

## 「第104回日本精神神経学会・アジア諸国からの若手精神科医による国際ワークショップ」の紹介

加藤 隆弘<sup>1)</sup>, 馬場 俊明<sup>2,3)</sup>,  
杉浦 寛奈<sup>4)</sup>, 館農 勝<sup>5)</sup>

### はじめに

日本精神神経学会では、第102回福岡大会(2006年)での「日韓の精神科医による合同シンポジウム」以来、毎年、海外の若手精神科医を招聘し、国際企画を行っている。2008年5月に開催された第104回東京大会では、アジア諸国から12名の若手精神科医が招かれ、同会国際委員会と日本若手精神科医の会(JYPO)の協力で、国際ワークショップが開催されたので報告する。

### ワークショップ1

「アジア各国の精神医学教育・精神科研修の現状と課題」と題し、招待されたインド・ニューデリーのDr Yatan Balhara, イラン・テヘラン大学のDr Vandad Sharifi, 台湾大学のDr Huai-Hsuan Tseng, マレーシアのDr Nora Zin, そして、バングラディッシュのDr Mohammed Kabirが、順に自国の現状と課題を報告した。以下に概要を述べる。

インドでは現在でも精神医学教室を持たない医科大学が全体の25%に及び、精神医学教育の大学間格差が大きく、卒後研修施設の数も十分ではないという困難な課題を抱えているが、他方、臨床・研究の両方に重きを置いた3年間の充実した内容の精神科専門医研修コースが施行されている。インドでは、欧米諸国への精神科医の頭脳流出に

よるインド国内の精神科医不足も懸念されている。

イランの精神科卒後研修制度は、1950年代から施行され、特記すべきことは、スーパーバイザーの指導の下で何らかの研究課題に取り組むことが全研修医に義務付けられていることである。近年の社会的要請を反映し、リエゾン医学、地域精神医療、精神療法(特に、認知行動療法と力動精神医学)、老年期精神医学、依存症治療といったサブスペシャルティの習得に重点が置かれ、研修期間が3年間から4年間に延長され、時代・社会に則した精神科医を育成する基盤が整備されている。

台湾の精神医学は日本の影響を大きく受けているが、現在の台湾の精神科研修制度は、日本と異なり、3年半以上の厳格な精神科研修が義務付けられており、2007年からはさらに6ヶ月間のプライマリケア研修(内科、外科、地域医療)が必修化されている。認定試験も厳しく、筆記試験に加え、40分間の患者への面接を含む口頭試験もあるという。

マレーシアの医学研修制度は世界的に厳しいことで有名であるが、精神科でも最低4年間を要する厳格な研修制度が整備されている。1960年代から自国での精神科研修が可能となったが、現在でも3つの大学でしか施行されておらず、精神科医の総数は200名弱と少なく、マンパワー不足が課題という。現在はスーダンやカンボジアなどの外国人医師も混ざって精神科専門医研修教育を受けていることや精神科専門医の試験官にオーストラリア人精神科医が参加することが、他国にない特徴であった。

バングラディッシュでも、既述の国と同様に充実した研修が施行されているが、研修できる大学が

著者所属：1)九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野、2) (財)精神医学研究所附属東京武蔵野病院、3)北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野、4)横浜市立大学医学部精神医学教室、5)札幌医科大学神経精神医学講座

受理日：2009年2月7日

限られているという点もアジア諸国共通の課題のようであった。バングラディシュでは、卒前の精神医学教育は必修化されておらず、精神科医以外の医師による精神医学的対応の遅れが社会問題となっており、地域精神医療の充実が求められているという。

日本では始動したばかりの精神科専門医制度であるが、今回の報告から、いずれの国でも独自の制度が長い年月をかけて整備されてきていることがうかがえ、日本のこれからの制度の発展に大いに参考になるものと思われた。後半のフロアを交えた全体討論では、西南学院大学の新福尚隆教授から、頭脳流出のポジティブな側面として、インド人を中心としたアジア人精神科医の国際的な活躍が紹介された。これからの精神医学の世界的発展に、アジア精神医学の貢献が大きく期待され、それを支える精神科研修制度のさらなる充実が望まれる。

## ワークショップ 2

「アジアの精神科臨床における精神保健法の実際」と題し、シンガポール、マレーシア、インドの精神保健法とその臨床運用が紹介された。

シンガポール唯一の精神科病院 Institute of Mental Health (IMH) に勤務する Dr Habeebul Rahman は、1841年に精神科病院が設立されて以来の精神医療の歴史と、1889年の最初の精神保健関連法施行から現行の1985年改正 Mental Disorder and Treatment Act までの流れを概観した。また、臨床については、IMHでの現状の入院手続き（1名の医師により、初めの72時間、別のもう1名の医師によりさらに1ヶ月間、精神科専門医と医師1名により1年間）が紹介された。現行法の問題点としては、手続きの煩雑さ、IMHだけが法律上の精神科病院とされていることなどを挙げ、新しい Mental Health Care and Treatment Act で予定されている改正点と、さらにその後の方向性を示した。

マレーシアの Dr Shane Varman は、精神科医療の歴史と法について報告した。最も古い精神障

害者収容所の記載は1862年で、1911年に45床で開院した中央精神病院は、太平洋戦争開戦時の1941年には5,000床まで増床された。同国では地域毎に法があり、西部を統治する法は英国の法律を模範として1952年に、東部 Sabah 州では1953年、Sarawak 州では1963年に制定された。精神疾患を疑われた者は、診断が困難な場合には2週間までの観察入院が可能な書式 B、精神疾患を有し治療が必要な場合には3ヵ月までの入院が可能となる書式 A が提出され、それを評価する評議会が存在する。

インドの Dr Anto Rajkumar は、1987年に制定された National Mental Health Act を詳細に紹介し、社会的側面を議論した。インドの社会状況と精神科の現状を説明した上で、1858年 Indian Lunatic Asylums Act 以来の関連法を紹介する中で強調されたことは、Bhore 教授らがまとめた旧法の改正案が長年放置されたが、41年後の1987年に現行法にほぼそのまま採用されるに至ったために、施行時には現実と乖離してしまっていたということであった。主な問題点としては、公立病院に関しては質を担保する仕組みがないこと、総合病院の精神科、地域ケア、リハビリ施設は対象とされないこと、裁定機関を持たないことが挙げられた。臨床的側面では、2名の医師により90日間まで非同意入院が可能であること、非同意治療および身体拘束についての規則が存在しないことが紹介された。

今回発表のあった3ヵ国はイギリスの旧植民地であり、イギリス法を源流に持つ点が共通であったが、発表後の討論では、台湾での非同意入院の規定と実際の運用について参加者から補足があり、日本と非常に近いという感想が聞かれた。また、非同意の外来通院制度が存在するかという質問に対し、シンガポールには存在し、違法行為をしたものだけに適応される場合があるという説明がされた。

## ワークショップ 3

「隔離と身体拘束に関するアジア各国の現状と

課題」と題し、アジア諸国の精神科医療における隔離と拘束に関して、インド、タイそしてマレーシアから報告がなされた。

インドの Dr Prabhat Chand は、最近まで続く精神科患者の劣悪な環境での隔離や拘束を用いた加療の様子を写真を交えて報告し、人権団体の活動により改善に向かっていく様子を報告した。人権団体の 2008 年の調査報告では、病棟環境が改善し、隔離室の使用がなくなり、薬剤の適切な使用が増え、任意入院者の数が増え、家族や地域の関わりが増していると評価されている。Dr Chand は、今後、社会資源の充実、市民および医療者への教育と啓蒙活動が必要であり、我々専門家の果たすべき役割大きいと結んだ。

タイの Dr Nattha Saisavoey は、2008 年 2 月に初めて精神保健法が制定され、非自発入院の法的規定ができたことを背景に、Mahidol 大学 Siriraj 病院で自身に取り組んでいる身体拘束における臨床指針について発表した。調査当初、総合病院である Siriraj 病院全体の 1 割程度の患者が身体拘束を受けており、死亡事故も発生していた。指針では、患者の身体を保護するために他に手段がない場合のみ身体拘束をすると明記し、身体拘束中に観察すべき項目、観察すべき時期などを明確にした。多職種で作成したこの指針はパイロット版の試用にて医療者達に好評を得ており、いよいよ完成版が全ての病棟で使用開始となることである。今後より安全に身体拘束が運用されるものと期待される。

マレーシアの Dr Jesjeet Gill は、University Malaya Medical Centre の精神科病棟での身体拘束に関する 2001 年の調査結果を報告した。入院患者の 3 割が平均 2.22 回の身体拘束を受けており、統合失調症および双極性障害がその 7 割を占めた。身体拘束を受けた患者の半分が ECT を受けていた。拘束の理由としては、暴言暴力が 37%、ECT 加療中の安全確保が 22.8% であり、

夜間帯の方が拘束される件数は多かった。拘束を受けた 73% が 8 時間未満で解除となっており、また多くは両上肢拘束であった。これらを踏まえて、手順や観察項目などを明確にした身体拘束指示書を作成し、改良を重ね、病棟で統一の身体拘束指針となっている。

後半の全体討論では、国内外の取り組みには地区や施設での大きな差がある点が改めて確認された。行動制限は、必要な手段ではあるが、最低限で最適な使用法でなくてはならないという意識が皆が共有した点は印象的であった。

### おわりに

精神医療・精神医学は、地域、国、そして、その時代の文化や社会状況に大きく影響を受けており、同じアジア諸国といえども、独自の歴史を背負い、文化・社会を育んできたそれぞれの国には、それぞれ独自の精神医療・精神医学が存在していた。精神医療に関する法制度や精神科研修システムは、まさに、それらを鋭敏に映し出す鏡であった。今回の国際ワークショップは、アジア諸国での精神医療制度・精神科研修制度の共通点・相違点などに関して、議論しあえる場が提供され、大変有意義であった。今後も国内外の学会などで、こうした取り組みを継続し、21 世紀の精神科医療・精神医学の発展に少しでも貢献できれば、幸いである。

### 謝 辞

今回のワークショップに際して、このような機会を与えて下さいました鹿島晴雄大会長、準備段階からご助言をいただきました秋山剛先生はじめ国際委員会の先生方、そして、日本若手精神科医の会 (JYPO) の皆様には、この場を借りて深謝致します。また本総会中、海外からの参加者の病院訪問を受け入れて下さった東京慈恵会医科大学附属第三病院森田療法センターの関係者の皆様に御礼申し上げます。