場の設置） 第十一条　地域移行支援型ホーム事業者は、指定共同生活援助等の提供に当たっては、利用者の地域への移行を推進するための関係者により構成される協議会（以下「地域移行推進協議会」という。）を設置し、定期的に地域移行推進協議会に活動状況を報告し、地域移行推進協議会から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。 ２　地域移行支援型ホーム事業者は、法第八十九条の三第一項に規定する協議会その他都道府県知事がこれに準ずるものとして特に認めるもの（以下「協議会等」という。）に対して定期的に地域移行支援型ホームにおける指定共同生活援助の事業等の実施状況等を報告し、協議会等による評価を受けるとともに、協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。	（地域移行型ホームに係る協議の場の設置） 第十一条　地域移行型ホーム事業者は、指定共同生活援助等の提供に当たっては、利用者の地域への移行を推進するための関係者により構成される協議会（以下「地域移行推進協議会」という。）を設置し、定期的に地域移行推進協議会に活動状況を報告し、必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。
（以下、略）	（以下、略）

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年度政府予算案の概要

【抜粋／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】

27年度予算案の内容説明	27年度 予算案	27年度 概算要求	26年度 予算
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	１５億円	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	１．２億円	５．３億円	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 長期入院精神障害者の地域移行を確実に実施するため、都道府県に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	地域生活支援事業のメニュー	地域生活支援事業のメニュー	地域生活支援事業のメニュー
（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【一部新規】 「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。 以下の①～④を例とする取組を実施。 ①地域移行推進連携会議（仮称）の開催 行政が主体となって、精神科病院の地域移行に関わる職員及び保健所、地域の事業者等で構成する地域移行推進連携会議（仮称）を開催し、精神科病院からの退院に向けた支援及び地域生活の支援について具体的方策等の検討、実施状況の把握及び実施後の評価等を行う。 ②精神科病院の職員に対する研修を実施 精神科病院の地域移行に関する理解の促進を図るため、精神科病院職員に対する研修を実施する。 ③退院支援プログラムの実施 地域移行に向けた以下のプログラム等を実施する。 ・退院し地域生活を送る当事者の体験談を聞くプログラム ・地域の事業所を訪問し、活動を体験するプログラム ・高齢入院患者に対する退院支援プログラム ④スーパーバイザーの派遣 精神障害者の受け入れに関し支援の求めがあった事業所等へ、精神障害者に対する地域生活支援を先駆的に	１．２億円 ※社会福祉施設等施設施設整備費０．６億円を含む	５．１億円	０．８億円

行っているスーパーバイザーを派遣する。 （補助先）都道府県・指定都市　（補助率）定額			
ゼロ　精神障害者の意思決定や意思表明に関する支援の推進【新規】 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）	0	５０百万円	―
ゼロ　地域移行に係る地域資源の調査【新規】 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	0	７百万円及び一部地域生活支援事業のメニュー	―
２．精神科救急医療体制の整備 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	１３億円	１８億円	１９億円
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 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	９百万円	９百万円	１７百万円
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 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	地域生活支援事業のメニュー	地域生活支援事業のメニュー	地域生活支援事業のメニュー
ゼロ　退院後生活環境相談員指導者の養成【新規】 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	0	４百万円	―