

平成 21 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

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
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（爽風会 佐々木病院）

研究協力者 佐竹直子（国立国際医療センター国府台病院）

概要 先進諸国の精神医療改革について19年度、20年度に引き続き調査を行い、脱施設化の手法について日本に適用することの是非を含めて考察を行った。21年度はベルギー、オーストラリア、オランダ、マレーシアの現地調査を行った。

ベルギーは民間精神科病院中心の国であり、社会保障制度などが日本と似通っているため参考になると思われる。入院費の逓減制、A病床（急性期）とT病床（慢性期）の組み合わせ、病床転換によるPVTと呼ばれる新型居住施設、病院職員のコミュニティーへの展開などの試みを行っている。

オーストラリアは世界で最も早い時期に急速な脱施設化を行ったが、財務省主導の極度の病床削減で精神保健が危機的な状況に陥った。コミュニティーケアの先進的な試みは荒廃からの立ち直りのための方策であり、日本とは大きく背景が異なることを明らかにする。

オランダ、マレーシアは精神医療改革の開始は遅れたが、現在新しいコミュニティーケアの施策が実行に移されつつあり、注目されている地域である。ケアマネジメントのシステム、居住施設の整備方法などについて報告する。

ベルギーの精神医療

分担研究者 佐々木 一

A. 研究の目的

ベルギーはヨーロッパの中心にあり、重工業、金融業により栄え経済的に豊かな国である。精神医療保保健福祉の歴史はヨーロッパの中でも非常に古く、地域の中で一般的な家庭が患者をホームステイさせる制度が古より続いていることで知られる。我が国とベルギーは次のような点で類似している。

- ① 精神科病床が多い
- ② 平均在院日数が長い
- ③ 精神医療は単科精神科病院中心
- ④ 民間精神科病院が入院治療の主流
- ⑤ 民間精神科病院団体が非常に強力である
- ⑥ 民間精神科病院団体が保守政党を通じて政策の決定権を握る
- ⑦ 国民皆保険制度である
- ⑧ 社会保障制度はビスマルク型(医療は税

ではなく医療保険を財源とする)

- ⑨ 自己負担はあるが、全国民が精神医療にアクセス可能
- ⑩ キャッチメントエリアはなく、国民は自由に精神科医を選択し受診が可能

民間主体の精神医療システム、ビスマルク型社会保障制度の下での脱施設化 1)は非常に困難である。ベルギーはヨーロッパ諸国の中では最も脱施設化に慎重であったが、精神科病床は人口千人あたり最多時 2.8 床(奇しくも現在の日本の病床数と同数)であったが、現在は 1.67 床まで削減をすすめた 2)。

従って脱施設化の進まない我が国の打開策を考える上で、類似の状況で脱施設化を進めたベルギーの調査を行うことは非常に重要である。

B. 研究方法

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。次にベルギーの大学、精神科病院(営利民間を含む)と連絡をとり、資料を収集した。ベルギーの現地調査、関係者へのインタビューは 2009 年 9 月に行った。

C. 研究結果

ベルギー王国概要

一般事情

1.面積

30,528 平方キロメートル(日本の約 12 分の 1)

2.人口

1,058 万人(2008 年)

3.首都

ブリュッセル

4.言語

オランダ語、フランス語、ドイツ語

政治体制・内政

1.政体

立憲君主制

2.元首

アルベール 2 世国王(1993 年 8 月 9 日即位)

3.議会

二院制(下院:150 名、上院:71 名)

政党はオランダ語系とフランス語系の 2 つグループに分かれる。オランダ語系の議員数が多く、首相をはじめ内閣主要閣僚もオランダ語系である。

オランダ語系とフランス語系の利害調整が内政上の最大の課題。経済的に優位にあるフランドル地域(オランダ語系)は地域政府への一層の権限委譲を求めており、連邦の現状維持を望むワロン地域(フランス語系)と対立。

もう一つの対立軸としてキリスト教系(カソリック)と非宗教系、中でも社会党との歴史的な競合関係が続いている。

オランダ語系対フランス語系(北部対南部)、キリスト系対非宗教系の対立は精神医療の国内格差にも大きく影響を及ぼしている。

中央政府と地方政府の力関係が精神医療の地域差に関係するとともに、精神医療に関する立法行政の困難をもたらしている 4)。

経済 3)

1.主要産業

化学工業、機械工業、金属工業、食品加工工業

2.GDP(名目)

2008年 5,080億ドル

3.一人当たり GDP

2008年 36,481ドル（日本より高い水準）

医療保健システム全般についての情報

自由でリベラル主義的政策が基本であり、患者は自由に意思を選択することができる。フランスなどに見られるセクター制度はとっておらず、キャッチメントエリアは存在しない。しかし政府の意向により「ケアリージョン」と呼ばれる地域あたりの医療供給量を決める制度がある（これは日本の医療計画に近い制度である）。大学病院など高度医療を提供する機関はケアリージョンから脱退を希望しているが許可されていない4）。

医療保険は、基本的に国民すべてに加入が義務つけられている。保険は地方政府から基金を受けているが運営は複数の民間会社に任されている。入院費は基本的に自己負担10%であるが、低所得者には各種の保護的制度がある。今までは国民皆保険の原則が守られ、国民はこの制度を誇りにしてきた。しかし政治的な変化により国民皆保険は危機に瀕している。新自由主義的政策綱領を掲げる保守政党によって廃止の議論が起こっている。表向きの理由は社会保障の効率化とコストの削減となっているが、ビジネスチャンスをねらう私的保険業界の事情もあるという。これはわが国で数年前に「小泉改革」下で展開された議論と全く同じである。公的保険が縮小された場合、精神医療には大変なダメージを与えることが予想されるため、公的精神医療関係者は現在の国民皆保険制度が存続することを期待しているという。

患者の支払いは後で保険機構から払い戻しを受ける制度となっている。払い戻しの金額は収入により変動がある。

社会保障制度は医療が保険により運営されるビスマルク型である。基本的に医療機関は医療保険制度（保険が財源）から支払いを受けるが、コミュニティケアは地方政府（税が財源）から支払いを受けている。また医療機関は通常の診療に伴うコストは医療保険から（一部は患者の自己負担）から診療行為ごとに報酬を受けているが、病院の建築物・土地などのコストについては国から税を財源とする資金を直接受け取っていることがベルギーの特徴である4）5）。病院建築物と土地を自己資本か金融機関からの借入金で購入あるいは賃貸しなければならない日本とはこの点で大きく異なる。医師は多くの場合、他のヨーロッパ・アメリカと同様、病院で勤務するほかパートタイムで個人開業も行っている。またベルギーにおいては、医師は病院の直接の被雇用者ではない。病院で診療を提供する代わりに報酬を受け取るという契約関係を結んでおり、その多くが税制などの恩恵を受けるため個人事業主となっている6）。

精神保健に関する基本情報

精神保健政策 (policy) 7)

精神保健政策あり。1988年に始めて制定。90年に改定。連邦政府と地方政府はそれぞれ異なった精神保健の部門を担当しているので、国家的レベルと地方レベルの精神保健政策が並立し、複雑であり時に整合性が取れないときがある。

精神保健プログラム 7)

連邦政府による国家的な精神保健プログラ

ムあり。1990年に制定された。その後も改定を重ねている。自殺予防プログラムはあるが国家的なスケールではない。

精神保健法(legislation) 7)

1976年の法律が2000年に改正され精神病床の最大数の規定が変わった。以後、地方政府はすべての病院外の精神保健ケア（保護的住居、精神保健センターなど）について責任をもつようになった。連邦政府は病院、精神保健ケアの地域決定、病院ケアの質の維持について責任を持つ。

精神保健の機構 7)

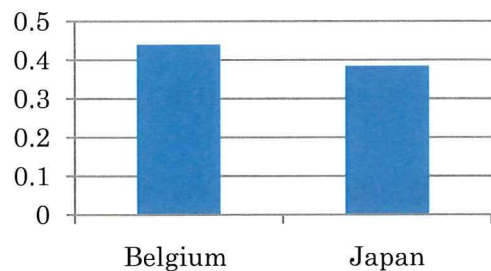
精神保健はプライマリーヘルスケアのレベルで供給される。重症の精神障害の治療もプライマリーのレベルで可能である。精神医療の分野もプライマリーケア医のトレーニングに含まれる。精神障害者に対するコミュニティでの医療施設が存在する。司法精神医学施設は実験的段階にとどまる。

NGO 7)

NGOは精神保健に関与している。保健活動の推進、予防、リハビリテーションに主にかかわっている。

精神保健の財源 7)

医療費の中から精神保健への財源割り当てあり。全医療財源の6%を精神保健に費やす。財源は多い順に社会保障、私的医療保険、家族や本人の支出、税。精神疾患を持つ人には障害手当の支給があり、手当の支給に際しては就労能力、障害の程度の評価が基準となる。



GDPに対して精神保健（医療+福祉）のコストが占める割合を示す 8)9)10)11)。EU内では最も低いグループに属し財源に乏しい。しかしながら日本よりは14%高い。リハビリテーションの分野では1963年にFonds National de Reclassement Social des Handicapés' (F.N.R.S.H.) 通称Fonds Maron が設立され、リハビリテーションの団体に資金援助を、居住施設については1956年、Special Assistance Fundが、1967年、Fonds de soins médico-sociopédagogiquesが設立され援助を行っている12)。

精神医療専門家 7)

精神科医数（人口十万人対）18 これはヨーロッパでは標準的である。（ただし神経内科医を含んでいるため正確な数ではない）精神科看護師、臨床心理師、PSWについて連邦政府は数を把握していない。

精神医療機関 7)

公的医療優位の他国と異なりベルギーの精神科病院の約70%は民間病院である。そのほかの公的病院は地方政府が運営する病院が多いが、司法精神医療など一部の特殊な病院は国立である。

精神科病院 psychiatrische ziekenhuizen

(PZ)

ベルギーに単科精神科病院は 67 ある 4)。うち 12 は公立(連邦・地方政府)、55 は民間(非営利)病院である。他の西欧諸国と異なり、株式会社による営利病院はベルギーでは非常にまれである。近年は公的病院と民間病院の合併、民間大学の下にある公的病院が増えており、公的/民間の区別は困難になりつつある 4)。

精神科病院の平均病床数は 240 とヨーロッパの標準より大規模である。以前は精神科病院が居住的機能も提供してきたが、徐々に保護的住居、ナーシングホームにその役割を譲りつつある 13)。

病院の診断部は患者がどのような疾患を持ち、どのような治療が必要かについて診断する。入院は必要ないと判断される患者は外来での治療と援助を受ける(メンタルヘルスセンターだけでなく、個人開業の精神科医、個人開業の臨床心理士などで) 14)。入院が必要とされる患者は専門的な治療プログラムに乗せられる。うつ病、アルコール依存、精神病、人格障害、老年精神病などの専門的治療が求められるようになっていく。しかしすべての病院にこれらすべてのプログラムを持っているわけではない。

ある病院はうつ病と不安障害を、ある病院は児童思春期を、またある病院は精神病を専門にするといった病院ごとの専門性を持つ方向にある 4)。

精神科病院は 1-2 種類の病棟を持つ。日本の様にむやみに分化した多くの種類の病棟を持つことはない。治療は他職種共同によるチーム医療により行われる。重症の精神障害を持つ場合、入院治療が必要となるが、精神科病院の入院はなるべく短期間にとど

める傾向にある 14)。閉鎖病棟と開放病棟を持つ場合、開放病棟では患者との治療契約が重んじられ、閉鎖病棟では法的な記録が求められる 14)。

入院が必要でなくなると、患者と治療チームの間での話し合いにより退院が決定される。必要に応じシェルターハウスに紹介されたり、あるいは自宅に戻って精神科ケアチームの訪問を受けたり、精神科医の外来に通院することになる。デイケアでの治療も提供される。デイケアは退院予防に効果があることが明らかになっている。

現在でも長期間、精神科病院にとどまり続ける患者が若干存在する。しかしより多くの患者が短期間の入院で治療可能となっており、早期の社会復帰を目指すようになった。

総合病院精神科

総合病院精神科はベルギーに 67 か所ある 4)。それ以外に、小規模精神科ユニットのみ持つ総合病院は 41 か所存在する。単科精神科病院では長期と短期の入院治療を提供しているのに対し、総合病院精神科では短期治療が主である。

コミュニティー精神医療

メンタルヘルスケアセンター

地域で暮らす患者はメンタルヘルスケアセンターを利用する。センターではアドバイス、検査、診断、治療がおこなわれる。センターからの家庭訪問サービスも提供される。多職種によるチーム医療である。センターは税で運営されるが、職員の中で精神科医のみ医療保険より支払いを受ける。センターは地域における精神疾患の予防、早

期発見も業務としている。

ソーシャルリハビリテーションユニット
コミュニティの精神保健を担うセンター
である。人口5万人に1か所の整備を目指
している。外来、デイケア機能のみならず、
居住施設の機能も併せ持つ。精神療法、ア
ウトリーチのサービスも提供する。この施
設に対しては医療保険より支払いが行われ
るが(年間総額6000万ユーロ)、病院では
なく病床数にもカウントされない。運営主
体は主にNPOである。ナーシングホーム
などの居住施設と異なり、精神科医、看護
師、PSWが勤務しているが病院ほどの定数
は要求されない。利用者である精神障害者
は宿泊できることはもちろん、シェルター
とは言われるものの事実上滞在期間には上
限がなく、数年にわたって利用を続けるケ
ースもある。利用可能なキャパシティーは
全国で24207である。そのうちどれだけが
入院と同等でどれだけが日中のみ利用され
ているか明確なデータが得られていないが、
59%というデータもある4)。そうであれば
最大で9924床のベッドに相当することと
なる。

公立の精神科(専門)リハビリテーション
センターは依存症治療と、児童のリハビリ
テーションセンターの2種がある。

精神科診療所

個人経営の精神科医による診療所である。
全国で1500人の精神科医が勤務している
4)。コメディカルの職員を擁しコミュニテ
ィーの活動を行う診療所も多数存在する6)。

ナーシングホーム (MSP (フランス語))
PVT(オランダ語))

ナーシングホームは度重なる法改正で非常
に複雑な運営となっている。北部オランダ
語圏フランドル地方と南部フランス語圏ワ
ロン地方では微妙にルールがことなり、運
営にも差を生じている。傾向として運営を
しやすいように地方独自に解釈を緩めてい
るうちにこうなった模様である。

2005年の時点で全国に36事業所、3317床
あり、人口千人あたりでは0.31床である。
一日約20€と、精神科病床よりも利用者の
負担は高額であり、入院患者が移りたがら
ないという問題が生じている。ガス、食事
などは自己負担である。

ナーシングホームにはPVTu、PVTp、
PVTforensicの3種のカテゴリーがある。

① PVTuは病院施設内に設置される。病
棟を転換したものが多い。一回限りの使用
を認められており、患者が亡くなればその
時点でそのベッドは「封印」される。患者
の利用率が下がれば自然と閉鎖になる。

② PVTpは病院敷地外に設置される。永
久的(pはパーマネントを意味する)に運
営可能である。

③ PVT forensicは司法精神医療専門の
ホームである。2007年にスタートした新し
い施設であり、まだフランドル地方に3か
所のみである。支払いは一般のホームより
も高く支払われる。

PVTに関する規則は実際の運営がしやすい
よう、徐々に緩められた。現在の指導では
建物は病院の敷地内にあってもよいとされ
ている。しかし入り口は病院に面してはな
らず、外に直接つながっている必要がある。
建物は病棟と連続してはならず、独立して
いる必要がある。ただ単にビルの反対に穴
をあけて入り口を作ったケースもあるとい

う 6)。

多くの病院で病棟を転換する形で PVT を開設したが、個室化などのためある程度の投資を必要である。患者への財政的援助は薄く、患者にとっての支払いは慢性期の入院よりも確実に増加する。また自宅などを所有している場合は処分する必要がある。従って患者にとって退院させられ PVT に移ることは抵抗もある。

一般的な市民にとって旧来のナーシングホームは高額であり、また自宅を処分することが求められるなど数々の障壁があったが、新型ナーシングホームである PVT ができたことによって社会復帰は加速された。

利用者の支払いは最初の 3 か月はほとんど無料である。支払いは医療保険がカバーしている。その後は一年間で徐々に自己負担が増加する。PVT の収入は約 700-750 ユーロ/月になる。これは慢性期の入院料よりも高くなるため病床転換へのインセンティブとなっている 6)。

シェルターハウス Beschut Wonen

2005 年の時点で全国に 86 事業所、3507 床あり、人口千人当たりでは 0.32 床であるが、計画通りの整備が進むと 0.5 床に達する予定である。ナーシングホームとシェルターハウスを合わせると 0.63 床であり、WHO の居住施設のベッド数の基準 0.3-0.5 を上回っている。

シェルターハウスは 2 種類に分類される 4)。

① 集団住居 Gemeenschapswonen

② 個人住居 Individueel wonen

シェルターハウスは 70 年代から開設が始まった。フランドル地方だけで 45 の運営主

体がシェルターハウスの運営にあたっている。

居住している障害者のスケジュールはあらかじめ決められており。あるものはボランティアに、あるものは通常の就労に、またあるものは病院で提供されるデイケアでの治療に参加している。

居住者は 3-10 人、スタッフは利用者 8 人に常勤換算で 1 人必要とされる。スーパービジョンは通常週 1 回、集団で皆に共通の問題について話し合うほか、個人的なコーチングも行われる。住居の整備、管理、日課の設定、栄養の整った食事の用意について援助を受ける。スタッフは患者が自主的にそれらができるようになることを主眼に置いて援助を行う。すべての人がシェルターハウスを利用できるわけではなく、アルコール依存症、薬物依存症の患者は除外される。

ファミリー・プレースメント

ベルギーでは昔からホストファミリーが精神障害者を住ませる習慣があり、日本にも紹介されて有名である。患者は一般家庭に居住するものの、患者に対しての責任は病院がもち、症状が悪化すれば直ちに病院に戻るということになっていた。以前は 1000 家族以上あったが、1998 年の時点ではフランドル地方に 770 家族、ワロン地方に 192 家族に減少、改革後の計画では 548 家族に減らされる予定である。世界的に有名なこのシステムではあるが、ベルギー国内での評価は低く、子供たちが巣立った後の喪失体験からくるいわゆる「空の巣症候群」を紛らわすための田舎の風習であるといえられており、現在のコミュニティー

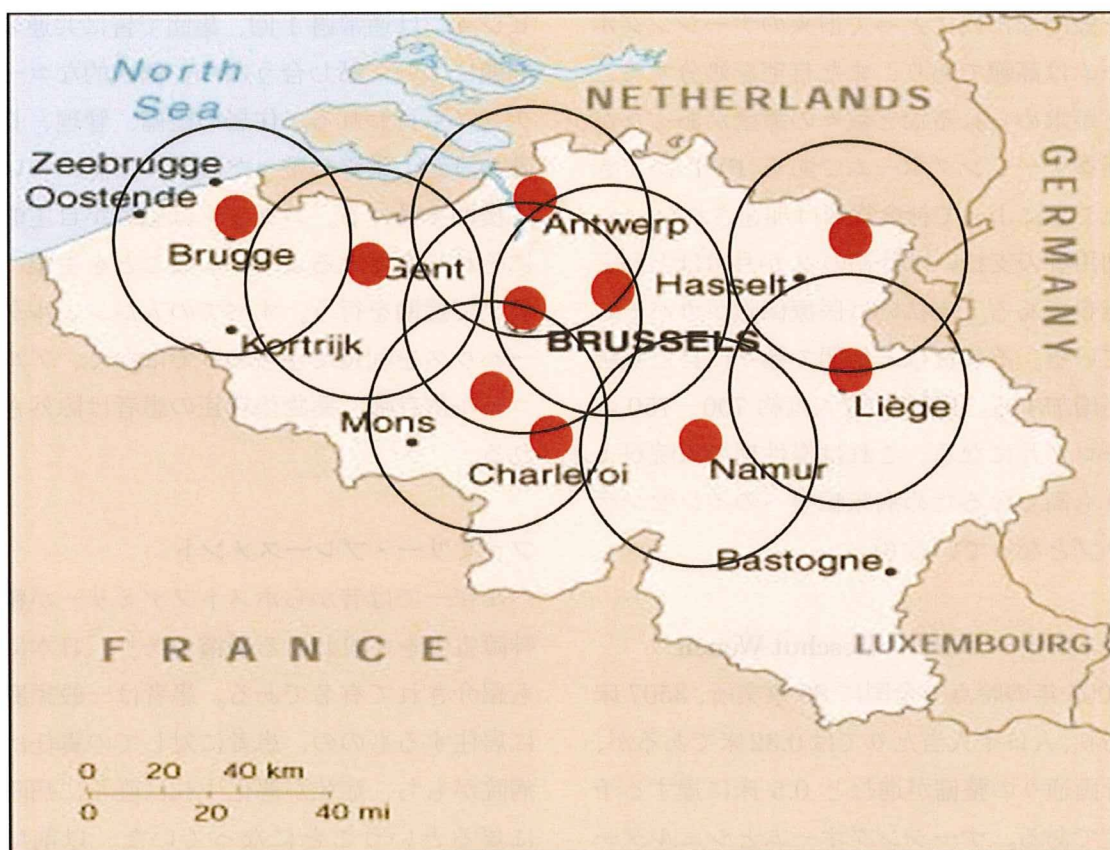
精神医療とは歴史的にも全く断絶したものであるととらえられているという。ベルギーでは高く評価されておらず、いずれ縮小していくであろうと見なされている 4)。

新しいサービス

精神科救急は 9 か所の精神科救急医療施設

(大学病院、公立病院など) により行われている。これらの施設は出来高あるいは患者ごとではなく、年間契約により医療保険から支払いを受けている。ベルギーでは精神科救急で扱う中で最も多いのはアルコール・薬物依存 (39%) であり、統合失調症は 10% にも満たない。

精神科救急医療施設とキャッチメントエリア 4)



ベルギーではうつ病、適応障害の問題が深刻化しており、自殺が社会的な問題となっている (日本と似た状況である)。そのためうつ病の休職者の職場復帰プログラムが 2 年前から開始され全国的に広がりつつある。まだ医療保険からも税からも支払いを受けないパイロットプログラムの段階であるが、デイセンター、精神科ホームケア、自宅ベ

ースのリハビリテーション、患者団体、患者支援 (リエゾン) が始まっている。

医療費

ベルギーの医療費は 2 種類の支払いを組み合わせている 13)。

①入院費用のうち、居住空間についての費用 (ホテルフィーのようなもの)、救急入院

時の費用、外科病棟での看護費用など基本的なコストは、病院と財政当局との年度前の直接交渉に基づいて支払われる。病床利用率が 80%以上であれば全額支払われるが、なんらかの理由で下回れば減額される。一病院当たりの固定支払い制である。

②医薬品、医療手技（診療、検査、画像、手術）、コメディカルの活動は出来高払い（一部固定制）で支払われる。患者一人当たりの変動支払い性である。

入院だけでなく、施設維持などすべての費用はこの 2 つのどちらか／両方（調整係数を用いて）で請求される。通常はこの 2 つの収入が病院の収入の約 8 割を占める。（それ以外には寄付、自費で行う手技、その他売店など雑収入）

入院、デイケアともに医療費は利用期間が長くなるにつれ減少する逓減制が行われている。これは入院、デイケアでの治療の長期化を防ぐうえで重要である 15)。

入院医療費

ベルギーの入院治療は病床ごとの分化であり、A 病床（急性期）、T 病床（治療・慢性期）、K 病床（児童）、Sp（老年期）の 4 種に分けられている 4)。これは日本のような病棟別機能分化ではない。病床の機能分化である。一般の精神病床は A、T の 2 種に分けているが、どのような治療を専門とするかは病院の決めるところである。総合病院、一部の教育機能などを備えた特殊な精神科病院は A 病床のみが認められるが入院日数上限は 21 日と定められる。単科精神科病院では原則として A 病床 3 か月、T 病床 5 年という上限がある。病床のうちでどちらを何床に設定するか、A/T の比率は病院が属するケアリージョンでの必要病床数を超えない範囲で病院が随意に決定できる。一般に急性期を多く扱う病院は A を多く、慢性期を多く扱う病院は T を多く設定している。救急、大学病院などごく一部の病院では A のみである。A を多く持つ病院は回転が速く、患者の入院の長期化を避けることができる 16) 17)。

人員配置基準は以下のとおりである。（標準的な例を示した）数／患者数 4)

	入院病床	デイケア	ナイトケア
A	15/30	10/30	11/30
T	20/60	11.25/60	12.37/60
K	26/20	10/20	10/20
総合病院	20/30		

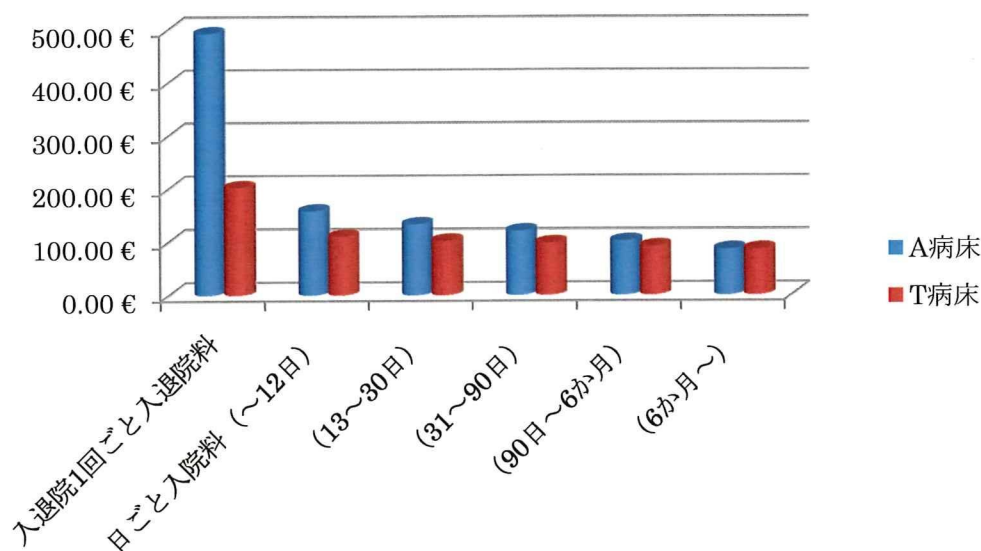
A 病床の人員基準は患者 30 人 に対し医師 3.5 人、看護師 15 人、PSW0.5 人、臨床心理士 1 人である。T 病棟は患者 60 人 に対し医師 0.5 人、看護師 15 人、PSW0.5 人、臨

床心理士 1 人、その他職員若干名である。A 病床の人員基準は日本のいかなる精神科病床よりも高い水準にある。一方で T 病棟の配置は非常に少なく日本の精神科療養病

棟並みか若干下回り、治療よりもケア中心であることが分かる。なお、デイホスピタルの人員は、それぞれ上記の70%と定められている。

AかTかは病院のみが知るところであり患者には知らされていない。どこの病棟のどの病床がそうなのか、見たところでは全くわからない。ただコンピュータ上の記録にしか残らない。患者が知らぬ間に（同じベ

ッドに居続けているのに）AベッドからTベッドとして算定が変更されていることも多い。患者からのクレームなどはなく、運営も簡便であり、何もトラブルにはなっていないという。このA/T病床分化は日本の病棟別機能分化と異なり、すべての病院が急性期精神医療に参加することができる非常にすぐれた制度である。



入院当初はA病床の方が病院の日ごとの収入は多いが、急速にカットされていく。T病床は当初の金額は低く設定されているがゆるやかに減少していく。病院はその病院の特性（患者の残留率の曲線）に応じ、急性期病床Aと慢性期病床Tをブレンドして無理なく退院を促し入院期間の短縮を図ることができる。

なおここに示したのは病院が患者ごとに受ける収入であるが、ベルギーでは病院の収

入は、患者一人一人についての収入の他に、年払いで医療保険支払基金よりうける収入がある。従って前記した患者一人あたりの収入は安く算定されていることに留意されたい。この受給のためには病院は3年ごとに支払基金の審査を受けなければならない。入退院一回当たりの料金の設定については、回転ドア現象につながるという懸念があった。それを防ぐために定期的な保険団体の査察において入退院が無用に頻回に繰り返

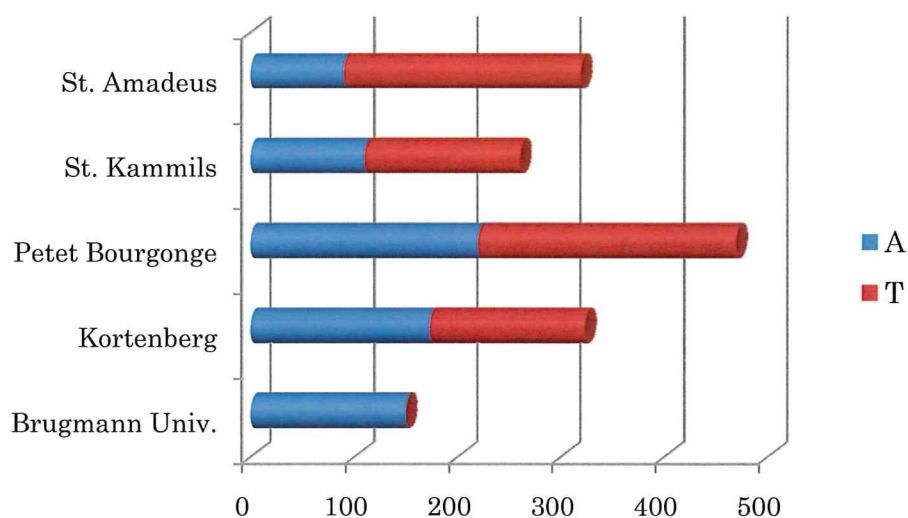
されていないかチェックされ、そのような行為があった場合、病院には「極めて高額な」罰金が科せられる。

以下に今回視察した 5 病院のプロフィールを示す。

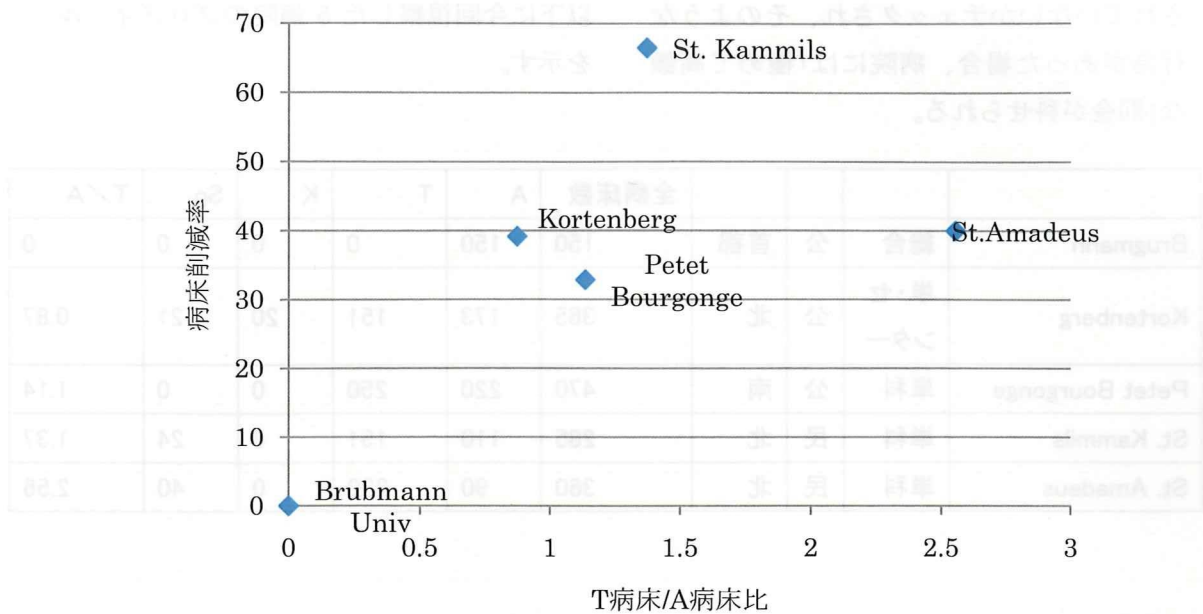
				全病床数	A	T	K	Sp	T/A
Brugmann	総合	公	首都	150	150	0	0	0	0
Kortenberg	単・センター	公	北	365	173	151	20	21	0.87
Petet Bourgonge	単科	公	南	470	220	250	0	0	1.14
St. Kammils	単科	民	北	285	110	151	0	24	1.37
St. Amadeus	単科	民	北	360	90	230	0	40	2.56

A 病床と T 病床数をグラフに示す。
救急と専門治療に特化した Brugmann 大学

病院を除き、A 病床、T 病床の比は 0.87 から 2.56 まで広く分布している。



T 病床/A 病床の比と病床削減率の関係をグラフに示す。



相関関係は認められない。ここから言えることはこの A/T 分化のシステムでは

- ① 日本の病棟別機能分化と異なり、すべての病院が病床削減に参加できる。
- ② A 病床を多く持つ急性期中心の病院だけでなく、T 病床を多く持つ慢性期中心の病院でも削減は可能である。

③ 慢性期中心の病院でも削減率で急性期病院に劣ることはない。

デイケア医療費

デイケアは次に示すような料金になっている (2009 年 1 月改定版) 17)。

一日当たり	病院収入	自己負担分	自己負担 (年金受給者)
導入時	634€	310€	2.6€
～12 日	35€	5€	0
～1 カ月	24€	5€	0
～3 か月	17€	5€	0
～6 ヶ月	8€	5€	0
それ以後	2.5€	5€	0

導入時に大きな金額が支払われるが、日ごとの支払いは少なく、また逓減率が高いため長い滞在は病院にとって経営的な不利益が大きい。また 90 日を超えては事実上収入

がなくなるのと同様である。

外来医療費

外来医療費は条件によって細分化されてい

る。精神科医による短時間の診療のドクターフィーは 40€（自己負担 5€）、長時間の診療（45 分以上）は 67€（自己負担 15€）である。個人精神療法は 55 ユーロである。患者は医療機関で全額を支払い、のちに一部を差し引いて払い戻しを受けるシステムになっている。年金受給者等の自己負担はほとんど無い。

精神医療の歴史

中部ヨーロッパ諸国同様、18 世紀から続く障害者・流浪者の収容所 Asylum に多くの精神科医療施設は源流をたどることができる 4) 6)。カソリックの多いベルギーでは多くの施設に宗教が関係しており、公的病院とみなされる大学病院精神科ですら施設内に尼僧院があり、シスターが象徴的存在として病院内で権威を持ち続けていることがしばしば見られる。

20 世紀になり、これらの病院の多くは宗教団体の下部組織として統合され、非営利民間病院となった。一方南部フランス語系ワロン地方では重工業が発展し組合活動が盛んになったため社会党が勢力を伸ばし、公的医療を推進したため精神科病院は地方政府立が主であった。民間病院と公立病院はお互いに連携することなく、それぞれの発展を遂げたが、脱施設化の時代になると、政府の方針通り脱施設化を進めた公立病院

と、病床削減に抵抗した民間病院は鋭く対立するようになった。しかし 21 世紀に近づき、公的サービスへの民間参入、公的サービスの売却、民間大学の公的病院の支配などにより、公民の境界は不鮮明になった。また民間病院も病床削減を行うところが増え、路線的な対立も以前ほどではなくなりつつある。

精神医療改革

1974 年に最初の精神医療改革の指針は作成された。病床削減、総合病院精神科の設立、患者の暮らすコミュニティでの治療、アクティブな治療の供給、疾患の予防、精神科救急の創設、知的障害のケアの分離が提唱された 13)。

病床機能分化が取り入れられたのはこの時である。A 病床（急性期）、T 病床（治療・慢性期）、K 病床（児童）、V_p（のちに S_pに改称・老年期）の 4 種に大別された。多すぎる精神科病床を減らし急性期治療を促進するために、A 病床、T 病床の分化の制度が導入されたことは大きな変化であった。この A/T 分化は民間病院にも適用可能であり、すべての病院において急性期治療にインセンティブを与える制度として有効に機能した。

1976 年に発表された精神病床の将来計画（当時）は次の通りである 4)。

	入院病床	デイ/ナイトホスピタル
単科精神科 A 病床	5000 床 (0.5/人口千人)	1500 (0.15)
単科精神科 T 病床	9000 (0.9)	4000 (0.4)
総合病院 (Aのみ)	1500 (0.15)	750 (0.075)
児童病床	630 (0.32)	639 (0.32)
老人病床	3000 (0.3)	
合計	18500 (1.8)	5250 (0.525)

単科精神科病床の約3分の1を急性期病床とし、病床数を1.8/人口1,000人まで減少させる計画であった。必要病床数を定義し、今後は病院の設置を認めないことが明確化された。病院の財政は病床利用率により左右され、80%以上の利用率で病院に対しての支払いが完全に行われるとしたのもこのときからである。入院期間の上限はA3か月、T5年、総合病院精神科21日と定められた。

1989年政府は精神医療改革の提案を行った。当時、入院患者の26%が20年以上入院を続けていた。また入院患者の39%が知的障害・認知症であることが問題とされた。そのため精神医療から知的障害、認知症の治療を完全に切り離すことが提唱された。それにより病床数は1.3(将来的には1.0)/人口1,000人への削減が打ち出された。またベルギー独特の問題である、連邦政府、地方政府、政府内の縦割り行政の改善が必要とされた。当時、精神医療に関する役所は10以上あり効率の悪さが問題とされていた。外来精神医療、急性期治療、依存症治療を重視する方針が打ち出された。

1990年、1999年の法改正により現在の制度は作られた(13)。1990年が精神医療改革の年とみなされている。このとき、病院の縮小と患者の社会への取り込みが目標とされた。結果として病院の外のシェルターにすむ慢性患者数が増加した。病院外居住施設としては次のようなものがある。精神科ナーシングホーム、シェルター居住施設、ホームケアである。これらは国営の健康保険により運営されるが、患者の個人的支出もかなりのものとなっている。この改革は居住施設の規模を拡大することを通じて居

住環境の質を向上させること、施設の供給に関して地方政府の関与を増やすことを目的とした。

1999年の改正では精神科病院におけるインテンシブな治療と専門治療の強化、病院とコミュニティーの連携の強化、病院と休息施設のベッドを減らし精神科ナーシングホーム、シェルター居住施設のベッドを増やすことになった。

2002年には統合的精神保健ケア計画が発表された。治療のネットワーク重視、患者のニーズ重視、日常生活の場での治療を目指すと明記されている。患者のフリーアクセスは重要であり、今後もセクター制を目指すことも明確にされている。

精神医療改革についての批判

しかし、実際には改革は順調に進んでいないという意見がある。ベルギー精神保健省に2006年まで勤務し、その後ルクセンブルク政府の招きによりルクセンブルク精神神経センター院長に就任した、社会精神医学者Jo Joosten博士は私に次のように語った。

「ベルギーでは全くベッドが減っていない。だれもそれを促進しない。完全に政治的な理由による。統合失調症の入院は減っているのでベルギーの病床利用率は今や70%に満たないのに病床を減らそうとしない。」

「北部フランドル地方では精神科病床の75-80%が民間だが、逆にベルギー南部ワロン地方では60%が公的精神科病床である。公的病院はルールに厳格に従う必要がある。健康保険は民間病院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。」

「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、何かしようと思わないのだ。ベルギーではコミュニティー精神医療に関してよい法律ができたが誰も動きたがらない。政治がまったく変える気がないのだ！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・・・」

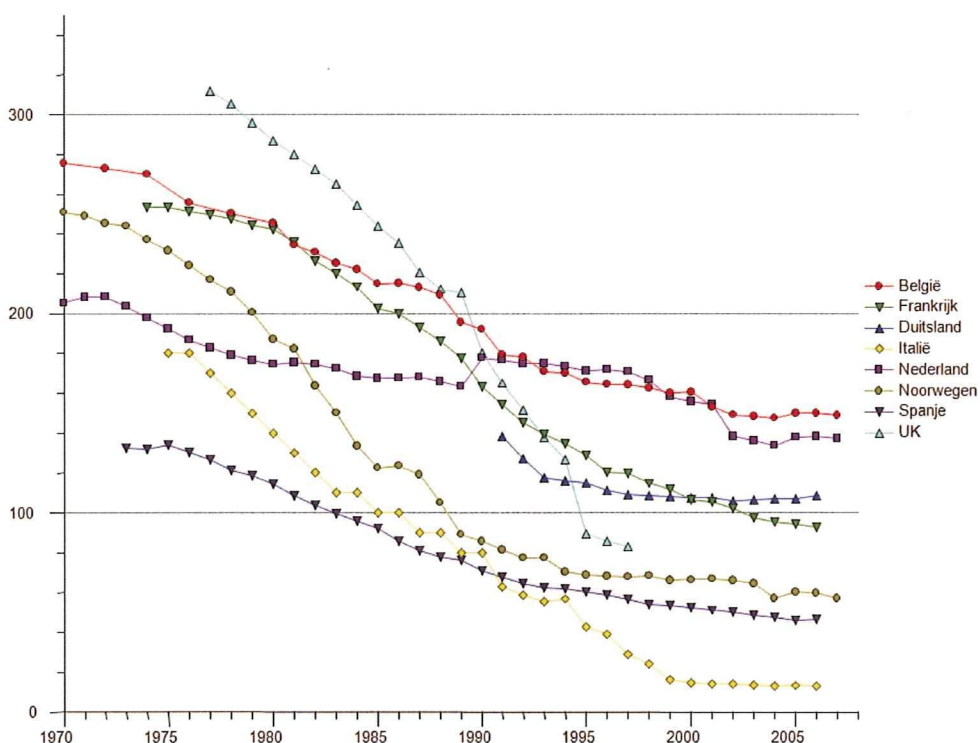
民間病院の減床は容易ではない。なぜなら

公立病院と違い、民間病院は政府の直接の指示を受けない。入院部門の収入に多く依存している場合、収入の減少に直結する病床減には経営上の合理的な判断として抵抗を示す。そして民間病院団体は圧力団体の形成により、政府の政策に影響を及ぼすことが可能となるからである。

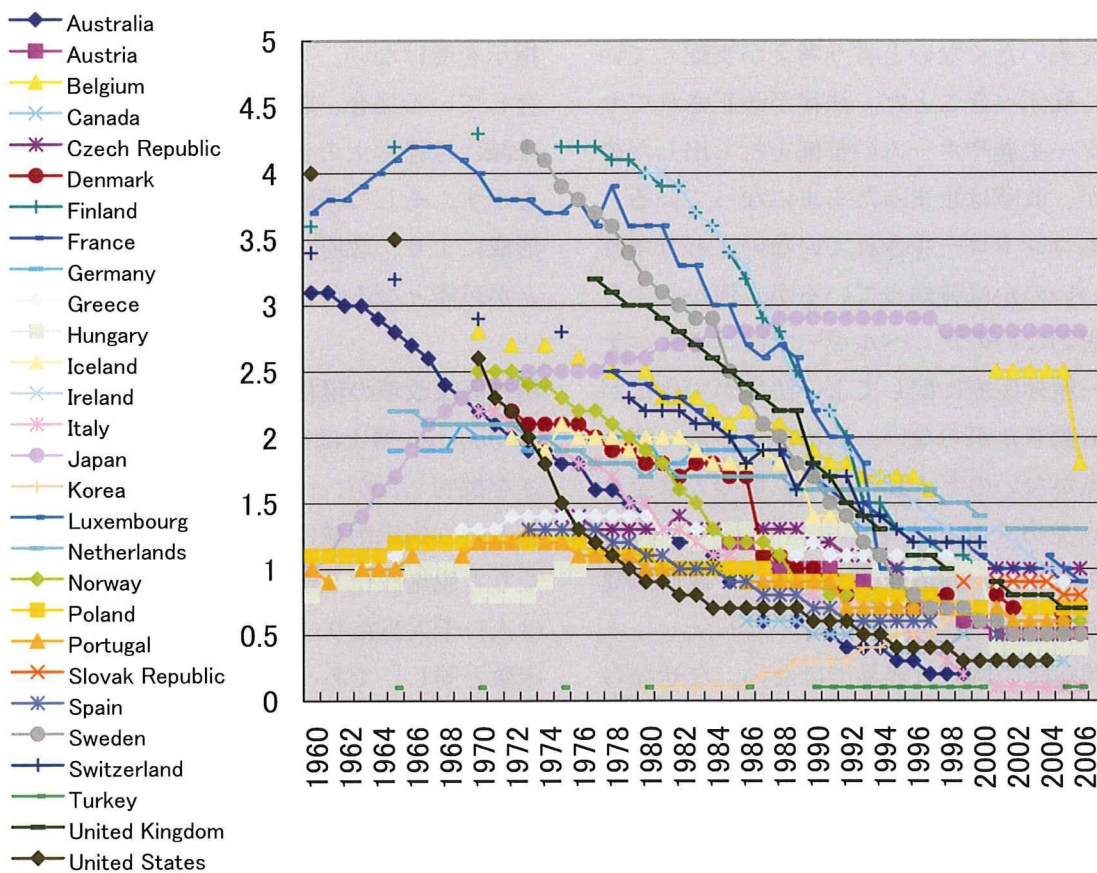
精神医療改革の現状

Jo Joosten 博士は行政側から脱施設化の遅さを批判したが、ベルギーでは民間病院中心という病床削減に不利な条件下でもゆっくりと脱施設化を進めた。改革前の病床数は人口千人当たり 2.8 床 {日本の現在の病床数と同じ} であった。

Evolutie van het aantal psychiatrische bedden per 100.000 inwoners in een aantal Europese landen



西欧諸国の精神科病床数の推移（人口 100,000 あたり）18)



世界各国の精神科病床数の推移(OECD Health Data 2002、
OECD Health Data 2008 を筆者が合成)

ベルギーの精神科病床数（地域、単科・総合、
入院・部分入院（デイ and/or ナイトホスピタル）による分類） 4)

	ベルギー全体	フランドル(北部)	ワロン(南部)	ブリュッセル(首都)
人口	10370000	6000000	3370000	1000000
単科精神科病床	16642	10228	5368	1046
うち入院のみ	14408			
うち部分のみ	2234			
総合病院精神科	2955	1677	880	398
うち入院のみ	2758			
うち部分のみ	197			
入院病床(総合+単科)	17166			
人口千人当たり	<u>1.66</u> (1.42 成人病床) (1.14 T病床)			

居住施設（精神科ナーシングホーム、シェルターハウス） 2005年

		ベルギー全体	フランドル(北部)	ワロン(南部)	ブリュッセル(首都)
実数	人口	10370000	6000000	3370000	1000000
	精神科ナーシングホーム	3317	2385	770	162
	シェルターホーム	3507	2413	713	381
	計	3834	2798	1483	543
人口千人あたり	精神科ナーシングホーム	0.32	0.40	0.23	0.16
	シェルターホーム	0.34	0.40	0.21	0.38
	計	0.66	0.80	0.44	0.54

リハビリテーションユニット(入所+部分入所)の病床数 2005年

		ベルギー全体	フランドル(北部)	ワロン(南部)	ブリュッセル(首都)
実数	成人	8717	3536	2641	2540
	依存症	15136	7576	5008	2552
	児童	354	42	271	41
	計	24207	11154	7920	5133
人口千人あたり	成人	0.84	0.59	0.78	2.55
	依存症	1.46	1.26	1.49	2.56
	児童	0.03	0.01	0.08	0.04
	計	2.33	1.86	2.35	5.15

OECD のデータには重大なミスがある。2000 年前後の OECD Health Data では 2000 年以降の人口千人当たり精神科病床数は 2.5 であり、日本に次ぐ入院病床数であった。しかしこの年度までのベルギーの精神科病床数は他の多くの先進諸国と異なり、デイケア・ナイトケアなどの部分病院の病床数が含まれていた。ベルギーに限らず、西欧諸国ではデイケアは部分入院（デイホスピタル、ナイトホスピタルという言葉の通り）という歴史的な認識があり、統計によっては一般の入院・部分入院が統計上区別されず合算されていることがままた

れる(今回の調査でもそのような統計が多く、峻別不可能なデータも多数あった)、2006 年の OECD のデータでは他の諸国同様、純粋な入院病床数のみのカウントに改められた。

ベルギー専門家のまとめたデータによれば、2005 年の精神科病床数は人口 1000 人あたり **1.66 床**であり、最多時の 2.8 人から約 60%まで数を減らしている。また後述するようにベルギーは独特の支払い方式により病床利用率が 80%でバランスする実態があるため(Domken2009, Peuskens2009)、諸外国との比較には 0.8 を乗じた **1.33 床**と

いう数値を用いるが实际的であろう。しかしこの数値も他の西欧諸国と比較すればなお高水準と言わざるを得ない。ちなみにベルギーでの一般科の病床は人口千人当たり4.8床（2004年）¹³⁾でEUの平均値4.2に近い標準的な値である。

	1970	1998
入院件数	26,225	53,173
述べ入院日数	8,241,516	5,452,277
平均入院日数	314	<u>102</u>

精神医療改革により病床数は60%に削減され、この間に平均入院日数はピーク時の約3分の1まで短縮された。総合病院精神科に限れば、平均は20日である(参考：一般科では8.8日)⁴⁾。

一方で年間入院件数はこの間に約2倍に増加している。

ベルギーでの精神医療改革はゆっくりだが進みつつある。問題点としては、やはり病床が近隣諸国と比較して多いということ、ホームなどの居住施設が計画した通りには整備が進んでいないこと、知的障害・認知症のケアがうまくいっていないことが挙げられている。またデイケアは成功しているがナイトケアは失敗であったとみなされている⁴⁾。

また公立病院と民間病院の間には病床削減率の格差がある。公立病院はすでに70%の削減を行ったが、民間病院では削減率は高くない。民間病院の病床削減について悲観的な見通しを述べる者もいる。しかし最近では保守政党が強くなってきており、社会保障のコスト削減を政策に歌っている。精神医療についてもコスト削減の見地から病床

なお、ベルギーでは南部と北部の病床削減に大きな隔たりがあるといわれていた。しかし近年は南北間の病床数の格差は急速に是正され、むしろ病床数の少ない首都ブリュッセル地域とそれ以外の2極化が顕在化しつつある。

削減を強く求めている。

精神医療改革の将来

脱施設化の方向へ向かうことには合意が得られている。政府と精神科医療機関は協議を行っており、もちろん民間病院もその中には含まれている。今後は政府の方針に合う医療機関を選定していくこと、その方針に合う医療機関に医療保険などから支払いが行われるという基本的な了解がある⁴⁾。将来の方向としては、総合病院精神科はさらに専門的で密度の高い医療を提供し、治療に特化することが求められている。精神科ナーシングホーム、シェルターハウスなどの「代替的」居住施設のさらなる整備が求められている。90年の時点では精神科病床はこれ以上の新設は認めず、更に6000床を削減することが求めたが、その後の病床削減の進捗に照らし合わせて、2002年の答申では今後3600床の病床削減(3000床をホームなどに転換+600床を純粹削減)に目標修正された。入院医療にこれ以上財源を費やすことなく、他の治療への財源を増やすことが提唱されている。入院、外来、

居住施設、アウトリーチなどのネットワークを整備し、ハード（施設）からソフト（サービス）を重視する政策となっている。

また強制的な入院を減らし任意入院の比率を上げることも、人権を保護するためだけでなく、入院治療を最小限にとどめるために必要と考えられている。

ベルギーでは最近是新自由主義的な政策を掲げる保守政党が強くなってきており、社会保障のコスト削減を政策に歌っている。

精神医療についてもコスト削減の見地から病床削減を強く求めている。

前述のようにベルギーでは昔から一般家庭が精神障害者を住ませる風習があったが、それとはまったく関係なく、この数年でコミュニティの一般家庭に精神障害者を居住させる 60 の試験的なプログラムが立ち上がった。その中には暴力的な重症の患者、あるいは児童の患者をホストファミリーのケアの下に置くプログラムも含まれている。