

# 2009 年世界精神保健デー

2009 年 10 月 10 日



プライマリケアにおける精神保健:  
～治療の強化と精神的健康の増進～



世界精神保健デーは世界精神保健連盟の記念碑的サービスプログラムです

## 目次

はじめに	1
<b>第1章 プライマリケアと精神保健</b>	<b>3</b>
● ファクトシート 体と心をつなぐ: 米国テキサス州の統合ヘルスケア資源ガイド	6
● ファクトシート 精神保健をプライマリケアに統合する7つの理由	9
<b>第2章 プライマリケアと精神保健サービスの実際</b>	<b>10</b>
● プライマリケアにおける精神障害の発見	10
● 精神保健とプライマリケアとの統合—精神保健プライマリケアの実際	13
● 統合行動ヘルスプロジェクト—統合行動ヘルスケアのレベル	18
● カナダ共同精神保健イニシアティブ (CCMHI)—共同精神保健ケアの枠組み	20
● ホッグ精神保健基金—統合ヘルスケア	24
● ファクトシート 統合の10原則	28
● ファクトシート 精神保健: 精神的健康増進	31
<b>第3章 プライマリケアへの精神保健の統合の利点と障害</b>	<b>34</b>
● 南アメリカの一般病院におけるプライマリケア医の精神科研修	35
● 中東における統合の利点と障壁	38
● 小児精神保健サービス: 中東における課題と機会	40
● 西太平洋地域における統合の利点と障壁	43
<b>第4章 行動の呼びかけ: プライマリケアへの精神保健の統合におけるアドボカシーの役割</b>	<b>47</b>
● 解説: プライマリケアへの精神保健の統合—精神障害を持つ人々に対する医療サービスの拡大を目指したタスクシフティング	50
<b>第5章 コミュニケーションと広報</b>	<b>53</b>
● 世界精神保健デー声明書の例	54
● 世界精神保健デー声明書署名に関するメディア発表文の例	56
● 2009年世界精神保健デーに関する全般的なメディア発表文	57
● 特集記事、社説、投稿の例	59
● 精神保健のためのデモ行進	61
あとがき	64

## はじめに

精神障害は、依然として深刻で費用のかかる世界的レベルの健康問題であり、年齢、文化、社会経済的状況を問わず生じている。大うつ病は障害調整生存年数から見て、世界の障害の原因として第4位に位置し、まもなく第2位になると予測されている。精神障害を抱える人の数は世界で4億5000万人と推定されるが、必要な援助を受けている人はその半数にも満たない。多くの低所得国では、全人口に対し精神科医が1人か2人しか存在しない。先進国の多くでは、精神保健サービスはプライマリケア制度から「切り分けられて」おり、そのため精神保健と精神疾患はなかなか注目されず、財源も少なく、選択肢やサービスの幅は狭く、人々のトータルヘルスケアのニーズに結び付けられることはまずない。

米国のホッグ精神保健基金 (Hogg Foundation for Mental Health) は次のように指摘している。「*精神状態と身体状態は密接に連動している。したがって、精神障害を持つ個人のケアを改善するには、精神保健と一般医療との接点に細心の注意を払う必要がある。*」

統合ケア (integrated care) と共同ケア (collaborative care) は、政策立案者や医療サービス組織の間で長年にわたり討議されてきた分野である。多くの研究が行われ、治験プログラムが実施されている。画期的な報告書となった米国公衆衛生局長の2001年精神保健報告書から世界保健機構 (WHO) と世界家庭医医学会 (WONCA) が最近発表した報告書に至るまで、さまざまな報告書が精神と身体の健康管理に対する全人的手法の根拠と妥当性を支持している。

今こそ、ヘルスケアの統合への進展と有効なサービス提供を妨げる障害を調査、検討し、これと対峙し、あらゆる国の保健システムに有利に働く制度を明確にし、これを支援する時である。市民アドボカシーを効果的にするには、適切で経済的に手が届き利用しやすいヘルスケアシステムを打ち立て、すべての人の心身の健康に通じる統合された共同的手法の推進に必要なすべての要素を集めることを目標とすべきである。この50年の研究と実践の進歩により、「精神的な健康なくして健康はありえない」ことが確認された。世界精神保健連盟は、統合ケア手法——疾患と心身の健康のあらゆる側面をひとつの治療体制に組み入れることで心身の健康を増進する——の創出を、政府および医療サービス体制の最優先事項とする時が来たと確信する。

2009年世界精神保健デーのグローバルなアウェアネス向上キャンペーンの目標は、精神保健ケアを最重要事項に押し上げるという必須課題を推進することである。すべての医師と専門家が患者中心医療の中で協力し、患者のあらゆる不調に最善を尽くして対処する医療体制を思い描いていただきたい。医療

精神保健を世界の優先事項に

提供者が協力し合って、心身の健康のあらゆる面に対して治療を提供するのでなければ、どうして患者中心の医療と言えようか。10月10日には世界精神保健デーにちなんだアドボカシー、アウェアネス、教育関連の行事や活動が、精神保健草の根組織の発案より世界各地で数多く実施される。このような活動によって、世間の注目を精神保健の問題に確実に集めることができ、うまくいけば、精神保健上の問題やそれに関連する身体的な健康影響が生じている人に対する治療とサービスの改善に対して、新たな活力や努力が向けられるようになるであろう。

世界精神保健デーに対する変わらぬご支援に御礼申し上げますとともに、地域の精神保健改善を支援するすべての活動に感謝する。

世界精神保健連盟理事会とスタッフを代表して

Patt Franciosi, PhD

世界精神保健デー議長

Professor John Copeland

世界精神保健連盟会長

## 第1章

### プライマリケアと精神保健

WHOは1948年に「健康」とは「身体的、精神的、社会的に完全に健全な状態であり、単に、病気または虚弱でないことを指すものではない」と定義した。

なぜ「プライマリケアにおける精神保健」が、2009年世界精神保健デーのテーマに選ばれるほど重要なのだろうか。精神保健ケアの統合を唱道することで、精神疾患や精神保健上の問題の診断、治療および予防を改善する可能性が高まるのはどうしてだろうか。また、今後20年にわたり世界の人々の精神面と情動面での健全性の改善を推し進めるとき、このような統合はどのように役立つのだろうか。

WHO長官のMargaret Chan博士は、WHOの2008年世界保健デー「プライマリケア：今、これまで以上に求められるもの」を立ち上げるメッセージの中で、同博士の個人的信念とともに加盟国での需要増大がプライマリケアに対するWHOの注目度を高めるきっかけとなっていると述べ、また「このような需要の存在は、ヘルスケアシステムをより公正で、包括的で、適正なものとするための知識を求める政策立案者の関心の高まりを示している、また、さらにその根本を見ると、ヘルスシステム全体の機能に関するより包括的な考え方の必要性に視線が転じていることを反映するものでもある」と主張した（WHO *The World Health Report 2008 Introduction and Overview*, p. 2）。

ヘルスシステムがより「公平で、包括的で、適正」なものになるという考え方は、それ自体、統合型プライマリケアの改善に関する議論の中に、精神保健上の問題や障害とともに、生きる人々のニーズを組み込むことを支持する堅実な根拠である。何世紀もの間、精神科治療、精神保健の増進、そして精神障害の予防に対する政府、医療提供者、一般社会の注目は必要な水準に達していなかった。

何世紀もの間、心の病気は社会的問題として扱われ、身体的な健康問題とは切り離されていた。しかし今日では、精神障害は孤立して生じるものではなく、心疾患、糖尿病、癌、神経障害、さまざまな生活状況に対する反応といった他の医学的問題と関連して、または並行して生じることが多いという意見に大半の人が同意するであろう。人の健康問題や生活環境は身体のだだひとつの部分に影響するのではなく、身体全体に影響し、個々の問題が相互に影響し合う。人の健康を全人的、総合的に扱えば転帰がさらに改善され、回復が促され、生産性が向上することは明白である。

プライマリケアでは患者と医師が長期的な関係を結ぶ。一般医は、多くの患者の健康上のニーズに対して医療を提供し、自分の専門範囲を超える医療サービスが必要となればその調整を行う。米国医学研究所は、1996年にプライマリケアを次のように定義した。「プライマリケアとは、個人の医療ニーズの大半に取り組み、患者と持続的なパートナーシップを結び、家族や地域社会を背景として医療行為を行う責任を有する医師が提供する、統合された身近な医療サービスである。」次の定義は1960年代に示された定義の抜粋である：プライマリケアはより広範囲のヘルスケアシステム

## 精神保健を世界の優先事項に

ムに含まれる一定レベルのケアと考えることもでき、二次ケア（地域を拠点とする専門医および市中病院が提供する医療）および三次ケア（地域基幹医療施設または大学附属医療施設が提供する医療）とは区別される。医療資源が限られている非工業国では、村落保健推進員、補助看護師、地域健康推進員、地域保健相談員、医療補助員などがプライマリケアを提供することがある。

([www.msm.edu/Centers\\_and\\_Institutes/National\\_Center\\_for\\_Primary\\_Care\\_\(NCPC\)/What\\_is\\_Primary\\_Care.htm](http://www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_(NCPC)/What_is_Primary_Care.htm))

一般に、精神保健ケアは一般ヘルスケアシステムとは別個の分野、すなわち特殊分野とみなされてきた。精神保健ケアは心の障害を治療するものである。脳内で始まった神経学的障害は、かつては身体のモニタリングを必要としない問題とみなされていたが、精神の健康と全体的な健康との間にはきわめて重要な関連があるとの認識が、近年になって高まってきた。精神障害は身体の健康に対する影響力を持ち、多くの身体的不調は、さらに精神保健上の問題を誘発する可能性がある。また重度で持続的な精神疾患が見られる患者では、身体の問題が複数見られる可能性が2倍高いことも明らかになっている。しかし、心と体との切り離せない関係や精神と身体の問題の併存という重大な問題に対する認識があっても、「目標と実施状況との間にある過度のギャップを狭めるために、ヘルスケアシステムが利用できる重要な手段を明らかにする」（Chan博士、*The World Health Report 2008*, p.3）には、まだまだヘルスケアシステムに対する医学会の関心は不十分である。

診断、治療および転帰を改善するために、医療従事者は患者中心の全身ケアに焦点を当てた、より有効で共同的な医療を創り出すパートナーシップを構築する新たな方法を見出さなければならない。全世界の人々の健康増進という目標の到達と、真に包括的で統合された医療提供体制の創出・維持を目指すのであれば、精神保健と精神障害を計画や方針に組み入れて「プライマリケア：今、これまで以上に求められるもの」という考え方を推し進めることが不可欠である。

2009年世界精神保健デーウェアネス向上キャンペーンのテーマである「プライマリケアにおける精神保健：治療の強化と精神保健の促進」の目的は、「精神保健を世界の優先事項にする」必要性に引き続き対処し、あまりに無視されがちな事実、すなわちすべての人にとって精神保健は全体的な健康と福利の切り離せない要素であることを強調することである。このテーマは、精神保健のプライマリケアへの統合に焦点を当てた情報や知見が増大していることに対して、世界的な関心を喚起することを意図している。これは、精神疾患の診断、治療および医療が従来の分離された状況、しかも不十分な精神保健サービス提供体制という状況から、医療の主流へと移行させる大きな動きを示すものである。

変化と改革と資源不足の今の時代には、精神保健サービスの「エンドユーザー」である精神疾患とともに生きる人々、彼らの援助に責任の多くを担っている家族、そして精神保健政策に影響を及ぼすことを目指すアドボカシー実行者の関与がきわめて重要である。2009年世界精神保健デー・キャンペーンの主な目標は、精神保健草の根団体に情報を提供し、適切な保健サービスの計画立案に

## 精神保健を世界の優先事項に

精神保健と精神疾患を組み込むようアドボカシーを行ってもらうことである。問題は、精神疾患を持つ患者が、一般医療体制やプライマリアケア体制の枠内で対等レベルの優先順位が与えられず、十分かつ有効な診断、治療および回復が得られない危険性があることである。このような状況が医療改革の意図しない結果として生じないようにすることは、世界の精神保健アドボカシー運動が担うべき役割である。

2009年世界精神保健デーでは、精神保健サービスをプライマリアケア提供体制に統合することで、精神障害や精神保健上の問題とともに生きる人々、その家族や介護者、そして医療従事者にとってどのような機会と課題が生じるかという点に光を当てる。また2009年のキャンペーンでも、例年通り精神保健のアドボカシー、患者・サービスユーザーおよび家族・介護者組織が健康と精神保健に関する大規模な国際的改革運動を形作る上で果たす重要な役割に焦点を当てる。統合に向けた運動によって、質が高く、十分な、経済的に手の届く医療サービスが精神疾患や精神保健上の問題を抱えた世界中の人々にさらに身近になるようにしようとする。そのためには、情報に基づいた先取り型の持続可能なアドボカシーが必要となる。

精神保健ケアにかかわっている世界中のアドボカシー実行者、家族、医療従事者、政策立案者が忘れてはならないことは、精神保健サービス提供の方法の改善を目指す今回の運動が、この種の改革努力として最初のものではないということである。精神保健サービスへの取り組みを世界中で均一なものにするという課題は簡単なものではないという教訓を、これまでの経験から得ている。プライマリアケアへの精神保健の有効な統合を、精神

疾患ケアについて報告されている負荷に見合う優先順位で実施することは、世界的な経済・社会面の問題が存在する時代において大仕事となるだろう。精神保健サービスを改善し、統合失調症、不安障害、双極性障害、うつ病などの深刻な精神保健上の問題や精神障害を抱えた人々が保健サービスを利用しやすくするために、世界が聞く耳を持ち行動すべき時はすでに来ている。



## ファクトシート

### 体と心をつなぐ：米国テキサス州の統合ヘルスケア資源ガイド

ホッグ精神保健基金（2008年12月） pp 5, 11, 13, 20, 23, 31

#### キーポイント

- ・ 行動ヘルス問題 (behavioral health problems) を抱えた人では、身体疾患が併存するリスクが高い。それと同じように、身体疾患を抱えた人では行動ヘルス問題が生じるリスクが高い。患者の身体的または精神科的併存症に対する治療を行わないと、十分に回復し全体的な健康を取り戻す確率が低くなる。
- ・ プライマリケアで行動ヘルス問題のスクリーニングを行うか、精神科領域で身体的問題のスクリーニングを行うことが、健康上の問題を発見するためにきわめて重要である。しかしこのようなスクリーニングだけでは併存症のある患者の転帰を改善するには不十分である。
- ・ 多くのプライマリケア提供者が、行動ヘルス問題の特定と治療に関する訓練を必要としているが、このような訓練は、精神保健サービス提供者との継続的な対話と協力を通して実施されるときにもっとも有効なものとなる。
- ・ 統合ケアのモデルがいくつか存在するが、もっとも有効なモデルは治療体制に対し包括的で多面的な影響を及ぼすものである。
- ・ うつ病の場合や、おそらくは他の一般的な精神障害についても、統合ケア提供の費用便益は他の慢性的な健康問題の管理で達成される場合の便益と同等である。
- ・ 統合へ向けた活動を成功させるためには、精力的で献身的なリーダーシップが必要である。
- ・ 臨床・実施マニュアル、スクリーニング・評価ツール、患者レジストリー、訓練プログラムなどの新たな資源の開発が増えており、このような資源を使用すれば、保健ケア体制においても研究で報告されているような良い転帰を達成できる可能性が大幅に高まるだろう。
- ・ 専門機関への紹介や不十分なフォローアップよりも、科学的根拠に基づく統合ケアモデルを支援する財政的なインセンティブが必要である。
- ・ コンシューマー・患者の全人的健康に焦点を当てた転帰または治療成績の評価体系があれば、プライマリケア体制と保健ケア体制の協力促進に有用であろう。
- ・ 患者の特定とスクリーニング、患者の経過の追跡、臨床プロトコールに対する遵守奨励、ケア提供者間の対話の促進、統合プログラムの影響の評価を含む統合促進活動を実施するにあたり、テクノロジーは重要なツールとなりうる。



## 過去の教訓

### 行動ヘルスをプライマリケア環境に統合する理由

- 大半の人は行動ヘルス問題が生じたときにプライマリケアに助けを求める。
- プライマリケアでは行動ヘルス問題が発見されず未治療のままであることが多い。
- 糖尿病などのよく見られる身体疾患が生じた患者では、行動ヘルス問題が生じる割合が高い。
- 慢性的な身体疾患の患者に精神障害が見られた場合、それに対処しないと精神的、身体的転帰が増悪する。
- 公的医療機関を受診する患者が有色人種、小児、青少年、高齢者、無保険者または低所得者である場合、精神障害に対する適切なケアを受ける可能性が特に低くなる。
- 行動ヘルス問題に対してプライマリケアで治療を行えば、より重度の活動不能をもたらす障害に対する早期介入・予防の機会となり、専門ケアを利用できない(あるいはしない)人々を支援する機会ともなる。

### 身体的ケアを行動ヘルスケア環境に組み込む理由

- 行動ヘルスケアの場で治療を受けている成人には、心血管疾患、糖尿病、高血圧症などのよく見られる身体的疾患が併存することが多い。
- 行動ヘルスケアの場で医療を受けている人の大半に身体疾患が見られ、その半数以上は見過ごされている。
- 通常、重度の精神疾患患者は一般集団に比べプライマリケアを利用しにくい。
- 重度の精神障害を抱えた人が身体的疾患で死亡する年齢は、他の集団に比べ平均で25年早い。
- 地域の精神保健施設は、利用者の身体的医療の重要性を認識しているが、多くの場合、このような医療を提供する能力には限界がある。

### プライマリケア環境における行動ヘルスの治療を改善する方法

- 精神障害のスクリーニングを患者の転帰改善につなげるには、障害発見後に適切な医療を提供しなければならない。
- 医師の教育を行っても、その後の支援がなければ医療提供者の臨床実践や患者の転帰の変化はごくわずかであるか短期的なものとなる。
- 行動ヘルスケアの専門家への紹介を強化するとともに他の支援も行うことで、結果と転帰を改善できると思われるが、さらに調査が必要である。

- ・ 行動ヘルスケアの専門家をプライマリケアに配置しても、そのケアが科学的根拠に基づく手法によらなければ、患者の転帰は改善されないだろう。
- ・ 共同ケアは有効な手法であり、精神障害を有する広範囲のプライマリケア患者の転帰を改善するという研究結果が示されている。
- ・ プライマリケア行動ヘルスマodelは有益と思われるが、体系的な評価は行われていない。

#### 行動ヘルスケア環境で身体的医療を改善する方法

- ・ 身体疾患のスクリーニングは必要と思われるが、その後に質の高い医療を実施しない限りそれだけでは不十分である。
- ・ 健康増進プログラムは重度精神疾患患者における慢性的な身体疾患の発生率を低減させる手段として有望である。
- ・ プライマリケア環境で精神科医の訓練を行うことでコンシューマーの身体的健康の転帰が改善されるかどうかは不明である。
- ・ プライマリケア提供者を行動ヘルスケア環境に配置することで、コンシューマーの身体的健康の転帰が改善される。
- ・ 専門機関への紹介を強化するとともに他の支援も行うことで、結果と転帰が改善されると思われるが、さらに調査が必要である。

#### ケアの統合を妨げる障壁

- ・ 臨床面での障壁としては、プライマリケアと行動ヘルスケアとの慣習の差異、医療提供者に対する訓練の欠如、医療提供者の関心の欠如と偏見が挙げられる。
- ・ 組織面での障壁としては、身体的医療提供者と行動ヘルスケア提供者との間で対話や相談を行うことが困難であること、別分野の医療提供者間に物理的な隔りがあること、プライマリケアは急性の問題に対する治療を指向することが挙げられる。
- ・ 政策面での障壁としては、医療提供体制間での情報共有に対する法的障害、組織が提供できるサービスを制限する規制の存在が挙げられる。
- ・ 財政面での障壁は複雑であり、インセンティブの適正な導入に関連する問題などがある。

本文書の全文とそこに含まれるすべての有用な情報を検討されることを強く勧める。

掲載サイト: [http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC\\_Resource\\_Guide.pdf](http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf)

## ファクトシート

### 精神保健をプライマリケアに統合する7つの理由

プライマリケアへの精神保健の統合：国際的視点から。WHO/WONCA, 2008. pp 21-46.

1. 精神障害の負荷はきわめて大きい。精神障害はあらゆる社会で認められる。精神障害は患者とその家族にとって相当の負担となり、重大な経済的、社会的困難を引き起こし社会全体に影響を及ぼす。
2. 精神と身体の問題は相互にからみ合っている。多くの人々が心身両面で健康問題に苦しんでいる。統合されたプライマリケアサービスは全人的な患者治療を確保する上で有用であり、精神障害のある人々の身体保健上のニーズを満たすだけでなく、身体疾患を有する患者の精神保健上のニーズをも満たす。
3. きわめて大きな精神障害の治療ギャップが存在する。あらゆる国で、精神障害の有病率と治療や医療を受けている患者の数との間に大きなギャップが存在する。精神保健プライマリケアはこのギャップを埋める手段となる。
4. 精神保健のプライマリケアは医療を利用しやすくする。精神保健ケアをプライマリケアに統合すると、患者は自宅近くで精神保健ケアを受けられることから、家族と一緒に生活でき日常活動を維持できる。また、精神保健のプライマリケアを実施することで、患者の長期的なモニタリングと管理を行いやすくなるほか、地域社会の支援と精神的な健康増進が促される。
5. 精神保健のプライマリケアにより人権尊重が促進される。プライマリケアで精神保健サービスを提供することで偏見と差別を最小限に抑えることができる。また、このような医療を行うことで精神科病院の中で生じうる人権侵害のリスクが排除される。
6. 精神保健のプライマリケアは経済的に無理なく利用でき費用効率が低い。患者、地域社会、国のいずれにとっても、精神保健プライマリケアサービスの費用は精神科病院に比べて低い。さらに、患者と家族は遠方の専門家の医療を求めるときに生じる間接費を避けられる。よく見られる精神障害に対する治療は費用効率が高く、国はこれに投資することで大きな便益を得られる。
7. 精神保健のプライマリケアは健康上の転帰を改善する。プライマリケアで治療を受けている精神障害患者の過半数で良好な転帰が得られ、特に二次医療レベルのサービスおよび地域社会のサービスのネットワークと連携している場合にはその傾向が強い。

この章の全文については、以下を参照されたい。

<http://www.globalfamilydoctor.com/index.asp?PageID=9063&ContTypr=IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare>

## 第2章

### プライマリケアと精神保健サービスの実際

精神保健とプライマリケアとの統合は目新しい考え方のように見えるかもしれないが、この概念は新しいものではなく、実際には世界中で研究され使用されている。精神保健ケアを含む医療がどのように認識され組織されているかは、ほとんど例外なく国によって異なる。精神保健とプライマリケアを統合する包括的かつ有効な手法を、各国の医療構造と資源容量の枠内で見出すことが重要である。この章では、精神保健とプライマリケアを統合するために各国で現在実施されているプログラムと政策の例をいくつか示す。ここではその要約を述べる。詳細な情報については資料をご覧ください。

#### プライマリケアにおける精神障害の発見

Vimal Kumar Sharma MD, PhD, FRCPsych<sup>1</sup>

John R M Copeland MD, ScD, FRCPsych<sup>2</sup>

世界的に見て、精神保健上の問題は活動不能状態をもたらす主要な原因のひとつとなっている。精神疾患に対する新しい治療法（薬物療法のほか心理療法、社会療法を含む）が開発されているにもかかわらず、適切な援助を受けていない精神疾

患患者が世界中で高い割合で存在し、このような患者は黙って苦しみに耐えている。先進国の場合、精神疾患への偏見のために、どのような種類の精神保健上の問題が生じても助けを求めにくいことが、このような状況を生み出していることがある。もうひとつの重要な理由として、プライマリケアサービスでは十分な訓練が行われておらず、精神保健上の問題を抱えた人を発見し治療する技能が低いことが考えられる。調査研究の結果、一般開業医やプライマリケア従事者には、患者の精神的な健康状態を評価する時間がなく、そのような評価の訓練を受けていないことが浮き彫りにされた。

低・中所得国の場合、精神保健ケアの提供が不十分な原因として、資源の欠如が挙げられることが多い。一人の医師を訓練するためにおよそ6年かかり、精神科医としての訓練にはさらに3年が必要である。このように医学教育には高い費用がかかるため、これらの国では医師が不足しており、精神科医はさらに少ない。このような国の医師の多くは高所得国に移住する。アフリカには精神科医がいない国が多数存在し、1人か2人という国もある。この問題に対する答えの見通しはたまたない。結果的に、多数の精神疾患患者が未治療のままであり、働けず、貧困であるか精神科施設に収容されている。

精神保健上の問題を早期に発見し正確な診断を下した後、回復と仕事への復帰を目指した適切な治療・管理計画を実施すれば、精神障害が保健体制およびソーシャルケア体制に及ぼす全体的な負荷を低減させられる。早期介入は迅速で十分な回復のために有用であるだけでなく、患者の社会への再統合を促進することが精神障害分野の研究

<sup>1</sup> Cheshire and Wirral Partnership NHS Foundation Trust 顧問精神科医  
兼医学管理者代理、Liverpool University 名誉上級講師。

<sup>2</sup> Liverpool University 名誉教授、上級研究員。

で明確に示されている。したがって、精神保健上の問題を抱えた人をできる限り早期に特定し適切に介入する体制を、世界中で確立させることに重点を置く必要がある。この問題への対処法として、コンピュータを用いて保健・社会福祉分野の人的資源を拡大するなど新しいテクノロジーを利用することが考えられ、特に低・中所得国で有用であろう。

われわれは、プライマリケア従事者と協力して **Global Mental Health Assessment Tool(GMHAT/PC)** というコンピュータソフトウェアを開発した。このツールはすでに多くの言語に翻訳されている（スペイン語、オランダ語、ドイツ語、ヒンディー語、中国語、アラビア語に翻訳され、フランス語版とポルトガル語版も準備中である）。このツールは、上記の問題に対処する革新的な方法となる。このツールの目的は、プライマリケアにおける精神疾患の発見を高め、プライマリケア従事者を啓発して適切な治療を開始することにある。精神的な健康状態に関するより包括的な評価法を **ICD-10** 基準に従う精神疾患コンピュータ支援鑑別診断を用いて開発したもので、二次医療におけるクリニカルパス、**QOL**、ニーズおよびリスク評価にも照準を合わせている。この方法はプライマリケア医と精神科医によって開発されたもので、イギリス、インドおよびアブダビで有用性が証明されている。コンピュータを使用することで一般用途に制限される可能性はあるが、どこでも簡単に使用でき結果を携帯電話で通信できるように、タッチスクリーン **PDA** にインストールするプログラムを開発中である。研究用コンピュータ支援診断ツールの長年にわたる開発と使用の経験に基づき、7年間をかけてこのプログラムの開発を行った。以下、**GMHAT/PC** について簡単に説明する。

### **Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT/PC)**

**GMHAT/PC** は、プライマリケアおよび一般医療において精神保健上の問題を評価し特定するために開発されたコンピュータ臨床評価ツールである。この評価プログラムは、まずツールの使用法と症状の評価法の詳細を示す基本的指示から表示される。その後の画面は一連の質問で構成されており、次に示す症状や問題に順次焦点を当てながら精神状態の評価を包括的かつ迅速に行える。

心配、不安とパニック発作、集中力、自殺のリスクを含む抑うつ気分、睡眠、食欲、摂食障害、心気症、強迫状態および強迫行為、恐怖症、躁/軽躁、思考障害、精神病症状（妄想および幻覚）、失見当識、記憶障害、アルコール乱用、薬物乱用、パーソナリティの問題およびストレス。

これらのサブセクションでは、一度にひとつの質問が表示される。質問はツリー構造に沿って臨床的に問題となるものから表示される。重大な臨床的問題ごとにスクリーニングの鍵となる質問が設定されている。あるサブセクションの主要項目に該当する症状が患者に見られない場合には、次のサブセクションに進む。問診の終了時に、問診実施者の詳細情報を入力し、臨床的診断を下した場合にはその結果を報告するように求める画面が表示される。次に症状要約報告書と症状スコアの画面に進み、**GMHAT/PC** による診断が表示される。この主コンピュータ診断は階層的モデルを用いて導出され、**ICD-10** に基づく設計となっている。この診断プログラムでは症状の重症度（中等度から重度）が考慮されている。また、他の障害の症状が存在する場合にはそれに基づいて他の診断および併存症も表示される。さらに、自傷のリスク評価

も含まれる。このプログラムには精神障害の管理ガイドラインも含まれている。

精神科二次医療サービスが十分に整っていない環境で使用できるように、新しいALL-AGECAT鑑別診断プログラムを用いたGMHAT/FULLという二次医療モデルの妥当性試験が現在行われている。

GMHAT/PCの試用、このプログラムの翻訳または臨床サービスへの導入に興味のある方は、当方にご連絡いただきたい。このプログラムは無料で提供している。

詳細については以下に連絡されたい。

Vimal Kumar Sharma MD, PhD, FRCPsych

[v.k.sharma@liv.ac.uk](mailto:v.k.sharma@liv.ac.uk)

## 精神保健とプライマリケアとの統合

### －精神保健プライマリケアの実際

(WHO/WONCA, Integrating Mental Health into Primary Care - A Global Perspective, 2008, pg.49)

以下に示すベストプラクティス例は、プライマリケアへの精神保健の統合が、経済的・政治的に困難な状況も含めさまざまな環境において可能であることを実証している。ここに例示する国々では、社会経済的状況や医療資源に大きな差異がある。したがって、プライマリケアへの精神保健統合のモデルは国ごとに大きく異なる。このように詳細は異なるものの、いずれもリーダーシップと熱心な取り組みを通して、また次の章で概説する10原則を適用させたことにより成功が得られている。明確な政策と計画を立てるとともに、十分な資源を準備し、プライマリケア従事者の管理、訓練および継続的な支援をきめ細かく行い、向精神薬を使用できるようにし、高次医療および地域社会の資源との連携を強めることで最善の結果が得られる。

詳細な国リストと情報については、以下のサイトにアクセスして文書全文を表示されたい。

[http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav\\_id=339](http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339)

### アルゼンチン

ネウケン州では、プライマリケア医の主導で重度精神障害者の診断、治療およびリハビリテーションが行われている。複雑な症例については精神科医や他の精神保健の専門家に検討や助言を仰げ

る。地域立脚型リハビリテーション施設である Austral では、プライマリケア施設との調整を綿密に行いながら補足的な臨床的ケアを行っている。この施設は一般内科レジデントやプライマリケア医を対象とした研修施設としても機能している。この精神保健ケアモデルの基礎には4つの主要な要素がある。

1. **プライマリケア医。** 重度精神障害の診断、治療およびリハビリテーションサービスは、訓練を受けたプライマリケア医の指導下で保健サービス提供者チームが実施している。さらに、プライマリケア医は日常生活ストレスや家族の対立に取り組むことも多く、その管理に問題指向型簡易心理療法を使用する。
2. **外来医療。** 精神障害者は、家族や友人の支援が得られる慣れた環境で地域社会サービスを受けられるように、地域社会の中で外来治療を受ける。
3. **全人的医療。** 患者は心身両面の不調に対応する全人的な医療を受ける。
4. **専門家の支援。** 複雑な症例については精神科医の検討と助言を仰げる。また精神科医はプライマリケアの医師と看護師に対する研修も行う。精神科医がかかわる例は少なく、入院ケアが回避されることから、費用は低く抑えられ必要なサービスを利用しやすくなる。

ネウケン州ではサニタリオ（保健員）や克蘭デロ（施術師）が重度精神障害患者の最初の窓口となることが多い。克蘭デロから公的なプライマリケアに移行することもある。しかし、農村地域では自己ケアや非公式なケアが行われることが



## 精神保健を世界の優先事項に

もっとも多く、支援者としての家族の役割が基本とみなされている。

都市部の保健施設には心理療法士が配置されており、必要な場合には専門的助言を行っている。心理療法士は特定のクリニックには所属せず、さまざまな医療環境でその役割を果たしている。心理療法士は重度精神障害に加えて心理社会的な訴えにも対処する。必要な場合には患者を州立病院に移送する。この州の公立病院では精神科のベッド数に限りがあることから（10床）、急性症状が生じた患者の治療が難しくなることもある。重度の障害が見られるか、暴力的であるか、自殺の恐れがあるため長期的なケアが必要な患者は、ブエノスアイレスの精神科病院に移送する。

## インド

主としてプライマリケア施設、地域の保健施設およびタルク（郡）の病院（外来医療を行う）において、精神保健サービスが一般的なプライマリケアと統合されている。以下の保健従事者が精神障害患者を特定しこのような施設に紹介する。

- ・ アンガンワディ・ワーカー（保健訪問員）
- ・ プライマリケア施設のスタッフー公衆衛生准看護師および認可社会保健助手
- ・ 精神科病院および民間クリニック
- ・ 非政府組織およびリハビリテーション施設
- ・ 地域社会を拠点とするソーシャルワーカーおよびボランティア
- ・ パンチャーヤト（地方自治組織）の構成員
- ・ 地区精神保健プログラムチームの構成員
- ・ 教員

新たに紹介された患者は、プライマリケア施設や地域保健施設で医学担当官・医師の診察を受ける。地区精神保健プログラムで訓練を受けた医学担当官は、診断を行い次に取るべき行動（投薬または紹介）を決める。医学担当官がこのような訓練を受けていない場合や問題が医学担当官の専門知識の水準を超える場合には、地区精神保健チームが次に来訪する日に再受診するように患者に指示する。精神障害者は他の理由で施設を訪れた患者と同じ手続きを行い、同じ列で待機する。通常の診療日には、1施設当たり約300～400人がプライマリ施設または地域保健施設を受診するが、その中のおよそ10%で精神障害が見られる。精神保健診療日には、プライマリケア施設または地域保健施設の指定地域の患者を、地区の精神保健チームが担当する。このチームは施設の主要活動とは切り離されており、その主な理由は混雑を避けることである。新たに紹介された患者は再診患者とともに到着順に待機する。再診患者は関連の記録と医学情報を記載した患者ノートを持参する。患者と（多くの場合）家族または介護者は、指定された診察室で精神科医の診察を受けるか、このような部屋がない場合には他人からプライバシーを守れるホール内の区画で精神科医の診察を受ける。精神科医は必要に応じて患者ノートに診断と処方方を記録して看護師に手渡し、看護師は指示された治療薬を調剤する。一般に治療薬は精神保健チームが施設に持ち込み、チームが担当する精神保健クリニックが使用できるように施設に残していく。通常、向精神薬を処方し患者の精神保健クリニック受診歴の追跡を積極的に行うのは訓練を受けた医療担当官に限られる。訓練を受けていない医療担当官は、チームの精神科医がすでに選択した薬剤の処方のみを行うように自ら限界を設けている。

## 精神保健を世界の優先事項に

新たな患者は、初回診察時に自分の精神障害、その原因、予防、治療、モニタリング、管理に関する情報などの心理教育を受ける。この教育は、患者を治療過程に組み込み治療継続の意欲を持たせる手段となる。カウンセリングやフォローアップが必要な場合にはソーシャルワーカーが患者と面会する。ソーシャルワーカーはグループ療法を定期的に行い、リハビリテーション施設への入院を手配し、他機関と連絡を取る。ソーシャルワーカーは家庭を訪問して家族の状況を評価し、継続的な治療を確実に受けられるように支援することもある。必要な場合には、臨床心理士と精神科医が患者のカウンセリングを行う。このようにして、精神保健クリニックは以下の医療サービスを提供する。

- ・ 新たに特定された患者に対する診断・治療計画の作成
- ・ 診断が確定した患者の検討とフォローアップ
- ・ 臨床心理士または精神科医によるカウンセリング
- ・ 心理教育
- ・ 必要時の専門医への紹介

患者の過半数がうつ病、双極性障害、統合失調症またはてんかんである。

## 南アフリカ

プライマリケアへの精神保健の統合に関するエシアンゼニのモデルは、クリニックごとに若干異なっている。この違いには、クリニックの規模や場所、クリニックの看護師の訓練と資格、統合モデル参加に対する保健従事者の意思など多数の因子がかかわっている。2つのモデルが広く使用されている。

モデル1 ひとつ目のモデルの特徴は、熟練した専門看護師が参加し、精神保健上の問題を抱えたすべての患者を診ることである。専門看護師の主な職務は、精神障害者の定期的評価を行い、向精神薬を調剤するか治療薬の変更を医学担当官に勧め、基本的なカウンセリングを行い、病状改善のために社会的問題を特定することである。補足的な医療サービスを利用できる場合にはこのようなサービスに患者を紹介する。この種の地域立脚型の社会サービスは乏しい例が多いが。看護師は週ごとに精神保健相談に割く時間を計画し、患者はこの時間に来院する。精神保健関連の患者は他の理由でクリニックを訪れた患者の列には加わらない。一般保健従事者は精神障害を発見するための訓練を受け、患者が特定された場合、指定の精神科看護師または地区の精神保健コーディネーターに紹介する（下記参照）。

モデル2 もうひとつのモデルでは、精神障害を他の健康上の問題と同様に管理する。精神障害者は他の患者と同じ列で待機し、自分の番が来たときに居合わせたプライマリケア医の診察を受ける。看護師は心身両面の健康上の問題を評価・治療できるような訓練を受け、他の問題が併存する患者は全人的治療を受ける。必要なときには、二次医療または地域立脚型サービスへの紹介が行われる。

どちらのモデルでも、精神保健上の問題の発見の責任、向精神薬の調剤または薬剤変更の推奨を含めた慢性的な精神障害の管理、カウンセリング、紹介、危機的状況への介入の責任は看護師にある。必要なときには、地区の精神保健コーディネーター（精神科看護師としての訓練を受けてい

精神保健を世界の優先事項に

る) および医学担当官が支援を行う。地区のコーディネーターの職務は以下の通りである。

- ・ 精神障害者の管理にあたり一般保健スタッフの監督と支援を行う
- ・ プライマリケアから紹介された患者の評価を行う
- ・ 必要な場合には患者を落ち着かせる
- ・ 医学担当官に対し投薬の開始または変更を勧める
- ・ 心理社会的リハビリテーションを支援する
- ・ カウンセリングを提供する
- ・ 家庭訪問を行う
- ・ クリニックで治療薬が使用できるかチェックする
- ・ 精神保健統計値を記録する
- ・ 地区報告書を作成する

この地区における精神保健プライマリケアで優先されている主な項目は、統合失調症と関連の障害、双極性障害、大うつ病の管理である。てんかんは一般慢性疾患として管理される。一定の基本的なカウンセリングが行われるが、時間的制約のためにこのサービスには限界がある。この地区では熟練したカウンセラーや心理療法士が不足しているため、ほとんどの場合カウンセリングへの紹介は行うことができない。

## イギリス

ウォールサムフォーレスト・プライマリケアトラスト (PCT) では、2つの診療所に委託して亡命希望者、難民、ホームレスなどの脆弱性の高い集団に対して統合型プライマリケアサービスを提供している。提供されるサービスはどちらの診療

所でも同等であるが、ここではウォールサムストーを拠点とする診療所を取り上げてこのプログラムを説明する。ウォールサムストーの診療所には一般医が10名(そのうち2名は研修医)、実践看護師が4名いる。

全体として、軽度から中等度の精神障害者ならびにより複雑な精神的、心理社会的ニーズを抱えた患者に対する治療とケアを提供する。このサービスが特に目指すのは、通常では保健サービスとの接点がない人々や少数民族集団に属する人々に対する支援である。

このサービスではプライマリケア環境で4段階の全人的な統合型医療が提供される。

第1段階では、一般医が書面と口頭で、精神障害に関する情報とともに専門性の高い精神保健医療サービスを利用する方法、住居や職を得る方法、社会福祉を利用する方法等に関する情報を患者に伝える。また、精神保健上の問題に関連する書籍やビデオを所蔵する地域の図書館を患者に紹介する。また、患者の自助と社会的統合の促進について特定の責任を有する個人(一般に精神保健サービスのユーザー)による補助、指導、支援も行われる。

第2段階では、プライマリケア医が担当患者の精神的な健康の評価と心理社会的評価を行う。このときスクリーニング・評価用の標準化質問票を使用することもある。問題の複雑さにより、患者の管理を診療所で行ったり、PCT担当区域内の適切な二次レベルの施設または地域立脚型の施設に紹介したりする。一般医療の枠内でカウンセラーが

認知行動療法を含む心理療法を実施するが、長期のカウンセリングが必要な場合にはこの診療所外の専門性の高い施設に患者を紹介することもある。

第3段階では、経済的、社会的問題を抱えた患者を支援できる組織または施設に患者を紹介する。ここでは、雇用、住居、家族の問題に患者がうまく対処できるように支援する。孤立を深める、精神的な健康状態が悪化するといった事態を予防するためにきわめて重要である。

第4段階は、急性症状の既往があるが現在は安定している患者を対象とする。このような患者はプライマリケア環境で全人的な心身の医療を受けることになり、同時に二次レベルのサービスに対する負荷を減らすことにもなる。しかし、今日までのところ、この診療所では第4段階は十分に実施されていない。

精神障害者の治療と支援に加え、医療全般について採用されている手法を通して精神的な健康を増進することも試みられている。たとえば、移民や英語を話さない人々との対話を慎重に行い、必要な人全員に電話通訳サービスを提供している。また、医師は善悪の判断を交えない態度を貫き、ホームレスを含めた脆弱性の高い集団に属するすべての人々を支援しようと努力している。医師は患者の文化的背景にも気を配り、患者に受け入れられる適切な方法で対話を行っている。したがって、この診療所は精神障害を抱えた人々の管理に特化しているだけでなく、担当する全患者の精神的な健康を改善させている。

## 統合行動ヘルスプロジェクト

### —統合行動ヘルスケアのレベル

統合行動ヘルスという企画は、採るか採らないかという二択の問題ではなく、身体医療と行動ヘルスの従事者間の協力レベルに基づくひと続きのものとして実践するものである。協力レベルに関する以下の優れた説明は William J. Doherty (Ph.D)、Susan H. McDaniel (Ph. D) および Macaran A. Baird (M.D.) によるものであり、Behavioral Healthcare Tomorrow (1996年10月、pp.25-28) に要約がある。

#### レベル1：最小限の協力

精神保健と他の医療分野の従事者が別個の施設で業務を行い、別個の体制を有し、症例について情報交換することは稀である。

#### レベル2：離れた場所で行う基本的な協力

保健医療提供者は別個の施設に属し別個の体制を有するが、主として電話や手紙により共通の患者に関する情報交換を定期的に行う。情報交換は患者に生じた特定の問題をきっかけとして行われる。精神保健および他の医療分野の従事者は互いを資源とみなすが、それぞれ自分の分野内で業務を行い、責任の共有や相手の分野の慣習の理解はまれであり、権限と責任を共有することはほとんどない。

#### レベル3：現場での基本的協力

精神保健と他の医療分野の従事者は別個の体制を有するが、施設を共有する。主として電話または手紙により共通する患者に関する情報交換を定期的に行うが、職場が接近していることから顔を合わせることもある。相手の役割の重要性を認識しており、お互いが、大規模ではあるが境界がやや曖昧なチームに属していると感じることもある。しかし共通の用語を持たず、相手の分野に対する深い知識はない。レベル1やレベル2の場合と同様に、症例管理の決定に対する身体科医の権限と影響力は他の分野の従事者よりもかなり強く、他分野の専門家はこの点を不愉快に感じることもある。

#### レベル4：部分的に統合された体制下での密接な協力

精神保健と他の医療分野の従事者が施設を共有し、スケジュールや記録などについて一定の共通システムを有する。定期的に顔を合わせて患者に関する対話を行い、相談し合い、困難な症例の治療計画を調整し、相手の役割や慣習に対し基本的な知識と理解をもっている。生物心理社会的パラダイムについての認識を共有している。ただし、用いる表現とその意図との関係について時として問題が生じ、チームビルディング会議は時折行われるに過ぎず、また精神保健については定額負担金があるが身体科医療にはないといった運営上の不一致が存在することもある。共同チームに対して身体科医が強い権限と影響力を持つことに対する緊張が残っていることがあるが、それに対してはおそらく対応が可能である。

#### レベル5：完全な統合体制下での密接な協力

精神保健ケアと他の医療分野の従事者が施設を共有し、同じ理念を持ち、生物心理社会的サービスをシームレスに提供する体制を有している。予防と治療を実施するチームに対して、保健医療提供者と患者の双方が同じ期待を持つ。保健医療従事者は生物心理社会的パラダイムをもち、相手分野の役割と慣習を十分に理解している。患者の問題とチームの協力に関する問題を話し合うために共同チーム会議が定期的に持たれる。役割と専門分野に従って、保健医療従事者間で権限と影響力の均衡を取る努力が意識的になされる。

詳細については以下のサイトを参照されたい。

[www.ibhp.org/index.php?section=pages&cid=85](http://www.ibhp.org/index.php?section=pages&cid=85)

## カナダ共同精神保健イニシアティブ (CCMHI) – 共同精神保健ケアの枠組み

共同精神保健ケアは、精神的健康を向上させ精神保健上のニーズがある人に連携の取れた有効な医療サービスを提供するために、コンシューマーとその家族や介護者が、種々のプライマリケア/精神保健環境に属する保健医療提供者（経験、訓練、知識、専門技術がそれぞれ異なる）と協力するさまざまな実践モデルを指す。これまでの研究と既存の共同精神保健ケアイニシアティブの解析に基づいて、以下を目的とする概念的枠組みが開発された。

- 共同精神保健ケアの主要な構成要素を導入する
- CCMHIに関する討議の指針とする
- 論文を調査する
- 今後の研究の必要性を明らかにする

### 基本要素

#### 政策、法律、財源調整、資金

政策、法律および財源調整を共同精神保健ケアの原則と一致させる必要があり、共同イニシアティブの実施を促進するために十分な資金を準備する必要がある。共同精神保健ケアという考え方が政策、法律および財源配分にどの程度反映されているかという事実から判断すると、2000年以降この考え方に対する支持が強まっている。しかし、

共同精神保健ケアに対する政策関連の障壁が存在する。このような障壁は大きく二分できる。ひとつ目のカテゴリーに含まれるのはプライマリケアと精神保健ケアの体制を改革するために現在払われている努力に関連する障壁であり、改革戦略の連携が取れないと問題が持ち上がることになる。もうひとつのカテゴリーには法律と政策が含まれる。これは、法律と政策は健全な人的資源に関係し、特に報酬、業務の範囲および責任体系に関連する問題に関わるためである。

### 研究と地域社会

共同精神保健ケアイニシアティブは、科学的根拠に基づく研究を出発点としてベストプラクティスを明らかにし実施することで実現すべきであり、また個々の地域社会のニーズと資源に基づくものとすべきである。

### 主要な要素

共同精神保健ケアの定義に使用できる主要な要素は、利用しやすさ、共同構造、協力の濃さ、コンシューマー中心の4つである。

### 利用しやすさ

精神保健ケアサービスの利用しやすさを改善することで共同精神保健ケアは目標に到達する。この改善には、精神的健康の増進、プライマリケア環境での病気の予防、発見および治療が含まれる。すなわち利用しやすさの改善とは「サービスを家の近くに持ってくる」ことである。共同精神保健ケアは、地域の保健施設、医療提供者のオフィス、患者の自宅、学校、更生施設、地域社会の一定の場所（シェルター等）など、さまざまな環



## 精神保健を世界の優先事項に

境で実施される。環境は患者のニーズと志向性によって異なり、また医療提供者の知識、訓練、技能によっても異なる。共同ケアでは、適切な場合には数人の医療提供者がコンシューマー、家族および介護者と同席して、共同で評価を行うかケアを提供することがあり、また電話や書類を通してケアが実施されることもある。言い換えれば、医療提供者が同じ物理的場所にいなくても、有効な共同ケアを行える。

以下に例示するようなさまざまな方法を通してプライマリケア環境で精神保健サービスを提供できる。

- プライマリケア環境で精神保健ケアを提供する直接的な方法
- プライマリケア環境でプライマリケア提供者に対し精神保健に関する支援を提供する間接的な方法

ひとつ目の方法の場合、精神保健の専門家が精神保健ケアを提供する。ふたつ目の方法の場合、プライマリケア提供者が精神保健の専門家の支援を受けるか精神保健の専門家と相談して精神保健ケアを提供する。さまざまな共同精神保健ケアイニシアティブが、プライマリケア環境で精神保健サービスを提供する戦略を立てている。以下その例を挙げる。

- 精神保健の専門家がプライマリケア環境で精神保健ケアを直接提供する
- プライマリケア環境で予約に従って来院してもらう

- 精神保健ケアとプライマリケアのサービスを同じ場所で提供する
- 精神保健の専門家がプライマリケア医を支援し、プライマリケア環境で間接的に精神保健ケアを提供する
- 医療従事者が公式、非公式のいずれであるかを問わない

## 協力の構造

適切な共同精神保健ケアイニシアティブには、共同ケアを支援する体制と構造の必要性に対する認識がある。

まず、医療提供者は、合意済みの協力方法が明確に規定されるように組織構造を創出するかその一員となる。このような構造としては次のものが挙げられる。

- 公式（サービス協定、コーディネーティングセンター、協力ネットワークなど）
- 非公式（医療提供者間の口頭での合意など）

次に医療提供者は、共同精神保健ケアの一定の主要な職務を完遂するために、いかに合意するかが明確に規定されるように体制を組織するか創出する。その例を以下に示す。

- 紹介戦略（書式、紹介ネットワークなど）
- 情報技術（電子的患者記録、ウェブベースの情報交換、遠隔会議）

精神保健を世界の優先事項に

- ビデオ会議、eメール、リストサーブなど
- 評価法（評価用質問票を作成する、一定の評価用質問票の採用に合意する）
- 共通の方法とソフトウェアなど

**協力の濃さ**

有効な共同精神保健ケアの中心にあるのは、プライマリケア提供者、コンシューマーおよび介護者を含む医療パートナー間の協力の濃さである。協力の濃さを示す特徴には次のものがある。

- 以下のようなさまざまな教育イニシアティブを通して行う医療パートナー間の知識移転
  - 講座、講演、個別指導、セミナー、院内勉強会、ローテーション、症例検討会、インターンシップ、ワークショップ、シンポジウム
  - 研究論文、研究業績、書籍、手引書、マニュアルなどの教育資料
- 広範囲の分野の医療パートナーの参加（看護師、ソーシャルワーカー、栄養士、家庭医、心理療法士、精神科医、薬剤師、作業療法士、ピアサポートワーカーなど）
- 医療パートナー全員の間で意思の疎通を図る

**コンシューマー中心**

共同精神保健ケアはコンシューマーを中心に置く必要がある。コンシューマー中心とするためには、治療の選択からプログラム評価まで自分の治療のすべての事柄にコンシューマーが参加する必要がある、また特定の集団のニーズ、特に十分なサービスを受けていないことが多い人々や、プライマリケアと精神保健ケアの両者を切実に必要と

する人々のニーズに取り組むように、イニシアティブを組み立てる必要がある。コンシューマーの役割を重視する共同精神保健ケアイニシアティブの数が増えており、このようなイニシアティブはコンシューマーや介護者に対して次のようなサービスを提供することに時間と資源を割いている。

- 教育（教育資料、会合、情報センターなど）
- ピアサポート
- 共同精神保健ケアイニシアティブの作成への参加（フォーカスグループ、委員会など）およびプログラム評価法の作成と実施への参加（質問票のデザイン、面接者または回答者としての役割など）
- 精神的健康促進と治療介入を個人に合わせて改変する過程への参加

**結論**

共同精神保健ケアは最終的には次の基本要素に影響される。政策、法律、資金、研究、地域社会のニーズと資源。共同精神保健ケアの範囲を定める要素は次の4つである。利用しやすさ、協力の構造、協力の濃さ、コンシューマー中心。共同精神保健ケアの現状に関する一連の論文を近々発表するが、その中に含める考察の枠組みはこのような主要な要素と基本に従って組み立てる。間もなく導入される一連の実施「ツールキット」と共同精神保健ケア「憲章」もこの「枠組み」に基づくものである。

精神保健デー 2009年10月10日

精神保健を世界の優先事項に

詳細については以下に連絡されたい。

Canadian Collaborative MH Initiative

C/O Cheryl D'Souza

The College of Family Physicians of Canada (Project  
Sponsor)

2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario

Canada L4W 5A4

Tel : (905) 629-0900

E-mail: [info@ccmhi.ca](mailto:info@ccmhi.ca)

<http://www.ccmhi.ca/>

## ホッグ精神保健基金—統合ヘルスケア

### 共同ケアとは何か？

共同ケアとは、身体的医療と精神保健ケアの提供者が協力して、軽度から中等度の精神障害および安定した重度精神障害を対象にプライマリケア環境で対処する統合ヘルスケアモデルである。

### どのようにすれば共同ケアモデルを組織特有のニーズに合わせられるか

共同ケアモデルには大きな柔軟性があり、必要な要素の実施法も柔軟である。組織はその資源と患者のニーズを反映した共同ケア体制を創出し実施できる。

### 診断グループ

共同ケアモデルに関する多くの研究が、うつ病の治療に焦点を当ててきた。しかし、共同ケア手法は他の診断にも有用であるとの研究結果が得られるようになってきている。さまざまな種類の軽度から中等度の精神障害や安定した重度精神障害をプライマリケア環境で治療するにあたり、この手法を有用に使用できるという点で共同ケアの専門家の意見が一致している。

### 患者の特定

精神保健上のニーズを持つ患者はさまざまな方法で特定できる。一部の医療提供者は、プライマリケア患者に対し、精神保健上の問題に関するスクリーニングを体系的に行うために標準化されたスクリーニング用質問票を使用している。一方、

精神保健上のニーズがあると思われる患者を特定するときに、略式の手段が用いられることもある。どちらの方法にも負担と便益がある。スクリーニングプロトコルに従えば精神保健上の問題を発見しやすくなるが、費用と時間がかかる。略式の方法を用いた場合、プライマリケアスタッフの負担は小さいが、精神保健上の問題の発見率が低くなるのが懸念される。どちら良いかは組織の資源によって決まる。

### 評価ツール

プライマリケア環境で治療する精神疾患の診断に使用する質問票としては、精神測定ツールとしての特性を十分に持つものであれば（標的集団の診断ツールとして十分な信頼性と妥当性を持つ）、どのようなものでも適切である。患者が評価ツールに定期的に記入することで、臨床ケアマネージャーが治療に対する患者の反応を監視できる。

評価ツールはスクリーニング用質問票とは異なる。スクリーニング用質問票の結果が陽性となれば、その患者にはおそらく問題が生じていると医師は考える。その後に評価ツールを使用して実際に問題が生じているか、その問題がどのような性質であるかを確認する。医師は診断を確認するために、さらに質問を行うことで評価ツールの結果を補足する。

## 介入

向精神薬の投与は、プライマリケア環境で精神保健上の問題を治療するためにもっとも広く使用されている介入法である。プライマリケア医や他の適格なスタッフ（開業看護師など）が抗うつ薬や他の適切な医薬品を処方し、ケアマネージャーが患者の反応と服薬遵守をモニターする。

薬物療法を採用する場合、医薬品の選択と用量の目安として投薬アルゴリズムを使用するよう  
に、医療提供者は所属する組織から求められることがある。このようなアルゴリズムを使用しようとする場合、組織は複数のアルゴリズムの中からいずれかを選択できる。

科学的根拠に基づく簡易心理療法を、介入法のひとつとして共同ケアモデルに取り入れることもできる。プライマリケア環境で使用されている科学的根拠に基づく簡易心理療法には、認知行動療法、対人関係療法、問題解決療法などいくつかの種類がある。小児を治療する場合には、行動マネジメントや関連する科学的根拠に基づく治療も選択肢となる。これらの療法は適切な資格を持つ臨床ケアマネージャーか同じ施設に配置されている精神保健ケア従事者が実施する。

心理療法および行動マネジメントは、患者が小児の場合特に重要な選択肢となる。小児の場合、向精神薬の使用には安全性と有効性に関する懸念があることから、診断によっては、薬物療法は第一選択治療とならない。

## 臨床ケアマネージャー

さまざまな分野の医療従事者と医療補助従事者が、訓練を通してケアマネージャーの役割を果たせる。共同ケアに関する多くの研究に、看護師、開業看護師、修士レベルのソーシャルワーカーまたは心理療法士、博士レベルの精神科医などを含む免許医療従事者が参加している。簡易心理療法をクリニックで行う場合も、このような医療従事者が実施できる。

治療遵守と治療反応のモニタリング、および患者教育にその責任を限定すれば、医療補助従事者も訓練を通して臨床ケアマネージャーの役割を果たせる。医療補助従事者とは、准看護師など一定の臨床経験を有する学士レベルのスタッフである。

## 治療モニタリング

直接接触することが実際的でないか不可能な場合には、臨床ケアマネージャーは電話や遠隔ビデオ回線などの他の手段を通して患者と協力できる。精神科医との相談もこのような手段を通して行える。

## 患者レジストリー

精神保健上のニーズが特定された、患者の追跡に使用する患者レジストリーはいくつかの方法で構築できる。患者レジストリーに必要なデータが含まれており、ケアマネージャーが必要な情報を検索できるのであれば、これを既存の臨床データベースに組み込める。

精神保健を世界の優先事項に

また患者レジストリーを、エクセルやアクセスなどの単純なスプレッドシートの形でデータベースと切り離しておくこともできる。この場合、共同ケアの研究者は、エクセル/アクセス形式の患者レジストリー無料テンプレートを使用できる。

所有する心理療法士など) による監督が有用となることもある。

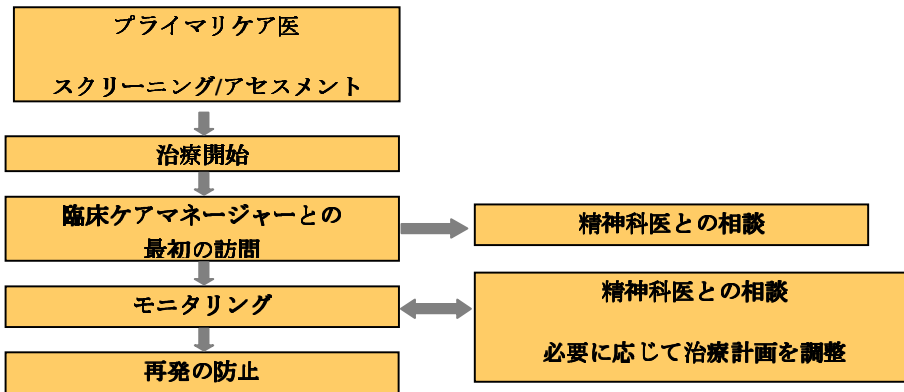
安全なウェブベースのアプリケーションで患者レジストリーを作ることもできる。この方法には費用がかかるが、組織に属するケアマネージャー、プライマリケア医および精神科医が地理的に離れた場所にいる場合には特に有用である。ウェブベースのレジストリーの場合、インターネットにアクセスできるのであれば、チーム員が各自のコンピュータからウェブサイトへログインし情報入力や患者の状況の表示を行え、意思の疎通を円滑に行える。

### 精神保健の専門の提供者

患者に対する介入法として向精神薬が使用される場合、精神科医が臨床ケアマネージャーの監督を毎週行うことがきわめて重要となる。共同ケアモデルによっては、プライマリケア医が難しい症例に関する相談を精神科医に直接仰ぐこともできる。

プライマリケア環境で精神保健提供者が、共同ケアの患者と直接協力するモデルも構築できる。精神科医が投薬管理を行うこともある。心理療法士、ソーシャルワーカーや他の資格を持つスタッフが、カウンセリングまたは科学的根拠に基づく簡易心理療法を行うこともある。患者に対する介入として、科学的根拠に基づく簡易心理療法を使用する場合には、経験を積んだ臨床家（博士号を

### 共同ケアのフローチャート



詳細については以下に連絡されたい。

Hogg Foundation for Mental Health

The University of Texas at Austin

P. O. Box 7998

Austin, Texas 78713-7998 USA

Tel: 512-471-5041

[Hogg-info@austin.utexas.edu](mailto:Hogg-info@austin.utexas.edu)

<http://www.hogg.utexas.edu>



## ファクトシート

### 統合の10原則

(Integrating Mental Health into Primary Care - A Global Perspective (2008) WHO/WONCA. pp 49-55)

WHO および WONCA は、ベストプラクティスに関する解析を行い実践例を総合した結果、すべての精神保健統合活動に適用できる10の共通原則を特定した。どのような政策的、経済的背景を考えた場合にも、また医療体制のどのレベルについても、この10原則は統合型精神保健プライマリケアにとって「議論の余地がない」原則である。

#### 1. 政策と計画に精神保健プライマリケアを組み込む必要がある。

統合型精神保健に対する国の意思表示とこれを具体化する公式な政策と法律が成功の基本である。統合を促進するには、精神保健政策だけではなく、プライマリケアレベルでの精神保健サービスを重視した一般保健政策も使用できる。改善を推進し形作るにあたっては、国の指令が基礎となる場合もある。一方、地方ごとに必要性を明らかにすることから統合を始め、その後国が統合を促進することで成功・成長させることもできる。

#### 2. 態度と行動を転換させるためにアドボカシーが必要である。

アドボカシーは精神保健統合の重要な側面である。他者に影響を及ぼして変化を起こさせるために、情報を計画的または戦略的に使用できる。国や地方の政策指導者、保健当局、幹部およびプライマリケア従事者に、精神保健統合の重要性を気付かせるためには時間と努力が必要である。精神障害の推定有病率、精神障害を未治療で放置した場合の負荷、精神科病院でしばしば生じる人権侵害、有効なプライマリケアベースの治療の有無といった問題が重要な論点となることが多い。

#### 3. プライマリケア従事者の十分な訓練が必要である。

プライマリケア従事者に対し、精神保健上の問題に関する採用前研修や在職研修を行うことが、精神保健統合に必須の前提条件となる。しかし、保健従事者には実践技能も必要であり、専門家の監督を一定期間受ける必要がある。プライマリケア従事者と精神保健の専門家が診察と介入を共同で実施する共同ケアモデルや共有医療モデルは、継続的な訓練・支援法として特に有望である。

4. プライマリケアの業務は一定範囲に制限し実行可能なものとしなければならない。

通常、プライマリケア従事者が最善の機能を果たせるのは、精神保健に関する業務が一定範囲に制限され実行可能な場合である。特定の責任分野に関する決定を下す前に、地域社会のさまざまな利害関係者と協議し、使用可能な人的資源および財源の評価を行い、精神保健への取り組みという面で現在の医療体制にどのような長所と短所があるかを慎重に考慮しなければならない。プライマリケア従事者が技能と信頼を獲得するに従ってその職務を拡張できる。

5. プライマリケアが支援を仰げる精神保健専門の従事者や施設が必要である。

プライマリケアへの精神保健サービスの統合は不可欠であるが、補足的な医療サービスを伴っていることが必要であり、特にプライマリケア従事者が患者を紹介でき支援と監督を仰げる二次医療部門が必要である。このような支援は、地域の精神保健センター、二次レベルの病院、プライマリケア体制内での活動している熟練した開業医等から得られる。専門家は精神科看護師から精神科医まで幅広い。

6. 基本的な向精神病薬をプライマリケアで患者が利用できなければならない。

プライマリケアへの精神保健統合を成功させるには、基本的な向精神病薬を利用できることが不可欠である。そのためには、精神科病院を通して向精神病薬をプライマリケア施設に供給するのではなく、国が直接供給する必要がある。また、特に精神保健の専門家や精神科医が少ない状況下では、プライマリケア従事者が向精神病薬を処方・調剤できるように国が法律・規制を検討し更新する必要がある。

7. 統合は過程であり結果ではない。

政策が存在する場合にも統合には時間がかかり、さまざまな面で開発が必要となることが多い。さまざまな当事者との会合が不可欠であり、少なからぬ懐疑的意見や反対意見を乗り越えなければならないこともある。統合という考え方が一般に受け入れられるようになっても、なすべき作業はまだ多く残っている。医療従事者は訓練を必要としており、新たなスタッフの雇用が必要になるかもしれない。これらの事柄が生じる前に、一般に予算の合意と配分が必要となる。

8. 精神保健サービスのコーディネーターがきわめて重要である。

プライマリケアへの精神保健の統合が漸進的、日和見的であることも、逆行するか方向転換することも考えられ、時には予期せぬ問題が統合プログラムの成果や存続に影響を及ぼすおそれがある。精神保健コーディネーターの役割は、このような課題を抱えながらプログラムを運営し統合過程を前進させる上できわめて重要である。

9. 保健以外の政府部門、非政府組織、村落や地域社会の保健従事者、ボランティアとの協力が必要である。

回復と地域社会への完全な統合に必要な教育、社会、雇用システムを利用し精神障害患者を支援する場合、保健以外の政府部門とプライマリケアとの協力が効果的に働く可能性がある。非政府組織、村落・地域社会の保健従事者およびボランティアが、精神保健プライマリケアを支援する重要な役割を果たすことが多い。村落や地域社会の保健従事者を指名して、精神障害患者の特定とプライマリケア施設への紹介を委託できる。また、地域社会を拠点とする非政府組織の支援により、患者の機能を改善させ入院の必要性を低減させることもできる。

10. 財源と人的資源が必要である。

精神保健プライマリケアは費用効率が高いが、医療サービスを確立し維持するためには財源が必要である。研修費用を賄う必要があり、プライマリケア従事者や地域社会の保健従事者の増員が必要となるかもしれない。支援と監督のために精神保健の専門家の雇用も必要である。

詳細な情報については以下の資料を参照されたい。

WHO/Wonca

Integrating Mental Health in Primary Care – A Global Perspective

[http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav\\_id=339](http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339)

## ファクトシート

### WHO

ファクトシート No.220、2007年9月

### 精神保健：精神的健康増進

#### 精神的健康なくして健康なし

- ・ 精神的健康の重要性は WHO 憲章の中にある定義に明確に示されている。すなわち、「健康とは、身体的、精神的、社会的に完全に健全な状態であり、単に病気でなく虚弱でないことを指すものではない」。精神的健康はこの定義と切り離せない。
- ・ 感染性疾患や心血管疾患などの予防に適用されてきた公衆衛生および健康増進の目標と行動様式は精神保健の分野でも同様に有用である。

#### 精神障害がないだけでは精神的に健康ではない

- ・ 精神的健康を概念的に解釈すると、人が自分の能力を認識し、生活で生じる通常のスレスに対処でき、生産的で実りの多い活動を行え、自分が属する地域社会に貢献できる健全な状態である。
- ・ この明確な定義に従うと、精神的健康は、人と地域社会が健全な状態にあつて有効に機能するための基礎である。精神的健康の解釈は文化によって大きく異なるが、この中心的概念はいかなる解釈とも矛盾しない。
- ・ 精神的健康増進運動にはさまざまな戦略が含まれるが、そのすべてが精神的健康に対し良い影響をもたらすことを目指している。他のあらゆる健康増進運動と同様に、精神的健康増進運動においても、精神的健康を支え健全な生活様式を選んで維持できる生活条件と環境を創出する活動が行われる。これには、より多くの人々の精神的健康が改善されるようにその機会を増やす種々の活動が含まれる。

#### 精神的健康は社会経済的因子と環境因子で決まる

- ・ 精神的健康と精神障害は、健康と病気一般と同じく、相互に作用し合う多数の社会的、心理的、生物学的因子によって決定する。

- ・ この点をもっとも明確に示しているのは教育レベルの低さなどの貧困の指標であり、住居の貧しさや所得の低さとの関連を指摘する調査結果がある。個人や地域社会の社会経済的不利益の増大と持続が、精神的健康に対するリスクになると認識されている。
- ・ 個々の地域社会の中で不利な立場にある人々は精神障害に対する脆弱性が高いが、これは不安や絶望の経験、急速な社会変化、暴力と身体的健康障害のリスクといった因子で説明できるであろう。
- ・ 市民権、政治的権利、社会経済的権利、文化的権利などの基本的権利を尊重し保護する風土も、精神的健康増進の基礎である。このような権利によって安全と自由が与えられなければ、高レベルの精神的健康を維持することはきわめて困難である。

### 精神的健康は行動に関連する

- ・ 精神、社会、行動上の健康問題が相互に作用し、行動と健全性に対する影響を強めることがある。
- ・ 高失業率、低所得、教育不足、ストレスの多い労働条件、性差別、社会的排除、不健康な生活様式や人権侵害が存在する状況では、物質乱用、暴力、女性や子供に対する虐待が多発し、HIV/AIDS、うつ病、不安などの健康問題が蔓延して対処がさらに困難になる。

### 精神的健康増進の価値を高め、見えやすいようにする

- ・ 国の精神保健政策では、精神障害のみを対象とするのではなく、精神的健康の増進に関連するより広範囲の問題を認識し取り組む必要がある。このような問題には、行動上の問題のほか、上に述べたような社会経済的因子および環境因子が含まれるであろう。これに対処するには、国や企業がその健康部門だけではなく教育、労働、司法、輸送、環境、住居、福祉部門でも、政策やプログラムの中心に精神的健康増進を組み入れる必要がある。地方自治体や政府の意思決定者の行動は、本人が自覚しない形で精神保健に影響を及ぼすことから、このような立場の人物が特に重要となる。

### 低所得集団にも適用でき精神的健康を増進させる費用効率が高い介入法が存在する

精神的健康増進に使用できる低コストで影響が大きい科学的根拠に基づく介入法には次のものが含まれる

- ・ 小児期早期介入(妊婦に対する家庭訪問、就学前の心理社会的介入、不利な立場にある集団に対する複合型の栄養・心理社会的介入など)

- ・ 小児の支援(技能構築プログラム、小児・青少年発達プログラムなど)
- ・ 女性に対する社会経済的エンパワーメント(教育を受けやすくする、マイクロクレジット計画など)
- ・ 高齢者集団に対する社会的支援(相談支援イニシアティブ、高齢者を対象とした地域社会施設やデイセンターなど)
- ・ 少数民族、原住民、移民、戦闘や災害の被害者などの脆弱性の高い集団を対象としたプログラム(災害後の心理社会的介入など)
- ・ 学校における精神的健康増進活動(学校内の環境変化に対する支援プログラム、子供にやさしい学校など)
- ・ 職場での精神保健介入(ストレス予防プログラムなど)
- ・ 住居政策(住居改善など)
- ・ 暴力防止プログラム(地域社会治安維持イニシアティブなど)
- ・ 地域社会開発プログラム(「働きかけるコミュニティ(Communities That Care)」イニシアティブ、総合村落開発など)
- ・

#### 精神的健康を増進するために WHO は各国政府と協力している

- ・ これらの有効な介入を実施するために、政府は保健および社会経済的開発に関する他の分野の改善に使用しているものと同様の枠組みを精神保健に採用し、精神的健康増進のために計画された活動の支援と評価にすべての関連部門を参加させる必要がある。
- ・ WHO は技術的な資料と助言を提供することで、精神的健康の増進を目指した政策、計画およびプログラムを各国政府が実施できるように支援する。

詳細については以下に連絡されたい。

WHO Media centre, Telephone: +41 22 791 2222, Email: [mediainquiries@who.int](mailto:mediainquiries@who.int)

## 第3章

### プライマリケアへの精神保健の統合の利点と障害

これまでの章で述べたように、精神保健をプライマリケア活動と統合する理由は明確と思われ、患者中心型の医療にとってきわめて重要なものである。その理由は、心身の健康は相互に依存し、国や地域社会によっては精神保健サービスが不足しているか存在せず、統合により医療費を低く抑えられ治療が利用しやすくなり、医療に関するすべての問題を一括して扱うことで医療の連続性を改善でき、より良好で十分な転帰が得られることにある。

精神保健とプライマリケアの統合について多くのモデルや事例が存在するが、この考え方を成功に導くには多くの障壁も存在する。国や地域社会によって、医療体制、医師数、財源、文化および言語に関するさまざまな問題があり、他にも多くの要素がこのケアモデルの採用に対する障壁となっている。

米国のホッグ精神保健基金は、新たに発表した「統合ヘルスケア資源ガイドと心をつなぐ (Resource Guide to Integrated Health Care - Connecting Body and Mind)」

([http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC\\_Resource\\_Guide.pdf](http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf)) の中で、統合に対する障壁について次のように述べている。

- 臨床面での障壁としては、プライマリケアと

行動ヘルスの間にある慣習の差異、医療提供者に対する訓練の欠如、医療提供者の関心の欠如と偏見が挙げられる。

- 組織面での障壁としては、身体的医療提供者と行動ヘルス提供者との間で対話や相談を行うことが困難であること、別分野の医療提供者間には物理的な隔りがあること、プライマリケアは急性の問題に対する治療を指向することが挙げられる。
- 政策面での障壁としては、医療提供体制間での情報共有に対する法的障壁、組織が提供できる医療サービスを制限する規制の存在が挙げられる。
- 財政面での障壁は複雑であり、重要な統合サービスに対する費用を請求できないという問題のほか、医療の資金内での財政的インセンティブの調整に関連する問題が含まれる。

このような障壁を乗り越え、得られる利点を機能させるために、協力して障壁を取り除かなければならない。自分の地域社会ではプライマリケアへの精神保健の統合に対して何が障壁となっているのかを知り、変化を起こすことが重要である。コンシューマー、開業医、医療組織などすべての関係者が集まりチームを形作る必要がある。対話し、歩み寄り、進んで協力することで、多くの障壁を乗り越えられる。

情報の基盤を拡張するために、何人かの精神保健従事者に対して、各人が属する地域で医療統合にどのような利点と障壁があるか質問した。中東、西太平洋、東南アジア、中南米の各地域から報告が得られた。この報告から読者の地域医療統合に関連する情報が得られることを願う。

## 南アメリカの一般病院におけるプライマリケア医の精神科研修

Rodolfo Fahrner, MD, PhD

医療の専門分野としての精神科の活動範囲は、施設、民間、地域を含めた医療の全領域にまで広がった。したがって、患者の生物心理社会的、精神力動的、精神病理的、精神療法的側面に関して、一般医療の枠内で行う医療、教育および研究が、精神科の守備範囲となった。また、医師や医療チームの他の従事者と、患者、家族、総合病院、精神科病院および地域社会との関係も扱うようになった。

WHOは、身体的、精神的、社会的に完全に健全な状態を健康と定義している。この目標に到達するためには、個人と地域社会を全体的な視野から見て、これに基づく医療を提供することが必要となる。そのため、精神保健をプライマリケアの構成要素としなければならない。

われわれの理解では、プライマリケアとは、実際的な方法と技術に基づき、科学的基盤を有し、社会的に受け入れられ、地域社会に属するすべての患者と家族が自由に利用できる基本的な医療である。患者と家族が、一定の費用を払って地域社会や国の支援を受け、その過程の全段階に自己責任と自己判断の精神を持って十分関与することで実現されるものである。患者、家族および地域社会が、医療体制と最初に接触するのはプライマリケアである。プライマリケアの拠点は、人々が生活し働いている場所に医療をできる限り近づけるように設定される。プライマリケアは、常に存在

し前進していく健康支援過程の最初の要素である。

プライマリケアの有効性を最大限に高めるためには、地域社会に受け入れられ理解される手段、医療チームが使用できる手段を用いることが必要となる。そのために、医療チームは地域社会の保健上のニーズに見合った十分な心理社会的、技術的訓練を受ける必要がある。

プライマリケア医は、地域社会の健康増進プロジェクトに変化をもたらす立場にあることから、プライマリケア医による精神保健ケアはさらに重要となる。プライマリケア医は患者と継続的に、生涯にわたり接触する可能性がある。したがって、プライマリケア、二次、三次医療に携わる一般医に対して、精神保健上の問題の理解と管理について訓練を行うことが明らかに必要である。

すべての国で、学部生に対する精神医学研修の標準化とその質の改善がWPAの指導のもとで試みられている。しかし、精神医学教育は国ごとに大きく異なっており、先進諸国の医科大学間でも違いが見られる。地域社会に存在する多くの患者、特に一般開業医を受診した患者にはある程度の心理学的苦痛が生じることが今日認識されている。

研修の機会はさまざまであるが、精神医学に特有の研修は基本的に次の3通りの環境で行われる。職業訓練計画の一環として精神科に所属している期間、研修医期間、CMEプログラムの期間である。



精神保健を世界の優先事項に

治療戦略モデルを成功させるには、患者の主な心理学的、精神医学的問題に対する初期治療（向精神薬療法、心理療法）についてプライマリケア医の研修を行う必要がある。

われわれの経験では、精神医学に関する知識向上を目的としたプライマリケア医の研修においては、学部生や卒業生を対象とした医学研修で扱われるテーマについて講義を行うだけでは、その目標に到達できない。

われわれが所属するブエノスアイレスの大学病院精神科は、精神医学研修プログラムを通して長年にわたりプライマリケア医と密接に協力してきた。これらのプログラムには、理論を医療に統合する特別な方式が採用されている。

能動的教育法が採用される傾向にあり、これは正しい方向と思われる。「見ているよりもやってみる」ことである。経験は常に必要である（経験が少ないよりも多いほうが良い）。厳重な監督と慎重で一貫したフィードバックが重要となる。

このような全般的な総合「協力」プログラムを有効なものとするには、関与する精神科医に指導者としての十分な動機付けがあり、問題点を認識し、明確な医学的姿勢を示し、彼らが興味深く刺激的であると自身が確信した事柄について、その熱意を伝えることが不可欠である。

われわれは「協力」方式を採用した独特の教育プログラムもいくつか開発し、大学附属病院のプ

ライマリケア科、外科、内科、小児科などの臨床プログラムや研究プログラムに組み込んでいる。この教育方式は、精神科医の業務が総合病院の業務に統合されている場合にのみ可能である。

この研修と再研修の業務は精神科医の責任である。研修を行う精神科医は、臨床精神医学、心理療法、精神薬理学、社会ダイナミクスに関する適切な教育を受けており、科学的方法および教育技能に関する経験を有することが必要とされる。すなわち、共同チームにうまく溶け込むことができ、高いレベルの「常識」を持つことが求められる。

2007年、われわれは精神科患者の治療に参加したプライマリケア医に対して、精神科医がどのような意見を持っているかを評価するために精神科医調査研究を行った。

精神科患者の医療をプライマリケア医と協力して行うことに対し、精神科医がどのように考えているかについてもこの調査で情報が得られた。

総合病院の精神科医 44 名がこの調査に回答した。調査標本の平均年齢は 37 歳で、53%が男性であった。

この調査では、精神科医の過半数が民間開業医としても働いており、その一部はプライマリケア医と相談する時間が就業時間の 10~30%あると回答した。プライマリケア医と相談する時間が就業

精神保健を世界の優先事項に

時間の51～70%であると回答した精神科医はほとんどいなかった。

面接を受けた精神科医の大半は、プライマリケア医が精神科患者の医療に直接かかわるべきだという意見に同意した。また、プライマリケア医の診察室で精神科医が診察を行えるべきだという意見にも大半の精神科医が同意した。

調査対象とした精神科医のほぼ全員が、精神症状を有する患者を治療するもっとも有効な方法は、プライマリケア医と精神科医とのチームワークであると報告した。全員が、プライマリケア医の研修を精神科医の職務に含めるべきとの意見に同意した。

われわれは、長年にわたり大学病院のメンタルヘルス科で精神科医をプライマリケア医のトレーナーに育てるべく「協力」方式で研修を行ってきたが、今回の調査結果はこの方法の正当性を立証するものであった。

この方法には、教育・学習過程は日常の医療の枠組みの中で進行していくものでなければならぬという意味が含まれている。

詳細については以下に連絡されたい。

Rodolfo Fahrner, MD, PhD

Emeritus Professor, School of Medicine, University of Buenos Aires

Chairman of the Department of Psychiatry, FLENI,  
Institute for Study of Neurological Sciences

Montañeses 2325 C1426AQB Buenos Aires,  
Argentina

Email: [fahrner@ciudad.com.ar](mailto:fahrner@ciudad.com.ar)

## 中東における統合の利点と障壁

Professor Omer El Rufaie

### 利点

- 1 プライマリケア患者の精神症状（主として不安と気分障害）が見過ごされる確率は相当高く、以下の結果を招いていることを示す明確な証拠がある。
  - 危険で高額な不要な検査
  - 不要な投薬
  - 専門施設への不適切な紹介
  - 医療施設への不要な繰り返し受診
  - 苦痛の継続およびさまざまな領域の機能に対する悪影響の継続
- 2 プライマリケア患者で見過ごされた精神疾患には以下の方法で対処できる
  - 一般医の弱点と長所について慎重な評価を行ってグループ分けし、研修モデルを各グループに合わせて特に調整し、このようなモデルを用いた適切な一般医研修プログラムを使用する。
  - 一般医、関連の看護スタッフおよび他のパラメディカルスタッフに対する「実践的」研修の場に精神科プライマリケア・クリニックを利用する。
- 3 プライマリケア環境の精神科クリニックには以下の役割がある
  - 担当患者の精神症状の発見と適切な管理の開始について一般医の教育と研修を行う。

- プライマリケア環境で管理を行う：一般医のみで行うか、その施設の精神科医と協力して行う。
- 精神科専門医（精神科外来クリニック）に紹介する。
- 殺人や自殺の可能性など緊急時には救急科に紹介する。
- 一般医から紹介された患者に対し精神科医療を提供する。
- 看護スタッフおよび関連のパラメディカルスタッフを対象とした研修プログラムを実施する。

### 目標

- 精神症状の見過ごしを大幅に減らすことで、保健サービスの費用効率を大幅に高める。アラブ首長国連邦の例を挙げると、同じ記録ファイル、同じ診療室、同じ事務・看護スタッフを用い、プライマリケア施設で精神科外来を運営するにあたっての費用の追加はなかった。
- 「全体性」という考えを導入する。すなわち、患者の心身の健康を同時に管理する。
- 精神科患者の管理は、精神科病院とそれに付随するあらゆる偏見から分離して緊張や偏見のない環境で行い、精神科病院は重度の疾患の治療に残しておくべきである。

### 障壁

- プライマリケアではなく病院ベースの医療サービスを常に重視する保健サービス戦略の計画者および意思決定者の態度。精神科一般に対する態度もいまだ肯定的ではない。

精神保健を世界の優先事項に

- 多くの一般医は、精神医学の実際の知識と臨床的スキルを十分に持っていない。多くの場合、この状況は医科大学での基本的な研修に関連している。CMEプログラムが存在しないか不十分である場合、この状況はさらに悪化する。
- 多くの一般医が精神医学に対して否定的または曖昧な姿勢を取っている。
- 多くの精神疾患で身体症状が発症する。このため、精神疾患が原疾患であるか併存症であるかの診断が困難になる。
- プライマリケア患者にどのような要素が見られれば精神科のケースと言えるのかという問題については論議があり、さらに研究が必要である。重要な点は、身体疾患、過労、過度の警戒（ストレス）の後に生じる自己終息的な一過性の障害をどのように分類するかである。これはプライマリケア患者で広く見られる問題である。この問題はICDS-10で十分に扱われているだろうか。これに関連するが、プライマリケア環境の一般医および精神科医は、社会的問題の医療化を避けるべきである。

詳細については以下に連絡されたい。

Professor Omer El Rufaie

Chairman, Department of Psychiatry & Beh Science

Faculty of Medicine & Health Sciences

U.A.E. University

Email: ranganathan@uaeu.ac.ae

## 小児精神保健サービス：中東における課題と機会

Professor Valsamma Eapen

この新たなミレニアムの最初の10年間、小児精神保健サービスの必要性の急速な増大と保健サービス提供モデルの変化を、医療従事者は目の当たりにしてきた。この状況は、これまで保健サービスを利用できなかった場所でサービスを準備する、あるいは既存の活動を改善するまたとない機会となる。

### 障壁

(1) 小児の精神症状に対するプライマリケアレベルでの認識の欠如

精神保健上の問題は若者の間で広く蔓延しているが、有効な治療が可能であるにもかかわらず、保健従事者の援助を受けているのは精神保健上の問題を抱えた若者のおよそ3分の1に過ぎない。アラブ首長国連邦における小児の精神保健上の問題に対する救援探索について、イーペンらが行った調査では、精神保健の専門家への相談を志向する割合はわずか37%であった(2004年)。

精神保健従事者の援助を求めることに対して一般に存在する障壁は、次のようなものである。

- 精神保健サービスを利用することに対する社会的偏見。
- 子供に精神保健上の問題があることを家族が認めたくない。
- 精神保健ケアに対する家族や友人の否定的な見方。
- このような治療の有用性に対する信用、信頼の欠如。
- 多くの人が精神保健従事者に相談する前に伝統的治療家に相談するか代替医療を受ける。

精神保健従事者の援助を求めることに対するその他の障壁としては、以下のものが挙げられる。

- サービスの利用が实际的、物理的に困難
- 費用
- 利用可能性
- 医療サービスの利用しやすさ

この現状を考慮すると、プライマリケア施設や学校において文化に配慮した方法で評価・介入を行い、年齢に適した保健サービスを提供することが優先される。

(2) 地域社会レベル、プライマリケアレベルでの精神保健サービスの提供を改善する方法

精神保健を世界の優先事項に

我が国の小児精神保健のニーズに取り組む場合、経済的状況にかかわらず使用できる有効で費用効率の高い方法のひとつは、学校で精神保健スクリーニング・プログラムを実施することであろう（イーペン、1999年）。このようなプログラムは以下の点を考慮したものになる。

- 既存の資源を利用し、その地方の保健上の優先事項を考慮に入れて実施する。
- 治療とケアを提供して補足する。
- 学校および保健分野の既存の人的資源のうち対応可能な職員を組み込む。
- プライマリケアのスタッフ、教師、小児にかかわる他の専門家に対する研修を実施する。
- 精神保健上の問題の発見について、学校関係者および保健従事者の能力と信頼性を高める。
- 小児の精神保健上のニーズを発見し、適切な紹介、クリニカルパスおよび精神保健サービスの提供と組み合わせていく。

(3) 小児精神保健サービスを利用しやすくする方法

精神保健上の問題が見られる小児の多くがプライマリケア活動との接点を持つが、適切な援助を受けている例は少ない。我が国のプライマリケア施設を受診した小児に関する調査によると、およそ40%に精神保

健上の問題が見られたが、プライマリケア医によって問題が発見された例はわずか1%であった（イーペンら、2004年）。精神保健サービスが利用されなかった理由としては、以下のものが挙げられた。

- 親の認識の欠如
- プライマリケアスタッフの認識の欠如
- 紹介できる専門家の数の乏しさと機会の乏しさ

どの小児が精神保健サービス利用するかを決定する因子

- 障害の種類と重症度
- 親の教育と認識
- 小児の年齢と性別
- 家族および社会の背景因子

保健サービスとその利用パターンに不備とギャップが存在することから、一般社会レベル、プライマリケアレベルで資源を開発することにいっそうの重点を置くことが急務である。その際には、公衆衛生教育、プライマリケアスタッフの訓練法の改善、専門家による精神保健サービスの利用しやすさの改善に焦点を当てる必要がある。

機会

- 成人の精神障害のおよそ50%が、小児期および早期青年期にまでさかのぼれる。

精神保健を世界の優先事項に

このことを考えると、予防サービスはこの人生の初期段階に焦点を当てる必要があり、適切な早期介入戦略と組み合わせ「リスクがある」小児の調査およびモニタリングを行うべきである。

- 小児の精神保健上の問題は多岐にわたり、複雑で、発達段階により変化する。したがって、包括的で柔軟な手法を持ってその安全確保と保護を主導する必要がある。また彼らの基本的ニーズ、教育および家族関係に取り組むとともに、弱い立場にある小児のニーズを認識してこれに対処することも必要である。
- 現状では、小児や青少年が精神保健ケアを利用しにくいという問題は、財源を増やし政策立案者の認識を変化させることで改善可能と思われる。

保健サービスを計画するにあたっては、発達段階による差異を考慮に入れるとともに、精神保健、物質使用、小児の保護および職業リハビリテーションサービスに対象を絞った統合ケアを提供することで、既存の体制を利用しやすくする必要がある。

参考文献：

- Eapen, V. ら (1999). School Mental Health Screening: a model for developing countries. *Journal of Tropical Paediatrics*, 45, 192-193.
- Eapen, V., Al-Sabosy, M., Saeed, M., & Sabri, S. (2004). Child psychiatric disorders in a primary care Arab population. *International Journal of Psychiatry*

*in Medicine*, 34, 51-60.

- Eapen, V., Ghubash R (2004). Mental Health Problems in children and Help seeking patterns in the UAE. *Psychological Reports*, 94: 663-667.

詳細については以下に連絡されたい。

Professor Valsamma Eapen

Chair of Infant, Child & Adolescent Psychiatry

University of New South Wales

Sydney, Australia

Email: [v.eapen@unsw.edu.au](mailto:v.eapen@unsw.edu.au)

## 西太平洋地域における統合の利点と障壁

Dr. M Parameshvara Deva, FRCPsych, FRANZCP

### はじめに

プライマリケア精神医学は、西太平洋地域の16億人を超える人々の大半に、知識と技能を使用して基本的な精神保健ケアを広げている。しかし、そのようなプライマリ精神医学の考え方は最近導入されたばかりである。この地域で医科大学や看護学校の科目として精神医学の教育が行われるようになったのは、1950年代以降である。精神科病院が、監獄に似た空気と抑制的な慣習をもって人里離れた場所での「収容所」として認識されたことは、全体的な健康の要素としての精神的健康を重視するという時代の新たな流れに逆行するものであった。実際、1960年代後半までアジア諸国の一部では、精神科医は「精神鑑定医」と呼ばれて医療の主流から遠ざけられていた。一方で1946年のWHO憲章では、健康には精神的、社会的健康が含まれると明確に定義されていた。精神医学の教育は存在したが、それは精神科病院に収容された精神疾患患者に焦点を当てたもので、デモ講義が中心であった。プライマリケア外来や精神科以外の外来・病棟では、一般的な心理的苦痛に取り組むことの重要性は軽視され、医師と看護師は心情的にも実践的にもほぼ完全に精神と身体に分離されていた。

そういう状況ではあったが、WHOにより1992年に発表されたプライマリケア版ICD-X (ICD-X PHC) は、プライマリケア環境では患者の4分の1に重症度が低い精神的問題が見られるとする画期的なものであった。非精神病性の疾患（たとえば不安や抑うつを伴う問題や疾患など）は、

入院環境（そこでは精神科医への紹介は精神科救急という形で行われている）と同様、あるいはそれ以上にプライマリケア環境でも見られるものであった。1997年にWHOがICD-X PHCキットを発表したことで、プライマリケアの中で長い間顧みられなかった精神保健分野がついに認められ、現在では研修キットも利用できるようになったのである。

精神科以外の環境でも精神的問題が重要であることが正式に認められてから10年経過し、2001年の世界保健報告書においては、プライマリケア環境では精神医学教育を行うだけでなく精神保健ケアの提供も必要であることが再度強調された。2009年の今、この考え方はもはや新しいものではないが、西太平洋地域の16億人の一般大衆レベルにおける実施状況は全体としては不十分である。

### 西太平洋地域におけるプライマリケア提供の現実

プライマリケア精神医学の改善努力は遅々として進まない。進展が見られない主な理由は、この地域のプライマリケア自体の慣行にある。西太平洋地域は多様で、広大な地域にもっとも裕福な人々ともっとも貧しい人々が混在し、医療体制にも大きなばらつきがある。包括的な医療保険制度がある国は少なく、国の医療サービスが不十分であるか利用しにくい国が多い。人々は、医療サービスに対する料金を民間の医師に支払っている。このため多くのプライマリケア医が、多いときには1日14時間、週6日働いている。したがって、新たに訓練を受ける時間がほとんどない。監督機関による診療基準の監督が不十分であり、プライマリケアにおける精神保健上の問題の発見がまだまだ低レベルにある。



## 精神保健を世界の優先事項に

多くの国で経済的理由により、また医師研修の予算が少ないため、看護助手、医療助手、開業看護師がプライマリケアを提供しているが、このようなスタッフに対する精神保健ケアの訓練はさらに少ないと思われる。太平洋諸島諸国の中には、精神医学の訓練を受けた医師や看護師がいない国もあり、そのためプライマリケア提供者が患者の精神保健上の問題に気付いたとしても支援を仰ぐべき相談先や紹介先が存在しない。看護師が存在し精神保健ケアに関する一定の経験を持っていても、向精神薬を投与する権限を持たないことから治療の選択肢は限られる。

医師と看護師の大半は毎日の業務の中で人間的苦悩に対処しているが、情緒的な苦痛を抱えた人に対するカウンセリング法について、基本的であっても訓練を受けたことがある医師や看護師はほとんどいない。看護学校や医科大学のカリキュラムを見ると、医療従事者がストレスや苦悩にどのように取り組むべきかという問題は軽視されている。ソーシャルワーカーがいれば医師は苦悩を抱えた患者を紹介できるが、紹介したとしてもほとんどの場合、彼らの仕事は交通手段を見つけるか、費用を提供するか、親族の同意を得ることに終わっている。

西太平洋地域の発展途上国の大半で、学部レベルでは精神保健に対する関心がきわめて低く、関心がある場合でも焦点は精神病であり、それよりもはるかに多く見られる不安や抑うつやストレス関連の症状は重視されていない。またこの地域には、将来の医師や看護師に対しプライマリケア精神医学を教えている医科大学や看護学校がきわめて少ない。そのため、医師や看護師の大半は精神

病を精神医学のすべてと考えており、患者の人間的苦悩を認識する技能はほとんど育たない。近くに精神科医がいたとしても、症状が重度になり患者が正式に紹介されるまでは不安や抑うつを抱えた患者を診察することはほとんどない。この地域では ICD-X PHC について聞いたことがある精神科医は少なく、知っていたとしてもそれをプライマリケア提供者に教えることはまれである。精神科の教科書を薄めたような内容を教えても、一般的な精神保健上の問題を発見できるようにプライマリケア従事者を教育することにはならない。

## 西太平洋地域における精神保健ケアの現実

1950年代に起こった植民地統治からの独立から十分時間が経過しても、西太平洋の多くの地域では1920年代、30年代に最先端であった植民地時代の精神科病院や収容所が精神疾患医療の主力として残り、他の多くの地域で規準となりつつあった短期入院型の総合病院精神科病棟に置き換わることはなかった。その結果、西太平洋地域の比較的裕福な国でも、大規模精神科病院の地位は揺るがしがたいものであった。この状況では、医師でさえ、精神科病院を医療の場として必要とするような領域を精神医学と見なしてきた。結果、プライマリケア精神医学の成長が妨げられてきた。

多くの国で精神科医の割合は人口25万人に対し1人であり、その大半が都市部の大規模な施設に配置されている。実際、農村部の医療施設に精神科医が配置されていない国がいくつかある。比較的大きい国では、精神医学と精神看護に関する独自のプログラムを有するが、訓練を受けた医療従事者は必要な人数に比べて少ない。多くの発展途上国では、人口の半分が若年者で構成されているにもかかわらず、児童青年精神科医はきわめて少

## 精神保健を世界の優先事項に

ない。この地域にいる少数の精神科医は、重度で慢性の疾患の医療のため多くの場合過剰な負担を背負い、さらに管理事務や諸手続きの負担もきわめて重いことから、キャリアを開発することもプライマリケア精神医学についての教育を提供することもできていない。

多くの開発途上国では、医療計画における精神医学の優先順位は低く、人的、物質的な資源の投資が慢性的に不足している。薬剤が不足し、新薬が入手できない。加えて、訓練を受けた精神保健ケアスタッフが慢性的に不足しており、これが西太平洋地域の低所得国の多くに共通する特徴である。

### プライマリケアへの精神保健の統合を進めるチャンス

西太平洋地域の発展途上国の多くには、上記のように一見ありえないような4つの状況が存在するものの、潜在的にはさまざまなチャンスがある。そのひとつは、十分な教育を受けた国家公認看護師（SRN）や3年間の訓練を受けた看護師がこの地域のすべての国に多数存在することで、きわめて強い存在感がある。医師の数は少なく通常は病院を拠点としているが、看護師は農村地域にも都市部にも配置されている。多くの看護師は産科の訓練を受けており、治療活動だけではなく予防活動や地域活動も行う。家族の危機に対処する技能をある程度有している看護師も多い。しかし残念ながら、精神保健に関する看護師の訓練は行われているとしても不十分であり、プライマリケア患者に見られる日々の不安や抑うつの問題に対処できるようなものではない。

2点目として、保健普及員や最長4年の訓練を受けプライマリケア提供者として遠隔地や農村地域で働く「准医師」など、さまざまな第2水準の医療従事者も存在する。ただし、このような医療従事者も、プライマリケアレベルでの基本的な精神保健サービスについての訓練は受けていない。

3点目として、ボランティア、産婆、医療補助員、看護補助員など、プライマリケアレベルですでに働いているものの、精神保健ケアの提供に関する基本的技能を持たない人を訓練するためのさまざまな短期講座がある。このような人的資源はいずれも基本的な医学訓練を受けており、この地域の発展途上国では医療の最前線にすることが多い。しかし現状では、その日常業務に精神保健ケアを含めることは権限の上でも能力の上でも不可能である。精神保健サービスの価値を認めない人々は、上記のような看護師や他の医療従事者については「すでに業務の負担を過剰に背負っており、このような余分なサービスを提供することなどできない」と主張するが、このような主張はプライマリケアでの精神保健に対する狭い理解を論拠とすることが多い。健康に関する1946年のWHOの定義は都合良くどこかに忘れ去られている。看護師の訓練ではSARSやHIV/AIDSなどの新たな疾患が優先されており、精神保健は後回しになっている。

プライマリケア・精神保健の研修講座には多くの予算、高度な技能、精密な機器は必要ない。カンボジア、モンゴル、中国、マレーシア、フィリピン、パプアニューギニア、ソロモン諸島、バヌアツ、フィジー、クック諸島では、この10年間で一般医、看護師およびボランティアを対象とした3~4日の講座がごく少ない資金で行われ、持続的

精神保健を世界の優先事項に

な効果を上げている。しかし、このような講座に対する資金はきわめて少なく、国のトップの関心はきわめて薄いことから、研修の相当部分がボランティアベースで行われており、国全体の保健スタッフをカバーするものではない。

2008年にモンゴル保健省は、WHOモンゴル事務局といくつかのNGOの支援を受けて、4日間のプライマリケア精神医学トレーナー研修講座に着手した。参加者（大半は精神科医）はプライマリケアレベルで教育すべき精神医学のテーマについて研修を受けた。この計画の目的は、他の医療従事者を教育し、広大なモンゴルの国内でWHOや他のさまざまな機関の支援を受けてプライマリケア従事者の研修を実施することである。

## 結論

1. この地域の保健機関が、1946年のWHO憲章（第1段落の2行目）で定義された健康に本来の意味で賛同するのであれば、精神保健はプライマリケアに統合でき、また統合しなければならないことは明確である。そうであっても、実際には無知や偏見が蔓延し、時には制度化された差別が存在するため、統合の進行はきわめて遅く実際のところ進行が見られない。
2. しかし、ぜひとも必要とされているこの統合を開始させる過程は、費用がかからず容易に実施できる。しかも、一部の国ですすでに行われているように、必要に応じて暫定的な形で直ちに開始できる。この過程の進行を妨げているものは、主として行政の意思不足にある。この広大な地域は16億人の人口と37の国と自治領を抱えているが、その住民の精神保健ニーズをどのレベルの行政官も知らない

ようである。

3. 統合の意向が存在し、訓練資金と人的資源は少なくすむことから、プライマリケアで長らく軽視されてきたこの領域の迅速な改善が可能である。60年以上前にWHOの健康の定義の作成者が健康の構成要素とすることを強く願ったものの、これまで欠けていたこの部分を埋めることができるのである。

## 参考文献：

WHO Constitution 1946 Para 1 line 2  
WHO ICD X Primary Care version 1992  
WHOICD X Mental Health in Primary Health Care 1997

詳細については以下に連絡されたい。

Dr. M Parameshvara Deva, FRCPsych, FRANZCP

Consultant Psychiatrist, KPJ Selangor Specialist  
Hospital

40300 SHAH ALAM, MALAYSIA

Founder, Asian Federation of Psychiatric Associations,  
AFPA

[deveparameshvara@yahoo.com](mailto:deveparameshvara@yahoo.com)

## 第4章

### 行動の呼びかけ：

#### プライマリケアへの精神保健の統合におけるアドボカシーの役割

Gabriel Ivbijaro, WONCA

全体として世界の平均余命は伸びている。しかし、精神保健ケア分野では平均余命の伸びは順調ではなく、ばらつきが見られる。精神保健上の問題を抱えた人々の多くは、依然として偏見と差別を受けている。彼らは一般医療も精神保健ケアも十分に利用できず、平均余命は短い。

精神の健康なくして健康はありえず、精神疾患に免疫がある人はいない。現実と目標とのギャップ、持てる国と持たざる国とのギャップに取り組むために、また依然としてわれわれにつきまとっている偏見と差別に取り組むために、精神保健に関心がある医療従事者と医療サービスのユーザーが一致協力する必要がある。

「プライマリケア：今、これまで以上に求められるもの (Primary Health Care: Now More Than Ever)」(WHO、2008年) というメッセージは、プライマリケアに資源を配分し発展させることが世界的に求められているという意見を支持している。プライマリケアや医療サービスのユーザーのニーズと視点をもはや無視することはできない。

「プライマリケアへの精神保健の統合：国際的視点から (Integrating Mental Health Into Primary Care: A Global Perspective)」という報告書

(WHO/WONCA、2008年) が発行され、精神保健がプライマリケアに組み入れられなければ医療サービスのユーザーがどのような問題と苦痛を被るかが明らかにされた。またこの報告書では精神保健の統合が達成された例を挙げ、その成功を評価する医療ユーザーの声を報告している。

すべての医療ユーザーとその家族の目標と願望を実現するために、あらゆる利害関係者が協力しなければならない。われわれは、国、政府、個人、人権グループや他の非政府組織、家庭医療の学会や協会、看護や他の医療分野の従事者に対して、団結して精神保健を擁護するように呼びかけ、また人間中心の全人的なプライマリケアを実現するためには精神保健が不可欠であるとの認識を持つように、世界の精神保健サービスユーザーとともに求める。この呼びかけは次の方法を通して行う。

精神保健はプライマリケアと家庭医療の必要不可欠な部分であり、精神保健をプライマリケア活動に含めることを強く求める。

プライマリケアサービスを委託・外注する場合、精神保健はその主要な構成要素であることを明記する。

十分な認識を持ちセルフケアとアドボカシーに資源を配分することで、患者と精神保健サービスユーザーに力を与える。

精神保健を世界の優先事項に

精神保健における介入と治療の第一の原則は、できる限り制約が少ない環境で医療を行い、家族と地域社会を支援する役割を果たすことと認識する。

心理学的、社会的および環境的な介入と資源は、精神保健の構成要素としてすべての人に必要であり、すべての人が利用しやすいものとすべきであるという点に同意する。

精神保健の訓練を確実に推し進め、プライマリケアに従事するすべての人が確実に利用できるようにする。

基本的な薬物療法を、本当に必要とする精神保健サービスユーザーに保証する。

精神保健に対する偏見と差別を終わらせることを強く求め、すべての人の人権を常に監視し保護する。

プライマリケアだけではニーズを満たせない患者への、専門家によるサービス提供とそれに対する支援を促す。

精神保健上の問題を抱えた人に対するケアの連続性を、プライマリケアを通して保証する。

2009年世界精神保健デーは、プライマリケアと精神保健との統合で得られる利点を再確認する機会となる。この2009年の行動の呼びかけは、すべての人を対象とした精神保健の達成は個人の行動だけではなしえないという認識をベースとしている。すべての部門・グループ間で対話し協力し合い、相互尊重、尊厳、人道の原則を採択することで力を見出し前に進める。

大半の医療体制で、プライマリケアは保健サービスとの最初の公式な窓口となる。プライマリケアに従事する人は、自らを医療サービスユーザーの使節、支援者とみなし、しかるべく行動する必要がある。プライマリケア活動の委託者は、委託する医療サービスの主要な構成要素に精神保健を含めなければならない。そしてセルフケアとアドボカシーの重要な構成要素を確認して、それに対する資金を提供しなければならない。

精神的な健康障害は誰にでも生じうることを忘れてはならない。それはあなたかもしれないし、あなたが愛する人かもしれない。だれもが最善の医療を受けるに値する。

### 今、何をすべきか？

2009年世界精神保健デーは行動に参加する機会となる。

医療サービスのユーザー、家族、介護者、そしてアドボカシーを実践する方々。行動を起こしていただきたい。そして、この「2009年行動の呼びかけ」のコピーを医療従事者、政治家、慈善団体、その他の非政府組織などご自分の地域で医療提供に携わるすべての人に送り、「2009年行動の

精神保健を世界の優先事項に

呼びかけ」でどのように行動しようと思っているかを尋ねていただきたい。自分が受ける医療の計画段階や提供過程に参加することを要求していただきたい。その権利と資格を持つのであるから。

プライマリケア医、プライマリケアチームの方々。「2009年行動の呼びかけ」の原則に照らしてご自分を評価していただきたい。明らかになったギャップに取り組むために実際的な行動計画を立てていただきたい。

専門家の方々。仲間に呼びかけ、「2009年行動の呼びかけ」の原則に照らしてご自身の活動を評価していただきたい。明らかになったギャップに取り組むために実際的な行動計画を立てていただきたい。

医療サービス委託担当者各位。サービス明細書を見直し、「2009年行動の呼びかけ」の原則が契約に含まれているかどうか確認していただきたい。

政府、政治家、オピニオンリーダー各位。委託・外注担当者に対し、「2009年行動の呼びかけ」の原則を守っていることを実証するように求めていただきたい。

**今こそ行動のとき、団結のとき。**

参考文献：

WHO/Wonca. *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva: World Health Organisation, 2008.

WHO. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organisation, 2008.

詳細については以下に連絡されたい。

Dr Gabriel Ivbijaro MBBS, FRCGP, FWACPpsych, MMedSci, MA

Chair, Wonca Working Party on Mental Health, Editor in Chief, Mental Health in Family Medicine, Medical Director

Waltham Forest Community & Family Health Services

The Wood Street Medical Centre

6 Linford Road, London E17 3LA

United Kingdom

Email: [gabriel.ivbijaro@nhs.net](mailto:gabriel.ivbijaro@nhs.net)

[www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com)



## 解説

て重要であるのは、この国際的に重要な公衆衛生事象を背景としているためである。

### プライマリケアへの精神保健の統合

#### 精神障害を持つ人々に対する医療サービスの拡大を目指したタスクシフティング

Professor Vikram Patel

30年前にアルマ・アタで134カ国の代表者が行った画期的な宣言の30周年を、2008年世界が祝った。かつて各国代表はこの宣言で、プライマリケアの強化を通して「2000年までにすべての人々に健康を」という目標を達成することを表明した。世界はこの目標の達成にはほど遠い状況にあるが、自宅に近接した医療がきわめて重要であること、健康を増進し疾患を予防するための医療介入が治療と並行して必要であること、精神的健康が健康に不可欠な構成要素であると見なすことを強調したこの宣言は、世界の保健にとって重要な分岐点であった。

WHOとWONCAは、30周年を祝してプライマリケアへの精神保健統合を国際的視野から検討し報告書を作成、発表した。その前年、ランセットが発表した一連の論文により、世界の大部分、特に低・中所得国で精神障害者が被っている大きな治療ギャップに対して、世界の注目が集まっていた。

プライマリケアは治療ギャップを埋めるために最も重要な医療提供環境であることが確認された。本年度の世界精神保健デーのテーマがきわめ

この解説では、科学的根拠に基づく精神障害への介入を拡張することを目標として、プライマリケアに精神保健を統合するにはどのような方法を探れるかという問題を考察する。すなわち「世界の精神保健」に関するランセットシリーズを起点とした行動の呼びかけと、2008年世界精神保健デーに発表された「世界の精神保健のための運動」の目標 ([www.globalmentalhealth.org](http://www.globalmentalhealth.org)) に範囲を絞って考察する。この行動の呼びかけは、公平と社会正義、地域社会の参加、資源の適切な使用、および多部門活動の原則に基づいて、すべての人々の健康を強く求めるアルマ・アタ宣言の中心的メッセージを直接伝えるものである。

プライマリケアに精神保健を統合するために必要な戦略に関する優れた論評と要約が、WHO/WONCAの報告書に示されている。しかし、現実的で持続可能な統合を達成するために取り組むべききわめて重要な課題が2つ存在する。

そのひとつは、横断的構想（保健体制の強化）の強化と垂直的プログラム（特定の精神保健ケアプログラムなど）との間にある緊張状態である。

2つ目の課題は、医療の非専門職または専門性が低い医療従事者が積極的に関与する地域立脚型のケアと施設を拠点とする専門の医療従事者との間にある緊張状態である。

## 精神保健を世界の優先事項に

## 精神保健をプライマリケアに統合するための10の戦略

(出典：プライマリケアへの精神保健の統合に関するWHO-WONCA報告書)

- 政策および計画に精神保健プライマリケアを組み込む必要がある。
- 態度と行動を変えるためにアドボカシーが必要である。
- プライマリケア従事者に対する十分な訓練が必要である。
- プライマリケアの業務を一定範囲に制限し実施可能なものとしなければならない。
- プライマリケアを支援できる専門の精神保健従事者および専門施設が必要である。
- 基本的な向精神薬を患者がプライマリケアで入手できなければならない。
- 統合は過程であり結果ではない。
- 精神保健サービスのコーディネーターがきわめて重要である。
- 保健以外の政府部門、非政府組織、村落および地域社会の保健従事者、ボランティアの協力が必要である。
- 財源と人的資源が必要である。

われわれはプライマリケアへの精神保健統合の必要性を代弁するために声をそろえているが、これはプライマリケアの要素を含む垂直的な精神保健ケアプログラムの提唱を意味するのだろうか、それとも精神保健ケアの要素を色濃く含む包括的なプライマリケアプログラムの提唱を意味するのだろうか。

プライマリケア体制がきわめて脆弱であり、特に人的資源を欠き最も基本的な医療介入に対する保険が整っていない国が多いことを考えると、上記のひとつ目の手法はおそらく成功しないであろう。従来、プライマリケア従事者は精神保健ケアを自分たちの日常業務とかかけ離れたものと考えており、垂直的な精神保健ケアプログラムではこのような見方が残っていくことになる。

一方、垂直的プログラムがなければ、限られた資源を巡る他の介入法との激しい競争を前にしては、精神保健ケアが議題から完全に消えてしまうという危険を冒すことになる。したがって、結局のところ、資源分配（特に財源）のためには垂直的プログラムを支援するが、精神保健ケア体制を並行して創出するのではなく、既存のプライマリケア体制を通じた資源利用を重視することでプライマリケア体制を強化するという戦略が、もっとも実行可能性が高い戦略となるであろう。WHO/WONCAの報告書にはこのような統合の達成に関する事例研究の優れた例がいくつか示されている。

もうひとつの課題は、地域指向型のケア提供を重視する精神保健の非専門職に精神保健ケアが移転されるのではないかとという精神保健専門職の懸念に関連するものである。

世界の多くの地域では、精神保健サービスを提供する専門職または施設が存在しないことから、この懸念はほとんど問題とされない。専門職や施設が存在するとしても、数が少なく分布が不均一であり、貧困層や社会的弱者には利用しにくく、経済的に手が届かないことが多く、偏見を伴い、



## 精神保健を世界の優先事項に

場合によっては基本的人権が大きく侵害されることもある。そのため、受け入れ、実現、経済面での可能性から見て、最前線で精神保健ケアを提供できるのは非専門職だけであるというのがこの課題に対する答である。しかし、どのようにすれば有効かつ安全にこの活動を実施できるかを示すモデルが存在するだろうか。

タスクシフティング、すなわち業務を保健従事者チームの間で再分配するという戦略が、保健専門職の人的資源不足に取り組む一般的な方法となっている。

利用できる保健分野の人的資源をより効率的に使用するために、高度な専門性を有する保健従事者から訓練期間が短く資格が少ない保健従事者に、特定の業務を移行させる。発展途上国においては、精神保健ケアのタスクシフティングを支持する科学的根拠が増えており、その所見は一貫している。このようなサービス提供のメカニズムを評価する質の高い調査研究があり、これらが上述の新たな国際的構想のベースになっている。今日では、うつ病、不安障害、統合失調症や認知症とともに生きる人々に対して、心理学的、心理社会的介入を行えるように専門外の人々や地域保健従事者の訓練を行えることが、さまざまな低・中所得国で明らかになっている。

このタスクシフティングのきわめて重要な要素は精神保健専門職の役割であるが、これは精神保健プライマリケアに対する早期の改善努力からは大きく離れたものとなり、訓練期の役割を大きく超えて継続的な監督、質保証、地域保健従事者の支援にまで拡張される。

プライマリケアへの精神保健の統合は長年にわたりスローガンであったが、この目標の達成に成功した例は少ない。その一因は、この解説に示した課題にある（もちろん他にも原因はあり、とりわけ精神保健への取り組みに対する政治的意思がきわめて弱いことが大きな原因となっている）。

精神障害に対するサービスをプライマリケアを通して拡張することが、同時にプライマリケア体制の強化にも寄与することを立証するかなり強力な科学的根拠がある。非専門職、特に地域保健およびプライマリケアの従事者がこの戦略の中心であり、一方で専門職はすべての人々に精神的健康をもたらすという目標を実現するために、さらに広範囲の公衆衛生上の役割を果たさなければならない。

推奨資料：

Professor Vikram Patel, PhD

London School of Hygiene & Tropical Medicine

Via-Sangath Centre, Provorim, Goa, India 403521

Email: vikram.patel@lshtm.ac.uk

[www.globalmentalhealth.org](http://www.globalmentalhealth.org)

## 第5章

### コミュニケーションと広報

世界精神保健連盟は、皆さまが使えるように新聞発表、メディア発表、世界精神保健デー公式声明書、精神保健のためのデモ行進に関する新しい記事の例文をここに集めました。

皆さま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、この資料を使用してください。偏見と差別を減らすためにもっとも有効な方法は、効果的な手段でアドボカシーを実行して多数の人たちに接触することです。地方新聞の記事、市中行進、声明書署名式を通して、皆さまの行う行事からきわめて重要で持続的な効果を生み出すことができます。

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の例

世界精神保健デー声明書署名に関するメディア発表文の例

2009年世界精神保健デーに関する全般的なメディア発表文

特集記事、社説、投稿の例

精神保健のためのデモ行進

## 世界精神保健デー 声明書の例

世界で4億5000万人を超える人々が精神障害とともに生きている。彼らは、早期診断と適切かつ十分な治療と支援を受けられればその恩恵を得ることができる。

精神障害の早期診断と治療を受ければその恩恵を得られる人々のうち、どのようなものであれ治療かケアを受けている人々は半数に満たない。

不安障害、大うつ病性障害、双極性障害、統合失調症などの精神疾患は、適切な診断と治療を受けなければ職業能力の低下や家族の崩壊の主要な原因となり、世界の疾患負荷の大きな部分を占めている。

精神疾患に関するこの驚くべき保健統計値と人的犠牲に対して、一般社会、一般医療体制、選出・指名された公共政策立案者がこれまでに示してきた関心はあまりにも小さく、その結果、精神障害の優先順位は十分な位置に置かれていない。

世界精神保健連盟は2009年世界精神保健デーのテーマとして「プライマリケアにおける精神保健：治療の強化と精神的健康の増進」を選び、プライマリケアのサービスや施設を通して、深刻な精神保健上の問題や障害を抱えている人々が適切で公正な精神保健サービスを利用しやすくなるように主張する。

以上を鑑み、私、(市町村/郡の当局、組織、省庁名)の(役職名)である\_\_\_\_\_は、2009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公共政策を改善することを促す。そして、利用できるサービスや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から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精神保健組織/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める。

さらに、精神保健を地域社会の優先事項とするために、地方自治体、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。

精神保健デー 2009年10月10日

精神保健を世界の優先事項に

署名 \_\_\_\_\_ (捺印) 役職 \_\_\_\_\_

省/事務局/機関 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

## 世界精神保健デー 声明書署名に関するメディア発表文の例

2009年10月10日

### 即時発表用

（町、市、または郡）市長（または他の官職）は、（場所）において10月10日の世界精神保健デーを宣言する。

（官職/地位/事務所）、（氏名）氏は、（場所）において（立法機関、事務局、部署）発行の声明書に署名し、これをもって10月10日を2009年世界精神保健デーに指定した。

声明書署名式は（準備組織または準備機関）が準備し、（組織の構成員、公務担当者、地域社会の指導者、一般市民等）が出席した。

この声明書は、プライマリケア環境における公正で適切な精神保健サービスの強化を促し、統合失調症、不安障害、双極性障害、うつ病などの深刻な精神保健上の問題および障害を抱えた人々がサービスを迅速に利用できるよう状況を改善するために、すべての非政府組織および政府機関に対し、選出・指名された公的政策立案者および担当官と協力することを強く勧めるものである。また、地域社会のすべての住民が精神障害に対する理解を深め、精神疾患とこのような深刻な健康障害とともに生きる人々の周囲に依然として存在する偏見と差別を減らすために協力する必要があることを強調するものである。

2009年世界精神保健デーのテーマ、「*プライマリケアにおける精神保健：治療の強化と精神的健康の増進*」は、精神保健分野の診断、治療およびケアが、従来の不均一で分離された医療サービス提供体制から、医療の主流へと移行する大きな動きがあることを示している。

世界精神保健連盟は1992年に世界精神保健デーを立ち上げた。これは精神保健と精神障害の特定の問題に対し注目を集めるために、毎年行われる啓発キャンペーンとして唯一のものであり、現在では100を超える国々で10月10日に、地方、地域、全国レベルの世界精神保健デー記念行事および記念プログラムが実施されている。

## 2009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)

第17回世界精神保健デー国際啓発キャンペーンは、プライマリケアにおける精神保健への注目をさらに集める必要性を強調する

2009年世界精神保健デー国際啓発キャンペーンは、「プライマリケアにおける精神保健：治療の強化と精神的健康の増進」に焦点を当てる。このキャンペーンテーマは、世界的に見られる精神疾患の治療法の傾向の中で重要性を増しているひとつの動きを示すものである。プライマリケアへの精神保健の統合に焦点を当てた情報・知識が増えており、今回のキャンペーンはこのような情報に世界の注目を集めること、この情報を世界中の患者・コンシューマー、家族・介護者、精神保健関連のアドボカシー組織や教育組織に提供することを意図したものである。これは、精神保健分野の診断、治療およびケアが、従来の不均一で分離された医療サービス提供体制から、医療の主流へと移行する大きな動きを示すものである。

世界精神保健連盟は1992年に世界精神保健デーを立ち上げた。これは精神保健と精神障害の特定の問題に対し注目を集めるために毎年行われる啓発キャンペーンとして唯一のものであり、現在では100を超える国々で、10月10日に地方、地域、全国レベルの世界精神保健デー記念行事および記念プログラムが実施されている。

WHOと世界家庭医学会が2008年9月に発表した「プライマリケアへの精神保健の統合：国際的視野から」は、プライマリケアへの精神保健の統合を目指す国際的活動を促す大きな一歩であった。この文書の序文で、WHO長官マーガレット・チャン博士と世界家庭医学会会長クリス・バンビール教授は、この活動を支持して次のように述べている。

「プライマリケアの出発点は人である。また、プライマリケアへの精神保健サービスの統合は、精神保健ケアを必要とする人々がそれを利用でき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。自分の家に近い場所で精神保健サービスを利用できるので、家族と一緒に生活でき日常活動を維持できる。また、遠方の専門医の治療を求めるときにかかる間接費を避けられる。プライマリケア環境で精神保健ケアを提供する

精神保健を世界の優先事項に

ことで、偏見と差別が最小限に抑えられ、精神科病院の中で生じる人権侵害のリスクを取り除ける。また、この報告書に示すように、精神保健サービスをプライマリケアに統合することで、妥当な費用で健康上の転帰が改善される。しかし、精神保健の統合の成功を合理的に期待できるようになるまでには、まず一般的なプライマリケア体制を強化しなければならない。」 (*Integrating mental health into primary care: A global perspective*; © World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008, page vii)

2009年世界精神保健デーは、精神保健サービスをプライマリケア提供体制に統合することで、精神障害や健康保健上の問題とともに生きる人々、その家族や介護者、そして医療従事者にとってどのような機会と課題が生じるかという点に光を当てる。

また、2009年世界精神保健デーキャンペーンでも、例年通り精神保健のアドボカシー、患者・サービスユーザーおよび家族・介護者組織が、健康と精神保健に関するこの重要な国際的改革運動を形作る上で果たす必要のある重要な役割に焦点を当てる。精神疾患や精神保健上の問題を抱えた世界中の人々にとって、質の高い、十分な、経済的に手の届く医療サービスが利用しやすくなるように統合に向けた運動を進めるのであれば、このような情報に基づいた先取り型の持続可能なアドボカシーが必要となる。

世界精神保健デーに関する一般的なメディア発表－世界精神保健デーの行事に関する情報、精神保健分野の指導者、またはこの分野の専門家の言葉などを追加することで、各地域での使用に適するように編集できます。

## 特集記事、社説、投稿の例

### 2009年世界精神保健デーキャンペーンは、プライマリケアにおける精神保健サービスへの注目をさらに集める必要性を強調する

2009年世界精神保健デー国際啓発キャンペーンは、「プライマリケアにおける精神保健：治療の強化と精神的健康の増進」に焦点を当てる。今年のテーマは、「精神保健を世界の優先事項にする」ことが引き続き必要であるという認識の下に、精神保健はすべての人々の全体的健康と健全性の必須要素であるという、あまりに軽視されがちな事実を強調するものである。精神疾患はその犠牲者を選ばない。精神疾患はすべての文化で人生のあらゆる段階において生じる。精神疾患はその患者の身体的健康に大きな影響を及ぼす。プライマリケアへの精神保健の統合に焦点を当てた情報と知識が増えており、このキャンペーンテーマはこのような情報に対し世界の注目を集めること、この情報を世界中の一般患者・コンシューマー、家族・介護者、精神保健関連のアドボカシー組織や教育組織に提供することを意図している。これは、精神保健分野の診断、治療およびケアが、従来の不均一で分離された医療サービス提供体制から、医療の主流へと移行する大きな動きを示すものである。

この変化と改革と資源不足の時代においては、精神保健サービスの「エンドユーザー」、家族（精神疾患とともに生きる人々が地域社会で暮らしていけるように援助する責任の多くを担っている）、精神保健政策に影響を及ぼそうとするアドボカシー実行者の関与がきわめて重要となる。草の根レベルの精神保健団体に情報と知識を提供し、精神的な健康と精神疾患は全体的な健康状態と切り離せないものであること、適切な保健サービスを必要な人に提供することが2009年世界精神保健デーキャンペーンの主な目標であることを確認していただく。アドボカシーで取り組みが必要となる主な問題のひとつは、一般医療体制およびプライマリケア体制の中では、精神疾患患者に対する十分で有効な診断と治療、精神疾患からの回復に対して対等の優先順位が与えられない危険性が存在することである。これが医療改革の意図しない結果として生じないようにするのが、世界の精神保健アドボカシーの仕事である。

WHOと世界家庭医学会が2008年9月に発表した「プライマリケアへの精神保健の統合：国際的視野から」は、プライマリケアへの精神保健の統合を目指す国際的活動を促す大きな一歩であった。その序文で、WHO長官マーガレット・チャン博士と世界家庭医学会会長クリス・バンビール教授は、この活動を支持して次のように述べている。

「プライマリケアの出発点は人である。また、プライマリケアへの精神保健サービスの統合は、精神保健ケアを必要とする人々がそれを利用でき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。自分



## 精神保健を世界の優先事項に

の家に近い場所で精神保健サービスを利用できるので、家族と一緒に生活でき日常活動を維持できる。また、遠方の専門医の治療を求めるときにかかる間接費を避けられる。プライマリケア環境で精神保健ケアを提供することで、偏見と差別が最小限に抑えられ、精神病院の中で生じる人権侵害のリスクを取り除ける。また、この報告書に示すように、精神保健サービスをプライマリケアに統合することで適切な費用で健康上の転帰が改善される。しかし、精神保健の統合の成功を合理的に期待できるようになるまでには、まず一般的なプライマリケア体制を強化しなければならない。」 (*Integrating mental health into primary care: A global perspective; © World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008, page vii*)

2009年世界精神保健デーは、精神保健サービスをプライマリケア提供体制に統合することで、精神障害や健康保健上の問題とともに生きる人々、その家族や介護者、そして医療従事者にとってどのような機会と課題が生じるかという点に光を当てる。また、2009年世界精神保健デーキャンペーンでも、例年通り精神保健のアドボカシー、患者・サービスユーザーおよび家族・介護者組織が健康と精神保健に関するこの重要な国際的 reform 運動を形作る上で果たす必要のある重要な役割に焦点を当てる。精神疾患や精神保健上の問題を抱えた世界中の人々にとって、質の高い、十分な、経済的に手の届く医療サービスが利用しやすくなるように統合に向けた運動を進めるのであれば、このような情報に基づいた先取り型の持続可能なアドボカシーが必要となる。

全世界で精神保健にかかわるアドボカシー実行者、家族、保健従事者および政策立案者が忘れてはならないことは、精神保健サービス提供法の改善を目指す今回の運動はこの種の改革努力として最初のものではないということである。世界各国での精神保健サービスへの取り組み方を同等にそろえるという課題は簡単なものではない。このような教訓をこれまでの経験から得ている。報告されているような精神疾患のケア負荷に見合う優先順位で、プライマリケアへの精神保健の統合を効果的に実現できれば、世界的に経済的、社会的困難が存在する時代における大事業となるであろう。精神保健サービスを改善し、統合失調症、不安障害、双極性障害、うつ病などの深刻な精神保健上の問題や精神障害を抱えた人々にとって保健サービスを身近なものとするために、世界が聞く耳を持ち行動すべき時はすでに来ている。これが、2009年世界精神保健デーの中心的メッセージである。

世界精神保健連盟は1992年に世界精神保健デーを立ち上げ、毎年10月10日に記念行事の取りまとめと普及促進を行っている。これは精神保健と精神障害の特定の問題に注目を集めるために毎年行われる啓発キャンペーンとして唯一のものであり、現在では100を超える国々で、10月10日にこれを記念して政府機関や非政府精神保健組織が準備した啓発と教育に関する行事、声明書への署名、アドボカシーキャンペーンなどの公的行事が実施されている。

この記事はニューズレターの記事や、地方新聞や地域新聞の特集記事または社説や、投稿に使用できます。また、皆さまの組織の世界精神保健デーキャンペーン活動を促す手段として、組織のウェブサイトに掲載することもできます。この記事の中であなたの組織やその世界精神保健デーキャンペーン活動に言及できます。

## 精神保健のためのデモ行進

支援、団結、変化を求める気持ちを示す方法として、支援者仲間を集めて行進や支援集会を行う以上に適した方法があるでしょうか。

おそらくないでしょう。

世界精神保健デーと精神保健運動の力と団結の精神に基づき、われわれ全員が今年の世界精神保健デーのためにさらに多くのことを試みることを世界精神保健連盟は提唱します。世界精神保健デーの記念行事を開催するだけではなく、精神保健改革を支援するために、集会やデモ行進を行うことを仲間に勧めます。

これは権限を持った人物に目的を知ってもらうために、また一般社会を啓発するためにとっても効果的な手段となります。街路を行進し、デモやキャンドル集会を行う。このような行動はある運動を支援することを示し、それと同時にその運動に対する人々の注意を惹き、地域社会、メディアおよび権力のある地位にいる人々の注目を集めるもっとも有効な方法のひとつとなります。世界精神保健連盟会長のジョン・コープラントは、2008年12月のニュースレターで次のように述べています。「精神疾患はなぜこれほどに政府の目に留らないのであろうか。精神疾患が目に見えないのであれば、それに関心を持つ人々が政府に見えるようにしなければならない。」

行進やキャンドル集会を行うために合法的、平和的に集まれる方々、ぜひ参加してください。精神疾患という問題が大いに必要としている注目を集めるだけではなく、差別や偏見に直面している人々に対し恥じる理由も恐れる理由もないことを示すこととなります。この目に見えない病気と向き合い、この問題を人間の側に引き寄せ、あなたの運動が妥当であることを地域社会や政府に示すこととなります。

このような行動はなんとも難しいように思えるかもしれませんが、必ずしもそういうわけではありません。友人、家族、同僚を10人から50人集め、集まる場所や開始地点、終了地点を選び、気の利いた、ただし平和的なプラカードを作れば、精神保健のための行進の準備ができたこととなります。

## 行進や集会を準備する方法

精神保健のための行進を計画するために、一般的情報を少し集めました。必要事項は国や地域社会ごとに異なることに注意してください。あなたの地域の法律や必要事項を確認し、行進の中断や中止につながりかねない法的問題が起こらないようにしてください。ここでは次の2通りの活動に焦点を当てます。

**支援集会** このような活動では人を一カ所に集めます。このような集会は一般に厳粛で思索的であり、一定の人物やグループ、または関心を集めている事柄に敬意を表し光を当てる平和的な方法として計画されます。

**行進** 集まった人々が、指定したひとつの地点から目的地まで移動するのが行進です。多くの人が集まるか広範囲を移動すれば効果的な行進となります。

1. 日にちを選択し（10月10日を選べれば最高です）場所を確保します。行進や集会を行うためには許可証またはなんらかの許可が必要か、チェックします。どのような種類の集会を行う場合にも、それに関するあなたの権利を知ることがきわめて重要になります。人通りの多い道筋か人が集まる地点を選択します。
2. 目的を明らかにし、見ている人に送りたいメッセージを決めます。簡潔で平和的で明快なものとし、横断幕、プラカード、ピラを作ります。あなたのメッセージに焦点を絞り、明快かつ平和的なものとし、正しく綴り、観衆に読める大きさにします。
3. 集まった人々に向けた演説の計画を立てます。演説者がデモ活動の開始と終了、またはその両方を告げるように計画することもできます。演説は短く射たものとし、これはデモ活動であり討論会ではないこと忘れないようにしてください。
4. 公表します。支援者、友人、パートナーなどに連絡します。地域社会の力と団結を示すために、できる限り多くのグループを含めるようにします。広い層を基盤とする社会的運動を形作り最大の注目を得るためには、異なるグループ（精神保健グループ、保健従事者、医療グループ、家族、患者、医師、看護師など）の間で統一された連合体を作ることが不可欠です。
5. 関与する人全員に作業を割り当て役割を決めます。さまざまなグループと協力する場合には、全員の能力、ネットワーク、メッセージを活用し統一できるように全リーダーを集めます。
6. メディアに連絡し、計画を書いた新聞発表文を作成します。デモ活動に関するあらゆる事実が確実にわかるように、「だれが、何を、いつ、どこで」行うかを示す情報を含めます。
7. 必ず写真を撮り、全活動の記録を付け、活動の終了後にすべての情報を [wmhday@wfmh.com](mailto:wmhday@wfmh.com) に送ります。そうすることで、われわれは一致団結しており、もう黙ってはいないということを世界に示せます。

精神保健を世界の優先事項に

この運動を精神疾患のアドボカシーとして世界最大のものにできるでしょう。この運動に参加して、あなたが支持していることを示せる何かを実行していただければと思います。5人であれ、500人であれ、何かをするだけで変化を起こせます。

**効果的なスローガン**

- 問題の重要性を示す
- 問題の社会的関連性を示す
- 問題と向き合う
- 観衆のひとりひとりに呼びかける
- 変化の動機になりうる事柄についての知識を反映させる
- 文化的に妥当で配慮がある
- 記憶に残りやすい

**例：**

世界精神保健デーを祝って一心を開きましょう

私たちのことは、私たちで

精神保健の改革を求める行進

すべての病気に同じレベルのケアと治療を

「精神疾患を抱えた人がおよそ4億5000万人います。周囲を見回してください—計算はおまかせします。」

精神の健康なくして健康なし

精神疾患への差別：現実を目を向けてください

## あとがき

本年の世界精神保健デーのテーマは「プライマリケアにおける精神保健 ～治療の強化と精神的健康の増進～」です。精神疾患や精神保健的な問題を抱える人たちに、プライマリケアレベルでいかに効果的に対応していけるかという事柄が論じられています。昨年度に引き続くテーマで、精神医療の専門家の応援を得ながら、身近な家庭医でケアを続けることの重要性が強調されています。

精神医療保健福祉が地域に密着した活動として展開されるには、プライマリケアの参画は非常に重要です。そのことは発展途上国のみならず先進工業国でも言えることです。わが国でもうつ病治療や自殺予防が喫緊の課題になっており、家庭医の対応能力向上がめざされています。この流れで行くと、今後は家庭医がうつ病のみならず統合失調症も含めた広範囲の疾患に対応していける時代が、ひょっとしたら来るかもしれません。そのような問題意識を持ちながら、このキットをお読みいただくのも大変面白いと思われま

最近の方式で、キットは多くの言語に翻訳され1枚のCDに収められています。また、ホームページでも公開されます。ぜひ多くの人にアクセスして欲しいと願っています。

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、ゴールデンウィークをはさんでわずか4週間という短期間でしたが、完璧な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

2009年6月