



精神保健と慢性身体疾患
継続的・統合的ケアの必要性について

世界精神保健デー

2010年10月10日

2010年10月10日

目次

世界精神保健連盟アジェンダ	4
はじめに	6
第1章 慢性身体疾患と精神障害	9
ファクトシート、概観および参考資料	
心血管疾患と精神疾患	11
ファクトシート	
概観	
アクションステップ	
糖尿病と精神疾患	18
ファクトシート	
概観	
アクションステップ	
がんと精神疾患	26
ファクトシート	
概観	
アクションステップ	
呼吸器疾患と精神疾患	33
ファクトシート	

2010年10月10日

概観

肥満と精神疾患 37

ファクトシート

概観

第2章 慢性身体疾患と精神疾患—統合的ケアの必要性 41

精神的健康なくして健康なし……Dr. Michelle Riba

精神的健康および慢性身体疾患に苦しむ人々のためのアクセス向上におけるプライマリケアの役割……Dr. Gabriel Ivbijaro

投資としての精神保健—費用節減とケアの品質向上……Dr. David McDaid

第3章 コンシューマおよび家族介護者に関する戦略 54

パート1 レジリエンスの構築

資料： レジリエンスを構築するための10の方法

パート2 支援システムの構築

資料： 社会的支援の構築

パート3 セルフマネージメント

資料： 慢性疾患を管理するための10の必須事項

パート4 介護者および支援者

資料： 家族介護者—燃え尽き症候群について知っておくべきこと

資料： 慢性身体疾患—精神保健への影響： 両親、介護者、および若者に接するすべての人のための情報

第4章 アクションの必要性—統合的ケア：関係者全員の協力が必要 87

2010年10月10日

コンシューマ、家族および社会の役割……**Dr. Robert M Levin**

精神保健の臨床医および医療提供者の役割……**Dr. Robert Levin**

プライマリケア医および専門医の役割……**Prof. Michael Kidd & Dr Patrick Coker**

政府およびNGOの役割……**Dr. John Bowis & Dr. David McDaid**

第5章 コミュニケーションとパブリシティ **96**

2010年世界精神保健デー宣言

メディア発表文

サンプル記事、編集者宛レター

あとがき **102**

2010年10月10日

世界精神保健連盟アジェンダ

精神保健を推し進める大きな動き

世界精神保健連盟（WFMH）は、万人にとって精神保健が優先課題である世界をつくるというビジョンを引き続き推進している。精神保健サービスが重要であるとの認識は高まってきているものの、精神保健は依然として軽んじられており、それが値するだけの資源と支援が与えられていない。

WFMHは引き続き精神保健のイノベーションや精神保健の促進・予防に関する国際会議を主催し、HIV/AIDSとうつ病、糖尿病とうつ病のように個別のテーマに関するプロジェクトや地域的関心の高いプロジェクトを実施し、世界精神保健デー（WFMHが創設したもの）を調整・支援している。

新しいところでは、WFMHは「精神保健を推し進める大きな動き」と呼ばれるイニシアチブによって、そのビジョンを達成する努力を倍加させている。WFMHはムーブメント・フォー・グローバル・メンタルヘルス（MGMH）と戦略的提携を結んだ。このムーブメントは『The Lancet』誌の一連の記事に最もよく反映されている。本質的にこれらの記事は、精神疾患は世界の疾病負担に大きな割合を占めており、精神保健への介入を優先させ注目することは、経済発展・社会発展に大きく貢献すると主張している。「大きな動き」の主なテーマは統一、認知度、権利、回復であり、このプログラムは現在計画中である。

WFMHが着手している主な活動には以下のようなものがある。

- 精神保健の認知度・優先度を国際的に高めるための草の根運動の発展
- 2011年9月開催予定の非伝染性疾患に関する国連特別セッションを見込んだ英連邦本部との協力
- ミレニアム開発目標改訂のための国連プロセスへの参加
- 従来メディアおよびソーシャルメディアを通じた「大きな動き」の促進。

2010年10月10日

WFMHは先頃（2010年9月）、開発努力への精神保健の統合を主張する「精神保健と開発」と題する報告書を発表した。精神保健は、教育や人的生産性といった開発の主要分野と密接に関係している。今年の世界精神保健デーのテーマは、精神保健と慢性身体疾患との関係を強調している。我々は心疾患や糖尿病、がん、呼吸器疾患などの非伝染性疾患を新たな災禍と認めているため、精神保健との関連は密接且つ不可避なものである。つまり、精神的な健康なくして健康はなく、身体的な健康と精神的な健康の両方がなければ開発はないのである。

私たちと一緒に「大きな動き」を推進しましょう。

Vijay Ganju

世界精神保健連盟 事務局長／CEO

2010年10月10日

はじめに

身体的疾患と精神的疾患はしばしば関連して生じる。研究の結果、重度または慢性の身体疾患をもつ患者は、同時に精神保健に関する問題も抱えていることが多いことが示されている。同時に重度の精神疾患または物質乱用障害患者は、発見または治療されていない身体的健康問題を抱えている。こうした状況は、精神疾患には今なお悪いイメージがあるという現実、多くの人がまずGPに相談するという現実とあいまって、特にプライマリケアの重要性が増していることを示している。そしてプライマリケア現場における精神保健および物質乱用に関するよりよいスクリーニングと治療を実現するために、精神保健と身体的ケアを統合する必要性を強調する結果となっている。

創立62周年を数え、国連諮問機関も務める擁護団体であるWFMHは、世界精神保健デーを開始し、その普及に努めてきた。昨年（2009年）の世界精神保健デーの焦点は精神科治療・サービスをプライマリケアと統合させることであった。主なテーマは、精神疾患を発見・治療するプライマリケアシステムの能力をいかにして向上させるかということであった。

今年、我々は精神疾患と慢性疾患のつながりおよび関係に焦点を当てることにより、「ケアの統合」という概念を拡張・精緻化する。世界保健機構（WHO）が述べているように、4つの慢性疾患—心血管疾患、糖尿病、がん、呼吸器疾患—は世界の死因の60%を占めている。

これらの慢性疾患と精神疾患との関係についての我々の理解は、過去20年間に劇的に向上した。今や我々は、これらの慢性疾患患者は一般の人々と比べて、抑うつや不安をもつ割合が格段に高いことを知っている。慢性疾患患者の有する大うつ病は、彼ら

2010年10月10日

の身体疾患の負荷を増し、身体症状を悪化させ、機能障害の原因となり、医療費を増大させる。長期疾患に伴い精神疾患が存在すると、セルフケアおよび治療計画の順守を阻害し、死亡率を高める原因となる。

基本的に、多くの患者において慢性的な悪い精神状態のもとに精神疾患が発生し、重大な役割障害、労働損失、労働削減の原因となる。それらはまた、心疾患、脳卒中、糖尿病、HIV/AIDS、がん、その他の慢性疾患の予後も悪化させる。多くの要素が、こういった状況において精神疾患が十分に対処されていないことを指摘している。コンシューマ、医療提供者、制度的要因のすべてがケアの質の低さを招く原因となっている。コンシューマおよび家族は症状を認識していないか、正確に認識していない可能性があり、またケアを求めたがらない可能性がある。医療提供者は適切な介入を提供するための正しいトレーニングや設備、支援をもっていない可能性がある。制度には資金調達および精神疾患治療の利用可能性および精神疾患治療へのアクセスに関連する制約・制限がある可能性がある。

しかし、精神疾患に対する有効な治療は存在する。我々にはこれらの問題に対処し、人々の生活に対する負荷および社会に対する経済的・社会的負荷を軽減するための適切な介入がある。しかし、残念なことにそれらは実施されていない。なすべきことは山ほどある。コンシューマおよび家族は症状と可能な治療を十分に理解する必要がある。医療提供者および医師はよりよいトレーニングと支援を受ける必要がある。医学部の課程には、もっと明白に精神疾患の統合治療を含める必要がある。医療への資金調達システムは、精神疾患の治療によって医療費の削減が可能であることを認識し実施する必要がある。そして明らかに、さらに多くの研究が必要である。

アジェンダは明白だ。我々は、WFMHが作成したこれらの資料がこうした取り組みを後押しすることを希望する。

2010年10月10日

Vijay Ganju

事務局長／CEO

2010年10月10日

第1章

慢性身体疾患と精神障害

ファクトシート、概観およびアクションステップ

今年、WFMHは慢性疾患患者における診断されていない精神的・感情的障害に対する世界的な懸念と、さらに統合された、または協力的なケアシステムを医療専門家が提供する必要性を強調している。WHOの世界保健調査では、うつ病はその他の慢性疾患と比べて健康悪化への影響が最も大きいことが示された。1つ以上の慢性疾患を伴ううつ病は、全国規模で最悪の健康レベルを示しており、これらのスコアは国によって大きく異なるものではなかった。

非伝染性／慢性／長期疾患は、現在世界の死因のトップを占めている。UN/WHO 健康増進コーディネーターのGauden Galeaは、4つの慢性疾患—心血管疾患、糖尿病、がん、呼吸器疾患—は世界の死因の60%を占めており、「こうした死亡の80%は世界の最貧層で起きている」と述べている。何も手を打たなければ、今後10年間でさらに3億8800万人が早期死亡する恐れがあると専門家は予測する。死亡率や医療資源、クオリティ・オブ・ライフに対する明らかな影響および政府や医療、家族に対する経済的負担から、過去数年間これらの慢性疾患の予防や管理に対する注目が高まってきている。

慢性疾患に関連する数多くのリスクの1つが、患者とその家族への感情面での影響である。多くの慢性疾患は個人の精神・感情の状態に強い影響を与える可能性があり、同様に診断されていない精神障害は、病気に対処し治療に参加する個人の能力および回復過程に影響を与える恐れがある。米国物質乱用・精神保健サービス局（SAMHSA）精神保健サービスセンター長のA. Kathryn Powersは、次のように述べている。「慢性疾患患者の多くが未治療の合併精神疾患または物質使用障害を抱えており、これは彼らが両方の疾患から回復することを困難にしている可能性があることを、私たちは知っている」。

2010年10月10日

長期疾患に対処すること、長期疾患と共に生きることを学ぶことは、ほとんどの人にとってストレスが大きい。持続する、間断のないストレスは、しばしば不安や不健康な行動につながる。患者や家族が、病気がその人生に与える影響について長期間悩むことは珍しくない。不安の指標としては、呼吸困難、胸が締めつけられる感覚、震え、頭痛、めまいなどの身体症状がある。これから起こることに対する恐れとして、誰が自分の面倒を見てくれるのか、この病気はどのように進行するのか等が含まれる。感じたり考えたりすること、そうした感情への対処の仕方が、多くの点で長期疾患に対処する能力に影響を与える可能性がある。

抑うつは異常な状況に対する正常な反応と言われることが多い。したがって、抑うつがほとんどすべての慢性疾患や重度の疾患によく見られる合併症であることは不思議ではない。「抑うつ状態に陥るリスクは一般に女性で10～25%、男性で5～12%である。しかし、慢性疾患患者の場合その確率は大幅に上がり、25～33%である*」。研究の結果、抑うつは疾患を悪化させ、新たな変化や治療計画に必要なエネルギーを減少させ、身体症状と感情的症状の悪化という悪循環を生み出す場合が多いことが示されている。

参考資料： *Web MD, Coping with Chronic Illnesses and Depression

<http://www.webmd.com/depression/guide/chronic-illnesses-depression>

2010年10月10日

心血管疾患と精神疾患

ファクトシート

- 冠動脈性心疾患の外来患者の5人に1人、うっ血性心不全の外来患者の3人に1人にうつ病が見られるが、こうした症例の大半は認知されていないか、適切な治療を受けていない。
- 大うつ病性障害は、健常者における冠動脈性心疾患の発病、ならびにすでに心疾患をもつ患者における心血管の有害転帰のリスク因子の1つである。心疾患患者にとって、抑うつは心臓発作や血栓といった有害な心イベントのリスクを高める可能性がある。心疾患をもたない人々にとっても、抑うつは心臓発作や冠動脈性心疾患の発病リスクを高める可能性がある。
- 心血管疾患患者の最大15%、冠動脈バイパス移植術を受けた患者の最大20%が大うつ病を発症する。
- ある画期的研究では、回復後も抑うつがあった場合、心臓発作から6ヶ月後の死亡リスク（死亡率）は17%まで上昇した（抑うつのない心臓発作患者の死亡率は3%）。
- 喫煙や過度のアルコール摂取、運動不足、偏った食事、社会的支援の欠如といった、抑うつと関連するマイナスの生活習慣は心疾患の治療を妨げる。
- 抑うつは心疾患における大きなリスク因子であるため、心臓病患者は全員抑うつスクリーニングを受けることを米国心臓協会（AHA）は推奨

2010年10月10日

している。

- 心筋梗塞後に抑うつが見られる患者で、特に以前にエピソードのあった患者は、リスクが高く自発的に回復する可能性が低いため、慎重に見守るとともに積極的に治療しなければならない。

2010年10月10日

心血管疾患と精神疾患

約5人に1人が、生涯に大うつ病のエピソードを経験する。この数字は心疾患患者では2人に1人まで上昇する。また、うつ病の病歴のある人では、心疾患のリスクが2倍になる。「その他のリスク因子を調整した後、うつ病は心疾患の重大な予測因子である」と、ワシントン大学医学部およびセントルイス・ベテランズアフエアーズ医療センターで精神医学の研究教授を務めるJeffrey F. Scherrerは言う。

急性冠症候群（ACS）に見られる抑うつはよくあるもので、死亡リスクの上昇と関連がある。抑うつ症状はあるが身体的に健康な人では、その後の人生で心臓発作や脳卒中を起こすリスクが大幅に高まる。(Glassman et al., Arch Gen Psychiatry, 2007)

ACSは心理学的にも生理学的にもストレスが多く、ACS後に見られる抑うつはそうしたストレスに起因することが多い。(Glassman et al., Arch Gen Psychiatry, 2007)

精神的ストレスと抑うつは心血管疾患に深刻な影響を及ぼし、回復にも影響を与える恐れがある。Dean Ornishは彼の著書Love and Survival: The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacyの中で、次のように述べている。「心疾患患者において、抑うつは喫煙、肥満、心臓発作の既往と同様に、切迫した死を予測する。研究では、孤独で、落ち込み、孤立した人は、人生において周囲とのつながりを感じている人々と比べて早期に死亡する確率が3~5倍になることが次々と示されている」。

研究では、抑うつと、冠動脈性心疾患患者における死亡または障害のリスク上昇との間に高い相関関係があることが示されている。

- 冠動脈性心疾患では、心筋梗塞（心臓発作）の既往のある患者にさまざまな形の抑うつが存在する確率は40~65%と推定される。
- 心臓発作の既往のない冠動脈性心疾患患者では、18~20%が抑うつを経験する可能性がある。
- 大うつは心臓発作経験者のリスクを高め、患者が心疾患によって障害をもつ

2010年10月10日

確率を高めるように思われる。抑うつは、心臓の治療計画の順守不良だけでなく、症状の悪化にも寄与する可能性がある。

- 心臓発作から回復したが大うつ病のある患者は、抑うつのない患者と比べて6ヶ月以内に死亡するリスクが3~4倍高い。

2010年10月10日

アクションステップ

心血管疾患と精神疾患

Archives of General Psychiatry, 2010

ティルブルフ大学（オランダ）のElisabeth J. Martensらによる新しい研究は、不安障害は心疾患患者における心臓発作、脳卒中、心不全および死亡のリスクを高める可能性があることを発見した。この研究には1000人を超える安定した冠動脈性心疾患患者が参加し、試験開始時に彼らの不安障害の有無を評価し、平均5.6年にわたって追跡調査を行った。

この期間中、合計で371件の心血管イベント（心臓発作または心臓にダメージを与える可能性のあるその他のインシデント）があった。心血管イベントの年間発生率は、全般的な不安障害をもつ106名では9.6%、それ以外の909名では6.6%であった。その他の健康問題、心疾患の重症度、薬の使用など、さまざまな因子を調節した後、全般的な不安障害は心血管イベントのリスクを74%上昇させると研究者らは結論づけた。

Martensらによれば、多くの因子がリスク上昇の原因となっている可能性がある。

- 不安は心リスクと関連する可能性がある、カテコラミンと呼ばれる「闘争・逃走」ホルモンの急上昇と関連があることがある。
- 冠動脈性心疾患（CHD）のある不安障害患者は、「回避性対処戦略」のため、予防的治療を受ける可能性が低いことがある。
- 不安のある患者は、心血管イベントの症状がある場合、治療を求める可能性が高い（もっとも研究者らは、これは死亡率がより高いことの説明にはならないと述べている）。
- 共通する基礎的因子が不安と心イベントの両方のリスクを高める可能性もある。

安定したCHDに加えて全般的な不安障害をもつ患者では、CHDのみの患者と比べて、脳卒中や心筋梗塞、死亡などの心血管イベントを起こすリスクが高くなる。実際、潜在的交絡因子を調整した後、全般的な不安障害は有害心血管転帰のリスクを74%上昇させた。

2010年10月10日

Martensによれば、「疾患の重症度や健康にかかわる行動、生物学的介在因子では説明できない強力な関連が見つかった。これらの研究結果は臨床診療および研究に対する影響力をもっている。全般性不安障害は一般的で治療可能なものであり、CHD患者における重要な修正可能リスクである」。

よくある組み合わせ

「CHD患者の24～31%が不安の症状も持っているが、特に『CHD患者における抑うつに関する膨大な文献』と比較すると、不安が果たす役割に注目した研究は比較的少ない」と治験責任医師は述べている。「将来的なCHDイベントのリスク因子として不安を検討した研究は、矛盾する結果を生んでいる」。 Archives of General Psychiatry, 2010.

「抑うつ症状と心血管イベントとの関連は、抑うつ症状のあるCHD患者においては主に好ましくない健康行動（特に運動不足）によって説明されることを発見した」とMartensは説明する。「私にとって、これは体と心の関係に、より多くの光を当てる研究ができる良い機会である」。

治験責任医師は、Heart and Soul Studyに参加しているサンフランシスコ地域の安定したCHDの外来患者1015名を評価した。この研究はさまざまな心理学的障害と心血管イベントとの関連に焦点を当てたものである。患者全員に対し、2000年9月から2002年12月までに行われた初回ベースライン訪問時に、面接、血液検査・尿検査、トレッドミル運動負荷試験、心電図検査を実施した。その後、2009年3月18日まで追跡を行った。

電子版診断面接スケジュール（DIS）により、過去1年間の全般性不安障害の存在と過去1ヶ月間の大うつ病の存在を判断した。合計106名（10.4%）の患者に全般性不安障害が見つかった。

心血管リスクの上昇と関連する全般性不安障害

結果は、5.6年という平均追跡期間中に、患者に371件の心血管イベントが発生したことを示している。年齢調整後、心血管イベントの年間発生率は全般性不安障害のあるCHD患者で9.6%であったのに対し、不安障害のない患者では6.6%であった（ハザード比[HR] 1.43、95%信頼区間[CI] 1.03 – 2.00、 $P = 0.03$ ）。

2010年10月10日

「人口統計学的特性、併発疾患 [大うつ病を含む]、心疾患の重症度、医薬品の使用を調整後、全般性不安障害は依然として心血管イベントにおける62%のリスク上昇と関連があった (HR 1.62、95% CI 1.11– 2.37、P =0 .01)」と、この研究の著者は報告している。

「潜在的介在因子を探したが、全般性不安障害に関連する有害心血管転帰のリスク上昇の正確な理由は見つからなかった」と、Martensは述べている。

「この研究の結果は、CHD患者における有害事象に全般性不安障害が寄与する基礎プロセスを特定し、リスクを緩和するための介入を試験するために、一層の研究が必要であることを示唆している」と、彼らは書いている。

不安の評価と治療は現在「冠動脈性心疾患患者の包括的管理の一部と考えられている」ため「これらの研究結果は臨床および研究に対する影響力をもっている」と、ニュースリリースの中でMartensらは結論づけている。科学者は、不安障害が心疾患を含む医学的予後に与える影響の理解を助けるとともに、患者ケアへの証拠に基づく治療を開発するための研究プログラムを必要としていると、彼らは付け加えている。

本研究はArchives of General Psychiatry誌2010年7月号、67:750-758に掲載された。

参照サイト：<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=117818>

2010年10月10日

糖尿病と精神疾患

ファクトシート

- 推定では、糖尿病患者の4人に1人が抑うつ症状に苦しんでいる。うつ病発症の確率およびうつ病の割合は、糖尿病患者では2倍になる。
- うつ病により、糖尿病患者の死亡リスクは30%上昇する。
- 2000年の世界的な糖尿病の罹患率推定によれば、4300万人の糖尿病患者に抑うつ症状がみられる。
- 糖尿病単独での経済的負荷は大きい。糖尿病にうつ病が加わると、医療費はさらに50～75%上昇する。
- 糖尿病とうつ病の両方を患っている人は、糖尿病のみの人と比べて両疾患の症状が重く、勤労不能の率が高く、より多くの薬を使用している。
- 研究によれば、うつ病は若年層におけるⅡ型糖尿病の発症リスクを20%以上上昇させる。
- うつ病は不健康な食生活や運動不足、喫煙、アルコールの乱用、体重増加など、好ましくない生活習慣の決定につながる恐れがある。これらはすべて糖尿病のリスク因子であり、血糖値のコントロールを一層困難にする。
- 糖尿病とうつ病の相互関係はよくわかっていない。しかし、原因であれ結果であれ、糖尿病とうつ病の組み合わせは致命的である。糖尿病とう

2010年10月10日

うつ病の相互作用により、それぞれの疾患のコントロールが一層困難となる。

- あなたが糖尿病を患っているのであれば、うつ病のスクリーニングを医師に依頼したほうがよい。うつ病が実際に糖尿病の引き金となるかどうかはわからないが、うつ病が糖尿病をひどく悪化させることがわかっている。

2010年10月10日

糖尿病と精神疾患

国際糖尿病連盟によれば、「過去**20**年間に世界の糖尿病人口は**3000**万人から**2億3000**万人に急増し、何百万もの命を奪うとともに医療制度重い負担をかけている」という。糖尿病はきわめて厳格な日課を必要とするため、慢性疾患の中でも最も心理的に負担の大きい病の**1**つと考えられている。通常、糖尿病患者は病気を適切に管理するために徹底的な生活習慣の変更を余儀なくされ、大きなストレスと悪影響を受けることも多い。これはクオリティ・オブ・ライフや新しい生活習慣を順守する能力に大きく影響する。糖尿病は心疾患や失明、脳卒中、腎疾患、先天性欠損症、神経損傷、血流量の低下といった糖尿病合併症発症のリスクを高め、また血流量の低下により切断を要するといったこともある。

研究により、糖尿病患者はしばしば感情障害を経験することが確認されている。糖尿病患者では一般母集団と比べて、不安が約**3**倍、抑うつが最低でも**3~4**倍になることが報告されている。両方の疾患をもつ人では、糖尿病を管理することが一層困難となる。一般的に患者は食物摂取量が増加するが、これは通常血糖値を上昇させ、疾患の転帰を増悪させる。彼らは喫煙し、アルコールを飲み、運動しなくなるが、これらすべてが糖尿病を悪化させる。

WHOおよび国際糖尿病連盟の報告書は、糖尿病患者における心理的健康を促進することの重要性に注目している。心理的健康の確立と維持は、代謝の問題や合併症の発生を減らすと期待されており、糖尿病管理の重要目標と認識されている。感情の乱れや効果的でない対処方法はきわめて不良な血糖管理や臨床症状の増加、コンプライアンスの低下、合併症リスクの増大と関連するため、感情自己調節のための教育は臨床的に特に重要である。感情的ストレスは、グルコース調節に対して直接生理学的に影響したり、セルフケア行動の順守を低下させることによって、糖尿病増悪の原因となる恐れがある。反対に、自己効力感とセルフケア、および血糖値管理に用いられる方法との間に有意な関係があることが研究で示されている。このように複数の証拠が、糖尿病管理計画の基礎的要素として、効果的なストレスの軽減と感情管理介入プログラムの統合を明確に支持している。

2010年10月10日

最良の治療は、多くの専門家による学際的チームが個人および家族に關与する場合に得られることが多い。そこでは医師が糖尿病を管理し、精神保健セラピストが感情的問題を明確にしてそれに対処する手助けをし、ファミリーセラピストが家族の力になり、栄養士が栄養学的カウンセリングや教育を提供する。

2010年10月10日

アクションステップ

うつ病と糖尿病

米国糖尿病学会

- 糖尿病患者は一般の人よりもうつ病になるリスクが高い。
- 糖尿病のコントロール不良は うつ病に似た症状を引き起こす恐れがある。
- 身体的原因が除外されたら、心理療法や抗うつ薬を含む精神保健治療の専門家を受診する。

時々気分が落ち込むのは正常である。しかし、中にはなかなか去らない悲しみを感じる人々もいる。人生には希望がないように思える場合もある。2週間以上、1日のほとんどをこのように感じる場合は、深刻なうつ病の兆候である。

糖尿病はうつ病の原因となるか？

いつでも、糖尿病患者の大半はうつ病ではない。しかし研究は、糖尿病患者は糖尿病ではない人々に比べてうつ病になるリスクが高いことを示している。なぜそうなのか、簡単な答えはない。

日常の糖尿病管理のストレスが高じる恐れもある。こうしたすべての余分な作業のために、孤独を感じたり、友人や家族と切り離されているように感じたりするかもしれない。

あなたが神経損傷のような糖尿病合併症に悩んでいる場合、あるいは望ましい血糖レベルを維持することに問題を抱えている場合、自分の糖尿病を管理できていないと感じるかもしれない。あなたと担当医師の間の緊張でさえ、あなたをいら立たせたり悲しませたりする可能性がある。

否認と同じように、抑うつもあなたを悪循環に陥らせる恐れがある。それは良好な糖尿病のセルフケアを阻害する。あなたが落ち込んでいて全くエネルギーがない場合、定期的な血糖値測定のような作業を大変に思う可能性もある。不安のあまり理路整然

2010年10月10日

と考えられない場合、きちんとした食事を維持することは困難だろう。全く食欲がわかない可能性もある。当然、これはあなたの血糖値に影響を与えるだろう。

うつ病の発見

うつ病を発見することが第一歩であり、助けを求めることは二番目である。もしあなたが本当に悲しく憂鬱な気分であったり、落ち込んでいたりする場合は、以下の症状をチェックしてほしい。

- 喜びを感じない。以前は楽しかったことに興味を持たない。
- 睡眠パターンが変化した。寝つきが悪い、夜中に何度も目が覚める、または日中を含めていつもより長く眠りたいと感じる。
- 早朝に目が覚める。いつもより早く目が覚めてしまい、再び眠ることができない。
- 食事を変化した。以前よりも食べる量が増えたり減ったりし、その結果急激に体重が増加、または減少した。
- 集中することが困難である。別の考えや感情に邪魔されて、1つのテレビ番組を見たり記事を読んだりすることができない。
- エネルギーが低下した。いつも疲れを感じる。
- 神経質になった。常に不安を感じるため、じっとしてられない。
- 罪悪感を覚える。「自分のすることはすべて間違っていて、自分は周囲の人のお荷物になっている」と感じる。
- 朝、悲しい気分になる。1日のうちで朝に一番気分が落ち込む。
- 自殺を考える。または自分を傷つける方法について考える。

これらの症状のうち3つ以上あるか、当てはまる症状は1つか2つだが2週間以上気分が落ち込んでいるならば、助けを求める時である。

2010年10月10日

助けを求める

もしあなたが抑うつ症状を感じているのであれば、自分ひとりで悩んではならない。まず医師に相談してみよう。あなたの抑うつには身体的原因が潜んでいるかもしれない。

糖尿病のコントロール不良は、うつ病に似た症状を引き起こす可能性がある。日中、高い血糖値、あるいは低い血糖値によって疲労や不安を感じることもある。低い血糖値はまた、空腹と食べ過ぎにつながることもある。夜間に血糖値が低い場合は、睡眠が妨げられる。夜間に血糖値が高い場合は、トイレに行くために何度も起き、そのため日中に疲労を感じることもある。

うつ病のその他の身体的原因としては以下のようなものがある。

- アルコールまたは薬物の乱用
- 甲状腺疾患
- 一部の医薬品による副作用

医師に相談せずに医薬品の服用を中止してはならない。あなたの悲しい気分の根底に身体的問題がある場合、医師は原因を発見する手助けをしてくれるだろう。

精神保健治療

あなたとあなたの担当医が身体的原因を除外した場合、担当医はあなたを専門医に紹介する可能性が高いだろう。あなたは精神科医、心理士、精神科看護師、認定臨床ソーシャルワーカー、またはプロのコウンセラーと話をすることになるかもしれない。実際、担当医はすでに糖尿病治療チームで精神保健専門家と共に仕事をしていることもある。

こうした精神保健専門家はすべて、うつ病という荒海を乗り越えるようあなたを導いてくれる。一般に、治療には以下の2種類がある。

- 心理療法またはカウンセリング

2010年10月10日

□ 抗うつ薬

心理療法

十分な訓練を受けたセラピストによる心理療法は、あなたが抑うつの原因となっている問題を見つめ、その問題を緩和する手助けとなる。セラピーは短期的なものもあれば長期的なものもある。自分が選んだセラピストと一緒にいると気分が安らぐことが大切である。

薬物療法

薬物療法を勧められた場合は、精神科医（精神障害または感情障害の診断・治療における特別な訓練を受けた医師）に相談する必要があるだろう。抗うつ薬を試してみたいと思う場合は、その薬が血糖値に与える影響を含む副作用について、精神科医およびプライマリケア医と話をしてほしい。必要な場合は、これらの医師にケアについて相談すること。多くの人が、薬物と心理療法の併用療法でうまくいっている。

抑うつ症状がある場合は、助けを得るのに長い時間待ちすぎてはならない。あなたの医療提供者があなたを精神保健専門家に紹介できない場合は、地域の精神科医会または医科大学の精神科、精神科ソーシャルワーカーや心理士、精神保健カウンセラーで構成される組織の地域支部に連絡をしてほしい。地域の米国糖尿病学会にも、糖尿病患者を扱うカウンセラーが数多くいる。

米国糖尿病学会ウェブサイト：www.diabetes.org

Copyright 1995-2010, ADA. 無断複写・転載を禁ず。

2010年10月10日

がんと精神疾患

ファクトシート

- 末期がん患者または進行がん患者の約半数が、精神的に不健康である。特に、抑うつ、不安、適応障害が、進行がんまたは末期がんの患者で広くみられる。末期がん患者または進行がん患者の半数が抑うつ、不安、適応障害に苦しんでいるにもかかわらず、がん患者のうち精神保健治療を受けているのは半数に満たない。
- がん患者のうち、抑うつを感じている人では**25%**、うつ病と診断された人では**39%**も死亡率が高くなる。
- うつ病はがん患者の**15～25%**に影響を与える、障害を引き起こす病気である。うつ病は男性のがん患者にも女性のがん患者にも同様に影響する。
- がんとうつ病の関係は複雑である。がんの診断や、がんおよびその治療に関連するその他の問題、がんが生活に与える影響などがうつ病の引き金となることがある。しかしうつ病はたまたま起こることもあれば、過去であれ現在であれ、がんとは無関係の困難な問題（愛する人の死など）に誘発されることもある。
- がん、特に乳がんと肺がんは、統合失調症患者の死因の第**2位**であり、これらの人々ががんで死亡するリスクは一般母集団よりも**50%**高い。これらの研究結果の説明として、患者が症状に注意を払わないために診断が遅れること、統合失調症患者が最適な治療の恩恵を受けるのが困難であること、治療へのコンプライアンスが低いことなどがあると考えられている。

2010年10月10日

- がん患者におけるうつ病を適切に認知・治療することは、クオリティ・オブ・ライフを向上させ、患者と家族が残された時間を共に有意義に過ごすのに役立つ。患者は自分の抑うつ症状を話したがるが多いため、介護者はうつ病の発見方法を知っておく必要がある。

2010年10月10日

がんと精神疾患

成人、小児、十代を含め、がん患者の約4人に1人が診断後のある時点で抑うつを経験している。症状としては、不眠、人生に対する興味の喪失、不安、いらだち、集中力の欠如、重篤な場合には自殺を考えるなどがあり、これらすべてはクオリティ・オブ・ライフの低下につながる。残念ながら、多くのがん患者やその家族は、がんと診断された場合に落ち込んだり悲しんだりすることはきわめて普通だと考えている。こうした患者の間では、抑うつは「適切」であるとみなされることがある。しかし、がん患者が深刻な抑うつに悩むことは決して適切と見なされてはならない。ミシガン大学がんセンター、心理・腫瘍プログラムダイレクターのMichelle Ribaは「がんについての感情に対処することは、他の医学的問題に対処することと比べて実に困難だと患者からよく言われる」と言う。最近の研究では、未治療の精神疾患は入院期間を長引かせ、入院回数を増やし、有効な治療の妨げとなり、最終的には生存のチャンスを低下させることが証明された。

がん患者の苦悩を評価し、がんに立ち向かうことの感情的側面に関する治療を求める手助けをするためのツールを確立することは、きわめて重要である。Ribaは次のように述べている。「患者と家族は、自分の感情について医師に話をするのを忘れてはならない。抑うつや不安、混乱を感じたり、自分が自分でないように感じる場合、あなたか家族はこうした症状の原因と治療について医師に尋ねるべきである。医師や看護師が患者に苦悩のレベルを尋ねることも重要で、患者はこれらの質問に偏見をもたずに答えると思わなければ。」

がん患者における抑うつの評価には以下の項目が含まれる。

- 診断に関するその患者の考えの慎重な評価
- 病歴
- うつ病または自殺に関する個人の病歴または家族歴
- 現在の精神状況
- 身体状況

2010年10月10日

- 治療の副作用と疾患
- 患者の生活におけるその他のストレス
- 患者が利用可能な支援

研究者らによれば、がんと抑うつを抱えた患者は、身体的にも大きな助けとなる心の治療を受けることができるという。スタンフォード大学で行われたDavid Spiegel らによる研究は、週に1回サポートグループに参加した進行乳がんの女性が、サポートグループに参加しなかった同様のグループと比較しておよそ2倍長く生存したことを示している。がん患者の抑うつを治療することは、疼痛や吐き気、疲労といった症状を緩和するだけでなく、彼らがより長く生き、よりよいクオリティ・オブ・ライフを維持することを可能にする、とSpiegelは言う。

最良の転帰を生むために、どのような種類であれ、がんを単独で治療することはできないことは明らかに思える。患者に初期支援を提供する治療担当医師や患者、近親者、友人が、精神保健に関する懸念を注意深く検討しなければならない。

2010年10月10日

アクションステップ

がんと感情—落ち込むことは普通か？

Michelle B. Riba, M.D., M.S.

がんの感情に対処することは、他の医学的問題に対処することと比べて困難であることが多い。がん患者の約50%が、治療過程のある時点で何らかの形の診断可能な精神障害をもつことは驚くに値しない。ボストンのダナ・ファーバーがん研究所およびブリガム・アンド・ウィメンズ病院は、進行がんまたは末期がん患者の少なくとも50%が不安や抑うつ、適応障害を抱えていることを発見した。残念ながら、必要な支援を受けている患者は半数に満たない。

抑うつや不安は、おそらく肉体的疼痛よりもクオリティ・オブ・ライフを低下させるため、研究者らは患者の治療計画に精神保健治療を組み込む必要性を強調している。研究者らはまた、がん治療医師や一般医師はがん患者に対して精神疾患のスクリーニングを実施し、治療やサポートグループに患者を紹介できることも指摘している。

がん患者にとっての心理的苦悩には以下のようなものがある。

- 適応障害
- 抑うつ
- 不安
- せん妄
- 物質乱用

以下のような問題からも苦悩が発生する。

- 疼痛管理
- 信仰／精神性の変化

2010年10月10日

- 家族との問題
- 仕事関連の問題
- 金銭的問題
- 子どもに関する心配

診断および治療の課題は以下の通りである。

- 精神科治療について持たれている悪いイメージ
- 複雑な医学的診断にさらに別の問題が加わることに対する困難
- 患者は悲しみや不安を感じることを恥じることがある
- 医師が患者を否定的に見ることに対する恐れ
- 精神保健に関するデリケートな問題を提起することを、医師が困難だと思う可能性がある

がん患者における精神的問題の特別なリスク因子

- がんの種類とステージ——膵臓がんおよびある種の肺がん、診断時に進行ステージにあるがん——は精神疾患がおこる前兆となる。
- きわめて若い、またはきわめて年をとった患者
- 独身の患者、または支援者のほとんどいない患者
- 友人がほとんどおらず、地域社会や宗教的グループとのつながりがない患者
- 精神疾患の病歴がある患者
- 併発疾患のある患者

大うつ病の症状

- 食欲の変化

2010年10月10日

- 入眠すること、または眠っていることが困難
- 気分の落ち込み
- 絶望感、無力感
- 自殺願望
- エネルギーの低下
- 物事を楽しむ能力の低下
- 集中力の欠如
- 精神運動性の興奮または行動制止

患者に複数の症状が2週間以上見られる場合は、精神疾患を評価する時である。

がん治療の感情的側面を検討することはきわめて重要である。スクリーニングと発見はその第一歩である。患者と家族は、自分の感情について医師に話をするのを忘れてはならない。不安や抑うつを感じたり、打ちのめされたように感じたりすることを当然だと考えないことが重要である。抑うつや不安、混乱を感じたり、自分が自分でないように感じる場合、あなたやあなたの家族はこうした症状の原因と治療について尋ねるべきである。

医師や看護師が患者に苦悩のレベルを尋ねることも重要で、患者はこれらの質問に偏見をもたずに応えられると思うことも大切である。もし症状があるならば、精神疾患を評価する訓練を受けた精神保健専門家（精神科医、心理士、ソーシャルワーカーなど）を受診し、適切な治療計画を作成してもらうべきである。こうした治療計画の作成・実施には家族が参加することが推奨される。患者の最適な健康を保証するために、保険会社やマネージドケア・カンパニーは治療計画を支援することが望ましい。心理学的ニーズが対処されれば、がん患者は医学的によりよい状態になるだろう。

ミシガン大学総合がんセンター

参照サイト：<http://www.cancernews.com/articles/cancer&depression.htm>

2010年10月10日

呼吸器疾患と精神疾患

ファクトシート

- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）は障害および死亡の主因の1つであり、米国で約1140万人、世界中でさらに何百万人も患者がいる。
- 喘息患者およびCOPD患者の20%が大うつ病や不安（全般性不安障害、パニック障害、恐怖症）をもっており、その有病率は一般母集団と比べてはるかに高い。
- 抑うつおよび不安は、コンシューマ／患者の呼吸器症状の自覚的悪化および肺機能の低下と関連する。
- パニック障害、パニック発作、全般性不安障害、恐怖症は、喘息と最も関連性の強い不安障害のようである。
- 呼吸器疾患患者の場合、抑うつによって治療計画の順守が一層困難になっている。
- 調査研究によれば、不安障害をもつCOPD患者では喫煙量が増えることが報告されている。喘息をもつ青少年において喫煙は特に問題であり、症状の負荷および治療への抵抗が高くなる。

2010年10月10日

- 抑うつは、呼吸器疾患患者にとって、生存率を高めたりクオリティ・オブ・ライフを最適化したりするために必要な生活習慣の変化を妨げることがわかっている。
- 研究により、精神薬理的、心理社会的介入が喘息のコントロールを向上させることが示唆されている。

2010年10月10日

呼吸器疾患と精神疾患

世界的に、喘息やCOPDといった呼吸器疾患は、心血管疾患に次いで大きな死因となっている。呼吸器疾患には40種類以上あるが、その多くは進化し続けており、それぞれの疾患ステージが呈する課題に対応することを一層困難にしている。肺機能における段階的で持続的な変化は日常活動を行うことを次第に困難にし、そうした活動を試みることに對する恐怖感を高める。それはまた、患者の社会的、肉体的、個人的活動にも影響を与えることがある。こうした変化はすべて個人の精神や感情に深刻な影響を与える恐れがある。

オーストラリア肺基金（Australian Lung Foundation）は次のように述べている。「肉体的・心理社会的ストレス因子に、よりよく対処するスキルを患者に与えることが重要である。呼吸器疾患の治療が、これらの慢性疾患に対する心理的・感情的反応に対する配慮と統合されなければ、不安や怒り、緊張、いらだち、絶望、抑うつなどのマイナスの感情が発生し、患者の転帰を悪化させる原因となる可能性が高い。抑うつ・不安の有病率は一般母集団では8~20%だが、COPD患者では40~90%に及ぶことがある」。

多くの専門家がCOPDのような肺疾患と、抑うつおよび不安との関連に気づいているが、精神疾患は実際にCOPDを悪化させ、入院を増加させる可能性があることを示唆する研究が現れてきている。

「これは重要かつ意義深い研究結果であり、COPD患者の場合、抑うつおよび不安はCOPDによって引き起こされる単なる併存疾患ではなく、臨床的に重要なリスク因子として治療しなければならないことを示唆している」と、論文の研究責任者であるマクギル大学（モントリオール）呼吸器病理・臨床研究学部長のJean Bourbeauは言う。

感情が喘息における肺機能に与える影響について、大規模な研究が行われた。最近の研究結果は、気道は心理状態に反応することを示している。これは感情状態の変化が喘息の増悪を招くことを示唆する個人的回顧的報告によって裏づけられている。

多くの患者で、精神疾患を治療することによって全体的な身体的状態が改善し、ク

2010年10月10日

オリティ・オブ・ライフが向上し、治療計画や生活習慣の変化、物理的制約への順守が可能となる。

近年、若者における呼吸器疾患と不安障害・抑うつ障害の関係に対する関心が高まってきている。研究では、初期の呼吸器症状が若者における精神疾患の割合の増加と関連があることを示唆しており、この関連性は臨床サンプルおよび地域ベースのサンプルを用いて立証されている。呼吸器症状および呼吸器疾患のある小児および若者は、そうでない者と比べて後に精神障害を発症する確率が2~4倍高い。心気症、機能障害、喫煙を調整した後も、若者における呼吸器疾患と精神疾患の関連性は変わらない。

喘息の自己管理は困難である場合があるが、抑うつは喘息の自己管理およびコンプライアンスの有効性を低下させる一因として認められている。慢性疾患およびうつ病をもつ患者は、うつ病のない患者と比べて治療を順守しない割合が3倍高い。

研究は、喘息と抑うつの中に「フィードバック・ループ」がある可能性を示唆している。喘息患者が経験する抑うつは喘息が原因であるが、同様に抑うつは喘息の原因の可能性もある。こうした双方向の関連が悪循環となり、精神と肉体の関係が悪化の一途をたどる恐れがある。

喘息患者における抑うつを治療することにより、疾患が併存することの悪影響が最小化することが望ましい。抑うつの治療により医学的治療へのコンプライアンスやより効果的な喘息の自己管理が高まり、喘息による死亡率が低下する可能性がある一方、抑うつの治療はクオリティ・オブ・ライフを劇的に改善する可能性がある。

2010年10月10日

肥満と精神疾患

ファクトシート

- 肥満と抑うつ・不安との関係は単純ではない。
- 抑うつおよび不安は、偏った食事や運動不足、体を動かすことの少ないライフスタイル、喫煙、過度の飲酒等の不健康な行動と関連がある。こうした不健康な行動の多くは肥満と強い関連性を有する可能性がある。
- 肥満と抑うつには、睡眠障害や体を動かすことの少ない行動、きちんと管理されていない食物摂取等、類似した症状がみられる。しかしその大部分は別々の健康問題として治療され、治療結果は不良である場合が多い。現在抑うつ状態にある人や過去に抑うつ状態を経験したことのある人は、抑うつを経験したことのない人と比べて肥満になる可能性が**60%**高い。
- 不安の病歴がある人は、不安と診断されたことのない人と比べて、肥満になる可能性が**30%**高い。疾病管理予防センター（CDC）は、肥満は冠動脈性心疾患や脳卒中、変形性関節炎といった重篤な慢性疾患と関連しており、肥満に対する効果的な治療が何よりも重要になっていると報告している。
- 特に女性において、肥満は大うつ病およびパニック障害の生涯リスク上

2010年10月10日

昇と関連している。

- 青年期の肥満は成人になってからの抑うつにつながる可能性があることを示している調査研究もあれば、青年期の抑うつが成人になってからの肥満につながることを示している研究もある。

2010年10月10日

肥満と精神疾患

WHOは、肥満が世界的に流行しており、2020年には肥満が地球上で唯一最大の死因になるだろうと予測している。

肥満が引き金となる可能性のある精神障害には、うつ病、摂食障害、歪んだ身体的イメージ、低い自尊心などがある。肥満とうつ病のような精神障害との関係を理解することは、公衆衛生上の重要な課題である。なぜなら、これらの状態はいずれも世界中の医療制度に重大な影響を与え、世界の疾病負担の大きな割合を占めているからである。

Swedish Obese Subjects (SOS)という研究から得られた証拠は、重症肥満患者では肥満ではない人と比べて、臨床的に有意な抑うつ状態が3~4倍多いことを示している。「精神医学的に不健全であることを示すレベルの抑うつは、肥満患者により多く見られる」と、著者であるSahlgrenska University Hospital（スウェーデン）のMarianne Sullivan教授とそのチームは学術論文の中で書いている。肥満患者の抑うつスコアは、慢性疼痛患者のそれと同等か、それより悪いことを彼らは報告している。

未治療のうつ病は肥満の原因にも結果にもなり得る。「開業小児精神科医として、私は小児や十代の若者において肥満とうつ病・不安障害の間にはっきりとした関連性を認める」と、米国精神医学会理事であり、バーモント州バーリントンで小児・青少年向け精神科医をしているDavid Fasslerは述べている。

先頃ミネソタ大学で行われた研究の結果、太り過ぎていることをからかわれた子どもは身体的イメージが悪く、自尊心が低く、抑うつ症状を示す可能性が高いことが明らかになった。この研究では、学校や家でからかわれたことのある十代の若者の26%が自殺を考えたことがあり、9%が自殺を試みたと報告していることがわかった。自殺は青少年の死因の第3位である。（Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, "Associations of Weight-Based Teasing and Emotional Well-being among Adolescents," August 2003）

2010年10月10日

抑うつと肥満は、特に心血管疾患のリスクを高めることなど、公衆衛生上の大きな意味をもって広がっているが、今や最近の研究によって抑うつと肥満の関連性が確認された。抑うつは肥満のリスクを**18%**上昇させる。

研究により、抑うつと肥満は相互に作用することが示唆されている。抑うつと肥満との間の長期的で双方向の関連は、臨床診療にとって重要な検討事項である。体重増加は抑うつの結果である可能性があるため、医療提供者はうつ病患者の体重を監視すべきである。同様に、太り過ぎや肥満の患者では、その気分を監視すべきである。こうした意識が両疾患のリスクの高い人々の予防、早期発見、複合治療につながり、ひいてはその負担軽減につながる可能性がある。

2010年10月10日

第2章

慢性身体疾患と精神疾患—統合的ケアの必要性

はじめに

要約:プライマリケア・サービスは心疾患や糖尿病など特定の慢性疾患と関連するうつ病のスクリーニング方法を改善する必要がある。精神保健専門家によるサービスをプライマリケアに組み込む方法は多数ある。こうしたつながりを提供することに対しては大きな需要があり、公衆衛生上必ず行うべきものである。

精神的健康なくして健康なし

Dr. Michelle Riba

プライマリケアや専門臨床診療において、精神保健問題に対する発見と治療を向上させる必要性を示す証拠が増え続けている。抑うつは慢性的で日常生活に支障をきたす状態であり、糖尿病や心血管疾患等の慢性併存疾患をもつ患者におけるクオリティ・オブ・ライフの低さや機能的制約、好ましくないセルフケア行動、高い医療費と関連している。

患者が身体的病状よりも心理社会的問題を訴えた場合、プライマリケア医は以前よりも抑うつや不安を認識できるようになってきた (Kirmayer, et al)。しかし抑うつや不安を抱える患者が訴えるのは身体的症状が主であったり、身体的症状のみであったりすることも多い (Simon, et al 1999)。身体疾患を伴う場合、向精神薬や体を動かすことの少ないライフスタイル、現代的な食事、精神疾患そのものが、すべて病的状態や早期死亡に寄与する恐れがある。したがって、こうした状態やリス

2010年10月10日

ク因子を認識し、証拠に基づく治療によってこれらの複雑な臨床状況を定期的に管理するための協力的モデルおよび教育プロセスを開発することが強く求められている。

二大慢性疾患—糖尿病と心血管疾患—および併存するうつ病は、これらの重要な関連性の影響を強調している。真性糖尿病患者における併存大うつ病の割合は高いにもかかわらず、うつ病はしばしば認識されず、両疾患をもつ患者の約3分の2で治療されていない (Katon 2008)。糖尿病およびうつ病を抱える患者の最大80%が、5年間に抑うつ症状の再発を経験する。食事規制や服薬、血糖値のモニタリングに従わないなど、糖尿病のセルフケアを守らないことによってうつ病は糖尿病に悪影響を与え、全体的な臨床転帰を悪化させる (Katon 2008)。

心疾患患者の30~40%が臨床的に重大な抑うつ症状を示している (Thombs et al, 2008)。大うつ病は心血管疾患患者の20%に見られ、他のリスク因子をコントロールした後も心血管の有害転帰に関連している。抑うつは心疾患の発症と関連しており、高い医療費や患者のクオリティ・オブ・ライフの低下と関連し、治療計画不遵守の可能性を3倍に上げる。実際、心血管疾患の予後は抑うつ症状の重症度に関連している。患者が抑うつ障害の診断基準を満たしているか否かにかかわらず、リスクは抑うつ症状の重症度に比例して大きくなる。うつ病は、心リスク因子をうまく修正したり心臓リハビリテーションに参加する機会を低下させる。そして、より高い医療の利用頻度や医療費、クオリティ・オブ・ライフの低下につながる。

特定の患者グループにとってどのような種類のスクリーニングツールが最適に關してはまだ議論されているが、医学界はある程度の精神保健に関する質問を臨床ケアに組み入れる準備ができている (Lichtman et al, 2008)。次にしなければならないことは、定期的な治療間隔で、抑うつや不安、物質乱用、自殺といった精神症状の標準的・日常的スクリーニングを組み入れるよう医師および患者に勧め、支援し、動機づけるための方法を開発することである。患者を精神科医に紹介するパラダイムおよび方法を確立しなければならない。成功例としては、精神保健専門家を同じ施設に配置して診療に組み込んだケースなどがある。その他のモデルとしては、電話、Eメールまたはウェブ (Skype) を利用して、医療現場においてプライマリケア医が精神保健専門家や評判の良い精神科クリニックに容易にアクセスで

2010年10月10日

きるようにすることがある。

コミュニケーション、協力、エビデンスに基づくケアが鍵となる要素である。問題が大きいことはわかっているが、これは間違いなく公衆衛生上対処しなければならない問題である。しかし我々は精神保健問題の規模を理解するための新たな方法と、その他の併存疾患をもつ患者における精神疾患を評価・管理・治療するための最適な方法を開発しなければならない。

Michelle Riba はミシガン大学精神医学講座教授である。 Eメールアドレス：
mriba@umich.edu

参考文献：

1. Kato WJ: The comorbidity of diabetes mellitus and depression. Diabetes Journal Club, 2008; Vol 5, No. 3, 9-16
2. Kirmayer LJ Robbins JM, Dworkind M, Yaffee MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. Am J Psychiatry 1993; 150:734-741
3. Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lesperance F, Mark DB, Sheps DS, Taylor B, Froelicher ES: Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. Circulation 2008; 118:0-0
4. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. : N Engl J Med 1999; 341:1329-1335
5. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, Zuidersma J, Eze-Nliam C, Lima BB, Smith CG, Soderlund K, Ziegelstein RG: Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care. A systematic review. JAMA, 2008; 300 (18):2161-2171

2010年10月10日

精神的健康および慢性身体疾患に苦しむ人々のためのアクセス向上におけるプライマリケアの役割

Dr Gabriel Ivbijaro

要約: 多くの人が、精神疾患と身体疾患を同時に発症している。治療が利用可能な場合でも、別々の施設で提供されることが多い。多くの低・中所得国では、精神保健治療の提供はきわめて限定されている。適切なトレーニングが行われれば、患者のためのサービスを向上させるために、プライマリケアの現場で精神疾患と身体疾患の両方に対する治療を提供することは可能である。

精神疾患と身体的健康は絡み合っている。精神疾患患者の多くは、彼らが受けている治療の結果として、あるいは疾患自体の複雑さの一部として、身体疾患も抱えている。多くの医療制度では、身体的ヘルスケアと精神的ヘルスケアに対する統合されたアプローチを十分に提供できていない。精神的ヘルスケアはある組織から受け、身体的ヘルスケアは別の制度から受けるという場合が多い。場合によっては、片方の疾患は治療されても、もう片方は治療されないこともある。

断片的なケアまたは不完全なケアの結果、個人が適切な総合的ケアを受けられず、このため平均余命は短くなり、クオリティ・オブ・ライフは低下する恐れがある。重度の精神疾患と共に生きる多くの人々は、長期的な身体的健康問題や併存する精神疾患を抱え、それぞれの疾患の相乗作用が全体的な健康転帰を悪化させることが多い。

今年の世界精神保健デーは、慢性身体疾患と精神疾患との関係をテーマとしている。これは私たちに現在の状況を熟慮し、今後取るべき道について考える機会を与えてくれる。

心と体の関連に注目する必要性に対する理解は、新しいことではない。1933年6月10日付の『ブリティッシュ・メディカル・ジャーナル』誌の通信欄では、C.M. Billingtonが同誌に掲載されている論文に対して次のようにコメントしている。「過去何年もの間、人間を研究所のラットやギニアピッグのようにみなす傾向が続いてきた。だが、患者には心があり、この彼らの中の高度に文明化された部分はその身体に対して実際にきわめて強力な影響力をもっていることを、疾患に関する研究や仮説の中で、今や私たち皆が認める時である」。すべての一般開業医は日常業務の中でこの論争の余地

2010年10月10日

のない事実直面していると **Billington** は述べ、医療従事者全体が切っても切れない心と体の関係を考慮に入れることを提案している。他の医学環境—たとえば中国、チベット、インドなど—では、何世紀も前から心と体のつながりが認められてきた。

残念ながら、心と体の分離を唱える人々は1つの疾患への専門化を重視する医療制度を設計する必要性を強調することによって、あるいは身体的医療施設と精神的医療施設が遠く離れた医療施設を設計することによって、心と体のつながりを断つことに成功したようだ。

「**2008年世界保健報告：プライマリケア、そのかつてない重要性**」は、緊急に医療制度の焦点を再びプライマリケアに合わせる必要性があることを述べている。あまりにしばしば投資は専門化に向けられ、心と体のつながりをさらに破壊するリスクを冒している。この報告書は、**1978年**のアルマ・アタ宣言で述べられたプライマリケアの中核的価値は依然として有効であり、今なお万人に健康を提供することが必要だと述べている。この宣言もまた、私たちがプライマリヘルスケアの目標と利点を提供する医療制度を開発することを可能にする、強力な政策とリーダーシップの必要性を強調していた。

アルマ・アタ宣言が出される前のように、今も二次医療、三次医療への偏重が見られ、これが地方の医療サービスの断片化につながっている。こうした病院による医療提供への過度の依存は、大半の人にとって最適な健康転帰をもたらすことができていない。なぜなら、特に患者の大半が単一疾患ではなく併存疾患をもつ精神保健の分野において、病院では患者を総合的に見ることができない場合が多いからである。精神疾患はしばしば長期的な身体疾患と関連しており、長期的な身体疾患はしばしば精神疾患と関連している。

プライマリケアにはしばしば慢性精神疾患を抱える患者が訪れるが、多くの患者にとってプライマリケアは最初に助けを求める場所である。通常プライマリケア・サービスは自宅の近くで提供されるが、これは悪いイメージを軽減することにつながる可能性がある (**WHO/Wonca 2008**)。体制の整ったコミュニティケアの環境では、ケアの継続性が高まっている。

こうした研究結果にもかかわらず、**WHO**は**mhGAP Report (2008)**の中で、精神疾患患者の多くは彼らが必要とする、または受けるに値する身体的または精神的医療を受けていないと報告している。精神科医の対人口比率は、高所得国で10万人当たり**10.5**人、中所得国で10万人当たり**2.7**人、低所得国で10万人当たり**0.05~1.05**人となっている。心理士の対人口比率は、高所得国で10万人当たり**14**人、中所得国で10万人当たり**1.8**

2010年10月10日

人、低所得国で10万人当たり0.04～0.6人である。また、精神科看護師の対人口比率は、高所得国で10万人当たり32.95人、中所得国で10万人当たり5.35人、低所得国で10万人当たり0.16～1.05人となっている。ソーシャルワーカーの対人口比率は、高所得国で10万人当たり15.7人、中所得国で10万人当たり1.5人、低所得国で10万人当たり0.04～0.28人である。

これらのデータは、世界的に病院および2次ケアを通じて精神保健について利用可能なリソースが不十分であることを示している。精神疾患、身体疾患の両方に対処するトレーニングを受けた、容易に利用できる費用効率の高い労働力が必要である。そうした労働力はプライマリケアを通じてより容易に提供できる。Starfieldら(2003)はコミュニティにおける高い併存疾患の割合を示し、単一疾病管理ではこれに対応できないと述べている。プライマリケア医は人口の大部分に一般的治療を提供しているため、病院よりも併存疾患に対処できる体制が整っている。

患者とチームが互いを知っているため、よいプライマリケアは継続的にケアを提供できる。これは医療費の合計額を減らす結果となる。患者はプライマリケア・サービスに満足しており、公衆衛生レベルでのプライマリケアの転帰は、単一の専門科の健康転帰よりもよいことが証拠によって示されている。これは、プライマリケアは病院よりも総合的に患者に対処できる体制が整っているためである。

多くの研究が、精神疾患患者では死亡率が高くなることを指摘している。重篤な精神疾患患者の最大50%に併存する身体疾患が認められる。およそ35%が診断されていない疾患をもっており、約20%がその精神疾患の増悪の原因である可能性のある疾患をもっている(Lawrence et al 2000, WHO/Wonca 2008)。長期的精神疾患に関連のある疾患としては、喘息や慢性閉塞性肺疾患(COPD)、糖尿病、冠動脈性心疾患(CHD)、関節炎、特定の腫瘍およびがん、乾癬をはじめとする皮膚疾患、一部の喫煙関連疾患などがある。精神疾患患者が身体疾患を発症した場合、医療費は70%増加する。

先頃欧州で行われたレビューは、精神疾患、身体疾患ともに人的コストおよび関連する金銭的コストがかかると述べ、精神疾患のために年間4360億ユーロが費やされていると見積もっている。これは一世帯当たり2000ユーロに相当する。精神疾患患者における身体疾患の発症により、治療費はさらに70%上昇する。この報告書はまた、精神的健康と身体的健康のプラスの相互作用についても述べており、欧州連合がプライマリケアを通じて精神保健サービスへのアクセスを向上させること、およびプライマリケアチームのトレーニングを向上させることの必要性を提唱している。

2010年10月10日

多くの人が、すぐれた精神的、身体的ヘルスケアマネジメントを提供するプライマリケアの能力に疑問をもっている。2008年、世界家庭医学会（World Organization of Family Doctors : Wonca）およびWHOは、高・中・低所得国のプライマリケアチームは総合的な精神保健サービスを提供することができ、その転帰は良好で費用効率が高く、患者の満足度も高いことを示す証拠を世界中から生み出した。しかし、こうした有効性の基準を世界的に保証することはできない。

プライマリケア労働力の十分なトレーニングは利点をもたらすことができるが、一般開業医は心と体のつながりを理解するトレーニングを受ける必要がある。2007年に、世界家庭医学会とWFMHは「*Breaking through Barriers Campaign*」を行い、フランス、ドイツ、メキシコ、ブラジル、オーストラリアにおいて合同でオンライン調査を実施した。この調査は、心と体のつながりに関する、医師と患者の間の共通理解に対する認識を得るよう設計された。医師から抑うつに対する治療を一度でも受けたことのある成人252名を対象に調査を行った。また、一般開業医501名に対しても調査を行った。

研究結果の一部は以下の通りである。

- 一般開業医の78%が心と体のつながりがあることに同意した。
- 一般開業医の85%が心と体のつながりを理解することは診断に役立つことに同意した。
- 一般開業医の93%がこうした理解がマネジメントに役立つことに同意した。
- 一般開業医の84%が、自分たちは心と体のつながりに関する教育を受ける必要があることに同意した。
- 抑うつに対する治療を一度でも受けたことのある人の62%が、心と体のつながりの可能性について一般開業医と話し合ったと回答した。

抑うつに対する治療を一度でも受けたことのある人で、心と体のつながりがあると考えている人は、抑うつに対する治療を一度でも受けたことのある人で、心と体のつながりがないと考えている人と比べて、平均で68週早く一般開業医の診察を受けていた。この調査は、心と体のつながりについて、一般市民および家庭医とそのチームに教育

2010年10月10日

を行うことの必要性を示している。

2次的ケアに依存するという従来型のアプローチでは、人々の心身の併存疾患に対処するには不十分である。身体的健康、精神的健康における全体的健康転帰を向上させる上でプライマリケアが有効であることを、私たちはすでに知っている。世界中のすべての社会に存在する精神保健のギャップによりよく対処するために、引き続き世界的規模で精神疾患治療と身体疾患治療の統合を進めていく必要がある。こうしたギャップはプライマリケア単独で対処できるものではない。プライマリケアは2次的ケアやサービス利用者およびその家族と効果的に協力し、人々がそれぞれのコミュニティで日常的なヘルスケアを利用できるようにする必要がある。

良好な精神的健康は、身体的ヘルスケアへのアクセスがある場合にのみ存在し得る。同様に、良好な身体的健康は、精神的ヘルスケアへのアクセスがある場合にのみ存在し得る。心のケアと体のケアは長い間分離され、患者の不利益になってきた。2010年世界精神保健デーは、万人のための健康が現実となるよう、私たちがこのヘルスケアにおける重要要素に再び注目することを可能にする。

Dr Gabriel Ivbijaro, FRCGP, FWACPsych, MMedSci, DFFP, MA は、世界家庭医学会(Wonca) (イギリス) 精神保健作業部会議長である。 Eメールアドレス : gabluc@aol.com.

参考文献 :

1. Billington CM. Mind and Body (correspondence). *British Medical Journal* 1933; June: 1026.
2. WHO. The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). World Health Organization: Geneva 2008.
3. *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, Sept 6-12, 1978.*
4. WHO/Wonca. *Integrating mental health into primary care: a global perspective.* World Health Organisation and World Organization of Family Doctors (Wonca). 2008.
5. WHO. *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders.* WHO: Geneva, 2008.

2010年10月10日

6. Starfield B, Lemjke K, Herbert R, Pavlovich W & Anderson G. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3(3):215.
7. Lawrence D, Holman CDJ, Jablensky AV et al. Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101: 382-388.
8. Mental Health and Physical Health Platform. *Mental and Physical Health Charter*. 2009.

2010年10月10日

投資としての精神保健：費用節減とケアの品質向上

Dr. David McDaid

要約：経済的な議論により、精神と身体両面を統合した医療の正当性を裏づけることができる。高所得国では、併存症の治療による大幅なコスト削減が示されている。これには医療費の低減、欠勤の減少、早期退職の減少、家族のケア負担の減少、福祉費用の低減が含まれる。また、ホームレスになるリスクや刑事司法制度に触れるリスクを軽減することもできる。経済的コストや利益に関して、低所得国や中所得国での証拠が必要である。

長期的な心身両面の健康上の問題の重要性が強調されているが、このような併存症の影響について我々は何を知っているだろうか？国の状況が違って医療制度やその他の制度のコストは悪化するのだろうか？就職や就学にどのような影響があるのだろうか？ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals）達成への進展が妨げられるのだろうか？よりよく統合され、調整されたサービスの提供は、これらの費用の回避や軽減にどの程度役立つのだろうか？有効な介入の提供に対する障壁はどうすれば克服できるだろうか？

これらの疑問に対して最大限に包括的な答えを示すことは、政策決定者および政策立案者が、健康ケアシステムの内外にある資源の最善の活用法を決定するうえで役立つ。多くの国が景気の停滞を経験している時だからこそ、併存症への取り組みに対する投資には相応の価値があることを示す情報が特に重要である。

複合的な影響

現在、精神保健上の問題がもたらす個人的、社会的、経済的に重大な影響に関する証拠は多数揃っている。たとえば、欧州連合では、永続的な精神保健上の問題を抱え、そのうえに身体的疾患を有している場合の年間経費は、欧州の1世帯あたり2,000ユーロを超えると推定されている[1]。これらの費用のうち医療制度が占めるのは約3分の1に過ぎない。主な費用には欠勤、早期退職、退職が含まれるが、一方で、子供を含む家族がケアの負担のために就職や就学の機会を失う場合もある。

2010年10月10日

その他の重要な個人的影響としては、家族に疎んじられてホームレスになったり刑事司法制度に触れることになったりするリスクが挙げられる。多くの影響が長期にわたる可能性がある。小児期の精神保健上の問題は長期的な影響を及ぼし、成人期になってからの機会が制限される可能性がある。社会的保護の最低限のセーフティネットがあればいい方で、非常に強い偏見が残る低・中所得国では、こうした人的、社会的、経済的な影響はいずれもさらに大きいと思われる。

これらのコストが身体的健康上の問題の併存によって増加することを示す証拠が増えている。高所得国においては、うつ病と身体的疾患の併存は個人の医療費だけで50%も増加させると推定されている[2]。疾患によっては費用はさらに高くなる可能性がある。たとえば、うつ病を併存する糖尿病の場合、医療費だけで、合併症を伴わない糖尿病の4.5倍になる可能性がある[3]。心血管疾患と精神保健上の問題の併存の追加費用は15%~40%高くなると思われる[4]。精神保健上の問題と筋骨格障害は長期欠勤の主要な原因である。併存症はこれらの費用を増加させる[5]。母親のうつ病は、子供の身体的健康上の問題や不完全な免疫のリスク上昇と関連している[6]。低・中所得国では、精神保健上の問題はHIV/AIDS [7]や結核[8]などの伝染病の蔓延を防ぐ措置の効果を低下させる場合もある。

これらの追加費用には多くの要因が考えられる。精神保健上の問題がある人は、身体的健康上の問題を管理するためのアドバイスと治療計画に従う可能性が低下する場合がある。また、精神保健上の問題を抱える人はレッテルをはられることを恐れてプライマリケアやその他の医療を受けるのをためらう可能性がある。慢性的な身体的健康上の問題を治療するプライマリケアの専門家も専門的ケアの専門家も、精神保健上の問題を見つけられない場合があり、またその逆の場合もある。医療制度内でも、精神保健と身体的健康のケアサービスの間に組織の壁があり、ケアに対するより全人的かつ統合的なアプローチの開発が妨げられる可能性がある[8]。

経済を用いた取り組みの正当性の裏づけ

精神保健上の問題と関連する併存症の両方に対処する有効な取り組みへの投資を推進することは、依然として重要な課題である。可能性のある取り組みの選択肢の有効性

2010年10月10日

に関する情報だけでなく、実施のコストに関する情報や、健康の増進によって回避される潜在的費用に関する情報も提供することが不可欠である。資源が非常に限られている低・中所得国においてさえ、精神保健上の問題の予防と治療に役立つさまざまな介入の費用対効果が高いことが示されている[9]。回避可能な身体的健康上の問題のコストを強調することにより、こうした介入への投資の正当性をあらゆる状況においていっそう強く示すことができる。

医療制度への投資の増加は、他の分野にも経済的にプラスの効果をもたらす可能性がある。たとえば、就職状況が改善されることにより、国家生産性と所得税に関連した歳入の両方が増加する。したがって、医療制度の枠を超えて政策決定者、事業主などと協働することが重要である。

また、すでに慢性的な身体的疾患を抱えている人の併存症の精神保健上の問題に対処し予防するための取り組みの費用対効果に関し、わかっていることを確認することも重要である。特に低・中所得国における証拠を増強することは、国際的なドナーや援助団体に対し、精神保健への対処が伝染病の影響低減の目標達成に役立つ有効な手段となりうるという説得力のある議論を示す一助ともなると思われる。高所得国においては、費用対効果の高い手段を特定することができる。一部の手段は、米国における糖尿病とうつ病の併存の集学的および段階的医療の場合のように、慢性的な身体的疾患をもつ人におけるうつ病の認識と管理を向上させることを中心としたものである[10]。課題は、このようなアプローチの費用対効果が他の環境でも高いかどうかを見極めることである。

精神保健上の問題を抱える人々の身体的な健康状態を定期的にモニタリングし、あわせて健康増進の措置を講じることは、さらなる投資に値すると思われる。このようなアプローチで出費に見合う価値を達成する鍵は、介入が受け入れられるための要因の理解を深めることである。たとえば、プライマリケア環境における身体的健康の定期的なモニタリングを推進したり、健康によい行動変化の維持の奨励を助けるうえで金銭的および非金銭的なさまざまなインセンティブが果たしうる役割を、研究によって考察することができる。

要約すると、経済による取り組みの正当性の裏づけは有望である。現在の課題は、精

2010年10月10日

神と身体の併存症への対処を正当とするさらに説得力のある議論を示すことができるように、さまざまな環境において何が機能し、費用はどの程度なのかについての証拠をさらに固めることである。

David McDaidは英国のロンドン大学政治経済学院（London School of Economics & Political Science）の研究者である。電子メールのアドレスはd.mcdaid@lse.ac.uk。

References:

1. McDaid D (ed). *Bridging the gap between physical and mental health*. Brussels: Mental and Physical Health Platform, 2009
2. Chisholm D. et al. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry*. 2003. 183: p. 121-31
3. Egede L, Zheng D, K. Simpson. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (3): 464-470.
4. Rutledge T et al. Depression and cardiovascular health care costs among women with suspected myocardial ischemia: prospective results from the WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation) Study. *Journal of the American College of Cardiology* 2009; 53(2):176-183
5. Bevan S et al. Fit for work. *Musculoskeletal disorders in the European workforce*. London: Work Foundation, 2009.
6. Rahman A et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of General Psychiatry* 2004 , 61, 946–952
7. Freeman M et al. Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187:1-3
8. Husain, M O et al. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2008: 4:4
9. Hyman S et al. Mental Disorders. *In Disease Control Priorities in Developing Countries* (2nd Edition): 605-626. New York: Oxford University Press, 2006.
10. Katon W et al. Long-Term Effects on Medical Costs of Improving Depression Outcomes in Patients With Depression and Diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31(6):1155-1159

2010年10月10日

第3章

コンシューマおよび家族介護者に関する戦略

パート1 レジリエンスの構築

人生の変化や困難な出来事に出遭った人は、適応のための時期を経て、自分の疾患について知り、新しい生き方に順応する方法を学ぶ。なかにはすぐに立ち直り、治療を受けて通常の生活に戻る人もいるが、より困難な道のをたどる人もいる。レジリエンス（精神的回復力）の構築は人の生活の質において重要な要因となりうるが、必ずしも自動的に得られるものではない。回復力を高める方法を学ぶ必要がある人もいる。米国心理学会は次のように指摘している。「レジリエンスは、人がもっているかもっていないかに分かれるような特性ではない。学習し身につけることのできる行動、考え、行為を伴うものである」

Vijai P. Sharmaは、その著「あなたの慢性疾患を心理的にコントロールする（Gaining Psychological Control of Your Chronic Illness）」のなかで、いくつか重要なアドバイスを行っている。「生涯つきあっていかなければならない病を得たなら、その病気を管理する覚悟を強くもつほど、生活の質を高めることができます。関節炎、糖尿病、心臓病、がん、肺気腫、その他の慢性病のいずれに罹ったとしても、あなたに起こることを変えることはできます。病気の成り行きや、生きるうねで機能する能力に関して、より積極的な役割を果たし、うまく対処し、制御する方法を学ぶことができます。

自分の病気の専門家になれば、病気をよりうまく管理することができます。自分の症状についてわかることはすべて学んでください。それによって、障害や合併症を最小限に抑えるためにとるべき行動についての知識が得られます。自身の治療やリハビリにおいて積極的なパートナーとなり、医師に助けてもらいやすくしてください

2010年10月10日

い。

自分自身に以下の質問をして、できれば回答を書き出してください。

1. 私の症状を悪くするもの、良くするものは何か？
2. 私の症状が急に起こった時、私や私の家族がすべきことは何か？
3. 専門家の助け／救急医療を求めるべき前兆は何か？
4. 私は医療チームに何を期待できるか？また、自分で何をする必要があるか？」
(<http://www.mindpub.com/topic16.htm>)

レジリエンスは、内的な特性と学習した行動の組み合わせである場合が多いが、社会的支援体制や医療チームとの良好な関係などの外的な要因から得ることもできる。Angela L. Carterは、その著「レジリエンス あなたは病気から立ち直るために必要なものを持っていますか (Resilience: Do you have what it takes to bounce back after illness?)」のなかで、社会的支援とは、多種多様なサポートを提供してくれる友人、家族またはその他の人々のネットワークだと述べている。

慢性疾患の精神的・情緒的な問題に対処するには、現実的で、しかも積極的なアプローチが必要である。自分の症状に順応することや将来を楽観することは、最初は不可能に思えるかもしれないが可能なことである。毎週複数回の透析治療を受けている腎臓患者に関する最近の研究で、これらの患者が感じている気分や生活満足度には健康な対照群と差がないことが明らかにされた。

慢性疾患に伴う困難をうまく乗り切るのに必要な情緒的レジリエンスの構築を、資格のある心理士に助けをもらうことができる。心理士は医師やその他の専門家と協力して、治療プログラムを強化するだけでなく、身体的制約にかかわらず人生に達成感を見出す一助となるような適切な対処戦略の開発に関わることができる。

慢性疾患への対処について、その他のいくつかの提言を記す。

2010年10月10日

- 他者と結びついたままにいること。友人や家族との間に質の高い関係を築き、維持すること。また、多くの保健機関は、同様の問題を抱える人々で構成されるサポートグループを援助している。これらのグループに参加することで、あなた自身の幸福が手助けされるだけでなく、他者を手助けするというやりがいのある機会も得られる。
- 自分を大事にすること。きちんと食事をしたり、休息をとったり運動をしたり、楽しい時間を過したりすること。病気の心配に影響されないようにすること。
- 仕事、用事、家事、趣味などの日課をできる限り維持すること。そうすることによって、病気の混乱や不確かさがあっても安定感を覚えることができるようになる。

若者におけるレジリエンスの増進

慢性疾患を有する若者の平均余命は劇的に延びているものの、若者や家族の心理社会的発達に対してはあまり注意が払われていない。介入は障害のみに重点が置かれ、青年期のヘルスケアの問題や正常な発達のためのニーズは見過ごされる場合があまりにも多い。しかし、医療専門家は、特に慢性疾患を抱える若者と継続的に接触することから、身体的健康および精神保健上の両方の結果に影響を及ぼす重要な位置にいる。

レジリエンスのある若者や家族に関する研究から、健全な機能を促進するために特定の戦略を使用できる可能性が示唆されている。障害を伴う慢性疾患を有する若者やその家族は精神保健上の問題のリスクが2倍高いという事実は（Gortmaker, Walker, Weitzman, & Sobol, 1990; Lavigne & Faier-Routman, 1992）、積極的な精神保健を促進する戦略を既存の医療サービスに統合することの重要性を強調する。さらに、青年の発達や日々のケアにおいては家族がきわめて重要な役割を演じることから、特別な医療を必要とする青年の場合家族の状況に意識的注意が払われなければならない。医師は健全な家族の機能をサポートする必要があり、家族の機能を損なうような戦略（厳格な治療計画を作ること、家族とともに決定するのではなく家族の代わりに決定を下すことなど）は避けなければならない。

2010年10月10日

治療計画に関する以下の3つの提言は、慢性疾患を抱える若者とその家族のレジリエンスを増強するものである。

1. 青年と家族を治療計画に組み入れる

慢性疾患の日々の管理において若者と家族が主要な役割を果たすことは明白である。したがって医療提供者は、現実的な治療計画を設計できるよう、慢性疾患が日常生活に及ぼす影響を理解する必要がある。青年が生活する社会的状況を考慮しない治療計画では問題が生じる。治療計画はできる限り家族生活を崩壊させず、青年の健全な発達を促進するものでなければならない。医療提供者は、外来診療時に家族が同伴していない場合でも、家族を組み入れることができる。たとえば、若者から家族に関する情報を集めることができる。目的は、家族の状況のなかでの若者に関する理解を得ることである。

2. 青年の長所と能力に基づいた治療計画を立てる

長所や能力を確認することは、慢性疾患をもつ若者の能力を培うような介入を提供者が設計するのに役立つ。さらに、若者の場合、将来の職業、教育、生活設計に関して現実的な計画を立てられるよう、個々の長所と限界に関する具体的な情報が必要である。これとは対照的に、弱点のみに基づいたサービスやプログラム、例えばサービスのための資金をある程度の継続的な障害の証明に依存している場合などでは、若者の可能性を制限する可能性がある。

3. 青年と家族の正常な発達へのニーズに対処する

一般的に、サービス提供者が注意を向けるのは内科的な疾患であり、精神保健上の問題は無視されることが多い。慢性疾患を抱える青年を同年代の健康な若者と比較すると、違う点より似ている点のほうが多いため青年期に共通する医療上の懸念に対処しなければならない。慢性疾患をもつ若者は、青年期の健康上の問題や障害に

2010年10月10日

関連した問題に対処する包括的なケアを受けるべきである。さらに、青年が成人期に入ると、両親をはじめとする家族の介護者は慢性疾患を管理する新たな方法を見つける必要がある。医療提供者は、若い年齢の時からずっと、発達上適切な情報や指示を外来診療に組み入れることにより、移行を容易にすることができる。定期的に治療計画の評価を行って、若者の発達段階や能力に適したものであることを確認する必要がある。若者と家族の健全な機能を促進するため、発達上の問題を治療計画に統合しなければならない。

Reference:

Garwick, A., & Millar, H. (1995). Promoting Resilience in Youth with Chronic Conditions & Their Families.

Maternal & Child Health Bureau. Health Resources & Services Administration. U.S. Public Health Service.

2010年10月10日

参考資料

レジリエンスを構築するための10の方法

米国心理学会 <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>

他者との結びつきを作る

家族や友人などの親しい人との良好な関係が重要である。あなたのことを気にかけて、あなたの話に耳を傾けてくれるこうした人々の助けやサポートを受け入れることによって、レジリエンスが強くなる。市民団体、宗教的奉仕活動団体、その他の地域団体で活動することによって社会的支援を行い、それが希望を取り戻すことに役立つと感じる人もいる。困っている人を助けることは、助ける側のためにもなる。

困難な状況を、乗り越えられない問題だと考えないようにする

非常にストレスの大きい出来事が起こったという事実を変えることはできないが、その出来事の解釈のしかたや対応のしかたを変えることはできる。現在よりも先を見て、将来の状況は少し良くなっているかもしれないと考えるようにすること。困難な状況に対処するなかでいくらか良くなったと感じることがあれば、どんなに些細であってもそれが実現できた方法に気を留めること。

変化は生きることの一部であると受け入れる

困難な状況の結果として、達成することが不可能になる目標もあるかもしれない。変えることのできない状況を受け入れることが、変えることのできる状況に集中する助けとなる。

2010年10月10日

目標に近づく

現実的な目標を立てること。小さな達成のように思われても目標に近づくための行動を定期的に行うこと。達成不可能に思われる課題に集中するのではなく、「行きたい方向へ進むのに役立つことで、今日達成できることは何だろう」と自問すること。

断固たる行動を取る

困難な状況に対してできる限りの行動を取ること。問題やストレスから完全に離れて、問題やストレスがなくなるようにと願うのではなく、断固たる行動を取ること。

自己発見の機会を探す

人は喪失との戦いの結果、自分自身について何かを学ぶことが多く、ある面で成長した自分に気がつくことがある。悲惨な出来事や困難を経験した多くの人が、人間関係が良好になり、無力感を抱いている時でもいっそう強くなった感じがし、自尊心が強くなり、精神性が高まり、人生に対する感謝の念が強まったと報告している。

自分自身に対する肯定的な見方をはぐくむ

問題を解決する自分の能力に自信をもち、レジリエンスの構築を助ける直感を信じること。

事実を正しくとらえる

非常につらい出来事に直面した場合でも、ストレスの多いその状況をより広い視野で考えるようにし、長期的な見方をすること。出来事を大げさにとらえないようにすること。

2010年10月10日

希望をもった見方を保つ

楽観的な見方をすることにより、人生に良いことが起こると期待することができる。恐れていることを心配するのではなく、自分が望むものを思い描くようにすること。

自分を大事にする

自分自身の要求と感情に注意を払うこと。楽しめる活動に参加し、リラックスできると感じる。定期的に運動すること。自分を大事にすることで、レジリエンスを必要とする状況に対処する心と体の準備ができる。

レジリエンスを強めるその他の有用な方法

たとえば、人生に起きたトラウマやその他のストレスの大きい出来事に関連した深い考えや感情について書く人もいる。瞑想や精神的な訓練が人との結びつきを築き希望を取り戻すのに役立つ人もいる。

重要なのは、レジリエンスを養うための個人的な戦略の一部として、自分にとって効果があると思われることを見極めることである。

2010年10月10日

コンシューマおよび家族介護者に関する戦略

パート2 支援システムの構築

慢性疾患と診断された後で考慮すべき最初のステップには、サポートを探すことや、疾患を管理する方法を学ぶことなどがある。必要とする情緒的、身体的な基本的サポートは周囲の人から得られるが、一番の擁護者、支援者となるべきなのは自分自身である。自分の疾患において積極的な役割を担い、自分の周りにサポート体制を構築することによって、それから先の旅路の強力な計画を作ることができる。そして、疾患の管理においてより積極的な役割を担う患者を支援するように、医療制度とコミュニティを変えることを考える必要がある。

多くの注目を集めている新しいプログラムは、セルフマネジメント支援体制を構築することである。「患者・家族中心のケア研究所」¹⁾は、セルフマネジメント支援について次のように記述している。「(セルフマネジメントサポートは)慢性疾患をもつ人が自分の疾患を管理する自信と能力を身につけるのをサポートするために提供される教育と資源である。医療提供者は患者やその家族と協力して患者のケアに関する決定を行う。慢性疾患をもつ人にとって、これは治療・投薬計画に従うことを意味するだけでなく生活様式の変化をも意味する。医療提供者にとっては、患者や家族のパートナーとなってケアの計画を立てることを意味する。

協同的セルフマネジメント支援は医療の提供を、従来の提供者または制度を中心としたモデルから患者および家族を中心としたアプローチへと変える。患者、その家族、そして提供者が互いを尊敬し合う関係を構築し、それぞれ互いの専門知識に敬意を払い、情報を隠さず共有し、患者と家族の目標、優先事項、価値観、ニーズ、ならびに科学的証拠に基づく臨床オプションについての共通の理解を築く。臨床の場と自宅でのケアの指針となる計画を全員で作る」

考慮すべきもう一つの重要なことは、資源、社会的支援、意欲的な家族の介護者、サポートグループ、およびその他の重要な周囲の人々の輪を作る必要性である。強力なサポート体制がない場合、多くの人には自分の病気を効果的に管理することができず、

2010年10月10日

そのため転帰が不良となって入院期間が長引き、個人的にも制度的にも費用がかさむ結果となることが、研究から明らかになっている。費用対効果の高いサポート方法の一つは、ピアサポートグループを作ることである。こうしたグループは患者に力を与える。患者は同じ病気をもつ人と交流し、それぞれの旅路について気楽に話し合う場を手に入れる。これは家族にとっても大いに助けとなる。

2006年にカリフォルニア医療財団が、慢性疾患をもつ人がピアサポートグループの構築に成功するための7つのモデルを記述した文書を発表した²⁾。

1人ひとりが自分のニーズ、病気、性格に合った道を見つけ、こころよく助けてくれる人たちを探すことが重要である。家族の助けだけでよい人もいれば、ピアグループ、個別のセラピー、友人、社会集団、ブログ、ウェブサイトなどのサポート体制に頼る人もいる。病気とともに生きる方法を学びながら、自分を個人的に助けてくれるものを見つけ出すことが重要である。

1) <http://www.ipfcc.org/advance/topics/pc-selfmgmt.html>

2) www.familydocs.org/files/Building%20Peer%20Support%20Programs%20CHCF.pdf

2010年10月10日

参考資料

社会的支援の構築

米国精神保健サービスセンター

地域の資源を調べてみてほしい。あなたの問題に合ったサポートグループはあるだろうか？ほとんどの地方紙やローカルのラジオ局、テレビ局は、地域の資源のイベントカレンダーを発行している。地元の病院、ソーシャルサービス団体、保険局があなたにとって役に立つようなサービスを提供しているか知っているだろうか？地元の図書館にはあなたの病状に関する本があるだろうか。図書館員に情報の検索を頼んでみてはどうだろうか。

U.S. Center for Mental Health Servicesは『**Illness Management and Recovery Workbook**（病気の管理と回復のためのワークブック）』を作成した。これには、以下に抜粋する『**Building Social Support**（社会的支援の構築）』に関する資料が含まれている。この資料では、人の生活における社会的支援を高める方法が中心的に扱われている。資料やワークブック全体については、記載されたウェブサイトを参考にしてほしい。

「社会的支援」とは、実りが多く、豊かで、助けとなる人間関係をもつことを意味する。肯定的にとらえられ、軋轢や争いが最低限である場合、関係を「支援的」とみなすことができる。どのような関係でも意見の違いがあるのは自然なことであり、支援的関係にも時として意見の不一致が生じうる。しかし、支援的関係における意見の不一致は普通、平和的かつ効果的な方法で解決することができる。

社会的支援は家族、友人、ピア、配偶者、恋人、同僚、宗教団体やその他のスピリ

2010年10月10日

チュアルグループのメンバー、クラスメート、精神科医、ピアサポートグループのメンバーなど、さまざまな人々との関係から得ることができる。社会的支援体制は文化によって大きく異なる。

何が関係を支援的にするかについては、人それぞれの意見がある。また、関係に何を望むか、関係の数や質に満足しているかどうかについても、人それぞれの見方がある。以下の質問は、社会的支援があなたにとって何を意味するかを評価するのに役立つだろう。

- あなたの人生であなたをサポートしてくれる人は誰か？
- 人はあなたが支援的だと考えるどのような種類のことをしてくれるか？
- あなたが満足しているのはあなたの関係のどの側面か？
- あなたが変えたいと思うのはあなたの関係のどの側面か？
- あなたはどのようなやり方で他の人たちの支えになっているか？
- あなたは自分が他の人たちの支えになっているやり方に満足しているか？
- あなたの人生に社会的支援をもっと取り入れたいか？

社会的支援の強化

人は社会的支援を強化し、他者との関係を改善することに関心を抱くことが多い。これには二つの一般的戦略を使用できる。

- 交流する人の数を増やす。
- 定期的に接触する人との関係の質を改善する。

多くの人の場合、この二つの戦略を組み合わせることが最も役立つ。

2010年10月10日

人と出会うのに適した場所

あらゆる種類の場所で人と出会うことができる。どこにいても、常に誰かと出会う機会がないか気を配っているとよい。さまざまな場所で人と出会うことができるが、人と出会うやすい場所というのがある。このような場所は、傾向として、気晴らしのため、興味を追求するため、あるいは仕事のために人が自然に集まる公共の場である。以下に例を示す。

- 図書館や市民団体などのコミュニティ組織
- 学校やクラス
- サポートグループ
- 職場
- 宗教活動やスピリチュアルな活動のために人が集まる場所（教会、シナゴーク、寺院、モスクなど）
- ピアドロップインセンター
- YMCAやYWCAなどのヘルスクラブやジム
- 公園
- 美術館
- コンサート
- 政治、趣味、スポーツ、自然保護、レクリエーションなどに関連した同じ興味をもつ人の集まり
- 書店、コーヒーショップ
- ボランティアプログラム

2010年10月10日

会話を始めるためのヒント

誰かと知り合いになるため、あるいは誰かをもっとよく知るためには、会話を始めるとよい。楽しい会話を始め続けるには、いくつかのスキルが必要になる。会話を受け入れてくれそうな人を選ぶ、興味深い話題を提供する、他の人に感心を示す、といったスキルである。

具体的な会話のコツを以下にいくつか示す。

- **忙しくしていない人を見つける。**
見たところ忙しくしていない人を選ぶ。何かをしている最中の人は、あなたと話をするためにそれを中断したいと思わないだろう。
- **関心を引く話題を選ぶ。**
会話を始める時にあなたがしていることに関連したことを、話題として選ぶ。たとえば、アートギャラリーにいるならば、その時鑑賞している絵について会話を始めることができる。また、天気や最近の出来事、スポーツなどの別の話題を選ぶこともできるだろう。面識のない相手の場合は、自己紹介から始めることもできる。しかしその場合は、自己紹介の後で何を話題にするかも考えておく必要がある。
- **相手を見る。**
アイコンタクトは相手の話に関心をもっていることを示すものであるから、人と話す時は重要である。相手の目を見るのが苦手な場合は、額や鼻など、目の近くを見ればよい。
- **微笑みとうなずきで、聞いていることを示す。**
相手に、あなたが相手の話を聞いていて興味をもっていることを知らせるとよい。相手への関心を示すことで、一方的に話をして会話を支配するつもりはなく、相手の考えや見方を受け入れる用意があることを知らせることができる。

2010年10月10日

- **相手の話に耳を傾ける。**
相手の話に対して質問をしたり、相手の意見に反応したりすることで、相手の考え方に興味をもっていることを知らせることができる。相手が興味なさそうに見える場合は、話題を変えるか、失礼のないように会話を終わらせることを考える。
- **自分自身についての非常に個人的なことを話すのは避ける。**
知り合いになったばかりの相手に自分自身の非常に個人的な情報を話すのは避ける。会話の中でこのような情報を早く出しすぎると相手が不快に感じる場合があり、関係を築くのが難しくなる可能性がある。相手をよく知ってからなら、個人的な話題についての会話を相手も気楽に楽しめるだろう。

人と親しくなるための戦略

友情を築く、親密な関係を進展させるなど、人と親しくなることは、多くの人にとって重要な目標である。最も実りのある親密な関係とは、それぞれの人が相手の考え方や幸福を気にかけるような関係である。他者と親しくなるためには、自分についての個人的なことがらを共有できることや、相手が自分の個人的なことがらをあなたと共有するのを受け入れられることが重要である。また、相手の助けになることを進んですることも重要である。

社会的支援の構築に関する要点のまとめ

- 社会的支援とは、建設的で、実りが多く、助けとなる関係を意味する。
- 人間関係は人の人生の重要な一部である。
- 支援的關係は、人がストレスを軽減し再発を減らすのに役立つ。
- より多くの人と結びつき、既存の關係の質を改善することによって、社会的支援を強化することができる。
- 人と知り合うにはさまざまな場所がある。

2010年10月10日

- 会話を始めるには、忙しくしていない人を見つけ、関心を引く話題を選び、相手の話に関心を示す。
- 相手のことを気にかけていることを示すことは、親密な関係を築くために不可欠である。
- より親密な関係を築くには、好意的な感情を示し、相手のことについて質問をし、徐々に自分のことを話すとよい。
- 人とより親密な関係を築くには、相手の考え方を理解すること、何かを一緒にすること、妥協すること、相手に必要とされる時に相手に寄り添っていることが大切である。
- 親密な関係のためには、相手に打ち明ける情報のレベルを次第に上げていく必要がある。
- 個人としての自分に役立つ支援体制を作ることが重要である。

Reference:

Center for Mental Health Services.

<http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/illness/workbook/handout4.asp>

2010年10月10日

コンシューマおよび家族介護者に関する戦略

パート3 セルフマネージメント

ほとんどの慢性疾患では、日々の病気の管理が患者とその家族に非常に重くのしかかる。現在慢性疾患に苦しんでいる人は膨大な数に上り、それらの人が利用できる医師は不足していることから、セルフマネージメントツールを学ぶという考えが多くの患者の命を救う選択肢となっている。セルフマネージメントという言葉は現在、患者の全般的幸福に対処するため、または全般的幸福を増進させるために患者や家族が行う決定や行動を示す言葉として頻繁に使われるようになってきている。これには痛み、疲労、薬剤といった疾患の個人的な面を管理したり、食事、運動、ストレス軽減によって健康的な生活様式の変化を取り入れるといったことがある。

しかし、セルフマネージメント支援はよりすぐれた問題解決能力を養い、自尊心を高める実践法を含めることにより、従来の患者教育を超えるものであって、現実の状況に対処する患者の能力を高め、それにより関与するすべての人のストレスや負担を軽減することができる。この新たなアプローチには、プライマリケア環境内の体制の変化も含めることができる。一般開業医は、患者と医師のよりよいコミュニケーションを形成して患者の観点から問題を確認し、その情報を個別に、または利用可能な地域の資源を通じて提供することにより、患者のセルフマネージメントを支援することができる。患者教育は通常、医療専門家が担当するが、セルフマネージメントの指導や支援は、医療専門家、診療室のサポートスタッフ、ピアリーダーなどが行うことができる。

患者として、自分の病気に関する知識が増えることの利点は病気をコントロール、所有、

2010年10月10日

支配している感覚が強くなることであり、対処能力や情緒的安定性が改善される。知識は個人のエンパワーメントにつながる。

以下に、慢性疾患を持つ患者が理解する必要のある最も重要な教訓を4つ示す。

1. 病気は重い。自分は「それほど重くない糖尿病」だと考えている患者がまだいる。自分の病気が問題だと考えていなければ、健康を増進するために改善することはないだろう。

2. 病気は基本的に患者が自己管理するものである。何を食べるかに始まって歩くかバスに乗るかにいたるまで、1日のうちで患者が行うすべての決定は患者の健康に影響を及ぼす。疾患を管理するうえで最も重要な人は患者自身であることを、患者に伝えること。

3. 患者には選択肢がある。病気を治療する完璧な一つの方法があることはめったにない。たとえば、糖尿病の場合、食事や運動、経口薬、インスリンなどによって患者の治療を行うことができる。患者はさまざまな治療オプションが利用できることを理解する必要があり、それぞれの個人的コストと利点に注目するように促すべきである。利点がコストを上回るかどうかを判断できるのは患者だけである。

4. 患者は自分の行動を変えることができる。どのような行動を変えるように勧められたにせよ、患者が診療所を出てすぐにそれを実行することはめったにない。段階を踏んで何度も勧めなければならない場合が多いのが現実である。目標を設定して第一歩を踏み出し、その途中で自分自身について学ぶことを理解することによって、行動の大きな変化を成し遂げることができると患者に教えることが重要である。

米国家庭医学会

<http://www.aafp.org/fpm/20000300/47help.html>

2010年10月10日

参考資料

慢性疾患を管理するための10の必須事項

Cynthia Perkins (M.Ed)

人の病気を管理するということは、その人が直面している現実的な限界のなかで、できる限り最適に対処し人生を送るのに必要な行動について責任を負うことを意味する。それは人に生活の質を高める力を与え、無力感や絶望感を減少させ、自信や自尊心を強める。

病気を管理するためにとることのできる手段は多数あり、その手段は時期により、また人によって大きく異なる可能性がある。しかし、診断にかかわらず、どのヘルスケアパスにとっても重要な基本事項がいくつかある。

それらの基本事項を以下に示す。

1. 適切な栄養

食べ物が体をつくる。食べる物は精神と身体の健康に大きな影響を及ぼす。健康によい食事をすることは最適な機能と回復に欠かせない。これには、それぞれの疾患に応じて、食生活に新しい食べ物を取り入れることや、好きな食べ物をやめることが含まれる。

少なくとも、砂糖、カフェイン、精製された食べ物、健康によくない脂肪などは排除し、その代わりに野菜、全粒穀物、種実類、果物、新鮮な肉や冷凍肉、鶏肉などの自然食品を食べるべきである。できれば、農薬、除草剤、添加剤、染料、防腐剤などの平均的食事にみられる化学薬品や毒素が含まれていない食事をとるべきである。

2010年10月10日

健康によくない食べ物を摂っている体には回復が起こることはなく、最大限の機能が得られることもない。

2. 運動

生活に運動を取り入れることは、心、体、精神にとって欠かせない。運動によって体から自然にエンドルフィンが放出され、それが気分をすばらしく高めるとともに、最高の鎮痛剤となる。

運動は、心臓病を減らし、健康な骨や筋肉を作り、体重を管理できることに加えて、うつ、怒り、ストレス、不安を軽減するためのすぐれた手段であり、自尊心や自信も高められる。

定期的に運動すると活力が高まり、良質で深い睡眠に役立ち、腸の働きがよくなり、免疫機能が高められる。

3. スピリチュアルな栄養

スピリチュアルフード（精神的な食べ物）を自分に与えることは、胃に食べ物を与えるのと同じくらい大切なことである。スピリチュアルな意味で自分に栄養を与え、補給する方法を見つけること。自分が完全であり、生きていて、宇宙とひとつであると感じられる活動に参加すること。精神性を軽視すると、喜びや人生の充足感が失われることになる。

2010年10月10日

ヨガ、瞑想、祈り、自然に親しむこと、音楽、美術、本、歩くこと、有意義な深い人間関係は、スピリチュアルフードの大いなる源である。

4. 自分のヘルスケアで積極的な役割を果たす

患者は自分のヘルスケア治療で中心的な役割を担うべきである。したがって、医師の指示に受け身で従うのではなく、医療提供者との協力関係が必要となる。

病気の体と1日24時間一緒にいるのは患者だけであるから、病気や治療法が患者とその生活にどのような影響を与えているかを患者よりよく知っている者はいない。

治療法に積極的に参加し、あらゆる方法を追求して医師に選択肢を提示すること。

5. コミュニケーション

医療提供者、友人、家族などとの率直で直接的なコミュニケーションは、精神・身体
の健康および人間関係の質にとってきわめて重要である。医師が患者の症状を明確に
知り、疾患と治療が患者にどのような影響を与えるかをはっきり知っていれば、患者
は最良のケアを受けられる。

相互の理解があればすべての人がより効果的に自分のニーズを満たすことができる
が、これはコミュニケーションによってのみ実現できる。コミュニケーションは誤解
を防ぎ、親密さを高める。

6. 自分で学ぶ

2010年10月10日

自分の病気と選択肢について可能な限りあらゆることを学ぶ。医師、栄養士、代替医療の提供者、その他の人に症状について相談するなど。

図書館や書店へ行き、手当たり次第に読む。インターネットで調べる。インフォームドチョイスが可能なように、自分の病気のあらゆる面に関する知識を頭に染み込ませること。

自己認識により、自分に力があるという感覚を取り戻すことができる。

7. 自分のペースを守る

自分の時間とエネルギーに優先順位をつける。仕事や活動を困難なものとは簡単なものにカテゴリー分けし、優先順位に従って書き出す。

急を要することや最も重要なことを最初に行い、その後、できる時にその他のことを行う。長期目標をいくつかの短期目標に細分する。目標を一度に達成するのではなく、少しずつ達成すればよしとする。

必要な時は自分を休ませ、リストを未達成のままにすることを自分に許す。

柔軟に対応し、自分の限界を受け入れる。疲れる活動に参加した時は回復のための時間を自分に与える。

2010年10月10日

8. ユーモアとインスピレーション

ユーモアとインスピレーションは精神や免疫システムに良い効果があり、また、事実を正しくとらえ、ネガティブな考え方から抜け出すために必要である。ユーモアとインスピレーションによって気分がよくなり、人生が少し軽く、より扱いやすくなる。毎日自分にユーモアとインスピレーションを与えること。

日常の空間に格言、自然の写真、ジョークなどを置いて頻繁に見るようにする。インターネットにアクセスできる場合は、今日の格言や今日のジョークをメールボックスに受け取ることができる。また、おもしろい映画を観たり、漫画を読んだり、インスピレーションを与えてくれる雑誌や本を読むこともよい。

9. 基礎的な人間関係をはぐくむ

愛とサポートはすべての人に必要であり、慢性疾患をもつ人には特に重要である。愛とサポートは受容と調整のプロセスで役立ち、患者がうまく対処するのを助ける。人間関係は人生を生きるに値するものにする。愛することと愛されること以上に充足感の得られることはない。

慢性疾患は間違いなく人間関係に緊張とストレスをもたらすものであり、放置すれば人間関係をむしばんだり壊したりする可能性がある。人間関係をはぐくむ意識的な努力が必要となる。自分にとって最も大切な人々を優先し、その人たちのために充実した時間を確保すること。心を開いた感情の交流を促す。

病気が自分の人間関係に及ぼしている影響に直接的に、誠実に対処すること。人はこうした種類の話し合いを避けることによって互いの感情を傷つけないようにしようとする傾向がある。だが、その時の気まぜさは回避できるかもしれないが、これは長期

2010年10月10日

的には関係を破壊するものである。支えとなり理解してくれる友人を探すこと。

10. ストレスを減らす

人生にはストレスがつきものであり、ストレスをなくす方法はないが、すでに限られている身体的・情緒的能力にストレスによる負担がかかりすぎないようにするには、ストレスを最小限に抑え、日常的にストレスに効果的に対処する方法を見つけることが不可欠である。

可能であれば、生活における責任や仕事を他の人に任せること。必要であれば訪問や活動の時間を減らすこと。マッサージ、瞑想、祈り、運動などの、心を静めリラックスできる活動に参加すること。

他者の期待に応えようとして悪しき競争社会に巻き込まれることを自分に許してはならない。社会のほとんどの生活ペースは非常に不健康である。

生活を簡素に保ち、生活の単純な出来事を楽しむこと。

Cynthia Perkins (M.Ed.) は全人的 (ホリスティック) 医療のカウンセラーとして、慢性疾患や慢性の痛みを抱える人がより充実した人生を送る手助けをしている。その著に『*Living Life to the Fullest: Creative Coping Strategies for Managing Chronic Illness*』がある。詳しくは <http://www.holistichelp.net/> を参照。

2010年10月10日

コンシューマおよび家族介護者に関する戦略

パート4 介護者および支援者

愛する人が癌、糖尿病、あるいは命にかかわる病気だと診断されたなら、絶望的になり、どうしようもない無力感に襲われるかもしれない。だが、そうなってはいけない。

患者が慢性疾患に対処するのを助けるうえで家族や友人が非常に大きな役割を果たしうることが、研究から明らかになっている。ある人が慢性疾患に苦しんでいる場合、その人が本当に大事に思われていると感じることが重要である。最も大切なことは、病気の人とどのように交流するかである。

以下に、患者とその家族が他者に望み、必要とする種類の支援を受ける方法をいくつか示す。

- 家族にも内密にすることに終止符を打つ。言い換えれば、やはり正直が最善の策だということである。我々はしばしば家族や愛する者を悪いニュースから守ろうとするが、重い病気を家族に隠すと逆効果になりかねない。家族と直接コミュニケーションをとり、率直であること。
- 子供を除外しない。状況を理解する力は限られているかもしれないが、子供であっても周囲で起こっていることを知らされることの価値はわかる。子供は自分の周囲で起こる問題や大きな出来事の原因は自分だと考えることがある。親が病気になったのは自分がしたことのせいだと思いこむ可能性もある。隠しごとをせず、正直に話し、質問してもいいのだと子供に知らせること。これは子供の不安をいくらか軽減するのに役立つ。子供は病人にとって笑いとおもりの大いなる源となりうることを覚えておいてほしい。

2010年10月10日

- 選択的であること。この世のすべての人があなたの病気やあなたの愛する人の病気を知っている必要はない。情報を共有したいと思う人を慎重に選ぶこと。うまくいく人間関係もあれば、ぎくしゃくする関係もあるだろう。重要なことは、人と情報を共有することによって、支えられていて心強いという感覚がより強くなると感じられることである。
- 家族や友人がどのように手助けできるかを明確にする。人は役に立つことを望んでいる。食事を作ってほしいとか、学校まで相乗りさせてほしいなど、助けを求めたり頼み事をしたりするのを恥ずかしいと思わないこと。

しかし同時に、多くの場合、介護者や支援者は単なる情緒面の支えや病院まで送ってくれる人というだけではない。介護者や支援者は、病気のために自分のことを1人でできない家族に代わって、日常的に身体的、情緒的、金銭的側面で責任を持つことが多い。予想される通り、通常は慢性疾患と診断された人にほとんどの注意が向けられ、家族や支援者は新たな責任や変化に自力で対処しなければならない場合が非常に多い。

慢性疾患は、以下に示すようなさまざまな形で家族の生活に影響を及ぼす可能性がある。

- 家族は病気に制約されて普段の生活が変わり、治療のために他の人たちの手が必要な場合が増える。
- 介護の責任を家族が分担する必要がある。これは、愛する者の幸せに役立っているとすべての家族が感じるのに役立ち、また、家族の1人だけが介護疲れに陥るのを防ぐ。
- 罪、怒り、悲しみ、恐れ、不安、憂鬱な気分などの強い感情を家族が経験する。これらはストレスに対する正常な反応である。家族内でこれらの感情について話し合うとよい。
- 病気による制約があるとしても、病気になった家族はできる限り自立する道を探る必要がある。

2010年10月10日

- 病気による負担にもかかわらず、家族は「普通の」生活の感覚を維持するために忙しく働く必要がある。これは病人にとってもプラスになる可能性がある。つまり、病人が家族生活に溶け込むのを助け、全体として病気が家族にかかる負担について感じる罪の意識を減らすことができる。

(アメリカ結婚・家族セラピー協会 [American Association of Marriage & Family Therapy] – http://www.therapistlocator.net/families/Consumer_Updates/ChronicIllness.asp)

介護者が慢性疾患と診断された人と同じだけの情緒的不安に対処している場合があることは明白である。したがって、介護者や支援者が、自分をいたわる場が得られるような大規模な支援体制を作り、必要とされている限り身体的および情緒的に役に立てるようにすることが非常に重要である。介護の要求は圧倒的であり、介護者がそれ以上役割を果たせなくなると「燃え尽き症候群」に至るケースが多い。これは非常にストレスの多い役割であるから、病気と闘う人にとって良い支えであり続けるためには、介護者が必要とする助けを得られることが重要である。

WFMH委員会会長で家族の介護者である **Tony Fowke** はこれに同意し、次のように述べている。「ストレスは精神疾患の発生につながる可能性があるものと世界中が認めており、慢性の身体的疾患をもつ人の介護または支援をなんらかの形で行う人はストレスの強い状況に置かれていることが多い。これが続く場合は、精神疾患が発生する前に対処し、介護者がその役割を続けられるようにするのが理想的である。そのための一つの方法は、適切な休息や『小休止』を与えることである。これは多くの場合、病人と密接なつながりのある他の人と役割を分担することで実現できる。だがそれが不可能な場合には、代わりの可能性として、病人に専用施設での短期ケアを受けてもらうことができる。残念なことに、介護者はどのような形の休息も不可能な状況に置かれていることがあり、そのような場合にはストレス管理のために助けを求めるべきである」

2010年10月10日

参考資料

家族の介護者：燃え尽き症候群について知っておくべきこと

困っている家族の介護をすることは、何世紀も昔から続く思いやり、愛、誠実の行為である。そして、平均寿命が延び、医療が進歩するなか、介護者として、また介護を受ける側として、あるいはその両方として、介護プロセスに関わる人の数はますます増加している。

不幸なことに、適切な支援が得られない場合、介護は多大な犠牲をとともなう可能性がある。介護には、家族の動態の変化、家庭崩壊、経済的圧迫、必要とされる仕事の多さなど、多くのストレスがある。介護の報酬は——あったとしても——無形でありはるか遠くのことであって、幸せな結果がもたらされる望みはないことが多い。

介護者の燃え尽き症候群の一般的な前兆：

- 以前と比べて活力がはるかに低下した
- 風邪やインフルエンザが流行ると必ずかかるように感じる
- 睡眠や休憩の後でも、常に疲れきっている
- 忙しすぎる、あるいはどうでもいいという理由で、自身の要求をないがしろにしている
- 生活が介護を中心に回っているが、それによる満足感はほとんど得られていない
- 助けが得られる時であってもあまりリラックスできない
- 介護している人に対してますますいらいらしたり怒りを感じたりするようになった
- 打ちのめされた感じ、無力感、絶望感がある

介護する側の場合、時間を見つけて自分をいたわるのは不可能だと思われるかもしれないが、時間を見つけるのは自分に対する義務である。そうしなければ、介護者として経験するすべてのストレスに対処する精神的、身体的な強さを得られないだろう。休息する許可

2010年10月10日

を自分に与え、毎日楽しいことをする許可を与えること。それによってよりよい介護者となれるだろう。

自分のケアをするためのヒント：

- あまり気乗りがしない場合でも、楽しみが得られる活動を取り入れる。音楽を聞く、庭いじりをする、趣味をするなど、楽しめることなら何でもよい。
- 自分を甘やかす。温かい風呂に入り、キャンドルを灯す。マニキュアやマッサージの時間を作る。
- バランスの取れた食事をして体に栄養を与える。短い散歩でもよいから、毎日運動する時間を作る。できるだけ1日7時間以上睡眠をとるようにする。
- 笑いは最高の薬だというのは本当である。愉快的本を買ったり、コメディを借りたりする。できる限り、日々の状況にユーモアを見つけようとする。
- 日記を付ける。自分の考えや感情を書き留める。これにより自分の状況についての見通しが得られ、また、これを重要な感情のはけ口とすることができる。
- 家族、友人、あるいは教会や高齢者センターのボランティアと電話で連絡をとる手はずを整え、毎日誰かが電話をして何も問題がないことを確認してもらえるようにする。その人に、他の家族に最新の状況を連絡してもらったり、何かが必要な場合に知らせてもらったりすることができる。
- 午後か夕方に外出の時間を設けるようにする。しばらく家を空けられよう、助けてくれる友人や家族を探す。外出が難しい場合は、友人や家族を招いておしゃべりをする。一緒にお茶やコーヒーを楽しむ。他者との交流を図ることが大切である。

2010年10月10日

参考資料

慢性身体疾患—精神保健への影響：
両親、介護者、および若者に接するすべての人のための情報
英国王立精神医学会

序文

長期にわたる身体的疾患をもつ子供は情緒的な問題や異常行動に苦しむ確率が2倍高い。これは特に、てんかんや脳性麻痺などの脳に関係した身体的疾患の場合にあてはまる。

精神保健上の問題がよく見られるのはなぜか？

重い病気や障害は家族全員、特に両親に多大な労力やストレスを引き起こす可能性がある。病気の子供は病気でない子供に比べて、ストレスのかかる経験をはるかに多くしている。ほとんどの子供はそのために、いつか精神的に混乱するだろう。時には、混乱した感情や行動がずっと続くこともありうる。そうになると、子供の生活がいつそう困難になって健康上の問題が増大することになる。

それは子供と家族にどのように影響するか？

重篤で長期にわたる可能性のある病気の診断を受けた後、ほとんどの親と子供はその事実を受け入れるプロセスを経る。

長期的な影響

病気になった子供は、日常的な能力を身につける機会や、興味や趣味を広げる機会が減ると思われる。教育上の問題もよく見られる。

2010年10月10日

- 子供は学校を長期間休まなければならない、特に学習が困難になるかもしれない。
- 必ず子供の担任教師と定期的に連絡を取ること。学校で特別な支援が必要な可能性がある。
- 子供は自分が他の子供たちと違うと感じ、そのことを嫌がっているかもしれない。
- 憂うつになる子供もいる。
- いじめを受けやすい子供もいる。

親は子供に過保護になりがちである。いつもより「だめ」と言うのが難しくなり、そのために子供をコントロールするのが困難になるかもしれない。小児期の「やんちゃ」を抑えるのはより困難になる。時には、さまざまな医者や子供の病気に関わる専門家に対応するのが困難で、混乱することもある。これは誰にとっても非常に大きなストレスになりうる。

兄弟姉妹が、自分たちはなおざりにされていると感じる場合がある。彼らは患児に気まずい思いをしたり、責任を感じたりする場合がある。また、学校や社会生活の機会を逃し、いじめられたり友人を失ったりする可能性がある。

支援の方法

長期にわたる病気は状況を非常に困難にするが、ほとんどの子供やその家族はうまく対処していることを覚えておくことが非常に大切である。問題を経験するのは少数派にすぎない。

- できるだけ普通の生活を送る。
- 抱えている問題について子供に率直に話す。
- できるだけ制限しない。
- 外に出て同じ年齢の他の子供たちと遊ばせる。
- 子供ができるだけ自立するように促す。

2010年10月10日

- 同じような経験をした他の家族と会う。
- うまくできていないと感じるときは助けを求める。

さらなる問題が発生するのを防ぐためにできることはたくさんある。病気が子供や残りの家族に及ぼす情緒面の影響を正しく理解している親は、早期に問題を発見して解決のための手を打つのがはるかに容易である。

どこで助けが得られるのか？

十分な助けやサポートがあることを確認することは非常に重要である。家族や友人の支援に加えて、以下に示すところとの接触も試してみるとよい。

- 家族のためのウェブサイト (www.cafamily.org.uk)
- かかりつけの一般開業医
- ボランティアのサポートグループ
- ソーシャルサービス
- 学校
- 保健師
- 学校の看護師

子供に情緒または行動上の問題が生じている徴候がみられる場合は、かかりつけの一般開業医に地元の青少年精神保健サービスを紹介してもらい、専門家のアドバイスを受けることができる。家族の働きが有益だと助言される場合もある。また、病気の子供のケアに携わる専門家との連携も助けとなる場合が多い。それにより、治療に関連した問題の解決が容易になり、また、すべての人が効果的に協力できるようになる。

2010年10月10日

本リーフレットについて

これは**精神保健と成長 (Mental Health and Growing Up)** というタイトルの、患者、教師、若年者向けの一連のリーフレットのの一つである。これらのリーフレットの目的は、小児や若年者に影響を及ぼしうる精神保健上の問題（情緒、行動、精神面の障害）に関する実際的な最新の情報を提供することである。本リーフレットは、長期の身体的疾患が若年者の精神保健に及ぼしうる影響に注目し、それらの問題を認識して対処する方法についての助言を提供するものである。

References

- Carr, A. (ed.) (2000) *'What Works with Children and Adolescents?' - A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families*. London: Brunner-Routledge.
- Rutter, M. & Taylor, E. (eds) (2002) *'Child and Adolescent Psychiatry'* (4th edn). London: Blackwell.
- Scott, A., Shaw, M. & Joughin, C. (eds) (2001) *'Finding the Evidence' - A Gateway to the Literature in Child and Adolescent Mental Health* (2nd edn). London: Gaskell.

© [2004] Royal College of Psychiatrists

<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/mentalhealthandgrowingup/27chronicphysicalillness.aspx>

2010年10月10日

第4章

アクションの必要性—統合的ケア：関係者全員の協力が必要

生物科学や臨床研究の最近の進歩により、健康や病気において体と心がどのように直接的に相互に作用しているかが明らかになりつつある。存在するのは疾患と障害の共存や併存のみでないことは明白である。病状の発現においては体と心の一次的な相互関連性も存在する。だが、臨床医、医療制度、患者にとっては、この新しい知識と理解は新たな課題をもたらすものでもある。我々はこの知識を、患者の日常生活や患者が受ける臨床的ケアに組み入れる必要がある。知識が増えるほど、しなければならないことも増える。目前の課題は、介護者、患者、および一般市民に身体的疾患と精神疾患の間の重大で広範な相互関係を知らせることである。

一つの直接的なアプローチは、本年度のテーマを扱う世界精神保健デーのプログラムを提案することである。教育プログラムと情報プログラムは、精神疾患を患う患者と臨床的・支援的ケアを提供する者に働きかけるよい機会を提供する。疾患と障害の概念・視点を統合する必要があるのと同様に、これらのプログラムは、関係する個人、専門分野、医療制度をまとめるのに役立つだろう。

コンシューマ、家族、および社会の役割

Dr. Robert Levin

要約：身体的および精神的障害に関する一般市民への啓発は重要であり、適切なプログラムを作成するための選択肢は多数存在する。世界精神保健デーは地域社会における支援の機会を提供するだけでなく、医療提供者のスタッフ研修の機会も提供する。

医学的障害と精神的障害の関係の問題を一般市民に知らせる必要がある。たとえば、うつや不安が生活にどのような影響を及ぼすかについて、また不安障害と高血

2010年10月10日

圧の関係などのより「静かな」リスク因子について、一般市民の認識を高めることが重要である。急性・慢性の身体疾患をもたない「健康な」人にとっても、スクリーニングという予防措置があり、よく見られる精神障害が身体的健康と長寿に及ぼす僅かではあるが意味のある影響について教育を行うことができる。

プログラムと介入の構想

世界精神保健デーの具体的なプログラムを検討する際に、精神的疾患と身体的疾患の関係についての認識を高め、関係する人をまとめるための選択肢は数多く存在する。問題の幅がきわめて広いことを考えると、具体的に何に重点を置いてどのような人々を対象とするかの選択は、それぞれの場所や地域社会にとっての重要性によって変わってくるだろう。

患者、家族、一般市民の役割：

精神保健デーは、精神疾患をもつ人とその家族、および一般市民に対して医学的疾患のリスク増加について教育する一つの機会である。これには、生活様式の問題、地域の医療制度や臨床医の利用のしかた、精神病の薬物療法の副作用を扱うプログラムが考えられる。

患者、家族、および精神保健アドボカシー団体のためのプログラムでは、精神科と内科の両方の臨床医による講話やディスカッションを行い、これに看護師や栄養士も含めることができるだろう。関連するテーマとしては、適切な食事と栄養、リチウム、抗うつ薬、抗精神病薬、気分安定薬の医学的効果、アルコール、タバコ、性行為感染症の医学的リスク、定期的な健康診断の重要性、地域の医療制度内で医療を受ける方法、糖尿病、高血圧、肺疾患などの、精神病患者によくみられる医学的疾患に関する基本的な考察とそれらに気づくための方法などがある。

2010年10月10日

インターネットもまた、情報を広めるための貴重な場である。インターネットとウェブベースのプログラムは、地域社会で情報を得られない人や精神障害に関するプログラムへの参加に対する偏見を気にする人へのアクセスを提供できる。また、このようなプログラムは高齢者にとっても有用である。たとえば、中国では高齢者向けのウェブサイトが人気を得ている。多くの国で高齢者の数が増加し、その多くは家から出られなかったり地域社会の資源が限られていたりすることを考えると、インターネットはこうした高齢者に手を差し伸べる有効な方法となりうる。

精神保健の臨床医および医療提供者の役割

Dr. Robert Levin

精神保健サービスの提供者は、患者の内科的疾患の重要性に関する臨床スタッフ向けのプログラムを開催することができるだろう。ソーシャルワーカーやケースマネージャーなど、医学的バックグラウンドをもたないスタッフが患者にとって臨床サービスの唯一の窓口であることが多く、患者のために精神保健以外のケアを調整するうえで重要な役割を担っていることから、こうしたスタッフのためのプログラムは特に有益だと思われる。

こうした講話は医師、看護師、栄養士、薬剤師が行い、関連する内科的疾患や、患者の何を調べればよいか、いつ、どうやって地域の医学コミュニティに紹介すればよいかを強調することができるだろう。

テーマとしては、精神障害を伴う一般的な内科的疾患、発汗、口内乾燥、アカシジア、振戦などの精神病の薬物療法に続発する身体的および神経学的症状、食事、物質乱用、無防備な性交渉に関する問題、妊娠中や授乳中の薬物療法のリスクなどが考えられる。

Dr Robert Levin, Harvard Medical School, 2004 WMHDAY

2010年10月10日

プライマリケア医および専門医の役割 Professor Michael Kidd and Dr Patrick Coker

プライマリケアおよび専門医療の医師は、患者の身体的健康と精神的健康の間の関連を認識している。

われわれは、身体的な不健康が多くの患者の精神保健に及ぼす影響を認識している。特にうつ病は、癌、心臓病、糖尿病、HIV、結核などの慢性の健康障害をもつ多くの人によくみられる併存症である。またわれわれは、精神的な不健康が患者の身体的健康に影響を及ぼす可能性があることも認識している。これは特に、知的障害や慢性の精神障害をもつ患者に当てはまる。

WHOと世界家庭医学会が2008年に共同で発表した文書では、精神保健をプライマリケアに統合することの重要性が強調され、そうすることが、必要とする精神保健ケアをすべての人が受けられるようにする方法として実行可能性がもっとも高いものであることが論証されている。実際、精神保健の統合は、プライマリケアの医師であるか専門医療の医師であるかに関係なく、すべての医師において重要である。

この行動の呼びかけは精神保健の意識を高め、精神保健に対する一般市民の認識を変えるために必要である。それにより、一般市民が精神保健の問題を意識するようになるはずである。

行動の呼びかけに際しては、教育や訓練への取り組みを加え、慢性の健康障害をもつ患者の精神保健上の懸念に対処することの重要性を強調する必要がある。これは

2010年10月10日

医学生および若手医師の教育や訓練を含むものであり、また、すべての医師の生涯にわたる継続的な専門能力開発の一部に加えられる必要がある。

行動の呼びかけでは、慢性的な健康上の問題を抱える患者の心身両面の医療を管理する必要性を唱えている臨床指導者や擁護者が、各国のプライマリケア医および専門医療医の間で果たす役割を強調する必要がある。

行動の呼びかけでは、プライマリケアと専門医療の両方を受けている人の精神保健上の問題のケアが身体的な健康上の問題のケアと統合されるようにするためには、資金改革をはじめとする国と地方政府および企業の積極的な支援が必要であることを強調しなければならない。

行動の呼びかけでは、慢性的身体疾患の日常管理に精神保健ケアを効果的に統合する方法についてさらなる研究が必要であり、そのための資金増加が必要であることが強調されなければならない。研究では身体的な健康に対する精神保健が及ぼす影響も取り組むべきである。

Michael KiddはWonca Executive at Largeであり、オーストラリアのフリンダース大学に所属する。電子メールのアドレスは

Michael.kidd@flinders.edu.au。

Patrick CokerはWest African College of Physicians (ナイジェリア) の会長である。電子メールのアドレスは

patcoker@hotmail.com。

Reference:

WHO/Wonca. Integrating mental health into primary care: a global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). 2008.

2010年10月10日

政府およびNGOの役割

Dr John Bowis, OBE, and Dr David McDaid

要約：政府は、医療に関する国民の大きなニーズ——身体的疾患のケアと統合された精神保健ケア——に取り組む政策を採用すべきである。また、さまざまな医療分野のNGOが団結して、統合されたケアを強く求めるべきである。

政府とNGOの両方による活動を支援するため、精神保健上の問題に関する多くの説得力のある議論を行うことができる。世界中でおよそ4億5000万人が神経障害や精神障害を抱えながら生きている。うつ病だけでも患者数は1億2100万人にのぼる。毎年100人に3人がうつ病になっている計算である。自殺者の数は毎年100万人、自殺未遂者は1000万人である。プライマリケア提供者を訪れる人の3人に1人が精神保健上の問題をもっている可能性があるが、そのように診断される人は6人に1人にすぎない。精神疾患や精神面の良好な健康状態に対して、政策決定者がそれにふさわしい優先順位を与えてもいい時ではないだろうか？

また、社会で、家庭内で、職場で、遊びの場で、医療サービスやソーシャルサービス内でさえ、レッテルをはられる、見下される、嫌悪される、怖がられるなど程度の差はあれ差別されるリスクがある。身体的な問題をもつ人に対してはためらうことなく示す尊敬、同情、気遣いを、精神保健上の問題をもつ人に対しても示している時ではないだろうか？

これらの議論では説得力が十分でない。しかしそうだとした場合、精神障害をもつ人において回避可能な身体的健康上の問題のリスクが大幅に上昇していることへの対処・進展はほとんどみられていない。身体的障害と精神的障害の併存が余命に及ぼす影響は時に際立ったものとなり、多くの生存年数が不必要に失われているが、これらのリスクは非常に長い間、政策上も実際上も無視されている。同様に、癌、糖尿病、心血管疾患、呼吸器疾患などの慢性疾患をもつ人の精神保健上のニーズを支援するためにできることはもっとある。心身両面の健康上の問題が併存することのリスクを軽減するために行動を起こすべき時ではないだろうか？

政府とNGOはともに、一般市民が精神障害について、また地域社会で自立して生活するための助けや支援の価値について理解するのを助ける方法を検討するだけ

2010年10月10日

でなく、精神保健上の問題をもつ人における身体的健康のリスクに対する認識を高める方法についても検討する必要がある。また、一般市民は、慢性的な身体的健康上の問題をもつ人は精神保健上の問題のリスクがあることについても理解を深めるべきである。

どのようなサービスか？プライマリケア医は心身両面の健康を扱う理想的な位置にいる。だが、この問題へのアプローチを策定するには、サービスユーザー、医療およびソーシャルケアの専門家、家族およびサービス提供者、NGO、業界、科学者の間の協力と信頼を強める必要がある。心身両面の障害を抱えて生きる人のユニークな経験や能力が、個人の治療計画やサービスの計画に寄与するものとして不可欠である。そのように認識されてもいい時なのではないだろうか？

政府に行動を起こさせるための説得力のある経済的事例はないだろうか？世界の経済情勢は二つの矛盾する現実を示している。精神保健上の問題—特にうつ病—のリスクがある人の数は増加している。同時に、個人または国の経済問題が医療予算をさらに圧迫する可能性がある。おそらく精神保健の予算は削られるだろう。心身両面の健康上の問題が併存するリスクのある人に、継続的で統合されたよりすぐれたケアを提供することにより、潜在的に、EUだけで年間5000万ユーロもの経済的費用を回避できる可能性がある。

各地の政府は偏見に対処し、自殺率を下げ、精神保健改革を強化、支援し、精神的な福祉を増進するための対策を講じ始めている。欧州連合の「欧州精神保健・福祉協定」の発効は、生涯を通じた活動に焦点を当て、明確な優先順位を示したアプローチの一例である。われわれすべてがこれらの構想を基にして、身体的健康および精神保健上の問題の併存の悪影響を予防・軽減するのに役立つ活動に取り組むことが重要である。

国と地域のレベルで、政府はこのような併存症を予防することの経済面・健康面の利点を検討することができる。すなわち、この問題に関する訓練やガイダンスの提供であれ、患者のニーズのよりよい全人的なモニタリングを奨励するための制度内でのインセンティブの提供であれ、政府はプライマリケアにおいてこの問題の認識を高めるための方法を模索することができる。また、どのようなインセンティブが

2010年10月10日

精神保健の専門家と身体的健康の専門家との連絡の奨励に役立つかを検討することもできる。精神保健上の問題や慢性的な健康上の問題をもつ人々を代表するNGOは、活動の正当性を論証するためにより協力的に取り組む方法を探ることができ、また、各医療領域の専門家を集めてこの問題への共通のアプローチの合意に向かわせることができる。

われわれは、われわれが直面している課題を知っている。精神保健上の問題だけでもその人的、社会的、経済的影響はかなり大きい。身体的健康の問題が重なれば影響はさらに増大する。政策決定者は精神保健改革のためのこれまでの誓約を果たすだけでなく、慢性的な健康上の問題をもつ人における精神障害を予防・緩和するための投資の正当性を考えるべき時である。精神保健上の問題が発生した人は、社会の中で最も弱い立場にある人々の仲間入りをする可能性がある。こうした人々は、政府とNGOが精神保健と身体的健康の両方を守るために行動することを期待している。ほかに頼りにできる相手はいない。このような人々を失望させるのをやめる時ではないだろうか？

*John Bowis*はFormer ME、MEP、UK Health Minister/Mental Health（英国保健相／精神保健）である。電子メールのアドレスはjohnbowis@aol.com。

*David McDaid*は英国のロンドン大学政治経済学院（London School of Economics & Political Science）に所属する。電子メールのアドレスはd.mcdaid@lse.ac.uk。

結論：

患者の最適なケアには、健康と病気に関するさまざまな考えの統合と、多数の専門分野の人や提供者の関与が必要とされる。病気の治療と予防の両方のために、われわれは内科的疾患と精神的疾患を別々の関連のないものと見る無理からぬ傾向を克服する必要がある。世界精神保健デーは患者、臨床医、保健システム、一般市民に働きかけ、これらを団結させる機会を与えてくれる。われわれは、精神的疾患と

2010年10月10日

身体的疾患の相互作用に関する明確な情報を個人や臨床医に提供し、ケアを提供する既存の体制の調整と統合を試みることによって貢献することができる。

2010年10月10日

第5章

コミュニケーションとパブリシティ

あなたが世界精神保健デーで行う行事をさらに広く社会に紹介するために、WFMHは新聞発表、メディア発表、世界精神保健デー公式声明書、精神保健のための行進に関する情報の例文をここに集めました。

効果的な手段でアドボカシーを実行してより多くの観衆に接触してください。もっとも有効な方法は、報道各社を利用し、グループとしての存在を示し、他の人々と協力して結束を示すことです。

以下の章には次の内容が含まれています。

世界精神保健デー声明書

メディア発表文の文例

記事、投稿の例文

2010年10月10日

2010年世界精神保健デー宣言

主要な慢性疾患—心血管疾患、糖尿病、癌、慢性呼吸器疾患など—は世界の死亡の60%の原因となっており、その80%は世界の最貧国の人々に生じている。

慢性疾患はどの人の人生にも悪影響を与える可能性があり、また、人の感情的な幸福とレジリエンスは、疾患の進行という難題に対処しながら生活の質を見出すのに役立つ最も重要な要素である。

うつ病、不安、および慢性疾患に関連した他の精神障害に対処することは、生活の質の向上に役立ち、医学的転帰を改善し、死亡数を減少させ、医療費を削減することができる。

われわれは、すべての医師と専門家が患者を中心とする医療の中で協力し最善を尽くすような、統合された医療体制を思い描いている。

世界精神保健連盟は2010年世界精神保健デーのテーマとして「精神保健と慢性身体疾患：継続的・統合的ケアの必要性」を選び、深刻な精神保健上の問題や障害を抱えている人々がプライマリケアのサービスや施設を通して適切で公正な治療を利用しやすくなるように主張する。

以上を鑑み、私、(当局、組織、省庁名)の(役職名)である_____は、2010年10月10日を(市町村/郡)の世界精神保健デーとすることをここに宣言し、精神疾患に対する、またこのような障害とともに生きる人々に対する一般の認識と受け入れを改善し、診断、治療、支援サービスを必要とする人々がこのようなサービスをプライマリケア体制を通して使用しやすくなるように公共政策を改善することを促し、サービスやその他の支援を求めるときに障壁となることがあまりにも多い従来の偏見と差別を減らすために、すべての政府および非政府組織/機関に対し選出・指名された公務担当官と協力して事を進めることを強く勧奨する。

さらに、精神保健を地域社会の優先事項とするために地方、州/県、全国レベルで活動している全国の非政府組織に参加し支援することをすべての市民に強く勧める。

力を結集することで、変化がもたらされ、地域社会と住民の精神的健康が促進されるであろう。

2010年10月10日

署名 _____

役職 _____

省/事務局/機関 _____

日付 _____

(捺印)

2010年10月10日

メディア発表文

2010年世界精神保健デーに関する全般的なメディア発表文

即時発表用

(日付)

10月10日の第18回世界精神保健デーは精神保健と慢性疾患に焦点を当てる

世界精神保健連盟は本年度の世界精神保健デーのテーマとして、慢性的身体疾患と精神疾患が併存する人々に対して統合されたケアを提供する必要性を選択した。10月10日に世界中で開催される毎年恒例のこの行事は、今年は、うつ病と慢性的な健康障害の密接なつながりを取り上げる。

4ヵ月以上続く慢性疾患に罹患している人は多い。これらの内科的疾患は生涯にわたる慎重な管理や集中治療の期間を必要とする場合がある。そのうちの4つの疾患—心血管疾患、糖尿病、癌、呼吸器疾患—は身体障害の主要原因であり、世界中の死亡原因の60%を占めている。

その他の疾患はしばしば慢性疾患と併存して、ケアを複雑にし、生活の質をさらに低下させる。よくみられる疾患の一つが大うつ病であり、これは障害を伴う疾患であって健康全般に深刻な影響を与える。うつ病は身体疾患のリスク上昇を伴い、また一方で逆に、いくつかの慢性疾患はうつ病のリスク上昇を伴うという研究結果が示されている。

身体疾患と精神疾患は常に同時に発生するわけではないが、その頻度は高いため、医療専門家は特別な考慮をする必要がある。これは心血管疾患、糖尿病、癌、および呼吸器疾患をもつかなりの数の患者に影響を及ぼしている。

精神疾患は治療可能である。統合医療は、精神疾患と身体疾患が併存する人が両方の疾患を管理することができる。WHOは、サービスを提供し偏見と差別を減らすための費用対効果の高い方法として、精神保健をプライマリケアに取り入れることを推奨している。必要に応じて、プライマリケアから専門サービスへの紹介が受けられるようにすべきである。

世界精神保健連盟は1948年にロンドンで設立された。1992年に、現在の問題に関する一般への啓発と福祉の向上の機会を年1回提供するために、世界精神保健デーが制定された。これは、精神保健と精神障害の個々の側面に焦点を絞って毎年行われる世界規模の意識向上キャンペーンとしては唯一のものである。

世界精神保健連盟は、地方、国、地域の当局および組織が10月10日の世界精神保健デーに「精神保健と慢性身体疾患：継続的・統合的ケアの必要性」に焦点を当てた行事やプログラムを開催することを推奨する。世界精神保健連盟が作成したキャンペーン資料はウェブサイト

(www.wfmh.org) からダウンロードできる。

2010年10月10日

サンプル記事、編集者宛レター

慢性疾患のケア管理に精神保健を加えるべきである

慢性疾患を抱える人に精神保健ケアを提供しないことは医療サービスの大きな欠陥である。長期にわたる身体疾患をもつ人は、複雑な医学的問題に対処する包括的な医療サービスを必要とする。精神障害は慢性疾患に関連する場合が多く、一般的ケアの一環として扱うべきである。患者はしばしば疾患と関連のある精神保健上の問題を有し、あるいは、慢性的身体疾患に対する脆弱性が増加するような精神疾患を有する。

世界精神保健連盟は毎年、世界精神保健デー（10月10日）を中心に年1回行われる一般への啓発キャンペーンのために、現在の問題をテーマとして選択する。今年選ばれたテーマは「精神保健と慢性身体疾患：継続的・統合的ケアの必要性」である。

心臓病、糖尿病、癌および呼吸器疾患などの慢性疾患とうつ病の間に関連があることは立証されている。身体疾患と精神疾患が必ず同時に生じるわけではないが、その頻度は高いため、医師は定期的にその可能性を考慮する必要がある。

重篤な身体疾患をもつ人はうつ病になるリスクが高く、一方で、うつ症状がある人は心血管疾患、糖尿病、癌、呼吸器疾患のリスクが高いという研究結果が示されている。さらに、未治療のうつ病があると、患者が身体治療のための指示に従えず有害な転帰に至る可能性がある。たとえば、糖尿病では、未治療のうつ病が重篤な合併症のリスク上昇を引き起こす可能性がある。

長期にわたる慢性的な身体的疾患をもつ人は、厳しい治療プログラムと継続的な疾病管理を行わなければならない。うつ病は衰弱性の疾患であるため、患者の生活の質はさらに低下する可能性がある。精神疾患は良好に治療することが可能であるにもかかわらず、身体と精神の健康を統合的なケア領域として見ないことが一般的な治療の欠陥となっている。

世界保健機構と世界家庭医学会は、訓練と適切な計画によって、いくつかの国の医療制度で現在行われているように、プライマリケア提供者が身体的な問題と精神的な問題をまとめて扱うことが可能であると指摘している。必要な場合は患者を専門の精神保健サービスに紹介することができる。世界精神保健連盟は年1回、一般市民への啓蒙キャンペーンを行っているが、今年は医療専門家、患者およびその家族に対し、身体と精神の健康の統合医療を支持するように働きかける。政府の保健部門や地方の保健機関は、サービスの計画においてこの問題がもつ重要性に特に注意を払うべきである。

2010年10月10日



WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH

12940 HARBOR DRIVE

SUITE 101

WOODBIDGE, VA 22192

TEL : 703.494.6515、FAX : 703.494.6518

WWW.WFMH.ORG

世界精神保健デーは世界精神保健連盟の登録サービスマークです

2010年10月10日

あとがき

本年も、世界精神保健デーの資料の日本語翻訳版をお届けします。英語版の**Section Five**を除く全文の翻訳です。今回のテーマは、「精神保健と慢性身体疾患 継続的・統合的ケアの必要性について」です。心臓病、糖尿病、眼、呼吸器疾患、肥満といった病気にかかっている人が抱える精神的な問題に焦点が当てられています。身体疾患と精神疾患の密接な関係が、最新の研究データを用いながら、大変詳しく紹介されています。そして、身体と精神の二つの疾患を統合して治療、ケアする最善の方法は、身近なプライマリケアを中心にして患者・家族、専門家、サポーター、関係機関が連携して取り組むことだと強調されています。内容は充実しページ数も、例年になく多くなっています。

最近の方式で、キットはWFMHホームページでも公開される予定です。また今回はCDにまとめられるかどうかわかりませんので、簡易冊子としてお届けいたします。

日本語訳に際しては、今回もヤンセンファーマ株式会社にご支援をいただきました。英語原文の提供から完成まで、わずか4週間たらずの短い時間で作業をしていただきました。ここに深く感謝いたします。

本資料が広く活用されることを願っています。

世界精神保健連盟日本支部

会長 井上新平

2010年10月