



カナダにおける邦人のメンタルヘルスケア —バンクーバーの場合

ブリティッシュコロンビア大学精神科

駒橋 徹

東京武蔵野病院

野田 文隆



はじめに

カナダは世界各国からの移民で成り立っている、人口約2700万人の複合民族国家である。さまざまな国から来た人々が民族特有の文化を大切にしながら生活している。以前はイギリス、アイルランドや他のヨーロッパ諸国からの移民が多かったが、最近ではアジアやラテンアメリカからの移民が多い。日本人のカナダへの移住は1877年に始まり、現在でも毎年200～500人程度の移住者がいる。数年単位で出入りする企業の駐在員、留学中の研究者、学生などはおそらく数千人と思われる。

1991年の統計で、カナダ全国では英語を第一言語とする人が総人口60%、フランス語を第一言語とする人が24.1%、次いでイタリア語1.9%、中国語1.8%、ドイツ語1.7%と続き、日本語を第一言語とする人は0.1%となっている。バンクーバーに限れば、英語を第一言語とする者が60%、次いで中国語19%、パンジャビ（インド語）2.4%、ドイツ語2%となっている。日本語を第一言語とする者の割合はかなり少ないため手元の資料ではわからない。カナダの中のマイノリティー（少数派）である。

バンクーバーの医療事情

カナダでは各州ごとにメディカルサービスプラン（MSP; Medical Service Plan）と呼ばれる医療保険が整備されており、カナダ市民は全員がこの医療保険でカバーされている。そして、カナダ市民だけでなく学生ビザや労働ビザで入国した人たちは3カ月の待機期間後加入できる。しかし、観光ビザ、ワーキングホリデーで入国した人達の加入資格はない。

バンクーバーのあるブリティッシュコロンビア州では、1996年5月現在のMSP月額保険料は個人36ドル、2人家族64ドル、3人以上の家族72ドルである。この保険はすべての医療に適用され、加入者は外来での薬代を除いて、初診料を含め全てが無料である。MSPに加入できない期間、あるいはMSPの加入資格のない人は、医療費を自費で払うとなるとかなりの額となるので何等かの医療保険に加入する必要がある。

バンクーバーではホームドクター（家庭医）制度が確立されており、専門医の診療が必要な場合、特別な場合を除きホームドクターの紹介が必要となる。長期滞在者はまずホームドクターを探す必要がある。ホームドクターの診療範囲は広く小児科、婦人科、眼科、耳鼻科等にも及び、軽症の病気ならすべて加療できる。バンクーバー市内には2人、隣接したバーナビー市には1人、リッチモンド市には1人



の日本語を話す邦人医師がホームドクターとして活躍している。ホームドクターの診察を受けるにはまず電話で予約をする必要がある。予約時間や予約日時が待てないような緊急の病気の場合にはEmergency（救急）を受診する。多くの日本の病院とは違いEmergencyは精神科も含みかつ24時間稼働している。小児救急の場合は、小児専門のChildren's Hospitalを受診する。

バンクーバーでの一般精神医療

バンクーバーは町ぐるみで地域精神医療を精力的に実践している都市として、精神科医には良く知られている。地域精神医療とは、精神病院から患者を解放し、町の中に患者を住ませ、治療者が患者の所へ出向きサポートするシステムである。人口約60万のバンクーバー市にメンタルヘルsteamという精神科専門の保健所が9つある。そのメンタルヘルsteamでは精神科医師、看護婦、臨床心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士などが連携し、地域に暮らす患者の診察と生活支援を行なっている。彼らは、病院を介さず直接患者をフォローし、病状が悪化していると判断すれば適時病院へ入院させたり、中間施設へ短期間の滞在をさせたりしている。

バンクーバーでの日系人対象の精神医療

1) コミュニティーでの精神衛生相談

バンクーバーでは、1986年初頭より専門家による「精神衛生相談」が続けられている。この相談は医療診察ではなく、投薬等はなされず、カウンセリングのみが行われている。かねてから日系コミュニティは精神衛生対策の必要性を感じていたところ、当時ブリティッシュコロンビア大学精神科に留学中であつた、井上、名嘉と日系コミュニティ代表の鹿毛、

山城らで話し合いがもたれ、日本語による「精神衛生相談」が、井上、名嘉らにより「隣組」という日系コミュニティセンターにて始められた。そして途中から野田がその相談に加わった。残念ながら野田が1989年6月に帰国した後はこの相談が途絶えていたが、カナダ政府から補助金が得られたため、1991年3月より堀江医師（日本での精神科医師、現在は作家、精神療法家）により再開された。しかし、この補助金も1996年6月にて打ち切られるため、このコミュニティでの精神衛生相談は再度休止の危機に陥っている。

2) バンクーバー総合病院での日本人外来

バンクーバー総合病院では1985年頃よりMulti-cultural programを開始すべく準備が進められ、1990年6月に正式に発足した。日本語を話す精神科医師の必要性を強く感じていた野田は、レジデント（精神科医師など専門医になるためのトレーニングを受けている医師）という公式の立場を利用し、また、バンクーバー総合病院でのMulti-cultural program発足の流れに乗り、1988年初めにバンクーバー総合病院にて「日本人外来」を開設し帰国する1989年5月まで診療を続けた。野田の帰国後、コミュニティでの精神衛生相談のみならず、バンクーバー総合病院での「日本人外来」も閉鎖されてしまった。しかし、この外来はバンクーバーのみならずカナダ全域に住む日本人にとって必要欠くべからざるものであるという認識は、カナダ側にもあった。（カナダ全域にこれに相当するサービスはなかった。）そこで、野田を仲介としてブリティッシュコロンビア大学と話し合いが続けられ、1994年9月から留学中の駒橋（獨協医科大学精神神経科助手）によりこの「日本人外来」が再開された。そして1995年9月からは桂川（東邦大学医学部精神神経科）もこの活動に加わった。駒橋及び桂川はブリティッシュコロンビア大学

CANADA



の支援によりカナダでの公式な短期医療資格を得ている。なお、この「日本人外来」は「移住者の会」という日系コミュニティが積極的に宣伝広報を行なってくれている。現在は日本語を話す邦人家庭医からの紹介患者が多い。

バンクーバーでの精神医療の特徴

カナダ政府として多文化主義を採用しているの
で、英語を話せない人達のサポートにも力を入れている。バンクーバー総合病院精神科にはCross-Cultural Clinic (多文化外来) があるし、前述のメンタルヘルスチームには中国語、ベトナム語、スペイン語などを話せるソーシャルワーカーが配属されている。しかし、まだ日本語を話すソーシャルワーカーはメンタルヘルスチームにはおらず、英語が話せない日系人は恩恵にあずかるのが困難である。日本人はマイノリティ (少数派) のため、多文化主義をとっているカナダでも日本人に対するサービスが後回しにされているのだろう。

次に、薬物依存の患者の多いのもバンクーバーあるいは北米一般の精神医療の特徴とも言える。日本と違いこれらのストリート・ドラッグはダウンタウンの一画に行けば比較的安い値段で簡単に手に入る。かなりの数の若者が一度は経験するものらしい。小学生が経験することも多いと聞く。ここで私が経験したストリート・ドラッグ使用の2症例を呈示する。

症例1 受診時22歳 女性

A県で生育した。高校卒業後、専門学校でデザインを学び1993年3月に卒業した。同年6月にワーキングホリディで来加し、レストランのウェイトレスなどをして働いた。来加後間もなく友人とのパーティでマリファナを経験し徐々に使用量が増え依存に陥った。1994年3月には一旦日本に帰国するが、1994年6月に再びワーキングホリディで来加した。この時から仕事はせず、マリファナ等のドラッグに耽るようになった。1994年8月に6日間、1995年4月に7日間、マリファナが原因と考えられる急性の幻覚妄

想状態のため、市内の総合病院精神科へ入院した。その2回目の入院後、筆者 (駒橋) を紹介されバンクーバー総合病院精神科の日本人外来を受診した。第2回入院時の診療録によれば、マリファナは毎日数回使用し、その他LSD、マジック・マッシュルーム (psilocybinというLSD類似の精神病発現薬) の使用経験もある。注射では薬物を使っていない。誰かに殺されるという被害妄想や幻聴、死への強い不安や焦燥感が認められたとある。初診時、幻覚や妄想があったこと、マリファナを数回使用したことは認めたが、そんなに何度もやっていないと述べ、精神科医の助けは必要ないと拒否的な態度であった。マリファナが原因で2度の入院歴があること、仕事もせずぶらぶら過ごしていることから今後も継続してマリファナ等を使い続ける可能性が高いこと、さらに注射でコカイン等を使用するようになればAIDSに罹患する危険性もあることを母親に説明したが、「娘がもう大丈夫と言っているから心配ありません」と母親も拒否的な態度であった。外来は継続されず、残念ながらその後の経過はわからない。

症例2 初診時18歳 男性

貿易会社を営む両親のもとバンクーバーで生育した。1994年3月に父親と口げんかをして家を飛び出し友人の家で、生活を始めた。父親とのいさかいのため落ち込んでいたところ、友人から「これを吸えば楽になるから」とヘロインの吸引を勧められ、初めは週に1~2回の割合で始めるようになった。間もなくヘロインが切れると腹部や腰部に痛みを感じ、重い病気になったかのように体が重く感じられ、5月頃からは毎日使用するようになった。ヘロインを買うお金欲しさのため窃盗を働いたことも何度もあったと言う。これではいけないと思い、1994年10月には徐々に使用量を減らし一旦は辞めることに成功した。ところが、1995年2月頃から被害関係妄想が出現し、その妄想を紛らすために再びヘロインの使用を始めた。3月には高校を自主退学し、6月にファミリードクターの紹介にて筆者 (駒橋) のもとを初診した。支持的療法とヘロインの身体的離脱症状を軽減する薬により8月初旬に完全にヘロイン使



用を中止した。しかし8月末には「一度なら大丈夫」と吸引し再び依存に陥った。11月から翌年の1月初旬までデトキシケーションセンター（薬物の離脱を手助けする施設）に入所し再度使用を中止した。4月からは高校卒業の単位を取ろうと学校へ通っている。3月に1度吸引するも6月現在何とかやめ続けられている。

この2症例は、比較的裕福な家庭で育ち、また家庭環境やパーソナリティに大きな問題はなかった。普通の子が、友達に誘われるまま、おそらく好奇心も加わってストリート・ドラッグの使用を始め、そして依存に陥っていった。カナダでは多くの若者が好奇心で使い、初めのうちは数回だけのつもりがやがて依存に陥って行く。ストリート・ドラッグの経験者はカナダ総人口の20%（アメリカでは50%）におよびそのうちの何割かが依存になる。「皆がやっているから私もやってみよう」と薬物の使用を始め、そして依存に陥っていく。この現象は、マイノリティ（少数派）である日本人にも例外ではなく、ワーキングホリデイや語学留学している若者にも浸透しつつある印象を筆者は持っている。若いがゆえにまだ日本人としてのアイデンティティが固まっておらず、そのため異文化葛藤は少ないものの、逆に異文化に飲み込まれてしまい、成人者よりも北米の人たちのように薬物の使用を始めたり、薬物依存に陥ったりするものと考えられる。彼らの親は「うちの子に限って」と否定しがちであるが、北米に住む日本人の若者にとっては稀でない疾患のひとつになりつつある。子を持つ企業の駐在員、ワーキングホリデイや語学留学している若者に強く注意を呼びかけたい。

さいごに

バンクーバーにおいて、隣組での日本語による「精神衛生相談」は、井上、名嘉により動き始め、野田により精力的に勧められ、それを堀江が引き継いでいる。バンクーバー総合病院での「日本人精神科外来」は、野田により開始され駒橋、桂川が引き

継いでいる。

バンクーバー総合病院の「日本人精神科外来」では、野田の時には移住者の利用が中心であったが、現在は移住者のみならず、語学留学生、ワーキングホリデイの若者、企業の駐在員、カナダで生まれた日系人とグローバルな「日本人」へと広がっている。また、利用者の疾患は、マイノリティ（少数派）であるがゆえの文化的葛藤が原因となっている症例、北米に多い薬物依存の症例もあるが、日本一般の精神科外来と変わらない分裂病やうつ病、神経症が多くを割合を占めるようになってきている。それゆえ海外在住邦人への精神科サービスは必須のものであると考える。また、野田の時代には、個人であるいは友人から紹介され受診する症例が多かったが、現在では日本語を話すファミリードクターからの紹介が大部分を占める。これは現地の医師が、日本語での精神科専門医による精神科サービスが必要だと認識するようになってきている証拠であろう。

ところで、駒橋、桂川ともにカナダでの公式な医療資格を得ることができたが、スーパーバイザーのもとで加療を行わなければならないという制約がある。もちろん、カナダ政府あるいは日本政府からの正式な依頼や財政的援助はないため、いつまで続けられるのかもわからない。今後、日加両国政府から、認可や財政的援助が行われることを強く希望する。企業からの財政的援助も期待したい。

参考文献

- 野田文隆他：バンクーバー日系コミュニティに対する「精神衛生相談」の実践
社会精神医学、11（2）；168-173、1988
- 野田文隆：汗をかきかきレジデント、星和書店、東京、1991
- 吉田健正他：カナダ生活事典、白馬出版、東京、1993
- 野田文隆：カナダでの邦人への精神保健サービス、こころの臨床アラカルト、13（47）；87-91、1994