

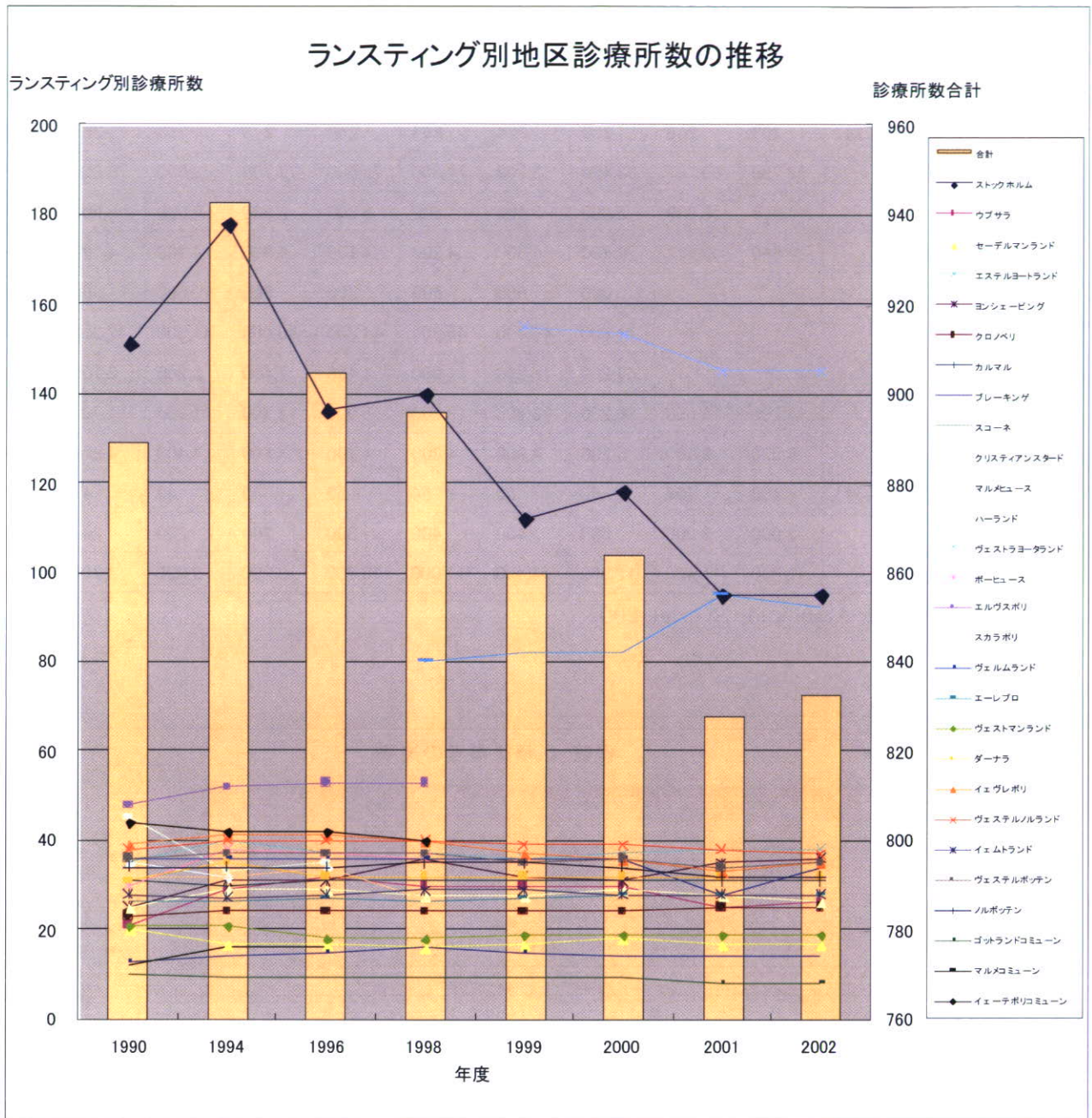
ランスタング別地区診療所数 (表11)

各年度12月31日現在の数字

| | 1990 | 1994 | 1996 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ランスタング/コミュニオン | | | | | | | | |
| ストックホルム | 151 | 178 | 136 | 140 | 112 | 118 | 95 | 95 |
| ウプサラ | 21 | 29 | 32 | 30 | 30 | 30 | 25 | 26 |
| セーデルマンランド | 20 | 17 | 17 | 16 | 17 | 18 | 17 | 17 |
| エステルヨートランド | 35 | 40 | 37 | 37 | 36 | 37 | 38 | 38 |
| ヨンシェーピング | 25 | 31 | 31 | 36 | 32 | 31 | 35 | 36 |
| クロノベリ | 23 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 25 | 25 |
| カルマル | 31 | 30 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 |
| ブレーキンゲ | 13 | 14 | 15 | 16 | 15 | 14 | 14 | 14 |
| スコーネ | | | | 80 | 82 | 82 | 95 | 92 |
| クリスティアンスタード | 35 | 32 | 34 | | | | | |
| マルメヒューズ | 45 | 33 | 35 | | | | | |
| ハーランド | 25 | 29 | 29 | 28 | 28 | 29 | 28 | 26 |
| ヴェストラヨータランド | | | | | 155 | 153 | 145 | 145 |
| ボーヒューズ | 30 | 38 | 37 | 36 | | | | |
| エルヴスポリ | 48 | 52 | 53 | 53 | | | | |
| スカラポリ | 32 | 32 | 34 | 27 | | | | |
| ヴェルムランド | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 28 | 34 |
| エーレプロ | 26 | 26 | 27 | 26 | 27 | 28 | 28 | 28 |
| ヴェストマンランド | 21 | 21 | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| ダーナラ | 31 | 35 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 |
| イエヴレポリ | 39 | 41 | 41 | 40 | 37 | 36 | 33 | 35 |
| ヴェステルノルランド | 38 | 40 | 40 | 40 | 39 | 39 | 38 | 37 |
| イエムトランド | 28 | 27 | 28 | 29 | 29 | 28 | 28 | 28 |
| ヴェステルボッテン | 36 | 37 | 37 | 37 | 35 | 36 | 34 | 35 |
| ノルボッテン | 34 | 34 | 34 | 35 | 35 | 34 | 32 | 32 |
| 計 | 823 | 876 | 838 | 847 | 851 | 855 | 820 | 825 |
| ゴットランドコミュニオン | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 |
| マルメコミュニオン | 12 | 16 | 16 | | | | | |
| イエーテポリコミュニオン | 44 | 42 | 42 | 40 | | | | |
| 合計 | 889 | 943 | 905 | 896 | 860 | 864 | 828 | 833 |

資料出所：保健福祉庁「Hälsa-och sjukvård-statistiksk årsbok」

(グラフ 11)



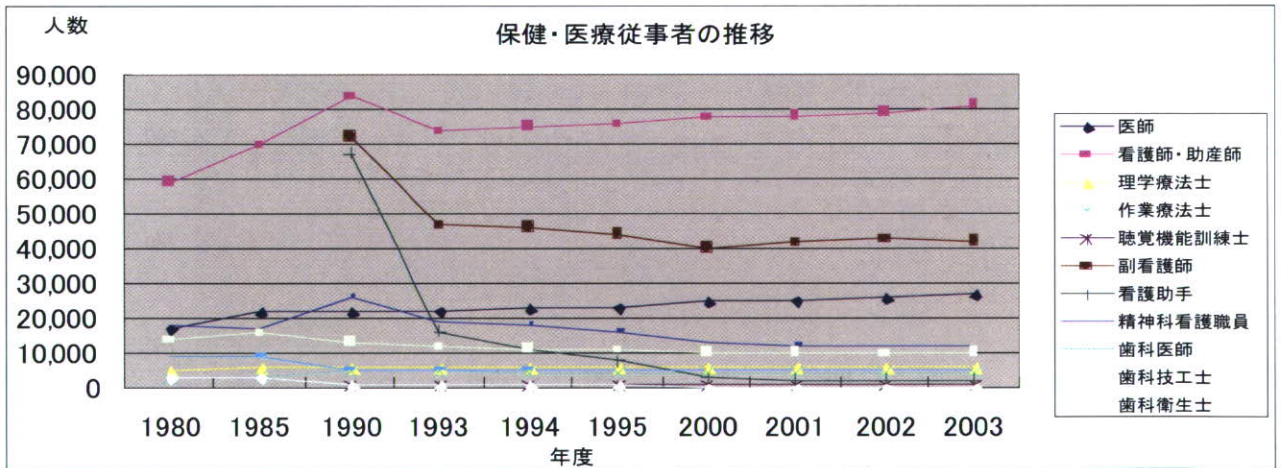
出所：(財) 医療経済研究・社会保険福祉協会
スウェーデン医療関連データ集をもとに作成

7. 保健・医療従事者の推移 (表14)

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1993 | 1994 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 医師 | 16,900 | 21,596 | 21,500 | 22,200 | 22,400 | 23,000 | 24,500 | 25,200 | 25,700 | 26,400 |
| (人口10万人対) | 203 | 258 | 250 | 254 | 254 | 260 | 276 | 283 | 287 | 294 |
| 看護師・助産師 | 58,790 | 69,261 | 83,400 | 73,700 | 74,900 | 75,500 | 77,700 | 78,000 | 78,800 | 80,800 |
| 理学療法士 | 4,599 | 5,889 | 5,300 | 5,400 | 5,600 | 5,600 | 5,900 | 6,000 | 5,900 | 6,000 |
| 作業療法士 | 2,540 | 3,121 | 4,700 | 4,300 | 4,200 | 4,100 | 4,000 | 4,100 | 4,100 | 4,100 |
| 聴覚機能訓練士 | | | 600 | 600 | 600 | 700 | 600 | 600 | 600 | 600 |
| 副看護師 | | | 71,800 | 46,700 | 46,200 | 44,200 | 40,000 | 41,300 | 42,300 | 42,000 |
| 看護助手 | | | 67,200 | 16,200 | 11,000 | 7,400 | 2,400 | 2,200 | 2,100 | 2,000 |
| 精神科看護職員 | 17,290 | 16,698 | 26,200 | 18,600 | 18,200 | 15,900 | 12,300 | 11,900 | 11,700 | 11,700 |
| 歯科医師 | 8,320 | 9,000 | 5,200 | 4,900 | 4,800 | 4,700 | 4,400 | 4,400 | 4,300 | 4,300 |
| (人口10万人対) | 100 | 108 | 60 | 56 | 54 | 53 | 49 | 49 | 49 | 48 |
| 歯科技工士 | 2,900 | 3,000 | 500 | 400 | 400 | 300 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| 歯科衛生士 | 13,650 | 15,400 | 12,900 | 11,400 | 11,000 | 10,700 | 9,900 | 9,800 | 9,700 | 9,900 |

出所：Statistisk Årsbok för Sverige 2005

(グラフ14)



出所：Statistisk Årsbok för Sverige 2005 をもとに作成

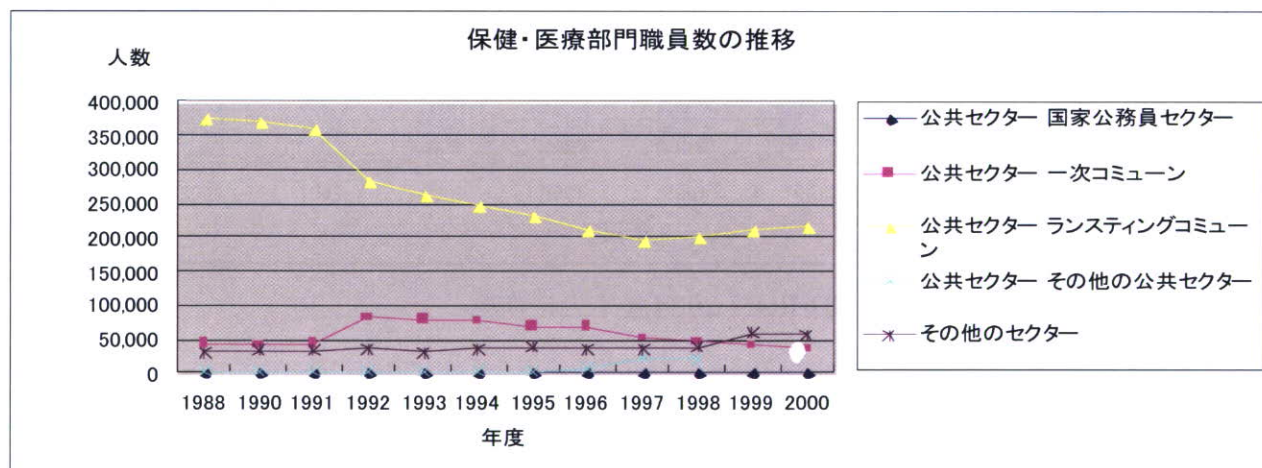
8. 保健・医療部門職員数の推移

(表15)

| | 公共セクター | | | | | その他のセクター | 合計 |
|------|-----------|----------|---------------|------------|---------|----------|---------|
| | 国家公務員セクター | 一次コミュニティ | ランスティングコミュニティ | その他の公共セクター | 公共セクター計 | | |
| 1988 | 1,146 | 43,664 | 376,858 | 3,667 | 425,335 | 30,448 | 455,783 |
| 1990 | 1,135 | 41,580 | 371,975 | 3,459 | 418,149 | 32,850 | 450,999 |
| 1991 | 1,079 | 43,052 | 360,905 | 3,311 | 408,347 | 33,855 | 442,202 |
| 1992 | 972 | 81,648 | 283,018 | 3,083 | 368,721 | 35,767 | 404,488 |
| 1993 | 775 | 78,706 | 264,409 | 2,918 | 346,808 | 31,990 | 378,798 |
| 1994 | 708 | 77,696 | 248,104 | 2,307 | 328,815 | 36,913 | 365,728 |
| 1995 | 656 | 69,008 | 234,558 | 2,262 | 306,484 | 37,818 | 344,302 |
| 1996 | 615 | 69,028 | 211,255 | 7,680 | 288,578 | 37,080 | 325,658 |
| 1997 | 562 | 52,406 | 196,453 | 22,366 | 271,787 | 36,169 | 307,956 |
| 1998 | 518 | 45,452 | 203,440 | 21,105 | 270,515 | 39,414 | 309,929 |
| 1999 | 498 | 40,251 | 213,056 | | 253,805 | 58,071 | 311,876 |
| 2000 | 517 | 36,595 | 215,761 | | 252,873 | 55,979 | 308,852 |

出所：Hälsa-sjukvards statistisk årsbok 2002

(グラフ15)



出所：Hälsa-sjukvards statistisk årsbok 2002 をもとに作成

9. 医療提供体制 (表16)

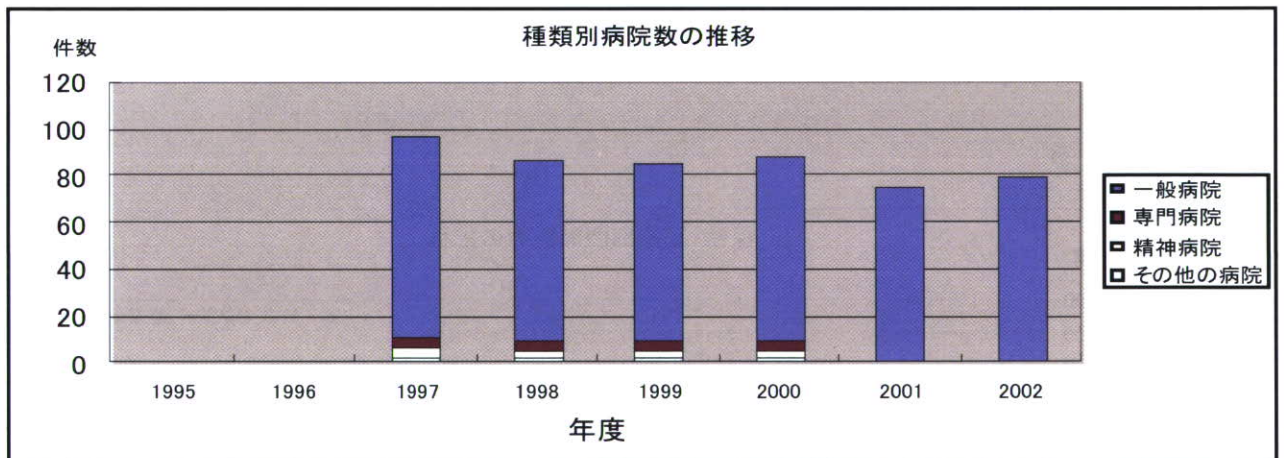
| 種類別病院数の推移 | | | | |
|-----------|------|------|------|--------|
| | 一般病院 | 専門病院 | 精神病院 | その他の病院 |
| 1995 | — | — | — | — |
| 1996 | — | — | — | — |
| 1997 | 85 | 5 | 4 | 3 |
| 1998 | 77 | 4 | 3 | 3 |
| 1999 | 76 | 4 | 3 | 3 |
| 2000 | 79 | 4 | 3 | 3 |
| 2001 | 76 | 0 | 0 | 0 |
| 2002 | 79 | 1 | — | — |

出所：Nordic Statistics on CD-ROM 2004

Health and Causes of Death

Number of Hospitals by type of hospital,number of beds,time and reporting couuntry

(グラフ16)



出所：Nordic Statistics on CD-ROM 2004 をもとに作成

10. 医師数の推移

1990年～2000年の医師数を表およびグラフで示す。この間の医師数は緩やかな増加傾向を示す。各セクター間での医師数の増減

は、医師の所属替え、コミューンの移管によるものである。

民間セクターは「その他のセクター」に含まれている。

医師数の推移（表17）

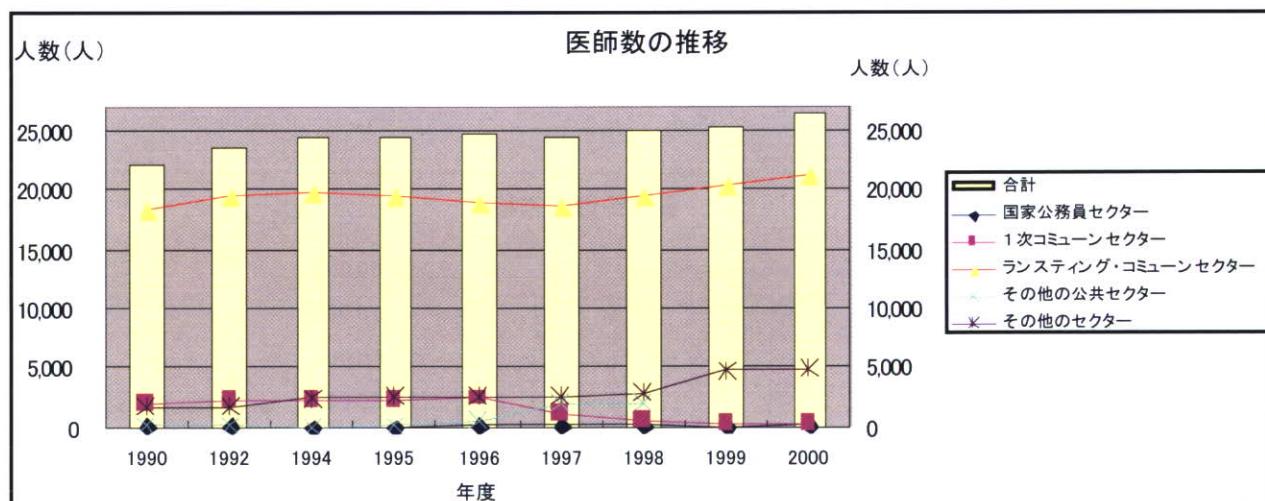
| | 公共セクター | | | | | その他のセクター | 合計 |
|------|-----------|-----------------|----------------------|------------|----------|----------|--------|
| | 国家公務員セクター | 1次コミュニケーションセクター | ランディング・コミュニケーションセクター | その他の公共セクター | 公共セクター一計 | | |
| 1990 | 87 | 1,975 | 18,207 | 215 | 20,484 | 1,698 | 22,182 |
| 1992 | 84 | 2,301 | 19,322 | 186 | 21,893 | 1,762 | 23,655 |
| 1994 | 64 | 2,367 | 19,623 | 67 | 22,121 | 2,424 | 24,545 |
| 1995 | 67 | 2,290 | 19,517 | 80 | 21,954 | 2,633 | 24,587 |
| 1996 | 72 | 2,503 | 18,999 | 555 | 22,129 | 2,636 | 24,765 |
| 1997 | 72 | 1,158 | 18,682 | 2,036 | 21,948 | 2,652 | 24,600 |
| 1998 | 74 | 617 | 19,421 | 2,013 | 22,125 | 2,832 | 24,957 |
| 1999 | 71 | 282 | 20,279 | | 20,632 | 4,796 | 25,428 |
| 2000 | 74 | 272 | 21,225 | | 21,571 | 4,829 | 26,400 |

資料出所：保健福祉庁「Hälsa-och sjukvård-statistiksk årsbok」

出所：（財）医療経済研究・社会保険福祉協会

スウェーデン医療関連データ集

（グラフ17）



資料出所：保健福祉庁「Hälsa-och sjukvård-statistiksk

årsbok」をもとに作成

1.1. 看護師数の推移

1990年～2000年の看護師数を表およびグラフで示す。この間の看護師数はほぼ横ばい傾向を示す。各セクター間での看護師数の

増減は、看護師の所属替え、コミューンの移管によるものである。

民間セクターは「その他のセクター」に含まれている。

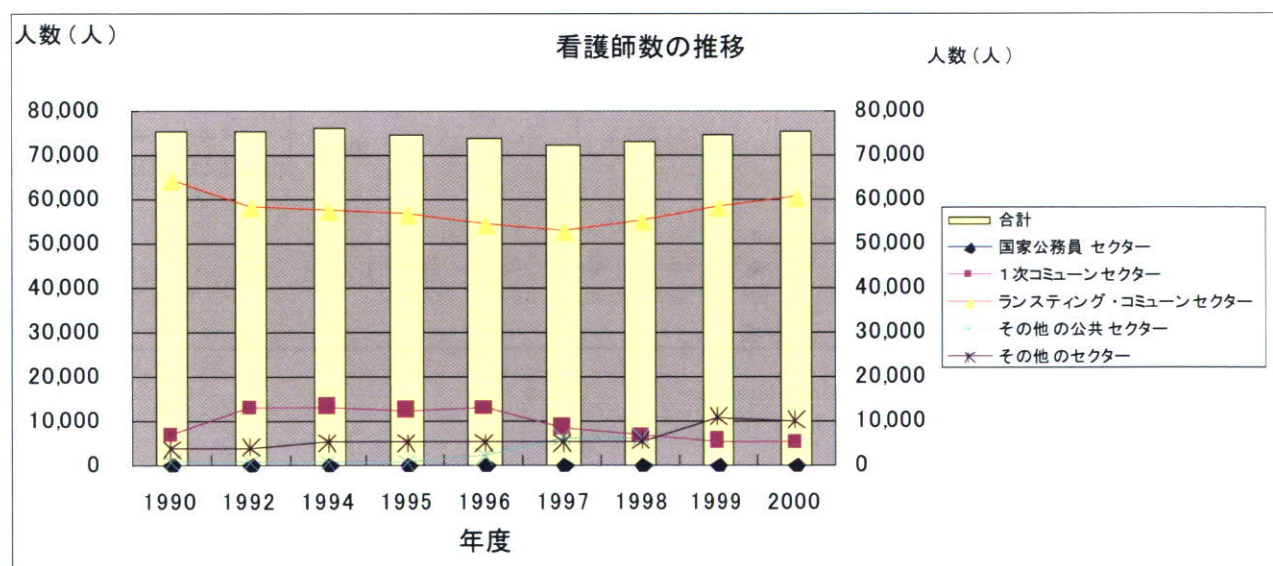
看護師数の推移（表18）

| | 公共セクター | | | | 公共セクター計 | その他のセクター | 合計 |
|------|-----------|-----------------|----------------------|------------|---------|----------|--------|
| | 国家公務員セクター | 1次コミュニケーションセクター | ランディング・コミュニケーションセクター | その他の公共セクター | | | |
| 1990 | 28 | 6,723 | 64,717 | 571 | 72,039 | 3,301 | 75,340 |
| 1992 | 21 | 12,757 | 58,117 | 549 | 71,444 | 3,839 | 75,283 |
| 1994 | 26 | 13,248 | 57,740 | 370 | 71,384 | 4,917 | 76,301 |
| 1995 | 25 | 12,479 | 56,631 | 358 | 69,493 | 5,134 | 74,627 |
| 1996 | 20 | 12,819 | 54,472 | 1,888 | 69,199 | 5,037 | 74,236 |
| 1997 | 14 | 8,627 | 52,755 | 6,301 | 67,697 | 4,920 | 72,617 |
| 1998 | 14 | 6,577 | 55,325 | 6,212 | 68,128 | 5,434 | 73,562 |
| 1999 | 18 | 5,571 | 58,489 | | 64,078 | 10,579 | 74,657 |
| 2000 | 14 | 5,035 | 60,220 | | 65,269 | 10,113 | 75,382 |

資料出所：保健福祉庁「Hälsa-och sjukvård-statistiksk årsbok」

出所：（財）医療経済研究・社会保険福祉協会
スウェーデン医療関連データ集

（グラフ18）



資料出所：保健福祉庁「Hälsa-och sjukvård-statistiksk årsbok」をもとに作成

IV. 社会サービス

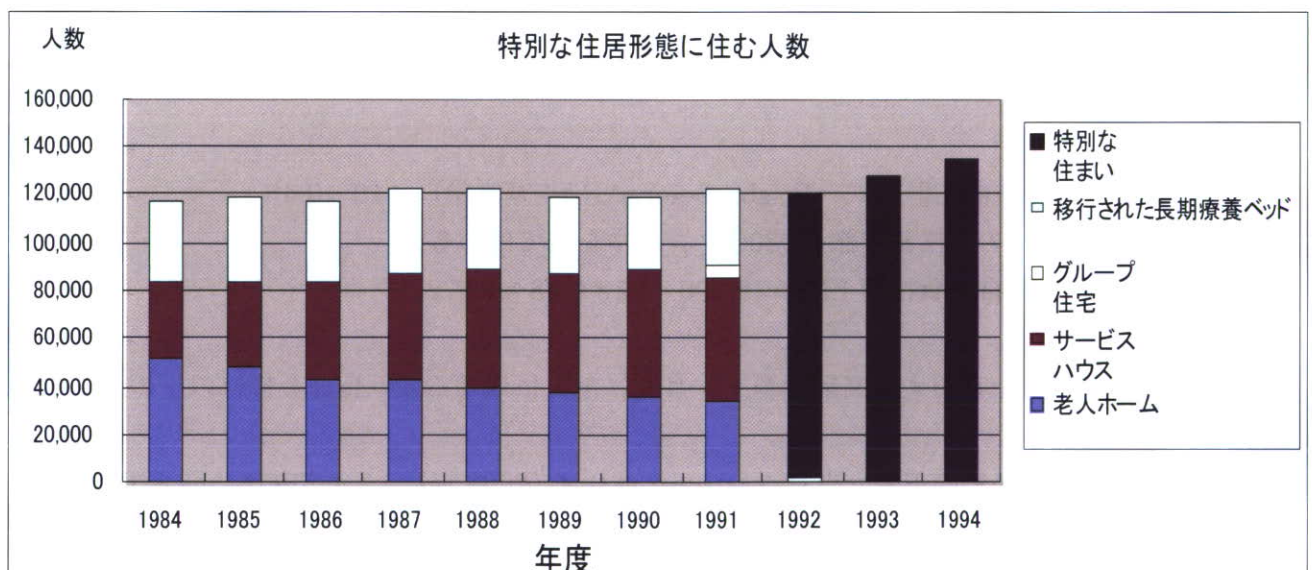
1. 特別な住居形態に住む人数（1984年～95年）（表19）

| 年 | 老人ホーム | サービスハウス | グループ住宅 | 移行された長期療養ベッド | 特別な住まい | 合計 | 80歳以上の入居者（千人） |
|------|--------|---------|--------|--------------|---------|---------|---------------|
| 1984 | 51,740 | 33,479 | | 33,495 | | 118,714 | 391 |
| 1985 | 48,916 | 35,949 | | 34,865 | | 119,730 | 383 |
| 1986 | 44,380 | 39,428 | | 35,009 | | 118,817 | 367 |
| 1987 | 43,192 | 45,330 | | 34,055 | | 122,577 | 366 |
| 1988 | 40,644 | 48,881 | | 34,453 | | 123,978 | 361 |
| 1989 | 38,924 | 49,467 | | 32,213 | | 120,604 | 367 |
| 1990 | 37,150 | 52,261 | | 29,941 | | 119,352 | 323 |
| 1991 | 34,515 | 52,488 | 5,105 | 30,346 | | 122,454 | 322 |
| 1992 | | | | 2,443 | 118,618 | 121,061 | 310 |
| 1993 | | | | | 129,066 | 129,066 | 324 |
| 1994 | | | | | 135,536 | 135,536 | 332 |
| 1995 | | | | | | 135,474 | 332 |

資料:「先進国における最新の高齢者対策」(社)エイジング総合研究センター

※上表からナーシングホームへの移行時の併存期間はないと考えてもよいのではないかとと思われる。

(グラフ19)



資料:「先進国における最新の高齢者対策」(社)エイジング総合研究センター資料により作成

2. ホームヘルプサービス料金

ホームヘルプサービス利用料金の算定方式は、保育料金と同様に各コミュニティによって決定される。共通しているのは、所得比例料金方式をとり、算定する際には所得総額から家賃や食費などの生活費とそれ以外の個人的経費（月額はコミュニティによって異なるが、1600～1800 クローネが平均的である）を差し引いた額を基礎とする。不足する分は、公的財源によって補助される。

さらに、低所得の有子家庭や年金生活者に対しては、家賃補助として住宅手当が支給される。エーデル改革によってナーシングホームなど従来医療施設であったものがコミュニティに移管されて、「特別な住まい」となった結果、家賃が独立した項目として費用徴収の対象になり、食費や介護費用とは別扱いになったので、住宅手当の持つ意義は大きい。

以上のような原則にもとづいて利用料金が算定されるので、経済的な理由で必要なケ

アやサービスが受けられないということはまったくない。さらに、受けるサービスやケアの量が多くなれば、負担限度が決められており、一定額以上は負担しなくてもよい仕組みになっている。したがって、ニーズが高い高齢者でも24時間を通したホームヘルプサービスや長期的通院治療や薬の購入が可能である。

3. 介護費用の自己負担額

エーデル改革から5～6年は改革の効果は発揮されたが、1998年からリバウンドし、社会的入院費支払い責任が増加傾向となった。この増加の背景には、基盤整備の物理的限界、介護スタッフ不足が上げられる。

在宅サービスと施設サービスにおける自己負担額のコミュニティ間格差が深刻となった（約6倍）ため、2002年7月1日、社会サービス法が改正され、政府がガイドラインを設定した。

- ・介護サービスを利用する高齢者が1ヶ月に支払う自己負担額の上限

1,544 クローネ（2003年）

1,572 クローネ（2004年）

- ・自己負担額上限設定計算式=Prisbasbelopp（価格基準額）/12×0.48

2004年の価格基準額 39,300 クローネを当てはめると、

2004年自己負担額上限=39,300/12×0.48=1,572（クローネ）となる。

- ・介護サービスを利用する高齢者が1ヶ月間に手元に残せる最低留保金額は以下の通りである。

最低留保額の下限=単身 4,162 クローネ（2003年） 4,238 クローネ（2004年）

カップル 3,478 クローネ（2003年）

最低留保額の下限設定計算式=39,300/12×129.4=4,238（クローネ）となる。

- ・全ての利用者負担額を支払った後に高齢者の手元に残されるべき個人的必要を満たすのに

十分な額＝食費、衣服費、余暇・レク費、家具・台所用品、消耗品費、衛生品費、電話・新聞テレビ代、薬代、歯治療費、旅行費、庭整備代
 (以上出所：スウェーデンの高齢者ケア ―その光と影を追う―東京経済大学 西下彰俊氏)

V. エーデル改革前後の自殺者の増減

全死亡数に占める自殺死亡数の変化(1) (表20)

| | 1985 | 1990 | 1995 |
|----------|--------|--------|--------|
| 全死因 (人) | 94,032 | 95,161 | 93,955 |
| 自殺等 (人) | 1,516 | 1,471 | 1,348 |
| 自殺の率 (%) | 1.61% | 1.55% | 1.43% |

全死亡数に占める自殺死亡数の変化(2) (表21)

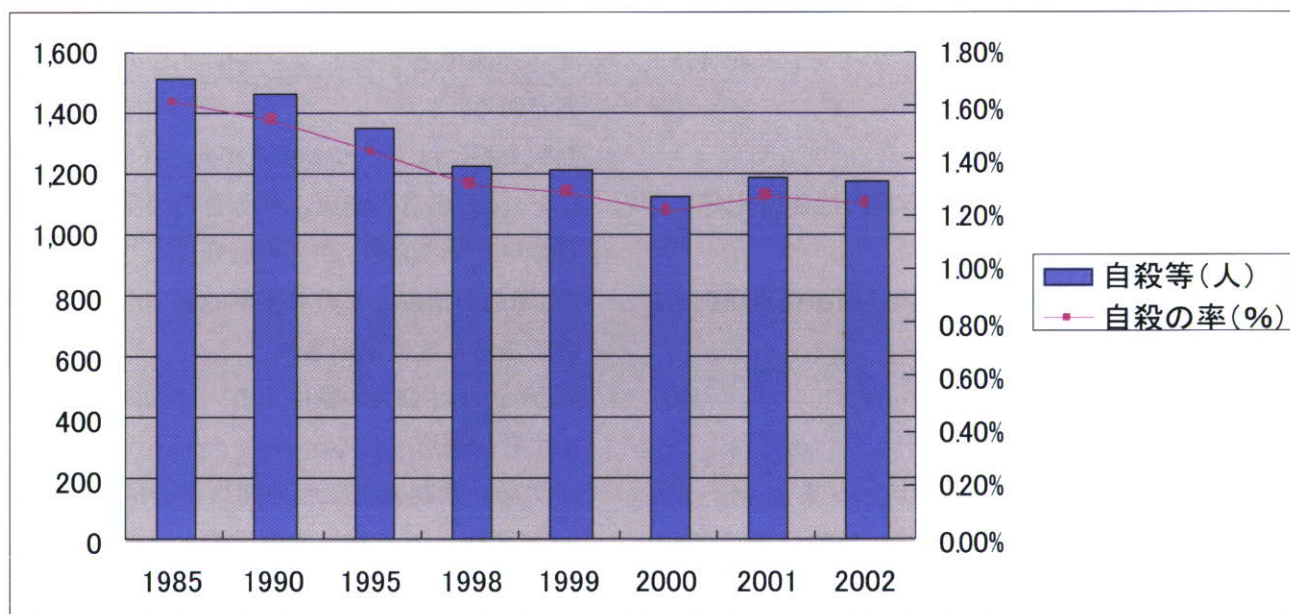
| | 1995 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 全死因 (人) | 93,641 | 93,628 | 95,076 | 93,516 | 93,809 | 95,071 |
| 自殺等 (人) | 1,348 | 1,229 | 1,219 | 1,130 | 1,196 | 1,180 |
| 自殺の率 (%) | 1.43% | 1.31% | 1.28% | 1.21% | 1.27% | 1.24% |

※死因分類が 2002 年版 Statistisk Årsbok för Sverige より、従来の Nordic tabulation list から European listing に変更になった。1995 年データは両分類による掲載、それ以降は新分類による死亡数を掲載している。

資料の出所：Statistisk Årsbok för Sverige2000、Statistisk Årsbok för Sverige2002

(グラフ20)

自殺者数と自殺率の変化



※上の2つの表からグラフを作成した。

スウェーデンにおいては、25~44歳の国民の自殺死亡率が1970年代にはノルウェー、英国、

日本、地中海沿岸諸国のいくつかの国と並んで常に上位にあった。この年頃の男性で死亡した

者の3人に1人、女性の死亡者の4人に1人が自殺でなくなっていた。1993年に、王立カロリンスカ研究所の公衆衛生学部内に「自殺防止対策と心の病の研究センター：National Center for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health」が設立されるなどして、スウェーデンでは国を挙げて自殺の防止に取り組んでいる。(第38回岡山精神保健福祉学会誌、エピローグ(岡南病院長 浅羽敬之)より抜粋)

※本資料は次の書籍を参考にし、引用させていただきました。

「エーデル改革とその後の動向」 前日本社会事業大学助教授 野口 尚
2003年12月18日 財団法人浅羽医学研究所発行

「先進国における最新の高齢者対策」(インターネット版)
平成10年度 社団法人 エイジング総合研究センター 発行

「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」
平成19年3月 財団法人 医療経済研究・社会保健福祉協会
医療経済研究機構

「スウェーデン医療関連データ集」
平成17年3月 財団法人 医療経済研究・社会保健福祉協会
医療経済研究機構

厚生労働省白書 2001年海外情勢報告
第1部 2001～2002年の海外情勢

「スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う—」

東京大学 西下彰俊

「国際比較分析による我が国の医療費政策の課題」

川崎医療福祉学会誌 Vol 15 No.2

坂本 圭

8. フランスの精神医療

(昆 啓之)

ヘルスケアシステムと精神保健法制

フランスの総人口は、6千3百万人。

現在の精神保健システムは1960年代に導入された。

成人の精神保健サービスは、839のセクターによって組織されている。

各セクターは、平均5万4千の成人を担当している。この組織の主たる目的は、予防と地域ケアの推進であり、精神保健サービスへのアクセスの保障とサービスを提供するチームの確立である。

強制入院には、二つの様式がある。

ひとつは、患者の健康に関心を持つ第三者によって申し立てられ、二人の医師による診察の結果、緊急の治療と常時の医学的管理を要すると診断された者に適用される。

もう一方は、公共の秩序あるいは人の安全を脅かす者に適用される。

いずれの強制入院にも期間の定めはないが、24時間後、15日後とその後1ヵ月毎に報告書の提出が義務付けられている。

福祉制度の特徴と医療制度の財政

2003年の総医療費はGDPの10.5%である。

精神医療費は、総医療費の9.5%を占めており、割合としては、2番目である。精神医療費のう

ち 80%を入院医療費が占めている。
慢性あるいは重症の精神疾患の場合または、経済的に著しく困窮している場合は、治療は無料で受けられる。ただし、入院の場合の housing costs は有料で、これは私的な保険でまかなわれることが可能である。公的な外来診療も無料である。私的な外来診療のコストは、社会保障が一部を負担し、残りは私的な保険でまかなわれることも可能である。個人の精神分析医が行う精神分析療法や、個人の心理士が行う心理療法については社会保障は負担しない。

職能団体の役割

いくつかの職能団体があるが、精神科医は、いずれにも登録の義務はない。ただし、精神科医に限らず、Conseil de l'Ordre des Medecins には登録の義務があり、年会費を納めなければならない。この団体は、医療行為を規制する役割を担っている。

精神科医の教育・研修

精神科のトレーニングは 6 年間の卒然教育後に始まる。専門医のためのレジデンスプログラムの選択は、全国レベルで行われる試験の成績によって決定される。その数は国レベルで決められる。2005 年の精神科レジデンスの数は 300 であった（全科をあわせると 4803、このうち GP が 2400）。2001 年は 176 だった。トレーニングの期間は 4 年。このなかに 1 年の児童思春期精神医学と、半年の大学病院での研修を含む。終了後に精神科専門医（成人または児童）の称号が与えられる。さらに 1 年の研修によって、依存、薬理、司法、老年精神医学の専門医を得ることができる。

自助グループ・NGO の特徴・役割

過去 10 年の間に、ユーザーと家族の団体が、医療機関における重要な役割を担うようにな

ってきた。彼らの役割は、公的に承認され、最近の法律で特定されたので、ユーザー団体の者が、病院の運営会議や患者の権利擁護委員会、さらに地域の精神保健の計画を担う委員会のメンバーになっている。また彼らは、国レベルの会議にも参加している。

2005 年に立案された精神保健に関する計画は、ユーザーの団体は、総額で 60 万ユーロの予算を与えられるべきであるとしている。

精神病院

病院に基礎を置くケアは依然として圧倒的重要性を維持している。2000 年の時点で、43,173 床の成人用の公的病床がある。これは成人住民 10 万あたり 9.4 床にあたる。ヨーロッパの先進諸国のなかでは、遅れて着手された精神病床の削減が実質的になったのは、1990 年代で、主として経費削減が動機であった。1987 年には 84,000 床であったので、おおむね半減している。ほとんどのセクターが病床を有しており、平均は 54 床である。61%が個室、26%が 2 床室であるが、13%は 3 床以上の多床室である。3 分の 2 のベッドは精神病院のベッドである。大半の精神病院は 19 世紀に建設されたもので、郊外にあるため、50%のベッドは各セクター外に位置している。児童思春期のためのベッドは 1,604 床しかないの、成人用のベッドを使用することがしばしばである。

急性期入院治療

多くの精神病院において、急性期、亜急性期、慢性期の分化は明確とはいえず、同じ病棟に混在していることが珍しくない。従って、急性期に限定した統計資料はない。

総合病院精神科

30%の公的病床は総合病院内に設置されている。精神医療が地域医療に統合されにくいこ

とと、総合病院内に精神科が乏しいことはかねてより問題視されてきており、このことが、精神疾患に対する偏見の大きな要因になっていることが指摘されている。

個人精神病院

個人精神病院の病床は約1万である。ここでの入院費用は社会保障から還付される。

入院以外の急性期治療

クライシスセンターはきわめて乏しく、全セクターのなかでこの施設を有するのはわずか5%にすぎない。在宅入院という機能を有するセクターもやはり5%にすぎない。

入院以外の居住施設

入院以外の居住施設では、8万6千人の収容能力がある。このうち1万1千は重度の障害者のための専門施設である。成人用の共同住居は2600人収容可能。3分の1の成人セクターがこの種の施設を持っていて、1セクターの平均収容能力は9人。4分の1の成人セクターには、看護師によるケアのあるリハビリ施設（平均収容能力9人）がある。半分のセクターは、NPOが運営する、スタッフのあまり多くないリハビリ施設を利用している。

外来通院施設

地域の精神保健センター（以下センター）の数は2200。すべてのセクターには少なくとも1つのセンターがあり、97%のセクターには、週5日診療しているセンターが少なくとも1つある。センターの15%はデイホスピタルを、28%はデイセンターを併設している。

デイホスピタルの数は、1218、収容人数は13900。83%の成人セクターが少なくとも1つのデイホスピタルを有し、そのうち87%は年中無休である。デイホスピタルには夕方まで滞

在することになっている。

デイケアセンターの数は1056、デイホスピタルに比べて、焦点を絞った活動を通じてより短い時間のケアを提供する。デイホスピタルは精神病院の敷地内にあることが多いが、デイセンターの91%は病院外にあって、より地域に向いている。

精神医療における人材

2004年の時点で、13765人の精神科医がいる。これは専門医全体の13%にあたる。平均年齢は50歳、23%が女性である。10万人に23人という数は世界でも高い比率である。しかし、今後減少が見込まれており、2020年には8千人になるであろう。公的機関に45.6%、個人開業が48%、残りは個人精神病院に勤務している。公的機関で働く精神科医は、成人セクターか児童思春期のセクター、いずれかを選択しなければならない。

心理士の数は、3万5千、このうち5千人が精神医療に従事している。

精神医療に従事するナースの数は5万8千人である。かつては、精神科専門ナースという資格があったが、1992年でこの資格はなくなった。

利用可能な施設・機関の地域差

利用可能な施設・機関には、地域差が大きい。セクター内の成人住民は、2万から17万にまで及ぶ。住民10万に対する病床も55から115までの開きがある。精神科医の偏在も認められる。開業する地域の選択に法的規制はないので、南フランスや大都市に偏りやすい。個人開業医の4分の1がパリ中心部にいる。北フランスや地方の公的な常勤医のポストが空席のままであることもしばしばである。

公的精神医療の利用者

2000年において、公的精神医療によって治療を受けている患者の数は、1,151,000人。セクターごとの平均は、1,387人（80から5,600の幅がある）。1989年に比して、62%の増加である。成人住民1,000人の26人が公的精神医療にかかっていた。このうち4分の1は1回のみの受診である。

入院、在院日数

2000年において、306,000人が、病院等の施設に入院あるいは入所した。公的精神医療にかかっていた患者のうち入院したのは27%であった。1年間の入院日数は平均45日（1989年には86日だった）。在宅入院は1,200人に対して施行され、その平均期間は3ヶ月であった。1年以上入院している患者の割合は、4%と高くないが、これらの患者によって病床の25%が占められていた。

外来通院患者

2000年の外来通院患者は980,000人であった。これは、公的精神医療にかかっていた患者の85%を占める（1989年には75%）。3分の2の患者は、外来通院のみであった。外来通院患者の70%は地域の精神保健センターでフォローされていた。通院回数の平均は、年間8回。120,000人の患者が自宅への訪問を受けていて、その平均回数は年間11回であった。デイセンターやデイホスピタルの利用者は125,000人であった。

強制入院

2001年において、強制入院が入院全体に占める割合は、13%であった。1990年の法改正の影響で、この10年間に増加している。毎年およそ68,000件の強制入院がある。

9. 精神科診療所

(窪田 彰)

「精神科診療所の地域ケア提供体制の実態と国際比較」

1. 日本の精神科診療所は、全国で4000件を超えて増えている。この様な実態は、精神科医療における退院促進とその後の地域ケアを考えた時に、無視できない社会資源であり、その効果的な活用が有益であると言える。日本の精神科診療所の特徴は、医師及び看護師や精神保健福祉士・作業療法士等のコメディカル職員とのチームワークによって成り立っている。しかも、医療保険を基盤にした民間の医療機関として運営されている。そして、デイケアや訪問診療及び訪問看護といったアウトリーチ型医療も合わせて実施している。このような日本の精神科診療所は、欧米諸国のプライベート・プラクシス等の無床精神科外来医療機関と比較して、精神障害者への地域ケアを担う医療機関としての機能が高く、地域の中で特別な役割と機能を果たしていると言える。

2. 欧米諸国の地域ケアにおいては、外来医療の直接的な提供者は家庭医（GP）が処方を行なっている。この家庭医は精神科の専門医ではなく一般医である。そして、精神科の専門的地域ケアは、地域精神保健センターやそれぞれの国々に特徴づけられた地域ケアチームが、ACT チームや通所サービスやアウトリーチサービスを担っている。この地域ケアにおける欧米と日本の医療の役割と機能の形態の違いを考察する必要がある。

3. そこで本研究では、

①. 欧米諸国の地域ケアチームの中における、医療の役割の違いを考察すること。

研究計画Ⅰ：オランダの精神科地域ケアの実態と、そこでの医療の役割と機能及び構造につき検討する。英国における、精神科病院の解体とその後の地域ケアへの移行の実践において、医療の提供はどのような役割と機能及び構造であるか考察する。

②. 日本の精神科診療所の、長期入院後の地域ケアにおける機能と役割を明確にすること。

研究計画Ⅱ：長期入院後の地域ケアにおいて、日本の精神科診療所がどのような機能と役割を果たしているかについて調査研究する。約10ヶ所の精神科診療所において、過去5年間に精神科病院を退院した患者総数約100人の退院後の生活状況につき、担当医及びコメディカルに聞き取り調査を実施する。対象は、1年以上の入院歴の後に退院して精神科診療所に通院した統合失調症の患者とする。該当者を主治医が選び、各精神科診療所に調査員が訪問して対象者につき聞き取り調査を実施する。その約100人の予後調査により、再入院予防が成功した患者と再入院した患者の予後に影響した因子について実態を調査する。また、この研究により日本の精神科診療所の特徴を明確にする。

この研究から、日本において今後どのような機能を精神科外来医療が持つことが長期入院後の患者たちの再発・再入院予防に有効であるか、どのような地域ケアの構造と機能が再発・再入院予防に有効であるか、国際比較と共に因子分析を行う。

（このパートは次年度に続く研究である）

D. 考察

1. はじめに

フィンランド、ドイツ、カナダ、オーストラリア、イギリスについて訪問し実地調査を行い、スウェーデン、フランスについては現地の事情に詳しい医師により精神医療について報告をした。それ以外の国の情報も含め考察する。結論から言うと現時点でも先進諸国の精神医療の実態は、世界精神保健連盟 1993 年世界会議で仙波らが報告した「いくつかの世界のモデル地区の精神医療状況をまとめると、ひとつの原則が浮かび上がってくる。施設としては、いずれも単科精神病院は、病態像によりまた疾患単位により機能分化され、多くの慢性患者は、医療が必要な重症者は残し、その他は、地域の社会復帰施設、ナーシングホーム、共同住居、自宅に移して病床数を減少させている。急性期は総合病院精神科で対応している。地域分担制をとり、各地域を分担する地域医療チームが継続医療を支え、慢性患者が地域で生活するための援助をきめ細かく行っている。必ず長期計画のマスタープランが提示され、優れた指導者がいることなどが特徴としてあげられる。」¹⁾ という観察結果と同じである。ただし国によっては質的劣化が見られ、また日本に導入するに当たって不適切と思われる箇所が存在する。これらについては後に考察する。

印象的であったのは、諸外国では脱施設化はすでに前世紀に終わったことと考えられ、多くの国において研究者や政策に関与する者の関心を失いつつあるということであった。OECD の医療に関するデータは今でも年次で発表されているが、精神科病床に関する項目は 2002 年を最後にデータの収集が行われなくなったことに端的に表れている。各国で精神科病床数、ホームのベッド数を尋ねても過去のデータは出ても、最近のデータについては正確な回答が

得られないことがあった。一方、より良いコミュニティ精神医療についての議論は活発であり、ACT を始めとするコミュニティでのサービスについて次々と新しい試みが発表されていた。

2. コミュニティメンタルヘルスサービス
全世界的に様々なレベルでのコミュニティ精神医療がメインになりつつある事は明らかであった。例えばドイツでは 9,000 ヶ所の(360 日開業の)診療所と 2,000 ヶ所の病院外来、フランスでは 2,200 ヶ所の精神保健センターと 1,218 ヶ所のデイホスピタルと 1,056 ヶ所のデイケアセンターがあり、人口当たりでは日本を上回っている。ヨーロッパではプライマリーケア医(家庭医・GP)が精神医療を行う国も多く存在する。ACT、モバイルチームなどのアウトリーチプログラムは英連邦圏ではすでに整備され、それ以外の諸国でも大都市より整備されつつある。新たな入院を防止する強い効果についてはいずれの国でも認められていた。

ナーシングホーム、グループホームなどは国により状況が異なった。高齢者と混在したデータしか得られない国が多く数値を求めることは困難であったが、精神障害者のみのデータが得られた国ではイギリス 0.71 床/人口千人、フィンランド 0.9、ドイツ 0.7 でありそれぞれの国の精神科病床とほぼ同数の国が多いという結果が得られた。オーストラリアのみ 0.05 と整備がなされておらず、同国での患者・家族からのケアに対する批判につながっているものと思われた。

脱施設≠コミュニティであることに注意しなければならない。精神障害者の居住する地域に必要なサービスを提供することがコミュニティ精神医療であったはずだが、ドイツに見られるようにホームの建設が新たな隔離を大量に作り出しているケースもある。フィンラン

ドではあえて病院敷地内に多数の支援住宅を整備していた。コミュニティーへの流れは理解した上でなお、脱施設化はステップワイズに行うべきという考えに基づく。これについて「施設内抱え込みである」といった批判はない。

海外には常時施設され 24 時間行動制限の行われているナーシングホームが多数あるという現実も見逃せない。症状の重い患者を病院から移すにはそのような処置が必要であるという。日本ではホームでの行動制限は認められていないが、ホームでの行動制限を認めなければ、当然の結果として退院できる患者数は先進諸国並みにはならない。

次のステップとして諸外国ではナーシングホームからグループホームへの移行が起こりつつある。フィンランドではすでにナーシングホームが減少傾向にあるという情報であった 9)。大規模で収容施設のナーシングホームよりも小規模なグループホームの方がより自然な居住環境であり、また小規模であるためコミュニティーの中で設置しやすいということがその理由であった。

これから整備する日本では、

- ① ホームの立地は厳しくチェックすべきである。病院以上に僻地にあるナーシングホームの存在、コミュニティーに戻れない脱施設化など無意味である。
- ② ナーシングホームでの閉鎖的処遇を認め多くの患者を退院させるのか、認めずにそこそこの退院患者数を目指すのか今の時点で決断する必要がある。
- ③ ナーシングホームを飛び越えてグループホームの建設を目指すという選択もありうる。もちろんナーシングホームに適した障害者のための必要なナーシングホームの整備は行うことも欠かせない。

3. 病床削減率と精神医療の質との関係

当研究では当初、第 6 章に示したように OECD のデータを使用し、病床削減率で 4 つのグループに分類した。しかし現地でデータを収集したところ、カナダは 0.16-0.17 床/人口千人 2)、ドイツは 0.66 床/人口千人 3)と、OCED のデータでのそれぞれ 0.4、1.3 よりもはるかに少ない数字が得られた。原因として前述したように OECD のデータには不備があること、最終年度の 2002 年から更に病床減があったことなどが考えられる。

これを踏まえ、改めてカナダ、ドイツの病床削減率を計算するとそれぞれ 60%、69%となる。この 2 つの国は OECD のデータを基に病床削減率 40%以下の第 2 グループに分類していたが、おそらくそれ以外の国も含め、このグループ自体がその後変化して 1B グループに近づいたと推論することができる。すると世界各国の病床削減率は 90%以上のグループと 60-70%のグループの大きく 2 群に分かれることとなる。

病床を 90%以上削減したイギリス、イタリア、アメリカ、オーストラリアでは精神医療の質、アクセスについて非常に批判的な論文が多く、世界的なレベルで見れば評価は低い。入院は日単位の短期間に限られ、改善しないまま退院させられるケースがある。ホームレスの発生率は上昇し、自殺率は下がっておらず、必要な医療が受けられないというデータが存在する。患者・家族の負担が重くなり満足度が低い。また病院が保安施設化し、良好なサービスを希望する患者は高額な民間保険&民間病院を利用するようになりそれらのシェアが増加し「格差医療」を作り出している。しかしメルボルン・バンクーバーのように大都市部ではコミュニティーでのケアをしっかりと行うことにより、医療の質を確保する可能性があることを研究協力者佐竹直子医師が明らかにした。

60-70%削減した国々では精神医療の質は保た

れており、文献的にも著しい精神医療の劣化を示すデータは見られなかった。視察したフィンランド、ドイツでの精神医療のレベルはおおむね満足すべきものであった。入院の環境は良好で、医療が必要なものには週単位での入院治療が行われ、作業療法や芸術療法などに十分な時間とコストをかけていた。現場のスタッフ、患者の評価も同様であり、入院日数（≒病床数に正の相関）もほぼ適当という答えであった。アクセスの点でも特に問題はないという評価である。病床削減がホームレスの発生率、自殺率を上昇させたと言うデータも無い。なお現時点での精神科病床数はフィンランド 1.0 床/人口千人、ドイツ 0.66 床/人口千人である。

WHO の統計ではヨーロッパ諸国の病床数の平均は 0.9/人口千人、先進諸国の病床数の平均は 0.77 床/人口千人となっている 4)。

比較研究をもとに病床削減を日本において論じるに当たり注意すべき点は 3 点あり、

- ① わが国の精神医療の特性に記したように、日本の入院患者は長期化・高齢化している統合失調症のみならず認知症患者も多い。これら高齢患者の脱施設化は若年者の退院促進よりはるかに困難であり、高齢者の多くはコミュニティーでの単独生活ではなく、支援付の居住施設に移ることとなる。諸外国の例としてフィンランドの年齢・疾患別入院患者数のグラフを見ると、半数を占めていた 65 歳以下の統合失調症患者は 70 年代から順調に減っている。しかし 65 歳以上の患者はほぼ全ての診断群について 80 年代半ばまで逆に増加し、その後ようやく減少に転じている。入院中患者の高齢化だけでなく、居住施設を整備するのに時間がかかったことが原因である。高齢患者の多い日本では高齢者問題をクリアすることは困難であり、諸外国ほど高い削減率は期待できない。

- ② 諸外国ではすでに統合失調症の脱施設化の世紀を終え、急増するうつ病のための質の高い入院治療の世紀に突入している。諸外国ではうつ病など気分障害の病床が着々と整備され増加している。わが国では 2 つの変化を同時に迎え、前者のために病床削減を、後者のために病床増床をしなければならず、相克がある。

- ③ 各国の精神科医、精神医療政策研究者は一律に「改革は 20 年かかった。病床削減は時間をかけて行わなければ失敗する」と語っている 5)6)7)8)。病床数削減は時間のかかるプロセスであることを忘れてはならない。

4. コミュニティーのシステム構築が先・病床削減は後という国際的な常識

フィンランドの脱施設化を実現した National Schizophrenia Project では、「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」ということをすべてに優先する大原則とした。WHO の報告書でも 14)、脱施設化の最初のステップはコミュニティーのシステムの整備である。それがあって初めて病床削減が成立するということが国際的な常識とされており、ドイツ、フィンランド、カナダでも専門家の意見は一致していた。その順序を守らずに改革を行えば精神障害者にどのような被害をもたらすかは、イタリア、アメリカなどの実例より明らかである。

5. バランス・ケア・モデル Balanced Care Model

入院施設に収容するだけの精神医療は時代遅れだが、コミュニティー精神医療だけが正しいと言うエビデンスも無い。公立の精神科病院を全廃し、極端なコミュニティー精神医療を推し

進めたイタリアに対する批判は強い 10)11)12)。現在までの研究からは、入院精神医療とコミュニティー精神医療の双方を取り入れたバランス・ケア・モデルが専門家に支持されている 13)。基本的に精神障害者はコミュニティーで治療を受けるべきだが、必要なときは短期間の入院治療を受けられることが重要である。

6. 単科精神科病院：精神医療改革の中で重要な位置を占め続ける

WHO の統計によると 13)、単科精神科の精神病床が多い国（全体の 60%以上）は日本、ドイツ、オランダ、スペイン、スイス、オーストリア、アイルランド、ベルギー、チェコ、メキシコ、ポーランド、スロバキアなどである。コミュニティー精神医学の定義によれば単科精神科病床を減らし、必要な病床は総合病院精神科病床として整備することになる。WHO の勧告も 14)、コミュニティーの専門家の意見も同様である 5)7)。

しかし総合病院精神科のデメリットも最近では強調されるようになった。最近のトレンドとしては地域に一括して予算の権限を与え、その中で医療だけでなくコミュニティーのサービスも地域のニーズによって予算を配分するようになってきている。ところが総合病院では他科の予算とどう線引きをするのが非常に困難であり、精神保健の予算を他に流用することなく消化する上で大きな問題があることが明らかになった 15)。医療と福祉の垣根なくメンタルケアサービスを行う最新の方法との相性が非常に悪いのである。

ドイツでもフィンランドでもカナダでも単科精神科病院は健在であった。総合病院も見学した上で、むしろ単科ならではの良さを強く印象つけられることとなった。精神医療には環境の与える力が非常に大きい。十分な敷地面積、運動場などのレクリエーション施設、日本よりは

るかに充実した作業療法・音楽療法・芸術療法などリハビリテーション施設など総合病院では望むべくも無いことである。これらは精神科入院治療に計り知れない効果をもたらしており、医療の質の高さを維持することにつながっている。医療関係者、患者の意見も同様に単科精神科病院を支持するものであった 16)。最新の精神医療において総合病院の方が医療の質が高いというエビデンスは見つからなかった。スイスではあえて総合病院精神科を作らなかつた。しかし単科精神科病院へのアクセスがよく、コミュニティーの社会資源として機能している 18)。

単科精神科病院はスティグマに繋がると言う意見がある 5)。しかしそもそもスティグマは当時の精神医療によるものであり、病院そのものではないという考えがある。単科精神科病院にまつわるスティグマと戦う試みが海外では続けられており 17)、この説は次第に説得力を失いつつある。単科精神科病院が攻撃されたのはコミュニティー精神医療に対立する存在としてであった。しかし現在の単科精神科病院は立地さえよければ立派にコミュニティーの社会資源として活用されるようになってきており、単科精神科の是非論は意味を成さなくなつてきている。この研究では単科精神科病院も立地さえ良ければコミュニティー精神医療の資源として活用可能であると結論付ける。

7. 脱施設化：病床削減の「尻抜け現象」

アメリカ、オーストラリアなど民間（営利）病院に対する政府のコントロールがゆるい国々では民間精神科病床が 90 年代から増加傾向にある。イギリスなど医療の「買い手」が政府だけになっている国々ではそのようなトレンドは弱かったが、最近になり急激に強まりつつある。フィンランドのように精神医療は公的病院が 100%と公表されている国ですら、民間（営

利) 病院に軽症患者が入院するようになっている。民間(営利)病院の精神科の増加は、うつ病などの治療のニーズが高まっていることが背景として考えられている。公的な精神科病床は削減され、表向きにはそのデータが示されるが、公表されないコントロールを失った病床が自律的に増えている。

この分野は各国の主要な精神医学者・政策担当者が最も嫌う話題であり、文献的報告はあるものの(19)、諸外国でも注意されていないテーマである。各国の精神科医、研究者に質問しても露骨に顔をしかめ天を仰ぎ、あるいは「民間のことは知らない」と無視する傾向が見られた。あるいは「民間病床は絶対数が少なく辺縁の話題だから」と話をそらす精神医学者もいた。また、ドイツでは「心身症・精神療法病床」があり、うつ病、神経症圏の患者の治療を行っている。精神科医出身の医師が勤務しているにもかかわらず、法的には精神医療とはみなされず、精神保健関係の所轄省庁の監督も受けず、精神科病床としてカウントされずにいる。70年代の改革前には0床であったが、脱施設化の裏で年々増え続け、現在は18,600床にも増加しており、医療費を押し上げる要因として問題視されている(19)。精神科医療の側からは一種のタブー視されており干渉する雰囲気無く(8)議論の対象とされていない。

脱施設化の一環として精神科病床を削減することにいくら努力しても、これらの例に見られるように病床削減の「尻抜け現象」を許しては改革の努力は泡と消えるであろう。日本でも近年、大都市中心に「心療内科病床」を標榜し一般病棟で精神医療を行う例が見られるようになった。諸外国から学ぶと日本の選択は次の2通りである。

① 統合失調症中心主義の精神医療から脱却し、うつ病も診られる体制を精神医療の側で整え、心療内科病床を増やさず、「心の

医療」の病床数をコントロールする。

② 精神科は統合失調症を基準に考え、その残存率などをもとに厳格な病床数削減をおこなう。結果としてうつ病患者は「心療内科病床」に移ることを許し、全体の病床数・医療費のコントロールを放棄する。

8. 公か民か：営利企業の問題

日本の精神医療は「民間病院がほとんど」と表現されてきた。日本では株式会社による病院はごく少数の例外を除き許可されていないが、アメリカ、イギリス、ドイツを始め多くの国で営利病院は認められている。諸外国で民間病院と言えは営利会社(多くは株式会社)

により運営されている病院を通常意味するため、実際、今回の調査でも諸外国の精神科医によるそれぞれの国の民間病院に対する評価は非常に低く、存在そのものを否定するような発言さえ数多く聞かれた。これまで日本の精神科病院は民間が主であるということで営利主導で質が低いかなのような印象を海外に与えてきた可能性が高いと思われる。

日本の医療法人は医療法により非営利団体と規定されており、このような団体は国によって異なるものの「公的」病院とみなされている例が数多く見られた。カナダでは公立・公的・民間のうち「公的病院」に分類され株式会社立の民間とは全く違う扱いを受けていた(20)。フランスでは基準を見たとし公的保健サービスと契約を結んだ民間病院は「公的病院サービス参加民間病院」として公的病院と同じ扱いを受けていた(20)。従って今後は「日本の精神医療は「公的」民間病院がほとんどである」という表現も可能である。

世界的に見て、他科と比べると精神医療においては営利病院は常に少数派で、公立、非営利法人が主であった。病院経営に非営利性が求められる理由として、医療という「情報が非対称