

大学での基盤が確立していった。

その後、精神科医療の中心は、総合病院精神科から単科精神科病院へとシフトしたが、これらのプログラムの効果が明確ではなかったこと、また専門家間で診療に大きなばらつきがあったことなどから、特に保険会社などの支払者は、長期ケアが必要な慢性的な障害、精神障害および結核の治療・ケアを民間保険の対象外とした。

1950年代まで州立精神科病院は巨大化していき、2万床を有する病院も存在した。1955年に米国でクロールプロマジンが導入され、長期に入院しなくてはならなかった精神障害者が服薬をしながら地域で生活することが可能になった。またジョン F. ケネディ第35代大統領が1961年にケネディ教書「Action for Mental Health」を議会に提出した結果、1963年に「地域精神保健センター法」が成立し、精神科医療の見直しが始まり、徐々に脱施設化が進んだ。人口7万5000人～20万人ごとに地域精神保健センターを設立することを目標に、国家レベルで精神保健施策は展開されたのである。

公的保険であるメディケアとメディケイドが策定されたことにより脱施設化は加速度的に進む。メディケアにより総合病院精神科へのアクセスが改善し、単科精神科病院への入院は生涯で190日という上限が決められていたため、入院医療は急性期医療を担うようになる。

一方メディケイドの導入により、多くの州政府では、単科精神科病院での医療費の支出をこの保険の対象からはずし、総合病院での精神科医療や低所得者層への長期療養ケアの費用を支払うことにした。そのため、脱施設化によって州立精神科病院を退院した重度の精神障害者を、民間のナーシングホームが受け入れるようになった。認知症患者も州立精神科病院へは入院できなくなった。

脱施設化施策と公的保険の登場で、州立精神科病院の病床は急激に減少し、退院患者はナーシングホームに移り、残りは地域で生活することになった。しかし急激な変化は、ホームレスの増加や、医療中断による再入院を増加させることになったと当時いわれていた。そのため、1976年には第39代ジミー・カーター大統領はカーター教書

を提出し、精神科医療において地域医療およびアフターケアの重要性が強調された。1980年代になるとこれまで連邦政府が中心となってきた精神科医療政策とその財源が、州政府が中心になり、脱施設化は地域医療の充実とともに加速化していったのである。

その後医療費の高騰が問題となり、メディケアによる病院への支払方式の改革にのりだした。1982年の法律（TEFRA法）により、これまで出来高支払であった仕組みを、効率的な診断群別支払方式（DRG/PPS）に変更した。ただし単科精神科病院と総合病院の精神科では、この方式の導入を免除され、引き続き出来高で行われることになった。1987年のOBRA87法は、医療費の削減と効率的な資源の利用を促進するとともに、精神障害者のナーシングホームへの入所を制限するようになった。

政府のこれらの医療費削減策は、民間セクターの役割を増大させ、「マネジドケアを通して資源の消費をコントロールする」という考え方が強くなる。医療を受ける前の事前審査と利用度審査によって、1980年代後半から1990年代にかけて、精神科医療を受けることが制限された。公的保険であるメディケイドおよびメディケアも、1983年にアリゾナ州のメディケイドにマネジドケアが導入されたことを皮切りに、多くの州で導入されていき、支払は一層厳しくなっている。

本論の結果で示されている精神科医療の動向の変化には、以上の政策が背景にあると考えられる。

2. 第2年度

海外諸国における精神科の非任意入院制度を、比較研究およびその国に詳しい専門家へのヒヤリングによって整理した。

ヨーロッパ諸国における精神科非任意入院の概要をまとめると、非任意入院の割合は入院患者の3.2%（ポルトガル）から30%であった。人口100万人あたり、6人（ポルトガル）から218人（フィンランド）である。評価者は医師（もしくは精神科医）である、非任意入院の基準として治療の必要性が位置付けられているのは6各国で、非任意入院の決定者は、非医療が9カ国で医療が5カ国とばらついていた。なお、英

国は当初は非医療として位置付けられている社会福祉士であったが、近年他のコメディカル（医療系）に拡大している。国際的な方向は非任意入院の決定は医療から非医療に移行しているという指摘²⁾されることもあるが、現実的には試行錯誤が続けられているというのが実情と考えられる。

ヨーロッパにおける緊急の非任意入院のプロセスで位置づけられている者については、提案者は親族（5 各国）を含め多様であるが、決定者は医師である場合が大半であった。その場合、入院期間は2～3日で、裁判所が監督している場合が多かった。

わが国で制度の類似している韓国を除いては、非任意入院費用の自己負担はなく、また家族・親族の役割は本人の権利を確保するものしか確認できなかった。また、入院ではないものの、通院措置という制度は多くの国で存在し、非任意入院を代替する地域ケアの可能性のひとつとして、わが国においても参考になる制度と考えられた。

一方、緊急を要さない通常の非任意入院では、提案者は親族（5 カ国）を含め多様であるが、決定者は裁判所であることがほとんどであった。また入院期間には7日～6か月と幅があるが、定期的に継続について評価させることが位置付けられていた。

本研究では、比較可能な先行研究結果に最近の情報を追加する手法で整理したため、比較可能性の高い結果と位置付けることができる。ただし、法律の実際の運用状況は明らかではない。また、入院に関する家族・親族の関与については、「家族の意思が非任意入院プロセスに関係するか」という観点からの分析であるため、わが国における「保護者制度」と同等の制度の存否に関する分析ではないという限界がある。また、専門家との意見交換を続け、引き続きさらに正確な情報に更新する必要がある。

3. 第3年度

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

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。

3) 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。

E. 結論

1. 初年度

米国における精神科医療費と精神科医療サービスに焦点を当て、わが国への示唆を念頭におきながら、米国での政策の動向を考察した。これからのわが国のよりよい精神科医療を構築するためには、政策が臨床にどのように影響するかを注意深く観察しながら、将来の政策を立案していく必要がある。

2. 第2年度

どの国においても非任意入院制度は存在し、イタリアとフィンランドを除いて複数の非任意入院形態（緊急・一般や評価・治療など）が存在した。入院の判断者は医師である国と行政の長である国とに分かれた。日本と類似した法制度である韓国を除いては、入院に関する家族の役割に関する記載は、入院を申請できること、非任意入院の報告を受けること、そして入院中の本人の権利を確保することのみ確認できた。非任意入院の費用は、韓国を除いては公費で支払われていた。各国には非任意入院制度が存在していたが、判断者や支払いなどの制度運営は、各国の制度的背景と連動して多様であった。本研究結果は、非任意入院制度については、各国で合意の得られる範囲で、より制限的でない処遇となるよう、それぞれの国で工夫が続けられていることを示している。

3. 第3年度

東アジアと東南アジアでは、長い收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

1. 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-Rublee 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.

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。

<参考資料>

資料 1

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R）「保護者制度・入院制度の検討」に係る第1回作業チーム（平成23年1月7日）「参考資料2」のベースとなった資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000101rg.html>

資料 2

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R）「保護者制度・入院制度の検討」に係る第6回作業チーム（平成23年7月27日）「参考資料1」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001kn4b.html>

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」

平成 21～23 年度 分担研究報告書
国際機関等における精神保健の動向の検討

研究分担者 鈴木友理子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
災害等支援研究室長
研究協力者 深澤 舞子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
瀬戸屋雄太郎 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
秋山 剛 NTT 東日本関東病院
後藤 亮 プラン・ジャパン東日本大震災支援対策室

研究要旨

【目的】平成 21 年度の研究の目的は、近年の国際精神保健におけるランドマークとなった取組みや発表を軸に、世界保健機構（WHO）をはじめとする国際精神保健の最近の流れを概観することである。また、平成 23 年 3 月に発生した東日本大震災における国際機関等の役割と連携について検討する。【方法】平成 21 年度には、近年の WHO 精神保健・薬物依存部の取組みに関する既存資料のレビューを行った。また、WHO 精神保健・薬物依存部 Drs Saraceno and Saxena に聞き取り調査を行った。また、東日本大震災におけるこころのケアに関する国際機関の対応および我が国の関係機関との連携の在り方について、その対応の実態を記述し、WHO 精神保健・薬物依存部、世界精神医学会(WPA)、大型国際 NGO（プラン・ジャパン）の情報提供者から聞き取りを行った。【結果】近年の国際精神保健における主要な取組みとして、1) Project Atlas, 2) WHO-AIMS Project, 3) IASC ガイドライン、4) Lancet Global Mental Health Series, 5) Mental Health Gap Action Programme, 6) Movement for Global Mental Health などがある。いずれも科学的根拠に基づいて地域精神保健サービスの拡充について一定の方向性が示されており、関係者の情報や経験を共有して、より調整された方法で、精神保健資源の地域間、そして地域内格差を是正する取組みとなってきた。東日本大震災の対応として WHO からは、専門的な情報提供、WPA とは特に原子力発電所事故後の心理的影響に関する研究者との電話会議、大型国際 NGO（プラン・ジャパン）とは、WHO から出版されたサイコロジカルファーストエイドマニュアルの出版などの取組みがあった。【考察】今後の国際精神保健の取り組むべき方向と具体的なプログラムは示されており、今後は、実践とサービス提供が期待される。災害時の対応については、我が国は比較的精神保健、心理社会的支援の資源があることなどから、精神保健に関する積極的な国際的支援を要する場面は少なかった。災害対応に関する事前研修、専門家のネットワーク化は今回の対応でも

非常に参考になり、今後は我が国の経験をもとにした、災害対応等の研修、人材育成等の国際貢献が役立つと考えられる。

平成 22 年度については、研究班の判断として、他国における非自発的入院の在り方の検討を行った。【目的】オランダにおける精神医療制度、特に非自発的入院制度と保護者制度を把握する。【方法】既存の文献等を検索して、中でも最も関連のあると思われるオランダ Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Act (BOPZ) 精神科病院（強制入院）法（英語版）(5) を翻訳した。また保護者制度については、民法の契約法の一部であるが(Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) (医療契約法))および、患者の権利法をつくる会がインターネット上で公開している日本語訳を適宜参考にした。現地の臨床家による運用上の課題については、Remmers van Veldhuizen (GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo)から個人的に情報収集を行った。【結果】オランダにおける非自発的入院制度としては、1) 仮命令、2) 仮強制収容等があった。しかしオランダにおけるこれらの制度の運用上の問題が、2008 年の第三者評価の結果から指摘されて、現在法改正の機運がある。保護者制度については、保護者の定義、責務、またサービス提供者が負う保護者への責務は、民法の一部である医療契約法に明記されている。ここで明記されている保護者の責務は善管注意義務（善良な管理者としての注意義務）であった。【考察】オランダの精神医療体制は、他の欧米諸国と異なり急激な脱施設化が行われず、保険制度によってケアが提供されているなど、日本との共通点が多く参考にすべき点が多い。しかし、オランダでは地域ケアが精神保健ケアのスタンダードになっており、この点を鑑みて強制的治療のあり方が議論されている点に注意する必要がある。今回検討した 2004 年の BOPZ 法はオランダの精神保健体制の歴史的過去、そして将来に向けて発展している中間に位置する法律と理解して、参考にすることが適切であると考えられる。

A. 研究目的

平成 21 年度の目的は、近年の国際精神保健におけるランドマークとなった取組みや発表を軸に、世界保健機構（WHO）をはじめとする国際精神保健の最近の流れを概観することである。また、平成 23 年度においては、平成 23 年 3 月に発生した東日本大震災における国際機関等の役割と連携について検討する。

平成 22 年度には、研究班として、非自発的入院制度の在り方の検討が優先されたので、オランダにおける非自発的入院制度の在り方を精査する。

B. 研究方法

平成 21 年においては、近年の WHO 精神保健・薬物依存部の取り組みに関する既存資料のレビューを行った。また、WHO 精神保健・薬物依存部 Drs Saraceno and Saxena に聞き取り調査を行った（2010.1.19、ジュネーブにて、中根允文、鈴木友理子）。また、WHO が出版した、Mental Health Atlas, AIMS project などの既存の資料から精神保健サービスに関する指標について国際比較し、我が国の位置づけを明らかにした。平成 23 年においては、平成 23 年 3 月 11 日に発生した、東日本大震災におけるこ

ろのケアに関する国際機関の対応および我が国の関係機関との連携の在り方について、分担研究者の鈴木は、以下の国際的な組織と連絡をとりながら、災害対応を行った。その実態を記述し、更に以下の情報提供者から聞き取りを行った。

- 1) WHO 精神保健・薬物依存部（瀬戸屋 雄太郎氏）
- 2) 世界精神医学会（秋山剛医師）
- 3) 大型国際 NGO（プラン・ジャパン、後藤亮氏）

平成 22 年度の研究では、オランダにおける精神医療制度、特に非自発的入院制度と保護者制度を把握するために、資料の収集を行った。Google, Pubmed, Web of Science を通じて、関連する文献を検索した。入手した資料のうち、オランダ Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Act (BOPZ) 精神科病院（強制入院）法（英語版）(5) を翻訳した。本法は 1884 年に成立した旧精神障害者法（Lunacy Act）に代わるものとして、1997 年に発効された。2004 年に修正されたものを翻訳したが、その後 2007 年に更に修正が行われた点に注意が必要である。また医療契約法は、民法の契約法の一部であるが（Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)（医療契約法））(4)、これについてはオランダ語版しか入手できなかった。そこで、患者の権利法をつくる会がインターネット上で公開している日本語訳(2)を適宜参考にした。

また、個人的なネットワークでオランダの精神医療情報を収集した。なかでも、オランダにおける強制入院の運用を巡る課題については、オランダの司法精神医学専門

家、Remmers van Veldhuizen (GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo) から個人的に情報収集を行った。

C. 結果

平成 21 年度

世界保健機関 精神保健・薬物依存部主導の取り組み

世界保健機関 精神保健・薬物依存部 (WHO Department of mental health and substance abuse: WHO/MSD) は、1) 世界の精神疾患による負荷を減らし、2) 精神健康を向上させるために、ニーズと現状のギャップを狭めるための世界的なリーダーシップを負っている。これらの目標のもとに、各地の地域や国の事務局、そして 100 以上の WHO 協力センターなどと連携して、調査、技術支援、アドボケイトなどが行われている。

2001 年には、精神保健が WHO 総会の主要課題として取り上げられ、World Health Report は、「Mental Health: New Understanding, New Hope, drew attention to the situation」と題され、人びとの健康に対する精神疾患の大きな負荷について科学的根拠が報告された。WHO/MSD はこれらの根拠に基づき、地域精神保健活動のニーズを明言し、10 の提言を行っている。さらに、各国での具体的な行動を促進するために、国連加盟国の保健省関係者らによるラウンドテーブルが開催された。この 2001 年の一連の活動を受けて、WHO/MSD は 5 年間の Mental Health Global Action Programme に着手し、精神保健問題に関する意識と反応性を高め、サービスの質と効果を高め、ステ

イグマと差別を減少するよう各国政府に求めた。具体的には、Project Atlas、WHO-AIMS などのプロジェクトを通じて、各国の精神保健資源の現状を記述して、これらの基礎情報に基づいて精神保健政策や活動の立案といった技術支援を行っている。また、mhGAP では、精神疾患に対するケアガイドラインを示し、プライマリケアレベルでの精神保健サービスができるように研修を提供している。各プロジェクトの詳細は、平成 21 年度 of 分担報告書を参照されたい。

平成 23 年度

1) WHO 精神保健・薬物依存部の対応

発災直後から、WHO 精神保健・薬物依存部の災害担当専門官 (Dr van Ommeren) からの以下の専門的な情報提供があった。

また、災害時に、海外からの支援者が流入することの弊害も示したうえで、WHO には過去の災害経験をもとに、今回の東日本大震災への対応にいつでも支援する準備状態にあるとの連絡があった (平成 23 年 3 月 12 日、私信)。

2) 世界精神医学会

東日本大震災発災後には、世界精神医学会の Mario Maj 会長 (当時) からの提案で、原子力発電所事故に関する心理社会的支援に関する電話会議が開催された (2011.4.1) 必要性等が指摘された。

その他に、世界精神医学会国際学会 (ブエノスアイレス) (2011.9)、また、アジア地域においては、世界精神医学会地方学会 (高雄) (2011.11) において東日本大震災における精神保健医療上の課題、対応等が発表された。

3) 大型 NGO (プラン・ジャパン)

プランとは、英国に本部があり、70 年にわたる発展途上国における経験を豊富に有する大型国際 NGO である。発災から 1 週間程度後に、国際本部および東京より現地調査隊が被災地にはいり (2011.3.19)、現地における情報収集および支援方針を決定した。そして、現地の専門家をパートナーとして、東日本大震災支援対策室を仙台市に設置 (2011.3.25) した。

活動内容としては、①避難所・仮設住宅への物資支給、②学用品等の配布、③心のケア支援、④子どもの遊び場の設置、⑤子どもの参加が挙げられる。

特に、心理社会領域では、地元の臨床心理士会、臨床発達心理士会、学校心理士会の連合体「ケア宮城」と連携して、プラン・ジャパンの重要な活動として位置付けられた。また、宮城県庁内で「宮城県子ども支援会議」を定期的に開催し、被災地で活動する NGO や NPO の情報共有と連絡調整場を継続的に確保した。他にも、IASC と WHO が新たに Psychological first aid のマニュアルを公表したが、この日本語版の開発、普及を国立精神・神経医療研究センターおよびケア宮城と共同で行っている。

平成 22 年度

オランダにおける強制入院制度

強制入院は、BOPZ 法の下に行われる。強制入院の対象となるのは、12 歳以上で、精神疾患があり、介入に抵抗しており、自他への危険があるものである。BOPZ 法で精神疾患とは、精神能力の発達不良又は病的機能障害と定義され強制入院の対象は、特定診断名に限定されるものではない(5)。

強制入院の形態としては、1) 仮命令(Interim Order)、2) 仮収容命令(Provisional detention)の二つがある。急性の危険がある場合には、市長により仮収容命令が発出され、それ以外の場合には、裁判所からの仮命令が必要となる。これらの制度の詳細は、平成 22 年度の分担報告書を参照のこと。

その他の治療形態

2004 年の改正によって再入院に関して一定の強制力をもつ強制外来治療制度ができた(条件付き命令: conditional order)。対象者が、治療計画を遵守しなかった場合、又は条件の遵守状況からみて精神科病院外では危険を十分に管理することができなくなった場合には予め入院させる精神科病院を定めておく。精神科病院の医師は、対象者が精神科病院以外で危険を管理することができなくなった場合には、対象者を当該病院に入院させる。また、対象者が条件を遵守せず、又は入院を要求した場合には、入院させることができる。

D. 考察

国際機関が国際的な精神保健の向上、特に低所得国における精神保健施策のアドボカシーに WHO の果たす役割は大きい。WHO の主要な機能は、1) 保健分野におけるリーダーシップの発揮、2) 研究開発の促進と知識の普及、3) 基準の設定、実施状況のモニタリング、4) エビデンスに基づき、倫理的な政策の作成、5) 技術支援を行い、持続的な組織能力の形成、6) 保健状況およびその動向の把握が挙げられているが(鷲見、他、2009)、WHO 精神保健・薬物依存

部もこれに沿った活動を展開しているといえよう。ただし、WHO 内においても、精神保健プログラムに向けられる予算比は必ずしも、GBD で示される重要性に呼応するものではなく、スタッフ数も十分ではないと思われる。

今後は、mhGAP プログラムの展開が期待される。これは、精神保健の領域でも、各種疾患や状態に対するケアのスタンダードやガイドラインを示したもので、これらのガイドラインを現地のニーズやサービス構造を考慮しつつ、人材育成のための研修を通じて、現地の臨床家、サービス立案者の力量を高めつつ、プログラムを実施し、サービス提供をする仕組みを整えることが求められよう。

近年、大型災害時には、いわゆる「こころのケア」でも国際的な協働が行われている。今回の東日本大震災では、国際機関、国際学会等は、現地の要請に基づく支援が原則であり、東日本大震災では、積極的な協働はなかった。我が国は比較的精神保健、心理社会的支援の資源があり、災害対応、復興に関する予算や行政の統治能力があるので、精神保健に関する積極的な国際的支援を要する場面は少なかった。ただし、これまでの実施された国際機関等による災害対応に関する事前研修、専門家のネットワーク化は今回の対応でも非常に参考になり、今後は我が国の経験をもとにした、災害対応等の研修、人材育成等の国際貢献が役立つと考えられる。

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

い。しかし、オランダでは地域ケアが精神保健ケアのスタンダードになっており、この点を鑑みて強制的治療のあり方が議論されている点に注意する必要がある。そのような文脈のなかで、オランダにおける強制入院の形態は、1) 仮入院、2) 仮強制収容がある。しかしこれらの根拠となる、BOPZ法は1970年代の施設型治療が主流であった時代に制定され、また、治療選択などについても患者の人権が過剰に強調された時代に形成されたものであり、現代の精神保健事情下では運用しづらいという問題点がある。今回検討した2004年のBOPZ法はオランダの精神保健体制の歴史的過去、そして将来に向けて発展している中間に位置する法律と理解して、参考にするのが適切であると考えられる。

【参考文献】

- 1) Murray, C. & Lopez, A. (1996) The Global Burden of Disease. Vol.1. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990, and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 2) Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18: 23-33.
- 3) Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370: 841-50.
- 4) Patel V, Saraceno B, Kleinman A. Beyond evidence: the moral case for international mental health. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1312-5.
- 5) World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO.
<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/>
- 6) Project Atlas:
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/en/index.html
- 7) WHO-AIMS
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html
- 8) IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings:
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
- 9) Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596206_eng.pdf
- 10) Lancet Series on Global Mental Health
<http://www.thelancet.com/series/global-mental-health>
- 11) Mental Health Gap Action Programme mhGAP
http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html
- 12) Movement for Global Mental Health

- <http://www.globalmentalhealth.org/articles.html>
- 13) 鷺見学, 武井貞治, 中谷比呂樹. パートナーシップ時代の国際保健協力 これから国際保健協力を志す若者への10章 新しいWHOの役割. 公衆衛生. 73(6): 454-458, 2009.
- 14) John Lesser. Lessons from Abroad: Australian Mental Health Law and Practice in an International Context: A Cross-Jurisdictional Evaluation of Involuntary Mental Health Legislative Frameworks, Treatment and Review Systems. 29 February 2008
- 15) 患者の権利法をつくる会ホームページ. オランダ医療契約法. 最終アクセス日 2010/12/24. http://sociosys.mri.co.jp/hansen/20070919/7_sankou_shiryu2.pdf
- 16) Mental Health: Evidence and Research. Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. World Health Organization. 2005.
- 17) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Retrieved on 2010.12.24. at <http://www.hulpguids.nl/oud/wetten/wgbo-tekst.htm>.
- 18) Ministry of Health, Welfare and Sport. Psychiatric Hospitals (Compulsory admissions) Act, status as of June 2004. Publication Series Health, Welfare and Sport no.4, Hague, Netherlands, retrieved on 2010/12/24 at http://english.minvws.nl/en/artikelen/gvm/the_psychiatric_hospitals_compulsory_admissions_act.asp.
- 19) 新村順子. オランダの精神保健・看護教育事情. 精神科看護. 2008;35: 46-52.
- 20) Remmers van Veldhuizen. Developments in Dutch Mental Health Legislation. The 30th Congress of International Academy of Law and Mental Health. Symposium presentation. 2009, June 28-July 4. New York
- 21) 佐竹直子. オランダの精神医療. 厚生労働科学研究補助金(こころの健康科学事業) 114-120.
- 22) 辻本直子, 植田俊幸. オランダの精神保健福祉事情視察報告: 私たちのオランダ紀行. 精リハ誌. 2008. 12: 177-182.
- F. 研究発表**
1. 論文発表
- 1) 新福尚隆, 鈴木友理子: 世界の精神保健医療の現状. 新福尚隆, 浅井邦彦編: 改定世界の精神保健医療. へるす出版, 東京, pp3-17, 2009.
- 2) 鈴木友理子: Mental Health Atlas等の精神保健データの国際比較. 新福尚隆, 浅井邦彦編: 改定世界の精神保健医療. へるす出版, 東京, pp235-242, 2009.
2. 学会発表
- G. 知的所有権の取得状況**
(特許取得、実用新案登録、その他)
いずれもなし

別添

各国の人口、経済等に関する一般情報

	人口 ¹⁾ ×100万	GDP ²⁾ 2007	平均寿命 ¹⁾ 2007	乳児死亡率 ¹⁾ /1000人	識字率 ³⁾ 2007	失業率 ⁴⁾ 2008	医師数 ¹⁾ /1000人
I 北米・南米							
アメリカ	301.6	13807.550	78	7	N/A	5.8	2.6 ⁸⁾
カナダ	33.0	1436.086	81	5	N/A	6.1	1.9
ブラジル	191.6	1333.502	72	20	90.0	8.2	1.2 ⁸⁾
II ヨーロッパ							
イギリス	61.0	2803.404	79	5	N/A	5.3	1.9 ⁸⁾
フランス	61.7	2593.777	81	4	N/A	8.2	3.4
ドイツ	82.3	3320.913	80	4	N/A	8.7	3.4
イタリア	59.4	2117.516	81	3	98.9 ⁵⁾	6.1	3.7
フィンランド	5.3	246.247	79	3	N/A	6.4	3.3
III 東南アジア・オセアニア							
フィリピン	87.9	144.062	72	23	93.4 ⁵⁾	7.4	0.6 ⁸⁾
ベトナム	85.2	71.130	74	13	N/A	2.1 ⁹⁾	0.5 ⁸⁾
タイ	63.8	246.053	71	6	94.1 ⁵⁾	1.2	0.4 ⁸⁾
マレーシア	26.5	186.718	74	10	91.9 ⁵⁾	3.3	0.7 ⁸⁾
シンガポール	4.6	166.950	80	2	94.4 ⁵⁾	4	1.4 ⁸⁾
インドネシア	225.6	432.060	71	25	92.0 ⁷⁾	8.4	0.2 ⁸⁾
カンボジア	14.4	8.690	60	70	76.3 ⁵⁾	7.1 ⁹⁾	0.2 ⁸⁾
ラオス	5.9	4.142	64	56	72.7 ⁶⁾	N/A	0.2 ¹¹⁾
ミャンマー	48.8	19.618	62	74	89.9 ⁸⁾	N/A	0.3 ⁸⁾
モンゴル	2.6	3.930	67	35	97.3 ⁵⁾	2.8	2.5 ⁸⁾
オーストラリア	21.0	909.743	81	5	N/A	4.4	2.5 ⁸⁾
ニュージーランド	4.2	128.906	80	5	N/A	4.2	2.2 ⁸⁾
IV 東アジア							
日本	127.8	4384.380	83	3	N/A	4	1.9 ⁸⁾
韓国	48.5	1049.322	79	4	N/A	3.2	1.3 ⁸⁾
中国	1318.6	3382.445	73	19	93.3 ⁵⁾	4.2	1.5
台湾	22.9	384.772	78	4.7 ¹¹⁾	97.6 ¹²⁾	5.1	1.6 ¹³⁾
V 南アジア							
インド	1124.8	1102.351	65	54	66.0 ⁵⁾	4.3 ⁸⁾	0.5 ⁸⁾
ネパール	28.1	11.282	64	43	56.5 ⁵⁾	1.8 ¹⁰⁾	0.1 ⁸⁾
スリランカ	20.0	32.349	72	17	90.8 ⁷⁾	5.2	0.4 ⁸⁾
VI アフリカ							
スーダン	38.6	46.531	59	69	60.9 ⁸⁾	N/A	0.3
セネガル	12.4	11.300	63	59	41.9 ⁷⁾	11.1 ⁷⁾	0.1 ⁸⁾

1) World Bank、2) IMF, in current prices (単位: 10 億米ドル)、3) UNESCO. (15 歳以上)、4) ILO、5) 推計値、6) 2005 年、7) 2006 年、8) 2000 年、9) 2004 年、10) 1999 年、11) 台湾行政院衛生署 生命統計、2008 年、12) 中華民國統計月報、民國 98 年 9 月、13) 台湾行政院衛生署 醫療機構及醫事人員統計、2008 年

各国における保健と精神保健予算、および精神健康問題指標

	医療費 ¹⁾ (GDPに対する割合)	精神保健予算 ²⁾ (医療費に対する割合)	Rate of DALYs by neuropsychiatric conditions per 100000 people ³⁾	自殺率 ⁴⁾ (10万人 あたり)
I 北米・南米				
アメリカ	15.3	6.0	3944.55	11.2
カナダ	10.0	N/A	3518.34	12.0
ブラジル	7.5	2.5	3731.31	5.3
II ヨーロッパ				
イギリス	8.2	10.0	3431.64	7.9
フランス	11.0	8.0	3438.86	19.1
ドイツ	10.6	N/A	3087.54	14.1
イタリア	9.0	N/A	2545.59	7.1
フィンランド	8.2	N/A	3708.90	20.9
III 東南アジア・オセアニア				
フィリピン	3.8	0.0	3091.52	1.7
ベトナム	6.6	N/A	2831.00	10.0
タイ	3.5	2.5	3336.34	10.2
マレーシア	4.3	1.5	2809.38	7.0
シンガポール	3.3	6.1	2354.25	12.0
インドネシア	2.5	1.0	2742.15	10.7
カンボジア	5.9	N/A	3287.25	4.5
ラオス	4.0	N/A	3396.44	20.5
ミャンマー	2.2	1.3	2876.43	9.9
モンゴル	5.7	5.0	2984.41	11.5
オーストラリア	8.7	9.6	3047.84	10.8
ニュージーランド	9.3	11.0	2708.62	12.6
IV 東アジア				
日本	8.1	5.0	2102.27	24.8
韓国	6.4	3.0	3385.59	29.9
中国	4.6	2.35	2809.86	16.9
台湾 ⁵⁾	6.1	3.5	2639.65	15.3
V 南アジア				
インド	3.6	2.05	3221.26	16.9
ネパール	5.1	0.08	3261.26	9.9
スリランカ	4.2	1.6	2916.82	28.2
VI アフリカ				
スーダン	3.8	N/A	2515.01	7.7
セネガル	5.8	9.0	2484.92	4.7

1) World Bank, 2) Mental Health Atlas 2005 or 2000, 3) WHO Global burden of disease project, 4) WHO Global burden of disease project における"Self-inflicted injuries", data as of 2004, 5) 台湾行政院衛生署

各国における精神保健に関する政策、法制度の最終制定年

	政策 ^{1)*}	法制度 ^{1)**}
I 北米・南米		
アメリカ	なし	2000
カナダ	1988	2000
ブラジル	1991	2001
II ヨーロッパ		
イギリス	1998	1983
フランス	1960	1990
ドイツ	1975	1999
イタリア	1994	1998
フィンランド	1993	1990
III 東南アジア・オセアニア		
フィリピン	1990	なし
ベトナム	なし	なし
タイ	1995	なし
マレーシア	1998	1952
シンガポール	1952	1952
インドネシア	1999	1992
カンボジア	なし	なし
ラオス	なし	N/A
ミャンマー	1990	1912
モンゴル	なし	2000
オーストラリア	1992	N/A
ニュージーランド	1994	1992
IV 東アジア		
日本	1950	2000
韓国	1960	1999
中国	1987	なし
台湾	1985	1990
V 南アジア		
インド	なし	1987
ネパール	1997	1964
スリランカ	なし	1956
VI アフリカ		
スーダン	1998	1998
セネガル	1980	1975

1) Project atlas 2005, * 最初に制定された年, ** 最新施行年

人口 10 万人あたりの精神保健専門家数

	精神科医	神経科 医	精神科看護 師	心理 士	ソーシャルワー カー
I 北米・南米					
アメリカ	13.7	4.5	6.5	31.1	35.3
カナダ	12.0	N/A	44.0	35.0	N/A
ブラジル	4.8	N/A	N/A	31.8	N/A
II ヨーロッパ					
イギリス	11.0	1.0	104.0	9.0	58.0
フランス	22.0	N/A	98.0	5.0	N/A
ドイツ	11.8	3.4	52.0	51.5	477.0
イタリア	9.8	N/A	32.9	3.2	6.4
フィンランド	22.0	4.0	180.0	79.0	150.0
III 東南アジア・オセアニア					
フィリピン	0.4	0.2	0.4	0.9	16.0
ベトナム	0.3	0.4	0.3	0.1	0.0
タイ	0.6	0.2	2.7	0.2	0.6
マレーシア	0.6	0.1	0.5	0.1	0.2
シンガポール	2.3	1.1	10.4	1.0	3.0
インドネシア	0.2	0.1	0.9	0.3	1.5
カンボジア	0.2	0.0	0.2	0.5	0.1
ラオス	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ミャンマー	0.2	0.0	0.6	0.0	0.3
モンゴル	3.3	7.0	4.4	6.0	3.0
オーストラリア	14.0	1.8	53.0	5.0	5.0
ニュージーランド	6.6	0.8	74.0	28.0	N/A
IV 東アジア					
日本	9.4	2.0	59.0	7.0	15.7
韓国	3.5	0.5	10.1	0.8	2.6
中国	1.3	0.8	2.0	N/A	0.0
台湾 ¹⁾	5.7		19.4	1.9	1.9
V 南アジア					
インド	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0
ネパール	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
スリランカ	0.2	0.1	1.8	0.0	0.1
VI アフリカ					
スーダン	0.1	0.0	0.2	0.2	0.1
セネガル	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0

Preoject Atlas 2005

¹⁾ 台湾行政院衛生署

人口1万人あたりの病床数

	精神病床数 (総数)	精神病床数 (精神科病院)	精神病床数 (総合病院)	精神病床数 (他の病院)
I 北米・南米				
アメリカ	7.7	3.1	1.3	3.3
カナダ	19.3	9.1	5.1	5.2
ブラジル	2.6	2.4	0.1	0.12 *
II ヨーロッパ				
イギリス	5.8	N/A	N/A	N/A
フランス	12.0	7.0	3.0	2.0
ドイツ	7.5	4.5	2.9	N/A
イタリア	4.6	0.0	0.9	3.7
フィンランド	10.0	0.0	9.0	1.0
III 東南アジア・オセアニア				
フィリピン	0.9	0.6	0.3	0.0
ベトナム	0.6	0.6	0.0	0.0
タイ	1.4	1.4	N/A	N/A
マレーシア	2.7	2.4	0.3	0.0
シンガポール	6.1	5.9	0.2	0.0
インドネシア	0.4	0.4	0.0	0.0
カンボジア	0.0	0.0	0.0	0.0
ラオス	0.1	0.0	0.1	0.0
ミャンマー	0.6	0.3	0.1	0.1
モンゴル	2.4	1.7	0.7	0.0
オーストラリア	3.9	1.2	2.7	1.0
ニュージーランド	3.8	1.0	2.8	0.0
IV 東アジア				
日本	28.4	20.6	7.8	0.0
韓国	13.8	6.3	3.8	2.7
中国	1.1	0.9	0.1	0.1
台湾	8.8	4.7	4.1	
V 南アジア				
インド	0.3	0.2	0.1	0.0
ネパール	0.1	0.0	0.0	0.0
スリランカ	1.8	1.4	0.3	0.0
VI アフリカ				
スーダン	0.2	0.2	0.0	0.0
セネガル	0.3	0.2	0.1	0.1

Project Atlas 2005

* 2001年

Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧：論文（書籍及び雑誌）発表

（各研究者の申告に基づく）

研究代表者 中根 允文

Y. Nakane, K. Takada, K. Yoshitake & K. Hatada: Chapter 15, DOSMeD: Nagasaki, Japan,
In "Recovery From Schizophrenia (eds.by K. Hopper, G. Harrison, A. Janca & N. Sartorius),
pp 164-176, 2007.

中根允文・木下裕久：精神保健ギャップ改善行動計画（Mental Health Gap Action Programm,
mhGAP）立ち上げの会議に参加して、WFMH ジャパン ニュースレター 16, 4-6, Dec.
2008.

H. Ichinose, **Y. Nakane**, **H. Nakane**, H. Kinoshita, Y. Ohta, S. Honda & H. Ozawa: Nagasaki
schizophrenia study: Relationship between ultralong-term outcome (after 28 years) and duration of
untreated psychosis. *Acta Medica Nagasakiensia* 54: 59-66, 2009.

中根允文（単著）：社会精神医学のいま、中山書店、東京、2010。（書籍）

中根允文・吉岡久美子・中根秀之（共著）：心のバリアフリーを目指して、勁草書房、
東京、2010。（書籍）

田崎美弥子（研究代表者）・山口哲生・中根允文：WHODAS2.0 日本語版開発研究、平成
23 年度財団法人厚生統計協会委託調査研究、研究成果報告書、pp 1-63, 平成 24 年 4 月、
2012.

中根允文：「精神科医療の法規則と倫理」、シリーズ生命倫理学『精神科医療』（中谷陽二・吉
川和男 監修）、丸善、東京、2012（書籍、予定）。

研究分担者（五十音順）別

岡崎 祐士：（総括補佐）

記載なし

伊藤 弘人

Ito H. Quality and performance improvement for mental healthcare in Japan. *Current Opinion in
Psychiatry* 22: 619-622, 2009.

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.
- Spaeth-Rublee 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.
- 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. (書籍)
- Ito H**, Setoya Y, **Suzuki Y**: Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* (in press).

川口 貞親

記載なし

白石 弘巳

記載なし

新福 尚隆

趙香花・新福尚隆 中国における精神医療・保健医療の現状と動向 日本社会精神医学会雑誌 17 (2) : 197–203, 2008.

Shinfuku N., Tan CH.: Pharmacotherapy for schizophrenic inpatients in East Asia- Changes and challenges. *International Review of Psychiatry*, 20(5):460-468,2008.

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.

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.

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.

新福尚隆・浅井邦彦（編集）：改訂「世界の精神保健医療」：現状理解と今後の展望、へるす出版、東京、2009. (書籍)

Xiang YT, Wang CY, Si TM, Lee EH, He YL, Ungvari GS, Chiu HF, Yang SY, Chong MY, **Shinfuku N**, Tan CH, Kua EH, Fujii S, Sim K, Yong KH, Trivedi JK, Chung EK, Udomratn P, Chee KY, Sartorius N : Sex differences in use of psychotropic drugs and drug-induced side effects in schizophrenia patients: findings of the Research on Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies. *Aust N Z J Psychiatry.*;45(3):193-198, 2010.

新福尚隆：アジアにおける精神医療,(松原三郎、佐々木一編)、精神科臨床リュミエール 22、世界における精神科医療改革、中山書店、東京、pp165-183, 2010. (書籍)

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.

新福尚隆：東アジア諸国における統合失調症治療 (石郷岡純、岡崎祐士 樋口輝彦 編) 統合失調症治療の新たなストラテジー、先端医学社、東京、pp 58-66, 2011. (書籍)

Kato TA, **Shinfuku N**, Sartorius N, Kanba S : Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? Lancet.; 378(9796):1070.

Kato TA, **Shinfuku N**, Fujisawa D, Tateno M, Ishida T, Akiyama T, Sartorius N, Teo AR, Choi TY, Wand AP, Balhara YP, Chang JP, Chang RY, Shadloo B, Ahmed HU, Lerthattasilp T, Umene-Nakano W, Horikawa H, Matsumoto R, Kuga H, Tanaka M, Kanba S : Introducing the concept of modern depression in Japan; an international case vignette survey. J Affect Disord. Epub ahead of print.

Xiang YT, Wang CY, Si TM, Lee EH, He YL, Ungvari GS, Chiu HF, Yang SY, Chong MY, Tan CH, Kua EH, Fujii S, Sim K, Yong KH, Trivedi JK, Chung EK, Udomratn P, Chee KY, Sartorius N, **Shinfuku N** : Antipsychotic Polypharmacy in Inpatients with Schizophrenia in Asia (2001-2009). Pharmacopsychiatry. Epub ahead of print.

鈴木 満

鈴木満：在外邦人ケースの帰国支援 精神科救急医療の現在 専門医のための精神科リュミエール 13、中山書店、東京、pp 285-295, 2009. (書籍)

鈴木満 (分担執筆)：外国人 一通訳は？ 精神科救急ケース File、中外医学社、東京、2009. (書籍)

鈴木満 (分担執筆)：在外邦人ケースの帰国支援 専門医のための精神科、臨床リュミエール 13 精神科救急医療の現在、中山書店、東京、pp , 2009. (書籍)

鈴木満・仲本光一・吾妻壮、ほか：海外在留邦人 100 万人時代のメンタルヘルス対策 -第一報: 米国北東部地域における邦人メンタルヘルス専門家の連携 ころと文化 8: 69-76, 2009.

鈴木満：海外邦人に対する精神医療の課題 ー国境を跨ぐことによる精神医療サービス分断への対策ー 日本渡航医学会誌 3(1): 23-27, 2009.

鈴木満・井上孝代：海外在留邦人子女と在日外国人子女に母語による発達検診を ころと文化 9(1): 8-9, 2010.

鈴木満：海外渡航邦人のメンタルヘルス-国境と文化を跨ぐ人々の心の危機への対策-. 日本旅行医学会誌 8(1): 91-96, 2010.

鈴木満：海外邦人に対する精神医療の課題 ー国境を跨ぐことによる精神医療サービス分断への対策ー 日本渡航医学会誌 8(1): 91-96, 2010.

鈴木満：海外在留邦人子女と在日外国人子女に母語による発達検診を ころと文化 9(1):