

より焦点を当てた内容への修正が必要である。当事者活動や NGO(NPO)の活動がより経済的に成立しやすい援助の方法の検討が必要である。

## 6. 精神科専門職の問題

精神科専門職の数は国際比較の表に記したように標準的である。

しかし GP の制度を持つ欧米の多くの国と異なり、日本の一般科医師は精神科のプライマリケアに積極的に積極的に参加しているとは言い難い。一般科医師は新臨床研修制度が始まるまでは基本的なトレーニングも受けていなかった。精神科専門看護師、コメディカルスタッフは欧米に比較して不足している。臨床心理師は未だに国家資格化されていない。スタッフは入院治療に多く配置されており、コミュニティーへの配置は薄くなっている(24) 170)。入院治療についても絶対的なベッド数が多いこともあり、病床数あたりの人員は少ない。これらの点の多くは精神科に限らず日本の医療全体の特徴でもある。

今後は一般科医師の精神科プライマリケアへの参加が求められる。またコミュニティーケアでの専門職を増やすことが必要になる。

## 7. 病床数の地域格差

「人口当たり精神病床数」は著しく異なり、県ごとの最大の格差は 2 倍にもなる(171)。最大は鹿児島県、最小は神奈川県である。九州・四国地方に病床数は多い傾向にある。先進諸国でも地方政府に権限が委譲されている国々では、それぞれの地方での精神保健についての考え方の違いから、所により

大きな地域格差が生じている。最も地域格差が大きいのはオーストラリアである。非常に保守的な風土であるクイーンズランド州では大規模単科精神科病院中心で、平均入院日数は 300 日を超えている。一方で進歩的でコミュニティーケアの充実で知られるヴィクトリア州では病床は非常に少なく、入院日数は数週間まで短縮されている(172)。しかしながら日本のように中央政府が精神医療を統括しているにもかかわらず、これほどまでに大きな地域格差のある国は他に例が無い。

オーストラリアのように、地域住民の精神医療に対するニーズ、理解の違いが病床数の格差を生んでいるのであれば、この病床数の格差には合理的理由がある。中央政府は精神医療に対するニーズ、理解の地域による違いを把握する必要がある。もし合理的説明が不可能であれば、地方政府に財源を移譲し病院とコミュニティーケアの財源の配分を決定させる Integrated Medicine と呼ばれる方式が一つの解決法となる。

## 8. 民間精神科病院主体

日本の精神科病床数の開設主体別の内訳をみると、個人病院 23,304 床、法人病院 239,372 床、国立病院 6,967 床、都道府県立病院 16,483 床、その他の公立病院 11,368 床、大学病院 4,690 床となっており、民間病院(個人+法人)が 88.9%を占めている(171)。北欧、カナダでは公立精神科病院がほとんど、その他のヨーロッパ諸国でも公立病院の方が多く、民間が入院患者の多くを入院させている日本の状況は特異なケースである。一方で海外の民間病院と異なり、日本の民間病院は重症患者、救急患者を拒

むことなく治療に当たり、司法など政策的な医療にも積極的に関わっており、精神医療の中で占める役割は大きい。

欧米の多くの国において脱施設化が急速に進んだのは、精神科病床の多くが公的セクターに属していたため、政府によるコントロールが容易であったということが理由である。一方で民間精神科病院の多いベルギー、オランダでは病床の削減は非常に遅い(6)。それらの国では民間精神科病院の病床削減は不可能ではないかと悲観的な見方をする者さえいる(55) (174)。オーストラリア、UK、アメリカ合衆国ですら公的精神科病床は大幅に病床削減する中、民間精神科病院は病床を増やすケースがある(174) (175)。

民間精神科病院の問題を指摘するものは多い。ベルギーでは民間精神科病院が非常に多く、病床削減が他の先進諸国に比較して遅い傾向にある(55) (176)。オーストラリアでは電気けいれん療法の診療報酬が上がった後、民間精神科病院で電気けいれん療法の実施件数が極端に増加しており、不必要なケースに行っているのではないかと疑われている。民間の特性として利益を極大化するために、医療の在り方をゆがめているのではないかと言う批判がある(177)。

しかし日本の民間病院の減床は容易ではない。なぜなら、

- ① 公立病院と違い、政府の直接の指示を受けない
- ② 現在の病院の経営は入院部門の収入に多く依存しており、収益の85%は入院病床からである(178)。そのため病床減は収入の減少に直結する。
- ③ 対して、支出の多くを占める減価償却費、なかでも病院建築のコストは日本では

諸外国に比較し非常に高く、それはいったん建築してしまえば取り消すことのできない経費である。病棟のハード面に要求される基準が厳しくなったことなどに対応するため、新築は未だに続き新たな投資が続いている。計画は仮に満床で運営できたとしても今後少なくとも10年以上償還に必要な計画となっていることが多い。日本の金融機関は貸付時に理事長などの個人保証を要求することがほとんどであり、病床減となれば個人の負債として何億もの負債が残ることになる。経営者からは病床減には徹底した反対が続くであろう。

しかし脱施設化が利益をもたらすような経済的誘導により、民間病院において脱施設化を促すことは可能である(76) (178) (179)。

日本で新たに公的な精神医療サービスを整備することは現実的ではない。なぜなら、

- ① 新たに作るためには膨大な資金とマンパワーが必要となる。作ったとしても精神医療が民営と公営が並立する移行期間の過剰な資源は確保できないであろう。
- ② 最近の世界的な(日本でも)現象である「官から民へ」の大きな流れに逆行する。国立病院・大学ですら民営化がおこなわれている現在、精神科のみ公営とすることは今後の日本においてありえない選択と思われる。

「既存の社会資源」である民間精神科病院を新しいサービスに組み込むには何が必要かを考えることは、日本での精神医療改革を進める上での重要なポイントである。

## 9. ハードウェア偏重

ルクセンブルクは精神医療に多額のコストを使ったにも関わらず、医療の質が非常に劣悪であったことで知られる。ヨーロッパ随一の高額な精神医療費は巨大な病院建築に費やされた。病院建築は立派過ぎるがゆえに圧迫感と親しみにくさを感じさせ、地域の住民にとって強い差別と偏見の象徴にされてしまった(18) (181)。ところが病院職員は建物が立派であるがゆえに、それだけで良い医療を施しているかのような錯覚をしてしまった。職員は立派な病院に誇りと愛着を感じ、脱施設化への強い抵抗が生じた(102)。

ルクセンブルクの大きな失敗からは、「日本で脱施設化を進めるのであれば、今後は医療の質の担保としてのハードウェアの基準を絶対条件としない」という結論が自ずと見えてくる。

ところが日本では未だにハード偏重が続いている。90年代から医療施設近代化施設整備事業などの施策により病院の建築が推進された。次いで92年に始まる精神科療養病棟入院料(病室面積などハードの基準が高い)取得のため多くの病院が病棟を丸ごと新築した。その後も個室の数が必要な救急入院料など、ハードの要求を満たすために数十億円を投じた新たな精神科病院の建設が続いている。土地取得と建設に諸外国以上のコストを必要とする日本で貴重な医療財源が医療サービス実質以外に費やされていくことは大きな問題である。実際、新しいサービスを開始した病院の減価償却率が非常に高くなり、経営が苦しくなっていることが報告されている。あまりにハードに対する要求に偏り、医療機関の在り方を歪

めているのである。

ベルギーでは病院建築は民間病院の建築も国家からの基金で建てられているので、縮小へのハードルは民間であっても低かった。カナダではやはり民間であっても国家が建築資金を出していたため、病院法の改正で民間病院を完全に禁止した時にも大きな混乱にはならなかった。ところが日本では数億から数十億の債務を理事長が個人保証しているケースが多く、縮小へのハードルは極めて高い。

何らかの施設として転用できたものを除き脱施設化で病院の建築物はその価値を失い、精神医療費を源とした多額の資金はすべて無駄となる。多くの病院は郊外にあるため再利用の機会はない。しかも病院は他の業態と違い、総資本回転率の非常に低い特殊な経営を行っているため、一旦建ててしまうと投入した資金を回収するまで15-20年は閉鎖できないのである。民間病院の経営者・民間病院団体は徹底的に病床削減に抵抗するであろう。

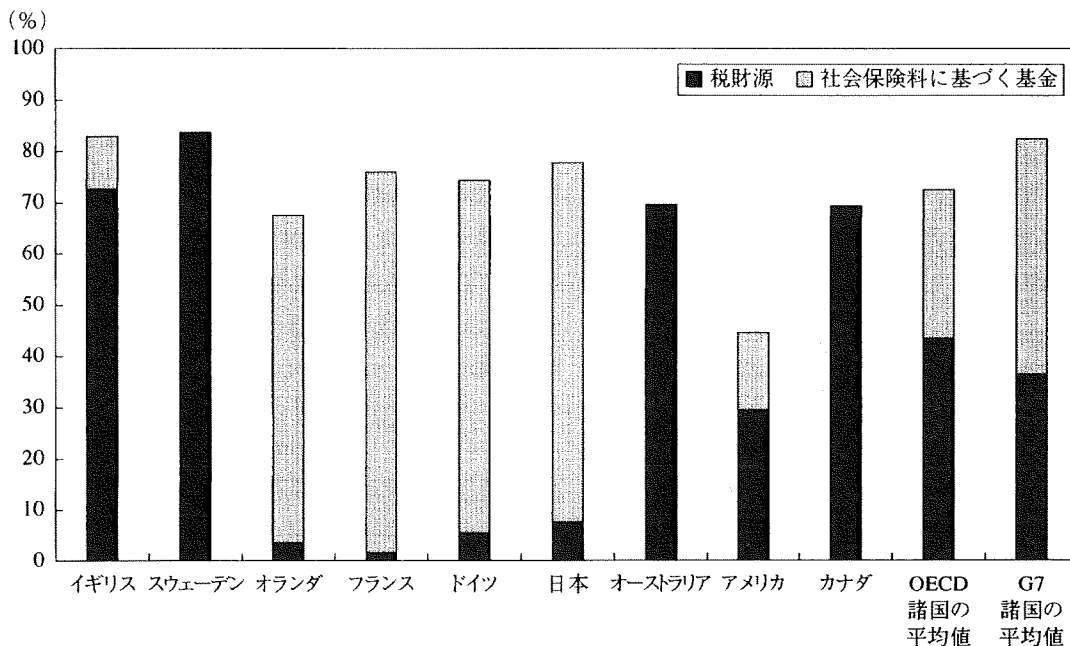
もし日本で20年後を待たずに病床を削減することを考えるのであれば、今すぐに病院のハードに対する要求を見直す必要がある。脱施設化の時代においてはハコモノ中心のハードウェア評価から、治療内容のソフトウェア評価への転換が必要である。そしてそれは脱施設化に先立って進めておくべきプロセスである。

また民間企業の一般的な性質として、「基準を上げることは決して企業のふるい落としにつながる」ということを忘れてはならない。基準を満たすために急上昇した本来の医療サービス以外のコストは、結局は国民が負うこととなる。

### 10. ビスマルク型社会保障制度

日本は国民のほとんどが医療保険に加入することができるいわゆる「国民皆保険」である。自己負担率は30%であり西欧諸国に比較すると高い方であるが、外来において

は自立支援法により10%に抑えられ、入院については高額療養費制度により事実上の自己負担上限がある。医療保険加入率は高く、経済的弱者に対しては生活保護の医療扶助によりセーフティーネットが張られている。



注：国際比較可能なデータの最新年次が1998年のため、この年のデータを使用した。  
出典：WHO 2001

図1 医療支出に占める税財源と社会保険料に基づく基金の割合

(図表は 金子 能宏 カナダの国民医療制度の改革—連邦財政主義のもとでの皆保険の課題と展望—海外社会保障研究 145 Winter 53-67 2003 より)

医療保険は財源などの特徴により、次のように分類される(182) (183)。

ビスマルク型(大陸型) 収入に応じた保険料 財源は医療保険制度

正統派 ドイツ、オランダ、スイス (分権化、政府の介入も負担も少ない)

傍系 フランス、ベルギー (中央集権的、強い政府支配、税も投入)

ビーブリッジ(ヴェバリッジ)型(英国型) 保険は最低限 財源は税が主 UK 英連邦

諸国 北欧諸国 (ゆりかごから墓場まで)  
アメリカ型 弱者以外は市場原理に任せる

アメリカ合衆国 (リベラリズム)

日本はドイツの制度を研究し社会保障をスタートさせており、ビスマルク型に属するが、政府介入が強い点では傍系に近い(182) (184)。

医療保険についての類型のうちで、保険料が財源で政府の介入が弱いビスマルク型正

統派に属する国々において、脱施設化が遅くなる傾向があるという事実は興味深い。二つの財源を持つビスマルク型では医療（医療保険）からコミュニティーケア（福祉＝税、医療＝医療保険の二つ）への移行は、財源として税の一つだけであるピーブリッジ型（英国型）よりも改革が困難である。

北欧の精神科医は「病院でもホームでも別にかまわない。どちらでも財布は同じだから」と言う。ピーブリッジ型では財源の融通が利くことが改革へのハードルを低くしていたことを端的に物語る。北欧では医療と福祉の組織の統合が進みつつあるが185)財源が単一の国では容易である。

近頃ルクセンブルクでは制度が変わり居住施設は医療保険から支払いをうけることになった。これはビスマルク型での財源の一本化に道を開いた。「居住施設は福祉の財源から」という先入観にとらわれない逆転の発想による注目すべき改革である。

先進諸国から学ぶ点として、日本でも財源

	コミュニティーへの移行によるコストの変化
元の病院の費用が安い場合	
軽症者	同じか減少
重症者	上昇
元の病院の費用が高い場合	
軽症者	減少
重症者	同じか上昇

そこまで考慮せずとも日本は他の先進諸国とは異なり、精神医療改革を行えば総コストが上昇ことは容易にわかる。なぜなら現在の日本の精神保健は恐ろしく低いコストに抑えられているからである。

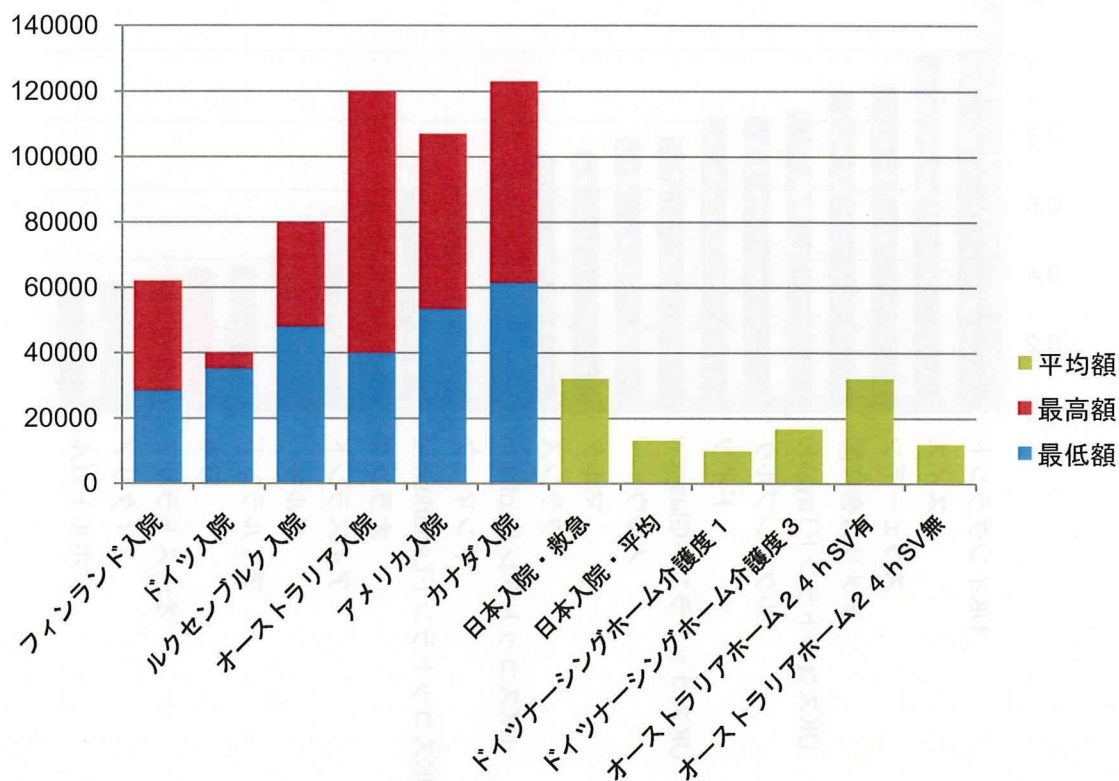
の振り分けをフレキシブルにすること、介護保険（現在は自立支援法も）の財源からコミュニティーケアに充てる資金の供給を大幅に増やしていくことが必要である。

### 11. 非常に低い精神医療保健福祉のコスト

日本では国民医療費に占める精神医療費の割合は非常に低く、一日あたりの精神科の入院費は一般病床の1/2-2/3にすぎないと言われている。

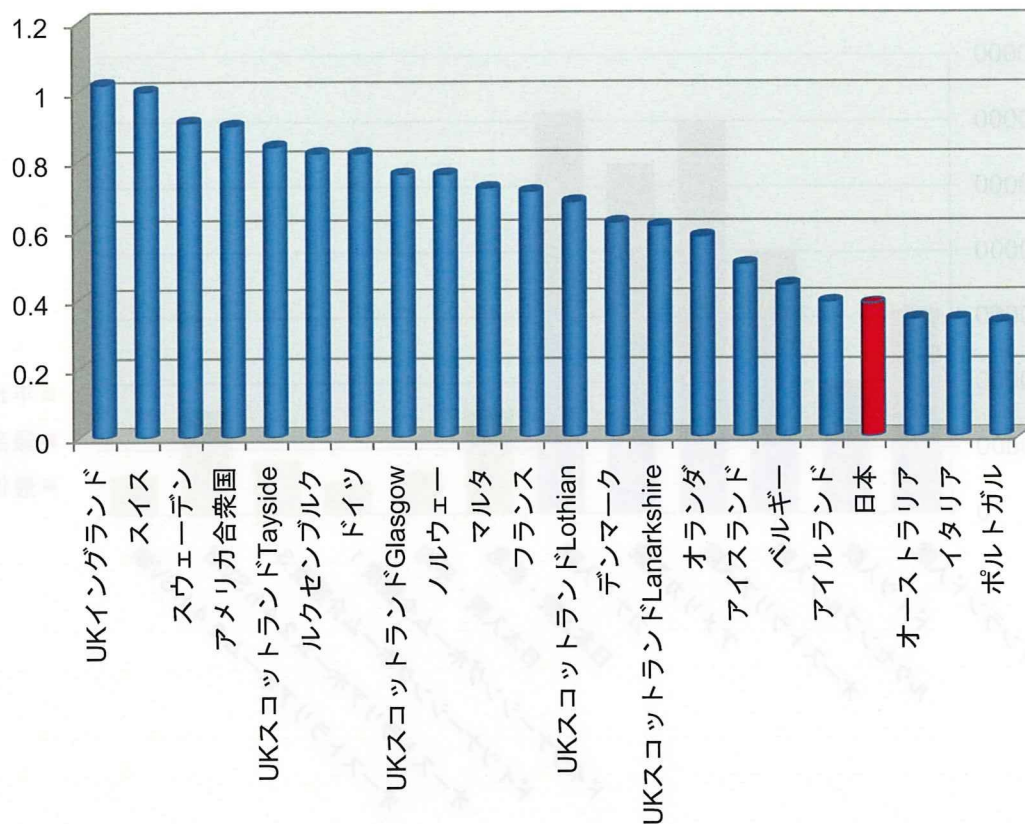
日本は病院の費用が国際的に見て最も安い国の一つであり、下に示した脱施設化によるコストの変化を総括した表85)では「病院の費用が安い場合」に属する。従って初期に軽症者を退院させた場合にはコストは同じか場合によっては減少することも有り得るが、重症者をコミュニティーでケアするようになればコストは上昇することになる(25)。

まず一日あたりの入院費・入居費のデータを示す(円換算・2007年データ)。日本の精神科入院料は先進諸国より遥かに安く、コミュニティーの居住施設とほぼ同価格である。



「長期入院患者をコミュニティー居住施設に移して入院コストを削減し、その分を急性期医療に回す」という楽観的なシナリオを描く者がいるが、それは明らかに間違っている。コストは今でも先進諸国の居住施設並みだからである。

次に対 GDP、国民一人当たり精神保健費（医療、福祉、カウントできる限り全て）の割合を示す。（単位は%）



(出典：Medeiros, H. et al. MHEEN II Policy Briefing 4. Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. MHEEN network 2008.の数値に筆者が日本、オーストラリア、アメリカ合衆国のデータ(186) (228) (229) (230) (231) (232) を加えグラフを作成)

日本はポルトガル（貧弱な単科精神科病院中心の極めて遅れた医療で知られる）5) 24)、イタリア（上記のデータは依存症、児童思春期、膨れ上がる刑務所内の精神医療などを含まず実態はこれ以上である）34) 109) 110)、オーストラリア（bargain-based psychiatry と呼ばれる）70) 111) 124) 132) 136) 186) 187) 188) 189) 191) など精神保健の質に大きな問題のある国と並び、OECD加盟国の中では最も低いコストで貧弱な医療と福祉サービスを提供しているのである。今では旧社会主義国のハンガリー、

リトアニアなど（上のグラフにデータ示さず）にも追い抜かれている1)。

また、医療保健に対する精神医療の支出の割合を見ても、日本の5.8%という値はUKイングランドの14.1%、ルクセンブルクの13.4%、ドイツの10.1%と比較し極めて低い値にとどまっている。

従ってこの超低精神科医療保健福祉費の日本に、先進諸国並みのコミュニティーケアを整備するとしたら、諸外国でかつて観測されたよりも大幅なコスト上昇は必至である。

諸外国の研究者も日本の将来のコスト上昇予測については同様の意見であった(55)76)100)102)180)。仮に優れたアウトリーチサービスで知られるUK イングランド、アメリカ合衆国並みにするとしたら、精神医療保健福祉の総額で現在の約2.5倍のコストが必要となることが推測される。

## 1.2. 精神科病院の規模拡大を促す診療報酬制度

### a. 脱施設化と診療報酬制度について

先進諸国の精神科医療の診療報酬制度は大きく6種に分類される(192)。脱施設化と診療報酬制度の進歩には密接な関係がある。モデル1は最もコンベンショナルなモデル、モデル6が最も急進的なモデルであるが、それぞれの国の社会保障制度の違いにより適したモデルが異なるため、単純に優劣は付けられない。しかしそれぞれのモデルの理解は、精神医療システムの質と、脱施設化の成績に大きく影響する。

#### モデル1 プログラム単位・一日当たり支払いモデル Programme-Based Per-Diem Payment Model

最も多く採用されている方式である。治療プログラムごとに一日当たりの入院費が決定される。代表的なプログラムには「一般精神医療」「薬物アルコール依存」「摂食障害がい」といったものがある。多くの場合、入院期間が長期化すると「ステップダウン方式」により入院費は逡減される。ステップをどこに設定するかは、最も多い入院期間を基準に決定される。プログラムの種類は多様に分化させず、多くの場合違うカテゴリーの患者が病棟に同居する方式が採用されている。

#### モデル2 強化型・プログラム単位・一日当たり支払いモデル Enhanced programme-based per-diem payment model

精神科病院側としてはモデル1を発展させ、さらなる機能分化を行おうとする。プログラムの分化は突き詰めれば10-15種類にもなるかもしれないが、現実にはせいぜい5-6種類が限度であろう。モデル1と同様に入院費は「ステップダウン方式」の逡減制をとり入院期間の上限が設けられる。入院期間の上限を超えるものについて保険団体とのレビューに基づく交渉が取り入れられる。かつては採用する国が多かったが、今では日本など少数になりつつある。

#### モデル3 ケースミックス・一日当たり支払いモデル Casemix-Based Per-Diem Payment Model

ケースミックス分類(オーストリアで行われるDRGが一例)により入院費は決定される。入院費は一日当たりの価格で支払われる。これまでの蓄積された治療コストのデータにより、保険団体と病院の交渉が行われる。アメリカ合衆国のメディケア/メディケイドサービスは、当初はモデル4の入院エピソード当たりの支払いであったが、比較検討の結果、圧倒的に成績の良いモデル3に変更した。

#### モデル4 ケースミックス・入院エピソード当たり支払いモデル Casemix-Based Episodic Payment Model

同じくケースミックス分類により入院費は決定されるが、入院一回当たりの価格で支払われる。病院は入院の長期化について経済的リスクを負うことになる。先進諸国のうち、公的医療制度が大きなシェアを持つ国において採用されることが多い。



### モデル5 症例見込み払い方式

#### Prospective Case Payment Model

医療機関は一定期間（多くの場合12カ月）の治療プログラムのすべてについて定額の支払いを受ける。いわゆるブロックグラント方式である。病院は内部でのコストの配分は自由に裁量でき、患者のニーズに応じて入院中心に行うも外来中心で行うも自由である。保険団体との交渉で価格は決定されるが、それにはケース分類が正確に行われている必要がある。オーストラリア、カナダ、UK、フィンランドなど多くの公的医療NHS諸国で採用されている。それ以外の国でもベルギーなどでは精神科救急医療部門に限って採用されつつある。

### モデル6 一括見込み払い方式 Bundled Prospective Payment Model (BPPM)

医療機関はカバーする一般市民全体の精神保健に関するすべてのコストについて一括の支払いを受ける。人頭制Capitationと同じとみなしてよい（人頭制と言われることを嫌う専門家も多いので注意）。地域の精神保健のデータに基づき保険団体と価格の交渉を行うが、病院は非常に大きい経営的リスクを負う。この方式は公的医療が独占的なシェアを持つ地域でしか採用できない。競争的医療機関のある地域では独占禁止法に触れるからである。オーストラリアにおいてサウスオーストラリア州では採用されたが、民間病院が複数存在する他の州では不可能と判断された。

	長所	短所
モデル1 プログラム単位・一日当たり 支払いモデル	簡便 支払い側の支配力弱い	異なる性質の患者に同額の支払い 個々の患者のニーズにこたえられない プログラムの質の評価が困難 サービス提供の技術革新が行われにくい
モデル2 強化型・プログラム単位・一日 当たり支払いモデル	プログラムの標準化が可能 旧来の方式をあまり変えなくてよい	<u>病床削減と入院患者の減少に 適応できない</u> いくらプログラムを増やしても 異種の患者がひと括りにされる ことにかわりない
モデル3 ケースミックス・一日当たり 支払いモデル	逓減制のステップダウンのポイントが 正確に設定できる 患者の均質性の分析が容易 病院はプログラムの規格に拘束され なくて済む 長期あるいは頻回利用者のチェックが 可能	やや複雑 コストが削減できるとは限らない DRGデータの不足（現状では・特に 外来において） コストのばらつきに対応困難 DRGコードに乗らない患者の

		疎外
モデル4 ケースミックス・入院エピソード当たり支払いモデル	簡便にできる可能性 病院の質の評価に有用 病院と保険団体にリスクを分散 すでに多くの国で急性期治療での実績	オーストラリアの経験では外来での成果不良 現実には治療現場の多様性ゆえ適応は容易ではない 慢性状態の評価ができない
モデル5 症例見込み払い方式	患者の治療に有用でありさえすれば、病院は自由にプログラムを組める 病院と保険団体にリスクを分散 治療を進歩させることが報酬を生む	ケース分類の更なる進歩が必要 民間病院で実施不能 治療困難患者の排除
モデル6 一括見込み払い方式	上記と同じ長所 コミュニティーケアに適し、より多くの患者をケアできる可能性 質のコントロール（主に経済的な意味で）を容易にする	保険団体によりコストの上限が一方向的に設定される 競争的な医療機関があるところでは採用できない 臨床モデルの進歩が妨げられる可能性

最もコミュニティーケアに適しているのはモデル6：一括見込み払い方式 Bundled Prospective Payment Model (BPPM)である。対して最も病院医療中心なのはモデル2：強化型・プログラム単位・一日当たり支払いモデル Enhanced programme-based per-diem payment modelである。

日本では様々な用途に分化した精神科病棟を整備し、分化した病棟には一般的な精神科出来高払いの病棟よりも有利な診療報酬を与える病棟別機能分化と呼ばれる特異なシステムがある。これはモデル2：強化型・プログラム単位・一日当たり支払いモデル Enhanced programme-based per-diem payment model の亜型である。しかしモデル2の重要な要素である、「入院費の逓減

制」と「入院期間の上限」の2つを欠いている。そのためモデル2の長所を引き出していない。それでいながら病棟内に異なるプログラムの混在を許さないリジッドな構造故に、病床削減と入院患者の減少に適応できない (193) というモデル2の短所が更に強調され、日本の脱施設化を阻んでいることを次節で証明する。

#### b. 病棟別機能分化

日本での機能分化の論議は70年代にさかのぼる。1978年に厚生省より日本精神科病院協会に対して「入院精神障害者の態様はすべてが一律ではなく、いくつかの種別に分類されえるのではないか。すなわち、医療看護保護が高度に要求される患者群と、それほどの密度の高いケアを必要としない

患者群があるのではないか。それが現在は一律規格の看護体制でケアされていることは医療費支払いの上からして不合理であり、またその結果として、医療費の無駄使いではないか。そこで精神病院内部の病棟別の機能分化を考えられないか」という問いかけがあった(193)。

まず 1988 年に特定入院料である老人性痴呆疾患(認知症)治療病棟入院料、1992 年に老人性痴呆疾患(認知症)療養病棟入院料が認められ、ここに病棟別機能分化が始まった。

最も大きな問題である統合失調症への対応を探る目的で行われた 1989 年の厚生科学研究で、仙波は急性期病棟・療養病棟・保養病棟の 3 つのカテゴリーへの病棟分化を提唱した(194)。この研究では**病棟別機能分化は 250 床以上の病院でしかうまく機能しない**ことを問題点としている。

その後 1990 年の今任による厚生科学研究(195)、1990 年の全国自治体病院協議会精神病院特別部会「類型試案」(196)が続き、1992 年の厚生科学研究において道下は急性期と長期慢性病棟の 2 種に統合失調症病棟を分けることを提唱した。この案では**300 床以上の病院を想定し、小病院では採算は合わない**という結論を出している(197)(198)(199)。後に出された研究も病棟別機能分化は小規模病院には適用不能であると結論付けている。(200)(201)(202)(203)

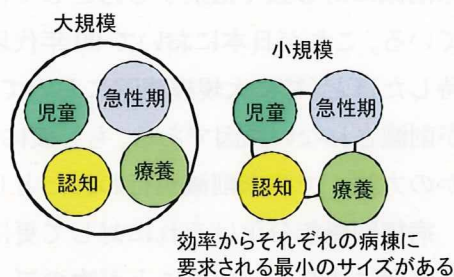
このように本来は大病院の体質改善を目指したはずのこの病棟別機能分化の提案は、なぜか小規模病院・総合病院精神科を含むすべての精神科病院を対象とした診療報酬制度として拡大し続けた。1994 年には精神療養病棟入院料、1996 年に精神科急性期治

療病棟入院料が認められ現在の精神病棟別機能分化の基礎が出来上がった。その後 2002 年には精神科救急入院料が認められ、精神病棟の病棟別機能分化は一応の完成をみた。

しかし我が国でスタートする以前に、先進諸国では病棟別機能分化の経済性と合理性に関する反省があり(19)、精神科入院医療全体の縮小のために機能分化は下火になっていたのである。

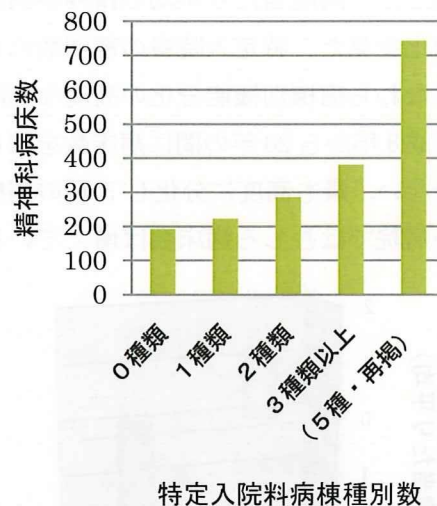
アメリカでは 1960 年代に州立病院において「急性期病棟」「慢性期病棟」が行われるようになった。しかし 1980 年代には「時代遅れ」(13)の急性期・慢性期の二分法は廃止された。アメリカのある有名民間精神病院では 8 つの高度に分化された病棟を持っていた。しかし脱施設化により入院患者が減少すると、それぞれに空床が目立つようになってきた。病棟ごとに機能分化していると、入院患者を集中的に収容して病棟を休止することが出来ない。その結果として病棟ごとに億単位の累積赤字を計上するようになった。職員の士気の低下や有能な医師の退職がつづき、質の低下はさらに量の低下(患者の減少)へつながるという悪循環のスパイラルは病院の寿命を縮めることになった。それまで病棟別機能分化をすすめたことが命取りになったのである(204)。ヨーロッパでも病棟別機能分化が一時推進された。しかし 80 年代にはアメリカと同じ疑問が投げかけられるようになった。ルクセンブルク保健省に提出された文書では、病棟別機能分化について「55-60 床ものスケールの精神科病棟で機能分化した専門的な医療を提供しようとしているため、どんなに小さく見つめても精神科病院は 100

ー120床にもなってしまう(略)。現在の病棟別機能分化を止め、部門間でお互いに業務をシェアしあう方向で改革していくことを勧告する。」と強い警告が与えられた19)。精神医療改革により先進諸国では病院全体が縮小され、病棟機能の細分化は進まず、むしろ機能を単純化する流れにある。205)しかしこれらの事実は日本では顧みられることはなかった。当時の研究者は海外の影響について否定している206)207)208)。世界の情勢に完全に逆行する形で発足した日本独特の病棟別機能分化は、大規模病院の収支改善に非常に役立った。病院の規模が大きいほど機能分化のメニューを多く選ぶことができると同時に、同疾患・同治療期の患者を揃えることが容易になり、一つ一つの病棟の経営効率が高くなるからである。



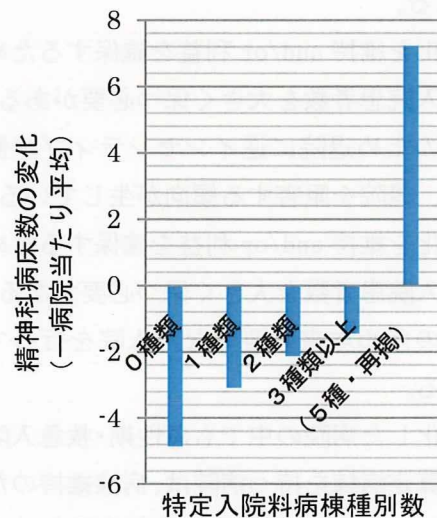
機能分化した病院の利益率は、分化しない病院よりも高いことは良く知られている。しかし病棟別機能分化が医療の質に関する指標(患者満足度、自殺率の低下など)について改善させたというエビデンスは無い。もちろん精神科救急入院料を採用した病院では平均在院日数の短縮がそれ以外の病院よりも顕著であるが、それは算定日数の上

限など義務規定の影響を受けており、機能分化自体の効果なのかどうかを示すデータはない。

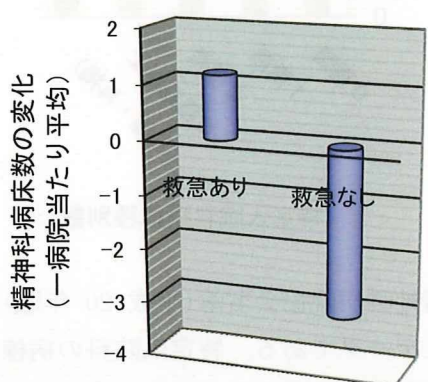


日本精神科病院協会名簿(平成20年版)から得たデータである。特定入院料の病棟の種別数と精神科病床数の関係を見た。規模が大きい病院ほど機能分化の程度が進むことを示しており、この制度が大規模病院に適していることを物語っている。

病棟別機能分化の最大の問題は、精神科病院を縮小する時代にも関わらず、病院にスケールメリットを与えてしまった点にある。



日本精神科病院協会名簿(平成8年版・平成20年版)から得たデータである。平成20年の時点での特定入院料の病棟の種別数ごとに分類し、一病院当たり平均の精神科病床数の変化を見た。特定入院料の種別数の多い、すなわち病棟別機能分化の高度な病院ほど平成8年から20年の間に病床数を減らせていない。最も高度に分化し5種の病棟を持つ病院ではむしろ病床数は増えている。



精神科救急入院料病棟の有無

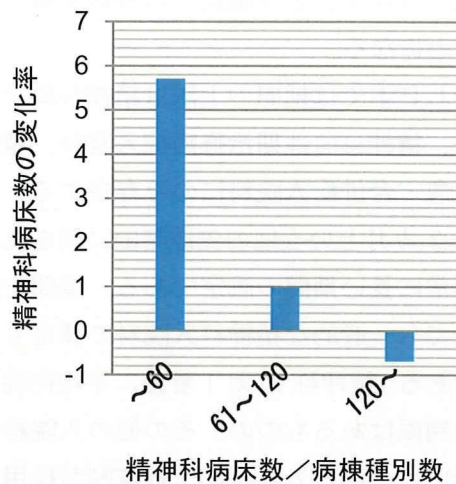
同期間に多くの精神科病院で病床削減が進む中、精神科救急入院料病棟を持つ病院は病床を増やしている。

このように機能分化をした病院で病床が削減されず、増大している理由として3つ考えられる。

- ① 分化を維持 and/or 利益を確保するために入院患者数を大きく保つ必要がある。そのため退院に逆インセンティブが働き、退院を阻害する傾向が生じている。
- ② 分化を維持 and/or 利益を確保するために入院患者数を大きく保つ必要がある。そのため本来必要でない入院を行っている。
- ③ 分化した病院の中でも急性期・救急入院料算定病棟を持つ病院は、病棟維持のためにより多くの新規入院患者数を必要

とするため、周辺の病院から入院を奪う「ポンプアップ現象」を起こしている。当研究では①②③何れの寄与度が重要かについては結論を出すに至らなかった。しかし①②であれば紛れもなく医師誘発需要であり倫理的問題がある。③であれば大規模病院にのみ実施可能な制度で多くの報酬を与え、病院間に不公正な競争を行わせている事が法的問題を生じる。しかもそれは合理的理由(本来、制度は病院の縮小に有利になるべきである)に反している。日本では患者・病院間の契約は公的に決定された価格で行われ競争は排除されるが、病院間は広告などを排除している以外は市場原理に任せた競争原理主義が採用されている以上209)、病院間には公正な競争が保障されるべきである。

何れにせよここに示したように病院規模の維持～拡大を必要とする病棟別機能分化は、病床削減に対し強く拮抗する力として作用している。これが日本において90年代以降、期待したほど(特に大規模病院において)病床が削減されない原因である。もし仮に「何らかの方法」で病床削減が行われたとしても、病棟別機能分化はそれに対して更に大きな障壁に成長していくことが次のデータから予測可能である。



平成 20 年度における精神科病床数/病棟種別数の階級別に、平成 8 年から平成 20 年にかけての一病院当たりの精神科病床数の変化率 (%) を見た。病院の病床を余裕なく全て高度に分化させた病院が左に、分化の程度が進んでいない病院が右に示される(現時点で多くの病院は最も右に属する)。分化の程度が高くなり、一つの分化した単位が(病棟の経営効率が最も高いとされる)60 床を割り極限まで進んでいる病院では、病床を削減するどころか増加を示している。今後いかなる病院でも病床を削減すると一つの種別あたりの病床数は減少し、上記のグラフにおいて左方移動する。しかし左に行くほどグラフが示すように病棟別機能分化が潜在的に持つ増床圧力により削減は困難になる。すなわち**病棟別機能分化と病床削減は相容れないものである**だということをこのデータは説明している。そもそもスケールメリットとスケールダウンが同時に満たされる解を持つことはありえない。先進諸国では脱施設化・病床削減との相性の悪さゆえ、多種メニューの機能分化を行う「強化型・プログラム単位・一日当たり

支払いモデル Enhanced programme-based per-diem payment model」は衰退している。病棟別機能分化の制度はあったとしても分化した病棟の規格の自由度は高い(言うまでもなく自由度が高いほど分化によるスケールメリットは弱まる)。

数少ない例としてドイツには、Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) という非常に細かい病棟別機能分化がある(周辺諸国にも部分的に採用例がある)。かつて精神医療の質の低さが問題とされた時代に、マンパワーを確保することが精神医療の質を底上げに繋がるという考えに基づき、1990 年に Psych-PV が制定された。Psych-PV では病棟に配置されるべき医師、看護師、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、運動療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーなどの数(正確には勤務時間)を細かく規定している(210)。

Psych-PV では、病棟は「一般精神科 A」「児童精神科 S」「老年精神科 G」の 3 つのカテゴリーに大きく分けられる。各々について更に「普通型 1」「強化型 2」「リハビリテーション 3」「長期・重症・多重障がい 4」「精神療法 5」「デイホスピタル 6」の 6 つのサブカテゴリーに分けられ、全部で 18 種の病棟に分類されている。

しかしながら Psych-PV ではどの病棟も入院料は同じである。また日本の様なリジッドな all-or-nothing 的規定では無く、自由度が高い。従って病棟の種類を多く持つ事が利益につながらないため、日本の病棟別機能分化とは異なり病床削減の妨げとはならない。

病棟別機能分化が脱施設化に抵抗となる理由として病棟規模の問題もある。現在の日

本では 50-60 床が最も運営しやすいサイズとなっている。これは世界的にみて規模が大きすぎ、病棟別機能分化をすれば病院は果てしなく膨れ上がってしまう 19)。世界的な標準は一病棟 15-20 床、大きくてもせいぜい 30 床である。病棟の病床規模の検討、病棟内の小ユニットに関する研究が必要 211) である。

また質を担保すると言われたはずの分化にも当然のことながら質の限界があり、日本では実際に急性期病棟に非常に長期にわたる入院患者が混在しているケースなどが報告されている 211)

従って脱施設化という今回のテーマに軸足を置いて考える限り、当研究では病棟別機能分化について批判的な立場を取らざるを得ない。

#### c. 長期入院を促進する診療報酬制度

日本では精神科病院に 10 年以上入院する患者数の割合が 45.2%に達する。ICD で F2 (統合失調症など) と診断される患者に絞ってみれば 55.9%にも達する 211)。平均在院日数は 320.3 日 171)であり世界一長い。ただし日本の算出法では数字が大きくなるという問題がある 213)214)ため単純な比較は慎むべきである。いずれにせよ入院期間は非常に長く、国際的に批判されている 24)。先進諸国では入院初期に高い診療報酬が与えられるが、入院が長くなると入院料が漸減される逓減制が標準である。また入院が一定期間 (最短はアメリカ合衆国のマネージドケアの 2 日~最長はベルギー T 病床の 5 年。標準的な期間は 2 週間~2 か月) を過ぎると一律に支払いを止められるか、あるいは診療報酬支払い団体との交渉を必要とすることになる。そのため医療機関は入院

継続ではなく、居住施設への移送を検討することになる。

しかし日本では期間の上限は精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料にのみ存在する。それも 3 カ月という他の先進諸国に例を見ない非常に長い期間の設定である。期間を超過しても一般的な精神科入院料で算定も可能である。精神科 10 対 1 看護に平均在院日数の制限はあるものの、その他の入院料には無い。一部の入院料には逓減制が採用されているとは言え、他の先進諸国と比較して逓減率は極めて低い。実際、長期入院患者の多い病院ほど多くの利益が得られることが知られている。従って現在の診療報酬制度では退院の促進は進まず、長期入院は増え続けるであろう。

#### d. 大規模病院に有利な診療報酬制度

日本において精神科病院一施設あたりの病床数は平均 244 床である 215)。入院施設は国際的な基準では「中規模」と判定される 24)。しかし諸外国で脱施設化が進む今、日本の入院施設の規模は相対的には大規模になりつつある。

世界のどこでも脱施設化において大規模精神科病院はまず縮小あるいは閉鎖の対象となった 13) 16) 131)。次に残った精神科病院は規模を縮小された。アメリカ合衆国ではケネディ教書を受けて、数千床の規模の州立病院が数百床の規模に縮小された。UK、オーストラリアでも同様であった。ヨーロッパ大陸諸国でも大規模病院の閉鎖縮小がまず行われた。例えばドイツでは 4 ステップで脱施設化を行った 131)。①単科の巨大な精神科のベッド数を削減した。②それ以外の精神科病床を削減した。③コミュニテ

イーケアの施設を充実させた。④小さな精神科入院施設を整備した。という順にシステムを変革した。病床数は改革により1/3まで減らされたが、病院数の減少はわずか4%であり全体的に小規模に移行した(161)。しかし日本では先進国で唯一、大規模精神病院を優遇する政策が続けられている。かつては小規模病院の利益率が高かったが(利益率の高い外来デイケア部門の医業収益に占める比率が高いためと思われる)、現在は小規模病院の利益率は極めて低くなった。大病院の利益率に変化はない。かつては小規模病院の借入金比率は大規模病院より低かったが、現在は小規模病院の借入金比率のみ急増している(233)234)。「小規模では効率が悪いから、小規模病院の経営は苦しいのだ」と説明する者がいるが、その考えは誤りであることが分かる。なぜならその仮説が正しいなら以前から小規模の方が経営は苦しかったはずであり、また逆転現象も説明できない。90年代以降の病棟別機能分化などの世界に例を見ない大規模精神病院優遇政策が、世界に例を見ない大規模病院の経営を、90年代の病棟別機能分化の研究家(ほぼ全員が大規模精神病院の院長・理事長であった)が期待したとおりに改善させた。

このように系統的に長期収容・大規模精神科病院の優遇を行なわれている例は、先進諸国において日本以外に存在しない。世界的に見れば唯一ロシアにおいて大規模病院に有利な診療報酬制度が存続し、WHOから厳しく批判されている(20)。これは旧ソビエト連邦時代からの名残であり、目的は効率的に患者(と政治犯も)を大量に収容し管理することにあつた(20)。ロシアで

は入院費は一人当たり・一日当たり定額制であるため早期退院へのインセンティブが無く、結果として漫然とした入院が継続されている。また、日本と同様に大規模病院に恩恵的な制度があり、長期収容・大規模精神科病院に有利な診療報酬制度のために病床削減は非常に困難になっており、最も病床数が多い国の一つとなっている。

今後は長期収容・大規模化を促進する現在の診療報酬制度(日本・ロシア型)から、病院を縮小するほど経営が改善する制度(先進国型)に改める必要がある。

#### e. 民間精神科病院の改革を行う手法

民間精神科病院は政府の直接の指示を受けないため、診療報酬による誘導は脱施設化を実現するための手法として非常に重要である。「日本において脱施設化を可能にするには」という問いに対して、各国の精神医学者はやはり民間病院の性質に留意し回答した。要約するとおおむね次のようなものであつた(55) 76) 100) 180) 130)。

- ① 入院費は通減制とする。入院期間の上限を定めて入院費を支払い、延長は交渉によるものとする。民間病院の特性を生かし、退院させたほうが経済的に有利と経営者に判断させる方式とする。
- ③ 地域での精神医療の総予算枠を設定し、その中で入院にはいくら、居住施設にはいくらかと決定する権限を地域に委譲する。Integrated medicineと呼ばれるシステムである。病院を含めた地域の精神医療サービスは其中でサービスと効率を競うべきである。

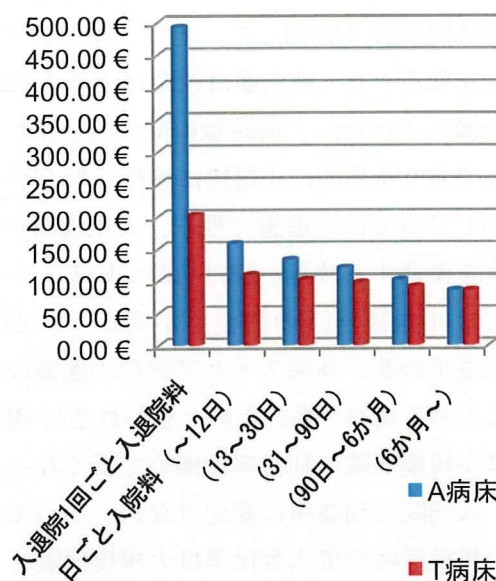
その他、ただ一人「人頭制」の導入を主張した学者がいたことを付記しておく(102)。通減制については、民間精神科病院の多い



ベルギーの制度が参考になると思われる。ベルギーは病棟別機能分化ではなく、病床ごとの分化である。A病床（急性期）、T病床（治療・慢性期）、K病床（児童）、Sp（老年期）の4種に分けられており、病棟に混在可能である。

単科精神科病院ではA病床3か月、T病床5年という入院期間の上限がある。総合病院、大学病院精神科はA病床のみが認められるが入院上限は21日と定められる。A/Tの比率は病院が随意に決定できる。急性期を多く扱う病院はAを多く、慢性期を多く扱う病院はT病床を多く設定している。A病床の人員基準は患者30人に対し医師3.5人、看護師15人、PSW0.5人、臨床心理士1人である。T病棟は患者60人に対し医師0.5人、看護師15人、PSW0.5人、臨床心理士1人、その他職員若干名である。A病床の人員基準は日本のいかなる精神科病床よりも高い水準にある。一方でT病棟の配置は非常に少なく日本の精神科療養病棟を若干下回り、治療よりもケア中心であることが分かる。

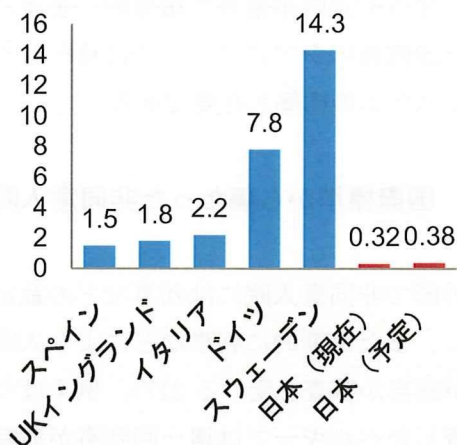
入院当初はA病床の方が病院の日ごとの収入は多いが、急速に減少していく。T病床は当初の金額は低く設定されているがゆるやかに減少していく。病院はその病院の特性（患者の残留率の曲線）に応じ、急性期病床Aと慢性期病床Tをブレンドして無理なく退院を促し入院期間の短縮を図ることができる。



このA/T病床分化は日本の病棟別機能分化と異なり、すべての病院が急性期精神医療に参加することができ、病院縮小を阻害することのない非常に優れた制度である。ベルギーでは社会保障制度はビスマルク型で、精神科病院は民間単科中心で、民間病院団体が政治的な力を持ち、病床削減に激しく抵抗したにも関わらず、精神科病床を大幅に減らすことに成功した。

### 1.3. 司法精神医療の不足

先進諸国では脱施設化に伴い司法精神医療の整備が必要となった。犯罪に関連した患者を今までのように漫然と一般の精神科病床に収容しておくことができなくなったからである。次に示すのは先進諸国の司法精神科病床数（人口10万人対）を示すデータである。日本で稼働中の司法精神科病床は人口10万人当たり0.32床（386床）、整備予定数は0.38床（464床）と先進諸国に比較し1ケタ以上少ない。



21)

前述したように司法精神医療は司法精神科病床、コミュニティーの司法精神医療、刑務所内の精神科病床の三極のバランスで維持され、司法精神科病床数は先進諸国間でも大きな開きがある。しかし司法精神科病床以外の二極が整備されていない日本では、脱施設化を本格的に進めるのであれば、整備予定数の10倍以上の司法精神科病床が必要になると推定される。司法精神医療の整備の不足は脱施設化の質を劣化させる。なお司法精神医療に反対する立場から、いわゆる「保安的処置」が予防的におこなわれることへの懸念が語られることがある。先進諸国でも司法精神医療が注目を浴びた時期には personality disorder の患者を司法精神医療がケアすることが果たして適当なのか、さかんに議論がなされた時期がある。しかしその後、それらの障がい者が司法精神科病床あるいは司法支援住宅に収容されたままになっている事実は無いことが分かり、いつしかこの議論は行われなくなった(21)216)。

#### 14. 精神科救急の制度設計の問題

先進諸国では精神科救急システムが整備さ

れている。日本と大きく異なるのは入院期間である。今回調査した国々でもカナダ・ベルギーなど多くの国で入院期間は最長3日に限定されている。一般的な精神科急性期治療も2週間程度、長くとも4週間に限定されている国が多い。一方、日本の精神科救急入院料は最長3カ月まで算定可能である。3カ月は諸外国では慢性期入院とみなされる期間である。日本で精神科救急入院料を算定する病棟の平均在院日数は42.6日にも及ぶ(235)。

精神科救急の病棟規模も日本と先進諸国で大きく異なる。先進諸国では数床であり10床を超える事はまれである。日本は平均46.9床(235)、60床にも及ぶ大規模救急病棟が多くみられる。驚くべきことに近年では救急病棟を2つ以上持つ病院まで現れた。先進諸国と比べると、日本の精神科救急医療は言うなれば「救急医療的収容」である。日本と先進諸国のもう一つの違いは過疎地問題である。現状では精神科救急入院料は人口の多い地域でないと算定条件を満たすことが困難であり、北海道、四国などの人口過疎地域には存在しない。しかしそのような地域でも精神科救急医療は求められている。海外では過疎地であっても小規模ユニットで救急医療が日常的に行われている。過疎地域で精神科救急を可能とし、病床数の少ない総合病院精神科が精神科救急医療の実施施設となれるよう、先進諸国なみに数床単位のユニットで展開するように精神科救急を再設計すべきである。これにより過大な病院建築への投資を防ぎ、ハードウェア重視からの脱却を促し、また現在3カ月にも及ぶ救急病床での入院期間を適正化することを可能にするであろう。救急

のコンパクト化は、病院中心主義からコミュニティケアへの移行を促すためには必須要件である。そしてこれは長期入院患者の脱施設化よりも速やかに実現可能な改革である。

日本の精神科救急入院料は先進諸国の救急病棟入院料はおろか、一般的な入院料よりもはるかに低い。救急医療にふさわしい金額に引き上げることが是非必要である。世界的な標準となりつつある「モデル5 症例見込み払い方式 Prospective Case Payment Model」を取り入れることが望ましい。診療件数、入院件数、入院期間などのパフォーマンス評価に基づき、医療保険団体と病院は交渉によって年間の診療報酬を決定することになる。僻地など精神科救急医療圏に事実上1つの精神科救急入院料算定病院しか入院期間が存在しない地域であれば、「モデル6 一括見込み払い方式 Bundled Prospective Payment Model (BPPM)」の実施も可能である。この場合、カバーする人口に応じて年間の契約金額が決定されることになる。

日本は治療が必要でも入院に到達しにくい、治療の同意が得られにくい患者に対しての介入システムがまだ十分ではない。オーストラリア、カナダなど多くの国において入院以外での治療の強制制度を持っている。クライシス・インタベンションや干渉ケアのような積極的に医療につなぐ試みを考えていく必要があると思われる。特にこれは new long-term patient (young adult chronic patient) の誕生により重要性を増していくと思われる。

救急・急性期病棟と地域ケアの連携のため、地域のケアスタッフが入院治療中よりケア

プラン作成や退院準備等で積極的に患者に関わり退院後のケアにスムーズに移行しやすいシステムの構築も必要である。

## 15. 国際標準から隔たった非同意入院制度

多くの国で非同意入院には判事などの裁定を要し、また定期的に判事などにより入院延長が適当か審査を受ける(217)。例えば今回調査したベルギーでは週一回判事が病院を訪問し、入院延長について患者全例について審査を行っていた。非同意入院は人権の制限に当たるのでできるだけ短期化するべきであるという理由のほか、長くなりがちな非同意入院の入院期間を短縮する上でも非常に重要という理由であった。

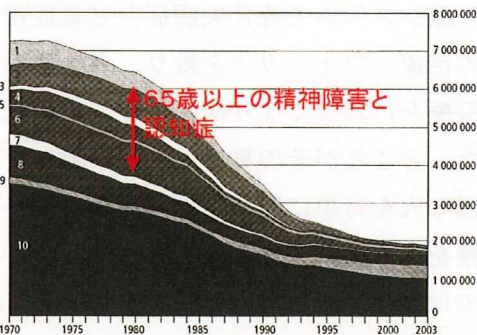
日本の非同意入院の問題は世界の精神医療研究者の注目を浴びている。今回の研究で訪問した多くの国々で日本の制度、特に「保護者」の同意による医療保護入院について厳しい批判を受けた。海外の研究者は、この制度は強制的な医療としてのハードルが低すぎ人権の保護が十分ではないという。先進諸国で行われているように判事の直接の面接による入院の決定、定期的な判事の病院訪問による入院継続の決定がなされるようになれば、日本の社会的入院の多くは解消可能ではないかというアドバイスを受けた(218)。

## 16. 入院患者の高齢化

長期在院患者が多いことに加え、おそらくは医療水準の高さによる全般的な長寿化の影響もあり、入院患者の高齢化が急速に進んでいる。65歳以上の高齢者のしめる割合が、全入院患者の38.4%、統合失調症など

ICDでF2の診断の患者に絞っても27.5%に達している212)。

ADL、IADLの低下などが理由で、高齢患者の脱施設化は若年者の退院促進よりはるかに困難である。多くはコミュニティーでのアパートなどでの単独生活ではなく、支援付の居住施設への移動が目標となる。



KUVIO 8. Sairaalahoitopäivien määrä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia vuosina 1970–2003 (Lähde: Stakes)  
 DIAGRAM 8. Vårdagar på sjukhus av patienter med psykiska rubbningar 1970–2003 (Källa: Stakes)  
 FIGURE 8. Number of hospital care days for mental and behavioural disorders from 1970–2003 (Source: STAKES)

219)

日本と同じく高齢者が多い国の例としてフィンランドの年齢・疾患別・のべ在院日数のグラフを示す。65歳以下の統合失調症入院患者は70年代から順調に減少した。しかし65歳以上の入院患者はほぼ全ての診断群とも、80年代半ばまでは脱施設化の流れに逆らうように増加し、その後しばらくしてようやく減少に転じている。入院中患者の高齢化だけでなく、居住施設を整備するのに時間を要したことが原因である219)。諸外国では居住施設に移った後、20年以上居住するものが多数を占めるが、高齢者の多い日本では10年+αの利用に留まるケースが多いことが予想される。ところで先進諸国の精神障がい者の居住施設の多くはone time useを想定している22)。なぜならnew long stayはこれからも毎年、少数の発生が予想されるが、現在多数を占める

old long stayは今後二度と発生する機会がないからである。高齢の患者の多い日本で新規にone-time useの精神障がい者用の居住施設を建設しても、利用は建設費の償却期間よりはるかに短くなるであろう。従って他の先進諸国と異なり、日本では病床転換型居住施設しか選択肢が残されていない可能性がある。

もう一つの問題として認知症患者の入院が多いということがある。先進諸国では認知症患者はBPRSなど医療が必要な時期を除いては居住施設でケアするシステムとなっている。前に示したフィンランドのデータでも認知症患者の入院は激減している。しかし日本では高齢者の数が圧倒的に多いこと、閉鎖的処遇が日常的に行われる先進諸国と異なり居住施設での処遇に制限があること、一旦居住施設に移ると医療の提供に著しい制限のかかる先進諸国と異なり終末期まで医療を期待する国民的認識があることなどから、高齢者の脱施設化問題には高いハードルがあり、諸外国ほど高い削減率は達成できない可能性がある。

## 17. アンチスティグマ・キャンペーン

ヨーロッパ大陸諸国では単科精神科病院に対する偏見は100年以上前から続いており、スティグマは病院自体に(ひどい時には病院が存在する市に対して他地方から)染みついている。そのような場合、病院の閉鎖あるいは移転が行われた55)。日本ではそこまで強いスティグマはなく、スティグマのみを理由として病院の閉鎖が行われた例はない。単科精神科病院が機能している国では病院をコミュニティーのためのファッションナブルな施設と組み合わせるなどし