

福永佳津子：駐在員妻の悩み「住宅」「教育」，日経新聞，東京，1986.10.18.
 福永佳津子：ニューヨーク教育事情 上，毎日新聞，東京，1991.2.1.
 福永佳津子：ニューヨーク教育事情 下，毎日新聞，東京，1991.2.2.
 福永佳津子：海外生活の子供たちに壁，日経新聞，東京，1991.3.1.
 カニングハム久子：海外子女教育事情，pp 73-91，新築社，東京，1988.
 大西守，比賀晴美，福永佳津子：カルチャーショック，pp 114-170，同朋舎，東京，1988.
 妻たちにストレス，孤独感わかって，日経新聞，東京，1992.9.24.

資料

ニューヨークの日本人向け各種相談リスト

在NY日本国総領事館 (Consulate General of Japan)	TEL.212.371.8222
NY 日系人会 (Japanese American Assoc. of New York, Inc.)	TEL.212.840.6942
JASSI (Japanese American Social Services, Inc.)	TEL.212.255.1881
日米カウンセリングセンター (Asian American Mental Health Services)	TEL.212.787.7741
ベタービジネス・ビューロー	TEL.212.533.6200
JAWS (Japan AIDS Workshop Series)	TEL.212.620.7287
VLA (Volunteer Lawyers for the Arts)	TEL.212.319.2910
NY 日本人教育審議会/教育文化交流センター教育相談室	TEL.203.629.5922
アメリカ生活 110 番	TEL.212.869.0110
世界の日本語 110 番	TEL.1.800.373.1110
WISH	TEL.914.235.9474

7. バンクーバーでの邦人に対するメンタルヘルス対策の実状と問題点

1) はじめに

移住は、精神障害を引き起こしやすいのだろうか？ この問いの答えは、移住者の発病率や入院率の調べ方によって賛否両論に分かれている。ノルウェーのエイチンガー (Eitinger, L.)³⁾は、難民の精神障害にかかる率はノルウェー人の5倍という論拠からこのテーマを支持している。しかし、カナダのマーフィー (Murphy, H. B. M.)⁴⁾はカナダへの移住者が精神疾患で入院する率はカナダ人より低いと反論している。移住が盛んなカナダでは、1986年にカナダ移住者と難民の精神保健に関する特別調査委員会⁵⁾が、「移住そのものは精神障害を生じさせる原因ではない、しかし移住に付随するいくつかの危険因子が精神障害の原因になりうる」と結論している。その危険因子として挙げられたのは次のようなものである。

①移住に伴う社会的・経済的地位の低下、②移住した国の言葉が話せないこと、③家族離散、もしくは家族からの別離、④受け入れ国の友好的態度（支持）の欠如、⑤同じ文化圏の人々に接触できないこと、⑥移住に先立つ心傷体験もしくは持続したストレス、⑦老齢世代と思春期世代。

すなわち、移住の前後に上記のような因子を持っている人たちは、他の人たちに比べると精神障害を発生する可能性が高く、特別なサポートが必要と考えられる。移住者のみならず、他の文化圏へ移動する人々、企業の駐在員、留学生、旅行をはじめとする短期滞在者も移住者と同じような危険因子が精神疾患を引き起こす可能性が高いだろう。しかし、移住者などの少数派である人たちが慣れない

土地で精神科外来にたどり着く率は極めて低いことがピーターズ (Peters, R.)¹²⁾によって示されている。それゆえに、精神的問題を相談しやすい状況を作らなければ予防どころか発病してしまった人たちの治療も不十分となってしまう。

さて、こういった少数派の人たちがなかなか精神科的医療機関を受診しないのはなぜだろうか。西澤⁷⁾はアメリカ、サンフランシスコにおけるアジア系移住者に対する精神保健サービスを検討し、以下の5つを挙げている。

① 言語およびコミュニケーションの問題

複雑な心理的問題を話し合えるだけの英語力がないことが多い。一方で、精神保健関係の機関がバイリンガルのスタッフを抱えることは、財政上の理由でできていないことが多い。

② 文化の違いの問題

言語の違い以外に、文化の違いも大きな要因となっている。自立—依存、個人主義—家族志向、権威主義的關係—平等主義的關係などがあげられる。

③ 精神保健関係者の文化感受性の問題

移住者がどのような経験をしてきたかに関し精神保健関係者の文化感受性が欠如しており、その結果、クライアントへの適切な精神医学的介入に失敗している。

④ スティグマの問題

精神保健、精神病という概念の捉え方に文化的違いがある。東南アジアの人々にとって精神保健の問題を抱えるということは、非常に強いスティグマになる。そのため、医療機関に相談すること自体が地域社会からの排斥を意味すると認知される傾向がある。

⑤ 親族および地域社会のネットワークへの信頼

家族や親族からのサポートを重視する傾向があり、その結果外部に援助を求めることを嫌う。

精神的問題を抱えた少数派の人たちをうまく拾いあげるには、上の事項を念頭に置き、相談や診療活動を行うことが必要とされる。

それでは、海外に出て行き、出先の国々では少数派であることが多い邦人に焦点をあて、海外の主な都市で行われている邦人のための精神保健システムについてざっと眺めてみよう。次いで、筆者らが関わったカナダ、バンクーバーの邦人のための精神保健システムについて詳述し、最後に精神的問題を抱えた少数派の人たちの相談や診療を行う上で必要な事柄について検討したい。

2) 海外の主な都市での邦人のための精神保健システム

移住者をはじめ在外邦人の精神保健についての関心が高まるにつれ、それまで困った時のみ一時しのぎに行われていた精神保健相談や診療が、1980年代の中頃から世界中のいくつかの都市で組織化されるきざしが見え始めた。その主な都市¹³⁾には、フランスのパリ、イギリスのロンドン、アメリカのニューヨーク、そして筆者らが関わったカナダのバンクーバーがある。

フランスのパリ¹⁴⁾では、1984年に海外邦人のカルチャーショックの精神医学的研究を主要テーマに渡仏した太田が、電話相談から訪問指導、病院治療までを包括したシステムづくりに精を出した。1988年秋には、研究先のパリ、サンタンヌ病院邦人専門の精神科外来を設置し、1989年夏にはパリ市内に医療相談室を開設した。太田1人で積極的な活動を行ない、現在のところ円滑な運営が行われているが、後継者はいない。日本大使館や領事部、在仏日本人会、海外邦人医療基金などから若干の支援を得ているが不十分で、今後の見通

しが明るいとはいえない。

イギリスのロンドン¹⁴⁾では、1986年に「在英日本人留学医師親睦会」が設立されて、留学中の医師、日系診療所の医師、大使館の医務官との間で情報交換が行われるようになった。1988年には精神科医、臨床心理士などの精神保健に関わる専門家による「在英精神保健関係者の会」が設立されたのに続き、1992年には「在ロンドン精神科医の会」が設立された。このように、ロンドンでは多くの留学精神科医師の協力を得て、邦人精神科医の常駐の確立、邦人向け教育機関への常駐のカウンセラーの配置などが検討されている。しかしながら、現時点ではシステム化された活動には至っていない。

アメリカのニューヨーク¹⁵⁾では、1982年にアジア系メンタルヘルス・クリニックの日本支部として、ニューヨーク州からの基金で日米カウンセリングセンターが開設された。その日米カウンセリングセンターは、1985年にニューヨーク市の精神衛生局の管轄下におかれ現在に至っている。このカウンセリングセンターでは、2人の常任クリニカルソーシャルワーカーが治療を行っている。

カナダ、バンクーバー¹⁶⁾で行われている日系コミュニティでの「精神保健相談」やバンクーバー総合病院での「日本人精神科外来」の設立の経緯や現在の活動状況については、日本人のカナダへの移住の歴史、少数派としての日本人・日系人の状況、バンクーバーの一般医療のシステムにふれながら、順を追って説明する。

3) カナダへの移住について

カナダは1867年に建国され、現在は10の州と2つの準州から成り立っている。総人口は現在約2,700万人である。日本からの移住は1877年に始まり、当初は太平洋岸にあるブリティッシュ・コロン

ビア州のバンクーバー市の近郊で漁業や農業、林業に従事していた。戦時中、日系カナダ人は敵性外国人とみなされ¹⁷⁾、海岸から100マイル以上内陸部に強制移動をさせられ、財産を没収され、大戦後も4年間、1949年に至るまで従来在住していた太平洋岸地域に戻ることを許されなかった。そのため太平洋岸のブリティッシュ・コロンビア州だけでなく、内陸部のオンタリオ州にも日系人が住むようになった。現在でも毎年200～500人程度の移住者がいる。1991年の国勢調査によれば、現在、日系人はカナダ全国で約6万5,000人いるが、その大部分がブリティッシュ・コロンビア州とオンタリオ州に住んでいる。6万5,000人という数は、カナダの総人口2,700万人の0.2%程度で、カナダの中では日系人はマイノリティー（少数派）である。

4) カナダ、バンクーバーでのマイノリティーである日本人・日系人の状況

筆者の駒橋は、ブリティッシュ・コロンビア大学精神科に留学した2年間、カナダのバンクーバーに住んでいた。ここで駒橋の経験をもとに、バンクーバーでのマイノリティーとしての日本人・日系人の状況について述べておきたい。

カナダは連邦政府として多様文化主義政策を取入れており、カナダへ移住してきたさまざまな国の人たちを保護しているが、人口が少ないために日系人の保護は政策面では後回しにされている観がある。しかし、バンクーバーではテレビの多文化チャンネルで日本語放送が30分ずつ週4日放送されていて、ラジオにも日本語の番組がある。日本語新聞も週刊ながら現地で発行され、衛星版であれば日刊が手に入る。日本書を扱っている書店もいくつかあり、お金さ

えれば日本語のメディアには事欠かない。日本食を売っているスーパーもあり、日本食レストラン特に寿司店はたくさんある。

カナダは移住者で成り立っている国で、特にバンクーバーを中心としたカナダの西海岸には東洋人の移住者も多く、多くの人が第2外国語として英語を使い生活している。そのため、日本人を見ても英語が話せないとは思わない。つまり、英語ができないという甘えは通用しない。スーパーでの買い物など一般的な日常生活では英語が話せなくてもそれほど困らない。しかし、一旦トラブルに巻き込まれたり、病気になったりすると途端に困る事になる。

戦時中は、敵性外国人とみなされひどい扱いを受けた日系人であるが、現在、カナダ人の日本人・日系人に対する感情は好意的と感じられる。しかし、日本人・日系人が少ないこともあって、一般のカナダ人は彼らの行動の特徴や日本文化についてあまり知らない。

カナダでは、それぞれの民族の人たちが1つにまとまってコミュニティをつくる傾向があり、日本人・日系人も例外ではない。日本人の中では企業の駐在員、大学の研究者、学生など、カナダでの生活状況が似たもの同志で集まる傾向があり、生活状況が異なる人たちの交流は多くない。日系移住者は2世が中心となって Japanese Canadian Citizens Association (JCCA) を作り、毎月会報を発行している。それぞれの生活状況の人たちが、それぞれにより小さなコミュニティを形成しているために、噂がすぐに広まりやすいといった悪い面がある。

5) 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、カナダ市

民全員がこの医療保険でカバーされている。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も3カ月の待機後加入することができ¹⁴⁾、カナダ市民と同等の医療サービスを受けることができる。実際のサービスは各州により若干の違いがあるが、基本的には毎月の保険料を支払っていれば、歯科診療と薬代を除いた全てがこの保険でカバーされる。

また、ホームドクター制度が確立されており、専門医の診療が必要な場合には特別な場合を除きホームドクターの紹介が必要となる。ホームドクターは内科のみならず小児科、婦人科、眼科、耳鼻科、精神科などの診療も行い、診察を受けるには、まず電話で予約を取らなければならない。この「医師の診察を受けるために、前もって予約が必要である」という状況は、なじみの薄い日本人には苦痛である。精神科疾患を患った場合でも、最初にホームドクターの診察を受けるのは他の身体疾患の場合と同様で、ホームドクターが必要と判断した場合にのみ精神科専門医へ紹介される。ただ、後述のバンクーバー総合病院精神科の「多文化外来」はその特殊性からホームドクターを介さない直接の予約も受け付けている。

予約時間や予約日が待てない場合には、総合病院の救急外来を受診することになる。救急外来は精神科も含めて24時間開いているが、日本と異なり風邪や不眠程度の症状で受診する人はごく少ない。

6) バンクーバーでの日系人対象の精神医療^{4,16)}

(1) コミュニティーでの精神保健相談⁴⁾

1986年初頭に日本語による「精神保健相談」が、ブリティッシュ・コロンビア大学精神科に留学中であった井上(現高知医科大学精神

科教授)、名嘉(現琉球大学心理学科教授)により「隣組」という日系コミュニティセンターで始められた。この相談はカウンセリングのみが行われ、検査や投薬はなされていない。そして、筆者の野田が途中からその相談に加わった。野田が帰国した1989年6月には一時この相談は途絶えたが、1991年3月より堀江(カナダに移住した日本人精神療法家)により再開され現在も継続されている。1986年から1989年には野田が中心となり62名の相談を受け、1991年から1997年現在まで堀江が中心となり97名の相談を受けた。

(2) バンクーバー総合病院での日本人精神科外来ⁱⁱ⁾

i. 「日本人精神科外来」設立経緯および経過

バンクーバー総合病院では多文化精神科外来を開始すべく、1985年頃から準備が進められ1990年6月に正式に発足した。野田は、カナダのレジデント・トレーニング(精神科専門医になるための研修)に参加していた立場を利用し、その多文化精神科外来開設の流れに乗り、1988年初めに「日本人精神科外来」を開設し、帰国する1989年5月まで活動を続けた。野田の帰国後、コミュニティでの「精神保健相談」のみならず、このバンクーバー総合病院の「日本人精神科外来」も閉鎖されてしまった。しかし、その後も野田とブリティッシュ・コロンビア大学精神科との間で「日本人精神科外来」継続についての話し合いが続けられ、1994年9月から留学中の駒橋により再開された。この時点で、「日本人精神科外来」はバンクーバー総合病院の多文化精神科外来の1つに位置付けられた。駒橋は、短期医療資格を得ただけであったが、駒橋以外の多文化精神科外来のメンバーは、世界各国からカナダに移住しカナダでの精神科専門医の資格を持っている医師、あるいは現在精神科専門医になるための

トレーニングを受けている医師(レジデント)で構成されている。1995年9月からは、東邦大学精神科からブリティッシュ・コロンビア大学精神科に留学した桂川もこの「日本人精神科外来」の活動に加わり、「日本人精神科外来」は駒橋、桂川が帰国する1996年8月まで継続された。

1996年9月以降、多文化精神科外来内の「日本人精神科外来」は再び閉鎖されたが、現在は(1997年10月)野田が2カ月に1度、1週間ほど日本からバンクーバーを訪れるという方法で再開されている。1988年から1989年には野田が中心となり68名を診察し、1994年から1996年には駒橋、桂川が中心となり54名を診察した。

ii. 「日本人精神科外来」受診者の特徴

野田が中心となった時期には、移住者の受診が多かった。また、ホームドクターからの紹介は得ずに自分でバンクーバー総合病院に電話をかけて受診する症例が多かった。ホームドクターの紹介を経ずに受診した症例が多かったのは、野田が各地で講演を開きその存在を積極的に広報したこと、野田がコミュニティでの相談を受け持ったことに要因がある。

一方、駒橋、桂川が中心となった時期には、移住者のみならず留学生や企業の駐在員などの受診が増えてきた。また、自分で電話をかけて受診する例よりも、日本語を話すホームドクターからの紹介例が増えた。これは、バンクーバー総合病院精神科外来における「日本人精神科外来」の活動状況が広く一般の人にも知られるようになったこと、カナダ在住のホームドクター、とりわけ日本人や日系人を多く診ている日本語が話せるホームドクターにその重要性が認識されてきた証拠だと考える。また、この時期の受診者は精神分裂

病やうつ病、神経症などの症例が多く、受診者の疾患の種類は通常の日本の外来と大きな違いがないと感じられた。

iii. 異文化の中でマイノリティーである邦人を治療するときに治療者が求められること

ここで筆者の駒橋が、「日本人精神科外来」で診た症例を提示し、異文化の中でマイノリティーである邦人を治療する際に治療者に求められる事柄を考えてみたい。

症例1 27歳、女性

4人姉妹の三女として出生。高卒後はアルバイトを経て日本国内の国際空港内にある店で働いていた。24歳の時にワーキングホリデーで来加し、翌年にカナダ人と結婚した。夫はコンピューター関連の仕事をしている。

夫や子供に当たったり怒鳴ったりしてしまうということを主訴に、27歳時に初診した。9カ月と2歳の2人の男の子がいる。本当は疲れていて、夫にも子育てを手伝ってもらいたいが、夫は仕事で疲れていると思い「大丈夫疲れていないわ」と答える。すると、夫は仕事から帰宅すると1人で飲みに出かけてしまう。帰宅後家にいるときは、リビングルームで横になることが多く「子どもがうるさくしないよう、食事の用意をしている間でも子どもの面倒をみる」と言われるが、そんなことは出来ないと思う。日本の母に見習い、洗濯は毎日、掃除は週に2〜3回行うが「毎日掃除をし、洗濯は週に数回でいい」と夫や姑から文句を言われる。子どもを毎日公園に連れていった方がいいと考え無理に外出しているが、本当は精神的にも肉体的にもすごく疲れており外出したくない。ところが、夫からは「子どもと毎日遊べていいな」と言われる。「疲れるなら、子どもを保育所に預けるなりベビーシッターを雇ったらどうか」とも夫から言われるが、誘拐や殺人の話をよく聞くので恐くて預けられないという。いろいろな面で、夫は私の本当の気持ちをわかってくれないと訴える。日本の母には心配をかけたくないでこれらの悩みは

話せないし、近くには話をできる友人もいないと述べる。

この症例は、異文化不適應と診断された。患者の英語能力が不十分ということもあるが、それ以上に患者と夫が日本式あるいは北米式のコミュニケーション方法を十分にわかり合っていない。患者には、言わなくてもわかってもらえるという日本式の甘えがあり、夫には思ったことはすべてストレートに言葉で表現するはずという北米式の習慣がある。このコミュニケーションの取り方の違いが、不適應の主な原因と考えられる。また、洗濯と掃除の優先順序、ベビーシッターの利用など、基本的な生活習慣の違いを互いに理解していないことも不適應の原因となろう。さらに、この症例がマイノリティーとしてカナダに生活しているため、相談にのってもらえる友人などが近くにいないことも不適應の度合いを促進している。夫婦の同時面接をし、夫に日本人のコミュニケーションの取り方を説明したところ、面接開始時には「本当のことを言わなければ、その人の事をわかるはずがない」と言っていた夫が、話し合いが進むにつれて少しずつ理解を示し、面接終了時には「妻の本当の気持ちを探るよう努力してみる」と言ってくれた。また、邦人が比較的良く利用する保育所を紹介し、そこに子供を通わせることを通して邦人のお母さんたちと知り合いになる機会を作るようアドバイスをした。

上記の症例を考えた場合、治療者は日本とカナダでのコミュニケーションの取り方の違いや生活習慣の違いについて知識を有し、マイノリティーの孤立しがちな立場を理解し、治療者が夫婦間の仲介役になる必要がある。これは治療者が、夫婦間の文化や生活習慣の翻訳者としての働きをしていると考えられる。この翻訳者としての働きが、異文化の中でマイノリティーを治療するうえで治療者に最も必要な事ではないか。

異文化の中でマイノリティーを治療をする場合には、症状の中心が異文化不適応でなくとも、やはり治療者が翻訳者としての働きをする必要が生じてくる。

次の症例は、駒橋が主治医となりバンクーバー総合病院精神科に入院した女性の例である。

症例2 64歳、女性

カナダのバンクーバー近郊で生まれた。2歳の時に日本に帰国し、高校まで日本で教育を受け、27歳の時カナダへ戻り日系2世と結婚した。結婚後は子供が小さい時を除き、魚の缶詰工場で63歳まで働いた。64歳、右下腹部の異物感と発熱のために近医を受診、膀胱内結石の診断にて手術を受けた。手術後間もなく、いろいろなところに体のいろいろな所に不快感を感じるようになった。さらに、食欲不振、不眠、抑うつ気分が出現し、家事をしたりテレビを見るのも億劫になった。

そのため1994年12月(64歳)に駒橋の診察を受けに訪れた。初診時にはうつ病と考え治療を開始したが、前述の症状は一進一退で、少しずつ物忘れ、判断力の低下、発動性減退などの痴呆症状が目立ってきた。

この症例は結局、痴呆に伴ったうつ状態と診断したが、経過中に被害妄想に基づいた拒食のために入院が必要となった。バンクーバー総合病院多文化精神科外来内の「日本人精神科外来」からの入院依頼のため、入院手続きには何の問題も生じなかった。

しかし、駒橋にとっては初めてのカナダでの入院加療の症例だったため、患者への対応の仕方や治療方法の違いに驚くことばかりであった。まず、カナダの看護婦は日本の看護婦のように患者の世話をやかない。被害妄想に基づく拒食があるこの症例にも、一言二言「食べなさい」と勧めるのみで、それ以上食事の介助をしようとしな。また、バンクーバー総合病院の精神科病棟では、点滴静

注も経管栄養も行えない。それらが必要な患者は内科病棟に送り、そこへリエゾン精神科チームが往診する。この症例の場合には入院後1週間経っても改善の徴候がみられないため、駒橋のスーパーバイザーの意見で無けいれん性の電気けいれん療法が採用された。こんなに早急に薬物療法をあきらめ、電気けいれん療法を行うべきかとスーパーバイザーと話しあったが、カナダでは普通のテンポだという。合計で7回行ったが、3回目終了以降妄想が消失し自ら食事をとり始め、7回終了時には抑うつ気分は完全に消失しむしろ多幸的でさえあった。

この患者にしてみれば、カナダで生まれたにもかかわらず日本で主な教育を受けたため英語がほとんど話せないこと、対人接触の仕方や基本的な生活態度が日本人そのものであることから、病院の中では慣れないことや解らないことばかりで、入院中の1つ1つの出来事に強い不安を抱かずにはいられなかった。一方、看護スタッフはマイノリティーである日系人の対人交流の持ち方や生活習慣などを知らず、どう患者に接していいものかと戸惑いが多かった。そこで、駒橋が日本人や日系人の対人交流の持ち方や生活習慣について他の病棟スタッフに説明をし、駒橋と他の病棟スタッフの間で日本とカナダでの看護婦の患者対応の仕方、治療方法、医療システムなどの違いを話し合い、治療者どうしの理解を深めた。さらに、それら話し合いの結果をわかり易く患者に伝え、駒橋がスタッフと患者の通訳をかって出て、少しでも患者と他の病棟スタッフとの意志疎通が図れるよう努力した。この症例の治療において治療者の行ったことを振り返ってみると、治療者は患者と病棟スタッフの間で文化や生活習慣の違い、看護や治療方法、医療システムの違いなどの翻訳者の働きをしたと考えられる。

7) おわりに

バンクーバーでは邦人を対象とした精神保健活動が、コミュニティでの相談とバンクーバー総合病院での医療という形で行われている。その活動は、途中休止期間があったりしたものの概ね軌道に乗りつつある。コミュニティでの「精神保健相談」は邦人のために独自のシステムとして存在し、バンクーバー総合病院での「日本人精神科外来」は多文化精神科外来の1つとして、既存の医療システムに組み込まれた形で運営されている。

バリでは邦人のためだけの精神保健活動のシステムを新たに作り、ロンドンではバリと似たシステムを作ろうと動き始めている。一方、ニューヨークでは既存の精神保健活動のシステムに組み込まれる形で邦人のためのカウンセリングセンターが作られている。異文化の中では、マイノリティとして精神疾患を抱える邦人を治療するために、独自の新しいシステムを作る方が良いのか、既存のシステムの中に組み込む方が良いのかは一概に決められず、その国の実状にあった方法を選ぶのが良いだろう。ただ、治療を受ける側からすれば選択肢は多いほどよく、その点ではバンクーバーでは邦人独自のシステムである「精神保健相談」と既存の医療システムに組み込まれた「日本人精神科外来」の2種類のメンタルヘルスサービスが行われており、他の都市でのシステムに比べより包括的なサービスを実現していると思う。

バンクーバー総合病院で行われている「日本人精神科外来」の受診者は多岐にわたり、移住者を対象として始められたサービスが、留学生、企業の駐在員、ワーキングホリデーの若者、旅行者などと少しずつ対象が広がっている。今後より多くの人たちが気軽に利用できるよう、精神保健活動が行われていることの広報や窓口の拡大

が必要であろう。関連諸機関のネットワーク作りも重要である。

また、異文化の中でマイノリティである邦人の相談や治療を行なうには、治療者が文化や生活様式などさまざまな事柄についての翻訳者となる必要がある。それゆえに、単に言葉の通訳を介した相談や診療では不十分であり、治療者自身に文化や生活様式の違いを認識し、異文化の中で患者の置かれている状況を理解する文化的感受性、その国における相談や医療システムの熟知、それらの違いを伝えるだけの言葉の能力などが求められる。

現在は、バイオニアたちが必要にせまられ、いろいろな苦勞をしながら在外邦人のための精神保健活動を世界の主な都市で始めている。日本政府やそれぞれの国からの支援は少なく、どうにかこうにか運営しているのが現状である。今後、バンクーバーのみならず、世界中の主たる都市で行われている邦人のための精神保健活動に対して、日本政府や各企業から、大きな援助が差し伸べられることを強く期待したい。

(駒橋 徹 野田文隆)

文 献

- 1) Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees: After the Door has been Opened, Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees in Canada, Canada, 1988.
- 2) Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees: Review of Literature on Migrant Mental Health, Canada, 1988.
- 3) Eitinger, L.: The incidence of mental disease among refugees in Norway, J. Mental Science, 105: 326-328 d, 1959.
- 4) 駒橋徹, 野田文隆: カナダにおける邦人のメンタルヘルスケアーバンクーバーの場合一, 海外医療, 18: 49-52, 1996.

- 5) 松木史：ニューヨークにおける日本女性の適応形態。文化とこころ、2(1)：22-26, 1997.
- 6) Murphy, H. B. M. : The low rate of mental hospitalization shown by immigrants to Canada. In : Uprooting and after (ed. by Zwingmann and Pfister-Amme, M.), Springer-Verlag, New York, 1975.
- 7) 西澤哲：サンフランシスコにおけるアジア系移民に対するメンタルヘルス・サービスについて。こころの臨床ア・ラ・カルト、13増刊号：93-97, 1994.
- 8) 野田文隆、井上新平、名嘉幸一他：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、11：168-173, 1988.
- 9) Noda, F., Noda, M., Kage, T. et al. : Preference for hospital-based outpatient treatment among Japanese patients in Vancouver. Hosp Community Psychiatry, 42 : 634-636, 1991.
- 10) 野田文隆：カナダでの邦人への精神保健サービス—バンクーバーの場合—。こころの臨床ア・ラ・カルト、13増刊号：87-92, 1994.
- 11) 太田博昭：バリ症候群。トラベルジャーナル社、東京、1991.
- 12) Peters, R. : Ethnic under-utilisation of community mental health services. Problem-solving approaches in Vancouver, B. C. A brief submitted to the Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees, 1987.
- 13) ロイ・ミキ、カサンドラ・コバヤシ：正された歴史—日系カナダ人への謝罪と補償—。つむぎ出版、京都、1995.
- 14) 鈴木満：英国在留邦人に対するメンタルヘルスケアシステム。海外医療、18：33-36, 1996.
- 15) 鈴木満、野田文隆、太田博昭他：海外主要都市における在留邦人精神保健対策の試み。(会)第4回多文化間精神医学会、福岡、1997.
- 16) 吉田健正：カナダ生活事典。白馬出版、東京、1993.

第3章

日本での多文化間精神医学

1. 在日外国人のメンタルヘルスケア

1) はじめに

国際化の進んだわが国において、在日外国人数は増加傾向にある。当然のことながら、異国でさまざまな異文化ストレスに対峙しなければならないこれら外国人に、精神医学的なトラブルが増加していることは容易に推測されるが、その実態はほとんど不明である。

また、受診に至った外国人精神障害者に関しても、言葉や生活習慣の問題、不法就労・不法滞在などの法律的な問題、医療費や健康保険に関する経済的な問題など多くの難問が指摘されているのは周知のことである。

そこで、筆者らが実施した外国人精神障害者に関する全国の精神科医療機関への調査、全国の精神保健福祉センターにおける外国人相談例の実情、および慈恵医大精神科での受診動向を紹介しつつ、日本における外国人精神障害者の臨床上の問題点とその取り組み方法について検討したい。

なお、外国人の定義としては、現在の国籍だけにとどまらず両親の国籍や、その人の行動や考え方がどの文化に影響されているかなどを参考に総合的に判断している。