

OECD によると、日本の精神医療は他国に比べて「脱施設化」が遅れているが、いくつかの進展も見られる

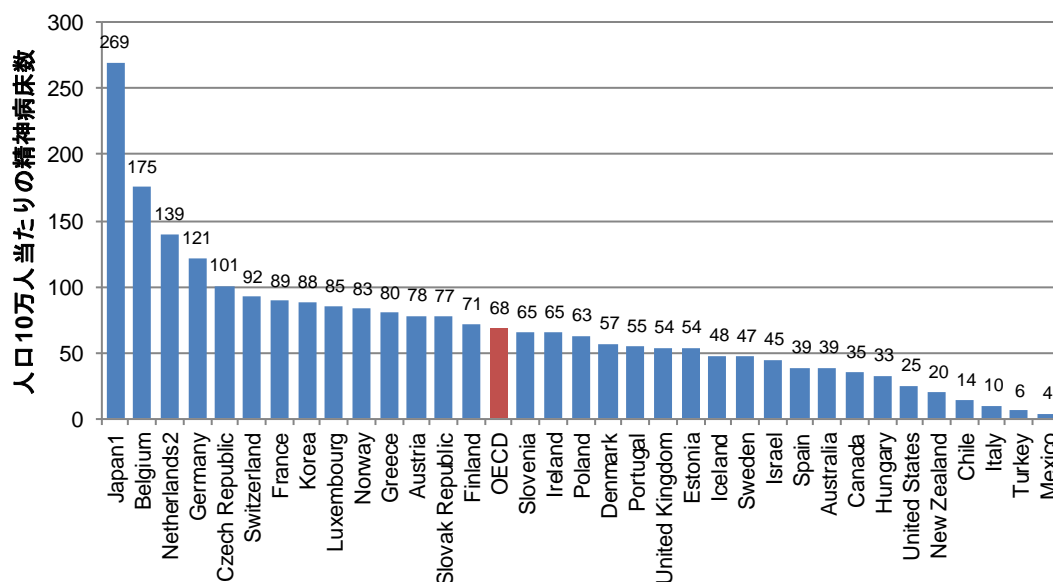
日本の精神医療制度は OECD 諸国の中で、精神病床の多さと自殺率の高さなど悪い意味で突出している。しかし、OECD の報告書 Making Mental Health Count によると、これらの統計は日本の制度のもっと肯定的な部分を隠してしまっている。日本は患者主体の医療に向けて精神医療制度の改革を順調に進めている。精神病床の減少と自殺率の抑制が変革に向けた現在の取組を象徴している。

病院医療がまだ主流だが、明確な変化の兆候が見られる

OECD のほとんどの国では、病院から地域へ医療を移行する「脱施設化」が主要な傾向となっている。この移行は患者主体の医療提供の推進を目的としている。患者は長期入院よりも地域で提供される医療を好むことが多いからである。

日本はこの脱施設化の傾向が遅れており、精神病床数はいまだに OECD 諸国で最も多く、OECD 平均は 10 万人当たり 68 床であるところ、日本は 269 床である。これらの日本の病床の一部は、他の OECD 諸国では精神病床に含まれない「長期入院病床」であることに留意する必要がある。しかしながら、長期入院患者が自宅や地域に戻って、効果的な治療を受けることは出来るはずである。

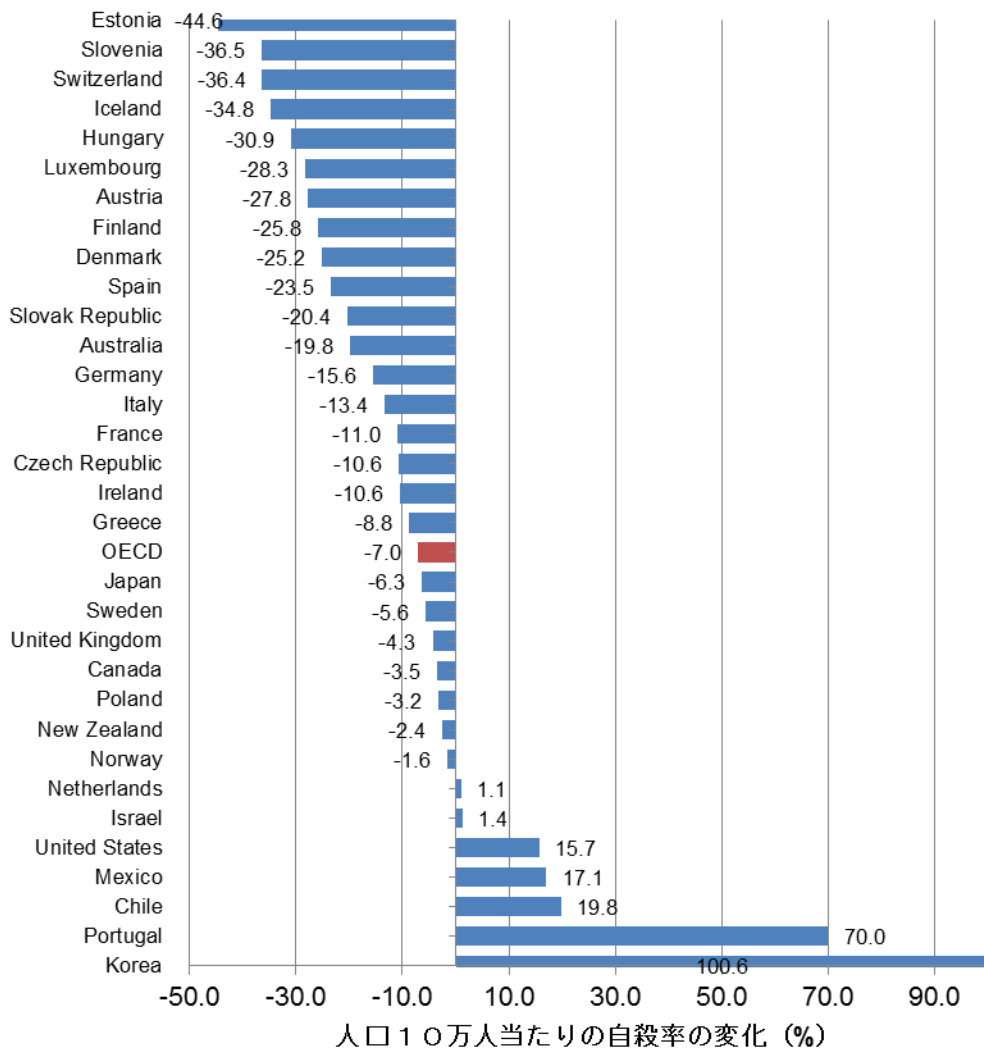
表 1. 人口 10 万人当たりの精神病床数、2011 年または至近年



1. 日本では、多くの精神病床は慢性疾患患者の長期入院に利用されている。
2. オランダでは、精神病床数に、他国では含まれていないであろう社会的ケア用の病床数も含まれている。

日本は他の OECD 諸国に比べて精神医療の改革が遅れているかもしれないが、近年、前向きな変革の兆しがある。精神病床数は 1993 年の 10 万人当たり 290 床から減少している。日本の自殺率は、1990 年代半ば、アジア経済危機の頃に急激に上昇した後、横ばいとなっており、2000 年から 2011 年の間には 6.3% 減少した。それでも自殺率は OECD 平均の 10 万人当たり 12.4 人と比べて日本は 20.9 人であるため、明らかに要注意である。

表 2. 自殺率の変化、2000 年から 2011 年または至近年



軽・中等度の精神疾患への取組が必要

Making Mental Health Count は、日本がうつ病や不安神経症などの軽度または中等度の精神疾患にも注意を向けるべきと提案している。これらの精神疾患の治療への資金投入には、明らかな経済的理由がある。日本のうつ病による経済的負担は 110 億米ドルで、そのうち 69.1 億米ドルは職場でのコスト（うつ病による欠勤や生産性の低下）である。

他の OECD 諸国では総合医がこれらの精神疾患の治療を主に担っているが、日本のプライマリ・ケア制度は発展途上にある。日本は地域医療を担う全ての医療提供者の精神医療分野

での能力向上を検討すべきである。また、日本はオーストラリアやイギリス、ノルウェーで行われているように、心理療法を中心として、軽・中等度の患者のためのエビデンスに基づく広く行き渡った治療プログラムの作成を検討すべきである。

診療報酬制度を活用して変革をもたらす

近年、明らかに日本は精神医療制度の改善に向けて努力してきている。精神医療に関する法制度の改革と併せて、日本は、政策目的の推進のために精神医療提供者への支払いのあり方も変えてきた。

2014年春の診療報酬改定では、地域医療を促進し早期退院を促すため、精神医療分野で数多くの重要な事項が含まれた。例えば退院支援のための精神保健福祉士の配置など、一定の要件を満たした医療提供者には診療報酬の加算が与えられる。

報告書 **Making Mental Health Count** の詳細は www.oecd.org/els/health-systems/mental-health-systems.htm へ。

問い合わせ先: OECD 医療課 [Emily Hewlett](mailto:Emily.Hewlett@oecd.org)
(電話番号: +33 1 45 24 75 10)。

