

で、ソーシャルワーカーと看護師の相対的不足が報告されている。ヨーロッパ内部では専門職の移動が起こった。西欧諸国での専門家の不足はさほど目立っていないが、これは東欧から有資格者をリクルートしているからである。貧しい東欧の有資格者は自国ではなく UK など裕福な国での就労を

望んで移動している。1) 有資格者の流入に厳しい制限をしているわが国では自国の労働市場で専門家を賄う必要があるため、精神科専門職の教育が急務である。

主要先進諸国の人口十万人当たりの精神保健専門家の数は下記のとおりである。専門家の数には国によって大きく異なる 1)24)。

精神保健専門家数/ 人口十万人当たり	精神科医	精神科看護 師	臨床心理士 (精神保健 領域)	ソーシャル ワーカー(精 神保健領域)
オーストリア	11.8	37.8	49.0	103.4
ベルギー	18.0	N/A	N/A	N/A
デンマーク	16.0	59.0	85.0	7.0
フィンランド	22.0	180.0	79.0	150.0
フランス	22.0	98.0	5.0	N/A
ドイツ	11.8	52.0	51.5	477.0
ギリシャ	15.0	3.0	14.0	56.0
アイスランド	25.0	33.0	60.0	110.0
アイルランド	6.8	136.0	12.7	47.7
イタリア	9.8	32.9	3.2	6.4
ルクセンブルク	12.0	35.0	28.0	35.0
マルタ	4.0	102.0	2.6	3.1
オランダ	9.0	99.0	28.0	176.0
ノルウェー	20.0	42.0	68.0	N/A
ポルトガル	4.7	10.1	2.0	1.6
スペイン	3.6	4.2	1.9	N/A
スウェーデン	20.0	32.0	76.0	N/A
トルコ	1.0	3.0	1.0	1.0
UK イングランド	11.0	104.0	9.0	58.0
日本	9.4	5.0	7.0	15.7
カナダ	12.0	44.0	35.0	N/A
USA	13.7	6.5	31.1	35.3
オーストラリア	14.0	53.0	5.0	5.0

精神科医の数は先進諸国では人口十万人あたり 10-19 程度と言われているが、精神科医をどこまで含むのか定義が異なるので比較は慎重にすべきである(104)。多くの国において精神科医の数は増加しつつある。UK では 13,436 人(2001 年)から 13,824 人(2006 年)へ(65)、ドイツでは 8,721 人(2002 年)から 10,350 人(2006 年)へ(105)、フィンランドでは 15,905 人(2000 年)から 16,443 人(2003 年)へ(106)、スペインでは 2,570 人(2003 年)から 3,563 人(2006 年)へと(107)増加を示しておりさらに増える傾向にある。それ以外の職員数は国によって全く異なり、地域、医療制度、経済との関連も見られない。職員数のバランスについての共通の見解は得られていない(104)。

18. 専門家か非専門家か

コミュニティーケアの進展に伴い、精神医療への非専門家の進出が目立つようになった。精神医療改革前は入院医療中心であり精神科専門家による治療が行われていたが、改革後はコミュニティーの非専門家による治療が提供されるようになった。医師の中でも精神科ではなく、一般医 (General Practitioner (GP)) がプライマリケアを担当し、精神医療を行う国が多くなった。軽度の「うつ」などありふれた精神保健上のケアにおいて GP の果たす役割は重要になりつつある(108)。この制度を持つ国の多くにおいて、国民は専門家である精神科を直接受診することが認められず、まず GP を受診することを奨励される。この「ゲートキーパー」制度を徹底しているのは UK、オーストラ

リア、カナダ、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、ポルトガル、スペインなどである。オランダ、USA (一部地域) では更にゲートキーパー役としてソーシャルワーカーが活動している(104)。これらの国々では必要のある場合にのみ精神科医などの専門家に紹介され受診を許される。そうでなければ自費での受診となり、場合によっては高価な民間医療を利用するしかない。UK、オーストラリアなど税を財源とし利用者の負担は無料か非常に低廉な NHS 諸国ではウェイティングリストの長さも加わり、アクセスの悪さについて国民の間に非常に強い不満がある。ゲートキーパーをバイパスするため、オーストラリアでは裕福な階層の人々は民間保険を利用し精神科医の直接の診察を求める傾向が生まれ、格差医療が生じたと言う批判がある。30) 36) GP の教育が不十分で医療の質が担保されていないという批判は根強い(104)。質の向上のために GP のトレーニングを行っている国もあるが、熱心に行っていない国もある(50)。GP 側にも問題がある。最も先進的な UK では、優れたトレーニングプログラムを用意しているにもかかわらず、参加者は 1/2 でしかない(104)。ドイツ、ベルギーでは GP は精神医療のトレーニングに強制的に参加させられるようになった。これら中部ヨーロッパ諸国では専門医指向がとりわけ強いが、その中で GP の地位を上げるために精神保健に活路を見出したのである(104)。資格を持たない者もコミュニティーケアには進出してきた。多くの無資格者が NGO、家族会などで活動するようになった。

Ⅲ. 脱施設化が失敗するパターン

ンを分析する

脱施設化はプロセスが複雑であり、様々な団体の利害が絡み、医療だけでなく生活全般に関わる大きな変革となるため簡単には進まない。先進諸国の脱施設化の歴史から繰り返される失敗のパターンがあることが分かる。

脱施設化の失敗により、適切なケアの消失、ホームレスの増加、家族への負担の増加、自殺の問題、司法精神医療への過重な負担などが各国でみられた4)。またコミュニティーに出た患者がアルコールや違法な薬物に曝されやすくなったことも新たな問題（依存症、dual diagnosis）などの問題を生む原因となった3)。

日本は最も脱施設化に遅れた国の一つである。しかし他国の失敗の経験を学ぶことで最も効率よく安全に脱施設化を行うことが可能となるであろう。

1. 入院医療からコミュニティーケアへの受け渡しの失敗

WHO の定義によれば、病院を閉鎖するにはまずコミュニティーの精神医療を先に立ち上げなくてはならないが、それを理解しない国が多くみられた。幾つかの国々において病床を削減したにもかかわらずコミュニティーでの施設が整わず危機的状況となった。現在、東欧でのコミュニティーの資源の不足は深刻な様相を呈している。特に慢性期病棟の閉鎖による長期入院患者の居場所の消失が大きな問題となっている。ケアコーディネーションのされたコミュニティー

ーケアの未整備によるホームレス、私宅監置の増加が報告されている1)。多くの国において入院精神医療が削減されすぎ、コミュニティーケアに負担がかかりすぎた状態になっていることが報告されている

2. 精神医療の消失

スイスでは改革初期の段階で、ただ単に総合病院に移せば良いと解釈されてしまい、何の準備も無い総合病院に多くの患者が移され適切な精神医療が提供できなくなるケースが続出した8)。

オーストラリアでは、英国の NHS に類似した公的精神医療は構造的な問題のためアクセス不良で待機時間が長く、病床を削減しすぎたため重度精神病の救急のみで普通の任意入院は受けられなくなるなど医療の質の劣化が起こり、わずか38%の患者しか必要な医療を受けられていないと言う報告がある。精神医療専門家、患者家族団体のみならず、政府内部からも「精神医療が消失した」と批判された68) 69)。

イタリアでは有名な Law180 によって公立の単科精神科病院が閉鎖された。しかし必要な施設・社会資源・人員・財源・評価方法を欠く単なる「ガイドライン」であったため何もコミュニティーに資源ができず大混乱となった73) 109) 110) 111)。退院させられた患者を追跡したところ12%がホームレスになったという報告、対象者全例が消息不明となったという報告さえ存在する112)。司法精神病院と依存症治療病院は閉鎖の対象から漏れたが、それらの施設では病床削減により社会保安の責任がのしかかり、訓練の十分でないスタッフによる患者に対しての保安的な対応が普遍的に行われ

るようになった 111)。日本ではイタリアの改革を理想化するレポートが数多く存在するが 33)80)、国際的には常に批判の対象である。今回の研究でも海外の精神医療改革を推進する側の専門家の全員からイタリアに関して「家族に負担がかかりすぎている」「イタリア人はうまくいった点については誇らしげに話すが、問題点は表に出さない傾向がある」などといった手厳しい評価が聞かれた 75)76)102)113)114)。ドイツの社会精神医学者は「今のイタリアの精神医療は悲惨な状況である。患者は精神科病棟に短期間しかとどまらず、そこでも低いレベルのケアしか受けていない。」と述べている 76)。北イタリア・トリエステのみは成功とみなす者もいるが 111)、ルクセンブルクの社会精神医学者は「トリエステの話は有名だが信用してはいけない。当時コミュニティー精神医療でコストカットしたというレポートに、各国政府が飛びついた。みな興味を引かれたのだ。しかし現実にはイタリアではホームレス、司法精神医療の問題が相次ぎ、精神医療はひどい状態になった。」と批判している 55)。イタリアは国際比較研究にただ一国参加しない場合が多く 115)、改革についての科学的な検証が行われていない。

3. ホームレスの発生

アメリカ合衆国では非常に速いスピードで病床の削減が進んだが、変わるべきコミュニティーケアの施設の整備は全く追いつかなかった。そのために脱施設化の初期から精神障がい者のホームレスの発生が報告された 15)。1970年代にはホームレスが増加し悲惨な実態が報告された 4) 89) 116)。

ホームレスの 3 分の 1 から 2 分の 1 が精神障がい者であったという調査結果もある 3)。現在ではホームレスの発生は回避可能な現象であると考えられるようになった 3)。居住施設の不足、特に重症の障がい者のための施設の不足はホームレスの発生につながる。また障がい者が一般社会で適応するためのスキルの不足もホームレスの発生の原因となるため、適切な方法でサポートすることがホームレスの発生を防止する。例えば家主との契約でさえも慢性期患者には高いハードルとなる。ホームレスにさせないためには適切なケアコーディネーションが必要となる 3)。

ホームレスになることで年金などの収入が断たれ、薬物などの治療の中断により、さらに生活の混乱ぶりは悪化するという悪循環が起こる。ホームレスの精神障がい者は、そうでない精神障がい者よりも症状が重いという調査結果が存在する。

4. 回転ドア現象

IA グループのアメリカ、オーストラリアでは 60 年代から数千床規模の巨大な州立精神科病院が急速に縮小された。退院させられた患者がコミュニティーで適切な医療を受けることができないため、症状の再燃をきたして再入院することを繰り返した。頻繁に出入りを繰り返すその様子から回転ドア現象と名づけられた 117)。

5. ホームでの新たな収容: 転施設化 trans-institutionalization その 1

精神医療改革の初期には退院した患者が他の施設にただ移されただけという現象が世界中で続出した 118)。ドイツでは改革初

期に精神科病院を閉鎖したが、へき地の元結核療養所に多くの患者が移送され収容されたケースがあった8)。1990年代には誰も通うことのできないようなへき地にある、倒産した会社の元社員寮を改造したグループホームに元入院患者が集団的に住まわされるという事件があった。脱施設化どころか新たな隔離を生み出しただけであるとマスコミが報道し大きな社会的問題となった。イタリアでは100%公立病院閉鎖を命令したが、実際には全ての患者を脱施設化できたわけではない。まずイタリアの精神保健関係者は医療の必要度の低い、いわゆる社会的入院患者を「オピステ(客)」と呼び変え、入院患者のカウントから除外した。次に旧い精神科病院の看板を supervised community や staffed residential facility といった名称に掛け替えただけの収容施設を造りだした。これは真の脱施設化で無いばかりか、実質的に病院医療よりもケアの質が悪化しただけであるとして内外の研究者から非難を浴びた119)。

現在、イタリアの精神科病床数は非常に低く公表されているが、現実にはそうした「特殊な」収容施設などのベッド数0.3/人口千人を加えた数字を見るのがフェアであろうとヨーロッパの研究者は見ている55)113)。

精神障がい者居住施設はドイツの精神医療改革の「ダークサイド」と言われている76)。最近ではホームでの long stay が問題となっている。ミュンヘン大学の研究者がホームの利用者500人以上にインタビューにより調査を行った結果では、多くの患者が20年以上ホームで生活しており、平均居住期間は19年であった76)。

この研究で2008年に実地調査したドイツの精神障がい者居住施設では、電車もバスも通わないアルプス山中に、高齢の慢性期統合失調症患者が暮らしていた。カギのかかる閉鎖施設に100人以上収容されており、ここでほとんどの者が一生を終える。案内してくれた精神科医は「ここはドイツが最も見せたがらない場所、見捨てられた場所だ。こんな所で一生を送らせることが精神科医療改革の目標だったのだろうか?」とコメントした。

同じような僻地の居住施設への収容がアメリカ合衆国、ルクセンブルク、ベルギー、スウェーデンなど世界各国で起きている36)120)121)122)。営利民間会社による居住施設には問題が多いことが知られている。営利会社にとっては地価の安いへき地に作ることに大いに魅力があるからである22)。脱施設化=コミュニティーケアではない。転施設化 trans-institutionalismこそ精神医療改革の最大の落とし穴である。

6. 刑務所への収容の常態化：転施設化 trans-institutionalization その2

脱施設化により精神障がい者が刑務所に収容されることが急増した。特にオーストラリア、アメリカ合衆国でこの問題は深刻となった。「人権を守るために入院施設から解放したのに、刑務所に入る患者が増え新たな人権侵害が起きた」と批判されている。司法精神病棟も増加したが、増え続ける司法的問題を抱える患者にまったく対応できていない123)124)。果ては州立病院の閉鎖により、アメリカ合衆国では児童の患者ですら少年刑務所に収容されるような事態がおきている125)。コミュニティーケアの

施設の不足がこのような事態を招いたとされている(116) (126)。

アメリカ合衆国において、刑務所収容・執行猶予・仮釈放のいずれかの状況にある精神障がい者の数は 83 万人にも上る(116)。

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いる(56)。オーストラリアではコミュニティーケアの欠けた脱施設化が刑務所への trans-institutionalization を生んだと批判されている(127)。「オーストラリア・ニューサウスウェールズ州の服役囚 9000 人のうち、12%が精神障がい者であり(128)、「刑務所が事実上精神科病院の代わりになっている」と言われている(127) (128) (129)。

7. 居住施設の病院化：再施設化 reinstitutionalization その1

フランス、オーストラリアでは脱施設化に対して患者、家族から強い反発がある。「病院よりも小規模で人手の少ない居住施設に移るだけで何も変わらない。」「重症患者の増えた居住施設が、今度は病院化していくので結局同じ。」と批判されている。

8. 病院の収容所化：再施設化 reinstitutionalization その2

イギリス、オーストラリアなどでは極端に精神科病床を減らし、入院治療を重症精神病状態の救急に事実上限定してしまったため、病棟がハードな構造となり再施設化したという批判がある。入院患者に人間的な温かいケアを施した時代は過去となり、病棟は保安施設化してしまい、新たな精神障がい者の人権侵害が起きているという声がある。

うつ病の患者は今ではそのようなハードな病棟には入院したがる(48) (68)。司法精神病棟は脱施設化の進んだ国の多くで数が増え続けている(21)。

9. サービスの分断

患者の医療から生活まですべてをみていた入院医療と異なり、コミュニティーケアでは医療、福祉、住居など様々なサービスが関連するため、それらを管轄する医療機関、NGO、政府の部署の協調が必要となるが、それらの分断化は容易に起こり、サービスの低下を招く(3)。ブルガリアでは全ての施設に保健省と社会保障省と二重支配が生じ、なおかつ協調の欠如によりサービスの提供が非常に困難になった(104)。フィンランドでは地方分権が徹底しており、精神医療保健サービスは市ないしそれを少し上回る医療区域の単位で提供されているが、地域やサービス内容の重複と分断が問題となっている(104)。

10. 財政の失敗

a. 財政の消失・硬直 rigid financing systems

精神医療改革は施設から施設に移す(ハードからハードへ)のではなく、ネットワークに移す(ハードからソフトへ)ことが必要だが、そのためには莫大な資金も人手も必要でありむしろ予算は増加する。決して入院施設閉鎖によるコストカットという単純な話ではない。しかしハンガリーでは改革中に東欧全体を襲った経済的な困難に見舞われ、精神科病床は削減したにも関わらずコミュニティーの基盤整備ができなかったために大きな混乱に見舞われた(17) (18)。

東欧の多くの国において脱施設化が進まない一番の理由は財源の不足にあるといわれている 1)。コミュニティーケアが整備されないのは財源が不十分なためであり、その理由は多くの国で財政当局が「病床を減らせばコストカットができる」と考えているためである。実際、リトアニアでは財政カットを理由に病院が閉鎖され、その代わりにコミュニティーの施設もできないという事態が発生した。コミュニティーの施設は費用がかかるが、精神障がい者のQOLを向上させる重要な施設であるということを財政当局に明確に説明する必要があるとされている 84)。

b. 財源の細分化 fragmented budgets

精神疾患はあらゆる社会的階層の人に起こりうる病気であり、また様々なレベルの不具合を引き起こすため、精神保健の財源はどここの国でも医療、社会保障、住居サービス、雇用など広い範囲に及び、多くの役所にまたがるものとなる。多くの国では保健省と労働・社会保障省の2つの省が関係する。そのため財源をいかにまとめ上げていくかが多くの国での課題となっている 1)。

c. 安定を欠く財源

多くの国においていまだにコミュニティーケアがパイロットスタディとして行われ、あるいは母体となる団体からの一時的な基金支出(seed money)によって賄われている。これらは継続性に乏しい財源であり、コミュニティーケアの成長を阻む要因となっている 1)。

d. DRG の不具合

オーストリアなど DRG を採用した国々では、不適切な入院の短期化が引き起こされ、必要な精神医療が提供されない、時によって

精神医療からはじき出されるケースが報告され、コミュニティーに混乱を招いている 1)。複雑なケースであるほど医療機関にコスト割れが発生しやすく、結果として診療忌避が起こりやすいことが知られている。ドイツなど近隣諸国では DRG 導入を検討中であったが、今回の研究でコンタクトした専門家全員が導入に反対であった 55) 75) 102) 114) 130) 131)。精神疾患は homogenous ではなく「どのくらいの期間入院するのか」を予測説明することが難しい。患者ごとにどのような治療法に反応するのか、どれくらいのマンパワーを投入すればよいのか予測することは困難である。実際隣国オーストラリアで全くうまく機能していないという。

1 1. 政策の欠如

ルクセンブルグは金融で潤う非常に豊かな国であり一人当たりの GDP はトップクラス、なおかつ全医療費の 13%を精神医療に当て財源は潤沢であるが、行政の意識の欠如により病床削減後いつまでたってもコミュニティーの施設が整わず混乱をきたした 18)。「資金さえあれば良いと言うわけではないという実例」と WHO に厳しく批判されている 8)。

1 2. 家族の負担の増加

イタリアでは家族に患者のケアを任せきりにしているため重い負担がかかっているという批判がある。退院に満足する家族は 45%にすぎないというデータがある 73) 110)。大幅に病床を減らしたオーストラリアでは精神医療の質に対して家族から激しい反発が広がり、国が対応に追われた 68) 69)。

どの国においても程度の差こそあれ、家族の負担が増加してしまったことが問題になっている(132)。

1 3. 新たな人権の侵害

入院医療よりコミュニティーケアの方が人権の擁護には好都合であるという考え方がある1)。病院精神医療は常に人権の問題を抱えてきた。強制力を伴う入院は人権の制限を伴う。行動制限、面会制限、外出制限など様々な権利の制限が行われる。それだけではなく過去においては入院施設における暴力、虐待などが世界のあちこちで行われてきた。また19世紀においては入院患者を「見世物」として一般市民に提供することすらあった。これらの非人道的入院施設に対する反発が脱施設化のエネルギーとなった。

では改革後、コミュニティーではこのようなことは無くなったのか？そうとばかりは言えない。コミュニティーケアでの障がい者の虐待は世界各国で報告されている(133)(134)。今回の研究ではドイツでのナースングホームの収容と人権の制限を報告した(22)。

より開放的な処遇の方が人権擁護には好都合である。しかし場所を変えただけでは本質的な改善にはならない。精神障がいに対する理解を深め偏見を除去すること、当事者への情報公開と自己選択権を保証することが必要である。

司法精神医療は脱施設化で非常に重要になった。しかし強制的な治療命令について新たな人権侵害を生んでいるという批判がある。オーストラリアでは強制治療命令(Community Treatment Order)について適

正なレビューが行われていないことが問題となった(51)。

1 4. 精神病床数規制の「尻抜け」現象

OECDの統計には含まれない精神科病床が世界のあちこちで増えている。ドイツでは心身症・精神療法病床というカテゴリーがあり、精神疾患であるうつ病と神経症圏の患者の治療を行っている。脱施設前には0床であったが精神科病床削減が進むにつれ増え続け、現在は18600床にも達しており問題視されている(135)。ドイツの心身症・精神療法病床では精神科医出身の医師が勤務しているにもかかわらず、法的に精神医療とはみなされず、精神保健関係の所轄省庁の監督も受けず、精神科病床のカウントからも除外されている。

アメリカ、オーストラリア(136)(137)、英国(138)では営利民間精神科病床が増加傾向にある。フィンランドのように精神医療は公的病院のみと公表されている国ですら、営利民間病院に軽症精神障がい者が入院するようになっている。営利民間精神科病院の増加は、うつ病患者の増加に対して縮小されすぎた公的精神入院医療システムが応じきれないためである(48)。

この問題は各国研究者とも自国の状況について公にしたがらない傾向がある(22)。対外的には公的な精神科病床のみのデータが公表されているが、実はこのような「隠れた精神病床」がコントロールを失い、経済原則に従い自律的に増えている。日本では増え続けるうつ病治療へのニーズに応えるための病床をキープすべきである。

15. 格差医療の拡大

19世紀より欧米諸国(オーストラリア含む)では貧しい人々のための公的な施設であるAsylumと、裕福な人々のための民間精神科病院は全く別々に発達した(15)。特に1Aグループでは社会階級の格差による精神医療の格差は大きい。(公的な精神科病院の代用として民間精神科病院の建設が行われた日本では公的病院・民間病院での患者階層の差は存在しない。)

このような国々で脱施設化で縮小されたのは主に公的病院であった。UK、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患者は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。経済的に裕福な患者は高価な民間医療保険に加入し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へのアクセスが悪化した(68)(124)(132)(139)(140)。アメリカ合衆国、UK、オーストラリア、イタリアなど公的精神医療を縮小し脱施設化の成功を世界に向けて謳う国々でも、その裏で民間精神科病院は存在し続け、拡大を続けている。精神医療の格差は脱施設化により明らかに拡大している。

扱う精神疾患のスペクトラムの違いも新たな問題となっている。例えば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さけるようになった。70年代までは公立病院でも一般的なうつ病の入院治療を行っていたが、現在は殆ど受け入れられないし、患者側も保安施設化した公立病院への入院を望まない。

結果として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いう批判にさらされている(68)。

16. 新自由主義の影響

新自由主義とは1980年代にアメリカ合衆国で急速に広まった経済(とその影響化の政策)の学派である。「市場経済にコントロールを任せ「小さな政府」を目指し、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(69)。近年、新自由主義は世界各国で精神保健政策に大きな変化をもたらした。本来、新自由主義は精神保健分野とは何の関連もなかった。しかし新自由主義による「小さい政府」と財源・支出の縮小、医療福祉の縮小は脱施設化を大きく歪めた(141)。

リハビリテーションにも新自由主義的な思想は持ち込まれた。

オーストラリアでは1990年代の保守党政権下、新自由主義的な政策の一環として社会保障が市場経済の手にゆだねられた。新自由主義的障がい者福祉では、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がい者についても同様である(111)。

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、働ける障がい者と働けない障がい者の選別が行われ、多くの障がい者が自由労働市場へと投げ込まれるよう

になったと批判されている 141) 142)。

17. セカンドクラスサービス

医療サービスの二極化は経済だけが原因ではない。精神医療特有の事象として、病識がなく受診を拒否する場合、医療に接する機会に不均等が生じる。医療スタッフから医療を「プッシュ」する病院精神医療と違い、患者の側から医療を「プル」することが必要になるコミュニティケアでは、積極的に治療を求める患者グループと、進んで治療を求めない患者グループとの二極化が激化する。前者に対しては患者をひきつけるために魅力的な優れたサービスが提供されるが、一方で後者に対しては求めないのを良いことに「セカンドクラスサービス」となる傾向がある。増加する司法精神医学施設、増加した強制入院の件数、以前より巨大化した支援住宅が「セカンドクラスサービス」を端的に示すと見なされている 143)。

またコミュニティケアではすべての精神障がい者に遍くサービスを提供することには困難を伴う。多くの国においてサービスが行き渡らないため、悲惨な状態にある患者が報告されている 144)。

18. 営利企業問題

精神医療においては公立、非営利法人が世界的に主流であり。営利病院（株式会社など）はアメリカ、オーストラリア、UK などでは増えつつあるものの依然少数派であり、フィンランド、カナダなど多くの国では精神医療への参入を禁止されている。そもそも病院経営に非営利性が求められる理由として、医療という「情報が非対称」の市場

においては、株主からの利益要求を排除することで機会主義の発生を抑制しているという説がある 145)。ナーシングホームなど居住施設においてもその点は同様と考えてよい。長期入院していた精神障がい者については一層その点は強調されるべきである。なぜなら精神障がい者は認知機能の障がいのため情報収集能力、選択能力において劣り、情報の非対称性がさらに強まるからである。なおかつ、長期入院患者は後見をすべき家族も失われ社会的に孤立していることが多い。この点で家族が後見できることの多い認知症などの患者とは大きく条件が異なる。当研究でドイツに見たように 146)、ソーシャルワーカーが関与してもなお劣悪なホームに障がい者を送り続ける事も起こりうる。ドイツでは営利企業が僻地に次々とホームを建設したが、コミュニティへの流れを全く無視して僻地を選ぶ理由は会社の利益のためであるという。

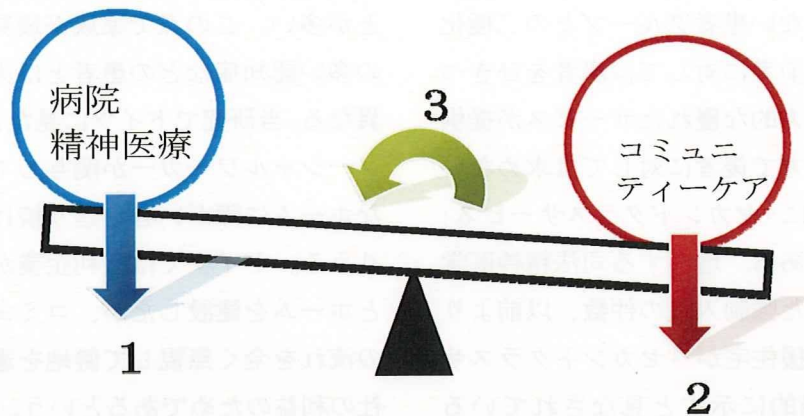
ルクセンブルクでも深刻な問題を生じている。公的給付を受けても住居を探すことができない重症者のための究極的な受け皿として、ファミリーゲストハウスの制度があり、営利会社や営利目的の個人による自由な参入が認められている 147)。北部の貧しい僻地にある倒産したホテル、個人の住宅などに元入院患者が多数収容されているが実数すら分かってない 148)。環境は劣悪であり医療関係者、社会精神医学者からの強い批判を浴びている。居住者は年金の 3/4 を施設に搾取され月 200 ユーロ程度で生活し、求めるものは何も手に入らず、手元には何も残らない悲惨な生活を続けている実態が明るみに出た 102) 148)。居住施設への営利企業の参入については「明らかな

政治的誤りであった」102)とされている。アメリカでは70年代に一部のナーシングホームが供給するサービスの質の悪化が問題となり、しかも問題となった施設は営利組織のものに偏っていた145)。フィンランドでも多くのホームが営利団体により運営されているが、そのケアの内容については批判的に見ているものが多い130)。UKでは

ブレア首相(当時)が認知機能に問題のある老人が多いことを理由に市場原理主義の導入に強く反対した。

これらの学説、海外での実態を踏まえれば当然、精神障がい者の居住施設の経営母体には厳格に非営利性を求めるべきであり、営利企業が経営への参入することは非常に危険と考えなければならない。

IV. 脱施設化に働く3種類の力の分析



先進諸国の精神医療改革のプロセスを分析すると、脱施設化のプロセスには大きく分けて3種類の力が作用することが分かる。

1. 病院精神医療を守り脱施設化に抵抗する力
2. コミュニティーケアを促進し脱施設化を促す力
3. システム移行を妨げ脱施設化に抵抗する力

1、2は脱施設化する・しないに関わりなく、常に働く「ベクトル的力」であり、この二つのバランスで脱施設化の程度(≒病床削減率)が決定される。「バランスドケア」の実現とは、政策的にはこの二つの力の調整を意味する。3は脱施設化の(理論的には逆の「施設化」も)期間にのみ作用する

「動摩擦的力」である。政策的にはこの力を減弱させることにより、脱施設化は「スムーズで安全」and/or「迅速」に行うことができる。

これら3種類の力を構成する因子を分析する。

1. 病院精神医療を守り脱施設化に抵抗する力

プロフェッショナリズム
 医師を頂点とするヒエラルキー
 パターナリズム
 中央集権的政策決定
 全体主義
 社会保安重視の考え方
 保守政党

民間精神科病院
入院医療中心の制度
長期入院・大規模病院を優遇する診療報酬制度
病棟別機能分化
強化型・プログラム単位・一日当たり支払いモデル
治療環境重視・ハードウェア重視・「ハコモノ」の評価
病院建築への低利の融資
コミュニティーケアに不利な税制
日本では租税特別措置法第 26 条

2. コミュニティーケアを促進し脱施設化を促す力

コンシューマリズム
リカバリーモデル
個人主義
人道主義・人権主義
地方分権
左翼政党
政治的な意識の高まり・反体制運動・学生運動・市民運動
反精神医学
チーム医療
コメディカルの増加
非専門家の参入
NPO、NGO、患者団体、家族会の主体的参加
コミュニティー精神医療法の制定
コミュニティー中心の報酬制度・一本化された支払い制度
コミュニティーケアの進歩 (ACT、モバイルチーム、アウトリーチ活動)
居住施設の整備
重症者のケアが可能な 24 時間ケア付き居住施設

居住施設での行動制限 (閉鎖ユニットなど) の許可
外来精神医療中心の制度
短期入院、病院縮小を促す診療報酬制度
入院費逡減制・入院期間上限の設定
症例見込み払い方式 Prospective Case Payment Model
一括見込み払い方式 Bundled Prospective Payment Model (BPPM)
治療内容重視・ソフトウェア重視・脱「ハコモノ」
精神科救急医療の整備
司法精神医療の整備
精神医療の進歩 (新しい強力な抗精神病薬・デボ剤など)
非同意入院の承認の厳格化・非同意入院の短期化
若年発症への早期介入システムの整備
ホームレス対策
自殺防止対策
アンチスティグマキャンペーンなどの精神保健広報活動

3. システム移行を妨げ脱施設化に抵抗する力

セクショナリズム (各種団体間、政府部局間、中央と地方政府の協力の不足)
財源の細分化 fragmented budgets
パラレルファンディング parallel funding の不足
財源保護 ring-fencing の失敗
高額のカピタルコスト
改革前の病院への過大な投資
改革前の病院のハードウェアの規格の高さ
病院の残債・経営者の債務保証
ビスマルク型社会保障制度

病院医療への愛着・誇り
コミュニティに適應できないベテランの
職員の反対
職員の再教育プログラムの不足
地域での病院以外の雇用の不足
地域での出入り業者・近隣商業者の反対
労働組合の反対
家族の負担増への抵抗

D. 考察

日本の脱施設化の問題点と解決

法の提案 - 国際比較による分析

から

1. 精神科病院の歴史-遅れた近代化、政治運動と脱施設化のデカップリング

348 787 床 149)、総人口千人当たり 2.7 床、日本国籍保有者人口千人当たり 2.8 床で世界第一位である。

過去において人口千人当たり 4.0 床以上の精神科病床があり、日本以上に徹底した収容主義を取った国は多数ある。しかし日本は先進諸国で病床が削減された 1950 年代以降に病床が爆発的に増加したこと、現在殆ど減少傾向にないことの 2 点で他国と大きく異なる。この理由を知るには歴史を紐解く必要がある。

1900 年の精神病者監護法は精神障がい者の処遇を定めた最初の法律であったが、家族の責任と警察による管理を求めたもので、近代化を迫られたわが国の精神障がい者にかかる思想をスプリット(医療 vs 収容)させたまま法制化したものと言える(150)。1919 年の精神病院法は、各都道府県に公立

病院を整備することを定めたが、必要な 50 万円の要求に対して予算は 3 万しかつかなかつたため、実際に整備された公立病院は松沢病院を含め全国で 5 ヶ所のみであった(151) (152) (153)。同年 12 月には内務省衛生局長通知により、私立精神病院経営者に対する代用精神病院指定条件が示された。医師(院長を含め)患者 60 名につき 1 人、看護人は患者 5 名につき 1 名(半数以下は無資格者でよい)という基準は、医療からかけ離れたものであった(151) (153)。こうして低レベルの収容の下地ができた。この当時、先進諸国では数千床規模の公立病院が林立し、収容主義的巨大大精神科病院は完成の域に達していた。

1950 精神衛生法制定。都道府県に病院の設置を義務づけ、精神障がい者に対する公の責任を明らかにし、私宅監置を禁じた(154)。

1952 先進諸国もまだコミュニティ精神医療の黎明期のこの年に、我が国の厚生省はポール・レムカウ教授(アメリカ・ジョンホプキンス大)。ダニエル・ブレイン博士(カリフォルニア精神衛生局長)を招聘した。「保健所を地域精神医療の中核に、精神衛生相談所を全国につくること、総合病院精神科の整備、コメディカルの養成」を勧告した。精神科病床 10 万を勧告。しかし我が国では保安的考えが支配的であり、これに対抗して全国調査(S29 調査)が実施された(154)。

1954 【精神科病床人口 1 千対 0.3】第 1 回全国精神衛生実態調査(29 調査)。全国に精神科病床は 3 万床あることが判明。さらに要入院の患者が 17 万人おり、足して 20 万床必要と判断された(当時は知的障がい

なども含む)。さらに不自立+自立で施設収容が必要な26万人(社会復帰施設相当)の存在が確かめられた。生物学的(遺伝学的)精神医学に基づく調査が行われた(150)。

1958 厚生事務次官通知により精神病床における特例基準の通知により医師数は一般病棟の三分の一、看護者は三分の二でよいことになった。さらに医務局長通知によるいわゆる特例はずしが認められ、事情によっては前記特例基準も満たさなくてよいことになった(151)。医療より収容が優先される構造が公的に是認された。この当時、アメリカ合衆国では精神病床数は人口千対4.0、州立精神科病院には5千床を超えるものが存在した。

1960【精神科病床人口1千対1.0】厚生省主導で医療金融公庫発足。精神科病床数を増やすため低利・長期の優先的融資が実行され、精神科病院の建設ラッシュが起きた。

1963【精神科病床人口1千対1.4】第2回全国精神衛生実態調査(38調査)。社会精神医学的な観点からの調査であった(150)。推計により要入院で入院の必要度の高いもの21万 それ以外で要入院8万の精神障がい者が居るという結果が出た。この年、アメリカ合衆国ではケネディ大統領の「精神疾患及び精神遅滞に関する大統領特別教書」により脱施設化が始まった。

1964【精神科病床人口1千対1.6】ベッド数の速やかな増加を家族会が要望。「ベッドの絶対数の不足は多数の野放し患者を生じ、また無理な退院を余儀なくさせております。」全家連東京支部会長 石川正雄「家族としての願い—日本精神神経学会総合シンポジウムでの発表—」(153)

1964 「今の全国12万床ではきつい感じ。

鹿児島のように人口万対20が望ましい。」

(臺弘元東大教授)「厚生省の計画は23.5万床。1954年の実態調査では入院を要するものが35万人と判定」(厚生省・大谷藤郎)対談(155)

1964 ライシャワー事件。収容主義の後押しになり病床増加を引き起こしたという見解と(150)、関係者の必死の努力により影響を食い止めたという見解がある(155)。

1964 精神衛生審議会中間答申—老人とアルコール病床を含めて人口1千対2.5床が必要であるとした(154)。

1968【精神科病床人口1千対2.2】D.クラーク博士(ロンドン・フルボーン病院長、WHO顧問)が日本を調査した。中間施設を作りリハビリテーションの体系作りを勧告したが、厚生省の政策には反映されなかった(156)。

1968 都立松沢病院は入院施設が不足しているとして更に拡大を要求した(157)。

1970【精神科病床人口1千対2.5】国の目標値に達した。

1979【精神科病床人口1千対2.6】「今なお病床は十分とはいえない。」日精協会長渡辺栄市氏の会員病院にあてた親書(153)

民間病院の飽くなき利益追求が病床増加の原因であるように説く人がいるが(80)(152)、それは説明として十分ではない。上記のように精神科医、政府(151)、公立病院(158)、家族会(153)など精神保健に関わる殆どすべてのセクターが病床増加による収容を求めたのである。先進諸国においても、病床増加時には公立も民間もその振る舞いに大きな差はない。差が出るのは病床削減時である。詳細は後述する。

先進諸国においても多くのセクターの要望

により病床が増加したのは同じであった。ただしその時期は 19 世紀から 20 世紀前半までであったことが日本との大きな違いを生んだ。第二次世界大戦から立ち直った欧米には①それまでの収容的な精神科病院に対しての市民の怒りと嫌悪がすでにエネルギーとして蓄積②その中で芽生えた consumerism (当事者主義) ③世界的な規模での体制変革を目指した「怒れる若者」による左翼的政治運動④「患者は特定の家族状況から生まれるスケープゴートである。精神科医は精神分裂病というレッテルを貼り、病院という暴力装置で抑圧している」と主張する「反精神医学」という当時の思想 159) ⑤向精神薬の誕生という精神医学の革命が奇跡的なシンクロを起こし、雪崩のような脱施設化が I A グループから始まったのである。

この時期に、近代化の遅れた日本では①②がまだ生成されていなかった。Consumerism を欠く中、日本の政治運動は脱施設化とはデカップリングを起こし、「病院開放化」「大学講座解体」といった日本独自の目標に向かい「分派闘争に明け暮れ、地域化運動へという流れは連続していかず、エネルギーを使い果たし」160)、最終的には政治運動の時代の終了とともに消滅した。

19 世紀から欧米諸国において精神科病院は「体制」そのものであった。UK、オーストラリア、アメリカ合衆国では国家管理の象徴であり、ヨーロッパ大陸では病院を所有するキリスト教の(文字通り)パターナリズムの象徴であり、イタリアでは加えてファシズムの象徴でもあったため 12) 11) (同じファシズムでもドイツではナチによる患者の大虐殺後の時期で、病院は開店休業に

近い状態のため対象にならず 102) 161))、「父親的なもの」を投影する対象として「怒れる若者」による攻撃を受けた。欧米諸国では精神科病院に対するネガティブな感情は日本とは比較にならないほど強い。当時の日本では歴史の浅かった精神科病院がまだ父親的象徴としては役者不足であり、代わりに大学精神科講座が攻撃の対象にされたことが欧米諸国との結果の違いとなった。日本でもごく少数だが真のコミュニティーケアを目指した者もいた 163) 164) が主流となることは無かった。そしてこの間に日本の精神科病床は激増し、世界一の精神科病床数を持つに至った。

19 世紀にはじまる精神医療近代化の歴史の違いが、日本と先進諸国の脱施設化の違いを生んだ。同じ 3 グループに属する韓国と日本と精神医療の近代史に共通点が多く 164) 165) なおかつ他の国々と異なることは興味深い。韓国の歴史は精神医療の近代化が遅れ、収容的な病院が戦後に生まれ、民間精神科中心に病床が急激に増え、政治運動が脱施設化とデカップリングしたという点で日本と全く同じである。そして世界中が病床を削減する中、韓国は日本を追うように精神科病床を増床し、入院患者は高齢化しつつある。

世界各国で政治の波が脱施設化を飛躍的に前に進めた。激しい政治運動の起きたイタリア、アメリカ合衆国、オーストラリアでは急速に大幅に、運動の穏やかなドイツでは中程度に、運動のほとんど無いスイス、ベルギーでは穏やかに改革が行われた。精神医療改革について世界各国政府にアドバイスをした Wulf Rössler 教授 (Zurich 大学社会精神医学) は「精神医療改革は科

学ではない。政治である。」と言う。しかし日本に新たな政治の波は期待できない。「反精神医学」という思想はすでに影響力を失い、その言葉を知る者すら少なくなった。先進諸国で改革を進めた強力なエネルギーが消えた今、日本の精神医療改革は地道な努力でしか達成できない。

2. コミュニティー精神科医療機関の問題

精神医療改革は精神科病院の病床削減のみを目標とはしていない。コミュニティーでの精神科医療サービスの充実こそ最も重要な目標である。そのために単科精神科病院以外の医療機関として先進諸国ではコミュニティーメンタルヘルスセンター (CMHC)、総合病院精神科が誕生し規模を拡大し、精神医療のサービスを提供している。例えばドイツでは9,000ヶ所の360日開業のCMHCと2,000ヶ所の病院外来(161) フランスでは2,200ヶ所の精神保健センター、1,218ヶ所のデイホスピタル、1,056ヶ所のデイケアセンターがあり(22) コミュニティーでのケアを担っている。

先進諸国では単科精神科病院に替わり、総合病院精神科、精神科外来施設 (CMHC) の役割が重要になっている。



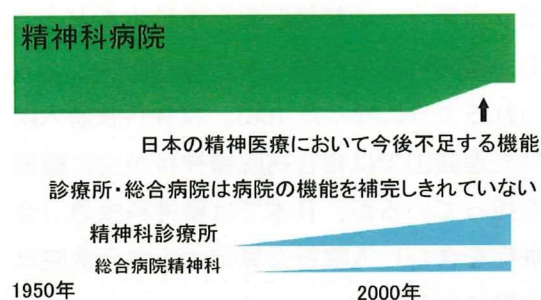
日本は他の国と大きく異なる。総合病院精神科は先進諸国に比較すると非常に整備が遅れている。総精神科病床数に占める (一般) 総合病院精神科病床数は4.9%と低い(24)。総合病院精神科のスタッフは不足し、

最も中核的な業務である合併症治療とリエゾン精神医療以外まで手を広げられず、コミュニティーの精神医療を提供するどころか精神科病床を廃止する総合病院さえみられるようになった(166)。精神科救急入院は先進諸国では総合病院精神科が主に機能を担っているが、日本では精神科救急 (合併症を含む) 入院料を算定する総合病院は非常に少ない。

日本では精神科診療所は急増しているが、精神科病院の機能を代替するに至っていない。本来、コミュニティーで暮らす精神障がい者の治療を行うべき精神科診療所がわが国では充分機能しておらず、入院患者を減らす機能について疑問視する声がある(167) (222)。一方、わが国では精神科リハビリテーションといえば地域生活支援活動に重点を置いて語られるあまり、精神科診療所の機能について忘れ去られていたのだという批判もある(168)。日本の精神科診療所の中に統合失調症の治療に消極的な診療所があることが脱施設化に大きな障害となるであろう。すでに「自立支援法の適応を受けない」という方法で、事実上コミュニティーケアへの参加を拒否している診療所も大都市において見られるようになった。

日本では精神科病院の病床削減は進んでいない。ところが精神科入院施設からの職員の流出がすでに始まっており、特に病棟の運営に欠かせない精神保健法指定医の退職は深刻な問題となっている(169)。コミュニティーの整備を行ってから、精神科入院施設の縮小を行うというのが脱施設化の原則である。しかし日本ではコミュニティー精神医療が十分整備される前に、精神科入院施設の量的ではなく質的な縮小が始まって

しまった。これは非常に危険な現象である。



先進諸国においても精神医療改革に失敗した国において、脱施設化初期に同様の問題がおきた 223)。アメリカ合衆国ではケネディ教書を受けて数多くの CMHC が設置されたが、初期に配属されたスタッフは精神分析的な精神医療を指向し神経症患者を多く診たがる一方、重症精神病患者の治療を厭う傾向があった。結局統合失調症患者は旧来の州立病院がケアし続ける事態になり急速に医療の質が劣化した 13)。CMHC が統合失調症患者を診療し、真のコミュニティーケアを行うようにするには幾つかのプロセスが必要であった。

脱施設化は患者のみならず精神科医をコミュニティーに移動させることも重要である。しかし、今の日本に見られるような独立した個人の小規模精神科診療所がいくら増えたとしてもコミュニティーケアのシステムは永久にできず、精神医療改革は進まない。それどころか精神科入院施設の質的劣化により、コミュニティーにいる精神障がい者のみならず、入院を続ける精神障がい者を危機的な状況に陥れる可能性が高い。例えば現在病院に勤務する精神科医 1000 人が辞め、今あるような診療所が 1000 か所開設されたとしたとしてもコミュニティー精神

医療の質はそれほど向上しない。しかし入院医療は確実に崩壊する。しかも流出は単科精神科病院ではなく、勤務条件が厳しく報酬の少ない総合病院精神科から始まり、まず最初に総合病院精神科が壊滅的な状況となるであろう（現在でも総合病院の精神病床閉鎖の大きな理由の一つは精神科医の不足である）。精神科診療所開設のハードルはあまりに低く、何らかの開業制限を望む声は専門家の間で高まっている 169)

日本の精神科診療所は先進諸国のコミュニティーの外来とは大きく異なる。民間それも個人設立が多く、医師 1 名の所が多く、コメディカルが居ないところが多い。また夜間、休日の診療は行わないどころか、電話での問い合わせにも応じないところが多い。このような診療所は先進諸国ではマイナーな存在である。同等の医療は多くの国では精神科医ではなく GP が行っている。あるいは医療保険外でマージナルなサービスとして提供されている。

すでに都市部では十分な数がある既存の社会資源である精神科診療所を、今後はコミュニティーにいる精神障がい者の治療と入院抑止のための有効なネットワークに組み込むことが必要である。

今後は日本型 CMHC の整備が必要である。統合失調症の患者を受け入れること、入院抑止に強い効果のある治療的デイケアを持つこと、訪問看護などのアウトリーチ活動を行うこと、せめてかかりつけ患者については 24 時間電話対応をすること、できれば関連病院を利用しての夜間受診などに対応できることが必要である。20 年度の当研究では、研究協力者の窪田彰らが精神科診療所においてデイケアと訪問看護が再発防止な

どに効果を示すことを明らかにした 120)。ケアマネジメント、相談支援、デイケア、ナイトケア、訪問看護、往診など多機能を持つ精神科診療所は有効であり日本でも展開可能である 221)。

地域で唯一の精神科病院が突然閉鎖された千葉県銚子市では、2009 年からコミュニティー型の精神科診療所がすでに実績をあげている。

スタッフはコメディカル職員を多く配置、精神科医は複数勤務していることが当然必要となろう。公的サービスを担う以上法人格は必要であろう。先進諸国では CMHC は公的機関により運営されているところが多いが、日本では公的機関をこれから全国に整備することは現実的ではない。すでにコミュニティーにある精神科診療所のうち、コミュニティーのサービスを行う意志のあるものを日本型 CMHC 「精神科高規格診療所」として整備していくことを提案する。

ところで、日本の個人立の精神科診療所がコミュニティーケアに関わりにくい理由として租税特別法第 26 条の問題がある。精神科診療所は患者一人当たりの収益が低いいため、特別措置上限金額に届きにくい。また高価な機器を使用しない精神科では実際の必要経費は「みなし」必要経費を大幅に下回る。この 2 点の理由で特別措置の恩恵は他科診療所よりも大である 169)。ところがコミュニティーケアを行うことにより、収益は上昇し、実際の必要経費率も上昇するため、特別措置の効果が急激に減弱する。すなわち現在の特別措置はコミュニティーケアの推進に対して強力な逆インセンティブを与えている。今後はコミュニティーケアに対して恩恵的な税制に改める事が望ま

しい。

また、精神科診療所が病院医療システムと全く分断され、統合失調症のコミュニティーケアとも関わりを持たない遠因として、日本の医師の勤務形態の特殊性がある（医療以外の人からみれば日本の方が常識的で、海外の方が特殊なため理解しにくい）。先進諸国の多くの国において医師の雇用形態は他の医療職員とは全く異なる。病院・大学で常勤であっても、午後はコミュニティーの診療所での勤務が許されている。この雇用制度はコミュニティー精神医療が始まる以前から歴史的に許可されている形態であり、誰も奇妙には感じておらず、多くの国で公民問わず行われている。西欧諸国では、医師は病院の従業員ではなく、常勤の請負業務を行う個人事業主として登録されているケースもある。そのため病院とコミュニティーの診療所は、当たり前のように両方に勤務する精神科医を通してシームレスに繋がっている。日本は病院で常勤勤務をしながら、コミュニティーの診療所で毎夕勤務する例は稀である。公立病院であれば兼任は通常許可されない。

脱施設化をシームレスに進めるには、病院に勤務する精神科医が退職して個人開業するのではなく、先進諸国のように病院に籍を置きながらコミュニティーの診療所でパート勤務をすることを推し進めるべきである。先進諸国のような歴史的に特権として認められた雇用形態への変更は難しいかもしれないが、せめて脱施設化の過渡期のみ病院での勤務を 32 時間以下でも常勤とみなし、その時間を日本型 CMHC 「精神科高規格診療所」でのパート勤務を行うことを促進することを提案したい。

3. アウトリーチサービス、ケアマネジメントの不足

アウトリーチのためのサービスは一部で行われるようになったものの、十分な財源が用意されているとはいえず 24)、未だ施行状態といていい段階である。ケア対象者の生活空間が地域に移るため、アウトリーチの必要性は高まる。従来日本で行われている訪問看護や訪問支援にあるような、具体的なケアの提供やモニタリング以外に、生活環境でのアセスメントやケアプランの作成などのケアマネジメントや、生活状況に即したリハビリテーションなど求められるスキルも多様化する必要がある。

医療でのアウトリーチ提供者は障がい者についての情報量と関係性からケアマネジャーとして機能しケアマネジメントの中心的役割であることが望ましい。また、現在のように訪問指示箋と報告書がベースとなった情報交換は、情報共有が充分に行われずチームアプローチを目指す場合に有効に働きにくいし、時には方向性にずれを生じる場合もある。主治医や関係スタッフとの定期的なカンファレンスや相談機能を盛り込む必要がある。

福祉におけるアウトリーチはホームヘルプサービスを初め具体的日常生活上のケアの提供や、服薬確認なども含むモニタリングの機能を目指していくのが望ましい。現在職種により関与が出来るものと出来ないものがあるが、地域ケアにあわせた各職種の担える業務の再検討が必要である。

脱施設化において、治療に乗りにくい障がい者は物理的に治療を導入・維持しやすい病棟と違い、地域システムの中では積極的

な介入によりケアからドロップアウトしない ACT が必要となる。しかし、多職種でサービス密度の高い ACT はコストが高く、精神医療全体の中で限定したサービスである必要があるし、比較的軽症の障がい者の場合には有効に働かないこともあるため、利用者の選定とサービスの配置には一定のルールが必要である。病床が減り入院に依存しないという環境の中で、さらにその必要性が高まり効果も上がることから、ACT の普及は病床削減とともに行うことが重要である。

地域移行を推進するためには、ケアマネジメントシステムの確立は不可欠であると思われる。現在自立支援法では相談支援事業がケアマネジメントとして存在するが、症状評価や医療的な関与との連動性に乏しく、対応可能な患者に制限がある。症状の変動があり複数のサービスの利用が必要な患者の場合には、地域精神医療先進国のような医療サービスとしてのケアマネジメントシステムが必要と思われる。多職種によるケアマネジメントチームと外来診察、アウトリーチサービスが連携して動くために、CMHC のような外来機関の設置が合理的であり、現在ある病院または診療所の外来機能、訪問看護、医療機関のケースワークの機能を一体化し、ケアマネジメントの手法を使った包括的なサービスの提供が可能ではないかと思われる。

ケアマネジメントには多くのマンパワーが必要のため、それに見合う報酬の設定やケアマネジャーの質を保つための教育システムの確立も課題である。

4. 居住施設の不足

日本では病院以外の居住施設の整備は不十分であり改革は始まったばかりであると国際的に評価されている(24)。特に脱施設化のために諸外国で重要とされており、日本で欠けているのは24時間SV付き支援住宅である。

今後、住居施設の基準の見直しが必要である。日本での自立支援法を元にした住居サービスは、精神障がいの場合には症状の変化など障がいの程度が変動するため使いにくい。また、援護寮、ケアハウス、グループホームの施設基準の範囲内では、適応しにくいケースが多く数段階のケア度を設定するか、同じ住居施設でもケアサービスの利用をそのときの症状に合わせて調整できるような仕組みがあるとより多くの障がい者が脱施設化しやすいのではないと思われる。

病床転用も一つの方法であると思われるが、その場所が新しい「施設化」を生み出さないようなルール作りが必要である。

先進諸国では営利会社によるコミュニティーとはかけ離れた僻地の居住施設への生涯にわたる収容が行われており、transinstitutionalizationとして批判されている。これから整備する日本では、ホームの立地は厳しくチェックすべきである。病院以上に僻地にある支援住宅の存在、コミュニティーに戻れない脱施設化など無意味である。また収容された障がい者からの経済的収奪の報告もある。人権について十分なチェック体制が必要である。

先進諸国では多くの重症精神障害者を支援住宅でケアを行っているが、ユニットの施設など閉鎖的処遇は日常的に行われている。

日本では居住施設の閉鎖的処遇、その他の行動制限について十分な論議が行われていない。脱施設化を進めるに当たり、支援住宅での閉鎖的処遇を認め多くの患者を退院させるのか、認めずに「そこそこ」の退院患者数を目指すのか今の時点で決断する必要がある。

支援住宅を飛び越えてグループホームの建設を目指すという選択もありうる。その場合においても支援住宅に適した障がい者のための必要な支援住宅の整備は行うことも欠かせない。

5. リハビリテーションの問題

リハビリテーションの重要なパートとして位置づけられているデイケアは日本全国に1250箇所、そのうち1/4は精神科病院以外のところにある(24)。整備は進んだが脱施設化が進めばさらに必要となることが予想される。

リハビリテーションは、医療と福祉の機能分化が必要である。医療で行うリハビリテーションは、短期間で治療効果が見込め、豊富な医療スタッフで行うメリットが生かせるプログラム内容であることが必要である。身体リハビリテーションと同様目標設定と定期的な評価があり、限定された期間の中で個別のアプローチがなされるようなインテンシブなサービスとし効果を上げる必要があるように思われる。リハビリテーションの必要性が長期化した場合には福祉サービスで提供される生活機能の維持を中心としたリハビリテーションに移行するようなシステムの構築が考えられる。

またリハビリテーションの目標を、社会的な役割の回復とし、就労支援や社会参加に