

ントとして、一般診療および地域社会医療サービスの利用を促進する。

- ・ 精神保健医療および警察の緊急対応において、精神科救急を要する状態の人々により良い支援を提供する。
- ・ 危機にある人々（薬物利用問題を抱える人々を含む）のため、大病院または地域社会に拠点を置く施設での短期入所ユニットの新モデルを導入する。

改善分野 4：専門家によるケア-中等度から重度の精神疾患を抱える成人、高齢者のニーズを満たす

- ・ コンシューマーの自己決定、介護者と家族の関与を促進する。
- ・ 重度で持続的な精神保健の問題や、精神疾患を抱えるあらゆる世代のビクトリア州民のため、地域社会に拠点を置く専門家による精神保健医療サービスの利用可能性の向上に取り組む。
- ・ 社会的、経済的または地理的に恵まれない中等度の精神疾患を持つ成人や高齢者のニーズを満たすため、専門家による精神保健医療サービスの創設を探索する。
- ・ 中核となる入院、亜急性、リハビリテーション、および回復期病棟のベッドを、住民のニーズに基づいて、公平に分配することに取り組む。
- ・ 高齢者向け精神保健サービス能力を向上させ、精神保健の問題が出てきている、またはそれを抱えている高齢者を援助する。
- ・ 重度の精神疾患を患っている成人および高齢者の、入院治療に替わる拡充された方法を開発する。
- ・ 目標を設定した健康増進の積極的プロ

グラム、系統的スクリーニング、および慢性疾患管理プログラムの利用により、重度の精神疾患を抱える人の身体的健康に重点を置く。

- ・ 新しい司法保健モデルの一部として、刑務所の保健サービスを強化する。

改善分野 5：地域社会における支援-回復および地域社会生活への参加のための基盤づくり

- ・ 包括的ケアプランの開発、実施を指導する指定のケア調整者によって、重度の精神疾患や複数のニーズを抱える人々、その介護者を支援する。
- ・ ホームレス、またはホームレスになるおそれのある持続的な精神疾患を持つ人々が、個人の状態に合わせた心理社会的支援のパッケージを利用できる機会を増やす。
- ・ 新規および現存する社会的住宅供給の戦略と分配の一部として、精神疾患を抱える人々のニーズを、他の複雑なニーズを持つ人々と並行して明確に考慮する。
- ・ 専門家雇用サービスと専門家による精神保健医療サービス（臨床および心理社会的リハビリテーション）の間に明確な連関をつくる。
- ・ 中等度から重度の精神保健医療の問題を抱える人々のために教育訓練および雇用の機会を創出する。また、「雇用主となる準備」を促進するために、企業グループ、公的部門組織、PDRS サービス、模範雇用主、および教育訓練提供者間の協力関係を育成する。
- ・ 社会の意識を高める取り組みや地方政府や非政府組織との協力により、精神

保健の問題を抱える人々の地域社会への受け入れ、社会的活動およびレクリエーション活動への統合を促進する。

- ・ 精神疾患を持つ人々を拘留とは別の扱いとするため、刑事司法制度における新しい手法を探求する。
- ・ 受刑者が地域社会に再度溶け込む能力に影響を及ぼすであろう精神保健、アルコールや薬物、住宅、その他の複雑な問題に対処するため、出所前後の移行プログラムを強化する。

改善分野 6：不平等の縮小-弱者への対応改善

- ・ メルボルン都市圏で暮らすアボリジニの人々を文化的にサポートすることで、社会的および感情的に満足いく状態を提供する。
- ・ 10 - 25 歳の若いアボリジニの人々を対象とした協調的地域予防および早期特定・介入プログラムを探求する。
- ・ 精神疾患や共存する障害を抱える人々を特定、評価、治療するために、精神保健医療サービス、障害に対するサービス、一次医療サービスを強化する。
- ・ 文化的言語学的に多様な地域社会 (CALD) および難民社会向けの、より文化に適合したサービスを実現する。

改善分野 7：人材と革新-能力、技能、リーダーシップ、および知識の向上

- ・ 学生や再就職者を惹き付ける持続的人材募集・人材保持プログラムを実行する。
- ・ 最善の方法の精神保健医療ケアを提供するため、また既存の役割および技能を改革とより良く連携させるために、精神保健医療ケアにあたる人材確保プ

ログラムを再設計する。

- ・ 精神保健医療人材開発と革新研究所の創設を探求する。
- ・ 上記研究所の一部として、共同のコンシューマーおよび介護者のための卓越した研究拠点の開発を、消費者および介護者主導の研究および人材開発の焦点とみなす。
- ・ 保健医療、司法、教育、住宅供給、ホームレス、およびその他地域社会サービス部門のスタッフのための調整された定期的教育プログラムを一つにまとめる。

改善分野 8：協力と説明責任-成果を出すための計画、管理、および責任の共有の強化

- ・ 住民ニーズの評価、サービス戦略、結果観察を行うため、広範囲にわたる地域の精神保健医療の協力関係、および地域社会でのケアの枠組みを利用する。
- ・ 幅広い個人や地域社会の目標を反映する健康指標、社会的指標を包含する共有の全人的成果枠組みに基づいて、新しい結果観察および説明責任の方式を開発する。
- ・ 一般医療サービスと連携した共通の管理協定や境界に従って、子供と青年、成人と高齢者に専門家による精神保健医療サービスを提供する。
- ・ 医療サービス会議の下部組織となる精神保健医療会議または委員会の設立に取り組む。
- ・ 改革進展の中核を成すすべての部門を一つにまとめるため、全州的な精神保健医療改革協議会を設立する。

D. 考察

オーストラリア連邦ビクトリア州は、(1)第一期(1960年代～1980年代)の脱施設化、(2)第二期(1990年代～2000年代)の地域精神保健サービスの展開、(3)第三期(2000～2008年)の早期介入とプライマリケアの重視、ステップアップ/ステップダウンによる亜急性ケアの導入、精神障害リハビリテーションとNGOによるサポートシステムの確立の三段階を経て精神保健政策を発展させてきた。現在は、連邦政府の新しい政策方針(2006)を受けて、ケアの刷新モデル、すなわち、(a)PARC(成人の急性期入院ユニットと居住の場の中間にある支援付き居住)、(b)親が精神疾患である家族への支援プログラム、(c)居住の場へのアウトリーチサービス、(d)コンシューマーとケアラーの政策関与、(e)プライマリ精神保健医療と早期介入などに取り組んでいる。政府全体の課題としては、学校と若者の問題、司法システム、ホームレスの問題が挙げられ、他のセクターにおける精神保健医療問題のインパクトを含めた、社会全体を視野に入れた総合的な精神保健医療に移行しつつあると考えられた。すでに40年近い歴史を経てきたオーストラリア連邦ビクトリア州の精神保健医療改革は、今後のわが国の精神保健医療の方向を予測する上で、参考になると考えられた。

E. 結論

諸外国の精神保健医療改革の事例として、オーストラリア連邦ビクトリア州の精神保健医療改革の現在の課題を把握した。すでに40年近い歴史を経てきたオーストラリア連邦ビクトリア州の精神保健医療改革は、社会全体を視野に入れた総合的な精神保健

医療に移行しつつあるが、今後のわが国の精神保健医療の方向を予測する上で、参考になると考えられた。

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(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」

分担研究

欧米を主とした諸外国の精神保健医療福祉政策の調査、評価

－東アジア諸国の精神障害関連法の比較－

研究協力者 趙 香花（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 鎌田理嗣（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究分担者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：

【目的】東アジア諸国である日本、韓国、中国、台湾(以下、4 か国に略す)で実施されている精神障害関連法を比較し、相互の国の状況理解と情報の共有に参照可能な基礎資料を提供する。

【方法】4 か国で実施されている精神障害関連法の原語版を用いて、文献学的検討を行う。具体的には、各国の法令の構成、精神科入院形態、保護者規定の有無、および地域精神医療の推進に関する規定の有無を示し、4 か国間の比較表を作成する。

【結果と考察】①4 か国の精神障害関連法には、精神病院の設置および精神病院での入院治療とそのプロセスが詳細に定められており、WHO が提唱している地域ケアより施設中心の入院治療が強調されていると言える。なお、精神障害者の福祉に関する規定も定められているが、その種類が一番多いのは日本である。②日本、韓国、中国の関連法には本人の意志による自発的入院と強制的入院の両方が明記されているが、台湾の関連法には自発的入院についての記述がない。③4 か国とも家族を中心とした保護者制度が定められており、精神障害者に医療を受けさせる責任は主にその保護者にある。④4 か国の精神障害関連法は精神病院中心の入院治療に偏っていると言えるが、これは 1960 年頃から地域支援システムを構築し、従来の入院中心の隔離収容から地域ケアに転換した欧米先進国とは対比的である。

【結論】精神保健福祉政策の基盤である 4 か国の精神障害関連法を検討することで、各国の法令の構成、精神科入院形態、保護者制度についての比較表を作成し、その異同を確認することができた。今後は、4 か国の精神保健福祉政策および医療・福祉に関する基礎データを加えて、さらなる厳密な比較を行う必要がある。

A. 研究目的

日本では、欧米先進国の精神保健福祉に関する実践や研究成果の紹介は少なくないが、東アジア諸国の精神保健福祉に関する情報は極めて少ない。

そこで、本稿では精神保健福祉政策の基盤となる 4 か国の精神障害関連法を検討し、相互の国の状況理解と情報の共有に参照可能な基礎資料を提供することを狙いとする。

B. 研究方法

本稿では、東アジア諸国である日本、韓国、中国、台湾の4か国で実施されている精神障害関連法の原語版を検討し、各国の法令の構成、精神科入院形態、保護者に関する規定、および地域精神医療の推進に関する規定の有無を示す。

なお、中国においては国レベルの精神障害関連法が成立していないため、全国初の地方法令である「上海市精神衛生条例」を用いる。

本稿で用いる4か国の精神障害関連法は、以下の通りである。

1)日本:「精神保健および精神障害者福祉に関する法律(1995年)」の2005年改正版、

2)韓国:「精神保健法(1995年)」の2008年改正版、

3)中国:「上海市精神衛生条例(2001年)」、

4)台湾:「精神衛生法(1990年)」の2007年改正版、

(倫理面への配慮)

本稿は、精神障害関連法の原語版を用いた文献学的検討であるため、倫理的な問題は特にない。

C. 研究結果

1. 精神障害関連法の構成

精神障害者には「病気と障害を併せ持つ」という特徴があるため、自己決定能力が不足している患者には強制的入院や行動制限が施され、治療後には社会復帰や日常生活への支援が必要となる。そのため、多くの国では精神障害者の治療、人権擁護、社会復帰などにかかわる法律を制定し、これら一連の事項に関する規定を定めている。以下では、本稿で取り上げる4か国の精神障

害関連法の構成を示し、各国間の異同を確認する(表1)。

1)日本の精神保健福祉法の構成

日本の「精神保健および精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)」は、1950年の精神衛生法から1987年の精神保健法への改正を経て、1995年には現行の精神保健福祉法へと改正された。2005年に一部改正を行った精神保健福祉法は、以下のように全9章と附則で構成されている。第1章「総則」、第2章「精神保健福祉センター」、第3章「地方精神保健福祉審議会及び精神医療審査会」、第4章「精神保健指定医、登録研修機関及び精神病院」、第5章「医療及び保護」、第6章「保健及び福祉」、第7章「精神障害者社会復帰促進センター」、第8章「雑則」、第9章「罰則」、および「附則」。

2)韓国の精神保健法の構成

1995年に制定し、1998年から実施された韓国の「精神保健法」は、2008年までに計11回の改正を行っている。2008年に改正された精神保健法は、以下のように全6章と附則で構成されている。第1章「総則」、第2章「精神保健施設」、第3章「保護及び治療」、第4章「退院請求・審査等」、第5章「権益保護及び支援等」、第6章「罰則」、および「附則」。

3)中国上海市精神衛生条例の構成

2001年、中国初の「精神衛生条例」が上海市で成立し、2002年から実施されることになった。地方法令である「上海市精神衛生条例」は、以下のように全7章で構成されている。第1章「総則」、第2章「心理カウンセリング及び精神疾患の予防」、第3

章「医療看護」、第4章「精神疾患の治療」、第5章「精神疾患のリハビリテーション」、第6章「法的責任」、第7章「附則」。

4) 台湾の精神衛生法の構成

1990年に成立し、2007年に一部改正を行った台湾の「精神衛生法」は、以下のよう
に全7章で構成されている。第1章「総則」、
第2章「精神衛生体系」、第3章「精神障
害者の保護及び権益の保障」、第4章「医
療支援、通報および追跡保護」、第5章「精
神医療ケア業務」、第6章「罰則」、第7
章「附則」。

上記の4か国で実施されている精神障害
関連法の構成をみると、精神医療及び精神
医療機関に関する規定が主である。具体的
には、精神病院の設置および、精神病院で
の入院治療とそのプロセスが詳細に定めら
れており、WHOが提唱している地域ケアよ
り施設中心の入院治療が強調されていると
言える。

なお、4か国の精神障害関連法には、精
神障害者の社会復帰を促進するための福祉
施設および福祉支援についての規定も定め
られているが、その種類が多様であるの
は日本と韓国である。

2. 入院形態の構成

精神科の入院形態は、大きく自発的入院
と非自発的入院の2種類に分けることがで
きる。自発的入院が本人の意志によるもの
であるのに対し、非自発的入院は本人の意
志を排除した強制的入院で、その種類と内
容には国による違いが見られる。以下では、
4か国で実施されている精神科入院形態の
種類とその内容を示す(表2)。

1) 日本の精神科入院形態

日本の精神保健福祉法には、①本人の同
意による「任意入院(第22条の3)」、②自
傷他害のおそれのある精神障害者に対し、
知事の行政処分で行う「措置入院(第29条)」、
③保護者の同意による「医療保護入院(第33
条)」、④緊急で保護者の同意が得られない
場合72時間を限って行う「応急入院(第33
条の4)」の4種類の入院形態が定められて
いる。

2) 韓国の精神科入院形態

韓国の精神保健法には、①本人からの申
請書の提出による「自意入院(第23条)」、②
自傷他害のおそれのある精神障害者に対し、
2週間を限って行う「市長・郡守・区庁長
による入院(第25条)」、③保護義務者2人の
同意を得て行う「保護義務者による入院(第
24条)」、④医師及び警察官の同意で72時
間を限って行う「応急入院(第26条)」の4種
類の入院形態が定められている。

3) 中国上海市の精神科入院形態

中国上海市の精神衛生条例には、①本人
の意志による「自己決定入院(第29条)」、②
監護人の支援による「医療保護入院(第30
条)」、③移送された精神障害者に対し、72
時間を限って行う「緊急入院(第31条)」の
3種類の入院形態が定められている。

4) 台湾の精神科入院形態

台湾の精神衛生法には、①「保護人の支
援による入院(第41条の1)」、②強制入院鑑
定を行うため5日間を限って行う「緊急安
置入院(第41条の2、42条)」、③審議会の許
可を得て行う「強制入院(第41条の3、42
条)」の3種類の入院形態が定められている。

上述のように、日本、韓国、中国の精神

障害関連法には、本人の意志による自発的入院形態が明記されているが、台湾の関連法には自発的入院についての記述がない。

非自発的入院形態としては、4 か国とも保護者の同意又は支援による医療保護入院がなされている。また、医師の診断による応急入院も明記されているが、その入院期間は日本、韓国、中国が3日間、台湾は5日間と異なる。

3. 保護者に関する規定の有無とその内容

日本では、1900年に成立した精神病患者監護法により、保護者制度の起源となる監護義務者制度が制定され、精神障害者に対する監護責任を家族に負わせてきた。監護義務者制度は、それから1世紀が経過した現在では保護者制度として存続しており、精神障害者に対する家族の責任も依然として残されている。

韓国、中国、台湾においても、日本の保護者制度に類似した規定が定められているが、保護者の指定や義務には国による違いが見られる。以下では、4か国の精神障害関連法に定められている保護者制度を概観し、その異同を確認する(表3)。

1)日本の保護者制度

精神保健福祉法第5章の第1節は「保護者」となっており、法第20条から22条にかけて保護者の定義と義務が定められている。日本で精神障害者の保護者になる順位は①後見人又は保佐人、②配偶者、③親権を行う者、④扶養義務者で、保護者の義務としては、①自らの意志で医療を受けられない患者への医療保護義務、②退院又は仮退院患者の引き取り義務、③精神障害者の

財産上の利益を保護する義務が定められている。

2)韓国の保護義務者制度

精神保健法第3章の第21条には「保護義務者」の定義、第22条には「保護義務者の義務」が定められている。韓国で精神障害者の保護義務者になるのは民法上の扶養義務者又は後見人で、保護義務者には①精神障害者に医療を受けさせる義務、②自傷他害の行為がないよう監護する義務、③精神障害者の財産・利益等の権利を保護する義務がある。

3)中国上海市の監護人制度

上海市精神衛生条例第3章の第18条から20条には監護人になる順位と監護人の責任が定められている。精神障害者の監護人は「中華人民共和國民法通則」の規定により、①配偶者、②父母、③成人した子、④その他の近親族、⑤その他の親族の順になっており、監護人には①精神障害者に自傷他害の行為が起らないよう監護する義務、②精神障害者に対する医療・看護の責任(他人に委託することが可能)、③リハビリテーション又は職業訓練を通して社会復帰するよう支援する義務がある。

4)台湾の保護人制度

精神衛生法第19条には、精神科専門医により重度精神障害者と診断された者には保護人を設けるよう定めている。保護人は重度精神障害者の利益を図るべきで、監護人、法定代理人、配偶者、父母、家族などから1名推薦される。推薦された保護人には①患者の生命・身体に危険のおそれがある場合に緊急措置する責任、②治療を受けさせる責任、③精神障害者の権利を保護する責任がある。

上記の通り、4 か国の精神障害関連法には、精神障害者の家族を主とした保護者制度が定められているが、その名称は「保護者」「保護義務者」「監護者」「保護人」と若干異なる。

また、精神障害者に医療を受けさせる責任が保護者にある点では4 か国共通しているが、日本の場合は自らの意志で医療を受けられない患者に限る。

4. 地域精神医療の推進に関する規定の有無とその内容

WHO は、精神障害者に関連する活動のための勧告 10 ヶ条の中で「地域社会でケアを提供すること」を明記しており、精神障害者を地域でケアすることは世界的潮流であると言える。

従来の欧米先進国でも、精神病院での入院治療を中心とした隔離収容を行っていたが、1960 年頃からは地域支援システムの構築による脱施設化に転換し、WHO が提唱している地域ケアへと進展している。

一方、東アジア諸国である日本、韓国、中国の精神障害関連法には、精神障害者が精神病院で医学的治療を受ける権利については定めているが、地域で医学的治療を受ける権利については言及しておらず、精神病院での入院治療が中心となっている。

他方、台湾の精神衛生法には精神病院での入院治療と共に、在宅治療などの地域治療の規定も定められているが、地域治療の権利や優位性は示されていない。台湾の精神衛生法に定められている地域治療は、専門医の判断又は審議会の許可を得て実施されるもので、患者の権利としての地域治療

とは異なる。

D. 考察

本稿では、4 か国で実施されている精神障害関連法の原語版を用いて、文献学的検討を行った。

その結果、本稿で取り上げた4 か国の精神障害関連法は精神病院を中心とする入院治療に偏っており、精神障害者に対する家族の責任も重いと言える。

これは、1960 年頃から地域支援システムを構築し、従来の入院中心の隔離収容から地域ケアに転換した欧米先進国とは対比的である。

なお、筆者は台湾については法文以外の知識や現状についての理解がないため、4 か国を同時に比較分析し考察を行うことには限界がある。

E. 結論

本稿では、精神保健福祉政策の基盤である4 か国の精神障害関連法を検討することで、各国の法令の構成、精神科入院形態、保護者制度についての比較表を作成し、その異同を確認することが出来た。

今後は、4 か国の精神保健福祉政策及び医療・福祉に関する基礎データを加えて、さらなる厳密な比較を行う必要がある。

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（予定を含む。）

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし

<http://www.law.go.kr/LSW/LsTrmSc.do?menuId=0&query=%EC%A0%95%EC%8B%A0%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EB%B2%95>

中国上海市の精神衛生条例

<http://www.shanghai.gov.cn/shanghai/node2314/node3124/node3125/node3127/userobject6ai1083.html>

台湾の精神衛生法

http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/overseas_ta_1.pdf

参考資料

日本の精神保健福祉法

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S25/S25HO123.html>

韓国の精神保健法

表 1 4 か国の精神障害関連法の構成

	日本(1995)	韓国(1995)	中国上海(2001)	台湾(1990)
法令	精神保健福祉法 (2005年改正)	精神保健法 (2008年改正)	精神衛生条例	精神衛生法 (2007年改正)
法令の構成	第1章 総則 第2章 精神保健福祉センター 第3章 地方精神保健福祉審議会及び精神医療審査会 第4章 精神保健指定医、登録研修機関及び精神病院 第5章 医療及び保護 第6章 保健及び福祉 第7章 精神障害者社会復帰促進センター 第8章 雑則 第9章 罰則 附則	第1章 総則 第2章 精神保健施設 第3章 保護及び治療 第4章 退院請求・審査等 第5章 権益保護及び支援等 第6章 罰則 附則	第1章 総則 第2章 心理カウンセリング及び精神疾患の予防 第3章 医療看護 第4章 精神疾患の治療 第5章 精神疾患のリハビリテーション 第6章 法的責任 第7章 附則	第1章 総則 第2章 精神衛生体系 第3章 精神障害者の保護及び権益の保障 第4章 医療支援、通報および追跡保護 第5章 精神医療ケア業務 第6章 罰則 第7章 附則

表 2 4 か国の精神科入院形態

日本	韓国	中国上海	台湾
<p>●任意入院(第 22 条の 3) 本人の同意による入院で、本人からの退院申請がある場合は退院させなければならない。</p> <p>●措置入院(第 29 条) 自傷他害のおそれがある精神障害者を通報や申請により、知事の行政処分等で強制入院させることで、2 名以上の指定医の診断が必要である。</p> <p>●医療保護入院(第 33 条) 指定医により入院が必要であると診断された場合、保護者の同意で(扶養義務者の場合は 4 週間)入院させることができる。</p> <p>●応急入院(第 33 条の 4) 医療及び保護の依頼があった者で、急速を要し、保護者の同意を得ることが出来ない場合は、本人の同意がなくても、指定医の診断で 72 時間(特定医師の場合は 12 時間)を限って入院させることができる。</p>	<p>●自意入院(第 23 条) 本人からの申請書の提出による入院で、退院申請があった場合は退院させなければならない。</p> <p>●市長・郡守・区庁長による入院(第 25 条) 自傷他害のおそれがある者で、精神科専門医又は精神保健専門家からの申請があった場合、市長・郡守・区庁長の権限で 2 週間を限って入院させることができる。</p> <p>●保護義務者による入院(第 24 条) 精神科専門医により入院が必要であると診断された場合、保護義務者 2 人(保護義務者が 1 人の場合は、1 人で良い)の同意で、6 か月間入院させることができる。継続入院が必要な場合は、保護義務者の同意を得て、6 か月ごとに市長・郡守・区庁長に継続入院の審査を請求する。</p> <p>●応急入院(第 26 条) 自傷他害のおそれがある者で緊急性がある場合、医師及び警察官の同意で 72 時間を限って応急入院させることができる。</p>	<p>●自己決定入院(第 29 条) 精神科専門医により、入院が必要であると診断された者は、本人の意思で入院することができる。</p> <p>●医療保護入院(第 30 条) 精神科専門医により、入院が必要であると診断された者が、本人の意思による入院ができない場合、監護人が代わりに、又は精神障害者を支援して、入院手続きを取らなければならない。</p> <p>●緊急入院(第 31 条) 自傷他害のおそれがある者で通報があった場合、2 名以上の精神科専門医の診断により、72 時間を限って入院させることができる。</p>	<p>●保護人の支援による入院(第 41 条の 1) 自傷他害のおそれがある者で専門医により入院が必要であると診断された場合、保護人はその精神障害者を支援し、入院手続きを取らなければならない。</p> <p>●緊急安置入院(第 41 条の 2、42 条) 自傷他害のおそれがある者で、入院治療を拒んだ場合、5 日間を限って強制入院鑑定を行うことができる。</p> <p>●強制入院(第 41 条の 3、42 条) 指定医により入院が必要であると診断された者が入院治療を拒んだ場合、60 日間を限って審議会に強制入院を申請することができる。 継続入院が必要な場合は、2 名以上の指定医の鑑定結果および審議会の許可を得て、1 回につき 60 日を限度に入院を延長することができる。</p>

表3 4か国の保護者規定の比較

	日本	韓国	中国上海	台湾
名称	保護者 (第20条～22条)	保護義務者 (第21条～22条)	監護人 (第18条～20条)	保護人 (第19条)
保護者順位	①後見人 ②保佐人、 ③配偶者、 ④親権を行う者、 ⑤扶養義務者	①扶養義務者 ②後見人	①配偶者 ②父母 ③成人した子 ④その他の近親族 ⑤その他の親族	監護人、法定代理人 配偶者、父母、家族など から互いに1名を推薦
保護者の義務	<ul style="list-style-type: none"> ●自らの意志で医療を受けられない患者への医療保護義務 ●退院又は仮退院患者の引き取り義務 ●精神障害者の財産上の利益を保護する義務 	<ul style="list-style-type: none"> ●治療を受けさせる義務 ●自傷他害の行為が起こらないよう監護する義務 ●精神障害者の財産・利益等の権利保護 	<ul style="list-style-type: none"> ●自傷他害の行為が起こらないよう監護する義務 ●医療・看護の責任(他人に委託することが可能) ●リハビリテーション又は職業訓練を通しての社会復帰支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の生命・身体に危険のおそれがある場合の緊急措置責任 ●治療を受けさせる責任 ●精神障害者の権利保護

医療経済および医療の質の評価

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経センター

精神保健研究所 社会精神保健部 部長

研究要旨：本研究の目的は、米国を中心に精神保健医療政策の動向を医療経済の観点から分析することである。研究方法：本年度は特に、米国における精神科医療費と精神科医療サービスに焦点を当てた。わが国への示唆を念頭におきながら、出版されている既存資料の収集・分析、および関係者への聞き取りを実施した。結果：米国では多くの疫学研究があり、また重度精神障害者の居住についての調査が存在していた。精神科病床数は一貫して減少していたが、直接ケアの職員数は増加していた。医療費の財源は、メディケアの割合が最も多く、ついで州政府、民間保健となっていた。支出先は、薬剤費、精神科医、総合病院施設費、民間病院施設費の順番であった。まとめ：本研究結果は、米国の精神科医療の変化の動向を示している。

A. 研究目的

本研究の目的は、米国を中心に精神保健医療政策の動向を医療経済の観点から分析することである。

B. 研究方法

本年度は特に、米国における精神科医療費と精神科医療サービスに焦点を当てた。わが国への示唆を念頭におきながら、出版されている既存資料の収集・分析、および関係者への聞き取りを実施した。分析は、(1) 疫学研究と重度継続精神障害者、(2) 精神科医療施設と職

員数、(3) 医療費、(4) パフォーマンス測定を試みについて実施した。

(倫理面への配慮)

専門家との意見交換および既存資料に基づいた研究である。ただし、必要な場合には倫理的側面を十分に配慮して研究を進めた。

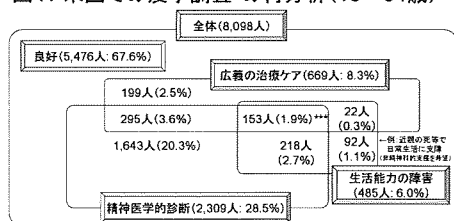
C. 研究結果（資料参照）

1. 疫学研究と重度継続精神障害者

米国では、精神障害に関する疫学研究が広く行われてきた。国際的にもよく引用される研究^{1,2)}によると、国民の28.5%

は生涯のうちどこかで米国精神医学会の診断基準に基づく精神障害の状態を経験するというものであった。また国民の7%は生活能力に障害があり、8.3%は広義の治療ケアを受けていた(図1)。なお、物質使用障害者はきわめて多く、2004年の調査によると違法薬物は12歳以上の人の45.8%は使用経験があり、7.9%は現在も使用しているといわれている³⁾。精神障害は珍しい疾患ではなく、「だれもが苦しむ可能性のある疾患」であり、適切な専門的ケアにかかりやすくすることが不可欠であることは、米国では広く認識されていた。

図1. 米国での疫学調査*の再分析(15~64歳)**



【結論(上記再分析および先行研究から)】**
 ・地域住民の15~30%は過去12ヶ月の間に精神障害である。
 ・地域住民の5~7%は、生活能力の障害を有している。
 ・地域住民の約17%(上記では1.9%)は、重度で継続的な精神障害***である。
 *Kessler et al., 1994 (National Comorbidity Survey) ** Frank RG & Glicd SA, 2006.
 ***病気が重篤で、生活能力の機能に著しい障害があり、しばしば非任意入院(医療費の大半を消費)

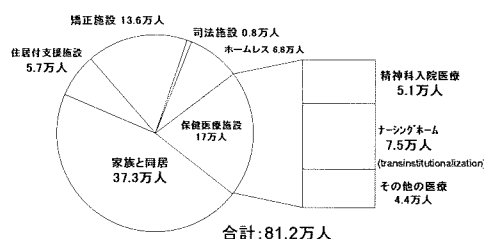
ただし、将来のよりよい精神保健医療システムの構築のためには、どのグループに公的な支援をするかを考える必要がある。最も優先順位の高いのは、病気が重篤で、生活能力の機能に著しい障害があり、しばしば非任意入院となり医療費の大半を消費する「重度で継続的な精神障害」で、図1の中心にある1.9%のグループである。

Frankら²⁾が、289万人(2000年)と推計するこのグループの中で把握できた81万人の状況を示したのが図2である。家族と同居している場合が37.3万

人、保健医療施設に17万人、矯正施設に13.6万人、ホームレスが6.8万人、住居付支援施設に5.7万人、司法施設に0.8万人であった。保健医療施設には、精神科病床に5.1万人、ナーシングホームに7.5万人入院・入所しているという推計である。

なお、ホームレスの精神障害者は1960年に2.3万人と推計されており、40年間で約3倍になっている。これまで、この増加はのちに述べる「脱施設化」の「副作用」であると批判されることが多かった⁴⁾。しかしFrankら²⁾は、この増加は脱施設化の影響ではなく、社会全体としてホームレスが増加したためと考察しており、政策とホームレスの精神障害数との関係はまだ結論には至っていない。

図2. 「重度継続精神障害」*の居住支援(2000年)**



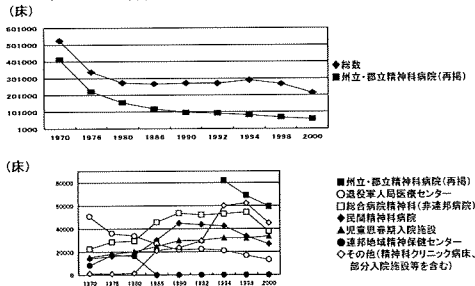
*重度継続精神障害: 病気が重篤で、生活能力の機能に著しい障害があり、しばしば非任意入院となる
 **Frank RG & Glicd SA, Mental health policy in the United States since 1950, 2006.
 ***Board and Care: 単身で高齢の精神科長期入院患者等で、ナーシングホームの利用やホームレスを回避するために、長期間支援付居住環境を提供する(グループホーム~ホテル施設まで多様)

2. 精神科医療施設と職員数

図3に精神科病床数の動向を示した⁵⁾。病床総数としては、1980年代前半までは減少し、その後変化がない時期があったものの、1990年代後半から再び減少している。ただし、どのような医療機関の精神科病床であるかについては、いくつかの興味深い動向がある。1990年代

までは、州立・郡立精神科病院、退役軍人局医療センター、連邦地域精神保健センターの精神科病床が減少し、一方で総合病院精神科、児童思春期入院医療施設、診療所や部分入院施設といったその他の医療施設の精神科病床が増加していた。民間精神科病院は1990年頃までは増加し、その後は微減している。なお2000年にはそれまで増加していた施設の病床も減少傾向を示していた。

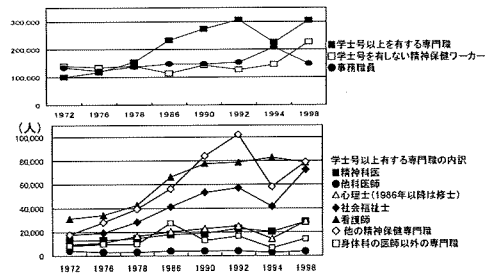
図3. 精神科病床数の動向



米国では専門分化がなされており、専門家数も充実している。図4は、精神科医療における職員数の動向を示したものである⁵⁾。上段は全職員を3つに分類した動向で、下段は、学士号以上を有する専門職の動向を示している。全職員区分では直接ケア職員が増加しており、直接患者ケアを提供する職員は1998年に78%を占めていた。特に学士号以上の専門職は1980年代前半から増加していた。

この専門職員数の内訳を下段に示す。1998年における精神科医数は28,374人、看護師数は78,562人、修士以上の心理士数が28,729人、社会福祉士数は72,367人であった。1980年代以降特に看護師と社会福祉士の増加が著しい。

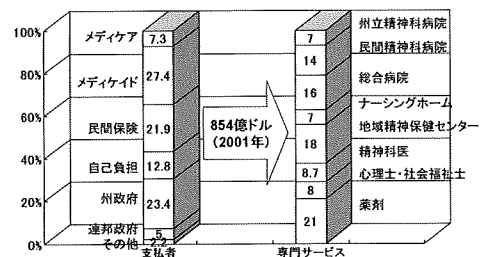
図4. 精神科医療における職員数の動向



3. 医療費

米国の医療費は高騰しており、1995年に約1兆ドルを、2006年に2兆ドルを超え、国内総生産の約16%を占めている。米国は日本のように国民皆保険制度はない。公的な保険には、高齢者のためのメディケアと低所得者および障害者のためのメディケイドがある。しかしそれ以外の国民はみずから医療保険を選択して加入しない限り、医療を受けたときは全額支払う覚悟が必要である。2008年にはその数は4570万人(全国民の15.4%)にのぼる。たとえ保険に加入していてもその該当疾患が狭かったり、支払額が低かったりする不十分な保険者も多い。

図5. 精神保健サービスの費用配分(米国)*

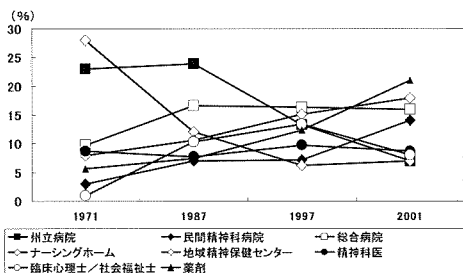


*Frank RG & Glied SA. Mental health policy in the United States since 1950, 2006.

精神科に関する直接的な医療費は2001年に854億ドルである²⁾。これには、いわゆる全国統計にあがらない費用も含まれているが、精神障害ゆえの失業、休

職などに関連する間接費用はその数倍にのぼるといわれている。この直接費用がどこから来て、どのように使われているかをみてみよう（図5）。支払者は、連邦政府が担うメディケアが7.3%、主に連邦政府の財源を州政府が支出するメディケイドが27.4%、民間保険が21.9%、自己負担が12%である。州政府と連邦政府は上記保険以外にも支出している。

図6. 精神保健医療費の支出先の動向*



*Frank RG & Glied SA. Mental health policy in the United States since 1950, 2006.

この財源によって提供しているサービスは、州立病院が7%、民間精神科病院が14%、総合病院精神科が16%、ナーシングホームが7%、地域精神保健センターが18%である。米国では精神科医等の専門職の給料はドクターフィートとして別建てで、また薬剤費も別に計上されている。これらの支出割合が経年的にどのように変化してきたかを図6に示す。大きな変化としては、州立病院およびナーシングホームの支出割合が大幅に減少し、薬剤費および地域精神保健センターの支出割合が増加している。

4. パフォーマンス測定の試み

近年の興味深い動向として、精神科医療におけるパフォーマンス測定の試み

がある。2000年前後に医療事故の問題が社会問題となり、「安全な医療」が求められるようになった⁶⁾。さらに、医療安全を含む「医療の質」に関する報告がなされ、「受けられるべき医療」と「受けている医療」との谷間をいかに越えるかが、米国では議論されていることがその背景にある⁷⁾。精神科医療においても注目されており⁸⁾、国際的なフレームワークづくりが始まっている。米国でのパフォーマンス測定の例を、【参考資料】として掲載した。

D. 考察

精神保健医療における以上の変化の背景には、米国政府の政策が大きく関連している。背景にある政策の動向について考察する。

米国では、篤志家による人道的な活動として、保険制度のなかった時期から、人道的な精神科医療が始められていた。1752年に米国で初めて設立されたペンシルバニア総合病院にも、医療サービスのひとつとして精神障害者ケアが含まれていた。

1902年にニューヨークのAlbanyに初めて総合病院精神科病棟が建設された。また1906年にミシガン大学病院に初めて精神科病院が設立されるなど、民間精神科医療の大学での基盤が確立していった。

その後、精神科医療の中心は、総合病院精神科から単科精神科病院へとシフトしたが、これらのプログラムの効果が明確ではなかったこと、また専門家間で

診療に大きなばらつきがあったことなどから、特に保険会社などの支払者は、長期ケアが必要な慢性的な障害、精神障害および結核の治療・ケアを民間保険の対象外とした。

1950年代まで州立精神科病院は巨大化していき、2万床を有する病院も存在した。1955年に米国でクロールプロマジンを導入され、長期に入院しなくてはならなかった精神障害者が服薬をしながら地域で生活することが可能になった。またジョンF.ケネディ第35代大統領が1961年にケネディ教書「Action for Mental Health」を議会に提出した結果、1963年に「地域精神保健センター法」が成立し、精神科医療の見直しが始まり、徐々に脱施設化が進んだ。人口7万5000人～20万人ごとに地域精神保健センターを設立することを目標に、国家レベルで精神保健施策は展開されたのである。

公的保険であるメディケアとメディケイドが策定されたことにより脱施設化は加速度的に進む。メディケアにより総合病院精神科へのアクセスが改善し、単科精神科病院への入院は生涯で190日という上限が決められていたため、入院医療は急性期医療を担うようになる。

一方メディケイドの導入により、多くの州政府では、単科精神科病院での医療費の支出おこの保険の対象からはずし、総合病院での精神科医療や低所得者層への長期療養ケアの費用を支払うことにした。そのため、脱施設化によって州立精神科病院を退院した重度の精神障害者を、民間のナーシングホームが受け入れるようになった。認知症患者も州立

精神科病院へは入院できなくなった。

脱施設化施策と公的保険の登場で、州立精神科病院の病床は急激に減少し、退院患者はナーシングホームに移り、残りは地域で生活することになった。しかし急激な変化は、ホームレスの増加や、医療中断による再入院を増加させることになったと当時いわれていた。そのため、1976年には第39代ジミー・カーター大統領はカーター教書を提出し、精神科医療において地域医療およびアフターケアの重要性が強調された。1980年代になるとこれまで連邦政府が中心となってきた精神科医療政策とその財源が、州政府が中心になり、脱施設化は地域医療の充実とともに加速化していったのである。

その後医療費の高騰が問題となり、メディケアによる病院への支払方式の改革にのりだした。1982年の法律(TEFRA法)により、これまで出来高支払であった仕組みを、効率的な診断群別支払方式(DRG/PPS)に変更した。ただし単科精神科病院と総合病院の精神科では、この方式の導入を免除され、引き続き出来高で行われることになった。1987年のOBRA87法は、医療費の削減と効率的な資源の利用を促進するとともに、精神障害者のナーシングホームへの入所を制限するようになった。

政府のこれらの医療費削減策は、民間セクターの役割を増大させ、「マネジドケアを通して資源の消費をコントロールする」という考え方が強くなる。医療を受ける前の事前審査と利用度審査によって、1980年代後半から1990年代に

かけて、精神科医療を受けることが制限された。公的保険であるメディケイドおよびメディケアも、1983年にアリゾナ州のメディケイドにマネジドケアが導入されたことを皮切りに、多くの州で導入されていき、支払は一層厳しくなっている。

本論の結果で示されている精神科医療の動向の変化には、以上の政策が背景にあると考えられる。

E. 結論

本論では、米国における精神科医療費と精神科医療サービスに焦点を当て、わが国への示唆を念頭におきながら、米国での政策の動向を考察した。これからのわが国のよりよい精神科医療を構築するためには、政策が臨床にどのように影響するかを注意深く観察しながら、将来の政策を立案していく必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Ito H. Quality and performance improvement for mental healthcare in Japan. *Current Opinion in Psychiatry* 22: 619-622, 2009.

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

本分担研究の成果の一部は、新福尚隆、浅井邦彦編集 世界の精神保健医療：現状理解と今後の展望（へるす出版）に報

告した。

参考文献

1. Kessler, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51, 1994.
2. Frank RG, Glied SA. Mental health policy in the United States since 1950: Better but not well. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2006.
3. 合衆国商務省センサス局編（鳥居泰彦監訳）. 現代アメリカデータ総覧 2007, 東洋書林, 2008.
4. Lamb HR. Lessons learned from deinstitutionalisation in the US. *British Journal of Psychiatry* 162: 587-592, 1993.
5. Manderscheid RW, Henderson MJ. Mental Health, United States, 2002. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, 2004.
6. 米国医療の質委員会医学研究所（医学ジャーナリスト協会翻訳）. 人は誰でも間違える. 日本評論社, 2001.
7. 米国医療の質委員会医学研究所（医学ジャーナリスト協会翻訳）. 医療の質: 谷間を越えて 21世紀システムへ. 日本評論社, 2002.
8. Institute of Medicine. Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. National Academy Press, Washington, DC, 2006.

【参考資料：米国における医療の質（パフォーマンス）の評価】

米国医学会

- Physician Consortium for performance improvement (PCI)
- 医療の質向上と患者安全の推進のために策定
- 42 領域で 261 の指標を策定
- Behavioral health 指標（合計 14 指標：測定期間中の割合）
 - 全大うつ病性障害のうち新たに DSM-IV の基準に該当した患者割合
 - 大うつ病性障害のうち自殺リスクを毎回評価した患者割合
 - 大うつ病性障害のうち重症度を評価した患者割合
 - 大うつ病性障害のうち適切な治療（別に定義）を受けた患者割合
 - 大うつ病性障害で抗うつ薬治療中断のある患者のうち、16 週間以上治療を継続して寛解した患者割合
 - 以下略（9 指標）

米国精神医学会（2002）

- 米国精神医学会タスクフォース
- 医療機関、保険会社、およびシステムの評価のためのフレームワークと指標例を開発
- 4 領域 64 指標
- 指標の領域概要
 - アクセス（例：効果的な薬物療法と専門サービスへのアクセス）
 - 質（例：診断評価、薬物療法、心理社会的治療）
 - 治療ケアの認識（患者・家族・治療者の満足度）
 - アウトカム（例：機能レベルや QOL の改善、症状の軽減安定）

米国保健福祉省の医療研究・品質局

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)：標準医療の均てん化を担う政府機関
- 利用者・患者の観点からの医療の質の測定・報告・向上を目的に策定
- Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)
- 指標例：カウンセリングや治療がただちに必要であった場合に受けられていたか

ナーシングホームの評価指標（メディケア・メディケイドサービスセンター）

- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
- Minimum Data Set (MDS)：メディケア受給のためにナーシングホームには測定が義務化
- 指標概要：2 領域 8 指標
 - 気分と行動パターン（Section E）：5 指標
抑うつ・不安・悲嘆、気分の持続、気分の変化、行動上の症状、行動上の変化
 - 心理社会的 Well-Being (Section F)：3 指標
参加の意識、人間関係、過去の役割

医師の質報告指標（メディケア・メディケイドサービスセンター）

- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
- Physician Quality Reporting Initiative (PQRI)：メディケアのドクターフィー等と連動する任意報告制度
- 指標概要：4 指標
 - 初発大うつ病患者の急性期での抗うつ薬処方（12 週間）の割合
 - 全大うつ病性障害のうち新たに DSM-IV の基準に該当した患者割合
 - 大うつ病性障害のうち自殺リスクを毎回評価した患者割合
 - 標準化された尺度によってうつ病・うつ状態を評価した割合

米国の第三者評価団体

- Joint Commission Performance Measurement Initiative

- 日本医療機能評価機構のカウンターパート
- National Hospital Quality Measure
- 7領域（アセスメント、治療計画と治療、希望とエンパワメント、患者主導ケア、患者安全、治療継続と移行、アウトカム）
- 検討されている指標例：入院時のアセスメント、身体拘束時間、隔離時間、退院時の抗精神病薬多剤処方、正当化されている退院時の抗精神病薬多剤処方、退院後の継続ケア計画、転院・施設移行者への退院時ケア計画

全米医療の質保証委員会

- National Committee for Quality Assurance (NCNQ)
- The Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)：保険会社等のヘルスプランの評価指標
- 指標概要：5領域9指標
 - 抗うつ薬マネジメント：12週間の治療継続等の3指標
 - 退院後のフォローアップ：短期再入院率等の2指標
 - 利用度（平均在院日数）：1指標
 - 注意欠陥・多動性障害児のフォローアップ：30日以内のフォローアップ等の2指標
 - アルコール・薬物依存サービス利用：1指標

【補足：米国以外での取り組み】

精神科におけるインディケータ (Australia)

診断（入院後短期間での診断確定）、身体的所見、処方パターン、電気けいれん療法、隔離の使用、主要で重要なインシデント、再入院、死亡率、ケアのモニタリング、ケアの継続性

欧州地域保健指標プロジェクト

- European Commission
- European Community Health Indicator project (ECHI)：現在進行中のプロジェクト
- 指標例：
 - 健康状態
 - 特定：自殺率、うつ病、不安障害、他
 - 一般：ストレス、障害、精神障害のための失業、他
 - 個人・生物学的要因：社会的支援、孤立、他
 - 健康システム
 - 予防・治療：予防プロジェクト、精神病床数、精神科医数、他
 - 利用度：退院数、長期在院患者数、外来患者数、向精神薬の消費数、他
 - 社会・福祉サービス：精神障害者の障害年金・傷病手当
 - 医療費：精神科医療サービスの総医療費
 - 質指標：全国認定プログラムの実施

厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神障害者への対応への国際比較に関する研究（研究代表者：中根 允文）

英国のホールシステムアプローチ ～その要となる危機解決/家庭治療チーム～

分担研究者 西田 淳志（東京都精神医学総合研究所 統合失調症研究チーム）

研究要旨：わが国における今後の望ましい精神保健医療の在り方を検討する上で、近年の精神保健医療改革の過程で地域精神保健システムの強化・拡充を進めてきた英国における新たなサービスモデルの仕組みや成果を確認する必要がある。新たなサービスコンポーネントを含む個々のコミュニティケアサービスが有機的に連携し機能するホールシステムアプローチの実際とその要となる危機解決/家庭治療チームの機能・役割等を明らかにし、わが国における地域精神保健医療サービスモデルの構築にあたっての示唆を得たい。

（研究協力者）

都立松沢病院 伊勢田 堯

都立松沢病院 石倉 習子

東京大学医学部附属病院 山崎 修道

松平クリニック 瀧本 里香

都立府中病院 安藤 俊太郎

A. 目的

精神保健医療分野におけるコミュニティケア体制の拡充・充実は、わが国においても喫緊の課題である。しかしながら、そうしたコミュニティケアの拡充・充実を推進するための国家的・行政的な具体的戦略と財政的保証が明確でないため、実際には、それを実現する見通しがはっきりと立たない状況が続いている。こうした状況の打開策を検討するうえで、諸外国においてすでに実現し、成果を上げているコミュニティケアモデルに関する情報を精査し、その重要なコンポーネントを抽出することが重要と考えられる。

1999年から始まった英国における精神保健医療改革は、この10年間で目覚ましい

成果を上げ、その改革過程で当事者・家族のニーズに応えられるコミュニティケアモデルが構築されてきた。近年、北欧やアジアの複数の国々では、こうした英国における最新のコミュニティケアモデルを積極的に取り入れる動きがみられる。

本年度分担研究課題としては、英国の精神保健医療改革の中で実現した最新のコミュニティケアモデル、特にその支柱である「危機解決/家庭治療チーム」に関する情報を収集し、わが国にコミュニティケアシステムの在り方を検討する際の示唆を得たい。

B. 方法

分担研究者および研究協力者がこれまでに訪問視察した英国のノッティンガム NHS トラスト、南モーズレイ NHS トラスト等の情報と、本年度来日された英国精神保健医療政策責任者 Louis Appleby 教授、ならびに Institute of Psychiatry Graham Thornicroft 教授からの情報提供、ならびに文献研究によって、必要な情報を収集・整理し、それに基づいて検討を行った。