

「うつ」問題対応マニュアル



大分県こころの健康づくり部会
大分県精神保健福祉センター

はじめに

わが国では平成10年以降自殺死亡者が毎年3万人を超える状況が続いています。自殺者の背景には、健康問題、経済、生活問題、家庭問題の他、人生観、価値観、地域・職場のあり方の変化など様々な社会的要因が複雑にからみあっている状況があります。このような状況の中で平成17年7月に参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされました。12月には自殺対策関係省庁連絡会議で「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が取りまとめられ、関係省庁が一体となって自殺予防に向けての取り組んでいるところです。

本県においても平成10年以降毎年300人以上の自殺者がある中で、県健康づくり計画「生涯健康県おおいた21」のこころの健康づくり対策において2010年には自殺者数を200人以下にするという数値目標を掲げているところです。自殺者を減らすためには、産業、経済、労働、教育、保健、医療、福祉、警察、消防等各方面の協働の取り組みが必要ですが、様々な状況の中で「うつ」状態に陥り自殺に至ることも少なくないことから平成17年度から「うつ病等対策推進事業」に取り組んでいます。その一環として「うつ問題等対応マニュアル」を作成しました。

本マニュアルは、「うつ」問題の対応について、予防の観点から一次予防、二次予防、三次予防の取り組みを記載し、保健師がどのように対応したらよいかを表しています。また、県内で利用できる相談窓口や関係機関の情報も記載しています。

このマニュアルを、自殺予防のための活動に役に立てていただくとともに、自ら命を絶つ人が少なくなることを望んでいます。

大分県精神保健福祉センター 大隈 絃子

目次

第1章 「うつ」対策における保健医療従事者の役割	
1 地域保健で「うつ」対策に取り組む理由	1
2 地域の災感	2
第2章 基本的な捉え方	
1 地域保健としての「うつ」問題への取り組みの基本的な考え方	3
2 一次予防	3
3 二次予防	4
4 三次予防	4
第3章 心の健康づくりと「うつ」の発生子防（一次予防）	6
第4章 「うつ」の早期発見、早期介入（二次予防）	8
健診時の「うつ」スクリーニングの実際	9
第5章 「うつ」の本人や家族へのサポート（三次予防）	
1 「うつ」の本人への支援	12
2 家族への支援	15
3 自殺念慮・自殺企図者への支援	16
第6章 全般的な活動の留意点	18
資料編	
I 「うつ」の基礎知識	
1 うつ病を正しく理解しよう	1
2 本人への支援	9
3 家族への支援	13
II 個別支援事例	
1 子どものうつ病…学校を休みがちになった中学生の場合	14
2 産後「うつ」…未熟児事例の訪問で気づかれた母親の場合	15
3 更年期の女性(1)…自殺念慮のある主婦の場合	16
(2)…仮面うつ病の主婦の場合	17
4 働き盛りの「うつ」…昇進し、慣れない仕事でうつ病になった課長の場合	18
5 介護者の「うつ」…介護サービスを使わず、一人で夫の介護をしていた妻の場合	19
6 高齢者のうつ病…退院後に閉じこもりがちになった独居女性の場合	20

III 「うつ」スクリーニングの様式	
1 こころの健康度自己評価票（一次スクリーニング）	22
2 一次スクリーニング「こころの健康度自己評価票」判定方法	24
3 こころの健康度問診票（CIDI-SF-RR）	25
4 うつ病の評価と自殺予防介入の実際（質問の進め方の例）	29
IV 「うつ」スクリーニングの活用例（17年度パイロット調査より）	
1 豊後大野市犬飼支所 基本健康診査で実施した例	34
2 玖珠町 基本健康診査で実施した例	35
3 九重町 老人クラブで実施した例	36
（参考）大分市社会福祉協議会の高齢者サロンにおける介護予防事業の例	37
V 「うつ」予防の活動事例（青森県・秋田県・鹿児島県）	38
VI 相談窓口	
1 心の悩みに関する相談	40
2 精神保健福祉相談	40
3 介護、家庭問題、老後不安など高齢者の相談	40
4 障害者の手助けができる相談	41
5 労働者の相談	41
6 女性に関する心配事や悩み相談	42
7 青少年、子どもに関する心配ごとや悩み相談	43
8 犯罪、暴力、迷惑行為、災害など生活安全に関する困りごと相談	44
9 交通事故に関する相談	44
10 金融に関する困りごと相談	45
11 消費生活に関する困りごと相談	45
12 その他の困りごと相談	45
13 法律に関する相談	46
VII 関係機関名簿	
1 保健所 一覧	47
2 市町村精神福祉保健窓口 一覧	48
3 精神科病院・診療所 一覧	49
4 医療機関詳細情報 一覧	50
VIII 支援者の資質向上に役立つ資源	54
IX 市町村別自殺死亡者数	55
X ライフイベントによる社会的ストレス評価法	56

本マニュアルでは抑うつ症状を示している状態全体に対して「うつ」という用語を使用しています。

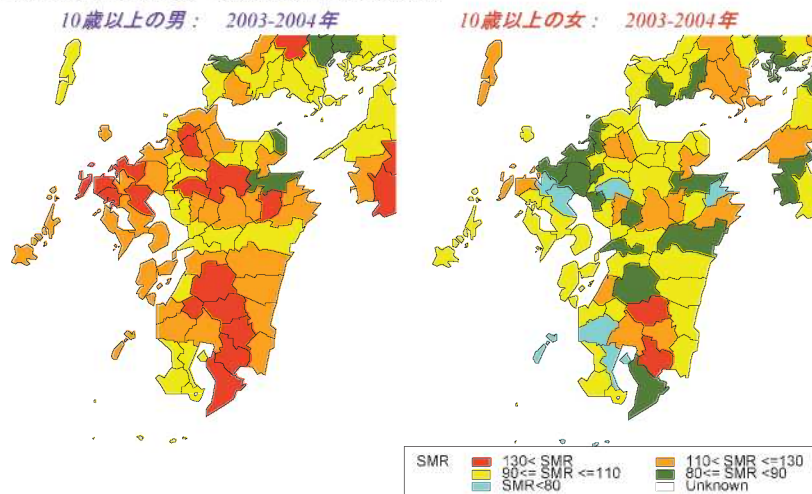
第1章 「うつ」対策における保健医療従事者の役割

1. 地域保健で「うつ」対策に取り組む理由

- 「うつ」は誰もがなりうる病気であるということ
近年行われた国内調査で、一般住民の約15人に1人がこれまでにうつ病を経験しているにもかかわらず、うつ病を経験した者の4分の3は医療を受けていなかったことが示され、「うつ」は決して一部の人の問題ではないことが明らかになるとともに、その対応方法が適切になされていないことが示唆されました。
- 「うつ」はきちんと治療することで回復できるということ
本人をはじめ、家族や知人が適切に対処し、また環境を整えることで早期発見・早期治療ができると言われています。
- 自殺の背景に「うつ」があること
全国で年間3万人を越える自殺死亡者の9割以上がなんらかの精神疾患にかかっていると推定され、とくに中高年の自殺でうつ病が背景に存在していることが多いと言われています。
- 個人だけでなく地域ぐるみの取り組みが必要であること
「うつ」に苦しんでいる人が治療や地域の支援を受けられるようにするためには、個人対応だけでなく、そのための保健医療対策のネットワークなどの仕組みを地域に作っていく必要があります。また、「うつ」にかかっている人がこのような仕組みを抵抗なく利用し、受診や治療ができるようにするためには、住民全体のストレスや「うつ」に対する正しい知識の普及が必要であり、またそのような個人の行動を支援する地域社会という環境づくりも必要です。
- すでに各地でうつ対策の実績があること
「うつ」のスクリーニング、ハイリスクの人々に対する個別ケアと「うつ」の人に対する個別的・集団的支援活動が実施され、その成果が報告されています。

2. 地域の実態

二次医療圏別の自殺状況 標準死亡率（ベイズ推定値）



九州における二次医療圏別の2003-2004年の自殺死亡状況。色分けは標準化死亡率（SMR）を表す。黄色の部分为全国平均（100）に近い二次医療圏であり、赤色部分の二次医療圏で自殺死亡頻度が高くなっている。大分県では、県西・県南で男性の自殺が多いことがわかる。ここにはデータを示していないが、これらの地域では特に中年男性を中心に「1988-1992年と比較しての自殺の増加率」も高かった。

性・二次医療圏別の2003-2004年の自殺SMR（ベイズ推定値）*

	男10歳以上	女10歳以上
大分県 東国東	82.6	100.3
別府速見	111.8	124.1
大分	85.9	85.2
臼津	116.8	78.8
佐伯	120.6	122.3
大野	131.1	104.5
竹田直入	114.6	114.2
日田玖珠	142.7	103.8
中津下毛	101.5	96.3
宇佐高田	94.2	109.7

*人口規模が小さい集団を観察する場合、死亡数のわずかな変動でSMRが大きく変動するので、偶然変動の影響をできるだけ抑えるためにベイズ統計学という手法を用いて推定した値

（国立保健医療科学院・藤田利治氏が作成した資料より引用）

第2章 基本的な捉え方

1. 地域保健としての「うつ」問題への取り組みの基本的な考え方

このマニュアルで取り上げている「うつ」とは単一の疾患のことではありませんし、その原因も事例によりさまざまです。ですから、単一の予防対策によって成果を挙げることは難しく、生活習慣病に関する取り組みなどと同様に、一次予防・二次予防・三次予防の各レベルにわたってバランスよく対策を考える必要があります。そしてこれらは、必ずしもすべてを新しい事業として立ち上げる必要はなく、従来の業務に「うつ」問題への取り組み」という視点を持たせることで開始できることも、かなりあるはずです。

具体的な方法は次項以下で説明しますが、本当はこれらを効果的に進めてゆくための前提として、次のような地ならしの作業ができていないことが望ましいでしょう。

- 1) 組織のトップに近い人が問題の重要性を理解していること
- 2) 対策の調整役と推進役が明確になっていること
- 3) 地域における「うつ」や自殺・閉じこもりの実態についてある程度把握していること
- 4) 地域住民のメンタルヘルスの状況について基礎調査による情報が得られていること

しかし実際には、こうした地ならしが完了しているということは少ないでしょうから、具体的な取り組みと並行して進めてゆくことになるでしょう。

2. 一次予防

「うつ」に関する一次予防とは、住民の心の健康づくりと、「うつ」等の発生予防につながるような、諸活動を指します。これらの中には、狭い意味での地域保健活動に含まれないものもありますが、実際には重要であることが報告されています。例として次のようなことが挙げられます。

- 1) 住民への情報提供と啓発活動～地域の組織・活動を活用した健康教育、そのための教材パックの開発、さまざまな媒体（印刷物、マスメディア、インターネット等）の活用などによって、心の健康について、ストレスへの上手な対処について、「うつ」について、高齢者の生きがいや孤立予防について、などの情報を提供し、意識を高める。
- 2) 住民、特に高齢者の生きがいづくり活動と悩みや困難を抱える人のための相談体制の構築～保健師等による訪問・相談活動、介護保険事業や社協活動の中での訪問・相談活動、民生委員など地域のキーパーソンによる日常の相談、ボランティアによる相談。
- 3) 以上のことのための人材育成～保健師等のスキルアップ、ボランティア等の育成・研修など。

詳しくは第3章および資料編で説明します。なお、情報提供や啓発の際には、一般論だけでなく、できるだけ、具体的な事例や市町村・県内の統計などに基づいて論じることが、有効でしょう。

3. 二次予防

厚労省の「うつ予防・支援マニュアル」（平成17年12月）では、「うつ」問題の予防活動を、住民全体を対象とした予防活動（ポピュレーションアプローチ）とハイリスク者への予防活動（ハイリスクアプローチ）に分けて説明しています。それぞれ、一次予防と二次・三次予防にほぼ対応すると考えてよいでしょう。同マニュアルではどちらかと言えば二次予防に多くの紙面を割いていますが、秋田県や青森県の経験からは「一次予防がある程度できていなければ後者の成果は挙がらないのではないか」「一次予防だけでも自殺予防はある程度可能なのではないか」とも報告されています。「うつ」の二次予防とは、抑うつ症状を呈している事例の早期発見と、ハイリスク事例のニーズを見立てて適切な支援を行うことによる増悪防止です。

「うつ」事例の早期発見を系統的に行うには、住民基本健診や職場の定期健診のような場を活用して、質問紙や構造化面接による問診を行います。本マニュアルでは、住民基本健診などで使える一次スクリーニングの方法として「こころの健康度自己評価表」を、これでスクリーニングされた人のための二次スクリーニングの方法として「こころの健康度問診票（CIDI）」という構造化面接法を、紹介します（詳しくは第4章）。なお、「こころの健康度自己評価表」の一部は、介護予防の一般高齢者施策における「基本チェックリスト」に組み込まれています。

ただし、こうしたスクリーニング法を導入する際には、次のことに留意が必要です。

- 1) 受診者に無理強いせず、しかしこの問題の重要性をよく説明することと、受診後に「こころの健康度」の評価結果を適切な方法で受診者に還元することによって、心の健康についての啓発の機会として役立てる。
- 2) 上のやりとりや、二次スクリーニングの構造化面接の時間を、受診者と保健師等との関係づくりの機会として活用する。
- 3) かりに二次スクリーニングでハイリスクと判定された場合でも、ただ受療勧奨して終わりではない。当事者にとってのこれまでのストーリーを受容的に聴き取って、労苦をねぎらう共感の言葉をかけたり、環境調整（例えば利用可能な制度や資源の紹介）によって「うつ」の原因を軽減できないか考えたり、医療に限らず当事者支援に役立つネットワークを考えたりする、という作業も重要。
- 4) 精神科等への受療勧奨が必要と判断した場合、紹介先・紹介方法について、あらかじめ検討しておく。受療勧奨をしない場合でも、経過観察の方法についてあらかじめ検討しておく。
- 5) 問診票の中に、自殺に関する話題が出てくるが、自殺について話題にすることだけで自殺企図のリスクが高まることはない。むしろ、口に出すことによって、一時的にせよ自殺企図のリスクは低下する可能性があるため、その間に次の対策を考える。
- 6) 系統的なスクリーニング法を使わない場合でも、「うつ」の事例にであった時に気づいて対応できるよう、保健師等が「うつ」について理解を深めておく。

これらの点に留意することは、結果的に「うつ」の増悪防止や、自殺予防にもつながるはずです。

4. 三次予防

「うつ」になっている人、自殺未遂をした人、およびその家族等への支援としての三次予防では、まず健康相談や訪問指導の機会を活用することが考えられます。第三者の支援を要請することによって当

事者や家族のプライバシーをそこなうことがないように、注意する必要があります。

願いに反して自殺が地域で発生してしまった場合には、遺族が自責の念にとらわれてしまったり、地域との交流を閉ざしてしまったりしないように、遺族の喪の作業（グリーフワーク）を支えるケアが大切です。機会をとらえて連絡を取り「一度お会いしてお話をお聞きしたい」と伝えたり、拒否されても「いつもお話を聴く用意があります」と伝えたりします。面接できた場合には、「お気持ちお察します、何かお力になれば」と聴くことに徹します。

もしも、こうした経験を通じて、「うつ」や自殺の背景に共通する地域的な要因が見えてくるならば、これについて問題提起することも、将来の課題としては大切でしょう。

第3章 心の健康づくりと「うつ」の発生予防（一次予防）

1. 情報提供・啓発活動・生きがいづくり

従来から、地域組織・活動を健康教育の場として活用することは、よく行われてきました。このような場において、こころの健康や「うつ」・自殺の予防についての講義・分かち合いなどを試み、すでに多くの地域で始められています。これらのテーマを正面から取り上げなくても、認知症、閉じこもり、睡眠などについての健康教育の中で、関連する話題として「うつ」を取り上げることは可能です。このための教材の開発や、教材としての紙芝居や小劇を住民自ら手作りする試みも、報告されています。

校区活動や学校保健活動との連携も可能です。養護教諭が作る「ほけんだより」や保護者向けプリントの中で、ストレスや心の健康について扱っている地域もあります。

行政等の広報、新聞やテレビ・ラジオ、インターネットなど、さまざまな媒体を使った、心の健康についてのヘルスコミュニケーションの試みも、増えてきています。

一方、住民、特に高齢者の生きがいづくりについては、地域ごとにさまざまな工夫をこらした活動が行われています。もちろんこうした活動は、参加者の心のヘルスアップにつながりますし、その場を前述のヘルスコミュニケーションの機会として生かすことも考えられるでしょう。

以上のようなさまざまな機会を活用して、心の健康問題についての誤解・偏見・先入観などを解くことができれば（＝こころのバリアフリー）、この後で述べる相談体制の構築や、これに基づく二次予防活動が、スムーズに展開できます。

2. 相談体制の構築と人材育成

さまざまな健康問題についてこれまで、保健師等による訪問・相談活動の実践と工夫が成果を挙げてきました。「うつ」などの心の健康問題では、悩みや問題を抱えた人が自分から相談に訪れる可能性は高いことから、保健医療の専門職だけでなく他職種（例えば福祉や教育関係）の人々や住民ボランティアなどがそれぞれの日常活動の中で、「おや？」と思う事例に気づいたり、話を聴いたりできることが望まれます。つまり、こころのセーフティネットを幾重にも張りめぐらすということです。

そのためには、第一に、保健医療の専門職が「うつ」など心の健康についての正しい認識を持ち、インテイク能力の向上などのスキルアップに努めることが大切です。第二に、保健医療の専門職でない人々の育成・研修のためのプログラムを実施するとともに、これらの人々が「心配な事例」に接した時の応援体制を組むことが大切です。研修には、知識伝達だけでなく、ロールプレイで傾聴の仕方や声のかけ方を学ぶ、といった体験的なプログラムを含めることが有効です。

3. 心の健康調査

どのような予防事業であっても、健康問題の実態をふまえた地域診断に基づいて、詳しい方針を決めるのが本来です。そこで先進的な地域では、心の健康調査に基づく小地区ごとの地域診断を行っています。この意義は、第一に地域への結果報告がそのまま健康教育の機会になること、第二に全体の結果を

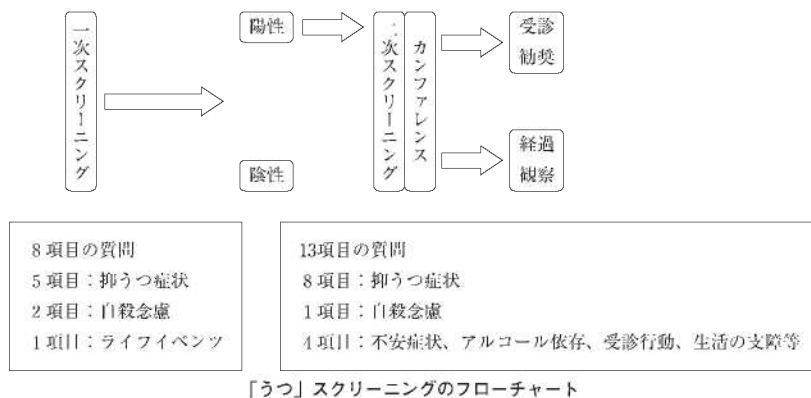
整理して地域に効果的に伝達してゆく作業が担当者自身のエンパワーメントになること、第三にエビデンスに基づいてその後の健康教育の内容を決められることであったと、報告されています。

これらの基礎調査は、回答者から「うつ」事例をスクリーニングしようという意図で行うわけではないので（つまり二次予防ではないので）、無記名式で、健診会場や公民館の来場者、または一定年齢の住民の全数または無作為標本に対して行われています。調査内容の例としては、回答者の抑うつ度、ストレス度、悩みの相談相手、ストレス対処の方法、希死念慮などがあります。

実施方法や結果の活用方法の例は、資料編Vを見てください。

第4章 「うつ」の早期発見、早期介入（二次予防）

「うつ」を早期に発見し、適切な対応ができるようにするために「うつ」スクリーニングについて説明します。



「うつ」スクリーニングは住民基本健診等で活用できます。一次スクリーニングの方法として8項目の質問からなる「こころの健康度自己評価表」を使用し、二次スクリーニングの方法として13項目の質問からなる「こころの健康度問診票CIDI-SF-RR」を使用します。

「こころの健康度自己評価表」のチェック項目は住民基本健診だけでなく、いろいろな場面で活用できます。大切なことは一次スクリーニングで陽性になったときに、放置せず保健師等が二次スクリーニングをおこなったり、保健師等の専門家につなげていただくように働きかけることです。

「うつ」スクリーニングの活用例

- ・保健師の訪問時のスクリーニング
- ・市町村の住民を対象とした定期的スクリーニング、または自己チェック
- ・地域の病院の受診時（医療スタッフによるスクリーニング、または自己チェック）
- ・民生委員、保健推進委員の見守りや声かけ時に「こころの健康度自己評価表」を利用する
- ・介護保険サービス従事者や地域の高齢者の支援に関わる者が「こころの健康度自己評価表」を利用する
- ・職場の保健師等によるスクリーニングまたは自己チェック

健診時の「うつ」スクリーニングの実際

(1) 事前準備

「一次スクリーニング質問票」（こころの健康度自己評価表）、「こころの健康診査」の趣旨を事前配布し、評価表に自己記入してもらいます。

(2) 健診会場に自己記入した「こころの健康度自己評価表」を持参してもらいます。

(3) 健診会場では基本健康診査の流れを説明する時に「こころの健康診査」についても説明します。（事前に当日の基本健康診査のスタッフにうつスクリーニングのことを周知しておきます。）

(4) 一次スクリーニング

健診会場にこころの問診コーナーを設置し、健診の流れの中で「こころの健康度自己評価表」のチェックをします。「受診しない」という人にも再度促します。

- 一次スクリーニング「こころの健康度自己評価表」判定方法は資料編p21を参考にしてください。一次スクリーニングの結果、陰性者には「問診の結果、〇〇さんの心の状態は良好でした、これからも心の健康づくりに努めてください。」等声をかけます。このとき「うつ」の啓発リーフレットを渡します。
- 初めは、問診技術が未熟であるため陽性者が多くなりがちなので、従事者が経験を重ねることが大切です。

(5) 二次スクリーニング

一次スクリーニングの結果、陽性者に対し、二次スクリーニングをおこないます。「こころの健康度問診票CIDI-SF-RR」を使用し、保健師の聞き取りにより実施します。他の受診者の目を気にせず話ができるように配慮し、個室等を準備します。二次スクリーニングは、単なるスクリーニングと考えず、保健師と住民の信頼関係を築く場として捉えます。

●二次スクリーニングの結果

医療機関受診勧奨	左記以外は経過観察
<ul style="list-style-type: none"> ・8項目の抑うつ症状のうち2項目以上かつ不安症状、生活の支障があるのいずれかかつ受診していない場合 ・8項目の抑うつ症状のうち1項目以上かつ不安、飲酒のいずれかかつ生活への支障がある受診していない場合 ・自殺への思いが1項目 	<ul style="list-style-type: none"> ・8項目の抑うつ症状、不安、アルコールのいずれかが症状があるが生活に支障がない場合は、ストレスfulな出来事で症状悪化の可能性があるので再度面接 ・スクリーニング質問紙の回答と面接での回答が一致しない場合は虚偽反応のこともあるので家族からの情報を得る ・介護者は介護を負担に感じて抑うつ症状を呈することもある

(6) 健康教育

健診当日や結果説明会で「うつ」やこころの健康づくりについての健康教育をおこないます。

(7) 結果報告

- ・一次スクリーニング「こころの健康診査」の結果陰性（健康）の人には当日口頭や紙面で、または後日郵送等で結果を返します。
- ・二次スクリーニングの結果、医療機関受診を勧める場合、自殺念慮が強い等緊急性がある場合を除いては、保健師と十分な信頼関係ができてから専門医療機関をすすめてもよいでしょう。

(8) カンファレンス

健診終了後当日、健診従事者でカンファレンスをおこないます。陽性者に対して家庭状況、生活状況、家族構成について共有し、支援の方針を確認します。実際のフォローはケースバイケースで市町村、保健所の保健師がおこなうようにします。

(9) 事後フォロー

- ・スクリーニング陽性者に対して電話相談や家庭訪問、こころの健康相談窓口の紹介等の事後フォローをおこないます。保健師がじっくり時間をとって話を聞くだけで気持ちが悪くなることもあります。医療機関への受診を勧める時には本人や家族の希望を考慮し、かかりやすい医療機関につなげる配慮が必要です。また二次スクリーニングを拒否した人の中にもフォローが必要な人がいるかもしれません。慎重に介入する必要があります。詳しい対応方法は第5章「うつ」の本人や家族へのサポートと三次予防、資料編「うつ」の基礎知識2本人への支援を参考にしてください。

- ・健診受診者に健康教室・研修会・市民講座の案内をします。

(10) 事例検討会

「うつ」スクリーニング後、関係者を対象に従事者のスキルアップの観点、支援体制整備の観点から事例検討会を開催します。

二次予防だけでなく、一次予防、三次予防の観点を含めて関係者のネットワーク会議を開催し、自殺予防に対して協働できる体制づくりをしていくことも必要です。

下記のページに様式を掲載しています。

資料編 p22、23 「こころの健康度自己評価表」

資料編 p24 一次スクリーニング「こころの健康度自己評価表」判定方法

資料編 p25～28 二次スクリーニングこころの健康度問診票（CIDI-SF-RR）

資料編 p29～33 うつ病の評価と自殺予防介入の実際（質問のすすめ方の例）

「うつ」スクリーニングの詳細については、うつ病等対策推進事業におけるパイロット調査報告書をご覧ください。

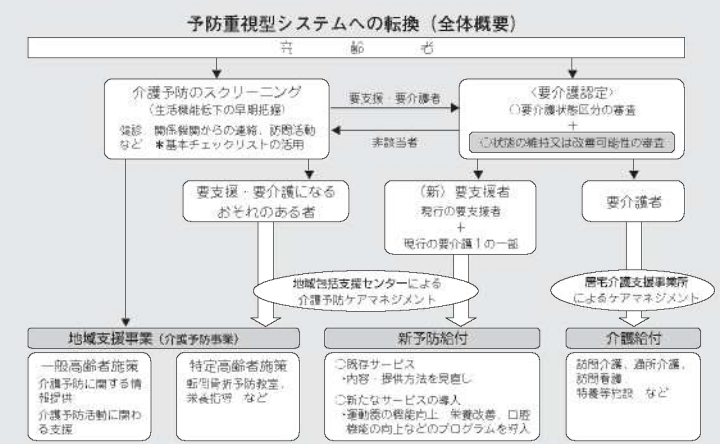
コラム

〈介護予防におけるうつ対策〉

介護予防の取り組みを強化するために18年度から、各市町村において、「地域支援事業」が実施されることになりました。地域支援事業では、全高齢者を対象とする「一般高齢者施策」と脆弱な高齢者を対象とする「特定高齢者施策」があります。この特定高齢者を早期に発見して対応するために、従来から実施されている基本健診の場を活用して、65歳以上の者を対象に「基本チェックリスト」を用いた生活機能評価を行うことになりました。この基本チェックリストには、うつ対策・支援に関する項目も5項目含まれており、健診の場において、簡易な「うつ」のスクリーニングが可能となりました。

基本チェックリスト（5項目中2項目以上該当する者を「うつ」の疑いがあると判定）

- ・（ここ2週間）毎日生活に充実感がない
- ・（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
- ・（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる
- ・（ここ2週間）自分が役に立つ人間だとは思えない
- ・（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする



〈産業保健における「うつ」対策〉

産業保健分野では労働者のメンタルヘルスをチェックするためのツールがたくさん開発されており（SDS、CES-Dなど）、すでに健診にメンタルヘルスの視点を入れて取り組んでいるところも多くあります。それぞれの事業場に適したツールを用いて、「うつ」の早期発見に努めましょう。

第5章 「うつ」の本人や家族へのサポート（三次予防）

1 「うつ」の本人への支援

信頼関係を築く

- ① 時間も場所もゆとりを持ったところで話を聞く。
- ② プライバシーには十分配慮する。
- ③ つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾ける。
- ④ 励まさないで、相手のペースで話を進める。
- ⑤ 相手がいるような話ができるような形で質問をする。
- ⑥ 不明な点を質問しながら、具体的な問題点をはっきりさせて解決方法を一緒に考える

詳細は
資料編
p 9

うつ病の理解を深める

- ① 弱さや怠けではなく病気である。
- ② 脳の神経系の病気、ストレスなどが関係している。
- ③ 誰でもかかってくる可能性がある病気である。
- ④ うつ病のサインとは
- ⑤ 休養と治療で楽になる可能性が高い病気である。

詳細は
資料編
p 10

精神科医療について説明する

- ① 国民約60人に一人が、現在、精神疾患のため治療を受けている。
- ② うつ病の治療は、ほとんどが通院で行われる。
- ③ 診療所や総合病院精神科など、対象者が受診しやすい所を選び、気軽に早めに受診する。

詳細は
資料編
p 11

受診を拒否された場合

うつ病や薬についての説明、精神科医療についての情報提供などを根気強く説明することが大切です。時には、本人だけでなく家族が反対している場合もあるので、そのような場合には家族の理解を得ることも必要です。場合によっては、家族だけで相談に行き、医師の助言を得る方法もあります。

緊急性が高い（入院が必要な）場合とは

- ① 自殺念慮（自殺をしたいと思うこと）が強いとき。
- ② ほとんど食べず、衰弱が見られるとき。
- ③ 焦燥感（いらいら感）が激しいとき。
- ④ 外来治療でなかなかよくなる時。
- ⑤ 自宅ではゆっくりと静養できないとき。

詳細は
資料編
p 11

職場復帰時の注意点

仕事を休業していた人が職場復帰する場合は、事業場内の産業保健スタッフを中心に本人、管理監督者等が連携をとり、主治医の意見も聞きながら職場復帰支援プランを立てます。

復帰後は、症状の再燃や再発の有無、勤務状況や治療状況、職場復帰支援プランの実施状況の確認や評価と見直しをおこないながら、仕事に復帰できるように支援していきます。

治療継続中の者に対して

うつ病の治療を開始しても症状が全く消える人は3分の1だといわれ、再発することも多い疾患です。ですから医療機関で治療を開始した後も機会があれば声をかけるなど、日常の保健活動の中で気をつけるようにしてください。本人の許可を得た上で、受診先の医療機関との連携が必要になる場合もあります。

薬の服用を躊躇している人への対応のポイント

- ① うつ病では脳の働きに変調が起きていて薬が効果があることを説明します。
- ② 薬に副作用に対する不安を取り除きます。
- ③ 薬に頼るのではなく、薬を上手に利用して生活をしやすいよう勧めます。

詳細は
資料編
p 12

自殺未遂者への対応

うつ病にかかっている人は自殺未遂の確率が高くなります。

詳細は
p 16

うつ病以外の相談者とのかわりについて

抑うつ状態は、うつ病に限らず、不安障害や身体表現性障害、適応障害、統合失調症、パーソナリティ障害など他の精神疾患でもみられます。この場合はそれぞれの疾患に応じた関わり方が求められます。

本人への声かけの例（高知県中村市の内科医 小笠原望先生の言葉から）

- ① 肩の力を抜いて、そんなに頑張らない。
- ② 理屈の世界から、少しいい加減な心に。
- ③ 人に頼ろう、人に頼もう
- ④ 無駄遣いせず、エネルギーを貯めよう
- ⑤ 食べて、寝て、できるだけさぼろう。
- ⑥ 自分のしてきたことを認めよう。
- ⑦ どんなに辛くても舞台は回る。

周囲の人に本人がしてほしいこと、してほしくないこと

〈してほしいこと〉

- ・ 普段どおりに接してほしい
- ・ 寛容な態度をとってほしい
- ・ 静かに見守っていてほしい
- ・ 病気を恥と思わないでほしい
- ・ 理解しようとしてほしい
- ・ そばにいてくれるだけでいい
- ・ 病気のことをいっしょに勉強してほしい
- ・ 世話をやいてほしい

〈してほしくないこと〉

- ・ がんばれといわないで
- ・ 同情しないでほしい
- ・ なにをやっているんだと責めないで
- ・ なにかするように励まさないで
- ・ 原因はなにかと聞かないで
- ・ 怠け者と決めつけしないで
- ・ 家族でお互いに責め合わないで
- ・ 嫌みな態度を取らないで

2 家族への支援

うつ病にかかっている方の家族に伝えることを示します

（1）家族がうつ病に気づくときのサイン

- ① 口数が少なくなる
- ② 朝方や休み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

逆にこんなタイプはうつ病と気づかれにくいので要注意

- 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なるタイプ
- 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）うつ病にかかっている人に対する家族の対応のポイント

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

詳細は
資料編
p.13

（3）自殺未遂者の家族への対応

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、おちこ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。自殺未遂した人は2回3回とくりかえす人が多く、このようなことがまた起こらないようにするためにも、精神科を受診した方がよいと勧めます。

3 自殺念慮・自殺企図者への支援

(1) 自殺はなぜ防がなければならないのか？

- ・未遂者のほとんどが「助かってよかった」と述べている
- ・死への衝動は「一時的なことが多い（重いうつ病相など）」
=医学的・心理学的ケア等により消失することが多い
- ・危機への対処行動の「種ではあるが、取り返しがつかない
- ・実存モデルから考えると「生きる意味」は否定しつくせない
- ・周囲にとってショックが大きい（命は個人の所有物なのだろうか？）
- ・ヒューマニズムまたは宗教的・倫理的価値観として許容できない（防ぐべき）という考えも（論理的ではないが）否定できない

(2) ライフサイクルと自殺

- ・少年期～小さな動機と大胆な方法、死の概念が未成熟？
他のストレス対処方法が未成熟、報道により流行しやすい（＝連鎖自殺or群発自殺）
- ・青年期～「求める自殺」、アピール性強い、ためらいも多い
深い苦悩・葛藤なくぶつんと“switch-off”するように見える事例も多い（報道件数は実態をまったく反映していないので要注意！）
- ・中年期～「挫折の自殺」、心中多い、うつ病回復期に多い、背景に経済問題多い。（不況期に明らかに増えている）
- ・老年期～「諦めの自殺」、確実な方法、病苦が多い、
家族がいるときに多い？（三世代家族のほうが多い、出稼ぎ期に少ない）
有配偶者には少ない（とくに男で顕著）

(3) 自殺のリスクファクターと徴候

A) 本人の条件

- 1) 抑うつ状態で不安・焦燥感が強い
- 2) 抑うつのどん底（精神運動停止状態）からの回復期
- 3) うつ病、統合失調症、その他の精神障害、身体的苦痛を伴う疾患、長期の不眠
- 4) アルコール・薬物依存あり(=paracide)
- 5) 自殺未遂の既往あり
- 6) 自殺方法を決めている、身の回りの整理
- 7) 自分固有の人生哲学や宗教がない

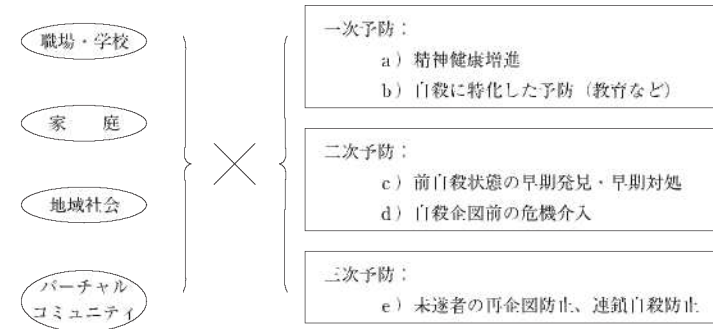
B) 環境とのかかわり

- 8) 人との接触が稀薄
- 9) 引きこもり、周りの人と関わりを持ってない
- 10) 疎外感、根無し草感
- 11) 家族に自殺者あり

12) 低い自尊感情・自己評価、役立たず感、役割を与えられていない感覚

13) 経済的困難

(4) 自殺予防活動のスペクトラム



(5) 自殺企図への危機介入

- a) 援助者側に「生きていれば希望がある、誰にも生きる価値がある」という希望が必要！
- b) 電話による危機介入「どうして死にたいのか話してみませんか？」
傾聴・受容・共感、「次回の通話・面接」の約束
- c) 一般的な保健医療福祉の現場での希死念慮者の早期発見→精神科医、心理職などと協働で対処を！

- ・表面的な激励をしない、価値観を一方向的に押しつけない、話をはぐらかさず誠実に傾聴、相手の感情を理解する
- ・問題を援助者一人で抱え込まない
- ・自殺・死について話し合うこと自体は自殺リスクを増大させない、率直に死や自殺についての考え・感情・行動・経験や自殺準備・動機・生育歴・家庭環境などを話し合うこと
- ・援助者自身の自殺に対する恐れ・不安にあらかじめ気づいておく
- ・地域の関連専門機関を熟知しておく→ぜひ精神科医療との連携を

d) 救急入院後の心理的ケア→うつ病や悲嘆反応の急性期に準ずる

（援助者の手を握る強さが安全度の指標？）

「退院後も精神的治療を継続できるような作戦（ケースワーク）を

e) 着手目前の現場で～連続会話法、チームワーク（こちらが一人ではもたないことが多い）、警察・救急車・医療機関等の手配（命令・おどし・尋問は禁忌）

f) 家族の存在（を想起させること）は一般には自殺抑止力（家族間葛藤が原因の場合は別）

第6章 全般的な活動の留意点

1. 倫理的な問題に配慮しましょう

「うつ」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。

2. 「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、「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おこなうためには、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取得を目的とした研修を行うことが必要になります。

3. 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、家族の死や病气、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、強いストレスになると言われています。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、大学の専門家等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、自殺未遂者が出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つけ、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を心がけることが大切です。

資料編

I 「うつ」の基礎知識

1 うつ病を正しく理解しよう

資料 I 「うつ」の基礎知識

1 うつ病を正しく理解しよう

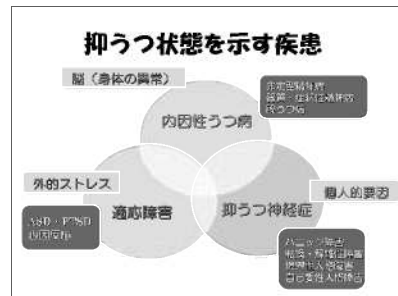
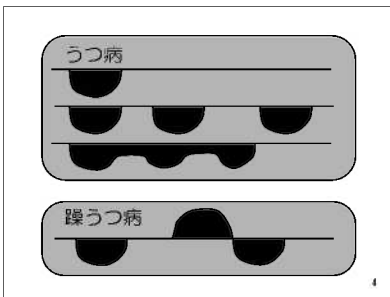
Part 1 うつ病って何？

2

気分障害

- 気分（感情）が、長期にわたって正常範囲を逸脱する精神疾患。
- 気分が沈み、楽しめない“うつ状態”が続くのが【うつ病】。
- 活気に満ち、活動的過ぎる“躁状態”が存在するのが【躁うつ病】。
- 躁とうつが頻繁に入れ替わったり、混在するものもある。

3



- ### うつ病かも？
- ◆ 笑顔が無い。
 - ◆ 急に食べる量が減った。
 - ◆ 眠れなくなった。
 - ◆ 趣味の活動をばったり止めた。
 - ◆ 心配事について堂々巡りの話をする。
 - ◆ 「疲れた」と言うことが不自然に多い。
- 6

うつ病の診断

以下の症状のうち5つ以上が2週間持続する。

- (1) 抑うつ気分
- (2) 興味・喜びの消失
- (3) 食欲低下・体重減少
- (4) 不眠または過眠
- (5) 焦燥または制止
- (6) 意欲低下・易疲労性
- (7) 罪責感
- (8) 集中力・決断力の低下
- (9) 希死念慮

(DSM-Ⅳより)

うつ病の疫学

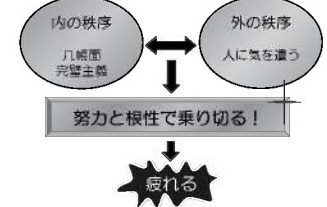
10人に1人が生涯に1度は
うつ病を経験する

25年間の追跡調査で、うつ病から
回復した後も良い状態を持続した者は
12%に過ぎなかった。(Brodaty 2001)

認知の偏り

- 失敗することを前提に計画を立てる。
- 自分へのマイナス評価を勘ぐり過ぎる。
「嫌われている」「馬鹿にされている」
「怠け者と思われる」
- 何事もきちんとしないと気が済まない。
- 悪い事は過大評価、良い事は過小評価。
- 一事が万事と決めつける。

メランコリー親和性格



日本では……

平成11年 44万人

平成14年 71万人 (+60%?)
12ヶ月有病率 2.2%
生涯有病率 6.5% (15人に1人)

うつ病患者の受診行動

生涯経験者

精神科を受診した者 18%
一般心療科を受診した者 8%

過去1年間の経験者

精神科を受診した者 11%
一般心療科を受診した者 3%

Part 2 うつ病の治療

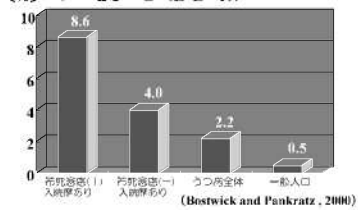
精神薬理学

モノアミン仮説
モノアミンの減少が、うつ状態を起こす。

受容体仮説
モノアミン減少に伴う代償性の受容体増加が、うつ状態を起こす。

モノアミン: セロトニン、ノルアドレナリン、ドーパミンなどの総称

うつ病の生涯自殺リスク



うつ病ハイリスク者

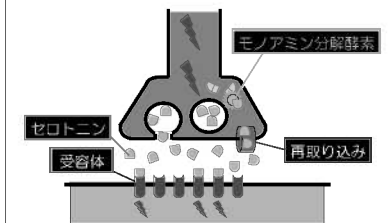
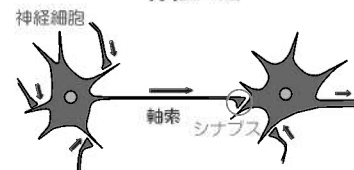
生物学的要因

- 女性
- 妊娠・出産
- 高齢者
- うつ病の既往

環境要因

- 転居
- 昇進
- 近親者との死別
- 独居

神経回路



うつ病の治療

- ①休養
環境調整（家庭、職場への介入）
入院
- ②薬物治療
十分量十分期間の抗うつ薬使用
- ③精神療法
認知療法

20

治療経過



21

治りにくいうつ病には

- 抗うつ薬の増量
- 気分安定薬の併用
- 電気けいれん療法（ECT）
- 治りにくいことの意味を再検討
☆身体的な治療だけで解決するの？
性格的な問題の評価 → 心理療法を主軸に
☆他の病気ではないか？
☆リハビリテーションへの導入

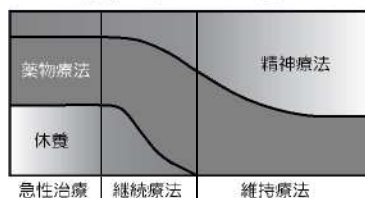
26

再発の危険因子

- うつ病になったことがある。
- 薬をやめた。
- 症状が完全に消えていなかった。
- うつの原因が続いている。

27

治療の重みづけ割合

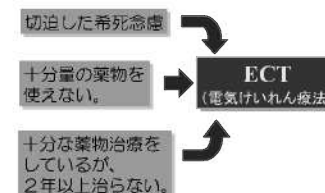


22

治療終結

- ◆服薬期間
完全寛解後1年以上は同量を維持する。
1年以上かけて減量する。
- ◆通院期間
服薬終了後1年以上通院継続する。

23



28

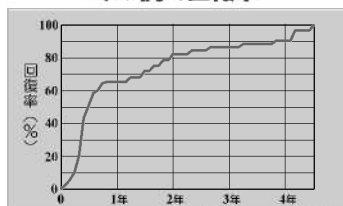
うつ病療養〇×クイズ

Q1. 急性治療の方針として正しいのは？

- (×) 厚寝までゆっくり睡眠をとる。
- (×) 気分らしに一泊の温泉旅行をする。
- (○) 食欲がないが、無理して3食とる。
- (○) 人に会うのが億劫で、家の中で過ごす。
- (×) 仕事を続ける自信が無く、退職届を出す。
- (×) 抗うつ薬は、1種類を多く使うよりも、3～4種類を少量ずつ組み合わせた方が良い。
- (○) 寝つきが悪いので、毎晩睡眠薬を飲む。

28

うつ病の回復率



(Furukawa et al. : 2000)

24

うつ病初診患者の回復率



- 治る群と治らない群に2極分化。
- 3ヶ月で治らないと、その後も治りにくい。

(引用 富崎島立総合病院 長沼英彦)

25

Q2. 継続・維持療法について、正しいのは？

- (○) 気分が良い日は、少し活動を増やす。
- (○) 疲れを感じたら、すぐに休憩する。
- (○) 復職にあたって、配置転換を願い出る。
- (○) 薬を飲んでいる間は、妊娠を避ける。
- (○) 眠れるようになったので、睡眠薬の減量、中止を主治医に求める。
- (×) 復職は、治療終結まで先送りにする。
- (○) 再発防止のため、何年も抗うつ薬の服用を続ける。

29

周囲の対応

- ①病気の知識を持つ
 - うつ病は脳の病気である。
 - 治療すれば治る。
 - 抗うつ薬には依存性は無い。
 - 回復期の自殺に注意！



30

②励まさない

- ゆっくり休ませる。
- 褒めるタイプの励ましも厳禁。
- 頑張れないのではない。頑張っているのに出来ないのがうつ病。



31

③余裕を持つ

- 適切に治療すれば必ず治る。
- 治るまで時間がかかる。
- だから、焦らないで待つ。



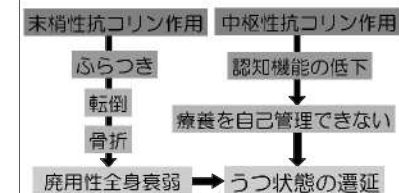
32

高齢者のうつ病の特徴

- 家族のサポート体制が弱い。
☞ 自殺の危険！
- 身体合併症が多い。
☞ 抑うつが悪化要因
- 薬物耐性が低い。
☞ 薬物治療が困難

37

薬物治療上の注意点



38

④聞いてあげる

- 不安、焦燥感、自責感からくる“陰気な話”を受容的に聞く。
- 患者は、相談しているのではなく、苦しみを吐露している。



33

⑤抱え込まない

- 親身になり過ぎるのは良くない。
- 構い過ぎと巻き込まれを避ける。
- 食事、睡眠、希死念慮の3点に絞る見守り型の対応を心がける。

34

認知症との鑑別

難しい。

- ◆ 物忘れの多さを悩む→うつ病
 - ◆ 脳萎縮あり → 認知症
- などの鑑別点は、決定的なものではない。病歴等と合わせて「総合的に」診断される。

39

まとめ

- ◎ 日本人の15人に1人はうつ病経験者。
- ◎ うつ病になりやすい性格がある。
- ◎ うつ病の治療は、休養と薬。
- ◎ 8割は3ヶ月以内に良くなる。
- ◎ 回復期に自殺の危険が高まる。
- ◎ 周囲の理解が回復を助ける。

41

Part 3 高齢者のうつ病

35

高齢者のうつ病のサイン

- ◆ 「一日が長い。日が経たない。」
- ◆ 「どうしよう、どうしよう^{oo}」

||

楽しみ、生き甲斐を持たず、
焦りだけが空回りしている。

36

主な抗うつ剤

	一般名	商品名	副作用等
三環系	イミプラミン	トフラニール イミドール クリテミン	(禁忌) 三環系抗うつ薬に過敏症 MAO阻害剤(エフビー・抗バ剤)投与中
	クロミプラミン	アナフラニール	心筋梗塞の回復初期・緑内障・閉尿
	トリミプラミン	スルモンチール	(副作用)
	ロフェプラミン	アンブリット	錐体外路症状
	アミトリプチリン	トリプタノール ラントロン ミケトリン等	(パーキンソン症状・振戦・アカシジア) 眠気・不眠・抗コリン作用(口渇・排尿困難・便秘) 悪心・嘔吐・ふらつき・めまい・発汗・血圧変動
	ノルトリプチリン	ノリトレン	(注意)
系	アモキシピリン	アモキシサン	就寝前服用にて夜間せん妄を生ずることあり
	ドスレピン	プロチアデン	抗うつ薬服用後、精神運動抑制の改善に不安焦燥感、憂鬱感の改善が伴わない場合自殺の危険性が増す 自殺に使われることがあるので本人の所持している総量を考慮する
四環系	マプロチリン	ルジオミール クロンモリン ノイオミール等	(禁忌) 心筋梗塞の回復初期・緑内障・てんかん等のけいれん疾患またはこれらの既往歴
	ミアンセリン	テトラミド	(副作用)
	セチプチリン	テシプール	錐体外路症状・口渇・情緒不安・発疹・肝機能障害・便秘・胃腸障害・めまい・ふらつきなど
SSRI	フルボキサミン	テプロメール ルボックス	(禁忌) チオリダジン(メレルル)投与中
	パロキセチン	パキシル	シサプリド(アセナリン・リサモール投与中) (副作用) 吐気・悪心・口渇・便秘・眠気等
SNRI	ミルナシبران	トレドミン	(禁忌) 尿閉 (副作用) 吐気・悪心・口渇・便秘など
その他	トラゾドン	デジレル レスリン	(副作用) 錐体外路症状・眠気・不眠・ふらつき・めまい・血圧変動など
	スルピリド	ドグマチール アピリット ミラドール スルピリド	(禁忌) 褐色細胞腫の疑い(急激な昇圧発作) (副作用) 錐体外路症状・睡眠障害・悪心・嘔吐・口渇・便秘・発疹・肝機能障害・内分泌(乳汁分泌・女性化乳房・月経異常・射精不能など)

2 本人への支援

(1) 基本的な対応—信頼関係を築くために

- ① 時間も場所もゆとりを持ったところで話を聞く
座る椅子の位置にも配慮し、近づきすぎず、遠すぎず、安心して話ができるように配慮しましょう。真正面ではなく、視線が少し斜めになる方が話しやすい場合もあります。うつ病にかかっている人は言葉数が少なくなることがありますから、沈黙がちになっても気にしすぎないようにしましょう。
- ② プライバシーには十分配慮する
「ここで話されたことは、あなたのご了解なく他の人に伝えることはありません。安心してお話しください。また、話したくないことは無理にお話いただく必要はありません」などと説明して、プライバシーに配慮している旨を伝えましょう。
- ③ つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾ける
まず、相手の気持ちに寄り添いながら話を十分聞くことに重点をおきましょう。十分に相手の不安や悩みを受け止めてから、こちらの考えやアドバイスを少しずつ伝えることが大切です。相談者はある程度荷物を軽くしてからでないと、新しい知識を受け入れる余力はないと考えてください。
- ④ 励まさないで、相手のペースで話を進める
自責感や罪責感から「家族に迷惑をかけて申し訳ない」「自分がしっかりしないからだめなんだ」「もっとがんばらなさい」となど感じている人が、「しっかりしろ、がんばれ」などといわれると、「やはり、がんばりが足りないんだ。もっともっとしっかりしなければ」と自分を追い詰めることになります。本人が十分がんばってきたことを認め、受け入れ、相手の気持ちにより添いながら、「自分自身を責める必要は全くないですよ」という気持ちで接することが大切です。
- ⑤ 相手がいろいろな話ができるような形で質問をする
「眠れますか」「落ち込んでいますか」というような聞き方(クローズド)はどうしても詰問調になりがちですので、「気分はいかがですか」「食欲はどうですか」というような聞き方(オープン)で、できるだけ相手が自分の気持ちを話しやすいように心がけるとよいでしょう。また、すぐに返事が返ってこないこともあります。少し間をおいて待ってから、次の質問に移るのがよいでしょう。
- ⑥ 不明な点を質問しながら、具体的な問題点をはっきりさせて解決方法を一緒に考える
話をしても要領を得ない、話の内容がはっきりしない、何を伝えたいのかわかりにくいような時は、相手の言葉を言い直して「今お話しされたのは、〇〇ということですか」「それは〇〇ということですね」などと質問したり、確認したりしながら進めるとよいでしょう。抑うつ状態の人はどうしても、過去のことを後悔し続けたり、自分のちょっとした失敗をひどく責めたりしがちなため、できるだけ、過去のことも、今後どうしていくのがよいかということ、本人と一緒に考えていく方がよいでしょう。

(2) うつ病についての理解を深める－医療機関への受診の勧め方のポイント

① 弱さや怠けではなく病気である

うつ病を「人間的な弱さ」、「気の持ちよう」、「性格的なもの」として捉えるのではなく、病気として捉えることがまず基本です。うつ病は病気であり、有効な治療法があり、治療すれば回復するということを伝えることになります。

② 脳の神経系の病気で、ストレスなどが関係している

発症には心理社会的なストレスが関係し、薬物療法と精神療法によって神経の調節を図ることで回復するということを理解してもらうことが大切です。病気のメカニズムと薬の効果を説明することで、病気への正しい理解につながります。

たとえば、人間の感情や思考は脳のなかの神経の働きで起こっていて、うつ病のときにはその神経と神経を結ぶ神経伝達物質と呼ばれる化学物質のバランスが崩れているといった説明をしてもいいでしょう。このような脳内物質の変化がおこるときには、「ストレス因子となるようなきっかけがある場合が多い」という話をします。こうしたストレス因子を理解しておくことは、環境調整などの社会的治療や、気持ちの整理など心理的治療を行う上で重要です。もちろんストレス因子がある場合でも薬物療法は効果的ですから、治療はバランスよく総合的に行う必要があります。また、ときにはこうしたきっかけがない場合もあり、ストレスがないからといってうつ病を否定することはできないことも説明します。

③ 誰でもかかる可能性のある病気である

ストレス社会と呼ばれる現代社会においては、誰でもかかる可能性のある病気だと言えます。最近の疫学調査では、過去にうつ病にかかったことのある人は、15人に1人、過去1年間には、50人に1人がうつ病にかかっていると推定されています。

④ うつ病のサインとは

主なサインとしては憂うつな気分が続く、何事にも興味や喜びがわかない、疲労感が強くやる気が起こらないなどです。また、自信喪失、罪悪感、不眠などもよくみられます。また、食欲低下、体重減少、頭痛、頭重感、胃部膨満感など身体症状が中心に現れるときもあります。この場合は、内科を受診するもの「異常なし」と言われたまま、精神科受診に結びつかない場合が少なくないので注意が必要です。

⑤ 休養と治療で楽になる可能性が高い病気である

十分な休養と薬物療法、精神療法、環境調整などで回復する病気であることを伝えましょう。うつ病は治療可能な病気ですから、そのことをきちんと話して受診をすすめるようにしましょう。その際には、うつ病には「有効な治療法がある」し、「たくさんの選択肢のなかから」適切な治療法を選んで治療すれば気持ちが楽になる可能性が高いと伝えます。

ただ、治療の経過は「人によってさまざま」なので、辛抱強く治療に取り組んでほしいということも話しておきます。また、うつ病は再発しやすい病気なので、良くなったからといってすぐに薬をやめたりするなど、「自己判断で薬を調節しないで」、「何でも相談するように」伝えるようにします。一般向けの啓発書を読むように勧めても良いでしょう。

(3) 精神科医療について説明する

① 国民約60人に1人が、現在精神疾患で治療を受けている

厚生労働省の患者調査によれば、現在、精神疾患で治療を受けている人は、200万人を越えており、国民約60人に1人が受診していることになります。受診歴のある人を含めるとさらに多くの人が精神科を受診していることになります。

② うつ病の場合、ほとんどが通院治療で行われる

精神科の治療は、基本的には通院治療で行われます。ただ、重症で死にたいという気持ち強い場合や経口摂取が困難な場合、環境を変えて気持ちを切りかえることが望ましい場合、診断や治療方針を再検討したほうがよい場合などには入院を考慮します。

③ 診療所や総合病院精神科など本人が受診しやすいところを気軽に早めに受診する

うつ病の場合も、他の内科疾患と同じように早めに受診することで、早期治療が可能です。本人の希望に応じて、診療所や総合病院精神科などを紹介して早めに受診してもらえば早く気持ちが楽になる可能性があります。

(4) 緊急性が高い場合の対応

① 自殺念慮（自殺をしたと思うこと）が強いとき

将来を極端に悲観したり、自責感や罪悪感から死について考えたりすることが多くなり、自殺企図（自殺を実行すること）に至る場合です。短時間であれば、家族の見守りなどが可能ですが、続く場合は入院も考慮されます。

② ほとんど食べず、衰弱が見られるとき

うつ気分や疲労感のために、極端に食欲が低下し、水分も十分に取れないような場合は緊急な治療が求められることがあります。また、昏迷状態といって、外界を認識しているにもかかわらず（意識障害ではない）ほとんど外界からの刺激に反応しない状態においても、経口摂取が困難となることがあります。この場合は、身体的な管理も含めた入院治療が必要となります。

③ 焦燥感（いらいら感）が激しいとき

うつ病による焦燥感から、いてもたってもおられないようになり、自分自身の行動がコントロールできず、破壊的な行動や暴力的な行動に至ることがあります。この場合も、状態によっては、入院治療が必要です。

④ 外来治療でなかなかよくなる時

うつ病の治療は、ほとんどが通院治療で行われますが、症状が改善せず、診断や治療方針を再検討する必要がある場合、入院治療が必要です。

⑤ 自宅ではゆっくりと静養できないとき

うつ病の治療にゆっくり、安静にすることが前提にあります。しかし様々な理由で自宅がそのような環境にない場合、治療に専念するために入院治療が必要となります。

(5) 薬の服用を躊躇している人への対応のポイント

- ① うつ病では脳の働きに変調が起きていて、薬が効果があることを説明する
うつ病は、「気の持ちよう」や「弱さ」からではなく、心理社会的なストレスを背景に脳の神経の働きの変調によって起こるものです。したがって、神経の変調を薬で調整することにより改善する可能性が高いことを説明します。
- ② 薬の副作用に対する不安を取り除く
精神安定剤を始めとして精神科の薬に対しては、依存性を恐れて「癖になるのではないか」「量が増えて、ボケたようになるのではないか」などの心配を抱くことがあります。そうした人には、医師の指導を受けながら服用すれば癖になったり量が増えてしまう心配はないし、むしろ中途半端な量を飲んだり、飲んだり飲まなかったりすると症状が長引くことになるということを説明するようにしましょう。そして、身体に大きな問題が起こるような副作用はきわめてまれだということを理解してもらうことが大切です。
また、一般には、薬なんかに頼らないでお酒（アルコール）で気分を晴らすという人も少なくありません。しかし、アルコールは一時的に気分が晴れたとしても、物質としてはうつ病を引き起こしますし、眠りも浅くします。それに向精神薬よりもずっと依存になりやすいですし、薬との相互作用で心身両面にいろいろな弊害をもたらします。ですから、けっしてお酒に頼らないようにしましょう。とくにこれは重要なことですが、うつ病とアルコール依存の共存は自殺の危険性を高めます。ですから、そうした依存性物質を用いた自己治療は避けるように指導することは重要です。
- ③ 薬に頼るのではなく、薬を上手に利用して生活をしやすいように勤める
うつ病の治療において、薬の役割は大きいですが、決して全てではありません。認知療法や対人関係療法などの精神療法、環境調整なども大切です。また、精神科の薬を飲むとすぐに効果が現れて楽になるのではないかと考え、すぐに効かないとがっかりして飲むのをやめてしまう人もいます。ですから、抗うつ薬は飲んですぐ効果が現れるわけではなく、効果発現までに時間がかかることを伝えることも重要です。

3 家族への支援

家族の対応のポイントとして伝えること

- 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行動がごちなくなることもある。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、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、往々にして患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、誰か患者を見つけ責めるようになる。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ので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う。本人の話をゆっくり聞いて、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、薬による治療が薬に立つ。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ながら続けられるようにサポートするよう話す。
- 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ぐえや攻撃がでるときがある。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。

II 個別支援事例

1 子どものうつ病…学校を休みがちになった中学生の場合

友達も多く、部活にも休まず参加して楽しく学校生活を過ごしているようにみえた中学1年生が、2学期の途中からひどく食欲がなくなり、夜もあまり眠れないようで朝なかなか起きることができず、いくら起こしても頭が痛い、身体はだるいと言って布団から出て来なくなり、学校を休みがちになってきました。学校を休んでいても昼過ぎからは元気が出てくるようで、ゲームをしたり、好きな絵を書いて過ごしていました。友達が遊びに来るとけっこう話もしています。母が質問すると「友達と遊んでも仕方がないし、バスケット部の練習も辛い。勉強も興味が無い。」とぼそっと答えます。内科の病院を受診しましたが、特に身体の病気はないようでした。母は学校へ行かないことが心配で、担任に相談した結果、スクールカウンセラーのカウンセリングを受けることになり3ヶ月ほど続けましたが状況は変わりません。たまたま、用事で市役所を訪れた時に、こころの相談窓口があることに気が付き保健師に上記の内容を伝えて相談をしました。

保健師はこれといったきっかけもなく学校へ行けなくなったこと、内科の医療機関で身体疾患の有無を確認していること、朝目覚めにくく、昼過ぎから元気が出るという「リズムの障害」があることから、母が心配する気持ちを十分受け止めた後に精神科を受診を勧めました。

翌日受診し、抗うつ剤を処方され、しばらくゆっくり休むように言われました。その後3週間もすると睡眠がはっきりと改善し、朝の寝起きもよくなり、かなり元気が出て、以前と同じように学校へ通えるようになりました。

ポイント

- ・特にきっかけとなる出来事や問題があったわけではなく、学校生活をエンジョイしていたのに学校へ行けなくなった。
- ・内科の医療機関で身体の病気はなさそうだということを確認している。
- ・朝目覚めにくく、昼過ぎから元気が出るという「リズムの障害」がある。
- ・不登校＝うつ病ではないが、不登校の子どもの中にはうつ病の子も含まれているという視点をもつ。
- ・必要に応じて学校関係者と連携を取りながら支援する。

使える相談窓口

- ・精神保健福祉センター
- ・衛藤病院、大分療育クリニック、西別府病院（児童精神科）
- ・児童相談所

資料編
p.39
p.48～
p.42

2 産後「うつ」…未熟児事例の訪問で気づかれた母親の場合

ある町の保健師が、実習学生を同伴して、未熟児事例の家庭訪問に出かけました。ところが、いくら呼び鈴を押しても応答がないのに、家の中では人の気配が明らかでした。とりあえず保健師が、近くの別の家庭を訪問している間、学生は、物音を聞いて声をかけてきた隣家の主婦から話を聞きました。「隣の奥さん少し変よ、会ってもあいさつしないし、ほうっとした硬い表情で。ご主人が赤ちゃんを連れて職場へ出かけるのを見たこともあるの。」というので、学生は「変だなあ」と言いながら保健師に報告しました。

午後二人が再訪問すると、今度はすぐに夫が出てきて対応し、母子とともに面接できました。家の中はガランとして、所帯道具が少ないという印象です。保健師が見のことで心配な点をいくつか伝えると、夫は「夫婦の間で解決が見つかった問題です」という不思議な答え方をします。見の発達はきわめて順調だったので、乳幼児健診を勧めて帰ろうかとも思いましたが、やはり夫の言い方が気になるので、「さっき、ご夫婦の間で解決が見つかったとおっしゃったのは、どういう意味でしたか?」とたずねてみました。

すると夫が答えて、「妻が家のことを何一つできない、家事も育児もまったくだめ。男親が子どもの世話までしているようでは仕事にならないから、子どもを連れて実家に帰ろうと思う。これじゃ結婚している意味がないから別れようということで、話がついた。」と言います。夫によれば、産後ずっとそんな状態だということです。この間、妻は黙ってうつむき、涙ぐんでいましたが、夫が話し終わると、ぽつりと「私なんか、生きてる意味がないです」と言いました。

そこで保健師は、未熟児のことで心配してきた母親の心労と、こういう母子を家庭内に抱えて苦勞してきた父親（夫）のことをねぎらった上で、「これは産後には珍しくない状態で、うつ病という病気かも知れない、そうであれば治療でよくなる可能性は高い。いまは家を切り盛りしていけないのであれば、実家のお世話になるのもよいかもしれないけれど、その間に奥さんは専門医の治療を受けてはどうだろうか?」と、ていねいに勧めました。二人とも「それで本当によくなるのであれば」と同意したので、妻を近くの市の精神科に紹介しました。産後うつ病の診断にて、3週間の入院の後に帰宅、その間は父子とも隣の夫の実家のお世話になることにしました。退院後は順調に回復し、帰宅した父子と3人暮らしを始めましたが、通院は1年半続けました。保健師は、子育てのことだけでなく、義父母との付き合い方の相談にも乗りました。「私のせいで未熟児になってしまって、夫や夫の両親に申し訳ない」という思いが強かったようでした。

ポイント

- ・生活に支障があったことと、自責感から「うつ病」を疑った。
- ・これまでの本人の心労と夫の苦勞を十分ねぎらい、丁寧に説明した。
- ・退院後も十分な期間医療機関とつながっていた。
- ・病院を紹介しただけで終わらず、困っていることに対する保健師の支援が継続して行われた。

相談窓口：もよりの精神科医療機関（p.48～）

関連資料：母子メンタルサポートマニュアル（大分県健康対策課発行）

（平成18年6月頃 お手元に届く予定です。）

3 更年期の女性（1）…自殺念慮のある主婦の場合

男性が職場の保健師に不眠を訴えて相談に来ました。話を聞いてみると、手芸が好きでプロ並みの作品を作ることができる専業主婦の妻（53歳）が1年ほど前からなんとなく不安であるというようなことを言い始めた、夫は話を聞いて「大丈夫、心配ない」ということを言ってきたということです。ところが2ヶ月ほど前から、「人が怖い」「外に出るのは怖い」ということを訴え、一人で外出することをしなくなりました。1ヶ月前からは不眠や食欲低下、体重減少（1ヶ月で3kg減）があり、好きな手芸もしていないということです。夫に「怖い」「離婚しよう」「死にたい」と毎晩訴えるようになり、夫自身が妻への対応で眠る時間がないということでした。保健師は夫が伝えた症状からうつ病を疑いました。そして「死にたい」と訴えることから入院治療が可能な病院を受診するように伝え、いくつかの病院の情報を提供しました。

後日、状況を夫に確認すると、当日に夫が本人に精神科の受診をすすめたところ本人は頑なに拒否したということでした。翌日すでに結婚して独立している娘たちも呼んで一緒に説得したところ、本人の母親が生前お世話になった内科の病院だったら行ってもよいということをお母さんが言ったので、その病院を受診しました。

幸いその病院には精神科医が勤務していたため、精神科医の診察を受け、入院することができました。また、本人の入院により安心したためか夫もよく眠れるようになりました。

本人は入院後、2週間ほど経ってから症状が改善し始めたということで2ヶ月ほど入院した後、退院しました。

その後1年近く経った現在も通院を継続しています。

ポイント

- ・不安、不眠、食欲低下、体重減少（1ヶ月で3kg減）、意欲低下といううつ病の症状があった。
- ・病院の選び方は、できるだけ本人や家族の意向に沿いながら、専門医の診療が受けられるように配慮する。
- ・十分な期間通院を継続する。

使える相談窓口

- ・もよりの精神科医療機関
- ・DVに関する問題がある場合は配偶者暴力相談支援センター
- ・家庭内での悩み等がある場合は大分県婦人相談所 等

資料編
p.49～
p.42

3 更年期のうつ病（2）…仮面うつ病の主婦の場合

50代後半の品のよい女性。基本健診受診時に話を聞くと、頭痛、めまい、のどが詰まる感じなどが原因に続き、近所の内科や耳鼻科で検査を受けたが特に異常はなかったということでした。別の内科で検査しても身体面は異常なかったということで、心理的な問題が関係しているのでは？と言われたということでした。本人は身体の症状が取れることを期待していました。しかしゆっくり話を聞いてみると身体症状以外に「何かは分からないが、もうどうしようもないほど追い詰められている」という絶望感や「怖くてできないが、自殺を考えたこともある」ということがわかりました。それでさらに日常生活パターンについて尋ねると家ではほとんど寝たきりに近い生活で、ただ悶々と身体のことを考えていることがわかってきました。一見元気でみえるものの、背景にはエネルギーの低下、残ったエネルギーの無駄な配分、自分を責める傾向、頑固に続く不眠等のうつ的な色彩が見えてきました。家族は、26歳の息子が定職に就かず、コンビニのバイト等を点々として暮らしていること、親の育て方が悪くてそうなったのではないかと罪の意識を感じていること、夫もすでに定年退職して生活は苦しく、先のことを考えると暗い展望しかないこと、などを少しずつ話してくれました。どれもひどく重なりすぎたのではなく、もっともなことばかりでしたが、少し後向きで悲観的に考えすぎているように思えました。それで、近くの精神科の受診をすすめました。精神科では抗うつ薬を処方されたということで、2週間もすると頭痛が少し楽になり、1ヶ月もすると身体他の症状も消えていきました。

ポイント

- ・更年期の身体の不調、喪失体験、ストレス等が重なることでうつ病を発症することもある。
- ・典型的な抑うつ症状よりも、身体的な症状が前面に表れることがある。身体症状という仮面をつけていることから仮面うつ病と呼ばれる。
- ・いくら身体面の検査をしても異常がないにもかかわらず、身体症状の訴えがある場合は、その人の最近の生活や出来事を聞いてみることも大切。

使える相談窓口

- ・もよりの精神科医療機関
- ・DVに関する問題がある場合は配偶者暴力相談支援センター
- ・家庭内での悩み等がある場合は大分県婦人相談所 等

資料編
p.49～
p.41

4 働きざかりの「うつ」…昇進し、慣れない仕事でうつ病になった課長の場合

50代男性。工業高校卒業後、地元のメーカーに入社し、工場の生産現場で技術職として35年勤務しました。まじめで、後輩のめんどうもよくみる、人付き合いのよい温厚な人柄でした。春の定期人事異動で初めて事務所に配属となり、課長に昇進、生産の指揮や技術指導などの管理業務につきました。しかし、馴れない仕事なのでなかなかうまくこなせず、上司からたびたび叱責されては「自分はダメだ」とおちこみ、酒量が増えてきました。6月に、管理職を対象としたストレス研修会があり、精神的な健康度を調べる自己チェックの結果、「問題あり、要注意」という判定が出ました。自分でも思い当たるどころがあり、「職場の保健師や産業医、または上司に相談しましょう」という指示に従って、上司に相談しました。

上司は驚きましたが、「自分は会社の役に立たない、もう死んだ方がましだ」と口走るのをさらに驚きました。その場で産業保健推進センターに相談したところ、本人が同意するならば精神科を受診させた方がよいと言われたので、受診を勧めたところ本人も受け入れました。「うつ病」の診断にて、自宅休養しながらの薬物治療を開始しました。

結局、2カ月後に職場復帰しましたが、会社は主治医（精神科医）の意見、職場の責任者、嘱託産業医の意見と、本人の希望を総合的に判断して、部下の管理が不要な現場のポストに配置転換しました。その後は再発もなく、管理職につくことはありませんでしたが、技術職として信頼されて定年まで勤めました。

ポイント

- ・本人が「自己チェック」により自らの不調に気づいた。
- ・本人が「保健師や産業医、または上司に相談するとよい」という情報を手にいれることができた。
- ・上司が産業保健推進センターという相談窓口を知っていた。
- ・本人に合った環境に配置転換されるような、職場の健康管理システムがあった。

独立行政法人労働者健康福祉機構 大分産業保健推進センター

●目的

産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事業主等に対し職場における健康管理等の啓発その他を行うこと

●主な業務

- 1 窓口相談、実施相談
- 2 情報の提供
- 3 研修・セミナーの開催
- 4 調査研究
- 5 助成金の支給

大分産業保健推進センター <http://www.oita-sanpo.jp>

- その他に県下5カ所に地域産業保健センターがあり、職場における心の悩みの相談窓口があります

詳細は
資料編
p41

5 介護者の「うつ」…介護サービスを使わず一人で夫の介護をしていた妻の場合

脳梗塞で右半身に麻痺が残っている70代の男性が在宅で過ごしています。介護はその妻が一人で行っています。男性はリハビリの意欲があまりなく妻に甘えてしまいがちでした。毎晩夜中に2、3回排尿し、その度に妻は起きて介助しなければなりません。病院を退院するときに介護保険を利用してデイケアやヘルパーの支援を受けることを勧められましたが、本人がデイケア等の集団での活動が好きでないこと、妻自身他人が家に入ることに抵抗があったことから介護保険の利用はしていませんでした。

退院して1年が過ぎた頃に民生委員から保健師に相談がありました。本人の状況はあいかわらずであるが、妻のことが心配であると言います。最近やせてきて元気がないというのです。

保健師が訪問して話を聞いてみると、以前より疲れがひどく、食欲もない、介護の合間にしていた趣味の園芸もする気がしないと云います。また、ここ3ヶ月間の間に体重が10kgも減り、夫の介護をはりきってこなしていた頃に比べて1/3のパワーになってしまったと言います。保健師は精神科への受診を勧めました。また、妻が休養を取れるように介護保険を申請し、デイケアやヘルパー等の介護サービスの利用を熱心に勧めました。

その後、妻は精神科を受診し、抗うつ薬を処方されました。また、ヘルパーの訪問を受け、時々ショートステイを利用しています。「もっと早く利用すればよかった」という声が聞かれました。

ポイント

- ・在宅介護者や療養者だけでなく、その介護者の身体的健康状態や心の健康状態も観察すること
- ・困った時の相談窓口や心の相談窓口をお知らせしておくこと
- ・介護者の心身の負担が軽減するように環境調整すること
- ・民生委員等による見守りが役に立ったこと

使える相談窓口

- ・介護、家庭問題、老後不安などの高齢者相談
- ・障害者の手助けができる相談

資料編
p40
p41

6 高齢者のうつ病…退院後に閉じこもりがちになった独居女性の場合

80代の女性の夫は3年前に他界し、子供たちは県外で暮らしているため独居です。少し足腰が弱っていたのでそうじのために家事支援のヘルパー訪問を受けていました。また、いつでも行ってよい近所の老人の憩いスペースには毎日顔を出し、そこで開かれる食事会等のイベントにも毎回参加していました。腸疾患で入院していましたが、退院しました。

退院後も以前と同じようにヘルパーの支援を受けていますが、憩いスペースには行かず家に閉じこもりぎみです。退院して1ヶ月経つけれども元気が無く心配だとヘルパーから介護支援専門員に報告がありました。介護支援専門員がくわしく聞いてみると、夜は不安でよく眠れないし、以前は毎週楽しみに見ていたテレビドラマも見ることができない、近所の友人からお茶を飲みに行こうと誘われても出かける気がしないと言います。また、実際は経済的に困っていないのに「息子も私もお金がないから孫の学費が出せない」と心配しています。うつ病かもしれないと思い、かかりつけ医の先生に相談したところ本人が受診したときに抗うつ剤を処方されました。まもなくよく眠れるようになり、3週間頃頃から元気が出てきてテレビが楽しめるようになり、3ヶ月過ぎた頃には外に出る意欲も出てきました。憩いスペースにも行くようになり、以前のように生活を楽しめるようになりました。

ポイント

- ・老化やライフイベントに伴う身体的、心理的、社会的体験は、閉じこもりなど社会からの孤立につながり、うつ病の引き金となる。
- ・高齢者のうつ病の特徴は悲哀の訴えが少なく、抑うつ感が目立たない。意欲や集中力の低下、精神運動遅延が目立つ。心気的な訴えが多い。不安症状や焦りやイライラ感、貧困妄想があることもある。
- ・精神科にかかりづらければかかりつけ医等を活用する。

使える相談窓口

- ・介護、家庭問題、老後不安などの高齢者相談

詳細は
資料編
p40

「うつ」対策のポイント

- ・自分自身が抑うつ状態に気づき、相談や受診をしやすい地域づくり
- ・介護予防、閉じこもり予防、生きがいづくりのためのグループ活動、ハイリスクな高齢者や家族に対する相談訪問活動が大切。
- ・「気にかけてもらっている」「支えられている」という実感を持ってもらえるような支援体制が大切。民生委員等地域の見守りネットワークも効果的。
- ・現実以上に悲観的な考えに陥っていることが多い。自己・他者・将来の3領域についての患者の考えを確かめ、認識を修正してもらったり、関連する支援をおこなうようにする。
- ・ハイリスクの高齢者は
「死にたい」と言っている（家族にほめかす）
最近、家族や近親者が自殺した
最近、配偶者や親しい人が死亡した、
最近、医療機関を退院した
過去にうつ病の既往がある
家に閉じこもりがち
外出の機会や他者との交流が少ない

Ⅲ 「うつ」スクリーニングの様式

こころの健康度自己評価票

自分では気づかない「自分の「こころの」健康度」を知りたいと思いませんか？

この自己評価票は、「こころの健康度」を自己評価できるようにつくられています。
 また、ご了解のいただけ方には、その結果によって電話・訪問相談の実施、健康教室等のご案内をさしあげることにしています。
 よろしければ、この評価票に必要事項をご記入のうえ、係の者に提出してください。なお、あなたが書いた内容を、他に漏らすようなことはありませんので、安心してご記入ください。
 問い合わせ先：〇〇市（町村）役所（役場）（電話： ）担当：
 又は△△保健所（電話： ）担当：

あなたのお名前〔 〕 性別〔 1 男 2 女〕
 生年月日〔 明・大・昭 年 月 日 生 歳〕
 住 所〔 〕
 集 落 名〔 〕 電 話〔 〕

あなたの職業を下の中から選び当てはまる番号に一つ〇印をつけてください。

0. 無職（家事、家庭菜園程度を含む）
 1. 農業 2. 林業 3. 漁業 4. 鉱業 5. 建設業 6. 製造業
 7. 電気・ガス・熱供給・水道業 8. 運輸・通信業 9. 卸売・小売業・飲食業
 10. 金融・保険業 11. 不動産業 12. サービス業
 13. 公務（民生委員・児童委員・区長等） 14. その他（ ）

問1 あなたは、この「こころの健康度自己評価」による「こころの健康診査」を受診しますか？

1 受診しない

『こころ』の健康で何か心配なことが
 ありましたら、遠慮なくご相談ください。
 （これで「終了」です。）

2 受診する → 問2へ（引き続き、裏ページにご記入ください。）

問2 最近のあなたの様子について伺います。以下の質問を読んで、それぞれ、「はい」「いいえ」のうち、あてはまるほうに〇印をつけてください。

- | | | | |
|---------------------------------------|---|-----|-----|
| 1 毎日の生活が充実していますか。 | → | は い | いいえ |
| 2 これまで楽しんでやれていたことが、
今も楽しんでできていますか。 | → | は い | いいえ |
| 3 以前は楽にできていたことが、
今ではおっくうに感じられますか。 | → | は い | いいえ |
| 4 自分は役に立つ人間だと考えることができますか。 | → | は い | いいえ |
| 5 わけもなく疲れたような感じがしますか。 | → | は い | いいえ |
| 6 死について何度も考えることがありますか。 | → | は い | いいえ |
| 7 気分がひどく落ち込んで、
自殺について考えることがありますか。 | → | は い | いいえ |
| 8 最近ひどく困ったことや、
つらいと思ったことがありますか。 | → | は い | いいえ |

↓
 「8」で「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、
 ということがあったのかを、下記にご記入ください。

問3 この自己評価表分析の結果、「こころが疲れている」などの結果が出た方には、各種サービスを提供することを考えています。つきましては、保健師等による以下のサービス提供について了承をいただけますか。
 （それぞれの項目ごとに、〇印をつけてください。）

- | | | |
|------------|--------|---------|
| 1 訪問相談 | 1 了承する | 2 了承しない |
| 2 電話相談 | 1 了承する | 2 了承しない |
| 3 健康教室のご案内 | 1 了承する | 2 了承しない |
| 4 講演会のご案内 | 1 了承する | 2 了承しない |

これで、全て「終了」です。お疲れさまでした。

----- 〈以下は係りの者が記入します。〉 -----

問診担当保健師名 []

同 意	1～5	6～7	結 果	備 考 欄

一次スクリーニング「こころの健康度自己評価票」判定方法

A項目：問2 1～5
 B項目：問2 6～7
 C項目：問2 8

スクリーニング陰性番号
 1 「はい」
 2 「はい」
 3 「いいえ」
 4 「はい」
 5 「いいえ」
 6 「いいえ」
 7 「いいえ」

陽性番号が、A項目2つ以上 あるいは、B項目1以上
 →二次スクリーニングへ

C項目 自由記述欄の内容による
 配偶者や家族の死亡、親戚や近隣の人の自殺、
 医療機関からの退院 等の場合
 →二次スクリーニングへ

注1：「最近」とは「最近2週間の状況」についてを意味する。

注2：問6の「死」とは、「自殺に直接結びつくような死」意味する。
 前向きな、明るくとらえるような死の場合は、「いいえ」となる。

「いいえ」の例

「元気にぼっくり死にたい」

「もう年（高齢）だから、いつお迎えがくるか考える。」

「もう十分生きたから、いつ死んでもいい。」

注3：普段の観察から、C項目のような出来事が確認された、死にたいと言っている場合も介入対象とする。

こころの健康度問診票（CIDI-SF-RR）

氏 名
 実施年月日 年 月 日

これから、最近のご様子についてお伺いします。

- A 1 「悲しかったり、落ち込んだり、憂うつだったりすることがありますか。」
 1 いいえ 2 はい
 A 1 a 「その（悲しかったり、落ち込んだり、憂うつだったりする）状態は、いつ頃から続いていますか。」
 _____ヶ月 _____週間 _____H前から続いている
 A 1 b 「その（悲しかったり、落ち込んだり、憂うつだったりする）状態は、ほとんど毎日、ほとんど一日中、続いていますか。」
 1 いいえ 2 はい
- A 2 「仕事や趣味、あるいは普段楽しみにしていることなど、たいていのことに興味をもてないですか。」
 1 いいえ 2 はい
 A 2 a 「その（たいていのことに興味をもてない）状態は、いつ頃から続いていますか。」
 _____ヶ月 _____週間 _____H前から続いている 2週間以上
 A 2 b 「その（たいていのことに興味をもてない）状態は、ほとんど毎日、ほとんど一日中、続いていますか。」
 1 いいえ 2 はい
- A 3-1 「いつもより食欲がおちていますか。」
 1 いいえ 2 はい
 A 3-1 a 「その（食欲がない）状態は、2週間以上続いていますか。」
 1 いいえ 2 はい
- A 3-2 「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか。」
 1 いいえ 2 はい
 A 3-2 a 「いつもの体重と比べて、今ほどのくらい減りましたか。」
 _____kg減少（3kg/月）
- A 3-3 「いつもよりずっと食欲が増えていますか。」
 1 いいえ 2 はい
 A 3-3 a 「その（食欲が増えた）状態は、2週間以上続いていますか。」
 1 いいえ 2 はい
- A 3-4 「食欲が非常に増進して、体重が増えていますか。」
 1 いいえ 2 はい
 A 3-4 a 「いつもの体重と比べて、今ほどのくらい増えましたか。」
 _____kg増加（3kg/月）

A 4-1 「ほとんど毎晩眠れないですか。寝つきが悪かったり、夜中に起きたり、朝非常に早く目が覚めることはありませんか。」

1 いいえ 2 はい

A 4-1a 「その（眠れない）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 4-2 「毎日眠りすぎますか。」

1 いいえ 2 はい

A 4-2a 「その（眠りすぎる）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 5-1 「話し方や動作が普段より遅くなっていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 5-1a 「その（話し方や動作が普段より遅くなっている）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 5-1b 「話し方や動作が遅くなった、と誰かに言われますか。」

1 いいえ 2 はい

A 5-2 「いつも動き回っていなくてはならない、つまり、じっと座ってられず、うろうろしていたり、座っている間も手をじっとさせてられなかったりしますか。」

1 いいえ 2 はい

A 5-2a 「その（いつも動き回っていなくてはならない）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 5-2b 「いつも動き回っている、と誰かに言われますか。」

1 いいえ 2 はい

A 6 「いつもより疲れたり、気力が低下していると感じていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 6a 「その（疲れたり、気力が低下している）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 7 「自分は価値のない人間であると感じたり、罪悪感を感じたりしていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 7a 「その（自分に価値がないと感じる、罪悪感を感じる）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 8-1 「物事に集中するのが、普段よりずっと難しいですか。」

1 いいえ 2 はい

A 8-1a 「その（集中できない）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 8-2 「普段より考える速度がずっと遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 8-2a 「その（考える速度がずっと遅くなったり、考えがまとまらない）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 8-3 「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 8-3a 「その（普段なら問題なく決断できることが、なかなか決められない）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 9-1 「死について何度も考えたりしていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 9-1a 「その（死について何度も考える）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 9-2 「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか。」

1 いいえ 2 はい

A 9-2a 「その（自殺を考える）状態は、2週間以上続いていますか。」

1 いいえ 2 はい

A 9-2b 「どうやって自殺するか、具体的な計画を立てましたか。」

1 いいえ 2 はい

A 9-2c 「どのようなやり方で自殺しようと考えましたか。」

具体的内容：

A 9-2d 「実際に自殺しようとしたか。」

1 いいえ 2 はい

A 1 から A 9 まで、ひとつも 2 はい がなかった場合、面接終了。（経過観察中）
2週間まで続いていない 2 はい があった場合は、A12から質問継続。
2週間以上持続する 2 はい があった場合は、A10から質問継続。

A10-1 「分けもなく不安になったり、気持ちが落ち着かなくなったりすることがありますか。」

1 いいえ 2 はい

A10-2 「突然ひどく不安になることがありますか」

1 いいえ 2 はい

A11-1 「飲酒量を減らさなければならないと感じたことがありますか。」

1 いいえ 2 はい

A11-2 「他人があなたの飲酒を批難するので気にさわったことがありますか」

1 いいえ 2 はい

A11-3 「自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか。」

1 いいえ 2 はい

A11-4 「神経を落ち着かせたり、二日酔いを治したりするために、迎え酒をしたことがありますか。」
1 いいえ 2 はい

A12 「まとめると、〇〇さんには最近「A1からA11までで『はい』と答えた症状をいくつか挙げる」といったことがあったのですね。このようなことについて、医者や専門家、ご家族やお友達などに相談なさいましたか。」
1 いいえ 2 はい

A12-1 「そのことについて、医者に相談なさいましたか。」
1 いいえ 2 はい
A12-1a 「何科を受診されましたか」
1. 精神科 神経科/精神神経科
2. 心療内科
3. 内科 外科などその他の身体科 (特定する:)
A12-1b 「お薬はどんなものでしたか。」
1. 抗うつ薬 (特定する:)
2. 抗不安薬 (特定する:)
3. 睡眠薬 (特定する:)
4. その他 (特定する:)

A12-2 「そのことについて、その他の専門家に相談なさいましたか。」
(その他の専門家とは、心理学者、ソーシャルワーカー、カウンセラー、看護師、僧侶や神父、その他の補助的な専門家を指す)
1 いいえ 2 はい (特定する:)

A12-3 「そのことについて、ご家族やお友達、お知り合いの方などに相談なさいましたか。」
1 いいえ 2 はい (特定する:)

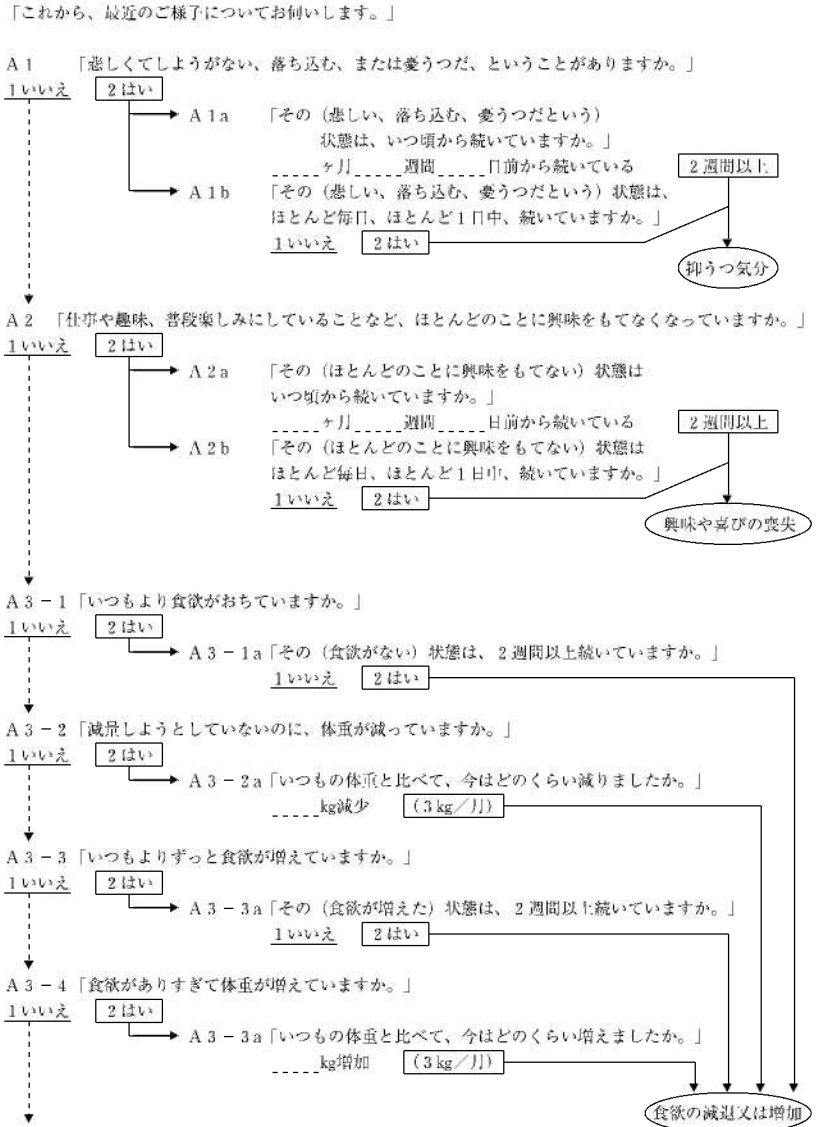
A13 「〇〇さんは、「A1からA11までで『はい』と答えた症状をいくつか挙げる」といったことのために仕事や家事ができなかったり、家族の世話や自分自身のことができないなど、生活や行動にどのくらい支障が生じましたか。」
1. 全くない 2. 少し 3. いくらか 4. たいへん

A14 「〇〇さんは、以前にも同じようなこと (「A1からA11までで『はい』と答えた症状」) を経験したことがありますか。」
1 いいえ 2 はい

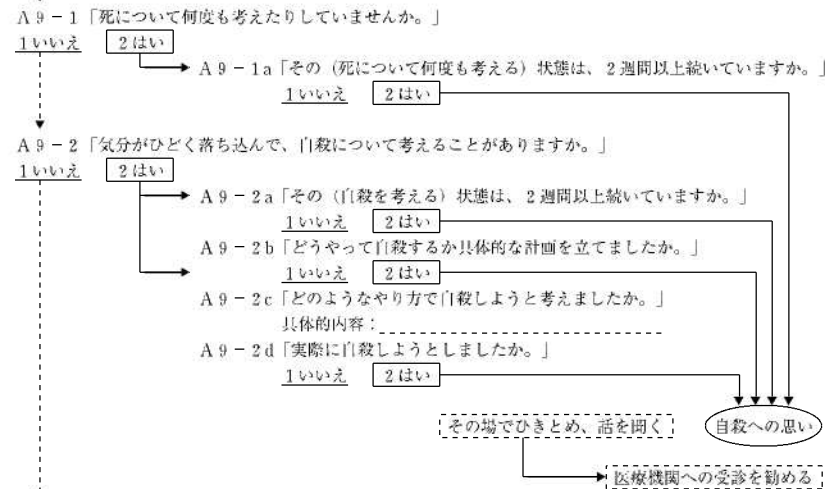
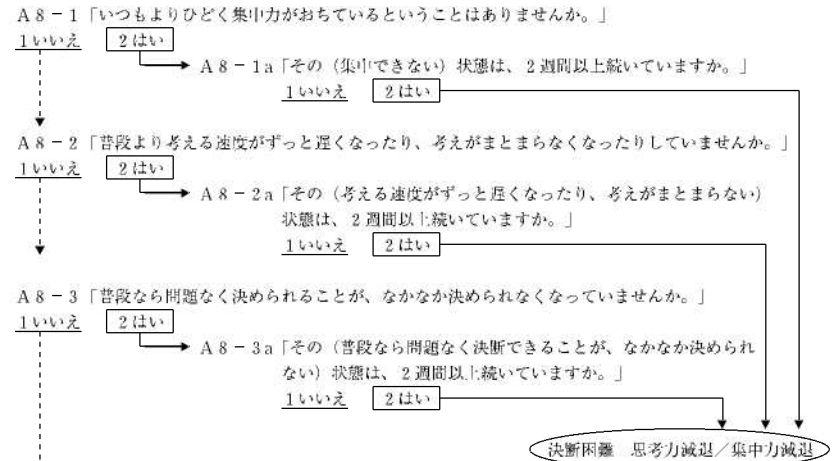
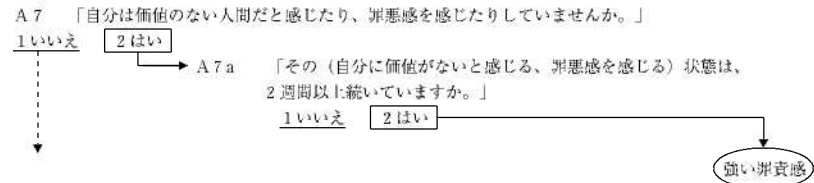
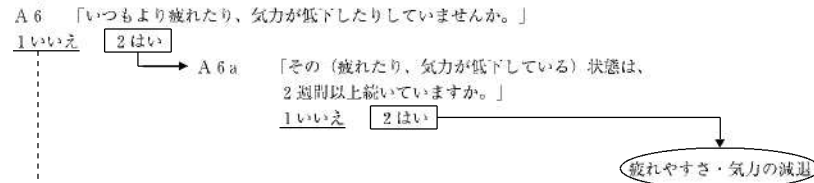
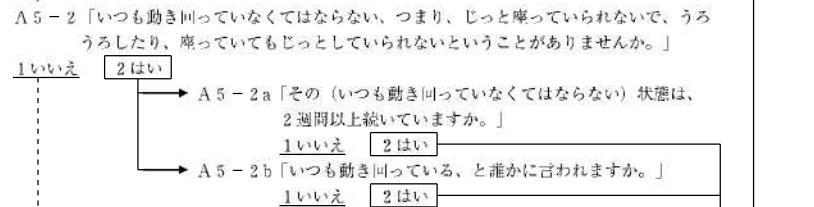
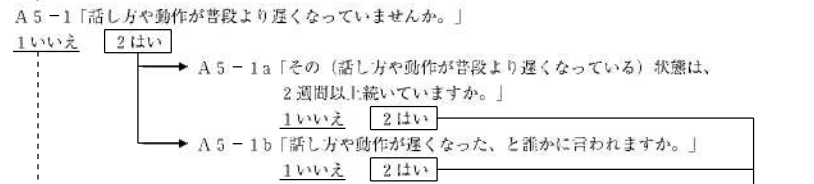
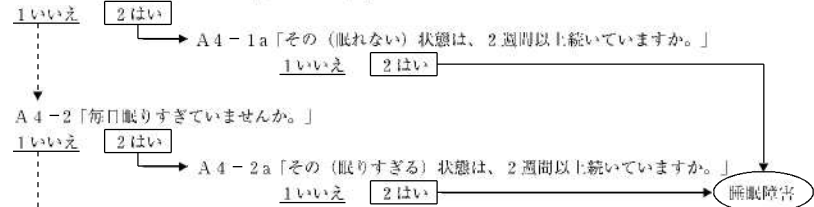
A14-1 「最初にそのような状態を経験したのは何歳の時でしたか。」
-----歳の時

以上で質問は終わりです。

うつ病の評価と自殺予防介入の実際 (質問の進め方の例)



A 4-1 「ほとんど毎晩眠れなくなっていますか。寝つきが悪かったり、夜中に起きたり、朝非常に早く目が覚めたりすることはありますか。」

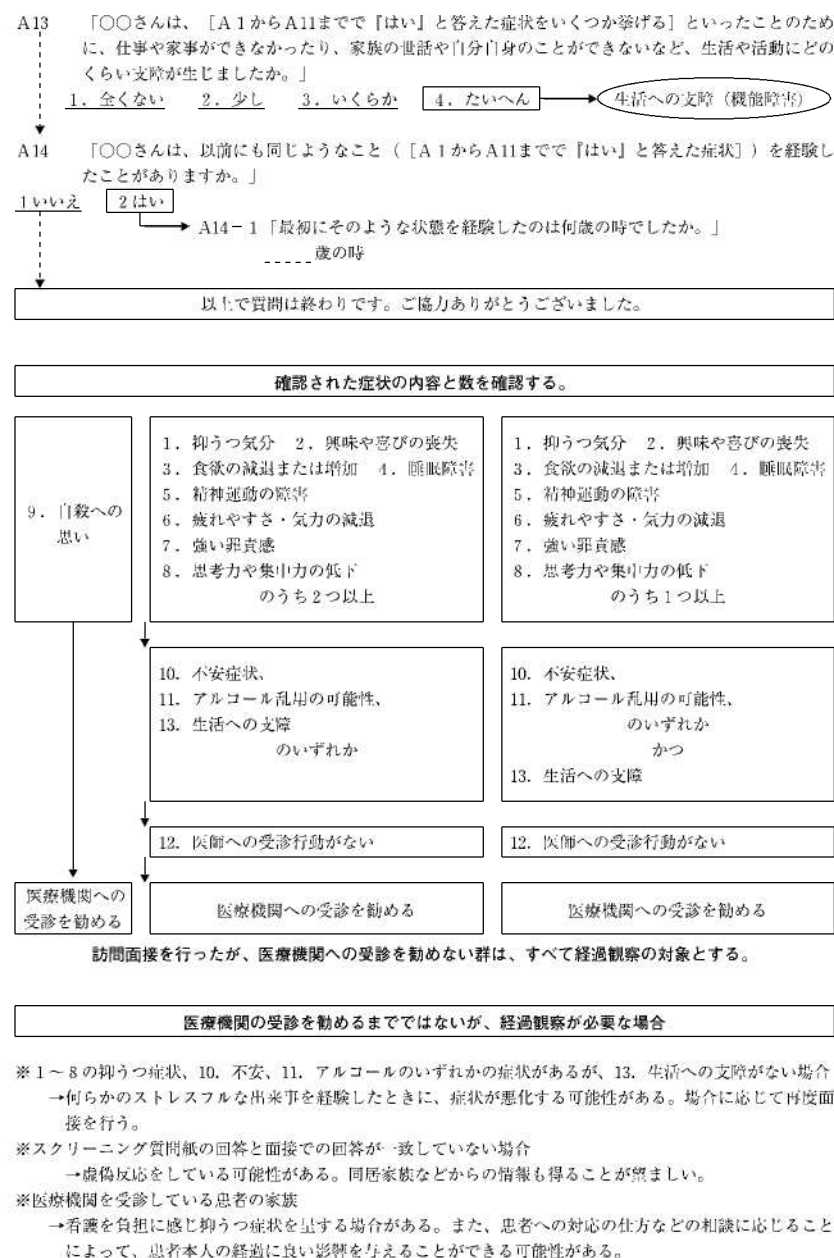
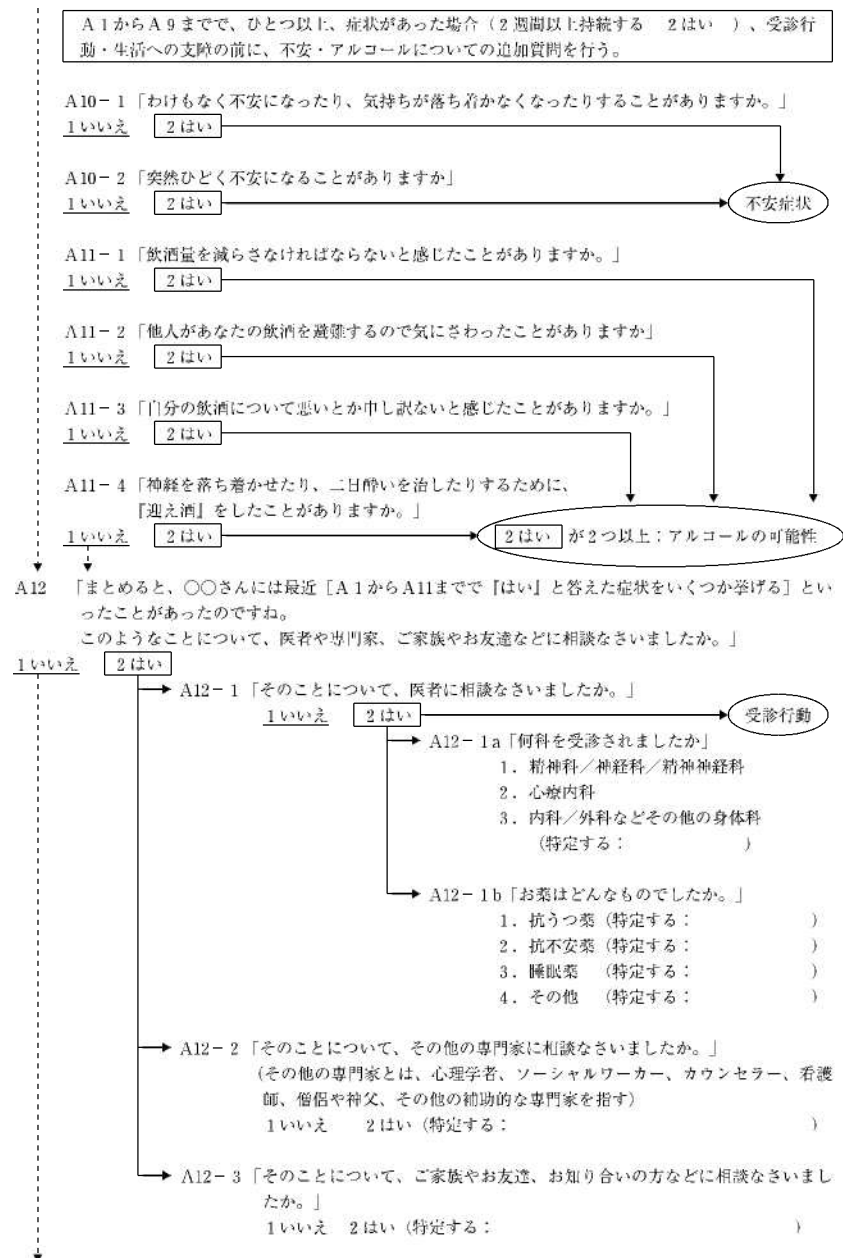


A 1からA 9まで、ひとつも 2 はい がなかった場合、面接終了。
「以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。」
[経過観察群]

A 1からA 9まで、ひとつ以上の2週間以上持続する 2 はい があった場合は、
A 10不安、A 11アルコールに進む。

ひとつ以上 2 はい (2週間以下) があった場合、A 12受診行動・A 13生活への支障に進む。

A 9自殺への思いがあった場合、医療機関への受診を勧めるが、特にA 9-2dがあった場合は、追加質問をする前に受診を勧める(自殺に関する話題の中で扱う)。

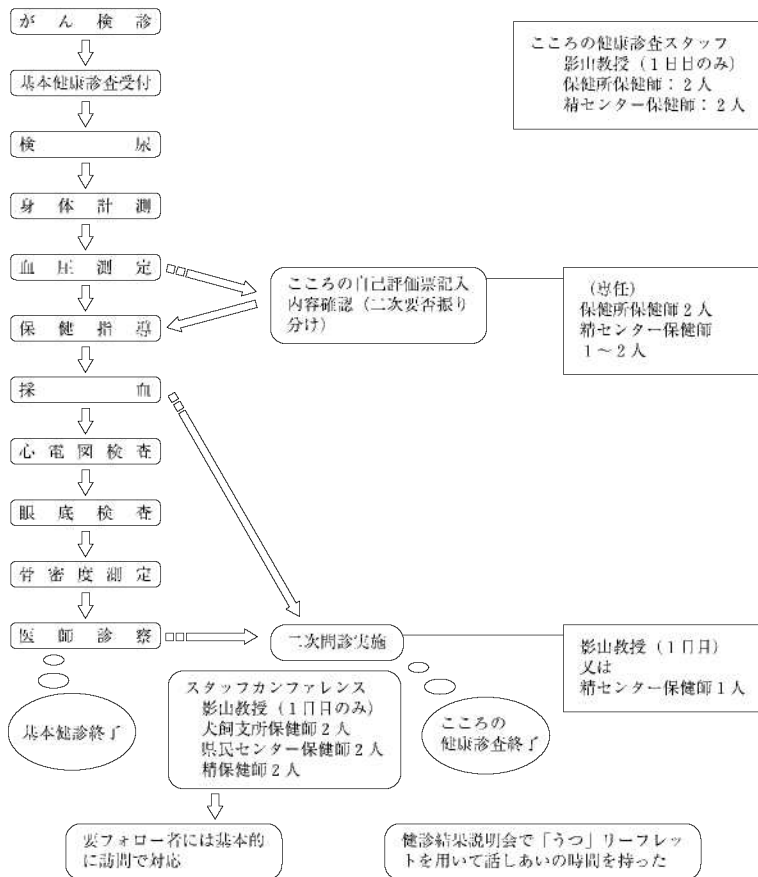


Ⅳ 「うつ」スクリーニングの活用例

1 豊後大野市犬飼支所 パイロット調査～基本健康診査で実施した例～

対象：40～60歳代の基本健康診査受診者 117名

1) 当日の流れ



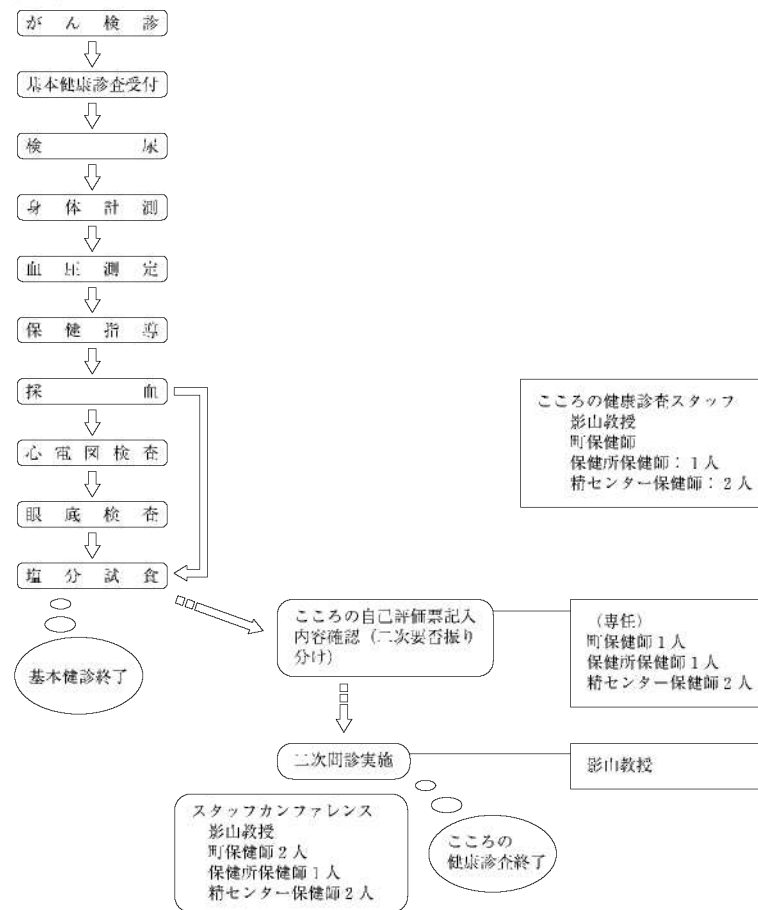
保健師の感想から

- ・身体の健診では、要指導程度と判断される者が心の健康面で二次スクリーニング対象となっていた。改めて心と身体の健康が大切で、心の健康の支援を積極的におこなう必要性を感じた。
- ・「うつ」スクリーニングにあわせて講演会や市報で「うつ」を取り上げる等、市と保健所が一緒に取り組んだ。総合的な取り組みが必要だと感じた。
- ・一次スクリーニングに十分なスタッフ数を確保したことで、ゆっくり時間をかけて話を聞くことができた。自分の心の健康についてふりかえる機会になったと思う。
- ・医療機関に繋げる事例が1例でもあれば、一般医との地域連携システムづくりにつながると思う。

2 玖珠町 パイロット調査～基本健康診査で実施した例～

対象：基本健康診査受診者 98名

- 1) 事前準備 事前に趣旨説明、心の健康度自己評価表を配布
- 2) 当日の流れ



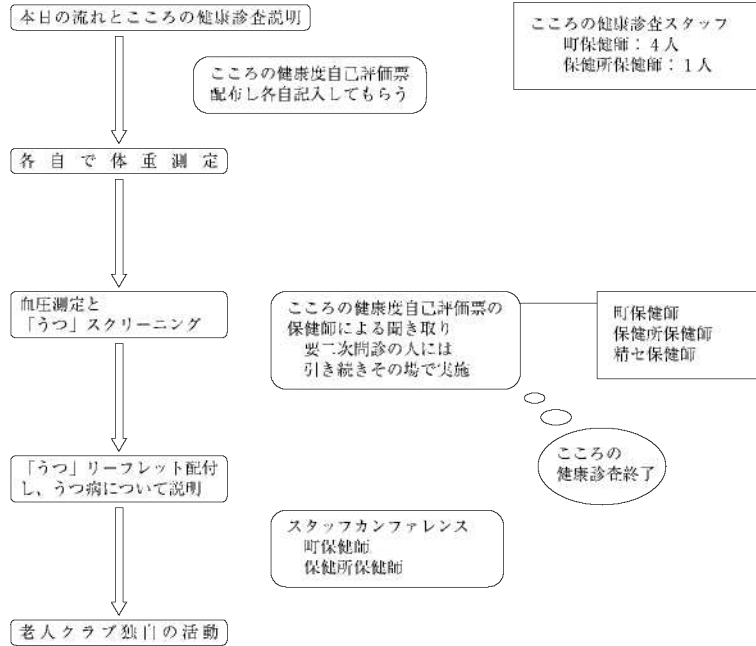
保健師の感想から

- ・「うつ」スクリーニングを健診の流れの中に組み込んだのはよかった
- ・予想以上に相手はよく話してくれる
- ・8項目だけだが、一人にかなりの時間がかかるな
- ・今まで心の健康について語る場がなかったのでゆっくりと話を聞いてもらえ楽になったという声もあり、心の相談の場が必要と感じた。心の健康の啓発に力を入れていきたい。

3 九重町 パイロット調査～老人クラブで実施した例～

対象：老人クラブメンバー 15名

1) 当日の流れ



保健師の感想から

- ・対象者とゆっくり話ができた
- ・二次問診をおこなった保健師がそのまま二次問診をおこなったため、流れがスムーズだった
- ・以前から健康教育を積極的に実施していた地区では、老いの受け入れがスムーズにできている人が多いと感じた。今までの健康教育等の地域の活動も影響してくるのかな？
- ・老人会等の組織を活用して健康教育をしながら紹介していくのは組織全体の意識づけにもなり、有効ではないか。また、経過観察者について集団の中での様子も観察できるので再評価しやすい。

＜参考＞

大分市社協では、同市佐賀岡・野津原の2地域で、小地区の高齢者サロンを場とした介護予防モデル事業を平成17年度から始めている。これは、家庭で手軽にできる運動や「快眠の心がけ」を紹介し、参加者がサロンで指導を受けたり励みを得たりすることで、継続につなげようとする試みである。

このモデル事業の一環として、睡眠についての症状や不眠と関係がある日中の症状と、「うつ」との関係についての質問紙調査を行った。その結果、睡眠についての症状のうち、中途覚醒や早朝覚醒に関係する症状のみが、抑うつ度と関連していた。しかし、前者をもって「うつ」一次スクリーニング該当者を見出すのは難しいこともわかった。

ただし、「休日の気分はいかがですか？」という質問に対して「悪い／少し悪い」と回答した人（全体の14%に相当）のうち78%が、「うつ」一次スクリーニング該当者であった。同じ質問に「よい／非常によい」と回答した86%の人では、「うつ」一次スクリーニング該当者は21%にすぎなかった。上の質問は、「こころの健康度自己評価表」のような所定のスクリーニング法が使えない場面でも発することができるので、保健師等が健康相談や訪問指導などを行う際の参考になると思われる。

V 「うつ」予防の活動事例

@青森県鶴田町

鶴田町では青森県「心のヘルスアップ事業」の重点地域の一つとなったことから、平成15年度から本格的に“心の健康づくり”活動を始めた。健診会場で無記名自記式の「こころの健康に関するアンケート」を行い、校区ごとに報告会を行った。「悩みがある」「趣味がない」「経済問題がある」「飲酒でストレスに対処」「自殺について考えたことがある」などと「うつ」との関連が明らかとなり、町内でも特に抑うつ度の高い校区では「苦しくても人に話さない」人が多いこともわかった。

そこで、校区ごとの地域診断の結果報告会を迅速に開催し、保健協力員らの劇団（口頃から健康小劇を上演している）による“ストレスや飲酒にまつわる小劇”や、抑うつ度の高い校区の小学校で“心の健康教室”、「ほげんだより」や保護者向け配布物による“心の健康についての啓発記事”、などの一次予防活動を始めている。小劇は地区行事の中で上演されたが、会場として小学校の体育館を使ったことから、学校でも“食育”“家庭内の対話”と“心の健康”というテーマを結びつけた活動をしよう、という着想に至ったものである（同町には朝ごはん条例という条例がある）。

なお、これらの心の健康調査は、県精神保健福祉センターや保健所がサポートし、厚労省の研究費を充てることで実施された。上記のような地区診断は、秋田県などでも行われて活用されている。また、青森県名川町でも中学校の道徳の時間を充てて、町社協の事業として「こころの健康教室」を開催している。

@青森県六戸町

青森県六戸町でも、鶴田町と同様の心の健康調査を実施し、その結果を地元でフィードバックしたことが下地となって、「うつ」スクリーニングがスムーズに導入できたことが報告されている。

また同町の医療懇話会では、「うつ」から自殺に至る人の過半数がその前に一般医療機関を受診していることとされることから、一般医療機関の看護師らを「うつ」等の相談窓口として活用する“こころのケアナース養成事業”が始まっている。診療所・在宅介護支援センター等の看護師・歯科衛生士らに「うつ」や傾聴についてのセミナーを実施して、こころのケアナースとして認定している。医師が話を聞いてもよいのであるが、医師が多忙だったり、医師では話しにくいと感じる人がいたりすることを考えたものである。住民の希望者に配布した“こころの健康カード”を提示すると、こころのケアナースが無料で対応し、悩みを聴いたり、精神科を紹介したりする。ただし、こうした悩みを抱えていることを「地元では人に知られたくない」と考えている人には、利用されないことが考えられる。

@秋田県藤里町

自殺率の高い秋田県内でも藤里町は特に高率であることから、行政と住民が一体となったNPO「こころといのちを考える会」が平成12年に発足した。宗教家など住民の中のキーパーソンが核になりつつも、町が事務局を担当し、町予算で事業を行ってきた。

具体的な事業の例としては、「心といのちを考えるシンポジウム」の開催、冬場のひきこもり予防（レクリエーションによるストレス発散）、「男の更年期を考える」など中高年男性を対象とした地区への出前講座（自殺率が高い年代なので）、専門家による個別相談、パンフレット「藤里物語」「藤里物語II」の作成と全戸配布、などがある。

「藤里物語」は秋田大学が作成に協力したもので、「三世代同居家族」「こころの健康・不健康」「地

域で支える」「心の健康づくりと自殺予防」という構成で、三世代家族のストレスや「うつ」事例を物語風に提示した啓発パンフレットである。「藤里物語II」は、中学生有志が集まってワークショップを行い作成したリーフレットで、中学生の視点から自殺予防の重要性を語り、老後の生活や介護、世代間交流などについての提言を示したものである。このような住民参加型の予防対策はマスメディアでも紹介されている。

@秋田県由利本庄市、青森県青森市浪岡地区、岩手県久慈市など

秋田県由利地方では、平成7年頃から地域での自殺予防活動が始められた。その中で、「仕事したか？」が日常の挨拶という気風、“がんばること”“働くこと”に価値を置き“仕事が趣味”と考える地域性が、疾患や身体的障害を生じた高齢者の“自己否定感”の背景にあることが浮き彫りになってきた。

このような背景から、学生ボランティアが「うつ」について啓発する紙芝居を制作し、これが他の地域にも刺激となって、保健師、地域ボランティアらが競作するようになり、平成17年には北東北3県（秋田・青森・岩手）の紙芝居コンテストが開催されるに至っている。紙芝居の一部は、青森県精神保健福祉センターのホームページ「保健師のための自殺予防活動マニュアル」で見ることができる。

@鹿児島県伊集院保健所管内

同管内では、鹿児島県で最初に「うつ」対策事業に取り組んだ。平成13年度は広報誌や研修会を使った普及啓発（一次予防）を行い、平成14年度から市町村における住民基本健診や集団検診の場、健康教育・健康相談・訪問指導の場などを通して「うつ」の早期発見・早期対応（二次予防）に取り組み始めた。

一次予防の方法として印刷物による情報提供だけでは不十分で、住民対象の講演会・研修会が有効であったことが報告されている。また、健康教育のための教材パッケージと解説をCD化して、関係職員に配布した。この内容は川薩保健所や国立精神保健研究所のホームページでもアップされて公開されており、ユーザは自由にダウンロードして加工することができる。

二次予防は、本マニュアルにあるのと同様方法で行われている。受診勧奨した場合には、主治医に「こころの健康度自己評価表」を提示することを奨めており、受診者が希望すれば保健所から主治医宛の紹介状・二次スクリーニング結果の写しと返信用封筒を持参させている（受診確認とフォローのため）。

Ⅷ 支援者の資質向上に役立つ資源

大分県内で活用できる資源

- ・大分県精神保健福祉センター 関係者研修や相談をおこなっています。
- ・大分県立看護大学 講義や調査研究に協力します。
- ・「大分いのちの電話」研修 研修会のみ参加も受付けています。
- ・大分県産業保健推進センター メンタルヘルス関係の研修もしています。

自殺関連サイト

- 自殺予防対策支援ページ <http://www.ncnp-k.go.jp/ikiru-hp/index.html>
- 人口動態統計 <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>
- 警察庁「自殺の概要資料」 <http://www.npa.go.jp/index.html>
- 自殺予防有識者懇談会報告 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0813-1.html>
- 厚生労働科学研究 <http://webabst.niph.go.jp/>
- 東京都自殺予防のページ <http://kenkou.metro.tokyo.jp/chusou/kokoronokenkou/jisatsu.html>
- 新潟青陵大学「自殺と自殺予防の心理」 <http://www.n-seiryu.ac.jp/~usui/news/jisatsu.html>
- 秋田県の取り組み <http://www.pref.akita.jp/eisei/news/jisatuyobou.pdf>
- 青森県の取り組み <http://www.pref.aomori.lg.jp/seifuku/>
- あしなが育英会 <http://www.ashinaga.org>
- いのちの電話 http://dir.yahoo.co.jp/Society_and_Culture/Social_Work/Medical_services_and_Welfare/Inochi_no_Denwa/
- 自殺対策支援センターライフリンク <http://www.lifelink.or.jp/>

Ⅸ 市町村別自殺死亡者数

	(総数)					(男性)					(女性)				
	11年	12年	13年	14年	15年	11年	12年	13年	14年	15年	11年	12年	13年	14年	15年
大分市	74	99	79	96	86	33	72	50	74	66	21	27	29	22	20
別府市	28	44	27	40	40	19	31	15	29	27	9	13	12	11	13
中津市	19	9	15	13	16	12	6	9	8	13	7	3	6	5	3
臼田市	18	18	11	13	23	13	14	9	10	17	3	4	2	3	6
佐伯市	12	15	16	18	16	9	14	11	11	10	3	1	5	7	6
臼杵市	8	4	3	2	8	8	2	2	2	7	0	2	1	0	1
津久見市	3	9	11	3	8	3	7	8	2	8	0	2	3	1	0
竹田市	5	11	4	4	11	3	7	2	1	7	2	4	2	3	4
豊後高田市	5	6	1	3	3	4	4	1	3	2	1	2	0	0	1
杵築市	4	5	7	5	3	4	3	4	3	2	0	2	3	2	1
宇佐市	17	7	9	13	14	12	6	5	8	11	3	1	4	5	3
大田村	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
箕土町	1	0	0	3	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
杵ヶ地町	1	0	4	3	1	0	0	4	2	1	1	0	0	1	0
国見町	4	1	1	2	2	2	0	1	2	1	2	1	0	0	1
姫島村	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
国東町	3	2	6	6	1	2	0	4	4	0	1	2	2	2	1
武蔵町	2	0	2	0	1	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0
安岐町	1	4	3	5	1	1	1	3	4	0	0	3	0	1	1
臼杵町	4	6	9	4	5	4	3	8	3	3	0	3	1	1	2
山香町	3	5	1	4	3	3	3	0	3	0	2	1	1	1	3
野津田町	3	0	1	1	3	1	0	1	1	2	2	0	0	0	1
狭間町	1	2	2	3	3	1	2	2	2	3	0	0	0	1	0
庄内町	5	4	1	2	2	4	3	0	1	1	1	1	1	1	1
湯布院町	2	3	0	5	4	2	3	0	4	2	0	0	0	1	2
佐賀町	1	2	3	6	2	1	1	2	3	2	0	1	1	3	0
上浦町	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
弥生町	0	1	4	2	6	0	1	3	2	4	0	0	1	0	2
本匠村	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
宇川町	0	3	3	2	2	0	2	2	1	2	0	1	1	1	0
直川村	3	0	0	2	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0
鶴見町	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
杵本津村	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
瀬江町	3	6	4	3	2	2	4	4	3	0	1	2	0	0	2
野津町	3	8	4	2	5	2	5	4	2	4	1	3	0	0	1
三重町	6	1	1	5	7	5	0	0	2	6	1	1	1	3	1
清川村	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
緒方町	2	3	0	2	0	1	3	0	2	0	1	0	0	0	0
朝地町	3	2	2	1	2	2	1	2	0	1	1	0	1	1	1
大野町	3	2	0	2	4	2	2	0	1	4	1	0	0	1	0
千歳村	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
穴前町	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	0	0	0	2
萩町	0	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1
久住町	1	0	2	3	1	0	0	1	3	1	1	0	1	0	0
直入町	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
九重町	7	4	3	1	4	6	2	0	1	2	1	2	3	0	2
玖珠町	4	10	7	8	2	3	7	3	3	1	3	4	5	1	1
前津江村	0	1	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0
中津江村	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
上津江村	1	0	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
大山町	3	1	2	2	3	3	1	2	2	2	0	0	0	0	1
天瀬町	2	3	3	4	1	1	3	3	4	1	1	0	0	0	0
三光村	3	0	1	2	3	3	0	0	1	2	0	0	1	1	1
本耶麻渡町	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
耶麻渡町	2	3	1	3	1	2	3	1	2	1	0	0	0	1	0
山国町	1	4	0	2	0	1	2	0	1	0	0	2	0	1	0
院内町	1	2	4	0	1	1	2	2	0	1	0	0	2	0	0
安心院町	2	3	2	2	2	0	1	0	0	2	2	2	2	2	0
計	281	323	265	316	309	208	229	175	228	221	73	94	90	88	88

出典：公衆衛生年報（平成11年～15年）

X ライフイベントによる社会的ストレス評価法

社会学者ホームズと内科医レイが20年にわたり5000人を超える人々に面接し、身体疾患の発症に先立つ生活上の重要なできごと（ライフイベント）を43項目抽出し、結婚生活の適応に要した負担の程度や時間を50点とした場合、それぞれの項目の出来事が何点くらいのストレスに相当するかを評価してもらい表を作成しました。1年以上にわたって200～300点が負荷された場合にはその翌年には、半数以上の者は心身の何らかの問題を生じ、300点以上の場合には80%の人々が翌年病気になることが見いだされています。

ライフイベントは「うつ」の引き金になることも多いので参考としてがします。

表 社会再適応評価尺度（ホームズとレイ）

できごと（ライフイベント）	ストレス値	できごと（ライフイベント）	ストレス値
1 配偶者の死	100	23 息子や娘が家を離れる	29
2 離婚	73	24 親戚とのトラブル	29
3 夫婦の別居生活	65	25 個人的な輝かしい成功	28
4 拘置、留置、または刑務所入り	63	26 妻の就職や離職	26
5 肉親の死	63	27 就学、卒業、退学	26
6 ケガや病気	53	28 生活条件の変化	25
7 結婚	50	29 個人的な習慣の変更	24
8 解雇	47	30 上司とのトラブル	23
9 夫婦の和解調停	45	31 仕事時間や仕事条件の変化	20
10 退職	45	32 引っ越し	20
11 家族の病気	44	33 転校	20
12 妊娠	40	34 レクリエーションの変化	19
13 性的障害	39	35 教会活動の変化	19
14 新たな家族構成員の増加	39	36 社会活動の変化	18
15 職業上の再適応	39	37 約230万円以下の借金	17
16 経済状態の変化	38	38 睡眠習慣の変化	16
17 親友の死	37	39 親戚づき合いの回数の変化	16
18 転職	36	40 食習慣における変更	15
19 配偶者との口論の回数の変化	35	41 休暇	13
20 年230万円以上の借金	31	42 クリスマス	12
21 担保、貸付金の損失	30	43 ささいな違法行為	11
22 仕事上の責任の変化	29		

日本の文化や習慣には合わない部分もあることに注意してください。

大分県こころの健康づくり部会委員

	所 属	職 名	氏 名
1	大分県医師会（精神科医）	大分精神科病院協会理事	向 笠 浩 貴
2	大分県医師会（一般内科医）	大分県内科医会常任理事	廣 瀬 忠 男
3	大分県立看護科学大学	精神看護学教授	影 山 隆 之
4	県保健大分産業保健師・看護師連絡協議会	九州電力保健師	矢 橋 明 子
5	大分県市町村保健活動研究協議会	真玉市民センター保健師	伊 南 富士子
6	大野県民保健福祉センター	参 事	松 尾 則 子
7	県健康対策課健康増進班	副主幹	川 上 京 子
8	県健康対策課母子保健班	保健師	吉 田 知 可
9	県健康対策課精神保健福祉班	課長補佐	川 井 祐 二
10	県介護保険室介護保険推進班	主 査	吉 富 豊 子
11	大分県精神保健福祉センター	所 長	大 隈 絢 子

大分県こころの健康づくり部会事務局

	所 属	職 名	氏 名
1	大分県精神保健福祉センター	次 長	桑 原 徹
2	大分県精神保健福祉センター	主任医師	森 永 克 彦
3	大分県精神保健福祉センター	保健師長	赤 峰 真由美
4	大分県精神保健福祉センター	主任保健師	坪 根 亀代子

参 考 文 献

- ・うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー
- ・うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のために
作成者：厚生労働省におけるうつ対策検討会
- ・介護予防ケアマネジメント業務マニュアル（うつ予防・支援マニュアル）
作成者：うつ予防・支援についての研究班
主任研究者 慶應義塾大学保健管理センター教授
大野 裕
- ・自殺は予防できる
～ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動～
編 著：本橋 豊 渡邊直樹
- ・市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動策定ガイド
編 著：本橋 豊 秋田大学医学部社会環境医学講座
健康増進医学分野
- ・メンタルヘルスの羅針盤 作成者：独立行政法人労働者健康福祉機構
大分産業保健推進センター
- ・管理監督者・産業保健スタッフ等のためのメンタルヘルス指針基礎研修テキスト
作成者：中央労働災害防止協会
- ・心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き ～職場における心の健康づくり～
作成者：厚生労働省
- ・「うつ」を治す 著 者：大野裕 PHP新書
- ・うつ病を治す 著 者：野村総一郎 講談社現代新書
- ・うつ病の時代 著 者：大原健志郎 講談社現代新書
- ・いやな気分よさようなら 著 者：デビッド・D・バーンズ 星和書店
- ・「うつ」に陥っているあなたへ 監 修：野村総一郎 講談社

「うつ」問題等対応マニュアル

平成18年3月

編集・発行 大分県精神保健福祉センター
大分県こころの健康づくり部会
〒870-1155 大分市大字玉沢字平石908番地
TEL097-541-6290
