

巻 頭 言

アジアの精神医学・精神医療から学ぶ

岸本年史 日本精神神経学会理事
Toshifumi Kishimoto

2015年にWPA Regional Congressを、大阪で第111回日本精神神経学会学術総会と併催することになった。そのテーマはAsian Partnership in the Worldであり、また日本の学術総会のテーマは「翔たくわれわれの精神医学と医療—世界に向けてできること—」、英語ではYour Partnership for Psychiatry and Neuroscience in the Worldとされている。

精神障害および精神保健のあり方は、文化的・民俗学的背景に影響を受けることは周知のことである。日本が欧米諸国に比して精神科ベッド数が多いといわれることもその文化的なあり方に起因していることが大きいと思われる。精神保健の行動計画策定において重視されるのは、人権擁護(倫理重視)、エビデンスに基づく実践、コミュニティ中心(入院医療中心から地域生活中心への転換)である。わが国は西洋医学が医療の中心となってきた経緯もあり、精神保健はドイツ、イギリス、アメリカなどの影響を強く受けてきた。しかし日本は精神疾患患者の長期入院問題、超高齢社会に伴う認知症患者の激増、精神疾患患者の人権問題など、さまざまな課題を世界に先駆けて抱えることになった。東アジアはアジアの中でも文化的・民族的・生物学的に近縁関係にあり、古来から医学の分野を含めさまざまな人的および物的交流が行われており、東アジアでのメンタルヘルスのありようを研究することは、WHOのいう2020年までに「精神保健政策計画の整備および改定」にあたり、同じ家族主義的な東アジアから地域精神医学、保護者制度など精神保健システムから学ぶことは少なくないのではなかろうか。

例えば長期入院問題に関しては、長期入院精神科施設の閉鎖と退院患者が家族とともに地域で生活できるよう支援するための予算措置を伴う段階

的な計画策定が謳われているなど、日本にとって今後の精神医療政策の柱となる重要な内容が盛り込まれている。WHO行動計画の中で特に繰り返し述べられているのが精神保健の文化的な側面である。それぞれの国家が自国の精神保健の需要と優先順位に応じて、独自の文化に適合した、費用対効果の高い戦略をもつ必要性である。この点でWHO行動計画はグローバルな計画であると同時に、その実現にあたっては文化的な側面を重視しており地域性が高いものとなっている。文化的に共通する基盤を有する東アジアにおいては、その連携強化が行動目標達成に資するものと考えられる。

また、多くの日本企業が東アジアに進出している。それに伴い多くの邦人が家族とともに住んでいるが、これらの人々のメンタルヘルスについて調べその対策を講じることも国民の健康を守るという意味で優先事項に挙げられる。また同時に、赴任地のその国のメンタルヘルスの実情やメンタリティを知ることが進出企業の精神保健対策に貢献し、国益に叶うと考えられる。そのためには、タイ、インドネシア、シンガポール、マレーシア、フィリピン、ベトナム、中国、台湾など進出企業の多い国の精神科病院、大学との共同研究が必要である。東アジアとの経済的な協調関係が必要である現在において、東アジアのメンタリティとそのシステムを理解し協調することも喫緊の課題である。

さらに東アジアは経済的格差が著しく、精神保健においてもそのありようは経済的發展の影響を受けている。特に農村部での精神科医療資源の現状についてun-chain projectを進めることに協力することは人道的観点からも重要であろう。