

MHEEN のデータによる 4 グループでの人口十万人当たりの精神科病床数の推移を示す 1)。(ただしグラフ上のデンマーク、トルコは 4 グループではない)

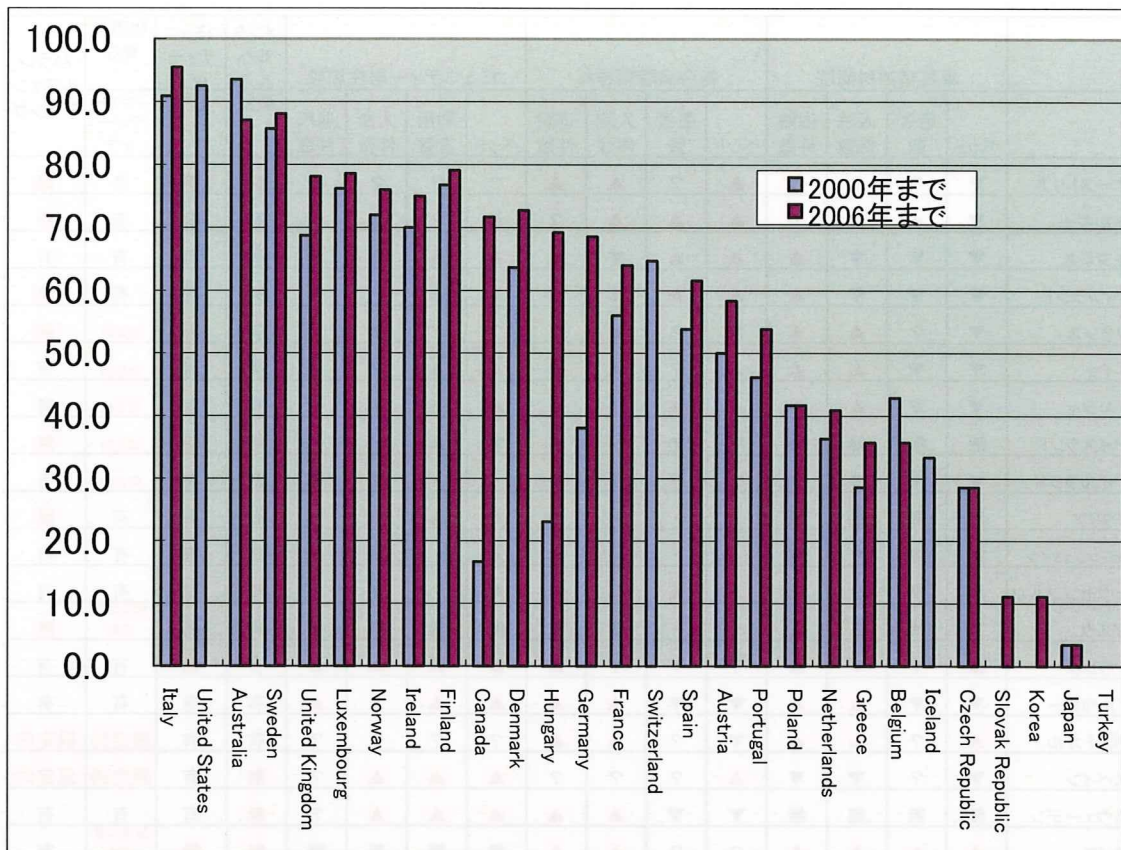
4 グループにおいて病床削減は国による格差が大きい。精神医療改革についての理解の差、改革を行うのに必要な経済力の差がこの格差を生んでいる。病床削減は緩やかであるのはそれらの理由に加え、西欧諸国と比べれば病床数が元々少なく極端な収容中心ではなかったことが理由である。多くの国で単科精神科病院の病床は減少したが、ポーランドは逆で1990年から2003年の間に単科精神科病院の数が47から53へと増加し

た 1)。グラフには示さないが、ロシアでの脱施設化は政策的な誤りにより進んでいない 1) 20)。

II. 精神医療改革で何が変わったのか

1. 精神医療改革の動向：総論

前項でOECD Health Data 2002年版(データは2000年まで)のグラフを提示したが、その後も精神科病床は減少している。他の文献および実地調査で入手したデータも合せ精神科病床数の削減率をグラフに示す。



2グループに属する国々も徐々に、しかし確実に病床削減を進めてた。2002年版のデータで3-4割の削減率であった多くの国でも、最近のデータでは6割から7割の病床削減を達成した。

1990年は、精神医療改革が次のステップに進んだ転換点とされている(21)。それまでは脱施設化が精神医療改革の最重要課題であったが、1990年以降は先進諸国では病床削減はすでに終わったことと考えられ、多くの国において研究者や政策に関与する者

の関心を失った。今回の調査で各国の精神科病床数、居住施設のベッド数を尋ねた時、90年代までのデータは出ても、最近のデータについては正確な回答が得られないことがあった(22)。1990年以降は司法精神医療の充実、より重症な障がい者のコミュニティ精神医療へと関心は移っている。

ヨーロッパ諸国、アメリカ合衆国、カナダ、オーストラリアの精神医療改革のトレンドを示し、日本と比較する。

	単科精神科病院				総合病院精神科				コミュニティー居住施設				メンタルヘルス政策	コミュニティーケア政策	利用可能なコミュニティーケア	パラレルファンディング
	ベッド	患者数	入院件数	退院件数	ベッド	患者数	入院件数	退院件数	ベッド	利用者数	入所件数	退所件数				
オーストリア	▼	?	?	▲	▲	?	▲	▲	?	?	?	?	無	無	有	無
ベルギー	▼	▲	▼	・	▲	▲	▲	?	▲	?	▲	?	有	有	有	無
キプロス	▼	▼	▼	▲	▲	▲	▼	▲	▲	▲	▲	▼	有	有	有	有
フィンランド	▼	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	?	?	有	有	有	無
フランス	▼	?	▲	▲	▼	?	▲	?	?	?	?	?	有	無	限定的	無
ドイツ	▼	▼	▲	▲	▲	?	▲	?	▲	▲	?	?	有	有	限定的	有
ギリシャ	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	・	有	有	限定的	有
アイスランド	無	無	無	無	▼	▼		▲	▼	▲	・	・	無	無	限定的	無
アイルランド	▼	▼	▼	▼	?	?	?	?	・	・	▲	▼	有	有	限定的	有
イタリア	無	無	無	無	・	・	・	・	▲	▲	▲	・	有	有	有	無
リヒテンシュタイン	無	無	無	無	・	・	?	▲	▲	・	?	▲	無	有	有	有
ルクセンブルク	▼	▼	?	?	▲	▲	▲	▲	▼	?	?	?	無	有	有	有
マルタ	▼	▼	▲	▲	・	・	▼	▼	無	無	無	無	有	有	非常に限定的	無
オランダ	▲	▼	▼	▲	?	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	有	無	有	有
ノルウェー	▼	▼	▲	▲	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	有	有	有	有
ポルトガル	▲	?	▲	▲	▼	?	▲	▲	?	?	?	?	有	有	限定的	限定的
スペイン	▼	?	▼	▼	▲	?	?	?	▲	▲	▲	?	無	有	限定的	限定的
スウェーデン	無	無	無	無	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	?	無	有	有	有
スイス	▲	▲	▲	▲	?	?	▲	▲	無	無	無	無	無	無	非常に限定的	有
UK(イングランド)	▼	▼	▼	▲	▼	▼	▼	▼	▲	▲	▲	?	有	有	有	有
UK(スコットランド)	▼	▼	▲	▼	▲	▼	▲	▼	▼	▲	▲	?	有	有	有	有
UK(ウェールズ)	▼	▼	▼	▲	▲	▼	▼	▲	▲	▲	▲	?	有	有	有	有
UK(北アイルランド)	▼	▼	▼	▲	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▼	▲	有	有	有	有
ブルガリア	▲	・	?	・	▲	▼	?	▲	・	▲	▲	▼	有	有	非常に限定的	有
チェコ	▼	?	?	?	▲	?	?	?	?	?	?	?	有	有	非常に限定的	有
エストニア	▼	▼	▲	▲	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	有	無	限定的	無
ハンガリー	・	▲	▲	▲	▼		▲	▲	・	・	・	・	無	部分的	限定的	限定的
リトアニア	▼	?	▲	▲	▼	?	▼	▲	▼	▲	?	?	有	有	非常に限定的	有
ポーランド	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▼	▲	▲	▲	有	無	限定的	有
ルーマニア	▲	▲	▲	▲	?	▲	?	?	?	?	?	?	有	無	無	無
スロバキア	▼	?	▲	▲	▲	?	▲	▲	?	?	▼	?	有	有	無	無
スロベニア	▼	▲	▲	▲	・	?	?	?	▲	▲	▲	?	無	無	非常に限定的	有
トルコ	・	▲	▲	・	▲	?	?	?	無	無	無	無	有	有	無	無
USA	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	有	有	有	無
カナダ(ブリティッシュコロンビア)	▼	▼	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	有	有	有	無
オーストラリア(ヴィクトリア)	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	有	有	有	無
オーストラリア(ノーザンテリトリー)	▼	▼	▼	▼	▲	▲	▲	▲	無	無	無	無	有	有	限定的	無
日本	・	▲	▲	▲	▼	▲	▲	▲	▲	?	?	?	有	部分的	非常に限定的	無

注: ▲(増加) ▼(減少) ・(変動なし) ?(不明)

1) 筆者がアメリカ合衆国、カナダ、オーストラリア、日本のデータを加え、フィンランド、ベルギーのデータを修正し作成

	ヘルスケアシステム	ヘルスケア財源	重症者精神障がい者への支給	急性期医療	慢性期患者のケア	CMHC	改革の全国一/地域差	メディアの関心	精神保健ケア政策の一貫性	白書・全国調査の有無
UKイングランド・ウェールズ	NHS	税	福祉的扶助	総合病院精神科+小規模精神科病院	ホステル+グループホーム+支援住宅	あり	地域差(全国一に戻りつつあり)	あり	適度にあり	多数
フランス	国営健康保険	健康保険+福祉	障害年金+福祉的扶助	単科精神科病院+総合病院精神科		あり	画一的(若干地域差)	あり	国家的に有・地方に無	あり
ドイツ	健康保険	税>健康保険>退職年金	福祉的扶助	単科精神科病院+総合病院精神科	ナーシングホーム+支援住宅+家族同居	あり	地域差	なし	あり	少ないが影響力あり
イタリア	NHS	税	障害年金+福祉的扶助	総合病院精神科	監督付きホステル+家族同居	あり(695か所)	地域差があったが縮小	あり(国策に影響)	あり	あり
ポーランド	健康保険	健康保険>社会予算	福祉的扶助	単科精神科病院>総合病院精神科	ナーシングホーム>単科精神科病院	あり(700か所以上)	画一的(若干地域差)	話題による	あり	少ない
ロシア	NHS	税	福祉的扶助+障害年金	単科精神科病院	単科精神科病院+ナーシングホーム+家族同居	あり	地域差	あり(国策に影響)	少し	いくらかあり
スペイン	NHS	税/健康保険/民間保険	障害年金+福祉的扶助	単科精神科病院/総合病院精神科	単科精神科病院+ナーシングホーム+支援住宅+家族同居	あり(555か所)	大きな地域差(政策レベルで違い)	あり(国策に影響)	あり(国家+地方)	少ないが影響力あり
スウェーデン	NHS	税/健康保険/民間保険	障害年金	総合病院精神科	総合病院精神科+ナーシングホーム	あり	大きな地域差(政策レベルで違い)	あり(国策に影響)	あり(国家+地方)	あり
オランダ	健康保険	健康保険	福祉的扶助	単科精神科病院>総合病院精神科	単科精神科病院+スタッフ付きグループホーム(病院内とコミュニティー)	あり	画一的(若干地域差)	あり(国策に影響)	あり	あり
カナダ	NHS	税	障害年金	総合病院精神科	単科精神科病院+スタッフ付きグループホーム(病院内とコミュニティー)	あり	地域差	あり	あり	いくらかあり
ベルギー	健康保険	健康保険	障害年金	単科精神科病院+総合病院精神科	単科精神科病院+スタッフ付きグループホーム(病院内とコミュニティー)	あり(少ない)	大きな地域差(政策レベルで違い)	なし	少し	少ない
オーストラリア	NHS	税	障害年金	総合病院精神科	単科精神科病院+スタッフ付きグループホーム	あり	大きな地域差(政策レベルで違い)	あり(国策に影響)	少し	あり

	NPO/NGOは改革に効果があったか	精神科リハビリテーションは改革に効果があったか	居住施設は改革に効果があったか	精神障がい者の労働市場への参加	精神障がい者の労働市場への参加	精神医療と福祉の統合	GPの精神治療への参加	一般科との統合	精神保健専門家の職場の統合	専門家の役割の変化	家族の役割の変化	障がい者の役割の変化
UKイングランド・ウェールズ	適度に重要・意見を尊重されない	あり(最近ではACTIにフォーカス)	あり	なし	あり(変化著しい)	非常に限定される	かなり統合	総合病院精神科・CMHC	チーム医療、働き方の変化	あり(非常に限定)	あり	
フランス	なし	あり	なし	なし	遅い	いくらか	いくらか統合	単科精神科・総合病院精神科・個人開業	より専門的な働き、認知度アップ	あり(非常に重い負担)	あり(始まったばかり)	
ドイツ	不詳	なし	あり	なし	遅い	25-50%	50%	単科精神科・総合病院精神科・個人開業	医療への	あり(重い負担・今まで以上の関心と関与)	あり(より強いイニシアチブと関わり・セルフヘルプグループ)	
イタリア	パブリックオピニオン・政治団体が重要	あり	あり	改革後期にあり	あり(変化著しい)	非常に大きな地域差	非常に大きな地域差	CMHC・総合病院精神科・個人開業	統合、認知度アップ	より重い負担・認識と支援、ステイタ改善	障がい者の参加を進める段階・セルフヘルプグループ	
ポーランド	限定される	あり	あり	低賃、失業率上昇	若干進歩	不詳(改革途上)	不詳(改革途上)	単科精神科>CMHC>総合病院精神科	精神保健スタッフの一般医療への統合	不十分な支援	あり(セルフヘルプグループ)	
ロシア	初期に重要であった	いくらかあり	なし	不十分	わずか	なし	なし	単科精神科病院	あり・役割は難度アップ	あり・いくらか変化・セルフヘルプグループ	あり(いくらか・セルフヘルプグループ)	
スペイン	なし	あり(不十分・地域歳大きい)	あり(不十分・地域歳大きい)	あり(ごくわずか・不十分・地域歳大きい)	遅い(地域歳大きい)	25-40%	50-80%	単科精神科病院・総合病院精神科・CMHC/個人開業	職場の変更・認識の高まり	あり・支援なし	なし(患者の役割について)あり(接流布ヘルプグループ)	
スウェーデン	なし	あり(ソーシャルサービスへの移行)	あり(ソーシャルサービスへの移行)	あり(非常に致居は高い)	あり(法整備遅れる)	10%	10%	総合病院精神科・CMHC>ソーシャルサービス	プロフェッショナルとしての役割・専門化・医学的思考	あり・負担の増大・より多くの関わりと支援	あり(より多くの関わり・政府とサービスにおけるイニシアチブ)	
オランダ	あり	あり	あり	不十分・最近改善の兆し	遅い	いくらか(コンサルテーション)	15-20%	総合病院精神科>CMHC>精神科専門医療	より認知される	権利の向上、よりよいサポート	より重い負担・より認知される	
カナダ	限定される	あり	あり	不十分	あり(変化著しい)	地域差	いくらか統合	単科精神科・総合病院精神科・個人開業	職場の変更・認識の高まり	あり(重い負担・今まで以上の関心と関与)	あり(いくらか・セルフヘルプグループ)	
ベルギー	あり	あり	あり	なし	なし	いくらか	いくらか統合	単科精神科病院・総合病院精神科・個人開業	プロフェッショナルとしての役割・専門化・医学的思考	より重い負担	不詳	
オーストラリア	あり	あり	あり	不十分	あり	いくらか	いくらか統合	総合病院精神科>CMHC>精神科専門医療	あり・役割は難度アップ	非常に重い負担	あり(より強いイニシアチブと関わり・セルフヘルプグループ)	

先進諸国の精神医療改革の実績を示す23)。(元の表に筆者がオーストラリア、カナダ、ベルギーを加えた)

2. コミュニティー精神医療の発展

かつては精神科病院以外で精神障がい者が治療を受ける場は非常に限定されていた。最も極端なドイツなどの中部ヨーロッパ諸国では、入院治療に専念させるために1970年代まで病院での外来診療が法で禁じられていた。街に精神科診療所は存在していたが、神経症に対して精神分析的な治療を行うところが多く、実質的に統合失調症のコミュニティでの医療は不可能であった。精神医療改革ではまず病院での外来診療が許可されることからスタートし、ようやく治療を受けながらコミュニティで精神障がい者が生活できるようになった。

これにより施設収容の時代が終わり、精神障がい者が一般の住居で生活し、一般の企業で就労することが可能になり、QOLが高くなったと評価されている³⁾。

多くの国において1980年代までにコミュニティケアに関する政策が打ち出されたが、スイス、オーストリア、アイスランド、オランダではコミュニティケアに関する基本的政策自体が存在しない。この政策の有無は脱施設化の進捗度と大いに関係がある。

多くの先進諸国ではコミュニティでの医療が拡大され、様々な精神医療の拠点が整備された。例えばフランスでは全国に2,200ヶ所の精神保健センターと1,218ヶ所のデイホスピタルと1,056ヶ所のデイケアセンターが整備され、地域に密着した外来中心の高度なケアが行われている²²⁾。

多くの国で高度なコミュニティでの医療を提供するために、コミュニティメンタルヘルスセンターCMHCが整備され、24時間

対応の救急外来、危機介入用の治療ベッドが用意された。精神科看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士などの参加するコミュニティメンタルヘルsteam CMHTによる多職種協同チーム医療が提供されるようになった²⁴⁾。総合病院精神科には外来を置く国、救急に専念するために外来を置かない国がある。

訪問看護、ACT、モバイルチームなどのアウトリーチプログラムは1A、1Bグループでは整備され、コミュニティでの精神障がい者の医療とケアを担っている。特に英連邦圏諸国で質の高い先進的なシステムが行われている。それ以外の国でも大都市より整備されつつあるが、整備状況には国によって大きな開きがある。新たな入院を防止する強い効果についてはいずれの国でもエビデンスが認められている。

アウトリーチサービスは、住居サービスのとのバランスや病床削減のスピードに大きく関係していると思われる。住居サービスの展開に力を入れる国々では、ケアの機能を施設に付随させるため、アウトリーチサービスは導入されているもののその種類やサービス提供量は余り多くない。一方施設設置にあまり重点をおかない国々は、ケアの中心がアウトリーチとなるため、そのサービス量とバリエーションが実に多い。多くの国が回転ドア現象や医療からのドロップアウトの問題を抱えACT(包括型地域支援)の導入をはじめている。独立したACTチームから、従来のケアマネジメントチームに重症セクションを追加した形と国々の状況に合わせたバリエーションが見られた。また、ホームレスや早期介入など対象分野

の細分化もみられる。

一方クライシス・インタベーションや干渉ケアなど、医療導入のためのアウトリーチも多く、多くの国で見られている。初発の患者に対するアプローチだけでなく、医療からドロップアウトした患者を再度医療につなぐためにも重要なサービスと思われる。

精神科医の他にコミュニティーで医療を提供する GP（一般医・General Practitionerプライマリケア医）が精神医療を行う国も多く、UK、オーストラリア、カナダなど税を財源とする公的医療システムである NHS(National Health Service)の制度を行う国では GP が診察を行い、必要なケースのみ専門家へ紹介する制度をとっている。これらの国々では重症の精神病にも GP が対応できる持つ国もある。

精神科個人開業診療所は中部ヨーロッパでは多く、精神療法的アプローチを得意とするが、NHS 諸国では主流ではなく医療保険の適用も限定される。

デイホスピタルは精神科病院、外来診療所など様々な所に設置され、認知行動療法、教育的治療、集団精神療法などの高度な医療サービスを提供している。医療保険の適応を受け、期間は数か月に限定される国が多く、それを過ぎると福祉系サービスのデイセンター、患者クラブなどに移ることになる。

3. 精神科救急医療

a. 入院治療

救急・急性期病棟の設置場所については、カナダ、オーストラリア、マレーシアのような身体救急と同様総合病院 ER を窓口とする総合病院設置型と、スイス、イギリス、

オランダ、シンガポールのような単科精神病院設置型に分かれる。また、最近ではイタリア・トリエステのようなコミュニティーメンタルヘルスセンター（CMHC）に急性期病床を併設させたタイプもみられる。（オランダ・ヘルモンドまたはイギリス・バーミンガム）

救急ユニットは数床であり 3 日程度の滞在期間となっているところが多い。急性期病棟の平均的な病床数は 1 病棟 15-20 床程度で平均在院日数は 2 週間程度（中部ヨーロッパでは多少長い 4 週間が上限）でいずれも日本より短い。入院の目的は治療導入と鎮静化であり、退院後ケアマネジメントが必要な精神障がい者の場合には、退院後の生活のマネジメントは担当となるケアマネージャーが病棟に赴き、ケアプランの作成や退院調整を行うことで急性期治療から地域医療への連携が行われる。メルボルンでは、地域のケアマネジメントチームが病棟のスタッフとして入院中から地域ケアの導入を行い、トリエステでは病棟も地域ケアも同じ担当のチームスタッフが継続して対応するような、地域ケアと病棟ケアのシームレス化も進んでいる。

短期間で地域生活に戻り地域サービスの元で必要に応じてリハビリテーションを行うため、急性期病棟での作業療法等の積極的なリハビリテーションはなく、リラクゼーションなどのアクティビティーの提供程度となっている。

b. クライシス・アウトリーチ

アウトリーチシステムの進んだ国では、急性期のアセスメント・治療導入をアウトリーチで行うクライシス・アウトリーチが導入されている。救急医療へのアクセスを

スムーズにし、かつリスクを考慮した上で在宅での急性期ケアを行うことが可能になってきている。これらのサービスは、精神科救急システムと連動し、電話によるトリアージや強制入院の鑑定ともリンクしているところも多い。

4. ケアマネジメント

地域システムの要となるのがケアマネジメントである。精神障がい者の地域生活においてはさまざまなサービスの利用が必要であり、また他の障がいと違い症状・状態が固定化されず必要なサービスの内容・量に変動があるため、ケアマネジメントが必要となる。ケアマネジメントシステムは既に多くの国で導入されており、まだ導入されていないシンガポール、チューリッヒでは重症精神障がい者に対するケアマネジメントである ACT の試行中であった。

ケアマネジメントは多職種チームアプローチが主流となってきているが、地域により職種の偏りはある。ヨーロッパにおいては看護師が占める割合が高い。北米ではソーシャルワーカーが多く活躍している。いずれの職種でも、ケアマネジメントやソーシャルワーク、症状評価やなど本来の職種の技能の他にケアマネジメントを行うためのスキルが必要になり、そのための教育システムが確立されている。

〈コミュニティーメンタルヘルスセンター〉

ケアマネジメントがシステム化している国々では、コミュニティーメンタルヘルスセンター（CMHC）が地域ごとに設置されている。CMHC は、外来診察、ケアマネージャーによる相談支援、アウトリーチ、通所型リハビリテーションなどの外来機能の総合

施設である。キャッチメントエリア制で、都市部ではアクセスのよい場所に設置されているが、僻地では保健所の一機能としてケアマネージャーが配置されている。個別担当制はあるが、多くの国で多職種のケアマネジメントチームで活動をしている。

CMHC のチーム形体には3つのパターンが見られる。

a. 1つのキャッチメントエリア（1CMHC）で機能別ケアマネジメントチーム

数種類のケアマネジメントチームセクション化して1カ所のCMHCにあり、患者の必要度に応じて対応チームを使い分ける。

b. 特殊なケアマネジメントチームの集中化

ACT やホームレス対応など、密度の高いサービス提供が必要なケースを、いくつかのCMHCで必要な患者を1カ所に集中させチームを設定する。

c. 1チーム多機能型

比較的小さなキャッチメントエリアで、軽症から重症まですべての患者を同じチームでケアする。状態にあわせて同じスタッフがケアの密度を調整し、継続的なケアに重点をおいた方法である。トリエステやオランダのFACTがこれにあたる。

5. リハビリテーションサービスの整備

a. 構造の変化

リハビリテーションは、コストパフォーマンスと治療効果に関するエビデンスの問題、生活状況に即した地域支援を中心としたリハビリテーションの普及、さらに早期介入の導入による変化などさまざまな影響を受け形態が変化してきている。

医療施設が行う医療サービスと NGO などが行う福祉サービスは、国のシステムによ

りその境界を明確に分割出来ないものもあるが、全体として機能分化が進んでいる傾向が見られる。医療サービスは豊富な人材を利用し、短期間でリハビリ効果の高いプログラムを提供、福祉サービスは作業所や日中活動場所など日中の生活機能の維持のためのサービスの提供が多いが、最近では就労支援や心理教育などを当事者が主体となり運営するクラブハウスや福祉施設が提供するなど、専門家と違うアプローチで高いリハビリテーション効果を持つプログラムも見られる。

b. 各種リハビリテーションサービス

i) 入所型リハビリテーション

入院でのリハビリテーションはいくつかの国でプログラム化したものがみられた。日常生活技能の訓練、心理教育、認知機能訓練から就労支援まで個々の状況に合わせたプログラムにより展開されている。利用期間の設定があり（2ヶ月から1年）、その間の目標設定と効果評価が定期的になされ長期的な利用はない。従って慢性期患者に対する生活・社会機能維持を目的にした院内集団作業療法はみられない。

その他の国でも短期間の入院では症状が改善せず入院が長期化する「難治患者」対応の中・長期入院の病床を少数ではあるが持っており、そこで個別プログラムリハビリテーションが行われ、よりサービス密度の低いケアへのステップダウンを目指して、薬物療法と両側面より調整を行っている。

ii) 通所型リハビリテーション

医療施設で行う通所のリハビリテーションサービスは、アウトリーチの発達により生活場所での個別リハビリテーションが徐々に主流となり減少傾向にあると思われる。

る。生活機能の維持や日中の居場所の提供などは福祉サービスへの移行が進んでいる。

医療サービスとして提供しているものは

・ドロップ・インプログラム

リハビリテーション導入として CMHC でドロップインタイプのプログラムを提供している。リハビリテーションに興味が見られたら、他のサービスへのリンクを行う。

・早期介入プログラム

症状の慢性化前の集団リハビリテーションは効果的であるというエビデンスのもとに、早期介入プログラムの一部としてデイケアを取り込むところもある。（メルボルン、バンクーバー）

・デイケア

医療サービスとして行うデイケアは、利用期間が半年から1年と限定されているものが多い。チューリッヒ、マレーシアは半年未満の利用期間、バーミンガムは長期ケアを目的とするデイケア機能を福祉機関に移行し、新たに短期利用のデイケアを設立、長期ケアを廃止の方向で取り組み始めている。個別プログラムの設定、評価を利用者とともにを行い、リハビリテーションの効果を判定する。プログラム内容は、症状管理や疾患教育などの心理教育、認知機能リハビリ、就労準備など社会生活に必要な技能の獲得を主としている。また、民間医療では、抑うつや不安障害の数ヶ月単位のデイケアを提供するなど、疾患別の特質を踏まえたプログラムの提供も見られる。

・作業療法

日本のようなデイケアと区別された外来作業療法にあたるものはあまり存在せず、デイケアのプログラムとして作業療法的なアプローチがみられるか、オランダ・ヘル

モンドのように福祉サービスとして位置づけられている。

c. 福祉通所施設

NGO が運営する福祉サービスは、主に慢性期の障がい者の日中の活動などのデイケア機能や作業所や就労支援などの活動の提供を行っている。企業としての経営のノウハウを取り入れ、助成金や税優遇や寄付金だけに頼る運営とならないように工夫を行っている。助成金や税優遇や寄付金だけに頼る運営とならないように工夫を行っている。

居場所の提供や食事の提供などのみではなく、最近では就労支援や心理教育、ピアワーカーの養成などサービス展開は多様化しており患者のリハビリをサポートしている。

d. 就労支援

リハビリテーションの目的は、再発・再燃の防止や日常生活の維持から、就労や社会参加に変化してきている。そのため就労支援に対するサービスの充実が各国で見られている。就労支援もアメリカで始まった IPS（保護付き就労）やトリエステの社会共同体のような雇用機会の確保、シンガポールのような企業とタイアップした就労訓練と提携雇用のような様々な形が見られる。いずれも作業所のような特殊な雇用場所を設置する従来の形から、一般就労の仕事の内容を調整したり、適応のためのサポートを行うような取り組みを目指すようになってきている。

6. 病院に替わるコミュニティーの居住施設

病院への収容に代わり、先進諸国では慢性

患者の生活とケアを行う場所として居住施設の整備が進んだ。看護師などのスタッフ付きホーム（日本では援護寮・福祉ホームに相当）（コミュニティーレジデンシャルホーム、スタッフドケアホームなど国によって名前は異なる。ナーシングホームの名称は精神障がい者用を含む国と高齢者用に限定し含まない国がある）、グループホームなどコミュニティーの居住施設は病床削減に応じて整備が進んだが、国により状況が大きく異なる。

これら居住施設の正確なデータを得ることは非常に難しい。なぜなら地方政府への権限移譲が進み国家的なデータが得られない国が多く、住居サービスは医療、福祉、住宅政策など複数の政策が絡み合うため状況把握がしにくく、またシステムも国の状況や歴史的な変遷を反映しやすく共通した傾向がつかみにくいことなどが理由としてあげられる¹⁾ 25)。精神障がい者のみのデータが得られる国についてみると、ベッド数はイギリス 0.71 床/人口千人²⁵⁾（ロンドン市 0.95²⁶⁾）、フィンランド 0.9¹³⁰⁾、カナダ 0.21²⁷⁾、ベルギー 0.66、²⁸⁾ ドイツ 0.7¹⁶⁾、フランス 0.61²⁵⁾、イタリア 0.29²⁹⁾、である。先進諸国の中でオーストラリアのみが 0.05 と整備が進まず、同国での患者・家族からのケアに対する批判につながっている³⁰⁾。脱施設化させた患者数の 25%¹³⁾ から 50%³¹⁾ は必要であるとみる専門家もいる。

居住施設の入居者数、退去者数の最近のトレンドは多くの国において情報が得られず、詳細は不明である¹⁾。

各国の状態を大きく 2 分すると、地域での生活への移行を早く行うことを重視し、そ

のためのアウトリーチサービスの拡充に重点を置くタイプと、病棟削減をスタッフが配置された住居施設の設置で補いながら徐々に地域移行を進めるタイプがあるように思われる。

住居施設には、職員配置やサービス内容などの基準がある国と、内容は事業体に任せられ明確な基準がない国とがある。ただ、住居サービスの種類は患者のサービス必要度に合わせて充実している。通過型のものから定住タイプのものまで利用期間にも幅がある。高齢化した障がい者の処遇も、高齢サービスへ移行する国とそのまま精神システムがケアする国があるため、利用年齢の制限も差がある。また、住居はあくまでも場所の提供と定義しそこで行われるケアをアウトリーチサービスと考える国もあった。

居住施設の類型

a. 精神病院の病棟転用

長期療養型病院の一部住居施設化は複数の国で行われている。ただ、これらが「脱施設化」の目的から離れないような工夫が見られる。

i) アメニティーの改善

病院敷地に新たに建設または病棟の改築を行い住居施設化する場合には、完全個室化でプライバシーの確保と個々のライフスタイルが尊重されるようになっている。

ii) 使用期限の設定

高齢化した長期入院患者のための施設に限定した住居施設とし、現在の利用者が退去した後は閉鎖するなどの使用期限を限定しているところがある。

iii) 地域での住居施設の設置

病棟転用に偏ることなく、地域での住居施設の設置も並行して行う。

b. 施設

i) ナーシングホーム

ACT 等のサービス密度の高いアウトリーチサービスを利用しても、単身もしくは家族同居が困難な重症患者に対しては、中・長期的に 24 時間の見守りやケアが必要なナーシングホームが必要である。医療専門職（看護師、ソーシャルワーカー）等の配置はあるものの病棟に比べ数は少なく介護職が多く配置される。服薬や身の回りのケアに常時マンパワーが必要な患者が対象となる。長期利用者が中心のものから、生活訓練を行い、短期間の利用でグループホームや単身生活などへ移行する訓練施設の色合いが強いものもある。

ii) グループホーム

グループホームも様々な形態がある。スタッフ配置や食事の提供などのケア内容は国によりかなりの違いがある。日本のようにグループホームの基準が単一化している国はむしろ少なく、施設の目的に応じてフレキシブルに設定できるようになっている国が多い。具体的に数段階の設置基準を設けている国もある。

iii) レスパイト施設

比較的軽度の急性期や亜急性期のケア目的でのレスパイト施設を設けるところもある。看護師を 24 時間配置し、激しい症状がない急性期患者のケアにあたる。医師は必要に応じて診療を行い、有床診療所に近い機能を持つ。バンクーバーでは急性期病棟の医療費削減に有効という評価を出しており、またトリエステの CMHC もこの機能を持つ。

居住施設についての留意点

居住施設は精神障がい者の臨床症状、ADL、

利用機関などにおいて段階的に整備するのが望ましい。例えばフィンランドでは1. 病院内にリハビリテーション病棟2. 病院至近に通常の家のようなシェルターの居住施設、3. コミュニティーのリハビリ的住居、4. リハビリ住居の近くに普通の小さな家、5. コミュニティーに支援つきのアパートという5段階の居住施設を用意し、段階的な移行を行い、脱施設化に成功を収めている(32)。いわゆる病床転換には、名目にすぎないものから、実質的な脱施設化まで各種ある。最も入院に近くコミュニティケアに遠い脱施設化は「オピステ」方式である。イタリアでは1973年、治療を要しないが社会的な理由で退院できない患者に「オピステ(お客)」という地位を与えた。そして精神科病院内のいくつかの病棟を寮に変えた(119)。オピステは法的には患者とはみなされなくなったが居場所は変わらない。彼らのいるベッドは病院内にはあるが、精神科病床数のカウントから外されるようになった(34)(35)。

脱施設≠コミュニティであることに注意しなければならない。精神障がい者の居住する地域で必要なサービスを提供することがコミュニティケアであるはずだが、ドイツのように病院外居住施設の建設が新たな隔離を大量に作り出しているケースもある(22)。ベルギーなどヨーロッパの各地で同じような新たな隔離は生まれている(36)。ルクセンブルクでは人里離れたところにファミリーペンションという名の収容が行われているが、居住者は年金の3/4を施設に搾取され月200ユーロ程度で生活し、求めるものは何も手に入らず、手元には何も残らない悲惨な生活を続けている実態が

問題となった。この施設は営利企業はおろか個人でも運営可能であり、人権を無視した収容がまかり通っている(37)(38)。

海外には常時施設され24時間行動制限の行われている居住施設が多数ある(22)。症状の重い患者を病院から移すにはそのような閉鎖的な処遇が必要と考えられている。アメリカ合衆国では施設されたホームに重症の患者が多数収容され、コミュニティの中でできた新たな収容施設でしかないと批判されている(39)。日本では居住施設での行動制限は認められていないが、居住施設での行動制限を認めなければ、当然の結果として退院できる患者数は先進諸国並みにはならない。

次のステップとして諸外国では大規模な看護師などのスタッフ付きホームから小規模グループホームへの移行が起こりつつある。北欧諸国ではすでに大規模なスタッフ付きホームが減少傾向にある(40)。大規模な収容施設(ヨーロッパには200床以上のホームも多い)よりも小規模なグループホームの方がより自然な居住環境が実現でき、また小規模な方がコミュニティの中で設置しやすいという利点がある。

7. 重症者のコミュニティケア・new long-term patient (young adult chronic patient)

重症の精神障がい者もコミュニティでのケアが可能であるとコミュニティケアの専門家は考えた。一方、入院治療を支持する専門家は、重症の障がい者は処遇が困難であり高いスタッフ対患者比を必要とするので、コミュニティでケアをするよりも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主張した 41)。脱施設化が進んだ国 1 A、1B グループでは重症の精神障がい者もコミュニティーでケアを受けるようになった。幾つかの国において重症者のケアについて有効なプログラムが実施され成果を上げている。重症者用の高度の監督付きの住居は国の経済状況、医療の質、都市か過疎地かによって異なるものの、人口千人当たり 0.1-0.7 (平均 0.25) 床で運営可能ではないかといわれている 37)。

重症者のコミュニティーケアが開始されしばらくすると、脱施設化の運動の推進者でも予想しなかった種類の困難に遭遇するようになった 3)。旧来の重症者は長期間入院期間に施設に収容されていたために、いつの間にか態度が受身的になっていた。彼らは基本的には指示に従い、居住施設に移された後もそこに留まり、きちんと治療を受けることができた。しかし脱施設化後に発生した重症者 new long-term patient (young adult chronic patient) はそうではない。彼らの多くは受け身的にケアを受けることはなく、抗精神病薬の副作用を忌避し服用を拒否する者もいる 42)43)。彼らにとって精神障がいという診断自体が迷惑であり、病気の診断も治療も要らないと反発することが多いため、コミュニティーケアに新たな困難をもたらしている。彼らは容易に家族や居住施設からの流浪を開始する傾向があるためホームレスになることは多く、刑務所に収容される例も報告されている。違

法薬物に手を染めるケースも多い。こうした new long-term patient (young adult chronic patient) に対しての対策の遅れがコミュニティーケア全体を崩壊させる恐れも懸念されるようになった 3)44)45)。アメリカ合衆国では 1980 年代から問題となっているが 46) 47)、未だに解決されていない。この問題はコスト面にも影響を与え、現在では重症者のコミュニティーケアは次第に非常に高価なものになっている 48)。

8. 司法精神医療の重要性の増大

司法精神医学は脱施設化と関連して重要性が増した分野である 19)49)。世界各国で司法精神病床は急激に増加した。コミュニティーでの司法精神医療を行うシステムは世界各国で整備されつつある。一般外来での治療、法廷の命令に基づく強制的外来通院制度、司法精神専門の居住施設などである 3)50)51)。警察官と協力してのコミュニティーでの活動も多く、多くの国で行われている 52)22)。

司法精神医療は①司法精神病棟、②コミュニティーの司法精神医療活動、③刑務所内の精神病棟の三極で成立しているが、そのバランスは先進諸国間で大きく異なる。三極のどれを重視するかは国によって違い、例えば司法精神病棟を欠く国でも他の二極がこれを代償することにより司法精神医療は成り立つ。次の表に示すように司法精神病床の少ない UK イングランド、スペインで刑務所収容者が多いことが分かる。

	UK イングランド	ドイツ	イタリア	オランダ	スペイン	スウェーデン
司法精神病床数						
1990	1.3 (1991)	4.6	2	4.7 (1991)	1.2 (1992)	9.8 (1993)
2002	1.8 (2001)	7.8	2.2 (2001)	11.4 (2001)	1.5	14.3 (2001)
変化率 (%)	38	70	10	143	25	46
非同意入院件数						
1990	40.5 (1991)	114.4 (1992)	20.51	16.4	33.8	39.0 (1992)
2001	50.3	190.5	18.14	19.1	31.8(2000)	32.4
変化率 (%)	24	67	-12	16	-6	-17
支援居住施設ベッド数						
1990	15.9 (1997)	8.9	8.8 (1992)	24.8 (1992)	5.1 (1994)	76.0 (1997)
2002	22.3	17.9 (1996)	31.6(2000)	43.8 (2001)	12.7	88.1
変化率 (%)	40	101	259	77	149	15
精神科病床数						
1990	131.8	141.7	4.5 (1992)	159.2	59.5 (1991)	168.6
2001	62.8	128.2 (2000)	5.3 (2000)	135.5	43.0 (1999)	58.3
変化率 (%)	-52	-10	18	-15	-28	-65
受刑者総数 (刑務所内)						
1992	90	71	81	49	90	63
2002	141 (2003)	98 (2003)	100	100	136 (2003)	73
変化率 (%)	57	38	23	104	51	16
人口 10 万人あたりデータ 21)						

刑務所への精神障がい者の収容は人権擁護の立場から大いに問題があるとみなすものが多いが 51)52) 53) 54)、イタリアのように刑務所内の収容が非常に多いにも関わらず国内ではあまり問題視されていない国も存在する。精神医療改革以前は犯罪に関係した患者は多くの国で精神科慢性期病棟に収容されていたが、処遇に困るこれらの患

者は入院医療が縮小されると最初入院を拒まれ、刑務所への収容が増加した 3)42)55)。脱施設化の進んだ国では残念ながら精神科病院よりも刑務所により多くの精神障がい者が収容されているのが実情である 3)。病床を削減しすぎたといわれるオーストラリアで、刑務所への収容は非常に多く同国の精神医療の劣化を端的に示して

いる 51)。単科精神科病棟も 24 時間保護付き居住施設もないオーストラリア・ノーザンテリトリーでは刑務所への常態化した障がい者の過剰収容が大きな問題となっている 36) 39)。アメリカでは 30 万、カナダでは 3 万人の精神障がい者が刑務所に収容されており 56)、更に増加傾向にある 57)。アメリカ合衆国では、刑務所内の司法システムはかつての収容的な病院に代わる「NO と云わない患者の受け入れ施設」「新たな Asylum」になったと言われている 3)。特に精神病と物質依存のいわゆる dual diagnosis の障がい者の収容が目立つ 42)。1970 年代から刑務所内の精神障がい者が増加したのは脱施設化の結果と考えられている。時間的な因果関係があること、重症の精神障がい者がコミュニティに非常に多くいること、司法的問題を起こす患者を収容する病棟が消失したこと、刑務所にいる精神障がい者はかつての病棟にいた患者と臨床的なプロファイルが似通っていることがその根拠とされている 21) 58) 59)。

9. 病院精神医療の縮小

精神科病床は大きく数を減らした。単科精神病院を中心に病院閉鎖、病床削減が進み、多くの国において大病院を中心に病棟が閉鎖され 100 床以下が標準となった。総合病院精神科の整備が進んだが、単科精神科病院が質を改善させつつコミュニティの資源として活用されている国も多い。単科精神科病院への入院件数はフランス、ドイツ、ノルウェー、スイス、スコットランド、ギリシャ、などで増加傾向を示しており、これらの国では単科精神科病院の活動が活発である 1)。フィンランド、ベルギー、イン

グランド、アイルランドなどでは入院件数は減少を示している。

改革の最初のステップとして病院の精神科外来を活発にすることが、脱施設化を促した。ドイツなど中部ヨーロッパ諸国では入院治療に専念するため、かつては病院での外来診療は法律で禁止されていた。精神医療改革により病院での外来診療がまず許可され、ようやく治療を受けながらコミュニティで患者が生活できるようになった。次にコミュニティでの外来への移行であるが、欧米の多くの国では病院勤務医がコミュニティの精神科診療所でパート勤務することが多く、入院で担当した患者を継続して診療することが可能であり、退院促進と治療継続の上で効果があった。

多くの国において精神入院医療は公的病院で提供されていたため、縮小は容易であった。逆に民間病院の多いベルギー、オランダでは病院医療の縮小は遅れた。

10. チェックアンドバランス Check and Balance

多くの国では病院・施設からコミュニティへの移行の道のりは平坦ではなかった。WHO の勧める脱施設化では、コミュニティにまず精神医療サービスを構築し、それから長期入院患者を十分な準備の後にコミュニティのサービスに移していくことが推奨されている 5)。国際的な評価の高いフィンランド統合失調症プロジェクト National Schizophrenia Project では「入院施設に代わるシステムを構築し、それが実現した場合のみ入院病床の削減を行う」ことがまず決定され、ホームレス、自殺などの弊害なしに脱施設化を成功させた 22)。

このように新システムの整備をチェックし、旧システムの縮小とバランスをとることが必須である（チェックアンドバランス）。チェックアンドバランスのうまく行われなかった国の代表はアメリカ合衆国とオーストラリアである。ともにコミュニティーケアを整備する前に病床を削減してしまい、行き場のない慢性患者を生んだ。政府には病床削減前にコミュニティーの資源を準備する責任がある 60)。

1 1. バランスケアモデル Balanced Care Model

入院施設に収容するだけの精神医療は時代遅れだが、コミュニティー精神医療だけが正しいと言うエビデンスも無い 61)。公立の精神科病院を全廃し極端なコミュニティー精神医療に走ったイタリアへの批判は強い 62) 63) 64)。

最近では、重症患者がコストのかかる精神科救急システムを占有してしまう問題、new long-stay patient 問題がコミュニティーケアを疲弊させてしまう問題が注目され 5 3)、コミュニティー精神医療のモデル地区であるロンドンでさえ、入院とコミュニティーのバランスが失われたという批判が起きている 21)。結局、最低でも脱施設化させた患者の 10%に相当する病院ベッドは確保する必要があるといわれている 65)。そもそも精神医療改革が始まったころは、コミュニティーですべてのサービスが可能になり精神科病院は全廃できるであろうという楽観的な予測がなされていた。コミュニティーの専門家の間には、今後は「大規模な入院医療は必要ない」と考える者すらいた。しかし重症の障がい者のケアを継続

的に行うコミュニティーの施設を造ることはいかに困難か思い知らされることとなった 3)。現実にはコミュニティーケアがいくら進歩しようとも入院医療は必要である 66)。

脱施設化当初からコミュニティーケアについては次の 3 つの基本的な理解があった 67)。

- ① コミュニティーケアは病院医療よりも根源的な意味において人道的である。
- ② コミュニティーケアは病院医療よりも治療的である。
- ③ コミュニティーケアは病院医療よりも費用対効果比に優れる。

ところが、これらの基本的な理解についてのエビデンスは今に至るも得られておらず、信頼性が大きく揺らいでいる。特に重症の障がい者を脱施設化させ、コミュニティーでの包括的なサービスを提供する段階になってこの 3 つの基本的理解の妥当性への疑問は強まった 67)。

現在までの研究からは、入院精神医療とコミュニティー精神医療の双方を取り入れた「バランスケアモデル」が専門家に支持されている 13) 61)。基本的に精神障がい者はコミュニティーで治療を受けるべきだが、必要なときは入院治療を受けられるようにすることが重要である 3)。

すでに先進諸国では、病床の削減は精神保健の指標とすべきではないとされている 3)。

1 2. 病床は何処まで削減するのが適正か

前章で脱施設化のスピードにより OECD 諸国を分類したが、1A グループに属する国々は病床を急速かつ大幅に削減した。2002 年度版 OECD のデータで人口千人当たりの病

床数をみると、イタリア 0.2・オーストラリア 0.2・アメリカ合衆国 0.3 と先進諸国では最も少ない部類に属する。しかしこれらの国では精神医療の質の劣化を批判する論文が多い。精神医療へのアクセスが悪化し必要な医療が受けられないというデータが存在する。入院は日単位の短期間に限られ改善しないまま退院させられるケースが多い。脱施設化でホームレスが増加し、自殺率が上昇し、家族に過大な負担がかかるようになってきている。中心となる公的精神科病院が保安施設化し、良好なサービスを希望する裕福な患者は高額な民間保険と民間病院を利用するが、貧しい人は必要な医療を受けられないという「格差医療」を作り出された(68) (69) 70)。

これは過度の病床削減によりもたらされた弊害である。オーストラリアは病床を減らしすぎて必要な医療が提供できていないと判断し、ついに「新たな亜急性期病床を整備する」という名目での精神科の増床を決定した。UK は公的病床で足りない部分を民間精神科医療機関から「購入」するという手法をとり、結果として民間精神科病床が急拡大している。

病床を削減するスピードの速さも問題となる。イタリアの Law180 は単科精神科病院を徐々に閉鎖すると命じた。しかし実際には急速な閉鎖が行われ、精神医療保健サービスの崩壊を招いた。オーストラリアでは財政主導の急速な閉鎖が行われ、精神医療が消失したと批判された(68) 70) 71) 72)。

2 グループではこのような問題の発生は少ない。自殺やホームレスの問題も生じていない国が多い。多くの国で急性期の患者に対し少なくとも 2 週間以上の適正な入院期

間が確保されている。視察したフィンランド、ドイツでの精神医療のレベルはおおむね満足すべきものであった。入院の環境は良好で、医療が必要なものには週単位での入院治療が行われ、作業療法や芸術療法などに十分な時間とコストをかけていた。現場のスタッフ、患者の評価も同様であり、入院日数(≒病床数に正の相関)もほぼ適当という答えであった。アクセスの点でも特に問題はないと評価されている。これらの国では脱施設化がホームレスの発生率、自殺率を上昇させたと言うデータも無い。なお現時点での精神科病床数はフィンランド 1.0 床/人口千人、ドイツ 0.66 である。WHO の統計ではヨーロッパ諸国の平均は 0.9、世界の先進諸国全体では 0.77 である(50)。

1.3. 単科精神科病院は減り総合病院精神科に置き換わったのか

コミュニティー精神医学は単科精神科病床を減らし、必要な病床は総合病院精神科病床として整備することを主張する。アイスランド、イタリア、スウェーデンでは単科精神科病院は消滅し、総合病院精神科が入院治療を提供するようになった(3)。しかし総合病院精神科のデメリットも最近では強調されるようになった。最近のトレンドとしては地域に一括して予算の権限を与え、その中で医療だけでなくコミュニティーのサービスも予算を配分する流れにある。ところが総合病院では他科の予算との線引きが非常に困難であることが明らかになったのである(73)。

多くの国において総合病院精神科で急性期治療を行い、長期入院は単科精神科病院で

提供するという住み分けが行われている。そのため長期入院患者のコミュニティー居住施設への脱施設化、New long stay と old long stay の減少に伴い単科精神科病院の規模は縮小しつつある (38) 71)。しかしヨーロッパでは自国で提供しないタイプの入院治療を隣国の単科精神科病院に依存している例も多く、多くの国で「越境入院」の流れが報告されているため注意が必要である (3) 74) 75)。

多くの国において総合病院精神科病床が増加した。中には総合病院精神科病床が減少する傾向にある国が幾つかある。しかしこれはコストカットを目的とした病床抑制であり、これらの国においてもそれ以外の点では脱施設化の傾向にあることは間違いない¹⁾。

ただし総合病院精神科と単科精神科病院のバランスは国によって大きく異なる。国土が狭く単科精神科病院が政治的理由で遍く均等に存在しているスイスではアクセスが良好であるという理由であえて総合病院精神科を整備せず単科精神科病院にコミュニティーの医療を担わせている (18)。コミュニティー精神医療の先進的な試みで世界中の精神保健関係者が注目する UK バーミンガムでは総合病院に精神科病床を持たせない方向で改革を進めている。逆にイタリアのように (表向きは) 単科精神科病院を全廃した国もある。また総合病院では精神科救急医療のみを提供している国が多い⁸⁾など、総合病院の担う機能は国によって大きな開きがある。

単科精神科病院は減少しつつあるが、今も多くの国で精神医療の中核を担っている。単科精神科病院の病床が多い国 (精神科病床全体の 60%以上) は日本、ドイツ、オラン

ダ、スペイン、スイス、オーストリア、アイルランド、ベルギー、チェコ、メキシコ、ポーランド、スロバキアなどである (50)。ヨーロッパの精神科病床数の 70.5%は単科精神科病院にあり、総合病院精神科は 10.1%に過ぎない。スイス、イギリス、オランダ、シンガポールのように精神科救急医療を単科精神科病院で行う方針を決めた国もある。

そもそも単科精神科病院を縮小・廃止すべきとされたのは、前世紀の Asylum に始まる長い歴史をもつ収容施設での非人道的な収容への怒りと低レベルの医療に対する不満が理由であった⁴⁾ 76)。単科精神科病院はスティグマがまつわるので廃止すべきという意見もある。¹⁾。しかしそもそもスティグマは当時の精神医療によるものであり、病院そのものではないという考えもある。単科精神科病院にまつわるスティグマと戦う試みが海外では続けられており⁷⁷⁾、この説は次第に説得力を失いつつある。

単科精神科病院が批判されたのはコミュニティー精神医療に対立する存在としてであった。しかし現在の単科精神科病院は立地さえよければコミュニティーの社会資源として活用されるようになってきており、単科精神科対コミュニティーの対立軸が意味を成さなくなっている。単科精神科病院が入院医療の主流で有り続ける国も存在する。スイスではあえて総合病院精神科を作らなかったが、国土が狭いため単科精神科病院へのアクセスがよく、コミュニティーの社会資源として機能している (18)。

今回の研究で調査したドイツでもフィンランドでもカナダでも単科精神科病院は良好に機能していた²²⁾。精神医療には環境の

与える力が非常に大きい。十分な敷地面積、運動場などのレクリエーション施設、日本よりはるかに充実した作業療法・音楽療法・芸術療法などりのハビリテーション施設など総合病院では望むべくも無いことである。これらは精神科入院治療に計り知れない効果をもたらしており、医療の質の高さにつながっている。総合病院精神科は狭く、うるさく、環境が悪いという批判もUK、オーストラリアなどで強い78)。

この研究では単科精神科病院も近代的な精神医療が供給可能でなおかつ立地が良ければコミュニティー精神医療の資源として活用可能であると結論付ける。

1 4. 民間精神科病院と公的病院の垣根の消失

イギリス、オーストラリアのように公的病院主体の国でも民間精神科病院は増えつつある。精神科病院はイギリスでは公的病院の運営の非効率、待機時間の長さ、質の低下が強く批判され、ついには民間精神科病院からサービスを購入するという形で、民間病院が公的医療保険制度を利用することを許し、精神科医療サービスの提供を民間にゆだねることになった。オーストラリアでは民間精神医療のシェアが大幅に伸びている30)。イギリス、カナダでは精神医療にPFI (Private Finance Initiative: プライベート・ファイナンス・イニシアティブ)」が導入された。PFIとは公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う新しい手法であり、効率的かつ効果的に民間による公的サービスを提供できる事業に導入されるものである。

このように先進諸国では医療における公立・民間の垣根がもはや無くなりつつあり、民間による精神保健サービスは拡大しつつある4) 97) 非営利病院は非効率的であるという批判が強いこと、世界中を覆いつつある新自由主義的政策では民間で可能なサービスは公から民に移す方向にあることが理由としてあげられる。

1 5. 脱施設化のための財政

a. 脱施設化によりコストは上昇する

入院からコミュニティーケアへの移行により精神保健のコストは減ると誤解する人がいるが80) 81)、決してそのようなことは無い24) 82) 83) 84) 85)。ことに重症精神病患者をコミュニティーでケアしようとすればコストはどんどん膨らむ。「一人一人のための病棟がコミュニティーにできるようなもの」だからである48)。脱施設化に成功した先進諸国では精神医療のコストは増加し続けている86) 87) 70) 88)。オーストラリア、ハンガリーなどでは脱施設化を進めると同時にコストカットを図ったため、精神保健の質は劣化したことが知られている50)。アメリカ合衆国で脱施設化によりホームレスが増加したが89)、コミュニティーケアのコストの不足が最大の原因とされている42)。オーストラリアでは財務省主導のコストカットが精神医療崩壊の最大の原因とみなされ、Bargain-based psychiatry と揶揄されている90) 91)。コストをかけることは無駄では無い。精神医療のコストに関する研究は「脱施設化後の精神医療の質は、コストをかけたほど良くなる」ことを示している61)。

先進諸国では医療行為についての費用対効

果の研究が幾つも行われた。入院でもコミュニティーでもコストは殆ど変わらないという報告もあれば 92)、安くなったという報告もある 31) 93) 94)。ACT、デイケアは入院日数を減らしコストを減らしたといった報告も数多く存在する 95) 96)。ACT で入院は減ったがコストは減らなかったと言う報告もある 97) 98)。しかしどのような入院医療と比べたのかによって答えは全く異なる 100) 102)。安い入院費との比較の例では 60 年代のアメリカ合衆国のデータがある。一人一日当たりのコストは州立病院

6.5 ドルからコミュニティーメンタルヘルスセンターでの 32 ドルに増加した 13)。高い入院費との比較の例ではカナダでの ACT に関するデータがある。比較の対象となる入院料は 600-800 カナダドル/日と非常に高い。この研究では ACT の方が安いというデータが出たが、約 10 分の 1 の入院料で医療を提供する日本での比較であれば当然結果は逆に出たであろう。

これらの結果を下記のようにまとめたものを紹介する 85)。

	コミュニティーへの移行によるコストの変化
元の病院の費用が安い場合	
軽症者	同じか減少
重症者	上昇
元の病院の費用が高い場合	
軽症者	減少
重症者	同じか上昇

しかしこれまでに世界各国で行われたこのような研究は、「ケアを置き換えれば対象グループにかかった費用がどう変化するか」について調査したマイクロ研究であり、社会全体のコストがどう変化したかについてマクロな視点が抜け落ちている。例えば脱施設化により膨らむ司法精神医療、刑務所内の精神医療を含まず、福祉についても全ての費用をカウントできていないという欠陥がある 48)。

重症者のケアについては病院の方がコストは低い 99)。重症者にまでケアを提供しようとするれば、コミュニティーケアのコストは膨らむ 78)。オーストラリア・シドニーの居住施設とアウトリーチを合わせた新しいプログラム HASI のコストは年々膨らみ、

最近のデータでは一人年間当たり約 580 万円もかかるようになってしまった 48)。

現在は「脱施設化によりコストは削減される」という説は妥当性を失っている。

b. 財源保護 ring-fencing

病床の削減に伴い病院に投入されていた財源が浮くことがあったとしても、コミュニティーの財源として活用し、精神保健の財源を確保 ring-fencing しなければならない。例えばスウェーデンでは病床の削減に伴い精神保健の総予算が削られてしまい、それに伴って多くの問題を抱えることになったことが知られている 1)。

精神保健全体のみならず、医療の中での ring-fencing も重要という主張もある 48)。単科精神科病院の縮小により浮いた財源は、

すべて総合病院精神科など新しい医療サービスのために確保することが必要である。

c. パラレルファンディング parallel funding

システム移行期には新旧両システムに二重の財政的負担が必要となる（パラレルファンディング）1) 73)。コミュニティーケアのための初期投資は既存の入院施設を運営するためのコストとは別に用意しなければならない。ある地域で病院からコミュニティーへケアを移すとしたら最低でも3年間のパラレルファンディングが必要と専門家は見ている100)。パラレルファンディングを実施しなかった国では脱施設化の弊害の報告が多い。たとえばデンマーク、イタリアでは病院の閉鎖を急いだが、パラレルファンディングを軽視したためコミュニティーの施設が間に合わず、大変な混乱となり「脱施設化を中止せよ」と言う世論が起こったほどである61)。東欧諸国の多くでこの概念が理解されず、精神医療改革に不具合をきたしている。

パラレルファンディングが必要であることは分かっているが、詳細についてのデータは少ない。スウェーデンで行われた研究では4000人の患者を地域に移すため3年間に12億クローネを必要とした101)。インフレ率で補正すると現在の金額にして154億円になる。すなわち患者一人を病院からコミュニティーに移すための必要な追加コストは385万円である。ただしこの研究で計上されたのはケアマネージメントなどのシステムを起こすための費用のみであり、新しい居住施設の整備などの費用は含んでいない。

精神科病院の閉鎖を行う場合、さらにエク

ストラコストが必要になる。縮小の過程においても管理費間接費など削減不可能な固定費が多く存在するため、移行期において患者一人当たりの入院コストは平常時よりも多く必要となるため、特別の財源が必要となる13)。

16. 巨大精神科病院の維持を望む地域経済

ブルガリア、エストニア、リトアニアでは入院施設中心の精神医療の長い歴史をもつ。入院施設に依存しているのは精神障がい者だけではない。これらの国々では病院が地域の雇用を支えていたため病院閉鎖には地域が強く反発し、病床削減が容易に進まない事態を招いた。病院管理者も生活の糧である病床を維持しようと懸命であった。EU内の別の国でも雇用の消失を理由に徹底した反対に会い、病院閉鎖がとん挫した例がある102)。特に労働組合の反対は大きな障壁となる227)。6年以上勤務したベテラン職員、男性職員の反対は強いというデータもある224) 226)。職員の生活の保障がない限り、他に産業のない地域での病院閉鎖は困難を伴う103) 225)。

17. 医療スタッフは質・量とも変化

精神医療改革により精神科医と看護師以外の職員が急速に増加し、他職種共同によるチーム医療が標準となった104)。精神保健は極めて労働集約的な分野である。通常経費の80%は人件費に充てられている。コミュニティーケアを推進するにはスタッフのマンパワーの確保と教育に多額の投資が必要である。

コミュニティーケアに移行した多くの国々