

Table 2 10 year outcome of depression in different cultures classified for suicidal acts (%)

	Nagasaki			Total		
	END	PSY	Total	END	PSY	Total
All patients	96	12	108	418	136	554
Follow-up cases	72	7	79 (73%)	332	107	439 (79%)
Patients making unsuccessful suicide attempts	7	43	11	10	30	14
Patients completing suicide	7	14	14	10	14	11

END: Endogenous depression, PSY: Psychogenic depression,

Table 3 Annual incidence rates by sex and age groups in Nagasaki
(per 10,000 population)

Sex/age	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Total
Male	6.3	3.9	4.0	1.7	1.0	1.1	-	-	2.4
Female	2.6	4.4	1.9	1.0	0.9	0.9	0.3	0.3	1.6
Total	4.4	4.2	2.9	1.3	1.0	1.0	0.2	0.2	2.0

Table 4 Long-term outcome for the first episode of schizophrenia

	Average F-U Period (yrs.)	Follow-up Cohort Size	Clinical good Outcome (%)	Clinical poor Outcome (%)	Good Social Adaptation (%)
Ciampi (1980)	37	289	27	42	39
Bleuler (1978)	23	208	20	24	51
Bland/Orne (1978)	14	90	26	37	65
Salokangas (1983)	8	161	26	24	69
Shepherd (1989)	5	49	22	35	45
NAGASAKI (1998)	15	65	28	21	40

Table 5 Percentae of respondents believing the person described in the vignette would be discriminated against by others

Discriminated against	Depression		Depression/suicidal	
	Australia	Japan	Australia	Japan
Yes	53.5	27.6	62.1	32.6
No	42.8	48.6	33.8	41.0
Discriminated against	Early schizophrenia		Chronic schizophrenia	
	Australia	Japan	Australia	Japan
Yes	75.9	44.8	83.0	62.6
No	20.4	29.6	14.6	18.4

Table 6 Twelve-month prevalence of WHO/WMH survey by DSM-IV system (%)

Country	Anxiety	Mood	Any
United States	18.1	9.5	26.2
EU countries	13.6	4.2	9.1-18.4
Mexico	6.6	4.8	12.1
China	2.7	2.2	7.0
Japan	5.5	2.3	10.0

Data from Kessler RC et al., 2005 for US, Alonso J et al., 2004 for EU, Medina-Mora ME et al., 2005 for Mexico, Shen Y-C et al., 2006 for China, and WMHJ 2002-06 data for Japan

Table 7 Years for redoubling for the ratio of 65 years old and over

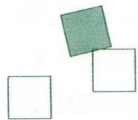
	Year of the over 7% of the ratio of 65 yrs old and over	Year of the over 14% of the ratio of 65 yrs old and over	Years for redoubling (yrs.)	Latest data of Aging rate (%)
Japan	1970 (s45)	1994 (h6)	24	21.5 (2007)
France	1864	1979	115	16.3 (2008)
Sweden	1890	1975	85	17.2 (2005)
United States	1942	2013	71	12.4 (2006)
Italy	1927	1988	61	19.9 (2007)
Unite Kingdom	1929	1976	47	16.0 (2006)
Germany	1932	1972	40	19.3 (2005)
China				8.1 (2007)
South Korea	2000	2019	19	9.4 (2005)
India				5.3 (2005)
Developed				15.3
Developing				5.5



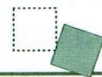
World Federation for Mental Health
Fédération Mondiale pour la Santé Mentale

WFMH ジャパン ニュースレター

事務局：高知県南国市岡豊町小蓮
高知大学医学部 神経精神科学教室
TEL: 088-880-2359 FAX: 088-880-2360
Mail: wfmhjpn@kochi-u.ac.jp



会長挨拶



John Copeland MD, ScD (Camb.)

President, World Federation for Mental Health

私が精神保健の分野の仕事をはじめて40年以上になりますが、精神疾患の問題が放置され続けている現実に今でも驚かされています。大きな事故に遭遇して身体の治療は無事に終わっているのに、うつ病の治療をしていないから仕事に戻れない人。重篤な精神疾患を患っているのに何のサポートも受けていない帰還兵・・・そういう事例が本当に多いのです。しかもお医者さんであっても精神科以外のお医者さんの中には精神疾患のことを余り知らない人すらいるというのが現実で、皆さんも「一体、我々は今まで何をしてきたのだろう？」と思われることはありませんか？

WFMHは1948年に設立され、当初から人権の問題に積極的に取り組んできました。1992年には世界精神保健デーを立ち上げましたが、専従のスタッフがいないままでは大きな進展を遂げることができないということになり、事務局長を迎えることにしました。資金的にはバンクーバー大会組織委員会が協力をしてくれ、現在、プレストン・ギャリソン氏が専任の事務局長として活躍してくれています。ギャリソン事務局長の熱意、そして理事会メンバーの献身的努力の結果、過去においては夢でしかなかったことが次々と現実になりつつあります。

- まず、事務局がパソコンやネットを駆使してくれているお陰で、今や世界精神保健デーに関する情報は、日本語をはじめ7ヶ国語で入手していただけるようになりました。WFMHホームページとCDで入手できます。ただ少し残念なことです、WFMHウェブサイト日本語情

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

Mental Health Gap Action Programm, mhGAP

中根 允文 (長崎大学名誉教授、WHO Expert Advisory Panel Member in Mental Health)

木下 裕久 (長崎大学医学部精神神経科学教室、WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health)

世界保健機関 (WHO) は、2002 年 11 月にフィリピン・マニラで開催した西太平洋地域における精神医学医療関連の Research Culture の現況と今後の展開と題する会議において、「No development without health, no health without mental health」のアピールを公表しました。同会議に著者の一人 (YN) も参加していて、これは確かに重要なモットーだと感心したことを記憶しています。しかし、それから 6 年を経過した、ここ数年における社会経済状況の影響を受けて、必ずしも期待するような精神保健戦略の実施はうまく進展せず、今般 WHO はより具体的な行動計画である「精神保健ギャップ改善行動計画 Mental Health Gap Action Programm (mhGAP)」を提案しました。

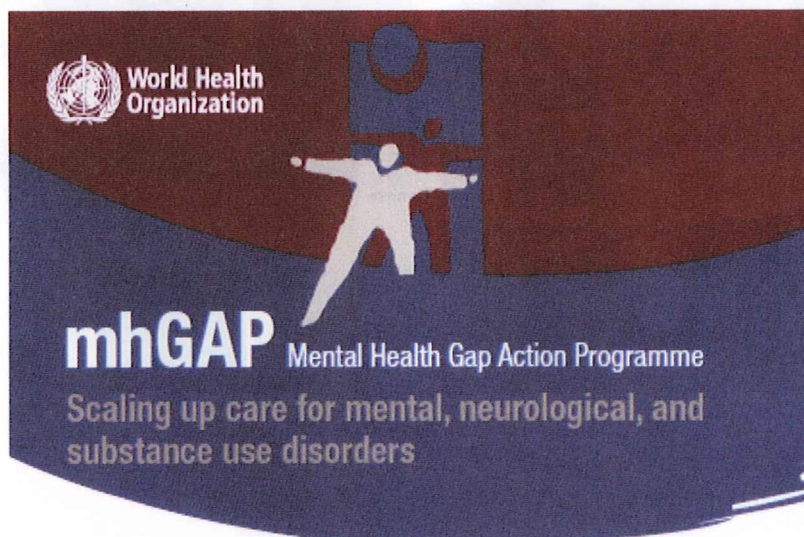
2008 年 10 月 10 日の世界精神保健デーを記念する行事の一つとして、前日の 9 日にジュネーブの WHO 本部「アナン・カンファランス・ルーム」にて、mhGAP の Launch (旗揚げ) が開催されました。世界各国からちょうど 50 名のエキスパート (世界精神医学会、世界神経学会、世界精神保健協会、世界心理リハビリテーション協会、WHO 指定地域研究協力センター、国連機関の代表、幾つかの政府代表など) が登録をしていました。日本からは、われわれ 2 人の他に国連機関および JICA に所属している人が参加していました。

これは、「No Health without Mental Health」(精神健康なくして健康なし) というスローガンのもと、先進国と発展途上国の間の精神保健福祉のありかたにおけるギャップを埋めようという試みです。既に、図に示すようなパンフレットが完成しており、その中には幾つかの精神神経疾患 (代表的なものは、うつ病と自殺、物質使用による精神障害、てんかん、統合失調症など) に罹患した人たちへの低・中所得地域での支援のための指針がまとめてありますが、まず具体的には以下の 5 つの領域：人権問題、うつ病、アルコールなどの物質乱用、てんかん、自殺などの問題を中心に、発展途上国の現状に見合った必要な支援を体的に実施していこうという取り組みです。もちろん、この 5 つ以外に、統合失調症や認知症、子どもの精神疾患なども取り組むべきテーマとされています。

WHO からは、マーガレット・チャン (Dr Margaret Chan) 事務局長、アラ・アルワン (Dr Ala Alwan) 事務局次長 (非感染性疾患・精神保健担当) などが同席しており、直接の担当部長である Dr. B. Saraceno やプログラム・マネージャーである Dr. S. Saxina などが直接的な運営に当たっていました。事務局長のチャン女史は、精神保健デーに併せて「No Health without Mental Health」の

モットーを精神保健の重要性を更に認識しようと訴えました。Launch では、ブラジル・イラン・イタリア・マレーシア・ルワンダ・スリランカなどから、各国の精神保健福祉の現状に関する報告があり、幾つかの国の報告からは日本で想像する以上に過酷な現状を知らされました。また、国際的に著名な医学誌ランセット（The Lancet）のホートン（Dr. R. Horton）編集長が「国際機関に対して、われわれは精神保健で何を期待するか」と題する特別講演を行いました。ランセットにおける mhGAP の話題は、貴誌で既に話題になっていましたね。今回のプログラムに参加した全体的な感想としては、WHO がいわゆる低所得～中所得と規定した諸国においてメンタルヘルスを改善する取り組みをスタートさせるにあたり、重要な項目として選んだのが、うつ病、統合失調症、自殺、てんかん、認知症、アルコール依存、違法薬物、子どもの精神疾患などであり、これらが発展途上国といつか低所得国では未治療のまま放置されているとのことでした。しかし、ふりかえって先進国といわれる日本について考えてみたとき、日本でもやはりまだ不十分なところが少なくないよう感じさせられました。もちろん、途上国における現状は日本よりさらに大変なものであるわけだし、世界中で共通に話題にでき、かつ一緒になって改善に取り組むべき課題をきちんと選んであるとも感じました。特に従来、発展途上国で重要テーマは感染症であったわけであり、今回のように非感染性疾患領域のプロジェクトが強力に推進されることは世界的にみても重大な方向転換になると言えそうです。われわれの研究成果をもとに、日本での経験を加えて若干のコメントを寄せるつもりで準備して会議に臨んだのですが、確かにギャップの大きいことを知り、自らの発言を躊躇うほどで、今はこの行動計画が順調に展開することを心から期待しています。

10月10日の世界精神保健デーに寄せた声明文の中で、チャン女史は、世界中の政府や篤志家、公共保健施設、医療者、当事者にむけて、この mhGAP アクション・プログラムへの参加を呼びかけるコメントを発表しています。今後、この活動がどのように発展していくのか、われわれにできるところを探しつつ、関係者の皆さんにも注目していただくと有り難いです。

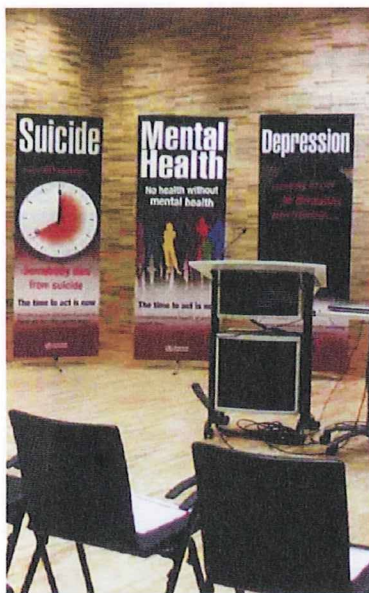


mhGAP について WHO から公表されている冊子

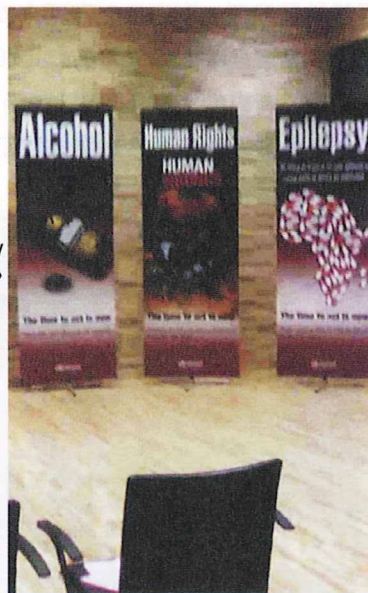


Opening Remark by Dr. Margaret Chan , Director-General of the WHO

WHO のホームページから



The Launch of the WHO/mhGAP Geneve



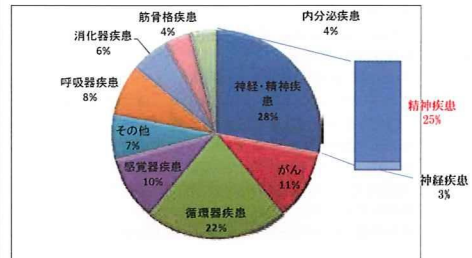
Kofi A.Anan Conference Room にて (HK 撮影)

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～

東京都精神医学総合研究所
西田 淳志

三大疾患としての精神疾患



疾患別（非感染性疾患）のDALY（障害調整生命年）WHO 2005

精神疾患を三大疾患と位置づけて 精神保健医療改革に取り組んだブレア政権

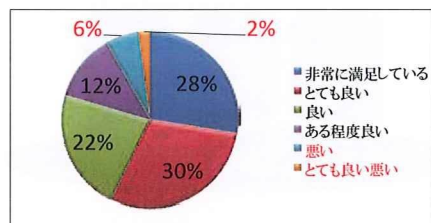


Prof. Appleby

- ▶ 教育と医療の再生
- ▶ サッチャー政権下で荒廃した保健医療サービスの改革（第三の道）
- ▶ 「効率」と「高質」の両立
- ▶ ガン、心疾患、精神疾患に対する対策を最優先課題とし、精神保健医療費を1.5倍に増額。有望なサービスの開発に積極的に投資(初期投資額2800億円(日本円換算規模))。
- ▶ 6年間で自殺率14%減を達成

Rating of care received from mental health services in the last 12 months

Source: Healthcare Commission - 2008 national survey of users of community mental health services (n = c.14,000)



精神保健改革の流れ

- 1997年 ブレア政権発足
- 1998年 A First Class Service 白書
- 1999年 精神保健NSFの発表
- 1999年 NICE(国立優良実践研究所)の設立
- 2000年 新NHSプランの発表(精神保健改革に3年間で1400億円(7億ポンド)の追加投資することを決定)
- 2001年 MHPiG(精神保健政策臨床実践ガイド)の刊行
- 2002年 NIMHE(イングランド国立精神保健研究所)と8つの地域開発センター、175の地域管理チームの設立。
- 2004年 精神保健NSF5年経過報告書(Appleby Report)
- 2008年

英国精神保健医療改革10年プラン NSF-M 1999年



- (基準1) 精神保健啓発・健康増進
- (基準2) プライマリ精神保健ケアの充実
- (基準3) サービスの利用とアクセスの改善
- (基準4) 訪問型専門チームによる治療支援
- (基準5) 病院と危機対応住居
- (基準6) 家族支援
- (基準7) 自殺予防対策

英国精神保健改革の流れ

- 1997年 プレア政権発足
- 1998年 A First Class Service 白書
- 1999年 精神保健NSFの発表
- 1999年 NICE(国立優良実践研究所)の設立
- 2000年 **新NHSプランの発表**(精神保健改革に3年間で1400億円(7億ポンド)の追加投資することを決定)
- 2001年 MHPiG(精神保健政策臨床実践ガイド)の刊行
- 2002年 NIMHE(イングランド国立精神保健研究所)と8つの地域開発センター、175の地域管理チームの設立。
- 2004年 精神保健NSF5年経過報告書(Appleby Report)
- 2009年 精神保健NSF10年経過報告書(Appleby Report)

Community Care Systemの導入・課題

1983年 精神保健法改定

Community Mental Health Team
(CMHT)地域精神保健チーム

プライマリケア(GP)だけでは対応が困難な事例(18~65歳)に対して、保健・医療・福祉を統合したサービスを提供

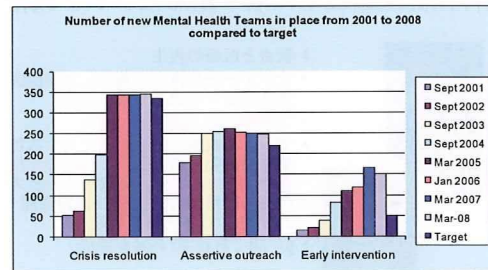
- 人口2~6万人の地域に1チーム、他職種チーム 7~14名(常勤換算)
- ケースロード:1チーム最大300名、スタッフ1人あたり:35人未満
- 平日9時~17時
- ① GPと一般福祉サービスへの助言、評価
- ② GPで実施困難な医療とケアの提供(訪問等)
- ③ 重度で持続する問題への治療とケアの提供

地域精神保健の基盤(80%の地域に普及)

Community Care System の進化 NSF/NHS Planの目玉 3つの専門化した訪問型チームの導入

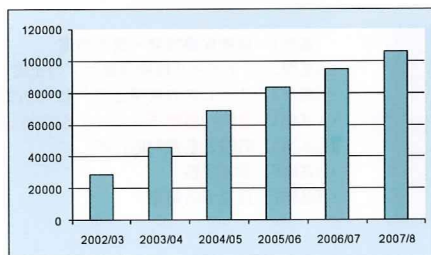


NHS Plan Teams



Source: Service Mapping exercise

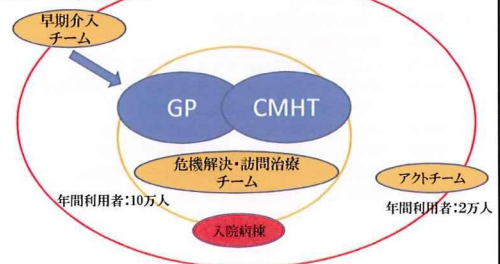
People served by crisis resolution teams



Source: Local Delivery Plan return

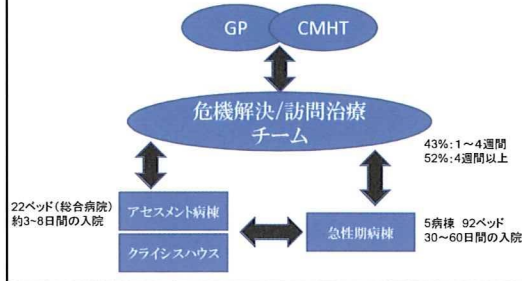
ホールシステムアプローチ

年間利用者:1万6千人
病初期2~3年間の集中治療



危機解決/訪問治療チームの役割と機能 ～機能的なプレ救急・ポスト救急～

例: ノッティンガムNHSトラスト(約20万人の管轄地域)



CRHTの概要

- サービス対象: 重篤な精神障害の成人(16-65歳)(主に統合失調症、躁うつ病、重度のうつ病)。
- 1チーム: 約15万人をカバー。チームケースロード(ある時点)は、20~30名。3交代制、他職種だが、多くは看護師。精神科医は1~2名。
- 役割: 入院ケアの代替となる地域訪問型サービス、トリアージ
- 24時間365日のサービス
- 紹介から1時間以内にアセスメントを自宅を開始
- プランニング、担当スタッフの割り付け、家族支援、等
- リハビリ志向、再発予防、危機対応プラン、引き継ぎ
- 終結条件: 再発予防、危機対応プラン、引き継ぎ、の完了
- 早期介入、アクトの時間外対応

CRHT導入による成果

- NAO(2007年報告書)
CRHTのある地域では、急性期病棟の平均在院日数が約28日(ない地域では、統合失調症40日、躁うつ病33日)
- 南ロンドンモーズレイ地区は、入院数がこの8年間で半減。
- ユーザー、家族からの満足度がきわめて高い

CRHTは病床を節約する

イングランドにわたるCRHTにより、

- 2001年以降、日中のCRHTがある地域では、入院が10%減少した
- 24時間稼働するCRHTのある地域では、入院が23%減少した

出典: Glover G, et al. Crisis resolution/home treatment team and psychiatric admission rates in England. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189:441-445

Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England

GYLES GLOVER, GERDA ARTS and KANNAN SURESH BABU

Fig. 1 Modelled trends in mean annual hospital admissions for people of both genders and age-groups, for primary care trusts grouped by team provision status. CRT, crisis resolution team; AOT, assertive outreach team.

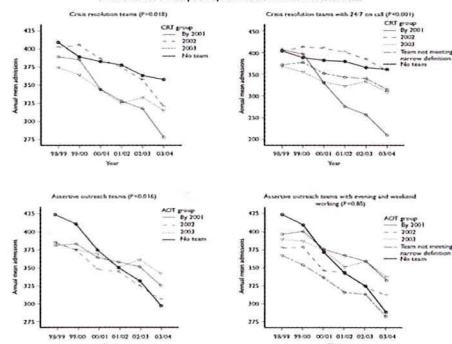
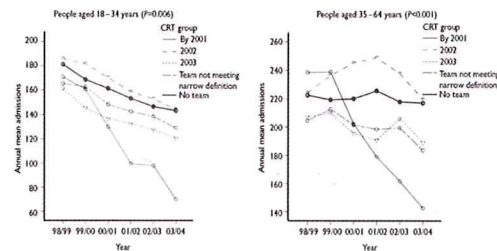


Fig. 2 Modelled trends in mean annual admissions for younger and older people, for primary care trusts grouped by 24/7 crisis team provision. CRT, crisis resolution team.



GLOVER, G. et al. *Br J Psychiatry* 2006;189:441-445
Copyright © 2004 The Royal College of Psychiatrists



National Audit Office

Helping people through mental health crisis:
The role of Crisis Resolution and
Home Treatment services

REPORT BY THE COMPTROLLER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER OF THE NATIONAL AUDIT OFFICE

今までの外国人の精神障害に関する研究のまとめ

厚東知成、河上緒、梅津寛、大澤達哉、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、乾剛、林直樹、岡崎祐士(都立松沢病院精神科)

外国人患者の年度別症例数①

1976-1985 大西守ら:慈恵医大付属病院精神科(外来・入院)
全67例(男41>女26)、救急例は29例と半数近くこのほろ一般外来・救急例ともに増加傾向にある

1978-1985 坂口正道ら:当院夜間休日救急外来
「ハードな」救急症例のみ、全34例。全例が入院

1984-89 中山静一:聖マリア記念病院(外来・入院)
成田空港に近接する単科精神病院
全20例、男性13例・女性7例(全体に占める比率0.16%)
入院治療17/20例で85%が入院を要した
1987以降は漸増傾向にある

1988-1992 稲川美也子ら:浜松医大付属病院精神科および関連病院(外来・入院)
全49症例、ほぼ増加傾向
とくに1991-92にかけて一時滞在者群が増加

外国人患者の年度別症例数②

1992 杉山章子ら:全国医療機関へのアンケート調査
外国人受診者を経験した施設 264/613(43%)
外来事例だけの施設 138(22%)
入院事例をもつ施設 128(21%)

各施設で受け入れた受診者の数
1~4人の受診数があった施設 外来73% 入院79%
20人以上の受診数があった施設 外来4/613 入院3/613

過去5年間の受診者数の増減
はつきり増加した11%、変わらない46%、減少した2%、不明41%

1978-98 梅津寛:当院救急病棟入院患者
入院患者数は年々漸増している。94および95年が41人、43人とピーク
1996年に一時18人と減少したが、再び増加傾向にある
男女比は経年で1:1に近づきつつある

受診時年齢

1976-1985 大西守ら:慈恵医大付属病院精神科(外来・入院)
平均年齢:40.2±17.5歳
一時滞在者群(34.0歳)<旅行者群(39.2歳)<永住者(50.2歳)

1978-1985 坂口正道ら:当院夜間休日救急外来(入院)
19歳-64歳
男33.25±2.79歳 女38.82±3.60歳

1986-1992 梅津寛ら:当院救急病棟入院患者
平均年齢±SD: 31.1±9.9歳
17歳-78歳
長期滞在者群(28.4±6.7)<短期滞在者(34.0±8.6)<定住者(37.0±14.1)

1984-89 中山静一:聖マリア記念病院(入院・外来)
20-30歳台が全体の84.2%

1988-1992 稲川美也子ら:浜松医大付属病院精神科および関連病院(外来・入院)
一時滞在者群 男32.0±2.3歳 女27.8±2.1歳
永住者群 男37.5±4.8歳 女26.2±6.7歳

退院時診断①

1976-1985 大西守ら:慈恵医大付属病院精神科(外来・入院)
統合失調症7例、躁うつ病21例、神経症13例、心因反応11例、
脳器質疾患4例、アルコール・薬物依存5例、てんかん6例
躁うつ病が全体の1/3を占める
心因反応が一時滞在者群を中心に多い(永住者群ではなし)
永住者において依存症が多い

1978-1985 坂口正道ら:当院夜間休日救急外来(入院)
反応圏7例、非定型群7例、初発統合失調症7例、再発統合失調症6例
躁うつ病1例、アルコール精神障害3例、薬物中毒1例
神経症圏・うつ病圏の症例なし

1984-89 中山静一:聖マリア記念病院(外来・入院)
心因反応9例、統合失調症5例、感情障害3例、薬物関連精神障害2例
てんかん1例

退院時診断②

1986-92 梅津寛ら:当院救急病棟入院患者
統合失調症59.7%、反応性精神病を含むその他の非器質性精神病19.1%
急性ストレス反応・不適応反応4.4%、薬物関連精神障害4.4%、
神経症・人格障害3.8%、アルコール関連精神障害3.4%、
器質性精神病2.7%、感情障害1.7%、妄想状態1.7%
統合失調症の占める割合が大きい、反応性精神病が高い比率を占める
短期滞在者で躁うつ病が有意に多い
定住者で妄想状態、器質性精神病、神経症・人格障害が有意に多い

1988-1992 稲川美也子ら:浜松医大付属病院精神科および関連病院(外来・入院)
一時滞在者群では心因反応が多い
永住者群では神経症圏(31%)、うつ病圏(19%)
統合失調症圏は両群で18%ずつとほぼ同様の割合
アルコール依存は2例でいずれも永住者

退院時診断③

1992 杉山章子ら：全国医療機関へのアンケート
心因反応114、統合失調症99、神経症76、うつ状態62、躁状態36、
脳器質疾患27、アルコール・薬物依存22、心身症12、その他32、不明21

病因について
異文化ストレスが関与している 23%
ほとんど関与していない 5%
無回答54%

1992-98 梅津寛ら：当院救急病棟入院患者
日本人に比して、急性ストレス反応・急性一過性精神病性障害の割合が多い
(これはアジア・アフリカ圏の症例に顕著である)
欧米系外国人には繰り返す病態が稀でないが、アジア・アフリカ系はほぼない

国籍／地域別①

1976-1985 大西守ら：慈恵医大付属病院精神科
中国・台湾16人、韓国・北朝鮮13人、アメリカ9人、イギリス4人
(海外22カ国)
地域別では①アジア②英語圏の順に多く、アフリカ例なし

1984-89 中山静一：聖マリア記念病院
中国・台湾3例、アメリカ2例、タイ2例、カナダ2例、韓国・フィリピン、
オーストラリア・ニュージーランド・メキシコ・ブラジル・イギリス・スウェーデン
・スペイン・ポルトガル各1例(海外15カ国)

1986-1992 梅津寛ら：当院救急病棟入院患者
中国46例、フィリピン40例が最多。
中国は就学生、中国残留孤児。フィリピンは就労目的の女性を中心
地域別では
アジア70.3%、北アメリカ8.5%、ヨーロッパ8.2%、アフリカ6.1%
南アメリカ5.5%、オセアニア1.4%
入国者数の変化と同様にアジア出身の患者が多い
入国者数に比してアフリカ出身の患者の占める割合が高い

国籍／地域別②

1988-1992 稲川美也子ら：浜松医大付属病院精神科および関連病院
一時滞在者群では、ブラジル22/33名(67%)と圧倒的に多い
永住者群では、韓国・ブラジル4/16名(各25%)、中国3名(19%)

1992 杉山章子ら：全国医療機関へのアンケート
各施設を受診した外国人の国籍を多い順に5番目まで挙げると
中国27%、韓国15%、フィリピン14%、ブラジル10%、アメリカ10%、
タイ3%、ベルー2%、その他15%、不明4%
地域別では
アジア68%、南米14%、北米12%、ヨーロッパ4%、その他2%
日本に入国する外国人全体の国籍とほぼ同様の傾向にある
公立・民間施設では アジア・南米→欧米
大学病院では欧米系の割合が比較的高い

1992-98 梅津寛ら：当院救急病棟入院者
入院総数208人に対して
アジア国籍の症例73%(中国16%、韓国12%)、北アメリカ8%、アフリカ7%
南アメリカ6%、ヨーロッパ5%、その他1%

日本語能力

1978-1985 坂口正道ら：当院夜間休日救急外来
流暢6例、簡単な日常会話4例、極めて簡単な会話7例、不可10例

1984-1989 中山静一：聖マリア記念病院(外来・入院)
5/20例のみ若干の日本語会話力あり
ただし13/20例は英語での意思疎通が可能

1986-1992 梅津寛ら：当院入院患者
日常生活で日本語を使用できない患者
定住者51.5%、長期滞在者70.7%、短期滞在者97.4%
定住者ですら半数以上が日本語を十分使用できない
日本語、英語とも日常生活で使用できない患者40%
患者総数の増加に比例して日本語のできない患者数が増加している
とりわけ日本語も英語も使用できない患者数が増加している

1988-1992 稲川美也子ら：浜松医科大学付属病院および関連病院
永住者群 日本語で面接可能 68%
一時滞在者群 日本語で面接可能 15%

まとめ

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。
英語も使用できない患者が相当数居る。

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

都立松沢病院精神科

乾 剛、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、厚東知成、
林 直樹、岡崎祐士

対象と方法

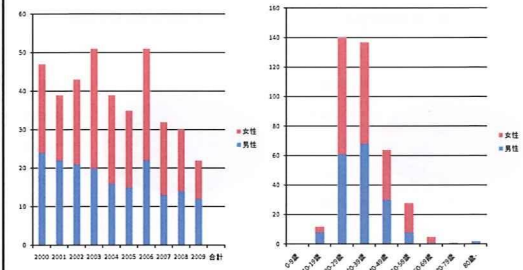
対象: 2000年度～2009年度の期間に都立松沢
病院に入院した、日本語を話せない外国人
患者389人

方法: 都立松沢病院診療録の調査

調査項目

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1. 年度別入院数 | 19. 不法滞在 |
| 2. 年齢 | 20. 来日前の精神科受診歴 |
| 3. 退院時診断名 | 21. 来日後の精神科受診歴 |
| 4. 転帰 | 22. 来日から発症までの期間 |
| 5. 国籍 | 23. 受診の契機となった問題行動 |
| 6. 地域別 | 24. 受診経路 |
| 7. 母国語 | 25. 入院時同伴者 |
| 8. 日本語能力 | 26. 入院時状態像 |
| 9. 英語能力 | 27. 入院時診断 |
| 10. 家族歴 | 28. 入院形態 |
| 11. 教育程度 | 29. 日本における支援者 |
| 12. 婚姻状況 | 30. 医療費支払い |
| 13. 来日の理由 | 31. 退院後の処遇 |
| 14. 病的旅 | 32. 退院時同伴者 |
| 15. 来日前の職業 | 33. 通訳者 |
| 16. 日本における職業 | 34. 日本での生活の場 |
| 17. 日本での同居者 | 35. 発見地 |
| 18. 入国時の滞在資格 | |

年度別入院数と年齢



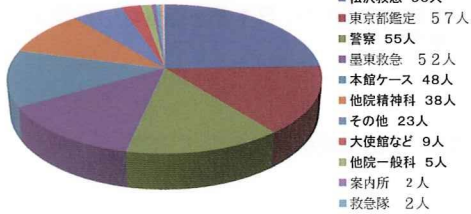
国籍



来日の理由と病的旅



受診経路



入院時の診断と入院形態

入院時診断

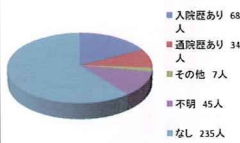


入院時入院形態

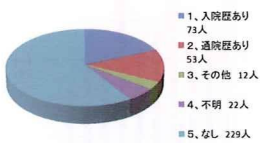


来日前と来日後の精神科受診歴

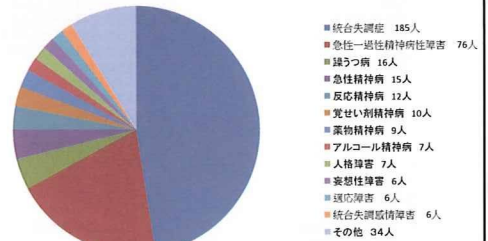
来日前の精神科受診歴



来日後の精神科受診歴



退院時診断



退院後の処遇、同伴者

退院後の処遇



退院時同伴者



まとめ

- ・入院者数は中国、韓国、フィリピン、アメリカ合衆国の順が多い(東京都の外国人登録者数の順位と同じ)。
- ・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。
- ・来日後、389人中229人が精神科を受診していなかった。
- ・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が多い。
- ・入院時診断は統合失調症が最も多い。
- ・退院後、226人が帰国した。
- ・178人が家族に伴われて退院した。

今後調査していくこと

- ・入院者を①日本在住者、②一時滞在者、③旅行者に分けて調査していく。

「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」 研究班名簿

主任研究者	中根 允文	長崎大学
分担研究者	岡崎 祐士 (総括補佐)	東京都立松沢病院
	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
	川口 貞親	産業医科大学産業保健学部
	佐々木 一	爽風会 佐々木病院
	白石 弘己	東洋大学ライフデザイン学部
	新福 尚隆	西南学院大学、人間科学部 社会福祉学科
	鈴木 満	岩手医科大学岩手医科大学 神経精神科学講座
	鈴木 友理子	国立精神・神経センター精神保健研究所
	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
	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
	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
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
	趙 香花	国立精神・神経センター精神保健研究所
	鎌田 理嗣	国立精神・神経センター精神保健研究所
	伊勢田 堯	都立松沢病院
	石倉 習子	都立松沢病院
	山崎 修道	東京大学医学部附属病院
	瀧本 里香	松平クリニック
	安藤 俊太郎	都立府中病院
	久保 陽子	産業医科大学産業保健学部
	児玉 幸子	産業医科大学産業保健学部
	前野 有佳里	九州大学医学研究院保健学部門
	植本 雅治	神戸市看護大学
	厚東 知成	都立松沢病院
	河上 緒	都立松沢病院
	梅津 寛	都立松沢病院
	大澤 達哉	都立松沢病院
	野中 俊宏	都立松沢病院
	梅田 ゆい	都立松沢病院
	反町 佳穂子	都立松沢病院
	今井 淳司	都立松沢病院

崎川 典子	都立松沢病院
増田 尚久	都立松沢病院
乾 剛	都立松沢病院
林 直樹	都立松沢病院
秋山 剛	N T T 関東病院精神科
青柳 芳克	外務省. 領事局海外邦人安全課
吾妻 壮	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室
井村 倫子	埼玉大学 特任准教授
倉林 るみい	独立行政法人労働安全衛生総合研究所
神山 昭男	有楽町桜クリニック
重村 淳	防衛医科大学校
寺谷 俊康	厚生労働省 精神・障害保健課
中村 勇	外務省. 領事局海外邦人安全課 援護班
成重 竜一郎	厚生労働省. 精神・障害保健課 心の健康づくり対策官
山中 浩嗣	千葉県精神医療センター

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」

研究報告書

発行日 平成 22 年 3 月

発行者 「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」

主任研究者 中根允文

発行所 長崎大学医歯薬学総合研究科学術協力課学術交流係

〒852-8523 長崎市坂本町 1 丁目 12 番 4 号

TEL 095-819-7198 FAX 095-819-7199

