

海外の事情 News from Abroad

ベルギーの精神保健改革視察報告

伊勢田 堯1) 増田一世2) 氏家憲章3

精リハ誌、22(1):171-177,2018



キーワード▶ベルギーの精神保健改革,脱施設化の徹底,公衆衛生モデル,地域ケア,リカバリーモデル

Keywords ▶ Belgian mental health reform, intensive de-institutionalisation, public health model, community-based care, recovery model

I はじめに

筆者らは現地時間 2018年2月19日から22日ま での4日間、ベルギーの精神保健改革を視察した。 ベルギーの精神保健改革がわが国で注目される 理由に、① OECD 諸国のなかで人口比で日本に 次ぐ2番目の病床数があり、②その病床数の削 減. 脱施設化が進まないこと、イギリスやイタリ アなど世界の脱施設化を牽引する先進諸国を擁す る欧州では特異な存在であること。③脱施設化が 進まないわが国との共通点として、精神科病院が 私立中心(およそ85%, わが国およそ90%)と 見なされていること、④さらに、厚生労働省の審 議会で病床数削減の「切り札」としてベルギーの 病床のグループホーム化(転施設化政策)にヒン トを得たと思われる病棟転換型居住系施設(厚労 省長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的 方策に係る検討会,2014年)の制度化の動きが あったことなどがある。

ベルギー・フランドル精神医学会元理事長のギド・ピーターズ教授(Prof Guido Pieters)と筆者らは、2002年8月の第12回世界精神医学会横浜大会以来の交流があり、来日時にたびたび講演

をお願いしたり、こころの健康政策構想実現会議 ではベルギーの精神保健改革について講演してい ただいたりしていた。

そうしたこともあって、筆者は厚生労働省が手本にしようとしているベルギーの病床のグループホーム化(転施設化政策)についてメールで照会した。すぐに返信があった。ベルギーでは1990年代に確かにそのような政策を実施したことはあるが、失敗であったと総括したという明快な回答があり、ベルギーの精神保健改革に関するいくつかの英文資料が送られてきた。

筆者は、提供された資料をまとめて、ベルギーの精神保健改革の概要を報告した^{1,2,3)}。ネット情報によれば、国はその後ぴったりとベルギーの病床の転施設化を話題にしなくなったという。病棟転換型居住系施設反対運動が盛り上がるなかで、ベルギーの精神保健改革視察への機運が高まり、筆者に団長を務めるように依頼があった。筆者は、日本の精神医療改革運動にとっても、この視察は重要な意味があると考えて引き受けた。

Ⅱ 視察団長としての問題意識と視察目的

たとえ「改革者」を自認する人であっても、隔

A report of visit to study Belgian mental health reform

- 1) こころのホームクリニック世田谷, Takashi Iseda; Mental home clinic Setagaya
- 2) やどかりの里, Kazuyo Masuda; Yadokari-no Sato
- 3) うるおいの里, Noriaki Ujiie; Uruoi-no Sato

離収容体制下で知らず知らずのうちに施設処遇が 体質となっていることから、海外の精神保健改革 の動向を理解するためには相当の努力が必要であ ること、その上に、「人間なら、誰にでも現実の すべてが見えるわけではない。多くの人は、見た いと欲する現実しか見ていない」(ガイウス・ユ リウス・カエサル)という問題もあることから、 現地視察だけでは理解に限界があると考え、団長 として参加者に精力的な事前学習をお願いした。 結果として、合宿も含めて1年3か月におよぶ事 前学習となった。

われわれの最大の関心事は、2000年に精神病床率が人口万対26.0床だったものが2011年では17.7床になるという急速な脱施設化に成功し(図1)、なお改革が進展しているというベルギーの精神保健改革の「成功の秘訣」を知ることであった。こちらの視察希望事項をピーターズ教授に送信し、それをもとに教授に視察プログラムの作成と調整をしていただいた。

そうした2017年11月にピーターズ教授から深刻なメールが届いた。すい臓がんの肝転移が見つかり化学療法を開始する、2月の視察時にはどうなっているかわからないが、病気を公表し、これまでの役割は引き続きやっていく、視察の調整はそれぞれの担当者に引き継いであるので心配いらないという内容であった。その視察プログラムには、あらゆる分野が網羅されていた。一私的視察団にこれだけのことをしてもらってよいのだろうかと、正直団長としては気後れするものがあった。

視察団の仲間にも緊張が走り、現地の対応に相応しい視察になるように、年明け早々に視察準備会をもった。日本から同行する通訳の方から事前資料が欲しいとの希望があった。現地の忙しさを考慮すると気が引けたが、ピーターズ教授に恐る恐るお願いしてみたところ、ピーターズ教授が「大変さは自分もわかるが、視察団の出発2週間前から10日前には資料を送ってほしい」とそれぞれの担当者に号令をかけて下さったのである。

それを受けて、現地の担当者から出発間際まで 続々とパワーポイント資料が送られてきた。視察 に参加しない仲間の協力も得て大急ぎで邦訳し、 出発前に通訳の方と団員の皆さんに送ることがで

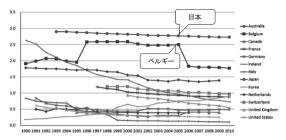


図1 各国の精神病床数

きた。

最終的には総勢18名の視察団となった。内訳は、日本障害者協議会代表藤井克則と同行者をはじめ、精神科医3名、家族会関係者3名、看護師3名、ソーシャルワーカー2名、事務管理者2名、大学関係者2名、作業療法士1名、マスコミ関係1名であった。加えて、通訳2名、添乗員1名も加わり、合計21名の大規模な視察団となった。

Ⅲ 視察で得られた主な所見

4日間の視察プログラムは表1に示した。視察プログラムは多岐にわたるが、本稿ではこれらのなかから筆者らが特に注目したものを紹介する。なお、ベルギーの精神保健改革の経緯については既報^{1,2,3)}を参照願いたい。

1. ベルギーの精神保健改革の基本方針

まず注目させられたのが、精神保健改革に取り 組むにあたって、1996年に脱施設化の理念を徹底 するために、精神病床の定義を改めたことである。 すなわち、ナーシングホームだけではなく、グ ループホーム、そして「ゲールの里」として知ら れている里親制度をも施設的処遇に当たるとして 精神病床数にカウントし、これら全体として病床 数(施設処遇数)の削減を目指したことである。 このことからだけでも、脱施設化を徹底しようとす る並々ならぬ意志を読み取ることができる(図1)。

ベルギーの精神保健改革は、WHO の精神保健 改革の4つの目的に沿って立案されている。すな わち、①精神保健の分野におけるリーダーシップ とガバナンスの強化、②地域における包括的で統 合された即応的な精神保健サービスと福祉サービ スの提供、③精神保健分野の健康増進と予防戦略 の実施、④精神保健分野の情報システム、エビデ

表1 視察プログラム

●1日目(2月19日(月))

[場所] ルーベン (Leuven) 大学精神科病院 (Gasthuisgerg キャンパス)

[担当] Stephan Claes 教授 (成人期精神医療部部長) [テーマ] Diletti ネットワークへの訪問プログラム

[イントロダクション] Dr. S. Claes 教授 (ルーベン大学成人期精 神医療部部長)

- 09:30 Diletti:5つの精神医療改革 | A. Vandeputte, I. Van Wijnendaele (Diletti ネットワークコーディネーター)
- 10:15 公衆衛生から見た精神保健の展望 | Dr. R. Bruffaerts 教授 (ルーベン大学)
- 11:15 モバイル治療チーム 2B | Dr. B. Leroy (ルーベン大学)
- 12:00 環境 (landscape) を変えることによる摂食障害治療
- 13:30 リカバリー・カレッジ Herstelacademie | T. Derison (Halle-Vilvoorde カレッジ・コーディネーターおよび協働者)
- 14:15 熟練者の経験的知見の役割 | N. Albert, G. Claues
- 15:15 家族および家族会の役割 | M. Jonckheere, Adecraene Similes
- 16:00 活動と仕事 | D. Nissen
- 16:45 質疑応答 (~ 17:00 閉会)
- 19:00 夕食会:ルーベン大学学士会館 (facultyclub, beguinage で [http://www.facultyclub.be/en/])

●2日目(2月20日(火))

[場所] ルーベン (Leuven) 大学精神科病院 (Gasthuisgerg キャンパス)

- [担当] Dr. J. Decoster 教授 (Diletti ネットワーク訪問プログラム)09:15 概略説明 | Dr. J. Decoster 教授 (救急精神医学, UPC KUルーベン大学)
- 09:30 ベルギーの精神保健改革における精神科医の役割 | Dr. Chris Bervoets (UPC KU ルーベン大学教授, フランドル精 神医学会会長)
- 10:15 モバイルクライシスチーム/危機解決チームの機能 | Thomas Van den Heuvel, Lindy Bouten (UPC KU ルーベン大学)
- 11:15 救急精神科医療におけるGP (一般医・家庭医) の役割 | Dr. G. Pint Academic Centre for General Practice
- 14:00 アントワープ (Antwerp) へ移動(40キロ) [担当] Kirsten Catthoor 博士(精神科病院) アントワープは港町で多くの外国人が住む。人口密度が高 く低所得者層も多い。精神科病院が街中にあり、リカバリー ベースの治療ができる病室は通りに面している。中庭を美し く作り変えた。

●3日目(2月21日(水))

[場所] ティエネン (Tienen) (ルーベンから 30 キロ) the clinic Zorggroep alexianen Tienen (クリニック)

[担当] An Vandeputte

- 09:00 改革プログラムの状況 | Gust Rector (ネットワーク代表, 病院院長)
- 09:30 ユーザーの視点から見た改革プログラムの基本:ストレン グス (強み・長所) とリカバリー志向のプログラム
- 10:00 F1:患者と共に推進するための一般医へのサポート:サポートチーム ggz および相談デスク | Els Pouwels, Daisy Menten
- 10:20 F2: モバイルチームのための新しいポイント: 可能な限り 短い治療で、必要とされるだけ長くかかわり、一次医療がい つでも控える | lieve Smet & Dr. Joris Van Roy
- 10:40 F3:リハビリと就労に向けたケアにおける具体的な新しい 重要ポイントの作成 | Els Van de Sompel
- 11:30 F4: 改革プログラムの中で依存症の取り組みの新しいポイント (Dr. Peter Joostens)
- 11:50 F5:若年者が一人暮らしのできる居住支援のための協働: 新しいパイロットプロジェクト | Aliene Dewil & Dr. Asia Mierzjewska
- 12:10 質疑応答
- 13:00 ルーカスルーベン (Lucas-Leuven) へ移動 [担当] Chantal Van Audenhove 教授 (ルーベン大学副総長) 精神保健改革・家族支援・偏見差別・雇用・うつ病対策の 調査報告

夕食会にChantal Van Audenhove 教授, Mrs. Isabel Moens (フランドル精神保健サービス提供者協会 (Flemish Mental Health providers association) 会長) 出席

●4日目(2月22日(木))

[場所] ブリュッセルの保健省

[会場] Radisson Park-Inn Hotel Brussels Midi

[担当] Magda Coture (精神保健改革推進副責任者, 精神保健改革のアシスタントコーディネイター)

《改革の概要》

- ・精神保健改革について
- ・成人, 児童および思春期等の精神保健の現状についてのレビュー 質疑応答

ンス、研究の強化である。

ベルギーの成人精神保健では、①精神的健康の 増進と予防、早期発見など、②急性および慢性の 精神障害に対して集中治療を提供するモバイル チームまたは外来治療チーム、③リカバリーと社 会的包摂を焦点とするリハビリテーション・チーム、④急性および慢性の精神障害への入院治療に かわる居住施設における集中治療、⑤自宅や自宅 に代わる場所で必要なケアを組織することができない場合には、ケアが提供できる特別の居住施設の整備という5つの機能を挙げている。

そして、ネットワークのカギとなる機能として、①プライマリケア、②アウトリーチ・チーム、③リハビリテーション、④居住施設ケア、⑤住居の5つのプログラムが取り組まれている。

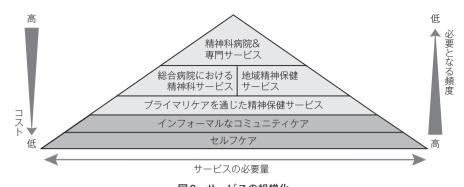


図2 サービスの組織化 サービスの最適な混合医療システムおよび精神保健サービスの改善 OMS (2009)

2. 公衆衛生モデル

従来の病院・施設中心のサービスから公衆衛生モデルへのパラダイムシフトとして、一般市民にとって何がベストか? 一般市民・社会にどの程度金銭的余裕があるか、患者が何を必要としていて、何ができるか? という視点から政策検討がなされ、介入としては、治療・予防・健康増進の柱を設定した。このパラダイムシフトによる理想的シナリオは、治療に対する需要と供給が一致していること、適切な人に対する適切な治療、需要のみを満たす(供給不足でも供給過剰でもない)こととした。

現実は、10人中4人は援助を必要とし、10人中4人は治療の遅れがあり、10人中2人は治療を受けていない一方で、精神疾患はないが心理社会的ストレスのある人が治療を受けた割合が11.1%、両方ともないのに治療を受けた割合が2.1%あり、計13.2%は供給過剰であるとした。

これらからの課題として,供給不足には施設の増加ではなくネットワークの強化,供給過剰対策,利用しやすさの改善,待機待ちの解消を挙げた。

3. 一般医 (GP, General Practitioner) の1次 医療との連携 (図2)

欧州の一般的な医療システムは、大枠として内 科系と外科系に分けられた一般医(GP/かかり つけ医)による1次医療、専門外来による2次医療、専門科の入院医療である3次医療に大別され ている。精神医療におけるGPの強みを、①アク セスのしやすさ、②長期の継続的治療、③身体 的、心理学的、社会的、精神的な側面から診られ ること、④システムと患者の状況への理解ができること、④地域社会との協働が可能であること、⑤ GP は、自殺危機、精神科的危機、精神科治療における中心的役割を担えることを挙げ、GP との協働的アプローチが必要であるとした。

さらに精神医療を1次医療に統合する7つの合理的理由として、①精神疾患による負担が大きい、②精神と身体の健康問題が絡まり合って存在している、③精神疾患の治療ギャップが非常に大きい、④アクセスがよくなる、⑤精神疾患の一次医療は人権尊重の意識を高める、⑥精神疾患の一次医療は手頃で費用効果が高い、⑦精神疾患の一次医療は健康上良い結果をもたらすことを挙げた。

4. 精神医療体制の改革, 精神科医の役割

改革の対象は精神科病院の病床,総合病院精神 科病棟,外来,地域における住居と仕事,治療的 共同体である。2003年時では,4,730人の入院患 者が1年以上仕事や社会復帰がなく,3分の1は6 年以上社会復帰がなかった。

精神科病院のベッドは、一部はリハビリテーション病院として残る可能性はあるが、主にACT、および急性期治療訪問チームへ、外来も訪問型に、一部は総合病院の急性期病棟へ転換するという。

急性期治療訪問チームは46チーム, ACT は47チーム (2017年11月27日現在), 常勤換算でそれぞれ552人, 423人であった。

精神科医は病棟よりはアウトリーチチームで働くことになるが、そのアウトリーチで何をするか、働く場所による給与の差、他科の医師との待遇の

差の改善など、精神科医の処遇の在り方の検討が行われている。このような改革によると、ベルギーの精神科医は300名から500名の増員が必要とされている。

5. ベルギー政府の精神保健改革の基本戦略

最終日にベルギーの精神保健省から精神医療改革の基本戦略の説明があった。冒頭の挨拶が公衆衛生局長からあった。視察団の熱意に応える形で急遽実現したという。

挨拶の要旨は次のようである。「精神保健分野は後れをとってきたが、この数年改革が進んできた。イタリアのように一挙に改革するのではなく、ステップ・バイ・ステップというやり方がベルギーの文化である。政府は細かな政策を提示するのではなく、病院・施設から地域にサービスを移すという原則と方向性を一貫して提示し、地方政府で具体化してもらう。政策も参加型のものを目指している。しかし、いつまでも地方任せにしないで、時期が来たら明確な指導をしていく」とのことであった。

以下,精神保健担当者から提供されたパワーポイントをもとにベルギーの精神保健改革の課題を紹介する。

1) パーソン・センタード

患者のニーズがすべてのアクションの中心である。

2) サービスのあり方

サービスは、人々が自分の健康とウェルビーイングにこれまで以上に責任を持つものでなければならない。

①地域志向

- ・治療は可能な限り、本人が暮らす地域(健康 的な地域)で行う。
- ・可能な限り、自分の家と地域に留まるべきで ある。

②サービスを統合する

- ・水平方向: 医療と福祉
- ・垂直方向:1次、2次、3次医療の統合
- ・部門内: たとえば精神保健医療サービスでは 予防と治療のサービスの統合
- ・ケア提供者と患者の統合
 - 一複雑なケアが必要とされる場合は, 適時適切に提供する。

- 一目標は、「適切なケアを、適切な場所と適切なタイミングで、適切な人によって」実施することである。どの医療スタッフも全体のシステムの一員であるという自覚を持つこと。
- ―サービスは本人と地域の可能な限り近くで 提供すべきである。したがって、病院はこ のシステムの外縁にある。

6. ユーザーと家族の参加による改革の推進

精神保健サービスと政策決定に関するユーザーと家族の存在感を高めるために、ユーザー団体、家族会、大学など学術団体のそれぞれ2団体からなるパートナーの組織が結成された。そして、プロジェクトにユーザーと家族の代表が参加したが、スタッフともどもその関わり方への支援・コーチングが実施され、ユーザー・家族と協働する方法のガイドラインも出版した。

こうして、ユーザーと家族の持つ専門知識の開発の支援が取り組まれた。

Ⅳ 視察からの主な学び

視察内容は多岐にわたるので、主なものに絞っ た学びと考察をする。

1. 脱施設化理念の深い理解と意気込み

脱施設化が、精神病床数の削減と在院日数の短縮化として理解されがちなわが国にあって、脱施設化の理念の再学習が必要であることを思い知らされた。

2. 公衆衛生思想の復活

市場原理によってわが国で消滅の危機にある公 衆衛生の視点が復活している。現状の把握と政策 立案の原点と基本原則を想起させる重要な視点で ある。

3. 一般医(GP)による1次医療

わが国の開業医制度は、かかりつけ医としての一次医療と専門外来医療とが混在している。精神科医療に関しては、1次医療および専門医療としての2次医療を精神科開業医が中心になって担っている。しかしながら、5分間診療が基準となる精神科外来診療体制は、海外でいう2次医療としての専門医療に値するとは到底言うことができない。また、4人に1人、5人に1人がかかるといわ

れる精神疾患の患者を,精神科医療だけで担うの は土台無理である。

そうなると、内科、小児科、神経内科、歯科などの開業医が精神疾患患者も診られるような支援体制を作らなくてはならない。そして、精神科専門外来を2次医療として飛躍的に機能強化し、外来では1日10名から15名の患者を診れば採算がとれるようにし、単に外来で診療するだけではなく、多職種のアウトリーチチームと連携する体制を作らなければならない。

わが国では精神科特例の廃止を中心とする病棟 改革に注意が向きがちであるが、1次医療および一 般医療のなかに精神科医療を溶け込ませること、精 神科外来専門医療はアウトリーチサービスと連携 した抜本的な機能強化が必要であることを学んだ。

4. 病床からモバイル訪問チームへの転換方法

ベルギーでは精神病床の買取による病床数の削減ではなく、病床を原資として確保し、それをアウトリーチチームに転換していた。今回のプレゼンテーションでは、1,230床を548人のモバイルチームに振り分けていた。

5. ユーザーと家族のサービスと政治への参画の 推進

紆余曲折を経ながらも、精神保健改革がリカバリー志向に発展する上でのユーザーと家族の果たした役割は貴重だったという。

6. 欧州地域精神保健サービス提供者(EUCOMS) ネットワークのコンセンサス・ペーパー

2017年12月20日付けの欧州地域精神保健サービス提供者(EUCOMS)ネットワークによるコンセンサス・ペーパーが発表されたとの情報がピーターズ教授から寄せられた。ピーターズ教授がトップネームであった。欧州地域精神保健サービス提供者(EUCOMS)ネットワーク(The European Community based Mental Health Service Providers(EUCOMS)Network) $^{4)}$ は、事務局をオランダ国立精神保健・アディクション研究所(Trimbos Institute)に置き、Dr. René Keet が会長を務めている。質の高い精神保健福祉サービスを地域で提供し、それをそれぞれの国の政策に反映させることを目的として、2015年に発足した。年1、2回のミーティングを持ち回り

で開催し、相互学習、相互支援、政策と実践の連携強化を図っている。現在、17か国53組織が加入し、世界にも普及を図ろうとしている。

EUCOMSのホームページに、このコンセンサス・ペーパーの英語版とともに筆者らが翻訳した日本語版も掲載されている。われわれがベルギーの視察でまさに学んだ内容であり、欧州でも地域ケアへの改革の内容や度合いにばらつきがあるなかで、互いに学び合いながら地域ケアの在り方と方向性について合意に達した内容は貴重である。是非一読をお勧めしたい。

Ⅴ 終わりに/謝辞

今回の視察により、改革の小手先の「成功の秘訣」は存在しないことが確認された。障害者権利条約でブラッシュアップされた脱施設化の理念を徹底しようとする多様な挑戦であった。「改革の秘訣とは、過去に立ち向かうのではなく、未来を築き上げることに全てのエネルギーを集中するということである」(ソクラテス)とは、あるプレゼンターの結びである。紆余曲折を経て改革が軌道に乗った経験を持つ人たちの実感として共感できるものがある。「現実志向」の小手先の改革論では通用しないことを思い知らされた。

さて、4日間の視察を振り返ってみると、提供されたプレゼンテーションには、ほとんどの領域と課題が網羅され、また、理論・政策・実践が統合された多岐にわたる示唆に富む内容であった。視察の受け入れ側の誠意に頭が下がる思いである。

ピアの人たち,家族会,組合活動家,病院経営者,大学関係者,精神保健サービス提供者,中央・地方の行政機関の皆さんから心のこもった発表と配慮の行き届いたおもてなしを受けたことにも心をゆさぶられるものがあった。

なかでも、ギド・ピーターズ教授には特別の感謝を申し上げたい。ご自身の病を公表し、その後どのような経過をたどるかわからないが、できることは引き続きやっていくと表明され、私どもの希望を最大限受け入れようと視察プログラムの作成と調整に当たっていただいた。その上、ご自身の治療と遠方であることで同行できなかった日を除く3日間の視察にも同行し、夕方の懇親会にも



ベルギーの保健省の皆さんと日本の視察団

参加していただいた。闘病生活を中心にすること ない態度で、リカバリーとは何かを身をもって示 された感があった。

そして、児童精神科医でもある奥様のアリス先生には、現地到着時にご夫妻で出迎えていただき、最終日の私ども視察団主催の夕食会にもご夫婦で参加していただいた。控えめで優しい振る舞いでご主人を支えておられた姿も忘れることができない。ピーターズご夫妻には、視察団とそれを送り出してくれた日本の仲間たちを代表して心からの感謝の気持ちを捧げたい。

準備を進めるうちに視察団は18名におよぶ大規模なものになった。諸事情で同行できなかった仲間たちとの共同作業による1年3か月におよぶ事前学習と視察時のわれわれの積極的な態度が、現地の関係者に好感を持たれ、心のこもった対応を引き出せたのではないかと自負している。

また、多くの仲間から心強い支援を受けた。西田淳志先生をはじめとする東京都医学総合研究所の仲間たちと吉田真由美さんには、出発直前まで現地から送られてくるプレゼンテーション資料の翻訳を手伝っていただいた。また、総勢20名の大視察団になることを見かねて志願していただいた添乗員の経験もある増田義郎さん、および通訳補助として伊勢田知子医師(当時ストックホルム・カロリンスカ大学病院)からボランティアによる支援も受けた。

特にトラブルもなく充実した視察ができたのは,



日本からのお土産のこけしとギド先生(左),英国のジェフ・シェパード先生(右)と視察団団長の伊勢田(中)

こうしたみなさんとのコ・プロダクションによる 取り組みがあったからである。これらの成果を、 日本精神障害リハビリテーション学会をはじめと する日本の精神保健医療福祉サービスの改革を願 う仲間たちと共にしたい。

追記 アリス先生から、ギド・ピーターズ教授が 2018年10月6日に他界されたという訃報 が届いた。比類のない支援への感謝を込め て、そして忘れることのできない思い出と ともにご冥福をお祈り申し上げます。

文 献

- 1) 伊勢田堯: フィンランドとベルギーの精神医療改革: 発病早期の治療 vs 長期入院の解消. こころの科学. 180: 63-69. 2015.
- 伊勢田堯:大会会長講演:バック・トゥ・ザ・フューチャー:リカバリー支援が中心となった未来から見たわが国の精神保健福祉サービスの現状と課題.精神保健政策研究,24:12-19,2015.
- 3) 伊勢田堯:[連載] 世界の当たり前を知る: 第9回 ベルギーの精神医療改革から学ぶもの. すべて の人の社会, 35(7); 8-9, 2015.
- 4) The European Community based Mental Health Service Providers (EUCOMS) [https://www.eucoms.net/]