

精神的不健康の予防・対策に関する研究：
「疫学的3要因」および「疾病対策の5段階」の視
点より

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-06-19 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 鈴江, 毅 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00010308

精神的不健康の予防・対策に関する研究

—「疫学的3要因」および「疾病対策の5段階」の視点より—

Study about Prevention and Control to Mental Unhealthiness

From the View Point of Epidemiological 3 Factors and Disease Control 5 Stages

鈴 江 毅

Takeshi SUZUE

（平成28年10月3日受理）

I はじめに

近年、精神的健康（メンタルヘルス）の問題はますます注目され、医学分野、教育分野、産業保健分野など多くの分野で最も重要な問題のひとつに数えられている。学問的には、精神医学、教育学、学校保健学、社会学など様々な立場から臨床・研究活動が行われている。メンタルヘルスの問題、なかでも精神的健康・不健康には多大の関心が寄せられており、私たちの精神は健康なのだろうか、より健康になるにはどうすればよいのか、どのようにすれば精神的不健康を予防できるのか、万一精神が不健康となった場合、どのようにすれば回復するのか、真剣な議論が交わされるようになってきている。

精神的不健康は、社会・環境との関わりのなかで発現し、経過および予後についても、それらに大きな影響を受ける。その点では他の健康事象と変わらない。精神的不健康はそれ単独では存在しないということ、すなわち、精神的不健康を社会・環境と一体となって捉えることが、心の健康あるいは不健康を理解する第一歩であると考えられる。

本論ではまず、まず健康、精神的健康の定義について触れ、次に精神的不健康と社会・環境との関係について、公衆衛生的視点から、「疫学的3要因」と「疾病対策の5段階」の考え方を援用して、全体像を描き出すこととする。

II 健康の定義

現在用いられている健康の定義は、少し古くなるが1946年のWHO（世界保健機関）憲章の「健康とは、肉体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であって、単に疾病や虚弱でないことではない」である¹⁾。そのあとには「人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的な権利のひとつである」と続き、能動的な概念であり、かつ権利としての健康を謳っている。しかしながら現時点で世界中でこの定義を満たす健康な人はどれくらい存在しているのだろうか。わが

国においても未だ十分には達成されていないと思われる。

一方、精神的健康については、同じくWHOが2007年にこう定義している²⁾。「精神的健康とは、単に精神障害でないということではない。それは、一人一人が彼または彼女自らの可能性を実現し、人生における普通のストレスに対処でき、生産的にまた実り多く働くことができ、彼または彼女の共同体に貢献することができるという、十全にある状態である」。こちらも精神的健康を非常に広く、深くとらえ、理想の生き方を述べているかのごとき内容になっている。心と健康の問題は、これらの定義が示すように、何かの不具合や欠如の話ではなく、全人的性格のものであり、全人類の課題ともいえる。

Ⅲ 精神的不健康とは何か？

それでは、逆に精神的不健康とはどのような状態であろうか。上記の定義に従えば、非常に広い概念となるが、ここでは少し範囲を狭めて精神的不健康の代表的なものを精神障害として記述することとする。表1は現在わが国でも一般的に用いられているICD-10（国際疾病分類）による精神障害の分類である。ICDとは、疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems、略称：国際疾病分類、英：International Classification of Diseases、ICD）であり、死因や疾病の国際的な統計基準として、世界保健機関（WHO）によって公表されている分類である。死因や疾病の統計などに関する情報の国際的な比較や、医療機関における診療記録の管理などに活用されている³⁾。これ以外にもいくつかの精神障害の分類がある。

表1 精神的不健康：精神障害（ICD-10による分類）

F0	症状性を含む器質性精神障害	痴呆症その他のいわゆる脳器質性精神障害
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害	アルコールや麻薬・覚醒剤等に関連した障害
F2	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	統合失調症（精神分裂病）やその類縁疾患
F3	気分障害（感情障害）	双極性感情障害（いわゆる躁うつ病）、うつ病エピソード（いわゆるうつ病）等
F4	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	恐怖症性不安障害（いわゆる恐怖神経症）、パニック障害、強迫性障害（いわゆる強迫神経症）、外傷後ストレス障害（PTSD）等
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	摂食障害（いわゆる拒食や過食）、睡眠障害、性機能不全（性欲の低下など）等
F6	成人の人格および行動の障害	いわゆる人格障害や性行動に関する問題など
F7	精神遅滞	精神発達遅滞
F8	心理発達の障害	学習能力の特異的発達障害（いわゆるLD）や広汎性発達障害（いわゆる自閉症）等
F9	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	多動性障害（いわゆる多動児）や行為障害、チック障害等
F99	特定不能の精神障害	以上の分類に当てはまらないもの全て

それではそのような心の不健康はどのような形で現れるのであろうか。表2には精神的不健康（メンタルヘルス不調）の早期症状を、身体的症状と心理的症状と行動的症状に分けて列挙している⁴⁾。精神的不健康の早期症状の特徴は、それが心の症状とはわからない肩こりなどの身体症状や遅刻・欠勤などの日常行動に埋没して、判明しにくくなっている点である。それゆえ早期発見・早期対応のためには詳細な観察力が必要とされる。

表2 精神的不健康（メンタルヘルス不調）の早期症状

身体的症状	心理的症状	行動的症状
<ul style="list-style-type: none"> ●肩こり ●疲労感 ●腰痛 ●めまい ●目の疲れ ●頭痛、頭重感 ●不眠 ●下痢 ●性欲減退 	<ul style="list-style-type: none"> ●不安感 ●イライラ ●気力・集中力低下 ●うつ気分 ●落ち込み ●怒り 	<ul style="list-style-type: none"> ●生活の乱れ ●飲酒・喫煙量の増加 ●暴言・暴力 ●ギャンブル ●遅刻・欠勤

IV 「疫学的3要因」からみた精神的不健康

世の中のあらゆる健康事象を研究する学問として、**疫学**という分野がある。詳細については大学の公衆衛生学などの分野で学んでいただきたいが、ここでは少しだけ**疫学**の考え方を借りて、精神的不健康に迫ってみることとする。

疫学とは、「集団の中で出現する健康関連のいろいろな事象の頻度と分布およびそれらに影響を与える要因を明らかにして、健康関連の諸問題に対する有効な対策樹立に役立てるための科学」であり、保健・医療・福祉など諸活動の背景にある公衆衛生学の基本となる概念である。実践においては、まず現象を客観的に評価することから始まる。その際に、部分と全体を両方見る、言い換えれば分析と統合を同時に行うことが要求される。心の健康・不健康といえども他の健康事象と同じく、この疫学の視点から見るのが重要である。

健康事象を、**宿主要因・病因・環境要因**に分類・分析し、全体を合わせて統合し、対策面を考えに入れ、全体像を描くのが**疫学的3要因**の考え方である。健康事象には必ず3要因が存在する。**病因**は病原菌や化学物質など、**宿主要因**はヒトの生物学的特性や先天的要因、免疫低下など、**環境要因**は物理的・社会的環境などを指す。あらゆる健康事象は3要因が揃わないと発現することはなく、これら3要因が影響しあって健康事象は重症化することもあるれば、軽快することもある（図1）。

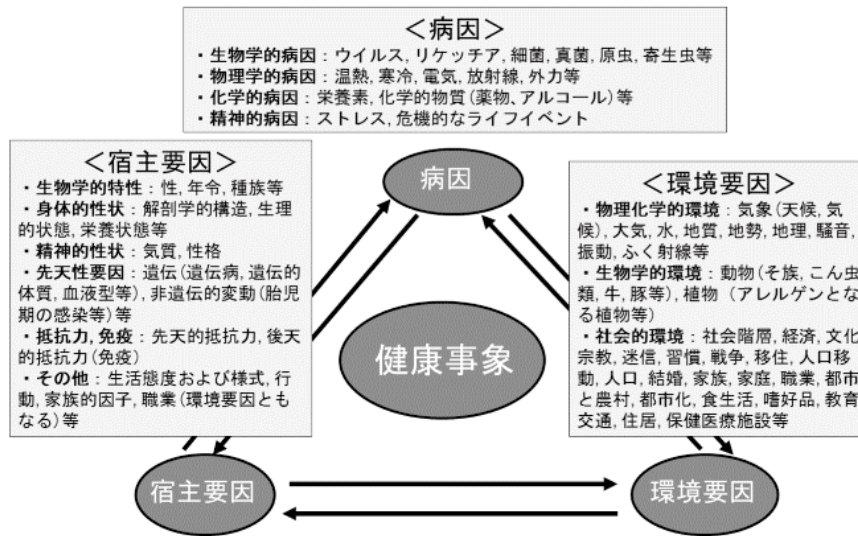


図1 疫学的3要因

精神的不健康に関連する事象を、疫学的3要因に当てはめると、病因としては、「ストレス、危機的ライフイベント、化学物質（薬物、アルコール）など」、宿主要因としては、「精神的脆弱性（性格）、低いストレス耐性、遺伝的素因など」、環境要因としては、「交友関係、家族・学校・職場などの環境、文化など」が想定される。3要因それぞれの周辺に、関連事項として「精神的不健康：精神障害（ICD-10）」、「ストレス強度表」、「クレッチマーの3気質」、「自殺の危機経路」、「社会環境・社会問題」をトピックス的に貼付した（図2）。

「ストレス強度表」は、1968年にアメリカの精神科医 Thomas Holmes と Richard Rahe によって発表された「Holmes and Rahe stress scale」に基づいており、配偶者の死を100のストレス強度としたときの、各ライフイベントのストレス強度を高度なものから順に並べたものである⁵⁾。

「クレッチマーの3気質」は、ドイツの医学者クレッチマーが提唱したもので、パーソナリティの中心は気質であると考え、体型と気質を結びつけた3つの類型があるとした。[細長型]は四肢が細長く、胴周りが薄い、脂肪のつきにくい体型。[肥満型]は体全体に脂肪がつきやすく、柔らかい体つき、太りやすい体質ではあるが、必ずしも太ってはいない。[闘士型]は筋肉質で、四肢や胴周りの肉づきがよく、硬く引き締まっている。とされ、パーソナリティの評価の参考にされる⁶⁾。

「自殺の危機経路」は、自殺対策支援センターライフリンクが平成20年に実施した「1,000人実態調査」で、自殺した人の家族に聞き取り調査をして、自殺前にどのような出来事があり、どのように自殺に影響を与えたかを調べ、それらを解析して統合し、模式図としてあらわしたものである。一番下にある「自殺」に向かって様々な出来事が影響するのであるが、人は一つや二つの困難で自殺に至ることはほとんどない。人生の困難が三つ四つと積み重なり、覆いかぶさって、人は自律性・復元性を発揮できなくなり、最終的に自殺に至ってしまうことがよくわかる⁷⁾。

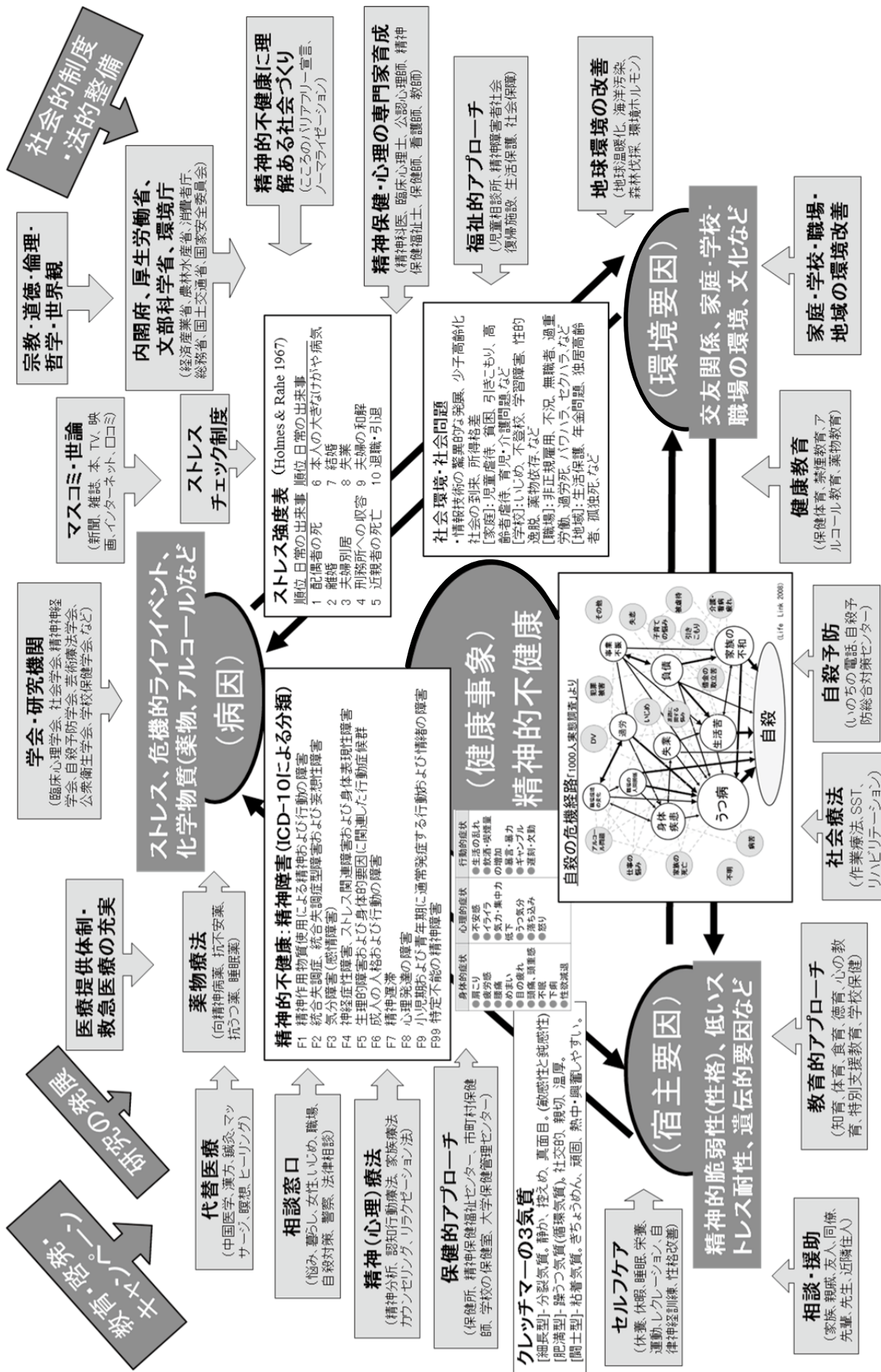


図2 疫学的3要因：「精神的な健康」の場合

「社会環境・社会問題」は、現代社会における、情報技術の驚異的な発展、少子高齢化社会の到来、所得格差などを勘案し、[家庭]、[学校]、[職場]、[地域]での今日的課題を列挙したものである。

さらに主な予防法・対策を、3要因それぞれの周辺の適当と思われる場所に配置した。最外層（最上段）には、それらの基盤としての「教育・啓発・キャンペーン」、「社会的制度・法的整備」、「研究の発展」を置いた（図2）。しかしながらこの図がすべてを網羅しているわけではない。状況に応じてまだまだ多くの要素が追加されるべきと考える。

V 「疾病対策の5段階」からみた精神的不健康

次に精神的健不健康という健康事象を予防の観点から捉えてみよう。一般的に予防は、一次予防・二次予防・三次予防に分けられる。さらに一次予防は①健康増進と②特異的予防に、二次予防は③早期発見・早期治療、④重症化防止に、三次予防は⑤リハビリテーション（再統合）と分けられる。これらが「疾病対策の5段階」といわれるものである⁸⁾（図3、表3）。

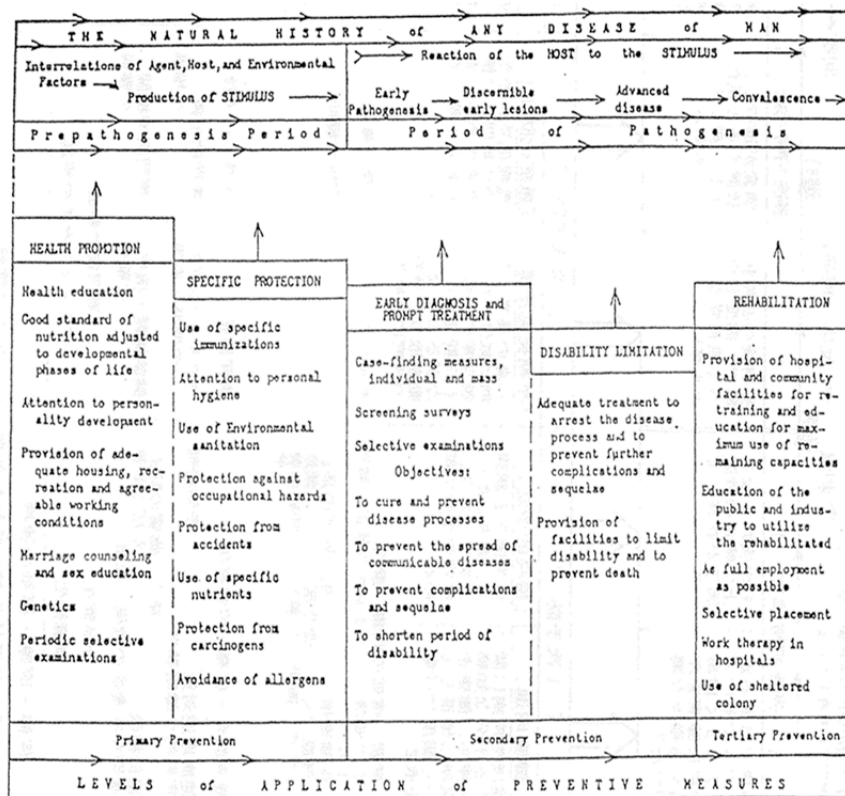


FIG. 2-3. Levels of application of preventive measures in the natural history of disease.

図3 Levels of application of preventive measures in the natural history of disease

表3 疾病対策の5段階

一次予防		二次予防		三次予防
①健康増進	②特異的予防	③早期発見・早期治療	④重症化防止	⑤リハビリテーション(再統合)
健康や疾病に関する十分な知識を持ち、健康を保持し増進していく態度や行動を取る	危険因子を認識し、除去したり、身を守ったり、発病の予防に努める	心身の異常に早期に気付いたり、無自覚の場合でも早期発見につながるような行動を取り、早期の治療に努める	重症化防止のために専門家の援助を求める、また自らも努力する	機能の回復に努力し、心身の状態を整え、社会復帰に努める

これを精神的不健康に当てはめてみれば、①**健康増進**とは「心の健康の健康教育、環境衛生、生活習慣見直し、専門家の訓練」、②**特異的予防**とは「ハイリスク者を把握し援助することにより、不安や否定的感情が心の不健康に進行することを防ぐ」、③**早期発見・早期治療**とは「心の不健康（精神症状）の早期発見・早期介入により重症化を防ぐ、カウンセリングやクリニック受診など」、④**重症化防止**とは「精神療法、薬物療法、社会療法、精神科医療機関の整備充実、早期退院の促進」、⑤**リハビリテーション（再統合）**とは、「外来通院・投薬の継続、再発防止のための地域・家庭・職場の環境整備」といえる。図4には、それらを順に配置し、それぞれの段階に対応した予防の細目を書き入れると共に、法的・制度的整備状況と、対応すべき様々な社会資源（の一部）を一覧できるように示した。

いずれも必要とされる多くの対策とその横の連携、またそれらに対応した各種制度・法律と地域における多くの社会資源とその協力関係（保健と医療と福祉、および地域保健と学校保健と産業保健、さらには行政と地域の専門家と住民の協力、また大学や研究機関の参加等）が不可欠なことがわかっていただけたと思う。

VI 考察

今回、精神的不健康について、精神的不健康の予防・対策に向けて、「疫学的3要因」および、「疾病対策の5段階」の視点から、全体像を捉えなおす試みを行った。

まず、精神的不健康に関連する事象を、**疫学的3要因**に当てはめると、**病因**としては、「ストレス、危機的ライフイベント、化学物質（薬物、アルコール）など」、**宿主要因**としては、「精神的脆弱性（性格）、低いストレス耐性、遺伝的素因など」、**環境要因**としては、「交友関係、家族・学校・職場などの環境、文化など」が考えられた。



図4 精神的不健康における「疾病対策の5段階」全体図

この疫学的3要因の図を解析すると、**病因**から**宿主要因**にかけては、医療を代表的なものとしたさまざまなアプローチが行われている。精神医学の発展に伴い、薬物療法はじめ様々な治療法も驚くべきスピードで進歩している。また様々な相談窓口も増加しているので利用された。宿主要因に対しては、従来から「**クレッチマーの3気質**」に代表される性格別の対策などが行われているが、セルフケアや将来を見据えた教育的アプローチも重視されるべきであろう。一方、**環境要因**に対しては、学校教育をはじめとした、様々な社会的アプローチが挙げられるが、具体性を欠き、その数も少ない。「**社会環境・社会問題**」として別枠で示している通り、情報技術の驚異的な発展、少子高齢化社会の到来、所得格差など、喫緊の課題が山積している。これらの予防・対策としては、最終的には「**精神的不健康に理解ある社会づくり**」に行きつくと思われる。そのためにも社会的制度・法的整備が重要である。また「**精神保健・心理の専門家育成**」の最近の話題としては、平成27年に「**公認心理師法**」が成立し、公認心理師が誕生した。今後の心理臨床の現場の対応力向上が期待される。

全体を俯瞰してみた結果、**病因**と**環境要因**に対する直接的なアプローチが少ない傾向が伺われた。近くに配置された「**ストレス強度表**」などを活用して、日常生活のストレス強度を理解し、**病因**につながるできごとを排除していく姿勢が重要と思われた。また産業保健の現場では平成27年度より「**ストレスチェック制度**」が開始され、基本的に全労働者のストレスが、ストレス要因、ストレス反応、周囲の支援などに分かれて、評価されることになった。さらに個人にはセルフケアおよび高ストレス者に医師の面談および就業に関する意見書作成が、集団にはラインによるケアなど職場環境の改善等が指導されるようになった。今後の活用が期待される⁹⁾。

またこれら疫学的3要因全体において「**研究の発展**」が必須であり、そのためにも「**教育・啓発・キャンペーン**」は重要である。またそれらの基盤となる「**社会的制度・法的整備**」が急がれると考えられた。

次に、精神的不健康に関連する事象を、**疾病対策の5段階**に当てはめてみれば、①**健康増進**とは「心の健康の健康教育、環境衛生、生活習慣見直し、専門家の訓練」、②**特異的予防**とは「ハイリスク者を把握し援助することにより、不安や否定的感情が心の不健康に進行することを防ぐ」、③**早期発見・早期治療**とは「心の不健康（精神症状）の早期発見・早期介入により重症化を防ぐ、カウンセリングやクリニック受診など」、④**重症化防止**とは「精神療法、薬物療法、社会療法、精神科医療機関の整備充実、早期退院の促進」、⑤**リハビリテーション（再統合）**とは、「外来通院・投薬の継続、再発防止のための地域・家庭・職場の環境整備」と考えられた。

この表を解析してみると、一次予防としての①**健康増進**の部分の予防対策が少ない印象を受けた。法的・制度的整備状況も希薄であり、社会・集団レベルの公衆衛生活動も不十分であるように思われた。また社会資源としては、やはり教育の重要性が再認識された。特に年少期よりの教育が青少年から成人期にかけての精神的不健康に対する行動を決定している部分の大きいことを考えると、今後一層充実させるべきだと考えられた。②**特異的予防**としては、上述の通り、ストレスチェック制度が始まるなど、少し動きがでてきている印象がある。二次予防の③**早期発見・早期治療**および④**重症化防止**に関しては、現代医学の進歩の恩恵もあり、日々改善傾向にあり、制度的にも整えられつつある。今後は遺伝子治療などの道が開かれていると思われる。しかし三次予防としての⑤**リハビリテーション（再統合）**に目を向けてみると、特にわ

が国ではまだまだ道は遠いと言わざるを得ない。多くの精神的不健康は、二次予防の進歩に伴い、回復している者は多くなっているが、その後の社会復帰が難点となっている。ノーマリゼーションの掛け声のもと、厚生労働省でも長期入院患者の早期退院、グループホームの推進などの方針を打ち出しているが、まだまだ十分な成果がでていない段階ではない。

精神的不健康のなかで、統合失調症などはいまだに明確な原因が不明であり、発症初期に早期発見・早期治療するという二次予防がせいぜいであり、リハビリや社会復帰など三次予防が大きな課題となっている。一方目に見えるような形での一次予防の動きは皆無といってよい状況である。今後は当面二次予防の推進、三次予防の対策強化を進めると同時に、学校保健教育など一次予防を充実させるべきだと考える。

「健康というものは失って初めてわかる」という言葉があるが、精神的不健康に関しては、まさにこの言葉が当てはまる。精神的不健康を「疫学的3要因」や「疾病対策の5段階」の観点から整理することで、精神的不健康の予防および対策の重要性の理解および実践に繋がることを期待したい。

Ⅶ まとめ

1. 精神的不健康についての疫学的な検討を行った。
2. 精神的不健康を「疫学的3要因」から捉えることにより精神的不健康の構成要素が確認された。
3. 精神的不健康を「疾病対策の5段階」から整理することは、精神的不健康に対する予防対策を立てる上で有用であると考えられた。

参考文献

- 1) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Accessed at September 30, 2016)
- 2) Mental health: strengthening our response Fact sheet Updated April 2016
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (Accessed at September 30, 2016)
- 3) 融 道男, 小見山実, 大久保善朗, 中根允文, 岡崎祐士 (監訳): 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. 医学書院, 2005
- 4) 平成26年「職場のメンタルヘルス対策ガイドブック」愛知県
<http://www.pref.aichi.jp/0000049071.html> (Accessed at September 30, 2016)
- 5) The Social Readjustment Rating Scale", Thomas H. Holmes and Richard H. Rahe, Journal of Psychosomatic Research, Volume 11, Issue 2, August 1967, Pages 213-218
- 6) 加藤正明、保崎秀夫ほか編集. 『精神医学事典』. 1993. 弘文堂
- 7) 自殺対策支援センター ライフリンク. 『自殺実態白書2013』【第一版】第1章: 自殺の危機経路.
http://www.lifelink.or.jp/hp/Library/whitepaper2013_1.pdf (Accessed at September 30, 2016)
- 8) Leavell HR, Clark EG; Textbook of Preventive Medicine.McGraw-Hill, New York, 1953.
- 9) 厚生労働省. ストレスチェック制度導入マニュアル.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150709-1.pdf> (Accessed at September 30, 2016)