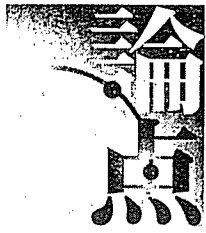


眞實新聞



いじめを防ぐために、政府の教育再生会議で議論が続けられている。私は精神科医の立場から、「いじめ」「いじめた」「いじめられ」「いじめられて」について提言したい。最近の論調を見ると、「いじめ」と自殺を直結して考えているような感じが強い。確かに小中高の児童・生徒が自殺するのは異常事態であり、何らかの自殺に至る原因があるに違いない。しかし、「いじめ自殺」はいじめだけが原因なのか。いじめられたことが自殺へと飛躍する



原 隆
保 坂

東海大学医学部教授(精神科医)

医学博士。日本総合病院精神医学理事。慶応大学医学部卒業。2003年から現職。54歳。

いじめ自殺対策

生徒の「うつ」「見逃すな

をどう考えればいいのか。中高年を中心に自殺者が急増した原因は、バブル崩壊以降の

未遂患者と再企図者の背景についての研究で、中部地方の公立中学校の生徒約600人を対象にして、うつ病チェックリストを施行したところ、中学生の実に4人に1人がうつ状態にあることがわかった。対象数が少ないことや、うつ状態の原因疾患(うつ病)やその他の精神疾患

もちろにいじめも含めた何らかの原因によって、まず「抑うつ状態」になり、その何%かが自殺願望を持ち、その後、親や先生からの適切なサポートが受けられないことや、新たな(更なる)いじめがきっかけになり、自殺企図に至ってしまうという仮説が成り立つのである。

不況であると思われる。しかし、リストアップされた人の多くが自殺しているわけではないから、不況と自殺の間には、何らかのブランクボックスがあるはずである。そして、「このブランクボックスこそ」「うつ病」の権威である。

かがうつ病に罹り、うつ病に罹った子の何%かが自殺願望を持ち、自殺願望を持った子の何%かが実際に自殺を企図し、自殺を企図した子の何%かが実際に自殺によって「亡くなってしまう」と考えるべきなのである。

その前提で私は、学校でのいじめの有無の調査とは別、担任が受け持ちの生徒と15分間ぐらいか話をし、うつ病であるかどうかを評価(スクリーニング)することが大切であると提言したい。スクールカウンセラーなどの面接が予算化されているが、まずは担任が1対1でじっくり話すべきであり、そのほうが子供たちは心配してもらっていることを実感でき、担任を身近に

感するに違いない。それは自殺防止につながるだろう。教師がうつ病の診断をするのは容易ではないが、不可能ではない。スクリーニングをきたり、ご両親と相談しながらその生徒を専門医に任せる役目も担っていただきたい。同様のことは、過労自殺を防ぐために、職場の上司がいわゆる「ライン」によるケアとして、部下のうつ病を早期発見することも既に実行されている。

新聞新賞

2007年(平成19年)3月16日 金曜日

反響 ケアノート 荻野アンナさんの

本紙「くらし」学び「面」に1月4日から2月22日まで計8回掲載した「荻野アンナさんのケアノート」には、読者から多くの手紙が寄せられた。荻野さんが、介護のために心と体がバラバラになり、うつ状態になったことを告白したことに、「私も」と共感する手紙が目立った。「介護うつ」への対処法を知っておくことが大切だ。

介護うつ 対処法は？

千葉県の主婦 A子さん(54)は、両親の介護でうつ病になった経験を書いた。北海道の両親を遠距離介護の末に自宅に引き取ったのが2002年。父はトイレの始末が難しくなり、部屋を汚した。特別養護老人ホームに入居した父は05年に亡くなった。Aさん(54)の体調に異変が表れたのはそのころから。

「一睡もできなくなり、食事も全然取れなくなった。服も着替えられない。買い物に行っても何を買えばいいのかわからなかった」。父の納骨を済ませようと北海道に行ったものの、ホテルでダウン、うつ病と診断され入院した。母は夫が連れて帰った。

Aさんは3か月後に退院したが、「自分の服を着替え

苦労話せる相手 探そう

ち込みを防ぐために近所に同じ立場の仲間2人を見つけて会をうたったという。「話し合ったり、介護の技術を教え合ったりしています」

読者の手紙を読んだ荻野さんは「私の場合、介護から離れて自分のわがままな時間を持つようにしています。ボクシングを続けているのもその

ためです」と趣味の効用を強調する。厚生労働省の研究班が05年、在宅介護者8486人を調べたところ、国際的なうつ病の自己評価尺度で23%がうつ状態だった。「4人に1人がうつ状態というのは、がん患者がうつ状態になるのと同じくらい高い割合」と主任研



神奈川県秦野市が開催する「介護者のつどい」では、「ほかの人の話が参考になる」「ここにいる間だけ落ち着く」などの声が聞かれた

トレスの発散法などを解説。参加者が介護の苦労や工夫を話し合い、ストレスを解消するリラクゼーションを行う。「介護者は日頃から話ができる相手を探しておく」と。家に閉じこもって一人で悩んでいるのはよくない。地域で開催される様々な介護者のつどいに出かけることが大切。もしも心身に異変を感じたらメンタルヘルスの専門家の診察を受けて。うつと診断されたら、家族や行政に協力してもらって、きちんと休養を取ってほしい」と保坂さんは話している。

山梨日日新聞

日本では一九九八(平成十)年から、自殺で亡くなる人が三万人を超えるほどに急増した。その前年までは長い間、二万三千人前後であったことを考えると、約一万人増えたことになり、増加率でいえばほぼ150%にも上る。

そのために、二〇〇〇年から始まった政府プロジェクトの「健康日本21」でも生活習慣病の減少目標などと並んで、自殺者を二万二千人以下とする目標値が設定された。しかし残念ながら昨年までの時点で、自殺による死亡者数が減少に転じていることはな



保坂 隆
神医学、同大保健管理センター長。甲府市出身。慶応大医学部卒。著書「頭がいい人は脳をどう鍛えたか」(中公新書ブレイク)「脳が元気になるブチ・トレーニング」(PHP文庫)など。

論壇

「こころの安全週間」を

自殺による死亡は、日本人の死因統計によれば、死因の第六位に位置する。しかし、十五歳から五十四歳までのいわゆる生産年齢(十五〜六十四歳)のほとんどの期間を、五歳間隔で区切って死因を集計した場合には、全年齢グループで、自殺による死亡は死因の第

一、二位を占めている。このことは医療関係者にもあまり知られていない。ところで約三万人という数字は、交通事故で亡くなる人の三倍以上である。交通事故に関しては、春と秋の全国交通安全週間の設定により徐々に減少してきて、〇五年には七千人を下回るようになった。そのこと、自殺者数は減少してきていない現実を考え合

海外ではこれまでに二十七カ国で予防のためのイベントが開かれたが国内ではこれまで自殺予防デーに関連する取り組みはなく、〇五年九月十日に初めて開催された。しかし私は、それだけでなく、全国交通安全週間に匹敵するような規模のキャンペーンが必要だと思っている。期間的にも一日ではなく、せめて一週間くらいは必要であろう。

「死にたい気持ちはあるが持っているのではなく、うつ病という病気が持たせているんです」「早めに専門家を受診してみましょう」といった啓発を徹底し、注意を呼びかける。全国交通安全週間が着実に効果を上げ、一万人を大きく超えていた交通事故による死者が〇五年には七千人を下回るようになった。ぜひ政府機関による「自殺対策のための戦略研究」が始まったこの時期に、「こころの安全週間」の新設をお願いしたい。

わせると、自殺に關しても国民的なキャンペーンが必要な時期にきていると考える。

全世界でも毎年、約百万人が亡くなり、推計では二〇二〇年には自殺による死亡者が百五十万人に上るともいわれている。そこで世界保健機関(WHO)は〇三年から九月十日を「世界自殺予防デー」と定めている。

自殺による死亡には大きな季節差はなく、強いて言えば、四月か五月に小さなピークがある。そこで自殺が多い春(できれば春と秋)に、「自殺予防週間」ならぬ「こころの安全週間」の新設を提言したい。

その期間中は、新聞やテレビなどで集中的に「あなたに、こんな症状はありませんか?」「あなたの周りにはい

ませんか?」「うつ病は治る病気です」「死にたい気持ちはあなたが持っているのではなく、うつ病という病気が持たせているんです」「早めに専門家を受診してみましょう」といった啓発を徹底し、注意を呼びかける。全国交通安全週間が着実に効果を上げ、一万人を大きく超えていた交通事故による死者が〇五年には七千人を下回るようになった。ぜひ政府機関による「自殺対策のための戦略研究」が始まったこの時期に、「こころの安全週間」の新設をお願いしたい。

「論壇」は、保坂隆さん(東海大医学部教授) 泉桂子さん(日本学術振興会特別研究員) 今村文彦さん(東北大学大学院工学研究科教授) 澤登早苗さん(恵泉女学園大人間社会学部助教授) 岡林春雄さん(山梨大教育人間科学部教授)の五人が担当します。

山梨日日新聞

風薫る五月になった。五月は一年中で最もいい時期の一つである(と)に違いないが、一方でメンタル面で見れば、最も悪い時期でもある。四月は入学や就職や異動の時だから、みんな緊張して新しい環境に慣れようと努力している。早く新しい環境に慣れようとするあまり、いつも仕事のことを考えたり、一週間のスケジュールを細かく調整したり、遅くまで同僚と話したりして多少無理をしている時期である。だから、この時期は「過剰適応」の時期とも言えることができる。

無理をしている時期ではあるが、企業や職場や学校側からみると、この時期は必要であり、これがないと、あまり期待できない新人といふことになりかねない。その意味で四月の「過剰適応」段階は必要である一方で、ストレスの入り口にもなっている。

そのような緊張が続いて、ある程度は適応パターンが出来上がったり、その方向性が見えたりするのがこの五月なのである。そのため、五月はうまく適応パターンを見つけた人にとってはホッとする時期であるが、うまくできなかった人にとっては悩ましい時期になってくる。これまでの緊張の疲れが

適応障害の治療には、睡眠導入剤や抗うつ薬などを対症療法的に使用することはあるが、基本的には環境調整とカウンセリングが望ましい。前者は勤務時間を変えたり、一週間のスケジュールを修正したり、クラブや同好会に入ったり辞めたりする、などの外的な実際面での修正である。だから実際に

うつ病の診断は、①抑うつ気分(憂うつ)、寂しい、悲しい、など②精神運動性抑制

うに考え方を修正していくのである。こうした修正や時間の経過によって、やがて適応障害の多くは治っていく。しかし、このような症状が長く続いているのが「うつ病」である。

うつ病の診断は、①抑うつ気分(憂うつ)、寂しい、悲しい、など②精神運動性抑制

い状況からは抜け出せない。精神科医や心療内科医なら診断は容易であるが、一般医にとっては難しいこともあるから、自分が「うつ病ではないか」と疑い、専門医を受診するのが一番いい。

うつ病の治療は薬物療法が主体であり、今は副作用の少ない、良い薬がたくさん開発されている。環境調整だけでは治らないし、カウンセリングでも治らない。ましてや、励ましては悪化こそすれ、全く意味がない。

うつ病と関連して一番心配なのは自殺であるが、その発生にはほとんど季節差はないものの、五月に小さなピークがある。風薫る季節ではあるが、本人・家族・同僚らが、五月病の延長型でもある「うつ病」に一日でも早く気づき、適切な治療を受けていた方がいい。(京海大医学部教授・精神医学)

論壇

うつ病早期の対応肝心

保坂 隆



と出てくる時期でもあるし、もう適応努力が続かなくなってしまう時期でもある。身体的な不調を感じるかもしれないし、実際に会社や学校を休んでしまうこともあるかもしれない。

このような状況は、以前「五月病」と言われていたが、精神医学ではこれを「適応障害」と呼んでいる。

できることできないことがある。後者のカウンセリングは考え方の修正を治療者との共同作業で行っていくものである。なぜこの大学に入学したのか、なぜこの会社に就職したのか、何を期待していたのか、現実とはどのようにかかわっていたのか、などを言語化していく。いわば現実在即したよ

(頭がスッキリしない、考えがまとまらない、何をすることもおっくう、何もする気になれない)③身体症状(疲れやすい、肩凝り、頭重感、不眠、食欲不振、便秘など)といった症状が基本となる。特に身体症状ばかりが目立つと、不要な検査ばかりを続けなければならず、つら

山梨日日新聞

医療は二〇〇〇年の介護保険導入前
後から、入院から外来へ、病院から在宅へと急展開している。一方で、実際に高騰している医療費の削減も急務であり、質を保ちながらの医療の場や量の変化が望まれている。このような医療システムのシフトは当然、家族の負担、とりわけ在宅介護者の負担を増すことになっているが、彼らの健康は、これまであまりにも軽視されてきたのではないかと思う。

数年前、介護保険が導入された直後に在宅介護者五百人と、対照群五百人の健康度を比較したことがある。予想していたとおり、在宅介護者の身体的な健康度は損なわれていたし、実際に病気になるって病院にかかっている介護者も多いことが明らかになった。

そこで数年が経過した今、それを全国的な規模であらためて検証すること

にした(厚生労働科学研究費補助金・こころの健康科学研究事業・自殺企図の実態と予防介入に関する研究)。対象は介護サービスを利用している介護者約三万人である。現場のケアマネジャーたちに直接、質問表を配布したところ、八千人余から返事が得られた。調査では、国際的にも抑うつを評価

する際に使われている「SDS」という自記式質問表への記入をお願いしてあった。その結果、驚くべきことに、全体的には約25%の方に軽度以上の抑うつ状態がみられることが分かった。つまり「在宅介護者の四人に一人に抑うつがみられる」と言い換えることができる。この数字は、一般人口の3%

くらい、身体疾患で通院している患者さんの場合では10%、身体疾患のために入院する患者さんの場合では20%にうつ病が合併している事実と比べると無視できない数字であり、専門家でさえ指摘してこなかった数字である。さらに同じくらいの頻度(約25%)の人が「死んでしまいたい」と思っていることも分かった。自殺願望、あるいは精神科でいう希死念慮である。特に六十五歳以上の高齢の在宅介護者では、30%くらいの方が「死んでしまいたい」と思っていた。

この中の一部が、例えば介護者が自殺してしまったり、介護者が被介護者を殺(あや)めてしまったり、無理心中を図るような最悪の事態に発展してしまうのであろう。この数字も驚異的であり、これまで誰も指摘してこなかったことである。まさに在宅介護者は、うつ病や自殺のハイ・リスク・グループであると言っても過言ではない。しかもこのうつ状態の介護者のうちで、精神科や

専門的に言えば、終わりのない精神的・身体的負荷が持続した結果の「消耗性うつ」の形態をとっている。薬物療法と休養が必要であるが、それ以前に医療機関を受診して正しい診断を受けなければならぬのは言うまでもない。じつと我慢していたら、自然に治る病気ではない。

初めに、在宅介護者はうつだけでなく、身体的な健康度も損なわれているという指摘をしたが、いずれは患者になったり、入院患者になっていく予備軍をつくらせているという意味である。高騰する医療費抑制策の一つとして、入院から外来へ、病院から在宅へへと急速に動き始めたはずだが、「第二の患者」「第二の入院患者」をつくり、結果的には医療費を増加させることになっていくとは何とも皮肉な結果である。(東海大医学部教授・精神医学)

論壇

在宅介護者健康配慮を

保坂 隆



心療内科のよ
うなメンタルヘルスを受診している人は、全体の3%に過ぎないことも分かった。つまり、うつ状態になっていた「死にたい」と思っている介護者のほとんど(約九割)は病院にも行かず、適切な治療も受けずに、我慢しているといふこととなる。この抑うつは、

山梨日日新聞

医師や看護師や薬剤師の集団の中では、体の病気をもった患者を治療し、ケアする際には、患者の心の状態まで理解しなければいけないことが何度も指摘され、教育されている。医療系の大学では、最近「医療コミュニケーション」という授業までもが取り入れられていく傾向にある。

患者の立場に立ってみれば「患者さま」と呼ばれるよりも、医療者がより長い時間をかけて、わかりやすく説明してくれたり、訴えをじっくり聞いてくれる方がはるかにうれしいものである。医療者は、患者心理を理解しようとする方面にどんどん進んでいくべきである。

しかし、どんなに努力しても、患者の気持ちまで百パーセント理解することができないことに気づくことも同じくらい重要である。「同病、相憐れむ」

れむ」という言葉があるとおり、同じ病気をもった患者同士の方がはるかに理解できるものである。

医療者は、患者から「先生、私のことをわかってくれようとしているのによくわかるけど、でも同じ病気になるてみないと、私の気持ちはわかりません」と言われていると、まず気づく

後、カリフォルニア大学ロサンゼルス校精神科のフェウツト教授は、たった六回のセッションのグループ療法をメランゾニ（悪性黒色腫）患者の集団に施行したところ、やはり数年後の再発率や死亡率が減少することを示した。これらを留学中に学んで帰国した私は、日本人の間でも、自分の病気に

は十年以上の追跡研究が必要なので、今はまだ結果を示せないが、確かに患者のQOL（生活の質）は高まるのである。実際、乳がん患者たちはグループ療法の中で、自分の病気にについて自由に話し、他のメンバーの話を興味深そうに聞き、互いに励まし合ったり、涙ぐんだりし

論壇

同病者の支え合い効果

かなければならない。

米国立スタンフォード大学精神科のスティーヴン教授は、遠隔転移した乳がん患者を十人ずつのグループに分けて週一回集まり、本音で話し合うセッションを一年間続けたところ、単に医学的な治療を受けた集団よりも約二倍、生存期間が延長することを示した。その

いて話し合い、支え合うことができる

ていた。私の予想に反して乳がん患者たちは明るく、前向きであり、むしろ医療者の私の方が教えられることが多かった。

しかし、このようなグループ療法には保険が適用されないのが、研究費をいただいた六年間だけ続けた。今後は患者さんのQOLを高め、不要な検査

保坂 隆



が減ったりするとうエビデンス（証拠）を積み重ねれば、保険適用になるのかもしれない。

同じように在宅介護者もグループで話し合うと心身の健康度が高まり、免疫機能も増強する。まさに同じ境遇の人たちが互いの悩みを理解でき、他のメンバーが抱えた問題点に対して具体的な解決方法を教え合ったりすることができるとある。

このパワーは強力である。患者や介護者たちには既に家族や友人というソーシャル・サポートがあり支えられているわけであるが、それに加えて同じ状況の人間でないとかち合えないような新しいネットワークを支えられるのである。これからの医療機関はこのような「ソーシャル・ネットワーク提供の場」であってほしいものである。（東海大学医学部教授・精神医学）

山梨日日新聞

いまや医療の現場では「在院日数短縮化」という言葉がキーワードになっている。病院の収入となる一般病棟入院基本料は、たとえば看護師を多く配置していればはるかに高くなるように設定され、病院側は人件費や看護師の集まり方などを踏まえて、どのくらいの看護配置が自分たちの病院にとって適切かを選択することになる。

しかも入院日数が短いほど高く設定された加算点がそれに加わることになっている。「加算点」ならば減ってもいいのではないかとすると、そうではない。加算があつて普通程度の入院基本料になつていくと考えれば、「入院日数が長くなれば、入院基本料が減少する」と理解した方が正しいことになる。米国ではこれと少し異なり、病気によつて自分が入っている民間の保険機関から病院に入る医療費が入院日数と

して決められているため、回復に時間がかかれば、規定の日数を超えた入院費は病院からの持ち出しということになる。そのため、完全に回復していなくても退院させられてしまうことになり、脳腫瘍(しゅよう)からの回復が遅れた患者が、意識が回復しないまま退院させられて病院近くのモーテルに

を減少させるためにリエゾン精神科医を雇うべきだという話が当時あつた。十五年後の日本でこれを日本流にアレンジしてみた。

一般病棟に身体の病気で入院している患者の約三割には軽度以上の抑うつ状態が合併していることをまず明らかにした。そんな患者と、抑うつを合併

ある。さらに、抑うつを合併した患者を精神科医が予防的に回診して早期発見・早期治療すれば、入院日数は延長しないで済むことも明らかになった。せん妄という精神症状がある。意識がまどろんで幻覚、錯覚、妄想などのために興奮したり大声を出したりする状態を、手術

論壇 重要な精神科医の配置

保坂 隆



家族と泊まり、朝になって外来患者として病院を受診し経過観察するのを見て驚いたことがある。リエゾン(身体科との橋渡し役)精神科医を雇えば在院日数の減少に役立つ、病院の持ち出しを減らすことができる。それも精神科医の給料を上回るメリットがある。そのため、在院日数

していない患者を比較すると、明らかに抑うつを合併した患者の入院日数が延長することも明らかになった。抑うつは元気が出ない状態であり、どんなに主治医から「治療が終わりました。退院してもいいですよ」と言われても、自信がないので「もう少し入院させて

後や高齢者やがんの末期などにしばしば表れる。平均すると入院患者の約三割にみられ、せん妄を合併した患者の場合も入院日数は長くなる。早期発見・早期治療すれば入院日数を延長しないで済むということも明らかになった。何を言いたいのかというと無理やり退院させると

いう誰にとつても嫌な方法ではなく、抑うつ状態やせん妄を早期発見・早期治療するだけで、延長していたはずの入院期間を無理なく短縮させることが可能ではないかという提案である。抑うつやせん妄という、原病とは違う余計な精神症状を合併するという事態は、家族の方にとつてもつらいものだし、それ以前に患者さんのQOL(生活の質)は極めて損なわれてしまつことになる。メンタルケアの重要性は理念的には誰も否定しないが、すべての一般病院にリエゾン精神科医を雇うまでには至らないのが、病院経営者の現実的な選択である。メンタルケアはこのように在院日数短縮化に直接貢献するだけでなく何よりも患者のQOL向上に役立つことを病院経営者も気づかなければならぬ。(東海大学医学部教授、最終回)

うつ病癒やす専門病棟

「ストレスケア」全国に広がる

うつ病などの患者を専門に受け入れる「ストレスケア病棟」が全国に広がり始めた。ほとんどは外出が自由な「開放病棟」で、大きな窓や広いロビーなど環境を工夫し、薬物治療だけでなく、カウンセリングや家族のケア、復職プログラムも充実も図る。うつ病治療の新しい試みとして期待されている。(佐藤隆)

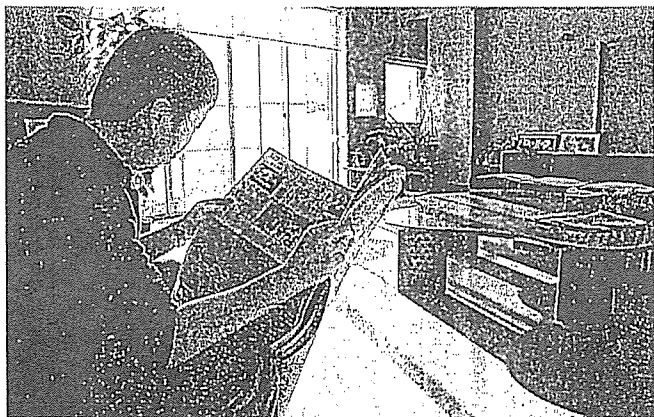
くつろぎ空間でカウンセリング

福岡県大牟田市の不知火病院。川沿いに立つ病院の一角に、ストレスケア病棟「海の病棟」(48床)がある。病室や談話室の大きな窓からは、たっぷり太陽の光が注ぎ、有明海の潮の満ち引きを感じられる。同県の男性会社員(44)は昨年11月から、うつ病で入院している。約3年前、連日の残業と職場での人間関係が原因で発症した。以前に入院していた精神科病院は、高齢で重症の患者が多く、看護師にほとんど話を聞いてもらえなかった。だが、海の病棟には、カウンセリングの専門教育を受けた「カウンセリングナース」が2人いる。主治医は、男性本人だけでなく、妻や両親、職場の上司との面接も重ね、妻に院内の家族のための自助グループを紹介してくれた。89年にできた海の病棟に



すみれ病棟 病室前の小スペースで談笑する患者と看護師たち＝福岡県郡山市のおさかホスピタルで

海の病棟 ロビーでくつろぐ患者＝福岡県大牟田市の不知火病院で、吉本美奈子撮影



家族への支援や復職訓練も

は、うつ病のほか、パニック障害や強迫性障害などの患者が入院する。40、50代の男性が中心だ。①薬物治療・休養②カウンセリング・集団療法③復職訓練をへて、2、3カ月で退院していく。専任精神科医は3人。カウンセリングナースに病室が配置され、それぞれに小さなだんらんスペースがある。佐久間啓院長は「うつ病の患者は、コミュニケーションの苦手な人も少なくない。少人数で過剰な空間が必要だ」と話す。4人部屋でも、1人ひとりに窓があるように設計した。昨秋からは患者の心理教育にも取り組む。作業療法士の高橋昌子さんが中心となり、患者4、5人が一緒にストレスのつきあい方などを学んだり、互いの体験を分かち合ったりする。

薬以外の治療に力／経営面など課題

不知火病院の徳永雄一郎院長は00年、埼玉県の戸田病院など4病院で、二日本ストレス病棟研究会をつくった。互いにノウハウを交換し、年1回の研究会を開き、職員の研修も実施する。加盟病院は13病院(表参照)に増えた。うつ病患者は、閉鎖病棟にはかの患者と一緒に入院することが多かった。だが精神疾患はそれぞれ必要な対応が異なる。うつ病の場合にはカウンセリングによって性格を見つめ直し、復職訓練で社会復帰をスムーズにすることが重要だ。

■ストレスケア病棟をもつ病院■

- ・あさかホスピタル(福岡県郡山市) 024-945-1701
 - ・戸田病院(埼玉県戸田市) 048-442-3824
 - ・西八王子病院(東京都八王子市) 0426-54-4551
 - ・松原病院(福井市) 0776-22-3717
 - ・神経科浜松病院(静岡県浜松市) 053-454-5361
 - ・仁大病院(愛知県豊田市) 0565-45-0110
 - ・関西記念病院(大阪府枚方市) 072-867-0051
 - ・草津病院(広島市) 082-277-1001
 - ・いわき病院(高松市) 087-879-3533
 - ・不知火病院(福岡県大牟田市) 0944-55-2000
 - ・可也病院(福岡県志摩町) 092-327-0131
 - ・西脇病院(長崎市) 095-327-1187
 - ・ウエルフェア九州病院(鹿児島県枕崎市) 0993-72-0055
- (日本ストレス病棟研究会による)

日本うつ病学会理事の植口輝彦・国立精神神経センター・武蔵病院院長は「うつ病は薬を飲んで休んでいればよいとされてきたが、最近は薬が効きにくい難治性のうつ病問題になるなど、薬以外のサポートが重要になってきている。ストレスケア病棟は治療の新しい方向を示している」と評価する。また、うつ病患者の自助グループ「MDA(うつ病気分障害協会)」の山口律子代表は「自宅で療養していると、家族関係が急変する。む。しかし、臨床心理士や作業療法士には保険点数はつかない。厚生労働省の研究班でも「ストレスケア病棟のあり方」が議論され、精神科医を増やすことと点数を加算する仕組みも提言されたが、今回の診療報酬改定では見送られた。

