

第109回日本精神神経学会学術総会

教育講演

アジアの精神医学・医療の発展に日本はどう貢献できるのか

新福 尚隆 (神戸大学医学部名誉教授)

日本精神神経学会 (会員約 16,000 人) は、アメリカ精神医学会 (会員約 38,000 人) に次ぐ世界第二の精神医学会である。アジアの国々では最大の精神医学会である。しかし、アジアの国々の精神医学・精神医療の向上への貢献という点からは、十分にその役割を果たしているとは言い難い。本稿ではアジアの精神医学・精神医療に日本はどう貢献できるのか、個人的な経験に基づき次の提言を行った。今後、アジアの国々と国際交流を進めるに際しては、①植民地時代以降の、近代アジアの精神医療・精神医学の発展の歴史的背景を理解すること。②それぞれの国の経済社会発展段階、文化、精神医療資源のあり方などに考慮を払うこと。③異なる精神科医療資源をもつ国々が、上下の関係ではなく共生の道を探ること。④様々なアジアの国々の精神科医療従事者にとって相互に実りのある関係を醸成すること。以上の点に留意を払う必要がある。

<索引用語：日本精神神経学会、地域精神医療、横浜宣言、国際交流、アジア精神医学会>

はじめに

日本はアジアの一員として、また日本精神神経学会 (JSPN) は米国精神医学会 (APA) に次ぐ会員数を誇る精神医学会として、アジアの精神医学・精神医療の発展に寄与することが期待されている。しかしながら世界第二の精神医学会にふさわしい国際的役割を果たしているとは思えない。アジアへの貢献を考えるにあたり、日本からアジアを見るのではなく、アジアの精神医学・精神医療を構成する一員として日本の精神医学・精神医療を見る眼差しが必要である。

限られた紙面で、このような広範なテーマを客観的に取り扱うことは不可能に近い。私は、世界保健機関職員、神戸大学医学研究国際交流セン

ター教員、世界精神医学会東アジア地区代表としてアジアの多くの国々を訪問する機会に恵まれた。限られてはいるが、私の経験、見聞を取り入れて記述を進めた¹⁵⁾。したがって内容に個人的な見解が多く含まれることをはじめにお断りしたい。

I. 近代アジアの精神医療と歴史的背景

アジアの精神医療への貢献を考える上で、必要不可欠なのはその歴史的背景を理解することである。第二次世界大戦までは、アジアの多くの国は欧米諸国の植民地であり社会文化的に欧米諸国の強い影響を受けていた。1910年代のアジアの地図を見てみると、アジアの独立国は、日本、中国 (清朝)、タイのみでありインド、インドネシア、イン

第109回日本精神神経学会学術総会=会期：2013年5月23~25日、会場=福岡国際会議場・福岡サンパレスホテル&ホール

総会基本テーマ：世界に誇れる精神医学・医療を築こう：5疾病に位置づけられて

教育講演：アジアの精神医学・医療の発展に日本はどう貢献できるのか 座長：田代信維 (九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野)

ドシナ諸国、フィリピンはそれぞれ英国、オランダ、フランス、米国の植民地であった。

アジアでの精神障害者のための収容施設の建設は、当時の大英帝国の植民地政策の一部として開始された。古くは1841年にシンガポールで30床の精神科病床が設置されている。オランダの植民地であったインドネシアでは、1882年にBogol、次いで1902年にLawangに精神障害者を隔離収容するための精神科病院が建設されている²¹⁾。19世紀の終わりには、宣教師により中国、韓国などで精神障害者のための収容施設が設けられている³⁾。

現在、シンガポール、インドネシア、フィリピンには1,000床を超える巨大精神科病院が存在し、それぞれの国の精神医療の中核をなしているが、こうした巨大精神科病院はすべて植民地時代に建設されたものである。19世紀前半のシンガポールの30床の精神科病床は、自由貿易港の発展と人口増加に伴い1928年には2,000床を超えるWoodbridge病院が建設された⁶⁾。フィリピンでは、米国の統治のもとで1928年に、マニラ市のMandaluyong地区に精神科病院が建設され、フィリピン唯一の精神科病院として巨大化を続け現在に至っている。当時の精神科医療サービスは、ほとんどすべてが公的精神科病院であり、精神科病院は治療の見込みのない精神障害者を収容するための施設にすぎなかった。当時の写真などを見ると、アジアの国々の精神科入院患者のおかれた状況は極めて悲惨なものであった。

日本においては、明治維新後、1875年に京都癲狂院、1879年に東京府癲狂院が開設されている。東京府癲狂院は、次第に巨大化し都立松沢病院と名称を変え、長年にわたり日本の精神医療の中心的役割を果たしている⁷⁾。日本における変化も、植民地支配のもとにあったアジアの他の国々の動きと同質なものであった。一方、日本の植民地政策の一部として戦前には、台湾³⁾、韓国⁴⁾、満州⁵⁾に精神科医療施設、大学の精神科講座が作られた。また、ドイツ精神医学の影響下にあった日本の精神医学は日本への留学生、日本からの派遣教

官により中国、韓国、台湾などの東アジア諸国へ伝えられた。その結果、漢字文化圏では、「精神科」「精神医学」「精神分裂症」という日本の精神科医により翻訳されたと思われる用語が現在でも使用されている。2002年に、日本精神神経学会は、「精神分裂病」を「統合失調症」へと呼称の変更を行った¹⁰⁾。日本における呼称変更は、周辺のアジア諸国に影響を与え、台湾、韓国、香港でも漢字での呼称の変更が行われた。しかしながら、それらの国での呼称は統合失調症ではなく、それぞれの国の精神科医の意見を反映した独自のものである。中国では、精神分裂症のままである。

II. 第二次世界大戦後のアジアと精神医療

1945年の日本の敗戦を契機にアジアの国々は独立したが、精神医学において欧米の影響は継続された。戦前、日本支配下にあった台湾、韓国では米国、中国では旧ソ連邦の精神医学の影響が強くなった。インド、スリランカ、シンガポール、マレーシアは英連邦の一員であり英国の精神医学・医療政策の影響は残された。第二次世界大戦後のアジア諸国の精神医療の改革は、欧米にならない巨大精神科病院の脱施設化と地域精神医療の推進であった。日本のみが1960年代から世界の趨勢に反して精神科病床の増設を始めた。

1952年にフランスで発見されたクロールプロマジンが、アジアの国々でも使用されるようになったのは1960年代からである。向精神薬の精神医療への導入により地域精神医療が可能になったともいえる。

1960年代にはWHOが、精神保健分野の政策形成の援助を行いアジア途上国の精神医療のあり方に大きな影響を与えた。日本にも1950年代、60年代に米国、英国の専門家がWHOコンサルタントとして訪問し、地域社会衛生活動の必要性を勧告している⁸⁾。1967年に訪問した英国のDavid Clark氏の勧告に対する日本の担当者の回答は“英国は何分にも斜陽国でありまして、日本がこの勧告書から学ぶものは全くありません”というものであったと伝えられている²⁾。この時期に日

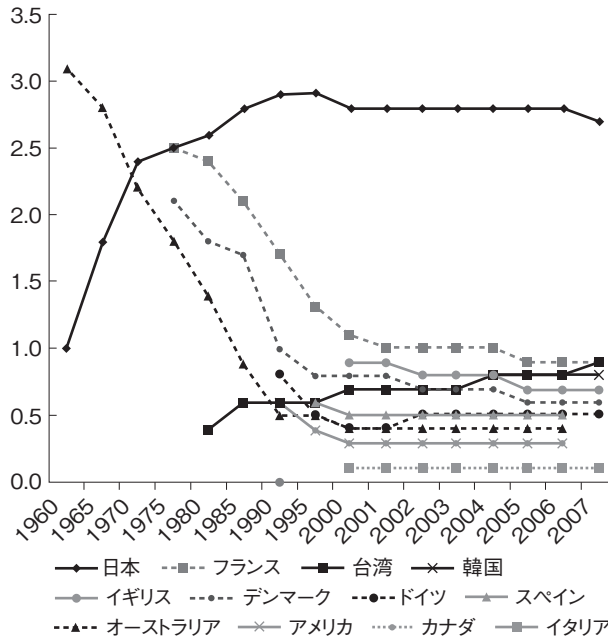


図1 1,000人あたりの精神科病床数(1960~2007年)
1960~2007年, OECD Health Data その他のデータをもとに作成

本以外のアジアの国々は, WHO 勧告に沿って地域精神医療へと大きく舵を切ったのである。WHO の推進する“公衆衛生としての精神医学・精神医療”が, 医療資源の乏しいアジアの国々で受け入れられた。1970年代, 入院治療中心の日本の精神科医療サービスは世界基準から大きく離れて例外的なものとなった(図1)。周辺のアジアの国々から日本の精神医学・精神医療には何ら学ぶものがないという評価を受けた。日本の精神科医療は, 世界の精神医療の進歩の中でいわゆる“ガラパゴス”と化したのである。

Ⅲ. 日本の精神医学の失われた30年

1970~2000年にかけての日本とアジアの精神医療と精神医学の動きをどのように評価するかはそれぞれの立場によって異なる。失われた30年という表現に異議を唱える方も多いと思われる。この30年間, 日本の精神医学はアジア諸国へ貢献する機会を失った。日本では敗戦国であったドイツ精神医学の影響がそのまま続き, 哲学的な個人精

神病理学が重視された。ドイツ精神医学とナチズムのかかわり, 欧米におけるドイツ精神医学の凋落は, 日本においてはあまり知られることはなかった。遺伝研究で業績を残し, 第二次世界大戦前には長らくドイツ精神医学会長であった精神科教授が熱心なナチ党員であり, 少なからぬドイツの精神医学者がナチスの優性政策に関与した事実が日本の精神科医に知られるようになったのは1990年代に入ってからのものである^{9,13)}。1969年金沢で開催された第66回日本精神神経学会で大学教授が中心であった理事会は不信任される事態を迎えた。その後, 学会理事会の主要なテーマは保安処分, 当事者の人権, 生物学的研究における倫理問題などとなった。それらは, 日本の精神医学にとって重要な課題であったがそれ以後の学会で学術プログラムは中止となった。また日本精神神経学会の地盤沈下が起き学会の参加者も少ないものとなった。日本精神神経学会内部の対立・混乱のために国際交流はきわめて乏しいものとなった。学会は, 英文誌である *Psychiatry and Clinical*

Neurosciences (PCN) の出版停止を 1975 年に決めた。学会誌として再開されたのは 2007 年である¹⁷⁾。

IV. 1970～2000 年におけるアジアの 精神医学・精神医療の変貌

1960 年以降には、アジアの国々で向精神薬が使用され、地域精神医療の理念が精神医療の新しいあり方として受け入れられた。旧大英帝国のアジア諸国の医師が精神科専門医の資格を取得するためには、英国に留学する必要があった。アジアの国々が精神科の卒後研修、専門医の教育を、自国で行うようになったのは 1980 年代に入ってからである。精神医学の世界では、1980 年代から、DSM、ICD などの操作的診断が欧米から流入し、主観性の強い精神医学の世界に共通の言語がもたらされ、アジアの国々でも精神科臨床に広く使われるようになった。操作的診断基準の導入が精神医学のグローバル化を推進した。

一方、この時代にはアジアの精神科医の頭脳流出が起き、インド、パキスタン、スリランカ、マレーシア、フィリピンの精神科医は英国、米国、カナダ、豪州などに移住して公的な精神医療サービスを担うようになった¹⁹⁾。また、国際的に著名な業績を上げるアジア出身の精神科医も現れた。頭脳流出のみでなく、欧米で活躍をしたアジアの精神科医が帰国して活躍する頭脳還流の現象も起きた。現在、世界的にみてインド出身の精神科医の活躍が目覚ましい。インド精神医学会は、インド以外に、英国支部、米国支部、カナダ支部、オーストラリア支部と世界各国に存在しグローバル化している。また、世界保健機関の精神衛生部長、世界精神医学会次期会長、英国精神医学会前会長、米国精神医学会の前会長もインド出身である。また、米国、カナダ、英国、オーストラリアの著名な大学で研究業績を上げるインド出身の精神科医も少なくない。

V. 2002 年世界精神医学会横浜大会と横浜宣言 日本精神神経学会の前身の日本神経学会は

1902 年に設立され、2002 年に創立 100 周年を迎えた。それを記念して世界精神医学会 (World Psychiatric Association: WPA) の世界大会が横浜で開催された。これは、日本の精神医学会が開催した最大の国際学会であり、世界精神医学会の開催はアジアで初めてのことであった。WPA 横浜大会は日本の精神医学が、アジアの国々に目を向ける重要な契機となった。この時にアジアの精神医学・精神医療の改善に日本精神神経学会として活動を行うとの横浜宣言 (Yokohama Declaration) を採択した。横浜宣言は、日本精神神経学会がアジアをはじめとする途上国の精神医学、精神医療の向上のために積極的に活動を開始することを明らかにしたものである。これを機会に、学会は国際交流のための予算を初めて計上した。それまで、日本精神神経学会には国際交流のための予算は全くなかったのである。

また WPA 横浜大会のプログラム委員長であった、サルトリウス博士が中心になり日本の若手精神科医が国際学会で発表を行うためのスキルを身に付けるための研修コースが開始された (Course for Academic Development for Psychiatrists: CADP)。国際交流に意欲のある精神科医が大学医局の枠を越えて参加した。2002 年以降、毎年開催されるこのコースは現在も続いており卒業生は 200 名を超える。CADP の卒業生を中心に、日本若手精神科医の会 (Japan Young Psychiatrists Organization: JYPO) が設立された。

WPA 横浜大会以降、日本は、アジアの精神医学・精神医療の発展に着実に貢献を始めたといえる。私の知る範囲でのいくつかの活動に関して述べてみたい。1 つ目は日本精神神経学会学術総会の一部として、英語による国際シンポジウムが開催されるようになったことである。2 つ目は日本の精神科医とアジアの国々との国際共同研究のひろがりである。JYPO のメンバーは、アジアの国々との国際共同研究に積極的に参加・企画した。彼らが参加した受療行動、向精神薬の処方調査、診断基準、ひきこもりに関する研究の成果は国際誌にも発表されている¹²⁾。3 つ目は、日本精

表1 アジアの国々の、人口、人口中央値、平均寿命、乳児死亡率、人口万対精神科病床、人口10万対精神科医師数 (人口順)

	人口 (1,000)	人口中央値	平均寿命	乳児 死亡率	人口1万対 精神科病床	人口10万対 精神科医師数
中国	1,390,000	35.12	76	13	0.98	1.53
インド	1,240,000	26.07	65	47	0.40	0.60
インドネシア	247,000	27.47	69	15	0.40	0.31
パキスタン	179,000	22.23	67	36	0.12	0.29
バングラディッシュ	155,000	24.70	70	37	0.07	0.17
日本	127,000	45.53	83	2	28.40	14.10
フィリピン	96,707	22.74	69	20	0.90	0.88
ベトナム	90,796	29.41	75	17	0.63	1.01
タイ	66,785	36.42	74	11	1.40	1.24
ミャンマー	52,797	28.62	65	48	0.55	0.19
韓国	49,003	38.85	81	4	12.30	5.12
ネパール	27,474	22.02	68	39	0.08	0.28
マレーシア	29,240	26.99	74	6	2.70	0.83
北朝鮮	24,765	33.37	69	26	—	—
台湾	22,879	34.10	71	5	7.50	3.70
スリランカ	21,098	31.12	75	11	0.20	0.29
カンボジア	14,865	24.10	65	36	0.00	0.23
香港	7,206	38.90	82	4	7.90	2.30
ラオス	6,646	21.02	68	34	0.03	0.03
シンガポール	5,303	37.88	82	2	8.10	3.23
モンゴル	2,796	26.40	68	26	2.40	0.52
ブータン	742	25.29	67	42	0	0.28
ブルネイ	412	30.14	77	6	1.20	0.98
モルジブ	338	24.53	77	9	—	1.59

World Bank 2011, WHO Atlas 2013 その他のデータをもとに作成

各国により精神科病床、精神科医の定義は異なる。上記の数字はあくまでも参考程度

神経学会と近隣アジア諸国の学会レベルでの交流が開始されたことである。2006年、福岡で開催された第102回大会(会長:久留米大学前田久雄教授)には中国、韓国、台湾の精神医学会会長が参加してのシンポジウムが開催された。第109回大会(会長:九州大学神庭重信教授)では、近隣アジア諸国からさらに多くの精神医学会の代表が参加した。また、一般公募による英語によるシンポジウムも初めて開催されている。さらには、過

去10年間の日本の精神科医の国際的な学会への参加も目覚ましい。少数ではあるが日本の精神科医が世界精神医学会をはじめとする国際的な組織の常任理事や会長を務めるようになってきている。

VI. 支配からアジアとの共生へ

日本がアジアの国々との精神医学・精神医療分野での貢献を行うためには現状の把握が必要不可欠である。世界のほぼすべての国で、人口1万対

精神科病床数が10以下であるのに対して日本のみが30近いという入院医療中心の例外的なシステムであることはよく知られている^{11,14)}。途上国においては、人口あたりの精神科入院施設の病床は極めて少ない。精神科医療資源という点では、日本はアジアの国の中で群を抜いている(表1)。日本に次いで精神科医療資源に恵まれているアジアの国としては、人口1万あたりの精神科病床数では韓国、シンガポール、香港、台湾である。南アジアには人口万対病床が1.0を超える国はない。また、人口10万あたりの精神科医師数について、日本に次いで多いのは台湾、韓国、シンガポール、香港となっている。中国、ベトナム、タイは1以上であるが、ほとんどのアジアの国々では、人口10万あたりの精神科医師数は1以下である。さらにアジアの途上国の多くでは、精神科医療資源は都会に偏在しており農村部では精神科医療資源は皆無に等しい。精神科医療資源の乏しい国では、患者の多くは家庭で放置されているか問題行動が激しい場合には鎖で拘束されている。タイ、インドネシア、インドなどいくつかの国ではそのような患者へのUn-chain project(鎖から解放する運動)が始められている。貧しい国ほど、医療保険制度は未発達で、家族の負担で長期に入院させることは難しい。また医療資源の乏しい国にとって感染症対策が主要課題であり精神医療は公衆衛生上の優先課題が低い。そのため、政府に精神衛生担当部局の存在しない国もあり、精神衛生法に準じる法の整備も不十分である。

このように、精神科病院、精神科医をはじめとする精神科医療資源には国により大きな差がある。国際交流に際しては、社会経済発展の程度、文化、家族のあり方が各国によって大きな差があること、途上国の精神科医は限られた資源の中で最良の精神医療を目指して努力していることを認識する必要がある。多様なアジアの国々の間で協力して、アジアの精神医学をより良いものにしようとする動きが最近みられるようになった。2005年には、東アジア、アセアン、南アジア、中央アジア、西アジアを含むアジアの精神科医の交流の

促進、アジアの精神医療の向上などをめざしたアジア精神医学会(Asian Federation of Psychiatric Associations: AFPA)が発足した^{18,20)}。

日本の精神科医がアジアの学会に積極的に参加して、アジアの精神医学・精神医療の向上に引き続き貢献されるよう希望する次第である。

おわりに

日本がアジアの精神医学・精神医療に貢献するためにはまず、アジアの国の現状、現実を理解することが不可欠である。戦前のように日本の精神医学をモデルとしてアジアに輸出することは不可能である。今後は、それぞれの国の社会・文化・精神医療行政のあり方を尊重し、お互いの交流を通してアジアの精神医学・医療を相互に学び、構築する姿勢が求められる。また、アジアのもつ、精神的な遺産、仏教、儒教、和の精神などの精神医学への貢献もアジアの精神科医への課題であろう¹⁶⁾。日本の精神医学、精神医療が様々な課題を抱えるのは事実である¹⁾。しかしながら周辺のアジアの国々と比較すると、桁違いの精神医療資源に恵まれている。日本の果たすべき役割は大きい。アジアの精神医学は、植民地時代から引き続いた西洋精神医学の受容者としてのみでなく、主体としてアジア的な精神医学を発信することが求められている。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 樋口輝彦：これからの精神医学・医療の課題。精神経誌, 115 (1) ; 76-83, 2013
- 2) 加藤正明：我が国の社会精神医学の過去、現在、未来について。日本社会精神医学会雑誌, 9 (1) ; 45-52, 2000
- 3) 風祭 元：近代精神医学史研究。中央公論事業出版, 東京, p.118-145, 2012
- 4) 同書, p.146-165
- 5) 同書, p.166-180
- 6) Ng, B. Y.: Till the break of the day—A history of Mental Health Services in Singapore 1841-1993. Singa-

pore University Press, Singapore, p.9-36, 1998

- 7) 岡田靖雄：日本精神科医療史。医学書院，東京，p.147-158，2002
- 8) 同書，p.214-215
- 9) 小俣和一郎：精神医学とナチズム。講談社現代新書，東京，p.50-52，1997
- 10) Sato, M. : Renaming schizophrenia : a Japanese perspective. World Psychiatry, 5 (1) ; 54-56, 2006
- 11) 佐々木 一：精神科医療の国際的動向。世界における精神科医療改革 (松原三郎, 佐々木 一編)。中山書店，東京，p.1-21，2010
- 12) 新福尚隆：多国間・多施設間共同研究 (多文化研究の多様性)。心と文化，6 (2) ; 141-148，2007
- 13) 新福尚隆：精神医学と生命倫理—ナチス精神医学と優性政策の反省。生命の倫理2 (山崎喜代子編)。九州大学出版会，福岡，p.247-269，2008
- 14) 新福尚隆：アジアにおける精神医療。世界における精神科医療改革 (松原三郎, 佐々木 一編)。中山書店，東京，p.165-183，2010
- 15) 新福尚隆：多文化間精神医学と私の歩んだ道。心

と文化，10 (2) ; 113-120，2011

- 16) Shinfuku, N., Kitanishi, K. : Buddhism and Psychotherapy in Japan, Religion and Psychiatry (ed. by Verhagen, P., van Praag, H., et al.). Wiley-Blackwell, WPA, p.181-191, 2010
- 17) Shinfuku, N. : What is happening in the Mental Health System in Japan : Some observation. Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei), 26 (2) ; 70-76, 2012
- 18) 杉浦寛奈：「第1回 アジア精神医学会世界大会 (First World Congress of Asian Psychiatry)」印象記。精神医学，50 (3) ; 306-307，2008
- 19) 杉浦寛奈：インド。世界の精神保健医療 (新福尚隆, 浅井邦彦編)。へるす出版，東京，p.157-163，2009
- 20) Udomratn, P., Shinfuku, N. : Asian Federation of Psychiatric Associations and the 2013 World Congress of Asian Psychiatry. Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei), 27 (2) ; 99-100, 2013
- 21) 吉田尚史：アセアン諸国。世界の精神保健医療 (新福尚隆, 浅井邦彦編)。へるす出版，東京，p.97-106，2009

How Japan Can Help Improve Psychiatry and Mental Health Services in Asia

Naotaka SHINFUKU

Emeritus Professor, Kobe University School of Medicine

The number of members (about 16,000) of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) is second only to that (about 38,000) of the American Psychiatric Association (APA) in the world. The JSPN is the biggest national psychiatric society in Asia. However, the JSPN has not played a sufficient role to improve psychiatry and mental health services of neighboring Asian countries.

In this paper, I would like to present my personal viewpoints on the possible way the JSPN can contribute to improving Asian psychiatry and mental health services.

Based on my experience for many years of working in Asia, I would like to suggest :

(A) to study the historical background of the development of modern Asian psychiatry since colonial times ; (B) to take into consideration the different levels of socio-economic development, culture, and mental health resources of other Asian countries ; (C) to find a way to promote dialogues among greatly diverse Asian psychiatric societies ; (D) to form mutually beneficial relationships among mental health workers from various Asian countries.

<Author's abstract>

<**Keywords** : Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN), Community Psychiatry, Yokohama Declaration, International Collaboration, Asian Federation of Psychiatric Association >
