

「精神科病棟転換型居住系施設」構想に反対する声明文

厚生労働大臣 田村 憲久 様

社会・援護局障害保健福祉部

部長 浦原 基道 様

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

座長 樋口 輝彦 様

現在、精神科病院の病棟の一部を居住施設に改修し、同じ敷地内で「病棟転換型居住系施設」として再利用する構想が打ち出され、推し進められようとしています。当会としましては、以下の理由により断固として反対します。

理由1:「地域移行」が遅々として進まないことの、精緻な分析がなされぬまま、「地域移行」の理念を、根底から否定、反故、逆行させる構想と捉えざるを得ないため。

長期入院の精神障害者の多くは、住まいの場や地域での支援体制が整えば、退院して地域の中で生活を送ることが十分可能とされます。事実、精神医療は旧来の精神障害者を入院させ社会から隔離するようなやり方をあらため、現在では治療を続けながら地域社会とのつながりを持って生活していくいわゆる「地域移行」がグローバルスタンダードであり、精神医療の先進諸外国においての歴然たる実績がそれを証明しています。わが国においてもこれらの考えに依拠し、平成16年9月に「精神保健医療福祉改革ビジョン」が示され、早10年が過ぎようとしています。この基本方針にはそもそも①「『入院医療中心から地域生活中心へ』」という基本方策を推し進めていくために、国民各層の意識の変革や立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編、基盤強化②「退院可能とされる約7万人の退院による解消」の二つの基本方針が明確に打ち出されました。しかしながら、10年もの歳月が経過した現在、このいずれもが未達成であるに加え、これらの要因分析や本質的な課題・問題点の検証なきまま、病院敷地内に精神病棟を一部手直ししただけの「転換型病棟」を造り、そこに精神障害者を移すことによって、形だけの精神病床削減を図ろうとする構想は、到底受け入れがたいものと考えます。ましてこの構想は、実質的には旧来の「病棟入院生活」と変わらず単に名称をすり替えただけの安易・稚拙な方策であり、医療費抑制や病院経営都合優先の視点に重きを置き、本来主役であるはずの障害者を置き去りとし、その人権を侵害する不当な行為と、捉えざるを得ません。本来、障害者は、地域社会の中で様々な人間関係や体験の場を積み重ねながら、悩みを解決していくのが自然な姿であり、そのために、まずは障害者を含めた社会全体が、互いを信頼し助け合える世の中になっ

ていくことが、望ましい姿ではないでしょうか。「病棟転換型居住系施設」構想は、旧態依然とした閉ざされた病院敷地内で、固定化した狭い人間関係や体験機会に限定される日常を繰り返す点において、本質的に入院生活となんら変わりません。障害者の自由意志と主体性を尊重し、生活権を保障していくという本来の地域移行の理念・原点に立ち返った入念な検討・検証を期待します。と同時に、目の前に厳然と立ちはだかる根源的・本質的問題とされる「家族による支援余力の限界、社会資源の不足、地域社会の無理解、精神障害者に対する個々人の偏見・差別等」に一つ一つ対峙し、真正面から地道に取り組んでいくという正攻法からの解決・解消を期待します。

理由2: わが国が批准した「障害者権利条約」を、明確に違反する政策と捉えざるを得ません。

障害に基づくあらゆる差別の禁止、障害者の差別禁止や社会参加を促す国連の『障害者権利条約』が発効されてから5年余りが経った本年1月、ようやくわが国は世界141番目の批准国となったのはまだ記憶に新しいことです。この条約第19条の中には、「すべての障害者が他の者との平等の選択の機会を持って地域社会で生活する平等の権利を定める」「特定の生活施設で生活する義務を負わないこと」などが明記されています。障害者が精神科病棟とほぼ同等の「病棟転換型住居系施設」や入所施設以外での暮らしの選択ができないことは、明らかにこの権利条約に違反することになります。と同時に、この構想に基づいて、名ばかりの「地域移行」が成し遂げられたとしたら、わが国において、「院内地域移行」「院内退院」と言うにわかに信じがたく、国際的にも大いに恥をかく政策を日本国が公然と許可、推奨する事態となります。さらに悪いことには、一度この形での地域移行が成し遂げられたなら、長期社会的入院者の本来の姿での地域移行の実現は、さらに困難さを極めとともに、国民の間で後世までこの取り返しのつかない過ちを犯してしまったことの愚かさが語り告がれることになるでしょう。ちなみにわが国の精神科病床は現在約34万4千床と、世界全体の精神科病床数約185万床のうちの実に約5分の一を占めています。また、入院患者数は約32万人で、平均入院期間も欧米諸国と比べ、格段に長いのが特徴です。このように世界的に見て異常とも思われるこれらの現状に至るには、わが国特有の精神医療に対する偏った考えや施策、精神障害者に対する差別・偏見の歴史を鑑みなければならないと考えます。例えば、わが国においては、かつて明治から太平洋戦争まで精神病患者を自宅の座敷牢に隔離する「私宅監置」しかり。1950年には強制入院や国庫補助金制度を盛り込んだ『精神衛生法』制定後に民間病院が急増。1958年に通知された「精神科特例」や1960年設立された「医療金融公庫」により、病院数のさらなる拡大と医療の質の低下を招いたとされています。これらの歴史の一例が示すように、過去への真摯かつ厳粛な振り返りと検証、反省を踏まえ、

二度と同じような過ちを起こさない覚悟と責任を持って、批准した「障害者権利条約」を守り抜く模範国となる努力を期待します。

2014(平成 26)年 6 月 20 日

特定非営利活動法人 群馬県精神障害者社会復帰協議会

理事長 小暮 明彦

群馬県精神障害者家族会連合会(群馬つつじ会)

会長 櫻井 由治

(公印省略)

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9号 (2014年6月24日)

発行：病棟転換型居住系施設について考える会

沖縄の障害のある当事者の方が、

「これから家に帰り夕飯をつくり食べて、お風呂に入って寝ます。これが一番の幸せです。」
と話していました。

「沖縄県は病院の敷地内、施設内に地域生活という考えはとらないでほしい」
そんな声もあがりました。

あたりまえのことがあたりまえにできる社会であり、

そして私が沖縄に生まれ育ったことが誇りに思うように、

誰にも同じくこの地に生まれ育ったことが誇れるような故郷があるよう、

今、沖縄からも意思表示をします。

STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!! 6.26緊急集会に私は参加します

サポートセンターあすなろ 金城和歌子 (沖縄県)

6.26 緊急集会まで、あと2日

26日の天気は、前後の雨マークがあるなかで、「曇りと晴れマークの日」です。
梅雨の時期では真夏日でもない・雨でもないある面では一番いい天気になりそうです。
天気も緊急集会の大成功を応援しています。

参加者の期待も高まる、マスコミの関心度も高まる、政治家の応援も増えている、
など、緊急集会の成功に向けた良い状況でつつあります。

参加者は沖縄(数名)から北海道までと開催決定当時予想できなかった全国的
集会の様相を呈してきました。昨日参加者数の報告がありませんので、先週の金
曜日(20日)集約で2,200名です。

日比谷野音を“満杯”にする強い手ごたえが生まれています。

この強い手ごたえを必ず実現しなければなりません。

そのためには、今日・明日、集会に参加するすべての人たちから、1人でも2
人でも、周りにいる人たちに呼び掛けをして頂きたいのです。すでに2,000名
を超える人たちが参加します。その人たちが、呼びかけをする協力者になってい
ただくことです。電話で、メールで、FAXで、ツイッターで、超忙しい中ですが、
みんなでそれぞれがやれる方法で取り組みましょう!!

参加するすべての人が呼びかけ人に
そして、野音を満杯に!!

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

6月26日(木)は、みんなで日比谷野外音楽堂(東京都・日比谷公園内)へ!!!《手話・要約筆記あり》

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。

特定非営利活動法人群馬県精神障害者社会復帰協議会
群馬県精神障害者家族会連合会 (群馬つつじ会)

6月26日

「精神科病棟転換型居住系施設」構 想に反対する声明文

(厚生労働大臣、障害保健福祉部長、
検討会座長 宛)

現在、精神科病院の病棟の一部を居住施設に改修し、同じ敷地内で「病棟転換型居住系施設」として再利用する構想が打ち出され、推し進められようとしています。当会としましては、以下の理由により断固として反対します。

理由1:「地域移行」が遅々として進まないことの、精緻な分析がなされぬまま、「地域移行」の理念を、根底から否定、反故、逆行させる構想と捉えざるを得ないため。

長期入院の精神障害者の多くは、住まいの場や地域での支援体制が整えば、退院して地域の中で生活を送ることが十分可能とされます。事実、精神医療は旧来の精神障害者を入院させ社会から隔離するようなやり方をあらため、現在では治療を続けながら地域社会とのつながりを持って生活していくいわゆる「地域移行」がグローバルスタンダードであり、精神医療の先進諸外国においての歴然たる実績がそれを証明しています。わが国においてもこれらの考えに依拠し、平成16年9月に「精神保健医療福祉改革ビジョン」が示され、早10年が過ぎようとしています。この基本方針にはそもそも①『「入院医療中心から地域生活中心へ」』という基本方針を推し進めていくために、国民各層の意識の変革や立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編、基盤強化②「退院可能とされる約7万人の退院による解消」の二つの基本方針が明確に打ち出されました。しかしながら、10年もの歳月が経過した現在、このいずれもが未達成であるに加え、これらの要因分析や本質的な課題・問題点の検証なきまま、病院敷地内に精神病棟を一部手直ししただけの「転換型病棟」を造り、そこに精神障害者を移すことによって、形だけの精神病床削減を図ろうとする構想は、到底受け入れがたいものと考えます。ましてこの構想は、実質的には旧来の「病棟入院生活」と変わら

ず単に名称をすり替えただけの安易・稚拙な方策であり、医療費抑制や病院経営都合優先の視点に重きを置き、本来主役であるはずの障害者を置き去りとし、その人権を侵害する不当な行為と、捉えざるを得ません。本来、障害者は、地域社会の中で様々な人間関係や体験の場を積み重ねながら、悩みを解決していくのが自然な姿であり、そのために、まずは障害者を含めた社会全体が、互いを信頼し助け合える世の中になっていくことが、望ましい姿ではないでしょうか。「病棟転換型居住系施設」構想は、旧態依然とした閉ざされた病院敷地内で、固定化した狭い人間関係や体験機会に限定される日常を繰り返す点において、本質的に入院生活となんら変わりません。障害者の自由意志と主体性を尊重し、生活権を保障していくという本来の地域移行の理念・原点に立ち返った入念な検討・検証を期待します。と同時に、目の前に厳然と立ちはだかる根源的・本質的問題とされる「家族による支援余力の限界、社会資源の不足、地域社会の無理解、精神障害者に対する個々人の偏見・差別等」に一つ一つ対峙し、真正面から地道に取り組んでいくという正攻法からの解決・解消を期待します。

理由2:わが国が批准した「障害者権利条約」を、明確に違反する政策と捉えざるを得ません。

障害に基づくあらゆる差別の禁止、障害者の差別禁止や社会参加を促す国連の『障害者権利条約』が発効されてから5年余りが経った本年1月、ようやくわが国は世界141番目の批准国となったのはまだ記憶に新しいことです。この条約第19条の中には、「すべての障害者が他の者との平等の選択の機会を持って地域社会で生活する平等の権利を定める」「特定の生活施設で生活する義務を負わないこと」などが明記されています。障害者が精神科病棟とほぼ同等の「病棟転換型住居

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

6月26日(木)は、みんなで日比谷野外音楽堂(東京都・日比谷公園内)へ!!!《手話・要約筆記あり》

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。

比べ、格段に長いのが特徴です。このように世界的に見て異常とも思われるこれらの現状に至るには、わが国特有の精神医療に対する偏った考えや施策、精神障害者に対する差別・偏見の歴史を鑑みなければならないと考えます。例えば、わが国においては、かつて明治から太平洋戦争まで精神病者を自宅の座敷牢に隔離する「私宅監置」しかり。1950年には強制入院や国庫補助金制度を盛り込んだ『精神衛生法』制定後に民間病院が急増。1958年に通知された「精神科特例」や1960年設立された「医療金融公庫」により、病院数のさらなる拡大と医療の質の低下を招いたとされています。これらの歴史の一例が示すように、過去への真摯かつ厳粛な振り返りと検証、反省を踏まえ、二度と同じような過ちを起こさない覚悟と責任を持って、批准した「障害者権利条約」を守り抜く模範国となる努力を期待します。

りセンターに頼むのに最も気になることはいへば天気のことだ。雨が降り続く日があったら、ながら悩みを解決していくのが自然な姿」と指摘し、病院敷地内での居住は「固定化した

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。



地域の福祉事業所で軽作業に励む中川さん(左端)。
「入院生活は刑務所にいるのと変わらなかった」と振り返る＝京都市上京区・つくしハウス

精神病床「居住の場」に活用方針

長期入院の固定化懸念

厚生労働省が、精神科病床を大幅に削減し、空いた病床を精神障害者の「居住の場」に活用できるとの考えを打ち出したことに対し、京滋の当事者や福祉関係者が強く反発している。厚生労働省は、あくまでも精神障害者の長期入院解消が目的で、地域社会への復帰に向けた支援の場と説明する。だが当事者らは「看板の掛け替えに過ぎず、長期入院の固定化につながる」と不安視している。

全国の入院患者は約30万人で、うち1年以上の長期入院は約20万人に上る。同省はこれら「社会的入院」を解消するための有識者検討会を設置して議論を進めている。同省は検討会に示した報告書案に、患者が退院して不必要になった病院設備の有効活用策として、居住の場としての使用を例示。外部との交流を進めながら、地域で暮らす上で必要な生活訓練や福祉サービスが受けられる場とする案を示した。

これに対し、京滋を含む全国の関係団体や日弁連などは「社会からの分離を存続させ、精神障害者の人権を侵害する」と強く批判する。

京滋関係者「看板の掛け替え」 厚 労 省「社会復帰を支援」

京都市上京区の精神障害者福祉事業所「つくしハウス」利用者で、5年間の入院経験がある中川博さん(64)は「起床時間や食事も決められた自由のない生活には二度と戻りたくない。『ガチャ』という病棟の鍵の音が今も耳から離れない」と話し、「病院はあくまでも病院。人間らしい生活はできない」と話す。

滋賀県日野町の障害者福祉事業所「わたむぎの里作業所」の酒井了治施設長(38)は「社会的入院を解消するには、地域のグループホームや福祉事業所、気軽に受診できる診療所を作り、それを支える人材を育成するのが本来の姿だ」と訴える。26日には東京都の日比谷野外音楽堂で緊急集会が予定されており、京滋の当事者や福祉関係者も参加して反対の声を上げる。

厚生労働省精神・障害保健課は「誤解があるようだが、訓練のために病院にとどまるのは本末転倒で、可能な限り退院してもらいたい。地域の受け皿の充実が第一だが、それが十分ではない中、できる対策から始めたい」としている。

(目黒重幸)

京都新聞 (2014年6月24日)

病棟転換型居住系施設について考える会

stopbttk@yahoo.co.jp

6月26日(木)は、みんなて日比谷野外音楽堂(東京都・日比谷公園内)へ!!!《手話・要約筆記あり》

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。

STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!!

現在審議中の「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律案（地域介護施設整備促進法案）」の徹底した国会審議をお願いします。

<隔離収容・格差の中にある精神科医療>

* 世界の5分の1の精神科病床が日本に！

（世界の精神科病床は185万床、そのうち日本の精神科病床は35万床）

* 先進諸国の精神科在院日数は20日前後、日本では1年以上入院者が20万人以上！

* 少ない医療従事者の配置。医師の配置基準は一般医療の3分の1

作りすぎた精神科病棟（病床）を住まいや福祉施設に転換する動きがあります。

それは看板の書き換えに過ぎず、社会的入院の解決ではありません。

増税された消費税で904億円の基金（新たな財政支援制度）。その対象事業の中の「病床の機能分化・連携—精神科長期療養患者の地域移行」を謳いつつ、精神科医療機関の**病床転換の費用**が想定されています。

私たちの払った消費税が、精神科病院のなかにいる仲間の地域生活を奪うことになるのは断じて許せません。

同じ病院建物、それも2階から3階に移って「退院おめでとう!？」
私の住所は病院なの?? どこが退院?



長く入院していると退院は不安です。でもゆっくり丁寧に準備をすれば退院して、地域生活を送れるのです。
私たちには地域で暮らす権利があります。

➡ 日本は**障害者権利条約の批准国**です。精神科病院を統合失調症や認知症の人たちの永久下宿にすることは**権利条約違反**です。

➡ 障害者基本法第3条2項「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こと」を謳っています。**病棟転換型居住系施設にストップ**をかけてください。

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

★ **院内集会開催!** 5月20日（火）正午～午後2時
衆議院第2議員会館・第一会議室(B1)



いわゆる「病棟転換問題」に関する基本的な問題について、以下に私見を述べる。意見等があれば寄せていただきたく、また自由に引用・活用してもらって結構である。

1. 立脚点の不純さ

「病棟転換政策」をめぐる最大の問題点は、検討に際しての軸足が「本来どうあるべきか」に置かれていないことである。一貫した立脚点は「病院の経営をいかに守るか」であり、加えて「現実策としてはやむを得ないのでは」「よりましでは」という古くさい論理がこれを後押ししていることである。「本来どうあるべきか」と「病院の経営をいかに守るか」（以下、病院の経営維持論）は相容れるものではなく、それどころか病院の経営維持論が前面に出れば出るほど、本源的な政策が遠のく関係にあるのである。換言すれば、病院の経営維持論に立脚する以上、そこから何が出てこようが（どのような政策ネーミングが用いられようが、仮に、モデル事業と言われても）、それらは病院の経営維持論のカモフラージュ政策であり、病院の経営維持論を手助けする「まがいもの政策」以外の何物でもない。

2. 本物の精神医療改革を一体となって

なお、現行の精神医療政策は余りに貧寒である。根本的な改革が図られなければならない。ただし、その際の立脚点は、前述したような、「本来どうあるべきか」を見失った病院の経営維持論であってはならず、あくまでも精神医療を必要とする人のための改革であり、わけても他の診療科目との格差解消を前提とするものでなければならない。いわゆる「精神科特例」の完全解消の実現である。これによって、短期入院処遇を主流とする精神医療が可能となり、さらには通院医療中心の精神医療に道を開くことになるだろう。こうした方向が本来の精神医療であり、それによってまともに経営できることこそが、本来の病院(医院)経営政策である。

精神医療関係者は、姑息な「病院の経営維持論」にエネルギーを注ぐのではなく、正論としてのあるべき病院経営政策の実現への論陣を張ることであり、それを支持される環境づくりに奔走することが肝要である。むろん、精神障害分野に携わる非医療関係者にあっても、格差医療の解消とあるべき病院経営政策に関心を抱くべきであり、その世論化・社会化に際して積極的で特別な共同行動を取るべきである。

3. 主因を見誤ることなく政策立案を

日本における障害分野の、あるいは医療分野の恥部とされてきた精神障害者の社会的入院問題であるが、問題はその原因が正確に深められていないことにある。より正しくは、原因がおおよそ想定されていながら、複合要素から成る原因について、原因（分野）別の関係

者による一体的な論議の場が乏しいのである。結果として、主因があいまいになりかねない。主因の見立てに正確さを欠けば、そこから派生する政策は正確なものとはいえない。

今般の病棟転換政策はその典型と言える。社会的入院問題、すなわち病院から地域移行が成らない主要な原因をあげれば、①地域での生活ならびに就労等に関する社会資源の量と質の面での不備、②家族への負担のしわ寄せ③所得保障や人的支援策を中心とした個人を支える福祉施策の遅れ、④市民社会の無理解、根強い偏見・差別意識、⑤精神科医療機関の経営問題（大量の退院促進政策は病院経営を圧迫し、医療機関従事者の身分を損ねる）、などである。社会的入院問題を本格的に解決しようとするれば、これらを同時に、少なくとも全体を視野に入れながらの論議でなければならないが、現行の縦割り審議方式はそれを許さない。病棟転換政策は、以上述べたいくつかの原因でみると、最後の「⑤精神科医療機関の経営問題」のみに重心を置くものである。全体像を欠き、かつ病院生き残りという利己的な発想に偏っているとすれば、そこから生まれる政策はいびつにならざるを得まい。なお、7万人の社会的入院者の解消を提言した厚労省の「改革ビジョン」について、なぜ実現をみなかったのか、精緻な検証、総括が求められる。

4. 気になる当事者不在の政策論議

病棟転換政策に関する検討の過程で、最も気になるのは、一貫して当事者不在で審議が進められていることである。障害者権利条約と関連して馴染みになっている「Nothing About Us Without Us（私たち抜きに私たちのことを決めないで）」の精神に背くことは言うまでもなく、この間の「障がい者制度改革推進会議」（内閣府所管、2009年12月発足、オブザーバー2人を含む26人の構成員のうち14人が当事者）の審議方式とも乖離するものである。

政策というのは、しばしば「何をまとめ上げるか」以上に「誰がまとめ上げるか」が重要になる場合がある。事は障害者個々の人生に深く関係する問題であり、人生を台無しにした精神障害当事者の代表がどれくらい参加しようと多すぎるということはなかろう（実際には人数に限りはあろうが、発想としてはこのような観点が大切では）。また、発症して以来、負担と不安を共にしてきた家族も当事者に含まれるべきである。

なお、「当事者の参加」については、関連政策審議への直接参加以外に、正確な実態調査等を通しての間接的な参加も重要となる。正確な実態調査の基本は、精緻なニーズ把握であり、調査の設計段階からの当事者参加が肝要である。「役人は数字を作る」という言い方があるが、社会的入院問題の解消に際しては、こうした感覚を微塵も抱かせることがあってはならない。

5. 「二重の不幸」はいつまで続く

病棟転換の下での居住系事業をもって「地域移行」が成ったとすれば、「地域移行」の概念が変質するだけではなく、この国に「院内地域」「院内住宅」という奇妙な概念の形成を

許すことになる。国際的に恥をかくことはもちろん、それに留まらず後世からみて「あの頃の関係者は取り返しのつかないことをやってしまった」と、未来の後輩たちにも恥をかくことになる。

かつて、呉秀三は、当時（明治期から大正期）として珍しくなかった「座敷牢」に隠されていた精神障害者をもって、「病を受けた不幸に加えてこの国に生まれた不幸を併せ持つ」と評した。今般の病棟転換政策は、「現代版座敷牢」とも揶揄されるもので、「二重の不幸の恒久化」につながるものと言えよう。なお、先に批准をみた障害者権利条約からみても、病棟転換政策は解せない。権利条約の関連条項（第 19 条を中心に）に抵触する状態が許されるとすれば、それは条約の無力化も同然で、批准された権利条約の価値そのものを損ねることに他ならない。

6. 障害関連政策後退の新たな起点に

既に述べてきた通り、病棟転換と言う異常な政策は遅れた精神障害者政策をさらなる深い闇へと引きずり込むことになる。問題は、この異常な政策が独り精神障害分野に留まらないということである。障害関連政策全体の最低基準の引き下げに影響することが懸念される。身体障害分野や知的障害分野に対して、「みなさんは、あのような精神障害者が置かれている状態と比べればまだましではありませんか」と言われかねない。

今、障害分野がこぞって力を入れるべきは、障害関連政策の中の遅れた部分を改善することである。なぜならば、一つでも遅れた部分を残すとなると、それが障害関連政策の最低基準になってしまうからである。換言すれば、遅れた部分の解消は障害関連政策の全体的な底上げに連動するのである。今般の病棟転換政策は、こうした方向とは全く逆で、障害関連政策の最低基準の下方圧力以外の何物でもない。障害関連政策全体としても黙過できない由々しき動向なのである。

7. 病棟転換問題を広く市民とともに

さらに言うならば、病棟転換の問題は今日の社会保障政策全体の動向と関連してとらえることが肝要である。生活保護政策の引き下げ強行など、現政権の社会保障政策の後退は目に余るものがあるが、病棟転換問題もその本質は一連の社会保障政策の変質路線に合致する（昨秋の社会保障プログラム法の流れに沿うもの）。そういう意味では、病棟転換問題は今日の社会保障政策全体の後退の象徴的な問題に位置付けられよう。この問題を食い止めることは、少なくとも社会保障政策の改革や後退を許さない運動に大きなエールを送ることになる。社会保障の発展を願う広い市民層と病棟転換を許さない取り組みは十分に重なるものであり、接合面を大きくしていくことに努力を払わなければならない。

2014・5・19

社説

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

精神科病院

日本の精神病床は三十四万床を超え、人口当たりでは先進国平均の四倍近い。心の病の多発国なのか。答えは「ノー」である。

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

最近の統計では、入院患者は三十二万人。二十万人は一年以上入院している。そのうち三割は十年以上に及ぶ。高齢化も進み、年間二万人が病院で最期を迎える。

十年前、厚生省は病院から地域へと患者の生活の場を移す方向性を打ち出した。しかし、この間の統計は、改革の失敗を物語る。

暮らしの場ではない

そこで、去る四月、地域移行の手だてを考える検討会を新しく立ち上げた。最大の論点は、精神科病院の病棟を居住施設に転換するという構想の可否である。

ししたメディアの責任も重い。この構想の根底には、患者の人権より病院の営利を優先させる危うい発想がある。看板を掛け替え、患者を囲い込むトリックではないか。障害当事者や支援者側がそう反発するのは当然のことだ。「いつ病気がやがをしても安心です」。そんな宣伝文句で、病院内のマンションが売り出されたとしよう。普通感覚では遠慮したい物件だろう。障害者にとって便利

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

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

利なはずと見なすのは差別に通じる。退院患者を病院内