

Percentage of mental health service organisations with formal consumer participation mechanisms

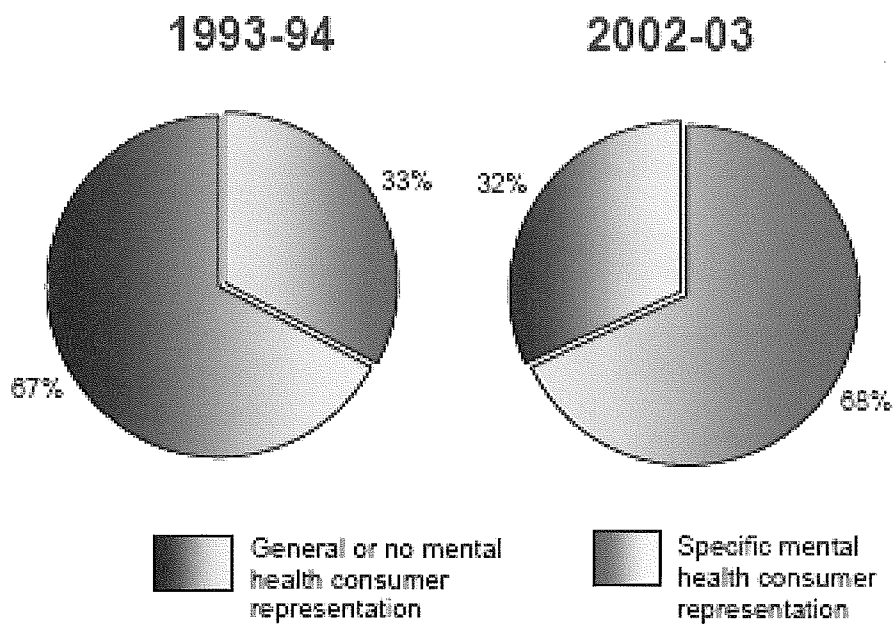


図9 精神保健サービス提供者のうち、利用者を正式に参加させている割合

Percentage of public mental health system collecting and reporting consumer outcome measures

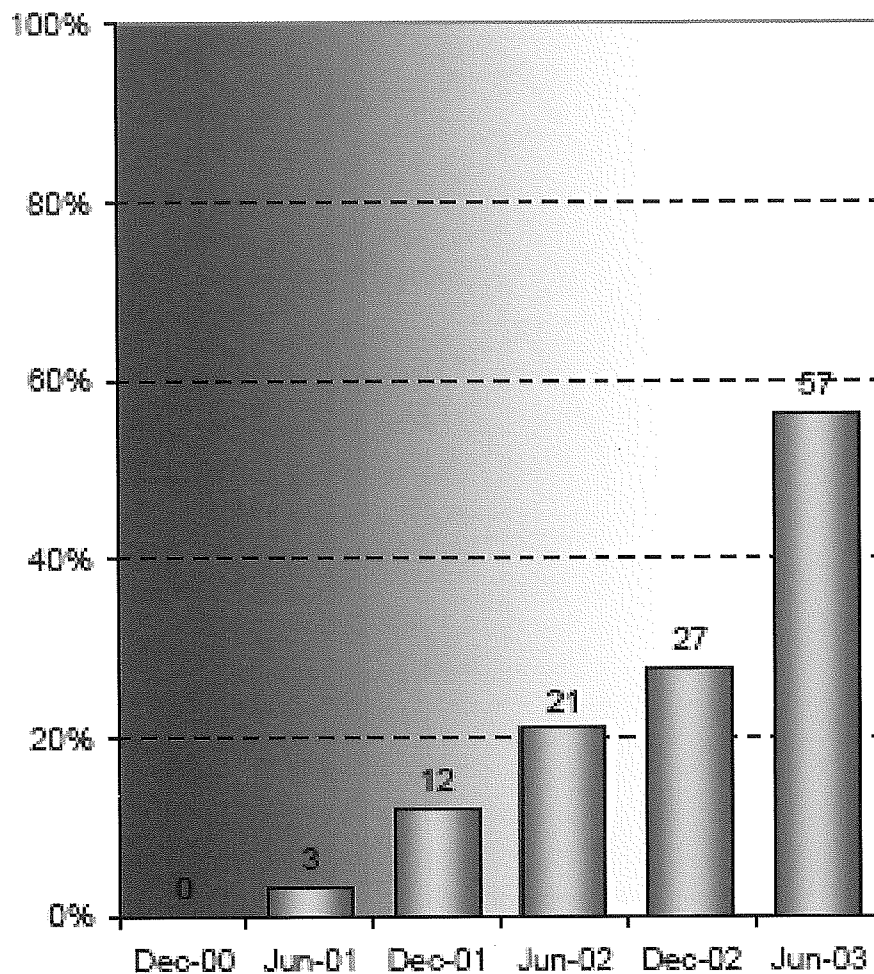


図 10 利用者のアウトカム尺度を回収し報告している公的精神科システムの割合

Figure 51: Selected indicators of change in the private psychiatric hospital sector, 1992-93 to 2002-03

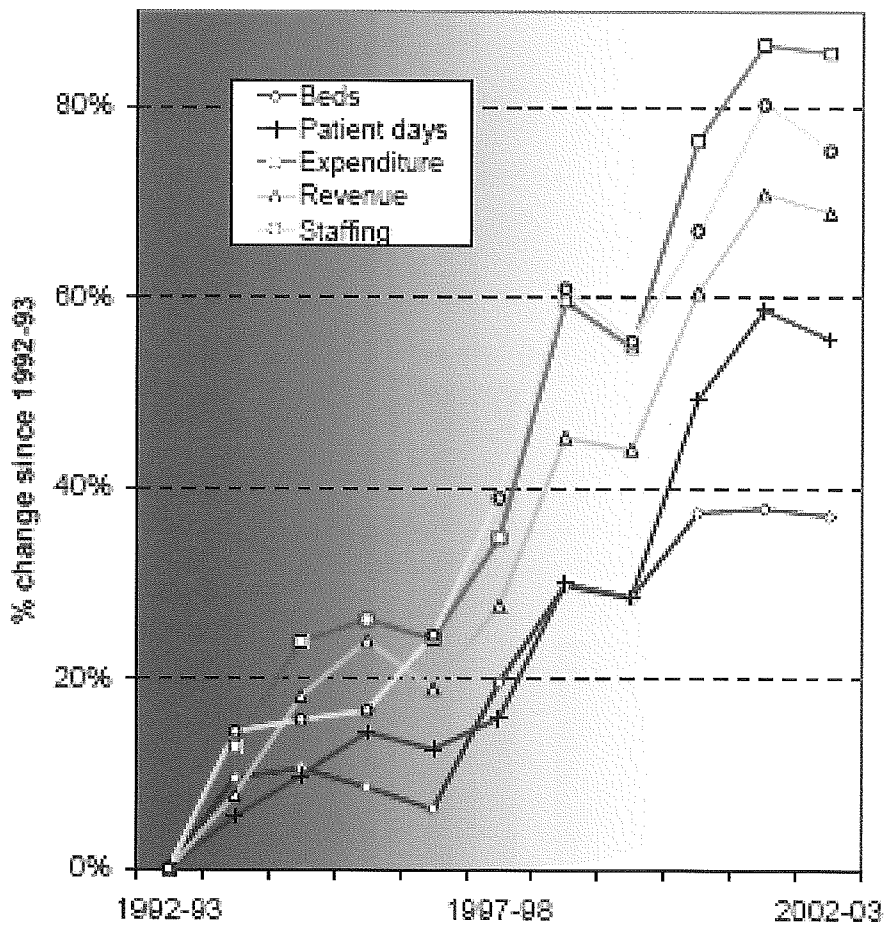


図 11 民間精神科病院の指標の変遷

Figure 31: Distribution of psychiatric beds across the major mental health programs, June 2003

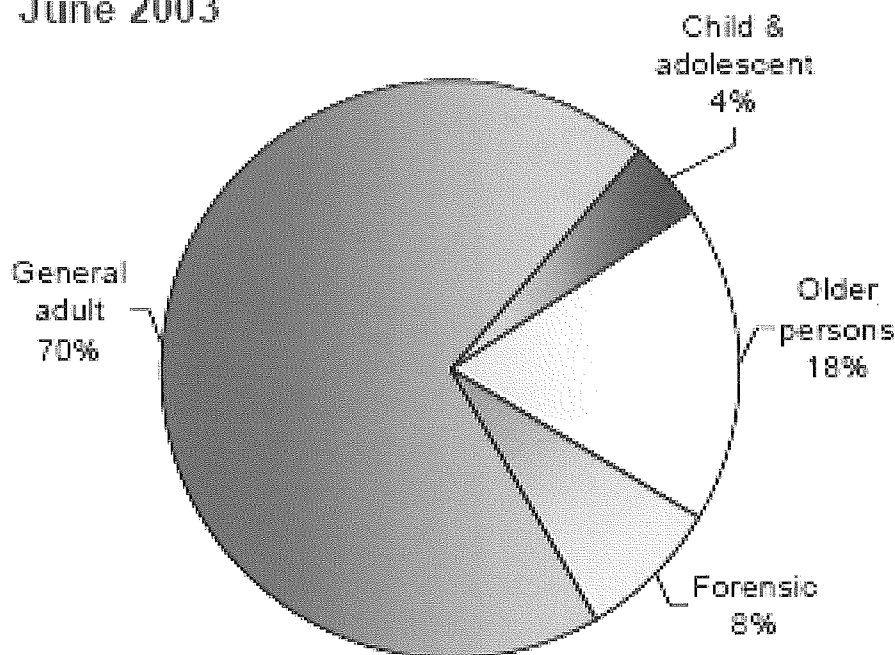


図 12 精神科病床の年齢群別割合

表 1 年齢群別の人口 10 万対病床数

Table 9: Inpatient and 24 hour residential beds per 100,000 by age group, June 2003

	NSW	VIC	QLD	WA	SA	TAS	ACT	NT	Nat. Avg.
General adult									
Acute inpatient	23.8	19.9	24.1	26.8	25.3	31.5	23.1	18.3	23.4
Non acute inpatient	12.6	3.9	16.2	7.3	13.6	15.4	-	-	10.4
24 hour staffed residential	2.7	10.5	3.3	1.7	2.1	13.0	12.9	-	5.0
Total	39.1	34.3	43.6	35.8	40.9	59.9	36.0	18.3	38.8
Child and adolescent									
Acute inpatient	4.5	6.2	5.9	5.8	3.4	-	-	-	5.0
Non acute inpatient	0.9	-	1.6	-	-	-	-	-	0.6
Total	5.4	6.2	7.5	5.8	3.4	-	-	-	5.6
Older persons									
Acute inpatient	15.9	31.9	10.4	56.6	39.6	-	-	-	24.0
Non acute inpatient	18.5	-	30.6	10.8	63.4	-	-	-	18.5
24 hour staffed residential	14.6	90.0	-	-	-	84.6	34.2	-	30.7
Total	49.1	121.9	41.0	67.3	103.0	84.6	34.2	-	73.2
Forensic									
Acute inpatient	0.6	1.5	-	1.3	0.7	4.7	-	5.7	0.9
Non acute inpatient	2.7	1.6	3.6	1.3	2.7	-	-	-	2.3
Total	3.3	3.1	3.6	2.6	3.4	4.7	-	5.7	3.2
All beds									
All inpatient	31.3	23.2	35.2	33.1	43.0	32.4	15.5	16.1	30.7
All 24 hour staffed residential	3.6	18.7	2.1	1.1	1.3	20.0	11.8	-	7.1
Total	35.0	41.9	37.3	34.2	44.3	52.5	27.3	16.1	37.9

Note:

Estimation of per capita rates is based on age-specific populations for each program type:

- *General adult*: Based on population aged 18-64 years.
- *Child and adolescent*: Based on population aged 0-17 years.
- *Older persons*: Based on population aged 65 years and over.
- *Forensic*: Based on total population aged 18 years and over.
- *'All beds'* based on total beds and population.

Number of beds in staffed community residential facilities per 100,000 population, June 2003

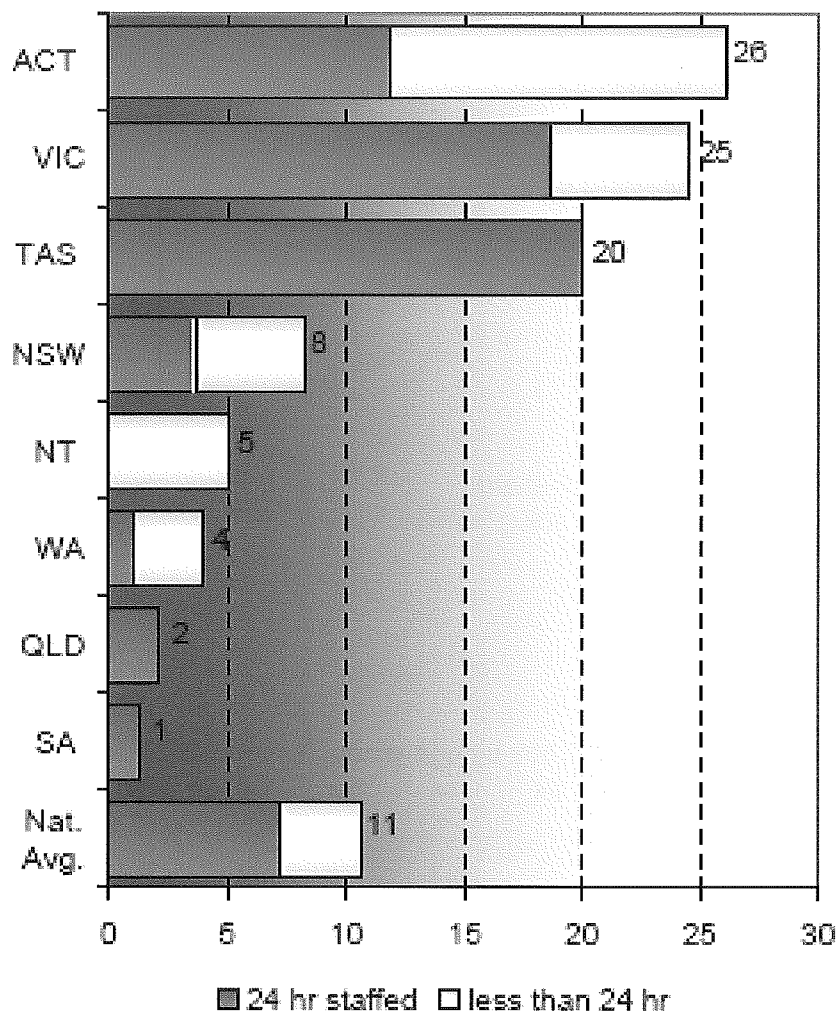


図 13 人口 10 万対の 24 時間居宅ケアおよび 24 時間未満居宅ケア

Figure 32: Average cost per day in psychiatric inpatient units, 1993-2003

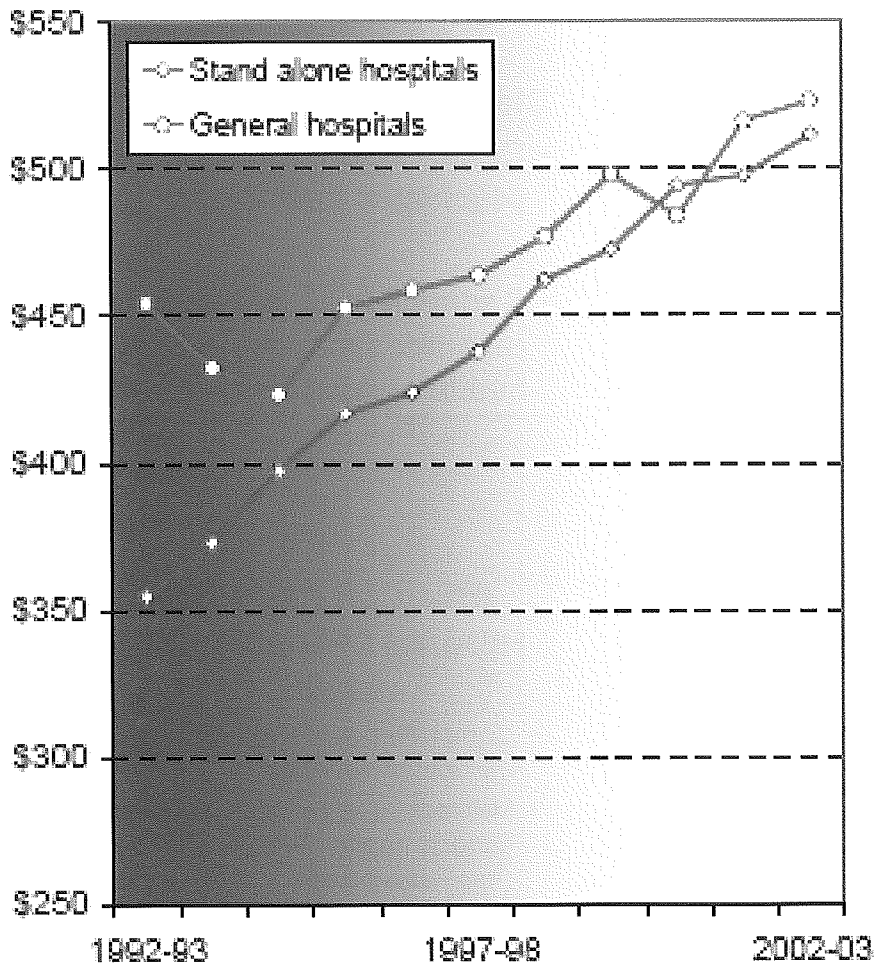


図 14 精神科入院患者の1日あたりのコスト

The Victorian Mental Health System

Overview of reform and current system

Ms Lisa Gill

Service Development Manager
Mental Health
St. Vincent's Hospital

Victorian Mental Health Reform

Stage 1 Mid 1980s

- Commencement of closure of large psychiatric institutions
- Redirection of mental health resources into community mental health services

Victorian Mental Health Reform

Stage 2

- 1992 Release of First National Mental Health Plan
- 1996 Integration of mental health services with general health
- 1994-1999 Closure of large psychiatric institutions

PRINCIPLES OF MENTAL HEALTH SERVICE DELIVERY IN VICTORIA

- Comprehensive and equitably distributed services
- Mental health services delivered with general health services ('mainstreaming')
- Integration of hospital-based and community care
- Focus on those with 'serious mental illness'

Process of Change

- For reform that took place from 1992 and prior to transfer of management from central government to regional health services in 1996
 - Extensive project planning
 - Additional funding for building new facilities and utilisation of funding from sale of institutions to fund community services
 - Double funding for transitional period
 - Extensive re-location and re-deployment of staff
 - Preparation of patients and their families
 - Comprehensive training programs for staff across all services

Victorian Mental Health Services

21 catchment areas = 21 area mental health services

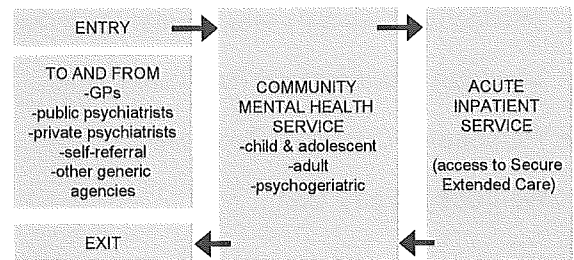
- Each service comprises
 - Child and Adolescent Services: up to 18
 - Adult Services: 16 - 65
 - Aged Services: 65 and over

Funding for Mental Health Services in Victoria

Funding for area services was based on a weighted population formula

- Weighting Factors
 - Socio-economic Disadvantage
 - Population Structure Needs
 - Rurality
 - Koori population
 - English-speaking proficiency
 - Private Services Discount
 - Homeless Population

Community Based Service Delivery: Victoria



Adult Mental Health Services

- Crisis Assessment and Treatment Service: assessment and short-term crisis intervention
 - 24 hour multi-disciplinary Team
- Continuing Care: Rehabilitation, Case-management and support
 - 9am – 5pm Monday to Friday, multi-disciplinary team
 - 30 patients to 1 case-manager

Adult Mental Health Services

- Intensive case-management
 - For people who require extensive support and /or may benefit from an intensive early intervention ('Mobile Support Team')
 - Extended hours and weekends
 - 8 patients to 1 clinician
- Community Residential Rehabilitation
 - 'Community Care Units'
 - 24 hour nursing and allied health staff for 20 residents
 - Replacement for long-stay psychiatric wards

Adult Mental Health Services

- Acute Inpatient Services
 - Average Length of stay 14 days for the state
 - 39 beds for St.Vincent's population of 210,000
- Access to regional Secure Extended Care Beds
 - 100 beds only in State
 - 5 beds for St.Vincent's population of 210,000

Regional

- Dual Diagnosis Services (Alcohol and drug problems and mental illness)
- Mother and Baby Inpatient Services
- Eating disorders Beds

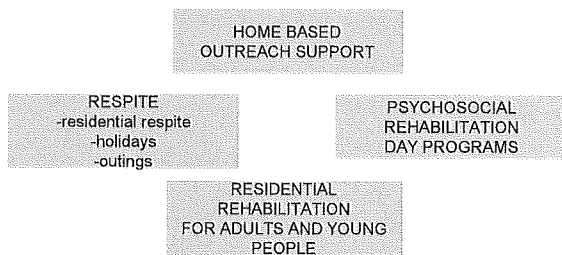
State-wide

- Victorian Dual Disability Service: Intellectual Disability and Mental Disorder
- Victorian Transcultural Psychiatry Unit
- Personality Disorders Program.
- Neuropsychiatry Unit

Mental Health Services Network

- Clinical services work in partnership with Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Services (PDRSS)
- PDRSS offer psychosocial rehabilitation and ongoing support
- Managed by the community agencies, eg. community health services
- Staff may not have clinical qualifications, but receive training. There are no medical staff

Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Services - PDRSS

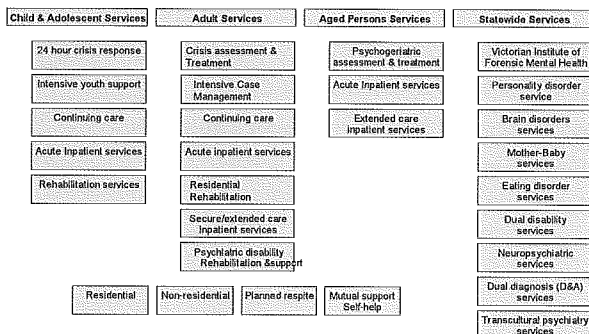


Other community linkages

Other key services

- Housing
- Employment
- Police & Ambulance
- Local Council
- Private psychiatrists
- Private psychiatric inpatient services
- Drug and alcohol services

Victorian Service Framework



Mental Health Bed day Prices

Output	Service element	Funded unit	2005-06 Metro Unit Price	2005-06 Rural Unit Price
Clinical Care	Adult Acute	Available Bed Day	\$ 419	\$ 422
	Aged Acute	Available Bed Day	\$ 419	\$ 422
	CAMHS Acute	Available Bed Day	\$ 498	\$ 501
	Acute Specialist	Available Bed Day	\$ 552	\$ 555
	Extended Care Adult	Available Bed Day	\$ 402	\$ 405
	Community Care Unit	Available Bed Day	\$ 276	\$ 279
	PARC	Available Bed Day	\$ 326	\$ 326
	Psychogeriatric Nursing Home Supplement	Available Bed Day	\$ 70	\$ 70
	Psychogeriatric Hostel Supplement	Available Bed Day	\$ 63	\$ 63

Prices applicable to psychiatric disability and rehabilitation support services

Output1	Service element	Funded unit	2005-06 Metro Unit Price
PDRSS	Agel Intensive Support	Client	\$ 5,481
	Home Based Outreach Support - Standard	Client contact hour	\$ 83.04
	Home Based Outreach Support - Intensive	Client contact hour	\$ 83.04
	Psychosocial Day Programs - Drop In	Client contact hour	\$ 12.83
	Psychosocial Day Programs - Standard Integrated	Client contact hour	\$ 26.84
	Psychosocial Day Programs - High Cost Integrated	Client contact hour	\$ 64.78
	Psychosocial Day Programs - Specialist Statewide	Client contact hour	\$ 23.11
	Koorie PDRSS	Block Grant	
	Mutual Support, Self Help, Information & Advocacy	Block Grant	
	Planned Respite - In Home	Client contact per hour	\$ 23.11
	Planned Respite - Community	Client contact per hour	\$ 23.11
	Planned Respite - Residential	Client contact per hour	\$ 23.11
	Residential Rehabilitation - Support	Client contact per hour	\$ 71.79
	Residential Rehabilitation - 24 hour	Bed day	\$124.88
	Residential Rehabilitation - Non 24 hour	Bed day	\$ 99.82
	Special Client Packages	Block Grant	
	Supported Accommodation	Block Grant	



ST VINCENT'S
HEALTH

Continuing the Mission of
the Sisters of Charity

Community Psychiatric Services

Claire Stephens

Compassion Justice Human Dignity Excellence Unity

Community Programs

- Psychiatric Triage
- Crisis Assessment and Treatment Service (CATS)
- Continuing Care Team (CCT)
- Mobile Support and Treatment Service (MSTS)
- Homeless Outreach Psychiatric Service (HOPS)

Psychiatric Triage

- Based in the emergency department (ED)
- 24 hour service, 7 days per week
- Staffed by CATS
- Referrals direct via centralised number or presentation to the ED
- Acceptance of referrals for service based on needs
- Referrals taken from any source
- Screening for both internal and external care.

Crisis Assessment & Treatment Service

- Operates 7 days per week between 0800 and 2230 hrs
- Close interface with psychiatric triage
- Provide assessment and intensive home treatment in the absence of significant risks
- Multidisciplinary staff
- Close links with internal and external service providers
- Rely heavily on engagement with client & carer

CCT

- Operate 0830–1700 Monday to Friday
- Clinic-based service with some outreach
- Multidisciplinary staff
- Case management model of care
- Provide assessment, treatment, rehabilitation, therapeutic interventions

MSTS

- Operates 7 days per week between 0830-1700hrs, with two shifts until 2030.
- Multidisciplinary staff
- Intensive rehabilitation in the home including treatment, psycho-education, first episode psychosis.
- Referrals-high needs, frequent hospitalisation, treatment resistance

HOPS

- Operates 7 days per week
- Assertive engagement for those who are homeless with a mental illness and lack supports.
- Provide psycho-social input and treatment
- Strong links with external service providers
- Engage clients "on their own territory".
- Ability to cross conventional boundaries
- Complex needs including forensic, drug & alcohol, unstable housing.

Interface between teams

- Co-located at Clarendon and Hawthorn Clinics
- Integrated teams approach
- Clinical reviews-identify changes in levels of care and facilitate referral
- Informal referrals/consultation
- Medical staff work across teams

Challenges

- Meeting needs of changing population
- Decreasing options in range of housing
- Breakdown of family and support networks
- Complex needs – increased prevalence of substance abuse
- Limited resources, i.e acute and sub acute beds
- Lack of "asylum"

Case Management

- Every consumer has a case manager
- Nurse, Social Worker, Psychologist or Occupational Therapist
- Central point of contact
- Assessment of mental state and needs for service
- Rehabilitation through counselling and advocacy
- Brokering services

Individual Service Plans

- Every consumer has an Individual Service Plan (ISP)
- Created collaboratively
- Includes daily living skills, social issues, housing, treatment, etc.
- Reviewed at least six monthly
- Sent (with consumer consent) to others involved in care

MSTS: Target Group

- Enduring severe disability associated with mental illness
- Prone to relapse or acute exacerbations
- Wide range of complex psychosocial needs
- Difficult to engage in treatment
- Unable to be supported by existing community resources
- Complex diagnostic issues

MSTS: Service Features

- Seven days a week and extended hours
- Assertive outreach model
- Flexibility is key
- Individual and Team Case Management
- Collaborative relationships with client, family and community agencies
- Not a first line service

MSTS: Primary Roles

- Co-ordination of care across services
- Intensive contact
- Proactive and responsive interventions
- Rehabilitation a major focus
- Re-engagement with community

CCT Target Group

- Majority of consumers
- Fortnightly contact
- More likely to utilise supports in community
- Usually able to engage in treatment

CCT Service Features

- Business hours
- Predominantly appointment based
- Individual case management model
- Collaborative relationships with client, family and community agencies
- Often a first line service

CCT Primary Roles

- Psychoeducation
- Co-ordination of care across services
- Planned contact with clear goals
- Support to either re-engage or continue engagement in community activities
- Clinic based verses shared care
- Refer to CATS for crisis care

オーストラリアにおける精神保健サービス改革:成功しているのか?

Ten years of mental health service reform in Australia: are we getting right?

Whiteford, HA, and Buckingham, WJ.

The Medical Journal of Australia. 182, 396-400. 2005

要旨

- 1993年から2002年の国家精神保健戦略の開始から、公的そして私的な精神保健セクターへの変化に関して、利用できるデータを要約する。
- 精神保健戦略において、実質的なサービスシステムの変化がみられ、精神保健への予算は65%増加した。
- それにもかかわらず、公的な専門職の側から、精神保健サービスシステムの欠乏について関心が高まっている。そこで、増加している地域からの期待、サービスにたいして高まっている需要の観点から出されている変化への要求とは何かをレビューする。
- オーストラリアの政策には、広範な国家的・国際的な支持がある。問題は、変化の速度とその範囲、そして精神保健のケアにおける出資額の増加から、よりよいアウトカムを保証するという点にある。

1992年、市民からの反対、精神保健サービスへの公的な調査を実施した10年間の後、オーストラリア政府は国家精神保健政策 (National Mental Health Policy) を採択した。その政策は、5年間の国家精神保健計画 (National Mental Health Plans) の一連の流れを実行し、国家精神保健戦略 (National Mental Health Strategy) として知られるようになった。

2005年、再び市民からの反対意見があり、精神保健サービスへの批判から実施された3つの調査があり、メンタルヘルスケアを適切に提供することについて専門家からの不安や動揺が高まってきている。この10年で生じているこの状況は、いったい何が原因なのだろうか。

精神保健サービスの財政の変化

2002年、精神保健サービスへの総支出は31億A\$である。1993年から65%上昇している。すべての健康施策に費やされた金額の割合からすると、これは他の先進国と似た数値である。サービスコストの観点からみれば、専門的な精神保健サービスは、2001-2002年におけるオーストラリアの健康にかかわる支出の6.4%を占めている。ほかの病気のコストの観点からみれば、オーストラリアの

健康と福祉組織（AIHW）が見積もるところによると、オーストラリアは、1993—1994年のメンタルヘルスケアにおいて健康にかかわる支出の6.2%を費やしている。これは、オランダの6.6%とアメリカの7.3%に匹敵する（支出とサービス提供の方法が違うので、国家間の比較は難しいが）。AIHWの分析は、薬物乱用や痴呆への費用を含めば、さらにメンタルヘルスのためにかかる支出の割合は、9.6%増加していることを示している。精神障害と薬物乱用がオーストラリアの医療負担のうち13%となっているので、その9.6%の支出は不十分であるといえよう。

1993年から2002年の間、連邦支出の128%の増加、州および准州の支出の40%の増加によって、精神保健のサービスの政府支出は全体では65%上昇した。65%の上昇というのは、かなり高いという印象を与えるが、それはここ10年間の健康施策における支出の増大と平行した結果を示しているだけである。

国家レベルでの増大は、ローカルコミュニティ間での重要な差異が見えなくなってしまふ。2002年までの精神保健戦略での10年間、メンタルヘルスにおいて費やされる首都ごとにおける重大な不均衡は、州の間で継続して存在する。州の間でかかる支出の違いは、オーストラリアの精神保健サービスの多様性を反映しているといえるだろう。

サービスの再構築

精神保健戦略の導入に続いた変化は、脱施設化の30年間に焦点をあてる必要がある。脱施設化は、地域サービスの発展が制限されたこと、オーストラリア人口が2倍なったことを背景としつつ、精神病院のベッド数が約3万から約8千床に減少するという事態に確認される。

精神保健戦略下において、単科の精神病院の数は減少し続けた。しかし、それは一般病院での急性期のベッド、居住施設を含めた地域ベースのサービスにとって変わることの合意の上で実施されたのである。この戦略が履行される前の期間の状況における、もうひとつの違いは、それらの精神保健の予算を維持し、あるいは増やすことを国家や地域に要求することであった。（ヘルスケア協定：Health Care Agreementsにおける「努力条項の維持」）しかし、この要求は、第一次、第二次国家計画（The First and Second National Plans）（1993—2003）のためだけのものだった。実際の予算の支出が増える一方で、コミュニティやほかのサービスを確立するために国家や州に容認された連邦財政の役割は減少した。そして、国家や州は、より多くの新しいサービスに資金を提供するようになった。

この10年にわたる精神保健サービスの割合にはかなりの変化が生じていた。1993年には、国家の精神保健の財源のたった29%が地域ベースのサービスに使

われていたが、2002年には、地域ベースのケアのためのメンタルヘルスの財源は51%に変化した。1993年に急性期精神科病床数の55%が一般病院にあったが、2002年には82%に増えた。

一般的に言われていることとは反対に、オーストラリアの急性期用のベッドの総数は1993年から2002年に6パーセント増えた。長期入院用のベッド数がかつたら減少のターゲットとなり、52%までに減少し、だいたい2300床くらいになった。長期療養の病院にとってかわる24時間の住居型サービスは、ヴィクトリア州 (Victoria) においてもっとも大きな発展を見せつつ、不統一な形で発展した。国家規模でみると、24時間の住居型サービスの発展は、長期入院のベッド数の減少の4分の1くらいで進んだ。

精神保健サービスの量と質を向上させる必要性は、精神保健戦略の目的のひとつであった。質と安全性の骨組みとなるサービス基準は発達し、今は健康サービス認定のエージェンシーもその基準を使用している。2003年の6月までにはすべての公的な精神保健サービスの90%が、その基準にそって、それらのサービスの審査を開始した。そして、ほとんど半分の精神保健サービスが、これらの基準の審査を終えている。

NGO組織の役割は、政府や民間セクター (private sector) より、効率よく効果的にサービスを提供できるという認識が過去10年間で広がった。1993年に、2%以下の財源が地域における精神障害者の支援提供を目的としたNGO組織のプログラムに割り当てられた。これは、過去10年間に3倍になっており、今は国家の精神保健総支出のうちの5.5%になっている。

NGOが提供するサービスは、住居、教育、訓練、雇用、司法、地域、障害者のサービスなどのような政府組織の政策やプログラムによって影響を受けている。これらの機関は、精神障害者の回復を支援する役割を持っている。

民間の精神病院はさらに成長している。2002年に、1993年の14%から、すべての精神科のベッド数のうちの23%にまで上昇し、精神保健の従事者のうち11%がそこで雇用されている (1993年以来80%の増加である)。民間精神病院の健康保険の資金は、10年間で17%にまで増加した。その資金には、私的健康保険の払い戻しによって年ごとに投入された3800万A\$が加わり、ベッド数の増加 (38%) と、在院日数の増加 (59%)、分離の数の上昇 (270%) をもたらした。

一方、民間外来の精神保健のサービスは縮小している。メディケアを通して資金提供されている民間精神科の医師にかかる支出は、戦略の前の10年間においては年ごとに6%成長していた。この成長率は顕著に低くなり、1996年から97年の間までには、上昇傾向が減少傾向となった。民間精神科の医師に出資される州の出資金はそれ以来、年ごとに2-3%までに下降している。

この下降傾向の理由は、パートタイムの精神科医師の増加、そしてその賃金

の出資元の多様性によるとされている。1993年から2002年の間には医療スタッフが37%増加しており、公的セクターでは、より多くの精神科医がそこで働くようになった。

スタッフの改革

地域と住居サービスの拡大が、10年間の臨床における労働力25%の増加の理由である。すべての精神保健専門職のグループは成長した。一番増えたのは医療関係のスタッフで、特に看護と精神科の需要が高まっている。

ケアの質を向上させるために、12の国家実践基準（12 National Practice Standards）がすべての精神保健専門家が持つべき、態度、知識、スキルの定義をした。そしてそれらは、訓練で身につけられるスキル（discipline-specific skills）の補足をするものであった。これらは第3次国家精神保健計画が実施されている間に実行される予定である。

消費者の権利と法律

サービス提供とプランニングに消費者とケア提供者を巻き込むことも、国家戦略の鍵となる部分であった。州の資金提供は、あらゆる管轄区における地域の顧問グループの設立に依存していた。これが安全な資金提供のためのサービスのしるしとなり、消費者とケア提供者の参加率がかなり上昇した。

オーストラリアの精神保健協議会は、精神保健のセクターのステークホルダーとなる重要な国家母体として1997年11月に設立された。その協議会は、国家の精神保健政策や資源の割り当てとアウトカムの監査や分析を通してメンバーが属する組織の利害を表しつつ、政府に助言するという機能を持っている。それは独立しており、これらの役割を実行するのに効果的であるということが証明された。

精神保健法の制定は、国家と地域政府の責任である。しかしながら、精神障害者の保護と精神保健のケア向上のための国連へのオーストラリアのコミットメントが、国家と地域の法制定のための基準となった。権利分析の方法は、国家と地域の精神保健立法が国連の原則に従うことを判断する州の司法局によって発達していった。すべての州と地域はこの方法を用いて、自分たちの立法を判断し、新しい法律を通したり、精神保健法（Mental Health Acts）を修正したりした。

供給とプロセスの測定から、アウトカムの測定への移行

資金提供の保護、患者数、入院日数などからサービスの測定をしても、どんなアウトカムが達成されたのかは、わからない。この戦略のねらいのひとつは、

公的サービスと営利病院の両方で、ルーティンの臨床実践のアウトカム測定を、個々の消費者に紹介することであった。すべての州と地域は、連邦政府との資金合意の発達の情報を通して、「国家のアウトカムとケースミックス (National outcomes and Casemix Collection)」として言及された、消費者の立場のアウトカムのデータを提出した。似たようなプロセスが私的セクターにも存在している (アウトカム測定の詳細は <http://www.mhnocc.org> にある)。

2003年7月までに、民間病院セクターの95%がアウトカム測定を集め、また公的セクターの60%がアウトカム測定を集め始めた。しかしながら、データの質を向上させることは難しいだろう。臨床実践における臨床家にとって意味のある測定方法を作るためには、そして精神保健セクター内でアウトカムの情報に価値を置く文化をつくるためには、かなりの量の仕事が必要とされるからだ。

精神保健サービスの専門家を超えて

1997年、オーストラリア統計局は、人口レベルで精神障害の罹患率、障害そしてサービス利用をアセスメントするために1万600世帯を調査した。この調査では、他国と類似して、オーストラリア人口の18%が、精神障害の基準に見合っている、あるいは薬物乱用をしているため、これらが相当な障害を引き起こす原因であるということがわかった。これらの基準に見合う人のうち、たった38パーセントの人しか、健康にかかわる専門職の処置を受けておらず、一般的な臨床家からの治療を受けていた。その他の、有病率が低い障害と、児童思春期の障害についての疫学的な統計調査では、それらの障害やニーズに対する対応がなされていないことがわかった。同時期に、オーストラリアのBurden of Disease Studyでは、精神障害において、オーストラリア住民の最大の苦しみは、不安障害、気分障害、そして薬物乱用のせいだと考えられた。

この調査のタイプは、不安やうつのような、よくある精神障害に対して焦点をあてるための道筋を作ったものである。精神保健の促進と病の予防におけるイニシアチブは、第二次国家精神保健計画のもとで導入された。一般的な実践において動機づけとなる支払いが導入され、教育やトレーニングへのアクセスが増大し、より関連のあるヘルスサービスが導入され、そして、これらの障害者へのよりよいケアを促進する変化がMBSにもたらされた。AIHWによる最近の報告では、GPは、専門的な精神保健の公的セクターの2倍である1千万の精神保健に関連したコンサルテーションを年ごとに提供していることがわかった。

何が達成されていないのか

サービス提供についての現在のような懸念を考慮すると、改革の方向は正しかったとってよいのだろうか？精神保健戦略についてのいくつかの評価は、

精神保健戦略の方向性を支持している。もし政策の方向性が正しいというのなら、それでは、何が正しくないといえるのだろうか？

主要な批判は、戦略政策の実行における失敗であった。しかしながら、この論文において要約したエビデンスでは、サービスシステムは合意された方向性で改革されていることを示している。再構築や資金は州の間で不均一であるものの、多くの地域における変化は実質的なものであることがわかる。

しかしサービスについてのデータは、信頼できるものだろうか。政府が精神保健に費やしているという資金は、本当にすべてがそこに使われたのだろうか？2003-2008年のヘルスケア協定における精神保健サービスの「努力維持」条項の撤廃によって、出資金の使い道に関する説明責任は以前よりも薄らいでおり、そして他の健康領域において使われた精神保健資金の報告は実体がなくなっている。それぞれの健康サービスの会計の独立監査がないので、これらの問いに対しての決定的な答えは出すことができないのだ。しかし、それは、他のどの健康事業よりも、国家の精神健康保健の出資に費やされた実質的な努力を認めることに関連している。これは我々の見方であるが、もし健康に関するサービスによって報告された出資金のデータが間違いを含んでいるなら、それは実質的に正しいとはいえないだろう。

重要な問題は、それゆえに、国家政策が間違っているのか、政策の方向性が実行されているのかどうかではない。むしろ、変化の速度と範囲が十分であるのかどうかということである。しかしながら現実的には、それはうまくいっていないようだ。消費者、ケアの受け手、そして権利擁護者 (advocates) は、急性期のケアやケアの維持そしてリハビリテーションサービスの利用のアクセスの問題を主張している。10年前と比べ、これらのグループは現在、ヘルスシステムからのよりよい扱いを要求し、ヘルスケアシステムに多大な期待を持っている。すなわち、1997年の精神保健サービス利用人口 (mental health population) の統計によって明らかになった未だ満たされていないニーズが、現在治療を必要としている多くの人たちによって表面化され始めているといえるだろう。すべての州と地域は、精神保健ケアのための要求が増加していると報告している。1998年から99年、そして2002年から2003年の間、急性期の精神科ユニットに夜間入る率は7%増加している。この需要を満たすには財政的負担がかかるのだが、これに対応しない場合は、個人・社会・経済的な負担は、より拡大するといえるだろう。

健康に支出できる資金が限られている中、1993年以来精神保健の支出は65%増加している。そのため、それと同じくらいの見返りが、私たちにもたらされているのかどうかを問うことは、不可欠となる。しかし本当のところ、実情がどうなっているかは、私たちにはわからないのである。そしてそれこそが、致

命的な問題であるといえるだろう。他のヘルスケアの領域とは異なり、公的な精神保健サービスの提供における効率性の保証は、ほとんど注目がなされていないのである。資金の価値を高めることは、国家の精神保健改革において、取り組まれるべき重大な課題のひとつといえる。

オーストラリア精神保健改革: 本当のアウトカムの必要性

Australian mental health reform: time for real outcomes

Hickie, IB, Groom, GL, McGorry, PD, Davenport, TA, Luscombe, GM.

The Medical Journal of Australia. 182, 401-406. 2005.

要旨

- ・オーストラリアにおける精神保健改革開始から 12 年がたち、主要なサービスの格差とケア経験の乏しさがよく語られるようになってきた。
- ・優先的に取り組むべき事項、例えば、早期介入プログラムの拡大、精神保健とアルコール・薬物の両方に問題のある人のマネジメント、急性期ケアの充実、などの実施状況にはほとんど進展がないとされている。
- ・我々は乏しい精神保健の社会的経済的な経費を削減するために以下を含む新しい国の目標を提案する；効果的なケアへのアクセスの増加、自殺率の低下、完全な社会的経済的参加への復帰率の改善
- ・我々はこれらの目標が達成されるように、具体的なサービス改革を詳述する。特に、若者の健康とプライマリケアプログラムの統合を優先する。
- ・精神保健改革の進展における新しい独立した全国的報告システムの確立が早急に求められている。

表1 国の精神保健改革における優先的に実施すべき点
優先順位

	地域における	
	賛成率(%)	実施率(%)
1 全国的な早期介入戦略の実施	56	17
2 精神障害やアルコール・薬物乱用のある人への新しいサービス	54	11
3 急性期及び地域ケアへのより幅広いサービスの提供	52	12
4 郊外や地方におけるサービス発展の支援	49	7
5 精神保健サービスの全国的標準化の実施	45	16
6 資源に乏しい地域におけるサービス発展の支援	44	2
7 精神保健ワーカーにおける態度の変革を促進するプログラムの支援	44	10
8 ステイグマ低減キャンペーンへの支援増加	43	11
9 特定の政府間サービス合意の発展(例:保健、教育、居住、雇用、社会保障間)	42	15
10 地域サービスレベルでのより本質的な利用者参加	42	17

緒言

2002 年、Mental Health Council of Australia(MHCA)はオーストラリアの先進的な精神保健組織を対象にして、国の精神保健改革で優先すべき事項を調査した。その上位 10 位を表 1 に示す。上位には全国的な早期介入戦略の実施、精神障害やアルコール・薬物乱用のある人への新しいサービス、急性期及び地域ケアへ