

- (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。

4) The National Suicide Prevention Strategy (NSPS)

1999 年より開始された国家規模の自殺予防戦略。オーストラリア政府が自殺の予防のためのプロジェクトの開発への予算を提供。目的は生活サイクルの中での自殺予防活動の支援および自殺予防の包括的な戦略枠組みの開発と実施である。その結果、The Living is for Everyone (LIFE) Framework が開発された。

LIFE Framework は、政府や地域における自殺予防対策の協力を促進することを目的としており、6つの Action エリアがある。

- (1) Well-being や回復力や地域のキャパシティの促進
- (2) 自殺および自傷に対する保護的な要因を増やし、リスク要因を減らす
- (3) リスクの高い集団への地域からのサービスやサポート
- (4) ハイリスク者への直接サービス
- (5) アボリジニおよびトレス海峡島民との協調
- (6) エビデンスに基づいた自殺予防活動

5) The National Drug Strategy in Australia

前身である the National Campaign Against Drug Abuse は 1985 年に設立された。目的は違法、合法を問わず害のある薬物の使用を減らすことにより、オーストラリアの健康、社会、経済のアウトカムを改善することにある。

The National Drug Strategy in

Australia 2004-2008 では、優先課題として、予防、供給の減少、薬物使用の減少、質の高い治療へのアクセスの改善、労働力・サービス・システムの増加、協力体制の強化、アボリジニ等原住民への Action Plan の実施、および最近の流行の特定と対応を挙げている。

これまでの成果としては各種薬物ごとの対処戦略を作成したことなどがある。

6) プライマリケア (GP) への普及啓発

オーストラリアにおいては GP 制度が発達しており、精神障害者がシステムへの入り口として GP を訪れることが多い。またうつ・神経症圏だけではなく、統合失調症も安定すると GP へつなげる事が多い。そのため、GP の精神保健に対する知識の向上は地域の精神障害者をキャッチし、また安定してサポートして行くには必要不可欠である。オーストラリアにおいて GP の精神保健知識の向上は優先課題の一つとしてとらえられており、GP を対象とした知識の提供やトレーニングなどが活発に行われている。

(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 2)。

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 3 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、州の間のばらつきが大きく、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。

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。サービスは年齢により区分されており、0-17 歳の児童思春期、18-64 歳の成人、65 歳以上の高齢者に分けら

れている。また州全体へのサービスとして専門サービスもある。まずは成人を対象にしたサービスについて述べる。

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(hospitalfee; 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\$と逡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付け、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。ケア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。

以上は成人へのサービスであるが、児童思春期および高齢者についても同様のサービスがある。児童思春期および高齢者については成人のキャッチメントエリアを 2,3 統合したより広めのキャッチメントエリアが用いられている。基本的には成人同様、アセスメントチームがあり、訪問・ケアマネジメントチームがあり、急性期病棟がある、という構成である。高齢者に関しては地域にある小規模 (30 人程度以下) の居住型施設やナーシングホームがある。

また成人と思春期の間のサービスとして、統合失調症等の精神病の早期介入を行うサービスもある。これは、サービスにエントリーしてきた若年の患者にスクリーニングを行い、統合失調症などの前駆症状がある者や、統合失調症の初発患者に対しモニタリングおよび早期治療を行うものである。これはまだすべてのキャッチメントエリアで行われているわけではないが、今後順次拡大予定である。

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専門サービスがある。

またリハビリテーションサービスは Psychiatric disability rehabilitation and support services (PDRSS) と呼ばれ、NPO によって行われている。NPO は州と直接契約しており、何施設もある大きな NPO から一カ所だけの NPO まで規模は様々である。種類については主に 4 種類ある。

- ・ 心理社会的リハビリテーションデイプログラムおよび訪問サービス
- ・ 居住型リハビリテーション
- ・ レスパイトケア
- ・ ピアサポート・自助グループ

(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。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) 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) 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。

(7) Council of Australian Governments (COAG) による National Action Plan on Mental Health 2006-2011

2006 年 7 月、オーストラリア首相、各州・準州の首相、地方自治体協会長からなる Council of Australian Governments (COAG) において、精神保健についての話し合いが行われた。その結果、National Action Plan on

Mental Health 2006-2011 への合意が行われた。

この Action Plan は、オーストラリア政府、州政府、民間および NGO が協調し、より関連したシームレスなケアサービスの提供を目指しており、以下の 4 つのアウトカムを達成することが目的である。

- ・ オーストラリアの精神障害の有病率と重症度を減少させること。
- ・ 精神障害の発症と長期リカバリーを阻害するリスクファクターを減少させること。
- ・ 精神障害を発症あるいはすでに持っている人が、適切な時に、適切なケアや地域のサービスを提供される割合を高めること。特に早期介入に焦点を当てる。
- ・ 精神障害を持つ人が地域生活、雇用、教育・トレーニングに参加する能力を高めること。安定した住居の確保を通しての援助も含む。

これらの目標を達成するため、5 つのアクションエリアがある。

- ・ 啓発、予防、早期介入
- ・ ケアシステムの統合および改善
- ・ 地域生活や雇用への参加、および住居
- ・ ケアの協調
- ・ 労働力のキャパシティの増加

これらの対策のために、オーストラリア政府および各州政府は、5年間で 40 億 A ドル（約 3800 億円）の支出に合意している。

3. 両国の保健システムの相違および主たる指標の比較

両国の保健および精神保健システムには大きな違いがあり、状況を比較するには相違点の理解が必要である。以下に議論する際に問題となる保健システムの主たる相違点を

挙げる。

日本では General Practice (GP) 制度やキャッチメントエリアの考え方は希薄であり、患者自身が精神科の病院や診療所を選ぶことができる。オーストラリアの精神保健システムはキャッチメントエリアに根ざした公的医療に基づいているが、日本では民間病院が大きな役割を担っており、病院の 80% は民間病院であり、ほとんどの診療所も民間である。

日本では医療と福祉で予算支払い方式が異なる。医療部分は自己負担のある医療保険でまかなわれており、基本的には出来高方式である診療報酬による。公立も民間病院も同じ診療報酬の枠組みによっている。福祉部分は、利用者が障害程度区分の評価を受け、その区分によりサービス提供者が政府より補助金を受け取る。

オーストラリアではそれぞれの州が精神保健サービスの提供に責任があり、予算はそれぞれのキャッチメントエリアに一括して支払われる。1984 年から Medicare という税金による公的医療保険制度が施行されており、公的医療を受給する際には無料で治療を受けることができる。また民間医師の診察においても公定医療費の 85% を Medicare が負担するが、それ以外の費用は医師が自由に設定できる。

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。民間の保険に加入することも奨励されている。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が、公的医療を受ける際には患者に選択権はない。

以上のように日本とオーストラリアでは保健のシステムが異なっており、一概に比較することはできない。しかし、その限界を踏まえた上で主要な指標についていくつかの比較を行った。

まず、精神保健への予算であるが、オーストラリア(2002年度)では計3,160億円(33.3億A\$; A\$1=¥95で換算)、日本では(2004年度)、医療費が1兆9,506億円、保健福祉予算が807億円の計2兆313億円である。これは、国民一人あたりに換算するとオーストラリアで15,800円、日本で15,869円であり、両国ともさほど変わらないことがわかる。

ではその違いは何であろうか。図15にオーストラリアおよび日本における精神保健への予算の使われ方を入院と入院外に分けて示す。元となる予算の定義など異なるため正確な比較ではないものの、オーストラリアでは50%以上、日本では27%と大きな開きがある。

次に、両国の精神科病床数および社会復帰施設ベッド数について人口10万対の比較を行った。その結果を図16に示す。日本において救急・急性期以外の病床および高齢者の病床が多く、逆に救急・急性期および児童思春期病床が少ないことがわかる。また社会復帰施設は日本の方が少ないもののそれほど変わらないことがわかる。

また精神科医等の専門職の比較の結果を表4に示す。定義が異なり正確な比較はできないものの、両国で大きくは変わらないことがわかる。

次に入院病床の報酬を比較した。オーストラリアのビクトリア州の値であるが、成人の急性期病棟が一日419A\$(約4万円)であり、日本で診療報酬が一番高額である救急病棟

(包括で3万2000円)と比較して25%高い。しかもこの費用に医師による診察費は入っておらず、またベッドが埋まっていなくてももらえる金額である。そのため、スタッフ配置は高く、病棟専任の多職種スタッフも多い。

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。日本の精神保健福祉改革は始まったばかりであり、先行して改革を行ったオーストラリアから学ぶべきものは多い。これらの情報より日本への示唆について考察した。

・ 病院から地域への予算配分のシフト

比較する土台が同じでないため、一概には言えないが、日本とオーストラリアでは精神保健の費用のうち地域に費やす割合が大きく異なる。オーストラリアでは、地域への予算を増加することにより、改革前に29.4%であった地域への支出を、10年間で51.2%にまで高めており、日本においても地域への予算配分の増加が望まれる。また日本における人口あたり専門職数はオーストラリアと遜色なく、その多くが病院で働いていることに違いがある。今後地域においてこれら専門職の活躍できる予算を増やし、地域精神保健に関するトレーニング等を行っていく必要がある。

・ 地域精神保健サービスの充実

日本においては今後地域精神保健サービスの増加が見込まれる。オーストラリアにおいては様々な形態の地域精神保健サービスがすでに実施されており、訪問型のサービス、ケアマネジメント等参考になるものが多い。

・ 専門サービス

日本においては精神科病床の機能分化が

立ち後れている。オーストラリアにおいては、精神患者への早期介入、薬物依存との併存障害、精神障害と知的障害の併存障害、児童思春期、人格障害、などを持つ患者などへのサービスが発達している。

- ・ 精神保健の普及および啓発

オーストラリアの改革において精神保健の推進と障害の予防は主要な目的の一つであり、代表的な成果として、中学・高校向けに開発された精神保健普及プログラムである Mindmatters、うつ病関連知識の啓発向上に取り組んでいる Beyond Blue がある。我が国における一般国民における精神保健の理解は依然低く、理解を促進するようなプロジェクトが必要である。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。また地域医療をになう 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。

- ・ サービスの質の確保

オーストラリアにおける改革はすべて定期的にモニタリングされており、各サービスはアウトカムの測定を義務づけられている。また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。またサービスへのコンシューマの参加は活発であり、68%のサー

ビスで正式にコンシューマが参加している。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。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。昨年度新たに COAG によって承認された National Action Plan on Mental Health 2006-2011 も常に改革を続けていくという意志の表れと言える。

今後も両国が政府間、研究者間で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、専門サービスの充実、改革の過程のモニタリングの手法、精神保健の普及啓発プログラムなどについては、今後さらに詳細な情報を交換する価値がある。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, Melbourne. 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

WHO. Project Atlas 2005, WHO, 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

表1 日本における最近の精神保健関係の法律や報告などの年表

2002	今後の精神保健医療福祉施策について
2003	心神喪失者等医療観察法
2004	精神保健医療福祉の改革ビジョン
2004	今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）
2005	障害者自立支援法
2005	精神保健福祉法改正
2005	障害者雇用促進法改正

表2 平成18年度診療報酬改定（精神医療）

精神医療に係る診療報酬改定	
① 精神病床における急性期の入院医療の評価	
精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料について、入院早期の評価を引き上げ。 精神科救急入院料（看護職員の実質配置10：1） [現行2：1に相当] 入院後30日以内3,200点 入院後30日超2,800点 精神科急性期治療病棟入院料1（看護職員の実質配置13：1） [現行2.6：1に相当] 入院後30日以内1,900点 入院後30日超1,600点 精神科急性期治療病棟入院料2（看護職員の実質配置15：1） [現行3：1に相当] 入院後30日以内1,800点 入院後30日超1,500点	
② 精神病床における入院期間に応じた評価の見直し	
精神科病棟入院基本料の入院期間に応じた加算について、入院早期の評価を引き上げ、長期入院の評価を引き下げる。 14日以内 439点→459点 91日～180日以内 40点→20点 15日～30日以内 242点→242点 181日～1年以内 25点→10点 31日～90日以内 125点→125点	
③ 通院精神療法に係る評価の見直し	
通院精神療法の再診時の点数について、病院及び診療所の点数格差を是正する。 診療所の場合 370点→360点 病院の場合 320点→330点	
④ 入院精神療法の算定要件の緩和	
当該保険医療機関に初めて入院する統合失調症の患者であって、新規入院又は退院予定のある患者の家族に対し精神療法を行った場合には、入院精神療法を算定できる。	
⑤ 精神科デイ・ケアに係る評価の見直し	
精神科デイ・ケアについて、短時間のケアについて、新たに評価を行う。 精神科ショート・ケア 小規模 275点（1日につき） 大規模 330点（1日につき）	

⑥ 精神科訪問看護・指導料等の算定回数上限の緩和
イ 精神科訪問看護・指導料の算定回数上限の緩和 週3回まで算定可 → 退院後3ヶ月以内の患者に対して行う場合は週5回まで算定できる。
ロ 精神科退院前訪問指導料の算定回数上限の緩和 入院後3月を超える患者に対して3回に限り算定できる。 → 入院後6月を超える患者に対して行う場合は、6回まで算定できる。
⑦ 精神病床における認知症患者に対する医療の充実
精神病棟入院基本料を算定する重度の認知症患者について、入院後3月以内に限り、1日100点を加算する。 重度認知症患者入院治療料および認知症老人入院精神療法料については廃止。
⑧ 重度認知症患者デイ・ケア料の見直し
算定対象となる重度認知症の定義に、認知症の評価尺度を導入し、介護保険との役割分担を明確化する。 重度認知症患者デイ・ケア料（Ⅰ）と（Ⅱ）とを統合するとともに、診療実態を踏まえ、4～6時間未満の診療に係る評価は廃止。
⑨ 小児に対する心身療法の評価
20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合は、100/100点を加算する。

図 1-14 および表 3 は 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. から引用

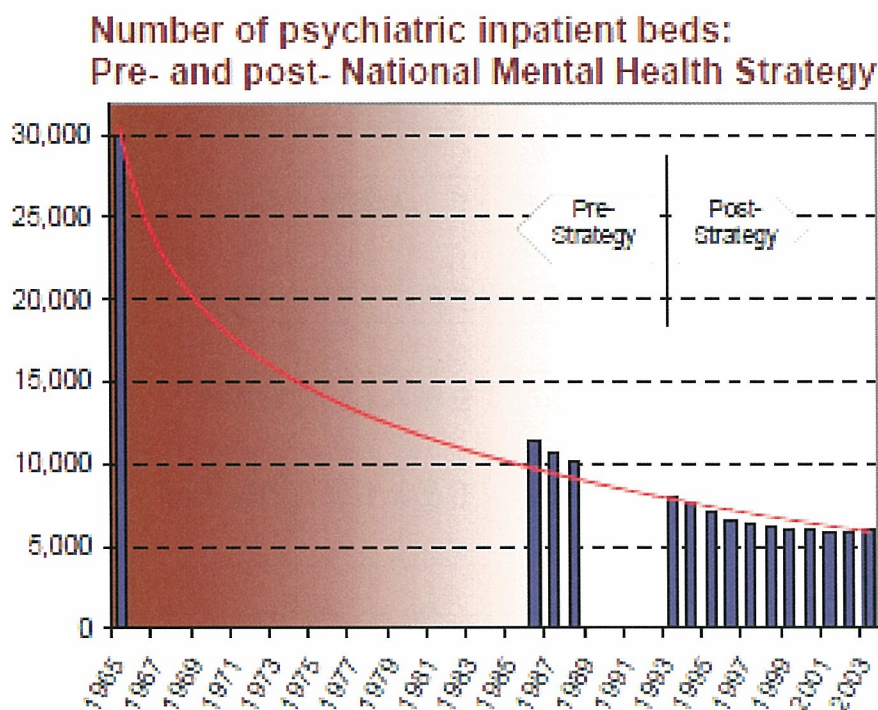


図 1 精神保健戦略前後の精神科入院病床の変遷

National expenditure on mental health by the three main funders

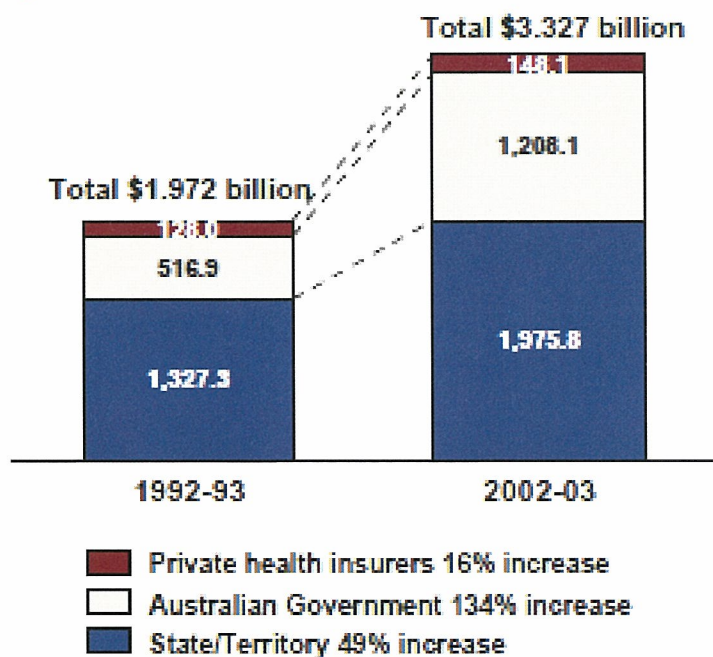


図 2 精神保健への支出額

Allocation of funds across community and inpatient services

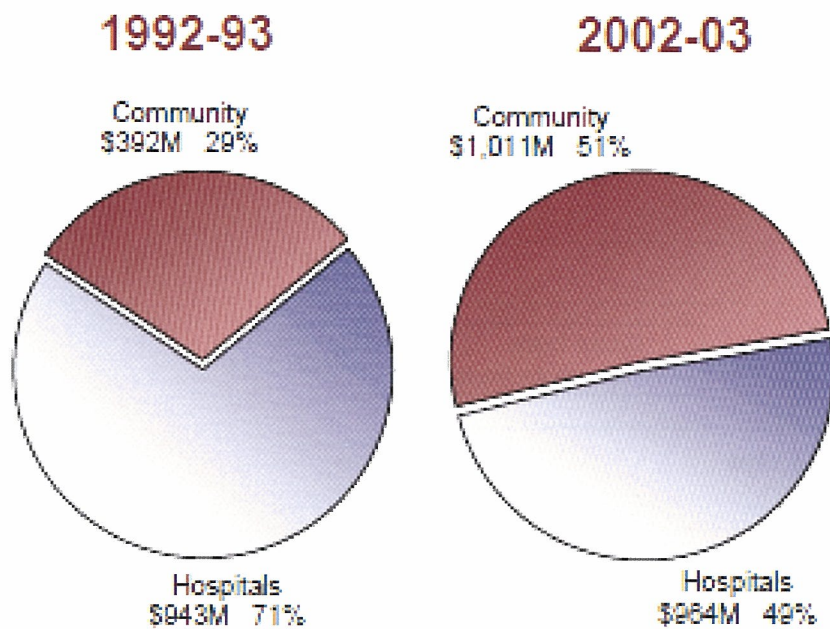


図3 入院と地域ケアの支出額の割合

How 2002-03 spending was distributed

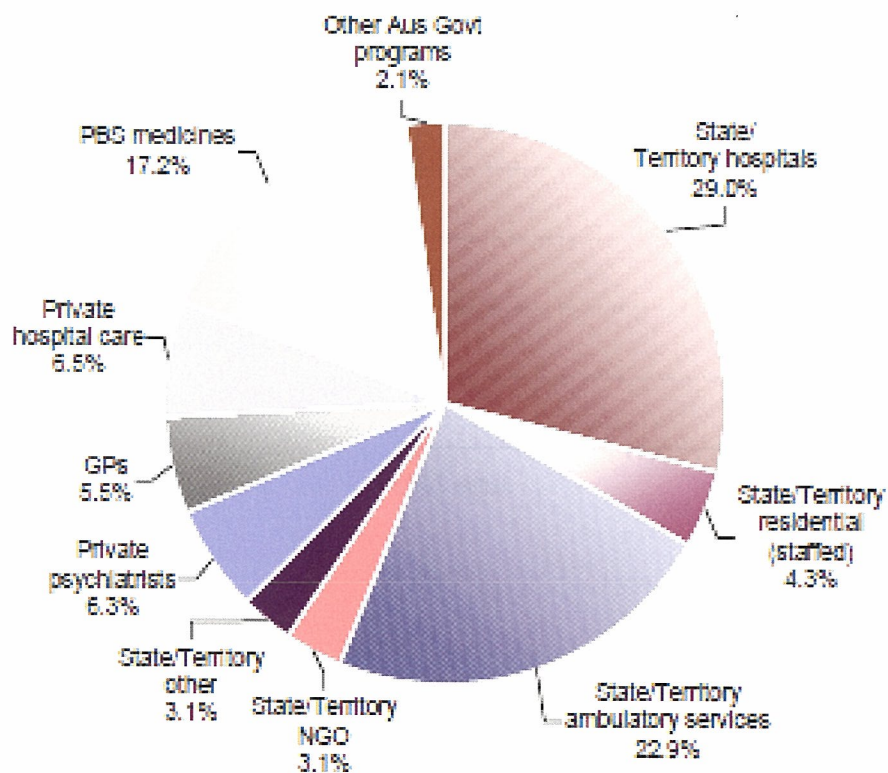


図4 どのように支出されたか

Number of acute and non acute inpatient beds

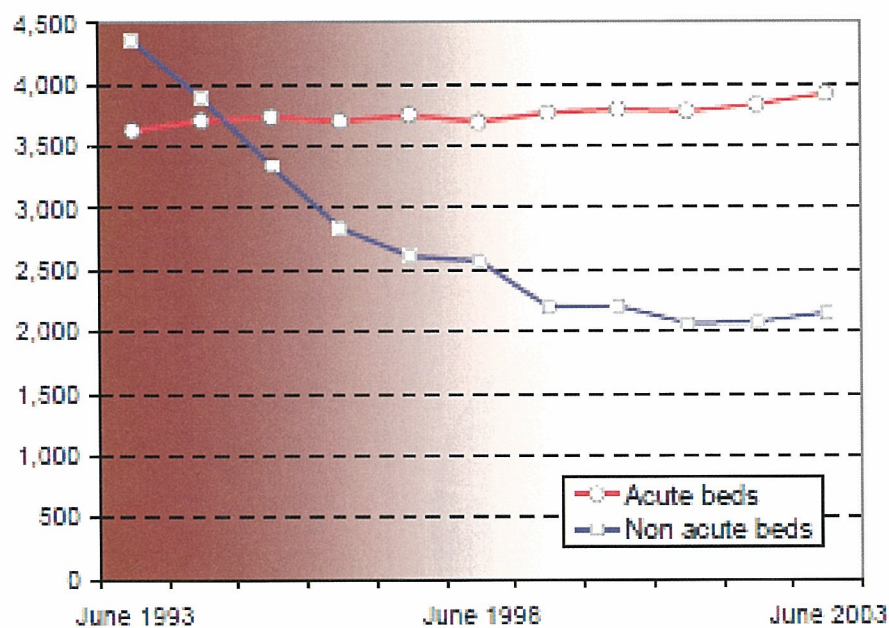


図 5 急性期病床と非急性期病床数の変遷

Percentage of acute psychiatric beds located in general hospitals

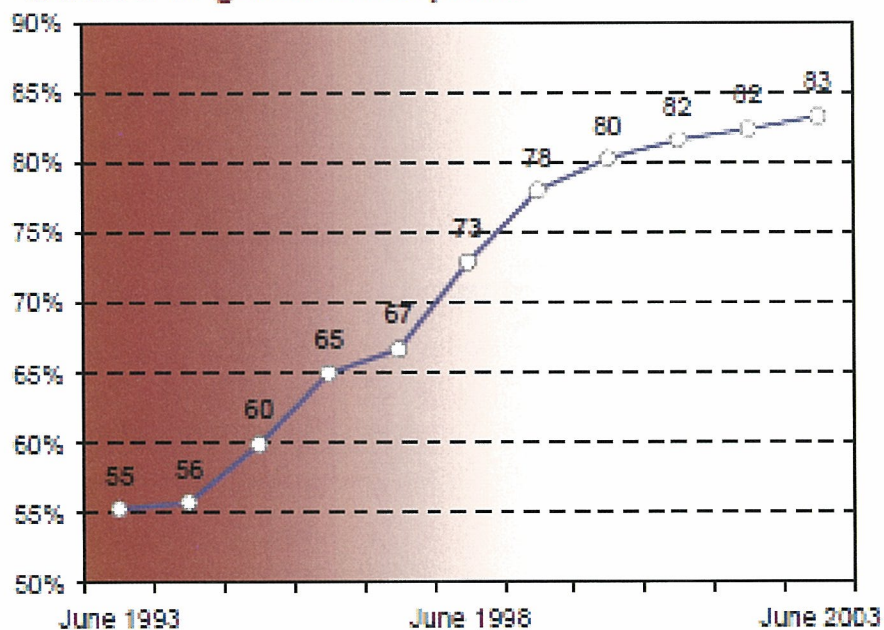


図 6 総合病院にある急性期病床の割合

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

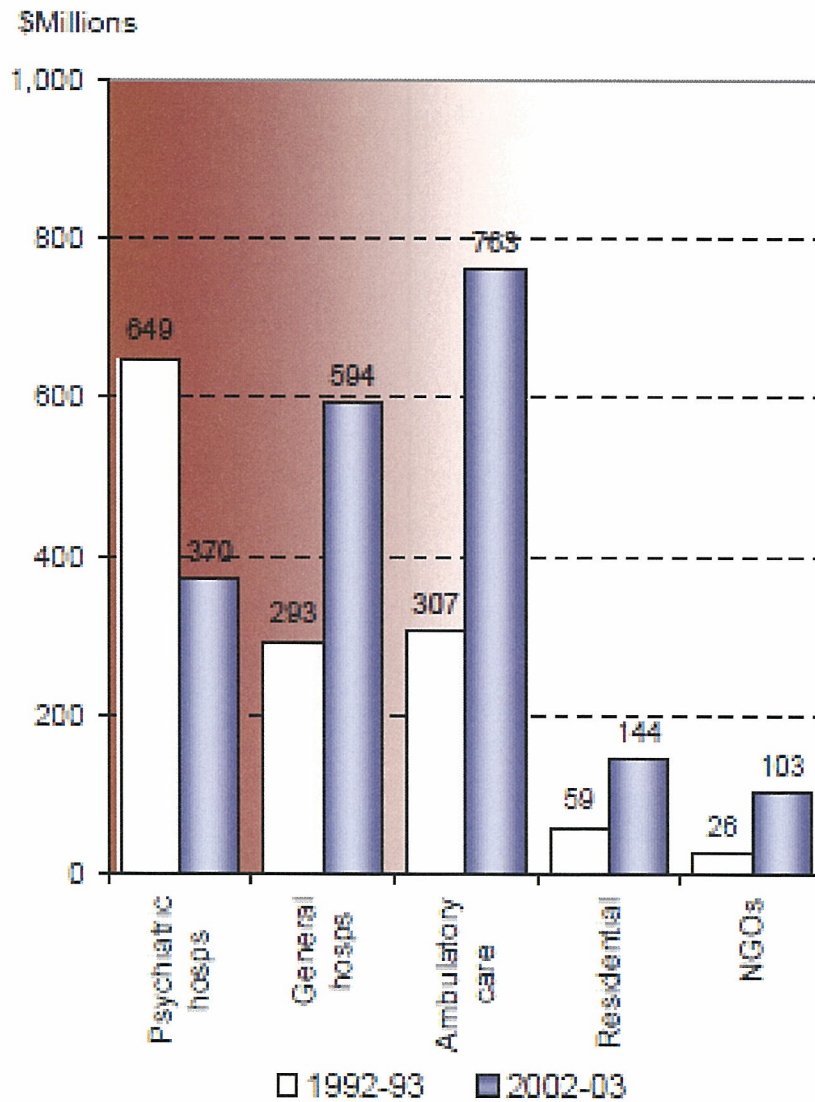


図7 単科精神科病院、総合病院の精神病床、地域ケアへの支出の変遷

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

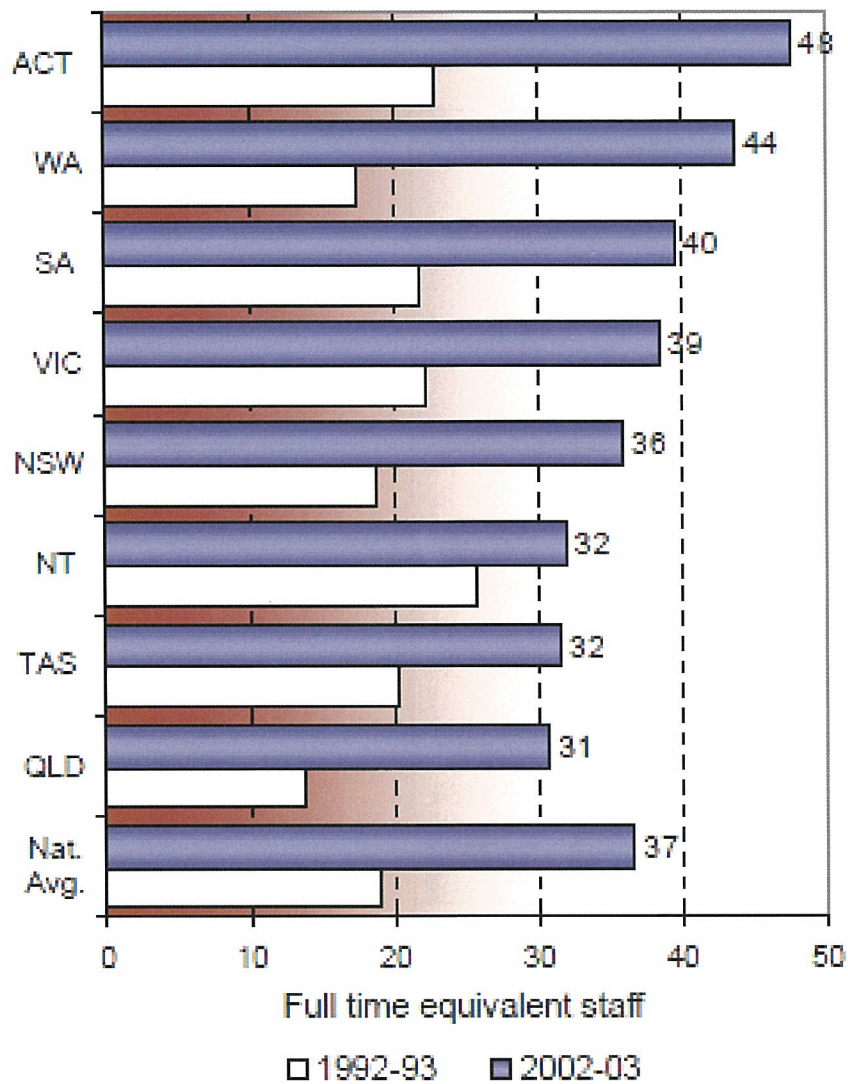


図 8 地域ケアへの人員配置

Percentage of mental health service organisations with formal consumer participation mechanisms

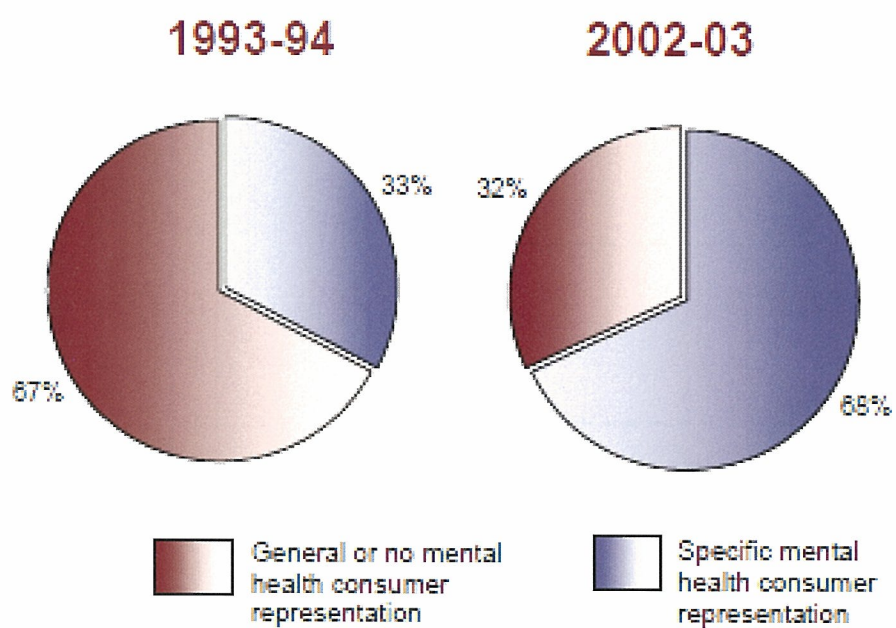


図9 精神保健サービス提供者のうち、利用者を正式に参加させている割合

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

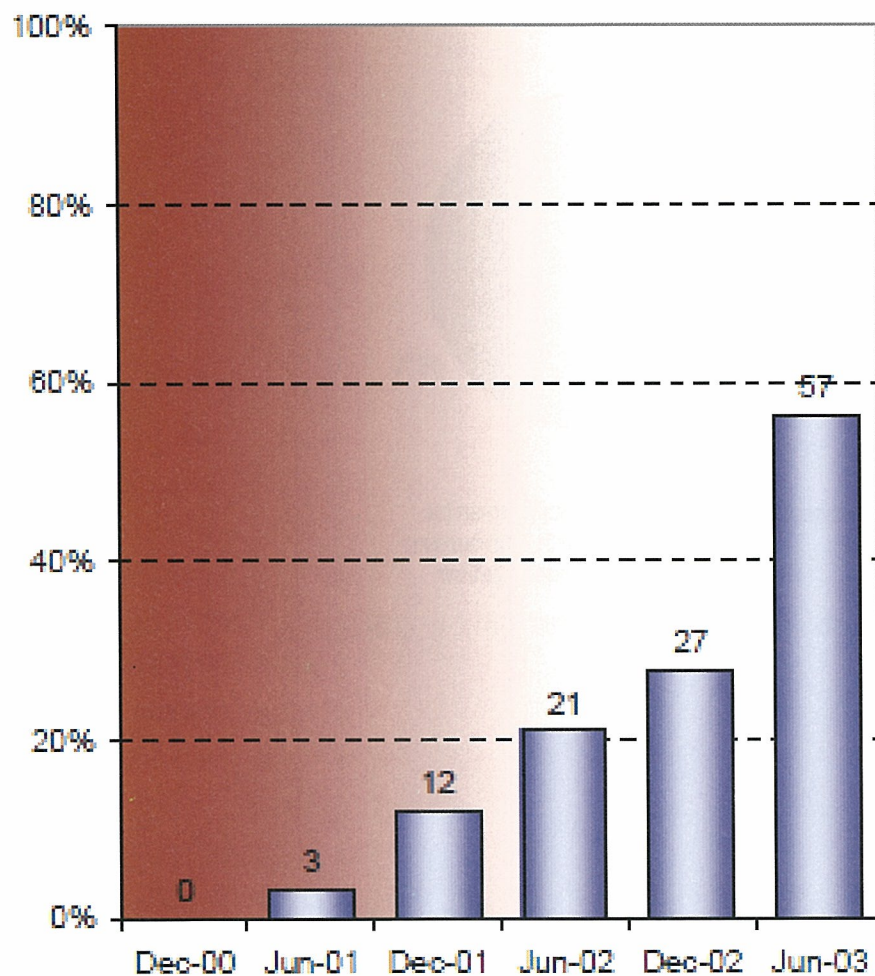


図 10 利用者のアウトカム尺度を回収し報告している公的精神科システムの割合

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

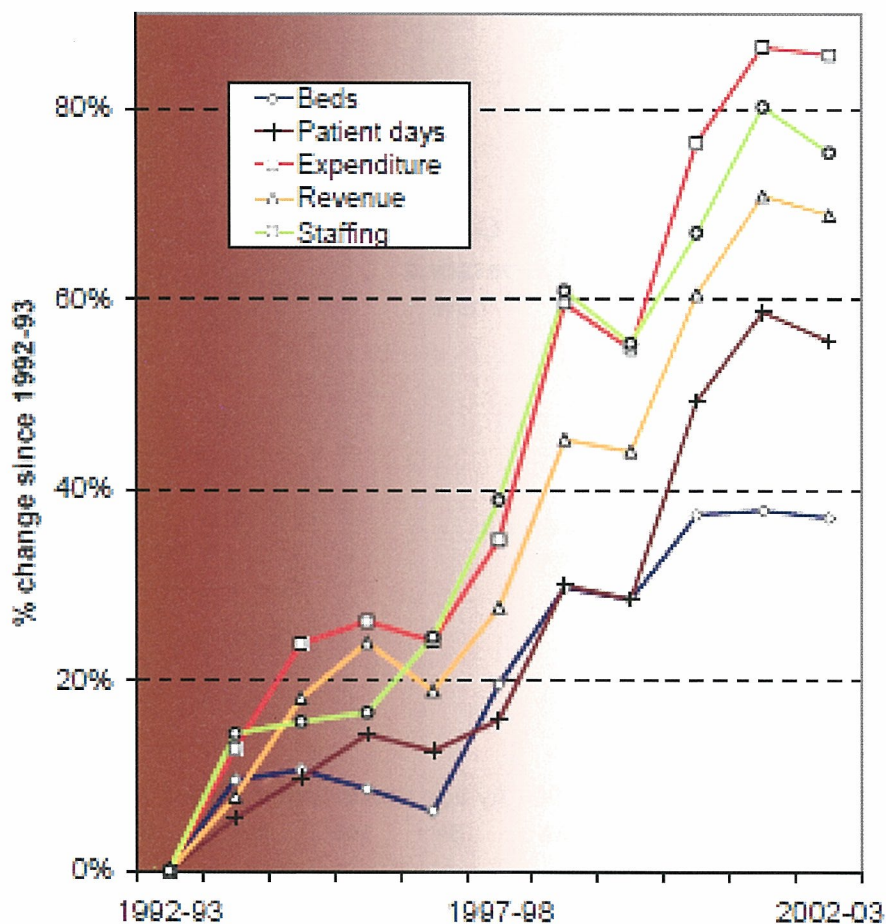


図 11 民間精神科病院の指標の変遷

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

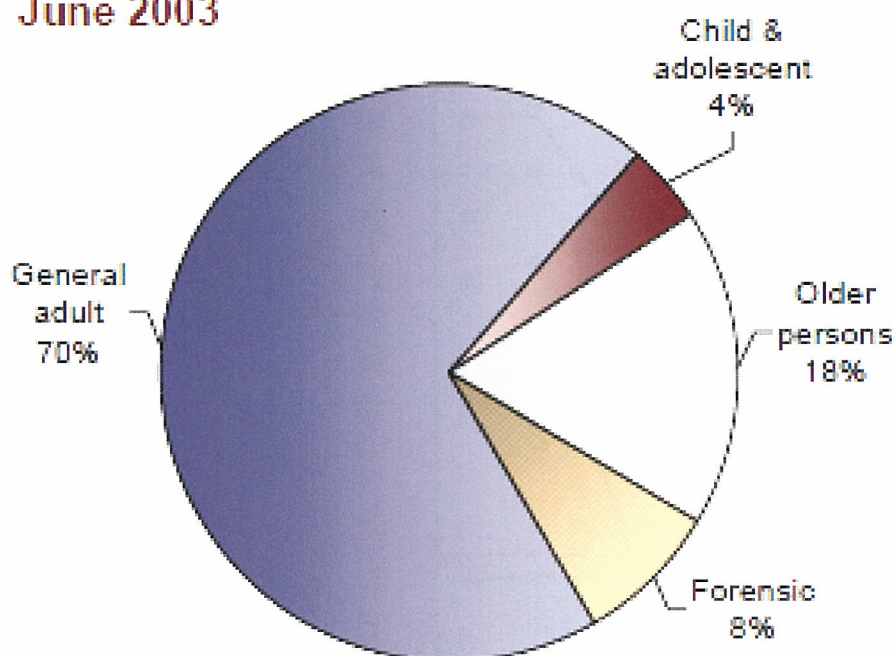


図 12 精神科病床の年齢群別割合

表 3 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.
- *'All beds'* based on total beds and population.
- *Older persons*: Based on population aged 65 years and over.
- *Forensic*: Based on total population aged 18 years and over.

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

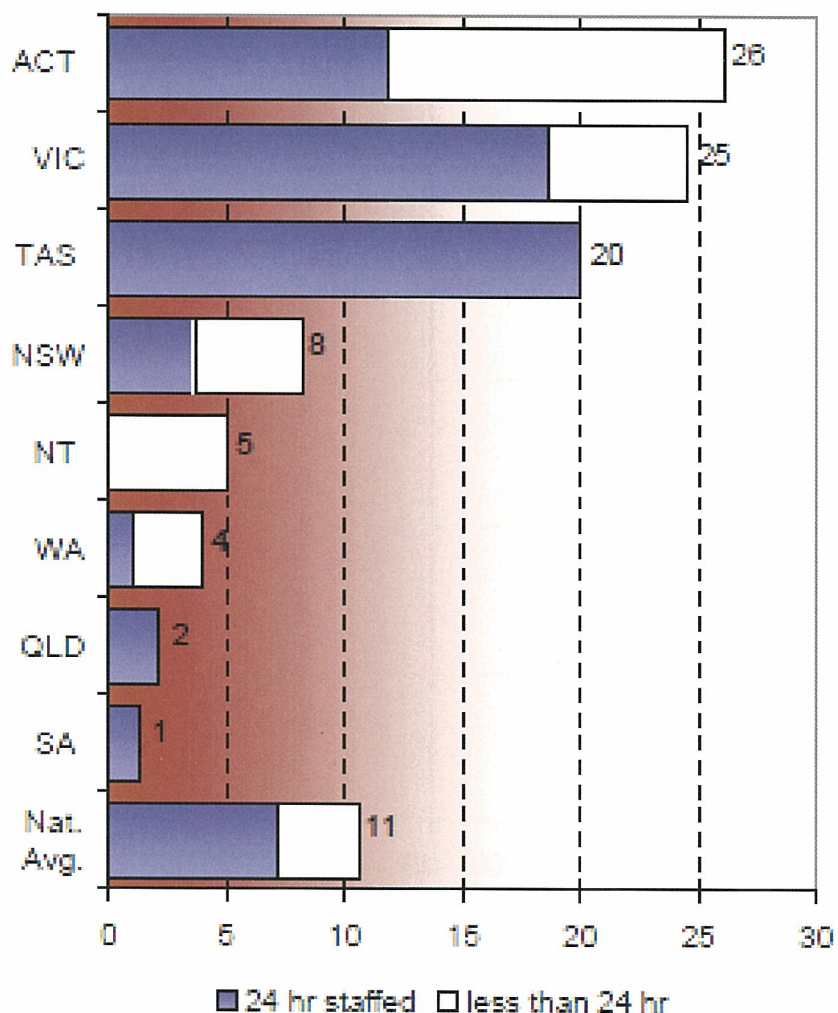


図 13 人口 10 万対の 24 時間居宅ケアおよび 24 時間未満居宅ケア