

200929029A

厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業

精神障害者への対応への
国際比較に関する研究

平成 21 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 中根 允文

平成 22 (2010) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

- 精神障害者への対応への国際比較に関する研究（総括）…………… 1
主任研究者 中根 允文

II. 分担研究報告書

A. 国際機関関連

1. WHO の mhGAP、AIMS、ATLAS の調査および検討 …………… 9
鈴木 友理子 ほか
2. WHO Collaborating Centres の活動と役割に関する研究 …………… 27
中根 秀之
3. アジア・ASEAN の国々の精神医療 …………… 37
新福 尚隆

B. 海外諸国および日本における精神障害者への対応

4. 欧米を主とした諸外国の精神保健医療福祉政策の調査、評価…………… 53
－東アジア諸国の精神障害関連法の比較－
竹島 正 ほか
5. 医療経済・医療の質評価等の調査…………… 71
伊藤 弘人
6. 英国のホールシステムアプローチその要となる機器解決 / 家庭治療チーム …… 79
西田 淳志 ほか
7. うつ病を対象とした諸外国の精神医療福祉サービスの調査…………… 85
佐々木 一
8. 日本の精神保健福祉政策に関する調査－地域における精神障害者対策を中心に… 95
川口 貞親 ほか

C. 在外邦人および在日外国人の精神障害への対応

9. 在日外国人の精神科医療の実情と改善方策の検討に関する研究…………… 97
岡崎 祐士 ほか
10. 在日外国人の精神保健医療福祉、法務省との連携、および …………… 101
精神保健福祉法の英訳版作成
白石 弘己 ほか
11. 海外邦人メンタルヘルスの現状と対策 …………… 113
鈴木 満 ほか

Ⅲ. 資 料

1. 精神保健ギャップ改善行動計画立ち上げの会議におけるコメントの発表案 など … 117	
精神保健ギャップ改善行動計画立ち上げの会議（Mental Health Gap Action Programme, mhGAP）におけるコメントの発表案	
精神保健ギャップ改善行動計画（Mental Health Gap Action Programme, mhGAP）立ち上げの会議に参加して	
2. 英国のホールシステムアプローチ など …………… 129	
英国のホールシステムアプローチ – その要となる危機解決 / 家庭治療チーム	
3. 在日外国人の精神科医療の実情と改善方策の検討に関する研究 など	
今までの外国人の精神障害に関する研究のまとめ…………… 133	
最近 10 年間の都立松沢病院における外国人入院症例について …………… 136	
研究班名簿 …………… 137	

I. 総括研究報告書

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神障害者への対応への国際比較に関する研究
総括研究報告書

主任研究者 中根 允文（長崎大学名誉教授）

研究要旨：世界保健機関の精神保健部は「No health without mental health」をモットーに Mental Health Gap Action Program (mhGAP)などを提案して、世界的な精神保健医療福祉の充実を図ろうとしている。本研究は、そうした動きを視点に入れながら、諸外国の精神保健医療福祉制度について比較研究して、日本における同制度の改革に向けての具体的な示唆および提言を行う。その中には、在外邦人及び在日外国人における精神障害の実態と処遇の状況を把握・分析して、彼らへの具体的支援策を検討することも含む。そのためには、これまでに国内の関連分野で多大な経験をしてきた研究者の協力を得て、従来からの知見を総括すると共に、諸外国のエキスパートの見解を直に知る、更に国内から諸国に出向き関連制度の生の実施状況を把握していく。

分担研究者

岡崎 祐士（東京都立松沢病院）
新福 尚隆（西南学院大学 人間科学部(社会福祉学科)）
中根 秀之（長崎大学 大学院医歯薬学総合研究科 保健学専攻）
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
鈴木 友理子（国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部 災害等支援研究室）
佐々木 一（爽風会 佐々木病院）
鈴木 満（岩手医科大学 神経精神科学講座）
白石 弘己（東洋大学 ライフデザイン学部）
川口 貞親（産業医科大学 産業保健学部）
西田 淳志（(財)東京都医学研究機構・東京都精神医学総合研究所）
伊藤 弘人（国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部・精神保健政策・管理学）

A. 研究目的

諸外国の精神保健医療福祉制度の現況を調査するという国際比較研究をもとに、日本における精神保健福祉制度の将来的な改革への示唆を行うこと、および精神疾患を発症した在外邦人や在日外国人について、その実態の分析を踏まえ、適切な対応方策を探るものである。

制度比較については、WHO 精神保健部等における各種プロジェクト（mhGAP, AIMS, project ATLAS など）の展開の動向も視野に入れつつ、精神保健医療福祉システム、地域移行、家族支援、当事者活動、早期支援、普及啓発を含めた主要国制度の成り立ちと、最新情報を体系的に整理し、日本における施策の参考にする。在日外国人、在外邦人の対応については、外務省、法務省の領域も視野に入れつつ、国際的視野から精神医療システムとしての現状と課題を整理する。

B. 研究方法

本研究は複数年度に亘る調査研究と想定している。当該年度は初年度であり、主任研究者・分担研究者がこれまでに蓄積してきた知見を集合整理し、その総括をもとに緊急に情報を得るべき組織・機関あるいは地域からエキスパートを受け入れ、あるいはそれらへ日本から訪問調査に赴き、日本における現況と厳密に比較検討することとした。しかし、今年度から、調査目的に関連した聞き取り調査を、国内および海外の関係者の協力を得ながら実施した分担研究者もいる（詳細な研究方法は、各研究者の記載を参照）。

従来成果をもとに、国際組織・機関担当グループ（中根允・新福・中根秀・鈴木友）、海外諸国担当グループ（竹島・伊藤・佐々木・川口・西田）、および在外邦人・在日外国人担当グループ（岡崎・白石・鈴木満）の3分科会に区分して最新の知見や情報を集約して討議し、それにWHOを中心とした国際機関に研究者の派遣を行い、関連機関スタッフの見解を直接聴取するなどを行った。

C. 結果

研究班会議を2009年7月12日と2010年1月23日の2回、東京で開催した。第1回会議では、主任研究者による研究目的・意義や方向性の紹介がなされると共に、各分担の研究計画が提示され討論を行った。その際、研究班として共通テーマを設定して共同研究に入るということをせず、大まかに設定した各研究者の計画を尊重することとなった。第2回会議は、その後における

研究の進捗状況が中間報告としてなされ熱心な討論となった。

なお、今年度は、海外からのエキスパート招聘を行わず、国内から国際機関への訪問、すなわちジュネーブにある世界保健機関本部の訪問（中根允文・鈴木友理子）およびマニラにある世界保健機関西太平洋事務局の訪問（新福尚隆・中根秀之）により、関係スタッフからの聞き取り調査を行っており、それぞれに、分担研究者の報告の中に成果はまとめられている。

各分担研究者における当初の研究課題と報告書における課題（表題の筆頭に□と記載してある）は次の通りである。

I. 国際組織・機関担当グループ

鈴木 友理子：WHO, mhGAP, AIMS, ATLAS の調査及び検討

- ・WHO の mhGAP、AIMS、ATLAS の調査および検討

新福 尚隆：WHO 及び WHO/WPRO などの知見の解析

- ・東アジア及びアセアン諸国における精神医療に関する研究

中根 秀之：WHO 指定研究協力センターとしてWHO 精神保健部情報の検討

- ・WHO Collaborating Centres の活動と役割に関する研究

II. 海外諸国担当グループ

竹島 正：欧米を主とした諸外国の精神保健医療福祉政策の調査、評価

・

伊藤 弘人：医療経済・医療の質評価等の調査

- ・医療経済・医療の質評価等の調査

西田 淳志：欧米における早期介入・家族支援・当事者支援等の調査

- ・英国のホールシステムアプローチ
その要となる機器解決/家庭治療チーム

川口 貞親：アジアの精神医療・福祉政策に関する調査

- ・日本の精神保健福祉政策に関する調査
一地域における精神障害者対策を中心に

佐々木 一：諸外国の精神保健医療福祉の調査

- ・うつ病を対象とした諸外国の精神医療福祉サービスの調査

III. 在外邦人・在日外国人担当グループ

白石 弘己：在日外国人の精神保健医療福祉、法務省との連携

- ・在日外国人の精神保健医療福祉、法務省との連携
- ・精神保健福祉法の英訳版作成

鈴木満：在外邦人、在日外国人の精神保健医療福祉の調査

- ・海外邦人の精神保健の現況調査と精神医療サービスの分断に関する研究

岡崎 祐士：総括補佐、在日外国人・在外邦人の精神医療の整備

- ・今までの外国人の精神障害に関する研究のまとめ
- ・最近 10 年間の都立松沢病院における外国人入院症例について

倫理面への配慮：本研究は、諸外国における制度・サービス・運動にかかわる調査研究であり、倫理面に関して問題の起きる側面は少ない。諸外国において、医療・福祉

の現場の職員、行政関係者、当事者、家族への面接や調査にあたり本研究の目的を説明し、了承を得たうえで調査を行った。

分担研究者は、それぞれに詳しく調査結果をまとめており、その要約のみをここに記載することは紙面の都合もあるので省略し、次の「考察」項において若干言及することにした。

D. 考察

今年度は、関係分野における情報の綿密な収集であり、医科学的情報としての有用性は顕著であると考えられる。

まず、WHO 本部スタッフへの聴き取りにおいては、鈴木友らが詳細な近況をまとめているが、さらには ATLAS2010 として近々改訂する方向にあると聞いた。これは、次年度以降に大きく活用できると考える。mhGAP については、筆者自身がこの数年関わってきた話題（資料参照）であり、日本として今後の国際貢献が期待される場所であろう。筆者自身は、WHO が設定した専門家諮問部会（Expert Advisory Panels）48 部会（「厚生労働省国際課調べ」2005 年 12 月の時点で 52 部会）の中で、精神保健関連のメンバーの 1 人として、この数年間、個人的に作業してきている。同メンバーは、世界中では 2008 年 12 月現在 738 名（精神保健領域では 31 名、西太平洋事務局内では 4 名）が指名されているというが、国内での動向は残念ながら文書上から明確でない。WHO は国際疾病分類の第 11 版改正に向けて作業中であり、それらに対しても貢献できれば幸いである。

WHO 精神保健・物質乱用防止局に関わる

WHO Collaborating Centre (WHO/CCs) は、中根秀によると、WHO 全部局指定の総数約 800 施設のうち 35 施設あり、国内では東京医科歯科大学と長崎大学の精神科 2 教室であるという。このセンターの多さが WHO の他部局から批判・攻撃目標にされており、今や指定センターの数を削減することが喫緊の話題になっていると聞いた。確かに、精神保健関連領域ではあるものの、アルコールとタバコについては WHO 内で別部局が関わっており、国内でも独立行政法人「国立病院機構久里浜アルコール症センター」が国内唯一の「アルコール関連問題研修センター」として WHO から指定されており、専門的研修や研究活動に取り組んでいるので、これらを含むと精神保健関連では更に多くの WHO/CCs が存在しているようである。ただ、WHO の動向を知るとき、WHO/CCs には相応の基準と果たすべき役割が厳密に設定されているのであるから、その期待に沿うべき作業を着実に実施していくことが前提であろう。

国際組織の活動に関して、自らがそのスタッフの一員として長年活躍してきた新福は、西太平洋地域諸国における精神医学・医療のプロセスを歴史的に振り返りつつ、これまでに日本が果たしてきた役割を見直し、そうした国々の現況と問題点に関する情報をかなり細かく要約している。

次に、世界各地における精神障害者への対応について、竹島はまずオーストラリア連邦ビクトリア州での精神保健サービスの展開について歴史的に言及しながら、現在の状況に発展してきたプロセスから、日本への適応の可能性を検討している。また次に、2 人の研究協力を得て、アジア 4 地域

の精神障害関連法（原語版）を邦訳するなどして、日本との対比を試みており、将来詳しく比較検討すべき課題のあることを明らかにした。

伊藤は、日本では未だ十分なデータに乏しい医療経済・医療の質の視点に立って、精神科医療サービスの疫学データを、米国の資料に基づいて検討した。米国では、メディケア・メディケイドという公的保険の導入および脱施設化施策が精神医療サービスに多大な影響を与えたことは周知の事実であり、日本がこの方向性を如何に見ていくかは大きな検討課題であろう。

西田は、研究協力者と共に、統合失調症への早期介入などをはじめとして新しい取り組みを示してきた英国各地における地域精神保健システムの展開を多くの資料と共に、これまでに自らが直接訪問して得た情報を加えて、その利点の数々を明らかにしている（資料参照）。

佐々木は、世界中で最も重要な精神保健上の問題である「うつ病」を中心に、インターネット情報から世界各地の諸国が取り組むべき戦略に言及している。とくに、オーストラリア・英国・イタリアなどの National Health Service (NHS) をモデルにしながら、うつ病治療サービスについて検討している点は興味深い。わが国も、WHO が進めてきた国際精神保健調査 (Mental Health Survey) に参加してきて、厳密な疫学データが確立されているので、新たな視点に立って国家的方策を考えるべきなのかも知れない。

川口は、当初アジア地域の諸国における精神医療・福祉政策を研究テーマとしていたが、今年度はまず障害者自立支援法施行後における国内の地域精神保健福祉現場から

聞き取り調査を行って、次年度に近隣諸国のデータと比較したいということにシフトした。興味深い結果として、重要なことは、退院可能と判断された入院患者を地域支援に移行した事例の追跡調査結果である。福岡県内で、退院可能と判断された事例の約 20%が現に退院していたというのである。こうした数値は、地域医療展開にとって具体的なデータとして貴重である。

岡崎グループは、精神科救急の第一線機関である都立松沢病院の経験を細かく集計分析して、精神障害をかかえた在日外国人に提供されてきた精神医療の変遷を明らかにしている。彼らは、1970年代から2000年までの入院例と、その後の10年間の入院事例を比較して、日本語も英語も通じない人々が増加してきており、対応の難しさに直面してきていること、急性精神病状態の事例が多いことなどを指摘しており、今後はこれらについて各国が如何に考えているかを大使館から聴取したいとしている。

同じ在日外国人への個別的な対応を継続している白石は、NPO 東京英語いのちの電話 (TELL) の成果をまとめた。さらに、学会活動として、これを支える多文化精神医学会の役割に言及し、これからのサポートの有り様を考えさせた。岡崎らと同様に、事例における言葉のバリアーが大きな問題であり通訳を如何に確保するか、入院 (時には通院) 医療費の確保、母国への送還に関わるテーマなども討論された。

一方、鈴木満は、近年海外渡航者が増加する中、海外邦人におけるメンタルヘルス支援は極めて難しい問題に直面しつつあることが症介意された。とくに、邦人海外渡航者への精神科救急事例の介入体制の模様

などが明らかにされて、早急に整備されるべきであることが痛感させられた。

以上、全ての分担研究について主任研究者としてのコメントを短く紹介したが、次年度はこれらを更に進化できるものと考えている。

次年度以降は、各分担研究者が平成 21 年度に行った研究テーマを発展させるだけでなく、厚生労働省科学研究費という建前を考慮して、平成 21 年 9 月にまとめられた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書をもとにする「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」にとって基礎的情報となる有用な数値的データの収集にも努力して、厚生労働省が具体的に施策を立案する上での貢献を考えたい。

例えば、下記の各項目について、英米仏伊などの先進国やトピックとなる諸国から明確なデータを収集して確立していくことも価値があろう。まずは、以下に示すような精神科の病床およびスタッフ (コメディカルスタッフを含めて) 等について、諸外国の様子を実数と共に比較してみたい。

・病床等について

- ①病床の定義(精神科専用の病床の規定について、根拠法)
- ②病床数の内訳(単科病院 vs 総合病院など)
- ③精神病院の人員配置(医師や看護師など)
- ④病床以外の居住施設の類型、根拠となる法、ケアの内容、入所者数
- ⑤司法精神の対象者、刑務所内精神障害者等の数

⑥認知症患者の精神科病院への入院の有無 (無い場合はどこにいるのか)、入院の適応、入院患者数

- ・ 医師について
 - ・ 全体の数、精神科医の数、精神科の中の内訳 (開業医 vs 勤務医など)
 - ・ 専門医制度について (要件、研修、人数)、その他の特別の資格 (指定医など)の有無
 - ・ コメディカルスタッフについて
 - ・ 資格の種類、内容、人数など
- 次には、精神保健福祉法に相当するものに関する情報の確立として、
- ・ 精神科医療や精神障害者に関する法律の有無や概要
 - ・ 入院形態について
 - ・ 類型、名称、概要、目的、背景にある思想(ポリスパワー、パレンス、パトリエなど)
 - ・ 対象者・権限の主体・手続き (強制入院における裁判所の有無など)
 - ・ 判断や同意を行う者 (指定医、保護者の関わり方)
 - ・ 患者本人の同意能力に関する考え方 (患者が未成年である場合の取り扱いなど)
 - ・ 期間(オートマチックレビューの有無) ・ 費用の支払者
 - ・ 保護者制度について
 - ・ 有無、役割、法律上義務化しているかどうか、保護者の終期の有無
 - ・ 行動制限について
 - ・ 法的規制の内容・行動制限の実施状況(件数、時間等)

などが、精神障害者の処遇上の話題として国際比較がなされておくべきであろう。ま

た、医療経済的側面として、報酬や支払制度が精神医療に与える影響 (例えば、入院や通院別費用支払い者・自己負担額) も調査される必要がある。

諸外国で行われてきた改革における行政史、地域の精神医療システムについて (例えば、在宅医療、かかりつけ医療の仕組み、および救急医療の仕組み、その実施主体や整備量および地域単位のありかた、なども今後明らかにして比較検討できれば、将来の改革にとって有用なエビデンスとなりうるのではないだろうか。総体的には、精神医療が如何なる定義のもと、あるいは守備範囲の中で執行されているのかが明らかにされる必要があると考える。

さらに本研究では、精神障害を罹患した在外邦人の支援にかかわる研究も含むこととしてきており、国際移送制度の整備状況とその内容も無視できない話題である。

E. 結論

本研究班は、初年度にあっても多彩な情報を網羅することができた。研究班としての共同作業は取り込まなかったが、それだけフリーハンドな情報収集が可能になったと考える。それぞれに公表される場所が異なる可能性も少なくないことを考えると、これらを含む報告書の意義は十分に認められることになろう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

中根允文・木下裕久：精神保健ギャップ改善行動計画（Mental Health Gap Action Programm, mhGAP）立ち上げの会議に参加して、WFMH ジャパン ニュースレター 16, 4-6, Dec. 2008.

岩永洋一・中根秀之・中根允文：DSM と ICD－わが国における精神科診断システムの運用状況－、最新精神医学 14(1), 58-66, 2009.

中根允文：高齢者における精神障害の疫学研究、老年精神医学雑誌 20(増刊号

-III), 14-19, 2009.

西田淳志・中根允文：精神疾患の疫学と疾病負担、医学のあゆみ 231, 10, 948-951, 2009.

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業
「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」
平成 21 年度 分担研究報告書

WHO の mhGAP, AIMS, ATLAS の調査及び検討

研究分担者 鈴木友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所
災害等支援研究室長

研究協力者 深澤 舞子 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

【目的】本研究の目的は、近年の国際精神保健におけるランドマークとなった取組みや発表を軸に、世界保健機構（WHO）をはじめとする国際精神保健の最近の流れを概観することである。そして、WHO 等の資料に基づき、日本の精神医療の政策、医療資源、人員、予算等の国際比較および分析を行い、我が国の精神保健施策への示唆を得る。【方法】近年の WHO 精神保健・薬物依存部の取組みに関する既存資料のレビューを行った。また、WHO 精神保健・薬物依存部 Drs Saraceno and Saxena に聞き取り調査を行った。また、WHO が出版した、Mental Health Atlas, AIMS project などの既存の資料から精神保健サービスに関する指標について国際比較し、我が国の位置づけを明らかにした。【結果】近年の国際精神保健における主要な取組みとして、1) Project Atlas, 2) WHO-AIMS Project, 3) IASC ガイドライン、4) Lancet Global Mental Health Series, 5) Mental Health Gap Action Programme, 6) Movement for Global Mental Health などがある。いずれも科学的根拠に基づいて地域精神保健サービスの拡充について一定の方向性が示されており、関係者の情報や経験を共有して、より調整された方法で、精神保健資源の地域間、そして地域内格差を是正する取り組みとなってきた。【考察】今後の国際精神保健の取り組むべき方向と具体的なプログラムは示されてきている。今後は、実践（Implementation）、サービス提供（Delivery）などのより具体的な展開が期待される。

A. 研究目的

近年、国際保健における精神保健活動の位置づけが注目されており、多くの目覚ましいイニシアチブがとられている。国際的な精神保健の展開を考えるにあたって、世界銀行の Global Burden of Disease Study (Murray & Lopez, 1996) が大きな転換をもたらしたといえよう。それまで中・低諸国における国際保健の主要な課題は HIV/AIDS、

結核、マラリアなどの感染症が主要な課題であった。これらは現在も主要な国際保健上の課題であるが、一方でグローバル化に伴う疾病構造の変化、そして非感染性疾患による疾病負荷も見逃せない課題であることをこの研究は明らかにした。

また、地域における精神保健問題の実態を明らかにするために、2001 年から世界保健機関（WHO）がイニシアチブをとり、28

カ国で精神科疫学調査、World Mental Health Survey が実施された。この調査によると、地域住民が精神保健の問題を抱える割合は1年間で約10-20%、生涯で約20-35%と報告されている (Kessler, 2009)。しかし、多くの者が適切な治療を受けておらず、この傾向は特に中・低所得国において顕著であった (Wang, 2007)。

世界中で生じている精神障害をもつ人への治療に関する倫理的、人権的問題のみならず (Patel, 2006)、このような研究で明らかになった事実、つまり、全世界で精神保健の問題はありふれており、個人ばかりではなく社会にとっても大きな影響を与えるが、治療が行き届いていない現状を解決するために、近年 WHO などが中心となって中・低所得国における精神保健サービスの拡充を目指すさまざまな取り組みが展開されてきている (World Health Organization, 2001)。これらの流れは、総じて、科学的根拠に基づいて地域精神保健サービスの拡充について一定の方向性が示されており、関係者の情報や経験を共有して、より調整された方法で、精神保健資源の地域間、そして地域内格差を是正する取り組みとなってきた。これらの活動は、WHO、世界精神医学会 (WPA) などの組織、そして各地で質の高い精神保健サービスの提供に努める臨床家や NGO などの関係者、そして研究者らによって共通のプラットフォームが形成されて取り組まれている。

そこで、本研究は、これらのランドマークとなった取組みや発表を軸に、WHO をはじめとする国際精神保健の最近の流れを概観することとした。そして、世界保健機構等の資料に基づき、日本の精神医療の政

策、医療資源、人員、予算等の国際比較および分析を行い、我が国の精神保健施策への示唆を得ることとする。

B. 研究方法

近年の WHO 精神保健・薬物依存部の取り組みに関する既存資料のレビューを行った。また、WHO 精神保健・薬物依存部 Drs Saraceno and Saxena に聞き取り調査を行った (2010.1.19、ジュネーブにて、中根允文、鈴木友理子)。また、WHO が出版した、Mental Health Atlas, AIMS project などの既存の資料から精神保健サービスに関する指標について国際比較し、我が国の位置づけを明らかにした。

C. 結果

世界保健機関 精神保健・薬物依存部主導の取り組み

世界保健機関 精神保健・薬物依存部 (WHO Department of mental health and substance abuse: WHO/MSD) は、1) 世界の精神疾患による負荷を減らし、2) 精神健康を向上させるために、ニーズと現状のギャップを狭めるための世界的なリーダーシップを負っている。これらの目標のもとに、各地の地域や国の事務局、そして100以上の WHO 協力センターなどと連携して、調査、技術支援、アドボケイトなどが行われている。

2001年には、精神保健が WHO 総会の主要課題として取り上げられ、World Health Report は、「Mental Health: New Understanding, New Hope, drew attention to the situation」と題され、人びとの健康に対する精神疾患の大きな負荷について科学的根

拠が報告された。WHO/MSD はこれらの根拠に基づき、地域精神保健活動のニーズを明言し、10 の提言を行っている。さらに、各国での具体的な行動を促進するために、国連加盟国の保健省関係者らによるラウンドテーブルが開催された。この 2001 年の一連の活動を受けて、WHO/MSD は 5 年間の Mental Health Global Action Programme に着手し、精神保健問題に関する意識と反応性を高め、サービスの質と効果を高め、ステイグマと差別を減少するよう各国政府に求めた。具体的には、以下に述べる Project Atlas、WHO-AIMS などのプロジェクトを通じて、各国の精神保健資源の現状を記述して、これらの基礎情報に基づいて精神保健政策や活動の立案といった技術支援を行っている。

1) プロジェクト アトラス(Project Atlas)

各国の精神保健政策の立案、実施をデータやエビデンスに基づいたものとするためには、その基礎データが不可欠である。精神保健が公衆衛生問題としてみなされていない国々には特に中・低所得国に多く、問題の所在や既存の資源に関する情報が不足しているために、精神保健サービスを公衆衛生上の課題として捉え、公正に資源を配分することができない場面に直面することが多かった。精神保健サービスに関する適切な指標の選択、情報収集、分析、解釈、結果の発表には労力、専門性、資金的な投資を要するが、中・低所得国ではこれらの資源が不足しており、この問題を打破するために、サービス立案の基礎となるデータの収集を進める Project Atlas が 2000 年に WHO/MSD によって開始された。このプロ

ジェクトを通じて、精神保健資源やサービスが不足している現状、そして世界的にみても、国内においても精神保健資源が公正に配分されていない現実について専門家や関係者の意識を高めることも目的とされた。2001 年に発表された Atlas 2001 では、191 の加盟国のうち、185 カ国の情報を収集しており（カバー率は人口の 99.3%）、精神保健資源の指標としては、精神保健に関する政策、法規制の有無、財源、精神保健施設数、精神保健専門家数、必須治療薬の利用可能性、などが含まれている。

本篇の執筆時点で最新の報告書は Atlas 2005 であり、現在 2010 年版の出版にむけてデータ収集の準備を行っているとのことであった。Atlas 2005 における日本および主要な高所得国、そしていくつかの低所得国の精神保健資源に関する指標は、別添資料（WHO Atlas）を参照されたい。

以下に 2005 年に発表された結果の一部を紹介したい。精神保健に関する政策とは、「精神保健の向上のための優先順位を明示し、達成のための方向性を示した各国の保健省から発行された文書」を指しているが、62.1%の国々がこのような政策を持ち、これは世界の人口の 68.3%をカバーしている。精神保健に関する法規制とは、「精神障害をもつ人びとの基本的人権と公民権を保護し、治療施設、治療者、専門教育や治療体制に関する法規制」と定義される。全世界の 78.0%の国々に、69.1%の人びとがこのような法規制を持っている。しかし、日本が所属する西太平洋地域をみると、そのカバー率は 78.0%の国、13.9%の人びとに限定されている。これは世界最大の人口を擁す中国において関連法がないことが影響して

いる。精神保健に限定した予算は、世界の69.2%の国ぐににあるが、西太平洋地域では59.3%と他地域に比べて低い割合となっている。またこのような予算がある国ぐににおいても、20.9%では精神保健予算が全保健医療予算の1%に満たない。この精神保健の主な財源は、税金、個人負担、社会保険である。しかし、西太平洋地域や東南アジア諸国を含む南東アジア地域では個人負担の割合が比較的高いこと、また国の所得レベル別に主な財源を検討すると、低所得国では個人負担の割合が高くなっていることから、公的医療や支援が十分に行き届いていない現状がうかがわれる。

わが国の精神病床数が多いことは周知の事実であるが、全世界的な傾向はどのようなものであろうか。人口1万人あたりの病床数（中央値）は全世界で1.69、西太平洋地域で1.06である。全世界の国ぐにのベッド数の分布をみると、人口1万人あたり0-1床が40.5%、1.01-5床が27.6%、5.01-10床が19.5%、10より多数が12.4%であった。精神科医数は、人口10万人あたりの中央値が1.20人、高所得国では、10.5人（日本は9.4人）であった。全世界の人口10万人あたり精神科医数の分布をみると、0-1人が47.6%、1.01-5人が27.3%、5.01-10人が18.4%、10人より多い国が15.0%であった。所得レベル別にみると、高所得国に精神科医が偏在していることが明らかである。

このほかにも様々な指標で精神保健資源の現状を記述しているが、総じて中・低所得国における精神保健資源の不足が明らかである。2001年、そして2004年の2時点で情報収集が行われたが、観察期間が短か

ったこともあるが、目立った経時的変化は認められなかった。しかし、このように現状が明らかになることにより、関係者の問題意識が高まり、解決に向けた行動が期待されるので、より長い期間での変化を期待したい。

最後に、本プロジェクトは精神保健資源の現状に関する包括的な情報収集を目指したが、多くの欠損値があることが限界として挙げられる。このような情報収集システムの構築を通じて、関係者の精神保健に関する意識を高めることも意図しているので、本プロジェクトがサービス資源のモニタリング体制の構築に刺激を与えることを期待したい。また、各指標の定義は専門家の意見を参考にしたが、病院、施設、ベッド数、また地域ケアの考えかたはその国の医療保健制度、文化に大きく依存するものであり、明確な定義が困難であった現実も否定できない。また、中・低所得国の多くでは、精神保健予算は明確に定義されていないが、一般保健の一部として精神保健サービスが提供されることがあり、予算の線引きが容易でないという問題点も指摘されている。このような方法論的な問題もあるので、これらを考慮して解釈する必要がある。

2) WHO-AIMS プロジェクト

公正かつ適切な精神保健サービスを展開するためには、既存の資源に関する妥当で信頼性の高い情報が必要である。この信念のもとに、プロジェクト アトラスを実施した結果、全世界の約4分の1の国では精神保健に関する基本的な情報システムが整備されていないことが明らかになった。このような情報収集システムがあったとして

も、そのカバーする範囲や信頼性において、質の向上が求められる。そこで、WHO/MSD では World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) という新たな情報収集ツールを開発して、主に中・低所得国における精神保健資源の基礎情報の把握、そしてモニタリングに関する技術支援に着手した。先の Project Atlas よりも広範かつ詳細に精神保健に関する指標を定義して、情報収集を確実にできるようにしている。情報収集の領域としては、1) 政策と法規制、2) 精神保健サービス、3) プライマリーケアにおける精神保健医療、4) 人的資源、5) 広報と他のセクターとの連携、6) モニタリングと研究である。たとえば、精神医療資源の把握について、Project Atlas では精神科病院、総合病院、それ以外の施設、といった分類で精神病床数に関する情報収集を行ったが、WHO-AIMS では、過去5年間の病床数の変化、子供や児童を対象とする病床数、入院日数、占有率、入院期間が1年未満の患者数、非自発的入院患者の割合などとさらに詳細に調べている。これらの指標は、World Health Report 2001 で述べられた10の提言に対応しており、今後の精神保健サービス拡充の程度をモニタリングするための基礎情報となる。なお、本プロジェクト全体、そして参加国の個別のレポートがウェブ上に公開されている。

3) IASC ガイドライン

近年、災害後のこころのケアへの関心が高まっている。2001年のニューヨークの9.11テロ、2004年のスマトラ島沖地震および津波、2005年のアメリカでのハリケーン

カトリーナといった大型の自然災害、人為災害が起り、これらの大規模災害時の精神保健問題に対する認識が高まり、多くの支援者が現地に殺到した。しかし現地のニーズに応え、そして国内外から流入した精神保健専門家を調整するにはあまりにも混乱した精神保健サービスのあり方が露呈した。災害や紛争後の精神保健には、多くの場合、被災国の精神保健サービスの資源は機能不全に陥り、それを補おうと国内外から支援者が流入して、災害後に新たな混乱がもたらされてきたことが指摘されている。古くは1992年に、非常事態時に各機関間の意志決定を促進することを目的に、国連内外の機関の代表から成る Inter-Agency Standing Committee (IASC) が設立された。近年の災害や紛争後の精神保健問題への意識、ニーズの高まりに応じて、WHOをはじめとした国際機関や大型の国際NGOが災害や紛争後の精神保健支援のあり方について議論を重ね、2007年に統一的な方針、IASC ガイドライン (IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings) を発行した。このガイドラインでは、災害時や紛争時に精神保健のために最低限なすべきことが、連携・調整、事前評価・モニタリング・事後評価、保護および人権基準、人的資源、地域社会の動員および支援、保健医療サービス、教育、情報の発信、食料安全保障および栄養、避難所・配置計画、水および公衆衛生の11領域で示されている。

本ガイドラインでは、精神保健および心理社会的な健康をもたらすために、精神病理のみに介入の焦点をあてることなく、基本的な安全・安心の確保からはじまり、家

族や地域での支援、一般医や保健職による支援、そして精神保健専門家による支援、という支援の多層構造を提唱し、地域の資源を活用しながら精神保健活動を展開していくことを主なメッセージとしている。また、PTSD などの特定の疾患や状態像のみに注目するのではなく、精神健康に関して様々な地域生活の様々な局面において対応できるような公衆衛生的視点が貫かれている。災害や紛争によりストレスが増し、精神健康に対する影響が懸念されるが、同時に、災害や紛争は精神健康の問題があまりスティグマを伴わずに取り扱われ、政府も精神保健に対して関心を払う機会にもなり得る。近年では WHO が WPA の協力を得て、災害や紛争後の精神保健ニーズの高まりを着実な精神保健活動の基盤作りにつなげるように、被災国などに技術支援を行っている。

4) ランセット 国際精神保健シリーズ (Lancet Global Mental Health Series)

先述のように、WHO/MSD をはじめ、現地の精神保健専門家、関係者らによる地道な活動、研究の積み重ねのうえに、国際精神保健は研究の一領域として成立しつつある。そのランドマークが、2007 年の Lancet Global Mental Health Series の発表であろう。主に中・低所得国における精神保健問題の重要性、有効性が実証された介入、サービスシステム研究などの観点から一連の総説、コメンタリーなどが発表された。これらの論文は、英国の精神医学研究所、ロンドン大学公衆衛生・熱帯医学大学院、WHO などの関係者らによって、その時点で入手可能なエビデンスが包括的にレビューされ、

保健政策の中で長年注目されてこなかった精神保健のサービスの拡充に向けて、さらなる行動を求めるメッセージを発している。

まず、No health without mental health と題して、精神健康とその他の健康状態が相互に影響を及ぼしている事実が 270 もの論文を引用して検討されている。精神健康が、身体疾患や外傷や事故のリスクを高めるという事実がある。うつ病や不安障害が循環器疾患、肥満、糖尿病といったいわゆる生活習慣病のリスクを高めているということはすでに知られているが、HIV/AIDS といった伝染性疾患についても（間接的にはあるが）リスクを高めていることが明らかになっている。これは、気分障害や薬物依存などの問題によって、感染のリスクが高まり、その後の抗ウイルス剤の治療へのアドヒアランスに影響を及ぼして予後不良となるメカニズムも考えられる。このような疾患以外にも、外傷や事故、暴力といった健康問題にも精神健康は原因、結果、両方の方向性で関連している。アルコールの使用によって交通事故のリスクが高まったり、親の精神健康や心理的なストレスと子供の怪我、暴力との関連も強まったりすることが報告されている。また、暴力が PTSD や他の精神疾患をもたらすことも知られている。

国際精神保健についてヘルスサービスに焦点をあてた総説では、精神保健政策、サービスの社会基盤（インフラストラクチャー）、精神保健サービス、地域資源、人的資源、財源について、それぞれの現状と課題が整理されている。概して、多くの国ぐににおいて、精神保健に充てられる財源は、一般保健医療費に比して、その疾病負荷に

対して不均衡なほどに低く、とくに中・低所得国ではその傾向が顕著である。財源が乏しいうえに、一つの国のなかでも都市部に偏ってサービスが集中するといった、地域内格差も見られる。さらに限られた精神保健予算も、地域よりも施設内ケアに向けられる傾向がある。このような資源の配分上の不均衡だけでなく、サービスへのアクセスを考えると、精神疾患をめぐるスティグマや差別によってさらにニーズのある人にサービスが行き届いていない現実がある。格差社会における精神健康問題を検討してみると、貧困と心理社会的ストレス、具体的な表現形としては暴力、失業、治安の悪化は強い関連があり、さらにこれらは精神疾患の発症とも関係が示されている。近年これらの精神保健サービス上の非効率、ニーズと既存資源のミスマッチの課題が議論の俎上に上がってきているが、状況の是正にむけて行動するためには、新たなシステム、調整、そして持続可能な形で支援を展開する必要がある。

精神疾患の治療研究は、高所得国からの報告がほとんどであり、今後は中・低所得国における研究の蓄積がのぞまれる。しかし、近年では、中・低所得国からも質の高い研究論文が報告され始めており、様々な介入法の有効性や費用便益の分析の蓄積が望まれる。主要な精神健康の問題として、うつ病、統合失調症、アルコール関連障害、発達障害について、既存の介入研究のエビデンスレベルを検討した結果、高所得国では研究が蓄積され、これらをもとにシステムティックレビューが行われて、有効性に一定の評価が下されている。ただし、中・低所得国では、約半数の介入は観察研究や

単一の無作為化対照試験（RCT）での検討に留まっており、その他の個別の介入法については、複数の RCT でその効果が実証されている。これら有効性が示された介入法としてうつ病に対する抗うつ薬による薬物療法、心理的介入、統合失調症における家族療法と地域に基盤をおいた介入、アルコール関連障害に対する薬理的介入と心理的介入が挙げられる。災害や紛争中、およびその後の介入の有効性も同様に検討されている。災害直後の介入研究は、特に認知行動療法や教育的介入が有効と見込まれているが、サンプルサイズの設定といった方法論的な限界や災害時の研究実施上の様々な制約によって結論は定まっていない。このような治療介入の効果研究の多くは高所得国で行われており、中・低所得国での適応にはより慎重な議論が必要であるが、チリやインドにおいてはその有効性が科学的に示されたプログラムが実施されており、これらがモデルとなり得る。このような中で唯一、研究が蓄積され、合意が得られていることは、災害直後の心理的デブリーフィングの有効性に関する見解であり、これはシステムティックレビューや近年の質の高い研究でもその有効性は否定されている。これに変わって、心理的応急対応（Psychological First Aid）の普及が広がっているが、同様に、科学的な有効性の評価が待たれるところである。

先述のように、世界の精神保健活動の展開が、実証的データに基づいたものとなるように、WHO/MSD は様々なサービス提供状況に関するモニタリングの研究や技術支援を行ってきた。これらの指標に基づき、各国の精神保健サービスの位置づけも系統

的に検討されている。この論文は、おもに中・低所得国の状況に焦点を当てているが、ここでも精神疾患や神経疾患は疾病負荷が高いにも関わらず、必ずしも精神保健の資源量に反映されていないことが示されている。(本文で扱った国ぐにに関する精神保健資源のまとめは、資料 WHO Atlas を参照されたい。)

シリーズ最後の論文では、これまでのエビデンスの総括や精神保健資源の現状に基づき、今後の中・低所得国における精神保健サービスの拡充にむけて具体的な行動を提言している。まず、エビデンスが確立されている主要な介入法、先のレビューで示された通り、統合失調症、双極性障害、うつ病、危険を伴うアルコールの使用については、疾病負荷が大きく、介入への反応性、そして介入に必要な資源も明らかになっているので、これらの問題から着手することが勧められている。これらの介入を基本として、プライマリーヘルスケアや、外来でのサービス提供率を高めていくことが勧められている。必要とされる予算が、関連情報がそろっている 12 カ国についてそれぞれの国の所得レベルに応じて、一人当たりの必要額として試算されている。ここで挙げられた介入プログラム、そのツールなどをプログラムパッケージとして示し、展開を広げていくのが、次節で述べる Mental Health Gap Action Programme である。

第2に、今後のサービスの展開をデータで記述していくことが求められるが、精神保健分野ではプログラム評価の手法として他の領域で汎用されているような、ゴール、対象者、そして測定指標の設定、そしてモニタリングが行われることは少なかった。

そこで着実に重要な変化をとらえ、そしてフィードバックを加えていけるように、精神保健関係者が Delphi 法を用いて、プログラムモニタリングや評価を行う際に必要な指標について合意形成を試みた。主要な5つの指標としては、1. 精神保健に関する政策やプログラム、計画の存在、2. 総保健医療予算に対する精神保健予算の割合、3. 精神保健と関連職種の人数(人口 100 000 人あたり)、4. 各疾患カテゴリーで最低1種類の向精神薬を使用できる医師や関連職がいるプライマリーケア外来の数、5. 有病率から見積もられる統合失調症患者のうち、実際に治療を受けている人の割合、である。これらの指標を追跡していくことで、国際精神保健の展開をデータに基づくものとしていく意図が示されている。

更に、これらの Global Mental Health の取り組みは、学術的な面からも強化されるべきであると提言されている。精神保健への研究助成金額は少なく、研究者や研究助成機関にも精神保健研究への認識を高める努力が必要であるが、同時に限定された研究費を有効利用するために研究課題の優先順位を設定する試みが紹介されている。今後 10 年間に必要とされる研究について、Global Mental Health Series の関係者間で、一定の手続きを経て合意が形成された。うつ病・不安障害、アルコール・薬物関連障害、児童・思春期の精神障害、精神病圏の障害について、研究疑問が提示され、特に精神保健の非専門家による介入研究、通常のケア提供下での精神保健介入の統合などに焦点が置かれている。このような研究課題や研究費公募情報、研究の進捗は、以下に述べる Movement of Global Mental Health