

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

日本国内における精神科病院在院患者統計調査結果の再点検
－任意入院の現状－

研究分担者：中根 允文（長崎大学）

研究協力者：半澤 節子（自治医科大学）

研究要旨：精神障害者への対応において彼らの人権に配慮した処遇が、わが国で現実になされているかを探ることは国際比較研究をする上での一つの EBM であろう。わが国には以前から各都道府県レベルで精神保健福祉に関する資料が収集されて公表されてきている。それらがどのように活用されているかについては知り得ないが、それらを通覧するだけでも、彼らの置かれている状況を知りうると考えて下記の様にまとめてみた。

結果：全国集計の最新版である平成 21 年度版の結果によると、わが国での非任意入院（措置入院と医療保護入院）は 40% であり、諸外国のそれと比較したとき著しく高率である。任意入院は徐々に減少傾向であるが、わが国における在院患者の半数以上を占めている。しかし、彼らへの処遇として終日閉鎖状況に置かれたり、在院期間が極めて長期に亘る事例があったりすることから、早急に改善策を立てることを提言する。

A. 研究目的

本研究の主題は、精神障害者の人権に配慮した医療福祉とは如何なる常態をいうかを諸外国と比較する中で明らかにし、改善すべきところについて十分な検討を加えることにあると考える。従って、世界各国における非任意入院・非告知治療あるいは保護者制度などの現状について詳細な情報収集をして、わが国へのフィードバックを検討する作業を進めてきている。

わが国では、精神科病院入院患者に関する調査が例年 6 月 30 日付を以て行われ、それが詳細な結果としてまとめられてきている。それを障害者への対応として適切妥当であるかという視点から見直すことで、入院患者に対

する医療の状況について問題点を見いだすことも可能と考えた。

つまり、著者らは、公表された「精神保健福祉資料 平成 20 年度および 21 年度 6 月 30 日調査の概要」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）という綿密な報告をもとに、上記の検討を改めて試みてみた。

（倫理面への配慮）研究対象に対して倫理上特別の配慮を要する問題は無いが、資料や情報の利用等に関してはプライオリティを尊重した。

B. 調査対象と結果

前記した資料から、任意入院患者の状態を、他の入院形態、特に医療保護入院と比較しながら見直すことにした。すなわち、国内の精神科病院における入院形態別(措置入院・医療保護入院・任意入院等)在院患者の現状から、在院患者総数の中における状況、年齢階級別の状況、在院期間別の状況、処遇別の状況、ICD-10Fの2桁分類別の状況などについて、医療保護入院等と対比させながら、任意入院の現況から問題点を探った。

(1) 平成21年から遡って過去6年間の精神科病院在院患者数－入院形態別

表1に見るように、精神科病院における在院患者の総数は過去6年間で約1.5万人減少し、平成21年には約31万人となっている。そのうち、非任意入院(措置入院と医療保護入院)の患者数は129,508人(うち、措置入院は1,741人)であり、任意入院は179,290人である。任意入院患者数は、この6年間にも徐々に減少しているが、それでも平成21年度で全入院数の58%を占める。逆に医療保護入院患者は僅かずつ増えて、2004年の35.4%から41%となっている。参考までに、措置入院についても見ると、全体数は明らかに少なく、僅かながら減少傾向にある。

(2) 入院形態別に見た年齢階級別、処遇別、疾患分類別、及び在院期間別の比較

以下には、平成21(2009)年度の調査における解析結果を要約する。

まず、年齢階級別に見ると、表2に示すように、措置入院患者は40歳以上～65歳未満をピークとするが若い年齢群に多く、任意入院は医療保護入院と同様のパターンでピークは40歳以上～65歳未満であるものの、高齢群に傾く。

処遇別には、夜間以外は開放処遇、終日閉鎖処遇、およびそれら以外の3区分で集計さ

れている。表3に見るように、措置入院では90%以上が終日閉鎖の処遇状況にあり、医療保護入院であっても同様の処遇が大凡80%になっている。任意入院の場合、当該人による同意の判断であるにもかかわらず、やはり半数近くが同様の処遇を受けており、残りの半数近くが夜間以外開放の処遇であるとはいえ、閉鎖的処遇が予想以上に多いことは注目すべきである。在院患者全数では、終日閉鎖の処遇が60%を越えており、わが国における精神科医療が総じて閉鎖病棟入院的対応を取っていると断じられる恐れが少なくない。

次に、WHOによる国際疾病分類ICD-10をもとにした疾患分類別の任意入院患者の特徴を、医療保護入院の場合と比較してみた。それによると、表4に見るように、2つの入院形態別間で殆ど大差なく、最も多い疾患群はF2 圏障害(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害)であって半数以上を占める。次いでF0(症状性を含む器質性精神障害)、そしてF3(気分[感情]障害)などになっている。ただ、医療保護入院ではF2に次ぐF0が少なくない。

こうした幾つかの背景要因を考慮しながら、任意入院患者の在院期間別分布を見ると驚かざるを得ない。すなわち、表5に見るように、医療保護入院患者より長期在院患者の割合が高率なのである。

これを実数として長期在院患者を任意入院患者に限って見ると、表6に記すように、極めて多数であることが分かる。例えば、20歳以上から40歳未満の任意入院全数13,642人中1,953人(14.3%)は5年以上の在院期間であり、うち50人は実に20年以上在院しているというのである。この年齢群にとって、人生の半分以上を精神科病院にて過ごしているということになる。これらから表において、全任意入院患者179,290人のうち、20年以上の長期在院者(赤字)24,451人(13.6%)に

については、詳細な検討が必要であろう。

C. 考察

わが国における、いわゆる非任意入院は措置入院と医療保護入院であり、その全体に占める割合が欧州諸国に比して余りに多いとの実態から対応の見直しが必要となり、本研究の主たる目的としても取り上げられている。入院形態の改善、つまり当該者の人権に配慮した入院として自由入院ないし任意入院の形態が期待されるのは当然であろう。

では、わが国の任意入院は、入院形態からすると自由入院としての要件を満たしている何らの問題がないかのようにうかがえるが実際にそうであろうかという疑問から、われわれの検討はスタートしている。結果として、全入院者の半数を越える任意入院者 179,290 人（平成 21 年度）の 41.2%すなわち 73,911 人が 5 年以上の入院期間となっており、そのうちの 24,451 人は実に 20 年以上も入院しているのである。調査時に 20 歳以上 40 歳未満の在院者 13,642 人の中で 50 人の人が 20 年以上入院しているという事実は、真に当該者の任意に依っているのではなかろうかとの懸念を抱かざるを得ないのである。さらに、任意入院であるにも拘わらず、終日閉鎖の状況で半数近くが処遇されていることも知っておくべきと考える。

医療保護入院等の非任意入院への見直しの重要性は認識しながらも、わが国の入院患者が置かれている現実について、早急に適切な調査・介入の必要性が大きいことを提言しておきたい。中でも、長期在院中の任意入院者については、全事例について、詳細な調査の開始を期待する。

D. 評価（研究成果）

1) 達成度について

精神障害者への対応に関する国際比較という時、まず国内の状況を的確に把握しておきたいと考えた。今回は、「精神保健福祉資料 平成 20 年度 6 月 30 日調査の概要」および「同 21 年度 6 月 30 日調査の概要」といった全国集計資料から、任意入院者の置かれた状況について考察したものであり、そうした資料の活用的一端として提言をまとめた。

2) 研究成果の学術的意義について

精神科臨床における倫理という視点からは有用であるが、いわゆる学術的意義としても今後の情報源になると考える。

3) 研究成果の行政的意義について

精神科医学医療の実践における倫理としての情報は、行政上極めて重要なはずであり、今後の改革における方向性を明確にしていく上で有用と考える。

4) その他特記すべき事項について

なし

E. 結論

本研究班が非任意入院制度や保護者制度に関する提言を行うよう期待されていることを承知の上で、わが国の精神科病院に任意入院している障害者の置かれている現状から、次のような提言を行った。すなわち、任意入院者自らが真に現状に同意しているか否かを厳密に且つ詳細に調査し、適切な介入を早急に行うことである。

F. 研究発表

1) 国内

本研究についてはなし

2) 国外

本研究についてはなし

G. 知的所有権の出願・取得状況 なし
 (予定を含む。)

表 1 過去 6 年間の入院形態別患者数の推移 (括弧内数字は総数比%)

調査年度	在院患者総数	任意入院	医療保護入院	措置入院	他の入院
H16 (2004)	326,125	206,209 (63.2)	115,297 (35.4)	2,414 (0.7)	2,205
H17 (2005)	324,335	202,231 (62.4)	118,069 (36.4)	2,276 (0.7)	1,759
H18 (2006)	320,306	197,212 (61.6)	119,138 (37.2)	2,061 (0.6)	1,897
H19 (2007)	316,109	190,435 (60.2)	121,868 (38.6)	1,849 (0.6)	1,957
H20 (2008)	313,271	184,573 (58.9)	124,920 (39.9)	1,803 (0.6)	1,975
H21 (2009)	310,738	179,290 (57.7)	127,767 (41.1)	1,741 (0.6)	1,950

(括弧内数字は総数比%)

表 2 年齢階級別にみた入院形態別患者数 (2009 年 6 月 30 日調査)

	総 数	20 歳未満	20 歳以上～ 40 歳未満	40 歳以上～ 65 歳未満	65 歳以上～ 75 歳未満	75 歳以上
任意入院	179,290	744(0.4)	13,642(7.6)	77,822(43.4)	45,802(25.5)	41,280(23.0)
医療保護入院	127,757	1,078(0.8)	12,917(10.1)	51,026(39.9)	26,852(21.0)	35,884(28.1)
措置入院	1,741	17(1.0)	545(31.3)	954(54.8)	175(10.1)	50(2.9)

(括弧内数字は総数比%)

表 3 処遇別にみた入院形態別患者数 (2009 年 6 月 30 日調査)

	総 数	任意入院	医療保護入院	措置入院
在院患者総数	310,738(100.0)	179,290(100.0)	127,757(100.0)	1,741(100.0)
夜間外開放	99,189(31.9)	79,232(44.2)	19,519(15.3)	41(2.4)
終日閉鎖	192,788(62.0)	87,433(48.8)	102,588(80.3)	1,654(95.0)
左記以外	18,761(6.0)	12,625(7.0)	5,650(4.4)	46(2.6)

(括弧内数字は総数比%)

表 3 処遇別にみた入院形態別患者数 (2009 年 6 月 30 日調査)

	総 数	夜間外開放	終日閉鎖	左記以外
在院患者総数	310,738	99,189(31.9)	192,788(62.0)	18,761(6.0)
任意入院	179,290	79,232(44.2)	87,433(48.8)	12,625(7.0)
医療保護入院	127,757	19,519(15.3)	102,588(80.3)	5,650(4.4)
措置入院	1,741	41(2.4)	1,654(95.0)	46(2.6)

(括弧内数字は総数比%)

表 4 疾患分類別にみた任意入院及び医療保護入院患者数 (2009年6月30日調査)

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	てん かん	そ の 他
任意入院	27,071 (15.1)	10,420 (5.8)	109,661 (61.2)	18,647 (10.4)	3,813 (2.1)	598 (0.3)	957 (0.5)	3,693 (2.1)	269 (0.2)	197 (0.1)	2,373 (1.3)	1,591 (0.9)
医療保護入院	36,982 (28.9)	4,033 (3.2)	72,231 (56.5)	6,937 (5.4)	1,175 (0.9)	327 (0.3)	493 (0.4)	2,937 (2.3)	437 (0.3)	183 (0.1)	1,069 (0.8)	953 (0.7)

(F0～F9は、国際疾病分類 ICD-10F の 2 桁分類を示す。括弧内数字は総数比%)

表 5 在院期間別にみた入院形態別患者数 (2009年6月30日調査)

	総 数	1ヶ月未満	1ヶ月以上～ 3ヶ月未満	3ヶ月以上～ 6ヶ月未満	6ヶ月以上～ 1年未満	1年以上～ 5年未満	5年以上
任意入院	179,290	15,241(8.5)	16,119(9.0)	11,134(6.2)	13,849(7.7)	49,036(27.4)	73,911(41.2)
医療保護入院	127,757	10,510(8.2)	12,788(10.0)	9,958(7.8)	12,122(9.5)	39,133(30.6)	43,246(33.9)
措置入院	1,741	485(27.9)	381(21.9)	170(9.8)	125(7.2)	253(14.5)	327(18.8)

(括弧内数字は総数比%)

表 6 在院期間別及び年齢階級別にみた任意入院患者数 (2009年6月30日調査)

	総 数	6ヶ月 未満	6ヶ月以上 ～1年未満	1年以上 ～5年未満	5年以上 ～10年未満	10年以上 ～20年未満	20年 以上
任意入院患者総数	179,290	42,494	13,849	49,036	25,625	23,835	24,451
20歳未満	744	625	64	53	1	1	-
20歳以上～40歳未満	13,642	7,669	1,200	2,820	1,166	737	50
40歳以上～65歳未満	77,822	17,668	5,173	19,344	11,780	12,703	11,154
65歳以上～75歳未満	45,802	7,501	3,196	12,300	6,962	6,724	9,119
75歳以上	41,280	9,031	4,216	14,519	5,716	3,670	4,128

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

保護者制度のある日韓両国における家族の介護経験に関する調査研究

研究協力者：半澤 節子（自治医科大学）

Yong Jun Bae（長崎ウエスレヤン大学）

Jeong-Kyu Bae（Daegu University）

Moon-hyeon Chae（Taiwha Fountain House）

趙 香花（国立精神・神経医療研究センター）

研究分担者：中根 允文（長崎大学）

研究要旨：精神障害関連法令の中に保護者に関する「精神障害者に医療を受けさせる義務」及び「精神障害者の財産上の利益を保護する義務」を規定している国は世界的にみるとわずかであるが、東アジアの日韓両国はこうした保護者規定を残している。日韓両国の統合失調症者を持つ家族を対象に、同様の評価票を用いて介護経験について評価した。調査時点での患者の入院群、在宅群の2群で比較した日本の調査結果から、急性期幻覚妄想状態に伴う近隣への迷惑行為の経験、家族への患者による暴力や警察を呼ばざるを得ない状況の経験という点で、在宅群に比べ入院群は有意に多かった。同様の韓国の結果では、患者の家族内外の他害行為は、家族の長期的で深刻なトラウマティックストレス、患者の入院回数の増加、家族と患者の別居という要因との関連がみられた。統合失調症者とその家族の生活状況の把握と、それらに対する地域精神保健システム、とりわけ入院医療と在宅医療の連携における課題を浮き彫りにした。

A. 研究目的

東アジアに位置する日本と韓国は、精神障害関連法令の中に保護者に関する「精神障害者に医療を受けさせる義務」及び「精神障害者の財産上の利益を保護する義務」を規定している。韓国はさらに「自傷他害行為がないよう監督する義務」も課されている。われわれは平成 15 年度より、わが国の統合失調症患者の介護家族の経験について調査を開始し、平成 19 年度には韓国で調査を行い、平成 21 年度には公益社団法人全国精神保健福祉連合会（みんなねっと）の協力により全国調査を

実施した。とりわけ、わが国の全国調査の結果について、統合失調症患者を持つ家族の介護経験についてさらなる解析を加えた。

得られた結果を、調査時点での患者の入院群、在宅群の2群を比較して解析を行った結果、入院群か在宅群かを問わず、6割以上の患者が1か月以上の服薬中断を経験し、7割の家族は、患者の急性期幻覚妄想状態に伴う社会生活上の問題に不安を抱えていた。

一方、入院群では、6割の家族は患者による近隣への迷惑行為を経験し、4割の家族が患者の暴力に対する恐れを感じており、3割

の家族が警察を呼ばざるを得ない状況を経験していた。こうした危機的状況は在宅群よりも入院群の家族に有意に多く、7割の家族が患者を入院につなげるための搬送サービスを希望していた。

今回われわれは、統合失調症患者の暴力被害による家族の精神的健康への影響について、その詳細を検討し、日韓比較家族研究という立場から、暴力被害と家族の介護経験との関連について、韓国での調査を開始した。

B. 研究方法

韓国のソウル、テグの地域家族会を通して、統合失調症患者家族 116 人を対象に質問紙による調査を行った。質問紙（評価票）は、日本の家族会調査で使用したものの研究協力者（Yong Jun Bae：長崎ウエスレヤン大学、Jeong-Kyu Bae：，Moon-hyeon Chae：Taiwha Fountain House）の協力により準備された韓国語版である。評価項目は、1 カ月以上治療中断した経験の有無とその理由、自殺や他害行為の経験の有無、トラウマによる長期的な心理的影響の評価、介護負担感、精神疾患と障害の理解度などから構成されている。本調査の実施には、Jeong-Kyu Bae（Daegu University）と Moon-hyeon Chae（Taiwha Fountain House）の協力を得た。

C. 研究結果及び考察

解析の結果、トラウマによる長期的な心理的影響の大きさは、家族に対する身体的な暴力行為がみられ、服薬継続ができず、入院回数が多く、家族と別居という要因との間に有意な関連を認めた。また、家族との別居、服薬継続ができない、家族の介護負担感が大きい、疾患の治療可能性の理解が乏しいという要因は、家族のトラウマによる長期的な心理

的影響を説明する変数であった（図 1-3 を参照）。

こうした韓国での調査結果から、服薬が継続されない統合失調症患者が及ぼす社会的影響は、家族に対する暴力行為、それによる家族の長期にわたる深刻なトラウマティックストレスという悪影響をもたらす可能性を示唆していた。また、こうした家族は、患者との別居をもたらし、患者の治療継続に対する保護義務を果たしにくくなり、結果的に入院回数増加に至ると考えられた。

韓国は精神科診療報酬の改訂などにより、患者の入院期間の短縮化が図られており、服薬中断、再発、回転ドア現象をもたらしている可能性を推察した。

D. 評価（研究成果）

1) 達成度について

精神障害者の家族の介護経験に関する国際比較という時、従来は欧米と日本との比較が多かったが、本研究では儒教的な社会生活規範を持つ東アジアの日韓両国において、日本で開発した評価票を翻訳して用いて評価を行い、新たな知見を得ることができた。

2) 研究成果の学術的意義について

比較文化精神医学的な視点において、学術的な価値ある研究成果が得られたと言えよう。

3) 研究成果の行政的意義について

後に詳述した結論は、韓国での本研究の結果及び考察とこれまでのわが国の調査結果を総括した上で述べたものであるが、家族相互扶助を基本とする社会文化的価値規範を保持する日韓両国において、精神科病院の入院処遇は、精神症状に伴う家族内外に対する他害行為による家族の長期的な心理的影響に対する対処行動として機能している可能性を示唆するものであり、韓国では入院回数増加に、わが国では入院回数増加とともに長期入院

傾向につながる要因であると考えられる。

本研究の結果はあくまで統合失調症患者を対象としたものであるが、患者による家族内外の他害行為は、結果として家族関係や家族機能の喪失や崩壊、退院後の生活の場や介護家族の実質的な喪失をもたらし、われわれの別の報告にも述べたような、医療保護入院や任意入院の長期化を余儀なくしていると考えられる。

こうした本研究の結果に基づく考察及び結論は、わが国の行政上極めて重要な意義を持つものとする。

4) その他特記すべき事項について

なし

E. 結論

施策への提言として以下の点を強調して、結論としたい。

第一に、平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書(平成 22 年 3 月発行)の中で、「病状悪化時に必要な支援がない」「家族自身の身体的・精神的健康への不安を抱えている」などの支援ニーズを明らかにしたものの、訪問型治療の具体的な事業化にはいくつかの検討すべき課題を残している。たとえば、今回の韓国の調査結果を踏まえるなら、わが国の患者の暴力行為による家族のトラウマなど長期的な心理的影響の実態把握が早急に必要である。

第二に、初発統合失調症や初発から 3 年間という再発しやすい病状不安定な時期について、適切な経過観察の必要があるにもかかわらず、現行の外来診療のみの診療形態では、患者が自ら治療中断した場合の経過観察ができない。これは診療システム上の欠陥と言わ

ざるを得ない。欧米では、積極的訪問型治療チームを往診させ、事例の把握と患者の自宅での急性期治療を開始する。我が国も、患者の受診を待つ外来という診療形態だけでなく、統合失調症の初発の段階から、積極的な訪問型服薬管理を行うため体制整備に早急に取り組むべきである。その場合、優先的対象の選定を行うために条件整備に着手すべきである。

第三に、統合失調症の患者と家族の依存的な関係がわが国の儒教的な考え方と関連していることを踏まえ、発症早期、さらに言えば前駆症状が観察されるような時期から、早期の治療的なフォローアップと、危機管理のためのケアマネジメントを就学支援、就職支援など学校保健や産業保健との連携により新規に事業化を図る必要がある。これは、統合失調症早期支援に関する国家的なプロジェクトの一環として取り組むべきである。

F. 研究発表

1) 国外

- Hanzawa S, Nishida A, Shiraishi H, et al.: Needs for crisis intervention among family caregivers with schizophrenia patients in Japan; Comparison between inpatients and outpatients. *13th International Federation of Psychiatric Epidemiology*. Kaoshun, Taiwan. 2011.3.30-4.2
- Bae YJ, Zhao X, Hanzawa S, et al.: Longitudinal psychological impact on family caregivers traumatized by schizophrenia patient's violence behavior. *21st World Congress on Psychosomatic Medicine*, Seoul, Korea. 2011.8.25-28.

図 1. 患者の服薬自己管理の可否による家族のトラウマ ($p<0.05$)

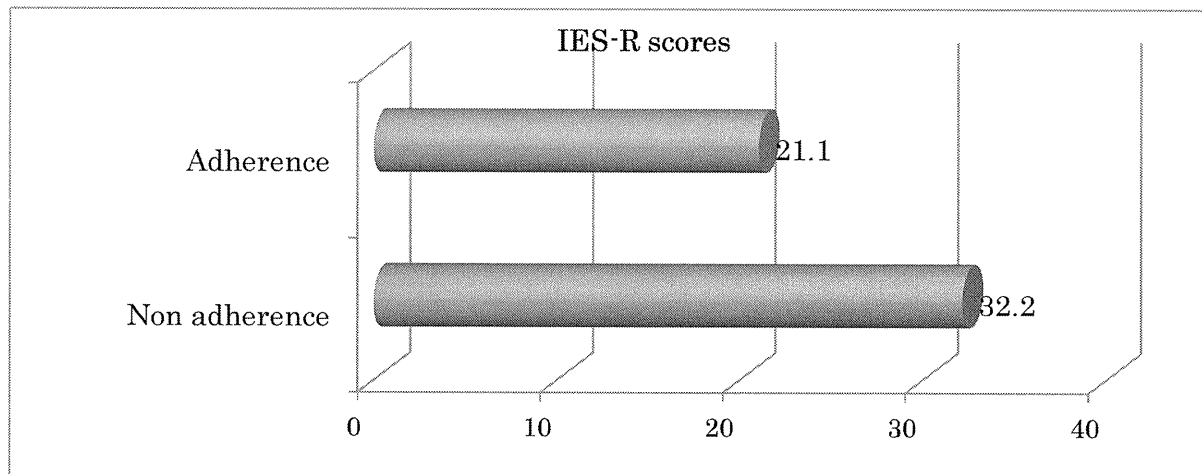


図 2. 家族内外への患者の暴力の有無による家族のトラウマ ($p<0.001$)

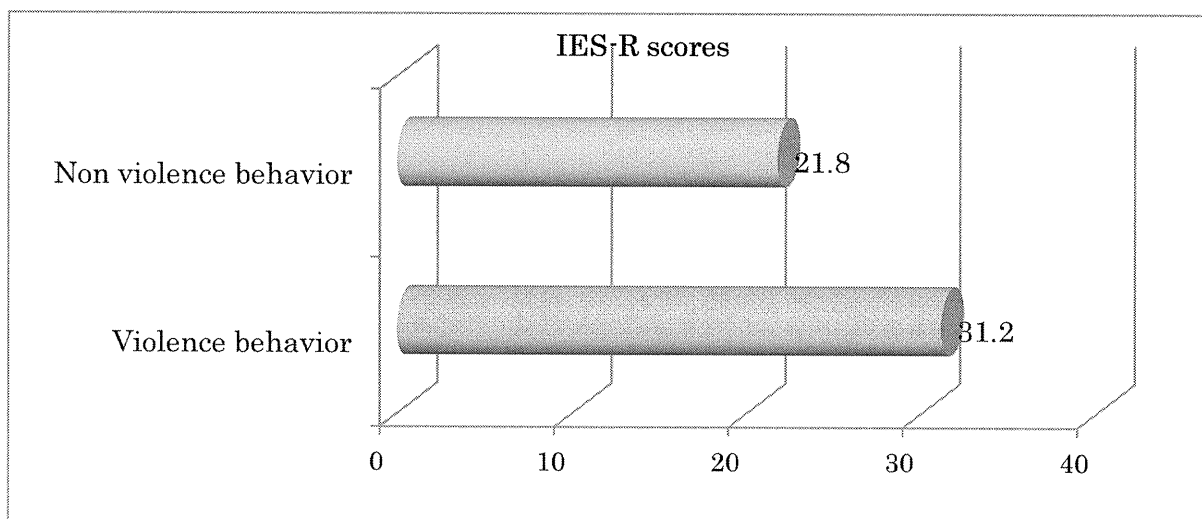
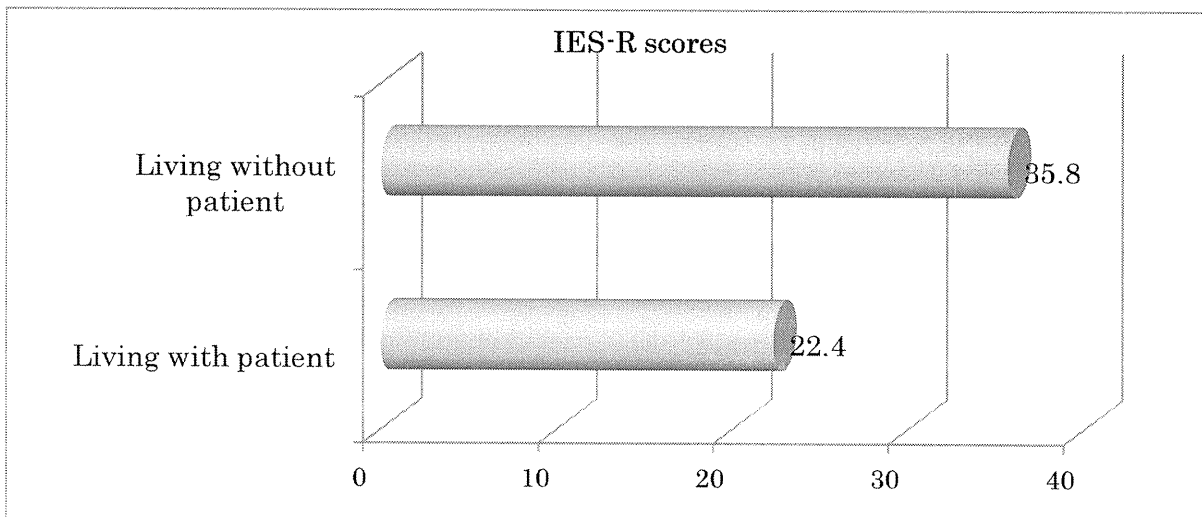


図 3. 家族と同居か別居かによる家族のトラウマ ($p<0.01$)



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
精神科看護職の内在化されたスティグマに関する調査研究

研究協力者：半澤 節子（自治医科大学）

谷田部 佳代弥（鹿沼病院）

野崎 章子（千葉大学）

板橋 直人（自治医科大学）

研究分担者：中根 允文（長崎大学）

研究要旨：地域社会におけるスティグマと精神障害者のソーシャルインクルージョンは、一般人、精神障害者、家族、支援者という地域社会の構成員の認識が相互に作用し合う社会環境の生態系として機能する。各々の内在化されたスティグマは、家族だけで介護を抱え込む孤立を招き、就学や就労という地域社会の場における接触拒否や排除を招き、精神障害者の社会参加を阻む。こうした地域社会の中で、精神科病院に勤務する専門職、中でも精神障害者の療養上の世話をする精神科看護師について、内在化されたスティグマと患者の入院指向性に対する認識を評価した。調査の結果、統合失調症者の長期入院の必要性を支持する認識は精神科看護職自身の内在化されたスティグマと関連が示唆された。こうした結果は、一部にみられる幻覚妄想状態など精神症状の活発化による他害行為に至った精神障害者に対して、リハビリテーションやソーシャルインクルージョンへの支援を入院から在宅までの精神医療として提供してこなかった施策の不備によると考えられた。退院後に生活の場を失い長期入院を余儀なくされやすい精神障害者の人権擁護という点からも、精神障害者による家族内外の他害行為の再発予防のための在宅精神医療システムの整備を早急に検討することが、行政上極めて重要な課題である。

A. 研究目的

「内在化されたスティグマ」とは、精神疾患に対して地域社会がいかなる認識をしやういかを人がどう受けとめているか、その内容と程度を示すもので、いわゆる「ステレオタイプ」といわれる個人の社会観を反映した認識であり、内在化されたスティグマについ

て、これまでいくつかの報告がある。たとえば、統合失調症圏の障害をもつ人自身の内在化されたスティグマは、病識の欠如、社会的役割の乏しさ、希望やセルフエスティームの低さという要因に関連しやすく、統合失調症患者の家族の内在化されたスティグマは、家族の支援を求めようとする行動の阻

害要因となり、精神保健の専門職からの支援を受けずに家族だけで介護を継続しようとする対処行動へとつながりやすいと報告されている。

われわれの先行研究では、一般人の内在化されたスティグマは、地域社会で慢性統合失調症事例との接触を拒否しやすい態度（社会的距離）をもたらす可能性を示唆した。

地域社会におけるスティグマと精神障害者のソーシャルインクルージョンは、地域社会の構成員、すなわち、一般人、精神障害者、家族、支援者という多様な立場の人々の認識が、相互に作用し合う社会環境の生態系として機能すると考えられ、各々の内在化されたスティグマは、精神障害者の社会参加を阻み、家族だけで介護を抱え込む孤立を招き、就学や就労という地域社会の場における接触拒否や排除という帰結に至っていると言えよう。

こうした地域社会の中であって、精神科病院に勤務する専門職の内在化されたスティグマについては、ほとんど報告されていない。われわれは、精神科病院に勤務する専門職のうち、精神障害者の入院中の療養上の世話をする精神科看護師に着目し、その内在化されたスティグマと慢性統合失調症者の入院指向性に対する認識について評価を行った。

B. 研究方法

精神科病院に勤務する 215 人の精神科看護師を対象に、慢性統合失調症の

事例に対する個人的スティグマ、知覚的スティグマ、地域生活困難度について質問紙を用いて評価した。同質問紙のうち、個人的スティグマ及び知覚的スティグマは、中根らによって開発されたものであり、地域生活困難度は半澤らによって開発されたものである。

C. 結果及び考察

解析の結果、精神科看護師の内在化されたスティグマは、慢性統合失調症事例に対する入院指向性の認識と関連をみた。また、入院指向性の認識は、統合失調症事例が地域社会で社会的不利益を経験するだろうという認識との間にも関連がみられた。これらの結果から以下のような点が考察される。

第一に、精神科看護師による慢性統合失調症事例に対する入院指向性の認識は、正しいか誤りかという評価ではなく、むしろ、精神障害者の施設収容をその社会的役割としてきた我が国の精神科病院に雇われた「被雇用者」として、入院指向性の認識を形成し、維持してきた集団であると認識すべきである。また、訪問や外来における看護業務に従事する者は少ないため、地域社会での精神障害者の社会参加の実際を知る機会も乏しい中で、社会の差別や偏見を内在化し、入院指向性を認識しやすい集団であり続けたと考えるのが妥当である。

第二に、急性期に暴力のリスクが想定される患者を抱えた介護家族を救うためには、訪問型治療が十分提供され

ていない現状では、入院処遇が介護家族を救う唯一の選択肢とならざるをえない。急性期に暴力のリスクが繰り返される患者を経過観察可能な診療システムを整備し、こうした患者の長期的な処遇を「入院処遇」ではなく確立すべきである。また、精神科看護師などのコメディカルスタッフによる訪問型治療や、必要な場合には在宅での強制的な服薬管理の導入（たとえば結核患者に対する DOTTS のような）、および再発時の急性期症状による地域社会に及ぼす悪影響を最小限化できる「地域支援システム」の整備によって、家族の介護負担の軽減を図るべきである。

D. 評価（研究成果）

1) 達成度について

本研究の対象は精神科看護職を代表するものではなく、その点で結果を一般化するには限界がある。それにしても、本研究の結果及び考察は、わが国の精神科医療の充実強化を検討する際に、検討すべき重要な課題を示唆する知見を得ることができたと考える。

2) 研究成果の学術的意義について

わが国の精神障害に対するスティグマ研究は、一般人を対象としたものや精神障害者本人を対象としたものが多く、その結果から一般住民の精神障害に対する知識の普及、差別偏見の是正を図るべきという提案が多かった。

本研究はこうした従来の研究とは異なり、調査対象を精神科医療従事者、中でもその多くが入院中の精神障害者

の療養上の世話をする精神科看護職としたことにより、わが国の長期入院患者の世話をする精神科看護師のスティグマの実際を明らかにし、同時に彼らの統合失調症者に対する入院指向性の認識について併せて評価を行うことにより、精神科看護職自身のスティグマ認知が、こうした患者の長期入院の必要性を支持しかねない認識を浮き彫りにした点は、今後のわが国の精神科看護実践の発展に対する重要な示唆であり、精神医療及び看護政策上の何らかの支援の必要性を明確にしたものと考えられる。

3) 研究成果の行政的意義について

すでに述べた家族の研究成果にも結論づけた点であり、本研究の結論とも関連する内容であるが、統合失調症者の暴力のリスクへの対処及び介護家族の介護負担軽減策として、医療保護入院や任意入院が選択され、結果的に長期入院化している可能性を推察するものである。

もちろん統合失調症者のすべてではないにしても、幻覚妄想状態などで精神症状の活発化した状態での他害行為が繰り返される状況に対して、わが国の精神保健医療行政は、入院処遇のみで対応している現状を早急に解決しなければならない。

家族内外の他害行為が繰り返されないための在宅精神医療の充実を、具体的に早急に検討すべきである点。この点は、退院後の生活の場を失い、長期入院を余儀なくされてしまう精神障害

者とその家族の人権擁護という点からも、行政上極めて重要な課題を提示した点で意義を持つと考える。

4) その他特記すべき事項について
なし

E. 結論

施策への提言として、急性期に暴力のリスクが繰り返される患者の把握を行うこと、また、彼らに対する長期的な処遇について、「入院処遇」ではない、経過観察可能な外来診療システムとして整備する具体策の検討を早急に開始すべきである。

F. 研究発表

1. 国内
なし

2. 国外

- ・ Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K, Nagai Y, Tanaka G, Nakane H, & Nakane Y.: A study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; in press.
- ・ Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K, Nagai Y, Tanaka G, Nakane H, & Nakane Y.: Toward understanding the internalized stigma of schizophrenia: a study of psychiatric nurses in Japan. *14th Congress of Asia-Pacific Psychiatry. Brisbane,*

Australia. 2010.10.29-31

- ・ Nosaki A & Hanzawa S: Attitude and beliefs among psychiatric nursing staff to the people living in community with schizophrenia. *14th Pacific Rim Congress of Psychiatry. Brisbane, Australia.* 2010.10.29-31
- ・ Hanzawa S, Yatabe K, Tanaka G, & Nakane Y.: Psychiatric nurses' beliefs about treatability of mental illness and resources for community life in Japan. *13th International Federation of Psychiatric Epidemiology. Kaoshun, Taiwan.* 2011.3.30-4.2

G. 知的所有権の出願・取得状況

なし

「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

分担研究者

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】国際的な精神保健の動向を知る上で、WHO や WHO Collaborating Centres (WHO CCs) の果たす役割について理解することは、今後の日本の精神保健の在り方を考える上で重要であると考えます。WHO CCs のダウンサイジングに向かう現状から、新たな役割や今後の展望を模索し、今後の WHO CCs の提言としてまとめることにある。

【方法】我が国における WHO CCs の確認と、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。さらに長崎大学医学部精神科が、WHO CCs 認定 30 周年を迎え、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】今後に向けての WHO CCs の役割については、東日本震災後の日本としての役割から、放射線影響を含めた重大災害とメンタルヘルスに関する WHO CCs 設置の必要性がある。また、アジア地区の国際的精神医学的調査研究の企画立案・実施を行う WHO CCs が必要である。我が国の精神保健の向上のみならず、アジア地区を視野に入れた精神保健を考える上で日本の果たす役割は大きく、新たな枠組みの WHO CCs 設置について世界保健機関への働きかけを行うことも重要であると考えます。

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

A. はじめに

世界保健機関 (World Health Organization: WHO) は、特に発展途上国での精神保健分野の充実に注目しており、世界的な精神保健の向上の必要性を指摘している。国際的な精神保健の動向を知る上で、WHO や WHO Collaborating Centres (WHO CCs) の果たす役割について理解することは、今後の日本の精神保

健の在り方を考える上で重要であると考えます。

2010 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し、データベースの作成を行った。2011 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た。最終年度の目的は、WHO CCs のダウンサイジングに向かう

現状から、新たな役割や今後の展望を模索し、今後の WHO CCs の提言としてまとめることにある。

B. 対象と方法

WHO Collaborating Centres (WHO CCs) は、1947 年に the World Influenza Centre in London for worldwide epidemiological surveillance として開始された。現在、90 の国々の 800 を超える施設が WHO CCs として、WHO のプログラムをサポートしている。我が国における WHO CCs は、32 施設が認定されている (うち 1 施設 Pending)。

対象は、WHO CCs において関連センターとして登録されている 806 施設である (うち 34 施設 Pending)。

方法は、WHO (World Health Organization) のホームページより、WHO Collaborating Centres の Data (Web; <http://apps.who.int/whocc/Default.aspx>) を用いて調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究については、これまでの長崎大学医学部精神神経科学教室の活動や、インターネットを利用した (個人情報に関与しない) 情報収集を行っているため、特段倫理的配慮を必要とする部分はない。

C. 結果

各年度の結果および考察

<2010 年度>

2010 年度には、WHO の HP にて登録されている WHO Collaborating Centres

(WHO CCs) を対象に、精神保健に関連する WHO CCs について抽出し、データベースを作成した。

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。2010 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。

<2011 年度>

長崎県佐世保市で第 63 回九州精神神経学会が、2010 年 10 月 28 日～29 日の会期で開催された。この中で、シンポジウム：アジアにおける新しい精神医学・医療の展開において「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」というタイトルで、これまでの WHO CCs としての長崎大学医学部精神神経科学教室の活動について報告した。

長崎大学医学部精神医学教室が WHO 指定協力センター（WHO Collaborating Centres ; WHO CCs）に認定された経緯については、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’ に参加したことに始まる。その後、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も参加している。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、認定後 30 年を迎えた。日本の医学・医療においてエヴィデンス・ベースド・メディシン（Evidence Based Medicine; EBM）の重要性が指摘されているものの、精神医学・医療の分野においては、徐々に成果も蓄積されつつあるものの、日本独自のいわゆるエヴィデンスは未だ乏しいと言わざるをえない。長崎大学では、これまで社会精神医学あるいは疫学的精神医学の分野において研究を継続し、長崎大学独自に行われた研究以外にも、WHO 指定協力センターとして、文化的背景も考慮したより広い視野での国際比較研究を行っている。

表 1 長崎センターにおける WHO 共同研究の概要

<p>1. 気分障害（うつ病）研究</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・アジア 3 国共同研究；3 センター、1985-1991 ・World Mental Health 2000（WMH）、2000-2010
<p>2. 一般診療科における心理的問題の診療に関する研究</p>	<p>（WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care Settings; PPGHC）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<p>3. 統合失調症（精神分裂病）研究</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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

4. ICD-10(F) 関連研究	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

特に統合失調症研究については、長崎センターは、1979 年から開始された「重度精神障害の転帰決定因子に関する WHO 共同研究 (International Collaborative Study on Determinants of the Outcome of Severe Mental Disorders ; DOSMeD Study)」に参加した。この DOSMeD 研究では、対象事例を一定の地域から抽出し、厳格な採用基準と除外基準を設定し、採用された症例については標準化された半構造化面接を用いて評価した。長崎大学医学部精神神経科の研究スタッフの協力により、統合失調症の発生率をはじめとして、亜型、精神症状、ライフ・イベント、経過・転帰、援助希求パターンについて多くの知見を得ることができた。この研究は受け継がれ、その後も追跡調査を行い 28 年の超長期転帰調査においても、精神病未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis ; DUP) の短縮が、その転帰に良い影響を与えることが示された。

最近では、生物学的医学研究を基盤にした社会医学的研究も見られるようになってきている。

長崎大学は、WHO CCs として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。今後、これまで培った WHO をはじめとした国内海外のネットワークや精神医学的疫学研究のノウハウを活用し、Bio-Psycho-Social-Ethical な視点で総合・包括的な研究成果を積み重ねて、今後より新しいエヴィデンスへと結び付けていくことが期待される。

<2012 年度>

2010 年度に精神保健にかかる WHO CCs の全体像、2011 年度に WHO CCs としての長崎大学の活動を確認し、WHO CCs の役割について考えた。

最終年度は、WHO CCs のダウンサイジングに向かう現状から、新たな役割や今後の展望を模索し、以下の二つの観点から、今後の WHO CCs の提言としてまとめることとした。

- ① 日本の役割
- ② WHO HQ との連動

① 日本の役割

2011 年 (平成 23) 3 月 11 日午後 2 時 46 分ごろに発生した東北地方太平洋沖地震によってもたらされた東日本大震災は、各地に甚大な損害をもたらした。この災害による死者は 1 万 3000 人以上、行方不明者は 1 万 4500 人以上、6 万 7000 以上の建物が全半壊 (2011 年 4

月 12 日時点) しており、阪神・淡路大震災を上回る戦後最大の災害となった。さらに、地震発生後、福島第一原子力発電所（福島県双葉郡大熊町・双葉町）において、放射性物質が漏出する重大事故が発生した。6 基の原子炉のうち、1～4 号機の電源が津波の浸水により故障し、さらに原子炉建屋内で水素爆発がおきるなど、炉心溶融の危険性が生じ、アメリカのスリーマイル島原子力発電所事故（1979）を上回り、旧ソ連（現ウク

ライナ)のチェルノブイリ原子力発電所事故（1986）に比べられる大事故となった。

このため、改めて WHO CCs の Disaster、Radiation、Nuclear、の関連協力センターについて WHO CCs の Data (Web: <http://apps.who.int/whocc/Default.aspx>) を用いて、調べた。その結果を以下に示す。

表 2 Disaster 関連

Institution name	Country	Region	Title
International Centre for Migration and Health (ICMH)	SWITZERLAND	EURO	WHO Collaborating Centre for Health-related Issues among People Displaced by Disasters
All-Russian Centre for Disaster Medicine "Zaschita", Ministry of Health	RUSSIAN FEDERATION	EURO	WHO Collaborating Centre for Emergency and Disaster Medicine Management
James Cook University	AUSTRALIA	WPRO	WHO Collaborating Center for Nursing and Midwifery Education and Research Capacity-Building
Douglas Mental Health University Institute	CANADA	AMRO	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health
Hospital Universitario San Carlos	SPAIN	EURO	WHO Collaborating Centre for Research & Training in Mental Health
Health Sciences Authority	SINGAPORE	WPRO	WHO Collaborating Centre for Transfusion Medicine
Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB)	BRAZIL	AMRO	WHO Collaborating Centre for Prevention, Preparedness and Response to Chemical Emergencies
University of Nursing, Yangon, Myanmar	MYANMAR	SEARO	WHO Collaborating Centre for Nursing and Midwifery Development
Mediterranean Council for Burns and Fire Disasters (MBC) Ospedale Civico	ITALY	EURO	WHO Collaborating Centre for Prevention and Treatment of Burns and Fire Disasters
Research Institute of Nursing Care for People and Community	JAPAN	WPRO	WHO Collaborating Centre for Nursing in Disasters and Health Emergency Management
Yale New Haven Health	USA	AMRO	WHO Collaborating Centre for Emergency Preparedness and Disaster Response

表3 Radiation 関連

<u>Institution name</u>	<u>Country</u>	<u>Region</u>	<u>Title</u>
Bhabha Atomic Research Centre	INDIA	SEARO	WHO Collaborating Centre for Secondary Standard Radiation Dosimetry
Radiation Effects Research Foundation (RERF)	JAPAN	WPRO	WHO Collaborating Centre for Research on Radiation Effects on Humans
Urals Research Centre for Radiation Medicine (URCRM)	RUSSIAN FEDERATION	EURO	WHO Collaborating Centre for Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance
University of Massachusetts	USA	AMRO	WHO Collaborating Centre for Occupational Health
Federal Medical Biological Agency	RUSSIAN FEDERATION	EURO	WHO Collaborating Centre for Diagnosis and Treatment of Radiation Sickness in Human Beings
Centers for Disease Control & Prevention (CDC)	USA	AMRO	WHO Collaborating Centre for Environmental Epidemiology
All-Russian Center of Emergency & Radiation Medicine (ARCERM)	RUSSIAN FEDERATION	EURO	WHO Collaborating Centre for Treatment & Rehabilitation of Accident Recovery Workers of Nuclear & Other Disasters
Ministry of Health and Social Development	RUSSIAN FEDERATION	EURO	WHO Collaborating Centre for Research & Training on Radiation Epidemiology
Institute for Radiological Protection and Nuclear Safety (IRSN)	FRANCE	EURO	WHO Collaborating Center for Radiological Protection
National Cancer Centre Singapore	SINGAPORE	WPRO	WHO Collaborating Centre for Secondary Standard Radiation Dosimetry
Institute of Public Health	CHILE	AMRO	WHO Collaborating Centre for Occupational Health
Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health	THAILAND	SEARO	WHO Collaborating Centre for Secondary Standard Radiation Dosimetry
Oak Ridge Institute for Science & Education (ORISE)	USA	AMRO	WHO Collaborating Centre for Radiation Emergency Assistance
Australian Radiation Protection and Nuclear Safety Agency (ARPANSA)	AUSTRALIA	WPRO	WHO Collaborating Centre for Radiation Protection
Brazilian Nuclear Energy Commission	BRAZIL	AMRO	WHO Collaborating Centre on Radiation Protection and Medical Preparedness to Radiation Accidents
Nagasaki University School of Medicine	JAPAN	WPRO	WHO Collaborating Centre for Research on Radiation-Induced Thyroid Diseases and Surgical Treatment of Radiation Injuries
Research Centre of Radiation Medicine (RCRM), Academy of Medical Sciences of Ukraine	UKRAINE	EURO	WHO Collaborating Centre for Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network (REMPAN)

Universidad Mayor de San Andrés (UMSA)	BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF)	AMRO	WHO Collaborating Centre on Ultraviolet Radiation and its Health Effects
Clinic and Policlinic of Nuclear Medicine	GERMANY	EURO	WHO Collaborating Centre for Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance
Federal Office for Radiation Protection (BfS) - Bundesamt für Strahlenschutz	GERMANY	EURO	WHO Collaborating Centre for Ionizing and Non-Ionizing Radiation and Health
Yale New Haven Health	USA	AMRO	WHO Collaborating Centre for Emergency Preparedness and Disaster Response
University of Albany	USA	AMRO	WHO collaborating centres in Environmental Health

表 4 Nuclear 関連

Institution name	Country	Region	Title
Centers for Disease Control & Prevention (CDC)	USA	AMRO	WHO Collaborating Centre for Environmental Epidemiology
Australian Radiation Protection and Nuclear Safety Agency (ARPANSA)	AUSTRALIA	WPRO	WHO Collaborating Centre for Radiation Protection
Brazilian Nuclear Energy Commission	BRAZIL	AMRO	WHO Collaborating Centre on Radiation Protection and Medical Preparedness to Radiation Accidents
Clinic and Policlinic of Nuclear Medicine	GERMANY	EURO	WHO Collaborating Centre for Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance
Yale New Haven Health	USA	AMRO	WHO Collaborating Centre for Emergency Preparedness and Disaster Response

以上の結果から、WHO CCs の Disaster、Radiation、Nuclear、の各関連協力センターについては、11 機関、22 機関、5 機関であった。アジア地区では、スマトラ沖地震をはじめとして、四川大地震などこれまでも多くの災害が集中して発生しているにもかかわらず、WPRO Region であったのは、それぞれ Disaster 関連 1 機関、Radiation 関連 4 機関、Nuclear 関連 1 機関に過ぎなかった。さらに、このような災害に際して、精神保健活動の重要性が指摘されているものの、救急医療や人体への放

射線の影響が中心であり、精神保健に関連する施設はほとんど見ることはできなかった。

地震、水害、台風被害、火山被害、原子力発電所事故等のデータの集積とケアについて、精神保健の立場から中心的組織の必要性が高いと考えられる。特に日本は、広島、長崎の 2 つの被爆地があり、福島も今原子力発電所災害に苦しんでいることから我が国に、災害精神保健活動に関連する WHO CCs を誘致することによって、アジア地区の精神保健活動の向上に寄与できると考える。