

が補助金を受け展開するサービスの 2 種類がある。

VCMHS で提供しているのは病院や Venture での OT プログラムや MHT での OT、レクリエーションプログラムと Art Studio という芸術療法や ESL クラス、Gastown Vocational Center (職業訓練施設) などの特殊プログラムとなる。

デイケアは EPI プログラムと連携した EPI Schizophrenia Day Program (UBC Hospital) のみで、若い患者層の慢性化防止の特殊プログラムとなっている。利用者は主に 20 代の統合失調症患者のみで、1 年程度の利用期限がある。日本の福祉型デイケアに相当するものはなく、そのサービスは THEO, COAST などの NPO がクラブハウスのような形で提供している。

その他就労支援も含め多くのリハビリテーションプログラムは NPO が提供している。

⑤ 住居サービス

住居サービスはほとんどが NPO が補助金を受け運営しており、そのコーディネートを VCMHS の Mental Health Housing Service が行っている。病院や MHT から住居施設の申請と各住居施設の空室状況や要望がこの機関に集約され、利用者と NPO がいい関係をもてるようなマッチングを行う。所属する 5 名の住居専門ワーカーが入居希望者のアセスメントを行い、どのレベルの住居が適当であるかをアセスメントする。また施設の選定時には、NPO のポリシーに寄り添うような利用者の選定を行うように心がけている。

住居サービスは以下の 5 段階に分けられる

- ・Supported Housing 3 食付、24 時間のスタッフ (Ns 含む) つきのグループホーム 月 585 カナダドル (光熱費込)

- ・Enhanced Apartment アパート形式で日 1 食の提供あり。職員はパートタイムで駐在 月 345 カナダドル (光熱費込)

- ・Stuffed Apartment 食事がなく共有フロアに日中スタッフが駐在するアパート 月 329 カナダドル (光熱費込)

- ・Supported Independent Living (SIL) 賃貸アパートに住み、訪問型の生活支援を受ける。月 650 カナダドル (光熱費込)

- ・Super Supported Independent Living (Super SIL) SIL のサービスで、症状が重いケースに対して複数人で訪問サービスが可能 月 650 カナダドル (光熱費込)

住居施設の準備が間に合わないときには、Venture の利用 (1 ヶ月以内) や VGH の Brief Psychiatric Intervention Unit (数週間程度) や NPO が運営するシェルターを空床待ちの期間利用することもある。

⑥ 高齢者向けの精神保健サービス

65 才以上の高齢者に適応。成人のサービスとは区別されている。Geriatric MHT によるケアマネジメントと外来医療のほか、St Paul Hospital や Mt. St. Joseph に専門外来や外来 ECT が存在する。入院施設は Mt. St. Joseph に 20 床あるが、その他 VGH の PAU を利用してのアセスメントや成人の

ショートステイ (VGH STAT) を利用することもある。住居サービスは高齢者向けのサービスの利用に統一されており、その中で精神症状 (認知症を含む) に対してはアウトリーチでの対応を行っている。

5. オーストラリア・メルボルンにおける精神医療保健システム

(佐竹 直子)

I オーストラリアにおける精神保健システム

<オーストラリアの精神医療システムの概要>

3. オーストラリアの概要

- ・人口 2000 万人
- ・政府 連邦政府と 8 つの州の州政府が存在
- ・ GDP 368,726 百万米 \$

4. 医療システムの概要

- ・キャッチメントエリア制
公的医療はキャッチメントエリア制になっており、民間病院は患者自身が医療機関を選択できる。
- ・ GP (General Physician) 制度
家庭医 (GP) がプライマリーケアに当たり、必要に応じて専門医に紹介する。神経症やうつの治療や安定した統合失調症などの治療にあたることもある。
- ・精神科スタッフ
人口 10 万人あたりの精神科専門スタッフ数は、精神科医 14、看護師 53、心理士 5、ソーシャルワーカー 5 となっている。
- ・年齢別の専門医療

0~18 歳を児童思春期、18~64 歳を成人、65 歳以上を老年と分けてそれぞれの特性にあった医療サービスを展開している。

- ・ 連邦政府の役割

① 予算提供 20 億豪 \$ (1993) → 33 億豪 \$ (2003)

10 年間で 13 億豪 \$ の増額。医療全体における割合は 7% 変化がない

② 精神保健戦略の制定 Australia's Mental Health Strategy

- ・ 州政府の役割 … 州内の医療システムの構築と予算の分配
公的病院・地域サービス・予防および健康増進のプロモーション

5. 保険制度

- ・ Medicare … 1984 年スタート、税金による保険制度。公的医療の医療費の全額と民間医療の医療費の 85% をカバーする。
- ・ 民間保険 … 国民の 50% が加入。保険料により自己負担額が違い、歯科診療、眼鏡、マッサージなどのサービスはオプション選択ができる。

6. 精神保健に関する行政プランについて

① Australia's Mental Health Strategy (1992~)

国家規模の精神保健戦略。目的は病床削減ではなく、1960 年代から無秩序に進められた病床削減を計画的に行うことを目的とし、入院医療システムからよりバランスの取れたサービス分配システムへの移行が進められた。

(1) 精神保健の推進と精神障害の予防

(2) 障害によるインパクトの軽減

(3) 精神障害者の権利の保障

第1次計画 (1992~1997)

重症精神障害者へのサービスに重点を置き

- ・地域中心サービスへの一層の転換
- ・精神保健サービスの向上および総合医療・保健サービスへの統合
- ・単科精神病院への依存度の改善
- ・サービスへの責任および利用者の権利の尊重の向上

第2次計画 (1998~2002)

1次計画の目標の継続と、精神保健の推進、精神障害の予防、公的な精神保健セクターと他のセクター(民間精神科医、GP、救急サービス、NGO)との協力によるサービス改革、サービスの質と効率の改善を目的に加えた。

第3次計画 (2003~)

- ・こころの健康づくりと精神保健上の問

題(自殺を含む)と精神障害の予防

・サービス提供への責任の強化(サービスアクセス・ケアの継続・家族支援について)

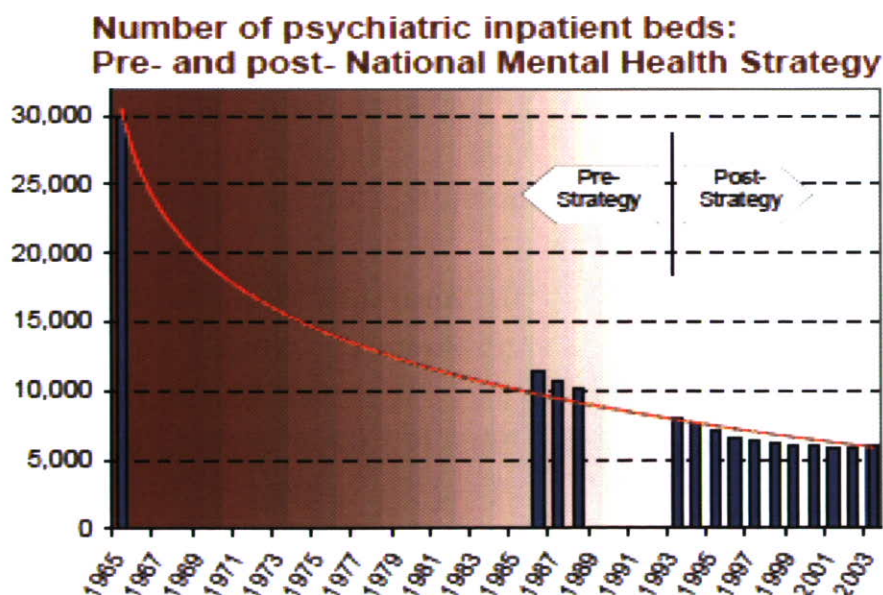
・サービスの質の強化

・調査研究の振興・イノベーションの推進・持続力の要請

② 1992年から10年間のこの精神保健戦略の成果について

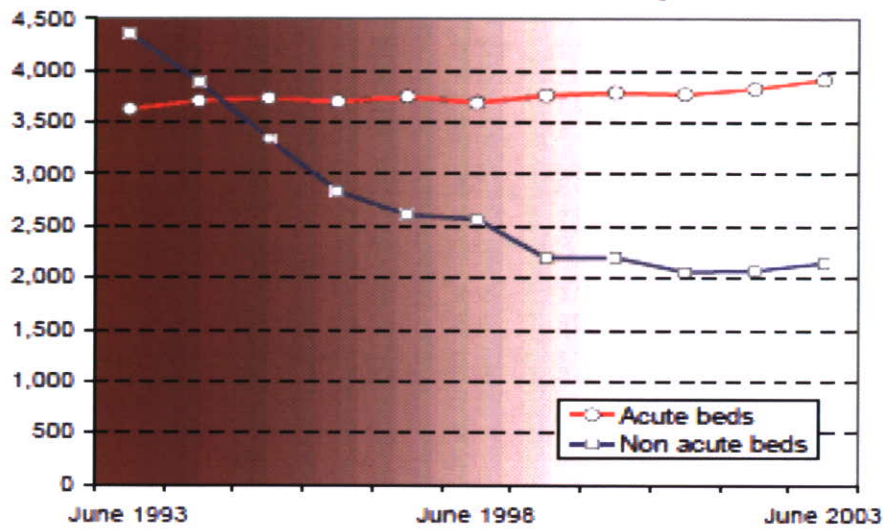
この精神保健戦略による成果は National Mental Health Report 2005 : Summary of Ten Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2003.より以下のようになっている。データはオーストラリア連邦全体の数値となっている。

精神科病床については以下のグラフのように減少している。



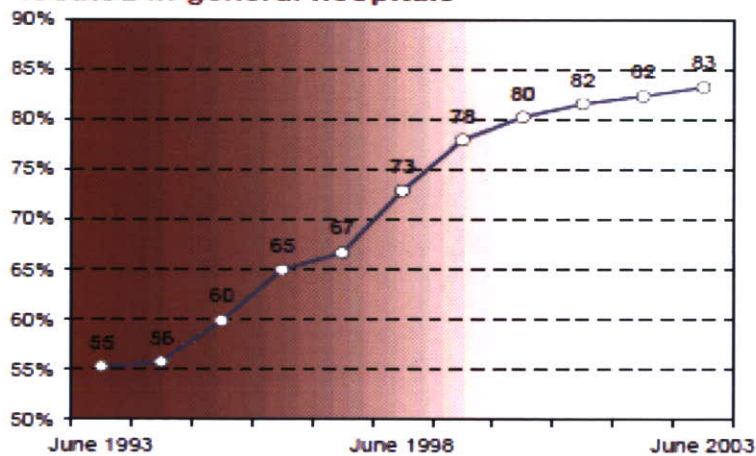
精神科急性期病床と非急性期病床の数は逆転し、急性期病床は増加している。

Number of acute and non acute inpatient beds



単科精神化病院の閉鎖により、精神科急性期病床は総合病院に移され、80%以上は総合病院に存在する。

Percentage of acute psychiatric beds located in general hospitals



州ごとの病床、ケアハウス数

Table 9: Inpatient and 24 hour residential beds per 100,000 by age group, June 2003

	NSW	VIC	QLD	WA	SA	TAS	ACT	NT	Nat. Avg.
General adult									
Acute inpatient	23.8	19.9	24.1	26.8	25.3	31.5	23.1	18.3	23.4
Non acute inpatient	12.6	3.9	16.2	7.3	13.6	15.4	-	-	10.4
24 hour staffed residential	2.7	10.5	3.3	1.7	2.1	13.0	12.9	-	5.0
Total	39.1	34.3	43.6	35.8	40.9	59.9	36.0	18.3	38.8
Child and adolescent									
Acute inpatient	4.5	6.2	5.9	5.8	3.4	-	-	-	5.0
Non acute inpatient	0.9	-	1.6	-	-	-	-	-	0.6
Total	5.4	6.2	7.5	5.8	3.4	-	-	-	5.6
Older persons									
Acute inpatient	15.9	31.9	10.4	56.6	39.6	-	-	-	24.0
Non acute inpatient	18.5	-	30.6	10.8	63.4	-	-	-	18.5
24 hour staffed residential	14.6	90.0	-	-	-	84.6	34.2	-	30.7
Total	49.1	121.9	41.0	67.3	103.0	84.6	34.2	-	73.2
Forensic									
Acute inpatient	0.6	1.5	-	1.3	0.7	4.7	-	5.7	0.9
Non acute inpatient	2.7	1.6	3.6	1.3	2.7	-	-	-	2.3
Total	3.3	3.1	3.6	2.6	3.4	4.7	-	5.7	3.2
All beds									
All Inpatient	31.3	23.2	35.2	33.1	43.0	32.4	15.5	16.1	30.7
All 24 hour staffed residential	3.6	18.7	2.1	1.1	1.3	20.0	11.8	-	7.1
Total	35.0	41.9	37.3	34.2	44.3	52.5	27.3	16.1	37.9

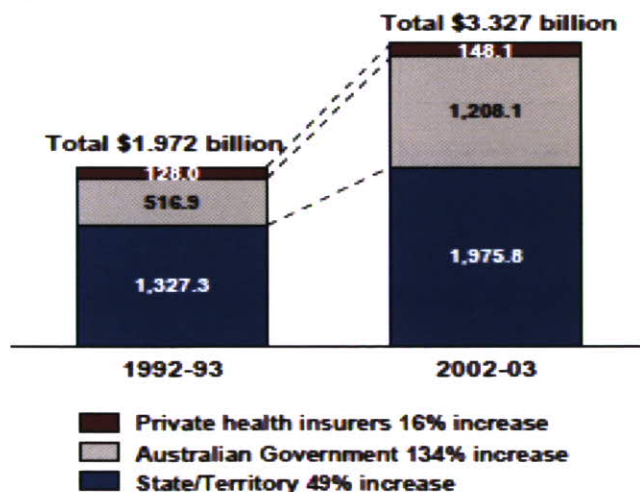
Note:

Estimation of per capita rates is based on age-specific populations for each program type:

- *General adult*: Based on population aged 18-64 years.
- *Child and adolescent*: Based on population aged 0-17 years.
- *Older persons*: Based on population aged 65 years and over.
- *Forensic*: Based on total population aged 18 years and over.
- *'All beds'* based on total beds and population.

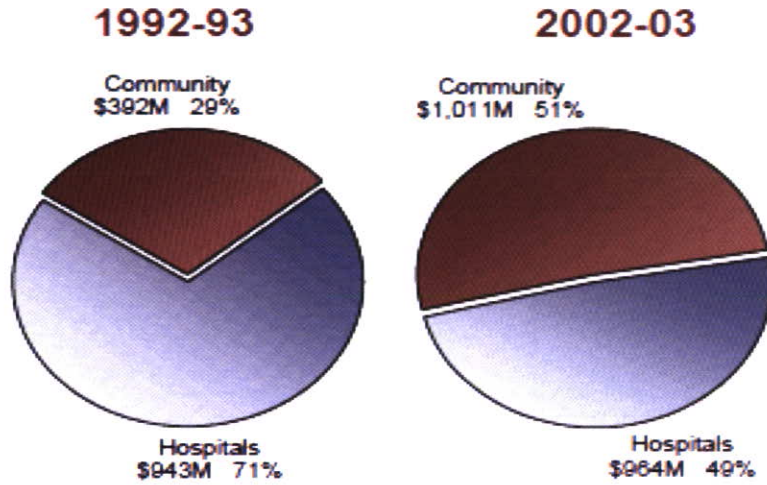
精神保健に対する予算は 19 億ドルから 33 億ドルに増加しており、特に連邦予算の割合

National expenditure on mental health by the three main funders



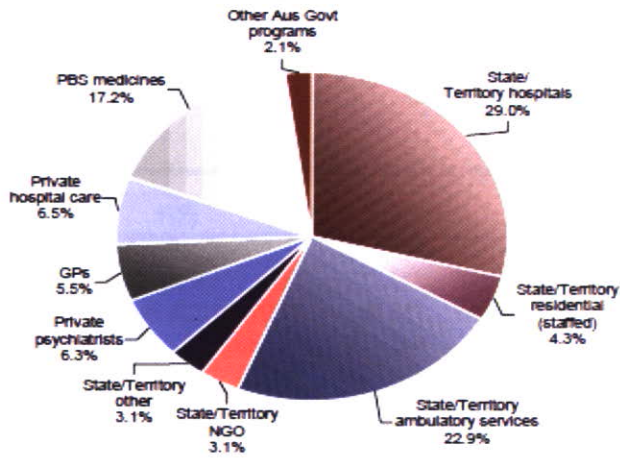
精神保健予算のうち、地域サービスの割合が増加し、入院サービスと約半々となっている

Allocation of funds across community and inpatient services



精神保健予算の内訳は以下ようになる

How 2002-03 spending was distributed



医療関係予算分配の変化

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

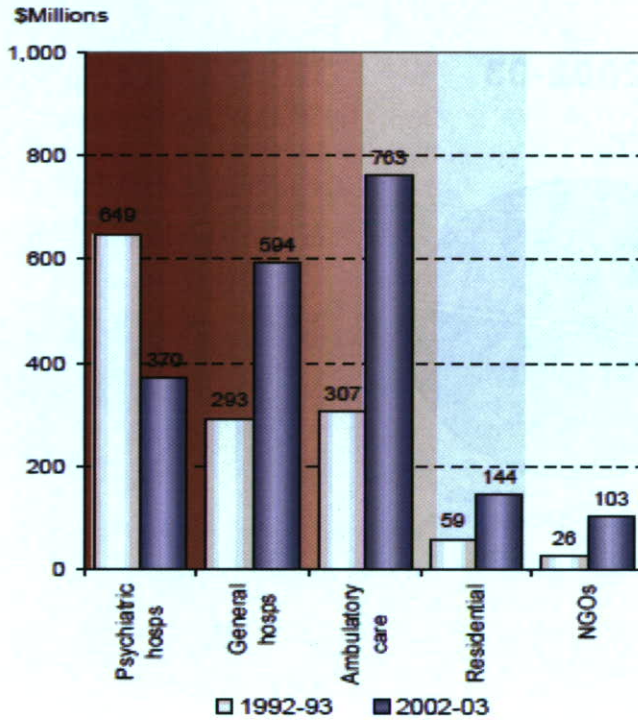


表 オーストラリアの政府予算過去

10年間種

単位千 A\$

	精神 単病院	総病院 精神科	入院	居施設	外来訪 ・子テ	NGO	地域計	間接費	総計	入院%	地域%
1992-93	649,130	293,389	942,519	58,959	307,153	26,260	392,372	33,574	1,368,466	70.6	29.4
1997-98	458,484	401,850	860,334	98,694	554,755	79,127	732,575	71,559	1,664,468	54.0	46.0
1998-99	420,321	446,908	867,229	104,785	590,946	87,320	783,051	77,922	1,728,201	52.6	47.4
1999-00	400,433	477,438	877,871	117,274	638,321	87,531	843,126	81,186	1,802,183	51.0	49.0
2000-01	380,521	513,721	894,242	127,462	680,808	94,569	902,838	88,878	1,885,959	49.8	50.2
2001-02	369,707	554,321	924,027	137,837	721,612	102,166	961,616	95,344	1,980,987	49.0	51.0
2002-03	370,167	593,768	963,935	144,146	763,161	103,405	1,010,712	103,361	2,078,008	48.8	51.2

注1) 1993-1997のデータは明

注2) 金額 2003年(価値変動をひくゞ影響除)

注3) 入院が地域総を調整する割

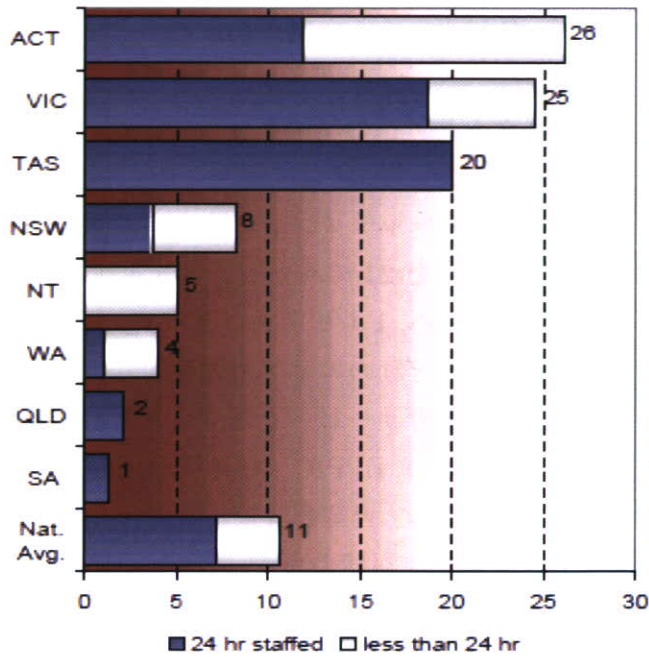
注4) NGOに居施設子テ訪問費等

注5) 他予算連取等お氏関係。

2002-03総算は 33.3億A\$。

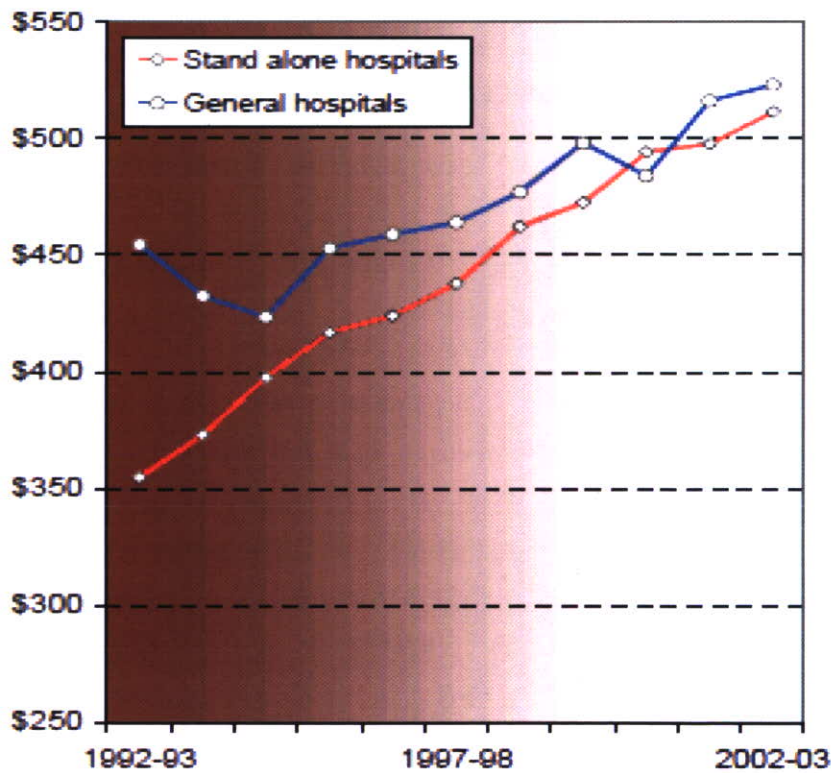
州ごとのケアつき住居サービス

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



精神科入院 1 日当たりのコスト

Figure 32: Average cost per day in psychiatric inpatient units, 1993-2003



5. 民間病院について

46 病院あり、精神科病床全体の 27%、1727 床を占める。46 病院のうち 23 病院が単科精神科病院で民間病床の 75% を占めている。民間病院は株式会社による再編が進んでおり、大規模な医療グループが編成されている。

州により強制入院も対応するが、ほとんどが任意入院の対応のみとなっており、公立病院がカバーできない、うつや摂食障害などの入院治療プログラムやデイプログラムの提供を行っている。

II ビクトリア州における精神保健システム

<ビクトリア州の概要>

ビクトリア州はオーストラリアの南東部に位置し、6 つの州のうち人口では 2 番目、人口密度は 1 番高い州である。州都はメルボルンで、その中心となる City of Melbourne は政治・商業地区で人口 71000 人、その周辺も含めた Metropolitan Melbourne (以下 Met. Melbourne) は人口 375 万人で国内第 2 の都市となっている。

Met. Melbourne は 30 の行政地区に分かれている。

<ビクトリア州の精神医療・福祉の特徴>

- ・ 可能な限り入院を避け、入院による外傷体験を防ぐ
強制入院による体験を一種の外傷体験と考え、可能な限り入院を避け地域医療で対応出来るようなシステム作りを目指している。
- ・ Least Restrictive Service

適当な時期にインテンシブな介入を行い、出来るだけ速やかに軽いサービスに移行するように働きかける。

<ビクトリア州の精神医療システム(公的サービス)>

③ キャッチメントエリア制

州を 21 のキャッチメントエリアに分ける。1 エリア人口 20 から 30 万人。それぞれのエリアで児童思春期、成人、高齢者サービスを展開する。15 から 24 才は EPPIC (精神病早期介入) が関与し、児童思春期・高齢者サービスは成人同様のキャッチメントエリアを 2・3 合併させたやや広めのエリアで、成人と同様にアセスメントチーム、アウトリーチサービス、急性期病棟を持っている。ただ高齢者の場合には大半を GP が対応し、ケアの主体は高齢者施設となっている。

④ 入院制度

入院は任意入院と強制入院があり、司法精神医療は別構造になっている。また外来での治療継続が困難なケースには強制通院命令 (Community Treatment Order) がある。

⑤ 州単位での精神保健サービス

司法精神医療、Dual Diagnosis Service, 母子入院サービス、摂食障害病棟、Dual Disability Service (精神+知的障害)、多文化精神医学ユニット、人格障害プログラム、神経精神科病棟

⑥ 民間病院

任意入院のみの対応。うつや不安障害、摂食障害への入院プログラムやデイプログラムの提供を行う。平均入院期間は

20日。入院費は最初の2週間で1日500豪\$、15~18日目が450\$、19~21日目が400\$、ハイケアユニットは1日700\$となっている。これらの病院は医師の当直はなくオンコール制となっている。都市部の偏在が問題である。

⑦ リハビリテーション

地域でのリハビリテーションサービスはPDRSS (Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Service) とよばれ、地域のNGOが州からの委託で行っている。規模はNGOによりさまざま、医療サービスとの連携の下に運営している。主に心理社会的リハビリや継続的な支援を提供し、内容としてはホームヘルプサービス、レスパイトケア、デイプログラム(心理社会的リハビリテーション)、住居施設でのリハビリテーション、セルフヘルプグループなどである。スタッフは医療職はおらず、専門資格を必ずしも必要としない。研修を義務付けられている。

⑧ 就労支援

国の予算で運営されており、精神科専門サービスの1セクションではないため、地域サービスとの連携があまりよくない。

Sheltered Workshop 作業所サービス

Supported Employment 10ヶ月の就労援助。就労後は就労維持費が支払われる。

<キャッチメントエリアでのサービス>

⑨ 地域精神保健サービス (Ambulatory Service)

<病院内サービス>

1. ECAT

病院のERに設置されており、週7日24時間対応。日中は未受診ケースのトリアージ、夜間はすべての危機対応ケースのトリアージを行う

< AMHS(Area Mental Health Service)>

Suburb (キャッチメントエリアをさらに15~20に分けた地区)に1つずつある、外来とケアマネジメント機能を持つサービス機関

2. Crisis Assessment and Treatment Service(CATS)

多職種の危機対応チーム。週7日日中対応。クライシスケースのアセスメントとアウトリーチで在宅での集中治療を行う。

3. Continuing Care Team

来所対応のケアマネジメントチーム、必要に応じて訪問も行う。20人程度のスタッフ数で300~400ケースに対応。ケースロードは1:30。多職種で週5日日中に稼働。アセスメント、治療、リハビリ、心理教育などのサービスを行う。

4. Mobile Support and Treatment Service(MSTS)

頻回入院や治療抵抗性の高い重症患者に対するACT型のアウトリーチサービス。週7日8:30~20:30にサービス提供、服薬管理など

の治療対応が多い。精神科医を含む 10 名程度の多職種チームでケースロードは 1:8~10。初発患者への早期介入も行う。

5. Homeless Outreach Psychiatry Service(HOPS)

精神障害を持つホームレスへのサービス。彼らの生活場所へ出向き心理社会的治療を含む介入を行う。週 7 日多職種チームでの対応。本人の移動に伴いキャッチメントエリアを超えての活動も可能である。

⑩ 入院サービス (Inpatient service)

1. 急性期入院病棟

1 キャッチメントエリアに 20~25 床。1 日入院費用は医師の診察代を除き 400 豪 \$ で平均在院日数は 14 日程度。

2. Secure Extended Care

症状が重く急性期入院治療だけで地域ケアにつなぎにくい患者に対しての集中的リハビリテーション付きの病床。州内 2 ヲ所にあり、1 キャッチメントエリアに対して 5 床の割り当てがある。平均在院期間 3~4 ヲ月

⑪ 医療型住居サービス

1. Community Care Unit

20 床 24 時間看護のリハビリユニット。長期療養病棟の代わりに 1 キャッチメントエリアに 1 ヲ所配置。5

~10 件程度のコテージ群。平均利用期間は 18 ヲ月程度。

2. Prevention and recovery care services(PARC)

最近病床不足解消のために作られたユニット。亜急性の病態に対応し、急性期病棟への入院を予防する

<ビクトリア州の精神保健システムの問題と課題>

1992 年からの精神保健戦略以前より精神保健に関しては国内でも先進的なビクトリア州ではあるが、現在もいくつかの問題を抱えている。

- ・ベッド削減が進みすぎて、入院を必要としても入院できないことや、もう少し入院が必要でも途中で退院になる場合がある。(病床回転率 96%)
- ・地域医療に対する支出の割合は増えているが、スタッフ数は増えていない
- ・民間病院の増加率が 60% と高い
- ・住居サービスの充足がかなり立ち遅れており、公営住宅への入居は 2 年以上かかる。NGO の住居サービスも圧倒的に不足している。

<メルボルン精神保健システム視察>

10 月 29 日~31 日 Melbourne の施設見学

◇ 10 月 29 日 ◇

午前 Orientation

メルボルン大学精神科 Bruce Singh 教授によるメルボルンの精神保健システムの概要についての説明

- ⑫ メルボルン (Met. Melbourne) には州内 21 のキャッチメントエリ

アのうち、14 が集中している。キャッチメントエリアはメルボルンに 30 ある行政地区をベースに作られている。2~4 つの行政地区を 1 キャッチメントエリアとしている

- ⑬ Inner West, Mid West, North West, Northern の 4 つのキャッチメントエリアでは、North Western Mental Health という団体が公的な精神保健サービス（病院、地域）を 120 万人の人口に対して提供している
- ⑭ 各キャッチメントエリアには総合病院精神科が 1 つずつあり、急性期医療を担う

午後 Albert Road Clinic メルボルン大学精神科 Teller 教授

メルボルン市中心部から 2 km ほどに位置する民間の精神科病院。Ramsey Health Care という会社が経営。同社は通信、不動産などの経営をおこなう企業で、10 年前から医療にも参画し、現在は国内有数の民間医療会社となり、東南アジアにも進出している。Tiller 教授はメルボルン大精神科で民間病院に勤める教授 2 名のうちの 1 人である。

民間精神病院の役割は、治療目標と計画が明確になった治療を行うとされており、ECT や治療プログラムなどを求める患者のニーズに対応している。

病院は 4 階建てで 3・4 階に成人 38 床、1 階に老人 15 床で各 4 床ずつのハイケアユニットがついている。病棟は病院所属の 5 人の医師のほか、200 名の医師と契約しオープンベッド制を取っている。看護師は 300 名の登録があり、患者：看護師が 2：3 になるようなシフトになっている。病棟は開放病棟

で病室はほとんどが個室で、連日朝から夜までさまざまなリハビリプログラムが提供されている。平均在院日数は 21 日ですべての入院は任意入院である。費用は医師の診察代を除いて 1 日 6~7 万円である。入院中に強制的な入院が必要な病態に変化した場合には、公立病院での強制入院へ切り替える。老人病棟は認知症への対応のため閉鎖病棟となっており、診断確定とその後のケア計画のためのアセスメントを行う 1 週間程度の入院となっている。2 階には産後の母子ケアのための 8 床の病棟もある。3 階は ECT ルームがあり、外来、入院患者に対して 1 日 15 名前後、年間 1600 人の主に感情病圏、人格障害の患者に ECT を試行している。外来機能は 5 階にクリニックがあり、40 人の精神科専門医が日替わりで外来を行っている。また、成人の抑うつや、思春期、老年期、アディクションに対するデイプログラムやアウトリーチサービスを行っている。

◇10月30日◇

午前 Royal Melbourne Hospital
(Inner West Area Mental Health Service)

Inner West キャッチメントエリアにある総合病院。メルボルン大学に隣接している。

近くにある St Vincent Hospital と共に公立病院でありながら、大学病院としての機能も一部担っている。

① Inpatient Unit

25 床の病棟でそのうち 4 床は重度の状態を観察するアセスメント用のベッド（隔離）である。医師数 4 名、看護師は 3 交代制で 7, 7, 4 人の配置、SW2 名と OT, OTA が配置されている。平均入院期間は 7~10 日で、病床回転の改善のために SW の増員

を行っている。入院は ER にある ECAT か地域の CAT でのアセスメントを経て病棟に来る。退院後どの地域保健サービスが担当するかによって患者を4つのグループに分け、それぞれに担当ナースチームがある。入院中から地域のチームと密接に連携を行う。病棟内では心理教育やレクリエーションプログラムはあるが、リハビリプログラムはあまり積極的に行われておらず、激しい症状の鎮静化に目的を絞っている。

② ECAT(ER)

病院の救急室に配置されているアセスメントチーム。Ns,CP,SW,OT が24時間対応を行う。日中の危機対応は病歴がある場合地域の CAT が行うが、未治療の場合や夜間は(17時から翌日9時)はECATが対応する。1日に3~4件の電話による問い合わせがある。精神病による強制入院が必要な場合には急性期病棟へ入院となるが、アルコールなどの薬物性精神障害など急性期病棟へ入院の対象とならないものについては、各専門機関へ依頼をする。また ER や一般病棟において精神科的なコンサルテーションも対応している。医師4名と専門看護師(他科の看護師に対応のアドバイスをを行う)で対応している。

午後 The Centre for International
Mental Health

精神保健福祉に関する国際的な研究機関

メルボルン大学精神科 Minas 准教授による精神保健の普及啓発とシス

テム作りに関する研究についての講義

◇ 10月31日◇

午前 ORYGEN(Early Psychosis
Prevention and Intervention)

EPI (Early psychosis intervention) のパイオニア的な機関。臨床機関と研究機関が一体化している。15才から24才で精神疾患を発症したケースに早期に適切に介入することにより、疾患の慢性化を防ぐのが目的であり、これが医療費の削減につながると考えている。スタッフ数は235名、150のプログラムと85の研究を行っている。

臨床部門は人口88万人のキャッチメントエリアで750名にサービスの提供を行っている。公的医療で治療費の自己負担はない。対応年齢の患者すべてを扱い、18ヶ月のサポートを行う(統合失調症の急性期期間を1~2年ととらえるため)。

統合失調症の場合、YATというACT型のケアマネジメントチームが対応する。15名のスタッフで450名の患者に対応している(ケースロード30から40)。チームは他職種でDr,Ns,SW,OT,CPがいる。電話による依頼でtriageを行い、アウトリーチでアセスメントや急性期介入を行う。入院が必要な場合には19床(2隔離室、1観察室を含む)の病棟があり治療を行う。平均在院日数は9日である。薬物療法などのほか、認知行動療法や心理教育なども介入の内容に含まれており、学校や家庭、地域と一体となった援助体制の構築を行う。このほかにActive,Creative,Vocational,Psychoducational group therapyを施設内で行っている。就労プログラムとしてはカフェの店員や庭

師の仕事を時給 20 豪 \$ で提供し、10 名程度がこのプログラムに就いている。18 ヶ月のサポートが終了すると、成人サービスへ移行するが、終了後 3 ヶ月は並行してサービス提供を行う。

アセスメントの結果、感情障害や不安障害、人格障害などの診断がついた場合には、Youthscop というチームが対応する。3 人のスタッフが 200 名を扱っている。

午後 Inner West Area の AMHS と CCU

① Moonee Ponds

Inner West キャッチメントエリアに 16 ある AMHS(Area Mental Health Service)のうちのひとつである。

外来と各地域保健福祉サービスが一体化したオフィス。4 つの多職種ケアマネジメントチームがあり、420 名の患者に対応している。29 名のスタッフでケースロードは 30~40 名。医師 1 人は 80~90 名の患者を診る。外来診察時はケースマネージャーが同席をする。3 ヶ月ごとに国内で統一された評価基準でケースの評価を行い、統計化できるようにしている。CCT と、HOPS、CAT、MSTS の各チームがありケースマネジメントを行っている。CAT はスタッフ一人 1 日 5 ケースに対応し、危機介入と入院回避のために自宅での集中治療を行う。2 名 1 組でアウトリーチを行う。MSTS はスタッフ数 13 名の多職種チームで 60 名のケースを持つ。ケースロードは 4~8 名。重症のケースにアウトリーチを主体とした包括型ケアを行う ACT 型のサービスである。

利用期間は平均 6 ヶ月で週に 3 回はコンタクトを取る。リハビリはマンツーマンで生活場所で実践的なプログラムを実施する。治療中断者が多く、服薬管理や心理教育の必要性が高い。

このほかに、オフィスには感情コントロールプログラムや認知行動療法などのプログラム、月 1 回程度のレクリエーションプログラムが実施されている。

② Norfolk Terrace

CCU(Community Care Unit: Community Care Unit 医療型住居施設)

8 年前に閑静な住宅地に建設された平屋 12 棟の医療つき住居施設。20 人を収容。24 時間 3 交代の看護体制がひかれ、OT,PSW も配置、22~25 人のスタッフがいる。MST の医師が週 2 回診察に来て処方も行う。ほとんどが強制通院処遇で入所機関に制限はないが、利用期間は 6 ヶ月から数年単位である。地域にある長期慢性病棟という感じがする。自炊で部屋の掃除なども利用者に義務づけられており、2 週間の費用は 13000 円、生活保護(月 700 豪 \$)でまかなうことも可能である。SST などのグループ活動があり、それも利用すると加算される。1 年で約 1 億円の運営費になる。公的サービスであり、運営費は医療費財源から出ている。1 キャッチメントエリアに 1 施設しかなく、かなり待機者が多い。

6. イギリスの精神医療

(中里 道子)

I イギリスの精神医療の歴史¹

イギリスの精神医療の歴史は、大きく3つの時期に分けられる²。

第1期 黎明期 1800年代前半まで 貧困者層への救済、保護の施策

18世紀中期までは、イギリスでは精神障害者に対する特別なサービスは行われていなかった。当時、精神病院は、ヨーロッパ及び英国最古の精神病院である、ベスレム王立病院1ヶ所だけであり、1247年、日本で言う鎌倉時代に修道院を改築して作られた。ベスレム王立病院は、その後1675年、1815年の2度の移転を経て、1930年よりロンドン南東部に落ち着き、現在はモーズレイ病院と並んで、モーズレイ病院に併設されている、ロンドン大学精神医学研究所の関連病院として、臨床精神医学の研究、教育、及び人口約200万人の南ロンドンモーズレイ地区の地域精神医療の拠点となっている。

それまで精神障害者は、主に地域で放置されるか、収容所（刑務所等）で生活していた³。イギリスにおいては、18世紀から精神障害の治療のためにアサイラムと呼ばれる施設がロンドン市内に初めて設立された。それまでは精神障害者に対する社会の偏見が根強く、自宅に監禁されていることが多かった。1808年に州アサイラム法が整備され、アサイラムの数は次第に増えていったが、患者の社会復帰を念頭においていなかったため、患者は一生涯そこで暮らし、施設内には農園や醸造所などが整備されていて、病床数は膨らみ続けていた⁴。

1845年、精神障害者の収容施設の建設促進を盛り込んだ精神障害者法(The Lunatic Act 1845)では、精神障害者はケアの対象ではなく、施設内において監禁、拘束の対象とされる内容であった。

第2期 骨格形成期 1800年代後半～1940

年代前半 コミュニティ外でのケア

精神障害者のケアを内容とする法整備が図られるようになったのは、19世紀後半になってからである。1886年に知的障害者を対象とする精神薄弱者法(The Idiot Act 1886)、1890年には、精神病と精神薄弱(知的障害)者を対象とする精神異常法(The Lunacy Act 1890)、1913年に精神薄弱者法(The Mental Deficiency Act 1913)が制定された。こうした法は隔離政策を主な内容としていたため、精神障害者は地域社会から離れた施設に収容されることになっていた。一方、1910年代頃から脱施設化、コミュニティでのケアの概念が一般に広まり、入所施設ではなく、地域社会の中でケアを行うべきであるという運動が始まった。精神障害者は、1930年の精神科治療法(The Mental Treatment Act 1930)の制定によって、外来診療所や地域のケア施設の設立が自治体に対して推奨され、精神障害者も地域でケアが受けられるようになっていった。同法の施行から強制入院以外に、自由(任意)入院の形態ができ、精神医療は強制されるものから自発的に利用できるものへと変容しはじめた。

モーズレイ病院は、ロンドン南東部にある精神医療の専門病院で、1915年に、ヘンリー・モーズレイという精神科医の寄付によって建てられた。ヘンリー・モーズレイは外来施設を有し、患者の自発的な入院を認めた精神病院(メンタル・ホスピタル)をはじめて設立し、地域に根ざした開放的な医療を試みた。1930年に精神科治療法(The Mental Treatment Act)が成立し、アサイラムは精神病院と改称された。

また、1900年前後より、社会保障制度が徐々に形成され、1911年に失業保険、健康保険を内容とする国民保険法(The National

Insurance Act 1911)が制定され、英国ではじめて社会保険制度が導入された。同法により、所得が一定水準以下の全ての人々に対して、保険料の拠出を前提とし、所得補助のための現金給付、社会保障給付が行われるようになった。

第3期 発展期 1940年代後半～1980年代まで—施設からコミュニティケアへ

第1次世界大戦、第2次世界大戦後の障害者福祉施策に関して、英米を中心として、脱施設化がさらに推進されるようになり、1946年の国民保健サービス法により、大規模入所施設の収容から地域でのケアが推進されるようになった⁵。精神障害者のコミュニティケアの推進に関しては、1959年に精神保健法(The Mental Health Act 1959)が制定され、精神医療の開放化政策が法的に制定された。精神病院の病床数は、1956年にピークに達し、15万4000床に達した。1962年の病院計画によって、精神病院のベッド数は人口1000人につき3.3床から1.8床に減少する行政措置が取られた。

NHSの成立と概略^{6,7}

NHS(National Health Service; 国民健康サービス)は、イギリス政府の医療サービス事業であり、医療のニーズに対応した公平なアクセス(健康状態や支払い能力とは関係なく、医療サービスへアクセスできること、フリーアクセス)を理念として1948年に設立された。現在NHSは、ヨーロッパの医療における最大の組織であり、主にプライマリーケア、とセカンダリー・ケア(2次治療)に分けられている。イギリスのプライマリーケアは主にGP(General Practitioner)、セカンダリー・ケアは主に救急ケア、救急救急車トラス、NHSトラス、メンタル・ヘルス・

トラス、ケア・トラス等から成る。NHSに対して、保健省(Department of Health)は地域のNHSのサービス全体の管理、モニター、及び資金提供を通じて支援を行う。

NHS制度設立以前の歴史をたどると、19世紀から20世紀初頭にかけては、政府が医療サービスの無料提供を行うことはなく、イギリスの慈善家等が寄付により、無料で人々に医療を提供していたが、低賃金労働者やその家族を含めて全ての人々に対して医療サービスが無料で提供されるわけではなかった。NHS制度が設立され、組織の経営管理面での改革が、主に1958年からの10年間で行われた。その後、1979年に政権を握った保守党サッチャー政権下で、NHSの財政面の効率化を目的に、組織改革が行われた。多岐に渡る改革案の中で主なものとしては、組織内における経営管理システムの確立と内部市場システムの導入である。内部市場システムとは、NHSの組織を医療サービス購買者(Purchaser)と医療サービス提供者(Provider)に分離し、NHS内部で市場原理を働かせ、より効率的に運営する試みであった。実際にNHS改革が実施されたのは、1990年にメージャー政権になって翌年の1991年からで、NHSトラス、GPファンド・ホルダーが誕生し、独立採算の組織として経営管理を行った。しかし、NHS改革が導入された15年間で十分な成果はあげられず、むしろ1997年にブレア政権が誕生してから入院待ち時間の患者数は上昇していた。

第4期 再編期 1990年代以降—NHS改革 1990年に入り、NHS改革によるイギリスの医療制度は大きな変革を遂げた。従来の課題であった、①入院、手術の待ち時間(ウェイティング・リスト)②人的、物的資源の確保

③医療サービスの質的低下 等への取り組みが主な課題であった。1990年にNHSサービス及びコミュニティーケア法（The National Health Service and Community Care Act 1990）が成立し、障害者に対しては、NHSの長期入院治療から、自治体が社会復帰関連施設を整備し、社会資源を提供することにより、障害者がコミュニティーの中で生活できるようにするというコミュニティーケアへの転換が支援されるようになった。1980年代から続いてきたサッチャー・メージャー保守政権は1997年にブレア労働党政権へと移行し、ニューディール政策を中核とした新たな福祉、労働政策が推進された。すなわち、従来の完全雇用政策から労働市場を重視した経済社会の構造改革を行う政策へと路線を変更した。貧困者、障害者等への、所得補助等の現金給付から、職業、教育訓練の機会を実施することになり、障害者の社会復帰、雇用機会の増加を目標とした。1995年には、障害者差別禁止法（The Disability Discrimination Act 1995）が制定され、障害者の雇用に関して、従業員の募集、採用、雇用の継続等に際して雇用主が差別することを禁止する制度が導入された。精神障害者に対しては、1983年に1959年精神保健法が1983年精神保健法（The Mental Health Act 1983）に改正され、主な改革の要点として、①医療制度、水準の向上、治療、処遇方針の変化（閉鎖から開放処遇へ、施設からコミュニティーへ、等）②患者の権利の保護、拡大等であった。また、1995年には、1983年法を一部補う形で、1995年精神保健（地域における患者）法（The Mental Health (Patients in the Community) Act 1995）が制定された。また、2002年2月に、「精神保健法の改正」（Reforming the Mental Health Act）が公表された。2002年の改正案の主な

改正点は、精神障害犯罪者の処遇に関する規定案であった。1983年精神保健法では、精神病と診断されなかった者（精神発達遅滞、人格障害等）に関しては、「治療可能性」が認められた場合にのみ、病院に収容し、治療を受けさせるという民事、刑事の強制手続きをとることができる」と規定していた。その結果、治療可能性が認められないと判断された場合には、患者は十分なケアを受けることができず、病状が再発して社会適応が困難となり、再犯の恐れが高まるという悪循環に陥っていた。そこで改正案では、治療可能性の要件を取り除き、精神障害の定義を広げることにより、従来法の対象とならなかった者に対しても強制治療の可能性を広げた。

II 精神保健法の改革と英国におけるメンタルヘルスの最近の入院患者数の推移について⁸

・1983年に改定された精神保健法（The Mental Health Act 1983）に基づく拘留患者数は、2005-2006年は47,400と、2004-2005年の46,700人から上昇している。公的入院（法律に基づく入院、わが国の医療保護入院、措置入院を含む）の入院患者数は、2005-2006年には27,400人であり、2004-2005年の26,800人より上昇し、過去最高であった1998-1999年の26,900人を上回っている。

・2005-2006年の公的入院の95%の患者は、NHS（国営の精神医療サービス事業）の入院患者である。89%の入院患者は、精神保健法 Part II の入院（医療保護入院に相当）は、全体の89%である。

・任意入院の患者数は、2005-2006年には20,000人、2004-2005年の19,900人を更に上回る。

・司法精神科病棟の入院患者数は、2004-2005年と2005-2006年では変化はなく、1995-1996年から約85%に減少している。

・2005-2006年の拘留患者数は、人口100,000人に対して87人である。

・2006年3月31日では、14,600人の入院患者の中で、12,100人はNHS、2,500人は、民間病院（国営の病院以外）の入院患者である。

精神障害者のためのケアホームはUK全体で43000床ある。経営母体別のデータは他種のホームと混在のデータしか明らかにならないため推計であるが、公立、ボランティア、民間の比率は1:1:3程度と思われる。

民間病院への入院数の上昇傾向

・表3に示されたように、NHSの機関への入院数は、2005-2006年において94%であり、1995-1996年の97%に比べて減少している。一方で、民間病院への入院数は、1995-1996年では3%であったが、2005-2006年には6%に上昇している。

(Department of Health, 2007)

Ⅲ 南ロンドンモーズレイ病院摂食障害患者に対する地域医療のサービスの概要

NHSの財源は、現在では、80%は国民の税金、12%は国民保険、受益者の直接の支払いが2-3%であり、税金と国民保険の二つで90%以上のコストをまかなっている。ちなみに、イギリスでは、精神病院の9割以上が国営であり、民間病院が9割以上というわが国とは対極をなしている。

モーズレイ病院には、摂食障害ユニットの外来部門もあるが、年間の新患者数は、過食症約300人、拒食症約140人である。モーズレイ病院摂食障害ユニットでは、モーズレイ

NHSトラスト摂食障害ユニット最高責任者、ロンドン大学精神医学教授、ジャネット・トレジャー教授を中心に、摂食障害部門の診療、研究、教育が行われている。摂食障害の治療の外来治療のプログラムは、主に動機付け面接とCBTを中心として、過食症に対する10セッションの個人CBT、CD-ROMにアクセスできるCBT簡易版のプログラム、ANに対しては、20セッションのプログラムが行われている。

さて、南ロンドンモーズレイ地域の摂食障害のサービス機関は、モーズレイ病院のほかに、主に4箇所、提供されるプログラムは、時間が限定され、構造化された心理的介入のプログラムが主であるが、過食症に対しては、ガイドによるセルフヘルプ、CD-ROMによる過食症に対するCBTのプログラム等もより効率的な治療が可能である。また、訪問看護などのアウトリーチ、デイケア等も行われている。

南ロンドンの地域には、摂食障害患者に対するサービスとしてほぼ10箇所のデイケアの施設がある。患者は、規則正しい食事を屋外のランチ等穏やかな雰囲気の中で食べながら、パソコンや陶芸などといった様々なプログラムに参加している。こうした施設は、入院病棟、外来、地域のセルフヘルプのグループ等とのアクセスも良好である。また、本邦ではまだ発展していない、摂食障害患者さんのための自助グループホーム（デンブリッジハウス）は、もともと慈善事業として設立され、現在の運営はNHS（National Health Service=英国の国民医療制度）に委託されている。レジデント（滞在者）は食事や自分の生活は、自分で管理することを原則とし、就労や就学など具体的な目標をグループ・ミーティングで挙げ、グループ療法に参加している。

ロンドンブリッジに隣接するガイズ・ホスピタルでは、摂食障害患者の家族やパートナーなどのためのワークショップが定期的に行われている。ガイズ・ホスピタルは、地下鉄と国鉄の駅前であって、交通の便もよく、ワークショップは各週で夜7時から2時間行われている。毎回、トレジャー教授やスタッフのたいへん親身でわかりやすい内容のレクチャーやロールプレイを交えがあり、家族とスタッフがアットホームな雰囲気ですべて患者さんとのかかわり方に関する問題について話し合われている。

また、イギリスでは、摂食障害の患者、家族のための慈善団体、ビートという団体が援助のための様々な情報を提供し、治療者との交流もさかんである。年に1回、ロンドン市内でカンファレンスが開かれているが、患者の母親が、拒食症の息子が回復する過程をわかりやすく発表したり、トレジャー教授らが新しい治療のプログラムについての講義をしたりと、大変充実した内容である。こうした団体が患者や家族に摂食障害の援助に関する情報を提供するだけでなく、臨床研究のリクルートに役立っている。

児童思春期部門のモデルについて

精神医学研究所・モーズレイ病院のマイケル・ラターセンターの児童思春期摂食障害部門のコンサルタント心理師、イアン・アイスラー博士は、摂食障害部門の紹介の経緯について、まずGPからCAMHSのサービスへ、次に専門病院（モーズレイ病院）への紹介ルートと、GPから直接モーズレイ病院へ経緯があり、紹介患者の平均待ち時間は2、3週間と、通常のNHSの患者待ち時間に比べ非常に良好なサービスが提供されていることを指摘した。スタッフは、コンサルタント精神科医、コンサルタント心理師、看護師、パ

ートタイムの精神科医からなり、年間の新患者数は、20-30名、10%は入院部門へ紹介される。拒食症の児童思春期に対するエビデンスのある、家族療法にも力を入れており、結果として良好な治療成績を残している。アイスラー博士は、待ち時間の少なさ、治療成績の良さから、集中治療のための看護師の確保、コストのかかる入院施設よりも、こうした外来中心の専門施設に、スタッフと経費を投入することが、はるかに経費の削減につながると主張する。

IVイギリスの民間病院（非公的病院）について—NHSの課題と民間病院への期待

イギリスの精神病院の約90%は国営（NHSトラストにより運営）であり、残りの約10%は民間の病院に委託されている。

プライオリー病院の視察見学

イギリス大手の民間精神病院のひとつ、プライオリー病院はロンドン郊外のケントの閑静な住宅街の1画にあり、ロンドン市内からのアクセスは、チャリングクロス駅からロンドンブリッジ駅を経由し、国鉄で直通約40分間のヘイズ駅から徒歩10分である。

病院の建物は、もともとは70年前に建てられた看護師のための養老院であったが、25年前にプライオリー社が買収し、入院病棟、デイケア施設を含め新しい建物を併設した。施設の概要は、メイン・レセプション、外来診療部門からなる旧建築物、48床の開放病棟から成る2階建の入院病棟、デイケアや、心理療法や集団療法、家族療法、アート療法などのための新建築物からなる。（写真参照）中庭に面したレンガ造りの旧病院の、1階はメイン・レセプション、2階、3階は外来診療部門に当てられている。敷地内のやや奥まった場所に、デイケア部門の受付がある。ま

た、入院病棟は、メイン・レセプションから左に中庭をはさんで、2階建ての建物。入院病棟からダイケア部門へ連絡通路があり、入院患者は個々のプログラムに応じて参加することができる。

入院病棟の1階は、成人の一般の精神科病床、主に、気分障害、不安障害などの30床の解放病棟から成る。2階は、中央の境界を隔てて、18歳以上の摂食障害患者のための解放病棟30床、残りの18床は、13歳から18歳の児童青年期の摂食障害患者の解放病棟。1階、2階それぞれに食堂、診療室、病室があり、2階の摂食障害の患者も、一般病棟の患者のための集団療法に参加したり、一般病棟の患者と食事をしたりすることができるというメリットがある。病室にはベッドの他、部屋にはクローゼットやテレビも設置されている。1階の食堂は、職員や患者の家族も利用でき、美しい庭に面しており、料理もロンドン市内のちょっとしたレストランよりはるかにおいしく、栄養のバランスも良い。昼食時には、摂食障害の患者数名と看護師がスタッフや家族に混じって食事をしている風景も見られた。また、児童思春期病棟には、授業を行う教室も設置され、専属の教師が各患者に合わせた院内教室での授業を行う。行事も充実しており、クリスマス会や、ロンドン市内の、ナショナルシアターに職員と患者で出かけたりと様々である。

摂食障害の入院患者は、近年は重症例や、うつ病、発達障害などの併発精神障害を伴う患者が多いことが、本院の特徴であると、摂食障害部門のコンサルタント精神科医である、マクラーレン医師が語ってくれた(写真参照、医師の診察室窓から見える建物は入院病棟)。本院の所属するロンドン南東部の人口200万人のキャッチメントエリアの一角には、NHS トラストの入院病棟である、

ヨーロッパ最古の精神病院、ベスレム病院もあり、摂食障害の診療にかけては比較的恵まれた地域ではあるが、摂食障害患者の約80-90%はNHS トラストの入院患者である。NHS トラストの病院(公的病院)では待ち時間が長いこと、患者が所属する地域の病院への入院、併発精神障害を伴う患者への対応が難しいことがあげられ、結果としてNHS トラストから民間病院へ患者が依託される。一方で一般病床の入院患者は、民間の健康保険会社から入院費が支払われている。ちなみに、民間の健康保険会社(例;BUPA;イギリスの最大手の民間健康保険サービスの企業。BUPA はイギリスの最大手の急性期病院及びナーシングケア・ホームを運営している)の年間の費用は平均100ポンドであり、決して安くはない。しかし、GP からNHS トラストの外来への紹介期間は数週間から数ヶ月であることに比べ、当院では翌日には診療が受けられるというアクセスの良さは魅力である。

摂食障害の入院患者の平均在院日数は、約半年間であるが、範囲は広く2ヶ月から数年まで幅広い。本院には、広範性発達障害の合併した拒食症の入院患者が多く、特有のこだわりの強さが食行動にも影響し、中には経管栄養から経口の食事摂取への移行を頑なに拒否し続ける患者もいる。発達障害スペクトラムと拒食症に関連については、近年ジャネット・トレジャー教授にも指摘されているが、本院には発達障害への対応に長けた看護師も多く、こうした難しい入院患者も多いという。

うつ病や PTSD といった併発精神障害を伴う摂食障害患者の入院へのメリットも、本院の特徴であると、マクラーレン医師は語る。何故なら、一般病棟の診療との移行が柔軟であり、摂食障害に対する CBT (認知行動