

# ブータンにおける地域メンタルヘルスサービスからみた国民総幸福の実現

## Dr Chencho Dorji

### はじめに

元来、人は発展を望むものである。

発展は、満ち足りた生活を実現するものと受け入れる人もあるが、その一方で人々の幸福や心の安定を損なうものだと信じる人もいる。

問題は、発展の良し悪しではなく、どのようにすればより人々の生活の向上と満足に発展を役立てられるかということだ。

ブータンの独特かつ壮大な概念である国民総幸福（GNH）とは、発展の考え方および目的である。このGNHは、豊かな文化と伝統を守り、手つかずの環境を保護し、良い統治と進歩という重要な側面から、多くの場で討論されてきた。ここでは、メンタルヘルスの観点からGNHの概念を考えたい。

### 背景

「幸福、心の健康、そして精神障害の概念」

国民総幸福（GNH）は当然ながら心の健康と密接に結びついている。

幸福とは、個人が自己の能力を実現し、日常のストレスに対処し、生産的に充実して働き、各々生きる地域に貢献できることである。それは、文化に関わらず、他者の中での主観的幸福感、自己の能力への気付き、自律心、適性、世代間の非依存、そして潜在的な知性・情緒の自己実現が含まれる。

心の健康とは、精神障害の有無だけではなく、社会の全ての分野に関わる問題である。医学の進歩により精神と行動の障害は、多くの身体疾患と同様に、生物学的要因、心理的要因、社会的要因が複雑に絡み合っていることが分かってきた。

### 世界的展望

「精神と行動の障害の全体像」

精神と行動の障害は稀ではなく、4人に1人以上が一生のいずれかの時に経験するとされる。これは国や社会、年代、性差、貧富や環境に関わらず、全ての人々が影響を受ける世界的傾向である。個人の生活の質に対してだけではなく、社会に対する経済的影響が明確である。

1990年には、全ての疾患や事故で亡くなったDALYsの10%が精神・神経障害の患者であると見積もられた。2000年までに12%に上昇しており、2020年までには15%

に増加し、うつ病でだけでも地球上で 2 番目に多い障害の原因となると予測されている。またとくに、成人男子にはアルコールが大きな疾患の原因となる。発展途上国では、感情や心理的な問題がしばしば身体症状を呈することから、精神と行動の障害が判りにくく複雑で、その結果誤診や、誤処置が起り乏しい資材の無駄遣いとなり、患者も医療者も満足できない。世界中には精神と行動の障害で苦しむ人が 4 億 5 千万人いるが、その中でほんの一握りの人だけが治療を受けられるのである。加えて、家族もまた差別と偏見にさらされるのである。

#### 「主な精神障害とその疾患」

精神と行動の障害はさまざまな様相を呈する。ある時は軽度であり、ある時は重篤であったり、数週間で収まったり、一生続くこともあるかもしれない。経験をつんだ専門家の精密検査でしかわからないものもあれば、一般の人にも隠しておけない場合もある。この章では、地域に重い負担をかけ、一般的に高い憂慮を持って見なされている主な疾患、抑うつ障害、薬物・アルコール依存、統合失調症、てんかん、精神発達遅滞、アルツハイマー病、児童・思春期の障害に焦点をあてる。てんかんは神経障害であるが、歴史的に精神障害とみなされ、いまだ多くの社会でも同様に考えられている。他の多くの精神障害のように、てんかんの患者は偏見と、治療されずに放置されていると重篤な障害に苦しむ。発展途上国ではてんかんの有病率が高い上に専門的な神経科サービスがほとんどないため、しばしば精神科の専門医がてんかんの管理をすることとなる。

精神疾患も身体疾患同様、不安と抑うつという様に症状が合併してし、ある種の薬物依存では、しばしば感情障害も合併する。同様に、精神と身体の症状も合併して出現し、治療が複雑となる。

#### 「精神と行動の障害の原因」

精神と行動の障害の有病率、発症と経過は、さまざまな要因によって決まり、それはすなわち社会経済的要素、性別や年齢のような人口学的要素、紛争や災害等の深刻な脅威、大きな身体疾患を抱えていること、そして家族環境などである。

#### 「貧困」

貧困とそれに関連する失業、低い教育水準、困窮やホームレス状態などは貧しい国だけではなく、豊かな国のマイノリティ層にも広がっている。国際研究のデータによると、貧しい人々は富める人々の 2 倍の割合で精神障害を抱えている。(Patel et al.1999)

障害の罹患期間や経過はそれぞれの社会経済的事情によって決定するという論証もある。

(Kessler et al.1994 Saraceno & Barbui 1997)

精神障害と貧しい経済状態は、たがいに逆向きに影響し、精神障害の予後は、多くの資産をもつ人の方がよい。

#### 「性差」

精神障害の有病率に男女差は認められないものの、不安や抑うつ障害は女性に多く、薬物依存や反社会的障害は男性に多い (Gold 1998)。

女性にうつや不安が多い理由は多くあげられているが、遺伝、生物学的要素も含まれている。

#### 「年齢」

いくつかの障害、とくにうつの有病率は年齢と共に増加傾向にあり、アルツハイマー病のように年齢に特異的なものもある。

#### 「紛争と災害」

人為的であっても自然発生であっても、紛争や災害は人々に大きな苦しみを引きおこし、精神障害の原因となる。深刻な惨事に伴う最も多い問題は、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) で、GBD2000 によると 0.37% の有病率である。

#### 「重大な身体疾患」

重篤な障害や癌のような、命にかかわる身体疾患があると、患者本人、及び家族の心にも影響を及ぼす。

特にエイズは体と心の状態が密接につながっている一例である。

エイズは、一部の国々では 3 人に 1 人の割合で影響を受けるほど世界の多くの地域にひろがっており、この大流行でのメンタルヘルスの影響は重大である。感染による心理的な影響も大きく、エイズ感染者への強いスティグマと差別は大きな苦痛を及ぼす。加えて家族もスティグマに苦しみ、後には残された家族も愛する人の早すぎる死に苦しむこととなる。

#### 「家族と環境要因」

精神障害は社会環境に強く根付いている。さまざまな社会的要素が、病気の発症、経過、予後に影響する。人は皆、大なり小なり意味のある人生の出来事を経験し、それは、希望にかなったもの (たとえば仕事の昇進) かもしれないし、そうでないもの (死別やビジネスの失敗) かもしれない。

精神疾患の発症の直前には、しばしば人生の大きな出来事が見出される。(Brown et al.1972;Leff et al 1987)

## ブータンにおけるコミュニティメンタルヘルス発展の状況分析と詳細

### ブータンの精神疾患の有病率

「保健施設によるデータ」

ブータンは最後の桃源郷と言われ、ここには精神障害の患者は多くないと思われがちだ。他の国に比べてブータンには精神障害が少ないことを示す資料もあるが、だからと言ってこの国に精神障害の患者がいないということではない。

これまでこの国の精神障害に関して信頼に足るデータはほとんどなく、それは多くの地域でごく最近まで知識と経験の不足から、医療従事者が精神障害を見分けることが簡単ではなかったからだ。

1997年にヘルスワーカーへの精神疾患の対処法のトレーニングを含めた、国立メンタルヘルスプログラムが始まって以来、診断の数は確実に増加している。たとえば病院から報告される精神障害の数は確実に増加している。(Annual Health Bulletins 1993-2002) 過去4年半の間1500人以上の精神障害の患者がティンプーのJigme Dorji Wangchuck国立病院に通い、その中で590人(40%)がうつ病、459人(31%)が不安・ストレス関連障害、116人(8%)がてんかん、アルコールが117人(7%)であった。

精神病(Psychoses)は96人(6%)と、うつ病や不安障害に比べると稀である。

多くの人とはとりわけ精神障害を‘狂気’や‘精神病’と結びつけるが、このデータによると精神科外来に通う患者の多くはうつ病や不安障害を患っている。

うつ病や不安障害は女性に多く、アルコールや薬物依存は男性に多い。

その他の疾患では男女差はなくほぼ均等である。うつ病はすべての年代にわたって見られるが、主に青年期に見られる。

1999年6月から2001年9月までの間、20歳未満の患者が20%を占めていた。

疾患別に詳しく見ると(Figure 4参照)多くはストレス・不安障害であった。(34例)

不安やストレス関連障害が若い世代に増えてきた大きな理由は、年々卒業生が増加する中で、さらなる高等教育を享受できる定員も就職の機会も限られ、競争は激化してきたからだと考えられる。

てんかん(23例)とうつ病(22例)はまた別のよく見られる問題である。

児童青年期においてはこれら3つのグループ、つまりストレス・不安障害、てんかん、うつ病が、82%を占め、残りの18%は薬物依存、精神病、精神発達遅滞、そして両極性感情障害が占める。

WHOの精神科医Dr.R.S.Murthyは1987年と1999年にブータンを訪問し、10年にわたって神経精神障害の罹患数の増加を観察した。

ブータンでは、2001年まで頭痛はひとつの疾患として分類されており、Dr.Murthyは、

保健施設から報告されている多くの数の頭痛の事例はおそらくストレス関連性、不安、感情障害の表れであろうと指摘した。

表2は、2002年まで病院とBHUsで報告された頭痛の事例数で、医療施設で治療を受けた疾患の中で、4～7番目に多い疾患としてあげられている。

2001年に病院とBHUsで報告された83,000例の頭痛がどこに行ったのか、興味深い。

現在では頭痛は筋収縮性の痛み、または他の分類で報告されているだろうか？

これらの事例のうちでどのくらいの割合が不安や抑うつ気分のような初期の精神症状であっただろうか？

#### 「ブータンの地域研究によるデータ」

2002年に、3つの県（Paro, Bumthang, Trashigang）の19地区、45000人の人口を網羅して、精神疾患の有病率、その捉え方、治療の実情などの調査、研究が行われた。

この45000人のうち、273例の精神疾患の患者が確定診断され、その有病率は1%未満であった。（図5参照）

この結果は対象が少数であるので国全体が同様の結果ではないかもしれない。しかしこの研究では、統合失調症、うつ病、自殺企図、アルコールや薬物依存、てんかん、精神発達遅滞などの重篤な精神障害の有病率は指摘された。

273例の確定診断の中で、83例（30%）がアルコール依存で最も多く、次が69例（25%）のてんかん、49例（18%）のうつ病、39例（14%）の精神発達遅滞、17例（6%）が精神病、そして自殺が16例（6%）であった。

#### 過去5年間の自殺件数

この地域研究で明らかになったことは、病院で見られる疾患件数が必ずしも地域の状況を反映してはいないということだ。

たとえばコミュニティの中では、アルコール依存やてんかんの割合が多数をしめるが、うつ病や不安に苦しむ患者の中のもっと多くが支援を必要としているだろう。

治療の必要性の理解は、人々の意識と健康問題の認識、サービスの利用しやすさなど多くのことに左右される。

#### ブータンにおける薬物依存の有病率

薬物依存というと、多くの人々はヘロインやコカインなど違法な薬物を考えがちだ。

しかし、重要なことは、合法的な薬物であるアルコール、たばこ、ダマ（areca nut, betel leaf and lime）は広く日常的に使われており、薬物による健康問題、心理社会的問題の極めて大きな原因となっていることを知っておくことである。

#### 「アルコール」

アルコールは深刻な公衆衛生問題であり、もしブータンの全ての社会的な行事のかかせないものでなかったら、公の問題となっているだろう。

飲酒を禁ずる社会的、宗教的な禁制はなく、アルコールは3つの蒸留酒醸造所だけに限らず、ほとんどのブータン人の家庭で作られている。

アルコール依存はすべての精神障害のほぼ3分の1を占める。(Mental health Survey 2002)

精神障害を持っているとは確定されていない他の調査の対象者のなかでさえも、13%が毎日飲酒し、アルコール消費の平均はきわめて高く、安全とされる飲酒量を超えている。

アルコールは現在ブータンの青・壮年の男性の死亡原因の第1位であり、全病院での死亡原因の2位から6位である。(表3)

交通警察によると全国の乗り物や交通事故の一番多い原因は飲酒運転であり、道路上でもアルコールは死亡原因の第1位である。

国立総合病院 JDWNRH の 2001、2002、2003 年 3 年間の合計死亡数は 369 例で、その中の 114 例、アルコール関連のものが全ての死亡数に対して 30%である。(表4)

救急や外科など他の病棟で、この換算に入っていない死亡数も事故、その多くは交通事故であり、アルコールと関連の外傷である。

ブータン女性も男性と大差はない。男性 2 人に対して女性 1 人の割合働き盛りのころにアルコールにより死亡している。

#### 「薬物」

確実なデータではないが、ブータンの青年層の間で薬物乱用は年々増加の報告がある。全国の警察や、教師、ヘルスワーカーから集められた情報では、ガザのようなまだ交通のアクセスのないところでさえも薬物乱用が見られるように、あらゆるところに波及している。

非公式の調査で、薬物乱用のほとんどが 25 歳未満の男性で、主としてティンプーと (Phuentsholing) の二つの都市に多い。

調合薬局薬剤による精神物質依存が主で、複数の薬物による依存が多く、鎮静剤、咳どめ、鎮痛剤などである。

十代初期から始まることが多い乱用は、接着剤、修正液、ガソリンなどの溶剤の吸入である。

またブータンにどこにでもある植物であり、簡単に手に入るカナビス (大麻) の喫煙も多くみられる。

薬物による死亡は近年散発的に報告され、ほとんどが過量摂取である。

過去 4 年半の間 JDWNRH 精神科クリニックにおいて、薬物乱用の重篤な症状や禁断症状の 25 人の青年の治療を行った。

ブータンでは現在まで、ヘロイン、コカイン、幻覚剤の使用は報告されていない。ブータ

ンにおける依存性薬局薬剤の主な入手先は、インド国境の町の薬局である。

過去に国内のわずかな薬局が許可なしにこのような薬物を販売したと報告があるが、薬物規定の改善、薬局の免許、メディカルアクト 2003 の制定により、これらの薬が薬局で販売されることがなくなるように期待されている。

今まさに、ブータンの薬物問題への対応の包括的なプログラムをつくり、実施する時である。

医療従事者、教師、警察そして家族などの役割は重要で、それぞれ単独では問題の解決は困難であり、薬物規定の有識者、法律家、福祉、社会サービスなど、全ての分野の力を集め、考慮することが必要である。

幸運なことに、ブータンでの問題はまだ小さく、現時点で行動を起こせば効果的に解決することができる。

#### ブータンにおける‘たばこ根絶キャンペーン’から学ぶこと

国中のたばこ類の使用禁止のプログラムとキャンペーンは、公共の場でのたばこの販売と使用の禁止へと結びつきつつあり、もしこれが実現すれば、ブータンは公式に禁煙という画期的な達成を為す世界で最初の国となるだろう。(注：)

それでも 2002 年の精神保健調査では回答者の 20% が、主に噛みたばこではあるものの、たばこの習慣があると答えた。目に見える形での喫煙は明らかに減少しているが、噛みたばこや嗅ぎたばこは続いている。

ブータンの禁煙策が成功したのには 2 つの理由がある。

まず、たばこはもともとブータンの在来ではなく、加工製法もなく、全て輸入製品であること、もうひとつの明らかな要因は、たばこは仏教徒の伝統において罪深いものとされ、たばこの如何なる使用も禁じているという宗教的な理由である。

この先駆的で重要な教訓から、伝統的な要素はまた薬物依存に対しても応用できるかもしれないということを学ぶことができ、国中で増え続ける薬物問題の管理も同じ戦略を使うことができる。

しかしながら、アルコールの問題は全く異なり、大きなチャレンジとなるだろう。

#### ブータンの地域精神衛生プログラムの発展

20 世紀後半、向精神薬が大きな効果をもたらし、多くの国々で管理された精神病院の治療から、地域中心の治療へと転換してきた。

そのおかげで多くの患者が自宅で生活できるようになり、人権運動の拡大と治療の自己決定、患者の治療とリハビリテーションには家族が必要であることの理解が広がりつつある。地域で供給できる治療の特徴は以下のようなものである。

- ・自宅の近くでサービスを受けられ、必要時には総合病院への救急入院や地域の長期療養

施設を利用できること。

- ・症状の改善をはかると共に、障害への介入。
- ・各々の診断とニーズに特化した治療と看護。
- ・精神と行動の障害をもつ人々のニーズに応える幅広いサービス。
- ・精神衛生と地域の専門家との間で調整されたサービス。
- ・自宅でできる治療を含めて、入院よりは通院。

### ケアスタッフとのパートナーシップとニーズを満たすこと、およびそのケアの向上を支援する立法化

適切な予算を立て資源を配分し効果的な精神衛生プログラムを現場に導入することは、全体的なヘルスコスト削減につながる。

プライマリーヘルスケア（PHC）のコンセプトである、交通の利便性、利用しやすいこと、理解されやすいこと、経済的に利用しやすいこと、そして地域の人々の参加は、特にサービスがしばしば長期にわたって総合的に必要な精神疾患の患者に関わる。

他科と異なりメンタルヘルスケアは、一般的に高価な技術に頼らず、むしろ、比較的安価な薬の使用と外来患者に対する心理的サポートを十分訓練したスタッフの入念な配置が必要となる。（WHO1999）諸外国の研究によると初期治療の段階での支援を求めている患者の10%～20%が精神科的問題を抱えており、適切な介入によってPHCの効果と患者の満足度を上げることができる。

また、精神障害の治療におけるメンタルヘルスの知識とスキルは、訪問看護を改善し、現代の薬物治療は人間性を奪ってしまうのではないかというこれまでの脅威を減らすことができる。教育や福祉と同様、一般の健康プログラムに、免疫、栄養、母子健康サービスなどの適切なメンタルヘルスを導入し、健康と福祉のプログラムを受けやすくすることもできる。

長い間ブータンは、独立と鎖国の状態であり、近代の発展に乗り出したのは、たかだか1960年代である。最初の発展5ヵ年計画は1961年に道路の建設とインフラの設備から始まった。次の計画では現代教育、健康、農業と畜産の発展、健康増進が含まれた。40年の発展計画は、急速な進歩とブータン人の生活水準を向上させた。1984年と2000年の間の乳児死亡率は142から60.5、妊婦死亡率は7.7から3.8となり、自然死は13.4から8.6へ減少、平均余命は48歳から66歳となった。また、ブータンはこの短い発展の間に南アジアで最も高いGDPの国のひとつとなりえた。このような急速なペースの発展と進歩は、たとえ慎重なアプローチをもってしても次のような結果をもたらさずにはおかない。

これまでとても簡素で満ち足りた人生を楽しみ、文化と宗教的な信念に鍛え上げられたブータンの人々が、今や突然現代世界の現実にさらされている。テレビは1999年に入って



きたばかりであるが、すでにその影響で若い世代の衣服の変化などみられる。携帯電話はほんの2003年9月に導入されたばかりだが、もう一般にありふれたものとなりつつある。家族の近い結びつきやブータン社会の社会的繋がり、しいてはGNHを浸食し破壊しかねない急速な発展のリスクは高く、それは、精神と行動の障害の増加につながる可能性がある。

故にブータンの健康計画の中で、人々のメンタルヘルスの重要性が増している。

まず現在利用できる資源を使って、ニーズの全体と現在の極く限られた精神衛生の基礎設備との格差を改善することが求められる。ブータンはまずまず整った現場のヘルスケアシステムを持っており、地域を基盤としたメンタルヘルスプログラムはかなり成功に近い。

国は1997年、8回目の5ヵ年計画の間、メンタルヘルスケアを既存の一般ケアの中に統合する、いろいろな戦略が取り入れた。

優先順位の最初は、病院とBHUsのようにヘルスケア施設のレベルの違いに応じて実施する明確な活動を特定することであった。

これにより、ヘルスワーカーの異なるレベルでの訓練プログラムが実施され、同時に、政府の指導者や一般の人々の認知を深めるためにサポート・啓蒙プログラムが始められた。

必須の向精神薬を必要薬物プログラムに加え保健施設に提供した。

ブータンでは現在核となるメンタルヘルスの治療チームは1人の精神科医と3人の精神科看護師であり、JDWNRHに精神科クリニック、病棟、精神科デイケアセンターが開設された。

地域のメディカルオフィスの医療スタッフが基礎的な精神科スキルトレーニングに参加し、今では地域の病院で基本的な精神科サービスを実施している。

多くの看護師もメンタルヘルスのトレーニングとオリエンテーションに参加し、一般向けのメンタルヘルス啓蒙の教材と合わせて、医療従事者のためのメンタルヘルスケアのマニュアルも刊行されている。

Royal Institute of Health Sciencesに社会心理学と精神障害のカリキュラムが新しくなり、2週間の精神科臨床実習も始まった。主要な薬物リストも地域の病院、BHUsで使われる向精神薬を追加して再刊された。

一般的な精神障害については、医療従事者の標準治療マニュアルにも書かれており、ヘルスインフォメーション報告システムにも含まれる。

また教育、福祉、立法の分野でのメンタルヘルス問題への共同の取り組みが始まっている。

多くの活動の中で、地域ではメンタルヘルスの知識、とらえ方、実践などの調査が行われた。ブータンの現代医療史において初めて、伝統治療師(Drungtshos)という伝統的治療を実践する人々の指導者の代表者が、調査、計画、話し合い、現状の調査に参加した。

現代医療と伝統的医療の従事者が共に取り組んだこの経験は、双方のメンタルヘルスの観点的理解と今後どのように連携していくかの重要な示唆を与えた。またこの調査はこれまで精神障害の診断に経験がなかったヘルスワーカーにも重要な実地訓練となり、地域での

精神病の関心を高めた。さまざまな意味で、調査官と地域の代表、両者にとって実りの多い調査となった。

この地域のリーダーとの共同作業はまた、彼らが地域で精神障害を発見できるようになるトレーニングの意味もあった。この調査のおかげで多くの患者が治療を受けるようになり、GNH とのつながりを強調した。

### 共通の場をさがして：現代メンタルヘルスサービスワークと伝統メンタルヘルスサービスワークの共同の取り組み

ブータンは、仏教信仰と独自の医療を実践してきた長い歴史を持っており、それは文化と伝統に深く根付いている。現在も宗教的かつ伝統的な医療は、ブータンの人々の多大な尊敬と信頼を集めている。多くの高齢者や西欧の教育を受けていない人々は、知識と信仰を共有する伝統治療者の治療を選択する。伝統的な精神医療の実践法を詳しくみてみると多くの精神の病がありその治療方法は、近代の精神科疾患や障害とよく似ていることが分かる。

#### 「伝統的観点から見た精神障害」

伝統的に、風[snying(命の心) rlung (風または命の風)]が乱れると、精神障害が起こると考えられている。rlung は心配、過労、緊張、悲しみ、突然のショックそして恐れなどさまざまな要因で滞る。これらの初期に現れる心理的变化は、過敏、不安、感情不安定などである。伝統医療では、精神の異常には5つの種類があり、それらはひとつで現れることもあれば、他のものと重なって出てくることもある。

それらはまず、

Karma: カルマによる精神障害は種を蒔くことで実るような、特に、運命（元々決められていた素因、素質）とのつながりが強い。このようなカルマの病気には Dharma（宗教）以外には薬はなく、ネガティブのカルマを和らげるものはない。精神科疾患と同様に心身症でも同じである。

\*深い悲しみー心配：心神喪失の基盤にあるこの心理は、悟りのための基盤と同じものであり、物質への執着や、欲や怒りに依存することである。（悲しみや心配を）こころの解放の鍵として受け入れるかどうかによるのであり、もし、そうでなければ否定や抑圧、精神病の無意識の原因となる。身体薬や、薬草の調合、お灸、Dharma の実践を組み合わせる用いられる。

\*身体的（体液性）不均衡：体液の機能が正常に働けば、心や体の健康を支える。もし正しく機能しなければ、病気の原因となる。過剰の心理的、感情的状態は、それぞれの体液に関連して精神状態を悪化させる。

\*気もしくは rlung：精神、感情の緊張は、風や気を強める原因となる。何かを考えすぎた

り、気遣いしすぎたり、終わらない課題や達成不能な目標を心配したり、家族の問題を嘆いたり、失ったものに動揺したり、これらはすべて風そしてすなわちところを乱すことだと言われている。一般的に風の病気は願望や欲望、愛着などに関わりすぎることから生じると言われている。一方で興奮や悲しみだけではなく、心に浮かぶことを何でも口にしたり、何を言われたのか記憶にもなく、集中できず、物事を終わらせることができない症状がある。始終泣いたり理由なく突然怒り出したりする。落ち着きがなく、心配したり緊張する。治療法は栄養を補い、心地よい明るい環境を与え、性的関係を許し、患者には優しく話しかけ、呼吸の鍛錬をする。また他の治療法としてお灸やマッサージ、薬草のお香もある。

Bile 癩癩：(Bile による精神的不穏) は人々を暴力や乱暴な態度に変え、癩癩気質は嫌悪や怒りを表に出す。怒りや憎しみが bile を余計に呼び起こす。

患者は荒々しく話し、周囲の人を攻撃する。破壊的で、無差別に物を壊し、傷つけたり他の生き物を殺しさえする。いつも怒り、過去の憂鬱を考え続け、緊張しすぎて衰弱する。治療方法は、身体抑制、冷たく静かな環境、そして冷たい食事である。

Phlegm：混乱や無関心、無気力は、Phlegm が増えることで生じる。過剰な Phlegm により、精神の異常に陥った者は病的に無気力を示す。完全に沈み込み、静かで、行動せず、不精となり、食事を拒否し、眼球が上転しめまいを起こす。寡黙となり、遂にはところを閉ざしてしまう。治療法は、社会との関わることをあたたかく後押しし、運動、マッサージ、薬草、あたたかい薬用風呂である。

3つの体液質 (humoral types) と結びつく精神障害の型は、一般的に精神病の現代の分類と一致し、Phlegm による精神の異常は統合失調症の緊張型と相応し、暴力型は妄想型の統合失調症、風の型は両極性感情障害に類似する。

Poisons：毒物はそのものが心神喪失の原因となりうると考えられている。このような場合、精神は完全に混乱し、力は衰え、特に表情からは健康の輝きが失せる。毒物が原因の精神錯乱は‘深い幻覚’と呼ばれる。患者は彼のところがどこに向かうのか、全く分からず、はっきりとした正常な状態と完全に幻覚の中の思考と夢遊状態との間を行き来する。毒物は、ある特定の有毒素であるかもしれないし、通常は無毒な食べ物や飲み物の組み合わせであるかもしれないし、また体内で蓄積した有毒物質かもしれない。薬草や動物性の薬物が治療に使われる。現代のアルコールや薬物性、また腎臓や肝臓の機能不全による精神障害もこれらに類似した症状を呈する。

Demons または evil spirits：これらは、身体やことば、そしてところの過剰の表出による心神喪失を引き起こす。このネガティブなエネルギーは心理的な弱さや抵抗力のない人の精

神に飲み込んでいく。ghosts や demons はそれのみで心神喪失の原因ともなりうるが、体液質や毒性の原因とともに現れることもある。ghosts の存在が引き起こす精神障害の症状は突然の言葉の変化や以前よりとても気難しくなることである。その振る舞いは、どのタイプの ghosts が影響しているかによる。治療は複雑であり、ghosts を祓う儀式、宗教的な薬物、薬草治療などを合わせたものである。現代の疾患分類の、急性期精神病、憑依状態、多重人格、解離性障害などが、同様の形で現れる。

伝統医学では、ケアの要素としての地域や家族の重要性をどんなに重くみても重く見すぎることはない。伝統/土着の治療師は同じものを信仰しているので、病気の原因として spirits や ghosts、demons そして gods など、患者の考えを理解することができる。

同時に彼らは、患者が人間関係や、環境、時の流れ、老化などの変化やストレスを受け入れる必要がある時、多大な助けを与えることができる。また伝統/土着の治療師は一般的に年を重ねており知恵があるので、どのように聴き話すべきかを心得ている。

カウンセラーとして彼らは大切なアドバイスや役に立つコメントや説明を伝えることができ、人々の罪の意識や不安、他の辛い感情を癒すことができる。

痛みや死別に対処することだけではなく、死や死にゆくことに対する個々人の理解を深めることに大きな働きを持つ。

伝統/土着の治療師はふつう同じ地域に住んでいるので、相談しやすい。

また伝統/土着の薬は、自然の薬草や植物から伝統的な道具を使って、その土地で作られるので非常に安価に手に入りやすく副作用も少ない。

西欧医学の医師には体や感情の問題を話すことをためらう一般的な患者は、脈をとったり尿をチェックしたり占星学を用いたりする伝統的な診断方法に安心するものだ。

#### ブータンの現状における現代的ヘルスケアの限界

現代精神医療が多くの難しいタイプの障害に高い効果を上げる一方で、特に精神社会的問題で生じた病気や疾患群にはその限界もある。

メンタルヘルスの現状において、多くは、人々が問題をどのように受け入れ、改善策を探すかにかかっている。たとえば、現代医学は慢性的な頭痛や体の痛みを訴える人に効果は少ないかもしれない。これはその人が抱える環境からの慢性的なストレスや、その人自身の感情の対処の問題が頻繁にそのような痛みを引き起こすからだ。

発展途上国では、多くの患者が、彼らの社会的もしくは感情的な問題を表現するよりは、医師に対して身体症状を訴えるほうを選ぶ。

また現代の処方薬は多くの病気に強力に効果を示すが、長期の服用で深刻な副作用を引き起こすこともある。このようなことから、副作用が少なくいだけではなく、文化的にも受け入れやすく、手に入りやすい伝統薬は、重要な役割を担っている。

また、いまだブータンの人々に近代のヘルスケアの理解は行き渡っておらず、受け入れら

れていないことには、いくつかの理由がある。

まず、現代のヘルスケアはこの国にとって比較的新しく、わずか40年前に導入されたばかりなので人々の知識が十分ではない。

その上、人口のかなりの割合で現代教育が不足しており、懸念を生んでいる。

たとえば彼らが頻繁に医師に抗議することは、診断はあらゆる症状が関係しているに違いないので、彼ら自身が診断をつけるべきだということだ。

ほとんどのブータン人は病気や疾患、予兆や症状についてとてもシンプルな考えをもっており、これらが混乱してしまう傾向があるので、この誤解は驚くことではない。

また方言には、現代の病気の用語がほとんどなく、これがコミュニケーションを難しくする。

もうひとつの他の大きな問題は、病気が生物学的徴候だけではなく、天罰と同様、spirits や ghosts, demons の憑依によるものだということを医師が理解していないと多くの患者が思っていることである。よく言われることには、「治療は癒しを得るための宗教的な儀式 (rituals) や作法と密接に関係がある」ということだ。

この信念が文化の重要な位置を占めていることは、病院に入院した患者が、家に帰って僧侶に宗教儀式をほどこしてもらうために早期に退院を要求することからもうかがえる。

#### 二つのシステムの統合の可能性

メンタルヘルスと宗教は多くの共通点とゴールを共有しているので、この領域は、人々のニーズと国の文化に根付いた地域ベースのメンタルヘルスプログラムの両方をバランスよく十分活用することが必要である。伝統医療と近代メンタルヘルスケアを形式的に統合するプロジェクトが実現されつつある。他のプロジェクトと同様、Dharma の教えやヨガや瞑想のような伝統的な鍛錬を強調する宗教的伝統的な医療システムは、メンタルヘルスに対する保護と啓蒙の両方の面を持つだろう。

そのプログラムは宗教的伝統的な医療システムの長所を明確にし、あらゆる人々の訓練もしくは一般向けのメンタルヘルス教育の一部として組み込まれるであろう。

これらの全ては国の宗教家や伝統治療師の緊密な協力と積極的な参加が必要である。

現代のヘルスワーカーと宗教家や伝統医療システムの間での協力が特に必要な分野は、慢性疼痛の管理とホスピスケアである。

多くの病気の根本的な治療は、最先端の技術と医療をもつ先進国でさえも不可能である。

今日のほとんどの養生治療は、予防あるいは病気や障害の進行を管理する方法である。

けれど最終的には、患者の治療への納得や満足感は、どんな根治療法や治療の成功よりも、勝るものである。

たとえば進行性末期癌の治療は、科学療法や外科手術、放射線治療などより、愛情や介護、理解や同情を通じた人間的なアプローチの方が要求される。

不幸にも、我々専門家の多くが、人の恐れや痛み、不安を癒し養生するという、このよう

な基礎的なスキルに欠けている。

伝統的医療と現代の医療はお互いに補えるものであり、競い合う必要はない。

時には一方が良い結果を出し、時には同様の結果となる。

多くの人々は、もう一度元気になるあらゆる手段を講じていると知るとうれしく思うものだ。

ブータンは、土着／宗教の治療師と近代のヘルスケアワーカーが共に働く関係を利用し、多くの人々に文化的に受け入れられるケアを提供するという、稀に見るチャンスを手に行っている。そしてそれは、GNHを最大化するのだ。

#### ブータンにおけるメンタルヘルスケアのこれからの挑戦

ブータンは、ほぼ間違いなく世界で一番急速な発展しつつある国であり、40年の短い間に中世の社会・経済から一気に現代の国となった。

メンタルヘルスのための多くの挑戦が残されており、さらなる発達の前向きな歩みが望まれている。

#### 「給付金・基金」

9回目のFYP（2002～2007）において、メンタルヘルスプログラムの推進は保健省の優先事項の一つに挙げられている。

このことを現実的に考えると、使える資源や資金が重要な要素であり、やるべきことが多く残されているということだ。

メンタルヘルスプログラムに対して、固有の予算の割り当てではなく固有の予算が足りなければ将来的な推進は制限される。しかしながら、WHOやDANIDAはプログラムに対して財政的、技術的な支援を行っている。

#### 「トレーニングを受けたメンタルヘルスの専門家の不足」

国立病院には核となるメンタルヘルsteamが作られたが、まだあきらかに人材不足であり、医療スタッフや看護師はできるだけ早急に国外の短期研修やトレーニングに送るべきである。トレーニングの後は、地域の病院で熟練したチームができるまでメンタルヘルスの活動を担う。国内に十分なワーカーが育成されるまで、海外在住のヘルスワーカーが帰国して働くことも要請できるかもしれない。RHSや一般向けの教材の不足も問題である。

#### 「基礎設備（インフラ）」

地域を基盤にしたメンタルヘルスケアのサービスが軌道にのれば、同時にさらに重度の疾患や障害を見出すことができ（専門医療施設へ）紹介することができる。

プログラムの成功のためには効果的な紹介システムが必要である。

さらに詳細な診断や積極的な治療、他科との治療、リハビリが必要な患者は、トレーニングを受けた専門家のいる医療施設が必要になるだろう。

J D W N R Hには、10床の精神科病棟とデイケアセンターが新たに設立されている。これらの施設は特に地方から紹介された精神病患者の治療に使われると同時にヘルスワーカーの育成にも役立つ。

デイケアセンターは患者や家族の教育施設でもあり、慢性の精神疾患患者の支援とリハビリを行い、また電話のホットラインやほかの方法でのコミュニケーションで、個人やグループセラピーなど急性期介入などを行う。

アルコール依存、不安やうつ病、精神病患者の家族のための患者支援グループも設立し、サポートできる。

施設で質の高い治療と育成を行うためには、技術と供給の両方の強化が必要であり、地域でプログラムを進歩させていくには、効果的で可動性の高いモニタリングチームが必要である。

同時に隅々にまで行きわたるヘルスインフラの整備は、人々に基本的なヘルスケアを身近にし、さらに二つの課題を呈する。つまりヘルスワーカーの更なる育成と、地域でのメンタルヘルスキャンペーンがあれば精神障害や薬物依存が明らかに増加していることが明確になる。

加えて広域で利用しやすいヘルスケアは助けを必要としている人々の役に立つものとなる。心理的なものやその他、精神障害を持つ人々はケアの向上により、さらに生き延びることができ、ケアの需要も増すであろう。

#### 「社会変化」

発展や社会変化はあらゆる面からメンタルヘルスに影響を及ぼす。

よく知られているのは、都市化やホームレス、失業、社会的繋がり希薄化、怠惰、食や運動の習慣の変化、アルコールやたばこのような薬物中毒などが、個人の健康の大きな代償をもたらすことが知られている。

状況の変化に向かいあい、発展の変化の要素を認識し、保護策を作り上げる必要がある。

#### 「メンタルヘルスの認識の不足」

地域では、精神障害とその原因、治療方法などの認識の不足が続いており、近代と伝統医療に関して一般の人々の間にも混乱が見られる。

この知識のギャップはおそらく、神話や精神障害への誤解やスティグマが普及していることと、ヘルスワーカーの治療の遅れや不足によるものだろう。

メンタルヘルスサーベイ2002の調査によると精神病だけが精神障害と認識されており、うつ病の症状、不安や希死念慮などは精神障害という認識はない。

てんかんは伝染するという考えを多くの人々が持っており、患者と密接に接する人ですら

そのように考えるため、一番必要な時の支援のタイミングを逃してしまう。  
アルコールは、個人同様家族にも大きな問題を引き起こしているにも関わらず、公衆衛生の問題とは考えられていない。

#### 「メンタルヘルスの法定化の必要性」

精神障害を持つ人々は、しばしば司法システムに対して無防備である。  
一般に刑務所のなかで、精神障害を持つ人々や脆弱性の高い人々への過剰な反応があるが、その原因の多くは、サービスの不足であったり、彼らの振る舞いが無秩序にみえたり、またほかの要因、薬物関連の犯罪や飲酒運転であったりする。  
精神病の患者の不適切な留置を防ぎ、彼らの（医療への）紹介や治療施設への移送を容易にするための政策が制定されなければならない。  
さらに、留置が適切であるとされた場合でさえも、精神と行動の障害の治療は刑務所のなかで日常的に行われるべきである。  
脆弱性の高いグループの留置に関する政策もまた高まる自殺のリスクに対して審査が必要であり、そこでは精神と行動の障害を扱えるように刑事司法システムの中でも知識とスキルを育成する訓練が必要である。  
現在、国内で明確なメンタルヘルスの法律は作られていない。このことはスティグマを減らし、柔軟にケアを受けられるという利点がある。  
しかしながら、法律がないということは、特に精神障害を抱えながらも治療を望まない患者は、必要なケアを受けられないということだ。  
メンタルヘルス関連の法律は現在、睡眠薬及び、向精神薬薬品集 1988 が家庭省によって刊行され、睡眠薬及び向精神薬法の草案が進められている。  
2003 年には国会で薬剤法を制定したが、これはただ治療に使われる薬局の薬を対象にただけである。  
今や我々の優先順位はインフラを発達させ、地域レベルで全ての人々に最低限の基礎的メンタルヘルスケアを行うサービス提供者のトレーニングを行き渡らせることだ。これらが達成されたのちに、法律の施行は、サービスの実用化だけではなく、それを必要としている全てのブータン人が最低限の基礎的メンタルヘルスケアを利用でき、基本的な人権を保障することになる。  
このプロセスにより、GNHの目標達成にまた一歩近づくことになろう。

<前半了・後半へ続く>