

地域移行期

退院計画 (統合)	退院の時期を決定する
	関与する人を集め、退院後の体制を確認する
	名前                      本人との関係                      役割                      連絡先
入検討 退院後利用するサービス	地域で利用する通所サービスに試験的に通所する
	通所先                      目的                      頻度
	退院後に実際利用するかどうか検討する
試泊	試験外泊先・期間の計画をする
	外泊先                      期間                      課題
	外泊してみて、本人の感想はどうか
	外泊の結果、新たに判明したことはあるか
用 交通機関利	交通機関の利用を練習する
探し 退院先 (住居)	退院後の生活に必要な物で新たに用意するものがあるか、どこで誰が調達するか

附表 9 退院計画表(生活領域)

**食事**

[目標(例)：スーパーなどで惣菜を購入して食事をする。その際栄養のバランスを取るよう配慮する。]

	状況確認・目標設定期				地域探索期				地域移行期			
	栄養に関する指導	病院での食事を記録	三食の計画を立てる		献立決定	病院周りの店で購入	片づけをする	全て1人で行う	献立決定	地域の店で購入	片づけをする	全て1人で行う
本人		●	●		●	●	●	●	●	●	●	●
家族									●	●	●	
病院スタッフ	●		●		●							
地域スタッフ						●	●		●	●	●	

[目標(例)：材料を購入し、自炊する。]

	状況確認・目標設定期				地域探索期				地域移行期			
	栄養に関する指導	調理の練習を開始	三食の計画を立てる	一食自分で整える	献立決定	病院周りの店で材料購入	一食調理	後片付け	献立決定	地域の店で材料購入	調理	三食全て自分で行う
本人		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
家族									●	●	●	
病院スタッフ	●	●	●	●	●							
地域スタッフ						●	●		●	●	●	

### 掃除・洗濯

[目標 (例) : 自室を清潔に保ち、ゴミを定期的に出す。洗濯は週に3回行う。]

	状況確認・目標設定期				地域探索期				地域移行期			
	ベッド周りの整理	ゴミの分別			ベッド周りの整理	ゴミの分別			自室の清掃	ゴミの分別	ゴミだし	
本人	●	●			●	●			●	●	●	
家族						●			●		●	
病院スタッフ	●	●										
地域スタッフ						●			●		●	

### 服薬

[目標 (例) : Nsによる管理→1か月分を自己管理]

	状況確認・目標設定期				地域探索期				地域移行期			
	1回分セット	1日管理	1週間管理		1週間管理	2週間管理	3週間管理	4週間管理	外泊中管理			
本人	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	
家族										確認		
病院スタッフ	●	確認	確認		確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認	
地域スタッフ										確認		

### 金銭

[目標 (例) : Nsによる管理→1か月分を自己管理]

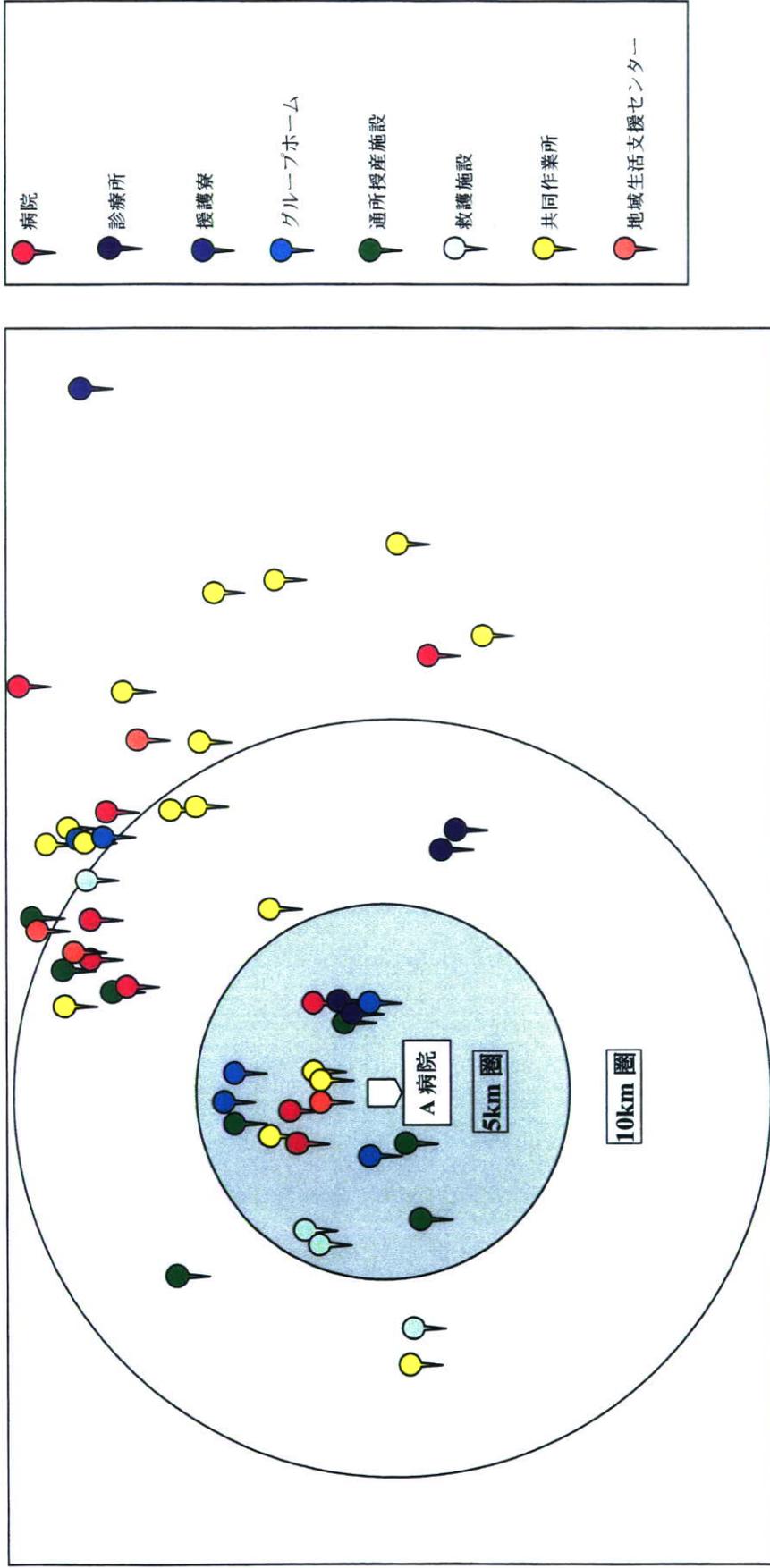
	状況確認・目標設定期				地域探索期				地域移行期			
	記録付け	支出計画	1日管理	1週間管理	1週間管理	2週間管理	3週間管理	4週間管理	外泊中管理			
本人	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
家族										確認		
病院スタッフ	●	●	確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認	
地域スタッフ										確認		

附表 10 A 病院近辺の退院・地域生活支援に関する資源の数

種類	A 病院と同じ市内	保健所管轄内
医療機関		
病院		
指定病院	1	3
その他の病院	2	7
診療所	3	7
入所施設		
精神障害者福祉ホーム	1	3
通所施設		
精神障害者通所授産施設	1	4
精神障害者小規模通所授産施設	3	5
精神障害者共同作業所	1	17
地域活動支援センター	1	5
精神障害者地域生活援助事業 (グループホーム)	1	7

精神障害者生活訓練施設は保健所管轄内にはなく、A 病院から 10km 圏内に 2 箇所ある

図 1 A 病院近辺の退院・地域生活支援に関する資源マップ



平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業

【研究 2】「精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」

分担研究「地域精神保健医療についての海外調査」

分担研究者 瀬戸屋雄太郎 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部  
精神保健相談研究室 室長

### 研究要旨

本研究は、地域精神医療が比較的進んでいると考えられる国について、入院医療を含めたその国の状況を把握することにより日本の現状を検討する上での比較参照にすることを目的とする。

調査対象国としては、地域精神医療が進んでいる国として米国、英国、イタリア、カナダ、オーストラリアを、また日本と同じような長期入院の問題に直面している韓国を選択した。

調査は各国の担当省のホームページや文献検索によって行った。調査項目としては、制度の名称、根拠法、財政の規模と推移、精神保健サービスの量の内容、などとし、それぞれ表にまとめるとともに概要を記述した。

その結果、我が国における入院医療の現状（入院期間の長さ、病床数の多さ、1日あたりの入院費の安さなど）や、ケアマネジメントが普及していないこと、地域の医療保健福祉の機能分化が進んでいないことなどの課題がより明確になった。

今後、地域精神保健医療福祉の発展と共に、入院医療の日本的なバランスに基づいた効率化が求められてくる。特に社会的入院患者の問題は喫緊の課題であり、退院促進パスなど、入院中のケアと、地域サービスとの連携を効率的に進めるためのツールの開発は急務である。もちろん、このようなツールだけで問題が解決するわけではないが、社会的入院の解消や、入院医療の効率化の一助にはなると考える。

### 研究協力者

河野 稔明 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部 流動研究員  
姜 恩和 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント

沢村 香苗 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員  
中西 三春 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員  
吉田 光爾 国立精神・神経センター精神保

健研究所 社会復帰相談部 援助技術研究室 室長

### A. 研究目的

ここ数年間、わが国の精神保健医療福祉施策は改革期にあると言える。2002年12月に、社会保障審議会障害者部会精神障害者分会によって「今後の精神保健医療福祉施策について」が提出され、精神保健福祉対策本部が発足して以来、さまざまな政策

や法律が提出された。主なものを挙げただけでも、2004年精神保健医療福祉の改革ビジョン、2005年障害者自立支援法、2005年精神保健福祉法改正などがある。

その後の政策の基本方針を示した、精神保健医療福祉の改革ビジョンでは、「入院中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めるとして達成目標を示し、「受入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）」についても併せて10年後の解消を図ること、としている。

障害者自立支援法による、地域資源の再編成および整備が始まり、精神障害者退院促進支援事業など、退院促進・地域移行が実施されるようになった。しかし、現状では地域資源はまだ充分ではなく、いまだ多くの長期在院者が病院に入院している現状がある。

今後さらなる退院・地域移行を促すためには、病院側の退院促進と地域の環境整備、病院と地域の連携などが必要である。本研究班では、そのうち、病院側の退院促進を積極的に進めるためにツールとして、退院支援パスを作成することを目標としている。

世界的に見れば、わが国の精神科病床数は多く、入院期間も減少はしているがまだまだ長く、精神医療を入院治療に頼っている状態である。実際、精神障害を持つ人にかかる医療費のうち、75%が入院中にかけている。図1にOECD（経済協力開発機構）の調査による、人口当たり病床数の経年変化を示す。

海外、特に欧米の国々では、すでに脱施設化が終了しており、地域精神医療が定着

している国も多い。

そこで本分担研究班では、世界における我が国の状況を検討し、今後の方向性への示唆を得るために、いくつかの国における精神保健福祉制度や入院医療を比較することを試みた。

## B. 研究方法

本研究は、地域精神医療が比較的進んでいると考えられる国について、入院医療を含めたその国の状況を把握することにより日本の現状を明らかにすることを目的とする。

調査対象国としては、地域精神医療が進んでいる国として米国、英国、イタリア、カナダ、オーストラリアを、また日本と同じような長期入院の問題に直面している韓国を選択した。

調査は各国の担当省のホームページや文献検索によって行った。調査項目としては、制度の名称、根拠法、財政の規模と推移、精神保健サービスの量の内容、などとし、それぞれ表にまとめるとともに概要を記述した。

（倫理面への配慮）

本研究は文献調査であり倫理面への配慮は必要ない。

## C. 研究結果

### 1. 米国

表1に米国の結果を示す。

米国の精神科入院医療は、後述するマネジメントケアにより管理されており、入院での

治療は急性期ケアに限られ、極端に入院医療が短くなっている。例えば2005年の値では入院日数は4.8日、精神障害を有する患者で6.9日である。よって精神障害者への支援の多くは地域で行われる。

米国における精神障害者の支援として重要なものには、受療支援と就労支援があげられる。

受療支援としては、メディケイド (Medicaid) による医療給付がある。メディケイドは収入と資産が一定基準に達しない者を対象に処方薬を含む医療給付を与える。運営主体は連邦政府だが、州政府と連邦政府が共同で資金提供しており、対象者の認定は各州がそれぞれ方式を定めている。大概の場合、メディケイドを受給できるのは低収入あるいは資産がごくわずかな個人あるいは家族に限られる。いくつかの州ではメディケイドの受給資格がない障害者について、州から保険を購入することが認められている。

医療サービスのマネジメントに関してはマネジドケア (managed care) が存在する。マネジドケアは医療サービスへのアクセスや医療サービスの内容を管理・制限することで、限られた財源のもとで効率的な医療サービスの提供を目指す医療保険制度である。医師や病院に財政的なリスクを負わせることが特色である。米国では Health Maintenance Organizations (HMO)、Preferred Provider Organizations (PPO)、Point-of-Service (POS) を主にさす。しかし、市場原理を導入したことで低リスク者用の低価格の医療保険と、有病者用の高価格の医療保険との二層に分かれ、結果として米国における無保険者層の増加につながったとの指摘も

ある。精神障害者が在宅で暮らすための諸サービスを効果的に利用するためのケアマネジメントとしては地域精神保健センターの役割があげられるほか、チームで積極的なアウトリーチを行う ACT (Assertive Community Treatment) が広く実施されている。

就労支援としては、社会保障障害保険 (Social Security Disability Insurance, SSDI) プログラムと補足的保障所得 (Supplemental Security Income, SSI) プログラムがあげられる。各プログラムは社会保障庁 (Social Security Administration, SSA) により資金提供され運営されている。SSDIは保険プログラムであり、受給のためには職歴がなければならない。SSIは資力審査のあるプログラムで、収入と財産が基準額を下回らなければ受給できない。SSIあるいはSSDIの受給者は、州の職業的リハビリテーション (Vocational Rehabilitation, VR) センターが提供する職場復帰支援策を利用できる。SSIあるいはSSDIの受給者がVRあるいはその他のリハビリテーションプログラムへの参加を義務づけられているわけではない。

2002年4月29日にブッシュ大統領は、精神障害を抱えるアメリカ国民が必要なケアを十分に受けられずにいることについて3つの問題点を明らかにした。

- 1) 精神病に対するスティグマ (stigma)
- 2) 個人医療保険制度において、精神病患者に対する給付金の支給に、不当な治療制限と経済負担が課せられていること
- 3) 精神保健ケアサービスの提供システムが統一されていないこと

米国の医療保険制度において、一般身体医療と精神医療は別々のマネジメント組織

(マネジド・ケア会社)が運営している。精神医療のマネジメントは一般医療よりもしばしば年間あるいは生涯での制限が低く設定され、受療制限などによる医療費抑制の締め付けが強い。また身体疾患と精神疾患とでは別組織のマネジメントになるため、身体疾患と精神疾患の同時治療が困難となっている。精神疾患患者の身体疾患医療費は高額であることが指摘されているが、支払いシステムが解離しているために統合した治療を行うことができない状況である。

## 2. 英国

表2に英国の結果を示す。

英国における精神保健施策の方針は National Service Framework for Mental Health (1999、以下 NSF とする) に提示され、そこでは 65 歳以下の成人に対する精神保健ケアについて全国で最低限提供すべきサービスが数値目標をもって明らかにされている。さらに、地方レベルで NSF を推進するために Local Implementation Teams (LITs) が設置されている。また NHS Plan (2000) においては精神保健を NHS における優先課題の1つとし、国家的に精神保健サービスの目標を設定した。方向性としては急性期病床の負担を減らすため、コミュニティケアの強化が目指されている。

また、長く医療と福祉が分断されていること、あるいはケアマネジメントが両者で重複して行われ非効率であることが課題とされてきたが、Health Care Act: Partnership arrangements (1999) や Health and Social Care Act (2001) によって予算の共通化や業務の整理が行われつつある。

英国では National Health Service (国民保健

サービス)によって全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを税財源により原則無料で提供している。実際には NHS から予算を受けたプライマリケアトラスト (PCT) が NHS トラスト (セカンダリレベル、病院サービス) からサービスを購入し、一般医 (General Practitioner, GP) にプライマリケアを委託する役割を担っている。精神保健サービスについては精神保健トラストが別枠で設置されている場合も多い。

うつやパニック障害といった短期の疾患については、専門的サービスの支援を受けつつ基本的にはプライマリケアで対応している。反復性または持続的な精神疾患 (統合失調症・双極性障害・器質性精神障害・重篤な不安障害・重篤な摂食障害) を持つ人は専門家による継続的な精神保健サービスの対象とされている。現在の課題は専門的なケアの進歩から地域全体の精神保健へとシフトしている。地域におけるサービス提供の主なチームとその特徴は以下の通りである。1) 積極的アウトリーチチーム: 最も複雑な保健・社会ニーズを抱える人々に集中治療を提供している。家庭を訪問し、権利を擁護し、GP など他のサービスにつなげる。住居を見つける、安全な収入を確保する、買い物や料理などの日常生活を維持することについて援助が求められる。2) 危機介入チーム: 重篤な精神疾患の急性期状態にある成人を対象とする。24 時間いつでも利用できる専門評価・治療を提供し、人々が自宅でケアを受けられるようにする。また、入院が必要な人々には病院へのルートを提供し、退院計画にも関与して早期退院を支援する。3) 早期介入チーム: 14 歳

から35歳の、精神病症状を初めて呈している人及び発症から3年以内の人を対象としている。早期に介入を行うことで、発症早期に起こりやすい自殺等を防いだり、治療関係を早めに築いて回復を促すことが期待される。以上のチームが対象者の状況の変化に応じて役割を分担している。

現在、優先的な課題とされているのは①社会への受け入れ・参加 (Social Inclusion)、②心理療法 (特に認知療法) の利用可能性拡大、③マイノリティへのサービス、④Mental Health Bill である。

### 3. イタリア

表3にイタリアの結果を示す。

イタリアは、従来の社会と隔絶された入院中心の治療から、地域生活中心の援助へと脱施設化を推進し、この数十年の間に急速な精神医療改革を遂げた国である。同国の精神障害者の支援について、医療、社会保障、住居、就労の各側面から述べる。

精神医療改革は、バザーリアがゴリツィアの州立精神科病院長に就任した1961年に、脱施設化を目指した動きとして北イタリアから始まった。次第に改革をめぐる政治的活動が展開され、1978年には法律第180号「任意および強制入院と治療」(精神医療改革法、バザーリア法)が公布された。同法は精神科病院の廃止を目指すもので、精神科病院への新規入院を禁じた。同年末には法律第833号「国民保健サービスの制度」(国民保健サービス法)が公布され、1980年末以降の再入院も禁じられた。さらに、1979年初めからは総合病院に15床以下の精神科入院病棟 (SPDC) を整備し、精神科救急医療を提供することを定められ、また

精神科病院の新規設立が禁じられた。

国民保健サービス法では、全国民が居住地の地域保健機構 (USL) を通じて保健医療を受けることが定められた。現在ではUSLは地域保健事業体 (ASL) および病院事業体に統合再編されている。国民はASLで家庭医を登録することになっており、受療の際は最初に家庭医を受診し、必要に応じて専門医や病院を紹介される。しかし精神科の場合は、家庭医を介さずに、ASLの精神保健部門が運営する地域精神保健センターの精神科医を直接受診する。ASLはSPDCのほか、デイホスピタル、デイセンター、居住施設 (日本の援護寮に近い) といった中間施設も運営しており、精神障害者には地域精神保健センターを通じて適切なサービスが紹介される。

バザーリア法の公布以来、精神医療改革は州の責任で推進されてきたが、トリエステ県のように実のある改革を達成した地域がいる一方で、古い精神科病院を使い続ける県もあり、改革の進行は地域差が大きかった。十数年間は多くの地域で福祉が停滞したが、1994年の「精神保健の防衛三年計画」でリハビリテーションの充実が図られ、地域精神保健システムが全国に普及した。地域精神保健センターはその中心的役割を担い、ASL内外の社会資源を活用して長期にわたる包括的な支援を精神障害者に提供している。保健省は2000年に精神科病院の完全閉鎖を宣言したが、ニーズによく応じた精神保健サービスが提供されている地域は一部で、地域精神保健センターには24時間化やアウトリーチの充実など機能強化を望む声が多く寄せられ、期待される役割は大きい。

イタリアの社会保障は、公的に給付される保健医療 (Sanita) を除けば、保険料制度に基づく年金や諸手当を中心とする社会保険 (Previdenza) と、公的扶助や扶助的性格の強い年金を中心とする社会援助 (Assistenza) に分けられる。職域の社会保険に加入し、一定期間保険料を支払っていた精神障害者には、労働不能者年金または障害年金が給付されるが、これらの給付を受けられない障害者には、社会援助として援助手当または労働不能手当が支給される。そのほか必要な場合は、対人介助サービスといった現物給付も受けられる。なお、65歳以降は社会手当に移行する。

精神障害者の住居は、各セクターで提供されている。改革によって退院した精神障害者の一部は、廃止した病院を転用して設立された寮やグループホームに、患者ではなく“ゲスト”として入居するようになった。ASL が居住施設を運営していることは先述したが、自治体や民間団体が運営するグループホームも各地で設立されている。近年は、住居の提供において社会協同組合が相次いで参入し、コムニタ (生活共同体) として精神障害者を受け入れている。また、私立精神科施設 (Casa di cura、看護の家) にも多くの精神障害者が入所しており、病床の総規模は SPDC に匹敵する。

精神障害者の就労に関しては、社会的協同組合が果たす役割が急速に増大している。このうち「B 型」は組合員に 30% 以上の障害者を含み、コムニタの中で住居を確保し、治療を受けながら働くことができる。職業訓練コースを有する組合もあり、自他の組合や一般企業に人材を送り出している。

#### 4. カナダ

表 4 にカナダの結果を示す。

カナダでは、国が「カナダ保健法 (Canada's Health ACT)」を制定し、保健施策として満たすべき最低基準を示しているが、実際の政策・運用は州が独自に実施し、国はそれを予算保障している。そのため国家全体における精神保健に関する統一施策・法や予算体系は存在せず、サービス内容は地域によって多岐にわたっている。

ただしカナダ政府と各州の代表は” Review of Best Practices in Mental Health Reform” という冊子を発表し、カナダ全体の精神保健医療の包括的指針としており、それに従ってサービスが展開されることにより、そのサービス水準は概ね高いものとなっている。なお、医療・保健費と福祉費用が一括して州に移転され、その使途は州の自主裁量で決められるシステムになっているため、地域精神保健福祉に対するサービス展開がスムーズになっているものと思われる。

なお、カナダ保健法では五原則として、

1. Public Administration 「州政府とその行政による管理」：各州の行政が 非営利原則に基づき管理を行う
2. Comprehensiveness 「包括的医療サービス」：病院、医師、歯科医師、そのほか医療関係者にかかわる必要全てのサービスを医療保険でカバーする。
3. Universality 「普遍主義」：カナダの全住人に対して医療サービスが施される。
4. Portability 「全国的受給権」：カナダの住人は、どの州に移動しようとも 医療サービスを受けることができる。
5. Accessibility 「平等的受給権」：医療サービスを受けようとするカナダの住

人は、医療サービス機関を利用でき、差別なく、そこでの可能な限りのサービスを経済的負担なく受けることができる。

を掲げているため（主として原則2・5などにより）、住民はサービスを基本的に無料又は極めて安価に利用することができることも特徴である。

なお、州レベルの実践では、精神保健サービスは、プライマリケア、精神科病院、ACT、精神保健施設、NGOや当事者組織などを通じて広く供給されている。

州によってサービス内容は異なるので、一般化は難しいが、大まかにのべれば、①広く“Shared Care”と呼ばれるプライマリケア領域での臨床家によるメンタルヘルスに関する臨床がベースとして存在し、これに加えて重症精神障害者を対象とした②ACTなどのケアマネジメントサービス・③住居サービス・④救急サービス体制を十分に連携させたコミュニティケアが、精神保健臨床の中心的な役割を担っている。特にACTに代表されるように、アウトリーチサービスを含むケアマネジメントに関しては積極的に展開されており、地域精神保健施策の成功の鍵となっている。このような地域精神保健体制の発達によって、精神科における在院日数などは比較的短期なものとなっているといえる。

なお、EBPやベストプラクティスを実践することに関しては、ほとんどの州において明確な精神保健福祉施策の目標として設定されている。

## 5. オーストラリア

表5にオーストラリアの結果を示す。

オーストラリアは連邦制をとっており、8

つの州および準州にわかれている。国民皆保険であるMedicareは連邦政府が、公的医療サービスの提供は州によって行われる。精神医療は主に公的医療によって担われる。

1992年より、National Mental Health Strategyという国家規模の精神保健戦略が始まり、当初5年間であったが、第二次（1998-2003年）、第三次（2003-2008年）と継続して実施されている。第一次から第二次の10年間で国家としての精神保健政策を明確にし、入院医療システムからよりバランスのとれたサービス分配システムへと移行が進められた。

成果としては、医療費に占める入院医療費が71%から49%に減少し、地域医療への転換がなされたこと、地域における各種サービス量が増えたこと、サービスの質が向上したこと、などがある。

精神医療は主に公的医療によって担われ、キャッチメントエリアに基づいて実施されている。公的医療におけるサービスを受けるにはまずGPにかかり、紹介される必要がある。公的精神医療を受けている間はケアマネジメントによるサービス提供・マネジメントが実施される。

入院医療は急性期および重度かつ継続患者に限られ、2週間程度で退院となる。

入居施設は症状や状況に応じたさまざまな種類がある。

地域にはさまざまなサービスがあり、訪問型のサービスが充実している。州によっても異なるが、キャッチメントエリアごとに、精神科トリアージ、Crisis Assessment and Treatment Service（危機的状況における短期間アセスメントと介入を行うサービス）、Community Care Team（ケアマネジメントに

基づくサービス)、Mobile Support and Treatment Service (重度の障害をもつ患者への訪問型サービス)、Homeless Outreach Psychiatric Service(精神障害をもつホームレスへのアウトリーチサービス)などがある。このほか、州全体のサービスとして、司法病棟、Dual Diagnosis (精神障害と薬物アルコール)、Dual Disability (精神障害と知的障害)、摂食障害、人格障害、神経障害、脳障害、母子などを対象とした専門サービスがある。

今後の課題としては、州の間で精神保健に費やす予算が異なるため、提供されるサービスの水準に格差があること、そのため治療のアウトカムの評価の妥当性を高めアウトカムの価値の重要性を見直す必要があること、アクセスの悪さや早期介入がうまくできていないこと、熟練したスタッフを養成すること、利用者の参加を促進すること、保護者の参加を促進すること、などがある。

オーストラリアの精神保健戦略は比較的順調に改革を進めてきたが、2007年に11年ぶりの与野党交代があり、労働党が政権を握ったため、今後の先行きは不透明である。

## 6. 韓国

表6に韓国の結果を示す。

韓国の精神保健事業は1980年代に無認可施設を認可し、精神病院を建てて患者を隔離する政策から始まった。精神病院と精神療養施設の拡大政策は、生活保護制度(医療給付制度)及び施設保護制度(精神療養施設及び浮浪者施設等の社会福祉施設の運営)の拡充とかみ合いながら急速に増加し

た。しかし、1995年に精神保健法が制定されたことを契機に国の精神保健政策の方向が地域社会における精神保健に転換することになった。その後社会復帰施設や精神保健センターの拡充、1999年の障害者福祉法の改正により精神障害も法定障害者のカテゴリーに含まれたことによって、障害者福祉サービスを受けられる基盤が整えられた。

精神保健事業の柱は大きく4つの分野に分けられる。

1) 地域社会精神保健事業の強化：地域社会の精神保健事業の強化のために精神保健センターの拡充が行われている。1998年に精神保健センター4カ所に対する国費支援が始まって以来、2006年末には135カ所に拡大された。また地域生活のリハビリと社会復帰をサポートする社会復帰施設は、2006年6月現在151カ所であり、約5,000人が利用している。

2) 自殺予防対策：2006年の自殺者は10,688人に上り、人口10万人当たりの自殺死亡率は23人であった。1990年代以降増加傾向が続いており、20：30代の場合、自殺が死亡原因の1位となった(2005年統計庁)。自殺予防対策の一環として2005年からのちを尊重する文化を根付かせるために様々な活動を展開している。また、サイバー相談サービスシステムを整えることによって、全国のどこからでも電話をかければ、市・郡・区別の精神保健専門員が自殺危機の相談や精神健康相談、医療機関の案内などを受けることができるようになっている。2005年に自殺予防対策を立て、2010年には自殺率を18.2に減らすことを目標としており、保健福祉部健康増進局を中心に関係部署機関が連携して自殺予防対策協議会を立ち上げ

た。

3) 精神疾患に対する認識の改善及び患者  
 権益の増進：精神保健事業の活性化のため  
 には、精神疾患に対する偏見が解消され、  
 精神疾患やその家族が社会的な関心とサ  
 ポートの中で治療及びサービスを利用でき  
 る環境が重要である。2001年に実施した精  
 神疾患実態に関する疫学調査によると、統  
 合失調症などの精神障害を持つ人の30%  
 のみが精神医療サービスを利用しており、精  
 神疾患に対するスティグマのため相当数の  
 人が十分なケアを受けられずにいるという  
 結果であった。このような状況を改善する  
 ため、1999年から国民健康増進基金等を活  
 用し、マスメディアを通しての普及啓発、  
 精神疾患やその家族を対象とした教育プ  
 ログラムの実施、スティグマの解消のため  
 の広報活動を進めている。

4) 精神疾患患者治療・療養環境の改善：2006  
 年6月末現在精神療養施設は全国57カ所、  
 定員は14,296人であり、家族の保護が困難  
 な慢性の精神疾患患者が入所している。精神  
 医療機関は1,097カ所であり約65,000の病  
 床を持っている。1990年代の初めまでは量  
 的な拡張がなされたが、1990年代の半ばか  
 らは質的な水準を高めることに政策的な優  
 先順位がおかれ、同時に、長期入院を減ら  
 して地域中心の治療・リハビリを支援する  
 ことに重点をおいている。

地域社会の精神保健インフラ拡充すること  
 により、予防中心の包括的な国民健康管  
 理システムを構築することを課題としてい  
 るが、精神病床数はOECD各国の中で最も  
 早いスピードで増加しており、さらにその  
 多くは民間病院が占めている。また、入院  
 している患者の医療保障種類別にみると、

2006年6月30日現在、健康保険は全体の  
 23.9%に過ぎず、国民基礎生活保障法に基  
 づく医療保護1種および2種が73.2%を占  
 めている。これは本人負担のない、あるい  
 は少ない患者群を非常に多く抱えているこ  
 とであり、地域社会のシステムが整えられ  
 ていないために長期入院が解消されずにい  
 る状況を反映している。今後地域社会にお  
 けるケアシステムを如何に整えていくかが  
 最も重要な課題である。

#### D. 考察

本研究は、地域精神医療が比較的進んで  
 いると見なされている、アメリカ、イギリ  
 ス、イタリア、カナダ、オーストラリアと、  
 現状が日本と似通っている韓国について、  
 制度や入院医療等の現状について横断的に  
 検討したものである。地域医療が整ってい  
 る国における入院医療を検討することで、  
 我が国における今後の入院医療の方向性を  
 より明確にできると考えた。

日本は人口当たり病床数が世界で一番多  
 く、入院期間も長い。現在地域精神保健  
 医療福祉への転換を進めている改革期にあ  
 る。2005年には障害者自立支援法が成立し、  
 福祉サービス等の費用について、国が義務  
 的に負担する仕組みに改められた。今後居  
 住施設や訪問サービスなどの福祉サービス  
 が増加することが期待される。また精神科  
 訪問看護の診療報酬も改訂のたびに少しづ  
 つ整えられてきている。ケアマネジメント  
 の普及など課題は多いが、今後我が国の精  
 神保健医療が、地域精神保健中心へと進ん  
 でいくことは間違いない。

しかし、入院医療に目を向けると、依然  
 として長期入院者が多く、いわゆる「社会

的入院患者」の解消は喫緊の問題である。政府は2004年からの10年間で72,000人の社会的入院患者を退院させる数値目標を掲げているが、それが達成されるためにはまだ多くの課題がある。

これら日本の状況を踏まえ、海外の現状と比較すると、いくつかの方向性が見えてくる。もちろん、制度や法律が違うために、国間の比較をすることは容易ではなく、解釈には注意が必要である。

本研究では、脱施設化を終了し地域精神保健がすでに根付いている諸国の調査を行った。以下に、地域精神保健医療福祉、およびそれが発展している国における精神科入院医療の現状について、若干の考察を加える。

まずは地域精神保健医療福祉であるが、どの国を見ても、地域においてさまざまなサービスが提供されていた。特に、国によってACT、積極的アウトリーチチーム、MSTSなど名称は異なるものの、多職種チームによる訪問型のサービスや、早期介入サービス、危機介入チーム、居住サポート等が充実していた。我が国においても病床だけでなく、地域サービスについても機能分化、役割分担を進める必要がある。

またケアマネジメントの手法が普及していることも特徴であった。我が国でも障害者自立支援法において、相談支援事業者やサービス管理責任者がケアマネジメントを行い、サービス利用計画を作成することが期待されているが、実際にはあまり実施されていない。今後、入院中を含む医療、福祉、就労などを含めた包括的なケアマネジメントを必要な人には全員提供できるようなシステムの確立が望まれる。

入院医療については、やはり全く状況が異なっていた。精神障害者の入院期間は診断にもよるがおおむね10-50日程度であり、人口当たり病床数もイタリアの人口万対1.3床を筆頭に、3から7床であった。またそのような短期集中入院を支えるべく、1日あたり医療費は約5万円から約16万円と日本の精神科救急病棟の2-5倍であった。

しかし、我が国の入院期間を、これらの諸国のように平均1-2週間程度の短期入院のみとするのが必ずしも良いとは思われない。むしろ、日本の現状や環境に即した、日本的バランスに基づいた期間になるべきものであると考える。いずれにせよ、現在の300日より大幅に短縮し、将来的にはおおむね平均2-3カ月となるのではないだろうか。現状では、新規入院患者の6割程度が3カ月以内で、8割程度が半年以内で退院しており今後も少しずつ短期化していくことが予想される。

今後、地域精神保健医療福祉の発展と共に、入院医療の日本的なバランスに基づいた効率化が求められる。特に社会的入院患者の問題は喫緊の課題であり、退院促進パスなど、入院中のケアと、地域サービスとの連携を効率的に進めるためのツールの開発は急務である。もちろん、このようなツールだけで問題が解決するわけではないが、社会的入院の解消や、入院医療の効率化の一助にはなると考える。

日本と同様な問題に直面している韓国の状況を検討した結果からは、長期入院患者数の多さ、入院患者の高齢化、民間病院の割合の多さなど、共通の課題が多く見られた。また国の制度的にも共通点が多かった。今後両国の情報交換を密にしながら、地域

精神保健の実現や、入院医療の質の向上などに共に取り組んでいくことには意義があると考えます。

本研究の限界は言うまでもないが、文献やホームページによる情報収集にて、共通のいくつかの項目を調査したものであり、各国の状況を網羅的に把握したものでない。

今後、各国の研究者、政府関係者、臨床家、等と情報交換すると共に、現地視察を行うことにより、我が国における入院医療の在り方や、地域医療との連携の仕方等をより明確にすることがもとめられる。

## E. 結論

地域精神保健の進んでいるとされるいくつかの各国の状況を把握することにより、我が国の入院医療の現状を把握することを目的に調査した。その結果、我が国における入院医療の現状（入院期間の長さ、病床数の多さ、1日あたりの入院費の安さなど）や、ケアマネジメントが普及していないこと、地域の医療保健福祉の機能分化が進んでいないことなどの課題がより明確になった。

今後、地域精神保健医療福祉の発展と共に、入院医療の日本的なバランスに基づいた効率化が求められてくる。特に社会的入院患者の問題は喫緊の課題であり、退院促進パスなど、入院中のケアと、地域サービスとの連携を効率的に進めるためのツールの開発は急務である。もちろん、このようなツールだけで問題が解決するわけではないが、社会的入院の解消や、入院医療の効率化の一助にはなると考える。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 参考文献

### <アメリカ>

1. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service: Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999.
2. President's New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America, Final Report. DHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD: 2003.
3. Social Security Administration: Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program, 2006
4. Centers for Medicare & Medicaid Services, Department of Health and Human Services: Brief Summaries of Medicare & Medicaid Title XVIII and Title XIX of The Social Security Act as of November, 2007
5. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター研究部門:

アメリカにおける精神障害者に対する地域支援システム, 1992

6. Social Security Administration: SSI Annual Statistical Report, 2006
7. OECD Health Data 2005 Statistical Abstract of the United States 2007
8. National Center for Health Statistics: 2005 National Hospital Discharge Survey
9. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor: Occupational Outlook Handbook. 21-1021.00, 21-1022.00, 21-1023.00, 21-1029.99: 2007
10. Owens P, Myers M, Elixhauser A, Brach C: HCUP Fact Book No. 10: Care of Adults With Mental Health and Substance Abuse Disorders in U.S. Community Hospitals, 2004
11. Weiden PJ and Oltsen M: Cost of Relapse in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 21: 414-429, 1995
12. Olin GL, Rhoades JA: Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) The Five Most Costly Medical Conditions, 1997 and 2002: Estimates for the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population, 2005
13. President's New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America, Final Report. DHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD: 2003

#### <イタリア>

1. 工藤裕子, 森下昌浩, 小黒一正: イタリアにおける国と地方の役割分担. 財

務総合政策研究所研究会報告書「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」: 521-582 (第8章), 2006.

2. OECD Health Data 2007.
3. National Institute of Statistics (イタリア国立統計研究所, ISTAT) Rapporto Annuale 2006.
4. 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部ウェブサイト, 精神保健医療福祉の改革ビジョンホームページ, 海外の情報, イタリア (協力: 水野雅文). [http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/overseas\\_it.html](http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/overseas_it.html)
5. 澤温: イタリア (の精神保健医療). 新福尚隆, 浅井邦彦編: 世界の精神保健医療. 69-77, へるす出版, 東京, 2001.
6. 斎藤縣三: イタリア社会的協同組合の旅. 協同の発見 128: 28-31, 2003.
7. 年金シニアプラン総合研究機構: 調査研究シリーズ (各国の主要年金制度). 年金と経済 24(3): 52-112, 2005.
8. 大熊一夫: ルポ精神病院をぶっこわした国イタリア(10). 週刊金曜日 684: 44-45, 2007.
9. 全国精神医療労働組合協議会ウェブサイト, イタリア・トリエステのノルチヨ医師の講演会メモ「地域精神科医療の充実と司法精神医学」. <http://www.sei-rokyo.com/archive/world/trieste/021124kyoto.html>

#### <イギリス>

1. 厚生労働省: 世界の厚生労働 2007
2. Appleby L: Mental Health Ten Years On: Progress on Mental Health Care Reform,

- 2007
3. 郡司篤晃: イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携. 海外社会保障研究 156: 19-31, 2006
  4. <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/IntegratedCare/Delayeddischarges/index.htm>
  5. イギリス医療関連データ集【2006】 ,医療経済研究機構
  6. Department of Health: The 2006/07 National Survey of Investment in Mental Health Services, Mental Health Strategies (Local Implementation Teams LITs), 2007
  7. Department of Health: The Mental Health Policy Implementation Guide, 2001
- <カナダ>
1. カナダ健康局 (Health Canada) : A Report on Mental Illnesses in Canada, 2002.
  2. カナダ健康局 (Health Canada) : Economic Burden of Illness in Canada,1998.
  3. カナダ健康局 (Health Canada) : Economic Burden of Illness in Canada,1993.
  4. カナダ健康局 (Health Canada) : Economic Burden of Illness in Canada,1986.
  5. カナダ保健情報機構 (Canadian Institute for Health Information) : Hospital Mental Health Services in Canada 2004-2005, 2007.
  6. カナダ保健情報機構 (Canadian Institute for Health Information) : Hospital Mental Health Services in Canada 2003-2004, 2006.
  7. Ganesan,Soma : Vancouver Mental Health Services an Integral Part of the Health System, 精神神経医学雑誌,105(5),617-622,2003.
  8. 池上岳彦: カナダにおける社会保障財政の政府間関係 —医療財政を中心に—, 財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」 Sep,31-57,2006.
  9. 木村真理子: カナダのケアマネジメント: オンタリオ州の精神保健改革とケースマネジメントシステム, ケアマネジメント学, 4, 126-133, 2005.
  10. 倉知延章,長岡大文,野口睦月: カナダにおける ACT,精神障害とリハビリテーション, 9(2), 142-147, 2006.
  11. 日本総合研究所研究事業本部: 医療と介護の連携に関する海外調査研究,2003.
  12. 野田文隆: 各国の精神保健医療 カナダ,新福尚隆,浅井邦彦編,『世界の精神保健医療』,pp33-41,へるす出版,2002.
  13. 山崎由希子, Jean-François Tremblay, 石田三成: カナダにおける国と地方の役割分担,主要諸外国における国と地方の財政役割の状況, 財務省財務総合政策研究所研究部報告書,2006.
  14. An Overview of Vancouver Community and Acute mental health services, Vancouver Coastal Health( 現地資料),2006.
  15. カナダ財務省ホームページ: <http://www.fin.gc.ca/>
  16. カナダ人間開発省: <http://www.hrsdc.gc.ca/>

17. ブリティッシュコロンビア州雇用と収入援助省 : <http://www.eia.gov.bc.ca/>
18. Vancouver Coastal Health : <http://www.vch.ca/>
19. オンタリオ州コミュニティー・ソーシャル・サービス省 : <http://www.mcscs.gov.on.ca/>
20. オンタリオ州嗜癮と精神保険センター : <http://www.camh.net/>
21. オンタリオ ACT Association : <http://www.ontarioactassociation.com/>
22. カナダ保健情報機構 : [http://www.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw\\_page=media\\_29nov2006\\_e](http://www.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=media_29nov2006_e)

<オーストラリア>

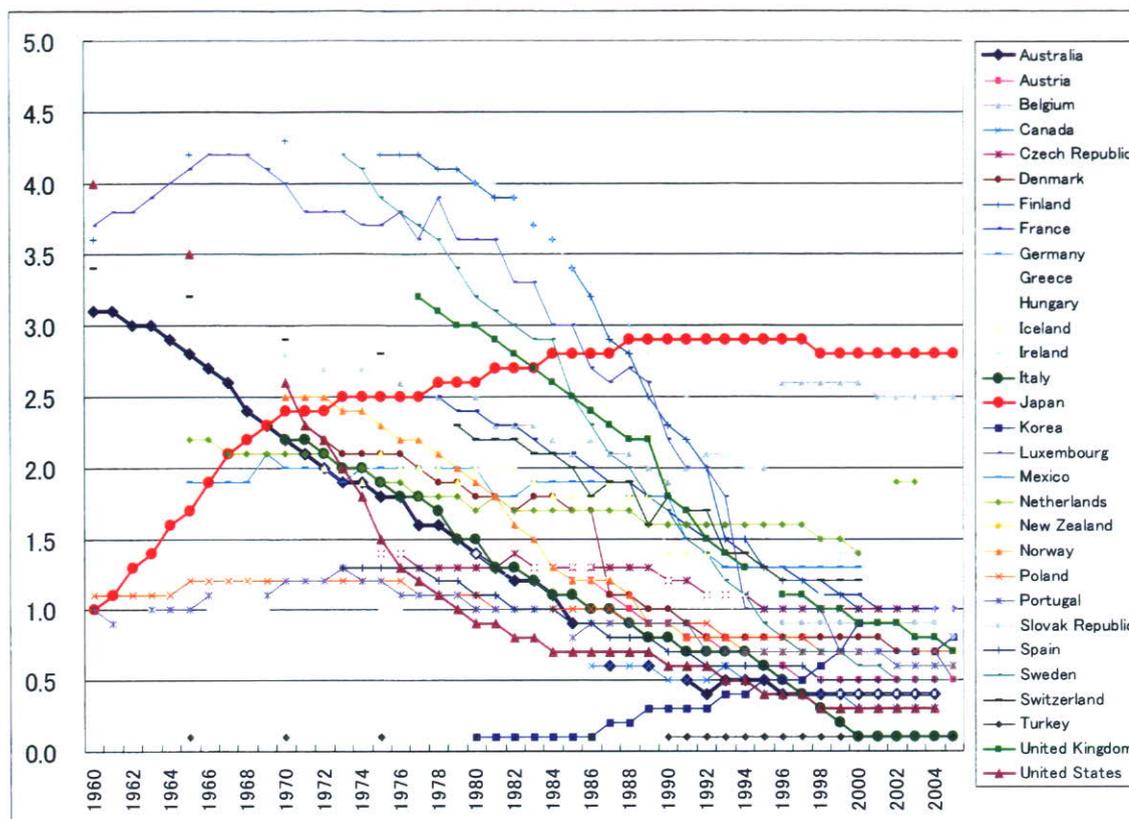
1. Australian Health Ministers. National Mental Health Plan 2003-2006. Australian Health Ministers. 2003.
2. Department of Health and Ageing. National Mental Health Report 2005: Summary of Ten Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2003. Commonwealth of Australia, Canberra. 2005.
3. Department of human services. New directions for Victoria's mental health services. Victorian government, Melbourne. 2002.
4. Hickie, IB, Groom, GL, McGorry, PD, Davenport, TA, Luscombe, GM. Australian mental health reform: time for real outcomes. The Medical Journal of Australia. 182, 401-406. 2005.
5. Whiteford, HA, and Buckingham, WJ. Ten

years of mental health service reform in Australia: are we getting right ? The Medical Journal of Australia. 182, 396-400. 2005

6. WHO. Project Atlas 2005, WHO, 2005.

<韓国>

1. 保健福祉部 : 2006 保健福祉白書
2. 保健福祉部 : 2007 年度精神保健事業案内
3. 中央精神保健事業支援団 : 2006 年中央精神保健事業支援団事業報告書
4. 金ヨンヒ : 韓国の精神保健サービス供給システムの改善に関する研究—アメリカの公的精神保健サービス管理医療システムを手がかりとして, 社会福祉研究第 28 号, 2005



注：OECD Health Data 2002 のデータに OECD Health Data 2007 のデータを加えたものから作成した。

図1 OECD 参加国の人口1,000人当たり病床数の推移（OECD Health Data 2002, 2007 より作成）