

附図 ヴィネット事例（左：うつ病事例、右：統合失調症事例）に対する認識度

#### D. 考察

本論文では2004年から2006年までに豪州を訪問した中での普及啓発活動に関する意見交換、関係施設の視察、関連資料の整理、更に豪州で紹介された情報に関するホームページからの詳細な調査などをもとに、現段階で確認できた活動内容についてまとめた。

具体的には、Beyondblue (Ybblue、ORY GEN Youth Health、Compass Strategyを含めて)、MindMatters、Mental Health First Aid、General Practitioner、SANE、Blue page、Mo odGYMなどを紹介した。

その結果、①それぞれの組織および活動には特異性があるものの共通するところも少なくない、②対象者に応じて教材や配布物の種類など様々な工夫や研究がなされている、③様々なツールを用いながら精神保

健に関するプログラムが開発され、学校・企業・メディアなどでの教育と情報提供、そして防止活動が幅広く展開されている、④こうした普及啓発活動は、連邦政府や州政府、民間（NPOなど）の広範な協力体制のもとに積極的に推し進められてきている、ことが明らかになった。

また、こうした啓発の効用については、2002年から暫時的に検証が始められている。例えば今回の「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」における豪州の結果は、まさに普及啓発の活動前と活動後の差異を示すものとしても検討されている。それによると、Beyondblueを導入した州と導入していない州の間では認識度に差がみられ、導入した州では精神疾患に関する認識率が上昇したり援助を求める利点についての確な評価をしたという差を見たことが明らかになっている。次には、うつ病の理

解や疾病に対する偏見に対するコミュニティの見解にも変化を見たという。さらに、セクター内あるいはセクター間のネットワーク体制の確立も見たということがあげられており、こうしたことから啓発活動の具体的な有用性が確認されてきているといえよう。

このような豪州での展開と結果は、日本において将来啓発活動を行う際に重要な示唆を与えるといえよう。例えば、啓発活動を行う際には、対象者の状況に応じた展開が必要であろう。吉岡ら（未発表論文）は、例えば、精神疾患に対する認識率において年代別・地域別、そして学歴別の違いを明らかにしてきている。豪州の啓発活動でも、例えばYbbblueとかORYGEN Youth Healthのように若者を対象とした活動や、職場における教育活動など対象者を絞った啓発活動が行われてきている。豪州で準備あるいは作成されてきた教材を翻訳して、日本仕様にするのも一つの考えではあろう。例えば、プライマリケア医への教育プログラムの開発、若者に焦点をあてた調査、あるいは学校への介入方法、学校における精神保健教育などに大いに参考とすることがある。とはいえ、将来的に的確で継続的なる広範な啓発活動を展開していくには、日本で進行中の精神保健施策システムも十分に考慮に入れながら有効な活動を展開する必要があるであろう。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表

吉岡久美子・中根允文 精神保健の知識と理解に関する研究—一般住民と精神保健福祉士、作業療法士、一般看護師、精神

科看護師との比較検討：日豪共同研究の過程で 長崎国際大学論叢 6巻, pp195-207

2. 学会発表

吉岡久美子・中根允文・中根秀之 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究—豪州における普及啓発活動の展開—日本社会精神医学会第25回大会抄録集, pp59

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文 献

Professor Ian Webster, Chair Australian National Advisory Council on Suicide Prevention

Welcome to the Japanese participants and outline of Australia's approach to suicide prevention (Suicide prevention: Culture, Community and Care: An Australian- Japanese Perspective (25-26 November, 2004)

I. Hickie, E. Scott, H. Morgan, H. Sumich., S. Naismith., T. Davenport, D. HadziPavlovic, J.

Gander (2000): A Depression Management program; incorporating Cognitive-Behavioural Strategies.

I. Hickie, E. Scott, H. Morgan, H. Sumich., S. Naismith., T. Davenport, D. HadziPavlovic, J.

Gander (2000); for Young People and their General Practitioners  
H. Morgan, H. Sumich., I. Hickie, S. Naismith.

J. Gander: E. Scott, T. Davenport (2000);  
Structured Problem Solving and Cognitive  
Therapy for Depression  
Nicole Hight beyondblue: The National Depression  
Initiative (September 2005)  
Tony Jorm: Overview of Programs to Improve  
Mental Health Literacy in Australia (September  
2005)  
URL; <http://www.beyondblue.org.au>  
URL; <http://beyondblue.org.au/ybblue/>  
URL; <http://www.orygen.org.au>  
URL; [http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?  
link\\_id=4.68](http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=4.68)  
URL; <http://curriculum.edu.au/mindmatters>  
URL; [http://www.mhfa.com.au/our\\_team.htm](http://www.mhfa.com.au/our_team.htm)  
URL; <http://www.sane.org/>  
URL; [http://www.mindframe-media.info/about  
/nmmhg.php](http://www.mindframe-media.info/about/nmmhg.php)  
URL; <http://moodgym.anu.edu.au/>  
中根 允文 (2004) 「精神保健の知識と理

解に関する日豪比較共同研究」平成15年  
度 総括・分担研究報告書  
中根 秀之 (2004) 「精神保健の知識と理  
解に関する日本の現況に関する研究」平  
成15年度 総括・分担研究報告書」 pp7  
-16  
中根允文・吉岡久美子 (2005) 「精神保健  
の知識と理解に関する研究-福祉専門職  
志向入学生と20代地域住民との比較検討  
-」長崎国際大学論叢 5 pp249-258  
吉岡久美子・中根允文 (2005) 「精神保健  
の知識と理解に関する研究-福祉専門職  
志向入学生の特徴-」長崎国際大学論叢 5  
pp235-247  
Kumiko Yoshioka, Yoshibumi Nakane, Hideyuki  
Nakane, Yuji Wata (2005) Awareness of the  
General population with regard to depression  
and schizophrenia 18 World Congress of the  
World Association for Social Psychiatry pp251

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究  
分担研究報告書

日豪共同研究成果の精神保健福祉施策における活用  
－オーストラリアにおける精神医療保健福祉サービスの現状と課題－

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者 瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）、立森  
久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）、斉藤治（国立精神・神経セ  
ンター武蔵病院）、澤温（さわ病院）、下野正健（福岡県精神保健福祉センター）、  
宮田裕章（早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科）

研究要旨：【目的】本研究では、オーストラリアの精神医療保健福祉の現状およびオーストラリアの精神保健戦略 (Mental Health Strategy) について、情報交換および施設の視察を実施した。これらにより得た情報を整理することにより、わが国の精神保健改革に有用な情報を得ることを目的とした。【方法】2006年2月13日から17日の期間に、オーストラリア（メルボルン、シドニー）を訪問し、聞き取り調査と視察を実施した。これらの調査から得た情報、調査時の提供を受けた冊子、関連文献および Website で公開されている情報をもとに結果をまとめた。【結果】“Australia’s Mental Health Strategy“ は、1992年に開始された国家規模の精神保健戦略である。当初の計画では5カ年計画であったが、その後も第二次（1998-2003年）、第三次（2003-2008年）と継続して実施されている。この戦略の大きな目的は、(1) 精神保健の推進と障害の予防、(2) 障害による影響（インパクト）の軽減、および(3) 精神障害者の権利の保障、の3つである。この目的は第一次から第三次の現在に至るまで一貫しており、これらの成果は継続的にモニタリングされていた。精神保健戦略のここまでの成果としては、精神保健関係の予算、特に地域への予算配分が増えたこと、急性期でない病棟を削減し地域ケアへと移行したこと、利用者の満足度の収集や、利用者を運営に参画させる施設が増えたこと、などがある。オーストラリアの精神保健福祉の課題としては、州によって達成度が異なっており、特に地域ケアについて格差が生じていること、入院病床が削減されすぎたことで運営における退院への圧力が高く、必要な治療が十分には提供されないままに退院となるケースが存在すること、などが挙げられた。そのため今後の戦略として実際に、救急病棟の後方病床を増加させる試みも始まっている。

【考察】精神保健を取り巻く制度、状況、歴史などが異なるため、個々の具体的な取り組みの事例全てをそのままわが国に取り入れることは難しいが、大いに参考となる点も多いと思われる。例えば、地域中心の精神保健サービスに移行した際

の経験や、改革の過程のモニタリングの手法などについては、今後さらに詳細な情報交換を行う価値があるであろう。また、政府間協力によって、その国の精神保健福祉サービスの仕組みのより正確な情報を入手できると考えられ、このことを他の国にも広げていくことで、わが国の改革に有用な情報を蓄積することが期待される。

#### A. 研究目的

1998年の日豪共同研究の積極的推進、官民の専門家グループ会合の開催など6項目の合意をもとに、日豪保健福祉協力の共同研究が開始された。2001年からは、その第二段階として「精神保健」をテーマに共同研究が実施されている。本研究では、その一環としてオーストラリアを訪問し、精神保健の分野において両国が必要としている情報の交換を行ってきた。

オーストラリアでは、1992年より、精神保健戦略 (Australia's Mental Health Strategy) と称して、国家規模の改革を推進している。当初5カ年計画であったが、その後も第二次 (1998-2003年)、第三次 (2003-2008年) と継続して実施されている。

本研究では、精神保健戦略およびオーストラリアにおける精神保健福祉の現状と課題について情報交換および視察を行った。これらの情報を整理することにより、わが国の精神保健改革に有用な情報を得ることを目的とした。

#### B. 研究方法

2006年2月13日から17日の期間に、オーストラリア (メルボルン、シドニー) を訪問し、聞き取り調査と視察を実施した。訪問先の機関は以下のとお

りである。St. Vincent mental health service (公的総合病院の精神科病棟)、The Melbourne clinic (民間単科精神科病院)、Mental health branch, Department of human services (ビクトリア州政府)、Footbridge community care unit (地域ケアユニット)、Hawthorn community mental health service (地域アウトリーチサービスの拠点)、St. George's hospital (公的高齢精神障害者病棟)、Bromham place (NGOのクラブハウス)、Sydney clinic (民間単科精神科病院)、Rozelle hospital (公的精神科病院)、Mindmatters office (小中学生への精神保健の普及啓発)、Brain & Mind research institute, Sydney university (シドニー大学内の研究機関)。

本報告書は、これらの聞き取り調査から得た情報、調査時の提供を受けた冊子、関連文献および Website で公開されている情報をもとにまとめた。

(倫理面への配慮)

本研究は、公的機関を対象とした聞き取り調査、すでに公表されている冊子や論文、Website 上の情報をもとにまとめたものであり、個人情報等、倫理上問題となる内容は含まない。

#### C. 研究結果

1. オーストラリア国および保健福祉

## 制度の概要

人口は約 2000 万人であり、最も人口密度の低い国の一つである。5 人に 1 人は豪州以外の国の出身という多民族国家である。国土は 8 つの州及びテリトリー（以下、州）に分かれ連邦制を採用している。連邦政府の他、各州にそれぞれ政府があり、独自の法律を持つ。連邦政府は所得税および GST（Goods and Service Tax; 物品サービス税）を集める。

連邦政府は直接のサービス提供は行わず、各種の予算を提供するとともに Australia's National Mental Health Strategy（後述）の調整を行っている。また各種指標のモニタリングを実施している。

1984 年から Medicare という公的医療保険制度が施行されており、公的医療の医療費および民間医療の医療費の一部はこの制度によりカバーしている。Medicare は税金を財源とするもので、公的医療は Medicare により無料で提供されている。そのうち、ヘルスケアにかかる費用の約 7% が精神障害者によって使用されている。

各州政府は公的ヘルスケア（公的病院、地域サービス、健康増進および疾病予防）に関する責任を負い提供する。

各州がどのように精神保健サービスを提供しているか、についての例として、視察を行った Victoria 州について説明する。Victoria 州では州を 21 のエリアに分割している。St. Vincent 病院はそのエリアの 1 つを担当する病院である。州は病床数の確保やコミュニテ

ィケアの提供を条件に St. Vincent 病院に補助金を交付する。St. Vincent 病院はその補助金をもとに精神保健サービスを提供するが、人員配置など、どこに予算を多くかけるかについては一定の裁量権を有している。

以上の公的セクター以外にも、サービスの提供主体として private セクターが存在する。医師の診察では公定医療費の 85% を Medicare が負担するが、それ以外の費用は自由に設定できる。Private hospital への入院費用は、医師の診察の 85% を除き自己負担であるが、民間の保険に加入している場合はその大部分を保険会社が負担する。患者が Private セクターに診てもらおう場合、どこで誰に診てもらおうかは患者の選択である。民間病院は株式会社による再編が進んでおり、3 社ほどの大きなグループが存在している。今回視察した Melbourne clinic および Sydney clinic はともに Healthscope という株式会社に属している。Healthscope は 46 の病院を持ち、420 床の精神科病床を持つ。

## 2. オーストラリアの精神保健戦略の概要

“Australia's Mental Health Strategy”は、1992 年に開始された国家規模の精神保健戦略である。様々な調査により権利の濫用・侵害が明るみに出てケアシステムの内での不適切な状況が判明したことがその契機であった。当初の計画では 5 年計画であったが、その後も第二次（1998-2003 年）、第三次（2003-2008 年）と継続して実施され

ている。第一次から第二次の10年間で国家としての精神保健政策を明確にし、入院医療システムからよりバランスのとれたサービス分配システムへと移行が進められた。

この戦略の大きな目的は、(1) 精神保健の推進と精神障害の予防、(2) 障害による影響（インパクト）の軽減、および(3) 精神障害者の権利の保障、である。当初は急性期を念頭においていたが、現在ではより広い対象を念頭においている。この点を除いて、以上の目的は現在も一貫して同じである。これらの計画の成果は継続的にモニタリングされている。オーストラリア連邦政府は、州・準州へ、「改革とインセンティブ」の助成金を交付する。国家目標の実現に向けて進むことは州と準州の合意するところであり、オーストラリア連邦政府の発行する白書（The National Mental Health Report）に、「合意されたことを実行したか」、「何を、どのように、いつ実行したか」など毎年の進展具合を報告している。

第一次（1992-1997）では重症の精神障害に重点を置き、公的な精神保健サービスを、以下のような方向へと導くことに力点が置かれていた。

- ・ より地域をベースとした複合サービスの提供
- ・ 精神保健サービスの向上および一般保健サービスへの統合（mainstreaming）
- ・ 単科精神病院に依存している状況を改善
- ・ サービスの応答性および消費者の

権利（consumer rights）の尊重の向上

第二次では、第一次の目的を継承しつつも、精神保健の推進、精神障害の予防、公的な精神保健セクターと他のセクター（民間の精神科医、GP、一般科、救急サービス、NPO など）との協力によるサービス改革、およびサービス提供の質と効率の改善を新たな目的として実施された。

第三次でも、これまでの目的を継承するとともに、下記の4つの点を主な目標としている。

- (1) こころの健康づくりと精神保健上の問題（自殺を含む）と精神障害の予防
- (2) （特にサービスへのアクセス、ケアの継続性、家族や介護者への支援についての）サービス提供への責任を強化
- (3) サービスの質の強化
- (4) 調査研究の振興・イノベーションの推進・持続力の育成

### 3. オーストラリアの精神保健戦略の成果

2005年にオーストラリア連邦政府が報告した、National Mental Health Report 2005（NMHR2005）は、過去10年（1992/93-2002/03）の取り組みを振り返る内容となっている。NMHR2005の主要な図を資料1に示し、概要を記述する。

精神保健への支出は1993年の約20億オーストラリアドル（A\$）から、2003年には69%増加し約33億A\$となった

(図1)。ただし保健全体における精神保健の支出割合は約7%でほぼ横ばいである。国民1人あたりの予算は州政府が約100\$、連邦政府が約60\$という計算になる。1993年は入院への支出が71%を占めていたが、2003年には地域と入院で半々と地域への割合が大幅に増えていた(図2,3)。ここに示されている“ambulatory service”とは、病院及びクリニックの外来部門、訪問型サービス、デイプログラムなど、地域で暮らす患者に提供されるサービス全般を指す。

精神保健戦略では病床数を大幅に削減したが、病床数の減少という現象自体は1965年ごろからすでに始まっていた(図4)。精神保健戦略のねらいは、計画的とはいいがたい病床の減少をより計画的なものとするにであった。したがって1993年以後は、急性期でない病床が主に減少しており、急性期病床はわずかであるが増加している(図5)。また病床の減少は主として単科精神科病院の閉鎖によるものであり、急性期入院治療の役割は総合病院の精神科に移されていった(図6)。

これらの転換の結果、図7に示すように、単科精神病院への支出が減り、総合病院や地域ケアへの支出が増えている。地域ケアの人員配置も93年と比較して約2倍になっており、常勤換算で人口10万人あたり37人である。しかし州によって値はばらつきがあり、州間の格差は広がる傾向にある(図8)。

精神保健戦略の大きな柱として利用者の権利の尊重や、サービスの質の

向上が挙げられているが、その結果、利用者を施設の運営に参画させている施設が増え(図9)、利用者の満足度評価を収集している施設も大幅に増えている(図10)。

精神保健戦略は当初は公的病院を対象にしたものであったが、第2次計画からは民間病院の重要性を理解し、協力することを目的と挙げている。private hospitalの10年間の変化を図11に示す。病床数は1727とまだ少ない水準を保ってはいるものの、93年と比較し、病床数、人員配置等の指標は大幅に増えている。特に日帰り入院で治療プログラムを受ける患者が増加している。民間病院の中には在宅で医療をうけるサービスを始めているところもあるが、それらに関するデータはまだ得られていない。

#### 4. オーストラリアにおける精神保健の普及啓発活動

こころの健康づくりと精神保健上の問題の予防は、特に第3次精神保健戦略において主な目標とされている。この面で、精神保健を「社会全体の関心事」とするためには、以下の取り組みによる継続的努力が必要であると述べられている。

- 成功した試験事業の定着化
- 特にメディアをターゲットとしたスティグマの減少を図る
- 精神保健に対する理解を促進する新しい精神保健リテラシー政策
- 職場での精神保健上の問題の予防にむけた労働組合や従業員との協



## 調

以下にこころの健康づくりと精神保健上の問題の予防において実際に使用されている資源の具体例を示す。

### 1) 精神保健リテラシー

国民の精神保健リテラシーを向上するために、代表的な精神障害別に、その障害がどのようなものであるかを、わかりやすくかつ根拠に基づいた形式で解説している冊子などが用いられていた。表紙や内部のデザインひとつとっても、手に取って読む気にさせる資料を作成しようという意図がうかがえた。このような冊子はどの施設に行っても誰でも手に取りやすい位置に置かれていた。

### 2) MindMatters

MindMatters は、学校組織に所属する人々の精神衛生の向上および保護を目的に、中等学校（日本の中高にあたる）むけに 1999 年に開発された精神保健プログラムである。2000 年より豪州の全中等学校に配布され、85%の学校、計 65,000 人が実際に利用している。2 日間の教員への専門的な訓練が無料で提供される。

MindMatters の特徴としては、いつでもどんなときでも適用できるユニバーサルアプローチであること、resilience（復元力、回復力）に注目していること、学校全体で取り組むこと、カリキュラムの例があること、学校ごとに適用することが可能なこと、健全な教育がなされること、精神保健についてのトピックも多く含んでいること、教育と well-being の両方を達成すること、

専用の website があること（[www.curriculum.edu.au/mindmatters](http://www.curriculum.edu.au/mindmatters)）、などである。

MindMatters が伝える主なメッセージは、well-being に全力を注ぐこと、学校全体で取り組むこと、resilience を探求すること、つながっていることの重要性、安全・信頼・助けを求めることに焦点を当てること、地域との連携、である。

また教員への支援のための staff matters、ニーズの高い子ども向けの MindMatters plus もある。

### 3) beyondblue

“beyondblue”とは、うつ・不安・薬物乱用障害に取り組んでいる政治的に中立な特定非営利活動法人（Not-for-Profit Organisation: NPO）である。この組織は、うつとうつに対する誤解を解消・啓発を目的として 2000 年に設立された。うつの人々だけでなく健康サービス、学校、職場、大学、メディア、地域組織とも共同で、うつ病関連知識の啓発向上に取り組んでいる。

主要事業内容は、下記の五つである。

- (1) うつ・不安とそれに関連した薬物使用障害に対する地域社会での知識向上を目指し、これら健康問題に対する誤解を解消することに取り組んでいる。
- (2) うつ者とそのケアに当たっている者に対し情報・補助・効果的治療が入手可能であることを伝える。健康指針・政策の立案者に対し、うつ者の生活上の経験やニーズを伝

える。

- (3) うつの防止・早期治療プログラムを提供する。
- (4) 一般開業医やその他健康問題の専門家にうつ対策に対する高度トレーニングとサポートを提供する。
- (5) うつ関連調査のサポート・実施。

## 5. オーストラリアの精神保健福祉の現状

結果3にも述べたように、2003年の精神保健の予算は約33億A\$であり、約半分を地域ケアに用いている(図1)。

精神科病床は2003時点で公的ベッドが6073床、民間ベッドが1727床である。公的精神科病床のうち、成人(18-64歳)が70%、高齢者(65歳以上)が18%、児童思春期(18歳未満)が4%、司法病床が8%である(図12)。年齢群別の人口10万対の病床数、24時間型ケア住居数を表1に示す。すべての病床をあわせると、病床数が人口10万対30.7、24時間型ケア住居ベッド数が7.1となる。成人に限ってみると、急性期が23.4、急性期以外の病床が10.4、24時間型ケア住居が5.0、その他に司法病棟が3.2となっている。居住型ケアは24時間でないものも入れると10万対11となるが、州の間はばらつきが大きく、州によっては約25倍もの開きがある(図13)。入院一日あたりのコストは500A\$強である(図14)。

居住型以外の地域ケアも増え、人口10万対の常勤換算のスタッフ数は37人となっている(図8)。NGOの活用も進んでおり、規模は大小様々である

が、全国で440カ所のNGOが国の支援を受けサービスを提供している。精神保健への予算のうち約6%がNGOに対して使われている。

2003年の統計では民間病院は精神科病床の22%、1727床を担っている。46の病院のうち23は単科精神科病院で病床数の75%を占める。民間精神科病院ではデイプログラムに参加する日帰り入院患者が増えてきている。

実際に提供されているサービスモデルの例として、今回視察したVictoria州の精神保健システムの概要について説明する。Victoria州はオーストラリアの精神保健戦略で比較的成功的な州と考えられ、地域への移行が良好に実施できたVictoria州のシステムを参考にすることは日本における改革推進に有用であると考えられる(資料2参照)。

ビクトリア州では州を21のキャッチメントエリアに分け、それぞれのエリアに、人口を基本として、貧困率、高齢化率、民間サービスの有無などを考慮して予算の配分を決定している。一つのキャッチメントエリアの人口は約22万人である。

急性期入院ユニットは1エリアにつき20-25床ある。視察したSt. Vincent病院の精神科がその中の一つである。スタッフは約30人、平均在院日数は15日程度である。入院費用(hospital fee; 医師による診察は別料金)は1日約400A\$がmedicareから支払われる。公的病院では個人負担はない。

急性期病棟の後方病棟としてSecure Extended Careがあるが、Victoria州に

は2つしかなく、1エリアで利用できる数は5床程度と限られている。今後さらに増やす予定である。Secure Extended Care は重度な患者が入る施設で、自立した生活を送るための集中的リハビリテーションを行う。在院日数にはばらつきがあるが、典型的な患者は3-4カ月入院する。

民間病院には任意入院の患者のみが入院できる（Queensland 州では強制入院も受け入れている）。入院費用については、最初の2週間は1日500A\$が保険会社あるいは自費で支払われる。15-18日目は450A\$、19-21日目は400A\$と遞減されていく仕組みである。集中治療ユニットは700A\$である。視察した Melbourne Clinic では入院患者の約70%がうつ病であった。他には双極性障害、不安性障害、統合失調症が約10%ずつ在院していた。平均入院日数は約20日である。摂食障害のための入院プログラムも行っている。これらは病院ではあるが、医師が24時間いる必要はなく、夜間は呼び出されたときにかけて対応する。民間精神科サービスは大都市に偏っていて、地方住民にとってはアクセスが悪いという課題がある。

地域ケアユニット（Community care unit: CCU）は長期滞在型の居住施設で約25床の24時間ケア型集合住宅である。地域で自立した生活を送ることのできない患者にリハビリテーションのサービスを提供する。平均滞在期間は1-2年である。視察した Footbridge では2-3人がキッチン付きの家に住んでい

た。中央に管理棟があり、20人のスタッフが交代で24時間常駐する。夜間は2人体制である。

精神科トリアージュは救急部門にあり、24時間365日サービスを提供している。スタッフは後術するCATSチームが兼ねている。紹介はどこからでも受けつけ、ニーズに基づいてトリアージュする。

Crisis Assessment and Treatment Service (CATS) は、危機的状況における短期間の内科・外科を含むアセスメントと介入を行うサービスである。多職種からなるチームで日勤帯は4-6人が勤務している。精神科トリアージュとしても機能しており、アセスメントに基づいて適切なサービスへ紹介する。短期間の在宅における治療も行う。

Community Care Team (CCT) はケアマネジメントに基づくサービスで、20人の多職種チームからなる。主にクリニックでサービスを提供するが、訪問も行う。スタッフ一人あたりのケースロードは25-35人で全体として300-400のアクティブなケースを対象としている。勤務時間は週5日8:30-17:00である。アセスメント、治療、リハビリ、心理療法などの介入を行う。精神科病棟との連携も密に行っており、ケースワーカーが病棟を訪問することでケアの継続性を保っている。

Mobile Support and Treatment Service (MSTS) は重度の障害をもつ患者への訪問型サービスであり、週7日、8:30-20:30にわたりサービスを提供する。精神科医を含む10人程度の多職種

チームからなる。ケースロードは8-10人である。対象者は、ニーズが高く、頻回入院で、治療への抵抗性が高い患者である。居宅に訪問して治療、心理教育などを実施する。初発精神病患者への早期介入も行う。ケースマネジメントは個人及びチームで行う。

Homeless Outreach Psychiatric Service (HOPS) は精神障害をもつホームレスへのサービスである。彼らの生活場所に訪問し、心理社会的治療を含む介入を行う。キャッチメントエリアを越えてサービスを提供することができる。

その他に、キャッチメントエリアごとに児童思春期および高齢者へのサービスがある。また、Victoria州全体のサービスとして、司法病棟、Dual Diagnosis (精神障害と薬物アルコール)、Dual Disability (精神障害と知的障害)、摂食障害、人格障害、神経障害、脳障害、母子などを対象としたサービスがある。

## 6. オーストラリアの精神保健福祉の課題

1993年の改革開始より10年以上がたち、いくつかの文献がその課題を指摘し始めている(資料3、資料4の抄訳参照)。以下に、それらの文献や、聞き取り調査から得た課題についての情報をまとめる。

Whitefordら(2005)(資料3)は、州の間で精神保健に費やす予算が異なるため、提供されるサービスの水準に格差があることを指摘している。そのため治療のアウトカムの評価の妥当性

を高めアウトカムの価値の重要性を見直す必要があること、改革による変化は迅速かつ充分であるかが重要であり、実際にはサービスへの期待も高まっているのに現状はそのニーズを満たしていないことを述べている。そして費やされた予算に見合ったアウトカムを得ることが重要な点である、と結んでいる。

Hickieら(2005)(資料4)は、アクセスの悪さや早期介入がうまくできていないことなどを課題に挙げ、精神保健戦略が標的とすべき以下の5つの目標を提案している。

- 精神障害者の60%がいかなる12カ月間においてもケアを提供されるようになる(現在38%)。
- 精神障害に起因する国の障害コストを27%から20%に削減する。
- 精神障害に起因する国の15-34歳における障害コストを60%から40%に削減する。
- 精神的な理由による障害支援年金受給者の仕事参加率を29%から60%に増大させる。
- 全国的な自殺率を人口10万人に対し11.8から8に減少させる。

Victoria州政府が示した、これからの精神保健施策の次の5年間の課題としては、サービスの容量を高めること、新しいタイプのサービスを提供すること、予防と早期介入を促進すること、熟練したスタッフを養成すること、利用者の参加を促進すること、保護者の参加を促進すること、が挙げられている。これらの課題に対応するものとし

て、急性期病床を増やすこと、亜急性期のベッドを増やすこと、GP の教育をすること、などを約束している。

#### D. 考察

各種資料や視察を元にオーストラリアの精神保健戦略の概要とその課題について記述した。

“Australia’s Mental Health Strategy”は、1992 年に開始された国家規模の精神保健戦略である。当初の計画では5カ年計画であったが、その後も第二次（1998-2003年）、第三次（2003-2008年）と継続して実施されている。この戦略の大きな目的は、(1) 精神保健の推進と障害の予防、(2) 障害による影響（インパクト）の軽減、および(3) 精神障害者の権利の保障、の3つである。この長期間の計画において、当初から一貫した目的で実施している。また、定期的にモニタリングを実施し、毎年その結果を公表している。わが国で改革を進める際にも、一貫した目的の設定のもとで計画を進め、定期的にモニタリングし、結果を分かりやすい形で公表することが必要とされると思われた。

精神保健戦略のここまでの成果としては、精神保健関係の予算、特に地域への予算配分が増えたこと、急性期でない病棟を削減し地域ケアへと移行したこと、利用者の満足度に関する情報の収集や、利用者を運営に参画させる施設が増えたこと、などがある。注目すべき点として、その間に予算が減ったわけではなく、逆に1.7倍に増えて

いる。また、地域への移行が比較的スムーズに行われた Victoria 州では、一定期間の間、病院へも地域へも両方に予算を出し、地域のサービスの充実を図ったという話であった。サービスの質を高めるために、利用者の意見を聞いたり、運営に参加させることは意義があると考えられる。日本ではこの部分はまだ十分に浸透しているとは言いがたく、今後さらに進めていく必要がある。

オーストラリアの精神保健改革は、完全に終了したわけではなく、未だ改革の途上であり、多くの課題が挙げられている。主なものとしては州によって達成度が異なっており、特に地域ケアについて格差が生じていること、入院病床が削減されすぎたため退院への圧力が高く、必要な治療が十分に提供されないままに退院になるケースがあること、などがある。実際に、救急病棟の後方病床を増加させる試みも始まっている。注意をしていたにも関わらず病床を減らしすぎた、と言う点は重要な点であり、改革が進み始めると一気に進んでしまう危険をはらんでいることが示唆されている。政府の担当者のお話では、せめて土地だけでも確保しておくべきであった、とのことであった。我が国においても、ただ病床を削減するのではなく、現在の資源を有効活用し、地域ケアに転換させていく仕組みが必要であると考えられた。

オーストラリアの精神保健戦略は、以上のように、多くの成果を達成するとともに、いくつかの解決すべき課題を抱えている。しかし、オーストラリ

アの精神保健戦略は5年ごとの見直しのたびにその課題を乗り越えようと努力することにその特徴があると考えられた。

精神保健についての普及啓発活動には日豪の間でかなりの隔りがあることが感じられた。結果で示したMindMatters や beyondblue の取り組みは画期的なものであり、日本でも取り入れる価値はあると感じられた。MindMatters についてはすでに国際的に使用されており、ドイツなどでも活用し始めているとのことであった。それらだけではなく、各障害についてのパンフレットもカラーの立派なものがどこの施設にも置かれていた。また、オーストラリア連邦政府や、各州のホームページを閲覧しても、精神保健戦略など政策の説明や、National Mental Health Report のような改革の結果などを分かりやすくまとめたものが簡単にダウンロードできるようになっており、このようなことも普及啓発には欠かせないのではないかと感じられた。また日本と違う点としてGP制度があげられる。オーストラリアでは精神科等の専門医療を受けるにはまずGPを受診する必要がある。精神保健戦略では、GPへの精神保健についての研修を積極的に推進しており、このことも国民全体の精神保健のリテラシーの向上に役立っていると感じた。

今後も両国が精神保健に分野において密接に情報を交換していくことにより、オーストラリアの精神保健改革の長期的な成果を踏まえた上で、わが

国の精神保健改革の参考とすることが必要であろう。この関係を維持することにより、これからのわが国が精神保健改革の経験を、オーストラリアにフィードバックすることも可能となり、両国間の利益となると思われる。また、政府間協力によって、その国の精神保健福祉サービスの仕組みのより正確な情報を入手できると考えられ、このことを他の国にも広げていくことで、わが国の改革に有用な情報を蓄積することが期待される。

#### E. 結論

オーストラリアにおける精神保健戦略および精神保健福祉サービスの現状及び課題の概要を把握することができた。精神保健を取り巻く制度、状況、歴史などが異なるため、個々の具体的取り組みの事例全てをそのままわが国に取り入れることは難しいが、大いに参考となる点も多いと思われる。例えば、地域中心の精神保健サービスに移行した際の経験や、改革の過程のモニタリングの手法などについては、今後さらに詳細な情報を交換する価値があるであろう。また、政府間協力によって、その国の精神保健福祉サービスの仕組みのより正確な情報を入手できると考えられ、このことを他の国にも広げていくことで、わが国の改革に有用な情報を蓄積することが期待される。

#### 参考文献

Australian Health Ministers. National Mental Health Plan 2003-2006. Australian

Health Ministers. 2003.  
Department of Health and Ageing.  
National Mental Health Report 2005:  
Summary of Ten Years of Reform in  
Australia's Mental Health Services under  
the National Mental Health Strategy  
1993-2003. Commonwealth of Australia,  
Canberra. 2005.

Department of human services. New  
directions for Victoria's mental health  
services. Victorian government, Melbourn.  
2002.

Hickie, IB, Groom, GL, McGorry, PD,  
Davenport, TA, Luscombe, GM.  
Australian mental health reform: time for  
real outcomes. The Medical Journal of  
Australia. 182, 401-406. 2005.

Whiteford, HA, and Buckingham, WJ.  
Ten years of mental health service reform  
in Australia: are we getting right ? The  
Medical Journal of Australia. 182,  
396-400. 2005

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予  
定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

National Mental Health Report 2005 : Summary of Ten Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2003.からの図表の抜粋

National expenditure on mental health by the three main funders

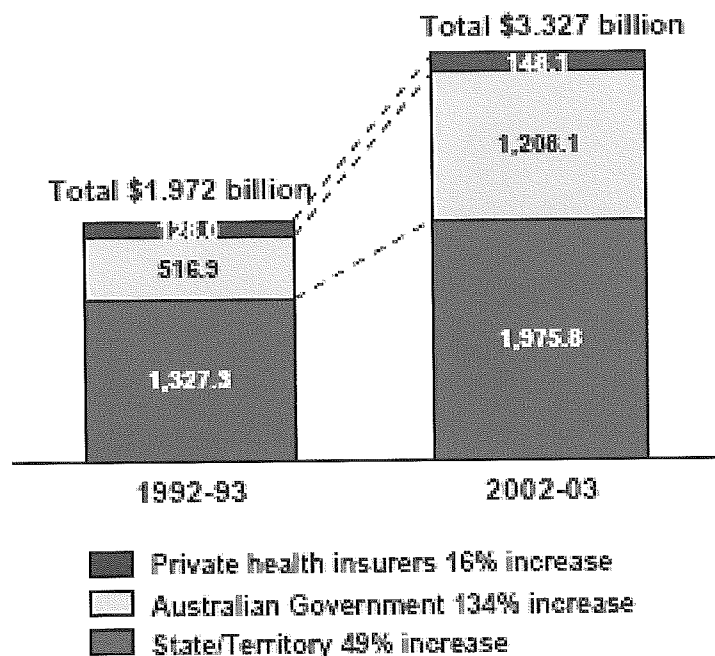


図 1 精神保健への支出額

Allocation of funds across community and inpatient services

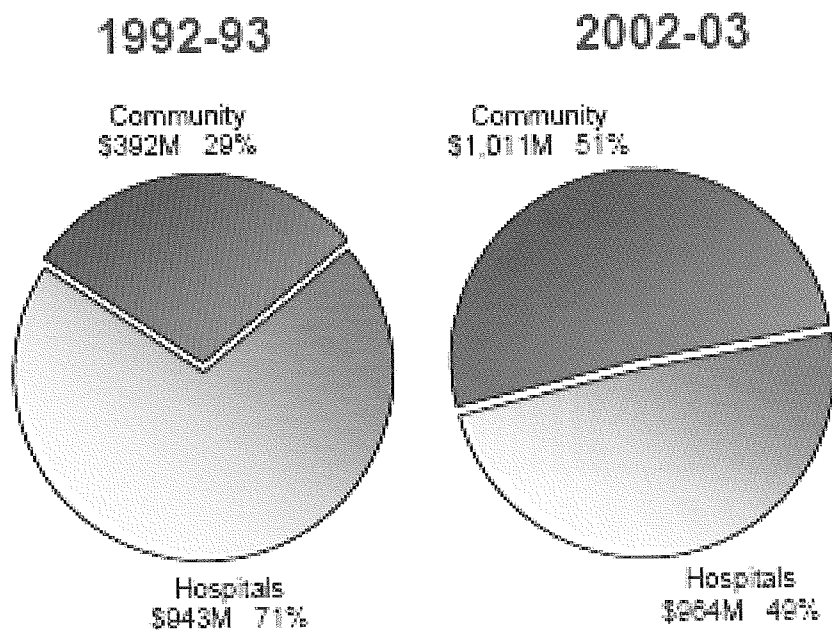


図 2 入院と地域ケアの支出額の割合



### How 2002-03 spending was distributed

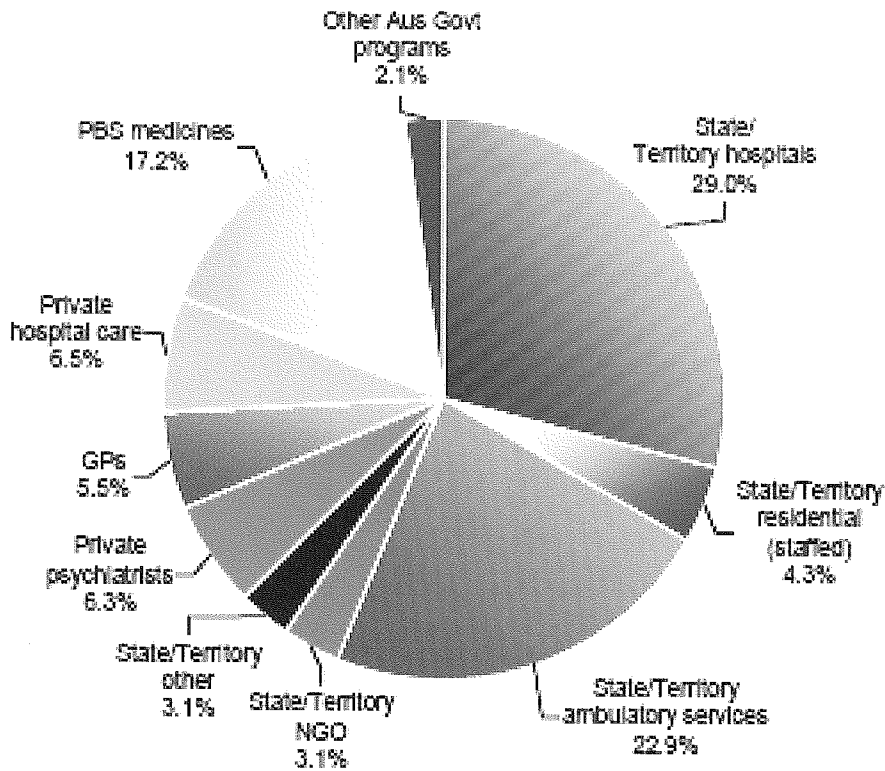


図3 どのように支出されたか

### Number of psychiatric inpatient beds: Pre- and post- National Mental Health Strategy

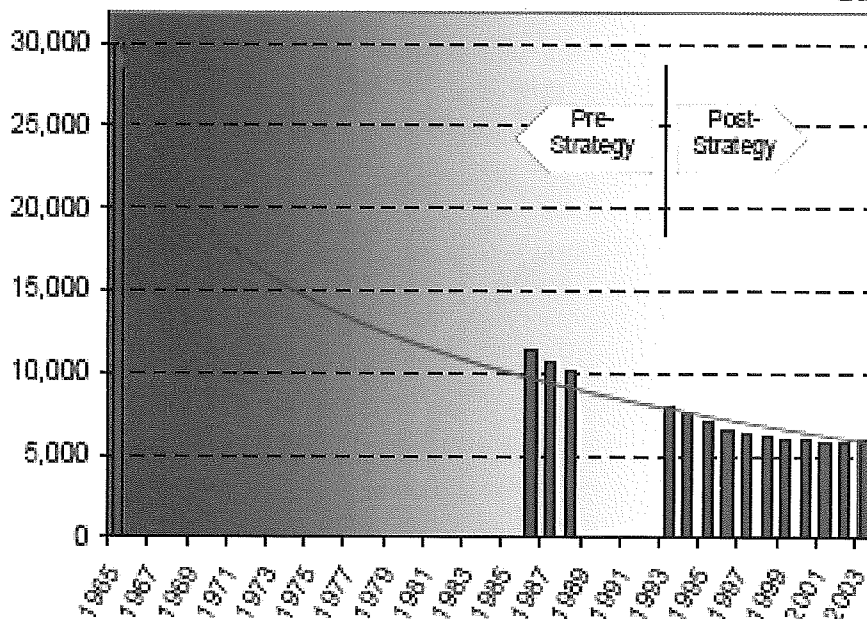


図4 精神保健戦略前後の精神科入院病床の変遷

Number of acute and non acute inpatient beds

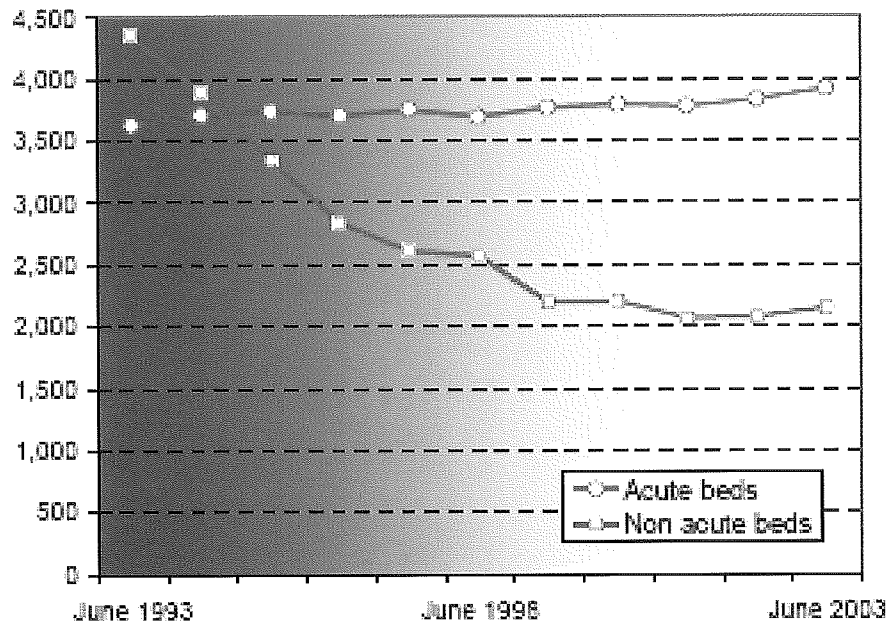


図 5 急性期病床と非急性期病床数の変遷

Percentage of acute psychiatric beds located in general hospitals

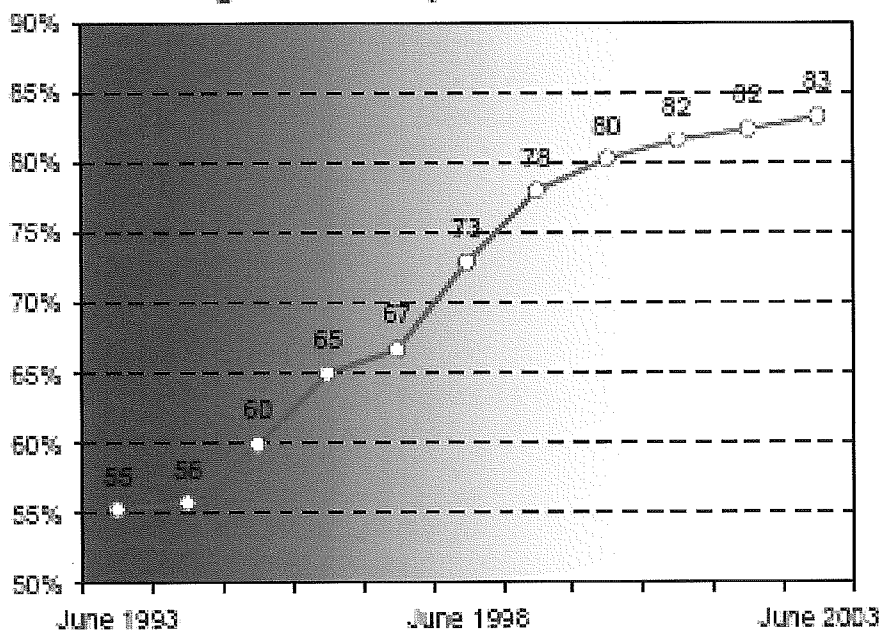


図 6 総合病院にある急性期病床の割合

# Expenditure on stand alone psychiatric hospitals, community services and general hospital units 1993 and 2003

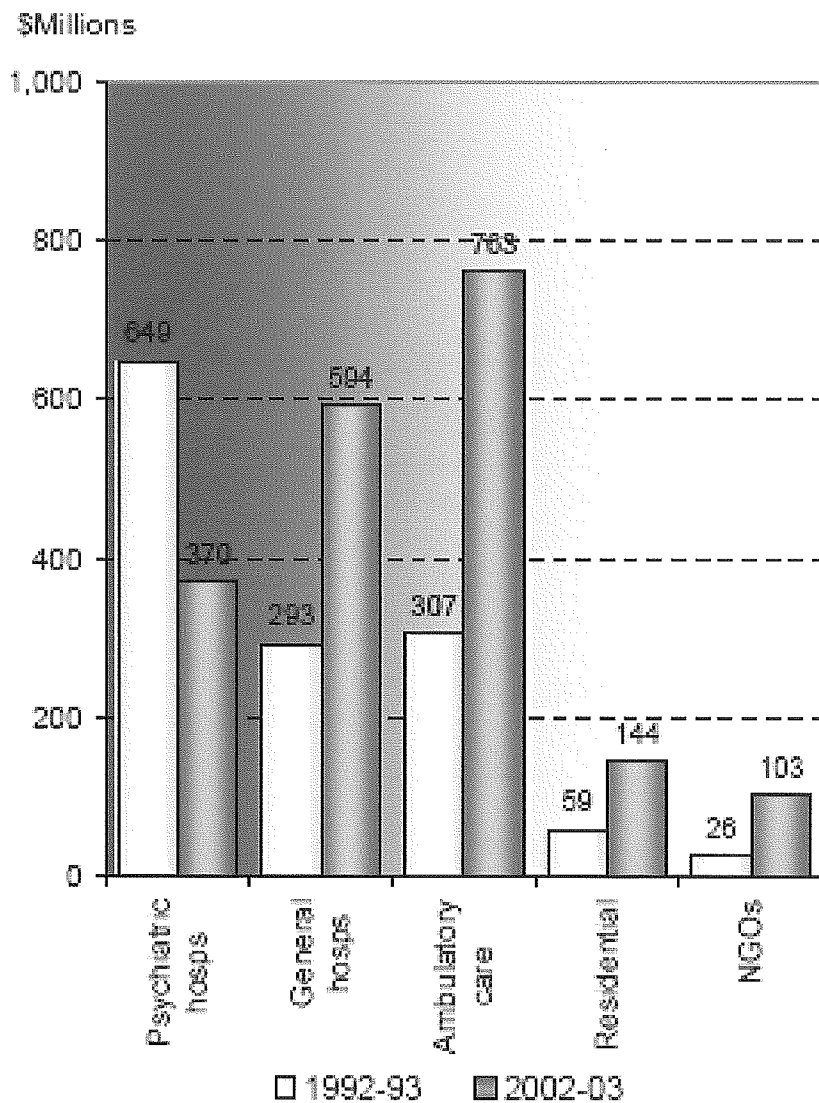


図7 単科精神科病院、総合病院の精神病床、地域ケアへの支出の変遷

Clinical staff employed in ambulatory care  
mental health services per 100,000 population

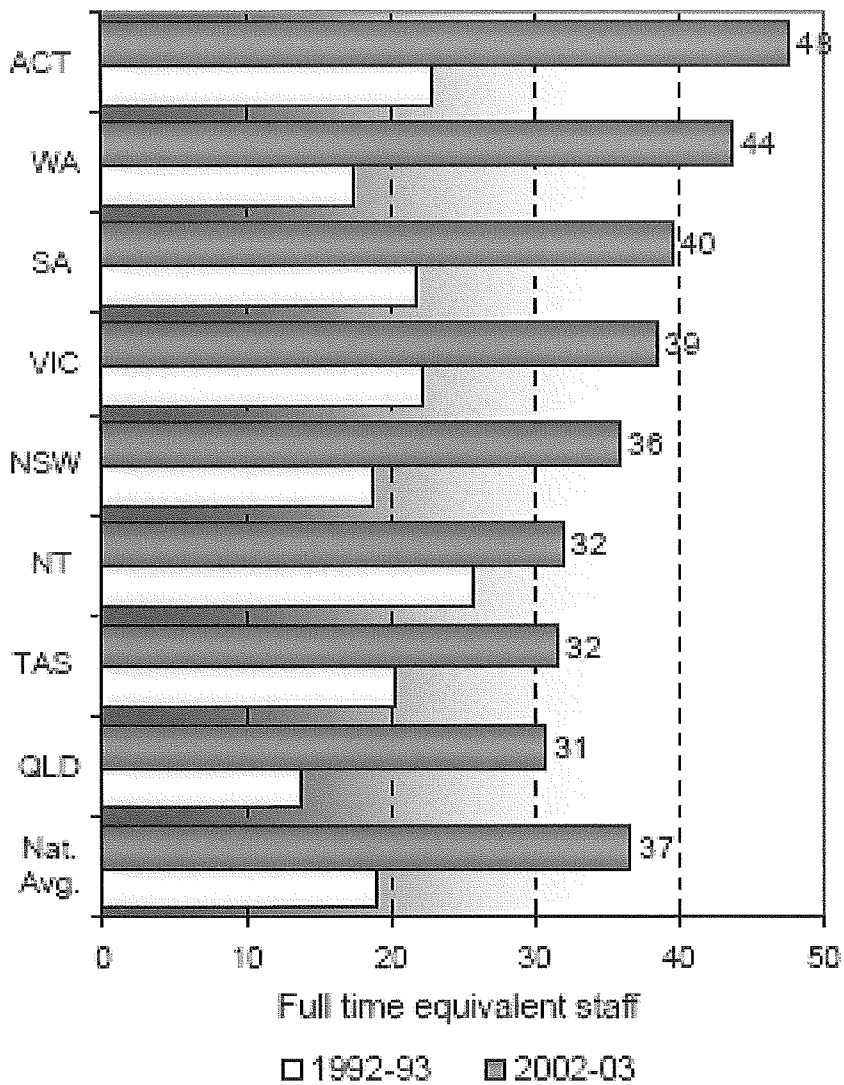


図8 地域ケアへの人員配置