

平成 23 年度 厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

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）

強制入院に至らないためのサービス・政策の工夫

研究分担者 西田 淳志（東京都医学総合研究所 主任研究員）

（PPT から）

1. 医療保護入院の今後のあり方をめぐって

～現状の課題と問題点～

- 欧州委員会（健康及び消費者保護総合理事会研究プロジェクト）「精神障害者の強制入院ならびに非自発的治療～EU 加盟国における法制度と実践～最終報告書（2002）」：国際的共通認識として「強制入院」はその他のあらゆる手段を使い尽くしたうえでの最終手段であるべき
- 我が国の医療保護入院（強制入院）が占める割合は 40%以上（欧州で最も高い割合を示すスウェーデンは 30%）と“最終手段”が高頻度に使用されている現状。近年では認知症による医療保護入院の割合が増加傾向
- 現状の 40%を超える強制入院の頻度・割合をそのまま前提とした制度改革は、経済的・人的資源の観点からも、困難を極めることが予想される。
- 強制入院を可能な限り回避しうる“その他の方策や手段”をエビデンスに基づいて段階的・計画的に強化・拡充し、強制入院の頻度を抑制していく取り組み（法整備、研究、人材育成、等）を総合的に推進していくことが求められる。

2. 強制入院数を最小限にするためのサービスと政策

（イングランドの例）

<地域精神保健医療体制の充実>

- ケアプログラムアプローチ（地域精神保健チーム、ACT、早期介入チーム）(o)

- 訪問型急性期支援体制（危機解決訪問治療チーム、休日・夜間の対応）（○）
- レスパイトやクライシスハウス、総合病院病床を活用したアセスメント入院

<強制入院の手続き>

- 医療の必要性判断のみならず、本人の権利擁護の観点からも判断を行う専門職の関与（○）
- 治療機関から独立した立場の指定医による判断

<強制措置通院>

- 強制入院の期間を出来る限り短くするための強制措置通院の適用（△）

<退院時等の JCP>

- 退院時等における Joint Crisis Plan(JCP)（◎）

3. 認知症高齢者の介護・医療に関する法令・政策

（イングランドの例）

<認知症高齢者の自己決定を尊重する法令等>

- THE MENTAL CAPACITY ACT 2005：認知症高齢者の自己決定、特にどこで生活をしたいか、についての自己決定を可能な限り尊重することを目指す
- THE 2009 NATIONAL DEMENTIA STRATEGY：在宅生活を継続できるようにするための地域支援強化・拡充5カ年計画
- THE NATIONAL SERVICE FRAMEWORK FOR OLDER PEOPLE (NSF)：在宅生活の継続を支える INTERMEDIATE CARE SERVICES の普及

（ⅡA-3 項に詳記）

平成 23 年度 厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
精神障害者への対応への国際比較に関する研究

研究分担報告書

英国の国家認知症戦略のビジョンと実際

研究分担者 西田淳志 （財）東京都医学総合研究所
心の健康プロジェクト 主任研究員

研究要旨：英国政府は、2009 年より「国家認知症戦略(National Dementia Strategy)」に着手し、認知症ケアに関わる政策やサービスの抜本的な改革に取り組んでいる。本研究の目的は、近年の英国の認知症政策の要点を抽出し、我が国における今後の認知症政策のあり方について示唆を得ることである。**研究方法：**国家認知症戦略のビジョンとそれに基づく地域ケアサービスの改革プロセス、現状の到達点について、英国保健省における関係者からの聞き取り、および地域サービスの視察等によって確認を行った。**結果：**国家認知症戦略は、2009 年から 2014 年の 5 年間にわたる集中的な認知症関連サービスの改革ビジョンを示し、現在（2012 年 2 月時点）その中間的な評価が行われている。国家認知症戦略のビジョンを具体化するための 5 つの重点施策（①包括的な初期集中支援サービスの普及、②総合病院における認知症治療・ケアの改善、③ケアホームにおける認知症治療・ケアの改善、④ケアラー（無償介護者）へのサポート強化、⑤抗精神病薬処方への低減）が進められている。**まとめ：**英国の認知症政策の方向性、およびその実現に向けた改革プロセスの考察から、今後の我が国における認知症政策の重要な留意点が示唆された。

研究協力者氏名 所属
安藤俊太郎 （財）東京都医学総合研究所
山崎修道 東京大学ユースメンタルヘルス講座

A. 研究目的

欧米先進各国では、人口の高齢化にともないアルツハイマー病をはじめとする認知症罹患人口が急激に増加しつつある。英国

においても約 70 万人が認知症に罹患しているとの疫学的推計がなされており、それらによる年間経済コストは 230 億ポンド（約 3 兆円：1 ポンド 130 円換算）にのぼり、認知症患者 1 人当たりのコストが英国人の平均年収を上回る状況に至っている (Knapp et al. Dementia UK Report, 2007)。スウェーデンやデンマーク等の北欧諸国に比べると、英国も日本と同様に認知症政策に関しては遅れをとり、政府に対する国民

の批判の高まりとともに、近年ようやく本格的な認知症政策に関する国家ビジョンが示され、改革が急ピッチで進められている。英国政府は、2009年に「国家認知症戦略(National Dementia Strategy)」とよばれる認知症ケアに関わる政策やサービスの抜本的な改革ビジョンを示し、2014年までの5カ年を集中改革期間としてその達成にむけて対策を強化している。本研究の目的は、近年の英国の認知症政策の要点を抽出し、我が国における今後の認知症政策のあり方について示唆を得ることである。

B. 研究方法

英国の「国家認知症戦略」のビジョンとそれに基づく地域ケアサービスの改革プロセス、現状の到達点について、英国保健省における関係者からの聞き取り、および地域サービスの視察等によって確認を行った。

具体的には2012年2月に英国保健省・高齢者・認知症局を訪問し、認知症政策臨床国家責任者であるAlistair Burns教授(マンチェスター大学老年精神科教授兼任、元国際老年精神医学会会長)、ならびに高齢者・認知症局長であるMrs Gillian Aylingと面会し、聞き取りを行った。その他、英国医学研究機構(MRC)のMarcus Richards教授からは、英国における認知症高齢者に関する疫学とその政策への反映について聞き取りを行った。また、国家認知症戦略の主要政策として全国的な普及が図られつつある「メモリークリニック」の実際の現場として、南ロンドンのクロイドンメモリークリニックを視察した。

C. 結果

1. 「国家認知症戦略」に至るまでの道のり

英国では、2000年以降に以下で述べる複数の認知症高齢者に関する監査報告書が発刊され、また、疫学・経済コストの推計が出されたことなどにより、政府の認知症政策に対する国民の批判が高まり、それまでの反省を含みながら2009年の「国家認知症戦略」の作成、公表に至っている。

1). 監査報告書“私を忘れないで”刊行(2000年)

認知症の治療やケアの質的問題、介護と医療の連携の不足(政策的な縦割り)、訪問による専門治療の供給体制の不足、認知症の人やケアラーへの情報提供体制の不備、一般医の認知症対応力の不足、等を指摘。本報告書刊行後2年経過した後の再監査でも、ほとんど改善が見られなかったことから政府への批判が高まる。

2). Mental Capacity Actの成立(2005年)

他の精神疾患と同様に精神保健法(Mental Health Act)によって認知症高齢者の判断能力を扱うことへの倫理的、人権的観点からの批判を踏まえ、認知症高齢者の残された機能や判断能力を最大限に活かし、自己決定を尊重するための新たな法律として2005年にMental Capacity Actが制定された。認知症の当事者自身は、住み慣れた居宅での生活を続けたいと願う一方で、過重な介護負担のもとで介護者が当事者の施設入居を望み、多くの場合、介護者の要望が優先される結果となってきたことへの人権的観点からの議論があった。この新法の

制定により、認知症高齢者は、軽 - 中等症の段階において、その後の余生をどこで暮らしたいかを表明し、支援者や医療者はその意を汲んだ支援計画を立てることを義務付けられるようになった。この **Mental Capacity Act** の現場での実際の運用に際しては、当事者の意思決定をどこまで尊重できるかなどコンフリクトを抱えることもあるとのことだが、新法制定の影響で認知症の当事者の意思を尊重するという原則がサービスの中で意識されるようになったことの意義は大きいとのこと。

3). NICE/ SCIE 認知症臨床ガイドラインを発表 (2006 年)

NICE (医療ガイドラインを策定する独立機関) と SCIE (介護ガイドラインを策定する独立機関) とが連携・協力して認知症に関する「治療ガイドライン」と「ケアガイドライン」が同時に作成・刊行される。治療とケア (介護) の統合されたガイドラインが整備され、その後の改革の臨床的方針の基礎を固めた。

4). Alzheimer 協会による **Dementia UK Report** の刊行 (2007 年 2 月)

認知症の人とそのケアラーの生活実態を疫学的に明らかにするとともに、認知症による経済的損失規模が試算され公表された。それにより社会保障の中核課題として国家的に取り組むべき課題であることを政府に強く印象付けた。全英アルツハイマー協会が **Martin Knapp** 教授らに研究委託を行い本報告書が作成された。

5). NAO (国家監査機構) による全国調査

(2007 年 7 月)

NAO (国家監査機構) による精緻な全国規模の監査により、今後の認知症政策の課題が明らかにされた。結論として「節約のための投資」の必要性が強調され、改革に必要な予算の確保に影響を与える。

2. 「国家認知症戦略 (2009)」の概要

2000 年以降の上記経過を踏まえ、英国政府は 2009 年に認知症政策の抜本的強化を図るため保健省内の認知症政策関連部局を再編・強化するとともに「国家認知症戦略：認知症とともに良く生きる」を発表。2009 年から 2014 年までの 5 年間で大幅なサービス改善を目指し、改革を進めるための政策ビジョンとその戦略を明示した。国家認知症国家戦略の主要政策理念は以下の 3 点。

- 医療・介護に携わる専門家、ならびに一般市民を含む非専門家、双方への認知症に関する正しい理解の普及
- 適切な診断を早期に受けられ、その後、質の高い包括的な初期支援・治療が受けられるようなサービスモデルの普及と整備
- 当事者ならびに介護者 (ケアラー) のニーズに基づいた幅広いサービスの実現

3. 国家認知症戦略の最終年監査における 9 つのアウトカム(2014 年予定)

国家認知症戦略の最終年となる 2014 年には、無作為に選ばれた相当数のサービスユーザーや介護者に対し、第三者監査機関が以下の 9 つ質問を使ってサービス改革の達成がどの程度前進したかを確認すること

が、予め改革開始年（2009年）に定められている。

（アウトカム1）私は、早期に認知症の診断を受けた。

（アウトカム2）私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。

（アウトカム3）私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている。

（アウトカム4）私の周囲の人々、特にケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられている。

（アウトカム5）私は、尊厳と敬意を持って扱われている。

（アウトカム6）私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。

（アウトカム7）私は人生を楽しんでいる。

（アウトカム8）私は、コミュニティの一員であると感じる。

（アウトカム9）私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている。

4. 国家認知症戦略における具体的な5つの重点課題

以上の改革アウトカムを達成すべく、現在、国家認知症戦略においては、以下の5つの重点施策を推進している。

- ①包括的な初期集中支援サービスの普及
- ②総合病院における認知症の方へのケア・治療の改善
- ③ケアホームにおける認知症の方へのケア・治療の改善
- ④ケアラーへのサポートの強化

⑤認知症の方への抗精神病薬処方制限

1). 包括的な初期集中支援サービスの普及
認知症国家戦略の最も中核的な政策として、「メモリークリニック」の全国的普及が掲げられている。現在、80%のプライマリケアトラストがメモリークリニックを開設している。このメモリークリニックは、認知症の早期診断と早期介入の地域拠点として政策上位置付けられており、高齢人口（65歳人口）約4万人に1カ所程度の割合で設置されている。このメモリークリニックには、多職種によるチームが置かれ、アウトリーチによる濃密な在宅でのアセスメント→チームによる診断会議→十分な時間を使った当事者・家族へのフィードバック→当事者・家族への早期支援の開始→一定期間の集中介入により生活が軌道に乗る→かかりつけ医へ引き継ぎ、という流れで支援が行われて行く。認知症が重症化する前に、できるだけ早く認知症を発見し、残された本人の判断能力を尊重した生活プランを作成するとともに、適切な初期治療・初期支援を集中的に届けることによって認知症を持ちながらも地域で生活を続けられる体制を早期に固めてしまうことがメモリークリニックの目的である。メモリークリニック構想により、認知症高齢者が在宅で生活できる期間を出来る限り長く維持することで、施設ケアにかかる膨大なコストも大幅に抑えられるとの推計がなされている。

例) ロンドン南部クロイドンメモリークリニック

上級心理士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカー等の6名程度からなる多職

種チーム。精神科医は、非常勤雇用でチームによる診断会議での助言が主な役割。医者を常勤配置とするのは政策上コスト高で、また、数的な確保も難しいとの政策的判断。ほとんどのサービスは、医師に依存せず、パラディカルスタッフによるチームアプローチによって提供される。

<アセスメントと診断>

- ・ 在宅での初回アセスメントは、必ずスタッフ二人体制で訪問し、当事者およびケアラーそれぞれからその後の診断と生活支援に必要な情報を収集する。特に、生活環境のアセスメントを重視している。
- ・ アセスメントによって得られた情報に基づくチームによる診断会議（週に1回：医師の参加）。脳画像の撮像は、この診断会議で脳画像診断が必要と判断された場合のみに行われる（全ケースの40%程度（MRI or CT））。
- ・ 診断の結果、今後の治療やケアについての当事者、家族への丁寧な説明（3時間程度のフィードバックセッション）

<早期支援の内容>

- ・ 家族支援（民間セクターとの強い連携：認知症カフェへの参加）
- ・ 認知症薬の慎重な選択
- ・ 本人の残された判断能力を尊重した余生プランニングの作成（Mental Health Act）
- ・ 生活環境の改善（作業療法士の関与によるガス器具などの取り換えなどを含む）

メモリークリニックで重視されるのは、具体的な支援に結びつく診断とアセスメントであり、生活場面における生活状況

の詳細なアセスメントである。半年から1年間、集中的にメモリークリニックが当事者と家族に関わり、認知症とともに地域で生きることを“軌道”に乗せる。個人差はあるものの半年から1年で、メモリークリニックのチームから、かかりつけ医への引き継ぎが行われる。

2). 総合病院、ケアホームの認知症ケア改善
地域精神保健チームの中に置かれた専門チームがアウトリーチにより総合病院、ケアホームを訪問し、治療・支援にあたるほか、アドバイスや教育研修を提供。こうした取り組みを進めた地域とそうでない地域とで、認知症の方の精神科入院数が大きく異なる結果が出ていると。具体的には、人口10000万人あたりの認知症年間入院数が15（実践地区）に対して、非実践区では50（約3.3倍）となった。シンプルな取り組みだが、十分な成果を上げているとのこと。

3). ケアラー支援

全英アルツハイマー協会（NGO）が中心となり、各地域で介護者を支える地域拠点として **Dementia Coffee** が各地に作られている。こうした民間の取り組みと連携してケアラー支援が各地区で行われている。

4). 抗精神病薬の処方の制限

原則、GP（かかりつけ医）の抗精神病薬の処方制限され、専門サービス（メモリークリニックや地域精神保健チーム）にて処方の権限が集約された。

5). 認知症の方の精神科病院入院について

Alistair Burns 教授によると、認知症の

方の入院を減らす最大の要因は病床数を減らすことにあり、英国の経験でも病床数を一定数減らすだけで、認知症の方の入院数が 1/3 となった地域があったと。病床数の多さが、入院数を増やす主要因であることは国際的に共通した経験であり、地域の受け皿づくりと病床削減は並行して進めるべきであるとの指摘。精神科入院が必要な BPSD の定義についての論争は、英国では 70 年代にすでにあつたとのこと。「自傷・他害」のリスクをとまなう BPSD が入院基準のコンセンサスとなっている。

6. 認知症国家戦略の評価について

英国の認知症政策は、5 年ごとに成果の評価が独立監査機関（NAO）によって行われる。5 年間で相当の改善、目標の達成が見られなければ、さらにそれを実現するための新たな政策や法律がつくられて行く。

7. 認知症政策臨床国家責任者の役割

2009 年の国家認知症戦略の公表とともに行われた保健省内の認知症政策関連部局の再編と強化に際して、高齢者・認知症局の局長ならびに国务大臣に対して、認知症の臨床的観点から常に助言をする「認知症政策臨床国家責任者」のポストが新設され、初代の責任者に Alistair Burns 教授が就任。高齢者・認知症局長とともに、改革の進捗状況に重大な責任を負う（任期 5 年）。

8. 政策を実現させるための工夫

各地域での取り組みの進捗状況の評価し、マップなどを作成して結果を公表し、地域間で暗に競わせることが重要であるとのこと。そのために保健省では政策評価アトラ

スを作成し、地図上で色分けして、差が明確となるような情報発信をする仕組みを強化しているとのこと。

D. 考察

英国政府ならびに保健省が進める「国家認知症戦略」から、我が国における今後の認知症政策の在り方を考えるうえで参考にすべき点として以下を抽出した。

- ・ 認知症罹患人口の増加とその社会的コストの著しい増大の予測を鑑み、社会保障の中核課題として認知症に関する問題を政策的に位置付け、「国家戦略」を明確に打ち出している。
- ・ 国家戦略を効果的に進めるためには、医療と介護の連携、行政的縦割りの克服が不可欠であり、そのための関連行政部局の再編・強化が行われる必要があること。
- ・ 認知症の方の残された判断能力を最大限尊重した支援や治療を推進するための法的整備(Mental Capacity Act)。
- ・ 集中改革期間を 5 年と定め、その間のサービス改善進捗状況を第三者監査機関によってモニターし、評価し、その結果を公表する仕組みを整備。
- ・ 早期診断と早期支援を行う地域拠点(メモリークリニック)を普及させ、認知症を持ちながらも地域で長く生活を維持できる体制を強化。メモリークリニックがクリニカルパスの起点となっていること。
- ・ 具体的な生活支援に結びつくアセスメントと診断。多職種チームによる地域生活支援、治療。
- ・ 総合病院、介護施設などへの専門チーム

によるアウトリーチによって、精神科病院への転院、入院等を抑止できること。

- ・ 民間NPO等と連携した地域のケアラー支援体制の強化。

E. 結論

英国の認知症政策の方向性、およびその実現に向けた改革プロセスの考察から、今後の我が国における認知症政策の重要な留意点が示唆された。今後、我が国においても、認知症に関する本格的な国家戦略が早期に示され、必要なサービス改善や法整備が推進される必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1). 瀧本里香・金原明子・安藤俊太郎・西田淳志：英国イングランドの精神保健医療サービスの評価とモニタリング.精神科臨床サービス第11巻4号：p460-464. 2011年
- 2). 西田淳志・安藤俊太郎：英国における危機解決/訪問治療チーム.精神障害とリハビリテーション第15巻1号：p42-46. 2011年

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究分担報告書

東アジアと東南アジアの精神保健医療

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長

研究要旨：本研究の目的は、東アジアと東南アジアの精神保健医療に関する論文をまとめ、現状・課題と方向性を検討することである。**研究方法**：英文で発表された東アジアおよび東南アジアの精神保健医療に関する文献および WHO 等の資料および専門家へ聞き取り調査に基づいて検討した。**結果**：東アジアおよび東南アジアの特徴が、(1)人権擁護、(2) 家族の関与、(3) 伝統的治療者の存在、および(4) 医療提供者の兵財と継続ケアの課題が見いだされた。そのため、この地域では、(1) 法律の整備とアンチスティグマキャンペーン、(2) 一般医療への統合、(3) 精神疾患の優先順位づけ、(4) リーダーシップと政策立案への参画が必要である。**まとめ**：東アジアおよび東南アジアの特徴を踏まえて、これからの精神保健医療を構築していく必要がある。

研究協力者氏名 所属施設名
瀬戸屋雄太郎 元国立精神・神経医療研究センター
鈴木友理子 国立精神・神経医療研究センター

A. 研究目的

本研究の目的は、東アジアおよび東南アジアの精神保健医療政策の動向を分析し、その課題と方向性について検討することである。

B. 研究方法

本研究班が組織された 2009 年から、世界精神医学会（World Psychiatric Association）では、地域精神保健（Community mental health）に関する委員会（委員長：Professor Graham Thornicroft, UK）が組織された。2 回の全体会議とメールによる意見交換を通じてガイドラインを 2010 年に報告し、世界精神医学会機関誌 World Psychiatry に掲載された。本分担研究報告はその東アジア・東南アジアの概要である。

東アジアおよび東南アジア（図 1）の精神保健医療政策の動向を、出版されている既存資料の収集・分析、および関係者への聞き取りを実施してまとめた。その結果に基づいて、この地域で共通

する方向性を論じた。

（倫理面への配慮）

専門家との意見交換および既存資料に基づいた研究である。ただし、必要な場合には倫理的側面を十分に配慮して研究を進めた。



図 1. 東アジアおよび東南アジア

C. 研究結果

1. 概要

東アジアおよび東南アジアは、文化・宗教・社会経済的に多様な国から構成される地域である。人口、言語と GDP を WHO 等のデータから表 1 にまとめた。

表 1. 東アジアおよび東南アジア¹⁾

	人口 ²⁾	言語	GDP ³⁾
Brunei	0.4	Malay	12.3
Cambodia	13.4	Khmer	8.7
China	1321.1	Chinese	3382.4
Indonesia	224.9	Indonesian	432.1
Japan	127.8	Japanese	4384.4
Laos	6.1	Lao	4.1
Malaysia	26.8	Malay, Chinese, Tamil, and English	186.7
Mongolia	2.6	Mongolian	3.9
Myanmar	57.6	Myanmar	19.6
Philippines	88.6	Filipino, English	144.1
Singapore	4.6	Malay, English, Chinese, and Tamil	167.0
South Korea	48.5	Korean	1049.3
Thailand	65.7	Thai	246.1
Timor-Leste	1.0	Tetung and Portuguese	0.4
Viet Nam	85.2	Viet Nameese	71.1

¹⁾ Data source from Jacob, et al.¹⁶; Kua¹⁹; Shinfuku⁴³; Wei, et al.⁵²; Kulik²⁰; Phommasack, et al.³⁴; Ramesh & Wu³⁸; Ministry of Health (Brunei²⁴, Mongolia²⁵, Myanmar²⁶), ²⁾ in million, from International Monetary Fund, World Economic Outlook Database^{11, 3)} in billion U.S. dollars, from International Monetary Fund, World Economic Outlook Database^{11, 4)} % of GDP, from The World Bank Group.⁴⁸

またメンタルヘルスに関する政策や法律の存在も国によって異なる(表 2)。日本および韓国では、家族の同意による入院が存在する。

表 2. 精神保健に関する政策と法律*

		精神保健に関する法律	
		あり	なし
政策	あり	Indonesia, Japan, Malaysia, Mongolia, Myanmar, North Korea, Singapore, South Korea, Thailand	Cambodia, China, Laos, Philippines, Viet Nam
	なし	Brunei	Timor-Leste

*Source: Jacob, et al.¹⁶; WHO³⁴; Tebayashi Y⁴⁵ (Cambodia); Thailand mental health act⁴⁶ (Thailand).

2. 課題

1) 人権擁護

精神疾患に関する伝統的な信念では、超自然的な原因や弱い性格ゆえと考えられることが少なくない。韓国では自分で解決する障害であるという考えが強いという研究がある(4)。精神疾患のスティグマは精神保健医療福祉施設へのスティグマとともに根強い。受療しないのはこの否定的なイメージのためと指摘されている(52)。住民の受療行動はアクセスというよりは精神疾患やケアに対する認識の信念である一般の精神疾患に対する間違った認識が偏見を生む(27)。法的枠組みと実際との間にはかい離があるという現実がこの地域には存在している(12)。

2) 家族の関与

強い家族の絆はこの地域の特徴である。地域における精神障害者のケアにおいて、家族は中心的な役割を担ってきた。しかし、一方で精神疾患に関する十分でない知識や患者への否定的な態度は、ケアが必要な人々の救助行動を妨げてきた(33)。多くの精神障害者は家族から見放されている。家族とパートナーシップを形成して、必要な資源としての役割を担ってもらうことは、この地域での患者ケアのチャレンジである。

3) 伝統的治療者

多くのアジアの国々では、現代医療を受けることができても、補足的もしくは代替的に健康問題を伝統的治療者に相談することが多い。伝統的治療者は通常単独で活動しており、仲間と協力することはまれで、公式のケア提供者と共同することはない(29)。カンボジアではハーブ療法者である *Kru Khmer* に相談し(5)、東ティモールでは伝統的治療者に相談する(58)。ベトナムでは政府が禁止しているにもかかわらず、家族は患者を宗教的治療者へ連れて行く(51)。インドネシアでは、まず最初に相談する先の 80%は伝統的治療者である(33)。1993 年のシンガポールでの調査によると、国立病院に受療した患者の 30%は、受療前に伝統的治療者 *dukun* を訪れている(55)。伝統的治療者の存在は、公式サービスの利用率が低い理由のひとつである。

4) 医療提供者の分布と継続ケア

メンタルヘルスサービスは、各国では一部の地域でしか利用できない。低所得国ではサービスへのアクセスが不可能で、中所得国では大都市にサービスが集中している。

精神科医療においては、病院ケアから地域ケアへの移行が徐々に進んでいる。多くの国での焦点は、在院日数の短縮、濃厚な地域ケア、危機介入、

および連携システムである。しかし切れ目のないケアは簡単ではなく、韓国では政策提言がなされているものの、現実には十分ではない。韓国での調査によると、退院後の再入院率が高く(22)、マレーシアでは1年後のフォローアップ率は低い(39)。韓国ではキャッチメントエリアごとに包括的なメンタルヘルスサービスシステムを急速に構築しつつある(53)。なお、日本では、国民皆保険制度によって世界にまれにみるフリーアクセスを担保したが、一方でこの制度の副作用としてキャッチメントエリアを意識することはほとんどない(13)。

D. 考察

以上の結果を踏まえ、東アジア・東南アジアには、次に示す方向性が必要であると考えられる

1) 法律とアンチスティグマキャンペーン

精神障害者の人権を擁護するために法的手続きが必要である。その主要な要素には、精神障害者の医療機関以外への強制収容の禁止、非任意入院患者が不服申し立てをできる制度などがある。

アンチスティグマキャンペーンについては、日本や香港ですでに開始されており(3, 40)、中国語圏の他国でもその動向が見られる。

2) 一般医療への統合

資源が少ない国でも、アクセス可能なサービスを提供することは可能である(17)。費用対効果のよいシステムを構築する最善策は、既存の医療資源を活用することである。たとえばかかりつけ医のトレーニングがある。シンガポールでは精神障害者への治療をかかりつけ医が精神科医の支援を受けながら提供する準備が進められている(23)。

メンタルヘルスサービスへのアクセスは、プライマリケアレベルで整備することが求められる。家庭に近く、本人も家族も治療を受けやすく、戸惑いが少ない(23)。サービスの断片化を避けるためにも、ユーザー・家族、病院、地域ケア職員、非営利組織や伝統的治療者が共同できるネットワークづくりを進める必要がある。

1) 優先順位づけ

地域での資源は限られているために、優先順位の高い患者にケアを提供する必要がある。うつ(depression)や中等症の精神障害は比較的財政的支援を受けられやすいが、重度で持続的な精神障害は、後回しにされ、計画や予算づけが遅れることが多い。重度の障害者へのサービスの提供を最優先にする必要がある。

4) リーダーシップと政策立案への参画

変革へは強力なリーダーシップが求められる。政策立案へ積極的に参画する精神保健専門家は限

られているため、リーダーシップが不在で、資金や資源は精神保健より一般医療サービスへ流れてしまう。非精神保健の専門家が、精神疾患に否定的な態度を持っていることも珍しくない。意識改革が必要である。

中央政府だけでなく、地方自治体も持続可能な地域精神保健システムの開発に関与する必要がある。近年は、精神科医療での治療を受けたことのある「サバイバー」が精神保健政策立案に参画する機会が増加している。²¹

E. 結論

東アジアと東南アジアでは、長い収容政策の歴史を経て、地域精神保健政策がゆっくりではあるが進行している。この地域では、施設ケアから地域ケアへの移行期にあると考えられる。西洋諸国とは異なり、急速な変化に伴う混乱をアジア諸国は恐れる。そのため精神科入院医療から地域サービスへと注意深く移行してきている。この試みは、断片化された制度のために、まだ完了していない。病院と地域サービス、また公的サービスと民間サービスの間の役割分担が必要である。医療の質は地域精神保健ケアの次のステップである。その他の地域の動向から学びながら、東アジアと東南アジアの将来の精神保健ケアを考えていく必要がある。

謝辞

貴重な助言を頂戴しました Drs. M.R. Phillips (China); H. Diatri and E. Viora (Indonesia); T. Akiyama, J. Ito, Y. Kim and N. Shinfuku (Japan); S. Ann, H.C. Chua and K.E. Wong (Singapore); T.-Y. Hwang (South Korea); and B. Panyayong (Thailand) に感謝します。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

論文発表

- 1) Ito H. Quality and performance improvement for mental healthcare in Japan. *Current Opinion in Psychiatry* 22: 619-622, 2009.
- 2) Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA, Barley E, Drake RE, Gregorio G, Hanlon C, Ito H, Latimer E, Law A, Mari J, McGeorge J, Padmavati R, Razzouk D, Semrau M, Setoya Y, Thara R, Wondimagegn D : WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 9: 67-77, 2010.
- 3) Spaeth-Ruble B, Pincus HA, Huynh PT, Brown B, Rosen A, Durbin J, Goldbloom D, Lin E, Wiebe P, Griffiths H, Gaebel W, Zielasek J, Janssen B, Sommerlad K, Brogan C, Rogan M, Daly I, Ito H,

- Spronken P, Tromp J, Witte G, de Beer J, Chaplow D, McGeorge P, Silvestri F, Ruud T, Coia D, Cheng JJ, Adams N, Everett A, Parks J, Stuart P, Pincus H, Thompson K, Carroll C. Measuring quality of mental health care: a review of initiatives and programs in selected countries. *Can J Psychiatry* 55: 539–548, 2010.
- 4) Thornicroft G, Semaru M, Alem A, Drake RE, Ito H, Mari J, McGeorge P, Thara R. *Community mental health: putting policy into practice globally*. Wiley-Blackwell, 2011.
- 5) Ito H, Setoya Y, Suzuki Y: Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* (in press).
2. 学会発表 なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況
 本分担研究の成果の一部は、新福尚隆、浅井邦彦編集 世界の精神保健医療：現状理解と今後の展望（へるす出版）、および Thornicroft G, et al. *Community mental health: putting policy into practice globally* (Wiley-Blackwell)に報告した。
- 参考文献
1. Akiyama T, Chandra N, Chen CN, et al. Asian models of excellence in psychiatric care and rehabilitation. *Int Rev Psychiatry* 20: 445-451, 2008.
 2. Asia-Australia Mental Health (AAMH). Summary Report: Asia-Pacific Community Mental Health Development Project, 2008. (<http://www.aamh.edu.au/home>) Accessed on January 15, 2010.
 3. Chen E, Chen C. The impact of renamed schizophrenia in Psychiatric practice in Hong Kong. The second world congress of Asian Psychiatry. 7-10th November, 2009. Taipei, Taiwan.
 4. Cho SJ, Lee JY, Hong JP, et al. Mental health service use in a nationwide sample of Korean adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44: 943-951, 2009.
 5. Collins W. Medical practitioners and traditional healers: a study of health seeking behavior in Kampong Chhnang, Cambodia. A qualitative study in medical anthropology prepared for the health economics task force, Ministry of Health, The Provincial Health Department, Kampong Chhnang and The WHO health sector reform project team. Phnom Penh, Kingdom of Cambodia, 2000. (http://www.cascambodia.org/kgchhnang.htm#_Toc18987992) Accessed on January 28, 2010.
 6. Conde B. Philippines mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 16: 159-66, 2004.
 7. Editorial. What e should consider when we next amend the mental health ordinance of Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* 19: 53-56, 2009.
 8. Fam J, Lee C, Lim BL, Lee KK. Assertive community treatment (ACT) in Singapore: a 1-year follow-up study. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 36: 409-412, 2007.
 9. Htay H. Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Myanmar. *Int Rev Psychiatry* 18: 579-585, 2006.
 10. Ikebuchi E. Support of working life of persons with schizophrenia. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 108: 436-448, 2006 [In Japanese].
 11. International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, April 2009, last retrieved on March 17, 2010 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/01/weodata/index.aspx>) Accessed on March 17, 2010.
 12. Irmansyah I, Prasetyo YA, Minas H. Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed. *International Journal of Mental Health Systems* 3:14, 2009.
 13. Ito H. Quality and performance improvement for mental healthcare in Japan. *Curr Opin Psychiatry* 22: 619–622, 2009.
 14. Ito H, Sederer LI. Mental health services reform in Japan. *Harv Rev Psychiatry* 7: 208-215, 1999.
 15. Ito J, Oshima I, Nisho M, Kuno E. Initiative to build a community-based mental health system including assertive community treatment for people with sever mental illness in Japan. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 12: 247-260, 2009.
 16. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 370: 1061-1077, 2007.
 17. Jones L, Asare JB, Masri ME, et al. Severe mental disorders in complex emergency *Lancet* 374: 654-661, 2009.
 18. Kokai M. China. In *Mental health in the world, revised version* (eds by Shinfuku N and Asai K), pp. 131-137, Health Press: Tokyo, 2009 [in Japanese].
 19. Kua EH. Focus on psychiatry in Singapore. *Br J Psychiatry* 185: 79-82, 2004.
 20. Kulik D. Fees can serve as deterrents to Cambodian health care. *CMAJ* 181: E290, 2009.
 21. Kuno E, Asukai N. Efforts toward building a community-based mental health system in Japan. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23:361–373.
 22. Lee MS, Hoe M, Hwang TY, et al. Service priority and standard performance of community mental health centers in South Korea: A Delphi approach. *Psychiatry Invest* 6: 59-65, 2009.
 23. Lum AW, Kwok KW, Chong SA. Providing integrated mental health services in the Singapore primary care setting--the general practitioner

- psychiatric programme experience. *Ann Acad Med Singapore* 37: 128-131, 2008.
24. Ministry of Health Brunei Darussalam. The ministry of health home page. (<http://www.brunet.bn/gov/moh/>) Accessed on January 31, 2010.
 25. Ministry of Health Mongolia. Ministry of health home page. (<http://www.ist-world.org/OrgUnitDetails.aspx?OrgUnitId=036437de72a543a7815f62d2d1da0614>) Accessed on January 31, 2010.
 26. Ministry of Health Myanmar. Ministry of health home page. (<http://www.moh.gov.mm>) Accessed on January 31, 2010.
 27. Ng TP, Jin AZ, Ho R, et al. Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults. *Psychiatr Serv* 59: 105-108, 2008.
 28. Panyayong B, Pengjuntr W. Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Thailand. *Int Rev Psychiatry* 18: 607-614, 2006.
 29. Parameshvara Deva M. Malaysia mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 16: 167-76, 2004.
 30. Pearson V. Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry* 38: 163-178, 1992.
 31. Phillips MR. The transformation of China's mental health services. *China Journal* 39: 1-36, 1998.
 32. Phillips MR. Mental health services in China. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 9: 84-88, 2000.
 33. Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: an epidemiological survey. *Lancet* 373: 2041–2053, 2009.
 34. Phommasack B, Oula L, Khounthalivong O, et al. Decentralization and recentralization: effects on the health systems in Lao PDR. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 36: 523-528, 2005.
 35. Pols H. The development of psychiatry in Indonesia: From colonial to modern times. *International Review of Psychiatry* 18: 363-370, 2006.
 36. Prasetyawan, Viola E, Maramis A, et al. Mental health model of care programmes after the tsunami in Aceh, Indonesia. *Int Rev Psychiatry* 18: 559-562, 2006.
 37. Qiu F, Lu S. Guardianship networks for rural psychiatric patients. A non-professional support system in Jinshan County, Shanghai. *Br J Psychiatry* 24 (Suppl.) 114-120, 1994.
 38. Ramesh M, Wu X. Realigning public and private health care in southeast Asia. *The Pacific Review* 21: 171–187, 2008.
 39. Salleh MR. Decentralization of psychiatric services in Malaysia: what is the prospect? *Singapore Med J* 34: 139-141, 1993.
 40. Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 5: 53-55, 2006.
 41. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 Countries from WHO's Project Atlas. *J Ment Health Policy Econ* 6: 135-143, 2003.
 42. Setiawan GP, Viora E. Disaster mental health preparedness plan in Indonesia. *Int Rev Psychiatry* 18: 563-566, 2006.
 43. Shinfuku N. Mental health services in Asia: international perspective and challenge for the coming years. *Psychiatry Clin Neurosci* 52: 269–274, 1998.
 44. Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbruch M, et al. Starting mental health services in Cambodia. *Soc Sci Med* 48:1029-1046, 1999.
 45. Tebayashi Y. Cambodia. In *Mental health in the world, revised version* (eds by Shinfuku N and Asai K), pp. 112-119, Health Press: Tokyo, 2009 [in Japanese].
 46. Thailand Mental Health Act, BE2008. (http://www.thaimentalhealthlaw.com/document/files/thaimentalhealthlaw_unofficial_translation_english.pdf) Accessed on April 21, 2010.
 47. The National Addictions Management Service. The National Addictions Management Service Homepage. (<http://www.nams.org.sg/page.aspx/0/HOME>) Accessed on April 21, 2010.
 48. The World Bank Group. 2009 The World Bank Group, HNPstats last retrieved on March 17, 2010 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTDATASTATISTICSHNP/EXTHNPSTATS/0,,contentMDK:21198825~menuPK:3387931~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:3237118,00.html>) Accessed on March 17, 2010.
 49. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry* 185: 283-298, 2004.
 50. Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care*. Cambridge, 2009.
 51. Uemoto M. Viet Nam. In *Mental health in the world, revised version* (eds by Shinfuku N and Asai K), pp. 107-111, Health Press: Tokyo, 2009 [in Japanese].
 52. Wei KC, Lee C, Wong KE. Community psychiatry in Singapore: an integration of

- community mental health services towards better patient care. *Hong Kong J Psychiatry* 15: 132-137, 2005.
53. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Republic of Korea, WHO and Ministry of Health and Welfare, Gwacheon City, Republic of Korea, 2007.
 54. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*, WHO: Geneva, 2005.
 55. Yoshida N. ASEAN countries. In *Mental health in the world, revised version* (eds by Shinfuku N and Asai K), pp. 97-106, Health Press: Tokyo, 2009 [in Japanese].
 56. Yu J. Cost effectiveness of modified ACT program in Korea. *World Association of Psychosocial Rehabilitation 10th Congress*. Bangalore, India. Nov12-15, 2009.
 57. Yu J, Kim S, Ki S, Lee Y. Program for Assertive Community Treatment (PACT) in Korea: preliminary 7 months follow-up study. *161st American Psychiatric Association Annual Meeting*. Washington DC, USA. May 3-8, 2008.
 58. Zwi AB, Silove D. Hearing the voices: mental health services in East-Timor. *Lancet* 360 Suppl: s45-46, 2002.

平成 23 年度 厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
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

中華人民共和国陝西省西安市における精神医療施設調査

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
〃	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
〃	三浦藍	神戸市看護大学	助教

研究要旨：中華人民共和国の精神医療施設の状況を調べるため、大きな地方都市のひとつである陝西省西安市の現状について視察調査を行い、加えて精神科医、看護師等から聞き取り調査を実施した。人口 570 万人にのぼる西安市の精神医療を担うのは 3 病院だけである。各病院で提供される医療は一定のレベルを維持しているが、その数はあまりにも少ない。精神科医は高リスク、仕事量に見合わぬ低収入のため、精神科医流失の状況は深刻である。地域精神医療としてデイケア、中間施設などの必要性は精神科医療関係者には認識されてはいるものの、これほどの中心都市でも、未だ整備への動きもないようである。

平成 22 年度に実施した台北市およびその周辺における精神科リハビリテーション施設に関する調査と、今回の中華人民共和国陝西省西安市における調査をあわせて、考察を行った。

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、中華人民共和国の精神医療施設の状況を調べることを目的である。今回は大

きな地方都市のひとつである陝西省西安市の現状について調査を実施した。

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、中華人民共和国陝西省西安市の精神医療施設を訪問調査し、加えて精神科医、看護師等から聞き取り調査を実施した。

C. 研究結果

1) 西安市の概況

西安市は中華人民共和国（以下、中国とする）陝西省の省都であり、中国に15存在する副省級の都市の一つである。総面積は10108km²と、京都府、奈良県、大阪府を合わせた面積に匹敵し、9市轄区と4県を管轄する。中心部の市区（新城区、碑林区、蓮湖区、灞橋区、未央区、雁塔区、閻良区、臨潼区、長安区）面積は3582km²と、鳥取県と同程度である。2007年末時点での総人口は約855万人、都市人口は約570万人である。

歴史的にも政治の中心地として知られ、紀元前1046年頃に成立した西周、秦、前漢、隋、唐まで、およそ970年間にわたって13の王朝の都が置かれたといわれる。歴史的に有名な長安という名称以外に、大興城、京兆、奉元、西京など、幾度もその名を変え、1943年、清朝時代の名称である西安と改められて現代に至っている。

また、西安市は梁山、黄龍山、薬王山、隴山などからなる北山山系と南部の秦嶺山脈に取り囲まれた盆地である関中平原（渭河平原）に位置する。ここは、中国西部と中部経済圏の接点にあたり、北西部から沿岸地域に向かう玄関口となっている。そのため、西安市は各種交通機関の中国西部地区における要衝となっている。さらに西部地域最大の都市として、研究、高等教育、国防、ハイテク産業の中心地となっている。また、宇宙工業や航空機

産業、兵器産業といった重工業から紡績などの軽工業までをカバーし、同地域における指導的役割を果たしている。

なお、市内に存在する医療施設は、2008年現在、432病院、156クリニック、4療養院（農村部等におかれる小規模の医療機関のこと）であるが、近年の目ざましい経済発展に伴いその数は増加傾向にある（2009,西安統計局）。

2) 精神医療施設の報告

西安市中心部の主な精神科の医療機関は、西安交通大学附属病院精神科（第一病院ならびに第二病院がある）、第四軍医病院精神科ならびに西安市立精神医療センターの3つである。いずれも3級病院（最大規模の総合病院を指す。3級、2級、1級の順に高度医療を実践している）であり、そのため精神科の設置が義務づけられている。本調査では、3つの施設全てを訪問し、精神科病棟を見学すると共に実際に治療を担当している精神科医ならびに看護師等から聞き取り調査を実施した。また、入院施設をもたない市井の治療施設を調査するため、咸陽市にある咸陽医療センター附属デイケアセンターを訪問した。咸陽市まで調査に赴いたのは、同様の施設が西安市内には存在しないためである。

① 西安交通大学医学院附属第病院精神科（西北病院）（西安交通大学医学院第二附属病院の一般名称が西北病院である）

西安交通大学医学院の附属病院には第一病院と第二病院の2つが存在する。いずれの病院も1000床以上の総合病院と考えられたが、正確な病床数は不明である。

第一附属病院では、王化寧精神神経科教授より施設の概要ならびに特徴についてお話を伺うことができた。第一附属病院では精神科外来診療に加え 30 床入院病棟（開放病棟）で入院治療を実施している。医療スタッフは、医師 11 名（そのうち精神科教授 4 名、主治医師（精神科専門医のこと。精神科の専門教育と研修後、試験に合格しなければならない。なお、当然のことながら精神科教授は全員主治医師の資格を有している）2 名）、看護師 20 名、心理士 3 名であった。精神科外来の 1 週間の患者数は 300～400 人程度であるとのことであった。

病棟の構造は 2 階建て建物の 2 階部分であり、中央に廊下があり、その両端に病室やトイレなどの入院施設、スタッフルーム等が配置されていた。病室は殆どが 1 部屋当たり 2～3 床となっていた。3 床(概ねコの字型に配置してある)というのは珍しい構造だと思ったが、4 という数字を嫌う中国では一般的なのだという。食事は給食制となっており、入院患者自身あるいは付添の家族が配膳室まで取りに行き、自室で摂取するようになっていた。家族の付添は必須ではないが、付き添っている家族が多いとのことであった。

なお、患者の疾患は、統合失調症が最も多く、次いでうつ病などの気分障害が続くが、器質性精神障害から摂食障害まで幅広い患者を受け入れているとのことであった。治療法としては、精神科医の面接による精神療法と薬物療法が中心であるが、必要であれば、（統合失調症の患者に対しても）麻酔下での ETC も実施しているとのことであった。最年少の入院患者は、8 歳で幻覚妄想状態を呈した子どもであった。

第二附属病院は、今回の調査のコーディネートを担当して下さった王亜萍教授

の所属施設である。第二附属病院は、1984 年に教授 2 名を米国に行動小児科学と発達小児科学の研修のために派遣し、その帰国後、児童心理行動を専門に研究する児童行動と発達小児科学学研究室を全国に先駆けて設置している。1993 年創刊した中国児童保健雑誌は、中国唯一の児童保健に関する雑誌である。以後、中国内で児童心理行動専門のリーダー的な役割を果たしている。また、国内外から多くの助成金を受け、「児童気質全国都市モデルの確立」、「学習困難児童の気質行動に関する脳波生理研究およびバイオフィードバック療法」、「ADHD と DRD 遺伝子の多態性の研究」、「ネット中毒による青少年の脳波生理、生科学的変化やそれに対する心理的影響の研究」などの研究を実施している。

第二附属病院には外来診察室と専門の心理行動検査治療室があり、毎週月曜から金曜まで、全日診察に対応している。学生、生徒のために毎週土曜日の午前中も専門家外来を開放している。診療範囲は主に、1 出生から成人までの知能、個性、人格などの神経心理特徴検査。2 学習困難多動症の診断と治療。3 チック症・トゥレット障害の診断と治療。4 知力低下、自閉症、遺尿症の診断と治療。5 気分障害、抑鬱障害、不安障害、強迫症の相談、診断と治療。6 児童、青少年の行動の問題。7 言語や言語発達発育遅滞の診断と治療。8 児童、青少年の摂食障害や睡眠障害の診断と治療。9 思春期の健康、などがある。また、全国、陝西省および西安市の心理行動学習講座を約 30 回(国家、省級の生涯教育プロジェクトを含む)開催するなど、中国西北部メンタルヘルスの維持向上にも大きな役割を果たしている。第二附属病院主催の参加した教育、保育関係者は一万人を超えて

おり、研究室には修士生 14 名が所属し、入学希望者も多数訪れている。

② 第四軍医病院精神科（西京医院）（第四軍医病院の一般名称が西京病院である）

第四軍医病院は人民解放軍帰属の総合病院である。一般的には西京医院と呼ばれており、10 数回建のビル一棟が全て消化器内科病棟である等、巨大な総合医療施設である。

第四軍医病院精神科では、王ハイ海副教授にお話を伺った。第四軍医病院は、陝西省で最大規模の病院であり、精神科病棟も開放・閉鎖病棟を合わせて 90 床を有する病院である。西北地域では、有名な病院であり、他科や他院からの紹介も多いとのことである。スタッフは、医師は 16 名（うち教授 4 名、主治医師 4 名、若手 8 名）、看護師 40 名のほか配膳スタッフ等、雑務を担当者も数名在籍している。

西京医院心身科（精神科）は 1954 年の神経精神病科を前身とし、2000 年 11 月に単独の精神科病室が設置され、現在まで医療、教育および研究が一体となった中核的部門に発展している。

精神科は心身科と呼ばれ、2000 年 11 月より、西京医院リハビリテーション棟に、12 床の心身科が正式に設置された。当時のスタッフは科主任を含めてわずか 3 名、看護師 1 名であり、コンピューター 1 台にプリンター 1 台、そして他の病院から寄付された旧式の電気痙攣治療器が当時の主要設備であった。

2002 年 8 月には病棟改変の動きに伴い心身科の規模拡大が実現、病床は 37 床に拡張され、職員数は 28 人に増加し、独立した看護チームを組織し、脳波測定器等の機器も追加され、実験室には動物行為

学実験室も設置された。2007 年 12 月には、西京医院新病棟の完成に伴い、心身科は病院外から院内の入院二部に移動、病院エリアには 90 床のベッドが置かれ、現在では陝西省の先進的な専門医療施設、全軍心理衛生研究中心、国家薬物実験基地となり、電気痙攣治療センター、多導睡眠検測センター、心理療法センター、TMSI 治療センターが置かれ、実験室の面積は約 400 平方メートル、職員 70 余名、主力職員には教授、准教授 7 名、講師、主治医師 8 名、博士学位取得者 4 名が在籍している。90 床のベッドはおおむね 2～3 床毎で男女別の部屋に分かれていた（病棟は男女混合であった）。閉鎖病棟ではあるが、中庭もあり、そこには卓球台も置いてあった（あいにく雨で使用できなかったが、患者は自由に使えるとのことであった）。

年間の外来患者数は 5 万人以上で、年間入院患者は 2000 人以上に上る。診療範囲は統合失調症、気分障害（躁病、うつ病）、児童精神障害、人格障害、偏執性精神障害、反応性精神障害、老年精神障害、睡眠障害、脳外傷による精神障害、阿片など薬物による精神障害、各種神経症、てんかんによる精神障害、慢性疼痛、性心理障害、老年性アルツハイマー、身体の疾病による精神障害、脳腫瘍による精神障害、鎮静睡眠薬物による精神障害、精神薬物の過剰摂取や中毒、アルコールによる精神障害、ヒステリーなど、多岐にわたる。各種類神経症、抑鬱症、不安障害が最も多い。また、児童精神科領域としては、近年、両親が出稼ぎに出てしまい祖父母に育てられる子ども達の情緒障害が多い（彼らの多くが四肢の麻痺や咳等の身体症状を訴える）とのことであった。摂食障害はあまりみられないが、王准教授は、その原因として、摂食障害

が医師にも一般の人々にもあまり知られておらず、消化器科等の受診で終わってしまうことをあげていた。しかし、一方で最近是他科からの紹介もかなり増加しているとも述べていた。救急外来にも応援に出向くことも多く、毎日1名の精神科医が当直で病院にいるようにしているとのことであった。

在院日数は病院の規定により最長18日となっている。症状が落ち着かない場合でも外来で引き続き、治療することになり、入院の延長は認められない。入院費は、入院当初は、検査代などで2000～3000元ほど、その後は1日当たり200～300元程度であり、入院期間全体では8000元ほどになる(薬代を含む)(1元＝11～12円程度(2011年12月現在))。2010年の都市部の非私営企業の労働者の平均給与が37141元であることを鑑みると高額である)。医療保険(当然ながら日本の医療保険とは異なる、年間一定額の保険切符のようなものが配給されるシステムになっている)は、統合失調症とうつ病のみ入院・外来治療のいずれでも適用となり、自己負担額は住所地(農村部か都市部か)や収入などで異なるとのことであった。

実施している治療法は精神科医による精神療法と薬物療法ならびに作業療法が中心である。2002年には睡眠ポリグラフ検査を導入、2007年には設備更新も行い、現在の年間の患者検査数は2000人以上に上る。また、2003年からはMECT電気痙攣治療器を導入し、治愈率の上昇、入院日数の短縮を果たし、薬物治療の効果の遅さや長期にわたる入院期間といった状況に変化をもたらした。現在では年間で約1万人を治療し、国内でMECT治療を最も多用する学科となっている。さらに2006年からは上海復旦大学中山医院

とともに週1回のインターネット診察を開始し、難病の治療などに効果をあげている。難病患者の年間診察症例は約300人である。また、2010年からはデンマーク式の経頭磁気刺激治療機を導入し、統合失調症、抑うつ症、不安症、不眠症、てんかん、老年性精神障害の治療に著効をあげている。また、パルス針、電子生物フィードバックなどの治療も行なっている。

なお、2000年の設立当初より非常勤の心理療法士が置かれ、2003年からは常勤の心理療法士が置かれるようになり、現在では3名の常勤心理療法士が心理療法センターに在籍し、精神分析治療、家庭心理療法、行為治療、児童心理療法、団体心理療法、認知療法といった分野の治療を行なっている。

なお、2000年の設立以来、開放式病棟管理を提唱し、精神科への恐怖や誤解を打ち消そうと院内で講座を開催するなどして、各科医師との協力の機会を利用して精神衛生に関する知識を広めてきたそうである。

③ 西安市立精神医療センター

西安市立精神医療センターは西安市の郊外にある500床ほどの病院である。病棟は、女性閉鎖病棟、男性閉鎖病棟、高齢者専用病棟、中医学病棟、行路病者専用病棟などに分かれているが、全てが精神科病棟である。中医学病棟は中医学による治療を専門に受ける病棟、行路病者専用病棟は、保護した行路病者の治療を行う病棟である。各病棟は50～60床程度だという。センター全体の職員数は約500名であり、そのうち80名が医師(主治医師50名強)、看護師が200名ほどを占める。基本的に外来診療は行っていないが、退院した患者やその家族が薬を貰