

民間と公的精神科の間には深い溝がある。残念ながら 97%の精神科トレーニングは公的病院で行われ、初期のうちから精神科研修医は公的セクターの考えに染まってしまう、民間精神医療に偏見を持つものもいる。オーストラリアの特徴は民間精神医療が重要な位置を占めているということである。民間精神科は成長しつつある。特にデイホスピタルの件数は増えている。このエリアでも最近 20%増加した。うつ病患者が増加しており、これらの患者は「恐ろしい」公的病院で治療を受けたいとは考えないからだ。Anger management、Stress management など新しい治療分野において我々は成果を示している。

80年代にオーストラリアは多くの精神科病床を失い、実に多くの人々がホームレスになった。シドニーにある救世軍の運営する困窮者施設は、もとは障害者の施設ではないのだが、今では75%が精神障害者である。刑務所に収容されている多くの障害者の問題もある。あまりに病床を削減しすぎたのだ。支援付き住居でも大きな問題が発生した。病院ではないため症状のコントロールが難しく、精神科医はより多くの抗精神病薬を使うようになってしまったのだ。そのため多くの重い副作用に悩む患者が誕生してしまった。

日本に精神医療についてのコメント-入院日数 300 日は長すぎる。病院あるいは患者が望むだけ病院に留まれるというのは問題ではないか？そんな長いケアは良いケアとは言えないし、患者の能力の低下も心配だ。高齢の入院者が多いことも問題である。コミュニティに戻すことはとても難しい。オーストラリアで多く行われたように

Re-classify することが必要だ。すなわち病棟を「病院」から「ナーシングホーム」「ホステル」に転換するのだ。スタッフは減らし、本当に必要な急性期医療などに回すべきだ。コミュニティ医療の推進時に深刻になるスタッフの不足に関しては、オーストラリアのように有資格外国人の雇用を真剣に考えるべきであろう。

D. 考察

オーストラリアから日本が学ぶべきことを述べる。

1. コミュニティーケアの実態と将来性

オーストラリアではコミュニティでのアウトリーチサービスが発達しており、病院医療に置き換わりつつある。最近是一般精神科だけでなく、司法、児童思春期などの専門チームも展開されている。僻地についてもコミュニティケアのネットワークは形成されつつある。キャッチメントエリアが定められ、必要に応じ公的精神科救急医療がバックアップを行っている。こうした新しいシステムの有用性はすでに証明されている。

しかしコミュニティケアの推進はヴィクトリア州では進んでいるが、シドニーのあるニューサウスウェールズ州では発展途上である。北部、西部などのへき地での展開はまだ十分進んでおらず、常態化した刑務所などへの収容は続いている。ヴィクトリア州メルボルンでの先進的なプログラムは高く評価されているが、そのため地元のコミュニティーで活動する NGO である SANE からも Show Pony (見世物の仔馬=客をだますためにダメな商品の中に一つだけ入れら

れた人目を引く良い商品)と批判されている9)。ヴィクトリア州メルボルンの脱施設化でさえ「ポジティブな面しか報告していない」と批判する専門家もいる。脱施設化にあたり、オーストラリアのシステムをさらに研究し、医療・保険システムのまったく異なるわが国に取り入れられる点とそうでない点を選びながら、新たなシステムを構築していく必要がある。

2. 病床の削減とコミュニティーケアのバランスのチェックが必要である。

オーストラリアの脱施設化の失敗は病床を急速に減らしすぎってしまったことから始まっている。当初は人道主義による病床削減であったが、いつしか財政主導となりコストカットが目的とされ、コミュニティーに資源を投入しないまま精神科病院の閉鎖を行った。脱施設化のプロセスはWHOの定義によれば先にコミュニティーに施設を開設し、次に病院を縮小するべきである。しかしオーストラリアでは先に病院が閉鎖され、精神障害のケアが消失し、コミュニティーに多大な負担がかかりホームレス、自殺者の増加を招き、刑務所は精神障害者であふれる結果となった。

急性期精神医療のみ提供するシステムは国民の怒りを招き失敗に終わった。過去の極端な病床削減の揺り戻しとして、近年オーストラリアでは亜急性期入院病床を増やす事態に至った。シドニー地域で試算すると、計画通りに整備されたとすると病床数は一挙に50%の増加となる。この病床増について今回面談したオーストラリアの専門家は「institutionalismの復活ではない」と述べている。が、この明らかな政策的方向転

換について問うと、多くの面談者は「新しいシステムだからいいのだ。」「後戻りはできないのだ。」と述べるにとどまり、この矛盾についての論理的説明は得られなかった。病床を減らしすぎてはいけない。わが国ではオーストラリアの失敗に鑑み、病床削減とコミュニティーケアへの移行のバランスをとり、必要な病床数をよく検討しながら脱施設化を進めることが必要である。

3. コストカットは精神医療改革を劣化させる

オーストラリアの精神保健の危機は財政当局主導のコストカットが大きな誘因となっている。乏しい財源による低レベルの精神医療は Bargain Based Treatment であると批判され続けてきた。1992年から始まる精神医療改革でまず講じられた解決策が、精神保健の予算の大幅な増額であったことは、原因論から考えて正しい政策決定であったといえる。しかし未だに対GDP一人当たりの金額ではOECD諸国で最低のレベルであり、過去の負の遺産を解消するには至っておらず、コストカットで生じた精神保健システムの傷の深さは深刻である。

4. 格差医療を作り出してはいけない。

オーストラリアでは民間精神医療が急成長している。うつ病・摂食障害の入院治療を望んで受けること(任意入院)ができるのは、民間医療保険に加入し民間病院に入院できる豊かな人々のみである。経済的に恵まれない場合の多い精神障害者は精神医療へのアクセス、重い自己負担、合併症治療を受ける機会の制限を受け、明らかな格差が生じている。これは極端な精神医療費の

削減と公的入院医療の縮小によりもたらされた。さらに 90 年代-2000 年代前半の新自由主義的政策はこの格差は一挙に拡大された。オーストラリアの専門家もこの問題の議論は避けて通る傾向がある。日本にはこれまで正しく報告されていない。ここでドイツを例に挙げて比較してみる(81)。

	オーストラリア	ドイツ
医療保険	公 (NHS) (国民全て) + 民 (任意)	公 (10%の富裕者は加入禁止) + 民 (任意)
入院精神医療	公 + 民 (シェア大)	公 + 民 (シェア極小)
公的病床 (人口千対)	0.27	0.66

ドイツはオーストラリアと同じく民間医療保険が併用される制度をとっている。ドイツでは公的保険が富裕者の加入を禁止しているため、オーストラリア以上に民間保険が重要なパートを担っている。それにもかかわらず民間精神科病院のシェアは非常に低く、民間保険を持つものでも通常は公的精神科病院に入院する。なぜならドイツでは公的入院医療が正しく供給されており、それに対しオーストラリアでは公的精神医療が質量とも欠損しているからである。わが国では国民に等しく必要な精神保健サービスを提供できるよう、精神医療の供給量を維持しなければいけない。格差医療を作り出してはいけない。「国民皆保険制度」は維持すべきである。経済的に貧しい利用者が多い精神医療では混合診療の拡大に

は極めて慎重に対処すべきである。精神病・非同意入院・急性期に傾斜しすぎることなく、うつ病など幅広い精神疾患への入院治療を提供し続けるべきである。

5. 若年者の精神医療が重要になる。

先進諸国では精神医療のフォーカスは若年者への早期介入に移っている。現にサービスが不足しているという理由だけでない。若年者の精神障害の予防、早期介入が長期的に見て精神保健の質の向上とコストの削減にもつながるからである。オーストラリアでは高齢者の入院料は低く抑え、若年者の医療により多くの財源を当てていく方向にある。日本の現状では他の国とは逆に高齢者の入院料が高く設定され、総コストでも高齢者医療の比重が非常に大きい。今後は若年者の医療に財源とマンパワーを注ぐようにすべきである。

6. コミュニティーケアはより高度・複雑・広範な行政システムを必要とする。

コミュニティー精神医療は、病院精神医療よりも多くの行政機関の関りが求められる。本体の医療以外に保健省の関わる福祉、さらに他省庁の管轄する労働、司法、住宅などが関連し高度で広範な調整が必要になる。Ian Hickie 教授による、保健省と連邦政府委員会 COAG の対立のインサイダーストーリーは興味深い。国家が関わる最も基本的な精神保健の将来計画ですら、行政組織の縦割りの弊害ゆえ調整に失敗することが起こりうるということを示している。

7. コミュニティーケアは精神保健のコス

トを上昇させる。

コミュニティーケアは非常にコストがかかることが、オーストラリアのどの訪問先でも指摘された。例をあげると、オーストラリアの居住施設の入居費は、日本の精神科入院料より高額である。また、重症の障害者を病院外でみるために新しいプログラム HASI では一人年間 700 万を費やしている。オーストラリアの専門家からは、コミュニティーケアでは本体の医療以外に保健省の関わる福祉、さらに労働、司法、住宅など他省庁にまたがる財源となるため、総額が非常に見えにくくなるという点が指摘された。国内外を問わず、現在までに出されているコストに関する論文の多くはこの重要性を無視している。

加えて日本では精神科入院料が諸外国と比較し、極端に低く設定されていることを考えると、今後の脱施設化で精神保健の総コストは上昇することは必至である。

最後に

今回の研究についてはオーストラリア側の非常に強力なサポートを受けることができた。オーストラリアの研究者・精神医療保健関係者はみな、自国の精神医療改革に多くの問題があったことを率直に語り、非常に長時間のインタビューに応じてくれた。他の調査国とは異なる訴えかけの強さの中に、実情を世界中に知ってもらいたいという願いを強く感じた。

今回の調査を全面的にサポートしていただいたオーストラリア精神保健委員会 (Mental Health Council of Australia) David Crosbie 理事長からの招聘の手紙の一節を紹介する。

「あなたがオーストラリアの精神医療改革の、真実のストーリーに興味を持っていたことをうれしく思います。オーストラリアの精神医療改革の分野に携わる多くの人々と共に、私は本当に心配しているのです。日本がオーストラリアの轍を踏み、国民が切に願うコミュニティー精神保健サービスを提供できなくなる失敗をしてしまうのではないかと。」

彼の国の人々の痛切な思いに応えるためにも、我が国の精神医療改革の道筋を誤ってはいけない。

E. 結論

財務省主導による極端なコストカットがオーストラリアの精神保健を危機的状況に陥らせたことが分かった。新自由主義的な新しい社会保障制度は更に精神医療改革の質を劣化させた。Consumerism (当事者主義) に基づく政治活動、NGO など非専門家による運動がオーストラリアの精神保健を復興させた。オーストラリアの進歩的なコミュニティーケアのシステムはそのような背景抜きには理解しえない物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

参考文献

- 1) 世界の精神保健医療-現状理解と今後の展望 新福尚隆、浅井邦彦編集 へるす出版 2001
- 2) 海外諸国の精神医療に関する国際比較分担研究者 新貝 憲利 (主任研究者 仙波恒雄 平成8年度厚生労働科学研究)
- 3) 竹島 正 平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究分担研究報告書 日豪共同研究成果の精神保健福祉施策における活用 -オーストラリアにおける精神医療保健福祉サービスと日本への示唆-
- 4) 瀬戸屋 雄太郎 平成18年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究推進事業報告書 オーストラリアおよび近隣諸国における精神保健システム
- 5) Rosenberg, R National mental health reform: less talk, more action. MENTAL HEALTH JOURNAL OF AUSTRALIA · Volume 190 Number 4 · 16 February 2009
- 6) Mental Health Council of Australia. Not For Service: Experiences of Injustice and Despair in Mental Health Care in Australia, Mental Health Council of Australia, Canberra, 2005.
- 7) Department of Health and Ageing (2005) National Mental Health Report 2005: Summary of Ten Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2003. Commonwealth of Australia, Canberra.
- 8) Ozdowski, S. Time for Governments to Act on Mental Health Care Health Sociology Review 2005 14(3) 203-204
- 9) SANE Australia, Dare to Care! SANE Mental Health Report 2004
- 10) Groom G, Hickie I, Davenport T. 'OUT OF HOSPITAL, OUT OF MIND!' A report detailing mental health services in Australia in 2002 and community priorities for national mental health policy for 2003-2008. Canberra: Mental Health Council of Australia, 2003.
- 11) SANE Australia. SANE mental health report, 2002-03. Melbourne: SANE Australia, 2003
- 12) Hickie, I. Australian mental health reform: time for real outcome. MENTAL HEALTH JOURNAL OF AUSTRALIA 2005; 182 (8): 401-406
- 13) オーストラリア上院精神保健委員会文書 http://www.aph.gov.au/senate/committee/mentalhealth_ctte/submissions/sub250a.pdf
- 14) Department of Health and Ageing National Mental Health Report 2005: Summary of Ten Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2003. Commonwealth of Australia, Canberra. (2005)
- 15) Private Mental Health Alliance. OPTIONS FOR FUNDING SERVICE DELIVERY FOR PRIVATE PSYCHIATRIC SERVICES DISCUSSION PAPER 2006
- 16) Cameron JW (Auditor-General). Mental health services for people in crisis. Victoria: Government Printer for the State of Victoria, 2002.
- 17) Carney, T. Neoliberal welfare

- reform and 'rights' compliance under Australian social security law AJHR 2005 12 (2) 223
- 18) Henderson, J. Neo-liberalism, community care and Australian mental health policy Health Sociology Review (2005) 14: 242-254
- 19) Burgess P, Pirkis J, Buckingham B, et al. Mental health needs and expenditure in Australia, 2002. Canberra: Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002.
- 20) Hazelton M. Mental health reform, citizenship and human rights in four countries. Health Sociology Review (2005) 14: 230-241
- 21) SANE Mental illness facts & statistics: SANE media factsheet 2009
- 22) Select Committee on Mental Health. Mental health services in New South Wales: final report, December 2002. NSW: Legislative Council, 2002.
- 23) Chesters J. Deinstitutionalisation: an unrealized desire. Health and Society Review. 14 (3) 272-282 2005
- 24) Burgess P, Pirkis J, Buckingham B, et al. Mental health needs and expenditure in Australia, 2002. Canberra: Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002.
- 25) Hickie, I. Unmet need for recognition of common mental disorders in Australian general practice. Med J Australia 2001; 175 (2 Suppl): S18-S24.
- 26) SANE Research Bulletin 5: Money and mental illness (July 2009)
- 27) Hickie, I. Grace L Groom, Patrick D McGorry, Tracey A Davenport and Georgina M Luscombe. Australian mental health reform: time for real outcomes. MENTAL HEALTH JOURNAL OF AUSTRALIA 2005; 182 (8): 401-406
- 28) 日本国外務省 HP
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/australia/index.html>
- 29) World Health Organization. Mental health atlas : 2005. Geneva, Switzerland.
- 30) 橋都由加子 オーストラリア社会保障 第4章 オーストラリアにおける連邦・州・地方の役割分担 財務省研究
- 31) Ian Hickie 教授インタビュー Sydney University Nov. 2 2009
- 32) Terry Carney 教授インタビュー Sydney University Nov. 4 2009
- 33) Cameron JW (Auditor-General). Mental health services for people in crisis. Victoria: Government Printer for the State of Victoria, 2002.
- 34) Department of Health and Aging, Australian Government. National Mental Health Report 2007: Summary of Twelve Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2005
- 35) 小松隆二 先進諸国の社会保障2 ニュージーランドオーストラリア 東大出版会 1999
- 36) Australian Government Department of Health and Ageing. The state of our public hospitals June 2009 report
- 37) Australian Institute of Health and

- Welfare (AIHW) 2007. Mental health services in Australia 2004-05. AIHW cat no. HSE 47. Canberra: AIHW (Mental Health Series no. 9).
- 38) Carol, T. Turnbull Australasian Health Facility Guidelines for Mental Health Units Private Hospital Sector report December 2008
- 39) AIHW- Australian Hospital statistics 2006-07
- 40) Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2005. Mental health services in Australia 2002-03. Canberra: AIHW (Mental Health Series no. 6).
- 41) Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2005. Mental health services in Australia 2002-03. Canberra: AIHW (Mental Health Series no. 6).
- 42) National Network of Private Psychiatric Sector Consumers and Carers SUBMISSION ON THE NATIONAL INQUIRY INTO EMPLOYMENT AND DISABILITY ISSUES PAPER 2 MARCH, 2005
- 43) SANE Australia Research Bulletin 2003
- 44) NSW community mental health strategy 2007-2012 NSW Department of Health 2008 Stage 1 Evaluation Report, Housing and Accommodation Support Initiative (HASI) NSW Department of Health 2007
- 45) Robert Parker 医師 個人的メールでの回答 Department of Health, Northern Territory, Australita 2009
- 46) Dunbar A, Hickie, I. New money for mental health: will it make things better for rural and remote Australia? MENTAL HEALTH JOURNAL OF AUSTRALIA; 186: 587-589 2007
- 47) Williams, R. The Australian mental health system: An economic overview and some research issues. International Journal of Mental Health Systems 2008, 2:4
- 48) オーストラリア精神保健評議会 (The Mental Health Council of Australia (MHCA)) HP. <http://www.mhca.org.au/>
- 49) Mishura, J. 1990 The Welfare State in Capitalist Society, University of Toronto Press.
- 50) Chesters, J. Deinstitutionalisation: an unrealised desire Health Society Review 14(3) 2005 272 - 282
- 51) Savy, P Outcry and silence: social implications of asylum closure in Australia. Health Sociology Review Volume: 14 | Issue: 3 2005 205-214
- 52) OECD. OECD Health Data 2002
- 53) Ministerial Implementation Committee on Mental Health and Development Disability, Report to the Minister for Health, W Barclay, (Chair), November 1988
- 54) Burdekin Report, p 142, NSW Parliamentary Library Briefing Paper, 1996, p 8
- 55) SANE代表 Barbara Hocking インタビュー Melbourne Nov. 2 2009
- 56) Medeiros, H. MHEEN network, MHEEN II Policy Briefing 4 Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. 2008
- 57) Ministry of Health, Commonwealth of Australia. National Mental Health Report 2005.

- 58) IMF - World Economic Outlook(2009年4月版)
- 59) Tami., M, Psychiatr. Serv. 58: 1041-1048, August 2007 Mental Health Treatment Expenditure Trends
- 60) Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J and Beecham J (2007) Deinstitutionalisation and community living - outcomes and costs: report of a European Study. Volume 1: Executive Summary. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- 61) World Health Organization. Mental health atlas : 2005. Geneva, Switzerland. 2005.
- 62) Pinto, M. MENTAL HEALTH CARE :Four countries, four different ways -ONE COMMON TREND(France, Italy, Portugal and Spain) 2002. EUROPHAMILI - Médipsy
- 63) OECD Health Data 2002. OECD
- 64) de Girolamo, G. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience Volume 257, Number 2 / March, 2007
- 65) Commissione XII Affari Sociali, Italy 1997
- 66) Rosen, A. Australian psychiatry: coming of age? International Journal of Psychiatry. (10)2005 15-19
- 67) View from the peak. Mental Health Coordinating Council, NSW 2009
- 68) Ministerial Implementation Committee on Mental Health and Development Disability, Report to the Minister for Health, W Barclay, (Chair), November 1988
- 69) Health Industry & Investment Division, Private Health Industry Branch
- 70) WorkSafe. WorkSafe Victoria 2009
- 71) SANE Research Bulletin 9: Money and mental illness July 2009
- 72) MENTAL HEALTH JOURNAL OF AUSTRALIA • Volume 190 Number 4 • 16 February 2009
- 73) SANE Research Bulletin 5 Money and mental illness. July 2009
- 74) Henderson, J. Neo-liberalism, community care and Australian mental health policy Health Sociology Review (2005) 14: 242-254
- 75) Burgess P, Pirkis J, Buckingham B, et al. Mental health needs and expenditure in Australia, 2002. Canberra: Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002.
- 76) Heaton, j. The gaze and vsibility of the carer: a Foucauldian analysis of the discourse of informal care. Sociology of Health & Illness Volume 21 Issue 6, Pages 759 - 777 2001
- 77) Carney, T. The Mental Health Service Crisis of Neoliberalism-An Antipodean Perspective. The University of Sydney. Sydney Law School Legal Studies Reserch Paper. No. 08/102 2008
- 78) Carney, T. Welfare reform? Following the 'work-first' way. University of Sydney. Social Policy Working Paper No. 7 2007
- 79) Carney, T. Neoliberal welfare reform and 'rights' compliance under Australian social security law AJHR 2005 12 (2) 223

- 80) National Action Plan on Mental Health 2006-2011 (COAG 2006)
- 81) 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的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
- 82) Carney, T., , 'Aged Capacity in Australia: implications for Japan?' A paper presented at the first annual meeting of the Society for Legal Guardianship 'Guardianship for the Demented Elderly' , Sydney 29 September 2003
- 83) Carney, T, & Weisstub, D, 'Forensic mental health law reform in Japan: From criminal warehousing to broad-spectrum specialist services?' (2006) 29(2) International Journal of Law and Psychiatry 86-100
- 84) Carney, T, 'Aged Capacity and Substitute-Decisionmaking in Australia and Japan' (2003/4) Law ASIA Journal 1-21.
- 85) MelbourneHorn, M. 'Give me a break!' Welfare to work - a lost opportunity. Research and Social Policy Unit Melbourne Citymission 2006

マレーシアの精神医療

研究協力者 佐竹 直子

現地視察

10月19日

マレーシア保健省 疾患対策部

10月20日

Hospital Kuala Lumpur, Department of
Psychiatry

Jinjang Health Clinic, Kuala Lumpur

10月21日

Hospital Bahagia, Ulu kinta, Perak 州

10月22日

Tanjung Malin Health Clinic,
Psychosocial Rehabilitation service

10月23日

マレーシア保健省 疾患対策部

病院中心の医療から地域医療への移行が行われてきた。さらに1997年より精神医療改革を政府が掲げ、精神障がいに対する医療の改革に加え、プライマリケアのネットワークを利用した精神保健にも着手することとなった。精神医療に関する法律は1998年にMental health ACTが制定された。

<医療制度>

医療は公的医療と民間医療が混在している。医療保険制度は存在せず、公的医療は税金(GDPの5%)によりまかなわれており、すべての国民が少額の自己負担で利用できる。

精神医療は、公的医療費全体の3%にあたる。

データはマレーシア保健省の資料及び、2008年 Asia-Pacific Community Mental Health Development Project の"Malaysia's Community Report"による。

I マレーシアの医療状況

<マレーシアの概要>

マレーシア人口は2750万人、マレー人、中国人、インド人などの多民族国家で、一人あたりのGDPは14071ドル(2007年)で世界33位であり、現在急速な工業化と経済成長が見られている。東南アジアの中では先進的な国の一つである。

マレーシアは地域精神医療においても東南アジアで先進的な国であり、大規模精神

1) 公的医療

公的医療はクリニックによるプライマリケアと病院での専門医療によって成り立っている。プライマリケアのクリニックには、大規模のヘルスクリニック(全国約800カ所)と小規模のコミュニティークリニック(全国2000カ所)がある。ヘルスクリニックは比較的人口の多い地域にあり、半径10kmの範囲の医療圏をもつ。過疎地には人口2000人に対してコミュニティークリニックが配置されている。ヘルスクリニックは複数の医師と看護師で、外来診療と保健所機能(訪問・指導)、1次救急対応を行う。1日の受診者数は500~600人で医療費は治療の内容にかかわらず1リンギット(約30円)/1回となっている。コミュニティー

クリニックは医者配置がなく、保健師 2 名でプライマリケアと保健活動を行い、簡単な処方をおこなうことも出来る。この 2 つタイプのクリニックが全国隅々まで配置されている。また、ヘルスクリニックのうち 90% 近くがリハビリテーション機能を持ち、精神科リハビリテーション（デイケア）も徐々に配備されている。現在 26 カ所のクリニックで精神科デイケアを行っている。

総合病院は全国に 56 施設あり、そのうち 25 病院に精神科がある。総合病院は 2・3 次救急と専門医療、入院医療を行う。精神科の場合には、外来、入院、訪問チームを有する。

また、精神科がない総合病院にも非常勤医師が外来機能のみを行っているところもある。

精神科の強制入院は公的病院の精神科病棟でのみ行われ、入院費の自己負担はない。身体科の入院の場合、入院費自己負担は 1 日 8 リンギットで、一回の入院の自己負担額上限が 500 リンギットとなっている。

2) 民間医療

民間の医療機関は、自己負担または民間保険や企業の福利厚生保険による支払いでの利用となる。公的医療は waiting list の問題もあり、大規模な総合病院やクリニックが多数見られる。精神医療に関しては、民間病院には精神科病棟はなく外来診療のみ行っている。対応疾患もうつやパニック・不安障害などが多い。初診時の医療費が総額で 100US ドル、その後の診察も数十ドルかかる。

大学病院などの教育病院（Training

Hospital）は精神科の病床やデイケアを有する。

3) 社会保障

障がい者に対する生活保障はあるが、他の障害と違い精神障がいは認定されにくく、実際に受給を受けている人は少ない。発症 2 年後から認定が可能になる。障がい認定された場合には、年間 750~1000 リンギットの在宅ケアサービスが受けられる。

生活保護にあたるものは存在せず、収入が得られない障がい者の生活費は家族が負担することが多い。

4) 精神医療システム

現在精神医療は 1998 年に制定された Mental Health ACT のもと運営されている。25 カ所の総合病院精神科と 4 カ所の精神病院が入院医療を担う。入院形態は強制入院が 2 種類（3 ヶ月期限または 2 週間期限）あり、入退院とも家族の同意が必要である。強制通院制度はなく、司法精神医療はまた別のシステムを持つ。退院後の通院およびアウトリーチは総合病院精神科の外来か、安定している場合にはヘルスクリニックの外来への通院もある。

また統合失調症に関しては患者登録制度が始まった。

II 精神医療システム

精神医療政策は 1998 年に制定された「The National Mental Health Policy」がある。主な方向性は

- ・アクセスの良さ
- ・包括的なサービス 啓発、予防、治療と

リハビリテーション

- ・一般医療との統合
- ・多部門による関与
- ・地域での関与
- ・人材育成
- ・医療の質の向上
- ・研究分野の充実
- ・精神障がい者の人権保護を合法化する

となっている。さらに、2001年に制定された“National Mental Health Framework”では、さらに児童・思春期、成人、老年期等サービスの分化や重症精神障がい者への2次・3次医療の改善、リハビリテーションの見直しなどが盛り込まれている。

精神病床は、すべて公的医療で運営されており、2008年で5428床（人口1000人当たり0.20）である。4つの大規模精神病院が4640床（85.5%）、26の総合病院精神科が748床（14.5%）、それに加え大学病院が130床を有し、教育病院の機能を持つ。

2007年において、国内の精神科医数は176名で人口10万人に対し0.68となっている。そのうち87名は保健省管、2名は法務省、54名は大学病院、35名が民間医療で働く。

1) 脱施設化

マレーシアの精神医療は300床から5000床の精神病院4カ所のみで行われていた。最大病床数は不明である。1958年より総合病院での精神科診療が開始となり、1969年にIpohの市街地でデイケアが開始となった。その後精神病院の縮小化と総合病院精神科を中心とする急性期医療とアウトリーチ、リハビリテーションへの移行が

進んだ。

また、精神保健活動だけでなく、安定した慢性期の精神障がい者や日中の活動場所としてのデイケアの機能、また僻地でのアウトリーチをプライマリケアの拠点機関であるヘルスクリニックに役割を移行しているが、まだ途中段階であり利用期間等の設定はない。

2) 精神病院

国内4カ所に点在する巨大な公立精神病院は徐々にダウンサイジングが進み、現在は計4640床になっている。精神病院の役割は、①リハビリテーション入院、②司法精神医療、③長期入院患者の住居施設となっている。

リハビリテーション入院は、短期間の急性期入院治療だけでは在宅の生活に移行が難しい場合に、生活訓練や心理教育、職業訓練や地域ケアのマネジメントを目的に行う入院である。家族同居がほとんどのマレーシアにおいて、家族の障がい者に対するケアや経済的なサポートの軽減は非常に重要であり、半年から1年程度の入院でリハビリテーションを行う。グループホームでの共同生活や病院内・外での就労等も含めトレーニングを行い、自宅へもどる。

長期入院患者の住居施設は、病棟をそのまま利用している。医師の配置や夜間の看護の配置もない。日中敷地内の農園で働きながら生活をしている。ほとんどの患者は中・高齢者である。

司法精神医療は病院内に多数の病棟を持つ。一般の精神医療とは全く別の枠組みで運営されており、精神病院の今後の中心的な役割になるとと思われる。

見学を行ったバハギア精神病院は 1911 年創立、300 エーカーの敷地に 80 病棟（男性 55, 女性 25）2600 病床で、1800 床の住居施設と司法精神病棟が大半を占めている。精神科医は 8 人、レジデント 70 名、総スタッフ数 1500 名である。長期入院の他、近郊の総合病院に精神科がないため、1970 年代より外来と病院周辺地域のアウトリーチ、デイケアなどのリハビリテーションをおこなっている。コミュニティーケアは、急性期ケア、早期退院プログラム、ACT、家族介入プログラム、複数のケアニーズのある慢性期のフォローアップなどの多機能アウトリーチを行っており、ケアマネジャー 1 人に対し 15~20 名のケースロードで対応している。IPS（援助付き雇用）などのサービスも展開し、退院 6 ヶ月後の再燃率を著しく低下させている。

3) 総合病院精神科

急性期医療と精神科外来、アウトリーチサービスを行っている。精神科がない総合病院でも、非常勤で精神科外来のみ行うところもある。

視察先のクアラルンプール総合病院は、キャッチメントエリア約 30 万人の総合病院で、以下のように機能していた。

①精神科病棟 急性期治療を行う。平均入院期間は 11 日で、退院後はほとんどが自宅へ戻るが、一部精神病院のリハビリ入院に転院となることもある。病棟は 1 ユニットが 10 床で、男女各 1 ユニットずつある。各ユニットで看護師は日勤 3 名である。

②精神科外来 診察は午前中のみ。11 人の精神科専門医が各 10~12 名の予約診察

を行う。その他に 4 名の medical officer が 100 名の患者の診察にあたる。午後は救急患者の対応のみとなる。

③ Community psychiatry service(CPS) 精神科地域サービス 1999 年よりスタートとなり、レジデント医と看護師（男性 5 名、女性 7 名）、作業療法士 1 名のチームアプローチで、看護師がケアマネジャーとして訪問活動を行っている。市内を 4 地域に分割し 2~4 名のチームで訪問をしている。訪問総数は月に 719 件で訪問は最低 3 ヶ月に 1 度は行う。

インテークは月 10~30 件で病棟・外来双方より紹介がある。頻回入院や治療中断を繰り返したり、再燃が早いなど重症者が多い。Dual diagnosis（ヘロイン使用等）も多く見られる。1 ケアマネジャーが約 60 名の担当を持ち、週 14 件程度の訪問を行い、週に 2 回チームミーティングを持つ。訪問は本人の同意がなくとも家族の同意で開始することが出来る。訪問は本人の生活支援や症状確認の他デポ剤の注射もおこなえる。また、家族会などの NGO 活動のサポートも行っており、家族心理教育の提供などを行っている。

4) ヘルスクリニック

ヘルスクリニックでは、安定した統合失調症やうつ病など維持的な治療で対応できる患者の外来対応を開始している。また、リハビリテーション機能も徐々にヘルスクリニックに設置し始めている。

視察先のジンジャンヘルスクリニックは、クアラルンプール近郊のヘルスクリニックで人口 38 万人のプライマリケアをおこなっている。2004 年より精神科外来を設置し、

年間受診 500 人、新規ケースが年 40 名ある。レジデントが週 1 回非常勤で勤務し外来をおこなっている。デイケアも併設しており週 3 回午前中のみプログラムをおこなっている。デイケア通所中のケースで必要に応じて訪問をおこなうこともある。

もう一カ所の視察先のタンジュンマリンは地方のヘルスクリニックで 60000 人のキャッチメントエリアで 2005 年よりデイケアを行っている。5 人のスタッフで週 4 日 7 時間の活動を行っている。登録者は 18 人で 60% が統合失調症患者である。精神発達遅滞も含まれている。年に平均 5 ケースの新規登録がある。訪問での生活指導や就労訓練も行っている。

5) リハビリテーション

リハビリテーションは、精神病院でおこなう入院型リハビリテーションと、デイケアがある。社会保障が少なく家族の負担を減らすことが重要でありいずれのリハビリテーションも生活の自立と就労を目的に、目標設定や評価機能を持ち短期間で社会生活に戻る支援をおこなう。心理教育や生活・社会スキルのトレーニングから、就労訓練までをプログラムに組み込んでいる。デイケアによりレベルの差はあるが、大学病院のデイケアではハイレベルのプログラムを展開しており、医師を配置し薬物療法も含めた総合的なアプローチにより 3 ヶ月から半年程度で終了し社会生活に戻る。

また、デイケアではアウトリーチ機能もあり、家庭での生活状況の評価を行いリハビリに生かしている。

7) ケアマネジメント

ケアマネジメントシステムの導入はまだ行われていない。アウトリーチやデイケア利用者は、その担当がマネジメントをおこなうことがあるが、制度としてはまだない状況である。

8) 住居サービス

住居サービスはなく、単身生活もライフスタイルにはないため、ほとんどの障がい者は家族と同居をしている。住居サービスのより、在宅での本人・家族へのケアに重点が置かれている。

他の障がいについても住居サービスはあまり存在せず、来年ようやく高齢者ケアユニットの認可制度が出来る予定である。

9) 医療以外の活動

家族会が心理教育や家族サポート、日中の活動場所の提供をしたり、精神保健推進活動に関わる NGO 団体がヘルスセンターと協働し活動している。

<参考資料>

“Malaysia’s Country Report : Asia-Pacific Community Mental Health Development Project”

オランダの精神医療

研究協力者 佐竹 直子

現地視察

09年 8月 27日

Groningen 大学医学部 精神科および

Rob Geil research centre

Durk Wiersma 教授

8月 28日

GGZ Nederland Oost Brabant

Helmond Warrant

(Mental Health Care Centre)

8月 31日

GGZ Huize Padua

(General Mental Hospital)

De Pandelaar (Sheltered living and
protected labour)

Helmond Warrant

9月 1日

Clara Klooster(Day care and Sheltered
living)

Helmond Warrant

データに関しては、2006年のものはオランダ保健省のデータ、2000年以前のデータは“Mental health care reform in the Netherlands.A. H. Schene, A.M.E.Faber”より、その他のデータはオランダメンタルヘルス協会からの提供となっている。

I オランダの医療の概要

<オランダの概要>

人口 1660 万人、国土は九州とほぼ同じ面積を有する。14 の県があり、医療行政は県単位の施策が基本となり運営されている。GDP は 6753 億ドルで、一人あたり 40431 ドル (2008)。医療費は一人あたり 3661 ユーロ/年で、対 GDP 比は 12.8% (2004) である。

収入により差はあるが、収入の 50% が税金で高福祉の国である。

<オランダの医療制度>

オランダは 2006 年に保険制度の改正をおこなった。それまでは、公的保険 (非営利団体「疾病金庫」・強制加入) として①短期医療保険 (ZFW) と、②特別医療費保険 (AMBZ)、と任意加入の民間保険の 3 種類で構成されていたが、改正後には①基礎保険 と②特別医療費保険 (AMBZ) の 2 つの保険への加入が義務化され国民皆保険となった。

改正前の短期医療保険は期間が 1 年未満の疾病治療 (入院・外来とも) に対する保険で、特別医療費保険は 1 年以上の長期入院、精神科治療や障がい者および高齢者福祉、住居および施設入居費などを目的としていた。これ以外の医療費は民間の保険に任意加入しかなかった。

改正後疾病金庫と民間保険会社が統合され、基礎保険が設立された。短期医療保険

が廃止され国民全員が国内の民間保険会社と契約することを義務づけられた。これが基礎保険である。基礎保険は国民が数十社ある保険会社の中で自分の条件に合う会社やプランを選択する。保険料は収入の約5%となる(上限設定あり)。保険会社との契約は毎年更新され、利用の少ない被保険者には還元もある。また、利用医療機関については保険会社が医療機関を限定するタイプのものもある。

基礎保険にはDTCが導入されている。例えばうつ病の外来治療の場合、年間800分の外来診となっており、これに対して2000ユーロの診療報酬が決まっている。治療が終了し本人がサインをした時点で精神科医に保険会社より直接支払いがあるが、本人が治療を中断してしまった場合に支払いが保留となってしまうことが大きな問題となっている。

このほかに18才以上の被保険者は定額保険料の支払いがある(年1000ユーロ)。ただし低所得者に対しては年収25000ユーロ以下の単身生活者の場合、最大400ユーロの保険料支払いに対する補助がある。

特別医療保険制度(AMBZ)は改正後も継続し、所得の12.5%が保険料として国民に課せられる(上限設定あり)。AMBZは需要が年々増加傾向にあり、保険制度改正にともない1年未満の精神科治療の基礎保険への移行や在宅ケア費の自治体負担などを新たに定めた。AMBZの利用についてはリハビリテーションや住居ケアなど専門職によるサービスへの支払いの他に、家族や隣人がケアをおこなうことに対しても支払いが出来るシステムとなっている。サービス利用に関しては診療報酬化されており、利

用に上限価格規制がある。個々の利用者はCTG(College tarieven gezondheidszorg: National Health Tariffs Authority)という外部機関が評価を行い、サービスの利用上限が決定される。この評価は5年毎におこなわれ、利用の継続や利用額が決まる。事業所に対しては、サービスの種類と提供料によってAMBZからの支払額が決定される。

一人あたりの医療費は2004年で3661ユーロ/年で、GDPの12.8%に相当する。全体の医療費の約5割がAMBZとなっている。

医療は1・2・3次医療に分かれており、GP制度を導入している。家族単位でGPとの契約を行い、プライマリケアと専門医療へのゲートキープをGPが行う。病院は救急医療と専門医療をおこなう。病院は非営利団体の運営で、医師は雇用または契約にて診察・治療業務を行う。

病院の平均在院日数は、一般病院で7.2日、精神科病棟で11日、人口1000人あたり医師数は3.1人、看護師数は13人(2003)となっている。

<所得保障>

障がい者の所得保障は、障がい固定されて時期により3つに分かれる

①障がい保険制度(WAO)

就労後に障がいが生じた場合に給付される。給付は障がいが発生した年齢と7段階に分けられた障がいの程度に応じて、一定期間、従前賃金に比例した給付が開始され、それを過ぎると最低賃金に基づく給付がなされる。

②公的扶助制度(WWB)

日本における生活保護にあたり、最低生

活の保障を国でおこなう。21才から65才未満のカップルには最低賃金の100%、単身生活者には50%、また同年齢帯の一人親には70%、21才未満には児童手当の額が基準となり、65才以上の受給者には一般老齢年金に連動した額が給付額となる。

③若年者のための障がい給付制度 (Wajong)

若年障がい者に対する公的扶助で、公費でまかなわれる。17才の時点で障がいのため就労不能か、学生の間発症した人に対して給付される。給付額は障がいの程度と最低賃金に連動する基礎額を元に算定される。

II オランダの精神医療

<オランダの精神医療の概要>

オランダの精神医療は25年前より脱施設化が始まり、メンタルヘルスコミュニティーセンター (Regional Institute for Community Mental Health Care: RIAGG) を中心とする地域医療への転換を図った。精神科病床は1884年5000床から1955年に28000床とピークで、その後の脱施設化により23000床となった。人口当たりの病床数は先進国の中では比較的多いが、これはそれまでの精神科病院を閉鎖ではなく住居施設にリフォームし、それらも病床数としてカウントしているためである。

入院治療は急性期治療をRIAGGの一機能とし、慢性期対応の精神病院と役割を明確に分けている。最近では精神病院に外来機能やケアマネジメント、アウトリーチ機能を併設するところも増え、住居施設と連携しているところもある。

精神医療は3段階に分かれており、①GPでの対応または心理士や精神科医の外来対応のみ、②多職種によるケアマネジメント、③緊急対応や入院医療となっている。精神科医は病院の勤務医として働く場合と、GGZの施設内で個人開業のような形で診察をおこなっている。これらすべての医療また福祉機能をオランダメンタルヘルス協会 (GGZ) が提供している。

リハビリテーション、住居サービス、生活支援、就労支援なども、このGGZがサービス提供をおこなっているが、より地域の中で活動が展開されるようになってきている。

<オランダメンタルヘルス協会 GGZ>

オランダ精神保健協会は、オランダ全土の精神医療・福祉、ホームレス対策、職業訓練等サービス提供団体約300が、メンタルヘルスに関して社会の中で競争力や影響力を持つため一つに統合され1997年に設立となった。

年間の患者数は772000人(成人475000、児童青年195000、高齢者82000人)で、年間38億6000万ユーロが精神科ケアに支出される、これは全医療費の10%にあたる。このうち慢性の精神障がい者は約70000人となっている。(2006年)

全国に90のGGZ支部があり、さまざまな医療・福祉施設を有する。全GGZ職員数は70000人で、そのうち55000人が専門職である。

精神病床は2007年現在35000床あり、児童1500床、成人・老年急性期24000床、中毒1600床、司法600床となっている。成人の病棟の分類は1996年のデータで、

22885 床の精神病院のベッドのうち、54%にあたる 12358 床が精神病院の長期ケアとなっており、そのうちの 3850 床がグループホームとなっている。

<精神医療に対する法システム>

オランダでは、3 つの法律のもと精神医療が運営されている。

①治療同意法(Medical Treatment Agreement ACT)

身体医療と共通の医療法

②精神病院法（措置入院法）BOPZ

精神科の強制入院についての法律。強制入院費は基礎保険ではなく税金でまかなわれる。08 年に法改正があり、以前は強制入院となっても本人の同意がないと病棟での治療導入が出来なかったが、現在は同意の無いままでの治療導入も可能になっている。また、強制入院の場合入院時の隔離室使用が義務づけられていたが、法改正によって病状により入院環境を選択できるようになった。

③患者評議会に関する法律

精神医療の大原則は「患者と医師が合意の元に治療がなされなければならない」となっており、当事者の意見を反映し精神医療が機能するような協議会の設置がこの法律で義務づけられている。

現在強制通院制度のような通院に関する制度はないが、現在導入の検討が行われている。

<地域精神保健センター>

Regional Institute for Community Mental Health Care (RIAGG)

外来診療とケアマネジメント、アウトリーチ、リハビリ機能が一体となったものに急性期および合併症対応病棟が併設されたもので地域精神医療の拠点機関である。同様の施設が全国に 58 か所ある。人口 20～30 万毎に RIAGG が設置されるように規定されており、GGZ のブランチがそれ以上のキャッチメントエリアを有する場合には、複数のユニットを持つこととなっている。

視察を行った Warrant は東ブラバント GGZ の 5 つの RIAGG のユニットの一つであり、Helmond の中心部に位置し、総合病院に隣接する。計 81 床の病床を持ち、1 病棟は 20 床で急性期病棟の他、老年期病棟と隣接する総合病院と連携して身体合併症病棟を運営している。病棟全体の入院平均期間は 2 ヶ月である。外来は 10 人の精神科医が担っており、年間 500 万ユーロの収益がある。

急性期病棟は閉鎖病棟で 18 床、20 人の常勤看護師と 13 人のパート看護師で 3 交代で運営している。日勤 5、準夜、夜間の看護配置となる。強制入院と任意入院が混在し、比率は 2 : 3 である。毎日病棟医師と看護師でのアセスメントが行われる。平均在院日数は 1～3 ヶ月で、長期化した場合に別の精神科医が治療についての再評価を行う。病棟にケースワーカーが配置されており、多職種でケアプランを立てるが、病院内では医師がイニシアチブを持つ。薬物治療は非定型抗精神病薬が第一選択で、第 2 選択がクロザピン、ECT は行わない。身体拘束は法律で廃止され、この病棟では 4 床の隔離室で行動制限を行っているが、隔離室の長期利用はない。

< 精神科病院（長期ケアユニット） >

大規模精神科病院は、病床の大半を長期ユニットとして急性期病床とは別に扱っている。しかしこれは住居施設ではなく病床として計算されている。医師の配置がないのが大きな違いである。病床をそのまま利用し、常時スタッフを配属したものなどケアの必要度に応じて様々なタイプがある。

このタイプの長期ケアの住居者も、サービス密度の高いホームケアやアウトリーチサービスを利用した単身生活や、地域にある住居施設などでのケアに移るようになってきている。また、敷地内や敷地に隣接してグループホームを設置し、病院のリフォームをはかっている。

視察した Huize Padua は 300 人が長期ケアユニットで生活している。病棟を転用したケアユニットは 1 ユニットは 20~24 名である。敷地内にはアパート型のグループホームもある。長期ケアユニットにはかつての隔離室は存在するものの、病状の不安定な入居者に対してもほとんど利用しないよう対応している。

< ケアマネジメント >

ケアマネジメントシステムは確立されており、主に精神科専門看護師がケアマネージャーとして運営している。オランダでは日本の精神保健福祉士のようなケースワーカーは存在せず、ソーシャルワーカーは事務手続をおこなうために精神科サービスに少数関与するのみである。

東ブラバンド GGZ では人口 50 万に対して 35 のケアマネジメントチームを持っている。比較的安定したケースを担当するレギュラータイプのケアマネジメントの 1 ケ

ースマネージャー当たりのケースロードは 100 ケースである。

比較的重症なケースの場合には、多職種チームによるケアマネジメントがおこなわれており、次に述べる FACT が対応している。

< アウトリーチ >

脱施設化に伴い、重症の障がいを持つケースに対するケアや緊急対応、また医療サービスへのリエゾンを目指すサービスなど、医療の中で問題が生じやすい部分に対してのアウトリーチサービスのバリエーションが見られる。

①FACT (Functional ACT)

比較的重症なまたは状態が不安定で時により厚いケアが必要な状態になりうるケースをサポートする多職種ケアマネジメントチームである。1993 年に始まりオランダ全土で 60 チーム存在する。アメリカ ACT と違い、ケアマネジメントチームの一部が重症対応で機能することが出来、症状・状態に関わらず同じケアマネジメントチームで継続的な対応を受けることが出来る。医師、地域精神看護師、心理士、就労専門スタッフ、依存専門スタッフ、ピアスタッフの多職種構成となっている。

東ブラバンド GGZ では 35 のケアマネジメントチームのうち 10 チームが FACT であり、各チームのケースのうち 20%が ACT レベルのケアが必要と見なされる。また全体の 60%がこの 20%になり得る。つまり人口 500000 のうち 200~250 名が ACT の対象者となっている。FACT では、ACT ケース

は週 3~4 回のケアミーティングを行い、普通のケースは週 1~2 回程度となっている。

②Crisis-Intervention

救急対応専門のアウトリーチチームで、24 時間サービスである。GP、警察などからの救急対応の要請に応じる。本人・家族の直接利用は出来ない。電話での相談に対しアセスメントをおこない、救急の受診や入院につなぐ。オンコール医師との連携で強制入院診察を行うこともある。必要に応じ Nr 看護師、医師は訪問もおこなう。夜間・休日はオンコール体制で、窓口は隣接する総合病院の救急部となる。

東ブラバント GGZ では 3 つのチームが存在し、1 チームに 11 人の地域精神看護師が配属されている。2 交代制で日中 2 名の配置がある。夜間はオンコールとなる。Warrant では 20000 人のキャッチメントエリアで週 10 件程度の依頼がある。

④ Interface care(干渉ケア)

医療に対して必要性を感じていなかったり、介入に拒否的で医療サービスにつながない精神障がいを持つ方に対して、アウトリーチで本人との関係作りやアセスメントをおこない、本人が医療につながる機会を作り出すことを目的として 1997 年に始まった。本人の同意が得られない活動のため保険を使うことが出来ないため、行政サービスの一つとして税金を投じておこなっている。ヘルモンドでは、2007 年は 340000 ユーロの予算で GGZ に業務委託をしている。スタッフは 7 名の看護師 (週 20 時間のパート) で、約 100 ケースに対応している。ホームレスに対する介入が多く、GGZ の医療サービスや Novadic という依

存ケアにつなぐことが多い。

<リハビリテーション>

リハビリテーションは 1970 年代初めよりデイケア等の整備が行われはじめた。現在では、3 つのパターンに分類される

①長期ケアユニット住居者のためのデイケア

長期ケアユニット入居者のための日中の活動場所であり、全国に 131 カ所ある。

②リハビリテーションセンター

地域にあるリハビリテーション施設で、全国で 250 カ所 (1996 年) ある。レクリエーション、心理教育、作業療法や就労サービスを行っている。これらのうち 2/3 は GGZ が運営し、残りは別の NGO が運営している。これはヘルスケアやコミュニティケアと協働する部分の活動であり、全体の 1/3 を占めている。

視察した Clara Klooster (クララ修道院) は、200 年に東ブラバント GGZ が買い取り設立したリハビリテーション施設で、デイケアと住居型リハビリ施設をもつ。デイケアはスタッフ 9 名 (うち看護師 4 名) で、250 名の登録がある。心理教育や、工芸、彫刻などの作業療法、清掃、受付などの所内労働や PC 訓練やジョブコーチなどの就労サポートが受けられる。利用は AMBZ の 5 年毎の評価にて継続が決定し、またスタッフは年 4 回の個人評価とケアプランの作成を行っている。

③Sheltered living accommodation

住居型のリハビリテーションである。共同生活と労働を組み合わせたりハビリであ