

【研修報告】

オーストラリアにおける精神医療・精神科看護の現状と課題

—日本の現状と比較して—

戸村道子^{*1}, 稲岡文昭^{*2}

はじめに

10日間の精神科看護研修で、オーストラリア・シドニー近郊の地域精神保健センターや精神病院を訪れたのは、20世紀最後のオリンピックが開催される約1か月前の8月下旬のことであった。日々間断ないストレスにさらされ、雑音と雑踏のなかで生活している我々日本人にとって、青々と澄み切った海と広い紺碧の空、緑あふれる木々に囲まれると、鬱々とした気分が一新されるような爽やかな気分になる。そして、初春でも温和で暖かな気候、人々のゆったりとしたライフスタイルは、一見、理想的な生活環境のようであった。しかし、オーストラリアで日本人子女を専門にしているカウンセラーが、「このまぶしすぎる日差しが、かえって抑鬱気分を助長させるのか、オーストラリアではうつ病や自殺する人が多い」と語っていた。一見、理想的な生活環境と見えるオーストラリアでは、日本と異なり、どのような精神医療の問題を抱えているのだろうか。研修で見聞きしたことに文献を加え、オーストラリアにおける精神医療・精神科看護の現状と課題について、日本の現状と比較しながら、その特徴に焦点をあてて報告したい。

特異的な精神障害者の様相

Australian Bureau of Statistics が1995年に実施した精神保健調査によると、人口約1900万人のなかでおよそ100万人（約5%）が何らかの精神障害に陥っていると推定されている。とりわけ、うつ病患者が全体の35%と突出し、ついで急性・慢性の精神分裂病患者、薬物嗜癖患者となっている（Mathers, Vos, & Stevenson, 2000; DHAC & AIHW, 1998）。National

Survey of Mental Health and Well-being の報告によると、1996年から1997年の12か月の間、18歳以上の成人の約18%、つまり6人に1人の割合で精神障害を有していた。それらは、主に不安障害（9.7%）や気分障害（5.1%）、薬物嗜癖（7.7%）であった。さらに疾患別にみた1998年の入院患者は、精神分裂病が約40%、気分障害が30%、ついで器質障害が約7%を占めている（DHAC & AIHW, 1999）。一方、日本は、精神障害者数は、1996年には約217万人、人口の約1.7%と報告されている。そして、入院患者（1997年）は33万6千人で、精神分裂病患者が60.8%と圧倒的に多く、次いで器質精神障害患者が15%、躁鬱病患者と薬物嗜癖患者が各々約6%となっている（精神保健福祉研究会, 1999）。精神障害の定義、診断基準、調査方法の違いなどにより単純に比較することはできないが、この数字で見ると、オーストラリアでは精神障害者の率が高く、また思考障害・知覚障害を伴う精神分裂病患者よりも、むしろ気分や情緒の障害患者が多いといえる。

シドニーの都心、中部地区では、精神障害者の割合は全国的推計よりも高い、住民の20~25%と推定されている（CSAHS, 2000, p.6）。このように、精神障害者が都市部に多い理由は、薬物問題が急激に増加しており、急性の精神科入院患者の60%は薬物関連の合併症を持っていること、第2に過去5年間、ボーディングハウスの数が1,300から半数の650まで閉鎖され、慢性精神病患者の住居数が削減されたこと、それに関連してホームレスの数が増加していることが挙げられている。さらに、難民や移民の中には、祖国にて迫害や精神的外傷をうけている者もいる。移民先のオーストラリアでの生活に適応が困難となり、失業や過労、疾病、言語の問題といったストレスをもちあわせ、極度の不安や気分の障害をきたし

*1 日本赤十字広島看護大学 tomura@jrchn.ac.jp

*2 日本赤十字広島看護大学 inaoka@jrchn.ac.jp

たものが多い。これは、オーストラリアの開放的な移民政策と関係している。1970年代までは、伝統的にイギリスを中心とするヨーロッパ諸国からの移民を受け入れていた。しかし、当初計画していたように人口の増加や国土開発が進まず、また各国からの強い要請や政治的な理由により、1980年代に入りASEAN諸国も含め、多数の移民や政治的難民を積極的に受け入れるようになった。移民の割合は1947年にはオーストラリア人口の19%であったが、1993年には59%にまで増大している（DHAC & AIHW, 1998, p.52）。移民や難民のメンタルヘルスに関して、このような傾向は、多かれ少なかれ移民を受けている先進諸国に見られる現象であるが、オーストラリアでは受け入れ体制の不備と、急激な移民の増加により顕著にあらわれたのではないかと、いえる。

若者の自殺と予防対策

オーストラリアでは若者の自殺問題については研究のみでなく、多様な予防プロジェクトが実施されている。自殺者総数を国際比較すると、ラトビア、リトアニア、エストニアのバルト3国における自殺率が最も高く（高橋, 1999）、人口10万人に対し40人前後、わが国が18.8人、オーストラリアは12.8人（厚生統計協会, 1999, p.56）である。確かに、オーストラリアより日本の方が自殺率は高いが、性別と年齢に焦点をあててみると、日本とオーストラリアとの間では大きな相違がみられる。日本では1950年代から1960年代にかけて、20歳代の若者の自殺が多く一つのピークが特徴であった。しかし、1980年代から1990年代に入って、男女ともに20歳代の自殺死亡率のピークが消失し、代わって欧米先進諸国のように高齢になるほど自殺率が高くなっている（厚生統計協会, 1999, p.56）。

オーストラリアでは、若者男性の自殺率が高く、15歳から24歳男性の自殺率を先進国の中で比較すると、1987～1988年では先進国のなかで2番目に高く、1991～1993年では5番目となっている（DHFS, 1997）。10万人に対する若者の自殺者は日本の11.3人（1997年）に対し、オーストラリアでは27人（1994年）となっている（厚生統計協会, 1999, p.56）。

この若者のリスクグループのなかには、精神障害者や薬物嗜癖者、家庭問題や経済的問題を有している者、小児期の性的・身体的虐待経験者などが含まれている。特異的なのはオーストラリア原住民族のアボリジニの若者が多く含まれていることである。アボリジニの人々は、徹底的な差別、伝統的・文化

的価値観の喪失や蔑視、強制移動や強奪などの歴史的背景がある。そして、世代から世代へ受け継がれてきた入植者に対する憎悪や、怒りなどの感情により、顕著な心理社会的苦悩を背負っていると言われている（DHAC & AIHW, 1998, p.51）。内陸奥地や僻地に住んでいることもあり、オーストラリア全土における原住民の自殺についてのデータは示されていないが、1994年 The Australian Institute of Health and Welfare の行った調査によると、原住民の若者の自殺は原住民でない若者の自殺に比べ、1.4倍高い（DHFS, 1997）。

このような青少年の自殺問題についてオーストラリアでは、学校、家庭、地域、そしてメディアを通して、自殺予防対策が実施されている。具体的には、第1次予防として、学校のカリキュラムのなかにコミュニケーション技術やストレス対処法などが組み込まれており、第2次予防として、学校の教師や職員、両親に対して自殺リスク者の早期発見のための教育が実施されている。第3次予防として、自殺未遂者や自殺企図者への支援プログラムが準備され、学校内で危機管理が行われている。この他にも、地域の中で家族を対象に精神障害や自殺予防についての教育や予防対策が行われている（DHFS, 1997）。

日本の場合、自殺、いじめの対策として、いのちの電話や、1995年から開始されたスクールカウンセラーの制度はあるが、オーストラリアで実施されているようなメンタルヘルス教育について学校や地域、あるいは職場での自殺予防教育プログラムはほとんど行われていない。なにより予防対策を行う必然性について認識が乏しいということが最大の問題である。

精神科看護者の教育と役割

オーストラリアでは1985年から1993年の間に看護の基礎教育はすべて3年制の学士課程で行われるようになった。ちなみにコメディカルと称せられる保健・医療・福祉職の養成は3年制の大学教育が主流を占めているとのことであった。わが国においては、この15年間に4年制看護系大学が11校から90余校に増え、一見、看護基礎教育は進歩したかのような印象を受ける。しかしながら21世紀に入っても准看護婦制度は依然として存在し、看護基礎教育を受けている看護学生の約68.8%は3年制の看護婦養成所であり、4年制看護系大学にいたっては17.8%である。

筆者らが研修で訪れた、シドニー郊外の公立精神病院（240床）では、3年制大学で看護基礎教育を受

けた新卒看護婦や、精神保健分野では経験のない看護婦を対象に12か月間にわたる研修が義務づけられていた。これはシステムとして確立されており、具体的な研修内容は、12か月の間、3~4か所の専門病棟（たとえば思春期病棟、急性期病棟、薬物嗜癖病棟など）に配置され、4週間の理論の学習と、実際に受け持ち患者にケアしながら、病棟の教育担当者より臨床的側面からの指導を受けるものであった。すべての研修が終了した時点で正式にスタッフナースとして認められ、サラリーもスタッフ並に支払われるようになっていた。

この公立精神病院は、日本庭園が造られている広大な敷地に病棟が点在していた。精神医療が、病院主体の医療から地域へと移行した影響を受けて、多くの病棟が閉鎖されていた。現在は、極度の興奮状態をきたしている急性期閉鎖病棟、社会復帰を主眼とするコロニーのような開放病棟、重度の痴呆老人を収容する介護病棟、そしてデイケア病棟に限定されていたが、いずれも古めかしい建物に手をいれたものであった。

文字通り、多種多様な文化的背景を有する患者が入院しており、室内の飾り付けも文化的風習が尊重されていた。このように、多彩な文化的背景を持つ患者に対応するために、患者権利の宣言書も10数カ国の言葉で記述され、通訳のサービス、宗教・文化を考慮した食事のサービスも整えられていた。看護職員も北欧系、東欧系、アジア系、アボリジニ系と、多様な文化的背景をもつ人が雇用され、患者の文化的背景が尊重されるように配慮されていた。

各病棟では他職種によるチーム医療が行われているとのことであったが、看護者が患者の生活援助に関しては中心的な役割を果たしていた。不思議なことにこの病院を訪問中、精神科医を見かけることはなかった。老年精神ケア、急性期集中ケアなどの病棟には、クリニカルナース・スペシャリスト（CNS）（4年間の臨床経験とそのうち3年を専門分野で経験があることが条件）が病棟に配置されていた。さらに、看護者の柔軟な役割が要求されているデイケアのような病棟では、クリニカル・ナース・コンサルタント（CNC）（精神看護修士レベル）が勤務していた。CNCの中には博士課程で研究している者もいたが、ごく限られた人たちで、1つの病院のみでなく、シドニー中心部の病院を管轄として、患者家族のケアはもちろん、スタッフへの教育支援や相談を行っていた。

果敢に進められている地域精神医療

オーストラリアの精神医療は、この10数年来、確実に病院から地域社会へとその基盤が移ってきている。10年前より精神科病床数が63%も削減され、現在、5,400床となっている（DHFS & AIHW, 1998）。入院治療が必要な患者には、大きな州立精神病院よりも、各地域にある総合病院の急性期精神科専門病棟で集中的に治療・ケアが行われ、早期退院が図られていた。そして地域にある精神保健センターや中間施設、社会復帰センターでは、精神科医や看護者、ソーシャルワーカー、サイコロジスト、作業療法士など治療チームにより治療やケアが行われていた。

日本では、この地域精神医療が1970年代後半より行われ、精神障害者を長期に収容する施設から、早期に社会復帰を促し、地域へ生活の基盤を移す地域精神医療が推進されている。しかし、かけ声だけが先行し実態は遅々として進んでいない。ちなみに、日本の精神病院数と病床数は、1987年、1,641病院の351,611床であったものが、10年後の1997年には、1,669病院の360,432床とわずかながら増えている（精神保健福祉研究会, 1999）。さらに、精神病患者の平均在院日数は、Mooreら（2000）の報告によると、アメリカ合衆国の8.9日、フランスの7.3日、ドイツの38.1日、オーストラリアの14.6日であるに対し、日本の場合には330.7日となっている。

日本の地域精神医療が一向に進まない理由は、第1に日本の精神病院の約8割が民間の医療法人に属し、急激な病床数削減は経営破たんにつながる危険性を孕んでいるということが挙げられている。精神医療の革命と言われる地域精神医療を早期に積極的に推進したのはアメリカ合衆国である。1955年代に55万床であった精神病院のベッド数を約20年間で15万床まで削減できたのは、そのほとんどが公立の精神病院であった。また、第2に、日本の社会は、民族や宗教、価値観や習慣などが画一化されていることが、日本の地域精神医療が進展しない理由に挙げられる。調和、一致を重んじる文化の中では、逸脱行動をとる人たちは容易に地域社会からはじき出され、過敏なほど、受け入れには抵抗を示されるのである。これは精神病理的な問題というより、むしろ社会病理的な問題と言ったほうが適切なのかもしれない。

おわりに

ここで報告した内容は、10日間に及ぶ駆け足し研修で垣間見たことと、ごく限られた文献からの情報である。そのため必ずしも正確な情報とは言えないかも知れない。しかし“百聞は一見にしかず”という諺のとおり、文献のみでは理解し難い生の情報を報告できたと確信している。

オーストラリアの研修を通して学んだことは、遺伝子医学や遺伝子治療が華々しく脚光を浴びているなか、精神障害者は遺伝的要因のみでなく心理社会的要因や文化的・環境的要因が多分に影響されているという事実を実感として学んだことである。また、第三の精神医療の革命と称せられる地域精神医療の有効性とメンタルヘルス教育の成果である。つまり、「精神障害」をもつ患者だけを対象に治療や再発を防止するのみでなく、オーストラリアにおける自殺予防対策のように、心の不健康やそのリスク状態にある人々をいかに早期に発見し、予防していくことが求められているのではないだろうか。そして、マスメディアと密接な連携をとり、積極的に家庭や学校、職場や地域社会において、真の意味でのメンタルヘルスの大切さについて啓蒙し、健全な社会を構築していくことが必要である。

文 献

- Central Sydney Area Health Service (CSAHS) (2000). Mental Health Service Plan 2000-2003. New South Wales, Camperdown.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care & Australian Institute of Health and Welfare (DHAC & AIHW) (1998). National health priority areas report, Mental Health, A report focusing on depression. AIHW. Cat. No. PHE11. AIHW, Canberra
- Commonwealth Department of Health and Family Service. (DHFS) (1997). Youth suicide in Australia: a background monograph Canberra, Australian Government Publishing Service.
- 厚生統計協会 (1999) : 国民衛生の動向, 1999年46 (9).
- Mathers, C., Vos, T., & Stevenson, C. (2000). The burden of disease and injury in Australia Canberra: AIHW. Cat No. PHE-17. AIHW, Canberra
- Moore, M., Shaw, J., Grant, B., & Braddock, D. (2000). Institutional mental health service in Australia 1997-1998: First report on the national Minimum data set-

institutional mental health care.: AIHW, Canberra (Mental Health Series no. 1).

- 精神保健福祉研究会 (1999) : 新しい精神保健福祉法 新旧対象条文・関係資料, 東京, 中央法規
- 十束史朗, 生地新, 森岡由紀子 (1998) : やさしい精神保健・福祉, 東京, 医学出版社
- 高橋祥友 (1999) : 青少年のための自殺予防マニュアル, 東京, 金剛出版