

・アジア 3 国共同研究 ; 3 センター、
1985-1991

・ World Mental Health 2000 (WMH)
2000-2010

これらの研究は、うつ病の概念あるいは治療の標準化に貢献することができたと考えられる。さらに我が国における大規模精神医学的疫学調査に参加することにより、各種精神障害の有病率や受診行動について明らかにすることができた。

(2) 一般診療科における心理的問題の診療に関する研究

(WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care Settings; PPGHC)

・診療状況に関わる研究 ; 15 センター、
1990-1996

・一般診療科における睡眠障害の研究 ; 数
センター、1995-1998

これらの研究では、一般診療科外来の患者の内、精神疾患を有しているながら受診している患者はどのくらいいるか、適切な診療を受けているかを調査により明らかにすることができたと考えられる。

(3) 統合失調症 (精神分裂病) 研究

・重度精神疾患の長期転帰決定因に関する研究 (Collaborative Study of Determinants of Outcome of Severe Mental disorders; DOSMeD)

統合失調症初発例発見研究 (発生率研究) ; 11 センター、1976-1986

悪性腫瘍併発罹病性に関する研究 ; 5 センター、1979-1981

ライフイベント研究 ; 9 センター、
1979-1997

・長期追跡研究 (International Study of Schizophrenia; ISoS) ; 18 センター、
1989-1997

初発統合失調症の発見と追跡を行うことにより、中核研究としての発生率のみならず、関連研究として、悪性腫瘍併発罹病研究、ライフイベントと短期転帰に関する研究、家族の情緒的相互作用と短期転帰に関する研究、社会的機能障害の研究、急性精神病研究、未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis; DUP) と治療転帰に関する成果を得ることができた。その結果では、約 75%が追跡調査され、生存例の約半数は良好な転帰を確認できたが、調査センター間での差異が極めて大きかった。発症から早期 (2 年後まで) の経過パターンが 15 年後転帰の強力な予測因子となりうるが、地域による差違が少なくない、早期に未治であった 16%の症例が後期に入って寛解していた。社会文化的状況が長期転帰を修飾することが示唆された。長期転帰の改善をもたらすためには、薬物療法に加えて、社会的治療を含む早期の介入プログラムが重要であろう。以上のように要約することができる。

(4) ICD-10(F)関連研究

・CDDG 版国内地域共同実施研究 ; 5 施設、1987-1989

・DCR 版国内地域共同実施研究 ; 28 施設、
1990-1991

・PHC 版国内地域実施研究 ; 長崎センター

(5) 「生活の質」研究

・WHOQOL 開発の研究 ; 多施設、
1992-1997

・がん患者における QOL 研究 ; 国内 2 施設、
海外 3 施設、1995-1997

・痴呆患者介護者における QOL 研究 ; 国内
4 施設、海外 3 施設、1996-2000

(6) 国際生活機能分類研究

(International Classification of Functioning, Disability and Health;

ICF)

- ・日本語版開発に関する研究；多施設、1996-2002

文 献

- 1) WHO CCs Web;
<http://apps.who.int/whocc/Default.aspx>

D. 最後に

これまで長崎大学は、WHO CCsとして参加する機会があり、いくつかの国際比較研究に参加することができた。その成果は、現在の精神医学の重要なエヴィデンスの一部となっている。

今後の精神医学の研究あるいは医療の発展のためにも、国際間協力は欠かすことができないと考える。

これらを元に、WHO CCsとして何ができるかを考えた場合に以下のことが結論付けられるのではないだろうか。

- ・科学的医療サービスの提供
- ・WHO 情報・資料の配布
- ・擁護活動・特に低所得・中低所得国への援助
- ・さまざまな精神保健リソースの創出
- ・各種精神保健プログラムの評価

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

論文：なし

学会報告：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 なし

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

WHO/mhAP Intervention Guide の日本語版開発について

主任研究者 中根 允文 長崎大学 名誉教授

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

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

研究協力者 小澤 寛樹 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学教授

木下 裕久 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学講師

井筒 節 国際連合 管理局 審理官

堤 敦朗 独) 国際協力機構 JICA 専門官

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】 WHO/MSD が、中・低所得国における精神保健サービスの拡充を推し進めるために具体的な精神保健介入をパッケージとしてのプログラム「Mental Health Gap Action Programme」を開発した。その実践のため、2010年にはその介入ガイドブックを発表した。極めて簡便な記載になっており、活用場面が少なくないと判断して、日本語版の刊行を計画した。国内での啓発活動への活用を手始めに、海外諸国に対するテキストとしての利用に供したいと考えている。

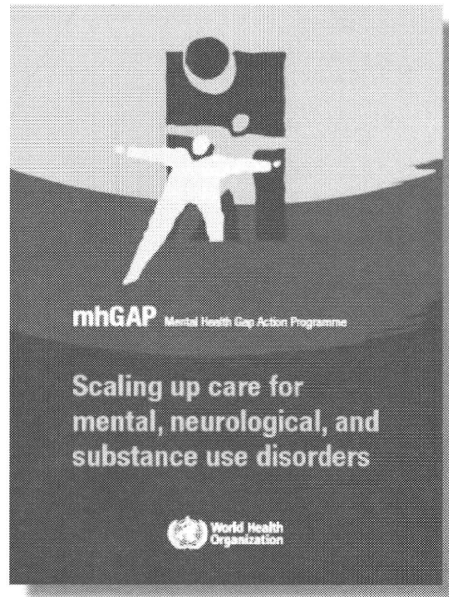
研究目的

世界保健機関・精神保健及び物質乱用部（Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO/MSD）は、中・低所得国における精神保健サービスの拡充を推し進めるために必須となる政府、国際機関、その他関係者の政治的意志を強めるべく、具体的な精神保健介入をパッケージとして呈示して働きかけるプログラム「Mental Health Gap Action Programme」を開始した。このプログラムにおける優先課題は、

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、不法薬物摂取を原因とする疾患などの、精神神経疾患群を対象として設定している。それをさらに実践するため、2010年にはその介入ガイドブックを著した。それは、大凡 100 頁に過ぎない冊子であるが、そうであるからこそ、日本語版を開発して、国内での啓発活動への活用を手始めに、海外諸国に対するテキストとしての利用に供したいと考えた。本

計画に賛同する多くの研究協力者の支援を受けながら、日本語版を作っていく予定である。

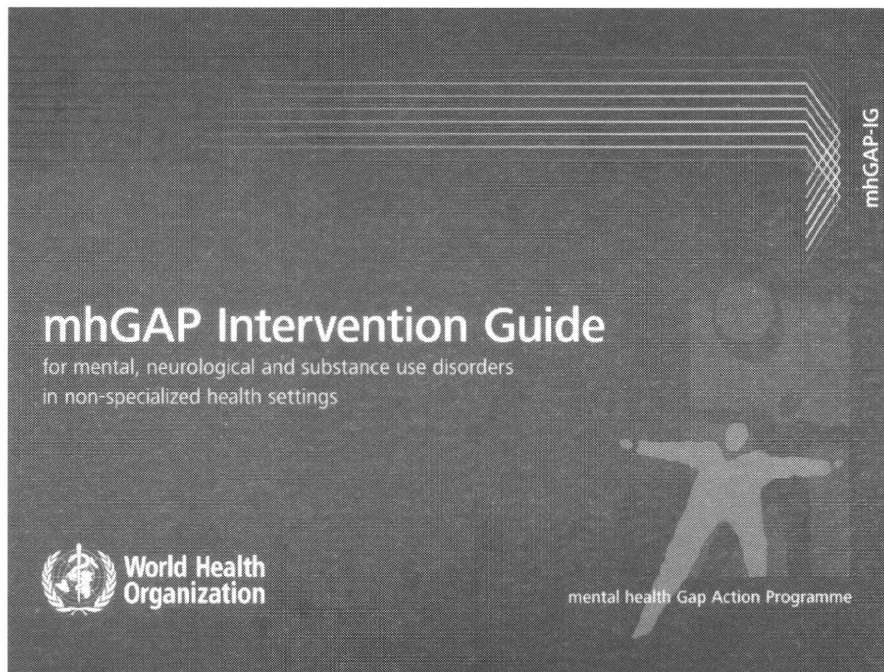
当初提案されたときのポスターが下記のものである。



研究方法とその進行状況

次の図は、mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance

use disorders in non-specialized health settings の表紙である。



この mhGAP Intervention Guide に、記載された介入方策を順次翻訳していく。報告書としてまとめる時点までに、症候群別または診断別にみると、Moderate-severe Depression、Bipolar Disorder、Self-harm / Suicide、Other Significant Emotional or Medically Unexplained Complaints、などの翻訳を終了している。

研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表 なし

知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

世界保健機関のホームページにリンクする、あるいは日本語版として出版するか否かを WHO 出版局と交渉中である。

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」

平成 22 年度 分担研究報告書

東アジア諸国における統合失調症治療

研究分担者 新福尚隆 西南学院大学 人間科学部 教授

研究要旨

【目的】 東アジア諸国・地域における入院統合失調症患者の治療状況を把握する。

【背景】 第二世代の向精神薬の精神医療への導入、地域精神医学の考えは、中国、韓国、台湾等の近隣のアジアの国々の精神医学・精神医療のあり方に大きな影響を与えた。現在、東アジアの国々において、第二世代の抗精神病薬が統合失調症の治療の主役を担うようになってきている。日本には欧米の精神医療の動向はよく紹介されているが¹⁾ ²⁾近隣のアジア諸国の精神医療情報はあまり知られていない印象をうける。

【方法】 我々が東アジアの国々で行った「統合失調症の入院患者の処方行動に関する国際共同研究」を基に、東アジアにおける近年の統合失調症の薬物治療の現状と、第二世代の抗精神病薬の導入がそれらの国々の精神科治療に与えた変化を分析した。

【結果】 遺伝的に均質な人々が住む、東アジアの国々で、入院統合失調症患者の症状は各国で驚くほど良く似ていること、それに反して処方のあり方が国・地域ごとに大きく異なった。調査の結果、過去 10 年間に抗精神病薬の使用状況が大きく変化した。

過去 10 年間で、東アジアの国々で、統合失調症の処方の主体が、第 1 世代の抗精神病薬から第 2 世代の抗精神病薬に変化した。それに伴い、新たな形の多剤併用が出現し、併用薬の使用に変化が見られ、副作用のあり方にも変化がおきている。また、日本の精神科医療は、世界的に見て極めて例外的であるが、入院患者の抗精神病薬の処方のあり方も、他のアジア近隣諸国と比較して例外的で独自である。

【考察】 東アジアの国・地域で処方の違いをもたらした要因として 1) 国の薬事政策、新薬認可のあり方、2) 抗精神病薬の価格、3) 精神科医療のあり方、4) 副作用等複数の要因が考えられた。処方行動、処方内容を決定するのは薬の効果、いわゆるエビデンスのみではない。日本を含めた東アジアの国・地域で統合失調症の治療の将来は、第二世代の向精神薬を主体とした地域精神科医療であると思われる。新規向精神薬の利点、副作用を認識し、広い視野にたって今後の精神医療のあり方を検討する必要がある。

A. はじめに

第二世代の向精神薬の精神医療への導入、地域精神医学の考えは、中国、韓国、台湾等の近隣のアジアの国々の精神医学・精神医療のあり方に大きな影響を与えた。現在、東アジアの国々において、第二世代の抗精神病薬が統合失調症の治療の主役を担うようになってきている。ここでは、私たちが東アジアの国々で行った「統合失調症の入院患者の処方行動に関する国際共同研究」を基に、東アジアにおける近年の統合失調症の薬物治療の現状と、第二世代の抗精神病薬の導入がそれらの国々の精神科治療に与えた変化を紹介したい。日本には欧米の精神医療の動向はよく紹介されているが¹⁾ ²⁾近隣のアジア諸国の精神医療情報はあまり知られていない印象をうける。

東アジアの国々

表1は、東アジア諸国の社会資源、精神科医療資源を示したものである。表はWHOのATLAS、及び台湾政府の資料を参考に作成した³⁾。表を見て解かるように、東アジアの国々の精神科病床、人口当たりの精神科医の数は、日本に比べて極めて少ない。

たとえば、2007年度の統計によると、中国の精神科医師数は19,000名で毎年急速な増加を示している。衛生部に属す

る精神科病院は598であり、病床数は15万床を越えている⁴⁾。しかし、中国の人口は日本の10倍であり、日本と比較すると人口一人当たりの精神科病床数は20分の一以下である。また精神医療サービスのあり方に関しても中国は北京や上海などの都会、沿岸部地域と内陸部とは事情が大きく異なる。北京市、上海市では精神科医療法を制定し、独自の地域精神科医療体制を整えている。しかし国レベルの精神衛生法規は、様々な事情で成立するにいたっていない。中国の精神医療の特徴として精神科医療を管轄する部局が急性期の患者を扱う衛生部、触法患者を扱う公安部、慢性患者及び貧困患者を扱う民政部と分かれている。統合失調症の治療に関しては日本と同じく薬物療法が主体である。また、農村部では、精神科病床数が少ないため、「ホームベッド」という形で、患者を入院させることなく精神科医や看護師が患者の自宅を訪問して治療を行っている。

韓国では、1980年代以降、政府が精神病院の建設に財政的な援助を与えたこともあり、急速に精神科病床が増加している⁵⁾。1984年には、14,456床であった精神科病床が、2006年には79,131床までに増加している。韓国では1995年に精神保健法が制定されている。韓国は、精神保健法の制定に際して、米国の法的モデルより、日本の医療モデルを採用した。その結果、家族の同意による入院を認めるなど日本の精神

保健法に極めて近いものになっている。1995年の精神保健法の制定を機に、ソウルに国内初の地域精神保健センターが設立され、地域中心の精神医療が広まっていった。現在 韓国は、日本、米国の精神医療政策のよい点を取捨して、独自の地域精神医療を展開させているといえる。

韓国は 32 の医科大学が精神医学教室を有し、2006年の全国の精神科専門医数は2,347人、専攻医が500人以上であった。

台湾の精神医学は、政治の結び付を反映して米国と強い繋がりを持っている⁶⁾。台湾の医学部を卒業した医師の多くが、1960年代、70年代、米国に渡り1988年の戒厳令の解除、政権の交代により帰国した精神科医も多い。彼らが地域精神医療政策を進めるのに大きな役割を果たしている。1990年には、日本の精神衛生法も参考に台湾でも精神保健法が成立した。1995年には 国民皆保険制度(全民健康保健)が成立している。台湾には2008年度、急性期の病床6,595、慢性期病床 13,661がある。これは人口一人当たり、急性期病床2.9床、慢性期病床 5.9床 合計 8.8床である。現在、医学部は3つの国立大学を含め、11の医学部がある。医学教育は米国の 卒後研修制度を取り入れている。現在精神科医は1,000名を越え、米国での留学経験を持つ医師が多い。

B. 東アジアにおける向精神薬処方に関する国際共同研究 (REAP)

途上国においても、統合失調症の治療は薬物療法が主である⁷⁾。私たちは、中国、韓国、日本、香港、台湾、シンガポールの国々で、統合失調症患者にどのような薬物が処方されているのか調査を行った^{8) 9)}。この国際共同研究は 1999年に始まり、2001年、2004年、2008年に、東アジアの国々における入院統合失調症患者の処方を調査したものである¹⁰⁾。

すべての調査に、中国、韓国、日本、台湾、香港、シンガポールの国々が参加し、ICD-10、DSM-IVの基準を満たした統合失調症入院患者の処方に関して、統一した調査票に基づくデータが集められた。調査の方法は、Window〔窓口〕、Handy Sampling と呼ばれるもので、専門家の少ない途上国でのデータの収集に使われる。従って厳密な疫学調査ではない。しかしながら、こうした方法で隣の国で統合失調症に対し、どのような治療が行われているかその概要を知ることは可能であると思われる。私たちの、調査は、窓口から、お隣の事情を眺めてみた感じのデータの収集である。窓を閉めたままでは、何も見えない。また、窓から外を眺めることで、自分の部屋の様子を隣と比較してより客観的に評価することが出来る。

2001年(2,399例)、2004年(2,136例)の統合失調症の入院患者の処方が集められ分析された。2008年は、中国(409例)、香港(100例)、日本(514例)、韓国(284例)、シンガポール(100例)、台湾(499例)、合計1,906例のデータが集まった。インド、マレーシア、タイからも計320例のデータが集まったが、それらの国々のデータはここには含まれていない。アセアン諸国及び南アジアの国々の統合失調症治療の薬物治療の現状に関しては日本では殆ど知られていないのが現状である。統合失調症の診断には、韓国、台湾はDSM、中国はICD及びICDの中国版ともいえるCCCMD-IIIを使用している。日本ではICDとDSMがともに使用されていた^{11) 12) 13)}。本調査において、各国の主治医が、国際的に共通な操作的診断基準であるICD-X,DSM-IV,CCCMD-IIIにより統合失調症と診断した症例を入力した。基準とした。

また、抗精神病薬の等価換算に関しては、稲垣等の作成した換算表¹⁴⁾を基に、各国の専門家の作成した換算表を加味して独自の換算表を作成した。台湾、中国、韓国では、稲垣等の作成した等価換算表には記載されていない多くの抗精神病薬が処方されていた。

本調査は REAP : Research on East Asia Prescription Pattern on

Psychotropics (東アジアにおける向精神薬処方調査)として知られ、国内外の専門誌、国際学会等で発表されている。^{11) 16) 17)}

REAP 調査には、日本からも多くの施設、精神科医のご協力をいただいた。ご協力いただいた諸先生方に心からの感謝を述べたい。

統合失調症入院患者の症状

私たちの調査で、最近 一月間に見られた顕著な症状〔複数選択可能〕を調べた。妄想、幻覚、解体した会話、緊張病性の行動、陰性症状、社会的または職業的機能の低下、言語及び行動による攻撃性の8つの項目に分けて主治医に記入してもらった。3回の調査に参加したすべての症例6,441例に関して、最も多く記載されたのは、社会的または職業的機能の低下(22,15%)、妄想(19,65%)、陰性症状(17,63%)、幻覚(16,15%)、言語の解体(8,98%)、緊張病性の行動異常(5.9%)、言語による攻撃性(5.65%)、行動による攻撃性(3,86%)である。極めて興味深い所見は6つの国、地域の入院統合失調症患者について、8つの病的症状の出現率の割合が殆ど同じであった。また、2001年、2004年、2008年の3回の調査でも、8つの症状の出現率の割合に大きな変化は見られなかった。当たり前のことであるが、6つの国・地域で 統

合失調症と診断されている入院患者は、国を越えて、大変、近似的な症状を持っていた。ちなみに日本では3回の調査の合計1,724症例に関して、多く記載された症状は、社会的または職業的機能の低下(21,11%)、陰性症状(20,73%)、妄想(20,21%)、幻覚(16,25%)の順序であった。日本の症例で、全体に比べて、陰性症状の記載が多いのは、長期の入院患者が多いこと、さらには日本の精神科医師が、感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如などの陰性症状に対して注意を払っていることなどが原因として考えられる。

C. 結果

1. 第一世代と第二世代の抗精神病薬

2008年の調査で、東アジアの調査参加国において多く使用された第一世代の向精神薬は、ハロペリドール、クロールプロマジン、レボメプロマジン、スルピリッド、トリフロペラジンの順序であった。2001年、2004年、2008年度におけるこれ等の薬剤の使用された頻度を見ると、第一世代の抗精神病薬の使用がすべての薬剤において急激に減少していることが解かる。(表2)

2008年度の調査で、東アジアの調査参加国で使用されていた第二世代の抗精神病薬は10種類であった。最も多く処方されていたのはリスペリドンであり、次い

でオランザピン、クロザピンである。クエチアピンも10%以上の統合失調症患者に処方されていた。2001年、2004年、2008年の第二世代の抗精神病薬の使用をしてみると、第二世代の抗精神病薬のすべての薬剤においてそれらの使用が急激に増加していることがわかる。また、2001年以降、新規の第二世代の抗精神病薬が次々と市場に参加し、第二世代の抗精神病薬の種類も増加している。(表3)

表2. 表3の母数は2001年(2,399)、2004年(2,136)、2008年(1,906)で、3回の調査の対象となった処方数の合計は6,441である。

2. 単剤処方と多剤併用

2001年度、2004年度、2008年度の抗精神病薬の処方の推移の、最大の変化は第一世代の抗精神病薬の使用の減少と第二世代の向精神薬の増加である。この過程での単剤の処方の変化をしてみると、第一世代の抗精神病薬の単剤処方は2001年の25.1%から2008年の11.0%に減少している。また、第二世代の抗精神病薬の単剤処方は25.3%から41.6%と増加している。これ等の変化は統計学的に有意である。

デポ剤のみの処方は2001年、1.6%、2008年、1.9%と殆ど変化して

いない。これ等の結果から、東アジアの国々での統合失調症の治療で、第二世代の抗精神病薬の単剤処方が、現在、最も多い処方であると推測できる。(表4)

2001年度、2004年度、2008年度の処方の変化をみて気づくのは、新しい形の多剤併用の増加である。第一世代の抗精神病薬同士の組み合わせによる多剤併用は2001年、15, 1%から2008年、4, 5%と大きく減少している。しかし一方で第一世代と第二世代の抗精神病薬の併用は2001年、15, 1%から2008年、20, 0%と増加し、第二世代同士の抗精神病薬の併用も2001年、1, 9%から2008年、10, 2%と大幅に増加している。デポ剤と抗精神病薬の併用に関しても、第一世代の抗精神病薬との併用は減少し、第二世代の抗精神病薬との併用は増加している。

3. ECTの使用

東アジアの国における、統合失調症の治療は、向精神薬が主であるが、電気ショック療法(ECT)もごく少数の症例に行われていた。調査日より過去一ヶ月の間にECTを受けた症例は、2001年度の調査で45例(1, 78%)、2004年度で70例(3, 27%)、2008年度で80例(4, 19%)と予想に反して増加していた。ECTの合計施行例数は、193例で、中国15

4例、台湾16例、日本14例、シンガポール5例、韓国3例、香港1例で、調査に参加したすべての国・地域でECTは使用されていた。

全体の施行例数の約8割を中国が占める。一般的に途上国の精神医療においてECTは、安価で速効性があることから無麻酔で行われている。中国においてどのような形でECTが施行されているのか更なる調査が必要である。

4. 中国、韓国、台湾における入院統合失調症患者に対する処方の特徴

ここで2008年の我々の調査で明らかになった入院統合失調症患者に対する、東アジアの近隣諸国の処方の特徴を俯瞰したい。

中国

我々の2008年度の統合失調症患者の処方調査では、中国で処方(総数409処方)されていた向精神薬は、多い順番にリスペリドン(111)、クロザピン(109)、オランザピン(88)、クエチアピン(83)、クロールプロマジン(38)、ハロペリドール(27)、アリピプラゾール(26)、パーフェナジン(24)であり、それ以外の抗精神病薬の処方(20症例以下)であった。スルピライドは9症例に処方されていた。中国での調査は、北京大学精神衛生研究所、上海交通大学精神衛生研究所、湖南医学院

精神衛生研究所等、大都市の大学所属の精神医療施設からのものが殆どである。従って、中国の全土の処方平均値とはいえない。然しながらこの調査で明らかにされた抗精神病薬の使用頻度は、中国においてクロザピンに加えて様々な第二世代の抗精神病薬の使用が多くなっていることを示している。第一世代の代表的な抗精神病薬であるクロールプロマジン、ハロペリドールの処方量は2001年の調査に比べ、処方される頻度が大きく減少している。中国に特徴的なことはクロザピンが長らく第一選択の薬剤であったことである。クロザピンは、1960年代に製造されたが副作用の顆粒球減少症のため欧米では、使用が中止された。然しながら中国では、クロザピンのパテントを譲り受け国内で安価に製造するようになった。それ以降中国では第二世代の抗精神病薬であるクロザピンが、単独であるいはクロールプロマジンなどの他の抗精神病薬と併用して使用されるようになってきている。リスペリドン、オランザピンなどの第二世代の向精神薬の使用も増加している。然しながらそれらの価格はクロザピンの価格より一桁以上高価である。中国で医療保険に加入しているのは全人口の2割程度で、それは公務員や大企業の社員などである。従って、自分のポケットから薬代を払う必要のある多くの患者に対しては、クロザピンの処方が多くなる⁴⁾。

韓国

我々の2008年度の調査で、韓国で処方（総数284症例）されていた抗精神病薬は、処方の回数の多い順に、リスペリドン（99）、ハロペリドール（88）、クロザピン（36）、オランザピン（34）、クロールプロマジン（34）、ゾテピン（28）、スルピライド（28）、アリピプラゾール（20）で、それ以外の抗精神病薬の処方量は20例以下であった。アミスルプライドは18例に処方されていた。韓国での調査機関は、国立ソウル大学医学部神経精神科及び関連の精神科診療施設である。地方の精神科医療施設の処方をふくんでいない。

韓国では、精神医学は米国の影響が強く、精神科診断はDSMの使用が優位であり、ICDの使用は少ない¹⁾。また、向精神薬も日本と異なり、米国で使用可能なほとんどの向精神薬が使用可能である。最近の調査で、統合失調症の入院患者への、クロールプロマジン換算の処方量が急速に増加していることが明らかになった。2008年の調査の値は、大量処方でも悪名高い日本の処方量を超えていた。これは、韓国の急速な私立精神科病床の増加が背景にあると思われる。

台湾

我々の2008年度の統合失調症入院患者の処方調査の結果、台湾で処方されていた（総数499症例）抗精神病薬で、多く処方され

ていたものは順番に、クロザピン（134）、リスペリドン（114）、ハロペリドール（81）、スルピライド（52）、オランザピン（36）、ゾテピン（31）、アミスルプライド（27）、クロールプロマジン（22）、トリフロペラジン（20）でそれ以外の抗精神病薬の処方は20例以下であった。クエチアピンは17例、アリピプラゾールは14例に処方されていた。薬剤の使用で、中国と台湾でクロザピンが多く処方されてのは興味深い。台湾も韓国と精神医学の世界で米国との繋がりが極めて深い特徴がある。統合失調症の診断は、DSMが使われる。ICDは殆ど使用されていない¹³⁾。

2009年11月に、台北市で第二回アジア精神医学世界大会を開催され、国内外から750名を超える参加者があった。ここで、2008年度のREAPの調査結果が、始めて発表された。ここで使用しているデータの多くは、ここでのポスター発表からのものである。

5. 日本

2008年度の日本の調査には、札幌、仙台、東京、神戸、岡山、米子、北九州、佐賀の精神科医療施設を中心に、全国23施設、68名の精神科医の方々にご協力頂き514症例の処方を集め分析した。施設により、入院統合失調症症例の在院期間等様々な条件が異なり、処方の仕方も特徴が

ある。しかし、これだけの数の症例の処方を多くの施設から集めることで、日本における処方の概要を推定することは可能であると考えている。

REAPの2001年度の調査で判明したのは、日本での抗精神病薬使用の特殊性である⁸⁾。研究参加各国と比較すると、クロールプロマジン換算で最大量の薬物を使用し、多剤併用が顕著であった。また、使用可能な抗精神病薬の種類が限定されていた。2004年の調査では、大量処方、多剤併用の傾向は少しずつ減少した⁷⁾。この10年間で第2世代の抗精神病薬の使用が増加し、2008年の調査では6割以上の患者に第2世代の抗精神病薬が処方されている。しかし、第1世代と第2世代の抗精神病薬の併用、第2世代同士の抗精神病薬の併用も見られた。日本における抗精神病薬の大量使用も徐々に減少しているが、それでも他の参加国と比べて多い。

我々の、2008年度の統合失調症入院患者の処方調査の結果、日本で処方されていた〔総数514症例〕抗精神病薬のうち、多く処方されていたのは、順番に、リスペリドン（224）、レボメプロマジン（139）、ハロペリドール（125）、オランザピン（121）、クチアピン（83）、クロールプロマジン（73）、ゾテピン（49）、アリピプラゾール（41）、ペロスピロン（34）、ブロナンセリン（24）であった。フ

ルヘナジンのデポ剤の使用が22例あり、それ以外の処方は20例以下であった。レボプロマジン¹⁸⁾およびプロナンセリンの処方調査を行った6カ国・地域のうち日本のみに見られた。クロザピンの処方が見られないのも日本のみであった。日本の精神科医療は、世界最大の精神科入院病床を持ち、5年、10年以上の長期にわたる入院患者が多いなど世界的に見ると極めて例外的である。これと同様に、統合失調症入院患者の薬物治療も極めて例外的で独自であると言えよう。

6. 第二世代の抗精神病薬をもたらした変化

我々が調査を行った2001年から2008年の間に、統合失調症の治療に関して、東アジアの国々で極めて大きな変革がなされたことが理解できる。これ等の、薬剤使用の変革は、臨床の現場に大きな影響を及ぼした。副作用の軽減で、地域精神医療、外来での治療、社会復帰へ向けての援助が容易になったこと等はいまでも無い¹⁹⁾²⁰⁾。

ここでは、REAPの調査から、薬剤の使用に関して、明らかにされた4つの変化について述べたい。ひとつは、クロールプロマジンに換算¹⁴⁾した患者一人当たりへの薬剤投与量の減少である。二つ目は、新たな形の多剤併用の出現である。三つ目が、

抗パーキンソン剤を主とする併用薬の使用の減少でありは、最後に、代謝障害等の新たな種類の副作用の増加である。

7. 薬剤投与量の減少

2001年度の調査で、日本の大量処方が際立っていたが、2004年の調査では有意に減少し⁷⁾、2008年の調査でもその減少傾向は続いている。この減少傾向が調査参加施設に特有のものであるか、日本全体の傾向を示しているのか断言は出来ないが、日本の精神科医の間で、大量処方の弊害に対する関心が増えてきたことは否定できないであろう。また、等価換算値の低い傾向にある第二世代の抗精神病薬使用の増加が、大量処方の減少の重要な要因であることは推定される。2008年度の調査では、韓国での一人当たりC/PZ換算量が日本より多く調査参加国中最大であった。これは、日本及び韓国の参加施設のデータのバイアスである可能性は否定できないが、韓国で私立精神科病院の増加に伴い日本でかつて起きた鎮静を目的とした抗精神病薬の投与が増加していることをうかがわせる。

8. 新しい形の多剤併用の出現

二つ目は、すでに言及したが東アジア全体で、新しい形の多剤併用の増加が見られることである。2008年は、第1世代と第2世代の抗精神病薬の併用が20%、さらには

第2世代の抗精神病薬の併用が約10%に見られた。

9. 併用薬の使用

三番目は、併用薬の使用に変化が見られたことである。併用薬の使用に関して、抗パーキンソン剤の使用は、2001年（66.4%）から2008年（55.0%）に有意に減少していた。然しながら、気分安定剤、催眠剤、抗不安薬、抗うつ病薬の使用は、ともに2001年に比べて2008年は増加していた。2008年度に調査を行った総数1,906症例に関して併用薬の使用は、気分安定剤34.9%、睡眠剤32.7%、抗不安剤28.0%、抗うつ病薬9.1%であった。この中で、2001年に比べて2008年の気分安定剤、睡眠剤、抗うつ病薬の使用の増加は統計的に有意であった。

10. 副作用

第四の変化は、副作用の変化である。2001年度に較べて運動障害は減少しているが、内分泌系の副作用、過去3ヶ月に認められた代謝障害、心臓血管系の副作用は増加していた。我々の調査の副作用のチェックは極めて簡単なものであり、患者の自発的な訴えあるいは医師による診察、観察の結果、副作用の項目に関して有無をチェックするものである。副作用の大項目と

して1)運動障害、2)、自律神経の副作用、3)内分泌系の副作用、4)代謝障害〔過去3ヶ月間に認められたもの〕、5)心臓血管系の副作用〔過去3ヶ月に認められたもの〕、6)その他（過度の鎮静等）の6つである。大項目は、具体的な小項目に分かれている。たとえば運動障害はさらに、筋固縮、無動、振戦、アカシジア、ジストニア、遅発性ジストニア、その他の小項目に分かれてそれらの有無を主治医がチェックした。第二世代の抗精神病薬使用の症例において、何らかの副作用があるとされたのは2001年が65.8%で、2008年が70.7%であった。上に述べた6つの大項目の副作用に関して2001年と2008年それぞれの副作用を有するとチェックされた患者の割合は以下の様に変化をしていた。運動障害（28.2%→25.2%）、自律神経の副作用（53.5%→57.9%）、内分泌の副作用（1.9%→3.9%）、代謝障害（1.9%→16.3%）、心臓血管系の副作用（0.9%→1.4%）、過鎮静（3.2→3.9%）であった。副作用の有無に関しては、現実の副作用の有無のみでなく、主治医が副作用に敏感かどうかが大きく影響する。然しながら、東アジアの国々で第二世代の抗精神病薬の使用の増加に伴い、今後、副作用としての運動障害が減少し、代謝障害、心臓血管系の副作用が増加することが推測される。

D. おわりに

我々の東アジアでの国際共同件が、明らかにしたことは、遺伝的に均質な人々が住む、東アジアの国々で、入院統合失調症患者の症状は各国で驚くほど良く似ていること、それに反して処方があり方が国・地域ごとに大きく異なることであった。調査の結果、過去 10 年間に抗精神病薬の使用状況が大きく変化したことを紹介した。過去 10 年間で、東アジアの国々で、統合失調症の処方の主体が、第 1 世代の抗精神病薬から第 2 世代の抗精神病薬に変化した。それに伴い、新たな形の多剤併用が出現し、併用薬の使用に変化が見られ、副作用のあり方にも変化がおきている。また、日本の精神科医療は、世界的に見て極めて例外的

であるが、入院患者の抗精神病薬の処方のあり方も、他のアジア近隣諸国と比較して例外的で独自である。東アジアの国・地域で処方の違いをもたらした要因として 1) 国の薬事政策、新薬認可のあり方、2) 抗精神病薬の価格、3) 精神科医療のあり方、4) 副作用等 複数の要因が考えられる。処方行動、処方内容を決定するのは薬の効果、いわゆるエビデンスのみではない。日本を含めた東アジアの国・地域で統合失調症の治療の将来は、第二世代の向精神薬を主体とした地域精神科医療であると思われる。新規向精神薬の利点、副作用を認識し、広い視野にたって今後の精神医療のあり方を検討する必要がある。

参考文献

- 1) 諸川由実代:非定型抗精神病薬治療の世界の動向.臨床精神薬理,4: 1615-1624, 2001.
- 2) 稲垣中:抗精神病薬の多剤併用-わが国と諸外国との比較-.精神科治療学,18:771-777, 2003.
- 3) 鈴木友理子、深沢舞子:資料 Mental Health Atlas 等の精神保健データの国際比較:世界の精神保健医療、新福尚隆・浅井邦彦編集、ヘルス出版、東京、2009 年、pp 235-242.
- 4) 湖海正尋:中国:世界の精神保健医療、新福尚隆・浅井邦彦編集、ヘルス出版、東京、2009 年、pp 131-137.
- 5) 藤本美智子:韓国:世界の精神保健医療、新福尚隆・浅井邦彦編集、ヘルス出版、東京、2009 年、pp 138-146.
- 6) 青木崇:台湾:世界の精神保健医療、新福尚隆・浅井邦彦編集、ヘルス出版、東京、2009 年、pp 147-156.
- 7) 中野和歌子・Yang Shu-yu,・藤井千太 et al:

- 日本における統合失調症入院患者への薬物療法の特徴—東アジアにおける向精神薬の国際共同処方調査 REAP-AP 2 (Research on East Asia Psychotropic Prescription Pattern- Anti-psychotics -2)の結果から、臨床精神医学 13(1): 103-113,2010.
- 8) 井千太・前田潔・新福尚隆：抗精神病薬の処方についての国際比較研究—東アジアにおける向精神薬の国際共同処方調査 REAP(Research on East Asia Psychotropic Prescription Pattern)の結果から、臨床精神医学, 32 : 629-646, 2003.
- 9) Chong, M. Y., Tan, C. H., Fujii, S *et al.*: Antipsychotic drug prescription for schizophrenia in East Asia: rationale for change. *Psychiatry Clin Neurosci* 58: 61-67, 2004.
- 10) Shinfuku N., Tan CH.: Pharmacotherapy for schizophrenic inpatients in East Asia- Changes and challenges. *International Review of Psychiatry*, 20(5):460-468,2008.
- 11) 高橋知久・長嶺正典・新福尚隆：中国、日本、韓国、台湾における精神科疾患分類（ICD および DSM）に関するアンケート調査、精神医学 51(2): 129-135, 2009.
- 12) Zou Y Z,Cui J-F,Han B *et al.*: Chinese psychiatrists views on Global features of CCMD-,III,ICD-10 and DSM-IV. *Asian Journal of Psychiatry.*, ??: 56-59.2008.
- 13) Suzuki Y, Takahashi T, Nagamine M *et al.*: Comparison of psychiatrists' views on classification of mental disorders in four East Asian countries/area, *Asian Journal of Psychiatry* 3: 20-25, 2010.
- 14) 稲田俊也・藤井康男他：向精神薬の等価換算、星和書店、東京、1999、pp 11-60.
- 15) Sim, K., Su, A., Fujii *et al.*: Antipsychotic polypharmacy in patients with schizophrenia: a multicentre comparative study in East Asia. *Br J Clin Pharmacol* 58: 178-183, 2004.
- 16) Sim, K., Su, H. C., Fujii, S *et al.*: High-dose antipsychotic use in schizophrenia: a comparison between the 2001 and 2004 Research on East Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies. *Br J Clin Pharmacol* 67, 110-117. 2009.
- 17) Tan CH,Shinfuku N,Sim K.: Psychotropic prescription practices in East Asia:looking back and peering ahead. *Curr Opin Psychiatry.*, 21(6):645-50,2008.
- 18) 藤井千太・新福尚隆: Levomepromazine の精神科薬物療法における位置づけと容量設定の変遷、臨床精神薬理 8: 1227-138,2005.
- 19) 富田真幸・渡邊衡一郎：新規非定型抗精神病薬がわが国の統合失調症治療に与えた影響—処方実態調査の結果を中心に、臨床精神薬理 6:1541-1548, 2003.

20) 大下隆司：第二世代抗精神病薬で精神科
病院における慢性期の治療は変わったの
かー民間精神科病院の勤務医が見た 10
年ー、臨床精神薬理 10: 37-42, 2007.

2. 学会発表
いずれもなし。

F. 研究発表

1. 論文発表

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
いずれもなし

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

台北市における精神科リハビリテーション施設について

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
〃	陳 心怡	産業医科大学医学部精神医学教室	大学院生
〃	植本雅治	神戸市看護大学	教授

研究要旨

台湾における精神科リハビリテーション施設・サービスの状況を調べるため、台北市の現状について資料収集を行い、加えて台北市およびその近郊の社區復健中心（職能工作坊を含む地域リハビリセンター）、康復之家などを訪問し調査した。

A. 研究目的

本補助金の主たる研究目的のひとつに、海外諸国の精神保健医療福祉の状況を明らかにすることが挙げられる。本研究では、台湾における精神科リハビリテーション施設・サービスの状況を調べることが目的である。今回は特に台北市に絞って状況把握を試みた。

B. 研究方法

インターネット、既存の文献資料を用いて、台湾において精神障害者が利用できるリハビリテーション施設・サービスについて、情報を収集した。さらに現地における状況を把握するため、台北市およびその近郊の社區復健中心（職能工作坊を含む地域リハビリテーションセンター）、康復之家などを訪問した。

C. 研究結果

1) 精神科リハビリテーション施設
主なものは次の通りである。

<社區復健中心>

地域リハビリテーションセンターのことで、活動の主な目的は、病状が安定し入院の必要がない慢性患者に対して、社会回復や職場復帰を目指して、仕事や職場環境や人間関係のトレーニングを提供することである。具体的な対象は、精神疾患の診断書を持っている者、病状が安定しており自分の病気を認識し、内服でき定期的に外来通院できる者、基本的な生活ができる者、入院が必要なく、積極的にリハビリ治療を受ける者、自分で社區復健中心へ通うことができる者とされて

いる。サービス内容は、職業能力評価、作業療法、仕事スキルトレーニング、面接トレーニング、余暇活動のアレンジ、人間関係のスキルアップトレーニング、自己肯定トレーニング、個別心理カウンセリング、雇用サービス計画およびフォローアップである。台北市内には職能工作坊（Community Rehabilitation Workshop）を含めて、台北市立聯合醫院松德院區の文山職能工作坊、心湖職能工作坊、草山職能工作坊、福中職能工作坊、國軍北投醫院社區復健中心、私立恩心社區復健中心、私立均仁坊社區復健中心、台北市康復之友協會附設孫媽媽工作坊の計 8 か所存在する。

<康復之家>

施設の目的は、病状が安定し入院の必要がない慢性患者に対して、住宅環境を提供することで、再発予防と社会や家庭に適応を目指す精神障害者に日常生活や職業のトレーニングサービスを提供することである。

わが国の福祉ホームに近い宿泊施設である。具体的な対象者は、病状が安定しており自殺や攻撃的な行動がない者、重篤な身体疾患（体に不自由）や届出感染症がない者、規則正しい薬物療法や外来通院が可能である者、共同生活の規則を守られる者、仕事やリハビリを希望する者、過去 3 年間に薬物乱用の記録がない者とされている。サービス内容は、個人衛生、料理、内服管理、金銭管理、交通規則の順守、健康管理、余暇生活、人間関係、ストレスコントロール、職業訓練など、独居生活もしくは家族と同居するために必要な生活のトレーニングである。台北市内には、松山醫院附設松山康復之家、私立永青康復之家、私立双連康復之家など 39 か所存在する。ほとんどが私立であ

る。

<庇護性職場（庇護工場）>

病状が安定している慢性患者で、仕事する意欲はあるものの、能力不足のために仕事に就くことができない精神障害者が対象で、競争力が少なめで保護雇用サービス及び長期雇用のサポートを提供する。職業評価結果に基づいて、店やレストラン、農場、労働サービスなどの職業紹介を提供する。具体的なサービス内容は、仕事に関する作業訓練、心理カウンセリング、作業能力と進路の相談、定期的な外来や服薬の管理、労働勤務の実習、地域の一般職場への紹介である。わが国における授産施設に近いと思われる。

2) 精神科リハビリテーション施設におけるコメディカル・スタッフの状況
例えば、台北市康復之友協會（Taipei Mental Rehabilitation Association）の慈芳關懷中心（Easy Clubhouse）では 12 人のスタッフのうち、ソーシャル・ワーカー（社工師）8 名、臨床心理士 2 名、特殊教育を受けた者 2 名で、ソーシャル・ワーカーの人数が圧倒的に多かった。作業療法としての活動を積極的に取り入れている施設では作業療法士（職能治療師）が従事している。それに比して、看護師（護理師）はリハビリテーション施設内にはあまり見受けられなかった。だが、Taipei City Psychiatric Center (TCPC)で行っている社區居家照護（Community Outreach Program）に同行し、精神障害者の自宅を訪問した際、精神科医と看護師が綿密に連携し職務にあたっており、看護師がデポ剤による投与を行っている場面に出くわした。訪問場面における治療・ケアとしては一般的であるとのこと