

# トモがうつにならないために。

社会科学部1年 宇治舞夏

## 目次

1. 社会認識
2. 理想社会像・問題意識
3. 現状分析
  - 3-1 精神疾患の概要
    - 3-1-1 精神疾患の定義
      - (1) 世界における定義
      - (2) 日本における定義
      - (3) まとめ
    - 3-1-2 精神疾患の種類と症状
    - 3-1-3 精神疾患の発症原因と治療法
      - (1) 心因性の精神疾患
      - (2) 外因性の精神疾患
      - (3) 内因性の精神疾患
      - (4) まとめ
  - 3-2 現代の日本における精神疾患
    - 3-2-1 精神疾患患者数
    - 3-2-2 精神疾患の潜在性
    - 3-2-3 精神疾患患者の状況
    - 3-2-4 精神疾患と自殺
  - 3-3 精神疾患治療体制
    - 3-3-1 投薬治療
    - 3-3-2 精神療法
    - 3-3-3 治療体制の不備
    - 3-3-4 まとめ

### 3-4 現状分析まとめ

## 4. 原因分析

### 4-1 早期発見を妨げる原因

4-1-1 本人の理解不足

4-1-2 周囲の理解不足

4-1-3 医療機関を利用した人

### 4-2 早期治療を妨げる原因

4-2-1 時間不足

4-2-2 知識不足

### 4-3 原因分析まとめ

## 5. 政策

### 5-1 早期発見に対する政策

5-1-1 心理検査の導入

5-1-2 心理教育の実施

### 5-2 早期治療に対する政策

5-2-1 臨床心理士との連携

## 6. 参考資料

### 6-1 参考文献

### 6-2 参考 URL

## 1. 社会認識

現代はグローバル化社会である。グローバル化とは、これまでの国家や地域などの枠組みを超えて資本や情報のやりとりが行われるようになることである。そのようなやりとりによって、それまで各国がある社会問題に対してとっていた方針に対して、他国から批判をされるということが多くなったのである。

日本に初めて公立精神科病院が設立されたのは 1875 年である。その後 1900 年に精神病患者監護法が制定されたが、この法律は患者を各家庭で隔離してそれを行政が管理するという非医学的なものであった。その後 1948 年に世界人権宣言が採択され、世界中で人権保護への意識が高まった。そのような国際社会の流れによって、日本でも 1950 年の精神衛生法によってそれまでの隔離するだけであった解決策が改められた。この法の目的は、精神疾患患者の医療及び保護と精神疾患の発生予防を行うこととされた。このように世界全体の流れによって、行政側からの精神疾患に対する認識が変わったのである。行政の認識の変化につづいて、医学的な観点から精神に関する医療も発展してきた。

そして近年では、様々なメディアでうつ病をはじめとする精神疾患について取り上げられるようになり、精神疾患が社会問題として顕在化してきた。1998 年以降 14 年間連続で日本における自殺者数は 3 万人を超えつづけ、その自殺者の約 9 割以上が何らかの精神疾患に該当する状態であったということが WHO の調査によって示されたこともきっかけの一つである。

このように、精神疾患に関する法が改善され、社会問題として認知度も高まっているが、人々が精神的に健康な状態を保つためには未だに多くの課題が残っているのが現状である。

## 2. 理想社会像・問題意識

私の理想社会像は「希望を持てる社会」である。ここで「希望」とは将来に対する肯定的な感情である。その感情を抱くことが、すべての行動の原動力につながる。希望を持つためには、自分の望む在り方に自信を持つことが必要である。そのためには、自ら他者と関わり、他者からの承認を得ることが必要である。ここでの他者との関わりとは、双方向的で継続的なものである。

しかしながら、自分の望む在り方に自信を持つための条件を満たすことができない人たちがいる。彼らは自分から他者へ関わろうとする意欲がわかず、たとえ他者から承認されてもそれを承認として受け止めることができない。そして自分の望む在り方に自信を持つことができず、将来に対する肯定的な感情を持てなくなる。つまり、希望を持つことができなくなるのである。

したがって、私の問題意識は「精神疾患」である。

### 3. 現状分析

#### 3-1 精神疾患の概要

##### 3-1-1 精神疾患の定義

一般的には「Mental Illness (心の病)」と呼ばれている。また、精神疾患には多くの種類があり、精神医学では定義や診断基準が統一されていない。

##### (1) 世界における定義

WHO では 1992 年に「Mental Disorder (精神障害)」を学術用語として採用している<sup>1</sup>。障害 (disorder) の語は症状や行動と、苦痛と機能の障害との存在を比喩しているため、機能不全 (dysfunction) のないものは精神障害 (mental disorder) には含めないとしている。つまり、逸脱や葛藤だけがあるようなものは精神障害ではないとしている。また、「Mental Disorder (精神障害)」を「精神の全ての障害を表わす不正確な用語」<sup>2</sup>と説明している<sup>3</sup>。一方で、アメリカ精神医学会においては「精神障害は社会的、職業的また他の重要な活動における著しい苦痛や機能の低下と関連しており、よくあるストレスや死別のような喪失による予測可能な反応や、あるいは文化的に許容できる反応は精神障害ではない」と定義づけている。

##### (2) 日本における定義

日本では、法律によって精神障害の定義が異なる。「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)では、「精神障害」を「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有するもの」(第5条)と定義している。しかし、一般によく知られているうつ病などの「気分障害」の例示もなく、「その他の精神疾患」にひとまとめにされていたり、知的障害も含まれていたり、幅広い定義となっている。また、本レジュメでは「精神疾患」という用語を用いているが、英語の“mental illness”“mental disorder”に対する日本語はそのほかに「精神病」「精神障害」「心の病」などがある。「精神障害者」という用語が初めて用いられたのは1950年の精神衛生法である。以来、精神保健法・精神保健福祉法においても「精神障害者」という用語が用いられるが、これらは医療の対象としての捉え方である(木島 1998年)。一方、『厚生白書』において「心の病」という表現が初めて用いられたのは1997年である<sup>4</sup>。この年の『厚生白書』は、世界有数の長寿社会を実現した日本が、生活習慣病や心の病といった現代人の生活に根ざした疾患が増加している状況に対しての課題について論じられている。

このように、法律関連用語としては「精神障害」「精神疾患」という用語を使いつつも、白書や

<sup>1</sup> 『ICD-10 精神および行動の障害:臨床記述と診断ガイドライン』融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士訳、医学書院、1992年発行、2005年訳

<sup>2</sup> 原文“An imprecise term designating any disorder of the mind,”

<sup>3</sup> 『精神医学と精神保健の用語集』第2版 世界保健機関発行、1994年

<sup>4</sup> 1961年に「心のわだかまり」、1984年には「心の健康」という表現が『厚生白書』で用いられたが、精神疾患についてより詳しく取り上げたのは1997年である

国民の目に広く触れるような文書、広報では「こころの健康」「心の病」という表現を用いることで国民感情への受け入れやすさを意識するなど、使い分けがなされている。

### (3)まとめ

(1)(2)で見たように、国や判断する医師や専門家によって定義や障害名が異なる場合がある。本レジュメにおいては、私の理想社会像と照らし合わせて精神疾患の定義を「自分から他者と関わろうとする意欲がわからず、他者からの承認を承認として受け止めることができない状態」とする。

### 3-1-2 精神疾患の種類と症状

3-1-1精神疾患の定義でも見たように、精神疾患には多くの種類があり、精神医学では定義や診断基準が統一されていない。ここでは私が本レジュメにおいて精神疾患の定義とする「自分から他者と関わろうとする意欲がわからず、他者からの承認を承認として受け止めることができない状態」に当てはまる精神疾患を分析していく。その際、「自分から他者と関わろうとする意欲がわからない状態」と考えられる症状については(a)、「他者からの承認を承認として受け止めることができない状態」と考えられる症状については(b)と記す。これら二つのうちどちらか一つでも症状としてあらわれていれば、本レジュメにおける精神疾患の定義に当てはまるとする。

- ・うつ病…精神的なエネルギーの低下によって、憂鬱感・自信喪失・行動力低下(a)・すべてに対する絶望感(b)・何事も楽しめないなどをきたす疾患。
- ・統合失調症…自我の機能低下によって、幻覚・ひきこもり(a)・支離滅裂・不可解な言動・被害妄想(b)などをきたす疾患。
- ・不安障害…過度の不安・意識と無意識の不調和などによって、対人恐怖(a)・被害妄想(b)・全身倦怠感・過呼吸症候群などをきたす疾患。
- ・人格障害…心の発達過程の障害によって著しい性格の歪みを生じ、その結果問題行為を繰り返す疾患。問題行動としては、対人関係の回避(a)・攻撃性・他罰性・自傷行為などがある。
- ・PTSD(心的外傷後ストレス障害)…強烈なショック体験や強い精神的ストレスによって、フラッシュバックによる幻覚・すべてに対する絶望感(b)・記憶障害・対人関係の回避(a)などをきたす疾患。
- ・発達障害…主に遺伝的要因によって、対人関係において相手の気持ちや意図がつかめなかったり(b)コミュニケーション障害などをきたす疾患。

以上が、本レジュメにおける精神疾患の定義に当てはまる主な病気である。躁病<sup>5</sup>・摂食障害<sup>6</sup>・認知症<sup>7</sup>・薬物やアルコールなどへの依存症<sup>8</sup>・パニック障害<sup>9</sup>・アルツハイマー病<sup>10</sup>などは本レジュメにおける定義には当てはまらない。ただし、これらのなかでも上記のうつ病などと併発している場合は当てはまる。ここで分析したのは、医学的観点からの症状であるが、実際の精神疾患患者に対するアンケートにおいても「他者と関わろうと思えない」と答えた人は60%、「他者を信頼することができない」と答えた人は70%いた<sup>11</sup>。このことから精神疾患患者が実際に自信を持つことができず、希望を持っていないことが分かる。

### 3-1-3 精神疾患の発症原因と治療法

精神疾患は様々な種類があり、それらの発症する原因・治療法も異なってくる。ここでは、医学的観点から心因性・外因性・内因性の三つに分け、それぞれなぜ発症しどのような治療法が有効なのかを分析する。また、それぞれにおける主な病気については厚生労働省によって精神疾患とされているもの<sup>12</sup>も含めて列挙している。

#### (1) 心因性の精神疾患

心因性の精神疾患とは、性格や環境からのストレスなどの心理的影響から発症するものである。内外ともに身体的な異常はみられない。主な病気としては、うつ病・躁病<sup>13</sup>・不安障害・PTSD・摂食障害などがある。そして心因性の精神障害の治療には、基本的にはカウンセリングなどの心理療法が心因性の精神障害には効果が高いとされている。しかし、実際は対症治療として抗うつ薬や抗不安剤などの投薬治療が中心的となっている<sup>14</sup>。

#### (2) 外因性の精神疾患

外因性の精神疾患とは、脳梗塞や脳挫傷などによって脳が物理的・科学的に障害を受けたときに発症するものである。主な病気としては、認知症・薬物やアルコールなどへの依存症・パニック障害・アルツハイマー病などがある。そして外因性の精神疾患の治療には、まず脳の損傷を手術などで治す必要がある。そのため、脳外科や内科で中心的に行われ、精神科で取り

5 心のブレーキが故障することによって行動が制御できなくなり、気分の高揚・多弁・多動・不機嫌・誇大妄想などをきたす疾患

6 痩せることに対する過剰なこだわりによって、食事が食べられなくなったり食後に自ら嘔吐したりする疾患

7 脳の機能不全によって、記憶障害・判断力の低下・見当識障害などをきたす疾患

8 薬物やアルコールなどが脳へ科学的影響をもたらすことによって、禁断症状・薬物やアルコールなどの摂取を中断したときに現れる不快感・不眠・痙攣・強いイライラ感などをきたす疾患

9 脳の機能不全によって、特別な原因やきっかけなしにパニック発作である激しい動悸・めまい・心臓発作などに襲われる疾患

10 脳の委縮によって、記憶障害・判断力の低下・見当識障害などをきたす疾患

11 日本イーライリリー株式会社より

12 ICD-10で「精神疾患及び行動の障害」に分類されるもののほか、てんかん・アルツハイマー病を含む

13 うつ病・躁病には心身性のものと内因性のものがある

14 3-3-1で詳しく分析する

扱われない場合が多い。なので、精神的な不安に対しても投薬治療や精神療法を行っていくべきである。

### (3)内因性の精神疾患

内因性の精神疾患とは、外因性でも内因性でもないものである。未だ根本的な原因は解明されていないが、おそらく遺伝的素因を背景としている。現在、脳の内部での神経伝達のバランスが崩れることによって起きてくる疾患であるということはわかってきている。主な病気としては、うつ病・躁病<sup>12</sup>・統合失調症・人格障害・発達障害などがある。そして内因性の精神疾患は脳の病気であるため、まず投薬治療を中心に行うべきである。しかし、一度症状が良くなっても投薬をやめると再発の可能性が残ってしまう。そのため薬を正しく継続的に服用するためのサポートとして精神療法が必要になってくる。

### (4)まとめ

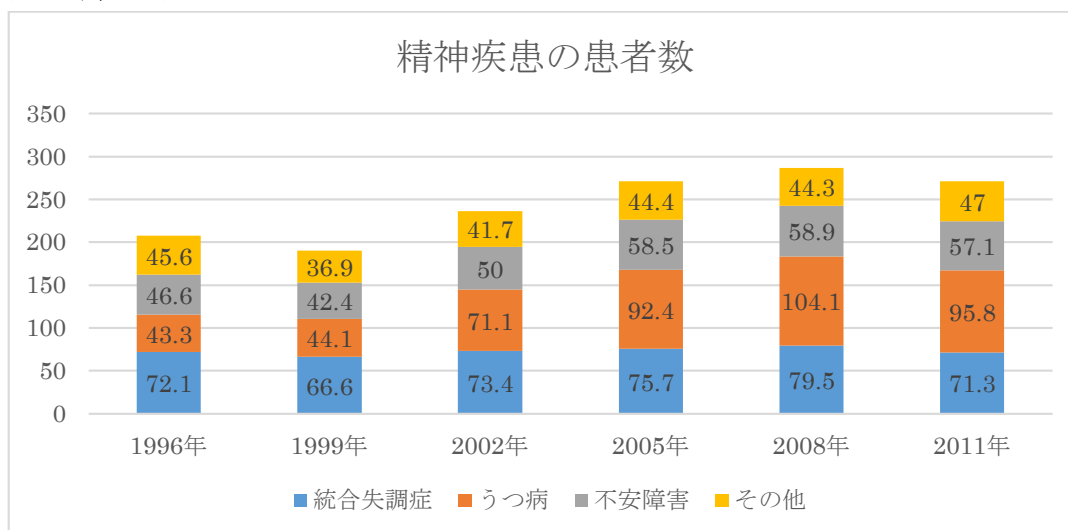
以上で示したように、心因性の発症原因であるストレス、外因性の発症原因である脳への物理的・科学的影響、内因性の発症原因である遺伝的素因を根本的に解決することは難しい。そして治療法は、それぞれの精神疾患において中心となる治療法は異なるものの、投薬治療と精神療法の二つを組み合わせることが有効であるとされている。

## 3-2 現代の日本における精神疾患

### 3-2-1 精神疾患患者数

精神疾患により医療機関にかかっている患者数は近年大幅に増加し、2011年に320万人を超える。ただし、ここにおける精神疾患は厚生労働省がさだめるもの<sup>11</sup>である。ここから本レジュメの定義には当てはまらない精神疾患を除くと、図1のようになる。図1から、うつ病・統合失調症・不安障害がほとんどを占めていることが分かる。

図1 単位:万人

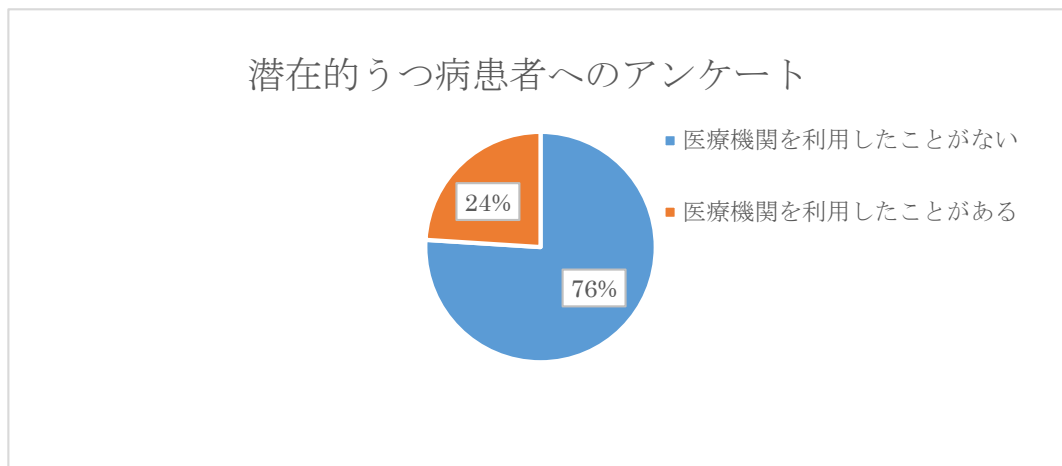


(出典)厚生労働省より発表者作成

### 3-2-2 精神疾患の潜在性

精神疾患患者は3-2-1 で見たように2011年に320万人を超える。しかしこの数字はあくまで医療機関を受診している人数のため、受診していない患者も多くいると考えられる。このように潜在的に精神疾患を発症している人々はどれくらいいるのか推測する。ファイザー<sup>15</sup>が「潜在的うつ病の実態調査」を実施した。4000人に対して心理検査を行い、全体の12%がうつ病・うつ状態に該当した。しかし、このうち「医療機関を受診したことがある」と回答したのは24%であった(図2)。つまり、約80%もの人々がうつ病・うつ状態であるにもかかわらず放置しているのが現状である。現在医療機関を利用している精神疾患患者が約30万人いることから推測すると、放置している人が120万人もいると考えられる。また、日本国民の約5人に1人が生涯のうちに一度は精神疾患を発症するというデータもある<sup>16</sup>。このように、早期発見されず放置している人が多く存在する。

図2



(出典)ファイザーより発表者作成

### 3-2-3 精神疾患と自殺

精神疾患が日本で社会問題として顕在化した背景には、自殺と関連して考えられるようになったことがある。日本の自殺者数は、1998年から2011年まで14年連続で3万人を超えた。2014年には2万5000人と5年連続で減少傾向にあるが、依然自殺率は高い(図3)。また、15～39歳の各年代の死因トップは自殺であり、このような状況にあるのは先進7か国でも日本のみであると指摘している<sup>17</sup>。WHOが実施した調査によると、自殺に及ぶ前に約95%の人が何らかの精神疾患に該当する状態であることが分かった。日本でも、高度救命救急センター搬送の自殺未遂者の8割以上に精神疾患が認められた。

<sup>15</sup> 米国の製薬会社

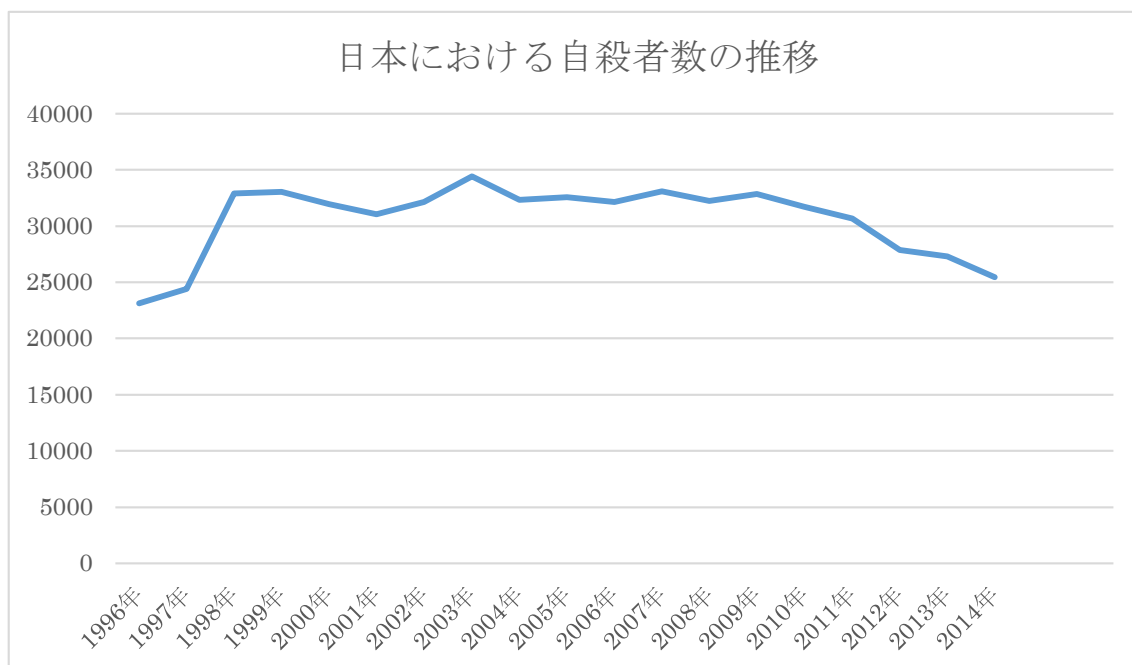
<sup>16</sup> 国立精神神経センター

<sup>17</sup> 「2014年版自殺対策白書」



WHOによれば、精神疾患に対して早期発見・早期治療を行えば自殺率を減少させることが可能であるとされている。しかし、日本はこのような状況に対して包括的な予防対策をとっていない。先ほどの高度救命救急センターに搬送された自殺未遂者のなかでも、適切な治療を受けていた人は約2割しかいないことからそれがわかる。

図3 単位:人



(出典)内閣府「自殺の統計」より発表者作成

### 3-3 精神疾患治療体制

精神疾患の治療に有効なものは、大きく分けて投薬治療と精神療法の2つがある。3-1-3でみたように、その二つを組み合わせることが治療に有効である。

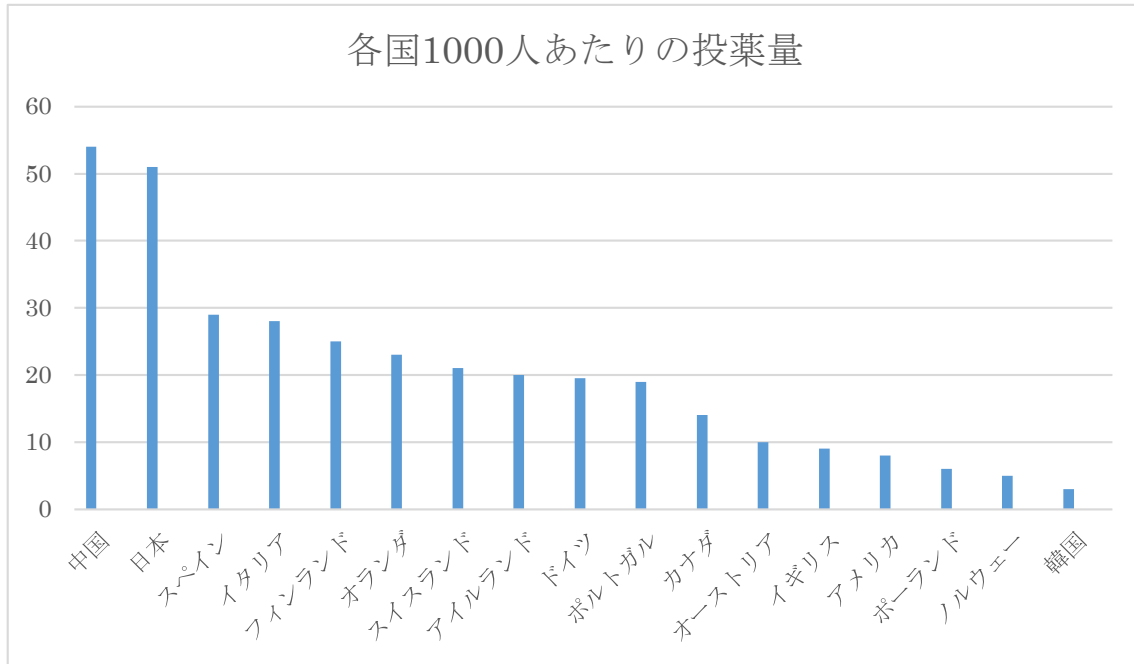
#### 3-3-1 投薬治療

現在日本の精神疾患治療においては投薬中心の治療が行われている<sup>18</sup>。しかし、精神科で用いられている薬は脳内の神経伝達物質の働きを調整することで一定の効果は期待できるが、それはある意味では対症療法<sup>19</sup>的な効果でしかない。そのため、病気の根本的な解決に繋がりにくい。さらに、過剰摂取をすると薬への依存や最悪の場合には副作用で死に至ることさえある。それにもかかわらず、日本の投薬量は海外の投薬量と比較すると図4のように2番目である。ただし、この統計には複数の診療所から誤って重複処方されることの最も多いエチゾラムがカウントされていないため、実際には日本が突出しているのではないかと推測される(戸田2013年)。この投薬量は、平均して各国の2倍を超える。

<sup>18</sup> 日本精神神経学会、2004

<sup>19</sup> 症状の消失あるいは緩和を主目的とする治療法のこと

図4 単位:S-DDD<sup>20</sup>



(出典) 国際麻薬統制委員会の調査をもとに発表者作成

### 3-3-2 精神療法

精神療法は、以前からある治療法のほかにもさまざまな療法が開発されている。精神療法とはどのようなものか、効果が高く治療に用いられることが多い認知行動療法を例に見ていく。認知行動療法では、「認知」つまり「考え方」を扱う。人々は考え方の違いによって、同じ状況に置かれても楽観的に捉えるか悲観的に捉えるかなどが大きく異なる。ストレスが強くなると考え方の柔軟性が失われて、物事を否定的に捉えたり、悲観的になったり、自分を責めたりするようになる。認知行動療法では、このような認知のゆがみを修正して、多角的にものごとを考えたりできるようになる。この治療法によって、患者はものごとに対してそれまでとは違った捉え方をすることができる。これによって、本レジュメにおける精神疾患の定義である「自分から他者と関わろうとする意欲がわからず、他者からの承認を承認として受け止めることができない状態」から脱することができる。

### 3-3-3 治療体制の不備

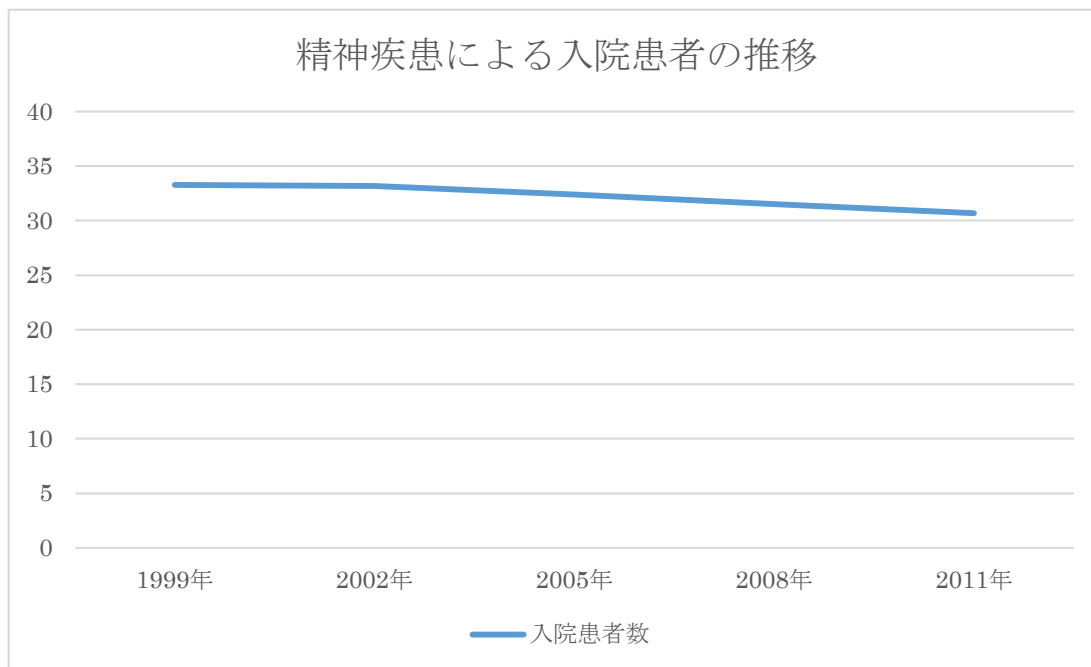
精神疾患の治療は早期に行うことが重要である。しかし、日本では実際にこれらが行われていない。

精神疾患によって入院している患者について見ていく。精神疾患によって入院する患者は、重度の症状を発症していたり、症状によって他人を傷つけたりする恐れがある場合で可能性がある人々である。実際の入院患者数はゆるやかに減少し、2011年には30万7千人となって

<sup>20</sup> 国際麻薬統制委員会では S-DDD という単位を用いて各国の処方量を示す

いる(図5)。また、着目すべきは入院患者の平均在院日数である。日本は他国と比較して圧倒的に多い(図6)。一般的に1年以上入院することを長期入院という。このように治療を行っても病気が改善されずに長期入院している患者は約7割、つまり20万人にもものぼる(図7)。これは、人口と比較すると世界で最も多い割合である<sup>21</sup>。このことから、早期治療が行われていないことがわかる。

図5 単位:万人



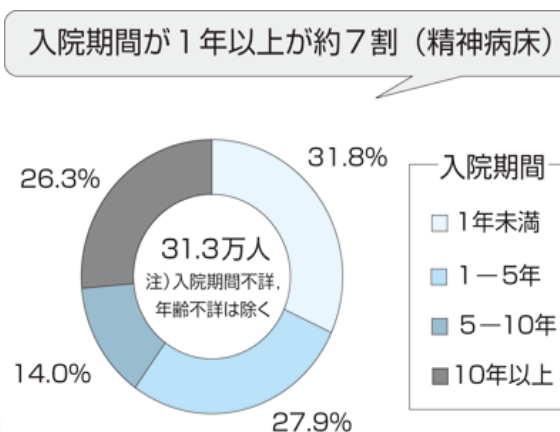
(出典) <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> をもとに発表者作成

図6



(出典)<sup>22</sup>

図7



(出典)厚労省平成17年患者調査

<sup>21</sup> 厚労省より

<sup>22</sup> 精神科医療に関する基礎資料—精神科医療の向上を願って—(平成20年版)より

#### 3-3-4 まとめ

精神疾患の治療法には、主に投薬治療と精神療法がある。これらを組み合わせることで効果的な治療が可能になる<sup>16</sup>。しかし、現在日本では 3-3-1 で見たように投薬治療が中心に行われている。そのため、3-3-3 で見たように長期的に入院する精神疾患患者が多く存在するのである。

#### 3-4 現状分析まとめ

精神疾患の治療において重要なことは、3-2-3 でも述べたように早期発見と早期治療である。早期とは、軽度の症状を発症してから1年以内のことを指す。実際にこの時期に治療を開始した患者をそれ以降に開始した患者と比較すると、自殺率が減少し<sup>23</sup>、再発率<sup>24</sup>も入院率<sup>25</sup>も低い。しかし、実際に早期発見・早期治療が行われているケースは少ない。3-2-2 で見たように、精神疾患を発症しているにもかかわらず医療機関を利用せずに放置してしまっている人が8割もいる現状が早期発見を妨げている。そして、3-3-1 で見たように投薬治療が中心に行われている現状が早期治療を妨げている。

## 4. 原因分析

### 4-1 早期発見を妨げる原因

3-2-2 で見たように、精神疾患を発症しているにもかかわらず医療機関を利用せずに放置してしまっている人が8割もいる。実際に放置している8割の人に理由を尋ねると、図7のような回答が得られた。これらの回答には、共通して精神疾患に関する理解不足が根本原因として考えられる。ここでは、それぞれのパターンがなぜ起こるのかを分析する。この理解不足には本人の理解不足と周囲の理解不足の二つがある。この理解不足が図8の各回答の原因となっているかそれぞれ分析していく。

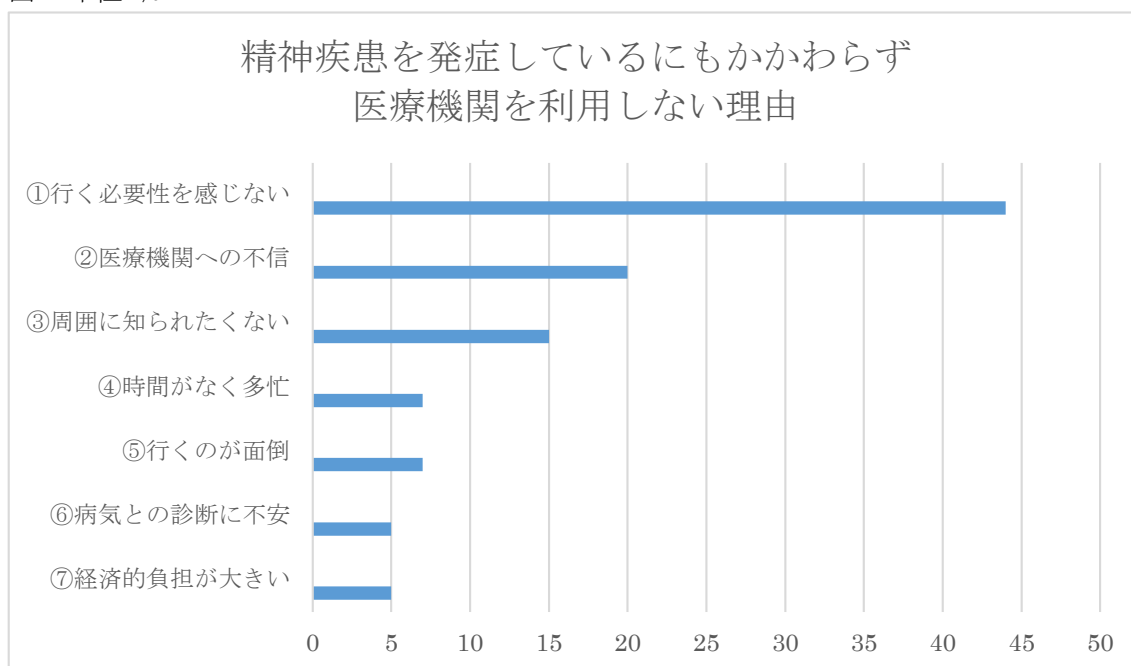
---

<sup>23</sup> Power, 2004

<sup>24</sup> Craig・Garety・Power, 2004

<sup>25</sup> Yung・Organ&Harris, 2003

図8 単位:%



(出典)ファイザーの資料より発表者作成

#### 4-1-1 本人の理解不足

精神疾患の初期の症状の多くは、眠れなくなったり疲れやすくなったりなど、身体的なものが多い。これらの症状が二週間以上続けば精神疾患の可能性があると診断される。しかし、これらの変化は日常的に誰でも経験したことがあるものなので、これらを精神的な病気の症状であると気づくことが難しい。そのため、お金や時間や労力を使ってまで医療機関を利用する必要がないと考える。そして病気が深刻化するまで放置し、自分の病気に気づけるようになるころには治療が困難なほど悪化していることが多いのである。つまり、どのような症状が精神疾患の症状であって、放置すると最悪の場合死に至る病気だ<sup>26</sup>ということを知っている人は少ないのである。これが「①行く必要性を感じない」「④時間がなくて多忙」「⑤行くのが面倒」「⑦経済的負担が大きい」の三つの原因となっている。

また、人々の精神疾患治療に対する理解不足も存在する。「精神疾患は再発率が高くて治らない」という意見が多く聞かれる。しかし、例えば統合失調症の場合、医師の薬の服用指示を守らなければ再発率が70～80%と高いが、服用指示を守れば再発率は20～30%に下がる<sup>27</sup>。適切に治療を行えば、治すことも可能なものなのである。それを知らない人々が「②医療機関への不信」を感じ利用をためらってしまっているのである。

#### 4-1-2 周囲の理解不足

精神疾患に対する偏見が、未だに存在している。これは主に「精神疾患患者は事件の加

<sup>26</sup> 3-2-1(3)精神疾患と自殺より

<sup>27</sup> せせらぎクリニックより

害者である」という否定的なイメージからくる。その大部分の原因は精神疾患患者による事件をメディアが大きく取り上げるからである。しかし、実際の精神疾患患者による犯罪率はそれ以外の人々と比べて低い。2011年度の精神疾患患者による犯罪は、検挙された一般刑法犯のうち0.9%しかない<sup>28</sup>。このような現状を知らないため、世間に精神疾患に対する偏見が多く存在している。そして、もし精神疾患のような症状を自分が発症しても周囲にそのような偏見の目で見られることを恐れる。それが「③周囲に知られたくない」「⑥病気との診断に不安」の原因である。

#### 4-1-3 医療機関を利用した人

4-2-1、4-2-2 より、医療機関を利用しない原因は本人と周囲の精神疾患に関する理解不足であることが分かった。ここでは翻って、医療機関を利用することができた人は何がきっかけで利用したのかを記す。

精神疾患を発症した不安定な精神状態では自分で判断することは難しい。そのため、自分で判断して医療機関を利用した人は少なく、8割の患者が他者からの声かけがきっかけとなっている<sup>29</sup>。他者の客観的な視点からの判断が重要となる。

### 4-2 早期治療を妨げる原因

3-3-1 で見たように、投薬治療により精神疾患が改善されず長期的に入院する精神疾患患者が7割もいる。では、なぜ医療機関を利用しても投薬治療が中心的に行われるのか。これにはさまざまな原因が存在すると考えられる。ここではそれぞれ分析していく。

#### 4-2-1 時間不足

精神科医の人数はここ10年でほとんど変わっていないにもかかわらず、患者数は3現状分析で見たように増加傾向にある。そのため患者一人一人に時間をかけることができず、実際精神科では平均して一人の患者に対して15分ほどしか時間が取れていない(図9)。精神療法にかかる時間は平均して50～90分である<sup>30</sup>。このことから、精神科医が1人の患者に対してかけることのできる時間の中で精神療法を行うのは難しいことが分かる。

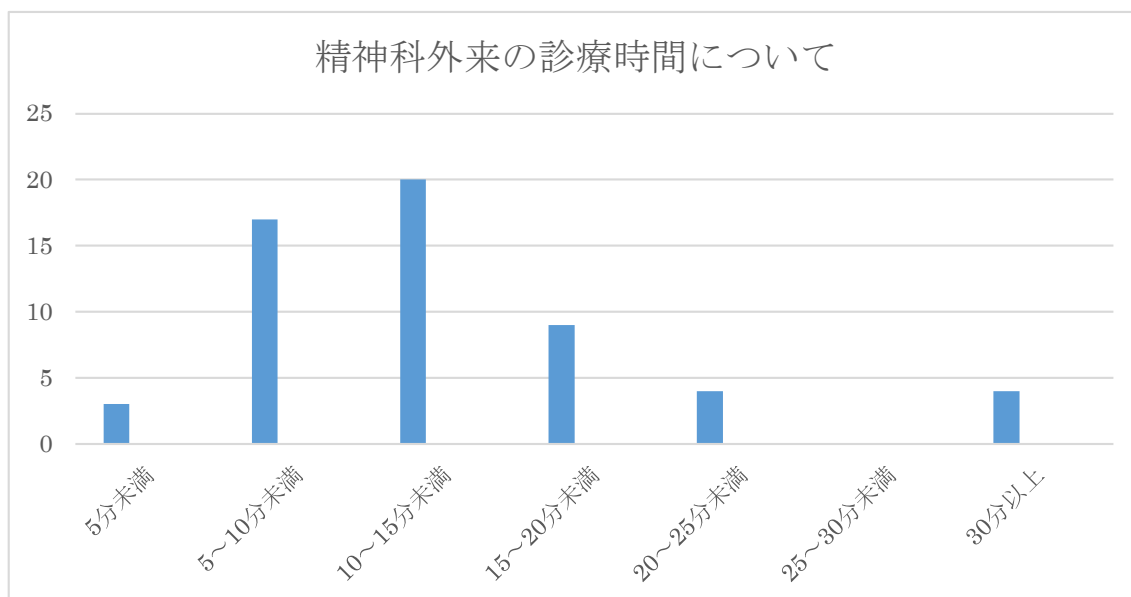
---

<sup>28</sup> 「犯罪白書」法務省より

<sup>29</sup> ファイザーより

<sup>30</sup> カウンセラーナビより

図9 単位:施設<sup>31</sup>



(出典)2007年の保険局医療課調より発表者作成

#### 4-2-2 知識不足

現在の医学部のカリキュラムにおいて、精神疾患に関しては精神医学という学問領域に基づいた教育が行われている。そもそも医学とは科学をベースにしているため、精神医学も原因と結果に基づいて診断を行う。しかし、人の心は必ずしも原因と結果が同じではない。その際に、精神療法に基づいている臨床心理学の知識を用いる必要がある。臨床心理学に基づく治療においては、患者一人一人の話を丁寧に聞き様々な可能性を考えていく。しかし、臨床心理学は医学部のカリキュラムには含まれていない<sup>32</sup>。つまり、精神療法に関して知識や技術がなくても精神科医になることは可能なのである。なかには、精神療法の専門家である臨床心理士の資格も持っている精神科医もいるが、その数はとても少ない<sup>33</sup>。そのため、精神科医は治療の中で精神療法を用いず投薬治療に頼らざるを得ないのである。

#### 4-3 原因分析まとめ

早期発見を妨げる原因となっているのは精神疾患に関する理解不足である。本人の理解不足によって自分が精神疾患を発症しているかもしれない可能性に気づくことができず、周囲の理解不足によって偏見が生まれ精神疾患と診断されることや周囲に知られることを恐れ医療機関の利用をためらう。

<sup>31</sup> 57 施設の精神科診療所における患者一人当たりの平均診療時間

<sup>32</sup> 文部科学省より

<sup>33</sup> 日本臨床心理士資格認定協会によれば、2014年の臨床心理士資格取得者のうち医師免許取得者は1.8%である

早期治療を妨げる投薬治療が中心的に行われている原因となっているのは、精神科医の時間不足と臨床心理学の知識不足である。投薬治療と精神療法を組み合わせることが効果的であるが、時間のかかる精神療法を行うための時間と知識がないのである。

## 5. 政策

### 5-1 早期発見に対する政策

早期発見を妨げる原因となっているのは精神疾患に関する理解不足である。本人の理解不足によって自分が精神疾患を発症しているかもしれない可能性に気づくことができず、周囲の理解不足によって偏見が生まれ精神疾患と診断されることや周囲に知られることを恐れ医療機関の利用をためらう。

#### 5-1-1 心理検査の導入

ここでは、顕在性不安検査(MAS)という心理検査を使用する。この心理検査は、テイラーによって神経症や心身症と関係が深い不安を客観的に測定する目的で開発された、質問紙による検査である。これは現在最もよく知られている代表的な不安検査であり、顕在性不安とよばれる持続的に生じる精神身体的症状の測定に用いられる。この検査に関する精神疾患の発見の妥当性・信頼性はきわめて高いことが多くの研究から実証されている<sup>34</sup>。日本版の顕在性不安検査は、テイラーによって開発された 50 項目の質問に虚偽尺度<sup>35</sup> 15 項目を加えた 65 項目で構成されている。この検査は一般に 16 歳以上に利用することができる。また、小学校 4 年生～中学校 3 年生を対象とする、日本版 MAS の児童版 CMAS も開発されている。

この検査を、現行の健康診断に導入する。高校生・大学生・就職している人々に対する健康診断には日本版 MAS を用い、小学校 4 年生～中学校 3 年生に対する健康診断には児童版 CMAS を用いる。精神疾患の前兆期の症状が現れるのは半数以上が 14 歳以下のため、小学生の時期からこの検査を実施することが必要である<sup>36</sup>。この検査の結果、精神疾患の疑いがあるとされた人には通知を行う。通常健康診断は一年に一度定期的に行われるため、また、3-3 で述べたように早期の段階である発症から一年以内に治療を開始することが可能になる。

この政策によって、4-1-3 で見たような客観的な立場からの通知が可能となる。なので、4-1-1・2 で見たように精神疾患に対して理解不足であっても早期発見が可能になる。

#### 5-1-2 心理教育の実施

この政策は 5-1-1 に対して補完的な政策である。精神疾患に対しての本人と周囲の理解不

<sup>34</sup> <http://www.12counseling.com/archives/2005/08/mas.html> より

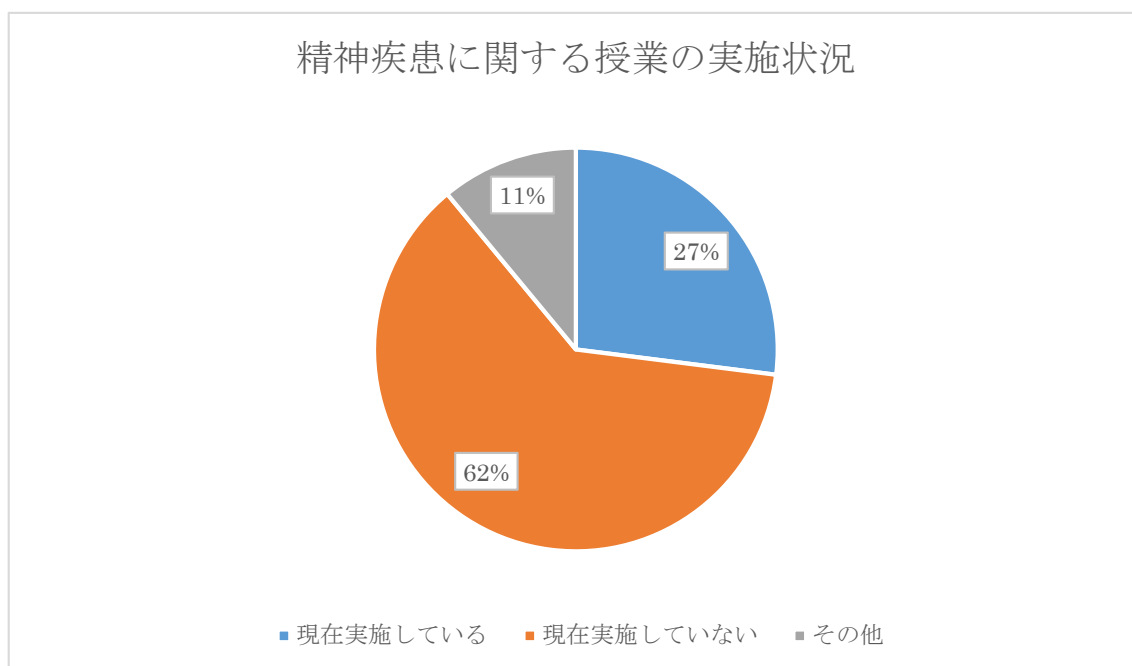
<sup>35</sup> 質問紙による検査では検査を受けた者が意図的に自分をよく見せようとすることがある。虚偽尺度はそのような歪曲反応を検出するために用意された尺度である。

<sup>36</sup> <http://plaza.umin.ac.jp/~youth-mh/about.html> より



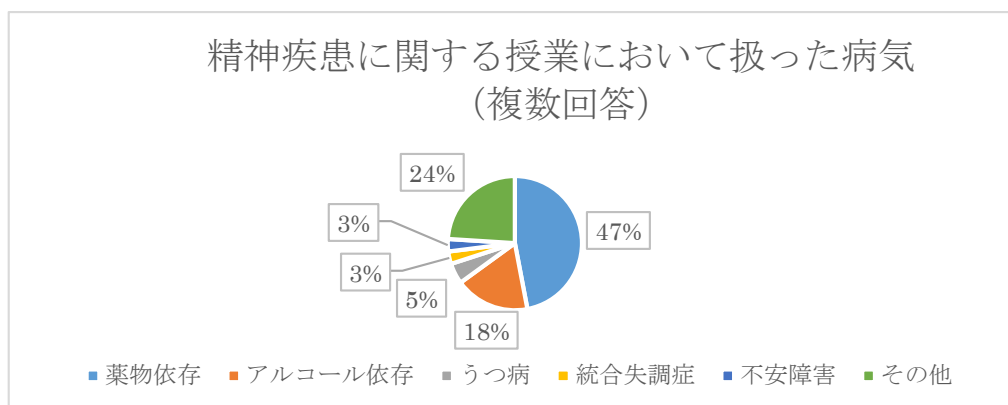
足を心理教育によって改善することで、早期発見をより行いやすくする。  
 現在、精神疾患について授業で扱っている学校は27%しかない(図10)。さらに、この精神疾患に関する授業で扱っている病気の多くが薬物やアルコールへの依存症であり、3-2-1で示したように精神疾患の多くを占めているうつ病・統合失調症・不安障害に関してはほとんど扱われていない(図11)。うつ病のような精神疾患を発症している患者が多くいるのにもかかわらずそれに関する教育を受けている人々がほとんどいないため、4-1で示したような理解不足が多く存在するのである。

図10



(出典)東北福祉大学メンタルヘルスより発表者作成

図11



(出典)東北福祉大学メンタルヘルスより発表者作成

この政策においては、「どのような状態が精神疾患の疑いがあるか」ということを中心に精神疾患についての理解を深める。そして、様々な例をあげて、それらにどう対応すべきかをグループで話し合う。この話し合いを通して、生徒たちは知識を得るだけでなく病気に対する認識を変え、偏見を持たずに患者に接することができる。この授業を義務教育過程の保健体育に取り入れる。先ほど示したように、精神疾患の発症時期は半数が14歳以下のため、小中学生の時期から教える必要があるからである。実際にイギリスではこのような保健教育が充実している。そしてイギリスではこの教育制度を導入してから病気を早期に発見できることが増え、結果として病気の再発率・患者の自殺率が2割減少した<sup>37</sup>。この政策によって、精神疾患に自分からも周囲からも気づき、ためらうことなく早期の段階で医療機関を利用することが可能になる。

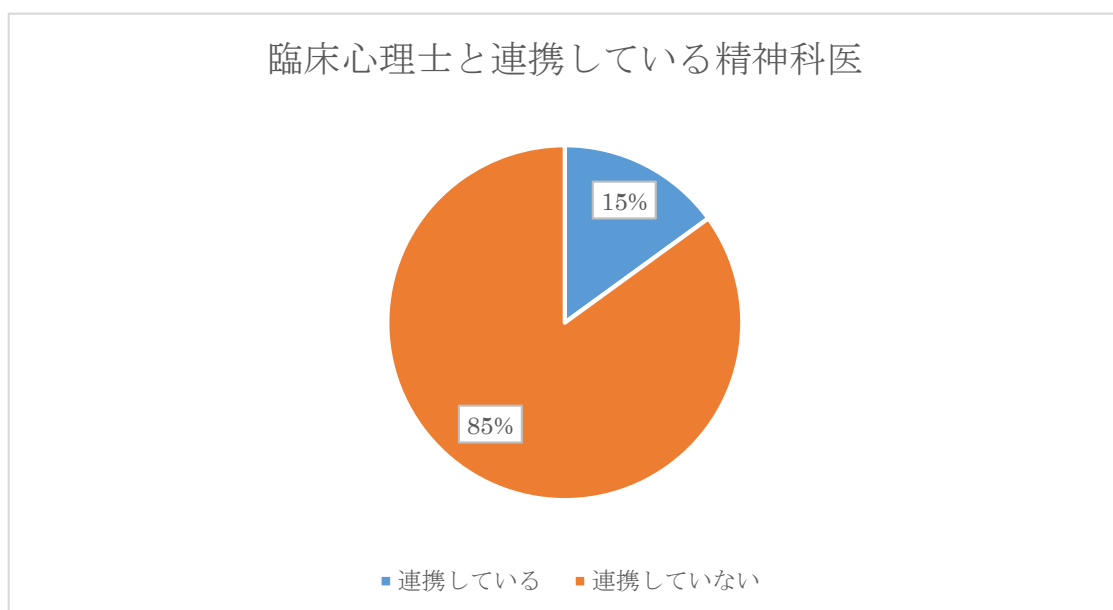
## 5-2 早期治療に対する政策

早期治療を妨げる投薬治療が中心に行われている原因となっているのは、精神科医の時間不足と臨床心理学の知識不足である。

### 5-2-1 臨床心理士との連携

臨床心理士とは、臨床心理学に基づいて精神療法を行う。精神科医の時間不足と知識不足の改善より、臨床心理学の専門家である臨床心理士と連携する方が効率的な解決策である。しかし、実際に臨床心理士と連携している精神科医は15%しかいない(図10)。

図 12



(出典) 武庫川女子大学院教育学研究科より発表者作成

<sup>37</sup> [http://plaza.umin.ac.jp/arms-ut/early\\_detection\\_intervention\\_Jap.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/arms-ut/early_detection_intervention_Jap.pdf) より

つづいて、実際にどのように連携していくか説明していく。精神科医は基本的に診断と投薬治療を行う。そして、臨床心理士が時間をかけて患者の話を聞き、精神療法を行う。実際に薬と精神療法の両方を用いた治療は、様々な精神疾患の発症してからの期間に関わらず、薬のみを用いた治療の2倍もの効果がある<sup>38</sup>。5-1の早期発見に対する政策と組み合わせて行うことで、早期治療につながる。

この政策によって医療機関を利用しても病気が改善されないということはなくなり、投薬による二次的被害も防ぐことができるのである。

## 6. 参考資料

### 6-1 参考文献

- ・『精神病』、笠原嘉著、岩波新書、1998年
- ・『「精神障害」関連用語に関する諸問題：その名称と社会的誤解』、木島伸彦著、1998年
- ・『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』、ロバート・ウィタカー著、小野善郎監訳、門脇陽子・森田由美訳
- ・『心の病へのまなざしとスティグマ—全国意識調査』、山崎喜比古監修、的場智子・菊澤佐江子・坂野純子編著、明石書店、2012年
- ・『うつ病の時代』、大原健士郎著、講談社、1981年
- ・『うつ病の常識はほんとうか』、富高辰一郎、日本評論社、2011年
- ・『うつ病を体験した精神科医の処方箋』、蟻塚亮二著、大月書店、2005年
- ・『日本近代精神科薬物療法史』、風祭元著、アークメディア、2008年
- ・『方法としての面接—臨床家のために』、土居健朗著、医学書院、1992年
- ・『人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えるもの(精神科医からのメッセージ)』、張賢徳著、勉誠出版、2006年

### 6-2 参考URL

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> (7/27 閲覧)

日本精神保健福祉士協会 <http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20110219-kenri/20-23.pdf> (7/27 閲覧)

日本WHO協会 <http://www.japan-who.or.jp/commodity/kensyo.html> (7/30 閲覧)

精神疾患ってなんだろう？(公益社団法人精神保健福祉連盟)  
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20110219-kenri/20-23.pdf> (8/3 閲覧)

精神障害者の生活と治療に関するアンケート(帝京大学医学部)

---

<sup>38</sup> 国立精神・神経医療研究センターより

[http://seishinhoken.jp/attachments/view/articles\\_files/src/3.pdf](http://seishinhoken.jp/attachments/view/articles_files/src/3.pdf) (8/9 閲覧)

精神疾患の種類(分類)と症状(ヘルスケア大学) <http://www.skincare-univ.com/article/008847/> (8/10 閲覧)

日本の精神科医療の歴史  
<http://hidekiueno.net/%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%81%AE%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%A7%91%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AE%E6%AD%B4%E5%8F%B2/> (8/10 閲覧)

医療観察法.NET [http://kansatuhou.net/10\\_shiryoshu/07\\_01\\_shiryousaisin.html#6](http://kansatuhou.net/10_shiryoshu/07_01_shiryousaisin.html#6)  
(8/14 閲覧)

早期発見と早期介入(東京大学医学系研究科) [http://plaza.umin.ac.jp/arms-ut/early\\_detection\\_intervention\\_Jap.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/arms-ut/early_detection_intervention_Jap.pdf) (8/14 閲覧)

医学書院 [http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02864\\_02](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02864_02) (8/14 閲覧)

医療計画(精神疾患)について (厚生労働省社会援護局、障害福祉部精神障害保健課)  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoushiryou/iryoushiryou\\_keikaku/dl/shiryou\\_a-3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoushiryou/iryoushiryou_keikaku/dl/shiryou_a-3.pdf) (8/14 閲覧)

「”死に至る病”という認識を」-うつ病に見る精神疾患への偏見-  
<http://www.trapro.jp/articles/89> (8/15 閲覧)

自殺防止ネット <http://stopsuicide.net/supre/page80-81.html> (8/16 閲覧)

精神疾患の早期発見・治療の重要性(e-ヘルスネット) <http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart/k-08-002.html> (8/16 閲覧)

精神疾患の治療と認知行動療法 <http://www.clinic-adachi.com/chiryou.html>  
(8/16 閲覧)

精神疾患 - 脳科学辞典  
<https://bsd.neuroinf.jp/wiki/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%96%BE%E6%82%A3>  
(8/16 閲覧)

症状で病気を早期発見！-心の病気について- <http://www.yt-sms.net/syoujyou/b-kokoro.html> (8/16 閲覧)

どうすれば、差別や偏見をなくせるの？～人権侵害の歴史を考える～  
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20110219-kenri/26-30.pdf> (8/17 閲覧)

精神療法について思うこと(栄大光)  
[http://www.hannan.or.jp/jidoseishinka/pdf/111114\\_sou2.pdf](http://www.hannan.or.jp/jidoseishinka/pdf/111114_sou2.pdf) (8/17 閲覧)

精神科医療について(参考資料)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1116-4d.pdf> (8/18 閲覧)

日本臨床心理士資格認定協会 <http://fjcbcp.or.jp/shitokusha/> (8/18 閲覧)

臨床心理ってなあに？精神医学と臨床心理学の違い？ <http://www.tenri->

[u.ac.jp/hu/ps/dv457k00000008bg-att/dv457k00000008d5.pdf](http://u.ac.jp/hu/ps/dv457k00000008bg-att/dv457k00000008d5.pdf) (8/18 閲覧)

精神疾患に係る早期支援のあり方について

<http://www.city.sendai.jp/kenkou/shogaisien/singikai01/pdf/250131/shiryo2->

[1.pdf](http://www.city.sendai.jp/kenkou/shogaisien/singikai01/pdf/250131/shiryo2-1.pdf) (8/23 閲覧)

はじめての心理学 <http://www.12counseling.com/archives/2005/08/mas.html> (8/28  
閲覧)

ユースメンタルヘルス講座 <http://plaza.umin.ac.jp/~youth-mh/about.html> (8/29  
閲覧)