

《 入院中心の精神医療は深刻な行き詰り 》

～入院中心から地域ケアの精神医療へ政策転換が避けられない事態～

氏家憲章

＜病院運営の経営指標＞

一般病院の採算ライン ⇒ 病床利用率80% ・ 精神科病院 ⇒ 90%
精神科病院95%「青信号」・90～94%「黄色信号」・90%切ると「赤信号」
【病床利用率 ⇒ 都道府県から許可されている病床に対する在院患者数の割合】

＜47都道府県の内訳＞（2024年1月「病院報告」）

80%台 ⇒ 24都道府県（51%） 70%台 ⇒ 21県（45%）
60%台 ⇒ 2県（4%）福島県65.7%・和歌山県68.6%

＜ 在院患者・精神病床の大幅減少 ＞

在院患者 ⇒ 258,357人（ピーク時（1991年）比90,695人減）
精神病床 ⇒ 319,007床（ピーク時（1993年）比43,955床減）

＜ 全国の空病床60,650床 ＞

北海道（19,255床）+東北6県（27,589床）+四国4県（14,664床）
計 61,508床 【この3つの地域は日本の43%を占める】

1、在院患者大幅減少の背景

（1）新入院者の減少

1980年代までは、外来で精神疾患の診断を受けると多くの方は入院、入院は年単位の長期入院。そのため新入院者が病院に溜まっていく時代。これが1991年まで続いた在院患者の「増加の時代」の要因。

今日では、統合失調症などの診断を受けても、入院ではなく、外来通院だけで社会生活を行っている人たちが増えている。入院になっても2～3ヶ月の短期入院。そのため新入院者が精神科病院に溜まらない時代。

＜新入院者10年間で4万4千人（月3千7百人）の減少＞

2013年（月）	⇒	31,822人
2024年（1月）	⇒	28,114人（－3,707人）

＜新しい人は先進諸国と同じ＞

新入院は2～3ヶ月と先進諸国より少し長いが、地域ケア（処遇）中心の精神医療

＜ 同じ地域処遇でも ＞
日本の地域処遇は「自己責任」 ・ 先進諸国は「公的責任」

(2) 長期入院者も減少

長期入院は、入院中心の精神医療政策を継続している“日本特有の問題”。

世界最大の“精神病床大国” ⇒ 精神科病院が大勢の長期入院者を抱える

＜ 長期入院者の減少 ⇒ 在院患者（長期入院者）の高齢化 ＞

1980年65歳以上の高齢者は13%（在院患者8人に1人）
2020年63%（3人に2人）

【 死亡退院・合併症で一般病院へ転院・高齢者介護施設に移る人たちが増加 】

＜ 1年以上の長期入院16万人（62%） ＞

1年 ～ 4年未満	⇒	8万1千人（32%）
5年以上 ～ 9年未満	⇒	3万人（13%）
10年以上	⇒	4万4千人（17%）

【 1年未満9万8千人（38%） 】

(3) 認知症は半減

精神科病院は高齢化の進行に伴い認知症は増加すると言われていた

2000年8万7千人（ピーク） ⇒ 2023年4万5千人へと半減

<この10年で全国各地に高齢者のディサービスが急増、>

これらの施設で認知症を支えている。
「認知症で困ったら精神科病院という時代」終焉

< 精神科病院 >

在院患者「減る一方の時代」が鮮明
精神科病院への入院中心の精神医療政策“破綻”

地域ケア中心の精神医療へ政策転換が避けられない事態（客観的条件“成熟”）

【政策転換には主体的条件の成熟も不可欠】

2、在院患者の大幅減少は精神科入院医療費の減少へ直結

<精神科入院資料費の動向>

	精神科入院医療費	精神科外来医療費
2004年	1兆4,850億円	4,647億円
2020年	1兆3,259億円	4,515億円
16年間の推移	－ 1,600億円	－ 135億円

【政策転換が進まない ⇒ 精神医療の先細り】

≪精神科受診者614万人（国民の20人に1人）≫

入院患者28万人（5%） ・ 外来患者586万人（95%）

医療の実態（外来中心）と精神医療政策（入院中心）は“正反対”
精神医療の問題の大本はこの時代後れの精神医療政策

<日本の精神医療政策・2つの基本>

- ① 精神科病院への入院中心の精神医療（先進諸国で唯一）
- ② 精神科病院を一般病院と区別し差別扱い（安かろう・悪かろう）
 - 悪かろう ⇒ 少ない職員（精神科特例）
 - 安かろう ⇒ 一般病院の3割の入院料（精神科差別）

☆ 1980年代・多くの精神科医が発言 ☆

今は、政策転換の動きがない。しかし、21世紀に入ったら、在院患者の大幅減少の時代がくる（精神医療の前進）。そうすると入院医療費も減少する。その財源を地域ケア体制の構築に使用できる。その時こそ政策転換の“チャンス”が到来する

【 40年前の予想は大当たり・政策転換の“チャンス”も到来 】

精神医療の“夜明け前”を迎えている ⇒ 自動的には明けない

精神医療の“夜明け前”を“夜明け”にするために

入院中心から地域ケア中心の精神医療へ政策転換が避けられない事態
政策転換ができる条件も展望もあることを広く知らせる

【 政策転換の世論形成 ⇒ 政策転換の主体的条件を成熟させるため不可欠 】

3、主体的条件の成熟化のために克服しなければならない2つの課題

第一の課題 ⇒ 民間病院中心の国での政策転換時の問題

< 入院中心から地域ケア中心の精神医療への政策転換とは >

精神病床の大幅削減 ⇒ この時経営問題と雇用問題が発生

【 公的病院中心の国はこの問題は発生しない 】

【民間病院中心の国は、この問題に対する有効な政策がないと政策転換が進まない】

日本もベルギーも大きく立ち遅れる ⇒ 日本は最大の病床大国、ベルギー2位
精神病床 ⇒ 日本は90%・ベルギー（欧米諸国で唯一）は85%が民間病院

< ベルギーは2010年から「病院改革」で政策転換が進む >

国 ⇒ 患者が減少しても「ゼロ」になっても廃止病棟定床の入院料全額5年間補償
精神病院 ⇒ 廃止病棟のスタッフで急性と慢性のアウトリーチチームを設置
入院料の補償は5年で廃止。6年目からはアウトリーチへ入院料補償全額支給

【 お金と職員の使い方を変える（総数変わらず） ⇒ 精神病院の機能転換 】
（病床削減だけでは補償なし・病院の地域ケアへの機能転換が前提）
【 日本での政策転換のヒント（この方法しかない） 】

第二の課題 ⇒ 「この道（入院中心の精神医療）しか知らない」（日本特有）問題

< ベルギーの周辺国（半世紀前から入院中心から地域ケアへ政策転換開始） >

『EU（欧州連合）には国境がない、あらゆる情報が自然にはいつてくる。精神も同じ。精神医療政策も医療の実態も日本と同じ。しかし私達は30年前から地域ケアの精神医療の認識はできていた』（2018年ベルギーの医療の組合役員発言）

< 「この道（入院中心の精神医療）」しか知らない日本 >

《 日本は、ベルギーと違って情報が自然に入る周辺国がない島国 》
医学部など専門職の教育機関では専門性の教育だけで、医療政策・制度教えない・弱い
そのため精神医療関係者の知識も体験も「この道（入院中心の精神医療）」
入院中心の“崩壊の危機”を知っても ⇒ 入院に替わる別の道が知らない

《 政策転換の主体的条件を成熟させるために 》

入院中心の精神医療の深刻な行き詰まり“崩壊の危機”によって
入院中心から地域ケア中へ政策転換が避けられない事態に陥っていること
入院中心の精神医療政策は日本だけ（先進諸国で“唯一”）

今日（先進諸国の標準）の精神医療は地域ケア中心を広く伝える

入院中心の精神医療の“崩壊の危機”とは
精神医療政策の基本（入院中心で・「安かろう・悪かろう」）の“破綻”

政策転換が避けられない事態・転換の条件も展望もあることを
広く伝える“特別の努力”が必要 ⇒ “夜明け”を実現する“カギ”