

C. 研究結果

1. 英国の精神保健医療改革：早期介入・危機介入・ACT

「教育と医療の再生」を掲げて発足したブレア政権下において、精神疾患は、がん、心臓疾患とならぶ「三大疾患」と明確に位置付けられ、保健医療改革の最優先課題として重点的な予算配分の対象とされた。1999年に発表された精神保健医療改革10カ年戦略(National Service Framework for Mental Health)においては7つの重点目標が掲げられ、その1つに「訪問型地域ケアの拡充・充実」が組み込まれた。翌年2000年に発表されたNHSプラン(予算配分計画)では、精神保健医療費をそれまでの1.5倍とし、さらにコミュニティケアの新たなサービスモデルの構築に集中的な投資を行うことが発表された。具体的には、「早期介入サービス」、「危機解決/家庭治療サービス」、「ACT(積極的訪問治療サービス)」の3つのコミュニティケアサービスをイングランド全土に整備することが掲げられた。実際に2000~2009年の間に、イングランド全土で早期介入チームは150チーム、危機解決/家庭治療チームは335チーム、ACTチームは250チームが配備された。この3つのコミュニティケアサービスのうち、危機解決/家庭治療チームへの投資額が最も高く、設置目標チーム数も最も高く設定されていた。すなわち、「危機解決訪問治療チーム」の導入・拡充が英国におけるこの10年間のコミュニティケア改革の1つの軸であったと言える。

2. 従来のコミュニティケアの課題の克服

英国におけるこの10年間のコミュニティケア改革は、それに先行する10年間のコミュニティケア改革の“失敗”を克服するための戦略でもあった。1983年に行われた精神保健法の改正により、公立精神病院の閉鎖、入院病床数の急激な削減が推進され、それに対応するために「地域精神保健チーム(Community Mental Health Team)」の全国的配置が進められた。地域精神保健チームは、プライマリケア(GP)だけでは対応が困難な事例に対して、保健・医療・福祉を統合したサービスを地域で提供するためのサービスであり、人口2~6万人の地域に1チームが割り当てられた。1チームはおよそ常勤換算で7~14名の多職種から構成され、1チームあたりのケースロードは最大300程度であった。このチームは、原則、平日の9時~17時の対応であり、夜間・休日の対応は課されていなかった。脱施設化政策の中で、地域精神保健チームが果たした役割は極めて大きなものであったが、サッチャー政権下における医療費抑制政策の影響もあり、多大な負担を地域精神保健チームが背負わされることになった。次第に地域精神保健チームのみで対応が困難な問題が山積し、「画一的なサービス」しか提供できていないなどという国民からの非難、精神障害が絡む社会的事件が多発した際のメディアからの批判、などに曝され、英国における80~90年代の地域精神医療改革の失敗の象徴として地域精神保健チームが扱われることが少なくなかった。そうした中で、1999年から新たな精神保健医療改革が開始され、地域精神保健チームのみで解決が困難な諸問題に対応するためのさらに進化した地域専門サービスモデル(早期介

入・危機介入・ACT)の追加、その全国的設置が推進された。

3. ホールシステムアプローチ

1999年以降のコミュニケア改革の中で重視されたのが「ホールシステムアプローチ」である。これは、個々のコミュニケアサービス(GP、地域精神保健チーム、早期介入チーム、危機解決/訪問治療チーム、ACTチーム、等)が地域の中で有機的な繋がりを持って効果的かつ全体的に機能することを目指すアプローチである。個々のサービスの役割や機能については、すでにまとまった報告があるのでそちらを参照されたい(伊勢田 他. 精神保健政策研究. 2009)。ここでは、危機解決/訪問治療チームの中心にその連携の概略を説明する。

まず、統合失調症をはじめとする精神病的疾患ならびに躁うつ病の初発患者を対象とし、病初期3年間の集中的な地域ケアを提供する「早期介入チーム」が存在する。このサービスによる集中的介入によって、症状の重症化、社会機能の低下を防ぎ、その後の入院施設ならびにACTなど利用者を減少させる。

病初期3年間の早期介入サービス利用期間が終了すると、多くの患者は順調な回復を達成し、GPならびに地域精神保健チームに引き継がれる。ただし、早期介入サービスを受けてもなお重症化した一部の患者に関しては、ACTチームに引き継がれる。早期介入チームからGPならびに地域精神保健チームに引き継がれた患者が、通院中断、再発などに陥った場合、危機解決/家庭治療チームが迅速かつ集中的に関わり、悪化や危機を食い止め、入院を予防する。危機が

解決するまで危機解決/家庭治療チームが責任を持って関与し、危機解決後、再び地域精神保健チームならびにGPに引き継ぐ。危機解決/訪問治療チームは、GPや地域精神保健チーム、ならびに早期介入チームがサービスを提供していない夜間・休日をカバーする役割も持つ。

4. コミュニケアの要:危機解決/家庭治療チームの導入

上記のホールシステムアプローチにおいて、その要となっているのが「危機解決/訪問治療チーム(Crisis Resolution & Home Treatment Team; 以下CRHT)」である。改革計画策定の際に保健省が行った当事者・家族に対するヒアリングで最も多く出された要望の1つが24時間365日対応可能なCRHTの導入であった。改革計画策定を指揮したGraham Thornicroft教授によると、新たに導入するサービスモデルはエビデンスに基づくものであることが条件であったが、CRHTは、危機時に介入するサービスであるため、対象者からの研究協力同意が得られないため、エビデンスレベルの高い知見(RCT)が実在しないという問題があった。しかしながら、家族・ユーザーのニーズが最も高いサービスモデルであるゆえ、特例的にエビデンスが不足していてもCRHTの導入に踏み切ったという。

こうして導入が開始されたCRHTは、2008年3月末時点までにイングランド全土で350チームまで増加し、CRHTのサービスを受けた患者数も2002/2003年時点で24,000名だったのが、2007/2008年時点で120,000名まで増加している。

CRHTは、概ね1チームあたり15万人程

度の人口地区を担当し、当該地区の 16~65 歳の統合失調症、躁うつ病、自殺リスクの高いうつ病などの精神疾患を持つ人で再発を含む危機の状態にある人々とその家族に対して、訪問し在宅で支援・治療を提供する。1 チームあたり、14~20 名程度のスタッフで構成され、多くは看護師である。ソーシャルワーカー、心理士など他の職種スタッフもチームに加わっているが、早期介入チームや ACT チームに比べると看護師の占める割合が高い。24 時間 365 日のサービスであるため、3 交代制の勤務シフトが組まれている。ある時点でのチームの抱えるケースロードは、おおよそ平均して 20 ケース程度である。

5. CRHT の具体的な業務：ノッティンガム NHS トラストの例

CRHT が実際にどのような仕事をしているかについて、筆者が以前に視察したノッティンガム NHS トラスト（約 20 万人の管轄地区）の例を紹介しながら確認していく。

GP や地域精神保健チームから、「担当患者が最近受診していない。近所の人話では、自宅に引きこもり、どうやら再発している可能性もあるようだ」との連絡が CRHT に入る。こうした紹介が CRHT に入ると、1 時間以内に 2 名程度のチームスタッフが対象患者の自宅を訪問し、アセスメント・関与を開始する。家族がいる場合には、家族に対しての支援、状況の聞き取りを開始する。この際、強制的な介入は原則行われぬ。CRHT のスタッフが根気強く患者に対して説明を続け、関与の糸口をみつけだす。実際には、本格的な再発に至る少し手前の段階（プレ危機）で CRHT がコ

ンタクトを開始することが多い。

CRHT が関与し、初期のアセスメントを行った後、以下の 2 つのいずれかの判断を下すトリアージを行う。1 つ目は、そのまま CRHT が在宅で関与し、危機を解消するという判断。2 つ目は、やはり入院がどうしても必要な様子なので、「アセスメント入院」を勧めるとの判断である。

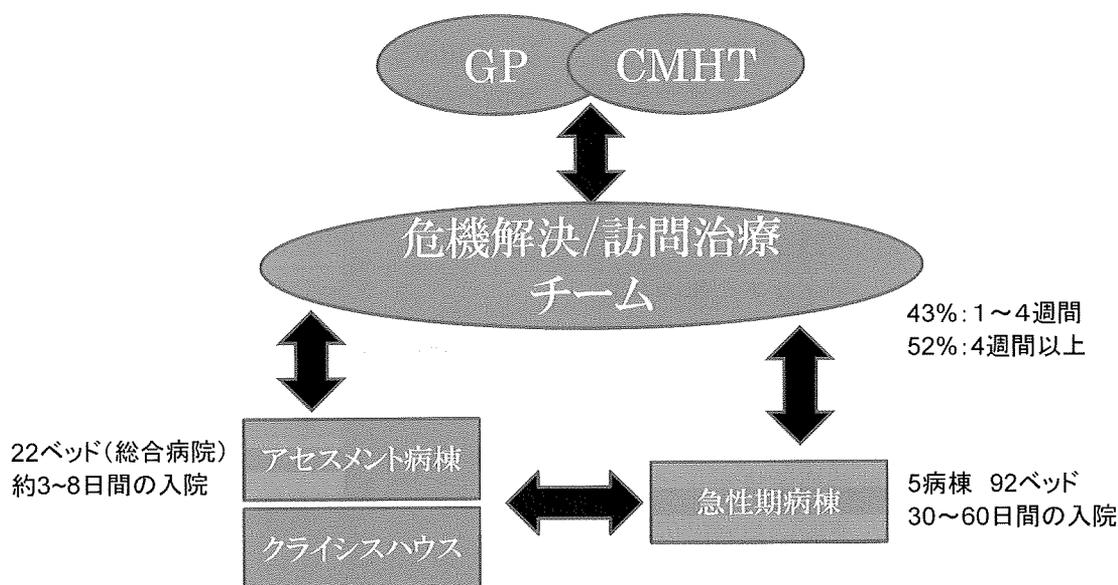
多くの場合は CRHT がそのまま関与し続け、危機を解決する。この場合、1~4 週間程度関与するのが 43%程度、4 週間以上関与するのは 52%であるという。CRHT の初期のアセスメントで入院の必要性が高いと判断された場合、CRHT 内にいる専門資格を持つソーシャルワーカーが再度アセスメントに出向き、その場で精神保健法による強制入院の必要性等も含め検討する。いずれにしても入院が必要な場合は、直接、急性期病棟に入院するのではなく、状態の評価をさらに詳細に行うための「アセスメント病棟における 3~7 日間程度の短期入院」をまず設定する。地域によっては、アセスメント病棟は、敷居を低くするために総合病院の中に 20 症程度確保していたり、また、病棟ではなくアセスメントのための短期住居施設（クライシスハウス）を確保していたりする。アセスメント病棟に入院した患者の約半数は、その後、急性期病棟に移ることなく、再度、CRHT に戻され、危機が完全に解消されるまで自宅で集中的な支援・治療が提供される。アセスメント病棟を経て、急性期病棟（5 病棟 92 症）に入院となる一部の患者については、平均 30~60 日間程度の入院となる。急性期病棟からの退院の際も、CRHT が関与し、退院後も安定した生活が維持されるまでしばらく関与

が続く。CRHTは、「危機」が生じた原因を詳細に検証し、「再発」を予防するためのケアプランを作成する責任がある。CRHTが患者への関与を終結する際には、今回の危機がどのような問題で生じたのか（例：地域精神保健チームやGPの関与が切れていた）などを明らかにし、再発を防ぐための関係者の関与の在り方の調整を行い、再発

予防戦略の実施体制が確立されたことを確認するのが条件である。

すなわち、CRHTは、極めて機能的な「プレ救急」と「ポスト救急」の役割を果たしている。また、実際は本格的な危機に陥る前の段階で迅速に関与することによって、患者や家族のダメージを最小限に食い止め、入院を予防することに寄与している。

例：ノッティンガムNHSトラスト(約20万人の管轄地域)



6. CRHT の成果

CRHTが本格的に導入され始めてから、各地で大幅に入院率が減少した。ノッティンガムNHSトラストでは、CRHT導入後入院件数が1/3減少した。南モーズレイNHSトラストではCRHT導入後8年間で入院件数が半減している。NAO(国立監査機構)が2007年に出版したCRHTに関する評価報告書によると、急性期病棟の平均在院日数が、CRHTがある地域では約28日(ない地域では、統合失調症40日、躁うつ病33日)となっていることが明らかにされている。

また、同監査報告書では、CRHTを利用した患者と家族の80%以上が満足したサービスが得られたと回答している。これは、CRHTが在宅でケアを提供している期間中、家族に対する濃厚な支援がしっかりと行われていることを反映した結果である。

また、2006年にBritish Journal of Psychiatryに掲載されたGloverらによる論文によると、CRHTに関する全国調査を行った結果、24時間対応可能なCRHTがある地域では平均23%入院が減少していることが報告された。また、同研究によると、地域における入院

の抑制には ACT よりも、CRHT の寄与効果が著しく大きいことも明らかにされている。

D. 考察

わが国においても、近年、精神科急性期医療の報酬を強化する政策的動向が認められるものの、英国の CRHT のように地域で迅速に危機に対応する制度の導入が本格的に検討されていない。こうした地域における「プレ救急」および「ポスト救急」の役割を機能的に果たし、できる限り入院を予防し、仮に入院したとしても短期で退院し、再発予防に向けた丁寧な退院後のケアを行うサービス体制を早急に整備する必要がある。わが国の状況に合わせた CRHT の在り方を検討し、モデル的实践を進めていくことが、今後のコミュニティケア全体の在り方に大きな影響を与えるものと推測される。

E. 結論

わが国における地域精神保健サービスモデルを検討する際に、英国において広く普及した危機解決/家庭治療チームの成果を参照し、わが国に状況に合った危機介入、プレ救急、ポスト救急の地域サービスモデルを検討し、その構築を試みる必要があると思われる。

G. 研究発表

1. 発表論文

- 1). 伊勢田堯・西田淳志・岡崎祐士 (2009) 精神保健政策研究. 英国における精神保健福祉改革の動向～更なる進化のプロセス～. (18) 79-88.
- 2). 伊勢田堯・岡崎祐士・針間博彦・西田淳志 (2010) 心と社会. 「新しい仕事の仕方」

を实践したコンサルタント精神科医の日記. 英国の精神保健改革における人材開発への挑戦. (139) 印刷中

3). 西田淳志・中根允文 (2009) 医学のあゆみ. 精神疾患の疫学と疾病負担 (DALY). (231). 948-951.

4). 西田淳志・山末英典 (2009) 医学のあゆみ. 精神医学研究における出生コホート研究の必要性. (231). 1061-1065.

2. 学会発表

- 1). 西田淳志・伊勢田堯・岡崎祐士 (2009). 英国の地域支援の動向・成果・課題. 第 105 回日本精神神経学会シンポジウム「地域移行・地域支援の時代に精神科医はどう向き合うのか」

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

厚生労働省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」

うつ病の精神医療の提供実態に関する国際比較研究

分担研究者 佐々木 一 (爽風会 佐々木病院)

研究概要 うつ病についての精神医療の国際比較を行なった。うつ病についての国家的
基本計画を持つ国が増えており、わが国でも同様の基本計画を定める必要がある。うつ
病は世界各国に共通の保健上の問題となっているが、うつ病の治療システムは先進諸国
間でも非常に大きな相違があった。わが国ではNHS 諸国のように極端な病床削減により
うつ病の入院治療を劣化させることなく質を高めていく必要がある。精神医療における
格差医療を防ぎ、医療コスト全体の高騰を防ぐために、我が国では国民皆保険制度は堅
持し、医療保険でうつ病治療が広くカバーされ続けるシステムを守ることが必要であ
る。

A.研究目的

うつ病についての精神医療の国際比較を行
う。うつ病に対しての国家的戦略、うつ病
への諸外国における医療福祉面での連携、
対応を調査・研究する。諸外国のうつ病の
治療技法を我が国に適応することの利点と
問題点について明らかにする。

B.研究方法

まずはインターネットを利用し、基本的な
データ、文献を収集した。印刷されている
各国の精神医療に関する書物についても入
手した。また各国の大学、保健関係の省庁、
研究機関と連絡をとり資料を収集した。補

足的に個人的な関係を利用して情報を収集
した。

C.研究結果

**うつ病は世界中で重要な保健上の問題とな
っている**

世界中で3億人以上の人々がうつ病で苦し
んでいると言われている。その数はこれか
らの20年で更に増えるだろうと予測され
ている。世界銀行とWHOは2020年までに全
ての疾患の中で、うつ病が最も人類にとっ
て大きな負担となると予測している。

うつ病は世界共通の疾患であり、どの国に
おいても重要な保健上の課題である。しか
し有病率は諸国間に若干の差がある。

単極性うつ病の発生率・有病率				
地域	発生率 (人口十万人・年当たり)		有病率 (人口十万人・年当たり)	
	男性	女性	男性	女性
アフリカ	2851	4345	1426	2173
アメリカ	3406- 4294	5647- 7160	1703- 2150	2824- 3577
中近東	3744	5382	1872	2748
ヨーロッパ	2610- 3286	4482- 5353	1489- 1631	2235- 3088
東南アジア	2626- 3496	3401- 5923	1315- 1748	1947- 2962
太平洋西	2028- 3260	2762- 4475	1015- 1606	1381- 2244
全世界	3199	4930	1607	2552

WHO 2000

各国の有病率 人口千人当たり

- オーストラリア 6.0
- ブラジル 7.1
- 中国 3.9
- エジプト 6.4
- エチオピア 6.2
- エルサルバドル 6.0
- エストニア 5.7
- ハンガリー 7.1
- インド 6.0
- ケニア 9.2
- メキシコ 4.5
- ニカラグア 6.2
- サウジアラビア 8.4
- シエラレオネ 4.0
- スロバキア 12.8
- 南アフリカ 4.8
- スーダン 8.4

レソト 6.4

台湾 0.8

台湾においてこれほど低い理由は不明であるが、一般には6~8%の間に分布している。戦争などで不安定な社会情勢の国では有病率が高い傾向が見られる3) 4)。

うつ病対策が重要視されるのは大きく3つの理由がある2)。

- ①うつ病が非常に多いばかりでなく、国民の健康・経済に与える損失が非常に多い
- ②増えつつある自殺と非常に深い関係がある。
- ③うつ病は早期発見と介入が可能であり、また治療可能な疾患である。

うつ病に対する国家戦略を持つ国が増えつつある

精神保健全般ではなく、うつ病に焦点を絞った国家的な計画・戦略を持つ国が増えつつある。

優れた精神保健政策を次々と送り出したフィンランドでは1990年には既にNational Depression Projectを開始している。多くの国では2000年頃からうつ病単独の戦略が行われるようになった。オーストラリアでは2000年にNational Action Plan for Depression、チリでは2001年にPrimary Health care Programme on Depression、フランスではActions against Depressionが行われた。

例えばニュージーランドのThe National Depression Initiative (NDI)は次のような内容である2)。

目標

ニュージーランド人の生命と生活へのうつ病の影響を和らげる。

目的

うつ病から防護する、個人・家族・社会の力を強める。

コミュニティーと専門職のうつ病治療の責任を強める。

鍵となる戦略

うつ病から人々を守る社会的物理的環境を作る要因を同定し整備する。

早期発見と早期介入、人々がうつ病の症状を認識する力を育成、適切な援助を求める事の支援、セルフヘルプを含めうつ病への効果的介入を理解させることなどを通じ人々がうつ病にもっと積極的にかかわる力を育てる。

うつ病のために援助を求める人々のために専門職がもっと効果的に対応できるようにする。

公的、民間を問わず、精神保健サービスが協調して NDI の理念の下、支援を行えるようにする。

研究、モニタリング、評価を通じて蒸気が達成できるようにする。

この計画のために 4 年間で約 8 億円が投入された。

類似の計画として Defeat Depression Campaign (UK)、NIMH Depression Awareness, Recognition and Treatment Programme (DART) (アメリカ合衆国) 1)、National Depression Screening Day (アメリカ合衆国)、Nuremberg Alliance Against Depression (ドイツ中心・Europe)、Beyondblue (オーストラリア) が知られる。ルーマニア、ギリシャ、カナダなどにも類似の戦略がある。

うつ病の啓蒙教育、早期発見を主な目的とする一般国民向けの活動も多く、多くの国で試み

られた。シンガポールの Mind Your Mind (MYM) Programme、パナマの Know Depression and Face it などがある。

諸国間の経済力の格差とうつ病治療システム

WHOによれば、国力によってとるべき精神保健のあり方はまったく異なる 3)。

(1) 貧しい国は、精神医療専門家の監督下で、プライマリーケアで精神医療をできる体制を整えるべきである。

(2) 中程度の豊かさの国は、外来精神科診療所、コミュニティー精神医療チーム、急性期精神科入院施設、長期入所可能なコミュニティー居住ケア施設および就労施設を整備すべきである。

(3) 非常に豊かな国であれば、専門外来のクリニック、ACT、進化した急性期精神科入院施設、長期入所可能なコミュニティー居住ケア施設および就労訓練施設を整備することが望まれる。

前述したように、アフリカの貧しい国々においてもうつ病の有病率は高く、治療は重要な課題である。入院施設の整備されない多くの国々でプライマリーケアのレベルでうつ病治療は行われている。抗うつ薬は世界の多くの国々で流通している。例えば古典的だが効果の確実な Amitriptyline は、86.4%の国々で入手可能である。幸いなことに古典的な薬剤でもうつ病治療効果は新世代の薬と同等である 13)。

問題はこれら貧しい国々でも薬剤のコストは先進諸国と同等の価格であることである。150mg を使用し 1 年間治療を行った時のコストは、

Africa 34.38
 Americas 21.90
 Eastern Mediterranean 60.12
 Europe 78.40
 South-East Asia 36.14
 Western Pacific 54.09

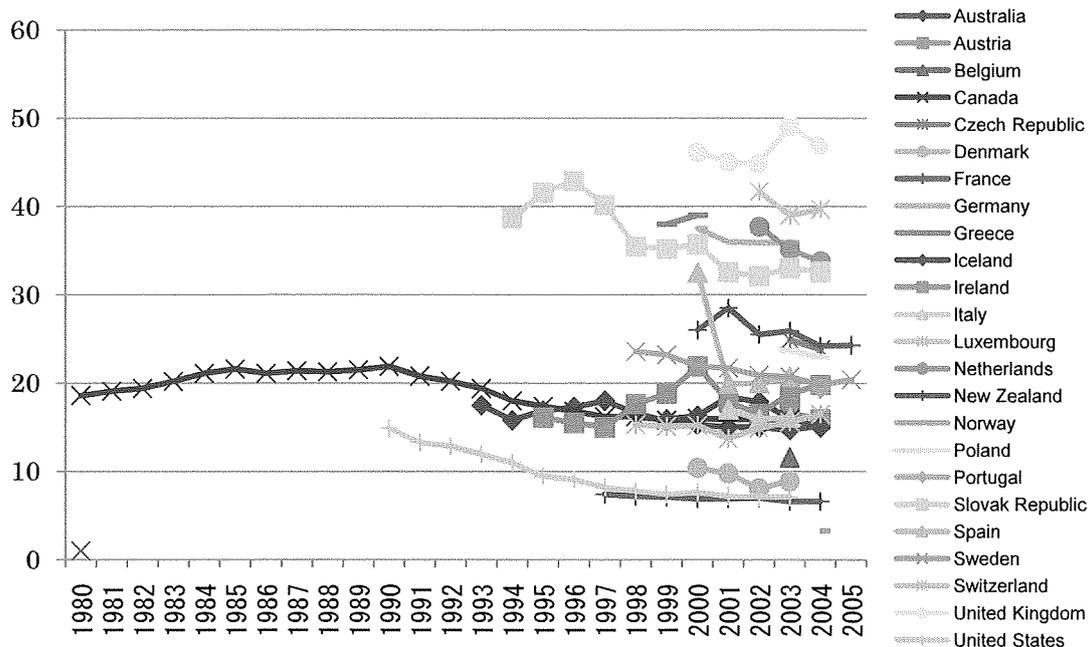
となっており 13)、相対的には貧しい国での負担が重い。

非常に豊かな国でのうつ病治療は諸国間に大きな格差がある。精神医療改革による病床削減の差がこの格差の原因である。

うつ病治療システムの国際比較をするにあたって

次に示すのは OECD による気分障害

(Mood Disorder) の平均入院日数のデータである 22)。90 年代以降のデータしか収集されていないが、見る限りほとんど変動がない。値は国によって全く異なるが、うつ病の平均入院日数はそれぞれの国の精神障害全体の平均入院日数とも相関度が弱い。病床削減を行い強力に精神疾患全体の入院日数の短縮を行った国においても気分障害の入院日数は非常に長かったり (UK など)、逆に全体の入院日数は長いのに気分障害の入院は短かったり (ベルギーなど) まちまちである。入院治療の内容の違いのみならず、気分障害をどのように定義しているのかに大きな差異がある可能性がある。



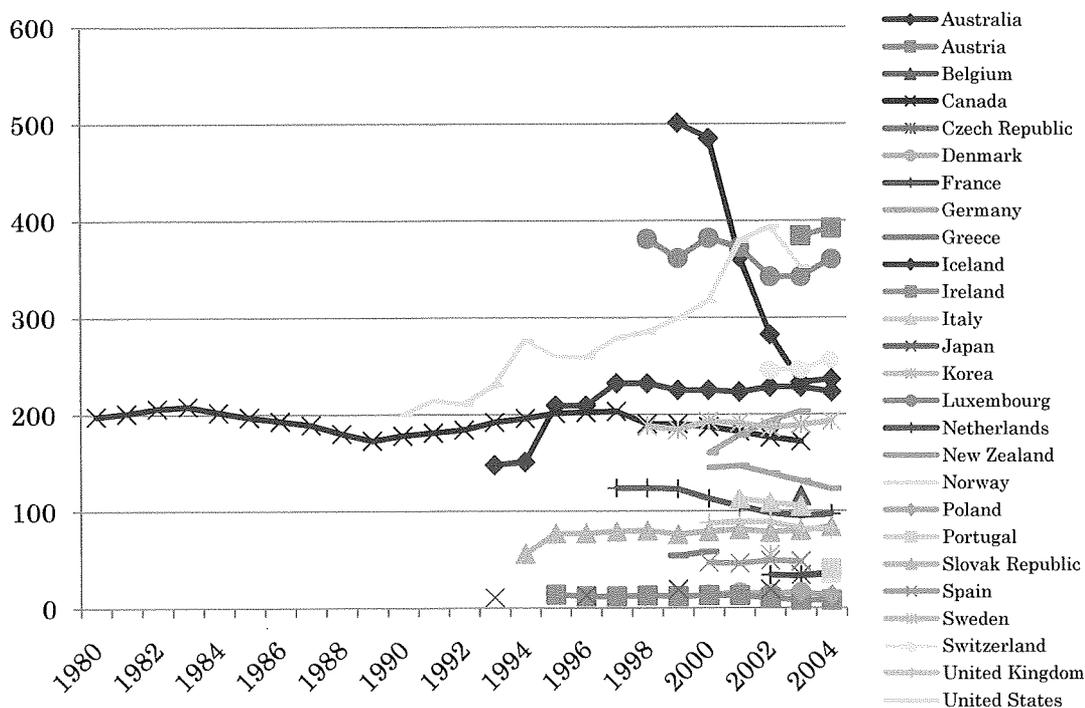
次に示すのは同じく OECD による気分障害 (Mood Disorder) の退院数 (人口 10 万当たり、1 年当たり) のデータである。オーストラリア、カナダ、チェコ、フィンランド、フランス、ハンガリー、アメリカ合衆国では 2001-2004 年のある時期からダイケ

アの件数も含んでおり (しかも一部)、残念ながら統計的に各国間のみならず、同一国における比較のデータとしても妥当性に欠けるものとなっている。多い国と少ない国では 100 倍近い格差があり、自然科学としての医学からみて説明がつかないだけで

なく、医政学（社会学的な医学）的にも説明はできない。（うつ病治療の国際比較はこのデータからも分かるように大変困難なテーマでもある。）

少なくともこれらのデータからはそれぞれ

の国のうつ病入院治療には、精神医療改革後は大きな変化はないということが分かる。先進諸国間で大きな違いが生じたのは次節に述べるように精神医療改革の時であった。

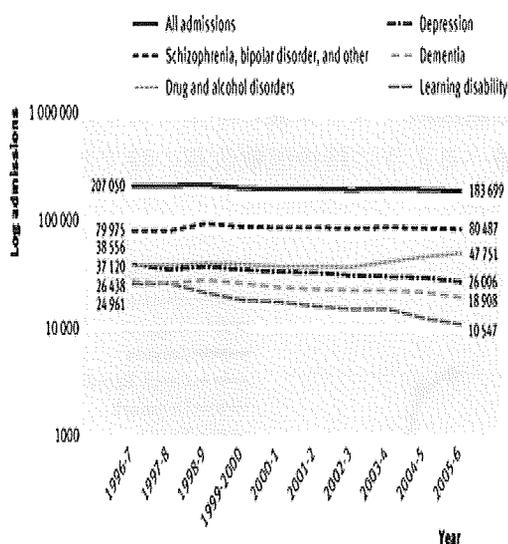


過度の病床削減とうつ病治療システムの崩壊

オーストラリア、UK、イタリアなどの National Health Service (NHS) と呼ばれる公的医療システムは、日本など医療保険制度による医療システムと大きく異なる。NHS では医療は税を財源とし、国民すべてに低廉（精神科入院などサービスによっては無料）で医療を提供する。これらの国々では

60-70年代に精神科病床数を大きく削減し、積極的な脱施設化を行った。例えばオーストラリアでは人口千人当たり 0.2 床しか精神科病床は残されていない。

これらの国では入院医療へのアクセスが極端に悪化した。公的精神科病院は救急医療に特化し重症の精神病状態の患者をもっぱら治療するようになった。ハードな保安施設と化し、スタッフは治療者というよりは危機管理者になったと批判されている 7)。



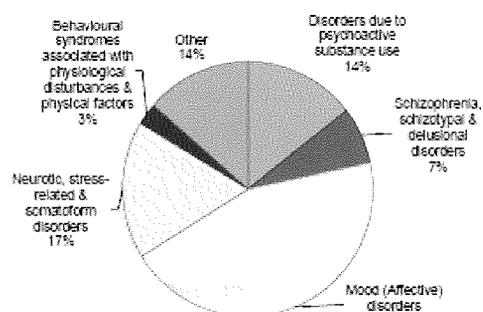
UKでの疾患別入院件数の推移を示す11)。うつ病の入院件数は急激に減少した(右端で上から4番目)。うつ病の治療の重要性が増しているにもかかわらず。オーストラリアでは通常うつ病患者はもはや公立病院には入院できない。極端な病床不足のためである8)。研修医のうつ病治療の研修も公立病院では行えない事態に至っている9)。GPがプライマリケアを行い、必要に応じて専門家に紹介するシステムを取っているが、アクセスと医療の質には疑問がある。オーストラリアでの大規模な調査によれば、うつ病あるいは不安障害の患者のうち、わずか6人に一人しかevidence-basedといえる治療を受けていなかった10)。治療の幅が狭くなりすぎ、患者の人権を侵害しているという批判も聞かれる9)。行きすぎた病床削減と、不完全なコミュニティー医療への過度の負担がこれらの国々でのうつ病医療の劣化を招いた。

過度の病床削減と格差医療の誕生

これらの国々ではうつ病に罹患し温かい環

境での治療を望む患者は再施設化した公的な病院を避けるようになった。そのため快適な民間病院の病床が急増している。しかし民間病院での治療を受けられるのは富裕な階級に限られ、結果として新しい「格差医療」の時代になりつつある7) 12) 18)。公的精神医療を指して「セカンドクラスサービス」と形容されることも多い6)。

UK、オーストラリアでは民間精神医療が急成長している。しかしうつ病の入院治療を望んで受けること(任意入院)ができるのは、民間医療保険に加入し民間病院に入院できる豊かな人々のみである。経済的に恵まれない場合の多い精神障害者は精神医療へのアクセス、重い自己負担、合併症治療を受ける機会の制限を受け、明らかな格差が生じている。



上に示すのはオーストラリアの民間精神科病院の疾患別の入院件数の分布である17)。気分障害が圧倒的に多い。

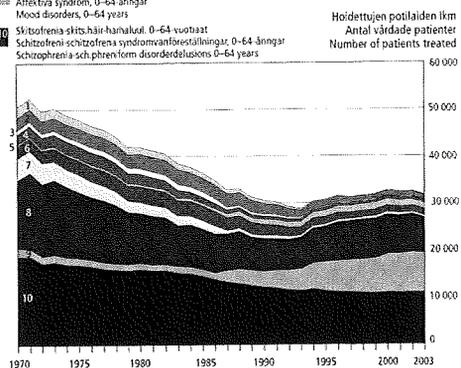
民間医療保険とうつ病治療の親和性は高い。なぜなら統合失調症は社会の低い階層にいる人々の入院率が高いが、うつ病についてはどの階層も同じように入院を必要とする傾向があり14)、富裕層の高いニーズが常に有るからである。そのため、UK、オーストラリアのように富裕層が多く、公的医療

に欠陥のある国々では民間医療保険と民間精神科病院の規模が拡大し続けている。もはやオーストラリアの精神医療は劣化し、WHO の提唱するレベルに達しなくなったという批判、オーストラリアの精神医療政策は格差を認める「新自由主義的政策」であるという批判にさらされている 12)。海外に向けた公的な発表にはこれらの民間システムは含まれていないことが多いため注意が必要である。

病床数を適度に保った国でのうつ病治療
精神科病床数を極端に削減しなかった国々ではうつ病の入院治療が適切に行われている。ドイツでは精神科病床数は 0.66 床である 15)。ドイツでは公立病院にうつ病専門の治療プログラムがあり、適切な医療が行われている。

フィンランドでは 0.9 床である。うつ病の入院治療は適切に行われ、必要に応じて 2 カ月程度まで入院可能である。次のグラフで入院件数の推移を示す 16)。UK とは全く逆であり、うつ病 (65 歳以下) の入院件数 (下から 2 番目のグレーで示す) が急増し統合失調症の入院件数とほぼ並ぶようになった。必要な精神科病床数を確保し、過度に病床削減を行わなかった国々では、入院治療は統合失調症中心から気分障害中心になりつつあることが分かる。

- 1 KEIVA, kaikki ikäryhmät
Utvecklingsstörning, samtliga åldersgrupper
Mentally handicapped, all ages
- 2 Demens, alla åldersgrupper
Demens, samtliga åldersgrupper
Dementia, all age groups
- 3 Somaattiset päädiagnoosit, 65+-vuottaat
Somatiska huvuddiagnoser, 65+-åringar
Primary somatic diagnoses, 65+ years
- 4 Muu psykiatrinen, 65+-vuottaat (pl. demens, utvecklingsstörning)
Annat psykiatriskt syndrom, 65+-åringar (exkl. demens, utvecklingsstörning)
Other psychiatric, 65+ years (excl. dementia, people with learning disabilities)
- 5 Mielialahäiriöt, 65+-vuottaat
Affektiva syndrom, 65+-åringar
Mood disorders, 65+ years
- 6 Skizofrenia-skits häir-häirahäiz, 65+-vuottaat
Schizofreni-schizofreni syndromvanföreställningar, 65+-åringar
Schizophrenia-schizophrenia disorder/delusions, 65+ years
- 7 Somaattiset päädiagnoosit, 0-64-vuottaat
Somatiska huvuddiagnoser, 0-64-åringar
Primary somatic diagnoses, 0-64 years
- 8 Muu psykiatrinen, 0-64-vuottaat (pl. demens, utvecklingsstörning)
Annat psykiatriskt syndrom, 0-64-åringar (exkl. demens, utvecklingsstörning)
Other psychiatric, 0-64 years (excl. dementia, people with learning disabilities)
- 9 Mielialahäiriöt, 0-64-vuottaat
Affektiva syndrom, 0-64-åringar
Mood disorders, 0-64 years
- 10 Skizofrenia-skits häir-häirahäiz, 0-64-vuottaat
Schizofreni-schizofreni syndromvanföreställningar, 0-64-åringar
Schizophrenia-schizophrenia disorder/delusions, 0-64 years



KUUVIO 7. Psykiatrisessa sairaalahoidossa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia hoidettujen potilaiden määrä perustuen poisto- ja hoitoilmoituksiin vuosina 1971–2003 (Lähde: Stakes)
DIAGRAM 7. Patienter som erhållit psykiatrisk sjukvård för psykiska rubbningar enligt utskrivningsrapporter och vårdanmälningar 1970–2003 (Källa: Stakes)
FIGURE 7. Number of patients treated in psychiatric hospitals for mental and behavioural disorders based on data from hospital discharge registers and care registers from 1970–2003 (Source: STAKES)

NHS 諸国の改善策

NHS 諸国ではうつ病の外来治療では多くは専門の精神科医ではなく、家庭医 (GP) がカバーしている。うつ病治療の重要性は増しているが、専門の精神科医へのアクセスは非常に悪く、UK では紹介から専門家の受診まで 1 年半も待機させられる状況があった。このため 1993 から fundholding と呼ばれるシステムにより、GP は古典的な精神医療以外を「購入」できるようになった。すなわち、GP は精神科医以外の専門家への紹介をするようになったのである。より人気のある臨床心理士へと患者は流れるようになり、精神科病院の外来に置き換わるようになった。GP も伝統的な、精神科の専門医

の僕となるよりも、コメディカルをコントロールできる立場に立つことを好んだためこのシステムは広がりを見せた 20)。

さらに近年では薬物用法と同等の効果のエビデンスがあると言われる、認知行動療法による治療が行われるようになった。英国での認知行動療法についての国家的戦略 (IAPT) では訓練を受けた治療士による 16 回の認知行動療法のセッションを行うこととした。NHS のシステムで提供されるため利用者の負担はない。

オーストラリアでも同じようなシステムが発足した。メディケアが 6 回までの認知行動療法のセッションの費用を負担する。最近になり必要に応じ更に 6 回のセッションの延長が認められるようになった。長らく欠損していた庶民のうつ病の治療について、ようやく国が対策に乗り出したことの表れである。

うつ病の入院治療を精神科以外で行うことについて

ドイツでは「心身症・精神療法病床」があり、うつ病、神経症圏の患者の治療を行っている。精神科医出身の医師が勤務しているにもかかわらず、法的には精神医療とはみなされず、精神保健関係の所轄省庁の監督も受けず、精神科病床としてカウントされずにいる。70 年代の改革前には 0 床であったが、脱施設化の裏で年々増え続け、現在は 18,600 床にも増加しており、医療費を押し上げる要因として問題視されている 19)。精神科医療の側からは一種のタブー視されており干渉する雰囲気ではなく、議論の対象にすらされていない。

フィンランドなど公的精神科病院以外への

入院が法律により禁止されている国々でも、病床の空いた民間の内科病院がうつ病患者を入院させるケースが見られるようになった。

日本でも近年、大都市中心に「心療内科病床」を標榜し一般病棟で精神医療を行う例が見られるようになった。

言うまでもなくうつ病は精神疾患であり、医療の質を担保し、総医療費をコントロールするためには、うつ病の治療を精神科以外の病床で行うことについては慎重に対処する必要がある。

D. 考察

うつ病はユニバーサルな疾患である。人種、地域を問わずその有病率は高く、人類の健康と社会生活に多大なる悪影響を与えている。しかも今後その及ぼす問題は増大していくことが予想される。うつ病に対しての国家的戦略を持つ国は増えつつあり、日本でも同様の戦略を持つ必要性があると考えられる。

精神医学の進歩、中でも薬物療法と認知行動療法に代表される精神療法の進歩により治療法は大きく進歩した。しかしうつ病の医療をどのように提供するかについては諸国間に大変な格差がある。まず経済力によるいわゆる南北格差である。更に先進諸国の間でも、1950年代から始まった精神医療改革の中、税で運営するNHSのシステムを採用する国々の中でうつ病治療のシステムが著しく劣化するケースが見られた。オーストラリア、UKは特に問題が多い。これらの国々で認知行動療法の新しい提供システムが誕生したのは、旧来のシステムに欠陥が

生じたことと明らかに因果関係があると考えられる。

日本では精神医療改革はこれからスタートする段階である。先進諸国の中では最も遅いが、これは見方によれば幸いなことである。なぜなら他国の失敗を学びながら最も安全な改革の手法を選択できるからである。今回の研究からは病床削減を極端に推し進めず、これから重要性を増すうつ病の治療のために十分な病床を確保しつつ改革を行うことが重要であることが分かる。うつ病治療システムの各論は次年度以降の課題としたい。

E. 結論

うつ病についての国家的基本計画を持つ国が増えており、わが国でも同様の基本計画を定める必要がある。先進諸国間にもうつ病治療には大きな格差があることが分かった。わが国ではうつ病の入院治療を劣化させることなく質を高めていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

参考文献

- 1) Regier DA Am J Psychiatry. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. Nov; 145(11): 1351-7. 1988
- 2) Ministry of Health New Zealand. National Depression Initiative.

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/national-depression-initiative-components>

- 3) World Health Organization. Mental health atlas. Geneva, Switzerland 2005
- 4) Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., et al Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychological Medicine 1999
- 5) National Action Plan for Depression Under the National Mental Health Plan: 1998-2003 Australia November 2000
- 6) Priebe, S. Psychiatry in the future Where is mental health care going? A European perspective Psychiatric Bulletin 28: 315-316 2004
- 7) Hazelton, M. Mental health reform, citizenship and human rights in four countries. Health Sociology Review 14: 230-241 2005
- 8) Private Mental Health Alliance. OPTIONS FOR FUNDING SERVICE DELIVERY FOR PRIVATE PSYCHIATRIC SERVICES DISCUSSION PAPER 2006
- 9) Ian Hickie 教授インタビュー Sydney University Nov. 2 2009
- 10) Groom G, Hickie I, Davenport T. 'OUT OF HOSPITAL, OUT OF MIND!' A report detailing mental health services in Australia in 2002 and community priorities for national mental health policy for 2003-2008. Canberra: Mental Health Council of Australia, 2003.
- 11) Keown, P. Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006 BMJ 2008;337:a1837
- 12) Henderson, J. Neo-liberalism, community

- care and Australian mental health policy
Health Sociology Review 14: 242–254
 2005
- 13) World Health Organization. Economic Aspects of the Mental Health System: Key Messages to Health Planners and Policy-Makers *Mental Health: Evidence and Research* Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization Geneva 2006
- 14) Harrison, J. Social deprivation and psychiatric admission rates among different diagnostic groups. *The British Journal of Psychiatry* 167: 456-462 1995
- 15) Kunze, H. Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care. *Psychiatric Bulletin* 28: 218-221 2004
- 16) National Research and Development Centre for Mental Health (Finland) . *Atlas of Mental Health, Statistics from Finland, 2005*
 17) Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). *Mental health services in Australia.2002–03*. Canberra: AIHW (Mental Health Series no. 6). 2005
- 18) ミルトン・グリーンプラット著 加藤正明訳 サイコポリティクスー政治と精神医療- 牧野出版 1983
- 19) Kunze, H. & Priebe, S. Assessing the quality of psychiatric hospital care: a German approach. *Psychiatric Services*, 49, 794-796.1998
- 20) Rogders A. *Mental Health Policy in Britain*. 2nd ed. NY 1996
- 21) OECD *OECD Health Data*. Geneva, Switzerland 2002
- 22) OECD *OECD Health Data*. Geneva, Switzerland 2006

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

分担研究報告書

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～

研究分担者 川口貞親 産業医科大学産業保健学部 教授

研究協力者 久保陽子 産業医科大学産業保健学部 助教

// 児玉幸子 産業医科大学産業保健学部 助教

// 前野有佳里 九州大学医学研究院保健学部門 助教

// 植本雅治 神戸市看護大学 教授

研究要旨：わが国における地域精神保健福祉の現状を調べるため、福岡県の事業を例として、福岡県保健医療介護部健康増進課精神保健係および福祉労働部障害者福祉課自立支援係において聞き取り調査を実施した。福岡県の地域精神保健福祉に関する取り組みや課題について情報収集できた。今後は今回得られた情報と近隣諸外国との状況を比較検討する予定である。

A. 研究目的

障害者自立支援法の施行後、わが国における地域精神保健福祉の行政組織は再編された。本研究では、行政組織における地域精神保健福祉に関する取り組みの実際と今後の課題について把握し、近隣諸外国の状況と比較する際の基礎資料とするものである。

B. 研究方法

行政組織のひとつの例として、福岡県について調査することとした。福岡県保健医療介護部健康増進課精神保健係および福祉労働部障害者福祉課自立支援係における地域精神保健福祉に関する取り組みの実際と今後の課題について聞き取り調査を実施した。調査時期は、平成21年12月～平成22年1月である。

C. 研究結果

主として精神保健福祉法に関することは精神保健係で、自立支援法に関することは自立支援係が担当している。

<精神保健係>

・平成21年10月より保健福祉環境事務所を9箇所にも再編し、一元化したサービスの提供を行っている。

・保健福祉環境事務所において、保健所保健師、地域の精神保健担当者、PSW、社会復帰施設代表者、精神科病院代表者などによる連絡会議を開催し、地域移行に向けた支援を行っている。

・在院日数短縮に向けた取り組みとして、退院可能と判断された入院患者の地域移行へのフォロー調査を行っている。退院可能と判断された1930名の患者のうち、平成20年11月時点で389名が退院、153名が再

入院、死亡が 92 名、入院継続が 1296 名であった。

- ・精神科病院における人権擁護、処遇、措置入院等の現地調査を行っている。
- ・地域活動支援センターでは専門性の高い支援ができる PSW が常駐しているところがまだ少ない。
- ・今後の課題として、病院 PSW との連携を強化して地域移行を進めていく。

＜自立支援係＞

- ・障害者自立支援法が廃止される動きがあることについて、法改正は利用者、市町村、都道府県がかなり混乱する。法改正を行う際は、現状の問題点を明確にした上で、慎重に行うべきである。加えて、財政的な問題が大きい。
- ・障害者福祉サービスに基づいた支給決定までの流れに問題がある。サービスの必要性を総合的に判定するため、障害程度区分の認定を調査員が行い、障害程度に応じたサービスを受けられるようになっているが、判定基準が介護保険をモデルに作成されているため、精神障害者に適用するには問題がある。また、認定をする調査員は市町村職員、事業所委託、介護福祉士、精神保健福祉士など、研修を受けた者とされているが、精神障害者と日頃から関わっていない者の場合、1 時間程度の認定調査では精神障害の判定に限界がある。それぞれ 3 障害に分けた上で、認定調査を行った方が良いのではないかとの意見がある。
- ・障害程度区分の認定において、実際の状態よりも低く判定された者は、必要なサービスが受けられず、審査請求不服の申し立てが多い。実際、106 の調査項目について

コンピューターにて判定を行うが、その後の市町村審査会において、コンピューター判定より判定が引き上げられており、変更率は約 40% と高い（身体障害者の場合は 14～15% 程度）。市町村審査会でも明確な基準がないため、審査する者によって判定が異なる。

- ・利用者への情報提供に関して、非常に大きな影響力を持っている新聞などのマスメディアが正確な情報を提供できていない場合がある。
- ・自立支援法の情報提供について、県職員が障害者団体に地域で説明会を開催している。説明会に参加できない方には、市町村職員が個別に在宅訪問するなどして説明を行っている。

D. 考察

行政組織における地域精神保健福祉に関する取り組みの実際と今後の課題について調査した。細部についてはまだ把握出来ない点もあるが、概要についてはおさえること出来た。今回は福岡県のみについての情報収集であったので、今後は政令指定都市や市町村における聞き取り調査を通して、わが国の状況を整理する。近隣諸外国の状況を資料により情報収集し、日本との比較検討を行う予定である。

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

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

研究分担者 岡崎 祐士 東京都立松沢病院長

研究要旨

在日外国人は、1990年代末から大きく増加し、2005年には200万人を超え、2008年末には222万人となり、1991年以来17年間で80%の増加を見た。外国人旅行者の数も平行して増大した。したがって、必然的に在日外国人や外国人旅行者のなかで、精神疾患を新たに発症したり、罹患している精神疾患が悪化した者の数が増加したことが推測される。

本研究は、在日外国人の精神科医療へのニーズを調べ、わが国の精神科医療サービスの現状を検討し、改善の方策を検討しようとするものである。

本年度は、在日外国人の受診の動向を調べるために、都立松沢病院で行った1978～1998年の外国人入院患者の動向調査をはじめ、1970年代から1990年代にかけて、他施設から報告された在日外国人および外国人旅行者の精神科受診動態に関する調査をレビューし、2000年～2009年の東京都立松沢病院への外国人入院患者の最近の動向を調査した。また、各国外国大使館に対して、その国の国民の日本在住者や旅行者に対するわが国の精神科医療サービスに関する意見・要望をアンケート調査を実施中である。

A. 研究目的

わが国における外国人在住者や旅行者の増大に伴い、外国人の精神医学的問題の発生も増加している。わが国の精神科医療サービスが外国人に対してはいかなる状況にあるかについて調査・検討し、必要な提言を行うことが、本分担研究の目的である。

B. 研究方法

本年度の分担研究ではその実態の一端を明らかにするために、当院（東京都立松沢病院）で実施した調査のほか、1990年代までに外国人の精神科受診の動向に関する報告をレビューし、その傾向を把握しようと

した。また、近年の受診動向の一端を知るために、2000～2009年までの当院における外国人入院患者の実態を、病歴を用いて調査した。

（倫理面への配慮）

病歴の調査に当たっては、病歴を参照して病歴記載事項の集計を行うので、当院倫理委員会に研究計画を提出し、承認を得て行った。調査者は、すべて当院の医師職員であり、守秘義務を負っており、作業においては病歴の複写や病歴庫の外への持ち出しをせず、個人情報の秘匿には十分な配慮

をして作業した。

C. 研究結果 (資料参照)

(1) 1970年代～1990年代の外国人の精神科 受診動向報告のレビュー

その結果、以下のような点が見出された

○外国人入院患者は 1970 年代から増加を続け、90 年代前半をピークに、ややなだらかな増加をみせている。日本人に比して救急や入院例の割合が多い。

○受診時平均年齢は 20 - 30 台。一時滞在者 < 旅行者 < 永住者の順に平均年齢が高い

○退院時診断では、入院・外来ともに心因反応例が日本人患者に比して多い。その背景に異文化ストレスが存する可能性がある。

○国籍の比率は、入国する外国人全体の国籍とほぼ同様で、中国・韓国・フィリピンなどアジア圏が占める割合が大きい。1992 年以降はアフリカ系外国人症例も一定数を占めるようになった

○患者総数が増加するのに比例して、日本語のできない患者が増えた。一時滞在者の 7～8 割は、日本語でのコミュニケーション困難である。英語を使用できない患者が相当数いる。

(2) 2000 年～2009 年に東京都立松沢病院に 入院した外国人患者の集計

○この期間に入院した外国人患者の数は 389 人であった。2006 年までは年間 40 人前後 (最高 52 人) であったが、2007 年から 3 年間は、30 人以下に減少している。

○入院者患者数を出身国別に見ると、中国 (107 人)、韓国 (52 人)、フィリピン (27)、アメリカ合衆国 (24) の順で多い (東京都の外国人登録者数の順位と同じ)。そのほか、

台湾、ブラジル、メキシコ、バングラデシュ、ミャンマー、ドシアなど患者の出身地域と国が広がっている。最近ではアフリカ諸国やモンゴル出身者も増えている。日本語も英語も通じない人々が必然的に増加している。

○来日目的は、就労、留学、仕事、語学研修で 50%以上を占めた。

○受診経路は東京都夜間救急、東京都措置診察、警察に伴われての入院が多い。

○来日前の受診歴が判明したのは 26.2%であった。来日後 389 人中 32.4%が精神科を受診していた。

○入院時入院形態は措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の順番で多かった。

○入院時診断は、統合失調症 (131 人)、急性精神病 (123)、急性一過性精神病性障害 (61)、双極性障害 (15)、薬剤性精神病 (6)・覚せい剤精神病 (6)、パーソナリティ障害 (6)、アルコール精神病 (5) であったが、退院時診断は統合失調症 (185 人)、急性一過性精神病性障害 (76)、双極性障害 (16)、急性精神病 (15)、反応性精神病 (12)、覚せい剤精神病 (10)、薬剤性精神病 (9)、アルコール精神病 (7)、パーソナリティ障害 (7)、妄想性障害 (6)、適応障害 (6)、統合失調感情障害 (6)、その他 (34) であった。一般の精神科への受診者の診断別割合と比較して、急性精神病状態が多い。

○退院後、帰国日を決めて帰国した人が 186 人、その他に帰国するとした 40 人、計 226 人が帰国した。帰国せず通院治療を継続する者 96 人、通院しない・通院不要計 9 人、強制退去 15 人、入国管理局引渡し 22 人、警察引き渡し 6 人であった。

○退院時家族来院が 178 人、家族以外の親

戚・知人・友人・雇用主などが来院した者が77人（合計255人）であった。134人は退院時に引き取り人がなかった。

(3) 各国大使館に対するアンケート調査は現在準備中であり、次年度に報告予定である。

D. 考察 & E. 結論

外国人患者の精神科受診は1990年代以来、増加している。2000年代に入って一層増加傾向が認められたが、松沢病院の入院患者数は、この数年減少しているが、これが一時的または局所的現象か否かは、他の調査が必要である。

松沢病院への外国人入院患者の出身地域や国は拡大している。これはおそらく他にも見られる一般的傾向と思われるが、必然的に、日本語だけでなく英語を話さない患者が増加しており、今後の外国人への精神科医療・保健施策上の留意すべき点である。

精神医学的状态は、従来から指摘されているように、急性精神病状態が多い点は共通している。

次年度は、①大使館のニーズ調査の解析、②松沢病院受診外国人のニーズ調査、③外国人精神科受診患者への精神科医療・保健サービスの現状を調査し、ニーズとの対比で、今後の対策を考える予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他

研究協力者

乾 剛、厚東知成、大澤達哉、梅津 寛、野中俊宏、梅田ゆい、反町佳穂子、今井淳司、崎川典子、増田尚久、河上 緒、林 直樹（都立松沢病院精神科）