ベルギーの精神科医療改革から何を学ぶか

元東京都立多摩総合精神保健福祉センター・所長
榛名病院・こころのホームクリニック世田谷・非常勤医師
東京都医学総合研究所・客員研究員
伊勢田堯

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その１：視察事前学習による主な所見

（ギド・ピーターズ教授より提供された資料による）

１）政策決定システムの近代化

ベルギーの精神医療改革

政策決定システムの変革（1980年代～）

◎封建制→官僚制→ポスト官僚制（≠脱官僚制）

◎ポスト官僚制の工夫

・トップダウンとボトムアップの共存へ

・科学的知見と（患者・家族・実践者による）経験的知見の統合

・改革の目的の合意：患者・家族のニーズを実現するリカバリー支援

・新たな公共統治(new public governance)と新たな公共管理(new public management)

政策決定システムの近代化
～KCE（保健医療技術知見センター）の創設～

- KCEとは保健医療技術評価機構
- ２００２年に設立された半政府機関
- 資金は、政府から出るが独立組織
- 医療・福祉・社会保険担当大臣が委任する
- １９９９年に設立されたNICE（英国国立医療技術評価機構）に似た組織。
- 常勤職員は、約65名（75%研究者、20%事務職員、5%管理職）
- 2004年からINAHTA(医療技術評価国際連絡協議会、International Network of Agencies for Health Technology Assessment)に加盟

政策決定システムの近代化
～INAHTA～

- INAHTAとは、医療技術評価をレビューし、患者・家族・医療システム関係者にエビデンスを提供する非営利国際組織。1993年設立。現在はカナダに事務局。EU、WHOも支援。
- 52の機関の32か国が加盟し、10億人に影響を与え、2100人以上の職員を擁している。
- 加盟国:スペイン、イタリア、米国、オーストラリア、ポーランド、カナダ、**台湾**、ルクセンブルグ、メキシコ、ブラジル、南アフリカ、ドイツ、デンマーク、オーストリア、ウルグアイ、フランス、インド、アイルランド、スコットランド、アルゼンチン、コロンビア、チュニジア、ベルギー、**マレーシア**、スイス、**韓国**、イギリス、ノルウェイ、カザフスタン、スウェーデン、オランダ

KCE report 144A（2010年）
～精神保健に関する4つの諮問事項への答申～

①慢性で複雑な精神疾患患者の定義、診断名、その科学的基準は？

②対象組織のリハビリと統合を目指す組織の保健医療サービスの成果に関する根拠（エビデンス）と知見は？これらの組織モデルは、「ケア・プログラム」の概念にどのように適合するのか？ 定義された目標群に対するケア・プログラムの効果に関するエビデンスは？

③国際比較。**スペイン・フランス・オランダ・デンマーク・イギリス・オーストラリア・ベルギーを文献・統計資料から徹底分析**

④慢性複合精神医学患者のための医療の組織化と資金調達のための提言。

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その１：視察事前学習による主な所見

２）精神科医療改革の概要

ベルギーの精神医療改革の経緯
～リカバリーモデルとコ・プロダクションモデルの導入～

第一次改革（1990年～1995年）：科学的知見と実践者による知見の統合、政策立案者と実践者の連携組織による改革、→“失敗”！

①精神病床をグループホームとナーシングホームに転換し、地域移行を促す“病棟転換”政策

②政策決定者と実践者を仲介する協議機関(Mental Health Care Consultation Platform, MHCCP)の設立

しかしながら、病院中心体制を崩すことが出来ず失敗に終わる

第二次改革（1995年～2010年）：治療プロジェクトと横断協議の強化、権限を持つ国立諮問機関の設立、→しかし、“失敗”！

治療プロジェクト(therapeutic projects)と横断協議会(transversal consultation)、大所高所から助言指導する諮問機関(NACH)の設立。

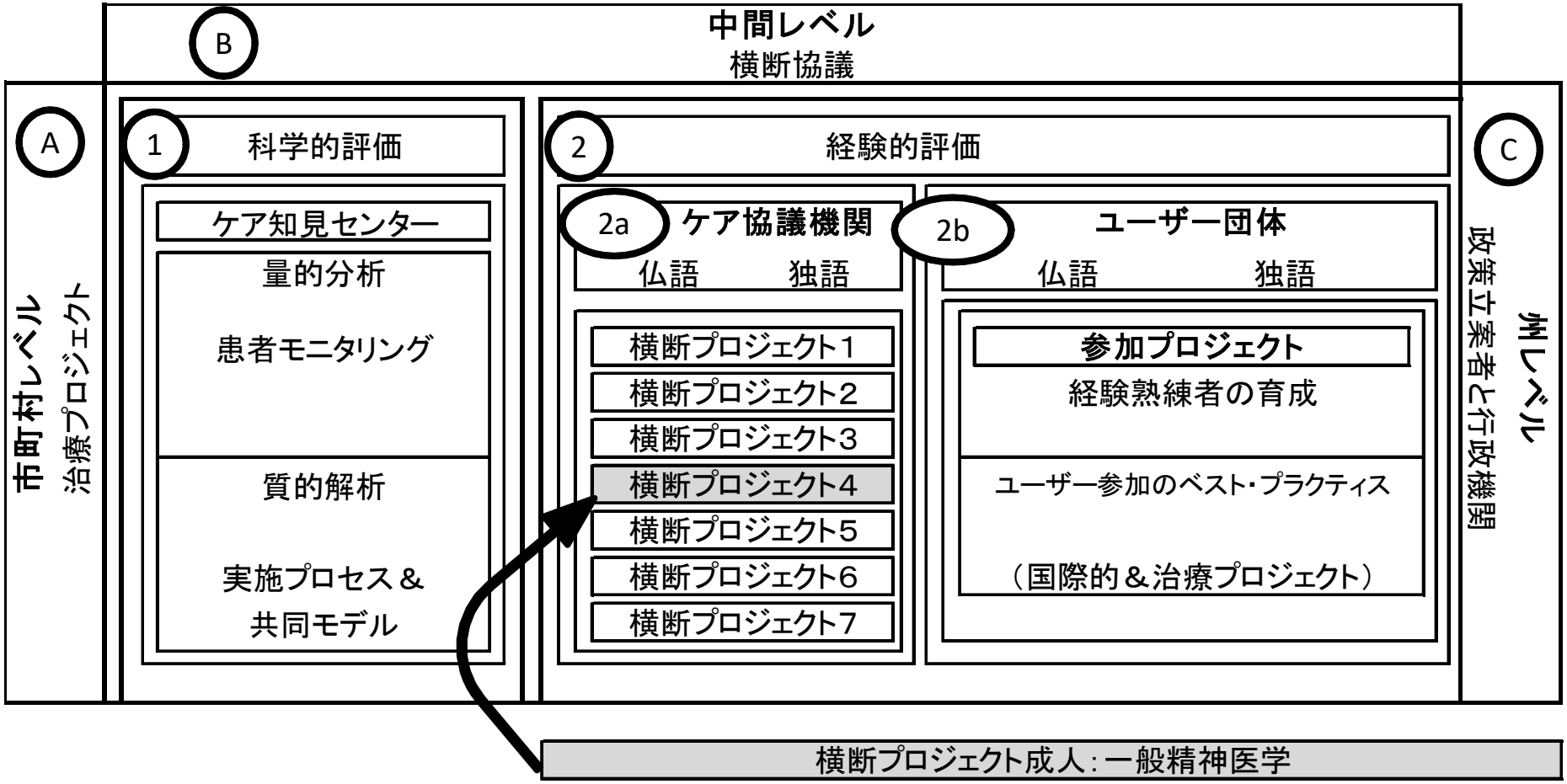
しかしながら、脱施設化の効果がなく失敗に終わる

第三次改革（2010年5月～）：リカバリー、コ・プロダクションモデルを導入。“プシ107条”プログラム→改革が軌道に乗る！

病床の地域訪問治療チームへの転換政策へ

治療プロジェクトと横断協議

ベルギーの精神医療改革デザイン（2007年～2010年）



S. Thunus, F.Schoenaers: Policy and Society 31(2012)145-158

第三次改革（2010年5月～）
“プシ107条”プログラム

- 精神保健の予防と増進、早期発見、スクリーニングと診断
- 急性期のモバイル治療チーム、慢性期のモバイル治療チーム、外来治療
- 地域社会に再統合するための精神科リハビリテーション
- 急性期と慢性期の集中的居住サービス
- 家庭生活困難患者への特別居住サービス

“プシ107条”プログラムによる病棟改革

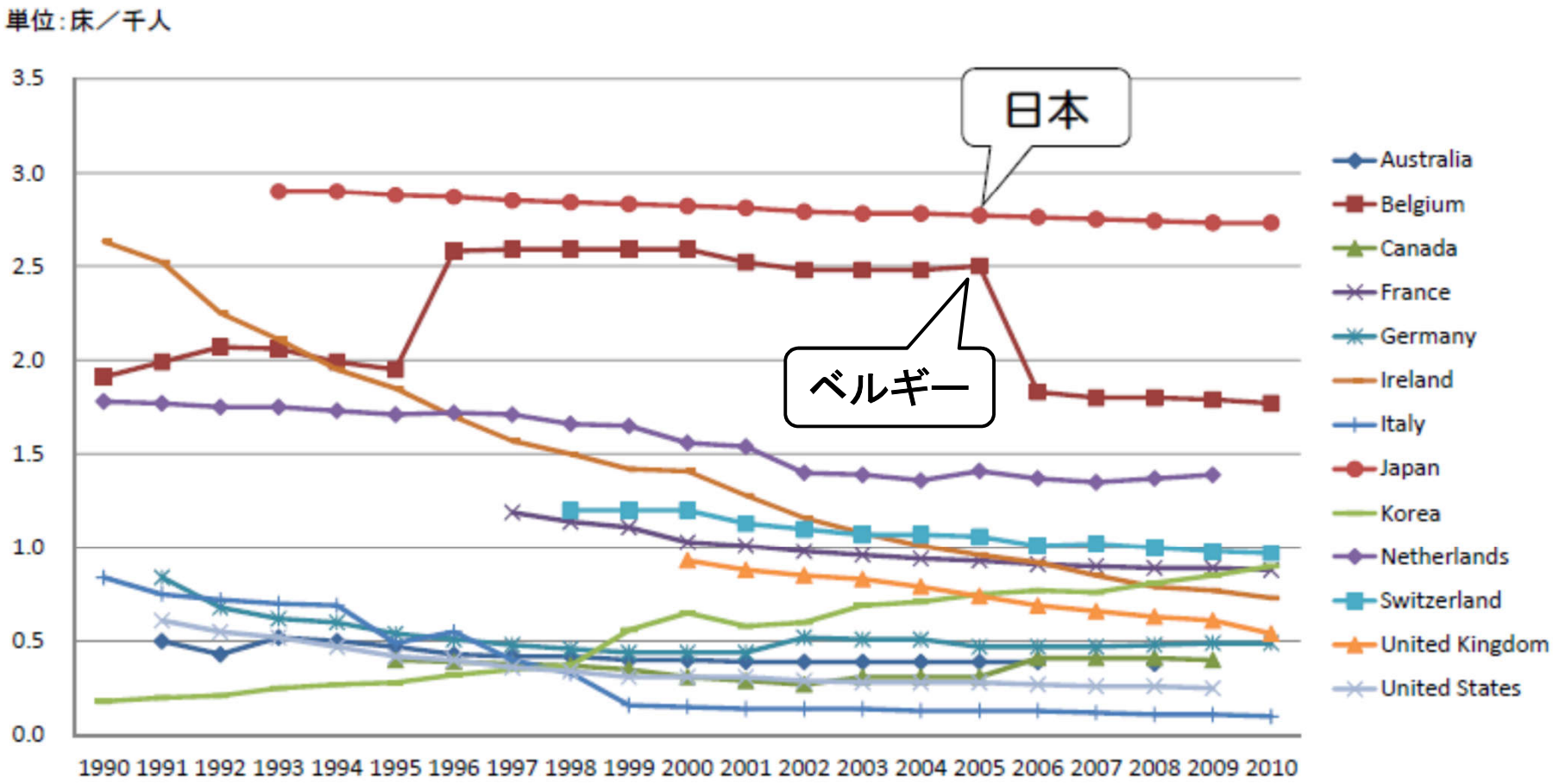
- まず、精神科病院が自主的に病床を削減する。
- それまでの病院収入を補償しながら、病床を自主的にモバイルチームに転換する
- モバイルチームとは、家庭治療危機解決チーム（急性治療チーム）と積極的地域治療チーム（慢性期治療チーム‘ACTチーム’）からなる
- 国は、2014年末までに人口に応じた地域別の必要なモバイルチームの数値目標を策定する. その後は、病院は病床を削減し、定められた数のモバイルチームを立ち上げることが義務付けられる
- それと同時に、病院は病床を減らし、同数の職員を確保しながら、より集中的‘ケア’を提供する病床を確保することも許可される

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その１：視察事前学習による主な所見

３）精神科医療改革の進捗状況

精神病床数※（諸外国との比較）



※各国により定義が異なる

資料：OECD Health Data 2012

ベルギーの精神医療改革の進捗状況

精神病床数（人口1万人対）の推移

1997年	2000年	2005年	2011年
25.9床	26.0床	25.1床	17.7床

病床削減率（1997年と2005年の間）

3%（EU平均　23%）

出典：Didier, V et al: Reconfigulations of the Belgium health sector. An experimentation: the therapeutic projects. Sep 2009. www.knowandpol.eu

病床削減率（2005年と2011年の間）

約30%

WHO Mental Health Atlas 2011 Belgiumのデータから計算

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その２：視察で得られた主な所見

（2018年2月）

１）国家戦略の概要

今回の視察をコーディネートして下さったギド・ピーターズ先生
（前・ベルギー王立フランドル精神医学会理事長）

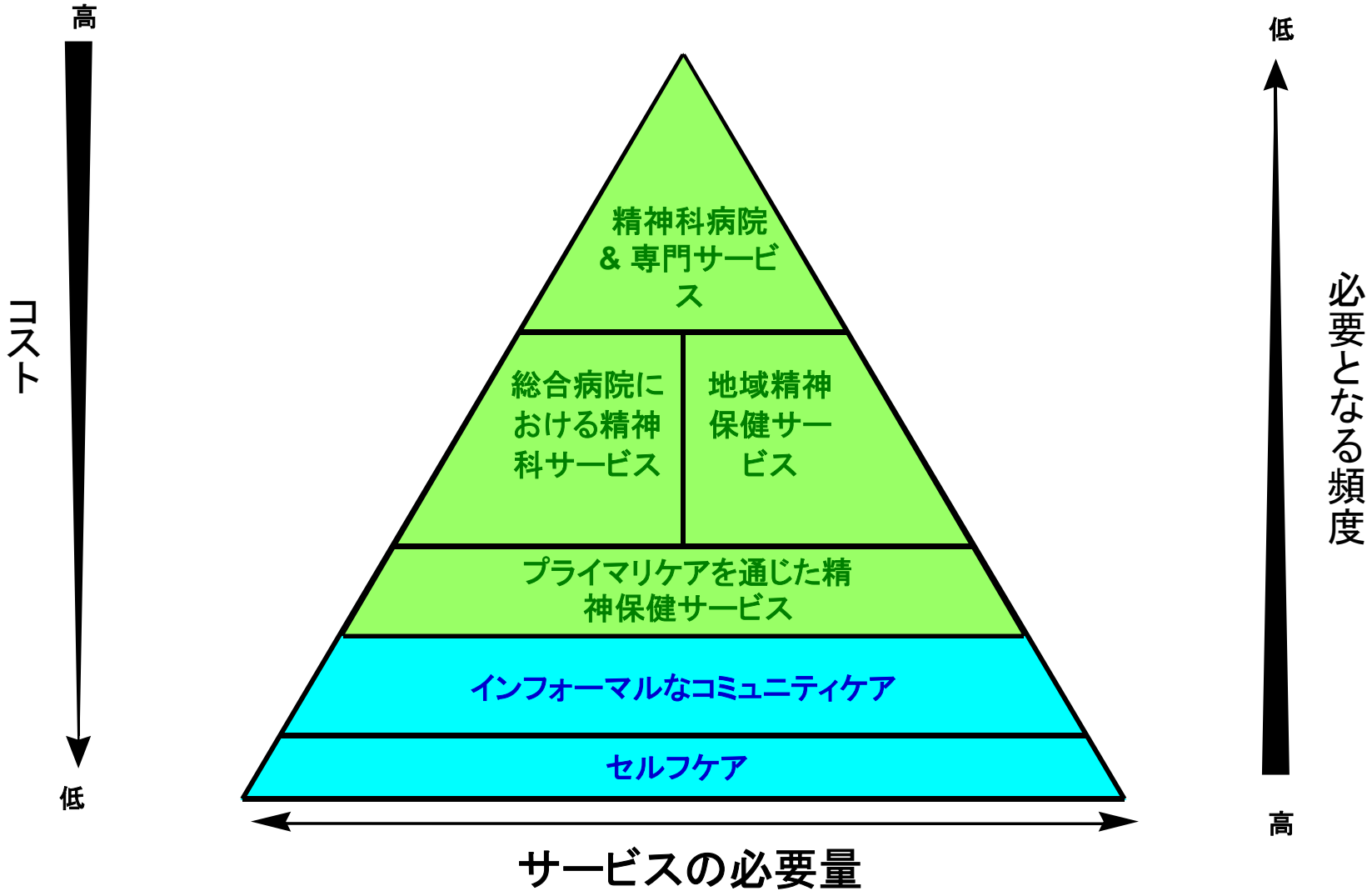
ベルギーの保健省の皆さんと日本の視察団

ベルギーの精神保健医療改革について

報告者　Magda & Karolien（ベルギー保健省）

- 4つの目的 – WHO
- ベルギー精神保健医療改革のガイドライン
  - 使命
  - ビジョン
  - 政策モデル
- 成人対象の改革 (5つの機能)
- 小児および若年者対象の改革 (段階的実施))

サービスを整備する:
サービスの最適混合



医療システムおよび精神保健サービスの改善 – OMS (2009)

精神保健ケア改革の主要な5つの機能（課題）

1. 精神的健康の増進と予防、早期発見、スクリーニング、診断活動（プライマリケアなど）

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で入院が必須である場合には、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整えることが不可能な場合には、ケアが提供できる特別の居住施設

Toekomst

Huis in het dorp
村の家
Beschut wonen
守られた生活
Rita
HIC
Maarten
Monica
Joris
Thuis
家庭
2A
PVT
1 精神疾患の危険性
2 早期精神障害
3 更なる発症
4 慢性の精神障害
1. At risk for psychosis
2. Vroege psychose
3. Meer episodes
4. Chronische psychose
VRINT
Leuven
Soteriahuis
Kostershuis
Huis in de stad
市庁舎
Housing first
まずは安心できる住まいから
2B

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その２：視察で得られた主な所見

２）公衆衛生モデルによるアプローチ

公衆衛生モデルへ

- パラダイムシフト
  - 一般市民にとって何がベストか？
  - 一般市民・社会にどの程度の金銭的余裕があるのか？
  - 患者が何を必要としているか、何を提供できるか？

- 介入
  - 治療
  - 予防
  - 健康増進

理想のシナリオ

- 治療に対する需要と供給の一致
- 適切な人に対する適切な治療
- 需要のみを満たすこと
  （供給不足や過剰供給ではない）

提言

- **供給不足**の問題をいかに解決するか？
  - 施設数の増減だけではない
  - ネットワークとネットワーク構築が重要
- **過剰供給**の問題をいかに解決するか？
  - 社会と市民が何を求めているかを明確に議論する
- **利用しやすさ**をいかに確保するか？
- **治療待機待ち**をいかに短縮するか？

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その２：視察で得られた主な所見

３）一般医（GP)による1次医療との連携

メンタルヘルスの課題にどう対応するのか

従来の精神医療

見えない部分に
着目した仕組み
づくり―入院医療
では対応できな
い

- 優先項目 1: プライマリケアに精神保健ケアを融合させる
  - メンタルヘルスの問題を抱える患者の3人に1人しか精神保健ケアを受けていない！残りの2人はどこに？
  - プライマリケア職には多くの資源がある：
    - 長期継続性 & サービスユーザーとの接触がより頻繁
    - 身体と精神の統合ケアを提供している
    - 専門ケアへのゲートキーパーとして機能している。動機付けと紹介に際して重要な役割！
    - 専門ケア、プライマリケア、福祉サービスのつなぎ役
  - 密に協力することにより、早期発見・早期介入につながる
  - プライマリケアに精神保健ケアを融合させることで、その地域における精神疾患の治療スキルを上げる
  - 精神保健ケアは満杯！資源が限られているため、協働とプライマリケアに対する支援はいっそう重要である

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その２：視察で得られた主な所見

４）精神医療体制の改革、精神科医の役割

ベルギーにおける精神保健ケア:
改革に向けた起点

精神科病院

総合病院の精神科病棟

外来

住居・仕事

治療共同体

患者4730人 (2003)
１年超の入院、仕事や地域生活への社会復帰なし
1/3は6年超にわたり社会復帰なし

https://kce.fgov.be/nl/press-release/langdurig-psychiatrische-pati%C3%ABnten-verblijven-vaak-te-lang-in-een-ziekenhuis

ベルギーにおける精神保健ケア：変革
家庭に治療を届ける
真の患者のニーズに対応する（高度な専門分化・柔軟性）

ACT

- 専門的サービス提供モデル
- 多職種協働チーム
- 少数の担当患者
- 期限を区切らない継続治療
- 積極的アウトリーチ
- 心理社会的リハビリテーションを重視
- 地域社会への復帰を目標に

精神科病院

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その２：視察で得られた主な所見

５）リカバリー支援

フランダースのリカバリーカレッジ

はじめに
Toon Derison – フランダースのリカバリーカレッジ・コーディネーター

経験は重要であるか? Tine Vanreusel – *経験によるトレーナー・Dilettiリカバリーカレッジ*

共創は機能するか? Diederick Walravens -*経験によるトレーナー・Dilettiリカバリーカレッジ*

LID VAN DE VLAAMSE
WERKGROEP
HERSTELACADEMIE
WWW.HERSTELACADEMIE.BE

現在

LID VAN DE VLAAMSE
WERKGROEP
HERSTELACADEMIE
WWW.HERSTELACADEMIE.BE

2019には

LID VAN DE VLAAMSE
WERKGROEP
HERSTELACADEMIE
WWW.HERSTELACADEMIE.BE

ベルギーの精神科医療改革
～経緯と概要～

その３：ユルン・デコスター先生来日講演

（２０１８年１２月）

ピアの専門性

- 150 fiches -> 49の実践が含まれる
- 7つのテーマに集約される
  - 住まい
  - プライマリーケアとの協働
  - ネットワークのガバナンス
  - 利用者の参加とエンパワメント
  - 社会的及び他の専門領域のインクルージョン
  - モバイルチーム
- 続く…

制度的モデルから機能的モデルへの更なる変換

- 以下の分野を完全にカバーするために、ゆっくりと、しかし安定した歩み
  - 地域に根差した精神保健ケア
  - 患者中心の精神保健ケア
  - キャッチメントエリアでのネットワーク重視のガバナンス

- 有意義な指標のフォローアップ

- 2016-2017: 公的医療のIMCから3つのワーキンググループ
  - モバイルチーム (15 FTE/150.000 (MCT) & 12FTE/100.000 (fACT))
  - ネットワーク（キャッチメントエリア）（プライマリーケアと連携？）
  - 医療的機能（「児童手当」に代わるもの）

検討事項

- ゲートキーピングとインクルージョンの基準の統一
- 精神科病院の財政的支援の改革
- プライマリーケアをもっと巻き込む
- 一般保健医療から精神保健ケアに資源を動かす
- 患者1人毎に1つの患者中心の電子医療記録
- より良い統一された登録
- 利用者視点と参加

ケアの継続

?
電子技術
?

資源の再配分（第107条）

KU LEUVEN

病床タイプ	総合病院 2010	精神科病院 2010	「凍結された」病床	総合病院 2016	精神科病院 2016
急性	2693	4701	50 - 0	2643	4701
急性（部分滞在）	319,5	954	0 - 6	319,5	948
治療	139	6338	0 - 737	139	5601
治療（部分滞在）	17	1448	0 - 108	17	1340
家族ケア	0	796	0 - 145	0	651
	3168,5	14237	50 - 996	3118,5	13241
				- 1,6%	- 7%
				-6%	

⇒57のモバイルチームに364.65 FTE (22 MCT & 35 2Bチーム)

改革2波目の目標: 46 MCT & 47 2Bチームに +/- 1000 FTE

結論

- 地域の要因による複雑な改革：
  - 居住施設ケアの伝統
  - 新しいスキルの開発（精神保健ケアワーカーだけでなく一般医等も）
  - 複数の政策作成レベル
  - 多様な利益を持つ異なるステークホルダー
  - …

- ボトムアップアプローチとトップダウンによる規則のデリケートなバランス
  - 熱意、信念、…
  - 統一化、資金獲得、ガバナンスモデル、…

- 知見の交換は非常に重要！！
  - プロセスとアウトカムの測定
  - 正しい方向に進化し続けるために外部（国際的）コンセンサスとガイドライン（例：EUCOMSネットワーク）
  - グッドプラクティスの地域普及

EUCOMSとは？

- The European Community based Mental Health Service Providers (EUCOMS) Network：www.eucoms.net/

  欧州地域精神保健サービス提供者(EUCOMS)ネットワーク
- 2015年発足。事務局はオランダ国立精神保健・アディクション研究所Trimbos Institute。責任者はDr. René Keet。
- 目的：質の高い精神保健福祉サービスを地域で提供し、それを国の政策に反映させること。
- 年2回のミーティングを持ち回りで開催し、経験交流による相互学習、相互支援、政策と実践の連携強化を図る。
- 2017年12月、基本政策についての合意文書を発表。
- 現在、17か国、53組織が加入。欧州以外では、米国、香港。

European Community based Mental Health Service providers (EUCOMS) Network

地域におけるすべての人のためのリカバリー

地域を基盤とする精神保健ケアの基本原則と鍵となる構成要素に関するコンセンサス・ペーパー

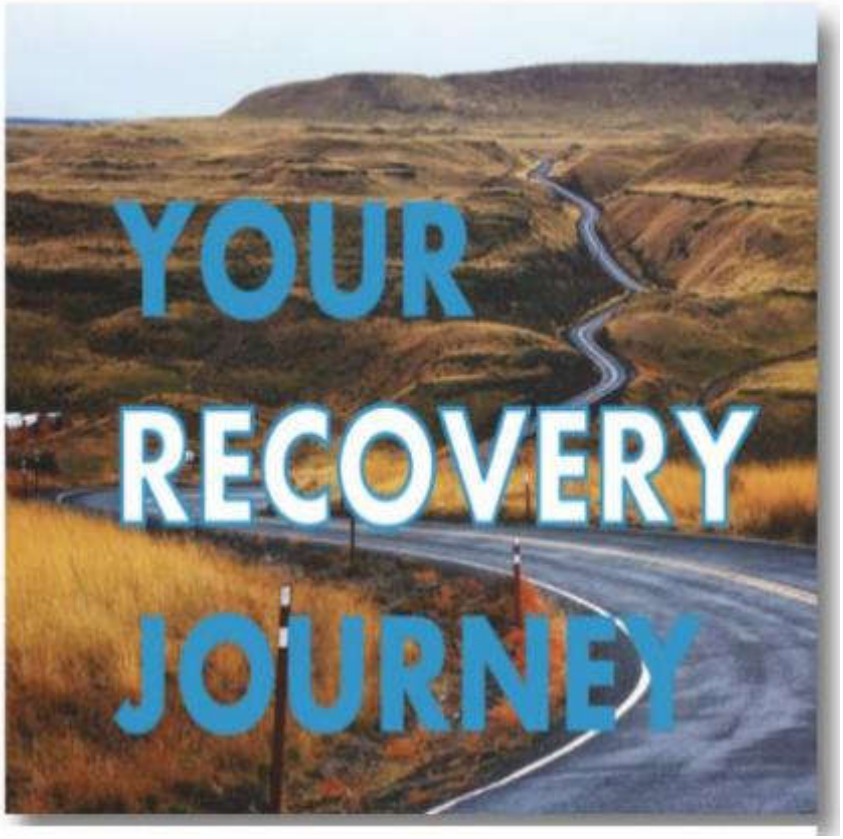
2017年12月20日

Guido Pieters
Torleif Ruud
Joap van Weeghel
Michiel Bähler
Billy Murphy
Laura Shields-Zeeman
René Keet

私の学び

ベルギー（の精神保健改革）は
一日にして成らず

私の学び（1）
～ベルギーの失敗から立ち直る復元力の要因～



- 崇高なビジョン
- 希望
- “明日から役立つサービス”の発想を超えて
- 利用者中心の改革
- 海外との交流

私の学び（2）

～“わが国に生まれたるの不幸”の嘆きを超えて～

- 昨年のサッカーのワールドカップでは、ベルギー代表チーム・レッドデビルを脅かしたが…
- わが国の精神の分野の実力は？
- 率直に言って、トップからボトムまでの力を比較すると、戦えるレベルにないのではないか？
- 私の結論:わが国の現状では、ベルギーのような精神科医療改革を行うのは困難。

私の学び（3）：わが国の課題

- 行政・専門家集団・家族会運動などのトップとボトムの質量のレベルアップ
- 科学的知見と経験的知見の飛躍的な発展と協働の体制づくり
- ピア・家族との協働というコ・プロダクションモデルの推進
- 「あり方検討委員会」の繰り返し、その根拠とされる「厚生労働科学研究」による政策立案体制は、もはや制度疲労
- 「改革ビジョン」（H16年）のリセットが必要
- 改革の国家的ビジョンの合意形成と実施体制づくり
- 政策と実践の国際化：WHO, EUCOMSとの連携による政策づくりと実践。
- モデルは、“EUCOMSの合意文書”：www.eucoms.net/
- 当面、国内外の経験を相互に学び合う活動の展開を！

ご清聴ありがとうございました