

ものの、2007年には再び24.8までに上昇し、「自殺予防対策5か年計画」の限界が指摘されるようになった。

「第2次自殺予防総合対策」(2009-2013)

自殺死亡率の上昇が続く中、2007年には国務総理室が主導する自殺予防対策案の再策定作業が進められた。

そして、2009年にはその内容を反映した「第2次自殺予防総合対策(2009-2013)」(以下、「第2次自殺予防対策」に略す)が、保健福祉家族部と自殺予防対策推進委員会により策定された。

「第2次自殺予防対策」の目標は、2013年までに自殺死亡率を20までに減少させることである。「第2次自殺予防対策」には、10つの重点課題とそれを実施するための29の詳細事業が示されている。

「第2次自殺予防対策」に示された10項の重点課題は以下のとおりである。

- ① 自殺に対する国民認識の改善
- ② 自殺危険に対する個人・社会の対応力強化
- ③ 致命的な自殺方法・手段への接近減少
- ④ 自殺に対するマスコミの責任強化
- ⑤ 自殺高危険群に対する精神保健サービスの強化
- ⑥ 多様な自殺予防人員に対する教育体系の強化
- ⑦ 自殺予防のための法律と制度的基盤の構築

- ⑧ 自殺予防サービスを提供するためのインフラ構築の適正化
- ⑨ 自殺予防のための研究、監視体系の構築
- ⑩ 根拠に基づく自殺予防政策の開発

「自殺予防対策法(案)」

韓国では、まだ自殺予防関連法が成立していない。

近年、有名芸能人の自殺が続く中、自殺は韓国における深刻な社会問題の一つとなっている。

効果的な自殺予防対策の実施を求めて、2010年10月には5年ごとに自殺予防対策の実施効果を検証する内容を盛り込んだ「自殺予防対策法(案)」が国会に提出されている。

3. 精神障害者政策の動向

精神保健法による地域ケアへの展開

韓国では、1995年に制定された「精神保健法」によって、既存の精神病院・収容施設中心の政策は、地域での治療とリハビリテーションを重視する方向へと転換し、ソウル・京畿道地域を中心に地域精神保健サービスを提供するためのインフラの構築が始まった。

そして、1998年から全国における精神保健センターの設置を進めており、2009年までには156ヶ所設置している。一方、地域ケア関連施設の増加は見られるものの、地域ケアとは逆方向である精神病床数の増加も続いており、その増加スピードは世界一速いとされている⁷⁾。

「国家精神保健政策10か年計画(案)」 —2008年の制定には至らず

2007年4月、保健福祉家族部、中央精神保健事業支援団政策研究部、精神科医師など35名の専門家で構成された研究チームが発足し、「国家精神保健政策10か年計画(案)」の制定作業に取り組んだ。

「国家精神保健政策10か年計画(案)」は、「生活の質を考える最適な精神保健サービスの提供」を理念とし、①精神疾患患者の生活の質の改善、②国民の精神健康の増進、③精神疾患による社会経済的負担の軽減を目的としている。

政策の実施領域は、①重症精神疾患、②依存症管理、③児童・青少年精神健康、④自殺予防、⑤老人精神保健の5つの分野に設定され、それぞれ2017年までの中短期別達成目標と推進計画が示されていた。

2007年12月、「国家精神保健政策10か年計画(案)」の最終案が政府に提出されたが、政権交代などの影響もあって不採択となった。現在は、「国家精神保健政策10か年計画(案)」の骨子を基に、新たな「国家精神保健政策5か年計画(案)」を模索するところである。

4. その他 アルコール政策「青い鳥プラン2010」 (2006～2010)

「青い鳥プラン2010」によると、2001年、韓国におけるアルコール(単一要因)による死亡率は全ての死亡者数の

8.7%で、2004年アメリカの4.5%、カナダの3%、ドイツの4.8%、ニュージーランドの5.3%より高い。

2006年、保健福祉部精神保健課では「アルコール問題のない健康な国民、幸せな家庭」をスローガンに、健全な飲酒文化の形成と飲酒弊害から保護するためのアルコール政策「青い鳥プラン2010」を策定した。

「青い鳥プラン2010」に示された数値目標は、①成人飲酒増加率を2005年の51.9%から2010年には52.0%に止めること、②1人当たり(15歳以上)のアルコール消費量を2003年の9.3Lから2010年には8.4Lまでに軽減すること、③男性高危険飲酒率を2005年の14.9%から2010年には13.0%までに減少すること、④青少年飲酒問題を2004年の29.6%から2010年には25%までに減少すること、⑤飲酒弊害に対する国民意識を10%向上させることである。

上記の数値目標を達成するための推進戦略は、以下の5項である。

- ① 一般国民を対象とした一次予防事業
- ② 危険群を対象とした二次予防事業
- ③ アルコール依存症者を対象とした三次予防事業
- ④ 飲酒弊害を予防するための安全な社会環境づくり
- ⑤ アルコール政策を推進するためのインフラ構築

D. 考察

本稿では、精神保健医療福祉に関す

る政策を①国家健康政策に示された精神保健の課題、②自殺対策の取り組み、③精神障害者政策の動向、④その他の関連政策の4種類に分類し、その概要を整理した。

国家レベルの健康政策の策定は、1980年代後半、環境を健康増進に寄与するように改善するヨーロッパの健康都市(Healthy City)運動から世界に広がり、1990年代には、目標指向型健康増進施策が、イギリス、カナダ、アメリカなどの欧米諸国で策定された³⁾。

2000年以降、アジア諸国である日本、韓国においても目標指向型健康政策が策定され、重点課題の一つとして精神保健の増進を示すようになった。なお、中国には国家レベルの健康政策が制定されていないものの、2009年からオーストラリアを中心とする欧米諸国との国際協力により、当政策の制定作業に取り組んでいる。

自殺対策への取り組みは、1984年のWHOによる「すべての人に健康を(Health for All)」という健康政策書から始まった。1989年にはヨーロッパ各国での自殺予防に関する多施設共同疫学研究が始まり、2000年にはWHOヨーロッパ地域事務局による自殺予防ネットワークが構築された⁴⁾。

本研究対象国である、日本、中国、韓国における自殺死亡率は、WHOの基準である13¹⁾をはるかに超えた25以上であるにもかかわらず、自殺対策法が制定されているのは日本のみである。特に、中国の自殺死亡者数は世界の自殺死亡者数の3割を占めており、

国家レベルでの自殺対策の制定が至急となっている。

精神障害者を対象とした国家レベルの政策が制定されているのは日本と中国である。

韓国では、精神障害者を対象とした国家政策は制定されていないものの、精神保健法(1995)の制定によって、精神障害者への処遇が施設中心の医学的治療から地域ケアへと方針転換している。

日本、中国、韓国の精神障害者への政策動向は、1960年頃欧米先進国から始まった地域支援システムの構築による脱施設化の進展に類似しているが、それぞれの国が意味する地域ケアの内容と実態、および背景には大きな違いがある。

日本における精神障害者地域ケアの背景には、頓挫した財政問題や社会的入院患者の存在など²⁾が背景となり、わずかながら精神病床の減少が進められている。

韓国も1995年に成立した精神保健法により、世界の流れに歩調を合わせた形で精神障害者の地域ケアを掲げているが、その実態は「精神病床の増加が世界一速い」⁷⁾という局面に置かれており、精神障害者への処遇は施設収容中心へと進展している。

一方、中国は医療資源の不足や経済力の制限で1958年から、地域を基盤とした精神医療を提唱しており、1991年から実施されている「精神病予防・治療・リハビリテーション」政策においても、地域を基盤とした精神保健活

動の展開が明記されている。しかし、その実態は最低限の精神科医療の保障も実現されていないまま、家族責任による自宅ケアが強いられている状況である。

平成 21 年度の本報告書でも述べたように、日本・中国・韓国では、国際社会の影響や自国の国情によって、精神障害者の地域ケアを推進しているが、その実施においては保護者責任としての家族の役割が重視されており、地域支援システムの構築による欧米の地域ケアとは異なる側面も持っている。

上記のように、本稿で取り上げた 3 国では、目標指向型健康政策の策定や自殺予防対策の実施においては、先行した欧米諸国の経験から学び、その影響を受けて来た。

一方、精神障害者の地域ケアの実施においては家族の役割が重視されるなどの独自性を持っている。

また、高齢・少子化、核家族化、国際化、などの急激な社会変動の中で、自殺者数が急速に増加しているなど、3 国の特徴的な共通点も見られた。

E. 結論

本稿で取り上げた 3 国では、欧米諸国の影響を受けながらも、それぞれの国の経済水準、社会情勢、伝統的家族制度などに応じて、異なる精神保健医療福祉政策を展開していた。

今後は、精神保健医療福祉に関する課題別、政策別の詳細な比較研究を行

い、各国の同政策の制定や改正に示唆可能な資料を提示したい。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 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 なし

I. 参考文献

- 1.天野 馨南子（2005）「世界最高水準の自殺率の構造を探る」『ニッセイ基礎研 REPORT』
- 2.谷野亮爾 他編(2005)『精神保健法から障害者自立支援方まで』精神看護出版
- 3.厚生省 『健康日本 21—第 2 章 健康増進施策の世界的潮流—』ホームページ
<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/souron/index.html>
- 4.本橋 豊・高橋 祥友・中山 健夫 他(2006)『STOP!自殺—世界と日本の取り組み』海鳴社
- 5.内閣府(2010)『平成 22 年版自殺対策白書』

- 6.岡沢憲芙・宮本太郎(1997)『比較福祉国家論』法律文化社
- 7.中央精神保健事業支援団・ソウル大学医学研究院医療管理学研究所・保健福祉家族部(2008)『中央精神保健事業団事業報告書 2007 年』
- 8.中国衛生部 (2010)『2010 中国衛生統計年鑑』
- 9.Wilensky,H.L(1975)『The Welfare State and Equality, Berkley: University of Cali-fornia Press』 (=1984、下平好博士訳『福祉国家と平等』木鐸社)

日中韓の精神保健医療福祉政策

	日本	中国	韓国
国家健康政策と精神保健の課題	<p>【健康日本 21 (2001-2010)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>休養・心の健康づくり</u> (ストレスの軽減、睡眠の確保、自殺者の減少) ● <u>アルコール</u> (多量飲酒者の減少、未成年者の飲酒防止、節度ある適度な飲酒智識の普及) <p>【新健康フロンティア戦略 (2007-2016)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>心の健康づくり</u> (認知症対策、うつ病対策) 	<p>健康中国 2020 戦略</p> <p>2009 年からオーストラリアを主とした国際協力による制定作業が開始されている。</p> <p>「国民の精神健康の向上」が重点課題の一つとして挙げられているが詳細な制定には至っていない。</p>	<p>国民健康増進総合計画(2002-2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 精神健康の増進および精神疾患の予防 ● 域社会を中心とした包括的精神保健事業システムの構築 ● 効果的・公平的な治療・リハビリテーションと居住サービスの体系構築 ● 精神障害者の権益擁護および国民意識の改善
自殺予防対策	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺対策基本法 (2006) ● 自殺総合対策大綱(2007) ● 自殺対策加速化プラン (2008) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺予防国家戦略会議 (2003) ● 中華人民共和国自殺研究及び予防条例(案) 2006 ● 中華人民共和国青少年自殺予防法(案)2007 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺予防対策 5 年計画 (2004) ● 第 2 次自殺予防総合対策 (2009-2013) ● 自殺予防対策法(案)2010
精神障害者政策動向	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神保健医療福祉の改革ビジョン(2004) ● 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて一今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会(2009) ● 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討会 (2010) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 中国精神衛生事業計画 (2002-2010) ● 精神衛生事業をさらに強化するための指導意見(2004) ● 全国精神衛生事業体系の発展指導要綱(2008-2015) ● 精神病予防・治療・リハビリテーション“十一五”計画 (2006-2010) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神保健法(1995) による地域ケア ● 国家精神保健政策 10 年計画(案)-2008 年の制定には至らず
その他の関連政策		<ul style="list-style-type: none"> ● 精神衛生 686 プロジェクト(2004-) 公衆衛生経費のうち、唯一の非伝染性疾患への国家補助(2004 年 686 万元から、2009 年 4633 万元に、7 倍増額) 	<ul style="list-style-type: none"> ● アルコール政策「青い鳥プラン 2010」(2006-2010) 健全な飲酒文化の形成と因習弊害から保護するためのアルコール政策

平成 22 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

オランダにおける強制治療および保護者制度のあり方に関する検討

研究分担者 鈴木友理子 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
成人精神保健研究部 災害等支援研究室長

研究協力者 深澤 舞子 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
成人精神保健研究部

研究要旨

【目的】オランダにおける精神医療制度、特に非自発的入院制度と保護者制度を把握する。
【方法】既存の文献等を検索して、中でも最も関連のあると思われるオランダ Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Act (BOPZ) 精神科病院（強制入院）法（英語版）(5) を翻訳した。また保護者制度については、民法の契約法の一部であるが(Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) (医療契約法))および、患者の権利法をつくる会がインターネット上で公開している日本語訳を適宜参考にした。現地の臨床家による運用上の課題については、Remmers van Veldhuizen (GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo)から個人的に情報収集を行った。【結果】オランダにおける非自発的入院制度としては、1) 仮命令、2) 仮強制収容等があった。しかしオランダにおけるこれらの制度の運用上の問題が、2008 年の第三者評価の結果から指摘されて、現在法改正の機運がある。保護者制度については、保護者の定義、責務、またサービス提供者が負う保護者への責務は、民法の一部である医療契約法に明記されている。ここで明記されている保護者の責務は善管注意義務（善良な管理者としての注意義務）であった。【考察】オランダの精神医療体制は、他の欧米諸国と異なり急激な脱施設化が行われず、保険制度によってケアが提供されているなど、日本との共通点が多く参考にすべき点が多い。しかし、オランダでは地域ケアが精神保健ケアのスタンダードになっており、この点を鑑みて強制治療のあり方が議論されている点に注意する必要がある。今回検討した 2004 年の BOPZ 法はオランダの精神保健体制の歴史的過去、そして将来に向けて発展している中間に位置する法律と理解して、参考にすることが適切であると考えられる。

A. 研究目的

わが国の非自発的入院制度および保護者制度のあり方に示唆を得るために、海外諸国の制度を精査することが必要である。オ

ランダの精神医療制度は、医療保険によって支出されており、欧米の中では例外的に急激な脱施設化が起こらず、地域ケアを拡充しながら、ベッド削減を進めている、と

いった点で日本の今後の改革に参考にすべき点がある。そこで、オランダにおける、精神障害のある患者の非自発的入院制度および保護者制度のあり方を検討することを目的とした。

B. 研究方法

オランダにおける精神医療制度、特に非自発的入院制度と保護者制度を把握するために、資料の収集を行った。Google, Pubmed, Web of Science を通じて、関連する文献を検索した。入手した資料のうち、オランダ Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Act (BOPZ) 精神科病院（強制入院）法（英語版）(5) を翻訳した。本法は 1884 年に成立した旧精神障害者法（Lunacy Act）に代わるものとして、1997 年に発効された。2004 年に修正されたものを翻訳したが、その後 2007 年に更に修正が行われた点に注意が必要である。また医療契約法は、民法の契約法の一部であるが (Wet op de geneeskundige behandelings-overeenkomst (WGBO) (医療契約法)) (4)、これについてはオランダ語版しか入手できなかった。そこで、患者の権利法をつくる会がインターネット上で公開している日本語訳(2)を適宜参考にした。

また、個人的なネットワークでオランダの精神医療情報を収集した。なかでも、オランダにおける強制入院の運用を巡る課題については、オランダの司法精神医学専門家、Remmers van Veldhuizen (GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo)から個人的に情報収集を行った。

C. 結果

オランダの医療制度

オランダは人口 1,600 万人、医療行政の単位は地域（県）レベルで運用されている(1)。オランダの医療保健制度は、日本と同じく社会保険制度を採っており、日本でも注目されている。全員強制加入の特別医療費保険 (AWBZ)、短期医療保険 (ZVW)、任意の民間保険の 3 つの医療保険で構成され、国民皆保険となっている(6)。ただし、本報告の焦点となる、強制入院については、保険ではなく、税金から支払われる。

オランダの精神保健医療制度

オランダでは家庭医 (GP) がゲートキーパーとなり、それから精神科医等の専門医につなげる仕組みをとっている。オランダにおける精神保健団体は GGZ (オランダ精神保健協会) という連合体が形成されており、精神科病院、救急対応諸機関、ホームレス対策など 300 ほどの団体が統合されて GGZ を形成している。この GGZ は、会員組織からの拠出で運営されており、オランダの保健システムの 90% は保険によって運営されている(9)。オランダは、かつて脱施設化を行い、精神科病院からメンタルヘルスコミュニティセンターへの転換を図った(8)。しかしこの 10 年ほどは、他の欧米諸国とは異なり、精神科病院の閉鎖は行っていない。人口 1 万あたりの精神科病床数は 18.7 と欧米諸国の中では高い(3)。このうち、15.4 は精神科病院内の病床として報告されているが、これはこれまでの精神科病院を閉鎖ではなく、住居施設に転換し、それを病床として算出しているからである(8)。精神保健関連の人的資源としては、人

口 10 万あたりの精神科医数は 9 人 (参考 : 日本 : 9.4 人)、精神科看護師数は 99 人 (日本 : 59 人)、心理士は 28 人 (日本 : 7 人)、ソーシャルワーカーは 176 人 (日本 : 15.7 人) と報告されており(3)、精神科医以外の人的資源は日本に比べて非常に充実している。治療の原則は外来治療であり、入院日数の平均は、11 日である(8)。

強制入院制度

強制入院は、BOPZ 法の下に行われる。強制入院の対象となるのは、12 歳以上で、精神疾患があり、介入に抵抗しており、自他への危険があるものである。BOPZ 法で精神疾患とは、精神能力の発達不良又は病的機能障害と定義され強制入院の対象は、特定診断名に限定されるものではない(5)。強制入院の形態としては、1) 仮命令 (Interim Order)、2) 仮収容命令 (Provisional detention) の二つがある。急性の危険がある場合には、市長により仮収容命令が発出され、それ以外の場合には、裁判所からの仮命令が必要となる。かつてはこれらの強制入院下でも、強制治療 (多くの場合には隔離) を行えるものではなく臨床現場で戸惑いの声があった(1)。

1) 仮命令

仮入院の手続き

まず、対象者の治療を求める請求が、配偶者、親 (一方、または両方)、保護者、あるいは (既に入院している場合には) 治療スタッフから出すことができる。次に、治療に関与していなかった精神科医による申告書が提出され、検察官によって仮命令が請求される。(地方) 裁判所による対象者の

ヒアリングがある。この裁判官によるヒアリングは、あまり形式ばったものではなく、対象者の住まいや入院延長申請の場合には病棟で行われ、支持的でリラックスした雰囲気で行われることが多い(1)。そして専門家等の召喚、審理が続き、入院の決定が下される。この仮命令の下では、最大 6 カ月間の非自発的入院の命令が下される。その後は 1 年ごとの更新手続きが求められる。患者は、無料で法的代理人をつけることができる

2) 仮強制収容

対象者が、危険であり、精神疾患がこの危険の原因であると考えられる十分な理由があり、当該危険が差し迫っているため、仮命令の申立を待つ時間がなく、当該危険を精神科病院以外の者又は施設の介入によって回避できない、という要件のもとに申請がされる。引き続き、精神科医 (できれば患者を治療している精神科医ではない者) による症状、自他に対する危険に関するアセスメント、他の医師へのコンサルテーションといった手続きを経て、市長が仮収容を命ずることができる。この市長命令から 5 日以内に、裁判所による入院命令継続 (3 週間を上限とする) に関する承認手続きが必要となる。

その他の治療形態

2004 年の改正によって再入院に関して一定の強制力をもつ強制外来治療制度ができた (条件付き命令: conditional order)。対象者が、治療計画を遵守しなかった場合、又は条件の遵守状況からみて精神科病院外では危険を十分に管理することができなく

なった場合には予め入院させる精神科病院を定めておく。精神科病院の医師は、対象者が精神科病院以外で危険を管理することができなくなった場合には、対象者を当該病院に入院させる。また、対象者が条件を遵守せず、又は入院を要求した場合には、入院させることができる。

保護者制度

保護者の定義、責務、またサービス提供者が負う保護者への責務は、民法の一部である医療契約法に明記されている(2,4)。この中で、保護者の責務は善管注意義務(善良な管理者としての注意義務)であり、日本の精神保健福祉法 41 条に相当するような、非自発的退院後の引き取り義務などはない。オランダの精神病院(強制入院)法には、保護者の責務に関する条文はない。

D. 考察

オランダにおける強制入院の形態は、1) 仮入院、2) 仮強制収容がある。しかしこれらの根拠となる、BOPZ 法は 1970 年代の施設型治療が主流であった時代に制定され、また、治療選択などについても患者の人権が過剰に強調された時代に形成されたものであり、現代の精神保健事情下では運用しづらいという問題点がある(1)。入院手続きには、市長、検察官、精神保健ケア観察官などの多様な関係者が関与するが、現代の地域ケアが主流となっている精神保健ケア体制や法的手続き上からみても、もはや現実的な一貫性はあまりないと指摘されている(1)。また、オランダの行政は地域(県)ごとに運用されているので、サービス提供

および法的手続き両面で、全国的に一貫した運用になっていない。

1994 年法は、議論の多いところであるが反精神医学の風潮や、入院が治療の中心的な形態であった時代に作成されたものであった(7)。精神障害の症状による危険から社会を守ることが目的とされ、そのために、非自発的入院という手段がとられ、これには、法的な審査を経てから入院が可能となる手続きが必要であった。そして、収容された精神科病院内においては、患者の権利は保護され、非自発的入院中であっても、強制治療(多くの場合には隔離)は行うことはできなかった。(病棟内で「深刻な」危険がある場合を除く。)1994 年 BOPZ 法の下では、非自発的な入院をしても、それが自動的に治療をもたらすものではない点が問題であった。1994 年法は、2004 年、2008 年に見直し、修正が行われたが、それでもオランダの精神医療の現状に対応するものではないという批判にさらされた。

特に、2007 年の第 3 期の評価報告書において、問題は以下のように要約されている。

2007 年の第三者評価の結果、1994 年 BOPZ 法の問題点として以下のようにまとめられている(7)。

- ・治療に対してアクセスが良くなく、手続きが煩雑すぎる。
- ・入院について強調されすぎており、治療や地域ケアに関する言及がない。
- ・判断能力 (incapacity) に関する言及がない
- ・司法、および児童精神保健ケアの要求に応じる体制になっていない
- ・実際に十分に運用されていない業務がある

・現在の地域ケアを指向する精神保健ケアの考え方に合致していない。

ゆえに、1994年法は将来の課題に十分に応えられるとは考えられず、全くの新法の作成が提言された。政府はこれに応じて、2011年までに新法作成の方針を決定した。

2007年の第三者評価委員会の論点から、新法では以下の点に関する言及が増えると考えられる。

・非自発的治療であっても、必要に応じた患者の適切な治療の権利（ケアを受ける権利）

・日常生活支援、治療、安全の確保を含めた非自発的ケア

・患者の法的立場の保護。つまり、いかなる非自発的ケアも法的審査が行われてから実施される、危険に関する要件は保持される

・社会との相互関係の原則の重視

これらの原則に加え、精神障害がある人に対して病院と地域で適用される治療、ケア、安全に関する法令を導入し、病院、外来、刑務所、といった治療の場を問わず、治療やケアの継続性を保証すること、未成年法や刑法と連携できるような整合性の担保、裁判所へのアドバイザーとして、多職種による精神保健審査委員会の導入、また関係者間による意見交換や関係構築を促進するために、非自発的ケアに関する諮問委員会や全国的な理事会などの設置が提案された。

以上のようにオランダの精神医療体制は、他の欧米諸国と異なり急激な脱施設化が行われず、保険制度によってケアが提供されているなど、日本との共通点が多く参考に

すべき点が多い。しかし、オランダでは地域ケアが精神保健ケアのスタンダードになっており、この点を鑑みて強制治療のあり方が議論されている点に注意する必要がある。今回検討した2004年のBOPZ法はオランダの精神保健体制の歴史的過去、そして将来に向けて発展している中間に位置する法律と理解して、参考にすることが適切であると考えられる。

【参考文献】

1. John Lesser. Lessons from Abroad: Australian Mental Health Law and Practice in an International Context: A Cross-Jurisdictional Evaluation of Involuntary Mental Health Legislative Frameworks, Treatment and Review Systems. 29 February 2008
2. 患者の権利法をつくる会ホームページ. オランダ医療契約法. 最終アクセス日 2010/12/24.
http://sociosys.mri.co.jp/hansen/20070919/7_sankou_shiryuu2.pdf
3. Mental Health: Evidence and Research. Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. World Health Organization. 2005.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Retrieved on 2010.12.24. at <http://www.hulp.gids.nl/oud/wetten/wgbo-tekst.htm>.
5. Ministry of Health, Welfare and Sport. Psychiatric Hospitals (Compulsory admissions) Act, status as of June 2004. Publication Series Health, Welfare and Sport no.4, Hague, Netherlands, retrieved on 2010/12/24 at http://english.minvws.nl/en/artikelen/gvm/the_psychiatric_hospitals_compulsory_admissions_act.asp.
6. 新村順子. オランダの精神保健・看護教育事情. 精神科看護. 2008;35: 46-52.
7. Remmers van Veldhuizen. Developments in Dutch Mental Health Legislation. The 30th Congress of International Academy of Law and Mental Health. Symposium presentation. 2009, June 28-July 4. New York
8. 佐竹直子. オランダの精神医療. 厚生労働科学研究補助金(こころの健康科学事業) 114-120.
9. 辻本直子, 植田俊幸. オランダの精神保健福祉事情視察報告: 私たちのオランダ紀行. 精リハ誌. 2008. 12: 177-182.

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表
いずれもなし。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他
いずれも

平成 22 年度厚生労働省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」

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 （医療法人爽風会 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。フィンランド、オーストラリア、カナダ、ドイツ、ルクセンブルク、ベルギー、UK イングランドについてうつ病対策の国家的プロジェクト、研究機関、医療機関、コミュニティーケア、新たな取り組みについて調査研究を行った。英連邦諸国(UK イングランド、オーストラリア)では精神科病床を極端に縮小したため、公的医療ではうつ病の入院医療は救急を除いては殆ど行われず、代わって高額の間民間医療保険への加入を前提とした民間精神科病院が成長している。中欧、北欧ではうつ病患者に対しての入院医療が専門病棟を持つなどして質を保つ努力が行われていた。勤労者のメンタルヘルス対策はフィンランド、ベルギー、カナダ、ドイツ、UK イングランドなどで新たな試みが積極的に行われていた。特にフィンランドではメンタルヘルス・リハビリテーションという呼称で旧来のリハビリテーションとは異なるプログラムとしての位置づけが明確に行われていた。

A.研究目的

うつ病についての精神医療の国際比較を行なった。諸外国におけるうつ病への国家的計画、医療福祉システム、治療方法を調査・研究した。

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

1. フィンランドのうつ病対策

概論

フィンランドの精神保健への積極的な取り組みは他の国々に先んじており、いくつもの国家的な精神保健改革の取り組みが成功を収めたことで高く評価されている 1)。他の北欧諸国同様、フィンランドの自殺率は非常に高く、また国家的な要人が自殺を遂げたこともあって、自殺対策・うつ病対策は重要課題となった。国立の 2 つの研究所 KTL、STAKES において国家的な大規模な研究がおこなわれ、提言書が提出され、国家的な対策として実行に移された 2)。

1986 年から 96 年にかけて実施された世界

初の自殺予防計画である National Suicide Prevention Project は全世界の注目を浴びた。うつ病の啓蒙・認知・治療、依存症対策に重点を置いた計画であった 3)。

次いで 1994 年に始まる National Depression Project、1998 年から 2002 年に実施された Meaningful Life Project が実施された。1998 年から 2001 年にかけては、Mental Health in Primary Care、続いて Health for All 2000 といったプロジェクトを成功させ、そのアウトカムについても国際的に高く評価されている 1)。

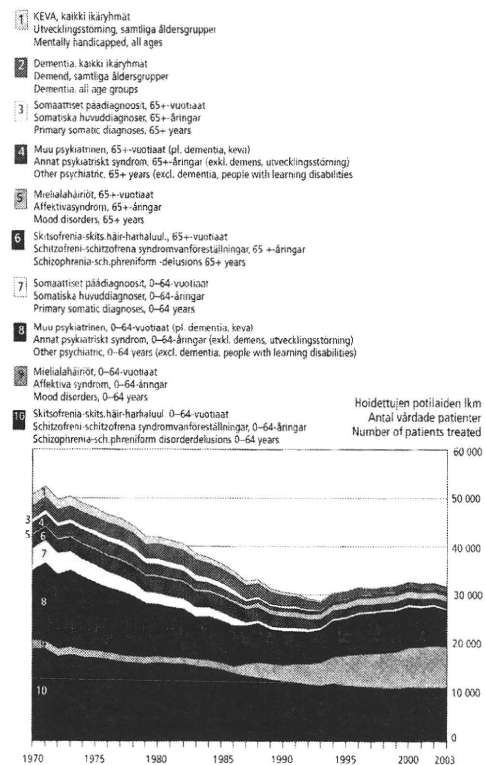
フィンランドのうつ病の現状

フィンランド人の約9%がうつ病を経験したことがあると最近の調査で明らかになった。そのうち治療を受けたものは25%、薬物療法を受けたものは13%に上った 3)。女性ではうつ病に罹患する確率は男性の2倍である。若年層のうつ病に罹患する率は上昇しつつある。労働環境の悪化がその原因と考えられている 4)。

うつ病は最近の 15 年間で増加したと言われている。1990 年からの労働市場の自由化などにより、勤労者のストレスレベルは上昇し、absenteeism などの職場のメンタルヘルスの問題は国家的な課題と言われるようになった。勤労者の 50%が「燃え尽き状態」を経験したことがあり、また 25%が労働による極度の疲労を経験したことがあるとアンケートに回答している。「燃え尽き状態」は精神障害の発症と深く関係していることが知られている 5)。

次に示すグラフは、フィンランドの精神科病床への入院件数の推移を示す 6)。下から 2 番目 (淡いグレー) に示す 65 歳以下の気

分障害の入院件数は年を追って激増している。フィンランドでは精神科病床が比較的多く保たれており、精神医療の質について高く評価されている。極端に病床を削減し、必要な気分障害の入院すらも不可能となったオーストラリア、UK イングランドと異なり、十分な入院医療の環境が守られている国では、うつ病など気分障害の治療のニーズの高まりに応じて適切に供給も伸びていることが分かる 6)。



KUVIO 7. Psykiatrisessa sairaalahoitossa mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia hoidettujen potilaiden määrä perustuen potisto- ja hoitoilmoituksiin vuosina 1971–2003 (Lähde: Stakes)

DIAGRAM 7. Patienter som erhållit psykiatrisk sjukhusvård 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)

うつ病に焦点を当てた法整備

フィンランドではリハビリテーションの法整備のため National Advisory Committee on Rehabilitation を立ち上げた。ILO 条約との整合性を図り、労働者を過度のストレス下

に置かず、早期のリハビリテーションによって社会復帰を促し、長期の入院を防ぎ、また年金の支給を増やさないことを目的としている。労働健康ケア法 Occupational Health Care Act、雇用者サービス法 The Employment Services Act などもリハビリテーションと関連している。

フィンランドでは超過勤務 55 時間以上で精神障害の発生が増加することが調査で明らかになった。そのため雇用法 Employment Act などの改正が行われ、労働条件が適正に守られるようになった 3)。

フィンランドの医療システム総論

フィンランドの医療は税で賄われる公的医療主体である。地方分権が徹底しており、医療はほぼ 450 の市ごとに組織され、それぞれ平均 6000 人の市民が属する。最大の市はヘルシンキであり、50 万人の人口がある一方、最小の市は数百の人口しかない。それにもかかわらず、それぞれの市は住民に対して保健ケアの提供に責任を持ち、最も専門的なケアですら、それらの業務について単独で、あるいは近隣の自治体と共同の運営を行う。他の市や私的な医療提供機関からから金銭で提供を受けることは認められている。

国家が責任を持つ精神医療は、司法精神医学など一部に限られている。精神医療には基本サービスと専門サービスに分かれており、基本サービスはプライマリーケア、社会的サービスからなる。専門サービスは医療区域ごとに提供される精神科入院医療、医療区域ごとに提供されるあるいはプライマリーケアを介して提供される精神科通院医療からなる。

精神科病床数は 1980 年において 2 万床 (人口千人あたり 4.2 床) 存在した。しかし 1990 年には 1 万 2 千床、2007 年現在、病床数は 4900 床 (人口千人あたり 0.9 床) まで減少している 1)。精神障害の多くはプライマリーケアで治療されている。専門家をはじめて受診するときには紹介状を必要とする。ただし精神科救急医療はその限りではない。公的に無料で医療が提供されている国の共通の問題として、診療の需給が崩れ yasuku 診療の予約待ちが非常に長くなってしまいうという欠点はフィンランドにおいても問題となっている。

National Center for Welfare and Health (STAKES)

国立の研究所である STAKES の精神保健グループは精神医療改革に大変大きな役割をもっている。STAKES はフィンランドの精神保健の研究、精神疾患の予防、精神医療サービスの開発を行っている。National Suicide Prevention Project (1987-) のフォローアップ、アウトカムの評価などを行っている 7)。

STAKES は精神医療の政策決定に深くかかわっているだけでなく、改革のフォローアップ、効果の判定までを行っている。国内の政策のみならず、国際的なシンクタンクとしての活動も幅広く行っており、海外政府からの依頼で各国の精神医療に関する調査、助言、政策に関するアドバイスを行っていることが非常に特徴的である 8)。

KTL (NPHI フィンランド国立公衆衛生研究所)

KTL はフィンランド保健省の研究機関であ

り、精神疾患についての調査研究を行い、政策立案へのフィードバックを行っている。精神医学部門は1986年に設立され、自殺予防を当初の重要な目的とした。現在はうつと自殺予防のみならず、それ以外の精神障害全般の研究を行っている 9)。精神医療政策の実施および実地の医療は地方自治他の仕事であるので、KPL は自治体に対し提言・指導を行っている。

なお、2009年、KTLはSTAKESと合併した 10)。

国家的プロジェクト

● National Suicide Prevention Project (1986-96)

以前はフィンランドの自殺率は非常に高く、特にアルコール依存症をはじめとする精神障害合併者の自殺率の高さは大きな問題とされてきた。KTL、STAKESはNational Suicide Prevention Project (1987-)に関わっている。自殺者のすべてについて詳細なデータ収集を行い (Psychological Autopsy)、その原因状況を調査した。さらに自殺予防教育、スクリーニング、治療後のフォローアップ、銃器の規制、マスコミの自殺報道の規制など各段階での介入を行い、その結果として自殺者は期間中に9%、後の2005年までには40%減少した 11)。

● The National Depression Programme 1994-1998 'KEEP YOUR CHIN UP!'

1990年ごろ、Finlandで精神保健の中心的な話題はうつ病であった。Suicide Prevention Projectにより、うつと自殺の深い関係が明らかになったこと、うつ病の急激な増加が報告されるようになったこと (抗うつ薬の処方量の増加などからも裏付けられた)な

どがその理由である。研究と開発への資金の投入、他職種による介入の促進と精神医療福祉スタッフへの教育が行われた。マスコミを通じてのキャンペーンにより、国民のうつ病の注目、理解と受容が進んだことが大きな成果とされている 12)。

NPO

Finnish Association for Mental Health、Finnish Central Association for Mental Health、VATES Foundation (promotes the employment of people with disabilities)などの非政府非営利団体による精神福祉活動が盛んで、うつ病に対しても積極的な取り組みを行っている。NGOは精神保健について意見を述べ、計画に積極的に関与し、またサービスの提供者となることもある。NGOは救急の介入サービスの主体となり、リハビリテーションサービスを提供する。またセルフヘルプグループを主宰する場合もある 5)。

職場のメンタルヘルス

ILOの2000年の調査によれば、高い失業率、雇用不安、短期契約の不安、時間的制約のプレッシャーの増加と共に、労働者の精神的安定の著しい悪化が報告された。労働者の50%以上が、不安、うつ状態、痛み、社会的孤立、不眠などストレス関連症状を訴えていることが明らかになった。労働者の7%は深刻な燃え尽き症候群に陥っているが、これは疲労、思考力の障害、労働力の急激な低下につながる 3)。フィンランドはかねてよりメンタルヘルス問題に積極的に取り組みを続けてきた。メンタルヘルスを推進する文化が企業内で育っている。労働能力とは、労働者の身体的な健康だけで

なくメンタルヘルスの推進も含むものとフィンランドでは見なされている。携帯電話で世界的に有名な企業 Nokia では早くからメンタルヘルスのプログラムが実施されていた。

職場のストレスで発病するうつ病のリハビリテーションは、統合失調症などの精神病に対するものとは異なるため、フィンランドでは特に「メンタルヘルス・リハビリテーション」という名称を用いて区別することを推奨している 3)。

旧来の精神科リハビリテーションは統合失調症モデルに立脚しており、増え続けるうつ病患者の復職という目的に沿っていなかったという反省があった。旧来のリハビリテーションは診断中心、症状中心であり、障害された能力の回復に焦点を当てていた。新しいうつ病モデルでは、モチベーション、学習と発達の可能性、参加と自己評価の回復により焦点を当てている。社会保障庁 (Social Insurance Institution) と労働省はメンタルヘルス・リハビリテーションについての権限と責任を持つ。患者は職場に戻ることを目的とするときに限り、社会保障庁からリハビリテーションの費用を支給される。

現地調査 (2009 年)

うつ病の入院治療

Kaivanto Hospital

Kaivanto 病院はヘルシンキの 200 キロ北方にある中核都市 Tampere 市の近郊にある公立病院である。1963 年の設立当初は長期入院中心の施設であり、市街地から少し離れたところに建設された。その後入院の短期化にともない、以前は 150 床あった病床を

現在は 135 床に減らした。「現状では適切な規模とサービスであり、これ以上減らす計画はない」という。市街地から 5 キロほど離れており不便なため外来・コミュニティ中心の精神医療には対応していない。外来医療は市中心部にある市営のコミュニティメンタルヘルスセンター、NGO、私設の精神科クリニックなどがおこなう。実際には、この病院の常勤の勤務医が、夕方に市内の施設で外来診療を日常的に行っていた。

急性期病棟 2 つのうち、1 つは感情障害病棟である。平均在院日数は 40 日程度である。ベッド数は 18 床。閉鎖病棟である。入院患者の多くはうつ病、躁うつ病などである。DSM の II 軸診断 (人格障害) を合併している患者も非常に多い。自傷など衝動コントロールの障害を持っている患者もいるが、そのための特別の治療プログラムは用意していない。精神科医以外に臨床心理士、ソーシャルワーカーなどのスタッフが多数おり、他職種によるチーム医療を行っていた。特筆すべきは作業療法の充実である。コミュニティケアでは望むべくもない、単科精神病院ならではの広い作業療法棟、数多くの作業療法士による豊かなプログラムが展開されていた。絵画、音楽などの治療により患者の表情が和らいでいくのが印象的であった。

まとめ

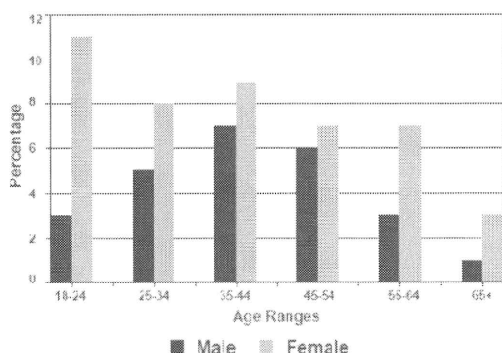
フィンランドの精神科治療の国際的な評価は高く、また医療者・患者から目立ったクレームも内容である。2 つの国立研究所を中心に優れた国家的プロジェクトを次々に立ち上げ、成果を上げ、その後もしっかり

とフォローしていること、入院医療が適切に保たれていること、コミュニティーケアが充実していることがその理由であることが分かった。

2. オーストラリアのうつ病治療

概論

オーストラリアでのうつ病の有病率(1年間)は約 6%である。年齢別有病率の分布は下のグラフの通りである。



13)

うつ病の医療に要した直接コストは約 500 億円 (1993-4 会計年度) であったと推測されている。

オーストラリアでは 2003 年から 2004 年の間に 1000 人の GP、10 万件の診療行為を対象とした全国調査 Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH) survey を行った。それによれば、次の表に示すよううつ病の診療が全件数の 33.7%にもものぼり、最も重要な精神医療の課題であることが明らかになった 13)。

ICPC-2 code	Problem managed	Per cent total mental health-related problems	Per cent total problems	Rate (per 100 encounters)	95% LCL	95% UCL
P03, P76	Depression	33.7	2.5	3.6	3.4	3.9
P01, P74	Anxiety	15.8	1.2	1.7	1.6	1.9
P08	Sleep disturbance	14.9	1.1	1.6	1.5	1.7
P02	Acute stress reaction	4.8	0.3	0.4	0.3	0.6
P70	Dementia	4.4	0.3	0.5	0.4	0.6
P19	Drug abuse	4.3	0.2	0.3	0.3	0.4
P72	Schizophrenia	3.9	0.4	0.5	0.5	0.6
P15, P16	Alcohol abuse	2.9	0.2	0.3	0.2	0.3
P17	Tobacco abuse	2.6	0.3	0.5	0.4	0.6
P50	Prescription request/renewal	1.8	0.1	0.1	0.1	0.2
	Other	10.9	0.9	1.2	1.1	1.4
	Total	100.0	7.4	10.8	10.3	11.4

Note: LCL—lower confidence limit; UCL—upper confidence limit.
Source: BEACH survey of general practice activity.

うつ病への政府の取り組み

1992年にオーストラリア政府は National Mental Health Strategy を発表し、精神保健の改革を提唱した。それに基づき 1997年には National Workshop on Depression を開催し、専門家、患者、様々な団体を巻き込んでうつ病に対するプログラムの創設を図った。1999年には National Health Priority Areas Report: mental health 1998 (CDHAC and AIHW 1999)、2000年には LIFE: A Framework for Prevention of Suicide and Self-harm を発表し、うつ病対策・自殺予防対策を一步進めた(13)。2000年にオーストラリア連邦政府は National Action Plan for Depression を発表し、うつ病対策が喫緊の課題であるという認識を示した。うつ病には生物学的な原因であるもの以外に、心理社会的な原因で起きるストレス性のうつ病への対策が非常に重要になってきていることを明確にした。予防、早期介入の重要性、GP やプライマリケアの担い手だけでなく、患者や家族など多方面の積極的な関わりが必要であることを説いた。対策として GP などのトレーニングなどへの予算を増やすこととした(13)。

うつ病治療を行う医療システム

オーストラリアでは国民すべてをカバーする公的医療システムが整備されている。費用は公的医療保険メディケアがカバーする。公的精神医療保健のシステムでは、精神科救急への対応は地域別のキャッチメントエリアが定められており、公的医療機関は割り当てられたエリアに対して責任を持つ。

コミュニティでの医療保健サービスは診療所、モバイルチーム(治療とフォローアップ)、モバイルクライシス介入サービスなど諸種のサービスから構成される。公的医療が中心であったオーストラリアでは、近年では民間保険、民間病院が精神医療の重要なパートを担っており、精神科病床の22%、入院件数の12.5%、のべ入院日数の16%は民間精神科病院である(14)(15)。オーストラリアには42の民間精神科病院があり、そのうち25病院が単科精神科病院である。民間病院は1993年の33病院から増加した。うち、病床数の72%が単科精神科病院にある。残りは民間の内科・外科病院に併設された精神科病棟あるいはユニットである。(14)(16)

医療格差の拡大

うつ病治療については公的部門での縮小と民間部門の拡大が顕著である。外来ダイケア部門では民間の精神医療が中心となり、主としてうつ病、依存症、摂食障害の治療が主に行われる(16)。

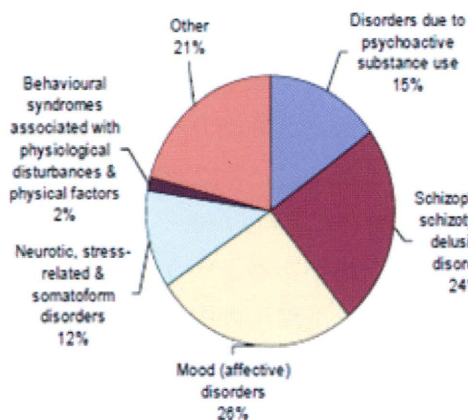
うつ病、摂食障害、依存症などの入院治療に対して国民のニーズは高まりつつあるのに公的精神医療のサービスは縮小され、民間病院が医療の担い手として存在感を増している。民間病院は病床数では全体の22%であるのに、うつ病の入院件数では全件数の37%を占めていることが全国調査で明らかになった(14)。

オーストラリアでは患者の収入は低く、貧困層に位置する年間2万AUD以下の収入の障害者が38%を占める。そのため障害者の56%は民間保険に加入できず、うつ病や摂食障害の治療をメインに行う民間精神科は

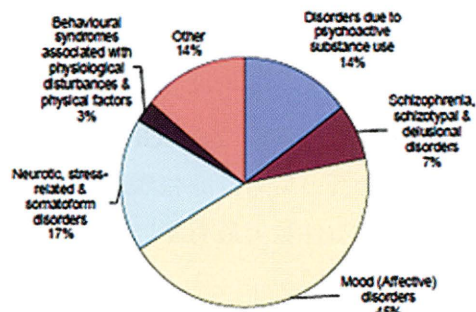
受診できない。予約診療を受けることもできない 17)。

オーストラリアでは他国と比較して、コミュニティで暮らす患者の精神医療保健にかかる負担が多いことはかねてより問題となっている。OECDのデータでもオーストラリアは薬剤費の自己負担が最も多い国の一つである 18)。自己負担は非常に重く、一回の受診でおよそ30\$程である 19) 20)。経済的に裕福な患者は高価な民間医療保険に加入することができるため民間精神科病床を利用でき、良好なサービスと良好なアクセスの恩恵を受けられる。しかし民間医療保険に加入できない患者は医療にアクセスできず新たな格差が生じている。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言う批判、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」であると言う批判が起こった 21)。

公的精神科病院（総合、単科含む）の疾患別入院件数の分布を示す。統合失調症と気分障害の入院件数がほぼ並んで多い 14)。



民間病院の疾患別入院件数の分布を示す。気分障害の入院件数が多い 14)。



オーストラリアでは精神医療を含むプライマリケアはGP（一般医・プライマリケア医）が行い、直接専門家への受診はできないシステムになっている。GPは不必要な専門家へのアクセスを阻むゲートコントロールの役割も担っており、専門医に紹介するかどうかはGPの裁量に任されている 1)。GPのトレーニングには精神保健分野も含まれている。精神医学についてのGPの教育は行われるようになったが、依然25%のGPしか精神科プライマリケアを提供できる教育を受けていない。必要に迫られるべき地でも40%にとどまっている 22)。

GPの診断能力、マネジメント能力については疑問を持つ声も多い。何らかの疾患でGPにかかっている精神障害者の50%が、GPに精神障害を持っていることすら全く知られていなかったことが最近の調査で明らかになった 23)。

