

援)」の必要性が認識されるようになってきたのです。

2) 職場復帰の準備

自宅で静養している状況と、通勤して職場で業務を行う状況では、ストレスとして大きな差があります。復職時の再発を防ぐためには、いきなり大きなストレスを乗り越えようとせず、少しずつ準備を進めることが必要です。そのためには、医療機関、障害者職業センターなどで行っているリワークプログラムに通って、体慣らしをするのが一番よいのですが、プログラムがない場合には自分で体調を整えるための指導が必要です。

まず、生活リズムを整えることが大切です。一日をどう過ごしているか、その時の状態はどうかを、一時間単位の日課につけてもらいます。通勤を想定した時間に起床し、規則正しく食事をし、ある程度活動的に日中を過ごし、決まった時間に就寝するように指導します。状態が改善すれば、ジョギングなどでの体力作り、パソコンの練習、業務関係の読書・インターネット探索などの軽作業を、一日2～8時間くらい段階的に行ってもらいます。また、職場復帰を円滑に進めるためには、復帰1、2ヶ月前から上司などに面談に行くことを勧めます。上司に資料を用意してもらい、本人が内容をまとめた結果をみてもらうと、仕事に戻るよい準備になるだけでなく、上司も本人の状態をみて安心します。このようにして、復職時に突然大きな変化やストレスがかからないようにします。

3) 全人的プロセス

再発せずに復職するためには、これまでに培った業務能力、経験、回復してきた体力を活かす一方、「うつ病を発症していて、再発するリスクがある」という自分の脆弱性も理解して受け容れなければなりません。これまでとは違う、新しい生き方、考え方——リワークアイデンティティを身につけなければならないのです。復職可能な状態を「職場復帰準備性」と呼び、①症状の寛解、②作業ストレスへの対応力・耐性のほかに、③再発防止のための心構え——「リワークアイデンティティが身についていること」が非常に重要な要素であると考えられています。リワークとは、ある人全体の変化を目指す、全人的なプロセスでなければならないのです。

4. 地域でできること

医療機関や各都道府県の障害者職業センターでは、リワークプログラムを行っています。地域にリワークプログラムがあれば、紹介してあげてください。リワークプログラムがない場合は、2)にあげた指導を行ってくれる医師を紹介してください。

さらに、いくつかの診療所、産業保健スタッフ、プライマリーケア医師、企業が連携できれば、人口があまり多くない地域でも、リワークプログラムを立ち上げていくことができると思います。そのためには、保健所などが中心となって啓発活動を進めることには、大きな意味があると思います。地域でリワーク支援が進むことは、患者本人、家族、企業それぞれにとって大きな意義があります。

補遺 うつ病休職者のためのリワークプログラムの活用

うつ病をはじめとする気分障害やうつ状態のために休職となった人々を対象とするリハビリテーション（リワークプログラム）がメンタルクリニックや精神科病院などの医療機関で実施されています。薬物と休息のみでは仕事ができるようにならず、再休職が職場で多く発生していることから、リワークプログラムは再休職の予防を目的としています。2005年頃から精神科デイケアや作業療法などの診療報酬上での仕組みを利用して行われています。2008年にはこのような医療機関が集まりうつ病リワーク研究会（<http://www.utsu-rowork.org>）という全国的な組織が出来ました。平成21年11月段階では、この研究会に属する全国の62医療機関でリワークプログラムが実施されています。

リワークプログラムでは精神療法的な手法を用いたプログラムや職場を想定したオフィスでの作業をおこなうプログラム、また、集団での共同作業を通じて対人コミュニケーションの取り方などを実践するプログラムが行われます。このようなプログラムが毎日実施でき、病状も安定している状態が継続していることにより、復職への準備性が整っていると判断する材料としています。医療保険が使えますので利用のアクセスは比較的良く、プログラムを実施する医療機関へ転院すれば主治医と兼ねられる点も利用者にとっては大きなメリットと考えられます。

補遺 社会復帰支援に係るサービス

<精神保健福祉センター、障害者職業センター、医療機関等の活用の仕方>

1) 医療機関

うつ病が軽い場合、医療機関における薬物療法と支持的精神療法のみで病状は回復し、通常勤務に戻ることができます。しかし、中等症以上のうつ病になると仕事や生活上の支障が顕在化し、病気療養に至ることも多くなります。そこで主治医は職場の産業医や保健師・看護師、心理士等と連携して、職場復帰支援を行うこととなります。ところが病状が遷延し、再発をくり返したり、病状は回復しているのに職場に適應できないといったこともまれではありません。そうしたときに、前述したようなリワークプログラムを医療機関が提供している場合にはそれを活用することができますが、そうでない場合には、精神保健福祉センターや障害者職業センター等の支援機関との連携が必要となります。

医療機関が職場や支援機関と連携する際に大切なことは、病状が復職レベルに回復していること、つまり「職場復帰準備性」が整っている必要があります。その代表的な指標としては、①病状の寛解（ハミルトン尺度やSDS等のうつ病尺度による評価）、②自覚として7、8割の回復、③週5日、毎日8時間は何らかの活動を継続可能、等をあげることができます。

2) 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは各都道府県や政令指定都市に設置されている精神保健福祉における総合的技術センターです。相談業務はどこでも実施しており活用できます

が、うつ病の社会復帰支援については、一部の地域で実施されているのみです。

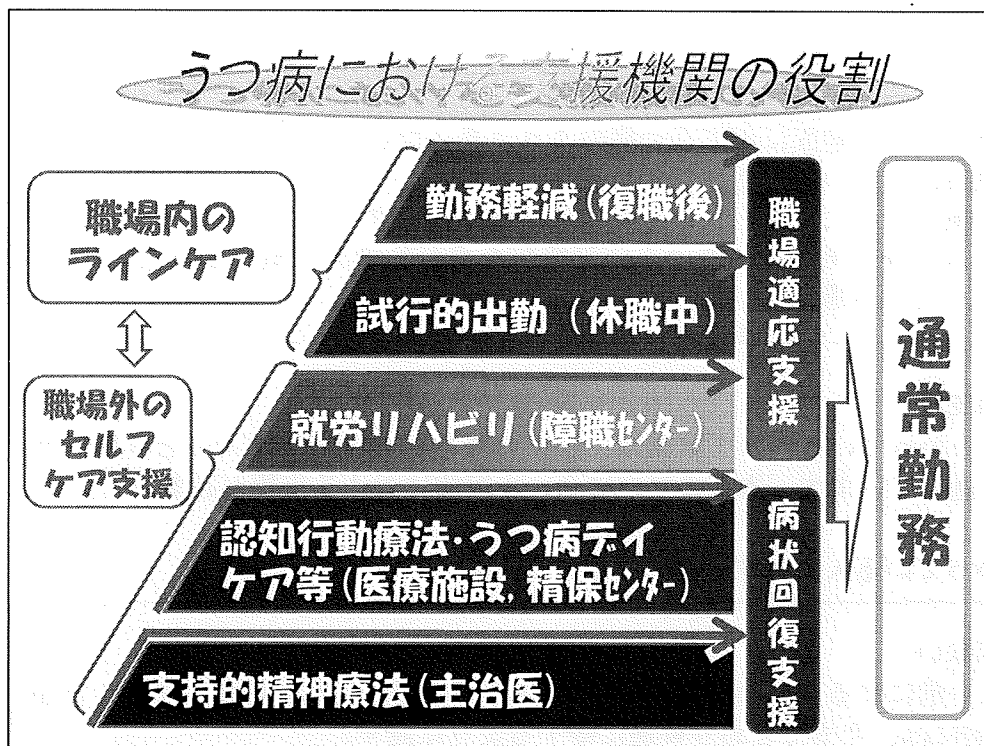
事業内容はうつ病に特化した認知療法・認知行動療法を中心としたデイケアを実施している施設も増えてきましたが、就労支援や家族支援を主に実施している施設もあります。

3) 障害者職業センター

各都道府県に設置されており、リワークプログラムは職場適応を目的としているので、作業は業務関連の計算や製造組み立てなどで構成され、障害者職業カウンセラーが支援の中軸を担っています。再就職者のための自立支援プログラムや、種々の就労関連の福祉施策を活用することもできます。

4) 職場における復帰支援

休職中の「試し出勤」や「模擬出勤」、「通勤訓練」等が各職場で実施されるようになってきており、復職後は勤務軽減を実施する企業も増えてきました。復職支援を円滑に進めるには、管理監督者が率先して先頭に立って支援することが必要です。



家族とのかかわりについて

うつ病について家族の理解と協力を得ることは、早期に医療機関を受診し、本人の回復を図り、そして再発を防ぐ上で、とても大切です。家族に、うつ病の症状、薬の効果、再発防止の重要性、かかわり方のポイント、医療機関の情報などを伝えることとなります。

1) 家族がうつ病に気づくときのサイン

うつ病は様々な症状が出ますが、まわりの人には分かりにくいことが多いものです。次のようなときにはうつ病の可能性があります。

- ① 口数が少なくなる。
- ② 朝方や休日明けに調子が悪そうである。
- ③ 遅刻、早退、欠勤（欠席）が増える。
- ④ 好きなことにも興味を示さない。
- ⑤ 食欲がない。
- ⑥ 急にずぼらになったように見える。
- ⑦ だるさを訴える。

逆に次のようなタイプはうつ病と気づきにくいので気をつけてください。

- ① 体の症状が前面に出てうつ病のように見えないタイプ。
- ② 性格的なものとされてしまうケース。
- ③ 児童などによく見られるイライラが強く出るタイプ。
- ④ 本人自身が気を使ってつらい気持ちをまわりの人に気づかれないようにしている場合。

2) 家族への支援

うつ病にかかっている人のご家族は、日々の暮らしの中で、本人にどう接したらよいか苦慮しています。本人の対応について家族に対する支援が必要です。

うつ病にかかっている人に対する対応のポイント

①心配しすぎない

うつ病の人を前にすると、気を使いすぎてかえって言動がぎこちなくなることがある。基本的には、今までどおり普通に接するように話す。

②励ましすぎない

ご家族はつい心配のあまり、本人を励ましてしまいがち。そのように励ましたくなるご家族の気持ちに共感しながら、しかし本人のペースを大切にしながら話をするようにする。

③原因を追求しすぎない

つらいことが続くと、本人はもちろんご家族もその原因を探しがちになる。それ

が問題解決につながればよいが、往々にして悪者探しになってしまう。「私の性格が悪いんだ」「親の育て方が悪かったんだ」と、誰か悪者を見つけて責めるようになる。こうなるとますますつらくなり、人間関係や家族関係がギクシャクして協力して問題を解決していくことが難しくなる。うつ病などの精神医学的障害は原因がないことも、わからないこともあるので、あまり原因について考え込みすぎないようにすることが大切。

④ 重大な決定は先延ばしにする

本人も、ときによってはご家族も、あせりすぎてつい仕事をやめることを考えたり離婚を考えたりすることがある。しかし、落ち込んでいるときにはどうしてもマイナス思考が強くなっているため客観的な判断ができない。そのため、重要な決定は症状がよくなるまで先延ばしにするように本人に話してもらおう。

⑤ ゆっくり休ませる

疲れているときにはゆっくり休むことも大切。まず、心身ともに休んでリフレッシュするように本人に話してもらおう。本人の話ゆっくり聞いて、家族が手伝ってあげられることは手伝い、できるだけ本人を心身ともに休ませるようにしてもらおう。

⑥ 薬をうまく利用する

うつ病の治療には休養と周囲の人の温かい理解に加えて、薬による治療が役に立つ。薬としては抗うつ薬が用いられるが、周囲の人はその重要性を理解し、本人が医師の指示を守って薬を服用し続けられるようサポートするように話す。

⑦ 時には距離をおいて見守る

本人はうつ病の病状のために度重なる甘えや攻撃がでる時がある。そのような時には距離をおいて本人を見守る環境を作る。

3) うつ病の本人のいる家族のかかわりのポイント

本人に対してまわりの人が気をつけたほうが良いことについて以下に列挙します。

- ① 心配しすぎない。
- ② 励ましすぎない。
- ③ 原因を追求しすぎない。
- ④ 重大な決定は先延ばしにする。
- ⑤ ゆっくり休ませる。
- ⑥ 薬をうまく利用する。
- ⑦ 時には距離をおいて見守る。

4) 自殺未遂者の家族への対応のポイント

自殺未遂をする直前は抑うつ状態だったことが考えられますし、落ち込んだり、死にたいと話したりしたのはそのためだと思われるということを伝えます。その上で、うつ病は、高血圧や高コレステロール血症と同じようによくある病気で、薬を飲むことで治療することができる」と説明して受診を勧めるようにします。また、うつ病は脳の病気—脳の神経のバランスが崩れる病気—で、薬はそのバランスを治す働きをすると説明しても良いでしょう。家族には、自殺未遂をした人は2回3回と繰り返す人が多く、このようなことがまた起こらないようにするためにも、専門の精神科の受診をした方が良いと言って受診を勧めるようにします。

医療機関とのかかわり方

これまで述べてきたようなスクリーニングをはじめとする地域介入や住民に対する普及啓発活動はもちろんのこと、抑うつ状態にあると判断された地域住民への援助にあたってより質の高いサービスを行うためには、保健師等の関係者の能力を高める努力を続けることが不可欠です。

そのためには、保健師等が相談の際の基本的な対応方法や面接技法を修得し、住民の精神状態を把握して必要に応じて援助・介入を行えるような技法の修得を目的とした研修を行うことが必要になります。

なお、地域住民が精神的な問題を相談することに対して躊躇する可能性を考慮して、相談室の設置場所の選定を慎重に行うとともに、そうした相談窓口の存在を地域に伝えるようにすると良いでしょう。

さらに、地域における初期介入を効率的に行うためには保健師等を中心として、一般臨床医や精神科医、その他の医療関係者との緊密な連携を確立する必要があります。

なお、うつ病のために自分を傷つける可能性が高くなった場合や自殺企図（自殺を実行すること）がみられた場合には消防（救急）や警察とも連携する必要があります。その場合には、個人のプライバシーや地域住民の反応に十分注意しながら迅速に対応するようにしましょう。

医療機関との連携は、自殺の危険性がある場合はもちろんですが、一般診療科の受診者のなかにはうつ病にかかっている人が多いことから大切になってきます。ちなみに、わが国の一般診療科の受診者のなかでうつ病にかかっている人の割合は調査によって1.6%～6.5%とかなりばらつきがあります。また、プライマリケアの初診患者のうちうつ病にかかっている人の割合については16%という報告があります。

1) 医療機関の情報の把握

①医療機関の特徴・アクセスなど

医療機関の特徴やアクセスのしやすさなど、日頃から医療機関の情報を把握しておく、受診を勧めやすくなります。実際に訪問し、医師や待合室の雰囲気などを知っているとさらによいでしょう。また、女性の医師を希望する場合や臨床心理技術者によるカウンセリングの併用などを希望する場合があります。診療所や総合病院精神科などの方が抵抗がない場合は、こうした医療機関を紹介する方法もあります。

②精神科以外の医療機関

うつ病については、精神科医療機関であれば、どこでも対応可能と考えてよいですが、どうしても精神科には行きたくないという場合には、心療内科や神経内科の受診を勧めるという方法もあります。また、内科など他の診療科を受診して、心身両面からのチェックを受けることを勧めてもよいでしょう（その場合、今までよくかかっていた主治医に相談してもよいでしょう）。

2) 受診援助について

受診前に医療機関の情報を伝え本人が安心して受診できるように援助します。同時に家族にも説明し、受診やその後の治療に対して家族が継続して本人を支援できるように準備しておくことも大切です。時には医療機関に同行したり、本人の了解があれば、あらかじめ医療機関と連絡を取り、安心して受診できる状況を準備したりしておくことも可能です。

3) 受診継続について

一旦受診につながっても、どうせよくなる、すぐによくなるなどの理由で、受診をためらう場合があります。悲観的な気持ちが強いと治療しても無駄だという考えにとらわれてしまうこととなります。こんな時は、「今そう思えるのはよくわかるが、それは病気の影響である」と説明し、治療を受け、薬を服用することで改善することを説明します。また、薬を服用し始めても、その効果が現われるまでに2週間程度かかる場合がありますので、「決してよくなるのではなく、今はその準備期間である」ことを伝え、理解を得ます。

しばらく薬を服用している人でも、ある程度改善してくると、もう治ったと思って、通院をやめてしまう場合があります。こんな場合は、再発の危険性が高くなりますし、離脱症状（中止後発現症状）が現れることもありますので、治療継続の必要性について医師とよく相談するように助言します。一般的には、症状が軽快した後も6ヶ月から1年は同じ量の服薬を続けてから、薬の量を漸減し中止するという方法をとります。

その他の関係者との連携

1) 精神保健福祉相談員等との連携

多くの保健所には、精神保健福祉相談員として、精神保健福祉士や保健師が配置されています。また、精神保健業務担当の保健師が配置されている場合もあります。精神保健福祉相談員や、精神保健福祉業務担当の保健師は、うつ病についても経験豊富な場合が多く、本人や家族とのかかわり方や、受診援助の方法について助言を得ることができます。また、医療機関に関する情報についても、実際に医療機関を訪問した経験などを踏まえてより詳しい情報を聞くことが可能です。経験を踏まえた情報や地域の状況にあった情報を加えることにより、このマニュアルをより有効に活用することにつながります。

また、マニュアルに沿って支援を継続してはいるものの、「本当にこれでよいのだろうか」と不安になる場合や「他に方法はないのだろうか」と確かめたくなる場合もあるかもしれません。そんな時、経験豊富な相談員から、「このままの支援でいいと思う」とちょっとした同意が得られるだけで、安心して支援ができることもあります。支援者が感じている不安は、意外に本人にも伝わりやすいもので、そのために信頼関係がうまくできない場合もあります。本人との信頼関係を築くためにも、保健医療従事者自身が気軽に相談できるネットワークを日頃から作り上げておくことが大切です。

2) 保健所嘱託医師（精神科）との連携

多くの保健所では、精神科嘱託医による精神保健相談が、頻度は様々ですが、実施されています。すぐに医療機関を紹介した方がよいのかどうか迷う場合、家族が精神科受診に抵抗を感じている場合、本人が精神科受診に拒否的な場合、近くに精神科医療機関がない場合など、一旦精神保健相談で相談の上、受診に結びつける方法もあります。たとえば、家族に精神科医療に対する不安が強い時は、まず家族に相談日を利用するように勧め、精神科医からうつ病やその治療方法について説明を受けることで、理解が得られる場合もあります。家族が精神科受診について安心できなければ、病気で不安になっている本人が安心できないのは当然とも言えるでしょう。このように家族の協力を得るために、精神保健相談を利用するのもひとつの方法です。

また、抑うつ気分のために自宅からの外出が長期にわたって困難な場合や、悲観的になり、「医者に行っても無駄だ、どうせ治らない」などと受診に対して強く抵抗を示すような場合は、嘱託医の協力と家族の理解を得て家庭訪問を行い、本人の病状や生活状態などを把握することで、うつ病かどうか、病気の重症度、緊急性の有無などについてよりの確な見通しを立てて支援していく方法もあります。さらに、地域によっては往診を行っている医療機関もありますので、医療機関との協力関係を築いておくことも大切です。

3) 精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターは精神保健福祉法第6条に規定されており、都道府県、指定都市に1ヶ所（東京都は3カ所）設置され、総合的技術センターとして地域精神保健福祉活動の中核機能を担うとされています。ほとんどの精神保健福祉センター

では、「心の電話相談」や精神保健福祉相談を実施していますので、必要に応じてこれらの相談の利用を勧めることも可能です。支援に行き詰まりを感じている複雑困難ケースの場合に限らず、セカンドオピニオンを求めている場合、地域では人目を気にしてかえって相談しにくい場合などに利用を勧める方法もあります。

また、精神保健福祉センターでは、保健師等に対してうつ病についての教育研修を実施したり、事例検討会などを開催したりしていますので、日頃からこれらの機会を積極的に利用し、知識の習得や支援技術の向上を図ることも重要です。さらに、他の保健師等が経験した事例を通して、情報交換や情報の共有を図ることにより、より適切な支援のあり方を学ぶ機会ともなるでしょう。

うつ病にかかっている人とのかかわり方を考えるとき、本人や家族の理解と協力が得られているときは、比較的スムーズに支援可能ですが、本人や家族の理解と協力が得にくい場合や、長期にわたってうつ状態が持続し、治療の継続に疑問を感じている場合などには、容易には支援が進まない場合もあります。このようなときには、ここに述べた、精神保健福祉相談員、精神科嘱託医、精神保健福祉センターなどと連携しながら、支援方法に工夫しつつ進めていくことが求められます。そのためには、日頃の連携を重視して、必要なときに支援体制を組めるようなネットワークが大切です。

さらに、日々の実践の中から、うつ対策における地域の課題を把握し分析することによって、より充実したうつ対策の展開につながることをめざしたいものです。

補遺 職域との連携のあり方について

職域との連携に際しては、当該労働者の意志を尊重し、情報交換の目的や内容についても事前に同意を得ておくことが必要です。全ての健康情報はプライバシー保護の対象となるため、職域との連携においては、産業医を窓口とすることが望ましいと思われれます。産業医は、地域医療機関等からの情報を、職場での支援のために必要な内容に制限・集約したうえで、上司や人事労務担当者に伝えます。そしてこの情報をもとに、関係者間でうつ病労働者の支援内容を検討します。産業医が必要とする情報は、労働者の支援に関して職場が配慮すべき事項の他、現在の治療状況、今後の治療の必要性、業務遂行に影響を及ぼす症状や薬の副作用の有無、休業中の生活状況などです。

医療機関側も、事業場のメンタルヘルス体制や復職支援等のルールについて情報を得ておくとい良いでしょう。一部の医療関係者には、産業医との情報交換に対して慎重な態度を取る人もいますが、医療機関との情報交換が不十分なことによってうつ病労働者の職場での支援が不十分なものになることも少なくありません。

うつ病労働者の支援のためには、当該労働者、医療機関、職域の三者が必要な情報交換を行いながら機能的に連携することが欠かせません。産業医が不在の事業場においては、上司の他、産業看護職や衛生管理者、人事労務担当者等との連携が重要になります。この場合には、医療情報についての情報提供は制限されますが、必要な事項についてはきちんと情報交換を行い、適切な支援に結びつけることが必要です。

4. 活動全般に対する注意

倫理的な問題に配慮しましょう

うつ病や自殺など精神医学的な問題は個人情報に関する重要な課題で、情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護等について地域で十分に検討し、個人に不必要な負担がかからないよう十分配慮する必要があります。

うつ対策についての知識及び技術を習得し、向上するよう努力しましょう

スクリーニングをはじめとする地域介入や住民に対する普及・啓発活動はもちろんのこと、抑うつ状態にあると考えられる地域住民への援助にあたって、より質の高いサービスを行うためには、保健師等の関係者の能力を高める努力を続けることが不可欠です。

そのためには、保健師等が相談の際の基本的な態度や面接方法を学び、住民の精神状態を把握して必要に応じて援助・介入を行えるような技法の修得を目的とした研修を行うことが必要になります。

保健医療従事者自身の心のケアが必要です

うつスクリーニングや相談、家庭訪問において、保健医療従事者が関わる本人やその家族などからの相談内容は、家族の死や病気、介護のストレスなど非常に重い内容です。うつ対策に従事する保健医療従事者自身も気分が沈み込んだり、ひどく疲れたりといった軽い抑うつ状態になることがあります。また、事業を進めている際に地域に自殺死亡者が出ることがあると、強いストレスとなるといわれます。ですから、うつ対策に従事する保健医療従事者自身の心のケアも重要です。

事業に関して職場内の上司や同僚の理解があること、事業に関してストレスに感じたり、落ち込んだりするようなことがある時には、職場の上司や同僚にいつでも相談できる体制にあること、できれば精神科医などの専門家のサポートがあることが望ましいでしょう。また、保健所や精神保健福祉センター、大学の専門家を含んだサポート体制を作っておくことも大切です。こうした体制は、継続的な相談はもちろんのこと、自殺未遂者がでたときなどの緊急の対応のためにも役に立ちます。

また、保健医療従事者自身もストレスを解消し、仕事とプライベートを切り換えることができる方法を身に付け、休養をとりながら積極的に心身をリフレッシュするなど、自分自身の心の健康づくりに心がけることが大切です。

コラム：青森県名川町（現：南部町）では県の精神保健福祉センターや大学の精神科医との間にテレビ電話を設置し、定期的にテレビ会議を開いています。こうした設備は、各施設が離れていてもお互いに顔を見ながら相談ができるということに加えて、各施設の複数の関係者が同時に話ができるという利点もあります。

コラム・活動事例・資料 編

<コラム>

- コラム 1 : 電話相談における精神障害者への基本的な対応—うつ病を中心に・・・1
- コラム 2 : グリーフ・ワーク (悲嘆作業) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

<活動事例>

1. システムの構築：青森県名川町 (現：南部町) ・・・・・・・・・・4
2. 一次予防：秋田県由利町 (現：由利本荘市)、青森県鶴田町 ・・・・・・・・5
3. 二次予防：鹿児島県伊集院保健所 ・・・・・・・・・・・・・・・・5
4. 三次予防：岩手県立久慈病院精神科 ・・・・・・・・・・・・・・・・6

<資料>

- 資料 1 : うつ病について・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
- 資料 2 : 二次アセスメントの際の面接のポイント・・・・・・・・12
- 資料 3 : 対象別にみたうつ対策・・・・・・・・・・・・・・・・17
- 資料 4 : 本人支援のための具体的アプローチ・・・・・・・・21
- 資料 5 : スクリーニングの実践例・・・・・・・・・・・・・・・・26
- 資料 6 : うつ対策の評価例・・・・・・・・・・・・・・・・・・31
- 資料 7 : 自殺未遂者への対応 青森県名川町 (現：南部町) の例・・・・32
- 資料 8 : 我が国の1985年以降5年間以上継続された高齢者自殺予防活動の実績
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33

コラム1：電話相談における精神障害者への基本的な対応—うつ病を中心に

前書き：電話相談はメディアの性格から、海外でも精神疾患に悩む人たちからの相談がかなり高い比率を占めています。日本では精神疾患に対する社会的偏見がいまだに強いためかその傾向が目立ちます。匿名で顔を見られなくてすむためか、不安の強い相談者には相性がよいといえるでしょう。ですから自己開示が容易になるなど、電話ならではの信頼関係を作ることができます。

1. 対応の基本

- 1) いのちの電話の統計では、電話相談を利用する精神障害者（及びその家族）は、半数が精神科の治療を受けているか過去に治療歴があります。この場合は病院ないしは医師への不満、苦情が多くなります。電話相談員は言葉通りに受けて同調してはいけません。“葉づけ”などという医療批判にしても、たいていは医師が必要と診断して処方しているわけで一概に非難すべきではありません。ただ事実関係は不明であっても、不満な気持ちそのものは事実であって、それを受け止めた上で、基本的には主治医を信頼して続けるよう話します。
- 2) そうした不満ないしは不安の中で圧倒的に多いのが、薬の副作用とその不快感です。この場合も服用そのものの是非についての議論を避け、不快、不安の気持ちだけを受けとめ、どうしても不安な場合は医師に相談するよう話します。
- 3) 病識がなく、したがって治療を受けていない人たちもたくさんいます。この場合、相談員はかなり異常であると判断しても、診断はできませんし、まして相手に病識を持つことを期待すべきではありません。電話では最終的には精神科に受診をすすめるか、内科などの主治医に相談をするように話します。
- 4) 精神疾患を病む人たちは周囲から疎外されているので、孤独の不安の中で相談しているのです。相談員の温かい対応が気に入って、依存的な常習的通話者になることがよくあります。この場合「またか」といった対応はすべきではありませんが、かといって依存を助長させてはいけません。相談員は依存されると「自分なら何とかできる」「してあげたい」と思いがちになりますが、そのような気負いは持つべきではありません。
- 5) 相談員は相談者を分析したり、治療的な対応をしてはいけません。そこで訴えられた孤独、不安、苦痛、悲嘆などをそのまま受けとめ、時間をかけて共有することが大切で、これは電話相談員しかできない貴重な役割と言えます。

2. うつ病の電話相談

感情が沈み、悲哀感が強くなり、時には死にたい気持ちになるのがこの病気の特徴です。しかも「自分の苦しさは誰にも分かってもらえない」といった孤立感を持っています。これとは逆に躁状態で多弁に話してくるケースは電話相談ではあまりありません。この病気は良くなるという希望を持つことは大切ですが、安易に激励し慰めるような対応はすべきではありません。相談相手や周囲の人たちが元気だとかえって疲れたり、落ち込んだりしてしまうので、相談者の落ち込んでいる調子に合わせ、つまり同じ心の目線で相手になることが基本です。

言葉を交わすだけでなく、黙っていても気を持ち直すまで一緒にいてあげるといふ相談員のスタンスが大切です。かつて東京いのちの電話で、うつ病を病む女性

から真夜中に電話があり、1時間余り苦しい気持ちを訴えたことがありました。やや気持ちが上向いたところで、相談が混んでるからと、相談員が終了をそれとなく告げると、「切らないで、話さなくてもいいから、そこにいてください」と絶叫したことがありました。うつを病む人たちが必要としているのは、情報やアドバイスではなく、理解し共有してくれる人が周囲にいることです。

3. 電話相談におけるセカンドオピニオン（主治医以外の専門家の意見）

医師による電話相談ではセカンドオピニオンを求められることが多いようです。東京いのちの電話では創立直後の1973年以来、一般の電話相談と並行して医師による医療電話相談を実施していますが、この相談の特徴は精神疾患にかかわる訴えが多いことです。一般的に電話による医療相談はセカンドオピニオンを求めているようで、すでに何らかの治療を受けているグループのほうが、未治療群より多いことがそのことを如実に裏づけています。たとえば副作用や今後の治療についての不安があつて、現在の治療でよいのかどうかと確かめてみたいのです。

患者は今の自分の診断・治療・予後について知る権利があり、医師側もセカンドオピニオンを求められた場合には、診断書や紹介状を書く義務があります。他の医師による電話相談を利用し、主治医には話づらいことを相談され場合もあるのでしょうか。ことに社会的偏見が強い精神疾患については、電話による相談は安心して相談できます。苦情や不安をていねいに聞くだけで、たいいていの利用者は満足し安心するものです。電話による医療相談は、セカンドオピニオンの1つの方法として、その役割を果たしています。

4. インターネット相談—今後の課題として

最近では若者を中心にネットによる相談が、かなり利用されるようになりました。

若者の「社会的ひきこもり」を対象にメール相談を数年前から実施している医療機関もあります。若者本人からの相談が70%を占め、ドイツのネット相談でも同じ傾向が報告されています。電話は匿名が保証されるとはいえ、声による感情表現は隠せません。ところがそれすら怖れているのか、つまり関係づくりができず、電話ですらリアルタイムで人と関わるのが苦手な若者たちがネット相談を利用しています。

うつ病にかかっている人も同じような不安を持っていると思われるので、今後の課題として、うつ病を対象にしたネット相談の可能性の検討もあげられます。

* 上記は東京いのちの電話の「相談員のための手引き」（1997年版、62頁）

8章2項「精神障害者への対応の基本」を要約、加筆したものである。

コラム2：グリーフ・ワーク（悲嘆作業）

自殺の危険因子としてうつ病をはじめ何らかの精神疾患が指摘されますが、人生的に言えば、そこに何らかの喪失体験があったとも説明できます。あるいは悲嘆に起因する怒りや罪責感が抑圧され、その抑うつ状態が直接動機として自殺の引き金となっていることも推測できます。ことに生別、死別にかかわる大きな喪失経験は、うつ病の発症契機や自殺の直接動機ともなるでしょう。そこで喪失ないしは悲嘆の現実を辛くとも受容し、それを自分の人生の意味として位置付ける作業が必要になります。これをグリーフ・ワーク（悲嘆作業、grief work）と呼びます。

グリーフ・ワークは、悲しみと痛みを覚えつつも、喪失の事実を認め、その変容した状況に適応できるようになる時に完了します。たいていの場合は葬儀やそれに続くさまざまな法事ないしは宗教的儀礼のなかで、あるいは近親、知人、友人との出会いの中で、悲しみは言語化され受容され慰められ昇華されていくものです。症状が軽度な場合はこのように周囲の支援があれば立ち直れますが、悲嘆が遷延化し重篤な場合は専門的な精神科治療等が必要になります。いずれの場合でもここで大切なことは、喪失体験とこれにともなう悲嘆には必ず特有な悲嘆反応とプロセスがあるという認識です。

グリーフ・ワークではこのようなプロセスに添って適切な対応が望まれます。たとえば援助者（治療者）は性急な激励をしたり、援助者自身の価値観で本人の悲嘆、怒りないしは罪責感を否定したりすることは避けるべきです。最近はこのような認識に立って、自殺のハイリスク・グループである自殺未遂者や自殺遺児など、いわゆるサバイバー（survivor）へのケアないしはグリーフ・ワークの試みがなされているのは喜ばしいことだと言えます。これは優れて自殺の予防的役割を果たしていると言えるでしょう。

最近、「グリーフ・マネジメント」と称するワークショップを実施している団体もありますが、これはうつ病の予防ともなり得るでしょう。

活動事例

ここでは、うつ対策にたずさわった保健医療従事者からの報告をもとに、保健医療従事者の活動が実際にどのように行われ、どのような成果が見られているかを次に挙げる4つの活動を通して紹介することにします。

1. システムの構築：うつと自殺の予防と住民の心の健康づくりに平成11年から取り組んでいる青森県名川町（現：南部町）の活動事例

「心の健康づくり事業」に町が取り組み始めたのは平成11年のことです。最初は経験もなく手探りの状態でしたが、所轄の保健所や精神保健福祉センター、八戸市の精神科医、大学の協力を得ながら少しずつ活動を開始しました。事業の中心課題は①うつスクリーニングの実施、②一般住民への啓発・普及活動、③高齢者への集団援助活動、の3項目です。

1) うつスクリーニングの実施

うつのスクリーニングは健康診査の問診票に『心の健康度自己評価票』を組み込むなどして実施しています。スクリーニング陽性者には訪問面接を行い、必要時には受診勧奨を行っています。また、専門家とケースカンファレンスを行うなどして、保健師等の保健医療従事者の能力を高める努力をしていきました。

2) 一般住民への普及啓発活動

事業初年度はうつ対策や自殺活動を公にすることにためらいもありましたが、住民が中心になってうつ対策や自殺予防に取り組んでいくことが重要であることから、町長をはじめ行政が率先して活動の重要性を町民に説明しながら活動を展開することになりました。これによって住民の活動への抵抗感が減り、住民の協力を得やすくなりました。

2年目からは高齢者サービスを主に行っている社会福祉協議会職員や、町民と行政のパイプ役である民生児童委員や保健推進員に対して、講演会等でうつ病と自殺に関する理解を深めてもらう活動を行い、活動の幅を広げていきました。また、地区の健康教室や老人クラブの定例会等でうつ病に関する教室を開催したり、町の広報に1年間をとおしてうつ病のコラムをのせたり、うつ病に関するパンフレットを配布したりするなど、啓発普及に心がけました。

3) 高齢者への集団援助活動

活動を行う中で保健師たちは、「働けなくなったら死んだほうがましだ」という考えが町民の中に根強く存在していること、高齢者が次世代との価値観の違いを嘆いている場合があることに注目しました。町のほとんどの人は、若い頃から農作業に従事し、朝から晩まで働くことを生きがいに感じていて、加齢や疾病によって長年携わった農作業や家事を行えなくなった場合、家庭に居場所を失ったと感じるようでした。三世代家族であっても家族との交流が乏しい高齢者が少なくないことも分かりました。

そこで、地域住民との交流を深めて高齢者の閉じこもりや寝たきりを予防し、住民の心の健康と生きがいづくりを目的とした地域拠点生きがいサロン「よりあいつこ」を、社会福祉協議会、町内会、民生児童委員、保健推進員との協同事業により平成12年度に開設しました。

このほか、町の他部門と連携して、金銭問題の相談の際に心の健康にも目を向

けたり、自殺企図（自殺を実行すること）のある住民や家族のサポート、自殺で家族を失った住民の援助なども行っています。

こうした活動の結果、うつ病についての相談件数が少しずつ増えてきました。

2. 一次予防：住民が紙芝居や演劇を使って一次予防としての心の健康づくりに取り組んでいる秋田県由利町（現：由利本荘市）や青森県鶴田町の活動事例

秋田県由利町（現：由利本荘市）では平成9年から地域内 67 集落のうち 6 集落をモデル地区として選び、青森県立精神保健福祉センターの精神科医師と共同でうつと自殺対策の1次予防活動を実施しています。そこでは精神科医師による心の健康づくりに関する講話に加えて、保健師らが配役を担当して「聞き耳ズキン」という紙芝居を上演しています。ある若者が森でズキンを発見し、それを頭に被ったところ鳥や動物の話がわかるようになります。そのなかで鳥やタヌキは、近くのばあ様を最近みかけなくなったことを心配して、タヌキの長老に相談しようと話しています。

また、青森県鶴田町では、地域協力員による鶴亀座という劇団が、演劇を通して住民の心の健康づくりとうつ病の一次予防に取り組んでいます。これは青森県の多くの町で住民が行っている身体疾患に関する健康劇団を、精神疾患の一次予防に活用したものです。

脚本は「人生いろいろ心もいろいろーできることから始めよう心の健康づくりー」というテーマで町の保健師が書き、津軽弁で演じられます。演劇の内容は、鶴田家の一家の大黒柱である亀太郎さんが経済的にも、年齢的にも苦悩が絶えずうつ病にかかってしまうというもので、劇を通してうつ病の治療や心の健康づくりをみんなで考えようという設定になっています。亀太郎は、りんごや米の収穫も打撃を受け、一升瓶の酒を朝からのみ、うつうつとしています。その様子を見て心配した家族や近隣の人、地域協力員が病院への受診を説得しますが、亀太郎はガンとして応じようとしません。しかし、いろいろな人と話しているうちに亀太郎の気持が次第に変化して、ついに受診を受け入れ、みなが大喜びするという話で、会場の参加者は笑いながらうつ病の問題や対処の仕方をいつしか身につけてしまえるように構成されています。

3. 二次予防：一次スクリーニングをきっかけに住民の受診とその後の治療を援助した鹿児島県の保健所の活動事例

保健所保健師が、うつスクリーニングを実施することにより、家族や本人も意識していなかった重症のうつ病を発見し、精神科受診勧奨を行い、その後も精神科診療所、保健所、町保健師の連携による継続的な支援により、電話相談や訪問による自殺行動の予防等、治療の成果を上げることができた事例です。

1) スクリーニングから受診勧奨まで

事例は、夫や子供と一緒に生活している 30 代の主婦です。町のレディース健診結果報告会で実施したうつ1次スクリーニングで陽性であったことから、結果報告会終了後に会場個室で保健所保健師が面接を実施しました。

その女性は近所に住んでいる姑との関係に悩んでおり、昨年、体調が悪く寝込んだときには自殺や死を考えたこともあり、夫は育児には協力的ではあるが、考

えすぎだと言って本人の話を聞こうとしないということがわかりました。

保健師は、十分に時間をかけて本人の話に耳を傾け、つらいときには保健所や町の保健師に相談するように助言しました。そして、保健所、町保健師、看護師によるミーティングでこの事例について報告し、状況によっては保健所と町とで協力連携する必要があることを確認しました。

2週間後、保健師が家庭訪問してうつ2次スクリーニングの面接を実施したところ、抑うつ症状が強いことがわかりました。そのとき、その女性は、「このままではよくない。受診した方がよいと思っている。」と話しました。こうしたことを受けて保健師は女性にうつ病について説明し、精神科診療所を紹介しました。

2) 受診後の経過

女性は夫の了解を得た後に精神科診療所を受診しました。家庭訪問から1ヶ月後のことです。診療所では、重症のうつ病と診断されて治療が開始されました。この経過の中で保健師は、服薬継続の必要性について説明し、困ったときにはいつでも相談するように伝えました。

精神科診療所受診後、症状は若干改善しましたが、2ヶ月後には再び精神的に不安定になり、不眠のために夜中アルコールを飲むようになり、ある日のこと、アルコールと一緒に薬を大量に服用しました。彼女は「死のうとは思わないがつらさを理解してもらいたかった。」と、このときのことについて話しています。

保健師は、主治医と連携をとりながら姑や夫との家族調整を行い、町の保健師とも協力して訪問相談を継続しました。その後、次第に落ち着きを取り戻しています。

4. 三次予防：リエゾンナースを導入して地域と医療機関とが連携している岩手県立久慈病院精神科の活動事例

岩手県立久慈病院精神科では、「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模研究」(厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業)の一環として、リエゾンナース活動を開始しました。総合病院で一般に行われるコンサルテーション・リエゾン精神医療は身体疾患を持つ患者に対する精神医学的援助を目的として行われるものですが、ここではそれに加えて、患者や家族の心の健康問題に対する支援を図るなど、地域との連携も視野に入れて活動しています。

リエゾンナースの導入は、職員への事前アンケートや院内研修会により事前に院内に広報し、さらに精神科医師の病棟回診に同行して病棟スタッフとコンタクトを持って病棟スタッフにリエゾンナースの運用方法を理解してもらいながら、円滑に行われました。実際の業務を次に挙げてみます。

- ① 精神的危機が生じる可能性がある入院中の患者や家族の精神的ケアに携わります。病棟スタッフと協力しながら、病気のために体が思うようにならない患者のもどかしさや、将来への不安や悩みに対して心理的援助を行います。
- ② 患者が地域の社会資源を運用できるように、関係機関と連携をとり援助します。患者や家族は、知識が十分でないために社会資源を有効に利用できていないことがあり、退院後の療養や生活に対する不安を感じている場合があるためです。
- ③ 地域で暮らす外来患者の電話相談にも対応します。

資料1：うつ病について

うつ病とは

うつ病というのは、気分がひどく落ち込んだり何事にも興味を持てなくなったり、おっくうだったり、なんとなくだるかったりして強い苦痛を感じ、日常生活に支障が現れるまでになった状態です。こうしたうつ状態は、日常的な軽度の落ち込みから重篤なものまで連続線上にあるスペクトラムとしてとらえられていて、原因についてはまだはっきりとわかっていません。うつ病のときのつらい気持ちを言葉で表現するのはとても難しいのですが、うつ病にかかっているある女性は、悲しくて苦しくて涙がこぼれ落ちそうになる直前に胸が強く締めつけられるようになる、そうした状態がずっと何日も、場合によっては何ヶ月も続いているようなものだと語ったことがあります。

うつ病は、以前は内因が関与している内因性うつ病と、心因が強く関与している心因性うつ病ないしは神経症性うつ病とに分けて考えられていましたが、現在はそうした原因がはっきりしないことや、内因性うつ病でも発症のきっかけとなる心因があることが多いことから、症状の形で分類されるようになりました。

それには、精神的に活発になりすぎていろいろな問題が出てくる躁の状態を体験したことがある双極性障害（以前の躁うつ病）と、抑うつ症状だけを体験する大うつ病性障害 major depressive disorder（中核的なうつ病）、比較的軽い症状が長期間続いている気分変調性障害 dysthymic disorder などがあり、全体を気分障害と呼びます。

症状

うつ病の基本的な症状は以下のようなものですが、大うつ病性障害と診断されるためには、このなかのうつ気分または興味や喜びの喪失のどちらかの症状を含む5つ以上の症状が存在している必要があります。しかもそれに加えて、期間（ほとんど毎日1日中、2週間以上持続）と障害の強さ（症状のために精神的ないしは社会的な障害が生じている）の基準を満たす必要があります。

また、症状数が2から4の場合に小うつ病性障害、大うつ病性の基準を満たさないうつ病症状が2年以上持続している場合に気分変調性障害と診断することになっています。

気分障害の分類

双極性障害

うつ病性障害

大うつ病性障害

小うつ病性障害

気分変調性障害

うつ病の症状

- ① 強いうつ気分
- ② 興味や喜びの喪失
- ③ 食欲の障害
- ④ 睡眠の障害
- ⑤ 精神運動の障害（制止または焦燥）
- ⑥ 疲れやすさ、気力の減退
- ⑦ 強い罪責感
- ⑧ 思考力や集中力の低下
- ⑨ 死への思い

この他に、身体の不定愁訴を訴える人も多く、精神病症状が認められることもあります。こうした症状の詳細については資料 2：二次アセスメントの際の面接のポイントを参照してください。

頻度

わが国の地域の住民がうつ病を体験する頻度は、平成14年度に無作為抽出された1,664人の住民を対象に行われた厚生労働省研究班の調査（「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究（主任研究者吉川武彦）及び同特別研究事業「こころの健康問題と対策基盤の実態に関する研究」（主任研究者 川上憲人）」によれば、DSM-IV（米国の診断基準）による大うつ病性障害の12ヶ月有病率（過去12ヶ月間に診断基準を満たした人の割合）は2.2%、生涯有病率（調査時点までに診断基準を満たしたことがある人の割合）は6.5%、ICD-10（世界保健機関の分類）診断によるうつ病の12ヶ月有病率は2.2%、生涯有病率は7.5%であり、これまでにうつ病を経験した人は約15人に1人、過去12ヶ月間にうつ病を経験した人は約50人に1人でした。また、うつ病の平均発症年齢は20歳代でした。

危険因子

うつ病は女性に多くみられますが、これは女性ホルモンの増加、妊娠、出産など女性に特有の危険因子や男女の社会的役割の格差などが男女差の原因として指摘されています。うつ病の平均初発年齢は20-30歳の間で、一般には若年層に高頻度にみられます。また、海外では低学歴、低収入・貧困、無職者にうつ病が多いとされていますが、わが国の調査では社会経済要因との関連ははっきりと証明されていません。

そのほか、海外では、養育体験、最近のライフイベント（離婚、死別、その他の喪失体験）、トラウマになるような出来事（虐待、暴力など）、社会的支援、性格傾向（神経症傾向など）がうつ病の危険因子として報告されていますし、急速な都市化が影響するという可能性も指摘されています。

受診行動

平成14年度に上記の研究班が行った大規模疫学調査では、DSM-IVによる大うつ病の生涯経験者のうちこれまでに精神科を受診した者は18%、一般診療科を受診した者は8%、いずれかの医師を受診した者は25%でした。過去12ヶ月間の

経験者では、11%が精神科を、3%が一般診療科を過去12ヶ月間に受診していました。

個人及び社会への影響

うつ病にかかると著しい精神的な苦痛を体験しますし、その程度にかかわらず社会的な機能が低下し、日常生活に支障が生じますし、自殺の危険性も高まります。虚血性心疾患、糖尿病、骨粗鬆症などの一般身体疾患にかかる危険性も高まることもわかっています。米国ではうつ病による経済的損失は年間530億円と推定されています。

経過

うつ病にかかっても数ヶ月で症状が治まる人が多いのですが、大うつ病性障害と診断された人の40%が1年後になお大うつ病エピソードの診断基準を満たしており、それ以外でも20%の人が何らかの抑うつ症状を呈していたという報告もあります。いったん改善しても約60%が再発しますし、2回うつ病にかかった人では70%、3回かかった人では90%と再発率は高くなります。

米国では、うつ病にかかった人で完全に症状が消失する人は3分の2、症状が変わらないか軽くなるだけの人は3分の1であると言われていています。入院経験のあるうつ病の人を15年間追跡調査をした英国やオーストラリアでの研究では、その後一度も再発しなかった人が2割、症状が変わらない人や自殺で命を落とす人が2割、再発を繰り返す人が残りの6割だと報告されています。

このようにうつ病は長期に持続する疾患であり、早期発見が大切であるだけでなく、長期にわたってのケアが必要な病気でもあり、地域での援助が非常に重要になってきます。例えば、新潟県松之山町（現：十日町市）ではうつ病のスクリーニング、専門家による診断面接、診療所医師による治療と保健師によるケアを10年間実施し、10万人対自殺率が434.6から123.1に減少しました。岩手県の浄法寺町（現：二戸市）でも同じような成果が報告されています。

治療

うつ病の治療は、薬物療法などの生物学的治療、精神療法、環境調整の3本柱で行います。

1) 生物学的治療

生物学的治療には薬物療法や電気けいれん療法があります。電気けいれん療法は最近では麻酔下で無けいれんで行う手法が使われることが多く、症例によってはきわめて効果的です。

薬物療法は、これまで使われてきた三環系抗うつ薬や四環系抗うつ薬に加えて選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）が使用可能になり、治療薬の選択の幅が広がりました。薬物療法では次の各点に注意する必要があります。

- ① 服薬を始めてすぐに効果が現れるわけではなく、一般に1週間から3週間の期間が必要です。
- ② 薬物療法の効果を上げるためには十分な量をきちんと服薬することが重要です。慢性化している例ではきちんと服薬していない例が多いと報告されてい