

グループホーム等の施設・病院敷地内設置をどう考えるか

宮城県立精神医療センター 猪俣好正

1. 問題の設定

平成 17 年 12 月 5 日に開催された第 29 回社会保障審議会障害者部会において、「グループホーム等の規模・立地について」という討論資料が提示された。資料は、「グループホームの規模や病院等の敷地内にグループホームを設置することには関係者の間に様々な議論がある」として、以下のように賛否両論を紹介している。

慎重に検討すべきとの意見

- ① 1 か所で 20 人程度のミニ施設のようなものは、入所施設と同じようなものであり、認めてはいけないのではないか、
- ② 入所施設や病院の敷地内のグループホーム等は、入所・入院と変わることはなく、認めるべきではないのではないか、

必要性があるとの意見

- ① 利用者が既存の社会資源を活用しながら安価に住宅を利用するためには、大規模であっても社宅等をグループホームとして活用できるようにすべきではないか、
- ② 現実に、既存住宅の利用を図ることが困難な中で、建物を新築したりすることはやむを得ず、この場合に自らの敷地を利用することを否定できないのではないか、

2. 問題の背景

精神科領域において、各種施設の病院敷地内設置と規模をめぐる議論が顕在化したのは、昭和 62 年の精神保健法の公布による社会復帰施設の法定化、とりわけ長期在院患者の療養体制整備事業として平成 11 年度から予算化された福祉ホーム B 型の設立までさかのぼることができる。平成 14 年 12 月に報告書を公表した社会保障審議会精神障害分会でも、当初に事務局より示された骨子案に「入院は要さないが比較的医療ニーズが高い者に対応するための施設整備方策の 1 つとして、病棟転換による施設整備を検討する」とあったことから、福祉ホーム B 型、老健施設に準じた精神保健施設構想を中心に活発な議論が行われた。最終報告書では、病棟転換という字句は消え、「入院は要さないが介護や医療に対するニーズの比較的高い精神障害者の処遇に適する施設の在り方について検討する」と今後の問題を持ち越すことになった経緯がある。

この問題の背景には、「病院や入所施設から地域へ移行を進めるノーマライゼーション理

念の実現が基本である」という考え方の一方で、①（旧）障害者プランの進捗状況を見ると、在院患者数は6年間で8千人の減少に過ぎず、このペースでは7万人の減少は難しい、②既存の社会復帰施設建設について地域住民の理解が得にくい、③既存の社会復帰施設は第二種社会福祉事業と規定されていることから、施設整備費や運営補助金が他の障害者施設に比べて低額であり、法人が新たに土地を確保して建設・運営するメリットが少ない、④長期入院によってADLが低下し、精神症状を伴う人には医療福祉混合型の新しい施設が必要である、⑤病床削減を進めるためには、既存病棟を転換した場合の何らかの新しい活用が必要である、とする考え方がある。

この問題は国会の場でも審議されており、平成17年10月、障害者自立支援法をめぐる厚生労働委員会の論議の中で、尾辻国務大臣は、「グループホームでありますとか、ケアホームは、病院や施設とは異なりまして、地域に住む人と自然に交わりながら、住居から離れた日中活動の場へ通うという点に特徴があると考えております」「病院や入所施設から地域へ移行を進めること、これが極めて基本であるとお答え申し上げます」と答弁する一方で、「設置場所にかかわらず、施設や病院との独立性が担保されていれば認めてよいのではないかという意見があることも事実」「地域で居住するサービス基盤が不足している中、既存の社会資源を有効に活用して整備を急ぐべきとするご意見もございます」と延べ、社会保障審議会障害者部会での審議も含め、なお検討していくと答えている。

以下、第29回の審議会に提出されたいくつかの意見をみってみる。

3. 全日本手をつなぐ育成会の意見

同会常務理事の松友委員は、「グループホーム、ケアホームの施設・病院敷地内の設置、定員規模について（意見）」を提出した。その中で氏は、「地域における生活の場のひとつである知的障害者のグループホームの施設・病院敷地内の設置は絶対に認めることはできないとして、「基本理念を放棄した対応は歴史的な禍根を残すこととなります。何より、地域での生活を望む知的障害のある人たちが、施設や病院の敷地内での生活を望むでしょうか。第一の権利擁護者（代弁者）である親として、この点は決して譲ることのできない一線であります」と格調高く主張している。また、定員規模についても、「グループホーム、ケアホームが地域における生活の場であるとしたら、それにふさわしい規模が、そこに生活する障害のある人の視点から考えられるべきです」と大規模施設にならない配慮が必要であると述べている。

平成元年に創設された知的障害者のグループホーム事業のハンドブックに掲げられた理念を踏まえた氏の主張は、一貫しており、説得力も高い。しかしながら、極めて残念なことに、精神障害者の病院敷地内設置に関しては、「精神障害者に関しては、地域での差別意識の厳しさ等に伴い、現行制度でのグループホームの実施という事実があります。それらの点を考慮すれば、何らかの配慮や経過措置が、例外的な規定として考慮されることは必要かと考えます。その場合も、基本理念を踏まえた原則を確認することが前提となります」と述べている。「基本理念を踏まえた原則」を強調するのであれば、「年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制の整備」を謳った改革のグランドデザイン、三障害を統合した福祉サービスの提供を重要な柱の一つにしている障害者自立支援法の趣旨に照らして、精神障害にのみ例外として経過措置を設けることは大きな矛盾といわなければならない。障害者運動に長く携わってきた氏にしても、精神障害に対する「偏見」が拭い去られていないことに深い失望を覚えざるをえない。

4. 日本知的障害者福祉会の意見

同会会長の小板委員は、「グループホーム・ケアホーム設置の特例について（要望）」を提出している。その中で、氏は、「入所施設を中心に知的障害者サービスが提供されてきたが、24時間の限られた空間の中での自己完結的性格により様々な弊害を生じてきたことは否めない」と指摘しつつも、未だ家族にとって入所施設が安心・安全のよりどころであるという事実、地域によって入所施設に対する依存度に大きな開きがあるという事実、地域生活を推進する基盤整備や財政的支援体制が脆弱であるという事実等を指摘し、24時間型の限られた空間での生活を「日中活動」と「住まい」に分離することが地域移行につながると指摘、具体的には、「地域の実情や資源の有効活用の観点から、特例として、都道府県の判断により、ケアホーム、グループホームを入所施設敷地内においても指定できるようにするとともに、現行入所施設において新たな施設・事業体系への移行により空室となる既存の居住に係る建物部分について、一定の要件のもとに基準に準拠した改築・改装により有効に活用できるよう」要望している。同じく定員規模の特例として、既存の通勤寮、アパートや社員寮などの社会資源を活用することは、より円滑に地域での暮らしを可能とするものであり、定員規模についても特例を要望する」としている。

理想としては地域内小規模施設が望ましいが、現実的には施設敷地内建設・大規模施設もやむを得ないとする氏の提案の中には、知的障害者を持つ家族のこれまでの苦悩と不安、

そして苦渋に満ちた現実的な判断があったものと推察することができる。筆者には、今、宮城県で起こっている現象、すなわち、浅野前知事が打ち出した「みやぎ知的障害者施設解体宣言」について、知事交代後まもなく、親の会が宣言の見直しと施設存続を求める活動を展開しているという事実と重なってみえてくるのである。

しかし、氏のいう特例とは何か。当事者自身が特例を望んでいるのか。百歩譲って特例を認めたとして、それは精神科特例がそうであったように、その後長く（無制限に）当事者を苦しめることになりはしないか。重要なのは、氏が触れている「一定の要件」の中身である。その中身を厳密に検討しない限り、氏の主張は説得力を持ちえず、将来にわたって禍根を残す結果となりかねない。

5. 日本精神科病院協会の意見

長尾委員は、日本精神科病院協会の鮫島会長名で「障害者自立支援法における居住施設についての見解」を提出した。見解は、規模については、「数人単位の少人数規模が望ましいが、生活訓練施設や福祉ホームBなどは20名規模であることから、利用者に他の居住場所を確保することは現実的に困難であり、同一規模での移行が必要である」「ある程度の規模の社員寮やアパートの利用が可能になったときに、新たな資本投下でなく、既存の社会資源を有効活用することによって、居住支援を広げることが現実的に必要であり、規模を小規模のみに限定するべきでない」とし、立地場所については、社会的偏見が強く、地域住民からの反対運動が多いことに触れ、「病院敷地内の余剰建物がある場合には、それを社会資源の有効利用として居住施設として利用することを認めるべきである。その場合には利用者の行動の自由性は担保されることは当然のことである。敷地内居住施設であっても、利用者が自らの意思で社会生活を享受できる状況であれば、地域社会生活を行っていることに間違いなく、問題視することはおかしいと思われる」としている。

民間精神科病院の経営者として、また率先して精神障害者社会復帰施設を建設・運営してきた立場から、その主張は一貫しており、ある面では極めて現実的・合理的な考え方といってよいであろう。地域生活を推進するための基盤整備や公的な財政支援体制も十分とは言えず、病院にとっても、将来の病床削減を見越した場合、如何にして経営的にもソフトランディングを図るかは決して軽くはない問題と思われるからである。

ただ残念なことに、この見解は、「少人数規模が望ましいものであるが」との注釈はあるものの、現実論が先行する余りか、「病院から社会復帰施設へ、社会復帰施設から地域へ」

という精神保健・医療・福祉の大きな流れ、地域生活支援という障害者自立支援法の理念、当事者の視点が欠落していることである。基本理念に基づく原則を踏まえない施策を容認すれば、結局、それは「何でもあり」ということになってしまう危険性がある。病院敷地内の大規模施設、ケアホーム等に居住し、入院患者と同じく病院の厨房で作られた食事を食べ、日中はその病院のデイケアに通うとしたら、それは到底社会参加とは呼べまい。問題は、見解で述べている「利用者の行動の自由性が担保されること」「利用者が自らの意思で社会生活を享受できる状況」をどう具体的に保障できるかにある。

6. 私見（ささやかな提案）

①あらためて基本理念を確認すること

この問題については、現実的な観点から賛否両論が生じているものの、「できれば少人数規模で地域社会の中に」という原則に反対する人はいないであろう。しかし原則の受け止め方は立場によって異なり、軽重が生じる。筆者は、基本理念に基づく原則を、自明のこととしないで、あらためて全員が考えてみる必要があると思う。例外（特例）を考えるのは、その後でいい。

精神保健医療福祉の改革ビジョンでは、「住まいの場の機能を持つ入所系の社会復帰施設について、利用者の実態等に応じ、できるだけ速やかな地域移行を支援する機能を強化する」とされた。改革のグランドデザインでは、その基本的な視点として「(自立支援型システムへの転換を図り)、障害者のニーズと適性に応じた自立支援を通じて地域での生活を促進する仕組みへと転換し、障害者による自己実現・社会貢献を図ることが重要である」としている。また、障害者自立支援法では、「障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し、安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする」と謳っている。この間の一連の施策展開は、いかにして「地域における生活の場」を確保するかが重要な柱の一つとして位置づけられている。

②施策は三障害統一したものに

長い間、福祉施策の谷間に置かれてきた精神障害者は、平成12年の障害者基本法の公布によってその対象とされたにもかかわらず、その後の福祉サービスも不十分な状況が続いている。「障害の種類にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通のサービスを提供する」という自立支援法の成立は、様々な問題を抱えているとはいえ、この点に関しては高く評価される。「歴史的な経緯から精神障害だけは例外も可」とする松友委員の意見は、

障害間の差別を固定するものであって到底容認できない。

③社会的偏見を理由にすることはやめよう

日精協見解は、病院敷地内設置に賛成する根拠として、「社会的偏見がなお強く、地域住民からの反対運動が多く、病院の近くや敷地内に作らざるを得なかった」ことをあげている。確かに、一部の地域においては、精神障害者の施設建設に対する抵抗が強く、現場での大きな悩みの種になっていることは事実であり、その主張も理解できないわけではない。

しかし、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」が出され、改革ビジョンでは「国民意識変革の達成目標」を打ち出して施策転換を図ろうとしている今、いつまでも社会的偏見を嘆いていても始まらない。社会的偏見が形成されてきた背景には、教育・マスコミ報道等の問題と並んで、かつて精神科病院自体が持っていた閉鎖的体質・情報公開の不足等も原因にあることを謙虚に反省し、努力を続けていかなければならない。

④住まいと日中の活動の場の分離

小坂委員は、要望の中で「入所施設における 24 時間型の限られた空間での生活を、日中活動と住まいに分離し、生活の空間を広げていくことが、地域生活移行に繋がっていくものと考えている」と述べているが、正論であろう。例えば、病院敷地内の大規模施設に入所し、日中はその病院のデイケアに通所する等の自己完結型の施設では、どうしても管理する側・される側、指導する側・される側という構造が生じやすく、社会参加の促進は望めない。

⑤社会参加度、自由度（制限度）、本人の満足度からの検証を

先に触れた平成 14 年の障害者部会精神障害分会における「既存の病棟転換」をめぐる議論の中で、筆者は病院敷地内社会復帰施設について、入所者の社会参加度、自由度（逆に言えば制限度）、本人の満足度の三点から検証する必要があることを主張した。敷地内福祉ホーム入所者との面会で、「一日も早く退院（！）したい」という声が聞かれたからである。グループホーム、ケアホームにしても同様である。したがって、日本精神科病院協会が見解で述べている「利用者の自由性が担保されていること」「利用者が自らの意思で社会生活を享受できる体制であること」に加え、日中の活動を中心にした社会参加がどのように保障されているか、検証可能な基準を作成して議論することが重要であると考える。

人口数千人の小さな町で、病床 100 床余りという小さな精神科病院を経営している友人がいる。彼は、3つのグループホームを運営している。いずれも病院敷地外であり、1か

所は隣町にある。「病院の敷地の中にあったら、田舎の人は病院だと思うんです」と話した彼の言葉を忘れられない。