

日本の精神科医療 現状と問題点と展望

歴史的転換期に立つ精神科医療

予想される“3つのケース”

< 目次 >

はじめに（戦後の精神科病院はどう構築したか）	P 1
I、精神科医療の現状（4つの行き詰まりと破綻）	P 4
（1）精神科病院の経営崩壊が始まる	P 4
（2）精神科病院の医療の行き詰まり	P 7
（3）病院改善の行き詰まり	P 10
（4）精神医療政策の行き詰まりと破綻	P 14
II、精神科医療の問題点（60数年変わらない精神医療政策）	P 19
（1）安上がりの精神科医療費	P 19
（2）世界最大の“精神科病床大国”	P 20
（3）精神科病院の特徴	P 21
（4）精神医療政策を見直してない日本	P 23
（5）“作り過ぎた”精神科病床	P 25
（6）精神科特例と精神科差別の解消	P 26
（7）予想される3つのケース	P 28
III、精神医療改革の展望（大きな節目を迎える）	P 29
（1）お金も人もノウハウもある	P 29
（2）精神医療改革の条件	P 32
（3）求められる大同団結	P 34

2016年2月27日（土）

氏家憲章

はじめに（戦後の精神科病院はどう構築したか）

日本の精神医療政策（明治以来今日まで） ⇒ 隔離・収容と民間依存を基本

1950年精神衛生法の制定 ⇒ 戦前の二つの法律を踏襲

政策基本 ⇒ 隔離・収容の精神医療と家族に責任を押し付ける

精神科病院を一般病院の区別し“特殊病院”として別格扱い
1958年「精神科特例」を設ける ⇒ 結核もハンセン氏病にも

	病院全体に適用（医療法）	精神科病院だけに適用（精神科特例）
医師	入院患者16名に医師1名	入院患者48名に医師1名
看護師	入院患者4名に看護師1名	入院患者5名か6名に看護師1名
薬剤師	入院患者70人に1人	入院患者150人に1人

一般病院は甲種の診療報酬（1点10円）・精神科などは乙種の医療費（1点7～8点）

1954年第一回精神障害者実態調査

< 1963年の主要国の人口万対精神科病床 > OECD

	日本	アメリカ	イギリス	カナダ	スウェーデン
病床数	14床	43床	34床	40床	45床

精神科病床の大増床政策（精神科特例を前提）
国策として民間病院に依存して強力に推進

《 三つの優遇策 》

1958年精神科特例・1960年医療金融公庫の新設・1962年措置入院の「経済措置」

< 20年間で精神科病院・精神科病床が3倍 > 「医療施設調査」

	1960年	1980年
精神科病院数	506病院	1,521病院（3.0倍）
精神科病床数	95,067床	304,469床（3.2倍）
人口万対病床数	10.1床	26.4床（2.6倍）

国公立病院の精神科病床比率1955年27%～1985年12%
“高原状態”の高止まり ⇒ 世界最大の“精神科病床大国”の土台

病院の8割・精神科病床の9割が民間病院

<経営主体別精神科病院> 「病院報告」2004年

	病院数	病床数
国立(独立行政法人)	94 (5%)	9,207 (3%)
自治立	165 (10%)	25,077 (7%)
公的	49 (3%)	5,432 (1%)
民間	1,362 (82%)	318,893 (89%)
計	1,670病院	358,609床

ベルギーを除く欧米諸国
公立病院が中心

< 民間病院の特徴・宿命 >

どんなに良いことでも採算を度外視(赤字経営)はできない

精神科病院の医療 ⇒ 病院収入(精神科医療費)が医療の質と中身を規定

精神科病院の最大の医療資源 ⇒ 他職種の豊富な人材
(一般病院より豊富な人材が必要)
それを保障する収入(精神科医療)の裏付けが不可欠

< 精神科病院の経営構造 >

精神科病院は、病院収入の9割近くを入院料収入が占める
そのため精神科病院 ⇒ 病院収入イコール入院料収入

< 精神科病院 >

在院患者の人数(病床利用率・定床に対する在院患者数比)と
入院料単価(日当点)が、病院経営に大きな影響を与える

< 精神科病院は主な増収手段 >

在院患者数を増やす以外他に有効な方策がない
精神科病院は“在院患者を追求する”極めて硬直した経営体質

病院収入の9割が入院収入

<病院の収支構造> 2011年・中医協「医療経営実態調査」

	一般病院	精神科病院
<収入>		
①入院料収入	67.8%	84.2%
②外来収入	27.3%	14.0%
③室料差額収入	1.4%	0.5%
④その他の医業収入	3.3%	1.2%
<費用>		
①人件（給与）費	53.5%	65.4%
②医薬品費	13.3%	7.5%
③経費	5.8%	8.3%
④減価償却費	5.5%	4.5%
⑤診療材料費など	8.9%	0.8%
⑥委託費	6.7%	4.7%

< 一般病院の3分の1の入院収入（精神科差別） >

	日当点（在院患者一人一日当たりの入院料単価）
一般病院	38,114円
精神科病院	12,019円（一般病院の32%）

<日当点>「社会医療診療行為別調査」2010年

< 二つの経営対策 >

①、一般病院の病棟の患者数の倍以上の詰め込め入院

一般病院・40名前後 ・ 精神科病院平均80数名（現在は70名規制）

②、一般病院の4分の1の医師・半分の看護師・職員総数

<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	14.7	3.1	59.7
精神科病院	66.7 (49.4%)	3.4 (23.1%)	1.2 (38.7%)	32.5 (54.4%)

I、精神科医療の現状（4つの行き詰まりと破綻）

精神医療政策（精神科病院）は基本部分で行き詰まり破綻が始まる

(1) 精神科病院の経営崩壊が始まる

経営の“危険ライン”の時代に突入した病床利用率

<精神科病院の病床利用率 ⇒ 病院経営の指標>

病床利用率95%を超えると交通信号に例えると「青信号」で安泰
94%～90%は「黄色信号」がともり要注意の段階・経営は可能

80%台は「赤信号」がともり「危険ライン」に突入し
80%台を数年間放置すると倒産の危機

2006年初めて90%を切り80%台に突入・90%台の時代は終焉
2015年3月の病床利用率は86.0%

“病院存亡の危機に直結する”時代が始まっている

<病床利用率の推移>「病院報告」

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

(注) 2013年88.1% (精神科病院89.5%一般病院の精神科病棟84.8%)

2013年の病床利用率88.3% ⇒ 5万3千人の認知症を含む
認知症の5万3千人を除く ⇒ 72.7%

実は、精神科病院は経営破綻の時代に突入している

先進諸国では、認知症の精神科病院への入院は解消の方向
認知症を大量に抱え込むことによって、精神科病院の経営破綻が隠されている

“患者数を追求”する経営 ⇔ 80%台の突入によって破綻

進む在院患者の減少 ⇒ 新しい減少の時代に突入

進む在院患者の2極化

新入院者の短期入院化と長期入院者の高齢化 ⇔ 在院患者の“二極化”

①入院を必要としない新患者が増えている・入院しても短期

②精神科病院の高齢化は社会の高齢化より急テンポで進行。

2014年54.3%が65歳以上の高齢者・75歳以上は29.4%

【長期入院者の高齢化は在院患者減の最大の要因】

<高齢化の推移> 「患者調査」

	1981年	1991年	2001年	2011年	2014年
65歳以上	45,940	83,380	117,076	143,690	157,000
高齢者比率	14.4%	24.0%	35.2%	45.5%	54.3%

<減少のスピードが段々早くなっている>

	ピーク	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) 在院患者数は1991年ピーク・精神科病床は1993年ピーク

<56,537人の減少> 1都3県291精神科病院(全病院の18%)

東京(22,089人) + 福岡県(20,488人) + 千葉県(12,084人)
+ 鳥取県(1,880人) の在院患者数に匹敵。

<20数年間の減少の動向>

定床 ⇒ 前半は3%の減少 ・ 後半は97%の減少
在院患者 ⇒ 前半は10%の減少 ・ 後半は90%の減少

<減少の動向>

	減少数(減少率)	前半	後半
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%)

入院受療率は1993年から減少に転じる
 2014年の入院受療率は39年間で最低（1993年のピーク比18%減）

2011年は受療率全体で減少
 外来受診率は引き続き増加 ・ 入院受療率の減少が多くなる

＜精神疾患受療率の推移（人口10万対）＞「患者調査」

年	1975	1981	1993	2008	2011	2014
精神疾患全体	269	281	347	418	401	412
入院受診率	222	240	<u>257</u>	236	225	<u>209</u>
外来受診率	47	41	90	182	176	203

新潟大学の染谷俊幸教授『精神医学』2001年12号「巻頭言」

精神科医療施設の普及、精神科医の増加、薬物治療の進歩（1960年代～抗精神病薬の本格使用）、社会復帰をめざす心理社会的治療などの総合的成果遅く生まれた人ほどこの恩恵を受けそのため入院者が少ない。

＜2000年当時と社会資源が増減しないと仮定し＞

2020年～2030年に統合失調症在院患者数が
 半減 ～ 1/3に減少すると予測

＜新潟県内の統合失調症の年代別分布状況＞2000年当時

昭和20年（1945）生まれ 55歳（1965年は20歳）	昭和30年（1955）生まれ 45歳（1965年は10歳）	昭和40年（1965）生まれ 35歳（1965年は誕生年）
1960年代抗精神病薬の本格使用	昭和20年生まれの約54%	昭和20年生まれの23%

年齢別分布 ⇒ 逆ピラミット（いずれ病床の大幅削減の構図）

	1992（H3）年	2003年（H14）年	2014（H26）年	22年間推移
在院患者 総数	34.6万人 基準年	33.0万人 95%	28.9万人 83%	-5.7万人 (83%)
統合失調症	21.2万人 (61%)	20.2万人 (61%)	16.4万人 (57%)	-4.8万人 (77%)
認知症	4.6万人 (13%)	5.5万人 (17%)	5.3万人 (18%)	+0.7万人 (152%)
他総数	8.8万人 (26%)	7.3万人 (22%)	7.2万人 (25%)	-1.6万人 (82%)

(2) 精神科病院の医療の行き詰まり

深刻な人権問題を抱える・本来の精神科医療の役割が果たせない

1990年代に入って病院改善の取り組み進む、ハードとソフトの両面で収容施設の状況から医療機関としての体制整備進む。

肝心の医療の中身は依然として深刻な問題を抱える。

①異常な長期入院 ⇔ 政策の最大のアキレス腱・日本の“恥部”

日本を除く先進諸国の平均在院日数 ⇒ 18日前後
日本の平均在院日数 ⇒ 284.7日(2013年)

< 途方もない長期入院 ⇔ 深刻な人権問題 >

20万人が1年以上の長期入院 ・ 11万人は5年以上の超長期入院、
約7万人は10年以上の超長期入院 ・ 3.5万人は20年以上の超長期入院

< 在院期間別の分布状況 > 「患者調査」

	1年未満	1年～5年未満	5年～10年未満	10年以上
1983年	24%	27%	16%	32%
2002年	33%	28%	13%	26%
2011年	36%	30%	14%	20%

【2014年 ⇒ 1年未満36%・1年～5年未満29%・5年以上35%】

< 医療保護入院を大きく上回る任意入院の5年以上の入院 > 2011年

	患者数	内5年以上の超長期入院
任意入院	179,290人	73,911人(41.1%)
医療保護入院	127,757人	43,246人(33.9%)

②3分の2は閉鎖処遇

< 開放病棟・閉鎖病棟の状況 > 2012年「精神保健・障害福祉課」調べ

総数	日中開放	個別開放	終日閉鎖
6,364病棟	1845病棟(29%)	430病棟(7%)	4089病棟(64%)
337,579床	97,712床(29%)	23,409床(7%)	216,458床(64%)

(注) 個別開放 ⇒ 終日閉鎖病棟で一部患者が午前・午後の短時間の開放

③異常に多い隔離室使用と身体拘束

急性期病棟の増加に伴って・隔離室使用と身体拘束が増加

<在院患者“17人に1人(6%)”が隔離室使用か身体拘束>

隔離室使用は13年間で26%増 ⇒ 1,913人
身体拘束は8年間で81%増 ⇒ 4,145人
隔離室使用と身体拘束を合わせると一日18,537人

隔離室や身体拘束の使用は多くは入院初期
急性期病床しかない先進諸国並みの人口万対5床(6万4千床)で試算、
18,537人を6万4千床でみると

“約3人に1人(29%)”が隔離室使用か身体拘束

<隔離室・身体拘束の使用状況>

	1998年	2003年	2011年
隔離室	7,370	7,741	9,283
身体拘束	—	5,109	9,254

<使用方法にも大きな問題>

週・月・年単位の隔離室使用や日・週単位の身体拘束、懲罰的使用
日本は隔離室使用中や身体拘束中傍に付き添って見守る人はいない
安全確保と苦痛の緩和への対応は不十分
身体拘束中の死亡事故も

<人としての“尊厳を奪う”隔離室・身体拘束>

隔離室使用や強制的にオムツ着用の身体拘束は
人間としての尊厳を奪う・大きな心の傷を与える
立ち直るのに長時間を要し、その後の人生に悪影響を与える
隔離室や身体拘束は精神科医療への不信と恐怖心を生じさせる
退院後の医療拒否の大きな要因

< 1996年WHO通達 >

隔離などは「人権の著しい侵害につながる恐れがある」と段階的廃止
「4時間を上限とする身体拘束」

【 WHO通達と日本の実態とに乖離 】

精神科病院での精神障害者の処遇は、世界標準から大きく乖離
日本の精神科医療の体制は世界（先進諸国）標準から乖離

隔離室で看護師2人の暴力行為（逮捕）で患者の死亡事件（千葉県石郷岡病院）

< 先進諸国 >

隔離室使用や身体拘束は余りない。あっても短時間
隔離室使用中看護師が窓から見守る
身体拘束中は必ず看護師が傍に付き添い苦痛の緩和・安全確認

④急性期病棟の増加に伴って“回転ドア現象”が再び増えている

回転ドア現象 ⇒ 入院して短期間に精神症状は改善し早期退院になる
しかし短期に症状が悪化し再入院をくり返すこと

ディケアや訪問看護がない時代 ⇒ 行く所がない・やることがない
時間が経つにつれて再発再入院になる回転ドア現象
ディケアや訪問看護の実施が進むに伴って回転ドア現象は減少

< “回転ドア現象”が再び増えている背景に >

薬で症状改善を主体にした早期退院をめざす急性期医療のあり方
地域の社会復帰体制の大きな立ち後れ
隔離・収容で精神科特例と精神科差別を基本とする貧しい精神医療政策

< 精神科医療の本来の役割を果たせない >

こころの健康問題 ⇒ 予防、早期発見・早期支援の取り組み皆無に近い
医療が必要な人に医療が届いていない ⇒ 医療機関に来た人のみ対象
先進諸国で廃止した大量の病床を抱える ⇒ 身動きできない

(3) 病院改善の行き詰まり

改善の取り組みの限界・ジリ貧状態に陥り出す精神科病院

1990年代から

看護基準の引き上げ・ディケアや作業療法などの精神科リハビリの実施
建替え（専門病棟化）など、病院改善の取り組みが全国的に始まる

病院改善の取り組みが始まった要因 ⇒ 精神科病院が成り立つ土台が変化

<医療費（診療報酬）の変化>

1980年代後半、ほぼ一律的引き上げから看護基準や入院期間によって格差
1990年代に入ってから精神科医療費は“少ない職員で消極的医療”から
“職員を増やして積極的な医療”を展開しないと増収が望めなくなった

<1992年より存院患者の「減少の時代」へ転換>

病院を改善し「患者・家族に選ばれる病院」へ改善しなければ
患者と職員の確保が困難になり病院存亡の問題に発展

①看護基準は激変 ⇒ 多くの病院で看護職員が2倍に

1990年代に入って看護基準の引き上げ（看護職員の増員）が進む
2006年精神科病院の看護の精神科特例は廃止
2015年 ⇒ 医療法基準は98.9数%・「無類」は1.1%

しかし一般病院でも看護基準の引き上げが進む
看護師（准看護師込み）は一般病院の半分という状況は変わらず

看護職員が大幅に増えている背景には
精神科の看護体系の別扱いは変わっていないが
看護基準が高い（看護職員が多い）基準に引き上げても採算が合う

1990年頃までは高い看護基準ほど赤字・低い看護基準ほど黒字

反対に低い（少ない）看護基準では収入がジリ貧になる

＜ 日精協加盟病院の看護基準 ＞ 日精協・「会員名簿」

	医療法	精神科特例	無類
1981年	6%	45%	49%
1991年	24%	27%	49%
2015年	1194病院 (98.9%)	2006年3月末 廃止	13病院 (1.1%)

(注) 2015年の医療法1194病院には196病院の「包括性のみ」を含む

看護基準の引き上げ ⇒ 精神科看護基準では飽和状態

	1999 (H11) 年	2014 (H26) 年	15年間の推移
作業療法士	1,898人	6,372人	+4,474人(336%)
精神保健福祉士	962人	6,350人	+5,388人(660%)

唯一変化していないのが精神科医 (100床当たりの医師数)

1980年の3.4人 ⇒ 2012年の3.4人

② 9割前後の病院で精神科リハビリを実施

1980年代後半から点数が大幅に引き上がり採算が合う

1990年代にはリハビリの点数の引き上げが進み重要な増収分野
同時に作業療法士の養成が進み作業療法士の深刻な人手不足が解消

＜ 2015年4月現在・定員総計94,627人 ＞

ディケア (DC) 定員45,003人・ショートケア (SC) 定員 32,359人
ナイトケア (NC) 2,625人 ・ ディナイトケア (DNC) 定員14,640人

この数は日精協加盟病院総病床289,261床の33%

＜日精協加盟病院の精神科リハビリの実施状況＞ 「日精協・会員名簿」

	OT実施 病院	DC実施 病院	SC	NC	DNC	精神科訪問 看護実施病院
1991年	19%	11%	—	—	—	0
2015年	1126病院 93%	943病院 78%	764病院 63%	114病院 9%	314病院 26%	980病院 81%

OT・DCなども利用者の高齢化で縮小化。DCなどの長期利用 (第2施設化)

精神科リハビリ実施 ⇒ ほぼ飽和状態・利用者の減少が始まる

③半数の病床は建替え ⇒ 療養環境の“2極化”

< 半数は建替えて療養環境は一新 >

外窓の鉄格子撤去、病棟の床面積は古い病棟の倍、明るくゆったりした病棟
 畳部屋は解消、ベット周辺にカーテンを設置する病院も
 一般病院と見劣りしない療養環境

< 残り半数は建替えていない療養環境は劣悪 >

狭い病棟に詰め込み入院、汚い・臭い・暗い・
 専門病棟化できない ⇒ 20年間入院料の引き上げなし・今後も期待できない

< 建替えが進んでいる背景 >

建替えて専門病棟化しないと入院料の引き上げが期待できない
 しかも建替えて専門病棟化しても採算が合う
 建替えないで古い建物のままでは、入院料の引き上げが困難

< 日精協加盟病院の専門病棟化（建替え） > 「日精協・会員名簿」

総病床数	建替えて専門病棟化した病床			古い病床
1996年 301,946床 1197病院	14,760床 (4.9%)			287,186床 (95.1%)
	急性期病棟	精神療養病棟	認知症病棟	
	0	8,303床 2.8%	6,457床 2.1%	
2015年 289,261床 1207病院	146,114床 (50.5%)			143,147床 (49.5%)
	急性期病棟	精神療養病棟	認知症病棟	
	20,836床 7.2%	96,287床 33.3%	28,991床 10.0%	

(注) 2015年の急性期病棟20,836床の内訳 (治療病床15093床+精神科救急病床5743床)
 精神科救急入院料病床 (スーパー救急) ⇒ 83病院・118病棟・5743床

スーパー救急病棟公立病院を含む全体 (2014年6月現在)

115病院・6,810床

建替え（専門病棟化）は止まる ・ 精神療養病床の減少が始まる

＜ この間の建替え（専門病棟化）の推移 ＞

1990年代後半～2000年代前半	⇒ 年間1万床を超える勢い
2000年代後半	⇒ 年間数千床に減少
2010年代	⇒ 年間千床前後に減少

＜ 精神療養病床が減少 ＞ 日精協「会員名簿」

	急性期病床	精神療養病床	認知症病床	総数
2014年	19,708床	97,963床	28,515床	146,186床
2015年	21,089床	96,287床	28,991床	146,367床
前年比	+1,381床	-1,676床	+476床	+181床

＜ 専門病棟の内訳 ⇒ 約7割は精神療養病棟 ＞

精神療養病棟66%・認知症病棟20%・急性期病棟14%

＜ 建替えの動きが止まった背景 ⇒ 多額な借金をして建替えても ＞

<p>新入院患者そして医師や看護師の確保の自信がない 今日では建替えただけでは病院の将来展望は切り拓かれない 【急性期特にスーパー救急にしないと展望が開かれない】</p>
--

＜ 精神療養病床ピーク時から3千7百床減少 ＞

	精神療養病床
2010年	99,989床（ピーク）
2015年	96,287床
	-3,702床

（三重県3,640床・佐賀県3,822床・徳島県3,873床）

①定床削減 ・ ②急性期治療病棟へ格上げ ・ ③15対1の出来高変更

<p>精神療養病棟患者高齢化で合併症他科受診⇒医療費の削減。出来高病棟の日当点は精神療養病棟より低いが医療費削減を考えると出来高が良い。 （但し精神療養病棟で看護助手が半数の病院で15対1看護が可能な病院）</p>
--

○建替えていない病床 ⇒ 今後とも入院料の引き上げ望めない

新入院患者や医師・看護師などの困難

○建替えている病床 ⇒ 精神療養病棟入院料引き上げ困難・患者減の進行
 急性病棟でも患者確保は簡単ではなくなっている

(4) 精神医療政策の行き詰まりと破綻

21世紀の今日の時代に対応できない精神医療政策・制度

①政策の限界を示す事例

< 1996年 ⇒ 「障害者プラン」を発表 >

2万数千人の精神障害者の社会復帰の目標を掲げる

結果は、1万人弱と目標の半分にも達せず失敗

< 2002年 ⇒ 「新障害者プラン」(障害者プラン失敗を受け) >

7万2千人の社会的入院を10年間で解消

社会的入院の解消は実現せず失敗

< 2004年 ⇒ 精神保健医療福祉の改革をめざす >

“ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を発表 ”

① “入院医療中心” から “地域生活中心” へ

立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を
今後10年間で進める

② 「受入条件が整えば退院可能な者(約7万人)の社会的入院は、
精神科病床の機能分化・地域生活支援体制の強化など

立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を進めることにより
10年後の解消を図る

病院関係者や当事者・家族は
「地域に受け入れ体制ができていないのにどうやって退院を進めるのか」?

結果は改革ビジョンも失敗

二つの障害者プランと精神保健医療福祉改革ビジョン

< 具体的に進めると >

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は

万単位の長期入院者の退院は
病床利用率が80%台～70%台に陥る

精神科病院の経営崩壊に直結 ⇔ 実際は不可能

<二つのプランの目標達成後の病床利用率>

	定床数	在院患者数	退院目標	病床利用率
障害者プラン時 (1993年)	362,962床	343,926人 病床利用率94.8%	2万数千人 (2万5千人)	318,926人 (87.8%)
新障害者プラン時 (2002年)	356,621床	330,666人 (92.7%)	7万2千人	258,666人 (72.5%)

< プランやビジョンを確実に達成するためには >

退院の促進と同時に定床の削減
地域での社会復帰施設の体制整備など
精神保健医療福祉政策の抜本的改革が不可欠

【二つのプランと改革ビジョンの失敗の背景】
1950年代に構築した今日の精神医療政策の限界と破綻

< 厚生労働省 ⇒ 社会の変化を無視できない >

先進諸国の精神科医療や国内の変化を受け

長期入院者の退院促進や社会的入院の解消
そして“入院医療中心”から“地域生活中心”など
提起せざるを得ない

②歴史の歯車を逆行させる事例

< 病棟転換型居住系施設 >

厚生労働省 ⇒ 精神保健福祉法の改正を受け
「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」
を作成するための「検討会」を設置

< 議論のテーマ >

「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供」
「長期入院精神障害者の地域移行に向けて具体的方策」
結論 ⇒ 「病棟転換型居住系施設」構想
【テーマと病棟転換型居住系施設の結論とに大きな乖離】

< 歪められた新オレンジプラン >

先進諸国の認知症施策や現在推進中のオレンジプラン
精神科病院などの施設収容ではなく地域ケア
地域ケア中心で作成中の新オレンジプラン
突然、精神科病院への本格的収容の道を開く

< 病棟転換型居住系施設や新オレンジプランの背景 >

空き病床約4万床と精神科病院の経営は行き詰まり破綻が始まっている
“造り過ぎた精神科病床”を削減しないでいかに活用するか
空き病床をいかに穴埋めするか・精神科病院救済の経営対策

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は
精神科医療や認知症施策の歴史の歯車を逆戻りさせることによってしか
維持できないほど行き詰まり深刻な矛盾に陥っている

<精神科病院の認知症の現状>

認知症の精神科病院への入院

2014年は5万3千人（18%を占める、14年間で1万6千人・43%増加）

「精神病床における認知症入院患者に関する調査」

精神科病院に入院している認知症の人の平均年齢は78歳

2010年の平均在院日数は944.3日（2年7ヶ月）

精神科病院の平均在院日数は283日（9.4ヶ月）

「状態の改善が見込まれず、居住先、支援を整えても6ヵ月以内の退院の可能性がない」

62.3%

審議会で「精神科病棟に必ずしも症状が重い人が入院しているわけではない」

認知症の人を精神科病院に入院させると
長期化しやすく ・ 治療効果は上がらない

< その背景 ⇒ 精神科病院の病棟 >

50床～60床と一般病院の病棟より5割も多い大型病棟

職員が少ない・しかも薬の量が多くなる傾向

1人一人への個別対応は困難。薬物療法が精神科医療の主な治療
【薬物療法は入院でなく・地域でアウトリーチでの提供が効果的】

この状況は

個別的対応が最も重要視される認知症への対応としては
精神科病院は最も相応しくない

認知症の人たちへの対応はできるだけ少人数で、
今まで生活してきた地域で、
1人一人の“個人の尊厳”を守り“安心感”を与えること

③社会的基盤を失っている精神医療政策

精神医療政策が行き詰まり破綻の背景

< 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收容し衣食住を提供
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・本格使用“前”
電気ショック・インシュリンショック療法などが治療の中心
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・收容（増床）政策を積極的に推進中

< 2010年代（21世紀）の精神科医療の状況 >

治療技術（抗精神病薬）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戦略的課題
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

この60数年間で、社会の状況は大きく変貌し、精神科医療も大きく進歩
精神科医療や精神障害者に対する処遇の考え方も大きく変化

しかし日本の精神医療政策の基本は変わらず
大きく変貌した社会とに大きな乖離

この乖離を埋め

21世紀の今日の社会に適切に対応するため
精神医療政策の抜本的改革が不可欠

II、精神科医療の問題点（60数年変わらない精神医療政策）

（1）安上がりの精神科医療

＜在院患者の比率＞ 「患者調査」2013年

全疾患の在院患者	127万5,347人
精神科在院患者	30万0,067人（24%）

＜精神科医療費の比率＞ 「国民医療費」2012年

国民医療費	28兆3,198億円
精神科医療費	1兆8,879億円（6.7%）

精神疾患の在院患者数 ⇒ 全体の4分の1を占める
精神科医療費 ⇒ 国民医療費の6.7%

精神科医療は患者数では最大・医療費では数%と最低
国家財政を圧迫しない“安上がりの精神科医療”

日本の政府は世界最大の“精神科病床大国”でも
先進諸国のように医療費・医療経済から精神病床大幅削減の必要性を感じない

日本の精神科医療費

安かろう	⇒ 一般病院の3分の1の日当点
悪かろう	⇒ 一般病院の4分の1の医師・半分の看護職員・職員総数 一般病院の倍の病棟患者数・異常な長期入院
手抜き	⇒ 精神専門療法は日当点の数%

一般病院の3分の1の日当点
大量の患者確保なしには経営ができない精神科の入院医療費

精神科病院は大量の患者確保 ⇔ 異常な長期入院
によって国の精神医療政策が成り立つ

詰め込み入院・異常な長期入院 ⇔ 現象は精神科病院
背景（責任） ⇔ 国の精神医療政策が根源

(2) 世界最大の“精神科病床大国”

人口は世界の1.7%・精神科病床は世界の2割

<世界の人口> 2013年		<世界の精神科病床>WHO 2014年	
世界の人口	71億2千人	世界の精神科病床	175万床
日本の人口	1億2千万人 (1.7%)	日本の精神科病床	34万床 (19.4%)

精神疾患の発症率は各国とも基本的に同じ・患者数も同じ



日本は欧米諸国の数倍の精神科病床

OECD平均 ⇒ 6.8床

(主要国の人口万対精神科病数) 2001年また至近年

日本	アメリカ	イタリア	カナダ	スウェーデン	イギリス	フランス
26.9床	2.5床	1.0床	3.5床	4.7床	5.4床	8.9床

<各国の平均在院日数>WHO (2005年)

イギリス	57.9日
ドイツ	22.0日
スウェーデン	16.5日
カナダ	15.4日
オーストラリア	14.9日
イタリア	13.3日
アメリカ	6.9日
フランス	6.5日
デンマーク	5.2日
日本 (2011年)	298.1日

途方もない異常な長期入院

<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 8.7%	278,983 91.3%	200,406 65.6%	112,158 36.7%	69,631 22.8%	34,967 11.4%

(3) 精神科病院の特徴

病院に最もふさわしくない経営の特徴

①精神科病院は“薄利多売”的経営構造

< 100円ショップ ⇔ “薄利多売”の経営 >

個別の売上げの利益は1円単位の少額でも、数多く売って利益を上げる

精神科病院も、一般病院の3割台の日当点のため
患者を大勢確保して収入を確保する“薄利多売”的な経営構造

精神科病院は90%台の病床利用率を確保しないと経営は困難
そのため在院患者確保を優先する「経営優先」の病院運営

“薄利多売”的経営 ⇒ 医療機関には最も相応しくない
医療機関 ⇒ “良質の商品を扱う“専門店”で
良質の商品を提供できる価格（医療費）の保障が必要

こころの健康問題を扱う精神科病院
在院患者を大勢入院させることによってしか病院を維持できない
“薄利多売的な経営”を余儀なくされているところに
精神科病院の根本問題（不幸）がある

当事者や家族の想いや願いと精神科病院の現状とに大きな乖離

②精神科病院は“悪循環の下での経営”

精神科入院医療費 ⇒ 1兆4千億円

一般病院の3割台の日当点の格差を解消するために必要な財源
新たに2兆9千億円必要（現行の2倍） ⇔ 現実的には不可能

< 精神科病院は“悪循環”の下での経営 >

一般病院の3割台の日当点の穴埋めのため大勢の患者を確保
大勢の患者数（全疾患の24%）のため日当点の大きな格差は解消できない
3割台の日当点のため大勢の患者数を確保し穴埋めをする

“悪循環”でも病床利用率が90%を確保できれば経営は可能

③ “安かろう・悪かろうの精神科病院”

< 一般病院の半分の条件で日々の医療活動 >

一般病院の3割台の収入（日当点） ⇒ 「安かろう」
一般病院の4分の1の精神科医・半数の看護師・職員総数
一般病院の病棟の倍の詰め込みで異常な長期入院 ⇒ 「悪かろう」
精神療法などの精神専門療法は日当点の5.2% ⇒ 「手抜き」

この問題は厚生労働省が決める精神科医療費から起きている問題
精神科病院の経営者や精神科医の良心に関係なく
程度の差はあっても
全病院に共通する精神科病院が抱える構造的な問題

< 医療は本来 >

“少ない患者数に、手厚い医師や看護師などの職員数で、
1人1人の患者の個別問題に適切に対応できる人員体制”

医療機関の運営は

利用者の視点に立った医療が行われる人員体制が必要
医療機関に支払われる精神科医療費はその保障が不可欠

精神科病院の最大の医療資源は多職種の豊富な人材
精神科病院は、本来一般病院より多くの人手が必要な病院

しかし精神科病院は一般病院の3割台の収入のため
一般病院並の人員体制を整えると大赤字になり経営は成り立たない

(4) 精神医療政策を見直さない日本

先進諸国の精神科医療とに大きな格差を抱えている背景
精神医療政策を見直していない
国の姿勢が問題

< 20世紀後半から精神科医療が大きく進歩 >

【20世紀前半の精神科医療】

インシュリンショック療法・電気ショック療法などが治療の主流
精神科病院への入院中心の隔離・収容の時代
精神疾患は社会に迷惑をかける ⇒ 社会防衛的視点で施策実行

【20世紀後半の精神科医療】

1953年クロルプロマジン・1958年ハロペリドールの発見
1960年代から抗精神病薬の本格使用
精神症状をコントロールし“入院中心”から“地域生活中心”が可能
精神科医療と精神障害者の処遇の中心を“病院”から“地域”へ移行

【21世紀の今日の精神科医療】

精神の病気や障害があっても地域で社会生活が普通に送れる時代
入院医療の役割は極めて限定的（短期入院）
支援の中心は“地域”で

1) 入院中心の隔離・収容の精神医療政策を見直した先進諸国

< 見直しの背景 >

- ①精神科医療の進歩（抗精神病薬の本格使用） ⇒ 政策に反映させる
- ②隔離・収容政策の三つの反省 ⇒ 医療費問題、人権問題、施設症問題
- ③病気を治すこと優先ではなく、その人の思いの支援を優先
- ④精神科医療と精神障害者の処遇の中心を“病院”から“地域”移す
お金も人も“病院”から“地域”へ転換

2) 隔離・収容政策を見直していない日本

<見直していない背景>

- ①精神科医療の進歩（抗精神病薬の本格使用） ⇔ 先進諸国と同じ
- ②日本では大きな問題にならない三つの要因
医療費問題 ⇒ 国民医療費の5%台～6%台の精神科医療費（財政を圧迫しない）
人権問題・施設症 ⇒ 問題意識は極めて希薄
- ③病気を治すことを優先する考えが根強い ⇒ 過度に入院や薬に依存する

< 法の見直しは不祥事 ⇒ そのため改正は部分的 >

1964年ライシャワー事件 ⇒ 1965年精神衛生法の大幅改正
1984年宇都宮病院事件 ⇒ 1987年精神保健法制定
厚生労働省主導で制定 ⇒ 1995年精神保健福祉法制定
2001年池田小学校児童殺傷事件 ⇒ 2003年医療観察法制定

（法律の名称が変わっても、1950年制定の精神衛生法の基本は変わらず）

<医療的色彩が濃い精神保健福祉法 ⇒ 精神衛生法は戦前の政策踏襲>
社会福祉条項は4条（7%）・社会防衛条項は8条（14%）
医療関連条項は45条（79%）。

実態は強制入院や閉鎖的処遇・隔離室や身体拘束の使用など行動制限の根拠法

1960年代・隔離収容政策を強化 ⇒ 今日も隔離・収容政策を継続中
（人口万対10床） （人口万対27床 ⇒世界最大）

< 1960年代を境に先進諸国と正反対の道を歩む日本 >

1960年代 ⇔ 精神科医療が大きく前進を始めた時期
先進諸国 ⇒ 精神科医療と精神障害者の処遇の中心を“地域”に移す （精神科病床の大幅削減 ⇒ 地域へお金も人も移す）
日本 ⇒ 精神科医療と精神障害者の処遇の中心を“病院”へ集中 （精神科病床の大增床 ⇒ お金も人も病院に集中）

(5) “造り過ぎた” 精神科病床 ⇒ 精神医療改革の足かせ

< 先進諸国の精神科病床 >

現在では多くの国は1ヶ月以上入院する病床を廃止

今日では5床前後の短期間だけ入院する病床

< 日本の精神科病床 ⇒ 人口万対5床でみると >

現在の精神科病床	人口万対	残りの精神科病床
35万床	6万4千床 (18%)	28万6千床 (82%)

< 日本が世界最大の“精神科病床大国”になっている背景 >

28万6千床は先進諸国で役割を終えて廃止した病床に相当
入院中心の隔離・収容の精神医療政策を継続しているために存続

大量の病床を必要とする隔離・収容政策

精神科医療と精神障害者の処遇の中心を病院に置く
入院期間は必然的に長期化

しかも長期入院者を収容するため大量の精神科病床が必要

< 異常な長期入院と大量の精神科病床に依存する精神科病院 >

35万床の精神科病床を維持する限り
新たな長期入院者をつくり続ける

日本の35万床は
先進諸国では役割を終えて廃止した長期入院の病床を
大量に抱え込むことによって成り立っている

(6) 精神科特例と精神科差別の解消

精神科特例と精神科差別 ⇔ 精神科病院が抱える問題の根源

< 関係者は精神科特例と精神科差別の全廃を願っている >

しかし
35万床の精神科病床を維持する限り
精神科特例と精神科差別の解消は不可能

①精神科特例の廃止

< 2006年・精神科特例 >

一般病院の精神科病棟の精神科特例 ⇒ 全廃
精神科病院の看護の「特例」 ⇒ 廃止

精神科病院の医師と薬剤師は人手不足のため特例が残る

< 特に問題は医師 >

精神科医の1年間の養成数は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
仮定しても
精神科特例廃止には35年かかる ⇔ 現実的には不可能

35万床で精神科特例を廃止するには、
現在精神科病院で働く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を増員し2万4千人近い精神科医体制

医師や薬剤師の精神科特例の廃止には
“造り過ぎた精神科病床”の大幅削減は不可欠

< 医師の特例廃止の試算 >

35万床で特例廃止に必要な医師数	23,300人
現在の精神科病院の医師数	8,800人
特例廃止に必要な医師の増員数	14,400人

②精神科差別の廃止

< 一般病院の32%の日当点の差別解消には >

現在の精神科入院医療費1兆4千億円に
新たに2兆9千億円近い増額し4兆3千億円の精神科入院医療費
現実の問題として不可能

しかも精神科入院医療費の82%・1兆2千億円近いお金は
先進諸国で廃止した病床に相当するところに使用

< 精神科差別解消の試算 >

	精神科医療費
現在の精神科入院医療費	1兆4,139億円
精神科差別全廃後の入院医療費	4兆2,962億円
その格差	2兆8,823億円

< 精神科特例と精神科差別の解消 ⇔ 病床の大幅削減が不可欠 >

35万床（世界最大の“精神科病床大国”）では
精神科特例と精神科差別の解消は不可能

精神科特例と精神科差別の解消ができないことは
「安かろう・悪かろう」という医療機関としての致命的欠陥の解消も不可能

今日、商売でも“安かろう・悪かろう”では、商売が成り立たない

人生に大きな影響を与える医療で
こころの健康問題が国の最重要課題になっている今日
“安かろう・悪かろう”の解消は喫緊の課題

(7) 予想される3つのケース

今までの精神医療政策が行き詰まる・現状打開に向けた対応が避けられない

第1のケース

＜ 統合失調症の減少を認知症で補う＞
 統合失調症中心から認知症中心の精神科病院
 35万床～40万床の精神科病床体制
 精神科特例や精神科差別の解消は不可能
 精神科医療・精神科病院の問題は温存させる

第2のケース

＜ 精神医療改革に踏み出す＞
 入院中心の隔離・収容で精神科特例と精神科差別を基本とする政策の転換
 21世紀の今日到達している精神科医療と処遇を実現する
 精神の病気や障害があっても、医療支援と生活支援で社会生活を送る
 精神科医療・精神障害者に対する差別の全廃
 精神科病床の8割・28万床は削減し、削減したお金は地域へ移す

第3のケース

＜ 精神科病院の自壊を進め・精神科病床の削減を進める＞
 精神科病床の削減 ⇒ 精神科医療費の削減に直結
 地域で精神障害者を支えるための施策は放置する
 1960年代のアメリカの精神医療改革（脱施設化）の失敗を繰り返す

 ベトナム戦争の激化で精神科医療費も削減
 日本では昨年戦争法を強行可決 ⇒ 軍拡の道が本格的に進み出す
 本格的な社会保障費の削減が狙われている

	2002年	2004年	2012年	ピーク比2012年
精神科医療費	1兆7667億	<u>1兆9506億</u>	1兆8879億	- 627億円
入院医療費	1兆3358億	<u>1兆4859億</u>	1兆3754億	- 1105億円
外来医療費	4,309億	4,647億	<u>5,125億</u>	+ 816億

精神の福祉費500億円

3つのケースの行方 ⇒ 精神医療改革を求める運動の行方

Ⅲ、精神医療改革の展望

精神医療改革 ⇒ お金や人材そしてノウハウが必要

(1) お金と人材とノウハウ

① お金も人もある

< 先進諸国並みの人口万対5床（6万4千床）にすると >

一般病院の3分の1の日当点の格差解消は可能
格差解消した上で、8千億円以上が地域で使用できる

また6万4千床にすると医師の精神科特例も廃止できる
その上で4千人以上の医師を地域に移行することができる

< 6万4千床の精神科病床で試算 >

	現在	6万4千床	地域へ
金額	1兆4,039億円	5,880億円	8,254億円
人員	8,875人	4,267人	4,608人

② ノウハウもある ⇒ 日本にも先進諸国と見劣りしない取り組み

< 1999年 WAPR（世界心理社会的リハビリテーション学会） >

世界の重度精神障害者を地域で支える取り組みのプラクティス（先進的活動）
世界で80ヶ所を認定

日本は

北海道の帯広ケアセンター・埼玉県のやどかりの里
群馬県佐波郡堺町の精神保健活動・東京のJHC板橋・和歌山連の麦の郷、
の5ヶ所を認定。この他にも全国各地で頑張っている
日本は地域精神医療の取り組みは全く経験がない“未知の取り組み”ではない

問題は

施設や取り組みは全国的にみると“点”の状況、点すらない地域も多い

③ トリエステより高い日本のコスト

<精神科医療費と精神障害者福祉費> 「国民医療費」 2011年

総額	精神科医療費	福祉費
1兆9,551億円	1兆9,050億円 (97%)	501億円 (3%)

精神コスト ⇒ 精神科医療費と福祉費の総額を全国民で割った
国民1人当たりのコスト

<精神のコスト比較>

	精神のコスト	対日本比
日本	15,400円 (118ユーロ)	—
伊・トリエステ	10,400円 (80ユーロ)	68%
伊・トリノ	8,060円 (62ユーロ)	53%

(注) (1ユーロ130円で試算)

<日本の精神医療政策>

イタリアより高いコストを有効活用ができない
極めて非効率な費用対効果

<精神科医療費と福祉費の比率>

	日本	トリエステ	トリノ
精神科医療費	97%	6%	14%
福祉費	3%	94%	86%

当事者や家族そして圧倒的多数の国民が望むことは

精神の病気や障害があっても
地域で社会生活を送る

しかし、日本はお金の使い方が時代後れ
そのため先進諸国で常識になっている精神科医療が提供できない

④長期入院者のコスト

< 精神療養病棟のコスト >

日当点は14,500円前後・年間522万円前後の費用必要

精神療養病棟は10万床

精神療養病棟の年間医療費総額 ⇒ 5,220億円

地域で暮らしている精神障害者のコスト

< ②生活保護・アパート利用 >

東京の生保 ⇒ 住宅費込み月額で約15万円・年間180万円
(精神療養病棟の35%)

この人が就労支援施設B型(共同作業所)を利用する
年間204万円(精神療養病棟の39%)

< ②生活保護・グループホーム利用 >

アパートより平均で1日約4,200円程度費用かかる
月額27万6千円・年間331万2千円(精神療養病棟の63%)

就労支援B型を利用すると年間335万2千円(精神療養病棟の64%)

	一人当たりのコスト	10万人分のコスト	療養病棟比
療養病棟のコスト	522万円	5,220億円	基準
アパートでのコスト	180万円	1,800億円	35%
就労B型利用	204万円	2,040億円	39%
GH利用のコスト	331万円	3,310億円	63%
就労B型利用	335万円	3,350億円	64%

この事実は、費用面からみても地域処遇への転換が可能

(2) 精神医療改革の条件

精神医療改革 ⇒ 客観的条件と主体的条件の成熟が必要

< 成熟している客観的条件 >

精神疾患・こころの健康問題 ⇒ 国の戦略的課題
精神科医療の社会的役割が益々高まっている

①社会的基盤を失った精神医療政策

先進諸国で唯一の入院中心の隔離収容政策 ⇒ 先進諸国の“非常識”

先進諸国1ヶ月以内の入院 ⇒ 20万人が1年以上の日本
差別扱いを受ける精神科医療 ⇒ “安かろう・悪かろうの医療

“ 放置できない深刻な人権問題”

②隔離・収容政策の“要”の精神科病院 ⇒ 経営崩壊始まる

現状打開には抜本的改革が不可欠
(認知症に重点を移してもいずれ破綻の道・一時しのぎ)

< 未成熟 ・ 変化している主体的条件 >

時代後れの精神医療政策の転換を求め社会が動き出す

< こころの健康政策構想会議の運動 >

72万の署名集約・1億人を超える国民を代表する地方議会が意見書採択
衆参両院で意見書採択

< 病棟転換型居住系施設反対運動 >

2014年6月26日・日比谷野音で緊急集会3200名参加
集会開催 ⇒ 6月4日夜発案・8日正式決定・ビラ完成12日
初めて3障害が一致して取り組む ⇒ 実行ある障害者権利条約を望む

<マスコミが精神科医療問題を積極的に報道>

2014年 ⇒ 1年間で28紙・87回報道

共通点 ⇒ 今まで少なかった精神科医療の基本問題を報道

先進諸国の平均在院日数18日 ⇒ 日本は20万人が1年以上の入院

2014年7月24日 NHK「クローズアップ現代」
『精神科病院「施設内退院」の波紋で～どうしたら精神科病床は減らせるのか』
視聴率13.9% 2014年「クローズアップ現代」の第2位

6月10日 NHKEテレでは
「60歳からの青春～精神科病院40年をえて」を放映

40年間入院、原発事故で福島精神科病院から転院
知人の紹介で群馬県のグループホームで生活
(視聴者 ⇒ 40年間の入院が必要だったか?)

< 精神の書籍や映画 >

◎ 中村ユキ著「わが家の母ビョーキです」

1年間で10万冊を超える異例のベストセラー

◎ イタリア映画の「人生ここにあり」

銀座の映画館で1ヶ月半以上の上映・全国各地で上映大勢の観客動員

◎ 2012年の「ふるさとを下さい」大勢の人たちが観る

< 身動きができない状況に陥っている精神医療界 >

【 日精協 ⇒ 精神医療界の各団体に大きな影響力 】

こころの健康構想会議や病棟転換型居住系施設反対に対応する動きなし
転換型居住系施設に賛成した複数の職能団体
展望を示せない精神医療界・各職能団体

(3) 求められる大同団結

精神医療改革の最大の問題点 ⇒ 改革を願う人たちが“まとまる”こと

< 何にまとまるか ⇒ 「二重の格差」解消 >

①入院中心の隔離・収容の精神医療 ⇒ 先進諸国の精神医療の“非常識”

明治以来1世紀以上継続中

②一般病院3分の1の医師数（特例）・3分の1の精神科病院の収入（差別）

精神科病院を一般病院と区別し“特殊病院”扱い

【 治療（医療）機関の役割より収容施設の役割 】

小異を脇に置いて大同団結

社会と政治に影響力を与える力が不可欠

①国の精神医療政策の基本問題の改革に迫る運動が弱かった

精神科病院への批判に止まっていた

茶坊主（精神科病院）ではなく殿様（国の精神医療政策）に向けた改革運動

②運動がバラバラ ⇒ 社会や政治に与える力不足

改革を求める主体的条件の成熟化を早急に実現させる

精神科医療を取り巻く新しい変化に相応しい
私たち自身の考え方の転換が必要

改革を願う全ての人に求められている点
評論家的・批判者の姿勢 ⇒ 変革者の姿勢へ

日本の精神科医療は抜本的改革が避けられない時代
歴史的転換期（節目）に立っている