特集：日本の精神保健と福祉の課題と展望

日本医療最後の暗部に光を求めて

長谷川敏彦

国立保健医療科学院　政策科学部

Shedding the Light on the Last Area of Health Care in Japan: Mental Health Care

Toshihiko HASEGAWA

Department of Policy Sciences, National Institute of Public Health

第１回の保健医療科学セミナーの企画は，私の方で考えさせていただきましたが，精神の問題というのは保健，医療，福祉，3 つの側面が入り組んだ大きな課題で，最初のセミナーにふさわしいテーマだと考えております．

本日は，2 年半前，国立医療・病院管理研究所時代から取り組んでまいりました精神医療並びに保健に関する研究結果を発表させていただきます．全部で 8 項目と多岐にわたる内容です．「国際比較」からはじめ，「現状分析」「歴史分析」「供給と資源の適合分析」「県別評価」「将来予測」「退院曲線」，最後にこれらを踏まえて「政策提言」をいたします．

1. 国際比較

不思議なことに，世界中の精神病床数は減っていますが，日本だけが唯一増えてきました（図 1）．大変ショッキングなことは，フィンランドやいくつかの国々は，かつては現在の日本よりも病床数が多かったのに，ところが，20 年かかって日本よりも下がっているということです．よく見ますと，幾つかのグループに分かれます．非常に高い国のフィンランド，ルクセンブルク，こういう国々が今や大体人口 1000 人に 1 にまで減ってきている．あるいは，もともと低かったグループがありますし，もちろんかつて多くて，アメリカ，オーストラリアのように，次第に下がってきて現在は低い国もあります．結果としてはどこの国も今は低いということで，日本だけがはずれ値です．いえ，病床数だけじゃありません，平均在院日数も大変長く，退院票，患者調査からとったものですが，殆ど平均 1 年間入院しているということになっております．スペインとかイタリアとかが少し長いのですけれども，それも近年はもう大体 4～50 日にまで下がってきていま

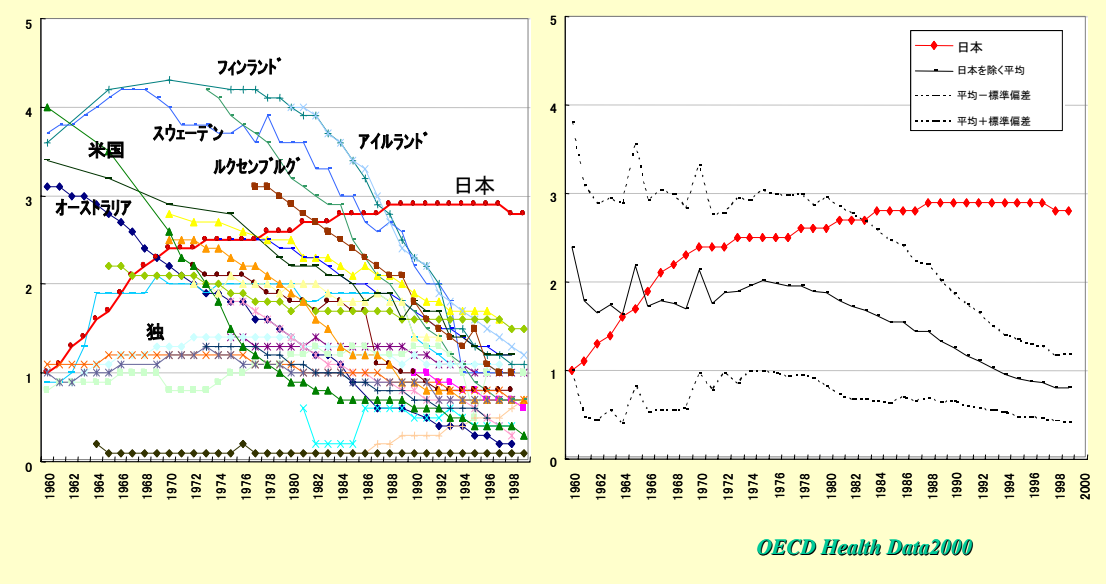


図 1　精神病床数年次推移
（人口 1000 対，OECD30 ヶ国 1960-2000）

〒351-0197　埼玉県和光市南 2-3-6
2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan

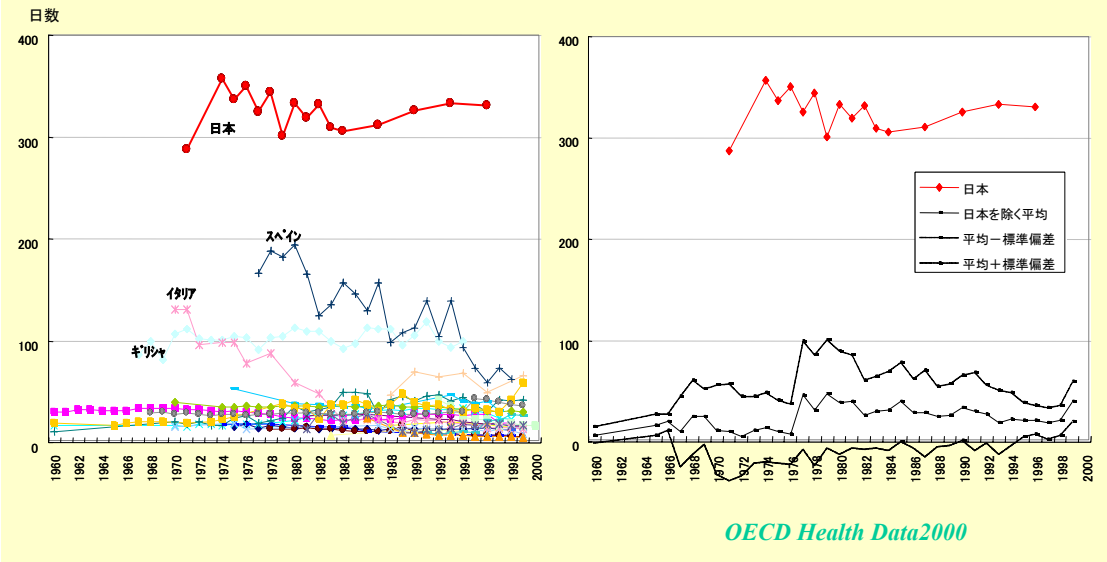


図 2　平均在院日数　年次推移
（OECD25 ヶ国 1960-2000）

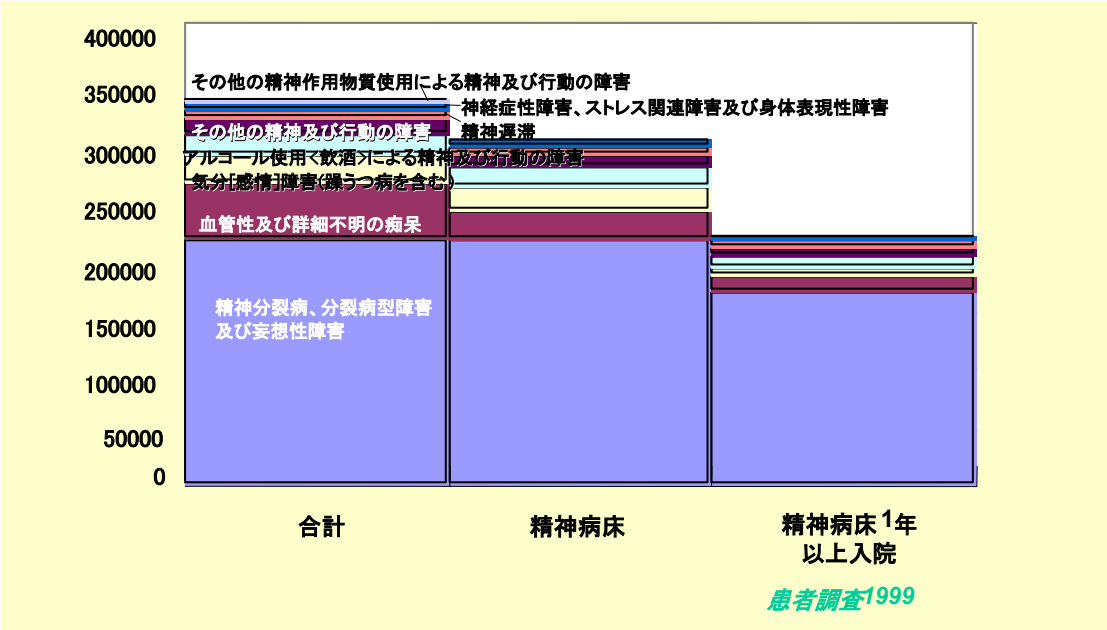


図 3　疾病別入院患者数

すし，世界標準では 2～30 日ということです．したがって，国際比較からいえることは，日本は驚くべきはずれ値だということです（図 2）．

2. 現状分析

次に，かつて精神分裂症と呼ばれた統合失調症というのはどういう病気かを中心に，精神疾患全体の現状を見てまいりましょう（図 3）．

まず統合失調症の精神疾患の中での位置づけについてです．現在精神疾患で入院しておられる方は約 30 数万人おられます．そのうちの 20 数万人が統合失調症，そして，もし精神病床だけに限りますと，統合失調症以外の疾病は減りますし，1 年以上入院だけを見ますと，ほとんどが統合失調症です．統合失調症だけを，外来と入院で見てみますと，大体入院で 20 数万人，そして外来で約 6～70 万人，合わせて 8～90 万人の方がおられる．ちなみに，外来総患者数は外来人数×$\frac{6}{7}$×外来の通院回数の方法で計算したものであります．その大半が診療所でなく病院に通っておられる．1 番驚くべきことは，これは入院ですけれども，5 年以上入院されている方が 12 万人おられる．10 年以上でも 8 万人．現在，終身刑を受けますと，それでも終身刑の途中で出てこられるため，平均 10 年間ぐらい，15 年間ぐらいで出所となるのだそうです．つまり，日本には終身刑を受けた方のような長期

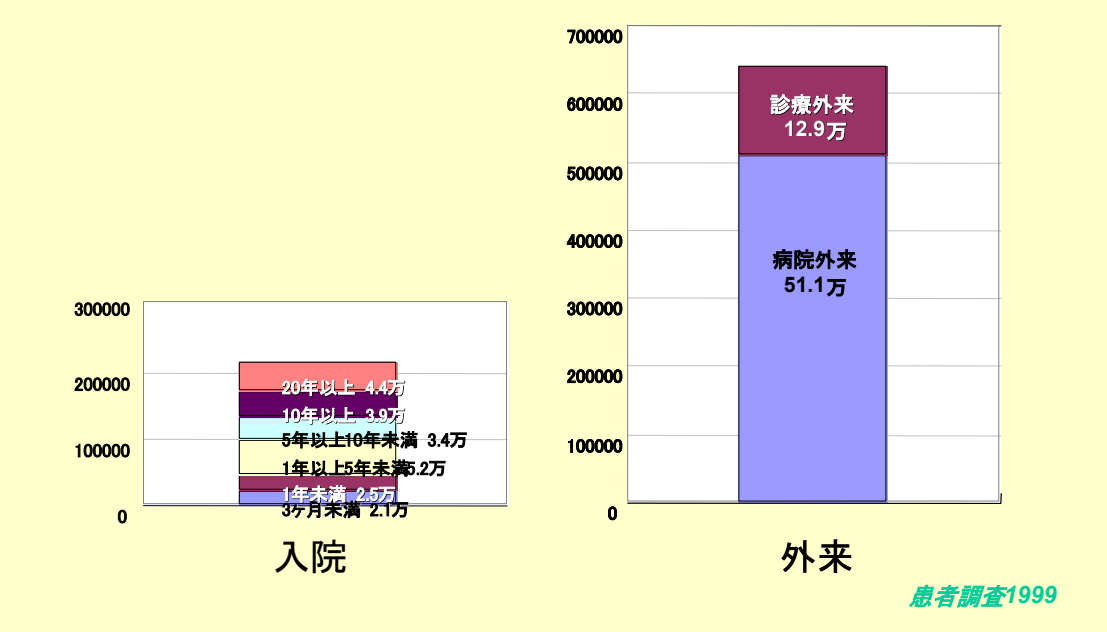


図 4　統合失調症患者数

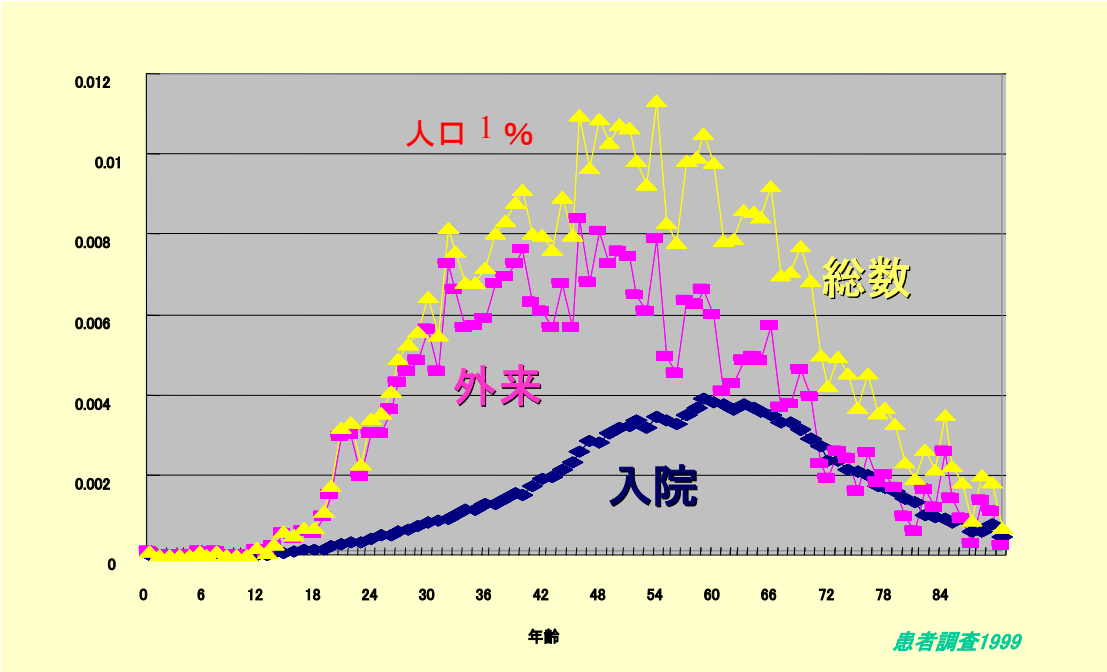


図 5　統合失調症人口割合
1999 1 歳階級別

の在院が 8 万人，5 年以上入院されている方が 12 万人おられるということであります（図 4）.

年齢階級別に見ますと，入院が多いのは，中年期以降でありまして，若年期では相対的に外来が多い．両方合わせまして，こういうカーブを描いておりますが，このピークは，通常いわれております人口の 1%が大体精神障害者だといわれておるのに，一致しております（図 5）．これは，先ほど申し上げました外来の数は 7 分の 6 掛ける外来通院期間数で算出したものであります．これを実は微分をしますと，発生頻度が出てまいります．先ほど 1 歳階級別にとりました患者数を 10 年間で移動平均いたしますと，発生率がわかってまいりまして，こういうようなカーブがわかります．つまり，2 つピークを持っている．15 歳から大体 40 歳ぐらいまでの間のピークで，ピーク自身は 27 歳ぐらいになる（図 6）．2 つ目のピークは 50 歳から 55 歳までのピークで 50 歳ごろにピークがある．この 2 つがどうも発生しているようであります．患者調査はばかにならなくて有用です．結構，普通の臨床的な印象と合うんじゃないでしょうか．

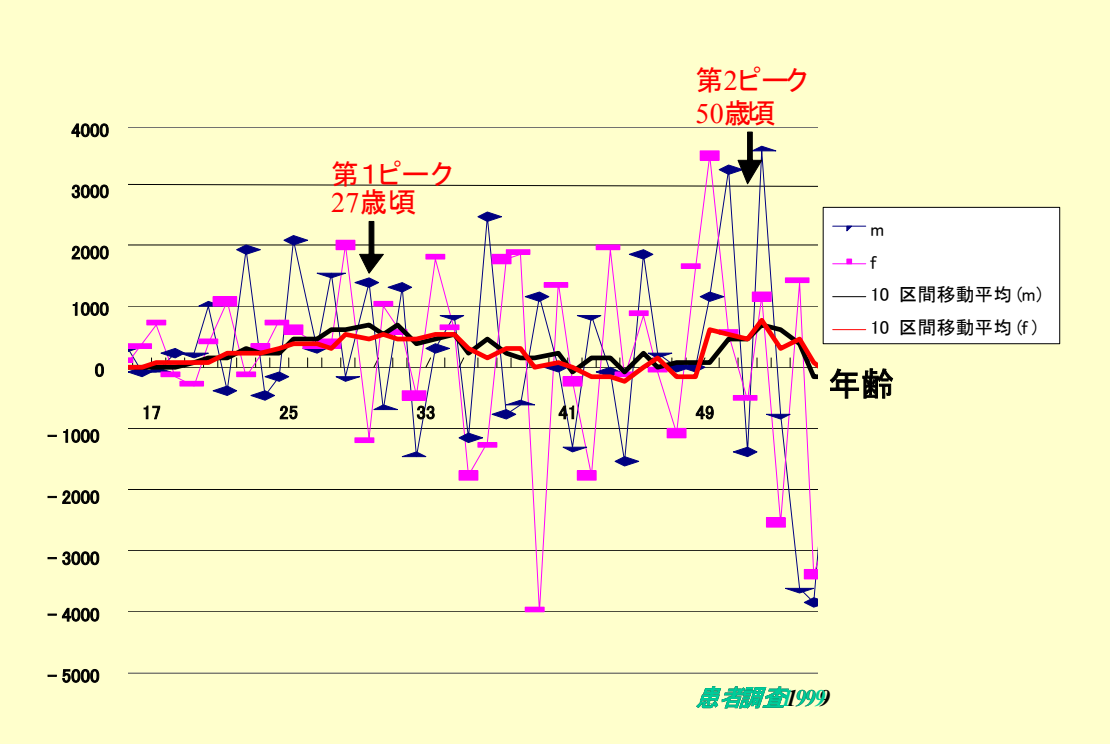


図 6　統合失調症　各歳発生率

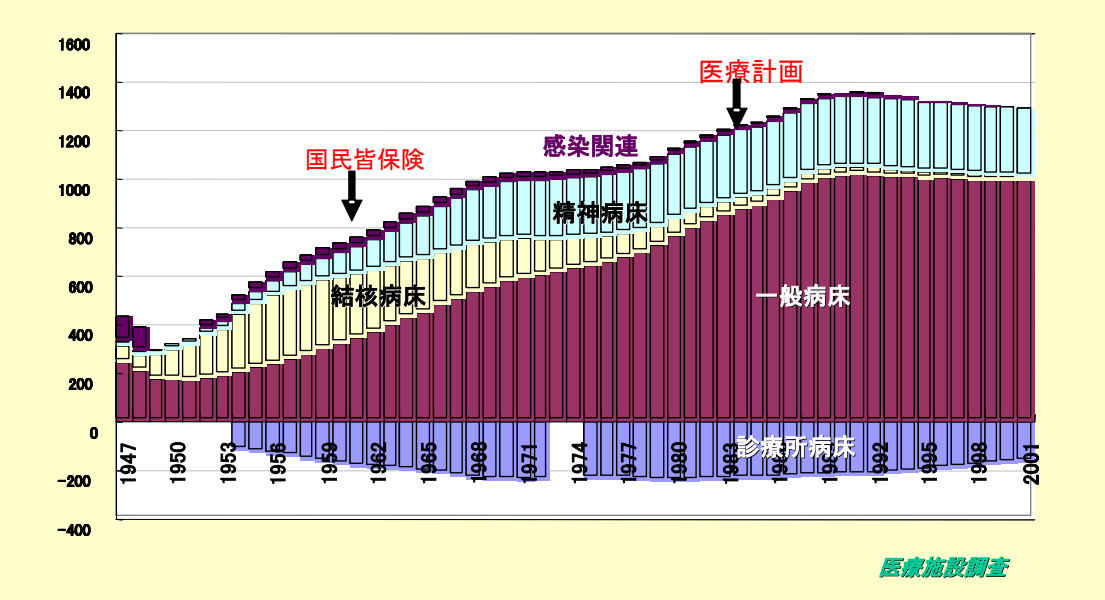


図 7　病床種類歴史変遷
人口 10 万対，病床種別

3. 歴史分析

かつての統合失調症がどのような歴史的経緯を経たかということをちょっと見てまいりたいと思います．戦後の病床数はこのように変遷してまいりました．当初，結核病床がたくさんあり，一般病床と半々ぐらいで，そして次第に結核病床は精神病床に変わり，そして精神病床もやっと近年減少の傾向にある（図 7）．

それでは，精神病床の微分をとってみましょう．この数が 1 年間にふえた精神病床のパターンであります．戦前期には精神病床は非常に少なくて，大正から昭和の初期にかけて少し，いわゆる精神医学の黎明期があって，戦争ですべてが破壊された後，やっと 55 年ごろにクロルプロマジンが発見されまして，積極的に病院で治療をして安定させて家に帰そうということで病床が増えたと聞いております．そのタイミングに一致しております．実は，ライシャワー事件が同時に起きて大きな増床ピークを迎えますが，病床数はライシャワー事件

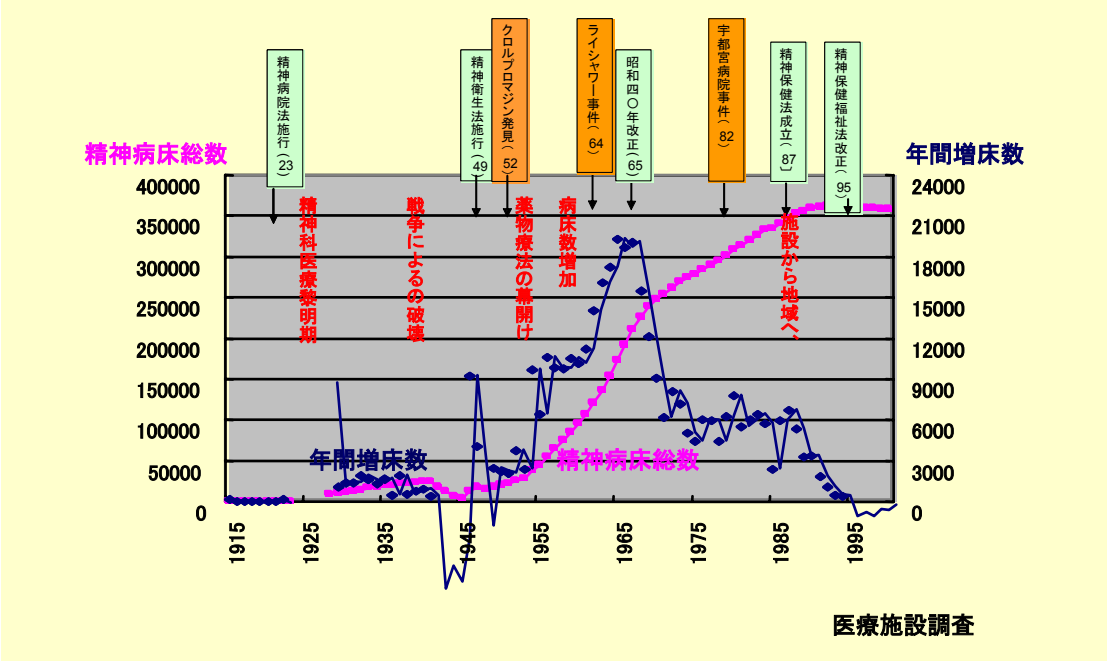


図 8　精神病床数の歴史推移

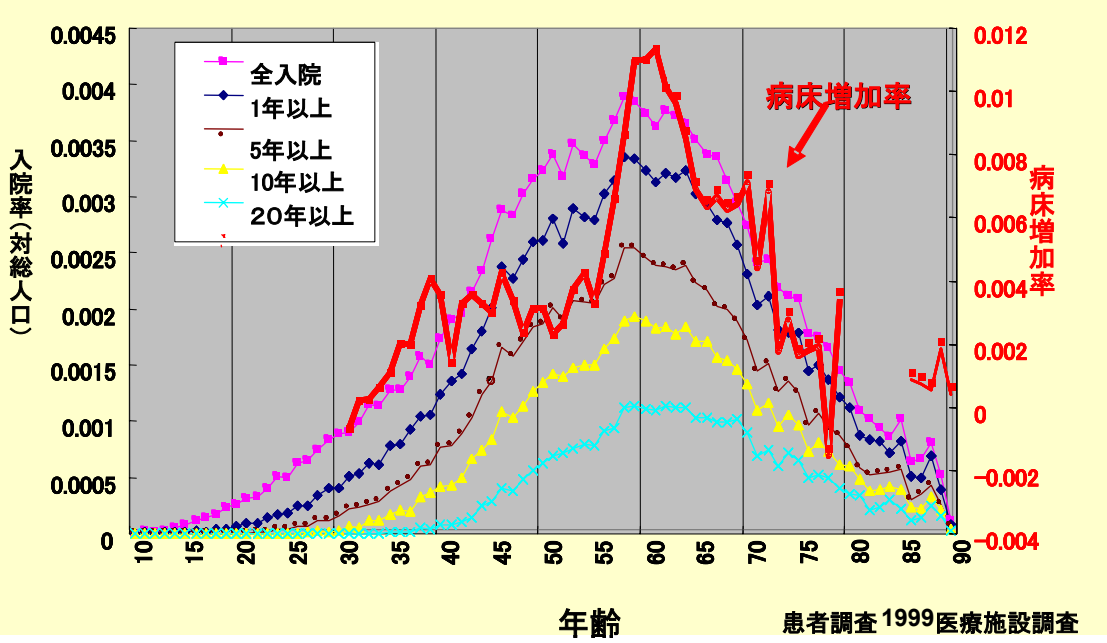


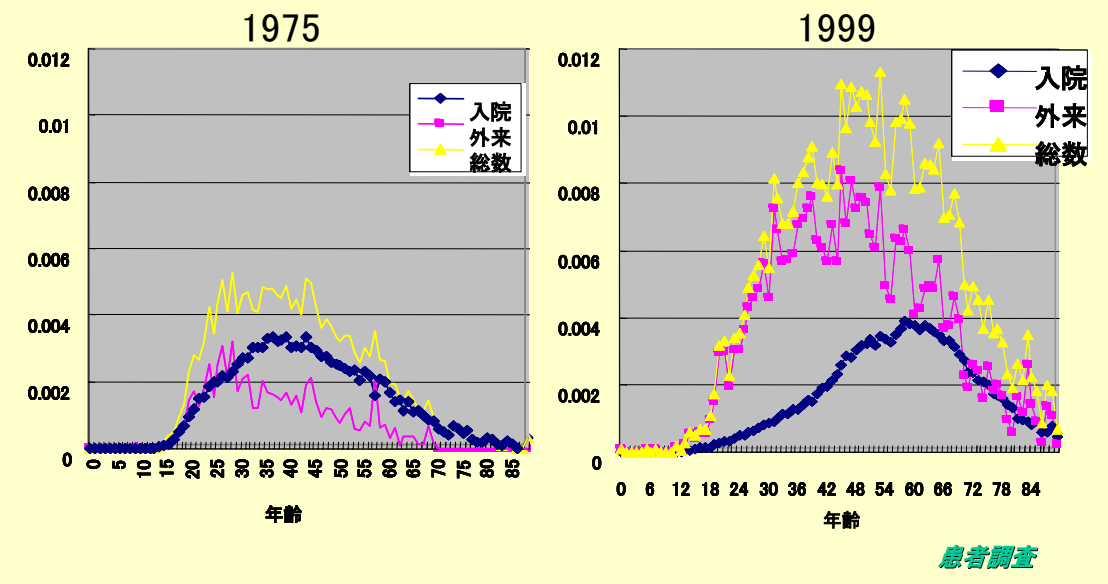
図 9　統合失調症入院率（対総人口）と年間増床数との対比

の前にもう既に増えていたということに気をつけてください．その後，宇都宮事件が起こりましたから，病床の増床が減りまして，近年は減に転じています（図 8）．

このパターンを積分しますと，全病床数になります．この病床増加率を先ほどのパターンと逆向きに 99 年との相対年齢にしました．病気の発生率が 27 歳でピークでしたね．そのピークのときにふえた増床の形に描きました．これが全患者，そして 1 年以上入院している人，そして 5 年以上入院している人，10 年以上入院している人，20 年以上入院している人，いかがでしょうか．27 歳のときに増床した増床ピークの図，パターンと，現在入院されている入院患者のパターンが極めてうまく一致しております（図 9）．

1975 年と 1999 年の患者数を使いまして 1 歳階級別に入院患者数，それから外来患者数，先ほどの外来掛ける 7 分の 6 掛けるは平均外来通院日数で算出しました総患者数を見ました．これが年齢階級別総患者数です．これが外来患者数，これは入院患者数，足したものが総患者数です（図 10）．

99 年は特徴があるのは入院患者がずっと右に寄っているということで，若年層では入院患者は少ないということでありまして，そして先ほど見ましたよね．外来患者が多い，両



（一歳階級，入院期間別，27 歳時での年間増床数）

図 10　統合失調症人口割合
1 歳階級別

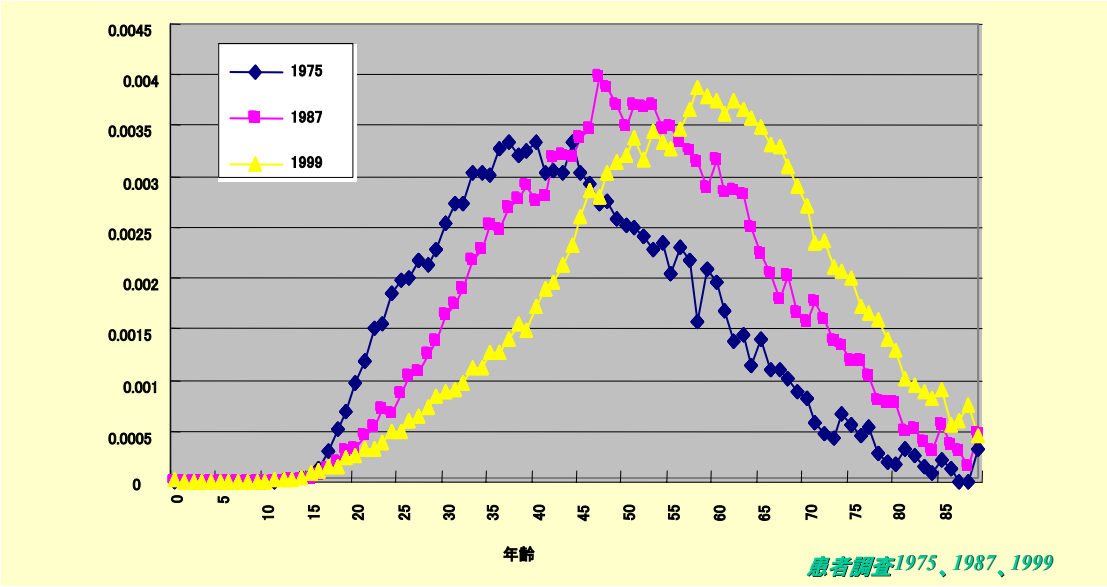


図 11　全入院患者割合
対 1 歳階級別人口

方合わせてこういうピークをなしている．では，外来患者を今の 3 年間，75 年，87 年，99 年の患者数を使いまして見ますと，年齢階級別で見ますと，こういうふうになって，だんだん高年期に行くほどふえる形をとっております．

同様に入院はこうなっております．入院は 75 年，87 年，99 年，この 24 年間．12 年間，12 年間，24 年間の間にこのようなピークが右に移動する形をとっております（図 11）．そこで，入院もコホートで 12 年生年をずらしました．12 年間ずらしてもピークが変わりません．87 年と 99 年は同じ人です．何と日本の入院患者は 24 年間の間に変わらなかった（図 12）．ずっと入院していたんです．ちょっと不思議ですよね．患者数と入院を見ますと，さっき 1 年間，5 年間，10 年間入院の方がいましたね．これがすべて 1 年以上，5 年以上，10 年以上，20 年以上と，恐らくご本人ないしは病院の都合で少しずつ転々とされておられるけれども，一度入院したら，特にかつての増床期に入院された方はそのままずっと入院してとらわれているということを意味しているんではないでしょうか．

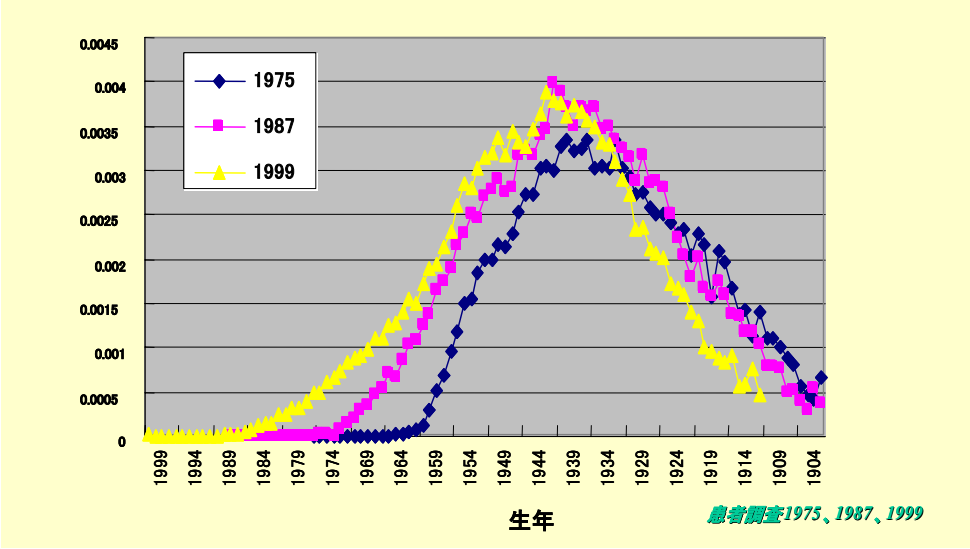


図 12　全入院患者割合
同一コホートに合わせるため 12 年づつずらしたもの

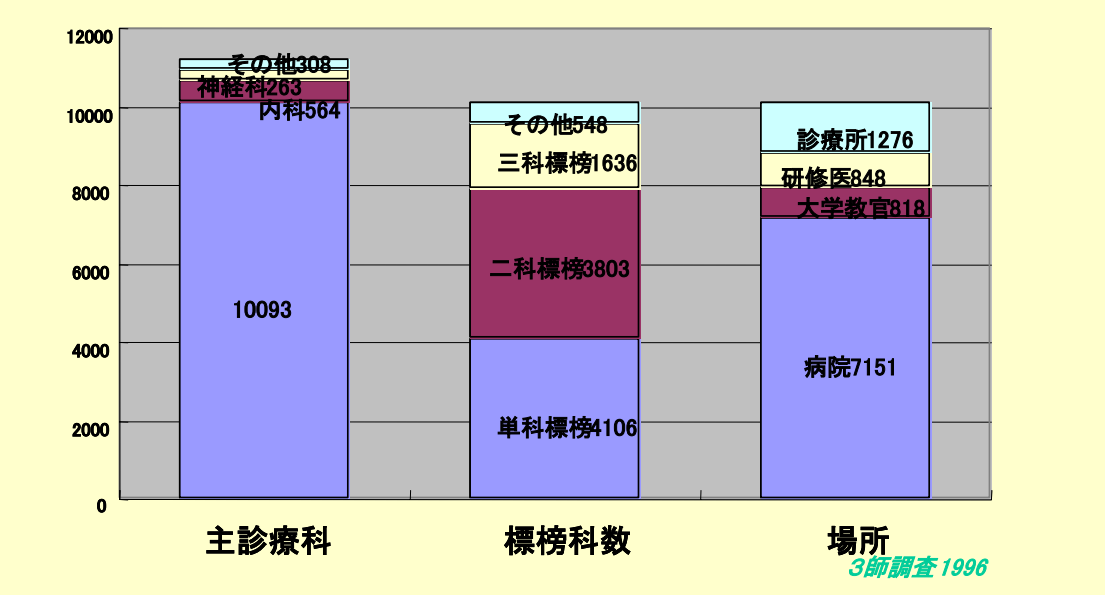


図 13　精神科医分類

医療界は一般に情報が供給側に偏在しており，供給が需要を生み出す傾向があるといわれてきましたが，精神病床はその好例といえましょう．

4. 供給資源

それでは，現在の精神病に対する資源がどうなっているかを分析しましょう．まず精神科医ですが，さすがに精神科医は，精神科医を標榜している医者のうち，大半が自分は精神科医だというふうに標榜している方が多いようであります．約 1 万数千人おられる．ところが，単科で精神科，私は精神科医だけだといっている方は少なくて，やはり 2，3 同時に他の診療科を標榜しておられる方が多いようであります．一番特徴的なのは，これらの先生方は基本的には病院におられて診療所の方は非常に少ない．1 割以下で 1200 名ぐらいしかおられないということであります（図 13）．

また，同様に医療施設調査から調べました診療科ですけれども，精神病院あるいは診療所は，精神病院のところは精神病院ですので，1000 しかありませんし，診療所の方も約 1000 弱ということで大変に数が少ない．

人口 10 万，私は平均的な人口をもとに標準市町村圏分析というのを以前から開発して使っておりまして，日本の国の平均で人口 10 万にどれぐらいの患者さんや医療資源があるのかを分析してきました（図 14）．これを使うと地域の平均的需要が把握しやすく，かつ供給側は保健医療福祉を超えてとらえられます．これを先ほどの患者数とその資源でみますと，まず患者は 670 名ぐらいおられます．そのうち 170 人

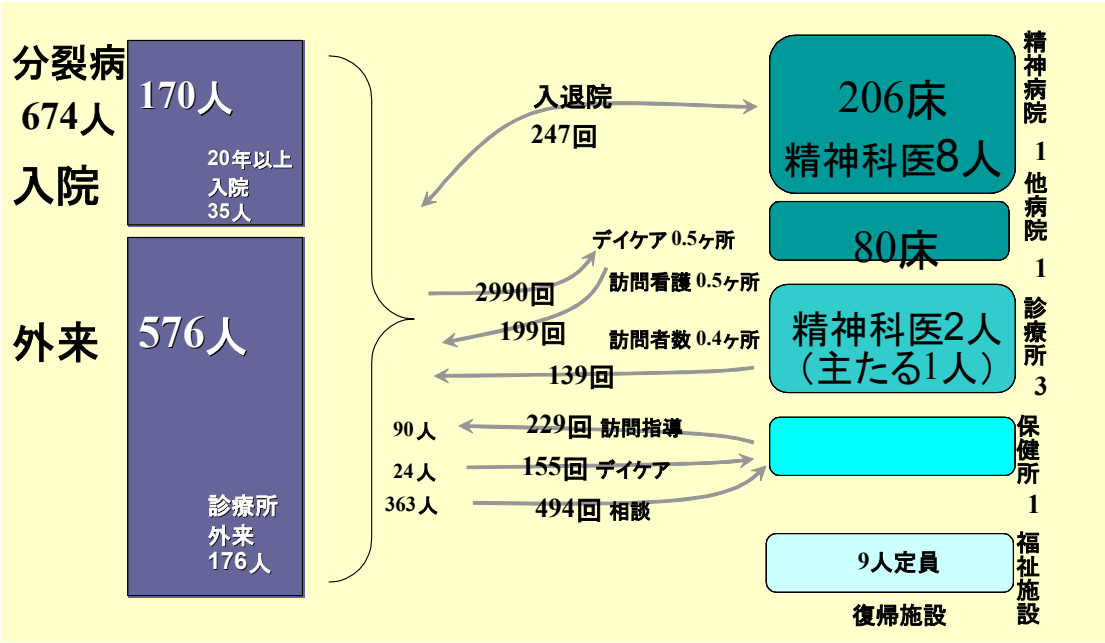


図 14　標準市町村圏分析（精神ケア）
人口 10 万人対　全国平均，回数は年間，1999 年

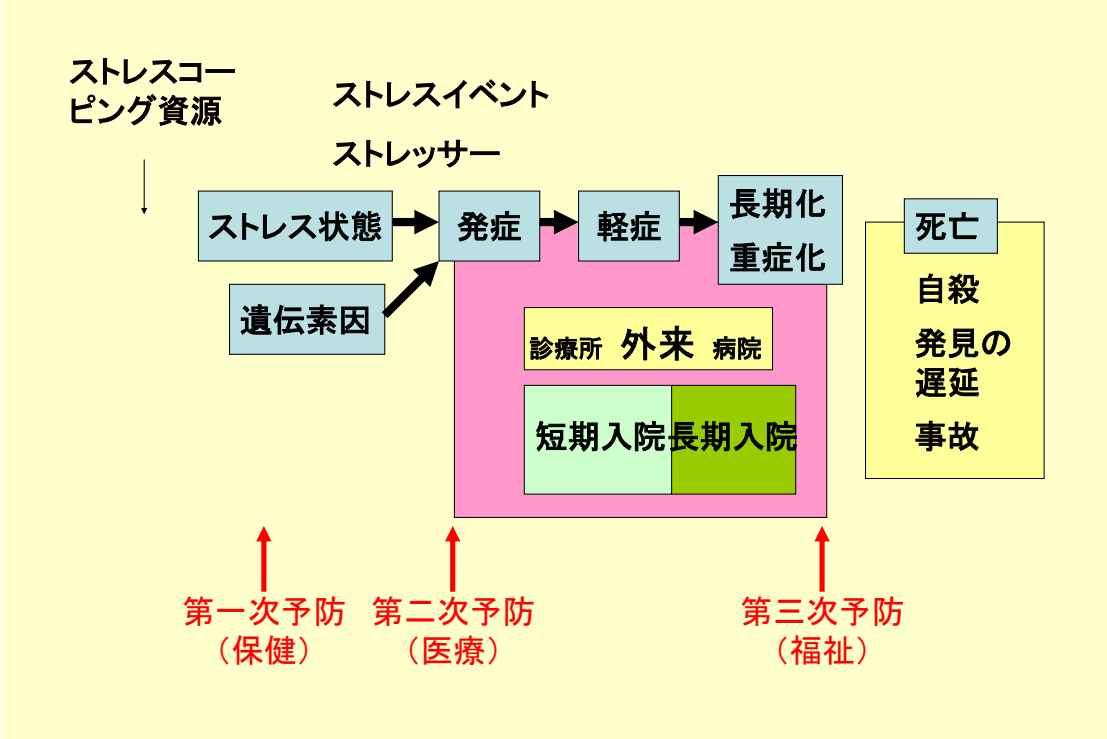


図 15

が入院していて，約 600 名ぐらいが外来通院をしておられるわけでありますけれども，先ほどおっしゃっておられましたように，170 人のうち 35 人までが 20 年間入院されているんですよ．そして，570 人のうち，残念ながら 176 人，20%ぐらいしか診療所でかかっておられなくて，残り大半は病院にかかっておられる．

さて，供給側ですけれども，精神病院が人口 10 万に 1 個ぐらいの割合で存在しておりまして，診療所は大体 3 カ所ぐらいしかないんですね．ですから，176 人しかいないといえばいないんですけれども，外来患者に対する診療所の数なり，精神科医に至っては 2 名ぐらいしかおられないということで，大変に数が少ない．保健所の活動もこういう形で決して十分

とはいえない．福祉施設も定員は 9 名ということでありまして，ここに入院されている方が退院されて収容されるには大変数が少ないということがわかります．

5. 県別評価

ちょっと踏み込みまして，県別にも評価してみました．ストレスがあって発症して，そして長期になって，最後に，場合によっては亡くなったりするというふうな自然史を想定して，当然，保健，医療，福祉．第 1 次予防，第 2 次予防，第 3 次予防で介入することによって，この自然史の進行をとめ死亡や障害を予防するということが各自治体に求められています（図 15）．

そこで，ここにある 12 の項目を指標として選定し，定義をいたしまして，国民生活基礎調査や 630 調査から数をとりまして，算定いたしました（図 16）．そして，この 12 項目に重みをつけずに順位をつけますと，福井県が 1 番トップに来まして，島根県が最低でございました．そして，その問題点，これは実は 1 番外側が 1 位で 1 番内側が 47 位に並んでおりますが，福井県はどうも医者の数とか統合失調症で 5 年以上入院している方の数が多いという問題点はある．島根県の場合は総体に悪いんですが，5 年入院している方は比較的に少ない．社会復帰に努力されているんでしょうかね．事実，復帰施設に関しては，割合と数が多い．こういうようなことがわかります．これを見られたらわかりますように，各県ごとに随分ばらついているということがわかるんじゃないでしょうか（図 17）．

指標	定義	資料
ストレス保有率	ストレス・悩みがある人口県民人口	国民生活基礎調査1998)
統合失調症有病率	統合失調症患者数県民人口	患者調査1999)
統合失調症診療所外来率	統合失調症で診療所外来に通う患者数県民人口	患者調査1999)
統合失調症長期入院率	統合失調症で5年以上入院患者数県民人口	患者調査1999)
男性自殺率（年齢調整）	男性自殺死亡者数男性県民人口	人口動態統計1999)
精神科診療所数	精神科を標榜する診療所数県民人口	医療施設調査1999)
精神科医師数	精神科を標榜する医師数県民人口	三師調査1999)
精神保健相談件数	保健所への精神保健相談件数県民人口	地域保健・老人保健事業報告
社会復帰施設数	社会復帰施設定員数県民人口	630調査(1999)
デイケア利用率	デイケア利用者数県民人口	630調査(1999)

図 16　評価項目

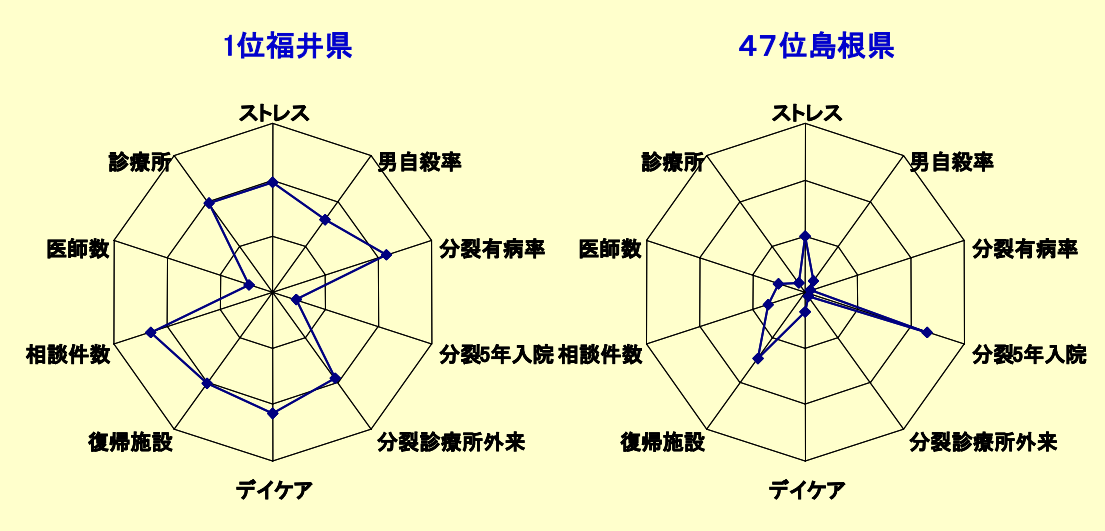


図 17　県別ベンチマーク

6. 退院曲線

将来予測をするために，退院曲線を分析いたしました．以前から私日本の患者の退院分析をやっておりまして，2つの同位性元素が崩壊していくカーブと似ているなと思っておりました（図18）．つまり，入院患者は急速に退院するグループの人と疾病の構造に入院が長期になってしまう方，その典型は脳卒中と筋骨格系の病気じゃないでしょうか．実は精神病もそれの典型になると思っております．これは私の悲願でありまして，老人保健課の課長補佐した時代から，この絵をかきたいと思って，皆さんのおかげでこれを準備するために研究いたしまして，年齢階級ごとにかきました実測の退院カーブです．分母を入院患者，分子を退院患者にとりまして，何％ずつ退院していくかということをプロットしたのがこの図でありまして，これで大体5年間ぐらいにプロットしております．それとワイルドモデルで2コンポーネントモデルでフィットさせようとしました．ワイルドモデルはもしこの係数が1であればそのままポアソン分布になりまして，2つ

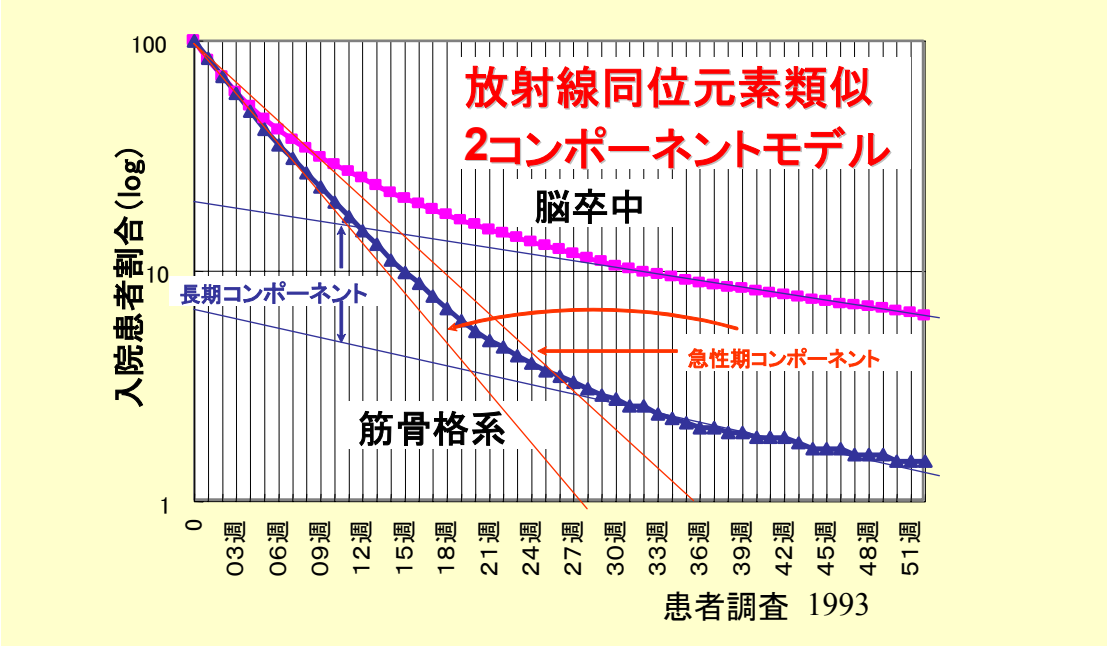


図18　退院患者動態分析

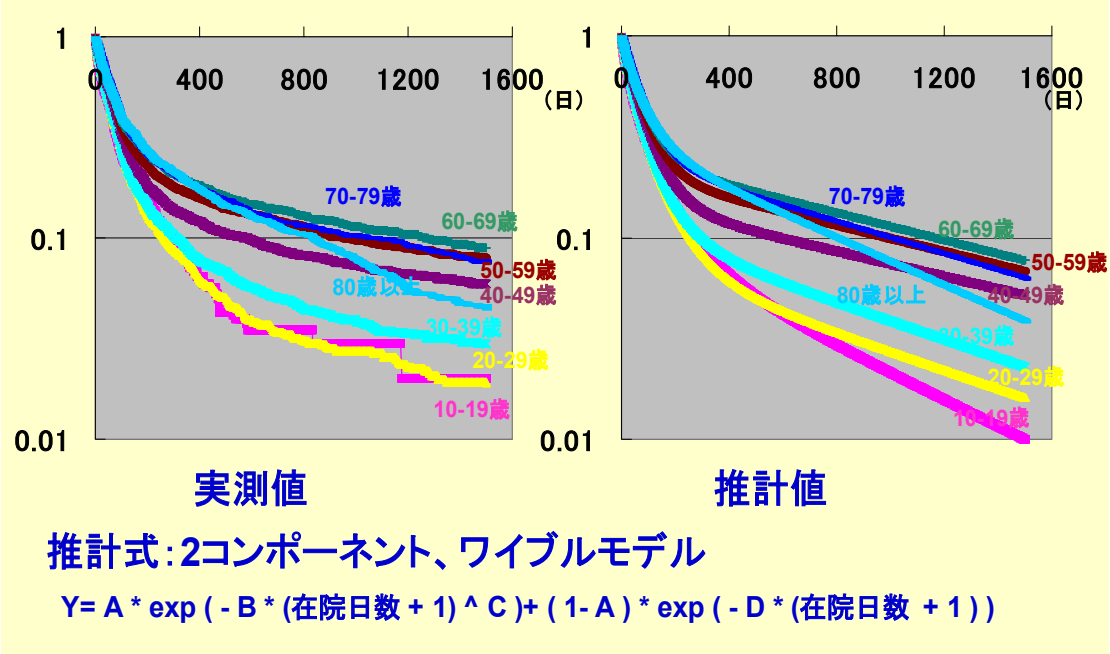


図19　統合失調症　退院曲線（実測，推計）

のロジスティック，見事に 2 つの放射性同位元素が存在するという形になるわけでありますけれども，かなりそれに近い状態になっております．このモデルにフィットしてみました結果，こうなりました（図 19）．

そう考えてまいりますと，宇都宮事件以降，ライシャワーの前後，そしてクロルプロマジン以前の 3 つのグループに分けて患者さんをみると，長期と短期に分かれて，そこから退院していかれる，特に高齢者では死亡退院が多いパターンになっております（図 20）．

7. 将来予測

将来予測をやってみました．1 年以上入院されている方の割合というのは年齢と共に上がってまいります．特に，ライシャワー事件があった以降は，非常に高い割合を示しています．40 から 45 歳ぐらい，約 15%から 20%ぐらいに上がってくるわけですけれども，私は若い世代ではこのまま 15 プロぐらいにとどまるだろうというふうに推計いたしました（図 21）．これが将来の推計であります．先ほど申し上げま

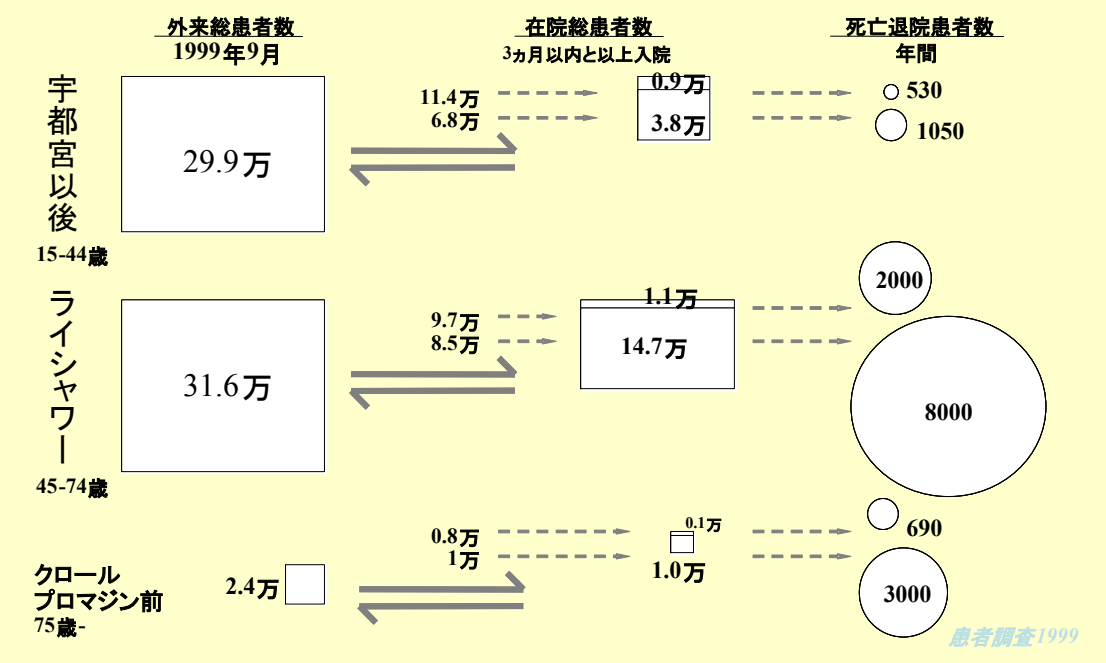


図 20　統合失調症患者の流れ

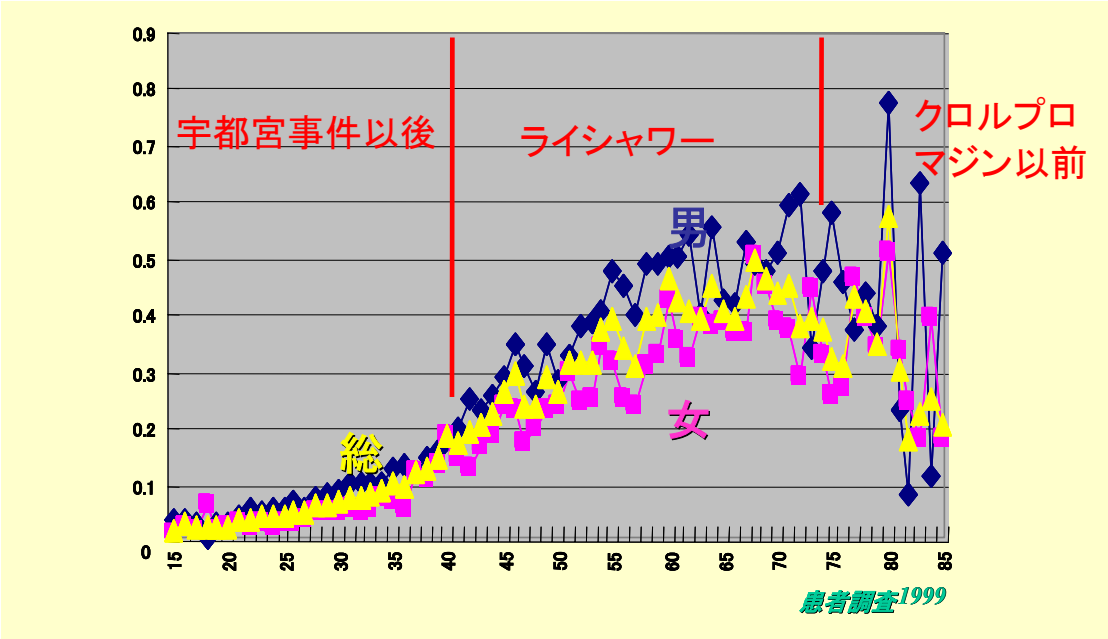


図 21　入院 1 年以上入院割合
統合失調症のみ

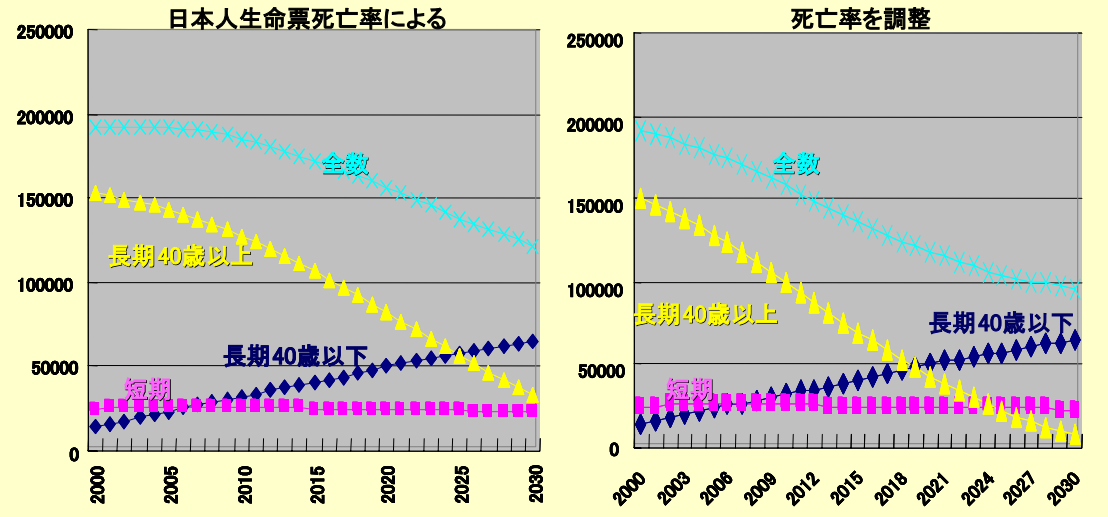


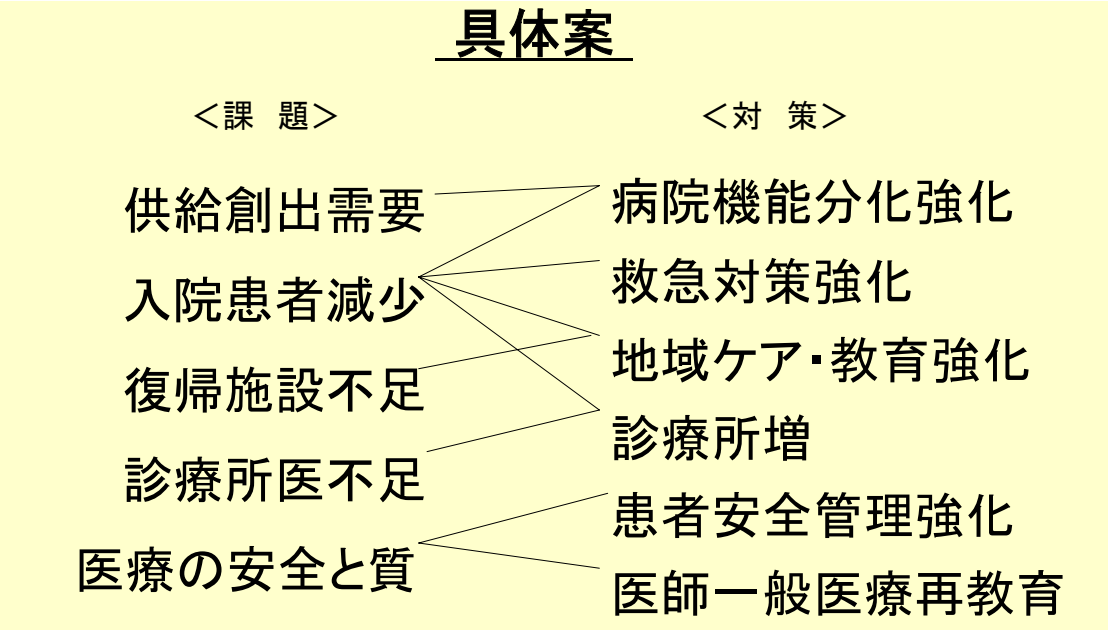
図 22　将来推計
統合失調症患者数

したように，長期の若人の方は 15%にとどまるだろうというふうに推計いたしますと，こうなってまいります．短期の方は比較的一定です．1 年以内の入院患者さんの平均在院日数を見ますと，約 180 日で年齢階級にかかわらず一定であります．そこで，これは 40 歳以上の部分なんですけれども，日本の普通の生命表を使うとこういうふうに減ってきます．6 万人から 9 万人の人数は減るということが考えられます（図 22）．

8. 政策提言

以上の 7 つの分析から，最後に政策提言を行いたいと思います．

出発点として，日本の精神医療は国際的な標準からは随分外れていると．そして，どうも供給が需要をつくっている．入院患者は今後減少していく．しかし，社会復帰施設が足りないとか，診療所の医者が足りないとか，やはり病院機能を強化して分化して，さらに地域に帰っていただくためのケアのシステムを構築してゆく必要があります．地域の周りの住民，家族で理解も必要です．診療所を増やして地域でフォローしやすくする，精神病院もほかの病院と同様に医療安全，患者安全を強化していく必要があるのではないかと思われます．

最後に，小林院長が常におっしゃっておられる科学院の使命，科学的根拠で政策を支えていく，さらには保健と医療と福祉を連携した政策をつくっていくということが今回の精神問題にも重要と考えられます．

院内の先生方に共同研究の可能性を，そして行政の方には建設的な政策をつくられることを呼びかけ，そしてご協力をお願い申し上げまして私の基調講演を終えたいと思います．