

精神保健医療に関する制度の国際比較

研究分担者：藤井 千代¹⁾

研究協力者：小塩 靖崇¹⁾、島津 恵子¹⁾、種田 綾乃¹⁾、堀口 寿広¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

要旨

本研究の目的は、諸外国における精神障害者の処遇とわが国の現状を比較することにより精神保健医療福祉システムに関するわが国の課題を国際的な視野から明らかにし、その結果を踏まえてわが国の精神保健医療福祉システム改善のための具体的な提言を行うことである。今年度は、主としてアジア圏の精神保健医療福祉システムとの比較検討を行った。また、WHOが作成するMental Health Atlasについて、前回(2014)作成時にわが国の集計方法を説明し同障害については正確な患者数の回答ができなかったが、今回2017版の作成チームから国際比較のため患者数(入院および外来)について報告することを再度要請されたことから、患者調査の当該データより、双極性障害の入院患者数と外来患者数の総数を推計した。

A. 研究の背景と目的

わが国の精神保健医療福祉に関する制度設計を行うにあたっては、国際条約等を含む、海外における制度についても十分に考慮することが必要である。それぞれの国は各国の実情に応じた精神保健医療福祉制度を有しており、わが国が海外の取り組みをそのまま取り入れることには困難が多い。しかしながら、先進諸国においては、精神障害者を地域で支える仕組みの構築が一般化しており、障害者権利条約の採択等を受け、人権擁護のための制度の見直しも進められている。わが国の制度を国際基準に合致したものにしていくためにも、海外の状況に関する情報を遅滞なく得ることや、その情報を検討することが重要である。

今年度は、日本と文化的背景を一部共有するアジア圏の状況に焦点を当て、精神保健医療福祉の制度の変化を検討する。また、世界保健機構(World Health Organization; WHO)が作成するMental Health Atlasについて、前回(2014)作成時にわが国の集計方法を説明し同障害については正確な患者数の回答が

できなかったが、今回2017版の作成チームから国際比較のため患者数(入院および外来)について報告することを再度要請されたことから患者数の推計を試みることにした。

B. 研究方法

1. インタビューによる調査

韓国、シンガポール、その他のアジア圏の国における精神保健医療福祉制度について、Chonbuk National University Medical School 精神科講座のYoung Chul Chung 教授、The University Hong Kong 精神医学講座のEric Chen 教授、National Taiwan University Hospital 精神科のChen-Chung Liu 医師、Division of Mental Health Service and Planning, National Center for Mental Health(韓国)のTae-Yeon Hwang 部長、Department of Forensic Psychiatry, Institute of Mental Health (シンガポール)のJerome Goh 医長と、面接及びウェブ会議によるインタビューを実施し、情報収集を行った。

2. 患者調査の2次分析

厚生労働省に平成26年患者調査の当該データについて目的外利用申請を行い、躁うつ病（F31）およびうつ病（F32-33）の患者数を入手し、双極性障害の入院患者数と外来患者数の総数を推計した。

C. 結果

1. 非自発的入院制度

1) 韓国の非自発的入院制度

韓国では、1970年代以前は、未認可の隔離施設への収容や、医療が十分に提供されない状況での収容などが問題となっており、その後人権擁護の必要性に対する認識の高まりや、国民健康保険制度の確立、病院の急増などを経て、1995年に精神保健法が制定された。その後、1997年、2000年、2004年、2008年、2013年、2015年と改正を重ねており、現行法は2016年に制定され、2017年より施行されている。

2016年改正においては、わが国の医療保護入院に相当する、保護義務者入院が大きく改正された。改正前は、①入院治療を必要とする程度の精神疾患があり、②自身の健康や安全、他者の安全のために入院等が必要であると精神科専門医1人が判断すれば、保護義務者2人の同意により6ヶ月を限度として非自発的入院が可能であった（継続入院申請は6ヶ月毎）。改正後は、①、②の要件はほぼ同様であるが、まず保護義務者2人以上が入院の申請を行い、精神科専門医1人が、要件に該当するかどうかを判断する。精神科専門医が、非自発的入院が必要と判断した場合は、2週間を限度として入院できる。もしそれ以上の入院が必要と考えられる場合には、所属の異なる精神科専門医による診察を行い、同様に、継続入院が必要と判断されれば3ヵ月までの入院延長が認められる。また、入院から3日以内には、入院患者の身元情報や診断、入院治療の必要性などについて、わが国の精神医

療審査会に相当するレビューボードに報告がなされなくてはならない。3ヵ月を超えて入院が必要となる場合には、精神保健評価委員会の承認が得られれば、6ヶ月毎に入院の延長は可能である。全般的に、非自発的入院のプロセスが厳密化していると言える。この手続きの厳密化の影響からか、2016年12月に全体の64.4%を占めていた非自発的入院は、改正法施行後の2017年6月には、46.1%まで減少している。

2) シンガポールの非自発的入院制度

シンガポールの非自発的入院は、Institute of Mental Healthのみで受け入れている。精神疾患があり、自傷他害のおそれがある場合に適用となるが、以下の通り、入院期間によってその手続きが異なる。

Form 1（72時間以内の入院）：医師（精神科以外の医師でも可）の判断により入院可能。

Form 2（1ヶ月以内の入院）：医師（精神科以外の医師でも可）の判断による。ただし、

判断する医師は、**Form 1**で判断した医師以外。

Form 3（6ヶ月以内の入院）：2名の医師の判断。2名のうち1名は、精神科医でなくてはならない。

Form 5（12ヶ月まで）：審査委員会の申告に基づき治安判事が判断する。（更新可能）

2017年のそれぞれの**Form**の月平均日数は、**Form 1**：375名、**Form 2**：141名、**Form 3**：7名、**Form 5**：1名であった。

2. ケースマネジメントのあり方

韓国においては、精神科病棟から退院した後の地域における支援を重視しつつある。

2016年には、精神保健促進及び福祉支援法が成立し、地域で生活している重症精神疾患患者の福祉的ニーズを満たすための福祉サービスを整備することとなった。その中には、職病リハビリテーション、生涯教育、文化的活動やスポーツへの支援、家族支援と家族心理教育などが含まれる。ケースマネジメントに

についても重視しているが、現在のところケースマネジャー1人あたりが担当する利用者は平均73名であり、人的資源の不足が問題となっている。患者が非自発的入院となった場合、退院後1カ月間は、情報システムによって共有された患者情報に基づいて、地域において関係機関が協働して集中的なケアが提供される(図1)。なお、韓国においては地域治療命令が法律上規定されているが、実際にはまだほとんど利用されていない。

シンガポールにおいては、プライマリレベルより重症(セカンダリ以上)の精神疾患患者には、主治医の他にケースマネジャーが選任される。ケースマネジャーは、本人への直接サービスの提供等を通じて本人の希望やニーズを把握し、サービス全体をコーディネートする。特に早期介入においてケースマネジメントを重視しており、ケースマネジャー1人あたりの担当利用者は20人程度と、集中的なケースマネジメントが提供されている。

シンガポールでは、地域治療命令に相当するような仕組みは取り入れられていないが、精神障害者が退院後に地域生活を安定的に送るための支援の必要性は認識されており、一時帰宅(仮退院)制度のトライアルが実施されている(図2)。トライアルの結果を踏まえて、今後制度の導入等が検討される。

3. わが国における気分障害の患者数

患者調査について入手したデータセットをもとに推計した双極性障害の患者数については、表1の通りであった。

受療率算出に用いた人口は平成22年国勢調査の値128,057,352を用いた。総患者数算出に用いた平均診療間隔は同調査「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」の総数15.9を用いた。

しかしながら、推計された総患者数は少なく実状と一致しないと判断した。そこで、研究班で協議し、気分[感情]障害(躁うつ病を含む)と、うつ病の表の数値を用いて、気

分障害の患者数の数値からうつ病の患者数の数値を減算することで、双極性障害の入院患者数と外来患者数の総数を推計した。結果、入院患者数は13,800人、外来患者数は73,200人で、総患者数は387,000人と推計した。

D. 考察

わが国においては、現在精神保健福祉法の改正に向けての調整が行われており、医療保護入院の家族等同意のあり方についての見直しや、措置入院者の退院後支援を自治体に義務付けることなどが検討されている。

非自発的入院のあり方については、各国で障害者権利条約との整合性などが議論されており、韓国においては要件をより厳しくする方向での改正が行われた。これについては、精神障害者の権利擁護の観点からは望ましい方向性であるとの見方がある一方で、必要書類が大幅に増えるなど、手続きに多くの時間を要するため実際の支援にかかる時間が制限されてしまうといった意見や、手続きに必要な人的資源(特に精神科医)の確保が困難であり必要な患者に入院治療が提供できなくなる、といった意見もあり、今後のさらなる制度改正に向けて、議論が続けられている。シンガポールの非自発的入院の仕組みは、短期間の非自発的入院については比較的シンプルなステップで入院ができるようになっており、入院期間が長くなると司法が関与するようになっていく。これは、医療への迅速なアクセスを重視しつつ、長期間の不適切な入院が行われないようなセーフガードを設けたシステムであるといえる。

精神障害者の地域生活支援においては、ケースマネジメントが重要であることは、ほぼ確立された考え方であるといえる。精神科領域におけるケースマネジメントは、脱施設課の流れとともに生まれた支援技法(又はシステム)であり、今日では先進国における地域精神科医療においては必要不可欠である²⁾。ケースマネジメントの効果に関しては、サー

ビスを調整するのみのブローカリング型マネジメントについては、効果は明確ではないとの指摘がある³⁾。一方で、積極的なアウトリーチサービスの提供やケースマネージャーが直接サービスを提供する集中的ケースマネジメント (intensive case management; ICM) モデルは、標準的な地域ケア (ケースマネジメントを実施しない地域ケア) と比較し、入院期間の減少、サービスの安定的な利用、全般的機能の向上、就労等のアウトカムについて、有意な改善があるとされている⁴⁾。わが国の精神障害者のケースマネジメントは、多くは総合支援法に基づくブローカリングタイプのマネジメントである。韓国のケースマネジメントも、わが国の状況と似通っている。シンガポールにおけるケースマネジメントは、ICM に近い方法で行われており、特に早期支援における効果が高いとのことであった。

今後、韓国やシンガポールなど、ケースマネジメントをシステムとして導入し始めた国での効果などを検証し、わが国でケースマネジメントを展開していく上での参考とすべきであろう。

WHO の Mental Health Atlas については、わが国でも正確なデータを世界に向けて発信していく必要があることを考慮すると、患者調査や National Data Base 等を活用して、今後継続的にデータを提供できるように準備を整えていく必要があると思われる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表

Fujii C: Laws for involuntary admission in Japan. Annual Congress of Korean Society of Schizophrenia Research 2017, Daegu, 2017.5.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献)

1) Moore ST: A social work practice model of case management: the case management grid. Social Work 35:444-448, 1990.

2) Thornicroft G, Szmukler G, Mueser K, et al: Oxford textbook of community mental health. Oxford: Oxford University Press, 2011.

3) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906, 2017.

4) Ziguras SJ, Stuart GW: A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 51:1410-1421, 2000.

表1 わが国における気分障害の患者数（平成26年度患者調査より推計）

| | 推計患者数(単位:千人) | | | 受療率(人口10万対) | | 総患者数 (単位:千人) |
|-------------|--------------|------|------|-------------|------|-----------------|
| | 総数 | 入院 | 外来 | 入院 | 外来 | |
| 躁うつ病:F31 | 18.3 | 11.1 | 7.2 | 8.7 | 5.6 | 106.1 |
| うつ病:F32-F33 | 33.8 | 14.7 | 19.0 | 11.5 | 14.9 | 282.3 |

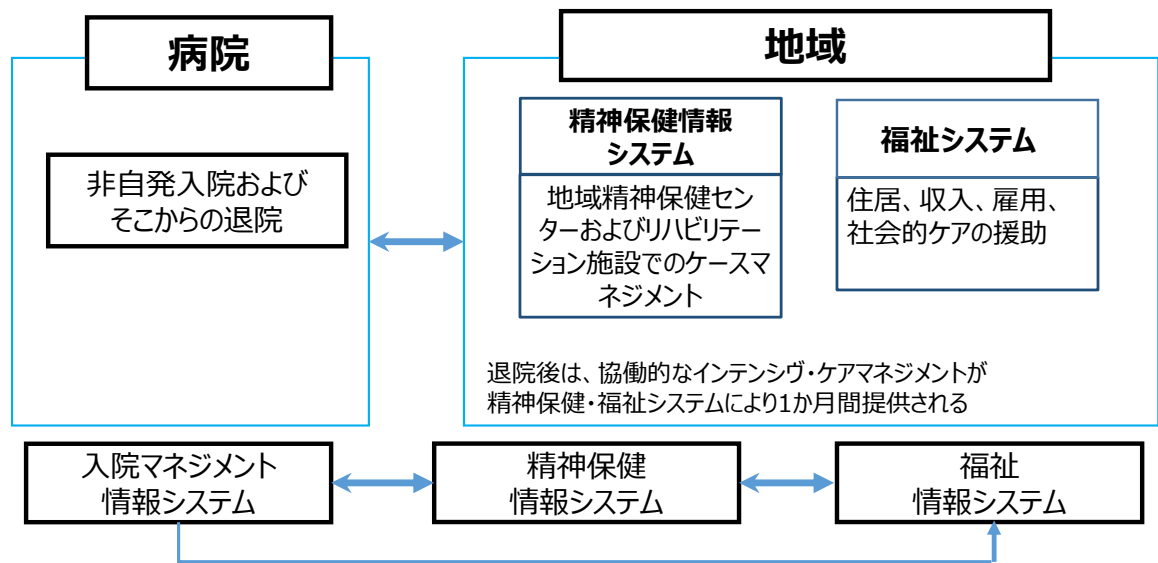


図1 韓国における統合的精神保健情報システムの発展

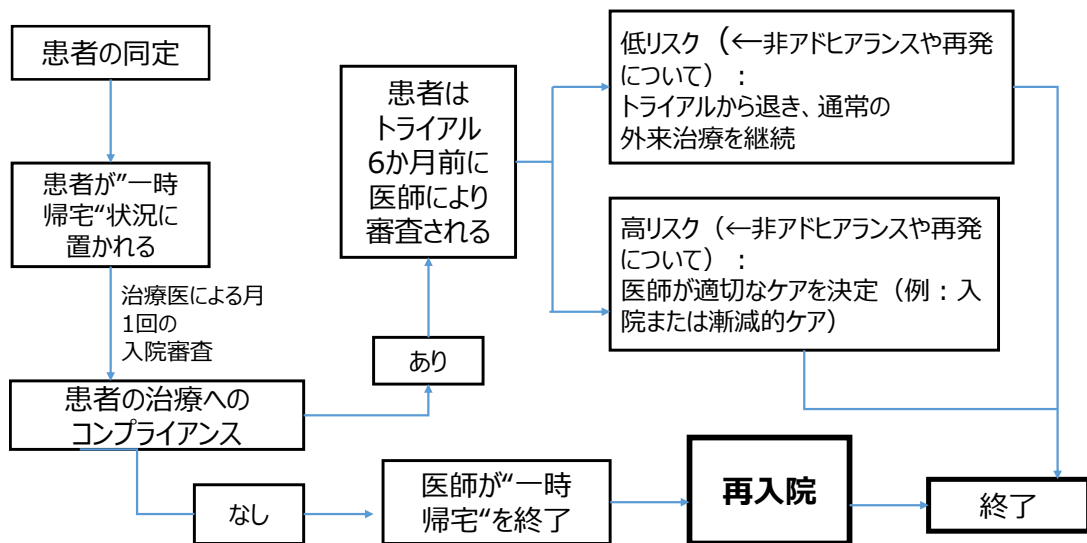


図2 シンガポールにおける退院後支援（トライアル）