

氏家憲章氏（元日本医労連精神病院部会長）著

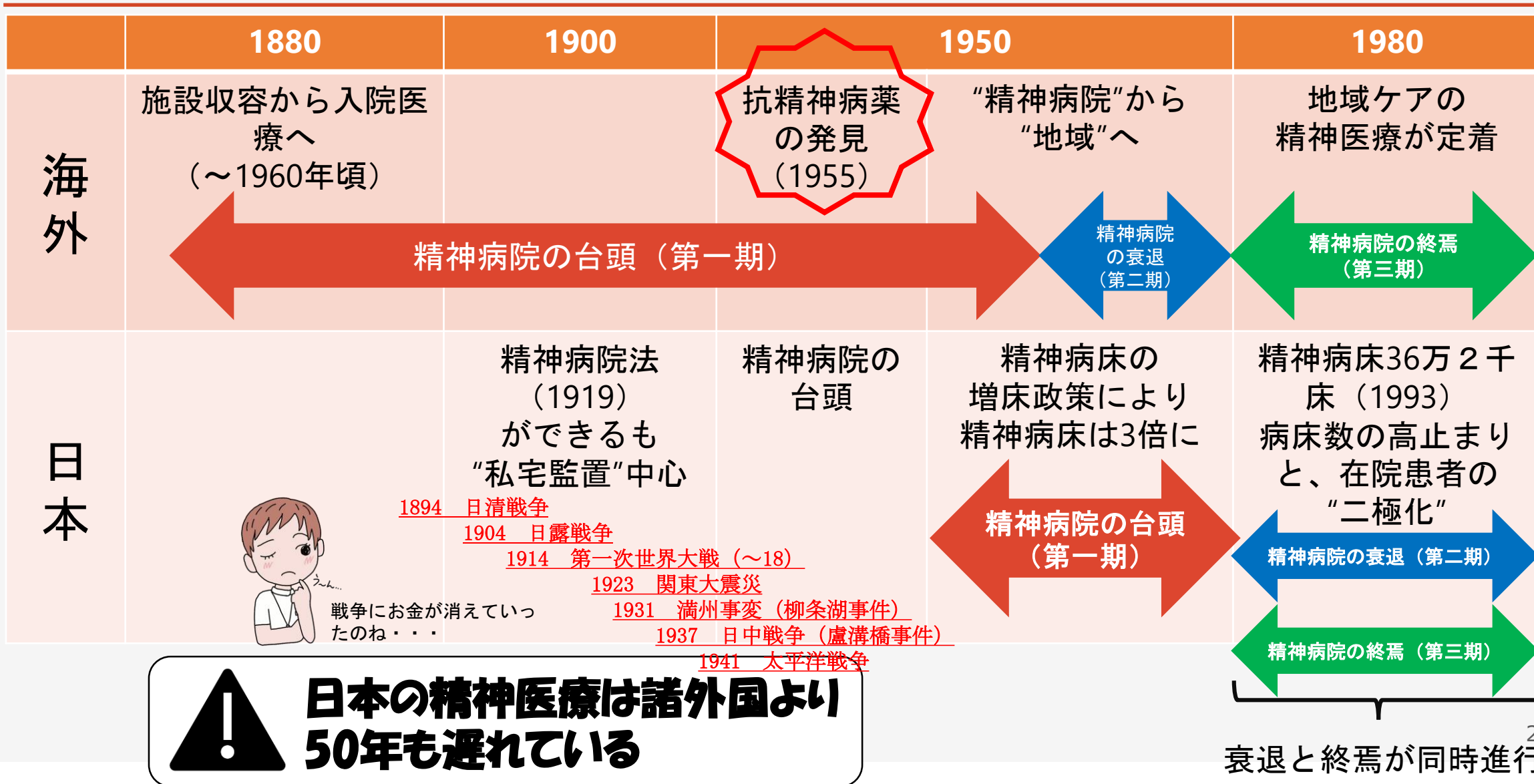
# 「改革が避けられない日本の精神医療」

変えられる精神医療

みんなで“チャンス”を活かそう

日本医労連精神病院部会  
学習資料

# 精神医療の歴史を振り返ると



## 海外での政策転換の背景～その1～

### 膨大な精神病床が招いた財政悪化

	日本	アメリカ	イギリス	カナダ	スウェーデン
病床数 (人口1万人あたり)	14床	43床	34床	40床	45床
今の日本の人口に 換算した病床数	17万8千床	54万6千床	43万2千床	50万8千床	57万2千床

〈1963年の主要国の人口万対精神病床〉出典：OECD



**1960年代の欧米諸国の精神病床数は、  
今日の日本(精神病床大国)以上!**

# 海外での政策転換の背景～その2～

## 深刻な人権問題

- ・ 海外でも、かつては精神病院に大量の患者を詰め込んでいた。
- ・ 長期入院（退院できない）、プライバシー無視、虐待などの人権侵害が発生していた。



### 『カッコーの巣の上で』

1975年のアメリカ映画。原作はケン・キージーが1962年に発表した同名のベストセラー小説。精神異常を装って刑務所での強制労働を逃れた男が、患者の人間性までを統制しようとする病院から自由を勝ちとろうと試みる物語である。



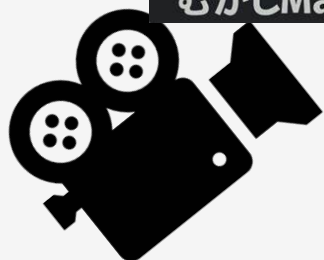
### 『むかしMattoの町があった』

2016年のイタリア映画。実在の精神科医であるフランコ・バザリアが、患者に対して非人道的な扱いをする病院を改革しようと苦闘する姿と、精神障害者患者たちとの交流を描いた。



### 『人生、ここにあり!』

2008年のイタリアのドラマコメディ映画。精神病院を廃絶する「バザリア法」が1978年に制定されたイタリアを舞台に、精神病院から追い出された「元患者」たちが、一般社会に溶け込んで暮らす、という社会的実験が行われた時代の実話をもとにした人間賛歌の物語。



# 海外での政策転換の背景～その3～

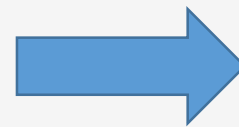
## 施設症発症の問題



入院中は人が社会で生きていくために必要な衣食住はすべて病院が提供。在院患者は病院任せ。



人が本来持っていた社会で生きていく健全な能力（判断・決定・実行）が落ちる



他人に頼っていけば生きていく上で不可欠な矜持（プライド）も段々落ちてくる



**病院への長期入院は病気を軽減させるが、もっと厄介な自立心を弱める「障害」をつくってしまい、それが退院をより困難にしている。  
精神病院の入院患者だけでなく、どんな施設でも長期間收容すると起きる。**

## 精神医療の考え方の転換

### 精神医療における治療

以前

病気の治療が第一 → 投薬 → 入院 →

入院の  
長期化

現在

薬の効果は入院でも地域でも同じ

長期入院は必要ない！



**精神障害者の思いや目標を第一に考え、病気や障害があっても地域で医療支援と生活支援で支える戦略に転換**

# 世界標準の精神医療

【精神病院】  
から  
【地域※】  
へ

2つの医療訪問チーム（急性期と慢性期）を設置、チームで地域で医療支援

入院期間は短期（1ヵ月程度）、個別対応できる医療体制を整備

地域での生活を支援（住まい、働く場、生活保障）

家族支援・家族会運動

地域の各機関の役割分担と連携を進めるため、精神保健センターの設置

※人口数万人の範囲を一つの責任地域としてさまざまな機関が設置され、複合的に機能しています

# 地域ケア体制を構築するお金と人は？



**長期入院に必要としていた精神科医療費と医療従事者を“精神病院”から“地域”に移した。つまり入院中心の時代に使用していたお金も人も基本的に変わっていない！**

## 今日の平均在院日数と精神病床

### 〈各国の平均在院日数〉

出典：WHO（2005年）

日本	イギリス	ドイツ	スウェーデン	カナダ	イタリア	アメリカ	フランス	デンマーク
378.2日	57.9日	22.0日	16.5日	15.4日	13.3日	6.9日	6.5日	5.2日

### 〈主要国の人口万対精神病床〉

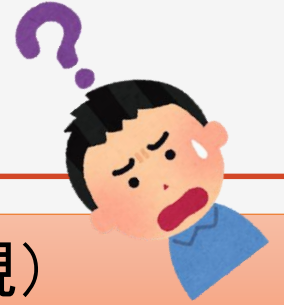
出典：OECD（2011年）

OECD加盟国の  
平均病床は6.8床

	日本	アメリカ	イギリス	フランス	イタリア	ドイツ	スウェーデン
病床数	26.9床	2.5床	5.4床	8.9床	1.0床	12.1床	4.7床



なぜ日本だけが、入院中心の精神医療政策を継続続けているのか？



原因

- ①社会防衛的視点に立つ精神医療政策（精神疾患を危険視）
- ②安上がりの精神医療（精神科特例）
- ③民間中心の日本の精神病院（病床削減時に起こる経営と雇用の問題）
- ④改革のチャンスを逃してきた（1960年・1968年）
- ⑤法の見直しは不祥事が契機、入院中心の基本政策は変わらず
- ⑥病気を治すことを優先する考えが根強い（※「医療モデル」と「社会モデル」）



医療モデルとは・・・「病気を治すこと」＝「薬と入院」という考え方

社会モデルとは・・・「当事者の願いや目標の実現のために社会を変える(治す)」

という考え方＝リカバリーの考え方

# 日本でも政策転換が避けられない状況に追い込まれています

---

→・日本の精神科医療も、一歩踏み込んで見てみると・・・

先進諸国とは違った、日本独特の事情による精神科医療の  
追い詰められた状況が明らかになっています。



# 始まった精神科病院の崩壊

⇒入院中心から地域ケア中心へ政策転換が避けられない

空病床4万8千床＝東北6県と  
全北海道の全精神病床に匹敵

## 1 在院患者の減少

- ・ 高齢患者数は減少（死亡退院や介護施設への転院など）  
しかし、高齢者の比率は増加
- ・ 急性期病棟でも患者減が深刻化
- ・ 精神療養病棟の病床減少が進む

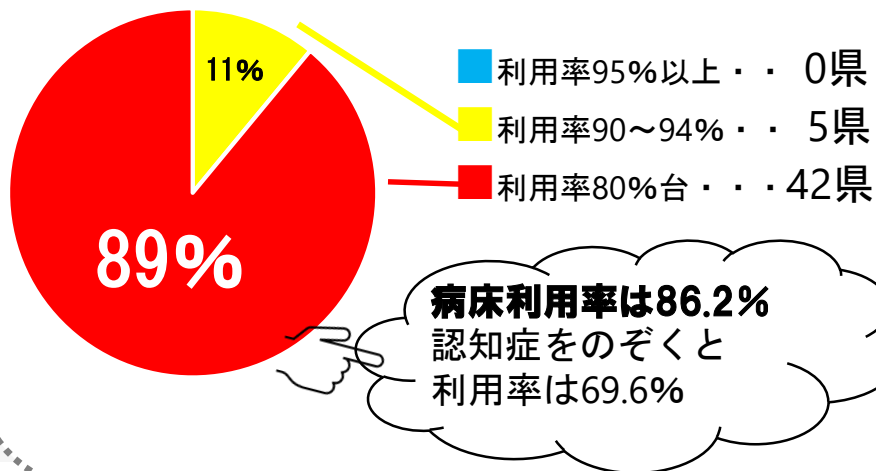
	ピーク時	2016年	減少
精神病床	36万2千床（1993年）	33万4千床	2万8千床減
在院患者	34万9千人（1991年）	28万8千人	6万1千人減

〈在院患者数と精神病床数の動向〉（出典：「病院報告」）

## 2 「入院中心」が経営の重荷になっている

### 統計から見える“崩壊の危機”

#### 【2016年の県別の病床利用率】



#### 精神科病院数の25年間の動向

	1994年	2007年	2009年	2019年	ピーク時との差
精神科病院	1,672	1,671	—	1,577	▲95
単科精神科病院	1,060	1,076	1,083	948	▲135
一般病員の精神科病棟	612	595	—	629	17

「病院報告」630調査より



**精神科病院の収入の90%は入院料  
入院患者減は経営危機を招く**

# 在院患者の減少の原因⇒時代背景と、在院患者の“二極化”

## 一極

### 入院の短期化

(入院ではなく外来通院)

	1日の患者数
1970年	2万4千人
2011年	10万8千人 (4.5倍)

〈精神科クリニックの患者数〉 出典：「医療実態調査」

## 二極

### 入院の長期化

	2000年	2015年	15年間の推移
0歳～64歳まで	21万6千人 (63%)	13万人 (42%)	-8万6千人
65歳以上の高齢者	12万4千人 (36%)	18万3千人 (58%)	+5万9千人

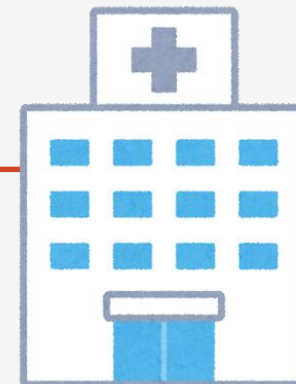
〈2000年～2015年の在院患者の動向〉 出典：「患者調査」

短期化により  
入院者(在院者)  
数減

⚠ 在院患者の減少とともに、  
入院中心から地域ケア中心へ  
転換が避けられない

長期化でも死亡や  
施設転院により  
入院者(在院者)数減

# 精神病院はどのように構築してきたでしょうか



## 戦後の精神医療政策の歩み

1950年 精神衛生法制定

1954年 「第1回精神衛生実態調査」を実施

**結果⇒精神障害者130万人（内要入院者35万人）：病床数3万7千**

## 深刻な病床不足を痛感し、3つの優遇策を設け精神病床の増床を国策として推進

### 1 精神科特例で一般病院より少ない職員数でも可能

精神医療・結核・ハンセン病は深刻な人手不足のため“暫定的”に医療法を下回る基準“特例”を認めた。その特例を前提に精神病床を急増したため、それが標準の基準になってしまった。

〈精神科特例〉出典：「医療法施行規則」

	医療法 (病院の最低基準)	精神科特例 (医療法以下の基準)
医師	在院患者16：医師1	在院患者48：医師1
薬剤師	在院患者70：薬剤師1	在院患者150：薬剤師1
看護師	在院患者4：看護職員1	在院患者5～6：看護職員1

### 2 医療金融公庫で病院開設や増床の資金調達が容易に

(銀行より有利な条件で貸し出す国の機関で、主に精神科病院が利用。それにより安易に経営に乗り出す病院があり、“悪徳病院”も誕生)

### 3 措置入院の「経済措置」で入院患者の確保を支援

(“経済的理由”で措置入院させることができたため、家族の支えで地域で生活できていた大勢の人たちが精神科病院に入院した)

# 「二重の格差」を抱える日本の精神医療

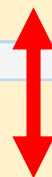
## 1980年～

〈20年間で精神病床が3倍に急増〉 出典：厚生労働省「病院報告」



	1960年	1980年	20年間の推移
精神科病院	506病院	1,521病院	3.0倍
精神病床	95,067床	304,469床	3.2倍

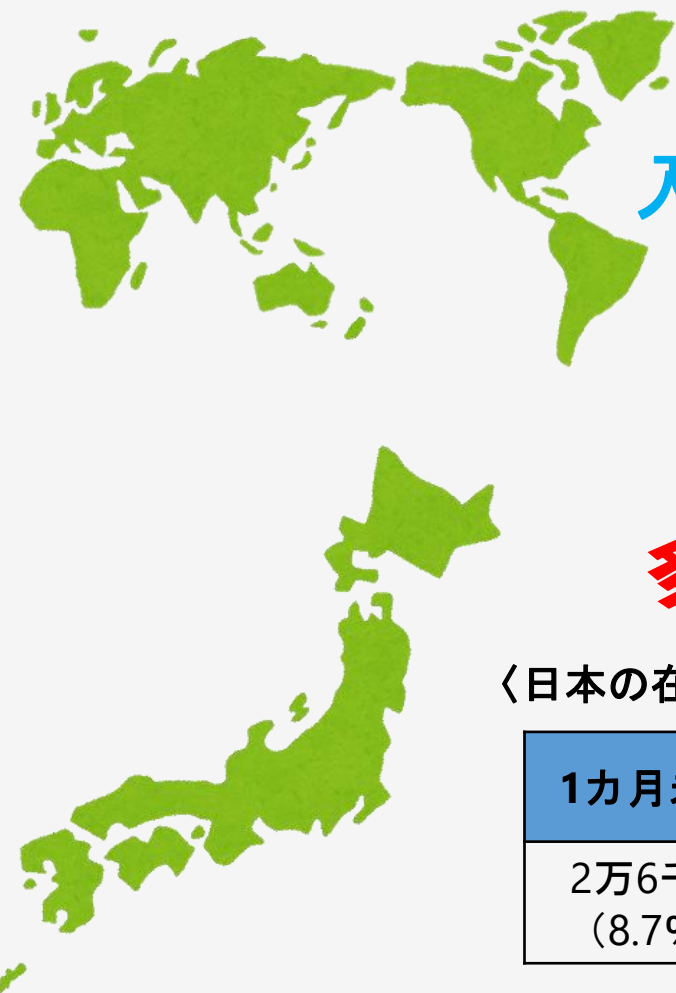
国策として民間病院に依拠して協力に進めた増床政策により、病床不足は解消できたが、世界最大の“精神病床大国”となってしまった



その頃、先進諸国では地域ケア中心へ政策転換が本格的に進んでいた

医療の実態は海外の精神医療と国内の一般医療と「二重の格差」という致命的欠陥を抱えている


# 格差その1 先進諸国の精神医療との格差



地域ケア中心、  
入院になっても1ヵ月以内



多数が1年以上の長期入院

  
この背景には、1950年代(抗精神病薬本格使用前)に開始した増床政策(入院中心の精神医療)を、一度も本格的に見直さず70年間同じ精神医療政策を続けている国の姿勢がある

〈日本の在院期間別の分布状況〉 出典：「患者調査」(2011年)

1ヵ月未満	1年以上	5年以上	10年以上	20年以上
2万6千人 (8.7%)	20万人 (64%)	11万人 (35%)	約7万人 (24%)	3万4千人 (11%)



## 格差その2 国内の一般医療との格差

### 1 ,精神科特例：一般病院の半分の職員数

〈100床当たりの医療従事者数〉 出典：「病院報告」（2014年）

	職員総数	医師	薬剤師	看護師
一般病院	142.2人	15.3人	3.3人	62.4人
精神科病院	67.9人 (47%)	3.6人 (23.%)	1.2人 (36.%)	32.8人 (57%)

医師は一般病院の1/4、職員総数と看護師（准看護師込み）は半数

### 2 ,精神科差別：入院収入が一般病院の3割

〈日当点〉 出典：中医協「社会医療診療行為別調査」（2014年）

	日当点（円）（患者1人1日当たりの入院料単価）
一般病院	38,114円
精神科病院	12,019円（一般病院の32%）

一般病院の3割。最低基準（医療法）を守れない入院料を押し付けている。

「わが国十何万の精神病患者は実にこの病をうけたるの不幸のほかに、この国に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」(1918年)



呉 秀三・1901(明治34)年に東京帝国大学・精神病学講座の教授となり、精神病院の在り方の基礎をつくり、傍ら、華岡青洲の研究に没頭した。



病気や障害の問題が第一義ではなく、国の時代遅れの精神医療政策が問題の大本



# わが国の精神科病院の特徴

## 1 「安かろう・悪かろう・やらなかろう（手抜き）」の精神医療

人権問題の  
誘発

「安かろう」・・・精神科の入院収入は一般病院の3割

「悪かろう」・・・一般病院の1/4の医療従事者、患者詰込み入院、異常な長期入院

「やらなかろう」・・・精神専門療法は入院料の一部として支払われるが、わずか5%。位置づけが低くあまり行われない（手抜き）

## 2 薄利多売な経営構造

長期入院を誘発

入院料が低いため患者を大勢確保しなければ経営が成り立たない。「医療優先」より入院患者の確保を優先する「経営最優先」の病院運営。長期入院を誘発させている。

## 3 悪循環の下での経営

「入院中心」を固定化

「一般病院の3割の入院料」⇒「大量の入院患者の確保」⇒「低い入院料の据え置き（引き下げ）」⇒「さらなる入院患者の確保」という悪循環をうみだしている。これが入院中心の原因。



**精神科病院は政府の医療費(診療報酬)にコントロールされている。さらに国民に安心・安全の精神医療を提供する医療体制を整備できない、国の精神医療政策に問題がある。**

なぜ、精神科病院は差別を受けているのでしょうか



## 精神疾患に対する偏見…それだけではない “特殊な医療実態” の存在！

### 1 100年以上変わらない精神医療政策の基本

【戦前】私宅監置⇒【戦後】入院医療中心  
しかし日本の精神医療政策の基本は、明治以来今日まで、  
精神障害者を施設に隔離・収容する政策の基本は変わらない。

### 2 収容施設の側面が大きな比重

日本の精神科病院は、治療的側面より精神障害者を隔離・収容する収容施設の側面の比重が大きくを占めている。そのため、一般病院よりも少ない医療従事者の配置、低いし入院基本料が容認されている。

“収容施設の役割”

格差・差別の原因

“特殊な医療実態”



差別解消するために…

- \* 収容施設状況の解消し、治療的役割に徹する
- \* 精神科特例と精神科差別の解消
- \* 地域ケアにおけた体制整備と福祉施策

**70年間一度も見直しされていない入院中心の精神医療政策を見直しを!!**

# 1990年代から病院改革が進む

## 病院改善の土台となった3つの取り組み

- ①精神科医療費（診療報酬）の変化（1980年代後半～）
- ②在院患者数が増加から減少に転換（1992年～）
- ③病院経営者・労働組合（日本医労連）精神部会が行った「提言運動」（1985年～）

労働組合や経営者への  
運動で前進させた！

## 1990年代から始まった病院改善

- ①看護職員が**2倍**に増員、作業療法士は**3.3倍**、ケースワーカーも**6.6倍**に
- ②圧倒的多数の病院で精神科リハビリ実施
- ③半数の病床を建替え（専門病棟化）
- ④利用者の視点に立った病院の取り組み

既存の精神医療政策の枠内では限界が...



**この状況を打開するには、精神医療政策を地域ケア中心に転換すること！**



# 解消しない深刻な医療実態

在院患者の6割が1年以上の長期入院  
(日本の異常な長期入院は“人権問題”)

形骸化している任意入院  
(精神疾患を“危険視”し“社会防衛的視点”で見ている精神医療政策の問題)

“13人に1人”が隔離か身体拘束  
(ベルギーでは1年に1度あるかないか)

住んでいる地域や利用している  
病院によって大きな格差  
(地域により平均在院や人口万対精神病床が異なる)

※日本の精神科病院での身体拘束は諸外国の数百倍



**入院中心の精神医療政策を地域ケア中心へ転換することで、  
この深刻な医療実態解消へ展望が拓かれる**



「私の人生は終わった」

「成人前の娘が精神科病院に1年半入院し、自宅に戻った。娘は母親に“私の人生は終わった”と言い、入院前とすっかり変わり何もやる気がなくなった。どうしたらいいか・・・。」

～家族会・電話相談より～

## ターニングポイントに立つ日本の精神医療

### 第一の道⇒現行の精神医療政策の枠内で対応する

- ①在院患者の減少による精神科病院の経営危機を、認知症の大量収容で乗り切る
- ②特別の対応をしないで、精神科病院の崩壊を待ち、“精神病床大国”の汚名返上

入院中心の「安かろう・悪かろう」を一定期間存続させるだけでいずれ破綻！



### 第二の道⇒精神科病院の“崩壊の危機”を精神医療改革の“チャンス”に転換する

“崩壊の危機”の背景に、入院中心の精神医療政策の行き詰まりと崩壊がある。日本も次の段階（＝地域ケア中心の精神医療）への転換が避けられない。

- ①慢性疾患で長期ケアが必要でも、長期入院は必要ない。地域ケアは可能。
- ②当事者や家族から見ると、現状放置は許されない状況。精神医療改革は急務。

世界標準の精神医療につながり、精神医療本来の役割（使命）を果たす道！



 **新型コロナウイルスにより、公衆衛生や医療体制が見直される今こそチャンス**



# 民間病院中心の日本でも改革は可能

日本で精神医療改革が進まない最大の問題は、精神病床の9割を民間病院が占めているから。しかし、同じ民間病院中心だったベルギーでは精神医療改革が本格的に進んでいます。

## 2010年から病院改革が始まる

病棟廃止に伴って患者が減少し“ゼロ”になっても、5年間は廃止病棟の入院料全額を補償

## 職員の身分保障をして地域へ転換

職員が地域の訪問チームに移っても、身分、賃金は病院のまま継続

## 2つの医療訪問チームを設置

廃止病棟のスタッフを再編し、地域で、急性期と慢性期の医療訪問チームを立ち上げ、病院が地域の精神医療に責任

## 入院中心から地域ケア中心への改革の道筋

「財政的裏付け」がカギ

# 深刻化・増加・多様化するところの健康問題

〈医療機関の受診者1位の精神疾患〉 出典：2014年厚生労働省「患者調査」

1位・精神疾患	2位・糖尿病	3位・心疾患	4位・がん	5位・脳血管疾患
392万人	243万人	161万人	152万人	123万人

内訳・・・入院31万人(8%)：外来361万人(92%)で入院中心の精神医療政策の実態と噛み合っていない！

## 社会的経済的損失

⇒統合失調症2兆7千億円・うつ病2兆円（2009年厚生労働省）



〈サミット参加国の人口10万人当たりの自殺者数〉 出典：WHO（2015年）

日本	フランス	アメリカ	ドイツ	カナダ	イギリス	イタリア
18.7人	15.8人	12.5人	10.8人	10.5人	7.6人	6.3人

サミット参加国中1位！WHOの自殺統計に従うと人口10万人あたり78名！

引きこもり・登校/出社拒否・校内暴力・DV・虐待・依存症・etc...



# 日本にも精神医療改革の条件はあります

## 1 お金はあるが使い方が正反対

〈こころの病の費用比較〉

精神医療費は上回っているのに、使い方は正反対

	精神コスト（国民一人当たりの費用）	入院に使用	地域に使用
日本	14,802円（114ユーロ）	97.4%（精神科医療費）	2.6%
トリエステ	10,400円（80ユーロ）	6%	94%
トレント	8,060円（62ユーロ）	14%	86%

## 2 世界に見劣りしない実践例

日本でも世界心理社会的リハビリテーション学会から先進的活動として認定されたところが5ヶ所あり、地域ケアの実践がある

## 3 改革を必要とする客観的条件

- 1、深刻化する国民のこころの健康問題⇒こころの健康の保持・増進という精神医療本来の役割を果たせる政策へ転換が急務
- 2、入院中心の医療体制の明らかな崩壊⇒次の段階（地域ケア中心）へ政策転換が避けられない
- 3、精神科病院の深刻な医療実態の解消⇒長期入院・隔離収容型・身体拘束・精神疾患を“危険視”・精神科特例



# 大きく変化している主体的条件

## こころの健康政策構想会議の取り組み

2010年からの「こころの健康基本法」の制定を求める**署名72万筆**、自治体請願は、国民の8割が居住する議会で採択。「地域精神保健医療福祉の充実と拡充を求める請願」が**衆/参議員で全会一致採択**。

## “病棟転換型居住系施設”

### 「反対運動」の取り組み

反対運動の緊急集会の成功。その後、“省令”は制定されても“実施”はゼロ、省令制定5年後には廃止。

## 運動の前進

### マスコミ報道が変化

2014年1年間で28紙の新聞で86回、「NHK/クローズアップ現代」で精神科病院の問題をテーマにした回は視聴率13.9%（1千万人以上視聴）。その後もテレビや新聞で精神医療問題が取り上げられる。

### 精神科病院内からも動きが始まる

2018年「公的病院精神科医療協会」の立ち上げ（国立(独法)・都道府県立精神科病院）  
2019年「これからの精神科病院を考える会」（公的・民間病院の院長有志）  
など、新たな動きが始まっている。

# 最後に残った課題

## 日本の精神医療改革とは何か

### “当たり前のこと”

- ・ 世界標準（地域ケア中心の精神医療）を行う
- ・ 一般医療と区別し差別扱いの“安かろう・悪かろうの精神医療”を解消する
- ・ 個人の尊厳を守り基本的人権を保障し、安心・安全の精神医療を提供する

### を“普通に行う精神医療”を実現すること

変化せざるを得ない現状を知り、“他力本願”ではなく、私たち一人ひとり、そして日本社会が精神医療政策の転換を決断するときです！



**今こそ労働組合の出番です！**

政治を変えることは  
可能です



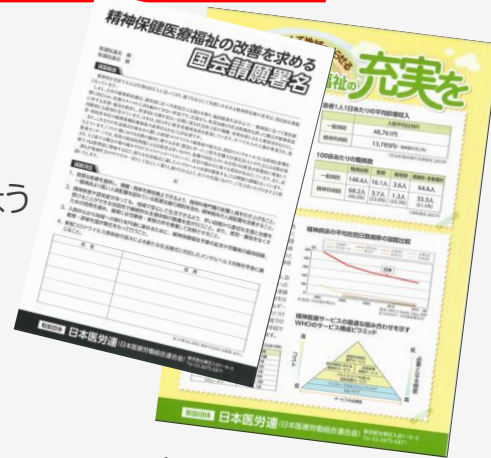
# 精神医療政策の転換に向けた取り組みをすすめよう

## 精神保健医療福祉の改善を求める国会請願署名を 広げよう

1人10筆を目標に職場の中で署名を広げましょう

## 自治体請願行動を進めよう

地方議会に請願を出して、国に意見書をあげてもらえる  
ように取り組みを進めましょう



## 精神部会組織拡大パンフを活用して仲間を増やそう

組織拡大をすすめ、共に精神科医療改善に

向けた取り組みを進めるなかまを増やしましょう



## 地域の精神科病院訪問し、懇談のとりくみを

地域の精神科病院へも署名の協力をお願いや懇談のとりくみを進めま  
しょう

**精神科医療改革のチャンスです。患者・利用者本位の精神科医療を実現  
するために取り組みましょう**