
精神腫瘍学臨床エッセンス

小川朝生・内宮勝介 [編]

2012年11月27日第1版第1刷発行

発行人 山田 敏一
発行所 社会福祉法人新野会 創造出版
〒161-0053 東京都渋谷区代々木 1-37-4 長谷川ビル2F
電話 03-3299-7335/FAX 03-3299-7330
印刷所 社会福祉法人新野会 創造印刷

乱丁・落丁本はお取り替えます。



ホスピス緩和ケアに関する 統計とその解説

(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究会
ホスピス緩和ケア白書 編集委員会

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 日本郵政ビル5F (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究会

VI. サイコオンコロジーの動向と現状

—がん診療連携拠点病院緩和ケアチームに携わる精神症状緩和担当医師の現状調査—

小川 朝生

(国立がん研究センター東病院 臨床開発センター精神腫瘍学開発部)

はじめに

がん医療において、がん患者・および家族は、せん妄をはじめうつ病や適応障害などさまざまな精神症状に対する精神心理的支援を必要とする。患者・家族に対して適切な症状緩和を提供するために、がん診療連携拠点病院では緩和ケアチームを設置し、精神症状緩和担当医師を配置することを義務づけられている。

しかし、実際のところ、緩和ケアチームによる支援は、各施設の人的資源の実状に依存して質量ともに幅があることが明らかとなってきた。今後、がん診療連携拠点病院の現状に即した形で、精神腫瘍医の育成や緩和ケアチームの技術研修などの診療支援を提言することが必要であるが、望まれる診療支援の内容を推量する基礎資料に乏しい問題があった。そこで今後、全国のがん診療連携拠点病院に対して適切な診療支援を計画するための基礎資料として、がん患者の精神症状緩和に携わる緩和ケアチーム精神症状緩和担当医師の現状調査を計画した。

調査方法

1. 目的

全国のがん診療連携拠点病院を対象として、がん医療における精神症状緩和担当医師の診療の実態を把握する。

2. 対象

全国のがん診療連携拠点病院において、緩和ケアチームの精神症状緩和を担当する常勤・非常勤

の医師。

3. 調査方法

郵送法によるアンケート調査を実施した。質問項目は、コンサルテーション・リエゾン精神科医や心療内科医、心理職、看護師、緩和ケア医が合議をし、レビューを行った。その上で、Donabedianのケアの質の評価方法にならない、緩和ケアにおける精神症状コンサルテーション・リエゾン臨床を評価する項目を、structure, process, outcomeに分けて検討した。特に、コンサルテーション活動のプロセス評価には注意を払い、身体症状評価や精神心理的評価、意思決定能力の評価、治療決定の支援、ケアのゴールの共有、担当医や病棟スタッフとの連携、多職種間のケアのコーディネート、フォローアップの用意をあげた。

アンケート（回答依頼状、研究趣旨説明書、アンケート、返信用封筒）を発送し、調査に同意した対象者には、アンケートに記入した後に返信にて回答を求めた。発送から4週間の時点で回答がない対象施設に対しては、再度アンケート（回答依頼状、研究趣旨説明書、アンケート、返信用封筒）を再送した。

結果

調査は2009年11月から2010年2月まで行った。調査票を全国375施設のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム精神症状緩和担当医師宛に発送し、回答は233施設（62.1%）から得た。回答施設の内訳は緩和ケア診療加算届出施設80施設、

表1 がん診療連携拠点病院の特徴（緩和ケア診療加算届出の別）

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
がんセンター	8	20	0.63
大学病院	32	21	<0.001
緩和ケア病棟がある	16 (20%)	33 (22%)	0.87
一般精神科病棟がある	44 (55%)	54 (35%)	0.005
一般精神科外来がある	71 (89%)	109 (71%)	0.003
コンサルテーション・リエゾンサービスがある	76 (95%)	134 (88%)	0.10
常勤精神科医・心療内科医	4	1	<0.001
5名以上	35 (44%)	30 (20%)	
2～4名	23 (29%)	43 (28%)	
1名	19 (24%)	34 (22%)	
心理職常勤 (人)	1	0	0.18
心理非常勤 (人)	0	0	0.99

表2 精神症状緩和担当医師の背景

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value	
精神症状緩和担当医師の背景				
臨床経験年数	16.3 (±6.9)	18.8 (±8.0)	0.02	
がん臨床経験年数	7.9 (±6.8)	7.0 (±6.5)	0.33	
緩和ケア研修会への参加	72 (90%)	117 (77%)	0.02	
勤務内容 (専従, 専任)	19 (24%)	11 (7%)		
専任	30 (38%)	22 (14%)		
精神症状緩和担当医師と緩和ケアチームとの協働				
チーム回診への参加	いつも、たいていしている 時々している あまりしていない、していない	42 (53%) 21 (26%) 17 (21%)	62 (41%) 26 (17%) 64 (42%)	0.003
チームカンファレンスへの参加	いつも、たいていしている 時々している あまりしていない、していない	61 (76%) 7 (9%) 12 (15%)	97 (63%) 27 (18%) 28 (18%)	0.02

診療加算届出のない施設が153施設であった。

に常勤の精神科医・心療内科医がいた。

施設の特徴 (表1)

がん診療連携拠点病院の施設の特徴を緩和ケア診療加算届出の有無で2群に分けて比較をした。緩和ケア診療加算届出のある拠点病院は、届出のない拠点病院と比較して、大学病院が多く、一般精神科病棟、一般精神科外来を開いている施設が多かった。

一方、緩和ケア病棟の有無には有意差を認めなかった。

緩和ケア診療加算の届出のない施設でも70%

精神症状緩和担当医師の背景 (表2)

精神症状緩和担当医師の背景についても調べた。臨床経験が診療加算届け出施設で16.3年、届け出なしの施設で18.8年で、届け出施設の方が経験が2年ほど短かった。緩和ケアチームへの参加形態に関しては、診療加算届け出施設の24%が専従の形態をとっており、緩和ケアチームの活動に専念する体制がとられていた。

一方、届け出なしの施設では業務時間の50%以上が確保されている施設は14%に留まり、一般

表3 活動状況

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value	
精神症状緩和の対象範囲				
入院中のがん患者	80 (100%)	153 (100%)	>0.99	
外来のがん患者	67 (84%)	109 (71%)	0.04	
家族	57 (71%)	88 (58%)	0.04	
遺族	30 (38%)	38 (25%)	0.043	
介入件数・対応時間				
精神症状緩和介入件数 (/2週)	5.5	4	0.001	
精神症状緩和 (家族) (/2週)	0	0		
精神症状緩和 (遺族) (/2週)	0	0		
診察日数 (/週)	2	1	<0.001	
介入期間 (日)	20	20		
1~7 day	12 (17%)	36 (27%)		
> 1~4 week	46 (67%)	77 (58%)	0.26	
> 1~3 mo	10 (15%)	17 (13%)		
> 3 mo	1 (1%)	1 (1%)		
死亡退院率 (%)	30	50	0.040	
精神症状緩和に費やした時間 (分/週)	741	516	0.002	
緩和ケアチームでの活動時間	603	373	0.03	
緩和ケアチームとコンサルテーションを兼ねる	138	143	0.92	
入院患者への対応				
通常依頼への対応時間	24時間以内	60 (75%)	77 (51%)	
2~3日以内	17 (21%)	37 (24%)	<0.001	
1週間以内	3 (4%)	37 (24%)		
時間内の緊急依頼への対応	対応する	76 (95%)	118 (78%)	0.001
時間外の緊急対応	直接対応する	19 (24%)	33 (22%)	
代行者が対応する	46 (58%)	70 (46%)	0.043	
対応しない	15 (19%)	47 (31%)		
時間外の病状変化への対応	直接対応する	23 (29%)	32 (22%)	
代行者が対応する	45 (56%)	81 (54%)	0.31	
対応しない	11 (14%)	34 (23%)		
外来患者への対応				
外来の依頼への対応時間	24時間以内	26 (37%)	39 (33%)	
2, 3日以内	18 (26%)	22 (19%)	0.45	
1週間以内	25 (36%)	56 (48%)		
外来患者への緊急対応	対応する	64 (92%)	90 (77%)	0.016
外来時間外の緊急対応	直接対応する	12 (17%)	24 (21%)	
代行者が対応する	33 (47%)	52 (44%)	0.85	
対応しない	25 (36%)	41 (35%)		

精神科外来を行いながら必要に応じてチームの活動に参加する形態であることが明らかになった。

活動状況 (表3)

緩和ケアチームが提供する精神心理的ケアの実

態に関して解析を行った。調査前2週間での介入件数は、緩和ケア診療加算届出施設で5.5件、届け出なしの施設で4件であり、診療加算届出施設で有意に高かった。患者以外の家族や遺族に関する介入はどちらもほとんどなかった。

介入に際しては、診察の回数は届け出施設で2

表4 診察のプロセス (身体状況)

診察のプロセス	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
担当医に直接確認			
いつも、たいていしている	56 (70%)	90 (59%)	
時々している	19 (24%)	43 (29%)	0.07
あまりしていない、ほとんどしていない	5 (6%)	20 (13%)	
依頼以外の問題点の評価			
いつも、たいていしている	64 (80%)	110 (72%)	
時々している	13 (16%)	31 (20%)	0.16
あまりしていない、ほとんどしていない	3 (4%)	12 (8%)	
患者を直接診察する			
いつも、たいていしている	79 (99%)	144 (94%)	
時々している	1 (1%)	8 (5%)	0.10
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	1 (1%)	
がんの治療歴の確認			
いつも、たいていしている	78 (98%)	135 (88%)	
時々している	1 (1%)	15 (10%)	0.02
あまりしていない、ほとんどしていない	1 (1%)	3 (2%)	
予後の評価			
いつも、たいていしている	74 (93%)	124 (81%)	
時々している	6 (7%)	23 (15%)	0.02
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	6 (4%)	
疼痛の評価			
いつも、たいていしている	66 (83%)	106 (69%)	
時々している	10 (13%)	25 (16%)	0.02
あまりしていない、ほとんどしていない	4 (5%)	22 (15%)	
疼痛以外の身体症状評価			
いつも、たいていしている	67 (84%)	103 (67%)	
時々している	9 (11%)	21 (14%)	0.004
あまりしていない、ほとんどしていない	4 (5%)	29 (19%)	
Performance Status 評価			
いつも、たいていしている	57 (71%)	90 (59%)	
時々している	14 (18%)	30 (20%)	0.04
あまりしていない、ほとんどしていない	9 (11%)	33 (21%)	

回、届け出のない施設で1回であり、届け出施設の方が有意に多かった。

介入期間は、どちらも中央値は20日で有意差を認めなかった。

精神症状緩和に費やした時間については、届け出施設で741分/週、届け出のない施設で516分/週で、届け出施設の方が有意に長かった。

診察のプロセス (表4~6)

精神症状緩和に関するコンサルテーションのプロセスの実施率を調べた。緩和ケア診療加算届出施設と届け出のない施設では、25項目中16項

目で実施率に有意差が認められた。

実施率が届け出施設で高かった項目は、がんの治療歴の確認や予後の評価、疼痛の評価、身体症状の評価、Performance Status の評価、経済的問題の評価、療養場所に関する適否の評価・対応、退院後の支援の必要性の評価、患者家族関係の評価、患者の意向の評価、家族の意向の評価であった。実施率の差が生じた項目は、介入前に行うべき患者家族の包括的な評価に関する項目と、今後の見通しを考えるうえで重要になる項目であった。そして、診療加算届出施設の方が、包括的な介入を行っており、診療の質が高い可能性が示唆された。

表5 診療のプロセス (包括的アセスメント)

診療のプロセス (包括的アセスメント)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
通常反応, 再発不安への対応 いつも, たいていしている	71 (89%)	129 (85%)	0.33
時々している	7 (9%)	15 (10%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	2 (2%)	9 (5%)	
経済的問題の評価・対応 いつも, たいていしている	37 (46%)	54 (35%)	0.01
時々している	28 (35%)	43 (28%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	15 (19%)	56 (37%)	
療養場所の適否評価・対応 いつも, たいていしている	47 (59%)	63 (41%)	0.01
時々している	15 (19%)	39 (26%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	18 (23%)	51 (33%)	
退院後の支援の必要性評価 いつも, たいていしている	42 (53%)	59 (39%)	0.01
時々している	21 (26%)	35 (23%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	17 (21%)	59 (39%)	
医療者患者関係の評価 いつも, たいていしている	48 (60%)	78 (51%)	0.13
時々している	17 (21%)	33 (22%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	15 (19%)	42 (27%)	
患者家族関係の評価 いつも, たいていしている	56 (70%)	85 (56%)	0.02
時々している	18 (23%)	45 (29%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	6 (7%)	23 (15%)	
患者の意向を評価 いつも, たいていしている	65 (81%)	106 (69%)	0.043
時々している	9 (11%)	24 (16%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	6 (8%)	23 (15%)	
家族の意向評価 いつも, たいていしている	50 (63%)	74 (48%)	0.03
時々している	20 (25%)	47 (31%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	10 (12%)	32 (21%)	
多職種でのアセスメントの実施 いつも, たいていしている	64 (80%)	109 (72%)	0.048
時々している	14 (18%)	31 (21%)	
あまりしていない, していない	2 (3%)	11 (7%)	

表6 診療のプロセス (治療, コーディネーション)

診療のプロセス (治療, コーディネーション)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
治療計画について担当医と直接相談 いつも, たいていしている	58 (73%)	81 (53%)	0.004
時々している	16 (20%)	50 (33%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	6 (7%)	22 (14%)	
薬物療法の提案・推奨 いつも, たいていしている	60 (75%)	114 (75%)	0.85
時々している	19 (24%)	33 (22%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	1 (1%)	6 (4%)	
向精神薬の処方 いつも, たいていしている	58 (73%)	102 (67%)	0.51
時々している	7 (9%)	22 (15%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	15 (19%)	28 (18%)	
精神療法の提供 いつも, たいていしている	67 (84%)	109 (72%)	0.03
時々している	11 (14%)	30 (20%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	2 (3%)	13 (9%)	
病棟スタッフと直接相談 いつも, たいていしている	72 (90%)	118 (77%)	0.01
時々している	8 (10%)	29 (19%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	0 (0%)	6 (4%)	
病棟カンファレンスへの参加 いつも, たいていしている	23 (29%)	27 (18%)	< 0.001
時々している	32 (40%)	36 (23%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	25 (31%)	89 (59%)	
家族との面談 いつも, たいていしている	23 (29%)	39 (26%)	0.40
時々している	46 (58%)	85 (56%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	11 (14%)	28 (18%)	
カルテ記載 いつも, たいていしている	76 (95%)	147 (96%)	0.68
時々している	2 (3%)	5 (3%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	2 (3%)	1 (1%)	

参考文献

- Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, et al: Availability and integration of palliative care at US cancer centers. JAMA 303 (11): 1054-1061, 2010
- Kissane DW, Smith GC: Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. Aust N Z J Psychiatry 30 (3): 397-404, 1996
- Grassi L, Giraldi T, Messina EG, et al: Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. Support Care Cancer 8 (1): 40-45, 2000
- Pomerantz A, Cole BH, Watts BV, et al: Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. General Hospital Psychiatry 30 (6): 546-551, 2008
- Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 44 (3): 166-203, 1966

おわりに

精神症状緩和に関する全国的な調査は今までなされておらず, 今回の調査で, 拠点病院でどのような運用で精神症状緩和が実施されているのかが

初めて明らかになった。拠点病院で質の高い精神症状緩和を提供するためには, 緩和ケアチームと精神科医・心療内科医との密な連携が欠かせない。効果的な連携を図るために, チーム医療がわが国に根づくことが重要であろう。

SBN978-4-7532-2569-9
C3047 ¥3200E

定価 3,360円
本体 3,200円+税5%



日常診療におけるうつ病治療指針 ～うつ病を見逃さない～

日常診療における うつ病治療指針

～うつ病を見逃さない～

国立精神・神経医療研究センター総長

樋口 輝彦

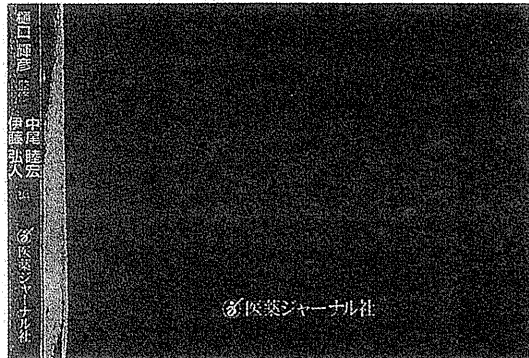


帝京大学大学院公衆衛生学研究所・医学部附属病院心療内科教授

中尾 睦宏

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長

伊藤 弘人



II. 各論

- ease: results from an international survey. *Mov Disord* 17: 60-67, 2002.
- Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N: What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *J Neurot Neurosurg Psychiatry* 69: 308-312, 2000.
 - 山本光利: パーキンソン病におけるうつ。パーキンソン病の認知と精神医学的側面。中外医学社, 東京, pp38-63, 2003.
 - Schrag A, Barone P, Brown RG, et al: Depression Rating Scales in Parkinson's Disease: Critique and Recommendations. *Mov Disord* 22:1077-1092, 2007.
 - Remy P, Doder M, Lees A, et al: Depression in Parkinson's disease: loss of dopamine and noreadrenaline innervation in the limbic system. *Brain* 128 (Pt 6):1314-1322, 2005.
 - Nagayama H, Kubo S, Hatano T, et al (Young Japanese Expert Group for Parkinson's Disease and Movement Disorders: YJ-EXPANDS): Validity and reliability assessment of a Japanese version of the snaitth-hamilton pleasure scale. *Intern Med* 51: 865-869, 2012.
 - Snaitth RP, Hamilton M, Morley S, et al: A scale for the assessment of hedonic tone the Snaitth-Hamilton Pleasure Scale. *Br J Psychiatry* 167: 99-103, 1995.
 - Inui H: Anhedonia in Japanese Parkinson's disease patients (abstract). 6th Mental Dysfunction in Parkinson's disease, Dresden, 2008.
 - Ehrt U, Bronnick K, Leentjens AF, et al: Depressive symptom profile in Parkinson's disease: a comparison with depression in elderly patients without Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 21: 252-253, 2006.

II. 各論

各科領域でのうつ病診療のコツと処方例

7. がん等による慢性疼痛時のうつ病診療のコツと処方例

Ⅲ がんとうつ病との関連

- うつ病は、がん患者を支援する上で常に鑑別に挙げなければならない疾患の一つである。
- がんの種類や病期によらず、がん患者の約5～7%がうつ病に罹患している。
- がん患者のうつ病の最大の原因の一つは、コントロールされていない疼痛があることである。

Ⅳ がんと疼痛

- がんに限らず、あらゆる身体疾患において、疼痛は最も頻度が高く、かつ不快な症状である。
- がんにおいて、70%の患者が疼痛を経験する。特に進行期では75%の患者に疼痛が認められ、25%は高度の疼痛をもちつつ亡くなると想定されている(表1)。

【表1】 がん患者の疼痛

腫瘍の進展に伴う疼痛	<ul style="list-style-type: none"> ● 骨浸潤 ● 神経, plexus, 髄膜浸潤
抗がん治療に伴う疼痛	<ul style="list-style-type: none"> ● 術後痛 ● 化学療法後の疼痛 ● 放射線照射後の疼痛
抗がん治療と無関係の疼痛	

がん患者の疼痛の原因別分類。疼痛は腫瘍の進展だけでなく、治療により生じる場合もある。(筆者作成)

II. 各論

●そのうちの80%は、適切な除痛方法（WHO方式がん疼痛治療法）に従った治療を行うことで除痛を図ることができるが、残り約20%ががん関連疼痛が残る。

●疼痛のあるがん患者の20～45%にうつ病・適応障害が合併する。

図 疼痛とうつ病

●疼痛の増悪と抑うつ症状の出現は、調査方法や治療、病期による差はあるものの、関連がある。

●うつ病や不安障害などを合併した患者の39%に疼痛があったのに対し、精神科診断のつかないがん患者では19%であった¹⁾。

●疼痛の強い患者では抑うつ症状を合併する頻度は、弱い疼痛の患者に比べて2～4倍高い。

●うつ病の診断がつく患者は、がんの転移のある場合により相関が強い。

●うつ病が合併すると疼痛治療への反応が1/4に低下する。

●コントロール不良の疼痛は、自殺のリスク因子である。

●疼痛コントロールがつかない患者においては、心理的苦痛が強いのは当然ではあるが、近年ではうつ病は疼痛増悪の経験の結果と考えるむきもある。

図 身体症状緩和とうつ病

●疼痛と抑うつ症状が関連するのと同様に、疼痛と他の身体症状も関連がある。

●代表的な症状として不眠や倦怠感、眠気などがある。疼痛だけが特別な身体症状とは限らない。最近では、疼痛と抑うつ症状と倦怠感を合わせた症状のクラスターとして議論することもある。

●疼痛に対して処方される鎮痛薬（特にオピオイドや鎮痛補助

7. がん等による慢性疼痛時のうつ病診療のコツと処方例

薬〔ステロイド、抗てんかん薬、抗うつ薬〕による薬剤性精神症状を常に考慮する。神経圧迫や神経叢への急激な浸潤により疼痛が生じていると疑われる場合には、疼痛軽減を期待してステロイド療法が行われることがある。ステロイドによる精神症状(せん妄や抑うつ)は、常に除外診断に挙げなければならない。

図 がんのうつ病に関連してしばしば見かける誤解

●訴えない患者には問題がない。

▶うつ病患者は意欲の低下や自責感から、自ら症状を訴えることが少ない。臨床現場では、「訴えない=患者は困っていない」とみなしがちなので注意。

●がんになったのだから、痛いだから、気分が沈んで当たり前。

▶うつ病の診断を行う際には、患者の置かれた状況とは独立して判断することが重要。「これだけつらい状況ならば、うつ病になっても当然」という安易な見立てが、適切な診断を阻む最大の要因である。

▶実際にがんになったとしても、すべての患者がうつ病になるわけではない。大うつ病の診断を満たす患者は多く見積もっても10%である。

●うつ病は発見しても治らない。

▶がん患者のうつ病でも、抗うつ薬による治療が有効である。

▶疼痛はtotal painと呼ばれるとおり、身体因子に加え、精神心理的要因、社会的要因が絡んだ複合的な症状である。疼痛に対して、単に鎮痛薬を投薬するだけでは必ずしも除痛が図れない。

II. 各論

図 うつ病を見つけるポイント

●「苦しくて死んでしまいたい」など希死念慮を訴える場合、「自分は家族の足手まといになっている」「迷惑をかけていて生きているのが申し訳ない」など強い自責感を訴える場合には、うつ病を常に疑う。

●いらいらしたり、落ち着きのない様子が続く場合に、うつ病を考える。

●疼痛が続く場合、常にうつ病を鑑別に挙げる。

図 治療のポイント

●まず疼痛の包括的アセスメントを確実に実施する。緩和ケアが強調されるようになって、依然として疼痛が見逃されていることが繰り返して指摘されている(表2)。

1) 疼痛への対処の原則

●痛みが原因と想定される場合には、まず疼痛コントロールを確実に進めることが原則(表3)。

●心因性の疼痛はほとんどない。しばしば「疼痛を引き起こす器質的な原因が見当たらない、だからこの疼痛は心因性である」と決めてかかれることがある。進行期のがんであっても、純粹に心因で疼痛が生じることはほとんどない。手術後長く疼痛などは、神経障害性疼痛を考える。

表2 疼痛が見逃される原因

- 不適切なアセスメント
- 医療者の知識不足
- 医師-患者間のコミュニケーションの問題

がん患者のうつ病の治療は、疼痛の包括的アセスメントを確実に行うことが重要である。

(筆者作成)

7. がん等による慢性疼痛時のうつ病診療のコツと処方例

表2 疼痛アセスメントの原則

1. 患者は疼痛に悩んでいることを信じる
2. 病歴を詳細に確認する
3. 患者の精神・心理的狀態 (抑うつ症状の有無や重症度、認知機能を確認する)
4. 注意深く神経学的所見をとる
5. 患者個々に応じた診断プロセスをとる
6. 患者が疼痛により受けている影響を評価する
7. 確実な診断を得るのに適した診断的治療を進める
8. 確定診断を得る途中の段階では、他にとり得る鎮痛方法を常に考慮する
9. 治療にあたっては、常に疼痛の影響のアセスメントを繰り返す

疼痛への対処は、疼痛コントロールを確実に行うことが重要である。

(筆者作成)

2) うつ病の診断をする際に注意するポイント

●診断に際して、身体症状は広く含める。過去に、がんをはじめとする身体疾患のうつ病を診断する際に、食欲不振や倦怠感などの身体症状が、身体疾患からくるのか、あるいはうつ病からくるのか、その鑑別が議論された。現在までに様々な診断基準が検討されたが、身体症状を含めるか否かで診断精度に差はないと考えられている。

●精神心理的な支援を合わせて行う。がんなどの重篤な疾患を持った患者への治療において、まず重要な点は、疼痛や抑うつなどの症状だけを見るのではなく、複雑な信頼関係に基づいて身体・精神・社会・生活面を含めた観点から治療にあたることである。

3) 包括的なアセスメント

●うつ病の発症には、身体的要因だけでなく、治療的要因、社会的要因が絡むのが一般的である。精神心理的支援を計画するためにも、身体症状、精神症状、社会的問題を整理する²⁾(図)。

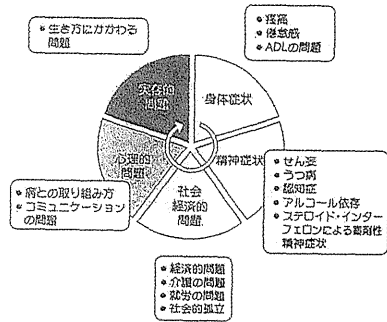


図 包括的アセスメント

がん患者の苦痛に対応する場合、各症状のみに焦点を当ててではなく、常に関連する他の問題がないか注意を払いながら評価をすることがある。評価をする場合には、確実に緩和ができる、確実に解決できる問題を見落とさないことに注意する。

ADL: 日常生活活動

(文献2より)

⑩ 注意をしたい点を以下に示す。

- ▶ 自殺の危険性を評価する。
身体的苦痛・精神的苦痛から、がん患者においては「死にたい」と希死念慮を訴える段階から、実際に自殺を考える、実行する段階までのステップがあると考えられている。
- ▶ 「このような状態では生きていても仕方がない、と思ったりしますか」「このままいっそのこと死んだほうがましではないか、と思ったりしますか」と尋ねる。
- ▶ 希死念慮が強い場合、自殺の具体的な計画や行動がある場合には、表4の対応を行い、どのような場合でもコト

表4 希死念慮における対応

- 苦痛を安定し、その緩和をすくすく実施する
- 医療者が苦痛の緩和に努めることをはっきりと伝える
- 得た疼痛など処置の場合、期々のな鎮静も可能であることを伝える

恐怖や将来への不安を和らげるように注意する。

(筆者作成)

ロールできることを保障し、恐怖や将来への不安を和らげる。

4) うつ病のスクリーニング

- 一般的なスクリーニングツールを使用することは有益である。
- どのツールを用いても精度に大きな差はない。
- 忙しい臨床現場では、短時間で実施できる ultra short のスクリーニングツール (例えば PHQ-2 [Patient Health Questionnaire-2] や 2 項目質問法) を行い、陽性だった場合により細かいスクリーニング (例えば PHQ-9 や HADS [Hospital Anxiety and Depression Scale] など) を行うことが効率がよいとされている。

5) 支持的な対応

- 患者はがんという現実的な問題に直面している。一般的なニーズとして、医師-患者間の信頼を構築した上に、がんや治療に関する情報の提供、相談支援センターやサポートグループなどの紹介、介護保険など社会資源の提供を合わせた環境調整から取り組みたい。

6) 薬物療法

1. 薬物療法を考える前に

- がん患者は高齢である場合が多く、がんやがんに伴う臓器障害以外にも合併症を持つことが多い。抗うつ薬を開始するか

どうか、開始するならばどの薬剤を選択するかを考える上で、アセスメントを追加する。

2. あらかじめ評価をしたい項目

- ◆ 投薬経路
服用が可能かどうか
- ◆ 身体症状
特に悪心嘔吐がある場合には、悪心嘔吐が生じやすい。SSRI は使いづらい
- ◆ せん妄のリスク評価
過去にせん妄を発症したことがある場合には、抗うつ薬を使用するかどうかは慎重に判断する
- ◆ オピオイドの使用
せん妄や便秘、悪心・嘔吐などの有害事象が重畳しやすい
- ◆ 予後の推定
少なくとも月単位は見込めることが開始の条件である。抗うつ薬の効果が発現するまでに 2~12 週かかる。予後が週単位の場合には、抗うつ薬による改善効果は期待しづらい

上記の評価をした後に、抗うつ薬を使用する際に避けるべき有害事象を確認し、その上で抗うつ薬を選択する。

3. 薬物療法の原則

- 少量から開始をし増量する。
- モニタリングをしつつ使用する。特に、開始後の 2 週間は注意する。
- 副作用の出現に細心の注意を払う。
- 注意をしたい有害事象を以下に示す。
▶ 特に悪心・嘔吐の出現は避ける。
オピオイドの有害事象に重畳する場合がある。
悪心・嘔吐が出現すると、食欲低下から全身状態の低下を

招くことがある。
▶ せん妄のリスク。
抗うつ薬の抗コリン作用により、せん妄を惹起するリスクがある。せん妄を誘発すると意思決定が困難になり、治療の継続に影響する。

4. 投薬にあたり注意をしたい有害事象

- ① SSRI
- 悪心・嘔吐
SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害剤) 全般に生じやすいが、特にパキシル®、デプロメール®, ルボックス® で注意する。抗がん剤による治療中、悪液質が進行している場合には、食欲不振から全身状態が急激に悪化する場面がある。
- 消化管出血
頻度は低いが、上部消化管出血のリスクがある。がん性疼痛に対して NSAIDs (非ステロイド性抗炎症薬) を使用していたり、鎮痛補助薬としてステロイドを併用している場合には注意をする。過去に上部消化管出血の既往がある場合には、プロトンポンプ阻害剤 (タケプロン®, パリエット® など) を併用する。
- ② SNRI
- 悪心・嘔吐
SNRI (セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤) は、SSRI に比べて頻度は低いが同様に注意を払う。
- 尿閉
高齢患者でトレドミン® を使用する際に注意。
- ③ NaSSA
- 眠気
NaSSA (ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬) では、オピオイドを使用している場合に、眠気が重なる場合がある。過去に抗ヒスタミン薬で強い眠気が出たことがあるか否かを問診することが参考になる。

II. 各論

- ③ 三環系抗うつ薬
- 一般的に抗コリン作用(せん妄、便秘、口渇、排尿障害、瞳孔)が強い。オピオイドの有害事象と重なり、増悪させることが多く、第一選択として使用される機会は極めて限られるようになった。
- ⑤ アモキシサピン(アモキシサン®)
- 離体外路症状
がん患者では、抗がん剤やオピオイドを使用する場合に制吐薬としてノバミン® やセレネース®, プリンペラン® などが処方されていることが多い。重ねて処方をするとうつ病外路症状が出現するリスクが高いため、あらかじめ制吐薬の使用を中止するか、別の抗うつ薬を選択する。

III 処方例

<SSRI>

[処方例]

- 1) レクサプロ®(10 mg) 1錠
1日1回、1週間症状をみながら20 mgに漸増。
- 2) ジェイゾフト®(25 mg) 1錠
1日1回から開始し、2、3週間ごとに25 mgずつ漸増、最大100 mgまで。

- 不安やパニック発作を合併する場合に効果的。
- SSRIは概して悪心・嘔吐の有害事象が生じやすい面があり、初期には制吐薬を併用するなどの有害事象対策を用いたほうがよい場合がある。プリンペラン® やナウゼリン® を併用する。また、エペデンスはないものの、抗うつ効果と制吐作用の両方を期待してドグマチール® やジブレキサ® を併用する場合があります。
- 乳がんのホルモン療法中に抗うつ薬を併用する場合には、タ

7. がん等による慢性疼痛時のうつ病診療のコツと処方例

モキシフェンとの相互作用に注意をする。パキシル® やデプロメール® は、CYP2D6で代謝されるが、代謝産物がCYP2D6の阻害作用を持つため、タモキシフェンの代謝を阻害し、抗腫瘍効果を減弱させるリスクが報告されている。

<SNRI>

[処方例]

- 3) サインバルタ®(20 mg) 1カプセル
1日1回朝から開始し、2、3週後症状をみながら40 mgに漸増。効果不十分な場合には60 mgまで増量可。

- SNRIは鎮痛補助薬としての作用もあり、末梢神経障害を中心とする神経障害性疼痛のある場合に、抗うつ効果と鎮痛効果と両者を期待して用いることが多い。

<NaSSA>

[処方例]

- 4) リフレックス®(15 mg) 1錠
1日1回寝る前に経口投与。1週間以上の間隔を空けて15 mgずつ漸増。最大45 mgまで。

- 悪心・嘔吐の有害事象がない点で、がん患者には使いやすい。
- 食欲増進作用があり、食欲不振が強いがん患者では身体症状改善を期待して用いることがある。
- 鎮静効果を合併する不眠(特に熟睡障害のある場合)に用いることがある。
- 過鎮静に注意。

II. 各論

<三環系抗うつ薬>

[処方例]

- 5) トリプタノール(10 mg) 1錠
1日1回寝る前から開始し、10 mgずつ漸増し、40～60 mgまで試みる。

- トリプタノールは、SNRIと並んで神経障害性疼痛に対する鎮痛補助薬として有効性が確立している。
- 抗コリン作用が強いため、少量からゆっくり漸増する。眠気や口渇が強いため、不快感が強くないかを確認しつつ使用する。

- 前述1～5)を処方する。

- 開始時に有害事象対策を行う。特に、悪心・嘔吐は薬物療法を困難にする最大の要因である。

- 患者・家族に対して、開始時の有害事象とその対策について説明する。

<ベンゾジアゼピン系の抗不安薬>

- 不眠や不安、焦燥感が強い場合は、ただちに症状改善が望まれることがあり、抗うつ薬が効果を発現する数週間を待つことが困難な時がある。その場合に、治療初期の不安軽減を期待して、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を併用することがある。
- がん患者は高齢者が多いため、代謝が遅延しやすいこと、また筋弛緩効果から転倒・転落のリスクがある。使用する場合には、コントロールを考慮して短時間型の抗不安薬を少量から使用する。
- 抗不安薬の効果は短期であり、1か月程度を目途に考える。長期にわたって使用しても、うつ病の治療効果はない。
- ベンゾジアゼピン系抗不安薬は、せん妄のリスク因子となる。投薬にあたっては、せん妄のリスクを評価した上で必要

7. がん等による慢性疼痛時のうつ病診療のコツと処方例

最小限度で用いる。

- 抗がん治療中の場合、薬剤相互作用にも注意する。ワイバックス® は代謝経路がシンプルであり、用いやすい。

[処方例]

- 1) ソラナックス®(0.4 mg) 0.5錠 1日2回、朝夕食後効果をみながら少量から漸増。
- 2) ワイバックス®(0.5 mg) 1錠 1日2回、朝夕食後効果をみながら漸増。

IV 患者・家族への教育的支援

- がん患者の家族は、患者以上に精神的苦痛を感じている(家族の1/4は何らかの精神科診断がつく)。
- 患者の環境調整、家族への支援の両面から、うつ病に関する教育は欠かせない。
- 家族が困る問題の代表的なものは以下の3点である。

- ◆ 患者のがんの治療について、どのように対応してよいかわからない
- ◆ 患者の気分の落ち込みに対して、どのようにかわるのがよいかわからない
- ◆ 自分たちの生活が今後、どのようになるのか見通しが立たない

- 一般的ではあるが、家族へのケアの視点をもちつつ、以下の点を一緒に確認する。

- ① 気分の落ち込みは、多くのがん患者が経験するものであり、決して特殊なことではないこと
- ② がんという病状や身体への反応の要素もあるからだの反

II. 各論

応であり、「気持ちの持ちよう」では解決しないこと

- ③ 休養が大事なこと
- ④ 薬による効果が期待できること
- ⑤ 治療にはある程度の期間がかかること
- ⑥ 散歩や旅行などは、病気の間はかえって負担になること
- ⑦ 家族が側にいることだけで、まずは十分であること

III 専門医への紹介のタイミング

- 治療開始前に早急に相談をしたほうがよい場合を以下に示す。
 - ▶ 希死念慮が強い場合。
 - ▶ 自殺企図がある場合。
 - ▶ 過去にうつ病の既往があり、その時に希死念慮を伴っていた場合。
 - ▶ 治療拒否がある場合。
- 可能ならば相談をしたほうがよい場合を以下に示す。
 - ▶ 家族の支援が薄い場合。
 - ▶ アルコールや薬物依存を伴う場合。
- 一般的な目安だが、抗うつ薬を開始して4週間以上経っても、うつ病の症状のいくつかで改善が認められない場合には、早めに専門医に紹介する。
 - ▶ 抗うつ薬を開始したが、吐き気や眠気などの有害事象のために継続ができない場合。
 - ▶ うつ病の症状自体は軽いが、仕事ができない、家事ができない、買い物に出られない、人と会えないなどの社会的機能に重大な支障が続く場合。

(小川 朝生)

【文 献】

- 1) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249: 751-757, 1993.
- 2) 小川朝生: 包括的アセスメント, 精神腫瘍学, 医学書院, 東京, 2011, p60-64.

II. 各論

各科領域でのうつ病診療のコツと処方例

8. 婦人科におけるうつ病診療のコツと処方例

妊娠期・出産期

III 妊娠期・出産期におけるうつ病治療の必要性

- 女性におけるうつ病の生涯有病率は男性の2倍とされている。また、出産年齢はうつ病の好発年齢とも重なり、周産期における女性のうつ病発症率は7～15%にのぼる¹⁾²⁾。しかし、「妊娠・出産・育児が大変なのは当たり前」と捉え、周囲が母親の苦しみを軽視する場合や、母親自身も「自分の母親としての頑張りが足りないせい」と思い込むことが多く、適切な医療的介入につながらない場合も少なくない。
- 周産期のうつ病を放置すると経過の悪化を招き、母体の健康管理もおろそかになり、ひいては児の発達や出産自体に悪影響が及ぶ。

以上を踏まえて、臨床医は周産期ケアの一環として、うつ病発症の可能性を念頭に置き、必要があれば医療的介入への導入を図るべきである³⁾。

1) うつ病がもたらす悪影響

- 出生時低体重のリスク上昇⁴⁾。
- 早産のリスク上昇⁴⁾⁵⁾。
- 胎児の中樞神経系発達に有害な影響を及ぼす可能性⁴⁾。
- 強い不安を抱えていた妊婦の児における行動障害のリスク上昇³⁾。
- 母親の不健康な行動（喫煙、アルコール、薬物乱用など）を

1 PEECコース開催の実際

昭和大学医学部救急医学講座 三宅 康史

1 PEECコース開催の経緯

日本臨床救急医学会では、年間の自殺者が3万人を超えて推移し、その数十倍ともいわれる未遂者の多くが救命救急センターや救急外来（ER；emergency room）へ搬入される現状から、平成19（2007）年4月に『自殺企図者のケアに関する検討委員会』を設置した。搬送されてくる自殺未遂者に対し、精神科医の協力がすぐには得られない状況下でも、身体の治療と並行して、自殺企図への対応と精神的な問題の把握とその解決についても、できる限り標準的な初期診療を施そうとするもので、次の平日日勤帯に安全に精神科診療につながられることを目標に、『自殺未遂者ケアの手引き』（平成20年3月）、『症例提示とよくある質問集』（平成23年3月）を刊行、公開してきた。そして、これらのリソースの利用を促進する意味もあり、平成21年度より厚生労働省が主催する救急医療スタッフ向けの「自殺未遂者ケア研修」を共催している（表II-1）。これは、自殺未遂者が自殺完遂の最大の危険因子であること、自殺未遂者に対して精神科医がいない状況でも、救急外来で、救命救急センターで、そして救急病棟で行えるケアがあることを、多職種（救急医、看護師、救急隊員、臨床心理士、ソーシャルワーカー、保健師、他）からなるグループワークで、提示された症例を通して知恵を出し合いつつ解決策を見つけ出すものである。自殺未遂者のケアに精通した精神科医、精神福祉士、臨床心理士が水先案内人（ファシリテーター）として一人ずつグループに配置される。そして退院後のケアにつなぐことの重要性についても学ぶ。平成22年度は、東京、大阪、仙台で、平成23年度は、東京、大阪、福岡で各50人を定員として開催され、好評を得ている。

しかし現実には、救急外来に運び込まれる精神的な問題をもつ患者は自殺未遂者だけではない。既往歴として精神疾患を有する救急患者の病態が、精神疾患の増悪か器質的疾患によるものかについては診察するまで明らかとならないことも多い。精神科か身体科か搬送先がなかなか決まらず、時間の経過とともに患者の病態は変化していく。この間の救急隊員、患者家族のストレスは尋常ではない。このような事例は間違いなく昨晚もわが国のどこかで発生し、そし

表II-1 平成22年度「自殺未遂者ケア研修」（一般救急スタッフ版）プログラム

10分	開会挨拶
20分	講義1：自殺未遂者対策がなぜ必要か
20分	講義2：自殺未遂者対策
20分	講義3：地域の自殺対策の取り組み
20分	質疑応答・説明
	（休憩）
100分	実習（演習）
	（休憩）
20分	講義4：自死家族への対応と支援
10分	閉会挨拶

て今夜も繰り返されるものである。

最終的に受け入れざるを得ないのならば、精神症状が前面にある救急患者の初期診療を正しく行えるよう準備しておくことは、救急医療に携わる者にとって必要ではないだろうか。自殺未遂者の症例も含み、精神科疾患の既往のある救急患者、それがなくとも精神症状とともれる症状を呈する救急患者への標準的な初期診療手順を、半日の研修コースで学び、その日の夜の当直から不安を感じずに救急診療業務にあたるならば、救急医療スタッフにとってもACLSやISLS、JATECと同じように、身につけておいて損はないのではないだろうか。自殺未遂者ケア研修と同様の手法を用いて、この半日コースが全国各地で開催されることにより、希望者全員が居住地の近くで気軽に受講することができる。

2 PEECコースの学習目標

PEECコースを体験することで、受講者の行動（知識・技能・態度）に価値ある変化をもたらすことができるよう一般目標と行動目標を以下に示す。設定された到達目標を受講者のみならずファシリテーター側も理解したうえで、コースの展開、資料、カリキュラムについて参加者全員で繰り返し給括、フィードバックし、よりよいコースに仕上げていくことが鍵である。

1 コースの一般目標

精神科的問題を有する救急患者に標準的な初期診療を提供するために、救急医療スタッフとして必要な医学的知識、接遇法、入院管理、リソースの有効活用、外来フォローアップへのつなぎ方をワークショップを通して身につける。

2 コースの行動目標

- 既往歴、持参薬、現病歴からある程度の精神科的背景を推察できる。
- 適切な距離を維持しつつ医療面接ができる。
- 短時間で必要な医療情報を収集できる。
- 診療中の患者の安全、医療者側の安全を確保する方法がわかる。
- 器質的(身体的)な問題を鑑別できる。
- 症状に応じた薬剤の選択、投与方法、副反応への対応がわかる。
- 外来帰宅か、入院加療の必要性を正しく判断できる。
- 自殺企図患者に対し、再企図を予防しつつ安全な入院管理ができる。
- 違法薬剤の使用、薬物依存への法的問題に正しく対処できる。
- 患者の社会的背景の理解とその問題への対処に他職種のスタッフと協力しつつあたることができる。
- 安全に外来フォローアップへの道筋をつけることができる。
- 自死遺族への具体的な援助の方法を知っている。
- 自施設での問題点とその解決方法について考察できる。
- 地域における問題点とその解決窓口を指摘できる。

3 PEEC コースの概要

1 コースの進め方

(1) スタッフミーティング

- 必要スタッフ: 司会進行役(救急医など)1名、講師兼ファシリテーター(精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士)4~8名。
- 検討内容: 各グループの受講生のプロフィール確認、担当症例の決定。

(2) 会場準備

教室1室の入口に受付テーブル、教壇、プロジェクター1台とコンピュータ、スクリーン、4~6人で囲めるテーブル4台を配置する。

(3) 開場・受付

インターネット上でウェブサイトを開設し、開催予定を前もって開示する。そこから受講生の参加を受け付ける。受講費用の授受は開催前に終了していることが望ましい。プレラーニングとして本書に目を通しておくようにしてもらう。当日キャンセルの場合の再受講の権利、振込受講料の返還条件なども前もって通知しておく。

(4) プレテストとその回収

コース開始時間までの5~10分の間にプレテストを行う。受講前の知識を確認し、受講後のポストテストと比較することで、コース受講による効果を確認する。プレラーニングを促す側面もある。

(5) コース開催の挨拶とスタッフ紹介(司会者)

(6) 講義Ⅰ: 精神症状を呈する患者の初療アルゴリズム (ファシリテーター兼講師: スライド配布資料)

(7) 講義Ⅱ: 精神保健福祉士・臨床心理士の役割 (ファシリテーター兼講師: スライド配布資料)

(8) ワークショップ: 提示症例4例を時系列で情報提供(パウチなど)

- 『自殺未遂者ケアの手引き』『症例提示とよくある質問集』を配布
- 司会を決定
- ディスカッションのポイントを表Ⅱ-2に示す。

(9) 講義Ⅲ: 遺族支援 (ファシリテーター兼講師 資料: 自死遺族支援リーフレット)

(10) ポストテスト、アンケート記入、修了証の授与

(11) 修了挨拶、後始末、ブリーフィング

表II-2 症例ごとのディスカッションのポイント

<p>【症例1】 入院前までの経過 精神科的問題の把握 入院への判断 治療を受ける場合の対応 家族が持病は来ない場合の対処法 精神科治療の連携方法</p>
<p>【症例2】 自殺企図のうつ病患者（場合によっては、症例2'に変更） ・希死念慮と自殺企図かどうかの確認方法 ・自殺企図の危険因子の確認 ・精神科受診を拒否する患者への対応 ・家族への対応 ・再発予防のための連携方法</p>
<p>【症例2'】 薬物の使用で頻回受診が問題となる例 ・薬物使用の把握 ・薬物使用の薬物治療 ・過剰使用への応急処置と注意 ・頻回受診患者への対応 ・家族への対応 ・かかりつけ精神科医療機関との連携</p>
<p>【症例3】 統合失調症でICUでの不穏、興奮を呈する例 ・精神科的問題のための情報収集の方法 ・不穏、興奮時に使用する薬剤の処方 ・副作用への対応 ・抑制の適応 ・医療保護入院・措置入院の必要性 ・安定した後の薬物療法 ・精神科へのコンサルトのタイミング</p>
<p>【症例4】 精神科入院中の違法薬物の中毒例 ・違法薬物の使用が疑われるときの対処法 ・治療に使用する薬剤の選択 ・警察への連絡 ・生活支援の必要性と具体的な連携方法 ・依存症治療のためのリソース</p>

2 カリキュラム例 (表II-3)

表II-3 PEEC コース時間割の例

(15分前)	受付開始
(30分前)	受付開始
(10分前)	コース開始
5分	第一回開会挨拶、講師紹介、開会、同席者挨拶
20分	講義1：精神症状を呈する患者の初療アルゴリズム
20分	講義2：精神科痛みの臨床と薬物治療
	ワークショップ (40分×4症例) 提示症例に対し、グループで協力しつつ対処法を考えていく
40分	症例1
40分	症例2
40分	症例3
40分	症例4
20分	質疑応答
10分	ポストテスト、アンケート記入
(20分)	反省会、後始末

3 必要物品・資料

- ・司会、講師、ファシリテーター、受講生名簿（所属機関、所属科、職種、勤務年数、名前）
- ・所属、職種と氏名が入った名札（受講生、ファシリテーター、司会分）
- ・グルーワークのできるテーブルとファシリテーターを含む人数分の椅子
- ・講義資料（スライド配布資料：人数分）
- ・患者情報、臨床経過を記入した提示用パウチ（コンピュータ上でもよい）
- ・解決すべきポイント（箇条書きになったプリント）
- ・『自殺未遂者ケアの手引き』、『症例提示とよくある質問集』、自死遺族用リーフレット（人数分）
- ・プレテスト、ポストテスト、ポストテスト正答集、アンケート用紙、修了証（人数分）

- お菓子、ごみ箱、スライドの使用できる教室

4 運営方法

事務局でPEECウェブサイトの立ち上げと管理が行われる。そこからウェブ上で、開催予定の公開、参加者の募集、受講費用振込、実施場所と実施時間の設定、ファシリテーターの確保、講義資料作成、受講生データの管理、アンケート、テスト結果の管理と解析、などの作業が必要になる。

加えて開催ごとに、ファシリテーターへの講師費用と交通費の支払、資料・開催場所の確保、最寄り駅から施設内まで開催案内版の準備、などが必要である。

5 コース成功のポイント

まずはそれぞれの自己紹介を簡単に行い、たとえば最近あった嬉しいことを1つずつ披露してアイスブレイキングを行う。そして提示された症例を紹介した後、獲得目標のアウトラインを示す。重要なことは日常の職場での上下関係や経験年数にとらわれることなく、参加者全員が協力してそれぞれの専門性を活かしつつ水平な立場で積極的に意見を述べ、目の前の患者さんを助けていくことである。そのなかで、他職種の参加者の経験や意見によって多くの新しい可能性に気づくことができる。

ファシリテーターは適切なタイミングで必要な情報を開示し、役に立つ資料を配布して使ってもらい、そのつど、アドバイスを送る。それによってリズムよくグループワークが流れるようにしていく。最後に総括とフィードバック、質問を受け付ける時間をとる。最終的に解決できない問題も多く残るが、それを放置せず、明日から自分の施設で何ができ、何が足りないか、誰に協力をお願いすればよいかを、帰り道にでももう一度反芻してもらえれば、コースに参加した意義はある。配布された資料の利用の仕方もわかるようにする。

III

章

ケースシナリオ

International variation in antipsychotic prescribing for schizophrenia: Pooled results from the research on East Asia psychotropic prescription (reap) studies

Hiroto Ito^{1*}, Yasuyuki Okumura¹, Teruhiko Higuchi², Chay Hoon Tan³, Naotaka Shinfuku⁴

¹Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan

²National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan

³National University of Singapore, Singapore City, Singapore

⁴School of Human Sciences, Seinan Gakuin University, Fukuoka, Japan

Email: ItoHiroto@nnp.go.jp

Received 1 October 2012; revised 1 November 2012; accepted 10 November 2012

ABSTRACT

Objective: To identify updated trends in antipsychotic prescribing patterns in patients with schizophrenia in East Asia. **Methods:** Using the data from the 2001, 2004, and 2008 Research on East Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies, we compared the proportions of acute inpatients (stay <6 months), new long-stay patients (6 months to 3 years), and old long-stay patients (≥3 years), the rates of excessive dosing (more than chlorpromazine 1000 mg equivalent) and polypharmacy (the coprescription of more than 1 antipsychotic). **Findings:** While the proportion of long-term inpatients increased over time in Chinese mainland and Taiwan, it decreased in Japan, Singapore and Hong Kong. The proportion of acute inpatients receiving more than one drug was highest in Singapore, followed by Japan, Korea and Chinese Mainland. Two-drug combination therapy was especially high in Singapore. Korea had the highest rate of excessive dosing followed by Japan and Hong Kong. While the rates of both polypharmacy and excessive dosing decreased significantly over time in Japan, polypharmacy increased significantly in Chinese Mainland and Taiwan and excessive dosing increased significantly in Korea and Hong Kong. **Conclusion:** Our results suggest that the change in antipsychotic prescribing patterns, including excessive dosing and polypharmacy, varied among the participating East Asian countries/areas.

Keywords: Antipsychotic; East Asia; Polypharmacy; Schizophrenia

1. INTRODUCTION

Antipsychotic polypharmacy, the prescribing of more

*Corresponding author.

than one antipsychotic drug concurrently, is a common prescription pattern in clinical practice [1]. Although the prevalence of antipsychotic polypharmacy varies, the results from most studies ranged between 10% and 30% [2]. Polypharmacy may result exceed the total dose of antipsychotics [3], and may cause increases in admissions to hospital [4] and mortality [5].

Polypharmacy was frequently observed in patients with severe conditions [4,6]. Long-stay patients are likely to be severe and treatment-resistant; therefore, they are at risk of polypharmacy. Recent studies showed that the length of stay of patients receiving antipsychotic polypharmacy was longer than that of patients receiving monotherapy [7,8]. The prescription of high-dose antipsychotics is also of concern because of the lack of evidence to support its effectiveness and because of its association with greater adverse effects [9]. The probability of the prescription of high-dose antipsychotics is increased by polypharmacy [1].

Compared with the West, hospital care for patients with schizophrenia is still prevalent in many East Asian countries/areas. The treatment pattern of inpatients, however, is changing in East Asia [10]. Of newly admitted patients, most are discharged earlier, but some stay longer due to treatment-resistant and severe diseases [11]. Those who are newly admitted and stay longer in hospitals are referred to as "new long-stay" patients in addition to "old long-stay" patients who are older and resistant to discharge.

The objective of this study was to identify updated trends in the prescription patterns of antipsychotics in patients with schizophrenia in East Asia. We compared the proportions of acute, new long-stay, and old long-stay inpatients and the rates of excessive dosing and polypharmacy in 2001, 2004 and 2008 using the data from the Research on East Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies.

2. METHODS

2.1. Study Design

The Research on East Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies were designed as hospital-based cross-sectional surveys to examine the prescription patterns of psychotropic drugs (antipsychotics, mood stabilizers and antidepressants) among inpatients in East Asia. The details of the REAP studies have been described elsewhere [12-15]. The studies were conducted in 2001, 2004 and 2008 in six Asian countries/areas (Chinese mainland, Hong Kong, Japan, Korea, Singapore and Taiwan) using a standardized protocol and data collection procedure.

The REAP studies were approved by the Institutional Review Boards of all the participating centers in each country. The Institutional Review Board of the National Center of Neurology and Psychiatry, Japan, also approved the analysis of data for this study.

2.2. Participants

The participants were patients with schizophrenia who were consecutively admitted to each site. We identified inpatients using the diagnostic criteria for schizophrenia according to the International Classification of Disease, 10th edition (ICD-10) [16] or the 4th version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) [17]. The REAP study coordinators collected data from the medical charts of inpatients at each site, transcribed them into a uniform data entry sheet, and forwarded the sheet to the national coordinating centers of each country. Each national coordinating center compiled data from the participating centers and sent them on to the overall coordinator in Kobe, Japan, for compilation and analysis. Patients with clinically significant medical conditions or active psychotic symptoms related to comorbid substance use disorders were excluded.

2.3. Patient Groups by Length of Stay

We divided the patients into three groups based on length of stay: acute (stay <6 months), new long-stay (6 months to 3 years), and old long-stay inpatients (≥3 years). New long-stay patients were defined as those who occupied psychiatric beds for a prolonged period among individuals receiving services oriented towards community living [11].

2.4. Variables

The primary psychiatrist completed uniform questionnaires about the participating patient at each site. Alternatively the questionnaire was completed by a member of the research team with the agreement of the primary psychiatrist [15]. The questionnaire included sociode-

mographic information and clinical characteristics including psychopathology and all psychotropic drugs prescribed. Depot antipsychotics given within 30 days of admission were also documented. Daily doses of antipsychotics, including depot preparations, were converted to approximate daily mean chlorpromazine mg equivalents (CPZeq) using standard guidelines [18-21].

2.5. Indicators of Antipsychotic Prescription

In this analysis, we assessed the excessive dosing of antipsychotics and antipsychotic polypharmacy during inpatient care. In terms of excessive dosing, we divided the prescribing patterns of the total daily doses of antipsychotic medications into two categories: 1) those patients receiving ≤1000 CPZeq mg per day (appropriate dosing group) and 2) those receiving >1000 CPZeq mg (excessive dosing group). The second indicator, antipsychotic polypharmacy, was defined as the concurrent use of more than one antipsychotic drug.

2.6. Analysis

Data were analyzed using SPSS 13.0 for Windows. We performed t-tests, Mann-Whitney U tests and chi-square tests. The one-sample Kolmogorov-Smirnov test was used to assess the normality of distribution of continuous variables. The level of significance was set at 0.05 (two-tailed).

3. RESULTS

3.1. Participants

The 2001, 2004, and 2008 studies included 2399, 2136, and 1906 participants with schizophrenia admitted to psychiatric hospitals at the study sites, respectively.

3.2. Changes in Patient Groups

In 2008, the proportion of patients in acute care was 57.7% in Chinese mainland, 68.9% in Hong Kong, 33.0% in Japan, 63.9% in Korea, 100% in Singapore, and 43.2% in Taiwan (Table 1), and was significantly higher in Hong Kong, Japan and Singapore and lower in Chinese mainland than in 2001.

3.3. Prescription of Antipsychotics for Acute patients

The trend in the prescription of antipsychotics in acute patients is shown in Table 2. Excessive dosing was seen in 18.8% of cases in Korea, 15.3% in Japan and 13.7% in Hong Kong in 2008. In Korea, the rate of excessive dosing in 2008 was significantly higher than that in 2004 (7.0%). The rates in 2004 in Japan and Hong Kong were significantly lower than those in 2001.

The rate of polypharmacy in 2008 was 74.0% in Sin-

Table 1. Changes in patient groups.

Patients by region	2001		2004		2008		Multiple comparison			
	n	%	n	%	n	%	p	a	b	c
Chinese mainland										
Acute	421	69.9	388	78.5	209	57.7	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*
New long stay	110	18.3	70	14.2	99	27.3				
Old long stay	71	11.8	36	7.3	54	14.9				
Hong Kong										
Acute	51	49.5	41	41.8	51	68.9	0.00*	0.35	0.02*	0.00*
New long stay	38	36.9	46	46.9	21	28.4				
Old long stay	14	13.6	11	11.2	2	2.7				
Japan										
Acute	94	15.2	172	30.1	150	33.0	0.00*	0.00*	0.00*	0.61
New long stay	119	19.3	111	19.4	85	18.7				
Old long stay	405	65.5	289	50.5	220	48.4				
Korea										
Acute	254	58.4	228	57.4	69	63.9	0.08	-	-	-
New long stay	124	28.5	102	25.7	32	29.6				
Old long stay	57	13.1	67	16.9	7	6.5				
Singapore										
Acute	149	51.2	90	100.0	96	100.0	0.00*	0.00*	0.00*	1.00
New long stay	71	24.4	0	0.0	0	0.0				
Old long stay	71	24.4	0	0.0	0	0.0				
Taiwan										
Acute	182	59.1	262	60.4	212	43.2	0.00*	0.91	0.00*	0.00*
New long stay	73	23.7	102	23.5	172	35.0				
Old long stay	53	17.2	70	16.1	107	21.8				

P: p values derived by chi-squared test or Fisher's exact test; a: p values derived by multiple comparisons for proportional differences between 2001 and 2004; b: p values derived by multiple comparisons for proportional differences between 2001 and 2008; c: p values derived by multiple comparisons for proportional differences between 2004 and 2008. *p < 0.05.

gapore, 51.3% in Japan, 40.6% in Korea, 36.8% in Chinese mainland, 29.4% in Hong Kong and 25.0% in Taiwan in 2008. In Japan, the rate in 2008 was significantly lower than that in 2001 (73.4%). In contrast, the rate in 2008 was significantly higher than that in 2001 (25.2%) in Chinese mainland, that in 2004 in Chinese mainland (22.7%) and that in Taiwan (14.1%). The most frequent patterns of polypharmacy in Singapore in 2008 were risperidone and zuclopenthixol decanoate (n = 8), followed by risperidone and flupentixol decanoate (n = 7), and trifluoperazine and fluphenazine decanoate (n = 5).

The proportion of inpatients receiving three or more antipsychotics in 2008 was 23.3% in Japan, 12.5% in Singapore, 5.9% in Hong Kong, 4.3% in Chinese main-

land, 2.9% in Korea and 0.9% in Taiwan.

3.4. Prescription of Antipsychotics for New Long-Stay Patients

As shown in Table 3, excessive dosing was seen in 34.4% of cases in Korea, 17.6% in Japan and 17.2% in Chinese mainland in 2008. In Chinese mainland, the rate of excessive dosing in 2008 was significantly higher than those in 2001 (0.9%) and 2004 (2.9%).

The rate of polypharmacy in 2008 was 65.9% in Japan, 50.5% in Chinese mainland, 46.9% in Korea, 33.3% in Hong Kong and 26.2% in Taiwan. The rate in 2008 in Chinese mainland was significantly higher than that

Table 2. Excessive dosing and polypharmacy in acute patients by region.

Region	2001		2004		2008		Multiple comparison								
	n	%	N	n	%	N	n	%	N	ES	p	2001 vs 2004	2001 vs 2008	2004 vs 2008	
Polypharmacy															
Chinese mainland	106	25.2	421	88	22.7	388	77	36.8	209	0.25	0.00*	0.45	0.01*	0.00*	
Hong Kong	19	37.3	51	6	14.6	41	15	29.4	51	0.17	0.05	-	-	-	
Japan	69	73.4	94	106	61.6	172	77	51.3	150	0.46	0.00*	0.14	0.00*	0.14	
Korea	85	33.9	254	67	29.4	228	28	40.6	69	0.14	0.20	-	-	-	
Singapore	102	68.5	149	69	76.7	90	71	74.0	96	0.12	0.35	-	-	-	
Taiwan	36	19.8	182	37	14.1	262	53	25.0	212	0.13	0.01*	0.29	0.29	0.01*	
Excessive dosing															
Chinese mainland	27	6.4	421	26	6.7	388	17	8.1	209	0.07	0.71	-	-	-	
Hong Kong	11	21.6	51	1	2.4	41	7	13.7	51	0.21	0.02*	0.03*	0.44	0.14	
Japan	25	26.6	94	22	12.8	172	23	15.3	150	0.28	0.01*	0.02*	0.09	0.62	
Korea	33	13.0	254	16	7.0	228	13	18.8	69	0.16	0.01*	0.09	0.30	0.02*	
Singapore	18	12.1	149	11	12.2	90	7	7.3	96	0.16	0.43	-	-	-	
Taiwan	8	4.4	182	16	6.1	262	21	9.9	212	0.22	0.08	-	-	-	

n: number of patients receiving two or more antipsychotics (polypharmacy) or greater than 1000 CPZeq mg antipsychotics (excessive dosing); ES: Cohen's effect size index for differences in proportions between 2001 and 2008; p: p values derived by chi-squared test or Fisher's exact test for proportional differences among three years. *p < 0.05.

Table 3. Excessive dosing and polypharmacy in care for new long stay patients by region.

Region	2001		2004		2008		Multiple comparison								
	n	%	N	n	%	N	n	%	N	ES	p	2001 vs 2004	2001 vs 2008	2004 vs 2008	
Polypharmacy															
Chinese mainland	32	29.1	110	26	37.1	70	50	50.5	99	0.44	0.01*	0.34	0.01*	0.24	
Hong Kong	12	31.6	38	15	32.6	46	7	33.3	21	0.04	0.99	-	-	-	
Japan	92	77.3	119	72	64.9	111	56	65.9	85	0.26	0.08	-	-	-	
Korea	47	37.9	124	52	51.0	102	15	46.9	32	0.18	0.14	-	-	-	
Singapore	52	73.2	71	0	-	0	0	-	0	-	-	-	-	-	
Taiwan	20	27.4	73	15	14.7	102	45	26.2	172	0.03	0.06	-	-	-	
Excessive dosing															
Chinese mainland	1	0.9	110	2	2.9	70	17	17.2	99	0.66	0.00*	0.56	0.00*	0.01*	
Hong Kong	5	13.2	38	1	2.2	46	3	14.3	21	0.03	0.07	-	-	-	
Japan	28	23.5	119	19	17.1	111	15	17.6	85	0.15	0.41	-	-	-	
Korea	29	23.4	124	31	30.4	102	11	34.4	32	0.24	0.33	-	-	-	
Singapore	13	18.3	71	0	-	0	0	-	0	-	-	-	-	-	
Taiwan	5	6.8	73	5	4.9	102	10	5.8	172	0.04	0.91	-	-	-	

n: number of patients receiving two or more antipsychotics (polypharmacy) or greater than 1000 CPZeq mg antipsychotics (excessive dosing); ES: Cohen's effect size index for differences in proportions between 2001 and 2008; p: p values derived by chi-squared test or Fisher's exact test for proportional differences among three years. *p < 0.05.

in 2001 (29.1%).

3.5. Prescription of Antipsychotics for Old Long-Stay Patients

In the prescription of antipsychotics for old long-stay patients in 2008, excessive dosing was seen in 18.6% of cases in Japan and 14.3% in Korea (Table 4). In Japan, the rates in 2008 (14.3%) and 2004 (23.5%) were significantly lower than that in 2001 (35.3%).

The rate of polypharmacy in 2008 was 63.6% in Japan and 33.6% in Taiwan. The rate in Japan in 2008 was significantly lower than those in 2001 (81.5%) and 2004 (73.7%). In Taiwan, the rate in 2008 was significantly higher than that in 2004 (10.0%).

4. DISCUSSION

The trends in the number of inpatients and in excessive dosing and polypharmacy varied across East Asia. While the proportion of long-term inpatients increased over time in Chinese mainland and Taiwan, it decreased in Japan, Singapore and Hong Kong. In Singapore and Hong Kong, inpatient care is now focused on acute care. Japan and Korea, where the numbers of beds per capita and long-stay inpatients are high, seem to be in a process of deinstitutionalization. In contrast, inpatient-care facilities are still lacking and the number of beds is increasing in Chinese mainland [22], thus, long-stay inpatients linger.

Japan has been often criticized for the use of polypharmacy [13-14,23]. There are multiple factor involved in the use of polypharmacy, such as physician distrust of the practice guidelines, requests to increase the number of nursing staff members, and patient characteristics [24]. The change in reimbursement which encourages the use of less than three antipsychotics over the use of more than three antipsychotics and third-party evaluation might have facilitated the changes in antipsychotic prescription patterns. Japan had the highest rate of the prescription of three or more drugs, but the percentage of patients treated with polypharmacy in acute care has been decreasing over time.

The rate at which acute care inpatients were prescribed two or more drugs was highest in Singapore, followed by Japan, Korea and Chinese mainland; however, the prescription pattern in Singapore is different from those in the other countries/areas. A high rate of polypharmacy in Singapore has been demonstrated by previous studies [12,13]. However, the prescription of two drugs only was most prevalent, and most of these prescriptions are co-prescription with depot Chinese mainland, Korea, and Taiwan show opposite trends of increased polypharmacy.

Although polypharmacy has long been discouraged due to issues of limited efficacy, long-term safety, mortality and higher cost [2], an increase in antipsychotic prescriptions has been prevalent [25,26]. According to a

Table 4. Excessive dosing and poly pharmacy in care for old long stay patients by region.

Region	2001		2004		2008		Multiple comparison							
	n	%	N	%	N	%	N	ES	p	2001 vs 2004	2001 vs 2008	2004 vs 2008		
Polypharmacy														
Chinese mainland	15	21.1	71	6	16.7	36	10	18.5	54	0.07	0.90	-	-	-
Hong Kong	7	50.0	14	3	27.3	11	1	50.0	2	0.00	0.60	-	-	-
Japan	330	81.5	405	213	73.7	289	140	63.6	220	0.41	0.00*	0.04*	0.00*	0.04*
Korea	23	40.4	57	36	53.7	67	2	28.6	7	0.25	0.21	-	-	-
Singapore	55	77.5	71	0	-	0	0	-	0	-	-	-	-	-
Taiwan	13	24.5	53	7	10.0	70	36	33.6	107	0.20	0.00*	0.11	0.32	0.00*
Excessive dosing														
Chinese mainland	4	5.6	71	1	2.8	36	4	7.4	54	0.07	0.69	-	-	-
Hong Kong	2	14.3	14	0	0.0	11	0	0.0	2	0.78	0.56	-	-	-
Japan	143	35.3	405	68	23.5	289	41	13.6	220	0.38	0.00*	0.00*	0.00*	0.22
Korea	19	33.3	57	24	35.8	67	1	14.3	7	0.46	0.62	-	-	-
Singapore	20	28.2	71	0	-	0	0	-	0	-	-	-	-	-
Taiwan	8	15.1	53	10	14.3	70	7	6.5	107	0.28	0.14	-	-	-

n: number of patients receiving two or more antipsychotics (polypharmacy) or greater than 1000 CPZeq mg antipsychotics (excessive dosing); ES: Cohen's effect size index for differences in proportions between 2001 and 2008; p: p values derived by chi-squared test or Fisher's exact test for proportional differences among three years. * p < 0.05.

meta-analysis of randomized controlled trials comparing single-drug and multiple-drug regimens in schizophrenia, polypharmacy was demonstrated to be superior in terms of efficacy and the discontinuation of medicine [2], which suggests that polypharmacy may not necessarily always be contraindicated. However, it remains controversial [2,9].

Regarding excessive dosing, Korea had the highest rate of patients who received excessive dosing, followed by Japan and Hong Kong, while this rate was relatively low in Singapore. Interestingly, while the rates of excessive dosing were declining significantly in Japan, the rate of excessive dosing was increasing in Korea. This study demonstrated the characteristic prescribing trends in Chinese mainland and Korea. Previous studies reported that the antipsychotic dosage prescribed in Chinese mainland was lower than that prescribed in Japan [23]. However, the results of the present study demonstrated that the dosage was increasing among long-stay inpatients in Chinese mainland. China is currently undertaking a policy of expanding mental hospitals and psychiatric departments in general hospitals [22], which is leading to an increase in the number of patients who become resistant to treatment, resulting in higher rates of excessive dosing. Higher antipsychotic doses may be needed in cases with more severe illness [27], but the efficacy of higher doses (sometimes with polypharmacy) should be employed only as a strategy for dealing with treatment-resistant schizophrenia [28,29].

A further question to be considered is whether the prescription styles used in the treatment of long-stay inpatients influence the prescription practice for acute care patients. Implementing changes in care styles, such as improving polypharmacy and excessive dosing, takes a long time; for example, Japan needed at least 20 years to improve the prescription patterns and nearly 50 years to achieve deinstitutionalization in psychiatric inpatient care because of the predominance of private hospitals.

There are several limitations to this study. First, due to its cross-sectional research design, this study does not investigate the efficacy of different prescription regimens. Second, we examined the antipsychotic prescription patterns at a single or several sites within each country. Although we could examine the chronological changes that occurred in each country, it is difficult to determine cross-country differences because the population samples used are non-representative.

Despite these limitations, this cross-sectional study provides insights into the antipsychotic prescription patterns for inpatients with schizophrenia in East Asian countries. The West and the East have pursued different paths in the field of mental health care. Western countries started to reduce the number of psychiatric beds in the middle of the 20th century and shifted from traditional

hospital care to community care [30,31]. In contrast, institutionalized care has remained a mainstream practice in many Asian countries [10]. Although a recent global trend involves a shift in care from hospitals to communities, the role of inpatient care is different among individual East Asian countries, and the development of community services is at different stages in each of these countries. At any stage, the recommendations for the prescription of antipsychotics should be followed in practice.

5. ACKNOWLEDGEMENTS

This study was supported by Grants-in-Aid for Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices (Ministry of Health, Labour and Welfare, H22-IYAKU-IPAN-013). This study was presented in part at the International College of Neuropsychopharmacology Thematic Meeting at Salzburg, April, 2011.

REFERENCES

- [1] Lelliott, P., Paton, C., Harrington, M., Konsolaki, M., Sensky, T. and Okocha, C. (2002) The influence of patient variables on polypharmacy and combined high dose of antipsychotic drugs prescribed for in-patients. *Psychiatric Bulletin*, 26, 411-414. doi:10.1192/pb.26.11.411
- [2] Correll, C.U., Rummel-Kluge, C., Corves, C., Kane, J.M. and Leucht, S. (2009) Antipsychotic combinations vs monotherapy in schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 443-457. doi:10.1093/schbul/sbn018
- [3] Barbui, C., Biancosino, B., Esposito, E., Marmai, L., Donà, S. and Grassi, L. (2007) Factors associated with antipsychotic dosing in psychiatric inpatients: A prospective study. *International Clinical Psychopharmacology*, 22, 221-225. doi:10.1097/YIC.0b013e3281084ea8
- [4] Kreyenbuhl, J., Marcus, S.C., West, J.C., Wilk, J. and Olfson, M. (2007) Adding or switching antipsychotic medications in treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric Services*, 58, 983-990. doi:10.1176/appi.ps.58.7.983
- [5] Waddington, J.L., Youssef, H.A. and Kinsella, A. (1998) Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 325-329. doi:10.1192/bjp.173.4.325
- [6] Santone, G., Bellantuono, C., Rucci, P., Picardi, A., Preti, A. and de Girolamo, G. (2011) Patient characteristics and process factors associated with antipsychotic polypharmacy in a nationwide sample of psychiatric inpatients in Italy. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 20, 441-449. doi:10.1002/pds.2083
- [7] Ghio, L., Natta, W., Gotelli, S., Attoni, L., Berruti, G., et al. (2011) Antipsychotic utilisation and polypharmacy in Italian residential facilities: A survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 171-179. doi:10.1017/S2045796011000242

- [8] Centorrino, F., Goren, J.L., Hennen, J., Salvatore, P., Kelleher, J.P. and Baldessarini, B.J. (2004) Multiple versus single antipsychotic agents for hospitalized psychiatric patients: Case-control study of risks versus benefits. *American Journal of Psychiatry*, 161, 700-706. doi:10.1176/appi.ajp.161.4.700
- [9] Taylor, D. (2010) Antipsychotic polypharmacy: Confusion reigns. *The Psychiatrist*, 34, 41-43. doi:10.1192/pb.bp.109.027086
- [10] Ito, H., Setoya, Y. and Suzuki, Y. (2012) Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry*, 11, 186-190.
- [11] Tulloch AD, Fearon, P. and David, A.S. The determinants and outcomes of long-stay psychiatric admissions: A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 569-574. doi:10.1007/s00127-008-0332-2
- [12] Chong, M.Y., Tan, C.H., Fujii, S., Yang, S.Y., Ungvari, G.S., Si, T., et al. (2004) Antipsychotic drug prescription for schizophrenia in East Asia: rationale for change. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 61-67. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01194.x
- [13] Sim, K., Su, A., Fujii, S., Yang, S.Y., Chong, M.Y., Ungvari, G.S., et al. (2004) Antipsychotic polypharmacy in patients with schizophrenia: a multicentre comparative study in East Asia. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 58, 178-183. doi:10.1111/j.1365-2125.2004.02102.x
- [14] Sim, K., Su, A., Leong, J.Y., Yip, K., Chong, M.Y., Fujii, S., et al. (2004) High dose antipsychotic use in schizophrenia: Findings of the REAP (research on East Asia psychotropic prescriptions) study. *Pharmacopsychiatry*, 37, 175-179. doi:10.1055/s-2004-827174
- [15] Shinfuku, N. and Tan, C.H. (2008) Pharmacotherapy for schizophrenic inpatients in East Asia: Changes and challenges. *International Review of Psychiatry*, 20, 460-468. doi:10.1080/09540260802397560
- [16] World Health Organization (1992) International statistical classification of diseases and related health problems, 10 rev. World Health Organization, Geneva, 1992.
- [17] American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition, American Psychiatric Association, Washington DC.
- [18] American Psychiatric Association (2007) Practice Guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Press, Washington DC.
- [19] Kane, J.M., Aguglia, E., Altamura, A.C., Ayuso Gutierrez, J.L., Brunello, N., Fleischacker, W.W., et al. (1998) Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. European Neuropsychopharmacology Consensus Conference in Siena, Italy. *European Neuropsychopharmacology*, 8, 55-66. doi:10.1016/S0924-977X(97)00045-X
- [20] Woods, S.W. (2003) Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 663-667. doi:10.4088/JCP.v64n0607
- [21] Inagaki, A., Inada, T. and Fujii, Y. (1999) Equivalent dose of psychotropics. Seiwa Shoten, Tokyo.
- [22] Lancet (2010) Psychiatric institutions in China. *Lancet*, 376, 2. doi:10.1016/S0140-6736(10)61039-2
- [23] Bitter, I., Chou, J.C., Ungvari, G.S., Tang, W.K., Xiang, Z., Iwanami, A., et al. (2003) Prescribing for inpatients with schizophrenia: An international multi-center comparative study. *Pharmacopsychiatry*, 36, 143-149. doi:10.1055/s-2003-41199
- [24] Ito, H., Koyama, A. and Higuchi, T. (2005) Polypharmacy and excessive dosing: Psychiatrists' perceptions of antipsychotic drug prescription. *British Journal of Psychiatry*, 187, 243-247. doi:10.1192/bjp.187.3.243
- [25] Gilmer, T. P., Dolder C.R., Folsom, D.P., Mastin, W. and Jeste, D.V. (2007) Antipsychotic polypharmacy trends among Medicaid beneficiaries with schizophrenia in San Diego County, 1999-2004. *Psychiatric Services*, 58, 1007-1010.
- [26] Mojtabai, R. and Olfson, M. (2010) National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 67, 26-36. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.175
- [27] Kapur, S., Zipursky, R., Jones, C., Remington, G. and Houle, S. (2000) Relationship between dopamine D(2) occupancy, clinical response, and side effects: A double-blind PET study of first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 514-520. doi:10.1176/appi.ajp.157.4.514
- [28] Sernyak, M.J. and Rosenheck, R. (2004) Clinicians' reasons for antipsychotic coprescribing. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1597-1600. doi:10.4088/JCP.v65n1203
- [29] Schumacher, J.E., Makela, E.H. and Griffin, H.R. (2003) Multiple antipsychotic medication prescribing patterns. *Annals of Pharmacotherapy*, 37, 951-955. doi:10.1345/aph.1C420
- [30] Frank, R.G. and Glied, S.A. (2006) Better but not well: Mental health policy in the United States since 1950. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- [31] Thornicroft, G. and Tansella, M. (2009) Better mental health care. Cambridge University Press, Cambridge.

Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia

HIROTO ITO, YUTARO SETOYA, YURIKO SUZUKI

National Institute of Mental Health, National Centre of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan

This paper summarizes the findings for the East and South East Asia Region of the WPA Task Force on Steps, Obstacles and Mistakes to Avoid in the Implementation of Community Mental Health Care. The paper presents a description of the region, an overview of mental health policies, a critical appraisal of community mental health services developed, and a discussion of the key obstacles and challenges. The main recommendations address the needs to campaign to reduce stigma, integrate care within the general health care system, prioritize target groups, strengthen leadership in policy making, and devise effective funding and economic incentives.

Key words: Community mental health care, East and South East Asia, mental health policies, non-governmental organizations, human rights, family involvement, target groups, economic incentives

(World Psychiatry 2012;11:186-190)

This paper is part of a series describing the development of community mental health care in the various regions of the world (see 1-6), produced by the Task Force appointed by the WPA as part of its Action Plan 2008-2011 (7,8). The WPA Guidance on Steps, Obstacles and Mistakes to Avoid in the Implementation of Community Mental Health Care, developed by the Task Force, has been published in this journal (9). In this article, we describe these issues in relation to East and South East Asia.

The region includes 15 countries (4 in East Asia and 11 in South East Asia), with marked cultural, religious, and socio-economic diversity. All these countries devote only a small fraction of their total health budget to mental health (less than 1% in low income countries; less than 5% in high income countries) (10). Because of varied historical backgrounds and colonial heritages, health care systems diverge even among neighbouring countries.

OVERVIEW OF MENTAL HEALTH POLICIES IN THE REGION

Table 1 shows the presence of mental health policies and laws in the region. Despite 20 years of effort, China does not

Table 1 Mental health policies and laws in countries of East and South East Asia

		Mental health legislation	
		Present	Absent
Mental health policy or programme	Present	Indonesia, Japan, Malaysia, Mongolia, Myanmar, North Korea, Singapore, South Korea, Thailand	Cambodia, China, Laos, Philippines, Viet Nam
	Absent	Brunei	Timor-Leste

Sources: Jacob et al (11), World Health Organization (12), Tebayashi (13), Thailand Mental Health Act (14)

yet have a national mental health law, but it has instituted a mental health plan (15), while Hong Kong has a mental health ordinance (16). In Thailand, mental health legislation came into effect in 2008 (14).

Family involvement is a characteristic of the region. Even in Singapore and Malaysia, where the Western influence is quite prevalent, the family plays a major role in the patient's admission and treatment. Involuntary admission with family consent is legalized in Japan and South Korea. China also permits involuntary admission with family consent, although the practice is not legalized, and the legal guardians include not only family members but also public officers (17).

The legislation ensures community integration in Japan, Malaysia, Mongolia, and South Korea, while the rest in the region has community-based mental health care policies or programmes, except for Brunei and Laos (12).

OVERVIEW OF MENTAL HEALTH SERVICES IN THE REGION

The number of psychiatrists and of psychiatric beds per 10,000 population are shown in Figure 1, except for East-Timor. Japan has the highest number of psychiatrists per 10,000 people in the region (9.4), followed by South Korea (3.5), Mongolia (3.3), and Singapore (2.3). Despite a recent decrease in admissions, Japan (28.4) has also the highest number of psychiatric beds, followed by South Korea (13.8). Mongolia also maintains a hospital-based care system with an occupancy rate of above 80% (18).

Non-governmental organizations (NGOs) have set up model mental health services, and trained both health care and non-health workers in post-conflict countries, such as Cambodia and East-Timor, where all mental health resources were destroyed (12,19,20). In Malaysia, local NGOs provide residential care, day-care services and psychosocial rehabilitation services in the community (18). In the Philippines, collaborative activities between local NGOs and university

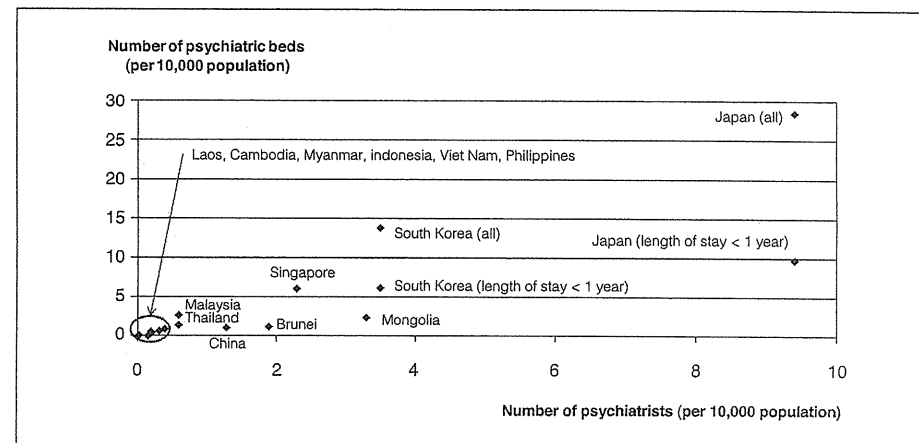


Figure 1 Number of psychiatrists and psychiatric beds in countries of East and South East Asia
Sources: Jacob et al (11), World Health Organization (12)

groups compensate for the government's limitations (21). Most NGOs' activities cover screening and assessment, and talking treatments. Psychological, rather than Western-style pharmacological treatment, is popular in these countries.

Home care and day hospital services are used as alternatives to hospital admission in several countries of the region. In Singapore, a mobile crisis team (community nurses assisted by a medical officer or a medical social worker) conducts home visits for crisis intervention, while community psychiatric nursing teams offer home care to discharged patients living in the community, including assessment and monitoring and psychological support to their caregivers (22).

In China, psychiatric hospitals send professionals to the homes of persons with severe mental disorders to provide "home-bed" services (23,24). For persons with chronic mental disorders, sheltered workshops for rehabilitation and a "rural guardianship network" for their supervision and management are also available, but their effectiveness is controversial (24,25). In China, non-government services such as private psychiatric clinics, non-professional counselling clinics, telephone hotlines, and folk treatments are becoming the dominant form of community mental health services, but their sustainability is of concern (15,26).

Most early intervention and assertive community treatments are provided in pilot specialized community mental health projects. In the Philippines, more than 7,000 patients were hospitalized in the mental hospital in Manila; however, the introduction of acute crisis intervention services reduced this number by more than half (27).

Japan, South Korea, Singapore and Malaysia have introduced assertive community treatment (ACT) with cultural modifications. A Japanese study in pre- and post-pilot phase reports the reduction of length of stay, while a subsequent randomized clinical trial shows a decrease of inpatient days and higher Client Evaluation of Services-8 (CSQ-8) scores in an ACT group compared to a control group (28). In South Korea, in a pre-post comparison, the number and duration of the admissions were also dramatically reduced and the clinical and social outcomes were significantly improved (29,30). In Singapore, the ACT programme was effective in reducing the frequency and duration of admissions in a clinical trial. The employment status of patients also showed improvement over the course of study (31).

Chronic beds for long-stay patients are being converted into residential facilities and group homes in communities, such as the private nursing homes of Malaysia (32).

In Malaysia and Thailand, community mental health promotion and prevention activities are conducted through public places, such as schools, churches, temples, and community halls (18).

Asia is vulnerable to natural disasters, including earthquakes and floods. These tragic disasters often deepen awareness of the need to develop community mental health systems. Mental health and psychosocial support are included in disaster preparedness in Indonesia (33), Myanmar (34) and Thailand (35). In Indonesia, a community mental health nursing training programme was developed after the Tsunami (36).

OBSTACLES AND CHALLENGES

Human rights

Traditional beliefs that mental illness is caused by malicious spirit possession or weak character persist in several countries of the region. According to a national survey in South Korea, people often consider mental illnesses to be self-limiting disorders that will resolve on their own (37). Much stigma is still attached to persons with mental illness, as well as to psychiatric institutions and services (22). One study in Singapore found that the main predictors of people seeking help were not availability and access to care but perceptions of mental illness and health care (38). Public misconceptions about mental illness result in prejudice which leads to discrimination. There is a gap between the legal framework and the reality of the mentally ill, who are often abused in many countries (39).

Family involvement

Strong family involvement in mental health care is a characteristic of Asia (40). Family plays an essential role in the care of people with mental disorders in the community; however, the poor knowledge of mental illness and negative attitudes about the patient prevents many people in need from seeking care (40). Many persons with mental illness are abandoned by their families. The establishment of partnerships with families and the assignment of necessary resources are priorities in the region.

Traditional healers

In many Asian countries, it is common for people to consult traditional healers for their health problems even if medical services are available. Healers rarely cooperate with each other, nor do they collectively work with formal health care providers (32). Cambodians often seek help from *Kru Khmer*, who are mainly herbalists (41), and it is also common to consult traditional healers in East-Timor (20). Families often bring the patient to religious healers first, although the government of Viet Nam prohibits this act (42). In Indonesia, up to 80% of people consult traditional healers as a first resort (43). The 1993 survey in Singapore shows 30% of patients in a national hospital visited traditional healers, *dukun*, before consulting physicians (44). Such behaviour is one of the reasons for the low formal service use in the region.

Distribution of services and continuity of care

Mental health services are available only in certain areas of a country. Most people with severe mental disorders are unable to access services in low-resource countries, and

mental health resources are centralized in large cities in medium-resource countries. In Japan and South Korea, policy proposals exist to convert current long-term psychiatric care beds to outpatient/ambulatory clinics or long-term community-based care, but in reality, many discharged patients have failed to make use of such services. A survey in South Korea shows a high readmission rate immediately after discharge (45), while one in Malaysia reports a lower rate of follow-up and treated patients at one year (46). South Korea is quickly developing a comprehensive mental health service system in each catchment area (47). In Japan, people lack an awareness of the "catchment area" due to the negative effects of the universal insurance system which is the greatest contribution to Japanese health (48).

Funding

Most of the countries in the region are seeking to balance the public and private financing and provision of care. Funds for development of community services usually come from savings made from the reduction of beds in hospitals, but such cutbacks and increasing community services are not always balanced. Furthermore, in rapidly aging countries, community services are urgently needed for people with dementia. There is a concern that most of the mental health budgets will be spent on treating those with this disease. If the boundary between mental health and elderly care becomes unclear, a smaller amount of money will be earmarked for people with severe and persistent mental disorders.

LESSONS LEARNED AND RECOMMENDATIONS

Legal process and anti-stigma campaign

A legal process is needed to protect the human rights of persons with mental illness in countries without appropriate legislation. In Japan, the mental health act legally acknowledges for the first time that mental illness is a disability, and stricter criteria and a psychiatric review board for involuntary admissions have been established after a series of scandals regarding human rights violation (49). In the context of anti-stigma campaigns, renaming schizophrenia has been well accepted in Japan and Hong Kong (50,51). Similar movements are seen in other East Asian countries where Chinese characters are used.

Integration into the general health system

The best way to create a cost-effective system is to utilize the existing general medical sector, providing training of primary health workers. Singapore has been successful in preparing general practitioners for providing mental health care, with psychiatrists' support (52). Primary care is generally

more acceptable by persons with mental disorders and their families (52). Collaborative networks are needed among stakeholders to avoid fragmentation and must include service-users/families, hospitals, community health workers, NGOs, and traditional healers (53).

Prioritization of target groups

Due to limited resources, we have to prioritize care. Compared to depression or mild mental disorders, which are generally more accepted and better funded, persons with severe and persistent mental disorders are often missed and left behind in planning and budgeting. Prioritized services should be provided to severely disabled persons.

Leadership and policy making

Strong leadership is needed to navigate changes. Very few mental health professionals are actively involved in policy-making. Consequently, the lack of leadership allows the allocation of more money or resources to general health care services rather than to mental health. It is not uncommon that non-mental health professionals have negative attitudes toward mental illness. It is necessary to change their ways of thinking.

Not only central but also local governments need to participate in the development of sustainable community mental health care systems. In recent times, former patients have more opportunities to speak publicly and participate in mental health policy making (54).

Funding and economic incentives

The overall mental health budget should be increased. Financial insecurity keeps persons with mental illness and their families from seeking medical services. It is essential to develop a funding system in which all people who need help are able to receive care.

Economic incentives are necessary to promote community-based mental care services. Hospitals and mental health professionals are reluctant to shift to the community because of poorer funding and lower salaries (24). Transitional costs may be necessary for retraining mental health workers. ACT and employment support are not fully covered by medical expenditures. A flexible financial structure over medical and social boundaries is required.

CONCLUSIONS

After a long history of asylum, a slow deinstitutionalization is occurring in East and Southeast Asia. Now this region is in a transition period from institutional to community care.

Unlike the West, Asian countries fear the confusion engendered by rapid change; they are cautiously reducing psychiatric beds, and simultaneously trying to build community services. This attempt has not yet been successful, mainly because of system fragmentation. Role differentiation is required between the hospitals and community services, and the public and private services. Ensuring the quality of care is the next challenge for community mental health care. We can learn lessons from other regions in constructing the future of mental health care in East and South Asia.

Acknowledgements

The authors would like to thank for their contribution 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).

References

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010; 9:185-9.
2. Semrau M, Barley E, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011; 10:217-25.
3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
4. McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012;11:129-32.
5. Razzouk D, Gregório G, Antunes R et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry* 2012;11:191-5.
6. Thara R, Padmavati R. Lessons learned in developing community mental health care in South Asia. *World Psychiatry* (in press).
7. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
8. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
9. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
10. 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* 2003;6:155-43.
11. Jacob KS, Sharan P, Mirza I et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007;370:1061-77.
12. World Health Organization. Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
13. Tebayashi Y. Cambodia. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:112-9.
14. Office of the Council of State, Thailand. Mental health act. www.thaimentalhealthlaw.com.
15. Liu J, Ma H, He Y-L et al. Mental health system in China: history, recent service reform and future challenges. *World Psychiatry* 2011; 10:210-6.
16. Editorial. What we should consider when we next amend the mental health ordinance of Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* 2009;

- 19:53-6.
17. Kokai M. China. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:131-7.
 18. Asia-Australia Mental Health. Summary report: Asia-Pacific Community Mental Health Development Project, 2008. www.aamh.edu.au.
 19. Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbruch M et al. Starting mental health services in Cambodia. *Soc Sci Med* 1999;48:1029-46.
 20. Zwi AB, Silove D. Hearing the voices: mental health services in East-Timor. *Lancet* 2002;360(Suppl.):s45-6.
 21. Conde B. Philippines mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:159-66.
 22. 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* 2005;15:132-7.
 23. Pearson V. Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry* 1992;38:163-78.
 24. Phillips MR. Mental health services in China. *Epidemiol Psichiatria Soc* 2000;9:84-8.
 25. Qiu F, Lu S. Guardianship networks for rural psychiatric patients. A non-professional support system in Jimshang County, Shanghai. *Br J Psychiatry* 1994;24(Suppl.):114-20.
 26. Phillips MR. The transformation of China's mental health services. *China Journal* 1998;39:1-36.
 27. Akiyama T, Chandra N, Chen N et al. Asian models of excellence in psychiatric care and rehabilitation. *Int Rev Psychiatry* 2008;20:445-51.
 28. Ito J, Oshima I, Nisho M, et al. Initiative to build a community-based mental health system including assertive community treatment for people with severe mental illness in Japan. *Am J Psychiatr Rehab* 2009;12:247-60.
 29. Yu J. Cost effectiveness of modified ACT program in Korea. Presented at the 10th Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitation, Bangalore, November 2009.
 30. Yu J, Kim S, Ki S et al. Program for Assertive Community Treatment (PACT) in Korea: preliminary 7 months follow-up study. Presented at the 161st Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, May 2008.
 31. Fam J, Lee C, Lim BL et al. Assertive community treatment (ACT) in Singapore: a 1-year follow-up study. *Ann Acad Med Singapore* 2007;36:409-12.
 32. Deva PM. Malaysia – Mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:167-76.
 33. Setiawan GP, Viora E. Disaster mental health preparedness plan in Indonesia. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:563-6.
 34. Htay H. Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Myanmar. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:579-85.
 35. Panyayong B, Pengjunt W. Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Thailand. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:607-14.
 36. Prasetyawan, Viola E, Maramis A et al. Mental health model of care programmes after the tsunami in Aceh, Indonesia. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:559-62.
 37. Cho SJ, Lee JY, Hong JP et al. Mental health service use in a nationwide sample of Korean adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:943-51.
 38. Ng TP, Jin AZ, Ho R et al. Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults. *Psychiatr Serv* 2008;59:105-8.
 39. Irmansyah I, Prasetyo YA, Minas H. Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:14.
 40. 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* 2009;373:2041-53.
 41. Collins W. Medical practitioners and traditional healers: a study of health seeking behavior in Kampong Chhnang, Cambodia. www.cascambodia.org.
 42. Uemoto M. Viet Nam. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:107-11.
 43. Pils H. The development of psychiatry in Indonesia: from colonial to modern times. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:363-70.
 44. Yoshida N. ASEAN countries. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:97-106.
 45. 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* 2009;6:59-65.
 46. Salleh MR. Decentralization of psychiatric services in Malaysia: what is the prospect? *Singapore Med J* 1993;34:139-41.
 47. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in Republic of Korea. Gwacheon City: World Health Organization and Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea, 2007.
 48. Ito H. Quality and performance improvement for mental healthcare in Japan. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:619-22.
 49. Ito H, Sederer LI. Mental health services reform in Japan. *Harv Rev Psychiatry* 1999;7:208-15.
 50. Chen E, Chen C. The impact of renamed schizophrenia in psychiatric practice in Hong Kong. Presented at the 2nd World Congress of Asian Psychiatry, Taipei, November 2009.
 51. Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006;5:53-5.
 52. 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* 2008;37:128-31.
 53. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
 54. Kuno E, Asukai N. Efforts toward building a community-based mental health system in Japan. *Int J Law Psychiatry* 2000;23:361-73.