

る。」とコメントした13)。」

アクセス不良

「オーストラリアでは改革によって公的医療へのアクセスが極端に悪化し、サービスが限定され入院を待つようになり、その結果として代替の民間精神科病床数が急増している6)14)。」

「国民は本当に必要と思いきり入院する時には民間の精神科病院に入院する。公的医療を利用する患者は必要な医療を受けられず、救急部門で最後に治療を受けるまで長い時間待ち続ける。精神医療のように「人気のない」分野には適切な費用が割り当てられないことが原因であることは臨床家たちもよく分かっている15)。」

「オーストラリアでは改革によって公的医療へのアクセスが極端に悪化し、医療サービスが限定され入院を待たされるようになり、その結果として代替の民間精神科病床数が急増している6)14)。」

「(メルボルンのある) ヴィクトリア州議会では、精神医療を受けるまでの待機日数の長さ、複雑化した精神保健サービスに対する供給側の完全な不足が問題とされた16)。」

新自由主義と格差医療

「保守党による前政権下では、新自由主義的な思想のもとに社会保障が市場経済の手にゆだねられた。障害者に対しても「社会参加」の名のもとに自由主義的労働市場への参加が求められるようになった17)。」

「経済的に裕福な患者は高価な民間医療保険に加入することができるため民間精神科病床を利用でき、良好なサービスと良好なアクセスの恩恵を受けられる。しかし民間医療保険に加入できない患者は医療にアクセスできず新たな格差が生じている。もは

やオーストラリアの精神医療は劣化し、WHOの提唱するレベルに達しなくなったと言う批判、オーストラリアの精神医療政策は格差を認める「新自由主義的政策」であると言う批判にさらされている18)。」

「民間精神医療サービスは大都市に偏在しており、また多額の自己負担を必要とする19)。」

精神科病院の保安施設化

「新自由主義的精神医療のもと、治療可能な患者と治療抵抗性の患者の選別が行われるようになった。公的精神科病院はハードな保安施設化し、スタッフは治療者というよりは危機管理者と化している。人権がもっと尊重されるべきである。1960年代から70年代にかけての改革初期にあった市民運動的考え方が精神医療から消え去って久しい。うつ病に罹患し温かい環境での治療を望む患者は再施設化した公的な病院を避けるようになった。そのため快適な民間病院の病床が急増している。しかし民間病院での治療を受けられるのは富裕な階級に限られ、結果として新しい「格差医療」の時代になりつつある20)。」

ホームレスの増加と刑務所への収容

「ホームレスの85%が精神障害者である21)。」

「National Mental Health Strategy とは裏腹にオーストラリアの精神保健は時代を逆行しつつある。古い単科精神科病院は生き残り、コミュニティー精神医療から病院に引き戻され、良い司法精神科病院の代わりに刑務所内の精神科が創設され、刑務所は事実上精神科病院に成り代わっている。NSWでは入所時の検査で46%に何らかの精神障害が見つかっている21)。」

「ニューサウスウェールズ州の服役囚 9000 人のうち、12%が精神障害者である。ニューサウスウェールズ州だけで脱施設化により現在までに 1 万人のホームレス、3 千人の過剰な死者が発生したと推定される 13)。」

「コミュニティーケアのない脱施設化は、新しい形の institutionalism を作り出した。それはホームレスと刑務所収容である 22)。」

人権問題

「かつては人権の問題から病院精神医療が批判されたが、現在のコミュニティーケアでも恐ろしい実態が報告されるようになった 23)。」

「かつて精神科病院内での人権蹂躪が報告され、それが精神医療改革の一つのきっかけを作った。にもかかわらず、今はコミュニティーでの人権の軽視、精神科救急部門および総合病院精神科での患者の虐待が報告されている 24)。」

リハビリテーション

「オーストラリアでは精神障害者の就労率は 29%と非常に低く、実際障害者全体の就労率でも OECD 中で飛びぬけて低いことで知られており、障害リハビリテーションの遅れた国である 25)。」

家族の負担

コミュニティー精神医療の時代になり、障害者のケアをするようになってから家族の健康は損なわれたと述べる家族は 56%にも上った。多くの家族が相談に乗ってくれない専門家に対して怒りを感じている。72%が家族に対してコミュニティーの専門家からの支援が何もない、50%が適切な住居を見つけれないと述べている。驚くべきこ

とに 25%の家族が暴力を受けている 26)。

政策の迷走

「政策決定者、患者、臨床家の関係が断たれている 27)。」

「最新の 2003-8 年の第三次精神保健計画でも、政策のターゲットを絞り込めていない 12)。」

「幸いなことに政治家たちが精神医療の崩壊に対して強い危機感を持ち臨んでいることが、オーストラリアと他国との際立った違いである。しかしそれだけ深刻な状況であることを強く物語っている 22)。」

「1983 年に精神医療改革の出発点となった Richmond Report を書き、病院縮小とコミュニティーへの移行を推奨した Richmond 教授自身が、2005 年には『1980 年代に想定したのは、こんなコミュニティーではなかった』と精神医療改革を批判し始めた。彼は最近では『精神病床を増床すべきだ』と言っている 13)。」

オーストラリア概要

オーストラリア連邦の概要

国土はおよそ 7741 平方キロ（日本の約 20 倍）。

人口 2063 万人。（2006 年） 28)

通貨 AUD （略号 AUD、約 82 円）

精神保健政策 (Mental Health Policy) 29)

精神保健政策は 1992 年制定された。オーストラリアの精神医療の問題を明らかにした人権委報告 the Human Rights Commissioner's Report ('Burdekin Report') がその基礎となった。支援、推進、予防、治療、リハビリテーションからなる。政策 The National Mental Health Policy とそれに

付随する「権利と責任に関する憲章

(Statement of Rights and Responsibilities)」および3つの「国家的精神保健計画 (National Mental Health Plans)」はオーストラリアの精神保健改革を包括的に支える「国家的精神保健戦略 (National Mental Health Strategy)」の基礎をなしている。この政策はオーストラリアのコミュニティでの精神保健を推進し、可能である範囲で精神保健的問題の発生を予防し、個人や家族やコミュニティへの精神障害の影響を減じ、精神障害を持つ人々の権利を守ることを目的とする。国家的精神保健政策によればカギとなる12の主要は、消費者の権利、推進と予防、サービスの混在、精神保健サービスの主流、精神保健のマニパワー、法制、研究と評価、モニターと説明責任などである。精神保健政策は精神保健戦略、および精神保健5カ年計画 (5-year National Mental Health Plans) (第1次 1992-1997、第2次 1998-2003、第3次 2003-2008) により実行に移された。これに基づき、オーストラリア政府と全ての州政府、特別区政府は精神保健改革のために共同作業を行ない、民間セクターも協力した。最近の国家的精神保健計画 2003-2008 では4つの重要なテーマ (精神保健推進と精神疾患予防、責任あるサービスの強化、質の向上、研究と進歩と継続) を定めた。また改革のプロセスを持続させ、居住、教育、福祉、司法、雇用など他のセクターとの協調が重視された。この計画では、回復とリハビリにフォーカスが当てられ、連邦政府とコミュニティの責任がより必要とされるようになった。第4次精神保健計画は2009年の現在、作成中である。

精神保健法制 (Mental Health Legislation) 29)

精神保健に関する法制については8つの州と特別区の政府が責任をもつ。1996年には連邦検事総局により、すべての州および特別区の立法が国家的ないし国際的な標準に適ったものであるか調査され、結果として適切な法改正が行われた。精神疾患をもつ人々の保護と精神保健ケアの改善のための国連原則 (the United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness) に即しているかについても評価が行われた。

精神保健の情報 29)

国家的な情報収集システムがある。すべての精神保健を網羅した、年ごとの精神保健サービス調査が行われ、精神保健報告 (National Mental Health Report) としてまとめられている。1996年には全国的な疫学調査が行われ、18歳から24歳までの若年の精神障害の実態が詳細に報告された。

精神保健の財源 29)

精神保健の財源は多い順に、税、私的医療保険、家族や本人の自己負担である。精神保健の専門サービスに対して (アルコール・薬物依存症を対象から除くが) 全医療費の6.4%が費やされている。全ての精神保健サービスを含めると、推定ではあるが全て保健支出のうち9.6%が精神保健に振り向けられていると考えられている。連邦政府の支出は3分の1、残りの多くの部分は州政府、特別区政府の支出、さらに一部は民間からの支出となっている。1993年

から 2002 年までの間に連邦政府からの支出は 128%、州および特別区政府の支出は 40%増加した。またこの間にコミュニティ精神保健への州および特別区政府の支出は 145%増加している。NGO への財政支出の占める割合は 2%から 5%へと増加した。1993 年に 49%の予算が入院医療に使われてきたが、2000 年には 20%までその割合は削減された。

州、特別区によって財源の割り当ては大きく異なっている。連邦政府から精神科専門医療への支払いではブロックグラント方式（原則として利用者数に関わりなく、施設ごと、かつ一年ごとの支払い）の試行が始まっている。ブロックグラントには様々な方式があるが、ヴィクトリア州では病床数・スタッフ数から割り出されたユニット当たりの固定的支払いとなっている。また、他のいくつかの州では、精神科急性期病棟において患者のタイプ別・治療別にケースミックスの手法により支払いを決定する方式（Australian National Diagnosis Related Groups-いわゆる DRG）へと移行している。

コミュニティでの精神保健福祉のケアは同じくブロックグラント方式の支払いを受けている。

医療保険

オーストラリアの医療保険は公的医療保障と民間保険の 2 本立てシステムである。

公的医療保障（メディケア）

オーストラリア全国において、すべての国民は公的医療機関への受診の権利を保障されており、1984 年開始の公的医療保障であるメディケアが全国民をカバーしている。

①医師、検眼士、歯科医等の専門家によるサービスへの支払いに対する補助、処方箋薬代の補助、②公立病院の患者に対する無料サービスの提供、③州やその他の団体への特定補助金の交付である。政策の責任は連邦の保健・高齢化省（Department of Health and Aging）が担っており、制度の運営 2005 年 10 月以降メディケア庁（Medicare Australia）が行っている 30）。メディケアの財源は連邦一般財源とメディケア課徴金である。メディケア課徴金（Medicare Levy）は連邦の目的税であり、課税標準は課税所得で、基本税率は 1.5%であり、民間保険に加入していない高所得者はさらに 1%の追加税が賦課される。ただし、連邦のメディケア支出に占める課徴金収入は 27%程度であり、メディケア支出の大部分は一般財源によって賄われている。

民間医療保険

国民の約三分の一は民間医療保険にも加入している。国民皆保険で民間保険の併用を認めない日本と異なりオーストラリアは混合診療が通常に行われている。混合診療はメディケアの導入で市場が縮小し経営危機に陥った保険業界の意向により適応の拡大が認められた。

その他の保険 29)

労働災害保険も精神保健への支払いを行っている。

自己負担

外来診療における自己負担は 15%である。入院医療は公的病院の通常の患者（公的患者 Public Patient あるいは Medicare Hospital Patient とよばれる）は原則無料である 29)。

精神障害を持つ人の約 16%が臨床心理士の心理療法を受けているというデータがあるが、この治療は以前は保険の適応を受けられず、全額自費（通常 \$ 110/セッション）で行われていた¹⁾。しかし最近になり、12セッションまでは心理療法がメディケアによりカバーされるようになり、この範囲においては自己負担が軽減された³¹⁾³²⁾。

精神科医療機関

公的精神医療機関

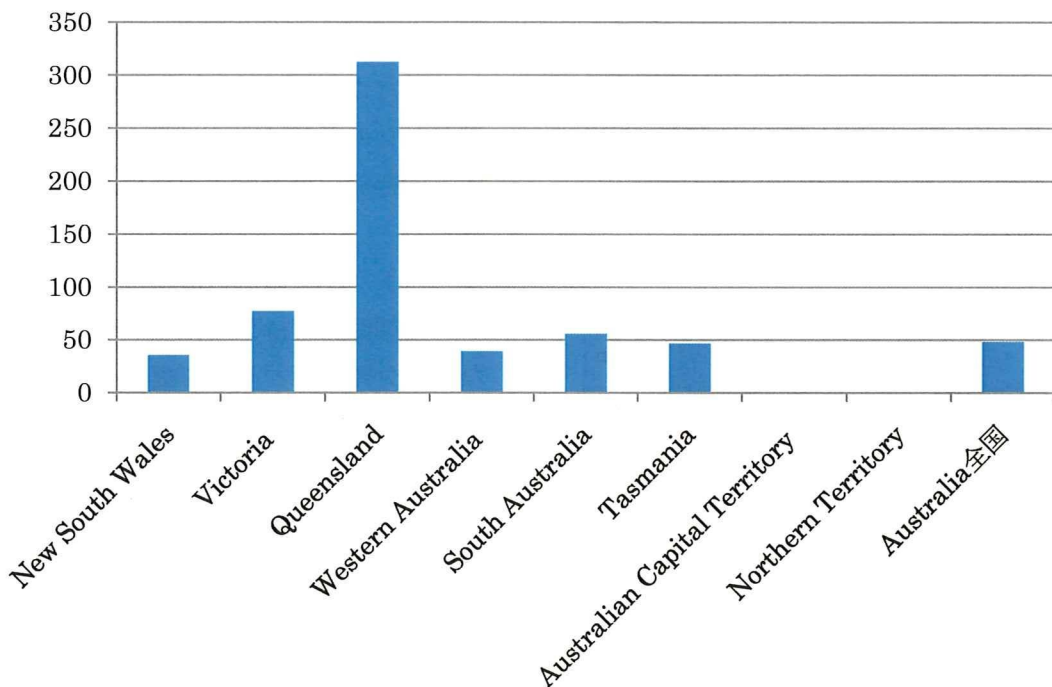
オーストラリアでは国民すべてをカバーする公的医療システムが整備されている。費用は公的医療保険メディケアがカバーする。英国の NHS に倣ったこのシステムはオーストラリア、カナダでも採用されているが実際の運営には若干の相違点もある。

公的精神医療保健のシステムでは、精神科救急への対応は地域別のキャッチメントエリアが定められており、公的医療機関は割り当てられたエリアに対して責任を持つ。コミュニティーでの医療保健サービスは診療所、モバイルチーム（治療とフォローアップ）、モバイルクライシス介入サービスなど諸種のサービスから構成される。ケース

マネージメントは住居、障害者福祉、職業訓練と斡旋、所得補償など様々なサービスを調整するための手段として活用されている。軽症者は家庭医（GP）をまず受診する必要がある。家庭医はプライマリーケアとして軽症の精神障害の治療、退院患者のアフターケアを行う。その中で必要に応じて精神科専門医療機関にコンサルトし、場合によっては公的精神科医療機関に入院を依頼する。患者自己負担はほとんどない。公的医療機関の収入は、ほとんどは州政府からであり、税をその財源とする²⁹⁾³³⁾。

入院期間は 100 年以上の歴史を持ち、現在は主に慢性期医療を担う公的（州立）単科精神科病院と、急性期医療を行う総合病院精神科がある。単科病院は縮小へ、総合病院精神科は拡大へ向かっている³⁴⁾。他の NHS 諸国同様、システムの宿命として公的病院では待ち時間が長く、施設や医師を選択できないこと、快適なサービスが受けられないことなどへの患者の不満が強く、自発的に民間保険・民間病院を選択する患者も多い³⁵⁾。

非同意強制入院の場合は公的精神病院が唯一の選択肢となる



公立単科精神科病院の平均入院日数を示す。全国平均では48.4日であるが、州ごとの格差が大きい。最も長いクイーンズランドは非常に保守的な風土で知られる地方であり、脱施設化は他の州より遅れている。ACT（首都特別区）、Northern Territory には公立精神科病院はない(21)35)。

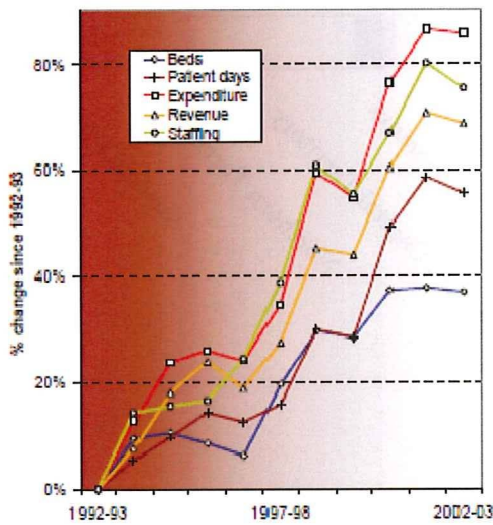
民間精神医療機関

オーストラリアの精神医療が海外に紹介される時は、公的医療について語られる場合が多い。公表される統計などの資料も民間を含まない場合が多く、解釈には注意を要する。しかし他の NHS 系諸国と異なりオーストラリアは民間が精神医療の重要なパートナーを担っている。オーストラリアで精神科病床の22%、入院件数の12.5%、のべ入院日数の16%は民間精神科病院である

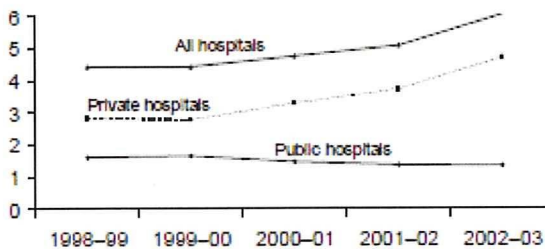
37)34)。民間精神科病床は1,720床である。オーストラリアには42の民間精神病院があり、そのうち25病院が単科精神科病院である。1993年の33病院から増加を示している。ベッド数では72%が単科精神科病院である。残りは民間の内科・外科病院に併設された精神科病棟あるいはユニットである(34)38)。

デイケア患者の70%（そのうちアルコール薬物依存だけをみると93%）、入院患者の43%が民間病院での治療を受けている。39)精神医療にかかわるスタッフの9%は民間に雇用されている。メディケア（公的医療保険）の精神医療への支出のうち16%は民間で働く精神科医に支払われた(34)。民間精神医療機関の収入は多くは民間医療保険と患者自己負担である。かつてあった連邦よりの民間病院への補助金は廃止された

40)。最近の民間精神医療は拡大傾向にある、特にデイケア部門においてこの 1993 年から 2005 年までに件数は 278%の増加を示した。同期間のべ入院日数は 64%の増加であった 34)。



民間精神病院はベッド数（デイホスピタル含む）、のべ入院日数（デイホスピタル含む）、収入、支出、スタッフなどすべての指標において 1992 年から 2003 年の間に著しくその規模を増大させた。民間精神病院の平均入院日数は 20.2 日から 17.9 日へと短縮され、決して長期入院の患者を「抱え込んで」成長したのではない。



1998-99 年度から 2003-4 年度にかけての外來とデイケアを合わせた診療件数の変化を示す 41)。公的部門での減少と。民間部門

の急増と全体での増加が示されている。外來デイケア部門では民間の精神医療が中心となったことが分かる。件数の増加に最も寄与したのがデイホスピタルであり、うつ病、依存症、摂食障害の治療が主に行われる。

オーストラリアの他の医療の分野とは異なり、精神医療では公的医療サービスとは異なった分野のサービスを提供していることが特徴的である。すなわち公的医療ではサービスが縮小されてしまった分野において、効果的で必要なケアを提供しているという特徴がある 38)。それはうつ病、摂食障害、依存症などの入院治療であり、ニーズは高まりつつあるのに公的精神医療ではほとんどサービスが提供されていない。

民間精神医療のサービスは都市に偏在する傾向があり、近年は都市部での専門的な医療が充実する一方で地方にあった単科精神科病院の縮小により、その偏在はさらに強まる傾向にある。以下に示すデータは公的保険メディケア支払い分のみの比較であり、民間医療保険のデータを含まないで解釈には注意が必要だが、明らかに都市偏在の傾向があることが分かる 41)。

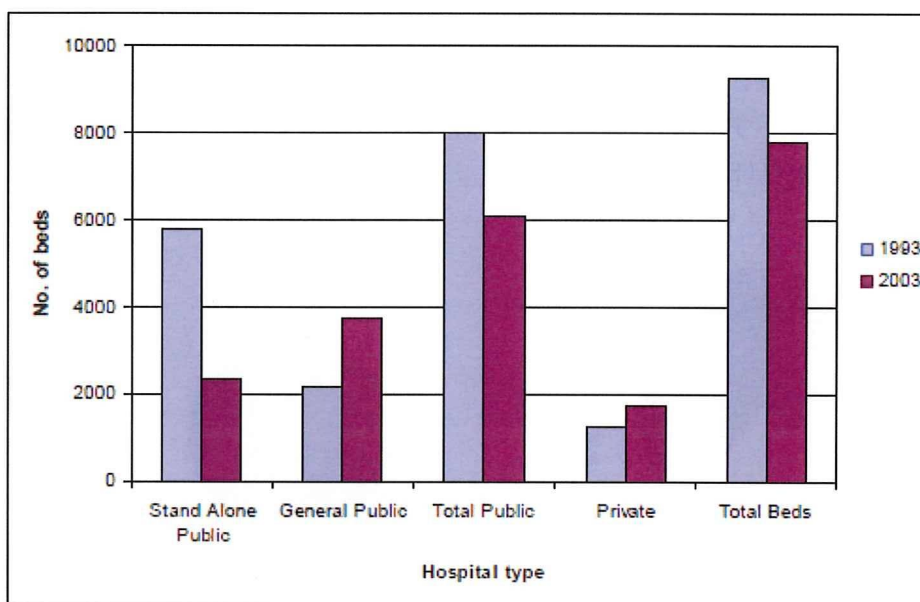
Table 11: Comparison of percentage of population seen, MBS services provided and number of consultant psychiatrist providers by area of residence, 1992-93 to 2002-03

| Region | Year | % Population seen | Benefits per capita (\$) | Attendances per patient |
|---------------|---------|-------------------|--------------------------|-------------------------|
| Capital city | 1992-93 | 1.7 | 15.48 | 8.8 |
| | 2002-03 | 1.7 | 13.10 | 7.8 |
| Other metro | 1992-93 | 1.3 | 8.49 | 6.6 |
| | 2002-03 | 1.3 | 7.28 | 6.2 |
| Rest of state | 1992-93 | 0.8 | 3.96 | 5.6 |
| | 2002-03 | 0.7 | 3.56 | 5.8 |
| Total | 1992-93 | 1.4 | 11.61 | 8.1 |
| | 2002-03 | 1.4 | 9.92 | 7.4 |

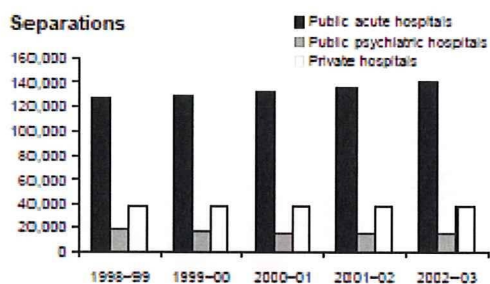
民間精神医療でも公的同様に州ごとに基準が異なり、平等なサービスが受けられなくないことは問題とされており、連邦で標準的なガイドラインを設定することが望まれている 38)。今後の動きとしては民間精神科病院のネットワークを形成し、医療の質を高めていく運動が行われている 42)。

入院精神医療

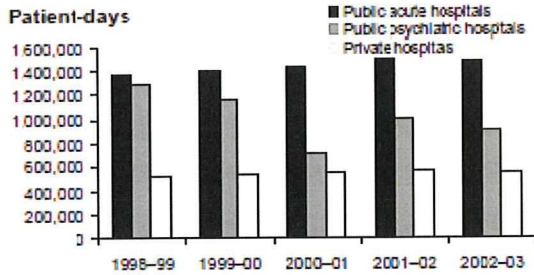
精神科病床数は 80 年代までに大幅に削減された。90 年代以降は公立の単科精神科病床の病床が削減され、それを補うかのように公立総合病院精神科の病床が増加したが、公的病院全体では削減傾向にある。その一方で、民間営利団体の精神科病床が増加し続けていることがオーストラリアの特徴である 14)。



現在、急性期病床の多くは総合病院精神科にあり、その比率は 1993 年の 55% から 2002 年の 83% まで増加した 29)。ただし、統計手法が途中で変更されており注意が必要である。単科精神科の減少はこのデータほどでないという異論がある 40)。

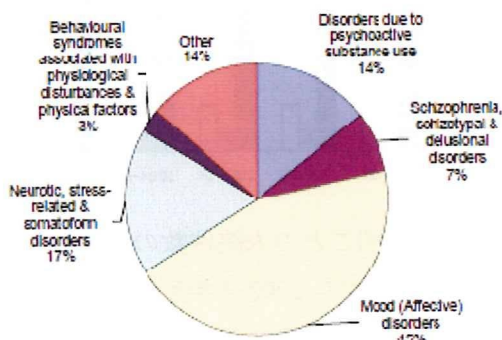
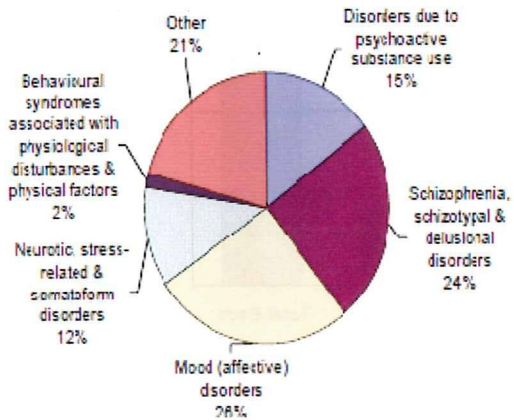


設置主体種別ごとの入院件数の変化を示す。1998-99 年度から 2003-4 年度にかけて、公的救急病院への入院は 11.3% 増加し、単科公的精神科病院への入院件数は 24.4% 減少した 40)。



同時期での入院延べ日数の変化を示す。公的救急病院への入院は 8.9%増加し、単科公的精神科病院への入院件数は 28.7%減少した 40)。

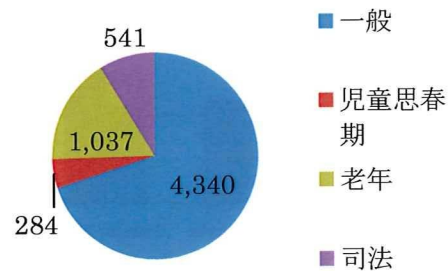
公的精神科病院（総合、単科含む）の疾患別入院件数の分布を示す。統合失調症と気分障害の入院件数がほぼ並んで多い 40)。



民間病院のの疾患別入院件数の分布を示す。気分障害の入院件数多い 40)。

公的病院は統合失調症のケアに、民間は気分障害の治療に重きを置いており、別の種類の医療を提供しているということが分かる。

すべての公立、多くの精神医療機関は 2002 年に制定された精神医療機関診療標準 (National Practice Standards for the Mental Health Workforce) による審査を受けるようになった。医師、看護師、その他コメディカルの十分な知識と技術、他職種協同のチーム医療を行う能力が要求される。これは NGO などに要求される公的基準である精神保健サービス標準 (National Standards for Mental Health Services 1997 年制定) と対をなすものである 29)。

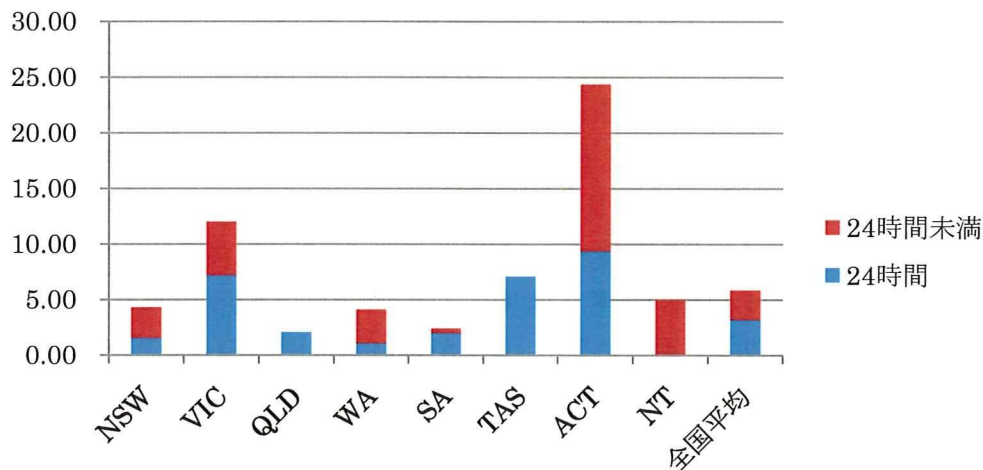


全精神科病床の年齢層別割合を見る。一般が 70%を占める。日本との比較では司法精神科病床が 9%と多く、老年精神科病床は少ないことが特徴である 34)。

居住施設

全国に精神障害者のための公営のコミュニティー居住施設 community residential home は 234 か所存在する 37)。

人口十万人あたりベッド数を示す 34)。



全国平均は5.8と先進諸国の中では際立って低い。ちなみに西欧諸国では50以上が標準であり、WHOも最低30-50を推奨している。最も整備されているヴィクトリア州でもわずか12.0でしかない。州ごとの格差も大きく、シドニーのあるニューサウスウェールズは人口の多い大都市にも関わらず4.3と極めて低く危機的な水準にある。へき地であるNorthern Territoryにおいては、驚くべきことに24時間支援型居住施設は0である。この地域においては単科精神科病院も閉鎖されており、支える施設が何もないため、自殺率の高さ、刑務所に収容された精神障害者の数の多さが際立っている(9)12)。

オーストラリアにおける精神科居住施設は圧倒的に少なく、極めて多くの精神障害者のホームレスを生み出したと言われている(9)12)。オーストラリアでは精神障害者の94%がホームレスかあるいは適切な住居が無いということが明らかになった。公営住宅への申し込みについても精神障害者の90%が困難であると訴え改善を求めている。多くの人々が居住施設の不備がホームレス

の原因であると感じている(43)。

高齢者(精神障害者も入居可能)のホームの多くは民間により運営される。営利団体、非営利団体とも存在する。民営であつても運営資金の75%は連邦政府から支出されている。医療保険とは別種の補助金である(35)。入居費は施設によりまちまちだが、病院に入院するよりも自己負担額は高い(44)。シドニーのあるニューサウスウェールズ州では精神障害者の居住施設の圧倒的な不足が明らかになり、新たな居住施設の整備が強く求められた。そのため2003年に州政府は新たなプログラムHASIを創設した。

HASIは公的コミュニティー住居管理団体、精神保健に関わるNGO、公的精神医療アウトリーチサービスの共同事業である。レベル別に

HASIステージ1：多くの援助を必要とする障害者のために上限5時間/日、4-7日/週のケア付き住居100床+精神医療サポート

HASIステージ2：援助の必要の低い障害者のために、上限週5時間のケアと必要に応じ医療サポートのついた住居460床

HASI ステージ 3 A : 強力な援助の必要な障害者のために上限 5 時間/日、4-7 日/週のケア付き住居 126 床+精神医療サポート
HASI ステージ 3 B : 非常に高度の援助を必要とする障害者のために、上限 8 時間/日、7 日/週のケースマネジメントを精神・心理的リハビリテーション付き住居 50 床
HASI ステージ 4 : 高度の援助を必要とする障害者のために、上限 5 時間/日、4-7 日/週のケア付き住居 100 床+精神医療サポート

2008 年にスタートする HASI in the home では自宅に住む軽度、中等度の障害者 200 人のための訪問サービスを提供する。

2009 年にはアボリジニ専用プログラム HASI5A の創設が発表された 44)。

HASI は濃厚なコミュニティでの複合的なサービスであるが、きわめて高価なシステムになってしまった。年々経費は膨らみ、現在は一人当たり年間 70,000AUD (約 580 万円) もの経費がかかっている 31)。

へき地の精神医療保健福祉

Northern Territory は北部オーストラリアの州で、州都ダーウィン以外に大都市は無く、人口は 20 万人、その 70%が過疎地に居住している。ここでは州立総合病院 2 か所に精神科病棟があり、それぞれ 28 床、4 床である。精神科看護師であるケースマネージャーをリーダーとする多職種チームがコミュニティでのケアを行っている。一般精神のほか、児童思春期、司法精神、アボリジニのための専門チームもある。それぞれ精神科医のスーパービジョンを受けながら活動を行っている 45)。

しかしながら Northern Territory などのへ

き地における精神医療の提供は困難であり、精神疾患からの回復率の低さ、自殺率の高さ、精神衛生の程度を示す各種指標の低さなどがそれを示している。大都市であるメルボルンでは公的精神医療部門で人口一人当たり年間 73.79AUD が精神科医に支払われているのに対し、West Australia 州ではわずか 0.31 AUD しか使われていないことから、一国の中で医療サービスが非常に不均等に行われている事は明らかである 46)。

へき地でのコミュニティーケアは、地理的条件のために大変困難である。例えば専門家が巡回すること自体大変な労力を要する 46)。民間精神医療においても地域格差は著しく、へき地へのサービスはほとんど提供されていない 47)。2006 年、保健相はこれらの悲惨な状態を改善するために、今後 5 年間に 19 億 AUD をへき地の精神保健に投入することを宣言した 46)。

精神医療利用者団体・家族団体・市民団体

オーストラリアでは精神医療保健の利用者の権利擁護と、運動への参加が精神医療改革の基本であると考えられている。患者の擁護・支援を行う専門的な団体が多数あり、活発に活動していることが特徴的である。オーストラリア精神保健評議会 (The Mental Health Council of Australia (MHCA)) は精神保健に関連する NGO を統括する国家的規模の団体として NGO を代表し利益推進の活動をしており、政府の政策決定に非常に大きな影響力を持つ。患者、家族、専門家、NGO の職員からなる団体であ

り、その会員の25%が患者と家族などの保護者である。NGOのうち、実際に地域での公的な精神保健活動を行うものは1994年の33%から2002年は89%まで増加した。これらNGOの活動は1997年制定の精神保健サービス標準(National Standards for Mental Health Services)に従い質を維持している6)48)。

精神医療専門家

精神科医 3151人(研修中含む) 人口10万人当たり 約17人(研修中含む) 37) 14人(研修中含まず) 6)

常勤換算で2000年から2004年にかけて約10%増加している37)。

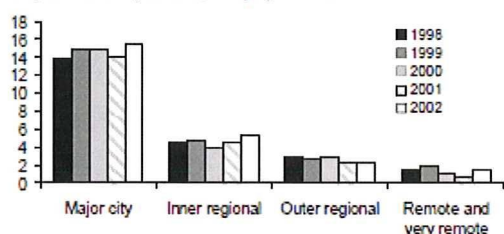
精神科看護師 2004年に14123人の勤務が確認されている37)。人口10万人当たり 68人

臨床心理士 2005年に13900人勤務している。人口10万人当たり 5.8人 37)

ソーシャルワーカー 人口10万人当たり 5人 6)

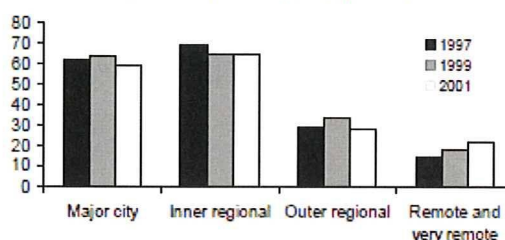
医療評価機関の治療への介入、他の専門家との葛藤を嫌い、公的病院での勤務を嫌って個人開業してしまう精神科の増加が問題とされている1)。

Psychiatrists per 100,000 population



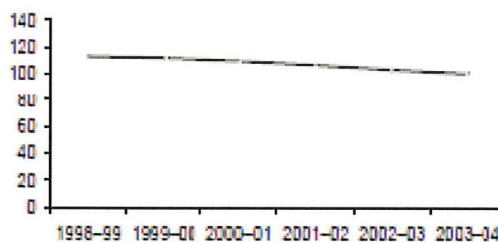
地域別の精神科医数を示す 40)。

Mental health nurses per 100,000 population



地域別の精神科看護師数を示す。40)

ともに大都市に偏在しており、へき地での専門家の不足はオーストラリアでは深刻な問題である。特に脱施設化後は一層の困難につながる。



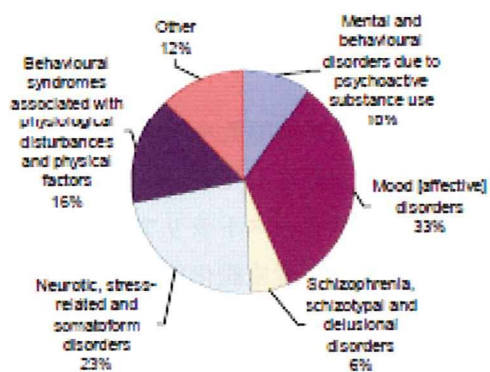
1998-99年度から2003-4年度にかけての精神科医への診察件数(人口千人当たり)の減少を示す 40)。

この間に精神医療で実際に勤務している精神科医は9.4%増加しているにも関わらず受診回数は減っている。

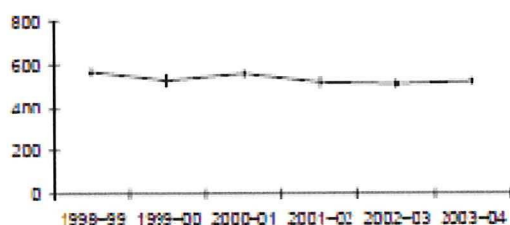
一般医 (General Practitioner GP)

オーストラリアでは精神医療を含むプライマリーケアはGP(一般医・プライマリーケア医)が行い、直接専門家への受診はできないシステムになっている。GPは不必要な専門家へのアクセスを阻むゲートコントロールの役割も担っており、専門医に紹介するかどうかはGPの裁量に任されている29)。GPが専門的な精神科医療を行っても診療報酬は低い。一方で専門医がGPと同じ業務を

行っても診療報酬は支払われない。専門家に紹介する件数で最も多いのはうつ病である。最も困って専門家に依頼するのはPTSDであるという40)。



GPの疾患別診察件数を示す。GPが最も多く見る疾患は気分障害である。うつ病が多く、次いで不眠症である。統合失調症の診療も行っており、コミュニティーで支える重要な力となっている主張する者もいるが29)、精神障害の診療件数のうちで統合失調症はわずか6%と少なく、コミュニティーで支える重要な力とはなっていないことが分かる。薬の処方データのデータでも抗うつ薬とベンゾジアゼピン化合物が圧倒的に多いこともそれを証明している40)。



1998-99年度から2003-4年度にかけてのGPの精神科分野のみの外来診察件数（人口千人当たり）の減少を示す40)。

前述した外来精神科医への受診件数の減少と合わせ、近年の精神医療へのアクセスの悪化を裏付けるデータである。

GPのトレーニングには精神保健分野も含まれている。精神医学についてのGPの教育は行われるようになったが、依然25%のGPしか精神科プライマリーケアを提供できる教育を受けていない。必要に迫られるべき地でも40%にとどまっている9)。

GPの診断能力、マネージメント能力については疑問を持つ声も多い。何らかの疾患でGPにかかっている精神障害者の50%が、GPに精神障害を持っていることすら全く知られていなかったことが最近の調査で明らかになった25)。

そのためGPの精神医療に関する質の向上のため、オーストラリア政府は様々な試みをしている。BEACH調査はその試みの一つであり、得られたデータから必要な勧告を継続して行っている40)。

2001年から2002年にかけて、プライマリーケアでの精神医療の質の向上のためのプログラムが実施された。GPが精神障害をもっと診るように経済的なインセンティブが与えられ、特に心理的な治療にフォーカスを当てた治療が推進されるようになった。これによりGPは精神保健の専門家との連携を強め、薬物療法以外の治療を提供することが可能となり、他職種協同の治療のチーム医療の一部となった。精神科医とGPとの合同カンファレンスにも医療保険(Medicare)の診療報酬が支払われるようになった29)。

個人開業精神科医

民間で働く精神科医のうち、86.7%は個人

のオフィスでの開業が主たる業務と届け出ている。1998-9年度から2003-4年度にかけて個人開業精神科医の診療件数は11%減少した。その間に総合病院でコンサルタントとして働く者が36%増加しており、個人開業から病院へのシフトが起きている(40)。

歴史

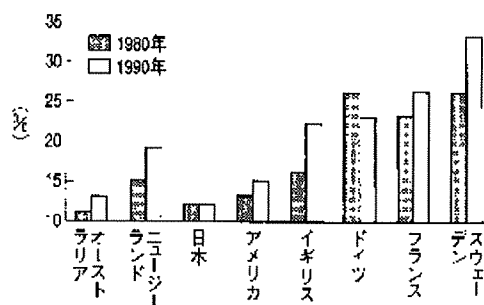
社会保障全般の歴史 (高度福祉国家からの転落・公的社会保障の縮小と、民間医療システムの発達)

1960年代までオーストラリアの経済活動は母国イギリスの保護もあり安定した成長を続けてきた。社会福祉政策についても母国イギリスの「ゆりかごから墓場まで」という当時の政策に倣い、高度福祉国家を目指した。医療保険は十分ではなく、経済的困窮者への医療給付制度は存在したが一般国民は民間医療保険に加入していた。

しかし1970年代になると不況に見舞われ以後長い経済的困難の時代が続くようになる。高度福祉をめざした政策は財政的基盤を失い急速に瓦解する(35)。

脱施設化がこの時期に重なったことは精神医療にとって非常に不幸なことであった。1975年フレーザー政権は「小さな政府」を看板に。マネタリスト的貨幣政策(新自由主義経済と強い親和性)、社会保障資質の削減を打ち出してしまった。その後の後退ぶりは著しく、Esping-Andersenによる社会保障制度の分類ではアメリカ合衆国と一緒に最低限度の保障と民間市場を重視する「自由主義型」に分類されてしまったほどである(ちなみに日本・ドイツなどは職場中心の社会保険制度(医療保険がそうであるように)の「保守的コーポラティズム型」、

北欧などは「社会民主主義型」である)。下記のデータからは当時の社会保障財源の欠乏ぶりがうかがわれる。



社会保障支出のGDP比 35)

ようやく導入された公的医療保険制度メディバンクもその後民営化されてしまい、公的社会保障の困窮機が続く。その後、経済の回復と安定は1993年まで、それに続く社会福祉の復興は1998年まで非常に長い時間を要した。

一方、1983年の労働党の誕生以降は他の先進諸国で左翼政党が政権を握った場合と同じく、公的精神医療の重視と民間精神医療の縮小が行われるようになった。医療においては公的セクターと民間セクターは以後異なった道を歩み、時に対立するようになる。また公的医療保険メディケアが創設され、公平効率的な医療の供給を目指すことになったが、結局民間医療保険も多く併用されるようになった。また民間病院を中心に「プライベート患者」という特別な選択肢が導入され、「公平な医療」とは異なる実態が定着する。1991年からの労働党キーティング政権下では福祉の地域への分権化、障害者差別禁止などの政策がすすめられた(35)。その一方で障害者の労働市場への参加を求め、年金受給を制限するといった従来とは違う保守主義的な福祉政策が加えたこ

とは興味深い。この背景にはグローバル化に伴う国際競争の影響があるという。当時のオーストラリアの福祉政策については「新自由主義」の考えが多く取り入れられ抑制的な支出が目立つようになった(49)。

1996年の保守党ハワード政権下では福祉の自己負担の増加、年金の条件の強化など社会福祉の切り下げが進んだ。2000年代前半の保守党政権は精神保健に関心が薄く、保健省において精神専門の部局が廃止された(9)。

社会保障制度の構造的な問題として、福祉・医療サービスの整備の着手が遅れ、いまだに自立自助と民間事業への依存度が高いこと、対GDP支出比が非常に低く財源が欠乏することが日本とオーストラリアの共通する問題である(35)。

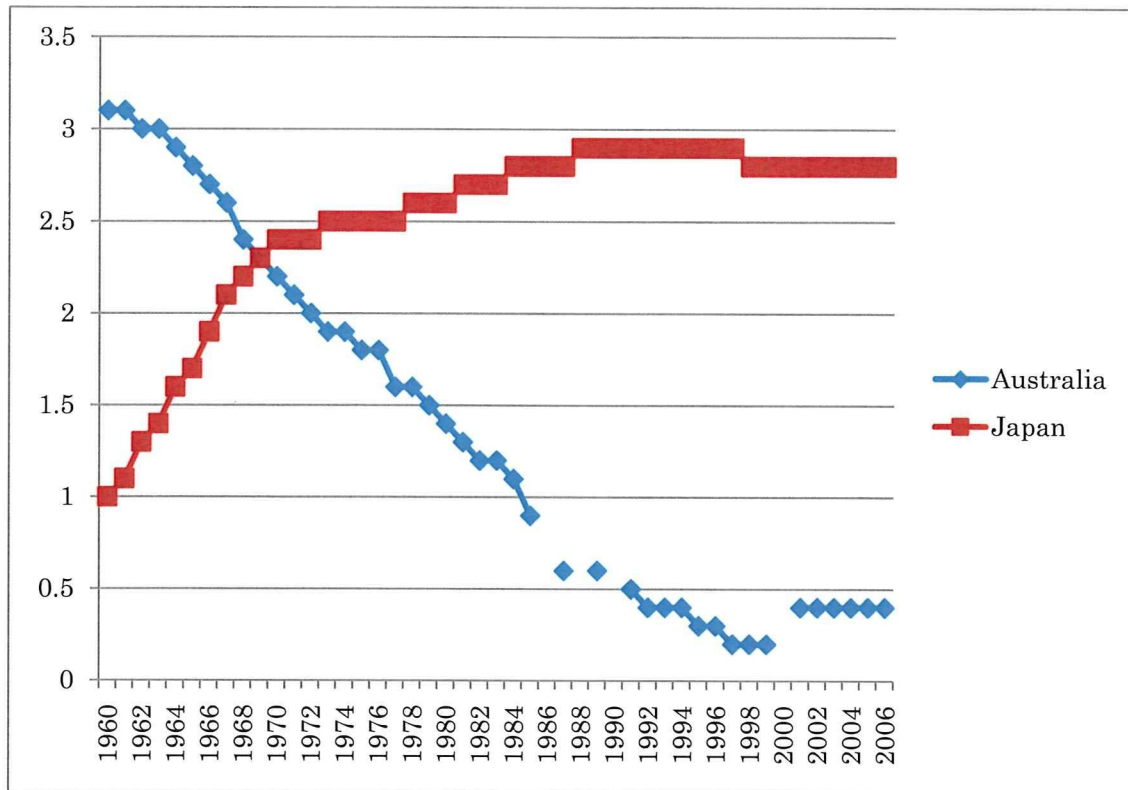
もともと財源がない所に加えて、新自由主義的政策が持ち込まれてさらに財源が乏しくなったという点も日本とオーストラリアに共通する問題である。したがって当時のオーストラリアでの精神保健政策の失敗から日本が学ぶべき点は多い。

精神医療の歴史

脱施設化と精神医療の荒廃まで(1950-1990年代前半)

オーストラリアでは1800年代から精神科病院が建設され、第二次世界大戦直後に病院精神医療はピークを迎えた。シドニーなど大都市にある州立精神科病院は3000床を超える規模となったが収容に重きを置き、治療は不十分で長期の重症患者を多く抱え込んだ。

院内では患者に対する身体的虐待、隔離などの手段が、反抗的な患者や自他への暴力的な行為を行う患者に対して日常的に行われてきた。それらに反対する「反精神医学」運動が引き金となり、1960年代-70年代には専門家により病院の縮小が提言されるようになった。ソーシャルワーカー、臨床心理士などがより治療に関わるようになると病院中心の治療体系に変化が表れ、市民運動、当事者運動の高まりとともにコミュニティでの治療が模索されるようになった(50)51)。



上記グラフはOECDのデータである。精神科病床は人口当たり3.2から急速に減少し、1990年代には0.2となった。ただしここまでの数値は単科精神科病院の病床数のみの統計である。その後は総合病院、民間病院の病床数を含めた数値が報告されるようになったため、0.39前後で推移している。うち単科は0.12、総合病院0.27である⁵²⁾。当初は社会的・医学的目的があってスタートした脱施設化であったが、病院閉鎖によるコストカットの効果は絶大であり、時の政府（おもに財務省）の圧力で急速な病院の閉鎖が行われた。しかし受け皿となるべきコミュニティケアの整備も居住施設の整備も行われず、精神医療のみならず社会は危機的状況となった^{6) 31) 32)}。1983年には、精神科病院の閉鎖をさらに推進し、コミュニティ精神医療の整備を進

めることをうたったRichmond Reportが出された。これはコミュニティーへの流れを決定的にしたマイルストーンである。当時はまだ病院中心の精神医療を強く支持する専門家が多くいた。例えば「重度の精神障害者はそもそも処遇が困難であり、長期にわたって入院を続けるような患者は非常に高いスタッフ対患者比を必要とするので、非常に多くの費用を必要としコミュニティーでケアをするのはコストエフェクティブでない。長期患者のための病棟でケアをするほうがコスト的には有利である。」という精神医療界の権威による保健省へのレポートが提出されている⁵³⁾。しかし依然としてコミュニティケアの整備は進まず、精神医療保健の質は劣化した。ホームレス、高い自殺率、刑務所の精神障害者の収容が大きな問題となった。事態の

深刻さは連邦・州議会でたびたび精神医療が取り上げられたことから明らかである。ニューサウスウェールズ州議会では「驚くべきほどの数の精神障害者が、必要な入院医療を受けられずにいる。病院での総合的な入院サービスについての計画が不十分であるだけでなく、家族をコミュニティーでの治療プロセスに取り込むことがなされていなかった。」と報告されている(54)。

オーストラリアの自殺率は第二次世界大戦後低いままであったが、脱施設化と歩調を合わせるかのように増加した。特に女性での増加が目立ち1967年にピークとなった。急速な脱施設化の影響と考えられている(31)35)。

1992年、ついにオーストラリア連邦政府保健相は数十年にわたる精神保健行政の怠慢を認め謝罪した。

2002年、オーストラリア精神保健委員会 Mental Health Council of Australia は全国的な調査を行った。400以上の精神保健の拠点を調査した結果は驚くべきものであった。オーストラリアにおいて精神保健サービスを必要とする人々にとってアクセス可能なシステムはないに等しく、全国的に無責任と無気力に支配されていたのである。実に精神保健サービスを必要とする人のうち62%もの人が利用できていないことがわかった。残り38%の人々も多くは家庭医(GP)による治療を受けていた。さらに悪いことにGPに対する人頭制支払(カバーする人口当たりの支払い)は、最も基本的な精神障害の治療にすら負の圧力をかけていた。GPは専門家による支援を受けられず、医療の質にも欠陥があった。その結果として精神障害者は無治療あるいは不完全な治療しか

受けていなかった。例をあげると、うつ病あるいは不安障害の患者のうち、わずか6人に一人しか evidence-based といえる治療を受けていなかったのである(10)。

精神保健戦略、精神保健計画による精神医療立て直しへの試み(1990年代後半)

立て直しの試みは1993年、人権委員報告 the Human Rights Commissioner's Report ('Burdekin Report')に始まる。

1992年に開始された国家規模の精神保健戦略(Australia's Mental Health Strategy)により、急速な病床削減と低予算で荒廃した精神医療を立て直す計画が始まった。そこに含まれる精神保健計画(Mental Health Plan)は当初は5カ年計画であったが、結局第二次(1998-2003年)、第三次(2003-2008年)と継続して実施された。第二次までの10年間では国家としての精神保健政策を明確にし、入院医療システムからよりバランスのとれたサービス分配システムへと移行が進められる予定であった。

しかし改善は進まず、オーストラリア精神保健委員会 National Council of Mental Health は全国的な調査を行い、国民の精神医療に対しての需要が全く満たされていないことを明らかにした。また第三次精神保健戦略も early intervention についての内容を欠く点について指摘し、今後の指針としては全く不十分であると批判した(10)。

第4次精神保健計画は、ほぼ完成しているがまだ発表されていない(31)。

オーストラリアの精神医療改革は、財務省のコストカットの圧力と新自由主義により頓挫したが、精神保健戦略により復活しつつある。しかしそれはとてつもない負の遺

産との戦いである。次のパートでその理由を明らかにする。

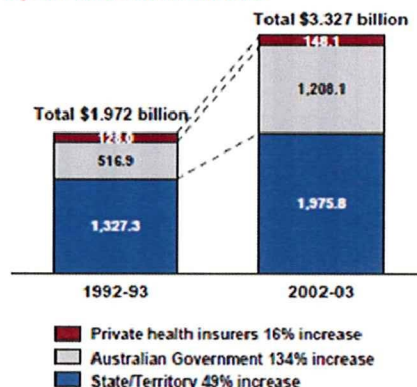
脱施設化はコストカットによりスポイルされた

精神医療保健福祉の劣化の原因として、オーストラリアの精神保健に投入された財源が先進諸国の中で際立って低いことを挙げる者は多い。

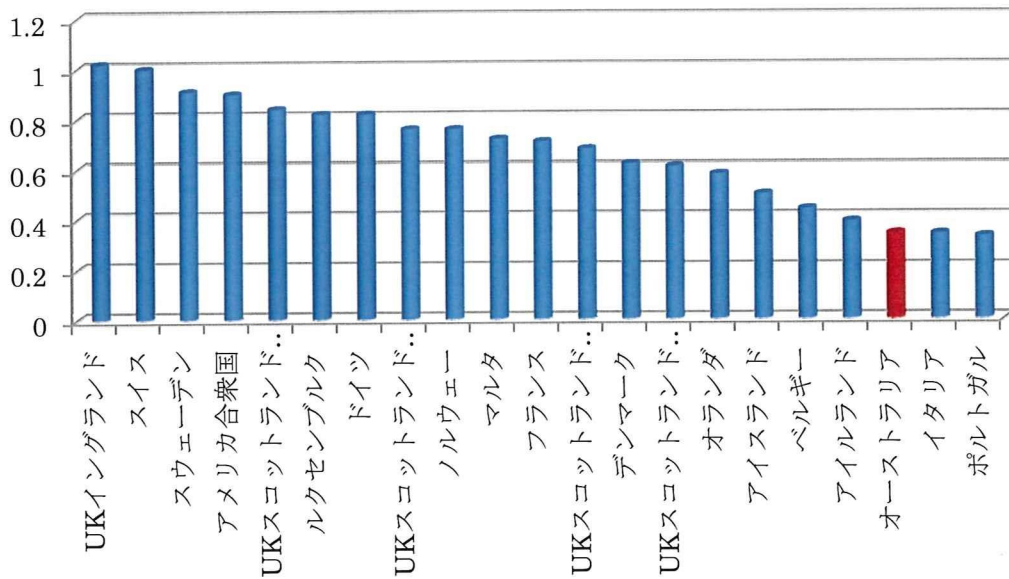
かつては精神科病床の削減により、精神保健の総コストが下がったため「これは精神医療改革の勝利である」と吹聴された時代さえあった 6)

しかしコミュニティー精神医療の整備が進まず、退院させられた後の精神障害者の悲惨な実態が明らかになった。コストをカットしすぎたことへの反省から National Mental Health Strategy のもとで財源は大幅に増額された。下記のグラフは改革の結果、オーストラリアの精神医療の質は財政的には担保されるようになったことを示す根拠として、対外的に（わが国でも）しばしば紹介されている 14)。

National expenditure on mental health by the three main funders

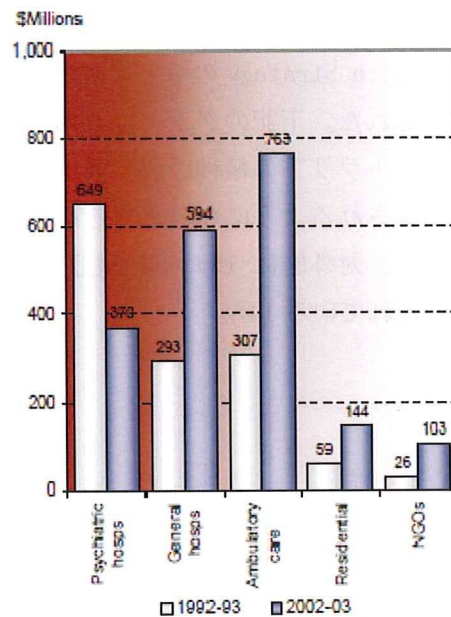


しかしこれは先進国の中で最低の状態からの改善を示すデータにすぎないことに留意すべきである。しかもこの増加分の多くが非常に高価（旧世代の薬に比べ1-2ケタ価格が違う）な SSRI、非定形抗精神病薬など新薬の使用開始に伴う薬剤費の上昇（オーストラリアではこの間に 602%の純増）によるものである。またこの間に医療活動にかかるコストは、インフレ、高齢化、医療技術の進歩などが原因で各科とも非常に高い伸び率を示しており、結果として精神科医療が全医療費に占める割合は結果として全く増えていない。サービス実質の伸びはわずかであったと言われている 10) 31)。



加えて強調されるべきことは、増額された現在でさえ、オーストラリアは精神保健の財源が最も貧しい国の一つという事実である。2005年の先進諸国の対 GDP 比精神保健コスト（医療＋福祉すべて含む）のデータを示す。56) 57) 58) 59) オーストラリアは精神医療の質に欠陥のあるポルトガル（旧式の入院医療中心）60) 61)、イタリア（入院病床を大幅に削減したが質の劣化が国際的に批判されている）62) 63) 64) 65) と並び先進諸国で最も精神医療保健福祉の財源に乏しく、すでに多くの東欧諸国にも追い越されている。

精神医療に国民の不安と怒りは続いている事は本論の冒頭に示した通りである。精神医療福祉の財源不足が質の低下をもたらした最大の原因であり、それゆえオーストラリアの精神医療は **bargain-based treatment** と呼ばれている 10) 14)。



1992年から2003年にかけての精神保健費の種別の内訳とその変化をみる。病床の削減に伴い入院医療のコストは減少し、他の部門のコストが上昇した。最も増加したのは外来部門とコミュニティーケアのコスト

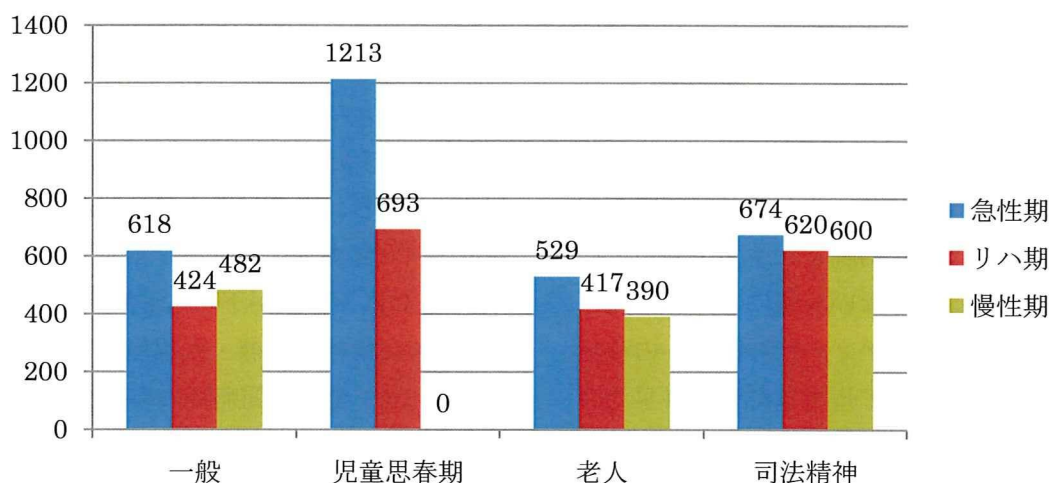
である。が、これもまた急増した薬剤費により押し上げられていることを差し引いて考えなければならない。居住施設、NGO への支出はコミュニティーへの移行を反映し増えつつあるが、それでもなおコミュニティーケアのコストは枯渇しているとの批判がある 66)。

政府からのコミュニティーケアへの支払いは補助金 grant という形で行われているため、額が不十分なだけでなく継続性がないため各団体の経営は不安定で「ジェットコースターのような」と批判されている 67)。コミュニティーケアのコストは高くなる傾向にある。そもそも重度の精神障害者は処

遇が困難であり、長期にわたって入院を続けるような患者は非常に高いスタッフ対患者比を必要とするので、非常に多くの費用を必要としコミュニティーでケアをするのはコストエフェクティブではなく、長期患者のための病棟でケアをするほうがコスト的には不利である 68)。

入院費

大学病院精神科、民間精神科病院（民間保険利用時）の入院費はケースによって異なるが急性期でおおよそ一日約 1000AUD である 31)。



一般の公的病院入院部門の入院費を示す（単位 AUD）34)。日本の入院費と比較すると①最高で 10 倍の価格差がある。②入院期間が長くなるとカットされる逓減制である。③病棟別機能分化による格差をつけている日本とは異なり一般精神科の中の格差はな

い。④老人性疾患病棟は一般精神科を大きく下回る。（なお、一般のリハ期より慢性期の方が高く表示されているが、入院期間の非常に短い州では一般精神科慢性期が存在せず、リハ期も低いコストに抑えられているため計算上このような値となる）