

入システム（電話介入、外来クリニック、機動的危機介入チーム、一時ベッドと入院病床をもつ病院救急治療部を含む）が存在する。コミュニティーケアのほかの要素は支援つき住居である。いくつかの州では保健省と社会保障省の協力で進歩的な合意に基づく協

力的なアプローチの実現に至っているが、一般的に治療と支援サービスの強調は理想的といえるにはいたっていない。ホームケアプログラムは比較的少ない。

#### 精神科病床と専門家数

全精神科病床	人口 1 万対	19.34
精神科病院の精神科病床		9.1
総合病院の精神科病床		5.06
その他の精神科病床		5.18
精神科医	人口 10 万対	12
神経外科医		NA
精神科看護師		44
神経内科医		NA
臨床心理士		35
ソーシャルワーカー		NA

上記のデータは古く（91-93年にさかのぼる）精神医療で働くソーシャルワーカー、作業療法士、レクリエーション療法士の数は定かではない。精神科医のほとんどは都市部で働き、過疎地では精神科医が不足している。医師以外の専門家は機関や病院で勤務しているが、一部独立して開業している。二次医療は総合病院精神科で行われている。危機介入システム、コンサルテーション、家族教育、一般的な診断治療などの重要なパートを担っている。十分なスタッフを配置したコミュニティー3次ケアユニットが増加しつつある。精神科のなかでの専門は児童、老年、司法の3分野だけである。依存や病院精神医学など他の専門分野はアメリカの機関からの認証を求めているという現実がある。精神科医の約10%は児童精神科医である。

NGO

カナダでは NGO の目立った活動は少ないとみなされている (2)

#### 視察概要

カナダの視察を行う理由について

1. コミュニティーメンタルヘルスケアの長い実績がある。  
バンクーバーにおいて1970年代よりコミュニティーでの精神科医療の長い実績があり、国際的な評価も高い。日本からも多くの研究者が留学しており、研究協力者の佐竹直子医師もその一人である。  
バンクーバーでは以前はリバビュー病院という2000床規模の巨大精神科病院があり、多数の慢性期患者が収容されていたが、現在は脱施設化により縮小されている。病院の縮小とシンクロして大バンクーバー精神保健

機構が受け皿として設立され(現在は発展的解消)、アウトリーチサービス、救急サービス、住居サービス、ACT、リハビリテーションサービスなどコミュニティーでの活動を行った。前述のようにこれらのサービスは日本の研究者により報告が過去に多数なされているが、2000年この活動は市外にも拡大された。都市部でのアウトリーチの成功例はあまた存在するが、広域に拡大してどのように活動しているか観察することは、日本全土での精神医療の将来を考える上で有益と考える。

精神科単科病院があり、病院精神医学も健在である。

2. 医療保険の制度が日本に類似している。カナダは「国民皆保険」の国である<sup>2)</sup>。その財源が税によっているという点で、社会保険料に基づくわが国と異なるものの、医療保険が100%国民をカバーしているという点、自己負担が少ない(診察・技術・入院料は無料だが、薬剤は自己負担のため、ある程度自己負担が生じる)という点、混合診療に対して否定的であり非常に厳しいペナルティーがあるという点、アメリカのように高負担高度医療ではなく中程度でほどほどの医療を提供しているという点で日本と類似している。

現地視察(オンタリオ州)

Dr. Blake Woodside

Chairman of the Board, Executive Committee, Canadian Psychiatric Association

カナダ精神医学会の理事長である。1951年に創設され、会員数2750人。カナダを代表する精神科医の団体である。

まずカナダの地理的特徴について説明があった。カナダは10州と3つの自由州で構成される。アメリカ国境沿いに人口のほとんどが集中しているため、それ以外の97%は過疎地帯であり、北部の僻地の精神科医療が一つの大きな問題であるという。

医療は基本的に州の管轄であるが、アボリジニ、服役囚、軍人の医療は連邦の管轄である。連邦の権限は直接及ばないが、医療についての基準は連邦によって定められており、州への交付金を調整する権限を利用して支配は可能となっている。

1940年代に病院建設資金に公的補助金が支給されるようになり、病院は自己資金なしで病棟を建築できるようになったが、1960年代までは医療は私的医療機関により運営されていた。支払いも私的な仕組みにより支えられていた。医師は診療報酬として食べ物を受け取っていたことすらあった。60年代にサスチカワで公的支払いがはじまり、その後徐々に公的な基金による医療が導入されて1970年までには公的な医療がスタンダードとなった。カナダ国民の支持率は高い。1984年のカナダ医療法により、私的病院は罰則を伴って禁止され(実際には特別な数十の病院が残存しているが)、公的医療のみが認められた。問題点として診療を受けるまでの待機時間の長さがある。教授が専門としている拒食症でも現在64週間待ちとなっており、その間患者を何とかしてあげたくても公的な枠外で私的に治療すれば違法行為となる。

医療は公的保険で賄われるもの、保険から除外されるものの2種類にはっきり分けられていることが特徴である。医療保険の適応となるのはほとんど全ての入院に関する費用であり、医師により医学的に必要であると認められ医師により提供されるものが対

象になる。公的医療保険以外の資金を同時に利用する混合診療は禁止されている。医療コストのうち、公的保険のカバーする割合は60%まで落ちていることが問題視されている。医療全体のコストが上昇しているためと説明されている。ちなみにオンタリオ州の予算は160億ドルで、社会保障の予算はその半分を使っている。医療保険の対象外の医療は、外来など病院以外での薬物（私的保険に加入すればそちらから支払われる）、医師以外の職種（臨床心理士、ソーシャルワーカー）による私的な開業施設でのサービス、リハビリテーションの一部、医学的に必要でないと判断される時の医師のサービスなどである。1990年から2000年にかけてカナダ全体が財政的な危機にあり、医療も大幅に縮小された。その間に何千もの病床が削減され、医師は政府の強い支配を受けるようになり、治療を求めながら患者は長い時間待機を強いられるようになった。2000年以降は状況は幾分改善したが、ベビーブーマーの高齢化により医療サービスの需要が急増して状況が悪化することが懸念されている。

精神医療改革について説明する。1964年までは精神医療は主に病院で行われ、外来サービスは貧弱で、精神科医の数は非常に少なかった。同年のHall Reportでは、脱施設化とコミュニティーでのケアが勧告された。1970年から95年にかけて大規模な脱施設化が推進されることになったが、外来への資金の配分は非常に少ないものでしかなかった。一方、精神科病床は大胆に病床数を削減された。現在ではおそらく全国で5000-6000床、人口5000人あたり1床しかないであろう。オンタリオ州でも大きな精神科病院は閉鎖され13から2病院のみとなった。教授の病院でも病床は半分に減らされた。なお、一般科同様、私的精神科病院は法で禁じられている。

しかし改革の中であって連邦政府の精神科医療への関心は低く、改革の報告すら存在せず、Health Canadaの精神医療部門は解散させられ、精神医療についての国家的なプランは存在せず、医学校への入学は25%も減らされ、この政治的無策に対抗するため結果としてロビーストの政治活動が盛んとなった。90年代は困難の時代であった。待ち時間の増加。高齢者の人口の増加がひとつの理由である。団塊の世代からケア改善に向けて政府へのプレッシャーが強まった。

1995年から2005年にかけてACTが徐々に盛んになり、重症の精神障害者のコミュニティーケアがおこなわれるようになった。精神科医療についてKirby委員会の活動があった。またロビー活動の一つとして、精神医療に関する国家的戦略に対しての働きかけが行われた。

2005年から現在にかけて、Kirby委員会のレポートがあった。精神保健委員会に連邦政府の関与が行われ、精神保健に対する予算が徐々につくようになってきた。しかしながら国民の求める医療と現実の間にギャップが存在し、医療の質が問われている。たとえば自殺率が非常に高く、年間人口7500人あたり自殺1件、年間4000人の自殺者がいる。精神医療のデータはカナダ精神医学会により収集されている。カナダには4000人の精神科医がおり（人口7500人に1人）、そのうち400人は児童精神科医、200人は老年精神科医、100人は司法精神科医である。心療内科医はいない。認定されたサブスペシャリティーは存在しない。

ほとんどの精神科医は病院で勤務している（兼任含む）。30%は個人で開業しておりそのほとんどは大都市にいる。それ以外の機関で働く者は少ない。ほとんどの精神科医は非常に重症の患者のケアに当たっている。

精神科医の30%は女性で、その50%以上が若い世代に属している。女医は男性の80%の勤務時間となっている。精神科医の年齢分布をみると、どの年代も同じ程度の数がある。現在の精神科医のトレーニングで、このまま精神科医の数を維持できると考えられている。

精神科医療はほぼ100%公的保険より支払われる。私的な病院は違法であり、私的保険の併用も禁止されている。精神科医が公的保険を使わずに自費診療を行うことは違法で、混合診療も認められていない。公的保険での支払いは徐々にその割合が減少しており、最近では60%まで落ちてきている。医療コスト全体の上昇によるものである。精神医療にかかわる私的な(例外的な)ケアシステムとして、心理学的治療、私的医療保険で賄われる自由診療、依存症を治療する医療外の私的な治療施設などがあり、それらは公的医療保険の適応外で活動を続けている。また医師の間にも私的な医療制度をもっと取り入れてもいいのではないかという意見が出てきている。医師はほとんどの場合、サービス当たりの出来高払いでドクターフィーを受けているが、給与制の支払いも一部に存在している。州政府が支払額を決定している。大学の医療機関ではそれ以外の支払方法も試みられている。ドクターフィーは厳格に適用されており、それ以外の料金を請求すると罰則がある。しかし矛盾も多い。精神科医が精神療法的治療を行うと1時間当たり130カナダドルを請求するが(オンタリオ医師会取決め)、臨床心理士が治療を行うと160カナダドルである。私的保険などでそれ以上受け取ると違法になる。

カナダの医療システムの長所としては、重症の疾患であっても最低限の自己負担で医療にかかることができること、支払い能力の有

無で受診を拒否されないことがないこと、支払い基金を集中化することによりシステムをよりよく計画的に使用できることなどがある。

カナダのシステムの短所としては、政府支払者側に治療を合理的に説明する必要があること、それに対して精神障害者側には家族のスティグマの問題もあって主張することが困難であること、私的医療保険はそれをもつものしか使えないこと、研究に対する支援が本当に不足していること、体系的な計画が欠けていることなどである。

保険外の医療費のうち最も多いのは薬剤費である。薬剤費は自己負担であるが社会保障を受けている人は公的に支払われる。治療のうちで何が公的に支払われるかの基準は年ごとに違っている。最近いぼの治療公的医療の対象となったが、改定の理由はあいまいである。

精神科の医療は時間当たりの支払が基本。精神疾患であればどの病気でもカバーされる。研究資金は連邦からのファンドは非常に少なく、臨床での収入で研究機関は運営されている。アメリカの各種団体からの補助がないと大きな研究は不可能であるという。

カナダの精神医療の将来としては、精神保健委員会がもっと精神保健政策、計画、資金運営にもっと取り組むことが公表されている。精神障害者への差別が徐々になくなり、遺伝やそのほかの生物学的研究が推進されることがのぞまれる。世界的規模の人的交流がもっと考えられていくべきである。

(日本側から質問)カナダでは公的病院のみであるというが、カナダの精神医療についての論文によれば宗教団体、慈善団体などの財団所有の病院が数多く存在しており、このような非営利的団体はカナダでは公的に分類されているが、完全に公立とはいえないので

はないか

(回答) 1996年に法の改正により公的病院化がなされた。それまで宗教団体などが慈善として所有していた病院も存在したが、完全に所有権が政府に委譲された。買い上げたのか寄付したかどうしたかわからない。

一方私的な資金が導入される動きもある。1995年までは州から建設に資金が支払われるなど民間病院に対しても公的な資金が使われていたが、90年代より州政府が財政的に困窮し、病院が私債を発行し政府が裏書きをするようになった。公的病院の独占が崩れつつある。が、カナダ国民は意地でも公共でないヘルスケアを口にできないという。カナダの医療政策についてカナダ国民は非常に満足し誇りを感じており、それはほかの国の人々には想像できないほどだからだという。

(質問) 2002年のOECDレポート、2005年のWHOレポートと比較して教授の出したベッド数は大変少ないのだがどれが本当なのか

(回答) わからない。1964年までは収容主義で巨大精神化病院があり病床数も多かった。

カナダ全体で1万、トロントでは1000床(約25%)だったがこの5年間でも急減しているはずだという。単科精神化病院はカナダで11、トロントでは2つしかない。あとは総合病院精神科だという。

(質問) 収容しきれない人は?アメリカでは30万人刑務所にいるというが、カナダではどうなのか?

(回答) カナダでは3万人の精神病患者が刑務所におり、ほとんどは統合失調症であるという。オンタリオ州では今後2箇所500床の犯罪精神医療病棟を作るプランがある。

(質問) 標準的な精神科の入院費を教えてください。

(回答) 直接コスト400カナダドル、間接コ

スト(光熱費)250カナダドル。その他医師に対しては出来高払いのドクターフィーだが極僅かである(笑)。入院費は合計600-700カナダドル/日である。

(質問) 改革の問題点について

(回答) 病棟を閉鎖するとき外来につなぐことをあまり考えていなかったことがあげられる。1970-95年は精神医療にとって冬の時代であった。そのため政治家に対してロビー活動をする必要があった。最近5年間の新しい動きとして、政治家が精神医療について調査委員会をスタートさせたことがある。この背景としてはカナダの高い自殺率がある。年間に4000人の自殺があり、特にアボリジニの自殺の増加が問題となっている。自殺はカナダの精神医療のサービスの質の評価にかかわる問題である。

<感想>カナダは連邦による精神医療の基本的政策の甘さが指摘されている。社会主義的医療制度の下、医療従事者は連邦の決定に従うだけであり、カナダ精神医学会をはじめ臨床医が政策決定に積極的にかかわっておらず、それどころか現状の把握さえあいまいであることがうかがわれた。たとえば会長の推測するカナダ全体のベッド数は上下に1000床もの幅がある大まかなものである。こちらが持つWHOあるいはOECDのデータと会長の提示する数字すべてが大きく食い違っていることを質問しても、明確な回答は得られなかった。

精神科救急治療部(セントマイケル病院、トロント市)

Dr. Ian Dawe(精神科医)が精神科救急治療部の働きについて講義をしてくださった。Drは救急部の部長であると同時にトロント大学の精神科の准教授として教育にも携わっている。

最近のカナダの精神科救急医療のトレンドとして、1950年代に始まる脱施設化の推進、急速化している都市化への対応、薬物とアルコールの乱用の増加、精神症状の陰にある医学的要素への対応、ホームレス問題、暴力の増加とその被害者への対応、家庭医 (GP) の中心的な関わりが弱まりゲートキーパとして機能しなくなってきたこと、精神医療改革の影響、「ベストプラクティス」というテーマに沿っているかということなどを挙げた。

旧来の精神科救急の欠点として、計画性と組織化の不足があり、救急のとるべき方法として「入院させる」か「救急室で処置して外来に回す」しかなかったため、それでは救急部に来る意味は何なのだろうかという問いかけがあったという。

現在の救急は他の精神医療サービスと補完的な関係にある。演者の病院では ACT チームとメンタルヘルスチームをもち、非常に重症の患者もカバーしている。ACT との関係なしに今の精神医療は考えられない。何とかして精神科入院を減らすこと、重症の患者であっても入院以外の方法はないかと探すことは、救急部を計画し運営していくことへの強いモチベーションにつながっているということを強調された。従って地域的な事情は救急のサービスに影響を与えるのも事実であるという。

精神科救急は一般科同様に医学的救急室で行われ、専門的なチームにより提供される。23 時間までの救急部での観察、延長する場合 72 時間までの観察・マネジメントベッドでの治療が可能である。その間に何とか外来でアセスメントとフォローアップを行い入院させずに済ませようという強い方向性をもって医療は行われている。

精神科救急のサービスの一環として、病院以

外にはモバイル型精神科救急サービス、危機介入ケースマネジメント、精神科救急対応型居住施設 (acute diversion unit)、精神科救急ケア緊急ケア居住施設 (crisis residential facilities) などがあり、入院させずになんとかコミュニティで抱えていく体制が整備されている。また危機を防ぐために情報収集・紹介システム、電話支援・介入システムなどがある。

病院でのサービスは次のように行われている。まずスペースは多種多様な患者のニーズにこたえられるようにすること、スタッフについては看護師とその他専門職、セキュリティの職員、精神科医と他科の医師、医学生などが中心となる。その他に中毒の治療ができること、治療レンジに薬物を維持できるような検査ができること、そのためのラボが必要である。また画像的検査も必要となる。

Dr. の施設では一日 2-10 名の救急患者に対応している。精神科 4 名 (病院全体では精神科医 20 名)、精神科看護師 25 名、PSW、OT、警備員 3 名が配置されている。年間の予算は 250 万カナダドル、ほとんどは人件費である。予算にはケースマネジメントなどアウトリーチも含むが、医師の人件費は別会計になるので不明であるという。

救急部には 3 床の短期ステイベッドがある (精神科一般病床は 33 床 (看護師 10 対 1 配置)、うち 6 床は重症病床 (看護師 6 対 1) である)。

救急部での 72 時間までの観察の意味であるが、精神科の危機的状態はじつはほとんどが一過性の状態であることがその理由である。多くの危機的状況は短時間であり、継続的観察は重要であり、また情報収集とサポートについて側面からの支援が必要であるといったことから、24-72 時間の救急部での観察は実に有効である。GP が診断に困ったとき

に利用するサービスとしても有効である。利用の時間は短いが、このシステムの能力は非常に高いと考えられる。

それに対してコミュニティーのサービスでは同意しないあるいは危険な患者は支えられない。なぜならそれには協力が大前提であるからである。

モバイル型精神科救急サービスはコミュニティーで起こった緊急事態に対応する。看護師二人と警察官のチームで行動する。警察官は暴力に対する抑止力として働く(犯罪心理に対するサポートは目的外)。犯罪心理のケアとは違う。誰にサービスを提供するのか、どのくらい早く対応するか、どのくらい長く対応できるのかといったことが要点となる。関係者の求めに応じ、常に迅速に対応することが求められる。武器を持ったり脅しをかけたりするような相手にも説得をするなど切迫した状況下に警察に協力して働くこともある。適切な施設に移送し診察を受けさせることが目的となることが多い。精神科医の協力が必要となるため救急部との連携が必要である。精神科医がいることにより、医学的診断を下すことができ、同意しない場合においても治療が必要か判断できる。需要があるからといってこのサービスにかかるコストがすべて認められるわけではないが、24時間サービスが必要であり扱う事例は複雑であり常に努力が必要である。フォローアップこそがこのサービスの最も重要なポイントであるという見方もある。

危機介入型居住施設とはどのような施設か。病院よりも一般的な社会に近い環境で治療を行う施設である。このためのハードはグループホームや里親住居であったり、時には患者自身の家で行われることすらある。1-15人に対してサービスが提供されている。社会的というより医学的な介入である。脱走した

り暴力的であったり重症な患者には対応できない。入院を回避したり短期化することができる可能性がある。

危機介入ケースマネジメントは救急部対応後9-10週間継続的なケアを行う。薬物治療の中断を防ぎ、より適した治療へのつなぐことを促進する。薬物療法のみではすべての患者に良好なアフターケアを提供することはできないことが分かっており、いくつかの研究においてその有効性が確認されている。カナダでは消費者の意識が高く、それは精神医療においても重要である。精神科救急施設を利用する患者がどのように感じているかを考えながら、より良い治療関係を構築していくことが重要であり、精神科医を含むスタッフの教育が重要であるという。

(質問) このようなシステムはカナダの他の都市にも存在するのか? 僻地では同じサービスを提供するのは困難ではないか?

(回答) たいいていの市では同じようなシステムをもっている。すべてを備えるわけではなく、場所によってはモバイルチームがなかったりはあるが。短期観察病床を持っているところも多い。

(質問) 入院費は?

(回答) もっとも密に治療を行った場合コストは1000-1200カナダドル。通常の短期病床入院なら600カナダドル程度である。食事などすべて含むが、ドクターフィーは別である。

(質問) 診察の流れを再確認

(回答) まず患者はモバイルチームにより救急室へと移送される。医師が診察し数日観察の短期ステイ、あるいは入院を判断される。敬称であれば外来での継続的な治療。ケースマネジメントサービスを受けることになる。病院外の様々なサービスの展開がこれから重要である。

(質問) 救急部は精神科単独なのか?

(回答) 一般の救急部の中に作られる傾向にある。単科精神科専門病院はまれになりつつあり、精神科専門救急外来もまれである。

Center for Addiction and Mental Health  
(CAMH) (トロント市)

気分障害・不安障害治療プログラム臨床部長  
代理

Dr. Gaby Abraham

CAMH はカナダ最大の精神科・依存症の治療施設である。CAMH はオンタリオ州トロントの中心街にあり、1999 年に主要な精神科研究所 Clark Institute、Addiction Foundation と古い歴史を誇る精神科病院 Queen Street Hospital (700 床)、Danwoods Addiction Center (100 床) の 4 つの施設が統合、センター化されて誕生した。合併後は 500 床までベッド数を減らしている。オンタリオ州の精神医療と精神神経の研究センターであると同時に、国を代表する施設でもある。ちょうど日本の精神神経センターと同じ役割、成り立ちを持つ施設である。300 人の医師が働いているが、常勤換算では約 100 人であるという。市内に 3 か所、週に 32 か所のコミュニティ治療センター (後述) をもち、外来とコミュニティケアに力を入れている。CAMH は 40 万件/年の外来診療、2 万 1 千人/年の外来患者、3600 件/年の新患の受け入れの実績がある。

国立のトロント大学に隣接し、同大学より敷地を借用しているが、大学と組織的な支配関係になく独立した法人であるという。しかし大学病院を持たないトロント大学の教育病院でもあり、センターの職員のほとんどは大学医学部の教授、準教授、その他の教育的職種を兼任している。サラリーも両方から支払われているという。因みにトロント大学には 7 つの教育病院があり、450 人の精神科医が

いるが、このセンターにはそのうち 275 人が所属している。レジデントのプログラムは 5 年間、毎年 25 人が卒業している。予算は 7 千万カナダドル、そのうち研究の予算は 1800 万カナダドルでその多くは寄付・補助金である (そもそもカナダの病院では公的といっても役所からの予算は 80% しかつかず、残りの 20% は寄付や営利事業で得ることになっている)。外国からの研究者も多く迎えている。

CAMH はほかの医療施設同様、公的な予算で運営され、公的な医療保険を受け入れている病院であるが、やはり外来の医薬品については自己負担となっている。しかし貧しい患者、障害者として認定されている患者については外来の医薬品についても公費で賄われているため自己負担はないという話であった。持続性注射剤についてはどの様な自己負担であるかという質問に対しては、経口薬と全く同様という答えであった。

気分障害・不安障害治療プログラムの病棟は Queens Street Hospital にあり、10 床の個室、3 室の 2 床室の 16 床からなる。OCD 専用のベッドがそのうち 3 床で、専門病床としてカナダ全体から患者が集まってくる。そのほか最長 2 日まで患者を収容できる安静室 (quiet room)、家族室、集団療法室、面接室などがある。スタッフは認定看護師 9.5 名、認定准看護師 4 名、非常勤看護師 10 名、ソーシャルワーカー 2 名、作業療法士 1 名、レクリエーション療法士 1 名、精神科医 1 名、非常勤精神科医 2 名、家庭医 1 名、病棟事務員 1 名、その他に病院職員としてチャプレン、栄養士、薬剤師、理学療法士などがいる。カナダではウェイティングリストが非常に長いことが問題になっているが、このプログラムも同様である。

治療上の特徴としてはほとんどが自発的入



院であるという点である。まれに強制的な入院のケースがあっても速やかに自発的入院に切り替えるようにしている。開放病棟であるが、まれに患者が不穏である場合、施設することもあるという。身体的な拘束はほとんど行わず、その場合看護師が常に付き添うような体制をとっている。

ECTによる治療を積極的に行っており、入院患者の5-10%が受けている。インフォームドコンセントを実施しており、患者か、あるいは保護者のサインが必要である。週3回の実施が一般的である。

退院後はコミュニティーの精神科医、家庭医(GP)、臨床心理士などに紹介される。デイトリートメント(デイケア)のプログラムがあり、週2.5回—4回の治療を行っている。参加期間は6週間—2ヶ月程度である。

#### Center for Addiction and Mental Health (CAMH)

Dr. Robert G. Cooke

気分障害・不安障害治療プログラム外来部長  
Dr の勤務する気分障害・不安障害外来プログラムについての説明があった。初回エピソードのみを対象とし、不安障害ユニット、認知行動療法ユニット、デイトホスピタルユニット、対人関係療法ユニット、気分障害クリニック、PTSD プログラム(これのみ公的保険ではなく、原因となった職場の雇用者から支払いを受ける)からなる。ECT、Repetitive Transcranial Magnetic Stimulationによる治療も盛んにおこなわれている。このプログラム全体で14人の常勤の医師、22人の非常勤の医師がおり、全員が研究職を兼ねると同時にほとんどがトロント大学での教育にも携わっている。2万5千人/年の外来件数、2800人/年の新患受入れをしている。ACTをはじめとする外部との連携も積極的に行っ

ている。

精神科医の勤務時間の内訳は、外来治療に50%、管理的業務に20%、研究・教育に20%、へき地医療・病院外への出張に10%となっている。カナダでは97%を占めるへき地の医療が一つの問題になっているが、このように都市部に勤務する医師が週1回—月1回程度飛行機でへき地に向かう制度(Fly-In)がそれを支えている。へき地への出張は通常と違う高い公的価格に設定されており、経済的なインセンティブを医師に与えている。また最近は通信を使ったテレサイキアトリーも一般化しつつあるという。

精神科医の収入の内訳は、公的保険より支払われる出来高払いのドクターフィー、へき地の患者についてはセッション1回あたりの料金、管理的業務に対しての給与、学術的業務の給与、法的業務や保険業務に就いた場合の公的以外からの収入がある。外来は出来高払いであるため多くの患者を診ることによる経済的なインセンティブがあり、一方勤務医は収入が低いままで勤務を避ける傾向に日本ではなりつつあるがカナダでも同様ではないのかという質問に対しては、カナダでは病院でも外来は出来高でドクターフィーが支払われるので大差はなくそのような問題はないという回答であった。しかし格差が全くないわけではないらしく、これを解消し、また構造を単純化するために始められた新しい報酬制度の試みもあるという。

へき地の医療についてさらに詳しい説明を求めた。Fly-Inでカバーしきれない分についてはへき地で活動する家庭医(GP)にフォローアップを任せたり、次の診察までの継続的な処方依頼を依頼したりすることは可能である。またGPに精神科医療について教育したり相談を受けることも重要な任務であるという回答であった

Assertive Community Treatment (ACT)

Dr. Alison Freeland (オタワ市)

トロント大学精神科准教授、ロイヤルオタワ  
精神保健センター精神科医

まずカナダでの ACT について一般的な説明  
があった。ACT は基本的に病院と同じレベル  
のケアを地域で行うことを目指している。  
ACT のほかにケースマネジメントのモデル  
としてはスタンダードケースマネジメント  
(住宅、雇用などの情報について利用者と  
外部をリンクするサービス)、ストレングス  
リハビリテーションモデル(症状の緩和期に  
ある患者に対するサービス)、インテンシブ  
ケースマネジメント(ICM)(重症患者をカ  
バーし24時間サービス、アウトリーチ重視)、  
ACT(ICM と類似しているが、ケースの負担  
をシェアする点が異なる)などがあり、それ  
ぞれの治療の方法論や地域の特性によって  
どれを採用するか異なるが、オンタリオでは  
ACT が主流であるという。

オンタリオ州では60のACTのチームが活動  
しており、そのうちオタワでは5チーム、ト  
ロントでは数多く存在しているという。大き  
な市であれば2-3チームは存在する。

オンタリオのACTでは、精神保健システムの  
「ヘビーユーザー」が対象となる。前年度に  
50から60日以上入院した患者に有効であり  
また経済的に引き合う。典型的ユーザーとし  
て長期入院をした患者、頻繁に外来受診をす  
る患者がある。オタワでは80%統合失調症  
と診断されているが、ほかに躁うつ病や重症  
の大うつ病(合わせて20%)、重症の人格障  
害(2%)も対象となる。男性が58%とやや  
多い。

多くは治療抵抗性の患者であり、クロザピ  
ンの治療に乗らなかったケースも多い。病識  
に乏しく、ケアをする人を避ける傾向があり、

重症な薬物依存を合併したり、一旦症状が悪  
化すると回復に時間を要するケースが多い。  
また心理社会的問題があったり、医学的な合  
併する問題を抱えている場合(多くは糖尿病、  
心臓病)が多い。紹介されるのは精神科病院  
(38%)、総合病院(26%)、コミュニティー  
の治療施設(16%)が主である。

ACTは多職種により構成されるチームである。  
オタワのチームでは精神科医、プログラム主  
任者、管理補助者、3人の看護師、ソーシャ  
ルワーカー、作業療法士、職業訓練士、依存  
症治療専門家、看護補助者、そして最近回復  
した患者であるピアサポートスペシャリス  
トが関わったことは画期的な出来事とされ  
ている。

ACTは1チームで90-100人の患者をカバー  
している。Drのチームでは75人をカバーし、  
週15人診療している。予算は1チームあた  
り年間100万ドルとかなりコストがかかっ  
ている。

精神科医には臨床に関する包括的な知識と  
スキルが必要とされる。リーダー的な仕事で  
あるため、システムを運営していくスキル、  
重症精神障害者についての特別な知識と関  
心、他の職種をまとめ敬愛され対人関係を尊  
重し患者に共感し必要とされれば援助を行  
うリーダーシップ、予算と人員と機構を管理  
する能力が求められる。Dr自身は勤務の  
70%を患者の治療に、その残りの時間を管理  
的な仕事、コンサルティングに当てている。  
チームのスタッフ全員に当たるようにして  
いるという。

オタワでのACTは様々なリサーチによりそ  
の効果が実証された。ACTを受けている患者  
の現在の状況であるが、4%が経済的社会的  
に独立、4%が何らかの補助を受けて生活、  
4%が居住施設、3%がシェルターで生活、3%

が無給で何らかの仕事に従事、11%がパート、74%が全く雇用されずにいる。

ACT の経済的な面についての調査であるが、研究はコスト対効果費の概念を利用して行われた。結果として患者は前年に 50 日以上入院している場合において ACT を受ける経済的な効果が表れることが明らかになった（ただし前提となる入院コストは 600-800 カナダドル/日）。ACT 導入前の平均入院日数は 71 日/年であったが 20 日/年以下まで大きく削減された。ACT の実施により入院 70%/外来 30%という現在の医療コストの配分は大きく変わる可能性がある。その際の ACT のコストは総額で 100 万カナダドルであった。

（質問）日本ではブリティッシュ・コロンビア州バンクーバー市での ACT が広く紹介されているが、オンタリオとどう違うのか？

（回答）オンタリオでは ACT は盛んになりつつあるが、バンクーバーでは ACT への予算は大幅に削られつつあり、ICM など他のもっと医療中心のケースマネジメントに置き換わりつつある。これは政治的、制度的理由によるもので、優劣の問題ではないという話であった。

（質問）ACT は大都市での運用は容易であってもへき地での展開は難しいのではないのか？

（回答）そのようなことはなく、へき地であっても ACT は積極的に展開されており、非常に熱心なチームがいくつも誕生しているということであった。

<感想>

ACT は長期入院患者の社会復帰を強くアシストし、ことに再入院を防ぎあるいは短期化する上で非常に有効な方法であることがわかった。しかし ACT の経済性については入院費用が日本の 5 倍以上かかるカナダでは証明

できても、日本においてそれを論じることは大変困難であると理解した。

Mental Health Services in Primary Care  
Dr. Carolynne D. Darby (ハミルトン市)  
ハミルトンファミリーヘルスチーム  
(Hamilton Family Health Team) 精神保健  
プログラム部長、Mc Master 大学准教授  
Family Health Team (FHT) は州政府により  
認可された新しい医療制度であり、オンタリオ  
州ではプライマリーケアの新世代であると  
認識されている。オンタリオ州にはすでに  
150 の FHT があり、オンタリオ州の家庭医  
(GP) の 25%がこの組織に属して活動をして  
いる。FHT では住民の集団をケアの対象とし、  
支払はカバーする人口当たり（人頭制）で支  
払われる。重症患者（統合失調症、うつ病）  
などケアにコストのかかる患者については  
「ボーナス」が支払われる。「ケアの中心は  
患者」と規定され、患者によるセルフマネ  
ージメントが強調され、慢性疾患のマネジ  
メントに重点が置かれる。ケアナビゲーション  
により統合的なケアがおこなわれる。政府の  
目的はこの組織により多くの患者がかかる  
ようになることにある。基本的に患者を  
なるべく早く、簡単に診るようにする制度  
である。短期治療を目指しているという。  
FHT には 2-25 人の GP が参加している。Dr  
のチームには 40 人の医師が参加している。  
参加は任意であり、それまで個人で開業  
していた医師が FHT に参加を希望すれば  
この政府組織に参加でき、給与は月給制  
で支給されるようになる。医師のほか  
に看護師、栄養士、薬剤師、精神保健に  
関するその他職種、健康教育者、糖尿  
病教育者、リハビリサービス士、ケア  
ナビゲーターにより構成される。分業  
により医師はより重症の患者の治療に  
のみ集中できるという利点がある。チ  
ーム医療を行

うためノート（連絡帳）が重要となっているが、2010年までに完全電子カルテ化される予定である。

最初にはじまったハミルトン市はトロントの近くの工業都市である。ブルーカラーが多く、個人の所得は決して高くはない。

そもそもカナダではGPが精神医療のプライマリーケアをカバーしているため、当然FHTも精神保健をカバーする方向へと動いた。1990年に正式に精神医療もその一部となり、1994年に、38団体、51か所、85人のGPがこのFHTに参加した。17万人の患者（あるいは健康な市民）をカバーし、これはハミルトン市の38%に相当した。2006年には80団体、105か所、145人のGPがこのFHTに参加し、34万人の患者（あるいは健康な市民）をカバーしている。これは市民の68%に達するという。専門家である精神科医、カウンセラー（後述）も参加しており、精神科医は人口75000あたり1人、カウンセラーは人口7200人あたり1人の割合である。医師数などは予算の関係で規定されただけで、実際の運営上はこの2倍が必要である。が、給与が高いため精神科医を少なくても済むようにと常に考えているという。

支払いの方法は、精神科医はセッション当たりの単価で？？臨床心理士は給与で雇用されている。

FHTの精神医療では患者の選択はできない。どのような年齢でもどんな疾患でも診ることを求められる。短期での治療に力点が置かれる。専門家であってもプライマリーケアの一部として働く。直接的医療だけでなく間接的医療が重視され、予防にも力がそそがれる。そのため患者教育、慢性疾患のコントロールが重要である。患者の記録は統合されている。カウンセラーの役割は重要である。カウンセラーは臨床心理士、ソーシャルワーカー、看

護師の資格が必要である。まず患者はGPの診察をうけるが、GPが必要と判断した場合にはカウンセラーのコンサルテーションを受ける。カウンセラーが専門的な治療は必要であると判断した場合に初めて専門家である精神科医に紹介される。その意味で二重のゲートコントロールが働いている。精神科医の診察に至らず、カウンセラーレベルで継続的にフォローされるケースもあるという。

2004年にハミルトンのFHTではコンサルテーション、そのうちカウンセラーのフォロー、そのうちさらに精神科医の受診につながったケースはそれぞれ4014件、3460件、1270件であった。またカウンセラーは危機介入、GPへのアドバイス、治療的なグループの運営、患者教育グループ、情報収集など種々の業務を行っている。カウンセラーは常にGPと協調して働く。カウンセラーに必要なものはオフィス、組織での役割、GPからのアドバイス、精神科医のバックアップ、燃え尽きの予防、個人的な教育を受ける機会、月ごとのミーティングへの参加などである。

精神科医は何をしているのだろうか。精神科医はコンサルタントとして働く場合が多い。順調な場合はただのフォローアップである。間接的ケアとも言える。精神科医はより重症な患者に集中できる利点がある。いざ精神科医が診察するときは、カウンセラー、できればGPも同席することが望ましい。精神科医の典型的な1週間の仕事の移管配分をみると、患者を直接診察してのコンサルテーション（1-1.5日）、患者のフォローアップ（0.5-3日）、間接的ケアとしてGPやカウンセラーへのコンサルテーションが1.5-2日、その他に教育的集団療法の実施、電話への対応などである。

精神科医はセッションごとの支払を受けている。患者数にかかわらず3時間半がひと単

位となっている。したがって、システム全体を見れば個人の患者を診るより、この3時間半の間に家庭医にコンサルテーションを行うほうが効率が良いが、これは精神科医にとってはフラストレーションがたまる可能性はあるという。コンサルテーションはGPの教育にもなる。また患者は慣れ親しんだGPにかかろうとする傾向があるという。そのため精神科医のフォローアップは1-2週間で終了し、その後はGPと会ったり、電話だけで済むことも多い。薬物療法はGPにより継続される。

支払に人头制をとることの目的は、予防を徹底することにある。健康な市民を対象とした「歩くプログラム」など健康増進のプログラムも取り入れることができる。予防医学を取り入れることが全体としてコスト低減につながるからペイするのである。精神保健では新しい「うつ病ケア」プログラムが始まった。患者自らがセルフケアを行うシステムである。ここではカウンセラーはケアコーディネーターになる。企業と組んでうつ病予防なども始まった。うつ病ケアプログラムではGPなどが2つの問診表によってスクリーニングを行い、GPはケアのプロトコールに従って治療を行う。治療後は電話などによってカウンセラーがフォローアップを行っている。このシステム導入前後を比較すると、外来・入院とも件数は大幅に減少している。満足度調査では91%の利用者が満足している。供給者側でもGPは92%、精神科医は90%、カウンセラーは90%が満足している。

(質問) なぜこのような組織にGPは自由な開業をすてて参加したのか。

(回答) 前述のとおり、カナダのドクターフィーは出来高払いが主流だが、給与制の場合も稀に見られる。ハミルトン市においてはたまたま給与制で医師が報酬を受けていたの

で、この組織に属することがスムーズに行われたという事情があったという。個人の開業医には様々な制約が課せられ、責任も生じるがこれを負担に感じる医師も多く存在した。そのためFHTへの帰属を好む医師は多いという。

Center for Addiction and Mental Health (CAMH) (トロント市)

トロント市中心にトロント大学に接するキャンパスを持つ。外来と研究センターを兼ねた中心的な施設を訪問した。ここでは疾患別にフロアが分かれ(たとえば統合失調症のフロアは7階にある)、外来と研究者のオフィスが配置されている。少ないながらも病床があり、3フロア合わせて15床ほどあり、短期入院治療を行っていたが、精神科救急の施設ではない。入院は初発のエピソードのケースに限定している。初発であれば発症後2-3年の症例を受け入れることもあるが、それ以上の慢性期患者、再発の症例はセンター内の他の入院施設(同市内のQueen Street Hospitalなど)に移送される。

研究センターではPET、PETCT、Repetitive Transcranial Magnetic Stimulationなど最新鋭の施設を見学した。PET、PETCTについて話を伺うと、カナダでは周産期のうつ病が深刻であり、多くの出産直後の女性の生物学的なデータを収集しているということであった。次にセンターの実験室を案内され、遺伝子、生化学的研究を見せてもらった。気分障害に関係しリチウムとカルシウムの働きに関し、遺伝子レベルの変化に関する研究を行っているという。

うつ病・不安障害プログラムの臨床部長(トロント大学の教授も兼任) Dr. Arun V. Ravindran、外来部長 Dr. Robert G. Cooke

からセンターでの医療の詳細と、カナダの医療制度について話を伺った。

センター全体（上述の外来部門の入院病床を除く）の平均在院日数は各プログラムによって大きく異なり、また期間をフィクスしているプログラムもある。救急部の入院ベッドでは2-3日、一般の危機介入病床では15日、気分障害プログラムでは30日だが、その中で急性期介入に限定すると5日前後、犯罪精神医学は60日程度である。依存症プログラムは意図的に入院期間を21日固定して治療を行っている。

トロント市の精神医療をカバーする施設であると同時にオンタリオ州の精神医療のセンターでもあり、また他の州からもセンターでの高度な治療を求めて患者が訪れるケースもある。他州であっても医療保険の完全な相互性が保障されているため同様な医療を受けることができる。

医師の雇用は複雑である。多くの医師は病棟・外来などの臨床業務に関して患者の診察一件当たりいくらという形でドクターフィーを得ている。その他に教職による給与を得ている。その他カナダでは僻地での医療における人材不足を補うために週1回一月1回といった割合でへき地での外来診察を行う精神科医が多く、そのドクターフィーも得ることができる。へき地での診療の報酬は割高に設定されているという。まれに非常勤職員で個人で精神科診療所を開業している職員も存在する。これらの複雑な雇用関係はこの施設特有ではなく一般的なものであるという。

プログラムにはそれぞれ臨床部長と管理部長の2人の部長がおり業務を分担している。それ以外にプログラム部長がおり、予算の配分に権限を持っている。治療はEBMを重視している。

10年後を目指して施設の統合が始まっている。Queen Street Hospitalのある敷地にすべての病棟、外来、研究施設は移設される。移設費用は90億円が予定され、すでに一部建築中である。病床を削減するかどうかについてはまだ検討中であるという。環境を非常に重視した新しい病院では、new milieu therapyという言葉に基づきもっと開放的で家庭的な治療環境が提供される。すべての病棟は16床の小規模病棟となり（10室個室+3室の2床室）、すべての病室はバスルーム付きとなる。患者は基本的に外出は自由であり、個室の鍵も患者自身が開閉できるようになる。かつてQueen Street Hospitalは市民の強い偏見にさらされ、付近の地価は低く開発から取り残されていた。しかし新しい病院はUrban Villageという名のもと地域の活性化をはかり、病院の1階にはおしゃれなカフェを誘致し、望むらくはそこで患者も就労できるようにする予定である。このように治療施設のすべてが新しく、精神医療のスティグマを一掃する意欲的な計画であるという。カナダでは病院の建設資金はすべて公的に賄われてきたが、1990年代の財政的苦境の化中で病院の建設を行い、質を維持していくことは困難になりつつある。そのためにprivate-public relationshipという名のもとに、病院施設のインフラストラクチャー整備を民間に任せる動きがおこりつつある。今回の病院建設でも民間の業者が病院施設を建築して、病院はそれをリースで使用する契約である。カナダでは病院運営は完全に公営化されており営利的な事業は廃されているはずだが矛盾はないのかという問いに対しては、医療本体への民間の参与ではなく、また今までも給食業務など周辺業務の民間への委託は行われているので、インフラストラクチャーだけを任せることは問題なく、コス

トカットの上からも望ましいと考えているという。今後も医療サービスの公営は厳格に守りつつ、ホスピタルサービスの外注化は進むだろうという話であった。

前述のとおりカナダでは公営病院であっても予算の20%は自力で集めなければいけないが、ここでは労働災害としてのPTSDの治療専門プログラムがあり、これは公的医療保険ではなく雇用主から支払われるものであり、20%の中にカウントされているという。

#### Queen Street Hospital (トロント市)

トロント市中心部のやや西寄りに位置する非常に広大なキャンパスをもつ、CAMHの中核的医療施設である。500床の精神科病棟、デイケア、外来部門をもつ。前述のようにセンターは10年後を目指してこの場所に集約される予定ですでに一つの病棟が建築中である。かつて差別の隠語として使われた歴史のある病院名、住居表示(999番地)を改め、立地を生かし2階以上を病院とし、1階にはおしゃれなブティックやカフェで埋める試みをしている。単科精神科病院が流行の最先端を積極的に取り込むことでスティグマを取り除く作戦だという。洗練されたデザイン、黄色い壁が目にも鮮やかであり、確かに精神科病院に対する偏見を吹き飛ばすに十分な意欲的な施設である。長期患者を減らしコミュニティに返す方向ではあるというが、まだ若干の長期入院患者がいるようである。その数については得られなかった。

#### 気分障害・不安障害治療プログラム

プログラムの部長代理である Dr. Gaby Abrahamにより病棟を案内された。病棟は16床、個室10床、2床室3室で構成される。その他病室としては Quiet Room (保護室ほどハードではないが刺激になるものが一切

ない個室で、最長2日まで隔離可能)がある。ECTを積極的に治療の一環として行っており、全入院患者の5-10%が受けているという。ECT室も見学した。麻酔下で行うモディファイドECTであり、麻酔科医と精神科医の共同で多い時には22人、通常数名の治療がおこなわれている。治療は基本的に週3回の頻度であるという。

#### デイケアプログラム

デイケアは統合失調症、アルコール、気分障害など疾患別に細別されている。見学はそのうち統合失調症のプログラムについて行ったが、他のプログラムも基本的には同様であるという。

受け入れられる患者は24人、前述の新病院建設後は60人までキャパシティーは増える予定であるという。気分障害に対して認知行動療法、対人関係療法、教育的な治療など multi disciplinary な治療を行っている。患者の症状の改善度などについて評価尺度でアセスメントを行っており、治療の有効性について多くのエビデンスを明らかにしている。

自殺、自傷の危険を持つケースや、II軸の診断を合併するケースについてもチームで細かく対応が可能であり、治療上の大きな問題はないという。

#### Archway Community Program (トロント市)

市内に3か所あるCAMHのコミュニティ治療施設の一つである。中心部のやや西寄り、貧しい人々の多く住む地域にある。プログラム部長の Dr. Sam Packer に話を伺った。登録している外来患者は約2000人、そのうち外来には毎日、デイホスピタルプログラムには、薬の計画的な投与の必要な患者はそのうち強制治療命令により外来通院を義務つけられている患者は4名である。

統合失調症の患者がほとんどで、外来を見る限りかなり強い認知障害などの陰性症状をもつ患者が多いという印象をうけた。乱れた衣服、手入れの行き届かない髪、独語や不適切な受け答えなどで一見して患者と認識できる者ばかりであり、日本であれば病棟の中にいるかの様な印象を受けた。それだけ重い患者を地域で見えていくことが可能となっているということであろう。患者の多くはその地域にあるボードハウス(患者中心の寄宿舎的なアパートメントハウス)に単身で居住している。必要に応じてプログラムの看護師が訪問看護を行っている。ACT や Intensive Care Management のような高度なプログラムは提供していない。

デイホスピタルは患者にとって非常に重要であるという。週5回、朝9時から12時半、午後は12時半から16時まで行われている。Queen Street Hospital では積極的な治療的介入を目指したプログラムであったが、こちらのプログラムではゲーム、ビンゴ、美術館見学、遠足などレクリエーション的なものが主体であり、最近日本で批判されている「居場所的なデイケア」そのものである。また肥満の問題が重要であることを受け、栄養指導を兼ねたクッキング教室、フィットネスなどにも力を入れているという。またコミュニティーグループなど治療共同体の概念を取り入れた集団力動的な考え方も重視していることがわかった。

デイホスピタルはオープンであり、参加も強制されず、途中での入退室も可能である。治療の頻度、期限に上限はない。運営のコストは保険からすべて一括で支払われているため、患者一人当たり、参加一回当たりのコストは推定不能であるという。

職員は精神科医が1.8人(非常勤含む、常勤換算)、看護師22名、その他作業療法士、ソ

ーシャルワーカー若干名である。施設は普通の雑居ビルの2Fを使用しており、特別な設備はない。建築は古く清潔な印象は与えない。面積は不明であるが、広々としているとは言い難い。

#### 参考文献

- 1) World Health Atlas WHO 2005
- 2) OECD 諸国における医療制度改革の動向  
尾形裕也 医療と社会 Vol.12 No2 2002
- 3) 外務省(日本) ホームページ

#### 4. カナダ・バンクーバーにおける精神医療保健システム

(佐竹 直子)

#### <医療システムの概要>

##### 1. 保険制度

- ・公的保険のみで私費保険は存在しない。外来、入院医療費は保険料以外自己負担がなく、薬代、歯科治療費は自己負担となる。歯科治療費については職場の組合保険で福利厚生の一部としてまかなわれることもある。薬代は生活保護や年金受給者、年収 25000 カナダドル以下の場合には無料になる。

- ・保険機構は各州にあり、国内他の州でも利用可能

- ・民間診療による医療費は一部の疾患に限定され 2006 年より支払い開始

##### 2. 医療制度

- ・医療の大きな方向性は連邦政府により提示されるが、具体的な医療計画やサービスの実施は各州にゆだねられている。
- ・精神医療は0から17才までの小児、18



から 65 才までの成人、65 才以上の老年医療に分けられている。

- ・ GP (一般医) 制を取っており、プライマリーケアは GP が対応し、専門医療が必要な場合には GP の紹介で専門医の診察を受ける。GP はキャッチメントエリア内の GP であれば自由に契約が出来る。
- ・ 入院医療は総合病院が担っており、キャッチメントエリアに公立病院が 1 つ存在する。その他大学病院や公的病院 (ミッション系など) も参画している
- ・ 精神科の入院は任意、強制の 2 種類あり、強制入院は専門医の判断のみで行われる。退院後医療中断可能性が高いケースには強制通院制度が存在し、退院時の治療についての契約 (治療内容や、通院間隔などが盛り込まれる) が守れない場合には、強制入院につなげることも出来る。司法精神医療は外来、入院とも一般精神医療と区別され、別機関で行われている。

#### <バンクーバーの精神医療・福祉の特徴>

##### ① 病院主体のから地域主体の精神医療への段階的なシフト

1955 年より州立リバビュー (Riverview) 病院のダウンサイジングが始まり、病院のスタッフと病院に対する予算を段階的に地域スタッフと地域サービスに移行してきている。精神医療が医療費全体に占める割合はこの数十年大きな変化がなく 10%前後で推移しており、地域医療への移行のために一時的に予算の上乗せをしなかったため、移行はかなり緩徐であり、最大時 5500 床あったリバビュー病院は 2008 年に閉鎖の予定となっており、それによって長期療養病床が無くなることとなる。

##### ② 救急・専門医療の中央集約化

バンクーバーのシステムは機能集約による合理化が進んでいると思われる。救急システムについても、夜間・休日の窓口を MHES と総合病院の救急に集約している。メンタルヘルスチームなどの外来医療や施設、ACT も含め夜間の対応は行わず、これらの機関に必要な情報を伝達し、対応を一任している。医師は救急の当直医 2 名と、MHES のオンコールドクター 1 名のアウトリーチの数名で市内すべての夜間対応を行う。

また、需要の比較的少ない小児や老年期対応のケアマネジメントチームは以前はメンタルヘルスチームの 1 セクションとして存在していたが、市内 3 カ所に集約しサービスの提供を行うようになってきている。

#### <ブリティッシュ・コロンビア州及びバンクーバーの精神医療システム>

British Columbia 州の精神医療は、1997 年に連邦政府と隔週によって「best practice」

包括的な精神医療の指針が打ち出され、州内の精神保健計画の中で精神保健システムの

強化を提唱した。これにより、州内で充実したシステムを持つバンクーバーの活動を州

体に平等分配、均衡化することが決まった。これにより Region が州内に設定され、その

なかで精神医療背策を打ち出すこととなった。これにより、バンクーバーの地域精神医療

を担ってきた Greater Vancouver Mental Health Service (1972 年設立の NPO 団体) は

そのサービスを **Regional Health Authority** のサービスのひとつに位置づけた。

## 1. ブリティッシュ・コロンビア (BC) 州の精神医療システム

州内の精神保健サービスは、州単位での医療サービスと地域単位の医療の 2 本立てとなっている。

### ・ Provincial Health Service Authority

州レベルでの精神医療サービスには、特殊性の高いものに限定され、

司法精神医療、小児児童精神医療、女性精神医療、旨癖治療、摂食障害プログラム、神経精神医療などが含まれる。また州立リバビュー病院がごくわずかの長期入院患者と難治ケースの対応を行っているが、2008 年に長期在院者を地域で受け入れ、20 床程度の難治ケアユニットを各 region に設置し閉鎖となる。

### ・ BC Regional Health Authorities

BC 州を 5 つの region に分割し、それぞれの地区で医療・保健計画を立案、実行している。州レベルで対応するものとうまく協働してサービス展開を行っている。

## 2. Vancouver Coastal Health での精神医療システム

BC Regional Health Authority で、バンクーバー市を中心とする地域は **Vancouver Coastal Health** が医療運営を行っている

(2001 年設立)。この区域はバンクーバー市を中心とする人口密集地域と太平洋沿岸のフィヨルド地帯の人口過疎地域に分けられ、人口は 102 万人 (州全体の 25% の人口) である。この保健機構全体で年間 210 億カナダドルの予算のうち、22 億 1000 万カナダドルが精神医療 (薬物依存を含む) の予算が投じられている。内訳はコメディカルの人件費が 1 億 4000 万カナダドル、医師の人件費 (98 人の精神科専門医と数名の GP) が 950 万カナダドル、サービス運営費として 1200 万カナダドルとなっている。

ここでバンクーバー市における精神医療サービスについて説明する。

バンクーバー市周辺はカナダ第 3 の人口集中地区で全体で 200 万、バンクーバー市は人口 60 万人、太平洋側の玄関口でアジア系の移民が多い都市である。バンクーバー市は **Vancouver Coastal Health** の中で **Vancouver Community Mental Health Service (VCMHS)** が以前の **GVMHS** のサービスを踏襲しつつ新しいサービスも導入し日々変化している。

今回視察した施設の情報もあわせてバンクーバー市のサービスについて説明する。

### < 視察日程 >

9 月 24 日～26 日 **Vancouver Coastal Health** の施設見学

9 月 24 日 午前

**Grandview Woodland Mental Health Team**

**ACT-Bridge Team**

午後 **Early Psychosis Intervention program**

## Venture, Mental Health Emergency Service

25日 午前 EPI Schizophrenia Day Program  
午後 Mental Health Housing Service

26日 午前・午後 Vancouver General Hospital

(Psychiatric Assessment Unit, Inpatient Unit,  
Outpatient Clinic, Brief

### ① 外来医療

市内を8分割したセクションにVCMHSが運営するMental Health Team (MHT)というケアマネジメントと外来機能が一緒になったオフィスが1ヶ所ずつあり、ケアマネジメントを必要とする精神障がい者の治療の中心機関となっている。ケースマネージャー1名が20~30ケースの担当となりケアマネジメントを行っている。利用者の診察はオフィス内にあるクリニックで行われる。ケースマネジメントの必要のない患者は精神科クリニックで外来治療を行うか、もっと症状の安定性のよい場合にはGP(一般医)の外来で対応している。精神科クリニックはプライベートオフィスでの診療となるが、公的保険診療であり、精神科医は保険機構と診療出来る患者数を盛り込んだ契約を行う。クリニックでは1日8人までの診療枠の制限があり、外来患者数の増大を防いでいる。外来費用は約400カナダドルである。

このほか総合病院の外来部門では、外来ECTや

### ② 救急サービス

救急サービスはtriageと初期アセスメントを担当するMHES(Mental Health Emergency Service)と、総合病院の救急機能が連動して行っている。MHESはほぼ24時間医療機関・救急隊・警察・市民からの精神科救急に関する

相談を電話で受け付け、精神科専門ナースがTriageを行う。入院を含む救急受診が必要と判断された場合には、Vancouver general HospitalかSt Paul Hospitalでの救急受診の調整を行う。

またMHESには警察と精神科専門ナースが覆面パトカーに乗り救急発生現場に出向き、精神科治療についてのアセスメントを行うモバイルチームCar 87(成人)&86(児童)もある。

### ③ 入院医療

入院医療は市内2カ所の総合病院、大学病院と州立病院で担っている。まず救急対応と急性期医療はVancouver General Hospital (VGH・公立病院)とSt Paul Hospitalが担っている。急性期ケアの病床は人口1万に対し2.6床、3次医療病床は人口1万対1.5床となっている。

#### ・Psychiatric Assessment Unit(PAU)

VGHにはERと直結したPsychiatric Assessment Unit(PAU)があり、主に急性期危機介入とアセスメントを病棟で行う。平均在院日数は1週間程度で治療の方向性を定める。病棟は4床の隔離室と4床の施設可能な個室、12床の一般室からなり、スタッフは精神科医師が1日4名前後とレジデント4~5名、看護師40名、SW1名、OT、CPなどの多職

種で対応している。1 日入院費は 1400 カナダドル、救急室の外来対応は 800 カナダドルである。

#### ・ Inpatient Unit

急性期治療病棟、VGH に 40 床 (2 unit) と St Paul に 30 床ある。4 週間以内の入院期間で急性期症状の改善を目指す。入院費用は 1 日 800 カナダドルで、日勤看護師 5~6 名、夜勤 2~3 名の体制で行っている。病棟プログラムとして集団精神療法や OT プログラム、レクリエーションなどの活動が毎日 2~3 あり、OT、レクリエーションセラピストがナースと共に運営している。

#### ・ Tertiary Care Unit (3 次医療病棟)

3 次医療 (高度専門医療) として次の病棟がブリティッシュ・コロンビア大学病院 (UBCHospital) にある。

Mood Disorder Unit 15 床

Neuropsychiatry Unit 10 床

Scizophrenia Unit 5 床

(Early Psychosis Program を含む)

Concurrent Disorder Unit 15 床

#### ・ Venture

亜急性対応施設。民家 1 軒を 20 ベッドの施設として医師、看護師 (日勤 3 人・夜勤 2 人) を配置して入院に至らない症状増悪に対する治療を行う。自傷他害性がなく、かつ MHT でサポートされている患者が利用できる。利用は任意で 1 日 400 カナダドルと入院に比べてコストなため、最近ではクロザピン導入や ECT 後のフォローのための利用も増えている。作業療法や集団療法のプログラムも

入所者に対して提供している。平均利用期間は 1 1 日で年間約 500 件の利用がある。

#### ④ 訪問型サービス

訪問型のサービスには MHT の mobile Team と ACT がある。訪問型の生活支援は住居サービスと一体化している。

#### ・ MHT mobile team(Worker)

各 MHT にアウトリーチ専門のワーカーが存在し、MHT の地域特性に応じて Team となっているところもある。症状増悪等で来所が困難な状態のとき危機対応として自宅へ訪問しアセスメントを行ったり、通院治療に乗れず来所でのサポートが困難なケースにデポ剤の投与も含め定期的な訪問を行う。

#### ・ ACT-Bridging

回転ドア状態で入院を繰り返す患者に対するである ACT と、リバビュー病院の長

期在院者の退院促進プログラムである Bridging がひとつになったプログラム。9 人の多職種チームでケースロード 10Pt/CM で包括型のアウトリーチサービスを行っている。

利用期間は平均 1~2 年で、地域生活に定着後は MHT でのケースマネージメントに移行する。MHT に担当のケースマネージャーと主治医がおり、連携をとりながら援助を行う。

#### ⑤ リハビリテーション

VCMHS が提供するサービスと NPO