



# 東南アジアにおける精神医療

早川達郎<sup>†</sup> 佐竹直子\* 宇佐美政英\*\*

IRYO Vol. 73 No. 1 (51-55) 2019

**【キーワード】メンタルヘルス, 東南アジア, 精神保健法, フィリピン, 低・中所得国**

## はじめに

世界保健機関 (World Health Organization: WHO) は, 第66回 WHO 総会 (2013年5月) において包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020 (以下, アクションプラン) を採択した. アクションプランは “No health without mental health (メンタルヘルスなしに健康なし)” を原則に, 精神的に満たされた状態 (mental well-being) を促進し, 精神障害を予防し, ケアを提供し, リカバリーを促し, 人権を促進し, そして精神障害を有する人々の死亡率, 罹患率, 障害を低減することを目標としている<sup>1)</sup>.

その背景として, 精神障害による疾病負担が世界各国において非常に重要な問題となっていることが挙げられる. 世界の疾病負担研究 (Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study: GBD) は, 米国ワシントン大学保健指標・保健評価研究所, 東京大学大学院医学系研究科, 豪州クイーンズランド大学, 米国ハーバード大学公衆衛生大学院, 米国ジョンズ・ホプキンス大学ブルームバーグ公衆衛生大学院, 英国インペリアル・カレッジ, および WHO

の7つの機関の共同研究として GBD2010が開始され, 2012年 Lancet 誌に結果が掲載された. 本調査では, 障害による健康寿命の損失に注目した, 障害調整生命年 (disability-adjusted life year: DALY, 図1) という指標について調査しており, その結果から, 精神疾患や行動上の問題は全 DALY の約 7.4%, 非感染性疾患の DALY の約11%となっており, 精神障害は人々の健康に甚大な影響を与えていることが報告された<sup>2)3)</sup>. 低・中所得国における精神障害の疾病負担については, うつ病が55.5 million DALYs で最も高く, 続いてアルコール使用による精神疾患が19.5 million DALYs, 統合失調症15.2 million DALYs, 双極性障害12.9 million DALYs, てんかん7.3 million DALYs, アルツハイマー病およびその他の認知症6.8 million DALYs という順になっており, 低・中所得国においても精神障害の疾病負担が大きいことが示されている<sup>4)</sup>.

## 東南アジアにおける精神医療の状況

東南アジアは, ブルネイ, カンボジア, インドネ

国立国際医療研究センター国府台病院 精神科, \*国立精神・神経医療研究センター病院 精神科, \*\*国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科 †医師

著者連絡先: 早川達郎 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1  
e-mail: dhykw@hospk.ncgm.go.jp

(2018年10月16日受付, 2018年11月16日受理)

Mental Health in Southeast Asia

Tatsuro Hayakawa, Naoko Satake\* and Masahide Usami\*\*, Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, \*Department of Psychiatry, National Center Hospital of Neurology and Psychiatry,

\*\*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine  
(Received Oct. 16, 2018, Accepted Nov. 16, 2018)

**Key Words:** mental health, Southeast Asia, Mental health law, Philippines, low and middle-income countries

DALY = YLL(損失生存年数) + YLD(障害生存年数)  
 YLL(Years of Life Lost): 総人口について死亡が早まることによって失われた年数  
 YLD(Years of Life lost due to Disability): 総人口について人々の健康状態に生じた事故による障害によって失われた年数

DALYは、障害を持ちつつ暮らした時間(疾病により損なわれる健康・生活機能)と、死亡が早まることで失われた時間(疾病により失われる命)を1つの指標に統合したもの。1DALYは、失われた健康寿命および実際の健康状態と誰でもが病気や障害がなく高齢期を過ごした場合の理想的な状態とのギャップとしてあらわされた病気の負荷の1歳分と考えられる。

図1 障害調整生命年 (Disability Adjusted Life Year: DALY)

表1 東南アジア各国の世界銀行所得分類

|       |        |        |     |
|-------|--------|--------|-----|
| 高所得国  | ブルネイ   | シンガポール |     |
| 高中所得国 | マレーシア  | タイ     |     |
| 低中所得国 | カンボジア  | インドネシア | ラオス |
|       | ミャンマー  | フィリピン  |     |
|       | 東ティモール | ベトナム   |     |
| 低所得国  | 該当国なし  |        |     |

表2 東南アジア各国のメンタルヘルス専門家の状況 (人口10万対人数)

|                | ブルネイ  | カンボジア | インドネシア | ラオス  | マレーシア | ミャンマー | フィリピン | シンガポール | タイ   | 東ティモール | ベトナム  | 日本     |
|----------------|-------|-------|--------|------|-------|-------|-------|--------|------|--------|-------|--------|
| 精神科医師          | 0.98  | 0.23  | 0.01   | 0.03 | 0.83  | 0.09  | 0.38  | 2.81   | 0.44 | 0.17   | 1.01  | 10.1   |
| その他の医師         | 1.23  | 0.4   | UN     | 0.17 | UN    | 0.01  | 0.13  | UN     | 0.02 | UN     | 67.39 | UN     |
| 精神科看護師         | 13.27 | 0.8   | UN     | 0.3  | 3.31  | 0.19  | 0.72  | UN     | 3.38 | 1.28   | 75.34 | 102.55 |
| 心理士            | 0     | UN    | UN     | 0    | 0.29  | 0.002 | 0.22  | UN     | 0.44 | UN     | 0.03  | 3.99   |
| ソーシャルワーカー      | 0     | UN    | UN     | 0    | UN    | 0.01  | 0.02  | UN     | 0.62 | UN     | 0     | 6.06   |
| 作業療法士          | 0.49  | UN    | UN     | 0    | UN    | UN    | 0.02  | UN     | 0.12 | UN     | 0     | 4.85   |
| その他のメンタルヘルス従事者 | 3.69  | UN    | UN     | 0.17 | UN    | UN    | 1.33  | UN     | 0.25 | 5.55   | UN    | 37.68  |

Mental Health Atlas 2011 (WHO)<sup>5)</sup> から引用して作成  
 UN: 情報なし

シア、ラオス、マレーシア、ミャンマー、フィリピン、シンガポール、タイ、東ティモール、ベトナムの11カ国で構成されている。世界銀行による各国の所得分類は表1に示すとおりであり、低中所得国7カ国、高中所得国2カ国、高所得国2カ国である。東南アジアの国々におけるメンタルヘルス上の課題としては、とくに低中所得国においては、医療制度予算は切迫したニーズに対して不十分であるのが現状であり、精神障害をもつ人々が利用できる医療サービスは非常に少なく、メンタルヘルスの専門家も明らかに不足している。また、多くのメンタルヘル

スケアは都市部に集中しており、地方で受けられるメンタルヘルスケアのサービスは存在しないかごくわずかである。そのためケアを必要とする人々は、治療を受けないままにいるか、伝統療法の治療師による治療を受けていることも多い。

東南アジア各国のメンタルヘルスの専門家の人的資源を表2に示す<sup>5)</sup>。比較のための参考に日本のデータも示すが、メンタルヘルスの専門家が不足していることは明らかである。また、図2にメンタルヘルスの専門家の人的資源について、世界銀行による所得分類間で比較したもの<sup>6)</sup>を示すが、世界的にみ

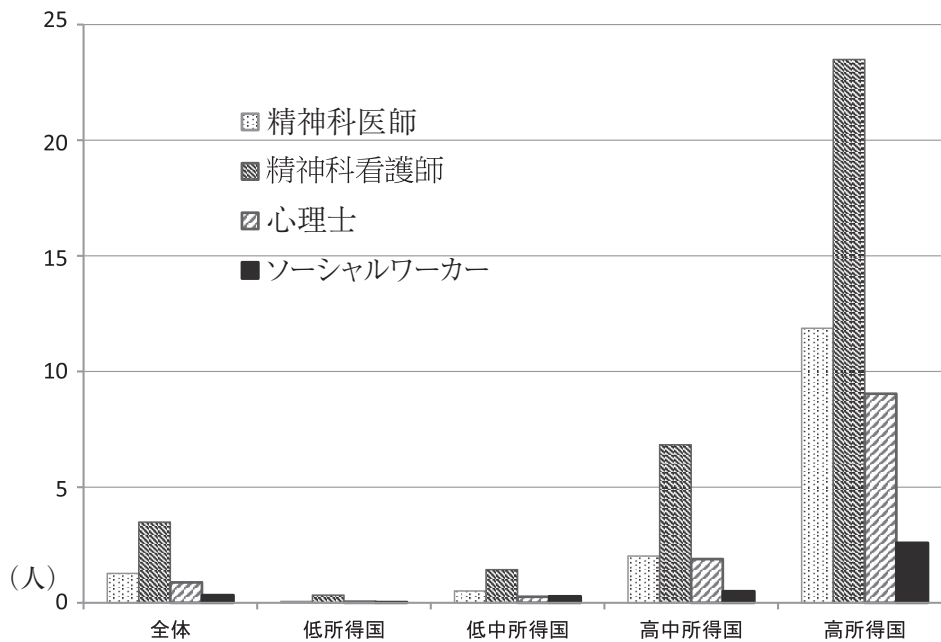


図2 世界銀行所得分類別メンタルヘルス専門家の状況 (人口10万対人数)

Mental Health Atlas 2017<sup>6)</sup> からデータを引用して作図した。

表3 東南アジア各国の精神保健法の状況

| 国名     | 精神保健法の状況   |
|--------|--|
| ブルネイ   | 1929年制定, 2011年改正.  |
| カンボジア  | なし. メンタルヘルスに関することについては, 福祉, 障害, 一般の保健法等でもカバーされていない.        |
| インドネシア | 1992年制定, 2014年7月精神障害者の保護を義務づける精神疾患法が成立.                    |
| ラオス    | なし. メンタルヘルスに関することは, 福祉, 障害, 一般の保健法等でカバーされている.              |
| マレーシア  | 1952年イギリス領マラヤの時代に精神異常条例が制定, 2001年精神保健法が制定されたが, 施行開始は2010年. |
| ミャンマー  | 1912年に制定.  |
| フィリピン  | 2018年6月に制定.  |
| シンガポール | 1952年に制定, 2010年に改正法施行.                                     |
| タイ     | 2008年制定.   |
| 東ティモール | なし. メンタルヘルスに関することは, 福祉, 障害, 一般の保健法等でカバーされている.              |
| ベトナム   | なし. メンタルヘルスに関することは, 福祉, 障害, 一般の保健法等でカバーされている.              |

でも, 低・中所得国でのメンタルヘルスの専門家不足が深刻である状況がわかる. このような状況において, 専門家をすぐに増やすことは困難であり, プライマリーケアの活動にメンタルヘルスを統合して

いくことが必要と考えられる. そのためのツールとして, 2010年に WHO から「精神保健専門家のいない保健医療の場における精神・神経・物質使用障害のための mhGAP 介入ガイド」<sup>7)</sup> が出版されている.

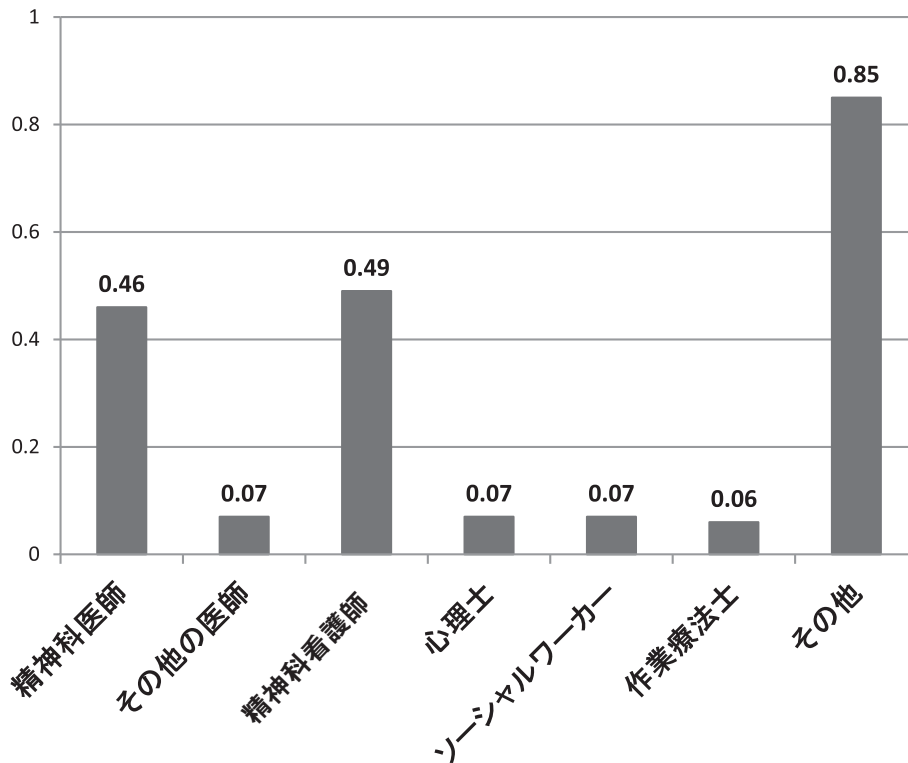


図3 フィリピンにおけるメンタルヘルス分野で働く専門家数 (人口10万対)  
Mental Health Atlas 2014 (WHO)<sup>8)</sup>よりデータを引用して作図した。

メンタルヘルスの活動を実践するにあたっては、メンタルヘルスに関連した法律の整備が必須である。2012年のWHO総会では、世界の50%の国々が2020年までに、国際・地域の人権規約に則して、精神保健法を制定または更新する決議がなされた。東南アジア各国の精神保健法の現状について表3に示した。11カ国中7カ国で精神保健法が制定されている。一番最近は、2018年6月にフィリピンにおいて精神保健法が制定されたが、そこに至る経緯も含めて、フィリピンの精神医療の状況について述べてみたい。

## フィリピンにおける精神医療の状況

WHOのMental Health Atlas 2014<sup>9)</sup>によると、フィリピンにおける精神障害による疾病負担は人口10万人当たり2,760 DALYsとなっている。ほぼ同時期の全世界における精神障害による疾病負担は人口10万人当たり2,183 DALYs (全DALYの6.3%)と報告<sup>9)</sup>されており、それと比較してもフィリピンにおいて精神障害による疾病負担が大きいことがわかる。フィリピンでは、2018年6月まで精神保健法

は制定されていなかったが、1986年以降、メンタルヘルスの再評価が行われ、国家メンタルヘルスプログラム(National Mental Health Program; NMHP)の組織化へと繋が<sup>つな</sup>り、2001年に国のメンタルヘルス政策が策定された。NMHPは、2013年から2014年に改訂され、優先すべきメンタルヘルスの項目として、1) 精神的健康と福利の促進、2) 災害やトラウマ等、極端な人生の経験に対処するためのプログラム、3) 精神障害の治療とリハビリテーションのためのプログラム、4) 物質使用障害に対する予防とリハビリテーション、5) 地域精神保健プログラム、6) メンタルヘルス情報システムに対するプログラム、以上の6項目が含まれている<sup>10)</sup>。

もう一つの関心が高まっている領域は災害メンタルヘルスである。フィリピンは、自然災害に非常に脆弱であり、2013年に東ビサヤ地方を中心に甚大な被害をもたらした台風30号(国際名: Haiyan, フィリピン名: Yolanda)は、フィリピンにおける心理社会的対応の計画と組織化の必要性と緊急性を露呈した。心理社会的概念および心理社会的介入の戦略に関する協議を行い、関連する調査を行う必要性が認識されるようになり、専門家団体は、災害後のメンタルヘルス活動を長期的視点で積極的に追求し、

既存の保健医療従事者のメンタルヘルス能力強化を通じたコミュニティメンタルヘルスサービスの開発の扉になる可能性があることを示している<sup>11)</sup>。

このようにメンタルヘルスの重要性に関する認識は高まってきているものの、多くの問題点が指摘されている。メンタルヘルスのための人的資源は非常に限られており（図3）、政府全体の医療支出のわずか5%のみがメンタルヘルスのために配分され、しかもこの額の95%は精神科病院運営に費やされてきているという状況があった。また、国家社会保険制度 PhilHealth は精神障害を対象としているが、急性の入院治療に限定されているという状況があった<sup>12)</sup>。2018年に制定された精神保健法には、PhilHealth の適応拡大、メンタルヘルスサービスへのアクセスの重要性、学校のカリキュラムにメンタルヘルスを組み込むこと等が含まれており、メンタルヘルスサービスが拡充されていくことが期待される。

## おわりに

世界は、入院中心の精神医療から地域精神医療へとシフトしていきっており、東南アジアの国々においても同様である。限られたメンタルヘルスに関わる人的資源の中で、よりよいメンタルヘルスサービスを提供するための各国の取り組みは、わが国の精神医療に対しても重要な示唆を与えるものであり、今後とも注目していく必要があると考える。

〈本論文は、国際医療研究開発費（30指3）「フィリピン、インドネシアを中心とした東南アジアと日本における持続可能な精神保健システムの強化に資する研究」（主任研究者早川達郎）による研究成果である。〉

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。

### [引用文献]

- 1) 世界保健機関著；自殺予防総合対策センター訳。「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」。小平；国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター，2013。
- 2) Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013 ; 382 : 1575-86.
- 3) Murray CJ, Vos T, Lozano R et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012 ; 380 : 2197-223.
- 4) Collins PY, Patel V, Joestl SS et al. Grand challenges in global mental health. *Nature* 2011 ; 475 : 27-30. doi : 10. 1038/475027a.
- 5) World Health Organization (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Geneva : WHO.
- 6) World Health Organization (2017). *Mental Health Atlas 2017*. Geneva : WHO.
- 7) 「mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings」World Health Organization 2010. 「精神保健専門家のいない保健医療の場における精神・神経・物質使用障害のための mhGAP 介入ガイド」長崎大学大学院精神神経科学教室翻訳。
- 8) World Health Organization (2014). *Mental Health Atlas 2014*. Geneva : WHO.
- 9) GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016 ; 388 : 1603-58.
- 10) Department of Health, Philippines. Draft of the integrated national framework of action on mental health aligned to kalusugan pangkalahatan. (Further Amendment to Administrative Order 2007-0009), 2014, Manila, Unpublished.
- 11) Ladorido-Ignacio L, Tan M, Quiring JS. Historical and Cultural Perspectives from the Philippines. In : *Mental Health in Asia and the Pacific*, edited by Harry Minas and Milton Lewis. New York : Springer Science+Business Media : 2017 ; p163-74.
- 12) World Health Organization (WHO) and Department of Health, Philippines. WHO-AIMS (Assessment instrument for mental health systems) Report on Mental Health System in the Philippines, 2007. Manila : WHO.