

第13回  
テクニカル・  
レポート・  
シリーズ

## 重度精神障害者の疾病率と死亡率

編集者

ジョー・パークス, MD

デール・スヴェンゼン, MD

パトリシア・シンガー, MD

メアリー・エレン・フォーティ, MD

テクニカル・ライター

バーバラ・マウアー, MSW, CMC

州メンタルヘルス・プログラム・ディレクター全国協会

医務ディレクター協議会

National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD)

Medical Directors Council

66 Canal Center Plaza, Suite 302, Alexandria, VA 22314

703-739-9333 FAX: 703-548-9517

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

2006年10月

# 目次

- I. 序文
- II. エグゼクティブのための概要 (Executive Summary)
- III. 概観 — 問題
  - A. 州レベルでの研究からわかったこと
    - 1. 16州での研究
    - 2. マサチューセッツ州での研究
    - 3. オハイオ州での研究
    - 4. メーン州での研究
  - B. 死亡率及び疾病率の増加は主に予防可能な条件に起因する
    - 1. 概観
    - 2. 喫煙
    - 3. 肥満及び糖尿病の蔓延と関連する危険因子と条件
    - 4. アルコール及び物質使用上の障害
    - 5. 感染症
    - 6. 自殺
  - C. 薬剤の影響
  - D. 医療へのアクセス
    - 1. 制度上の問題点
    - 2. SMIの人々のモニタリング及び治療ガイドラインが充分活用されていない  
(訳注1) SMI=Serious Mental Illness
- IV. 国家政策上の背景
  - A. 大統領の New Freedom Commission (新自由委員会)
  - B. Institute of Medicine (米国医学研究所)
  - C. Bazelon Center (バーズロン・センター)  
(訳注2: 精神障害者の法的権利を守るための法的活動に従事する非営利機関。バーズロンとはワシントンの連邦控訴院の元主席裁判官の名前。精神障害者の権利を擁護することにつながる判決が評価されて彼の名前が付けられた。)
  - D. NASMHPD

V. リカバリーとウェルネス（回復と健康）

VI. 何をすべきか？ — 勧告と解決策

A. はじめに

B. 全国レベル

1. SMIの人々を健康格差グループと指定する
2. 継続的なサーベイランス方法を導入する
3. 教育と擁護者への支援

C. 州レベル

1. SMIを持つ人々の疾病率と死亡率という公衆衛生上の問題に優先度を置き、優先度の高い健康格差の問題と位置付ける
2. 身体的ヘルスケアへのアクセスを改善する
3. SMIを持つ人々の精神と身体のバランスのとれた統合的ヘルスケアを促進する
4. 教育と擁護の支援
5. 資金確保に取り組む
6. 身体的ヘルスケアへのアクセス増大につながり、適切な予防、スクリーニング、治療サービスをもたらす品質改善プロセス（QI）を開発する

D. プロバイダー（提供者）機関／臨床医

1. メンタルヘルスと身体的ヘルスケアは統合すべきものとする政策を採用する
2. リカバリーという希望のメッセージを理解し、ケアと治療において平等のパートナーとしての参加を可能にするために個人を援助する
3. 対象とする人々のウェルネスとエンパワーメントを支援し、精神と身体の安寧を改善する
4. 質の高い、証拠に基づく（Evidence-Based）身体及びメンタル・ヘルスケアをプロバイダー（提供者）機関や臨床医が確実に提供するようにする
5. ケア・コーディネーション・モデルを実施する

E. 当事者／家族／コミュニティー

1. 当事者、家族、コミュニティーに統合されたケアのビジョンを作成するように推奨する
2. 身体と行動が統合されたヘルスケアを達成するように擁護機関、教育、協賛機関

に働きかける。

3. リカバリーとウェルネスに的を絞った、個別化された、人間中心のケアを  
追い求める

最終ノート

参考文献

補遺

- A. 会議参加者リスト
- B. New Freedom Commission: 疾病率と死亡率に関する抜粋
- C. 物質乱用メンタルヘルス・サービス局 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
- D. 行動の健康及びプライマリー・ケア・サービスの統合：州のメンタルヘルス当局にとっての機会と課題
- E. ヘルスケアの再設計の指針となる品質の溝の10のルール
- F. Institute of Medicine（米国医学研究所）の関係者への推奨
- G. 関係性中心の面接
- H. メタボリック・スクリーニング及びモニタリングの書式
- I. 併発する状況に対するケアの質の評価
- J. 包括的ヘルスケア評価基準への7つのステップ
- K. ウェブサイト

## I. 序文

重度精神障害者は一般人口よりも若く死亡するということは何年か前から知られて来た。しかしながら、最近の証拠が露呈しているのは、この集団の重度疾病率（疾病）と死亡率（死亡）が加速的に増加して来ているということである。

**事実、重度精神障害 (SMI - Serious Mental Illness) を持つ人々は一般人口よりも 25 年早く死亡している。**

彼らの疾病率と死亡率が増加したのは、喫煙、肥満、薬物乱用や医療への不十分なアクセスといった修正可能な危険因子が原因となった治療可能な医療条件に起因する。

このレポートは、この集団の過剰な疾病率と死亡率の原因を検討し、彼らのケアを改善するための推奨事項を提案するものである。州メンタルヘルス当局が奉仕する人々の過剰な疾病と早期死亡を減少するための戦略的アプローチに向けた道標を提示する。

州メンタルヘルス当局 (State Mental Health Authority - SMHA) の関係者は2つの指針となる原則に従う必要がある。

1. 全体的健康がメンタルヘルスにとって不可欠であるという事。
2. リカバリー（回復）にはウェルネス（健康）も含まれる。

これは州メンタルヘルス・プログラム・ディレクター全国協会の医務ディレクター協議会 (National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council) が作成した第13回目のテクニカル・レポートである。関連する文献のレビュー、ワークグループの一連の電話会議、及び医務ディレクター、コミッショナー、リサーチャー及び他の技術専門家の2日間に渡るミーティングに基づいて作成された。以前の2つのレポート、「多剤処方」(Polypharmacy) 及び「プライマリー・ケアと行動ヘルスとの融合」(Integrating Primary Care with Behavioral Health) 及び今後発表予定のレポート「喫煙についての方針と慣行」(Smoking Policies and Practices) へ包括的な文脈を提供

するものになる。この早期死亡という流行病とその原因と戦うために我々は一丸となって働かなくてはならない。

## II. エグゼキュティブのための概要 (Executive

### Summary) A. 概観 — 問題

重度精神障害 (serious mental illness (SMI)) を持つ人達は一般の人口と比べて平均して25年早く死亡する。以前の報告と比べて、死亡率が最近増加していることを州の研究調査が示している。我々の州メンタルヘルス制度が対象とする人々にとって、これは公衆衛生上の深刻な問題である。自殺及び負傷が過剰死亡件数の30~40%を占めるが、統合失調症の人々の早期死亡の60%は心血管系、呼吸器系疾患及び感染症に起因するものである。

重度精神障害を持つ人々は、修正可能な危険因子、特に肥満と喫煙の頻度が高いことから影響を受けている。この問題をさらに複雑にしているのは、重度精神障害者は、身体的健康状態をモニターし治療するためのガイドラインへ余りアクセスしていないということである。

### B. 死亡率と疾病率の増加は主として

#### 予防可能な状況に起因する

SMIの人々の中で、自然死の原因として含まれるものは：

- 心血管疾患
- 糖尿病 (腎不全等の関連疾患も含む)
- 呼吸器疾患 (肺炎、インフルエンザを含む)
- 感染症 (HIV/AIDS を含む)

SMI人口のこういった疾患による死亡率は一般人口の数倍に及ぶ。

SMIの人々の疾患、死亡のリスクを高くしているその他数多くの要因が以下を含み存在して

心血管系疾患(Cardiovascular Disease - CVD)の危険因子

修正可能危険因子	推定有病率と相対リスク (RR)	
	統合失調症	双極性障害
肥満	45-55%, 1.5-2X RR	26%
喫煙	50-80%, 2-3X RR	55%
糖尿病	10-14%, 2X RR	10%
高血圧	≥18%	15%
脂質異常症	5X RR まで	

いる。

- 高率な修正可能な危険因子
  - ・喫煙
  - ・アルコールの消費
  - ・栄養不良／肥満
  - ・運動不足
  - ・“安全でない” 性行動
  - ・点滴静脈注射ドラッグの使用
  - ・グループホームやホームレス施設での居住（結核やその他の感染症への暴露、個人の栄養上の習慣を修正する機会欠如
- 以下の条件が高率であることから来る脆弱性
  - ・ホームレス
  - ・被害者／トラウマ
  - ・失業
  - ・貧困
  - ・拘禁
  - ・社会的孤立
- SMIに関連する症状の影響
  - ・例：パラノイア思考のためケアを受けるのを恐れる
  - ・例：思考障害が原因で医療上の忠告に従えない
- 症状が医学的・身体的疾患を隠蔽してしまう
- 向精神薬が医学的疾患の症状を隠蔽しているかも知れない、また向精神薬が医学的疾患の症状に寄与し、メタボリック症候群の原因になっているかもしれない
- 多剤処方 (Polypharmacy)
- 適切なヘルスケアへのアクセスの欠如とメンタルヘルス・ケア・プロバイダー（提供者）と一般ヘルスケア・プロバイダー（提供者）との間のコーディネーション不足

## C. 薬剤投与のインパクト

1991年にクローザピンが導入され、その後10年かその間に、5種類の新世代抗精神病薬が導入されて、アメリカにおける抗精神病薬の処方はこちら第二世代抗精神病薬の使用に動いた。コストは大幅に高いにも拘わらずこうなった理由は、主として神経性の副作用が減ることと、第二世代を使っている人の方が転帰が良いのではないか、特に陰性症状が改善されるのではないかという見方のためである。しかしながら時間と経験を積んでみると、**第二世代抗精神病薬の方が体重増加、糖尿病、脂質異常症、インスリン抵抗性やメタボリック症候群により高頻度で結びつくようになったこと**、また臨床的優位性（クローザピンを除いて）が疑われるようになった。体重の増加に結びつく他の向精神薬も懸念材料である。

抗精神病薬の影響をうける  
修正可能危険因子

- ・ 過剰体重／肥満
- ・ インスリン抵抗性
- ・ 糖尿病／高血糖症
- ・ 脂質異常症

## D. ヘルスケアへのアクセス

ドラス（Druss）の示唆するところではSMIを持っているということは危険因子であってヘルスケアへのアクセスという点で問題を抱えることになる。その理由は：

- ・ 患者要因：無動機、恐怖心、社会的不安定性
- ・ プロバイダー要因：競合する要請、スティグマ
- ・ 制度的要因：分断化

彼はまた自分と仲間の研究から、SMIの人々に関するサービスの過剰利用、利用不足、悪用の例を提供している。（品質劣化の3つのタイプ、チャシン 1998年）

### **過剰利用**

- ・ SMIの人々は身体疾患用の緊急医療サービスの利用率が高い

### **利用不足**

- ・ 定期的な予防医療サービスを余り使わない（Druss 2002）
- ・ 心血管処置が少ない（Druss 2000）
- ・ 糖尿病の治療不良

### **悪用**



- ・医療入院の際に、統合失調症の人々は、医療に伴う術後の深部静脈血栓症や術後敗血症のために感染症に2倍かかり易い (Daumit 2006)

## E. 何をすべきか？ — 勧告と解決策

ここで提示する勧告と解決策は4つの行動のレベルに分けられる：全国；州；プロバイダー機関と臨床医、及びサービスを受ける人、家族と彼らのコミュニティーである。このレポートで述べている問題点に取り組むのに必要ないくつかの行動を明らかにした。

1. *SMI* を持つ人々の疾病率と死亡率は公衆衛生上の問題であるとして優先順位を高め、優先度の高い健康格差の問題と位置付ける。
2. 我々の公共メンタルヘルス制度のサービスを受ける人々の疾病率と死亡率を追跡・モニターする (サーベイランス)。
3. 予防、スクリーニング、評価と治療のための確立された標準を実施する
4. 身体的ヘルスケア・サービスへのアクセスを改善し、それとの融合を改善する

### 全国レベル

#### 1. *SMI* を持つ人々を健康格差グループと指定する

- a. *SMI* を持つ人々を明確なリスクを負った健康格差グループであると連邦政府が指定することが鍵となる第一歩であって、その後、このグループの人々の予防のための資料や方法を作成、採用し、疾病・死亡のサーベイランス人口統計に組み入れることとする。

#### 2. 継続的なサーベイランス方法を採用する

- a. *SMI* の人々の健康状態に関する情報を取り込んだ、全国的なサーベイランス活動にするための改革を勧告する委員会を連邦レベルで設立する。
- b. 全国及び州レベルで、*IOM*レポートのように (訳注3：IOM=Institute of Medicine)

全国健康情報インフラ (*National Health Information Infrastructure (NHII)*) の作成に取りかかり、*EHR* と *PHR* テンプレートが、一般ヘルスケアとメンタルヘルス・ケアの管理と融合に必要なデータ要素を含むことを確実にする。

### 3. 教育と擁護の支援

- a. SMIを持つ人々の身体的健康リスクについての情報を広く共有し、意識を高め、擁護者を激励する。ヘルスケア・コミュニティーを教育する。当事者及び家族にリカバリーの一環としてウェルネス・アプローチを支援するように激励する。
- b. 健康状態や健康なライフスタイルに着目したツール・キットを作成することによって、SAMHSA（訳注4：Substance Abuse and Mental Health Services Administration 物質乱用・メンタルヘルス・サービス局 — 連邦政府の1部門）の証拠に基づく（evidence-based）慣行の展開を発展させる
- c. こういった危険因子に取り組む政策やプログラムを実施するために、NASMHPD（National Association of State Mental Health Directors）の多剤処方と喫煙に関するテクニカル・レポートにある勧告の採用を促す。

## 州レベル

1. SMIを持つ人々の疾病率と死亡率は公衆衛生上の問題であるとして優先順位を高め、優先度の高い健康格差の問題と位置付ける。

- a. SMIを持つ人々の疾病率と死亡率についてのサーベイランス・データを集める。
- b. 公衆衛生的アプローチと集団別の介入を適用する。

2. 身体的ヘルスケアへのアクセスを改善する

- a. 一般的ヘルスケアでの予防、スクリーニング、治療を確実なものとするため、行動における公衆ヘルスケア・システムを求め、規制し、主導する。
- b. SMIの人々の身体的ヘルスケアのニーズに応えるための十分な収容力を構築する。

3. SMIを持つ人々の精神と身体のバランスのとれた統合的ヘルスケアを促進する

a. 新自由委員会 (New Freedom Commission)、米国医学研究所 (Institute of Medicine) , SAMHSA の出した制度改革の勧告を用いて、より人間中心のメンタルヘルス制度を実現する。特に IOM レポートで明確にされ、修正された、以下に挙げる特定の勧告を実行し、疾病率と死亡率の問題に取り組む。

- ・ 異なる機関の間の協力と強調を改善するための高レベルのメカニズムを作る。
- ・ 一般ヘルスケアとメンタルヘルスケアの診療記録の統合化を促進する。
- ・ プロバイダー (提供者) 間のコミュニケーションを支援するための法律や政策を改訂する。

b. NASMHPD の第 11 回テクニカル・レポートにある勧告を実施する：行動におけるヘルスケアとプライマリー・ケアを統合する。

#### 4. 教育と擁護の支援

a. プロバイダー、自助グループやピア・グループ、家族が、個人責任を保ちながら、健康的な選択をすることについての理解を助けるためのツール・キットやガイドラインを作成し実施する。

b. 訓練能力を確立する。この計画の鍵となる部分は、問題の重要性についてのメンタルヘルス職員の訓練と技術的援助であろう。

c. プランニングと訓練実施において学会や協会のパートナーに参画してもらう。

d. スティグマと差別に取り組む。

#### 5. 資金確保に取り組む

a. サービス向上のための資金確保方法を手に入れる。身体的ケア・サービスへアクセスするためのコーディネーション活動、ケース・マネジメント、輸送やその他のサポートに対する費用返還を含む。

- b. ヘルスケアの購入者として、メディケイド(Medicaid)は以下の事をすべきである。
- ・ SMIの人々への疾患の与える影響を軽減したり、遅らせたりするための健康教育と予防サービス（プライマリー予防）に対する保障。
  - ・ SMIの人々がプライマリー・ケアにアクセスできるような料率の設定。
  - ・ 禁煙及び減量治療を保障する。
  - ・ 予防とプライマリー・ケアへの参加やアクセスを改善するようなコミュニティでのケース・マネジメントを使う。

## 6. 身体的ヘルスケアへのアクセス増大につながり、適切な予防、スクリーニング、治療サービスをもたらす品質改善プロセス（QI）を開発する

- a. 雇用、住宅、犯罪防止などと同じ優先順位を持った、質の高いヘルスケアのための制度目標を立てる。
- b. 州レベルで、メディケイド (Medicaid) や公衆衛生機関と一緒に、品質改善 (QI) 計画を作成し、メディケイドであろうと保険未加入であろうと、公共メンタルヘルス・システムの対象となる人々が、適切なスクリーニング、治療、ヘルスケアへのアクセスが得られるように支援する。
- c. 疾病率と死亡率を取り上げるすべての取り組みが具体的な目標、時間枠、個別のステップを確実に持つようにする。実績評価データを集め、全体のシステム・パフォーマンスを管理するために使う。
- d. 規制上の、政策上の、またその他のプログラム作成上の機会を利用して、コントロールの中心を外部（プログラム・ルール、規則、職員）から、我々がサービスを提供する人々に移す（セルフ・コントロールと管理）ことによって、健康的な選択をするのは個人の責任であるとの考えを普及する。
- e. 多剤処方や喫煙に関するNA SMHPDのテクニカル・レポートに盛り込まれた勧告の採用を継続的に促し、こういった危険因子を取り上げた政策とプログラムを実施する。

## プロバイダー（提供者）機関／臨床医

1. メンタルヘルスと身体的ヘルスケアは統合すべきものとする政策を採用する
2. リカバリーという希望のメッセージを理解し、ケアと治療において平等のパートナーとしての参加を可能にするために個人を援助する
3. 対象とする人々のウェルネスとエンパワーメントを支援し、精神と身体の安寧を改善する
  - a. 各人のエンパワーメント（empowerment）と個人責任を支援し、個人がリカバリーのために健康的な選択をすることを可能にし、個人におけるリカバリー努力を促す。SMIの人々に、自らのヘルスケアについて新しいやり方で取り組んでもらうことをこれは意味する。
4. 質の高い、証拠に基づく（Evidence-Based）身体及びメンタル・ヘルスケアをプロバイダー（提供者）機関や臨床医が確実に提供するよう
  - a. 新自由委員会（New Freedom Commission）、米国医学研究所（Institute of Medicine）、SAMHSA の出した制度改革の勧告を用いて、より人間中心のメンタルヘルス制度を実現する。
  - b. ヘルスケアへのよりよいアクセスという文脈において、予防、スクリーニング、治療のためのケアの標準を実行する。
  - c. 包括的ヘルスケア評価を改善する。
  - d. 疾病率と死亡率を取り上げるすべての取り組みが具体的な目標、時間枠、個別のステップを確実に持つようにする。実績評価データを集め、全体のシステム・パフォーマンスを管理するために使う。

## 5. ケア・コーディネーション・モデル

- a. 各人の医療とヘルスケアのニーズを満たし、すべてのサービスのコーディネーションを取り仕切る責任者となる特定の実務者をMHシステムの中に置く。

### 当事者／家族／コミュニティー

#### 1. 当事者、家族、コミュニティーに統合されたケアのビジョンを作成するよう推奨する。

- a. メンタルヘルス・コミュニティーやその他が、合併症という身体健康リスク及び統合されたケア・アプローチについての意識を高められるように情報を共有化する。

#### 2. 身体と行動が統合されたヘルスケアを達成するように擁護機関、教育、協賛機関に働きかける。

- a. 雇用、住宅、犯罪防止などと同様の高い優先順位を持った、統合された身体及び行動ヘルスケアを勧める。

#### 3. リカバリーとウェルネスに的を絞った、個別化された、人間中心のケアを追い求める。

- a. 統合された行動及び身体ケアのために、当事者とケア・プロバイダー（提供者）との間の個別化されたパートナーシップを支援する。

### III. 概観 — 問題

我々の公共のメンタルヘルス・システムで診療を受ける重度精神障害者は、平均すると一般の人口と比べて25年早く死亡する。最近のいくつかの研究でこの事が明らかになった。過剰死亡率（excess mortality）の約30%は自殺によるものであるが、早期死亡（premature death）の約60%は心血管疾患や肺疾患などの“自然原因”（natural causes）に起因している。統合失調症における心血管死亡率は1976年から1995年の間に増加したが、1991年から1995年の期間の男性の標準化死亡比が最大の伸びを示している。喫煙、肥満、不十分な医療といった“自然原因”死亡の危険因子の多くが修正可能である。政策立案者、当事者、家族やメンタルヘルスや一般ヘルスケアのシステムはもっと注意する必要がある。公共メンタルヘルス・システムの診療を受ける人の数は毎年約5,865,000人にも昇るので、これは深刻な大衆衛生上の問題であるが、充分認識されておらず、手を付けられることも少ない。

## A. 州レベルでの研究からわかつ

### たこと

#### 1. 16州研究

16州メンタルヘルス業績評価 (Lutterman ら, 2003年) の一部として8州の公共メンタルヘルス機関から死亡率データが提出された。8州の内、7州 (アリゾナ、ミズーリ、オクラホマ、ロードアイランド、テキサス、ユタ、バーモント) については入院患者と外来通院患者の1997年から2000年までの期間のデータが提出された。これらデータは、年齢調整後死亡率、標準化死亡比、損失生存可能年数を用いて分析された。年齢調整済死亡率 (AADR - Age-Adjusted Death Rate) とはアメリカの標準人口に合わせ

て調整された粗い死亡率であり、各年齢層ごとの死亡率である。標準化死亡比 (SMR - Standardized Mortality Ratio) とは実際の死亡数 (actual number of deaths) を期待死亡数 (expected number of deaths) で割ったものである。損失生存可能年数 (YPLL - Years of Potential Life Lost) は (平均寿命 - 死亡年齢) の総和を死亡者の数で割ったものである。

8州すべてで、公共メンタルヘルス・システムで診療を受けた人々は、相対的により高い死亡リスクがあったことが判明した。SMRは4.9から1.2であり、それぞれの州の一般人口と比べより高かった。公共メンタルヘルスの死亡した患者は、生存している全国のコホート集団と比べてずっと若い年齢で死亡しており、生存可能年数を何十年か失っていることになる。詳細なデータを提出できた6州については、主要な精神障害の診断を持った人々の場合には、主要でない精神障害の診断を持った人々より、さらに若い年齢で、平均してさらに1~10歳若く死亡している。

こういった人々のほとんどは自然原因で死亡している。主な死因は、全国的にも州単位でも一般人口の場合と類似している。死因に含まれるものとしては、心疾患、ガン、脳血管、呼吸器と肺の疾患等がある。公共メンタルヘルス・システムの場合も、州単位やアメリカ全土の一般人口の場合と同様に、心疾患が死因のトップである。ガンが州およびアメリカ全土の一般人口の死因の第二位であったが、メンタルヘルス・システムで診療を受け

### 16州研究の結果：損失生存可能年数 (Years of Potential Life Lost)

年	アリゾナ	ミズーリ	オクラホマ	ロードアイランド	テキサス	ユタ	バーモント 入院患者のみ
1997		26.3	25.1		28.5		
1998		27.3	25.1		28.8	29.3	15.5
1999	32.2	26.8	26.3		29.3	26.9	14.0
2000	31.8	27.9		24.9			13.5

- ・以前の調査では統合失調症の人は同年齢層の同時代人と比べて10年早く死亡するというものだった
- ・このデータが意味するのは、SMIの人は少なくとも25年は早く死亡するという事である。

(Lutterman ら, 2003年)



ていた人々でガンで死亡した人の比率は一般人口と比べて低かった。自殺と事故で死亡した人の比率は一般人口よりも高く、損失生存年数を高める大きな原因になっている。