



シリーズⅩⅢ 1. メンタルヘルスの現状と対策

メンタルヘルスケア

北海道産業保健推進センター 三宅浩次

はじめに

メンタルヘルスを定義することは簡単ではない。WHOのメンタルヘルス報告書2001¹⁾でも、「文化の違いから、メンタルヘルスを総合的に定義することは、ほとんど不可能である。しかしながら、メンタルヘルスは、精神疾患の欠如よりはもっと広い意味であると一般的に承認されている。」と明確な定義を避けている。

疫学では、健康現象として、その対象が明確でないと次のステップに進めない。メンタルヘルスを精神疾患という狭義の対象と、心理的苦悩のような広義の対象に分けて考えることが必要である²⁾。比較的定義しやすい身体疾患と異なり、精神疾患では操作的に定義する機会が多くなる。国際疾病分類 (ICD) では、ICD-9 の「精神障害」またはICD-10の「精神または行動の障害」に詳細な注釈をつけて定義している。アメリカ精神医学会では「精神障害の診断・統計マニュアル Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM」として詳細な定義づけをしている。このマニュアルが権威主義的に使われることに批判もあるが³⁾、精神障害を同じ土俵上で議論するためにはやむをえない便宜的方法である。

メンタルヘルスの内容には個人レベル (臨床の場における診療や相談) に加え、社会レベル (法律、制度、文化など) での論点がある。また、メンタルヘルスの研究においても、脳科学的な掘り下げ方と心理主義的分析方法の立場には、それぞれの根拠があり、哲学的な論争も含め、結論は簡単には得られない。

1 現状

1.1 患者調査による精神障害

平成11年患者調査の「精神及び行動の障害」に分類された全国推計患者数は、入院33万3,500人、外来15万6,400人であった。この15年間に入院患者数はほとんど変わらない。外来患者がわずかに増加傾向にある。

入院患者の年齢階級別傷病小分類の内容を図1に示す。精神分裂病 (のち統合失調症と名称を変えるが、調査時は旧名のまま) が最も多く、高齢年齢では痴呆が多くなる。一方、外来では精神分裂病、躁うつ病、神経症の3疾患でほとんどを占めている。中高年齢層に長期入院患者が取残されている。「精神及び行動の障害」の在院平均日数が、636日と長いが、特に65歳以上では、1,900日にも及んでいる。

医療施設調査では、平成11年の全病院病床数が187万2,500床で、そのうち精神科病床は35万8,400床、その病床利用率は93.2%という。

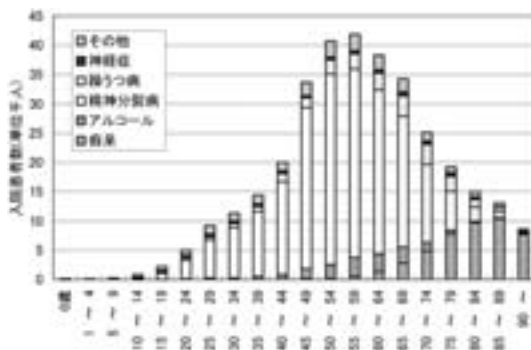


図1 「精神及び行動の障害」患者数 (入院)、年齢階級別小分類患者調査 (平成11年10月)

わが国の精神科病院病床が多いこと、入院日数が長いこと、病床あたりの医療人員数が少ないこと、これらは先進国の中で特異的である。イタリアが精神科病院を廃止（一般病院化）して精神保健行政を改善したことは、今後のメンタルヘルス行政の参考になる⁴⁾。

1.2 WHO推計の精神障害による疾病負担

WHOの2001年報告書では、世界中で4億5千万人の人びとが精神または行動の障害をもっていると推定している¹⁾。

障害をもっている人の損失を算出する方法として、WHOは世界銀行と共同研究でDALY (Disability Adjusted Life Years) という尺度を考案している。要するに障害をもって過ごした年数を、その程度に応じて（例えば、うつ病なら0.5～0.7に）減じ、それに早死によって平均余命までに達しなかった年数を合わせて減じる方法である。2000年時の全年齢の計算で疾病負担率（全疾病のDALYのうち、その疾病の割合）の多さでは、4位に単極性うつ病、17位に自傷・自殺、18位にア

ルコール関連障害が順位づけられている（表1）。負担率として総合すると、「精神及び行動の障害」は、全疾患・障害の12%に相当する¹⁾。

しかし、これらの障害に対し、全医療費の2%も使われていない。このように世界的にメンタルヘルスへの対応が遅れていることが指摘されている⁵⁾。

なお、わが国でのDALYを計算した報告⁶⁾では、3位にうつ病、4位にアルコール関連、9位に自傷・自殺、10位に統合失調症が順位づけられている。このデータから計算すると、わが国では精神神経疾患で28%もの負担率になる。

1.3 自殺統計

わが国の自殺死亡統計は、厚生労働省の人口動態統計によるものと、警察庁によるものがある。人口動態統計のほうが、警察庁統計よりわずかに少ないが、これは主に外国人を含むかどうか、その後の調査で自殺と判明した場合訂正があるかどうかの違いである。自殺の動機については警察庁の報告に記載がある。平成12年（2000年）

表1 障害調整生存年(DALY)による主要疾病(全年齢)、WHO, 2000

| 順位 | 疾患・障害 | 負担率(%) |
|----|--|--------|
| 1 | 下部呼吸器感染症 Lower respiratory infections | 6.4 |
| 2 | 周産期障害 Perinatal conditions | 6.2 |
| 3 | エイズ HIV/AIDS | 6.1 |
| 4 | 単極性うつ Unipolar depressive disorders | 4.4 |
| 5 | 下痢 Diarrheal diseases | 4.2 |
| 6 | 虚血性心疾患 Ischaemic heart disease | 3.8 |
| 7 | 脳血管疾患 Cerebrovascular disease | 3.1 |
| 8 | 交通事故 Road traffic accidents | 2.8 |
| 9 | マラリア Malaria | 2.7 |
| 10 | 結核 Tuberculosis | 2.4 |
| 11 | 閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease | 2.3 |
| 12 | 先天奇形 Congenital abnormalities | 2.2 |
| 13 | 麻疹 Measles | 1.9 |
| 14 | 鉄欠乏性貧血 Iron-deficiency anaemia | 1.8 |
| 15 | 聴覚損失、成人発症 Hearingloss, adult onset | 1.7 |
| 16 | 転落 Falls | 1.3 |
| 17 | 自傷・自殺 Self-inflicted injuries | 1.3 |
| 18 | アルコール依存 Alcohol use disorders | 1.3 |
| 19 | 低蛋白栄養障害 Protein-energy malnutrition | 1.1 |
| 20 | 骨関節疾患 Osteoarthritis | 1.1 |

の自殺死亡数は、人口動態統計で30,251、警察庁統計で31,957と公表されている。1997年まで10年間くらいは2万人前後（人口10万対25前後）であったのが、1998年から3万人（人口10万対35前後）に跳ね上がって問題となった。しかも、年齢階級別では男の40～60歳代が突出して高率になった（図2）。ちょうどバブル経済がはじけて経済不況が深刻になった時期と重なり、失業増加、企業内評価、あるいは企業文化の変化との関連が指摘されている。しかし、この突出した年齢の世代が戦時から戦後の変動期生まれの出生コホート（1930～1960年）であり、これまで他の出生コホート（例えば、1920～1930年）に比べ、各年次で高率である。1930～1960年生まれの集団は、青少年期に価値観の急変を経験した世代であるという時代背景があることも考慮しなければならない。特に男での影響が顕著である。

自殺の動機については、年次により統計方法が異なるので比較に限界があるが、病苦によるものが最大である。経済問題はこの10年くらいに急増したが、警察庁報告によると、平成13年では健康問題40%、経済問題32%であった。

1.4 その他の社会病理現象

メンタルヘルスに関係する社会病理現象としては、自殺・自傷、犯罪・非行、家庭内暴力（児童虐待を含む）、離婚、家出、ホームレス、売春、戦争・騒乱、テロリズム（拉致も含む）、民族移動・難民、経済不況・失業、貧困、劣悪な労働条件、社会的弱者への差別・偏見など多様な社会問

題をあげることができるが、紙数の関係でその多くを省略する。

1.4.1 犯罪・非行

平成14年犯罪白書によると、わが国の一般刑法犯（全刑法犯のうち交通事故での過失致死傷等を除く）認知件数（2001年）は、270万件、発生率は人口対2.1%、5年前の平成8年から1.5倍に増加している。検挙率は39%で、この5年間に半減している。

一般刑法犯の検挙人員中、精神障害者720人、疑いあるもの1,361人で、0.6%に相当し、この10年間変わらない。罪名ごとの検挙人員中、精神障害者等が占める割合では、放火12%、殺人9%が高率で、他は障害者以外と比べ低いか同等である。うち心神喪失または耗弱を認められたものは、694人で、406人が措置入院、65人が実刑・身柄拘束となった。

精神障害者の犯罪が頻度として決して多くはない⁷⁾のにもかかわらず注目されるのは、犯罪の奇異性、マスコミによる扇情的報道、読者らの偏見、精神鑑定の分かりにくさが影響している。

1.4.2 離婚

人口動態統計によれば、2001年にわが国では285,911件（人口千対2.3、離婚／婚姻比0.36）の離婚が届けられた。北海道は、沖縄県、大阪府に次いで3位で、離婚率が高い地域である。道内市町村での検討では旧産炭地と札幌市のベッドタウンで高率であり、経済指標との関連が強い⁸⁾。

1.4.3 ホームレス

平成14年版厚生労働白書によれば24,000人（2001年9月末現在）と推計されている。

昭和30年代前半に自ら上野の放浪者の中に入り込んで調査した藤原の報告では、長期に観察できた100例中、覚醒剤中毒が19、精神薄弱が14、精神分裂病が13例と多数の精神障害者を診断している⁹⁾。現在のホームレスとは構成内容が異なるものと思われるが¹⁰⁾、精神障害者が含まれている可能性を十分考慮しての救済措置が必要である。

1.4.4 心理的苦悩—ストレス

厚生労働省が行った平成13年国民生活基礎調査によると、ストレスがあるとしたものが49%、ないと答えたものが44%で、性別では女に多く、年

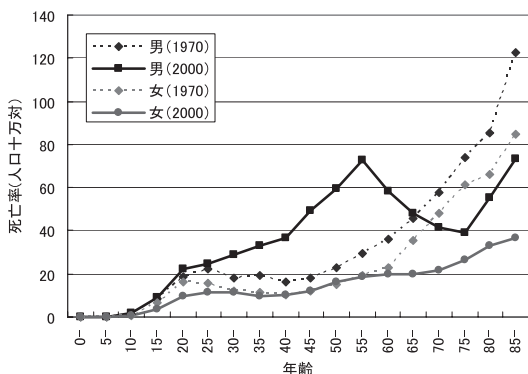


図2 自殺死亡率、性別年齢別、1970,2000年、人口動態統計

齢では20歳代から50歳代に多い。ストレスの原因として男では「仕事に関すること」が50%、特に25～44歳では73%と多く、女では「自分の健康・病気」が32%と多かった。

2 メンタルヘルスの関連要因

2.1 生物・心理・社会的影響要因

メンタルヘルスに影響する要因は、多数が錯綜しているが、生物・心理・社会的各要因を生涯発達または疾病自然史の時間軸に重ねて考察することが分かりやすい(図3)¹¹⁾。

心理・社会的影響については、本シリーズの執筆陣がそれぞれ触れられるので、ここでは生物的要因について、ごく微量で生物的影響を及ぼす内分泌攪乱化学物質(いわゆる環境ホルモン)が話題になっていることを指摘しておく^{12,13)}。

2.2 脳科学と心理学との接点または争点

精神異常の究明と診療には、身体医学を基礎とした脳科学の流れと、精神現象にもっぱら着目して主に心理学を中心とした流れの二大潮流がある。本来、この二つは別物ではないのだが、哲学的な論争にも発展して多くの考え方が錯綜している。主ないくつかの考え方をメモ書きして付録に示した。全体をとおして分かることは、メンタルヘルスの関連要因は複合的で一方に偏して考えてはいけないということを教えられる。

3 WHOの提唱するメンタルヘルス指針等

メンタルヘルスの対策については、本シリーズの執筆陣が法律、地域保健医療、産業保健、社会福祉などの面から解説されるので、ここではWHOの2001年報告に記載されている10項目を掲げる(表2)¹⁾。

WHOの提案は、先進国も開発途上国も含めての提案であるが、わが国の状況は、まだ低レベルの段階にとどまっているところが少なくない。プライマリ・ケアについては、ようやく平成15年度から医学部卒業生の臨床研修に精神科が含まれるようになった程度である。向精神薬についても精神科医以外が適切に扱えるような態勢とはいえない。地域精神保健、産業精神保健、司法精神医学、児童精神医学など多くの分野での専門家の不足も懸念されている。

表2 世界の精神医療に関するWHOの勧告と行動指針

1. プライマリ・ヘルス・ケアへの治療を提供
2. 向精神薬の使用をしやすくさせること
3. 地域でのケアを提供
4. 一般住民への啓蒙
5. 地域、家族、消費者との協力
6. 国の政策、プログラム、法制度の確立
7. 人的資源の養成
8. 他のセクターとの連携
9. 地域精神保健の評価
10. 研究の支援

WHO, 2001

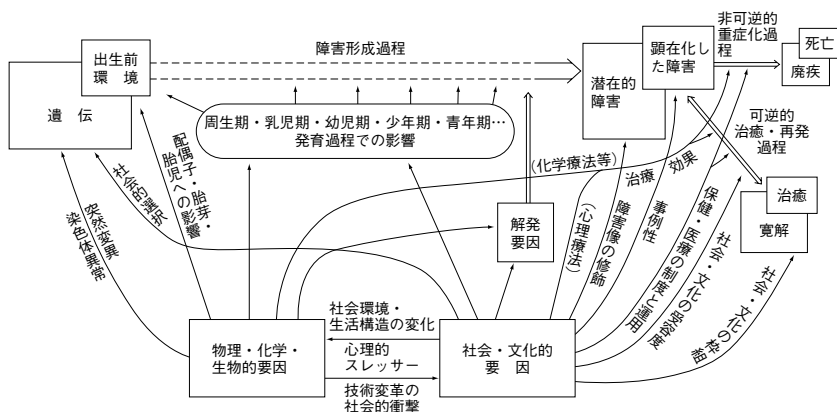


図3 精神障害形成に関連する各種要因、(三宅, 1984)

わが国では、精神保健福祉センターや保健所が主に扱っていた地域精神保健福祉を市町村に大幅に業務移管している。このことを配慮し、北海道では平成14年12月に検討会を設置し、道立保健所における精神保健福祉業務のあり方を取りまとめている¹⁰⁾。今後の実質的な前進を見守りたい。

むすび

メンタルヘルスについては、最初に指摘したとおり、狭義の精神障害だけにとどまらず、日常生活で誰にでも生じている苦悩に対しても援助が求められている。専門分化した医学の一方で、メンタルヘルスのような医療全般に関わる課題に専門外の医師らの理解と協力が強く求められている。

謝辞

もともと精神科医でもない筆者がメンタルヘルス講座の前座を務めさせていただくことには、面映いところがある。専門の話題に精神科医や心理学者らの友人が折々教えてくれたことに感謝申し上げたい。とくに畏友山村晃太郎旭川医科大学名誉教授には示唆をいただいたところが多かった。

メンタルヘルスの広い領域について、このシリーズですべてを網羅することは不可能である。心理学やその関連領域での話題をほとんど割愛せざるを得なかったことには、ご容赦いただきたい。

文献

- 1) WHO: The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, WHO, 2002
- 2) 三宅浩次: 精神障害の疫学における問題点、日本公衆衛生雑誌、10: 667-672, 1963
- 3) カチンス、H. ほか (高木俊介、塚本千秋監訳): 精神疾患はつくられる、DSM診断の罟、日本評論社、2002
- 4) 水野雅文: 世界の精神医療と日本; イタリア、こころの科学、109号、46-50, 2003
- 5) Saraceno, B: 2001年World Health Report; 新たな理解、新たな希望、精神医学、44: 1350-1359, 2002
- 6) 福田吉治ほか: 日本の疾病負担と障害調整生年 (DALY)、厚生指針、46 (4): 28-33, 1999
- 7) 山口幸博: 「精神障害者」の犯罪を考える、鳥影社、2001
- 8) 山口洋志、西基: 北海道における離婚の疫学的検討、厚生指針、49 (11), 31-34, 2002
- 9) 藤原豪: 浮浪者、(内村祐之ほか編: 精神医学最近の進歩・第二集、医師薬出版、1960)、411-426
- 10) 小橋元ほか: 札幌市におけるホームレス者の健康問題と生活習慣の実態、日本公衆衛生雑誌、48: 785-793, 2001
- 11) 三宅浩次: 精神障害 (勝沼晴雄、田中恒男編: プライマリ・ケアのための疫学、杏林書院、1984)、130-141
- 12) コルボーン、T. ほか (長尾力訳): 奪われし未来、翔泳社、1997
- 13) 渡辺雄二: 脳をむしばむ環境ホルモン、ふたばらいふ新書、1999
- 14) 田中宏之: 今後の道立保健所における精神保健福祉業務について、北海道の公衆衛生、29号、2-10, 2003

付録 脳科学と心理学との接点または争点メモ

・ヤスパース (1883~1969) は、精神医学者であり実存哲学者でもあるが、自然科学のような外から因果的に説明できる関連と、心理学的に内から理解できる事象とを区別した。科学と哲学の相互の重要性を強調している。

・ヤスパース、K. (内村祐之他訳): 精神病理学総論、岩波、1952 (原著は1942年)

・パーソンズ (1902~1979) は、当初医師を志して生物学の大学院に進んだが、社会科学に専攻を変更し、理論社会学者として社会科学の広い領域に多大の影響を与えた。医療社会学の創始者ともいわれる。1960年代後半から強い批判もあったが、彼を超える体系的な社会理論がなく、再評価されている。彼はコミュニケーションでの「メッセージ」の内容は、媒体の物理的的属性から推論することはできない、と精神的健康の分析方法を暗喩している。

・パーソンズ、T. (武田良三監訳): 社会構造とパーソナリティ、新泉社、1973 (原著は1964年)

・フーコー (1926~1984) は、痛烈な現代批判で知られる哲学者であるが、生活態度の奇異なことでも知られる。ピネルの精神病院改革が狂人を差別し閉じ込めることになったという指摘は鋭いものがある。また、精神病理というものは、身体病

理とは異なった分析法が必要である。狂気は文化自体のポジティブな表現である、などという論述は刺激的である。

フーコー、M. (神谷恵美子訳):精神疾患と心理学、みすず、1970、(原著は1966年)

・ポパー (1902～1994) は、科学哲学者として、反証できない理論は科学として成立しないと指摘している。歴史学や精神分析学は彼の論理からは科学ではないことになる。エックルズ (1903～) は、1963年のノーベル賞受賞の神経生理学者である。二人の共著「自我と脳」の中でポパーの唱える世界1 (物質的実在の世界、ここでは中枢神経系) と世界2 (意識状態が作り出す世界) との相互作用で人間の自我を説明しようとする。一種の二元論である。なお、ポパーの世界3は客観的意味での知識の世界、人間の作った文化の世界を意味している。

ポパー、K.R. , エックルズ、J.C. (大村裕ほか訳):自我と脳、思索社、1986 (原著は1977年)

・養老孟司 (1937～) は、かつて解剖学者であったが、「唯脳論」を唱えた哲学者 (本人は哲学者ではないと称している) でもある。細胞が機能するための情報として遺伝子があり、脳が扱う情報の

代表として言葉がある。物質・エネルギー系に対してこの情報系という視点から心身問題を論じる切り口は新鮮である。

養老孟司:人間科学、筑摩書房、2002

・中井久夫 (1934～) は、文化依存症候群 (クレペリンがジャワで観察したラタから始まる、アイヌのイム、広東省のコロ等、しかし、これも西欧文化からの見方に過ぎない)、普遍症候群 (近代精神医療システムが主として担う)、個人症候群 (自己治療、近い個人治療者の対象となる) という概念枠を提示して、文化的背景の重要性を指摘している。医療行為や医学研究に対する鋭い論述にも示唆されるところが多い。

中井久夫:治療文化論、精神医学的再構築の試み、岩波 (同時代ライブラリー)、1990

・脳科学が認知機能に傾斜し過ぎているが、情動の重要性を指摘する研究も増加している (ルドゥー、J. (松本元ほか訳):エモーショナル・ブレイン、情動の脳科学、東京大学出版会、2003)。IQよりEQという見方 (ゴールマン、D. (土屋京子訳):EQ—こころの知能指数、講談社、1998) にも説得力がある。

お知らせ

PIAFS (PHS) 専用アクセスポイントのご案内

—北海道医師会のインターネット接続サービス—

北海道医師会情報ネットワークサービスでは、本会会員にダイアルアップ接続による「インターネット接続サービス」を提供しておりますが、これまでご要望・お問い合わせを多数いただいております「PIAFS (PHS) 専用アクセスポイント」の運用を、平成12年10月16日より開始いたしました。詳細は下記のとおりですので是非ご利用ください。

記

- ・アクセスポイント電話番号: 011-208-9575
- ・PIAFS対応の機器 (PHS等) で、64kbpsおよび32kbpsの通信が可能です。
- ・接続IDおよびパスワードは、現在お使いになられているものがそのまま使用可能です。
- ・ご不明の点がございましたら、北海道医師会事業第二課 (Tel. 011-231-1725) 伊藤までご連絡ください。