病棟転換型居住系施設などの構想が出る背景 "精神医療政策(隔離・収容)の行き詰まりと破綻"

氏家憲章

I、精神科病床の9割を精神科病院が占める

<経営主体別精神科病院> 「病院報告」2004年

	国立	自治立	公的	公的
病院数・1,670病院	94 (5%)	165 (10%)	49 (3%)	1. 362 (82%)
病床数・358,609床	9, 207	25,077	5, 432	318, 893
	(3%)	(7%)	(1%)	(89%)

民間病院は採算を度外視できない ⇒ 医療費が医療の質を決する

(1)一般病院の3割台の精神科病院の入院料収入(日当点・1人1日の入院料単価)

< 日当点 > 「社会医療診療行為別調査」2010年

	一般病院	精神科病院
日当点	38, 114	12,019円(一般病院の32%

- (2) 精神科病院の経営構造(経営対策) ⇒ 医療本来のあり方と正反対
- ①増収対策 ⇒ 在院患者を増やす以外方策なし ⇔ 病床利用率90%台維持必要 (病床利用率80%台を数年間放置すると病院倒産)
- ②支出対策 ⇒ 医師は一般病院の3分の1 (精神科特例) (下記の状況は1958年精神科特例新設以降変わらず)

<100床当たりの職員数> 「病院報告」2012年

	職員総数	医師	薬剤師	看護師・准看護師
一般病院	135.0人	14.7人	3. 1人	59.7人
精神科病院	66.7人	3. 4人	1. 2人	32.5人
	(49.4%)	(23.1%)	(38.7%)	(54.4%)

<精神科病院の医療 ⇔ 基本的に全病院に共通する問題>

一般病院の3割台の収入のため「安かろう」・一般病院の半分の職員と長期入院の詰め込み入院「悪かろう」精神専門療法の収入5%と「手抜き」の医療

(3) 長期入院で患者数を確保

精神疾患の発症率は先進諸国も日本も基本的に同じ ⇔ 患者数も同じ

先進諸国の平均在院(入院)日数 ⇒ 18日

日本は在院者の3人に2人(66%)が1年以上の長期入院 先進諸国並みの1ヶ月未満は8.7%の2万6千人

<在院期間別の分布状況> 「患者調査」2011年

1ヶ月未満	1ヶ月以上	1年以上	5年以上	10年以上	20年以上
26, 578	278,983	200,406	112,158	69, 631	34, 967
8. 7%	91.3%	65.6%	36.7%	22.8%	11.4%

同じ患者数なのに先進諸国の数倍の病床 ⇒ 長期入院で大量の患者確保

隔離・収容政策 ⇒ 長期入院と大量の精神科病床は"表裏一体"

<精神科病院は"悪循環"の下での経営>

"3割台の日当点のために大量の在院患者を抱え込む" "大量の在院患者を抱えこんでいるために3割台の日当点を解消できない" "3割台の日当点のために大量の患者を抱え込む"

<精神科差別(32%の日当点)の解消(31万人の在院患者で試算)>

精神科入院医療費1兆4千億円に新たに2兆9千億円近い増額が必要精神科入院医療費の1兆2千億円は先進諸国で廃止した病床に使用

<精神科特例 ⇔ 医師の特例廃止 ⇒ 35万床のまま>

精神科医の年間養成数は400名前後 毎年400人全員が精神科病院に就職し退職者がいないと仮定 精神科特例廃止には35年かかる。

精神科特例廃止には、精神科病院で働く8.8千人(常勤換算)の精神科医に新たに常勤で1万5千人近い精神科医の増員が必要

【 それらは現実的には不可能 】

Ⅱ、精神科病院の行き詰まりと破綻(精神医療政策の行き詰まりと破綻)

精神科病院 ⇔ 精神科病院への入院中心の隔離・収容 政策の "要"

" 患者数を追求する "精神科病院の経営の行き詰まりと破綻

95%以上⇒「青信号」・94~90%⇒「黄色信号」・80%台⇒「赤信号」

(1) 進む在院患者の高齢化 ⇒ 在院患者減進行の大きな要因

<65歳以上の高齢化の推移> 「患者調査」

	1983年	1993年	2004年	2011年
65歳以上	52, 549	85,026	132,687	142,670
高齢者比率	13.6%	19.0%	28.9%	45.1%

(75歳以上22%)

(2) 精神疾患の受療率が低下 ⇒ 入院患者の減少が顕著

<精神疾患受療率の推移>「患者調査」

	1975年	1981年	1993年	2008年	2011年
精神疾患全体	269	2 8 1	3 4 7	4 1 8	4 0 1
入院受診率	2 2 2	2 4 0	2 5 7	2 3 6	2 2 5
外来受診率	4 7	4 1	9 0	182	1 7 6

(3) 病床利用率80%の時代が本格化 ⇒ 90%台の時代が終焉 (「危険ライン」・経営が成り立たない) (経営が成り立つ前提条件)

< "悪循環"の下での経営の崩壊が始まる>

<病床利用率の推移>「病院報告」

年	1970	1980	1990	2000年	2015
病床利用率	104.3%	102.4%	97.4%	93.2%	86.0%

2013年88.1%→単科精神科病院89.5%・一般病院の精神科病棟84.8%

認知症を除くと70%台 ⇒ 実は精神科病院の経営は完全に破綻

2013年の病床利用率 ⇒ 88.1% (認知症の5万4千人を除く ⇒ 74%)

(4) 在院患者数 ⇒ ピーク時比56,537人減少

東京(22,089人)+福岡県(20,488人)+千葉県(12,084人)+鳥取県(1,880人)

<後半で減少数の9割減 ⇒ 減少のスピードが早まる>

	ピーク時	2015年3月	減少数
定床数	362,962床	340,134床	-22,826床
在院患者数	349,052人	292,515人	-56,537人

(注) 定床数のピーク1993年・在院患者数のピーク1991年

	減少数 (減少率)	前(減少率)	後半 (減少率)
定床数	-22,826床(- 6%)	-782床(3%)	22,044床(97%)
在院患者数	-56,537人(-16%)	-5,926人(10%)	50,611人(90%)

(5) 2030年には在院患者は半減

< 2001年新潟大学の染谷俊幸教授『精神医学』新年号「巻頭言」> 社会復帰施策が30年間2000年のまま全く変わらないとしても、 在院患者の高齢化の進行によって、在院患者は半減する。

" 先進諸国での精神科病院の歴史 "

- 1950年代迄 ⇒ 精神科病床の大増床の時代
- 1950年代 ⇒ 抗精神病薬の開発・"入院中心"から"地域処遇"が可能
- 1960年代~1999年 → 精神科病院の衰退期(入院中心→地域へ移行期)
- 2 1 世紀 ⇒ 地域精神医療 (コミニューティー・ケア) の時代

日本が先進諸国で唯一隔離・収容政策(35万床)を維持できている背景

国民医療費を圧迫しない精神科医療 ⇒ 安かろう・悪かろうの精神科医療

全体	129万9, 322人	国民医療
精神疾患	30万7, 453人	精神科医療
	(24%)	

国民医療費	37兆4,	202億円
精神科医療費	1兆9,	590億円
	(5.	2 %)

患者数最大の24%・医療費最低の5%台 ⇔ 先進諸国大量の患者が医療費を圧迫 (トリエステに精神科病院があった時代・医療費の半分は精神科病院に使用)

Ⅲ、社会的基盤を失った精神医療政策

<精神医療政策を構築した時代 ⇒ 終戦の混乱から抜け出していない>

<1950年代(20世紀中頃)の精神科医療の状況>

私宅監置や放置状態の人達を精神科病院に収容し衣食住を提供 1950年精神衛生法制定 "私宅監置中心"から"精神科病院への入院"へ変わる " 抗精神病薬の開発前 "

電気ショック・インシュリンショック療法などショック療法が治療の中心 統合失調症は不治の病と考えられていた(医師の教科書に記載) 精神疾患への偏見が強く精神医療政策は社会防衛的視点 欧米諸国でも隔離・収容政策を積極的に推進中

< 2 1世紀の今日の社会状況 ⇒ 世界第 3 位の経済大国>

<2010年代(21世紀)の精神科医療の状況>

治療技術(抗精神病薬)と考え方の進歩で外来治療主流の時代 統合失調症は不治の病という考え方は消失しつつある 精神疾患は日本でも先進諸国でも三大疾患のトップ。

2012年厚生労働省は精神疾患を「5疾患」重点疾患に位置づける 先進諸国は地域精神医療の時代・平均在院日数は18日前後。

こころの健康問題は日本でも先進諸国でも国の最重要課題こころの健康問題は国民全体の問題という認識が広がる。

2013年障害者差別解消法制定・2014年障害者権利条約批准

" 賞味期限 "・" 耐用年数 "が切れた精神医療政策

60数年間で大きく変貌した社会や精神科医療と変わらない隔離・収容で精神科特例と精神科差別を基本とする精神医療政策大きな"乖離"が生じている ⇒ 社会的基盤を失う

今日に対応できる精神保健医療福祉施策の再構築(抜本改革)が不可欠

Ⅳ、二つの道の選択(現状固定か・抜本的改革か) ⇔ 一本に収れん

< 第一の道 現状固定 ⇒ 新患者確保が不可欠 > 【 政治力で進めても早晩破綻の運命 】

- ①病棟転換型居住系施設 ⇒ 長期入院から長期施設収容
- ②認知症の本格収容 ⇒ 新オレンジプラン

"統合失調症中心"の精神科病院 ⇒ "認知症中心"の精神科病院 (益々在院患者減の進行は必至) (35万床の安定的維持が可能)

隔離・収容政策で精神科特例と精神科差別を基本とする政策の固定化 (安かろう・悪かろう・手抜きの精神科医療 ⇒ 固定化)

- < 第二の道 精神科病床の大幅削減 ⇒ 隔離・収容政策の解消 > 【 この道で進むことは間違いない・問題はその時期】
 - ①人口万対 5 床の精神科病床 ⇒ 一般病院との格差解消 ②大幅削減による財源と人材を地域精神医療の構築に活用

精神の病気や障害があっても、医療支援と生活支援によって地域で社会生活 精神保健医療政策 ⇒ 全国民のこころの健康問題に対応する

V、精神科病床の大幅削減が不可欠

- (1) ベルギーの改革から学ぶ ⇒ 精神科病床の80数%は民間病院 病棟閉鎖 ⇒ 収入を補償し人材を地域訪問チームとして活用
- (2) 精神医療改革 ⇒ 現状を憂い改革を望む人達の大同団結が不可欠 日本が抱える「二重の格差」解消のために協働の運動が求められている
- (3) 動き出した社会と政治 ⇒ こころの健康問題は国の戦略的課題に浮上
- ①こころの健康構想政策会議 ⇒ 72万筆署名・国会で意見書採択 地方議会での意見書採択387議会・1億367万人(国民の82%)の傘下
- ②病棟転換型居住系施設反対運動 ⇒ 3週間弱で日比谷野音に3200名 昨年新聞報道 ⇒ 28紙83回・NHKクローズアップ現代の視聴率昨年2位