

ルや一時的滞在施設に入所している人等も含む広い概念である。その数は55万人(1999年)となっている。純然たる路上生活者数は、ドイツ26,000人(1999年)とされている9)。ホームレス対策の法的根拠としては、ドイツでは社会扶助法がある。野宿者に対する支援については、シェルター等の滞在施設、食事提供、医療面の支援を行っている。

Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung)

ドイツ独特の精神科病院の人員配置基準である。公立病院は単科精神科病院、総合病院精神科病棟とも、すべてこの基準に従わなければならない。私立精神科病院はこの基準に従う法的な義務は無いが、人員配置はこれに準じている。かつて精神医療の質が問題とされたときに、マンパワーを確保することが精神医療の質を底上げするために必要であるとされ、1990年にこの規則Psych-PVが制定された。1994年には改定されている。最低限度の基準を設けるのみならず、限られた予

算とマンパワーを必要な病棟に適切に振り分けることも目的としている。病棟別の基準という点で、日本の病棟別機能分化と、疾患別の概念を導入している点でDRGと共通する点がある。

Psych-PVでは病棟に配置されるべき医師、看護師、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、運動療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーなどの数を細かく規定している11)。病棟はまず「一般精神科A」「児童精神科S」「老年精神科G」の3つのカテゴリーに大きく分けられる。各々について更に「普通型1」「強化型2」「リハビリテーション3」「長期・重症・多重障害4」「精神療法5」「デイホスピタル6」の6つのサブカテゴリーに分けられ、都合18種の病棟が存在することとなる。患者1人、1週間あたりに必要とされるそれぞれの職員の勤務時間(分単位)は次のとおりである。

病棟種別	医師	看護職員	臨床心理士	作業療法士	運動療法士・ 理学療法士	ソーシャルワ ーカー
A1	207	578	29	122	28	76
A2	257	1.118	12	117	29	74
A3	82	376	110	197	29	79
A4	132	734	57	113	27	59
A5	154	198	107	103	31	14
A6	114	51	83	176	17	67
S1	226	557	43	72	35	109
S2	256	1.142	55	51	34	153
S3	82	242	110	156	46	175
S4	106	683	80	112	38	77
S5	131	199	100	101	31	48
S6	115	40	81	154	16	101
G1	183	992	26	102	35	75
G2	211	1.221	0	78	40	51
G3	84	518	66	85	42	79
G4	100	909	43	72	44	42
G5	119	241	81	76	31	13
G6	115	94	83	167	26	68

(例=A1:一般精神科普通型病棟、S5:児童精神科精神療法病棟)

更にベースとして1病棟1週間あたり5000時間の看護時間が必要とされるなど、計算方法には附則が多く複雑になっている。イギリスの制度であるCPAは類似で更に洗練されているが、いろいろなセクターの混じったドイツでは使えないと考えられている²⁾。Psych-PV実施後、精神医療の質は改善された。また高い配置基準の施行は精神医療スタッフの大幅な増加ももたらした。1990年から5年間で精神科医は43%、看護師は18%、臨床心理士は33%、作業療法士は41%、ソーシャルワーカーは84%増加している。すべてのスタッフを平均すると24%の増加で

あった¹²⁾。Psych-PVの実施率は高く推移していたが、最近のコストカットの悪影響で実施率が90%を割り込む事態となっていることが最近の問題点である²⁾。

D-DRG (diagnosis-related groups)

ドイツでは、医療機関の診療活動に関する情報を透明化する手段としてDRG (diagnosis-related groups 診断群別分類)が活用されている。DRGとは、あらゆる疾病を患者の重症度や合併症の有無等によって細分化したうえで、医師や医療材料、薬剤等、治療に必要な医療資源の投入量の組

み合わせが類似するものを一つの診断群としてグルーピングしたものである。各診断群には医療資源の投入量から計算されるコストが指数として表示されている。

ドイツでは2003年から病院分野の予算を配分する際にDRGを活用するシステムが導入されている¹³⁾。隣国オーストリアでは精神医療を含む医療全体において1998年から独自のシステムであるAR-DRGを使用していることから、ドイツでもオーストリアの制度に倣い、精神医療を除く全診療科において2004年よりD-DRGを導入した。精神科については導入を望む声もあり活発な議論が行われてきたが、結局導入には至っていない。もし導入されれば精神科病院の運営は大変困難になるのではないかと予想されている¹⁴⁾。日本においては独自の分類基準であるDPC（診断群別包括評価）が導入されており、精神科領域についても検討がなされている¹⁵⁾。ドイツでのDRGの精神科への導入をめぐる論議を知ることは将来の精神医療改革への影響を考えると有用であると思われる。

精神医療改革

ドイツを含む中部ヨーロッパ諸国では病院精神医学が盛んであり、入院治療中心の医療が比較的遅くまで続いていた。しかし病院の中には劣悪な環境で患者を収容する施設も多く、マスコミの発達によりその悲惨な状態が人々の知るところとなり、政治的な問題となった。1960年代には精神科医の間で改革の動きが始まり、特別の委員会が組織された。1975年に当時の西ドイツ政府は実態調査をまとめ、その報告書であるPsychiatrie-Enqueteは人道的ターニングポイントと後に評価された²⁾。この報告書では「長期入院を避ける」「コミュニティーに向

けての治療の連鎖を作る」といった精神医療改革の目標、手順が示され、マスコミや国民から厚く支持されることとなった。家族のケアが再び重視されるようになり、いくつかの社会復帰モデルが提示された。その一つ、Patients-colleagues-modelによれば、元入院患者は一般の就労環境で通常の雇用契約で労働することになる。職場の同僚には元入院患者の情報が提供されると同時に、一人の人間として対等に接することを要求される。つまり障害者のみならず健常者の変化も要求したわけである。このプログラムでの5年以上の継続雇用率は50%以上という高率であった¹⁶⁾。

ドイツでは精神科病院を閉鎖するのではなく、巨大病院からダウンサイジングすることとなった。急激な閉鎖でイタリアのようにホームレスを作り出すことは選ばなかった。古い病院も急性期治療に適したよりよい医療設備にアップグレードされた。病院数の減少はわずか4%である。それに対して病床数は同時期に1/3まで減らされた²⁾。

単科精神科病院の病床数を減らすと同時に、ドイツでは総合病院に精神科病床を増やした。最近（2000年）のデータでは単科精神科の病床は0.4床/人口千人まで減少している。総合病院には0.26床/人口千人あり、合わせて0.66床/人口千人が依存症・老人精神医療などを含む全精神医療の病床数である²⁾。

しかし精神科の病床数が減少した間に「心身症・精神療法病床」が激増したことは大きな問題となっている。1970年代にはほぼゼロであったが、2001年には治療のために3,200床、リハビリテーションのために15,400床にも上る数の「心身症・精神療法病床」ができています。これらの病床は公的規制（Psych-PVなど）の対象とならず、増加に

歯止めはかかっていない。ドイツの医療費を押し上げる要因となっており 2)対策が求められている。

一方で精神科外来の数を増やしたことは患者をコミュニティーで診る上での重要な改革である。もともとドイツでは入院施設と外来施設は制度的にも全く隔たった存在であり、病院の外来で患者を診ることは殆ど無かった。現在は Institutsambulanz : 病院外来とよばれる多職種によるチーム医療外来ができ、アウトリーチをなどの活動を取り入れており、現在 2000 か所で運営されるようになっていいる。精神科の外来治療施設は人口約 16 万に一箇所整備されている。

脱施設化後も患者は元の医療提供者の下にとどまる傾向が強く見られた。これを変えるために The Expert Commission(1992-1996)が実施され、ケアを「供給主体」から「患者の需要主体」へシフトすることになった。コミュニティーの施設基準(スタッフ数など)を厳格に定めることを止め、患者に必要なサービスを患者の目的とゴールに応じて時間単位で要求することになった。そのため軸となるのは患者のケアプランである。

2000 年から人口の 10%をカバーする地域でパイロットスタディーが実施された。障害者のひとりひとりのためのケアプランニングが行われ、全国 35 のキャッチメントエリアにおいて、公的、民間、NPO を問わず様々な団体がこの事業に参入し、競争原理がうまく働きポジティブな結果が得られたという 2)。

コミュニティーをベースとするサービスは支援住宅、就労支援など様々なものが生まれた。しかし財源はさまざまであり、中心的にコントロールする機関が存在しなかったために、それぞれのサービスは断片的、協調不

十分であるという欠点がある。たとえば、医療は医療保険を財源とするが、福祉は税を財源としているため、連続性が断たれる。また、一つの地域で公民が財源を取り合って、一人の患者のケアであるのに分断されているという例も多々見られる。この問題を解決する方法はなく、統一により旧東ドイツまで混乱は広がる事態となってしまった 16)。

ドイツを調査対象とする必要性について

中部ヨーロッパ諸国のドイツ、ルクセンブルグ、ベルギーなどでは、伝統的な病院精神医学、精神病理を柱とした患者理解が行われており、コミュニティー精神医学の発達した西ヨーロッパ諸国とかなり異なった精神医療をすすめていると、ヨーロッパの精神医療政策専門家から見られてきた 18)。しかし 90 年以降は病床削減、コミュニティー精神医療へと舵取りを変えつつあるという。改革の遅れた日本の状況と重なる点が多い。またドイツでは民間の精神医療機関が力を持っており、公的医療機関が殆どであるイギリスとその関係国、北欧諸国と異なり、日本にとって参考になると思われる。

日本は明治時代からドイツ流の精神医学、精神医療を取り入れてきたため、同じく病院中心の精神医療が盛んであった。日本にとっての先達であるドイツの改革を学ぶことは日本の精神医療の特異性を考えるとき、非常に重要な情報となることが予想される。

ドイツは社会保障制度で日本と類似している点が多い。そもそも日本の医療保険制度はドイツを参考にして発足しており、同じビスマルク型に属している。前述のようにビスマルク型(特に正統派)は精神医療改革に出遅れる傾向があり、ドイツを研究することは同じような条件下にある日本での改革を考え

るために参考になるものと思われる。
新しい診療報酬支払い制度の DRG について導入寸前であると言われている。すでにアメリカの一部、フランス、オーストリアなどヨーロッパの諸国の一部において精神医療に

も導入され、日本でも類似の DPC の精神科への導入が研究されている。新しい支払い制度が精神医療改革にどう影響するか考察する。

ドイツ視察報告

2/4 午前 Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg (バイエルン州)

Prof. Gerd Laux 精神科入院施設の見学、病院精神医療について討議

午後 Universität München ミュンヘン大学

Prof. Hans Moeller ドイツ精神医療概論

Dr. Albrecht Egetmeyer 精神医療改革の中心にいた社会精神医学の専門家に話を聞く

2/5 Day Hospital, Rosenberg (バイエルン州)

Prof. Gerd Laux デイケア、社会復帰施設の視察

2/6 Psychiatrische Klinik der Technischen Universität München

Prof. Werner Kissling コミュニティー精神医療の現状を知る

Inn-Salzach-Klinikum ISK 病院

Inn-Salzach-Klinikum はスイスとの国境に近いドイツ南部の人口一万七千人の小都市 Wasserburg にある。Wasserburg は千年近くの歴史をもち、中世の面影を残す城壁に囲まれた市街地と農村部からなり、酪農と乳製品加工が基幹産業である。

Inn-Salzach-Klinikum は旧市街地を見下ろす丘の上に広大なキャンパスをもつ。古い歴史を誇るミュンヘン大学精神科の祖であるクレペリンの、その師に当たる精神科医が 1883 年に精神病患者の施設として創設した。Gabersee という名で全国に知られていたが、最近現在の名称に変更された。旧名称にまつわる強い偏見がその理由である。

Inn-Salzach-Klinikum はドイツの典型的な公立病院で精神医療改革前は 700 床のベッドを持つ典型的な収容施設であったが、現在は 553 床に縮小され(精神病床としてカウ

トされない神経病棟、司法精神医学病棟含む)、最近も 1 病棟を閉鎖したばかりである。地域のもう一つの精神科病院、少し離れた人口七万の地方都市 Rosenheim にあるデイケアセンターとともに総合的精神医療をおこなうセンターとして機能している。ミュンヘンを中心とするババリア地方は人口約百万人であるが、同様の大規模な 7 つの公的精神科病院とミュンヘン大学病院精神科(200 床)がカバーしている。ミュンヘン大学の教育病院として機能しているほか、認知症の臨床研究でも知られており、国際雑誌に掲載された論文も数多く医療のレベルは非常に高く評価されている。

案内して下さった Prof. Laux は長く教授を務めた後、10 年前から院長として勤務されている。病院を案内していただき、その後はドイツの精神医療のシステムについて教えていただいた。

この病院の2006年の平均入院日数は約27日である。しかし病棟によって異なり、一番短い依存症治療病棟は約14日、急性期病棟は14-21日、老人病棟は21日程度だが2-3か月の入院治療に及ぶこともまれではない。社会復帰病棟は2か月程度だが半年近くに及ぶケースもある。入院期間は日本の救急・急性期のように上限を定められているわけではないが、医療保険が退院をしなければ医療費を支払わないと圧力をかけることで自ずと決まってくる。1991年には平均入院日数は67日であったが、徐々に減少した。2001年以降は横ばいであり、これ以上の短縮は想定していないとのことであった。慢性期の長期入院患者を除いて考えれば現代の精神医療として適当な入院期間と思われる。院長も同意見であった。アメリカなど一部の国に見られる一週間以内の入院は主に経済的な要求から決まったものであり、医学的に考えればそのような短期入院はありえないという意見であった。

2006年において入院件数は年間に約5700件であった。1992年には約3000件であったのでかなりの増加率であり、またその件数の多さにも驚かされる。昨年の疾患別入院件数の内訳は統合失調症25%、気分障害15%、アルコール関係25%、麻薬・薬物依存15%、神経症と人格障害14%、器質性疾患15%であった。

病院全体で職員は医師70名、臨床心理士15名、ソーシャルワーカー20名、理学療法士・作業療法士50%、看護師400名、医療技術者30名、その他職員205名である。外来部門は非常に小さいため無視して、看護師はほぼ全員病棟勤務と仮定すると看護配置は約5:1(実質配置換算)となる。日本の最高基準の7:1を上回る手厚い看護配置である。キャンパスにはクラシックなレンガのビル

ディングが40近くそれぞれ独立して建っており、雰囲気は古典的な欧米の精神科療養所である。清潔でメンテナンスは行き届いており、必要に応じてリモデルがされている。最近では病床数の減少によりそれまで4床であった部屋を2床にするなどしており、スペースは十分に広く快適であった。病棟のほかモダンな管理棟、外来棟、キッチンなどのビルがやはり独立して建てられている。病棟あたりの病床数は18から22床である。全部で31病棟あり、病棟の内訳は次の通りである。総合精神医療8病棟(135床)、老年精神医療5病棟(97床)、依存症治療4病棟(78床)、社会精神医学4病棟(75床)、以上で一般的に精神科病床としてカウントされる病床は385床である。その他に司法精神医学8病棟(120床)、神経科2病棟(48床)があり、計553床がこのキャンパスにあることになる。以前は700床であったのが385床となったので公的統計では45%のベッドが減らされたことになるが、司法精神医学他特殊病床が分化したのでそれらを含めると553床であり21%のカットにすぎない。急性期病棟

キャンパスに独立したレンガ作りの歴史的なビルであるが内部は綺麗にリモデルされており居住性は良い。窓は歴史的建物であるため小さめだが、内部の配色の工夫により明るい印象を受ける。セントラルヒーティングによる空調は行き届いている。以後、特に記載がないかぎり、他の病棟についても構造はほぼ同一である。

患者の多くは統合失調症の急性期、それも初回かそれに近いエピソードの患者が多いという。感情障害の患者、その他急性の精神病状態の患者も入院しており、アルコールなどの診断を重複して持つ患者も入院している。前述のとおり入院日数はアメリカなどと比

較し長く、症状の落ち着きつつある患者も多くいるため病棟の雰囲気はざわついておらず比較的静かであった。ドイツ独特の人員配置基準である Psych-PV の急性期病棟の基準に従っており、それなりに看護師そのほかのスタッフの配置は多いが、日本の精神科救急病棟のように他の病棟より極端に飛びぬけて配置が多いという訳ではない。また病院の得る入院費も他の病棟と同一の 220 ユーロ/日であり、日本のように救急・急性期の入院費が高くて療養が低いということはない。

うつ病病棟

16床開放病棟。うつ病の治療を行っている。薬物療法その他、集団精神療法、作業療法を非常に重んじている。特に「生きる意味」を見出すために創作的な作業が治療的重要と位置づけている。スタッフは病棟長医師1名、上級医師1名、医師1名、臨床心理士1名、看護師8名、PSW1名、その他4名である。

精神療法病棟

19床開放病棟。入院患者の多くは神経症圏、境界性人格障害、心身症の患者であり、統合失調症や精神病的なうつ状態の患者は入院の適応とはならない。患者は若い女性患者が大部分を占めていた。若い女性のためのソフトで明るい内装が印象的であった。この病院では前述した総合精神医療の病棟の一部である。この病棟のような「精神療法病棟」はドイツ独特の Psych-PV という職員配置基準のひとつのカテゴリーであり、特に心理的アプローチを必要とする患者のためにコメディカルを多く配置している。スタッフは病棟長医師1名、上級医師1名、医師1名、臨床心理士1名、看護師8名、PSW1名、その他5名である。個人精神療法（認知療法などが中心。精神分析療法はもはや行われていない）、集団精神療法。絵画療法、音楽療法な

どに力を入れている。

老年精神医療病棟

18-21床、開放病棟と閉鎖病棟合わせて5病棟。患者は老人と規定される65歳以上の患者がほとんどである。大多数はアルツハイマー型の認知症であるが、それ以外の診断を受けた患者も若干名入院している。若年性の認知障害のある疾患でも入院可能であるという。介護が必要な老人のための特殊な装置をもつ入浴設備などを備えている。

社会精神医学病棟

18-20床、開放病棟と閉鎖病棟合わせて4病棟ある。患者の殆どが慢性の統合失調症患者である。初発エピソードは前述の急性期病棟で治療を受けるが、慢性期の急性増悪はこの病棟で治療を受けることになっている。患者の殆どは中高年で、一見して慢性の重症患者と分かるような人たちである。

Laux 院長とのインタビュー

（この病院の規模の変化と地域における役割の変化について）

この病院はドイツの典型ともいえる歴史をもっている。100年以上前、古い歴史をもつ地方都市 Wasserburg の町外れに、宗教的な結びつきから始まった障害者のコロニーとして始まった。そのためキャンパス中央に教会があり、病院職員ではないが担当の牧師と神父がいて宗教的サービスを今でも行っている。1883年には近代的な精神科医療施設としてスタートした。ドイツには巨大な収容型の精神科病院がいくつもあったが、ここはミュンヘンの東のパバリア地方を担当する基幹病院であった。70年代に始まった精神医療改革後も大規模な精神医療センターとして機能しているが、単体の入院型精神科病院としてはもはや存在し得ない。改革後は病院にも外来部門が誕生して社会に戻った患

者の治療を行っている。また近くの少し大きな都市である Rosenheim に社会に戻った患者の治療を行うためのデイホスピタルを設立した。また地域の他の精神科を同一組織内に収め、地域に対して包括的な医療を行うメンタルヘルスシステムへと変貌を遂げている。

(病床数削減について)

病床削減は精神医療改革の大きな柱であった。強権的に上からの命令で病床が閉鎖されたわけではない。ドイツの医療は州ごとの独立性が強く、ドイツ連邦政府にはそのようなことを計画したり命令したりする権限も無い。削減は医療保険の支払いのプレッシャー下で徐々に行われた。

当院ではさほど病床数は減っていない。その理由としては地域に対して責任を持つ医療を展開していること、ニーズのある専門性の高い医療を行っていること、急性期医療を行い年間の入院件数が膨大な数になっていること、在院日数はすでにかなり短くなったが、アメリカなどと異なり医療の内容を無視した極端な短縮は行っていないことがある。

(医療保険について、特にドイツの特徴である民間医療保険の問題点、長期ケア保険の適応について)

他の病院同様、医療保険の適用をほとんどの患者が受けている。ドイツには公的保険と民間保険があるが、ここでは 95%の患者は公的保険の適用を受けている。5%の患者は民間保険を利用しているが、基本的な医療の差は少なく保険によって「医療の質が違う」、あるいは「早く退院させられる」ということは無い。「カバーされる在院日数が異なる」「使える薬剤が異なる」ということもない。ただし民間保険会社は医師の診察が毎日行われることを契約上医師に要求する点が若干違うといえは違う。

長期ケア保健(日本の介護保はドイツ長期ケア保健を参考にしている)は入院患者にはたとえ長期の入院であっても適応にはならない。この保険は地域で生活する精神障害者のケアのための金銭的な支えとなっている。障害区分は3段階に分かれているが、軽症のステージ1ではデイケア・ナイトケア 384 ユーロ/月、居住施設などでの全日ケアで 1023 ユーロが、ステージ2ではそれぞれ 410 ユーロ、1279 ユーロが、最も重症であるステージ3ではそれぞれ 665 ユーロ、1432 ユーロが支払われる。

(民間精神科医療について)

大変難しい質問である。ドイツの精神科病院は民間のものも存在する。このババリア地域に民間精神科病院は 10 か所存在する。Psychosomatic な患者を扱っており、いずれも軽症患者を多く診ている。公的精神医療との交流はなく、地域の精神医療に対する貢献度は高く評価はできない。民間には公立と変わらないアクティブな医療をしている施設もあるが殆どがビジネス優先であると言わざるを得ない。

(DRG の精神医療への導入について)

DRG は精神医療を除くドイツの医療の支払いの方式としてにすでに導入されているが、精神科への導入は非常に難しいと考えている。精神病を評価する上で問題が多すぎるように思われる。オーストラリアでは精神医療にも DRG が導入されて何年にもなるが、その後うまくいっているという話はまったく聞いていない。

(Psych-PV による病棟機能分化と医療費について)

Psych-PV は、精神医療の質を担保するうえで効果はあったと思う。しかし病院管理の立場ではかなりの事務的労力を要しており、その運用は大変である。

病棟のカテゴリーが違うからといって、医療保険からの支払いが異なるということはない。当院ではどのカテゴリーに属してしようと、急性期患者であろうと、慢性期患者であろうと、一律に一日 220 ユーロである。この金額は当院と保険会社の交渉によって決まる金額であり、全国一律の金額ではない。250 ユーロである病院もたくさん存在する。民間病院であればそれ以上のところもあるかもしれない。Psych-PV も導入されたときには支払いに差をつけるという考えもあったようだが、最初の理念どおりにうまくはいかず、一律の支払いとなっている。そうすると Psy-PV で細かくカテゴライズしたのは何だったのかという疑問になるのだが。現実はそのようなものだ。

Ludwig-Maximilians-Universität München

ミュンヘン大学 2月4日

ミュンヘン大学医学部精神科は大変歴史が古く、統合失調症を研究し生物学的精神医学の基礎を築いた精神医学の巨人クレペリンが約100年前に教授を務め、その後も認知症の病名に名を残す脳病理学者アルツハイマーなどを生んだ施設である。研究、教育、臨床ともトップレベルで世界的に知られている。高名な精神医学者であるMöller教授に直にお話を伺い、その後社会精神医学の専門家である（現在は大学を引退し、ミュンヘン地域の精神医療コンサルタントとして活動している）Dr. Albrecht Egetmeyerに精神医療改革についてインタビューを行った。

Prof. Hand-J üngen Möller メーラー教授
大学病院の病棟を見学し、教授のお話を伺った。大学病院の精神科病床は200床ある。数年前に新築されたが、病床数は削減されなかった。これは専門性を評価され、児童精神医

学など専門病床がその中に整備されたからである。100年以上の歴史をもつ旧病棟はリモデルされ、外来診察の施設となり、各種専門外来を充実させた。大学であるため専門病床、医学教育のための病床を持つことが特徴である。医師50人（トレーニング中をいれて・純粋な研究者のぞく）勤務している。ミュンヘン大学は大学病院としては珍しく地域の医療を積極的に行っており、そのための病床を60床持っている。フランスのセクター方式に倣い、地域の精神医療に責任をもつセミ・セクター方式とも言える精神医療方式がドイツでも取り入れられた。今でもドイツでは患者にフリーアクセスの権利は認められており、セクター以外のドクターを選ぶケースもあるが、3か月は自由に医師を変更できないなどいくつかの制限がある。逆に医療はそのセクターの患者の治療に対して責任があり、医療を拒むことなどはできない。また救急を含めた急性期治療もミュンヘン大学は行っている。

教授はドイツの精神医療改革について概論をお話しされた。ドイツでの改革は70年代にはじまった。改革のステージは教授の考えでは4つあったという。①単科の巨大な精神科のベッド数を削減した。それ以前は日本以上に巨大な精神科病院が標準的であり、教授が教育を受けた病院も3000床あったが1000床まで減らされた。②それ以外の一般的な精神科病床を削減した。③コミュニティーケアの施設を充実させた。④小さな精神科病院を増やした。その多くは総合病院の一部としてであった。

ドイツ独特の人員配置基準 Psych-PV について教授の考えを伺った。Psych-PV はドイツの精神医療改革に大きな役割を果たしている。それまではドイツの精神医療は高いとは言えず社会的・政治的問題となった。人員配

置の薄さが問題の根底にあると考えられたため Psych-PV が生まれる結果となった。大きく 18 のカテゴリーに分かれるが、病院には半年に一度、ケアと患者をレーティングしたデータ、スタッフ配置についてレポートを提出する義務があり、これを怠ると医療保険の支払いを受けられなくなる。検査官の立入検査がありレポートの内容に相違ないかチェックを受ける。民間の精神科病院にはこの Psych-PV に参加する義務はない。

ドイツで医療費を押し上げ問題となっている「もう一つの精神科病棟」と言われる「心身症・精神療法病棟」について質問した。教授によればこの病棟では精神科医として認定を受けた後、さらに精神療法の研修を受けて精神療法家としての道を選択した専門家が勤務している。これはドイツ独特の制度であり、精神医療とは別の枠で考えられている。すなわちこれらの病床は精神科病床としてカウントされず、精神医学会の管轄外であるという。もちろん Psych-PV の適用も受けない。Psych-PV のカテゴリーに含まれる「精神療法病棟」は精神科病床としてカウントされ、精神科医のかかわる精神医療であり全く別物である。従ってドイツには精神医療の枠の内外に 2 つの似た名前の病床がある訳で非常に複雑に見えるが、現地では特に混乱は無いという。

ドイツでは DRG の導入が議論されては立ち消えになっているが、精神医療にどのような変化をもたらすか精神医療改革と関連して考えられる影響について質問した。教授の考えでは DRG はオーストラリアでの導入を参考に、ドイツでも 5 年ほど前に精神科を除く診療科に導入された。精神科への導入は見送られたのは病院管理する立場から言えば好都合であったという。しかし今論議されている方向を見ると、いずれ導入されるかも知れない。

しかしドイツでは以前より Psy-PV が導入されている。この制度はある意味 DRG に近いとも言える。レーティングされた患者の症状とスタッフの数に応じて支払いを受けているからである。そのためそもそもドイツで DRG に変更してもあまり意味がないのではないかと教授は考えているという。

Dr. Albrecht Egetmeyer エゲットメイヤー 医師

ドイツの精神医療改革概論

1971-74年に Enquete of Psychiatry と呼ばれる精神医療に関する実態調査が精神医療改革のスタート地点となった。ドイツでは伝統的に病院精神医学が盛んで、それに対して個人の開業医は全く別物で交流も少なかった。精神科病院は通常は外来を持たず、それが患者の退院後の治療を困難なものにしていたのだが、これ以降精神科病院に外来を開くことが認められ (Insitutonambulanz)、患者のコミュニティーでの治療への橋渡しができるようになった。

次に起きた現象は、60-70年代の精神科医は第二次世界大戦後の低いレベルの精神医療に対して怒りを感じ、コミュニティー精神医療の理想に燃える若い精神科医たちの台頭である。病院で勤務せずコミュニティーの医療の現場を選び活動することが改革を推し進めた。彼らが熱意に燃えたのは、その前の時代にヒトラーにより精神障害者が大量虐殺されたことへの怒りも大いに関係している。

それらの結果として 3000 床以上もあつた巨大精神科病院の縮小からはじまって、次々と精神科病院は病床を減らした。

ドイツのコミュニティー精神医療の現状
現在ババリア地方は人口 110 万人である。それに対して精神科病床は 6000 床 (人口千対

0.55床とドイツでは標準的)、精神科入院施設230、64の精神科外来施設(多くはデイケアをもつ)、それ以外にプライマリーケアの医師が精神医療を担当している。病院にも外来はあるが、重症の患者しか受診しない傾向にある。

精神科病院を出た患者は多くは障害者の居住施設に移った。100-200床あるあるような施設が多く、民間の業者が主となっており、多くはビジネス優先である。コミュニティーから離れて家族が自由に面会できるような立地条件ではなく、医師は近くのクリニックから時々診察に訪れる程度であり、ナーシングホームでの医療・ケアの質は低い。多くは町外れのため実態がつかめない。人々からは忘れ去られた存在となっている。ナーシングホームはドイツの「ダークサイド」と言ってもよい。ナーシングホームの対象者500人以上にインタビューにより調査を行った結果では、多くの患者が20年以上ホームで生活し、平均はなんと19年であった。最近はそこでもnew long stayが問題となっている。

ナーシングホームからグループホームへとというのが最近の流れであり、コミュニティー精神医学の考え方から言って正しい。

ナーシングホーム、グループホームのベッド数についての詳細なデータは存在しない。民間が多く、コントロールをあまり受けていないこと、他の障害、高齢者と一緒になっているので精神科からの移行のみをカウントする方法が無いことが理由である。ただしグループホームの整備目標として人口10万人に30箇所という数字がある。

(地域に出た患者にとってどのようなシステムが有効であったか)

現時点では2種の新しいシステムが非常に大切と考えている。デイセンター(デイホスピタルではない)とコンサルティングシステム

である。

デイセンターは患者が集まり必要なことをする基本的な場所を提供している。すなわち非常に簡単な労働、食事の提供をする。時には患者たちが調理を行うこともある。ゲーム、遠足、レクリエーションなどを提供しており、コミュニティーで生きていくうえで非常に有効である。もし家に居たら何もせずにただ座っているだけの患者も居る。利用機関の上限は地域によって違う。費用は地方政府の負担による、地方税ベースのシステムでまかなわれている。医療保険、介護保険ではない。コンサルティングシステム(エージェンシー)は、障害者は各自の抱える問題について専門家のアドバイスを提供している(Dr. Albrecht Egetmeyer自身、コンサルタントとして勤務している)。ババリア地方を例に挙げるとコンサルティングシステムは40-50団体ほどある。利用者は医療保険への加入は不要であり、自己負担も不要である。精神障害者のためシステムとアルコールなど依存症のためのシステムと2本立てで運営されている。

(保険制度と精神医療について質問)

患者の殆ど100%は何らかの保険に加入しており、公的医療保険が95%をカバーしている。自己負担は外来では3ヶ月に1回、10ユーロ(したがって年間40ユーロ)必要となるが、慢性重症の統合失調症の患者などは自己負担ゼロである。薬代も含まれる。民間医療機関を受診すると45ユーロプラス薬代が必要となる。民間保険は運営コストが多くかかり、決して効率的ではない。

ただ一つの利点は民間保険を持つ患者は待ち時間が少なくてすむ。多くの医療機関は民間保険と公的保険の2つの待合室をもっている。一種の差別でもある。

DRGはナンセンスである。オーストラリアで

導入されたAR-DRGは非常に困難な状況になっている。慢性の患者を評価する適当な方法が無いことが最大の欠陥である。

Psych-Pvが必要とされたのは、精神医療の質を保証するということがあったが、実は保険会社からのコストカットの要求に対抗するためと言う理由が大きかった。それまで保険会社はディスカウントを要求し入院費の90%しか支払ってくれなかったこともあった。

(モバイルチームはドイツではあまり活発ではないと聞くが?)

確かに整備途上であるが、ミュンヘンではチームがありすでに市の二分の一をカバーしている。クライシス介入は都市部では整備されているが、地方都市にはまだ広がっていない。

(民間精神科病院はどのような違いがあるのか?)

ドイツには公立と民間の精神科病院がある。ミュンヘンには2つの民間精神科入院施設があるが、いずれも患者を選択している傾向が見られる。また強い経営優先の姿勢が見られる。

(ドイツでは民間の精神科病院の病床数が増えつつあるようだが)

民間病院の純増というよりは、現在ドイツでは公的病院の民間への委譲が始まりつつあることにある。州により違いはあるのだが、北部州では民間の精神科病院チェーンが活発に公立の病院のオーナーシップを買収し獲得している。民間への委譲を進める理由は、公的機関はコスト意識が無く効率的ではないからである。しかし私は反対の立場にいる。精神医療は他の分野と違い、公的性格が強い。精神医療は社会が責任を負うべき基本的サービスである。精神科医は常に患者の代弁者で無ければならない。そのために公的な医療

にとどまるべきである。

(日本で改革をするためのアドバイスを) まず精神科医をはじめとする専門家がコミュニティに出なければならない。家族会などの団体を大切にすべきである。カンファレンスなどを開き、情報提供、アドバイスなど積極的に行うべきである。忘れてならないのは、ドイツでの改革は30年かけたゆっくりした変化だったということである。その意味で「改革」という名はふさわしくないと考えてもらいたい。反対に急激な変革を行ったイタリアは大きな失敗をしてしまった。法的拘束のもと、精神科病院を急に閉鎖し、その間にコミュニティを整備しなかったため、大変な数の患者がひどい目にあつた。今でも外来の施設はとてもプアーな状態である。今のイタリアの精神医療は悲惨な状況である。患者は精神科病棟に短期間しかとどまらず、そこでも低いレベルのケアしか受けていない。対して北欧諸国は見習うべき点を多く持っている。また、障害者は外で生活する前には十分なりハビリが必要である。彼らはたとえば外でどう食事を用意するか、何も経験を積んでいない彼らに退院前に十分なトレーニングをすることは必須である。

(かつて西ドイツ政府は改革にどう関わったのか?)

まず詳細な調査を行い、精神障害者の実態を把握することを進めた。次に立法である。1976年に法改正により精神科病院に外来部門を作ることを勧めたことの意味は大きい。次にリサーチプロジェクトを進めた。特定の地域において就労支援のプログラムを行い、結果について詳細なアウトカムスタディーを行った。居住施設の整備も政府の力により進められた。ここで大切なことは十分な財政的後押し

をしたことである。また病院を閉じる前にコミュニティの整備を進めるという原則を守った。でなければアメリカのように路頭に迷う障害者を大量に作り出してしまふ。

(改革とコスト、とくにパラレルファンディングについて)

オーバーヘッドコストは安くない。コミュニティの方が安くつくわけが無い。精神医療改革はスイスで詳細なデータが証明したようにコストがかかる。病院を減らしたから医療費が減ると考えるのは誤りであり、コストは最終的には増加する。パラレルファンディングについてのデータはドイツには無いが、地方政府が改革の間、入院とコミュニティ両方のコストを負担したことは間違いない。地方政府はかなりの追加コストを支払っているはずである。

Rosenheim Tagklinik ローゼンハイムデイ
ホスピタル 2月5日

ミュンヘンから特急で一時間、オーストリアとの国境近くのローゼンハイムRosenheimにつく。オーストリアのザルツブルグにむしろ近く、アルプスを目の前に望む人口7万人の小都市である。木工を主産業としているが、最近ミュンヘンのベッドタウン化している。

デイホスピタルは駅近く、市街地中心の至極便利な場所にあった。常勤精神科医は3名、非常勤医1名、その他に多くの看護師、作業療法士、PSWなどが勤務していた。登録患者は40名である。

デイホスピタルの利用時間は8:45-16:00、金曜日は14:00まで。利用者はインテークの診察のあと、症状に応じ必要なプログラムを処方される。少なくとも週2回は参加するようにと勧められる。かなりの長時間にわたるため、途中休憩・昼寝をする患者も多数いる

ようである。

プログラムはミーティング、医師との診察(週に1回)、集団精神療法、作業療法、栄養指導などからなる。作業療法は木工、絵画、陶芸、織物など多岐にわたっており、患者は非常に熱心にプログラムに参加していた。デイホスピタルでの治療期間は原則として8週間までとなっている。患者の診断は、統合失調症、気分障害、神経症、境界性人格障害などさまざまである。日本と比較すると統合失調症は少なく、境界性人格障害が非常に多い。アルコールなど物質依存については近くの別のクリニックが担当している。

医療保険よりデイホスピタルの得る収入は一日120ユーロである。利用者の自己負担は最初の月は10ユーロ/月、2ヶ月目より無料と非常に低廉である。利用期間は3-8週間、上限は基本的に2ヶ月となっている。それ以上のサービスが必要となる慢性患者は次項で述べるようなデイセンターを利用することになる。

Caritas Day Service Center カリタス (NGO)

デイサービスセンターおよび作業所

ローゼンハイムRosenheim市街地にカトリック系宗教団体を母体とするカリタスという非営利団体の運営するデイサービスセンターがある。カリタスは1981年に設立された全国的なNGO組織で数多くのグループホームなどを運営し、訪問サービスなどアウトリーチのサービスを幅広く行っている。民間セクターに分類される。この町では他に20人収容のサポートハウス、20人のアパートでの生活を支援している。

デイサービスには患者が朝から夕まで過ごすことのできる居心地のよいホール、食堂、キッチン、ゲーム室などを備えていた。基本的に35人を若干上回る数の障害者が登録し

ているという(35人を下回ると補助金がカットされるとのこと)。一見して慢性の統合失調症患者と分かる中高年の患者が時を過ごしていた。デイホスピタルと異なり、概して活動性は非常に低いと思われた。今までに550人の障害者が利用しており、その中には1回だけの利用者もいるが多くは長期の利用者であり、10年以上の利用者も多数存在しているという。3人の精神科医が顧問として活動をサポートし、1週間に2時間の医療を行っている。

デイサービスに並んで古本の買取・販売と、喫茶室を業態とする作業所が併設されていた。非常にきれいに整備されていた。ちょうど外部での活動中とのことで患者の姿は見られなかった。音楽活動、講演など対外的な活動も盛んであるという。

このような施設の運営は地方政府よりサポートされ、財源は保険ではなく税である。

Pflege und Sozialtherapeutische
Einrichtung St. Bartholomä Samerberg GmGH
介護と社会治療の施設セントバルトロ
メ・ザメルベルグ有限合資会社

老人ケアホームセントバルトロメ 2月5
日

ローゼンハイムの専門家から居住施設の実態について伺った。ドイツでは改革初期に公立病院を閉鎖したのはよいが、患者を「黒い森」地方の人里離れた元結核病院であったナーシングホームに移動させた例があり

transinstitutionalismとして強く批判されたという。

10年前には大きな事件が起きている。大病院の突然の閉鎖により追い出された患者たちが、廃止されたある会社の寮に収容された。しかしそこは人里はなれた山中であり人権

問題となり、多くの人を知るスキャンダルとなったと言う。

実際、今でもドイツのナーシングホームは大都市市街地から人里離れた山の中まで国中に広がっている。問題は後者が非常に多いということである。精神科病院も町はずれに建設されることが多かったが、ホームは明らかに人が通えないような場所に造られたものが多い。障害者が町に出ることは事実上不可能であり、友人や家族が尋ねることも稀である。コミュニティーで治療を行うという方向と明らかに逆行しているが、これがドイツで多く見られる現実であるという。そのため大規模なナーシングホームではなく、小規模な市街地のグループホームへ退院させるのが最近の傾向であるという。

なぜこのような極端な僻地のグループホームが増えたのか、大きな原因は幾つかある。まず精神科病院は公立が多かったが、グループホームには民間の参入を許可したことがある。営利を追求する経営者が多く、勢い建設コストも人件費も安い僻地に設置が集中する結果となった。また現在は地域に必要なホームの数を算定する方法があるが、当初は制限がゆるく、また僻地にも当然コミュニティーは存在する以上、大都市に建てるようにといった規制をしようにも建前上それは不可能であった。また専門家にも問題があり強く反省すべきであったという。都市部で勤務するソーシャルワーカーたちは退院後の居住先を探すのに必死だが、たいていはパンフレットで居住施設について知るのみで(ひどい時には名簿をめぐって電話をするだけで)、実際に居住施設がどんな立地でどのようなサービスをしているのか自分の目で確かめていない。そのようなソーシャルワーカーの日常の仕事ぶりが、このようなナーシングホームの横行を許したのだという。

僻地にある多くのナーシングホームは立地も悪く、ケアの質にも大きな問題がある。慢性の患者が食事と薬を与えられるだけで1日まったく動かずに過ごしているのもよくある光景という。せつかく病院で作業療法、集団精神療法、音楽療法などを受け回復途上にあってもそのような施設で症状が固定し、10年、20年、多くは一生そこから出ることはなく過ごすことになる。それに対して都市近郊にあるナーシングホームのケアの質は比較的良好である。おそらく外部からの目があることがその理由であるという。

ローゼンハイムの専門家はアルプスの山中にあるナーシングホームの見学を手配してくれた。通常はこのようなホームは外部に閉ざされており、情報公開をしない傾向にあるという。ここの見学が許可されたのは僻地には珍しくケアの質が非常に高いからという話であった。この質の高さは職員たちの人柄と士気の高さによる奇跡的なものであるという。

ローゼンハイムからさらにアルプスの山中を車で1時間ほど、車がすれ違いもできないような道を延々と走り続け、雪に覆われた峠を越え、貧しい酪農農家が寄り添う谷間に「ケアホームセントバルトロメ」があった。建物は古ぼけだロジックといった趣である。3階建ての木造建築でこの土地の標準的なデザインである。内部は綺麗に整備されていた。1階には大食堂、天窗をもち明るいホールなどがある。ちょうど食事中であったが利用者に対しては十分な面積があると思われた。2階、3階にも小食堂があり、1階まで降りられない（エレベーターはあるのだが）、あるいは降りたくない利用者が3-4人で食事をとっていた。一見して慢性の統合失調症と分かる患者がほとんどである。興奮している患者はいないが、かなり重症の患者もみられた。

居室は2-3床室中心で75床ある。うち43床は一般の居室、12床は精神症状増悪時のための居室（フロアーの入り口は常時施錠されており日本の閉鎖病棟と同等である）、8床は老年精神医療のための施設を有する病室的な居室であった（点滴を受ける患者が多くいた）。12床は社会復帰を目指すための病室として位置づけられているという。居室は天井が低いためやや狭い印象を受けたが、恐らく1人あたりの面積は6-7平方メートル程度と思われる。利用者の持ち物は比較的少なく、乱雑な印象は受けなかった。

職員は約20名、1名がソーシャルワーカーでそれ以外は看護師である。点滴・服薬管理など医学的な業務が多いという。夜勤は2名体制となっている。顧問医師は5名（うち1名は神経内科医）である。2週に1回、訪問による診察がある。薬物療法はほとんどの患者が受けているであるが、処方箋をめぐって見た限りでは全ての患者はハロペリドールなどの旧世代の抗精神病薬で治療されていた。興奮が激しいなどの理由で入院治療が必要な場合は町の精神科病院に移される。回復し自宅などに退院するケースも時々あるが、多くの患者は10年以上居住し続けており、最も長い患者は26年間利用している。ドイツのホームではよくあるように、ここで亡くなるケースは非常に多い。利用料金は以下の通りである。（同ホームの入所案内より）

	利用者の介護ステージ	利用料 (日額)
	健康者	38.12ユーロ
開放居住区域	介護ステージ0	62.62ユーロ
	介護ステージ1	82.88ユーロ
	介護ステージ2	95.12ユーロ
	介護ステージ3	104.13ユーロ
閉鎖居住区域	介護ステージ0	66.58ユーロ
	介護ステージ1	86.96ユーロ
	介護ステージ2	98.61ユーロ
	介護ステージ3	104.13ユーロ

それに対して介護保険は (全国一律)

	支給額 (月額)
介護ステージ1	1023ユーロ
介護ステージ2	1279ユーロ
介護ステージ3	1432ユーロ

例えば介護ステージ3の認定を受けた重症の障害者が一カ月(31日と仮定)利用した場合、月当たりの自己負担は1796.13ユーロとなる。介護ステージ1の軽症の者が開放居住区域を同様に利用した場合は918.22ユーロである。かなり高額な自己負担額であり、特に精神科病院に入院した場合自己負担はほとんど0に近いことを考えるとその差は大きい。居住コストは施設によって大きな差があるが、この施設の利用料は特に高いものではないという。ミュンヘンのような大都市にある資産家のための豪華な施設の利用料は非常に高額であるという話であった。案内して下さった精神科医は「このケアは最高、しかし場所は最低だ。ここは見捨てられた場所、ドイツが最も見せたがらない場所だ。このような所で一生を送らせることが精神医療改革の目的だったのだろうか？生まれ育ったコミュニティに障害者は帰すべきだったと私は思う。」と語った。

Centrum für Disease Management an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München ミュンヘン技術大学精神科クリニック 2月6日
 ミュンヘン市中心部の高級住宅の並ぶ一角に、目立たないクリニックビルがある。院長のDr. Werner Kisslingは高名な医師であり、国際的な臨床精神医学の医学雑誌の論文、著書を多数記している。
 外来部門は統合失調症患者の慢性患者を中心に診ており、コミュニティの精神医療の最前線である。市街地にあり患者の通院、コミュニティに住む患者の訪問には大変好都合な立地条件である。普通のビルであり、精神障害者の施設であることを示すものは何も無い。これはドイツのコミュニティの精神科医療施設に共通した特徴である。ここでフォローしている患者は100人、医師1名、看護師1名、PSW0.5名でカバーしている。重症で病識の不確かな患者が多いため、服薬

コンプライアンスの率は50%程度と低い。そのため多くの患者に抗精神病薬のデポ剤の注射を行っており、Drは自身のクリニックを評して「デポ・クリニック」であると言う。アウトリーチのチームを持ち、密接に連携しているという。また18床と小規模であるが、クライシス管理のための精神科病床を持っている。同施設内にデイケアは無いが、作業療法は行っている。

同施設内にはもう一つ小規模な病棟があるが、こちらは「心身症・精神療法病棟」である。精神科にはカウントされず、精神医療としての管理も受けていない。ドイツ独特の機構である。日本の心療内科と同様に、精神科の患者も多く受診・入院するようになってきている。それらの患者が精神科を避けてこちらへ行く理由は、日本と同様、スティグマであるという。このようにドイツでは精神医療外での実質的精神医療が盛んになっており、二本立ての異常な状態がますます顕在化しつつある。

Dr. Kisslingへのインタビュー

(ドイツの精神医療改革について)

ドイツでは70年代に精神医療改革が始まった。そして病床削減はすでに終了している。保険会社は現在入院費を30日で原則的に打ち切っている。それ以上入院が必要なケースももちろんあるのだが、そのようなケースでは医師は保険会社に対し入院延長が必要な理由を説明し交渉しなければならない。多くの場合、入院の延長は2週間ごとに認められる。幸いアメリカとは異なり、保険会社は命令的ではなく、交渉は対話に基づくものとなっている。このような入院日数に対してのコントロールは早くも80年代に始まっていて非常に有効であった。

日本の改革もドイツ同様にすれば、民間病院主体であっても同じようにできるのではな

いか？すなわち①入院期間を区切って入院費を支払い、延長は交渉によるものとする、あるいは漸減していく。退院させたほうが経済的に有利と経営者は判断するようになるだろう。

②地域に精神医療の総予算枠を設定し、その中で入院にはいくら、居住施設にはいくらと決めるのはその地域に権限を委譲する。

Integrated medicineと呼ばれるシステムである。病院を含めた地域の精神医療サービスは其中でサービスと効率を競うべきである。その中で自然と病院は淘汰され病床は削減されるであろう。

参考文献

- 1) World Health Organization. Mental health atlas : 2005. Geneva, Switzerland.
- 2) Kunze, H. Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care. *Psychiatric Bulletin* (2004) 28: 218-221
- 3) Mental health care in Germany Current state and trends
Hans Joachim Salize European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience
Publisher Steinkopff
ISSN 0940-1334 (Print) 1433-8491 (Online)
Issue Volume 257, Number 2 / March, 2007
- 4) 講座 医療経済・政策学 第2巻 医療保険・診療報酬制度 池上 直己 頸草書房 2005
- 5) ドイツ連邦政府保健省HP
http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604244/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node,param=.html__nnn=true
- 6) 「世界の厚生労働」厚生白書2007 厚生労

働省

- 7) 先進諸国の社会保障4ドイツ 古瀬 徹
東京大学出版会 1999
- 8) 株式会社 日本総合研究所 研究事業
本部 医療と介護の連携に関する海外調査研
究チーム 医療と介護の連携に関する海外
調査研究 International Survey on
Integration of Medical and Social Care for
the Elderly カナダ・ドイツ・フランス・ノ
ルウェー Canada, Germany, France, Norway
2003
- 9) 福原宏幸編 (2002) :小特集:ヨーロッ
パにおけるホームレス問題への挑戦. 経済学
雑誌, 102巻 3・4号, 1-55.
- 10) ドイツ医療保険の保険者機能 船橋光
俊 海外社会保障研究 50-58 Autumn
2001 No 136
- 11) ドイツ法務省HP
[http://www.gesetze-im-internet.de/psych
-pv/BJNR029300990.html](http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html)
- 12) KUNZE, H. & PRIEBE, S. (1998)
Assessing the quality of psychiatric
hospital care: a German approach.
Psychiatric Services, 49, 794 -796.
- 13) Japan Research Review 2005年01月号
STUDIES
わが国の医療制度改革に向けて -ドイツ
とフランスの経験からの示唆-
調査部 経済・社会政策研究センター 副主
任研究員 飛田英子
- 14) FRITZE, J. (2003) Das auf Deutschland
angepasste AR-DRG-System als
vollpauschalierendes
Krankenhaus-Entgeltsystem. In
Psychiatrie-Personalverordnung (eds H.
Kunze & L. Kaltenbach) pp. 276-285.
Stuttgart: Kohlhammer.
- 15) 診断群分類に関する国際会議 (DPC

国際会議) 2004年11月17日~19日 概要
報告書 主催 厚生労働省 国民健康保険中央
会 会議運営 社団法人国際厚生事業団

- 16) Schmiedebach, H.P. Social Psychiatry
in Germany in the Twentieth Century: Ideas
and Models 2004 October 1; 48(4): 449-472
- 17) SourceOECD OECD Health Data. OECD
- 18) ドイツの医療保障制度改革-「構造改革」
による21世紀への対応- 高智 英太郎
海外社会保障情報 47-64 109 1997

3. カナダ (オンタリオ州) の精神医療

(佐々木 一)

カナダ概要

国土はおよそ9671平方キロ。人口3174万人。
医療費はGDPの9.5%。

人口のほとんどはアメリカ国境沿いの南部
に集中しており、医療を含む産業・社会資源
も南に集中している。そのため北部の過疎地
域のサービスに大きな問題がある。経済的に
アメリカの影響を強く受けているが、政治的
には独自の道を歩んでおり、特に社会保障に
関しては英国に近く、アメリカと考え方に大
きな隔りがある。

カナダに関する一般的データ

1. 面積 (3)
997.1万平方キロメートル (世界第2位、日
本の約27倍)
2. 人口
約3,161万人 (2006年国勢調査)
3. 首都
オタワ
4. 言語
英語、仏語が公用語
5. 宗教

ローマン・カトリック教（加国民の約半分近く）

6. 政体

立憲君主制

7. 元首

エリザベス二世女王（但し、総督が女王を代表、総督 ミカエル・ジャン）

8. 議会

二院制（上院 105 名、下院 308 名）

9. 政府

(1) 首相 スティーブン・ハーパー首相（保守党）

(2) 外相 マキシム・ベルニエ外相（保守党）

10. GDP（名目値）

14, 393 億加ドル（2006 年）

11. 一人当たりの GDP（名目値）

44, 118 加ドル（2006 年）

12. 実質 GDP 成長率

2. 7%（2006 年）（2005 年：2. 9%）

13. 失業率

6. 3%（2006 年）（2005 年：6. 7%）

14. 通貨

カナダ・ドル

カナダの精神医療

精神保健政策

精神保健に関する政策 (Mental Health Policy) あり (1)。1988 年制定。政策は支援、推進、予防、治療、リハビリテーションからなる。精神保健のさまざまなレベルに連邦政府は関与している。カナダ健康法（それぞれの地域における健康保険の最低限度を決めている法的な枠組み）の維持すること、税を通じての財源の確保、保健推進、連邦の保護施設の収容者へのサービスの提供、先住民や軍人への直接的支払いなどについて規定し

ている。

カナダはカナダ健康法に規定された基準を満たす 13 の健康保険と、13 の独立したサービスプログラムの組み合わせをもつ。国家により定められた最低の基準を満たした上でその州にあったサービス、法制を提供できている。そのため国の中でも州によってサービスへのアクセス、プログラムの提供、人的資源、法制に違いがありうる。連邦政府の健康への関与、精神保健への関与は限界があるために、精神保健の治療やサービスの提供に関するプログラム、国家的な政策はほとんどない。例外は連邦により投獄されている人々に関するカナダ矯正局により出版された「精神保健のタスクフォースに関するレポート」である。連邦政府は定期的に国家的行動計画（精神保健に関連した戦略と討論）を発表している。これは政策的な報告そのものではなく、そのアイデアを広め地域的サービスを発展させることを意識しており、国家的合意形成のための誘導のためのデバイスであると考えられる。

最も重要な政策的文書は「カナダの精神保健：Mental Health for Canadians: Strike the Balance」であり、政策とプログラムに関して精神保健のレビューを行い、更なる発展にカナダ国民を巻き込むためのガイド的な原則を提供した。連邦政府は治療やリハビリのための立法は行わなかったが、政策的なコーディネーション、知識の向上、コミュニティと専門家の参加、相互支援、人権と市民活動の強化などを促進した。カナダの薬物政策は連邦の法に基づく強制力を含んでおり、連邦政府はリーダーシップを発揮するとともに、州政府と協調して国家的なアルコールと薬物に関する問題解決に当たる。実際の提供は地方政府のもとに行われている。一箇所を除いて州政府は直接サービスの権限を

地域政府に委譲し、それらは実際にエリアでの機能を果たしている。地方のレベルでは精神保健サービスは様々な方法で提供されている。すなわち、プライマリーケア、総合病院でのケア、コミュニティーサービス、専門的治療施設、精神科病院、コミュニティーでの提供者、NGO、消費者による組織などである。

国による精神保健プログラム

国による精神保健プログラムなし。州の精神保健プログラムあり。選挙あるいは指名による委員会があり、すべての精神保健の計画、実施、特定の人々へのサービスについての責任を持つ。

精神保健法

カナダの各州は独自に法を制定することができる。最新の精神保健法はオンタリオ州のブライアン法である。他害の危険のある患者に関してなど、市民の間で重要なクライテリアや、最小限の行動制限などについての原則など、ある種のテーマについては全国共通であるが、重度障害者に対する手当をどの程度支給するか、非同意入院のクライテリアなど、治療の必要性などについての定義は地域によって異なる。コミュニティー治療命令といった病院外での治療に従わせる法的制度については国中で論議が行われている。すべてのカナダ国民は「権利と自由の憲章」により権利と自由を保障されている。それ以外にも判例により認められている習慣法があり、それらは将来のケースについての先例としての力も持っている。カナダでは連邦政府は刑法に関して立法する責任をもち、カナダ犯罪法として知られる一連の法体系をなしている。州と特別区は保健についてのサービスの提供に責任をもち、精神保健の問題をもつ

患者のケアとサービスに関する法を施行することに責任をもつ。犯罪法は2つの点についての改定をおこなった。

精神保健の財源

精神保健に財源の割り当てあり。財源は多い順に税、家族や本人の支出、私的医療保険、社会保障が財源。

連邦政府の精神保健についての予算はない。州はそれぞれの保健および精神保健の予算を持つ。事実上すべての必要な医療的サービスは税に財源をもつ。しかし患者個人の支出、私的医療保険の支出は健康に関する全支出の3分の1弱をカバーしている。カナダの保健ケアシステムの基礎はメディケアと呼ばれる国家的医療保険のプログラムである。メディケアは基本的医療と入院費を支払う。精神保健の問題による直接、間接コストすべての疾患のなかで最も損失コストが多く、国家の企業運営コストの12分の1に相当するとされている。

精神保健の施設

精神保健はプライマリーケアの一部である。重度の精神障害の実質的な治療はプライマリーケアのレベルで提供される。プライマリーケアの医師は精神科医と強調して治療に当たる。およそ50%の精神病、感情の疾患の医療はプライマリーケアシステムで行われている。精神保健分野についてもプライマリーケアの専門家のトレーニングは行われている。

精神疾患を持つ患者のためのコミュニティーケア施設あり。様々なACTを危機介入システム、居住的治療サービスを組み合わせ提供している。ケースマネジメントがコミュニティーケアの成功の鍵と考えられている。同じく、コミュニティーを基盤とした危機介