

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	カナダにおけるメンタルヘルス問題—連邦議会及び政府の取組—
他言語論題 Title in other language	Mental Health Issues in Canada: Efforts of the Canadian Parliament and Federal Government
著者 / 所属 Author(s)	鈴木 滋 (Suzuki, Shigeru) / 国立国会図書館調査及び立法考査局主幹 社会労働調査室
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	825
刊行日 Issue Date	2019-10-20
ページ Pages	61-80
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	カナダでは、近年、メンタルヘルス対策が強化され、自殺防止対策枠組み法などが制定された。しかし、この問題をめぐる国内の状況は依然深刻であり、連邦政府は、さらなる対策を迫られている。

* 掲載論文等は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

* 意見にわたる部分は、筆者の個人的見解であることをお断りしておきます。

カナダにおけるメンタルヘルス問題 —連邦議会及び政府の取組—

国立国会図書館 調査及び立法考査局
主幹 社会労働調査室 鈴木 滋

目 次

はじめに

- I カナダにおけるメンタルヘルス問題の概要
 - II カナダにおける医療サービスの制度的な仕組み
 - 1 医療サービスの基本的な仕組み
 - 2 医療サービスの基本法
 - 3 メンタルヘルスに関する法的な枠組み
 - III メンタルヘルス対策への取組をめぐる経緯
 - 1 連邦議会の報告書
 - 2 メンタルヘルス委員会の設置と活動
 - IV 自殺問題と PTSD 問題への取組—枠組み法の制定—
 - 1 連邦議会及び政府の自殺防止対策
 - 2 連邦議会及び政府の PTSD 対策
 - V メンタルヘルス対策の在り方をめぐる議論
- おわりに

キーワード：メンタルヘルス、精神科医療、自殺問題、PTSD

要 旨

- ① 近年、我が国を始め各国で、メンタルヘルス対策は、その重要性を高めつつある。本稿は、カナダの事例に着目し、同国におけるメンタルヘルス問題と、連邦議会及び政府による取組を概観するものである。
- ② カナダでは、国民の5人に1人が精神疾患を発症しているとされており、国民各層に「心の病」が広がっている。また、メンタルヘルスに関わる問題が拡大することで、医療サービスに要する社会的負担が増す一方、労働生産性が減退し、ともに国の将来に大きな影響を及ぼすと予測されている。
- ③ カナダの医療制度は、連邦制という政治システムを反映しており、メンタルヘルスを含み、国民への医療サービスは主に州や準州が提供する。一方、連邦政府の役割は、医療サービスのレベルを全国的に調整することや、連邦軍など特定の社会集団にサービスを提供することにとどまっている。これら医療サービスの基本的な制度は、連邦のカナダ保健法で定められたものである。なお、メンタルヘルスについて体系的に定めた連邦法は、これまでのところ存在しない。
- ④ カナダで、連邦レベルの取組が本格化するのは2006年以降である。2006年に連邦議会でこの問題に関する報告書が発表され、2007年には、メンタルヘルス問題への政策提言などを任務とする第三者機関「カナダ・メンタルヘルス委員会」が設置された。同委員会は、2012年に、その後のメンタルヘルス対策の骨格になったとされる報告書を発表している。
- ⑤ そして、2012年と2018年には、それぞれ、自殺問題とPTSD問題について、対策の枠組みを定めた連邦法が制定された。しかし、こうした取組については、予算が伴っていないことなどを論拠として、実効性に欠け、国家戦略には当たらないとの批判もある。
- ⑥ これまでの連邦政府の取組は、メンタルヘルス・サービスについて直接的な役割を担うというよりは、メンタルヘルス対策の枠組みを策定することに主眼を置いたものであった。しかし、連邦政府の役割については、必ずしも国内でコンセンサスが得られていない。連邦レベルのこうした取組に対する評価が定まるには、今後、一定の時日を要するであろう。

はじめに

厚生労働省がまとめた『平成 30 年版厚生労働白書』によると、我が国における精神疾患患者は平成 26 (2014) 年時点で 392.4 万人であり、いわゆる 4 大疾患 (がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病) の患者よりも多くなっている。また、うつ病や認知症の患者数が増加し、薬物障害や発達障害への対応等について社会的要請が高まるなど、精神科医療に対する需要は多様化している⁽¹⁾。

翻って国際的な状況に目を転じてみると、諸外国でもメンタルヘルスに対するニーズは増大していると見られる。世界保健機関 (World Health Organization. 以下「WHO」) が 2013 年にまとめた報告書によると、精神障害や神経障害、物質使用障害 (アルコールや薬物への依存など) は、合わせると 2004 年時点で世界の全ての医療負担の 13% を占めている。一方、メンタルヘルスでは治療の需要と供給との間で大きなギャップがあり、所得レベルの高い国でも十分な治療を受けられていない患者の割合は 35% から 50% に達するという⁽²⁾。

このような状況を受け、メンタルヘルス対策は各国でその重要性を高めつつある。カナダは、この問題に取り組んできた国の 1 つであり、連邦制国家としての特徴的な医療サービス・システムを背景とした、メンタルヘルスへの興味深い取組を進めている。本稿は、海外におけるメンタルヘルス問題の事例からカナダを取り上げ、問題の概要と連邦議会及び政府の取組を述べるものである。

I カナダにおけるメンタルヘルス問題の概要

本章では、連邦や州のメンタルヘルス対策に対し助言などを行う「カナダ・メンタルヘルス委員会」(Mental Health Commission of Canada. 以下「メンタルヘルス委員会」)⁽³⁾が発表した資料から、カナダにおけるメンタルヘルス問題の現状を概観する。

メンタルヘルス委員会は、2013 年に「メンタルヘルス対策への投資が必要であることの論証」と題した報告書を発表した⁽⁴⁾。この報告書は、様々な統計指標を用い、カナダにおけるメンタルヘルス問題の深刻さを述べている。概要は次のとおりである。

- ・カナダでは 670 万人以上、およそ国民の 5 人に 1 人が精神疾患を抱えており、そのうち 100 万人以上は 9~19 歳の青少年である (2011 年時点)。こうした精神疾患患者の数は、2041 年ま

* 本稿におけるインターネット情報は、2019 年 8 月 23 日現在である。また、人物の肩書は参照文献発表時点のものである。

- (1) 厚生労働省『平成 30 年版厚生労働白書—障害や病気などと向き合い、全ての人が活躍できる社会に—』p.485。
- (2) World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2013, pp.7-8. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=27AE5CE625602DE4083AD409E27E6BC8?sequence=1> なお、この報告書については、以下の日本語訳資料がある。世界保健機関『メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020』国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, 2014. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_jpn.pdf?sequence=5>
- (3) 「カナダ・メンタルヘルス委員会」は、連邦政府から独立した第三者機関であるが、その活動予算は連邦政府が負担している (同委員会について詳しくは、Ⅲ章 2 で後述する)。
- (4) Mental Health Commission of Canada, *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*, 2013. <https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf>

でに 200 万人ほど増加し、890 万人となる可能性がある⁽⁵⁾。

- ・国民の 11.75% に当たる、およそ 400 万人が気分障害又は不安障害を抱えており（2011 年時点）、2041 年までに、その数は 490 万人に達すると見込まれている⁽⁶⁾。
- ・国民の 50% が、40 歳に達するまでに精神疾患を経験する見通しであり、90 歳以上になるまでには、男性の 65%、女性の 70% が精神疾患を経験すると見られる⁽⁷⁾。
- ・労働者人口（20～64 歳）のおよそ 21.4% は、精神疾患を抱えている（2011 年時点）という調査結果がある⁽⁸⁾。

また、同報告書は、精神疾患患者の増加がもたらす、医療負担や負の経済効果についても言及している。概要は次のとおりである。

- ・精神疾患に係る直接的な財政負担、すなわち患者への医療サービスと社会サービス、所得補償に要する経費は、年間 423 億カナダドル（以下「ドル」）以上となっており（2011 年時点）、2041 年には年間 2909 億ドルに達する見通しである。また、この 30 年間に累積する直接的な財政負担は 2 兆 3000 億ドルと見込まれている⁽⁹⁾。
- ・一方、精神疾患に係る間接的な負担としては、生産性に及ぶ影響がある。患者が労働者である場合、欠勤や疾病を抱えたままの就業などは、生産性の減退をもたらすことになる。精神疾患が職場にもたらす生産性の減退は、年間 64 億ドル以上となっており（2011 年時点）、2041 年には年間 160 億ドルに達する見通しである⁽¹⁰⁾。
- ・精神疾患に係る負担は、直接的なものと間接的なものを合わせると、年間で総計 500 億ドル近くとなっており、カナダにおける国内総生産（GDP）の 2.8% に相当する（2011 年時点）。2041 年には年間 3070 億ドルに達する見通しであり、また、この 30 年間に累積する財政負担は総計 2 兆 5300 億ドルと見込まれている⁽¹¹⁾。

メンタルヘルス委員会の報告書は、これらの統計指標を踏まえ、政府の計画や政策が変わらずに現状のまま推移すれば、メンタルヘルス問題はカナダの経済に多大な負担を与えることになる論じ、他の先進国に倣って、この分野での対策予算を毎年 2% 増やすよう提言している⁽¹²⁾。

メンタルヘルス委員会は、その後、2015 年に「未来の知らせ：カナダに対するメンタルヘルスの指針」と題した報告書を発表した⁽¹³⁾。この報告書も、メンタルヘルス問題の現状をめぐる統計指標をまとめており、12 分野にわたり 55 の指標が掲載されている。また、それぞれの指

(5) *ibid.*, pp.7-8, 11.

(6) *ibid.*, pp.7, 9. 気分障害 (mood disorder) とは、抑うつ症状や気分の高揚など、気分や感情の変調を来す精神障害をいう。また、不安障害 (anxiety disorder) とは、不安が強度で持続したり、何かに誘発されて起こる病的な不安状態をいう。不安障害には心的外傷後ストレス障害 (PTSD) や急性ストレス障害などが含まれる。井部俊子・箕輪良行監修『看護・医学事典 第 7 版』医学書院, 2014, pp.198, 842.

(7) Mental Health Commission of Canada, *ibid.*

(8) *ibid.*, p.13.

(9) *ibid.*, p.15. 直近の円換算レートで、1 カナダドルは約 82 円である（令和元年 9 月分報告省令レート）。

(10) *ibid.*, p.17.

(11) *ibid.*, pp.15, 18.

(12) *ibid.*, p.25.

(13) Mental Health Commission of Canada, *Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada*, 2015. <https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Informing%252520the%252520Future%252520-%252520Mental%252520Health%252520Indicators%252520for%252520Canada_0.pdf>

標は、問題の深刻度に応じ、赤色（重大な懸念が持たれるもの）、黄色（一定の懸念が持たれるもの）、緑色（良好な状況にあるもの）に区分されている。下表は、報告書から主な 25 の指標を抽出し、一覧表として作成したものである。

表 カナダのメンタルヘルス問題に関する統計的指標

指標名	内容	深刻度
1 国民全体の自殺率	10 万人当たり 10.8 人	赤
2 成人（20～64 歳の国民）の自殺率	10 万人当たり 13.8 人	赤
3 高齢者（65 歳以上の国民）の自殺率	10 万人当たり 10.4 人	赤
4 青少年（15～19 歳の国民）の自殺率	10 万人当たり 9.0 人	赤
5 先住民の自殺率	10 万人当たり 30.9 人	赤
6 最近 1 年間に自殺を考えたことがある者（国民全体）	母数全体の 3.3%	黄
7 最近 1 年間に自殺を考えたことがある成人	母数全体の 3.5%	黄
8 最近 1 年間に自殺を考えたことがある高齢者	母数全体の 1.3%	緑
9 最近 1 年間に自殺を考えたことがある青少年	母数全体の 6.4%	赤
10 大学等の学生で最近 1 年間に自傷行為を行った者	母数全体の 6.6%	赤
11 精神疾患を抱える者が必要な時に医療サービスを受けることができなかった国民（15 歳以上）	母数全体の 26.3%	赤
12 気分障害又は不安障害を抱える者（国民全体）	母数全体の 10.6%	黄
13 気分障害又は不安障害を抱える成人	母数全体の 11.6%	黄
14 気分障害又は不安障害を抱える高齢者	母数全体の 8.5%	黄
15 気分障害又は不安障害を抱える青少年	母数全体の 7.0%	黄
16 気分障害又は不安障害を抱える性的少数者（LGBT）（12 歳以上）	母数全体の 28.5%	赤
17 日常的にストレスを抱える国民（15 歳以上）	母数全体の 22.6%	黄
18 日常的にストレスを抱える移民（15 歳以上）	母数全体の 22.0%	黄
19 日常的にストレスを抱える先住民（15 歳以上）	母数全体の 19.6%	緑
20 日常的にストレスを抱える性的少数者（LGBT）	母数全体の 34.3%	赤
21 職場で日常的にストレスを抱える国民（15～75 歳）	母数全体の 28.4%	黄
22 精神疾患患者をケアする家族等で最近 1 年間に強いストレスを抱えた者（15 歳以上）	母数全体の 16.5%	赤
23 障害給付における精神疾患関係の割合	母数全体の 30.4%	黄
24 過去 5 年間にメンタルヘルスに関わる症状で差別や不利益を経験した国民（15 歳以上）	母数全体の 37.9%	赤
25 気分障害又は不安障害等の症状で通常の医療サービスを受けることができなかった国民（12 歳以上）	母数全体の 24.2%	赤

（注）指標 10、23 は 2013 年、指標 6 から 9、11、22 は 2012 年、指標 12 から 21 は 2011/2012 年、指標 1 から 5 は 2011 年、指標 25 は 2010 年、指標 24 は 2009 年の数値。太字の指標は赤色表示であることを示す。

（出典）Mental Health Commission of Canada, *Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada*, 2015, pp.9-10, 12-13, 15-16, 18, 23-24, 27, 30-32, 37-39, 42, 46, 51, 53-55, 57, 59-60. <https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Informing%252520the%252520Future%252520-%252520Mental%252520Health%252520Indicators%252520for%252520Canada_0.pdf> を基に筆者作成。

報告書に掲載された 55 の指標を深刻度から見ると、その内訳は、赤色 21、黄色 28、緑色 6 であり、赤色とされた指標は、全体のおよそ 38%、4 割近くに上る。一方、表で示した指標で赤色とされたもののうち、比較的多くは、自殺率（指標 1 から 5）、青少年や先住民などのメンタルヘルス（指標 4、5、9、10、16、20）、精神疾患患者への医療サービス（指標 11、25）などに関連しており、メンタルヘルス問題の中でも、これらの分野が特に深刻とみなされていると分かる。また、そのほか赤字表示された指標としては、家族等、精神疾患患者をケアする立場にある者のストレス（指標 22）があり、患者本人に限らず家族等のメンタルヘルスが深刻とされていることが読み取れる。

ちなみに、これらの赤色に表示された指標の経年変化を見ていくと、年々数値が上昇しているものは少なく、おおむね横ばいの傾向にあることが確認される⁽¹⁴⁾。しかし、報告書は、例えば国民全体の自殺率（指標 1）については、基本的に高い数値のまま推移しており、いくつかの G8 諸国より高いレベルを維持しているとされること⁽¹⁵⁾、青少年の自殺率（指標 4）については、この 10 年間劇的に減少するに至っていないこと⁽¹⁶⁾、先住民の自殺率（指標 5）については、国民全体の数値よりも 3 倍高いこと⁽¹⁷⁾を理由として、それぞれ赤色表示としている。

なお、報告書が赤色表示とした指標で表に掲げなかったものには、メンタルヘルスに係る自らの状況を良好と考える高齢者、先住民、LGBT それぞれの割合（母数比）や、気分障害又は不安障害を抱える国民で最近 1 年間に就労した者の割合などがある。これらの指標は、国民全体と比較して数値が低いことを理由に、赤色表示とされている⁽¹⁸⁾。

以上、メンタルヘルス委員会の報告書を通してカナダのメンタルヘルス問題を見てきたが、カナダにおいて精神疾患を抱える者とメンタルヘルスに係る財政負担は、将来にわたり継続的に増大する見通しである。また、自殺を始め、メンタルヘルスについて憂慮すべき問題の影響は、指標により程度の差はあるものの、社会に広く及んでおり、メンタルヘルス対策は今後ともカナダの重要な政策課題になると考えられる⁽¹⁹⁾。

II カナダにおける医療サービスの制度的な仕組み

このような状況を受け、連邦政府はメンタルヘルス対策の取組を強めている。Ⅲ章及びⅣ章では、これまでの取組経緯や主な対策などを述べるが、ここでは、Ⅲ章及びⅣ章の理解を助けるため、メンタルヘルスを含むカナダの医療サービスについて、制度的仕組みを概観しておく。

(14) 例外的に、指標 16（気分障害又は不安障害を抱える性的少数者（LGBT））の数値は、年々増加する傾向にある。
ibid., p.27.

(15) *ibid.*, p.60.

(16) *ibid.*, p.24.

(17) *ibid.*, p.37.

(18) *ibid.*, pp.34-35, 47, 52.

(19) 精神科医療等に関係する諸団体から構成される「カナダ精神疾患及びメンタルヘルス同盟」（Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health）は、2016 年に「今こそ、メンタルヘルスを」と題した報告書を発表した。同報告書は、カナダ国民の誰も精神疾患の影響から免れることはできないと述べ、連邦政府は、もはやメンタルヘルスについて議論するのではなく、今こそ行動すべき時だとしている。以下の資料を参照。Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, *Mental Health Now!: Advancing the Mental Health of Canadians: The Federal Role*, September 2016, p.8. <https://www.camimh.ca/wp-content/uploads/2016/09/CAMIMH_MHN_EN_Final_small.pdf>

1 医療サービスの基本的な仕組み

カナダにおける医療サービスは、全国民を対象とし、全てを税財源で公的に負担するシステムとして運営されている。この制度をメディケア（medicare）と呼んでおり、法的根拠は「カナダ保健法」（次項で後述）である。市民権又は永住権を有する者は、全員が州の管理運営する医療保険制度に任意加入することができる。州政府は、医師免許の交付や医療保険制度の運営を通じ、州における医療サービス全般の管理を行う。一方、連邦政府は、医療サービスに関する基本原則の策定や州に対する資金援助を通じ、各州の医療サービスの均一性確保を図っている⁽²⁰⁾。

現場の医療サービスを州が担うという、こうした仕組みは、カナダ憲法の規定に由来するとされる。カナダ連邦議会図書館（Library of Parliament）の報告書（2013年。以下「議会図書館報告」）は、1867年憲法⁽²¹⁾第92条は、州の専権的な立法事項を規定しているが、同条第7項には「病院の設置、維持及び管理」が、同条第16項には「州における、至って地域的又は私的な問題」が挙げられていると述べ、これらの条項と医療サービス（出典では「メンタルヘルス」）に係る州の役割との関連性に言及している⁽²²⁾。

2 医療サービスの基本法

カナダにおける医療サービスの基本法に当たるものは「カナダ保健法」⁽²³⁾であり、同法は、医療サービスを規律する5つの基本原則（公営、包括性、普遍性、全国的適用、平等なアクセス）を定めている（第7条）。

また、同法は、定義規定（第3条）の中で「医療ケア保険計画」（health care insurance plan）という用語の定義を定めている。この計画は、保険医療サービス（insured health services）を実施するため、州の法律により定められた計画とされており、連邦法上、州が医療サービスを担うという仕組みは、同法が根拠になっていると考えられる。

ただし、この仕組みについては例外もある。同法は、定義規定の中で医療保険の「被保険者」（insured person）という用語の定義を定め、連邦軍の要員、刑務所に収監されている者、住民登録に必要とされる居住期間を満たさない者については、ここでいう「被保険者」、すなわち州から医療サービスを受ける者の範ちゅうから除外されるとしている。したがって、これらの者に対する医療サービスは、例外的に連邦政府が所管する。

連邦政府が、こういった特定の集団に対して直接医療サービスを提供するという考え方は、

⁽²⁰⁾ ここでは、次の資料に依拠して記述した。厚生労働省「2018年 海外情勢報告」2018, p.21. <<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/19/dl/t2-02.pdf>>

⁽²¹⁾ 1867年憲法（The Constitution Act, 1867）とは、1867年に英国議会在が制定した「1867年英領北アメリカ法」が後に改称され、連邦憲法を構成する法典の1つとなったとされるものである。以下の資料を参照。齋藤憲司『各国憲法集（4）カナダ憲法』（調査資料2011-1-d 基本情報シリーズ10）国立国会図書館調査及び立法考査局，2012, p.4. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_3487777_po_201101d.pdf?contentNo=1>

⁽²²⁾ Martha Butler and Karin Phillips, *Current Issues in Mental Health in Canada: The Federal Role in Mental Health*, Library of Parliament, 15 August 2013, p.1. <<https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/InBriefs/PDF/2013-76-e.pdf>> 議会図書館報告は、メンタルヘルスに絞って述べたものである。本稿では、同報告から引用する際、以下、出典のとおり「メンタルヘルス」の用語を用いるが、その場合の「メンタルヘルス」は、医療サービス全般に当てはまることを前提として記述する。なお、第92条を始め、1867年憲法条文の和訳は、以下の資料から参照することができる。同上, pp.24-69.

⁽²³⁾ Canada Health Act, R.S.C., 1985, c. C-6.

やはり憲法の規定に由来するとされる。議会図書館報告は、連邦政府は、1867年憲法の下で有する責務に基づいて、特定の社会集団（specific population group）に対する、メンタルヘルス・サービスを含む医療サービスを発展させてきたと述べ、同法の関連条項として、第91条第7項、第24項、第25項、第28項を挙げている⁽²⁴⁾。第91条は、議会の権限を定めたものであり、第7項は軍と国防、第24項はインディアン及びその保留地、第25項は帰化及び在留外国人、第28項は刑務所の設置、維持及び管理に関する事項について、それぞれ議会が立法権限を有すると定めている⁽²⁵⁾。

この点に関連するが、議会図書館報告は、連邦政府からメンタルヘルス・サービスを受ける社会集団の一覧表を掲載している。この表に掲げられているのは、保留地に居住する先住民やイヌイット、連邦政府が管理する刑務所に収監されている者、連邦軍の要員、退役軍人、国家警察（Royal Canadian Mounted Police）の職員、人道上の理由などからカナダに定住した移民、その他連邦政府機関の職員である⁽²⁶⁾。

議会図書館報告は、これらの集団とメンタルヘルス・サービスの関係について、以下のように説明している⁽²⁷⁾。

- ・刑務所の収監者と連邦軍の要員については、カナダ保健法の適用を受けず、連邦政府がメンタルヘルス・サービスを提供する。
- ・国家警察の職員、退役軍人、先住民及びイヌイット（First Nations peoples on reserve and Inuit communities）、定住した移民の一部は、カナダ保健法に基づいて州から受けるメンタルヘルス・サービスに加え、連邦政府からも補足的なサービスを受けることができる。
- ・その他の連邦政府職員については、州と連邦政府の双方からメンタルヘルス・サービスを提供する。

なお、カナダ保健法は、州の医療サービスに対する連邦政府の資金援助（本章前項）についても規定している（第5条）。

3 メンタルヘルスに関する法的な枠組み

筆者が文献調査した範囲では、メンタルヘルスの原則や、その在り方などを定めたカナダの連邦法を確認することはできない。ウエスタン大学（Western University）のリチャード・オリリー（Richard L. O'Reilly）教授は、共著論文で「カナダには13のメンタルヘルス法が存在する。」と述べている。13という数字は、州の数10と準州（territory）の数3を足したもので、同教授は、これらの州や準州が、それぞれ自らの責任で医療分野の法を制定し、サービスを提供していることを、その論拠としている⁽²⁸⁾。

このように、連邦法においては、当該分野に特化した形で定められた、基本法的な法律が存在しないことから、メンタルヘルスについては、前記のカナダ保健法が、医療サービスの一環

⁽²⁴⁾ Butler and Phillips, *op.cit.*(22), p.2.

⁽²⁵⁾ 齋藤 前掲注(21), pp.45-46.

⁽²⁶⁾ Butler and Phillips, *op.cit.*(22), pp.4-5 (Table 1).

⁽²⁷⁾ *ibid.*, p.3.

⁽²⁸⁾ Richard L. O'Reilly and John E. Gray, "Canada's mental health legislation," *International Psychiatry*, 11(3), August 2014, p.65.

という位置付けで、いくつかの宣言的な規定を定めるにとどまっている。同法は、前文において、カナダ国民は、身体的医療及びメンタルヘルスを促進する医療サービス・システムが構築され、疾病から保護されることを望んでいるとし、医療サービスの上で、身体的医療とメンタルヘルスを同列に扱う基本的な考え方を示している。この原則は、第3条でも改めて確認されており、同条は、医療ケア政策 (health care policy) の主な目的として、カナダ国民の身体的及び精神的健康 (physical and mental well-being) を保護、促進及び回復すること、カナダ国民が、金銭的又はその他の障壁に妨げられることなく、合理的に医療サービスへアクセスできる体制を促進することを挙げている。なお、議会図書館報告は、カナダ保健法が定める、これらの規定は規範的なものではなく、州と準州は、提供するメンタルヘルス・サービスの内容について、そのほとんどを自由に決定できるが、第7条が定める前記5つの基本原則には従う必要があるとしている⁽²⁹⁾。

このほか、メンタルヘルスに関する、現在でも有効な連邦法として、筆者が確認できたものには、「自殺防止対策連邦枠組み法」⁽³⁰⁾、「心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 対策連邦枠組み法」⁽³¹⁾ などがあるが、これらの連邦法の規定については、IV章で後述する。

Ⅲ メンタルヘルス対策への取組をめぐる経緯

前章で述べたとおり、医療サービスにおける連邦政府の役割は、主として医療サービスに関する基本原則の策定や州に対する資金援助であり、直接的な医療サービスは、原則として州や準州によって提供される。連邦政府が直接的な医療サービスを提供する対象は、連邦軍の要員など、特定の社会集団に限られる。このような事情を反映し、連邦レベル、すなわち連邦政府のほか、連邦議会のメンタルヘルス対策への取組は、関連する連邦法の制定に加え、メンタルヘルス・サービスの全般的な在り方や、特に深刻な課題である自殺防止などをめぐる、政策文書の策定を主軸として展開してきた。ここでは、それら政策文書を中心に、連邦議会及び政府による取組を紹介する。なお、連邦政府からは独立した組織であるが、メンタルヘルス委員会の活動についても、政府に準じた連邦レベルの取組として、併せて紹介する。

1 連邦議会の報告書

カナダにおけるメンタルヘルス対策の取組は、ごく最近始まったものではなく、相応の時間的な経緯がある。その端緒は1980年代に遡るとの見方もあるが⁽³²⁾、連邦レベルの取組が本格化したのは2006年と見られる。同年5月、連邦議会上院社会問題及び科学技術委員会 (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology) は、メンタルヘルス対策について「遂に闇

(29) Butler and Phillips, *op.cit.*(22), p.3.

(30) Federal Framework for Suicide Prevention Act, S.C. 2012, c. 30.

(31) Federal Framework on Post-Traumatic Stress Disorder Act, S.C. 2018, c. 13.

(32) カナダ・メンタルヘルス協会 (Canadian Mental Health Association) のウェブサイトに掲載された資料は、このテーマを時系列で整理しているが、同資料によれば、カナダにおいてメンタルヘルス対策の取組が始まったのは1983年であり、同年以降、メンタルヘルスの改善をうたった有識者会議の報告などが発表されるようになった。以下の資料を参照。“History of Mental Health Reform.” Canadian Mental Health Association website <<http://ontario.cmha.ca/provincial-policy/health-systems-transformation/history-of-mental-health-reform/>>

の外へ」と題する報告書を発表した⁽³³⁾。同報告書（以下「カナダ上院報告」）は、メンタルヘルス問題に関し、カナダで実施された調査としては、それまでで最も包括的なもの（原語は「the most comprehensive study of mental health」）であり⁽³⁴⁾、メンタルヘルスに関する初の国家戦略策定に向け、その基盤を提供したと評価されている⁽³⁵⁾。

カナダ上院報告は、メンタルヘルスに関わる大きな問題として、メンタルヘルス・サービスを統合的に提供するシステムやメンタルヘルス及び精神疾患に関する国家戦略の不在、メンタルヘルス・サービスを実施していく上で、スティグマ⁽³⁶⁾や患者に対する社会の差別意識が過剰な重荷となっている点などを指摘した⁽³⁷⁾。その上で、同報告は、メンタルヘルスの改善に向けた対策として、118の提言を行っている。連邦政府が実施すべきとされた主な対策には、以下のようなものがある。

- ・地域に根差したメンタルヘルス・サービスを更に推進していくため、「メンタルヘルス地域移行支援基金」(Mental Health Transition Fund)を創設し、同基金から州と準州に資金を供与する⁽³⁸⁾。
- ・連邦政府の医療サービスを受ける全ての集団を包含し、それら集団に特有のニーズを考慮したメンタルヘルス戦略を策定する⁽³⁹⁾。
- ・連邦政府機関内で、メンタルヘルスに係る政策や計画等の策定及び実施を調整するメカニズムを構築する⁽⁴⁰⁾。
- ・自殺予防に関する国家戦略の策定に向けた、カナダ自殺防止協会（Canadian Association for Suicide Prevention）等、関連機関の取組を支援する⁽⁴¹⁾。
- ・メンタルヘルス政策の改革とメンタルヘルス・サービスの提供改善に向けて「触媒的な」役割を果たす独立機関として、メンタルヘルス委員会を設置する⁽⁴²⁾。同委員会には、メンタルヘルス問題について関連情報の収集・分析などを行うため、「情報交換センター」（Knowledge Exchange Centre）を置く⁽⁴³⁾。

⁽³³⁾ Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Out of the Shadows at Last: Highlights and Recommendations*, May 2006. <https://mdsc.ca/documents/Publications/Out%20of%20the%20Shadows_Highlights_EN.pdf> 筆者が参照した資料は要約版である。報告書の正式名称は「Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada」であり、報告書の全文は以下の URL（カナダ連邦議会上院のウェブサイト）から入手できる。<<https://sencanada.ca/content/sen/committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm>>

⁽³⁴⁾ David Goldbloom and Louise Bradley, “The Mental Health Commission of Canada: the first five years,” *Mental Health Review Journal*, Vol.17 No.4, 2012, p.221.

⁽³⁵⁾ “History of Mental Health Reform,” *op.cit.*⁽³²⁾

⁽³⁶⁾ スティグマ (stigma) とは心理学上の用語であり、他者や他集団から付与された、ぬぐいがたいほどの否定的な価値付けのことを指す。藤永保監修『最新心理学事典』平凡社, 2013, pp.689-690. これをメンタルヘルスに置き換えると、精神疾患を抱えた者が、周囲から否定的なイメージで見られ、職務や学業での評価に影響する可能性などを恐れるあまり、自らの症状を申告せず、医療サービスやカウンセリングを受けないまま、症状を悪化させるといった問題をスティグマと呼んでいる。

⁽³⁷⁾ Goldbloom and Bradley, *op.cit.*⁽³⁴⁾

⁽³⁸⁾ Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *op.cit.*⁽³³⁾, p.14.

⁽³⁹⁾ *ibid.*, p.51.

⁽⁴⁰⁾ *ibid.*, p.52.

⁽⁴¹⁾ *ibid.*, p.71.

⁽⁴²⁾ *ibid.*, pp.73-74.

⁽⁴³⁾ *ibid.*, pp.23, 74.

これらの提言で最も重要とされているのは、メンタルヘルス委員会の設置である⁽⁴⁴⁾。この提言は後に実施されており（次節で後述）、同委員会は、各種報告書の作成などにより重要な役割を担っている。提言は、同委員会の活動目的を、メンタルヘルスに対する国民のリテラシーを向上させ、精神疾患を抱える国民や家族が直面するスティグマや差別の弊害を軽減することとしており⁽⁴⁵⁾、カナダ上院報告が同委員会の設置を求めたことは、報告を貫く基本的な問題意識を示したものと考えられる。

2 メンタルヘルス委員会の設置と活動

(1) メンタルヘルス委員会の設置

2007年9月、カナダ上院報告の提言を受けてメンタルヘルス委員会が設置された。同委員会は、当初、設置から10年間の期限で活動し、その間の予算は連邦政府が負担するものとされたが⁽⁴⁶⁾、活動期限の2017年以降も組織体として存続し、現在（2019年）に至るまで活動を継続している。同委員会に与えられた主な任務は、①メンタルヘルスに関する国家戦略の策定、②スティグマや精神疾患患者に対する差別の根絶に向けた国内キャンペーンの立案及び実施、③情報交換センター（前節）の設置である⁽⁴⁷⁾。なお、連邦政府の財政負担については、2008年6月に成立した「2008年予算執行法」⁽⁴⁸⁾により、同委員会の活動予算として最大1億1000万ドルを計上する旨規定されている（第143条）。年間予算は1500万ドルである⁽⁴⁹⁾。

一方、メンタルヘルス委員会に与えられなかった役割とは、直接医療サービスを提供すること、医療サービスに関連した政府の予算及び人的資源を管理すること、政府によるメンタルヘルス対策の実施状況を監視すること、メンタルヘルス対策をめぐる、政府に直接自らの主張を行うことなどである⁽⁵⁰⁾。つまり、同委員会は、直接メンタルヘルス対策の実施に関わり、これをコントロールするのではなく、メンタルヘルス問題をめぐる調査や政策提言を行うことで連邦や州・準州の対策実施を支援し、また、広く国民に対し、この問題での啓発を強化するといった役割を担っている組織と言えるだろう。

メンタルヘルス委員会は、設置以降現在に至るまで、調査結果や政策提言をまとめた数々の報告書を発表してきた。中でも2012年に発表した報告書（次項で後述）については、それまで必ずしも十分な関心が払われていなかったメンタルヘルス問題を、カナダにおける政策課題の最前線へ押し上げるきっかけになったとの評価がある⁽⁵¹⁾。また、同委員会は、2009年に「心を開こう」と題した、スティグマ根絶キャンペーンを青少年やメンタルヘルス・サービスの現場に携わる者を対象として開始し、これまでに一定の成果を収めてきたとされている⁽⁵²⁾。

一方、メンタルヘルス委員会については、組織上の問題点などを指摘する声もある。連邦議

(44) Butler and Phillips, *op.cit.*(22), p.6.

(45) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *op.cit.*(33), p.74.

(46) Goldbloom and Bradley, *op.cit.*(34), p.222.

(47) *ibid.*

(48) Budget Implementation Act, 2008, S.C. 2008, c. 28.

(49) Goldbloom and Bradley, *op.cit.*(34), p.225.

(50) *ibid.*, pp.222, 227. ここでいう「政府」には、連邦政府のほか、州と準州の政府も含まれる。

(51) “The Current State of Mental Health in Canada,” February 9, 2017. Canadian Civil Liberties Association website <<https://ccla.org/current-state-mental-health-canada/>>

(52) Goldbloom and Bradley, *op.cit.*(34), pp.223, 225.

会のジェームス・コーワン (James S. Cowan) 上院議員⁽⁵³⁾は、2013年11月6日、メンタルヘルス対策への取組を促進するため、新たな組織として「カナダ・メンタルヘルス及び司法委員会」(Canadian Commission on Mental Health and Justice) の設置を求める上院法案第208号⁽⁵⁴⁾を提出した。同議員は、2014年2月13日、上院本会議で行った法案の趣旨説明において、メンタルヘルス委員会には、現状では何ら立法的な支え (legislative underpinning)、すなわち連邦法上の設置根拠がないため、法律によって明確に任務を与えられた組織を新たに設置する必要があると述べている⁽⁵⁵⁾。これに対し、ヨナ・マーティン (Yonah Martin) 上院議員⁽⁵⁶⁾は、同年6月19日の上院本会議において、新たな組織の設置はメンタルヘルス委員会を始めとする既存組織の取組と重複するとの理由を挙げ、法案に対して否定的な姿勢を示した⁽⁵⁷⁾。

その後も連邦議会上院において、法案第208号をめぐる論議が続けられた。論議の焦点は、既にメンタルヘルスに関わる諸々の組織が存在する中、新たな組織を設置する必要があるのかという点にあった。コーワン議員は、2015年3月11日の上院社会問題及び科学技術委員会における審議で、新たな組織に法的根拠が求められる理由を尋ねる質問に対し、立法的枠組みや支えは、当該組織の活動に明確性と持続性をもたらすと述べたが⁽⁵⁸⁾、同法案は下院での審議に至ることなく審議未了、廃案となった。現在に至るも、新たな組織は設置されていない。

(2) メンタルヘルス委員会の報告書 (2012年)

2012年5月、メンタルヘルス委員会は、「進路を変え、命を変える：カナダのメンタルヘルス戦略」と題する報告書を発表した⁽⁵⁹⁾。同報告書 (以下「メンタルヘルス委員会報告」) は、その冒頭で、メンタルヘルスとは、単に精神疾患がない状態とは異なり、国民の健康全般に深く関わっている問題であると述べている⁽⁶⁰⁾。メンタルヘルス委員会報告は、また、メンタルヘルス問題や精神疾患は、国民のメンタルヘルスや健康全般に影響を及ぼす、社会的、経済的、心理学的、生物学的及びその他一般的な要素が複雑に絡み合った結果として生じると述べ、これまでメンタルヘルスの枠外に置かれていた貧困やホームレスなどの問題にも注意を向けるべきだとしている⁽⁶¹⁾。

メンタルヘルス委員会報告は、このような基本的認識を示した上で、今後、メンタルヘルス

⁽⁵³⁾ コーワン議員は、当時野党であったカナダ自由党 (Liberal Party of Canada) に所属し、2017年まで連邦議会議員を務めた。

⁽⁵⁴⁾ Bill S-208, An Act to Establish the Canadian Commission on Mental Health and Justice, 41st Parl, 2nd Sess, 2013.

⁽⁵⁵⁾ *Debates of the Senate*, Vol.149 No.36, 41st Parl, 2nd Sess, February 13, 2014, p.973. <https://sencanada.ca/Content/SEN/Chamber/412/Debates/pdf/036db_2014-02-13-e.pdf>

⁽⁵⁶⁾ マーティン議員は、当時与党であったカナダ保守党 (Conservative Party of Canada) に所属し、現在も連邦議会議員の職にある。

⁽⁵⁷⁾ *Debates of the Senate*, Vol.149 No.75, 41st Parl, 2nd Sess, June 19, 2014, p.2024. <https://sencanada.ca/Content/SEN/Chamber/412/Debates/pdf/075db_2014-06-19-e.pdf>

⁽⁵⁸⁾ *Proceedings of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology*, Issue No.29, 41st Parl, 2nd Sess, March 11, 2015, p.17. <<https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/412/soci/pdf/29issue.pdf>>

⁽⁵⁹⁾ Mental Health Commission of Canada, *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*, 2012. 本稿執筆時点 (2019年8月) で、メンタルヘルス委員会のウェブサイトからは本報告書にアクセスできない状態となっており、現在、代わりに入手できるサイトの URL としては、以下のものがある。<https://stressedoutsolutions.com/wp-content/uploads/2018/12/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf>

⁽⁶⁰⁾ *ibid.*, p.14.

⁽⁶¹⁾ *ibid.*, p.15.

対策が目指すべき6つの目標を掲げた。これらの目標は、「戦略的進路」(strategic direction)と名付けられている。ここでは、以下、それらの目標の概要を述べる。

第1の目標は、家庭や学校、職場など、生活領域全般にわたってメンタルヘルスを促進し、可能な限り精神疾患や自殺の発生を予防することである。メンタルヘルス委員会報告は、メンタルヘルスに関わる課題は、学校や職場、長期ケア施設、自宅など日常的な場所で取り組まれる必要があると指摘し、そうした取組は、生産性や雇用率の向上など、より広範な目標の達成に寄与するとともに、メンタルヘルスをめぐる国民の意識を変え、スティグマや差別の弊害を減らすと述べている⁽⁶²⁾。

第2の目標は、メンタルヘルス問題や精神疾患を抱える国民の回復と健康を全世代にわたって促進するとともに、差別などから、その者の権利を守ることである。なお、ここでいう「回復」(recovery)とは、必ずしも医学的な治癒を意味するものではなく、患者等が自ら症状や問題に関わる選択を行うことができる能力を高めることとされている⁽⁶³⁾。

第3の目標は、患者に対し、その望む時と場所に応じて適切に組み合わされた、医療サービス、治療及び支援へのアクセスを提供することである。メンタルヘルス委員会報告は、メンタルヘルスに係る現状の医療システムは、地域や診療科ごとに細分化されており、統合的に患者のニーズを満たすには至っていない、といった問題を指摘している⁽⁶⁴⁾。

そのほか、メンタルヘルス委員会報告は、第4の目標として、メンタルヘルス・サービスへのアクセスなどについて、地域あるいは社会集団の間で存在する格差を減らし、先住民等有する医療ニーズへの対応を強化すること⁽⁶⁵⁾、これと関連する第5の目標として、先住民と協力し、その特徴的な医療ニーズに取り組むこと⁽⁶⁶⁾、第6の目標として、メンタルヘルス問題をめぐり、国民各層で問題解決に向けた指導力を結集し、知見を広め、協力を促進すること⁽⁶⁷⁾を挙げている。

メンタルヘルス委員会報告については、メンタルヘルス問題に対し、医療の側面に限らず、総合的なアプローチを採っており、この問題を医療部門にのみ委ねるのではなく、関係する政府機関を始め、職場やメディア、コミュニティなど、社会各層からの関与を求めている点に特徴が見られるとの論評がある⁽⁶⁸⁾。また、その提言は、各政府機関、医療専門家、精神疾患を抱える者とその家族、そして国民一般から幅広い支持を受けたという⁽⁶⁹⁾。報道によれば、同報告は、カナダでは初のメンタルヘルスに関する国家戦略を示したものであり、メンタルヘルスに係る国家的システムを構築していく上で、依拠すべき全般的な「青写真」となるものを提供したとされており⁽⁷⁰⁾、以降、連邦政府によるメンタルヘルス対策の大枠を方向付ける役割を果たしたと考えられる。

(62) *ibid.*, pp.20-21.

(63) *ibid.*, pp.34-35.

(64) *ibid.*, pp.52-55.

(65) *ibid.*, pp.78-79.

(66) *ibid.*, pp.96-97.

(67) *ibid.*, p.110.

(68) “The Current State of Mental Health in Canada,” *op.cit.*(51)

(69) Goldbloom and Bradley, *op.cit.*(34), p.223.

(70) Grant LaFleche, “New strategy for mental health treatment / Changing Direction,” *Niagara Falls Review*, May 9, 2012.

IV 自殺問題と PTSD 問題への取組—枠組み法の制定—

WHO は、2014 年に「自殺防止：世界的な急務」と題する報告書を発表した。報告書は、世界では年間 80 万 4000 件の自殺が発生しており（2012 年）、これを人口比にすると 10 万人当たり 11.4 人の割合になること、計算では 40 秒ごとに 1 人が自殺で亡くなっているとされることなどを指摘した上で、自殺はコミュニティや自治体、そして国全体に影響を及ぼす、公衆衛生上の課題（public health issue）であると述べている⁽⁷¹⁾。

このように、自殺は世界各国で深刻な問題となっているが、カナダもその例外ではなく、連邦議会や連邦政府は、自殺防止への取組を強化してきた。ここでは、カナダのメンタルヘルス対策における重要テーマとして、特に自殺問題を取り上げ、その概要を述べるとともに、連邦レベルの自殺防止対策に関連した法律や政府の報告書などを紹介する。また、かねてから自殺問題との関連性が議論されている PTSD についても、併せて連邦議会及び政府の取組を述べる。

1 連邦議会及び政府の自殺防止対策

(1) カナダにおける自殺問題の概要

カナダ統計局（Statistics Canada）の発表によれば、2017 年のカナダにおける死因の第 9 位は自殺であったとされる⁽⁷²⁾。前述（I 章）のとおり、一般国民の自殺率は 2011 年時点で 10 万人当たり 10.8 人であり⁽⁷³⁾、同年より 10 年前と比べて大きくは変化していない⁽⁷⁴⁾。2017 年にカナダ国防省（Department of National Defence. 以下「国防省」）とカナダ退役軍人問題省（Veterans Affairs Canada. 以下「退役軍人省」）が共同でまとめた、軍の自殺防止対策に関する報告書は、カナダでは毎年 4,000 人ほどが自殺しており、メンタルヘルスと自殺防止は、連邦政府にとって公衆衛生分野における優先的課題になっていると述べている⁽⁷⁵⁾。

それでは、自殺問題とメンタルヘルスが結び付けられる理由とは、どのようなものであろうか。WHO の報告書（前述）は、何が自殺を引き起こすのか、という問いに対する単純な答えは無く、単一の要因で説明することはできないとしている⁽⁷⁶⁾。自殺問題の背景には様々な要因が

(71) World Health Organization, *Preventing suicide: A global imperative*, 2014, pp.7, 11. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1> なお、この報告書については、以下の日本語訳資料がある。世界保健機関『自殺を予防する—世界の優先課題—』国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター、2014. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_jpn.pdf?jsessionid=B27EE8347482991890E57D2A3933DCF0?sequence=5>

(72) “Causes of death, 2017,” May 30, 2019. Statistics Canada website <<https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/190530/dq190530c-eng.pdf?st=7KgtZuLS>> ちなみに、死因の第 1 位はがん、第 2 位は心臓病であり、これらで死因全体の 48% を占める。第 3 位は事故等、不慮の原因による死亡である。

(73) WHO の報告書（前述）には、世界各国の自殺率が掲げられている（10 万人当たり。2000 年及び 2012 年時点）。参考までに、同報告書から 2012 年時点における G7 諸国の数値を挙げると、カナダは 9.8 人、フランスは 12.3 人、ドイツは 9.2 人、イタリアは 4.7 人、日本は 18.5 人、イギリスは 6.2 人、アメリカは 12.1 人である。World Health Organization, *op.cit.*(71), pp.81-83, 87.

(74) Mental Health Commission of Canada, *op.cit.*(13), p.60.

(75) Canadian Armed Forces and Veterans Affairs Canada, *Joint Suicide Prevention Strategy*, 2017, p.13. <<https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2017/caf-vac-joint-suicide-prevention-strategy.pdf>> 本報告書については、著者名の 1 つが「連邦軍」（Canadian Armed Forces）となっているが、本稿では「国防省」とした。

(76) World Health Organization, *op.cit.*(71), p.11.

存在すると見られるが、カナダ上院報告(Ⅲ章1)は、この点に関連し、自殺に関わる行動 (suicidal behaviour) は、それ自体を精神疾患とは呼べないものの、精神疾患や薬物等の濫用と密接に関連していると述べている⁽⁷⁷⁾。また、国防省と退役軍人省の共同報告書(上記)も、原因と特定はしていないが、学術的な調査結果を論拠として、自殺者の90%は精神疾患(特にうつ病)又は生活上の問題(経済的な問題や健康に関わる心配事など)を抱えていると述べ、自殺問題とメンタルヘルスの関係性を強調している⁽⁷⁸⁾。

(2) 連邦議会及び政府による取組

(i) 自殺防止対策に向けた提言

自殺防止対策については、かねてからその重要性を指摘する声があったものと見られる。カナダ上院報告は、多くの州や準州では自殺防止への取組計画を策定済みであるにもかかわらず、カナダには国家レベルの自殺防止戦略が欠けていると指摘している⁽⁷⁹⁾。また、メンタルヘルス委員会報告(Ⅲ章2)も自殺防止対策の重要性に言及した。同報告は、精神疾患などメンタルヘルスに関わる問題を早期に発見し、自殺を防止できるよう、メンタルヘルスの現場に携わる者(原語は「front-line service provider」)に対して能力訓練を実施すること⁽⁸⁰⁾や、自殺防止を含め、メンタルヘルス問題に取り組むために必要な人的資源の管理を国全体で実施すること⁽⁸¹⁾などを提言している。

(ii) 自殺防止対策連邦枠組み法の成立

メンタルヘルス委員会報告の発表からほぼ半年が経過した2012年12月、連邦レベルの自殺防止対策を強化するため、自殺防止対策連邦枠組み法(以下「自殺防止対策法」。初出はⅡ章3)が成立した。以下、同法の概要を述べる。

自殺防止対策法は、前文と本則全4か条から成る簡素な法律である。同法は、前文で次のような宣言的規定を定めている。

- ・自殺は、社会の動向や状況に影響される複雑な問題である。
- ・自殺防止は、カナダ国民全てが担うべき責任である。
- ・自殺は、精神疾患等に関する知識や患者へのケアと共感により防ぐことができる。
- ・自殺は、カナダにおける重大な公衆衛生上の課題であり、自殺に伴う深い悲しみとトラウマは、長期にわたり、社会的コストや遺族及びコミュニティへの破壊的影響を招く。
- ・自殺防止に向けた対策として、有用な情報を普及させ、調査研究を奨励し、優れた実践を共有し、自殺問題に対する国民の意識を啓発するため、連邦政府が計画を策定することは、カナダ国民全ての利益である⁽⁸²⁾。

次いで、同法は、第2条で連邦政府に対し、自殺防止に向けた連邦レベルの対策枠組みを策

(77) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *op.cit.*(33), p.71.

(78) Canadian Armed Forces and Veterans Affairs Canada, *op.cit.*(75), p.18.

(79) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *op.cit.*(33), p.71.

(80) Mental Health Commission of Canada, *op.cit.*(59), p.23.

(81) *ibid.*, pp.17, 119.

(82) 「優れた実践」と「国民の意識を啓発する」の原語は、それぞれ「best practices」と「affect public attitudes」である。

定するよう求めている。ここでいう「対策枠組み」とは、自殺がメンタルヘルスに関わる問題であることに加え、公衆衛生上の課題であり、人の健康及び安全にとって最優先事項であるという認識を前提とする（同条第 a 項）。また、同枠組みでは、情報の普及や国民意識の啓発など、前文が掲げた自殺防止対策の実施責任を担う組織として、適当な連邦政府機関を指定するものとされている（同条第 b 項）。

また、同法第 3 条は、連邦政府に対して、第 2 条で掲げる「対策枠組み」をめぐる情報共有などを行うため、法施行後 180 日以内に、関係する非政府組織や州及び準州の政府機関並びに連邦政府機関との協議を開始するよう義務付けている。

そして、同法第 4 条は、第 2 条第 b 項に基づいて指定された機関が、「対策枠組み」の進捗状況や、これに関連して実施された活動について、法施行後 4 年以内、その後は 2 年ごとに報告書を発表しなければならないと定めている。

(iii) 自殺防止対策法に基づく報告

自殺防止対策法第 2 条第 b 項が定める上記の「適当な連邦政府機関」には、カナダ公衆衛生庁（Public Health Agency of Canada）が指定され、同庁は、2016 年 11 月に「カナダの自殺防止に向けた協働：自殺防止のための連邦の枠組み」と題する報告書（以下「2016 年公衆衛生庁報告」）を発表した⁽⁸³⁾。この報告書は、同法第 4 条に基づき、法施行後 4 年を経て発表されたものである。

2016 年公衆衛生庁報告は、同報告でいう「対策枠組み」の基本的役割として、自殺防止に係る連邦政府の戦略的目的と方向付けとなる指針を示すことや、自殺防止に向け、各方面で実施されている取組を、それらが互いに結びつくよう支援することなどを挙げている⁽⁸⁴⁾。同報告が述べる、連邦政府の戦略的目的とは、①メンタルヘルスに係るスティグマをめぐる弊害を減らし、この問題をめぐる国民の意識を啓発すること、②自殺問題について、国民が必要な情報とサービスにアクセスできるようにすること、③自殺問題に関する調査研究結果の活用を加速することである⁽⁸⁵⁾。

このように、連邦政府の「対策枠組み」では、国民への啓発や、自殺防止対策に向けた調査研究結果の活用促進などを通して、州や準州による取組への支援が図られている。これは、医療サービスをめぐる、連邦と州や準州の基本的な役割関係（Ⅱ章）を反映したものと言えるだろう。

2016 年公衆衛生庁報告は、このほか、自殺防止に関わる従来を取組成果として、メンタルヘルス委員会報告を挙げ、「対策枠組み」の基盤であるとの認識を示している⁽⁸⁶⁾。また、2016 年公衆衛生庁報告は、連邦政府が自殺防止対策について直接所管する社会集団として、連邦軍の要員や先住民、刑務所に収監されている者などを列挙し、それらの集団が抱える問題に言及しているが⁽⁸⁷⁾、総じて、自殺防止対策をめぐる連邦政府の役割を再確認するにとどまり、対策の進捗状況を具体的に述べるには至っていない。

⁽⁸³⁾ Public Health Agency of Canada, *Working Together to Prevent Suicide in Canada: The Federal Framework for Suicide Prevention*, November 2016. <<https://www.canada.ca/content/dam/canada/public-health/migration/publications/healthy-living-vie-saine/framework-suicide-cadre-suicide/alt/framework-suicide-cadre-suicide-eng.pdf>>

⁽⁸⁴⁾ *ibid.*, p.3.

⁽⁸⁵⁾ *ibid.*, pp.9-11.

⁽⁸⁶⁾ *ibid.*, p.12.

⁽⁸⁷⁾ *ibid.*, pp.17-23.

その後、公衆衛生庁は、2019年2月に「2018年進捗報告」と題する報告書（以下「2018年公衆衛生庁報告」）を発表した⁽⁸⁸⁾。この報告書は、やはり自殺防止対策法第4条に基づいて作成されたものであり、連邦政府の自殺防止対策について、その間の進捗状況をまとめている。同報告が記す、主な進捗状況（成果）は以下のとおりである。

- ・連邦政府は、2017年に州や準州との間で「健康問題について互いに共有されるべき優先事項」に関する協定を結び、サスカチュワン（Saskatchewan）州と北西準州（Northwest Territories）との協定には、自殺防止に関わる項目が含まれた⁽⁸⁹⁾。
- ・連邦政府は、2016年6月、自殺防止を含む、先住民やイヌイット（First Nations and Inuit communities）のメンタルヘルスに関わるニーズに応えるため、関連費用として、今後3年間で6900万ドルを支出する旨を発表した。その後、2017年度予算では5年間で2億400万ドル、2018年度予算では5年間で15億ドルを計上するとしている⁽⁹⁰⁾。
- ・カナダ保健省（Health Canada）は、スティグマの弊害を減らす目的で、メンタルヘルス委員会と協力し、連邦政府職員に対するメンタルヘルス関連の能力訓練を実施した⁽⁹¹⁾。
- ・公衆衛生庁は、自殺衝動等を含んだ、自殺問題に関する包括的な調査指標を2017年に策定した⁽⁹²⁾。
- ・公衆衛生庁は、自殺衝動を持つ者への民間緊急相談ネットワーク「カナダ緊急相談サービス」（Crisis Services Canada）による自殺防止サービスの開発を支援した。このサービスは、2019年に運用開始となる見込みである⁽⁹³⁾。

2 連邦議会及び政府のPTSD対策

(1) カナダにおけるPTSD問題の概要

カナダでは、国民の1.1%から3.5%がPTSDを発症しているとされる⁽⁹⁴⁾。また、欧米やアジアなど24か国を対象とした、PTSDに関する学術調査によれば、カナダ国民で生涯のうちにPTSDを発症する者は全体の9.2%であり、上記24か国の中で最も高い比率を示したという⁽⁹⁵⁾。カナダにおいて、PTSDは軍人や警察官、消防士など過酷な職務環境に直面しやすい者の間で特に問題となっている。『グローブ・アンド・メール』紙の報道によれば、カナダからアフガニスタンでの軍務に派遣された者は3万9000人以上であるが、そのうち3,578人、少なくとも全体の9%が帰国後にPTSDを発症したという⁽⁹⁶⁾。また、刑務所の看守は、全体の36%がPTSDを発症しているとされる⁽⁹⁷⁾。PTSDを発症した者の多くが、最終的には自殺に至っているとの

⁽⁸⁸⁾ Public Health Agency of Canada, *Working Together to Prevent Suicide in Canada: The Federal Framework for Suicide Prevention: 2018 Progress Report*, February 2019. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/64-03-18-2232-ProgressReport-SuicidePrevention_EN-06-eng.pdf>

⁽⁸⁹⁾ *ibid.*, p.15.

⁽⁹⁰⁾ *ibid.*, p.16.

⁽⁹¹⁾ *ibid.*, p.13.

⁽⁹²⁾ *ibid.*, p.20.

⁽⁹³⁾ *ibid.*, p.17.

⁽⁹⁴⁾ Gloria Galloway, "PTSD affects 36 per cent of male prison officers, federal data reveal," *Globe and Mail*, July 27, 2016.

⁽⁹⁵⁾ Michel L. A. Dücker et al., "A Vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder," *British Journal of Psychiatry*, 209(4), October 2016, p.301.

⁽⁹⁶⁾ Gloria Galloway, "One in 10 Canadian vets of Afghan war diagnosed with PTSD," *Globe and Mail*, January 22, 2016.

⁽⁹⁷⁾ Galloway, *op.cit.*⁽⁹⁴⁾

見方⁽⁹⁸⁾もあり、連邦政府にとって、この問題への取組は、メンタルヘルス対策の一環として重要な意味を持っている。

(2) 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 対策連邦枠組み法の成立

2018年6月、連邦レベルの PTSD 対策として、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 対策連邦枠組み法 (以下「PTSD 対策法」。初出はⅡ章3) が成立した⁽⁹⁹⁾。同法の成立は、PTSD 患者の治療改善に向け、大きな節目 (原語は「milestone」) になるとの見方もある⁽¹⁰⁰⁾。以下、同法の概要を述べる。

PTSD 対策法は、自殺防止対策法と同様の構成であり、前文と本則全5か条から成る、やはり簡素な法律である。同法は、前文で次のような宣言的規定を定めている。

- ・救命士や消防士、軍人、刑務所の看守、連邦警察の職員には、PTSD に対する各種の支援について、直接的で時を得たアクセスを保障されるべき、明確な必要性がある。
- ・現状では、PTSD の長期的な解決策となり得る、調整された国家戦略は存在しない。
- ・多くのカナダ国民、特に上記の救命士等は PTSD を発症しており、PTSD について連邦政府が対策枠組みを策定し、これを実施することは、それらの者に多大の利益をもたらす。

次いで、同法は、第3条で保健大臣 (Minister of Health) に対し、包括的な PTSD 対策の枠組みを策定するため、国防省、退役軍人省、公安及び緊急対応省 (Public Safety and Emergency Preparedness) との間で、法施行後12か月以内に協議を行うよう求めている。ここでいう枠組みとは、PTSD の発症率やその社会的・経済的なコストなどに関する調査を拡充し、また、PTSD の診断及び治療、そして優れた治療の実践に関わる情報の共有や、医療関係者に向けた、PTSD の治療等に関する標準的な教材の開発及び頒布等に関する指針を作成することなどに関連したものをいう。

また、同法第4条は、保健大臣に対し、第3条で定める対策の枠組みに関する報告書を同法施行後18か月以内に作成し、連邦議会両院に提出するほか、提出後30日以内に同報告書を公衆衛生庁のウェブサイトに掲載するよう求めている⁽¹⁰¹⁾。

そして、同法第5条は、公衆衛生庁に対し、第4条で定める報告書に盛り込まれた施策の実効性に関する評価を行い、同報告書の公表後5年以内に完了させ、評価結果については、評価完了後10日以内に連邦議会両院に提出するよう求めている。

V メンタルヘルス対策の在り方をめぐる議論

本章では、自殺防止対策など、これまでのメンタルヘルス対策への評価や、メンタルヘルス対策の在り方をめぐる議論を取り上げる。

⁽⁹⁸⁾ Michael Wilson, “Aid for suicide prevention must be part of federal budget,” *Globe and Mail*, February 24, 2016.

⁽⁹⁹⁾ PTSD 対策法は、保守党のトッド・ドハーティ (Todd Doherty) 下院議員を提案者とする議員立法 (private member’s bill) により成立したものである。

⁽¹⁰⁰⁾ Peter Watts, “Post-traumatic stress bill is a milestone in treating the disorder,” *Global News*, June 16, 2018. <<https://globalnews.ca/news/4278474/peter-watts-post-traumatic-stress-bill-is-a-milestone-in-treating-the-disorder/>>

⁽¹⁰¹⁾ 第4条で定める報告書が連邦議会に提出され、一般に公表されるのは、2019年後半から2020年にかけてと見られる。

前述(Ⅳ章1)のとおり、連邦政府は、2012年にメンタルヘルス委員会報告が提起した目標に沿って、自殺防止対策を進めており、同年には自殺防止対策法が成立した。公衆衛生庁の報告によれば、連邦政府の対策は、一定の成果を収めているものと考えられるが、これに対しては批判的な評価も見られる。例えば、この問題に詳しいジャーナリストのローラ・エガートソン(Laura Eggertson)氏は、連邦政府の自殺防止対策に対し、一貫して批判的な見方を示している。同氏は、連邦政府は、自殺防止対策へのアプローチとして、国家戦略ではなく、より軟弱な(原語は「softer」)対策枠組みの策定という手法を選んだと指摘しつつ、対策枠組みには、明確に定められた目標や実施期限、実施報告義務などが盛り込まれていないと述べる⁽¹⁰²⁾。同氏によれば、国家戦略が、自殺防止に係る明確なロードマップを示し、各種の資源等を伴うのに対し、対策枠組みには、そのような資源が伴っておらず、連邦政府や地方政府は、これに基づいて実効的な自殺防止対策を実施することはできないという⁽¹⁰³⁾。

国家戦略と対策枠組みの優劣関係を指摘する声は他にもある。例えば、イヌイト団体「Inuit Tapiriit Kanatami」の代表であるナタン・オベド(Natan Obed)氏は、自殺率が低下した国は、国家戦略を策定し、具体的な目標を設定していることから、「国家戦略方式」が機能しているのは、証拠に照らして明らかであると述べている。また、「カナダ自殺防止センター」(Canadian Centre for Suicide Prevention)も、エガートソン氏と同様の論拠から、対策枠組みは、国家戦略に比べると、自殺防止対策の手法としては重みに欠け、対策を実施するための権限も弱いとの見方を示したとされている⁽¹⁰⁴⁾。

このように、カナダでは、メンタルヘルスの在り方をめぐる議論が行われており、最大の焦点は、連邦政府が行っている対策は、国家戦略に裏打ちされたものであるか、という点にある。カナダは、以前、「G8諸国のなかで唯一、メンタルヘルスに関する国家戦略を持たない国」との指摘を受けていたことがある⁽¹⁰⁵⁾。カナダは、その後、この分野で国家戦略に当たるものを構築し得たのであろうか。

カナダでは、メンタルヘルス委員会の設置(2007年)と同委員会の報告発表(2012年)により、メンタルヘルス対策の基本的な方向性が固まったとするのが一般的な見方であり、事実、その後成立した各種対策枠組み法(Ⅳ章)にも、そのような政策的方向性が見られる。ただし、それらの実績が、国家戦略の構築と同義であるか、評価は未だ定まっていない。その理由は、カナダでは、国家戦略の意味するものについて確たる定義がされていないこと、あるいは連邦政府が果たすべき役割という問題をめぐって、国民の間で必ずしもコンセンサスが得られていないことにある。

前述(Ⅱ章)のとおり、カナダにおける医療サービスは、政治システムとしての連邦制を反映している。連邦政府は、この分野における自らの役割は限られていると認識しており、メンタルヘルス問題については、「枠組み方式」に沿った対策を実施してきた。これは、カナダ保健法

⁽¹⁰²⁾ Laura Eggertson, “Canada lacks national suicide prevention strategy,” *The Lancet*, Vol.385 Issue 9987, June 27, 2015, p.2563.

⁽¹⁰³⁾ Laura Eggertson and Kirsten Patrick, “Canada needs a national suicide prevention strategy,” *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(13), September 20, 2016, p.E309.

⁽¹⁰⁴⁾ Laura Eggertson, “Federal suicide prevention framework underwhelms,” *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 189(2), January 16, 2017, p.E97.

⁽¹⁰⁵⁾ Michael Kirby, “Mental health in Canada: out of the shadows forever,” *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 178(10), May 6, 2008, p.1320.

の規定を政府なりに解釈した結果と考えられる。つまり、連邦政府の取組は、メンタルヘルス・サービスを直接担うというよりは、メンタルヘルス対策の枠組みを策定することに主眼が置かれてきたと言えよう。連邦政府は、メンタルヘルス委員会の報告書などによって、カナダが目指す国家戦略像は、既に明らかになっており、対策の大きな枠組みを法制化することで、それを実現することができる、といった認識を抱いているものと見られる。

これに対して、こうした「枠組み方式」については、実効性に欠け、国家戦略に値しないとの批判があることを見てきた。また、メンタルヘルス委員会についても、法的裏付けがないとの指摘があることは、先に述べたとおりである（Ⅲ章2(1)）。これらの批判や指摘には、この分野における連邦政府の役割は、予算編成なども含め、本来、より広く具体的なものであるべきで、連邦政府による現状の取組には、戦略性が欠如しているとの問題意識が反映されているものと見られる。

このように、カナダにおいて、メンタルヘルスに係る国家戦略像が定まらない背景の1つには、カナダ保健法の規定がある。同法は、州や準州が提供する医療サービスから除外される主体を列挙してはいるものの、連邦政府の役割自体を明確に規定しているとは言い難い。この問題は、法的には曖昧な形となっており、連邦政府の役割をめぐる判断の違いこそが、「枠組み方式」や国家戦略の在り方への様々な評価を生み出している要因と考えられる⁽¹⁰⁶⁾。いずれにしても、メンタルヘルス委員会や各種の対策枠組み法に対する政策的評価が定まるには、更に一定の時日を要するであろう。現状に鑑みれば、メンタルヘルスに係る国家戦略をめぐり、カナダ国内の議論は当面続くものと見られる。

おわりに

本稿では、カナダにおけるメンタルヘルス問題を、連邦政府にとっての課題という観点から述べてきた。カナダでは、他の先進国と同様、「心の病」が国民各層に広がっており、連邦政府は、国民が適時適切に医療へアクセスできる体制の確保、早期の発見及び治療を阻むスティグマの克服に向けた国民意識の啓発などを主な目的として、様々なメンタルヘルス対策を実施してきた。しかし、近年、国民の間で自殺率は大きく減少するに至っておらず、PTSDの発症率も一定のレベルから減少していないものと見られる。また、メンタルヘルスの在り方や国家戦略像をめぐる議論についても、未だその結論は出ていない。カナダは、メンタルヘルス対策について、依然として多くの課題に直面していると見るべきであろう⁽¹⁰⁷⁾。

(すずき しげる)

⁽¹⁰⁶⁾ 一例を挙げる。ケベック大学 (Université du Québec) のブライアン・ミシャラ (Brian Mishara) 教授は、自殺防止対策を例に挙げ、「枠組み方式」は、連邦政府の役割について消極的な現保守党政権の立場を示しているが、連邦政府がこの分野で主導権を取って実施できることは少なくないと述べている。以下の資料を参照。Eggertson, *op.cit.*⁽¹⁰²⁾

⁽¹⁰⁷⁾ なお、自殺問題やPTSD問題の深刻化は、過酷な職務環境にさらされる軍人などの社会集団で顕著であると考えられる。特に軍人の自殺問題は、メディアで報じられることも多く、広く社会的関心を集めており、連邦政府は、これらの社会集団に対するメンタルヘルス・サービスの改善を迫られているが、この件については、稿を改めることとしたい。