

## 日米の比較から

長谷川美紀子

(長谷川病院 日本集団療法学会)

遊佐安一郎

(South Beach Psychiatric Center New York, U. S. A. 長谷川病院 日本集団療法学会)

本論の目的は、日米2国の精神保健に関わるマンパワーと費用の比較を通して、臨床的、臨床教育的、そして臨床管理的な知見を得ることにある。日米両国のいくつかの公的、私立の精神科施設と深く関わる機会に恵まれた我々演者は、精神科の臨床—管理テクノロジーに関する国際的相互理解に関心を持ち、特に日米2国の精神保健実践に関する政治経済的、文化的、社会的特徴を対比し比較を試みてきた。これは単に我々の知的興味のみではなく、少しでも、日米両国での患者のケアの質を向上するための糧にしたいというのが、この日米両国の精神保健サービスシステムの分析を行なう動機であった。

クロス・カルチャー的比較は、ややもすると過度の一般化の危険性はあるが、その危険性を念頭に置きながらも、そのような比較から学べることが多分にあると考えている。本論で焦点をあてているのは、入院が長期に亘り、沈殿化し易い、いわゆる慢性の「持続的重症精神病患者」(Severely and Persistently Mentally Ill Patients)である。米国では、州によって精神保健の質、政治経済的背景が著しく異なるので、便宜上、ニューヨーク州をその例にとり、日本と比較してみる。

日本と米国の精神保健システムには顕著な違いがある。米国では1960年代には大規模な脱入院化が行なわれたが、日本ではまだ行なわれていない。現在日本では精神科入院患者数は30万人をはるかに超えているのに対して、米国ではおよそ15万人にまで減少してきている。米国の人口は日本の約2倍であるから、人口一人当たりの精神科入院患者数は、日本が米国のその4倍以上だということになる。

入院期間にも著しい違いがある。日本では精神科入院平均期間は1年以上なのに対して、米国のメディケアなどの健康保険の精神科入院費用支払いは1カ月である。米国の私立病院の精神科での入院期間はそれだけに非常に制限されていて、30日を越すと、私費で入院費を支払わない限り退院しなければならない。従って、短期で退院できないような持続的重症精神病患者は、州立病院等の公的機関の世話になることになる。これに対して、日本では殆どの持続的重症精神病患者は私立病院で治療を受ける。とはいえ、日本の私立病院の入院費用は、政府による健康保険システムによって賄われるので、日本の私立病院は米国の州立病院と同じような機能を果たしているといえよう。即ち、本論の焦点である、持続的重症患者は、日本では主に私立病院で、そして米国では主に公立病院で治療を受ける。

病院の規模も対照的である。日本の私立病院の平均病床数は数百床であるが、米国の州立病院は千

床を超えるものが少なくない。脱入院化以前には数千、数万床の規模を誇った米国の州立病院の規模と数は著しく減少してきている。例えば、ニューヨーク州にあるビルグリム州立病院は、その最盛期には3万人程度の患者を収容していたが、脱入院化後の現在では、入院患者数は約2千にまで減少し、しかも現在でも年に10%程度の割合で縮小している。このような入院患者数の減少は、それ相応の地域での受皿を必要とする。米国では受皿の不十分さと相応してか、ホームレスの問題が大きく取り上げられてはいるが、同時に発展した地域住居（コミュニティー・レジデント）システムが存在していて、地域での患者のフォローを行なっている。例えば公立地域精神医療の最先端を行っていると自負しているニューヨーク州立サウスビーチ精神科センターでは、大小さまざまな規模の地域住居プログラム千床以上を直接管理または、治療提携という形で活用し、患者の社会復帰、社会生活を支持している。精神科リハビリテーション・プログラム、デイケア、外来などのフォローを充実させる努力に加えて、この「生活の場」の確保が、サウスビーチ精神科センターが、入院病床400床程度で、人口約140万人の管轄地域の精神保健サービスを全うすることを可能にしていると思われる。

これに対して、日本の入院患者数は少なくとも1988年の精神保健法改正までは着実に増え続けてきている。日本精神神経学会社会復帰問題委員会の報告によると（1991年）現在、精神科医療施設入院患者中、適切な地域の受皿、生活の場があれば退院可能な者が33%いるという。10万人以上の入院患者が退院して有意義な社会生活を営めるようになるためには、米国の脱入院化の失敗からも学ぶところが大きいだろうし、それだけに、地域住居などの「生活の場」の開拓と確保も、臨床テクノロジーの開発などに加えて、今後の重要な課題であろう。

日本と米国の精神保健経済にも大きな違いがある。米国の私立病院の入院費は1日600米ドルを越えるが、日本の私立精神病院での1日の入院費は1類基準看護で1日6千円程度で、医学管理料を加えても（1ドル130～40円計算で）60～80米ドル程度、即ち米国の10分の1である。米国の州立病院にかかる1日の費用は、その計算の仕方、そして州によってさまざまであるが、ニューヨーク州で約120米ドル程度だと見積もられる。この方が日本の私立病院に近いが、それでも米国の方が日本の約2倍である。

外来に関しても、日米間で大きな違いがみられる。米国の脱入院化後の外来重視のポリシーは、それなりの経済的配慮によっても裏付けされているようである。ニューヨーク州の外来クリニックでは、個人対象の場合30分以上の診療は1回60ドル、30分以下の場合は1回30ドル支払われる。1回の診療には薬物療法、個人療法、家族療法なども含まれ、それらの治療に使われた時間の総和で30分以上か以下かが決定されるシステムである。日本では、精神療法1回250点、精神分析で300点、約20ドルから25ドル程度であるが、所要時間の明示はないので、患者1人に10分程度かけて精神療法または精神分析を行なえば、30分で60～75ドル程度の保険支払いとなるので、一見、日本の方が米国よりも外来保険支払い率が高いかのようにも思われる。しかし、日本の外来治療の保険支払いは、すべて医師による治療のみに限られるが、米国では医師だけでなく、サイコロジスト、ソーシャルワーカー、その他の精神保健関係専門職による治療も保険支払いの対象になる。それだけに、日本では医師に治療責任が苛酷なまでに課せられ、「3分診療」と呼ばれるような治療を余儀なくされる場合が多いのに対して、米国ではより手厚い治療がマルチ・デシプリナリ・チーム、即ち多職種によって形成される治療チームによって行なわれる。

多職種治療チームによる治療は、患者のニーズに綿密に応えるためにも、確かにより好ましい治療形態だと思われるが、米国では、それ相応の専門教育システムが発展している。サイコロジストは博士課程、ソーシャルワーカーなど他の職種は修士課程を終了後、インターンなどの卒後訓練を受けた

後に始めて免許試験を受ける資格が与えられる。それだけに、医師以外の精神保健専門職の質も高く、医師がサイコロジストやソーシャルワーカーに精神療法などの訓練、スーパービジョンを受けることも稀ではない。精神科医の専門教育・訓練、卒後教育のみでなく、OTに加えて心理、ソーシャルワーカーなどの専門職としての教育・訓練システムの発展は今後の日本の精神保健の重要な課題であり、多職種の高質を向上するためにはそれなりの政治経済的な考慮が必要となる。その具体例のひとつに、多職種の専門化制度、それに相応した保険支払い制度が考えられ、その点では米国から学ぶべきことが多分にあると思われる。

また、集団療法、複合家族療法などの集団形態の場合には、1回最低60分で、1人当たり21ドルである。日本では外来診察1回分の定義が異なるが、精神療法1回250点、約20ドル弱で、米国と同程度ではあるが、残念ながらアルコール依存症と児童・思春期の特殊な感情障害のみがその対象で、持続的重症精神病患者はその対象となっていない。デイ・ケアに関しては、ニューヨーク州では1日約70ドルであるのに対して、日本では1日450点、約35ドルと半分程度である。

精神保健に関する両国の経済事情の違いは、スタッフの量と役割分担にも反映している。患者1人当たりのスタッフの数の計算の仕方も両国で異なるが、日本の精神病院ではスタッフの数が結構多い1類看護の病院でも患者4人に対して看護婦が1人の割である。それに対して、ニューヨークの州立病院ではサイコロジスト、ソーシャルワーカー、その他の多職種チームを計算に入れるが、患者とスタッフの比は約1対1である。米国での医師以外の多職種チームは、日本ではパラメディカルと呼ばれ、基準看護などの治療の質を向上させるための専門職としては受け入れられていないのが現状である。米国ではそれとは逆で、特に州立病院と外来の精神保健センターでは1970年代から1980年代にかけてしっかりと専門教育と訓練を受けたサイコロジストやソーシャルワーカーなどが精神医療の専門職としての立場を確立し、その数も精神科医を上回り、ナースともども治療の主流となってきている。これは、薬物療法以外の、例えば個人療法、集団療法、家族療法、ケースマネジメントを行なうための専門教育・訓練が充実した精神保健専門職が精神科医と同等の治療を行なう実力を付けてきたことに加えて、給料が医師より安いことにより安価に質の高い治療を提供できるなどのメリットに負うところが多いと思われる。それに対して日本では医師が精神療法から、家族指導からときにはケースマネジメントまで一手に引き受けることが少なくない。

米国連邦政府や州政府は、最近、財政削減を余儀なくされ、精神保健に関する予算も大幅に削減され、公立精神保健施設の規模にもスタッフ数にも縮小の傾向が顕著にみられる。そのため入院治療、外来治療システムに加え、地域住居プログラムの在り方に関して、治療効率のみでなく、治療経済的観点からの見直しが必要とされ、慢性患者の公立施設での治療の一種の変換期を迎えようとしている。それに対して、日本では政府が急性期施設と療養施設とを区別する動きを見せている。急性期施設として発展するためにはスタッフの質量共に向上させる必要があるが、最近の看護婦不足、そして質の高い多職種チームを活用することを拒む経済原則を憂慮している精神保健関係者は少なくあるまい。精神保健法見直しを数年後に控え、より質の高い、患者の生活の質を高めるような治療システムを発展させるために、米国の脱入院化の失敗をも含めて、米国の精神治療システムから日本が学ぶところが多いのではないと思われる。