

(それも一つの方法だとは思いますが・・・)  
社会精神医学は政治と深くかかわっている。大英帝国、USA では 50-60 年代に改革は収容している。なぜか？それらの国では脱施設化への政治的な圧力が大変強かったからだ。なぜ圧力が強かったか。それまでにあまりにひどい精神医療が行われていたからだ。

ドイツはそうではなかった。ドイツでは第二次政界大戦中にナチによって大部分の長期入院患者が殺されてしまったので、長期入院患者が少なかった。その結果として戦後になっても州立病院への政治的圧力が強まることは無かった。精神医療改革は科学ではない。政治なのだ！

よく向精神薬の導入が精神医療改革を引き起こしたという説を唱える人がいるが、それは間違っている。ドイツでは向精神薬導入後に 60 年代から精神科病床数はどんどん増えている。減らしてもそれを上回る増加が続いた。

ドイツにとって 1972 年というのは特別な年である。なぜなら制度の改変によってこの年から州立病院の縮小が始まったからだ。最近では精神科病院だけでなく、一般病院も縮小されている。これは政治的態度の変化によってもたらされた変化だ。法は強力である。法を変えることができれば日本でも変化を引き起こすことができると思う。

## IX. ルクセンブルク精神保健計画 2005

(Psychiatrie Luxembourg

Planungsstudie 2005)

(本文・抄訳) 10)

### 1) 前文

2004 年にルクセンブルク保健相は、チューリッヒ大学の Wulf Rössler 教授に精神医療の実態調査を命じた。その背景は以下のとおりである。

2001 年に病院計画が策定され、精神医療の脱施設化が行われた。2004 年、新しく任命された保健相 Mar di Bartolomeo は、精神医療改革を進めるよう指示をした。専門家は議論の結果、1992 年の精神医療に関する勧告を見直し、現状について再調査することが必要と判断した。ドイツを始めとするヨーロッパ諸国での長い研究の実績をもつ Wulf Rössler 教授はこの計画を任せられることとなった。

この研究のプロセスは 3 つのステップからなる。

- ① 2004 年現在の精神医療の供給に関するデータ調査である。ルクセンブルクの医療は国内での供給に限られているため、国内の地理的、量的調査が行われた。
- ② 主たる医療とケアの供給者の実地調査である。これは需要と供給のギャップを見定めるために必要なプロセスであった。さらに将来の発展的なシナリオを描くためにも精神医療のマップ的な調査は必要不可欠であった。
- ③ そして改革のための段階的な勧告が練り上げられた。

2004 年の保健相就任時、精神科患者をすべて総合病院に移すことが計画された。しかし総合病院の構造の問題やスタッフの不足などの理由で、これは実現不可能な計画であることが分かった。2005 年には妥協案が必要と言うことになったが、医療とケア、両供給者間の考えの相違から、これは困難な作業となっていた。そのためオリジナル

の計画である Häfner Plan "(Planning Study 1993)に代わる計画が必要とされた。これから先5-10年のスパンを見通した、ルクセンブルク国民の精神保健を保障するモダンな精神医療を実現するための計画である。

## 2) 調査対象

総合病院 4

精神科病院 5

デイクリニック 3

外来クリニック 56

社会精神医療(福祉)施設 13

就労支援施設 8

居住施設 12

その他 12

## 3) 国際比較

### 1.精神科病床数

Jahr	England	Deutschland	Italien	Niederlande	Spanien	Schweden
1990	1.3	1.4	0.04 (1992)	1.8	0.8	1.7
2001	0.8	1.2	0.05	1.3	0.4	0.8
% Veränderung	-32	-10	18	-15	-58	-45

Quelle: BMJ, 2005 (<http://bmj.com/journals.com/cgi/pterm/330/7489/123.pdf>)

### (2005BMJ)

ルクセンブルクは0.97であるが多くはリハビリ病床であり、急性期は0.37と少ない。

### 2. 病院数

ヨーロッパの精神科病床数の70.5%は単科精神科病院にあり、総合病院精神科は10.1%に過ぎない。その他は19.4%である。ルクセンブルクでは51.7%が単科、36.2%が総合病院、12.1%がその他にある。治療の件数で見ると80%が総合病院で受けている。

### 3. 平均入院期間

総合病院精神科の入院日数は平均15日と

目覚しく短期化されている。しかし単科病院ではいまだに30年も入院しているケースがある。

## 4. 病院外での治療

### コミュニティ精神医療

WHOの標準では人口千人あたり0.3-0.5床の居住施設が必要とされている。スーパーバイザーは2.4所に1人が適正とされている。しかしヨーロッパの多くの国がこの基準を満たしていない。増加傾向は見られるが、ルクセンブルクでは1990年から2002年までの間に19%の増加を見ている。1990年においては0.25に過ぎなかった。

Jahr	England	Deutschland	Italien	Niederlande	Spanien	Schweden
1990	15.9 (1997)	8.9	8.8	24.8 (1992)	5.1 (1994)	76.0 (1997)
2002	22.3	17.9	31.8	43.8	12.7	88.1
Veränderung %	+40	+101	+259	+77	+149	+15

Quelle: BMJ, 2005 (<http://bmj.com/journals.com/cgi/pterm/330/7489/123.pdf>)

## 5. 強制入院

Jahr	England	Deutschland	Italien	Niederlande	Spanien	Schweden
1990	40.5 (1991)	114.4 (1992)	20.51	18.4	33.8	39.0 (1992)
2001	30.3	190.5	18.4	19.1 (1999)	31.8	32.4
% Veränderung	+24	+67	-12	+18	-8	-17

Quelle: BMJ, 2005 (<http://bmj.com/journals.com/cgi/pterm/330/7489/123.pdf>)

ルクセンブルクでは強制入院の率は人口十万人あたり一年に100件と、ヨーロッパではドイツに次ぎ多い。

## 6. 精神医療の財源

ヨーロッパでは全医療費の5-10%が精神医療に費やされており、国によってばらつきがある。ルクセンブルクの精神医療費は潤

沢である。

#### 4) ルクセンブルク概況

3つの地域、12の州に分けられる。南北82キロ、東西57キロの小国である。

人口 451600人 そのうちルクセンブルク市に77300人

移民が急増し、人口は自然増では説明しきれない30%の増加(1970-2000)

家賃が非常に高く(553ユーロ、他のEU諸国の平均350ユーロ)、特に単身者の障害者にとって社会復帰の障害となっている。

#### 5) ルクセンブルクの社会保障と医療

1. 社会保障は次のようなシステムからなる。

##### 医療保険

障害者年金、老齢年金、生存者年金

失業保険、労働災害保険、最低収入保障

その他特別な給付(長期ケア(介護)保険、児童給付、障害者給付)

##### 2. 医療保険

職業別に医療保険が分かれている。農業従事者、自由業、2種の被雇用者、5種の公務員のための医療保険がある。その他に定常的な就業をしない人のための医療保険がある。収入の5.4%プラス0.2-4.7%(職業により異なる)が医療保険の保険料となる。医療保険は診療と薬剤費のみならず、疾病に伴う収入ロスや葬儀代もカバーする。海外での治療費も支給される。基本的に入院治療に伴うコストはすべて保険がカバーする。

医療施設での治療は医療保険によってカバーされるが、医療外でのサービス、すなわちカウンセリング、居住施設の費用、就労施設などの料金はそれぞれ、担当の行政機関の支出となる。保健省は主として医療的

あるいは精神医学的な業務を行う施設を監督するが、居住施設は家族省の管轄となる。責任は完全に分断されているが、実際の運営ではオーバーラップも起こりうる。

外来医療では医療行為は一回ごとに支払いをうけるが、入院は包括的支払いの対象となる。病院は一年ごとに医療保険団体と支払いについての交渉を行う。精神療法に対する支払いは制限がある。

外来で処方された薬は80%の払い戻しを受け、自己負担は20%となる。

看護師を始めとする病院スタッフは調査により算定され病院への支払額は常に変動があり調整される。

ルクセンブルクでは財政的な連続性の無さが問題とされている。精神医療の中でも、公的資金、私的支出が混在し、保険と税金の財源が両方使われている。それらは時折話し合いによって調整されている。

財政的な誘導は関係する機関のインセンティブとして利用されている。そこには患者、費用、機関のパフォーマンスが関係している。入院医療がコスト的に有利となれば、病院は患者を施設に押しとどめるようにするため、政府はそれを防ぐために外来医療のインセンティブを増やすであろう。また、定められた期間以上に病院に入院を続けた場合、病院にとって経済的に不利になるようにすれば、入院を増やさないようなインセンティブが働くであろう。

#### 6) ルクセンブルクの精神医療改革

1971年にルクセンブルク政府の要請に応じ、WHOによる最初の勧告案が作成された。ベッドは人口千人あたり3.95床であった。主な勧告の内容は

① CHNP(国立精神神経センター)のベ

ッド削減

- ② ルクセンブルク、Esch、Ettelbruck 市に総合病院の新しい精神科病床の開設する。(この勧告に応じて 1977 年にルクセンブルク中央病院に、1981 年に Esch に、1981 年に Ettelbruck に精神科が解説された)
- ③ 精神科外来・クリニックに神経科を創設する。
- ④ Esch に社会精神医療センターを開設する。
- ⑤ 老年精神医療病床を整備する。
- ⑥ 医療保険の制度を改める。
- ⑦ 医学教育を改革する。

さらにこれらの勧告以外にもルクセンブルクの精神科医は精神医療の構造改革を進めた。デイクリニック、ナイトクリニック、保護的な就労施設、老年精神医療の施設、総合病院での依存症治療、精神科看護師の訓練、児童思春期精神医療の充実などが行われた。

1976 年のヨーロッパ委員会の精神保健に関する報告書では、保護的な入院医療からコミュニティ中心の、患者の需要にもっとこたえる精神医療の必要が求められた。1990 年、ドイツの精神保健中央研究所 Central Institute for Mental Health in Mannheim はヘフナー教授、レスラー教授 (Prof. Häfner und Prof. Rössler) 中心に、もはや避けて通れなくなると考えられた精神医療改革についての勧告書をまとめた。しかし 1998 年、保健省はスキャンダルに見舞われ、その捜査の期間中、精神医療改革は停止してしまった。

2000 年、保健相 C. Wagner は „für eine

offene Psychiatrie“ 「開かれた精神医療」運動をスタートさせた。脱施設化をおこなうために次のようなことが提唱された。

① „Standortbestimmung Psychiatrie“ 「精神医療の置かれた現状」という報告書の作成

② 2001 年までに国家的な病院計画を作成する。

これらにより、病院のロケーションが再検討されるとともに、外来精神医療の推進、現状のインフラストラクチャーの再構築が求められた。保健相は精神医療を改革するために CHNP をリハビリテーション中心に模様替えし 237 床に縮小する事を提唱した。急性期治療は 4 つの総合病院精神科に集約することを勧告した。総合病院には 45 床の急性期病床と 50 床の長期患者のためのリハビリテーション病床を整備することが提案された。この計画ができた後、様々な方面からの改革努力がなされた。

2004 年、新保健相 Mars di Bartolomeo が選任された。保健省と精神科病院の話合いがもたれた。「国家的な精神医療に関するコンセプト」「ルクセンブルクの精神医療に関する基本的議論」などの文書がまとめられた。

## 7) 調査結果

2004 年に行った、精神医療とケアの供給に関する全国調査の結果を以下に示す。



### 1. 総合病院精神科

ルクセンブルクには保健省の管轄する 15 の病院がある。CHNP 以外には 3 つのリハビリテーション型病院、3 つの専門病院が存在する。そのうち 2 つは精神科の治療を

行う病院である。アルコール症専門病院の Centre Thérapeutique in Useldange(CTU)、麻薬中毒専門の Centre Thérapeutique „Syrdallschlass“ in Manternach(CTM)である。残りの 8 つのう

ち、次の 4 つの総合病院に精神科がある -Centre Hospitalier (CHL)、Hôpital Kirchberg (HK) in Luxemburg、Clinique St. Louis in Ettelbrück (HSLE)、Centre Hospitalier Emil Mayrisch in Esch/Alzette (CHEM)。キャッチメントエリアはローカルから国全体まで様々でありセクター制は敷かれていない。CHNP を除いては地域の患者を受ける義務はないが、その地域の患者を中心に医療を行う体制に

はなっている。

当初の計画ではすべての総合病院に精神科を新設する予定であったが、実際にはそのようにはならなかった。

CHNP は 1855 年設立であるが、他の医療機関はせいぜい 15 年の歴史しかない。以前は CHNP が唯一の精神科治療施設であった。CHNP は 1998 年からは「合法的」私営（非営利）専門病院となっている。

**Tabelle 11: Angaben zu Kliniken in Luxemburg im Jahre 2004**

Angaben zu Anzahl Betten, Aufnahmen (2004/2000), durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Krankenhaus	Betten	Aufnahmen 2004	Aufnahmen 2000*	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Hôpital Princesse Marie-Astrid	12 (keine psych. Abt.)	223	526	15.14 (2004)
Clinique Ste. Thérèse	12 (keine psych. Abt.)	583	432	13.43 (2000*)
Clinique St. Joseph	k.A.	k.A.	98	6.87 (2000*)
Clinique Ste. Marie	k.A.	k.A.	243	12.41 (2000*)
Hôpital Kirchberg	45 (3 Stationen)	1220	669	12 (2000*)
Clinique St. Louis	46	1200	612	15.73 (2000*)
Centre Hospitalier Emil Mayrisch	33	1180	1200	15.1 (2000*)
Centre Hospitalier	46	967	k.A.	15.1 (2000*)
CHNP	276 (davon 36 Akutbetten)	1064 (426 Zwangsaufnahmen)	k.A.	unterschiedlich
<b>Total</b>	<b>470 (davon 446 offizielle Betten)</b>	<b>6457</b>	<b>4820 (ohne CHNP)</b>	<b>Median 13.2</b>

\*Quelle: Carte Sanitaire (Alle Aufnahmen ohne psychiatrische Ambulanz!)

2004年現在、ルクセンブルクの成人用の精神科病床は470床である。そのうち170床(36.2%)は総合病院精神科の短期・中期治療の病床、24床(5%)は精神科を持たない総合病院の精神科病床である。36床(7.7%)はCHNPの急性期病床、240床(51.5%)はCHNPの慢性期病床である。2つに分類すると0.37床/人口千人が急性期病床、0.53床/人口千人が慢性リハビリテーション病床となる。1年間の入院6457件のうち、総合病院精神科は5373件(83.2%)である。2004年にCHNPには1084件(17%)の入院があったが、そのうち426件は強制入院であった。総合病院の平均入院期間は平均15日、CNHPに関しては診断により平均入院期間が大きく異なるが、数日から30年にわたる。10年以上入院を継続して続けている患者の割合は16%に上る。これは急性期医療を重視する病院計画に反する結果となっている。病院外の施設の不足とアフターケアの欠如により、退院させられないことが理由である。CTUとCTMの依存症治療病床は入院日数の計算から除外した。なぜならヨーロッパの比較研究においてはこうした病床は算定されていないからである。

## 2. デイホスピタル

CNHPのデイホスピタルは病棟の精神科医を病棟の勤務から異動させることから始まった。

デイホスピタルの目的は精神症状の更なる改善と精神科入院施設から外の治療施設への橋渡し、再発の防止、服薬など治療に関することだけでなく、社会的なスキルについても向上させることにある。

## 3. SPAD

SPADとは主に看護師による外来患者のアウトリーチ活動である。2001年に開始され、患者100人に対して精神科看護師6.5人、必要に応じて臨床心理士、PSWが参加する。SPADチームは定期的に精神科医のコンサルテーションを受ける。SAPDはルクセンブルクの北部地方において集中的に活動しているが、それ以外でも協力の要請が増えつつある。

## 4. 危機介入と救急サービス

2005年中ごろまでに全ての精神科に救急室を開設することがもめられた。Kirshberg病院においては2004年から開設が準備され、2005年にはフルオープンとなった。CNHPにおいてはその途上にある。ルクセンブルク市には3つの総合病院精神科が存在する。精神科救急は整備途上にある。それぞれの医療機関の裁量に救急の扱いは任されており、もし患者が医療を利用できないときには一般の救急病院がまず受け入れ、必要であれば個別的な関係をもっている精神科医へ治療を依頼することになる。精神科救急はCHNPが中心的な役割を果たしている。(注：2005年以降、逆に総合病院精神科が中心的となった)

## 5. 精神科医

外来を診ている精神科医56人。5人の児童思春期精神科医を含む。全ての精神科をカウントすると、人口8064人当たり1人の精神科医がいる計算になる。これは人口千人あたり0.124人に相当する。これは世界的な標準を大きく上回る。(スイスは0.023人/人口千人)

調査に回答した14人のうち、7人が診察まで1ヶ月待ち、4人が1-6ヶ月待ち、1人

が6-12ヶ月待ちであると回答した。1名は新患を受け付けないと回答した。10人(60%)は主に総合病院で勤務していると回答。社会で暮らす慢性患者のケアは開業医にますます負担をかけ、そのために長い診察待ちにつながっているものと考えられている。また都市部に精神科医が集中していることも、需要と供給のバランスを崩す原因と考えられている。

#### 6. 居住施設(病院外のベッド)

17ある精神関係の団体のうち、8つが居住施設を持つ。8つのうち、2つは公的、6つは公益団体の所有である。公益団体は保健省と協同契約を締結している。

全国で合計138床が精神障害者のためのベッドである。CHNPには27床だが、うち24床は依存症患者のため、3床はSPADチームのためのナースングベッドである。それ以外の111床は一般の精神障害者のために用意されている。ほとんどの施設は満員である。入所待ちの期間は約6週間ということである。ほとんどの施設において需要は増えつつあり、またいわゆる dual diagnosis の障害者が増えつつある。また若年の精神病患者の増加、過去の入院歴を持つ者の割合の増加が報告されている。

全ての施設において精神科医のコンサルテーションが行われている。唯一 Rochendall においては週4時間の決まったケアが行われているが、それ以外のところでは必要な場合にのみ行われる。

1992年の時点で300床が必要であると予測されていたが、整備は進んでいない。大都市近郊に多く分布しており、特に北部地方において整備が進んでいない。重症の障害者をみることのできる24時間スーパービジョン付きの居住施設が無く、最高でも一日数時間のケアしか提供できていないと言う問題もある。このような居住施設の少なさもあり、カリタスなどキリスト教系団体により、ホームレスの施設の中での精神障害者の増加が報告されている。ホームレスの患者のケアは大きな問題である。またCHNPの患者の50%は社会的入院となっていることも居住施設の整備の遅れと関係している。北部においてファミリーペンション(ファミリーゲストハウス)が多く、急速にまた増加しつつある。これは居住施設の整備が遅れていることと関係している。これらを運営している企業はこの地方独特である。



Stand 2004 (Jahr der Entstehung, Art des Einrichtungstyps, Träger und Anzahl Plätze)

Name der Einrichtung	Seit	Art des Einrichtungstyps	Träger	Anzahl Plätze
Appartements thérapeutiques du Centre de Santé mentale	1987	Übergangwohnheim und betreutes Wohnen in Einzelwohnungen und in Wohngemeinschaften	Ligue Luxembourgoise d'Hygiène Mentale	31
SPAD-Begleitung		Betreutes Einzelwohnen (Begleitung durch SPAD)	CHNP	3
Foyer Reckendal	1990	Betreutes Wohnen	C.E.R.R.M.	22
Foyer Reckendal / Réhabilitation	1986	Übergangsheim	C.E.R.R.M.	9
Foyer Thérapeutiques (2) (Foyer Intégris und Haus beim Schlass)	1983/ 1990	Foyer de vie für Alkoholkranke (Langzeitwohnheim)	CHNP und CTU	13
Liewen Dobaussen	1987	Wohnheim (Langzeitbereich)	Liewen Dobaussen asbl.	35
Logement Supervisé	2001	Betreutes Einzelwohnen	Reseau Psychesch Hellef Dobaussen asbl.	14
Nachsorgehäuser Rosport (Syrdallschlass Manternach)	2003	Übergangsheim für Suchtabhängige nach Therapie im CTM	CHNP und Gesundheitsministerium	11
Total (mit Einrichtungen des CHNP)				138
Total (ohne Einrichtungen des CHNP)				111

Name der Einrichtung	Pädagogen / Erzieher	Psychologen	Psychiater	Psychiatrisches Pflegepersonal	Sozialarbeiter
Centre de Santé Mentale	0.5	0.5	0.25	2.25	0.25
SPAD-Begleitung	keine genauen Angaben (wird durch Pflegefachkräfte des SPAD versorgt)				
Foyer Reckendall	1	-	Konsiliarisch, 4 Std./Woche	1	0.25
Foyer Reckendall / Rehabilitation	1.5	0.25	Konsiliarisch, 4 Std./Woche	2	0.5
Liewen Dobaussen	3.5	-	-	2.5	-
Logement Supervisé			Konsiliarisch bei Bedarf		0.5
Nachsorgehäuser Rosport	1		Konsiliarisch auf Anfrage der Klienten		
Total	7.5	0.75	0.25	8.75	2

居住施設での職員のトレーニングについては施設間に少なからず格差がある。

Dichotomy Label	Name	Count	Responses	Cases
Med-psychiatrische Anamnese	PSYAMNE	1	2.3	14.3
Psychosoziale Beratung	SOZBERAT	6	13.6	85.7
Psychotherapie	THERAPIE	2	4.5	28.6
Training persönlicher Fähigkeiten	TRAINING	7	15.9	100
Ausbildungs-/berufsbezogene Angebote	BERUFANG	4	9.1	57.1
Einzelhilfe in bestimmten Lebensbereiche	EINZHILF	7	15.9	100
Psychosoziale Anamnese	SOZANAM	4	9.1	57.1
Psychosoziale Vernetzung	PSOZVERN	6	13.6	85.7
Freizeitangebote	FREIZEIT	6	13.6	85.7
Anderes	ANDERES	1	2.3	14.3
Total		44	100.0	628.6

SPSS-Auswertung (Multiple Response / Value tabulated = 1)

4 missing cases, 7 valid cases

住居を提供する以外の業務としては、治療を提供する施設が多い。カウンセリング (75%)、精神療法 (25%)、対人関係能力向上トレーニング (88%)、レジャーなどさまざまである。

## 居住施設利用期間

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Häufigkeit
< 1 Jahr	2
1 bis 2 Jahre	2
2 bis 5 Jahre	1
Total Antworten	7
Missing Values	4

施設ごとの平均入所年数の分布を見ると、1年以下2箇所、1-2年2箇所、2-5年1箇所となっている。それぞれの施設の中で利用者の内訳は不詳であった。

入居者を疾患別に見ると感情障害38%、統合失調症などの精神病23%、社会心理的問題（多くは対人関係の問題）16%、その他の精神障害であった。

## 7. 就労支援施設

ルクセンブルクには8箇所の就労支援施設が存在する。最も古いものでも1987年設立。多くは90年代から2000年代前半に設立されている。全て合法的私営団体により運営されている。キャパシティは50前後のところが多く、全部で236人が利用可能である。全て満員であり、待機期間は6週間程度となっている。

Name der Einrichtung	Jahr der Entstehung	Träger	Rechtsnatur	Anzahl Plätze
Eilinger Konoschtwerk	2004	ATP	privatrechtlich	50
Haff Ditgebaach	2004	ATP	privatrechtlich	50
Schierener Atelier	2000	ATP	privatrechtlich	35
Waller Atelier	1990	ATP	privatrechtlich	50
Keramikfabrik	2000	Ministerium für Arbeit	privatrechtlich	1
Eilerenger Wäschbur	1993	Caritas Accueil et Solidarité	privatrechtlich	35
Atelier Valeriusshaff	1987	Caritas Accueil et Solidarité	privatrechtlich	15
Total				236

スタッフは作業療法士が最も多く、ついでソーシャルワーカー、臨床心理士の順である。精神科医のスーパービジョンを受けているところはひとつも無かったが、年に2-3

回の精神医療のセミナーに職員が出席して教育を受けているところが多かった。

職業の種類としては洗濯、縫製、鍵屋、塗装、給食、ろうそくなどの製造業など多種

にわたる。利用期間についてのデータは無い。大手団体ATPの利用者のデータでは、約半数が統合失調症、21%が気分障害、薬物・アルコール関連が9%であった。

## 8. まとめ

(1) 1990年以降、就労支援施設は目だって充実されてきた。その当時は25人分しかなかった訓練施設が現在では236人分に増加している。2006年にはさらに40人分が増える予定である。サービスはルクセンブルク全国をカバーするようになった。職種は多岐にわたるが洗練されており、製造物の品質は非常に高い。しかしながら自由なマーケットで十分な競争力を身につけているとは言い難く、単なる「サポート的雇用」から前進させることが将来的課題と考えられている。

居住施設については138床に達し、1992年以降ベッド数で19%の増加をみているが、WHOの定める最低基準には達していない。そのため多くの患者が適切な治療、ケアを受けられない状態になっている。300床程度に増やす必要があると言われている。また様々な障害の程度に応じて、レベルの異なる居住施設を作ることが提唱されている。中でも移行施設と呼ばれるような、支援の充実した居住施設が必要である。24時間スーパービジョンのある居住施設の整備が望まれる。

(2) CHNPの患者の約50%は長期入院（社会的入院）となっている。急性期病床の患者の30%は退院可能であるが、退院先が見つかからない。ホームレスシェルターにいる慢性患者の70-80%は、適切なケアが受けられていない。家族のもとに暮らす、多くの患者（数は不詳）は適切なケアを受けて

いない。社会保障からの始終を受けていても本来必要な金額に程遠い。月200ユーロ程度で生活するなど不可能である。）依存症病床にいる多くの患者（数は不詳）が適切なケアを受けていない。

(3) リハビリテーションのための施設で、多様で段階的なサービスの提供がされていない。

多くの患者に置いて、診断が細分化され特定されておらず、適切な治療を受けていない。CHNPを退院した患者を診るべき精神科クリニック、コミュニティーメンタルヘルスセンターが整備されていない。高齢者の増加、外国人の増加などに対応しきれていない。

(4) 病院のベッド数が多すぎる。

スタッフの不足、特に夜間、週末に無人となる施設が多い。

アフターケア施設の不足のために次のような問題が起こっている。

いわゆる回転ドア現象

あまりに多くの外国人職員の存在

病院に依然として過大な負荷がかかっている。

病院外の施設、中でも病院外で勤務する精神科医に過大な負荷がかかっている。

病院はもはや長期入院のための施設でなくなり、救急のための対応でほとんど手一杯となっている。関わりをもつマンパワーの不足ではなく、医療保険をめぐる財政的な事情が原因となって精神医療の供給不足がおきるようになった。

(5) 次のような患者グループのケアが問題となっている。

①慢性期の患者 特に CHNP に長期入院

している患者。特に重症の児童患者、高齢患者。慢性重症の児童患者をどうケアしていくかは重要な課題である。

②犯罪を犯した患者 CHNPは高度セキュリティユニットを持っていないため

③病状の重い司法精神関連の患者

④高齢の依存症患者

⑤老年精神医療を必要とする患者 老年精神医療病床は24床しかないため。単なる認知症の患者の治療にはまだ見込みがある。しかし精神障害者が高齢になった場合、ホームなどに適応できず、結局またCHNPに戻ってきてしまうケースが多い。

⑥Dual diagnosis の患者

⑦人格障害、なかでも境界性人格障害を持つ患者。増加する傾向にある。次のような分野が未整備である。

①予防 精神障害による病欠は問題となりつつある。燃え尽き症候群が増えている。職場での予防が特に重要

②anti-stigma キャンペーンの重要性。学校などに対してのキャンペーン、マスコミによる広報活動が重要である。

(6) 医療提供者側からみた、近年の改革プロセスの困難に関して

全てのサイドにおいて最近の改革に関して、幻滅と怒りのムードが広がっている。失望と非難は皆、止める必要がある。多くのことが試みられ、少しの結果しかえられていない。次に挙げる3つのレベルで考える必要がある。

①政治的レベル：精神医療の問題が政治において重要視されてこなかった。関心が払われることが無く、そのために病院計画が変更を受けることなく、結果として断片的なものに終わった。

②医療の構造のレベル：医療保険と税制度の二重の制度により支えられていると言う問題。病院医療の財源縮小が、病院外のケアの拡大に結びつかなかった。精神医療福祉がいくつかの隔たったシステムにより運営されており、それぞれの機関が異なる役所の支配を受けている。役所の縦割りの弊害があり、それでありながら境界が不鮮明であると言う問題。

③医療団体の中で、あるいは総合病院の中で精神科の立場の弱さ。

④関係団体間のレベル：改革期においてなおさら問題となっているのが各関係団体間の競争、連携不足である。今回の調査でも異なる団体間の意見の対立は、業務の分担について明らかである。連携不足、視野の狭さはプラスチックの元となっている。

#### (7) 調整すべき問題

ルクセンブルクでは、いまだに政治的なリーダーシップを誰が取るのか、どういう道筋で改革をするのか明らかでない。改革に関するアドバイス、監視をする科学的委員会、責任者等が決まっていない。利益の相反する、異なる団体の調整をする機構が無い。改革の方向が定まっていない。建物の整備をはじめとして行政が解決すべき問題について支援の方法が明らかになっていない。

#### ネットワークの問題

協調とネットワークの欠如

病院外の活動に関しては政治的発言、ロビー活動が行われていない。

議論をする場所の設定が無い。

#### 提供すべきもの問題

それぞれの団体において、適切な実務を

行う設備、人員が不足している。

障害者に対して病院外でのケアを提供するシステムが不足している。

#### (8) 精神医療福祉の関係団体での問題点

##### ①CHNP

巨大な病院であるためにコミュニケーションがうまく取れないなどの問題点がある。近い将来どういう方向に進んでいくかについてのビジョンが不十分である。委員会が改編されアドバイザーのうち幾人かは提言を行い、いくつかのプロジェクトが進みつつある。スタッフは最新の知識に触れる機会を得られるようになり、ガイドラインが策定されつつある。

しかし病院としてみると海図なしに公開する巨大な船のような印象を受ける。

##### 問題点

###### 組織内でのコミュニケーションの不足

異なる国籍の職員の混在、異なるレベルの知識を持つ職員の混在、過去の提言についてすら知らない職員の存在。

「急性期ケア」に参加したいと言う欲求は職員の中にはあるが、表に出されないままになっている。

保健省からの資金的なサポートを受けていないと言う不満。どんなアイデアを出しても拒否されてしまうと言う不満。

ロビー活動、政治的発言の弱さ。(CHNPは蚊帳の外という感情)

職員の不足、労働強化。これは次のようなことによりもたらされた。

###### 病床削減への圧力

看護師の必要人数を算定する方式の問題：この方式は精神科に適用することには無理がある。一般科の看護師を算定する方法をそのまま精神科に適用すること

に問題がある。またそのために書かねばならない膨大な文書、作業時間はまた重い負担となって現場にのしかかっている。CHNPはリハビリテーション医療を行うとともに急性期精神医療を行うと言う2つのタスクをこなさなければならないと言う問題。スタッフ不足がさらに問題となっている。

スタッフ不足により

不適切な患者のケア

フラストレーション、職員間での対立・葛藤

##### CHNP 理事会の問題

CHNPは批判にさらされ、リーダーシップについて疑問がもたれている。理事会は改革の成果については満足しておらず、移行は不適切であるとしている。しっかりした政策とガイドラインの欠如について保健相もコメントしている。

##### コメディカルの問題

看護職員の中でフラストレーションが高まっている。これは4つの原因がある。看護職員の相対的不足：精神科の民営化以降、単純で安定した労働環境ではなくなっている。看護必要度アセスメントの導入により看護職員の書類書きに要する時間が激増している。患者の治療に費やす時間より、不可能に近い看護必要度アセスメントに要する時間が増加している。このため看護職員の労働負荷が強まり患者のケアの密度は低まり、業務の質は低下してしまった。

CHNP 将来像の不明確さ：改革のプロセスの行く先がみえない。内部のコミュニケーションのギャップにより更に問題となっている。

協調の不足：外部との協調の不足、内部での協調の不足が問題となっている。

改革のアセスメントの欠如：執行部は改革が充分実現されていないと感じる一方で、現場の職員は自分たちは CHNP の利益の犠牲になっていると感じている。彼らは自分たちの努力は評価されていないと感じている。

#### 精神科医の問題

精神科医は CHNP の将来に漠然とした不安感を抱いている。今まで数多くの改革案がコンサルタントにより起案されているが、実現していない。改革のための努力は充分なされているが結果が出ていない。臨床心理士との協力体制も問題がある。精神科医には科学的な助言のシステムも無いと考えられている。その一方で改革のための委員会は専門家でも無い人間で組織されていると思われる。科学的な助言のシステム、医療職の増加が望まれている。

CHNP の精神科上層部と現場の間には溝が生じている。新しい病院計画により 2005 年に急性期医療を行うことになりこの問題は生じた。次のような点が問題である。

建物の構造的な問題 計画中であるということもあり、建物の更新が進んでいない。  
スタッフの不足 病院はいまだに医療保険とスタッフの数について交渉をしているところである。

CHNP と総合病院の間で役割分担が不明確である。どのような患者を CHNP は受けるのか不明確である。

地域の分担（セクター）が不明確である。それぞれの病院の担当する地域は明らかでない。

#### ②コミュニティの施設の問題

居住施設など病院外の施設はほとんどの地域で不足しており、コミュニティメンタルヘルスセンターは充分ではない。需要は高まりつつあるが、サポートはほとんど得られず、職員の失望は高まり退職する者も多い。財政的なサポートの不足とスタッフの不足は改善していない。ルクセンブルクの住宅の不足と家賃の高騰が事態をより深刻にしている。職員に対しての訓練もやはり財政的な問題から充分行われていない。コミュニティ施設の改革が困難な理由には次のようなものである。

政治的な方向性の欠如

協調と政治的主張、ロビー活動の不足

マーケティングの欠如 必要なところに設立すると言う仕組みができていない。

行政の縦割りの弊害 保健省と居住施設を管轄する建設省の連携の不足

改革は今のところ、病院などの主張に基づく一方的な見方に基づいているという批判がある。

#### 9. 将来へのシナリオ

論点は以下のように集約される。

##### ①CHNP

CHNP の機能を救急、依存症治療、診断機能など専門的な分野に集約する。

担当地域を明確化する（セクター制）

精神医療ケアのトレンドに沿ったものにする。

スタッフの配置の改善。

議論のできるような会議の設置、科学的アドバイスのできる委員会の設置。

病院計画の実施に関するマネージメントの改善。

地域のものにせよ、広域のものにせよ、リ

ハビリテーションのセンターとしての機能を保持するのか、廃止するのかについては議論の分かれるとことである。

#### ②総合病院精神科

総合病院は急性期治療について全面的な責任を負うことになるであろう。その中には強制的な入院も含まれる。クライシスセンター、デイホスピタルの施設も必要である。

#### ③コミュニティー精神医療

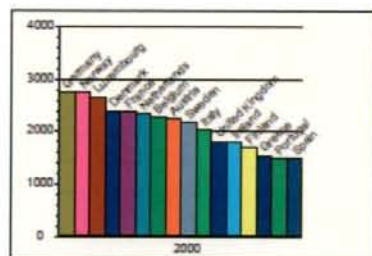
ベッドの不足により患者がホームレスシェルターなど不適切な施設に収容される傾向がある。しかしデイケア、ナイトケアはそれに対する有効な対策である。急性期治療の充実も有効である。短期の入院であればinstitutionalismの問題も回避することが可能である。

改革はまだ道半ばであり、多くの患者は以前よりむしろ割る以上に置かれているとすら、多くの専門家が感じている。

現状ではコミュニティーにおいて多様なリハビリテーションのメニューが無い。もっと高度な、もっと分化したケアのメニューが必要である。たとえば24時間ケアの受けられるナーシングホームなどが必要である。その他に緊急時のケア、個人住宅、支援付きの住居、様々なレベルの住居などが望まれる。またCHNPを退院した患者を治療できるような外来精神医療施設や老人、司法精神医療にも対応できるような外来精神医療施設を整備することが望ましい。

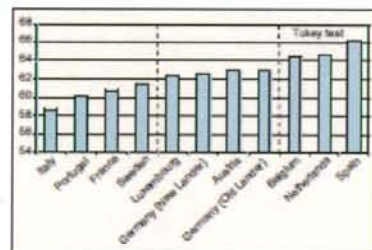


(参考) ルクセンブルクの精神保健に関するデータ 14)



Source: WHO Health for All Database

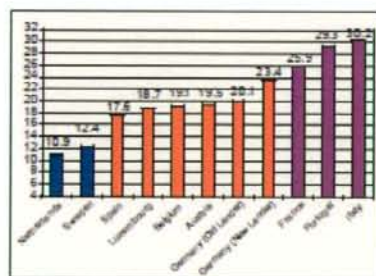
国民一人当たり医療費(年間・ユーロ換算)  
EU内で第3位であり、医療費の占める割合は高い



Source: Eurobarometer<sup>1</sup>

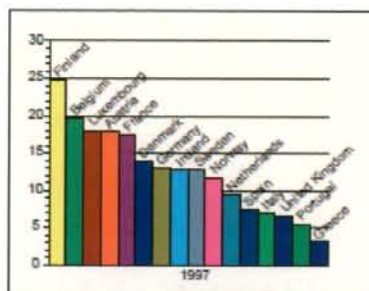
健康な精神保健を示す指標 (SF36 survey instrument による)

EUでは標準的な値となっている。



心理的ストレスを示す指標 (MHI-5 scale of SF36 survey instrument による)

EUでは標準的な値を示している。



自殺者数 人口十万人あたり(年間) WHO Health for all data base

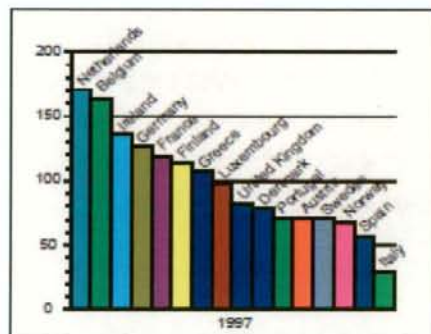
EU内で第3位であり、非常に高い値を示している。

Age	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 & Over
With or without days absence from work							
EU-15 <sup>1</sup>	1.18	0.54	0.89	1.36	1.53	1.34	0.42
More than 14 days lost (two weeks' absence or more)							
EU-15 <sup>1</sup>	0.44	0.22	0.31	0.30	0.60	0.53	0.18
With or without days absence from work							
Denmark	0.84	0.53	0.63	0.77	1.3	0.92	-
Spain	0.33	-	-	0.46	0.39	0.42	-
Ireland	0.85	0.31	0.49	0.85	0.81	0.48	0.41
Luxembourg	0.84	-	0.67	0.90	1.06	1.57	-
Portugal	0.85	0.31	0.97	1.05	0.72	0.70	0.61
Finland	3.37	0.91	2.21	4.16	4.30	4.76	1.88
Sweden	2.05	0.62	1.54	2.57	2.49	2.49	-
UK	1.48	0.68	1.14	1.84	1.81	1.41	0.36

<sup>1</sup> Estimates for EU-15 have been drawn up on the basis of the data available for the Member States covered by the module

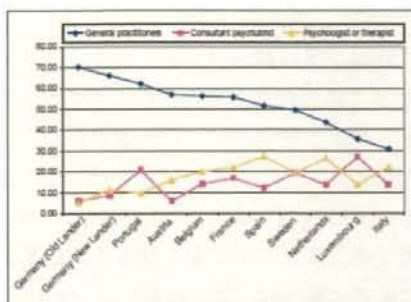
就労に関係したメンタルヘルスの問題 (Health 2002 European Commission)

EUでは標準的な値を示している。

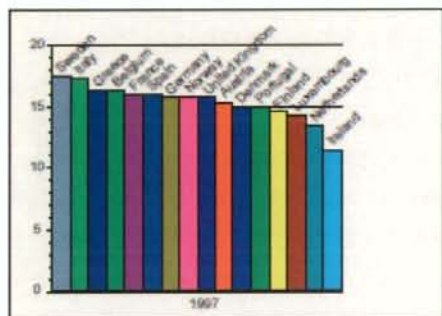


精神科関係医薬費 (WHO health for all database 1997)

EUでは標準的な値を示している。



精神的諸問題がある場合の受診／相談先  
 (Source: Eurobarometer, October 2002)  
 ルクセンブルクでは市民が直接精神科医を受診する割合が EU の国としては非常に高い。プライマリーケア医の受診率は低い。



65 歳以上人口  
 14%近くが 65 歳以上人口であり、他の EU 諸国同様高齢化が進んでいる。

## D. 考察

### ルクセンブルクの精神医療改革から 日本が学ぶべきポイント

I. 遅れて始まっても病床削減を行い、コミュニティの資源を整備することは可能  
ルクセンブルクで本格的に精神医療改革がスタートしたのは西欧では遅く 1993 年からであったが、急速に精神病床を削減しピーク時の 4.2 床/人口千人から 0.9 まで削減した 2)。一方でそれまで未整備であった総合病院精神科病床は 0.38、居住施設は 0.25、就労支援施設は 0.52 と増加したが、未だ整備途上でありヨーロッパの標準は若干下回る 4)。短期間ではあったがコミュニティの施設の整備は順調に進んだ。他のヨーロッパ諸国同様、病院キャンパス内にも居住施設は整備されたが、日本で聞くような「施設内囲い込み」という批判は聞かれない。施設の急速な整備は豊かな財政のため困難ではなかった。しかし後述するようにファミリーゲストハウス（ファミリーペンション）という問題の多い法外収容施設が増加してしまったことは新たな人権問題に発展している。日本でも居住施設については新たな収容を生まないよう注意する必要がある。

居住施設はもちろん、アルコール病院、薬物依存症病院の病床も欧米諸国の常識として精神科病床数には含まれないので日本との比較には注意を要する。

アウトリーチの活動は始まったばかりであるが順調な成長を見せている。チームによる訪問看護 SPAD は活発に活動している。

ACT は実施されていない。Emile-Mayrisch 病院（総合病院）精神科では 1 年間約 1500

件の入院、平均入院日数 13 日であるが、統合失調症で慢性期病棟に送った患者はわずか 1 人であったが、この成績はアウトリーチとホームの整備無しにはあり得ないという 15)。日本でもコミュニティ精神医療保健のサービスが脱施設化には不可欠であると考えられる。また、ルクセンブルクには長期入院患者が多数残っているが、これは 24 時間ケア付きのホームの整備が非常に遅れていることが理由である 10)15)16)17)。長期患者の脱施設化をするなら日本でも 24 時間ケア付きのホームの整備が必要となるであろう。

なお、精神科医の間には「医学的に考えれば今の平均入院日数は短すぎる」16) という意見もあることを付け加えておく。

### II. 国民の理解を得ることが改革の前に必要である

長期入院患者をコミュニティに戻すためには、それまで強い偏見を抱いていた国民が患者に対して受け入れ可能にならなければならない。ルクセンブルクではそのため国民の意識調査、アンチスティグマキャンペーンを国家的規模で行った 3)4)。中部ヨーロッパの各国同様に強制入院の比率が非常に高かったが、法改正によりこれを低下させたことも精神科入院に対する国民的嫌悪感情を軽減させることにつながった。スティグマの染み付いた古い病院名を変えらるとともに、象徴的な古い病棟を取り壊すことも計画したが、これは職員からの抵抗にあい頓挫した。しかし今度は CHNP(国立精神神経センター)自体を他所に移す計画である 4)。脱施設化の前にスティグマを取り除くためのイメージ戦略を立てることは重要である。

### Ⅲ. 脱施設化のスピードについて考える

ルクセンブルクの精神科病床数の削減は先進諸国で最も速いスピードで進められた。その間にコミュニティー精神保健ケアの整備は進んだが、脱施設化のスピードについていけず、いわゆる「回転ドア現象」が観察されている(15)(16)。脱施設化に当たっては、ホームなどの整備をモニターしながら慎重に進めることが望まれる。

### Ⅳ. 精神医療改革のアウトカムを評価する

脱施設化によって世界中で観察されたネガティブな現象として、ホームレスの増加、自殺率の増加、司法精神医学へのしわ寄せなどがある。

ルクセンブルクではそもそもホームレスの発生は少なく、脱施設化後もホームレスの急激な増加は観察されていないという。裕福な国家であるために minimal income (生活保護給付に相当) は非常に基準が甘く、疾病を持つ人が給付を求めればほぼ完全に支給されるために、「ホームレスになりたいとでも思えば別だがホームレスになることは稀」(15) だという。

自殺率はもともとルクセンブルクでは非常に高く、脱施設化後も高いままであり影響は不明である(15)。

司法精神医学は脱施設化後ただちに必要性が生じた分野である(4)(16)。犯罪に関係した患者を以前は慢性期病棟に収容することが出来たが、慢性期病棟が受け入れられなくなり最初入院を拒否されたのは処遇に困る司法精神医学の患者であった。ルクセンブルクでは処遇困難な患者を今でも CHNP の閉鎖病棟に収容している。今のところは絶対数が少ないので司法精神医学病棟を作る予定はないという。一方で他のヨ

ーロッパ諸国同様、刑務所の中での精神科医療には積極的に取り組み CHNP はプログラムを実施している。日本でも脱施設化を進めるのであれば、その前に司法精神医療の整備をさらに充実させておく必要がある。

### Ⅴ. 改革への抵抗についての考察

当研究では他国のほとんど一人の研究者によって一国の精神医療改革が行われたという点でルクセンブルクに注目した。驚くほど詳細なデータと実地の観察に基づく改革プランは実現に移され、大きな失敗も無く改革はかなりの段階まで進んでいる。しかし当のレスラー (Rössler) 教授は現状に満足していない。職員から度重なる抵抗に遭い、改革は彼が望むペースでは進んでいない。一方、現地の院長以下 CHNP のスタッフは表立っては反論しない(できない)立場にあるが、レスラー教授に対して複雑な感情を抱いているのは明らかであった。どの職員に聞いても改革の理念を理解しており、同じような目標を口にはするが、レスラー教授に対しての感情的な鬱積は隠せない。

当時、精神科病院は公立であったため国の決定はそのまま実行された。さまざまな意見はあったが病床削減に対して組織としての抵抗は無かった。レスラー教授によれば、最も障害となったのは職員からの「目に見えない抵抗」であったという。病院の縮小は職員の雇用の縮小を直接意味しない。病院での雇用が無くなっても、新しいコミュニティーの雇用はそれを上回る規模で拡大する。長年親しんだ職場から離れることへの抵抗はあらゆる産業において経験されることであるが、加えて精神医療の場合はコ