

出して辻褄合わせをしている。病院から地域に多くのマンパワーが動員されているが、その多くは心理士、ケースワーカー等が主力となっている。入院費が高いため、医療効率を考えねばならぬため、医療費は機能分化と結び付けて配分されているが、ケアプログラムに比例して費用が支払われている。米国の入院費の高さが地域医療に予算を回せという発想につながる。元々入院費が安く米国の居住プログラムの費用と同じ位である日本ではどうであろうか。一方日本も多くの学ぶべきこと、警鐘として受け取らねばならぬことがある。日本は地域精神医療ケアプログラムをいち早く進め、それに見合うだけの入院者を地域に社会復帰させること、またこれからの入院は短期入院で決着をつけるための質の高いケアを行わなければならない。医療費の配分も施設の機能分化に従って行うというアメリカの機能分化を参考にすべき点は多い。一方、精神科医が地域からほとんど手を引いているのは真似してはならぬものだと思う。

医師がチームリーダーとして多くの職種とともにチーム医療に向かう指向性を持たねばならぬものと思う。

我々の目からは、全体に、リーガルモデルに傾きすぎていて、医師の decision making にもっと比重をかけた方が、医療がスムーズにいくのではないかと思う。今回は、聞くことよりも見ることの体験の重要性を痛感させられた視察であった。最近外国より日本の精神医療が注目され、人権における後進性が指摘され批判され続けていたが、今回の交流はむしろ医療システムについて医療の技術交流という点で道を開いたことに価値を見出せる。1989年の10月18日ニューヨークでのJoint Meetingにおいて河崎会長の提案により今後両国の精神医療に関して人的交流と情報の交換を行うことを約した日米共同宣言を出すことができた。

(共同宣言については津久江氏の論文を参照にして下さい) 以上

(千葉・千葉病院 院長)

日米精神保健国際交流プロジェクトに参加して

津久江一郎

今回の渡米は、米日財団（本部ニューヨーク市在）後援の Mental Health Technology Transfer Project に出席したものであり、これは3つのステップより構成されていた。

その第一は、既に Alice P. Lin, DSW（ニューヨーク州保健局精神保健課次長）を代表とした米国5州の代表達が本年2月に訪日し、厚生省を通じて日本の主要都市の国公立の精神病院を視察している。

次いで今回は我国から厚生省の派遣という形で日本精神病院協会より河崎会長を団長として、加藤伸勝（都立松沢病院長）、小池清廉（府立洛南病院長）、仙波恒雄（同和会千葉病院長）と小生の5名で、先に我国を視察した代表の5つの州を、今度は我々が相互乗入れして視察することになった。

そして最後のステップとして「US / JAPAN Joint Symposium」を行うことによって、一応の

結末をつけるように企画された。

つまり、我々の渡米は5つの州の精神科医療システムおよび施設の視察と、ニューヨーク市における最後の日の jointmeeting という2つの大きな目的を持って出発したのである。

渡米に際して、それまでに米国に関する精神医療システムなかならず社会復帰施策、医療経済情勢等についての資料は相当数渉猟し、ある程度理解したつもりであった。

また、少々古い話になるが、1968, 70, 71年と、米国における主として薬物依存を中心とした精神医療システムについて（ハワイ州とワシントン D. C.）視察し、中国四国精神保健学会のシンポジウムで報告したことがある。（広島医学誌 Vol. 23, No. 4, 1970）。

ご承知のごとく、その頃は、1964年ケネディ大統領教書により Deinstitutionalization が動き始め、Community Mental Health Centers Act

により地域医療サービスが充実され出した当時で、まさに訪れる度に説明する当事者達ですら米国の行政は朝令暮改であると嘆息していたのを今もって思い出される。

元来、20日間のスケジュールを16日間に短縮されたためか、恒例の観光とか休息はちょうど日曜日に当たったワシントン D. C. の1日間を除いて、殆ど自由な時間の無いハードなものであったが、これは参加された会長以下 workaholic の日本人戦士に合わされたかのごときものであった。

視察した施設は以下の5州においてであったが、十分な資料の分析をする時間的余裕が無いため、さしずめ筆者は、当プロジェクトのハイライトである jointmeeting に的を絞って報告し、最後に今回の視察に対する個人的印象を付記し責としたい。

1. ハワイ州

・オリエンテーション

於 ハワイ大学日本語学リサーチセンター

- ・地域精神保健センター
- ・ケアホーム（中間ケアシステム）
- ・ホームレスのための教会

2. サンフランシスコ（カリフォルニア州）

- ・NAPA 州立精神病院
- ・サンフランシスコ精神保健サービスシステム
- ・社会復帰プログラム
- ・ノースイーストロッジとデイプログラム
- ・ホテル ドロレスとその支援サービス
- ・コートランド急性期患者の治療病棟

3. ネブラスカ州

- ・ネブラスカ州の精神医療システム
- ・リンカーン（市）地域センター
- ・ランカスター郡コミュニティメンタルヘルス・センター
- ・マドンナセンター（ナーシングホーム）
- ・ノーフォーク地域センター
- ・クラブハウス「リバティセンター」；エバグリーンアパートメント

4. ワシントン D.C.

- ・クリフトンパーキンス州立病院
- ・全米家族会

5. ニューヨーク州

- ・ブロンクス精神医療センター
- ・アインスタイン医大
- ・フォンティンハウス

ハイライト

“United States / Japan Joint Symposium”

Oct.18, 1989 サミットホテル、ニューヨーク市

“ジョイントミーティングはエレベーター “PH”

ボタンを押せ”

ペントハウスという言葉がある。大富豪がホテルの最上階を借り切って贅沢三昧の生活をする場所だとばかり思っていたが、今回のハイライトであるシンポジウムは我々が泊まったサミットホテルの最上階のペントハウスで行われたのである。

ホテルはミッドタウンに位置し、お世辞にも一流ホテルといわれる部類には程遠かったが、ペントハウスということになれば話は別である。

シンポジウムは専用のエレベーターで22階のその上のPH ボタンを押さなければ誰それと上がって行けない仕組みになっていた。

シンポジウム 10:00 ~ 10:30 am

<プロジェクトリーダー Dr. Lin 挨拶並びに経過報告>

冒頭 サンフランシスコ大地震があったので、特にシスコ出身であり、第1回訪日メンバーでもある Dr. オコーナー氏に対してお見舞いを申し述べる。元日本研究センターの現ニューハンプシャー大学社会学トビン教授に米日どちらにも属さない立場で本日の司会役をお願いした。互いに言葉の問題があったが、相手国に実際に訪れることによって経験したことが成功につながったと思う。つまり今まで精神保健において相互の交流がなかったが、日本に行くことによって体験できたし、また認識することになった。

今プロジェクトのハイライトである本日のシンポジウムでは、

1. ただ話し合うだけに留まらず、お互いに問題点を指摘してほしい。それが今後の手本になれば良い。
2. 「旧友ならば正直に話してほしい云々」ということわざを引用して。（実際にこんなことわざがあったのを筆者は勉学不足のため不幸にも

知らなかったが、さしずめ小生であれば「志合えば胡越も昆弟たり」か、または「朋あり遠方より来る。亦楽しからずや」と論語学而第一を引用したところであろう。）

続いて、両国においては精神科領域については競合することなく交流していくことができよう。

また、両国の文化の相違は、端的に言って、米国における“独立性”と同様に、日本では“依存性”が認められるが、これは日本民族のホモジーニアスの問題であろうと個人的に洞察した。

10:30 ~ 12:00 am

<日本代表発表(各自)>

発表は各自その得意な所を解説する予定でOHPをあらかじめ用意して来ていた。が、その場になって河崎会長の今回の視察の感想を含めての挨拶、小池、仙波先生の我国で精神保健法が改正された経緯とその内容、および法施行後(1988年12月31日現在の)入院患者の入院形態の実状について、次いで筆者が

- 1) 両国の医療システムの比較(イラストレーション)
- 2) 我国の精神病院の実態(開設者別病院数、病床数、全国疾病別在院患者数、入退院患者数(平均在院日数))
- 3) 日精協医療経済委員会における入院患者の動態(1987)およびその考察
- 4) 近年の我国、当院における薬物依存疾患の実態

続いて加藤伸勝先生が、「我国の思春期における薬物関連問題調査(1986)」について、最後に河崎会長が「長期入院患者の社会復帰計画案；老人保健施設(希望が丘)の実態」について発表された。

以上いずれの演者も full paper を用意しての簡潔な要領のよい、しかも高度な内容のものであった。アメリカ代表団が行政官で、しかも専門医師でなかった点もあってか、我々の格調の高い発表と、午後のディスカッションー医療システムの質問や彼我の比較等、ベーシックなディスカッションーとでは、その内容にやや懸隔があったように

思えてならない。

それもあってか、プロジェクトリーダー・Dr. Lin の提案で、このプロジェクトを継続していくことが大切であり、今後はもっとフォーカスを絞って検討して行こうではないかということになり、これを受けて小池、仙波先生の勇奮敢闘により、後出のごとき共同声明発表という形でこのプロジェクトをまとめ上げて大団円を迎えたのであった。

1:30 ~ 3:00 pm

<ディスカッション> 司会 Prof. トビン

司会者挨拶

両国間のシステム研究のみならず、そこに根差す文化の相違というものがある。

自分は土居健郎に私淑しており、「本音と建前」の本の中にあるごとく、建前の中に本音を見出すべきである。

日本人は控え目で、米国人に建前が無いというのは間違っている。informal に米国人が話をしたとしても、それが本当であるとは言えないからである。

二国間にある相違は文化の相違に根差していることを忘れてはなるまいと繰り返し、ここでもう一度交流する意義を考えてみたい。

逆に類似点が両国間に存在するから比較しても有意義になるのであって、例えばミクロネシアとお互いに比較することは困難であろう。

午前の日本側の発表を踏まえて、次のようにテーマを絞って討議していったら良いのではなかろうか。

1. 患者の権利
2. 私立、公立の定義および差異点
3. 長期入院患者の処遇および社会復帰(Hospitalization, Rehabilitation)
4. 薬物問題、貧困、ホームレス等の社会問題
5. 精神保健外の非精神科医的なコミュニティ家族制度に対するアプローチの長所の検討

ディスカッション内容

I. 患者の権利について

小池

1. 患者が権利を主張し過ぎるあまり、かえって治療に差し支えているのではないか。
2. deinstitutionalization を余りにも性急にし

過ぎたため、street people, homeless people が街にあふれたのではなからうか。これは日本には見られない現象であり、貴国の問題であるから、あなた方で解決してほしい。

Dr. リン

小池 Dr. の患者の人権の主張は行き過ぎであろうという質問に対する答えは“ノー”である。患者の入院、治療に際しての手続きとか、法律的運用に関する検討はすべきかもしれないが、患者の権利の保護はもっと推進していかなばならないと思っている。

オコーナー M. D.

患者の権利については良からう。しかし手続き面で現状では非常にややこしい。患者自身にとっても危険な状態にあるため病院に入院させることはできても、投薬を患者が拒否した場合、medication を行うためには、判事の認可が下りるまで約2週間治療ができないのは行き過ぎであり、見直すべきである。

河崎会長

1. medication について米国において大変問題になっている背景として、今までに余りにも長期間大量投薬がなされたための影響とは考えられないか。
2. このことは他から問題にされるより前に、医師自身で peer review するべきではなかったらうか。
3. 患者のリハビリに関して

現状では日本の国民は病院外での患者の行動を気持ち良く思っていない部分がある。これに対して法律と我々自身の努力で、今後患者に住みよい環境を作っていきたいと思っている。

トビン Prof.

患者の権利については、力点が米国と日本では異なっているのではなからうか。

II. III. 公立、私立制度と Hospital stay について
シュヌビ Exec. Direct

米国では州立が主である。日本と大きな相違が見られる。提供した資料を参考にしてほしい。

津久江

1. 公、私立の定義の差が両国にあるのではなからうか。これをまず行わないと話が前に進まな

い。

2. 平均在院日数の計算の仕方も両国間でどうやら差があるのではないか。日本では一定の計算方式で行っており 522.3 日 (1987 年) となっているが、リン Dr. の米国の報告で平均在院日数 27 日とあるが (typical stay), 小生の手元の資料では長期入院病院 (公立) で 122.1 日というのがある (Hospital Fact Book, 1981), ナーシングホーム (主としてメディケイド) においては 227 日 (average of staying days) というのもあるが (Health Care Financing Notes, 1978)。

シュヌビ Exec. Direct

米国には 300 の州立、郡立すなわち public の病院と、民間には 124 の退役軍人病院、1,259 総合病院の精神科、1,500 の民間病院がある。詳しくは提供した資料を参考にしてほしい。

リン Dr.

米国では大きく 3 つのタイプに分かれている。

1. public system (州立が大半、退役軍人病院等)
2. nonprofit hospital (私立でありながら)
3. private hospital

2. 3. 合わせて private hospital と称している。

1. 日本の平均在院日数は概して私立が多いのではなからうか。
2. 両国間では支払いの仕方が異なっている。
3. 平均在院日数の計算は一樣に出せない。(公、私、全国的把握は難しいので)

津久江

最近話題になっているカタストロフィック・ビル (catastrophic bill) について (メディケア改善案と筆者は理解していたが)

これに対して全員が廃案にしたいとの意見が強かった (米国においては、個人が自由であることの裏腹に、逆に、足きりもまた常識と受け取れる発言であった)。

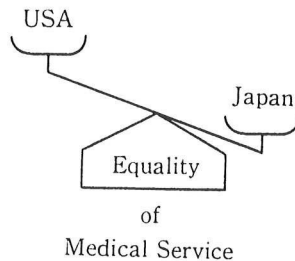
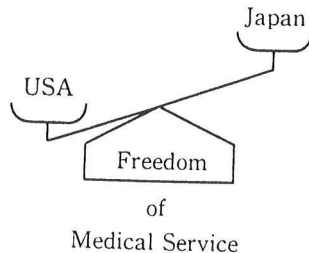
リン Dr.

文化的相違の問題はさておき、社会的政策面においては日本では工業的に成功しているにもかかわらず、精神保健のマ manpower について配慮して

THE DOCTRINE OF MEDICAL SERVICE IN LIBERALISM SOCIETY

● Should it be freedom?
(for patient side)

● Should it be equal?
(for patient side)



いないのではなかろうか。逆に米国では人的資源を大量に投じているにもかかわらず、その効果が上がっていないくらいがあると思う。

IV. 社会問題に関して

トビン Prof.

米国においては、Dr. 津久江が指摘したごとく、“個人の自由”が米国における最も重要な観点である。自由と平等のイラストレーションは興味深いものがある。(図)

河崎会長

米日の差異に、その根底に家族、宗教の差異があると思われる。

津久江

homeless, street people について。

先にストリートピープルは米国の問題であるという意見が出たが、米国が今後いかに full range community care を目指して色々な施設を作り、その数を増やしていったとしても尚 homeless は消滅しないであろう。これは多分に 1960 年代後半に発生したヒッピーの思想の延長線にある現代の世界的な風潮としてとらえるべきであって、根本に彼らは“自由にありたい”という願望から出発しているのではなかろうか。

河崎会長

時間の関係でここで今後両国のために、このプロジェクトを継続することと、共同声明を作成することを提案する。

リン Dr.

その意見には全面的に賛成しますが、声明文の

言葉を選んだ上、今タレセプションの場で発表したいと思う。

共同声明

精神保健技術交流プロジェクト

日米精神保健代表团

(1989年10月18日)

日本及びアメリカ合衆国精神保健代表团は、精神保健サービスの普及、ならびに計画の発展と資金の拡大を図るために、以下の声明を発表する。

第一に、我々は精神病に対する偏見を取り除き、精神障害者及びその家族に対して社会復帰・社会的リハビリテーションを継続するために、啓発運動を展開することを誓う。

第二に、我々は日米両国において精神保健関係予算が増額され、国、県(州)及び市町村の各段階における精神保健プログラムの財政的基盤が確立するように要請する。

第三に、我々は両国間で、特に以下の点に関し更に人的交流と情報の交換を行うことを支持する努力を惜しまない。

- 社会復帰・社会的リハビリテーション
- 精神障害をもつ老人に対するサービス
- 精神障害をもつ児童及び家族に対するサービス

両国代表团は本日相互に励まし合えるシンポジウムを開催することができた。終りにあたり、我々は米日財団の精神保健技術交流プロジェクトへの援助に対し、心より謝意を表するものである。

署名

河崎 茂

日本精神保健代表団団長

Alice P. Lin, ACSW, DSW

U. S. Mental Health Delegation Leader

日本国代表団

河崎 茂

日本精神病院協会会長

水間病院長

加藤 伸勝

都立松沢病院長

小池 清廉

府立洛南病院長

仙波 恒雄

日本精神病院協会理事

同和会千葉病院長

津久江一郎

日本精神病院協会

広島県支部長

瀬野川病院長

合衆国代表団

Alice P. Lin, ACSW, DSW(Project Leader)

Senior Deputy Commissioner

for Operations, NY State

Office of Mental Health

Herry Schnibbe

Executive Director

National Association of State

Mental Health Program Directors

Michael O'Connor, M. D.

Former Director

Dept. of Mental Health

State of California

Soon - Hyung Chung, M. D.

Staff Psychiatrist

Div. of Mental Health

Dept. of Health,

State of Hawaii

Prischilla Henkelmann

Director

Office of CMH, Nebraska

Dept. of Public Institutions

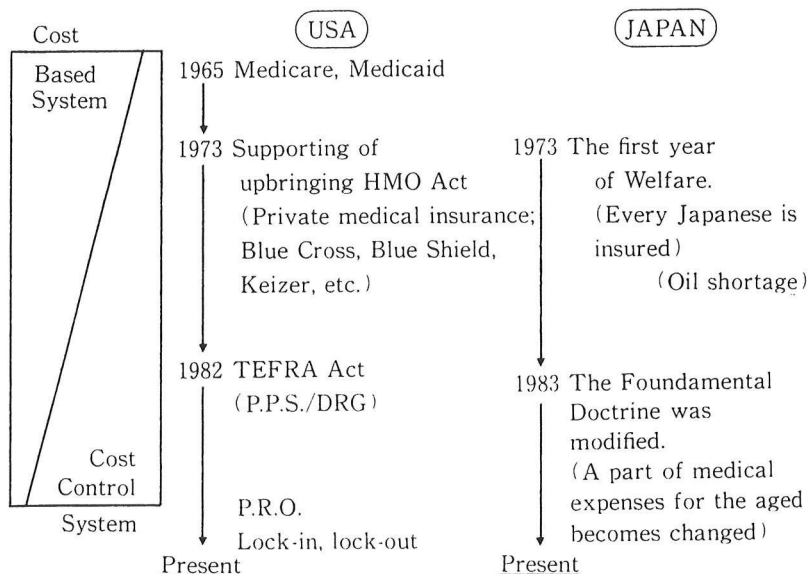
Deinstitutionalizationより現在までのOverview

I) Medical cost, medical system について

別表のごとく米国において Deinstitutionalization は主として medical cost における economic incentive により community care へと変動したものであり、これには patients right で強く裏付けされたものであったと単純に理解されていた。

ところが今回の5州の視察により、精神保健シ

MEDICAL COSTS



システムに関して、我国のように統括した法体系は基本的な基準はあるにしても、各州でかなり制度に差がみられることが判明した。各州により full range community care といいいながらも、その type は少しずつ特徴をもっている。government と state は system の複雑化を生み出しながらも、地域特性となってそれぞれが独立性を生み出している。これに比べて我国は、私的公的をもすべて一つに国で統括されており、殆どその地域特性は生まれようがない。

II) medical staff について

今回の視察で強烈な印象を受けたのは、チーム医療のスタッフとばかり思っていた臨床心理士とソーシャル・ワーカーの台頭というか、むしろ独立という新しい体系ができあがっていたことである。

このことについての原因は多々あると思われるが、端的に言って、精神科医、正看護婦の私底が、これらの人件費を押し上げ、これがアメリカ的合理主義というか、人と金の理由により psychologist, psychosocial worker, case manager あるいは病院管理をするための administrator 等の必然的発生をみるに至ったのではないかと推測するのである。

これら職種の人たちが次第に増加していったことが、また community care を目指して病院外に、つまり他の施設に患者を移行させていくことを promote する結果にもなったのである。

このことは精神科医、正看護婦に取って代わって、今まで co-medical staff と呼ばれていた人達に主導権が移り、見方によっては立場が逆転してしまったとも解釈できる。

扱う対象者、つまり patient を client と呼んでいるのは、こうした stand point の端的な現れともいえよう。

III) homeless, street people について

米国はあまりにも脱入院化を早く進め過ぎたために homeless, street people が街に溢れたのではないかという意見がある。

実際に脱入院化に関しては、ネブラスカ州、ワシントン州において州立病院で主として処遇困難例に対しての病床を増やすように決定しているの

を認識したので、このある面では当たっている。

ところで障害者、弱者に対する社会福祉的対応の仕方に対して、我々日本ではまねのできないものがあることを痛切に感じる。それは医学的見地からではなく、強く文化、宗教に根差した movement, aid, support system が見受けられるのである。つまり、病院内のみならず、教会、救世軍等を通じてのボランティア精神である。

もう一つ見逃してはならないものとして、歴史的に米国では自分の生命は自分で守るという独立自尊の精神があることである。

一方日本では個人として扱われる、または行動するよりも group として control したり、またされる方が安心するという国民性の差が認められるのである。

米国においてこの独立自尊の精神が、取りも直さず保険システムに加入していない人口が1,000万人にもものばるという結果にもつながっているように、病院内においてプライバシーを尊重し、原則個室を重んじることになる。

また、中間施設においてもまた個室で生活し、それぞれの個人に合った多様の施設、メニューを生じる結果になったと思われる。

ではなぜ full range community care を目指し、多数な施設を作っているにもかかわらず、なお street people が街に出現するのであろうか！

今回の視察で、今後ますます社会復帰施設を作っていくとのことであつたが、いかに多様に数多く作り続けていったとしても、street people は依然としてなくなる現象であると思ふ。

つまり彼らはもともと“自由でありたい”からで、これは ghetto, slum に犯罪者が多く、street people には犯罪者はあまり認められず、むしろ safety であるのは多分に1960年代後半に発生したヒッピーの思想の延長線上にある現代の世界的な風潮ではなからうか（我国においても少数ではあるが数年来その兆しはみえている）。

また余談ではあるが、薬物乱用の問題もまた drug subculture としてとらえるべきである。

結語

1. 彼我の医療システムの論議は、その国の歴史、

経済状況によって可変的なものであると思われるが、我々が必要としている最も重大な目的には、人が当面必要とする治療を誰もが受けられるということが必須条件になるのではなかろうか。

2. 今後、医師、看護婦、co-medical staff 等がより緊密な連絡を取り合わなければなるまい。患者に対する total care, total push は今後ますます必要となってくるであろう。

一人の患者の変遷を経済的に機能分化し、分業化(施設によって)するだけではなくて、1つのcaseについての起始点より終末まで常に治療チームを組んでいくべき時にあるのではなかろうか。

社会復帰プログラムを単に経済的理由から見つめないで、その土地に合った独自の文化、風俗、習慣等を基盤として、決してコピーではなく、地域に密着したものにしなければ失敗するであろう。

こうした意味で psychomedicosocial care でなければならないと確信しているのである。

不備

後記

- 1) アメリカの中心というか、西部のヘソ的存在のネブラスカ州は、日本と同じくらいの広さを持つ



図らずもネブラスカ州リンカーン市における、最後の(10月13日)farewell partyにおいて、会長以下5名が名誉市民の証を授与され、一同感激した。

ことを誇りにする程の、牛とトウモロコシ畑の州であり、日本人が珍しかったせいか、我々が真面目であったからか、ネブラスカ州の名誉市民の証を全員頂戴し、個人的にも大変な思い出となった。

- 2) 各地で集めた膨大な資料は、今報告では到底詳細に解説することはかなわず、現在分担して1冊の本に集大成する予定になっているので、興味のある方はこちらの方を参考にしていきたい。

(広島・瀬野川病院 院長)

ニュース

痴呆性老人への相談、手引作って職員応対

厚生省は昨年11月20日、痴呆性のお年寄りや家族の相談に応じるときの手引書を作るため、痴呆性老人相談マニュアル作成検討会を発足させ、初会合を開いた。検討会の委員には学者、医師などの専門家のほか、直接相談に応じる保健所の職員や痴呆性老人を抱える家族が加わっているのが特徴。痴呆性老人の問題を分かりやすくとりえ、同省が今後の高齢者対策の目標に掲げる保健、医療、福祉の連携を図ることが目的だ。来年秋までにマニュアルをまとめ、来年度から発足する在宅介護支援センターの相談員

をはじめ、保健婦、看護婦、老人ホーム、福祉事務所の職員らに携帯してもらう。

痴呆性老人は年々増え続け、1985年に約59万人だった在宅の痴呆性老人は2000年には112万人、2015年には185万人になると予測されている。このため厚生省では86年に痴呆性老人対策推進本部を設置し、各都道府県、保健所、福祉事務所に相談窓口を設けた。ところが、専門家が不足していることに加えて、問題が医療、福祉、保健と多岐にわたっているため、適切なアドバイスが十分に出来ていないのが現状。

(朝日新聞より)