

## FASID 第 251 回 BBL セミナー（記録要旨）

テーマ：開発・人道の新たな優先事項：メンタルヘルス～精神保健・心理社会的ウェルビーイングへの取り組み方～

日時：2023 年 1 月 18 日（水）12:30-14:05

場所：Zoom ウェビナー

講師：井筒 節 氏 / 東京大学総合文化研究科 特任准教授

出席者：46 名

### セミナー要旨

#### ■ WHO のレポートの数字から見えること

WHO のレポートでは、(ある年の) 年間の死者数は「戦争 (約 30 万人) < 殺人 (約 50 万人) < 自殺 (約 70 万人)」であった。殺人で亡くなる人より自殺でなくなる人の方が多い。自殺の場合は様々な精神的コンディション<sup>1</sup>が関わっていることが多く、心の側面が大きく影響している。若者の死因の 2 位が自殺 (女子では 1 位)。全ての分野に関わるが、特に、若者のことや教育、ジェンダーに関わる人にとってはより大切なイシューであると思う。

メンタルヘルスは、精神的に満たされた状況から、日常的で一時的な不安や辛いという状況、そして病気といわれるような精神的コンディションまで様々な状況が含まれる。それは一瞬で大きく移り変わり得るし、長く続く場合もある。少し複雑な現象ではあるが人間の根源的なところだと思っている。

WHO のレポートによると、2019 年の 1 年間に、8 人に 1 人が精神疾患を経験していた。その内訳は不安症 (3 億人)、うつ病 (2.8 億人)、躁うつ病 (4000 万人)、統合失調症 (2400 万人)、摂食障害 (1400 万人)、てんかん、認知症、薬物使用障害、知的障害など。一方で、「病気」だけでなく日々の心の側面を考えるのがメンタルヘルスである。性暴力、災害後の心のケア、紛争でどのように心の問題に対応していくのかも精神保健の課題であるし、開発や人道をめぐる介入が人々の心に与える影響にも注意を払っておく必要がある。WHO は 4 人に 1 人が一生に 1 回はメンタルヘルス上のコンディションを経験すると言っており、身近な課題であるといえる。

#### ■ 政策・システムの観点から

2016 年の国民 1 人当たり対して政府が精神保健に使っている年間の金額は、高所得国は

---

<sup>1</sup> 精神的コンディション (Mental Health Condition) : 「精神疾患」や「精神障害」をめぐっては、障害の社会モデルの観点から、用語をめぐる様々な議論がある。精神的な反応やニーズについては、時・状況・個人によって異なるものであり、「良い」「悪い」といったステレオタイプを付加せず、よりニュートラルに表現するために、国連等では「精神的コンディション」という用語を使うことがある。

USD80.24/人、対して低所得国は USD0.02/人、中所得国は USD1.05~2.62/人。

10 万人当たりの精神保健人材については、高所得国は 71.7 人、低所得国は 1.6 人。人材で一番多いのは看護師、その他は精神科医、心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーがいるが、数は少ない。統合失調症は 100 人に 1 人が経験するといわれているが、低所得国では 10 万人に 1~2 人しか精神保健のサービスを提供できる人がいない。従って、お金も人材も不足しているというのが現状である。

世界の約半分の国が精神保健政策を有する。開発の分野では政策があることは良いイメージを持つことが多いが、メンタルヘルスの場合は政策があることが必ずしも良いことではない。政策が人権を制限していることがある。精神的コンディションを有する方が、衛生、プライバシー、自己決定という面で問題のある環境に置かれていることがある。本来であれば、最新の人権基準やエビデンスに基づいて、当事者の声を聞きながら政策をアップデートしていかなければいけないが、なかなかそれができていない。精神保健の一つの特徴として、政策が足かせになっている部分があるといえる。

## ■ 精神保健をめぐる世界の現状

障害者権利条約を批准している国(185 ヶ国)のうち、精神障害がある人に対して、約 80%の国が選挙権を制限しており、約 40%の国が結婚を禁止している。また精神障害のある人の約 90%が非雇用、約 80%が適切な保健医療を受けられないという現状がある。また、重篤な精神疾患のある人の寿命はそうでない人と比べて 20 年も短い。これは仕事、教育、医療へのアクセス等、様々な社会的制限があることも影響している。

コストの面では、精神疾患の直接・間接コストを合わせると GDP の 4%以上と言われていた。貧困状態が続くとメンタルヘルスが悪くなりやすい、メンタルヘルスが良くないと病欠に繋がる、モチベーションが下がる、精神保健ケアをめぐる医療費がかかる等、メンタルヘルスと経済は双方向性の関係にある。WHO と世銀は「精神保健に 1 ドルの投資を行えばそれは 4 ドルになって返ってくる」と言っている。メンタルヘルスへの投資が様々な社会課題の改善に繋がることが国際社会で認識され始めている。また、SDGs にメンタルヘルスが入ったことや、閣僚級のサミットが定期的に行われるようになったことで、世界的にも関心が集まっている。

かつてメンタルヘルスは MDGs の中に入っていなかったため、社会課題としての優先度が低かったが、2000 年代前半から少しずつ会議の規模を大きくしながら、メンタルヘルスを開発課題のアジェンダの中に入れていく活動を WHO、国連機関、アカデミア、実務者、当事者、当事者家族が協力して行ってきた経緯がある。そして、ようやく SDGs のターゲットの中にメンタルヘルスが盛り込まれた。

SDGs では 3 番目のゴール「すべての人に健康と福祉を (Health and Well-being)」のターゲットとして、「3.4 非感染性+精神保健・ウェルビーイング」と「3.5 薬物・アルコール乱用の防止・治療強化」が明確に示された。「3.4」の指標としては自殺率を採用しているが、

自殺率は国によって集計方法が違ったり、宗教を含む現地の文化によって自殺であることが隠されたりすることがあるため、難しい指標である。しかし、これまで国際社会があまり積極的に取り組んでこなかった分野のため、各国で比較できる指標が他にない。今後はもっと解決思考の指標にしていくように議論が進められている。

#### ■ 質疑応答①

Q. 後半にお話があるかもしれませんが、ソリューションとして CBR（地域に根ざしたりハビリテーション）・CBID（地域に根ざしたインクルーシブ開発）で取り組まれることはありますでしょうか。

A. 後半に触れる。

Q. 精神保健が国際アジェンダに乗るにあたり、当事者の動きのようなものはあったのでしょうか。

A. 当事者の活動は中心的な役割を果たした。障害者権利条約ができてからは、障害の分野でメンタルヘルスをメインストリーム化していく活動をしていたが、その際は当事者団体やメンタルヘルスをめぐる様々な経験をしたことがある人に参加してもらった。

SDGs に盛り込んでいくプロセスの中では、各国の政府代表にメンタルヘルスの重要性を理解してもらうことが大切で、バングラデシュやアルゼンチン等の、発達障害・知的障害のある家族を持つ大使や、世界中の当事者、家族が協力して下さった。

Q. 日本では精神保健福祉士などの専門職がありますが、途上国では専門職を確立するような動きはありますでしょうか。

A. 開発途上国において人材育成は遅れている。WHO は、現在いるプライマリヘルスワーカーやその他のヘルスワーカーをトレーニングし、基礎的なメンタルヘルスのアセスメントとサポートをできるようにする戦略を主にとっている。専門職として精神保健分野のソーシャルワーカーや精神保健福祉士を育てようとする動きはまだとても少ない。日本は精神保健福祉士を国家資格として持っている国として、専門家の知識と経験を開発途上国での人材育成に活かすことができれば、大きな国際貢献になると思う。

#### ■ 精神保健におけるソリューション

「精神保健・心理社会支援（Mental Health & Psychosocial Support: MHPSS）ピラミッド」は精神保健におけるソリューションの1つであると思う。これは 2007 年に IASC（Inter-Agency Standing Committee）が出した「災害時等緊急時の精神保健・心理社会的支援ガイドライン」で打ち出されたものである。ピラミッドの底から順に「安全と基本的なニーズが満たされること」→「コミュニティや家族からの支援」→「非専門家による支援」→「専門家による支援」。メンタルヘルスの介入と言うと、トラウマに対する対応、心理士に

よるカウンセリング、精神科医による薬の処方等を想像する人が多いかと思うが、実際にそれが必要な人は多くないことがピラミッドで示されている。まずは身の安全や衣食住といったベーシックニーズが満たされていることが重要で、安心して過ごせる居場所があれば多くの人の心の不安は自然と落ち着いてくる場合が多い。家族や友達、地域の人々とのつながりもとても重要である。さらなる支援が必要な場合でも、「非専門家（＝市役所職員や教員、警察官などで、メンタルヘルスをめぐる基礎的なトレーニングを受けた人材）による支援」までで、メンタルヘルスを良い状態に保っていくことができる人も多い。反応がとても強かったり、長く続いたりして、とても苦しい等の場合は専門家の支援が必要となる。

「災害時等緊急時の精神保健・心理社会的支援ガイドライン」の原則は、害を与えない、トラウマ・投薬偏重をやめる、デブリーフィングをなくす、心理的応急処置を奨励する、の4点である。危機的な出来事への反応は、人それぞれ異なる。以前は辛い思いを共有するグループセッションがよく行われていたが、危機的状況の直後はグループでのシェアは二次的な心的外傷を引き起こすためか予後が悪いことがわかってきたため、現在は個人対応である「心理的応急処置（Psychological First Aid: PFA）」が国際的にも推奨されている。

危機的な出来事への反応は、個人的要因・危機的出来事・地域環境等様々な状況が影響し、人それぞれ異なる。危機的出来事の後に必要になるものは、「基本的ニーズ」、「負傷者への医療サービス、持病のある人への支援」、「出来事、大切な人、公共サービスに関する正確な情報」、「家族などの大切な人と連絡がつくこと」、「宗教を含む文化特有の支援を受ける機会」、「自己決定：重要な決断に際して、相談したり、意志を表明したりすること」。これらが整うように支援していくことが心理社会的支援にもなる。さらに、人道支援をしている様々な人に、精神保健・心理社会的支援をメインストリーム化してもらい一緒に動くことができれば、大変効果的だといえる。

「被害を受けてつらそうな人がいる場合は何をすればいいのか？」を示しているのが、「心理的応急処置(PFA)」である。これは「深刻なストレス状況にさらされた人々への人道的、支持的かつ実際に役立つ(Practical)援助」である。具体的には「誰にでもできる支援」、「水や食料等、基本的ニーズが満たされる支援」、「話をしたい人がいたら、傾聴する」、「安心させ、落ち着かせる」、「必要に応じて、社会的支援につなぐ」ということを重要なコンポーネントとしている。またそれらを行う上で「害をあたえない」ということが基本原則である。

PFA で何をするのかをまとめたものが「PFA フィールド・ガイド」である。内容としては「準備する→3 L（見る(Look)・聞く(Listen)・つなぐ(Link)）」。「話す(Speak)」はない。無理に話をしてもらうのではなく、基本的なニーズを満たすための支援が必要な場合はできる範囲で提供し、話をしたい人がいれば聴き、自分にはカバー出来ないニーズがある場合は適切なサービスや人につなげばよい。その他、「してはならないこと・すべきこと」、「専門的支援にすぐに『つなぐ』べき例」、「人々の気持ちを落ち着かせる方法」等がかかっている。途上国用に作った PFA のオリエンテーション動画（英語）が You Tube で視聴可能。

<PFA e-Orientation>

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLtWjmBOuKQBdk734agp5XN09ciQ1c-WfQ>

## ■ 障害者権利条約について

メンタルヘルスを考える上で、2006年に国連で採択された障害者権利条約は重要。これが大きなパラダイムシフトを国際社会にもたらした。作るプロセスにおいても「Nothing about us without us」というスローガンのもと、当事者や当事者団体が議論に加わった。メンタルヘルスを考える上でもこのスローガンを実現していく必要がある。

障害のコンセプトも「チャリティモデル」→「医学モデル」→「社会モデル」と変遷し、障害のある人本人が変わるのではなく、社会が障壁をなくしていくことが重要という考え方になった。社会的障壁には、制度・環境（情報含む）・態度のバリアがあり、これらをなくしていけば多くの人が暮らしやすいアクセシブルでインクルーシブな世界になってくる。そのためにはコミュニティベースで、また自分の意志に基づき、それを支える社会システムの中で生活していけるようにすることが大切である。障害者権利条約に基づいたメンタルヘルス、精神障害の対応をしていく必要がある。

## ■ 参考資料の案内

- ・ WHO mhGAP 介入ガイド：プライマリヘルスワーカー用に作られた精神的コンディションへの臨床的対応に関するガイドライン。Version 2 が最新。
- ・ 診断基準：DSM-5 (APA) (2013), ICD-11 (WHO) (2018)
- ・ Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 (WHO, 2021)：精神保健の政策的方向性を示している。現状および何をすべきが書かれている。

## ■ 精神保健の主流化に向けたまとめ

- ・ 計画・実施・評価への専門家と当事者の参加は大変重要。
- ・ 全ての開発・人道の分野において、モニタリングにジェンダーや環境が入っているのと同じように精神保健も見ていくと良い。障害のある方へのアクセスも含めるとよい。
- ・ 「心が苦しくないか」を社会の指標にしていく。
- ・ ステレオタイプにしばられず、一人ひとりの多様なニーズを尊重し、オプションを増やす。
- ・ エビデンスに基づく害のない支援をしていく。
- ・ 全ての分野でメンタルヘルスをメインストリーム化し、心の側面にも目を配った介入や政策を作っていくことが大切。

## ■ 質疑応答②

Q. 日本での臨床心理士・精神保健福祉士としてのご経験は、途上国の支援の現場ではどの

ような点で活かされていると感じられていますでしょうか。途上国と日本とでは取り巻く状況が大きく異なり、専門職の立ち回り方や役立つ知識も異なるのではと想像し、お尋ねした次第です。

A. 開発途上国ではリソースがないところが多いが、SDGs のおかげで状況は変わってきている。そのため、今後は日本の経験は活きると思う。人材育成、政策を作っていく上で、日本の教訓を活かすことができる。例えば、日本は精神科の病床数が世界で一番多いと言われており、地域のリソースが少ない現状があるが、それを教訓として生かせる。また、災害分野では、心のケアは阪神大震災の頃から積み上げてきた知見とエビデンスがある。そういったことを人材育成の場で生かしていく。日本の精神保健をめぐる知見は途上国でも求められているところだと思う。

ただ、その国の文化の影響も大きいので、現地の当事者や実務家をステークホルダーとして巻き込む必要がある。UNFPA バングラデシュ事務所のメンタルヘルスのプログラムでは、当事者にも協力をしてもらいつつ、医療部門だけでなく、警察やジェンダー、妊産婦保健等の様々なセクターの人たちと組んでやっているが、精神保健の専門家は少ない。日本から専門家に入っていただくと現地の知見に基づいた専門的なインプットができる。

JICA では、ペルーで短期専門家の派遣はあったが、長期専門家の派遣は最近までなかった。四川大地震の時に初めてメンタルヘルスの長期専門家のプログラムができた。北京と四川をベースに阪神大震災の経験を持っている専門家が行って、心のケアを害のないかたちで広めていくということを数年に渡り行った。その後、神戸の心のケアセンターを中心に各国の防災の担当者を招聘して、心のケアに関する政策と実践に関するトレーニングを実施してきている。実施中のものとしては、ヨルダンの難民支援の心のケアに関するプロジェクトがある。世銀はユニバーサルヘルスカバレッジの中でメンタルヘルスの取り組みを行おうとしている。UNICEF、UNFPA、UNHCR、IOM、UNRWA、国際機関、NGO などにおいてもメンタルヘルスは大きなムーブメントとして活動が広がっている。グッドプラクティスが増えている。

Q. 開発途上国では「精神障害 = 呪術や呪い」など文化風習との関連もあると思っております。専門職の方々は現地の風習や文化などをどのように考慮して活動されているのでしょうか。

A. コミュニティリーダーと一緒にプログラムを行ったり、宗教リーダーに話を聞きにいった人間関係を築いたりした上で地域のプログラムを作っていくようにしている。若い方はメンタルヘルスに関心があり、西洋医学的な考え方で見ている人も多いので、若い方に積極的に参加してもらいながら、コミュニティリーダー、宗教リーダーの人にも入ってもらうことが大切。またメンタルヘルスは用語が難しく、現地語にない用語もある。現地の当事者に入っていただくことで、どういうステレオタイプがあるのか、どういう障壁があるのかを明らかにしつつ、それにどうやって対応すればよいのかを、コミュニティリーダーや若者、

当事者、実務家に入ってもらってやっているというのが現状である。

また、心の健康を良くしていくためには、アートとメディアは非常に大切。社会的なステレオタイプを変えていくためにもアートやメディアとの連携は重要。また、スポーツ界との連携も大変重要。メンタルヘルスの対応における介入効果の研究では、薬やカウンセリングと比べても、ソーシャルサポートや運動の方が効果があるという研究もある。スポーツをすることで予防や治療効果がありうる。また、イギリスで行ったサミットでは、サッカーのプレミアリーグのチェアマンに参加してもらい、メンタルヘルスの話がしにくい中高年の男性と、会話の中でサッカーを切り口として自然とメンタルヘルスを組み込んでいくことで、メンタルヘルスのイメージを変えていこうという取り組みがなされた。様々なセクターとの協力のもとで進めていくと良い

Q. 精神障害のメインストリーミングとは具体的にどのようなことでしょうか。障害の主流化として、事業の計画から実施までのプロセスに障害のある方々の意見やニーズを反映する、というようなことが進みつつありますが、開発事業における“精神障害”の主流化も同じように考えてもよいでしょうか。

A. 様々な開発・人道アクションに、精神保健の視点やプログラム、そして指標を入れていくということ。障害者権利条約策定プロセスには当事者は入ったが、その後は精神障害のある方の参加がなかなか進んでいない。その原因は様々あるが、やはり当事者の参加を進めていくということは、主流化の第一歩として大変重要。

また、インディケータとして、自分たちがやっている事業が経済的な指標や満足度に加えて、「その方たちが精神的に苦しい状態に追いやられていないのか?」、「追いやられている場合は、その人たちはどこにいるのか?」等のメンタルヘルスの指標を入れていくこと。例えば、ケスラー6 (K6) の質問表の結果を指標に入れていくことで、心の面から格差が生じていないかのチェックもできる。これまでは法的または身体的なケアが中心で心理的ケアはあまりやっていなかったという分野は沢山ある。当事者や専門家と相談しつつ、プログラムの中に精神保健・心理社会的なコンポーネントを入れていくことが重要。そして、その際には害のない、エビデンスに基づいた方法で、当事者参加の形でやっていくことができるとメインストリーム化が進みやすいと思う。

以上