

GPの疾患別診察件数を示す 14)。GPが最も多く見る疾患は気分障害である。薬の処方  
のデータでも抗うつ薬とベンゾジアゼピン  
化合物が圧倒的に多い 24)。GPが専門的な  
精神科医療を行っても診療報酬は低い。専  
門家に紹介する件数で最も多いのは気分障  
害である 24)。

オーストラリアでは臨床心理士による認知  
行動療法が公的保険でカバーされるようにな  
った。認められるセッションの回数は8  
回から16回に最近延長された。ただし臨  
床心理士は大都市に極端に偏在しているこ  
とが問題とされている 25)。

#### うつ病に関わる NGO

オーストラリアでは NGO (NPO) が精神保  
健の有力な担い手となっている。リハビリ  
テーション、居住施設などの運営に関わる  
ものが多い。その中のひとつである  
beyondblue は、うつ病を対象として 2000  
年に設立された NGO である。連邦政府、州  
政府に対して活発なロビー活動を行っている。  
主要事業として次の 5 つの課題を上げ  
ている 26)。

1. うつ・不安とそれに関連した薬物使用  
障害に対する地域社会での知識向上を目指  
し、これら健康問題に対する誤解を解消す  
ることに取り組んでいる。

2. うつ者とそのケアに当たっている者  
に対し情報・補助・効果的治療が入手可  
であることを伝える。健康指針・政策の立案  
者に対し、うつ者の生活上の経験やニーズ  
を伝える。

3. うつの防止・早期治療プログラムを  
提供する。

4. 一般開業医やその他健康問題の専門家

にうつ対策に対する高度トレーニングとサ  
ポートを提供する。

#### 5. うつ関連調査のサポート・実施。

#### 職場のメンタルヘルス

労働省、Work safe Australia (労働衛生の独  
立機関) の HP などの資料を閲覧したが、  
障害者雇用、うつ病者の復職のごく簡単な  
手引きのみで十分な情報の発信は見られな  
かった。

SANE などの民間 NGO の活動は盛んだが、  
障害者雇用に焦点をあてたものであった。

#### 現地調査 (2009 年)

- シドニー大学医学部 精神・脳科学研  
究所所長 Ian Hickie 教授

(公的病院と民間病院の 2 本立てとなっ  
ており、民間保険と民間病院がうつ病入院治  
療の中心となっていることについて)

うつ病は外来治療では多くは専門の精神科  
医ではなく、家庭医 (GP) が治療しており、  
公的保険 NHS がカバーしている。

民間病院では入院施設において、統合失調  
症よりもうつ病、アルコール・薬物の依存  
症を中心に治療を行っている。しかし入院  
よりも外来の方が件数は圧倒的に多いので、  
全体で見れば公的医療のカバーしている割  
合も高いと言っているのではない。

問題は、公的・民間保険があるにせよ、30%  
近くの自己負担があるということだ。オー  
ストラリアは先進諸国の中では自己負担率  
が高く、これは国民の精神保健にとって大  
きな問題である。

(公的入院システムが縮小しすぎた弊害で  
はないか)

私が公的病院の研修医だった頃は、公的入

院病棟でうつ病の治療も研修した。今はできなくなった。公的病院は縮小に伴って急性期精神病と非同意入院に注力せざるを得なくなった。治療の視野がものすごく狭くなってしまったのである。病棟削減により狭まったのは病院のサイズだけではない。治療の視野が狭まったことは深刻だ。

縮小しすぎたことのもう一つの弊害は、患者の人権が侵害されるようになったということである。患者の自由な決定権は大幅に狭められてしまった。

一方でうつ病の治療は重要性を増している。公的入院はこの分野でメジャーになりきれていない。「公的病院は急性精神病ばかり診て、うつ病を診ようとしなくなった。」という批判は多く聞かれる。急性期治療ばかりが入院治療ではないのだ。公的病院から摂食障害のベッドも消えてしまった。昔はいくらかあったのだが。公的システムではうつ病も摂食障害も診られなくなってしまったのだ。

● シドニー大学医学部 法学部教授（元学部長） Terry Carney 教授

民間精神科と公的精神科が並立していることはオーストラリアの特徴である。民間精神科は民間医療保険を持つ裕福な人しか受診できない。うつ病・不安障害などは民間での治療が主流になったのは、公的病院が病床を減らしすぎたことが理由の一つであるということは認めざるを得ない。公的病院が急性期治療、精神病治療に特化してしまったので、うつ病の入院治療サービスを提供できなくなってしまった。オーストラリアでは公的精神科と民間精神科では医療の質に大きな格差が生じたままになってしまったことは事実である。最近公的精神

医療もうつ病への対応をしようという試みを始めているがまだこれからである。

● SANE

ヴィクトリア州メルボルンに本拠を置く非常に大規模な NGO である。1985 年に Schizophrenia Australia として設立され、現在は統合失調症以外のうつ病などの各種精神疾患にも関わり、コミュニティケアを推進するための研究、教育、ロビー活動を積極的に行っている。

代表（Ms.Barbara Hocking）にうつ病治療の状況について質問した。彼女によれば、公的医療は救急のみとなり、今やメルボルンの精神科入院は 5 日程度である。これは決して誇れるものではない。公的精神科病棟は保安施設化し、療養を受けるような環境ではなく、うつ病患者は入院を受けてもらえないし、入院を希望する人もいないとのことであった。

● シドニークリニック Sydney Clinic

精神科部長（Dr.Edger Freed）医師・事務局長（Dr.Stephan Brooker）にうつ病治療と公民格差について質問したところ次のような回答が得られた。現在のオーストラリアではうつ病治療は民間がメインとなっており、入院・外来を含む全うつ病患者の治療件数の 60%は民間で利用を受けている。また普通の人が入院治療を受けるためには、民間医療保険に加入し民間精神科病院に入院する必要がある。民間精神科は成長しつつある。特にデイホスピタルの件数は増えている。このエリアでも最近 20%増加した。うつ病患者が増加しており、これらの患者は「恐ろしい」公的病院で治療を受けたいとは思えないからだ。

一方、Anger management、Stress management

など新しい治療分野において民間精神科病院は成果を示している。

#### まとめ

オーストラリアの精神医療改革は新しい問題を生んだ。病床を極端に削減したオーストラリアでは公的医療システムで統合失調症など重症精神病の治療にフォーカスを絞り、うつ病の入院医療を行わなくなり病床が極端に削減された。ところがその裏でこれらの国々では裕福な人を対象に民間精神科病院がうつ病治療を行う格差医療が拡大している。日本は国民皆保険であり、国民に等しく精神医療を提供する体制をとっている。今後も格差医療を生むことなく、そして精神医療の必要な患者に適切な病床で精神医療を提供し続けるべきである。そのためにはうつ病などに対する質の高い医療を提供できるだけの病床は保持すべきである。これは総医療費をコントロールし続けるための基本でもある。

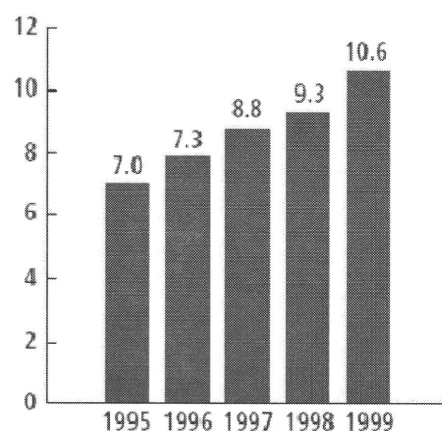
### 3.カナダのうつ病治療

#### 概論

カナダ国民の少なくとも4%が1年以内にうつ major depression の症状を患っている。生涯有病率は少なくとも7.9%である(27)。労働者のうち13%の者が、実際に支障を感じるほどのうつ状態を患ったことがあると報告し(28)、18%の者がうつ症状のために仕事の負荷を減らした経験を持つと報告している(29)。

カナダ・ブリティッシュコロンビアの急性期治療に従事する労働者の、抗うつ薬の服

薬率(%)を次にグラフに示す。薬物療法を受ける者の割合は急増し、1999年には10%を超えた(30)。



30)

The Canadian Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders は標準的なうつ病の治療を定めている。薬物療法としてはSSRIを第一選択としているが、それ以外に認知行動療法あるいは対人関係療法を第一選択の治療として推奨している。精神療法は現実にはすぐには開始できなかつたり、金銭的に負担が大きすぎてすぐには利用できなかつたりする。CBTは一般の医療保険ではカバーされていない。またCBTができる治療者は数少ないし、都市部以外にはほとんどいない。軽症のうつ状態に対しては、セルフヘルプ、CBTなどを推奨している。薬物療法については過度の使用について注意している。治療を受けた患者の50-60%が引き続いて就労能力の低下に見舞われることが明らかになっている。早期治療・早期介入が重症度、罹病機関、コスト損失などを改善させることが分かっている(30)。

## 医療システム

カナダはカナダ健康法に規定された基準を満たす 13 の健康保険と、13 の独立したサービスプログラムの組み合わせをもつ。国家により定められた最低の基準を満たした上でその州にあったサービス、法制を提供できることになっている。そのため国の中でも州によってサービスへのアクセス、プログラムの提供、人的資源、法制に違いがありうる 1)。

1984 年のカナダ医療法により、私的病院は罰則を伴って禁止され（実際には特別な数十の病院が残存しているが）、公的医療のみが認められた。問題点として診療を受けるまでの待機時間の長さがある 31)。

カナダの医療システムの長所としては、重症の疾患であっても最低限の自己負担で医療にかかることができること、支払い能力の有無で受診を拒否されることがないこと、支払い基金を集中化することによりシステムをよりよく計画的に使用できることなどがある 31)。

## 現地調査 (2009 年)

Center for Addiction and Mental Health (CAMH) (トロント市)

面談者：気分障害・不安障害治療プログラム臨床部長代理 Dr. Gaby Abraham

CAMH はカナダ最大の精神科・依存症の治療施設である。CAMH はオンタリオ州トロントの中心街にあり、1999 年に主要な精神科研究所 Clark Institute、Addiction Foundation と古い歴史を誇る精神科病院 Queen Street Hospital (700 床)、Danwoods Addiction Center (100 床) の 4 つの施設が統合、センター化されて誕生した。合併後は 500 床までベ

ッド数を減らしている。オンタリオ州の精神医療と精神神経の研究センターであると同時に、国を代表する施設でもある。300 人の医師がおり、常勤換算では約 100 人であるという。市内に 3 か所、週に 32 か所のコミュニティ治療センター（後述）をもち、外来とコミュニティケアに力を入れている。CAMH は 40 万件／年の外来診療、2 万 1 千人／年の外来患者、3600 件／年の新患の受け入れの実績がある。

気分障害・不安障害治療プログラムの病棟は市内 Queens Street Hospital にあり、10 床の個室、3 室の 2 床室の 16 床からなる。OCD 専用のベッドがそのうち 3 床で、専門病床としてカナダ全体から患者が集まってくる。そのほか最長 2 日まで患者を収容できる安静室(quiet room)、家族室、集団療法室、面接室などがある。スタッフは認定看護師 9.5 名、認定准看護師 4 名、非常勤看護師 10 名、ソーシャルワーカー 2 名、作業療法士 1 名、レクリエーション療法士 1 名、精神科医 1 名、非常勤精神科医 2 名、家庭医 1 名、病棟事務員 1 名、その他に病院職員としてチャプレン、栄養士、薬剤師、理学療法士などがいる。

カナダではウェイティングリストが非常に長いことが問題になっているが、このプログラムも同様である。

治療上の特徴としてはほとんどが自発的入院であるという点である。まれに強制的な入院のケースがあっても速やかに自発的入院に切り替えるようにしている。開放病棟であるが、まれに患者が不穏である場合、施錠することもあるという。身体的な拘束はほとんど行わず、その場合看護師が常に付き添うような体制をとっている。

ECTによる治療を積極的に行っており、入院患者の5-10%が受けている。インフォームドコンセントを実施しており、患者か、あるいは保護者のサインが必要である。週3回の実施が一般的である。

退院後はコミュニティーの精神科医、家庭医（GP）、臨床心理士などに紹介される。デイトリートメント（デイケア）のプログラムがあり、週2.5回—4回の治療を行っている。参加期間は6週間—2ヶ月程度である。

面談者：Dr. Robert G. Cooke 気分障害・不安障害治療プログラム外来部長

気分障害・不安障害外来プログラムは初回エピソードのみを対象とし、不安障害ユニット、認知行動療法ユニット、デイトホスピタルユニット、対人関係療法ユニット、気分障害クリニック、PTSDプログラム（これのみ公的保険ではなく、原因となった職場の雇用者から支払いを受ける）からなる。ECTによる治療も盛んにおこなわれている。このプログラム全体で14人の常勤の医師、22人の非常勤の医師がおり、全員が研究職を兼ねると同時にほとんどがトロント大学での教育にも携わっている。2万5千人／年の外来件数、2800人／年の新患受入れをしている。

平均在院日数は気分障害プログラムでは30日であった。

気分障害・不安障害治療プログラム病棟を案内された。病棟は16床、個室10床、2床室3室で構成される。その他病室としてはQuiet Room（保護室ほどハードではないが刺激になるものが一切ない個室で、最長2日まで隔離可能）がある。ECTを積極的に治療の一環として行っており、全入院患

者の5—10%が受けているという。ECT室も見学した。麻酔下で行うモディファイドECTであり、麻酔科医と精神科医の共同で多い時には22人、通常数名の治療がおこなわれている。治療は基本的に週3回の頻度であるという。

気分障害・不安障害治療デイケアプログラム見学

利用患者は最大24人、前述の新病院建設後は60人までキャパシティーは増える予定であるという。気分障害に対して認知行動療法、対人関係療法、教育的な治療などmulti disciplinaryな治療を行っている。患者の症状の改善度などについて評価尺度でアセスメントを行っており、治療の有効性について多くのエビデンスを明らかにしている。

自殺、自傷の危険を持つケースや、II軸の診断を合併するケースについてもチームで細かく対応が可能であり、治療上の大きな問題はないという。

#### 4. ドイツのうつ病治療

##### 概論

ドイツでは1883年から公的医療保険制度が導入されている。イギリスのような税方式とことなる、勤労者による掛け金を財源とした医療保険の制度は当時の首相の名をとり、ビスマルク型の社会保障制度と呼ばれるようになった。日本の医療保険制度もドイツの制度に倣う形で発足しており<sup>32)</sup>、介護保険もドイツで1995年に導入されたlong-term insuranceを手本にするなど、社会保障制度全般に今でも日本はドイツの影響

下にあると言える。ほぼ 100% 公的保険がカバーしている日本と異なり、民間の医療保険が並存する。収入が一定額以上の富裕層は公的保険に加入することができず、完全型民間医療保険に加入している。その数は人口の 10% 程度である 33)。

精神科医療施設は公的な機関が中心となっている。特に入院施設は公的なものが多い。民間の精神科病床数は少なく、ほとんどが株式会社など営利団体の病院である。気分障害を主として治療対象としている。

精神医療はプライマリー医療機関で受けられるようになってきている。重症の精神障害の治療であってもプライマリーのレベルで行われることがある 34)。しかしながらプライマリーケアの医師に精神保健分野のトレーニングが通常行われているとは言いがたい状況にある 34)。患者は開業医に対してプライマリーケアの一般医、専門医を問わずフリーアクセスできる権利を持つ 35)。

コミュニティー精神医療は改革後の精神医療の柱となっており、全国で 9000 箇所の 360 日開業している診療所と、15000 床以上の地域でのリハビリテーションのための病床がある。その一方でドイツでは単科精神科病院が多く、精神医療の基盤を担っている 36)。

#### 職場のメンタルヘルス

労働者は、失業の不安、時間的制約によるプレッシャー、生産性の要求からくるストレスに苦しんでいる。早期退職の理由の約 7% がうつ病である。うつ状態に関連する労働不能期間は他の疾病によるものの約 2.5 倍に達する。精神障害に基づく欠勤による生産量の年間喪失によるコストは毎年 50

億マルク (2000 年当時) 以上と考えられた。そのため、メンタルヘルス機関に対する強い制度的支援・政府支援がおこなわれるようになった。企業は健康促進に高いプライオリティーを見出すようになってきている。フォルクスワーゲン社などで、ストレス対策計画が導入され、成功している。内容としては、リラクゼーション、自己評価を高めるプログラム、対人能力向上のためのロールプレイングや行動訓練等が含まれる。

#### 現地調査 (2009 年)

##### ● Inn-Salzach-Klinikum ISK 病院

Inn-Salzach-Klinikum はスイスとの国境に近いドイツ南部の人口一万七千人の小都市 Wasserburg にある。

Inn-Salzach-Klinikum はドイツの典型的な公立病院で精神医療改革前は 700 床のベッドを持つ典型的な収容施設であったが、現在は 553 床 (精神病床としてカウントされない神経病棟、司法精神医学病棟も含んだ数) に縮小された。

##### うつ病病棟

16 床開放病棟。うつ病の治療を行っている。薬物療法の外、集団精神療法、作業療法を非常に重んじている。特に「生きる意味」を見出すために創作的な作業が治療的重要と位置づけている。スタッフは病棟長医師 1 名、上級医師 1 名、医師 1 名、臨床心理士 1 名、看護師 8 名、PSW 1 名、その他 4 名である。

##### 精神療法病棟

19 床開放病棟。入院患者の多くは神経症圏、境界性人格障害、心身症の患者である。うつ状態の患者が多い。統合失調症や精神的なうつ状態の患者は入院の適応とはなら

ない。患者は若い女性患者が大部分を占めていた。若い女性のためのソフトで明るい内装が印象的であった。この病院では前述した総合精神医療の病棟の一部である。この病棟のような「精神療法病棟」はドイツ独特の Psych-PV という職員配置基準のひとつのカテゴリーであり、特に心理的アプローチを必要とする患者のためにコメディカルを多く配置している。スタッフは病棟長医師1名、上級医師1名、医師1名、臨床心理士1名、看護師8名、PSW1名、その他5名である。個人精神療法（認知療法などが中心。精神分析療法はもはや行われていない）、集団精神療法。絵画療法、音楽療法などに力を入れている。

● Centrum für Disease Management an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München  
ミュンヘン技術大学精神科クリニック  
精神科のコミュニティーメンタルヘルスセンターの他、「心身症・精神療法病床」を有する。この病床はドイツ独特の制度である。精神科を避けて多くの患者が「心身症・精神療法病床」へ入院する理由は、日本と同様、精神医療にまつわるスティグマの忌避であるという。このようにドイツでは精神医療外での実質的精神医療が盛んになっており、二本立ての異常な状態がますます顕在化しつつある。

「心身症・精神療法病床」では主としてうつ病、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(36)。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無く、議論の対象とされていない。

## 5.ルクセンブルクのうつ病治療

### 概論

1990年代に精神医療改革が西欧諸国の中で最も遅くスタートした。ルクセンブルク全体に7つの情報・相談・デイセンターが開設されコミュニティーケアの様々なサービスが提供されるようになった。1990年代の間にコミュニティー精神医療のスタッフは10倍に増加した。これと平行し脱施設化は進んだ。1200床の病床を持つ公立単科精神科病院CHNPはそれまで1975年制定の法律で州政府の管理の下厳しく規定されていたが、1999年には新しく制定された法の下、もっと自由に運営できる主体へと移行された。しかしその法改正を待つまでもなくCHNPの病床は1990年には860床に減っていた。さらに1995年には475床、1999年に360床には削減されていた(1)37)。CHNPは2006年に180床への削減が計画されていたが、現在237床となっている。

総合病院はどちらかと言うと軽症の患者が多く、いわゆる神経症、ストレス関連疾患、気分障害、人格障害、摂食障害などを主に治療している。CHNPは精神病、アルコールやその他の物質依存の治療が主となっている。しかし最近では総合病院が精神科救急を開始したため、精神病患者の治療をより多

く行うように変化しつつある。

現地調査 (2009 年)

CHNP (Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique) (精神神経センター)

CHNP は 1845 年に創設され 160 年以上の歴史を持つ。CHNP の前身の asylum は長い間ルクセンブルクの精神・知的障害者のための唯一の施設であった。小さい国なので当時は一箇所ですべてのニーズをカバーすることが可能であった 38)。

改革により CHNP にかつて 1200 床あった精神科病床は大幅に縮小され 237 床となった。今も唯一の単科精神科病院である。現在では気分障害 F3 の入院件数に占める割合は 2.5% と少ない。気分障害 F3 の平均在院日数は 303 日と疾患別で最も長い 39)

## 6. ベルギーのうつ病治療

概論

我が国とベルギーは次のような点で類似している。

- ① 精神科病床が多い
- ② 平均在院日数が長い
- ③ 精神医療は単科精神科病院中心
- ④ 民間精神科病院が入院治療の主流
- ⑤ 民間精神科病院団体が非常に強力である
- ⑥ 民間精神科病院団体が保守政党を通じて政策の決定権を握る
- ⑦ 国民皆保険制度である
- ⑧ 社会保障制度はビスマルク型(医療は税ではなく医療保険を財源とする)
- ⑨ 自己負担はあるが、全国民が精神医療に

アクセス可能

- ⑩ キャッチメントエリアはなく、国民は自由に精神科医を選択し受診が可能

民間主体の精神医療システム、ビスマルク型社会保障制度の下での脱施設化 1) は非常に困難である。ベルギーはヨーロッパ諸国の中では最も脱施設化に慎重であったが、精神科病床は人口千人あたり最多時 2.8 床 (奇しくも現在の日本の病床数と同数) であったが、現在は 1.67 床まで削減をすすめた 1)。

ベルギーではうつ病の専門的治療が求められるようになっている。しかしすべての病院に専門プログラムを持っているわけではない。ある病院はうつ病と不安障害を、ある病院は児童思春期を、またある病院は精神病を専門にするといった病院ごとの専門性を持つ方向にある 40)。

ベルギーではうつ病、適応障害の問題が深刻化しており、自殺が社会的な問題となっている。また、就労者のうつ病対策の必要性が強調されるようになった。そのためうつ病の休職者の職場復帰プログラムが 2007 年から開始され全国的に広がりつつある。

現地調査 (2009 年)

ブルグマン大学病院精神科 Brugmann University Hospital (ブリュッセル首都地域 総合病院精神科 公立)

1911 年に創設された総合病院で 858 床の病床をもつ。うち精神科病床数は 150 床、ベルギーでは最も大規模な精神科医療施設 (ベッド数ではなくサービスの総体において) であり、首都ブリュッセルの精神医療ネットワークの中核をなしている。

最近始まった高度なプログラムとしてはス



トレスクリニックがある。  
ストレスクリニックは職業を持つプロフェッショナルがストレスで「燃え尽きた」状態でうつ病になった場合に治療を受けるプログラムである。自殺はベルギーでも常用な問題であり、このようなプログラムの創設につながったという。ストレスへの適応などについて指導を行うプログラムを含んでいる。この病院では2007年からパイロットプログラムとして開始されたが注目度は高く、ベルギー全体に広まりつつある。

## 7.UK イングランドのうつ病治療

### 概論

UKでは、女性の15人に1人、男性の30人に1人がうつ病に罹患していると言われている。UKで年間4千人に上る自殺者のほとんどはうつと関係していると言われている。

UKでGPが最も良く出会う精神疾患はうつ病であり、一人のGPが受け持っているうつ病患者は60-100人である(41)。

精神的治療に関わる直接コストは3.7億ポンド、その84%が抗うつ薬の処方に関するコストで有った。うつ病の間接コストは遥かに大きいと推定される。疾病に関する損失コストは80億ポンド、死亡による損失コストは5億6千万ポンドと推計される(42)。

### 精神医療システム

UKでは精神医療は公的医療保険・公的医療機関のNHS(National Health Service)、民間医療保険・民間医療機関の2本立てで有る。1948年に設立されたNHSはUKの社会保障制度の根幹をなしていた。税を収入源とし、

国民すべてに無料でサービスを提供するヴァーブリッジ型社会保障の典型であり、「ゆりかごから墓場まで」のキャッチフレーズと共に国民に愛されていた。しかしその後の産業構造の変化、社会保障への自由主義の影響の浸透と共に大きく変化してきた。NHSではGeneral Practitioner(GP)と呼ばれる医師を受診しなければならず、直接精神科などの専門家を受診することは許されていない。GPは医療の供給をコントロールするゲートキーパとしての役割も担っている。そのため幾つかの問題点が指摘されている。第1に、UKではGPの受診を前提とするが、GPは精神科の専門医ではないため、きちんとした治療がなされていないおそれがあるのではないかという懸念されている。実際、GPはうつ病患者の30-50%しか認識しておらず、それ以外は見落としているという報告がある(41)。

第2に、専門医の診察にはGPの紹介が必要なため、それまでに症状が悪化してしまうケースが少なくなく、その結果として、GPが緊急に専門医の受診が必要と判断するような状態となっても、専門医の(受診の)人数制限のために断られてしまう可能性があるという指摘もある(43)。

### 混合経済と格差医療

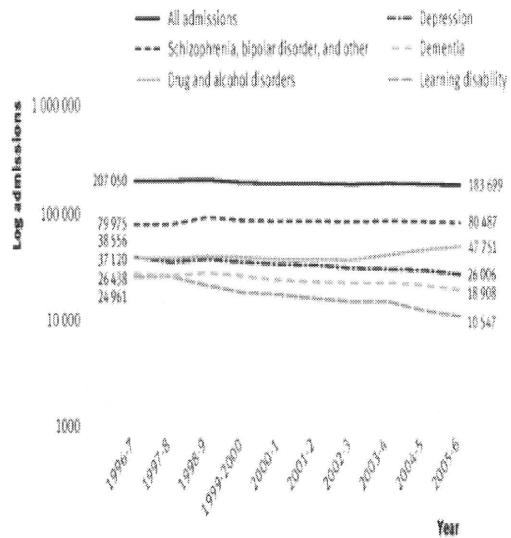
1990年の新法によって、NHSは直接的サービスから手を引き、サービスを供給する独立機関(プロバイダー:供給者)から患者(ユーザー:利用者)に必要な医療サービスを購入する役割(パーチェサー:購入者)を担うことになった。

これは、社会主義的管理に資本主義的市場原理を導入した「混合経済」であり、そ

れによってお役所的非効率を払拭し、供給者間の競争を通じて利用者優先で高品質、かつ費用対効果の高いサービス供給を狙ったものだった 44)。

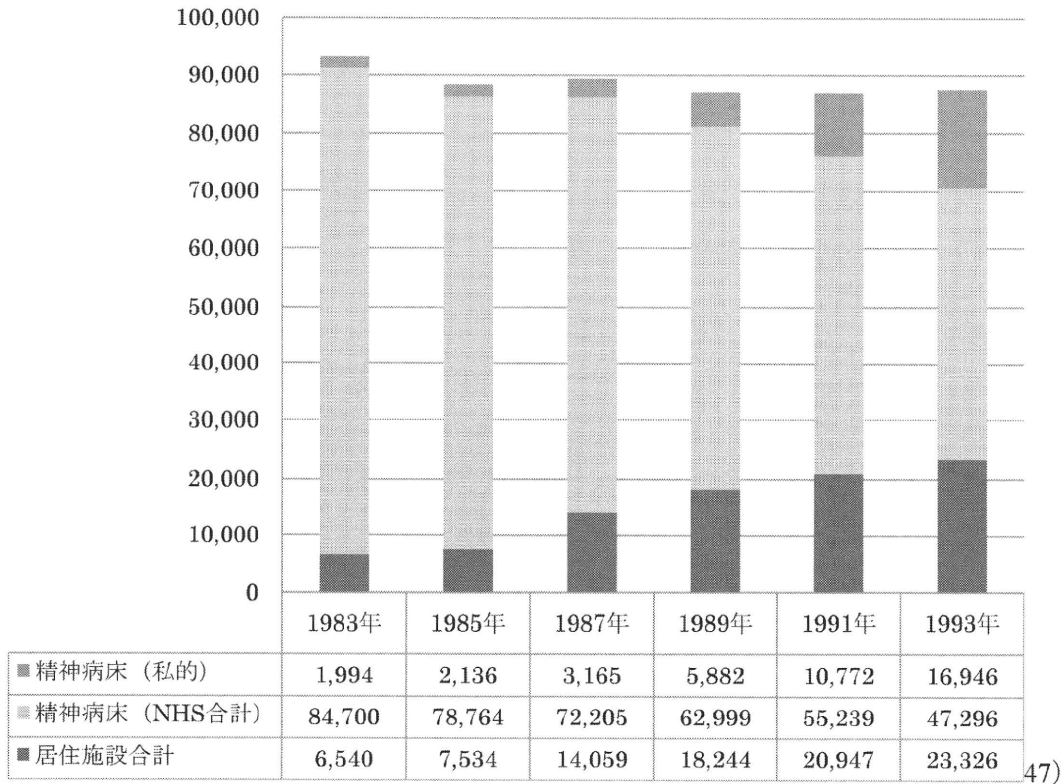
1993 年から fundholding と呼ばれる新制度により、GP は古典的な精神医療以外を「購入」できるようになった。すなわち、精神科医以外の専門家への紹介をするようになったのである。より人気のある臨床心理士へと患者は流れるようになり、精神科外来に置き換わるようになった。GP も伝統的な精神科の専門医の僕となるよりも、コメディカルをコントロールできる立場に立つことを好んだためこのシステムは広がりを見せた 45)。

入院医療においても極端な病床削減により、精神科病院はうつ病患者への適切な医療を提供できなくなった。病棟は救急・重症患者のための「保安施設」と化し、良好な環境での治療を望む普通の市民は公立病院への入院を忌避するようになった 46)。



うつ病の入院件数は他の精神障害よりも速いペースで減少している。

その一方で、高価な民間医療保険に加入できる富裕層は民間精神科病院を利用するようになり、次のグラフに示すように民間精神科病床は急増した 47)。



公立精神科病院は運営の非効率、待機時間の長さ、質の低下を市民から強く批判され続け 48)、ついには民間精神科病院からサービスを購入するという形で、公的医療保険利用者が民間病院を利用することを許し、精神科医療サービスの提供の一部を民間にゆだねることになった。

このような 1990 年代の UK のサービスの変質は、当時の世界的な流れであった新自由主義的な考えを医療に持ち込んだものとして批判されている 49)。

#### うつ病に関連した慈善団体(NPO/NGO)

##### Depression UK

1973 年に設立された組織である。「うつ病に悩む人なら誰でも助ける」ことを目標としている。ボランティアによる慈善団体であり、非営利団体である。電話、ネット上のチャット、グループ活動での援助、セル

フヘルプのための支援を行っている。その他 Depression Alliance などの団体が活動を行っている。精神障害全般の支援団体である Rethink や Mind もううつ病に対する援助を積極的に行っている 50)51)52)53)。

#### 治療

##### National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE)

NICE によれば、うつ病患者の治療の多くは GP により提供されている。GP は他の精神保健専門家(ソーシャルワーカー、専門看護師)と連携を必要に応じて行いながら治療に当たる。専門家の治療を受ける場合でも GP とのコンタクトは途切れることはない。UK では、公的医療保険の利用者はきわめてまれにしか入院治療を受けることはない。

治療の内容は、症状の重症度によって異なる。Stepped care と呼ばれる方式である 41)。

Focus of the intervention	Nature of the intervention
<b>STEP 4:</b> Severe and complex <sup>1</sup> depression; risk to life; severe self-neglect	Medication, high-intensity psychological interventions, ECT, crisis service, combined treatments, multiprofessional and inpatient care
<b>STEP 3:</b> Persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression with inadequate response to initial interventions; moderate and severe depression	Medication, high-intensity psychological interventions, combined treatments, collaborative care <sup>2</sup> and referral for further assessment and interventions
<b>STEP 2:</b> Persistent subthreshold depressive symptoms; mild to moderate depression	Low-intensity psychosocial interventions, psychological interventions, medication and referral for further assessment and interventions
<b>STEP 1:</b> All known and suspected presentations of depression	Assessment, support, psychoeducation, active monitoring and referral for further assessment and interventions

<sup>1</sup> Complex depression includes depression that shows an inadequate response to multiple treatments, is complicated by psychotic symptoms, and/or is associated with significant psychiatric comorbidity or psychosocial factors.

<sup>2</sup> Only for depression where the person also has a chronic physical health problem and associated functional impairment (see NICE, 2009c).

軽症・中等度症者はGPによる治療を受ける。セルフヘルププログラム、コンピュータを利用した認知行動療法CCBT、運動療法がまず行われる。中等度症・重症者には薬物療法、認知行動療法、対人関係療法

(Interpersonal Therapy)が行われる。抗うつ薬の投与は有効な治療であり、プラセボとの比較で有用性が証明されている(41)。一時UKで問題とされていた、うつ病の治療の不足(under-treatment)は改善しつつある。これを反映する変化は、抗うつ薬の処方急激な拡大である。1993年から2000年までの間に、抗うつ薬を処方される女性は18%から36%に増え、男性は12%から34%に増えた(54)。CBTについて、NHSでは集団セッション10-12回、個人セッション16-20回が保険で受療できる。CCBTはコンピュータを利用し、個人が自分で行うセラピーである。簡便でコストが低廉であることがメリットであるが、通常の治療に比して優位な差がでなかったという報告がある(55)。

少なくとも現在までの7つのトライアルでの評価はまちまちであった(42)。

CBTの有効性は明らかであり、人々はセラピーを受けたいと望んでも、認知療法を行える治療者は限定されているため、ウェイトリングリストに乗せられてから何カ月も待たなければならない。3-4カ月先のセラピー開始を待つよりも、10日くらいで効果の表れる薬物療法を選択する患者・医師の方が多く、ことが問題とされていた(56)。

これを解決するため、まずイングランドにおいて、精神療法へのアクセスを改善させるための政策(Improving Access to Psychological Therapies: IAPT)が開始された。この政策のために、2008年度に69億円、2009年度と2010年度に各147億円ずつ、3年間で合計363億円が費やされた。

IAPTでは、2種類のセラピーが提供される。まず高強度のセラピーは、最高で20セッションまでの認知行動療法の個人セッションである。一方、低強度のセラピーは、

心理教育、静観(watchful waiting)、ガイドされたセルフヘルプと電話によるフォロー、7セッションまでの個人心理療法、コンピュータにアシストされた認知行動療法(CCBT)、就労支援までを含む 57)

#### 職場のメンタルヘルス

健康局 (Department of Health)、英国産業協会 (Confederation of British Industry) の調査によれば、労働者の15-20%が何らかの精神の不調を経験したことがあり、そのほとんどはうつであった。1000人の労働者のうち、200-300人がうつあるいは不安を30年間の在勤中に経験するというデータも存在する。約30万人の労働者が、うつ、不安に悩んでいると言われている 42)。常時、生産年齢人口の20人中1人が重いうつ状態にあるとも言われている 58)。

労働者の精神疾患の発生率は徐々に増加しつつあるというデータも存在するが、UKでは職場のメンタルヘルスは、「それ以外の環境に比して良好である」という理由で、あまり問題視されていない 59)。1993年から2000年まで様々な職業での精神的な問題の発生率についてレビューした Stanfield らは「職場での問題の発生率は非常に安定 (very stable) したままである」と結論付けている 59)。

UKでは精神保健的問題により9100万日分の労働力が損なわれているというデータがある。これは筋骨格系疾患に次いで第2位の労働力損失の原因である。それにも関わらず、コストは大した問題ではない(not insignificant)というのがUKでの大方の理解であるという 59)。

労使一体となった、ストレス対策も講じら

れるようになった。会社によってはメンタルヘルス対策に重きを置くようになっている 58)。対策としてはストレスマネジメント、個人ではなく職場に対する介入、治療としてはCBT (cognitive behavioral therapy) が推奨されている。CBTについては対面、コンピュータどちらも有用である。EAP(employee assistance program)は望ましい方法に最も近いかもしれないと言われてきた。しかしこれらの対策と費用対効果比についてのエビデンスは充分ではない 59)。

#### 就労支援プログラム

障害年金を受給している精神障害者の就労をサポートするプログラムとして労働年金省の実施するPathway to Workがある 60)。2003年に発足しUKの60%の地域で実施されるようになった。60%は民間企業とボランティアによって、残り40%は公営のJobcentre Plusによって行われた。就労に焦点を当てたインタビュー、症状と状態のマネジメントプログラム、復職支援資金の支給からなるプログラムである。現在、更に包括的に支援を行う新しい就労支援プログラムWork Programmeに置き換わりつつある 61)。

ただしこれらのプログラムは重度障害者の就労を支援するものであり、年金支給を抑える財政的な要請とリンクした試みであり、職場のメンタルヘルス対策ではない。

#### 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

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。

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。

1950年代から始まった精神医療改革により、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、代わって高額な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。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。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。

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、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。フィンランドでは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。

## 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治療を劣化させることなく改革を進める必要がある。勤労者のメンタルヘルス対策は充実させる必要がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

オーストラリアの精神医療改革の困難から学ぶこと 日本精神科病院協会雑誌. 日本精神科病院協会雑誌 29(6), 594-598, 2010-06.

精神科医療の国際動向：世界における精神科医療改革 専門医のための精神科臨床リュミエール 22. 中山書店 2010

フィンランドにおける精神科医療改革：世界における精神科医療改革 専門医のための精神科臨床リュミエール 22. 中山書店 2010

「精神科病院における気分障害・不安障害により休職されている方への復職支援」に関する実態調査. 日本精神科病院協会雑誌 20(2),106-166 2011.

## 参考文献

- 1) World Health Organization. Mental health atlas : 2005. World Health Organization. Geneva, Switzerland 2005.
- 2) 佐々木 一：平成 19 年度厚生労働科学研究補助金精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究・分担研究報告書精神医療の提供実態に関する国際比較研究
- 3) International Labour Organization 2000 Mental Health in Workplace。Situation analysis Finland. Geneva. International Labour Organization 2000.
- 4) Lehtinen V., Riikonen E. and Lahtinen E.: 1998. Promotion of Mental Health in the European Agenda. STAKES. Ministry of Social Affairs and Health. Finland.
- 5) Ministry of social affairs and health. Mental Health in Finland. Helsinki, Finland 2000.
- 6) Lahtinen Y., Palomaeki T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2002: Esoo, Helsinki, Juvaeskylae, Kotla, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Sumomen Kuntaliito. Helsinki, 2003.
- 7) World Health Organization. Mental Health in Europe. Country reports from the WHO European Network on Mental Health. WHO 2001.
- 8) Tuori T. Mater Plan for Mental Health. STAKES (未発表原稿)
- 9) 高橋祥友:平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究・分担研究報告書諸外国における自殺予防対策の確立過程に関する研究
- 10) STAKES HP <http://www.stakes.fi/EN/index.htm>
- 11) Upanne, M. Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: Goals, Imprementation and evaluation. Helsinki, Finland 1999.
- 12) Lehtinen, V. Integrating mental health services: the Finnish experience. International Journal of Integrated Care, 1 June 2001.
- 13) Commonwealth Department of Health and Aged Care 2000. National Action Plan for Depression, Mental Health and Special Programs Branch, Canberra 2000.
- 14) Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2007. Mental health services in Australia 2004-05. AIHW cat no. HSE 47. Canberra: AIHW (Mental Health Series no. 9).
- 15) Department of Health and Aging, Australian Government. National Mental Health Report 2007: Summary of Twelve Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2005. 2007.
- 16) Carol, T. Turnbull Australasian Health Facility Guidelines for Mental Health Units Private Hospital Sector report December 2008.
- 17) SANE Research Bulletin 5: Money and mental illness. Melbourne July 2009.
- 18) SANE Research Bulletin 9: Money and mental illness. Melbourne July 2009.
- 19) Rosenberg, R National mental health reform: less talk, more action. MENTAL HEALTH JOURNAL OF AUSTRALIA • Volume 190 Number 4 • 16 February 2009.
- 20) Mental health journal of Australia. Volume 190 Number 4 • 16 February 2009.
- 21) Henderson, J. Neo-liberalism, community

- care and Australian mental health policy  
Health Sociology Review 14: 242-254 2005.
- 22) SANE Australia, Dare to Care! SANE  
Mental Health Report 2004
- 23) Hickie, I. Unmet need for recognition of  
common mental disorders in Australian general  
practice. Med J Australia. 175 (2 Suppl):  
S18-S24. 2001.
- 24) Australian Institute of Health and Welfare  
(AIHW) 2005. Mental health services in  
Australia 2002-03. Canberra: AIHW (Mental  
Health Series no. 6)
- 25) Hickie, I. National mental health reform:  
less talk, more action. MJA; 190 (4): 193-195.  
2009.
- 26) Beyond blue HP.  
<http://www.beyondblue.org.au/index.aspx>
- 27) CPA. Clinical guidelines for the treatment  
of depressive disorders. The Canadian Journal  
of Psychiatry 138-208 2001.
- 28) Dunnagan, T. Mental health issues in the  
workplace: a case for a new managerial  
approach. Journal of Occupational and  
Environmental Medicine 43(12):  
1073-1080.2001.
- 29) Kessler, RC. The effects of chronic  
medical conditions on work loss and cutback.  
Journal of Occupational and Environmental  
Medicine 43(3): 218-225. 2001.
- 30) Bilsker, D. Depression & Work Function:  
Bridging the Gap Between Mental Health Care  
& the Workplace. Mental Health Evaluation &  
Community Consultation Unit. Vancouver, BC.  
2005.
- 31) Dr. Blake Woodside (カナダ精神医学会理  
事長) 講演内容 2007-9-1
- 32) 講座 医療経済・政策学 第2巻 医療  
保険・診療報酬制度 池上 直己 頸草書  
房 東京 2005。
- 33) ドイツ連邦政府保健省HP  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_604244/  
DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/p  
flegeversicherung-node,param=.html\\_\\_nnn=tru  
e](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604244/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node,param=.html__nnn=true)
- 34) 福原宏幸編 (2002) :小特集 : ヨーロッ  
パにおけるホームレス問題への挑戦. 経済  
学雑誌, 102 卷 3・4 号, 1-55.
- 35) ドイツ医療保険の保険者機能 船橋光  
俊 海外社会保障研究 50-58 Autumn  
2001 No 136
- 36) Kunze, H. Reform of psychiatric services in  
Germany: hospital staffing directive and  
commissioning of community care. Psychiatric  
Bulletin. 28: 218-221 2004.
- 37) Rössler, W. Psychiatrie Luxembourg  
Planungsstudie 2005 Bestandserhebung und  
Empfehlungen. Universität Zürich;  
Psychiatrische Universitätsklinik. Zürich,  
Switzerland. 2005.
- 38) Rössler, W., Salize, H. J. (1995) Factors  
affecting public attitudes towards mental health  
care. Journal European Archives of Psychiatry  
and Clinical Neuroscience(245) 1.
- 39) RAPPORT ANNUEL 2007; CHNP (Centre  
Hospitalier Neuro-Psychiatrique) 2007.
- 40) Prof. Peuskens, J. Leuven University  
Centre St Jozef Kortenberg. 個人的インタビ  
ュー 9-2009
- 41) National Health Service. A National  
Service Framework for Mental Health.  
London 1999.
- 42) National Institute for Health & Clinical



- Excellence (NICE) . Depression the treatment and management of depression in adults (updated edition). London 2010.
- 43) 大西 守編『新精神科選書⑤多文化精神医学の潮流』:診療新社、1998
- 44) 長谷川 憲一 月刊ノーマライゼーション障害者の福祉 2000年7月号No.2
- 45) Rodgers, A. Mental Health Policy in Britain. 2nd ed. NY 1996.
- 46) 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;337:a1837 2008
- 47) 三野善央 世界の精神保健医療 ヘルス出版, pp42-49, 東京, 2001
- 48) Hazelton M. Mental health reform, citizenship and human rights in four countries Health Sociology Review 14: 230-241 2005
- 49) Carpenter, M. 'It's a small world': mental health policy under welfare capitalism since 1945. Sociology of Health & Illness Vol. 22 No. 5 2000.
- 50) DepressionUK HP.  
<http://www.depressionuk.org>
- 51) Depressionalliance HP.  
<http://www.depressionalliance.org>
- 52) Rethink HP. <http://www.rethink.org>
- 53) Mind HP. <http://www.mind.org.uk>
- 54) Brugha, T. S. The British Journal of Psychiatry 185: 378-384 Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain 2004.
- 55) Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 185: 46-54. 2004.
- 56) BBC News HP.  
[news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/wales/3721711.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/wales/3721711.stm)
- 57) 清水栄司 認知療法の進歩—英国のうつ病の段階的ケアモデル— 心療内科 13(3)228-233. 2010.
- 58) The British Occupational Health Research Foundation (BOHRF). Workplace interventions for people with common mental health problems; evidence review and recommendations. British occupational health research foundation. London 2005.
- 58) International Labour Organization 2000 Mental health in the work place:introduction. Geneva. International Labour Organization 2000.
- 59) 鈴木 満:平成20年度厚生労働省保健福祉推進事業うつ病者に対するリハビリテーションシステム構築のための調査研究・英国地域精神医療におけるうつ病対策と復職支援
- 60) UK 労働年金省 HP.  
<http://www.dwp.gov.uk/policy/welfare-reform/pathways-to-work>

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

研究分担者

中根 秀之 (長崎大学 大学院医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 教授)

研究要旨

【目的】昨年度は、世界保健機関 (World Health Organization: WHO) は、現在登録されている精神保健に関連する WHO Collaborating Centres (WHO CCs) の果たす役割について調査を行った。本年度は、認定 30 周年を迎え WHO CCs としての長崎大学の活動の実績を振り返り、今後の日本の精神保健の在り方を考えることとした。

【方法】長崎大学医学部精神科が、WHO CCs 認定 30 周年を迎え。九州精神神経学会におけるシンポジウムを開催し、我々の活動の実績を振り返り、今後の役割について検討した。

【結果】第 63 回九州精神神経学会 第 56 回九州精神保健学会が、2010 年 10 月 28 日 (木) ~ 29 日 (金) に、アルカス佐世保 (佐世保市) において開催された。その中で長崎大学精神科 WHO 協力センター指定 30 周年記念シンポジウム「アジアにおける新しい精神医療の展開」が企画され、WHO HQ より Shekhar Saxena MSD 部長を招待し、WHO CCs の活動について議論した。

キーワード: WHO、WHO Collaborating Centres、精神保健、国際

A. はじめに

これまで、われわれは、前年度では、① WHO 協力センターの歴史、② WHO 協力センターの役割、③ 精神保健関連協力センターの分布・専門領域・活動データベース作成、④ 今後に向けての課題等についての報告を行った。

その結果、全 WHO CCs は、806 施設であり、これらは Active な施設が 772、Pending となっている施設が 34 であった。WHO CCs の Data ( Web; <http://apps.who.int/whocc/Default.aspx>) を用いて、WHO CCs の Title において "mental" が含まれている施設を Search し

た。その結果、Mental Health 関連センターとして抽出されたのは、35 施設であった。分布は、ヨーロッパ地域 (EURO) の 14 施設が最も多く、アメリカ地域 (AMRO) の 8 施設、西太平洋地域 (WPRO) の 7 施設と続いている。アフリカ地域 (AFRO) と、東南アジア地域 (SEARO) はそれぞれ 1 施設に過ぎない。WHO CCs の Activity については、Research が 10 施設、続いて Collection が 7 施設、Training and education が 5 施設、Information dissemination が 4 施設、Product development が 3 施設、Implementation of WHO programmes and activities が 2 施設、Providing technical advise と、Evaluation がそれぞれ 1 施設であった。今年度は、Mental

Health 関連 WHO CCs データベースの作成を行い、得られたデータをもとにそれぞれの活動の概要について把握した。

## B. 対象と方法

本年度は、長崎大学医学部精神神経科は WHO 協力センター30周年を迎えた。このため、九州精神神経学会におけるシンポジウム開催を企画し、長崎大学 WHO 協力センターとしての活動の振り返り、今後への WHO CCs の活動について議論を深めた。この詳細については、現在30周年記念誌 *Proceeding* を作成中である。

## C. 結果

第63回九州精神神経学会 第56回九州精神保健学会が、2010年10月28日(木)～29日(金)に、アルカス佐世保(佐世保市)において開催された。その中で長崎大学精神科WHO協力センター指定30周年記念シンポジウム「アジアにおける新しい精神医療の展開」が企画された。

座長は、長崎 WHO CCs センター長 小澤寛樹(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授)がつとめ、シンポジストとして分担研究者である筆者並びに、西園昌久(心理社会的精神医学研究所所長)、新福尚隆(西南学院大学人間科学部教授)、Shekhar Saxena (Director, Department of Mental Health and Substance Dependence (MSD)) が参加した。

### 1. 西園昌久「アジアにおける新しい精神医学・医療の展開」

特にアジア地区における活動を中心に報告された。WHO の出版している世界精神保健報告書 2001 をもとに、中国にお

ける精神保健活動についてふれ、中でも以下のような問題点が指摘された。

- 1) 子供の行動上の諸問題、大学生の引きこもり
- 2) 重症精神病、ことに統合失調症の都市部での増加
- 3) アルコール依存症の労働層での増加
- 4) 自殺者の増加
- 5) 薬物乱用の増加

これらは、中国の発展に伴う精神保健上の大きな問題であり、今後の対応が注目されるところであろう。さらに、自身が開催している「日韓両国の若い精神科医のための合同研修会」についても解説された。韓国では、1995年に精神保健法が施行されて以来、非医学的収容施設は廃止され、精神科病院に衣替えされたという大きな変化が認められた。また、韓国では、アメリカ方式の精神科卒後教育が体系化されているという特徴もあり、現在米国精神医学の影響が大きいことが示された。

### 2. 新福尚隆「アジアにおける新しい精神医学・医療の展開」

本研究の分担者研究者でもある新福尚隆氏は、以前自身が勤務していた世界保健機関・西太平洋地域事務局の役割について明らかにした。また、①政府に精神衛生担当部局の存在しない国が多い、②精神衛生法それに準ずる法の整備も無い国もある、③団体としての精神医学会も無い国もある、④途上国では公的医療保険制度は整備されていない、⑤余程でない入院しないし入院期間は短くなる、⑥途上国では精神科病床・精神科医療資源は乏しい、⑦精神科医は人口10万に一人もいない国が多い、⑧精神医療資源は都会に偏在するといったアジアにおける精神医療の問題点を指摘し、アジア地区の WHO CCs の役割の重要性を訴えた。さらに日本を始めとし

てアジア地区の諸外国（韓国、シンガポール、台湾等）の参加した抗精神病薬処方調査研究 Research on East Asia Prescription Pattern (REAP)を紹介した。この研究は、2001年、2004年、2008年と継続的に行われているものであり、国際比較研究として評価を得ている。

### 3. Shekhar Saxena「アジアにおける新しい精神医学・医療の展開」

Saxena 部長は、現在 WHO が中心となって行っている mh(Mental Health) GAP に関する情報の提供を行った。これは、精神疾患、脳神経疾患、薬物依存症に対する治療の拡充と強化により、地域格差をなくそうという試みである。この中では、下記表 1 に示す精神疾患を対象に、特に精神医療のリソースが乏しい発展途上国において身体的ケアのみでなく精神的ケアの普及を目指すものである。この成果については、mhGAP Intervention Guide として WHO より出版されている。

表 1 mhGAP において対象となる精神疾患医学的問題

- ・うつ病
- ・自殺予防
- ・精神病
- ・児童・思春期の精神疾患
- ・てんかん
- ・認知症
- ・アルコール摂取を原因とする疾患
- ・薬物摂取を原因とする疾患

### 4. 中根秀之「世界保健機関(World Health Organization ; WHO) との連携 -WHO 指定協力センターとしての長崎大学精神科」

分担研究者でもある筆者は、上記のタイ

トルで、WHO CCs としての長崎大学の活動について報告した。長崎大学医学部精神科学教室は、1972年からWHOの精神保健研究‘WHO study on the standardization of assessment of depressive disorders in different cultures’に参加しており、1979年8月31日に‘WHO Collaborating Centre for Research in Functional Psychoses’に正式に認定された。

以後、WHOのMental Health DivisionとWHO Regional Office of the Western Pacificと連携し、人的交流に加え、国際的な共同研究に参加した。1989年1月には、‘WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health’として、1999年、2008年に再認定を受けている。

これまで行ってきた研究は以下の6つに集約することができる。

- (1) 気分障害（うつ病）研究
- (2) 一般診療科における心理的問題の診療に関する研究
- (3) 統合失調症（精神分裂病）研究
- (4) ICD・10(F)関連研究
- (5) 「生活の質」研究
- (6) 国際生活機能分類研究

以下に、その概要について示す。

- (1) 気分障害（うつ病）研究
  - ・標準評価研究（SADD研究）；5センター、1972-1979
  - ・抗うつ薬の点滴・経口治療に関する比較研究；11センター、1981-1985
  - ・生物学的指標としてのDSTの有用性に関する研究；13センター、1982-1987
  - ・一般内科外来におけるうつ病患者の研究；2センター、1977-1980
  - ・標準評価研究採用症例の長期追跡研究；4センター、1989-1994