

令和3年度 障害者総合福祉推進事業

精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の
国際比較に関する調査

事業報告書

令和4年3月

PwC コンサルティング合同会社

目次

1. 調査の概要	1
(1) 調査の背景・目的	1
(2) 調査対象国・項目・方法	2
2. 各国の調査結果	4
(1) アメリカ	4
(2) イギリス	9
(3) ドイツ	15
(4) フランス	20
(5) イタリア	25
(6) カナダ	30
(7) オーストラリア	35
(8) 韓国	40
3. 考察	45
(1) 類似点・特徴の整理の考え方	45
(2) 調査対象国の類似点・特徴	45
(3) 調査結果からの示唆	49
(4) 本調査における課題と今後の比較の可能性	50
付属資料	54
各国比較表	

1. 調査の概要

(1) 調査の背景・目的

平成 29 年度の国民医療費は 43 兆 710 億円で、医科診療医療費に占める精神及び行動の障害の割合は 6.2%となっている。特に、65 歳未満においては、精神及び行動の障害の医療費は第 4 位となっており、最近の 10 年間ににおいても増加傾向にある。諸外国と比較し、多剤投薬が多いこと、平均在院日数の長さや病床数の多さなどが医療コストに影響を与えているという、OECD の報告もある。また、精神疾患の治療においては、インフォーマルケアの費用や、患者の休職や離職による労働損失等、社会的負荷が大きいことが知られているものの、諸外国との比較は明らかではない。

各国の保健医療福祉制度は大きく異なることから、本事業においては、諸外国におけるデータの定義の違いを踏まえて、精神疾患にかかる諸外国の保健医療福祉提供体制等の比較を行う。調査結果は、我が国における精神疾患にかかる保健医療福祉提供体制等の課題整理や今後の施策への反映に係る検討に資する基礎資料としてとりまとめる。また、社会的コストに基づく比較の可能性についても、有識者等への調査を通じて考察を加える。

(2) 調査対象国・項目・方法

① 調査対象国

調査対象国の選定にあたっては、我が国における課題整理や今後の施策検討に資するよう、経済規模、精神疾患に係る保健医療福祉提供体制に関する取組の先進性、地域等を考慮した。具体的には、G7 諸国(アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、イタリア、カナダ)、オーストラリア、韓国の計 8 か国を主な調査対象国として設定した。加えて、経済協力開発機構(以下、「OECD」)や世界保健機構(以下、「WHO」)の統計より把握可能な量的情報に関しては、G20 諸国(アルゼンチン、ブラジル、中国、インド、インドネシア、メキシコ、ロシア、サウジアラビア、南アフリカ、トルコ)についてもとりまとめた。

なお、連邦制をとる国は州ごとに法制度が異なるため、法律等に関連する項目については、政治経済的に中心的な役割を担う州を調査対象とした。具体的には、アメリカについては、首都のワシントン D.C. が特別区であることに鑑みニューヨーク州を、ドイツ、カナダについては、それぞれ首都が所在するブランデンブルク州とオンタリオ州を対象とした。また、オーストラリアについても連邦制をとっているが、1994 年にオーストラリア連邦政府保健大臣の諮問委員会(精神保健部会)で報告されたモデル精神保健法が各州の州法のベースとなっており、一定の共通性がみられることから、州ごとの差異に留意しながら全州まとめて記載することとした。

表 1-1. 調査項目と本報告書中の掲載箇所

分類	国	調査項目
主要国	アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、イタリア、カナダ、オーストラリア、韓国	全ての項目
その他 (G20 諸国)	アルゼンチン、ブラジル、中国、インド、インドネシア、メキシコ、ロシア、サウジアラビア、南アフリカ、トルコ	OECD、WHO の統計より把握可能な量的情報

② 調査項目

調査項目については、個別の数値のみでなく調査対象国の保健医療福祉提供体制の全体像を踏まえた比較ができるよう、制度に関する質的情報、医療資源や医療提供状況に関する量的情報を項目として設定した。量的情報については、可能な限り同時点または近い年で各国間の比較が可能となるよう、OECD、WHO、各国の公式の統計から継続して取得可能なものを中心に設定した。

なお、精神疾患に係る社会的コストは、直接費用(医療福祉サービスの費用等)や間接費用(労働市場への影響等)を政府の業務統計等を踏まえて推計した数値であり、継続的には公表されておらず、また推計にあたって設定する前提によって数値が大きく変動する。以上を踏まえ、本調査においては保健医療福祉提供体制に関するデータを中心にとりまとめ、社会

的コストについては、今後国際比較に用いる場合の留意点等を整理することとした。

表 1-2. 調査項目と本報告書中の掲載箇所

大項目	質的情報		量的情報	
	I. 制度		II. 医療資源	III. 医療提供状況
① 精神医療の概略	<ul style="list-style-type: none"> • 主要な法律における精神医療の対象の定義 • 精神医療の公的医療提供体制 • 精神医療・精神障害福祉におけるケア • メンタルヘルスの増進・予防施策（予防的早期介入、復帰支援 等） 		-	<ul style="list-style-type: none"> • <u>復帰支援の実施状況</u>
② 精神病院及び福祉施設・住居	<ul style="list-style-type: none"> • 精神病院の類型 • 精神病床の類型 • 精神疾患関連の福祉施設・住居の類型 		<ul style="list-style-type: none"> • <u>精神病院数</u> • <u>福祉施設・住居数</u> • <u>精神病床数</u> • <u>福祉施設・住居のベッド・定員数</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>入院患者数</u> • <u>平均在院日数</u>
③ 非同意入院及び隔離・拘束	<ul style="list-style-type: none"> • 非同意入院・隔離・拘束関連の法令等と内容 • 非同意入院・隔離・拘束の要件・手続 • その他（医療機関以外での施錠可否 等） 		-	<ul style="list-style-type: none"> • <u>非同意入院数</u> • <u>隔離・拘束件数</u> • <u>隔離・拘束実施施設数</u> • <u>隔離・拘束時間 等</u>
その他	-		<ul style="list-style-type: none"> • <u>ソーシャルワーカーの数</u> 	-
掲載箇所	報告書「2. 各国の調査結果」 各国比較表 パート I		各国比較表 パート II	各国比較表 パート III

*下線の項目については、OECD、WHO 統計より主な調査対象国以外 (G20 諸国) についても整理

③ 調査方法

質的情報については、各国政府の法律、政策文書、ホームページ、欧州委員会等の国際機関の調査報告、精神科医療関連の専門家団体(精神科医療の学会等)の論文等をもとに整理した。量的情報については、OECD、WHO の統計における調査対象国のデータを参照軸としながら、各国政府の公的統計を用いて補完した。なお、隔離・拘束に関連する量的情報については、公的統計が公開されていない、あるいはそもそも集計されていない国もみられたため、各国の研究者が独自に行った調査等も適宜収集して補完した。以上を通じて整理した質的情報、量的情報を踏まえ、調査項目ごとに各国の類似点や特徴を整理し、考察を加えた。

2. 各国の調査結果

(1) アメリカ

①. 精神医療の概略

<p>主要な法律における精神医療の対象の定義</p>	<p>アメリカでは、州ごとに精神保健福祉に関する法律が定められている ※以下、ニューヨーク州の例</p> <p><ニューヨーク州精神衛生法(Mental Hygiene Law)></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 非同意入院の手續等を規定 ・ 精神障害(mental disability)は、精神疾患、知的障害、発達障害、依存症等を指す
<p>精神医療の公的医療提供体制</p>	<p><医療保障制度の概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アメリカの医療保険制度は公的保険、民間保険から成り、2018年時点の加入率は約92%となっている。公的保険は、高齢者・障害者向けのメディケア、低所得者向けのメディケイド、児童医療保険プログラム、退役軍人保険に限定されているため、これらの対象外となる大部分の現役世代は民間保険に加入している。2018年時点で民間保険には国民の約67%が加入しており、うち約55%が企業の福利厚生の一環として提供され、残りは個人の任意加入となっている。 ・ 長期ケアについては、基本的に急性期とその直後(Post-acute care)を対象とするメディケアや企業の保険の給付対象外となっており、長期ケアをカバーする民間の任意保険の加入率は2016年時点で7.5%にとどまっている。なお、メディケイドは長期ケアも対象としている。 <p><精神医療に関連する制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の疾患と同様、精神疾患も上記の保険制度の対象となっている。 ・ 慢性的な精神疾患・障害を持つ者は、65歳未満であってもメディケアの対象となることがある。
<p>精神医療・精神障害福祉におけるケア</p>	<p><概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1961年、公民権運動の高まりの中で、精神保健と精神疾患に関する合同委員会(Joint Commission on Mental Health and Illness)がまとめた精神保健行動計画(Action for Mental Health)が連邦議会に提出された。1963年には精神薄弱者施設及び地域精神保健センター設立法(Mental Retardation Facilities and Community

	<p>Mental Health Centers Construction Act)が制定され、地域精神保健センター(CMHC)の建設によって地域型支援のインフラ強化が図られた。1950年代からの治療法(抗精神病薬、精神療法等)の進歩もあいまって、以後、公立病院・施設中心の精神医療から地域を基盤とするケアへの移行が進められた。</p> <p><提供されるケアと担い手></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 総合病院等に設置されたCMHCにおいて、診断的評価、外来の治療、緊急時の入院治療等が実施されている。 ・ 長期ケアは、基本的に居住型ケア施設・住居で提供されている。
<p>メンタルヘルスの増進・ 予防施策 (予防的早期介入、復帰支援等)</p>	<p>WHOのMental Health Atlas 2017に掲載されている主要なプログラムは以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Community Mental Health Services Block Grant 日常生活が困難な重度の精神疾患(Serious Mental Illness、SMI)を持つ成人と情緒障害(Severe Emotional Disturbance、SED)を抱える18歳未満の子どもを対象とする地域型メンタルヘルスシステムの構築を支援する、政府の助成金プログラム。 ・ National children's mental health awareness Day 毎年5月に行われる全米児童メンタルヘルスケア啓発デー。子どものメンタルヘルスケアの重要性に焦点を当て、重度の精神疾患(SMI)と情緒障害(SED)を抱える子どもとその家族を支援することを目的に、健康フェアや教育フォーラム、メンタルヘルスの救急訓練等、各州で様々なイベントやプログラムが実施されている。

②. 精神病院および福祉施設・住居

精神病院の類型	精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院
精神病床の類型	急性期ケア病床、長期ケア病床、司法精神病床
精神疾患関連の福祉施設・住居の類型	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ナーシングホーム 主に高齢者向けに日常生活の支援や医療的ケアを行う施設であり、精神疾患や障害を持つ居住者の割合は明らかではないが、87.6%の施設でメンタルヘルスのカウンセリングが行われている ▶ 居住型ケア施設・住居 <ul style="list-style-type: none"> ・ 成人向け居住型ケアセンター 個々の疾患や障害に応じたメンタルヘルスケアを居住環境で提供する、成人向けの施設であり、99.1%の施設が居住型のケアを提供している ・ 子ども向け居住型ケアセンター 18歳未満の子ども向けに、精神科医、心理士、修士号や博士号を持つ精神科看護師の指導もとで臨床プログラムが実施されている施設であり、99.3%の施設が居住型のケアを提供している ・ 複合型メンタルヘルス施設 居住型ケア、デイケア、ショートステイ等を提供する、上記の類型に当てはまらない施設であり、50.7%の施設が居住型のケアを提供している ▶ その他 一時宿泊施設やシェルターについて、国レベルでのホームレス対策を推進する Unites States Interagency Council on Homelessness (USICH) が、自治体に対し、長期間の一時宿泊が可能な施設や、安全が確保されていない状態で生活している人が緊急時に利用しやすい(所得要件等の条件を課さない)シェルターを整備するよう促し、各自治体が提供している

③. 非同意入院・隔離・拘束

<p>非同意入院・隔離・拘束 関連の法令</p>	<p><非同意入院> アメリカでは州ごとに精神保健に関する法律が制定され、その中で非同意入院について定めている</p> <p><隔離・拘束> 非同意入院と同様、各州の精神保健に関する法令で定められている</p> <p>※司法精神医療における入院については、例えばニューヨーク州については、刑事訴訟法とその修正法で規定されている</p>
<p>非同意入院・隔離・拘束の 要件・手続</p>	<p><非同意入院> ※ニューヨーク州の例 ニューヨーク州の精神衛生法(Mental Hygiene Law)では、2つのタイプの非同意入院(非同意入院、緊急入院)を規定している。</p> <p><u>要件</u>(非同意入院の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 精神保健上の問題があり、治療が必要である ・ 入院や治療の必要性を自ら判断できない <p><u>手続</u>(非同意入院の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2名の医師による証明書が必要 <p><隔離・拘束> ニューヨーク州の精神衛生法においては、拘束の実施要件、手続等が定められている。加えて、施行規則において、実施要件、手続、方法等、具体的な規定が示されている。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 代替手段がない ・ 実施目的が妥当である <p>(懲罰や職員の利便性等の目的で実施してはならない)</p> <p>※隔離については発達障害の診断のみでは用いることができず、併せて精神疾患の診断があり、かつ隔離時の様子が継続的に確認できる場合にのみ実施可能な旨が施行規則で示されている</p> <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 隔離、拘束いずれも医師の書面による指示が必要 <p>※ただし、医師が不在の緊急時については、施設が資格や能力に基づいて裁量を認めた看護師等の判断で実施することも可能</p>

参考文献

- APA Dictionary of Psychology, community mental health center
- Carol A. Bernstein et al. (2010), Psychiatry in the USA
- Centers for Medicare & Medicaid Services(2019), Your Guide to Choosing a Nursing Home or Other Long-Term Services & Supports
- Commonwealth Fund(2020), International Profiles of Health Care Systems
- Department of Health and Human Services (2019), Long-term Care Providers and Service Users 2015-2016
- Department of Health and Human Services(2020), National Mental Health Services Survey 2019
- New York State, Mental Hygiene Law
- New York State, Official Compilation of Codes, Rules and Regulations of the State of New York:14 NYCRR 526.4 Restraint and Seclusion
- New York State Office of Mental Health(2017), Implementation Guidelines:14 NYCRR 526.4 Restraint and Seclusion
- New York State Office of Mental Health, Mental Hygiene Law - Admission Process
- New York State Office of Mental Health, Populations Served in OMH Forensic and SOTP Facilities
- OECD, OECD Health Statistics
- OECD(2020), OECD Health Statistics 2020 Definitions, Sources and Methods
- United States Interagency Council on Homelessness(2018), Home, Together- The Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness
- WHO(2017), Mental Health Atlas 2017
- WHO(2017), Mental health Atlas 2017 member state profile - USA
- 福井貞亮(2013)、精神障害者地域生活支援の国際比較-アメリカ合衆国-
- 川本哲郎ほか(2014)、精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究-アメリカ合衆国調査の概要

(2) イギリス

①. 精神医療の概略

<p>主要な法律における 精神医療の対象の定義</p>	<p><1983年精神保健法(Mental Health Act 1983)></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患・障害(mental disorder)を持つ者の受入、ケア、治療、非同意入院の手續等を規定 ・ 精神疾患・障害は心の病気全般を指すが、知的障害や発達障害を持つ者については、著しい攻撃性や無責任な行為につながっているのではない限りは入院治療等の対象とみなされない ・ 同法における精神疾患・障害には、アルコールや薬物への依存症は含まれない
<p>精神医療の公的医療 提供体制</p>	<p><医療保障制度の概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全ての居住者が、政府の国民保健サービス(National Health Service、NHS)を通じ、入院治療、内科治療、精神医療等の税金を財源とした医療サービスを無償で受けることができる。 ・ 国民の約10%は、雇用主提供、または任意の民間保険に加入し(2015年時点)、より質の高い医療サービスを受けているが、ほとんどの民間保険は精神医療、出産、救急医療、一般診療等を適用対象外としている。 ・ 長期ケアもNHSの対象となっており、ナーシングホームやケアホーム等の居住型ケア施設・住居や自宅で提供されているが、給付対象と認められるには保有する資産が一定額以下であることが条件になっている。 <p><精神医療に関連する制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の疾患と同様、精神疾患もNHSの対象となっている。 ・ 近年はプライマリケアにおいてうつや不安障害等の治療に力を入れている。
<p>精神医療・精神障害福祉に おけるケア</p>	<p><概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1948年のNHS設立に伴う精神科病院の削減、1959年精神保健法(The Mental Health Act 1959)の制定、同時期の抗精神病薬やリハビリテーション方法の登場を背景に、1950年代から脱施設化が推進された。1990年には、NHSおよびコミュニティケア法(The National Health Services and Community Care Act 1990)の制定によりコミュニティケアへの転換が強化され、精神疾患

	<p>や障害を持つ人々が地域社会で生活できる支援体制の構築が自治体に義務付けられた。</p> <p>〈提供されるケアと担い手〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療の場合を除き、あらかじめ登録した診療所できかりつけ医 (General Practitioner、GP) の診察を受ける。GP は一般的な医療の提供、疾病予防、専門医の紹介、慢性患者のケア等を担っている。GP 制度は精神医療にも適用され、それほど深刻でない病状の場合 (軽度のうつ病や不安障害等) は基本的に GP が診察し、より高度な治療が必要な場合のみ、GP の紹介で精神科の専門医に受診する。 ・ 長期ケアは基本的に居住型ケア施設・住居で提供されている。ただし、イギリスの病院の病床は、精神病床含め、急性期と長期との明確な区分がなされていない。
<p>メンタルヘルスの増進・ 予防施策 (予防的早期介入、復帰支援 等)</p>	<p>WHO の Mental Health Atlas 2014 に掲載されている主要なプログラムは以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Liaison and Diversion services 犯罪の容疑者等に刑事司法制度が適用される最初の段階で、精神保健上の問題、学習障害、薬物乱用等がみられる人を認識し、必要に応じて、医療的・社会的ケア、依存症治療等の適切な支援を受けることができるようにする取組。再犯を減らしたり、重大な犯罪の発生等の致命的な段階に至らないようにすることを目的として実施されている。 ・ Suicide prevention 自殺リスクの高いグループのリスク低減を始めとする 7 つのアクションを定めた国家戦略 (Preventing Suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save our lives) に基づき実施されている一連の自殺予防施策。同戦略は 2017 年に改訂され、現在も取組が継続されている。

②. 精神病院および福祉施設・住居

精神病院の類型	精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院
精神病床の類型	精神病床、司法精神病床 ※精神病床含め、イギリスの病床には急性期・長期の明確な区別がなされていない
精神疾患関連の福祉施設・住居の類型	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ナーシングホーム 日常生活を送ることに困難がある者が入居する施設で、資格を持つ看護師が24時間常駐し、医療的ケア(リハビリ、個々の障害に応じたケア等)を受けることができる ▶ 居住型ケア施設・住居 <ul style="list-style-type: none"> ・ 居住型ケア住宅 高齢者や、身体障害、学習障害、精神疾患・障害、アルコール・ドラッグ依存症等を持つ18歳から65歳の支援が必要な者向けの住宅であり、食事等の日常生活に対する支援が提供される ▶ その他 住宅法(Housing Act)に基づき、各自治体が一時宿泊施設やシェルターを提供している。都市圏では、通常の住宅への入居へつなげることを意識して、緊急性の高い状況を念頭に置いたシェルターを経由せずにホステル等の一次宿泊施設の利用を促すことが多い

③. 非同意入院・隔離・拘束

<p>非同意入院・隔離・拘束 関連の法令</p>	<p><非同意入院> 1983年精神保健法(Mental Health Act 1983)</p> <p><隔離・拘束> 2018年精神保健病棟(強制の行使)法(Mental Health Units(Use of Force)Act 2018)</p> <p>※司法精神医療における入院については、1983年精神保健法及び1991年刑事訴訟(心神喪失及び証言無能力)法(Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead)Act)で規定されている</p>
<p>非同意入院・隔離・拘束の 要件・手続</p>	<p><非同意入院> 1983年精神保健法では、3つの類型の非同意入院(評価のための入院、治療のための入院、評価のための緊急入院)を規定している。</p> <p><u>要件</u>(治療のための入院の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 精神保健上の問題があり、治療が必要である ・ 治療による改善が見込める ・ 代替手段がない <p><u>手続</u>(治療のための入院の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2名の登録医(Registered medical practitioner)の書面による推薦が必要 <p><隔離・拘束> 2018年精神保健病棟(強制の行使)法では、隔離・拘束等の強制的措置を行う上で取り組むべき事項(責任者の任命、指針の策定、権利擁護、職員への研修、実施の記録・報告等)について規定している。実施の要件は精神保健法の行動指針(Mental Health Act 1983-Code of Practice)で示されている。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 代替手段がない ・ 実施目的が妥当である <p>(懲罰や職員の利便性等の目的で実施してはならない)</p> <p>※化学的拘束(rapid tranquilization)については、患者が極度に興奮して攻撃的になる等の状況で、他の方法で抑制することができなかった場合にのみ用いられるべきとしている</p>

	<p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 隔離については、精神科医、医師以外の認定臨床家 (approved clinician)、看護師のいずれかによる許可が必要 ・ 機械的拘束 (mechanical restraint) については、多職種チームへの諮問を行ったうえで許可されるべきとしている。NHS の多職種チームは、精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、セラピストに加え、コミュニティケアの調整を行うケア・コーディネーター (Care Coordinator) や、精神保健法に基づく入院を決定する際等に医療的な観点以外から助言を行う認定精神保健専門職 (Approved Mental Health Professional、AMHP) で構成される
--	--

参考文献

- Carehome.co.uk(2021), Care Home Stats: Number of Settings, Population & Workforce
- Commonwealth Fund(2020), International Profiles of Health Care Systems
- Department of Health(2015), Mental Health Act 1983 - Code of Practice
- Department of Health(2014), Positive and Proactive Care-reducing the need for restrictive interventions
- European Agency for Fundamental Rights(2012), Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems
- European Commission(2019), National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion-United Kingdom
- European Observatory of Homelessness(2018), Homelessness Services in Europe
- House of Commons Library(2021), Suicide prevention: Policy and strategy
- Mental Health Europe(2017), Mapping and understanding exclusion in Europe
- National Health Service, Roles for doctors - General practice (GP)
- NHS England, About liaison and diversion
- OECD, OECD Health Statistics
- OECD(2015), Mental Health Analysis Profile-England
- OECD(2020), OECD Health Statistics 2020 Definitions, Sources and Methods
- Rethink Mental Illness(2019), NHS Mental Health Teams (MHTs)
- UK Government, Mental Health Units (Use of Force) Act 2018
- UK Government, Mental Health Act 1983
- UK Government, National Health Service and Community Care Act 1990
- UK Government(2012), Preventing suicide in England: A cross-government outcomes

strategy to save our lives

UK Government(2021), Preventing suicide in England: Fifth progress report of the
cross-government outcomes strategy to save lives

Vicky banks et al. (2011), Psychiatry in UK

WHO(2017), Mental Health Atlas 2017

WHO(2014), Mental health Atlas 2014 country profile - UK

五十嵐禎人ほか(2014)、精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究-イギリス
における精神保健福祉制度の調査・研究

(3) ドイツ

①. 精神医療の概略

主要な法律における精神医療の対象の定義	ドイツでは、州ごとに精神保健福祉に関する法律が定められている ※以下、ブランデンブルク州の例 〈ブランデンブルク州精神保健法 (BbgPsychKG)〉 <ul style="list-style-type: none">・ 精神疾患・障害を持つ、またはその兆候がみられる者に対する治療や非同意入院等の手続等を規定・ 精神疾患・障害は、精神病、それと同等の精神疾患、自制が効かなくなるほどの薬物依存を指す ※上記の通り各州で精神保健福祉関連の法律が定められているが、成年後見人の同意に基づく入院についてはドイツ連邦民法、司法精神医療についてはドイツ連邦刑法で規定されている
精神医療の公的医療提供体制	〈医療保険制度の概要〉 <ul style="list-style-type: none">・ 医療保険は強制加入であり、連邦政府が監督し、資金援助も行う公的な社会保険にドイツ国民の約 86%が加入し、残りは民間保険に加入している。・ 長期ケアは、上記の社会保険や民間保険とは別の、強制加入の長期ケア保険で賄われている。このように提供される治療の種類に応じて異なる保険制度が整えられているが、社会保険と長期ケア保険それぞれに紐づく治療を提供する医療機関は基本的に同一である。なお、長期ケア保険によってカバーされる治療費の割合は 5 割であるため、任意の民間保険への加入が勧められており、2016 年時点で約 340 万人が民間の長期ケア保険にも加入している。 〈精神医療に関連する制度〉 <ul style="list-style-type: none">・ 他の疾患と同様、精神疾患の急性期の入院治療は基本的に社会保険で、長期ケアの入院・通院治療は長期ケア保険で賄われている。・ ドイツの介護保険は全ての年齢の障害児者を対象としているため、日常的に繰り返し行われる行為について少なくとも 6 カ月以上の見込みで高度な支援を必要とする者は、要介護認定を受けることで介護保険も受給できる場合がある。

<p>精神医療・精神障害福祉におけるケア</p>	<p><概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1975年のドイツ連邦議会が実施した調査(Psychiatrie Enquête)以降、脱施設化が進み、90年代末にかけて精神病床及び精神病院の数は減少し、コミュニティケアの拡充が図られた。 <p><提供されるケアと担い手></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 資格を有するかかりつけ医がプライマリケアを提供し、より専門性の高い治療が必要な場合に病院に紹介する体制をとっている。 ・ 長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている。ドイツには、司法精神病院を除き、長期ケア病床が存在しない。
<p>メンタルヘルスの増進・予防施策 (予防的早期介入、復帰支援等)</p>	<p>WHOのMental Health Atlas 2017に掲載されている主要なプログラムは以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Verrückt? Na und! (Crazy? So What!) Irrsinnig Menschlich、GVG (いずれも民間のNPO)が主導する、青少年向けの早期介入プログラム。連邦政府、10の州政府、企業、財団等から支援を受け、ドイツ各地の学校と提携してメンタルヘルスの基礎的な知識を提供している。プログラムの開始にあたっては、早期介入による経済的コストの低減効果についても検証がなされた。 ・ Mind Matters Barmer、Gemeindeunfallversicherungsverband等のドイツの保険会社・組合とスイス連邦政府が連携して実施する児童への早期介入プログラム。子どもの学校・地域・社会への適応を支援するために1990年代にオーストラリアで開発されたプログラムをドイツで実践するもので、ストレス対応等のテーマ別の教材や、教師向けのトレーニングを提供している。

②. 精神病院および福祉施設・住居

精神病院の類型	精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院
精神病床の類型	急性期ケア病床、司法精神病床 ※ドイツの病院においては、司法精神病床を除き長期ケアが提供されていないため、長期ケア病床が存在しない
精神疾患関連の福祉施設・住居の類型	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ナーシングホーム 社会法典第 6 編に基づいて認定された、居住型、デイサービス等の通いのケアを総合的に担う施設で、居住型ケアは全体の約 74%の施設 (15,380 のうち 11,317) で提供されている ▶ 居住型ケア施設・住居 <ul style="list-style-type: none"> ・ 完全入所型施設 社会法典第 12 編に基づいて設置された、精神障害者向けの入所型施設 ・ アシステッドリビング 主に民間の福祉団体が運営する住宅(一軒家、アパート、グループホーム等)において、基本的な生活支援が提供される ▶ その他 社会法典第 7 編に定められた住宅確保等の義務に基づき、自治体がホステル等の簡易宿泊施設で一時宿泊施設やシェルターを提供している

③. 非同意入院・隔離・拘束

<p>非同意入院・隔離・拘束 関連の法令</p>	<p><非同意入院> ドイツでは州ごとに精神保健福祉に関する法律が制定され、その中で行政の長の許可に基づく非同意入院について定めているが、成年後見人の同意に基づく入院についてはドイツ連邦民法(German Civil Code, BGB) 1906 条で規定されている。</p> <p><隔離・拘束> 各州の精神保健法で定められている。 ※司法精神医療における入院については、ドイツ連邦刑法(Federal Penal Code, StGB)で規定されている</p>
<p>非同意入院・隔離・拘束の 要件・手続</p>	<p><非同意入院> ※ドイツ連邦民法に基づく入院の例 ドイツ連邦民法では、成年後見人の同意に基づく入院を規定している。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 精神保健上の問題があり、治療が必要である ・ 入院や治療の必要性を自ら判断できない ・ 代替手段がない <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師による証明書と裁判所の許可が必要 <p><隔離・拘束> ※ブランデンブルク州精神保健法の例 ブランデンブルク州精神保健法においては、隔離、拘束等の強制的な措置の実施にあたっての要件や手続が規定されている。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 代替手段がない <p>※投薬による化学的拘束は、治療への可否を意思表示をすることができない急性期の患者にのみ実施可能とされている</p> <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 隔離、拘束いずれも医師による指示が必要
<p>その他 (医療機関以外での施設可否 等)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病院の他に、犯罪を犯した青少年が入居する閉鎖住宅(Geschlossene Heime)では、他害・自傷の可能性がある場合に隔離が認められている。

参考文献

- Bundesregierung, Bürgerliches Gesetzbuch
- Bundesregierung, Strafgesetzbuch
- Commonwealth Fund(2020), International Profiles of Health Care Systems
- European Commission(2019), National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion-Germany
- European Observatory of Homelessness(2018), Homelessness Services in Europe
- Erich Flammer et al. (2015), Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German psychiatric hospitals after adoption of legislation in 2013
- Gesundheitministerskoferenz(2017), Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland Bestandsaufnahme und Perspektiven
- Jurgen Zielasek et al. (2015), Mental Health Law in Germany
- Land Brandenburg, Brandenburgisches Psychisch Kranken Gesetz
- Mental Health Europe(2017), Mapping and understanding exclusion in Europe
- OECD, OECD Health Statistics
- OECD(2020), OECD Health Statistics 2020 Definitions, Sources and Methods
- Statistisches Bundesamt(2020), Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse
- WHO(2017), Mental Health Atlas 2017
- WHO(2017), Mental health Atlas 2017 member state profile - Germany
- Wolfgang Gaebel et al. (2007), Psychiatry in Germany
- 山中友理ほか(2015)、精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究-ドイツにおける精神保健福祉制度の調査・研究

(4) フランス

①. 精神医療の概略

<p>主要な法律における 精神医療の対象の定義</p>	<p><公衆衛生法典(Code de la santé publique)第 3211-51 条></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神医療を受ける者の権利や非同意入院の手続等を規定 ※精神疾患や障害の定義には言及なし
<p>精神医療の公的医療 提供体制</p>	<p><医療保険制度の概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ フランス国民を対象とした皆保険制度と、その受給資格を持たない者向けに 2000 年に創設されたユニバーサルカバレッジ(Couvertures maladie universelle, CMU)によって、居住者の 99%以上が医療保険の受給資格を持っている。 ・ 居住者の 95%は民間保険にも加入し、公的保険では基本的な治療に限って対象となる歯科、眼科、耳鼻科等の医療サービスを賄っている。 ・ メンタルヘルスケアを始めとする長期ケアについては、公的保険で一部がカバーされる。 <p><精神医療に関連する制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医や精神科医によって提供される精神疾患に対するケアも公的保険の対象となっている。
<p>精神医療・精神障害福祉に おけるケア</p>	<p><概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1940 年代からアメリカやイギリスの治療方法が取り入れられ始め、1960 年代後半から脱施設化の取組が始まった。1975 年 7 月 30 日法(Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées)による一連のサービスや給付制度の整備を経て、1980 年にジャック・バロット保健大臣の求めによって既存の精神病床の削減が進められた。 <p><提供されるケアと担い手></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 明確な制度化、組織化はなされていないものの、かかりつけ医や精神科医が中心となって地域ケアを念頭に置いたプライマリケアを提供している。 ・ 長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている。フランスの精神科病院には長期ケア向けに整備された病床はないものの、実態として、1 年以上入院している患者が約 15,000 人(全精神病床数の 4 分の 1 程度)存在する。

<p>メンタルヘルスの増進・ 予防施策 (予防的早期介入、復帰支援 等)</p>	<p>WHO の Mental Health Atlas 2017 に掲載されている主要なプログラムは以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Promotion de la santé et de l' Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents (Panjo, Promotion of the health and attachment of newborns and their young parents) 政府機関であるフランス公衆衛生機関 (Santé publique France) と県が共同で実施している、子どもの発達や健康に決定的な重要性を持つ親との関係の構築を支援するための早期介入プログラム。初めて子供を持つ女性を、専門的なトレーニングを受けた看護師が妊娠中から生後 12 か月にかけて 6~12 回訪問し、良好な関係の構築に向けた支援を提供する。2014 から 19 年にかけて導入効果の検証が行われ、2020 年からは本格導入に向けた実証が実施されている。 ・ GBG (Good Behavior Game) 初等教育の最初の学年の生徒に提供される、心理社会的スキルの学習を通じた、タバコ、アルコール、大麻等への依存を防ぐ早期介入プログラム。生徒たちは、グループワークを通じて、自らの言葉や感情をコントロールすること、よく考えて判断すること、共同作業をまとめること、チームの機能やチームワークへの自らの貢献を分析すること等を学ぶ。
--	--

②. 精神病院および福祉施設・住居

精神病院の類型	精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院
精神病床の類型	急性期ケア病床、長期ケア病床、司法精神病床
精神疾患関連の福祉施設・住居の類型	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ナーシングホーム <ul style="list-style-type: none"> ・ 要支援高齢者向け居住施設 支援が必要な高齢者向けの施設であり、24 時間常駐する看護師による医療的ケアをはじめとして、レクリエーション等の自立に向けたケアも行われる ▶ 居住型ケア施設・住居 <ul style="list-style-type: none"> ・ アフターケア住宅 精神病院を退院した者向けの住宅 ・ 治療的・社会的家族ケア 全ての成人の障害者向けの住宅 ・ 成人障害者向け住宅 障害者向けの就労施設 (ESAT) や一般企業等で働いている障害者向けの住宅であり、居住者の約 19%が精神疾患や障害を持っている ・ 専門ケア住宅 継続的な医療的ケアやリハビリテーションが必要な成人の障害者が入居する住宅であり、居住者の約 13%が精神疾患や障害を持っている ・ 医療ケア住宅 重度の障害や複数の障害を持つ者が入居する住宅であり、居住者の約 24%が精神疾患や障害を持っている ▶ その他 ホームレス等の住居の確保を保障する法律に基づき、宿泊・社会再統合センター (CHRS) で一時宿泊施設が、緊急宿泊センター (CHU) でシェルターが提供されている

③. 非同意入院・隔離・拘束

<p>非同意入院・隔離・拘束 関連の法令</p>	<p><非同意入院> 公衆衛生法典 (Code de la santé publique) 第 3211-3251 条</p> <p><隔離・拘束> 公衆衛生法典 第 3222 条 5-1 ※司法精神医療における入院については、公衆衛生法典及び刑事訴訟法典 (Code de procédure pénale) で規定されている</p>
<p>非同意入院・隔離・拘束の 要件・手続</p>	<p><非同意入院> 公衆衛生法典では、2 つの類型の非同意入院 (第三者からの申請による治療、国の代理人の決定による治療) を規定している。 ※入院も含めた「治療」という表現で規定</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 精神保健上の問題があり、治療が必要である ・ 入院や治療の必要性を自ら判断できない <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2名の医師による証明書が必要 (緊急の場合は1名も可) <p><隔離・拘束> 公衆衛生法典においては、隔離・拘束の実施要件、手続等が定められている。加えて、高等保健機構 (Haute Autorité de Santé、HAS) が発行するガイドラインにおいて、具体的な実施方法や記録・報告方法が示されている。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 代替手段がない <p>※隔離は非同意入院患者に対してのみ実施可能であり、機械的拘束は隔離の際にのみ必要に応じて実施が認められる</p> <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 隔離、拘束いずれも精神科医による許可が必要

参考文献

- Commonwealth Fund(2020), International Profiles of Health Care Systems
- DREES(2017), Enquête EHPA 2015
- DREES(2018)、Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés en 2014
- DREES, L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés
- DREES(2021), L'hébergement des personnes en difficulté sociale
- European Commission(2019), National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion-France
- European Observatory of Homelessness(2018), Homelessness Services in Europe
- Haute Autorité de Santé(2017), Guidance leaflet - Mechanical restraint in general psychiatry
- Haute Autorité de Santé(2017), Guidance leaflet - Seclusion in general psychiatry
- Jean Louis Senon et al. (2016), New French mental health law regarding psychiatric involuntary treatment
- Magali Coldefy(2015), Les données administratives de l'isolement
- Mental Health Europe(2017), Mapping and understanding exclusion in Europe
- Michel Botbol(2006), French psychiatry
- Nicholas Henckes(2016), French deinstitutionalisation or the irony of success
- OECD, OECD Health Statistics
- OECD(2020), OECD Health Statistics 2020 Definitions, Sources and Methods
- République Française, Code de la santé publique
- République Française, Code de procédure pénale
- République Française, L'essentiel sur... Le renforcement des compétences psychosociales : pour une prévention efficace à l'école
- Santé publique France, L'étude PANJO
- WHO(2017), Mental Health Atlas 2017
- WHO(2017), Mental health Atlas 2017 member state profile - France
- 八木深(2014)、精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究-フランスにおける非同意治療に関する研究

(5) イタリア

①. 精神医療の概略

<p>主要な法律における精神医療の対象の定義</p>	<p><1978年12月法833号(LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833)第33-35、64条></p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神医療を受ける者の権利や非同意入院の手續等を規定 <p>※精神疾患や障害の定義には言及なし</p>
<p>精神医療の公的医療提供体制</p>	<p><医療保障制度の概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・全ての国民、居住者が政府の国民保健サービス(Servizio sanitario nazionale、SSN)を通じ、外来、入院、在宅等の税金を財源とした基本的な医療サービスを無償で受けることができる。 ・約10%の国民が、より快適でプライバシーへの配慮が行き届いた入院治療等をカバーし、公立、民間いずれの病院で治療を受けるかを選択しやすい民間保険に加入している。 ・長期ケアもSSNの対象となっており、入院等の施設ケアやナーシングホームよりもコミュニティケアや在宅ケアに重点が置かれている。 <p><精神医療に関連する制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患に対するケアもSSNの対象となっている。
<p>精神医療・精神障害福祉におけるケア</p>	<p><概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・戦後の社会運動の中で精神障害者の人権運動も活発化する中、1978年5月13日法180号によって公立の精神科単科病院への新規入院が停止され、脱施設化、地域ケアシステムへの移行が進み、1999年にはイタリア全土の精神科単科病院の閉鎖が完了した。司法精神病院についても2015年に全て閉鎖され、居住型ケアに移行した。 <p><提供されるケアと担い手></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域精神保健センターにおいて、精神科医、心理士、ソーシャルワーカー等の多職種による治療が提供されている。また、一部の州では、軽度のうつ等の比較的複雑性の低い患者の治療をかかりつけ医が担う制度を整備している。 ・長期ケアは居住型ケア施設・住居で提供されている。

<p>メンタルヘルスの増進・ 予防施策 (予防的早期介入、復帰支援 等)</p>	<p>WHO の Mental Health Atlas 2017 に掲載されている主要なプログラムは以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Nati per Leggere (Born to Read) <p>子どもの認知発達上重要とされる本の読み聞かせを、6歳までの子どもを持つ家庭に無料で提供するプログラム。1999年に開始され、現在はイタリア全土で実施されている。</p>
--	---

②. 精神病院および福祉施設・住居

<p>精神病院の類型</p>	<p>総合病院の精神科(各病院に最大 15 床)</p> <p>※公立の精神科単科病院は 1978 年 5 月 13 日法 180 号により新規入院が停止され、1999 年にイタリア全土で閉鎖が完了</p> <p>※司法精神病院も 2015 年に全て閉鎖され、安全対策実施住居 (Residenze per l' Esecuzione delle Misure di Sicurezza, REMS) に移行</p>
<p>精神病床の類型</p>	<p>急性期ケア病床</p> <p>※総合病院の精神科では急性期ケアのみを提供している</p> <p>※上記の通り司法精神病院は閉鎖されたため、司法精神病床は存在しない</p>
<p>精神疾患関連の福祉施設・住居の類型</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ナーシングホーム <ul style="list-style-type: none"> ・ 神経・精神医療向けナーシングホーム 認定を受けた民間の神経・精神医療専門のナーシングホームで、総合病院の精神科から退院した後の治療の連続性の確保が図られている ▶ 居住型ケア施設・住居 <ul style="list-style-type: none"> ・ 居住型施設 リハビリを通じた社会的つながり等の提供によって地域移行につなげることを念頭に置いた、定員 20 名以下の居住型の施設であり、居住者の約半数を統合失調症やうつ病等の機能性精神疾患患者が占める ・ 安全対策実施住居 2015 年までに閉鎖された司法精神病院に代わり、触法精神障害者向けに居住型ケアを提供する住居 ▶ その他 自治体により一時宿泊施設やシェルターが提供されているが、これらの施設を経由せずに最初から自身の住居を確保する“Housing First”政策が重視されている

③. 非同意入院・隔離・拘束

<p>非同意入院・隔離・拘束 関連の法令</p>	<p><非同意入院> 1978年12月法833号(LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833) 第33-35条</p> <p><隔離・拘束> 各州の州法等で定められている。 ※司法精神医療における入院については刑事訴訟法典(Codice di Procedura Penale)で規定されているが、司法精神病院は2015年に閉鎖されたため、居住型ケア施設(REMS)で治療が提供されている</p>
<p>非同意入院・隔離・拘束の 要件・手続</p>	<p><非同意入院> 1978年12月法833号において、非同意入院の要件、手続を規定している。 ※申請手続等の詳細は州によって異なる</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健上の問題があり、治療が必要である ・入院や治療の必要性を自ら判断できない ・代替手段がない <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・2名の医師からの申請に基づく、市長による決定が必要 <p><隔離・拘束> 隔離・拘束については国レベルの法律等の規定がないため、地方・自治州会議(Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome)が2010年に発表した拘束の減少・廃止に向けた提言等に基づき、州や市の法令等で要件や手続が規定されている。その内容は州や市によって大きく異なり、トリエステ市のように身体拘束を廃止している地域もみられるが、大半の地域では実施されている。</p>
<p>その他 (医療機関以外での施設可否等)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・司法精神病院に代わって設立された居住型ケア施設(REMS)は閉鎖された司法精神病院の設備を使用しており、必要に応じて隔離・拘束が行われている。

参考文献

- Angelo Fioritti et al. (2003), Italian Psychiatry - 25 years of change
Centro per la Salute del Bambino, Nati per Leggere
Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome(2010), Contenzione fisica in psichiatria:Una strategia possibile di prevenzione
Commonwealth Fund(2020), International Profiles of Health Care Systems
Corrado Barbui et al. (2015), Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins?
European Commission(2019), National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion-Italy
European Observatory of Homelessness(2018), Homelessness Services in Europe
Governo Italiano, LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833
Governo Italiano, Codice di Procedura Penale
Ministero della Salute(2018), Rapporto salute mentale 2018
Mental Health Europe(2017), Mapping and understanding exclusion in Europe
OECD(2014), Mental Health Analysis Profile-Italy
OECD, OECD Health Statistics
OECD(2020), OECD Health Statistics 2020 Definitions, Sources and Methods
Roberto Catanesi et al. (2019), The new Italian residential forensic psychiatric system (REMS). A one-year population study
WHO(2017), Mental Health Atlas 2017
WHO(2017), Mental health Atlas 2017 member state profile - Italy
小田晶彦(2018)、イタリア精神科医療における脱施設化を考える -イタリア精神科医療施設を視察して-
坂本沙織(2013)、精神障害者地域生活支援の国際比較 -イタリア-
藤井千代ほか(2016)、精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究-イタリアにおける精神保健医療福祉の概要

(6) カナダ

①. 精神医療の概略

<p>主要な法律における 精神医療の対象の定義</p>	<p>カナダでは、州ごとに精神保健福祉に関する法律が定められている ※以下、オンタリオ州の例</p> <p><オンタリオ州精神保健法(Mental Health Act)></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神医療を受ける者の権利や非同意入院の手続等を規定 ・ 精神疾患・障害は、心に関する疾患、障害全般を指す
<p>精神医療の公的医療 提供体制</p>	<p><医療保険制度の概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ カナダの連邦法に基づき、各州が医療制度(Canadian Medicare、以下「メディケア」)を整備、運用している。メディケアでは、全ての市民と永住民が無償で税金を財源とした医療サービスを受けることができる。給付内容は州ごとに異なるものの、通院治療の薬の処方や歯科治療等を除き、主要な治療はカバーされている。 ・ 国民の約3分の2は民間保険にも加入し、メディケア適用対象外の医療サービスを賄っている。 ・ 長期ケアについてはメディケアの対象外となっている。 <p><精神医療に関連する制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の疾患と同様、精神疾患もメディケアの対象となっている。
<p>精神医療・精神障害福祉に おけるケア</p>	<p><概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1960年代から各州で脱施設化が始まったが、地域ケアを実現する福祉サービスの増加は緩やかであったため、1990年代にかけて継続的に地域移行に向けた取組が進められた。 <p><提供されるケアと担い手></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患を含む慢性疾患の予防や通院治療等のプライマリケアをかかりつけ医(General Practitioner、GP)が担っている。 ・ 長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている。その形態は、個室、グループホーム、ホステル等の簡易宿泊施設と幅広く、州によって異なる。

<p>メンタルヘルスの増進・ 予防施策 (予防的早期介入、復帰支援 等)</p>	<p>WHO の Mental Health Atlas 2017 に掲載されている主要なプログラムは以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities (AHSUNC) 先住民(イヌイット、メティス)の子ども達の発達とその家族の支援に焦点を当てた早期介入プログラム。 ・ Mental Health Promotion Innovation Fund 乳幼児から若者とその家族を対象に革新的な地域ケアプログラムの提供をサポートするカナダ連邦政府の基金。社会・経済的立場からメンタルヘルスに関する問題にさらされやすい人々(先住民、LGBTQ2+、難民 等)が、優先して支援すべきグループとして挙げられている。
--	--

②. 精神病院および福祉施設・住居

精神病院の類型	精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院
精神病床の類型	急性期ケア病床、長期ケア病床、司法精神病床
精神疾患関連の福祉施設・住居の類型	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ナーシングホーム <ul style="list-style-type: none"> ・ 長期ケア住宅 24 時間看護師が常駐する、医療的なケアを必要とする者が入居する施設であり、州によってはナーシングホーム、継続ケア施設、居住型ケアホームといった名称で呼ばれている ▶ 居住型ケア施設・住居 ※オンタリオ州の例 <ul style="list-style-type: none"> ・ 保護住宅 24 時間職員常駐で基本的な日常生活の支援や服薬確認等を行う住居であり、州から認定を受けた住宅の他、ホステル等の簡易宿泊施設でも提供されている ・ サポートィブハウジング 主にソーシャルワークやリハビリテーションに専門性を持つ非営利団体によって運営される地域移行を念頭に置いた日常生活の支援を提供する住居であり、グループホームの形態をとっていることが多いが、アパートの個室でより自立した生活を送っている場合もある ▶ その他 ※オンタリオ州の例 自治体から補助金を受けて民間事業者が運営している居住型ホステル(スタッフが 24 時間常駐し、食事を始めとした基本的な生活支援を提供)に、精神疾患や障害を持つ者の一部が入居している

③. 非同意入院・隔離・拘束

<p>非同意入院・隔離・拘束 関連の法令</p>	<p><非同意入院> カナダでは州ごとに精神保健に関する法律が制定され、 その中で非同意入院について定めている。</p> <p><隔離・拘束></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 非同意入院と同様、各州の精神保健に関する法令で定められている。 <p>※司法精神医療における入院については、各州の精神保健に関する法律とカナダ連邦刑法(Criminal Code)で規定されている</p>
<p>非同意入院・隔離・拘束の 要件・手続</p>	<p><非同意入院> ※オンタリオ州の例 オンタリオ州の精神保健法(Mental Health Act)では、非同意入院の要件や手続について規定している。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 精神保健上の問題があり、治療が必要である ・ 入院や治療の必要性を自ら判断できない ・ 治療による改善が見込める <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師による非同意入院証明が必要 <p><隔離・拘束> オンタリオ州の患者拘束最小化法(Patient Restraint Minimization Act)は、拘束を行う上で取り組むべき事項(指針の策定、職員への研修、実施の記録・報告等)や、拘束の実施要件、手続について規定している。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 代替手段がない <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 拘束については、医師または認定を受けた専門家による書面の指示が必要 <p>※オンタリオ州の精神保健関連の法律には、隔離に関する明確な規定はみられない</p>

参考文献

- Canadian Institute for Health Information(2021), How many long-term care beds are there in Canada?
- Canadian Insitute for Health Information, Primary health care
- Canadian Mental Health Association, Types of Housing
- City of Ottawa, Residential Services Homes (Domiciliary Hostels)
- Clarke Institute of Psychiatry(1997), Review of Best Practices in Mental Health Reform
- Commonwealth Fund(2020), International Profiles of Health Care Systems
- Government of Canada, Mental Health Promotion Innovation Fund
- Government of Canada, Criminal Code
- Nady el-Guebaly(2004), Canadian Psychiatry: a status report
- OECD, OECD Heath Statistics
- OECD(2020), OECD Health Statistics 2020 Definitions, Sources and Methods
- Patricia Sealy et al. (2004), Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Services in Canada
- Richard L. O'Reilly et al. (2014), Canada's Mental Health Legislation
- WHO(2017), Mental Health Atlas 2017
- WHO(2017), Mental health Atlas 2017 member state profile - Canada
- 五十嵐禎人ほか(2015)、精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究-イギリスにおける精神保健福祉制度の調査・研究

(7) オーストラリア

①. 精神医療の概略

主要な法律における精神医療の対象の定義	<p>〈精神保健法(Mental Health Act)〉</p> <ul style="list-style-type: none">・ 精神医療を受ける者の権利や非同意入院の手続等を規定・ 精神疾患・障害は、心に関する疾患、障害全般を指す <p>※オーストラリアでは、各州が精神保健福祉に関する法律を定めているが、上記の内容はいずれの州においても概ね共通している</p>
精神医療の公的医療提供体制	<p>〈医療保険制度の概要〉</p> <ul style="list-style-type: none">・ オーストラリアの連邦法に基づき、各州が医療制度(Medicare)を整備、運用している。メディケアでは、全ての市民が内科治療、公立病院での治療、薬の処方等を無償で受けることができる。・ 2016年時点で約半数のオーストラリア人は、任意の民間保険にも加入し、メディケアの対象外となる民間病院での医療、眼科、歯科、訪問看護等をカバーしている。政府は民間保険への加入を推奨しており、被保険者の年齢や所得に応じた税金還付等の優遇措置や、高所得世帯については非加入に対する罰則も設けている。・ 長期ケアについては、基本的に任意加入の民間保険で賄われている。 <p>〈精神医療に関連する制度〉</p> <ul style="list-style-type: none">・ 他の疾患と同様、精神疾患もメディケアの対象となっている。・ 障害者向けの公的保険制度(National Disability Insurance Scheme、NDIS)が2013年から一部の州でパイロット導入され、2020年7月に全国で開始された。NDISでは、知的、身体、認知、心理社会的(Psychosocial)等の障害に対する長期ケアが給付対象とされている。

<p>精神医療・精神障害福祉におけるケア</p>	<p><概要></p> <ul style="list-style-type: none"> 1992年に連邦政府が初めて精神保健に関する国レベルの政策(National Mental Health Policy)を策定して以降、精神保健サービスの質の向上と、精神単科病院から地域ケアへの脱施設化が進んだ。 <p><提供されるケアと担い手></p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医(General Practitioner、GP)が、一般的な医療の提供、継続的なケア、予防・再発防止、専門医の紹介等を担っている。通常時の診療はGPから受け、病院は入院、手術等が必要な場合に利用される。 長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている。その形態は、個室、グループホーム、ホステル等の簡易宿泊施設と幅広く、州によって異なる。
<p>メンタルヘルスの増進・予防施策 (予防的早期介入、復帰支援等)</p>	<p>WHOのMental Health Atlas 2017に掲載されている主要なプログラムは以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> Primary Health Network(PHN) PHNは、連邦政府からの財政支援の下でプライマリケアの調整と円滑な実施を担う、各地域に置かれた独立機関であり、メンタルヘルスの増進や自殺予防に向けたプログラムを実施している。 Programme Assistance for Survivors of Torture and Trauma オーストラリアに移住する前に苦難やトラウマに苦しんだ難民を支援するプログラム。政府の財政支援のもと、FASSTT(The Forum of Australian Services for Survivors of Torture and Trauma)を構成する8つのリハビリテーション機関が、カウンセリング等の支援活動を行っている。

②. 精神病院および福祉施設・住居

精神病院の種類	精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院
精神病床の種類	急性期ケア病床、長期ケア病床、司法精神病床
精神疾患関連の福祉施設・住居の種類	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ナーシングホーム <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者ケア住宅 日常生活における支援や医療的ケアを必要とする高齢者向けの住宅・施設で、24 時間の支援体制を整えている場合はオーストラリア政府からの補助を受けることができる ▶ 居住型ケア施設・住居 <ul style="list-style-type: none"> ・ 居住型メンタルヘルスケアサービス 精神疾患や障害を持つ者に対して日常生活の支援を行う住居であり、類型としては、グループホーム(職員常駐、定員 6 名以下)、デイサービスやレスパイトサービスも併せて提供していることもある居住型施設(職員常駐、定員 7 名以上)、居住型施設と異なり専門的なサービスは提供しないホステル(職員常駐・非常駐いずれの場合も有、定員 20 名以下)が挙げられる ▶ その他 精神疾患向けホステル(Psychiatric Hostel、あるいは単に Hostel)という名称で、各州が精神疾患患者向けの一時宿泊施設の設置基準や認証制度を整備し、民間事業者が州政府からの助成を受けて運営している自治体から補助金を受けて民間事業者が運営している

③. 非同意入院・隔離・拘束

<p>非同意入院・隔離・拘束 関連の法令</p>	<p><非同意入院> オーストラリアでは、州ごとに精神保健法(Mental Health Act)が制定され、その中で非同意入院について定めている。</p> <p><隔離・拘束> 非同意入院と同様、各州の精神保健法が定めている。 ※精神保健法は各州で制定されているものの、1994年にニューサウスウェールズ州のニューカッスル大学がオーストラリア連邦政府保健大臣の諮問委員会(精神保健部会)に報告したモデル精神保健法がベースとなっているため、共通点が多くみられる ※司法精神医療における入院については、各州の精神保健法及び刑法、刑事訴訟法等で規定されている</p>
<p>非同意入院・隔離・拘束の 要件・手続</p>	<p>上記の制定の経緯から各州の規定に一定の共通性がみられることに鑑み、要件については、オーストラリア・ニュージーランド王立精神科医協会の比較表に基づき以下の通り全州まとめて記載する ○:全ての州で共通して規定 △:一部の州で規定</p> <p><非同意入院> 各州の精神保健法では、非同意入院の要件や手続について規定している。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある(○) ・ 精神保健上の問題があり、治療が必要である(○) ・ 入院や治療の必要性を自ら判断できない(△) ・ 治療による改善が見込める(△) ・ 代替手段がない(○) <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科医による許可が必要 <p><隔離・拘束> 各州の精神保健法では、非同意入院の要件、手続や実施時間の制限等について規定している。</p> <p><u>要件</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷・他害の危険がある(○) ・ 代替手段がない(○) ・ 治療実施のために必要である(△)

	<p>※上記の他、一部の州では財産の保護も実施要件として認められている</p> <p>※一部の州では化学的拘束が認められていない</p> <p><u>手続</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 隔離、拘束いずれも基本的には精神科医が許可するが、主に緊急時について、認定を受けた臨床家や看護師に権限を認めている州もある ・ 化学的拘束や機械的拘束については、権限を医師のみに限定している州がみられる
--	--

参考文献

- Australian Institute for Health and Welfare(2020), Aged Care Data-Providers, Services and Places in Aged Care
- Australian Institute for Health and Welfare(2020), Specialized Mental Health Care Facilities
- Australian Institute for Health and Welfare(2020), Psychiatric Disability Support Services
- Australian Institute for Health and Welfare, Glossary
- Commonwealth Fund(2020), International Profiles of Health Care Systems
- Commonwealth of Australia, Aged Care Homes
- Department of Health, The role of primary care including general practice
- Department of Health, What Primary Health Networks are
- Department of Health, Program of Assistance for Survivors of Torture and Trauma
- Government of Western Australia, Mental Health Advocacy Service-What are Psychiatric Hostels?
- Kenneth C. Kirkby et al. (2013), Australia's Mental Health Legislation
- National Disability Insurance Agency, Understanding the NDIS
- OECD, OECD Health Statistics
- OECD(2020), OECD Health Statistics 2020 Definitions, Sources and Methods
- The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists(2017), Mental Health Legislation - comparison tables as at 30 June 2017
- WHO(2017), Mental Health Atlas 2017
- WHO(2017), Mental health Atlas 2017 member state profile - Australia

(8) 韓国

①. 精神医療の概略

主要な法律における精神医療の対象の定義	<p>〈精神健康増進及び精神疾患患者福祉サービス支援法〉</p> <ul style="list-style-type: none">・ 精神疾患患者の権利、提供される支援、非同意入院の手續等について規定・ 精神疾患患者は、妄想、幻覚、思考・気分障害等により、自立した日常生活を送ることが著しく困難な者を指す
精神医療の公的医療提供体制	<p>〈医療保険制度の概要〉</p> <ul style="list-style-type: none">・ 強制加入の国民健康保険に 2018 年時点で国民の約 97% が加入し、一般的な診断・治療、急性期医療、薬の処方、歯科治療等に加えて、健康診断、がん検診等の予防医療を受けることができる。・ 2017 年時点で約 87%の国民は任意の民間保険にも加入し、がんの治療等の国民健康保険でカバーされない治療を賄っている。・ 長期ケアについては、2008 年に導入された老人長期療養保険によって、高齢者向けの介護サービスや現金給付が賄われている。 <p>〈精神医療に関連する保険制度〉</p> <ul style="list-style-type: none">・ 他の疾患と同様、精神障害に係る医療費は国民健康保険で賄われている。
精神医療・精神障害福祉におけるケア	<p>〈概要〉</p> <ul style="list-style-type: none">・ 1995 年の精神保健法の制定を機に、従来の施設ケアから地域ケアへの転換が図られ、2000 年代以降の精神病院の減少と地域型居住施設の拡充に繋がった。2021 年 8 月には、脱施設化に向けたロードマップを政府が発表し、既存の施設の居住型サービス供給者への転換が目指されることとなった。・ 韓国は OECD 諸国の中でも自殺率が最も高く(2016 年時点)、政府は「自殺の予防と生命の尊重を推進する文化の普及(Suicide Prevention and Spread of a Culture Promoting Respect for Life)」を最優先すべき政策に位置づけ、国を挙げて自殺者の減少及びメンタルヘルスの増進に取り組んでいる。

	<p><提供されるケアと担い手></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人のクリニック、公立のヘルスケアセンター、総合病院等によって治療が提供されており、国民はこれらの医療機関に自由にアクセスできる。このようにプライマリケア体制が確立されていないこともあり、慢性疾患に対しては、他の OECD 諸国と比較して入院治療が提供されることが多い。 ・ 精神障害者向けを含む長期ケアは、主に民間病院で提供されている。
<p>メンタルヘルスの増進・ 予防施策 (予防的早期介入、復帰支援等)</p>	<p>WHO の Mental Health Atlas 2017 に掲載されている主要なプログラムは以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ “Suicide CARE” (Standardized Suicide Prevention Program for Gatekeeper Intervention in Korea) 韓国自殺予防協会 (Korea Association for Suicide Prevention) 主導で開発された、ゲートキーパー向けの研修を中心とする自殺予防プログラム。本プログラムにおいては「注意深い観察」、「慎重な傾聴」、「専門医との対話」の3つを重視し、早期発見と予防を図っている。 ・ Cognitive behavior program for suicidal attempters 上記の” Suicide CARE” の一環として韓国自殺予防センター (Korea Suicide Prevention Center) が開発した自殺企図者向けの教育プログラム。認知の歪み、思考パターン、感情的な反応、行動等を自殺企図者本人が理解できるよう促し、再発防止を図る。

②. 精神病院および福祉施設・住居

精神病院の類型	精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院
精神病床の類型	急性期ケア病床、長期ケア病床、司法精神病床
精神疾患関連の福祉施設・住居の類型	<ul style="list-style-type: none">➤ ナーシングホーム 看護師が常駐し、高齢者に対して日常生活の支援や医療的ケアを提供する施設➤ 居住型ケア施設・住居<ul style="list-style-type: none">・ 知的障害者向け住居ケア施設知的障害者向けに日常生活の支援を提供する施設

③. 非同意入院・隔離・拘束

<p>非同意入院・隔離・拘束 関連の法令</p>	<p><非同意入院> 精神健康増進及び精神疾患患者福祉サービス支援法 (정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률、以下「支援法」)</p> <p><隔離・拘束> 同上 ※司法精神医療における入院については、治療及び収容に関する法律で規定されている</p>
<p>非同意入院・隔離・拘束の 要件・手続</p>	<p><非同意入院> 支援法では、3つの類型の非同意入院(後見人の同意に基づく入院、行政の長の決定に基づく入院、緊急入院)を規定している。 <u>要件</u>(後見人の同意に基づく入院の例) ・ 自傷・他害の危険がある ・ 精神保健上の問題があり、治療が必要である <u>手続</u>(後見人の同意に基づく入院の例) ・ 後見人の同意及び精神科医の所見が必要</p> <p><隔離・拘束> 支援法及び支援法の施行規則において、隔離・拘束の実施要件、手続が規定されている。 <u>要件</u> ・ 自傷・他害の危険がある ・ 代替手段がない ・ 治療実施のために必要である <u>手続</u> ・ 医師による指示が必要</p>

参考文献

- Guk-Hee Suh(2005), Mental Healthcare in South Korea
- Korea Legislation Research Institute, Act on the Improvement of Mental Health and the Support for Welfare Services for Mental Patients(精神健康増進及び精神疾患
者福祉サービス支援に関する法律)
- Korea Legislation Research Institute, Enforcement Decree of the Act on the
Improvement of Mental Health and the Support for Welfare Services for Mental
Patients(精神健康増進及び精神疾患福祉サービス支援に関する法律施行規則)
- Korea Legislation Research Institute, Act on Medical Treatment and Custody(治療
および収容に関する法律)
- National Forensic Psychiatric Hospital(2019), Forensic Psychiatric Institution
- OECD(2020), OECD Reviews of Public Health: Korea
- Seon-Cheol Park et al. (2020), “Suicide CARE” (Standardized Suicide Prevention
Program for Gatekeeper Intervention in Korea): An update
- WHO(2006), Mental Health System in Republic of Korea
- WHO(2017), Mental Health Atlas 2017
- WHO(2017), Mental health Atlas 2017 member state profile - Republic of Korea
- Yong-Chang Heo et al. (2019), Mental health system at the community level in Korea:
development, recent reforms and challenges
- 健康保険組合連合会(2020)、公的介護制度に関する国際比較調査
- 小島克久(2016)、韓国「老人長期療養保険」(介護保険)について
- 小島克久(2016)、韓国の人口・経済の状況と社会保障制度の概要
- 水留正流ほか(2014)、精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究-韓国調査報告

3. 考察

(1) 類似点・特徴の整理の考え方

本章では、第2章および付属資料の各国比較表を踏まえ、調査対象国間にみられる類似点や各国の特徴を整理した。類似点・特徴の整理は、個々の制度のみでなく各国の制度全体を踏まえた比較ができるよう、一定程度まとまった大項目単位(①精神医療の概略、②精神病院及および福祉施設・住居、③非同意入院および隔離・拘束)で行った。また、類似点については、地域単位等でのポイントも把握できるように、対象国全体に加えて対象国の一部にみられるものも併せて整理した。

表 3-1. 整理の枠組 (大項目①～③それぞれについて整理)

類似点	対象国全体	類似点 1、類似点 2、類似点 3・・・
	対象国の一部	類似点 1、類似点 2、類似点 3・・・
各国の特徴	アメリカ	特徴 1、特徴 2、特徴 3・・・
	カナダ	特徴 1、特徴 2、特徴 3・・・
	イギリス	特徴 1、特徴 2、特徴 3・・・
	ドイツ	特徴 1、特徴 2、特徴 3・・・
	フランス	特徴 1、特徴 2、特徴 3・・・
	イタリア	特徴 1、特徴 2、特徴 3・・・
	オーストラリア	特徴 1、特徴 2、特徴 3・・・
	韓国	特徴 1、特徴 2、特徴 3・・・

(2) 調査対象国の類似点・特徴

① 精神医療の概略に関する類似点・特徴

対象国全体にみられる類似点としては、障害者の権利等を踏まえた立法や脱施設化・地域移行の取組が進められている点が挙げられる。一部の国にみられる類似点としては、連邦制国家とそれ以外、保険制度と無償の保健サービス等、各国の国の成り立ちや医療提供体制に応じたものが挙げられる。各国の特徴としては、主に公的医療制度に関連する差異(保険の対象となる入院期間、医療保険以外の保険の整備状況等)が挙げられる。

表 3-2. 精神医療の概略に関する類似点・特徴

類似点	全体	<ul style="list-style-type: none"> • いずれの国(または州)においても、精神医療に関する法律が制定されており、権利の制限を伴う非同意入院について規定している • いずれの国においても、権利擁護意識の高まりや治療法の進歩等が背景となって脱施設化、地域移行への取組が進められている • 大半の国において、精神疾患・障害が公的保険制度や保健サービスの対象となっている <ul style="list-style-type: none"> ※オーストラリアのみ障害者向けの公的保険を整備している • 大半の国において、社会的に弱い立場に置かれている者(子ども、女性、移民等)を対象とした介入プログラムが実施されている <ul style="list-style-type: none"> ※韓国については特に自殺予防プログラムに力を入れている
	一部	<ul style="list-style-type: none"> • 精神医療に関する法律について、全国単位で制定している国(イギリス、フランス、イタリア、韓国)と、州ごとに制定している国(アメリカ、ドイツ、カナダ、オーストラリア)がある • 医療提供体制について、公的保険制度を整備している国(ドイツ、フランス、韓国)と、無償の保健サービスを整備している国(イギリス、イタリア、カナダ、オーストラリア)がある <ul style="list-style-type: none"> ※アメリカについては特定の層(高齢者、貧困層)を除き、民間保険が中心となっている • プライマリケアの提供について、地域の保健センターが中心となっている国(アメリカ、イタリア)、かかりつけ医が中心となっている国(イギリス、ドイツ、フランス、カナダ、オーストラリア)がある <ul style="list-style-type: none"> ※韓国については明確な体制は整備されていない
各国の特徴	米	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期ケアのみを給付対象とする民間の医療保険が中心であり、公的保険制度についても高齢者向けのメディケアの給付対象は急性期ケアとその直後(Post-acute care)であるため、他国と比較して入院日数が短い
	英	<ul style="list-style-type: none"> • 長期ケアも国民保健サービス(NHS)の給付対象となっているが、保有資産額の評価(ミーンズ・テスト)が行われる
	独	<ul style="list-style-type: none"> • 介護保険は全ての年齢を対象としているため、要介護認定を受けることで障害者も受給できる場合がある
	仏	-
	伊	<ul style="list-style-type: none"> • 全国単位での法律は制定されているが、具体的な医療提供体制については州ごとの差異が大きい(地域の保健センターに加え、かかりつけ医がプライマリケアを担っている州もみられる)
	加	-
	豪	<ul style="list-style-type: none"> • 精神医療に関する法律を始めとする各制度は州ごとに整備されているが、モデル法律をもとに制定されているため一定程度内容が共通している • 調査対象国の中で唯一、障害者向けの公的保険制度(National Disability Insurance Scheme、NDIS)を整備している
韓	<ul style="list-style-type: none"> • 医療機関への受診は基本的にフリーアクセスとなっている 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> • 精神医療に関する法律における対象の定義は、障害、疾患、行動、これらを有する者等、国によって観点が異なる 	

② 精神病院および福祉施設・住居に関する類似点・特徴

対象国全体にみられる類似点としては、一部の国を除き、精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院が存在すること、長期ケアは主に居住型施設・住居で提供されていることが挙げられる。一部の国にみられる類似点としては、医療の枠内で長期ケアが提供されるか否かに応じたもの(公的医療制度の対象となるか、長期ケア病床が存在するか、病床の明確な機能分化がなされているか等)が挙げられる。各国の特徴としては、主に居住型ケア施設・住居の類型に関連する差異が挙げられる。

表 3-3. 精神病院および福祉施設・住居に関する類似点・特徴

類似点	全体	<ul style="list-style-type: none"> 大半の国において、精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院が存在する ※イタリアのみ精神科単科病院、司法精神病院がない 大半の国において、精神障害者への長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている ※韓国のみ病院が中心
	一部	<ul style="list-style-type: none"> 病院における長期ケア(Inpatient care)については、基本的に公的医療制度の対象とならない国(アメリカ、カナダ、オーストラリア)、長期ケア向けの病床が存在しない国(ドイツ、イタリア)、病床の明確な機能分化がなされていない国(イギリス、フランス、韓国)がある
各国の特徴	米	<ul style="list-style-type: none"> 子ども、成人等、年代別に居住型ケアセンターを整備している
	英	-
	独	-
	仏	<ul style="list-style-type: none"> 他国と比較し、利用者が持つ障害や提供されるケアに応じたより細かい類型で居住型ケア施設・住居が整備されている
	伊	<ul style="list-style-type: none"> 1978年12月法833号により公立の精神病院への新規入院が停止され、現在では司法精神医療も含めて精神科単科病院が廃止されている 精神医療に特化したナーシングホームや触法精神障害者向けの安全対策実施住居(REMS)等、他国には無い種類の住居が整備されている
	加	<ul style="list-style-type: none"> 居住型ケア施設・住居の一類型として、ホステルを利用した宿泊施設を制度化している
	豪	<ul style="list-style-type: none"> 居住型ケア施設・住居の一類型として、ホステルを利用した宿泊施設を制度化している
韓	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患・障害に対する長期ケアは、主に病院で提供されている 	

③ 非同意入院および隔離・拘束に関する類似点・特徴

対象国全体にみられる類似点としては、患者自身や周囲の権利を守る観点から実施要件が定められている点(自傷・他害の危険等)が挙げられる。一部の国にみられる類似点としては、緊急時等の一定の条件下で実施手続が緩和されている点等が挙げられる。各国の特徴としては、主に隔離・拘束の実施要件の詳細に関連する差異が挙げられる。

表 3-4. 非同意入院および隔離・拘束に関する類似点・特徴

類似点	全体	<ul style="list-style-type: none"> • いずれの国(または州)においても、精神保健に関する法律において、非同意入院の実施要件や手続が定められている • いずれの国(または州)においても、非同意入院、隔離・拘束の実施要件として、患者自身や周囲の権利を脅かす可能性のある「自傷・他害の危険」が挙げられている • いずれの国(または州)においても、非同意入院の実施要件として、「治療の必要性」が挙げられている • いずれの国(または州)においても、隔離・拘束の実施要件として、「代替手段がないこと」が挙げられている • いずれの国においても、非同意入院の実施には医師の指示が必要となる
	一部	<ul style="list-style-type: none"> • 隔離・拘束については、精神保健に関する主要な法律とは別の法令で定めている国や州(ニューヨーク州、イギリス、イタリア、オンタリオ州)がみられる • いずれの国においても、隔離・拘束の実施には基本的に医師の指示が必要となるが、緊急時等、一定の条件下で看護師の判断に基づく実施を認めている国(アメリカ、イギリス、オーストラリア)がみられる • 拘束のうち、化学的拘束の実施により厳格な要件を課している国(イギリス、ドイツ、オーストラリア)がみられる
各国の特徴	米	<ul style="list-style-type: none"> • 隔離は発達障害の診断のみでは用いることができず、併せて精神疾患の診断があり、かつ隔離時の様子が継続的に確認できる場合にのみ実施可能(ニューヨーク州)
	英	<ul style="list-style-type: none"> • 機械的拘束の実施にあたっては、多職種チームへの諮問が必要
	独	<ul style="list-style-type: none"> • 非同意入院には、成年後見人の同意に基づく入院と行政の長の許可による入院があり、それぞれドイツ連邦民法、各州の精神保健法で規定されている
	仏	<ul style="list-style-type: none"> • 隔離は非同意入院患者に対してのみ実施可能であり、機械的拘束は隔離の際にのみ必要に応じて実施が認められる
	伊	<ul style="list-style-type: none"> • トリエステ市のように身体拘束を廃止している地域もみられるが、大半の地域では実施されており、州や市によって規定内容が大きく異なる
	加	<ul style="list-style-type: none"> • オンタリオ州の精神保健関連の法律には隔離に関する明確な規定はみられない
	豪	<ul style="list-style-type: none"> • 一部の州では財産の保護も隔離・拘束の実施要件として認められている
韓	-	

(3) 調査結果からの示唆

各国の類似点や特徴は、普遍的な価値に起因する類似点、保健医療福祉提供体制の基本的な枠組に関する類似点・特徴、および個別の制度に関する類似点・特徴に分類することが可能と考えられる。ここからは、いずれの調査対象国も、普遍的な価値を踏まえて他国と歩調を合わせながら、各国の実情を踏まえて基本的な枠組を定め、個別の制度を整えていることが推察される。

表 3-5. 各国の類似点・特徴のまとめ

①	類似点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者の権利等を踏まえた立法、脱施設化・地域移行の取組がなされている ・ 連邦制国家とそれ以外、保険制度と無償の保健サービス等、各国の国の成り立ちや医療提供体制に応じて一部の国の間に類似点がみられる
	特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主に公的医療制度に関連する差異がみられる (給付対象となるケア、医療保険以外の保険の整備状況 等)
②	類似点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一部の国を除き、精神科単科病院、総合病院の精神科、司法精神病院が存在する ・ 一部の国を除き、長期ケアは主に居住型施設・住居で提供されている ・ 医療の枠内で長期ケアが提供されるか否かに応じ、一部の国の間に類似点がみられる
	特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主に居住型ケア施設・住居の類型に関連する差異がみられる
③	類似点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者自身や周囲の権利を守る観点から実施要件が定められている (自傷・他害の危険等) ・ 一部の国では、緊急時等の一定の条件下で実施手続が緩和されている
	特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主に隔離・拘束の実施要件の詳細に関連する差異がみられる



- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ 普遍的な価値に起因する類似点
(主要な法律における規定内容 等) ✓ 保健医療福祉提供体制の基本的な枠組に関する類似点・特徴
(国の成り立ち、公的医療制度、医療と福祉との関係 等) ✓ 個別の制度に関する類似点・特徴
(居住型ケア施設・住居の類型 等) |
|--|

大項目①、②、③の質的情報に関する以上の考察を踏まえると、一定程度理念は共通しているながらも各国の保健医療福祉提供体制の枠組や個々の制度には様々な差異が存在することから、量的情報を各国間で比較する際には、制度の類似点および特徴と利用可能なデータの取得・算出方法の差異の双方を十分に考慮する必要があると考えられる。例えば、平均在院日数を各国間で比較する場合、長期ケアが医療の対象となっているか否かといった制度面の差異と、日帰り入院が平均日数算出時の分母に含まれているかといった算出方法の面

の差異を踏まえる必要がある。また、居住型ケア施設や住居については、カナダのような連邦国家では国レベルだけでなく国内でも制度面の差異が大きく、同一あるいは概ね共通した条件下での他国との比較が困難な例もみられる。以上より、量的情報を用いた比較は、様々な前提条件を慎重に検討し、今後の施策の検討における必要性等を踏まえた上で実施する必要があると考えられる。

(4) 本調査における課題と今後の比較の可能性

1. (2)① 調査項目で述べた通り、本調査においては保健医療福祉提供体制に関する質的情報、量的情報を主対象としてとりまとめ、考察を加えた。収集した量的情報は政府の業務統計が中心であり、データを継続して取得しやすいというメリットがある一方で、国によってはそもそもデータが存在しなかったり、集計単位が異なっている場合もあるため、各国の提供体制の比較にそのまま用いることができるデータは必ずしも多くない。

このように種別や単位が異なる一連のデータを比較する方法として、共通の単位への変換が考えられる。社会的コストによる比較はこのような方法の一例であり、医療や福祉の提供に要する費用や患者本人や介護者の労働等の機会損失を推計し、貨幣価値に基づく比較を可能とするものである。本項では、本調査でとりまとめた保健医療福祉提供体制に関するデータに基づく比較以外のアプローチとして、社会的コストによる比較の可能性や留意点について述べる。

① 主要な先行研究と概要

我が国における精神疾患に関する社会的コストの推計を行った研究としては、平成 22 年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金において実施された「精神疾患の社会的コストの推計」（実施者：学校法人慶應義塾、学校法人順天堂）が挙げられる。また、精神疾患全般に関するものではないが、平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）において、「わが国における認知症の経済的影響に関する研究」（研究代表者：佐渡充洋）が実施されている。近年海外で実施、公表された推計としては、OECD と欧州委員会による「Health at a Glance: Europe 2018」が挙げられる。社会的コストの算出にあたっては、業務統計の集計のみでなく一定の考え方に基づいた推計が必要となるため、国内外いずれにおいても、継続的なものではなくある一時点の数値に関する研究が中心となっている。

表 3-6. 主要な先行研究と概要

文献名(発行年)	著者・発行者	概要
精神疾患の社会的コストの推計 (2011年)	学校法人慶應義塾	対象疾患：統合失調症、うつ病性障害、不安障害 対象費用：直接費用(医療費、社会サービス費用)、 間接費用(罹病費用、死亡費用) 推計結果：約 8.3 兆円(2008年)
精神疾患の社会的コストの推計 (2011年)	学校法人順天堂	対象疾患：統合失調症、うつ病性障害、不安障害 対象費用：診療(薬剤、検査、備品、人件費等)、 社会的サービス、インフォーマルケア(家族、ボランティア等)、生産性費用(生産性低下、労働力損失等、自殺などによる生産性損失)等 推計結果：約 11.2 兆円(2008年)
わが国における認知症の経済的影響に関する研究 (2015年)	佐渡 充洋ほか	対象疾患：認知症 対象費用：直接費用(医療費、介護費)、間接費用 (インフォーマルケアコスト) 推計結果：約 14.5 兆円(2014年)
Health at a Glance: Europe 2018 (2018年)	OECD, European Commission	ヨーロッパの 28 か国について、直接費用、間接費用等の共通の枠組を用いてコストを推計(ただし、各国の医療福祉体制の差異等によりデータの取得が難しい社会サービスの費用やインフォーマルケアコストは推計対象外)

② 先行研究における推計方法

社会的コストの推計にあたっては、対象とする疾患・障害および費用の項目を設定する必要がある。以下、上記の先行研究においてどのような疾患・障害および費用が推計対象とされていたかを整理する。

推計対象については、推計が可能な特定の疾患・障害を対象としているものと、WHO の ICD-10(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)における「精神および行動の障害」全般を対象としているものがみられる。なお、後者を対象としている OECD 及び欧州委員会のレポートには、疾病・障害別の推計結果は掲載されていないため、対象とした欧州の 28 カ国すべてについて、ICD-10 の分類に含まれる全ての精神疾患・障害に係る社会的コストが包括的に算出されているか否かは不明である。

表 3-7. 先行研究における推計対象の疾患・障害

文献名	推計対象の疾患・障害
精神疾患の社会的コストの推計(慶応義塾)	統合失調症、うつ病性障害、不安障害
精神疾患の社会的コストの推計(順天堂)	
Health at a Glance: Europe 2018 (OECD, European Commission)	認知症を除く、ICD-10 に含まれる精神疾患・障害や行動障害

推計対象費用については、医療費等の直接費用、労働機会の逸失による機会損失等の間接費用に分けて推計を行っている点はいずれの研究も共通している。OECD 及び欧州委員会(2018)における推計対象費用の分類をもとに日本の先行研究との差異をまとめると、OECD 及び欧州委員会の推計に含まれるが日本の推計に含まれない項目としては、直接費用の失業保険給付金等の社会的支出が挙げられる。また、日本の推計に含まれるが OECD 及び欧州委員会の推計に含まれない項目としては直接費用の自立支援等の社会サービス費用の一部、間接費用の家族等によるインフォーマルケアコストが挙げられる。

表 3-8. OECD および欧州委員会(2018)に基づく先行研究における推計対象費用の比較

OECD および欧州委員会(2018)における推計対象費用		日本の先行研究との差異
直接費用	健康に関する支出への影響	ヘルスケアに関する直接費用(診療、薬剤、入院 等)
	社会的支出への影響	有給病気休暇
		障害者手当
	失業保険給付金	OECD 及び EC:有/日本の推計:無 失業保険給付金等の社会的支出 OECD 及び EC:無/日本の推計:有 自立支援等の社会サービス費用の一部
間接費用	労働市場への影響(雇用と生産性)	精神疾患を原因として死亡した生産年齢人口の逸失賃金
		精神疾患や障害によって就業率が低下した生産年齢人口の逸失賃金
		精神疾患や障害に伴う労働時間の減少や病気休暇の増加による逸失賃金
		精神疾患や障害に伴う生産性の低下(presenteeism)
		OECD 及び EC:有/日本の推計:無 特になし OECD 及び EC:無/日本の推計:有 家族等によるインフォーマルケアコスト

③ 各国間比較にあたっての留意点

上述の通り、推計ごとに対象としている精神疾患・障害や費用に差があるため、各国の数値を比較する際には留意が必要と考えられる。加えて、社会的コストの推計に関して知見を持つ有識者へヒアリングを実施し、推計方法と各国の制度や費用の水準の差異を留意点として抽出した。特に間接費用については実際に支出された費用ではないため、推計にあたっては算出の前提とする数値を定める必要があり、この前提の置き方によって推計結果が大きく異なりうる。このため、各国の数値の比較にあたっては、推計ごとに前提がどの程度異なっているかを確認することが重要であると考えられる¹。

表 3-9. 各国間比較にあたっての留意点

<ul style="list-style-type: none">✓ 推計対象の精神疾患・障害✓ 推計対象の費用✓ 推計方法 間接費用は推計の前提の置き方に応じて数値が大きく変わる (患者本人や介護者が就労できていた場合に得られていたはずの賃金の水準、消費者物価指数上昇率、presenteeism の推計に用いる数値 等)✓ 各国の制度や費用の水準 比較に用いる推計が同様の費用を対象としている場合でも、国によってはその費用項目に対応する支出が制度上存在しなかったり、費用の水準が大きく異なる場合がある (労働慣行、同一の治療に対する医療費の水準の差異 等)
--

以上を踏まえると、本調査研究において実施した保健医療福祉提供体制に基づく比較と同様、社会的コストに基づく比較においても各国の制度上の差異を十分に考慮する必要があると考えられる。また、保健医療福祉提供体制に基づく比較とは異なる留意点として、前提の置き方に応じた数値の変動が挙げられる。一方、実際の支出のみでなく機会損失を考慮できる点は推計ならではのメリットであるため、今後の施策の検討等、その時々目的に応じて適した比較のアプローチを選択することが望ましいと考えられる。

¹ 以下の文献では、欧州各国における統合失調症の社会的コストに関する研究を体系的にレビューし、間接費用の推計方法や算出結果のばらつきを分析している
A. Fasseeh et al. (2018), A systematic review of the indirect costs of schizophrenia in Europe

付属資料 各国比較表

I. 制度

- I. 各国の保健医療福祉提供体制

II. 医療資源

- II-1. 病院・施設・住居数
- II-2. 病床・ベッド・定員数
- II-3. その他
 - II-D1. 病床・ベッド数の定義
 - II-D2. 福祉施設・住居の種類
 - II-D3. 労働力のデータに関する補足

III. 医療提供状況

- III-1. 精神医療の概略
- III-2. 病院・施設・住居
- III-3. 非同意入院
- III-4. 隔離・拘束
 - III-D1. 平均在院日数の定義

※Dは定義(Definitions)を表し、データとともに記載すると一覧性を損なうと考えられる場合に、定義を別シートで整理

調査項目の構造と掲載シートの対応

大項目	質的情報		量的情報	
	I. 制度	II. 医療資源	III. 医療提供状況	
①精神医療の概略	主要な法律における精神医療の対象の定義 精神医療の公的医療提供体制 精神医療・精神障害福祉におけるケア メンタルヘルスの増進・予防施策(予防的早期介入、復帰支援等)	-	復帰支援の実施状況	
②精神病院および福祉施設・住居	精神病院の類型 精神病床の類型 精神疾患関連の福祉施設・住居の類型	精神病院数 福祉施設・住居数 精神病床数 福祉施設・住居のベッド・定員数	入院患者数 平均在院日数	
③隔離・拘束	非同意入院・隔離・拘束関連の法令等と内容 非同意入院・隔離・拘束の要件・手続 その他(医療機関以外での施設可否等)	-	非同意入院数 隔離・拘束件数 隔離・拘束実施施設数 隔離・拘束時間	
その他	-	ソーシャルワーカーの数	-	
掲載シート	I. 各国の保健医療福祉提供体制	II-1. 病院・施設・住居数 II-2. 病床・ベッド・定員数 II-3. その他 II-D1. 病床・ベッド数の定義 II-D2. 福祉施設・住居の類型 II-D3. 労働力のデータに関する補足	III-1. 精神医療の概略 III-2. 病院・施設・住居 III-3. 非同意入院 III-4. 隔離・拘束 III-D1. 平均在院日数の定義	

※Dは定義(Definitions)を表し、データとともに記載すると一覽性を損なうと考えられる場合に、定義を別シートで整理

※下線の項目はG20諸国のデータについても掲載

I .制度

I . 各国の保健医療福祉提供体制

項目	アメリカ ※法律に関する項目、③の項目はニューヨーク州の例	イギリス	ドイツ ※①の法律、③の隔離・拘束に関する項目はブランデンブルク州の例	フランス	
①精神医療の概略	<p>主要な法律における精神医療の対象の定義</p> <p>主な規定内容(非同意入院、福祉サービス等)</p> <p>精神疾患・障害の定義</p>	<p>ニューヨーク州精神衛生法</p> <p>・非同意入院の手続等を規定</p> <p>・精神障害は、精神疾患、知的障害、発達障害、依存症等を指す</p>	<p>1983年精神保健法</p> <p>・精神疾患・障害を持つ者の受入、ケア、治療、非同意入院の手続等を規定</p> <p>・精神疾患・障害は心の病気全般を指すが、知的障害や発達障害を持つ者については、著しい攻撃性や無責任な行為につながっているでない限りは入院治療等の対象とみなされない</p> <p>・同法における精神疾患・障害には、アルコールや薬物の依存症は含まれない</p>	<p>ブランデンブルク州精神保健法</p> <p>・精神疾患・障害を持つ、またはその兆候がみられる者に対する治療や非同意入院等の手続等を規定</p> <p>・精神疾患・障害は、精神病、それと同等の精神疾患、自らが効かなくなるほどの薬物依存を指す</p>	<p>公衆衛生法典 第3211-3251条</p> <p>・精神医療を受ける者の権利や非同意入院の手続等を規定</p> <p>・精神疾患や障害の定義には言及なし</p>
	<p>精神医療の公的医療提供体制</p> <p>精神医療に関連する医療制度</p>	<p>公的医療制度の概要</p> <p>・民間保険が中心であり、公的保険は高齢者(メディケア)、低所得者(メディケイド)等を対象として提供されている</p> <p>・長期ケアはメディケイドや任意加入の民間保険の給付対象となっているが、前者の対象者や後者の加入率は限定的であり、医療保険のカバー範囲は大きくない</p> <p>精神医療に関連する医療制度</p> <p>・他の疾患と同様、精神疾患も上記の保険制度の対象となっている</p> <p>・慢性な精神疾患・障害を持つ者は、65歳未満であってもメディケアの対象となることがある</p>	<p>国民保健サービス(NHS)により、入院治療、内科治療、精神医療等を無償で受けることができる</p> <p>・長期ケアもNHSの対象だが、給付対象の認定にあたっては保有資産額の評価(アセットテスト)が行われる</p> <p>・他の疾患と同様、精神疾患もNHSの対象となっている</p> <p>・近年はプライマリケアにおいてうつや不安障害等の治療に力を入れている</p>	<p>医療保険は強制加入であり、連邦政府が監督し、資金援助も行う公的な社会保険にドイツ国民の約86%が加入し、残りは民間保険に加入している</p> <p>・長期ケアは上記の保険の対象外であり、長期ケア向けの強制加入の公的保険と任意加入の民間保険が別途整備されている</p> <p>・他の疾患と同様、精神疾患も医療保険の対象となっている</p> <p>・ドイツの介護保険は全ての年齢を対象としているため、要介護認定を受けることで障害者も受給できる場合がある</p>	<p>フランス国民を対象とした皆保険制度と、ユニバーサルカレッジ(CMU)により、居住者の99%以上が医療保険の受給資格を有している</p> <p>・長期ケアについても一部が公的保険でカバーされるが、居住者の95%は民間保険にも加入し、公的保険の対象外の治療を受けている</p> <p>・他の疾患と同様、精神疾患も公的保険の対象となっている</p>
	<p>精神医療・精神障害福祉におけるケア</p> <p>提供されるケアと担い手</p>	<p>概要</p> <p>・1960年代より脱施設化、地域移行を開始</p> <p>・背景は公民権運動による権利擁護意識の高まり、抗精神病薬等の治療法の進歩等</p> <p>提供されるケアと担い手</p> <p>・プライマリケア、通院治療、急性期ケアいずれも地域精神保健センター(CMHC)が中心となって提供</p> <p>・長期ケアは、基本的に居住型ケア施設・住居で提供</p>	<p>1950年代より脱施設化、地域移行を開始</p> <p>・背景は抗精神病薬等の治療法の進歩等</p> <p>・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となって提供</p> <p>・長期ケアは、基本的に居住型ケア施設・住居で提供されるが、イギリスの病院は精神科病舎を含め急性期と長期との明確な区分がなされていない</p>	<p>1970年代より脱施設化、地域移行を開始</p> <p>・背景は抗精神病薬等の治療法の進歩等</p> <p>・プライマリケア、通院治療はGPが提供し、急性期ケアは病院が中心となって提供</p> <p>・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている</p> <p>・ドイツには、司法精神病院を除き、長期ケア病舎が存在しない</p>	<p>1960年代より脱施設化、地域移行を開始</p> <p>・背景はアメリカやイギリスから取り入れた新しい治療法等</p> <p>・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となって提供</p> <p>・フランスの精神科病院には長期ケア病舎はないものの、実態として、1年以上入院している患者が一定数存在する</p>
	<p>メンタルヘルスの増進・予防施策(予防的早期介入、復帰支援等)</p>	<p>・重度の精神疾患(SMI)や情緒障害(SEI)を持つ成人、子どもを対象とした助成や啓発プログラムが実施されている</p>	<p>・精神保健上の問題や学習障害等を持つ犯罪者に対して支援を提供する取組や、国家戦略に基づく自殺予防プログラムが実施されている</p>	<p>・青少年や子どもを対象とした早期介入プログラムが実施されている</p>	<p>・妊産婦や子どもを対象とした早期介入プログラムが実施されている</p>
	<p>②精神病院および福祉施設・住居</p> <p>精神病院の類型</p> <p>精神病床の類型</p> <p>精神疾患関連の福祉施設・住居の類型</p>	<p>精神科単科病院 ○</p> <p>総合病院の精神科 ○</p> <p>司法精神病院 ○</p> <p>急性期ケア △</p> <p>長期ケア △</p> <p>司法精神 ○</p> <p>ナursingホーム ○</p> <p>・居住型ケア施設・住居(成人向け居住型ケアセンター、子ども向け居住型ケアセンター、複合型メンタルヘルス施設)</p>	<p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>ナursingホーム ○</p> <p>・居住型ケア施設・住居(居住型ケア住宅)</p>	<p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>ナursingホーム ○</p> <p>・居住型ケア施設・住居(完全入所施設、アシステッドリビング)</p>	<p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>ナursingホーム(要支援高齢者向け居住施設)</p> <p>・居住型ケア施設・住居(アットホーム住宅、治療的・社会的家族ケア、成人障害者向け住宅、専門ケア住宅、医療ケア住宅)</p>
③非同意入院および隔離・拘束	<p>非同意入院・隔離・拘束関連の法令</p> <p>非同意入院</p> <p>隔離・拘束</p> <p>司法精神医療</p>	<p>ニューヨーク州精神衛生法</p> <p>2018年精神衛生法施行規則 14 CRR-NY 526.4</p> <p>ニューヨーク州刑事訴訟法、同修正法</p>	<p>1983年精神保健法</p> <p>2018年精神保健病棟(強制)の行使法</p> <p>1983年精神保健法、1991年刑事訴訟(心神喪失及び証言無能力)法</p>	<p>ドイツ連邦民法、各州の精神保健法</p> <p>各州の精神保健法</p> <p>各州の精神保健法、ドイツ連邦刑法</p>	<p>公衆衛生法典 第3211-3251条</p> <p>公衆衛生法典 第3222条-5-1</p> <p>公衆衛生法典 第3211-3251条、刑事訴訟法典</p>
	<p>非同意入院・隔離・拘束の要件・手続</p> <p>非同意入院</p> <p>隔離・拘束</p> <p>手続(許可の方法・主体等)</p>	<p>要件</p> <p>自傷・他害の危険がある ○</p> <p>精神保健上の問題があり、治療が必要である ○</p> <p>入院や治療の必要性を自ら判断できない ○</p> <p>治療による改善が見込めない -</p> <p>代替手段がない ○</p> <p>その他 -</p> <p>手続(許可の方法・主体等)</p> <p>2名の医師による証明書</p>	<p>要件</p> <p>自傷・他害の危険がある ○</p> <p>代替手段がない ○</p> <p>実施目的が正当である ○</p> <p>治療実施のために必要である -</p> <p>その他</p> <p>・隔離は発達障害の診断のみでは用いることができず、併せて精神疾患の診断があり、かつ隔離時の様子が継続的に確認できる場合のみ実施可能</p> <p>・化学的拘束は他の方法で抑制ができなかった場合のみ実施可能</p> <p>手続(許可の方法・主体等)</p> <p><隔離・拘束共通>医師による書面の指示(緊急時は看護士等の判断による実施も可能)</p> <p><隔離>精神科医、認定臨床家、看護士による許可</p> <p><機械的拘束>多職種チームへ諮問を実施した上で許可</p>	<p>要件</p> <p>自傷・他害の危険がある ○</p> <p>代替手段がない ○</p> <p>実施目的が正当である ○</p> <p>治療実施のために必要である -</p> <p>その他</p> <p>・化学的拘束は治療の可否について意思表示をすることができない急性期の患者に対してのみ実施可能</p> <p>手続(許可の方法・主体等)</p> <p><隔離・拘束共通>精神科医による指示</p>	<p>要件</p> <p>自傷・他害の危険がある ○</p> <p>代替手段がない ○</p> <p>実施目的が正当である ○</p> <p>治療実施のために必要である -</p> <p>その他</p> <p>・隔離は非同意入院患者に対してのみ実施可能であり、機械的拘束は隔離の際にのみ必要に応じて実施が認められる</p> <p>手続(許可の方法・主体等)</p> <p>2名の医師による証明書</p>
	<p>その他(医療機関以外での施設可否)</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>・精神病院の他に、犯罪を犯した青少年が居る閉鎖住宅(Geschlossene Heime)では、他害・自傷の可能性がある場合に隔離が認められている。</p>	<p>-</p>
	<p>備考</p>	<p>-</p>	<p>・イギリスにおいては、急性期ケアと長期ケアの病床は区別されていない</p>	<p>・ドイツでは州ごとに精神保健福祉に関する法律が制定され、その中で非同意入院について定めているが、成年後見人の同意に基づき入院についてはドイツ連邦民法で規定されている。</p>	<p>・フランスの精神科病院には長期ケア向けに整備された病床はないものの、実態として、1年以上入院している患者が約15,000人(全精神科病床数の4分の1程度)存在する</p>

II-1. 精神病院及び福祉施設・住居数

項目	定義・単位	出典	主要国									
			アメリカ	イギリス ²	ドイツ	フランス	イタリア	カナダ	オーストラリア	韓国	日本(参考)	
①精神病院 ³ (Mental Hospitals)	<定義> 急性期ケアや長期ケアを提供する精神科単科病院 含まないもの 地域型居住施設、司法精神病棟・病院、アルコール・薬物依存症患者向けの施設、精神疾患の診断を受けていない知的障害者向けの施設 <単位> 施設数	WHO Mental Health Atlas 2017 ¹	605	None or not reported	274	None or not reported	0	20	17	181	1,064	
②総合病院の精神科 ³ (Psychiatric units in General Hospitals)	<定義> 主に急性期ケアを提供する総合病院の精神科 含まないもの 精神科単科病院、地域型居住施設、アルコール・薬物依存症患者向けの施設、精神疾患の診断を受けていない知的障害者向けの施設 <単位> 施設数		1,117	None or not reported	401	None or not reported	354	141	143	197	576	
③司法精神病棟・病院 ³ (Forensic Inpatient Units)	<定義> 刑事司法に関連して精神鑑定や治療が必要な患者のための病棟・病院 ※精神病院や総合病院の中に設けられている場合もある <単位> 施設数		None or not reported	None or not reported	77	None or not reported	0	6	5	1	35	
④居住型ケア施設 ⁴ (Residential Care Facilities)	<定義> 比較的安定した状態にある精神疾患患者・精神障害者が入居・滞在する、病院以外の地域型の施設・住居 <単位> 施設数		None or not reported	None or not reported	1,283	None or not reported	1,839	None or not reported	179	216	468	
⑤青少年向け施設 ⁴ (Inpatient Facility Specifically for Children and Adolescents)	<定義> ④のうち、青少年向けの施設・住居 <単位> 施設数		67	None or not reported	144	None or not reported	25	5	30	47	37	

各国のデータに関する留意事項

1. WHO Mental Health Atlasのデータは、2017年時点で各国が取得可能であった最新年のもの
2. イギリスについてはMental Health Atlas 2017のデータが公表されていないため、Mental Health Atlas 2014のデータ掲載
3. 各類型の病院の具体的な機能には、国ごとに差異がある
4. 居住型ケア施設、青少年向け施設の具体的な類型には、国ごとに差異がある。詳細は「II-D2. 福祉施設・住居の類型」を参照

II-1. 精神病院及び福祉施設・住居数(WHO Mental Health Atlas 2017 を補完するデータ)

国	項目	補完する項目	定義・単位	出典	データ														
アメリカ	精神疾患患者向け居住型ケア施設 (Residential Facilities for Adults with Mental Illness)	④	<定義> アメリカ国内の各州で整備された居住型ケア施設(グループホーム等) <単位> 施設数	U.S. Department of Health and Human Services (2006), State Regulation of Residential Facilities for Adults with Mental Illness	7,327														
					2003														
フランス	精神科病院 (Specialist hospitals)	①	<定義> 急性期ケア病床を持つ公営、民間非営利、民間営利の精神科単科病院 <単位> ユニット数	Mental Health Europe(2017), Mapping and Understanding Exclusion in Europe															
	総合病院の精神科 (General hospitals)	②	<定義> 精神疾患向けの急性期ケア病床を持つ公立の総合病院 <単位> ユニット数																
	司法精神病棟 (Forensic psychiatric units)	③	<定義> 難法精神障害者向けの病棟 (Unité pour malades difficiles, UMD) <単位> ユニット数																

II-1. 精神病院及び福祉施設・住居数(その他の G20)

項目	定義・単位	出典	その他のG20									
			アルゼンチン	ブラジル	中国	インド	インドネシア	メキシコ	ロシア	サウジアラビア	南アフリカ	トルコ
①精神病院 (Mental Hospitals)	<定義> 急性期ケアや長期ケアを提供する精神科単科病院 含まないもの 地域型居住施設、司法精神病棟・病院、アルコール・薬物依存症患者向けの施設、精神疾患の診断を受けていない知的障害者向けの施設 <単位> 施設数	WHO Mental Health Atlas 2017 ※右記のデータは2017年時点で各国で取得可能であった最新のデータ	407	143	949	136	48	37	195	25	64	9
②総合病院の精神科 (Psychiatric units in General Hospitals)	<定義> 主に急性期ケアを提供する総合病院の精神科 含まないもの 精神科単科病院、地域型居住施設、アルコール・薬物依存症患者向けの施設、精神疾患の診断を受けていない知的障害者向けの施設 <単位> 施設数		465	236	None or not reported	389	269	8	None or not reported	4	40	356
③司法精神病棟・病院 (Forensic Inpatient Units)	<定義> 刑事司法に関連して精神鑑定や治療が必要な患者のための病棟・病院 ※精神病院や総合病院の中に設けられている場合もある <単位> 施設数		None or not reported	None or not reported	None or not reported	15	None or not reported	2	None or not reported	3	None or not reported	None or not reported
④居住型ケア施設 (Residential Care Facilities)	<定義> 比較的安定した状態にある精神疾患患者・精神障害者が入居・滞在する、病院以外の地域型の施設・住居 <単位> 施設数		66	549	None or not reported	223	None or not reported	15	None or not reported	4	None or not reported	136
⑤青少年向け施設 (Inpatient Facility Specifically for Children and Adolescents)	<定義> ④のうち、青少年向けの施設・住居 <単位> 施設数		17	None or not reported	None or not reported	45	None or not reported	3	None or not reported	None or not reported	5	107

II-2. 病床・ベッド・定員数

項目	定義・単位	出典	主要国									
			アメリカ	イギリス ²	ドイツ	フランス	イタリア	カナダ	オーストラリア	韓国	日本(参考)	
①精神疾患ケア病床 ³ (Psychiatric Care Beds in Hospitals)	<定義> ・精神病院(HP.1.2)における全ての病床 ・総合病院(HP.1.1)の精神科の病床 ・精神病院以外の他の専門病院(HP.1.3)の病床 <単位> 総病床数	OECD Heath Statistics	81,799	25,398	108,519	54,991	4,860	13,714	10,191	64,094	326,666	
			2018年	2017年	2019年	2019年	2019年	2019年	2016年	2019年	2019年	
②居住型長期ケア施設のベッド数 ³ (Beds in residential long-term care facilities) ※入居者は精神疾患患者・精神障害者に限られない	<定義> ・ナースিংホーム(HP.2.1)のベッド ・その他の居住型長期ケア施設(HP.2.9)のベッド 含まないもの ・病院(HP.1)における長期ケア向けの病床 ・患者自身の自宅とみなされる居住型ケアのベッド数 <単位> 総ベッド数	OECD Heath Statistics	1,628,853	529,467	969,553	660,608	257,410	342,262	209,814	190,820	846,316	
			2018年	2018年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	
③精神病院の病床 (Mental Hospital Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「①精神病院」の病床 <単位> 10万人当たりの病床数	WHO Mental Health Atlas 2017 ¹	18.66	None or not reported	55.70	6.98	0.00	11.09	7.21	94.22	196.63	
④総合病院の精神科の病床 (General Hospital Psychiatric Unit Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「②総合病院の精神科」の病床 <単位> 10万人当たりの病床数		11.14	None or not reported	80.64	22.34	8.96	14.50	21.76	11.16	66.15	
⑤司法精神科棟・病棟の病床 (Forensic Inpatient Unit Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「③司法精神科棟・病棟」の病床 <単位> 10万人当たりの病床数		None or not reported	None or not reported	14.89	0.51	0.00	0.55	0.54	2.37	0.65	
⑥居住型ケア施設のベッド数 (Residential Care Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「④居住型ケア施設」のベッド <単位> 10万人当たりのベッド数		None or not reported	None or not reported	59.58	92.15	33.61	None or not reported	10.38	4.85	None or not reported	
⑦青少年向け施設のベッド数 (Child and Adolescent Specific Inpatient Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「⑤青少年向け施設」のベッド <単位> 10万人当たりのベッド数		0.80	None or not reported	7.52	3.57	0.55	0.20	1.19	0.32	0.88	

各国のデータに関する留意事項

1. WHO Mental Health Atlasのデータは、2017年時点で各国が取得可能であった最新年のもの
2. イギリスについてはMental Health Atlas 2017のデータが公表されていないため、Mental Health Atlas 2014のデータを掲載
3. 病床、ベッド数の定義(掲載されているデータの内容)には、国ごとに差異がある。詳細は「II-D1. 病床・ベッド数の定義(OECD)」を参照

Ⅱ-2. 病床・ベッド・定員数(WHO Mental Health Atlas 2017 を補完するデータ)

国	項目	補完する項目	定義・単位	出典	データ									
アメリカ	精神疾患患者向け居住型ケア施設のベッド数 (Residential Facilities for Adults with Mental Illness)	⑥	<定義> アメリカ国内の各州で整備された居住型ケア施設(グループホーム等)のベッド数(103,393床)とOECD統計で取得可能な2005年時点のアメリカの人口(2億9,551万人)をもとに算出 <単位> 10万人当たりのベッド数	U.S. Department of Health and Human Services (2006), State Regulation of Residential Facilities for Adults with Mental Illness OECD Demography and Population Statistics	34.99									
					2003									

II-2. 病床・ベッド・定員数(その他の G20)

項目	定義・単位	出典	その他のG20										
			アルゼンチン	ブラジル	中国	インド	インドネシア	メキシコ	ロシア	サウジアラビア	南アフリカ	トルコ	
①精神疾患ケア病床 (Psychiatric Care Beds in Hospitals)	<定義> ・精神病院(HP.1.2)における全ての病床 ・総合病院(HP.1.1)の精神科の病床 ・精神病院以外のその他の専門病院(HP.1.3)の病床 <単位> 総病床数								3,991				3,932
									2019年				2019年
②居住型長期ケア施設のベッド数 (Beds in residential long-term care facilities) ※入居者は精神疾患患者・精神障害者に限られない	<定義> ・ナースホーム(HP.2.1)のベッド ・その他の居住型長期ケア施設(HP.2.9)のベッド 含まないもの ・病院(HP.1)における長期ケア向けの病床 ・患者自身の住宅とみなされる居住型ケアのベッド数 <単位> 総ベッド数	OECD Health Statistics											68,121
													2019年
③精神病院の病床 (Mental Hospital Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「①精神病院」の病床 <単位> 10万人当たりの病床数		40.57	9.79	24.29	1.43	None or not reported	3.06	93.03	17.11	16.56	5.16	
④総合病院の精神科の病床 (General Hospital Psychiatric Unit Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「②総合病院の精神科」の病床 <単位> 10万人当たりの病床数		2.72	0.56	None or not reported	0.56	None or not reported	0.03	None or not reported	0.32	4.33	4.67	
⑤司法精神科棟・病院の病床 (Forensic Inpatient Unit Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「③司法精神科棟・病院」の病床 <単位> 10万人当たりの病床数	WHO Mental Health Atlas 2017 ※右記のデータは2017年時点で各国で取得可能であった最新のデータ ※イギリスのみWHO Mental Health Atlas 2014を参照	None or not reported	None or not reported	None or not reported	0.02	None or not reported	0.02	None or not reported	0.38	None or not reported	None or not reported	
⑥居住型ケア施設のベッド数 (Residential Care Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「④居住型ケア施設」のベッド <単位> 10万人当たりの病床数		None or not reported	1.97	None or not reported	5.18	None or not reported	0.25	None or not reported	0.63	None or not reported	0.96	
⑦青少年向け施設のベッド数 (Child and Adolescent Specific Inpatient Beds)	<定義> II-1. 病院・施設・住居数「⑤青少年向け施設」のベッド <単位> 10万人当たりの病床数		5.37	None or not reported	None or not reported	0.03	None or not reported	0.09	None or not reported	None or not reported	None or not reported	0.24	

II-3. その他

項目	定義・単位	出典	主要国									
			アメリカ	イギリス ²	ドイツ	フランス	イタリア	カナダ	オーストラリア	韓国	日本(参考)	
ソーシャルワーカー ³ (Social Workers)	<定義> ソーシャルワークに関する正式な訓練を受け、学位などを有している専門職 <単位> 10万人当たりの人数	WHO Mental Health Atlas 2017 ¹	60.34	1.99	None or not reported	None or not reported	2.59	145.4	None or not reported	8.4	8.33 ⁴	
その他 (Other Paid Mental Health Workers)	<定義> 医師、看護師、心理士、ソーシャルワーカー、セラピスト等のメンタルヘルスの専門家の類型に当てはまらない、一定の訓練を受けた専門職 含むもの 医師や看護師以外の一次医療従事者、心理社会的カウンセラー、メンタルヘルス教育従事者、助手等 含まないもの 調理、清掃、警備等の従事者 <単位> 10万人当たりの人数		78.14	211.72 ⁵	None or not reported	None or not reported	11.54	None or not reported	0.02	10.21	31.63	

各国のデータに関する留意事項

- WHO Mental Health Atlasのデータは、2017年時点で各国が取得可能であった最新年のもの
- イギリスについてはMental Health Atlas 2017のデータが公表されていないため、Mental Health Atlas 2014のデータを掲載
- 各国のソーシャルワーカーの学位、資格、登録制度については、「II-D3. 労働力のデータに関する補足」を参照
- 日本のソーシャルワーカーのデータには、精神科病院等に勤務している精神保健福祉士、社会福祉士が含まれている
- イギリスのその他のカテゴリには、NHSのメンタルヘルスチームを構成する職種として挙げられる。コミュニケーションの調整を行うケア・コーディネーター(Care Coordinator)や、精神保健法に基づく入院を決定する際に医療的な観点以外から助言を行う認定精神保健専門職(Approved Mental Health Professional, AMHP)が含まれているとみられる。なお、ケア・コーディネーター、AMHPともに看護師、ソーシャルワーカー、セラピスト等が務めることもあるため、ソーシャルワーカーの人数のデータとは一定程度重複があると推察される。

II-3. その他(その他の G20)

項目	定義・単位	出典	その他のG20									
			アルゼンチン	ブラジル	中国	インド	インドネシア	メキシコ	ロシア	サウジアラビア	南アフリカ	トルコ
ソーシャルワーカー (Social Workers)	<定義> ソーシャルワークに関する正式な訓練を受け、学位などを有している専門職 <単位> 10万人当たりの人数	WHO Mental Health Atlas 2017	None or not reported	6.61	None or not reported	0.06	None or not reported	0.14	2.4	3.95	None or not reported	1.64
その他 (Other Paid Mental Health Workers)	<定義> 医師、看護師、心理士、ソーシャルワーカー、セラピスト等のメンタルヘルスの専門家の類型に当てはまらない、一定の訓練を受けた専門職 含むもの 医師や看護師以外の一次医療従事者、心理社会的カウンセラー、メンタルヘルス教育従事者、助手等 含まないもの 調理、清掃、警備等の従事者 <単位> 10万人当たりの人数		0.37	243.03	1.13	0.36	None or not reported	0.25	None or not reported	None or not reported	None or not reported	None or not reported

II-D1. 病床・ベッド数の定義(OECD)

項目	共通の定義	国	各国の定義(データに含まれる施設・住居の種類等)	最新のデータの出典	備考
精神疾患ケア病床 (Psychiatric Care Beds in Hospitals)	<ul style="list-style-type: none"> 精神病院(HP.1.2)における全ての病床 総合病院(HP.1.1)の精神科の病床 精神病院以外の他の専門病院(HP.1.3)の病床 	アメリカ	・American Hospital Association(AHA)のアンケートに回答した病院の精神病床、アルコールや薬物依存治療施設のベッド数	American Hospital Association(AHA), Annual Survey of Hospitals	業界団体によるレポート
		イギリス	・公立病院の精神病床数	イングランド: Department of Health, Bed Availability and Occupancy(KH03) スコットランド: Public Health Scotland, Inpatient census ウェールズ: Welsh Government, Health Statistics Wales 北アイルランド: Department of Health, Hospital Activity Statistics(KH03)	イングランド、北アイルランド、スコットランド、ウェールズの個別の統計の数値を合算
		ドイツ	・公立、民間非営利、民間営利の病院の精神病床数、予防・リハビリテーション施設のベッド数	Federal Statistical Office, Hospital statistics 2017	左記の統計をもとにドイツ連邦統計局が一部追加で集計を実施
		フランス	・全ての類型の病院の精神病床数、ユニットの長が精神医である薬物依存治療施設のベッド数	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE)	
		イタリア	・公立、民間非営利、民間営利の病院の精神病床数 ※イタリアには精神病院(HP.1.2)及び精神病院以外の他の専門病院(HP.1.3)は存在しない	Ministry of Health, Sistema Statistico Sanitario	
		カナダ	・精神病院における急性期ケア、リハビリ、長期ケア病床数	Canadian Institute for Health Information, Canadian MIS Database	2019年のデータは過去の病床数の推移に基づく推計値
		オーストラリア	・公立、私立の病院の精神病床数	Australian Institute of Health and Welfare, Mental health services in Australia	
		韓国	・公的保険の認証(Health Insurance Review & Assessment Service)を受けた病院の精神病床数	Ministry of Health and Welfare, Yearbook of Health and Welfare Statistics	
		日本(参考)	・すべての病院の精神病床数	厚生労働省、医療施設調査	
		居住型長期ケア施設のベッド数 (Beds in residential long-term care facilities) ※入居者は精神疾患患者・精神障害者に限られない	<ul style="list-style-type: none"> ナースিংホーム(HP.2.1)のベッド その他の居住型長期ケア施設(HP.2.9)のベッド 含まないもの 病院(HP.1)における長期ケア向けの病床 患者自身の住宅とみなされる居住型ケアのベッド数 	アメリカ	・ナースিংホームのベッド数
イギリス	・ケアホーム(ナースিংホーム、看護を行わない居住型ケア施設)のベッドの総数			イングランド: Care Quality Commission Database スコットランド: Public Health Scotland, Care Home Census for Adults in Scotland ウェールズ: Welsh Government, Health Statistics Wales 北アイルランド: Department for Health, Care Not at Home Statistics	イングランド、北アイルランド、スコットランド、ウェールズの個別の統計の数値を合算
ドイツ	・ナースングホームの長期ケア向けベッド数(長期ケアの対象には、社会法典第6編に規定する高齢者、障害者双方が含まれる)			Federal Statistical Office, Statistics on long-term care 2019	
フランス	・他国のナースングホームにあたる要支援高齢者向け居住施設(Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes:EHPAD)のベッド数			Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Annual report "STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social(STATISS)"	
イタリア	・国の医療制度から認定を受けた公営、民営の居住型ケア施設(認定されていない民営の施設は含まない)			Ministry of Health, Sistema Statistico Sanitario	
カナダ	・州や地方政府から認定を受けた、高齢者、障害者(身体、発達、精神、アルコール依存、薬物依存)、短期滞在労働者、少年犯罪者等を対象とする、4以上のベッドを持つ居住型施設 ※短期滞在向けのシェルターも一部含む			-	ベッド数のデータが無い州もあるため、OECD Health Statisticsには推計値を掲載
オーストラリア	・高齢者向けの居住型ケア施設のベッド数			-	オーストラリア政府はベッド数に関する実数調査を実施していないため、OECD Health Statisticsには推計値を掲載
韓国	・ナースングホームと高齢者向けの居住型ケア施設のベッド数			Ministry of Health and Welfare, Yearbook of Health and Welfare Statistics	
日本(参考)	・介護老人福祉施設と介護老人保健施設の定員数の合計			厚生労働省、介護サービス施設・事業所調査	

II-D2. 福祉施設・住居の類型

調査対象	・精神疾患や障害を持つ人に対し、長期ケアを提供している病院以外の施設・住居 実質的な施設数・住居数や、病床・ベッド・定員数の比較に向けた参考情報として、ナーシングホーム、居住型(Residential)ケアの施設・住居、一時宿泊施設・シェルター(ホステル等)を中心に整理 ※基本的に通院・通い(Outpatient)については対象外 ※一部の専門の施設・住居を除き、入居対象者は精神疾患・障害者に限られない
-------------	--

国	分類・名称(原語)	概要	施設、ベッド、利用者数等	出典	
アメリカ	N H	ナーシングホーム (Nursing Home)	・高齢者向けに日常生活の支援や医療的ケアを行う施設であり、特に後者を提供している施設はSkilled Nursing Facility(SNF)と呼ばれる ・高齢者向け医療保険であるメディケアの対象となるのは基本的にSNFであり、生活困窮者向けの社会扶助であるメディケイドでは、日常生活支援のみを行うナーシングホームも給付対象となっている ・精神疾患や障害を持つ居住者の割合は明らかではないが、87.6%の施設でメンタルヘルスのカウンセリングが行われている	施設数:15,600(2016年) ベッド数:1,660,400床(2016年) ※いずれも推計値	・Department of Health and Human Services (2019), Long-term Care Providers and Service Users 2015-2016 ・Centers for Medicare & Medicaid Services(2019), Your Guide to Choosing a Nursing Home or Other Long-Term Services & Supports
		成人向け居住型ケアセンター (Residential Treatment Center for Adults)	・個々人の疾患や障害に応じたメンタルヘルスクアを居住環境で提供する、成人向けの施設 ・99.1%の施設が居住型のケアを提供している	施設数:864(2019年)	・Department of Health and Human Services(2020), National Mental Health Services Survey 2019
	子ども向け居住型ケアセンター (Residential Treatment Center for Children)	・個々人の疾患や障害に応じたメンタルヘルスクアを居住環境で提供する、18歳未満の子ども向けの施設 ・精神科医、心理士、または修士号や博士号を持つ精神科看護師の指導もとで臨床プログラムが実施されている ・99.3%の施設が居住型のケアを提供している	施設数:596(2019年)		
	その他の居住型ケア施設 (Other types of Residential Treatment Facilities)	・個々人の疾患や障害に応じたメンタルヘルスクアを居住環境で提供する、明確な対象者を設定していない施設 ・95.6%の施設が居住型のケアを提供している	施設数:68(2019年)		
	複合型メンタルヘルス施設 (Multi-setting mental health facilities)	・居住型ケア、デイケア、ショートステイ等を提供する、上記の類型に当てはまらない施設 ・50.7%の施設が居住型のケアを提供している	施設数:375(2019年)		
	一時宿泊施設・シェルター	・国レベルでのホームレス対策を推進するUnites States Interagency Council on Homelessness(USICH)が、自治体に対し、長期間の一時宿泊(Longer-Term Temporary Accommodation)が可能な施設や、安全が確保されていない状態で生活している人が緊急時に利用しやすい(所得要件等の条件を課さない)シェルター(Emergency Shelter)を整備するよう促し、各自治体が提供している	—	・United States Interagency Council on Homelessness(2018), Home, Together- The Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness	
イギリス	N H	ナーシングホーム (Nursing Home)	・日常生活を送ることに困難がある者が入居する施設で、資格を持つ看護師が24時間常駐し、医療的ケア(リハビリ、個々の障害に応じたケア等)を受けることができる ・施設の規模は様々であり、中には定員が200人以上のものもある	施設数:5,127(2021年) ※Care Quality Commission(CQC)に登録された施設数	・carehome.co.uk(2021), Care Home Stats: Number of Settings, Population & Workforce
		居住型ケア住宅 (Residential Care Home)	・高齢者や、身体障害、学習障害、精神疾患・障害、アルコール・ドラッグ依存症等を持つ18歳から65歳の支援が必要な者向けの住宅 ・食事等の日常生活に対する支援が提供される ・住宅の規模は様々であり、1人で居住するものから250人規模のものまで存在する	施設数:12,471(2021年) ※Care Quality Commission(CQC)に登録された施設数	
		一時宿泊施設・シェルター	・住宅法(Housing Act)に基づき、各自治体が一時宿泊施設やシェルターを提供している ・都市圏では、通常の住宅への入居へつなげることを意識して、緊急性の高い状況を念頭に置いたシェルターを経由せずに一時宿泊施設(ホステル等)の利用を促すことが多い	一時滞在施設を利用した世帯数:97,469(2019年) シェルターを利用した世帯数:42,220(2016年) ※シェルターについては、北アイルランドを除く推計値	・European Commission(2019), National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion-United Kingdom ・European Observatory of Homelessness(2018), Homelessness Services in Europe

国	分類・名称(原語)	概要	施設、ベッド、利用者数等	出典
ドイツ	NH ナースホーム (Pflegeheime)	・社会法典第6編に基づいて認定された、居住型、デイサービス等の通いのケアを総合的に担う施設で、居住型ケアは全体の約74%の施設(15,380のうち11,317)で提供されている	施設数:15,380(2019年) ベッド数:969,553(2019年) ※強制加入の長期ケア保険(Long-term care insurance:LTCI)の給付対象となっている施設数	・Statistisches Bundesamt(2020), Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse
	居住型 完全入所型施設 (Vollstationären Einrichtungen)	・社会法典第12編に基づいて設置された、精神障害者向けの入所型施設	施設数:1,737(2015年) 定員数:51,050人(2015年)	・Gesundheitministerskoferenz(2017), Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland Bestandsaufnahme und Perspektiven
	居住型 アシステッドリビング (Betreutes wohnen)	・主に民間の福祉団体が運営する住宅で、基本的な生活支援が提供される ・一軒家、アパート、グループホーム等、様々な形態がとられている	定員または利用者数:90,442人(2015年) ※定員、利用者いずれで集計しているかが州ごとに異なる	・Gesundheitministerskoferenz(2017), Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland Bestandsaufnahme und Perspektiven
	一時宿泊施設・シェルター	・社会法典第7編に定められた住宅確保等の義務に基づき、自治体がホステル等の簡易宿泊施設で提供している ※一時宿泊施設とシェルターとの間に明確な区別はない	-	・European Commission(2019), National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion-Germany ・European Observatory of Homelessness(2018), Homelessness Services in Europe
フランス	NH 要支援高齢者向け居住施設 (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes:EHPAD)	・支援が必要な高齢者向けの施設であり、24時間常駐する看護師による医療的ケアをはじめとして、レクリエーション等の自立に向けたケアも行われる	施設数:7,400(2015年) 定員:600,378人(2015年)	・DREES(2017), Enquête EHPA 2015
	居住型 アフターケア住宅 (Foyers de postcure)	・精神病院を退院した者向けの住宅	施設数:47(2014年) 定員:1,448人(2014年) 利用者数:3,236人(2014年)	・Mental Health Europe(2017), Mapping and understanding exclusion in Europe
	居住型 治療的・社会的家族ケア (Accueil familial thérapeutique and accueil familial social)	・成人の障害者向けの住宅 ※精神疾患・障害を持つ者の割合は明らかでない	施設数:164(2014年) 定員:3,805人(2014年) 利用者数:3,187人(2014年)	
	居住型 成人障害者向け住宅 (Foyers d'hébergement pour adultes Handicapés)	・障害者向けの就労施設(Les établissements et services d'aide par le travail:ESAT)や一般企業等で働いている障害者向けの住宅 ・居住者の約19%が精神疾患や障害を持っている	施設数:1,240(2014年) 定員:39,100人(2014年) 利用者数:37,200人(2014年)	・DREES(2018), Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés en 2014
	居住型 専門ケア住宅 (Maisons d'accueil spécialisées:MAS)	・継続的な医療的ケアやリハビリテーションが必要な成人の障害者が入居する住宅 ・居住者の約13%が精神疾患や障害を持っている	施設数:670(2014年) 定員:27,628人(2014年) 利用者数:27,200人(2014年)	・DREES, L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés
	居住型 医療ケア住宅 (Foyer d'accueil médicalisé:FAM)	・重度の障害や複数の障害を持つ者が入居する住宅 ・居住者の約24%が精神疾患や障害を持っている	施設数:880(2014年) 定員:26,583人(2014年) 利用者数:25,800人(2014年)	
一時宿泊施設・シェルター	・ホームレス等の住居の確保を保障する法律(Droit au logement opposable:DALO)に基づき、宿泊・社会再統合センター(Centre D'hébergement et de Réinsertion Sociale:CHRS)で一時宿泊施設が、緊急宿泊センター(Centre d'hébergement d'urgence:CHU)でシェルターが提供されている	施設数:847(2016年) 定員:45,000(2016年) ※上記は常設のシェルター(CHRS, CHU等)の合計値であり、ホステル等を利用した各県が提供する一時宿泊施設は含まれない	・DREES(2021), L'hébergement des personnes en difficulté sociale ・European Commission(2019), National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion-France European Observatory of Homelessness(2018), Homelessness Services in Europe	
イタリア	NH 神経・精神医療向けナースホーム (Case di Cura Neuropsichiatriche Private Accreditate)	・認定を受けた民間の神経・精神医療専門のナースホームで、総合病院の精神科から退院した後の治療の連続性の確保が図られている	施設数:18(2018年) ベッド数:797床(2018年)	・Ministero della Salute(2018), Rapporto salute mentale 2018
	居住型 居住型施設 (Struttura Residenziale)	・リハビリを通じた社会的つながり等の提供によって地域移行につなげることを念頭に置いた、定員20名以下の居住型の施設 ・支援の体制(職員の勤務時間等)は施設によって異なる ・居住者の約半数を統合失調症やうつ病等の機能的な精神疾患患者が占める	施設数:1,850(2018年) ベッド数:25,932(2018年) ※精神疾患、障害向けの施設の数値	
	居住型 安全対策実施居住 (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza)	・2015年までに閉鎖された司法精神病院に代わり、触覚精神障害者向けに居住型ケアを提供する住居	施設数:30(2017年) ベッド数:606(2017年)	・Roberto Catanesi et al.(2019), The new italian residential forensic psychiatric system (REMS). A one-year population study
	一時宿泊施設・シェルター	・自治体により一時宿泊施設やシェルターが提供されているが、これらの施設を経由せずに最初から自身の住居を確保する"Housing First"政策が重視されている	利用者数:23,367人(2015年)	・European Commission(2019), National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion-Italy ・European Observatory of Homelessness(2018), Homelessness Services in Europe

国	分類・名称(原語)	概要	施設、ベッド、利用者数等	出典	
カナダ	N H	長期ケア住宅 (Long-term Care Home)	・医療的なケアを必要とする者が入居する施設で、24時間看護師が常駐している ・州によっては、ナーシングホーム、継続ケア施設、居住型ケアホームといった名称で呼ばれていることもある	施設数:2,076(2021年) ベッド数:198,220床(2021年)	・Canadian Institute for Health Information(2021), How many long-term care beds are there in Canada?
	居住型	保護住宅 (Custodial Housing) ※オンタリオ州の例	・24時間職員常駐で基本的な日常生活の支援や服薬確認等を行う住居 ・州から認定を受けた住宅の他、ホステル等の簡易宿泊施設でも提供されている	—	・Canadian Mental Health Association, Types of Housing
		サポーティブハウジング (Supportive Housing) ※オンタリオ州の例	・主にソーシャルワークやリハビリテーションに専門性を持つ非営利団体によって運営される地域移行を念頭に置いた日常生活の支援を提供する住居 ・グループホームの形態をとっていることが多いが、アパートの個室でより自立した生活を送っている場合もある	—	
	一時宿泊施設・シェルター	※オタワ市の例	・自治体から補助金を受けて民間事業者が運営している居住型ホステル(Domiciliary Hostel)に、精神疾患や障害を持つ者の一部が入居している ・居住型ホステルにはスタッフが24時間常駐し、食事を始めとした基本的な生活支援が提供される	—	・City of Ottawa, Residential Services Homes (Domiciliary Hostels)
オーストラリア	N H	高齢者ケア住宅 (Aged Care Home, Residential Aged Care Facility)	・日常生活における支援や医療的ケアを必要とする高齢者向けの住宅・施設で、24時間の支援体制を整えている場合はオーストラリア政府からの補助を受けられる ※この類型には、1997年の高齢者支援法(Aged Care Act)以前に高齢者向けの住居として運営されていたナーシングホームやホステルが含まれている	施設数:2,722(2020年) ベッド数:217,145床(2020年)	・Australian Institute for Health and Welfare(2020), Aged Care Data-Providers, Services and Places in Aged Care ・Australian Institute for Health and Welfare, Glossary ・Commonwealth of Australia, Aged Care Homes
	居住型	居住型メンタルヘルスクアサービス (Residential Mental Health Care Service)	・精神疾患や障害を持つ者に対して日常生活の支援を行う住居 ・類型としては、グループホーム(職員常駐、定員6名以下)、デイサービスやレスパイトサービスも併せて提供していることもある居住型施設(職員常駐、定員7名以上)、居住型施設と異なり専門的なサービスは提供しないホステル(職員常駐・非常駐いずれの場合も有、定員20名以下)が挙げられる	施設数:183(2019年) ベッド数:2,518床(2019年) うち 職員24時間常駐: 1,982床 職員非常駐: 536床	・Australian Institute for Health and Welfare(2020), Specialized Mental Health Care Facilities ・Australian Institute for Health and Welfare(2020), Psychiatric Disability Support Services
	一時宿泊施設・シェルター		・精神疾患向けホステル(Psychiatric Hostel、あるいは単にHostel)という名称で、各州が精神疾患患者向けの一時宿泊施設の設置基準や認証制度を整備し、民間事業者が州政府からの助成を受けて運営している	— ※全国レベルの統計では上記の居住型メンタルヘルスクアサービスに含まれるが、施設・住居形態ごとの内訳は明らかではない	・Government of Western Australia, Mental Health Advocacy Service-What are Psychiatric Hostels?
韓国	N H	ナーシングホーム (양로시설:Nursing Home)	・看護師が常駐し、高齢者に対して日常生活の支援や医療的ケアを提供する施設 ※韓国の高齢者向け居住型ケアにおいては、ナーシングホームよりも看護病院(요양병원:Nursing Hospital)の利用が盛んであり、2019年の利用者数は75,521人で、ナーシングホームの1,531人を大きく上回る	利用者数:1,531人(2019年)	・National Health Insurance Service(2019)、Long Term Care Insurance Statistical Yearbook ・Hyuk Ga(2020), Long-Term Care System in Korea
	居住型	知的障害者向け住居ケア施設 (지적장애인 시설:Mentally Retarded Facility)	・知的障害者向けに日常生活の支援を提供する施設	施設数:313(2019年) 利用者数:11,485人(2019年)	・Ministry of Health and Welfare(2020), Health and Welfare Statistical Yearbook 2020

II-D3. 労働力のデータに関する補足

調査対象	II-3.その他の労働力のデータに関連する参考情報として、各国のソーシャルワークの学位、資格、登録制度を整理 ※WHO Mental Health Atlasにおいてソーシャルワーカー数のデータが掲載されていない国は、基本的に学位の取得のみで就業が可能(活動にあたって登録やライセンスは必須ではない)
------	---

国	概要	出典
アメリカ	・民間の認証団体であるCSWE(Council on Social Work Education)の認定を受けたプログラムでソーシャルワークの学位を取得した後、2年間臨床現場を経験することで受験資格が得られる各州の試験に合格すると、LCSW(Licensed Clinical Social Worker)として登録が可能になる(登録・ライセンス制度は州によって異なる)	・National Association of Social Workers(2011), Social Workers in Private Practice ・National Association of Social Workers, Types of Social Work Degrees ・Council on Social Work Education, About CSWE Accreditation
イギリス	・医療福祉関連の職種の規制機関であるHCPC(Health & Care Professions Council)の認定を受けたプログラムでソーシャルワークの学位を取得すると、HCPCにソーシャルワーカーとしての登録が可能になる	・NHS, Social worker ・The Professional Association for Social Work and Social Workers, How to become a social worker
ドイツ	・高等教育の枠組に関する法律(Hochschulrahmengesetz)に基づいて民間の認証団体(AHPGS, ACQUIN, AQS等)の認定を受けたプログラムでソーシャルワークの学位を取得すると、ソーシャルワーカーとしての就業が可能になる	・Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, Studium Soziale Arbeit
フランス	・フランス政府が定める課程を修めるとソーシャルワークの学位(Diplôme d'Etat d'assistant de service social, DEASS)が得られ、就業が可能になる	・Ministère des Solidarités et de la Santé, Assistant de service social (ASS)
イタリア	・ソーシャルワークに関する学位を取得した上で国家試験に合格することで、ソーシャルワーカーとしての登録が可能になる	・LEGGE 23 marzo 1993, n. 84(Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) ・David Benassi et al.(2021), Social Work and Social Workers in Italy
カナダ	・民間の認証団体であるCASWE(Canadian Association for Social Work Education)の認定を受けたプログラムでソーシャルワークの学位を取得した後、各州の規制機関への登録が可能になる(登録・ライセンス制度は州によって異なる)	・Canadian Association of Social Workers, How do I become a Social Worker? ・Canadian Association of Social Workers, Regulatory Bodies
オーストラリア	・ソーシャルワークに関する学位を取得した後、職能団体であるAASW(Australian Association of Social Workers)への登録が可能になる ※政府の医療福祉関連の職種の規制機関であるAHPRA(Australian Health Practitioner Regulation Agency)の認定スキーム(National Registration and Accreditation Scheme, NRAS)の対象にはソーシャルワーカーが含まれていない	・Australian Association of Social Workers, National Registration and Accreditation Scheme
韓国	・社会福祉士1級、2級の2段階がある。1級については、国内外の社会福祉学関連の学位の取得または実務経験に関する条件のいずれかを満たした者が受験資格を得られる国家試験に合格することで発給され、KASW(Korean Association of Social Workers)に登録される	・Social Welfare Services Act(사회복지사업법) ・Korean Association of Social Workers, Social Worker Certificate

Ⅲ-1. 精神医療の概略

項目	定義・単位	出典	主要国								
			アメリカ	イギリス ²	ドイツ	フランス	イタリア	カナダ	オーストラリア	韓国	日本(参考)
退院後の復帰支援の実施状況 Follow-up of people with mental disorder discharged from hospital in the last year	<定義> 退院後1か月以内に外来診療でフォローを受けた人の割合 <単位> %	WHO Mental Health Atlas 2017 ¹	None or not reported	76%	None or not reported	51-75%	51-75%	None or not reported	51-75%	51-75%	75%超

各国のデータに関する留意事項 1. WHO Mental Health Atlasのデータは、2017年時点で各国が取得可能であった最新年のもの
2. イギリスについてはMental Health Atlas 2017のデータが公表されていないため、Mental Health Atlas 2014のデータを掲載
Mental Health Atlas 2014と2017とでは、フォローアップを受けた人の割合のデータの粒度が異なる
(2014は百分率、2017は25%ごとに区切った区間のいずれに該当するかを掲載)

Ⅲ-1. 精神医療の概略(その他の G20)

項目	定義・単位	出典	その他のG20									
			アルゼンチン	ブラジル	中国	インド	インドネシア	メキシコ	ロシア	サウジアラビア	南アフリカ	トルコ
退院後の復帰支援の実施状況 Follow-up of people with mental disorder discharged from hospital in the last year	<定義> 退院後1か月以内に外来診療でフォローを受けた人の割合 <単位> %	WHO Mental Health Atlas 2017	None or not reported	None or not reported	None or not reported	75%超	75%超	75%超	None or not reported	75%超	51-75%	None or not reported

Ⅲ.医療提供状況

Ⅲ-2. 精神病院及び福祉施設・住居

項目	定義・単位	出典	主要国								
			アメリカ	イギリス ²	ドイツ	フランス	イタリア	カナダ	オーストラリア	韓国	
疾病分類別平均在院日数 ³ (Hospital average length of stay by diagnostic categories)	精神・行動障害 ⁴ (Mental and behavioural disorders)	OECD Health Statistics	6.4	35.2	26	23.2	13.7	21.5	14	176.3	
			2010年	2018年	2018年	2019年	2019年	2019年	2018年	2019年	
	認知症 (Dementia)		7	50.2	14.3	17.5	15.6	48	15.7	275.3	
			2010年	2018年	2018年	2019年	2019年	2019年	2018年	2019年	
	アルコールによる精神・行動障害 (Mental and behavioural disorders due to alcohol)		<定義> ・一年間の総入院日数を一年間の総退院数で除して算出 ・総合病院(HP.1.1)、精神病院(HP.1.2)、その他の専門病院(HP.1.3)における、疾病ごとの数値を算出 含まないもの 入院したその日のうちに退院したケース(Day cases) <単位> 日/入院	4.2	6.3	14.1	10.5	11.7	6.7	7.5	90.3
			2010年	2018年	2018年	2019年	2019年	2019年	2018年	2019年	
	他の向精神薬使用による精神・行動障害 (Mental and behavioural disorders due to use of Other psychoactive substance)		4.1	14.3	17.1	15.5	10.1	9.6	7.6	10.3	
	2010年	2018年	2018年	2019年	2019年	2019年	2018年	2019年			
統合失調症 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders)		10.1	94.8	35.9	37.9	15	37.9	25.4	216.1		
	2010年	2018年	2018年	2019年	2019年	2019年	2018年	2019年			
気分障害 (Mood (affective) disorders)		6.4	41.7	36.3	25.8	15.1	18.4	15.4	56.8		
	2010年	2018年	2018年	2019年	2019年	2019年	2018年	2019年			
その他 (Other Mental and behavioural disorders)		5.4	26.6	24.4	20	11.9	17.6	10.3	97.8		
	2010年	2018年	2018年	2019年	2019年	2019年	2018年	2019年			
精神病院における在院期間 (Mental hospitals (length of stay))	入院期間1年未満の割合 (Inpatients staying less than 1 year)	<定義> 在院期間1年未満、1年超~5年、5年超それぞれに該当する患者の割合を算出 <単位> %	None or not reported	None or not reported	None or not reported	91.3%	0%	90.8%	None or not reported	58.0%	
	入院期間1年超~5年の割合 (Inpatients staying 1-5 years)		None or not reported	None or not reported	None or not reported	6.5%	0%	8.1%	None or not reported	31.9%	
	入院期間5年超の割合 (Inpatients staying more than 5 years)		None or not reported	None or not reported	None or not reported	2.1%	0%	1.2%	None or not reported	9.9%	
精神病院入院患者数 ⁵ (Total number of inpatients)	<定義> 1年間の総入院者数 <単位> 人	WHO Mental Health Atlas 2017 ¹	None or not reported	None or not reported	None or not reported	80,246	None or not reported	1,386	None or not reported	62,966	

各国のデータに関する留意事項

1. WHO Mental Health Atlasのデータは、2017年時点で各国が取得可能であった最新年のもの
2. イギリスについてはMental Health Atlas 2017のデータが公表されていないため、Mental Health Atlas 2014のデータを掲載
3. 平均在院日数の定義(掲載されているデータの内容)には、国ごとに差異がある。詳細は「Ⅲ-D1. 平均在院日数の定義(OECD)」を参照
4. 認知症からその他までの全ての疾患の入院日数、入院数を合算して算出した数値
5. 同一人物が2度入院した場合は2人分計上されている

Ⅲ-2. 精神病院及び福祉施設・住居(その他の G20)

項目	定義・単位	出典	その他のG20										
			アルゼンチン	ブラジル	中国	インド	インドネシア	メキシコ	ロシア	サウジアラビア	南アフリカ	トルコ	
疾病分類別平均在院日数 (Hospital average length of stay by diagnostic categories)	精神・行動障害 (Mental and behavioural disorders)	OECD Health Statistics							23				13.3
	認知症 (Dementia)							8				9.2	
	アルコールによる精神・行動障害 (Mental and behavioural disorders due to alcohol)							4.3				14.4	
	他の向精神薬使用による精神・行動障害 (Mental and behavioural disorders due to use of Other psychoactive substance)		<定義> ・一年間の総入院日数を一年間の総退院数で除して算出 ・総合病院(HP.1.1)、精神病院(HP.1.2)、その他の専門病院(HP.1.3)における、疾病ごとの数値を算出 含まないもの 入院したその日のうちに退院したケース(Day cases) ※各国の定義の詳細はⅢ-D1参照						16.5			11.9	
	統合失調症 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders)		<単位> 日/入院						48.7			15.8	
	気分障害 (Mood (affective) disorders)								16.3			13.3	
	その他 (Other Mental and behavioural disorders)								27.1			9.7	
精神病院における在院期間 (Mental hospitals (length of stay))	入院期間1年未満の割合 (Inpatients staying less than 1 year)	WHO Mental Health Atlas 2017	49.5%	94.0%	None or not reported	68.0%	None or not reported	85.0%	79.0%	85.6%	None or not reported	None or not reported	
	入院期間1年超～5年の割合 (Inpatients staying 1-5 years)		50.5%	3.5%	None or not reported	25.7%	None or not reported	5.6%	20.8%	7.5%	None or not reported	None or not reported	
	入院期間5年超の割合 (Inpatients staying more than 5 years)		None or not reported	2.8%	None or not reported	6.1%	None or not reported	9.6%	None or not reported	6.9%	None or not reported	None or not reported	
精神病院入院患者数 (Total number of inpatients)	<定義> 1年間の総入院患者数 ※同一人物が2度入院した場合は2人分計上されている <単位> 人		4,260	111,944	None or not reported	56,177	None or not reported	9,856	111,413	1,647	None or not reported	None or not reported	

Ⅲ-3. 非同意入院

項目	定義・単位	出典	主要国									
			アメリカ	イギリス ²	ドイツ	フランス	イタリア	カナダ	オーストラリア	韓国	日本(参考)	
非同意入院数 ³ (Admissions that are involuntary)	<定義> 1年間の非同意入院患者数 <単位> 人	WHO Mental Health Atlas 2017 ¹	None or not reported	None or not reported	None or not reported	None or not reported	None or not reported	None or not reported	None or not reported	4,643	27,163	125,287

各国のデータに関する留意事項

1. WHO Mental Health Atlasのデータは、2017年時点で各国が取得可能であった最新年のもの
2. イギリスについてはMental Health Atlas 2017のデータが公表されていないため、Mental Health Atlas 2014のデータを掲載
3. 同一人物が2度入院した場合は2人分計上されている

Ⅲ-3. 非同意入院(その他の G20)

項目	定義・単位	出典	その他のG20									
			アルゼンチン	ブラジル	中国	インド	インドネシア	メキシコ	ロシア	サウジアラビア	南アフリカ	トルコ
非同意入院数 (Admissions that are involuntary)	<定義> 1年間の非同意入院患者数 ※同一人物が2度入院した場合は2人分計上されている <単位> 人	WHO Mental Health Atlas 2017	771	None or not reported	None or not reported	15,890	None or not reported	7,859	56,127	830	9,838	792

Ⅲ-4. 隔離・拘束

調査対象	全国または州等の地域単位で集計された、精神病院、総合病院における隔離・拘束に関する公的統計 ※データの項目名が同一である場合も、調査・集計方法は統計ごとに異なるため、数値の単純な比較は難しい(一定期間内、調査実施時点 等)
------	--

国	公的統計の概要	集計単位	データ	出典・参考文献
アメリカ	・保健省の精神保健関連の施設(精神病院、総合病院等)向けのアンケート調査において、隔離・拘束の実施の有無が施設単位で集計されている ・メディケア及びメディケイドの給付対象となる治療の管理を行っているCMS(The Centers for Medicare & Medicaid)の入院施設の質の測定を目的とした統計において、精神病院での治療時間1,000時間あたりの隔離・拘束時間が集計されている	全国	2018年(1年間) 隔離・拘束実施病院数:1,536 隔離・拘束実施病院の割合:87.4% ※右記の調査に回答した、米国内の精神科病院及び精神科を有する民間の総合病院の合計1,758施設に対する割合 2020年(1年間) 隔離時間:1,000時間あたり0.29時間 拘束時間:1,000時間あたり0.3時間	・Department of Health and Human Services (2019), National Mental Health Services Survey 2018 ・Centers for Medicare & Medicaid Services(2022), Inpatient Psychiatric Facility Quality Measure Data
イギリス	・イングランドの病院においてNHSの適用対象となった治療について、各月の隔離・拘束を受けた患者数、回数が集計されている	地域 (イングランド)	2021年6月(1か月間) <患者数> 計:5,499人 物理的拘束:3,651人 化学的拘束:888人 機械的拘束:44人 隔離:891人 その他:25人 <回数> 計:13,237回 物理的拘束:9,433回 化学的拘束:2,117回 機械的拘束:116回 隔離:1,483回 その他:88回	・NHS Digital, Mental Health Services Monthly Statistics
ドイツ	・全国や州レベルでの公的統計はみられない	-	-	-
フランス	・入院情報技術機関(Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ATIH)が集計したフランス国内の公立、民間病院の入院に関する情報が、精神医療情報データベース(Recueil d'information médicalisé en psychiatrie, RIM-P)としてまとめられており、隔離実施人数、日数に関するデータが公開されている	全国	2020年(1年間) 隔離実施人数:29,781人 1人・1年間あたり隔離実施日数:44.5日 ※上記の隔離実施日数は2時間以上の隔離を行った日数を示す	・Agence technique de l'information sur l'hospitalisation(2021), Analyse de l'Activite Hospitaliere 2020-Champ Psychiatrie
イタリア	・全国や州レベルでの公的統計はみられない	-	-	-
カナダ	・連邦政府、州政府、地方政府からの財政的支援のもとで保健に関する情報を提供する独立機関であるカナダ保健情報機関(Canadian Institute for Health Information, CIHI)が、オンタリオ州の2006~7年及び2009~10年の入院データをサンプルとして隔離・拘束の実施率を算出している	地域 (オンタリオ州)	2006~7、2009~10年(当該期間の入院データ) 隔離実施率:5.4% 拘束実施率:5.4% うち身体的拘束:2.9% 機械的拘束:4.1% ※身体的、機械的拘束との間で重複有 化学的拘束(Acute control medication)実施率:15.4% ※上記の実施率は分析対象の入院データ計92,551件に対する割合	・Canadian Institute for Health Information(2011), Restraint Use and Other Control Interventions for Mental Health Inpatients in Ontario

国	公的統計の概要	集計単位	データ	出典・参考文献
オーストラリア	・オーストラリア保健福祉機関(Australian Institute for Health and Welfare, AIHW)によって、全国及び州単位の隔離・拘束のデータが集計されている	全国	2019年(1年間) 隔離実施件数:13,495件 隔離実施頻度:入院1,000日あたり8.1件 拘束実施件数:19,564件 うち機械的拘束:1,213件 身体的拘束:18,351件 拘束実施頻度:入院1,000日あたり12.0件 うち機械的拘束:0.6件 身体的拘束:11.4件	・Australian Institute for Health and Welfare(2020), Restrictive Practices 2019-20
韓国	・人権に関する調査や普及啓発等を担う国の独立機関である韓国国家人権委員会(National Human Right Commission of Korea)が精神病院や総合病院等の医療機関の入院患者を対象に実施したアンケートにおいて、隔離や拘束を経験したかが集計されている	全国	2008年(調査実施時点) 隔離されたことがあると回答した者:16.1% 拘束されたことがあると回答した者:28.9% ※約2,000名の入院患者を対象としたサンプル調査	・National Human Rights Commission of Korea(2008), Mental health facility inmates and facility survey(정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사)
日本(参考)	・厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業)研究班によって実施されている全国の精神病床を有する病院を対象としたアンケート調査において、毎年6月30日時点の各機関の隔離や身体的拘束の指示の状況が集計されている	全国	2020年(調査実施時点) 隔離指示あり:12,689人 隔離指示ありの割合:4.7% 身体的拘束指示あり:10,955人 身体的拘束指示ありの割合:4.1% ※上記の実施率は集計対象の入院患者データ計269,476人に対する割合	・厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業)研究班(2021)、令和2年度630調査

備考 (全国や州レベルの公的統計がみられない国)

国	概況	集計単位	データ	出典・参考文献
ドイツ	・ドイツ南部のバーデン・ヴュルテンベルク州は、非同意入院患者を受け入れ可能な州内の全32病院における隔離・拘束に関するデータを2015年より収集 ・同州からの資金援助のもとで上記のデータの収集やとりまとめを行っているウルム大学の精神科医らが、隔離・拘束実施件数、実施率等を分析し、論文で公開している	地域 (バーデン・ヴュルテンベルク州)	2019年(1年間) 隔離実施件数:3,877件 隔離実施率:3.3% 拘束実施件数:4,202件 拘束実施率:3.6% 化学的拘束(forced medication)実施件数:911件 化学的拘束実施率0.8% 上記いずれかを実施した件数:7,020件 上記いずれかの実施率:5.9% ※上記の実施率は集計対象の入院データ計118,016件に対する割合	・Erich Flammer et al.(2021), Effect of the introduction of immediate judge's decisions in 2018 on the use of coercive measures in psychiatric hospitals in Germany: a population-based study
イタリア	・右記の文献において、拘束に関する国レベルのデータは存在しない旨が言及されている	-	-	・Corrado Barbui et al.(2018), Forty Years without Mental Hospitals in Italy

Ⅲ.医療提供状況

Ⅲ-D1. 平均在院日数の定義(OECD)

項目	共通の定義	国	各国の定義(データの範囲、算出方法等)	最新のデータの出典	備考
精神病院における在院期間 (Mental hospitals (length of stay))	<ul style="list-style-type: none"> ・一年間の総入院日数(退院日-入院日)を一年間の総退院数で除して算出 ・総合病院(HP.1.1)、精神病院(HP.1.2)、その他の専門病院(HP.1.3)における、疾病ごとの数値を算出(健康な新生児の入院日数を含む) 含まれないもの 入院したその日のうちに退院したケース(Day cases) 	アメリカ	・The National Hospital Discharge Survey(NHDS)の入退院データを用いて算出	Centers for Disease Control and Prevention(CDC), National Hospital Discharge Survey(NHDS)	<ul style="list-style-type: none"> ・分母の総退院数にDay Cases(分子の入院日数が0)が含まれているとみられるため、平均が低く出ている可能性がある ・算出に利用されているNHDSのデータには短期滞在向けの入院も含まれている
		イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・以下の病院の入退院データを用いて主診断の疾病ごとに算出 ・イングランド:NHSの公立病院及びNHSから委託を受けた民間の病院 ・スコットランド:産科及び精神科以外の病院の退院に関するデータ(高齢者向け長期ケアを除く) ・ウェールズ:NHSの公立病院及びNHSから委託を受けた民間の病院 ・北アイルランド:Health and Social Care(HSC)の公立病院及び委託を受けた民間の病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・イングランド: NHS Digital, Hospital Episode Statistics(HES) ・スコットランド: Public Health Scotland, General/Acute Inpatient and Day Case(SMR01) ・ウェールズ: NHS Wales, Patient Episode Database for Wales(PEDW) ・北アイルランド: Department of Health, Hospital Inpatient System(HIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ・分母の総退院数にDay Cases(分子の入院日数が0)が含まれているため、実情よりも平均が低く出ているとみられる ・同一の患者が別の病院に転院したケースについて、二重にカウントされている場合と単一の入院とみなされている場合双方がある
		ドイツ	・公立、民間非営利、民間営利の病院の入退院データを用い、退院前に最後に受けた診断を主診断とみなして算出	Federal Statistical Office, Hospital statistics 2016	<ul style="list-style-type: none"> ・左記の統計をもとにドイツ連邦統計局が一部追加で集計を実施 ・Day Casesの入院日数を1日として統計に含めている
		フランス	・公立、私立の病院における急性期ケア、長期ケア、リハビリテーションの入退院データを用い、退院時に入院理由として判断された疾病を主診断とみなして算出	ATIH, National discharges databases from the "programme de medicalisation des systèmes d'information (PMSI)"	<ul style="list-style-type: none"> ・先の統計をもとにフランス統計局(DREES)が集計を実施 ・同一の患者が別の病院に転院したケースは単一の入院とみなして算出している ・死亡や転院の場合を除き、Day Casesは算出対象から除外されている
		イタリア	<ul style="list-style-type: none"> ・総合病院、大学病院等の入退院データを用い、悪性新生物の診断を受けている場合はそれを主診断として、そうでない場合は入院中に最も医療資源を消費した疾病を主診断とみなして算出 ※イタリアには精神病院(HP.1.2)及び精神病院以外のその他の専門病院(HP.1.3)は存在しない 	Ministry of Health, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero-Dati SDO	<ul style="list-style-type: none"> ・分母の総退院数にDay Cases(分子の入院日数が0)が含まれているとみられるため、平均が低く出ている可能性がある ・同一の患者が別の病院に転院したケースは単一の入院とみなして算出している
		カナダ	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期ケア病院及び精神病院に関する入退院データを用いて算出 ※精神疾患・行動障害以外の長期ケアに関するデータは含まれていない 	Canadian Institute for Health, Discharge Abstract Database(DAD) Canadian Institute for Health, Hospital Mental Health Database(HMHDB)	<ul style="list-style-type: none"> ・分母の総退院数にDay Cases(分子の入院日数が0)が含まれているとみられるため、平均が低く出ている可能性がある ・日帰り手術のDay Casesは除外されている
		オーストラリア	・公立、私立の病院の入退院データを用いて算出	Australian Institute of Health and Welfare, National Hospital Morbidity Database(NHMD)	<ul style="list-style-type: none"> ・Day Casesは除外されている
		韓国	・国民健康保険等の保険制度の評価機関において収集された入退院データを用いて算出	Ministry of Health and Welfare, Health Insurance Review & Assessment Service, Statistics of Health Care Utilization	<ul style="list-style-type: none"> ・Day Casesは除外されている

実施体制

本調査研究は、PwC コンサルティング合同会社 公共事業部が以下の体制で実施した。

シニアマネージャー	東海林 崇
シニアアソシエイト	齊藤 響
シニアアソシエイト	植村 綸子
アソシエイト	叶 里沙

令和3年度 障害者総合福祉推進事業

精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査

発行日：令和4年3月

編集・発行：PwC コンサルティング合同会社