

響（インパクト）の軽減、および精神障害者の権利の保障、の3つである。この目的は第一次から第三次の現在に至るまで一貫しており、これらの成果は継続的にモニタリングされている。

精神保健戦略のここまでの成果は以下である。

(A) 精神保健関係の予算、特に地域への予算配分が増えたこと

(B) 急性期でない病棟を削減し地域ケアへと移行したこと

(C) 利用者の満足度の収集や、利用者を運営に参画させる施設が増えたこと

豪州の精神保健福祉の課題は以下のことがあげられる。

(A) 州によって達成度が異なっており、特に地域ケアについて格差が生じていること

(B) 入院病床が削減されすぎたことで退院への圧力が強く、必要な治療が十分には提供されないままに退院となるケースが存在すること

(3) 両国の保健システムの相違

両国の保健および精神保健システムには大きな違いがあり、状況を比較するには相違点の理解が必要である。

日本ではGP制度やキャッチメントエリアの考え方は希薄であり、患者自身が精神科の病院や診療所を選ぶことができる。豪州の精神保健システムはキャッチメントエリアに根ざした公的医療に基づいているが、日本では民間病院が大きな役割を担っており、病院の80%は民間病院であり、ほとんどの診療所も民間である。

日本では医療と福祉で予算支払い方式が異なる。医療部分は自己負担のある医療保険でまかなわれており、基本的には出来高方式である診療報酬による。公立も民間病院も同じ診療報酬の枠組みによっている。福祉部分は、利用者が障害程度区分の評価を受け、その区分によりサービス提供者が政府より補助金を受け取る。オーストラリアではそれぞれの州が精神保健サービスの提供に責任があり、予算はそれぞれのキャッチメントエリアに一括して支払われる。

(4) 日本への示唆

日本と豪州を比較した場合、日本はちょうど豪州の第一次改革のはじまる時期に近いと想像される。日本の精神保健福祉改革は始まったばかりであり、先行して改革を行った豪州から学ぶべきものは多い。

- ・ 病院から地域への予算配分のシフト
豪州では、地域への予算を増加することにより、改革前に29.4%であった地域への支出を、10年間で51.2%にまで高めた。日本においても地域への予算配分の増加が望まれる。
- ・ 地域精神保健サービスの充実
日本においては今後地域精神保健サービスの増加が見込まれる。豪州においては様々な形態の地域精神保健サービスが既に実施されており、訪問型のサービス、ケアマネジメント、就労支援等参考になるものが多い。
- ・ 専門サービス
日本においては精神科病床の機能分化が立ち後れている。豪州においては、精神患者への早期介入、薬物依存との併存障害、精神障害と知的障害の併存障害、児童思春期、人格障害、などを持つ患者などへのサービスが発達している。
- ・ 精神保健の普及および啓発
豪州の改革において精神保健の推進と障害の予防は主要な目的の一つであり、代表的な成果として、中学・高校向けに開発された精神保健普及プログラムであるMindmatters、うつ病関連知識の啓発向上に取り組んでいるBeyondblueがある。我が国における一般国民における精神保健の理解は依然低く、理解を促進するようなプロジェクトが必要である。
- ・ サービスの質の確保
豪州における改革はすべてモニタリングされており、各サービスはアウトカムの測定を義務づけられている。またサービスへのコンシューマの参加は活発であり、68%のサービスで正式にコンシューマが参加している。

IV. 日本が今回の共同研究で学んだこと

今回の共同研究の成果として、日本側は特に次のような成果を得ることができた。

(1) 精神保健に関する知識や態度の日本人の特徴を、今回初めて本格的な大規模調査によってエビデンスとして確認でき、その結果を豪州の結果と比較検討することで日本の位置付けが明らかになった。

(2) 豪州の結果からは普及啓発活動を広く継続的に行うことにより、精神保健に関する知識や態度の改善にかなりな効用を見たことから、日本においても普及啓発活動の必要性が確認された。

(3) 精神保健に関する豪州の国家的取り組みについて現地で資料収集したり行政機関や研究者レベルで意見交換を行ったことで、両国における行政システムの差異が明らかになり、結果の解釈に係る留意点が明確になるなど、今後日本で普及啓発活動を展開するにあたっての有益な情報を得ることができた。

(4) 今後普及啓発活動を実りあるものにするには、日本の精神保健行政システムや社会の有り様、日本人の心性などを考慮に入れながら展開する必要性があると再認識された。

V. 両国における合意事項および今後の方向性

日豪両国は高齢化の急速な進展、労働環境の変化、疾病構造の変化などによる保健福祉需要、特に精神保健上の急激な変化に直面しており、過労死や自殺など社会病理現象に伴う精神保健に関わる啓発活動の必要性が注目されてきた。

そうした中、今回の共同研究は、両国における関連話題の現況を明らかにし、かつ国際比較を可能にしたという点で一定の効果を挙げたといえよう。もっとも、結果の解釈については議論の余地が未だかなり残されている。さらには、こうした精神保健の問題を、社会経済的負担の試算から捉えるなど、経済効率の観点から考えていく必要もあるであろう。

今後は更に日豪両国の社会文化的背景を考慮しながら、日豪両国での普及啓発の試みの発案や実践へと展開していくことで、両国における精神保健の充実をはかっていくことができるといえよう。

日豪保健福祉協力第2フェーズのしめくりに向けて、2006年の訪問時に、豪州研究者と日本側研究者でミーティングを行ったが、その結果、次のことが話し合われた。

精神保健改革は両国共通の課題であり、日豪保健福祉協力第2フェーズ終了後も両国の交流を研究

者間で継続することが望まれる。そのため、いくつかの交流プログラムが考えられる。

1. 研究機関としての交流の促進

両国の大学、研究所において、精神保健政策の提案を政府に行っている研究者の交流を促進する。第二フェーズ終了後も、相互に研究者の交流を行い、精神保健改革の研究を発展させることが望まれる。特に、若手研究者の交流の促進は、次代につながるものであり、重要である。

2. アジアの国々の精神保健の発展に貢献する交流の促進

メルボルン大学では、Asia-Pacific Community Mental Health Development Project を実施しているが、これはアジアの参加各国が自国の状況を報告し、地域精神保健への取り組みの中で成功しているものを報告しまとめることを目的としている。文化的につながりの強いアジア各国の成功した取り組みを知ることは、アジアに適した地域精神保健サービスの発展に寄与するものである。

両国が今後更に今回の共同研究をベースにしなが
ら協力関係を発展させ、精神保健福祉施策を更に
充実させる方向に進むことで、精神保健に関する取
り組みが世界へと発信されていくことが期待され
る。

SUMMARY OF THE EXCHANGE BETWEEN JAPAN AND AUSTRALIA

1. Key Events

- After completion of Phase 1, it was agreed between Australia and Japan that Phase 2 would involve carrying out joint research on the theme of 'Mental Health' for 2-3 year from 2001.
- November 2004; Agreement was made between Australia and Japan to extend Phase 2, with cooperation on the theme of 'Mental Health' to the end of 2006. The National Institute of Mental Health (Japan) took the role of being the main organization to organise exchange programmes.
- July 2005; Exchange plans for the Japanese Fiscal Year (JFS) were coordinated with Australia.
- December 2005; Inquired to Australia about sending a specialist delegation.

2. Exchanges of Joint Work Regarding Mental Health

- November 2001; Australian members visited Japan and an expert group meeting was held. This was the core group to decide direction and framework of the research, the specific themes and how to progress the research in the future.
- September 2002; the First Joint Research Team Meeting was held in Canberra and discussed how to progress the research in the future.
- November 2003; Australian members visited Japan for the second expert group meeting and discussed a Suicide Prevention Symposium and progress with the joint research on 'Community Attitudes to Mental Health'.
- November 2004; the 'Public Forum on Australia-Japan Health Partnership: Mental Health and Suicide Prevention' was held. Talks were delivered by Dr Wang Xiangdong (WHO), A.Jorm (ANU), and Yoshifumi Nakane (Nagasaki International University Graduate School) delivered. The 'Japan-Australia Joint Symposium for Suicide Prevention' was held on the following day and talks were delivered by Ian Webster (Chair of the Australian National Advisory Council on Suicide Prevention) and others.
- Agreement on extension of the timeframe for cooperation. The following were agreed to in November 2004:
 1. Two-year-extension of the cooperation in the area of mental health through the Australia-Japan Partnership in Health.
 2. A decision was made to carry out separate consultation on themes including 'Government's commitment to mental health and evaluation' and 'Community Support' (including educational activities to promote community awareness).
 3. To implement interactive exchanges between researchers and administration officials in an informal style rather than through implementation of events.

3. Exchanges in JFY 2005

- Delegations mainly composed of specialists were sent to Australia (13 to 17 February 2006)
- Major places visited: University of Melbourne, Victorian State Department of Human Services, St. Vincent's Hospital, other organizations for psychiatry, rehabilitation and psychiatric and neuroscience research.
- Major people met; N. Smith, Deputy Secretary of Federal Department of Health and Ageing, H. Herman, Professor of University of Melbourne and others.
- Major researches and events;
 - ① Providing Japanese information on the current situation of mental health and the direction of mental health reform
 - ② Collecting Australian information on mental health reforms in Australia and Victoria
 - ③ Improvement and evaluation of community understanding in Victoria, Australia
 - ④ Approach by State of Victoria to treatment of the aged with mental disorder
 - ⑤ Discussion on how to progress the exchanges in JFY 2006
- On return, the delegation made future exchange plans with the International Affairs Section and Mental Health and Welfare Section of the Ministry of Health, Labour and Welfare

4. Exchanges in JFY2006

- Australia-Japan Partnership in Health Meeting in Tokyo (24-27 October 2006)
 1. Australian Delegation: H Herman (Director, Academic Program, Australia International Health Institute) and others
 2. Japanese Delegation: Y Nakane (Nagasaki International University Graduate School) and others
 3. Major events
 - ① Lectures on the current situation for mental health and the direction of mental health reform in Japan
 - ② Lecture on mental health reforms in Australia
 - ③ Presentation of survey results from 'Japan-Australia Joint Research on knowledge and understanding of mental health' and discussion
- January 2007; discussed the Final Report at joint research team meeting in Melbourne

1. 主な経過

- 第1フェーズを終了後、2001年より2～3年間の予定で、第2フェーズとして「精神保健」をテーマに共同研究を行うことについて豪側と合意。
- 2004年11月、「精神保健」をテーマにフェーズ2の協力期間を2006年末まで延長することについて豪側と合意。国立精神保健研究所が主体機関として実施的な交流計画を企画。
- 2005年7月 今年度の交流計画について豪州側と調整。
- 2005年12月 専門家訪問団の派遣について豪州側に打診。

2. 精神保健に関する共同作業の交流内容

- 2001年11月、豪側メンバーの訪日により、エキスパートグループ（研究の方向性・骨格を定める中核メンバー）の会合を開催し、来年以降の共同研究の具体的なテーマや進め方等について討議。
- 2002年9月、キャンベラにて第1回共同研究チーム会合を開催し、今後の研究の進め方について討議。
- 2003年11月、豪側メンバーの訪日により、2回目のエキスパートグループ会合を開催し「地域住民の精神保健に対する態度」に対する共同研究の進捗状況や自殺予防シンポジウム等について討議。
- 2004年11月、メルボルンにて「Public Forum on Australia-Japan Health Partnership: Mental Health and Suicide Prevention」開催、Dr Wang Xiangdong, (WHO)、Prof. A. Jorm（オーストラリア国立大学）、中根允文 教授（長崎国際大学大学院）が講演。翌日「自殺防止に関する日豪共同シンポジウム」（Prof. Ian Webster, Prof. Diego de Leo, Prof. Toshiharu Fujita らが講演）
- 協力期間の延長の合意（2004年11月、次の事項について豪側と合意）
 - ・日豪保健福祉協力としての精神保健分野での協力の当面の2年の延長
 - ・テーマは「精神保健行政の取組みと評価」、「地域（Community）におけるサポート（住民意識の啓発を含む）」などを含め今後個別に協議
 - ・イベント実施ではなくよりインフォーマルな形での研究者、行政官の相互交流を実施

3. 平成17年度の交流

- 専門家を主体とした交流団の派遣（日程：2006年2月13日～17日）
 - ・主な訪問先：メルボルン大学、ビクトリア州州民サービス省、セント・ビンセン公立精神病院他ビクトリア州精神医療・リハビリテーション機関、脳精神研究所等
 - ・主な面談者：N. Smith 連邦保健・高齢化省次官補、H. Herrman メルボルン大教授他
 - ・主な調査・交流内容
 - 1) わが国の精神保健の現状、精神保健改革の方向性についての情報提供
 - 2) 豪州・ビクトリア州の精神保健改革に関する情報収集
 - 3) 豪州・ビクトリア州における地域住民の理解の促進及びその評価
 - 4) 高齢化した精神障害者の処遇についてのビクトリア州の取り組み
 - 5) 平成18年度の交流の進め方についての意見交換（豪側交流団の訪日要請を含む）。
- 交流団の帰国後、国際課、精神保健福祉課を交えて今後の交流計画を策定

4. 平成18年度の交流

- 日豪保健福祉協力 東京会合（日程：2006年10月24日～27日）
 - ・豪州交流団：H. Herrman（オーストラリア国際保健研究所学術プログラム部長）他
 - ・日本側：中根允文（長崎国際大学大学院）他
 - ・主な交流内容
 - 1) 日本の精神保健の現状、精神保健改革の方向性についてのレクチャー
 - 2) 豪州の精神保健改革に関するレクチャー
 - 3) 「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」調査結果プレゼンテーションおよび意見交換
 - 4) 日豪保健福祉協力報告書草案に関する意見交換
- 2007年1月、メルボルンにて共同研究チーム会合を開催し合意文書について討議

Ⅱ. 分担研究報告書

Please do not quote without author's permission

The role of culture in attitudes to mental disorders: Some comments

Mark H.B. Radford
Hokkaido University

March 1st, 2007

Address for correspondence:

Mark H.B. Radford Dr.Med.Sc., Ph.D., F.A.I.C.D.
Department of Behavioural Science
Bungakubu, Hokkaido University
N. 10, W. 6, Kita-ku
Sapporo, 060-0810, Japan

Tel/Fax. 011 706-4152
Email: radford@let.hokudai.ac.jp

Introduction

The following report contains some thoughts and comments about attitudes towards mental illness.

As mentioned previously this research is very important because:

- It provides an important database for information about different aspects of mental illness. This database not only gives us a foundation for our knowledge, but also a means of tracking changes over time.
- It provides us with a basis to develop education programmes concerning mental illness and its treatment for the general public, government and private institutions.
- By comparing two different cultures, the research potentially helps us to identify specific factors that influence people's attitudes and may provide ideas on how to modify those attitudes.
- Future studies will be able to examine the effectiveness of both education and intervention programmes, by using the current results as a benchmark.

In this report, I will talk about two main topics:

(1) Stigma associated with mental disorders. This topic was the main theme of the third publication to arise from the joint research project on Australian and Japanese perceptions and beliefs about mental disorders and mental health care in Australia and Japan. The article is as follows:

Griffiths, KM, Nakane, Y, Christensen, H, Yoshioka, K, Jorm, AF, Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan, *BMC Psychiatry*, 6:21.

(2) Low recognition of depression by psychiatric nurses. This topic is a brief summary of a possible reason for the low recognition rate of depressive illness by psychiatric nurses in Japan, as compared with other specialities and the general population.

Stigma associated with mental illness

This article is the third to be published by the Australian-Japan Research Group, and compares the nature and extent of stigma in response to mental illness in Australia and Japan. This topic is very important because stigma is potentially closely linked to seeking treatment and social acceptance within the community. But as the authors state – “Australia and Japan have different systems of psychiatric health care, and distinct differences in cultural values, but enjoy similar standards of living”. From a trans-cultural perspective, stigma is very much influenced by culture, by cultural values and norms, and culturally influenced ways of thinking. By comparing

differences between Australian and Japan we are better able to understand how some of these may be influenced or reflect cultural as well as systemic (i.e. in health care policies and system) differences.

The study looked at 3998 Australian adults over 18 years of age, and 2000 Japanese adults aged between 20 and 69 years of age. Participants were asked a number of questions about their personal attitudes and their thoughts about the perceptions of others in their community with respect to four mental health case vignettes describing a person with depression, a person with depression with suicidal ideation, a person with early schizophrenia, and a person with chronic schizophrenia. Major results showed that while stigmatising attitudes were common in both Australia and Japan, negative attitudes (i.e. for personal stigma and social distance) were greater among the Japanese. In both Australia and Japan, personal stigma was greater than perceived stigma, and it was greater for the case vignettes of people with depression than for those with schizophrenia.

The implications of these findings are for both education programmes and public awareness initiatives are important.

Some specific thoughts on the results

In their discussion of the results, the authors suggest a number of potential factors for the results.

‘Tatemae’ and ‘Honne’ as cultural explanations

The authors suggest that ‘social behaviour is strongly determined by ‘tatemae’ (what the person says to maintain harmony) rather than ‘honne’ (what the person is really thinking).’ I am not sure that this statement is correct as social behaviour is determined by the ability to understand and appropriately use ‘tatemae’ and ‘honne’ in various situations, rather than one being more important than the other. These two concepts are difficult to translate into English, and care needs to be taken, especially when using them to explain mechanisms or origins for certain thought and behaviour.

Culture and stigma

The finding that stigma is greater in Australia than Japan is intriguing. I am not sure that it is a fair assumption that ‘given the strong influence of the ‘honne’/‘tatemae’ culture in Japan, it would be surprising if social desirability bias were higher in Australia’. I do not think the two are necessarily related (see above). The distinction between what you are ‘allowed’ to think and what you ‘actually’ think maybe important in Australia and therefore lead to social desirability bias. In Japan it is recognised that both exist, and it is normal, so there is no need for social desirability bias.

The difference in personal and social stigma may also be associated with the concept of attributional bias. Much research has found that people from Asian cultures (including Japan), compared to those from Western cultures (including Australia) often attribute ‘bad things’ or negative things to internal factors rather than external factors. Likewise, attribution for good things is often attributed to situational causes,

rather than internal causes (cf. Berry et al., 2002). These findings are important when trying to understand cultural differences in attribution. It is possible that the differences between Australia and Japan could be explained by research in this area.

The authors talk about the role of the media in Australia in increasing awareness and in reducing stigma through ‘stigma busting campaigns’. I think this seems to be a more likely explanation. If the data were available, I suspect a historical analysis may help to answer this question.

Chronicity and attitudes

Differences in public differentiation between chronic and early schizophrenia may reflect a difference in what sorts of behaviour are regarded as normal/acceptable in both cultures, and what is not. For example, it has been argued that depression in its mild (and even moderate) form is more acceptable in Japan than some Western countries like Australia and North America (Radford, 2004). Certain mental and physical symptoms are some times interpreted as expressions of a personal (i.e. individual specific) malaise. There is even a term in Japanese for such symptoms – ‘jibyō’. It is only when such symptoms become difficult to manage that they become an ‘illness’ or ‘disease’.

Social distance and work

The findings for social distance and work could also reflect cultural difference in the meaning and structure of work. In many companies in Japan, the work environment is like a family environment. Many people join directly from school and so come through as cohorts. Many join companies that seniors from their same school or university have joined. On entering a company you often go on a rotation for many years, and may end up in an area very different from your original area of study. In such a situation there is not a lot of choice of what you do, and with whom you work. Given the fact you all come through at the same age, you learn to accept people with their ‘idiosyncrasies’. Work life is like family – you accept what you have. There is little choice. Marriage and friendship is different. There is more choice.

Depression vs. schizophrenia vignettes

Perhaps some of the reasons for the ‘extreme’ results of reactions to the schizophrenia vignettes versus the depression vignettes, relates to a general Japanese tendency to avoid the unknown. It has been argued that depression is perhaps more socially accepted and considered a part of normal behaviour in Japan than other countries. On the contrary, even mild forms of what is considered bizarre behaviour (such as that found in schizophrenia) makes people uncomfortable. In fact, the unknown (including people) tends to be avoided, until some formal ‘introduction process’ takes place.

Social desirability

Finally, as the authors point out, social desirability is a potentially major influence for the results reported for attitudinal social distance. It would have been interesting if the authors had in fact included such a measure in their questionnaires.

General methodological issue

As with the previous studies, the question needs to be asked – “Could the scales used have also influenced the results to some extent?” Use of strongly worded response scales (e.g. ‘strongly agree’; ‘strongly disagree’) can sometimes influence attitudinal survey results. Some cultures (like Japan) often do not use ‘extreme’ wording in their descriptions of things. When they encounter such wording in questionnaires it is possible that they move more to the centre. While the authors combined the ‘strongly agree’ and ‘agree’ into one response, it is possible some results were distorted by subjects moving to a more neutral position.

Low recognition rates for Japanese psychiatric nurses

One of the intriguing findings to come from the joint study is the low recognition rates by Japanese psychiatric nurses of depression in the vignettes. Contrary to expectation the rates are lower than those found for other specialities and lower even than the general population.

A possible explanation for this finding is the way we look at, and interpret what we see. Research has suggested that there are cultural differences in the way people perceive and think about things and their environment (Radford & Akase, 2006). In particular, it has been found that Westerners (e.g. Australians) tend to have a ‘content focus’, while Easterners (e.g. Japanese) tend to have a ‘context focus’.

A content focus refers to the tendency to focus or concentrate on the task at hand, or a focal (salient) object, with little regard for the context in which it occurs. This focus is said to characterise a Western way of seeing and thinking about things. For example, if we are asked to look at a picture of a boy surrounded by other children, and then later asked to describe the emotion on a boy’s face, we will usually be able to remember the boy’s emotion.

A context focus, on the other hand, not only looks at the task at hand, but also at the context in which it is placed. Surrounding characteristics can influence perceptions of salient objects. This focus is said to characterise Eastern ways of seeing and thinking about things. In the example above, Japanese observers would be influenced by the emotions on the surrounding faces and more likely to say that the boy was happy (if the faces were smiling), even if the boy’s face had a neutral or sad expression.

How does this relate to the results for Japanese psychiatric nurses?

Japanese psychiatric nurses are trained to look at patients in a particular way, and in a particular context. Recognition rates may be low because they are looking at the vignettes out of context. The vignettes may not present information in a way that is consistent with their view of depression. Because the condition of patients in a psychiatric hospital tends to be severe, more so than in Australia (Radford, 2004), it is possible that ‘milder’ forms of depression are seen as a form of ‘jibyō’ or personal illness, as mentioned above, rather than as an ‘medical illness’. This would be

particular true for psychiatric nurses who are faced with the more severe forms of depression than perhaps the general population. In other words, their 'threshold' for determining what is depression may be higher than that for other groups of people.

It is possible that psychiatric nurses do not simply look at the salient symptoms, but rather look for different, or other types of information with which to make their diagnoses. Whether someone is depressed or not, may relate to their ability to function in society, or the degree to which their symptoms cause handicap. Or maybe there are other factors that are taken into account.

This idea still needs to be developed further. Additional analyses of the data, and further research may help confirm or reject this explanation.

Conclusions

The findings in this study are both interesting and important. As the authors conclude, the role of public awareness and associated intervention programmes can play a crucial role in improving negative attitudes towards mental illness. The Australian experience can serve as an important example.

References

Berry JW, Poortinga YH, Segall MH, Dasen PR: **Cross-cultural psychology: Research and applications** (2nd edition). Cambridge: Cambridge University Press; 2002.

Radford MHB: Transcultural issues in mood and anxiety disorders – A focus on Japan. **CNS Spectrums** 2004, **9**, Number 6 (Suppl 4): 6-13.

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究
分担研究報告書

日豪共同研究成果の精神保健福祉施策における活用
ーオーストラリアにおける精神医療保健福祉サービスと日本への示唆ー

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）、立森久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）、斉藤治（国立精神・神経センター武蔵病院）、澤温（さわ病院）、下野正健（福岡県精神保健福祉センター）、羽藤邦利（代々木の森診療所）、宮田裕章（早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科）、Chee Ng（Department of Psychiatry, Melbourne University）、Helen Herrman（Australian International Health Institute, Melbourne University）

研究要旨：【目的】本研究では、オーストラリアの精神医療保健福祉の現状およびオーストラリアの精神保健戦略（Mental Health Strategy）について、情報交換および施設の視察を実施した。これらにより得た情報を整理することにより、わが国の精神保健改革に有用な情報を得ることを目的とした。【方法】2003年より、数回にわたりオーストラリア（キャンベラ、メルボルン、シドニー、パース）を訪問し、専門家への聞き取り調査と精神保健施設の視察を実施した。これらの調査から得た情報、調査時に提供を受けた冊子、関連文献および Website で公開されている情報をもとに結果をまとめた。【結果】“Australia’s Mental Health Strategy”は、1992年に開始された国家規模の精神保健戦略である。当初の計画では5カ年計画であったが、その後も第二次（1998-2003年）、第三次（2003-2008年）と継続して実施されている。この戦略の大きな目的は、(1) 精神保健の推進と障害の予防、(2) 障害による影響（インパクト）の軽減、および(3) 精神障害者の権利の保障、の3つである。この目的は第一次から第三次の現在に至るまで一貫しており、これらの成果は継続的にモニタリングされていた。精神保健戦略のここまでの成果としては、精神保健関係の予算、特に地域への予算配分が増えたこと、急性期でない病棟を削減し地域ケアへと移行したこと、利用者の満足度の収集や、利用者や運営に参画させる施設が増えたこと、などがある。オーストラリアの精神保健福祉の課題としては、州によって達成度が異なっており、特に地域ケアについて格差が生じていること、入院病床が削減されすぎたことで運営における退院への圧力が高く、必要な治療が十分には提供されないままに退院となるケースが存在すること、などが挙げられた。そのため今後の戦略として実際に、救急病棟の後方病床を増加させる試みも始まっている。【考察】精神保健を取り巻く制度、状況、歴史などが異なるため、個々の具体的な取り組みの事例全てをそのままわが国に取り入れることは難しいが、大いに参考となる点も多いと思われる。例えば、地域中心の精神保健サービスに移行した際の経験や、専門サービスの充実、改革の過程のモニタリングの手法、精神保健の普及啓発プログラムなどについては、今後さらに詳細な情報交換

を行う価値があるであろう。また、政府間協力および研究者間の連携によって、その国の精神保健福祉サービスの仕組みのより正確な情報を入手できると考えられ、このことを他の国にも広げていくことで、わが国の改革に有用な情報を蓄積することが期待される。

A. 研究目的

1998年の日豪共同研究の積極的推進、官民の専門家グループ会合の開催など6項目の合意をもとに、日豪保健福祉協力の共同研究が開始された。2001年からは、その第二段階として「精神保健」をテーマに共同研究が実施されている。本研究では、その一環としてオーストラリアを訪問し、精神保健の分野において両国が必要としている情報の交換を行ってきた。

日本、オーストラリア両国において精神保健システムの改革は喫緊の課題である。

オーストラリアにおいては1992年よりNational Mental Health Strategyとして改革が始まり、現在第3次National Mental Health Plan (2003-2008)を実施しているところである。

一方、我が国においても、2004年に精神保健改革ビジョンが出され、2005年に障害者自立支援法が成立するなど、過去に例のない精神保健システムの改革期が始まったところである。両国の状況、問題点など異なる点も多いが、一致する課題も多い。

本研究では日豪両国の研究者や専門家と情報交換を行い、精神保健施設を訪問することにより、両国の精神保健福祉の現状と、精神保健改革、および今後の課題について検討した。集められた情報を元に、両国を比較することにより、相互の精神保健の発展への多くの示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

2003-2006の間にオーストラリア(メルボルン・キャンベラ・シドニー・パース)を訪問し、精神保健関係者(オーストラリア政府、州政府、病院関係者、研究者等)と両国の精神保健システムについて情報交換するとともに、精神保健サービス(司法、急性期、児童等精神科病棟、地域精神保健サービス、NGO等)を視察した。またオーストラリア側も2003年および2006年に日本を訪問している。

本報告書は、これらの訪問から得た情報、訪問時に提供を受けた冊子、関連文献およびWebsiteで公開されている情報をもとに、両国の精神保健システムの歴史や、精神保健を取り巻くシステムの現況について概要を示し、両国を比較する。またその中より両国の今後の精神保健改革への示唆を得る。

(倫理面への配慮)

本研究は、専門家への聞き取り調査、すでに公表されている冊子や論文、Website上の情報をもとにまとめたものであり、個人情報等、倫理上問題となる内容は含まない。

C. 研究結果

1. 日本における精神保健福祉施策の状況

オーストラリアの状況について報告する前に昨今の日本の状況を簡潔に振り返る。

我が国では近年、精神保健に関連する政策や法律などを立て続けに提出しており(表1)、精神保健システムの改革にあると言える。以下にこの脱施設化および地域精神保健の発展を目的とした改革について簡潔に説明する。

2002年に社会保障審議会障害者部会精神障害分会から出された報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」を契機に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が発足し、2004（平成16）年9月には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示された。

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」には、精神保健福祉施策について「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進め、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととして、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標を示している。

また、前年の2003（平成15）年には、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（心神喪失者等医療観察法）が成立した。この法律は、わが国に未整備であった司法精神医学サービス体系の整備を目的としたものであるが、国会において附則として「精神医療全般の水準の向上」と「精神保健福祉全般の水準の向上」を図ることが決議されている。

2004（平成16）年10月には厚生労働省障害保健福祉部から「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が示され、審議会などにおける議論、国会における質疑を経て、2005（平成17）年には障害者自立支援法が成立した。この法律は、これまで身体障害、知的障害、精神障害といった障害種別などによって福祉サービスや公費負担医療の利用の仕組みや内容などが異なっていたものを、一元的なものにすることや、その利用者の増加に対応できるよう、制度をより安定的かつ効率的なものとすることを目的とするものである。障害者自立支援

法では、精神障害者通院医療費公費負担制度は、更生医療、育成医療とともに、自立支援医療として規定された。また、精神保健福祉法に規定されていた精神障害者社会復帰施設に関する事項、精神障害者居宅生活支援事業に関する事項も、障害者自立支援法に規定されることとなった。障害者自立支援法の成立は、保健、医療、福祉におよぶ法制度として発展してきた精神保健福祉制度の福祉部分を、身体障害、知的障害と一元化することにより、精神保健福祉法を、保健医療を中心とした制度に導くものである。

また、平成18年度診療報酬改定では、全体として3.16%の大幅なマイナス改定であったにもかかわらず、精神科については比較的评价できる改定であった。表2に精神科に係る主な改定点を示す。

地域への退院促進に関連ある項目としては、まず、精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟に導入された逡減制がある。また精神病棟入院基本料に関しても、入院早期の評価が引き上げられ、長期入院の評価が引き下げられた。病院としては短期間で患者を退院させ、新たな患者を入院させた方が多くの診療報酬を得ることになり、新規入院患者の在院日数短縮および長期入院患者の退院促進が進むと考えられる。

さらに、訪問看護関連では、退院前訪問看護の回数および訪問看護の一週間の訪問回数の緩和がそれぞれ行われた。また初回入院の統合失調症患者へ家族精神療法を行った場合、入院精神療法を算定できることになった。精神科デイ・ケアに関しても、地域への復帰を支援する観点から、より重症な患者も参加可能となるよう短時間のケアについても算定できることになった。

以上のように、わが国の精神保健福祉制度は、精神医療と、障害福祉サービスの体系の再編という大きな改革に突入していると言える。

2. オーストラリアにおける精神保健福祉施策の状況

(1) オーストラリア国およびオーストラリアの保健福祉制度の概要

人口は約 2000 万人であり、最も人口密度の低い国の一つである。5 人に 1 人はオーストラリア以外の国の出身という多民族国家である。国土は 8 つの州及びテリトリー（以下、州）に分かれ連邦制を採用している。連邦政府の他、各州にそれぞれ政府があり、独自の法律を持つ。連邦政府は所得税および GST（Goods and Service Tax; 物品サービス税）を集める。

連邦政府は直接のサービス提供は行わず、各種の予算を提供するとともに Australia's National Mental Health Strategy（後述）の調整を行っている。また各種指標のモニタリングを実施している。

1984 年から Medicare という公的医療保険制度が施行されており、公的医療の医療費および民間医療の医療費の一部はこの制度によりカバーしている。Medicare は税金を財源とするもので、公的医療は Medicare により無料で提供されている。そのうち、ヘルスケアにかかる費用の約 7% が精神障害者によって使用されている。

各州政府は公的ヘルスケア（公的病院、地域サービス、健康増進および疾病予防）に関する責任を負い提供する。

各州がどのように精神保健サービスを提供しているか、についての例として、視察を

行った Victoria 州について説明する。Victoria 州では州を 21 のキャッチメントエリアに分割している。St. Vincent 病院はそのエリアの 1 つを担当する病院である。州は病床数の確保やコミュニティケアの提供を条件に St. Vincent 病院に補助金を交付する。St. Vincent 病院はその補助金をもとに精神保健サービスを提供するが、人員配置など、どこに予算を多くかけるかについては一定の裁量権を有している。

また州は Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Services (PDRSS) として主にリハビリテーションの分野について NPO（非営利組織）へ委託して行っている。NPO には多くのサービスを持つものもあれば、一つしかサービスを持たないものまで、規模は幅広い。

以上の公的セクター以外にも、サービスの提供主体として private セクターが存在する。医師の診察では公定医療費の 85% を Medicare が負担するが、それ以外の費用は自由に設定できる。Private hospital への入院費用は、医師の診察の 85% を除き自己負担であるが、民間の保険に加入している場合はその大部分を保険会社が負担する。患者が Private セクターに診てもらう場合、どこで誰に診てもらうかは患者の選択である。民間病院は株式会社による再編が進んでおり、3 社ほどの大きなグループが存在している。例として、視察を実施した Melbourne clinic および Sydney clinic はともに Healthscope という株式会社に属している。Healthscope は 46 の病院を持ち、420 床の精神科病床を持つ。

(2) オーストラリアの精神保健戦略の概要
“Australia's Mental Health Strategy”は、1992

年に開始された国家規模の精神保健戦略である。様々な調査により権利の濫用・侵害が明るみに出てケアシステムの内での不適切な状況が判明したことがその契機であった。当初の計画では5カ年計画であったが、その後も第二次（1998-2003年）、第三次（2003-2008年）と継続して実施されている。第一次から第二次の10年間で国家としての精神保健政策を明確にし、入院医療システムからよりバランスのとれたサービス分配システムへと移行が進められた。

注目すべき点として、オーストラリアにおける改革は病床を減らすために行われたわけではない点である（図1参照）。病床の減少はすでに1960年代から行われており、ピーク時の1/3程度まで減少していた。精神保健改革は、無秩序に行われた病床削減をより計画的に行うことに意義があった。

この戦略の大きな目的は、(1) 精神保健の推進と精神障害の予防、(2) 障害による影響（インパクト）の軽減、および(3) 精神障害者の権利の保障、である。当初は急性期を念頭においていたが、現在ではより広い対象を念頭においている。この点を除いて、以上の目的は現在も一貫して同じである。これらの計画の成果は継続的にモニタリングされている。オーストラリア連邦政府は、州・準州へ、「改革とインセンティブ」の助成金を交付する。国家目標の実現に向けて進むことは州と準州の合意するところであり、オーストラリア連邦政府の発行する白書（The National Mental Health Report）に、「合意されたことを実行したか」、「何を、どのように、いつ実行したか」など毎年の進展具合を報告している。

第一次（1992-1997）では重症の精神障害

に重点を置き、公的な精神保健サービスを、以下のような方向へと導くことに力点が置かれていた。

- ・ 地域中心サービスへのよりいっそうの転換
- ・ 精神保健サービスの向上および総合医療・保健サービスへの統合（mainstreaming）
- ・ 単科精神病院への依存度の改善
- ・ サービスへの責任および利用者の権利（consumer rights）の尊重の向上

第二次では、第一次の目的を継承しつつも、精神保健の推進、精神障害の予防、公的な精神保健セクターと他のセクター（民間の精神科医、GP、一般科、救急サービス、NPOなど）との協力によるサービス改革、およびサービス提供の質と効率の改善を新たな目的として実施された。

第三次でも、これまでの目的を継承するとともに、下記の4つの点を主な目標としている。

- (1) こころの健康づくりと精神保健上の問題（自殺を含む）と精神障害の予防
- (2) （特にサービスへのアクセス、ケアの継続性、家族や介護者への支援についての）サービス提供への責任を強化
- (3) サービスの質の強化
- (4) 調査研究の振興・イノベーションの推進・持続力の育成

オーストラリア精神保健改革の開始より10年以上が過ぎ、改革の成果や課題について様々な議論がなされている。それらについては(6)で述べる。また、それらの課題を受け、2006年7月にThe Council of Australian Governments (COAG: オーストラリア首相および各州の首相等からなる)の会合において

精神保健について話し合いが行われ、National Action Plan on Mental Health 2006 – 2011 への合意がなされた。これについては(7)で述べる。

(3) オーストラリアの精神保健戦略の成果
2005年にオーストラリア連邦政府が報告した、National Mental Health Report 2005 (NMHR2005)は、過去10年(1992/93-2002/03)の取り組みを振り返る内容となっている。NMHR2005の主要な図を示し、概要を記述する。

精神保健への支出は1993年の約20億オーストラリアドル(A\$)から、2003年には69%増加し約33億A\$となった(図2)。ただし保健全体における精神保健の支出割合は約7%でほぼ横ばいである。国民1人あたりの予算は州政府が約100\$、連邦政府が約60\$という計算になる。1993年は入院への支出が71%を占めていたが、2003年には地域と入院で半々と地域への割合が大幅に増えていた(図3,4)。ここに示されている“ambulatory service”とは、病院及びクリニックの外來部門、訪問型サービス、デイプログラムなど、地域で暮らす患者に提供されるサービス全般を指す。

精神保健戦略では病床数を削減したが、病床数の減少という現象自体は1965年ごろからすでに始まっていた(図1)。精神保健戦略のねらいは、計画的とはいいがたい病床の減少をより計画的なものとするにであった。したがって1993年以後は、急性期でない病床が主に減少しており、急性期病床はわずかであるが増加している(図5)。また病床の減少は主として単科精神科病院の閉鎖によるものであり、急性期入院治療の役割は

総合病院の精神科に移されていった(図6)。

これらの転換の結果、図7に示すように、単科精神病院への支出が減り、総合病院や地域ケアへの支出が増えている。地域ケアの人員配置も93年と比較して約2倍になっており、常勤換算で人口10万人あたり37人である。しかし州によって値はばらつきがあり、州間の格差は広がる傾向にある(図8)。

精神保健戦略の大きな柱として利用者の権利の尊重や、サービスの質の向上が挙げられているが、その結果、利用者施設に運営に参画させている施設が増え(図9)、利用者の満足度評価を収集している施設も大幅に増えている(図10)。

精神保健戦略は当初は公的病院を対象にしたものであったが、第2次計画からは民間病院の重要性を理解し、協力することを目的と挙げている。private hospitalの10年間の変化を図11に示す。病床数は1727とまだ少ない水準を保ってはいるものの、93年と比較し、病床数、人員配置等の指標は大幅に増えている。特に日帰り入院で治療プログラムを受ける患者が増加している。民間病院の中には在宅で医療をうけるサービスを始めているところもあるが、それらに関するデータはまだ得られていない。

また下記に記述する様々な普及啓発プログラムが開発されたことも改革の大きな成果の一つである。

(4) オーストラリアにおける精神保健の普及啓発活動

こころの健康づくりと精神保健上の問題の予防は、特に第3次精神保健戦略において主な目標とされている。この面で、精神保健を「社会全体の関心事」とするためには、以

下の取り組みによる継続的努力が必要であると述べられている。

- ・ 成功した試験事業の定着化
- ・ 特にメディアをターゲットとしたステイグマの減少を図る
- ・ 精神保健に対する理解を促進する新しい精神保健リテラシー政策
- ・ 職場での精神保健上の問題の予防にむけた労働組合や従業員との協調

以下にこころの健康づくりと精神保健上の問題の予防において実際に使用されている資源の具体例を示す。

1) 精神保健リテラシー

国民の精神保健リテラシーを向上するために、代表的な精神障害別に、その障害がどのようなものであるかを、わかりやすくかつ根拠に基づいた形式で解説している冊子などが用いられていた。表紙や内部のデザインひとつとっても、手に取って読む気にさせる資料を作成しようという意図がうかがえた。このような冊子はどの施設に行っても誰でも手に取りやすい位置に置かれていた。

2) MindMatters

MindMatters は、学校組織に所属する人々の精神衛生の向上および保護を目的に、中等学校（日本の中高にあたる）むけに 1999 年に開発された精神保健プログラムである。2000 年よりオーストラリアの全中等学校に配布され、85%の学校、計 65,000 人が実際に利用している。2 日間の教員への専門的な訓練が無料で提供される。

MindMatters の特徴としては、いつでもどんなときでも適用できるユニバーサルアプローチであること、resilience（復元力、回復力）に注目していること、学校全体で取り組むこと、カリキュラムの例があること、学校

ごとに適用することが可能なこと、健全な教育がなされること、精神保健についてのトピックも多く含んでいること、教育と well-being の両方を達成すること、専用の website があること（www.curriculum.edu.au/mindmatters）、などである。

MindMatters が伝える主なメッセージは、well-being に全力を注ぐこと、学校全体で取り組むこと、resilience を探求すること、つながっていることの重要性、安全・信頼・助けを求めることに焦点を当てること、地域との連携、である。

また教員への支援のための staff matters、ニーズの高い子ども向けの MindMatters plus もある。

3) beyondblue

“beyondblue”とは、うつ・不安・薬物乱用障害に取り組んでいる政治的に中立な特定非営利活動法人（Not-for-Profit Organisation: NPO）である。この組織は、うつとうつに対する誤解を解消・啓発を目的として 2000 年に設立された。うつの人々だけでなく健康サービス、学校、職場、大学、メディア、地域組織とも共同で、うつ病関連知識の啓発向上に取り組んでいる。

主要事業内容は、下記の五つである。

- (1) うつ・不安とそれに関連した薬物使用障害に対する地域社会での知識向上を目指し、これら健康問題に対する誤解を解消することに取り組んでいる。
- (2) うつ者とそのケアに当たっている者に対し情報・補助・効果的治療が入手可能であることを伝える。健康指針・政策の立案者に対し、うつ者の生活上の経験やニーズを伝える。