

日本における地域精神衛生—WHOへの報告

1967年11月より1968年2月に至る3カ月間の顧問活動に基づいて

デービッド H. クラーク

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC

30 May 1968

ASSIGNMENT REPORT
November 1967 - February 1968
by
Dr. D.H. Clark
Consultant in Mental Health

1. まえがき
2. 計画の概要
3. 背景
4. 観察報告
5. 考察
6. 勧告

1. まえがき

- 1.1 日本における地域精神衛生活動の発展について、政府に勧告すること。
- 1.2 国の相手役 (counterpart) と協同して、地域精神衛生を一般衛生活動にとりいれる計画を發展させ、とくに施設に収容されていない患者に対して予防、治療設備をととのえること。
- 1.3 精神薄弱者に対する施設を地域衛生活動のうちに計画すること。
- 1.4 計画指導の基礎として、この問題を全般的に評価し、要望されるはんいでの調査を開始すること。
- 1.5 要望に応じ関連する事項に関する勧告を行い、任務完了後報告書を提出すること。

日本政府が初めにWHOに顧問を要望した理由と目的は、1966年12月3日付で西太平洋地域事務局に送付された次の文書に述べられている。

精神薄弱を含む精神病質、精神障害の早期発見と適切なリハビリテーションを促進するための地域精神衛生計画は、日本が当面する緊急の社会的、公衆衛生的課題の1つである。

この状況にかんがみ、地域における精神衛生活動の第一線機関として活動できるように 826 の保健所に新たな機能を与えらるとともに、地域精神衛生に対する技術指導のセンターとして活動すべき精神衛生センターを設置することによって、地域社会内の精神衛生活動を活発ならしめるため、精神衛生法が改正された。

しかし、現在のところ、公衆衛生機関と精神病院、一般開業医と地域資源との十分な協同関係にまで、地域精神衛生計画を総合していない。

英国における精神障害者の地域ケアは、すぐれて組織化され、發展し、デイ・センター、ナイト・ホステルなどの社会復帰施設が地域精神衛生審議会や精神衛生官の協同のもとに地域精神病院と密接な関係を持ち、うまく働いている。

従ってわれわれは、現在と前述の課題を観察評価し、地域精神活動を一般

日本における地域精神衛生—WHOへの報告

1967年11月より1968年2月に至る3カ月間の顧問活動に基づいて
デービッド H. クラーク

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC

30 May 1968

ASSIGNMENT REPORT
November 1967 - February 1968
by
Dr. D.H. Clark
Consultant in Mental Health

Title of project	: Mental health advisory services
Geographical location	: Japan
Participating agencies	: Government of Japan World Health Organization
Subject	: Mental health
Form and type of assistance	: Advisory services
Staff	: WHO - Mental Health Consultant
Source of funds	: Regular
Duration	: November 1967 - February 1968

CONTENTS

1. TERMS OF REFERENCE
2. OUTLINE OF PROGRAMME
3. BACKGROUND
4. OBSERVATIONS
5. DISCUSSIONS
6. RECOMMENDATIONS
7. ACKNOWLEDGEMENT

1. TERMS OF REFERENCE

- 1.1 To advise the Government on the development of community mental health services in the country.
- 1.2 In collaboration with the national counterpart, to develop a plan for the integration of community mental health into the general health services and to establish preventive and treatment facilities particularly for ambulatory, non-institutionalized patients.
- 1.3 To plan within community health services for facilities for the mentally retarded.
- 1.4 To generally assess the problems, initiate surveys to the extent possible where required as a basis for guidance in planning.
- 1.5 To advise upon related matters on request and to submit a report upon completion of the assignment.

The reason and purpose of the Japanese Government in requesting the consultancy is contained in the following statement dated and sent to the Western Pacific Regional office on 13 December 1966:

"The community mental health care programme to promote early detection and proper rehabilitation of the psychopaths and mentally disordered, including the mentally retarded, is one of the urgent social and public health problems we have been facing in Japan.

"Under the circumstances, the Mental Health Law was revised to stimulate mental health activities in the community by means of establishing Mental Health Centres which are to function as the technical consultation centres for community mental health (there are 7 centres now, to be increased to 46 by March 1969), while putting additional function to 826 health centres to act as front-line administrative agencies for mental health services in the district.

"However, we have not yet achieved integration of the community mental health programme into the general health services in terms of sufficient cooperative relationship between the public health facilities and the mental hospitals, general practitioners and other community resources.

"It is understood that the community care for the mentally ill in the United Kingdom has been so well organized and developed and been functioning successfully through the social rehabilitation institutions such as the day centres, night hostels, etc. with close relation with community or district mental hospitals under the coordinated activities of Regional Mental Health Tribunals, Mental Health Officers, etc.

"We are therefore requesting the services of a short-term consultant who will review

公衆活動にとりいれる方法を指示することのできる短期の顧問を要望し、とくにかかる顧問が英国から得られることを希望する。

2. 計画の概要

初めの見当づけと厚生省幹部との面接ののち、筆者は多数の精神衛生施設を訪れた。このさい筆者は相手役である国立精神衛生研究所精神衛生部長加藤正明博士の援助を受けることが多かった。

筆者は地域的差異を見るために、日本内の各所に旅行し、日本中を長い汽車や自動車の旅行で多くの有益な対談をした。一般状況を把握したあとで、いくつかの点を明かにするために何人かの報告者と話した。これらの人はすべて、広汎な課題に対する多くの質問にきわめて快く応じ、忍耐づく聴いてくれた。筆者が個人的に見たり考えたりしたことから生じた筆者の観察と勧告に関して、かれらが責任があるとみなされないために、これら情報提供者やすべての施設についての詳細は述べないことにする。

筆者は8つの都市(東京、横浜、仙台、松本、名古屋、津、京都、大阪)と9つの県を訪問し、次の諸施設を訪問した。15の精神病院(国公立7、私立8)、7の精神薄弱施設、5の精神衛生センターおよび児童相談所、5の大学クリニックおよび多くの他の施設(保護作業場、ハーフウェイ・ハウス、県および政府機関)。また、英国精神医学について、3人から200人までの聴衆に12回の講演を行った。

すべての人が協力的で、理解できた質問に答えようと努力していたが、コミュニケーションの困難が筆者のすべての仕事につきまとった。私は日本語が話せず、ある報告者は英語が全く話せなかったからである。ゆっくりなら英語を話す日本の医師もあった(殆んど全部が読むことはできた)。英語が流暢に話せ、英語で考え、深いつっこんだ会話を発展できる人は少なかった。これはたえずついてまわった悩みであり、筆者の理解にとっての限界であったが、顧問としての基本条件における絶対的なことであった。

筆者の報告は4項目にわかれる。即ち、背景、観察、考察および勧告である。「背景」の項で筆者は日本人以外の読者のために、若干の歴史的事実(日本の報告者には周知のことであるが)を述べた。「観察」の項で、筆者が自分の目で見たり発見した重要なことについて述べた。「考察」の項では、日本の精神衛生にとって緊急の課題として重要と見られるいくつかのトピックスについて考察した。「勧告」の項では、近い将来何らかの行動が可能であり、かつ行動すべきであり、それが有効な結果をもたらすであろうと思われた領域について述べた。

3. 背景

3.1 歴史的背景

明治維新(1868年)以前には、精神疾患の諸問題は日本の伝統的な方法で処理されていた。精神病を治すということで評判を高めた寺院もいくつかあった。各種の精神神経障害はすべて、呪術的な方法で処理されていた。軽度の精神薄弱者やおとなしい精神病者は農村社会の中に吸収され、何とかいれられていた。しかし、重い精神薄弱者や重い精神病者は、時折流行する伝染病のため急速にたおれていったのである。

1868年以降、西欧の医療方法が広汎にとりいれられた。その中にはKrepelin その他ドイツの先学たちが発達させた精神医学の技法も含まれていた。1875年には京都府癲狂院が開設されたが、19世紀の間、日本における精神医学の発達には遅々としていた。それはドイツ流の器質本位的なやり方にとどまったまま、精神病とてんかんの医療にあたっていた。

精神病院はほとんどなく、しかも社会を困らせるような患者だけが入院させられる傾向があった。家族の多くは患者を自宅におき、しかも監禁しているものが多かった。戦時中は空襲が諸都市を焼き尽くす中でしばしば精神病院も破壊され、戦後は混乱と飢餓の中で慢性分裂病患者が死んでゆき、ために入院患者の数はぐっと減少した。

3.2 日本の精神衛生に関する従前のWHO報告

1953年にはPaul Lemkau博士⁽¹⁾が、それに次いでDaniel Blain博士⁽²⁾が、WHOを代表して来日した。かれらは、日本が工業の拡大と生活水準の向上に伴って、戦争と占領から立ち直りつつあることを見出した。人口は急速に増加し、多くの子供が出生した。Blain博士によれば、1952年には22,975人の精神科患者が入院しており、これは人口1万あたり2.6の割合であった。そしてBlain博士は、「日本における病床に対する潜在的な需要はきわめて大きい」とした。かれらの記録によれば、病院は小さく、建物は荒廃しているが、職員はよくそっていた。Lemkau博士は「一般的に精神療法がよい結果をおさめるためには長い時間が必要であると考えられているのに、ここでは精神療法を長期にわたっておこなうという考え方は一般に知られていないし承認されてもい

and evaluate the present situation and the main problems mentioned as above and advise us how to integrate community health care into the general public health services, and it is particularly hoped that we could receive such adviser from U.A.”

2. OUTLINE OF PROGRAMME

After an initial period of orientation and meetings with senior Ministry officials, the writer made a number of visits to programmes and institutions for mental health. In this he was greatly helped by his counterpart, Dr. Masaaki Kato, Chief of Adult Mental Health at the National Institute of Mental Health, Konodai.

He travelled to different parts of Japan to see regional variations and had many useful discussions on the long train and car journeys across Japan. After he had a fair grasp of general patterns, he arranged talks with informed persons in order to clarify certain issues. Everyone Talks most helpful and tolerant of many questions covering a wide range of subjects. The informants have not been listed in detail, nor all the institutions visited lest they be considered in any way responsible for the writer's observations and recommendations which arise from what he personally saw and thought.

The writer went to 8 cities (Tokyo, Yokohama, Sendai, Matsumoto, Nagoya, Tsu, Kyoto, Osaka) and 9 prefectures and visited 15 mental hospitals (7 public and 8 private), 7 institutions for the mentally retarded, 5 mental health and child guidance centres and 5 university clinics and many other institutions and facilities, such as sheltered workshops, halfway houses, prefectural and ministerial offices. He also gave 12 lectures to audiences ranging from 3 to 200 on aspects of British psychiatry.

Everyone strove to be helpful and to answer the queries they understood but communication difficulties beset all the writer's work as he did not speak Japanese and some informants could speak no English. Some Japanese doctors could speak English slowly (though nearly all could read it). Only a few people could speak and think fluently enough in English for intensive or deep going conversation to develop. This was a constant bugbear and a limitation on the writer's understanding but was implicit in the original conditions of the consultancy.

This report falls into four sections: Background, Observations, Discussions and Recommendations. In Background a few historical facts are mentioned (well-known to the informed) for the information of non-Japanese readers. In Observations some of the more important things which the writer saw or found out are set down. In Discussions certain selected topics were considered which seemed important to the emergent issues of Japanese mental health. Recommendations lists those areas where the writer feels action can and should be taken in the near future with a fair chance of useful results.

3. BACKGROUND

3.1 Historical

Before the Meiji Restoration (1868) problems of mental illness were dealt with by traditional methods in Japan. A few temples developed a reputation for curing psychosis. Various forms of gross psychoneurotic disturbance were dealt with by shamanistic exhortation. The feeble-minded and the quiet psychotic were absorbed in and tolerated by the rural community, while the severely mentally retarded and the grossly psychotic succumbed rapidly to intercurrent infectious illness.

After 1868 Western medical methods were widely adopted, including the practice of psychiatry as developed by Kraepelin and other German teachers. The Kyoto Prefectural Mental Hospital was opened in 1875. During the twentieth century, psychiatry in Japan developed slowly. It remained an organically based German dominated specialty, concerned with the care of psychosis and epilepsy.

The mental hospitals were few and tended to receive only those psychotics who caused social difficulties. Most families kept their sick members at home, often locked in. The number of inpatients was further decreased by the war-time air raids which, in devastating the cities, often damaged the mental hospitals, and the post-war disorganization and starvation when many of the chronic schizophrenic inpatients died.

3.2 Previous WHO reports on mental health in Japan

In 1953 Dr. Paul Lemkau¹ and then Dr. Daniel Blain² visited Japan on behalf of WHO. They found Japan recovering from the war and the occupation, with industry expanding and standards of living rising. The population was increasing rapidly and many children were being born. Dr. Blain found 22 975 psychiatric patients in hospital in 1952, a rate of 2.6 per 10 000 population and commented "There is a tremendous latent demand for hospital beds in Japan". They noted that hospitals were small, dilapidated buildings, but well staffed. Dr. Lemkau noted that "The concept of long term psychotherapy, generally considered necessary to obtain good results in psychotherapy, is not generally known or appreciated"..... He speaks later of "..... "The demand for psychotherapists; that will almost certainly become very pressing within the next few years".....

ない」と記している。もっともかれは後の方で、「精神療法家への需要が今後数年の間に切迫してくるであろうことはほとんど確実である」ともいつている。

Blain 博士は「厚生省内における精神衛生面での指導力と経験はあまりにも低すぎる」としている。かれらはこの他にも多くの評価と勧告をおこない、とりわけ専門的訓練に関して評価と勧告をおこなったが、この点はその後、充足されてきている。Blain 博士はまた、精神病院の病床数は人口1万あたり10から20の間にまで上昇させることを勧告した。

1960年にはMorton Kramer 博士も来日し、精神医学的統計の収集方法について報告した。⁽³⁾

- (1) Report of Consultant in Mental Hygiene to Japan, 1953年6月2日～7月14日。
- (2) Report of Consultant in Mental Health, 1953年11月13日～12月12日, 1954年1月。
- (3) Report on a Field Visit to Japan, 1960年1月9日～22日, 1961年6月13日。

3.3 日本における衛生サービス

最近15年の間、日本の工業は目ざましく発展した。国民の生活水準も、はじめは都市において、次いで地方においても向上した。平均余命は上昇し、結核や赤痢のような伝染性疾患の主要なものは今や制圧されつつある。若い人々は以前よりも健康になっている。戦争直後非常に高かった出生率は1955年までに安定し、今では約18/1000にだいたいおちついている。総人口は1966年には98,274,961で、そのうち65才以上が約6%、15才未満が25%、15才から64才までが69%である。もし現在の傾向が続くならば、2000年までに若年層の割合はすこしく低下し、老令者の割合はいちじるしく高まることであろう。

公衆衛生の組織は都道府県単位に組織されている。日本には46の都道府県があり、それぞれ平均210万の人口をかかえ、公選の知事と議会をもっている。県によって衛生と福祉とが1つの部局になっていたり、別の部局になっていたりする。戦前の過度の中央集権への反動として、地方自治の伝統が過去20年の間に発達しているのである。

都道府県当局は伝染病対策には熱心で、保健婦を使って保健所のネットワークを発展させてきた。これは結核制圧に主導的役割をはたしたものである。たいいての県は県立の精神病院を設けており、県によっては精神薄弱者のための県立の施設を持っているものもある。

中央においては、厚生省(政府の12省4庁の1つ)があらゆる医療サービスを統轄している。多くの国におけると同様、地域精神衛生サービスは、文部省、労働省などのような他のいくつかの省とも関わりがある。日本においては、精神衛生問題は厚生省内のいくつかの部局に関連している。

厚生省には10の局がある。公衆衛生局には精神衛生課(7課中の1つ)があり、これが精神衛生組織およびソーシャルワーカー——精神衛生サービスに関係するすべてのもの——の統轄と推進をつかさどっている。児童家庭局は子供の中で特にハンディキャップのあるものを扱っており、そこには精神薄弱者や非行少年が含まれている。

近年、精神薄弱者(普通教育の不可能なもの)に対する教育施設が発達してきている。しかし、成人した精神薄弱者のための施設などはすくない。

重篤な精神遅滞者(すなわち白痴)は、以前には長く生きのびる傾向はなかった。かれらは大部分、今もお両親の家にとどまっている。若干のものが精神病院に収容されている。

家庭のない青少年の非行および反社会的行動の問題は終戦直後の数年には主要な社会問題であり、特別法によって数多くの施設が作られた。今日ではこの問題は一般的でなくなってきたが、施設の方は残っていて、多くの青少年障害者を扱っている。

日本においては最近15年の間に、精神病床を増設しようとする方針が定められ、その努力は成功した。公立病院の建物に拡張され、小規模ながら多くの私立精神病院が建設された。かくて1967年までに入院精神病患者人口の大部分は私立精神病院に在院することとなったのである。

精神病床

	公立病院	私立病院	計	総人口	人口1万あたり病床数
1955年	10,982	29,254	49,236	89.2 ^{百万}	4.5
1966年	30,769	150,940	181,709	98.2 ^{百万}	18.5

1967年現在

1967年現在、精神病院の数は725である。うち国立病院は3、県立あるいは

Dr. Blain noted that the "psychiatric leadership and experience in the office of the Ministry of Health and Welfare is far too low". They made many other comments and a number of recommendations, especially about professional training, which have since been implemented. Dr. Blain recommended that the number of psychiatric hospital beds be raised to between 10 and 20 per 10 000.

Dr. Morton Kramer³ also visited Japan in 1960 and reported on the methods of gathering psychiatric statistics.

¹ Report of Consultant in Mental Hygiene to Japan, June 2 - July 14, 1953.

² Report of Consultant in Mental Health, 13 November - 12 December 1953, January 1954.

³ Report on a Field Visit to Japan, 9 - 22 January 1960, 13 June 1961.

3.3 Health services in Japan

In the last fifteen years Japan's industries have expanded greatly. The standard of living of her people has risen, first in the towns and more recently in the countryside. The expectation of life is rising and major infectious diseases, such as tuberculosis and dysenteric infection, are now being controlled. The young people are healthier than ever before. The birthrate which was very high just, after the war was stabilized by 1955 and is now fairly steady at about 18/1000. The total population was 98 274 961 in 1966 of whom about 6% were over 65, 25% under 15, and 69% between 15 and 64. If present trends continue the proportion of young people will decline slightly and the proportion of elderly rise significantly by 2000.

The public health system is organized on a prefectural basis. There are 46 prefectures in Japan, containing an average of 2.1 million people, each governed by a popularly elected Governor and Assembly. In some prefectures Health and Welfare are in one department, in others they are separate. A tradition of regional autonomy has developed in the past twenty years as a reaction to the pre-war overcentralization.

Prefectural governments have been active in the control of infectious disease and have developed a network of public health clinics, staffed by public health nurses, which have taken a lead in eliminating tuberculosis. Most prefectures have a prefectural mental hospital and some a prefectural institution for the mentally retarded.

Centrally, the Ministry of Health and Welfare (one of the 12 Ministries and 4 Agencies of the Government) controls all medical services. The community mental health services, as in so many countries, involve several other ministries, such as Education and Labour. In Japan, mental health problems are the concern of a number of departments within the Ministry of Health and Welfare.

There are 10 Bureaus in the Ministry. The Public Health Bureau has a Mental Health Section (one of 7 Sections) which is concerned with control and development of the mental health organization, and social workers - all of which affect mental health services. The Bureau of Children and Families is responsible, amongst other children, for the handicapped, including the mentally retarded and juvenile delinquents.

In recent years training institutions for the mentally retarded (incapable of ordinary education) have been developed. There are however few facilities for the support of adult mentally subnormal.

Severely subnormal persons (i.e. idiots) did not tend to survive long previously. They still remain mostly in their parents' homes. Some are accommodated in mental hospitals.

The problem of delinquency and antisocial behaviour by adolescents often homeless was a major social problem in immediate post-war years and numerous institutions were set up under special laws. The general problem is less now but the institutions remain and deal with most adolescent disturbance.

In the last fifteen years there has been a determined and successful effort to build up the number of mental hospital beds in Japan. Public hospital building was extended and there was much building of private mental hospitals, mostly small, so that by 1967 most of the inpatient psychiatric population were in private mental hospitals.

Psychiatric Beds¹

	Public Hospitals	Private Hospitals	Total	Total Population	Beds per 10 000 Population
1955	10 982	29 254	40 236	89.2 mill.	4.5
1966	30 769	150 940	181 709	98.2 mill.	18.5

In 1967 there were 725 psychiatric hospitals. Three were national hospitals, 39 were prefectural or municipal and 683 private. The average size was about 180 beds; only a few

市立が 39、そして私立は 683 であるが、平均規模は約 180 床であり、1000 床以上のものはほんのわずかにすぎない。なお、大学および県立一般病院にも多くの精神科入院設備がある。

1968 年に政府は 3つの法律(精神衛生法、生活保護法、国民健康保険法)にもとづく精神障害者のための予算として約 750 億円(2億1千米ドル)を計上した。このうち院外患者へのサービスにあてられるはずのものは約 30 億円である。

(市川において 1952 年に設立された国立精神衛生研究所は、省により直接の運営がなされている。)

3.4 専門職員

3.4.1 医師

日本における総合大学および医科大学の数はこの間に増加した(1967 年現在、医学部卒業生を送り出そうとしている大学は 46 あり)。課程は 2年間の前期教養課程と、4年間の医学課程からなる。授業は日本語でおこなわれるが、英語とドイツ語の教科書が広汎に用いられ、多くの医師はこれら両国語を読む力がある。精神医学的指導は通常、型通りの講義と患者の提示がいくつかおこなわれている。もっとも、相当数の患者を扱っている精神科へある期間配属するようにしている大学も若干ある。

卒業後は 1年間のインターン期間があり、国家試験を経て免許が与えられる。多くの医師は自分の大学の病院で専門家への関門である医学博士の称号を得るべく働らくのである。

米国におけると同様、日本においても専門分化への傾向が進んでいる。英国にみられるような家庭医は今日、都市においてはまれである。日本の医療でとりわけ特徴的なのは、数多くの小規模な私立病院があって、それを 1人の医師がその家族とともに運営しており、患者を自分だけでかかえてみているということである。私立の精神病院もこのパターンの一部をなしている。

もっと大きな病院の多くは大学病院で、これの声価は高く、多くの患者は直接にそこの外来部へ出向いてゆく。

日本の保険制度は医療体系の重要な部分を占めている。多くの企業はその雇用者のために保険業務をおこなっている。数多くの民間保険組合と、いくつものことなつた公的体系とがある。保険料率はすべてことなっており、受益基準もことなっている。全体を支えているのは国民健康保険制度で、これは他の保険の適用を受けない者すべてに対し、最小限の利益を保障しているものである。しかし、どの保険の場合でも、医師はともかく医療を行い、のちに保険組合に請求するのである。もっとも、多少の金額が直接に患者から徴収されることもある。

多くの精神科医は、たとえば私立病院や大学病院で働くとか、公的機関の嘱託となつて、何らかの地位についている。精神医学の中での専門分化はほとんどない。精神科医はみな、精神病でも、入院患者でも外来患者でも、心因反応(抑うつおよび精神神経症)でも、障害児でも、精神薄弱者でも、てんかんでも、精神療法でも、取扱おうとしている。

3.4.2 看護婦

看護婦の養成訓練機関はさまざまある。2年から4年で准看護婦あるいは正看護婦の資格が与えられる。米国におけると同様、最初は理論的な教育が行われ、制限つきの病院実習期間がそれに伴うが、実際の知識の修得は卒業後のことと期待されている。それでも日本では資格のある看護婦の数は多い。精神科看護についての専門的訓練はおこなわれていない。男性の看護人(准も正も)は数少ない。しかも日本の病院においては、看護面での上級の地位は女性によって占められている。精神病院において、看護婦とともに、免許のないものが働いていることはもちろんであるが、しかし英国におけるほど数多くはないし、米国とはまったく趣きを異にしている。なお、人員補充問題はそんなに深刻ではない。

3.4.3 ソーシャル・ワーカー

現在、ソーシャル・ワーカーは4年間の大学教育を受けると、その後はあらゆるかたちのソーシャル・ワークをおこなうことになっている。この課程は戦後の数年間にアメリカの指導のもとに発達し、アメリカ流の実践と社会理論に大きく依存している。上級の地位の多くは、早い時期に経験を積むことで資格を認められた人々によって占められている。精神医学的ソーシャル・ワーカーを訓練するための専門的精神衛生課程はない。精神医学ソーシャル・ワーカーの協会が最近組織され、訓練をおすすすめ、基準を確立しようと試みている。

3.4.4 臨床心理学者

contained over 1000 beds. There were also many inpatient psychiatric departments in university and prefectural hospitals.

In the 1968 Budget the Government estimated that it would spend approximately 75 billion yen (US \$210 million) on psychiatric patients under three Laws (Mental Health Law, Daily Life Protection Law, and National Health Insurance Law). Of this, about 3 billion yen would be for outpatient services.

The National Institute of Mental Health, founded in 1952 at Ichikawa, is directly administered by the Ministry.

¹ Source: A Brief Report on Public Health Administration in Japan, 1967.

3.4 Professional staff

3.4.1 Doctors

The number of universities and medical schools in Japan has increased during this period (in 1967 there were 46 schools preparing students for medical graduation). The course is two years pre-medical and four years medical school. Teaching is in Japanese but English and German textbooks are widely used and many doctors can read both languages. Psychiatric instruction consists usually of a few formal lectures and demonstrations of patients, though some universities include a period of attachment to the department of Psychiatry where some patients are examined.

After qualifications there is one year's internship and national examination leading to license. Many doctors gain honorary poets at their university hospitals and work for the Doctor of Medical Science degree as an entry to specialization.

In Japan, as in the United States, there is a growing tendency to specialization. The family doctor, as known in Britain, is rare in the cities today. A special feature of Japanese medical work are hundreds of Small private hospitals, developed by a doctor and his family, and caring for his personal patients. The private mental hospitals form part of this pattern.

The larger hospitals are mostly university hospitals which have a great reputation; many patients go to their outpatient clinics directly.

The insurance system of Japan is an integral part of the medical system. Many firms run insurance for their employees; there are a number of private systems and several different governmental schemes. All have different rates of contribution and different scales of benefits. Underpinning all is a National Insurance Scheme which provides minimal benefits for all not covered in other ways. In all cases however, the doctor provides the treatment and makes a claim on the insurance organization later, though some money may be collected direct from the patient.

Many psychiatrists hold several posts, for example, working in a private mental hospital, in a university clinic and consulting for a public agency. There is little specialization within psychiatry; every psychiatrist expects to handle psychosis, inpatient and outpatient psychogenic reactions (depressions and psychoneurosis), disturbed children, subnormal persons, epileptics and psychotherapy.

3.4.2 Nurses

There are various nursing college trainings, from two to four years leading to qualification as a registered nurse or a licensed nurse. As in the United States of America this is a primarily theoretical training, with periods of limited hospital experience and the nurse is expected to acquire her practical knowledge after graduation. There are still large numbers of qualified Japanese nurses. There is no specialist training in psychiatric nursing. There are a small number of male nurses (registered and licensed) but all senior nursing positions in Japanese hospitals are held by women. There are of course some unqualified persons working with the nurses in psychiatric hospitals, but not as many as in Britain and nothing like as many as in the United States of America and recruitment problems are not so severe.

3.4.3 Social workers

Social workers nowadays take a four-year college training and are then able to take up all forms of social work. These courses were developed under American guidance in the post-war years and lean heavily on American practice and social theory. Many senior positions are held by persons who qualified by experience in earlier years. There are no specialized mental health courses to train psychiatric social workers. An association of psychiatric social workers was recently formed and is attempting to promote training and establish standards.

3.4.4 Clinical psychologists

心理学および臨床心理学の大学課程は、戦後アメリカの援助のもとに発達した。臨床心理学者は教育活動の中で、あるいは個人的な実践の中で、カウンセラーとして働いている。しかし大部分の精神科施設には臨床心理学者はほとんどおらず、いても大抵はテストと研究に従事している。

3.4.5 作業療法士

1963年5月に厚生省によって理学療法士および作業療法士の訓練のためにリハビリテーション学院が設立され、20名の訓練生が入学した。1964年5月、WHOは日本における第1期の有資格理学療法士および作業療法士たちへの訓練を援助する目的で理学療法家を1名派遣した。

4. 観察報告

4.1 地域精神衛生サービス

これにはあらゆる精神衛生サービス、とくに病院外のサービスが含まれている。

2、3の国々では、このサービスに非常に広い意味を与え、外来での精神医療サービス、ハーフ・ウェイ・ハウスと治療社会クラブといった補助的な活動、精神衛生連盟と自殺予防協会のような自発的活動をもうらしている。また、ある場合には、このサービスは性教育の仕方を教師に、テレビ番組の改善方法をそのプロデューサーに、暴動を中止させる方法を警察に助言するという点で、地方自治体内の精神医学的な干渉をするところまで広がっている。

日本には、こうした諸活動が拡大されたという形跡はほとんどない。主になっている機関は、精神障害者や精神薄弱者や慢性の精神分裂病患者のための公的な施設と、病院の精神科外来とくに大学病院の外来である。

保健所が826あるが、それらは元来結核とその他の伝染病をコントロールするために発展したもので、公衆衛生医の指導下にある保健婦が配置されている。最近、いくつかの保健所が非常勤の精神科医を参加させるようにしている。この精神科医の主たる機能は職員に助言をすることである。こうした保健所は、精神分裂病患者や精神薄弱者が家庭で生活できるように支え、必要なときに、彼らを病院に移す最初の処置をするのに役立つ仕事をしていると考えられている。しかし彼らは情緒障害者とは殆んど関係をもたない。

精神的欠陥者に対する広汎なアフター・ケア・サービスはほとんど発展していないように見える。児童家庭局が精薄施設退園児に対する広汎なサービス計画を進展させ、労働省が精神薄弱者の雇用促進問題に関心を示しはじめてはいるが、まだ発展してはいない。地域社会には、精神薄弱者(ないし精神分裂病者)のための、実質的な保護工場はない。

精神医学的に問題をもつ多くの人々が、精神科専門医を訪れ、あるいは私立精神病院の経営する外来診療所を、また、多くのものは、大学病院の外来を訪れている。こうした診療所は、精神病(精神分裂病)と癲癇にかかり切っているが、かなりの数の心因反応(うつ病乃至不安状態)と精神神経症(強迫神経症や、不安神経症など)の人々を診察している。精神神経症と診断される患者数は増加してきているが、大学病院の外来は一般に無給職員が配置されており、繁忙をきわめているため、神経症の治療は大抵投薬と簡単な面接である。

一般科の医師を訪ねた患者たちの多くは、ノイローゼ(ドイツ語のNeurose)と診断され精神安定剤によって治療されている。

4.2 精神病院

日本の精神病院は規模が小さく最近に建てられている(20年以内)点や、その多くが私立経営であるという点で、ヨーロッパや米国の精神病院とは異なっている。しかし、そこにはいろいろの類似点がある。患者たちの多くは精神分裂病であり、その多くが長期在院者であり、多くのものが感情鈍麻し退避的で退行しやすく、病棟は満員であることなど。

私は800ほどある病院の中の15の病院を見学しただけである。従って、私の所説には誤りとして棄却されるものがあるかもしれない。しかし、これらの施設はすべて、優良とか最優良といった好評の病院であった。情報を提供してくれた人々から私は、他の病院がもっとずっと粗末であることや、それらの病院の3分の1は非常に悪いということをかきかされたが、こうした種類の病院は一つも見せてもらえなかった。次の観察報告はこうした条件を考慮して読んでほしい。

私は初め、患者の生活条件が、さむざむとしており、超満員のよう思えたが、数人の患者の家庭訪問をした後になって、病院の方が、患者の住み慣れた家庭の生活条件に比べて良好であるということがわかった。給食は良好であ

College courses in psychology and clinical psychology developed under American sponsorship in the post-war period. Clinical psychologists work as counsellors in the educational services or in private practice. There are few in most psychiatric institutions, mostly concerned with testing and research.

3.4.5 Occupational therapists

A School of Rehabilitation was established in May 1963 by the Ministry of Health and Welfare for the training of physical and occupational therapists, with twenty students in attendance. In May 1964 WHO provided a physical therapist for the purpose of assisting in the training of the first group of qualified physical therapists and occupational therapists in Japan.

4. OBSERVATIONS

4.1 Community mental health services

This includes all mental health services but particularly those outside hospitals.

In some countries this has been given a very wide meaning, covering outpatient psychiatric services, ancillary activities such as halfway houses and therapeutic social clubs, voluntary activities such as mental hygiene leagues and suicide prevention societies and in some cases has been extended to cover psychiatric intervention in the government of the district, in advising teachers how to give sex education, television producers how to improve their programmes, and police forces how to stop riots.

There is little evidence of these extended activities in Japan. The main agencies are the public facilities for the mentally handicapped, the mentally retarded and the chronic schizophrenics, and the psychiatric outpatient departments of the hospitals, particularly the University hospitals.

There are 829 public health centres. Originally developed to control tuberculosis and other infectious diseases, these centres are staffed by public health nurses under the direction of public health doctors. In recent times some clinics have arranged for the part-time attendance of a psychiatrist, whose main function is advising the staff. It seems that these public health clinics perform a useful task in supporting schizophrenic and mentally retarded people living in their homes and taking initial steps for their removal to hospital when necessary. They seldom become involved with emotionally disturbed adults.

There appeared to be little development yet of extended aftercare services for psychologically crippled people. The Children and Families Bureau is developing plans for extended services for mentally retarded people after they leave institutions, and the Ministry of Labour is beginning to take an interest in the problems of maintaining in employment people of lowered mental capacity but this has not gone far. There are no substantial sheltered workshops for subnormal (or mentally ill) persons within the community.

Many persons with psychiatric problems go to psychiatric specialists, some to outpatient clinics operated from private mental hospitals, many to the University Hospital Clinics. These Clinics deal with psychosis (schizophrenia) and epilepsy but see a number of people with psychogenic reactions (depressive and anxiety states) and psychoneurotics (obsessional compulsive and phobic anxiety, etc.). The number of patients diagnosed as psychoneurotic is increasing. The University Hospital Clinics are largely manned by honorary staff and are under great pressure. The treatment for neurotics is mostly medication and brief interviews.

Many patients attending general psysiciaus are diagnosed as "noyrosa" (German-neurose) and treated with tranquilizers.

4.2 Mental hospitals

Japanese mental hospitals differ from those in Europe and the United States of America in that they are small, recently built (few older than twenty years) and mostly privately operated. There are however many similarities: the patients are mostly schizophrenics; many are long-stay residents; many are apathetic, withdrawn and tend to regression; the wards are overcrowded.

The writer saw 15 hospitals out of 800. Any of his assertions can therefore be dismissed as mistaken. These were however all hospitals of good, or excellent reputation. They presumably represent the best of Japanese hospital practice. He was told by several informants that other hospitals had far lower standards and that one-third of them were "very bad". He was not shown any hospitals in this category. The following observations should be seen against this qualification.

The living conditions of the patients at first appeared to be chilly and overcrowded, but after visiting a few houses of patients, it was realized that the hospitals compared favourably with what the patients were accustomed to at home. Feeding seemed good and

るように思えたり、患者たちも身体的に健康に思えた。青年と中年の患者たちが多く、老人はごくわずかしかなかった(60才以上は4%)。職員の配置は、数の上では、高比率の医師と適当数の正看護婦で十分整備されていた。職員と患者との関係は、温かく友好的でユーモアがあり、西欧の著しく貧弱な精神病院に見られるような距離を置いた冷さや軽べつは少しもないように思えた。多くの病棟の患者が私有物を十分にもっていたし、それは古いヨーロッパの病院とは著しく対照的であった。一般的には、さく、二重鍵、手すり、防護ガラスなど、外国の病院でその価値を傷つけている重々しい安全設備(security provisions)はなかった。

しかし積極的な現代的治療法や社会復帰活動が会得されているという証拠もあまりなかった。わずかの病院では、Herman Simon(1926)の活動療法(the Active Therapy)の原理が今なお存続され、良好な活動がなされていたが、その他の多くの病院の患者の活動水準は非常に低いものだった。患者たちは、殆んど何もせずに座り込んでいたり、真昼でもベッドに横たわっていたり、自分の身の辺の事をしたりしていた。ある病院では、3分の1の患者たちが、午後3時頃(in the middle of the afternoon)だというのに、予期せぬ降雪を理由にベッドに入っていた。いくつかの病院には注目に値するような仕事や活動のプログラムがあったし、ある病院では、夜間病院の看護を受けながらコミュニティの中で働いている患者がいたけれども、多くの病院は、このようなことをしていなかった。

非常に多くの病棟が必要以上に閉鎖されていた。束縛方法として保護室、個室、安全区画があまりにも頻りに利用されていた。明らかに長期間独房監禁に閉じ込められていた患者がすくなくなかった。2つの病院の新しい建物に鋼鉄製の柵や閉鎖回路式のテレビ等のような念の入った装置をそなえた安全区画があった。こうした装置は有害な孤立や退行へと導いてしまうものである。

2、3の自覚をもった院長は、患者たちの生活や仕事や行動の自由だとかに目を向けていたが、多くの精神病院の医師は、身体的な治療を行ったりカルテを作成するといった伝統的な医師の役割だけにもっぱら局限しているように思えた。ある病院の医師は、神経解剖学や神経病理学の研究にまず心を奪われていた。

看護婦たちもまた、自分たちの責任がリハビリテーションに導入する活発な生活指導やその促進にあるとみなすよりは、身体的看護を施すことにあるとされているように思えた。最近の急速な精神科医療の発展のうちにあつて、WHOの精神衛生専門委員会が出した第三報告書(専門報告シリーズ第73号、1953)に書かれている原則に十分な注意が払われていなかったし、社会精神医学の最近の発展についての認識も全くないようであった。

4.3 精神薄弱施設

私は7つの精神薄弱施設を訪問し、高い水準の訓練が与えられるのに感心させられた。これらの施設はパートタイムのかたちでコンサルテーションに参加する小児科医と精神科医と、教師の指導下に置かれていた。20以下の知能指数の子どもさえもが、志気の高い献身的な職員によって積極的に作業指導を受けていた。知能指数20~60程度の子どもが、こまかい技能を教えられ、積極的に、社会的な訓練を受けるとともに単純作業に従事していた。勿論、これはすぐれた施設であつて、不十分な施設での基準についてはわからない。情報提供者のなかには、それを心配するものもあつたが、子どもたちが、身近な医療監督の不足のために困っていると思われる証拠はなかった。しかし施設は不足しており、多くの町村では、精薄者(児)が精神病院に収容されていて、病院での困った問題とされていたことは明らかであった。彼らはその退行した行動とか、他の患者や職員をいらだたせるという理由で個室に閉じ込められていた。

しかし、どの精薄施設の職員もアフター・ケアとフォロー・アップを憂慮していることを表明していた。施設では、時には、退園児をパーティに呼んでみたりしてこうしたことをやっていた。職員たちは、精薄児の仕事を見つける手助けをする職員(employment officers)がないことを指摘していた。こういう(アフター・ケアなどをやっている)施設は新しい施設であり、退園後10年、20年たつたり、また世話をしてくれる親たちが死亡したあと、退園児を誰かが援助するのかと問われても誰一人わからなかった。普通学校に附設された特殊学級や特殊学校における精薄教育は、日本においては、充分理解されているけれども、特殊学校の数は十分ではない。

日本には、英国やヨーロッパ諸国に見られるような訓練センター(職業センター)はあまり発展していなかった。これは、普通教育では効果の得られない重度の精薄児が、家庭で生活しながら毎日通所することのできるセンターである。これらの施設は家庭のちゃんとした中等度の障害児(Down症候群のような)を援助するのに最適であるとされている。毎日センターに子供を通わせることは、母親たちに息抜きを与え、その訓練を通して、成人の生活をさせる準備をし、社会的技術を身につけさせ、報酬のもらえる単純な作業を教えることになるわけである。

私は重度精薄(重症白痴)の施設を一つも見学しなかった。歩くことのできない不幸な人たちが一生涯の保護と配慮とを求めている。30年前には、こうした

the patients physically healthy. Most of them were young or middle aged; there were very few elderly (4% over 60). Numerically the staffing was good, with a strikingly high ratio of doctors and substantial numbers of registered nurses. The relationship between staff and patients seemed warm, friendly and good-humoured with little of the cold distance or contempt seen in poorer Western mental hospitals. In most wards the patients had ample personal belongings - a marked contrast to older European hospitals. There was generally an absence of the massive security provisions - bars, double locks, railings, armoured glass, etc. - which disfigure some hospitals in other countries.

There was not much evidence that modern methods of active treatment, and rehabilitation, had been grasped. In a few hospitals the principles of the Active Therapy of Herman Simon (1926) were still retained and there was a good level of activity, but in many others the level of patient activity was very low. Patients were sitting about idle, lying in bed at midday or making their own occupation. In one hospital in the middle of the afternoon one-third of the patients were in bed because, it was said, of an unexpected snowfall. Although some hospitals had notable programmes of work and activity and some had patients working out in the community with night hospital arrangement, many had done little about this.

Too many wards were locked unnecessarily. There was too much use of methods of restraint, seclusion rooms, cells and security blocks. Patients were locked in solitary confinement, many clearly for long periods. In two hospitals the newest buildings were security blocks with elaborate devices such as steel bars, closed circuit television, etc., all of which lead to harmful isolation and regression.

Although a few inspired medical directors were concentrating on the life, work and freedom of their patients, many mental hospital doctors appeared to confine themselves exclusively to their traditional medical role, carrying out physical treatment and writing up case notes. In some hospitals they were preoccupied with research projects in neuroanatomy and neuropathology.

The nurses, too, seemed often to see their main responsibility as providing physical care, rather than directing and promoting an active life leading to rehabilitation. It appeared that in the recent rapid expansion there had not been enough attention to the principles laid down in the Third Report of the Expert Committee on Mental Health (Technical Report Series No. 73, WHO Geneva, 1953) in the organization of the mental hospitals, and there was little awareness of recent developments in social psychiatry.

4.3 Institutions for the mentally retarded

The writer visited seven institutions for the mentally retarded and was impressed by the high standard of training being given. They were under the direction of teachers, with paediatricians and psychiatrists attending on a part-time consultative basis. The children, even those of IQs below 20 were actively occupied by devoted staff whose morale was high. The children of IQs in the 20 - 60 range were being taught sensible skills and very actively occupied with simple industrial tasks as well as trained socially. These were of course leading institutions and standards in less satisfactory ones are not known. No evidence could be seen that the children were suffering from lack of direct medical control, although some informants were concerned with this. There are not enough institutions. In many towns retarded children and adults are accommodated in mental hospitals where they were clearly an embarrassing problem. They were locked in cells because of their degraded behaviour and the irritation which they aroused in the other patients and staff.

At all institutions for the mentally retarded, however, staff expressed anxiety about aftercare and follow up. Sometimes, the institution provided this themselves by bringing the former pupils back for parties. The staff mentioned the lack of employment officers to help the retarded find jobs. These were new institutions; when asked who was going to help their former pupils ten and twenty years after they left, or when their protective parents died, no one knew. The education of the feeble-minded in special classes attached to ordinary schools or in special schools is well understood in Japan, though the number of classes is not sufficient.

There has apparently, not yet, been much development in Japan of Junior Training Centres (Occupation Centres) as seen in Britain and European countries. These are centres where severely retarded children, unable to benefit from formal education, can attend daily while continuing to live at home. These have been found most useful in helping children with moderate defect (such as Down's syndrome) from good homes. The child's attendance at the centre each day gives relief to the mother, the training prepares him for adult life, trains him in social skills and even teaches simple remunerative tasks.

The writer did not see any institutions for the very severely mentally retarded (the severe idiots). The unfortunate individuals who cannot walk and often cannot feed

人たちは早死したが、今日では現代の薬物によって長期間生きながらえている。母親たちは多年にわたって献身的な看護を彼らに与えるであろうが、彼らの多くは施設保護が必要なのである。こうした患者の数は今後増加することは明白である。

4.4 健康保険

情報を提供してくれた多くの人々は、この制度から生じる難点を指摘していた。それは日本に特有なとても複雑なものである。どの病院も、各患者がどの保険制度に属して居るのか、何割の知る権利をもっているのか、ということだけを調査する大きな保険課 (Insurance Development) をもたなければならない。この煩雑さは、どの患者にとっても厄介であり、とくに、精神衛生サービスの対象者には、単純な人 (精薄) や混乱した人 (精神病) や情緒的に疲労した人 (神経症) たちが多く、この複雑な制度を利用することができないので、患者にとってはおおさらの厄介なものである。この保険制度は 1968 年には改正され、英国のように統一された国家保険制度にしようという話が出ているときいている。このような改正は、精神科の患者たちにとっての利益を多く招来することであろう。

今一つの医療保険制度の側面はより直接的な批判を喚起するものである。医療サービスごとに異なる支払率は、私が理解している限りでは、中央社会保険医療協議会の論争と妥協によって算出されたものである。しかしその委員会には一人の精神科医も参加していない。このことは、現行の医療保険支払制度が、全国的な精神医療のありかたを規定しているということからみて、不幸なことである。

入院患者の治療の支払はうまくいっており、比較的ゆるやかである。医師は入院患者の治療で十分な収入を得て、病院を経済的に繁栄させることができる。しかし外来患者の精神科医療は支払いが悪く、施された治療の長さとか、質だとか、程度だとかにかかわらず、どの外来に対しても一律な割合で支払われている。このことは、個々の患者に長時間かけることを阻止し、ごく短期間の面接でできるだけ多くの患者を見るように医師を奨励していることになる。医師にとって精神療法を行い、計画的に長期の面接を行って生活を立ててゆくことは不可能だときかされた。裁判所、児童相談所、県の行政機関等で精神科医が助言しても、それについてやした時間に相当する支払がないのである。このことは個人治療、とくに入院患者の身体的な治療に、医師の時間を費やさせ、地域精神衛生活動の問題に背を向けさせてしまう積極的な誘因がそこにあることを意味している。このようなことでは、必ずや地域精神衛生活動の発展はゆがめられ、虚弱化されるに違いないのである。

4.5 日本における精神医学の位置づけ

地域精神衛生活動には多くの専門家が含まれているが、精神科医はその中心になる人物である。討論が展開するうちに、日本の精神医学と精神科医とが、外国の現代社会における位置づけとは異なる位置を占めていることが明らかになった。

地域精神衛生の発展が提案されると、社会はこれまでとは違ったかたちで精神科医や精神医療を活用するようになると考えられる。それがどこまで発展するかは、社会が現在いかにそこで精神科医を眺め、それを活用するか——一般大衆が精神科医をどのように見ているか、他の医師が彼らをどのように見ているか、精神科医が自分たち自身をどのように見ているか——によって定まるものである。

日本では精神医学はかなり重篤な精神薄弱、精神病、癲癇および精神神経症の治療を行う医学の小さい専門領域である。それは性病や皮膚病程度に重要であっても、耳鼻咽喉学ほど重要ではない。このような伝統は Kraepelin および、その後のドイツ精神科医の診断的現象学的接近法と固く結びついている。一般大衆は精神医学について全く無知である。一般の医師たちには、精神医学はかけはなれた専門なのである。医師であるのは皆、たかさんの「神経症」(ドイツ語の Neurose) を診察し治療するのが当然と思っている。こうした医師は、精神安定剤や鎮静剤を与え、必要なときは患者がよりよい生活をするように、しつかりした厳しい助言を与えて治療する。彼は、こうした患者たちをまれにしか精神科医に送ろうとは思わないのである。精神科医を扱っている医師の多くが自分を精神科医とは呼ばない。彼らがそのことばを用いたところで、それは心臓専門医とか皮膚科専門医以上のものを意味するわけでもないのである。彼らは自分を医師——身体の医師——全医学の一部として見ている。彼らは、患者に接する際には白衣をまとい、殆んど事あるごとに身体検査を行う。彼らは診断を下し、普通、精神安定剤で治療するが、他の薬物で治療することもある。必要なときには、彼らはよりよい生活が営めるように慈愛に満ちた助言をする。

日本の多くの精神科医は、彼らの責任を限定してしまうこのような位置づけを受け入れ、それを喜び、そして、器質的な問題のみに目を向け、情緒的なかわりあいだとか個人的な再適応をも要求する精神神経症や精神療法や社会精神医学によってひきおこされる困難な問題にたちむかうことを避けるようにしている。

themselves require care and attention all their lives. Before thirty years ago they died quickly; nowadays, with modern drugs, they survive longer periods. Mothers will often care devotedly for them for a number of years, but many of them require institutional care. It is certain that the number of these patients will increase in the coming years.

4.4 Health insurance

Many informants mentioned the difficulties arising from this system. It is peculiar to Japan and of great complexity. All hospitals have to Maintain a large "Insurance Department" to find out just which insurance scheme each patient comes under and what rate of benefits he is entitled to. This complexity is hard on all patients but particularly on the clients of the mental health services, many of whom are simple-minded (the retarded), confused (the psychotic) or emotionally distressed (the neurotic) and therefore less able to manage a complex system. The writer was informed that the Insurance System will be reformed in 1968 and that there is talk of a uniform National Insurance System as in Britain. This would be greatly to the advantage of psychiatric patients.

Other aspects of the Medical Insurance System call for more direct comment. Payment rates for different forms of medical service are, as the writer understands, worked out by argument and compromise by a National Council between representatives of the insurance organizations and the organized medical associations. It is understood that there is no psychiatrist on the council. This seems unfortunate, for the medical insurance payments system is at present dictating the pattern of psychiatric treatment throughout the country.

The payments for inpatient treatment are well worked out and relatively generous. A doctor can make a good living treating inpatients and hospitals flourish economically. Outpatient psychiatric treatment is poorly paid and a flat rate is paid for each visit regardless of its length or the quality or intensity of the treatment given. This means that doctors are discouraged from spending any length of time with individual patients and have a positive incentive to see very many patients frequently for very brief interviews. The writer has been told that it is not possible for a doctor to make a living practising psychotherapy, or seeing patients for planned and lengthy interviews. There is no payment to psychiatrists for time they may spend advising courts, child guidance clinics, prefectural governments, etc. This means that there is a positive inducement for a psychiatrist to spend his time exclusively on individual treatment, especially physical treatment of inpatients and to turn his back on work for community mental health services. This must inevitably cripple development and impoverish such services.

4.5 The position of psychiatry in Japan

A number of professions are involved in community mental health services, but the psychiatrists are central figures. As the writer's discussions developed it became clear to him that psychiatry and psychiatrists occupy a different place in Japan from that in some other modern societies.

If developments in community mental health are proposed, it is suggested that society makes a different use from hitherto of psychiatrists and psychiatric services. The limits of such developments are set by how society at present sees and uses its psychiatrists - how the general public sees them, how other doctors see them, how the psychiatrists see themselves.

In Japan psychiatry is a minor medical specialty, the care of severely subnormal, psychotics, epileptics, and some psychoneurotics. It is as important as venereology or dermatology, not as important as otorhinolaryngology. Its traditions are based firmly on the diagnostic phenomenological approach of Kraepelin and later German psychiatrists. The general public knows little about psychiatry. To doctors in general psychiatry is an odd minor specialty. Every doctor expects to see and treat many "noyrosa" (German "neurose"). He treats them with tranquilizers, sedatives and good advice, if necessary firm, stern, advice on better living. He would seldom think of sending Such people to a psychiatrist. Many doctors dealing with the mentally ill do not call themselves psychiatrists, Even if they do use the word about themselves, it means no more than cardiologist or dermatologist. They see themselves as doctors - physicians - part of the body of medicine. When dealing with patients they wear a white coat and carry out physical examinations on nearly every occasion. They make a diagnosis - they give treatment - usually tranquilizers, but also other drugs. If necessary they give fatherly advice on better living.

It is possible that many Japanese psychiatrists may accept and welcome this position as it limits their responsibility and allows them to restrict their attention to organic materialistic problems and thus avoid facing the much more difficult problems posed by psychoneurosis or psychotherapy or social psychiatry which demand an emotional involvement and even a personal readjustment.

この専門のリーダーたち、とくに、西欧の精神医学や精神力学について理解している精神科医は、(深いかわりあいのない短期訪問を通して得たおおまかな印象とは反対に)日本人の伝統的な思考と感情を西欧の現代科学の知識と真に統合させようと試みている。

彼らは西欧諸国における精神医学の位置づけを驚きとある種の羨望とをもって眺めている。精神医学の地位は、それが立派で裕福な専門であるとみなされている米国でとくに高い。米国では、人間とその心に関する科学的研究が個人と社会を変化させる価値のある知識と理解と方法とをもたらすものであると一般的に信じられている。その結果、心理学や精神分析や精神医学は一般的に尊重されている。精神分析は人間の思考と感情の不合理な側面を説明してきたし、精神分析についての知識と理解は教養のある人たちの常識となっている。米国では、人が心理的に苦しんでいるとき、心理療法家や精神分析家やカウンセラーの援助を求める。彼らは、この援助に対して高い謝礼をする。精神分析療法は、精神医学に関する一定期間の教育訓練を経た、医師の資格のある精神分析家によって行われている。精神分析家より高い所得階層に属するものは婦人科医や外科医以外には医学専門職にごくわずかしかない。医師は皆、医学部において、ことにいくつかの学校では外科とおなじ時間数だけ充分に精神医学を教えられているので精神医学を理解している。従って、一般医は多くの患者を精神科医や精神分析家に依頼している。米国の精神科医は、自分の専門に誇りを抱いており、他の医学と区別されることをそれほど残念に思っていない。

英国におけるその位置づけは、米国と日本のほぼ中間にある。医学界やその社会の中での精神医学の位置づけはその社会がどのような発展をとげてきたかによって著しく異なっている。各国はその固有なパターンを生み出さなければならないが、日本も現在これを懸命にやっているところである。日本が現在発展させようとしているパターンは、これからの地域精神衛生活動の型を決定することであろう。

私には、日本の精神医学が世間から重症の精神病患者を扱う専門だと見られているように思える。それだから、地域精神衛生活動も、精神分裂病や癲癇や精神薄弱に対するサーヴィスだとみられてきたのである。

一方において、増大した心因反応(うつ状態や不安状態)や神経症的疾患の患者が大びらに大学病院の外来に集まっていることがみられ、都市の知識人、とくに西欧の考えに接している人々の間に深い精神療法や精神分析への要望が高まっているのに、資格をもつ治療者を見つけれないでいるときかされた。従って日本では、世論が医師に先んじて進んでおり、満たされない情緒的な問題に対して援助を求める声が高まっているように思える。個人的な問題に援助の手をさしのべる新しい宗教が大きく延びていることを見聞きしたことは興味のあることであった。

4.6 精神医学におけるリーダーシップ

Blain 博士は、1953 年に日本の精神医学におけるリーダーシップの問題について雄弁に次のように記している。「どこにそのリーダーシップがあるのか？誰れがWHOの年次報告書の妥当性について研究しているのか？」、「しかも、今のところ、本省の精神衛生担当課には一人の精神科医もいないのである。」Lemkau 博士も、「これだけの大規模(50 億円)な計画には、重要な刺激(指導)とある程度の統制を行う少なくとも一人の精神科医を含めた9人の職員が必要であろう。」と指摘している。

750 億円が計上されるようになった今日の状態は、不幸にして、少しも改善されていない。私のお会いした多数の上級の精神科医は、精神衛生活動の将来についていろいろ考えていたけれども、中央の行政官庁の有力者の地位にあるものはなかった。

Blain 博士は、厚生省内に精神科医が1人もいないことを指摘した。私は省内の医師のうちには今は2人の精神科医がいることを知らされた。しかし、彼らは2人とも省内では弱輩であり、精神医学の経験は浅かった。厚生省には上位の位置にいる経験豊かな精神科医はいなかった。

行政官庁における医療とくに精神科医療の専門家による指導制の問題は日本だけのものではない。どの国においても行政官庁の医療部門の地位は行政経験の豊富な行政官、普通は公衆衛生の専門家をもって充当されて、その専門領域のリーダーシップは、その専門科に専念した人によってとられている。この2つのグループを一緒にするように仕向けてゆく方策がなければならぬのである。

この点精神医学では、困難性が倍加する。この専門領域は、多数の長期入院患者を扱い、病院の開設、職員構成、組織に関する管理的な決定が、しばしば患者の社会復帰の機会を決定し、数十年にわたる活動のあり方を決定する。とくに大切なのはこれらの活動が専門の精神科医によって指導されなければならないことである。しかし、このような経験は省内のデスクで働くことではなく、精神医学と精神科クリニックや病院における多年にわたる勤務を通じてのみ得られるものなのである。

Leaders in the profession, especially those with an understanding of Western psychiatry and psychodynamics (as opposed to the brief impressions gained from a short visit without involvement) are anxious to attempt a true synthesis of traditional Japanese thinking and feeling and modern Western scientific knowledge.

They regard the position of psychiatry in Western countries with surprise and some envy. The status of psychiatry is particularly high in the United States where it is a proud and affluent profession. There is a general belief in the United States of America that scientific study of man and the mind yields valuable knowledge, understanding and methods for changing men and society. As a result, psychology, psychoanalysis and psychiatry are generally esteemed. Psychoanalysis is held to have illuminated the irrational aspects of human thinking and feeling and some knowledge and understanding of psychoanalysis is part of an educated person's intellectual equipment. In America, when people are psychologically troubled, they turn for help to psychotherapists, to psychoanalysts and to counsellors. They pay large sums for this help. Psychoanalytic treatment is given by medically qualified psychoanalysts most, of whom have also had a period of psychiatric training. Only a few medical specialists – such as gynaecologists and surgeons – may be in a higher income bracket than psychoanalysts. All doctors know about psychiatry, which is well taught in medical schools, in some schools on an equal footing with surgery, so that general doctors refer many patients to psychiatrists and psychoanalysts. Psychiatrists in the United States of America are proud of their profession and do not much regret that it sets them apart from the rest of medicine.

The position in Britain is about midway between the United States of America and Japan. The position of psychiatry within medicine and within society varies considerably in different developed societies. Each country must work out its own pattern and Japan is actively doing this at present. The pattern she evolves will determine the type of community mental health services she receives.

It appeared to the writer that psychiatry in Japan was seen as a specialty dealing with the severely mentally ill. Community mental health services were therefore seen as services for the schizophrenics, the epileptics, and the mentally retarded.

On the other hand, an observation was made that an increasing number of people with psychogenic reactions (depressive states, anxiety states) and psychoneurotic illnesses were coming openly to the University clinics and the writer was informed that amongst urban intellectuals, especially those in touch with Western ideas, there was an increasing demand for intensive psychotherapy or psychoanalysis for which they could not find qualified practitioners. It seemed therefore that public opinion in Japan was moving ahead of the doctors and that there was an increasing demand for help with emotional difficulties which was not being satisfied. It was interesting to hear and to observe that there has been a great increase in new religions offering help with personal problems.

4.6 Leadership in psychiatry

In his 1953 report Dr. Blain wrote eloquently about the problem of leadership in Japanese psychiatry "Where is the leadership located ...? Who is studying the adequacy of annual reports ...?" (p.15) and also "But just now there is not a single psychiatrist in the Central office" (p.15). Dr. Lemkau commented, "A program this large (5 billion yen per year) would appear to require more than nine Persons including but one psychiatrist, for its central stimulation, consultation and to some extent, control".

Unfortunately there is not much change in the situation today although the cost is now 75 billion yen. A number of senior psychiatrists met were concerned about the future of the mental health services, but they did not hold the positions of central governmental power.

Dr. Blain commented that there was no psychiatrist in the Ministry. The writer was informed that amongst the doctors in the Ministry of Health and Welfare there ere now two psychiatrists. They are however both junior in the Ministry and their experience of psychiatry has been brief. There is no experienced psychiatrist in a senior position in the Ministry.

The problem of the professional leadership of governmental medical services, especially psychiatric, is not a unique one for Japan. In all countries governmental medical positions are largely filled by career officers, usually public health specialists, who have worked their way up the Ministry, while the leadership of the profession is taken by men who have concentrated on their specialties. There has to be some mechanism for bringing the two groups together.

In psychiatry there are further difficulties. This specialty cares for very large numbers of long-stay patients; administrative decisions about siting, staffing and organization of hospitals will often determine their chances of rehabilitation and set the pattern of services for decades. It is particularly important that the services should be guided by an experienced psychiatrist of standing in the profession. But such experience can only be acquired by years of working in psychiatry and psychiatric clinics and hospitals, not by working at Ministry desks.

米国では、精神衛生のコミッショナーが知事に対して直接に具申することのできる各州の上級官吏であり、州の閣僚の一人であることが多い。知事がその人を個人的に選び指名するもので、その人は通常、経験の長い官吏であることは少なく、上級の精神科医であり、しかもしばしば専門的にも優れた人である。英国では、厚生省技監補 (the Deputy Chief Medical Officers of the Ministry of Health) の1人は精神科医でなければならないし、その人は大臣に直接具申できる権利を与えられている。この技監補は上級官吏であると同時にしばしばその専門の優れたメンバーである。近年、指導的な位置にある精神科医が3年の約束で、厚生省に入っている。

Blain 博士が1953年に「精神科医が本省でもっと高い地位を占めないとならば日本の精神衛生活動は満足のかゆく発展ができないだろう」と述べたが、その意見に私も同感である。

日本の精神衛生課は、厚生省の10局の1つである公衆衛生局の7課の1つにすぎない。この不十分な位置づけは厚生省内において与えられている精神衛生への重点度を示すものである。このような地位は、厚生省が戦後間もなく組織された当時、主要課題が伝染病や児童福祉や社会福祉であった当時には、適切な評価であったのであろうが、それは現在の状態に対応するものではない。

いかなる行政官庁においても、いかなる局においても、ある業務の活動と予算と重要性をさく減して、その代りに、他の活動を盛んにするものである。例えば、近代国家における肺結核の部門は縮小しつつあり、他方、製薬部門が増加している。多分、日本政府もその部局を調査したならば、今日の重要性によってそのことを認識することであろう。このような再評価は省内に地位を得ている人々にはいつも不評判である。それは優先権をくつがえし昇進についての個人の期待を危険にさらさすからである。しかし、そのことは、責任ある人々の時にははしななければならない課題なのである。

国立精神衛生研究所が市川に現存しており、すばらしい研究業績をあげ、それはその出版物や国際的名声によって示されている。多数の価値ある調査——患者、治療設備、専門職員の数と質等について——が行われ、全国規模の訓練計画がたてられている。しかし、その予算は制限され、拡大計画は繰り返し経済理由により延期させられている。

進んだ国々は、調査に投資することが、国家の進展に不可欠であるということを知っている。日本の唯一の国立精神衛生研究所の予算を制したりすることは不経済なことであると言わなければならない。

5. 考察

5.1 精神病院在院患者の動向

精神病床にはある種の動向がみとめられた。すなわちここ15年間新しく作られた多くの日本の精神病院は分裂病患者に利用され満床になっている。訪問した病院ではすでに慢性患者が増加していく傾向があった。5年以上在院している患者数は増加し、しかも、これらの患者の大多数は25才から35才の若い人々であった。ふつうに寿命を全うすとなれば、この患者はあと30年間も病院に在院する可能性がある。

日本はヨーロッパと同じような悩みに直面している。精神分裂病者が病院に集められ身体的治療を受け、無為なままに閉じ込められている。患者達はここで長い生涯をおくり、入院患者数は増加し、病院は無為で希望もなく施設病化した患者で満員になる。最近になってやっと、社会精神医学や積極的な治療、社会復帰の的確な活用によってこうした動きが逆転されつつある。

この点に関し調査を行う必要がある。どのくらい慢性患者ができていくかを明らかにし、将来の動向を予測するために在院患者の年齢と入院の日付を注意深くチェックすべきである。このことは規則的なチェックによって監視されるべきである。

5.2 精神病院の敷地

ヨーロッパでおかしたある種の失敗を日本がまたくりかえす危険が本当にある。最初に西ヨーロッパとアメリカ合衆国の東部でん狂院 (asylums) がもうけられた時、辺鄙地が安価だという理由で田舎にたてられた。最初は小さな施設であり、希望と積極的な治療の場であった。それが事故をおこすことを恐れてだんだん安全手段を増加させることになった。患者は退行し無為になったが、ゆきとどいた医療によって生きのびたために生き残り、その人数は確実に増加していった。町から離れているので、社会復帰や地域社会との関係は困難であった。往き来するのが困難なので家族は病院を訪問しそびれるし、患者は家庭に行くことに気力がなくなる。徐々に収容所は規模が大きくなってきた。新しい施設を人口の中心地からはなれた安い土地に建てるのは一見経済的にみえるが実はそうではない。社会復帰はきわめて困難になり、その結果患者は永久下宿人になってしまいがちである。施設は次第に大きくなり、究極的な経費はよりばう大なものになる。もしも精神科の治療組織単位が小さく町の中にあるなら、家族との接触は維持されるし、社会復帰はよりたやすく、慢性患

In the United States of America the Commissioner for Mental Health is a senior officer in each State, with direct access to the Governor, and often a member of his Cabinet. The Governor selects and appoints him personally; he is always a senior psychiatrist, seldom a career official and often a man of professional distinction. In Britain one of the Deputy Chief Medical Officers of the Ministry of Health must be a psychiatrist, with the right, of direct access to the Minister. He is a senior man and often a distinguished member of the profession. In recent years leading psychiatrists have been brought into the Ministry for three-year tours of duty.

The writer agrees with Dr. Daniel Blain's opinion expressed in 1953 that until there is better central psychiatric staffing, Japan's mental health services will not develop satisfactorily.

In Japan, Mental Health is one of the seven sections of the Bureau of Public Health, itself one of the ten Bureaus of the Ministry of Health and Welfare. This insignificant position is a measure of the importance given to mental health within the Ministry. This may have been a just assessment when the Ministry was organized just after the war, when the major problems were those of the infectious diseases, children's welfare and social services, but it does not reflect the present position.

Within every government and every department, certain activities decrease in activity, expenditure and importance while others increase. In all modern countries, for instance, departments for tuberculosis are shrinking while those for pharmaceuticals are increasing. Presumably the Government of Japan at times surveys its departments and recognizes them in accordance with up-to-date priorities. Such reassessments are always unpopular with the established members of the Ministry because they upset priorities and may even endanger individuals' prospects of promotion. Nevertheless, it is the duty of those in charge to carry them out occasionally.

The National Institute of Mental Health remains in Ichikawa and does much excellent research work, as is shown by its publications and its international reputation. A number of valuable surveys - of patients, treatment facilities, numbers and quality of professional staff, etc., - have been carried out, and national training schemes have been organized. The budget has however remained limited and plans for expansion have, the writer is told, been repeatedly deferred on grounds of economy.

Advanced countries have learned that investment in research is essential for national progress. It is false economy to stint the budget of Japan's only national psychiatric research institute.

5. DISCUSSIONS

5.1 Mental hospital population trends

Certain trends in the population of the mental hospitals were noted. During the last, fifteen years many new places in Japanese mental hospitals have been made available and filled with schizophrenics. In the hospitals visited there was already a tendency for a chronic population to accumulate. The number of patients who had stayed more than five years was increasing and most of these were people in early adult life aged 25 - 35. With a normal life span they may live another thirty years in the hospitals.

It appears that Japan is in grave danger of suffering the same experience as Europe. There schizophrenics were gathered into hospitals, cared for physically and locked up in idleness. They lived long lives and the inpatient population accumulated until the hospitals filled with vast numbers of idle, hopeless, "institutionalized" people. Only recently, by the rigorous application of social psychiatry, of active therapy and rehabilitation has this trend been reversed.

There is a need for surveys here. There should be a careful check of the population of the hospitals by age and date of admission to determine the buildup of the chronic population and to forecast future trends. This should be watched by regular checks.

5.2 Siting of institutions

There is a real danger that Japan will repeat certain other mistakes made in Europe. When asylums were first built in Western Europe and the Eastern United States of America, they were placed far out in the country because rural land was cheaper. At first they were small institutions, places of hope and active treatment. Gradually fears over accidents led to increasing security measures; the patients regressed into apathy but were kept alive by good medical care so that they survived and numbers rose steadily; because of their distance from the town, rehabilitation and community relations were difficult. Travelling difficulties discouraged relatives from visiting the hospitals and patients from going to their homes; community contacts were lost. Gradually the asylums increased in size. It is false economy to build new institutions on cheap land far from the centres of population. Rehabilitation is most difficult and patients tend to become permanent residents. The institutions become steadily larger and the ultimate bill is much heavier. If a psychiatric unit is small and in the middle of town, contact is maintained with relatives, rehabilitation is easier, discharge of chronic patients is quicker. Though the initial cost of land may be

者の退院はより速かになる。最初の土地代が高くても、施設は小さいままでいいし、そのほうがはるかに価値が高い。

5.3 精神病院のコントロール

多くの日本の精神科医は筆者に、精神病院の基準を統制するという課題があることをべていた。日本は現在 800 をこえる精神病院があり、そのうち 80% が 1945 年以後に創設されている。それ故ほとんどの精神病院は新しい施設であり、そこで医師、看護婦、患者といった人々が依然としてある形の人生をすごしている。あるものは非常によくやっているが、他のものはそうでないことを筆者は聞いている。また精神病院の約 3 分の 1 は、快適で、衛生的な身体医学的ケアはいままでもなく専門的な精神医学的ケア、あるいは社会治療についての好ましい基準に達していないことを知った。またこうした問題点でとくに悪いのは、院長や看護婦が以前に精神医学の経験をもたなかったり、自分の投資回収に不安をもつ所有者が施設を超過員にさせて収入をあげようと医療スタッフに圧力をかけていることであることも分った。

現在精神病院は全ての病院と同じように県の機関によって監査されている。この監査チームには普通医師 1 名が加わるが精神科医が入ることはめつたにない。このチームでは衛生上の危険を予防したり定員過剰を予防したりするには大体充分であるが、どんな精神医学的ケアが与えられているかを査定することはできない。

精神科施設の管理には特別な問題点がある。通常病院やナーシングホームは公衆のせんさくの的となり、スキャンダルがおこりがちである。患者は家庭にかえると自分たちの見たことを話すので、家族は病院に来て不当を訴える。ところが精神科患者は妄想を抱いているとみなされてしまい、患者の不幸や不安はしばしば割り引きされてしまし、家族も精神病院と縁が切れるのをのぞまないことが多い。かれらは問題をおこす家族の一人が閉じこめられているのを幸いと思っているし、あまり質問してくることがない。だから精神病院は普通の病院よりも悪弊がよりのやすく発展し増加しやすい。

それ故日本では精神病院の基準を改善する必要があるし、とくに社会精神医学におけるより好ましい基準を奨励する必要がある。

ひとつの解決の可能性は高度の力量のある国家監査制度をもうけることだろう。こうした手段 (The Board of Control) は多くの施設が創設されていった時に英国で効力を発揮した。監査官 (Commissioners) には高給が支払われ経験のある精神科医が含まれていた——何人かはその国のもっとも有能な精神科管理者であった。彼らは病院を訪ずれ、法律によって地方で出版されることになっている報告書を書いた。彼らは病院の許可を取消したり、患者の退院命令をだしたり、職員 (院長も含む) の更迭をさせることができる。この監査官は非常に恐れられていたが、あちこちの領域について新しい改善の情報がある地域から他の地域に知らせるという大切な教育的な影響をもたえてきた。この監査官はすべての英国の病院 (全精神科病院を含む) について、衛生省が責任をもつようになったあと、他の管理や監査の方法が発展したので最近ついに解消した。しかし監査官のいくつかの活動を復活させようとする運動がすでにおきている。

5.4 老人の入院患者

日本と西洋の精神病院の顕著な差は日本では老人の患者が少ないことである。精神病院の患者のたった 4% が 60 才以上であるのに対し英国では約 50% になっている。英国の病院ではこうした老人たちは、職員の大きな負担になっている。失禁し、身体的にどうすることもできず、しばしば身体障害があり、精神病であると同時に頻りに身体的な病気があるので看護婦や医師の時間と注意がものすごくいる。こうした負担は日本の精神病院には現在のところ感じられない。日本の精神科医はこの理由が老人を支え、あがめ、愛するという伝統的日本の家庭状況にあること、それ故、精神的にまいってしまう老人がより少く、精神科医のところにもこないし、従って、病院にも少ししかいないのだと推測する傾向がある。

このことは多分かなりの真実性があり、老人医学という専門医学——老人の病氣とその治療——西洋と日本ではちがった形で発展していくだろう。現在のところ、老人は英国や合衆国ほどは日本人の大きな比率を示してはいない。これは古い世代の高度の死亡率と 1944-1948 年代の多数の死亡によるとみられる。同様な人口構造がソビエト、ポーランド、ユーゴスラヴィヤ等にもみられる。人口中の老人の比率が増大し、一方で工業化がすすみ大家族がすくなくなるにつれて、より多くの老人が精神医学的援助を求めようになるだろう。

けれども英国の入院患者のゆきとどいた横断的 (cross-sectional) な研究では、こうした負担となる老人のほとんどが、老年精神障害のために入院させられた患者ではない。この入院患者は何年も前に、若年又は中年の時代に、分裂病にかかって入院させられ病院で年をとった患者である。英国の精神病院の現在の「老人問題」の多くは 1920 年と 1950 年の内に入院させられたものである。こういう患者は現在の日本の病院にはいない。しかし現在のように慢性

higher, the institution remains small and gives far better value.

5.3 Control of mental hospitals

Many Japanese psychiatrists spoke to the writer about the problem of control of standards in mental hospitals. Japan now has over 800 mental hospitals, 80% founded since 1945. Thus most of the mental hospitals are new institutions where people – doctors, nurses, patients, are still working out a way of life. Some are doing this very well, but the writer has been informed that others are not. It was also learned that about one-third of the mental hospitals fall well below desirable standards of comfort, hygiene, and physical medical care, not to speak of specialized psychiatric care or social therapy, and that these problems are particularly bad where the medical director or his nurses are without previous psychiatric experience or where the proprietor, anxious for a return on his investment, is putting pressure on the medical staff to increase income by overcrowding the institutions.

At present, mental hospitals, like all hospitals, are inspected by the agents of the prefectural government. Amongst these is usually a doctor but seldom a psychiatrist. This team is probably sufficient to prevent hygienic dangers or gross overcrowding but they cannot assess the quality of the psychiatric care given.

There are special problems in controlling psychiatric institutions. Ordinary hospitals and nursing homes are liable to public scrutiny and scandal. The patients on their return home speak of what they have seen; their relatives visit and complain. Psychiatric patients are regarded as deluded and their complaints are often discounted; their relatives are often unwilling to disclose their connection with the mental hospital, or, happy that their troublesome relative is locked away, are not liable to ask too many questions. It is much easier for abuses to develop and multiply in psychiatric hospitals than in ordinary ones.

There is need therefore an improved control of standards in mental hospitals in Japan and also for the encouragement of better standards, especially in social psychiatry.

A possible solution would be a National Inspectorate of high calibre. Such a measure (The Board of control) was found effective in Britain at the time when many institutions were being founded. The inspectors (Commissioners) were highly paid and included experienced psychiatrists – some the ablest psychiatric administrators in the country. They visited hospitals and wrote reports which, by law, had to be published locally. They could revoke the licence of a hospital or order the discharge of a patient or a staff member (including the medical superintendent). Though they were much feared, they also had a valuable educative effect in carrying information of new improvements from one area to another. They were finally disbanded in recent years after the Ministry of Health had taken over all the British hospitals (including all psychiatric hospitals), as other methods of control and inspection were developed, but there is already agitation for revival of some of their activities.

5.4 Elderly patients in mental hospitals

One notable difference between Japanese and Western mental hospitals is that they contain few elderly people. Only 4% of the mental hospital population are aged over 60 while in Britain the figure is about 50%. In British hospitals these old people are a great burden on the staff, requiring much time and attention from nurses and doctors, because they are incontinent, physically helpless, often crippled, and frequently physically ill as well as being psychotic. This burden is not at present felt in Japanese mental hospitals. Japanese psychiatrists tend to assert that this is because of the traditional Japanese family situation which supports, honours and loves the elderly person; thus, they say, fewer old people have psychiatric breakdowns, fewer go to psychiatrists and there are thus fewer in hospital.

There is probably some truth in this and it may be that the medical specialty of geriatrics – of the diseases of the elderly and their treatment – will develop differently in Japan from Western countries. At present the elderly do not form so large a proportion of the Japanese population as in Britain and the United States. This is presumably due to a high mortality in earlier generations and many deaths during the period 1944-1948. A similar population structure is seen in the Soviet Union, Poland, Yugoslavia, etc. As the proportion of elderly persons in the population increases while the country becomes increasingly industrial, and extended families less common, it seems likely that more elderly people will seek psychiatric help.

Careful cross-sectional Studies of British hospital populations have however shown that most of the elderly persons who are such a burden were not admitted because of psychoses of senility. They were admitted many years earlier, in early and middle adult life, suffering from schizophrenic psychosis, and had grown old in hospital. Many of the present “geriatric problems” in British mental hospitals were admitted between 1920 and 1950. Such persons are not in Japanese hospitals now. If the present accumulation of chronic

患者が、るいせきしつづけ現代医療によって生かされていれば、1980 年から 1990 年代において日本の精神病院でも老人患者の数は非常に増加するだろう。このことは遠い先の問題のようにみえるだろうが、何らかの対策がすぐに行われなければ、大変なことになるだろう。

5.5 精神欠陥者のアフターケア

日本ではこの分野において断続的なばらばらな努力はあったけれども、この問題の大きさを認識する必要があり、その対策の実行が必要である。

他国と同様に日本でも精神欠陥者がものすごくたくさんいる。彼らは十分に個人生活をおくれず、簡単に施設内の非生産的な生活に引っこんでしまう。しかし、もしよい職員のサービスに支えられれば、独立生活をおくり、むだな失費となるかわりに国家の経済に莫大な貢献をすることができるのである。

この人達は、多くの高度の精神薄弱者—IQ30~70 の患者—や永続的な思考障害をもっている慢性分裂病患者や若干のてんかんの人を含んでいる。こうした人々は、医療歴はさまざまであるが、社会的に無能である点では似ている。彼らは独立できず、結婚しそうなもない。単純な水準の仕事はできるが、複雑な仕事にはつけない。重い責任にもたえられないし、他の勤務者と満足な関係をもてない。周期的にまいってしまい、その時医療を必要とし、しばしば入院する必要がでてる。

もっとも安易な解決策はこうした人々を施設におしこめてしまうことであり、こうした人々は、しばしば、そこで人生の残りをすごす。こうしたやり方では患者の数は増加するだろう。その結果、国家の負担が大きくなる。アメリカ合衆国で 1950 年代に精神病院で非生産的かつ不幸にすごしているものが人口 10,000 人あたり 40 であった。

昔はこうした人々は農村経済にたやすくとけこんでいた。日本はいまでは急激に産業社会となっている。こうした欠陥者でも都会社会に適合していくことは困難だが不可能ではない。彼らは、そうは一般の人が望まない仕事をする事によってしばしば大切な工員になっている。彼らは、現在の日本に欠けている社会の支えというわくぐみを求めており、地域社会の活動家との継続的な接触を求めている。現在こうした支えは、保健婦や福祉職員によって提供されているが、どちらも精神医学的訓練を受けていない。彼らは熟練した職場さがしを必要としている。現在この職さがしは労働省によって組織的ではなく、偶然にみつかるという形で行われている。彼らは精神医学的治療を即刻受けられることを望んでいる。あるものは以前通っていた私立精神病院から治療を受けている。しかしこうした人々に何年にもわたる人生の残りの期間、長期にわたる支えを提供しその要求を医学的に受け入れているという証拠はほとんどない。

日本は原爆被爆者や傷痍軍人、引揚者のアフターケアや社会復帰問題にたくみにとりこんできている。今や精神欠陥者がこれからの主な社会復帰の問題としてあらわれてきた。

5.6 精神療法と精神分析

英国とアメリカ合衆国で「地域精神衛生活動」といえば、情緒障害者に対する諸活動が含まれている。こういう諸活動では、カウンセリングや精神療法や精神分析が大きな比重を占めている。全ての外来クリニックでは精神療法を行う専門的な時間がたっぷりとられているが、精神分析的な精神療法に対する一般の要望がたくさんあってそれを満たすことができないほどである。

そんなわけで日本では精神療法に使われる時間がそう多くないことを知ったことは興味があった。多くの精神科医は精神分析についてあやまつた知識を持っており、精神分析は日本人には適しないという自己満足的な意見で正当化している。大学病院における精神医学的訓練計画は、神経解剖学、神経病理学、大脳生化学、現象学というたくさんの課目があるのだが、精神療法や精神分析あるいは社会精神医学の教育はほとんどない。熟練した精神科医は Freud の著作のいくつかを読んでおり、アメリカ精神医学において精神分析が大きい地位をしめていることも知っていたが、これが自分たちの仕事にはほとんど直接には適用されないと信じている。

さらに吟味してみると、日本で困難のうちに診療をしている精神分析医はわずかしかないが、知識人の間から治療の要求が少しづつでていることが分った。情緒障害者がどこで援助をうけたかについてさらにしらべてみると、その答はさまざまである。ある人は薬物療法や大学精神科クリニックで支持的な精神療法をうけ、ある人は内科医や一般医師によって、薬物、水治療法、温泉旅行等によって治療している。かれらの多くは医学的に関心がもたれないために拒絶されると明らかにかんじていたり、宗教とくに彼らに精神的不安や困難な問題に救いを与えるという立正佼成会や創価学会といった新興宗教にも傾いていく。

世界中どこでもそうだが、日本にも情緒障害者がたくさんいる。この情緒障害のあるものは日本文化の影響によって特定の方向にむけられており(日本での自殺率が女性の場合世界でまだ最高国の一つであることがそれを裏

patients persists however and they are kept alive by modern medical care, there will be a great increase in the number of sick old people in Japanese mental hospitals in the 1980's and 1990's. This may appear a remote matter, but it will become a matter of major concern unless action is taken soon.

5.5 Aftercare of the psychologically crippled

Although there are spasmodic unco-ordinated efforts in this field in Japan there is a need to realize the size of the problem, and the action needed.

There are a substantial number of people in Japan, as in other countries, who are psychologically crippled, people who cannot manage to live a full personal life, but easily retire into an institutional unproductive life, but who can, if supported by well staffed services, live a free life and make a substantial contribution to the national economy instead of being a useless drain on it.

This group includes many of the high grades of mental retardation - the patients with IQs between 30 and 70, the chronic schizophrenics with persisting thought disorder, and some epileptics. These people, with diverse medical histories are similar in their social disability. They cannot support themselves; they are unlikely to marry; they can work at a simple level but cannot undertake complex tasks, bear heavy responsibility nor relate satisfactorily to other workers. They are subject to periodical breakdown, when they need medical care and often hospitalization.

The easiest solution is to push these people into institutions, where they often settle for the rest of their lives. In this way the number of patients will increase - and the burden on the nation. During the 1950's in the United States of America there were up to 40 persons per 10 000 residents, unproductively and unhappily, in mental institutions.

In the old days these people were easily absorbed into the rural economy. Japan is now an increasingly industrial society. It is difficult but possible for these cripples to fit into urban society. They often make valuable factory employees, doing undemanding jobs. They require a framework of social support that is at the moment lacking in Japan. They require a continuing contact with a community worker. At present this is provided by the public nurses, or the social welfare officer, neither with psychiatric training. They need skilled job finding; at present this provides a haphazard basis by the Ministry of Labour. They require rapid access to psychiatric treatment. Some get this from the private mental hospitals they previously attended, but there is little evidence of a medical acceptance of the need to give these people long-term support over many years, probably for the rest of their lives.

Japan has successfully tackled the problems of the aftercare and the rehabilitation of the A-bomb victims and of the crippled soldiers and repatriates. The mentally crippled are now emerging as the major rehabilitation challenge of the future.

5.6 Psychotherapy and psychoanalysis

Under the heading "Community mental health services" in Britain and the United States of America are included the services for the emotionally disordered. Amongst these the provision of counselling, of psychotherapy and of psychoanalysis has high priority. All psychiatric outpatient clinics set aside a good deal of professional time for psychotherapy. There is an unsatisfied public demand for psychoanalytic psychotherapy.

It was therefore interesting to learn that not much time was given to psychotherapy in Japan. Many psychiatrists were ill informed about psychoanalysis and justified this by complacent statements that "psychoanalysis does not apply to Japanese people". Psychiatric training programmes at University hospitals, while including much instruction on neuroanatomy, neuropathology, brain biochemistry and phenomenology, had very little instruction on psychotherapy, on psychoanalysis or social psychiatry. The better trained psychiatrists had read some of the works of Freud and knew of the importance of psychoanalysis in American psychiatry but had also convinced themselves that this had little direct application to their work.

Further enquiry showed that there were a few psychoanalysts practising, with difficulty, in Japan and that there was a developing demand from educated persons for this type of help. Further enquiries as to where emotionally disturbed persons found help elicited different replies. Some were treated by medication and supportive psychotherapy at University psychiatric clinics, some were treated by internists and physicians, by medication, hydrotherapy, hot spring trips, etc. Many apparently feel rebuffed by the lack of medical interest and turn to religion, especially the new religions such as Rishokoseikai and Sokagakkai who offer them relief from their nervous anxieties and difficulties.

There are many emotionally disturbed people in Japan - as there are in all countries in the world. Some of this emotional disturbance is forced by the Japanese culture into particular channels (witness the suicide rate in Japan, still for women one of the highest in the world) and some may be contained by the special gratifications which offset the peculiar

づけている)、ある種の情緒障害では、日本の生活様式に特有のストレスを示すような特別な満足方法がとられている。だがそれで情緒障害者がいつまでも満足しつづけるかどうかはうたがわしい。

日本は工業国であり都市国家である。伝統的生活様式は急速に変容してきており、三世大家族は二世大家族に道をゆずり女性の役割は変化し、膨大な若年人口は世界の変動する若者の一部として自分たちを見ている。似たような変化が他の多くの先進国におきつつある。そこでは、情緒的ストレスに対処する伝統的な方法は不適切になり、疲れきった現代都市の男性(女性も)は、産業化した社会で孤立しており、個人的助言やカウンセリングを希望している。日本におけるこうした要求は確実に高まってくると筆者は考える。多くの疲れ切った日本人が新しい宗教に行ったとしても、あるものは世界でもっとも進んだ社会が、もっとも価値があるとみなしている援助即ち専門的なカウンセリング、精神療法、精神分析を希望して行く。そこで日本の精神科医は、ためらいながらもこれにこたえることをよぎなくされるだろう。かれらは今のところこの挑戦に対する準備ができていない。情緒障害者に対する適切な設備をつくるとなると、そのためのサービスは非常に変化せねばならないだろう。即ち、外来クリニックは拡大され、精神医学訓練は適切な精神療法の訓練をとり入れねばならないし、最後には大学医学部のカリキュラムもまたあらためねばならないだろう。

5.7 精神衛生運動

日本政府が地域精神衛生活動について助言を求めたのは、日本での地域精神衛生対策が今まで何故成功しなかったかという問題に強い関心をもったからである。著者はこの要求に答えて、この原因を理解するよう努力してきた。日本の状況と英国やアメリカ合衆国の状況とのちがいでめだつ相違は、精神衛生に貢献する素人の団体がわずしかか発達してきていない点である。これはこの国の社会構造の基本的な差によるものだと筆者はいわれてきた。

英国やアメリカ合衆国ではほとんどが全ての社会的発達——種々のサービス、諸施設、新しい法律等——に対して数十年にわたる関心の高い活発な素人の団体の宣伝、討議や実験が先行してすすんできた。こうした人々はそののろろしている専門科の尻をたたき、同じように心の悩みをもつ人々を組織し、圧力団体となって法律を改めさせ、サービスを提供し施設等をたてた。

ここ20年の間、英国では全国精神衛生協会が精神衛生法規を改正させるよう活発に運動をし、1959年の精神衛生法で極点に達した。この運動が先進的な青少年訓練センター、精薄者病院、保護工場の監督者訓練コース、精神病者のハーフウェイハウスを建設し、また皇族や著名な政治家の出席する大事な国家会議を毎年開催している。

素人団体はまた講演や新聞雑誌、映画や国営テレビ、園遊会、バザー、慈善興行によって一般の人々に対して精神病患者や精薄者の要求を伝え、彼らに積極的な関心をひかせるための公衆教育を行っている。こうした仕事から「病院友の会」Friends of the Hospitalの集団や、病院内の奉仕員をはじめ、精神衛生関係施設や精神的欠陥者に活発に支援を与え、専門家にとって非常にたすけになるような他の多くの団体が発生した。

日本では原爆被爆者、旧軍人、ソーシャルワーカーのような圧力団体に比べて、こうした素人の精神衛生団体がすくない。こういう団体のないことは大衆一般の精神病や精神病院についての無知や恐れや偏見があるからであり、また団体のないことが偏見の原因にもなっている。このことは精神病を理解し、それに対する偏見をのりのぞくための公衆教育が欠けていることに関係があるのだらう。こうした教育計画なしには地域精神衛生活動は急速に発展しないであらう。

5.8 社会精神医学

地域精神衛生活動が日本で花を咲かせない理由の一つは、日本の精神科医の多くが社会精神医学を理解していないことにある。現代精神医学のいくつかの側面は日本でもよく理解され応用されている——診断精神医学、精神薬理学、脳波学、発生学は理解され応用されているが、精神病理学や精神分析のような他の形のものは理解されてはいても活用されていない。社会精神医学に至っては理解も応用もされていない。

比較疫学や比較文化精神医学は日本では大変よく理解されていて、いくつかの興味ある研究に活用されてきている。「社会精神医学」はとくに英国でここ20年の間に発達してきたもので、患者及び病気を社会という文脈の中でみよというものである。これは患者の病気の診断に応用されまた治療に応用されている。それは基本的に新しい次元であり、患者が心の悩みをもって医師を訪れたときおこる問題点のみをつめる新しい観点である。精神科医はもはや単に患者の内心におきていることだけをみるだけではなく、全体の状況、すなわち患者の周囲、家族、仕事、社会階層だけでなく、精神科医自身すなわち自分

stresses of the Japanese way of life. It seems doubtful whether they will continue to be sufficient.

Japan is an industrial country and largely an urban one; the traditional way of life is modifying fast; the three-generation family giving way to the two-generation, the role of women is changing and the vast population of young adults see themselves as part of the moving youth of the world. Similar changes are occurring in many other advanced countries. In all of them traditional methods of dealing with emotional stress are proving inadequate; the distressed modern urban man (and woman) Standing alone in an industrial society, desires personal help and counselling. The writer considers that the demand for this in Japan will rise steadily. Even though many distressed Japanese go to the new religions, a number will demand the help regarded as the most valuable by the most advanced societies in the world, namely: professional counselling, psychotherapy and psychoanalysis and Japanese psychiatrists may be forced, however reluctantly, to provide this. They are not at the moment ready for this challenge. If adequate facilities are to be provided for the emotionally disordered then services will have to change greatly; outpatient clinics will have to expand, psychiatric training will have to include adequate psychotherapeutic training and ultimately even the undergraduate medical curriculum will have to alter.

5.7 Mental hygiene movements

The Japanese Government, in seeking advice on community mental health services, were apparently concerned why their programme of community mental health had not prospered to date. The writer, in his enquiries, has also been attempting to understand this. One immediate difference between the position in Japan and that in Britain and the United States of America was the very slight development of any lay organization devoted to mental health. He has been told that this is due to fundamental differences in the social structures of the countries.

In Britain and the United States of America nearly all social developments – services, institutions, new laws, etc., are preceded by years, often decades, of propaganda, discussion, and experiment by interested, active lay organizations. These people stimulated the tardy professionals, gathered like-minded concerned persons into associations, and as pressure groups influenced the politicians to change the laws, to provide services, and build institutions, etc.

During the last twenty years, in Britain, the National Association for Mental Health was active in the agitation for a change of the Mental Health Laws which culminated in the Mental Health Act, 1959; it ran the pioneer Junior Training Centres, Hospitals for the Mentally Retarded, training courses for the supervisors of sheltered workshops, and Halfway Houses for the mentally ill. It also holds a major National Congress every year which is attended by Royalty and leading politicians.

Lay organizations are also active in public education, by lectures and newspaper articles, by films and programmes on the national television, by local fetes, bazaars, and charity shows, to inform ordinary people about the needs of the mentally ill and retarded and to arouse their active interest. From such work have arisen the “Friends of the Hospital” groups the volunteer workers within hospitals, and many other groups who both give active support to mental health institutions and the mentally crippled and also do much to help the professionals.

There are few such organizations in Japan, especially when contrasted with the other pressure groups, such as those for atomic bomb victims, for war veterans or for professional groups such as social workers. Their absence is both a result and a cause of the general ignorance, fear and prejudice about mental illness and mental institutions. It perhaps accounts for the lack of public education programmes to help people understand mental illness and to dispel some of the prejudices toward it. Without such an educational programme community mental health services will develop very slowly.

5.8 Social psychiatry

One reason why community mental health services are not flourishing in Japan is that many Japanese psychiatrists do not understand social psychiatry. Some aspects of modern psychiatry are well understood and applied in Japan – diagnostic psychiatry, psychopharmacology, electroencephalography, genetic studies. Other forms are understood, but not applied, such as psychopathology and psychoanalysis. Social psychiatry is neither understood nor applied.

Comparative epidemiology or cross cultural psychiatry are quite well understood in Japan and have been applied in some interesting studies. “Social Psychiatry” is the method which has developed, especially in Britain, in the last twenty years, of seeing the patient and his illness within its social context. This applies to the diagnosis of the patient’s illness, and also to its treatment. It was essentially a new dimension, a new way of looking at what happens when a patient comes to a doctor with a psychological complaint. The psychiatrist no longer looks only at what is going on inside the patient. He looks at the total situation – not only the patient’s surroundings, his family, his work, his social class,

の感情、反応、および先入観などをみつけ、さらに直面する問題がおこっている医療状況や社会全体のわくぐみの中でその位置づけをみつめるのである。

この観点を発展させるために、精神科医は社会科学、とくに力動学に通じた社会学者や社会学者の啓発的な研究文献に注意を払うようになった。精神科医は、ここ20年間この研究を突りあるように応用できるところまで多くのことを学び、かれらの実践を変化させてきた。

社会精神医学はとくに英国精神医学の実践を変革させてきたし、地域精神衛生活動が展開してきたのはこうした背景にもとづいている。これらの原則の多くは1953年にWHOが出版した精神衛生専門委員会の第三報告に述べられている。この勧告を応用することによって、英国の精神衛生活動は多大の利益を上げたのである。

精神病院内に一つの革命がおきつつある。たとえば患者の役割が再検討され、病院の社会組織は職員の特権によるヒエラルキーを維持するためではなく、患者の社会復帰に焦点をあわせて再構成されてきている。こうしたことから開放制、Industrial Therapy、ハーフウェイ・ハウスが登場してきたのである。

きわめて多数の患者の社会復帰を行い、その後患者を破たんさせた有害な社会条件の役割を把握することによって、病院外の精神科サービス——保護工場、ホステル、デイケアセンター、治療的ソーシャルクラブまたソーシャルワーカーの業務の拡大を非常に発展させた。

これに関連して、英国での素人の精神衛生団体の運動に対して精神科医は慎重な参加のしかたをしており、この団体が政府に強力な政治圧力をかけることになった。こうした素人団体はまた、自殺予防協会(Samaritans)のような現在積極的に精神衛生活動という治療貢献しているヴォランティアーを養成した。

治療的コミュニテイという治療法もまた社会精神医学的研究からでてきたものである。この方法では小規模施設にいる全ての人々——患者、医師、看護婦や全ての職員——は、一堂に会し相互に平等の立場で、はなしあいを行って物ごとをきめる。これは性格異常者に対して展開されてきたものであるが、精神病院の患者の全ての層にもうまく応用されてきた。主な方法は定期的なコミュニテイ会議をひらき、そこで職員が概況報告をし、意味のあるでき事をすべてくわしく社会分析をし、役割遂行や現実検討の機会を提供することにある。その基礎にある原理は許容性、平等主義、民主化、全体の同意による決定と仲間集団による社会的管理である。この方法は強烈なものであり、全員とくに職員に多大の要求が課せられる。職員は集団のコミュニケーションの巧みな技術や精神療法的洞察および柔軟な個性をもつ必要があり、職業的な防衛としての反動形成の多くを捨て去るように準備しなくてはならない。

こうした接近方法や、ふつうに仕事している精神科医の生活についての全ての研究が、最後に非常な効果をあげた。英国の精神科医は現在、病院、外来クリニック及び地域社会で働いている。病院内では患者の環境を調整しながら看護婦や、その他の職員とともにチームをくみ働いている。外来クリニックではソーシャルワーカーと非常に密接に協同し、ソーシャルワーカーの報告や活動が非常に役立っている。地域社会では頻ぱんに患者の家族の家庭を訪問し、家庭医や地域のソーシャルワーカーや保健婦としょつ中相談している。精神科医は診断やある種の治療——薬物治療、身体的治療や精神療法——ではいつもエキスパートである。しかし種々の調査や多様な処置においては他のメンバー——看護婦、ソーシャルワーカー、一般医師、家族成員あるいは他の患者——がもっとも積極的なチームの一人である。

英国の精神科医で「社会精神医」とよばれているのは限られたものだけだが、こういう観点は英国の実際活動に広く浸透している。従って、ほとんどの精神科医が自分の専門的な仕事の一部として地域活動に何らかの形で従事しているのである。

筆者が日本を訪問し話し合った時、こうした考え方がほとんど知られていない理解されていないことを知った。ごくわずかなパイオニアが何年もの間、つねに反対に出あい、しかも自分の職業にとって不利であっても、何年もの間こういう仕事に深くつっこんできた。多くの日本の精神科医は、Maxwell Jonesの著書を読んでいて、それを応用し何らかの試みをしてきた人はごくわずかであった。地域精神衛生活動の発達がゆっくりしている(同様に精神病院の活動性と自由が欠如している)数多くの理由の一つは、日本の精神科医の間に現代の社会精神医学の原理についての理解が欠けていることによることは疑う余地がない。

6. 勧告

6.1 政府

日本政府に対して、精神衛生活動の現在の組織に関して真剣に考慮するよ

but also at the psychiatrist himself – his feelings, his reactions, his preconceptions – and medical setting in which the confrontation occurs, and its place in the total framework of society.

In developing this viewpoint, psychiatrists drew on the developing writings of the social scientists, in particular the dynamically informed social scientists and sociologists. Psychiatrists learned a great deal and changed their practice so that the last twenty years have been fruitful applications of this, work.

Social psychiatry has changed the practice of British psychiatry markedly and it is from this background that the community mental health services have developed. Many of these principles were set out in the Third Report of the Expert Committee on Mental Health of the World Health Organization in 1953. The application of their recommendations has brought great benefits to British mental health services.

Within the mental hospitals there has been a revolution, as the role of the patients has been reassessed and the social organization of the hospital restructured with a focus on patient rehabilitation rather than the preservation of the hierarchy of professional privilege. From this has come the Open Door Policy, Industrial Therapy and Halfway Houses.

The rehabilitation of so many patients and the realization of the part played by adverse social factors in precipitating further breakdowns lead to a great development of psychiatric services outside of hospital – the Community Mental Health Programme with sheltered workshops, Hostels, Day Care Centres, and Therapeutic Social Clubs, also a great extension of the work of the social workers.

Allied with this was a much greater deliberate involvement of psychiatrists in the lay organized mental hygiene movement in Britain which has come to wield a powerful political pressure on Government. These lay groups have also formed the volunteers who are now making an active contribution to the Mental Health Service in organizations like the Samaritans (Suicide Prevention Society).

The Therapeutic Community method of treatment also emerged from the social psychiatric approach. In this method all persons in a small institution – patients, nurses, doctors and all staff – engaged in mutual egalitarian social exploration in face to face meetings. It was developed for psychopathic personalities but has now been applied successfully to all classes of psychiatric patients. The main techniques are regular community meetings followed by staff reviews, intensive social analysis of all significant happenings, free communication, role analysis and blurring, and the provision of opportunities for role playing and reality testing. The underlying principles are permissiveness, egalitarianism, democratization, decision by consensus and peer group social control. This method is intensive and makes great demands on all, especially staff. They have to acquire effective skill in communication in groups, psychotherapeutic insight and personal flexibility and have to be prepared to relinquish many of their professional defensive reaction formations.

Finally the effect of this approach and all these studies on the life of the ordinary working psychiatrist was marked. English psychiatrists now work in hospitals, in outpatient clinics and in the community. Within the hospital they work as team members with nurses and other staff in arranging the patients' environment. In outpatient clinics they work very closely with social workers on whose reports and activities they rely greatly. In the community they frequently visit patients' homes and consult often with the family doctors, the community social workers and the public health nurses. The psychiatrist is still the expert in diagnosis and in some forms of treatment – drug treatment, physical treatment and psychotherapy, but in much of the investigation and in a great deal of the treatment he is a member of a team in which one of the other members – the nurse, the social worker, the general practitioner, the family member or another patient – may be the most active member.

Although only a limited number of British psychiatrists call themselves "Social Psychiatrists" this viewpoint has permeated British practice widely. As a result most psychiatrists accept some involvement in community activities as a proper part of their professional work.

In his visits and talks in Japan the writer found these ideas little known and less understood. A few pioneers had been propounding them for years, often against opposition and even to their own professional disadvantage. A number of Japanese psychiatrists had read the works of Maxwell Jones, but very few indeed had made any attempt to apply them. There is no doubt that one of the many reasons for the slow development of the community mental health services (as well as the lack of activity and freedom in the mental hospitals) is due to lack of understanding of the modern principles of social psychiatry amongst Japanese psychiatrists.

6. RECOMMENDATIONS

6.1 Government

It is recommended that the Government of Japan consider very seriously the present

う報告する。地域社会の精神衛生活動が、十分に発展していないと思われるという理由で、筆者の報告が求められた。筆者の検討では、精神病院の長期入院患者の数は、着実に増加しており、日本の経済的負担を増大させているという警告すべき状況にある。

筆者は注意する必要がある幾つかの領域を指摘したが、とくに、精神医学的中央管理の問題が極めて重要である。この領域では、1953年のBlain博士の報告以来、殆んど変化していない。

従って次のことを報告する。

(1) 精神衛生は公衆衛生、児童福祉および他の部門に匹敵する部局でなければならない。

(2) 厚生省はもっぱら職員の配置に配慮すべきである。長期計画として、有能な訓練を受けた若い精神科医を職員として充当すべきである。さし当てる問題としては、著名な専門家(定年退職教授など)に新設の精神衛生局を指導してもらうため、特別補佐役または特別雇傭の形式の可能性を検討すべきである。

(3) 国立精神衛生研究所を強化拡大し、その予算の増加がなされる必要があるとあり、国立国府台病院の臨床設備が、研究所に割り当てられて研究や研修のためにもっと活用されることが必要である。

6.2 精神病院の改善

日本では非常に多数の精神分裂病患者が精神病院に入院患者としてたまっており、患者は長期収容による無欲状態におちいり、国家の経済的負担を増大させている。社会療法、作業療法および治療的コミュニティという方法を行うことが、こういう患者の治療に有効であることが、英国、ヨーロッパおよびソ連で経験されている。厚生省は精神病院の職員に、有効なこの知識を与え、入院患者の着実な増加を防ぐため、積極的な治療とリハビリテーションを奨励するように推進すべきである。

(1) 日本における講演 日本訪問中、筆者は社会精神医学およびその例証として英国での筆者の精神病院における変化について、何回か講演を行った。今後さらに日本人や外国人による講演が、すべての職員の階層に応じて計画されることが望ましい。

(2) 現在日本で活動する人の講義とか映画とかヨーロッパにおける実情についての情報を与えることを含めて、選ばれた病院職員のための研修コースが、国立精神衛生研究所によってもっと組織化されることが望ましい。

(3) 有望な病院管理者の海外での研究制度 積極的な治療的地域社会の業務を行う施設の実際と結びついた長期研究制度が望ましい。こういう実状と結びついた研究は、一年間継続すべきであり、患者についての積極的な働きかけと社会精神医学との直結したものであることが必要である。訪問先の国の言葉を流暢に話せる人であるべきであり、世界保健機構、英国文化振興会およびその他の公的団体が、その費用と手配を援助するように準備出来るであろう。短期の研究制度や短期の視察旅行は、非常に限られた価値しかないもので、失望に終るであろう。

(4) 日本のすぐれた計画についての情報交換

どの病院でも、他の病院が良い仕事をしているのをほとんど知らないのに驚ろかされた。厚生省はもっと相互の視察訪問、専門的な見学日、立派な計画についての研究会を奨励すべきである。次にあげるような計画は、もっと広く知られるようにすべきである。

(I) 国立武蔵野療養所——患者の仕事と作業の計画、非常に広範な活動。

(II) 初声荘病院——演劇療法および患者自治の計画。

(III) 城西病院——非常に良いP.R.夜間のホステル。

(IV) 森山病院——産業療法(実験室用動物飼育)。

(V) 三重県立高茶屋病院——リハビリテーションの計画。患者は直接金銭を取扱い、町の保護工場へ出勤している。

(VI) 国立秩父学園——非常に低い知能指数の精薄児の教育。

(VII) 大阪府立砂川更正福祉センター——非常に良いリハビリテーションと保護的作業のための措置。

6.3 精神病院の統制

精神障害者の医療の規律を改善するため、厚生省は精神病院に対する国家的監査官をつくることを考慮すべきであり、それには新しい法律が必要となる。この監査官は常勤で高給の精神科医およびその他の専門家(指導員、ソーシャルワーカー、看護婦)から構成されるべきである。少くとも年一回、彼

organization of their mental health services. The writer was asked to advise because it was felt that community mental health services were not developing satisfactorily. His studies indicate an alarming situation, in which the number of persons remaining as long term residents in psychiatric hospitals is rising steadily, and is likely to continue to rise, placing an increasing burden on the Japanese economy.

A number of areas requiring attention have been indicated but it is considered that the question of central management of psychiatry is very important. In this area there has been little change since Dr. Blain's report of 1953.

It is therefore recommended that:

6.1.1 Mental health should be a Bureau on its own equal with public health, child welfare and the other departments.

6.1.2 The Ministry should apply itself to staffing. It should recruit able, well trained young psychiatrists, as a long term plan. In the short term it should explore the possibility of some form of secondment or special hiring by which outstanding professional men (such as retired professors) might be induced to come in to guide the new Bureau.

6.1.3 The work of the National Institute of Mental Health be strengthened and extended, that its budget be increased, and that more clinical facilities within Konodai Hospital be allocated to the Institute for research and teaching purposes.

6.2 Improvement of mental hospitals

Japan is accumulating large numbers of schizophrenic persons as inpatients in her many mental hospitals; they are slipping into institutionalized apathy, and are becoming an increasing burden on the national economy. There is considerable experience available in Britain, Europe and the Union of Soviet Socialist Republics about the treatment of such people by Social Therapy, Work Therapy and the Therapeutic Community Method. The Ministry of Health and Welfare should take active steps to make this knowledge available to mental hospital staff and to encourage active treatment and rehabilitation to prevent a steady rise in hospital inpatient population. The following methods are suggested.

6.2.1 Lectures in Japan. During visits the writer gave a number of illustrated lectures on Social Psychiatry and the changes at one British hospital, which appeared to stimulate interest. Further lectures by Japanese or foreign speakers could be arranged for all grades of staff.

6.2.2 Refresher courses held centrally at selected hospital staff with lectures from persons at present in Japan and films and information about European practice could be organized by the National Institute of Mental Health.

6.2.3 Fellowships for promising hospital administrators to study overseas. Long-term fellowships for attachment to the practice of institutions carrying on active therapeutic community work are recommended. These attachments should last a year and would entail active work with patients and direct involvement in social psychiatry. These could only be open to persons speaking fluently the language of the country visited. The World Health organization, the British Council and other official bodies might be prepared to help with finances and arrangements. Short fellowships or brief tours should be discouraged as they are of very limited value.

6.2.4 Better exchange of information about good programmes in Japan.

It was surprising how little hospitals knew of good work elsewhere. The Ministry should encourage inspection visits, professional open days and conferences at outstanding programmes. The following programmes should be more widely known:

(1) Musashi Hospital - Patient's work and occupation programme. Very wide range of activities.

(2) Hatseiso Hospital - Drama therapy and self-government programme.

(3) Shironishi Hospital - Very good public relations; night hostel.

(4) Moriyama Hospital - Industrial therapy (animal breeding for laboratories).

(5) Takachaya Hospital - Rehabilitation programme. Patients handle money and go out to sheltered workshops in town.

(6) Chichibu Institution - Teaching of mentally retarded of very low IQ.

(7) Sunagawa Rehabilitation Centre - Very good rehabilitation and placement in sheltered occupation.

6.3 Control of mental hospitals

The Ministry of Health and Welfare should consider the establishment of a National Inspectorate of Mental Hospitals to improve standards of care for the mentally ill. A new law would be required. Such an Inspectorate should consist of full-time highly paid psychiatrists and other specialists (teachers, social workers, nurses). They should be charged with visiting every mental hospital in Japan at least once a year and writing a full

等は日本のすべての精神病院を訪問し、各病院について十分な報告を書く責任を持ち、勧告を含めて出版する。この新しい法律は、監査官の勧告に基づいて政府が精神病院の資格をとり消す権力を持つようにすべきである。

監査官が一つの病院を訪問し、それを調査し、東京に戻って報告を書くためには、三〜四日を必要とするであろう。1000カ所の病院を一年の間に調べるためには、少なくとも20人の監査官が必要であろう。

物的基準、患者の過密、衛生および食事に監査官が関心を示すのは勿論であるが、精神科医療基準の向上、作業場、夜間病院、外来診療、追跡的サービスなどに、主な関心がむけられるべきである。また職員の数、訓練および資格について調べ、その研修計画を奨励すべきである。

6.4 健康保険制度

厚生省は医療に対する保険支払いの有効性について関心を持つべきである。現在の方法は、指摘されているように、入院患者をふやすことだけを奨励し、外来活動を発展させる意欲を失わせている。このために、長期入院患者数を増大させ、日本の重荷となってくるであろう。従って厚生省は、支払い方法の変更を推進すべきである。この変更は、勿論、関係団体との妥協によってねじまげられるかもしれないが、厚生省は次の原則に従って推進すべきである。

すなわち外来患者診療に対する報酬は、現在より高くすべきで、患者の状態でゆるすかぎり、医師が入院治療より外来治療を行なおうとする積極的な刺激にならなくてはならない。

働けない在宅患者に対する給付は、現状よりも高くなくてはならない。その結果家族は、患者を家族にひきとるように奨励されることになる。家庭で面倒をみるように、親族を説得することは、病院の中に患者をとどめていくことよりも、社会にとって安価である。また回復期の患者のためには良いこととなる。

精神療法は、時間のかかる——30分ないし一時間——専門化された治療形式であり、高度の訓練を要する技術として認められるべきである。支払いは少なくとも、外科の外来患者について外科医に与えられるものと同程度、できればそれ以上のものであることが望ましい。

6.5 アフターケア

(1) 治療(すなわち投薬と精神療法)、長期間の追跡、地域社会にいる精神分裂病患者のための社会扶助を与える精神科医及び地域社会ワーカーによって構成される外来クリニックの必要性が大きい。これは治療意欲を持った適切な職員の配置を条件とする保健所、大都市では精神衛生センターで行われるであろう。大学のクリニックは、その職員の時間を、特別の追跡クリニックのために割愛できるように援助される必要がある(費用と支持によって)。私立精神病院は、退院患者のために、もっと広汎な外来設備を用意するように援助されねばならない(変更された保険給付によって)。

(2) 地域社会の働き手——ソーシャルワーカーと保健婦——に対して、精神医学の訓練が必要である。彼等のなかには、まったく訓練を受けていないものがある。厚生省は大学医学部その他の団体に対して研修コースをもうけることを奨励し、研修に参加した職員に費用を支払うべきである。

(3) 有効性が証明されている地域社会の特殊施設がきわめて必要である。

(I) 夜間病院、これは日本でも二、三の病院で行われるようになっていく。患者は昼間、町へ仕事に行き、夜は病院に泊るために戻って来る。この施設は推奨されるべきものである。

(II) ハーフ・ウェイ・ハウスおよびホステルは、前記の原則の論理的拡大であり——町や都市にある収容施設とは別の建物——、ここで精神薄弱児や慢性精神分裂病患者が働きながら、生活することが出来る。こういうホステルには訓練を受けたソーシャルワークの職員が必要である。

(III) 昼間病院は、夜は家族と共に過ごす患者の治療のための設備である。これは成人の精神分裂病患者のために積極的な治療を与え、慢性患者や老人患者に対する作業と訓練を準備することができる。それには有能かつ適切な職員——医師、看護婦、ソーシャルワーカーおよび作業療法士——が必要であるが、これによって病床の費用を節約することになる。

(IV) 保護工場は、精神欠陥者を援助するのに最も有効なことが証明されている。地方産業との協力、技能的熟練と障害者管理の経験を持った監督者と満足のゆく契約ができるエネルギーをもった管理者、さらにソーシャルワーカーを必要とする。こういう保護工場は英国では、病院、地方自治体、任意団体や有限会社がスポンサーになって、政府が発展させた。厚生省の精神衛生お

report on each hospital, for publication with recommendations for action. The new law should give the government power to revoke the licence of any mental hospital on the recommendations of the inspectors.

For Inspectors to visit a hospital, examine it, travel back to Tokyo and write a report would take three - four days. To cover 1000 hospitals in one year would require at least twenty inspectors.

Although the Inspectors would of course be concerned with physical standards, overcrowding, hygiene, and feeding, their main concern should be the raising of standards of psychiatric care, the provision of workshops, night hospitals, outpatient clinics, follow-up services, etc. They should also enquire into the numbers, training and quality of staff and encourage arrangements for their education.

6.4 Health insurance system

The Ministry of Health and Welfare should concern itself with the effects of the pattern of insurance payments on medical practice. The present pattern - as indicated - is positively encouraging the accumulation of patients in hospital and discouraging the development of outpatient services. This will have the effect of burdening Japan with large numbers of long-term inpatients. The Ministry should therefore press for changes in the pattern of payment. Such changes can of course only be hammered out by compromise with the interested parties, but the Ministry should press for the following principles.

The reward for outpatient work should be higher than at present so that doctors have a positive incentive to arrange outpatient rather than inpatient treatment when the condition of the patient permits it.

The payments for psychiatric patients unable to work and living at home should be higher than at present so that the families will be encouraged to take the patients home. It is cheaper for society (as well as better for the convalescent patient) to persuade his relatives to look after him at home than to maintain him in a hospital.

Psychotherapy should be recognized as a specialized form of treatment requiring time - half to one hour per session - and highly trained psychiatric skill. The payment should be at least as high as that given to a surgeon for outpatient surgery, and preferably higher.

6.5 After care

6.5.1 There is a great need for outpatient clinics staffed by psychiatrists and community workers providing treatment (i.e. medication and psychotherapy), long-term follow up, and social support for schizophrenics living in the community. This could be provided at public health centres and, in big cities, community mental health centres provided that they have adequate staff who are encouraged to undertake treatment. University clinics should be encouraged (by money and support) to set aside staff time for special follow up clinics. Private mental hospitals should be encouraged (by altered insurance payments) to provide far more extensive outpatient facilities for their discharged patients.

6.5.2 Community workers - social workers and public health nurses - require training in psychiatry. Some of them have never had any instruction. The Ministry should encourage bodies such as University departments to arrange refresher courses and should pay workers for attending these.

6.5.3 There is a great need for specialized community facilities which have been shown to be of value.

(1) Night hospitals. These have been developed at a few hospitals in Japan. Patients go out to work by day in the town and return to lodge in the hospital at night. This should be encouraged.

(2) Halfway houses and hostels are the logical extension of this principle - buildings away from the institutions, within the towns and cities - where retarded boys or chronic schizophrenics can live while working. Such hostels require trained social work staff.

(3) Day hospitals are facilities for the treatment, of patients who spend the night with their families. They can provide active treatment for adult psychotics, and occupation and training for chronic or elderly patients. They require able and adequate staff - doctors, nurses, social workers and occupational therapists - but they save on bed costs.

(4) Sheltered workshops have proved most valuable in supporting psychologically crippled individuals. They require the cooperation of local industry, supervisors with craft skills and experience of managing disturbed persons and administrators with the energy to find satisfactory contracts and social workers. Such sheltered workshops have been developed in England by hospitals, by local authorities, by voluntary societies and by a government

よび児童福祉の部局は、どういふ発展の方法が、日本に最も適当しているか検討すべきである。

(V) 治療的社交クラブは、地域社会で境界的に平衡を保っている精神欠陥者のいろいろなグループに対して有効であることが証明されている。精神科医の支持の下に、ソーシャルワーカーによって運営され、社会的レクリエーションや患者の要求に応じて専門家の援助を得るために、定期的に開かれる社会的センターを準備する。

現在では、個人の家で精神障害者の治療を行うことを禁止した 1950 年の精神衛生法の条文の改正を考慮することが適当である。1950 年には必要な改革であったが 18 年たった現在では、急性の精神障害者が精神病院へ行くのであり、落ち着いた回復期にある患者の退院を法律が妨げる結果になっている。

6.6 リハビリテーション

精神欠陥者のケア、扶助およびリハビリテーションのための新しい法律を起草するために、厚生省は労働省と協議すべきである。現在明瞭になっている必要性は次の通りである。

(1) リハビリテーションの専門家としての、特別な労働省職員の任命と訓練。この職員は、精神欠陥者を登録し、かれらに仕事を与えようという雇用主および現在の欠員の有無について、登録保管する責任を持つ。

(2) 精神分裂病患者、てんかん患者、精神薄弱者のために、地域社会内の保護工場の設立。

(3) 保護工場を設立し、供給をとりきめ、その生産物を市場に出すために、レムプロイ Remploy (英国) と比較されるような、政府のスポンサーによる組織を進展させること。こういう組織には委員として、経営学者が必要で、利益を生じないで損失をまねくかもしれないことを受け入れるとりきめを必要とする。

(4) 精神病に関して、現在の労働法が検討され、必要があれば改正すべきである。

6.7 専門家の訓練

専門家の訓練を改善する必要がある。この問題は最終的には、専門家自身の問題であるが、厚生省はその発展を推進させるように援助すべきである。

6.7.1 精神科医

日本には精神科医として、国家的に認められた資格がないが精神医学における博士号は、ある数の限定された医師だけが持っている。しかもそれは元来研究に関する資格であって、必ずしも、精神科患者の治療を行ったり、社会精神医学の実践を行う医師の能力の尺度ではない。厚生省と日本精神神経学会は、この問題を検討すべきである。Diploma in Psychological Medicine (英国)あるいは神経病学および精神医学の試験委員会(アメリカ合衆国)のような、国家的に認められた資格を設定することは非常に有益であり、標準を高めることになる。

6.7.2 精神療法

精神療法に関して、医師と精神科医により良い訓練を与えることが必要である。僅かに二、三の大学病院だけが、現在この訓練を準備しているに過ぎない。精神療法研究所が、近い将来東京に設立されるよう期待する。これには積極的な奨励が必要である。

6.7.3 看護

日本に精神科看護婦の資格をつくる必要がある。これには修士コースをつくるのが考えられる。この資格は、長い経験を持った看護者(ことに男性)に対して開かれるべきである。精神病院の病棟責任を持つ看護主任、とくに看護(婦)長への昇進は、修士の免許を持つ必要があるようにすべきであろう。この修士の免許は経験(約二年の精神科看護)、現任訓練(精神医学、心理学、応用社会科学、作業療法などの講義)および試験に基礎を置くことになろう。大学は日本精神病院協会および適当な大学の学部とともに、このような訓練コースを設定する可能性を検討すべきである。

6.7.4 作業療法

近年作業療法の学校が開設され卒業生を出しているが充分ではない。厚生省はもっと多くの学校を開くよう奨励し、経験はあるが資格のない多くの作業療法士のために、研修コースを設備すべきである。

sponsored limited Company. The Ministry of Health and Welfare, Mental Health and Child Welfare Sections, should explore which method of development is best suited to Japan.

- (5) Therapeutic social clubs have proved of considerable value for various groups of psychologically crippled persons in marginal balance in the community. Operated by social workers with support from psychiatrists, they provide a regular social centre where the clients can come regularly, for social recreation or for professional support according to their need.

It is proposed that the time is appropriate to consider revision of the Article of the Mental Health Law of 1950 prohibiting the treatment of mental patients in private homes. In 1950 it was a necessary reform, but now, eighteen years later, patients with acute mental illness go to hospital. The law however prevents quiet convalescent patients being boarded out.

6.6 Rehabilitation

The Ministry of Health and Welfare should consult with the Ministry of Labour to draft new laws for the care, support and rehabilitation of the psychologically crippled. The present obvious needs are:

6.6.1 Designation and training of specialized Labour Department officers as specialists in rehabilitation, charged with maintaining registers of psychologically disabled persons, employers who will be willing to give them work, and current vacancies.

6.6.2 The establishment of sheltered workshops in the community for schizophrenics, epileptics and mentally retarded persons.

6.6.3 The development of a government-sponsored organization, comparable with Remploy (England) to set up sheltered workshops, to arrange supplies and to market their products. Such an organization requires industrialists on its board and a charter which accepts that it will not make profits and may incur losses.

6.6.4 The present Labour Laws relating to mental illness should be reviewed and where necessary revised.

6.7 Professional training

There is need to improve professional training. Though this must ultimately depend on the professions themselves, the Ministry of Health and Welfare should assist in pressing for such developments.

6.7.1 Psychiatrist

There is no nationally recognized qualification as a psychiatrist. The degree of Doctor of Medical Science in Psychiatry is held by only a limited number of physicians; it is primarily a research qualification and is not necessarily a measure of a doctor's ability to treat psychiatric Patients, or to practise social psychiatry. Any licenced doctor can open up a mental hospital. The Ministry of Health and Welfare and Japan Society of Neurology and Psychiatry should examine this problem. Some nationally recognized qualification, like the Diploma in Psychological Medicine (Britain) or the Board Examination in Neurology and Psychiatry (United States of America) Would do much to establish and raise Standards.

6.7.2 Psychotherapy

There is great need for better training of doctors and psychiatrists in psychotherapy. Only a few University Hospitals provide this at present. It is to be hoped that an Institute for Psychotherapy will soon develop in Tokyo. This should receive active encouragement.

6.7.3 Nursing

There is a need for a qualification in psychiatric nursing in Japan. This could be a diploma course. It should be open to nurses (especially men) of long experience. Promotion to ward charge nurse - or certainly to Nursing Director - of a mental hospital would depend on holding the diploma. The diploma could be based on experience (say, two years psychiatric nursing), in-service training (lectures in psychiatry, psychology, applied social science, work therapy, etc.) and an examination. The Universities should explore the possibility of setting up such a training with the Japan Society of Mental Hospital and appropriate University Departments.

6.7.4 Occupational therapy

The School of Occupational Therapy has recently been opened and is tuning out graduates, but not enough. The Ministry should encourage the opening of more schools and arrange refresher courses for the many experienced but unqualified occupational

6.7.5 ソーシャルワーク

現在、ソーシャルワークの発展は健全であるが、もっと促進すべきである。国立精神衛生研究所で現在行われている訓練コースを拡大するために、資金が準備されるべきである。

7. 感謝の言葉

著者は、この視察を準備し、これに伴う複雑な手配をスムーズに行うために、多大の配慮をわざわざした国立精神衛生研究所の加藤博士並びに同所員の方々と、厚生省に対して、深甚の感謝を捧げる。

≪文章は「精神衛生資料—第 16 号—」(国立精神衛生研究所、昭和 45 年 3 月発行)より引用しました。≫

[原文\("WHO ASSIGNMENT REPORT by Dr.D.H.Clark, 30 May 1968" より\)](#)

2008.10.5 掲載

[【参考資料集】](#)

therapists.

6.7.5 Social work

Present developments are sound, but should be accelerated. Funds should be provided to extend the courses at present organized at the National Institute of Mental Health.

7. ACKNOWLEDGEMENT

The writer should like to record his gratitude to Dr. Kato and his colleagues at the Institute and at the Ministry of Health and Welfare for the care and concern they showed to organize his visits and to smooth the necessarily complex arrangements required.

≪英文は、"ASSIGNMENT REPORT by Dr.D.H.Clark, 30 May 1968 (WHO REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC)" より引用しました。≫

[邦訳文\(国立精神衛生研究所訳 1970 年 3 月\)](#)

2009.4.19 掲載

[【参考資料集】](#)