

表1 アメリカ

	国	アメリカ合衆国 (United States of America)
1. 制度	制度の名称	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会保障障害保険 (Social Security Disability Insurance, SSDI) ■ 補足的保障所得 (Supplemental Security Income, SSI) ■ メディケア (medicare) : 高齢者と障害者対象の医療保障 ■ メディケイド (medicaid) : 低所得者対象の医療扶助
	根拠法	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会保障法 (Social Security Act, 1935) 当初は 65 歳以上の退職者のみを対象とした。1955 年から障害保険プログラムが開始。1972 年に SSI が開始。 社会保障法第 18 章がメディケア、第 19 章がメディケイドの根拠となっている。 【障害関連法規】 ○ 障害を持つアメリカ人法 (Americans with disabilities Act, 1990) 障害のある人への差別を排除する、明確で包括的な国家命令の制定。内容は「雇用」、「公的サービス」、「公共施設およびサービス」、「電気通信」から構成。 ○ 更生法 (Rehabilitation Act, 1973) 1986 年の改正により、重度の精神障害者 (発達障害者) に対しても雇用の機会が提供されるようになった。 【精神保健関連法規】 ○ 国民精神衛生法 (National Mental Health Act, 1946) 州に外来診療の支援のための資金を交付。 ○ 地域精神保健センター法 (Community Mental Health Centers Act, 1963) 人口 7.5~20 万人に 1 箇所 CMHC を設置。地域住民にデイケア、訪問看護、作業所等の機能を提供する公的機関。 ○ 精神保健体制法 (Mental Health Systems Act, 1980) CMHC が提供する case management の法的根拠。
	管轄省庁、制度の運営主体 (国、県、市など)	<ul style="list-style-type: none"> ■ SSDI, SSI : 社会保障庁 (Social Security Administration, SSA) ■ メディケア, メディケイド : 保健福祉省 (Department of Health and Human Services)。運営は Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ■ CMHC : 保健省薬物依存精神保健サービス部 (SAHMSA)

<p>2. 財政</p>	<p>財政規模の現状・推移、 保険制度ならば保険料の 現状・推移</p>	<p>■SSDI：障害保険相互基金（Disability Insurance Trust Fund） 連邦所得納付金法（Federal Income Contributions Act, FICA）、自営業者納付金法（Self Employment Contributions Act, SECA）により確保されている。 保険料の支払いは、FICA あるいは SECA プログラムに基づく税の納付による。2006 年の総額は 730 億ドル。 ■SSI：給付や行政コストは合衆国の一般予算から支出、財源となるのは一般所得税。2006 年の総給付額は 38,888,961 千\$¹ ■メディケア：税金で運営されている。年間の支出は 4083 億ドル（2006）² ■メディケイド：連邦政府と州政府が費用を折半して運営。年間の支出は 3196 億ドル（2006）² ■CMHS：1981 年に連邦政府の CMHC 対策と資金とは、「アルコール及び薬物乱用・精神保健サービスのブロック補助金」対策に包括され、CMHC の資金は減少した（約 25%減）。州は CMHC 及び施設による保護のための州資金と同様に、連邦政府の CMHC の資金も管理することになった。³</p>
<p>3. 精神保健サービスの量と内容</p>	<p>支援・給付対象</p>	<p>■SSDI, SSI：社会保障法 section 223(d)(1)の規定 死に至る、あるいは 12 ヶ月以上継続することが予測され、医学的に規定される身体的あるいは精神的な障害によって、実質的稼得活動（Substantial Gainful Activity, SGA）に従事できない者。 SGA は全国の平均賃金を基に年毎に調整される。2006 年は 860\$（盲人は 1450\$）¹ ■メディケア：65 歳以上の高齢者、65 歳未満の障害者、終末腎不全者 ■メディケイド：低所得者</p>
<p>認定主体</p>	<p>■SSDI, SSI：州の障害認定局（Disability Determination Service, DDS） ■メディケア、メディケイド：CMS</p>	
<p>認定基準</p>	<p>■SSDI, SSI：5 段階の調査 1) 現在の就労所得が SGA 以下 2) 状態の重篤度が仕事に関連した活動に支障のあるものである 3) SSA の医学的診断リストに合致する（リストに該当しない場合、同程度に重度かどうか検査） 4) 過去にしていた仕事が現在できない 5) 他の仕事ができない ■SSI のみ：5 段階の調査に加え、基礎所得調査を実施。収入と資産が一定の基準以下の者に支給される。</p>	

<p>サービス量（サービスメニューと内容、利用者負担額）</p>	<p>■SSDI：就労できない障害者への現金給付と医療給付</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 障害のある労働者とその家族に月ごとの現金給付。5ヶ月間の待機期間がある。 2) 障害のある寡婦（寡夫）あるいは障害があり離婚した者で50歳までに完全退職している者への月ごとの現金給付。5ヶ月間の待機期間がある。 3) 障害のある親、退職した親、減退した労働者の子どもで障害をもつ者への月ごとの現金給付。18歳以上で、22歳までに障害が発生していること。 4) Medicare の扶助。労働者、寡婦（寡夫）、子どもが障害をもち適用になってから2年後に利用できる。 5) 職業リハビリテーションサービス。援助があれば労働に復帰できる者が対象。 <p>2006年12月の受給者は7,803,692名。18-64歳人口の約3.9%。精神障害によるものが2,121,759名（精神遅滞を含まない）。障害をもつ受給者の平均月額は934.50\$。精神障害で873.50\$¹</p> <p>■SSI</p> <p>2006年12月の受給者は7,235,583名。2007年1月の受給者平均で月額455\$。精神障害による受給が2,042,751名（精神遅滞を含まない）⁴</p> <p>■メディケア：病院保険（part A）、医療保険（part B）、複合メディケアプラン（part C）、処方箋薬プラン（part D）。全国の高齢者および障害者人口の95%をカバーする（2006）²</p> <p>■メディケイド：長期の介護ケアを含む医療扶助。扶助額は年間ひとりあたり平均4,640\$（2004）²</p> <p>■CMHC：危機介入、子どもと家族への支援（アセスメントやコンサルテーションを含む）、精神疾患を有する成人への支援（住居やコンサルテーション、教育を含む）</p>
<p>ケアマネジメントの有無</p>	<p>■Managed care：効率的な医療サービスの提供を目指す医療保険制度</p> <p>■ACT（Assertive Community Treatment）：積極的なアウトリーチを行う地域精神保健チーム。州ごと、都市ごとに異なる。</p> <p>■CMHC：通常、センターには精神科医、精神科看護師、精神科ソーシャルワーカー、ケースマネジャーなどが配置されており、チームで対応する。</p>

	サービスの提供体制（医療施設の病床数・人員配置、福祉サービスの人員）	<p>医師：人口千人あたり 2.4 (2003) ⁵</p> <p>医師 885.0 千人のうち精神科 40.3 千人 (2004) ⁶</p> <p>看護師：人口千人あたり 7.9 (2002) ⁷</p> <p>精神科病院（連邦管轄外）：466 施設、86 千床、経費 13.8 百万ドル、職員 185 千人 (2004) ⁶</p> <p>ソーシャルワーカー：595 千人のうち、精神保健と物質乱用の領域に従事する者 122 千人 (2006) ⁸</p>
4. 現状データ	平均在院日数	4.8 日、精神障害を有する患者で 6.9 日 (2005) ⁷
	1 日あたり入院費	1 入院あたりの医療費は 7,800\$, 1 日あたり 1,600\$ (2004) ⁹
	人口あたり病床数（一般・精神）	一般・精神含む急性期：人口千人あたり 2.7 床 (2003) ⁵ 入院 34.7 百万人、精神障害による入院は 2,398 百万人 (2005) ⁷
	退院した患者の再入院率の動向など（わかれば）	統合失調症を有する患者では 1 年で 49.2% が再入院すると推計されている (1995) ¹⁰
5. その国の課題		<p>精神障害は直接的な医療費のかかる上位 5 疾患のひとつであり、1997 年から 2002 年にかけて地域住民において総額 \$113 億ドル増加した ¹¹</p> <p>精神病に対するスティグマ (stigma)、個人医療保険制度における精神障害の給付金支給への治療制限と経済負担、精神保健ケアサービスの提供システムの不統一 ¹²</p>

表2 イギリス

	国	英国 (United Kingdom)
1. 制度	制度の名称	<p>医療：National Health Service（国民保健サービス）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。</p> <p>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、GP にプライマリケア委託する。PCT は 2006 年 10 月の段階で 152 存在する。地域保健サービスについては PCT が保健師・地域看護師・助産師等を雇用して提供される場合が多い（GP も多くの場合関与する）¹⁾。地域住民に対する医療サービス確保の責任は PCT が負う。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。</p> <p>福祉：Social Services（対人社会サービス）利用者の負担が少しあるため、従来 NHS サービスより利用されてこなかった。また、地方自治体の管轄だったため NHS との連携が課題とされてきた。近年の改革により予算を共有するなど連携を促進する試みがなされている。</p>

	<p>根拠法</p>	<p>【医療・福祉・コミュニティケア関連】</p> <p>National Health Service and Community Care Act, 1990 成立, 1993 全面施行 NHS による長期入院治療→地方自治体が社会復帰関連施設を整備しケアマネジメントを行って必要な社会サービスを提供することにより障害者がコミュニティの中で生活（コミュニティケア）※医療は国の責任、福祉（対人社会サービス）は地方の責任という分断の原因になった</p> <p>Health Care Act: Partnership arrangements, 1999 医療と福祉の統合を目指した（予算を共通にするなど）</p> <p>Community Care (Direct Payments) Act 1996→2000 改正 在宅ケアを必要とする者に対する、サービスに代わる直接給付方式。精神保健における直接支払制度の利用件数は、2002 年 3 月の 131 件から 2003 年 3 月の 207 件へと微増したものの、非常に少ない。利用率が低い理由として考えられるのは、情報不足と申請プロセスにおける支援不足である。²⁾</p> <p>NHS Plan 白書, 2000 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。(NHS プランのテーマはコミュニティケアの強化であり、それによって急性期病床へのプレッシャーを除こうというものだった)²⁾</p> <p>Health and Social Care Act, 2001 福祉側のケアマネジメントと医療側のケアマネジメントが二重に存在していたため非効率が生じていたのを整理した。PCT を発展させ、CT を発足させることで医療と福祉の間の連携を推進した³⁾。</p> <p>Community Care Act (Delayed Discharge) , 2003 2004 年から、コミュニティケアのアレンジができていないという理由だけで退院が遅れている患者については Local Authority が NHS Acute Trust に経済的補償をしなければならなくなった。これで退院の遅れが減少したので、急性期以外と精神保健サービスへの拡大が検討されている⁴⁾。</p>
--	------------	--

	<p>根拠法</p>	<p>【精神保健関連】</p> <p>Mental Health Act, 1983</p> <p>Mental Health (Patients in the Community Act), 1995</p> <p>1983年のMental Health Actで強制的に入院させられていた人たちについて退院後のサービスを計画するための指針</p> <p>Implementing the Mental Capacity Act 2005</p> <p>自身で意思決定をできない社会的弱者を自己決定できるようにヘルスケアや日常生活においてサポートすることを目的とし、かれらへの制度的介入を最小限にし、基本的な権利と自由を最小限の束縛に留めるものとしている⁵⁾。</p> <p>National Service Framework for Mental Health, 1999</p> <p>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を数値目標をもって明らかにしたもの。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。</p> <p>＜精神保健NSFにおける課題＞</p> <p>精神保健の促進</p> <p>プライマリケアとサービスへのアクセス</p> <p>重篤な精神疾患を持つ人に対する効果的なサービス</p> <p>介護者のサポート</p> <p>自殺予防</p>
	<p>管轄省庁、制度の運営主体(国、県、市など)</p>	<p>英国保健省</p> <p>地方自治体</p> <p>プライマリケアトラスト・精神保健トラスト</p>
<p>2. 財政</p>	<p>財政規模の現状・推移、保険制度ならば保険料の現状・推移</p>	<p>1999/2000年度 NHS 病院・地域保健サービス (HCHS) 精神保健費は 38 億 7,000 万ポンドであった。2002/03 年度までには、この金額は 46 億ポンドに増加。NHS 支出の 8-9%を占めている。</p> <p>2002/03 年度、精神保健ニーズを抱える成人に対する地方当局対人社会サービス (PSS) 支出は、8 億 1,500 万ポンド (PSS 支出全体の 5.4%) であった。1999/2000 年度以降、精神保健サービスに充当される PSS 資源も、実質ベースで 1 億 4,600 万ポンド増加した (2002/03 年度の価格による)。</p> <p>総合すれば、NHS (HCHS) と地方当局 (PSS) の精神保健支出は、実質ベースではほぼ 8 億 7,400 万ポンド増えた。つまり、1999/00 年度から 2002/03 年度までの資源の実質増加率は 19%を超える。</p> <p>特に NSF/NHS Plan の優先事項 (危機解決・早期介入・積極的アウトリーチ) への投資の増加が大きい⁶⁾。</p>
<p>1. サービスの量と内容</p> <p>3. 精神保健サ</p>	<p>支援・給付対象</p>	<p>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を必要とする</p> <p>(うつやパニック障害といった短期の疾患は、専門的サービスの支援を受けつつプライマリケアで提供される治療によく反応する)</p>

<p>認定基準</p>	<p>全人口の1%が専門医治療（セカンダリレベル）→ケアプログラム・アプローチ（CPA）の対象</p> <p>標準型 CPA:自傷他害のおそれがなくサービスからの脱落の危険性が少ない利用者に援助や介入を行う。生活面の援助が中心。</p> <p>強力型 CPA:多様なニーズを抱え、複数の専門機関の援助を要している利用者に積極的アウトリーチを行う。</p>
<p>サービス量（サービスメニューと内容、利用者負担額）</p>	<p>医師の診察（GP、専門医）</p> <p>デイサービス</p> <p>デイケア</p> <p>積極的アウトリーチチーム(252 チーム、2007 年) 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。</p> <p>危機介入チーム（343 チーム、2007 年）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。</p> <p>早期介入チーム（118 チーム、2007 年）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。</p>
<p>ケアマネジメントの有無</p>	<p>地域精神保健チーム（PCT の中の精神保健チームか精神保健トラスト）が行う標準型 CPA・強力型 CPA</p>
<p>サービスの提供体制（医療施設の病床数・人員配置、福祉サービスの人員）</p>	<p>精神病床：44,969 床（人口 1,000 人あたり 0.7 床）2005 年</p> <p>人員配置：国家的に統一したものはない</p> <p>積極的アウトリーチチーム：人口約 250,000 人に 1 つのチームがある。1 チームあたりサービス利用者は約 90 人。スタッフ 1 人あたり 10~15 名、低いところだと 1:2 というところもある。ガイドラインでは 10:1~12:1 が推奨されている⁷⁾。</p> <p>危機介入チーム：人口約 150,000 人に 1 つのチームがある。ある一時点での 1 チームあたりサービス利用者は 20 人から 30 人。カバーする広さについては地理的条件、人口や疫学、保健福祉の境界を考慮することが望ましいとされている⁷⁾。</p> <p>早期介入チーム：人口約 1,000,000 人に 1 つのチームが想定されている。理想的には年に 150 名の新規ケースを引き受ける（3 年で 450 人）。ただしいくつかのチームに分けて 30~50 のケースをそれぞれマネジメントすることが望ましい⁷⁾。</p>

4. 現状データ	平均在院日数	平均在院日数 52.0 日 統合失調症・schizotypal 妄想性障害だと 106.7 日 (2005 年)
	1 日あたり入院費	NHS トラスト病院であれば患者自己負担はなし 1 日あたり入院費は明確でない (各病院で予算管理しているため)
	人口あたり病床数 (一般・精神)	精神病床 1000 人あたり 0.7 床 急性期病床は 1000 人あたり 3.2 床 病床全体だと 1000 人あたり 3.9 床
5. その国の課題		<p>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。政策の重点は伝統的境界を壊すことにある (専門家のグループ同士、プライマリケアとセカンダリケア、NHS と独立系セクター、保健サービスと教育や雇用)</p> <p><u>優先課題</u></p> <p>Social Inclusion : 雇用や訓練の機会、反スティグマ</p> <p>心理療法 : 心理療法 (特に認知療法) の利用可能性拡大、それによる職業的アウトカムの改善</p> <p>マイノリティへのサービス : より responsive なサービス、地域の取り組み、スタッフトレーニングによる。</p> <p>Mental Health Bill : そのままでは未治療となる・リスクが高まる人に対する (強制的) 治療力。議論のあるところ²⁾。</p>

表 2-1 保健省の調査による精神保健費の推移

	精神保健費 (2002/03 年度の価格による)				合計
	HCHS		PSS		
	百万ポンド	全体に占める割合 (%)	百万ポンド	全体に占める割合 (%)	
1998/99 年	3,617	12	611	5.2	4,228
1999/00 年 ⁽¹⁾	3,870	12.3	669	5.3	4,539
2000/01 年	4,166	12.7	700	5.3	4,866
2001/02 年	4,208	12.7	727	5.2	4,935
2002/03 年	4,598	13.1	815	5.4	5,413
(1) 計算方法の変更により、この期間よりも前の数字は完全には比較できない。					

表 2-2 労働人口調査による精神保健労働力の変化

	精神保健労働力 (常勤換算)			
	1999 年	2003 年 9 月	変化	変化率
コンサルタント精神科医	2,524	3,155 ⁽¹⁾	631	25%
精神保健看護師	34,974	39,383	4,409	13%
臨床心理学	3,763	5,331	1,568	42%
心理療法	365	631	266	73%
芸術/音楽/ドラマ療法	416	477	61	15%
作業療法 ⁽²⁾	10,792	13,053	2,261	21%
公認ソーシャルワーカー	該当なし	4,200		
(1) DH 医科・歯科労働人口調査 (2004 年 6 月)				
(2) 一般—非専門精神保健				

表3 イタリア

	<p>国</p>	<p>イタリア共和国 (Repubblica Italiana) (単一国家) 地方自治体は基本的に、レジョーネ (州), プロヴィンチャ (広域自治体, 県), コムーネ (基礎自治体, 市町村) の3層構造。</p>
<p>1. 制度 ニ</p>	<p>制度の名称</p>	<p>保健医療 国民保健サービス (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) ^{A)} 全国民は地域保健事業体 (ASL) で地域の家庭医を選択・登録。受診の際はまず家庭医の診療を受け, 家庭医が必要に応じて専門医や病院を紹介。ただし, 精神科は地域精神保健センターで直接受診可能。このほか, 病院事業体 (Aziende Ospedaliere) も医療を提供。</p> <p>社会保険 労働不能者年金 (La pensione di inabilita) ^{B)} 障害者年金 (La pensione di invalidita) ^{C)}</p> <p>障害者福祉 援助手当 (Assegno mensile di assistenza) ^{D)} 労働不能手当 (Indennita di inabilita) ^{E)}</p> <p>公的扶助 最低生活保障制度 (Integrazione al minimo) ^{F)} 社会手当 (Assegno Sociale) ^{G)}</p>
	<p>根拠法</p>	<p>A) 国民保健サービス法 (1978 年法律第 833 号) B,C) 年金制度改革法 (1995 年法律第 335 号) D,E,G) 障害者基本法 (1992 年法律第 104 号) F) 各レジョーネのレジョーネ法</p>
	<p>管轄省庁、制度の運営主体 (国、県、市など)</p>	<p>A) 管轄は保健省, レジョーネ, 運営は地域保健事業体 (ASL) B,C) 管轄は労働・社会保障省, 運営は全国社会保障機関 (INPS) 等 (職域によっては保険者が別) D,E) 管轄は労働・社会保障省, 運営は全国社会保障機関 (INPS), 全国労働災害保険機関 (INAIL) F) 管轄は (労働・社会保障省,) レジョーネ, 運営はコムーネ G) 管轄は労働・社会保障省, 運営は全国社会保障機関 (INPS)</p>

<p>2. 財政</p>	<p>財政規模の現状・推移、 保険制度ならば保険料の 現状・推移</p>	<p>A) レジョーネ生産活動税, レジョーネ個人所得税, 付加価値税, 患者負担で賄う。2006年予算 910 億ユーロ (GDP 比 6.2%)。¹⁾ 公的部門における保健医療の支出額はこの 10 年で 2.0 倍に (1996 年 523 億ユーロ→2006 年 1026 億ユーロ, GDP 補正で 1.5 倍)。民間部門における保健医療の支出額は公的部門の約 3 分の 1。²⁾ B,C) 保険料は給与の 32.7% (労使合計)。¹⁾ 給付総額は不明だが, 相当性質の年金は民間と合わせて 138 億ユーロ (2005 年)。³⁾ D,E,G) 国庫負担。¹⁾ (参考: 障害者関連に限らないが, 諸手当の給付総額は 2005 年で 43 億ユーロ)。³⁾ F) 国からの一般交付金をレジョーネがコムーネへ配分。¹⁾</p>
<p>3. 精神保健サービスの量と内容</p>	<p>支援・給付対象</p>	<p>【公的部門】 保健医療^{A)}: 地域保健事業体 (ASL) に設立が義務づけられている精神保健部門が, 以下を設置運営している。なお, 精神科領域では, 薬物依存および児童思春期は対象外としている。⁴⁾ 地域精神保健センター^{a)} 地域住民は, 家庭医の紹介なしに直接予約の上, 受診可能。 精神科入院病棟 (SPDC, 診断と治療のための精神科部門)^{b)} 精神科救急医療が必要な者は, 総合病院に 15 床以内で設けられた病棟に入院可能 (イタリアでは 1978 年の精神医療改革法 (バザーリア法) により, 精神科病院は漸次廃止された)。認知症および精神遅滞は対象外。⁵⁾ デイホスピタル・デイセンター^{c)} 重症者を対象に, 中長期的な治療を提供。 居住施設^{d)} 地域での生活に向けた訓練を必要とする者が対象。 社会保険^{B,C)}: 各職種の被保険者が対象。¹⁾ 障害者福祉^{D,E)}: 「そのために学習・人間関係・労働参加に困難を伴い, また社会的不利益ないし疎外を引き起こしうるような, 継続性または進行性の, 身体的・精神的・感覚的障害を有する人」が対象。高齢者の経済的援助は社会手当の適用となり, 対象外。¹⁾ 公的扶助^{F,G)}: 生活困窮者, 障害を有する高齢者が対象。¹⁾ 【民間部門】 私立精神科施設 (Casa di cura)^{H)}: 精神障害を有する入所希望者。 【第三セクター】 社会的協同組合⁶⁾ A 型^{I)}: 社会サービスを必要とする高齢者, 障害者, 児童。 B 型^{J)}: 就労可能な障害者 (組合員の 30% 以上を占める)。 認定主体¹⁾ A,D,E) 地域保健事業体 (ASL) B,C,G) 全国社会保障機関 (INPS) F) コムーネ</p>

<p>認定基準¹⁾</p>	<p>A) 地域保健事業体 (ASL) の職員と相談の上, 必要な場合。 B) 肉体的, 精神的な障害により労働不能。保険料を拠出した一定の実績が条件。 C) 肉体的, 精神的な障害により労働能力が通常の 3 分の 1 程度に低下。保険料を拠出した一定の実績が条件。 D) 18 歳以上で労働能力を 75%以上喪失。所得制限あり。 E) 労働能力を完全に喪失。所得制限あり。 F) レジョーネ法では, 生活困窮の個人または家族 (具体的な基準なし)。多くのコムーネでは高齢者, 障害者, 未成年者等に限定。 G) 65 歳以上で所得が皆無か極めて少額。</p>
<p>サービス量 (サービスメニューと内容, 利用者負担額)</p>	<p>A) 地域保健事業体 (ASL) を通じて 1)~4)の各々で以下のサービスを提供 (利用は家庭医の診療をはじめ原則無料だが, 所定の検査, 診察, 投薬, 入院の室料などは一部負担)。⁴⁾ a) 外来診療, 訪問診療 (ニーズに応じて治療・介入方針を決定)。このほか, 個人・集団・家族への精神療法, 下記 2)~4)の各サービスの紹介, 家族会その他の社会資源の斡旋, コムニタ (生活共同体) の運営・支援・入所紹介, 私立精神科施設 (Casa di cura) の紹介などを行う。 b) 急性期の入院診療 (任意入院が基本だが, 一定の条件を満たせば強制入院も行う)。総合病院に所在のためリエゾンも。 c) 生活訓練, 社会技能訓練。ショートステイも。 d) 住居の提供。心理社会的リハビリテーション。 B,C) 給付額詳細不明。但し 420.02 ユーロ/月 (2005 年) の最低額を保障。⁷⁾ 利用者負担は給与の 8.89%の保険料 (被用者分)。¹⁾ D,E) 給付額不明。利用者負担なし。障害者基本法では, 現物給付 (対人介助サービス) やグループホームの設置なども規定。¹⁾ F) 基準額 420.43 ユーロ/月 (2005 年)。期限は 3~6 ヶ月だが, 障害者等は延長可能のことが多い。利用者負担なし。¹⁾ G) 基準額 375.33 ユーロ/月 (2005 年)。利用者負担なし。¹⁾ H) 医療および居住の場の提供。費用は利用者負担 (保険適用可)。 I) 住居の提供 (コムニタの運営), 治療プログラムの提供。⁶⁾ J) 障害者の雇用 (作業などの請け負い)。⁶⁾</p>
<p>ケアマネジメントの有無</p>	<p>プロセスの体系化の程度は不明だが, 地域精神保健センターでは事実上のケアマネジメントの下でサービスが提供されているといえる。他項に記すように, センター内のサービスに限らず, 地域保健事業体 (ASL) の他のサービスとよく連携し, 外部・他セクターの社会資源も紹介するなど, 長期の包括的サービスを提供している。</p>

	<p>サービスの提供体制（医療施設の病床数・人員配置、福祉サービスの人員）</p>	<p>A) 全国に 195 の地域保健事業体（ASL）および 95 の病院事業体（Aziende ospedaliere）（2005 年）。¹⁾ 多職種（精神科医，看護師，社会福祉士，心理士，作業療法士，リハビリテーション技術者，教育職，事務職）のチームで，長期の包括的サービスを提供。</p> <p>a) 全国に 707 の地域精神保健センター（2001 年）。24 時間利用可能は 50 未満。多くは 12 時間程度（平日）。⁸⁾</p> <p>b) 病床は 15 床以下（1998 年は 320 棟 4084 床⁴⁾）。人員配置は不明だが全般に手厚い（看護職員実質配置 2.5 : 1 の病院も⁹⁾）。</p> <p>c) 全国に 257（942 床）のデイホスピタル，481 のデイセンター（1998 年）。¹⁾ 各デイセンターは複数箇所で訓練を展開。</p> <p>d) 基準に従った職員配置（詳細不明）。個別のニーズに応じたりハビリテーションプログラムの展開。</p> <p>H) 56 の私立精神科施設に 3975 床（2001 年）。⁸⁾ 看護中心。</p>
<p>4. 現状データ</p>	<p>平均在院日数</p>	<p>全体で 7.7 日；精神障害では 14.7 日，診断分類別には認知症 15.7 日，アルコール関連 9.3 日，薬物関連 7.6 日，統合失調症圏 18.8 日，気分障害 16.6 日（2004 年）。²⁾</p>
	<p>1 日あたり入院費</p>	<p>全体で 1 億 5392 万ユーロ（国民 1 人あたり 2.65 ユーロ）（2005 年）。²⁾ 精神科のみは不明。</p>
	<p>人口あたり病床数</p>	<p>人口 1 万人あたり 急性期（治療）33.3 床，精神 1.3 床，全体 40.2 床（2005 年）。²⁾</p>
<p>5. その国の課題</p>		<p>◇精神保健福祉センターの 24 時間化の普及</p> <p>◇医師も含めた専門家の教育システムの充実</p> <p>◇包括的な地域中心型治療におけるソフトウェアの問題（治療プログラムの導入など）</p> <p>◇薬物依存および児童思春期部門との連携</p> <p>◇教育，所得，雇用等における南北格差</p>

表4 カナダ

	国	カナダ
1. 制度	制度の名称	連邦レベルでの単一的制度は存在しない。(以下に状況を概説)
	管轄省庁、制度の運営主体(国、県、市など)	<p>カナダでは、国が「カナダ保健法」を制定し、満たすべき最低基準を示しているが、その他は州が独自に施策を実施している。精神保健施策については、各州・準州が、精神病院について定める「精神保健法」、障害者の権利についての「医療ケア同意法」、福祉法人の規定である「NPO法」などを、州法として定め、運用しており、統一的な制度は存在しない。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いる。</p> <p>カナダにおいては、メンタルヘルスサービスの計画と供給は州・準州の政府が第一義的な立法権・運営権をもっている。カナダ政府は、主としてカナダ健康省を通じて州・準州と、敏感かつ協調のよい効率的な目精神保健サービスを発展させるために、様々な面で協力している。 【財政と行政の関連について】 医療・保健サービスの財源は、主に一般財源、すなわち州税・準州税及び連邦からの補助金によって担われている。</p> <p>(1) 医療費補助金について 1977年に、医療費の抑制のために州政府と医療費の分担方法を変更する制度財源調達法(Established Programs Financing Act:EPF)が成立している。この法で、連邦制度の役割を縮小させていく方針を示すとともに、病気の治療に加えてナーシングホーム、訪問看護、訪問理学療法サービス等が、延長療養サービス(Extended Health Care Services)として使えるようになった。1984年にはカナダ保健法(Canada Health Act)が実施され、患者負担禁止の根拠としてアクセスの保障が強化された。</p> <p>(2) 社会福祉サービス補助金について 社会福祉サービスは、公的扶助・失業手当等を含む現金給付、高齢者・障害者・児童の施設サービス、デイサービス、ボランティア活動の援助など広範囲をカバーするカナダ社会扶助法(Canada Assistance Plan:CAP)が1966年に実施された。</p> <p>(3) CHST(医療社会福祉交付金)の成立 1995年にEPFとCAPを統合し、つまり医療保健費と福祉費を一括して州に移転し、その用途は州の自主裁量で決められるカナダ保健・社会財源移転(The Canada Health and Social Transfer:CHST:医療社会福祉交付金)が導入された。さらに2004年度、CHSTはカナダ医療補助金“Canada Health Transfer”(CHT)とカナダ社会補助金“Canada Social Transfer”(CST)に分割されている。(これは、保健医療に対する連邦の貢献度合いをその他の社会支出(高等教育、福祉)に対する貢献と区別して明確化するため)</p> <p>このような歴史的経緯を経て、カナダでは医療保健・福祉サービスは州が法を制定し、各州は住民の医療、予防、リハビリテーションなど広い意味で健康の増進を実施する責任をもっている。連邦政府は費用負担を通じ各州の政策に間接的にかかわり、準州での医療保健・福祉サービスは連邦政府の責任となっている。各州では、州内をいくつかのブロックに分けて地域医療福祉委員会(Regional Health Board)を設置し、それぞれの地域ごとにあった医療保健・福祉政策を策定している。</p>
2. 財政	財政規模の現状・推移、保険制度ならば保険料の現状・推移	<p>すでに述べたようにカナダは国家全体として統一的な制度を採用していないため、精神保健施策に関する支出の詳細な全国的な統計は利用可能ではない。ここでは以下の各セクションに分けて財政を概観する。</p> <p>(1) 総医療費 2006年の総医療費(非処方薬、公衆衛生費、施設管理運営費、研究開発費を含む)の見積もりは1416億3500万カナダドルである。なお、総医療費の年次推移は図3-1のようになっている。ここ20年間での総医療費の平均伸び率は6.2%である。(OECD,2007)</p>

<p>2. 財政</p>	<p>財政規模の 現状・推移、 保険制度な らば保険料 の現状・推移</p>	<p>(2) 精神保健に関わる経済的支出 精神疾患に関わる経済的支出はカナダでは1998年時点で以下のようになっている (Economic Burden of Illness in Canada, 1998,カナダ健康局)。</p> <p>① 直接コスト ケアに対する直接費用に対して、総計46億8080万ドルが支出されている。これは全疾患に対するコストのうち5.6%を占め、統計中「特定不能の支出」、「ガンに対する支出」につき3位である。</p> <p>A) 支出の内訳 支出の内訳を以下に記す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●病院でのケア費用：26億8270万カナダドル (全疾患のうち9.7%) ●薬剤費：10億9290万カナダドル (全疾患のうち8.8%) ●医師による個人診療費：8億8460万カナダドル (全疾患のうち7.6%) ●他の施設ケア費：不明 (疾患別に計算できなかったため不明と報告されている。ただし施設ケア費用のうち1億2160万カナダドル (全疾患のうち1.6%) は”Psychiatrically disabled”のための支出と報告されている) ●他の直接サービス (地域精神保健などを含む)：2060万カナダドル (全疾患のうち0.1%) <p>B) 支出の推移 直接コストの推移については限られた年次の統計でしかないが、1993年では51億5144万カナダドル、1986年では26億6800万カナダドルである。</p> <p>② 間接的な経済損失 疾患による間接的な経済損失 (Indirect Costs) も計算されており、31億9070万カナダドルの損失があるとされている。これは全疾患の間接コストに対し、4.2% (第8位) の割合にあたる。</p> <p>A) 支出の内訳</p> <ul style="list-style-type: none"> ●死亡：4億7990万カナダドル (全疾患のうち1.4%) ●長期の障害：22億4680万カナダドル (全疾患のうち7.0%) ●短期の障害：4億6390万カナダドル (全疾患のうち4.7%) <p>B) 支出の推移</p> <p style="text-align: center;">間接的な経済損失の推移</p> <p>限られた年次の統計でしかないが、1993年では27億8718万カナダドル、1986年では13億1100万カナダドルである。</p> <p>(3)政府からの補助金</p> <p>既述したように、カナダの医療保健施策においては、政府からの補助金であるCSTやCHTによる各州・準州への配分が大きな役割を占めている。2007年度において、CHTは347億カナダドル、CSTは177億カナダドルに上ると予測されている。 (http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/mtpe.html)</p> <p>なお、これらの補助金の交付総額の推移は図3-2のようである。</p>
------------------	--	---

※カナダでは各州によって精神保健サービスの内容が異なるため、ここでは代表的とされる2州におけるサービスについて記述する。

【オンタリオ州における取り組み】

<p>3. 精神保健サービスの量と内容</p>	<p>支援・給付対象 認定主体 認定基準</p>	<p>制度によって異なるため、代表的なものの認定基準を列挙する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ontario Disability Support Program (障害者向けの所得・就労支援) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 1年以上持続すると予想される身体障害か精神障害をもつ ➢ 障害によって自分のケアや地域社会での生活・就労に困難がある ➢ 所得について適正要件にある ➢ 18歳以上 ➢ オンタリオ州在住 ➢ 上記の状態について審査・認定をするのは実際の Employment Supports staff である。 ● Canada Pension Plan (CPP) Disability Benefits (障害年金 (所得比例)) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 65歳以下 ➢ 医療的対応の必要性によって仕事が中断されている ➢ 就労中に、最後の半期中4か月以上保険料を支払っている ➢ 障害状態が法定上の「重度」かつ「継続」状態にある ➢ 審査・認定省庁はカナダ国家人間開発省 (Human Resources Development Canada)。 ● ACT <ul style="list-style-type: none"> ➢ オンタリオ州では Ontario Standards for Assertive Community Treatment Teams を 1998年に提示している。その中で ACT の対象者基準を簡略に示すと以下ようになる。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 重度かつ継続の精神疾患 ➢ 以下にあげる能力のうち少なくとも1つ以上の問題 <ul style="list-style-type: none"> ◇ 地域生活を続けるうえでの日常生活能力の低下 ◇ 家事能力の低下 ◇ 安全に生活できる能力の低下 ➢ 高いニーズを示す以下の問題の2つまたは3つ以上の問題。 <ul style="list-style-type: none"> ◇ 精神科医療の頻回・過度の利用 ◇ 物質乱用の問題の併発 ◇ 法的に抵触する問題の存在またはリスク ◇ ホームレス状態、またはそうなる危険 ◇ 集中的なケアがあれば退院できる可能性にある施設・病院の入所者 ◇ 伝統的なオフィスベースのサービスで対応不可能な患者。 ➢ 認定は ACT チームによる。
-------------------------	----------------------------------	---

	<p>サービス量 (サービスメニューと内容、利用者負担額)</p>	<p>以下のサービスが利用可能である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 精神科病院 (全公立) : オンタリオ州では単科精神科病院は 2 病院、他は総合病院の精神科。 ● 嗜癮と精神保健センター (Centre for Addiction and Mental Health) : オンタリオ州における中核の精神保健に関する臨床・研究センター。 ● 社会的交流のための社会資源 <ul style="list-style-type: none"> ➢ クラブハウス、ドロップインセンター、セルフヘルプグループ ● 住宅プログラム <ul style="list-style-type: none"> ➢ emergency shelters ➢ boarding homes : 24 時間スタッフ在住の共同住居 ➢ supportive and supported housing : やや独立性の高い共同/独居タイプの支援付き住居 ➢ generic housing : 低所得者向け住居 ● 収入保障のための制度 <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ontario Works Program : 広く経済的に困窮している人のための、経済的・就職支援。一人当たり最大で月 536 カナダドルの保障。 ➢ Ontario Disability Support Program : 障害者向けの所得保障。一人当たり最大で月 9596 カナダドルの保障。他費用も支給 (薬剤費と歯科治療、眼鏡、補聴器、入歯、地域生活と就労のためのスタートアップのための補助費、移動に関わる費用免除、食事やその他特殊なニーズに対する対応)。 ➢ Canada Pension Plan (CPP) Disability Benefits : カナダ国内で収入を得る 18 歳以上 70 歳未満の殆ど全ての労働者は強制的に加入が求められる所得比例制の公的年金。このうち、CPP Disability(障害者年金)がある。 ● 就労支援 <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ontario Works Program : 既出 ➢ Ontario Disability Support Program : 収入面のサポートも行っているが、就労に関するサポートも行う求職や就職の継続、キャリア形成に関して地域の関係各機関と協調しながら支援を行う。 ● 訪問支援 <ul style="list-style-type: none"> ➢ ACT チーム (後述) ➢ Intensive Case Management : チームではない個別重点的なケースマネジメント。ただしオンタリオ州では ACT が主流。 ➢ Home care : 日常的な生活支援 (ホームヘルプ) <p>なお、医療サービスは医療保険の給付対象となっており、薬剤費を除く本人負担はない。</p>
	<p>ケアマネジメントの有無</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ACT チーム <p>積極的なアウトリーチを行う地域精神保健チームである ACT チームが存在する。精神保健領域のケースマネジメント協会が人材養成と技術開発を進めてきた。なお、オンタリオ州の ACT は全州で 69 チームである。ACT チームの運営主体は病院設立による非営利法人、カナダ精神保健協会など民間地域精神保健非営利法人など様々。ケースロードはスタッフ一人当たり 10~12。チームは NS や SW,OT,ピアカウンセラーによって構成される。なお、ACT Ontario Association が各 ACT チームのネットワーキングや技術・知識の共有を図っている。</p>

【ブリティッシュコロンビア州における取り組み】

<p>3. 精神保健サービスの量と内容</p>	<p>支援・給付対象 認定主体 認定基準</p>	<p>代表的なプログラムの支給対象等について示す。</p> <p>【ACT プログラム】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 不明 <p>【住居プログラム：Mental health Residential Services (MHRS)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 住居プログラムの場合、以下の規定がある。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 19 歳以上 ➢ 1 年以上バンクーバーに居住、又は何らかの強い関わりがある。 ➢ 重度かつ継続の精神疾患があり、日常生活が困難である。 <ul style="list-style-type: none"> ◇ 繰り返される急性のエピソード ◇ 就労維持の困難 ◇ MHT による支援のようなインテンシブな支援を要する。 ➢ 安全に暮らすことができる。 ➢ ワーカーと居住のためのプランを立てる意思がある。 ➢ MHT または個人の掛りつけの精神科医の治療を受けている。 ➢ 認定主体は以下の地域保健局である。 <p>【EPPD (BC 州の就労支援プログラム：後述)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 就労支援プログラムのための適用基準は以下である。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ <u>PWD (Person With Disability) 指定</u>を“雇用と収入援助省：Ministry of Employment and Income Assistance”により受けなければならない。 ➢ PWDの適用は以下のとおり <ul style="list-style-type: none"> ➢ 日常生活が大きく制限を受けており、 ➢ 日常生活を送るのに他の人、または支援機器、支援のための動物による助けが必要である。 ➢ EPPD は、後述する一般向け就労支援プログラムである BCEA 適用如何に関わらず支給可能。 <p>ただし、以下に示す Vancouver Coastal Health Authority では、成人だけではなく、全年齢層の精神保健上のニーズをもつ人々に対してサービスを提供しており、主として児童・若年層、成人層、および高齢者層の3部門に分かれ、サービスを提供している。ここでは、主として成人層についてのサービスを概観する。</p>
-------------------------	----------------------------------	---

<p>サービス量 (サービスメニューと内容、利用者負担額)</p>	<p>バンクーバー市での 1972 年に設立された「大バンクーバー精神保健機構 (Great Vancouver Mental Health Service: GVMHS)」と呼ばれる組織による地域精神保健体制の確立が重要な役割を占めている。2000 年に GVMHS は組織形態を変更し、現在は BC 州に 6 つある地域保健局 (Regional Health Authority) のうち、Vancouver Coastal Health Authority に属し、Vancouver Community Mental Health Service (VCMHS) として活動をしている。この活動は世界的にも完成されたものとして名高い。本節では特にこの活動体におけるサービスのうち成人を対象とした主要なものを記述する。なお、Vancouver Coastal Health Authority では、BC 州の 25% の人口に対してサービスを行い、2 億 2100 万カナダドルを精神保健ならびに薬物依存に関するサービスに投入している。</p> <p>【地域生活支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mental Health Team (MHT) VCMHS 中には 9 つのメンタルヘルsteam が存在している。MHT は外来部門を持つ。なお、その際の診療費は無料である。運営の主体は医師だけではなく、SW や NS, OT などの多職種による支援をうける。支援内容は医療だけでなく、生活上の援助や、心理上の援助なども含まれ、訪問支援も行われる。 ● ACT/Bridging 頻回に入院を繰り返す患者や地域生活を送るのに特別な援助を必要とする患者に、入院中から地域帰還援助のプロジェクトを行うチーム。ACT は市内の病院の精神科病棟患者に対し、Bridging は古くからの効率精神科病院である Riverview 病院の患者向けの ACT である。 ● SAFER (Suicide Prevention Program) 自殺予防センター 自殺未遂者、その危険のある人などのフォローアップとカウンセリング、予防教育を行っている。 <p>【住居プログラム：Mental health Residential Services (MHRs)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 以下の多彩な住居プログラムを展開している <ul style="list-style-type: none"> ➢ Licensed Community Homes：スタッフが 24 時間常駐しているグループホーム。入居者は服薬に関する日常管理をうける。食事は支給 ➢ Group Homes：複数の入居者が墨、料理や清掃などの週ごとのスケジュールに参加する。スタッフは日中のみ。服薬管理は自主管理が前提。 ➢ Supported Apartment Blocks：ビルに設置された補助金つきの、独居型の住まい。 ➢ Supported Independent Living (SIL) Housing Program：補助金つきで一般住宅に住むことを促進する。コミュニティメンタルヘルスの支援者とアウトリーチサービスを通じてコンタクトする。 ➢ Super SIL：SIL よりアウトリーチサービスのレベルが高いもの。 ➢ Enhanced Supported Apartments：独自に設計されたアパートの中の独居型の住居。MHT のワーカーが 24 時間現地にいるようになっている。薬物療法がうけられ、共同の食事が一日一回利用可能である。 <p>【救急医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Psychiatry Assessment Unit 病院の中に 20 床用意されており、4 つの保護室、4 つの Step Down Room、12 の経過観察室からなる。低いケースロードと高い技術を持った多職種チームにより、危機のスタビライゼーション、アセスメント、集中ケア、薬物療法が行われる。 ● Venture MHT でフォローされているクライアントに再発兆候が見られたり、休養が必要と判断された場合、入院に代わる代替手段として、短期ショートステイ施設であるベンチャーが利用される。NS は常駐しているが医師は往診制である。 ● Car87&88 Car87&88 と呼ばれるパトカーに私服の警官と精神科ナースがのりこみ、22 時間緊急コールに対応し、迅速な危機介入を行っている。 <p>【所得・就労保障】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Employment Program for Persons with Disabilities (EPPD) EPPD は雇用を達成するための障害者を対象にした BC 全州の支援プログラムである。レディネスや職業スキルの開発、雇用の獲得に関する包括的な支援計画を事業者は設計する。Employment Placement やその後の職場定着支援も範疇にはいる。 ● British Columbia Employment and Assistance (BCEA) Application BCEA は一般市民を対象にした雇用促進プログラムである。所得保障も加わっている。また PWD 指定による障害者のための特別制度も存在する (医療費の補助や、所得控除、雇用につくまでの支援の時間制限の廃止など)。
---------------------------------------	--