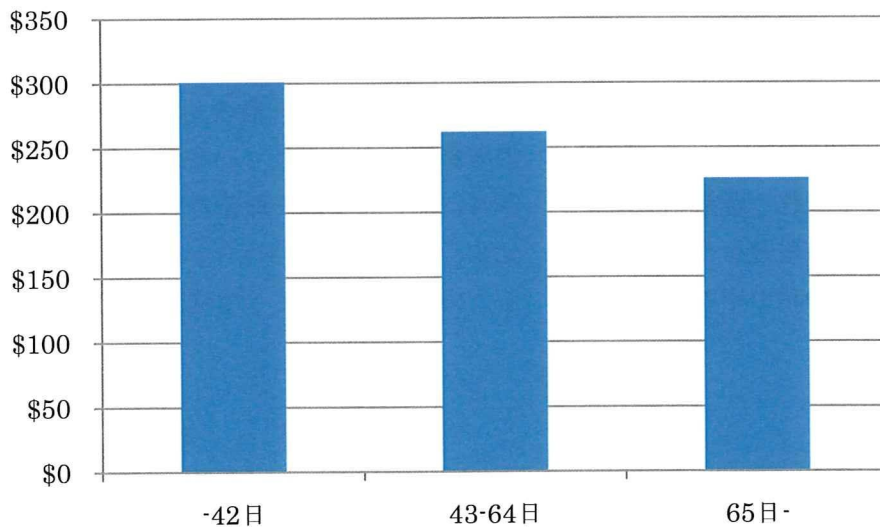
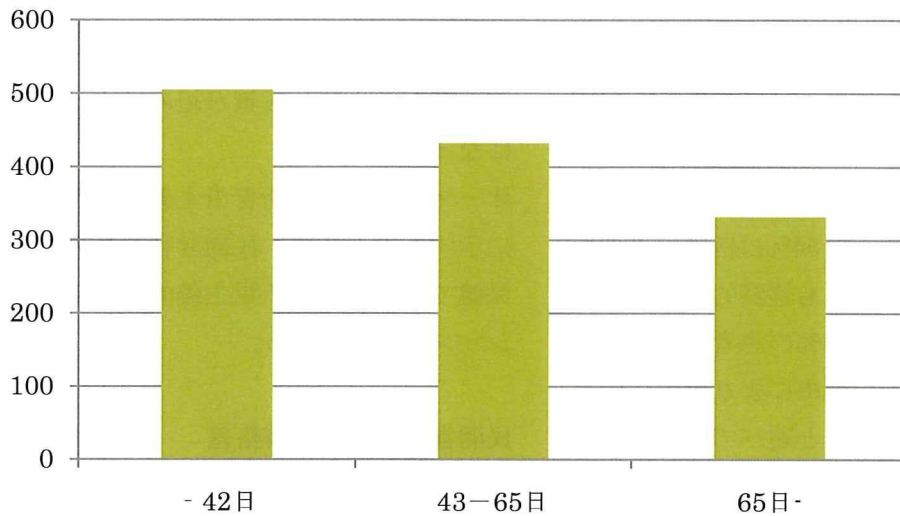


入院費を単科精神科病院／総合病院別に示す（一般精神科）34）。オーストラリアでは急性期のみで比較すると総合病院より単科精神科病院の診療報酬のほうが上回っているのがわかる。また National Mental Health Strategy の開始以後、単科精神科病院の収入の伸び率は総合病院を大きく上回っている。ここでは示さないが州によって格差が大きく、コミュニティー精神医療への移行が進むヴィクトリア州で単科精神科平均の金額が 78%、リハ期病床も 76% の増加を示

し、一方で総合病院が-1%の減少を示している。これらのことから、オーストラリアでは診療報酬制度によって単科→総合病院、病院→コミュニティー精神医療への経済的誘導を行っていないことが分かる。

入院料のうち、ホスピタルフィーのみ（医学的コスト含まず）の金額を示す 69）。43日、65日目に支払額が下がる逓減制である。（代表的な精神科病棟・大部屋、ヴィクトリア州公立+全国民間病院の料金を示す）

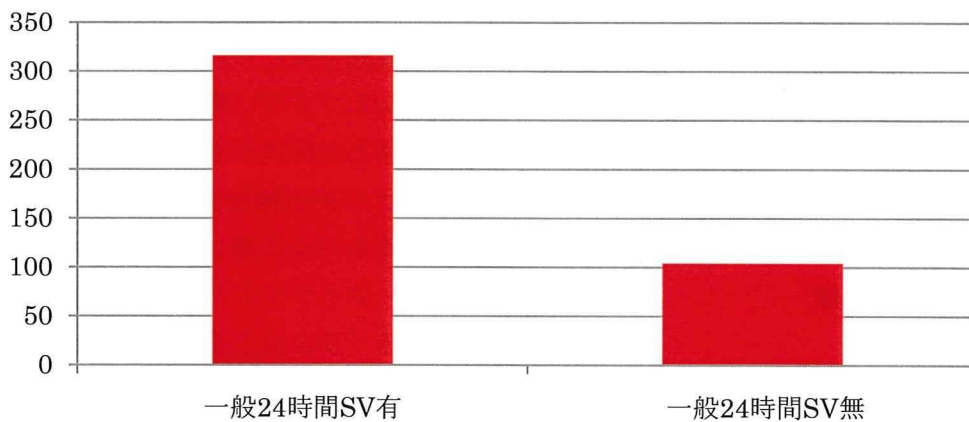




労災保険の場合の精神科入院費を示す70)。やはり逓減制である。

施設は言うに及ばず、日本の精神科基本入院料算定病床（出来高）の入院費をも上回る。24時スタッフ（SV）付きは日本の精神科救急入院料に迫る金額である。

コミュニティー居住施設の一日当たりの入居料金を示す（全国平均）34）。日本の居住



アウトリーチサービスは、一回の訪問当たりの金額で 162AUD（約 13700 円）である。（ヴィクトリア州、ニューサウスウェールズ州、民間の料金）34）。

### 重い自己負担

オーストラリアでは他国と比較して、コミュニティーで暮らす患者の精神医療保健に

かかる負担が多いことはかねてより問題となっている。OECD のデータでもオーストラリアは薬剤費の自己負担が最も多い国の一つである 71)。自己負担は非常に重く、一回の受診でおよそ 30 \$ 程である 5) 72)。ところがオーストラリアでは患者の収入は低く、貧困層に位置する年間 2 万 AUD 以下の収入の障害者が 38% を占める。そのため

障害者の56%は民間保険に加入できず、従って各種の自己負担は重くのしかかり、うつ病や摂食障害の治療をメインに行う民間精神科は受診できない。予約診療を受けることもできない。多くの患者が合併症に苦しむが、障害者のうち54%は医者が必要であり勧告した治療すらも経済的理由により受けられなかった。42%の患者は処方された薬剤を、経済的な理由により実際に院外薬局で購入しなかったと述べている。財政的困難により、メディケアセーフティーネットと呼ばれる重度困窮者への支援はカットされる傾向にある(73)。

精神科医が診療してもメディケアに却下される割合は1995年から6.5%もの高率を維持している。自己負担分はその後48.6%も増加し患者を経済的に苦しめている(12)。このようにオーストラリアでは精神医療保健の財源の乏しさは、医療の量と質の不足、障害者の負担の重さに繋がっている。オーストラリアの患者、家族、専門家も財源問題を厳しく批判している。

## 新自由主義と格差医療

### 新自由主義とは

新自由主義とは1980年代からアメリカから始まった経済・政治の流れである。「市場経済にコントロールを任せ、政府は積極的な介入をしない。医療保健福祉分野において政府は積極的な役割を取らない。個人の健康・衛生に関しても自己責任を重んじる。」というスタンスをとる(74)。

オーストラリアにおいても、医療福祉の分野では以前は新自由主義的考え方は右左両陣営から攻撃を受けた。しかし1990年代になり新自由主義が世界中で優位に立ち、オ

ーストラリアでも政権政党保守党がその考えを採用してからは、精神医療福祉にも急速に新自由主義的政策が組み込まれるようになった(74)。

オーストラリアの新自由主義的政策を端的に示すものとして、民間営利会社の医療・保健での急成長、市場主義的リハビリテーションの導入がある。

### 民間営利会社と経済格差

オーストラリアでは公的精神医療が縮小され、必要な精神医療が受けられないという不満が非常に強い。しかし経済的に豊かな人々はその問題を回避することが可能である(75)。

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」であると言う批判が起こった(74)。

政府はあまりに公的精神医療を縮小したために、重要な医療を民間がカバーすることが日常となった。精神医療でいけばうつ病の入院治療・摂食障害と依存症の治療がそれに当たる。また政府が患者のサポートを放棄し、informal care という名で家族にその負担が重くのしかかるようになった。コミュニティーケアは「コミュニティーでのケア」という本来の意味から「コミュニティー(家族、周辺の人々)によるケア」へと変質し

てしまったと批判された 74) 76)。

オーストラリアでは GP がゲートキーパーとして作動しており、実際の臨床現場では GP から専門家への紹介に時間がかかっている。GP というゲートを回避するには民間医療を利用すれば可能だが、経済的に貧しい人は利用できない。新自由主義的精神医療の現在においてゲートキーピングの役割はますます強調されるようになった 77)。

公的な医療では入院を極端に縮小してしまったため、貧しい階層の患者には自らの意志で入院という選択肢が事実上無くなってしまったのである。かといって英国のように公的医療の不備を補うために、NHS が民間医療を「購入する」という形で改善を図るということも行っていない。

#### 市場経済的リハビリテーションへの批判

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。新自由主義的福祉政策として、Job-first というスローガンの下で、早期就労が単一の目標と定められ、働ける障害者と働けない障害者の選別が行われ、多くの障害者が自由労働市場へと投げ込まれることが日常となった 78) 79) 85)。

新自由主義的障害者福祉では、受動的なサービスを受ける権利よりも能動的な決断、責任などが求められるようになった。それは認知能力などの劣る障害者についても同様であった 74)。

こうした新自由主義的な政策は他の先進諸国でも 90 年代から最近まで行われた。しかしオーストラリアほど大規模に徹底的に行われた国はない。公的医療を整備した NHS 諸国の中で、オーストラリアほど民間の精

神医療が重要性を増した国はない。

#### オーストラリアの精神医療の未来戦略

精神病患者及びその家族に対する支援は長年の懸案であったが、2006年5月、連邦・州等首相会議 (COAG: 連邦首相、各州等8政府の長、地方自治体連合会長で構成) は National Action Plan on Mental Health 2006-2011 (COAG 2006) を決定した。重症精神障害者を減らすこと、回復の長期化を防ぐこと、適切に治療を受けられるようにすること、早期介入を推進することなどを基本方針とした 80)。

オーストラリアでは精神保健で国民が失うロスを減らすための国家的戦略として、効果的なケア、自殺率の削減、社会へ復帰をうながすために、まず若者にターゲットを絞って統合的なケアプログラムの実施が求められている。また精神保健推進のために国家的な報告システムを整備が求められている 12)。

オーストラリア精神保健委員会は次のようなことを要求している。

1. 精神保健の財源を増やす。医療保健費に占める割合を5%まして12%とする。
2. 政府が意志を持って説明を果たし、リーダーシップを取る。
3. 独立した委員会により、精神医療改革の評価を行う。
4. まず1億AUDを投入し精神保健の改革を行う。

オーストラリア精神保健委員会 ACTIONS REQUIRED Out of Hosp板10Out of mind シドニー大学 Ian Hickie 教授は次のような提案を行っている 12)。

1. 精神障害者の60%が12カ月間の間にケ

アを提供されるようにする（現在は38%にすぎない）。

2. 精神障害による社会の損失コストを27%から20%に削減する。
3. 15-34歳における精神障害による社会の損失を60%から40%に削減する。
4. 精神的な理由による障害年金受給者の職場への復帰率を29%から60%に増大させる。
5. 自殺率を人口10万人に対し11.8から8に減少させる。

### オーストラリア実地調査

2009年11月にオーストラリアを訪問した。シドニー（ニューサウスウェールズ州）、メルボルン（ビクトリア州）において実地調査を行った。

#### シドニー大学医学部 精神・脳科学研究所 所長 Ian Hickie 教授

Ian Hickie 教授はオーストラリアを代表する精神科医であり、文芸雑誌により「オーストラリア10賢人」に選出された知識人でもある。コミュニティ精神医療を専門とし、連邦政府委員会 Council of Australian Governments (COAG) および保健省と深く関わってきた。政府の精神保健諮問委員会 National Advisory Council on Mental Health. のメンバーとして精神医療改革の中心的立場におり、第4次精神保健計画 National Mental Health Plan に携わっている。最近では若年発症の精神疾患への早期介入プログラムを国に働きかけている。

ポイント コミュニティーケアは高コスト

#### 若年者の精神医療が必要 亜急性期病床が必要

（精神医療改革に対する評価を聞かせてください）

精神医療改革については全体としてみれば正しかったと思う。病院を縮小し、コミュニティへ移行する流れについては。しかし当初考えていた以上に病床を削減してしまった。そのために病床の利用について自由度が無くなり、特に急性期の病床が常に余裕がない。しかしだれも昔の収容施設の時代に戻りたいとは考えていない。だから私たちは今、亜急性期の病床を増やすことを提唱している。

精神保健の改革は終わったわけではない。強い批判があることは分かっている。批判的な人々は「病床を失っただけで、コミュニティでは何も整備されていない」と言う。

（改革とコストの問題について）

専門家はより良いサービスを提供したいと思っている。政府はいつも金を出したくないと思っている。よって両者間には常に緊張関係が生まれる。National Mental Health Report 2007 では病院からコミュニティへの移行についての財源の問題について報告している。全医療保健関係の費用の8%しか精神医療保健に使っておらずその比率は変わろうとしない。しかしGDPと全医療保健費が伸びているため、見かけ上は精神保健にどんどんお金が増えているかのように見えるのだ。

私の個人的な考えだが、今まで精神病院に使っていた財源を政府に取り上げられてはならない。財源の使い道を新しい医療のプログラムなどに変えなければならない。例

えば我々の提唱する早期介入プログラムや  
亜急性期治療プログラムなどに振り向ける  
必要がある。日本では 350,000 の病床があ  
るとしたら絶対にその財源を失うことなく、  
他の精神医療の分野、例えば司法精神医療  
などに割り当てなければならない。

脱施設化で病院に使うコストは削減された  
が、国の精神保健全体（人々の精神的健康  
＝間接的コストなど）を考えればそれ以上  
に国家の損失は大きい。

オーストラリアの精神医療改革の歴史は病  
院閉鎖の圧力から始まった。この圧力は慢  
性期患者を病院から追い出し、ホームレス  
を大量に作り出し、自殺率は上昇した。障  
害者の居住の実態は非常に貧しく、刑務所  
は障害者であふれかえった。政府は結局こ  
れらの問題を解決する必要に迫られた。病  
床が削減されたのにコミュニティーの施設  
が作られなかったのは財政的な理由である。  
政府はコストを削減するのは熱心だが、金  
をかけたがらなかった。これは重大な政治  
的な誤りであった。

我々は大きな改革を行った。病院からコミ  
ュニティーへ。これは文化の変革なのだ。  
問題は財源が全然ついてこないことだ。他  
科と比較してみればよい。精神科以外のど  
の診療科も病院を閉鎖はしていない。大き  
な病院がどんどん建設されている。精神科  
は病院を閉鎖した。その分の財源は精神科  
の他の医療システムにきっちり回してもら  
わなければならない。

間もなく発表される National Mental  
Health Report 2009 では精神医療が重要な  
課題として取り上げられている。特に重症  
の精神障害者のケアが非常に貧弱で、人々  
から強く求められていると認識されている。

重症の障害者についてケアへのアクセスが  
制限されていることは、私が上院に提出し  
た Human Rights and Equality 2008 報告書  
に記載した。

コミュニティー精神医療の専門家は優れた  
点ばかりを強調するが、事実はそればかり  
ではない。コミュニティー精神医療は非常  
にお金がかかってしまうのだ。ヴィクトリ  
ア州にしても実は非常に限定されたサービ  
スしか行われていない。受け入れる件数、  
回数、継続期間など厳しく制限されている  
のだ。ヴィクトリアはたしかにオーストラ  
リアの中では最良のサービスをしているか  
も知れないが実際にはそうではないのだ。  
先週の調査の結果では、ヴィクトリアの精  
神保健ユーザーの実に 3 分の 1 がサービ  
スを受けられないと回答した。アクセスが悪  
いという回答が多かった。あんな小さな州  
なのに！つまり「交通が不便」という意味  
ではなく、「受け入れが悪い」という意味な  
のだ。サービスの必要性に対して供給量が  
あまりに小さいのだ。

政治と専門家の対話は決して交わることは  
ない。政府は財源をカットしようとする  
が、専門家からみればこれからコミュニ  
ティーへの移行によってコストはぐんと高く  
なると主張する。なぜならこれまでの病院  
精神医療は政府からあまりに軽く扱われ不  
十分な財源しか割り当てられなかったから  
だ。コミュニティーの方が安くつくと言  
張する人がいるって？少ししか行わなれば  
安く済むということだろう。

もう一点、コミュニティー精神医療で注意  
すべき点は、誰が支払っているのか分から  
なくなってしまうことだ。例えば脱施設化  
で刑務所内での収容が増えたとしてもその

経費はもはや正確にはつかめない。別の部局のコストに含まれてしまうからだ。しかし、確かに政府の誰かが支払っているのだ。医療費のみを比較するのは全く間違っている。例をあげよう。オーストラリアでは一時、医療以外の社会保障は比較的資金が潤沢で障害者に結構な金額を支払っていた。では政府はどうしたか？なんと住居について障害者の自己負担を増やして回収したのだ。「病床はもうないのだから、払うしかないでしょう？」と。

脱施設化は文化 culture の変革だ。「病院ではなく地域で見ていこう」という。そこに支出の削減を盛りこんだのが間違いだった。質の良いサービスをすればコストはかかる。質が悪ければかからない。それだけのことだ。入院医療の費用を考えてごらん。病院の建物はチープ、スタッフの経費もチープだ。それに比較し地域の住居はどうしたってコストがかかる。地域を巡回するスタッフの経費もどうしたってかかるではないか。コミュニティーのすべての経費を含めたら政府には莫大なコストがかかっているはずだ。医療の経費を削るかわりに政府にもっと大きな負担を負わせることになるのだ。実際、HASI と呼ばれるニューサウスウェールズでの新しい居住施設プログラムは莫大な経費を必要とし、年々コストは膨らみつつあるのだ。一人当たり年間 70,000 オーストラリアドル（約 580 万円）も経費がかかっている。本当に重症の精神病患者をコミュニティーで診ようとしたら、入院治療よりもコストがかかる。とてもお金のかかる事業なのだ。より濃厚なサービスが必要とされるからだ。一人一人のための病棟がコミュニティーにできると想像してみれば分

るだろう？

（入院医療費についての比較をしてもらうため、日本の入院費を説明）

それはとても安い。大きな入院システムを持てば、その分安くなるということだろう。オーストラリアの入院費は1日 1000 オーストラリアドル（約 8 万 2 千円）かかる。

（脱施設化とホームレス、司法精神医療の問題について）

ホームレスについてはコミュニティーでの医療、住居、復職支援などについての政策が重要である。また亜急性期の患者を診る病床の増設が絶対に必要になる。オーストラリアでは未治療の患者が非常に多い。そうしてそれらの患者は結局ホームレスか、刑務所に収容されることになる。急性期病棟で短い治療を受けた患者はすぐに出されてしまい、そのあとのフォローアップがない。中間的な治療を施す施設がないのである。

コミュニティーの意識の変革とコミュニティーのサポートも必要である。それにも関わらず治療中断、あるいは未治療の患者が街にあふれ、スティグマはますますひどくなっているのだ。

オーストラリアではいろいろな考えを持つ人がいる。病院をもう一度作るべきだという人々もいる。その人たちは刑務所に患者を収容するよりは良いと主張している。しかし私たちは昔の収容施設の時代に逆行したくはない。私の考えているのはコミュニティーにもっと近い回復期の人たちを見る亜急性期病院だ。必要とされているにも関わらず、せいぜい 2 週間で打ち切られてしまう急性期治療とコミュニティーケアの間に何も無い。不適切なコミュニティーのケ

アに任されているのが実態だ。急性期患者の 30-40%にこのような施設が必要と言われている。私は次の National Mental Health Plan にこれを取り入れるつもりだ。

(州ごとの格差、特に僻地問題について)  
オーストラリアは州によってそれぞれの政策を持つことが認められており、全国均一のサービスを実施することは困難だ。ヴィクトリア州は小さく人口が集中しているのでコミュニティのケアが行いやすい利点がある。他の州はそうはいかない。オーストラリアは巨大な国で、特に北部・西部は過疎地なのでコミュニティのケアは大変困難であるし非常にコストがかかる。それらの州はそれぞれの考え方で進めていくしかないだろう。もちろん共通かつ最大の原因は財源の不足である。

州によって脱施設化のスピードは異なった。サウスオーストラリア州にはまだ州立の大病院が一つ残っている。シドニーには巨大州立病院 Roselle Hospital があったが数年前によく閉鎖された。病院に渡っていた財源はすべて市当局と交渉して他の精神医療費に振り向けた。オーストラリアの精神医療の 40 年の歴史は病院閉鎖の歴史、同時に財政的折衝の歴史でもある。

(コミュニティ居住施設の問題について)  
連邦政府はコミュニティ居住施設の整備を制限してきた。これもコストが理由である。

コミュニティ居住施設の数だけでなく質の問題として高齢化問題がある。もともとコミュニティ居住施設はレジデンシャルベッドとして誕生した。医療サービスのない居住施設という意味である。しかし一度入った入居者はコミュニティ居住施設か

ら出たがらず、高齢化の進行とともにコミュニティ居住施設での医療サービスが必要となった。コミュニティ居住施設は内容的に病院に近づきつつある。Re-institutionalism である。これが重急性期病床・老年精神科病床が必要と我々が主張する根拠の一つである。

連邦政府はコストカットのためにコミュニティ居住施設を制限した。しかし結果としては新しい医療施設を必要とする結果を生んでしまったのだ。

(公的病院と民間病院の 2 本立てとなり、民間保険と民間病院がうつ病入院治療の中心となっていることについて)

うつ病は外来治療では多くは専門の精神科医ではなく、家庭医 (GP) が治療しており、公的保険 NHS がカバーしている。

民間病院では入院施設において、統合失調症よりもうつ病、アルコール・薬物の依存症を中心に治療を行っている。しかし入院よりも外来の方が件数は圧倒的に多いので、全体で見れば公的医療のカバーしている割合も高いと言っているのではないかと。

問題は、公的・民間保険があるにせよ、30% 近くの自己負担があるということだ。オーストラリアは先進諸国の中では自己負担率が高く、これは国民の精神保健にとって大きな問題である。

(公的入院システムが縮小しすぎた弊害ではないか)

私が公的病院の研修医だった頃は、公的入院病棟でうつ病の治療も研修した。今はできなくなった。公的病院は縮小に伴って急性期精神病と非同意入院に注力せざるを得なくなった。治療の視野がものすごく狭くなってしまったのである。病棟削減により



狭まったのは病院のサイズだけではない。治療の視野が狭まったことは深刻だ。縮小しすぎたことのもう一つの弊害は、患者の人権が侵害されるようになったということである。患者の自由な決定権は大幅に狭められてしまった。

一方でうつ病の治療は重要性を増している。公的入院はこの分野でメジャーになりきれていない。「公的病院は急性精神病ばかり診て、うつ病を診ようとしなくなった。」という批判は多く聞かれる。急性期治療ばかりが入院治療ではないのだ。公的病院から摂食障害のベッドも消えてしまった。昔はいくらもあったのだが。公的システムではうつ病も摂食障害も診られなくなってしまったのだ。

(このような公的医療を民間医療の格差はこれからも続いていくのでしょうか?)

〈しばし絶句〉私たちはまだ改革の途中なのだ。ロビー活動が大切で、これからもケアを受けられない人々は声を上げていかないといけないのだ。精神疾患を持つ人々の半分も民間保険には入れず、必要な医療を受けられないのだ。オーストラリアでは医療は無料というがそれは精神病だけなのだ。公的医療が診断によって患者を制限すること自体間違っている。

(早期介入プログラムについて)

早期介入プログラムを進めている。10代の患者の精神的な疾患を早期に発見し早期に治療ができるように国家的なキャンペーンを進めている。教育、広報などに投資を行っている。初期の費用は必要だが、早期に介入することで効果的な治療が可能であり、入院を防ぐことが可能であるため、長期的に考えればコストは大幅に削減できる。統

合失調症だけでなく、うつ病、薬物依存などもプログラムの対象である。特に薬物依存に対するプログラムは費用もかかっているがオーストラリアでは大きな問題である。こうした新しいプログラムにはNGOが積極的に関わっている。旧来の精神医療の担い手は新しいプログラムには興味を示さないからだ。結果として病院など旧来の勢力は財源を失い削減されつつある。

高齢者の精神医療も大切だが、10代の精神医療にもっと力を注ぐべきである。

(早期介入と一般の公的精神医療の長い待ち時間の矛盾について)

まったくその通り。早期介入システムは特別に政府から十分な財源をもらった特別なプログラムである。それに対してオーストラリアの古典的な公的医療は待ち時間の長い言うなれば「遅延介入システム」である。早期介入と古いシステムの間では葛藤が生まれている。問題は古いシステムが変わろうとしないことにある。

(システム間でもそうかもしれませんが、患者間でも軋轢が生じるのではないかと懸念します。空港でのビジネスクラスの行列と、エコノミークラスの行列のように)

まったくその通りだ！ビジネスクラス・トリートメントである新しい早期介入に組み込まれた患者はずっとそこにとどまりたいと思っているし、エコノミークラス・トリートメントである古いシステムで、遅く質の低い治療を受けている患者には羨望が生まれている。このプログラムはとてもお金がかかっているが対象とされているのはごく少数で、たしかに「ビジネスクラス」と言ってもいいだろう。まだ「プレミアム・エコノミークラス」ほどにも下がってきて

いない。しかし2005年にMedical Journal of Australiaに公表された調査では、精神保健サービス利用者全体の意見として、若年者の早期介入が一番大事なのでプライオリティーをもつべきという意見が多かった。もう一つ重要な点は、こうしたビジネスクラス・トリートメントを持つことで、それ以外の治療にも常にプレッシャーをかけ続けることができるということだ。

早期介入により、若い患者を初期の段階で治療することにより、長期的に見て医療にかかるコストを削減することができるということを、常に政府に説明し続けていかなければならない。日本ではそれは可能なのか？今迄にオーストラリアを訪れた日本の「偉い」精神科医たちと話したことがあったが、極めて保守的な考え方が印象的であった。変わろうとしているとは全く思えなかった。

(日本の精神医療改革へのアドバイス)

オーストラリアでもコミュニティ精神医療への抵抗はあった。しかし現在ではコミュニティからの抵抗は少なくなり、政府も積極的に関わろうとしている。問題は精神医療専門家だ。最も激しく抵抗し、変化を好まない。専門家の視点を整理し、Best Practice とは何なのかを明確にしなければならない。

日本では改革はずっと簡単なのではないか？公的保険一本でやっているのだから。改革の方向を示すことより、財源の運用のほうがよほど難しい。オーストラリアの専門家は海外に行くと「オーストラリアのシステムはベストだ、コミュニティケアはうまくいっている」と触れまわっているらしいが実際はそうではない。障害者や家族

は満足していない。たしかにヴィクトリア州の制度は他の州よりは優れている。だからヴィクトリアの連中はポジティブな面について語りたがる。しかし現実にはそうではないのだ。困難なことがたくさんあるのだ。ヴィクトリアの連中は自己批判が足りなすぎる！

大切なことはバランスの取れた見方だ。入院精神医療は縮小した。しかしコミュニティがすべてではないのだ。もちろんだからと言って誰もinstitutionalismに戻りたいとは思っていない。だから早期介入Early interventionなど新しいシステムに投資しようと主張しているのだ。これは実はコストはそれほどかかるわけではない。しかし長期的にみて大きな財源の節約につながるのだ。

(第3次Mental Health Planは2008年終了しましたが、まだ第4次が出ていません。次はどのようなものになるのでしょうか？それが非常に厄介なことになっている。前保守党政権下で連邦政府委員会Council of Australian Governments (COAG) (オーストラリア首相、各州・準州の首相、地方自治体協会長からなる協議会)がまとめたプラン2006-2011が出たばかりだが、それと並行して連邦政府保健省が第4次の作成を進めていた。第4次は2009年9月に私たちが承認したばかりだが、まだ公表はされていない。困ったことにわれわれの第4次Mental Health PlanよりCOAGのほうが一部優れているのだ。理由は保健省の権限より連邦政府COAGの権限の幅が広く、住宅、雇用などの分野も広くカバーできているからである。保健省は「COAGへの対応」というタイトルの文書を11月に出さざるを得

なくなった。しかし結局は連邦政府が COAG の計画をストップして保健省の計画に合わせて後退すると読んでいる。全く困った話だね (大笑)。

帰ったら日本の政府にはこう説明しなさい。コミュニティー精神医療はコスト削減には繋がらないと。特に初期の段階ではコミュニティーメンタルヘルスセンター、ナーシングホームなどの創設にエクストラコストが必要になる。まずコミュニティーに早く施設を作りなさい。それから病院を段階的に縮小しなさい。オーストラリアが 60 年代にしたようなやり方ではいけない。われわれが第二次 Mental Health Report を出したときに記したように、刑務所やストリートに患者を追いやってしまうだけだ。

もうひとつ日本政府に伝えるべきことは、早く若年者の精神医療を推進すべきだということだ。今そうしなければ、入院医療とコミュニティー精神医療のバランスは 2 度とうまく取れなくなってしまうだろう。最近私が Schizophrenia Research に発表したとおり、早期介入プログラムは非常にコストエフェクティブである。政府との協力作業により大きな成功を収めることができた。長期的にみれば、若い段階で病気の進展を食い止め入院を防ぐことは、今かかるコストを縮小するだけでなく、多くの患者の QOL を大きく改善するのだ。日本は入院中心であると同時に若年者の精神医療を軽視しすぎている。

シドニー大学医学部 法学部教授 (元学部長) Terry Carney 教授

Terry Carney 教授は社会保障・人権問題を

専門とする高名な法学者であり、精神医療保健福祉関係については世界の第一人者である。オーストラリアでは精神保健法を含む各種精神保健に関わる法制度の整備において中心的な役割を果たしてきた。国際精神保健・法学会 International Academy of Law and Mental Health の前会長であり、世界各国政府に招かれ社会保障・精神保健法制定のアドバイザーを務め、日本の精神保健法、後見人制度、司法精神医療についても非常に知識が豊富で研究論文を数多く発表し、日本国法務省にアドバイスを行っている (82) (83) (84)。

#### ポイント 新自由主義 司法精神医療 コストカットと新たな人権問題

(脱施設化と司法精神医療への負担の増大について)

オーストラリアでは病院精神医療の縮小とコミュニティー精神医療への移行によって、司法精神医療に大きな負担がかかるようになった。最も進んでいるといわれているヴィクトリア州においてもケースマネジメントがコミュニティーでの司法精神医療を支えていると言われているが、実際には最も軽症に属する患者しかケアできておらず、重症者への対応が不足している。他の州では全く不完全なマネジメントしかできていない。それでいて司法精神医療の病床をこれから増やすという計画もない。

司法精神医療病棟は脱施設化を行えば必ず必要になる。日本ではこれまで脱施設化をしなかったため、触法患者を一般の精神科病棟で治療し続けてきた。それが他の入院患者の人権を侵害する結果になったことは明らかである。従って日本で最近司法精神

科病棟がオープンしたのは評価できるが、日本の厚生労働省のデータを見る限り司法精神病床数が絶対的に少ないと思う。現在の数はオープンしたばかりだから仕方ないが、目標病床数の少なさは将来の大きな問題につながるであろう。

司法精神科病床は国によって数に開きがあり、少ないことがすなわち悪というわけではない。なぜならそれ以外に刑務所の中の精神科病棟とコミュニティーの司法精神医療があり、3つの極の間のバランスで数を調節しているからだ。オーストラリアでは刑務所内の精神医療に大きな負担がかかっている。しかし補完する他の2つが不十分な日本では司法精神科病床は更に多く必要であると考えられる。

(コミュニティーでの司法精神医療の問題について)

オーストラリアではCTO (Community Treatment Order 強制的外来通院命令) が際立って多いことが問題である。アメリカではCTOは人口10万人・年あたり3程度に過ぎない。カナダでも5程度である。それに対してオーストラリアでは15と5倍以上をしめしている。これはとりもなおさず脱施設化の結果、この国ではストリートに重症あるいは治療を受けようとしないう患者があふれかえっていることを示している。強制的な治療は人権の制限にあたる。人権の問題から脱施設化を進めていながら、適切な入院を確保せず強制的な治療を推進することについてよく考えるべきだ。もうひとつ脱施設化の危機的状況を示唆するデータとして、オーストラリアでの持続性注射剤(デポ剤)の使用量の多さがある。オーストラリア、スペインなど病床が非常に少

なく、なおかつ財源に乏しい国ではデポ剤による強制的な治療に頼らざるを得ないのだ。

人権の問題はもう一つある。ヴィクトリア州ではCTOは臨床家が決定権を持つ。CTO発効から2週間以内に追って正式な審査を受けなければならないのだが、最近の調査で実に0.6%しか本来の正しいレビューを受けていないという衝撃的なデータがでたのだ。また24%の患者しか弁護士にアクセスできていなかったというデータにも私は驚いた。司法精神医療を受ける患者に対する法の保護が全くできていなかったのだ。シドニーのあるニューサウスウェールズ州では司法機関がCTOを決定するのでヴィクトリア州より少しは良いのだが、患者の人権保護についてもっと慎重であるべきだ。CTOに従わない患者は法的強制力により更に強い命令が下され、警察官によって強制的に病院に連行されるという人権の制限を受けるのだから。

(脱施設化が進んだ政治的背景)

オーストラリアの脱施設化はヴィクトリア州を皮切りに非常に早い時期に始まっている。イタリアなどのように左翼的な運動とは関係しておらず、当時の政権の座についていた保守党がこれを推進した。当時の収容的な精神病院では酷い人権侵害が行われていた。患者を暴行したり鎖につないだりすることが日常的に行われており、病院の環境は劣悪で動物園のようであった。それに対して政治的に右も左も関係なく一般市民が怒り、新聞がキャンペーンを張り、そして政治家が動いたのだ。当時の精神科病院は公立病院がほとんどだったので政府命令による縮小は容易であった。思想的には

プラグマティズムと人権主義、コンシューマリズムがそれを支えていた。ところが脱施設化から 10 年の間に財務省が病院閉鎖によるコストカットの「味をしめた」のだ。コミュニティ精神医療を整備しないままどんどん病院の縮小をするようになった。その結果オーストラリアの精神医療は危機的状況になり、国民から激しく批判されるようになったのだ。

(政権交代と脱施設化)

新自由主義の時代を除けば、オーストラリアでは保守党も労働党も精神医療にそれなりの貢献をしてきたと思う。過去には保守党政権下で精神医療改革が推進された時代もあり、精神保健関係者は保守党労働等関係なく、時の政権政党と協力しながら改革を進めてきた。日本では民主党政権が誕生したそうだが、労働党が政権を取ったことはオーストラリアの精神保健に何の影響も与えていないことを考えると、政権交代だけでは何も期待できない。

(新自由主義の福祉政策への影響)

新自由主義的政策が社会保障に影響を与えた 90 年代後半から 2000 年代、job first というスローガンが盛んに使われた。Job-first のスローガンの下に障害者に職業訓練を受けさせ、早期に就労させ、低い賃金で働かせ、少しでも収入が増えたと年金を打ち切り、格安の失業保険の一種に切り替えさせた。これはオーストラリアでは本家のアメリカ以上に徹底され、多くの障害者を苦しめた。2005 年には極めて新自由主義的な当時の保守党政権により福祉改革 welfare reform が承認され、社会保障支払い団体が民営化され Centerlink となった。新自由主義的な福祉改革は知的障害福

祉ほどではないにせよ、精神障害福祉にも多大な悪影響を与えた。

各地で job assessment program が立ち上げられたが、一番の大きな欠点はプログラム中心の考えでなされたということだ。ある場所でプログラムが立ち上がり、障害者が集められ、訓練を行い、利用者の評価を行い、できる者とできない者の選別を行い、自由労働市場に放り込み、就労させた実績を誇らしげに公表し、そして予算年度が終わるとすぐプログラムを閉じてしまう。実にアメリカ的なやり方だ。そんなものがあちこちに出来ては消えることを繰り返し、結局何も成果は残らなかった。これからはプログラム中心ではなく、利用者中心であるべきだ。「パイロットプログラム」というもの自体、利用者中心に考えれば正しい方法なのか疑問に感じる。

オーストラリアでは work choose や participation という美しい言葉で多くの障害者が自由主義的労働市場 free labor market に飲み込まれ大変な目にあった。新自由主義的だった当時の保守党政権下の障害者就労には大きな問題があった。新自由主義の時代は終わった。今では job first という言葉も聞かれなくなった。

(格差医療)

民間精神科と公的精神科が並立していることはオーストラリアの特徴である。民間精神科は民間医療保険を持つ裕福な人しか受診できない。うつ病・不安障害などは民間での治療が主流になったのは、公的病院が病床を減らしすぎたことが理由の一つであるということは認めざるを得ない。公的病院が急性期治療、精神病治療に特化してしまっただけで、うつ病の入院治療サービスを

提供できなくなりました。オーストラリアでは公的精神科と民間精神科では医療の質に大きな格差が生じたままになってしまったことは事実である。最近では公的精神医療もうつ病への対応をしようという試みを始めているがまだこれからである。

### 精神保健協調委員会 Mental Health Coordinating Council (MHCC)

MHCCはシドニーのあるニューサウスウェールズ州において精神保健に関わるNGO約250団体を統括する上部団体(MHCC自体もNGO)である。ニューサウスウェールズ州におけるコミュニティー精神医療保健サービスを強力に推進しており、精神保健に関する広報、特にアンチスティグマキャンペーンに力を入れている。その他に、リサーチ、訓練、教育、出版など幅広く活動しており、コミュニティー精神医療保健の中核的な存在である。活発なロビー活動も行っている。本部は元州立単科精神病院のキャンパス内にあり、その立地も精神医療改革を象徴している。

MHCCはコミュニティー精神医療保険の推進のため、州政府・連邦政府に対して活発なロビー活動を行っている。NGO(非政府団体)とは政府組織にも営利民間団体にも該当しない公的な活動を目的とした民間の非営利団体であり、オーストラリアにおいてはNPO(非営利団体)と同義語である。

MHCCは全国組織であるオーストラリア精神保健委員会 Mental Health Council of Australiaの下部団体でもある。オーストラリア精神保健委員会はオーストラリア連邦政府の精神保健政策の立案推進に深く関

わる障害者・家族・専門家から構成される団体である。今回のNGO諸団体とのコンタクトはオーストラリア精神保健委員会の全面的な協力により実現した。

面談者：代表者 Jenna Bateman (精神科専門看護師) 教育担当 Tina Smith (PSW)  
(オーストラリアの居住施設の実態について)

レジデンシャルケアは公的機関によって運営され、多くは24時間スタッフ(看護師など)が常駐している。閉鎖ユニットも存在し、比較的重症者であっても入居することができ、より医療に近い居住施設である。サポートドアカモデーションは多くはNGOによって運営され、24時間未満のスタッフによるサポートが行われている。カギのかからない開放のみであり、完全にコミュニティーの中の居住施設である。最も新しいプログラムはニューサウスウェールズで行われるHASIと呼ばれる居住施設プログラムで、2004年に開始され3500万オーストラリアドル(約35億円)の巨費が投じられ、約1000人の障害者に対してHASI1からHASI5Aまでの様々なレベルのサポートドハウスを軸としたサービスを提供している。HASIでは公的医療機関の看護師のバックアップがあり、より医療と強調したサービスの提供が約束されている。HASI2はアウトリーチのプログラムを含み、コミュニティーで患者が孤立しないようにケアをしている。その他、家族のサポートが重要である。家族が障害者のケアの知識を欠き、どう対応していいかわからないことが、再入院につながる。

(コミュニティーには病院収容よりもコストがかかっているが)

病院に入院してもこれ以上改善の見込めない人々をコミュニティに戻し、家族とのつながりを取り戻すことは重要である。コミュニティでのケアには多くの投資を必要とするが、それは長い時間で見れば必ず採算が合う。

#### (脱施設化への反対)

脱施設化に対して看護の団体が反対することはしばしばみられる。しかしこのシドニーエリアでは団体としての反対は見られなかった。しかし病院で勤務していた職員をコミュニティに出すことは大変な困難を伴う。入院医療における障害者へのパターンリスティックな対応の仕方と、コミュニティにおける対等な人間としての関係には大きな差があり、多くの長年勤務した職員が困難を感じた。患者よりも職員のほうが institutionalize されていたのだ。教育のカギは「精神障害は回復可能であると理解させること、障害者を患者ではなく人間として接し、対等な関係を結ぶことが重要と理解させること」である。新しい職員の採用と教育はとても重要である。

#### (公民格差)

オーストラリアでは公的病院と、民間営利病院の間には大きな距離がある。民間営利病院は利益を追求する姿勢が見られる。患者の支払いが滞れば退院させられるし、電気いれん療法を利益のために余りに頻回に行っている。公的病院は病床削減に積極的だが民間営利病院はそうではない。公的病院では平均入院日数は 12 日まで短縮されている。

#### (リハビリテーション)

オーストラリアでは病院ベースでリハビリ目的に併設あるいは独立の亜急性病床の整

備を進めており、今後は 3-6 か月の入院が可能となる。ニューサウスウェールズでは 2006 年から 20 床のユニットを 7 か所に(人口千人あたり 0.021 床)整備する予定である。ベッド数についてはいろいろな考えがあると思うが、私の個人的考えではこれで十分である。それよりもコミュニティでのサービスの充実を願っている。

早期の就労を促すプログラムは重要であると考えている。自己評価を高めることができる。復職可能か患者と復職出来ない患者の間に緊張が生まれるのは事実である。しかし後者についてはそうした患者が参加するプログラムを用意する。オーストラリアでのこうした試みはいくらか成功している。しかしすべての人に十分なサービスを提供しているとは言えない。

オーストラリアではハンチントン病などの精神障害を合併する神経疾患、知的障害と精神障害を合併する患者などは (complexあるいは comorbidity とよばれる) ナーシングホームなどで 24 時間の監視付、施設されたユニットでケアを受けている。ある意味コミュニティの中にある institution と言っていい。政府の税を財源とする制度でケアを受けているが非常にコストがかかっている。これらは精神保健のシステムの外で運営されえている。こうした患者をどうケアするかはとても難しい問題であるが、私たちの考えではたとえいくらコストがかかってもコミュニティでケアをするべきだと思う。なぜなら病院でのケアは効果的ではないからだ。

私は公的セクターで精神科看護師として勤務していたが、病床削減によって酷い回転ドア現象が起こった。患者は入退院を繰り返

返すばかりで何も改善せず、このシステムは間違っていると思うようになった。これを防ぐにはコミュニティーでのケアを充実させることが必要であると考えこの団体での仕事を続けている。外来精神医療が充実していても、外来に連れてくる家族がいなければ治療を受けることはできないので、アウトリーチサービスは必要である。個人開業の精神科医が増えてもコミュニティーで支える力にはならない。

GP と私たちは良い関係を築けるようになった。うつ病や不安障害の治療は重要性を増しており、GP は公的医療システムの重要な一部となっている。精神障害に関心を持つ GP は増えており、必要に応じて私たちの協力を求めている。

#### (アウトリーチと僻地問題)

僻地である Northern Territory では精神保健に大きな問題が生じている。病院は閉鎖され、きちんとしたコミュニティー精神医療もない。自殺率が高く精神保健の状況は非常にプアである。大都市ではコミュニティーサービスを提供することは容易だが、過疎地で行うことは容易ではない。

#### (歴史と政治)

MHCC は数年前に閉鎖された Rozelle Hospital の敷地内にある。シドニーでは州立単科精神科病院がいくつもあったが、今でも運営されている病院は存在するが、急性期入院は全く受け入れていない。居住施設的な病院として運営されている。

オーストラリアでは病院の閉鎖は段階的にできず、その間に整備されたコミュニティーでのケアは十分行われているとは言えない。オーストラリアでの財源は絶対的に不足している。NGO への資金の割り当ては少ない。

オーストラリアの脱施設化は強力な消費者（当事者）運動 consumer movement に支えられてきた。精神障害には静かでよい環境が必要と主張する入院治療推進派もいた。しかし私たちはその考えに反対する。障害者に必要なのは人とのかかわりである。

オーストラリアでは労働党と自由党の政権交代が何度も行われてきたが、精神医療改革に大きな影響を与えたとは考えていない。左翼的な政権下で改革が進んだという事実はなく、自由党政権下で改革が進んだ時代もあった。90年代に新自由主義的政策がとられた時に福祉予算が削られたことはあったが。大事なのはどの政党が本当に精神医療について考えてくれるかということだ。私たちの MHCC 自体がロビーストであり、活発なロビー活動を行っている。その上部には全国団体 MHCA があり、連邦政府に対しロビー活動を行っている。入院医療推進派もロビー活動を行っている。入院推進派とはすなわち医療関係者、州立病院の関係者、多くは精神科医である。政府は私たちからの声を聞いているが、政策には十分反映されてないと感じている。感情的な議論は役に立たない。政府なデータで動くのだ。

#### (これからの課題)

資金の不足が問題である。コミュニティーへの資金は圧倒的に不足しており、改善が必要である。

コミュニティーで働く職員のスキルアップも求められている。

若年の精神障害者に対するコミュニティーでのアウトリーチが重要になると考える。



## アフターケア Aftercare (NGO)

### 面談者：ディレクターJ Malone

ニューサウスウェールズ州で大規模な活動を行っている NGO である。本部はシドニー市内の元州立病院のキャンパス内にあり MHCC と同居している。慈善団体として 1907 年に誕生し、100 年以上障害者のコミュニティケアを行ってきた。脱施設化後は積極的な業務の展開を図り、最近は新しい居住サービス HASI にも参加している。資産 1331 万 AUD (約 11 億円)、年間の収入 783 万 AUD (約 6 億 4 千万円)、うち政府からの補助金 680 万 AUD (約 5 億 6 千万円)、寄付による豊かな資産を持ち、黒字経営を続けている。日本の NGO (NPO) とは大きく異なり、社会福祉法人に近い性格を持つ。2 か所の居住施設、7 か所でのアウトリーチサービス、1 か所でのヘルパー事業、研究、出版、教育など各種サービスを提供している。日本からは社会福祉系の大学教員、学生が引きも切らず見学に訪れているという。

### クリンダ思春期サービス Kurinda Adolescent Service

シドニー郊外にある NGO Aftercare の経営する思春期青年期専門のグループホームである。ホームはごく普通の静かな中流の住宅地にある。

職員は研修生を含め 8 名、国家資格非所有者ではあるが精神障害についての十分な知識を持っており、コミュニティケアへのモチベーションの高さを感じられた。職員は規定の人員配置よりも多いが、これは未成年の入居者のケアにはマンパワーが必要なためである。各種書類はきわめてよく整理されていた。

2 つのユニットに分かれており、元住居の本宅として使われた 2 階建ての部分に監視の行き届いた 5 床、離れに監視の必要度の低い入居者のための 2 床を有する。食事は職員が手伝う場合と、入居者自身が用意する場合があります、あらかじめスケジュールが組まれている。メニューはチキン、パスタなどコストのかからない単純な料理の単調な繰り返しである。

利用料金は一日約 250AUS\$ と非常に高く、日本の精神科病院をも上回るが、診察・薬物などの医療費は当然含んでいない。運営の経費は人件費と土地建物の取得に関わるものが大きいという。

居室部分を見学した。汚い。施設は古く、窓は小さく、壁は汚れていた。

居室にいる患者に面会をした。一見して慢性の患者と分かる若い男性であった。穏やかだが陰性症状が目立ち、会話は長く続かない。「居心地はそこそこだ」と答えると TV のスポーツ番組を見入ってしまった。清潔とはいえず、悪臭が気になった。他の入居者はすべて外出中であった。

### ロゼールホスピタル Rozelle Hospital 跡

シドニー周辺をカバーしていた旧州立単科精神科病院である。1876 年に創設され、最盛期は 3000 床の巨大病院であったが徐々に縮小され、2008 年に正式に閉鎖された。精神科入院の機能は同じ市内の公立総合病院精神科に引き継がれた。この閉鎖によりニューサウスウェールズ州の公立単科精神科病院は Braeside Hospital のみが残った。公立の総合病院精神科の Campbelltown Hospital、Royal Prince Alfred Hospital、Concord Hospital、Bankstown hospital の

4か所が残っている。

お願いして使用されていない元病院の施設を詳しく見学させていただいた。川を挟んで両側の丘に広がる広大なキャンパスである。1800年代に建てられた石造りの建物があり、かつては患者が収容された非常に堅牢で窓が小さく、牢獄のような建物がある。一般市民にとってどれほどの違和感と恐怖を与え、スティグマの形成に影響を与えたか容易に想像がつく。しかし1960年代以降に建設された病棟はどれもリゾートにあるコテージのように美しく整備されていた。きれいに造園された庭、プールやテニスコートなどの運動施設などを見ると、療養するなら最高の環境ではないかと感じたことも事実である。しかし今ではオーストラリアの公的精神入院期間から療養という考えは全く排除されてしまった。**多額の資金が投入されたであろうこの施設が廃墟となったという事実**に、**脱施設化の作業中のコスト配分の難しさを考えさせられた**。病院施設のハードに投入した**巨額の資金はすべて無駄になってしまったのである**。

#### SANE

ヴィクトリア州メルボルンに本拠を置くNGOである。1985年にSchizophrenia Australiaとして設立され、現在は統合失調症以外の各種精神疾患にも関わり、コミュニティーケアを推進するための研究、教育、ロビー活動を積極的に行っている。財源の多くは製薬会社や個人からの寄付、政府からのプロジェクトごとの基金(補助金)である。

#### 面談者：代表 Barbara Hocking

オーストラリアではNGOが大規模かつ活発であり、コミュニティー精神医療を担っている。精神保健の家族へのサポートはSANEの活動の柱の一つである。障害者の家族は消耗しきっている。**障害者への接し方教育と訓練、家族の健康維持の仕方の教育、急速のできる環境の提供、財政的な支援は非常に重要である**。オーストラリアでは障害者の家族の25%が暴力(身体、言語)にさらされたというデータがある。まず暴力を受けた家族がそれを話せるような環境が必要である。なぜなら家族は恥じたり抱え込んだりして誰にもコンタクトしない傾向がみられるからだ。

最近では自殺予防の活動に力を入れている。オーストラリアでは脱施設化に伴って自殺率が上昇した。因果関係はあると思う。近年は各種キャンペーンが効果を示したためか減少傾向にあったが今年では増えている。ネットいじめと関連して10代の自殺が依然として深刻である。ただし、オーストラリアの自殺率は低くカウントされている可能性が高い。なぜなら自殺を禁じるカソリック信者の数が多く、自殺を隠している可能性がある。また自動車事故を装った自殺もかなり多いのではないかと個人的には感じている。日本でも**脱施設化をするのであれば自殺予防の取り組みは必要であろう**。障害者に対する直接のサービスとしては精神科看護師・臨床心理士(常時2名以上)が電話による相談を行っている。平日の昼間のみであるが、時間外は留守番電話で対応し後日必ず回答をしている。多くは日常の生活に関する相談であるが、未受診者の医療的な相談も多く(件数で約22%)、必

ず医療機関の受診を勧めている。救急のコールは受け付けられないようにしている。病的な症状について、利用者が「精神科医にはまだ言っていない。先生は忙しいから・・・」と言うことは非常によくあることだが、必ず精神科医にそのことを話すようにとアドバイスしている。

歴史的な事情により公的医療と民間医療の2本立てとなっていることは、オーストラリアの精神医療の大きな問題である。精神障害者の多くは経済的に苦しく、約半数しか公的医療保険の適応しか受けない。公的医療機関では待ち時間が非常に長くなっている。また公的医療機関でうつ病の入院治療をしていないのは大きな問題である。脱施設化とコストカットの歴史によるものである。外来ではGPが治療を行い、最近ようやく臨床心理士によるカウンセリングが診療報酬により一部支払われるようになったが、やはりサービスと財源が全くもって不十分である。

公的医療は救急のみとなり、今やメルボルンの精神科入院は5日程度である。これは決して誇れるものではない。公的精神科病棟は保安施設化し、療養を受けるような環境ではなく、うつ病患者は入院を受けてもらえないし、入院を希望する人もいない。ヴィクトリア州は精神保健のシステムが整備されたが、Northern Territoryなど僻地では大きな問題が残っている。入院施設もコミュニティケアもない。これらの地方では刑務所への精神障害者が目立って多くなっていることは大きな問題である。新たなスティグマの誕生につながってしまっている。Fly in と呼ばれる精神科専門家による巡回サービスが行われているが、入

れ替わり立ち替わりやってきて、話を聞くだけで終わってしまい、実質的な介入ができないまま時間が過ぎていく。Fly out、Fly through と呼ばれ皮肉られるのが現状である。Tele-Psychiatry などの試みは行われている。West Australiaには単科精神科州立病院が残されている。

ナーシングホームなどの居住施設は、メルボルンでは他地域よりも整備されているとはいえ、絶対的に少ない。特に24時間サポート付きの住居がもっと必要である。日本へのアドバイスを求めたところ、コミュニティでの十分なケアがあればベッドを減らしてもいい。しかしそれを欠くなら病床削減はしてはいけないという意見であった。

#### シドニークリニック Sydney Clinic

海外にはあまり紹介されないオーストラリアの精神医療のもう一つの「顔」である。シドニー市の高級住宅地で景勝地ボンダイビーチすぐ近くに位置する、単科民間精神科病院である。うつ病、不安障害、依存症の治療を専門とし、薬物療法だけでなく心理療法も併用している。質の高さから公的セクターに属する専門家からの評価も高く、大学等の研修医療機関に指定されている。公的医療保険はカバーしないため、治療を受けるには民間医療保険への加入を必要とする。訪問医療費は一回270AUS\$、入院費は1日1000AUS\$、デイホスピタルは390AUS\$。外来診療ドクターフィーは130AUS\$（長時間の場合）である。

病床は44床と小規模であるが、外来とデイケア、アウトリーチに力を入れている。精神科医は5名、看護師は7対1配置である。

面談者：精神科部長 Edger Freed 医師  
事務局長 Stephan Brooker

ニューサウスウェールズ州には 11 の民間精神科医療機関がある。それぞれの規模は 20 床から約 90 床まで、平均的な入院期間は 3 週間、依存症は 4 週間程度である。期間は民間医療保険からの支払いに強く影響される。多くの保険は 2、3 週間目、時には 4 週間目にも支払い額を遡減するので患者の自己負担が増し、それ以上の入院に耐えられなくなる。保険会社により遡減率はことなり、また掛け金の高い「プレミアム」保険はより長期にわたって支払いをしてもらえる。支払は 2 か月まで、長くとも 12 か月までである。

現在のオーストラリアではうつ病治療は民間がメインとなっており、入院・外来を含む全うつ病患者の治療件数の 60% は民間で利用を受けている。また普通の人が入院治療を受けるためには、民間医療保険に加入し民間精神科病院に入院する必要がある。公的と民間では療養空間の質が全く異なる。公的病院は今やほぼ全部閉鎖病棟であり、多くは非常に古い築 30-40 年以上の建物で、音の響くコンクリート床の空間で療養に適した空間ではない。患者は非常に重症で一緒にいて危険を感じるようなケースばかりである。救急患者以外の入院待ちリストは非常に長く、それに対して民間の入院の待機は数日である。公的病院の摂食障害治療病床は 2 病院に「ある」と公表されているのだが、8 床のみでいつの間にか転用され、事実上「無い」に等しい。

公的精神科病院はあまりに病床を減らしすぎた。救急の危険な状態の患者に特化してしまった。20 年前は公的病院にうつ病の治

療が可能な開放病棟があった。しかし今日ではそれも閉鎖病棟に転換されてしまった。1983 年の精神医療改革についての Richmond 報告からうつ病の入院治療の縮小が始まった。官僚たちは入院医療よりコミュニティ精神医療の方が安く上がると信じ込み、脱施設化を強力に推し進めた。しかしこれは人の命、QOL を損なう深刻な問題を生んだ。

医療の質も公民では大きく異なる。公的システムでは GP に最初の診察を受けるが、専門の精神科への紹介は 3-6 ヶ月待たないといけない。民間であればすぐに診察を受けられる。初診の患者のアセスメントを行うのは公立精神科では「もっとも安上がりなスタッフ」だ。ソーシャルワーカー、臨床心理士、看護師が診察を行う。運が良ければジュニアレジデントだ。正確な診断ができるだろうか？民間では必ず経験を積んだ精神科医が診察を行う。我々はそれが医療の質を維持するために必要だと考えるからだ。そしてそれは結局コストの節約にもなるのだ。例を挙げよう-旅行者の医療保険を持つ人がオーストラリアに来て精神疾患にかかった場合、保険会社は必ず民間病院にかかるよう指示する。なぜかというと民間のほうが最終的には安く診療ができてしまうのだ。

退院後のフォローアップも民間精神科のほうが優れている。公的なシステムでは退院後数回の外来受診を受けた後、基本的に患者はリストから外されるのだ。Sydney Clinic はでは非常に長期にわたってフォローを続ける。そのために外来のみならず訪問看護などアウトリーチのプログラムも充実している。