

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業  
「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」分担研究報告書  
【研究 4】「地域精神保健医療についての海外調査」

研究分担者 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  
安西 信雄 国立・精神神経センター病院リハビリテーション部

#### 研究要旨

本研究は、欧米において地域精神医療が特に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および向かうべき方向について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英国およびイタリアとした。それぞれの国の中でも、特に精神保健システムが整備されているバーミンガムおよびトリエステを主たる対象とした。

調査は訪問による視察・情報交換および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。その結果、他国と比較した我が国の入院医療の現状（入院期間の長さ、病床数の多さ、スタッフ配置の少なさ）や地域サービスの問題点が明らかになった。入院期間の短縮や病床数を削減するためには、入院初期に重点的にコストをかけ、早期に退院させることと、ケアマネジメントが普及すること、アウトリーチサービスの拡充など地域の医療保健福祉の機能を充実させることが必要であることが示唆された。

今後、我が国においても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。我が国にとって、どのようなサービスがどの程度必要であるか、さらなる検討を重ねることが必要である。

#### 研究協力者

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  
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

#### 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」という基本的な方策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、「受入れ条件を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

世界的に見れば、わが国の精神科病床数は多く（図1）、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%が入院中にかけられている。

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。

昨年度の研究において、本分担研究班では、米国、英国、イタリア、カナダ、オーストラリア、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における精神医療の状況を検討し、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。

今年度は、昨年より特に地域精神医療が進んでいると考えられた、英国およびイタリアについて、より詳細にそれぞれの国のシステムを検討し、日本における今後の方向性についての示唆を得ることを目的とした。

英国、イタリア、日本の人口、面積、人口万対精神科病床数およびスタッフ数等の基礎データを表1に示す。また参考のため、昨年度の結果のうち、今年度の調査対象となった英国およびイタリアの精神保健システムの概要を表2および表3に示す。

## B. 研究方法

本研究は、世界的に見て地域精神医療が特に進んでいると考えられる英国およびイタリアについて、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や今後の方向性を明らかにすることを目的とする。

調査対象国の検討において、それぞれの国の中でも、精神保健システムが整備されているバーミンガムおよびトリエステを主たる対象とし、視察および現地の専門家と情報国間を実施した。調査は訪問による視察・情報交換および各国の

担当省のホームページや文献検索によって行った。

### （倫理面への配慮）

本研究は訪問調査および文献調査である。訪問調査では個人情報をしてできるだけ得ないようにし、利用者名など意図せず得てしまった個人情報については記録にも残さず、公表しない。

## C. 研究結果

### 1. 英国

#### 1) 英国の精神保健システムの概要

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方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、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 (Mental Health Trust) 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。重度かつ持続的な精神疾患 (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。その中でも複雑なニーズを持ちサービスの調整がひつような人については、Care Programme Approach (CPA) という手法が適用され、ケアコーディネータが配置される。ケアコーディネータは主として看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士がなり、アセスメント、ケアプランの作成、ケアプランの実施、ケアプランの見直しを、利用者とともに行う。

## 2) バーミンガム (Birmingham) における取り組み

以下、イギリスにおいても特に精神保健システムが成熟されているとされるバーミンガムにおいて提供されている各種サービスについて、視察および文献等から得た情報を元に記述する。バーミンガムは、早期介入や、積極的アウトリーチの導入などで有名な地域でもある。

### (1) バーミンガム市の概要

バーミンガム市はイギリス中部の工業都市であり、人口 101 万人、イギリス第二の都市である。面積は 270Km<sup>2</sup> である。バーミンガム市における公的精神保健サービスは、隣接するソーリフル (Solihull) 市 (人口 95000 人) とともに、Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust (以下バーミンガム NHS) によって提供されている

### (2) バーミンガム NHS

バーミンガム NHS は、バーミンガム市およびソーリフル市の公的精神保健サービスを提供

している。総収入は 2 億ポンド (270 億円) を越え、従業員 4000 人を抱える巨大な組織である。

提供しているサービスは多岐にわたり、106 の拠点を持ち、病床は 53 病棟 779 床、地域には 64 の異なる臨床チームがある。職員は、医師が訓練中を含め約 250 人、看護師が約 1500 人、看護補助者が 600 人、コメディカルが 200 人、研究者 200 人その他事務職となっている。

成人精神障害者へのサービスは 5 つのキャッチメントエリアに分かれて提供されている。一つのキャッチメントエリアの人口は約 20 万人である。

### (3) 代表的なサービスの概要

#### 1. 積極的アウトリーチチーム (Assertive Outreach Team : AOT)

最も複雑な保健・社会ニーズを抱える人々に集中治療を訪問によって提供している。精神症状の管理だけでなく、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などについても援助を行う。サービスは 365 日提供される。夜間の対応は CR/HT チームによって提供される。スタッフ配置は、チームマネジャー、医師 1.5 名、看護師 5 名、心理士、OT0.5 名、ソーシャルワーカー 3 名、資格がないサポートスタッフ 2 名、事務員 2 名となっている。少ないケースロードで集中的なサービスを提供する。米国や日本における ACT に類似したサービスである。

#### 2. 危機介入チーム (Crisis Resolution Home Treatment Team : CR/HT)

24 時間週 7 日のサービス。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、入院中も退院計画にも関与して早期退院を支援する。クライシス状況を脱すると AOT や CMHT に引き継ぐ。

### 3. 地域精神保健チーム (Community Mental Health Team : CMHT)

地域精神保健の中核を担うサービスである。スタッフは一例を挙げると、看護師6名、ソーシャルワーカー3名、精神科医2名、アシスタント2名である。OTや心理士もチームに入る。地域において中程度から重要な精神障害をもつ患者への直接サービスやケアマネジメントを提供する。また家族へのサポートも提供する。

### 4. 早期介入チーム

バーミンガムは早期介入サービスでも有名である。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。介入はAOTのモデルを用いて、訪問によりサービスを提供する。スタッフ配置は、チームマネジャー、ケアコーディネータ（主として看護師）6名、心理士2名、精神科医2名、就労支援専門家、事務である。

### 5. 入院治療

精神科病院は地域の中にあることが多く、地域精神保健チームのオフィスや、外来部門、デイサービスなどを併設していることが多い。病棟の平均ベッド数は15床ほどと小さく、スタッフ配置は例を挙げると、16床ずつの2病棟の病院で25名（うち看護師14名、看護補助11名）。ただし医師、地域チーム、心理士、栄養士、ソーシャルワーカー、OTなども関わる。ケア計画の立案は多職種にて実施する。入院期間は平均40日程度と諸外国と比較すると長めである。

### 6. 外来治療

外来部門は病棟に併設されていることもあるし、地域サービスの拠点に設置されていること

もある。

### 7. デイサービス

デイサービスは地域に設置されており、集団セッション、心理学セッション、教育や訓練、グループ活動、社会活動、情報提供、などさまざまな活動を提供している通所型のサービスである。日本のデイケアに近い。デイケアだけでなく他のサービスを利用していることが多い。

#### 3) イギリス精神保健まとめ

イギリスでは、NHSが地域の精神医療を担っており、30万人程度のキャッチメントエリアに分けサービスを提供している。サービスは専門化されており、それぞれに専門チームがある。それぞれのサービスはケアマネジメントによって結びつけられている。

入院医療は病院においてなされ、3カ月程度と比較的長い入院期間であった。

地域では、ケアマネジメントチーム、AOT、CR/HTチーム、早期介入チームなどさまざまな専門分化されたチームがあり、必要なサービスを提供している。

## 2. イタリア

### 1) イタリア精神保健システムの概要

イタリアは、従来の社会と隔離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、後にトリエステのサンジョバンニ病院の院長となる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 (国民皆保険)。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、ASL の精神保健部門 (Dipartimento di Salute Mentale: DSM) 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。また自由診療の private 精神科医も存在する。

バザリア法の公布以来、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く、特に南北間での格差が大きい。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。

また、注意が必要であるが、完全閉鎖されたのは単科の公的精神科病院のみであり、総合病院の精神科病床である SPDC や、地域精神保健センターの精神科病床、司法精神科病床、民間精神科病床は数は少ないが存在している。

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、COOP 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。

## 2) トリエステ (Trieste) における取り組み

イタリアの地域精神保健において、その発祥の地でもあり、現在でも最先端を誇っているトリエステにおける精神保健システムについて、以下に説明する。

### (1) トリエステ市の概要

トリエステは、イタリアの北東部にあるフリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州の州都である。アドリア海に面し、スロベニアと国境を接している。人口は約21万人、面積は84Km<sup>2</sup>。

トリエステは、イタリア精神保健改革の発祥の地であり、イタリアの精神保健改革を主導したのは、当時トリエステのサンジョバンニ病院の院長であった、フランコ・バザリアという精神科医である。そのこともあり、トリエステは今でもイタリアの中でも特に地域精神保健が進んでいる地域である。

### (2) トリエステ精神保健システム

トリエステの人口約24万人を、約6万人ずつ4つの地域に分け、それぞれに地域精神保健センターが配置されている。ケアのコーディネーターは主としてこの施設で実施される。精神科のベッドは、総合病院であるマッダレー病院に、後述するSPDCが6床、それぞれそれぞれの地域精神保健センターに6-8床ずつ、それから大学病院に12床、計50床に満たない数しかない。地域精神保健サービスとしては、地域精神保健センターに加え、各種の居住施設、社会協同組合、患者会、家族会などがある。精神科病床は救急・急性期治療のみに限定し、6万人という比較的小さいキャッチメントエリアの一つずつある地域精神保健センターが中心となり、他のサービスを活用しながら、地域においてきめ細かなケアを提供している。

### (3) 代表的なサービスの概要

#### 1. トリエステ精神保健局 (Dipartimento di Salute Mentale: DSM)

トリエステの精神保健システムは精神保健局、DSMにより統括されている。DSMは、元々1,300ものベッドがあった広大な精神科病院の敷地であった、サンジョバンニ公園の中にある。

DSMは精神医療保健サービスを統括しており、人事部門、経理部門、情報部門、研修部門、管理部門等がある。どこに必要な人材や予算などの資源を配分するかを決めたり、その効果がどうであるかのアウトカムをモニタリングしたりする。また内外の見学者や研修生を積極的に取り入れている。

#### 2. 地域精神保健センター (Centro di Salute Mentale: CSM)

地域精神保健センター、CSMは、リエステでの精神科医療の根幹を担っている。約6万人の人口に対し1つCSMが配置されている。CSMの役割は多岐にわたり、ケアマネジメント、入院、外来、デイケア、訪問支援、リハビリテーション、就労支援、家族支援などのサービスを提供している。病床は各CSMに6-8床あり、平均入院期間は7日間である。対象は、重度の精神障害を持つ人から、一時的に精神の不調を訴える人まで、幅広くすべて対応する。サービスへの受け入れは、GP等第三者からの紹介だけではなく、直接相談も受け入れている。

CSMには、精神科医、看護師、心理士、ケースワーカーなどの多職種からなる約40名のスタッフが勤務していて、24時間体制でケアにあたっている。スタッフの人数の例を挙げると、精神科医4名、心理士2名、ソーシャルワーカー1名、心理社会的リハビリテーションの専門家1名、看護師29名、OTI1名、事務2名となる。これらのスタッフは、それぞれ入院担当、外来担当、訪問担当というように役割分担されているのではなく、ローテーションで勤務にあたっている。その方が、スタッフを病棟なら病

棟という風に固定するよりも、入院中から地域生活まで途切れることなくケアが提供できるとのことである。

### 3. 精神科診療サービス (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: SPDC)

SPDC は精神科救急治療を担う。総合病院であるマッジョーレ病院の中にある。6 つの病床に対し 16 人の看護師が配置され集中的な治療を提供している。ここには、基本的には 24 時間しか入院せず、アセスメントと初期治療ののちに、CSM に転院となる。強制入院も受け入れるが、できるだけ本人の同意を得て入院治療を開始する。

### 4. 居住施設

居住施設にはいくつか種類がある。トリエステ全体では 9 カ所 70 人分である。そのうちのひとつは治療共同体 (Comunità Terapeutica) と呼ばれている。少し大きめの一軒家に 6-10 名が居住している。また日中の活動の場として、昼間だけの利用者もいる。オペレータと呼ばれるスタッフは 7 人程度 (うち 4 人が心理士、1 人が教育関係者) で、24 時間体制でケアを提供している。年齢は 18-35 歳と比較的若い人が過半数施設である。2 年間の入所期間の間に、身の回りのことなど、日常生活に必要な自立能力の獲得をめざす。

その他、NPO や社会協同組合が運営する住居施設がいくつかあり、スタッフの体制は 24 時間の所もありそうでないところもある。

また公営住宅への優先的な入居も実施されている。

### 5. 社会協同組合 (Cooperativa Sociale)

社会協同組合は、様々な障害をもつ人への支援を行っており、2 種類のタイプがある。タイプ A と呼ばれる、障害者への直接サービス (ホームヘルプサービス、住居施設など) を提供する事業と、タイプ B と呼ばれる、障害者が実際に

に就労する事業がある。

タイプ B では、障害をもつ方を従業員の 3 割以上雇用することが義務づけられおり、そのかわりに税金の優遇措置や、補助金などを受けることができる。障害を持つ人が社会協同組合に慣れるまでの間は、ジョブコーチなどの支援や、1 年間の奨学金などが提供される。その後は障害を持つ人もそうでない人も同じ条件で雇用される。

タイプ B の社会協同組合の例としては、レストラン、古着屋、スタッフ派遣会社、さらにはラジオ局などがある。

### 3) イタリア精神保健まとめ

イタリアにおいては、公的機関である ASL がサービスを無料で提供している。

入院医療については、単科精神科病院は廃止され、救急対応は総合病院にある SPDC によって 24 時間から数日によってなされる。その後は CSM にて 1 週間程度の入院と短期間である。

地域精神医療は CSM が中核となっていく。そこではイギリスのように専門チームがいるのではなく、入院から外来、訪問、リハビリまで、幅広く対応している。トリエステにおいては、人口は 6 万人あたり 1 つ地域精神保健センターがある。これは全国の平均 (8 万人に一つ) より多い。

ただし、イタリアにおいても州によって格差はあり、特に税金等の収入が少ない南部の州では必ずしもうまくいっている所だけではないようである。

## D. 考察

本研究では、地域精神医療が特に進んでいると見なされている、イギリスおよびイタリアについて、制度や入院医療等の現状について現地での視察を含め検討した。地域医療が整っている国のシステムを検討することで、我が国における今後の精神保健福祉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ず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、すでに5年が経過としている現在、それが達成される見込みはたまた、その目標を達成す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、イギリス・イタリアの精神保健福祉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、制度や法律が異なるために、国の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。

以下に今後目指すべき方向性について整理する。

### 1. 精神科病床数の削減

改革ビジョン等でも述べられているように、我が国にとって精神科病床数の削減は重要な問題である。この視点より両国を見ていると、日本の人口1000人あたり2.8床と比較し、イギリスが0.7、イタリアが0.13でと、改めてその精神科病床が少なさが明確になる。つまり、日本と比較して精神科の病床が1/4あるいは1/20でも、地域で精神障害者を支えることができる国がある、という事実である。入院期間についても、日本より短く、精神障害者の入院期間は診断にもよるがおおむね10-40日程度である。

そのためには地域の資源を増加させることなど多くの課題があり、我が国ですぐにできることではない。また、我が国の入院期間を、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。しかし、現在の300日より大幅に短縮し、それに伴い病床を削減する必要がある。最終的な病床数は、日本の現状や環境に即した、日本のバランスに基づいたものになるべきものであると考える。

もちろん理念やかけ声だけで地域移行を勧めていくことはできない。特に民間病院やクリニック、社会福法人等に精神科医療および福祉のほとんどを委ねている我が国においては、地域移行を推進していくためには財政的な裏付けが不可欠である。例えば、救急・急性期の診療報酬を高くし、スタッフをより多く配置し、入院期間を短くすること、地域におけるサービスの報酬を高める、病院のスタッフを地域に転換させるインセンティブを高めたりすることなどの改定が必要である。

### 2. ケアマネジメントの普及

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。

### 3. アウトリーチサービスの拡充

サービスの提供の仕方は、機能分化されているイギリスと、包括的にケアを提供するイタリアとで異なっていたが、両国ともに訪問サービスが提供されていた。我が国においても、訪問看護、ホームヘルプ、訪問型生活訓練など、サービスは少しずつ増えてきている。しかし未だ十分ではなく、必要な人に必要な時にアウトリ



一サービスを提供できるシステムが必要である。そのためには上記のサービスの絶対量を増やすことと、イギリスの AOT あるいは、我が国でいくつか活動が始まっている ACT のような重度の精神障害者にアウトリーチによる手厚いサービスを提供するサービスを提供できるような診療報酬等のシステムの整備をしていくことが重要である。

#### 4. トリアージ・危機対応システムの拡充

精神科サービスを利用するとき、その入り口は重要である。そこで適切なトリアージをして、適切なサービスに結びつけられるかどうかで、その利用者のその後の経過が変わってきてしまうからである。日本においては基本的にどの医療機関も相談機関もフリーアクセスであり、どこにでも行くことができる。それは良い面ではあるが、適切なサービスと結びつけることができない場合など、利用者にとって不利益になる場合もある。

イタリア・イギリスともにトリアージシステムが整備されていて、問題があったときに例えば CMH に連絡すれば、直接サービスを提供していくか、適切なサービスを紹介してくれる。また危機の場合には、アウトリーチをしてアセスメントをしてくれる。イギリスの場合も CR/HT チームが迅速なアウトリーチと初期治療を提供している。

我が国においても、必要があれば相談できる窓口があり、また必要なときにアウトリーチをしてくれるサービスが、地域に精神障害を持つ人が今よりも増えてくると、よりいっそう重要になってくると考える。

以上、いくつかの方向性をあげたが、もちろんこれ以外にも、住居施設の確保、スタッフ自身を地域移行するための研修、サービスの質を確保するためのシステム作り、重複診断・人格障害等の専門サービスの拡充、予防及び普及啓

発、就労・結婚などリカバリーを目指したサービスの提供、など取り組むべき課題は多い。

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、これらの入院患者を退院させるためのプログラムの開発および普及は急務である。またあらたな長期在院患者、いわゆる New Long Stay 患者をこれ以上産み出さない努力も必要である。救急・急性期入院時より、入院中のケアと、地域サービスとの連携・ケアマネジメントを実施し、それを普及させるためのガイドラインやツールの開発が必要である。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、入院医療の効率化の一助にはなると考える。

地域精神保健医療福祉についても、今後さまざまな対象の利用者に対し地域でサービスを提供できるよう、地域でサポートする力を増加させる必要がある。

また入院医療と地域や地域のサービス同士を結びつけるケアマネジメントの概念は重要であり、今後そのような専門サービスを確立するとともに、それぞれのサービスにおいてケアマネジメントの考え方を取り入れたサービス提供をするべきである。

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と、それぞれの国のある一定地域のいくつかのサービスを短期間で視察および情報交換した結果から記述したものであり、各国の状況を網羅的に把握したものでない。

今後、その他の国のサービスの視察や、研究者、政府関係者、臨床家、等と情報交換することにより、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イギリスおよびイタリアの先進地域について視察し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、他国と比較した我が国の入院医療の現状（入院期間の長さ、病床数の多さ、スタッフ配置の少なさ）や地域サービスの問題点が明らかになった。入院期間の短縮や病床数の削減するためには、入院初期に重点的にコストをかけ、早期に退院させることと、ケアマネジメントが普及すること、アウトリーチサービスの拡充など地域の医療保健福祉の機能を充実させることが必要であることが示唆された。

今後、我が国においても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。我が国にとって、どのようなサービスがどの程度必要であるか、さらなる検討を重ねることが必要である。

## 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

1. WHO Mental Health Atlas 2005.
2. OECD Health Data 2002.
3. OECD Health Data 2007.

## <イタリア>

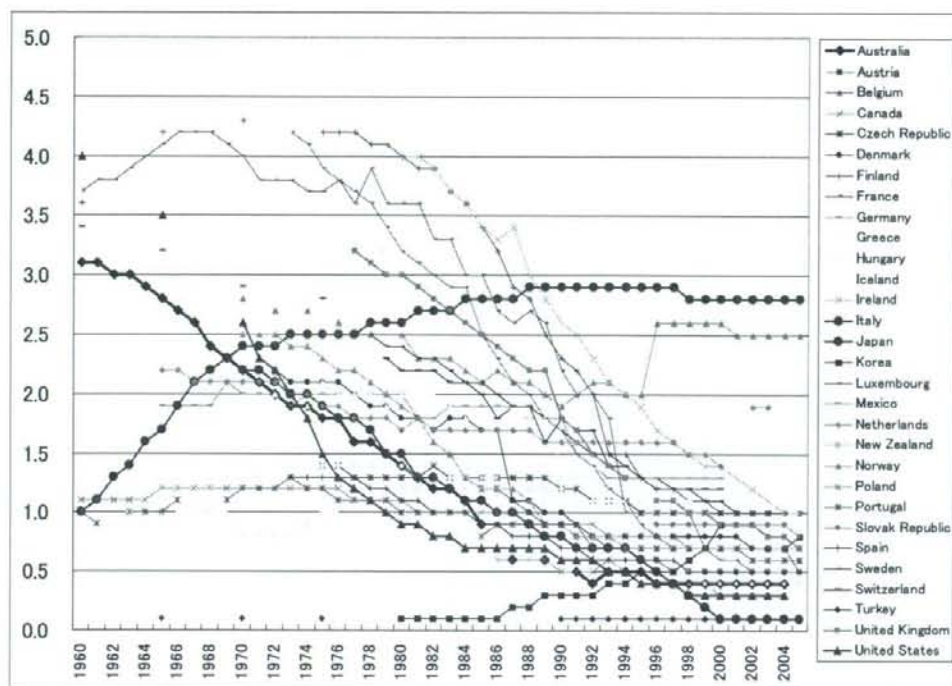
1. 工藤裕子, 森下昌浩, 小黒一正: イタリアにおける国と地方の役割分担. 財務総合政策研究所研究会報告書「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」: 521-582 (第8章), 2006.
2. OECD Health Data 2007.
3. National Institute of Statistics (イタリア国立統計研究所, ISTAT) Rapporto Annuale 2006.
4. 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部ウェブサイト, 精神保健医療福祉の改革ビジョンホームページ, 海外の情報, イタリア (協力: 水野雅文). [http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/overseas\\_it.html](http://www.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: ルボ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ョ医師の講演会メモ「地域精神科医療の充実と司法精神医学」. <http://www.seirokyo.com/archives/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



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 人当たり精神病床数の推移 (OECD Health Data 2002, 2007 より作成)

表1 イギリス、イタリア、日本の基礎データ

	イタリア	イギリス	日本
人口	57M	59M	128M
面積(km2)	301,000	243,000	378,000
60 歳以上人口割合	24%	21%	24%
GDP に占める医療費	8.4%	5.8%	8.0%
医療費に占める精神保健の割合	n/a	10%	5%
人口万対精神科病床数(総合病院)	0.92	n/a	7.8
人口万対精神科病床数(精神科病院)	0	n/a	20.6
人口万対精神科病床数(その他の施設)	3.7	n/a	0
人口万対精神科病床数(合計)	4.63	5.8	28.4
人口万対精神科医師数	9.8	11	9.4
人口万対精神科看護師数	32.9	104	59
人口万対心理士数	3.2	9	7
人口万対ソーシャルワーカー数	6.4	58	15.7

WHO Mental Health Atlas 2005 より

表2 イギリスの精神保健システムの概要

国	英国 (United Kingdom)
1. 制度	<p>制度の名称</p> <p>医療：National Health Service (国民保健サービス) 全ての住民に疾病予防                      やり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)<sup>1)</sup>。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><b>National Health Service and Community Care Act, 1990</b> 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><b>Health Care Act: Partnership arrangements, 1999</b> 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><b>Community Care (Direct Payments) Act 1996→2000 改正</b> 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。<sup>2)</sup></p> <p><b>NHS Plan 白書, 2000</b> 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減らそうというものだった)<sup>2)</sup></p> <p><b>Health and Social Care Act, 2001</b> 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<sup>3)</sup>。</p> <p><b>Community Care Act (Delayed Discharge) , 2003</b> 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<sup>4)</sup>。</p>
------------	---

	<p>根拠法</p>	<p>【精神保健関連】</p> <p><b>Mental Health Act, 1983</b></p> <p><b>Mental Health (Patients in the Community Act), 1995</b></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><b>Implementing the Mental Capacity Act 2005</b></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<sup>5)</sup>。</p> <p><b>National Service Framework for Mental Health, 1999</b></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>&lt;精神保健 NSF における課題&gt;</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<sup>6)</sup>。</p>

3. 精神保健サービスの量と内容

<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                  人員配置：国家的に統一したものはない                  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<sup>7)</sup>。                  危機介入チーム：人口約 150,000 人に 1 つのチームがある。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<sup>7)</sup>。                  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<sup>7)</sup>。</p>
<p>4. 現状データ</p>	<p>平均在院日数</p>	<p>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)</p>
	<p>1 日あたり入院費</p>	<p>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）</p>
	<p>人口あたり病床数（一般・精神）</p>	<p>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</p>
<p>5. その国の課題</p>		<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）  <u>優先課題</u>                  Social Inclusion：雇用や訓練の機会、反スティグマ                  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                  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。                  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<sup>2)</sup>。</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 <sup>(1)</sup>	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 <sup>(1)</sup>	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 <sup>(2)</sup>	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 イタリアの精神保健システムの概要

	<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</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) <sup>A)</sup>                  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) <sup>B)</sup>                  障害者年金 (La pensione di invalidita) <sup>C)</sup>                  障害者福祉                  援助手当 (Assegno mensile di assistenza) <sup>D)</sup>                  労働不能手当 (Indennita di inabilita) <sup>E)</sup>                  公的扶助                  最低生活保障制度 (Integrazione al minimo) <sup>F)</sup>                  社会手当 (Assegno Sociale) <sup>G)</sup></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>

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>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%）。<sup>1)</sup> 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。<sup>2)</sup></p> <p>B,C) 保険料は給与の32.7%（労使合計）。<sup>1)</sup> 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）。<sup>3)</sup></p> <p>D,E,G) 国庫負担。<sup>1)</sup>（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。<sup>3)</sup>）</p> <p>F) 国からの一般交付金をレジョーネがコムーネへ配分。<sup>1)</sup></p>
3. 精神保健サービスの量と内容	支援・給付対象	<p style="text-align: center;">【公的部門】</p> <p>保健医療<sup>A)</sup>：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。<sup>4)</sup></p> <p style="padding-left: 2em;">地域精神保健センター<sup>a)</sup></p> <p style="padding-left: 2em;">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）<sup>b)</sup></p> <p style="padding-left: 2em;">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。<sup>5)</sup></p> <p style="padding-left: 2em;">デイホスピタル・デイセンター<sup>c)</sup></p> <p style="padding-left: 2em;">重症者を対象に、中長期的な治療を提供。</p> <p style="padding-left: 2em;">居住施設<sup>d)</sup></p> <p style="padding-left: 2em;">地域での生活に向けた訓練を必要とする者が対象。</p> <p>社会保険<sup>B,C)</sup>：各職種の被保険者が対象。<sup>1)</sup></p> <p>障害者福祉<sup>D,E)</sup>：「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。<sup>1)</sup></p> <p>公的扶助<sup>F,G)</sup>：生活困窮者、障害を有する高齢者が対象。<sup>1)</sup></p> <p style="text-align: center;">【民間部門】</p> <p>私立精神科施設（Casa di cura）<sup>H)</sup>：精神障害を有する入所希望者。</p> <p style="text-align: center;">【第三セクター】</p> <p>社会的協同組合<sup>6)</sup></p> <p style="padding-left: 2em;">A型<sup>1)</sup>：社会サービスを必要とする高齢者、障害者、児童。</p> <p style="padding-left: 2em;">B型<sup>1)</sup>：就労可能な障害者（組合員の30%以上を占める）。</p>
	認定主体 <sup>1)</sup>	<p>A,D,E) 地域保健事業体（ASL）</p> <p>B,C,G) 全国社会保障機関（INPS）</p> <p>F) コムーネ</p>