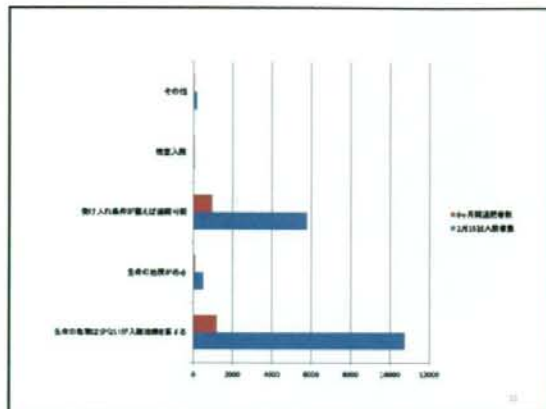


6ヶ月後退院群(F0を除く):年齢分布 (受け入れ条件の分析)

年齢	受け入れ条件が整えば退院可能		受け入れ条件が整えば退院可能		受け入れ条件が整えば退院可能		受け入れ条件が整えば退院可能		割合
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
0代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
10代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
20代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
30代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
60代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
70代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
80代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
90代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
合計	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0%

31



32

2月15日に入院中の患者の割合

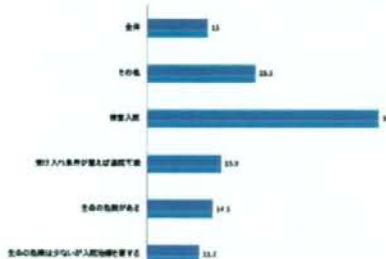


6ヶ月間に退院した患者の割合



33

6ヶ月間退院者数/元の入院者数 (各群別%)



34

精神病床の利用状況調査 「F0群の分析」

35

精神病床の利用状況調査、F0のみ抽出

(4) 退院後の医療状況

	全体	[再編]F0		[再編]F0		[再編]F0を除く		
		人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	
外来通院 (自費)	1,820	51.8%	892	38.1%	136	23.2%	1,267	60.2%
外来通院 (他費)	374	12.7%	134	10.0%	70	11.2%	299	13.2%
施設入院 (施設精神科)	115	3.9%	50	4.7%	27	4.0%	88	3.9%
施設入院 (施設精神科以外)	490	15.8%	190	16.2%	171	25.1%	289	12.8%
死亡退院	260	8.0%	88	8.0%	152	22.0%	112	4.9%
その他	207	7.0%	43	3.8%	30	4.0%	112	4.9%
退院回患者	2,846	100.0%	1,172	100.0%	683	100.0%	2,850	100.0%
入院回患者	74	-	35	-	32	-	42	-
合計	3,020	-	1,197	-	715	-	2,958	-

36

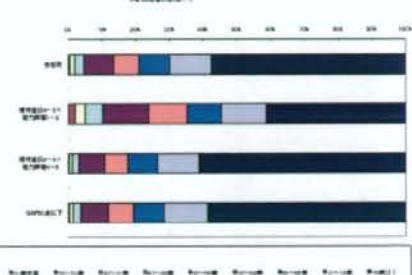
F0のみ分析

期：年齢

年齢	患者数	精神症状4-6× 能力障害1-3	精神症状4-6× 能力障害4-5	GAF50点以下
30歳未満	2	0	1	1
30～39歳	14	5	5	10
40～49歳	46	6	24	31
50～59歳	83	14	44	61
60～69歳	318	36	183	238
70～79歳	324	30	169	221
80～89歳	312	27	218	268
90～99歳	428	35	302	383
70歳以上	1,898	108	1,510	1,722
無効回答数	6	0	2	2
計	3,487	264	2,474	2,944

年齢別患者割合(F0のみ)

年齢別患者割合 (%)



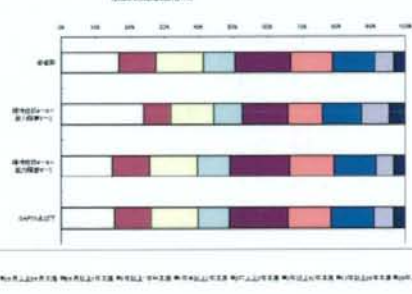
F0のみ分析

期：在院期間

在院期間	患者数	精神症状4-6× 能力障害1-3	精神症状4-6× 能力障害4-5	GAF50点以下
2ヶ月未満	578	63	264	458
2ヶ月以上3ヶ月未満	276	21	287	312
3ヶ月以上1年未満	478	33	347	402
1年以上1年半未満	300	22	226	263
1年半以上2年未満	362	22	422	488
2年以上3年未満	416	26	317	383
3年以上5年未満	428	30	299	367
5年以上10年未満	182	21	130	181
10年以上	121	13	85	108
無効回答数	13	6	11	16
計	3,487	264	2,474	2,944

在院期間別患者割合

在院期間別患者割合 (%)



F0における2軸評価

二軸評価による群別 (男18×男19 精神症状×能力障害)

在院期間	患者数	GAF50点以下
1群	112	18
2群	126	47
3群	287	147
4群	264	202
5群	212	150
6群	2,474	2,274
無効回答数	10	8
計	3,477	2,938

精神症状	能力障害	1群	2群	3群	4群	5群	6群
1	1	0	0	0	0	0	0
1	2	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0	0	0
2	2	0	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0	0	0
3	2	0	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0
4	2	0	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0	0	0
5	2	0	0	0	0	0	0
6	1	0	0	0	0	0	0
6	2	0	0	0	0	0	0

二軸評価群別患者割合 (F0)

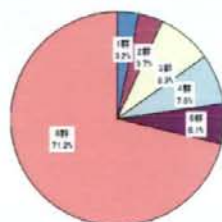


図14 過去10年間の日常生活動作(ADL)実態(1-1)

※バリエーションの増加に ※高齢者 ※ADLの低下 (※0～5点)の合計数

ADL合計点数	高齢者数	精神症状A～E 認知機能1～5	精神症状A～E 認知機能4～5	GAF50点以下
36点	890	10	291	890
35点	144	11	78	133
34点	130	27	78	114
33点	116	12	78	100
32点	118	14	78	99
31点	84	5	78	74
30点	83	6	78	83
29点	75	5	78	80
28点	72	6	48	81
27点	63	4	48	57
26点	56	4	48	53
25点	56	3	33	50
24点	50	3	33	47
23点	34	3	33	44
22点	34	2	33	39
21点	33	3	48	42
20点	36	2	33	38
19点	30	2	33	30
18点	26	2	33	26
17点	26	2	33	26
16点	20	2	33	20
15点	18	2	33	18
14点	16	2	33	16
13点	14	2	114	114
12点	864	2	148	148
11点	32	2	13	13
合計	3,487	284	2,474	2,844

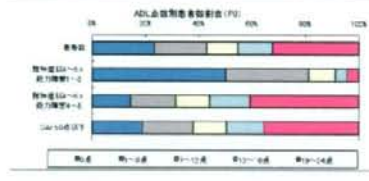
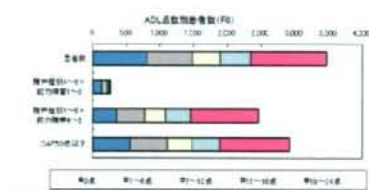


図15 手洗いの日常生活動作(ADL)実態(2-1)

※食事の用意, ※家事全般, ※金銭管理, ※薬の管理, ※電話の利用, ※買い物, ※交通手段の利用 (※0～2点)の合計

ADL合計点数	高齢者数	精神症状A～E 認知機能1～5	精神症状A～E 認知機能4～5	GAF50点以下
0点	32	10	8	22
1点	16	1	8	10
2点	23	6	8	14
3点	30	7	7	17
4点	46	12	8	22
5点	42	4	16	24
6点	66	8	32	42
7点	87	13	33	54
8点	98	13	26	44
9点	82	12	28	40
10点	98	18	38	60
11点	87	15	31	50
12点	132	27	82	120
13点	271	38	134	214
14点	2,381	77	2,002	2,170
15点	17	2	8	8
合計	3,487	284	2,474	2,844

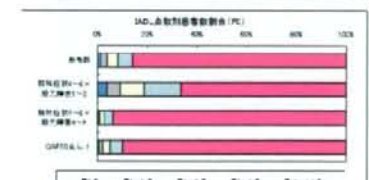
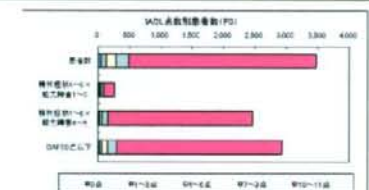
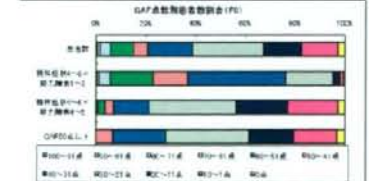
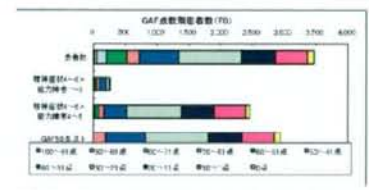


図16 GAF(機能)の全体的評定尺度)評点

GAF点数	高齢者数	精神症状A～E 認知機能1～5	精神症状A～E 認知機能4～5	GAF50点以下
100～91点	7	1	8	0
90～81点	12	0	7	0
80～71点	36	2	8	0
70～61点	145	12	13	0
60～51点	320	48	88	0
50～41点	187	37	82	197
40～31点	826	103	353	826
30～21点	887	30	861	887
20～11点	531	7	512	531
10～1点	505	2	482	505
0点	86	2	88	86
無回答回数	16	2	8	8
計	3,487	284	2,474	2,844

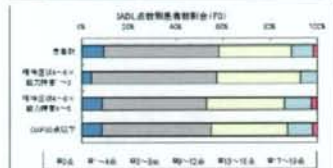
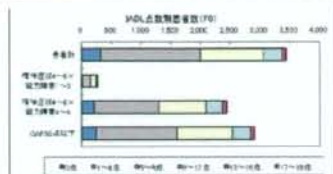


附1 精神生活評価尺度調査項目の概要

※ 労働性・危険性、※2と※3のG1・G2、※4※5※6※7、※8※9、※10※11、※12※13※14、※15※16※17※18、※19※20※21※22※23※24※25※26※27※28※29※30※31※32※33※34※35※36※37※38※39※40※41※42※43※44※45※46※47※48※49※50※51※52※53※54※55※56※57※58※59※60※61※62※63※64※65※66※67※68※69※70※71※72※73※74※75※76※77※78※79※80※81※82※83※84※85※86※87※88※89※90※91※92※93※94※95※96※97※98※99※100※101※102※103※104※105※106※107※108※109※110※111※112※113※114※115※116※117※118※119※120※121※122※123※124※125※126※127※128※129※130※131※132※133※134※135※136※137※138※139※140※141※142※143※144※145※146※147※148※149※150※151※152※153※154※155※156※157※158※159※160※161※162※163※164※165※166※167※168※169※170※171※172※173※174※175※176※177※178※179※180※181※182※183※184※185※186※187※188※189※190※191※192※193※194※195※196※197※198※199※200※201※202※203※204※205※206※207※208※209※210※211※212※213※214※215※216※217※218※219※220※221※222※223※224※225※226※227※228※229※230※231※232※233※234※235※236※237※238※239※240※241※242※243※244※245※246※247※248※249※250※251※252※253※254※255※256※257※258※259※260※261※262※263※264※265※266※267※268※269※270※271※272※273※274※275※276※277※278※279※280※281※282※283※284※285※286※287※288※289※290※291※292※293※294※295※296※297※298※299※300※301※302※303※304※305※306※307※308※309※310※311※312※313※314※315※316※317※318※319※320※321※322※323※324※325※326※327※328※329※330※331※332※333※334※335※336※337※338※339※340※341※342※343※344※345※346※347※348※349※350※351※352※353※354※355※356※357※358※359※360※361※362※363※364※365※366※367※368※369※370※371※372※373※374※375※376※377※378※379※380※381※382※383※384※385※386※387※388※389※390※391※392※393※394※395※396※397※398※399※400※401※402※403※404※405※406※407※408※409※410※411※412※413※414※415※416※417※418※419※420※421※422※423※424※425※426※427※428※429※430※431※432※433※434※435※436※437※438※439※440※441※442※443※444※445※446※447※448※449※450※451※452※453※454※455※456※457※458※459※460※461※462※463※464※465※466※467※468※469※470※471※472※473※474※475※476※477※478※479※480※481※482※483※484※485※486※487※488※489※490※491※492※493※494※495※496※497※498※499※500※501※502※503※504※505※506※507※508※509※510※511※512※513※514※515※516※517※518※519※520※521※522※523※524※525※526※527※528※529※530※531※532※533※534※535※536※537※538※539※540※541※542※543※544※545※546※547※548※549※550※551※552※553※554※555※556※557※558※559※560※561※562※563※564※565※566※567※568※569※570※571※572※573※574※575※576※577※578※579※580※581※582※583※584※585※586※587※588※589※590※591※592※593※594※595※596※597※598※599※600※601※602※603※604※605※606※607※608※609※610※611※612※613※614※615※616※617※618※619※620※621※622※623※624※625※626※627※628※629※630※631※632※633※634※635※636※637※638※639※640※641※642※643※644※645※646※647※648※649※650※651※652※653※654※655※656※657※658※659※660※661※662※663※664※665※666※667※668※669※670※671※672※673※674※675※676※677※678※679※680※681※682※683※684※685※686※687※688※689※690※691※692※693※694※695※696※697※698※699※700※701※702※703※704※705※706※707※708※709※710※711※712※713※714※715※716※717※718※719※720※721※722※723※724※725※726※727※728※729※730※731※732※733※734※735※736※737※738※739※740※741※742※743※744※745※746※747※748※749※750※751※752※753※754※755※756※757※758※759※760※761※762※763※764※765※766※767※768※769※770※771※772※773※774※775※776※777※778※779※780※781※782※783※784※785※786※787※788※789※790※791※792※793※794※795※796※797※798※799※800※801※802※803※804※805※806※807※808※809※810※811※812※813※814※815※816※817※818※819※820※821※822※823※824※825※826※827※828※829※830※831※832※833※834※835※836※837※838※839※840※841※842※843※844※845※846※847※848※849※850※851※852※853※854※855※856※857※858※859※860※861※862※863※864※865※866※867※868※869※870※871※872※873※874※875※876※877※878※879※880※881※882※883※884※885※886※887※888※889※890※891※892※893※894※895※896※897※898※899※900※901※902※903※904※905※906※907※908※909※910※911※912※913※914※915※916※917※918※919※920※921※922※923※924※925※926※927※928※929※930※931※932※933※934※935※936※937※938※939※940※941※942※943※944※945※946※947※948※949※950※951※952※953※954※955※956※957※958※959※960※961※962※963※964※965※966※967※968※969※970※971※972※973※974※975※976※977※978※979※980※981※982※983※984※985※986※987※988※989※990※991※992※993※994※995※996※997※998※999※1000

項目	項目名	精神生活A		精神生活B		精神生活C		精神生活D	
		高者数	低者数	高者数	低者数	高者数	低者数	高者数	低者数
1点	216	15	201	241	0	241	205	0	205
2点	202	20	182	212	1-4点	1,689	129	1,087	
3点	895	30	865	404	5-8点	1,053	93	899	
4点	663	43	620	277	9-12点	219	18	280	
5点	428	47	381	200	13-16点	34	7	33	
6点	201	31	170	103	17-19点	10	0	10	
7点	294	14	280	215					
8点	246	23	223	222					
9点	173	14	159	161					
10点	139	10	129	113					
11点	86	6	80	84					
12点	51	7	44	50					
13点	39	5	34	36					
14点	26	3	23	26					
15点	13	0	13	13					
16点	11	1	10	10					
17点	4	0	4	4					
18点	6	0	6	6					
19点	3	0	3	3					
20点	0	0	0	0					
合計	4,481	284	2,416	2,244					

45



46

物質使用障害治療プログラム

ワークブック

Substance Use Disorder Program

参加期間

年 月 日 ~ 年 月 日

Name _____

◆ 目 次 ◆

- 第1回 なぜアルコールをやめなきゃならないのか 1
- 第2回 引き金と欲求(1) 4
- 第3回 引き金と欲求(2) 10
- 第4回 アルコール・薬物となじみ深いものとお別れしよう 15
- 第5回 アルコールと薬物を使わない生活を送るために注意すべきこと 20
- 第6回 退院後の生活のスケジュールを立ててみよう 26
- 第7回 あなたのまわりにある引き金について 31
- 第8回 あなたのなかにある引き金について 36
- 第9回 引き金—考え—欲求—使用 43
- 第10回回復のために(1)——信頼と正直さ 48
- 第11回依存症ってどんな病気? 56
- 第12回危険な状況を察知する 63
- 第13回アルコールを止めるための三本柱——抗酒剤について 69
- 第14回再発を防ぐには 77
- 第15回アルコールに問題を抱えた人の予後 82
- 第16回再発の正当化 90
- 第17回「強くなるより賢くなれ」 98

平成 20 年度 分担研究報告書

精神医療の提供実態に関する国際比較研究

分担研究者 佐々木 一

精神医療の提供実態に関する国際比較研究

- 分担研究者 佐々木 一（爽風会佐々木病院）
研究協力者 窪田 彰（錦糸町クボタクリニック）
研究協力者 鈴木 順子（錦糸町クボタクリニック）
研究協力者 花井 友美（千葉大学大学院 自然科学研究科情報科学専攻博士後期課程）
研究協力者 佐竹 直子（国立国際医療センター国府台病院）

研究要旨

佐々木分担研究者「ルクセンブルクの精神医療改革」：【目的】日本と同様に経済的に豊かであるにもかかわらず、非常に遅れた精神医療と極端な収容主義を 1993 年まで続けた末に、大きな混乱なく急激な改革を実現したルクセンブルクを調査した。精神医療改革に踏み切れず、諸外国から批判を浴びた同国の辿った歴史を研究すること、国外の研究所による客観的な「改革の処方箋」「改革のアセスメント」を手に入れることは日本の精神医療改革を考える上で有意義であると思われた。【方法】ルクセンブルク政府より依頼を受けたドイツの研究所が書いた調査報告書を手し、執筆した社会精神医学者（現・チューリッヒ大学精神科教授）へのインタビューを行った。ルクセンブルクでは精神科医療施設の見学と関係者へのインタビューを行った。【結果】ルクセンブルクは唯一の公立精神科病院で精神医療の全てをまかなう体制から、新設した総合病院精神科のみで精神科救急を行い、外来・訪問看護・デイホスピタル・ホームで精神医療を行う体制へ急激な転換を行った。精神科病床は人口千人あたり 4.2 床から 0.9 床まで非常に速いペースで削減された。政府は科学的な報告書に忠実に精神医療改革を進めたが、政治的理由のために予定通りの改革を成し遂げてはいない。【考察】日本以上に劣悪な収容主義を行った国でも、正しくデザインされた計画に従えば精神医療改革を行うことは可能であることが明らかとなった。改革は比較的スムーズに進めるためには、外来・アウトリーチプログラム・デイホスピタル・ホームの整備に十分な財源を投入することが必要であることが分かった。しかし脱施設化により作られた法外収容施設の実態は深刻であり、日本でも居住施設の設置については慎重に行う必要があることが分かった。

窪田・鈴木・花井研究協力者「精神科長期入院経験者の退院後を支える社会資源の調査」：海外と比較してコミュニティの施設が未整備の日本において、統合失調症の医療にチーム医療を行うことのできる精神科診療所の機能を調査した。再発再入院の予防に服薬の継続は重要で、それには主治医の有無、定期通院が継続の有無、訪問看護による服薬管理の有無、デイケア参加の有無等が関係することを明らかにした。

佐竹研究協力者「世界各国のコミュニティ精神医療」：昨年度に引き続いての海外の精神医療についての調査である。シンガポール、スイス、ドイツ、イタリア、イギリスを実態調査した。国により格差はあるもののアウトリーチの活動、居住施設の整備が進みつつあることが明らかであった。

ルクセンブルクの精神医療改革

分担研究者 佐々木 一 (爽風会佐々木病院)

A. 研究の目的

ルクセンブルクは経済的に豊かな国である。精神医療を含む医療に対して使われる予算は多く、国民1人あたりの金額では常にヨーロッパ最高水準であった。

しかし、ルクセンブルクの精神医療への評価は非常に低かった。コミュニティ精神医療は存在せず、精神医療は唯一存在する精神病院でのみ提供され、他の医療から隔絶され、補完すべき外来医療は非力で、「経済的に豊かさが精神医療の質の良さに繋がらないことを示す良い例」と言われ続けてきた¹⁾。最も病床数の多い時代には(1966-68年)、人口千人あたり4.2床²⁾とフィンランドと並ぶ世界一の収容大国であり(ちなみに日本はmax2.8)、なおかつ医療の質が劣悪で人権侵害があることで知られていた。脱施設化は非常に遅れ80年代終わりになってWHOから強い勧告を受けたが自国では政策を立案できず、ドイツのシンクタンクである精神保健中央研究所 Central Institute for Mental Health of Mannheimに調査を依頼した³⁾。調査の結果は1993年にはルクセンブルク政府保健省から「改革の処方箋」とも言える Gemeindepyschiatry - Grundlagen und Leitlinien Planungsstudie Luxemburg 「コミュニティ精神医療—ルクセンブルクでの原則とガイドライン」⁴⁾としてまとめられたが、実際はドイツの Central Institute for Mental Healthによって書かれたものであった。この報告書は国際的な

見地から介入したWHO専門家のグループにも提出された。改革の原則、ガイドライン、重要性、勧告の実現へのタイムテーブルなどを記載したこの報告書に従い、ルクセンブルク政府は急激な精神医療改革を行い、大幅な病床削減を行った。

Central Institute for Mental Healthで報告書を記したウルフ・レスラー(Wulf Rössler)博士はその後スイスのチューリッヒ大学精神医学教授に就任したが、現在も定期的にルクセンブルクを視察し、すべての精神医療福祉の現場を把握し、保健省に「改革のアセスメント」を提出するとともに保健相に直接面談しアドバイスを与えている。一人の精神医学者が最初から最後まで精神医療改革の計画、遂行、調査、報告に中心的に関わった貴重なケースであり、一つの国家においてごく少数の研究者主導による純粋な社会精神医学の理念に基づく「社会実験」が行われたことは我が国の厚生労働科学研究の意義を考える上でも興味深い。

日本と同様に経済的に豊かであるにも関わらず、非常に遅れた精神医療と極端な収容主義を続けた末、急激な改革を実現したルクセンブルクを研究すること、国外のシンクタンクからによる客観的な「改革の処方箋」「改革のアセスメント」を手に入れることは日本の精神医療改革を考える上で有意義であると思われた。

B. 研究方法

まずはインターネットを利用し、基本的なデータ、文献を収集した。印刷されている精神医療に関する書物についても入手した。関連する大学、研究機関と連絡をとり、資料を収集した。ルクセンブルクの実地調査、関係者へのインタビューは2009年1月末に行った。

C. 研究結果

I ルクセンブルク概要 2008年6月現在

5)

1) 一般事情

面積

2,586 平方キロメートル

人口

46 万人 (2006 年、国連統計部) そのうち首都ルクセンブルク市に約 7.7 万人

首都

ルクセンブルク

言語

ルクセンブルク語、フランス語、ドイツ語

宗教

国民の大多数はカトリック

2) 政治体制・内政

政体

立憲君主制

元首

アンリ大公 (2000 年 10 月即位)

議会

一院制 (定数 60 名、任期 5 年)

政府

首相 ジャン＝クロード・ユンカー
(キリスト教社会党)

副首相兼外務・移民大臣 ジャン・アッセルボルン (社会労働党)

内政

2004 年 6 月 13 日、総選挙が実施され、ユンカー首相率いるキリスト教社会党が第一党 (24 議席) の座を維持した。銀行業、金融業を中心に高い経済力を有しており高い生活水準が確保されており、内政は安定的に推移。

3) 経済

主要産業

金融業、鉄鋼業

GDP (2006 年) 406 億ドル (IMF)

一人当たり GDP (2006 年) 87,955 ドル (IMF)

経済概要

(1) 石油危機以降、これまで経済成長を支えてきた鉄鋼業中心の産業構造の再編成を図り、特に EU 域内でも低い源泉課税率、銀行秘匿権等、金融機関に有利な枠組みを提供することで急速な金融業の発展を遂げ、欧州の金融センターとしての地位を確立した。又、ICT、放送セクターに競争力があり、Skype、eBay、Amazon.com、RTL (放送会社) 等の欧州本社が置かれている。

(2) 1998 年～2000 年には、5%以上の高成長率を継続したが、2001 年には、世界経済の低迷、特に金融セクターの不振を受け、成長率は減速 (1.5% (2001 年)) した。2002 年からは回復し、2006 年の実質 GDP 成長率は 6%を超えた。失業率は上昇傾向にあるが、EU 域内では低位 (4%前後)。1 人当たりの GDP

(87,955 ドル、日本は 34,252 ドル (2006 年、内閣府)) は世界一を誇る。

II. ルクセンブルク医療全般の概要 6)

ルクセンブルクには精神科以外も含み全科で 15 の急性期病院がある (Ettelbruck の単科精神科病院を含む)。そのうち 1 つは営利会社による産科病院である。残りの 13 のうち、半分は地方自治体立、残りは非営利民間病院 (多くは宗教団体) である。公立病院はすべて民営化された。

医療の財源としては多いほうから公的医療保険、税、家族や本人の自己負担、私的医療保険となっている。私的医療保険は非常に限定されている。医療は公的保険で殆どカバーされていることについて、国民は高く評価している。

Source of finance	1980	1985	1990	1994	1995	1998
Public						
Taxes	-	-	20.9	14.7	15.4	14.8
Statutory insurance	-	-	-	75.9	77.1	77.8
Private						
Out-of-pocket	7.2	9.2	5.5	6.7	6.2	5.9
Private insurance (non-profit)	-	1.6	1.4	1.5	1.4	1.5

7)

GP (General Practitioner、家庭医) が存在する。ほとんどは自営の開業医である。患者は専門家に直接受診することも可能であり、GP はゲートキーパーの機能は持っていない。GP は出来高払いで報酬を受ける。専門家はそれぞれの所属する職業団体を通じて医療保険の間に契約を結んでおり、その協定料金を尊重している。混合診療は違法である。

一般的には初診時、診察に要した医療費の 80% の払い戻しを受けるため実質的な自己負担は 20% である。自己負担は診察回数を

重ねるごとに徐々に減っていき、最後は 5% にまで減額される。薬剤費も多くの場合において自己負担は 20% である。入院中の薬剤費は入院医療機関の負担となる (包括支払いに近い制度)。

III. ルクセンブルクの精神医療概要 3)

1) 精神保健政策 Mental Health Policy

精神保健政策あり。1991 年制定された。

2) コミュニティー精神保健政策

Community Mental Health Policy

あり。

3) 精神保健法

Mental Health Legislation

精神保健法は 2000 年制定。精神障害者の非同意入院を規定した。

4) 国による精神保健プログラム

National Mental Health Program

国による精神保健プログラムあり。1991 年制定。WHO のコンサルテーションの後、関係する専門家や NGO との協議会を経て制定された。

5) 精神保健の財源

精神保健単独での財源の割当あり。精神医療保健福祉に医療費のうち 13.4% (医療費に GDP の 6.1%、精神医療保健福祉に GDP の 0.82%) を支出しており非常に金額が大きい 8)。GDP は 87,955 ドル (日本は 34,252 ドル) 5) 20) であるため、日本と比較すると絶対的な金額には大きな差がある。

精神疾患を持つ人へは社会保障費より障害手当を支給している。近年、精神障害者の住居に関する支出が医療費から支出されるように移管されたことは特筆に値する。

6) 精神保健のシステム

精神保健はプライマリーケアの一部である。プライマリーケアの専門家のための通常のトレーニングとして精神保健分野も組み込まれている。精神疾患を持つ患者のためのコミュニティーケア施設は90年代においてコンスタントな発展を見せた。さまざまなデイセンター、シェルターの住居、通所の就労施設、あらゆる種類のコミュニティー精神保健ケアがある。脱施設化は徐々にではあるが発展しつつある。

7) 精神科病床と専門家数 3)

全精神科病床	人口千対	0.90
急性期病床		0.37
慢性期病床		0.53
単科精神科病院の精神科病床		0.52
総合病院の精神科病床		0.38
その他の精神科病床		0
精神科医	人口10万対	12.4
精神科看護師		35
臨床心理士		28
ソーシャルワーカー		35

近年、精神科病床は削減され、それまで全く無かった総合病院精神科病床が整備された。この15年間にコミュニティーで働く精神保健ケアのスタッフは数で10倍になった。

8) 病院経営

すべて非営利団体により運営されている。半分は地方自治体立、残りは非営利民間病院（多くは宗教団体）である4)。単科精神科病院は公立であったが、民営化された。

9) NGO

NGOは精神保健ケアの一部を担う。支援

活動、推進活動、予防、治療、リハビリテーションなどの活動を行っている。

10) 情報収集

データ収集システム、疫学的研究あり。報告システムあり。保健省と Union Des Caisses De Maladieによりデータが収集されている。

IV. ルクセンブルクの精神医療の歴史

1) 改革前

以前はルクセンブルクの精神医療は非常に質が悪く、人権の侵害が行われていると国の内外から批判を浴びていた。

総合病院精神科の部長である Dr. Gleis は改革前の医療について次のように語る。

「ベルギーでの医学教育を終えてからすぐにナショナルセンターである CHNP での研修に入った。そのころの精神医療は収容主義で、医師は何もすることがなかった。朝出勤し、ナースステーションに来るとお茶をのみ、あとはすることがなく外を眺めていた。私は CHNP に来た事を本当に後悔した。研修に来ていきなり認知症の老人の相手だけ。ダイナミックなことは何もなかった。若い研修医が何もすることがなく、一日過ごすことのつらさは想像できるだろう。午前10時になったら夕方まで何もないのだ。ただ時計を眺めて過ごしたのだ。

病棟は40床病室が普通だった。ホールのような巨大な病室だ。足を踏み入ると凄まじい糞尿の匂いでそこに留まることなど不可能だった。すぐにナースステーションに逃げ込んだが、それでも匂いは一日中私の体に染みついて離れなかった。それはコーヒーを飲むときもずっと。」

極端な収容主義には歴史的背景があった。

昔はルクセンブルクでは精神障害をもつ人は *asylum* へ収容された。*asylum* は知的障害者でも認知症でもどんな人でも受け入れる施設であり、19世紀以降はヨーロッパの至る所に存在した。ルクセンブルクでは CHNP の前身である *asylum* が精神障害者のための唯一の施設であった。しかし収容を目的とし治療が行なわれることのない施設だったという長い歴史をもつこと、しかもそれが大変なコストをかけた「立派な」施設であったことが、新しい時代への適応を非常に困難にしていた。

2) 精神医療改革初期

病床数の多い時代には (1966-68年にピーク)、人口千人あたり 4.2床²⁾とフィンランドと並んで世界一の収容大国であったが、1980年代になりようやく当局は健康管理システムの近代化が急務であると意識するようになった。EU・WHOから強いプレッシャーを受けたが自国では政策を立案できず、ドイツの民間のシンクタンクである Central Institute for Mental Health of Mannheim に調査を依頼した³⁾。1991年4月から10月にかけて書類、インタビュー、質問紙を使用して精神医療福祉に関与する全ての施設・団体の全数調査が行われた。結果をもとに1993年に保健省から「改革の処方箋」と言うべき報告書 *Gemeindepsychiatrie Grundlagen und Leitlinien - Planungsstudie Luxemburg* 「コミュニティ精神医療—ルクセンブルクでの原則とガイドライン」が出された。この本は精神医療ケアに関する国際的な研究を下敷きとし、異なるヨーロッパ諸国との比較を含んでいる。この研究はWHOの専門家チームに報告書として提出され、さ

らに国際的な研究としての性格を色濃くするものとなった。この報告書は政策決定者が、地元の利益団体からの圧力を撥ね退けつつ、最も適切な解決法を提案することを助けた。また国の精神保健当局が、将来のルクセンブルクの精神保健の発展のためのガイドラインを作成することに役立つよう作られていた³⁾。

保健相はこれに従い、関連専門職・施設代表・NGOからなる大規模な委員会を招集した。この委員会は1年以上の間、6つのサブグループに分かれ行われた。議論はしばしば困難に突き当たったが、常に建設的であり最終文書の提出に至った。この合意文書には原則、ガイドライン、優先度が含まれるとともに、利用可能な財源を勘案しながら勧告の実施をするためのタイムテーブルが盛り込まれた³⁾。

まずコミュニティ精神医療への顕在的・潜在的な陰性感情に対処するためには、国民の考えに影響を与えるのは何かを知る必要があった。そのため保健省が費用を負担しルクセンブルクの精神医療ケアに対する国民意識調査が行われた。判明したのは精神医療への国民の偏見と無関心であり、特にこれは社会的地位の高さ、年齢の若さと相関があることが判明した⁹⁾。調査結果報告が公表された時、全国民に対して記者会見が開かれるとともに、メディアキャンペーン「2000年にはどんな精神医療に？」が行われ、「タブーを共に乗り越えよう」という一般向けの文書が出版された。これらの活動は成功し、精神医療改革は国民に受け入れられるようになった。

3) 精神医療改革の本格化

1990年代に改革は徐々に前進した。ルクセ

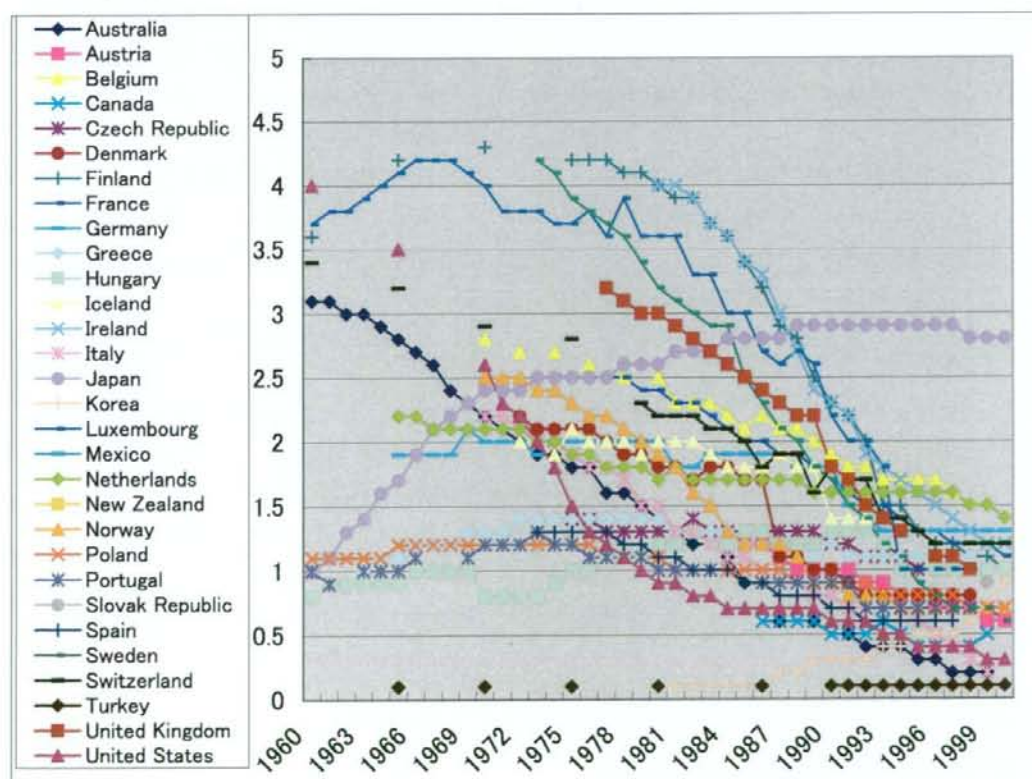
ンブルク全体に7つの情報・相談・デイセンターが開設されコミュニティーケアの様々なサービスが提供されるようになった。1990年代の間にコミュニティー精神医療のスタッフは10倍に増加した。これと平行し脱施設化は進んだ。1200床の病床を持つ公立単科精神科病院 CHNP はそれまで1975年制定の法律で州政府の管理の下厳しく規定されていたが、1999年には新しく制定された法の下、もっと自由に運営できる主体へと移行された。しかしその法改正を待つまでもなく CHNP の病床は1990年には860床に減っていた。さらに1995年

には475床、1999年に360床には削減されていた3)10)。

一般の総合病院には精神科病床が新設されたが、それを含んでも国全体の病床数は360を上限と定めている。しかしながら1999年の総選挙の後は風向きが変わり、単科から総合病院へ移すことについてプレキがかかっている11)。CHNPは2006年に180床への削減が計画されていたが、現在237床となっている。

近年の法改正により総合病院精神科での強制入院が可能となり、同時にCHNPでの精神科救急は終了した。

4) OECD Health Data にみるルクセンブルクと諸外国の精神科病床数の推移 (人口千人あたり) 2)



V. 「改革の処方箋」

Gemeindepsychiatrie Grundlagen und Leitlinien Planungsstudie Luxembourg

「コミュニティー精神医療—ルクセンブルクでの原則とガイドライン」1993 4)

1) ルクセンブルクの現状 1993

(非常に長い報告であり前述した内容とも重複するので特に重要な点のみ記載する)

精神科病床

全国で約950床の精神科病床 2.6/人口千人に相当し、世界的な水準をはるかに上回る。

CHNPには800床以上の精神科病床がある。その中で10年以上入院している患者が40%以上いることが問題になっている(1990年現在)。

総合病院精神科は3病院に精神科病床あり。

Esch 中央病院 46床

セントルイスクリニック病院 36床

Esch 病院 33床

何れも医師が規定数の70%前後と不足、その他のスタッフの充足されていない。

デイケア

精神病を対象とするデイケアは全国で2か所のみであった。

就労施設

5人の規模の事業所が全国で5か所、計25人のための施設。圧倒的に不足している。

アクセス

Ettelbruckはルクセンブルクのほぼ中央にあり、首都ルクセンブルクから30分以内でアクセス可能である。南部のごく一

部を除くと60分以内で到達可能であるため、CHNPへのアクセスには問題ないと判断された。

個人開業精神科医

個人開業医30人うち2人は児童精神科医である。

精神科救急コール

精神科の救急電話コールは1977年の277件から、1990年の1782件に増加していた。

2) ルクセンブルクに対する勧告

1. 精神科病床

外来精神医療と補完的なコミュニティーケアの発展により、急性期治療の精神科ベッドが必要となるが中心になるが、ルクセンブルク全体で300床もあれば十分である。人口千人当たり0.8相当である。現在の施設のうち、モダンな精神医療のクライテリアに照らし合わせて利用可能なものを選択すべきである。と同時に、ルクセンブルクの特異的な医療とケアの構造の中で、精神科が進化してきた歴史も考慮すべきである。以下の勧告はそのようなポイントに留意している。

2. 総合病院精神科のソフト・ハードの拡張

急性期、亜急性期の治療を行う総合病院精神科は国際的な標準に合わせ質を向上させると共に病棟を拡張すべきである。現時点ではルクセンブルクの総合病院精神科で地域の急性期医療の需要に当たっているところはない。

地域の精神科医療の重要を考慮しつつ、人員、建物、機材について現存するものを補完する方向で整備する必要がある。病床数は医療を提供すべきコミュニティーでの

人口と接近度、アクセスの良さによって決定される。

ルクセンブルク北部ではとくに精神医療が未整備であり、この地域の適切な精神科プライマリーケアと総合病院精神科病床の整備が必要である。

既存の病棟もこれから整備する病棟も最高55床程度に抑えることが望ましい。加えて10床程度のデイケア施設を併設することが望ましい。

CHNPなど残りの精神科医療機関すべてにおいて、現在判明している質的量的に明らかかな欠陥について調査し改善することが必要となる。来るべきリストラクチャリングを考慮しつつ、収容能力を再考すべきである。国際的な標準に合わせて病床上限が考慮されるべきである。

3. CHNPのリストラクチャリング

50-55床ものスケールの精神科病棟で機能分化した専門的な医療は提供しようとしてるため、どんなに小さく見つても精神科医療施設は100-120床にもなってしまう。

これが正しい解決方法だとするならば、(CHNP以外では)ルクセンブルクでは既存、計画中を問わず、それぞれの地域では十分に専門的な医療を提供することはできないということになってしまう。

CHNPに対しては現在の病棟別機能分化を止め、現在の別れた部門間で業務をシェアしあうことを勧告する。本当に分化すべきなのはCHNPにおける医療とケアである。CHNPにおいては長期ケアに替わる医療を行う部門の設立と、長期患者の入院ベッドに削減が求められている。前記のような手法でも専門性を高めることが可能であれば、

CHNPは80床の病床で十分である。長期患者の医療にフォーカスしたCHNPの体制である限り、救急・急性期の精神医療を行うには不十分である。

ミニマルな精神医療の方法として地域の総合病院の内科に8-10床のベッドを借りて、3人の精神科医が勤務するという形態がありうると思う。これは身体的合併症を起こす可能性の高い高齢者患者の治療にもメリットがある。高齢者の医療を行うために50床程度に規模を縮小したうえで、高齢者部門をリハビリテーション病院として分離することも検討に値する。

今後長期ケア病棟の縮小に伴ってそのようなリハ部門の不足が予想されるからである。この部門においても平均在院日数は半年を超えてはならない。またこの様な形で医療をすることによって、アルコールや薬物の患者の離脱を先に総合病院で行うことができ、CHNPの負担を軽減することが可能になる。

このようにしてスタッフも施設も国際的な標準に近付けることが可能となる。

4. CHNPの長期ケア部門のリノベーションとリストラクチャリング

CHNPでのこれまでの医療活動によって精神病に対するネガティブなイメージ、治らないものという偏見が国民の間に広がってしまった。

ルクセンブルクの精神医療改革はCHNPの長期ケア部門のリストラクチャリングと縮小なしにはありえない。最近の大きな進歩は看護部門と管理部門の独立であった。次のステップは長期入院患者を新しく作られた脱施設化された、元の居住地に近い治療機関へ移すことになる。そのプログラム

には (CHNP に何人いるか詳細が不明な) 知的障害者も含まれる。そのためには個々の必要性に応じた長期ケアの構造改革が必要である。

5. デイケア

構造改革の中で、総合病院の外来・デイケア部門の拡充は日常の診療のキャパシティを確保するために必要である。デイケアは機構としては精神科の一部門とされ、10-15人のキャパシティを持つことが望ましい。経済的・運営的な問題は、この人数で面積を使用した場合に利益が出るようにコストを決めればよい。デイケアはルクセンブルクの精神医療の機能的な柱であり続ける。

6. 外来精神医療と社会精神医療サービス
CHNPのリストラクチャリングと縮小は、外来精神医療と補完的な社会精神医療が充実して初めて達成できる。なぜなら旧来の外来診療は充分ではないからである。総合病院精神科とCHNPの全てに精神科外来が作られれば入院医療から外来医療への移行がスムーズに進むであろう。

精神科医だけではなく、PSWなども含む他職種共同のチーム医療は、入院前後を問わず困難な患者に対してケアを提供することができる。更に対応困難な患者であり社会的サポートよりも精神医学的な強力・包括的治療を要するケースであれば、地域の社会医療センターに依頼することになる。このようなセンターはルクセンブルクに将来的には4箇所は必要である。既存の医療施設の改装でまかなうことが簡便な方法として薦められる。

7. 開業精神科医 (ambulant tätige neuropsychiater)

ルクセンブルクには30人の私的開業の精神科医がいる。人口13,500人に対して一人の割合である。カバーしている患者数には大きな幅があり、120人から2,500人まで様々であった。ほとんどの精神科医は公的システムに従って治療をしており、その場合患者はウェイティングリストに載ってから数週間待つこともありうる。開業精神科医を地域にもっと適正に配置することは長い間求められてきたことである。

精神療法は精神医療の基本的なパートである。しかしながら精神科治療と精神療法は精神科医により統合的に使われるものである。古典的な精神療法は、慢性患者のニーズの一部にしか応えられない。なぜなら社会的な問題の多くは即時的な解決を要するものであるからである。社会精神医学のモデルによれば、今よりもっと精神科医は協調的に対応が可能になると考えられている。

8. 救急・急性期医療

精神科救急医療は良好なコミュニティ精神医療の基本的な構成要素である。総合病院に精神科が設置されていること、精神科と他の診療科との関係が良好であることが必要条件となる。たとえ現実には全ての総合病院に精神科が整備されなくとも、その考えが隅々まで行きわたることは必要である。

総合病院の精神科は24時間のサービスを提供し、全ての救急患者を治療できるようにする責任がある。閉鎖的な治療構造を提供し、重症患者にも対応できる体制を整える必要がある。

9. リハビリテーション精神医療

ルクセンブルクのリハビリテーション精神医療に明らかに足りない部分がある。慢性

の患者のケアについての施設が他のヨーロッパ諸国と比較しても圧倒的に不足している。

CHNP の構造改革と脱施設化は、コミュニティの施設の増強抜きにはありえない。今後数年で整備をしていくことは絶対に必要である。

これから 10 年で 150 人分の居住施設を整備することが適当である。そのうち約半数は中期・長期患者のためのものとし、四分の一は移行期のための中間的な住居、残りは短期間の居住施設とし、様々なニーズに応えられるようにする。

居住施設は巨大化することなく纏まることなく、分散して立てられる傾向にある。規模は 10 床から 40 床まで様々であるが、24 時間スーパービジョンのように、管理が必要とされるほど規模は大きくなる傾向にある。そのような条件がない場合は小規模でも運営可能である。調査によれば大きさを既定する因子は、むしろ利用可能なアパートのサイズといった外的要因であった。支援するスタッフは今日の国際的な標準的な支援技法ができる水準に達している必要がある。

精神障害者のための就労施設は住居に近接していれば、二重のコストを費やすことを防ぐことができる。法的な支援も必要だが、バランスが求められる。今日の自由な労働市場に障害者を戻せる方策を講じなければならぬ。それとは別に、もし雇用主が必要とするなら、障害者の雇用に対してインセンティブを支払う方法も用意する。

障害者自身が会社を興すことを可能にすれば、能力を最大限に引き出す方法をとることができる可能性がある。

VI. 「改革のアセスメント」

ルクセンブルク精神保健計画 2005

(Psychiatrie Luxembourg

Planungsstudie 2005)

ウルフ・レスラー (Wulf Rössler) 教授 10)

(以下に記すのは報告書の abstract の章である) (本論文 C.研究結果の章末に参考として本文を掲載)

1) 現状

2004 年の調査で精神科病床は 495 床。人口 1000 人あたり 1.07 床であった。

内訳は 194 床(約 40%)が総合病院の短期・中期入院病床。単科の CHNP に 36 床(7.4%)の急性期病棟と 240 床(49.5%)の慢性期病棟、15 床の児童思春期病床である。

2001 年の病院計画によれば、2005 年には急性期医療は 4 つの総合病院精神科(ルクセンブルク中央病院、Kirchberg 病院、Emil-Mayrisch 病院、St. Louis クリニック)でのみ行われるはずであった。一方、CHNP ではリハビリテーション精神医療のみ行うようになるはずであったが達成されていない。

現在、総合病院精神科での急性期医療のためのベッドは 180 床であり、人口 1000 人あたり 0.4 である。これは WHO の想定する標準的な急性期精神科病床数人口 1000 人あたり 0.5-1.0、ヨーロッパの平均 0.87 よりも少ない。

ルクセンブルクでは年間 6,500 件と人口に対して入院件数が多く、そのうちに占める強制的な入院件数も多いため、やや多目ともいえるベッド数であるにも関わらず、急性期病床は不足気味である。治療件数の 80%は総合病院精神科で行われており、今

日の世界的な標準に近い。また平均在院日数は 15 日とヨーロッパの標準に照らし合わせても短いといえる。

CNHP と総合病院精神科では構造的にも人員的にも相違がある。総合病院の環境は良好であり、改修を経て近年改善された。スタッフ数は充分である。ルクセンブルク中央病院のみ見劣りがする内容にある。

総合病院と比較し、CNHP は患者のケアの質において劣っている。職員の不足、なかでも精神科看護師の不足が懸念される。

治療する患者の質の違いにも注意が必要である。総合病院はどちらかと言うと軽症の患者が多く、いわゆる神経症、ストレス関連疾患、気分障害、人格障害、摂食障害などを主に治療している。CHNP は精神病、アルコールやその他の物質依存の治療が主となっている。

2003 年以降、デイクリニックセンターの整備が強力に推進された。現在、54 箇所が稼働中である。2006 年には Emil-Mayrisch 病院にデイセンターが開設された。デイクリニックの整備は 1992 年の勧告では総合病院精神科の推進と並ぶ柱であった。ルクセンブルク中央病院のデイクリニックのみ、設備上の問題からオリジナルの計画を下回る状況にとどまっている。

精神に関わる社会福祉的団体は大きなもので 11 団体ある（児童思春期を専門にするものを除く）。内訳は 6 つの相談センター、1 つの観察保護センター、2 つのデイセンター、紹介センター、キリスト教系団体（カリタス）である。どれもルクセンブルク中央をカバーするが、北部には資源が乏しいことが問題とされている。

外来に専従する精神科医は 56 人（うち 5

人は児童精神科医）で、人口千人あたり 0.124 人である。ルクセンブルクは入院に従事する精神科医が多いことが知られており、国際的な標準とは隔たりがある。しかしながら総合病院精神科の医師が外来も担当しているという事実を考慮に入れる必要がある。医師の分布も都市周辺に偏在する傾向がある。

精神障害者のための居住施設は全国に 111 床あり、スタッフの見守りのある居住施設から、個人住居まで内容的には多岐にわたる。居住施設は、近年急速に充実しつつあるが、人口千人あたり 0.25 床と、WHO の最低基準である 0.3-0.5 にすら及ばず、慢性患者を脱施設化させられない原因と考えられている。またスタッフの人員不足も問題となっている。特に 24 時間スタッフ付きの施設の不足が問題である。これら居住施設の不足がホームレス、家族の負担、CHNP の慢性患者が社会復帰できないことの原因となっている。

職業訓練施設は 236 人分存在する。職業訓練施設は自由な労働マーケットに参加できない障害者にとっては不可欠な施設である。支援的労働はそれゆえ、もう一つの医療と呼ぶべきものである。

2) 分析

需要と供給の視点から見ると、統合失調症のような重症の疾患と、それ以外の軽症の疾患においてはギャップがある。重症患者を多く扱うときにはシステムには大きな負担がかかり、システムを密に構築しても支えきれない事態になる。これは児童思春期・外国人患者などについて特に顕著である。また人格障害の患者などについて疾患にあった診断と治療が提供できないときにも同

様である。入院と外来の責任分担を明らかにするだけでなく、医療の質と量を改善し、また診断にあった治療を行えるよう改善することが必要となる。

精神医療改革が困難であった原因は次の3つである。

- ① 医療システムの政策と構造の精神医療は医療政策の中では重要でないテーマとして扱われてきたこと。
- ② 構造的な問題があり、改革のための財政的・技術的問題が改革を阻んできたこと。
- ③ 組織間の利害の対立や、異なるサービス供給者間での財源の取り合ってきたことである。

様々な立場から共通のケアに関するガイドラインが必要とされるようになった。時間的にも財政的にも適切であり、適用に当たっては安全に遂行できるものでなければならない。医療と心理・社会（福祉）の間でマンパワーを適切に配分するものでなければならない。

この研究の目標は、将来の精神医療とケアについての将来像を議論することにあるが、それだけでなく、徐々にかつ規則を保ったまま移行していく道筋を示すことにある。現在中途半端な状態にある改革をコントロールしつつ成し遂げる必要がある。

3) 勧告

この報告書では3つの主たる勧告を行う。

- ① 総合病院精神科の役割を量的質的に拡大し、精神科を整備し、センター的機能を備えることを提唱する。これにはルクセンブルク中央病院のデイセンターの改善、Kirchberg 病院の児童精神科の改革を含む。
- ② CHNP を、次の5つの重点的精神医療

を行うセンターとすることを勧告する。予防・早期治療・リハビリテーション、社会精神医療とコミュニティー精神医療、依存症治療、老年精神医療、司法精神医療の5つである。

- ③ 外来精神医療の量的質的向上を勧告する。これは近代における精神医療のスタンダードであるからである。

この改革の評価は外部コンサルタントをいれた科学的な検討委員会においてなされることが求められる。

VII. ルクセンブルク視察

1) CHNP (Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique) (精神神経センター)

1. 概要

CHNP はルクセンブルク国の中央の小都市 Ettelbruck にある。首都ルクセンブルク市からは約 30 km 北方にある。1845 年に創設され 160 年以上の歴史を持つ。CHNP の前身の *asylum* は長い間ルクセンブルクの精神・知的障害者のための唯一の施設であった。小さい国なので当時は一箇所ですべてのニーズをカバーすることが可能であった。

CHNP は精神障害者のための医療施設 *Rehaklinik*、高齢者（精神障害者）のための居住施設 *Centre Pontalize* (nursing home 98 床、retirement home 48 床、精神科デイケア 35 床)、知的障害者のための入所施設（とデイケア）*De Park* の3つの部門から成り立つ。*Rehaklinik* には本院から 15 キロほど離れた所にあるアルコール依存症の病院 CTU (40 床)、薬物依存症の病院 CTM (25 床) も含まれる。12)

19 世紀にはこれら精神障害者、知的障害者、