

と思われる。

諸外国の社会精神医療のノウハウを盲目的に輸入することは、既存の社会資源の効率的な運用を阻害することになりかねない。変わることが困難となっている「既存の社会資源」である民間精神科病院を新しいサービスに組み込むには何が必要かを考えることは、日本での精神医療改革を進める上での重要なポイントである。

#### 8. コミュニティー精神医療が未整備

本来、コミュニティで暮らす精神障害者の治療を行うはずの診療所がわが国では充分機能しておらず、入院患者を減らす機能について疑問視する声がある(14)。一方でわが国では精神科リハビリテーションといえれば地域生活支援活動に重点を置いて語られるあまり、精神科診療所の機能について忘れ去られていたのだという批判もある(15)。すでに都市部では十分な数がある「既存の社会資源」である精神科診療所を、今後はコミュニティにいる精神障害者のフォローアップのための有効なネットワークに組み込むことが望まれる。

海外ではコミュニティ精神医療の一翼を担っている総合病院精神科は日本ではメジャーになっていない。総精神科病床数に占める(一般)総合病院精神科病床数は4.9%と低い。

コミュニティ精神医療の重要なパートとして位置づけられているデイケアは日本全国に1250箇所、そのうち1/4は精神科病院以外のところにある(9)。ACTなどアウトリーチのためのサービスは一部で行われるようになったものの、十分な財源が用意されているとはいえず、未整備とっていい状態のままである(9)。ナーシングホームなど病院以外の居所の整備、その他のサービスも始

まったばかりであると国際的な評価を受けている(9)。

#### 9. 精神医療スタッフ

精神科医の数は標準的である。しかし一般開業医が精神科のプライマリーケアに積極的に参加しておらず、一般の医師は新臨床研修制度が始まるまでは基本的な精神医療のトレーニングも受けていなかった。精神科専門看護師、コメディカルスタッフが欧米に比較して不足している。臨床心理師は未だに国家資格化されていない。スタッフは入院治療に多く配置されており、コミュニティへの配置は薄くなっている(9)。入院治療についても絶対的なベッド数が多いこともあり、病床数あたりの人員は少ない。これらの点の多くは精神科に限らず日本の医療全体の特徴でもある。

#### 10. 医療保険

国民のほとんどが医療保険に加入することができるいわゆる国民皆保険である。自己負担率は30%であり西欧諸国に比較すると高い方であるが、外来においては障害者自立支援法により10%に抑えられ、入院については高額療養費制度により事実上の自己負担限度額がある。医療保険加入率は高く、経済的弱者に対しては生活保護の医療扶助によりセーフティーネットが張られている。

医療保険は財源などによって、次のように分類される(16)(17)。

ビスマルク型（大陸型） 収入に応じた保険料 財源は医療保険制度

正統派 ドイツ、オランダ、スイス（分権化、政府の介入も負担も少ない）

傍系 フランス、ベルギー（中央集権的、強い政府支配、税も投入）

ビーブリッジ（ヴェバリッジ）型（英国型） 保険は最低限 財源は税に依存

イギリス（UK） 英連邦諸国 北欧諸国（ゆりかごから墓場まで）

アメリカ型 弱者以外は市場原理に任せる

アメリカ合衆国（リベラリズム）

日本はドイツの制度を研究し社会保障をスタートさせており、ビスマルク型に属する。政府介入が強い点では傍系に近い（16）（18）。ところで脱施設化が遅れた国はビスマルク型に属する国に多い。この意味については後ほど考察する。

### 1.1. 低医療費

欧米諸国に比較してGDPに占める医療費の割合は低く、その中で精神医療費の割合はさらに低くなっている。国民医療費に占める精神医療費の割合は1989年の7.0%から1999年の5.2%まで下がってきている。一日あたりの精神科の入院費は一般病床の1/2-2/3にすぎないと言われている。

わが国の国家財政は健全ではないといわれており、その中で医療費を含む社会保障費の抑制が叫ばれている今、精神科医療費は現状より大幅に増えることは期待しにくい状況である。また長期にわたる治療については一部介護保険へ移行する可能性もある。

1.2. 国家の経済力とそれに見合う精神医療  
WHOによれば、国力によってとるべき精神保健のあり方はまったく異なる<sup>9)</sup>。

(1). 貧しい国は、精神医療専門家の監督下で、プライマリーケアで精神医療をできる体制を整えるべきである。

(2). 中程度の豊かさの国は、外来精神科診療所、コミュニティー精神医療チーム、急

性期精神科入院施設、長期入所可能なコミュニティー居住ケア施設および就労施設を整備すべきである。

(3). 非常に豊かな国であれば、専門外来のクリニック、ACT、進化した急性期精神科入院施設、長期入所可能なコミュニティー居住ケア施設および就労訓練施設を整備することが望まれる。

OECD加盟国であり、GDPが最も高い国のひとつである日本は上記のカテゴリーでは(3)を目指すことになるであろう。

諸外国の精神医療（精神医療改革を中心に）

### 1. 脱施設化とコミュニティー精神医療

今世紀前半までヨーロッパを中心とする先進諸国と呼ばれる国々では、精神障害者の多くは巨大な精神科病院に収容され、低レベルの医療と人権を軽視した取り扱いを受けていた。しかし薬物療法をはじめとする精神医療の発達と患者の権利意識の向上は精神医療の提供のあり方を大きく変えた。精神科病院から患者は退院し（de-hospitalization）、市民が通常生活するコミュニティーで外来精神科医療、就労支援をはじめとする持続的なアクセス可能なサービスを受け、必要ときには訪問などアウトリーチのサービスを受けられるようになった（コミュニティー精神医療）。入院施設が単科精神科から総合病院精神科へと変わることで、プライマリーケ

アで精神医療が供給されるようになる事を  
含むこともあるが必須ではない。このような  
一連の変化を脱施設化

**de-institutionalization** という。この概念は  
今世紀半ばフランスで誕生し、その後世界的  
に受け入れられた 19)

脱施設化は単純なプロセスではない。コミュニ  
ティのあらゆる機関、サービスの有機的  
なネットワークが不可欠である。ただ単純に  
病院を閉鎖し、コミュニティの整備が行わ  
れないといったことは患者を危険にさらす  
ことになる。健全な脱施設化は次の 3 つのス  
テップからなる 20)。

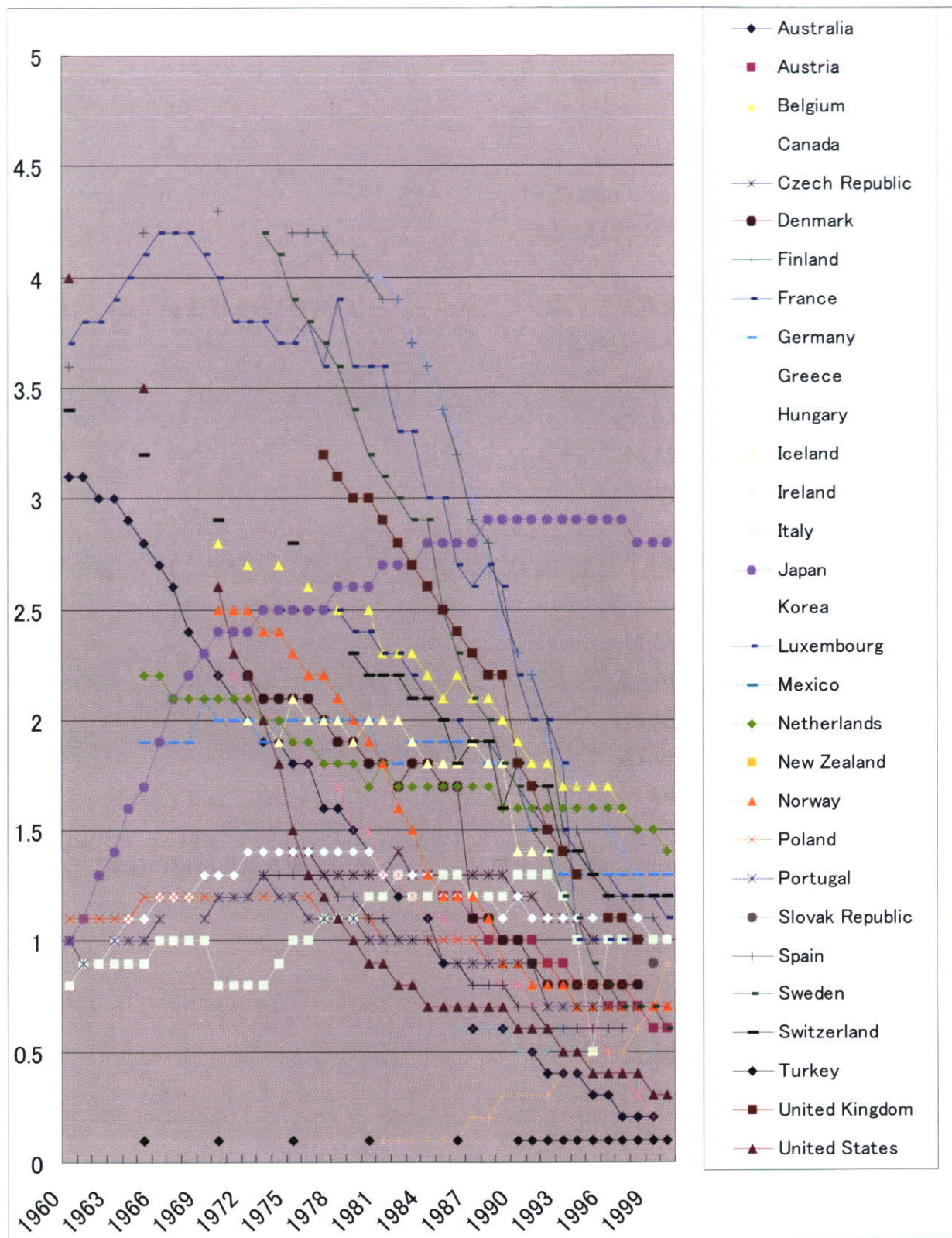
- ① コミュニティにまず精神医療サービスを  
構築する。それによって不適切な長期  
入院を防ぐことができる。
- ② 長期入院患者を、十分な準備の後にコミュニ  
ティのサービスに移していく。
- ③ 施設に頼らない患者を、十分なコミュニ  
ティのサポートシステム（外来・住居・  
就労危機介入）で維持できるようにして  
いく。

結果として西ヨーロッパ、中部ヨーロッパで  
は精神科病院は大きく数を減らし、精神障害  
者は以前より遥かに改善された環境で生活  
できるようになったといわれている。1970  
年代の熱狂的な脱施設化の運動の時代は過  
去のものとなり、今はむしろ静かな時代を迎  
えている 21)。

## 2. 病床削減率を読み解く

次ページに示すのは OECD（経済開発協力  
機構）のデータを元にした人口千人あたりの  
精神科病床数のグラフである。精神科入院施  
設の病床数は脱施設化の結果として 70-90  
年代に大きく減少した 7)。(国によっては精  
神科病床をすべてカウントしていないため、  
データの解釈には注意を要する。たとえばア  
イルランド、イギリス、スウェーデン、フィン  
ランドのデータに民間病院は含まれない。  
アメリカはすべての「非連邦病院」の病床数  
のみであり 21)、連邦直轄の退役軍人病院  
(VA) まない 22)。また長期入院のための  
准病棟。それでも日本の精神科病床より構造  
的には上である Residential Treatment  
Bed ( ) を含めていない 23)。ドイツでは精  
神科病院と救急病院の精神科病床の病棟の  
みのデータであり、18,000 床もある「心身  
症・精神療法病棟」が含まれない 24)。オース  
トラリアでは単科精神科病院のみであり  
総合病院が含まれていない 21)。また多くの  
国で司法精神医学病床を含まれない。

これらのデータ上の欠点があるがゆえに各  
国を同じ条件で比較することに用いること  
については慎重であらねばならないが、年代  
を追って凡その病床数の変化を掴むことに  
は適している。しかし残念なことに 2002 年  
を最後に集計は行われなくなった。



OECD のデータにおける病床数の変化から見て、先進諸国は次のようにグループ化でき、それらは国情、精神医学の歴史から見てもそ

れぞれのグループの特色があることが分かる。なお、病床削減率については前述のとおり、OECD のデータにかなりの不備がある

ため、あくまで参考値として扱うこととする。  
 (改革前の病床数が特に多い(病床数最多時に人口千人対 4.0 以上) 国は下線で示す。参考データ： フィ

ンランド 4.3 アイルランド 4.0 ルクセンブルグ  
 4.0 スウェーデン 4.2 USA 4.0 (日本 2.9))

## 1 グループ

病床減少率の高い国 (削減率 65%以上)

さらに 2 つのサブグループに分類できる

### 1 A グループ

60-70 年代に病床数が大きく減少したグループ (反病院精神医療活動が盛んで政治的な主導権を取った国々でもある)

イタリア 90.9%

USA 92.5%

オーストラリア 93.5%

ノルウェー 72%

### 1 B グループ

80 年代に病床数が減少した国 (北欧、西ヨーロッパに多い。国家による医療の統制の強い国々)

フィンランド 76.7%

アイルランド 70.0%

ルクセンブルグ 76.2%

スウェーデン 85.7%

イギリス (UK) 68.8%

## 2 グループ

病床減少率の低い国 (40%以下) (中部ヨーロッパ諸国 病院精神医療の伝統)

チェコ 28.6%

カナダ 33.3%

ドイツ 38.1%

ギリシャ 35.7%

アイスランド 33.3%

オランダ 36.4%

## 3 グループ

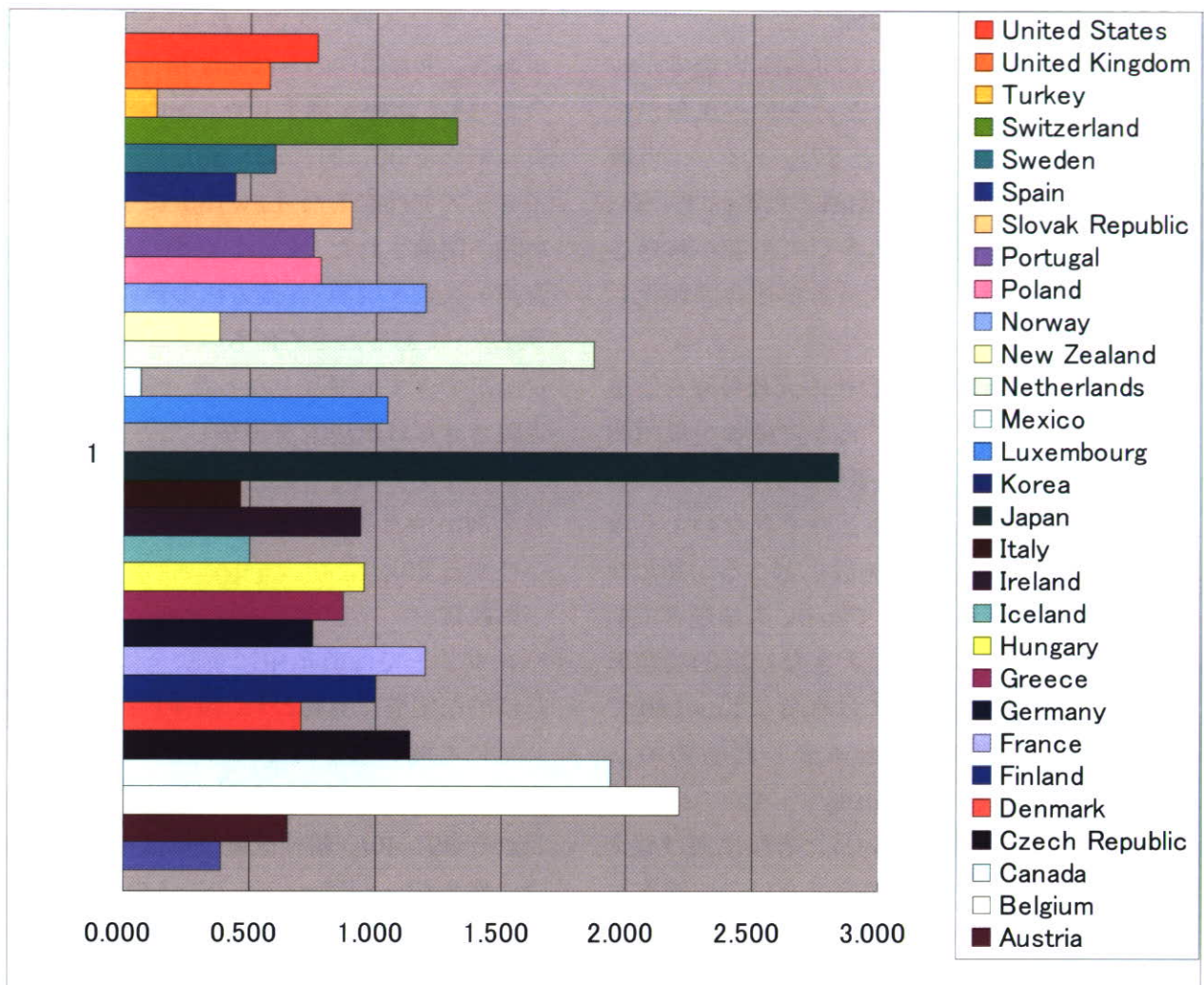
病床をほとんど削減していない、あるいは増加傾向にある国

日本

韓国

また、WHO による最新 (2005) の精神科病床数の比較は以下のグラフに示す (25)。

OECD のデータよりも均質な条件で比較することができる。



前述した意味においては、日本では精神医療改革はまだスタートラインについたばかりであるとみなされている 9)。なぜならば日本では精神障害者の医療は多くは単科精神科病院中心で行われており、脱施設化は進んでおらず、コミュニティーで患者を治療する施設として外来精神科診療所数の増加は見られるものの、長期入院患者の受け皿としては十分機能しておらず、精神障害者の就労を促す施設も整っていない。またコミュニティーに住む患者を訪問し医療看護を提供したり、危機介入を行ったりするアウトリーチのサービスも全く不十分である。

### 3. 脱施設化が失敗する原因

脱施設化は、そのプロセスが複雑であること、患者の医療だけでなく生活全般に関わる重大な問題であること、財源・マンパワーが不足しがちなことから簡単には進まない。もちろん変革に批判は付き物であるが、精神障害者に対する諸外国をみるといくつか失敗のパターンがある。

#### 〈回転ドア現象〉

アメリカでは 60 年代から数千床の巨大な州立精神科病院が次々と縮小された。退院させられた患者がコミュニティーで適切な医療を受けることができないために、症状の再燃をきたして再入院することを繰り返す現象が見られるようになり、回転ドア現象と名づけられた 26)。

### 〈Transinstitutionalism〉

精神医療改革の初期には退院した患者が他の施設にただ移されただけという現象が世界のあちこちで見られた(27)。ドイツでは改革初期に精神科病院を閉鎖したが、「黒い森」地方の元結核療養所に多くの患者が移送されただけというケースがあり社会問題化した(28)。

90年代にも倒産した会社の元社員寮を改造したグループホームに元入院患者が集団的に住まわされるという事件があった。それらのホームは誰も通うことのできないような僻地にあったため、脱施設化どころか新たな隔離を生み出しただけであり、人権侵害であるとマスコミが報道し大きな社会的問題となった(29)。イタリアでは有名な Law180 で 100% 公立病院閉鎖を命令したものの、supervised community や staffed residential facility といった看板に架け替え、患者を guest と呼び替えただけの収容施設が続出し、さらにケアの質が悪化したとして内外の研究者から非難を浴びた(1)。

### 〈精神医療の消失〉

WHO が何度も警告しているように、病院を閉鎖するにはまずコミュニティーの精神医療を先に立ち上げなくてはならない。スイスではただ単に総合病院に移せば良いと解釈されてしまい、何の準備も無く総合病院に多くの患者が移され適切な医療が提供できなくなった(28)。オーストラリアの精神医療改革については強い批判の声が国内外から上っている。イギリスの NHS に類似した医療システムの問題(アクセス不良で待機時間非常に長い)も重なり、精神医療の適切な提供を拒まれることが多く、わずか 38% の患者

しか必要な医療を受けられないと言う報告がある。患者団体のみならず精神科医、医学会からも「医療が消失した」という批判が高まっている(30)(31)(32)(33)。

イタリアでは有名な Law180 によって公立病院が閉鎖された。しかし必要な施設・社会資源・人員・財源・評価方法の無い「ガイドライン」であったため何もコミュニティーに資源ができず大混乱となった(19)(34)(35)(36)。退院させられた患者を追跡したところ、12% がホームレスになったという報告(37)、対象者全例が消息不明となったという論文さえ存在する(38)。

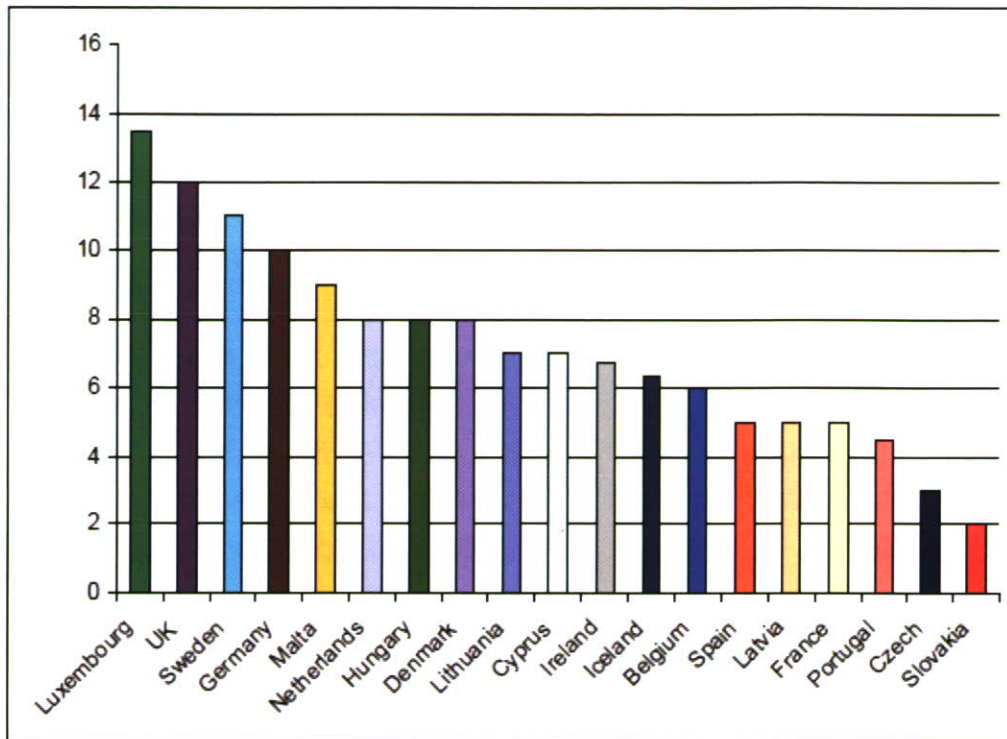
### 〈財政難〉

ハンガリーでは改革中に東欧全体を襲った経済的な困難に見舞われ、精神科病床は削減したにも関わらずコミュニティーの基盤整備ができなかったために大きな混乱に見舞われた(39)(40)。精神医療改革は施設から施設に移す(ハードからハードへ)のではなく、ネットワークに移す(ハードからソフトへ)ことが必要だが、そのためには莫大な資金も人手も必要でありむしろ予算は増加する。決して入院施設閉鎖によるコストカットという単純な話ではない。一方、フィンランドでは同じく経済状況悪化のため外来施設数が一時減少するほどであったが(40)、結果的に改革は成功とみなされており(41)、方法によっては財政難を代償できる可能性もある。

### 〈政策の欠如〉

## ANNEX 6

### Mental Health Expenditure in European Economic Area countries (% of total health expenditure)



Source:

Mental Health Economics European Network (2004)

ルクセンブルグは金融で潤う非常に豊かな国であり一人当たりの GDP はトップクラスである。なおかつ上記グラフ 42) に示すように、全医療費の 13% を精神医療に当て予算は潤沢であるが、行政の意識の欠如により病床削減後いつまでたってもコミュニティーの施設が整わず混乱をきたした 39)。「資金さえあれば良いと言うわけではないという実例」と WHO に批判されている 43) 44)。

〈家族の負担の増加〉

イタリアでは患者の満足度は決して低くはないが、患者の家族にあまりに重い負担がかかっているという批判がある。退院に満足する家族は 45% にすぎないというデータがある 34) 36)。劇的に病床を減らしたオースト

リアでは 2000 年以後、精神医療の質に対して家族から激しい反発が広がり、国が対応に迫られた 30) 33)。どの国においても程度の差こそあれ、家族の負担が増加してしまったことが問題になっている 44)。

〈居住施設の病院化〉

フランスでの脱施設化に対して患者、家族から強い反発があるという。「病院よりも小規模で人手の少ない施設 (ナーシングホームなどの意味) に移るだけで何も変わらない」「重症患者の増えた居住施設が、今度は病院化していくので結局同じ」などという声があがっている。

〈re-institutionalization: 再施設化〉

イギリス、オーストラリア、オランダなどで



は極端に精神科病床を減らし、入院治療を精神病状態の救急、重症者に事実上限定してしまったため、病棟がハードな構造となり「再施設化」しているという批判がある 45)。入院患者に人間的な温かいケアを施した時代は過去となり、病棟はいわば保安施設化してしまったため、精神障害者の人権を侵害しているのではないかという声がある。そのためうつ病の患者は入院しなくなるという。

#### 〈格差医療の誕生〉

うつ病に罹患し温かい環境での治療を望む患者は再施設化した公的な病院をさけるようになった。そのためイギリスなどでは快適な民間病院の病床が急増している。しかし民間病院での治療を受けられるのは富裕な階級に限られ、結果として新しい「格差医療」の時代になりつつある 44)。

オーストラリアでは改革によって公的医療へのアクセスが極端に悪化し、サービスが限定され入院を待つようになり、その結果として代替の民間精神科病床数が急増している 30)31)。経済的に裕福な患者は高価な民間医療保険に加入することができるため民間精神科病床を利用でき、良好なサービスと良好なアクセスの恩恵を受けられる。しかし民間医療保険に加入できない患者は医療にアクセスできず新たな格差が生じている。もはやオーストラリアの精神医療は劣化し、WHOの提唱するレベルに達しなくなったと言う

批判、オーストラリアの精神医療政策は格差を認める新自由主義的政策であると言う批判にさらされている 33)。

#### 〈セカンドクラスサービス〉

医療サービスの二極化は経済的な理由だけが原因ではない。他の医療と異なり、精神医療においては病識がなく受診を忌避するといった理由で医療に接する機会に不均等が生じる。医療スタッフから医療を「プッシュ」する病院精神医療と異なり、患者の側から医療を「プル」することが重要になるコミュニティー精神医療では、積極的に治療を求める患者グループと、進んで治療を求めない患者グループとの二極化が激化する。前者に対しては患者をひきつけるために魅力的な優れたサービスが提供されるが、一方で後者に対しては求めないのを良いことに「セカンドクラスサービス」となる傾向があり、一部のスカンジナビア諸国、ドイツでは医療ではなく社会サービス提供中心になっていることが指摘されている。増加する司法精神医学施設、増加した強制入院の件数、以前より巨大化した支援住宅が「セカンドクラスサービス」を端的に示すと見なされている 46)。

脱施設化を成功させるためには先進諸国で起こったこの様な事例を研究し、失敗の原因をつぶさに観察しネガティブな要因を丹念につぶしていかなければならない。そうして初めて、精神障害者にとって最も幸福な脱施設化が可能となる。

#### 4. 世界の精神医療に関するその他のデータ

精神科スタッフ数の比較 (人口十万人当たり・ヨーロッパと富裕国については各国の中央値)

	オースト				ヨーロ				日本
	フランス	イギリス	ラリア	カナダ	USA	ドイツ	ッパ	富裕国	
精神科医	22.0	11.0	14.0	12.0	13.7	11.8	9.8	10.5	9.4
精神科看護師	98.0	104.0	53.0	44.0	6.5	52.0	24.8	33.0	59.0
臨床心理技術者	5.0	9.0	5.0	35.0	31.1	51.5	3.1	14.0	7.0
ソーシャルワーカー	NA	58.0	5.0	NA	35.3	477.0	1.5	15.7	15.7

精神保健政策の比較 それぞれの制度を持つ国の割合 (%)

	ヨーロッパ	富裕国平均	日本
国家的精神保健プログラム	52.9		あり
コミュニティーケア	79.2	97.4	あり
精神保健法	91.8		あり
障害年金	100.0	100.0	あり
精神保健専用の予算	70.0		あり
プライマリーケア(軽症)	96.1	97.4	あり
プライマリーケア(重症)	68.6	86.8	なし

この部分まで参考文献

- 1) 海外における精神障害者の入院及び社会復帰制度に関する研究 分担研究者 河崎茂 (精神障害者の医療及び保護の制度に関する研究 主任研究者 藤縄 昭 平成3年度厚生科学研究)
- 2) 精神保健指標の国際比較に関する研究Ⅱ 分担研究者 仙波 恒雄 (主任研究者 大塚 俊男 精神保健医療政策の評価に関する研究 平成7年度厚生科学研究)
- 3) 海外諸国の精神医療に関する国際比較 分担研究者 新貝 憲利 (主任研究者 仙波 恒雄 平成8年度厚生労働科学研究)
- 4) 世界の精神保健医療-現状理解と今後の展望 新福尚隆、浅井邦彦編集 2001 へるす出版
- 5) 精神科医療施設の特徴に関する国際比較

- (世界精神保健連盟 1993 年世界会議) (日本精神科病院協会 仙波恒雄 高柳功 樹神学 浅井邦彦 小峯和茂 河崎茂)
- 6) 医療施設動態調査 (平成19年11月末概数) 厚生労働省 HP  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m07/is0711.html>
  - 7) OECD Health Data 2002 : OECD
  - 8) 平成18年 病院報告の概況 厚生労働省HP  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/byouinhokoku/18/index.html>
  - 9) World Health Organization. Mental health atlas : 2005. Geneva, Switzerland.
  - 10) 平成14年度マスタープラン調査データ集 2003 社団法人日本精神科病院協会
  - 11) 藤田利治: 保険統計からみた精神科入

- 院医療での長期在院にかかわる問題 日本国立公衆衛生雑誌 14-20 53 (1) : 2004
- 12) 平成 18 年度日本精神科病院協会医療経済実態調査報告 2007 社団法人日本精神科病院協会
- 13) 小規模精神科病院問題検討プロジェクトチーム報告書 2004 社団法人日本精神科病院協会
- 14) 生村吾郎 : 兵庫県における精神科診療所の現状と課題, 精神医療, 11:438-445, 1983
- 15) 窪田彰: 精神科クリニックを軸にしたリハビリテーション 精神科治療学 21 (2) ;169-176, 2006
- 16) 平成 18 年度会計検査院委託業務報告書 欧米先進国における社会保障制度と会計検査の現状と課題に関する調査研究. 平成 19 年 2 月 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
- 17) 社会保障負担等の在り方に関する研究会報告書 (平成 14 年 7 月) 厚生労働省
- 18) 重光哲明 フランスの保健医療の現状 最終回 (part 4) 週間医学界新聞 医学書院HP
- 19) Pinto, M. MENTAL HEALTH CARE :Four countries, four different ways -ONE COMMON TREND (France, Italy, Portugal and Spain) 2002. EUROPHAMILI - Médipsy
- 20) World Health Organization : The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. , Geneva, Switzerland.
- 21) 精神病床等に関する検討会 (第 2 回) 長谷川敏彦参考人発表資料 2003 厚生労働省
- 21) Priebe, S. Psychiatry in the future: Where is mental health care going? A European perspective. Psychiatric Bulletin (2004) 28: 315-316
- 22) 1997 Client/Patient Sample Survey. Survey and Analysis Branch, Division of State and Community Systems Development, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services.
- 23) Center for Metal Health Service (USA governmental organiczation) HP <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3537/chp14table2.asp>
- 24) Kunze, H. Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care. Psychiatric Bulletin (2004) 28: 218-221
- 25) Mental health atlas : 2005. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- 26) The dillenna of federal mental health policy: radical reform or inclemental chanbge? Gerald N. Grob 2006 Rutgers University Press, London.
- 27) Kiesler C. A & Simpkins C. G. (1993) The Unnoticed Majority in Psychiatric Impatient Care. Plenum Press, New York.
- 28) Policy brief, Mental health II, Balancing institutional and community-based care. World Health Organization 2005
- 29) ドイツ・NGO カリタス職員 (PSW) からの個人的情報
- 30) Not For Service: Experiences of Injustice and Despair in Mental Health Care in Australia, Mental Health Council of Australia, Canberra, 2005.
- 31) Department of Health and Ageing (2005) 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.

32) Rosen, A. Australian psychiatry: coming of age? International Psychiatry Issue 10, October 2005

33) Henderson, J. Neo-liberalism, community care and Australian mental health policy Health Sociology Review (2005) 14: 242-254

34) Pinto, M. MENTAL HEALTH CARE : Four countries, four different ways -ONE COMMON TREND (France, Italy, Portugal and Spain) 2002 EUROPHAMILI - Médipsy

35) Fioritti, A. Reform Said or Done? The Case of Emilia-Romagna. Within the Italian Psychiatric Context. Am J Psychiatry 1997; 154:94-98

36) de Girolamo, G. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience Volume 257, Number 2 / March, 2007

37) 世界の精神保健医療-現状理解と今後の展望 新福尚隆、浅井邦彦編集 2001 へるす出版

38) Commissione XII Affari Sociali, 1997 Italy

39 ) Haug H-J, Rössler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, (1999). 249:115-122.

40) Mental Health in Europe. Country reports from the WHO European Network on

Mental Health. WHO 2001

41) Lehtinen, V. Integrating mental health services: the Finnish experience. Int J Integr Care. 2001 Apr-Jun; 1: e26.

42) Green Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. European Communities, 2005

43) Policy brief, Mental health II, Balancing institutional and community-based care. World Health Organization 2005

44) Hazelton M. Mental health reform, citizenship and human rights in four countries. Health Sociology Review (2005) 14: 230-241

45) Ravelli D.P. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. Int J Integr Care. 2006 Jan-Mar; 6: e04

46) Stefan Priebe Psychiatry in the future Where is mental health care going? A European perspective. Psychiatric Bulletin (2004) 28: 315-316

調査対象とすべき国々

1. 脱施設化のプロセスが焦点となる。病床減が精神医療の質を低下させていないか？病床減少率、病床削減のスピードが質・満足度などのアウトカムと関連していないか？前章に記載した OECD の病床数の年次データによるグループ分類を利用し、4グループ間にそういった点に関して格差があるか観察する。さらに、

1 A グループは改革後 30 年以上が経過しているので、長期のアウトカムのデータを

1 B グループは前者の経過を踏まえて改革

に臨んでおり、より洗練された手法で改革を行っているので、そのプロセスに関する詳細なデータを

2 グループについては単に病床減を行うのではなく、コミュニティと入院治療の balanced care を目指しているという考えもあり、その理念とアウトカムに関するデータを収集する。

3 グループについては日本がその対象となる。

次のような情報が必要である。改革前後の精神科病床数、同じくナーシングホームなど居住施設のベッド数、医療・居住の質の変化、コストと精神医療の質、満足度などのアウトカムと関係、改革前後で全体のコストの変化、改革に必要なエクストラコストと改革の成功・失敗との関連性、精神障害者の自己負担とアクセスの確保の問題、公立・民間機関の関与度、国家による政策的誘導、医療保険など社会保障制度の改革への影響、精神障害者・家族による評価。

2. 日本とあまりにかけ離れた事例を研究しても導入可能性が低く参考にならない。もともと精神科病床数が多く、病院精神医療が主流であった国々が研究対象として好適である。

世界的に新自由主義の流れに巻き込まれつつあるものの、保険制度は今のままであるという前提で考えるなら、類似の諸国がより参考になると考えられる。日本は比較的国家の介入が強いという点で現状ではビスマルク型に近い。

3. したがって研究対象とする国々は次のような国が優先される。

- (ア) 国情が類似している (GDP が高く、WHO 精神医療改革の分類で「非常に豊かな国」に属している。OECD に加盟している。医療制度・保

健制度が充実している) 改革前において状況が類似している (病床が多い、平均在院日数が長い等)

- (イ) 精神医療の質が高い、利用者の満足度が高い、退院者のうちホームレスになるものが少ない、自殺率が高まっていないなど、アウトカムの評価において優れているとみなされている。

- (ウ) 民間セクターの活用が行われている

4. これらの条件から、重点的に調査する国として、ドイツ、フランス、フィンランドなどが最優先と考えられる。次にスウェーデン、カナダ、イギリスなどが考えられた。次に前項に記載した、脱施設化において問題があると報告のあった国々を調査する必要があると考えた。

#### 諸外国の現地調査

分担研究者は 2007 年 9 月にカナダ (オンタリオ州) を、10 月にフィンランドを、2008 年 2 月にドイツを訪問した。

研究協力者 佐竹直子はオーストラリア、カナダ (ブリティッシュ・コロンビア州) を、中里道子はイギリスを、それぞれ個人の研究のため訪問した際に精神医療についての情報を収集した。浅羽 敬之はスウェーデン、昆 啓之はフランスについて報告する。

#### 1. フィンランドの精神医療

(佐々木 一)

##### フィンランド概要

フィンランドは北欧に位置し、スウェーデンとロシアに接している。そのため隣国の占領

を受けた期間が長く、文化的に影響を強く受けている。第2次世界大戦後はロシアに敗戦国として巨額の賠償金を支払い、経済的に困窮していた時期がある。長く社会民主主義政権が続いており、高福祉政策をとっており医療サービスの水準は高い。東側体制の崩壊後は東欧併合に端を発する経済不況の波に飲まれ、成長が鈍化し失業率が高く、医療の予算も逼迫する時期があった。2000年以降は携帯電話の巨大会社であるノキアなどIT企業の興隆に伴い経済的に豊かになったが、アメリカを中心とする新自由主義とは距離を置き、社会民主主義的高福祉高税率の社会構造を守っている特徴の多い国である。フィンランドは5つの州、420の市に分かれており、市の人口は200人から50万人程度である。21の医療区域に分けられており、それぞれの人口は6万3千人から140万人程度である。

#### フィンランドに関するデータ

1. 面積 (8)  
33.8万平方キロメートル (日本よりやや小)
2. 人口  
528万人 (2006年)
3. 首都  
ヘルシンキ (約56万人、2006年)
4. 言語  
フィンランド語、スウェーデン語 (全人口の約5.5%) (2006年)
5. 宗教  
福音ルーテル教 (国教)、フィンランド正教
6. 元首  
タルヤ・ハロネン大統領  
(2000年3月就任、2006年3月再任、任期6年) (女性)
7. 議会  
一院制 (任期4年) 200議席

#### 8. 政府

(1) 首相 マッティ・ヴァンハネン (中央党)

(2) 外相 イルッカ・カネルヴァ (国民連合党)

#### 9. 主要産業

ハイテク機器製造 (携帯電話等)、紙・パルプ等木材関連、金属

#### 10. GDP

1,932億ドル (2005年、世銀)

#### 11. 一人当たり GDP

37,530ドル (2005年、世銀)

#### 12. GDP 成長率

5.0% (2006年、統計局予測)

#### 13. 物価上昇率

1.6% (2006年、統計局)

#### 14. 失業率

7.7% (2006年、統計局)

#### 15. 通貨

ユーロ

#### フィンランドの精神保健行政

##### 行政組織

全国の精神保健をカバーする組織は社会保健省である。フィンランドの保健システムの特徴は保健ケアシステムの地方分権化である。1993年の国家補助金改革から、財政は地方分権化された。財政的ユニットは450の市ごととなり、それぞれ平均6000人の市民が属する。最大の市はヘルシンキであり、50万人の人口がある一方、最小の市は数百の人口しかない。それにもかかわらず、それぞれの市は住民に対して保健ケアの提供に責任を持ち、最も専門的なケアですら、それらの業務について単独で、あるいは近隣の自治体と共同の運営を行う。他の市や私的な医療提供機関から金銭で提供を受けることは認められている。

国家が責任を持つ精神医療は、司法精神医学など一部に限られている。精神医療には基本サービスと専門サービスに分かれており、基本サービスはプライマリーケア、社会的サービスからなる。専門サービスは医療区域ごとに提供される精神科入院医療、医療区域ごとに提供されるあるいはプライマリーケアを介して提供される精神科通院医療からなる。社会福祉とプライマリーケアの協調の仕方には市によって差があり、一緒に行っているところもあれば別々のところもある。1990年代から統合へ向けているという傾向が見られる。

#### 保険制度と患者負担

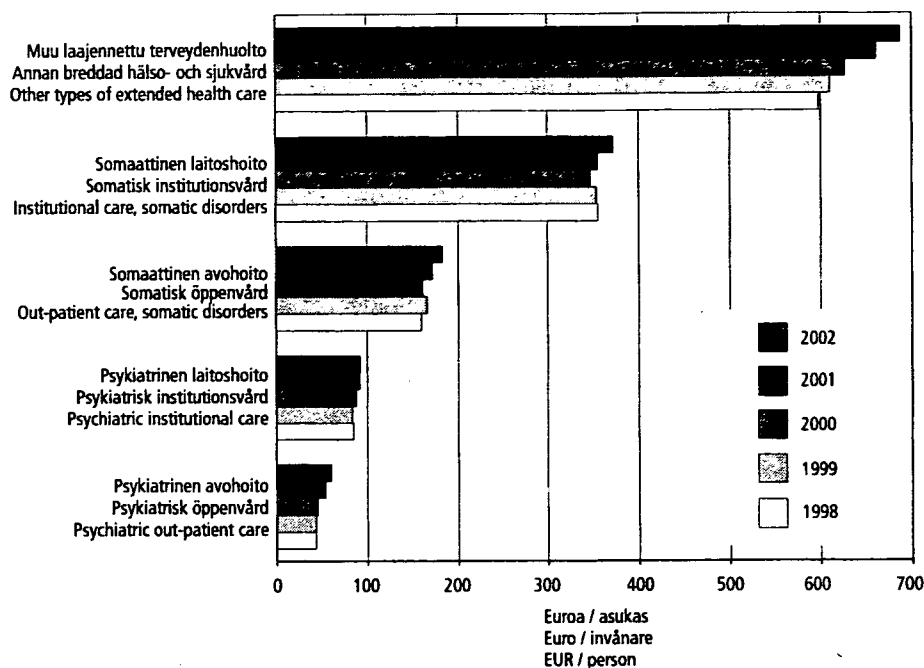
フィンランドの医療保険は税により運営されている。収入の過多、納税の有無に関わらずすべての国民をカバーしている。

精神科の入院費用はすべて医療保険の適応になるが、特殊な医療を除き一日15ドルの自己負担が必要である。しかし貧困者などについては社会保障より支払われるので自己負担はない。外来精神科医療の自己負担は基本的に無料である。外来で処方される薬物については、抗精神病薬など医療的に必要性の高いものについては自己負担はない。しかし必要度の低い薬剤については3割といった自己負担が生ずる。バイアグラなど医療的必要性の低いものについては全額自己負担になる。精神障害者に対する障害年金の制度あり。

#### 精神保健財政

精神保健への財政的割り当てあり。精神保健への出費の詳細不明。精神保険財政の多くは税、社会保障による。患者あるいはその家族の個人的支出、私的保険もわずかに存在する。分権の進んだフィンランドではそれぞれの

市は税を徴収する権利をもつ。精神医療に投じられる公的財源の75%は市から、25%は国の補助金から来ている。国の補助金は目的を特定しない財源となっており、医療のどの分野に使うかは市の裁量に任されている。このため精神保健ケアについて地域的な格差が生まれている。たとえば2002年において病院で治療を受ける患者への支出は異なる健康ケア区域間で最大2倍の差があったという。これは外来治療においても同様である。1999年に地域間で3倍の格差があったという。地域ごとの精神医療についてのコストを比較し、適正に配分されているかどうかを調べることは、徹底した地方分権のために非常に困難な課題となっていた。ようやく行われた2003年のリサーチにより、精神科医療のコストが全医療費に占める割合は、大都市においては11%、中小都市においては10%であることが分かった。いずれにおいても精神科医療費は増加の傾向にある。次のグラフに示すように、大都市では外来精神医療の医療費は1998年から2002年までに28%増加している。入院精神医療についての医療費は1998年から2002年までに微増であり、コミュニティーに中心が移ったからと言って入院医療費は削減されていない。



KUVIO 16. Suurten kaupunkien psykiatrisen laitoshoidon ja avohoidon kustannusten kehitys 1998–2002, vuoden 2002 hintataso (Lähde: Lahtinen, Palomäki 2003)

DIAGRAM 16. Kostnadsutvecklingen för psykiatrisk institutionsvård och öppenvård 1998–2002 enligt prisnivån 2002 (Källa: Lahtinen, Palomäki 2003)

FIGURE 16. Costs of institutional and out-patient treatment of psychiatric disorders in large towns in 1998–2002, at 2002 prices (Source: Lahtinen, Palomäki 2003)

(9)

### 精神保健政策

フィンランドは成文化された精神保健政策 (policy) を持つ国である。1993 年に初めて制定された (5)。支援、推進、治療、リハビリテーションなどについて規定。保健政策文書の中に含まれている。基本的なサービスとして外来サービスに重点を置くことを定めている。2001 年には「精神保健サービスに関する質的ガイドライン」を制定し、精神障害を持つ人々の支援住宅の質が保証されるようにした。

物質依存政策あり。1997 年に初めて制定。物質依存政策は「ドラッグ戦略」として知られる。政府は 2004–2007 年のためのドラッグアクションプログラムを採択した。アルコールプログラムは 2004 年に制定された。フィンランドは非同意入院を規定する精神保健法の規定あり。精神保健法犯罪歴のある

人物の非自発的治療に関する改正は 1997 年に、強制的治療行為に関する改正は 2000 年に行われた。関連する法律として、特別健康法、公衆健康法、社会福祉法、患者権利法などがある。フィンランドでは司法精神医学に関する法律として刑法 (1889、改正 2003)、精神保健法付属精神保健令 (1990) がある。法廷は司法精神的な鑑定が必要かどうか決定しなければならない。暴力的な行為の多くについて、法廷は国立医学法学事件局に鑑定を依頼する。

フィンランドでは国家による精神保健情報収集システムが充実している。サービスデータ収集のために精神保健を含む施設での社会的ケア、保健的ケアの登録制度を持つ。社会保健省は 2 年に一度社会と保健についてのレポートを行っており、そこに精神保健も含まれている。国による大規模な疫学的保険



調査「健康 2000」は 2000 年に実施され、精神疾患の有病率は 20 年前と同じであることを明らかにした。すでに終了した国家的精神保健プロジェクトのアウトカム評価も定期的に行っており、国際的に評価される優れた精神保健政策を進めるための基礎となっている。

National Center for Welfare and Health (STAKES)

国立の研究所である STAKES の精神保健グループは精神医療改革に大変大きな役割をもっている。STAKES はフィンランドの精神保健の研究、精神疾患の予防、精神医療サービスの開発を行っている。精神医療の政策決定に深くかかわっているだけでなく、改革のフォローアップ、効果の判定までを行っている。国内の政策のみならず、国際的なシンクタンクとしての活動も幅広く行っており、海外政府からの依頼で各国の精神医療に関する調査、助言、政策に関するアドバイスを行っていることが非常に特徴的である。

#### 精神医療の歴史

歴史的には精神保健システムは単科精神科病院中心であり、脱施設化のプロセスは他の先進国より遅れていた。1980 年代初頭にフィンランドには 2 万床のベッドがあり、ほとんどは単科精神科病院であった。当時フィンランド特有の状況として、大きな病院は無く 300 床以下の病院が全国に 60 病院散らばっていた。最近の 20 年間で精神科の入院施設の数は 75%減少している。

1990 年の精神保健法では未成年を成人と同じ病棟で見るとを禁じたため、思春期の患者のために思春期専門精神科医の治療する別のユニットを作る必要が生じた。病院は分けられたが、外来施設は同じでもかまわない。

#### コミュニティーケア

現在、精神医療サービスは精神保健区域 (HCD) としてコントロールされている。キャッチメントエリアをもち、必要なサービスが提供されている。精神保健サービスの 5 分の 2 程度 (外来のケアが主だが) はプライマリーケアに移管された。精神科の病棟は総合病院中心になりつつある。それ以外は国立病院、司法精神医学、刑務所の病棟、軍の病院、プライマリーケアの病棟、私立病院にある。1980 年代に脱施設化は均衡状態となった (5)。精神科のベッド数の減少は外来のための資源の増加と、コミュニティーケアの発達により補われ、たとえば外来のスタッフは 1982 年から 92 年にかけて 2 倍になった。入院施設外のリハビリ施設の多くは公的保健セクターと、若干の半公的財団により提供されている。1990 年代に補完する様な多くの私的なセクターによるサービスが生まれ、全ての入院施設外の居住サービスの 90%近くがいまやそれらによって行われている。現在、入院と居住サービスの患者はほぼ半々である。しかしながら、それらをコントロールすべき公的権力の弱さから、地域によりケアの標準にはばらつきがある。コミュニティーケアの実施に関しての最大の問題は、普通のコミュニティーで生活する長期患者への支援サービスの少なさはいまだに大きな課題とされている。近年、これらのサービスについて、僅かだが増加が実際に見られた。

フィンランドの精神保健ケアシステムの特徴はチーム医療であり、外来のチームは精神科医、臨床心理士、精神科看護師、ソーシャルワーカーより構成される。同じ基盤をもって協調していくことの前提条件として全ての職種が高度な教育を受ける必要がある。一例を挙げると看護師は精神療法 (特に家族療

法が重要)のきちんとした研修を受けなければならない。市のレベルでいえば、地域の精神保健業務は多職種共同で組織される必要がある。1980年から精神科医のトレーニングは強化されてプログラムで行われているにも関わらず、現時点では精神科医は需要に対して3分の1ほど不足している。精神科医の5分の1は個人開業のみで勤務しており、公的セクターで働く精神科医の3分の1は個人開業でパートタイムの仕事をしている。

### プライマリーケア

フィンランドでは精神障害の多くはプライマリーケアで治療されている。専門家をはじめ受診するときには紹介状を必要とする。ただし精神科救急医療はその限りではない。慢性期の統合失調症の患者であってもプライマリーケアでフォローアップを受けていることが多い。プライマリーケアはまた、地域で生活する精神障害者の身体的健康についても責任を持ち、精神保健の推進と精神障害の予防についても業務の一部とする。プライマリーケア専門家の通常のトレーニングに精神保健分野は不十分である。精神保健は医師、看護師の基礎的なトレーニングの一部であるが、精神保健の体系的な高度な教育はプライマリーケアのスタッフに対しては行われていないという(5)。

### 公的医療機関

フィンランドでは入院医療の主流は公的医療機関である。一般科などにおいては私的な医療機関も多数存在しているが、精神科入院医療の担い手は表向きには100%公的病院となっている。「表向き」というのは以下のような事情による。精神医療改革後に精神科入院医療の中心は統合失調症をはじめとする精神病の治療、それも重度のものにシフト

しつつある。しかし軽症のうつ病や不安障害の患者で入院を希望し、あるいは精神科の病棟へ入院することを嫌がる患者のニーズは存在している。それに対して内科などの一般科の病院が表向きに明かしていないがそういった精神科の入院を受け入れている例があるということである。それらの入院の実数は明らかではないし、医療の質の担保もされているわけではないという。

### 民間精神医療機関

民間医療機関はそのほとんどが外来部門に集中している。民間入院医療施設は非常に少なく限定されている。一方、居住サービスにおいては民間の占める割合が多く、また増加している。

### NGO

フィンランドでは精神保健分野におけるNGOの活動が盛んである。NGOには患者・ユーザーの団体、家族・関係者の団体、専門家の団体がある。支援活動、推進活動、予防、治療、リハビリテーションに主に関わっている。フィンランドの精神保健連盟(NGO)は精神保健の分野で世界でも古い歴史をもつもののひとつである。NGOは精神保健について意見を述べ、計画に積極的に関与し、またサービスの提供者となることもある。NGOは救急の介入サービスの主体となり、リハビリテーションサービスを提供する。またセルフヘルプグループを主宰する場合もある。精神保健の分野での公民超えたセクター間の協調が強まりつつある実例としてMeaningful Lifeというプログラムの発足があげられる。1998年から2002年にかけてのこのフィンランド全体でのプログラムは、精神障害とその結果で悩む人々のQOLを改善

するために、国、地域、市のレベルで実施された。セクターを越えたアプローチで、ほとんどの役職をもつものが指導的グループに参加した。精神保健のプロモーションにおける主な目標は、精神保健の価値と情報公開の推進、精神保健の指標の開発、児童と思春期における精神保健の推進、高齢者医療、労働可能な人生と雇用政策、精神保健の推進と薬物乱用防止のための遠隔システムの使用などである。新しい戦略「健康 2015」では精神保健とその推進が強調されている。

#### 単科精神科病院か総合病院か

フィンランドでは単科精神科病院も重要な役割を担っている。しかし徐々に総合病院精神科の重要性が増しており、現在では医療地域の約半数で総合病院に精神科外来を組み込むようになっている。総合病院で精神医療を行うことの利点は、精神医療に対するステイグマが取り除かれることにあるという。

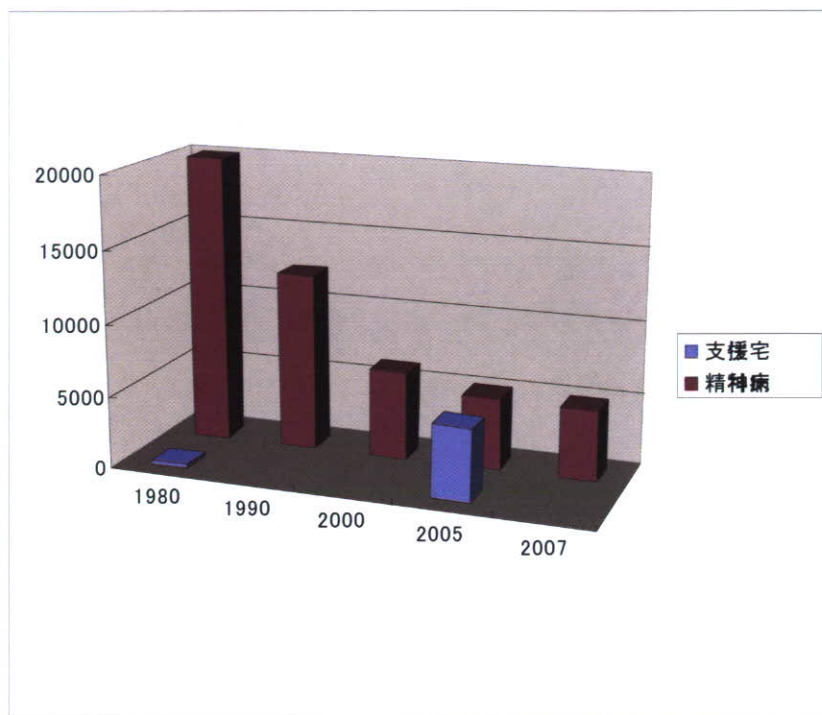
#### 最新の治療の傾向

入院医療では段階的にリハビリテーションを取り入れ、社会への復帰を促していく。患者と家族中心に統合的な治療を目指してい

く。チーム医療を行い、ケアの連続性を重んじている。地域の中でのネットワークを重視し、部門を越えた協力を行っている。精神科外来医療は同じく医療区域ごとに整備された公的な医療機関が主であったが、近年私的医療機関の増加が見られる (5)。

#### 精神医療改革

精神科病床数は 1980 年において 2 万床 (人口千人あたり 4.2 床) 存在した。これは現在の日本の人口当たり精神科病床数 (人口千人あたり 3.0 床) を大きく上回る数字であり、かつては収容大国であったことを示している。フィンランドの精神科医 (STAKES Prof. TumiTuori) によれば、弱者を保護することに親和性をもつ国民性および厳寒期に外部で生活することは不可能なので保護的収容が多くなりがちという地理的特性のためではないかという。しかし 1990 年には 12,000 床、2007 年現在、病床数は 4,900 床 (人口千人あたり 0.9 床) まで減少している (グラフ) (1)。入院施設も単科精神科ではなく、総合病院精神科にその比重は移ってきている。



(1)

支援住宅のベッド数の変化 (運営主体別)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
公営業	569	523	577	631	188	231	354	356	449	384
保體体	404	468	522	530	202	214	169	152	163	261
私営業	863	889	1075	1172	1701	2512	2567	3131	3567	4090
計	1836	1880	2174	2333	2091	2957	3090	3639	4179	4735

(Atlas of Mental Health. National Research and Development Center for Welfare and Health, Helsinki 2006)

入院施設に代わるものとして、デイケアサービス、支援住宅、支援就労などが盛んになっている。デイケアサービスには、医療スタッフの密度の高い順にデイホスピタル、デイケアセンター、患者の自治にほとんど任されているクラブハウスやソーシャルクラブなどがある。医療チームがコミュニティーで活動するモバイルチームも広い定義でデイケアサービスの中に含まれている。支援住宅としてはコミュニティー内にあるもの、旧病院施設内にあるものなど、その位置する場所、建物の種類はさまざまである。10床程度から40・50床の規模を有するものまでである。運営

する主体は入院施設と異なり民間、第三セクターなども多くバラエティーに富んでいる。1980年には250床以下でほとんど存在しないと同様であったが、入院施設から障害者が移り住み2007年現在5000床(人口千人あたり0.9床)まで増加している(グラフ)。支援就労としては支援作業施設、一時雇用、社会企業(公共性の高い企業)などが利用されている。精神医療の主役は外来精神医療になっているが(グラフ)、柱となるのはコミュニティーメンタルヘルスセンターである。全国に200箇所展開されている。それぞれのキャッ