

視察

ブルグマン大学病院精神科 Brugmann University Hospital

ブリュッセル首都地域 総合病院精神科 公立

(ルコント教授 Prof. Damien Lecompte (精神科部長) 他 4 名のスタッフより説明を受け、質疑応答、病棟見学)

施設概要

1911年に創設された総合病院で858床の病床をもつ。うち精神科病床数は150床、ベルギーでは最も大規模な精神科医療施設（ベッド数ではなくサービスの総体において）であり、首都ブリュッセルの精神医療ネットワークの中核をなしている。公的病院で、富豪の寄付により設立されたという歴史から慈善的な色彩が強く残されている。公的な医療施設であることから「誰にでもベストな医療を行う」ことを理念としている。ベルギーに多い民間病院では患者の選別をする傾向があり、例えばヨーロッパは多い医療保険未加入の移民・留学生（国民であれば保険には強制的に加入）などは治療を行わないことが多い。そうした患者の多くはこの病院に転送されてくる。

この病院は救急、薬物依存、睡眠障害、気分障害、合併症などの専門医療プログラムを持つ。医療・研究・教育の機関としてブルグマン大学だけでなくベルギー教養大学医学部とも深い関係を持っている。精神科医は常勤22名、研修医17名、精神科看護師は約90名ほどである。臨床心理士は常勤10名、非常勤12名、ソーシャルワーカーは非常に多く勤務しているが他科と掛け持ちが多く実数は明らかでない。

外来は年間約30,000件である。

入院

入院病棟は広いキャンパス内に点在するいわゆるパビリオン方式であり、総合病院では少数派になりつつある古き良き建築様式である。アールヌーボーの著名な建築家Hortaによる歴史的な旧本館（保存され歴史的建築に指定されている）の周囲にアメリカ精神医療の影響を強く受けた低層ブロックでサンルームを備えた建物が並んでいる。築30年を超え決して新しくもきれいでもなく、どちらかという狭い病室が並んでいた。この病棟建築以前は大部屋も存在したが、現在は個室のみである。プライバシーの保護について非常に厳格であり、過去訪問した病院の中で最も見学に制約が多かった。

入院件数は年間に5000-7000件(変動あり)程度と日本の総合病院精神科・大学病院精神科と比較し桁はずれに多く、入院期間は数日～長くてもせいぜい21日以下と短い。これはベルギーでは21日以下を急性期医療と定義しているためでもある。ベルギーでは精神科入院は短期化しつつある。精神医療に関する法律が変わり21日以下を急性期治療と定め、入院費の逡減を行っていることが有効に作用している。特殊な研究教育病院であるためこの病院の入院費はやや高く設定されており、当初は一日350ユ

一口であるが、その後は逡減される。病床はすべてA病床である。また高度精神医療病院とみなされるこの病院では、規則により入院は原則 21 日までとされている。

救急医療

この病院は首都の精神科の急性期治療を担っている。救急治療は 7 床の入院ベッドがあり、入院期間は 3 日に限定される。診断が付かない、あるいは初回治療例を優先的に受け入れ、年間の入院件数は 700 件、うち真に重症といえる患者が 500 件ほどであるという。

救急ユニットはわずか 7 床の精神科病床（そのうち 2 床は他科病棟内）であるが、入院患者の回転は速く入院期間の短期化に大きく貢献している。ベルギーでは数年前に始まったばかりで実験的なプログラムとして位置づけられている。この病院での好成績を受けて全国に拡大しつつあるのだが未だ実験的プログラムの位置づけのままであるが理由は不明であるという。

この救急ユニットの医療費に関しては全く新しいシステムが導入された。今までの一人一日当たりの包括性の支払いではなく、年間を通しての契約となっており何件入院させても病院の収入は同じである。しかし年ごとに支払い側との協議を行いコストを定めることが必要となる。当然受け入れ件数が少ないなどパフォーマンスに問題があれば引き下げられてしまうという。患者の支払いは発生するが救急のケースでは、ほとんどの金額は後で払い戻されるという。

入院費の問題・ネットワークの課題

この病院が得る入院費は、入院初期は一日あたり 350 ユーロである。これはどの病棟

でも同じ（精神病、うつ病、老人性疾患問わず）である。日本の様に病棟別に異なった額が支払われることはない。原則として 21 日がここでの上限だが、そのルールとは別に診療報酬上、入院費は 5 日を過ぎると下げられ、30 日で事実上入院を続けることが困難なほどの金額まで下げられる。従って退院先を探さなければならないが、これは困難な作業であるという。入院料の安い患者はどこも引き受けたがらないからである。特に今の制度に代わってからしばらくは混乱が続き、行き先のない困った症例が続出した。しかし最近では病院外の居住施設が整備されつつあるため退院先が見つかりやすくなってきている。また、世界的に評価の高い英国バーミンガムの精神医療専門家との交流から、新しいコミュニティー精神医療の導入が検討されているところである。ベルギーでは今後、精神科病床は減っていく傾向にあるという。

今後の課題としては病院とコミュニティーのネットワークがあげられる。患者を居住施設へ移し、外来で治療をすることが主流となる。しかしベルギーでネットワークの形成を阻むのは財源・行政の縦割りである。医療は医療保険、施設は税が財源であり対立しているためスムーズな移行ができず、コミュニケーションすらうまくいっていないという。

ストレスクリニック

最近始まった高度なプログラムとしてはストレスクリニックがある。

ストレスクリニックは職業を持つプロフェッショナルがストレスで「燃え尽きた」状態でうつ病になった場合に治療を受けるプ

プログラムである。自殺はベルギーでも常用な問題であり、このようなプログラムの創設につながったという。ストレスへの適応などについて指導してくプログラムを含んでいる。この病院では2年前からパイロットプログラムとして開始されたが注目度は高く、ベルギー全体に広まりつつあるという。

デイケア

30人の定員で運営。患者の滞在は長くとも6ヶ月である。それを超えて滞在することも不可能ではないが支払基金が認めることはほとんどなく、また病院の得る収入は非常に低くなる。デイケアではリハビリテーションのためのプログラム全般、芸術療法、サイコドラマ他の表現的治療、スポーツな

どが行われていた。デイケア棟は独立し広々とした数多くの治療室があり、非常に充実した施設である。

定員は30名であるが実際にその日に参加しているのは10名少々であった。週に5日実施されている。患者の多くは週3回程度の利用であり週1-2回参加する患者も多いという。日本では週7日行われているデイケアもあるがどう思うかと問うと、リハビリのためには週5日で十分であり、週末必要とされるとしたらそれは救急的な目的であり、しかるべき施設に行くべきではないかという意見であった。

6か月を超えて利用する患者はどうしたらよいのかと問うと、他の機関のデイケアに転院するという回答であった。

プチブルゴーニュ病院 Hospital Petit Bourgoune

南部ワロン地方 単科公立病院

(面談者 Dr. Mark-Andre Donken 医療部長 アメリカ・英国などでも精神科医として勤務の経験があり、国際的な精神医療比較研究の専門家である。)

病院概要

ベルギー南部、フランス語圏ワロン地方の中心、鉄鋼などで栄えたリエージュ Liege にある単科精神科病院である。利益を目的としない公的病院である。他の多くの公立病院同様独立した財団ではあるが運営はコミューン(市に相当)の支配下にあり、市民から選出された理事(多くは地方議会議員が兼任)が委員会を形成しており、完全に市民のコントロール下にある。それゆえ、時代の政治的な変化に流される傾向もあるという。このプロバンス(地方、県よりやや広い概念)の勢力は社会党が圧倒的に強く、30%が保守党、残りは保守的カソリック政党、緑の党などであるため、公的機関、社会保障重視を明確に支持しており、北部とは全く異なっている。

プチブルゴーニュ病院は 1970 年代にこの地方で実権を握った社会党が社会保障を近代化することを目的として設立を推進した、当時としては全く新しい精神科病院であった。ベルギーには民間精神科病院が多く、それらは患者の「選り好み」をすることもあるが、それに対しこの病院は経済的に恵まれない層の患者を特に重点的に治療するための医療機関であり、その精神は現在も受け継がれている。

リエージュ市街地には 17 世紀からある Asylum (障害者の収容施設)に歴史をたどることのできる古い精神科病院があったが、

近年新築された上でこの病院の一部門として組み込まれ、2 病院体制となった。他に M S P 2 か所(後述)からなる医療機関である。他に市内には民間精神科病院(200 床程度)が二つ、コミュニティーメンタルヘルスセンターが 5 か所、精神科も診療できる G P の個人開業の診療所が 5 か所ある。このような診療所には看護師と P S W などのコメディカルスタッフが必要である。この病院の歴史は新しいが収容的な医療のもと、短期間に病床は 700 床まで膨れ上がった。しかし最近の改革により 470 床まで減床するに至った。今後も病床は減らしていく予定であるという。

病床機能分化と病院運営

病床機能分化が行われている。A 病床は 220 床、T 病床は 250 床である。慢性期の T 病床の患者でも 1 年をめどに社会復帰施設への退院を計画してくという。病院全体での平均入院日数は約 60 日である。A/T 病床別の平均入院日数を訪ねたが不明であった。入院件数は年間 2700 件程度とヨーロッパにしては規模に対して少なめであるが、日本の精神科病院よりはるかに多く活発な医療が行われている。精神科医は 18 人勤務している。

病院の運営は病床利用率 80%を基準に行われている。ここ以外の多くの病院でもこれは同じである。80%をめどに病床利用率

を上げるべく、どこも経営努力を続けている。職員の給与も80%に達すればフルに支給される制度となっているので、80%を超えすぎないようにするという隠れた力も働いているという。結果としてどの病院も80%が「健康的」な利用率とみなされている。ただし医師だけは100%の利用率でフルに支給されるようになっているが、インセンティブとしての作用は弱く、それ目当てに患者をいたずらに滞留させるようなことはない。というわけでベルギーではどこでも80%の利用率を基準にしているため、不思議なことに病床はやや不足するという現象が起きている。この病院でも実質的な稼働病床数は380床程度であり、やはり不足気味であるという。

特殊プログラム

この病院はアルコール依存症と児童思春期の様々なプログラムでも知られている。アルコール病床は30%を占める。病棟は児童病棟（暴力的な子供が多いため）を除き、すべて開放病棟である。行動制限は個室単位で行う。児童病棟は数年前に作られ18床の病床を持つ。アルコール関連の患者は入院の3割を占める。統合失調症の入院の割合は減少しつつある。

精神科ナーシングホーム（MSP・PVT）

この病院ではMSPは病院に隣接して2か所保有している。ひとつは病棟の転用である。それぞれ50床であり、計100床ある。開設と同時に病床は100床の削減に成功した。スタッフはT病床と全く同基準である。ここでは24時間開放で施設はされない。誰もが出入りできる構造である。キッチンなどの設備は共有である。食事は3食病院か

ら配送される。患者は自室の清掃、ベッドメイキングは自分で行う。ワロン地方ではさらに1000床必要とされているが、初期投資の負担のため進まなくなっている。

コミュニティー精神医療

ベルギーの他の病院同様、リハビリテーションの施設は十分整備されているとはいえない。プチブルゴニュー病院はデイケアセンターを持っており、デイホスピタルとデイセンターの2部門から成る。デイセンターは比較的短期の患者が多く利用上限は1年である。デイホスピタルに機関の上限はない。週5日の運営で、平均利用頻度は週3回程度。下限は2週に1回で、これを下回ると症状悪化の可能性があるためみなされ入院が勧められるか、そうでなければ利用打ち切りとなる。

外来部門は他のヨーロッパの病院同様歴史が浅く、年間15000件程度と少ないことはこの病院内部でも問題視されているが、今後デイケア同様治療の柱として拡充していく計画であるという。

この病院ではコミュニティー精神医療の試みとしてアウトリーチのチームを持つ。スタッフは5名（看護師1名、高卒+3年の教育を受けた精神保健スタッフ4名）とまだ少ない。住居だけでなく、街路でおかしな行動をする人がいた場合も、会話し病院に連れてくることを試みる。強制的に病院に連行する権限は持たない。患者に対して持続性注射剤をこのチームが打つことはせず、必要であれば外来へ連れてくることになっている。24時間の運営は人員財源の不足のため不可能だが、イギリスの専門家が言うように不要ではないかと感じ始めてい

るという。ベルギーではアウトリーチ活動は発展途上であり、財政的な支援も地方により異なるが、この病院では今のところ無収入（患者の自己負担なし、医療保険の支払いなし）で完全に病院の持ち出しで運営している。将来的には支払いが行われることを求めている。現状では困難ではあるが将来的には増やしていきたいと考えている。現在は病院の近くのコミュニティーのみを担当し 40 名の患者をケアしている。

近年、同じコミュニオンに属する公的な病院との連携を強め、効率的で質の高い精神医療を提供できる体制を強化した。各病院をネットで結び、オンラインでお互いのベッドの利用状況（すべての個々のベッドについて、空き状況・予約状況だけでなく、患者の名前など個人情報・疾患名・重症度・

行動制限の有無など詳細な情報が画面上でリアルタイムに分かるようになっていて）を把握し、効率的なベッドの運営を行うようになった。これはこの地方で先行する民間病院のグループ化に対抗するためでもあるという。民間病院の方が効率化といった点では優れていることは認めざるをえず、一方で公立病院の経営・管理者はそういった事には疎いという話であった。

ベルギーでは精神保健への予算が少ないため精神医療改革が進まないというコメントが得られた。イギリスバーミンガムにベルギーは学ぼうとしているが、バーミンガムに比較してベルギーは半分程度の予算で現在は行っている。今後の改革により、ベルギーでは予算がより多く必要とされることは明らかであるという。

ルーヴェン大学精神科セントヨゼフ・コルテンベルグ精神医療センター

Leuven University Centre St Jozef Kortenberg

北部フランドル地方 公立単科精神科病院

(面談者: Peukens 教授・院長はベルギー政府の精神医療政策に直接答申を行う立場にあり、医療と政治についての第一人者である。また世界各国への講演を年に数回行っており諸外国の社会精神医学者とも親しく、各国の事情にも精通している。日本へも講演旅行を数回行っている)

コルテンベルグ精神医療センターは首都ブリュッセル郊外にあるが、地理的には北部フランドル地域に属する。病床は365床とベルギーではやや大規模であるが、医療の質、教育の充実などにおいてベルギー随一の精神科医療センターであり、諸外国の研究者、留学者もよく訪れることで知られる。本来、カソリック教会に属していた関係上民間病院であったが、政府からは公的病院とみなされるようになって久しい。しかし近年は民間大学であるルーヴェン大学医学部の関連病院となりその支配をうけるようになっていく。が、それにも関わらず公立

病院であり続けている。官民の境界が崩れており、このような例はヨーロッパ全体で増えているという。

歴史は大変古く、カソリックの尼僧院として1850年に建設され、20世紀になってから精神障害者のケアを専門とするようになり600床まで規模を拡大した。その後治療の進歩により50年代に病床を減らしたが、首都地域での医療ニーズの高まりにより再び増床したが、精神医療改革の中、徐々に病床を削減し現在は入院病床365床となっている。

病床の内訳は以下の通りである。

	計	A	T	K	Sp
入院病床	365	173	151	20	21
部分入院病床 (デイ)	48	15	33		
部分入院病床 (ナイト)	47	10	27	10	
病院サービス 合計	460	198	211	30	21
ナーシングホーム	6				

精神科救急医療に力を入れているが、その他児童精神科、精神療法科（認知行動、精神分析、構造的な精神療法など各種）、合併症

病棟などを持つ。摂食障害、強迫性障害、睡眠障害、気分障害などの専門治療プログラムを持つ。

2009年からは統合失調症の早期発見・早期治療を目的とした Early Detection Program を開始した。GP（家庭医）、学校と共同のプログラムを行っている。アウトリーチの治療活動は行ってはいるものの大規模な活動に至っていない。4-5名の看護師が市内にオフィスを持ち、家庭への訪問看護を行っている。病院の職員は精神科医（常勤換算）18名、看護師（常勤換算）194名、コメディカル（常勤換算）95名、その他職員を合わせ計571名であった。日本の精神科病院に比較し職員数が非常に多いことがわかる。

年間の入院件数は1690件で年100件以上のペースで増加している。

入院の多くは1カ月以内に退院する。慢性期の治療も行うとうたっているが、実際は1年以上とどまる患者はほとんどいないという。

入院費は入院初期の患者で約220€、ベルギーの標準的な金額であるという。もちろん病院はそれ以外に施設当たり年間あたりで医療保険よりホスピタルフィーを受け取っているため、他の国との直接比較はできない。

セントアマデウス精神医療センター

北部フランドル地方 (Antwerp 市郊外 Mortzel) 単科民間病院

(面談者 Dr. Leysen 院長)

病院概要

20 世紀初期に設立された古い歴史を持つ精神科病院である。カソリック教会を母体とし慈善を目的とする民間非営利団体により運営されている。この地方ではほとんどの精神科病院が教会を母体とする慈善団体(非営利)であるが、ごく少数の地方政府立の精神科病院も存在する。ベルギーでは 80%のベッド利用率が求められるがここではむしろ入院待ちが出るほどであるという。360 床の病床をもつ。A 病床、T 病床、Sp 病床の分化を行っている。A 病床は 90 床あり、入院期間の上限は 3 ヶ月であるが実際には上限 2 カ月として運営している。T 病床 230 床で政府の規定により入院期間上限は 5 年となっている。それを超えて入院サービスが必要な場合も居住施設への移行を促すようにしているが、100%自己負担で滞在することは可能である。実際には病院間でたらいまわしになることも少数だがあるという。また退院後 6 ヶ月経過すれば入院期間のカウントはキャンセルされ、0 日からのカウントで再入院は可能であるがそのようなケースはほとんどない。一方、回転ドア現象は決してまれではない。この病院では入院期間は 1 年を超える場合も多い。統合失調症に限れば平均入院日数は約 1 年、全平均入院日数は不明である。患者への奉仕がこの病院の基本的な方針であるため必要であれば長期入院も厭わない。従って 5 年を超えて甘んじて財政的なペナルティー

を受けることもある。

その他に Sp 病床 40 床、デイケア A 病床 15 床、デイケア T 病床 15 床を持つ。

病棟は他のベルギーの病院と同様、30 床を 1 単位としている。病棟はすべて閉鎖病棟である。大きく気分障害、急性期、老年などの病棟に分かれている。この病院に精神科は 16 名勤務している。

デイケアは登録 42 名、一回の参加人数は 10-12 名、参加の上限は原則 2 年である。利用回数は 3-5 回である。最近はデイホスピタルではなく、NPO が行う他の地域の活動を合わせて利用することを奨励する方向にある。利用者はシェルターハウスから通ってくる患者が多い。患者の支払いは一カ月 70€ である。

入院費は平均しておおよそ月 500€ (ベルギーではホスピタルフィーはこれとは別に病院ごと一括して支払われるため、個々の患者の入院費は安く算定されていることに注意)、患者の自己負担は 20% である。

他の病院同様、民間病院であっても巨額の基金を政府から得ており、政府の監督を受けている。基金は税を財源とし建築、土地の購入にあてることが認められている。これによって得た建築、土地は民間の病院の所有物となり、政府に返還する義務は生じない。したがって極端な話だが入院患者が 0 人になったとしてもしばらくは病院を維持できるという。日本では病院が資金を調達しなければ病院は整備できないと話す

大変驚いた様子であった。

ナーシングホームは 210 床、うち敷地内に 50 床、敷地外に 2 か所で合わせて 110 床を運営している。ほとんどの入所者は慢性の統合失調症である。

脱施設化についての考え方

脱施設化について意見を聞いた。患者にとって最も避けるべきは入院であり、家族とコミュニティーで暮らすことがベストであることに異論はないという。

しかしコストを考えると、入院が最も安価な方法であり、多くの人々を一か所に住まわせることが最も安価である。ベルギーでもホームなどの施設の整備を進めれば今の人員基準などから考えて当然コストが上昇することは当然予想される。という意見であった。また現実には多くの患者はもっとケアの厚い住居が必要であり、ナーシングホームとシェルターハウスの中間的なものを整備していくことが良いのではないかという意見であった。

ベルギーでの脱施設化が進まない理由として、社会精神医学者が民間病院の多さを挙げていることについて質問したが、支払方法がうまくいけば病床を減らすことは容易になるのではないかという意見であった。日本へのアドバイスとしては病院外の居住施設の整備ができれば自然と病床は減らせるのではないかということであった。

民間病院の経営の観点からは、病床削減には反対ではないかと質問したが、ベルギーでは病床を閉鎖することは実は経営的にはさほど困難を伴わないのだという意見であった。ただし患者あたりで給与を得る精神科医の給与を、病床数が減った時にどう維持するかということは問題となるというこ

とであった。またナーシングホームは患者の自己負担が多くなることが問題になっているという。経済的には患者にとっては喜ばしことばかりではないが、基本的に退院することは患者にとって良いことと認識されているという。

ベルギーではナーシングホームは、本来は病院敷地外に作られることになっていた。この病院でも病院の外に整備した。しかし今は敷地内に作っているところが多くなっている(PVTの増加)。

一方で敷地外といってもあまりに離れたホームも問題である。この地方でも非常に辺鄙な場所に建設されているケースが目立つ。建設費などが市街地では嵩むことがその理由として考えられる。ベルギーでもナーシングホームが人里離れた場所にでき、社会復帰ができなくなっていることは問題であり、ナーシングホームを僻地に作らないようにすることは重要であるという意見であった。この地方ではシェルターハウスは医療団体ではなく別の団体により運営されている。その多くはNPOである。

アウトリーチサービスは未整備である。しかもこの行政区域ではアウトリーチの予算がいきなり半分にカットされた。地方政府の財政難が理由らしい。将来的に必要とされるサービスであり、強い非難が寄せられているという。

続いての面談者: Dr. Vandoolaaghe 社会精神医学者・司法精神医学者

脱施設化

北部フランドル地方では精神科病床はあまり減っていない。この地域では政府から病床を減らしてコミュニティーへ移行させる

ことについての圧力がかかっていないからである。ナーシングホームはすこしずつ増えつつある。ナーシングホームを増やし脱施設化ができるかどうかはどれくらい財政的な手当ができるかにかかっている。コミュニティに戻すためのプログラムが地方政府によって行われたが、予算不足でとん挫してしまった。アウトリーチも同様であるが、この市ではパイロットプログラムから昇格しないまま、予算が半分に削られてしまった。これでは展開は不可能である。ベルギーでは精神医療福祉の予算は他のヨーロッパ諸国よりも低いにも関わらず、政府はカットしようとしていたのだ。

ベルギーでは強制入院は最低限にとどめるような努力がなされている。強制入院には判事の命令が必要であり、その後も行動制限がとられている間は週に一度判事が病院を訪問し、入院の継続が本当に必要か常に監視される。入院の必要が無くなり本人が入院を希望しない場合は直ちに退院となるため強制入院は比較的短くなる傾向にあるという。

ベルギー全国ですでに精神病床 5000 床を減らしさらに削減中である。この病院でも近々50人を退院させ、病床を近々一つ閉鎖する予定である。

この地方では病院職員の脱施設化への抵抗はない。長年病院での勤務の経験しかない看護職員でもコミュニティでの勤務を厭うことはみられない。生まれ育ったコミュニ

ティーで患者が生活することが自然なことだと理解しているからである。

司法精神医療

司法精神病床がベルギーでは急増し Medium Security 以上の病床だけで 300 床整備された。Low Security レベルの患者は通常の精神科病院の司法精神医療病棟で治療を受けている。司法精神医療を専門とするナーシングホーム、シェルタードハウスも整備が進みつつある。司法精神医療が必要となったのは精神科病床が減少し、罪を犯すような精神障害者も入院治療をうけることができない、あるいは必要な時に入院治療を受ける機会が得にくくなっているからである。日本でも精神病床が減少すれば司法精神科病床がもっと必要とされるだろう。ベルギーでは約 1000 人の精神障害者が刑務所に収容され、その数は急速に増えている。患者がどんどん退院させられ、法的な問題を起こしているのがその原因である。ベルギーでは司法精神医療推進のためプロジェクトを開始したところである。

総合病院の精神科病床は徐々に増えている。ほとんどは採算を取りにくくなった内科病床などからの転換である。

(Dr. Vandoolaaghe は日本の医療保護入院の制度に非常に詳しい。家族が同意すれば入院できることが日本で入院期間が長くなる一因ではないかという分析されていた。)

セントカミルス精神科医療センター

南部ワロン地方 (Beerberk 市) 単科民間精神科病院

(面談者 Van Malderen 事務総長・法学博士)

病院概要

カソリック教会の慈善事業の一端として 1807 年に設立された病院である。最近はルーヴェンス大学医学部精神科の関連病院に組み込まれ、学生教育、医師研修、医師派遣などで協力関係にある。面積は 60ha と広大で 20 以上の病棟、外来棟、教会だけでなく、農場などかつては自給自足だった時代の名残の施設も点在している。入院治療を中心としており、外来・デイケアなどの部門は弱いという特徴がある。外来は事実上退院患者のためのフォローアップ施設となっている。コミュニティーへの展開は行っていない。

病床は 335 床、うち入院病床は **285** 床、デイホスピタルは 40 床、ナイトホスピタルは 10 床である。病院敷地内にナーシングホーム 140 床、敷地外に関連した別法人によるシェルターハウス 60 床をもつ (1990 年より)。入院病床内訳は一般 100 床、老年精神医療 60 床、司法精神医療 45 床、器質性精神疾患 60 床、知的障害 40 床である。

かつては約 850 床の大病院であったが、病床削減をおこない現在の病床数となった。その一方で医療の内容の高度化に伴いスタッフの数は 200 人から 600 人へと約 3 倍に増加している。

病床機能分化

この病院ではすべての病棟に A/T の病床があり、病棟の回転率、スタッフの実質的

なニーズに応じてその比率は調整されている。司法精神病棟、知的など特殊医療病棟でも同じである。病院全体で A 病床 110 床、T 病床 151 床、S p 病床 24 床、デイホスピタル A 病床 15 床、デイホスピタル T 病床 25 床、ナイトホスピタル A 病床 15 床、ナイトホスピタル T 病床 5 床である。

Van Malderen 事務総長の見解では、A 病棟、T 病棟については歴史的には重要であり、現在も支払い制度として重要であるが、実際の病棟の機能とフィットさせるためにフレキシブルに運用しているがうまくいかない点もある。その最大の理由は、ベルギーでは医師は病院の直接の被雇用者ではなく、給与制ではなく患者一人当たりで支払われていないことにあるという。現実に T 病床 (入院当初 10€、その後遞減) よりも A 病床 (入院当初 22€⇒遞減) に入院させ、より高いドクターフィーを得たいと考える医師がいることが、現場でのベッド調整を困難にしているからであるという。

看護、コメディカルなどのスタッフの実質的な配置は患者一人当たり一般病床では 0.5 人、司法精神病床では 1.5 人である。

入院医療

この入院件数は一年に 400 件程度である。平均入院日数は一般精神科 1-2 年、老年精神医療 1 年、司法精神医療 3 年、NAH と呼ばれる器質性精神医療 1-2 年程度である。知的障害のプログラムについては最短

10 か月以上、上限なしのため平均日数は出せないという。ただし、ベルギーでは現在、強制入院は判事の命令により入院するが、その後毎週入院病院への判事の訪問と審査を受ける必要があるため、実際には1週間程度で退院する患者が非常に多いことが、入院期間の短縮を引き起こしているという。民間ではあるが営利を目的としない慈善事業であるため、非常に困難な患者を積極的に受け入れてきた。司法精神医療、器質性精神障害、知的障害（合併）の3つの特色あるプログラムを持つ。現在のように司法精神医療に脚光が当たるはるか昔からこの病院は司法精神医療に力を入れてきた。ベルギーでは他の西欧諸国同様、high security, middle security, low security の三種類の司法精神医療病棟が存在する。判事の命令で司法精神医療病棟に収容することができ利用の敷居は低い。司法精神病棟3病棟のうち、middle security の2病棟は閉鎖、low security の1病棟は開放病棟である。Low security には万引き程度の軽度の犯罪者を収容している。この病院内には今後 high security の病床も近々設置する予定であるという。司法精神医療については他の西欧諸国より遅れていることは認めざるを得ないが、今後整備は進められていくであろうという話であった。器質性精神疾患のプログラムではコルサコフ症候群という非常に難治な障害の治療を専門的に行っていた。その他頭部外傷後遺症など非常に困難な患者を多く扱う部門であった。知的障害プログラムも同様である。知的障害に精神障害合併を合併した患者を治療するプログラムである。多くは統合失調症（い

わゆる接枝分裂病）の患者が多数を占めている。

この3部門は他の西欧諸国ではすでに入院医療では「見捨てられた」部門である。1週間で急性期治療を行い、コミュニティーへと戻すことが標準となっているHNS諸国では入院施設でこのような治療困難・処遇困難な患者を専門的に治療するプログラムは当の昔に消滅している。

脱施設化

精神科ナーシングホームは敷地内（一部敷地外）にある。ベルギーでは3種の精神科ナーシングホームがあるが、この病院は3種とも設置している。PVTu は敷地内に45床、PVTp は敷地外に60床、PVT forensic は30床で新設され近く50床に増床される。病床の転換という形での病床削減を行った。更に病院の敷地外にはシェルターハウス88床の整備を行った。一般精神科68床と司法精神医療20床である。

ベルギーでは未だに長期入院患者が多いことについて質問した。ベルギー北部フランダース地方では60年代から病床数は増え、その後総合病院の精神科を設置するなどして改革を行ったが、アウトリーチ活動がいまだ不活発である（ベルギー全体で40チーム程度にとどまる）ことが大きな問題である。パイロットプログラムのホームケアが試みられたが財源的な問題などにより失敗に終わったこと（2000年）が尾を引いているという。

1990年からベルギーでは病床削減の方針を明確に打ち出している。病床は徐々に削減しつつあるが、外部からのプレッシャーは感じていないという意見であった。医療

保険団体、地方政府当局との毎度のネゴシエーションは決して困難な作業ではない。

D. 考察

民間精神科病院の病床を削減する方法について

ベルギーでは公的病院においてすらイタリア、北欧諸国、NHS 諸国に見られるような強制的な病床削減は行われていない。民間病院では病床削減はほとんど不可能と思われていた 15)。

しかしベルギーでも着実に改革は進みつつある。不可能と言われた民間病院をも巻き込んだ病床削減をどう進めることができるのか？次に述べる4つの方法がそれを可能にした。

- ① まず 1974 年に開始された、A 病床、T 病床の機能分化である。すべての精神科病院がこの制度に参加でき、急性期治療について診療報酬上の評価を正しく受け、入院期間短縮に向けて精神医療の改革を行うことができた。日本では大病院を中心とする一部民間病院のみが大きな経済的恩恵を受け、小規模病院・総合病院精神科の経営を悪化させる病棟別機能分化が行われているが、病床削減の成績、経営の安定性、普遍性、質の維持の可能性、将来性、どの点を比較してもベルギーのシステムの優位は明らかである。
- ② 次にナーシングホームの制度改革である。それまでの病院外居住施設であるナーシングホーム、グループホームの建設はなかなかかどらず、また高齢で障害の重い患者のケアはそれらのホームでは不可能なことが多いということが明

らかになった。そこで 1990 年に編み出されたのが新しいナーシングホーム PVT(オランダ語) MSP (フランス語) である。機能的には PVT は T 病棟とそれまでのナーシングホームの中間的なものととらえられている。PVT の人員基準は入院病棟である T 病棟とほぼ同じである。施設は病院の敷地内にあっても認められるようになった。実際、病棟を転用した例も多数あるが、少なくとも病棟から独立したビルである必要があり、入り口は病院敷地外に面していなければならない。また全個室に改装する必要があるため、初期投資は必要である。もちろん病院から独立して建築しても良い。PVT は誰もが運営することができる(病院が主体の場合が多いが)居住施設である。PVT は病院ではないため病床数のカウントから除外されている。そのため PVT への転換は病床数の削減となった。PVT を開設するにあたって、南部ワロン地方の法律ではベッド数は閉鎖した病床数を超えてはならない。例えば 100 床閉鎖したらそれ以上の 100 床以下の開設しか認められていない。これにより過剰に PVT が整備されることを防ぎ、更に次のステップの脱施設化を促すことが可能となった。興味深いことにこのベッド数の権利は売買することができる。病院は病床を閉鎖して PVT に転換することができるが、そうでない場合は PVT を開設したい事業者にはベッドの権利を有償で譲渡できる。民間病院が病床を手放すことに大きなインセンティブを与え、非常に多くの病院がこの方式に参加した。

精神科ナーシングホーム PVT には 3 種類のサブカテゴリーがある。その内の一つ、PVTu は一回限りの利用で利用者が死亡するなどの理由で退去するとそのベッドは使えなくなり自動的にベッド数は削減される仕組みである。病床転換を容易にすることで民間病院での精神科病床の削減を推進した。日本に対しては居住施設の整備ができれば自然と病床は減らせるのではないかというアドバイスを各所で頂いたことを記しておく。

- ③ LawProject97、LawProject107: 病院スタッフをコミュニティーで勤務させる制度が新しくスタートする。病院に籍を置き、病院勤務の時間にカウントされ、病院の定数にカウントされながら、外部で働くことのできる画期的なシステムである。コミュニティーへ患者を出すならば、職員も率先して出ていかなければならない。しかし現実には病院での雇用を失いたくない職員の感情、コミュニティーへ出ていくことへの古い職員の強い抵抗、基準を満たす職員数を確保したい病院の意向、規模を縮小したくないオーナーの経営感覚など多元的なファクターによりこれは大変困難である。医師、看護師、その他コメディカル職員は上記問題をクリアしてコミュニティーで患者のために勤務することが可能となった。病院はこれと引き換えに病床削減を求められる。コミュニティーに移行することを目的とし精神科のみに許されるこのシステムは 4 年間の激しい議論を経てとしてようやく制定されようとしている。民間病院主体のベルギ

ーでは本格的な脱施設化は不可能に近いという見方さえあったが 15)、経営の継続性を重視する民間病院もこの制度には興味を示し賛成に回った。これが民間病院を取り込むことを目的としていたのは病床の多い地方で提案され、全国的な規模と言いながら病床の少ない首都ブリュッセル地域は除外されていることから明らかである 6)。この画期的な「取引」に民間病院側が「乗った」ことにより、今後大きな変化がもたらされると期待されている。

民間病院中心で病床削減が全く進まない状態が続いている日本にとって、同じ民間病院中心のベルギーのシステムは大きなヒントとなるであろう。

精神医療とは何か

St. Kamillus 病院 (民間・北部フランドル地方) にあった器質性精神疾患、知的障害、司法精神医療の 3 プログラムは急性期中心の最近の精神医療の流れに対するアンチテーゼである。現代の「先進諸国」の精神医療では 1 週間以内の急性期入院治療を行い、すぐにコミュニティーへ戻すことがスタンダードとなっており、このような治療のモードはもはや存在しない。しかし難治・処遇困難な患者はいかなる国においても確実に存在する。St. Kamillus の関係者は言う。「こういった人を診るのは我々の使命だ。なぜか。誰も診ようとしなからだ。」急性期治療中心のシステムにおいてはこれら治療に長期のタイムコースを要する患者は阻害されるようになったと彼らは批判する。St. Kamillus 病院は急性期中心の支払い方式によってたとえ採算割れになろうともそ

これらの患者のケアを手放そうとしない。「人々の求める精神医療とは何か」という問いがなければ精神医療改革は意味がないことを改めて認識させられた。

日本の医療保護入院への疑問

今回予想していなかった批判を各所で浴びせられた。日本の「医療保護入院」の制度は中部ヨーロッパ諸国の精神医学者の強い関心を集めている。彼らは医療保護入院において「保護者」の同意のみで入院が許されることはあまりに敷居が低く、人権が保障されないリスクが高く、安易な入院とその継続を許すばかりでなく、「社会的入院」の多さに繋がっているのではないかと懸念を表明している。ベルギーでは入院時に判事の許可が必要で、その後も病院を判事が毎週訪れ入院の必要性を確認している。対して日本では精神医療審査会の事後の書面審査のみで許可され、審査委員の病院訪問も年に一度、しかも患者の面接は選ばれた一部の者のみである。長期入院患者の退院を目指すためには医療保護入院の見直しは必要である。

政治と民間病院

ベルギー北部フランドル地方は伝統的にカソリック教会が強大な権力を握ってきた。教会は古くから各種事業を精力的に展開してきた。その一つが精神科病院である。もとより非営利の民間病院を運営していたが、組織として自律的な運営を続けるにあたって自ずと利益の蓄積と経営の継続に重点を置くように変化してきた。その財力と政治力は非常につよく、母体を共有するカソリック系政党を通じて常に厚生行政に対して

圧倒的な影響を及ぼしてきた。そのため、民間病院の病床を減らすことなど絶対不可能であると人々は信じていたという。

一方、南部のワロン地方は社会主義政党が勢力を増やしてきたため、カソリック教会の力は絶大ではなく、公的な医療に比重が置かれており、民間病院の病床数をやや上回っていた。

精神科病床数の南北の格差は民間か公的かということが最も大きな原因となっていることは間違いないが、政治的な理由も重要である。ただしこれは複雑な話である。保守政党はカソリック系の保守政党とそれ以外の保守政党に分類される。長らくどちらの保守政党も民間精神科病院と密接な関係が続けてきた。カソリック政党はカソリック系である民間病院と母体を同じくするため、当然民間の病院の利益の守護者であった。カソリック系保守政党は民間病院の、社会主義政党はコミュニティー精神医療の支持者であると考えてよい。しかし最近になり新自由主義の考え方に近い保守政党が保守勢力の中で力を持つようになった。しかし非カソリック系の保守政党は「新自由主義・小さな政府・社会保障の削減」を政策に掲げており、医療サービス（もちろん精神医療も）の縮小を狙っている。国民皆保険の廃止、民間保険の導入、一律な医療供給の見直し、障害者福祉の削減などが叫ばれており、精神医療関係者としては強い危機感を感じているということであった。カソリック系保守政党だけではなく、社会保障を重視する社会党がもこれには反対をしており、精神保健関係者は民も公も、カソリック政党支持者も社会党支持者も反新自由主義・社会保障堅持という立場では（協

力はしていないが) 意見は一致している。最近の民間精神科病院の路線変更はこのような政治的な潮流の変化をバックとしている。もはや旧来の保守勢力であるカソリック系保守政党の庇護のもと、病床を削減せずに巨大精神科病院を守り抜くという路線は維持しきれなくなったからである。ベルギー独特の民間病院にも適応可能な3制度(A/T病床、MSP、Law107)に民間病院が同意したのは、民間病院も変わらざるを得ないという危機感からに他ならない。このような政治的潮流の変化は日本で近年起こっている現象とパラレルである。グローバル化はベルギーと日本に同時に同じ政治的現象をもたらした。日本でも「小泉改革」の時代に新自由主義的考えのもとに社会福祉が削減される方向付けがなされ、現在も財政的な事情から医療へのコストカットの要求が続いている。ベルギーで起きた現象はまったく同じ社会保障制度、社会構造、精神医療システムを持つ日本にとって参考になると思われる。

E. 結論

民間病院中心で精神医療を行っているベルギーについて注目し、脱施設化の過程を追った。逡減制の報酬制度、病床転換を中心とした脱施設化により、民間病院でも病床削減が可能であることが分かった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考

- 1) 佐々木 一：平成 19 年度厚生労働科学研究補助金精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究・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 2007
- 2) OECD. Health Data 2002. OECD Geneva 2002
- 3) 外務省 (日本) HP
<http://www.mofa.go.jp/MOFAJ/area/Belgium/index.html>
- 4) Peuskens, J. 教授 ルーヴェン大学精神科セントヨゼフ・コルテンベルグ精神医療センター Leuven University Centre St Jozef Kortenberg 個人的インタビュー 9-2009
- 5) Leysen 院長 セントアマデウス精神医療センター 個人的インタビュー 9-2009
- 6) Dr. Mark-Andre Donken 医療部長 プチブルゴーニュ病院 Hospital Petit Bourgoune. 個人的インタビュー 9-2009
- 7) World Health Organization. Mental health atlas. Geneva, Switzerland 2005
- 8) Medeiros, H. Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities The MHEEN network. 2007
- 9) 厚生労働省 17 年度「国民医療費」
- 10) 17 年度国庫補助額に基づき推計 (厚生労働省 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会第一回資料 2008)、
- 11) 内閣府. 平成 17 年度国民経済計算 (内閣府 HP)
<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/h17-kaku/19annual-report-j.html>

- 12) Beadle-Brown J and Kozma A. University Hospital 個人的インタビュー
Deinstitutionalisation and community 9-2009
living - outcomes and costs: report of a
16) TOEZICHT OP DE IN EEN ZIEKENHUIS
European Study. Volume 3: Country Reports. OPGENOMEN RECHTHEBBENDEN Dr. Mark-Andre
Canterbury: Tizard Centre, University of Donken 医療部長 プチブルゴーニュ病院
Kent. 2007 Hospital Petit Bourgoune 提供
- 13) Corens D. Health system review: Belgium. 17) Damien Lecompte 教授 Brugmann
Health Systems in Transition, 9(2): University Hospital 提供のベルギー診療
1-172. 2007 報酬データ 10-2009
- 14) フランドル政府HP 18) WHO Regional Office for Europe.
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/cgg.asp> European Health for All database, WHO
x Regional Office for Europe, 2009
- 15) Damien Lecompte 教授 Brugmann

オーストラリアの精神医療（第2報）

分担研究者 佐々木 一

A. 目的

オーストラリアは最も早期に脱施設化を行った国の一つである。精神科病床数は1960年の人口千人当たり3.1床から1985年には1.0床を割り、1990年代後半には0.3床まで減少し、先進諸国の中で最も少ない精神科病床を持つ国の一つとなった。

1992年からは精神保健戦略 National Mental Health Strategyにより精神医療改革をすすめ、コミュニティーでの急性期医療とアウトリーチサービスの充実を図り、病床を大胆に削減してコミュニティーケアで精神障害者を支えるシステムは海外で紹介され注目を浴び、日本の精神医療関係者による調査報告もたびたび行われている¹⁾²⁾³⁾⁴⁾。

しかしオーストラリアの精神医療は、長年にわたりその質の低さゆえ国内外から激しく批判を浴び続けてきた。2009年に至っても「脱施設化はあるべき財政的基盤を持たず、慢性的な精神障害を持つ人々は置き去りにされ、コミュニティーのサービスも住居も需要を満たさぬままである。」と批判されている⁵⁾。

患者、精神科医からだけでなく、家族会、支援団体、NGO、果ては公的機関、政府の他の省庁、連邦および州議会からも精神医療が強い批判を浴びている国はオーストラリア以外に例を見ない。オーストラリアの精神医療改革は日本が参考とするのに適当なレベルに達しているのか強い疑念を持たざるを得ない。オーストラリアの実態を調査

し、精神医療改革に際し日本で同じ過ちを犯さない方法を考えることが必要である。本研究では、オーストラリアの精神医療保健福祉の歴史と現状について調査し、同国で政策決定に直接関わる精神医療専門家と情報交換を行った。2009年11月には同国を訪問し実態を調査した。これらにより得た情報を整理することにより、わが国の精神医療改革に有用な情報を得ることを目的とした。

なお本研究は平成19年度から21年度までの3カ年研究である。平成19年度には研究協力者である佐竹直子がオーストラリア・ヴィクトリア州メルボルンにおける急性期精神医療およびコミュニティー精神医療について実地報告を行った。今回の研究はマクロな視点からみた精神医療改革の問題を報告する。

B. 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。各国の大学、研究機関と連絡をとり、資料を収集した。オーストラリアの実地調査、精神医療福祉関係者へのインタビューは2009年11月に行った。

C. 結果

オーストラリアの精神医療福祉に対する国民からの批判

オーストラリアの精神医療改革については

強い批判が国内外から寄せられている。アクセス不良で待機時間非常に長い公的医療システムのため、精神医療の適切な提供を拒まれることが多く、わずか38%の患者しか必要な医療を受けられえてないという報告がある。患者団体のみならず精神科医、医学会からも「医療が消失した」という批判が高まっている5)6)7)8)。

危機的状況

「精神医療は崩壊寸前であると我々は警告している9)。」

「オーストラリアは精神医療に最近の進歩を取り込むことに失敗している。政治的な方向性の欠如、全くもって不完全な財政的裏付けがその原因である。未だにオーストラリアは安い精神医療を提供しようとしている。病院がなくなった今となっては社会全体を危機に陥れているとすら言える10)。」

「全国調査は次の様な問題を明らかにした。精神保健サービスは国中で無秩序な状態にあり、危機的状況にある。効果的な治療は手に届かない状態にあり、未治療の精神障害者の多さがホームレスと自殺率の高さの原因となっている。急性期の治療へのアクセスの悪さ、臨床心理士や精神科専門にかかれないこと、GPに専門教育がなされていないことなどである11)。」

「精神医療改革の結果としての、サービスと財源の欠落は日常的事態になった。精神保健に関するコミュニティからのレポートでは、早期介入プログラム、急性期治療の充実、精神保健上の問題を持つ人々のマネージメント、関連したアルコールや薬物の問題など重要な課題の実施にほとんど前進が見られていない12)。」

「2006年、オーストラリア政府の委員会はNational Mental Health Reform（国家的精神保健改革）を刷新した。しかしその後もエビデンスに基づく協力的な精神医療保健は提供されていない。脱施設化はあるべき財政的基盤を持たず、慢性的な精神障害を持つ人々は置き去りにされ、コミュニティのサービスも住居も需要を満たさぬままである。急性期治療への過重な負担のため、新しくスタートしたはずのEarly Intervention Programも制度的なサポートを受けないままになっている。非常に頻度の高い疾患であるうつ病のための必要不可欠な心理士によるサービスもメディケア（公的保険）を受ける社会層の人々には全く供給されていないのが現状である。これは取りも直さず政府の無策によるものである5)。」

「12年にわたったオーストラリアでの「精神医療改革」の末に、精神医療保健を必要とする人々は非常に高いリスクに晒されるようになった。精神医療の必要性は無視され、小さく見積もられ、放置されるようになったのである6)。」

「精神保健サービスはオーストラリア全土にわたって危機的状況にある。急性期の精神病状態にある人々に対応するのほとんどできない状況となった9)。」

「改革から30年経過したが、満足な精神科救急のシステムは整備されていない。そのため『もっとベッドがあればいいのに』と臨床家は不満を述べるようになった12)。」

「2006年ニューサウスウェールズ州（シドニー）警察公安委員会は、「精神科病院の不足による今日のような状態にもう警察は耐えられない。精神保健は危機的な状況であ