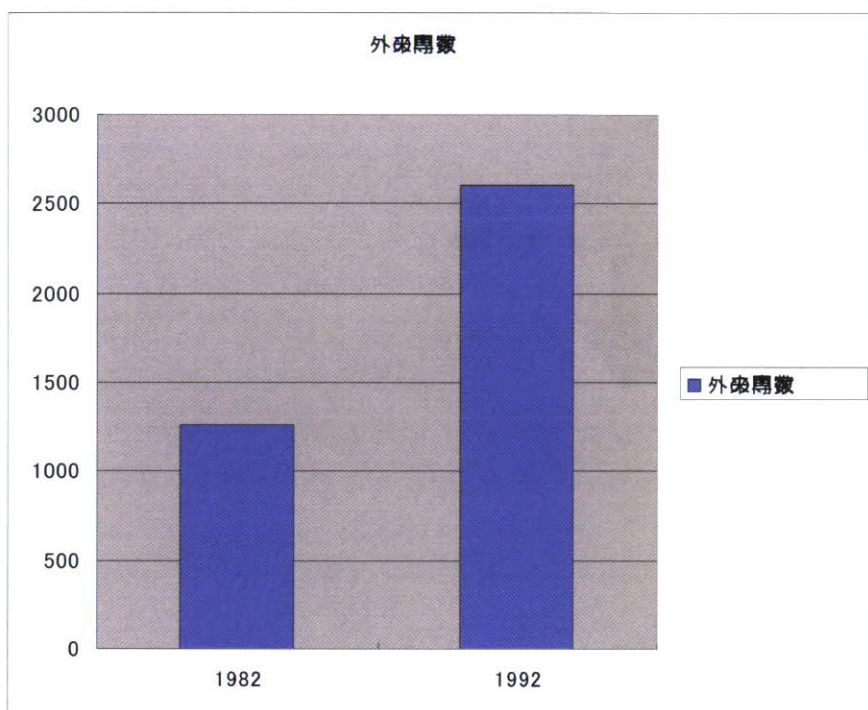
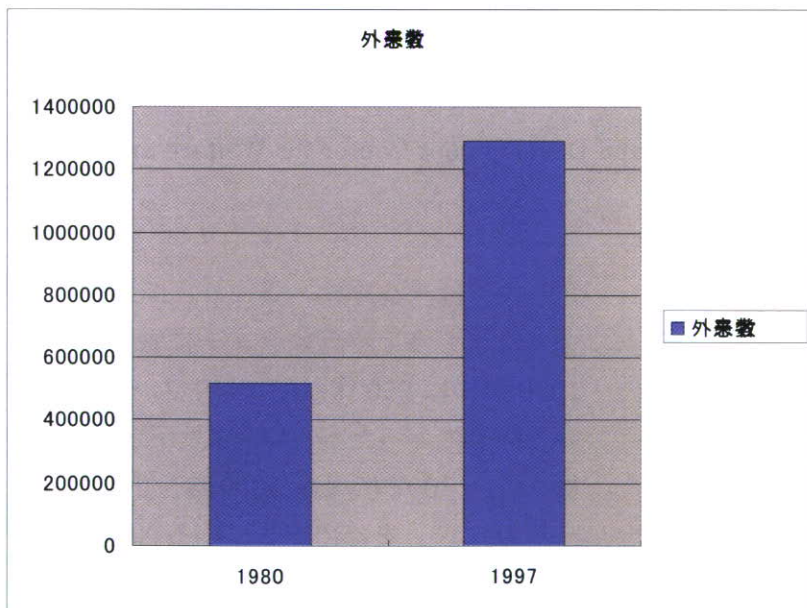


チメントエリアの人口は2万から3万人となっている。センターには1から2チームの多職種医療チームがあり、精神科医、臨床心理

士、精神科専門看護師、ソーシャルワーカー、メンタルヘルス看護師から構成されている。



(1)



(2)

精神医療の課題

地域差が問題とされることがある。フィンランドは人口のほとんどが南部、特に首都ヘルシンキ周辺に集中しており、それ以外のほと

んどの地域は過疎地域である。あらゆる医療資源は南部に集中しており、精神医療もその例外ではない。ヘルシンキ市では職を求める医療関係者が多く買い手市場であるが、北部

過疎地では特に医師の応募が少なく、問題となっている。ヘルシンキ市で働く医師がパートタイムで北部で診察を行うといったことも行われている。

精神科病院の病床数を削減したが、精神科外来を整備することに困難が生じた。特に1990年代にフィンランドは経済不況に襲われ、国家、地方自治体とも深刻な財政危機の中にあった。限られた財源は身体疾患の医療にまわされる傾向にあった(2)。しかしその後の経済的状況の回復により十分な予算が精神医療に振り向けられるようになった。一時的に外来精神医療が危機的な状況であったのを何とか乗り切ることができたのは、すでに外来中心への構造改革の流れができていたためであり、特に直前から始まっていた**National Schizophrenia Project**のおかげで精神保健に関する国民的関心が高く精神医療全体のレベルも向上した後であったことが幸いしたという。またハイリスクな患者がすでに退院しコミュニティで安定していた時期であったことも幸運であった。精神科診療所が社会的に定着し診療への受診の敷居が下がっていたことも破綻しないですんだ理由であるという。しかし方向性が定まらないうちに予算が逼迫していたら精神医療は危機的な状況となっていたかもしれないという(3)。

地方分権が進んだが、地域の精神医療に責任を持つ市のレベルで精神医療について包括的な理解を進め計画を実践することは困難であった。そのために地方の政策担当者を教育指導するための機関としての**STAKES**の役割は大変重要であったという。現在、市が独自に精神医療を計画実施する自由は認められているものの、多くの市は中央の指示助言を取り入れることが普通に行われている(2)。市によって医療の供給量が大きく異な

ることも問題とされている。多いところと少ないところでは入院治療の件数の差が2倍にも達するという。

精神科医療に限った話ではないが、公的に100%カバーされている国の特性として診療の需給が崩れ、診療の予約待ちが非常に長くなってしまうという欠点はフィンランドにおいても問題となっている。それを緩和するための方法として、他科においては予約短縮の努力目標が有効に活用されている。しかしこれは手術など具体的に治療手段が特定されているものについては明確に「～まで」と伝えることが有用であるが、精神科においては期間を特定できない治療が多く、また次の外来は「～か月先」と伝えることが果たして医学的に根拠に基づくものであるかどうかという問いかけが常にあるという。

精神医療改革と脱施設化の歴史・政府委員会と**National Schizophrenia Project**

フィンランドにおける脱施設化の議論は1970年代に始まった。改革が実行されたのは1980年代であり、西欧諸国の中では決して早くは無かった。精神保健計画のための政府委員会の設置と、**National Schizophrenia Project**の取りまとめが初期の重要な出来事である。政府委員会は1984年に始まり、脱施設化への道程を決定する機関となった。ここで非常に重要なことが最初に決められた。まず入院施設に代わるシステムを構築し、それが実現した場合のみ入院病床の削減を行うという原則である(3)。

そして関係する各職種に対してのトレーニングとスーパービジョンがシステムティックに行われるようになった。

1984年の段階で委員会は、1990年と2000年の段階で必要とされる精神科ベッド数および専門家の数について答申した。

フィンランドに必要とされる全精神科専門家の数は13325人、そのうち25%が外来部

門に振り向けられることが適当と考えられた。以下の表はその内訳である。

	外来	入院	計	外来%
精神科医	375	355	730	51
臨床心理士	375	330	705	53
ソーシャルワーカー	300	230	530	57
精神科看護師	750	4080	4830	15
作業療法士	450	250	700	64
その他治療士	450	2750	3200	14
看護師	0	1500	1500	0
准看護師	150	0	150	100
計	3300	10025	13325	25

(1)

さらに外来部門の中で、急性期の治療のためのスタッフとリハビリテーションに当たるスタ

ッフの割合について計画によれば、

	急性期治療	リハビリテーション	計
精神科医	300	75	375
臨床心理士	300	75	375
ソーシャルワーカー	300	0	300
精神科看護師	300	450	750
作業療法士	150	300	450
その他治療士	150	300	450
看護師	0	0	0
准看護師	300	150	450
私的医療機関職員	0	150	150
計	3300	10025	13325

(1)

実際にはそれらは実現されず、精神病床は想定以上のペースで削減され、専門家の数の数は計画を下回るペースでしか増加しなかった。計画ではフィンランドを50の区域に分け

(それぞれの人口は8万人から18万人)、さらに地域の精神保健センターに振り分け、一カ所が2万5千人から4万人を担当することが適当とされた。人口に応じて1-2チームの多職種からなる外来精神医療チーム

が配置され、1チームに対し精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、精神科看護師各1名、作業療法士、准看護師1/2名、クラーク1名が必要とされた。

同じく、オリジナルの計画では標準的な精神科入院病棟は16-20床を持ち、スタッフは精神科医1名（医師16-20対1配置）、臨床心理士各1名、精神科看護師12名、看護師7名（看護職員計19名－看護配置約1対1）、作業療法士1/2名、助手3名、クラーク1名

精神科医	951
児童精神科医	207
臨床心理士	4465
精神科看護師	8761
心理療法家	2862

(1)

National Schizophrenia Project は1981年から1987年にかけて実施された。この計画の重要な目標は次の二つである。

まず、old long stay（2年以上精神科病院に入院を続けている）の統合失調症患者を10年間で半分にすること。同時に new long stay（精神科病院に始めて入院し、そのまま1年以上入院を続けることになる）の統合失調症患者を半分にすること。

このためにまず教育が行われた。プロジェクトに先立つ2年前から、フィンランドのすべての精神医療区域から職員が2日間のワークショップに半年に一度参加することを義務つけられた。

New long stayを減らすための治療プログラムとして、「ニーズに適応する、統合的モデル」が提唱された。チーム医療の体制をとり、患者のニーズに柔軟に対応することを目的としている。新入院の患者は入院後24時間以内に必ず家族を含めた治療チームとの合

とされた。しかし後にこれは不可能な目標であることがわかり、いまだもって実現に至っていない。その後の地方分権化の進展に伴い、全国的な詳細なデータを収集することは困難となったが2002年に不完全ではあるが精神医療専門家の数についてデータが出ている。ただし公的医療機関のみであり、私的医療機関で働くことの多い臨床心理士などについては適切なデータとは言えない。

同面接を受けることになった。治療プロセスを通して、治療のためのミーティングは繰り返し行われ、必要に応じて専門の精神病コンサルティングチームも駆り出されることが規定された。

Old long stayの対策としては、治療共同体の概念に基づく心理社会的リハビリテーションの推進、個別のリハビリテーションプランの作成を行うことを要求した。また、リハビリテーションを段階的に行うための施設整備を行った。

1. 病院内にリハビリテーション病棟
2. 病院至近に通常の家のようなシェルターの居住施設、
3. コミュニティーのリハビリ的住居、
4. リハビリ住居の近くに普通の小さな家、
5. コミュニティーに支援付きのアパート、
6. コミュニティーのデイケアセンター、交流クラブ、
7. 支援付き就労施設、
8. 移行的就労施設の8段階の整備である。

National Schizophrenia Project は10年後

にアウトカム評価を行った。

	1982	1992	
old long stay	5687	1822	68%減少
new long stay	406	161	60%減少

10年で半減という目標を大きく上回る成果であった。Old long stay に関しては心理社会的リハビリテーションが非常に有効であること、new long stay に関しては治療の進歩が重要なファクターであるという結果が出た。そしてこのような国家的プロジェクトの有用性を証明した。

フィンランドの改革は1990年代に失速しそうになった。経済不況により外来精神医療に回すべき予算がカットされ、コミュニティーで働く精神医療専門家の数が一時的に減少した。その後は経済の回復とともに医療の状況も改善した。1990年代には精神医療の担い手が公的医療機関のみであったのが私的医療機関、NGOも大きな役割を果たすことになったという変化が見られた。これはデイケアなどの施設、支援住居が主に民間により運営されているということを反映している。入院施設も単科精神科病院から総合病院精神科に比重が移りつつある。多くの精神科病院が閉鎖され、職員は総合病院やコミュニティーの医療機関へと転属した。今後も職員をそのような新しい職場で吸収し続けることは可能と考えられている。精神医療におけるプライマリーケアの比重は高まりつつある。

NGOも重要性を増しつつある。

精神医療改革のアウトカムを評価するとき、自殺者数の推移、ホームレス者数の推移を見ることは重要である。施設からコミュニティーに出された後、適切なケアを受けない精神障害者の自殺率は高まり、あるいはホームレスとなることが容易に想像できるからである。アメリカ合衆国においては精神医療改革後にホームレスが増加したことがよく知られている。フィンランドでの調査では退院後の精神障害者の自殺率は改革後に減少している(4)。またフィンランドでは厳冬期があること、社会民主主義体制が長く続いていたためホームレス自体もともと少なく、精神医療改革の後もホームレスの増加は報告されていない。

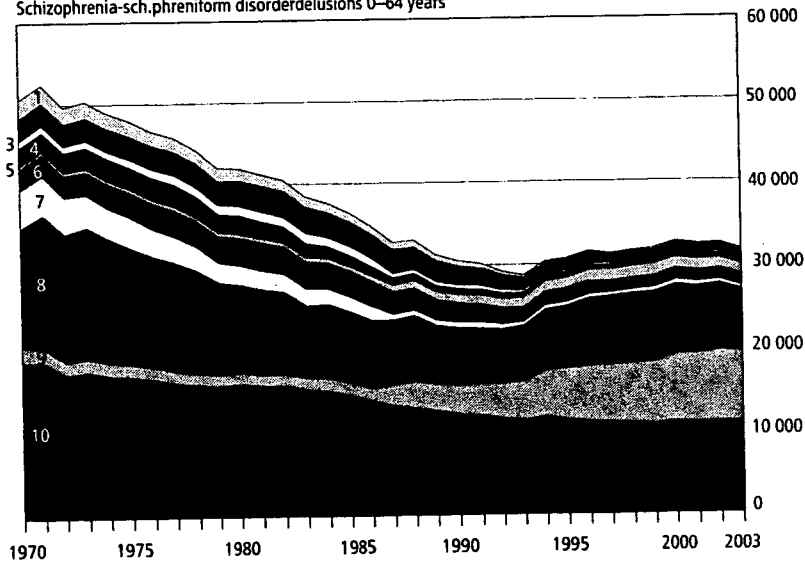
これらの点でフィンランドの精神医療改革は高く評価されている。

病床数・入院件数の推移と分析

疾患別入院件数

- 1 KEVA, kaikki ikäryhmät
Utvecklingsstörning, samtliga åldersgrupper
Mentally handicapped, all ages
- 2 Dementia, kaikki ikäryhmät
Demens, samtliga åldersgrupper
Dementia, all age groups
- 3 Somaattiset päädiagnoosit, 65+-vuotiaat
Somatiska huvuddiagnoser, 65+-åringar
Primary somatic diagnoses, 65+ years
- 4 Muu psykiatrinen, 65+-vuotiaat (pl. dementia, keva)
Annat psykiatriskt syndrom, 65+-åringar (exkl. demens, utvecklingsstörning)
Other psychiatric, 65+ years (excl. dementia, people with learning disabilities)
- 5 Mielialahäiriöt, 65+-vuotiaat
Affektivasyndrom, 65+-åringar
Mood disorders, 65+ years
- 6 Skitsofrenia-skits.häir.harhaluul., 65+-vuotiaat
Schizofreni-schizofrena syndromvanföreställningar, 65+-åringar
Schizophrenia-sch.phreniform-delusions 65+ years
- 7 Somaattiset päädiagnoosit, 0-64-vuotiaat
Somatiska huvuddiagnoser, 0-64-åringar
Primary somatic diagnoses, 0-64 years
- 8 Muu psykiatrinen, 0-64-vuotiaat (pl. dementia, keva)
Annat psykiatriskt syndrom, 0-64-åringar (exkl. demens, utvecklingsstörning)
Other psychiatric, 0-64 years (excl. dementia, people with learning disabilities)
- 9 Mielialahäiriöt, 0-64-vuotiaat
Affektiva syndrom, 0-64-åringar
Mood disorders, 0-64 years
- 10 Skitsofrenia-skits.häir.harhaluul., 0-64-vuotiaat
Schizofreni-schizofrena syndromvanföreställningar, 0-64-åringar
Schizophrenia-sch.phreniform disorderdelusions 0-64 years

Hoidettujen potilaiden lkm
Antal vårdade patienter
Number of patients treated



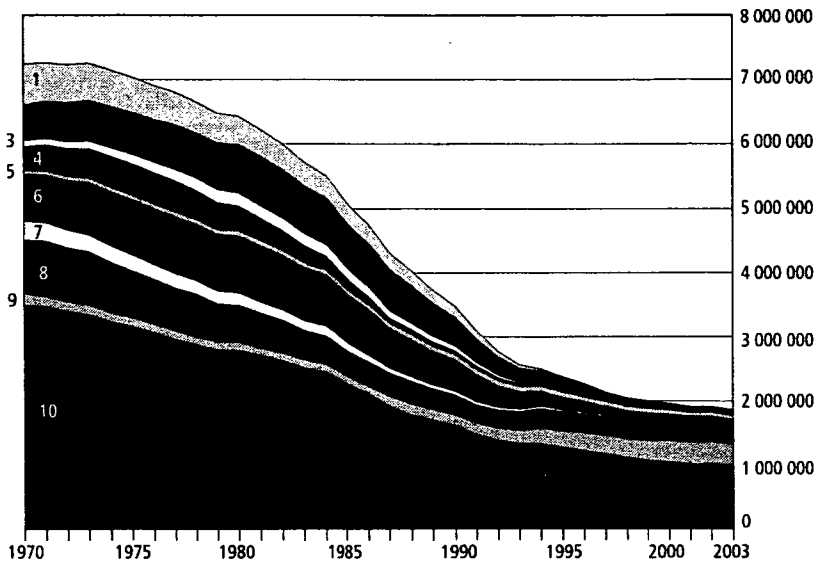
KUVIO 7. Psykiatrisessa sairaalahoidossa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia hoidettujen potilaiden määrä perustuen poisto- ja hoitoilmoituksiin vuosina 1971–2003 (Lähde: Stakes)

DIAGRAM 7. Patienter som erhållit psykiatrisk sjukhusvård för psykiska rubbningar enligt utskrivningsrapporter och vårdanmälningar 1970–2003 (Källa: Stakes)

FIGURE 7. Number of patients treated in psychiatric hospitals for mental and behavioural disorders based on data from hospital discharge registers and care registers from 1970–2003 (Source: STAKES)

(8)

疾患別精神科病院在院日数



KUVIO 8. Sairaalahoitopäivien määrä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia vuosina 1970–2003 (Lähde: Stakes)

DIAGRAM 8. Vård dagar på sjukhus av patienter med psykiska rubbningar 1970–2003 (Källa: Stakes)

FIGURE 8. Number of hospital care days for mental and behavioural disorders from 1970–2003 (Source: STAKES)

(8)

統合失調症のべ在院日数の占める割合は同疾患の入院治療が比較的長期であることを反映して、精神科全体の約半分強を占めているが、入院件数では 1/3 程度に減少している。むしろ気分障害の件数が統合失調症を上回る勢いであり、今日的な精神科医療のフォーカスは統合失調症ではなく気分障害である。

20 世紀の精神医療改革とは統合失調症の脱施設化を意味しているといっても過言ではなかったが、これからの精神病床の需給見通しを立てる上では気分障害の入院が増えることを除外して考えてはいけないことが分かる。

知的障害、認知症、その他器質的精神障害の入院はほとんど見られないところまで減少している。入院施設から他の施設への移動がほぼ完了したことを示すものである。日本ではこれらの障害を入院施設でケアするのか、あるいは他の施設を十分な数だけ整備す

る・あるいは在宅に移すことができるようコミュニティでのケアを充実させるのか政策決定が明確にならない限り、これらの障害のための病床も確保する必要がある。

視察概要

フィンランドの視察を行う理由について

1. 精神保健政策が明確である。
フィンランドの精神保健サービスを特徴付ける国家的プロジェクトの成功が挙げられる。これは WHO を始めとして国際的に専門家からの高い評価を得ている。第一のプログラムは 1981 年から 97 年にかけて実施された National Schizophrenia Project である。統合的な治療システムの導入により、new-long stay を防ぎ、old-long stay を減らすことを目的とした。第二のプログラムは

1986年から96年にかけて実施された有名なNational Suicide Prevention Programである。フィンランドは自殺率がもともと高かったが、それを20%減少させることに成功した。次いで1994年に始まるNational Depression Project、1998年から2002年に実施されたMeaningful Life Projectである。セクトを超えた協調により、精神障害者のQOLを向上させることを目的とした。1998年から2001年にかけては、Mental Health in Primary Careを成功させ、さらに2004年にスタートした「社会福祉とヘルスケアのための目標と行動計画」においても若年者の精神保健を強く強調するなど、精神保健政策がユニークかつ優れており、そのアウトカムについても国際的に高く評価されている(10)。

2. 改革前の病床数が非常に多く、制度的に古かったという点で日本に類似している。フィンランドの精神科病床数は80年代後半という比較的最近まで非常に多く、人口千人あたり4.2床もあり(2)、そのほとんどが単科精神科病院にあった。OECD加盟国の中で最も病床が多く、日本の最高値2.9をはるかにしのぐ収容大国であった。精神保健政策は1990年代に急激に舵を切り、大胆な政策の変換を行った(1)。精神保健政策の転換とはすなわち①さまざまな組織の支配下にあった精神医療サービスの統合②精神保健サービスの財源の地方への委譲③サービスの脱施設化を内容とするものであった。精神病床は人口千人あたり1.0床まで減少している。改革が遅く始まったにも関わらず大胆かつスムーズな病床の削減を行ったという点で参考になると思われる。

報告

視察した機関、施設は下記のとおりである。

3. 国情、メンタリティーの類似

フィンランドはOECDに古くから加盟している先進国のひとつであり、経済的に豊かである。ITに関して非常に進んでおり携帯電話の製造で知られる技術大国である。単一民族で外国人などの精神医学的問題、社会階層の格差などに関わる問題が少ない。メランコリー親和的なメンタリティーを持っていることが知られている(3)。このように日本との類似点を多く持つ国である。

4. 困難な状況にも関わらず改革を達成

フィンランドの改革は1990年代にヤマ場を迎えたが、当時ヨーロッパは深刻な経済的危機にあり、その影響をかぶってフィンランドでも精神保健の予算は大幅に削られている(7)。医療費削減の圧力下でのわが国の現状を考慮すると、当時の困難な状況下でどのような改革が行われたか知ることは大いに参考になると思われる。

5. 財政的特徴

もともと地方への権限委譲が進んだ国であったが、1993年の改革以後、すべての医療(計画・財政・供給の管理すべて)は市単位で行われ。精神医療、他の専門医療も例外では無い。第二次世界大戦後、北部の過疎化が急速に進み、人口中心は首都のある南部に大きく傾いた(7)。そのような中で非常に小さい行政単位で精神科医療の質を均等に維持しているのか。これから精神科医療に関して国から地方への権限委譲が急速に進む日本の参考になると思われる。

10月1日 午前 Kaivanto Hospital (Tampere 市) 精神科部長 Dr. Olli-Pekka Methonen
午後 Tampere Mental Health Center (Tampere 市)

夜 Dr. Olli-Pekka Methonen、Professor Esa Leinonen (Tampere 大学精神科教授)、Dr. Eila Heikkinen (Tampere 市精神医療主任) Dr. Mika Hakala (精神医療アドバイザー)と意見交換

10月2日 午前 KTL (NPHI フィンランド国立公衆衛生研究所) (Helsinki 市)

Dr. Timo Partonen

午後 Pakilakoti (ナーシングホーム)

10月3日 午前 Helsinki University (Helsinki 市) Prof. Björn Appelberg

午後 STAKES (フィンランド国立福祉保健研究開発センター) Prof. Timo Tuori

10月4日 午前 Helsinki University (Helsinki 市) Dr. Sami Pirkola

Kaivanto Hospital

Kaivanto 病院は 1963 年に公設の精神科病院として設立された。当初は長期入院を視野に入れた施設であり市街地から少し離れたところに建設された。その後入院の短期化にともない病棟の再編成を行い、以前は 150 床あった病床を現在は 135 床に減らしたが、現状では適切な規模とサービスであり、これ以上減らす計画はないという。市街地から 5 キロほど離れており不便なため外来・コミュニティ中心の精神医療には対応していない。そのような医療は市中心部にある市営のコミュニティメンタルヘルスセンター、NGO、私設の精神科クリニックなどに任せている。後述のように Kaivanto 病院医師もそちらでパート勤務をしている。訪問看護チームなどはなく、外来患者も病院の規模からすると少なく一日 50 人程度、デイケアの参加者は 1 日数名程度である。入院件数は 2000 年には年間 400 件程度であったものが 2006 年には 1005 件と急増している。コミュニティへの精神医療の移行に伴って入院件数には急激な増加がみられたが、この数年は平衡に達した。

Kaivanto 病院はヘルシンキの 200 キロ北方

にある中核都市 Tampere 市の近郊にある病院である。Tampere 市は IT 企業 Nokia 関連の会社が多数存在し活気にあふれた街であり、人口構成は若干若年者が多い傾向にある。精神保健的に特に際立った問題のある街ではない。Kaivanto 病院の他に近隣には 200 床の精神科病院 (Tampere 大学の関連病院・教育病院として機能している。Tampere 大学病院に精神科はない)、もう 1 つの精神科病院合わせて 400 床程度である。それら 3 つの精神科入院施設が Tampere 市の人口 20 万人、隣接の都市を合わせて 40 万人の人口をカバーしている。総合病院精神科の比重が増えつつあるフィンランドではあるが、この地域の病院はすべて単科精神科病院であり、いずれも入院中心の施設であるため市街地中心から隔たった森の中にある。そのため現在でも外来患者は非常に少数であるという。

Kaivanto 病院には精神科医 (常勤) 30 名、看護師 267 名が勤務している。医師配置 4.5 対 1、看護配置 2.5 対 1 であり、日本の精神科病院の最高基準のさらに 3 倍以上の配置となっている。その他に臨床心理士 3 名、作業療法士 4 名、理学療法士 2 名、レクリエー

ション療法士 1 名が勤務。情報交換を行った Dr. Olli-Pekka Methonen は病院の精神科部長であり、常勤医として週 5 日勤務しているが、夕方には市街地中心にある 2 か所の精神科診療所（他の精神科医と共同運営の民間医療機関である。他のドクターは市営のコミュニティ精神医療センターなどで勤務しているものが多いという）で外来患者の診察を行っている。そちらでは日に数 10 人の主に気分障害・不安障害の患者を診ている。診療所など病院外での勤務は週に 6 時間ほどであるという。

Kaivanto 病院の入院費（病院の収益であり、患者の自己負担額では無い）はリハビリ病棟 179 ユーロ、急性期は 245 ユーロである。他の病院では急性期精神科病院で 280、352、389 ユーロといった例があり、欧米諸国の中では決して高いほうではない。

薬物療法については Risperidone、Olanzapine といった最新の薬物を多く使用しており、旧世代の薬物はもはやほとんど使用していない。日本で使用できない Clozapine も難治性患者に多く使用している。日本で使用できないのはありえない話だと言ひ、なかなか信じてもらえなかった。Clozapine は治療困難な統合失調症の社会復帰に無くてはならないというのが彼の考えである。

Kaivanto 病院は研究も盛んに行っており、統合失調症患者についての認知機能とその回復などについて国際学会での発表も行っている。

Kaivanto 病院は単科精神科病院であり、病棟は全部で 6 病棟、そのうち 2 病棟が急性期病棟となっている。急性期病棟の 1 つは統合失調症病棟となっている。若干名の統合失調症以外の精神病状態の患者（アルコール性の

せん妄が多い）も治療している。閉鎖病棟で、病床数は 18 床。勤務者は精神科医は 2 名、看護師は昼間 10 名、夜間 4 名かそれ以上である。

平均在院日数は 2 カ月程度である。急性期の治療病棟としては他の諸国と比較してやや長い傾向にあるのではないかと質問したが、たしかにその期間では急性期の治療は終了しているのだが、急に移すことには様々な困難が伴い、患者の不安を伴うためにあえて 2 ヶ月を必要としているという回答であった。病棟の構造は欧米の病棟の標準的な建築であったが、唯一病棟内にサウナがあることがフィンランド特有の構造といえる。病室は半数が個室、残りが 2 床室であった。日本の病室よりやや大きいのが特別広々しているという感じではない。トイレは共同であった。他にステンレスのドアで閉ざされた非常に厳重な作りの隔離室がある。病棟にはホールと食堂があるが、むしろ日本の病棟より小さい。概して欧米の病院はプライベートスペースを優先しているという印象があるがここも同様である。他にデイルームが 1 か所あり、患者が TV を見たり、夕方に小さな患者のためのミーティングを開くために使用している。職員は主にスタッフルームに勤務している。薬物は欧米では標準的な方法であるが、薬局で患者ごとに処方されるのではなく、スタッフルーム内で看護師が処方箋を見ながらカウントして渡している。病棟への薬剤師の配属はない。

もう 1 つの急性期病棟は感情障害中心に治療を行っており、うつ病、躁うつ病などの患者が多い。DSM の II 軸診断（人格障害）を合併している患者も非常に多い。自傷など衝動コントロールの障害を持っている患者もいるが、そのための特別の治療プログラムは

用意していない。摂食障害の治療も行っていないという。平均在院日数は40日程度である。ベッド数は18床。閉鎖病棟である。病棟の構造は上記と全く同じであった。

慢性期病棟は1病棟あった。ベッド数は18床。統合失調症の中年の患者が目立った。患者の症状はかなり重く、全裸に近い姿で歩いている患者（すぐに職員に制止されたが）、独語を続けている患者などがいた。入院日数の上限は180日であるという。開放病棟であるが状況に応じて閉鎖しており、見学時は閉鎖中であった。病棟の上記と構造は同じであった。

次にリハビリテーション病棟を見学した。ベッド数は20前後。患者の疾患の種類は様々である。2ヶ月から半年滞在するという。社会復帰のための一時的な入院病棟であり、遠からず患者は行き先を決めて退院する予定になっているという。開放病棟であり、構造はより個室重視でアパート的な雰囲気であった。隔離室は無い。

他に病棟はアルコール・薬物依存症治療病棟が2棟ある。それぞれ20床程度。閉鎖病棟である。入院期間は1カ月に限定されている。通常の依存症患者は専門の治療施設に贈られることが多く、ここは統合失調症などと依存症を合併するいわゆる dual diagnosis の患者が主に収容されている。Dual diagnosis は欧米では非常に大きな問題となっているが特にアルコール依存症の発生率の高いフィンランドでは主要な医学的問題である。集団療法、教育的治療、運動療法、定期的（週2回）かつ強制的な外部のミーティング（AA）への参加などが治療プログラムとなっている。すべてのプログラムに参加することが求められているが、最初についてはいけないこともあるという。プログラムは週7日すべて、朝8時から夜8時半まで続けら

れる。特徴的なことは家族療法を重視しているということであり、そのために家族が居住しながら治療を受けられる病室が8室設けられていた。治療の成績は非常によく、程よい治療構造のサイズと内容の濃さがその理由であると説明された。

別棟に老人病棟がある。閉鎖病棟である。高齢者30人の治療を行っているがほとんどはアルツハイマー病である。高齢かつ慢性の統合失調症患者も若干入院していた。医学的治療がすめば他の施設に転送されることになっている。患者の症状はそれほど重くないという印象を受けた。

その他に敷地内に20人居住可能な「院外の」居住施設がある。低層アパートメントのように作っており、病室ではなく通常の居住施設の構造である。注意すべきことは病院敷地内にあっても「院外」であり、ベッド数にはカウントされていないということである。また利用期間に上限はない。日本では福祉ホームBに相当すると思われる。このような病院内の居住施設について、日本で聞かれるような「施設内囲い込み」という批判はフィンランドでは聞かれないという。

精神障害者に対して人間的、多面的な治療を行っていることが北欧の精神科病院の特徴であるが、Kaivanto 病院も例外ではない。病院内にリハビリテーション専用のフロアが存在し、多様な治療を行っていた。まずメイクアップ室に案内された。そこではメイクアップアーティストが患者の治療の一部としてメイクを行っていた。同じフロアにマッサージ、電氣的ハリ治療、運動療法、その他一般的な理学療法のための部屋が多数存在している。患者が望めば毎日でも治療を受けられるという。

別棟では音楽療法、作業療法、その他芸術療法のための部屋が並んでいた。日本の病院と

は全く比較にならないほど機材も充実しており予算的に潤沢であることがうかがわれた。

この病院を含むフィンランドの病院の良さは環境である。森と湖に囲まれまるで避暑地のような環境で治療を受けることができる。湖のほとりにあるこの病院であるが、湖畔にサウナ小屋があり、入院患者はサウナに入った後、湖にダイブするという北欧人らしい楽しみ方を満喫できる。因みに老人病棟のサウナはストレッチャーのままは入れるようになっていた。最後まで人生からサウナを切り離すことが出来ないのがフィンランド人である。

Tampere Mental Health Center

複数の精神科医の勤務する精神科クリニック、デイホスピタルから成る公営の機関である。診断、治療、社会保障に関する相談、個人精神療法、家族療法、集団精神療法を行うほか、コンサルテーション、専門家のトレーニングなどを行っている。Tampere市の中心に存在する。近隣のマーケットなどにも多くの患者の姿を見かけることができた。まさにコミュニティーのメンタルヘルスセンターである。

センターの利用を希望する場合、まず利用者の居住する地域の健康センター(保健所に類似)へ行く必要がある。そこで医療サービスが必要と判断された場合にはじめてここへ紹介される。他の精神科医療施設と同様、利用は基本的に無料であるが、デイホスピタル、診断書等の文書料などについては一部自己負担が生じる。

センターは3つのデイホスピタルを持つ。デイホスピタル1は統合失調症など精神病患者を治療する。治療期間は4-6週間となっている。デイホスピタル2は境界性人格障害、

とくに情緒的に不安定な患者を中心としている。治療期間は患者により大きく異なり1年から2年間である。デイホスピタル3は18歳から24歳までの重症の精神疾患をもつ患者を治療している。患者だけでなく家族とともにアセスメントは行われ、最初の2週間の観察期間の後に、1-6ヶ月の治療期間となっている。

見学のあと Tampere 市精神医療部長、Tampere 大学精神科教授 Esa Leinonen、Tampere 市精神医療主任 Dr. Eila Heikkinen、精神医療コンサルタント Dr. Mika Hakala と情報交換を行った。

(フィンランドの改革がなぜ成功したのか?)

それ以前にフィンランドの改革が果たして成功であるかどうかという疑問を常に感じていないといけない。もっと成功するとしたら何ができたのだろうかという問いが必要だというのがフィンランドのDrの考えだという。

議論を進めるために成功したとしよう。フィンランドの成功の秘訣は、人々の中にある「他人の苦しみを感じ分かち合う能力」が優れていることにあるという。アメリカ的な新自由主義的思想に支配された国とことなり、欧州、特に北欧では弱者に対する共感が非常に強い。それは国民的絵画の主題「翼の折れた天使」などにも現れている。社会民主主義政権が長く続いたことも障害者に対する政策を下支えし、精神医療改革を進める上で役に立ったという。

(では他の北欧諸国に比較してもフィンランドで精神医療改革が優れているのは?)

北欧諸国において精神医療の質に大差はない。政治的に類似の背景をもち社会保障制度がほぼ同じであり、医療その他について情報の交換が盛んであるので均質化されやすい

状況にある。しかしなぜかスウェーデンにおいては基本的な精神医療政策というものが長年にわたって作成されないままになっているが、その理由は明確ではない。その他の相違点としてはスウェーデンはより生物学的な研究が主体となっており学問的なことに主眼が置かれているのに対して、フィンランドでは治療が主体となる傾向が確かに認められるという。

(ドイツをはじめとする中欧諸国では精神科病床を削減するというポイントでみれば改革が進まないようだが北欧の精神科医はどう見るか)

ドイツでは Institute 中心の精神医療が盛んであり、入院病棟がいまだに多い。研究においてはより患者の病理の観察に主眼が置かれており、治療よりも観察といった印象がある。その分診断については深い経験を背景としたより確かなものが得られる傾向があるが。

病院中心の歴史については国それぞれの考え方であり、コミュニティー中心のほうが優れているといった単純な二分法では解決できない。将来的にドイツの精神医学もよりコミュニティー重視になるのではないかという予測は成り立つが、最終的にどちらが優れたアウトカムを引き出すことができるかといった結果論となってしまうかもしれない。しかし経済的な差異、自殺率などの差異がもし観測されなければ、より社会に近いところで患者が生活できるという点でコミュニティー中心の精神医療のほうが優れていると言えるのではないか。

(フィンランドでも病床削減は現場のスタッフに混乱をもたらさなかったのか)
スムーズに見えたフィンランドの改革であっても現場には士気の低下などを引き起こしている。患者にとってもスタッフにとって

もつらい経験はあったという。

(公的医療の限界と民間精神科とのコンフリクトについて)

自己負担の少ない公的医療制度の欠点として利用者のモラルハザードとウェイテリングリストの長さが上げられるが、フィンランドでは現在医師に診察を受けるまで2-3週間待たされることが多い。緩和措置としてとりあえず看護師に会えるようになっているがそれでも1週間待たされることが普通だという。入院はさらに長期間待たされることが通常である。専門医療の少ない摂食障害においては1年待たされるということもある。そのため民間医療機関が増えつつある。ヘルシンキ市では民間の大きな医療センターがあり、精神医療も行っている。診察は一回60ユーロ(公営なら無料)、保健の払い戻しがあるが、自己負担は最高20%ほどにもなるという。入院であれば800-1000ユーロ/日必要となる。

KTL(NPHI フィンランド国立公衆衛生研究所)(Helsinki市) Dr. Timo Partonen

KTL はフィンランド保健省の研究機関であり、精神疾患についての調査研究を行い、政策立案へのフィードバックを行っている。精神医学部門は1986年に設立され、自殺予防を当初の重要な目的とした。National Suicide Prevention Program(1987-)を企画立案し、その後のフォローアップ、アウトカムの評価などを行っている。現在はうつと自殺予防のみならず、それ以外の精神障害の研究全般を行っている。精神医療政策の実施および実地の医療は地方自治体の仕事であるので、KPL は自治体に対し提言・指導を行っている。

以前はフィンランドの自殺率は非常に高く、特にアルコール依存症をはじめとする精神

障害合併者の自殺率の高さは大きな問題とされてきた。KPL は自殺者のすべてについて詳細なデータ収集を行い (Psychological Autopsy)、その原因状況を調査した。さらに National Suicide Prevention Program では自殺に至らないよう、自殺予防教育、スクリーニング、治療後のフォローアップ、銃器の規制、マスコミの自殺報道の規制など各段階での介入を行い、その結果として 10 年間で自殺者は 3 割減少した。

精神障害者の自殺は特に退院後 1 ヶ月以内に多いことがわかってきたため、退院直後の介入と治療からの脱落予防が大きなテーマとなった。精神障害者の脱施設化は進んだが、退院後の自殺率を低下させることに成功した。

Pakilakoti (ナーシングホーム)

Pakilakoti はヘルシンキ市内、静かな住宅街の中にある高齢者のためのナーシングホームである。入所の費用は一日あたり 112-138 ユーロであり、精神科急性期病床の入院料の半額程度であるが、日本で老人のケアを行う病床よりも入院料は高い。このホームは市内で 5 つのホームを所有する法人により運営されている。5 つのホームのベッド数は計 700 床ほどあり、年間の収益は 60 億円ほどになる計算である。人件費率は約 80% と非常に高い。

施設は個室中心、重症者のための観察ベッドもあるが医療のためのスペースは無い。施設は施錠されており、外部との自由な交通は無く、閉鎖病棟と同等の管理である。判断能力に欠ける老人の非同意入所が可能であり、後見人・配偶者の同意で入所可能である。薬物療法が必要な場合、週 3 回来所する非常勤医師が薬物を処方する。看護師が薬物を管理し、変更が無ければ同様処方が可能である。また看護師による注射も可能でありほとんどの

医学的管理は可能となっている。

Pakilakoti の入所者のほとんどは認知症患者である。高齢者の施設とはいうものの、年齢制限の下限は無く、症状があれば 40 代でも入所は可能である。

以前はフィンランドでも認知症は精神科病院に入院させられていたが、1970 年以降、認知症の治療を精神科入院施設では行わないようになった。Pakilakoti に統合失調症や気分障害の患者が入所することはあるがその場合「精神疾患の治療が目的ではない」とみなして入所することになっている。精神症状が悪化した場合は精神科に転院する。

Pakilakoti は最重症者を扱うホームであり、入所者は 90% がホーム内で死亡する。平均 2-2.5 年で死を迎える。数は少ないがデイケア、地域や親戚のサポートを受けながら在宅に移行できるケースもある。フィンランドの家族の特性上、子供たちによるケアは期待できないという。

認知症などをもつ高齢者は増える傾向にあり、このような施設の需要は伸びつつある。しかし Pakilakoti のような高齢者を対象としたナーシングホームは減少する傾向にあり、住宅のようなグループホームが増える傾向にあるという。

ヘルシンキ大学精神科 (Helsinki 市)

ヘルシンキ大学は首都ヘルシンキ市街地にある。精神科は外来 (救急を含む)、入院病棟からなる。大学には全部で 1000 名の職員がおり、そのうち 1/5 がドクターである (キャンパス内に 400 人 ドクターが 7-80 名である)

ヘルシンキ大学精神科は「2 本立て」の精神医療を提供している。1 つは地域に対して提供しているベーシックな精神医療。もう 1 つは大学病院としての専門的な精神医療で

ある。

まず地域医療であるが、フィンランドでは行政区域であると同時に医療の提供主体である市がいくつか集まって医療地域を構成しているが、大学のある首都ヘルシンキ・ウーシマ医療地域で精神医療の中核的役割を担っており、人口 120 万人をカバーしている。同医療区域には大学のほかに地元の公立病院のいくつかも地域に対して精神科医療サービスを提供しているが、その提供地域には一部重なるところもありサービスの総量（精神科病床数、患者数）は明確にわからないという。試算してみるとキャンパス内に病床は約 100 床（摂食障害含むと約 120 床である）、同医療地域内に精神科病院は 100 床規模のものが 2 つあり、約 320 床少して人口 120 万人をカバーしている。それ以外にも長期入院を担当する地域病院がある他、保健センターなどに数ベッドずつ計 100 床程度ある。つまり広範囲をカバーする専門病棟を含むとはいえ、人口千人あたり 3.5 床以上ある計算になる（これは日本の精神科病床数を上回る密度である）。ちなみに同医療地域での在宅ケアは 10 万ケースである。

もう 1 つの柱、専門医療であるが、大学病院では老人精神医学、摂食障害の治療、薬物依存の治療を提供している。その他プライマリ精神医学の講座もある。摂食障害病棟はヘルシンキ大学の重要な施設である。16 床とデイケア 5 ベッドを有する。同医療地域では摂食障害を治療する公立病院はヘルシンキ大学のみで、摂食障害患者は同院以外では民間病院で治療を受けている。地方では精神科で摂食障害を治療することもあるが、都市部では摂食障害の治療は大学病院か私的病院で行われる。民間病院との交流はなく、民間病院の団体があるが詳しいことは何もわか

らないという。公的な機関だけでは賄いきれないことは明らかであろう。

ヘルシンキ大学の薬物依存治療は 16 床で専門の外来部門もある。同地域では薬物乱用はすべてヘルシンキ大学病院で治療を受けている。最近では薬物中毒が増えているが、特に統合失調症の 60% は何らかの薬物中毒の診断を受けているというデータもあるように、いわゆる dual diagnosis の問題は深刻化しつつある。その他にも専門的サービスとして、就労支援、就業能力の鑑定、ADHD の検査、コンサルティングなどを行う。専門病棟として聴覚障害専用の精神科病棟、トランスセクシュアルの病棟も有する。重度うつ病の専門病棟も計画中であるという。

一般的に入院期間は 3-4 週間である。重症患者はもうすこし長いケースもあるという。大学病院は初期介入、診断、鑑別、治療を行う。フィンランドには長期の入院病棟も存在しているが、大学病院には無い。大学病院の入院費（病院の収益）は 1 日 400 ユーロである。（ちなみに在宅ケアは一回について 200 ユーロである）。入院の患者自己負担は無い。外来の自己負担は、一般科は一回当たり 15 ユーロだが、精神科は自己負担は無い。

司法精神病棟は無いが、ヘルシンキ・ウーシマ医療地域には国立の司法精神科病院 1 か所があり、全国の半分の精神鑑定を実施している。病床は 16 床であり、暴力的な患者も対応できる。鑑定の終わった患者は治療のためプロピオ大学病院など他の病院へ移されるため、入院は短期であるという。中部にもう一つ司法精神医学病院があり、この 2 箇所ですべて全国の需要を満たしている。

STAKES Dr. Tumi Tuori

STAKES は、フィンランド社会保健省の監

督下にあり、約 450 名の専門スタッフを有する社会福祉・保健政策の研究・政策立案機関である。

STAKES は、すべてのフィンランド国民が居住地にかかわらず、安定し、健康的な生活が送られるよう、質の高い社会・保健サービスを開発し、情報の収集と提供を行っている。

Dr. Tumi Tuori にインタビューを行った。フィンランドの National Schizophrenia Project に当初より関わり、常に精神医療改革の中心にいた人物である。高齢であるが今だ Senior Advisor としてセンターの業務に関わっている。

(最新のコミュニティーメンタルヘルスの状況について)

約 200 のコミュニティーメンタルヘルスセンターがフィンランド全体をカバーしている。チーム医療の概念に基づく精神医療を行っている。数を満たすだけで満足してしまう傾向が見られたので、現在はスタッフ数に今は厳しい基準を設けなくなったという。ネットワークの中心には常に精神科医がいる。どのようなサービスが必要か医師が決定することが多いが、看護師が決定することもある。最近の傾向としてはデイホスピタルのベッド数の減少と、それとは逆にデイケアセンター、クラブハウスの隆盛がある。支援住宅も増えつつある。病院で勤務していた精神科看護師が私的に設立するケースが多いという。サービスの主体として家族会など NGO の力が増ってきている。

(精神医療改革に関してどのようなことに困難を感じたか)

慢性期の患者は長年居住した病院を離れたがらないことが問題であった。しかし患者中心の退院のためのグループを構成し、何度もミーティングを重ね不安を除去していくこ

とが有効であった。変化はステップワイズに行うことが重要である。

(イタリアでは同じように精神科病院を縮小しコミュニティーへ患者を移したが、その後の質の低下が著しいことが問題とされている。フィンランドから見て彼らは失敗したのか)

イタリアでは職員の教育ができていなかったこと、モチベーションが低かったことがまず理由として挙げられる。また家族にケアを任せただけになってしまい、専門家のフォローが不十分であったことも、失敗の原因であろう。これはイタリアの精神医療改革についての評価の中で、特に家族からの評価が低かったことからわかる。

Helsinki University (Helsinki 市) Dr. Sami Pirkola

精神医療改革に深くかかり、アウトカムについて調査を続けている精神科医・社会精神医学研究者である。

彼のグループは精神医療改革前後のデータを比較し、退院した障害者の自殺率が改革後において、むしろ低くなっていることを全国的な疫学調査から明らかにした。またホームレスの発生率も高まっておらず、精神医療改革は精神障害者に不利益をもたらすことなしに成功したと考えているという。

精神医療改革によりイタリアでは極端な精神医療の質の低下が起こり、アメリカでは回転ドア現象を見るに至った。それ以外の欧米諸国でも自殺率の増加、ホームレスの増加などが報告されている。フィンランドでの脱施設化はそのような現象を伴うことなく終了しており、それゆえ改革は成功であったと評価されている(4)。

参考文献

1. Tuori T. Mater Plan for Mental Health. STAKES (未発表原稿)
2. Mental Health in Finland. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2005
3. Tuori T 個人的な意見
4. Pirkola S. Reductions in Postdischarge Suicide After Deinstitutionalization and Decentralization: A Nationwide Resister Study in Finland. Psychiatric Services 58: 221-6, 2007
5. Mental Health Atlas WHO 2005.
6. SourceOECD OECD Health Data 2002.
7. Integrating mental health services: the Finnish experience, Int J Integr Care. 2001 Apr-Jun; 1: e26.
8. Atlas of Mental Health, Statistics form Finland, National Research and Development Centre for Mental Health 2005
9. Lahtinen Y., Palomaeki T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2002: Esoo, Helsinki, Juvaeskylae, Kotla, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tamprere, Turku, Vantaa. Sumomen Kuntaliito. Helsinki, 2003.
10. Mental Health in Europe. Country reports from the WHO European Network on Mental Health. WHO 2001

2. ドイツの精神医療

(佐々木 一)

ドイツに関する一般的なデータ

正式名称：ドイツ連邦共和国

1. 人口 8,243 万人 (2005 年末)、人口密度：1 平方キロメートルあたり約 231 人 (独連邦

統計庁)

2. 面積

35.7 万平方キロメートル (日本の約 94%)
(ベルギー、オランダ、ルクセンブルク、フランス、オーストリア、スイス、チェコ、ポーランド、デンマークの 9 カ国と国境を接する)

3. 首都

ベルリン (約 339 万人)

4. 民族

ゲルマン系を主体とするドイツ民族 (在留外国人人数約 730 万人)

5. 宗教

プロテスタント約 2,710 万人、カトリック約 2,715 万人

6. 政体

連邦共和制 (16 州：旧西独 10 州、旧東独 5 州及びベルリン州。1990 年 10 月 3 日に東西両独統一)

1990 年に西ドイツ、東ドイツが統合し、現在の国家となった。

7. 元首

ホルスト・ケーラー大統領 (2004 年 7 月 1 日就任、任期 5 年)

8. 議会

二院制

9. 経済

ドイツは世界有数の先進工業国であるとともに貿易大国。GDP の規模では米、日に次いで世界第 3 位であり、欧州内では第 1 位。国際貿易量は米に次いで世界第 2 位。主な貿易相手国はフランス (10.3%)、米 (8.8%)、英 (8.3%)、イタリア (7.1%)。主要産業：自動車、機械、電子工学、化学、環境技術、精密機械、光学、医療技術、バイオ・遺伝子工学、ナノテクノロジー、航空・宇宙産業、物流
国民一人当たりの GDP は高く、世界銀行のク

ライテリアでも高収入のグループに属する。

ドイツの精神保健行政

精神保健政策(mental health policy)は 1975 年に制定された。連邦政府の委員会は同年に国内の精神医療についての詳細なレポート (Psychiatrie Enquête) を提出し、精神医療改革の目標設定を行った。1988 年には専門家委員会 (Expert Commission) がコミュニティー精神医療への提言を行った。2002 年には精神医療のあり方についての答申があり、個々の利用者のニーズに基づいたケアを行うよう提言した 1)。

国家的精神保健プログラム (national mental health program) はない。ドイツの特徴として連邦制をとり、ドイツの精神医療は 16 の州に基本的には権限が委譲されている。連邦政府、州政府、地方政府に複雑に分担されているため、精神保健をみる中心となる官庁が存在しないという問題がある 2)。

医療システムには民間、公営両方の機関が関与しており、民間、公的両方の医療保険が支払いをしている。リハビリテーションは医療保険と公的年金、そしてもし必要であれば福祉制度により財政的には賄われる制度になっている。精神障害者に対する障害者年金、障害者 ID、障害保障制度、税負担軽減制度あり 1)。

ドイツの精神医療の歴史と精神医療改革への影響

ドイツでは第二次世界大戦中に精神障害者の強制収容所での虐殺という事件があり、戦後もしばらくはタブー視されていた。遅れて 60 年代になってから若い精神科医の過去への反発がエネルギーとなり、精神医療改革につながったと言う。

1990 年には東西ドイツの再統合が行われ、

旧東ドイツの古い収容型入院施設の改革が必要となった。このことはコミュニティー精神医療への変化にも大きな荷物となったことは否めない 3)

医療保険制度

ドイツでは 1883 年から公的医療保険制度が導入されている。イギリスのような税方式とことなる、勤労者による掛け金を財源とした医療保険の制度は当時の首相の名をとり、ビスマルク型の社会保障制度と呼ばれるようになった。日本の医療保険制度もドイツの制度に倣う形で発足しており 4)、介護保険もドイツで 1995 年に導入された long-term insurance を手本にするなど、社会保障制度全般に今でもその影響下にあると言える。

ドイツでは政府からの (つまり税からの) 財政的援助は殆ど無い。またほぼ 100% 公的保険がカバーしている日本と異なり、民間の医療保険が並存する。公的保険がカバーしない医療について付加的民間保険に加入する国民は増えつつある。また収入が一定額以上の富裕層は公的保険に加入することができず、完全型民間医療保険に加入している。その数は人口の 10% 程度である 5)。民間保険の重要性は徐々に増しつつある。

公的医療保険では旧来は入院・外来とも自己負担はゼロであったが、法改正により 2004 年より自己負担が若干生じるようになった 6)。1970 年代に始まる医療保険の財政状況悪化のため、さまざまな方策で医療費抑制が図られるようになっていく 7)。

ドイツでは病院(急性)・リハ施設／老人病院については医療保険、介護施設・介護サービスについては介護保険から給付される。また、在宅の場合は医療的ケアは医療保険、介護ケアは介護保険から給付される。病院から施設入所あるいは在宅に至るまで一方通行の流

れであり、一旦介護給付扱いとなると、医療保険に戻されることは後述するようになかなか困難である。骨折、急な発病、慢性疾患の急変などの急性期を除き、病院に戻るといことはほとんどない。従って施設入所すると、死亡するまでそこに入所することができ、葬儀などが行われる施設すらある 8)。病院で看取ることの多い日本と、ヨーロッパ諸国での大きな相違点である。

患者はプライマリーケアを行う一般医にも専門医にも自由に受診できるようになっている。しかし医療費抑制のため制限が将来加わる可能性が大きい。すでに大都市ではフランスのセクター制ほど厳格ではないものの、地域に対する医療機関の責任制が始まっている。

介護保険

1995年よりドイツでは介護保険(Pflegeversicherung: long-term insurance)がスタートし、それまでの社会的扶助原則による障害者の支援が、保険原則によるものへと大きく転換した。日本の介護保険も基本的にドイツの制度を参考としている。財源は税金ではなく、医療保険同様に保険金を財源としている 7)。ただし日本と異なり、医療保険同様に公的、民間の2つがあり、公的医療保険に加入しているものは公的介護保険、民間に加入している場合は民間に加入しなければならない。

慢性の精神障害者に対する給付も介護保険により賄われるようになり、特にグループホームなどの医療施設ではない施設に居住する障害者が負担する費用は介護保険が支えているといつてよい。この変化に伴い障害者は第三者により決められたところに収容されるのではなく、サービスの給付(この場合入居するホーム)を自己決定する権利を有す

るようになった。介護ステージは大きく3段階に別れ、ステージ1では介護時間の目安として一日45-90分、ステージ2では3-4時間、ステージ3では5-6時間以上と規定されている 5)。介護ステージ判定は「医療保険のメディカルサービス(MDK)」が実施する。MDKは公的法人であり、医師、看護師その他の専門家などのスタッフが面接の上判定を下す。

精神医療の財政

ドイツでは精神医療に関して財源的には豊かであるとみなされている。医療費のGDPに占める割合は約10%と他の先進諸国と比較しても高く、精神医療費も1995年から約10年間で271万ユーロもの大幅な増額をされている 2)。

精神医療・福祉のサービスの提供主体

医療施設は公的な機関が中心となっている。特に入院施設は公的なものが多い。民間の病床数は少なく、気分障害が治療の中心であり、公的機関とは質的にも異なる。

一方で福祉サービスは公立以外がほとんどを占める。ナーシングホームなどの障害者の社会復帰施設も民間の方が多い。ドイツの社会福祉施策は補完性の原則に貫かれている。すなわち、①民間サービスの独立性とその公的サービスに対する優先性が基本法(憲法)で定められ、②社会保障については、まず社会保険で国民のリスクに対応し、それでも対応できない場合に初めて社会福祉の対象とするという構造になっており、③公的部門も、まず基礎的自治体(Gemeinde; 日本の市町村に相当)が第一義的な権限と責任を有する。日本のように社会福祉サービスの内容を法律で定めておらず、社会福祉サービスの内容はその実施主体により異なる。民間サービス

が福祉サービスに占める役割も大きく、特に民間6団体といわれる①カトリック・カリタス連合、②プロテスタント・ディアコニー事業団、③社会民主党・労働福祉協会、④中立・無宗教団体、⑤ドイツ赤十字及び⑥ユダヤ教団体が重要な役割を担っている。日本の社会福祉法人に該当するものは存在しない6)。これらは非営利団体であるが、純然たる私的組織も多く、ホームの1/3はこれらの団体により運営されている7)。

診療所の精神科医には個人開業の者も多い。外来の患者のみ診療できる。半公営の医療職協会の厳格なコントロール下での保険団体との診療報酬交渉により決められた厳密にコントロールされた価格に従い、出来高払いの報酬を受けている。

精神医療機関

精神医療はプライマリー医療機関で受けられるようになってきている。重症の精神障害の治療であってもプライマリーのレベルで行われることがある9)。しかしながらプライマリーケアの医師に精神保健分野のトレーニングが通常行われているとは言いがたい状況にある9)。患者は開業医に対してプライマリーケアの一般医、専門医を問わずフリーアクセスできる権利を持つ10)。

コミュニティー精神医療は改革後の精神医療の柱となっており、全国で9,000箇所の360日開業している診療所と、15,000床以上の地域でのリハビリテーションのための病床がある。現在、居住施設のベッド数は、精神科病院の病床数とほぼ同数になっているが、これらには大きな地域差がある4)。また、地域においてこれらコミュニティーの精神医療の統括をする機関が無いことが問題とされている。

精神科入院施設

他の欧米諸国では単科精神科病院は減少の一途にあり、総合病院精神科病棟が入院施設の主流になりつつあるが、中部ヨーロッパでは単科精神科病院が健在で精神医療の基盤を担っている。ドイツでは数百床の単科精神科病院も数多くみられる。

なお、ドイツ語でKlinikとは病院やリハビリ施設の名称として使われ、とくに専門病院を指し、日本の診療所(クリニックを名乗るところが多い)とは異なる。巨大な精神科病院でKlinikを名乗るところも多いため比較検討時には注意が必要となる。なお、日本の無床診療所に対応するものは開業医(niedergelassene Arzt; 多くは保険開業医Kassenarzt)である。

精神科病床数

1970年代と比較し、約半分まで精神科病床数は減少した。1969年の2.1床/人口千人をピークに、他の西欧諸国には大幅に遅れたものの80年代に入って減り始め、90年代半ばにはほぼ現在のレベルまで下がっている。現在は約0.66床/人口千人である。

精神医療スタッフのデータ

精神科医 11.8人/人口十万人 (心療内科医含む)

精神科看護師 52人/人口十万人

臨床心理士 51.5人/人口十万人 (雇用されているものみの数)

ソーシャルワーカー 477人/人口十万人
スタッフの数は先進諸国の中でも多い部類に属する。

ホームレス対策

欧州でのホームレスの定義は、日本で言う野宿生活者だけを指すものではない。簡易ホテ