

巻頭言

医療化と精神医療

宮岡 等 日本精神神経学会理事
Hitoshi Miyaoka

職場の長期休職者においては原因のかなりの割合を精神疾患が占めている。産業医の立場で精神医療をみると、職場で休みがちである者を外部医療機関の精神科医が安易にうつ病と診断し、抗うつ薬を処方し、休職が必要とする診断書を出すのが、以前から気になっていた。教職員のメンタルヘルスに関する研究会で、「保健師が早期に相談にのり、校長や教頭などに職場での対応を依頼するようになってから休職者が減ってきた。教育委員会を手伝う精神科医は医療機関に紹介せず、本人に会わず、保健師にアドバイスする役割に徹した」という報告があった。医療機関の関与がかえって休職を増やしているかもしれないという指摘には注目しておきたい。

種々の問題に対して医療で対応することを、医療社会学などでは medicalization (医療化) と呼んでいる。志水 (2014) によれば、医療化には2つの流れがあるという。第1は「逸脱行動の医療化」で、社会的に望ましくないと思われる行動に対する介入主体の変化であり、介入主体が家庭、学校、法、宗教などから医療へ移行する過程である。逸脱行動という用語が筆者は気になるが、多数者側からみて自分とは異なるように映る少数者の行動という程度の意味と考えておきたい。第2は、「既存の疾患概念の拡大」であり、軽症うつ病や ADHD 概念の成人への適用などのように、診断閾値の変化によって疾病が増加する問題である。製薬企業が薬剤の売り上げ増加を図るために疾病概念を広げようとする場合、disease mongering (疾患喧伝) という言葉が用いられることもある。Pharmaceuticalization (薬剤化) も用いられるが、これは薬剤に関する消費者への直接広告によって、医師を介さずに薬物療法が進むことも含むようである。長期休職者に対して産業医が、薬剤は用いず、職場や日常生活における生活指導や環境調整を図ることは、薬剤化ではないものの、医師が関係するという意味では医療化と呼ぶような微妙な場合もある。医療

化、特に第2の場合はあらゆる医療で論じられており、例えば内科でも血圧やコレステロールの標準値をどう決めるかによって、疾患と診断される範囲が変わり、それが薬剤の使用量に直結することもある。

近年、どのような精神面の問題を、また問題がどの程度大きくなれば精神医療の対象とするのがよいかを考えさせられる機会が多い。第1は医療経済との関係である。抗うつ薬、睡眠薬、抗認知症薬を用いた治療では、医療者側が収益を上げるために薬剤化、医療化しているといわれることが少なくない。それは基本的な生活指導などの非薬物療法、医療外の社会支援にかけうる費用の減少につながるかもしれない。薬物療法だけでなく、休職者へのリワークのような非薬物的治療も、薬物療法のような二重盲検試験が実施できないだけに、余計その意義を慎重に検討する必要がある。どこまで医療化するかによって、自立支援医療の医療費などに与える影響も大きい。

第2は治療に与える影響である。うつ病という診断告知が、性格や環境の問題ではなく、薬で治る病気であると思者に理解され、かえってその後の治療を難しくすることがある。会社で不適応となった者が成人の自閉症スペクトラム障害と診断されると、会社が本人の問題と考えて、環境改善などに努めないようにみえることもある。IR (integrated resort: 統合型リゾート) 推進法で注目されるギャンブル障害も、医療経済、治療ともに関係する病名であろう。

第3は、違法行為などにおいて司法と医療がどう対応するかという問題である。精神医療側には過度に医療の問題として対応することに慎重になるべきという意見も多い。

精神医療への相談を躊躇する社会にはなっていて欲しくない。それゆえに精神科医は医療で対応することが本当に適切かを慎重に検討する必要がある。社会と精神医療が共同して検討すべき問題が続いているなか、あらためて医療化という視点で精神医療を見直してみたい。