

認知症患者はすべて *asylum* に収容されていた。1900年代に分離収容が始まり、疾患のプロファイル、ニーズ、利用者の抱える問題ごとに機能分化された建物に収容されるようになった。この時に初めて精神障害者は他の障害から分離された。2000年には病院は医療保険で運営され、それ以外の機能は介護保険や税で経営されるようになり、財政的にも分離された。2005年にセンター化されたが病院以外の機能もセンターの一部に留まっている。

CHNP にかつて 1200 床あった精神科病床は大幅に縮小され 237 床となった。なお、病院であってもヨーロッパの標準的な考え方として CTU、CYM の病床は精神科病床としてカウントされない。

保健省と CHNP は共同で 2007-2011 年の改革計画を実行中である。福祉を管轄する家庭省との関係は年々深まりつつある。また総合病院精神科との連携は重要になりつつある。

年間総収入 48,223,182.50 ユーロ
12)

年間人件費 39,872,358.79 ユーロ
人件費率 82%

2. Rehaklinik の各部門

精神科入院治療全般、デイケアでの治療を行っている。総合病院は急性期治療のみなので、ルクセンブルクでリハビリテーションの入院（長期入院）の可能な唯一の施設である。外来部門は中部ヨーロッパの伝統に従い非常に小規模である。

2つの閉鎖病棟、9つの開放病棟、それぞれ 18 床のベッドを持つ。本来は 260 床稼働できるが、現在は 237 床のみが「病院計画」で認可されており、医療保険でも 237 床分

しか支払われない。

平均入院患者数	217 人	12)
病床利用率	91.5%	
年間新入院件数	567 件	
総合病院より	327 件	
居住施設より	108 件	
関連病院・施設より	52 件	
自宅より	23 件	

① The Building

2 病棟が総合精神医療病棟であり、急性期治療を行う。閉鎖病棟である。3 病棟は専門病棟であり、老年精神医療、薬物依存、精神病（重症・中長期）の病棟となっている。この地方で最も高層の巨大な建築物であり、それゆえ The building という呼び名が自然につけられた。大変なコストのかかった建築物であり、病床削減により既に数フロアが閉鎖され、将来的には閉鎖が予想されているが、つい最近も現代の水準に合わせたリフォームをするために巨額の費用が投じられたという。

② Orangerie (建物の名称)

アルコール依存症治療病棟（閉鎖病棟）、思春期青年期病棟（12-18 歳）（閉鎖病棟・強制入院）、精神病治療病棟（開放病棟）がある。1 階は作業療法室となっている。

思春期青年期病棟は 12 床の閉鎖病棟である。患者の平均年齢は 15 歳。2007 年に入院した患者は 29 例、平均入院期間は約 5 ヶ月であった。病院である以上 ICD に準拠した医学的診断はつけられているが、入院患者の多くは social problems を持っている子供たちであるという。Social problems は日本でいう「不登校」「社会的ひきこもり」に相当することが医師との会話の中で分かった。つい最近まで社会に適應できない子

供の中で、親のコントロールが及ばず、家庭内暴力など行動上の問題のある子供は、裁判所で「犯罪の恐れがある（虞犯）」という判決を受け、刑務所に収容されるという扱いを受けていた。個人よりも家族の権利を尊重し、法に基づく処置に傾きやすい中部～南部ヨーロッパ諸国に見られがちな考え方に基づく。しかし90年代に報道されたことが発端で大きなスキャンダルとなり、政府は緊急の対応を約束した。7年前に急遽作られたのがCHNPの思春期青年期病棟である。

③Lannenhaff（建物の名称）

慢性期患者のリハビリテーション病棟（開放病棟）。数年以上入院している患者ばかりで、中には20年以上入院するものもいる。治療は作業療法を毎日、精神療法と運動療法が週2回行われている。多職種のチームミーティングは週1回行われる。建物は100年以上の歴史をもつ歴史的な貴重な建築物である。数年前に内装のリフォームに数億円を費やしたばかりであるという。

④デイケア

治療を受けているのは、ほとんどが精神病患者である。デイケアのコストは医療保険ではなく税を財源としているが、管轄は家庭省（福祉）ではなく、保健省である。

⑤SPAD（psychiatric home care unit）

ルクセンブルク独自のアウトリーチ活動である。2001年に開始された。

スタッフの訪問は最初は2人以上。2回目以降は1名だが、安全のため、患者の問題がある場合は2名で訪問を行う。職員はほとんどが女性の看護師で男性は1人のみである。

訪問は1～2回/週、多い時は一日2回で

ある。訪問開始から2か月以上、関係を結ぶまでに時間がかかることもある。SPADチームは週1回、全体ミーティングを行う。北部から始まり全国をカバーするようになり、現在は約250人をカバーしている。CHNP以外の医療機関からの依頼も増えており、ケースは増えつつある。Holistic (bio-psycho-social) な治療を行っている。患者の住宅の確保、財産の保全を手伝うことは可能である。

診断としては統合失調症が多いが、境界性人格障害の患者も利用している。プログラム開設当初は若い男性患者とくに薬物依存が多かったが今は女性が増えている。SPADの利用期間は人により異なる。開業からずっとフォローしているケースもある。治療をいつ終了したらいいかは大きな問題となっているという。終了した結果として再入院にならないよう考えているが、それでも入院が急増しているという問題が生じている。

支払いは保健省がhome insurance fundを通じて行う。一回あたりの支払いではない。患者の自己負担は無い。病院は一年ごとに行政と交渉して支払い額を決定する。病院ごとの交渉であるために病院によって支払われる金額はそれぞれ異なる可能性があるという。患者は利用に当たっては一年ごとにアセスメントを受けることが必要となる。

治療の第一の目的は入院を未然に防止することにあるが、入院後の患者も適応になる。患者の条件としては自発的な意思の表明ができるもの、住宅の確保できるもの（賃貸で可・あるいは他機関に面倒を見ている）に限られ、完全なホームレスは適応外であ

る。保護的就労の患者が増えている。生活保護の人も多い。

SPAD は利用者の多いルクセンブルク市に近々支所を作る予定である。NPO がいくつか後を追って開業しているが、部分的な業務に限定されており規模も小さいという。

⑥ SMPP (psycho-medical service in prison)

精神医療のサービスが無かった刑務所の中での活動が始まった。コミュニティーへの流れに伴って司法精神医学はますます重要性が増している。現在、刑務所の中では50人が勤務している。司法精神医学的な問題についてはCHNPが唯一の治療機関である。

このようなサービスはヨーロッパ各国で行われており、フランスで最も盛んである。

⑦ Centre Pontalize

この部門は前述したとおり、センターキャンパス内にあるがRehaklinick(病院部門)ではない。病床としてはカウントされていない。高齢者のための居住施設であるが(nursing home 98床、retirement home 48床、老年精神科デイケア 35人分)12)、nursing home 部門には高齢の精神障害者も居住している。建物は大変美しく清潔で、個室が中心であり療養環境として大変優れている。コンビニエンスストア、美容院、ATM、レストランが1Fにあり、殆どの生活は建物内で済ますことも可能である。建物には大変コストがかかったという。

3. インタビュー

Dr. Jozef Joosten – CHNP 院長

社会精神医学者。隣国ベルギー保健省の要職にあったが、2007年にルクセンブルク政府の要請でCHNPの院長に就任し病院の

改革を進めている。

(CHNPについて)

1998年にCHNPは公的病院から非営利民間病院となった。これは大変な改革であった。国立病院であったので以前は多くの公的手続きが必要であったが、以後は不要になり改革のスピードが速まった。

このセンターは全ての障害者を受け入れるasylumを前身としており、すべてのサービスを提供していた。他国では施設ごとに病院、ホームは分離されており、ここは国際的な基準からいえば非常にユニークだが、ケアの一貫性を持つと言うアドバンテージもある。例えばベルギーでは精神障害をもっている老年者の行き場が無くなって来ていることが社会問題となっている。精神病院が受け入れを拒否するようになったからだ。

(精神医療改革について)

ルクセンブルクの改革は急速に進んだ。非常に短い間に全く変わった。90年には急性期病棟が国に1つしかなかった。しかし今は4つある。臨床心理士、それ以外の職員も増え、ドラマティックに変化したルクセンブルクの急性期治療の平均入院期間は14日と非常に短くなった。しかし精神科の薬は効き始めるまで2週間かかることを考えると、これでは医学的に見て短すぎる。一か月は必要だろう。リハに参加するまでにはそのくらいの期間は本来必要なはずだ。

(改革中の困難な問題は?)

トラブルは多くあった。精神医療システムの内部でのストレスは大きかったと思う。この国でも回転ドア現象があった。改革を進めるにつれ、司法精神医学に大き

な危機が訪れた。今、暴力的な患者、困難な患者は CHNP の閉鎖病棟に収容しきれている。大きな国では数が多いので、このようにスムーズに解決はしなかったであろう。現にベルギーは暴力的、治療抵抗患者を閉鎖的な場所に押し込めている。ここでは治療困難患者をコンパクトにまとめることができた。

彼らには認知行動療法が非常に有効である。いい結果をえられている。認知行動療法が無かったらそういった患者は刑務所で一生を送ったかもしれないと思う。司法関係の患者はこの国で治療をする必要がある。うつ病、アルコールなどはドイツで治療を受けることも可能だが、暴力的な患者、処遇困難患者を他国に送ることはできない。

(CHNP 全体として見ると平均在院は長いようだが?)

入院期間が 15-20 年と非常に長い患者がいる。しかし彼らはルクセンブルクではここ以外に居場所がないのだ。当院では Lannenhaff という「治療抵抗性患者ユニット」がある。薬物などの治療に抵抗し、他に出せない患者を収容している。老年の障害者は最近新しく 5 か所で新しく施設が建設されたので進歩した。

若年患者の問題は 1 年以内に解決できる。一般的に長くても 3-6 ヶ月以内に退院できるが、まれに 9 か月程度必要とする。他の病院の入院患者でも薬物治療などに治療抵抗する患者はここに送られて来る。

それでも当院において最近の新入院患者で 1 年以上入院した患者は 1 名だけである。

(3-6 ヶ月は他の国よりも長くないか?)

他の国はただ安定させるだけで、きちんと治療していない。ここはさらに治療抵抗性

の患者が送られてくる。患者は総合病院をまず受診するようになっている。ほとんどの患者は総合病院から紹介されてくる患者である。

(入院に上限は無いのか? 医療保険からプレッシャーは?)

6 ヶ月を超えては入院しないように指導されるが、罰則はない。解決策を考えるようにと個別指導は受けるが。

デイホスピタルには参加の上限はないが、デイホスピタルのドクターフィーには上限がある。最初から教えて 90 日の参加が上限。これは病院後との交渉で決まるため他の病院では 45 日が上限ということもある。看護師など他職種に支払には上限がない。

(90 日は短くないか?)

そんなことは無い。週に一回のデイホスピタル利用なら一年以上に近くになるではないか。90 日は十分な長さだと思う。

当院ではデイホスピタルは月・金でオープン。ほとんどの患者は週 1-2 回の利用であり、毎日来る患者はほとんどいない。

(利用上限を超えた患者のための施設、クラブハウスなどは CHNP 内にあるのか?)
クラブハウスはないが、デイセンターがある。一人暮らしの患者にとっては他の患者と一緒にいられることはとても大切なのでそのような施設が必要となる。

(ここの食堂は病院外の患者も利用可能であり、コミュニティーに暮らす一人暮らしの患者にとってとても良い施設と思うが)
患者にとって外に出ることはとても重要だ。何もしないと自閉的な生活になりがちだから。

(病院の長期入院患者をナーシングホームなどに移す考えは?)

現在はグループホーム（病院内）の患者、濃密なケアが必要で病棟にとどまる患者の2つに分かれるが、今後社会に少しずつ戻す必要はある。今後3つの施設に移す予定がある。家庭省（福祉関係）が患者一人一人について、ホームに移すことが適当か審査する。24時間のスーパービジョンが必要だが、病院ほどの密なケアは必要がない患者をどうするかが今後の課題である。今はまだ十分なストラクチャーはないので政府と交渉中である。もちろん24時間の観察を必要としない患者も多くいる。さまざまなホームが必要となるだろう。こうした施設は dependency insurance により支払がなされている。

長期患者のケアをどうするかは、われわれだけで決めることではない。最終的には政治が決めることである。

（患者の入院料は幾らか？）

凡そ400ユーロ/日である。ドクターフィーも薬もすべて含んでいる。急性期・慢性期などといった病棟ごとの入院料の違いはない。患者によって必要とされるサービスごとに違うコストがかかり、健康保険との交渉で300-500ユーロ/日の偏倚が生じることがある。

（偏倚はどのようなケースで生じるのか？）

手がかかる患者の場合はその分高く請求できる。最も高いのは司法精神医学関係の患者である。非常に若く治療にマンパワーを要する。2007年の医療費改定で高い支払いが認められるようになった。しかし以前は通常の若い患者の料金しか支払われなかったのだ。

（入院期間の長短による入院料の違いは？）

ない！

10年前、入院料はもっと安かった。今後はもう上らないだろう。

ルクセンブルクでは、今までと違う診療報酬システムを考えてはいるが、何も変わっていない。最近ではヨーロッパでは精神科へのDRGの導入がトピックスとなっている。しかしDRGは精神科に適応困難なことが明らかになった。精神科の疾患は疾患の中での偏倚が大きいからである。統合失調症でさえも一つではない。もっと専門的な細分化された評価が必要であるのは明らかなのだが・・・

最近ルクセンブルクではサービスあたりではなく予算を重視するようになった。国によって考えは異なり、今でも隣国ベルギーではサービスあたりの支払いを受ける。

（あなたはベルギーの保健省で仕事をしていたそうだが、ベルギーの病床はほとんど減っているのは何故？）

ベルギーでは全く精神科のベッドが減っていない。オランダも同様だ。だれもそれを促進しない。完全に政治的な理由による。ベルギーでは1990年代にナーシングホームを作り、病床を増やさないように決定した。1983年ベルギーでは病院を作ることは禁止された。しかし何も進んでいない。統合失調症の入院は減っているのにベルギーの病床利用率は今や70%にも満たないのに病床を減らそうとしない。

ベルギーには南北の格差がある。北部には民間病院が多い。北部フランドル地方では精神科病床の75-80%が民間だが、逆にベルギー南部では60%が公的。南部に属するブリュッセルでは人口当たりベッド数はルクセンブルクの25%程度まで減少したが、

北部では精神科病床が多くルクセンブルクの2倍以上ある。一方で公的ベッドはルールに厳格に従う必要があるので削減が進んだ。

健康保険は民間にも公的病院にも同様に支払いをするので削減への圧力にはならない。ベルギーでは1990年から精神医療改革が始まったが現在は事実上ストップしている。一方的なロビー活動が行われている。雇用を失いたくないと言う考えが支配している。恥ずべきことだ。法律が改正されてセクター主義やホームの整備を打ち出したのだが、改革は止まったままになっている。何もコントロールされていない。どうすればいいのかは皆知っているが、しようと思わないのだ。ベルギーではコミュニティーに関してよい法律があるが誰も動かさない。政治がまったく変える気がない。ロビーは一方的な活動をしている。だれも雇用を犠牲にしたくないのだ！

私と違う立場の人は全く違う見方をするかもしれないが・・・私は1994年から2006年までベルギー政府保健省で働いていた人間だから・・・

(脱施設化でコストが削減されると言う考えについては?)

脱施設化でコストカットはできない。イタリア・トリエステの話は有名だが信用してはいけない。当時、コミュニティー精神医療でコストカットしたというレポートに、各国政府が飛びついた。みな興味を引かれたのだ。しかし現実にはイタリアではホームレス、司法精神医学の問題が相次ぎ、精神医療はひどい状態になった。イタリアは世界中から激しい批判を浴びた。[顔を顰め、首を横に振り続ける]

私が高く評価するのはフィンランド、効果的な治療計画を進めている。イギリス・バーミンガムの医療も良いと思う。患者のためには資金を確保していく必要がある。

(ルクセンブルクでは改革でコストは?)
分からない。確かな資料は無い。私の印象ではコストが増えたのは間違いない。ベルギーについてなら良い資料があるはずだ。

(今後のCHNPはどう変わる?)
首都ルクセンブルクに移転する。まずは15床、ルクセンブルク中心に作る。2年後の予定だが、3-5年かかるかも。まずは精神科の治療から開始するが、その他のサービスも広げていく。現在地にはデイホスピタルなどを残すつもりだ。

この病院の最も大きな建物は The Building と呼ばれている。この地域一番の高層建築であるが、単なるランドマークではない。スティグマの象徴となっており、地域の住民からは非常に悪い印象をもたれている。この町、エッテルブルクはあまりに偏見が強い。この町全体も他の国民から偏見の目で見られている。The Building といえば国民はだれでも知っている。特徴的な建物の写真を見ただけで誰でも精神科の病院と分かってしまう。フルハウス、マッドハウスと誰もが呼ぶ。これは障害者対策を一か所にフォーカスした弊害である。

移転し分散 decentralize するのはもう一つ意味がある。障害者の social re-integration が必要だからだ。そのためにはアクセスが重要となる。ここは第2の都市 Esch から一時間もかかってしまう。

CHNP は次のステップとして2011年までに85床に病床を減らし、他方、首都ルクセンブルクにブランチを作り施設を充実させ

る予定である。長期の患者はホームなどに移す計画がある。ホームはキャンパス内のみならず、外にも作る。

もちろんベッドを減らすだけでは医療の質は低下する。ベッドを減らすだけではなく必要なサービスは拡大していく必要がある。ルクセンブルクではアルコールがこれから大きくなっていく問題と思う。CHNPについて言えば、これからはランチでのベッドを増やしていく必要がある。アウトリーチの活動は重要である。当院の SPAD はとてもよくできたシステムである。

（退院した患者は病院の近くに居住したがる傾向があるが、病院が無くなると彼らには混乱を招かないか？）

たしかに退院した患者はこの街に長年とどまっている。しかしこれからのことを考えると、人口の多いルクセンブルク市にランチを出すことは、その意味から言っても重要だと思う。

2) Emile-Mayrisch 病院（総合病院精神科）

1. 概要

Emile-Mayrisch 病院はルクセンブルク第二の都市である Esch 市（人口 28,000 人）の医療を担う総合病院である 14)。古い病院だが、精神科は 18 年前に開設された。精神科救急医療、依存症治療、デイホスピタル、合併症治療、地域活動などを担っている。精神科病床は 45 床あり、急性期精神医療を担っている。平均入院日数は 13 日とヨーロッパの精神科医療の標準的な日数であるが、年間 1400-1500 件の入院件数は人口を考えるとかなり多い。いわゆる「回転ドア現象」はあり、年に 3-4 回入院する患

者もいる。入院の 30% は統合失調症である。

2. インタビュー

Dr. Gleis は 55 歳。隣国のベルギー大学医学部を卒業後、CHNP などで勤務ののち、総合病院である Emile-Mayrisch 病院の精神科に勤務。現在は精神科部長を務めている。社会精神医学の研究者でもあり、ルクセンブルクの精神医療について豊富な知識を持つ。

（貴院の入院日数はヨーロッパでも短い方だと思うのだが、患者の治療は十分なのか？退院後の行先は？）

ほとんどの患者は退院できる。統合失調症は平均より多少長く、3-4 週間入院する患者が多い。当院は急性期病院なので、長期に入院を必要とする患者は CHNP に転院することになるがその数は非常に少なく、昨年は 1500 件近くの入院の中でわずか 10 件ほどである。その中で統合失調症の患者は非常に少なく 1 人だけであった。転院した患者の多くはアルコール依存、器質性精神障害などであった。

（入院 13 日は非常に短いなぜか？退院の圧力が強いから？）

病院外でのケアが非常に良くコミュニティでの受け入れが容易になったことが理由だ。

（では、Emile-Mayrisch 病院の行う病院外の医療は？）

訪問看護婦 2 名でおこなっている。それ以外のアウトリーチ活動は地域にある外部団体 3 つが主に担っている。病院とは独立した非営利団体である。彼らは精神科の患者のサポート、デイホスピタル、訪問チーム、職業センターなど運営している。

（Emile-Mayrisch 病院にもデイホスピタ

ルがあると聞いたが?)

デイホスピタルはあるが、精神病の患者の治療は行わない。それらは外部団体に任せている。当院のデイホスピタルはアルコール依存とうつ病の治療を行っている。うつ病の治療は特に認知行動療法が重要である。当院以外では精神療法としては精神分析が行われているが、病院での治療法としてCBTの有効性は明らかである。ルクセンブルクではますますニーズが高まっている。

(CHNPではデイホスピタルの利用に上限があったが Emile-Mayrisch 病院では?)

当院のデイホスピタルでは利用の上限は定めていない。医療保険の保険の支払いも同様である。症状のある限りは毎日でも利用可能である。ただし原則としてフォローアップは1年に限っている。治療上の必要があれば保険会社と交渉して延長可能である。

(貴院のスタッフについて)

スタッフは精神科医4人、非常によくトレーニングされている看護師43人、臨床心理士1人、これは少ないと感じている。PSW1人。エルゴセラピスト1.5人である。

(Emile-Mayrisch 病院は民間非営利か?)

そのとおり。コミュニティーが資金を出し合っている。30%は地方政府、70%がアセロールミタールを始めとする地域の中核企業が出している。企業は病院の運営にも大きくかかわっている。アセロールミタールは世界で最も大きな鉄鋼会社である。

(近年、ルクセンブルクでは精神科の急性期患者はまず総合病院を受診するように、制度が変更されたというが)

以前は本人が同意しない場合、家族が連れて、警察が同行して唯一の精神科病院であるCHNPに入院させていた。その当時、総

合病院で非同意入院は取れなかった。同意入院のみだった。他の治療科からの患者を取ることがほとんどであった。数年前に総合も非同意入院を取らなければならなくなり、急性期患者が総合病院に入院するようになった。

(ルクセンブルクの精神医療改革についてどう思うか?)

ルクセンブルクの変化の始まりは遅く、しかし急速であった。

(比較的トラブルが少なかったようだが?)

当時、CHNPは公立病院で、国の指示に従うしか無いということが急速な変化を可能にした。最近では公立から非営利民間に転換したが、指示に従わなければ支払いをストップさせられるので結局コントロールを受けていることに何ら変わりはない。

(患者側の反応は?急速な変化であったため、コミュニティーに移されることに抵抗した患者もいるのではないか?)

もちろん退院が困難な患者もいる。当初、CHNPの入院患者のうち50-60%が退院困難と判断されCHNP内の閉鎖病棟に収容されていた。統合失調症患者の中でも30年以上入院している患者や器質的障害を持つ患者は病院以外の環境で暮らすことはできない。幸い、老年精神障害の患者については、老年者に適した病院外の施設にうまく適応させることができた。

(日本でも長期入院患者が多く、彼らはコミュニティーに適応できないという考えもあるが?)

ルクセンブルクの社会は比較的上手に受け入れることができたと思う。

(私の印象ではルクセンブルクは保守的な

国に見える。一般的に歴史の古い国は保守的で、障害者に対する偏見も強く受け入れは悪いのでは？)

ルクセンブルクには移民を多く受け入れてきたという歴史がある。社会が歴史的に見て開放的であったため、新しい状況に適応する力があったのだと思う。

(外国人の割合が高い国家だが、外国人の精神障害者にも同じように治療をするのか？)

全く同じである。

(個人開業の精神科医について)

個人開業の医師がルクセンブルクにはいるが、全く同じ条件、同じ料金で治療を行っている。高度なサービスをして高い料金を取ることは許されていない。

(フランスやドイツのように私的な医療を行い、私費/民間医療保険を使うということはないのか？)

それは完全に違法である。民間医療保険は原則として使えない。ワンプライス、セイムサービスの原則を堅く守っている。

(多くの西欧諸国では精神医療においても裕福な人々が高い料金で長く入院をするということが認められているが？)

それは違法行為である。

(違法としたのは合理的判断か・政治的な判断か？)

それはいつも政治的な判断であろう(笑)。

(オーストラリア、英国では脱施設化のあとに新しい問題が起こっている。おもにうつ病の患者だが、民間医療保険を使って私立病院でベターなサービスが行われるようになっているが？)

ルクセンブルクではすべての市民が同じ医療を受ける制度を大切に守っている。

(貴院ではうつ病のための特別プログラムを持っているというが？)

旧来、ルクセンブルクでは精神療法としては精神分析が広く行われてきた。精神分析では週3-4回のセッションが標準である。

(精神分析は医療サービスの一部として行われているのか？)

精神科医が精神分析を行い、コストは医療保険ですべて支払われている。そのほかの精神療法も全く同じである。

(正統的な精神分析では週5回の治療が行われるが、ルクセンブルクでは何回まで保険によってカバーされるのか？)

必要とする回数受けられる。4回でも5回でも。

(総合病院精神科医の勤務について)

Emile-Mayrisch 病院にはそもそも外来部門が無いので、病院では外来患者は全く診ていない。私は自営の開業で午後患者をみている。ヨーロッパでは病院で勤務する医師が、午後コミュニティで外来診療を行うことは日常的である。自分の患者を病院に入院させることができるし、治療の継続性を守るためにとっても重要なことである。入院させれば私は患者から時間払いでドクターフィーを受け取り、コミュニティの外来では診察毎に料金をもらう。病院でもコミュニティでも継続した治療が行うことが可能である。

私は朝8時から正午まで病院で治療を行い、午後2時から夜9時まで開業で患者を診ている。非常に多くの患者を診察しているが、長く働く以外に解決法がないので長時間働いている。外来患者は15-45分/人の診察時間。法に厳格に従うなら、160ユーロ/時間となる。ルクセンブルクの精神科医は

良い収入を得ていると思う。大学教授、会社員、政府職員などよりはるかに高い。しかし自営の割合が高ければ収入は安定しているわけではない。

（近隣国より精神科医の収入は高いのか？）

高いと思う。対して税金は割安である。税は秘書などの経費を引いたものについてかかってくる。税率は40%ほど。ベルギーでは60%にもなる。これには健康保険の掛け金は含まない。健康保険の掛け金は収入の10-12%ほどであろうか。これは近隣諸国と同程度である。そのほかに退職保険、失業保険などがかかる。

（ルクセンブルクの入院費、外来診療費は？）

CHNPでも総合病院でも一日あたり約400ユーロという高い入院費を取っている。外来は平均すると一回80ユーロ。コストが削減できることも入院から外来へ誘導する根拠となっている。

（どこでも入院費は一律なのか？マンパワーを要する急性期でもそうでない慢性期でも同じなのか？）

ほぼ同じだ。

（「ほぼ」というのは？）

看護師の配置によって若干の差が出る場合がある。看護師は非常に給料が高い。組合が強いためだ。看護師の人件費だけで70%にもなることがあるため、入院費にも若干の差をつけてあるのだ。

（ルクセンブルクの精神病院精神科について）

5つの総合病院精神科が存在する。ルクセンブルク大学には医学部がないため付属病院も存在しない。したがって独立した非営

利民間病院の総合病院精神科のみである。

ルクセンブルクでは総合病院への移行とともに全体の病床は削減された。精神科病床は0.5床/人口千人程度である。それに対し、イタリアは0.2、フランスは0.8、スイスは1.2。

（イタリアの精神医療は内外から非常に強く批判されているがどう思うか？）

イタリアは、本当はデータに公表するほど削減していない。民営の精神科病院が残っている。また精神障害のホームレスがあまりに多かったことも失敗とされる点である。

（精神医療改革のアウトカムを図る指標としてホームレスの増減があるが、ルクセンブルクでホームレスは？）

非常に少ない。

（理由は？）

国の財政が豊かなので多様な解決法が取れる。例えばミニマムインカム（生活保護）は100ユーロと非常に高い。ホームレスになるより政府に登録してお金をもらったほうが良いと誰でも考えるだということ。だれもホームレスになりたいわけではない。

（この近くでホームレスを見たが？）

何か理由があるのだろうが一定期間この国で居住すればミニマムインカムをもらえるのだからホームレスになる理由がない。

（同じくアウトカムを図る指標として自殺率は？）

非常に高い。この地域はスイスを筆頭に非常に多い。

（脱施設化と関係あるか？）

それはわからない。自殺率が高いのは何かを成し遂げなければいけないという社会からのプレッシャーが原因ではないか？日本と同じように。ルクセンブルクでは表に出

ているデータよりもおそらく本当の自殺率はもっと高いといわれている。年寄りが薬をたくさん飲んだとして自殺とみなされていない可能性がある。日本ではどうか？

(日本の自殺率について説明。自殺者3万人という現状を話す)

それはヨーロッパと比較して飛びぬけて高いほうではないのでは？

ルクセンブルクの精神保健について言えば、特に若い世代の自殺が増えていることが大きな問題である。成人の精神医療はよく整備されたが、その一方で児童青年期を見る精神科医が少なく、システムが整備されていないのだ。

(CHNPで新しい病棟を見せてもらったが、まだ開設されたばかりだった)

ルクセンブルクでは7年前まで、何も罪を犯していない青少年が判決を受け、刑務所に収容されていた。攻撃的で衝動をコントロールできない青少年に社会が対処するには他の方法がないと思われていた。以前は開放的な処遇で扱えない青少年は、刑務所以外に収容するところにながなかったのだ。

CHNPは15床の病棟をオープンしたが、それまではどこにも施設が無かった。

(司法精神医学が重要になっているのは、脱施設化と関係があるのか？)

施設でのサポートが無くなったことが関係している。しかしルクセンブルクは人口が少ないのでせいぜい10人もケアすれば十分なので他の国より楽だと思う。

以前は刑務所の中で精神医療がほとんど行われなかったことが問題とされた。今は新しいサービスが刑務所の中で始められている。

(ルクセンブルクの病床数は今のままで推

移するのか？それとも将来もっと患者がコミュニティに移ると思うか？)

あと10年もしたらCHNPは消えるのではないか。CHNPは処遇困難な患者、依存症患者のみになる。専門病床のみで、せいぜい50床もあれば十分ではないか？

現在CHNPは他の場所に移ることを計画している。なぜなら今の場所はあまりにスティグマがこびりついているからである。「フルシティ」「マッドハウス」と呼ばれている。The Buildingは象徴的である。あまりに大きく、あまりに国民に悪い印象が強い。できれば現在の病院から離れた所に移転するのが良い。2・30床×2・3ユニットで。40・50人が自由な構造で治療を受けられれば良い。

(先生が卒業したベルギーでは北部で脱施設化が起こらず何も変わっていないというが？)

政治の問題だと思う。精神医療の雇用を減らしたくないのだ

(病院からコミュニティへの移行はスタッフの削減を意味しないのでは？)

もちろん！コミュニティでの新しい雇用が生まれるから。要はスタッフが病院から外へ出たがらないということが問題なのだ。

(精神医療改革を始めたときに、スタッフからの抵抗はなかったのか？)

それはあった。しかし私が総合病院に精神科を作るとき、4人の看護師が付いてきた。すべて若いナースだ。そのうち医師が増え5人になった。

その後CHNPは大きく変わった。しかしそこまでにはとても長い時間がかかった。10年20年変革が来ることを信じながら待ち続けることは容易なことではない。オバマ

大統領ではないが Yes We Can と信じ続けたのだ。

VIII. チューリッヒ大学訪問

ルクセンブルクの精神医療改革に関わるウルフ・レスラー (Wulf Rössler) 教授へのインタビュー

ハイデルベルグ大学精神科、*Psychiatric Clinic of the Central Institute of Mental Health* で社会精神医学の研究に従事。1996年よりチューリッヒ大学精神医学教授。

International Journal of Social Psychiatry エディター。診療、研究を行うと同時に、スイス、ドイツ、スイス、ルクセンブルク、ブラジルなどの精神医療のアドバイザーとして活動している。

1) ルクセンブルク

(ルクセンブルクに教授はどう関わってこられたのか?)

今年もルクセンブルクの政府に改革の進捗について評価を頼まれた。改革開始から15年ほどになるが、急性期病床は0.4/人口千人ほどとなり、急性期医療への移行はほぼ目標を達成している。

ルクセンブルクの問題として以前は完全に単科精神科病院中心の精神医療を行っていたということがある。しかし急性期病床の整備をすすめ、数年前にとうとう急性期は総合病院で診るという制度に変わり、単科病院から総合病院精神科への移行は完了した。

CHNP (精神科医療センター・元は国の唯一の精神科病院にして唯一の精神医療機関) については急性期だけでなく、慢性期の患者も入院を続けている。

ルクセンブルクのもう一つの問題は、強制

入院の占める割合が高かったことである。これが人々の精神障害に対する偏見にも影響していた。政府へのアドバイスを続けた結果、強制的な入院の占める割合は劇的に減少した。

ルクセンブルクの特徴として、医療費の10%以上を精神医療に使っていたということが上げられる。これはヨーロッパの他の国と比較してもたいへん多い金額であった。使った金額だけから考えればルクセンブルクは精神医療については先進的な国になっていたにもかかわらず。

(ルクセンブルクは大変な金額を精神医療に投入したのに、なぜ80年代後半まで改革が遅れたのか?)

非常に重要な質問だと思う。ルクセンブルクはあまりにも病院の建築に資金を投じすぎた。ハードを整備しすぎると、改革は自由度を失い、将来的にはより困難になってしまう。どのような改革であってもハードに規定されるとそれ以上進まなくなってしまう。

ルクセンブルクでは150年以上、CHNPが中心となっていた。国の唯一の精神医療機関であった。彼らはその唯一の医療機関に大金をつぎ込み、「我々は唯一絶対の精神科医療機関をもっている。お金もたっぷり使っている。それでいいじゃないか」という意見を持ち続けていた。

私がまだドイツの Central Institute for Mental Health に在籍していた1992年に、政府の要請によりはじめてルクセンブルクを訪れたとき、この改革はルクセンブルクにとって痛みを伴うものになるとすぐに確信できた。特に専門家にとってはひどい痛みを伴うものであるとはっきりわかった。

なぜなら彼らはそのような考えを続けた挙句に、とうとう変化が必要と公に認めなければならなくなったからである。

(その当時なぜドイツの Central Institute for Mental Health が選ばれたのか?)

Central Institute for Mental Health の Häfner 教授は健康サービス研究で非常に有名だったからである。私は 80 年代に教授の下で研究をおこなったのち、96 年に Zurich 大学に移ってきた。私はその後もルクセンブルクについて定期的にレポートしてきた。最新のものとして 2005 年にはフォローアップレポートをまとめている。

(2005 年のレポートは読みました。それから現在までには何が?)

先週ルクセンブルクに入ってインタビューを行い、健康省の大臣と面談してきた。現在、ルクセンブルク政府に提出するレポートを作成中であるが、CHNP については非常に憂慮している。先週、院長の Dr. Joosten に報告を受けたが、目標とされていたことが達成されていない。

CHNP の中心にある建物、The Building について一刻も早く取り壊すように勧告しているにもかかわらず、相変わらず改修に多額の資金を投じている。

(The Building については CHNP の幹部も「スティグマの象徴となっているので取り壊す」と言っていたが)

しかし現実にはその決定後も資金を投じ続けているのだ!未だに内装などの工事を続けている!改革はもっと早く進めることができたはずだ。改革のためには、取り壊す予定のハードウェアに資金を投入すべきでない。

建物のことは一つの象徴である。明らかに

CHNP の中に内部的な力の衝突がある。改革に抵抗する勢力があるのだ。CHNP は今、非常に困難な状況になっている。

(1992 年頃、教授は抵抗勢力とどう対峙したのか?今よりも強い抵抗にあったのではないか?)

今はオープンな抵抗だが、当時は目に見えない抵抗だった。どこの国でも古い施設では改革に抵抗する勢力が大勢いるものだ。ルクセンブルクでは特にそれが酷かった。ほとんどあらゆる施設で強い抵抗にあった。これはどこの国でも同じことだ。15 年前、EU はある国のある島にあった公立精神病院を閉鎖しようと計画した。EU は 3000 万ユーロもの巨費を投じ、精神医療改革の専門家を次から次へと送ったが、結果として何も変えることができなかった。なぜその様な強い抵抗にあったか?その島の人間すべてがその病院で生計を立てていたからだ。雇用が無くなることへの抵抗は非常に強いのだ。

(ルクセンブルクの総合病院精神科の Dr. Gleis も同じように言っていた。しかしコミュニティーへの移行は雇用のカットを直接は意味しないのでは?)

古い施設に勤務していた職員は古い概念の医療しか知らない。古いやり方でしか患者と接することができない。それは非常にパターナリスティックであったりして、コミュニティーでは全く役に立たない接し方であることが多い。新しい場所に適応できないのだ。コミュニティーでの接し方はもっと患者本位で、患者との対話を大事にしていくものだ。

(ルクセンブルクでは営利病院は無いのか?)

ほとんどは非営利民営である。CHNPは公立病院であったが、非営利民間病院に組織替えをした。

(隣国のベルギーでは北部で民間病院が多く、また精神科の病床数も多いようだが)

そのとおり。非常にベッドが多い。

ベルギーでは精神医療の団体の会議でいつも施設のストラクチャーのことばかり話題にする。その一方で治療のことはほとんど話題にならない。治療は「ときどき」しかしていないのだろう(笑)。

昔は、精神医療は他の医療分野と違って「治療以外」の占める割合が大きかった。150年間、医療がメインではなかったと極論しても良い。しかし今は精神科も他の診療科と同じく、医療のモデルに従って仕事をするように変わったのだ。

今は精神科も施設ではなく、医療について論じるべき時代になっているのだ。

現在の精神医療にとって非常に重要な問題になるのは「精神医療へのアクセス」である。今や治療を求めてやってくる人にとって、通院に要する時間は大きな問題となった。20年前にヨーロッパで患者に対して調査を行い、「許容できる通院時間は60分」という結果が出た。しかし最近ではそれが30分にまで短縮された。ルクセンブルクではエッテルブルクのCHNPまでほとんどの地方から60分で通えるとわかったので、一か所の病院でカバーできると当初はアドバイスした。

(それが1993年、最初のルクセンブルクの報告書に30分圏と60分圏を図示した理由?)

その通り。

(その当時は60分でよかったのでセンタ

ー1カ所で充分とされたが、今は30分となったのでルクセンブルクのあちこちに医療機関が必要となったと考えて良いのか?)

それは重要なポイントだ。

(スイスは小さい国なのでどこからも60分で通院可能なのでそれまでのカバーしきれることが分かり、それで新しく総合病院に精神科を作らなかったと教授の論文にあったが?)

そのとおり。スイスは小国であるのでそれまでの医療施設でカバー可能であった。もう一つの理由はスイス特有の医療制度にある。Canton(県)ごとに医療地域が分かれており、医療制度は完全に独立している。それを超えて受診することができないようになっている。そのため元から各地域に精神医療機関が分散していたのだ。

(チューリッヒの病院のみ他の県の患者も受けられるという例外があるが?)

それはPrivate(私的医療保険)の患者だけの例外である。これはとても難しい問題になっている。私的医療をもっと使うべきだという考え方があるのだ。政府の考えとしては、その方が経済的に医療を提供できるからというのだが・

医療は「普通のビジネス」ではないからね。日本ではどうなの?

(日本でも同じことを主張している人たちがいる。アメリカの影響を受けた新自由主義の時代だから)

そう、新自由主義の影響だ。政府は「新自由主義的な政策を打ち出したい」、その一方で「病院のコントロールをしたい」という考えを持っている。これは両立しないだろう。

歴史的に見れば、中央ヨーロッパでは国民

に医療保険をほとんど強制的に持たせる政策を持っていた。

(ルクセンブルクでは特にそれが顕著だが、医療保険は100%公的で、民間保険はない。営利病院もない)

そのとおり。公的医療だ。

もう一つの公的医療のあり方として、英国を中心とした国々では税による医療を行っている。いわゆるNHSというシステムだ。また、すべてのヨーロッパ諸国で、自宅でのケアは別の保険によってカバーされている。

(世界的には公的医療の衰退も起きている。英国やオーストラリアでは公的セクターがベッドをカットしすぎて、その一方で民間病院の精神科病床が増えている)

そのとおりだ。英国では病床を急激に削減しすぎた。もっと病床は必要だったといわれている。

(NHSを採用している英国でさえ、削減しすぎた影響で、ソフトな入院治療を必要とした患者は民間病院に入院するようになっている)

そのとおりだ。新しい問題がおきている。

(イタリアについてどう思うか？ トリエステでは公立精神病院を廃止し、コミュニティー精神医療に移行し、コストも引き下げたというが？)

イタリアの精神科医は改革によって非常に有名になったが、正直言って彼らは改革の失敗点について目を瞑る傾向がある。コストはそれまでどういう医療費の使い方をしていたかによって増えも減りもするものだ。

(ルクセンブルクで行われたアンチスティグマキャンペーンについて教授の考えは？)

TVなどマスコミで行ったキャンペーンは大して役に立ったとは感じない。人々はそのようなものには影響されないものだ。スティグマはもっと個別的に対処しなければならない問題だ。スティグマにはその引き金がある。態度を変えていくには、ある状況にあるときに、その人がどう対処したのかが対話により修正していく必要がある。

困ったことに一般大衆より、精神科医の偏見がより大きな問題であることがわかった。私の仮説としては実は「精神科医が患者を受け入れていない。患者の考えを受け入れられない」からでないかと思う。どの精神科医に質問しても、「私の患者は私のことを嫌っているでしょう」と答える。他の診療科ではありえないことだ。

(ルクセンブルクのホームレスについて) ルクセンブルクは豊か過ぎてホームレスがでてこない。他の国では精神障害とホームレスは深く関係している。例えばこの間訪問したサンパウロではホームレスの10%が精神障害者であった。

ルクセンブルクにはホームレスを隠す仕組みがある。ファミリーゲストハウス(ファミリーペンション(注:ペンションは年金も意味するがここでは異なることを指す))というシステムで、私は何度も激しく糾弾してきた。

ルクセンブルクでは北部の比較的貧しい農村から職を探して南にやってきた人がホームレスになるリスクがある。都市に来たが職を得られずホームレスになる可能性がある。しかし「ルクセンブルクのような豊かな国では長期入院患者が存在してはいけない。と同時にホームレスも存在してはいけない。」と政府は考えた。ルクセンブルク政

府はどうしたか。北部にあるつぶれたホテルやレストランを改装してそうした患者を住まわせている。

(経営は営利会社?)

営利会社どころか個人でも運営できる。非常に劣悪な環境で患者は生活している。部屋を提供し、行き場の無くなった人を収容している。外国人もいれば重い障害者もいる。非常に大きな問題である。

(ファミリーペンションの財源は?)

費用は社会保障から出ている。

慢性の患者はあまりに長い間社会から隔離されていたため、身体的あるいは精神的ケアが欠けているだけでなく、経済的な力も欠けている。精神障害者は社会資源を利用する力に欠けているため、医療と福祉の二つの資源をともに使っていくとはとても困難だ。

(北欧のように税負担がすべてであればそれらについて考える必要もないが)

そのとおり。北欧の医師と昨日話をしたが、最近の進歩はケースマネジメントだという。社会福祉と医療を完全に一本化することに成功したという。

(ルクセンブルクでは最近、アパートのスタッフの費用を医療保険から支払うようにしたというが何故そうしたのか?)

官僚主義との戦いのためである。政府というのはいつでもどこでも柔軟性に欠けているものだ。新しいアパートを作ったとしても、そのあとの様々な役所との折衝に何年も費やしてしまう。政府は資金を出すだけにとどめ、そのあとの運用は現場にまかせてくれた方がよい。医療保険一本で支払われることで、フレキシブルで素早い運営が可能になった。

(脱施設はどここの国においても家族の負担を増やしたが、ルクセンブルクでは?)

家族の負担は大きな問題である。

われわれが調査をして驚いたのは、入院直前に家族の40%が患者の暴力にさらされていたということだ。患者は「退院したい、家に帰りたい。」というだろう。しかし暴力を振るわれた家族のことも考えないといけない。患者の権利だけではなく、家族の権利も尊重しないとイケない。

(CHNPの思春期青年期病棟が7年前まで無かったということについて)

当時は思春期青年期の患者を入れるところがどこにも無かった。そのため裁判官が若い患者を精神病院に入院させる命令を出せず、仕方なく刑務所に収容することが続いた。このことがマスコミに報道され、スキャンダルが明るみに出たあと、政府は素早く対応をした。大臣が対応することを約束し、すぐに制度が作られた。これこそ政治が精神医療をどう変えるかを示す良い例ではないか。

(法治国家であるにもかかわらず、一体どのような判決で罪を犯してもいない未成年の患者を?)

「犯罪を起こす可能性がある」という判決が下され多くの若者が刑務所に収容された。これが明るみになると、社会から非常に強いプレッシャーがかかった。

ルクセンブルクにはもう一つ特異な問題がある。ルクセンブルクは非常に豊かで、小さい国である。もし患者がルクセンブルクでの治療を望まなければ、外国の病院で治療を受けることもできる。特にアルコールの患者に多かった。ルクセンブルクの医療保険は他国で受けた治療についても支払い

をするので、患者には余計な負担はかからない。

(ルクセンブルクのデイホスピタルについて。CHNPでは利用日数に上限がある。一方で総合病院では上限がないと言うのだが?)

それについてはルクセンブルクの精神医療の背景から考えないといけない。総合病院精神科の医師は病院の被雇用者ではない。病院の医師は個人で開業しており、病院で働く間は病院から給料をもらう。

ルクセンブルクではそのため入院の件数が非常に多く、その一方で入院期間は非常に短い。重い患者だけではなく、軽症の患者も入院する傾向があることが関係していると思われる。

ルクセンブルクの精神科はすべて中長期患者のリハビリテーションのためにデイホスピタルを持たなければならない。施設としては持つことが義務つけられているが、理念ほどはうまくいっていない。

多くの国でデイホスピタルは少し時代遅れになっているのだ。この(チューリッヒ大学)施設は新しい構造を持っている。ここはリハのセンターとクライシスインターベンションのセンターを兼ねている。場所は都市の中心部にある。危機介入のための病床も10床もっているが、入院期間は最大で5日に限定されている。とてもユニークな構造であり、とても小さなユニットからなっており、一年に650件の入院を扱っている。

ここのデイホスピタルは急性期デイホスピタルである。これは新しい精神科医療のトレンドに乗ったものである。入院後のアフターケアは扱わず、急性期の患者の治療を

して入院を防ぐ機能を担っている。自殺の危険の高い患者などが対象となっている。

アフターケアのデイホスピタルとは違うプログラムを行っている。日本では?

(アフターケアがほとんど。慢性期患者が多く、5年10年とデイにとどまるものも多いと話す)

(ありえないというようなジェスチャーをしながら)昨日「もし全く新しい精神科病院を作るなら?」というインタビューを受けた。私の考える理想のスタッフは、精神科医と看護師、事務員は一人だけでいい。OTは要らない。今でも世界中の精神科病院の99%は適切な治療を提供していないと思う。変革の時は来たのだ。

(臨床心理士は?)

ああ、臨床心理士はOKだ。精神療法はとても重要である。いろいろな構造の精神療法が。

しかしOTについては現在までに有効性を示すエビデンスは何もない。伝統的でパターンリスティックな治療は終わりだ。朝になると「さあ、起きなさい」「治療に行きなさい」と患者に指示し、治療への参加を強制するような治療はもう終わりだ。

(しかしスイスでもドイツでも、ヨーロッパは至る所に素晴らしい作業療法の施設がある。)

しかしエビデンスが無いよ!古典的な作業療法で、社会に戻せたというデータはない。全く時代遅れだ。今や競争的な自由な労働市場に障害者を参加させないといけない。われわれの治療の成績はLancet(世界的に有名な医学専門雑誌)に報告した。精神病状態の患者の55%を労働市場に戻すことができた。古典的な治療を受けた患者は26%

にとどまっている。

精神医療は新しいアプローチを受け入れることにいつも困難を感じてきた歴史がある。これからは精神病患者には保護的就労施設が重要になる。患者の能力を統合し、リハビリテーションを行い、精神障害者であっても自由な労働市場に戻すことを目的とする。

精神医療の専門家は常にネガティブな意見であった。「自由な労働市場に戻すことなどできないに決まっている」という意識があった。それは違う。専門家の側にこそ偏見があった。ホームレスになった人を働かせることなどできないという考えがあった。それは違うと証明できる。我々には新しい手法がある。古典的な方法ではまずトレーニング、それから職場への配置であった。新しい方法ではまず配置し、それからトレーニング。職場でジョブコーチの同伴でトレーニングを行うことが旧来の方法よりはるかに有効である。古典的な病院主導の精神医療の方法とコミュニティ精神医療の方法は異なるのだ。

2) ドイツ

(教授はドイツでの経験が長いのでドイツについて聞いてみる)

ドイツは州ごとに全く医療制度が異なる。バイエルンは病院中心の医療を進めているが、ドイツ北部ではすでに総合病院精神科中心となっている。

(ドイツのシステムについて。Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) (病棟別機能分化のための人員基準) は今でも有効な手段なのか? ルクセンブルクでも1990年12月制定されたが?)

Psych-PV とは病棟にどれくらいのスタッ

フが必要かということを定義する手法である。非常に複雑なシステムとなっている。病棟は児童、成人、老年の3カテゴリー×急性期、慢性期、それから何だっけ……18カテゴリーが基本だ。ドイツ人は、知っているだろう、分類するのが大好きだからね(笑)。

(日本でも病棟別機能分化が進められているが、複雑な上に条件が厳しく問題がある。日本では病棟の種別によって入院費が大きく異なるが、ドイツのPsych-PVでは種別が違っても入院費が均一なのは何故?)

ドイツのシステムはどこをとっても複雑で他の国の人には理解できないかもしれない(笑)、Psych-PVでは職種ごとに患者のために費やす時間が細かく規定されている。その反面、スタッフ同士の打ち合わせ、ミーティングのための時間が持たなくなっているということがあげられる。患者と話す時間のカウントがPsych-PVでは唯一カウントされる。したがって職員同士がミーティングをしていると、「あなたは私とこれ以上離してはいけません。患者と話す時間が足りなくなります」と注意されてしまうのだ。

昨日の会議ではDRGについて精神医療への導入が可能か議論された。精神科へのDRGの導入はアメリカから導入は始まったのだが、「偏移」を決定することがとても困難であるということが問題となっている。他の言葉で言うと、「どのくらいの期間入院するのか」を予測説明することが難しいということである。患者ごとにどのような治療法に反応するのか、どれくらいのマンパワーを投入すればよいのか予測することは難しい。それを政府によってフィクスして

しまうというのが DRG の基本的な考え方の根本にある。

ドイツの Psych-PV の考え方はそれと通じるものがある。今は非常に複雑で難しい問題である。しかし 90 年代には Psych-PV は非常に成果をあげたことは事実である。

Psych-PV 制定後、精神科病院でのスタッフは増え、ケアの質は向上したことは事実だ。

(心療内科病棟 Psychosomatic Medicine について)

ドイツ独特のシステムである。ドイツの連邦政府は精神科病床を減らして一方で心療内科病棟が増えることを許している。心療内科はドイツでこの病床が増えている理由の一つは、リハビリテーションは医療保険以外の財源で賄われているからである。

ドイツでは 65 歳が引退年齢とされているが、現実には何らかの理由があれば 55 歳で引退することが可能である。55 歳以上でもう働けないと宣言した人はペンション(年金)で支払いを受けて、心療内科病棟に入院することができる。しかし実態として「55 歳で働けない」と宣言した人のほとんどは精神的な問題を抱えての入院なのだ。統計的には精神疾患は引退の理由として最も多い。うつ病、心身症などの診断がつくらしいが、実際のところ診断は非常に不透明なものばかりである。それらの患者を労働市場に戻すことを目標に掲げてはいる。

(精神科で大幅な病床削減が行われている間に、全く病床の無かった心療内科病床が 18600 床にも増えてしまったのは関係が無いとは思えない)

その通りだ。しかしドイツでは法的には心療内科は精神医療とはみなされていない。心療内科病棟はリハビリテーション医療に

分類されている。

(ドイツでのナーシングホームの立地について。改革の早い時期において、慢性患者が精神化病院から退院させられたが、コミュニティに戻ることなくそのまま黒い森地方の施設に大量に移された問題について)

あれは脱施設化 deinstitutionalization (脱施設化)ではなく、trans-institutionalization という。あれは「進歩」ではない。

黒い森地方には空き家になった巨大な建物があったため、退院させられた大量の患者を受け入れたのだ。

(ケアの質は?)

州立病院のケアの質よりも悪くなった。

これこそパッドポリティックスの典型である。

(今でもドイツでは、殆どのナーシングホームは交通の不便な田舎にあり、その多くは営利企業が運営しているが?)

明らかに政治的な誤りである。営利企業はほとんどの場合、非営利企業よりもケアの質で劣っている。彼らの目指すものは利益であり、利益のために利用者のケアの質を落としている。営利企業はチープなケアで莫大な利益を上げている。

(ナーシングホームの利用者はなぜ抗議しないか? 精神障害を持った人にとっては抗議することは難しいのか?)

それは大変難しい。

だから精神科医は患者の「ロビースト」として活動するべきだと思う。他の医療の分野では患者はそれぞれの意見を集約し述べることはできる。しかし精神障害者はそうではない。われわれ精神科医は患者の代わりに発言する必要があるのだ。

3) 日本

日本のことについて聞きたい。ヨーロッパ諸国ではなるべく患者の自主性を束縛せず、なるべく少ない行動制限で治療しようという大原則がある。従って、患者も良くなれば退院することを選ぶという基本的な理解がある。しかし20年前に読んだ日本の文献では、日本の患者は病気で入院したことを恥じ、家族に迷惑をかけまいとして病院にとどまることを選んだという。これは我々には驚きであった。

(昔の日本ではそうであった。病院に居ることを一生隠し続ける家族もいた。しかしこれは変わりつつある)

(教授から日本での精神医療について質問。こちらから詳細に解説するが入院費についての説明に至って驚愕する)

それで何ができるというのだ!

以前あなたは精神医療改革でどのくらい総支出は変わるのかと質問した。「改革でコストを削減できるか、逆に増えていくかは改革以前にどのような医療と支出の仕方をしてきたかによる」というのが私の答えだった。

日本ではコミュニティケアへの移行により、コストは増えるのは当然であろう。コミュニティでのケアが安くなるどうかは、比較する入院医療費によって決まる。スイスの精神科入院料は入院一日450ドルといったところだが。

(ヨーロッパではまずまずのコストだが)

精神医療は殆どが人件費となるからこれだけのコストになる。例えば大学病院精神科では1200人が働いているのだから。

私たちは精神科病院を縮小していくことを

考えている。コミュニティの患者のために、今まで病院のために使っていたコストをどれだけ移すことができるかというのが重要なポイントになる。なぜならコミュニティケアのために政府は予算を増やすことを好みはしなからである。本当のことを言えば、予算を減らすことすら彼らは密かに考えている。

古典的な保護的住宅はとてもコストがかかるものだ。保護的就労施設も同じことだ。われわれの就労プログラムはあまりコストがかからないようになってきているが、効果的である。古典的なコストのかかるコミュニティケアよりも優れている。

日本はこれから改革をするのであるのだから、同じ間違いはしないでほしい。

(日本の精神科病院のほとんどは民間。ベルギー北部も同じだが、教授はベルギーでの経験から何かコメントは?)

日本の病院の収入はどこから?

(ドイツの制度に習ったせいで、日本はほとんどが医療保険)

日本に今までと違った支払制度を導入するという考えは?今の支払制度は患者一人当たりという概念に縛られすぎている。

Capitation (人頭制) を取り入れてみてはどうだろうか?患者一人ではなく、その地域全体のケアについて予算化するのだ。医療にどれくらい、福祉にどれくらいという風に分配を地域ごとに決めるという方法である。予算を移譲する代わりにケアの質についても責任を持たせるという方法である。そのようにして民間病院を dry out (干上がる) ようにして行ったら良いのではじゃないか?コミュニティが変わっていく唯一の方法だと思う。