

欧米における精神医学・神経学の研究事情

国立精神神経センター総長

島 蘭 安 雄

同 神経研究所所長

里 吉 栄 二 郎

同 精神保健研究所社会復帰相談部

丸 山 晋

元厚生省保健医療局国立療養所課

上 田 茂

は じ め に

昭和61年10月1日に、新組織である国立精神・神経センターが発足したのを機に、欧米における同様の研究組織にふれ、そこの研究者らと親しく意見を交換することにより、新センターの将来的なありかたを検討する機会があたえられたことは、大変喜ばしいことであった。視察団は、島蘭を団長とする表記の4人により編成され、期間は、昭和61年11月16日より29日までの13日間、訪問した国は、米国・カナダ・英国・西ドイツの4ヶ国であった。

持ち帰った資料の分析は、別の機会にゆずるとして、本報告では、見聞したことをそのまま継時的に記述することとした。

本視察において、われわれが特に関心を持ったのは次の3点であった。

- 1) 研究の組織（人員構成など）
- 2) 研究費の配分および運用（行政との関連を含め）
- 3) 新しい研究構想について

《米国》

滞在期間 11月16日～11月20日

訪問場所 N I H (National Institutes of Health)
 N I M H (National Institutes of Mental Health)
 St. エリザベス病院等

N I Hは、創立100年を迎え、名実ともに医学研究のセンターとしての偉容を誇っていた。敷地は国立武蔵病院の5～6倍の面積を持ち、「ビル10」と称するクリニカルセンター（ベッド数540、26部、1,900名の職員を容する）を中心に、大小40の研究棟が散在している。こうした、巨大な研究施設も、もとはといえば、ニューヨーク市内の2つの部屋から出発したということであり、歴史の積みあがを物語っている。スタッフの努力はもとより、ポリティカル・サイエンティストの存在が、大きくものをいったといわれている。

いくつかの部門の主だった人と、会見した。

1) Wallace 医博他 (リスターヒルセンター Fogarty 国際研究プログラム部長)

フォーガティー国際センターは、個別の予算を持っており、(N I H全体で年間6.2ビリオンドル) その75%を対外的な研究(エクストラミューラル)にあてている。その中には外国人研究者の招聘も含まれている。研究者のランクには4段階あり、①ヴィジティング・フェロー、②アソシエイト、③サイエンティスト、④フォーガティー・スカラーがそれぞれある。選考は厳しく学位取得後5年、語学力に問題ないことが最低の条件になっている。現在1,200人のゲストリサーチャーがおり、その中の1/4が日本人である。財団は、1,000のグラントを持っており、1,000万ドルの研究費を出している。

2) Chiueh 理博 (NIMH 臨床画像診断部門スタッフ)

イントラミューラルリサーチプログラムについて。

N I Hの国際研究プログラムには、5つのコースがある。第1は、フォーガティーヴィジティングプログラム(前述)第2は、I R T A (イントラミューラルトレーニングアクト)ーこれには3段階あり、1～3年のポストドクターラフェローあるいはスタッフフェローのためのもの、4～7年のシニアスタッフフェローのためのもの、7年以上のチューアプロモーション(教授クラス)のものがそれぞれである。第3は、クリニカルアソシエイトプログラムーこれはアメリカ人で、医師のライセンスを取ったもののためのもので、第1年限を5年としている。第4は、ゲストリサーチャーアサインメントーこれは、F A E Sという外部の基金でまかなわれている。第5は、スチューデントトレーニングプログラムーカレッジや高校の学生が研究補助員として働くコースである。

3) Goodwin 医博 (NIMH 所長)

NIMHの研究のあらましについて聞く。NIMHもNIHもIRP（インターナショナルリサーチプログラム）については、共同して行っている。前述の通りここでもイントラミューラルとエクストラミューラルとの割合は25%と75%である。研究所の所員は約1,000人で、その内わけは、政府の職員540人、ゲストワーカー170人と、サイエンティスト230人である。サイエンティストの70%は1～8年のテンポラリーリサーチャーで、そのうちの10%がパーマネントのポジションを獲得できる。研究者の質は厳選されており、ナショナルアカデミーのサイティションインデックスには、第2位の登録者数を持っている。グラントは、75%がニューロサイエンス・バイオメディカル、25%がサイコソーシャルにあてられていたが、近年45%対55%と逆転している。そして、臨床研究と基礎研究の比率では、55%対45%となっている。実験室は20あり、そのうち6つは純粋に基礎的なもの、6つはやはり純粋に臨床的なもので、残り8つが混合的なものである。ラボチーフ（教授クラス）が研究の主導権をにぎり、所長はその研究内容には立ち入らないようにして、もっぱら研究のアクティビティーを維持することに意を用いる。ラボチーフは5年で交代することを推進している。研究成果については、所長および第3者機関によって審査される（ペアーレビューシステム）。また2～4年ごとに報告書を出させる。パーマネントポジションにつかせるには、厳しいチェックを行う。できるだけ基礎と臨床、精神医学と神経学の両方をバランスよく学んで人を、抜擢するようにしている。精神力動的な考え方は、直接治療に役立たないという理由で、アメリカンプラグマティズムと相容れなくなってきた。

4) Schooler 理博 (NIMH 社会環境研究部スタッフ)

われわれは、子供の呈する症状の国際比較を新しく開発したテストを用いてやっている（日本も参加）。ここでは、社会環境的な研究は全体の10～15%位と推測される。

5) Yoshinaga 理博 (NICHD 児童発達研究部門スタッフ)

おもにDRG（デイビジョンオブリサーチグラント）の活動について聞く。DRGは、グラントの分配を担当している。下部機関としていくつかのスタディセクションがあり、そこにNIHおよび全国の大学からのレビューアーが登録されている。応募されてくる研究計画について、評価点をつけて、アプルーバルか、ディスアプルーバルかをきめる（この段階で30%がセレクトされる）。RFPはコントラクト（指定研究）をRFA（Request for application）はグラントについてのものである。スタディーセクションはこのRFA

を出し、必要な研究をより重点的に行うように勧告したりして調整を行なう。NIHは米国のグラントの80%を占めている。イントラとエクストラの調整はここではしない。スタンディセクションは、ペアーレビューを2回行ない、委員会に報告する。委員会は、サイエンティストと他の職種半々からなり討議する。それに従って研究費は9月、1月、6月の3回に分けて支払われる。研究2年目については、プログレスポートを出させ、チェックのうえ次年度の研究費を出させる。

6) Rexroad および Becich (NIH クリニカルセンター)

クリニカルセンターのあらましについて。当センターは20部門、1,900人の職員よりなっている。専属職員のサラリーは、センターの予算（1億1000万ドル）で賄われているが、その他の費用は各インスティテュートが分担している。入院部門と外来部門を持ち、検査を主体としており平均在院日数は少ない(12日位)。患者の負担は無料である。ベッドの占居率は平均65%である。

7) Rosem 医博 (NIH クリニカルセンター渉外部長)

NIHには4つのBureausと9つのNational Instituteがある。この中ではキャンサーインスティテュートが一番大きい。パブリックヘルスサービスには、27,900万ドルの予算が計上されて、そのうち21,400万ドルがエクストラミューラル5,000万ドルがイントラミューラル1,400万ドルがマネージメントに用いられている。研究のレビューは、ブランチチーフまたは、クリニカルディレクター→インスティテュートレビューボード→インスティテュートディレクターによるレビューの3段階を経てなされる。アイディアの提出から実施までの期間は3ヶ月かかるのが普通。その間に10~20人のメンバー（法律家も2-3人入っている）により、倫理、宗教的な問題も含めて審議される。

8) Murphy 医博 (精神科老人病棟)

9) Mellon 医博 (精神薬理病棟)

10) Rapapport (NIA ニューロサイエンスの病棟)

11) Chen 理博 (NIH イントラミューラル部門副部長)

} 見 学

「ビル1」ではNIHの行政に関する中枢である。大蔵省から、ヘルス・アンド・ヒューマンサービス(HHS)の中のパブリックヘルスサービス(PHS)へ予算が支給される。PHSにはNIH, NIMH, ADAMHA (Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration) 等6つのインスティテュートがあり、それぞれ対等の立場で独立の機能をはたしている。予算は80%が、エクストラ、12.5%がイントラで、ここでは12.5%を

12のインスティテュートに分配している。インスティテュートは、スタッフの確保がむずかしいので、新しく作ることは考えていない。ここでは学位は出さない。各インスティテュートの、所長は週1回会合をもつ、これはディビジョンメーカーリングコミティーである。この他月に2回科学者代表の会と、EPMC（エクストラミューラーマネージングコミティー）が開かれる。討議内容は、予算獲得のことが多い。ここの長は、大臣次官補と直接結びついている。研究費は、プロジェクトに対して下りるのであって、人頭研究費というものではない。

12) Galasso 理博（エクストラミューラル部門の副部長）

「ビル1」の行政部門は、大統領の直接コントロールを受けるが、議会のコントロールは受けない。ここでは各部局より上ってくる予算を調整したり、議会に働きかけて予算を増大させるような機能をはたす。予算の80%はエクストラで、12.5%がイントラ、残りは運営の費用である。ここでは80%の管理をしている。直接的にはDRG（ディビジョンフォアリサーチグラント）があたる。ここでは年3回のレビューが行なわれる。第1次レビュー、第2次レビューで応募は30%に絞られる。DRGはただ応募を絞るだけではなく、興味のある研究をのばす働きもする。レビューシステムはNIHの基本的なもので、それを越えて予算が流れることはない。レビューのメンバーは、 $\frac{1}{3}$ がNIHのサイエンティスト、 $\frac{1}{3}$ が他の機関の研究者、残り $\frac{1}{3}$ が素人で形成されている。PHSは、NIH、FAD、NCI、ADAMHA等を総括しており、予算は別であるが相互に技術的な援助を行なっている。

NIMH（National Institute of Mental Health）はADAMHAに属するがその行政部門は、NIHから車で30分程離れたロックビルにあった。そこでの活動を聴取する。

1) Kelty 理博他3名（NIMH 国際プログラム部門）

ここでは85%の予算を研究に費やしている。最近のトピックスは、エイズに関するものである。

2) Torres 理博

ペアーレビュー方式について（前述の吉永先生の話と同じ）。全国より300人位のレビューアーをつのり、第1次、第2次の審査で30%にふるい落とす。プライオリティーが一番重視される。審査完了まで約1年を用する。1,500のグラントがある。5年ごとにチェックを受け良いものはさらに続けられる。グラントの行き先はほとんどが大学で、企業には少

ない。審査を通して若い研究者にアプライの仕方を学ばせるという教育効果もある。2,500ドルレベルのいわゆる奨励研究もある。コントラクト（指定研究）の割合は5%。この他にコウペレイティブアグリーメント（グラントとコントラクトの間）リサーチトレーニンググラント（ほとんどの場合大学の奨学金として用いられる）等がある。

3) Coelho 医博

ADAMHAについて(前述)。ここには行政部門がある。臨床研究は、NIHのクリニカルセンターでやっている。4億ドルを各州に、5億ドルを精神衛生、薬物依存、アルコール依存に分配している。その内訳はそれぞれ50%、30%、20%である。

4) Williams 医博

組織について。OS→DASH→ADAMHA→NIMH→各部門。NIMHの上部組織を示したものである。OSはオフィスオブセクレタリー(大総領付属)、OASHはオフィスオブアシスタントセクレタリーオブヘルス(行政部所属)で、これとアダムハ(ADAMHA)とNIMHがそれぞれ「三権分立」的な機能をはたすという構造になっている。医療サービス、財政、教育、研究、予防という軸と連邦政府、州政府、個人という軸をクロスさせると、NIMHは連邦政府と研究との交叉部を担当する。研究所のミッションは、立法府できめられ、予算は大総領、議会できまるが、ロビイストの影響も大きい。

5) Nordstrom 理博

職員の雇用について。全国には200万人の連邦公務員がいて、85%が競争試験にパスしたもの、残りは資格の有るものである。ここではコネは通用しないでメリットシステムが採用されている。1年は試験期間で、3年目にもう1度審査され、パーマネントポジションにつける。政府任用者は、アシスタントを連れてくることができる。オフィス（ここには4つあるが）の長は、セニアエクゼクティブオフィサーと呼ばれている(所長クラス)。サラリーはトップクラスが年俸68,700~86,000である。大学教授は35,000ドル位である。

6) Kelty 理博 (前出)

その他の活動としては出版活動がある。研究の重点は、分裂病、うつ病、ストレスマネジメント、コーピングスキル、ホームレス、コカイン中毒、自殺等に置かれている。

セントエリザベス病院 (Saint Elizabeth Hospital)

セントエリザベス病院は、ワシントンDCに所属する施設であるが、NIMHの実験病棟や司法精神病棟も持っている。病院は1861年に開設され、敷地は120万h㎡でNIHのキャンパスの広さに匹敵する。一時は7,500人の患者がいたが、今は1,700人になっている。

N I M H実験病棟の主任である Kleinman 医博により施設内を案内される。病棟は、閉鎖、開放共にあり、小児や、老人の為の専用病棟も持っている。図書館や、実験室も完備しており、脳の凍結標本用のラボ、動物実験室、分子生物学、免疫学のラボ等が、稼動していた。

司法精神医学病棟は、300人の定員で常時ほとんどいっぱいであるという。監視体制は厳重であり、何重にもロックされ、その上ユニットごとにもロックがされていた。1ユニットは20床で、精神科医、心理、看護主任、看護婦（夫）看守、ソーシャルワーカーからなるチームが担当していた。グループセラピーや、レク療法が行なわれていた。診断はもっぱら D S M IIIによってなされ、入所の決定は法律家によってなされ、医者は関与しないという。

終りに院長と懇談をもつ。院長のいうことには、米国のデインスティテュートナリゼーションは、理念としては正しかったが、地域の受け入れ施設が成熟しないうちに患者を放出した為にホームレスピープルなどの問題を生み、地域精神医学は反省期にきている。また多くの機能をはたしうるという意味で、大病院に対する見なおしも行なわれつつある。

最後に今回の視察の締めくくりの意味もかね、N I Hのラボチーフである田崎医博と、晚餐を共しながら、アメリカにおける研究風土について伺った。氏が強調していることには、米国は大変な競争社会であり研究成果をあげないものには生き残れないということであった。

N I Hを中心とする諸施設を訪問して印象づけられたことは、N A S Aにも匹敵するような巨大な研究施設と膨大な研究予算とそれを支える研究システム特にレビュー方式であった。また行政部門の建物にあった展示場と示されていたように、クルー病の Gejdusek を始め、多くのノーベル賞受賞者を輩出しているといった人材の豊富さであった。研究動向を象徴するキーワードは、ニューサイエンスであり、P E Tなどの核医学や、分子生物学や遺伝子研究である。

今回の視察が有効かつ円滑なものにできたのは、精神保健研究所員で、N I Hに留学中の苗村育郎医博および在米日本大使館員皆川一等書記官、同田川氏の適切なアレンジメントのおかげである。

《カナダ》

滞在期間 11月20日～11月23日

訪問場所 マッギール大学付属モントリオール神経研究所

(Montreal Neurological Institute)

マッギール大学付属アレン精神医学研究所 (Allen Memorial Institute)

マッギール大学は、モントリオール市の中央部に位置する小高い丘のふもとにあり、ビクトリア総合病院を中心として右翼に神経研究所が、左翼に精神医学研究所がある。当地の案内役は、山本医博で、氏は日本の大学を卒業の後、米国を経てカナダにわたり、現在神経ニューロアイソトープ部の部長兼マッギール大学の医学部の教授である。

ケベック州は、広さは日本の4倍程で、人口は400万人、モントリオールは人口200万人ということである。カナダには16の医学部があり、人口あたりの医師数はだいたい日本と同じ位である。

モントリオール神経研究所は、有名な脳神経外科医ペンフィールドが、1934年に開設したもので、ジャスパー、ラスムッセンらの著名な研究者を輩出し、現在の所長は第4代で、Baxter教授が就任している。ここの研究費は、マッギール大学のエクストラミューラルグラントが主体で、その他州のグラントやいろいろな協会（筋肉疾患等）からきている。総計で3億ドルになる。グラントエイジェンシーのバツヂを受けている。その中には研究者や秘書のサラリーは含まれていない。高熱費等の諸経費は研究所の基金でまかなう（20億ドル）。病院のベッドは、130床で、神経学と神経外科で半分ずつである。その運営費は州政府より1,400万ドル、他から350万ドル等計2,000万ドルが計上されている。研究所には60～70人の教授がいる。他に40人の大学に所属する教授がいる。この10年でスタッフ数は大分ふえた。給料は大学の定めたもの（基本給）と国の定めたものが二重に支給される。臨床家は病院で定めたものが支給される。ここには精神科の病棟はないが、精神科医は勤務している。またコンサルタントも、外に持っている。研究の主力は、神経遺伝学、分子生物学、生化学や、生理学等基礎的なものだけでなく、PETやシージャークリニック等臨床面にも及んでいる。

研究成果は、ペアーレビューシステムによりエバリュエイトされる。それは1年ごと、3年ごと、5年ごとに行なわれる。臨床研究と基礎研究の総合評価はむずかしいが、このペアーシステムを用いて国レベルで行なっている。医学委員会が良いアイディアを持った研究には研究費を支給し、3年ごとのチェックを行ない継続か廃止かをきめる。競争は厳しく、3ヶ月はその準備に迫られる。医学委員会（MRC）は、文部省というより厚生省にあたる。外国からの研究者には、1年目はサポートしないが、2年目からは審査の上サ

ポートする。グラントには、個人で応募するものの他、グループグラント、プロジェクトグラント、メジャーイクイップメントグラント等のスペシャルグラントがある。これもMRCが統括する。ここにはNIHの研究費もきている。

各ラボを巡る。

8階—動物実験と神経解剖学のラボ

6階—神経病理学のラボ

写真室—設備が整っており非常に機能的である。

神経化学のラボ

オートラジオグラフィーの臨床部門(MRIとPET)

手術室

3階, 4階病室—ここでは急性期の患者をあつかい, 慢性期の患者は外の病院に移す。

平均在院日数は8日。

ICU

ソーシャルワーク室

アレン記念精神医学研究所では Pinard 教授の話を聞く。ここは、マッギール大学の教育関連病院として、1964年に設立された。予算のうち70%が研究費にあてられている。他に5つの関連病院がある(1つは精神病院, 4つは総合病院の精神科)。その精神病院はダグラス病院といって慢性患者をあつかっている。一時は3,000人の患者がいたが、今は600人になっている。患者が減った為、研究のアクティビティーがたかまっている。つまり外来患者やコミュニティケアの研究が盛んである。ケベック州では、1970年来地域指向性をもった医療がなされるようになった。急性患者病棟の周囲にはディホスピタル、ファミリーホーム、ハーフウェーハウス、ナーシングホーム、保護施設、パビリオンが展開されており、また社会福祉制度が行きわたっているのも、アメリカのような、ホームレス問題はおきていない。救世軍の役割も無視できない。一般総合病院の平均在院は25日以内で、慢性病棟でも60日位である。

ケベック州全体では、3,800床のベットがあり、750が総合病院内の急性期ベットで、1,100が精神病院の急性期病床、慢性病床は一般総合病院と、精神病院それぞれ200床と、1,800床である。他にナーシングホーム1,300床、パビリオン500床がある。ナーシングホームは、比較的質が良いが、他はあまり評価がたかくない。パビリオンの運営は、ソーシャルワー

カーが主体となっている。

この研究所は、18のデパートメントがあり研究が主な仕事である。クリニカルリサーチとしては、精神薬理、精神療法、疫学が主たるもので、ベーシックリサーチとしては、痛みの研究、神経生理学、神経化学、精神薬理学的なものが行なわれている。ダクラス病院においても、ニューロサイエンスグループや疫学グループ（D I Sを用いた研究）等が活躍している。また、老化研究のセンターもスタートした。神経学と精神医学の距離が大きかったのは過去のありかたにすぎない。（もっとも神経研究所とバクスター所長は、そのありかたのむずかしさについて「ペンフィールドでさえ、そのことに成功しなかった」との意味深長な表現をされてはいたが）

研究棟を巡回する。ここには20人のリサーチャーがいる。

モントリオールの研究所は、N I Hに比べ小規模ではあるが、先端的な研究を行ない、レベルの高さが伺われた。「N I Hは、モンスターである」とのY先生の表現は小規模でも良い研究ができることの自負心の表われかもしれない。それを支えるのは、神経研究所の壁面に彫られたペンフィールドの言葉— *Neurological problem is to understand mankind himself*—であろうと思われた。

モントリオールにおける視察が、むだなく有効にできたのは、山本医博を始め、阿部総領事、加藤領事他のサポートがあったおかげである。

《英国》

滞在期間 11月24日～11月26日

訪問場所 ドジントンヘルスクリニック (Doddington Edward Wilson Mental Health Centre)

セントジョージ病院精神科 (St. George's Hospital)

モーズレイ病院精神医学研究所 (Mausley, Institute of psychiatry)

クインズスクエア国立病院神経学研究所

(Institute of Neurology, The National Hospital)

ドクタークラーク私邸 (Dr. Clark)

ケンブリッジ大学 (Kembridge University)

ドジントンヘルスクリニック

ドジントンヘルスクリニックは、ロンドン市の西南部にある地域のクリニックでコミュニティメンタルヘルスチームが置かれている。われわれはそこの主任である Mclean 博士に会った。コミュニティメンタルヘルスチームはイギリスが先鞭をつけたものでその活動は各国における地域精神医療のモデルになっている。同地域には7万人の住民がおり6人のスタッフで運営されている。その内訳は、精神科医1〔2人で交替で勤務〕コミュニティナース1、OT1、サイコロジスト1、ソーシャルワーカー1、である。地域の中には病床数800のスプリングフィールド病院がある。そこでは主に慢性病患者のケアが行なわれている。1978年のイングランドとウェールズの入院患者数は8万〔人口は日本の半分〕で大半が老人である。1970年から1980年までの間に入院患者は半減している。分裂病の発現率には変わりはないが、フェノチアジンなどの薬物療法やディケアなどの成果によるものである。

分裂病の患者は、まず一般医の所を受診する。ここの患者はそこからまわされて来るが、3分の1が投薬のみの普通患者、3分の1がディケアの患者、3分の1が入院を必要とする患者である。入院患者は2〜3ヶ月で退院させられ、あとは地域で面倒を見られることになる。地域精神医療の担い手はコミュニティナースが主体であり、医師の指導の下にナーシングサービスとしてデポーの注射などを行う。外来患者へのアプローチは3分の1が個人的なもの、3分の1はグループセラピー、残り3分の1はサービスイングとなっている。グループは母親とよちよち歩きグループ、黒人グループ、スポーツクラブ、親戚の支持グループなど8つあり、ソーシャルコンタクトがとれるようトレーニングをしたり各種の施設を利用している。その場合、精神病患者というラベルづけをしないで、できるだけ普通の人として扱うように配慮している。特に研究活動はやっていないが個人レベルではコンピューターを用い分裂病患者の再発及び再入院の研究を行っている。再入院の率は平均45%であるがここでは65%なのでその背景を分析している。

セントジョージ病院精神科

ここでは、Jacobson 博士と面談する。自分は神経精神科学 (neuropsychiatry) のセンターを作るためにここにやってきた。ここはまだNMRやPETは持っていないが、簡単なCTスキャナーでもいろいろな研究ができる。たとえば自閉症のスキャンニングで第三脳

室の変化がある〔しかし側脳室には変化はない〕ということがわかった。その他スリープ・ラボやアノレクシア・ラボやうつ病の血小板の変化、薬物依存等の研究が行なわれている。自分としてはニューロトランスミッターの研究に興味がありコルサコフ精神病やアルコールによる潜在性のカッケの病態を追求している。神経学の研究室はここから7km離れた所にある。ここは医学校がありその付属病院は地域の医療センターも兼ねている。

ここの精神科教室はDr. クリスプによって開設された。全体で800床のベットがあるが、精神科は外来のみで病床は外に持っている。スプリングフィールドの800床とアトキンソンモーリー病院の100床〔神経学〕である。1日200名の外来患者があり20人のドクターと4～5人のサイコセラピストでみている。サイコセラピーには行動療法、家族療法、個人療法の専門外来がある。余談ではあるが1983年の法改正は医師にとっても患者にとっても不都合な面が多い。それは、小数のあまり質の良くない精神科医に対して作られたものであると言える。必要な治療ができなくなったり自殺者が増えている。患者についての研究ができなくなり、エジンバラの Kendell 教授が批判的な論文を書いている。

モーズレイ病院精神医学研究所

ディーンである Murry 医博に話を聞く。ここには病院と研究所と医学校がある。病院は別にベツレヘム病院〔全部で500床〕がある。ここでは急性のケアのみを担当している。40の臨床ユニットがある。分裂病、そううつ病、アルツハイマー、神経外科、神経学等のユニットがあるが神経外科と神経学のユニットは拡張の予定〔60～160床〕である。精神医学、神経外科、神経学は一緒の所にあるのが良いと思う。40ユニットの内、1ユニットはアカデミックユニットといいクリニカルリサーチ専用の病棟になっている〔15床〕。ここには、コンサルタントの下に、神経科医、精神科医、神経外科医、サイコロジスト、ナースがいる。

研究所には9つの部がありそれぞれに教授が配されている。9つの部とは、一般精神医学、心理学、精神外科学、神経学、精神薬理学、神経病理学、統計学等である。6つのポストグラデュエイトのコースがあり、MD. やPhD. を出している。3年間ののトレーニングコースは6ヶ月ずつ各ユニットを回る。社会精神医学ユニット、司法精神医学ユニット、アルコールユニット、神経精神医学ユニット、アノレクシアユニット、小児精神医学ユニット、薬物依存ユニット、一般精神医学ユニット等である。

慢性患者のケアは15年以上前は大きな精神病院に送っていたが、現在は政府の方針で地

域で面倒を見るようになってきている。そのため、たくさんのデイホスピタルやホステルやホスピスができている。こうした施設におけない慢性患者は病院の敷地内にあるホステルに収容している。臨床カンファレンスは2週に1回持たれ、神経科区と精神科医が互いに論争をしている。病院の運営費用は年間200万ポンドで、ナショナルヘルスサービス〔PHSS〕からくる。研究費は年間700万ポンドで、その内200万ポンドは大学から、残り500万ポンドはグラントとしてくる。英国の精神医学はソーシャルオリエンテッドの傾向が強く、ここの疫学部は有名で〔シェパード、ウイング等〕統計的な見地からコミュニティケアの重要性を政府に具申したりしている。

各研究室を巡回する。

ここには400人のスタッフがおり年間150人の若いドクターを受け入れている〔日本からは3～6人〕。将来、研究者の交流を日本とやっていければと思っている。

N I Hを大規模研究所、モントリオールの研究所を小規模研究所と見なすならば、ここは、中規模のそれと見なすことができよう。ここでは特に精神医学と神経学の緊密な連携の必要性が強調され、それに意を用いている点が印象的であった。また多岐にわたる研究活動と質的レベルの高さは、マニュアルレポートを見れば一目瞭然である。

王立神経学研究所（クイーンズスクエア）

ディーンの Marshall 博士より話を聞く。この研究所は1948年に、ロンドン大学の一部として設立された。国の神経病の施設とは関連があるが別のものである。神経外科、神経病理学、神経化学、神経生理学などの5つの部がある。病院は300ベッドで225が神経科病床、60が神経外科病床、15が精神科病床である。研究所としてのスタッフは200人で、グラントで雇うリサーチフェローは別である。病院のスタッフとは相互に行ったり来たりしている。サイモン教授はアノイリズマの研究で、トーマス教授は脳腫瘍とペインリリースで有名である。ここは診断に重きを置いているので、ロングタームのリハビリテーションはない。従って慢性化したケースが沈澱するということはないが、ロングタームケアの経験を持ってないという不利な点もある。2年後には神経リハビリテーションの部を作る予定である。

小児神経学の部門は、小児保健の研究所に（別の大学に所属）と協力しあってやっている。精神科病床が15というのは少ないように思われるが、ここはほとんどが神経病患者なので、それプラス精神症状を伴うものに限定してやっているのだから充分まかなえる。そこでこなせないケースは、精神科の研究所に送っている。精神科と神経科を一緒にしようとい

う試みは、コスト高になるためやめてしまった。ソーシャルワーカーによるリハビリテーションはこの病院がパイオニアであったが、身体的リハビリテーションはまだ不十分である。てんかんについては、ここから32km離れたところに50床の特別ユニットがある。ここにはコミュニティに住めない人が入っている。タコ足のようになっているのは、歴史的、経済的理由によるもので、これが理想の型とっていない。

ここでもメディカルニューロロジーの関心事は、脳血管障害、多発性硬化症、末梢神経障害、筋肉疾患、神経代謝障害、てんかん、錐体外路障害などである。アルツハイマー病の研究は臨床的にはやっていないが、生化学的にはやっている。NMRはあるが、PETはまだない。CTスキャンは、ここに世界で初めて置かれた。2台が稼動しており、1台はもっぱら診断用、もう一台は脱髄疾患専用として用いられている。ポストグラデュエイトのコース（4年間）として14人の神経学レジデント、7人の神経外科、1人の精神科のポストがある。英国全体で神経学の専門医は150人で、他国に比べ少ない。その理由は、神経学は、一般内科医によってやられてきたという伝統のためである。しかし、高い水準が生まれたのは、全体的にやらず集中的にやってきたためである。現在は、一般病院で神経学をやるというアメリカのパターンに近づいて来つつある。

クラーク博士宅

クラーク博士宅は、ケンブリッジ大学をはるかに見はるかす静かな田園地帯にあった。WHOのコンサルタントとして、1968年日本の精神医療について、勧告をなしたことで、博士の名前はわが国ではよく知られている。博士は、社会精神医学、セラピューティック・コミュニティや精神衛生行政に興味を持ち、ナショナル・アソシエーション・オブ・メンタルヘルスの副会長を務めた。1970年代は、長期在院者の社会復帰活動に専念し、フルボーン精神病院長を最後に1983年に引退。引退後は、グループサイコセラピーターやソシオセラピーターのコンサルタントをしたり、著述をして過ごしている。

世界の入院患者が減少傾向にあるのに、日本は15万→33万と増加しているのは、メランコリックなことである。このことに対して、国および研究所は、社会問題としてあるいはリサーチプログラムを組んで対処すべきだと思う。結核やバースコントロールや消化器病について、日本のあげた成果は著しいものであったのだから、やれないことはない。精神病院は、患者を永く留めて置くところではないと知るべきである。一般大衆もそのことで討議する必要がある。英国でも50～60年前は同じであった。しかし、20年前より変ってき

た。その理由は、公衆の教育が行きわたり、ボランティアが育ち、女王がサポートしてくれ、精神医療に関心を持つことは尊敬に値すると見なされるようになったからである。

また、病院のシステムを変革する必要がある。日本では、病院が小さくて人道的に扱われている良い面もあるが、英米に較べ特異なシステムである。私は勧告の中でナショナル・インスペクション・システムの必要性を訴えた。(英国では、この制度は150年前からあった。)また、プロをトレーニングして、レベルをあげることが重要である。とかく、病院のプロフェッショナルにはアイソレーションが目立ち、他の病院を見たりすることが少ない。精神科医・PSW・OT・ナースのトレーニングおよび再教育が必要である。フルボーン病院では40年前、在院患者980人中900人までが、強制収容であったが、10年後の1963年には、850人中20人になっていた。強制収容は、ほとんどの場合必要がない。そして、強制収容をやめたところからリハビリが始まる。

日本でも、来年法改正が予定されていると聞かすが、遅きに失した感がある。ディケア・ナイトホスピタル・訪問看護を点数化したことは大変良いことだと思う。英国は、30～40年前よりリハビリをやっているが、正解は一つではない。ある場所で良くても、他の所ではダメであるというケースもあるのだから。しかし、モデルプログラム、実験プログラムを作り、それを発展することは大切である。またそれを外来者が見て分かる形にしておくことも大切である(ビデオや映画の利用)。色々な試みをやって、その結果を公にすることも厚生省や研究所の重要な仕事である。生物学的な研究も重要であるが、これはリハビリテーションから見れば、「始め」の部分にすぎない。

ネットワーク作りが大切である。なぜならば長い間病院生活を送った人にとっては、社会に出てどうしたら良いかという社会生活上のトレーニングが必要となるからである。そのため、英国では、コミュニティ・サイキアトリ・チームが活動している。大病院のスタッフは、地域のリハビリには不慣れであったし、保健婦は長期の分裂病は理解できなかったもので、このチームの役割は大きい。ディケアやワークショップは、都市の真中にあることが望ましいが、住民の反対が強い。そうした場合はスタッフが出かけて行って住民の意見を聞き、反対が多数でなかったら、それを推進することとし、問題が起きた場合はすぐ病院に連絡するということで住民を納得させた例がある。また、非行少年のたまり場より精神障害者のワークショップのほうが良いということで、オープンできたケースもある。また、実際問題が起きたならば、あっさりその場を棄て、10年後に再度トライするという柔軟な態度がとられた。軽い患者を地域に出すというリハビリテーションの第一段階

は容易だが、長期在院者を出すのは大変むずかしい。米国・イタリアは一度に出してスキャンダルとなったが、英国は20～30年かけてやったので、あまり問題は起こらなかった。ここでもサイキアトリー・チームが、がんばった。大病院も地域ケアも、多くの職員を要し、お金もかかるが、同じなら地域にお金をかけるべきであると思う。

保安問題での入院は英国には5つの専門病院があり、プロードモア、ランプトンには2,000人を（英国全体では8,000人）収容している。ごく少数の犯罪者を、普通の精神病院に入れるのは良くないが、そういうケースをまとめて収容することは良いことと思う。

1987年はクラーク・レポートを出してからちょうど20年になるので、日本に行きたいと思っている。——このようにクラーク博士は元気な姿で語っていた。

ケンブリッジ大学

ケンブリッジ大学では、昼食をとるかたわらフルボーン病院の Dr. Shoenberg と Anderson 氏（P S W）と懇談する。内容は主に、社会精神医学、特に精神病者の比較精神医学的な事柄であった。

英国での視察は、ブルティシュ・カウンスルのモーリス・ジェンキンス氏、ワース氏、ウィード氏、海上寮の鈴木純一院長、順天堂大の新井博士、在英米日本大使館井上一等書記官の御協力により、有意義に行うことができた。

《西ドイツ》

滞在期間 11月26日～11月28日

訪問場所 マックスプランク研究所 (Max-Plank Institute für Psychiatrie)

ハール精神病院 (Bezirkskrankenhaus Haar)

マックスプランク研究所

マックスプランク研究所では、頭初の予定では、Ploog 教授に会う予定であったが、教授の都合がつかなかったため、同僚の Emrich 教授に会った。教授は神経生理および薬理学が専門で、武蔵病院の大熊院長との共編著がある。この研究所は1919年にエミール・クレペリンより設立され初めは大学病院の中にあつたが、1921年ロックフェラー財団の援助により現在のところに新しい建物ができた。研究所に隣接してシュワービング市民病院がある。ここの病院の精神科の科長はランゲやシュナイダーがつとめたが、終戦後この病院

は米国に占領されて使えなくなった。1966年に臨床研究所（インスティテュート・フォア・クリニカル・リサーチ）ができ、120床の病床と心理学、行動学、神経生理学、生化学の研究室ができた。1982年～1983年に細胞生物学などの神経形態学、神経薬理学、神経生理学、神経生化学など200人の研究者を有する基礎研究所が離れた所に出き、ここの一部が移転している。このことは相互に意見の交換が出きなくなったという理由で、あまり良いことではなかった。ここでは、学生の病棟実習もやっている。

病棟内を見て回る。5階－閉鎖病棟、ここは30人の混合病棟で急性期のものを扱っている。28人のナースと看護人がいる。4階－24床、開放で神経症やうつ病を扱っている。また、この階には睡眠のラボがある。3階－13床、心因反応などの救急のケースを扱っている。滞在期間は2週間である。この階には他に15床の開放ベッドがある。以上の病棟（70床）をエムリッヒ教授が担当している。2階は、ブルー教授の個人病床があり、他にレントゲン部門を持った神経科の病床15と小児精神科病床25がある。向い側の建物は、クレペリンバウと呼ばれ古いマックスプランクの建物で動物実験室（サルの実験学など）・図書室・講義室などがある。

市民病院（病床数1,200）とはトンネルで連絡でき、研究所のスタッフが外来を受け持っている。（ここには、精神科病床はない。）トンネルの中間部あたりに体育館、プール、作業療法の部屋がある。作業療法室は1.5時間のセッションを一日4回行うという。10人のグループが3つあり、タイプや工芸・絵画などをしていた。スタッフは2人のOTと3人のアシスタントであった。

クリニックの費用は全て州とマックスプランクの組織より出されている。運営係は、一人の患者にどのくらいの費用がかかるかを算定し保険会社と交渉して費用を出させる。7月1日～6月30日の実績を踏まえ予算をたてる。費用の分担は、人件費はマックスプランクが、治療費は保険会社が負担する。外来患者は、一日120マルク、平均38週分はカバーされる。健康保険に加入していない人は、自費（一日、285マルク）。

運営費として年間2,400万マルク、そのうち40%がマックスプランクから出ており、これは、もっぱら研究に使われ（これには人件費も含まれている）、残り60%は、保険会社、大学より来る。研究者の一人あたりの費用は、年100万マルク。ただし、予算は年により異なるので一定でない。

バイエルン州には5つの精神科の施設がある。ハールの病院（1,500床）、ミュンヘン大学病院（200床）、イーザー大学病院（40床）、マックスプランク（120床）、私立病院（200

床)である。ハールの病院は、どんなケースでもとらなくてはならないが、ここは研究にあった患者を選択できる。

エムリッヒ教授は基礎研究と臨床研究のかねあい、高度研究機材を扱う際のテクニシャンの問題、新機材を入れるか、人材を入れるかの選択について悩んでいると語っていた。

また研究面では、4つの方向つまり形態学・薬理学・神経化学・精神病理学のうちいずれが有効かと問うた。80年前、クルペリンがこの研究所を建てた時、化学や薬理学は重点を置かれなかったが、アクセルロードがノーベル賞をとって以来、その分野も重要視されるようになった。しかし、それだけでせめて行っても本当の原因は分からない。そこにこうした研究のむずかしさがある。純粋な脳研究は意味がないので、脳の複雑性を複雑性として追究することに意味があると言える。自分としては現在形態学に力を入れている。つまり、電顕やポジトロンを使って特別な物質の分布を研究している。PETは、ケルンのマックスプランクにあるだけである。研究者のターンオーバーは、基礎研究についてはあまりないが、臨床に関しては、ほとんどが、有期限である(平均5年で、10%がパーマネント)。神経学と精神医学の関連であるが、1945年まではドイツでも、精神医学と神経学の区別はなかった。その後、互いに分かれていった。現在、神経学の専門家が精神医学者とつながりを作ることは、むづかしい。両者を結合させる力を持った人が望まれる。クレペリンバウでは、サルの行動観察室、図書館、コンピューター室などを見る。コンピューターは、研究データの管理と分析のみに使われ、各研究室にはマイコンが置かれ、特に、オンラインではつながっていない。この悩みは、プログラマーを十分雇えないということであった。(現在は、5人のスタッフと5人のプログラマーがいる。)

ハール精神病院

ハール精神病院は創立100年を迎える西ドイツ第一の精神病院である。現院長は温顔のSchulz 博士で病院のあらましを語ってくれた。病院は94hm²の広さを持ち2,220ベッドがある。年間、7,000人の入退院がある。1979年以来経営局と病院が対等の立場として、経営局の長は別のポジションとしてある。ここには、5種類の特殊な病棟がある。つまり、救急病棟、リハビリテーション病棟、老人病棟、嗜癖を含めた合併症病棟、犯罪性の患者の入院する病棟がそれである。その他、看護学校がある。また、医学生の実習地でもある。研究については、以前は大学は研究・病院は治療というように分かれていたが、最近は互いに接近してきた。ここでも、研究報告書を出している。特に、薬物療法や慢性患者の行動

療法などの研究に力を入れている。

Vopelius 医師について院内を回る。

この病院は、特別な範囲を担当している病院であるが、最近担当地域が小さくなったため入院患者は減っている。また、薬物療法が進歩したので、入院患者が少なくなり、外来患者が増えている。デインスティテューショナリゼーションについて、米国やイタリアのうわさを聞くが、色々なイデオロギーで振り回されのは困ったものだと思う。このように慢性の患者を長年扱っているところはあまり問題になっていない。しかし、最近ドイツでも家族の中で治療をしていこうという考えが強まっている。しかし、病院と家族との間には色々な段階があろう。たとえば、ディケアやナイトホスピタルや共同住居（ミュンヘン市内に10～15ある）などが利用されている。

犯罪性精神病者の病棟は、160ベッドであるが、病院からは組織の運営上重荷としてみられている。特にむずかしい患者について新しい施設が120床規模でシュラーピングに計画中である。そこには近くに大きな刑務所がある。暴力性のある患者がその対象になる。160人の患者のうち分裂病が60%で、ほとんど、寛解状態にある。20%が反社会的、暴力的、性的異常などの人格障害、残り20%が、てんかんや器質性精神障害のあるものである。

中毒者の病棟40床の内訳は、80%がアルコール中毒、20%がトルエン・コカイン中毒である。最近では、コカイン中毒が増加の傾向にある。

前記の60%の分裂病者には特別の治療をすべきであるが、犯罪者に対する規定があるので皆同様に扱われている。入院の境界は、人身犯罪にあるようだ。退院の決定は裁判所が行ない医師には決定権がない。（治療のみを行なう。）裁判所には、精神障害者のための特別の局があって、熟練した裁判官がこれに対応している。医師の鑑定は、判断の材料になるが、判断は裁判官が行なう。医師は退院させようと思っても裁判官は殺人などの前歴がある場合は出さないことが多い。また、逆のケースもある。

施設の1階は未決囚（35床）、2階は既決囚（35床）に当てられ、ドアは二重にロックされている。外壁は厚いコンクリート壁で囲まれ、施設内には中庭がある。作業所ではコンクリートのブロックが作られていた。4人部屋が標準で個室はない。男の看護者の他、2人のドクターと1人の心理、1人のソーシャルワーカーが担当している。面会や外出は裁判所の許可があれば許されている。

ドイツにおける視察は、在ミュンヘン領事館の広岡領事と留学中の山梨医科大学中河原講師の協力を得て無事終了できた。

お わ り に

欧米の主だった研究所及び病院を視察する機会を得、各国それぞれ独自の研究態勢を確立しつつあることを知るとともに、先端の研究活動に触れることで、グローバルな視野を養うことができた。今回の機会を与えて下さった関係各位の皆様に深甚な謝意を表したいと思います。