ニュースナビ
News Navi
2014年
7月号

今月のテーマ

病棟転換型居住系施設の問題を問う

■病棟転換型居住系施設の問題とは

「病棟転換型居住系施設の問題」とはどんな事なのか、と不思議に思われる方も多いかと思います。この病棟というのは、精神科病棟を指します。そして、この病棟に長く入院していた患者さんを地域に退院させるのではなく、病棟を施設に変えてしまって、退院したことにしようと検討が進められています。病棟転換を推進する人はこんなことを言っています。

「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」

病棟あるいは病棟の中の一部の病床を介護施設やグループホームに変えてしまおうというのです。同じ病院の建物で、2階の病床から3階の住まいに移って、それが「退院」となってしまうのです。

こんな馬鹿げた話が厚生労働省のもとに開かれている「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検討会」(昨年の精神保健福祉法改正に基づき設置された)で話されています。

本年4月から、その検討会のもとに病棟転換の可否も含めて検討するということで、作業チーム「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わる検討会」が設けられました。6月には「具体的な方策の在り方(今後の方向性)」(骨子案)が示される予定です。6月17日には先の検討会が開催され、骨子案を取りまとめすることになっています。この日程は、次年度の予算編成をにらんでのことのようです。

厚労省の課長は、障害者政策委員会でこの問題を問われたときに「病院も地域である」と言い切っています。精神科病棟の中には閉鎖病棟といって鍵のかかる病棟が少なくありません。精神科病院に入院したことで「自分の人生が終わった」という実感をもつ人も大勢います。隔離・収容政策の中でつくられてきた精神科病院を地域と言えるのでしょうか。(1)

■医療・介護一括法の中で病床転換費用が想定!

以上のような検討が進められていく中で、病床転換の費用などが別の法律案で想定されていることがわかったのです。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」(医療法と介護保険法など19の法律を一括改正するもの、医療・介護一括法)中の一つ「地域介護施設整備促進法案」があります。この法律は、4月に増税された消費税で904億円の基金(新たな財政支援制度)を設けるものですが、この基金の対象事業に「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るのです。

上記の検討会は、病床転換の可否も含めてということでワーキングチームでの検討を行うことになったものです。しかし、別の法律ではその予算措置まで組み込まれています。すでに結論ありきの検討会なのかと思わざるを得ないのです。こうした動きは、精神障害のある人が権利の主体であることなど念頭になく、財政問題中心に進められてきているのではないかと思います。

■日本の精神科医療の課題—世界水準で問題を見る

世界の水準で精神科病床のことを見ていくと、日本の異常さがよくわかります。日本には世界の精神科病床185万床のうち、約35万床の精神科病床があるのです。世界中の精神病床の約2割が日本にあることになります。ちなみに日本の人口は世界の人口の1・8%に過ぎないことを付け加えておきたいと思います。

もう一つ数字で比べてみましょう。先進諸国の精神科在院日数は20日前後です。ところが、日本では291・9日、なんと1年以上入院している人は20万人以上いるのです。こうした問題の背景には、一般医療の水準との格差の問題もあります。医師の基準は一般医療の三分の一でよいのです。

先進諸国では、精神病床をどんどん閉鎖し、地域での生活に大きく舵を切っていきました。しかし日本では未だに多すぎる精神科病床を抱え、その入院治療のために1兆4593億円も費やしているのです。外来医療費に4998億円、精神障害者が地域で生活するための福祉的経費は500億円です。この数字をどのように考えていったらよいのでしょうか。

■病床削減の方針を出せなかった日本

厚労省は、2004年、今から10年前に入院中心から地域生活中心へと提起しました。しかし、それはいまだ実現していません。それは、先進諸国のように精神病床を閉鎖していく、病床削減の方針が打ち出されなかったからです。業界団体では、「日本と先進諸国の大きな違いは、イタリアやイギリスなどは、精神科病院はほとんど公営だったけれど、日本は民間病院がほとんどだったから」と言われています。

しかし、だからこそ政治のリーダーシップが必要だったのではないかと思います。しかし、政治の世界では多額な政治献金をしてくれる大きな団体の意に反することはできなかったのでしょう。また、圧力団体に負けずに政治に働きかけていく動きも鈍かったのだと言わざるを得ません。

■退院してよかった

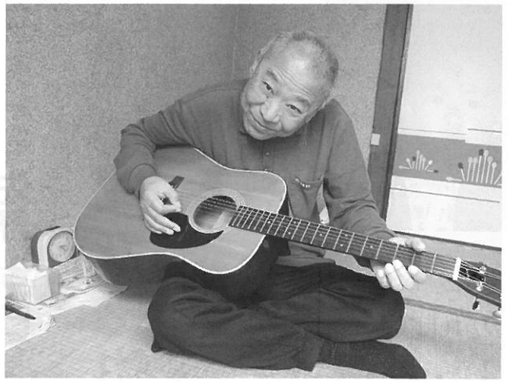
最後に長期入院を経て、私の職場であるやどかりの里(さいたま市にある精神障害のある人たちへの地域支援を行う団体)に退院してきた人の声を紹介しましょう。30年間の入院生活を経験した中島徹さんです。(2)

「医師に退院したいと言ったこともありました。しかし、『糖尿病だから』との理由でなかなか退院させてはもらえず、それから30年の月日が流れていきました。(中略)私には帰る場所もなかったので、いつの間にか『退院したい』という思いはなくなり、このまま生涯病院で過ごすことになるのだろうと覚悟していました。(後略)」

長い入院生活を送っていると、いつの間にか退院への意欲や希望もどこかに消えて行ってしまうのです。そして、時間がたてばたつほど、社会の変化も大きく、退院することへの不安も膨らんでいきます。

中島さんは、主治医に退院を勧められ、さいたま市で行っていた退院支援事業を利用して、やどかりの里への体験宿泊を重ねました。「先に退院していた仲間にお店を教えてもらったり、やどかりの里の職員と家具や日用品を揃えたり、不安なことを一つひとつ確認し、ゆっくり準備をしていく中で退院したいと思えるようなった」のだと言います。地域生活を始めて4年目の中島さん、心配なことや不安もあるそうですが、「もう入院はしたくありません。今の私は楽しい仲間に囲まれ、困った時には相談できる職員もいます。何より自由があります。今の生活を長く続けていくことが私の目標です。退院してよかったと心から思っています」と語っています。

この中島さんの声を皆さんはどんなふうに思われるでしょうか。中島さんのような人が精神病棟の中で長い年月を過ごしていることを知っていただき、病床転換するのではなく、作りすぎた病棟を閉鎖し、地域での生活を可能にする方向に舵を切っていくことこそが大事なのだと思います。


ギターを弾く中島さん

(1)特集「病棟転換型居住系施設の問題を問う」、『響き合う街で』68号、2014年
(2)中島徹「退院してよかった」、『響き合う街で』68号、2014年

増田一世(ますだ かずよ)
やどかり情報館館長