

精神科入退院支援～日本版バザーリア改革を！～

社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ理事 武藤正樹

今回の診療報酬改定のトピックスの一つは「精神科入退院支援」の新設だ。我が国の精神病床数は約 30 万床、先進各国の中でも人口当たりの精神科病床数は世界一である。またその在院日数も 270 日と、先進各国の 20 日以下に比べて極端に長い。その経緯を見ていこう。日本の人口当たりの精神科病床数は 1960 年以降急速に増え、70 年以降その伸びは止まったとはいえ現在なお、人口千人当たり約 2.7 床を維持している。しかし OECD（経済協力開発機構）に加盟する欧米先進国は 1960 年から 70 年代にかけて大幅に精神科病床数を減らし、今や人口千人当たり 1 床以下となっている。このように日本の精神病床のトレンドは欧米のそれに逆行している。なぜだろう？

実は欧米先進国では 1970 年代に精神科医療改革が果敢に行われた。それまでの精神科患者を病院や施設に隔離するという政策から、地域にナーシングホームやグループホーム、地域活動拠点施設など精神科患者の受け皿をつくり地域移行を促進したのだ。こうした政策で有名な例がイタリアだ。イタリアでは精神科医フランコ・バザーリアの「自由こそ治療だ！」という呼びかけのもと、精神科患者を病院での隔離と身体拘束から次々と解き放った。そしてついに入退院医療を行う精神科病院を閉鎖するというバザーリア法が 1978 年に成立する。この例のように 1970 年代の欧米では精神科患者の隔離政策が地域への移行政策へと大きく転換したのだ。

ところがわが国では 1960 年代中ごろから欧米先進国とは全く逆の方向に動き出す。きっかけの一つは 1964 年に起きたライシャワー事件だ。大の親日家だった駐日米国大使のエドウィン・ライシャワーが統合失調患者に刺されて重傷を負った事件だ。この事件を契機に「精神科患者を野放しにするな」と言う世論が巻き起こり、隔離政策が進行する。

そうした中でも 2000 年以来、わが国でも徐々に精神科患者の長期入院の是正と地域移行が進みつつある。こうした流れの中での今回の「精神科入退院支援」である。その要件は退院困難な要因を有する精神科入院患者であって、在宅での療養を希望とする者に対して入退院支援を行った場合に評価する。また同加算の具体的な施設基準としては、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の精神保健福祉士が配置されていることだ。

精神科改革は日本の医療の中で最大かつ最難関の改革だ。日本版バザーリア改革はまだ道遠しだ。しかし今回の精神科入退院支援のように現場の改革で出来ることから始めてはどうか？