

の精神医学の影響を受け生物学的精神医学が主流であった。1970年代までの、中国精神医学における関心の中心は統合失調症や知的障害の遺伝研究であった。また、中国における精神医療の特色として、精神科医療が急性期の精神病患者を主に対象として扱う衛生部の管轄内にある病院、貧困精神病患者や慢性期患者を扱う市政部の病院、触法患者を扱う公安部管轄の病院に分かれて存在することである。1967年から1977年までは文化大革命の嵐が吹き荒れた時期であり、多くの精神科医が農村に下放された。文化大革命の時期に多くの自殺があったことが推測されている。中国において外国との学術交流、世界保健機関のプログラム等が開始されたのは、中国の文化大革命が終了してしばらくしてである。私が世界保健機関の精神保健の担当官として中国を訪問したのは文化大革命の終了からそれほど経っていない1981年であった。当時は、天安門広場にはスターリン、レーニンの大きな肖像が貼ってあり、車は少なく自転車が主たる交通手段で、人々の服装も青い人民服一色であった。夜は街灯も少なく、中世の世界に迷い込んだ気持ちにさせられた。

中国での仕事を終えて、北京からの飛行機が香港の飛行場についたときの開放感、安堵感は今でも忘れることは出来ない。中国のその後の変化は信じることができないほどのスピードである。精神医学・精神医療も信じられない速さで変貌あるいは進歩した。

1981年、世界保健機関は、中国政府と協力して、南京で児童精神医学のワークショップを2週間開催した。これは、中国政府からの、「一人子政策が子供の精神発達に及

ぼす影響」を学習したいとの要請に基づくものであった。中国で、精神科医療の全体を把握するにはかなり時間がかかった。始めに感じたのは、北京、上海、成都、南京、長沙等の幾つかの大きな精神医学分野のセンターがあり、それぞれが独立して競合的であるという印象であった。その後、10数年にわたり、世界保健機関は毎年、それらのセンターを中心に、中国各地で、精神医学に関するさまざまなトピックスについて外国の専門家を交えてワークショップを開催した。それらは、「一般医療における精神科医療」、「精神医学における卒後教育」、「プライマリーヘルスケアにおける心理社会問題」、「精神医学と法」などで中国の精神医学の国際化に大きな影響を与えた。私は当時、中国における精神科病床、精神科医師の数を知りたいと思った。しかしながら、中国の精神科医に聞いても答えが曖昧であった。1983年に中国系のオーストラリアの大学の精神科教授にWHOのコンサルタントとして中国を訪問して調査してもらった。彼が、中国から電話で、「中国では誰も自国の精神科病床数や精神科医師数を把握していないことがわかった、調査のためには滞在の延長が必要である」と知らせてきた事を記憶している。中国は、先に述べたように政府・衛生部に精神衛生を担当する部署がなく、また社会主義国においてはこうした数を把握することはスパイ行為とも誤解されない危険性があり、誰も自国の精神医療の全体像を把握しようとしなかったのである。この時代からすると中国の精神科医療は、短期間に驚きべき進歩を成し遂げているといえる。

中国は沿岸部である北京、上海、広州な

どの都会部と内陸部との差が激しい。中国の人口は 12 億を超えこれは欧州共同体の人口を超える。中国の北京と雲南省は、フランスとギリシャが異なるのに等しい。欧州共同体の統合は 20 世紀であるが中国は秦の始皇帝が紀元前に統合したと考えるのがわかり易い様に思える。精神医療に関して北京、上海は日本の大都市の精神医療とあまり変わることはない。中国の精神科医数は 1 万 9 千人と日本とほぼ同じであるが、人口は日本の約十倍であるので人口の割合では日本の十分の一になる。また、精神科病院も先に述べた三つの省のすべての病院を含め 700 病院しかない。精神病床も合計は 10 万に満たない。中国の精神医療と一概に言っても、沿岸部と内陸部ではその様相は大きく異なる。最近の中国における精神医療の動きの中で注目されるものをいくつかあげたい。ひとつはよく紹介されるが上海市における、フランスのセクター制度によく似た地域精神医療の試みである。また、精神病床の少ない地域では家庭病床として病床を登録し精神科訪問看護を行っている。中国の精神医療は多くの問題を抱えている。最大のものは、国民皆保険制度がないために貧しい人ほど自分のポケットから治療費、入院費用を払う必要がある。従って、異常行動が目立たなければ精神科治療を受けることはない。もし入院を必要とされても短期間の入院になる。また、国としての精神医療政策が不在ともいえる。衛生部の中で、独立した精神衛生部局は存在しない。精神衛生法は、20 数年来にわたり議論され、素案は中央政府に提出されているがいまだに成立していない。しかしながら 2002 年に上海市に精神衛生条例が制定され実施されえ

いる。2005 年から北京市、杭州市などでも精神衛生条例が制定されている。

また、中国の精神医療は、すべて公的であり私的な病院、診療所は存在しないとされている。私は 1990 年代の終わりごろ、四川省の地方都市のある精神科病院を西中国医科大学の精神科教授と訪問したことがある。四川省は日本にほぼ匹敵するほどの人口を持つ州であるが精神科医療資源は極めて乏しいものであった。教授は、1980 年ごろに、地方都市の行政府と指導的な精神科医に精神科病院を造ることを勧告し、はじめは 30 床程度の精神科病院を造った。その後、需要が多く現在は 300 症程度の規模になり、地元の職員を多く採用していることであった。この過程は、現実に中国でどのように精神科病院が建設されるのか示してくれる。さらに付け加えれば、中国の精神医療の現場は資本主義国より資本主義的である。北京大学精神衛生研究所には、診察する医師による診察料、使用する薬剤の金額が明示されている。有名な教授ほど診察料は高いし、新しい向精神薬ほど値段が高い。中国ではクロザピンが統合失調症の治療によく処方される。これはクロザピンが国内で安価に生産され効果的であることによる。最近では、リスペリドンをはじめとする第二世代の向精神薬の使用が増えている。

精神科の診断には、ICD-10,DSM-4、中国独自の診断基準である CCCMD が使用される。

中国は旧来から東洋医学、漢方薬の使用が盛んである。東洋医学の診療所の患者の半数以上が、うつ病、神経症等との精神疾患であるとの報告もある。3),4)

韓国

国際精神保健の場で日本と韓国は Asian Exception 例外的なアジアの国々と呼ばれるようになってきている。これは近年韓国で、私立の精神科病床が急激に増加していることによる。

韓国では、日本併合以前に、李王朝の時代に、米国の宣教師により西洋式の病院が19世紀の末には設立されている。日韓併合は1910年で、それ以降、日本からの派遣された医師によりドイツ精神医学が伝えられた。Psychiatry, Schizophrenia の訳語としての精神精神医学、精神分裂病も日本を介して伝えられた。1945年、日本の敗戦を機に韓国で朝鮮精神医学会（後の韓国神経精神医学会 the Korean Neuropsychiatric Association KNPA）が発足した。1950年代の朝鮮戦争に際しては、精神科医を含む多くの医師が北朝鮮に連行された。冷戦の影響下で、韓国の精神医学は、米国精神医学の強い影響の元に発展し、1960年代後半には、米国に習い精神科の専門医制度が確立した。

私は1980年代に世界保健機関の精神保健担当者として数回、韓国を訪問した。訪問の目的は韓国での精神保健法の制定の準備であった。そのために、米国、日本、欧州の精神衛生法の専門家によるワークショップ等を開催した。その際、問題となっていたのは精神科専門施設でない施設へ精神障害者が収容されている私立の施設(non-medical institutions)をどのようにするかということであった。1980年代、こうした施設での不祥事、人権侵害の様子が明らかになり、政府は、こうした私的な精神障害者の収容施設を正式な精神科病院へと転

換し公的な財政支援を行うようにした。これは、わが国での宇都宮病院事件(1983年)の後に精神障害者の人権が叫ばれ、精神科医療が改善した事態によく似ている。韓国では、1980年代以降、政府が精神病院の建設に財政的な援助を与えたこともあり、急速に精神科病床が増加した。1984年には、14,456床であったのが、2006年には全国の病床数は、79,131までに増加している。

また、1980年代には、米国から再還流した韓国人精神科教授の指導の下、地域精神医療のパイロット・プロジェクトも開始された。韓国では1995年に精神保健法が制定された。世界保健機関は、韓国の精神保健法の準備に際して、韓国の精神保健法担当者の日本への研修、日本の厚生省精神保健課長の韓国への訪問等の支援を行った。韓国は、精神保健法の制定に際して、米国の法的モデルより、日本の医療モデルを採用した。その結果、家族の同意による入院を認めるなど日本の精神保健法に極めて近いものになっている。1995年の精神保健法の制定を機に、ソウルに国内初の地域精神保健センターが設立され、地域中心の精神医療が広まっていった。現在韓国は、日本、米国の精神医療政策のよい点を取捨して、独自の地域精神医療を展開させているといえる。

韓国では32の医科大学が精神医学教室を有し、2006年の全国の精神科専門医数は2,347人、専攻医が500人以上であった。病院および医療関係者の都市圏集中傾向も問題となっている。韓国では、精神医学は米国の影響が強く、精神科診断はDSMの使用が優位であり、ICDの使用は少ない。また、向精神薬も日本と異なり、米国で使用可能

なほとんどの向精神薬が使用可能である。韓国の精神医学の特徴的な課題として、急激に進む少子高齢化、増加する脱北者の精神的ケアがある。近年、若い精神科医を中心に韓国と日本の精神科医の交流が深まっている。日韓の間の精神医学面での交流が、暖かいものに変化しているのをうれしく感じる。5),6),7).

台湾

台湾は1895年、日清戦争に勝利した日本が、下関条約で清国から譲り受け日本領土となった。当時は、台湾はマラリアを始めとする熱帯病、コレラなどの伝染病が猛威をふるう土地であり、首狩りの風習を持つ原住民が山岳部を支配していた。日本の占領とともに、中国、日本からの人口の流入がおき人口は急速に増加した。それとともに後藤新平、新渡戸稲造などの努力もあり衛生、教育が向上し、主要産業としての砂糖の栽培が定着した。精神医学の分野では、1910年に呉秀三教授が台湾を訪問し、3ヶ月に亘り、原住民の精神疾患の疫学調査を行っている。

日本は占領直後より、台湾における公衆衛生を推進し、伝染病の制圧、アヘン吸引の風習の減少等に成功する。これに伴い、台湾総督府の基で、台湾における医学教育、臨床、医学研究も活発になる。1934年に九州帝国大学より中脩三が台北医学園門学校の教授として派遣され、1939年に台北帝国医科大学が発足に伴い精神医学教室が活動を始めた。1945年の終戦を以て、50年に亘る日本の台湾占領は終了する。1946年、蒋介石の国民党の軍隊が中国本土を追われて、台湾に上陸、実質的に台湾を支配すること

になる。台湾人は、始め蒋介石軍を同胞として歓迎するが、腐敗し粗野な国民党政権に失望し、その不満が1947年2月爆発し、旧来から台湾に住む本省人と、大陸から侵攻してきた外省人との間で武力衝突が起きる(2.28事件)。少数の蒋介石軍は、武力で、数において勝る本省人を抑圧する。当時、旧来からの本省人はおよそ600万人、大陸から侵攻して来た外省人は200万人といわれる。その後、外省人である国民党による、本省人である台湾人の管理体制がしかれ、戒厳令が解けるのは蒋介石の死後、1988年である。

この間、国民党の支配が極めて過酷なものであったこともあり、それまでの占領者であった日本人に対する感情は好意的なものになっている。現在、台湾人の日本人に対する親近感は極めて高く、世界の国の中で最も親日的な国は台湾であるといえる。

戦後、日本の東京大学医学部を卒業し、精神医学を専攻した林宗義(Lin, Tsung-Yi)が、台湾に帰国する。林宗義は国立台湾大学の精神科の主任として台湾の精神医学の基礎を築く。林は、台湾での疫学研究が認められて世界保健機関の精神衛生部で勤務をし台湾を離れる。彼は、WHOで統合失調症の国際的な疫学調査を開始することになる(International Pilot Study of Schizophrenia; IPSS)。1972年に、台湾は国連からの脱退を余儀なくされる。林宗義もWHOを辞めカナダに移る。

台湾の精神医学は、政治の結び付を反映して米国と強い繋がりを持った。また、台湾の医学部を卒業した医師の多くが、1960年代、70年代、米国に渡り、政治的な理由で長期的に米国に滞在し、中には国際的な業

績を上げた例もある。1988年の戒厳令の解除、政権の交代により帰国した精神科医も多い。

林宗義が台湾を去った後で、台湾の精神医療に大きな影響を与えたのは 葉英堃 (Yeh Eng Kung) であり、彼は台北市精神衛生センターの所長として、台湾に地域精神医療を推進した。また、1990年には、日本の精神衛生法も参考に台湾でも精神保健法が成立した。1995年には 国民皆保険制度 (全民健康保健) が成立している。

台湾には 2008 年度、急性期の病床 6,595、慢性期病床 13,661 がある。これは人口一人当たり、急性期病床 2.9 床、慢性期病床 5.9 床 合計 8.8 床である。現在、医学部は国立大学 3 箇所含め、11 箇所ある。医学教育は古くから米国の 卒業研修制度を取り入れている。現在精神科医は 1,000 名を越え、米国での留学経験を持つ医師が多い。2009 年 11 月に、台北市で第二回アジア精神医学世界大会を開催され、国内外から 750 名を超える参加者があった。これは台湾における、精神医学分野での最大の国際学会であった。台湾と日本との精神医療の分野における交流も近年増加している。昨今の話題としては、強制的地域精神医療法が成立し、2010 年度より施行予定である。

8),9),10)

フィリピン

私は 1981 年 7 月から 1994 年 6 月間で 13 年間、フィリピン・マニラ市にある世界保健機関西太平洋地域事務局に勤務した。フィリピンの医療事情、精神科医療事情も見聞する機会に恵まれた。フィリピンは 16 世紀以降、400 年に亘りスペインの植民地化

にあり、その後も 19 世紀末の米西戦争の結果、アメリカの植民地であった。第二次世界大戦が始まると日本に短期間占領され、独立を果たしたのは 1945 年である。

独立後は、アジアの星としての期待を担い躍進するかと見えた時代もあったが、次第に日本を始めとするアジアの国々に国民総生産、生活水準で追い抜かされる。

精神医療は、アメリカの占領下で、マニラ市内、マンダルーヨンにアメリカの州立病院にも似た巨大な国立精神病院が、1928 年に建設された。1981 年、私がフィリピンに赴任したころは、国立精神病院の病床は 4,000 床をこえ、そこに 5,000 名を越える患者を収容し、院長は、政府から 3,000 人分の食料費しかこないとこぼしていた。フィリピンは国を幾つかの地域に分けて、医療整備計画を作成するものの、公的資金を必要とする地域の医療は精神医療も含めてほとんど整備されなかった。フィリピンの医学・医療にとっての大きな問題は頭脳流出であり、1960 年代-70 年代に、たとえばフィリピン大学医学部の卒業生の 8 割から 9 割が米国に流出した年もあるとの事である。

1980 年代、巨大化した国立精神病院の脱施設化が進められ、主要都市に分院が作られた。地方出身の患者は、出来るだけ地元に戻そうという計画がなされた。1986 年マルコス政権がいわゆる EDSA Peoples Power 民衆の力により打倒された。国立精神病院は、国立精神保健センター (NCMH) と改称され、全国的な精神医療政策が策定された。また、新規の入院に際して、2-3 日間、家族も一緒に入院させ、患者の病状、薬、再発の兆候等に関する教育を行うことで短期間の入院を可能にし再発の危険性を

防いだ。こうした、試みの結果、国立精神病院の過密化は、一時、緩和された。しかしながら、私が WHO を辞めた 1994 年に、国立精神病院は 4,200 床で、国内のすべての精神病床の 67%を占めていた。国立精神保健センターには、4 年間の精神科の専門医のための研修プログラムがある。

フィリピンにはフィリピン大学を始めとする、国立大学に精神医学講座があり学生の卒前・卒後教育を担っている。問題は、教員の給料が極めて低いことで、教授を始めほとんどの教員は、自宅で患者を診察する事で生計をたてている。フィリピンは第二次世界大戦に勝利したために、古くからの大土地所有制がそのまま残り、少数の財閥が、政治、司法、財界のすべてを占有し、彼らの利益を損なうような、公的なサービスの展開は容易には進まない。医療は富裕層の者だけのものであり、国民のための医療が展開できない状況は、途上国のみならず米国でも指摘されている。フィリピン精神医学会は、約 400 名の会員がいて、アセアンの一員としてアセアン精神医学大会に積極的に参加している。11),12)

インドネシア

私がインドネシアを、初めて訪問したのは 1994 年の末であった。神戸大学医学部・医学国際交流センターの教授として、インドネシアと日本との間の大型共同研究を推進するため、ジャヤカルタ市にあるインドネシア大学医学部、精神科教室を始めて訪問した。インドネシアは、17 世紀初頭以降、約 3 世紀以上にわたり、オランダの植民地であり、第二次世界対戦の間は、日本軍に占領された。第二次世界大戦後にスカルノ

等により独立運動がおき、領有権を主張するオランダとの戦闘を経て 1945 年に独立を勝ち取った。オランダの占領下で、収容施設としての大規模な精神病院が建設され、それらは現在でもインドネシアの主要な精神医療資源となっている。1882 年ボゴールに建設された精神病院は、私が訪問した 1990 年代にも健在で、広い敷地を患者がのどやかに徘徊をしていた。クレーパーリンが、当時のジャワのボゴールにある精神病院を訪問し、文化精神医学の発想を得たことは日本には知られている。案内してくれたインドネシアの精神科医は、クレーパーリンの名前すら知らなかった。

1994 年インドネシア大学医学部のササント教授(Prof W Sasanto)をたずねて驚いたことは、第二代の精神科教授は日本人の黒澤教授だということであった。また、日本との精神医学の分野での交流は極めて少なく、日本人で彼の教室に訪問した精神科医は私が始めてであるということであった。それ以降、日本学術振興会の大型研究プロジェクトを通して、神戸大学を退官する 2004 年まで、ほとんど毎年 インドネシアを訪問した。大型共同研究プロジェクトとして、神戸大学を日本側の拠点校として、日本の精神科医師のご御協力をえて、ジャカルタのインドネシア大学精神科、スラバヤのイルランガ大学、ジョクジャカルタのガジヤマダ大学と精神医療分野における共同研究を行った。それらの経験を通して、インドネシアの精神医療に関して、見聞したこと感じたことを紹介したい。

インドネシアは、人口 2 億 3 千万人を越える大国であり、国民の、9 割は敬虔なイスラム教徒である。全人口の平均年齢は

26.5 歳と若い。精神病床数は、人口一万対 0.4 であり、人口 10 万対の精神科医師数も 0.21 である。これは、一人の精神科医が、およそ 50 万人の人口を対象としている計算になる。

インドネシアの精神科医療を特徴付けるものとして、厚生省の精神衛生部局の監督の下に、全国に国立の精神科病院が整備されている事である。これは、インドネシア精神医療の父とも言われる クスマント教授 (Prof S. Kusumanto) が、1960 年代以降、厚生省の顧問として精神医療を充実するために、必要な予算を獲得し精神科施設を充実した。クスマント教授は、精神衛生行政の責任者として、地域精神医療を推進するとともに、精神衛生に関する放送を開始するなど、精神疾患に対する予防、啓蒙活動も積極的に行っている。私も、何度かお会いしたがアセアンの精神科医の連合を作るのに尽力された。2009 年、御逝去なられたのは、アセアンの精神医学にとって大きな痛手であった。

また、インドネシアでは、ドクン(Dukun)と言われる所謂、伝統的な呪術師の存在が精神医療の現場にとって重要な役割を占めている。バリ島のスリヤニ教授 (Prof Suriani)によると、バリ島には精神科医は 10 人に満たないが、伝統的呪術師は 300 名を越えるとの事である。スリヤニ教授もドクンの家に生まれドクンとしての教育も受けている。多くのインドネシア人は、心の問題は、まずドクンに相談するようである。11),13)

シンガポール

シンガポールは、1959 年に独立政府が出

来るまで英国の法の支配下におかれ、マレーシアと短期間の合併後、1965 年に独立国家となった。国土は狭く、人口およそ 460 万人の多民族国家であり、中国人が人口の 77%を占め、マレー人、インド人それぞれ 15%、7%を占める。シンガポールは、多民族社会で、公用語は英語、中国語、マレー語、タミル語の 4 つである。経済的には、中国系、マレー系、インド系の順に豊かであるが、主観的な幸福度は、インド系、マレー系、中国系の順であるという興味深い報告もある。また、人口の 54%が仏教か道教を信仰し、イスラム教は 15%、キリスト教は 13%、ヒンドウー教は約 3%である。言語的寛容、宗教的寛容が保障されている。また、西洋の影響にかかわらず、アジア的な儒教的価値が強く残っている。たとえばシンガポールでは老親扶養法で子供が親の面倒を見ることを法的に規定し罰則規定もある。医学部は国立シンガポール大学のみであり、精神科医療施設としては、イギリスの植民地時代に建設された巨大なウッドブリッジ病院 (Woodbridge Hospital) が、中心的役割を占めている。ウッドブリッジ病院の 60 を越える病棟に 3,000 名近い数の患者が入院している。入院患者の多くは、統合失調症の長期入院患者である。シンガポールでは、ホームレスは罪であるので途上国に (米国にも) よく見られるホームレスの精神障害者は強制入院の対象になる。

ウッドブリッジ病院以外にも、シンガポール大学医学部・心理医学講座や、一般病院に精神科病床が少数であるが存在する。国立シンガポール大学の精神科病床は 30 床に満たないが、精神医学研究、精神医学教育に重要な役割を果たしている。また、

精神科の個人経営の診療もある。シンガポールは、人口は少ないが、情報産業、アジアの交通の基地として順調な経済発展を遂げ、一人当たりの国民総生産は日本を追い抜いている。平均寿命は 80 歳で、乳児死亡率も 3 と日本より低い値を示している。シンガポールのヘルスシステムには、独自のものがある。公的保健は、給与から自動的に一定額が控除され、政府がそれを原資として運営して増やしている。そして、自分が、その保健を使用しなければ、その分だけ年金が多くなる仕組みである。こうしたシステムは無駄な医療を抑える抑止として働く。

私は 1982 年以降、WHO の精神衛生および麻薬問題の担当者としてシンガポールを訪問した。シンガポールでは、重症のヘロイン中毒者に対して、登録制と代用麻薬の投与、維持療法を導入し予防教育を徹底することで 1980 年代に、薬物問題を軽減させている。

シンガポールは、旧宗主国であった英国との繋がりが強く、指導的な立場の精神科医は 英国王立精神医学会の会員であり、精神医学の卒後教育は英国で博士号を取得してきた。1999 年、日本学術振興会の二国間交流事業として、神戸大学国際交流センターとシンガポール大学医学部医学心理学教室との間で、東アジアの向精神薬処方に関する協同研究が開始され 10 年以上にわたり継続されている。現在、日本とシンガポールの間での精神医学面での交流も少しずつ増えていると言える。現在、シンガポールでは急速な少子高齢化が進み、老年期精神医学は重要な課題となっている。精神科医の数は、約 100 名である。11),14)

マレーシア

私が始めてマレーシアを訪問したのは 1981 年、WHO に赴任してしばらくしてペナン島で開催された麻薬対策に関する会議に参加したときである。マレーシア政府にとって、ヘロインを始めとする麻薬問題の対策は国としての一大関心事であった。マレーシアにおける薬物依存のためのリハビリテーション施設を訪問する機会があったが、収容されている患者の殆どがマレー系の若者であるのに驚いたことがある。貧しい教育も十分に受けることの出来なかったマレー系の若者が、薬物の犠牲者になっていた。マレーシアは、土着のマレー系の住民に、近隣から中国系、インド系の人々が移住して出来た多民族国家である。マレーシアの人口は約 2,200 万で、人口のうちおよそ、55%がマレー系、35%が中国系、9%がインド系である。歴史的には、東アジア、南アジアとヨーロッパの通商の要所にあたり、古くからマラッカ、ジョホール、ケダ、ケランタン等の王国があった。それらは 16 世紀以降、ポルトガル、オランダ、英国の植民地となる。第二次世界大戦中には、一時的であるが日本が占領した。1957 年にシンガポールも含むマレー連邦、1964 年にマレーシアとして独立主権国家となる。中国人の多いシンガポールは独立した主権国家となる。マレーシアは、マレー半島とボルネオ島のサラワク、サバ州が含まれる。マレー系と中国系の対立は、マレーシアの政治の底流にあり、マレーシアにおいてはブミプトラというマレー人優先政策が採られている。そのため、中国系の医師、知識人がオーストラリアを始めとする国外へ流出

する状況が1970年代以降見られている。マレーシアの大学の精神科の主任教授、国立精神科施設の長にはマレー系の精神科医が任命されることが一般的である。大学は、10大学、そのうちに6つの大学に医学部がある。植民地時代には大学はなく、すべての大学は1957年以降に設立されたものである。マレーシアの大学医学部の問題は、人材の不足であり、一度ケランタン州の大学を訪ねたときに、スタッフは若いマレー系の主任のほかは、殆どがインドから来た精神科医であるのに驚かされたことがある。

マレーシアの精神保健サービスは、英国の植民地時代の遺産を引き継いでいる。マレーシア半島における最初の精神病院は1830年にペナン島に建設されたとの記録がある。

英国の植民地時代に、1911年にタンジュン・ランブータン、1937年にタンポイに精神病院が建設され、それらは次第に収容患者を増加させ1950年代には、それぞれの病院が4,000人、5,000人の患者を収容した。2大精神病院は、それぞれバハギア病院、ペルマイ病院として今でも存在している。私は1990年代の初頭、クアラルンプールの北のタンジュン・ランブータンにあるバハギア病院を訪問したことがある。欧米の脱施設化に伴い、短期入院、精神科リハビリテーション、地域精神医療のプログラムを進め、入院患者数は徐々に減り約2,000人と半減していた。ある病棟は触法患者のためのものであり、およそ80名の患者が広い中庭を徘徊していた。案内してくれた医師によると、患者の半数以上は殺人を犯しているとのことである。途上国で、地域精神医療政策を推進し、司法精神医学に関す

る理解が深まるにつれ、精神科病院に入院する触法患者の割合が増加している。

1970年代より英国で、精神科病院の脱施設化が始まり、地域での精神医療が推奨される。マレーシアでも、総合病院に精神科が置かれるようになり、精神科治療が、大病院のみでなく、マレーシア各地での総合病院や地域の小規模な精神科医療施設で行われるようになっていく。それらは、20床-120床の地域の中におかれた施設であり、短期入院、退院後には地域に根ざしたデイケアプログラムが実施され続けている。マレーシアの精神科施設はすべて、公立であり私的な精神科病院はない。マレーシアは、マレー半島東部、ボルネオ島のサラワク、サバ州など医療資源の少ない農村部を含んでいる。こうした地域での精神科医療を推進する目的で、向精神薬を確実に投与するための地域の診療所の整備、看護婦、医師、ソーシャルワーカーのチームによるフォローアップが開始された。また、1980年代から、精神医療を精神科医師のみでなく、保健省管轄の病院に勤務する一般医や看護婦が対応できるためのプロジェクトが開始された。現在、殆どの地域で一般医のための1-2週間の研修コースがある。マレーシアにはおよそ120名の精神科医師がおり、そのうち半数は保健省および保健省の管轄下の国立精神科病院で働き、約40名が大学で、残りが精神科外来診療所を所有している。主要な3つの医科大学、(マラヤ大学、ケバンサン・マレーシア大学、マレーシア理科大学)で50名が精神科のトレーニングを受けている。マレーシアは、英国の植民地であったことを受けて精神医学教育に英国の影響が強い。

マレーシアは、初期の大規模な収容型の
大規模な精神科病院での入院治療から、地
域でのケアへと軸足を移している。11),15)

タイ

1981年から1994年までは、世界保健機
関の職員として、また、1994年から2004
年までは、神戸大学の日本学術振興会のア
ジアにおける大型協同研修の担当者として
タイにをしばしば訪問した。タイの保健医
療の分野で、1980年代から最大の課題は麻
薬対策であり、1990年代にはエイズの対策
がこれに加わった。タイ政府、世界保健機
関を始めとする国際機関の努力で、タイに
おける麻薬、エイズの流行は抑制されるに
至った。薬物依存は、伝統的に黄金の三角
地帯で栽培される芥子を原料としたヘロイ
ンが、主流であったが、近年、最大の依存
性薬物は日本発祥の覚醒剤にその座を譲っ
ている。タイは、東南アジア連合の重要な
一員であり、首都はバンコクである。タイ
は古くはシアムと呼ばれ、13世紀以来、仏
教に基づく、スコータイ王朝、アユタヤ王
朝が成立した。

19世紀、20世紀初頭、近隣諸国が植民地
となる中で、タイは独立を保ち、第二次多
戦時も日本と米英の狭間で中立を維持した。
住民はタイ系75%、中国系が14%を占める
が、山岳部には独自の文化を持つ少数民族
も多い。宗教は仏教が95%と大部分である
が、マレーシアとの国境を接する南部には
イスラム教徒も少なくない。中国系の経済
進出、イスラム教徒の原理主義的要求がタ
イの政治の不安定要因である。

タイの精神医療の特徴として政府の保健
省が、精神医療政策を決定し、国立の精神

科施設を運営管理していることである。タ
イの精神科病床数は、8,526であるが保健省
の管轄の病床は8,164(96%)を占める。大
学病院、軍警察病院、県病院の病床はそれ
ぞれ、100-150床と少ない。最近は民間の病
院、診療所でも精神医療サービスが提供さ
れるようになった。タイの精神衛生部を訪
問したとき、保健省の中で、精神衛生部の
建物が独立した高層の建物であるのに驚か
された。アジアの国々で、保健省の中に独
立した建物としての精神衛生部局を持つの
はタイだけであろう。タイの人口は、6,338
万人(2007年)である。人口万当たりの精
神科病床数は、1.40であり極めて少ない。日
本は27.0である。私は、このことに関して
タイの精神保健担当者と話し合ったことが
あるが、彼らは、タイの病床数としてはこ
れで十分であるとの認識をしており増やす
必要性は感じていなかった。

タイの精神医療は、保健省の、5カ年計
画に基づいて方針が決められる。1980年代
以降は、世界保健機構、欧米の精神医療政
策の影響を受けて、地域精神医療の推進、
総合病院における精神科診療の開始、一般
診療科の医師・看護師による精神疾患の対
応などの政策がとられた。途上国において
は、世界保健機関の精神医療分野における
勧告は、大きな影響力を持っている。タイ
の精神医療の分野の大きな問題は、精神科
医療資源のバンコックへの集中である。こ
れは必ずしも、タイのみでなく途上国に一
般的に見られる現象である。タイの精神科
医師数はおよそ500名である。その6割は
バンコックで働いている。人口10万人当りの
精神科医師数は0.8であり日本と比べると
極めて少ない。

タイを訪問して感じることは、仏教が人々の生活に大きな比重を占めていることである。

仏教寺院で、僧侶は人々の悩みを聞き、社会生活に破綻をきたした人々も寺院で生活をしている。寺院は、タイの隠れた精神科の医療資源として重要な役割を果たしているように思える。11),16)

D. 考察

(1) 東アジア・アセアン諸国の精神風土

日本を含めアジア諸国が、西欧で確立された精神医学 psychiatry を学問として輸入するのは 19 世紀末あるいは 20 世紀初頭である。しかしながら、心の病に対する、理解、治療は多くのアジアの国々で古くから存在していた。紀元前 6 世紀に、仏陀が創始した仏教は、生老病死を前にしたときの人間の苦悩とそれらの問題からの救いを希求したと言う点においては 現代の精神医学の求めるものと極めて近い。また、癲癇、狂、躁という記述は中国においては紀元前から存在する。また、精神障害者を含め障害者の犯罪行為に関してはその罪を軽減するという思想は、7 世紀には中国から奈良時代に伝えられて 701 年に制定された大宝律令に記載されている。仏教の影響は、東アジア、東南アジアの国々に現在も強く残っている。

また、紀元前、中国で開始された儒教や老荘の思想は東アジアの国々の精神文化に多大な影響を与えている。大家族主義、年功を基盤とした秩序の尊重、集団志向などは東アジアの人々の心の安定に貢献していると考えられる。現在の様々な精神疾患の疫学研究は、うつ病、神経症、アルコール

依存症など精神神経疾患の発病が、欧米に比較して中国、日本、台湾等で極めて低いことを示している。これらの事実は、個人主義、成果主義の傾向にある欧米に比べて、大家族主義、集団志向の東アジアの国々で心の病の発生が比較的低いことを示唆する。しかしながら、グローバリズム globalism の影響の下でアジアの伝統的な精神風土は急速に失われている。一方、医学、精神医療の分野で、分析的な西洋的な方法に対して、統合的、全体的な東洋的な方法論が見直されている。Holistic approach, spiritual health という概念が重要性をましてきた背景には心の問題に対するアジア的な立場の見直しがある。

西欧で医学の一分野として確立された精神医学がアジアに伝わるのは 19 世紀の終わりから 20 世紀のはじめにかけてである。ドイツで学んだ日本の精神科医によりクレーペリン (E. Kraepelin) の精神医学教科書が紹介され、psychiatry, schizophrenia といった用語に精神医学、精神分裂病という訳語が用いられて 100 年以上を経過する。19 世紀の終わりには、宣教師により中国、韓国等で精神障害者のための収容施設が設けられている。また、ドイツの医学、精神医学の影響下にあった日本の精神医学は、日本への留学生、日本からの派遣教官により中国、韓国、台湾等の東アジア諸国へ伝えられた。その結果、漢字文化圏では、「精神科」、「精神医学」、「精神分裂症」という日本の精神科医により翻訳されたと思われる用語が現在でも使用されている。

(2) 西洋の精神医学のアジアへの輸入

東アジアおよび東南アジアの精神科医療

を理解する上で重要なことは、多くの国が、実質的に欧米諸国の植民地であったり、文化的に欧米諸国の強い影響を受けていたことである。1910年代のアジアの地図を見ると、アジアの独立国は、日本、中国（清朝）、タイのみであり、インド、インドネシア、インドシナ（現在のベトナム、ラオス、カンボディア）、フィリピン等の多くのアジア諸国はそれぞれ英国、オランダ、フランス、米国の植民地であった。

現在、シンガポール、インドネシア、フィリピンには、1,000床を超える巨大精神科病院が存在し、それぞれの国での精神医療の中核をなしているがこの様な巨大精神科病院はすべて植民地時代に建設されたものである。この時代の精神科医療は精神科病院に限定され、精神科病院は、治療の見込みのない精神障害者を収容するための施設に過ぎなかったといえる。第二次世界大戦までの、アジアに国々の多くは、列強の植民地であり、精神医療は、欧米と同じく収容所としての精神病院が主体であった。

(3) 第二次世界大戦後のアジア精神医療

1952年にフランスで発見されたクロールプロマジンが、アジアの国々でも使用されるようになったのは1960年代からである。向精神薬の精神医療への導入により精神医療のあり方は大きく影響を受けることになる。第二次世界大戦後の、アジア諸国の精神医療の改革は、巨大精神科病院の脱施設化と地域精神医療の推進であった。日本のみが、1960年代から、世界の趨勢に反して精神科病床の増設を始め、最近では隣国の韓国でも精神科病床の急速な増加が見られる。アジアおよびアセアンの国々における

第二次世界大戦後の精神医療のあり方は、日本及び韓国を例外として、大病院中心主義から地域精神医療という大きな流れを殆どの国で認めることが出来る。しかし、個々の国の精神医療のあり方は、それぞれの国のおかれた歴史的、文化的状況により異なる。

E. 結論

東アジアおよびアセアンの精神医療の今後

東アジアおよびアセアンの国々の精神科医療の歴史に関しての、紹介を行ったが、それぞれの国で異なる発展を遂げてきたことが理解できる。第二次世界大戦以前は、アジアの国々の多くは、欧米列強の植民地であり、治安対策、精神障害者対策として精神病院が建設された。そうした精神科病院は、治療なき拘禁のための施設として巨大化していった。

第二次世界大戦後は、向精神薬の開発、入院患者の人権が尊重されるようになり、地域精神医療が欧米で唱えられと。こうした欧米での流れが、アジアの諸国での精神科医療のあり方へ影響を与えている。

1960年代から、欧米では精神科病床の減少が始まる。アジアの国々の多くでは、精神科病床や精神科医療従事者は極めて乏しい状態が続いた。日本のみ、世界の流れと逆に、精神科病床の増加が続いた。1980年代から、アジアの国々でも、自国で精神科の卒後研修、専門医の教育を行うようになった。同時に、精神医学の分野での国際化が進み、欧米や世界保健機構が推奨する地域精神医療がアジアでも広まる。巨大な精神科病床は減少し、一般病院、総合病院での精神科病床が増加した。

アジアの精神科医療の現在の大きな流れとして以下のようなことが認められる。

- 1) 精神科病院の病床の削減と、総合病院における精神科医療の推進。
- 2) 国としての総合的地域精神医療政策の策定と推進
- 3) 精神科医師数、精神科関連専門職種の増加
- 4) チーム医療の推進
- 5) 当事者および家族の精神科医療への関与と貢献
- 6) 少子高齢化の進行と認知症の増加と対応の必要性

アジアにおける最初の精神科医の連合体は、1981年、インドネシア、シンガポール、タイ、マレーシア、フィリピンの精神科医により形成された、ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health (AFPMH) アセアン精神医学、精神衛生連合体である。現在では、アセアン加盟国の増加に伴い、AFPMHの参加国も増加している。世界精神医学会の東アジア地区 (Zone 17 East Asia) は、モンゴル、中国、韓国、日本、台湾、香港を含んでいる。これらの地区に特有な精神医学の連合体は無いが、日本精神神経学会、中国精神医学会、韓国神経精神医学会、台湾精神医学会の交流は近年目に見えて活発になっている。また、東アジアの国々の若手の精神科医の交流の増加も目覚ましい。

また、2005年には、東アジア、アセアン、南アジア、中央アジア、西アジアを含むすべてのアジアの精神科医、アジア出身の精神科医の交流の促進、アジアの精神医療の向上等をめざしたアジア精神衛生連盟 Asian Federation of Psychiatric Associations

(AFPA)が発足した。アジアの精神医学は、植民地時代から引き続いた、西洋精神医学の受容者としてのみでなく、主体としてアジア的な精神医学を発信することが求められている。

参考文献

以上の研究に当たり以下の文献を参照した。アジア全体

- 1) 新福尚隆:アジアの精神医学・精神医療と精神保健の国際的課題.臨床精神医学, 31 (7): 745-753,2002.
- 2) 新福尚隆 編集企画:精神医学・精神医療の国際比較.心の科学, NO 109/5, 2003.

中国

- 3) 湖海正尋 中国の精神保健医療. 新福尚隆・浅井邦彦 (編),世界の精神保健医療-改訂, 東京:ヘルス出版 2009, pp131-137
- 4) 趙香花、新福尚隆 中国における精神医療・保健医療の現状と動向、日本社会精神医学会誌 17 (2): 197-203, 2008.

韓国

- 5) 藤本美智子 韓国の精神保健医療. 新福尚隆・浅井邦彦 (編),世界の精神保健医療-改訂,東京:ヘルス出版 2009, pp138-145
- 6) Lee, M.S.: 韓国の精神医学—歴史, 現状, 21世紀の課題. 臨床精神医学 31: 765-766, 2002.
- 7) Park, J.I.: Changing Needs and New Perspectives for Psychiatry and Mental Health Services in Korea. 精神神経学雑誌, 108: 1159-1166, 2006.

台湾

- 8) 青木崇 台湾の精神保健医療 新福尚隆・浅井邦彦 (編),世界の精神保健医療-改訂,東京:ヘルス出版 2009, pp147-156
- 9) 風祭元:太平洋戦争終結以前の台湾の精

- 神医学・医療. 精神医学史研究, 10(1):57-66, 2006..
- グラムの発展 文化とこころ 3(3):
- 11) 吉田尚史 アセアン諸国の精神保健医療、新福尚隆・浅井邦彦(編),世界の精神保健医療-改訂,東京:ヘルス出版 2009、pp97-106
- 12) Conde Bernardo: Philippines mental health country profile. International Review of Psychiatry, 16(1-2): 159-166, 2004.
- 13) 山本和義,新福尚隆,ササントウイピンノ:インドネシアにおける精神医療,精神保健サービス. 文化とこころ 3(3):56-63, 1999.
- 14) Kua, EE Heok.: Focus on psychiatry in
- 10) 葉英堃:台湾のメンタルヘルス・プロ
27-34,1999.
Singapore. British Journal of Psychiatry 185:
79-82, 2004.
- 15) Deva, M. Parameshvara.: Malaysia mental
health country profile. International Review
of Psychiatry,2004, 16(1-2): 167-176.
- 16) パイラットプルクサチャツクナコー
ン:タイの精神医療保健サービス.
文化とこころ,3(3):52-55,1999.

G.研究発表

1. 論文発表

著書:新福尚隆・浅井邦彦(編),世界の精神保健医療-改訂, 2009 December 東京:ヘルス出版

2. 学会発表

- 1)新福尚隆:アジアの精神医療とアジア精神衛生連盟の成立 平成 21 年 8 月 日本精神神経学会 神戸
- 2) Shinfuku N.: Psychiatry in Asia — past,present and future. 2nd World Congress of Asian Psychiatry,Taiwan, November 2009,

H. 知的財産権の出願・登録状況

無し

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神障害者への対応への国際比較に関する研究

分担研究報告書

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

研究分担者 竹島 正

研究要旨

目的: 諸外国の精神保健医療改革の事例収集を行うこと、また、日本を含む東アジアの国々の精神保健福祉制度の比較を行うことによって、わが国の精神保健医療福祉の改革の基礎資料とすることを目的とした。

方法: (研究1) 精神保健医療改革の事例として、オーストラリア連邦ビクトリア州の精神保健医療改革の現在の課題を、ビクトリア州精神保健医療改善戦略である「Because mental health matters (精神保健医療の重要性)2009–2019」をもとにまとめた。(研究2) 中国上海市、韓国、台湾、日本の精神保健法について、全体の構成、入院制度、保護者の規定の有無と役割、地域精神保健活動を推進する規定の有無の比較を行った。

結果および考察: (研究1) オーストラリア連邦ビクトリア州は、(1)第一期(1960年代～1980年代)の脱施設化、(2)第二期(1990年代～2000年代)の地域精神保健サービスの展開、(3)第三期(2000～2008年)の早期介入とプライマリケアの重視、ステップアップ/ステップダウンによる亜急性ケアの導入、精神障害リハビリテーションと NGO によるサポートシステムの確立の三段階を経て精神保健政策を発展させてきた。現在は、連邦政府の新しい政策方針(2006)を受け、精神保健医療は地域社会全体にとっての問題であるとして、精神保健医療に関する円卓会議(精神保健医療の専門家、医療サービス提供者、警察、治安判事、財界要人、教育者、研究者、精神疾患に苦しむ方とその介護者)のをもとに、社会全体を視野に入れた総合的な精神保健医療に移行しつつあると考えられた。(研究2) 4か国の精神障害関連法には、精神病院の設置および精神病院への入院治療が詳細に規定されていた。日本、韓国、中国の関連法には本人の意志による自発的入院と強制的入院の両方が明記されていた。4か国とも家族を中心とした保護者制度が定められていた。4か国の精神保健福祉制度は、地域ケアに関する規定がさらに強化される必要があると考えられた。

結論: すでに 40 年近い歴史を経てきたオーストラリア連邦ビクトリア州の精神保健医療改革は、今後のわが国の精神保健医療のあり方を予測する上で、大いに参考になると考えられた。また、中国上海市、韓国、台湾、日本の 4か国の精神保健福祉制度を比較すると、保護者制度等に、アジアの精神保健福祉制度の特徴が表れていると考えられた。

A. 目的

諸外国の精神保健医療改革の事例収集を行い、わが国の精神保健医療福祉の改革の

基礎資料とすることを目的とした。

B. 方法

精神保健医療改革の事例として、オーストラリア連邦ビクトリア州の精神保健医療改革の現在の課題を、ビクトリア州精神保健医療改革 2009–2019“Because mental health matters”（以下、「ビクトリア州精神保健医療改革 2009–2019」）をもとにまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究では、個人情報扱わない。

C. 研究結果

「ビクトリア州精神保健医療改革 2009–2019」は、ビクトリア州政府により承認され、2009年2月、福祉局精神保健医療・薬物部から発行されている。

www.health.vic.gov.au/mentalhealth/reformstrategy/

「ビクトリア州精神保健医療改革 2009–2019」は下記の構成からなっている。

- 州首相メッセージ
- 大臣序文
- 概説
- 主要な戦略提案の概要
- 第1部

改善プログラム全体の枠組みを提供している。これにはビクトリア州が達成すべき成果に関する情報、改善の変化を特徴づける根本方針、対象とされる主要な住民グループ、サービスおよび部門全域での役割と責任の概要が含まれる。

1. 精神保健医療のビジョン

1.1 ビジョンと戦略

1.2 期待される成果

2. 挑戦と機会

2.1 変化の推進力

2.2 改革挑戦の重要な側面

3. 戦略開発と実施

3.1 精神保健医療の重要性に関する協議

3.2 戦略の実施

3.3 発展する政策コンテキスト

4. 全ビクトリア州民へのより良い対応

4.1 専門家サービスシステムにおけるコンシューマーおよび介護者

4.2 性別と精神保健医療

4.3 子供および若者

4.4 高齢者

4.5 アボリジニ社会

4.6 文化のおよび言語学的多様性 (CALD)

および難民社会

4.7 同性愛、両性愛、性転換、および間性 (GLBTI) 者の社会

4.8 共存する障害

4.9 犯罪者と被害者

4.10 複数かつ複雑なニーズを持つ人々

5. 均衡化・ネットワーク化されたサービスシステム

5.1 均衡化

5.2 ネットワーク化

5.3 資金調達方法

5.4 サービスシステムの特別要素

● 第2部

8個の改善分野における変化の詳細な提案を提供している。この構成は、ビクトリア州の精神保健医療システムの主要素の改善を理解し進捗させるのに最善の方法で、関係者の意見に対応している。

改善分野 1：精神保健とウェルビーイングの促進

改善分野 2：若年期

改善分野 3：治療方針

改善分野 4：専門家によるケア

改善分野 5：地域社会における支援

改善分野 6：不平等の縮小

改善分野 7：人材と革新

改善分野 8：協力と説明責任

6. 付属文書

付属文書 1：諮問書への提案

付属文書 2：ビクトリア州政策コンテキスト

付属文書 3：精神保健医療促進と精神および行動の障害予防のためのメルボルン憲章

付属文書 4：用語集

7. 参考文献

本稿では、概説の主要戦略提案の概要までを紹介する。

州首相メッセージでは、精神保健医療は地域社会全体の問題であるとして、(1)精神保健医療に関する円卓会議（精神保健医療の専門家、医療サービス提供者、警察、治安判事、財界要人、教育者、研究者、精神疾患に苦しむ方とその介護者）から、精神疾患とそれが地域社会に及ぼす影響について新しい取り組みが必要であるという明確なメッセージが出されたこと、(2)精神保健医療システムの効果的かつ持続可能な改革は、精神疾患に付随することの多い深く根差した社会的不利益、経済的不利益に対処するため、すべての関係者との率直かつ継続的なかわり合いと政府全体の取り組みを必要とすること、(3)コンシューマー、非政府組織、民間部門との協同および協力を促す、その場しのぎの解決法ではなく長期の課題である、と述べる。そして、この大掛かりな 10 年戦略により、ビクトリア州は、この国の最も困難な健康問題の一つに取り組む国家的動きの最前線に位置し続けると述べる。

大臣序文では、ビクトリア州の新しい精

神保健医療戦略に関する諮問書への反響に謙虚な気持ちになり、悲しみを感じ、またインスピレーションを受けたとして、精神病から回復しつつあった青年ベン、産後うつ病を患っていた若い母親デビー、中年の専門職の女性スーの言葉を紹介し、このような人々やその他多くのビクトリア州民のために行動することができるし、また行動しなくてはならないと述べる。そして、精神疾患を患う人々へのより良いサービスの提供や、州民全体にとってのより良い結果を達成するために、予防、早期介入、回復、およびソーシャルインクルージョンは、新戦略の中核であるとして、精神保健医療がすべての人の問題であることを強調している。

概説は、「なぜ新しい精神保健医療戦略が必要でしょうか?」、「この戦略はこれまでのプランとどのように異なるのでしょうか?」、「何が変わるのでしょうか?」という Q&A 形式になっている。

「なぜ新しい精神保健医療戦略が必要でしょうか?」には、(1)精神保健医療の問題が、深く広範囲にわたる影響を社会に及ぼしていること、(2)ビクトリア州は精神保健医療サービスの提供における多くの進歩的かつ革新的な開発において国家からも国際的にも認められていること、(3)過去 10 年間にサービスが向上されて精神保健医療の問題を抱える多くのビクトリア州民の治療経験、ケア経験が改善されてきたこと（表 1）を挙げ、これらの成果は、州政府の公的精神保健医療サービスへの投資および非政府機関ネットワークとの協力の成果として達成されたものであるとして、精神保健医療に関する思考をシフトするときが来ている

と述べる。そして次の 10 年は、包括的で、バランスが取れ、前向きな精神保健医療のための枠組みを持たなければならないとして、「ビクトリア州精神保健医療改革 2009-2019」は、以下の形において、ビクトリア州民に変化をもたらすと述べる：

- ・ 精神保健医療の問題を抱える人を早期に助け、個人や社会に対するマイナスの影響を回避する。
- ・ より広範囲の人々に対し、急激に状態悪化するまたは危機的な状況になる前に、公的な精神保健医療サービスの場または他の場所において最も効果的な治療を容易に利用できるようにする。
- ・ 関連する医療サービスおよび地域社会のサービスを緊密に利用して、人々を地域社会の中で支えるための長期的、全体論的支援を提供する。
- ・ 受容、尊重、及び個人が良好な状態でいられることと個人的目標を達成するための機会を基本とするサービス提供および地域社会による支援の文化を育む。

表 1. ビクトリア州が精神保健医療において 2000 年以降達成した主要業績

- ・ サービスシステムにおける深刻な格差に対応するため、急性入院患者用精神科病棟ベッドとして 65 床の予備ベッドを開放、さらに増床中
- ・ 重度かつ持続的な精神障害を持つ人々の自立した生活とその維持のために、精神障害者のリハビリテーションと支援サービスの役割を統合
- ・ 精神疾患の徴候に、より効果的かつ効率的に対応できるように、救急科の精

神医療サービスを向上

- ・ 急性発症から回復中の消費者に集中的な短期治療の選択肢を提供するために、または回避可能な急性患者施設への入院を防ぐため、ステップアップ/ステップダウン予防および回復治療 (PARC) 用ベッドを 68 床設置 (さらに 70 床の追加提供を決定)
- ・ 精神疾患、その長期にわたる健康と社会への影響の過酷さを軽減するために、新しい予防および早期介入戦略に投資 (子供の行為障害プログラムや青年の早期精神病医療サービスを含む)。
- ・ 薬物乱用問題を同時に抱える若者により良い支援を提供するために、重複診断サービスの枠組みを開発し、その対応能力を構築
- ・ 精神保健医療の問題と疾患をより効果的に認識、治療するために、GP その他のプライマリケア提供者を支援するチームを導入
- ・ ホームレスへの心理社会的リハビリテーション支援と臨床的支援を目標として、精神疾患を抱えるホームレスの人々に対する対応を強化
- ・ 精神保健医療スタッフに継続的な専門能力開発の機会を提供して、人材の質、募集、および保持を改善するために、教育訓練集団を設立
- ・ 大学院生看護職奨学金を 500 件以上創設、大学学部卒業専門家の職を 70 件設置
- ・ 社会的弱者がサポート的カウンセリング、ケースワーク、および特定の治療的介入を利用する機会を増やすため、地域社会健康相談サービスを実施

- ・ 精神保健プロモーションにおける VicHealth の先駆的活動を支援
- ・ 被告人を、薬物依存やアルコール依存の治療、緊急宿泊施設、障害者サービスなどの支援サービス、精神保健医療サービスに結びつける裁判所統合サービスプログラムを導入。

「この戦略はこれまでのプランとどのように異なるのでしょうか？」という問いかけには、「ビクトリア州精神保健医療改革 2009-2019」は、3つの重要な点において、以前のビクトリア州精神保健医療戦略と異なっていると述べる。

- ・ 地域社会全体および政府全体の観点に立つ。

これは、精神疾患と他の健康問題や社会的問題との間には複雑な相互関係があることを認識して、精神保健医療の問題を予防し、かつ、それに対応するために複数部門の能力を構築することを指向する。例として、刑務所やホームレス施設において精神保健医療の問題を抱える人々が増加していることは、精神疾患が社会的損害を引き起こす前に介入する保健サービスの不足、司法およびホームレス支援部門内での予防措置や早期介入が不十分であることを反映していることが挙げられている。

- ・ 様々な精神保健医療の問題を抱える人々に対応するプログラムとサービスを含む。

深刻な精神保健の問題を抱えている人々に効果的な支援を提供するだけでなく、州は、オーストラリア連邦政府と協力して、不安、うつ、行為障害からパーソナリティ障害、重度の摂食障害、統合失調症まで、

様々な精神保健医療の問題を抱えるビクトリア州民のニーズに対応するバランスの取れた取り組みを維持する必要がある。

- ・ 協力と責任共有の基礎となる。

政府のあらゆるレベル間、公共部門、民間部門および非政府部門間の、そして重要な点として、精神保健医療サービス、消費者、介護者間の協力関係を、効果的な予防、治療およびケアの中心に据えている。

「何が変わるのでしょうか？」には、「ビクトリア州精神保健医療改革 2009-2019」は、(1)すべての消費者がその家族や介護者とともにより積極的、包括的な経験を達成することを目標としていること、(2)この目標はサービスの開発および再設計、人材の強化、提供協力およびサービス調整、情報技術の有効活用、および全人的ケアに対する責任の共有の組合せによって達成されること、(3)現在政府が行っている専門家による精神保健医療サービスへの年間 8 億 8000 万ドルの投資は、この取り組みに必須の基盤を提供していることを述べている。また、「ビクトリア州精神保健医療改革 2009-2019」は、オーストラリア政府協議会 (COAG) の 2006 年精神保健医療に関する国家行動戦略によって予定された精神保健医療の大きな転換への取り組みに基づいているとして、提案された対策は、すべて注意深く観察し評価する必要があることを述べて、州民の支持を訴えている。

主要戦略提案の概要として、「ビクトリア州精神保健医療改革 2009-2019」は、は、8 個の改善分野を中心に構成され、各改善分野からの主要提案を概説している。

各提案は、実施される可能性のある一連の改善戦略のうち、その実施期間中に戦略

が進捗するとみなされる行動を示している。これらは、特定の追加的財源または人的資源の取決めを示唆するものではない。多くの場合、行動戦略は、通常の州政府予算プロセスおよびオーストラリア連邦政府やその他共同出資者との交渉に左右されるため、より詳しい行動の段階分けについては、第2部および近日中に発表される行動戦略において詳細に提案されるとしている。以下に各改善分野の項目を挙げる。

改善分野 1：精神保健とウェルビーイングの促進-リスクおよび保護要因に対処することによる精神保健医療の問題の予防

- ・ 精神保健医療を促進する学校と幼児期の環境を一つにまとめることで回復力および保護要因を構築し、健康的な食事、運動、薬物教育を補足することが健康的な生活や考え方を創造する。
- ・ エビデンスに基づいた職場プログラムを支援し、精神健康、ウェルビーイングを、公的および民間部門全域で促進する。
- ・ 地方政府、プライマリーケアパートナーシップ、近隣および地域社会の再生によって、ソーシャルインクルージョンおよびプログラムに貢献する（差別、家庭内暴力、ホームレス、失業に対処するものを含む）。
- ・ 問題のある飲酒や薬物利用、特に飲みすぎや大麻、アンフェタミン利用に関係する精神保健医療に対するリスクを強調する。
- ・ ビクトリア州の自殺防止行動戦略を新しく立て直す。
- ・ 関係人材の専門知識や能力を開発し、精神保健医療促進の設計および実施に

においてエビデンスを利用する。

改善分野 2：若年期-子供、青年、若者（0 - 25歳）、およびその家族の援助

- ・ 子供や若者に利用しやすい、より早期における介入を提供する。
- ・ 学校保健福祉スタッフ、特に学生支援担当者の技能を組織化し、向上させる。
- ・ 中等度または重度の精神保健の問題を抱える若者（12 - 25歳）に利用しやすい援助を提供する。
- ・ ビクトリア州およびその他の場所で開発された。国際的に最善の実施方法に従った、青年早期精神病サービスを増設する。
- ・ 摂食障害を抱える若者に対する持続的ケアのための全州的枠組みを設立する。
- ・ 深刻な虐待や心的外傷を経験した、特に弱い立場にある若者、および青年ホームレスサービスにかかわっている人々に対して、個々の状態に合わせた柔軟なサービスを提供する。
- ・ 精神保健の問題が家族関係を損ない、子供が危険にさらす可能性がある場合、先を見越して家族を支援する。

改善分野 3：治療方針-サービス利用および緊急対応の合理化

- ・ 広範囲に及ぶ精神保健の問題を抱える人々を援助できる、より利用しやすい情報、助言、および照会サービスを創設する。
- ・ 適切なケアを受けられるようにするため、精神保健医療サービスの分野における集中型トリアージを開発する。
- ・ プライマリー精神保健医療ケアの主要提供者として、また民間および公的精神保健医療サービスへの重要な照会ポイ