



RIETI Policy Discussion Paper Series 14-P-001

未病うつ(Non-clinical depression)に対する低強度メンタルヘルス・サービスにおける積極的な民間活力導入の提案：趣味を実益に変えて、医療負担から戦略的事業へ

宗 未来

ロンドン大学キングスカレッジ

渡部 卓

ライフバランスマネジメント研究所



Research Institute of Economy, Trade & Industry, IAA

独立行政法人経済産業研究所

<http://www.rieti.go.jp/jp/>

未病うつ（Non-clinical depression）に対する低強度メンタルヘルス・サービスにおける積極的な民間活力導入の提案：趣味を実益に変えて、医療負担から戦略的事業へ

宗 未来（ロンドン大学キングスカレッジ心理医学部）

渡部 卓（ライフバランスマネジメント研究所）

要 旨

軽度の抑うつ症状を呈するものの診断基準は満たさない未病うつ（non-clinical depression）の存在が懸念されている。近年の疫学研究からは軽症うつの経済的損失は大きく、将来のリスクも無視できないため、介入の重要性が叫ばれている。しかし、未病うつは、精神医療では健常者と扱われる一方、既存の民間サービス業からは距離を置かれがちで、いわゆるグレーゾーンとして、エビデンスに基づいた対応をサービスユーザーがうけられる機会が乏しかった。

本稿では、積極的な民間活力の導入によって未病うつに対する低強度介入型メンタルヘルス・サービスを我が国において推進する可能性を探るため、民間療法や CAM（補完・代替療法）などの非侵襲的な介入がうつに及ぼす効果について、6 産業（フィットネス、健康食品、IT、観光、スパ・サービス、教育）を取り上げて、先行研究の文献レビューによって、エビデンスの裏付けがどの程度あるかを検証し、次の結論を得た。

フィットネス産業と IT 産業については十分なエビデンスがある。健康食品については潜在性は高い一方で大量摂取などのリスク管理の必要性がある。観光産業とスパ・サービス産業については、現段階においてはエビデンスが相対的に弱く一層のエビデンスの充実が課題である。教育産業については、魅力的な教材を作ってわかりやすく教えるノウハウや、通信教育などの独自のチャンネルなどから、未病うつ関連サービスへの参加意義は大きい。

キーワード：未病うつ、フィットネス、IT 産業、健康食品産業、観光産業、スパ・サービス、教育産業

RIETI ポリシー・ディスカッション・ペーパーは、RIETI の研究に関連して作成され、政策をめぐる議論にタイムリーに貢献することを目的としています。論文に述べられている見解は執筆者個人の責任で発表するものであり、所属する組織及び（独）経済産業研究所としての見解を示すものではありません。

本稿は、独立行政法人経済産業研究所におけるプロジェクト「人的資本という観点から見たメンタルヘルスについての研究」の成果の一部である。本稿を作成するに当たっては、経済産業省及び経済産業研究所の方々から様々な形で御支援いただいた。また、ヘルスツーリズムについて NPO 法人 Nature Service Forest 役員で森林セラピストの小野なぎさ氏から有益な知見をいただいた。ここに記して感謝したい。

第1節 問題提起

うつ病は先進国における政策的な最優先課題のひとつである。

2010年9月に発表された厚生労働省の報告によれば、うつ病や自殺に限定した日本の経済損失額が、2009年単年度で年間約2.7兆円に上り、こうした損失がなければ、2010年度の国内総生産（GDP）は、約1.7兆円の引き上げ効果が認められ、さらにそれらに伴う税収の増加も期待されるであろうとの試算結果が公表されている（厚生労働省2010）。英国保健省によれば、イングランドにおけるうつ病や不安障害等を含めた精神疾患による経済損失額は、2007年において、精神疾患における年間サービスコストが225億ポンド（約3兆円強）、労働収益の損失がそれを上回る年間261億ポンド（約4兆円）、合計で年間486億ポンド（約7兆円強）がトータルコストとして国内経済に影響していると試算されている。そして、この損失額が2026年には884億ポンド（約14兆円）まで増加すると試算されている（Aslam et al. 2011）。東京都精神医学総合研究所の西田らによれば、人口規模やGDP（イングランドは人口が約5000万人で日本の約40%、GDPが約2.2兆ドルで日本の約50%等）を日本経済に応用した試算によれば、精神疾患による損失額は約15.2兆円になり、さらに2026年ではその損失額が実質的には30兆円近くにまで達するとの推計もなされている（西田・中根2009）。米国におけるうつ病による経済損失の内訳は生産性低下53%、医療費28%、自殺17%と分析されている（Hall and Wise 1995）。島らによれば、日本における精神疾患による1ヶ月以上の休職者は47万人おり、その逸失利益だけでも9500億円にのぼると報告されている（島2002）。社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所が全国上場企業を対象に2006年に行ったアンケート調査（2006）によれば、1カ月以上の休業者がいる企業の割合は2002年に59%、2004年に67%、2006年には75%と年々増加している（社会経済生産性本部2006）。

ここで「うつ病」と呼んでいるのは主として「大うつ病」と呼ばれる日常生活に支障を生じるような重度の精神疾患だが、実は、本稿で「未病うつ」と呼んでいるうつ病予備軍が潜在的に存在しており、未病うつ状態にある人々を含めれば、心の問題の経済的損失は更に大きなものとなることが想定される。

1) 未病うつ (Non-clinical depression) を巡る問題の概観

一口に“うつ”と言っても、大うつ病性障害 (major depression)（以後、大うつ病）のように、DSM-5 (2013)（図1参照）やICD-10 (1992)といった信頼性の高い診断基準を満たし、医学的に精神疾患と診断され、生活に支障を生じるような深刻なレベルの症状を呈する“うつ病”がある一方で、症状が診断基準を満たさないうつ状態(non-clinical

depression)が存在し、閾値下うつ病(subthreshold depression)、軽症うつ病(mild depression)、小うつ病(minor depression)、亜症候群性うつ(subsyndromal depression)、潜在性うつ病(subclinical depression)等多彩な呼称で呼ばれて厳密な定義が精神医学的にも一貫しない“軽症うつ”群が知られている (Morgan and Jorm 2008)。後者は、深刻な病的レベルとしての基準は満たさないものの、どこか本調子ではなく、ストレス性の軽度な心身の不調を訴え、健常と病気とのボーダーラインであり、“未病うつ”や“隠れうつ”とも言われる (図2参照)。未病という言葉自体は、正式な医学用語ではないが、「病気ではないが健康でもない状態 (スーパー大辞林)」という概念が本稿での趣旨と合致することから、本稿では **non-clinical depression** を未病うつと表記する。

自殺リスクの高い重症の大うつ病について積極的な医学的介入も含めた包括的対策が強く求められることには精神医学の世界において異論がない。その一方で、軽症うつについては、①軽症うつが生産性の低下につながるなどの問題があること、②軽症うつを放置すると本格的なうつ病へと悪化して回復しにくくなる可能性があることが指摘される一方で、③うつ病の潜在的な患者数の多さを踏まえると医療資源は大うつ病を中心に投入する必要があること、④軽症うつを薬物療法を中心に治療するのは難しいこと、⑤重症うつ病と軽症うつ病が異質のものだといったうつ病観を巡る路線の違いが精神科医の間でもあることが指摘されており、医療のみによる対応が難しい面がある。以下ではこれらの点について順々に述べていく。

a) 軽症うつによる生産性の低下

近年の研究によれば、従業員の遅刻や欠勤による生産性の低下 (アブセンティズム) よりも、職場で働いてはいるものの健康状態が悪いために職務遂行力が低下している状態 (プレゼンティズム) の方が生産性を低下させる程度が大きいとされる。Stewart らは、米国の職場における生産性低下の 81%がうつを主因とするプレゼンティズムによるものであり、うつの中でも症状の重い大うつ病性障害がその 48%を占めると報告している

(Stewart et al. 2003)。裏を返せば、うつを主因とするプレゼンティズムの半分以上は、大うつ病以外の深刻度の低いうつ病 (または、うつ状態) によって生じているということである。このことは、職場に来ることができないほどの重度のうつ病社員よりも、職場に顔は出せる軽度のうつ状態になった社員の方が生産性低下に大きな影響を与えているという事実を示している。つまり軽症うつの人は、生産性という点から見ると、重度うつと同程度の問題を含有しているとも解釈できる。Stewart らの報告からは軽症うつ社員の半分近くは未病うつに近いとも理解され、企業におけるプレゼンティズムの約 1/4 が精神

医療の完全な対象外である未病うつによるものである可能性が示唆される。他の疫学研究からも、軽症うつは個人としては障害の程度は軽いものの、社会全体としての負担は非常に大きいと分析されている。Juddらは、その主要な理由のひとつとして未病うつ状態にある人々の割合の高さを指摘する（Judd 2002）。このことは、日本の職場のメンタルヘルス領域においても重症なうつ病以上に新型うつを含めた軽症うつへの対応へのニーズが高いことから理解できる（EAP レポート 2012）。

b) 軽症は重症のはじまり

精神疾患においても身体疾患と同様に、早期発見早期治療の原則の重要性が叫ばれている。その背景として、うつ病を初めとした精神疾患の場合、未治療で症状が遷延化するに従い、生物学的な要因（Sheline et al. 2003）以外に、就労困難によって経済力が低下したり、家族関係も含めた社会的環境が悪化したりし、このような経済力の低下や社会的環境の悪化が治療効果の発揮を阻害するという悪循環が存在していることが指摘されている

（Klerman 1984）。“新型うつ”も含めた軽症だが環境反応的なストレス負荷を一定以上のレベルで繰り返していると徐々に遺伝的要因の強いいわゆる内因性うつ病に近い病態への移行を促進する可能性（キンドリング現象）を示唆する報告もなされている（Kendler et al. 2001）。データで見ても、未診断・未治療のうつ病は、その後に重症化・慢性化することによって、労働力の低下、社会保障費の増大など、膨大な社会経済的損失を伴うことも報告されている（McCrone et al. 2008）。

以上の理由により、近年は、軽症うつは将来に重症化する危険性が高いため何かしらの介入対象にすべきというのが欧米での疫学的な研究の結果、標準的となってきている（Cuijpers et al. 2004a; Cuijpers et al. 2004b; Kessler 1997）。

本格的な病的うつ状態である「大うつ病」の治療がかつて思われていたほど容易ではないことが認識されるようになった点も無視できない。例えば、従来型の効能研究よりも実際の臨床に近い場面を想定した大規模な介入効果研究である STAR*D によれば、標準的な第一選択である SSRI（セロトニン選択的取り込み阻害薬）投与による患者の回復率は約 3 割程度であり、その後、3 回の薬物変更によっても 4 割の患者には有意な症状残遺が報告されるなど、うつ病は決して容易に治る病気ではないことが示されている（Trivedi et al. 2006）。このような事情により、本格的な大うつ病になる前の、早期発見早期対応の予防医学的な観点が一層、注目されてきている。このことは、未病うつのレベルでも、何かしらの対応を検討する価値があることを示している。

ここまでの議論では、①軽症うつであっても生産性を低下させる程度が大きいために社会的損失は大きいこと、②本格的な大うつ病になってからの治療は容易ではなく、早期発見・早期介入した方が望ましいという見解があることを見てきた。

その一方で、軽症うつに対する取り組みについては慎重に考えるべきとする見解も存在している。以下ではその議論について見ていくことにする。

c) 潜在的患者数の多いうつ病

軽症うつに対する取り組みを慎重に考えるべきとする見解の最大の根拠は、投入できる医療資源が限られている中で、そうした資源を有効に活用するためには、うつ病の治療の対象は、大うつ病の患者を中心とせざるを得ないという医療経済学的な観点からである。

うつ病への対応で問題になるのが、その潜在的な患者数の多さである。我が国においては精神疾患のため医療機関を受診している患者数は、この30年間で4倍の300万人以上になり、特に、最近の1999年から2005年のわずか6年間だけで1.6倍と急増している(厚生労働省平成17年患者調査)。厚生労働省政策レポートによれば、平成8年には43.3万人だったうつ病等の気分障害の総患者数は、平成20年には104.1万人と12年間で2.4倍に増加したことが報告されている。

増加率という点では、うつ病患者の罹患実数が増えたのか、受診者数の増加によるものかは議論が分かれる。例えば、近年の米国精神医学会主導の流れに認められるように、内因性の生物学的うつ病のみをうつ病と診断していた“伝統的診断”から、いわゆるポイント制¹のように一定基準以上の条件を満たせば誰でもうつ病と診断される“操作的診断”へと、うつ病の診断体系が変更され、結果として診断基準の拡大を招いたと指摘される(Yutzy et al. 2012)。また、患者数増加の背景として、従来に比べて薬価が高い新規抗うつ薬の登場に伴って製薬会社によって盛んに行われたいわゆるうつ病キャンペーンによる潜在需要の喚起(読売新聞2009.12.4、2010.1.6)が受診行動を促進したという意見は欧米でも議論が多い。さらに、我が国の大企業を中心とした職場のメンタルヘルスが、従業員の福利厚生の側面からスタートした欧米と異なって、電通労自殺訴訟等の訴訟対策を発端としているため、労務管理上のリスク回避のために“企業側が勤労問題を健康問題にしたがる傾向”が認められ(斎藤2009)、不調の従業員にはできるだけうつ病の診断書持参を要求し、病気休職を人事が推奨することでうつ病の診断増加に寄与しているという見方もある。

¹例えば、図1にあるように、DSM-5(2013)では、9つの症状の内5つ以上に該当するなどの条件を満たせば、大うつ病と診断されることになる。

しかし、それでも尚、医療機関でうつ病と診断されている人々は実際にうつ病にかかっている人々の中の氷山の一角というのが疫学的にはコンセンサスとされている。例えば、世界保健機構の国際共同研究によれば、総合病院の内科外来を受診した患者のうち、内科医が正しくうつ病と診断することができたのは、実際の患者数の19%に過ぎないと報告されている（WHO 国際共同研究における日本のデータによる）。米国でも、精神疾患をもつ患者のうち何らかの医療を受けているのは20.1%であった（Kessler et al. 2005）。医学的にうつ病と診断される人々における医療機関受診者の割合は、我が国はOECD諸外国に比べても低いとも報告されており（OECD 2009）、我が国での疫学調査では、うつ病患者のうち、受診している割合は18.6%と報告されている（川上 2006）。

以上述べたとおり、大うつ病に限定しても、潜在的な患者数は現在通院している患者の数よりもはるかに多いと想定される。仮に、こうした潜在的な患者が精神医療の受診を希望したときに、実際に受診することは可能だろうか。この点について、国立精神・神経医療研究センター理事長の樋口によれば、「（これ以上受診が増加した場合）とても精神科医のみで対応することは不可能…（略）」と言及している（樋口 2010）。

d) 従来型治療体制による軽症うつ治療の限界

軽症うつの治療に医療資源を投入することが難しい事情の1つとして、上記のとおり、うつ病患者の潜在的多さに精神科医が対応しきれないという問題があるが、もう1つの問題として、軽症うつの治療が意外と難しいことがある。近年、うつ病であっても軽症者ほど、薬物療法の効果が得られないとする研究が複数のメタ解析によっても示されている（Khan et al. 2002; Kirsch et al. 2008; Fournier et al. 2010）。英国 NICE ガイドラインにおいては、うつ病に対する薬物療法は軽症になるほどメリットより有害事象等のデメリットが問題になりやすいと位置づけている（NICE 2011）。また、Marchesi et al. (2013) らによる系統的レビューでは、軽症うつに対する薬物療法に対してプラシボ以上の効果があるかどうかについて疑問が呈されている。

初診を含んでも約15分、実質は10分という我が国の平均の精神科外来診療時間（厚生労働省 2007）の中で、事実上は薬物療法中心の現行の医療の枠組みであっても、薬物療法の効果が証明されている重症うつ病患者に対しては世界標準に近い薬物療法が制度上も可能である。これに対して、軽症うつへの対応においては、精神科医による薬物療法が十分な効果を発揮するかどうかは必ずしも明確でない。

こうした事情もあって、軽症うつに対しては、薬物療法と同等の効果が示され、薬物療法と相乗的または代替的な効果をも有することが示されている認知行動療法を中心とした

エビデンスに基づく心理療法を基にした非薬物的介入が英国 NICE ガイドライン等では推奨されている (NICE 2011)。我が国でも、医師が行うものという限定付きではあるが、認知行動療法による介入が 2010 年に健康保険制度で認められている。但し、現状では質と量のいずれにおいても充実した供給状態とは言えない。例えば、我が国の一般的な精神科医は薬物療法以外の治療トレーニングの機会にまだ恵まれていないという背景事情がまず考慮されなければならない。また、欧米諸国における心理療法の中心的存在である心理療法士も我が国では公的資格化が認められておらず、その質的統制や供給構造の問題は喫緊に対応すべき課題とされている。心理療法士が公的に資格化された後にも、質の高い認知行動療法を全国どこでも受けられるようになるにはさらに多くの時間が必要とされることも予想される。

加えて、近い将来、日本中で一定水準の認知行動療法が広く施行されるようになったとしても、その対象は大うつ病の患者が中心となり、未病うつレベルの症状で認知行動療法を受けることは健康保険の枠組みでは事実上困難であると推測される。この点を示唆する例として英国における待機問題がある。英国では、他国に先駆けて、1 万人の認知行動療法家育成を目指して 2006 年から IAPT 政策 (Improved access to psychological therapy) が実施され、この政策により 2012 年夏までに認知行動療法の新たな治療者が約 4000 人誕生している。それにも関わらず、家庭医 (GP) がうつ病の診断を下して心理療法を導入すべきという指示を出しても、そこから平均で半年以上の待ち時間を要する。仮に、ある程度の数の認知行動療法家が日本で誕生しても、その人的資源は相対的に症状の重い患者に投入されることが優先されると見込まれ、心理療法においても、未病うつレベルの層への対応については医療の枠組みにおいては優先順位が下がらざるをえないのが現状である。つまり、たとえ効果があったとしてもやはり社会的な理由から優先順位は重症者の治療に置かれるべきだということになる (Andrews et al. 2000)。

e) うつ病観の違い

伝統的な精神医学においては、内因性うつ病と反応性うつ病という 2 つのタイプのうつ病が区別されて、前者に重点が置かれてきた。内因性うつ病は、薬物療法のような生物学的治療への反応性が高く、発症に遺伝的な関与が強く、環境的要素への反応性が低く、生物学的うつ病とも呼ばれる。これに対し、反応性うつ病は、薬物療法への反応性が低く、環境的要因による反応性の高さから心理社会的介入の適応妥当性が高いとされ、非内因性うつ病とも呼ばれる。内因性うつ病は相対的に症状の重症度が高く、反応性うつ病は症状が軽いことが多い。伝統的には、内因性うつ病と反応性うつ病は明らかに異質のものとし

れ、特に、後者は性格的要因の影響が大きく、厳密には精神医学の対象ではないと考える立場も根強い (Cuijpers et al. 2004a; Cuijpers et al. 2004b; Kessler et al. 1997)。一方で、昨今の我が国におけるメンタルヘルスでは啓発活動等の結果、加速度的に増加し続ける受診患者数の実態は、特に、後者にあたる軽症者の受診割合の増加であるとも言われる (読売新聞 2009.12.4)。その結果、パナソニック健康保険組合予防医療部の富高辰一郎部長は、“軽症から重症までさまざまなレベルの患者が来院するようになったにもかかわらず、対応は旧来のままなので混乱が生じている”と指摘している (労働政策研究・研修機構 2011)。

既存の医療での枠組みでは、重症患者への対応に追われている医療従事者ほど、身体疾患等の特別な医学的問題も有さない軽症うつ患者には手が回らない傾向があるように思われ、ましてや、未病うつレベルの層が受診した際に、「病気ではないので通院の必要性はない」「気にしなければいい」といった一方的なメッセージは消極的に出せても、未病うつレベルの症状に対して公的医療保険の枠組みで対応できる選択肢はほとんど存在しない。このために、未病うつになった人が精神科を受診しても、その症状に具体的に対応するための医学的根拠に基づいた指導やそのような介入を施行可能な治療機関等の紹介は通常はなされない。このような現状では、たとえ精神医学的には軽度ではあったとしても、受診者本人が問題を感じて受診行動にまで至っている事実や背後にある気持ちまでもが否定されてしまう可能性がある。逆に、それでも「何とかしたい」と考える医療従事者の中には、医療の枠組みの中で全力を尽くそうと考えて、安定剤や抗うつ薬の不要な（もしくは安易な）投与に至ってしまう危険性も否定しきれない。

昨今は、軽症うつの医療受診に対して「寝た子を起こすような不要ニーズの顕在化」と批判的な声も聞こえてくるようになってきているが、実際には、軽症うつの医療受診は「うつは早期受診が大切」といった製薬会社や精神科医による盛んな啓発活動を素直に信じた結果である場合が多く、受診した人には、たとえ健常である未病うつであろうと罪はない。健常者の対処を医療の専門家が行うのが望ましいととられかねないような啓発活動に従って医療機関を受診したところ、いったん受診すると、依存心が強くて自立心がないかのように扱われるのは、あたかも、製薬業界と医療現場の板挟みにあっているようであり、とても残念なことである。

既に述べたとおり、軽症うつの中には放置すると重症化して内因性うつ病に近い病態へと移行する危険性があるという指摘は多い (Akiskal et al. 1978)。こうした指摘に耳を傾けながらも、医療の枠組みで未病うつに介入を行うことが医療経済的な理由から適切でな

いという前提に立つのであれば、未病うつを公的医療制度の枠組みの外で何とかすることを考える必要が出てくる。

2) 行き先のない「うつ難民」

残念ながら、医療の枠組みではない何かしらの信頼できる健全な代替的対応策がシステムとして存在しない現状においては、未病うつは、いわゆる“うつ難民”として、「薬を飲むほどではない」「通院するほどではない」と常識的に考える者ほど、「どうしていいかわからない」と行き場を失ってしまうという実情がある。一部には自費によるプライベートのカウンセリングサービスやEAP（従業員支援プログラム）の利用を選択する者もいるであろうが、まだそれらは一般的とは言えず、費用面も含めて限定的な供給状況と言わざるを得ない。

結局、未病うつへの良質なサービス供給体制の限界と潜在的な需要の多さとのミスマッチから、中には極めて医科学的根拠に欠ける民間療法に頼った結果、高額の出費を強いられたり、不適切な対応がなされて症状が悪化し医療機関受診に至ったりするケースも存在する。例えば、有元（2011）によればスピリチュアリティをビジネス対象とした国内のスピリチュアル市場は約1兆円でさらに急拡大していると報告しており、未病うつも主要な対象とするスピリチュアル・サービスや健康食品/器具産業のマーケットは非常に巨大である。もちろん当局による適切なリスク管理下であれば、選択肢としての個人の自由は担保されるべきではあるが、未病うつ群における潜在的なサービス需要は高い反面、エビデンスに基づいたオーソライズされたパスウェイの選択肢が必ずしも確立されていない現状は深刻な問題と言えよう。

3) タスクシフトと段階的ケアモデル

以上見たとおり、未病うつについては何らかの対応が必要ではあるものの、公的医療制度の枠組みの中で対応することは難しく、別の対応のあり方を考える必要が出てくる。医療資源が限られている中で、未病うつに対する取り組みを強化するためにはタスクシフト（医師の権限移譲）と段階的ケアモデルの考え方が参考になる。

タスクシフトとは、メンタルヘルスの質的な充実のためには医師だけで対応することは医療経済的に割高な上、専門的に細分化された最先端の現代医療にはもはや対応しきれないことから、従来全権を握っていた医師からコメディカル（医師（歯科医師）の指示の下に業務を行う医療従事者）や非専門家に権限の委譲を可能な限り積極的に進めるといった考え方である（McInnis and Merajver 2011）。タスクシフトは、精神科医の供給量が足

りない途上国においてメンタルヘルスケアの充実を図るための WHO イニシアティブであったが、近年は先進国モデルとしても事実上このタスクシフトが進んでいるのが現状である。

そして、そのタスクシフトを効率的な資源配分の方法として現実の政策として実現しているのが、英国精神医療システムにおける NHS (National Health Service) の段階的ケアモデル (図 3) である。英国では、家庭医 (GP) によって軽症～中等症のうつ病と診断されて STEP 2 と認定された患者は、エクササイズやコンピュータ認知行動療法といった低強度サービスを受けることができる。その一方で、英国では、タスクシフトが進んでいるため、うつ病になっても、外来レベルでは精神科医の出番はないのが原則である (NICE 2007)。これは、医療経済的なメリットを考慮して、精神科医には専門的で高強度な介入を行う役割に集中してもらい、それ以外については、コメディカルなどに権限や財源的裏付けを与えることで、より細分・専門化された多様な介入を実現し、精神医療全体のコストの増大を防ぎ、患者の治療機会を増やし、かつ介入効果を高め、それがスティグマ軽減にもつながるというコンセプトである。

このようなモデルが採用された背景としては、軽度の日常的精神疾患 (Common Mental Health Disorders) については、薬物療法よりも非薬物療法の方がその低副作用性や患者嗜好性から第一選択としてのメリットで勝るとの結論を出したことが挙げられる (NICE 2011)。また、早期介入の重要性も同じく根拠としてあげられている。段階的ケアモデルに基づき、現実の英国精神医療では、心理療法士や看護師、社会福祉士、作業療法士、スポーツジムの有資格インストラクターといったコメディカルや、業務を委託された民間企業が中心となって低強度介入を行っている。そして、他の主要欧州諸国もこの英国の流れを追う傾向にある。

我が国においても、英国の例を参考にしつつ、「エビデンスに基づく健康管理」(Evidence Based Healthcare) という基本ポジションを維持しながら、狭義の医療を超えて、民間主体の持つ活力や創造性や柔軟性を駆動力として、公的医療制度への負担を増やさずに未病うつ対策を押し進めることは非常に意義があると考えられる。このことは、未病うつに苦しむ人々に対する医学的に信頼性の高い介入による症状改善の機会の提供という直接的メリットに加え、将来の症状悪化の予防や、うつ病からいったん回復した人の症状再発リスクの軽減、および、これらに起因する医療費負担の軽減が期待される上、フィットネス産業や IT 産業など医療にとどまらない幅広いサービス産業の活性化につながると予測される。狭義の医療にとどまらないメンタルヘルスに関連する業界の健全な発展のためにも、関係各省庁がこの領域において「健常者へのメンタルヘルス対策」という発展的

な観点を積極的に取り入れることで、その推進に向けて指導力を発揮するべきではないかと考えられる。

とはいえ、英国における低強度介入はあくまでも公的医療システムとしてうつ病軽症者をターゲットにしており未病うつは積極的介入の対象外としている。一方で、本稿での提案はあくまでも公的医療システムを超えた民間主導のサービス提供であり、かつ、対象がうつ病の診断閾値下である未病うつに絞っている点で大きく異なる。本稿で提案するアプローチは、以下の点により正当化される。第一に、不調を抱えるものの病気とまでは言えない人が医科学的根拠に基づいた健康法を自律的に志向することは望ましいことである。第二に、低強度介入の多くは後述するように未病うつに対しても医科学的に効果が期待され、生産性の向上や医療費増大の防止など、経済的にも好影響が期待されることである。第三に、将来、我が国においても、未病うつではなく軽度～中等度のうつ病患者に医療の枠組みとして、英国型の低強度介入サービスを構築する際、ゼロベースでのスタートではなくすでに蓄積された民間ベースの未病うつ向けのサービス提供のノウハウを転化・応用することで速やかな導入促進を可能にするという長期的な展望も付け加えられる。

著者らは、医療制度や治療文化の異なる我が国において、医療制度として英国型の極端なタスクシフトに無条件に賛成するほど楽観的ではないが、昨今の医療費高騰により強まる財政的圧力に加え、我が国では公的医療制度の枠内では導入すら検討されていないエクササイズ（運動）やコンピュータ認知行動療法といった低強度介入で症状改善を得ている英国精神医療の現状を見ていると、サービスユーザーである患者の声を軸にタスクシフトと低強度介入の導入を求める声は精神医療レベルでも徐々に高まってくるのではないかと予想する。

繰り返しになるが、本稿がここで提案しているのは、軽症とはいえうつ病と診断された患者に行う低強度介入ではなく、うつ症状は有していても診断基準は満たさないために病気とは診断されない、いわゆる健常者の未病うつである。現在有効な対策が積極的に講じられていないこの未病うつに対して、タスクシフトと段階的ケアという英国のコンセプトは、民間主導の低強度介入が行われることへの一定の合理性を持った理論的根拠となりうると考えられる。

但し、民間の企業・産業を活用して未病うつに対する低強度介入を行うことが一般論としては認められるとしても、実際にどの産業をどのように活用するかについては、既存の医科学的な実証研究において一定のエビデンスが示されることが重要である。

第2節 各産業毎の検証

以下では、未病うつに対する効果的な低強度介入を民間ベースで発展させることが比較的容易であると思われる産業として、1) フィットネス産業、2) 健康食品産業、3) IT産業、4) 観光産業、5) スパ・サービス産業、6) 教育産業の6産業に焦点を当てて、これらの産業で実際に提供されていたり、今後提供され得るサービスが、RCT²やメタ解析³や行った過去の研究によって、うつの症状に対して効果があると言えるかどうかをレビューし、また、欧米や我が国における現状も明らかにし、その上で、これからの展望や課題点について考察を加える。

なお、スピリチュアルに関連する領域は、今回の当該対象からは除外した。WHOによる健康定義においても身体的、心理的、社会的な健康に加えて、霊的な健康は必要であると明言されており、現実の精神医療でも世界的に終末期医療や依存症治療等、治療の難しい領域においてほど積極的に利用され役立っている事実は認めるものの (Koenig 2012)、エビデンスに基づいた介入という文脈では現在の精神医学では不確定要因が多く責任ある議論ができない (Slater et al. 2001) と判断したためである。

また、EAP やプライベートカウンセリング産業は、すでに未病うつを主要なマーケティング対象の一部としているサービスと考え、当該研究対象から除外した。

1) フィットネス産業

エクササイズが、身体的健康につながることは既によく知られているところだが、メンタルヘルスにおいても高い効果が期待できることが医学的には支持されている。医学介入に対するレビュー・リソースとして世界的に最も信頼性の高い英国のコクラン・レビュー (Exercise for depression) によれば、うつ病に対するエクササイズの効果に対する 28 研究のメタ解析において、非治療群に対してエクササイズ群は効果量 (標準化平均差 (SMD)) が -0.67 [95%CI (信頼区間) -0.90 to -0.43] と中程度に有意な臨床効果があることが示されている。長期効果としても -0.39 [95% CI -0.69 to -0.09] とある程度の有意差が維持されるものの効果が減少することが示唆され、効果持続のために運動を続けるのが望ましいことが示唆されている (Rimer et al. 2012)。また、エクササイズはうつ病への標準的な治療である薬物療法や認知行動療法との比較においても同等の効果が得られるこ

² RCT (Randomised Controlled Trial) とは、被験者を無作為に複数のグループに分け、一方に実効性のある介入を行い、他方は非介入 (プラセボ等) とすることによって、介入の効果を検証する研究デザイン。介入と結果の因果関係を示す最も厳密な手法とされる。

³ メタ解析とは、各々の RCT の結果を統計的に統合処理することで、複数の効果研究の集積結果を得られる分析手法のことである。そして、その得られた結果は、医科学的エビデンスの中では最も信頼性が高いと位置付けられる。

とを示している。2013年に再び行われたコクラン・レビュー(Cooney GM et al. 2013)では、さらに35へと増えたメタ研究においても同様の効果を証明している。一方で、副次的な感度分析において極めて厳密な研究手法を採用した6研究だけに絞ると有意な効果は認められないという報告も示された。しかし、研究数が少ない上、軽症者や健常者のうつは除外された解析結果のため、本稿の直接論拠とはしにくく、より厳密なエビデンスの蓄積の必要性が示唆されている。

うつ病の治療法として行われるエクササイズの大半は有酸素運動で、研究数の多い順にランニング、ウォーキング（トレッドミルまたは実際のウォーキング）、ダンスやエアロバイクであった。一方で、抗うつ効果は有酸素運動単独よりは、筋トレのようなレジスタンス運動と有酸素運動の組み合わせ（コンバインド）の方がより高い効果が期待される可能性も示唆されている。一方で、一定割合での脱落も認められるため参加者が好みに応じて楽しみながら参加できることが望ましいであろうと考察も加えられている。エクササイズの頻度や運動時間は研究によってばらつきは認めるが、多くのものは週に2~4回で、1回のセッションにおける時間は20~45分で、運動強度としては、特定していないものから最大心拍数の70~85%と厳密に設定されたものまでが報告されている（Stathopoulou et al. 2006）。有酸素運動における効果を示す研究が多いものの、Stathopoulouらのメタ解析における下位群解析では有酸素運動と無酸素運動の効果に有意差は認めないとも示されている。この前提に従うならば、選択肢を広げることで利用者のモチベーションを高める観点からは他の無酸素運動も視野に入れることが有用であると期待される。単独介入としてRCTを用いた他のエクササイズで研究が既に存在するものとして、例えば、ヨガ、太極拳、気功、自律訓練法が挙げられる。近年我が国でも人気が高いヨガでは、Pilkington（2005）らは5つのうつ病に対するRCTにおけるレビューにおいてその有意な効果を示している。太極拳は、うつ病に対してのRCTは存在していないが、未病うつに対しては2つのRCTが存在し、どちらも有意な効果が報告されている（Jin 1992; Brown et al. 1995）。気功は現段階ではうつ症状に対する十分な効果を示すエビデンスは報告されていない。一方で、自律訓練法は、うつ病治療において標準的治療より効果は劣るものの一定の効果は期待される上（Krampen 1999）、未病うつに対しても有意な効果が示されている（Farne and Gnugnoli 2000）。ただ、自律訓練法に関しては現状では専門家指導の下においてのみ効果が証明されている。それ以外についてはも更なる検証は望ましいとされているが、単独での効果が不十分だったとしても有酸素運動との相乗効果等も期待されている。

我が国においては、すでにルネッサンス（株）等の一部のジムではストレス対策としての心理教育と組み合わせたリラクセーション・プログラムなどの試みが始まっているが、

医学的根拠に基づいて戦略的に未病うつを明確に標的にして踏み込んだ本格的な介入サービスはまだ普及していない。英国ではすでに NHS 認定の運動療法の専門家も公的資格化され、実際に医療モデルの枠組みとして軽症~中等度うつ病患者に対して担当家庭医からの処方箋が発行され、提携委託された民間フィットネス・ジム (Aqua Terra 等) がうつ病に特化した 1 時間/週 X6 回のプログラムを作っている。有酸素運動は低強度介入における柱であり、効果的な方法論に沿ってサービスとして提供されることの意義は大きい。

2012 年度の我が国のフィットネス産業の市場規模は売上高ベースで 2925 億円で、3000 億円に近づいた 2008 年をピークにほぼ横ばいが続き市場としての成熟が指摘され、サービスメニューの差別化が業界内での課題として提起されている (経済産業省 2013)。そんな中、未病うつも含めたメンタルヘルスにフィットネス産業が関わっていくことは、エクササイズのエビデンスの強さと、英国での実践もすでにあることから、我が国においても強く期待される。

2) 健康食品産業

近年は、うつ病に対する高い効果がエビデンスとして検証されているサプリメントがでてきており、中には治療ガイドラインにおいて推奨さえなされてきている。米国において権威を有する薬物療法の治療アルゴリズムである TMAP (Texas Medication Algorithm Project) では、薬物療法のアルゴリズムでもあるにも関わらず、うつ病と診断されても軽症であれば、薬物療法の前に、食事や運動等の生活スタイルの見直しを推奨しており、また、サプリメントとしてオメガ 3 脂肪酸の摂取や、女性に限って効果があるものとして葉酸の摂取もエビデンスに裏付けされたものとして提唱している (Suehs et al. 2008)。他にもうつ病治療における効果についてメタ解析のレベルでエビデンスが得られているものとしてはハーブのセント・ジョーンズ・ワート (St John's wort) やサプリメントである S-アデノシルメチオニン (S-Adenosylmethionine(SAMe)) 等が挙げられる。特に、セント・ジョーンズ・ワートはドイツでは医療用としてうつ病に処方されることでも知られ、コクラン・レビューにおいても軽症から中等度のうつ病に対しても効果においては標準的な抗うつ薬と同等で、単独での使用での副作用頻度が低いことも証明されている (Linde et al. 2008)。また、SAMe でもやはり高いエビデンスが示されている (Williams et al. 2005)。ハーブ療法のエビデンスとしては、抗うつ薬に匹敵する効果を示す信頼性の高いエビデンスが得られているものとしてはサフラン (Saffron)、エビデンスとしては弱いものの RCT を通じての効果を示唆するものとして、ボリジ (Borage)、ラベンダー (Lavender) 等が挙げられる (Moshiri et al. 2006; Noorbala et al. 2005; Sayyah et al. 2006;

Akhondzadeh et al. 2003)。さらに有病率の高い女性の月経前症候群や月経前気分不快障害においてビタミン B6 内服は、女性ホルモン投与よりも高い効果を有することがメタ解析という最高レベルのエビデンスで確立している (Wyatt et al.1999)。我が国では、国内初のうつ病患者への葉酸投与と、月経前症候群うつ症状を有する女性患者へのビタミン B6 投与を、筆者らのグループが実証研究として行い、臨床精神神経薬理学会で 2005 年に学会発表している (宗ら 2005A, 2005B)。

以上のとおり、うつ症状を呈する人への一部のサプリメントの投与は、欧米の研究では高い効果が実証されているにも関わらず、我が国では現在でもまだ十分に認知されていないのが実情である。

2011 年の日本国内の B to C-EC (消費者向け電子商取引) の市場規模は、約 8.5 兆円とされており、医薬化粧品小売業 (前年比 34.6%増) や食料品小売業 (同 22%増) は急成長している。元々市場拡大傾向にあったところに、2013 年 6 月の規制改革会議では、トクホ・栄養機能食品以外の一般健康食品の効能表示を可能にする方針も明確にされたことで (日本経済新聞 2013 年 6 月 5 日)、大きな市場拡大が見込まれる。一方で、2012 年 5 月の内閣府消費者委員会による消費者調査でも、購入の際に参考にする情報として「機能性 (効果・効能)」と回答した者は 63%と最大で (内閣府 2012)、サプリメントの機能表示を求める声は多く、表示解禁の経済への大きな影響が推測される。

健康食品は特定成分を濃縮していることが多く、健康被害のリスクも高いためその安全や品質の管理が求められる。加えて、その効果に対するエビデンスも海外のデータが多いため、たとえば青魚に多いと言われるオメガ 3 脂肪酸の摂取は、魚をたくさん食べる食習慣の日本人においては効果が低いのではないかとといった疑問に対して、少なくとも心不全を防ぐ効果は期待できるといった研究が行われたように (Yamagishi et al. 2008)、うつに対する効果はどうか?といった点も含めた日本人における効果や有害事象の確認という視点も求められる。また、悪徳業者などへの厳しい行政的対応も不可欠であろう。

3) IT 産業

「いい本に人生を救われた」「本を読むと心が癒される」等、人生の危機を本と共に乗り越えた経験を有する者にとっては読書がかけがえのないメンタルヘルスの方法論であることは理解できるかもしれない。同様の機序で、心の不調の乗り越え方や適切なコミュニケーションの方法論に焦点を当てた自習教材で認知行動療法に裏付けされたものに、有意な効果があることが複数の研究によって示され、読書療法 (bibliotherapy) として広く知られるようになってきている (Cuijpers 1997)。IT 技術の進歩に伴い、それらのコンテンツを

コンピュータ化した自助療法である CCBT（コンピュータ化認知行動療法）がうつ病に高い効果があることが複数のメタ解析において示されている（So et al. 2013）。また、CCBT は、うつ以外にも不安障害（対人恐怖や社交不安障害、強迫性障害、PTSD（心的外傷ストレス障害）、パニック障害）や過食のコントロール、不眠症や、精神疾患に限らない身体疾患の症状コントロールといった多疾患でのエビデンスも蓄積されてきている。

英国では NICE ガイドラインにおいて CCBT が軽症うつ病の第一選択治療のひとつとして認められており、NHS ではかかりつけの医師（GP）から関連プログラムの利用権が処方されて、適応のある希望者は無料で利用できる制度になっている。たとえば、うつ病だけでも世界的にはすでに 20 以上の自助プログラムが開発されており、我が国においてもうつ病へのコンピュータ自習療法サービスが複数、商業ベースで民間企業から提供されている。筆者らは、日本で最初の CCBT プログラムの勤労者のうつ症状に対する効果研究を学会発表している（So et al. 2007）。

CCBT の効果を高めるための SNS 等との連携や、ロールプレイ・ゲームを若者のうつ病治療に応用したプログラムが効果を有することが証明されている（Merry et al. 2012）。また、米国を中心に、戦争から帰還した兵士や犯罪被害者に高頻度に発症する PTSD（心的外傷ストレス障害）の治療教材として、バーチャル・リアリティ技術が応用されている（McLay et al. 2011）。他にも対人恐怖などの症状に苦しむ社交不安障害に対するバーチャル・リアリティを応用した自習療法の効果がメタ解析でも示されている（Parsons and Rizzo 2008）。

内閣府の調査によれば、若者人口の 1%といわれるひきこもり（4%がひきこもり親和群）であるが、うつや社交不安障害等の精神疾患は、日本でも問題になっているひきこもりの病理の主要因としても知られており（Koyama et al. 2005）、ネット配信等の技術を活用することによってこうした人々にアクセスすることは効果的な介入の一つとして精神医療においても期待されている。これらの若者はインターネットに親和性が高く、健全な社会生活の機会を奪われており、「人的資本」の大きな価値喪失と懸念され、オンラインによる介入がその解決の一助になることが期待されている。

一方で、我々の研究における分析（So et al. 2013）でも明らかにされたとおり、CCBT の効果は持続しにくい、脱落率が高いなどの問題があり、こうした問題を解決するために、マルチメディア機能の充実を始めとする技術革新が期待される。双方向性（Palmqvist et al. 2007）やネットワーク性（Wantland et al. 2004）を持つ CCBT の有効性はメタ解析でも示されている。加えて、アニメーション活用やフィルムセラピーを含む利用者の評判が良い動画機能（Gerhards et al. 2010）や、ロールプレイゲームを用いたエンターテイン

ト性のようなゲミフィケーション導入 (Merry et al. 2012) も進められており、9.11 テロの被害者や湾岸戦争兵士等の心の傷である PTSD への介入としてバーチャルリアリティも応用されている (McLay et al. 2011)。今後は、個人のプロフィールや嗜好も含めた行動特性に基づいた tailor-made 機能の導入 (Perez-Diaz de Cerio et al. 2011)、スマートフォンアプリ等の応用といった携帯性の向上 (Wodarski and Frimpong 2013) といった CCBT の便益性の向上が不可欠で、革新的な IT 企業の参加による新しいタイプのビジネスモデルの代表例として推進されることが期待される。

4) 観光産業

2013 年 6 月に安倍政権が発表した成長戦略 (「日本再興戦略-JAPAN is BACK-」) においては、健康長寿産業が戦略的分野の一つとして位置付けられるとともに、「医療と連携した観光」について、新たなツーリズムの一つとしてその創出を促進することが謳われている。このような医療ツーリズムの政策的推進は、2010 年 6 月に菅政権が閣議決定した「新成長戦略」における「ライフイノベーションによる健康大国戦略」に端を発しているとされており、そこでは「アジアの富裕層を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光とも連携して促進していく」と明記され、経済産業省は、医療の産業化や医療ツーリズムの分野で先をいくアジア諸国に対抗するとしている (兵庫保険医新聞 2011 年 4 月 25 日 (1653 号) ピックアップニュース)。

医療ツーリズムの中には、近年注目される領域としてヘルスツーリズムという領域が存在する。2013 年 3 月に閣議決定された観光立国推進基本計画において、日本政府は、ニューツーリズムの一つとして、ヘルスツーリズムを推進するとしている⁴。ヘルスツーリズムの潜在的市場規模については、JTB ヘルスツーリズム研究所による 2007 年の調査によれば、宿泊旅行で 3 兆 300 億円、日帰り旅行で 1 兆 1,000 億円、計 4 兆 1,300 億円で、国内旅行全体の潜在市場規模の 25%と報告されている (JTB ヘルスツーリズム研究所 2007)。特に、その社会経済的効果は、サービスユーザーだけでなく、観光産業 (旅行業、宿泊業、交通業、土産物業、飲食業など)、実施地域 (住民、農業、林業、漁業、畜産業、医療業、美容・エステ業、大学研究機関など) と広範に渡ることが認められている (日本観光協会 2007)。

その中でも、2008 年のアジア太平洋観光学会で立教大学の小口により提唱されたメンタルヘルスに特化した「メンタルヘルスツーリズム」という概念は、徐々に海外でも浸透し

⁴ 日本観光協会 (2010) によれば、ヘルスツーリズムとは、“医科学的な根拠に基づく健康回復・維持・増進につながる観光”とされる。

ている（小口 2008）。一方で欧州では伝統的に心の養生も含めた伝統的ヘルスツーリズムが盛んである。特によく知られているのはドイツの転地療養である“Kur”という医療制度である（Kornelia_Troeschel 2013）。医師の処方箋に基づき、ドイツに現在 350 か所以上あると言われる Kurort（療養保養地のコミュニティー）に滞在しながらドイツの伝統的水療法をさらに発展させたクナイプ療法も含めた多彩な自然療法が受けられる。その間の治療費用や宿泊費用にも民間保険だけでなく公的健康保険の適応も受けられる。その費用対効果等も検証されている（Maretzki 1987）。これらは産業として地域にも貢献しており、外国からの来訪者も含めた観光資源にもなっている。近年、我が国においても官公庁・旅行会社・地方自治体などが連帯して、ヘルスツーリズムに結びつけた観光資源開発が全国各地で行なわれている。しかし、大半の取り組みはまだ実験的な段階であり、ヘルスツーリズム自体が観光業や旅行業、さらに地域の医療業や農林漁業等の産業も巻き込んで地域経済活性化をもたらすまでには至っておらず、受け皿となる地域において、まだその運営ノウハウが確立しておらず人材も不十分と言われている。日本ではヘルスツーリズムは、地方自治体主体で地域振興目的として行われることも多いと言われるが、実際に取材してみるとマーケットの顧客ニーズ捕捉や集客のノウハウ蓄積といったマーケティング面からも、安定した顧客チャネルも含めた持続可能で発展的なビジネスモデル構築のためにも、ツーリズム産業も含めたより積極的な民間の参入によるサービスの発展を望む声は少なくない。また、都内の医療機関の受け皿として森林療法をベースとして地方で多様なヘルスツーリズムサービスを提供するタイプや、企業 CSR の一環としてヘルスツーリズム活動を行う施設などさまざまなアプローチや工夫も見られてきている。

一方で、メンタルヘルスも含めたヘルスツーリズムにおける決定的な問題点としては、本当に効果があるのかを医学的に実証しなければ種々の法律に抵触することがボトルネックとなっていると指摘される（日本観光協会 2010）。一般にヘルスツーリズムで行われる取り組みとしては、ウォーキング等の運動療法、森林療法、温泉等の水療法、食事療法、アニマルセラピー、園芸療法、芸術療法、タラソセラピー、アロマセラピー、リラクゼーション、マッサージ、瞑想（マインドフルネス）といったものがあげられる（日本観光協会 2010）。うつ病や未病うつも含めたメンタルヘルスについては、一部を除き、こうした取り組みに対する RCT やメタ解析による厳密なエビデンスは不足しているのが実情である。

現在までのところ既述のようにウォーキングやサイクリングといった有酸素系のエクササイズは抗うつ効果を持つことが高い信頼性で検証されている。また、特に森林や公園等の自然環境の中での週 1 回以上の定期的なウォーキングやランニング、サイクリングを行

うことは、自然環境でないジムなどでのエクササイズに比べてメンタルヘルスのリスクを半減させる効果が示されており (Mitchell 2013)、Barton らはメタ解析で、それらの自然療法の効果は、海岸や川などの水辺では効果がさらに増幅することを示している (Barton and Pretty 2010)。また、昨今、精神医療界でも一般の間でもブームになっている瞑想やその応用であるマインドフルネスもメタ解析で高いエビデンスが示されている (Hofmann et al. 2010)。五感の感覚を研ぎ澄まし雑念をコントロールするマインドフルネスは、うつ病予防や治療抵抗性のうつにおいても効果が期待されており、美しい自然環境はそのトレーニングの絶好の場所とも言える。専門家によるマッサージ(Moyer et al. 2004)やリラクゼーション (Morgan and Jorm 2008) もメタ解析でうつに対する効果が示されている。

一方で、アロマセラピーや水療法については、現段階ではうつに関して一貫したエビデンスが得られていない (Morgan and Jorm 2008)。

とはいうものの、一般に民間療法にはエビデンスがないから無意味だといった従来の医療界に存在していたような「効果がないという証拠があること (evidence of no effectiveness)」と「効果についての証拠がないこと (no evidence of effectiveness)」を混同した傾向は否定できず、過剰な期待も安易な批判も控えなければならない。かつて精神医療ではうつ病は休養が絶対とされ、「うつ病治療は養生が第一で、まだ意欲のないうつ病患者を歩かせるなんて拷問だ」などと批判さえされていたエクササイズでも、現在は「Motivation comes after activation (やる気は後からあがってくる)」という言葉に代表されるように、エビデンスの蓄積の結果、行動活性化はうつ病の標準的な介入として認知されている上 (Cuijpers et al. 2007b)、実際に英国ではうつ病患者の第一選択治療にまでなっている現状からもそれは伺える。無論、伝統的に長期的になされていたものについても、できるだけ効能と副作用のエビデンスの蓄積に努めるべきであろう。その姿勢がサービスユーザーへの利便性の向上、プロバイダー側の産業としての質及び量的な発展、リスクマネジメントという点でも、健常者とはいえ“うつ”をマーケティング・ターゲットにする以上は大前提だからである。

また、単独では強い効果が示されていない取り組みであっても、他の介入との相補的、またはシナジー効果としてのメリットも期待できる点も念頭には置きたい。現実には、うつ病をはじめ多くの精神疾患治療であっても薬物療法と精神療法の併用は増強効果を持つことがしばしば示されている。たとえば、森林療法単独ではそこまで強い抗うつ効果を有しないとしても、アスファルトを歩くよりはウォーキングで自然 (森林や岸辺) の中を歩く方が効果が高いとか (Mitchell 2013; Barton and Pretty 2010)、ヘルスツーリズム先でさ

さまざまなアクティビティに加えて瞑想やグループ心理療法的な介入（後述）とのコンビネーションが期待される。

5) スパ・サービス産業

ヘルスツーリズムが日常から地域へという **inside-out** とするならば、2000年初頭の我が国におけるスパ創成期のスパ・サービス産業は東南アジアを中心とした海外のスパ文化を日本の日常に持ち込むことで海外リゾートを連想させるようなスタイルが模倣・支持された、いわゆる **outside-in** の傾向が強かったとされる（日本スパ協会 2013）。その後、2008年のスパ・サービス産業の市場規模は推定で7千億円までに発展している。その過程で、地域の温泉旅館業を中心とした観光産業と連携することが増えている関係で、必然的にスパ・サービス産業とヘルスツーリズムで行われるサービスがオーバーラップする傾向にある。加えて、近年は健康ランド/スーパー銭湯やフィットネス産業等でもスパ・セラピストを雇用している施設が増加してきており、当然リゾート地でもスパ・サービスは行われるため業界を厳密に分けることはますます困難になっている。もともと、スパの定義自体は極めて広いため、スパ産業の市場規模、売上、就業者数などを正確に把握することも難しいと当初から言われていたようである（伊藤 2006）。そのため、提供される主要なサービスのエビデンス部分についてはヘルスツーリズムやフィットネス産業と重複するためこの項では割愛する。

国内のスパ産業は、相対的には日常の生活環境に身近な場所に施設があるというアクセシビリティの面で、ヘルスツーリズムとの比較において大きな利点がある。また、フィットネス産業に対して、フィットネス産業でも楽しみやストレス解消目的でのサービスユーザーは少なくないであろうが、未病うつとはいえ“うつ”治療を目的とした動機での利用者は現段階ではそれほど多いとは考えにくく、反対に癒しを求めることに親和性が高い顧客層がスパ産業には多いと推測されることから、その文脈における市場拡大がより期待され、メンタルヘルスとの積極的連携も有望視される。実際に、ISPAの2004年の報告書（ISPA 2004 SPA INDUSTRY STUDY）によれば、今後もっとも伸びるプログラムとして「ヨガ」「心体霊の調和を目的としたプログラム」が挙げられており、2009年に経済産業省から三井情報株式会社総合研究所に委託された「我が国におけるスパ・サービスの現状と展望に関する調査研究」においても、業界としての将来的展望として期待しているサービスとして瞑想、医療相談（心理教育）、フィットネストレーニングが上位に挙げられている。これらはどれも未病うつにおいても高いエビデンスに裏付けされた介入である。

6) 教育産業

既述の産業、特に、フィットネス産業、観光産業、スパ・サービス産業の中には、ストレス解消を念頭においた狭義の心理教育サービスの提供や、瞑想やマインドフルネス、コミュニケーションスキル等のワークショップ等による広義の心理教育的アプローチを組み入れているところも徐々に増えている。しかし、「うつ」をキーワードとして売りにするような踏み込んだ介入のプログラムは、まだ導入に積極的とは言えない状況にあり、実際の現場取材過程でも病的な要素については、法的、医学的、倫理的な観点からも取組に慎重にならざるを得ないとの答えはよく聞かれた。筆者らの意見としては、ヨガのプログラムにおいてエクササイズという身体的アプローチと瞑想という心理的アプローチが巧みに組み合わせられているように、ウォーキング等の他の身体的なアプローチ、アロマセラピーのような感覚的アプローチ、そしてハーブやサプリメントのような栄養的アプローチにおいても、必要に応じて心理教育的なアプローチが任意の選択肢として導入できる体制づくりはシナジー効果が強く期待され、サービスユーザーにとっての満足度を高めることにもつながると考えられる。

うつをキーワードにした既存のエビデンスに沿った文脈で言うと、認知行動療法のグループ療法や元々グループでのアプローチをとるマインドフルネス・セラピーは大うつ病について既にメタ解析レベルの信頼できるエビデンスがあり、未病うつに対しても高い効果が期待される。対人関係療法等にもグループ療法でのエビデンスが認められる (Huntley et al. 2012)。また、未病うつの対象者に対しては、それほど専門的なスキルを要することのない簡単な問題解決スキルや活動活性スキルを提供する非専門家がサービスを提供しても効果を認めるといったアプローチも目にする機会が多い。

また、未病うつは病的なレベルではないという点から、病的心理状態を健常の方向に向けようと試みるための従来型の心理学的アプローチだけでなく、EQ (あるいは、エモーショナルインテリジェンス、非認知能力等) の向上や、幸福感のような肯定的な心理面に目を向けようとする自己啓発的な要素を含む多様なコンテンツでも支障はないと思われる。例えば、幸福感といったポジティブな感情を育むことを目指すポジティブ心理学を取り入れたプログラムで心の健康やうつ状態の改善に効果を得られることがメタ解析で検証されている (Bolier et al. 2013)。同様に人生経験を豊かにしたりパフォーマンスを高める目的で行われるコーチングもさまざまな利用のされ方が登場している。例えば、特に英国では認知行動療法的なスキルをコーチングに応用した CBC (Cognitive Behavioural Coaching) が盛んになってきている (Palmer and Gyllensten 2008)。近年はNLP (神経言語プログラミング) 等が不安に効果あるといった系統的レビューの報告もある (Sturt

et al. 2012)。これらに限らず多様な選択があつてよいと考えられる。一方で、提供するプログラムの質やレベルにこだわるに従い、コストも高くなりサービスの提供の機会も限定されていく。そんな中、こういった分野に教育産業との積極的な連携は期待されるところである。

株式会社矢野経済研究所の「教育産業市場に関する調査結果 2012」によると、2011年度における教育産業の市場規模は、対前年度比 0.7 パーセント減の 2 兆 4,220 億円であり、市場全体の 3 分の 1 強を占める学習塾・予備校市場は、企業努力や学習指導要領の影響で前年度比 1.0%増の 9,240 億円と 2 年連続で拡大しているものの、他の企業向け研修サービス市場（前年度比 2.4%減の 4,520 億円）、e ラーニング市場（前年度比 5.0%減の 1,044 億円）、通信教育市場（前年度比 2.1%減の 2,765 億円）はすべて縮小傾向であった。学習塾・予備校市場も中長期的には少子化の影響が構造的問題として強く懸念されている。この教育産業にとって、単なるストレス解消の域を超えた、未病うつを対象としたエビデンスに基づいたメンタルヘルスの自助コンテンツや、教材に魅力がないために脱落が多くエンターテインメント性も含めた工夫が求められているコンピュータ認知行動療法（CCBT）をはじめとしてセルフヘルプにおける IT 企業等とのコラボレーションが期待される。

教育産業がメンタルヘルスに関わることの利点としては、「わかりやすい教育技術」や「魅力的な教材づくりのノウハウ」に優れているという点に加え、通信教育や教育事業を通じての独自のチャンネルが発達している点も、健常者には最初の敷居が高いメンタルヘルス関連のコンテンツを普及させる上では有利であると考えられる。また、予備校や塾のブランドも受験時代に利用していたことで親しみや信頼性をサービスユーザーに抱かせるブランドイメージがあり、これも顧客獲得において期待される要因である。また、業界的に新事業へのフットワークが軽いと言われており、実際、インターネット・IT の授業への活用も早くから進んでいると言われ、録画のオンデマンド利用やスマートフォン向けのアプリケーション等による e-ラーニングにも積極的な取り組みが見られることは興味深い。

また、未病うつにも含まれてくる、近年話題となっている社会的な不適応反応とも言われる新型うつは、その解決に本人の人間的成熟を要するという声も聞かれ、いわゆる診察室における標準的なうつ病治療だけでの効果は極めて限定的と考えられている。そのため、新型うつに対する取り組みには教育的な要素が求められてきている。あくまでも著者らの経験に基づいた私見だが、通常の医療の枠組みを超えて、コーチングやメンターといった教育産業のアプローチが、これからの時代のメンタルヘルスにおいても求められていくのではないかと考えられる。

第3節 全体的考察と残された課題

1) 全体的考察

本稿で取り扱った6業界の中で、未病うつに対する踏み込んだサービス提供の実現可能性が高いものとしては、圧倒的に集積されたエビデンスの充実と英国の先行事例という点で、フィットネス産業とIT産業が挙げられる。現実的には、我が国におけるコンピュータ認知行動療法（CCBT）に関してはまだサービス単独で採算性を確保した商品は確認されておらず、今後の技術開発と利便性の向上に加え、マーケティング戦略も大きな鍵になると考えられる。また、健康食品産業におけるいわゆるメンタルサプリの商業取引は、既に事実上行われているが、既述のトクホ・栄養機能食品以外の一般健康食品の効能表示は大きな追い風となり、ネット通販を中心とした市場拡大の可能性は高いと推測される。一方で、サプリメントには大量摂取などによるリスクが懸念されるため、自己判断による有害事象等への注意喚起、または場合によっては一度の購入数量の制限等、法的規制も含めた慎重な対応も同時に求められるであろう。観光産業とスパ・サービス産業については、現段階においてはフィットネス産業・IT産業・健康食品産業に比べて相対的にエビデンスが弱い印象は拭えないサービスも少なくないため、より一層のエビデンスの充実が課題となる。しかし、近年、瞑想やマインドフルネスに関しては一般での人気も高まっている上に、エビデンスも充実する傾向にあり、今後は人気コンテンツとして観光産業等と結びついていく可能性が期待される。一方で、教育産業については、まだ未病うつをサービス対象としてこなかったのがメンタルヘルスサービスの導入に関しては抵抗も強い可能性はある。しかし、教育産業については、魅力的な教材を作ってわかりやすく教えるノウハウや、通信教育などの独自のチャネルなどから、未病うつ関連サービスへの参加意義は大きい。

2) 残された課題

最後に、未病うつに対するメンタルヘルスサービスを民間主体が提供することについて、6業界に共通した課題について触れておきたい。

第1の課題として、RCTを中心にしたエビデンスの蓄積が挙げられる。RCTは単純に言えば、うつ病など一定の症状がある人々をくじ引きで2つのグループに分けて（作為が入らないようにするため）、1つめのグループには、効果があることが期待されることを行ってもらい（介入群と呼ばれる）、もう1つのグループには、そうした効果が期待されることを行わないようにしてもらい（統制群と呼ばれる）、それぞれの間で、症状の変化に差があったかどうかを検証するものである。近年、エビデンスに基づく医療が盛んに言われるようになったが、それは、RCT及びその集大成とも言うべきメタ解析によるもので

ある。明確なデータはないものの、特に我が国においては他の先進国と比べて RCT による効果検証の件数が少ないように思われる。本稿でも RCT として参照した研究のほとんどは海外で行われたものである。RCT は、薬や特定保健用食品（トクホ）などでしばしば行われるが、その製品を作っている企業が中心になって RCT を行う場合には中立性に対する疑念を拭うことが難しくなる。特に、本稿で挙げたような民間サービスのメンタルヘルスへの効果については、中立的な立場で国家予算を使ってこれまで以上に推進していくことが期待される。

第2の課題として、サービスユーザーに対して正確な情報をどう伝えていくかという問題がある。本稿で示したように、フィットネスや IT 産業や健康食品については、効果の有無について RCT やメタ解析を通じたエビデンスが既に相当蓄積されている。しかし、こうしたエビデンスを示した論文は英語で専門用語を使って書かれていることがほとんどであり、日本国内の一般の人々にはなかなか伝わってこない。国内外の双方における最新の研究成果が多くの人々に正確でわかりやすい形で伝えられることが望まれる。具体的にどうすべきかについての明確なアイデアはないが、中立性の高い研究所の研究者が各分野の最新研究を頻繁にサーベイして一般人にわかるような形で定期的に発表していくといった方法が考えられるかもしれない。

第3の課題として、民間部門による未病うつに対する低強度介入によるサービスの提供と、医師法や薬事法などの様々な法規制との関係をどう整理するかという点がある。既存の民間サービスにおいても、ストレス解消といった名目で一定の心理的ケアを健常者に対して行っているところは少なくないが、医学的診断からもれているとはいえ、単なる健常者とも言いにくい未病うつを明確なマーケティング・ターゲットとして位置づけることに対しては、民間サービス側にとっても医師法や薬事法等との兼ね合いも含めたリスク回避から躊躇する傾向がある。未病うつに対する低強度介入は医療行為にならないのか、仮になるとしたら医療行為を医師以外が行っていいのか、といった点について、事業者側が安心できるような形で線引きが行われることが求められる。

次に、宣伝・広告を巡る問題がある。「健康」を標榜する限り、その医科学的な根拠を示さなければ、薬事法（誇大広告・承認前の医薬品等の広告）や景品表示法（虚偽・誇大な表示）、特定商取引法（誇大広告・虚偽の告示・誤認・困惑等を生じる行為）、消費者契約法（不実の告知等）に抵触する恐れがある。これらの問題に対して、どこまでが許されてどこからが許されないかの線引きが明確に示されないと、低強度介入提供サービスに躊躇する企業が続出することになる。もちろん、不適切なサービスの提供でサービス受領者の心の健康が悪化するような事態は避ける必要があるが、このことを過度に懸念する余

り、何もかも禁止されたり、禁止される範囲を不明瞭にして民間企業の参入が妨げられたりすることもまた避けられる必要がある。どのようにバランスをとっていくかは今後重要な課題である。

3) 終わりに

未病うつに対する選択肢が増えることは、医科学的な視点からも国民経済的な見地からも、個人のクオリティオブライフの観点からも望ましく、「心が苦しくなったら精神科」の過度の啓発による思考停止よりは、国民のメンタルヘルス・リテラシーもはるかに高まり、医療者側からの一方通行ではない、健常者自身による自律的なメンタルヘルスの管理にもつながると考える。

また、未病うつへのサポートに産業界が積極的に関われば、エンターテインメント性も含めた趣味としての“楽しみ”の演出ができるようになる。楽しみながら医科学的根拠に沿った心のケアを受けることがどうすれば可能か？というのはユーザーの動機づけを高め脱落を減らす意味でも重要だが、医療産業はこの方面においてはまだまだ遅れており、他の産業の力を借りることが不可欠である。日々の生活でシステムティックに楽しい活動を増やすこと自体にうつ病患者に対する有意な抗うつ効果があることは、メタ解析においてエビデンス上も示唆されており、既に認知行動療法における優先順位の高い核心的スキルのひとつとして導入されてもいる (Cuijpers et al. 2007B)。

更に、関連する産業界の従事者も、精神医学や心理学を学ぶ機会が増え、その結果として、スクリーニング・スキルの習熟等を通じて、精神医療を必要とする精神医学的高リスク者の感知が高まる可能性も期待される。同時に、サービス利用中の心理教育等により不必要な通院や不適切な処方機会を減らせる可能性があり、結果的にこれらはWHO（世界保健機構）から世界一と評価の高い国民皆保険制度を含めた我が国のかけがえのない公的医療制度の維持にも寄与しうる。「趣味を実益」に転化するこの方策は、真にバランスのよい国民への行動的メンタルヘルス啓発活動にもつながっていく可能性をも期待されるものである。

参考文献

- Akhondzadeh S, Kashani L, Fotouhi A, Jarvandi S, Mobaseri M, Moin M, Khani M, Jamshidi AH, Baghalian K, Taghizadeh M: Comparison of *Lavandula angustifolia* Mill. tincture and imipramine in the treatment of mild to moderate depression: a double-blind, randomized trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003, 27:123-127.
- Akiskal HS, Bitar AH, Puzantian VR, Rosenthal TL, Walker PW: The nosological status of neurotic depression: a prospective three- to four-year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch Gen Psychiatry* 1978, 35(6):756-66.
- Andrews G, Sanderson K, Slade T, Issakidis C: Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bull World Health Organ* 2000, 78:446-454.
- Aslam R, Bauer A, Beecham J, Bonin E-M, Byford S, Evans-Lacko S, Fitch C, King D, Knapp M, Kwok C: Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case. In. Edited by Department of Health U, Martin Knapp, David McDaid, Michael Parsonage edn. London; 2011.
- Barton J, Pretty J: What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environ Sci Technol* 2010, 44(10):3947-3955.
- Beddington J, Cooper CL, Field J, Goswami U, Huppert FA, Jenkins R, Jones HS, Kirkwood TBL, Sahakian BJ, Thomas SM: The mental wealth of nations. *Nature* 2008, 455(7216):1057-1060.
- Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E: Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013, 13:119.
- Brown DR, Wang Y, Ward A, Ebbeling CB, Fortlage L, Puleo E, Benson H, Rippe JM: Chronic psychological effects of exercise and exercise plus cognitive strategies. *Med Sci Sports Exerc* 1995, 27(5):765-75.
- Bukh JD, Bock C, Vinberg M, Kessing LV: The effect of prolonged duration of untreated depression on antidepressant treatment outcome. *J Affect Disord* 2013, 145(1):42-48.
- Buttorff C, Hock RS, Weiss HA, Naik S, Araya R, Kirkwood BR, Chisholm D, Patel V: Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India. *Bull World Health Organ* 2012, 90(11):813-21.
- Cuijpers P: Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997, 28(2):139-47.
- Cuijpers P, de Graaf R, van Dorsselaer S: Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord* 2004a, 79(1):71-79.
- Cuijpers P, Smit F: Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatr Scand* 2004b, 109:325-331.
- Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, de Graaf R, ten Have M, Beekman A: Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatr Scand* 2007a, 115:229-236.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L: Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007b; 27(3):318-26.
- Farne MA, Gnugnoli D: Effects of autogenic training on emotional distress symptoms. *Stress Med* 2000, 16:259-261.
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J: Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level

- meta-analysis. *JAMA* 2010, 303(1):47-53.
- Gerhards SA, Abma TA, Arntz A, de Graaf LE, Evers SM, Huibers MJ, Widdershoven GA: Improving adherence and effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy without support for depression: A qualitative study on patient experiences. *J Affect Disord* 2011, 129(1-3):117-25.
- Hall RC, Wise MG: The clinical and financial burden of mood disorders. Cost and outcome. *Psychosomatics* 1995, 36(2):S11-8.
- Hamamci, Z: Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy* 2006, 33(3):199-207.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D: The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010, 78(2):169-83.
- Huntley AL, Araya R, Salisbury C: Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012, 200(3):184-90.
- Jin P: Efficacy of Tai Chi, brisk walking, meditation, and reading in reducing mental and emotional stress. *J Psychosom Res* 1992, 36(4):361-70.
- Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS: The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin North Am* 2002, 25:685-698.
- Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO: Genetic Risk, Number of Previous Depressive Episodes, and Stressful Life Events in Predicting Onset of Major Depression. *Am J Psychiatry* 2001, 158:582-586.
- Kenneth S. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO: Stressful Life Events and Previous Episodes in the Etiology of Major Depression in Women: An Evaluation of the "Kindling" Hypothesis. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1243-1251
- Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M: Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997, 45:19-30.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62(6):593-602.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM: Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005, 352(24):2515-2523.
- Khan A, Leventhal RM, Khan SR, Brown WA: Severity of depression and response to antidepressants and placebo: an analysis of the Food and Drug Administration database. *J Clin Psychopharmacol* 2002, 22(1):40-45.
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT: Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008, 5(2):e45.
- Klerman, GL: *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books; 1984.
- Koenig HG: Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009, 54(5):283-91.
- Kornelia_Troeschel: *Die Kur*. 2013 [<http://www.die-neue-kur.de/en.html>].
- Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T: Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. *Cyberpsychol Behav* 2005 8(1):76-88.
- Krampen G: Long-term evaluation of the effectiveness of additional autogenic training in the psychotherapy of depressive disorders. *Eur Psychologist* 1999, 4:11-18.
- Lin Y, Kikuchi S, Yagyu K, Ishibashi T, Kurosawa M, Ito Y, Watanabe Y, Inaba Y, Tajima K, Nakachi K, Tamakoshi A; JACC Study Group: Serum soluble fas levels

- and superoxide dismutase activity and the risk of death from pancreatic cancer: A nested case-control study within the Japanese Collaborative Cohort Study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009, Suppl:81-5.
- Linde K, Berner MM, Kriston L: St John's wort for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, (4):CD000448.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL: *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington (DC), World Bank; 2006.
- Marchesi C, De Panfilis C, Tonna M, Ossola P: Is placebo useful in the treatment of major depression in clinical practice? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013, 9:915-20.
- Maretzki TW. The Kur in West Germany as an interface between naturopathic and allopathic ideologies. *Soc Sci Med* 1987, 24(12):1061-8.
- McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S: *Paying the Price: The cost of mental health care in England to 2026*. The King's Fund; 2008.
- McInnis MG, Merajver SD: Global mental health: Global strengths and strategies Task-shifting in a shifting health economy. *Asian J Psychiatr* 2011, 4:165-171.
- McLay RN, Wood DP, Webb-Murphy JA, Spira JL, Wiederhold MD, Pyne JM, Wiederhold BK: A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011, 14(4):223-9.
- Merry SN, Stasiak K, Shepherd M, Frampton C, Fleming T, Lucassen MF: The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ* 2012, 344:e2598.
- Mitchell R. Is physical activity in natural environments better for mental health than physical activity in other environments? *Soc Sci Med* 2013, 91:130-134.
- Morgan AJ, Jorm AF: Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7(1):13.
- Moshiri E, Basti AA, Noorbala A-A, Jamshidi A-H, Abbasi SH, Akhondzadeh S: *Crocus sativus L. (petal)* in the treatment of mild-to-moderate depression: a double-blind, randomized and placebo-controlled trial. *Phytomedicine* 2006, 13:607-611.
- Moyer CA, Rounds J, Hannum JW: A meta-analysis of massage therapy research. *Psychol Bull* 2004, 130:3-18.
- Mursu J, Robien K, Harnack LJ, Park K, Jacobs DR Jr.: Dietary supplements and mortality rate in older women: the Iowa Women's Health Study. *Arch Intern Med*. 2011, 171(18):1625-33.
- Neenan, M: From Cognitive Behaviour Therapy (CBT) to Cognitive Behaviour Coaching (CBC). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2008, 26(1):3-15.
- NICE: *Behaviour Change at Population, Community and Individual Levels*. NICE public health guidance 6. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 [<http://www.nice.org.uk>].
- NICE: *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. Clinical Guideline 123. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011 [<http://www.nice.org.uk>].
- Noorbala AA, Akhondzadeh S, Tahmacebi-Pour N, Jamshidi A-H: Hydro-alcoholic extract of *Crocus sativus L.* versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression: a double-blind, randomized pilot trial. *J Ethnopharmacol* 2005, 97:281-284.
- OECD: *Mental health*. In *OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Publishing; 2009 [<http://www.oecd-ilibrary.org/>].
- Palmer S, Gyllensten K: How cognitive behavioural, rational emotive behavioural or

- multimodal coaching could prevent mental health problems, enhance performance and reduce work related stress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2008, 26(1): 38-52.
- Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G: Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2007, 7(3):291-7.
- Parsons TD, Rizzo AA. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008, 39(3):250-61.
- Perez-Diaz de Cerio D, Valenzuela JL, Ruiz S, Garcia-Lozano M, Colomé JM: Help4Mood: A computational distributed system to support the treatment of patients with major depression. COST IC1004 TD(11)01039 Lund, Sweden; 2011 [[http://www.ic1004.org/uploads/TDs/Lund/TD\(11\)01039.pdf](http://www.ic1004.org/uploads/TDs/Lund/TD(11)01039.pdf)]
- Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Richardson J. Yoga for depression: the research evidence. *J Affect Disord* 2005, 89:13-24.
- Rimer J, Dwan K, Lawlor DA, Greig CA, McMurdo M, Morley W, Mead GE. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 7:CD004366.
- Rowe SK, Rapaport MH: Classification and treatment of subthreshold depression. *Curr Opin Psychiatry* 2006, 19:9-13.
- Sayyah M, Sayyah M, Kamalinejad M: A preliminary randomized double blind clinical trial on the efficacy of aqueous extract of *Echium amoenum* in the treatment of mild to moderate major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006, 30:166-169.
- Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC: Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1516-1518.
- Slater W, Hall TW, Edwards KJ: Measuring religion and spirituality: where are we and where are we going? *Journal of Psychology and Theology* 2001, 29:4-21.
- So M, Takashi W., Sora H., Miyuki T., Yutaka O: The pilot study of self-help cognitive therapy program on the website for Japanese depressive workers, *World Congress of Behavioral & Cognitive Therapies, Barcelona, Spain; June 2007.*
- So M, Yamaguchi S, Hashimoto S, Sado M, Furukawa TA, McCrone P: Is computerised CBT really helpful for adult depression?: A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. *BMC Psychiatry* 2013, 13:113.
- Stathopoulou G, Powers MB, Berry AC, Smits JA, Otto MW: Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2006; 13(2):179-193.
- Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D: Cost of lost productive work time among us workers with depression. *JAMA* 2003, 289(23):3135-3144.
- Sturt J, Ali S, Robertson W, Metcalfe D, Grove A, Bourne C, Bridle C: Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes. *Br J Gen Pract* 2012, 62(604):e757-64.
- Suehs B, Argo TR, Bendele SD, Crismon ML, Trivedi MH, Kurian B: Texas medication algorithm project procedural manual. Texas Department of State Health Services; 2008 [<http://www.pbhcare.org>].
- Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M: Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006, 163(1):28-40.
- Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM: The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: a meta-analysis of behavioral

- change outcomes. J Med Internet Res 2004, 6(4):e40.
- Wodarski J, Frimpong J: Application of E-Therapy Programs to the Social Work Practice. Journal of Human Behavior in the Social Environment 2013, 23(1):29-36.
- Williams AL, Girard C, Jui D, Sabina A, Katz DL: S-adenosylmethionine (SAME) as treatment for depression: a systematic review. Clin Invest Med 2005, 28(3):132-9.
- Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, Shaughn O'Brien PM: Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. BMJ 1999, 318(7195):1375-81.
- Yamagishi K, Iso H, Date C, Fukui M, Wakai K, Kikuchi S, Inaba Y, Tanabe N, Tamakoshi A: Fish, ω -3 Polyunsaturated Fatty Acids, and Mortality From Cardiovascular Diseases in a Nationwide Community-Based Cohort of Japanese Men and Women The JACC (Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk) Study. J Am Coll Cardiol 2008, 52(12):988-96.
- Yutzy SH, Woofter CR, Abbott CC, Melhem IM, Parish BS: The increasing frequency of mania and bipolar disorder: causes and potential negative impacts. J Nerv Ment Dis 2012, 200(5):380-7.
- 有元裕美子 (2011) 『スピリチュアル市場の研究—データで読む急拡大マーケットの真実』東洋経済新報社。
- 伊藤実佐子 (2006) 「「スパ」にビジネスチャンスあり」日本貿易振興機構. [http://www.jetro.go.jp/jfile/report/05001283/05001283_002_BUP_0.pdf].
- EAP レポート (2012) 『メンタルヘルス市場の現状と将来展望 2013』株式会社シード・プランニング。
- 小口孝司 (2008) 「こころと地域を元気にする観光＝メンタルヘルスツーリズム」Regional Futures No.12 Jul. 2008. [http://www.refrec.jp/rfs/rfs12/rfs12_3.pdf]
- 川上憲人 (2006) こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学事業) こころの健康についての疫学調査に関する研究総括研究報告書。
- 経済産業省 (2013) 「特定サービス産業動態統計調査」. [http://www.meti.go.jp/statistics/tyo/tokusabido/result/result_1.html].
- 厚生労働省 (2007) 「精神医療について (参考資料) 精神科外来の診療時間について (H19 年保険局医療課調)」厚生労働省中央社会保険医療協議会. [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1116-4d.pdf].
- 厚生労働省 (2010) 「自殺・うつ対策の経済的便益 (自殺やうつによる社会的損失)」 [http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000qvsy.html] .
- 斎藤貴男 (2009) 『強いられる死: 自殺者三万人の超の実相』角川グループパブリッシング。
- JTB ヘルスツーリズム研究所 (2007) 「ヘルスツーリズムの現状と展望」JTB ヘルスツーリズム研究所: 43-49.
- 島悟 (2002) 平成 14~16 年度厚生労働科学研究費補助金「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」総合研究報告書。
- 社会経済生産性本部 (2006) 『「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査結果』財団法人社会経済生産性本部. [http://activity.jpc-net.jp/detail/mhr/activity000576/attached.pdf].
- 宗未来・稲垣中・古茶大樹・鹿島晴雄 (2005A) 「気分障害患者の PMS (月経前症候群)、PMDD (月経前気分不快障害) に対して、抗うつ薬投与に加えた VitaminB6 投与が有効だった 9 例について」第 15 回日本臨床精神神経薬理学会; 東京。
- 宗未来・稲垣中・古茶大樹・鹿島晴雄 (2005B) 「抗うつ薬への葉酸増強療法が有効であった難治性うつ病の 3 例」第 15 回日本臨床精神神経薬理学会; 東京。

- 寺尾淳 (2012) 「コナミ、サントリー…大手が参入フィットネスクラブは総崩れ？」
『Business Journal』 2012.08.24 [http://biz-journal.jp/2012/08/post_580_4.html].
- 内閣府 (2012) 「消費者の「健康食品」の利用に関する実態調査 (アンケート調査)」 内閣府消費者委員会 .
[http://www.cao.go.jp/consumer/iinkai/2012/088/doc/088_120518_shiryou1-2.pdf].
- 西田淳・中根允 (2009). Psychiatric epidemiology and the burden of mental disorders.
『医学のあゆみ』 231(10):948-51.
- 日本観光協会 (2007) 「ヘルスツーリズムの推進に向けて」 社団法人日本観光協会.
- 日本観光協会 (2010) 「ヘルスツーリズムの手引き-平成 21 年度ヘルスツーリズム推進事業報告書」 社団法人日本観光協会.
- 日本スパ協会 (2013) 「日本スパ協会について」 一般社団法人日本スパ協会.
[<http://www.j-spa.jp/organization.html>]
- 樋口輝彦 (2010) 「うつ病医療の入り口と出口——診断とリハビリをめぐる諸問題——」
精神経誌. 112 (10):1037-47.
- 労働政策研究・研修機構 (2011) 「特集—職場のメンタルヘルス対策；うつ増加の背景は何か」 Business Labor Trend 2011.7. 独立行政法人労働政策・研修機構.
[<http://www.jil.go.jp/kokunai/blt/backnumber/2011/07/031-033.pdf>]

図 1 DSM-5 診断基準 大うつ病性障害

大うつ病性障害 Major Depressive Disorder DSM-5診断基準

A: 以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同一の2週間に存在し、病前の機能からの変化を起している；これらの症状のうち少なくとも1つは、1 抑うつ気分または2 興味または喜びの喪失である。注：明らかに身体疾患による症状は含まない。

1. その人自身の明言（例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる）か、他者の観察（例えば、涙を流しているように見える）によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。注：小児や青年ではいらいらした気分もありうる。
2. ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退（その人の言明、または観察によって示される）。
3. 食事療法中ではない著しい体重減少、あるいは体重増加（例えば、1ヶ月に5%以上の体重変化）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。（注：小児の場合、期待される体重増加が見られないことも考慮せよ）
4. ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
5. ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止（ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではなく、他者によって観察可能なもの）。
6. ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
7. 無価値観、または過剰あるいは不適切な罪責感（妄想的であることもある）がほとんど毎日存在（単に自分をとがめる気持ちや、病気になることに対する罪の意識ではない）。
8. 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日存在（その人自身の言明、あるいは他者による観察による）。
9. 死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はない反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

B: 症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的・他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

C: エピソードが物質や他の医学的状態による精神的な影響が原因とされない。

注：基準A-Cは大うつ病エピソードmajor depressive episodeを示している。

注：重要な喪失に対する反応（例：不幸、経済的な破綻、天災による損害、重大な医学的疾患や障害）は、うつ病エピソードを示す基準Aに挙げたような強い悲嘆や喪失について繰り返し考えること、不眠、食欲不振や体重減少を含みうる。しかし、そのような症状は了解可能、あるいは喪失に対して妥当であることもあり、重大な喪失に対する通常の反応に加えて大うつ病エピソードの存在を診断する際には慎重に吟味するべきである。これには必ず、その個人の病歴、そして喪失の文脈としての苦悩の表現に対する文化的な標準を基に臨床的な判断が必要となる。

D: 大うつ病性障害の出現が、統合失調感情障害や統合失調症、統合失調症様障害、妄想性障害、他の特定あるいは特定不能の統合失調スペクトラム、他の精神病性障害でより説明されるものではない。

E: 躁病／軽躁病エピソードが存在したことがない。

注：躁病様、軽躁病様のエピソードのすべてが、物質誘発性または他の医学的状態の生理学的影響が原因とされるものである場合は、この除外は適用されない。

図2 未病うつ (Non-clinical depression)

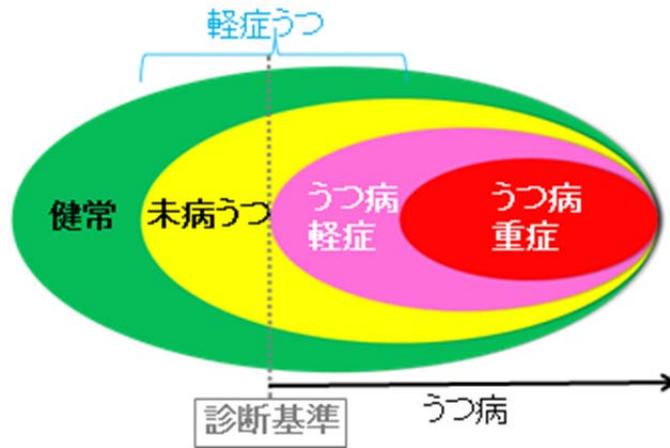


図3 英国 NICE 段階的ケアモデル

