

# オーストリアにおける精神保健福祉施策

—連邦と州の方針—

小 田 美 季\*

**要旨** わが国では障害者福祉の統合化が進み、精神保健福祉法に含まれていた精神障害者福祉に関する内容の一部が障害者自立支援法に移行した。障害者自立支援法制定過程を振り返る中で、国際制度比較調査をベースにした問題提起の必要性も指摘されている。国際制度比較調査、特にEU加盟国との制度比較の枠組みを見つける一歩として、日本で紹介されることが少ないオーストリアに目を向けた。本稿では、オーストリアの精神保健福祉施策の現状を連邦レベル及び州レベルにおいて把握することを目的とした。連邦政府と州政府の方針については報告書等を中心に整理・分析した。州に関しては、9州ある中から障害者支援のシステム化を積極的に進めているオーバーエステライヒ州を事例として取り上げた。その結果、精神保健福祉施策でも地域生活支援に関するサービスの量的・質的拡大が図られていることが明らかになった。

**キーワード** オーストリア、精神保健福祉施策、精神医療計画

## I. はじめに

わが国では障害者福祉の統合化が進み、精神保健福祉法に含まれていた精神障害者福祉に関する内容の一部が障害者自立支援法のサービス体系に移行した。障害者自立支援法制定過程を振り返る中で、国際制度比較調査をベースにした問題提起の必要性も指摘されている<sup>1)</sup>。わが国の状況との国際制度比較を行うには、制度的枠組みを明確にしたうえで、サービス提供を行っているヨーロッパに着目することもひとつの選択肢である。ヨーロッパにおいて、障害を

持つ人々に関連する施策の中で精神保健福祉施策がどのように展開して行こうとしているのかを把握することも今の段階では重要といえる。

ヨーロッパ諸国の中では、地域精神医療の観点からイギリス、精神医療改革への注目度からイタリアに焦点が当たることが多く、オーストリアは小国であるため今まで顧みられることがなかった<sup>2)</sup>。ちなみにオーストリアの国土面積は日本の約5分の1、人口は2001年において803万2,900人と推定されており、行政区分はウィーンを含む9州（Bundesland）の下に、行政区域（Bezirk）が99、市町村（Gemeinde）

\* 福岡県立大学人間社会学部助教授

が2,359ある<sup>3)</sup>。地勢的には中欧に位置する。

オーストリアは1995年にはEUに加盟し、EUの東方拡大の流れの中で、中・東欧諸国との結びつきを深めている連邦制の国である。見方を変えると、小国であるがゆえに連邦制のもとでの連邦政府と州政府の立場と精神障害者支援システムの関係を整理・分析することが大国に比べて容易といえる。その整理・分析がEUの影響やEU加盟国の現状を把握する枠組みを見つけ出すための試論の可能性へとつながる。

この考えに基づき本稿では、オーストリアの精神保健福祉施策の現状を連邦レベル及び州レベルにおいて把握することを目的とする。その際、州レベルに関しては、9州の中から障害者支援のシステム化を積極的に進めているオーバーエスタライヒ州を例にとる。なお連邦政府と州政府の方針については報告書等を中心に整理・分析する中で明らかにしていく。

## II. 連邦レベルにおける精神保健福祉施策

### 1. EUとオーストリアの現状

ここでは、欧州委員会の緑書「住民の精神保健を向上させる：EUにおける精神保健促進のための戦略の発展」とオーストリア連邦社会保障・世代省（Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen）の保健担当次官の委託により作成された「オーストリア精神医療報告書2001」を基にEUとオーストリアの精神疾患の状況を概観していく。

まず、欧州委員会の緑書では以下の認識から、EU区域の住民の精神保健に関してかなりの改善の必要性があると指摘している<sup>4)</sup>；

- ・4人に1人の住民が精神疾患にかかったことがある。自殺を行う可能性もあり、ヨー

ロッパでは多くの命が失われている。

- ・精神疾患は多大な負担の原因になり、経済・社会・教育システム、司法制度への負担にもつながる。

- ・以前同様、当事者へのスティグマ化、差別、人権や人間の尊厳の軽視が起こっている。

以上の認識をもう少し詳しく説明すると次のように整理することができる<sup>5)</sup>：ヨーロッパの成人の27%以上が人生において最低1度は精神的な障害に苦しんでいると見なされている。精神的な障害でEUにおいて最も広がっているのは不安とうつである。現在EU内においては約58,000人が自殺によって亡くなっている<sup>6)</sup>。また、精神疾患が早期年金受給や障害の主要因の1つであること、児童の行動障害が社会・教育・司法システムに対して負担を与えていること<sup>7)</sup>が精神疾患の影響として指摘されている。どのような範囲で非物質的負担である心理的・社会的負担が生じるかは、社会が当事者にどのような態度をとるかにかかっている。現状では、精神保健医療の発展にともなう治療の可能性の拡大にもかかわらず、当事者は以前と同様、社会的排除、スティグマ化、差別、基本的権利や人間的尊厳の侵害を経験している。

欧州委員会は精神疾患にともなうEU内の犠牲及び負担を上記のように認識したうえで、EU全体あるいはEU各国の対応が戦略的に行われていくことの重要性を指摘するとともにその方向性を提示している<sup>8)</sup>。

それでは、1995年にEUに加盟したオーストリアではどのような現状把握が行われているのだろうか。オーストリア連邦社会保障・世代省の保健担当次官の委託により作成された「オーストリア精神医療報告書2001」によると、精神疾患に関する疫学研究はないとのことである。

しかし、全オーストリアから14歳以上の1,408人を無作為抽出した精神的負担に関する調査が1991年に実施されており、それによると14歳以上のオーストリア国民の6人に1人が、調査前4週間以内に感情障害的、心身症的、不安障害的状态を示しているという<sup>9)</sup>。さらに、認知症の増加、精神疾患に基づく年金受給、自殺については、先行研究を基にした次のような指摘がある。

まず、認知症の増加であるが、1951年には約35,500人の認知症患者が、2000年には約90,500人と2.5倍に増えている。2050年には約233,800人に上ると推定されており、1951年から2050年までの間にほぼ6.6倍に増加することになる。この現象は高齢者数の増加に伴うものであり、要介護の原因となる認知症等の高齢期における疾患を抱える人の増加をもたらすことを示唆している<sup>10)</sup>。労働人口（15-60歳）は、1951年の約426万人から2000年の507万人と増加しているが、今後減少が見込まれ、2050年には約391万人と推定されている。1951年に約120人の現役世代で1人の認知症患者を支えていたのが、2050年には、ほぼ17人の現役世代で支える計算となる<sup>11)</sup>。労働人口の減少と認知症患者の増加を考え合わせると、将来的に認知症による負担が重くなることが見込まれ、それに対応するためにも治療・ケアに関する研究や計画が重要な課題とされている<sup>12)</sup>。

次に、精神疾患による年金受給の状況である。1999年に24,836名が障害に基づく年金受給決定を得た。ここでいう「障害に基づく年金」とは、障害年金（Invaliditätspension）、職務不能年金（Burufsunfähigkeitspension）、早期老齢年金（vorzeitige Alterspension）をいう。年金受給の原因の第1位は運動器疾患

（39.5%）、第2位が精神疾患（18.9%）であった<sup>13)</sup>。1985年と1999年の比較によると新規年金受給者の数は28,346名から24,836名に減少している。しかし、精神疾患に基づく年金受給については、1985年1,938名、1995年3,233名、1999年4,697名と明らかに増加している。これは運動器疾患やがん疾患のわずかな増加傾向、他の疾患や労働災害の著しい減少と比較すると特徴的といえる<sup>14)</sup>。年齢区分で見ると、若い世代に精神疾患で新規年金受給者の割合が高い傾向がある。たとえば、39歳以下の年齢層において障害年金（Invaliditätspension）と職務不能年金（Burufsunfähigkeitspension）を新規受給する者の約40～50%が精神疾患による<sup>15)</sup>。

自殺に関して、まず実数であるがオーストリアの自殺者数は1945年以降1999年までの各年、約1,500から2,000名強の間を推移してきた。1945年から1986年までは緩やかに継続して増加傾向にあった（1986年：2,139名）が、その後減少傾向に転じ、1999年には1,555名となった。ただしこの変化は州によって違いがある<sup>16)</sup>。自殺率は1986年のピーク（28.3人/10万人）の後は減少している。1997年からは20人/10万人よりも少なくなっている（1997年：19.4、1998年：19.0、1999年：19.0）。オーストリアはEU加盟国の中では自殺率が高い方である<sup>17)</sup>。しかし、各国で自殺に関する死亡登録の手続きが異なるので各国比較には慎重でなければならない。

欧州委員会が2005年の緑書で精神疾患にともなうEU内の犠牲及び負担と認識していた人命、社会システムに関することは、オーストリアの2001年の精神医療報告書でも盛り込まれていた。しかし、それに対応する戦略は「オーストリア精神医療報告書2001」には含まれてい

ない。それはこの報告書の目的がオーストリアにおいて散在し現存する精神医療や心理社会的ケアに関するデータを収集して、それを当事者及びその家族、専門職、行政・政治の決定権者に提供することにあったからである。連邦レベルを中心とした精神保健福祉施策について概観するためには、この続編として出された「オーストリア精神医療報告書2004」が重要となる。そこで、次節ではこの報告書を中心として分析を進める。

## 2. 精神医療計画と精神保健福祉施策の推移

連邦政府の保健・女性省の委託によって「オーストリア精神医療報告書2004」は作成された。これは2001年の精神医療報告書を質的に深めた分析・説明を伴った補完版である。この報告書の目的は、精神保健分野がおろそかにされる、スティグマ化や差別により脇に追いやられるといった傾向に対して、情報提供を通して立ち向かい、精神保健・精神疾患といったテーマへの容認を高めることにある<sup>18)</sup>。この報告書を中心として、オーストリアの精神保健福祉施策の推移についてみていく。特に病院を中心とした精神医療から院外の取り組みが広まる過程とその背景に注目したい。

1970年代に入るまで、医療機関プランニングはまず州の権限領域であった。そして、その時々医療機関計画(Krankenanstaltenplan)は方法も内容も拘束力も違うという特質があった<sup>19)</sup>。1970年代及び1980年代においても医療機関計画はあったが、必要とされる医療体制の変革には十分に至らなかった<sup>20)</sup>。1970年代の精神医療の状況について、橋本は次の点を指摘している<sup>21)</sup>：70年代中盤には主導的精神科医により精神医療改革についての提言

が出されていたが、連邦レベルの議論にはならなかった。さらに、70年代終盤まで大規模州立精神病院での入院治療が中心であり、長期入院患者の割合は高く、精神病院は満杯で老朽化していた。70年代中盤には医療機関法(Krankenanstaltengesetz)の改正によって精神病院での入院治療集中化を解消すべく、一般病院精神科設置も目指された。しかし一般病院精神科設置は1990年時点においても数箇所という状況であった。

このような状況が大きく動き始めたのは、1980年代中盤の保健制度連邦研究所(das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen：略称ÖBIG)による全国医療機関プランニングのための最初の調査研究を経て、1990年代であった。1993年の医療機関協力基金(Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds：略称KRAZAF)の委託があり、保健制度連邦研究所(ÖBIG)は州における医療機関計画を考慮したうえで、1994年に「オーストリア医療機関計画(Österreichischer Krankenanstaltenplan：略称ÖKP)」を作成した。これはその後、1997、1999、2001、2003年と名称変更を含む修正が行われていった<sup>22)</sup>。そして、現在は「オーストリア保健構造計画(Österreichischer Strukturplan Gesundheit：略称ÖSG)」の2006年版が実施されている。

1994年以降の連邦レベルの医療機関計画に含まれた精神医療に関する内容には以下の推移がある。

1994年の計画においては、次の路線が示唆されていた<sup>23)</sup>；①保健及び社会(福祉)システムへの精神医療的及び心理社会的サービスの組み込み、②地域化及び居住地近くへの対応、③精神疾患を抱える患者や障害者の治療や世話に重

要な施設全てを包括したシステムの達成。精神医療の入院体制については精神病院及び一般病院精神科の2方向が提示された<sup>24)</sup>。精神科病床数は人口千人に0.77床の現況から0.465~0.576床へと減少目標が置かれた。分散化の意味において各診療圏に対して重要拠点病院に精神科設置（最少病床数40床）を求めた。これに加え、老年精神医療、児童青年精神医療（0.1~0.2床/人口千人）、依存症治療（アルコール・医薬品依存の中長期治療0.1~0.2床/人口千人、麻薬依存の長期治療0.04床/人口千人）の各専門分野への配慮もなされた<sup>25)</sup>。

1999年の計画では、精神科病床数は人口千人に0.3~0.5床に設定され、一般病院精神科の最少病床数は30床に削減された。さらに入院外の領域の拡大が示された。この精神医療のプランニングに関連した基本的な考え方のキーワードとしては次のものが挙げられる；ニーズ対応、必要適正、地域型とインテグレーション、入院前に外来、地域化、ネットワーク化、質保障、参加<sup>26)</sup>。

2001年の計画においては、精神療法を取り入れた心身症治療の専門領域が新しく含まれた（0.06床/人口千人、オーストリア全土で480床に相当）。その後、2003年の計画は基本的には2001年を引き継いだものであった<sup>27)</sup>。

上述した医療機関計画の中の精神医療に関する内容をさらに補うものとして、保健制度連邦研究所（ÖBIG）が実施した別のプロジェクトがあった。これにも目を向けたほうが精神保健福祉領域の推移がより明確になる。このプロジェクトの発端は、1994年の医療機関計画作成の際に、必要病床数算出にかなり影響を与えるにもかかわらず、入院外の領域の状況に関する情報がほとんどなかったことであった。そこ

で、1997年に保健制度連邦研究所（ÖBIG）によって、「精神医療サービス提供における構造的な需要」に関する調査プロジェクト<sup>28)</sup>が実施された。その報告書では、世話付き住居が人口千人に0.5~0.7名分、日中活動型施設が人口千人に0.3~0.4名分、世話付き就労が人口千人に0.3~0.5名分という指標が提示された。また、地域に近い治療組織という前提の下で、精神医療一般の病床数は人口千人に0.3床とされた。さらに依存症専門治療と児童青年精神医療の観点も特筆された。この調査は「オーストリア精神医療報告書2004」が執筆された時点までも更新されており、その時々で注目された内容として次の点が挙げられる。

- ・1998年：1997年のデータに基づいた各州の入院外精神医療領域の施設の現状と目標に関する少し詳細化された記述（例：デイクリニックの場が人口10万人に15~20名分。そのうち20%は高齢者に提供）。急性老年精神医療の病床数は人口千人に0.07~0.1床。
  - ・1999・2000年：記録の収集整理と質の評価に関する基盤
  - ・2001年：現在の精神科の評価
  - ・2002年：児童青年精神医療サービスの分析・評価
  - ・2003年：老年精神医療サービスの評価
- 保健制度連邦研究所（ÖBIG）のプロジェクトでは、20世紀から21世紀への変わり目から評価の観点が取り上げられていることに着目しておく。また既述した医療機関計画においては、1990年代半ばから地域における包括的精神保健福祉サービス提供の方向性は出てきていたが、計画がより具体的になってきたのは1990年代後半であった。そこではニーズや必要性の

重視、地域重視、ネットワーク化、質保障、参加といった考え方が示されていた。ここには保健制度において膨大する総コストに対する総コスト抑制策探しと利用者中心の支援促進という2つの命題のバランスが見て取れる。今後の方向については、地域性に配慮したうえで、そのつど見積もられた需要状況とサービス利用者の個々のニーズや利益に対応したサービス提供に関する全体的な調整を図っていくことが示されている。この方向性に関しては、既述した医療機関計画で精神医療における入院治療の全国的調整が実行されてきたが、さらに外来と院外サービス提供において相互の組み合わせや入院施設との関係を考慮していくという。これらの根底には精神保健福祉に関する総合的計画が望ましい質やコストの最適化を保証するという考えがある<sup>29)</sup>。

### Ⅲ. 州レベルにおける精神保健福祉施策—オーバーエステライヒ州を例に

オーストリアにはウィーンを含む9州がある。1979年にウィーンで精神医療計画が初めて策定された初期段階から、1990年代の3州策定（チロル、ニーダーエステライヒ、シュタイヤマルク）の中期段階を経て、2000年代の5州策定（ブルゲンラント、オーバーエステライヒ、ケルンテン、ザルツブルク、フォアアールベルク）というように現在は全ての州で精神医療計画が策定されている。本章では、日本という精神障害者福祉に関する内容を中心として精神医療計画を作ったオーバーエステライヒ州に焦点をあてながら、州レベルの状況を障害者施策、精神保健福祉施策について整理、分析していく。

オーバーエステライヒ州はオーストリアの北部に位置し、北の国境をチェコ、西の国境をドイツ・バイエルン州と接する。州面積は11,981.7平方キロメートル<sup>30)</sup>で、9州の中では第4番目の広さである。人口は約138万人で、ウィーン(首都)、ニーダーエステライヒ州に次いで3番目に人口が多い。ちなみに州都リンツは約18万3千人の人口を抱え、オーストリアの主要都市人口ではウィーン(首都)、グラーツ(シュタイヤマルク州の州都)に次いで3番目の規模である<sup>31)</sup>。2000年以降、失業率は常に5%以下であり、オーストリアの中で失業率が1番低い。また1990年代末以降、経済成長率はオーストリア全国平均よりも高い割合を示している<sup>32)</sup>。

#### 1. 州レベルの障害者施策の動向

日本の社会福祉関連施策に対応する領域については、オーストリアでは社会政策の一環として取り扱われており、オーバーエステライヒ州においても例外ではない。州の社会福祉に関する報告書として、オーバーエステライヒ州では「社会報告書2001」が2001年に出された。その見出しの一部を抜粋したものが次の項目である；①「収入と貧困」、②「仕事と失業」、③「障害を持つ人々」、④「高齢者と介護」、⑤「児童と家族」、⑥「女性や児童に対する暴力」、⑦「外国人移住」、⑧「ホームレス」。この中で、「障害を持つ人々」の項目に、障害者施策、あるいは精神保健福祉施策に関する内容が含まれている。

障害者施策における現在の状況が一里塚として挙げられている。それは次の8項目に整理することができる；①州の障害者施策におけるパラダイムの変換、②施設の生活や活動に関する

当事者の共同決定や利益代表の促進、③隔離ではなくインテグレーション（反差別を通じたインテグレーション）、④情報・意識・物的バリアの除去、⑤自己決定・共同決定を通じた障害者の位置づけ強化と質・コストマネジメントの法的規定を目的としたオーバーエスライヒ障害者法改正、⑥州社会局・当事者・家族・サービス提供事業所の参加による経済的・専門的コントロールの基盤整備、⑦州に対する障害者施設による費用・給付サービス計算報告書提出等コントロール課題の増加、⑧「障害者へのサービス提供の業績及び質を導入したコントロールに関するプロジェクト」における州・サービス提供者・当事者による共同作業<sup>33)</sup>。①に関してもう少し詳しく説明すると、州社会局の業務及び州障害者施策の方向は「必要な限り多くの支援と可能な限り多くの自己決定」という方針で行われている。そこには、障害に関する社会的理解、より多くの個別化・自己決定・共同決定、顧客の立場強化という方向への州の障害者施策におけるパラダイムの変換がある。上記①から⑧に関しては、実施されたものだけでなく、実施途中や今後の展望も含まれており、この内容は3障害ともに貫かれる。

日本でいう精神保健福祉に対応する「心理社会的障害・精神医療」という分類が「社会報告書2001」の「障害を持つ人々」の項目の中にある。そこでは、心理社会的支援を必要とする人々へのオーバーエスライヒ州でのサービス提供体制がかなり大きく変わったことが指摘されている。大きな変化は精神科病床数の激減、それに対する外来や地域でのサービス提供の著しい拡大にある<sup>34)</sup>。州の障害者施策におけるパラダイムの変換は心理社会的支援を必要とする人々のインテグレーションのための

サービス提供においても実施されている。政治と行政、あるいは州社会局と心理社会的活動に携わる運営組織（例：福祉法人）の間での協働作業が「入院前に外来」という基本的考えの実践化を促進している<sup>35)</sup>。この外来という言葉には病院・診療所での外来という意味だけではなく、通所型あるいは訪問型サービスという意味も含む。退院後のアフターケアあるいは（再）入院予防のために現在ある心理社会的支援を必要とする人々へのサービスとしては、次の領域が設けられている；①心理社会的相談・依存症相談・アルコール相談、②危機支援、③住居、④クラブハウス・余暇活動、⑤ホームステイ（施設の助言を伴ったホストファミリーの下での居住）、⑥ボランティア、⑦日中活動の場、⑧職業支援<sup>36)</sup>。

これら病院外で地域生活のために提供されているサービスに対して、オーバーエスライヒ州はオーストリアにおいて先駆的役割を果たしてきたと自負している<sup>37)</sup>。さらに、精神医療発展計画を量的観点（需要に応じたサービスの地域的拡大）かつ質的観点（サービス提供の質的基準）という両者を踏まえたサービス提供促進の基盤と位置づけている<sup>38)</sup>。そこで、次に精神医療発展計画の要点を把握することにより、精神保健福祉施策の現状と方向性を明らかにする。

## 2. 精神保健福祉施策

### (1) 精神医療発展計画

2002年12月に「オーバーエスライヒ州精神医療発展計画 2002」(Psychiatrieweiterentwicklungswillungsplan Oberösterreich 2002: 略称PWP)が策定された。この計画とともに、州社会局が障害者へのパラダイムの変換の流れの

中で次の措置を講じたとも語られている<sup>39)</sup>。計画は心理社会的支援を必要とする人々への院外におけるサービス提供を改善するための基礎となると同時に今後6年のサービス提供基盤となることが期待されていた<sup>40)</sup>。

まず計画の基本となる州の考え方であるが、心理社会的支援を必要とする人々へのサービス提供に関する方針は以下の13項目である<sup>41)</sup>：

- ・ ニーズ尊重
- ・ 自己決定・個別化
- ・ 参加
- ・ 社会的環境へのインテグレーション
- ・ ノーマライゼーション（特に住居、仕事、余暇、教育）
- ・ ネットワーク
- ・ 自助支援
- ・ 予防
- ・ 入院以前に通所もしくは訪問サービス
- ・ 家族支援（例：相談、自助グループ、ショートステイ）
- ・ 選択の可能性
- ・ 経済性、有効性と節約
- ・ 地域近く（慣れた社会環境にとどまり、関係を維持）

この方針に基づいたサービス提供の領域に関しては、次の5領域が提示された：①心理社会的相談・ケア、②危機支援、③住居、④デイケア・余暇、⑤日中活動・職業的インテグレーション。領域を包括したテーマとしてはインテグレーション、ボランティア、啓発活動（脱スティグマ化）、質保障、ネットワークを挙げ、さらに他施策・行政管轄等と調整が必要な対象グループ（例：児童、高齢者、依存症者）や精神医療機関・専門家についても内容整理がなされた<sup>42)</sup>。

次にプランニング過程であるが、基本的には次の4段階の作業が行われた；①現状の調査・資料整理、②心理社会的支援を必要とする人々へのサービス提供の方針に基づいた現状に関する討論や批判、③需要に関する討論と心理社会的支援を必要とする人々へのサービス提供の方針に基づいた予測水準の文書化、④対策と優先順位に関する討論と文書化。このプランニング過程には、オーバーエステライヒ州の心理社会的サービスの全領域からの専門家及び当事者と家族の代表者計130名以上が関わった。専門家及び当事者と家族の代表者はワークショップ、州全体のワーキンググループ、領域別のワーキンググループ、インタビュー等へのかかわりを通してプランニング過程に参加した<sup>43)</sup>。言い換えると、この計画は参加型のプランニング過程の成果であった。

この計画の名称には精神医療計画という言葉が入っている。しかし、上述したサービス提供に関する方針あるいは提供領域から見てもわかるように、この計画では病院外での地域生活支援体制整備が中核となっている。計画作成の州担当局も公衆衛生局ではなく、社会局であった。この状態に対して、計画の拘束力が社会局の権限領域に限定され、州の他の部局の管轄にあるサービスや施設へは境界領域に関する調整の勧めにとどまっていると指摘する声もある<sup>44)</sup>。これは計画を見る限りの確な指摘である。ただし病床数や入院期間については漸次減少、精神医療体制の分散化も一步一步進んでいる現状では、地域生活支援体制整備の進展に力を入れることを最重要課題と見なしたことは適切と言える。また、この計画だけを独自に見るのではなく、オーバーエステライヒ州が心理社会的支援を必要とする人々の地域生活

支援に関連して社会計画、コスト計算とコントロール、障害者機会均等法、サービスの質基準といった措置も同時に講じてきたこと<sup>45)</sup>にも着目する必要がある。

## (2) サービスの質基準

本章第1節で述べた障害者施策の現状では、質、コストマネジメント、コントロールという言葉が出てきていた。さらに、精神医療発展計画では量的及び質的観点で踏まえたサービス供給体制、特に質的観点についてはサービス提供の質保障が示されていた。この傾向は各サービス提供領域のガイドラインにも見られる。ガイドラインはサービス提供組織と社会局との共同作業により作成された。

たとえば余暇領域の「ガイドライン：サービスカタログと質基準」では、質の発展過程を6段階で示している；①現状の調査、②現状の判定、③改善案の提示、④新しい望ましい基準の取り決め、⑤新基準の試行、⑥基準と現状の比較の評価<sup>46)</sup>。質には組織の質、過程の質、結果の質の3種類がある。組織の質とは、理念・設備に限らず、職員の話し合い、研修体制、責任と職階制の明確化、施設に関する啓発活動等サービス提供施設の全ての構造的内容が含まれる。過程の質とは、顧客との最初の出会ってから終結までのプロセス及び職員の義務や記録に関することを示す。結果の質とは、顧客満足度と職員満足度からなる。このような質の制御というのは、施設内部監査と州社会局監査の2側面から行われる。州社会局は専門的監督のもと監査報告を対象施設に提示するとともに質の改善方法に関する話し合いをもつ<sup>47)</sup>。

このガイドラインで述べられている「顧客」という言葉と「結果の質」について少し触れて

おく。このガイドラインだけではないが、日本で使われる利用者ではなく、顧客 (Kunde) という言葉が文書等で使われる場合がある。この言葉にはサービスの消費者あるいは客といったニュアンスがある。このガイドラインを作成する過程では「顧客・サービス - 質・制御」(Kunde Leistung-Qualität Steuerung: 略称KL-QS)に関するプロジェクトが組まれた。筆者がオーバーエスライヒ州を2006年2月に訪問し、施設関係者と意見交換をしていた際にKL-QSの話題になった。このKがクライアント (Klient) ではなく、顧客 (Kunde) であることに、違和感を持っているようであった。行政関係者は顧客の言葉を文書に使用しているが、この言葉はサービス提供現場ではまだ浸透していないのと同時に福祉領域に従事している者にとっては心からの受け入れがまだ難しい状況であった。

結果としての質の評価では、顧客満足度だけではなく、職員満足度も対象になっている。これは職員の満足度を高めていくことが、フラストレーションの減少、燃え尽きの予防、職員の安定 (心身の安定及び職場定着) につながるの考え方による。日本では利用者の満足度に視点は向けられるが、職員の状況にまで目を向ける発想にはなりにくい。しかし、本当の意味で質の高いサービスを提供するためには、職員自身もその職場で満足しながら仕事ができるということ、あるいはその環境を整備しようとするのが重要である。

## IV. おわりに

連邦・州における管轄と施策の関係、オーバーエスライヒ州で用いられていた「心理社

会的支援を必要とする人々」という表現の2点について最後にまとめておく。

連邦レベルの担当省は、障害者施策に関しては社会保障・世代・消費者保護省、精神保健施策に関しては健康・女性省である。州レベル、オーバーエステライヒ州の場合は、州社会局が心理社会的支援を必要とする人々へのサービス提供の担当部署であり、障害者支援の一環として心理社会的支援が位置づけられている。

精神医療は医療のひとつの分野、精神保健施策は保健医療施策の一部である。障害者施策は社会政策の一領域、精神障害者福祉施策は障害者施策の一環である。この両者の位置づけがオーストリアでは続いてきた。精神疾患・精神障害を持つ人々は精神医療の対象として見られてきた時代が長かったとも言える。しかし、精神科病院での入院中心から地域生活中心へと方針が変わっていく中で、保健医療以外の社会（福祉）領域での対応が必要とされてきた。連邦レベルでは精神医療の範囲拡大の中で、そして州レベル、オーバーエステライヒ州の場合では社会（福祉）領域の拡大の中で、地域生活支援への取り組みが広がりを見せていた。いずれにせよ、当事者・家族にとっては精神保健福祉の包括的対応が一番必要である。オーストリアの連邦・州の複雑な行政管轄・財政構造の中で今後施策がどのように展開していくかに注目していきたい。

オーバーエステライヒ州は、精神医療発展計画や現在の地域生活におけるサービス提供の対象を「心理社会的支援を必要とする人々」としている。これは、精神疾患の診断を受けた人に限らず、心理社会的ケアが必要な人や心理社会的支援を求めている人などすべてを含んでいる。この表現を用いる背景には、障害を医学的

に診断・治療されている病気としてではなく、心理社会的問題・課題として取り扱うという考え方がある<sup>48)</sup>。精神疾患にこだわらない意味も込めて、心理社会的支援を必要とする人、当事者、顧客という表現を精神医療発展計画では用いていた。これらの背景には、スティグマを負った表現を避けることにより、脱スティグマ化(Entstigmatisierung)を図るという意図もあることに留意しておきたい。

#### 注

- 1) 佐藤久夫「障害者自立支援法制定過程で政策研究はどう関与したか」『社会福祉学』Vol.47-2、2006、p.50・52
- 2) 橋本明「ヨーロッパ『小国』の比較精神医療—オランダ、オーストリアそしてスイス」『季刊社会保障研究』1994、p.293
- 3) 世界経済情報サービス編「ARCLレポート オーストリア」2004、p.105
- 4) Kommission der Europäischen Gemeinschaften(2005) : Grünbuch Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. S.3
- 5) 前掲書4、S.4-5
- 6) 公的統計では、自殺による死亡数は少なく見積もられる傾向がある。それは自殺としての死亡数の把握は文化的あるいは宗教的要因を含む数多くの要因によって左右されるからである（前掲書4、S.26）。
- 7) 前掲書4、S.5・19
- 8) 前掲書4、S.8-15
- 9) Katschnig,H., Ladinsner,E., Scherer,M., Sonneck,G. und Wancata,J.(2001) : Österreichischer Psychiatriebericht 2001. Bundesministerium

- für soziale Sicherheit und Generationen, S.4・7
- 10) 前掲書 9、S.7
- 11) 前掲書 9、S.8
- 12) 前掲書 9、S.9
- 13) 前掲書 9、S.9
- 14) 前掲書 9、S.11-12
- 15) 前掲書 9、S.10-11
- 16) 前掲書 9、S.14・16
- 17) European Commission(2004) : The State of Mental Health in the European Union. p.25
- 18) Katschnig,H., Denk,P. und Scherer,M.(2004) : Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, S.7
- 19) 前掲書18、S.14
- 20) Bundesministerium für Gesundheit und Frauen(2006) : ÖSG – der neue Weg in der Gesundheitsstrukturplanung. S.1
- 21) 前掲書 2、p.296
- 22) 前掲書18、S.9
- 23) 前掲書18、S.15
- 24) 前掲書18、S.14
- 25) 前掲書18、S.15
- 26) 前掲書18、S.16-17
- 27) 前掲書18、S.17
- 28) 前掲書18、S.16-17
- 29) 前掲書18、S.13
- 30) オーバーエステライヒ州の面積は次の地域の面積と比較すると理解しやすい：①秋田県（約11,609平方キロメートル）、②高知を除く四国3県（愛媛・徳島・香川：約11,661平方キロメートル）、③九州の福岡・佐賀・長崎3県（約11,406平方キロメートル）。
- 31) Land Oberösterreich (2005) : Leben in Oberösterreich. Linz, S.1 ; Land Oberösterreich : Kenndaten Oberösterreichs.(<http://www.land-oberoesterreich.gv.at> 2006年8月29日検索) ; 前掲書 3、p.88
- 32) 前掲URL31
- 33) Land Oberösterreich (2001) : Sozialbericht 2001. S.90-91
- 34) 前掲書33、S.103・120
- 35) 前掲書33、S.103
- 36) Land Oberösterreich (2006) : Leistungen für Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf. (<http://www.land-oberoesterreich.gv.at> 2006年8月28日検索)
- 37) 前掲書33、S.103
- 38) 前掲書33、S.120
- 39) Amt der oberösterreichischen Landesregierung, Sozialabteilung(Hrsg.) (2002) : Psychiatrieweiterentwicklungsplan Oberösterreich 2002. S.3
- 40) 前掲書39、S.11
- 41) 前掲書39、S.8-11
- 42) 前掲書39、S.22-74
- 43) 前掲書39、S.19
- 44) 前掲書18、S.23
- 45) 前掲書39、S.14
- 46) Amt der oberösterreichischen Landesregierung, Sozialabteilung(2004) : Rahmenrichtlinie Leistungskataloge und Qualitätsstandards Freizeit. S.11
- 47) 前掲書46、S.39-40
- 48) 前掲書39、S.15