

福岡県医発第2185号(地)

平成16年 3月12日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関原 敬次郎



「うつ対策推進方策マニュアル」等の送付について

厚生労働省「地域におけるうつ対策検討会」において取りまとめられた都道府県・市町村職員を対象とした「うつ対策推進方策マニュアル」及び保健医療従事者を対象とした「うつ対応マニュアル」が、日本医師会より届きましたので、1部お送りいたします。

なお、

- (1) 日本医師会作成の医師向けの「自殺防止マニュアル 一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」は、日本医師会雑誌（平成16年3月1日号）付録として全会員に配布されます。
- (2) 「うつ対策推進方策マニュアル」と「うつ対応マニュアル」は、厚生労働省ホームページ (<http://mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5.html>) に掲載されております。

小郡三井医師会より

担当理事 永田正和



うつ対策推進方策マニュアル

- 都道府県・市町村職員のために -

平成16年1月

厚生労働省地域におけるうつ対策検討会

目 次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1．なぜ、うつ対策？・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2．うつ病を知る・・・・・・・・・・・・・・・・	2
(1) うつ病の一般的症状	
(2) 発症の要因：危険因子	
1) 性別、年齢	
2) その他の要因	
(3) 発生頻度	
3．うつ病への気づきを促すために・・・・・・・・	4
(1) 啓発活動の重要性	
(2) 啓発活動の方法	
1) 既存事業を活用した啓発活動	
2) 関係機関とのネットワークを活用した啓発活動	
3) 事業場への働きかけ	
4) マスメディアの活用	
5) インターネットの活用	
(3) 対象者の特性を考慮した情報提供	
4．相談支援のために・・・・・・・・・・・・・・・・	9
(1) 相談窓口	
(2) 相談のための人材育成	
5．適切な診断・治療のために・・・・・・・・	10
6．長期的な支援のために・・・・・・・・・・・・・・・・	11
7．都道府県・市町村におけるうつ対策推進の実際・・・・・・・・	12
(1) 地域の実態把握・地域診断	
1) 既存の資料の活用	
2) 意識調査	
(2) 対策推進のための組織・体制	
1) 庁舎内の組織づくり	
2) 対策検討会の設置	
(3) 市町村、保健所、精神保健福祉センター、本庁のうつ対策における役割	
(4) 関係部局・機関等との連携方策	
8．都道府県・市町村の取り組み事例・・・・・・・・	17
うつ病を知っていますか？（国民向けパンフレット 案）・・・・・・・・	51

はじめに

誰でも時には気分が滅入ったり、孤独を感じたり、おっくうだったり、だるかったりすることがあるが、時間が解決することも多く、しばらくすると収まることがほとんどである。しかし、このような抑うつ的な状態が長く続き、うつ病になることがある。

一方、うつ病は抑うつ的な気分だけではなく、心や身体に様々な形で現れる。しかも、それがうつ病であることに気づくことが、本人にも家族やそばに一緒にいる人たちにも困難である。仕事や人間関係のせいとか、不眠や身体の病気のせいとか、自分自身の性格のせいとか思ってしまう。そのために、悩み苦しみ、ひきこもり、あるいは仕事につけないまま時を過ごしてしまう。時には死にたくなったり攻撃的にさえなったりする。

しかし、うつ病はきちんと治療することで回復できる病気である。うつ対策はまさにうつ病に対する気づきから始まる。このマニュアルは、住民がうつ病を知り、うつ病に気づき、うつ病に適切に対処できるように、地域保健活動の中でうつ対策に取り組む際の参考となるように作成したものである。

1. なぜ、うつ対策？

近年行われた国内調査で、一般住民の約15人に一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、うつ病は決して一部の人々の問題ではないことが明らかになるとともに、その対応が適切になされていないことが示唆された。世界的にみても、世界保健機関（WHO）が行った障害調整生存年（DALY）による疾病負荷の将来予測によると、うつ病が2000年では総疾病の第4位であったのに対し、2020年には第2位になると予測されており、今後も大きな健康課題になると考えられている。

しかし、うつ病は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る。そのためには、地域において、住民の活動、相談や治療を行う支援機関の活動など、さまざまな取り組みが展開されることが求められる。都道府県・市町村は、行政サービスとしてうつ対策を行うとともに、これらの活動の「取りまとめ役」として大きな役割を担うことが期待される。

具体的には次のような目的を掲げ、うつ対策を行っていくこととなる。

住民がうつ病について正しく理解することができる

抑うつ状態にあることに自ら早く気づくことができる

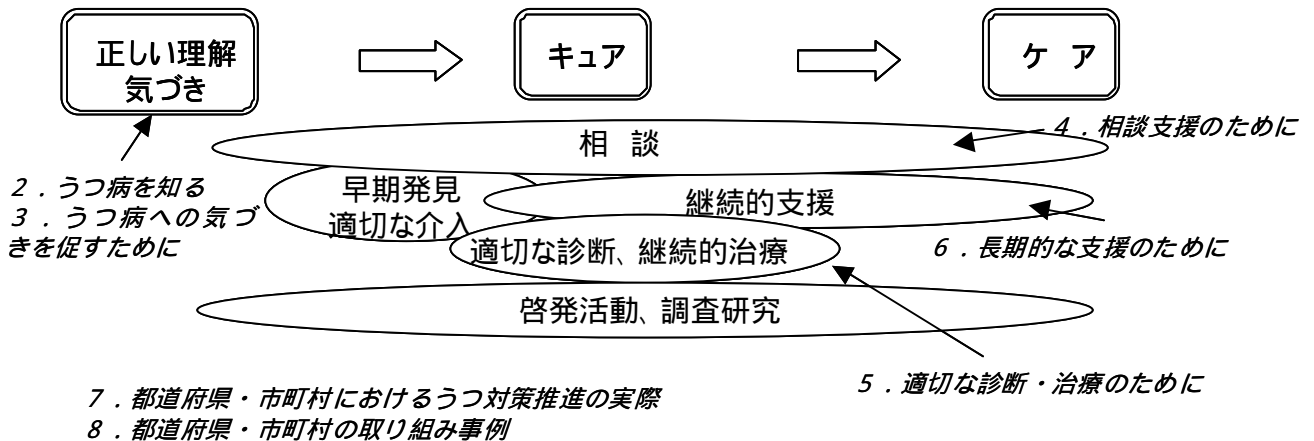
周囲の人々が抑うつ状態にある人に気づくことができる

ストレスが高い状態や、生き甲斐のなさ、社会的役割喪失などに、一人で悩まず、気がねなく身近で相談することができる

本人をはじめ周囲の人々が抑うつ状態を改善するための支援（相談、治療）を身近に得ることができる

本ガイドラインの構成

<うつ病対策の基本方策>



本マニュアルで重要視しているのは、正しい理解・気づき、キュアとケアという考え方。

うつ病は個人を強く苦しめるのはもちろんのこと、社会にも大きな影響を及ぼす疾患で、こうした苦しみを早く解決するためには早期発見、早期治療が重要なことは言うまでもない。これがキュアという考え方。しかし、簡単に治らない場合や再発を繰り返す場合も少なくなく、そうした場合には、長期にわたってその人をケアすることが必要となる。

2. うつ病を知る

(1) うつ病の一般的症状

うつ病は、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ある。こうした状態は、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もの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ない。

うつ病の基本的な症状は、強い抑うつ気分、興味や喜びの喪失、食欲の障害、睡眠の障害、精神運動の障害（制止または焦燥）、疲れやすさ、気力の減退、強い罪責感、思考力や集中力の低下、死への思いであり、他に、身体の不特定愁訴を訴える人も多く、被害妄想などの精神病症状が認められることもある（厚生労働省地域におけるうつ対策検討会作成の保健医療従事者マニュアル参照）。

うつ病の危険因子

性別、年齢

つらい被養育体験

最近のライフイベント（ストレスとなった出来事）

心の傷（トラウマ）になるような出来事 など

うつ病を疑うサイン - 自分が気づく変化

- 1 . 悲しい、憂うつな気分、沈んだ気分
- 2 . 何事にも興味がわかず、楽しくない
- 3 . 疲れやすく、元気がない(だるい)
- 4 . 気力、意欲、集中力の低下を自覚する
(おっくう、何もする気がしない)
- 5 . 寝つきが悪くて、朝早く目がさめる
- 6 . 食欲がなくなる
- 7 . 人に会いたくなくなる
- 8 . 夕方より朝方の方が気分、体調が悪い
- 9 . 心配事が頭から離れず、考えが堂々めぐりする
- 10 . 失敗や悲しみ、失望から立ち直れない
- 11 . 自分を責め、自分は価値がないと感じる など

うつ病を疑うサイン - 周囲が気づく変化

- 1 . 以前と比べて表情が暗く、元気がない
- 2 . 体調不良の訴え(身体の痛みや倦怠感)が多くなる
- 3 . 仕事や家事の能率が低下、ミスが増える
- 4 . 周囲との交流を避けるようになる
- 5 . 遅刻、早退、欠勤(欠席)が増加する
- 6 . 趣味やスポーツ、外出をしなくなる
- 7 . 飲酒量が増える など

(2) 発症の要因：危険因子

1) 性別、年齢

女性は男性の2倍程度、うつ病になりやすい。うつ病が女性に多いことは、世界的な傾向である。男女差の原因としては、思春期における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考えられている。また、うつ病は一般には若年層に高頻度に見られるが、うつ病の経験者は若年層と中高年層の2つの年齢層に多く、中高年層にも心理的な負担がかかっている可能性がある。

2) その他の要因

つらい被養育体験、最近のライフイベント(離婚、死別、その他の喪失体験というようなストレスとなった出来事)、心の傷(トラウマ)になるような出来事(虐待、暴力など)がうつ病の危険因子として、また社会的支援がうつ病の防御因子として報告されている。うつ病の特別な遺伝子はみつかっていないが、遺伝を脳内の神経伝達物質の代謝や受容体の遺伝子多型によって説明しようとする研究が急速に進んでいる(保健医療従事者マニュアル参照)。

(3) 発生頻度

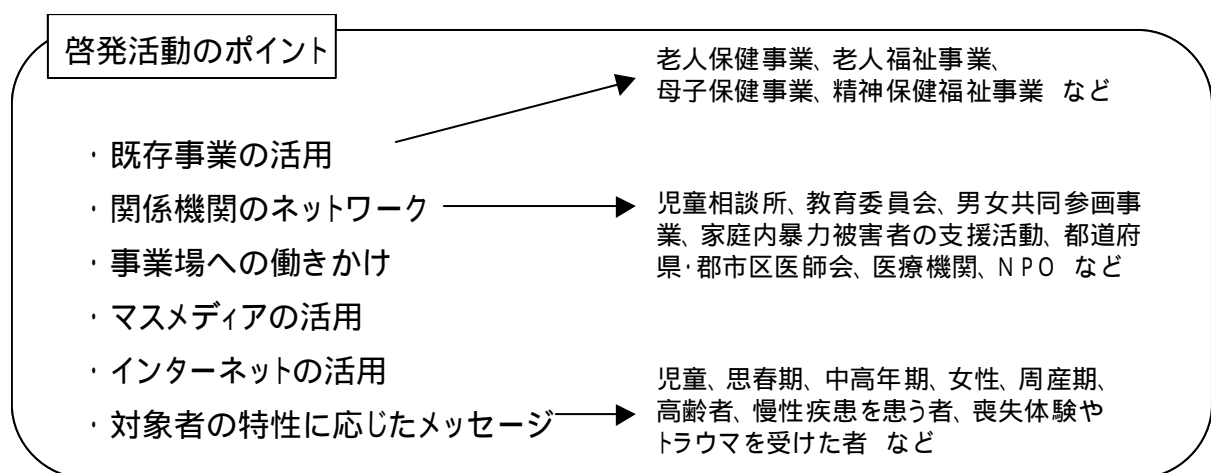
最近の国内調査では、DSM- (米国の診断基準)による大うつ病性障害の12ヶ月有病率(過去12ヶ月間に診断基準を満たした人の割合)は2.2%、生涯有病率(調査時点までに診断基準を満たしたことがある人の割合)は6.5%、ICD-10(世界保健機関の分類)診断によるうつ病の12ヶ月有病率は2.2%、生涯有病率は7.5%であり、これまでにうつ病を経験した人は約15人に1人、過去12ヶ月間にうつ病を経験した人は約50人に1人であるという結果となった。

3. うつ病への気づきを促すために

(1) 啓発活動の重要性

うつ対策が行われる前の段階では、うつ病に関する住民のニーズは隠れていて、行政の立場からは見えにくい。しかし、実際は住民はうつ対策について潜在的に高い関心とニーズを持っていることを認識しておくべきである。うつ病に関する啓発や相談などの対策により、住民自らが抱えていた問題がうつ病であると気づき、理解することで、はじめて、うつ対策に対して強い関心が寄せられ、解決に向けた行動へとつながる。うつ対策にあたっては、まず住民のうつ病に関する理解を深め、隠されたニーズを呼び覚ますことが第一である。

人々が抑うつ状態やうつ病について正しく理解し、自ら早く気づき対処するためには、うつ病に関する啓発活動を、さまざまなライフステージを通じて、多様な場と方法によって行うことが必要である。



(2) 啓発活動の方法

うつ病が、決してまれな病気ではなく、誰でもかかる可能性があること、かかるとつらく、また日常生活に困難が生じること、しかし、多くは薬物療法で改善することなど、うつ病に関する正しい知識について啓発を行うことが必要である。また、どこへ行けば相談にのってもらえるのか、どの医療機関なら治療してもらえるのかなどの情報を周知することも重要である。さらに、都道府県・市町村がうつ病を優先順位の高い住民の健康問題として、その対策に積極的に取り組んでいる姿勢を示すことも必要である。

方法としては、講演会や講習会の開催、パンフレットの配布、ポスターやパネルなどの展示などがある。参考までに国民向けパンフレットの一例を51ページに示した。また、抑うつ状態やうつ病に早期に気づき、受診を促す方法として、質問票を用いたうつスクリーニングがあるが、様々な機会を通じてこれを住民に提供することも、有効な啓発になる（うつスクリーニングの詳細については、保健医療従事者マニュアルを参照）。なお、うつスクリーニングを行うだけではうつ病の有病率は低下せず、その後の適切な診断と治療、フォローアップが十分に行われることが必要である。

1) 既存事業を活用した啓発活動

啓発活動は、老人保健事業、老人福祉事業、母子保健事業、精神保健福祉事業などの様々な既存事業の場を活用することによっても実施できる。

老人保健事業

老人保健事業の健康教育、健康相談の場を活用して、うつ病に関する啓発、うつ病への気づきを促すことができる。脳血管疾患の既往後の高齢者にはうつ病にかかる者がいる。機能訓練に従事するスタッフやボランティアに対して、うつ病への理解、気づき、対処についての講習会を行っておくこともできる。また、老人保健事業の健康診査の機会に、うつスクリーニングを実施し、気づきを促し、必要に応じて受診勧奨などの保健指導を行うこともすでにいくつかの市町村で実施され、効果をあげている。

老人福祉事業

障害を持つ高齢者や自宅へ閉じこもり状態になっている高齢者は、うつ病にかかっている者が比較的多いと推測される。

老人福祉事業では、相談、介護、社会活動支援等に従事するスタッフやボランティアに対して、うつ病への理解、気づき、対処についての講習会を行っておくことができる。また、高齢者向けの生きがい対策や閉じこもり予防対策、老人クラブ、シルバー大学などの高齢者の自主的社会活動は、うつ病の予防につながり、早期発見の場となることも期待される。

母子保健事業

産後にマタニティーブルーズ、あるいは産後うつ病がおきることがある。周産期医療機関と連携した対応や、母子健康手帳の交付、妊婦指導、新生児訪問指導、乳児健康診査などの場において、母親に対する情報提供やストレスチェックなどの心の健康状態の把握を実施することもできる。

精神保健福祉事業

心の健康づくり対策は都道府県等の精神保健福祉センターを中心に進められている。また、住民に身近な場面として、保健所や市町村における精神保健福祉相談や、「精神保健福祉週間」などの事業にあわせて、うつ病の問題をテーマとした講演会や講習会などを実施することもできる。

2) 関係機関とのネットワークを活用した啓発活動

児童相談所

児童虐待などのつらい経験をした子どもは、愛着障害等により、将来、精神的安定を図ることが困難となるケースもあり、うつ病になる可能性が高いとも考えられる。児童虐待等の相談に関わる保健所や児童相談所の職員や市民ボランティアなどに対して、うつ病への理解、気づき、対処についての教育・研修を取り入れることもできる。

教育委員会

思春期は、うつ病の初発時期である。代表的な心の病気であるうつ病について、保健体育などの授業でとりあげ、うつ病への気づきを促すこともできる。また、教師に対してうつ病に関する知識、気づき方、対処方法について講習会を行うこともできる。一方、教師のうつ病も少なくないため、自らのうつ病の早期発見・早期治療を目的とした教育・研修も有用であろう。

男女共同参画事業

女性は男性に比べうつ病にかかりやすい。女性のうつ病は、妊娠、出産、育児、介護などの特徴的な状況によって影響を受ける。男女共同参画事業や同様の市民活動の中で、女性に多い病気としてうつ病に関する啓発を取り入れてもらうよう働きかけることが重要である。女性向けのうつ病に関するパンフレットの作成・配布も考えられる。

配偶者等からの暴力被害者の支援活動

配偶者等からの暴力（DV）を経験した者は、うつ病や抑うつ状態になりやすいとの指摘がある。DV被害者に対してもうつ病パンフレットの配布したり、DV被害者の支援に関わる都道府県・市町村職員や市民ボランティアなどに対する教育・研修を行うことも考えられる。

都道府県・郡市区医師会、医療機関

相談・支援、適切な治療の推進のためには、都道府県・郡市区医師会、医療機関との連携は不可欠であることは言うまでもないが、啓発活動についても地域の医療に関する主要な組織としてその役割は大きい。うつ病を経験した者の多くが医療を受けていない現状を考えると、医療機関による積極的な啓発活動が望まれる。

さまざまなNPOとの連携

地域におけるさまざまなNPOは、うつ対策を推進する上で重要な社会資源であり、これらの把握と育成が重要である。

地域ごとに健康推進のためのボランティア組織がある場合、こうしたボランティア組織に対する教育・研修を行うことで、これらの組織がうつ病に関する正しい理解の下に活動し、住民に対してうつ病に関する知識の普及やうつ病への早期の気づきを促すことができる。

子供と死別した親や親を亡くした子供の悲しみは深く、うつ病にかかるリスクが高い。子を失った親の会や関係するNPOで、うつ病に関する教育・研修を開催したり、都道府県・市町村の研修会に参加してもらうなど、連携をはかることが考えられる。

「うつ病アカデミー」、「うつ・不安啓発委員会」や「うつ病の予防・治療委員

会」などは、全国レベルでうつ病に関する啓発活動を支援している。こうした組織がインターネット上に開設しているホームページから有用な情報を得ることができる。また、研修会等の講師など、地域ごとにうつ病の専門家を見つける際などにも有用である。

うつ病を経験した者によるセルフヘルプグループと連携することも有用である。例えば、講習会や研修会等に講師として、うつ病経験者に体験を話してもらうことで、うつ病についてより深く理解できる機会ができる。

3) 事業場への働きかけ

職場においてもうつ病対策をはじめとするメンタルヘルス対策は重要となっている。このため、平成 12 年 8 月に労働省（現厚生労働省）が「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を策定し、都道府県労働局及び管下各労働基準監督署がこの指針に基づく対策の実施について事業場に対する指導を行っている。さらに、事業場における労働者の健康確保対策の推進のための支援体制として、労働者数 50 人以上の規模の事業場の産業保健スタッフ等に対する支援のために都道府県産業保健推進センターが、それ以外の小規模事業場に対する支援のために地域産業保健センターが設置されており、その活動の中においても、メンタルヘルスに関する事業場外資源の一つとして相談等に対する支援が行われている。こうした事業場を対象とした取り組みを踏まえ、都道府県労働局、管下各労働基準監督署及び各センターとの密接な連携のもと、うつ病に関する広報、相談窓口の活用、研修会の開催等うつ対策の効果的な推進を図ることが望ましい。

4) マスメディアの活用

住民にうつ病についての正しい知識や対処方法等を伝える上で、地域のマスメディアや都道府県・市町村の広報誌は重要である。地域のテレビ、ラジオ、あるいは新聞などでうつ病の特集を組んだり、うつ病に関する地域の取り組み、うつ病診療への医療機関の取り組み等を紹介してもらえるように働きかけることで、うつ病に関する住民の理解と気づきを促し、うつ病の早期受診を可能にする素地が形成される。情報が断片的にならないように、記事をシリーズにするとか、Q & A 方式にするなど表現の工夫も一法であろう。

5) インターネットの活用

インターネット上に開設しているホームページは、名前を知られずに、いつでも情報にアクセスすることができるため情報発信には効果的である。うつ病に関する基本的な知識（誰でもかかる可能性のあること、治療により治ること等）、簡単なうつ病の自己チェック、地域の相談先のリスト、うつ病の体験談やその他詳しい情報が掲載されているサイトへのリンクなどを含めるとよい。

(3) 対象者の特性を考慮した情報提供

うつ病に係る因子には、性差や年齢のほかに、悪性腫瘍や慢性疾患などの疾病、

離別・死別などの喪失体験、心的外傷体験などさまざまなものがある。したがって、啓発活動にもその場面場面で必ずしも画一的な方法が適切でない場合もある。対象者の特性を考慮した情報提供の際の留意点を示す。

児 童：3歳児や就学前検診などがある。小児うつ病をはじめとして、この年代でも薬物療法の対象になる精神疾患があることが以前よりは周知されてきている。保護者の同意を前提とした、児童相談所や、スクールカウンセラー、養護教諭など教育関係機関との連携は不可欠である。

思春期：学校保健との連携が重要である。不登校やいわゆる「ひきこもり」、あるいは拒食や過食など思春期特有な行動がうつ病の表現型である場合も多く、精神科受診が必要な場合があることを、本人や家族・学校関係者に理解してもらうことが重要である。

中高年期：産業保健との連携が重要である。失業や多額な負債など経済的な問題が自殺の危険因子であることが知られている。入社拒否やアルコール依存などはうつ病の表現型でもある。また、定年後は日常の生活で孤独感を募らせる時期でもある。初老期うつ病あるいは更年期うつ病と診断されることもあり、注意を要する。治療に専念できるよう環境調整を行うことが重要である。

女 性：一般にうつ病は女性に多いといわれている。周産期、とりわけ出産後は抑うつ状態になりやすく、育児に対する自信のなさで表現されることがある。また、更年期のうつ病の症状を更年期の一般的な症状として、あるいは単なる過労として見過ごす可能性もあり、うつ病が身体症状に覆われている場合があることも留意しなければならない。

周産期：周産期は女性にとって期待と不安が交錯する時期である。心の健康状態の把握と対応はもとより、家族の理解と協力をはじめとする安心して妊娠・出産を迎えるための環境整備が重要である。

高齢者：高齢になって喪失体験を数多く体験し、慢性疾患に罹患している可能性も高く、また、身体的衰えのみならず、家族や地域からの孤立、経済的不安なども増大する場合があります。抑うつ状態になる可能性もある。高齢者ほど自殺死亡率は高い。また、長期間高齢者を介護している家族も、燃えつき状態になり、単に疲れたり、気力がなくなっているだけではなく、抑うつ状態になる場合もある。各種老人保健事業や介護保険による様々なサービスとの連携が重要である。また、福祉関係者は家族とともに本人と接する機会も多いため、福祉関係者に対する研修・教育は有用である。

慢性疾患：慢性疾患や障害にうつ病を合併することがあり、特に悪性腫瘍への合併が知られている。落ち込むのは当然であると思われ、うつ病を見落とされる可能性がある。多くは治療を継続している人たちであるため、うつ病の早期発見・早期治療は医療機関に期待されるところが大きい。患者会などのセルフヘルプグループやボランティアグループの理解と協力も重要である。

一方、長期にわたる介護生活はうつ病の危険因子であり、介護者に対してもうつ病への基本的な対処のほか、ストレスを軽減するため、ホームヘルプ事業や施設の短期入所、デイサービス、入浴サービスなどの情報を提供する

ことも重要である。

離婚、死別、その他の喪失体験、トラウマとなるような出来事（虐待、暴力など）：喪失体験やトラウマとなるような出来事はうつ病の重要な危険因子である。これらの体験から何週間も憂うつな気分が続くのは、誰にもありそうなことではあるが、なんとなく寂しくなって涙もろくなる、興味関心がわからない、疲れやすい、気力がなくなっている状態が長く続く時、うつ病の可能性もある。

4．相談支援のために

（１）相談窓口

うつ病について相談できる窓口が設置されれば、住民は相談をしやすくなる。

すでに保健所や市町村等におかれている精神保健福祉相談の窓口をうつ病の相談窓口として利用する場合には、精神保健福祉相談においてうつ病に関する相談を積極的に受け入れていることを広く広報することが必要である。また、うつ病専用の相談日を作ることなども有効である。

相談窓口では、十分に時間を割いて本人のみならず家族や周囲の人たちの話を傾聴することが重要である。

特に、窓口においては、必要に応じて、うつスクリーニングや、医療機関への受診勧奨を行うことは重要である。また、うつ病は多くの者が回復する病気であること、早期に治療を行う程回復が早いこと、早期に医療機関を受診する必要性について説明することも重要である。うつスクリーニングは、その後の適切な診断と治療、フォローアップを十分に行うことではじめて、うつ病治療に対する効果を見込める。そのため、相談窓口担当には、うつ病に関する基本的な知識に加え、面接技法や診断・治療などに関する知識等についても講習会等で習得することが必要である。また、うつ病の治療を受けている住民に対しては、継続治療の重要性を伝えることも必要である。

うつ病や抑うつ状態は、深い悩み事としてとらえられていたり、疲労や体調不良などの身体的な問題としてとらえられている場合が多い。そのため、一般健康相談や生活・福祉相談にうつ病や抑うつ状態の者が相談することも考えられる。こうした場面で、常にうつ病を意識した問診や相談がなされるとよい。うつスクリーニングを補助的な検査として実施することも考えられる。仕事や人間関係・自分の身体や将来のことなどで悩んでいるのを見たとき、それがうつ病の可能性もあることを想定して、的確に対応することが必要である。

（２）相談のための人材育成

うつ病を正しく認識し、うつ病に悩む人たちがうつ病に気づけるように助言し、うつ病に対して適切な相談対応を行うためには、相談にあたる人に対して、教育・研修などを通じた学習の機会を提供する必要がある。実践的な知識を得るためには、ロールプレイや実習形式の研修を行うのも良い。

医師、保健師、看護師、助産師、管理栄養士等の保健医療従事者が習得することが望ましいこと。

うつ病患者への相談対応における一般的留意点（プライバシーの保護、共感的・受容的傾聴、相手に無理強いすることなく、相手のペースで、相手のニーズに沿った相談の進め方）

うつ病に関する基本的知識を相手にわかりやすく説明する方法

相談における留意点・事例の見たて方（面接技法、うつスクリーニング方法）

関係機関とのネットワーク構築方法、特に精神科医療機関への紹介の仕方、その後の連携の取り方

の相談における留意点・事例の見たて方では、本人を含めその事例全体で、誰が何に一番困っているのかに注目して整理する。特に、本人がどのような困難に直面していると感じているかを把握することが大事である。また、希死念慮や落ち着きのなさが強い場合など緊急性が感じられる場合には、早急に家族や保護者に連絡をとることが必要である。また、こうした現場で仕事をする第一線の職員を支援するため、定期的に会議を開くなど、助言・指導が得られる場を構築することも重要である。

介護保険従事者、高齢者福祉サービスの従事者などその他の保健福祉従事者が習得することが望ましいこと。

うつ病に関する正しい知識

高齢者や障害者のうつ病の気づき方、対応の仕方

市町村の保健センター、保健所、精神保健福祉センターなどの地域の相談機関の利用方法

家族などと相談しながら医療機関への受診を円滑に勧める方法

一方、ボランティアなどの、住民と身近に接する非専門家にも、同様な教育・研修が行われているとさらに効果的である。こうした非専門家には、自分の価値観や信念をあてはめず傾聴する、相手の希望、権利、価値観を尊重する、秘密を守る、必要な場合に早期に専門家へ紹介するなどの対応が必要であるとされている。

5．適切な診断・治療のために

うつ病に対する適切な医療を提供できる環境を確保するために、地域の医師会等の医療関係機関との連携が重要である。

特に精神科医等の専門家に対しては、うつ病に関する研修会の講師などを依頼するなど、うつ対策への協力を依頼できることが多い。また、特にうつ病に関心がある医療機関を募り、うつ病診療を積極的に行う医療機関のネットワークを作ったり、地域におけるうつ病の啓発活動に協力してもらえる医師グループを作ることもできる。

うつ病にかかっている人の多くが一般診療科を受診することから、うつ対策における一般診療科の医師の役割は大きい。医療機関の外来において、一般住民向けのうつ病啓発パンフレット配布することも有効である。また、一般診療科の医師に対するうつ病に関する研修の実施や、一般診療科と精神科とが連携できる連絡体制づくりも医師会等と協力して実施したい。

治療経過中、継続した情報提供が重要である事項。

うつ病の正しい知識（脳の神経伝達物質に関する問題であって、性格や考え方の問題ではないこと）

第一に薬物療法と休養が必要であること

適切な服薬指導（再発予防のため、改善後も一定期間服薬が必要であり早めの薬物中止は再発のおそれが高いこと、薬の副作用についてなど）

ある程度改善した後にもストレスを軽減するため、思考法やリラクゼーション、気分転換の方法を身につける必要があること

症状が遷延した場合、治療を継続するために役立つ福祉制度などの社会資源について知ってもらうこと

うつ病の治療中の者から相談を受けた場合には、こうした内容について情報提供を行うとよい。また、慢性的な経過をとるうつ病の中には、現在の治療方針で正しいのだろうかとか、自分は本当にうつ病なのだろうかなど、現在の主治医の診療方針に疑問を抱く者もいる。こうした相談を受けた場合には、まず、現在の主治医に納得できるまでよく相談することを勧めるのがよいであろう。

特に、精神医療に対する偏見が強い地域や、精神科の医療機関の少ない地域では、その地域の中心的精神科医療機関のスタッフがうつ病の啓発や相談窓口にも参加するようにし、地域が一体となってうつ病の課題に取り組む体制を印象づけることも効果的である。

6．長期的な支援のために

うつ病は適切な治療により多くは回復する。しかし、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同じように、うつ病を繰り返したり、慢性の経過をとる場合もある。再発の防止のためには、回復後も比較的長期間の服薬やフォローアップが必要となる場合もある。

また、経過が長期にわたると、家族も「怠けている」とか「甘えている」と誤解しがちであること、抗うつ薬に対する忌避感から早期の服薬中断を招く可能性があることから、家族に対しても正しい知識を提供することが必要である。医療機関における医師からの家族への助言の他、家族教室の開催なども一つの方法である。また、うつ病を体験し、そこから回復した人、及び彼らを支えてきた家族からの助言を得られるうつ病経験者の会などのピアサポートの場があることも望ましい。

長期的な支援には事業場との連携も重要である。仕事を持つ者がうつ病になった時には、病気休暇などの制度を利用して本人が安心して休養できることが必要である。また、職場への復職にあたっては、本人、家族、主治医、上司、人事・労務担当者、産業保健スタッフ（産業医など）が事前に相談の機会をもち、本人を無理のない形でスムーズに出勤できるように配慮することが重要である。うつ病は、しばしば職場の周囲のうつ病に対する無理解（急な労働負荷を与える、薬に頼らず自力でがんばれなどの誤った励まし等）や、職場と主治医とのコミュニケーションの悪さのために再発することがある。都道府県・市町村が事業場に対して、うつ病の広報・啓発を積極的に行ったり、職場と主治医の間に立って意見や情報の交換を円滑につなぐ役目を果たしたりすることも効果的である。

7. 都道府県・市町村におけるうつ対策推進の実際

(1) 地域の実態把握・地域診断

1) 既存の資料の活用

地域の実態把握・地域診断は、関係者との共通認識を図り、協働して対策を推進するためには不可欠なことである。しかし、うつ病の受療状況に特化した全国統計は存在しないし、一方、うつ病の半数以上が医療機関を受診していないと言われ、うつ病の正確な把握は難しいのが現状である。しかし、うつ病に関する地域の課題を明らかにするためにも、個人のプライバシーの保護に十分に留意しつつ、うつ病に関連する統計資料を活用し、地域の実態について整理・分析し、さらに必要な情報を明らかにすることは重要である。また、相談機関や医療機関等の関係機関が日頃の活動で把握している事例等も重要な情報の一つである。以下に活用可能な主な統計資料をまとめた。

表1 地域診断に用いる既存資料等

地域診断に必要な主な項目	統計資料
人口動態：人口割合、世帯構造 主要死因別死亡数：性別・年齢階層別の推移 自殺死亡者数、自殺の粗死亡率・年齢調整死亡率	厚生労働省人口動態統計 都道府県衛生統計 死亡小票、保健所事業報告
自殺の原因・動機、職業別自殺死亡者数	警察庁による自殺統計
疾病大分類別受療率 国民健康保険受療状況（精神疾患）	厚生労働省患者調査 市町村、都道府県国保連合会の事業報告
相談状況（保健福祉部門、市民よろず相談、地域産業保健センター等）	保健所事業報告 市町村事業報告
医療機関・救急救命センターでの自殺未遂者等への治療状況（救急患者状況）	救急隊返報 都道府県・市町村の独自調査
心の健康づくり関連事業の実施状況	厚生労働省地域保健事業報告 保健所事業報告 市町村事業報告
心の健康作りに関するボランティア、NPOの活動状況	保健所事業報告 市町村事業報告

2) 意識調査

住民を対象としたうつ病、抑うつ状態に関する意識調査を行うことも重要である。住民のうつ病に関する意識やうつ対策への要望等を総体的に捉えることができ、住民のうつ病に対する気づきの機会にもなる。

また、うつ病、抑うつ状態は、主観的な健康観や食欲、食生活、睡眠、休養等の日常生活の過ごし方とも関連することから、生活実態調査を併せて行うことも効果的である。

調査の方法としては、既存の健康診査の問診に加えたり、健康教育の機会を活用し調査することもできる。調査項目の設定や調査方法の検討、また調査実施におい

ては、学識経験者等の協力を得ながら、保健所、精神保健福祉センター等と共同して行うことが望まれる。詳しくは活動事例で紹介する。

(2) 対策推進のための組織・体制

1) 庁内の組織づくり

うつ対策を推進するには、まず、都道府県・市町村の保健部門が中心となり、庁内にうつ対策に取り組む組織が作られることが必要となる。庁内でも、「専門家がいなかったため、うつ対策の方法が解らない」とか、「うつ病の問題は自殺との関連が深い」とか、地域のイメージが悪くなるから取り上げて欲しくないなどの消極的な声にぶつかることがある。このような場合こそ、地域の実態を示し、うつ対策の必要性を示すことが重要となる。うつ病の専門家を囲んでの勉強会を企画したり、うつ対策を進めている他の都道府県や市町村の職員から体験談を聞いたり、その地域を視察することも効果的である。

2) 対策検討（協議）会の設置

都道府県・市町村としてうつ対策をすすめる合意を得られたならば、次に地域の関係者も含む検討（協議）会を設置することが地域ぐるみのうつ対策を推進する上で、重要である。このような検討（協議）会を新たに設置する場合もあるが、健康づくり推進協議会、地域保健医療協議会等の組織を活用し体制を整えることも方法の1つである。

検討（協議）会では、地域の実態を把握し、課題を明らかにし、都道府県・市町村としての取り組みの方向性を定め、新たにに取り組む事項、これまでの心の健康づくり対策や生きがい対策の既存の対策や事業を活用する方法、地域の関係機関が取り組むこと等を総合的に検討する。また、健康日本21の地方計画の「こころの健康・休養」との整合性を図り進めることが望ましい。

検討（協議）会のメンバーは、うつ対策を実施する主体（都道府県、市町村、保健所、精神保健福祉センター等）や、対策の中心となる対象者（児童、思春期、中高年期、高齢者、女性等）等により異なるが、保健・福祉部門、保健所、精神保健福祉センター、市町村、住民（当事者、ボランティア等）、関係機関（学術団体、職能団体、医療機関、職域関係、学校関係、警察、NPOなど）、研究・専門機関等で構成される。

また、継続的に対策が推進されるように、検討（協議）会では、対策の進捗状況の把握、総合的評価を行うことも重要である。検討（協議）会の設置をきっかけに実務者レベルのネットワークが作られ、相互に支援し合いエンパワーメントされていくことは、地域での取り組みの醍醐味と言えよう。

(3) 市町村、保健所、精神保健福祉センター、本庁のうつ対策における役割

市町村、保健所及び精神保健福祉センターにおける精神保健福祉業務については、これまで厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（平成12年3月31日 障第251号）」及び厚生省保健医療局長通知「精

神保健福祉センター運営要領について」(平成8年1月19日健医発第57号)に基づき行われているところであるが、うつ対策についても精神保健福祉業務の一環として取り組まれるものである。特に、保健所のあり方については、地域保健対策の推進に関する基本的な指針(平成6年12月厚生省告示第374号)において、保健所は精神保健について専門的かつ技術的業務の推進を行うこと、市町村の求めに応じて専門的な立場から技術的助言等の援助に努めることが定められている。このように進められる精神保健福祉活動の中で、うつ対策に関する特徴的な活動を具体的にあげることができる。

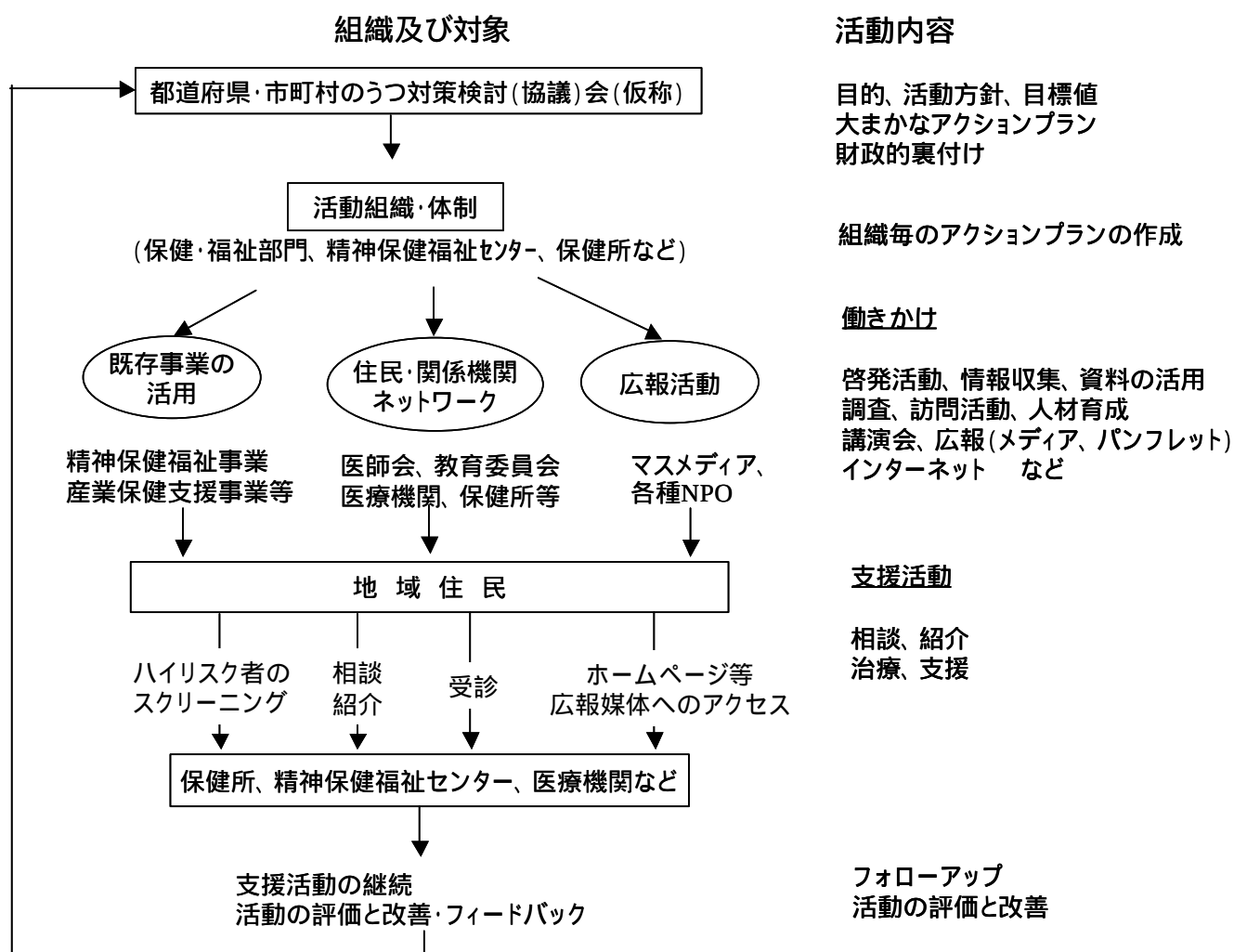
市町村は、直接住民に接し、さまざまな保健福祉事業を行っているため、地域特性を踏まえたうつ対策を行うことができる。また、基本健康診査や乳幼児健康診査、各種の教室事業、健康相談、訪問指導などの日々の活動を通じた対策を実施しやすく、さまざまな福祉事業や公民館等の社会教育活動、教育委員会とも連携しやすい。

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、うつ対策をすすめる上で重要な役割を果たすことが期待されている。地域の実態把握、地域診断を行い、それに基づき地域の実情に応じた、普及啓発活動、相談事業、訪問指導等を行うことができる。また、市町村への専門的な立場から技術的助言等の援助も重要な役割の一つである。また、保健所の働きかけで所管の市町村同士が連絡会議を持つなどして情報交換を行うことは、うつ対策を評価し、推進する上で有用である。

精神保健福祉センターは、都道府県を単位とした実態把握や啓発活動を行うことができる。また、専門的立場から保健所や市町村等に対し、技術指導、技術援助を行うことが期待される。さらに、保健医療従事者等に対し、うつ病に関する理解を深め、対応技術を向上させることを目的とした研修を実施することも重要な役割である。

本庁は、全県規模の対策検討(協議)会を設置し、健康日本21の地方計画と整合性を保ちつつ、都道府県としての方向性について検討する。特に、都道府県内のマスメディア等と連携し、うつの実態やうつ病についての正しい知識や対処方法等について広域的に情報発信したり、予防キャンペーンを行うことなどが期待される。うつ病に関心を持つNPOや民間団体等への協力要請の働きかけも期待される。また、診断、治療等の医療の受け皿づくりの充実のため、地域の医師会等の医療関係機関や都道府県内外の大学等との連携など、広域的に対応できる。うつ対策の概要を表2に示す。

表2 うつ対策の概要



(4) 関係部局・機関等との連携方策

これまで述べてきたように、うつ対策を推進するにあたっては、関係部局との連携のもと既存事業を活用し、関係機関とのネットワークを構築することが重要である。特に、市町村、保健所間連携は地域精神保健推進の観点から積極的に進めていきたい。

地域におけるうつ対策の関係部局・機関が、継続的に情報を共有し、共通の目標に向けてそれぞれの役割を果たすためには、「うつ対策検討(協議)会(仮称)」を定期的を開催することが有効である。地域におけるうつ対策ネットワークについて表3に示す。

表3 地域におけるうつ対策ネットワーク

中心となる組織	既存事業の中でのうつ対策	方策の検討する組織、働きかけの主体となる組織、協働する組織 など	協力を依頼する組織
都道府県保健所 市町村保健所 医師会 等 ↓ 「うつ対策検討（協議）会」（仮称）の設立	<総合相談窓口> ●相談、うつ病の早期発見、パンフレット配布 <母子保健> ●母親学級、新生児訪問、乳児健診など（産後うつ病に関する情報提供、母親のメンタルヘルスの評価など） ●周産期医療機関との連携（産後の入院中における医療機関によるメンタルヘルスの評価と自治体との連携など） <老人保健> ●基本健康診査（うつスクリーニングなど） ●健康相談・健康教育（うつ病の啓発） ●機能訓練（うつスクリーニングなど） <老人福祉> ●生きがい対策（うつの予防など） ●閉じこもり予防対策（うつの予防、早期発見など） ●老人クラブ、老人大学（うつの予防、啓発など） <精神保健福祉> ●保健所による精神保健福祉相談、訪問指導（うつ病の早期発見と対応など） ●精神保健福祉センターによる電話相談、精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導、心の健康づくり推進事業あるいは思春期精神保健に関する相談指導事業（うつ病に対する啓発、早期発見、対処） ●心の健康づくり講演会	<方策の検討> ●医師会・医療機関 ●市町村の健康推進のためのボランティア組織（愛育委員や健康推進員） ●メンタルヘルスボランティア ●教育委員会 ●「いのちの電話」 ●大学 <ハイリスクグループへのアプローチ> ●児童虐待相談 ●男女共同参画事業 ●家庭内暴力（DV）被害者支援活動 ●子を失った親の会 ●親を失った子の会 <うつ病経験者の参加> ●うつ病のセルフヘルプ・グループ <事業場へのアプローチ> ●労働局・労働基準監督署 ●産業保健推進センター、地域産業保健センター ●事業場（特に中小規模事業場）	●マスメディア（TV、新聞） ●「うつ病アカデミー」、 「うつ・不安啓発委員会」、「うつ病の予防・治療委員会」など うつ病に関する全国的なNPO

8．都道府県・市町村の取り組み事例

- (1) 県境を越えた広域的取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
 - 1) 北海道・北東北 3 県（青森県・岩手県・秋田県）の取り組み

- (2) 都道府県単位の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
 - 1) 新潟県 全国に先駆けて取り組んだ自殺予防対策
 - 2) 秋田県 地元大学や県医師会と連携のとれた事業展開
 - 3) 岩手県 地元医大と連携のとれた取り組み
 - 4) 石川県 うつ病の早期発見と地域医療体制の整備事業
 - 5) 静岡県 精神保健福祉センターが主体となった取り組み

- (3) 保健所単位の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31
 - 1) 岩手県久慈保健所 1 次予防対策に主眼をおいた取り組み
 - 2) 秋田県本荘保健所 自殺死亡率の高い地域に対する保健所の支援
 - 3) 鹿児島県伊集院保健所 管内市町と協働で取り組んでいるうつ対策事業

- (4) 市町村単位の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
 - 1) 新潟県松之山町 自殺死亡者の減少という実績をあげた先駆的取り組み
 - 2) 青森県名川町 簡便で鋭敏なうつスクリーニングの開発・普及
 - 3) 秋田県合川町 秋田大学と連携した取り組み
 - 4) 秋田県藤里町 町と連携のとれた市民活動団体の主体的取り組み
 - 5) 鹿児島県東市来町 地域の保健所と協働した町の取り組み

(1) 県境を超えた広域的取り組み

1) 北海道・北東北 3 県 (青森県・岩手県・秋田県) の取り組み

幹事県 〒010-8570 秋田市山王 4 丁目 1 番 1 号

秋田県健康福祉部健康対策課

018-860-1423

Fax 018-860-3821

E-mail health@pref.akita.lg.jp.

【特徴】

自殺死亡率が高いという共通の健康課題を抱えた道県が県境を越えて、効率的・効果的うつ対策を講じる試みを行っている

【現状】

自殺死亡者数はここ数年全国的に増加しており大きな社会問題となっているが、特に北東北 3 県は自殺死亡率が全国平均に比べ非常に高く、また北海道でも近年自殺死亡者が急増し、特に 50 歳代後半の男性の高い自殺死亡率が目立っている。そのような現状もあり 4 道県が自殺予防に向けて、うつ対策に関する課題や情報、方策を共有する必要があった。

平成 14 年 4 道県の自殺死亡率

全国順位	道・県	人口10万対
1	秋田県	42.1
2	青森県	36.6
3	岩手県	35.6
21	北海道	24.6
	全国平均	23.8

【取り組みの経緯】

平成 14 年 8 月 23 日に秋田県で開催された「第 6 回北海道・北東北知事サミット」において、アクティブな生活を通じ、積極的に健康を享受する「21 世紀型の健康づくり」が提唱された。同時に、「北のくに健康づくり推進会議」が設立され、北海道・北東北 3 県が広域連携組織として健康を育む地域づくりを積極的に進めることになった。

各道県部長で構成される推進会議のなかで主たる検討項目の一つとして、自殺予防対策が取りあげられ、推進会議のもとに設置された検討部会等において具体的な協議が始められた。

【事業概要】

1 . 推進体制

各道県の部長を委員とした推進会議と健康推進関係部主管課長による幹事会、精神保

健福祉センターの精神科医、担当課員等による専門的検討部会が設けられ、自殺予防対策を推進する。

2．事業内容

(1) 予防リーフレット

うつ病に関する普及啓発を進めるために、うつ病の予防と早期発見・治療、地域や家族の役割、相談窓口等を内容とする一般向けリーフレットを作成し、各道県を通じて全世帯に配布する。

(2) 予防活動マニュアル

各道県の活動事例を取り入れた一般科医や保健師等予防活動に携わる人のための専門的マニュアルを作成する。

(3) 予防活動先進事例の紹介

各道県の先進的な事例を収集し情報提供することにより市町村等における取り組みを促進する。

(4) 自殺予防に関する情報の共有化

各道県の精神保健福祉センターを自殺予防に関わる情報センターとして位置づけ、センター間で連携し情報の共有化を行う。

【成果】

- 1．広域対応により、共通の課題や情報を有効活用した効果的・効率的事業展開が行われつつある
- 2．精神保健福祉センターを中心として広域情報が集積されることにより、情報の精度が高まるとともに、行政施策に反映される可能性が期待される

【課題】

- 1．それぞれの地域における課題や取り組みの手法が普遍化、共通化できない場合の対応
- 2．地域における精神科専門医療機関の確保

【参考文献】北のくに健康づくり推進会議設置規約

(2) 都道府県単位の取り組み

1) 新潟県

所在地 〒950-8570 新潟市新光町 4 番地 1 号

新潟県福祉保健部健康対策課

025-280-5201

fax 025-285-8757

E-MAIL T040240@mail.pref.niigata.jp

【特徴】

県内でも高齢者の自殺死亡率が高い松之山町において、県が先駆的に自殺の実態調査や予防対策に取り組み、松之山町では自殺死亡率が低下するなど一定の成果をあげ、その後町独自の取り組みとして継続している。また、その成果を他の市町村での取り組み拡大につなげたり、中高年のいわゆる働き盛りの世代の自殺予防対策を新潟大学医学部精神医学教室に研究委託して手法の検討を行うなど事業を展開している。

【現状】

平成 12 年の国勢調査時の人口は 2,475 千人、世帯数 795 千戸、老年人口は 526 千人 (21.3%) となっている。平成 13 年の人口動態統計によると自殺死亡者数は 843 人 (34.2/10 万人) で、特に高齢者の自殺死亡率は 53.6/10 万人と全国の 33.6/10 万人の 1.5 倍と高い状況にある。

【取り組みの経緯】

昭和 40 年代以降、自殺死亡率が常に全国上位にあり、対策の必要性については県担当課、精神保健福祉センター、新潟大学など保健医療関係者の間にあった。そのため自殺死亡者の多い市町村等をモデル地域として選定し、昭和 60 年度から平成元年度までの 5 年間「精神衛生事故防止対策事業」、「老年期の心の健康づくり事業」等により、高齢者の自殺予防対策を松之山町、大島村、新発田市で実施し、その後も、松之山町においては町単独事業として事業継続し、自殺死亡率の低下という成果を上げ今日に至っている。

平成 12 年度には「健康にいがた 21」を策定し、その中で県全体で自殺予防対策に取り組む方針を明確にした。平成 12 年度から 3 年間実施した「心の健康づくり推進事業」では、高齢者と中年男性の自殺死亡率が全国よりも高いという特徴を踏まえ、新潟大学式自己記入型うつ病評価尺度 (NSDS) を用いたいわゆる「松之山方式」の高齢者自殺予防対策事業を中之島町と中郷村において実施した。また、中高年自殺予防対策としては、自殺予防対策手法の開発を新潟大学医学部精神医学教室 (現新潟大学大学院医歯学総合研究科) に研究委託し、職域団体の協力を得て試行的な相談活動を実施した。

【事業概要】

平成 15 年度は、さらに全県的な自殺予防対策を推進するため、より効果的な自殺予防対策を行うためには、「うつ」対策が必要であるとともに、「生きる喜びや生きがい」をもって生活することができるよう「社会参加・生きがい」対策を行うことが必要である

との基本方針のもと、「社会参加・生きがい」対策事業にも取り組んでいる。

また、精神保健福祉センターを中心としてストレス相談や自殺相談専門窓口を設置して相談に応じるとともに、市町村・保健所担当者研修会や、企業等における取り組みを促進するための企業労務担当者等研修会の開催、団体・組織等における自殺予防技術の向上と普及を図るための自殺予防対策推進協議会を設置するなどの事業を実施している。

1．心の健康づくり推進事業

- (1) 自殺予防対策推進協議会の設置
- (2) 市町村・保健所精神保健福祉担当者研修会の開催
- (3) 企業労務担当者等研修会の開催

2．こころの元気支援事業（地域保健特別推進事業）

- (1) いわゆる「松之山方式」を用いた高齢者自殺予防対策事業を栃尾市と上川村において実施
- (2) 普及啓発パンフレット「ひとりひとりの大切ないのち」の作成と配布

3．自殺予防対策を行う市町村、団体等に対する技術支援

独自の取り組みを行う7市町村、1団体に対する技術支援

4．高齢者社会活動参加奨励プラン実施事業

心の健康についての啓発普及と地域組織の育成等を目的とした事業を名立町において実施

5．高齢者の社会活動参加のあり方検討会の開催

実践的な社会活動参加のあり方の検討と普及促進を図るため、「生きがいと心の健康」を課題テーマの一つとした検討会を開催

【成果】

- 1．高齢者の自殺予防対策に関しては松之山町等で「新潟大学式自己記入型うつ病評価尺度」を用いたうつスクリーニングを主体とした取り組みを導入し、自殺死亡率の低下という成果を得た
- 2．県が選定したモデル市町村においては、モデル事業の終了後も高齢者保健福祉計画に自殺予防に関する項目を盛り込み、市町村単独事業として自殺予防対策事業を継続するなど取り組みの定着が図られ、また、市町村職員を対象とした普及啓発を行った結果、自殺予防対策事業を単独で実施する市町村数の増加につながっている
- 3．うつスクリーニングの結果は、うつの発見とその後の介入に使われているのみならず、地域診断や保健サービスの需要予測等に用いることができ、行政施策を考える際の貴重な資料となっている
- 4．全数スクリーニングの必要性があることから、老人クラブ等の地域組織の協力を得て実施しており、地域住民のエンパワーメントにつながっている

【課題】

- 1．さらに市町村、団体等での自殺予防対策が実践を促進を図るための、普及啓発活動及び支援体制の整備
- 2．「自殺」や「うつ」等の「心の健康」についての誤解や偏見を除去するため、「心の健康」についての正しい知識の普及
- 3．精神科医療機関との連携の強化

【参考文献】

- 1) 今田寛睦他：自殺と防止対策の実態に関する研究報告書．平成 14 年度総括・分担研究報告書 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業．平成 15 年 3 月
- 2) 新潟県精神衛生センター：精神衛生事故防止対策事業の結果について（昭和 60，61 年度）
- 3) 新潟県精神保健センター：老年期の心の健康づくり事業について（昭和 62，63，平成元年度）
- 4) 財団法人厚生問題研究会：お年よりの自殺予防 心の健康のために 死なないで良かった．平成 14 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金．平成 15 年

2) 秋田県

所在地 〒010-8570 秋田市山王4丁目1番1号

秋田県健康福祉部健康対策課

018-860-1423

fax 018-860-3821

Email health@pref.akita.lg.jp

【特徴】

自殺死亡率の高い地域における保健所と町との協働で実施したモデル事業が県全体の自殺予防対策の先駆けとなった。また、事業の一部を秋田県医師会や秋田大学医学部に委託し連携のとれた事業が展開されている。

【現状】

平成12年の国勢調査時の人口は1,189千人、世帯数389千、老年人口は279千人(23.5%)となっている。平成12年の人口動態統計によると自殺死亡者数は456人(38.4/10万人)で全国の24.1/10万人に比べると1.5倍と高い状況にある。

【取り組みの経緯】

秋田県では、平成7年以来自殺死亡率全国一が続いていたことから、自殺死亡率の高い地域における保健所と町が協働で平成7年度から2カ年間「高齢者の心の健康づくりと自殺予防対策」を実施し、高齢者自殺の実態とその背景にある地域住民の意識調査を行った。同時に、検討委員会の設置や、高齢者と世代を超えた心の交流事業、講演会やシンポジウムなどの広報活動も行われ、本事業がその後の全県的取り組みのきっかけとなった。

平成12年度に初めて県民を対象とした啓発活動として「いのちの尊さを考えるシンポジウム」を開催した。その後「健康秋田21計画」策定にあたっては、休養、こころの健康づくりとは別項目として自殺予防対策を重点分野と位置づけ、すべての世代における自殺死亡者を減少させるためにうつ対策事業の充実を図ることにした。

【事業概要】

1. 心の健康づくり・自殺予防対策協議会開催事業

2. 「命の尊さを考えるシンポジウム」開催事業 県内3地区で各1回開催

3. 心のセーフティーネットの整備

様々な相談窓口をネットワーク化(18分野40機関)

4. 秋田県医師会への委託研修

うつ病に関する正しい知識の普及を目的として県医師会へ研修委託

(1) うつ病の早期発見、治療のための一般科医に対する研修の実施

(2) かかりつけ医と精神科医との診療連携の促進

委託内容

- ・ カリキュラム検討委員会の開催 1 回
- ・ 診療所等の医師に対する自殺予防対策研修会 3 回

研修内容

年度	回数	内 容	備 考
13	2 回	うつ病・気分障害の特徴と治療 簡単なうつ病の診断ポイント うつ病に対する上手な薬の使い方 内科医はどこまでうつ病をみられるか	「臨床医のための うつ病の手引き」 作成配布
14	2 回	うつ病と自殺予防 うつ病・精神科医に紹介すべきタイミング 身近にある相談機関とその活用	「うつ病と自殺予防」 冊子作成配布

5. モデル市町村における「心の健康づくりに関する調査」の実施

自殺死亡率の高いモデル市町村において、自己評価うつ病尺度（SDS）を用いた住民の意識調査を実施し、うつ尺度が高く協力の得られた住民を対象として面接を行い、必要に応じて医療への連携、保健指導でフォローしている。

6. 秋田大学医学に地域診断事業を委託して実施している。

【成果】

1. 自殺死亡率の高い市町村におけるモデル的取り組みが、県の支援を得て全県的に広まりつつある。
2. 県や市町村が行っている地域への普及啓発、スクリーニング、保健指導、関係者への教育・研修の機会の確保、秋田県医師会が行っている医療従事者への教育研修、秋田大学が実施している情報の収集・解析・施策展開への情報提供、うつ対策手法の開発等、行政、県医師会、地元大学医学部がそれぞれの機能を有機的に連携させ、充実した事業展開が始まっている。

【課題】

1. 県内全市町村で自殺予防対策の取り組み促進
2. 心のセーフティーネットへの参加機関の拡大と相談員への研修
3. 職域分野における自殺予防事業への取り組み促進
4. 県民への自殺予防に関する普及啓発

【参考文献】

秋田県自殺予防体系

3) 岩手県

所在地 〒020-8570 岩手県盛岡市内丸 1 0 番 1 号

岩手県保健福祉部障害保健福祉課

019-629-5447

Fax 019-629-5454

E-mail AD0006@pref.iwate.jp

【特徴】

県が実施した自殺の実態調査を踏まえ、岩手医科大学と連携して自殺多発地域でのモデル事業を実施するなど、高齢者の心の健康づくりに積極的に取り組むとともに、平成 14 年度からは共通の課題に面した 4 道県で広域的な自殺予防対策に取り組みを進めている。

【現状】

平成 12 年の国政調査時の人口は 1,416 千人、世帯数 476 千戸、老年人口 285 千人(20.1%) となっている。平成 14 年の人口動態によると「自殺を死因とする死亡者数」は年間 500 人(35.6/10 万人) で全国平均(23.8/10 万人) に比べて高く、秋田県(42.1/10 万人) 、青森県(36.7/10 万人) に次いで全国第 3 位になっている。圏域別では二戸、久慈地区といった県北地域が高い。

【取り組みの経緯】

1. 人口動態統計によると自殺死亡者数が常に高い状態が続いていること
2. 自殺死亡者の年齢構成では 70 歳以上が 27.4%、50 歳代が 23.6%、60 歳代が 17.4% と中高年の自殺死亡率が高いこと(平成 14 年県警察本部)

【事業概要】

1. 昭和 63 年～平成 2 年度の 3 カ年で、自殺死亡率の高い県北にある浄法寺町等 4 町村で「高齢者自殺調査研究事業」が行われた。この事業は過去 10 年以内に自殺した高齢者 70 人への遡り調査と、65 才以上の高齢者 1,151 人への調査の 2 種類の調査からなり、家族・知人の自殺経験率が高いこと、自殺に至る経緯で大部分の高齢者にうつ状態の精神症状が認められること等の結果が得られた。

本調査結果により、高齢者の家族等への意識啓発、保健医療福祉サービス従事者への研修、相談窓口等の体制の整備、自殺多発地域への重点対策の実施などの方向性が示された。

2. 平成 5 年～平成 15 年(現在)まで、岩手県環境保健部が実施主体となり「老人の心の健康づくり推進事業」を行っている。本事業は、自殺死亡率の高い市町村において高齢者に対するうつ対策の充実を図るため、県が当該市町村に委託して行うものである。

最近の 6 年間(平成 8 年～13 年度)でモデル事業を実施した町村は浄法寺町、九戸村、葛巻町、新里村の 4 町村で、事業内容は以下の通りである。

(1) 心の健康に関する窓口相談事業

保健師による相談窓口には年間 10～80 件程度の相談があり、医療機関や保健所等へ連絡、紹介の他、訪問指導が実施されている。また、普及啓発として、講習会の開催やパンフレットの作成・配布が行われている。

(2) 専門的研修

保健所において、市町村保健師への知識・技術研修を実施するとともに、モデル町村に対し技術援助や必要に応じた医師等の訪問指導等を行っている。

3 . 平成 12 年～平成 14 年度には自殺死亡率の高い久慈地域において、久慈保健所が岩手医科大学との連携のもとで自殺予防に関する調査研究と自殺予防に関する普及啓発を行った。

4 . 平成 14 年度からは自殺死亡率が高いという共通の課題を有している北海道、青森、岩手、秋田の 4 道県で、うつ対策への取り組みを実施している

【成果】

- 1 . 「高齢者自殺調査研究事業」や「久慈地域調査研究事業」等の調査及びその結果を情報提供することにより、自殺の背景にあるうつ病の有病率やその背景にある家族や職場での孤立感等の実態が明らかになり、行政施策の推進につながった。
- 2 . 県の委託事業の後も、モデル町村自らが自殺予防に積極的に取り組み始めている。
- 3 . 岩手医大との連携強化が図られ、行政と大学の連携のもとでの自殺防止対策が推進されつつある。
- 4 . 共通課題を有する 4 道県の広域的取り組みに発展し、効率的に事業を展開できるとともに、各地域の取り組み事例を踏まえ、効果的な方法の開拓と普及が期待されている。

【課題】

- 1 . 地域や職場における県全体の意識の向上
- 2 . 自殺死亡率の高い県北地域の重点的取り組みの強化

4) 石川県

所在地 〒920-8580 石川県金沢市鞍月 1 丁目 1 番地

石川県健康福祉部健康推進課

076-225-1436

Fax 076-225-1444

E-mail kennsui@pref.ishikawa.jp

【特徴】

壮年期死亡の上位にある自殺に対応するために、モデル事業を踏まえて、うつ病のスクリーニングの実施、精神科医と一般診療科医との連携強化のための取り組みを行っている。

【現状】

平成 12 年度国勢調査時の人口は 1,181 千人、世帯数 411 千戸、老年人口 219 千人(18.6%)となっている。平成 12 年における「自殺を死因とする死亡者数」は年間平均 205 人(20.2/10 万人：平成元年～12 年)で全国平均(23.8/10 万人)に比べると必ずしも高くはないものの、50 歳代の自殺死亡者数が 23.9%、次いで 70 歳以上 20.2%、60 歳代 17.1%、40 歳代 16.6%と 40～50 歳代の働き盛りの自殺死亡率が高く年々増加傾向にある。

【取り組みの経緯】

1. 平成 12 年 3 月に石川県健康づくり計画「いしかわ健康づくり 21」が策定されたことや、年間平均 205 人の自殺死亡者のなかで壮年期死亡の割合が高く年々増加傾向にあること、なかでも 40 歳代、50 歳代の男性の死亡原因の上位を自殺が占めていること等から、保健医療従事者のなかに自殺予防対策の必要性が高まっていた。
2. 平成 12 年～14 年度の 3 カ年で実施された「心のオアシス 21 推進事業」において、うつ病患者へのアンケート調査や一般診療科医や精神科医への実態調査が行われるとともに、専門医とかかりつけ医の連携強化のために会議や研修会が開催され地域医療体制の基盤整備について検討がなされた。
3. 上記の調査結果や事業を、平成 15 年度から高齢者のうつ病対策推進事業として実施し県全域に広めて取り組みを行っている。
4. また、産後うつを背景とした児童虐待事例が発生したことから、平成 15 年度から母親の不安増大等による産後うつに対応するため母親のメンタルヘルス支援事業を開始している。

【事業概要】

1. 心のオアシス 21 推進事業
 - (1) うつ病を早期発見・早期治療するための体制・施策について検討するための検討会を県に設置し、うつ病の実態を把握するためうつ病の診断を受け治療中の患者へのアンケート調査や内科、外科、産婦人科等のいわゆる一般診療科医、精神科医へのアンケート調査あるいはグループインタビューを行い、その後の行政施策の基礎資料とした。

- (2) 能登中部保健福祉センターが、七尾市医師会の協力を得て、うつ病発見・早期治療体制を整備するための研修会や精神科医とかかりつけ医の連携会を開催するとともに、かかりつけ医用のパンフレットを作成し配布した。

2．高齢者のうつ対策推進事業

- (1) モデル事業を踏まえ、うつ病の早期発見のために自己評価うつ病尺度(S D S)を用いたスクリーニング方法についてかかりつけ医と精神科医の連携体制等に関する検討会を県に設置した。
- (2) 各保健福祉センターに連携会議を設置し、精神科医、かかりつけ医、市町村等の関係機関が連携する場を確保するとともに、かかりつけ医を対象として精神科医が指導・研修する事業やうつスクリーニング事業を地域で実施することになっている。

3．母親のメンタルヘルス支援事業

- (1) 産婦一般健康診査を受診した母親に、エジンバラ式産後うつ病問診票(E P S D)を活用し、産後うつ病が疑われる母親や精神的支援が必要な母親を積極的に把握し、支援を行うことにしている。
- (2) 各県保健福祉センターは市町村、産科医療機関、精神科医療機関と連携をとるための地域ネットワーク会議を開催している。
- (3) 講演会の開催やリーフレットの作成・配布
- (4) 支援事例検討会

【成果】

実態調査の結果、社会全体がうつ病のことを正しく理解すること、かかりつけ医がうつ病を正しく理解すること、精神科医とかかりつけ医との連携強化が必要であることが示され、事業展開のきっかけとなった。

【課題】

- 1．県下全域に事業を展開していくため精神保健福祉センターや市町村等従事者の意識の向上
- 2．地域や職場における県全体の意識の向上

【参考文献】

- 1) 石川県健康福祉部：心のオアシス 2 1 推進事業報告書．うつ病早期発見・早期治療体制整備事業．平成 15 年
- 2) 石川県健康福祉部健康推進課：母親のメンタルヘルス支援事業実施の手引き
- 3) 岡野禎治：産後うつ病の早期発見と支援の手引き～産科医・保健師のために～（暫定版）．石川県健康福祉部健康推進課

5) 静岡県

所在地 〒422-8031 静岡市有明町 2 - 2 0 静岡総合庁舎別館 3 階

静岡県こころと体の相談センター

054-286-9245

Fax

054-286-9249

【特徴】

平成 9 年度以降、中高年のいわゆる働き盛りの世代の自殺死亡者が増加傾向にあったことから県精神保健福祉センターが主体となって調査研究を行うとともに、心の健康づくりに関するガイドブックを作成し、関係者を対象とした研修会等、普及啓発に活用している。

【現状】

平成 12 年の国勢調査時の人口は 3,767 千人、世帯数 1,278 千戸、老年人口は 665 千人（17.7%）となっている。平成 13 年の人口動態統計によると自殺死亡者数は 843 人（34.2/10 万人）で、特に高齢者の自殺死亡率は 53.6/10 万人と全国の 33.6/10 万人の 1.5 倍と高い状況にある。

【取り組みの経緯】

平成 9 年の自殺死亡者数は 693 人であったが、平成 10 年は 32%増の 914 人、平成 11 年は 935 人とさらに増加したため、県としても自殺予防対策を講じる必要があると認識していた。自殺死亡者の内訳として中高年者が多いこともあり、平成 14 年度は事業所や従業員を対象としたアンケート調査等を実施し問題点や課題を明らかにするとともに、シンポジウムや研修会を開催し 1 次予防対策を進めることとした。

また思春期における心のケアも重要になってきており、同時にライフステージや生活の場におけるメンタルヘルス対策を講じることにした。

【事業概要】

1. 事業所・従業員へのアンケート調査

1,200 事業所及び 2,400 人の従業員を対象としてアンケート調査を実施した。

2. 心の健康づくり指針策定事業

中高年のストレス解消、自殺予防対策、職場のメンタルヘルス等に関する指針を作成し中高年の精神保健の推進を図るために、保健、医療、労働、警察等の関係機関の策定会議を開催し、「しずおか 心の健康づくりガイド」（しずおか健康創造 2 1 精神保健副読本）を作成した。

また、普及啓発用の講演会を開催している。

3. こころの電話相談事業

精神保健福祉センターで年間 3,600～4,800 件の電話相談を受けており、この 3～4 年増加傾向にある。

【成果】

- 1．県内の自殺の実態を関係機関・団体が共有することができた。
- 2．中高年自殺に対する対策を進める必要性への認識が行政担当者に生まれてきている。
- 3．精神保健福祉センターの役割がうつ対策を含め総合的な心の健康づくり対策のなかで重要になってきている。

【課題】

- 1．労働行政と連携したメンタルヘルスへの積極的取り組み
- 2．精神科と一般診療科との連携、及び精神科と事業所との連携強化
- 3．健康相談や家庭訪問等の個別支援、健康教育等の集団への支援対策等、地域保健対策の強化

【参考文献】

- 1) 静岡県こころと体の相談センター(静岡県精神保健福祉センター): しずおか 心の健康づくりガイド(しずおか健康創造 2 1 精神保健副読本). 2003 年 3 月

(3) 保健所単位の取り組み

1) 岩手県久慈保健所

所在地 〒028-8042 岩手県久慈市八日町 1 - 1

0194-53-4987 Fax 0194-52-3919

E-mail CC0012@pref.iwate.jp

【特徴】

岩手医科大学の協力を得ながら、保健医療関係者及び民間団体等による検討委員会を設置し自殺予防対策に関する検討を行うとともに、自殺予防のための普及啓発といった一次予防に力を入れている。

【現状】

久慈保健所管内は岩手県三陸海岸の北端で青森県境に位置し、1市1町4村からなり、人口 69,421 人、老年人口 14,773 人(21.3%)である。自殺死亡者数は年間平均 31 人(平成 9～13 年)で、平成 13 年における死亡率でみると久慈圏域 44.8/10 万人で岩手県の 33.9/10 万人、全国の 23.3/10 万人と比べると高く、標準化死亡比(SMR)でも 207.2(平成 6～13 年)と高い。

【取り組みの経緯】

- 1 . 平成 11 年度久慈地域保健医療計画作成にあたり主要な死因別死亡率(平成 9 年)を検討した結果、自殺死亡率が全国の 3 倍、県平均の 2 倍と高かったこと。
- 2 . 40～50 歳代の働き盛りの年代の自殺死亡率の増加が認められていること。
- 3 . 平成 12～14 年度の 3 年間、地域課題調査研究事業として、保健医療関係者及び民間団体の関係者との連携のもとで事業が行われたこと。
- 4 . 岩手医科大学が推進する研究事業と連動した活動が行われたこと。
- 5 . 平成 13 年度からの「自殺予防対策に関する基盤研究」といった厚生労働科学研究に協力することにより国立精神保健研究所等の専門家から助言・支援が得られたこと。

【保健所の役割】

地域の実態を調査分析し、関係機関・団体へ積極的に情報提供するとともに、自殺予防のための一次予防を積極的に進めることにより、地域全体の自殺予防への取り組みを促す。

【事業概要】

- 1 . 平成 12 年度から久慈保健所長を委員長とし、警察署生活安全課、いのちの電話、医師会、岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座、市町村、福祉総合相談センターの職員など約 20 人からなる「久慈地域自殺予防調査研究検討委員会」が設置され、調査研究事業の実施主体として事業が始められた。
- 2 . 平成 13 年～14 年度に、岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座「自殺予防研究班」と管

内市町村の共同で、20 歳以上の住民 3,738 人を対象として「心の健康に関する意識調査」を実施するとともに、自殺既遂者の家族 76 人を対象として市町村保健師による面接聞き取り調査を実施した。

管内の市町村保健師向けのワークショップの開催や、医師会主催の学術講演会への協力参加やシンポジウムを開催した。また、調査結果について啓発用パンフレットを作成し住民に配布した。

【成果】

1. 心の健康に関する意識調査結果により、身近に自殺を経験した人の割合が 25%あるにもかかわらず自殺死亡者が多いと思う人は 10%代と少ないこと、自殺予防が可能と考える人の割合が 35%程度であるが、行政が自殺予防に取り組むことを良いことだとする割合が 7 割と自殺対策への取り組みに多くの住民の賛同が得られそうなこと、精神科受診を躊躇する割合が高いこと等、地域住民への普及啓発の重要性が明らかになり、行政が取り組むための参考となった。
2. 地元医大や管内市町村との連携強化が図られ、調査研究検討委員会に参加した関係機関・団体との間にも連携体制が整いつつあり、緩やかな横断的組織としてネットワークが構築され、今後一次予防に力点を置いた自殺予防活動展開の基盤形成がなされた。

【課題】

1. 自殺死亡により残された家族への支援体制の整備
2. 自殺予防の相談等に対応する保健師や心理職、医師等の専門職種や関係者のスキルアップとともに、従事者をバックアップするスーパーバイザーの確保と支援
3. 保健所等への心理の専門家の配置
4. 精神科以外の一般医療機関におけるうつ対策への取り組み
5. 自殺家族への聞き取り調査結果等の評価と公表に関する個人情報保護と行政施策反映への取り扱い

【参考文献】

- 1) 岩手県久慈保健所：地域課題調査研究事業実績報告書 久慈地域の自殺予防に関する研究 ～一次予防の重要性について～、平成 15 年 3 月
- 2) 今田寛睦他：自殺と防止対策の実態に関する研究報告書、平成 14 年度総括・分担研究報告書 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業、平成 15 年 3 月

2) 秋田県本荘保健所

所在地 〒015-0001 秋田県本荘市出戸町字水林 4 0 8

0184-22-4120 Fax 0184-22-6291

E-mail yuriknet@pref.akita.jp

【特徴】

自殺死亡率の高い地域において、健康日本 21 が策定される 6 年前という比較的早い時期に保健所と町とが協働で自殺の実態調査に取り組み、この事業が県全体の自殺予防対策の先駆けとなった。

【現状】

本荘保健所管内は 1 市 10 町で平成 13 年の人口は 122,582 人、世帯数 37,171 戸、老年人口は 29,927 人 (24.4%) である。平成 12 年の人口動態統計によると自殺死亡者数は 65 人 (52.7/10 万人) で全国の 24.1/10 万人と比べると約 2 倍と高く、なかでも高齢者の自殺は 29 人 (44.6%) と県全体の 33.3% に比べて高い状況にある。

【取り組みの経緯】

平成 6 年度、保健所の事業計画を策定するにあたり、管内の死亡統計を検討した結果、昭和 60 年以降の管内の自殺死亡率は県平均に比べて 5 ~ 10 ポイント程度高く、特に由利町が平成 6 年度で自殺死亡率 167.7 と全国平均の約 10 倍となり、そのうち 7 割以上が高齢者であることが明らかになり、保健所内に事業として取り組む必要性があるのではないかという認識が高まっていた。そこで由利町に問題提起し、町としても議会等で問題になっていたという経緯もあり、平成 7 年度から高齢者の心の健康づくり事業として保健所と町とが連携した取り組みが始まった。この取り組みの経験がその後の県全体の事業の先駆けになった。

事業開始後、保健所は自殺等に関する町の状況分析や人口動態統計の分析等、主に地域診断を行うとともに、町と一緒に自殺死亡者家族への面接調査を実施した。この、調査結果をもとに、普及・啓発事業や健康座談会等を実施した。

また、これらの取り組みの波及成果として東由利町など管内の他の町にも「心の健康推進会議」が立ち上がり、うつ対策への取り組みが広がっていった。

【保健所の役割】

1. 人口動態統計調査等の資料から管内市町村の健康課題を情報提供
2. 事業に関連する専門機関、研究機関等との連絡調整
3. 市町村事業への支援

【事業概要】

1. 高齢者の心の健康づくりと自殺予防事業
 - (1) 高齢者の心の健康づくり検討委員会への参加
 - (2) 由利町の地区診断

町の自殺等の状況分析
自殺に関する人口動態統計調査の分析

2. 高齢者の自殺予防に関する意識調査

- (1) 意識調査への協力（由利町と保健所が共同で実施）
- (2) 意識調査の報告書の作成

3. 保健所の研修会で由利町の調査結果や取り組みを報告

【成果】

- 1. 自殺死亡率の高い町においての実態調査を踏まえ、由利町の主体的な取り組みに発展してきた。
- 2. 近隣市町村への波及効果が見られた。

【課題】

- 1. 高齢者のみではなく、若年者対策の検討も必要
- 2. 精神疾患患者の治療終了後の地域でのフォロー体制等、地域の医師会や医療機関と連携したネットワークづくり
- 3. 管内の対応から全県的取り組みに発展したことにより地域としての問題意識が保健医療従事者の間にやや薄れてきがちなこと

【参考文献】

- 1) 秋田県由利町・本荘保健所：高齢者の心の健康づくりと自殺予防対策事業 高齢者自殺調査結果報告書．平成8年3月
- 2) 秋田県本荘保健所：高齢者の自殺予防に関する意識調査 - 保健と福祉に関するアンケート調査から - ．平成9年3月

3) 鹿児島県伊集院保健所

所在地 〒899-2501 鹿児島県日置郡伊集院町下谷口 1 9 6 0 - 1

099-273-3111 Fax 099-272-5674

E-mail ijyuuinh@pref.kagoshima.lg.jp

【特徴】

管内市町と協働して保健所が積極的にうつ対策事業への取り組みを行っている

【現状】

伊集院保健所管内は串木野市と、鹿児島市に隣接する 1 市 8 町からなり、高齢化・過疎化がすすんでいる地域と、鹿児島市のベッドタウンとして働き盛り世代が多い人口増の地域が混在している。平成 13 年 3 月現在、人口 117,067 人、世帯数 45,693 戸、老年人口 29,656 人 (25.3%) となっており、保健所管内の自殺死亡者数は年間平均 32 人 (平成 8 ~ 12 年) で、標準化死亡比 (SMR) が 125.2 と自殺死亡率が高い。

【取り組みの経緯】

1. 保健所で実施した地域診断の結果、伊集院保健所管内は自殺死亡率が高いということが明らかになってきたこと。
2. 平成 12 年度に策定された「健康かごしま 21」に自殺防止対策が記載されたこと。
3. 平成 13 年度に日本看護協会の先駆的モデル事業の助成対象に選別されたこと。
4. 県庁の呼びかけにより、鹿児島大学医学部精神科学講座、県庁、県精神保健福祉センター所長、保健所長の有志等による精神保健福祉懇話会が設置され、その場で様々な助言が得られたこと。
5. 平成 13 年度からの「自殺予防対策に関する基盤研究」や平成 14 年度からの「こころの健康疫学調査」等の厚生労働科学研究等に協力することにより慶應義塾大学や岡山大学、国立精神保健研究所等の専門医からの助言・支援が得られやすかったこと。

【保健所の役割】

1. ニーズはあるものの取り組みが進んでいない事業に積極的に関与し、管内市町へ知識や技術の提供を図ること
2. 市町や民生委員、地域婦人団体等、関係機関等の自主的取り組みを支援すること

【事業概要】

1. 事業の基本的考え方

自殺死亡者を頂点とし、その下層にうつ・うつ病といったいわゆる自殺予備群が存在し、さらにその下層に抑うつ傾向の少ない状態とストレス状態にある住民が存在しているといったピラミッドモデルを想定し、それぞれの段階から進行・悪化しないようにすることである。

そのための体系として、個人のとりくみと地域社会全体のとりくみを 2 つの柱として

実施している。

2．地域の実態調査

平成13年度からの「うつ対策事業」を始めるにあたって地域の実態調査を行った。県全域の自殺死亡率、標準化死亡比(SMR)を求めるとともに、市町と協働し自己評価うつ病尺度(SDS)を用いて管内1,130人の心の健康状態を調査分析した。

3．普及啓発事業

地域の実態調査の結果を市町保健師連絡会や、各種団体の研修会、保健所情報誌「ハートほっとメール」や市町の広報誌、地元新聞等を活用し保健医療福祉関係者や住民に情報提供した。また、あらゆる機会を通じ、うつ病とその予防について周知した。

4．ストレスマネジメント

地域住民へストレスコントロールの知識や技術の普及を目的として保健所主催でリラックス教室を開催したがその後、管内の町にバトンタッチして継続実施している。

5．うつスクリーニング

大野らの方法を参考としてうつ症状の5項目、自殺念慮の2項目、大きなライフイベントの1項目の8項目からなる1次スクリーニングと、13項目からなる2次スクリーニングを組み合わせを行い、必要に応じて受診勧奨や相談、見守り活動につなげている。

1次スクリーニングは市町村の基本健康診査や結果報告会、介護教室、健康教育の機会を利用して行い、2次スクリーニングは1次スクリーニングの場で個別に行うか、保健師が後日訪問して実施している。

6．こころの健康づくり連絡会

うつ対策に関する課題と方向性を共有するために、市町村、県精神保健福祉センター、県庁、福祉事務所、精神科医、医師会、地域婦人団体連絡協議会、民生委員、警察、産業保健推進センター、管内企業健康管理担当者、住民代表、報道機関、精神保健福祉ボランティア等約40人によるこころの健康づくり連絡会を年1～2回開催している。

7．こころの健康づくり対策マニュアル

これらの取り組みの経験を平成14年度末に冊子「地域におけるこころの健康づくり対策マニュアル」にまとめ、県内市町村、保健所、県精神保健福祉センター、医師会等に配布し、保健医療従事者の研修等に活用している。

【成果】

- 1．パンフレット・報道等による啓発後の相談が多く、ニーズの掘り起こしにつながるとともに、地域にニーズが数多く潜在していることが再認識された。
- 2．1次スクリーニングの陽性率は対象者の約1割であったが、2次スクリーニングを含め、周囲から全く気づかれずにいる住民や要介護者を抱える住民のなかから受診

勸奨者が見つかり、その後の治療等により経過良好な事例がある等、スクリーニングの成果が見られた。

- 3 . 事業に取り組むことにより行政担当者の意識・関心が高まるとともに、県内の自治体にも取り組みが広がりつつある（平成 15 年度 8 月現在、県全市町村の約 4 割が実施している）。
- 4 . 精神保健の分野のみならず母子保健（産後うつ対策）、難病患者や家族への対応等においてもうつ病を視野に入れた取り組みにつながっている。

【課題】

- 1 . うつ度の高い住民への支援体制の充実
- 2 . 精神保健福祉センター等・スーパーバイザーの確保と支援
- 3 . 市町村保健センターや保健所と医療機関・医師会との連携及び一般医と精神科医の連携
- 4 . カウンセリング技法やうつに関する基本的知識と認識の取得等、保健師の資質の向上

【参考文献】

- 1) 社団法人日本看護協会：保健所保健活動モデル事業報告書、平成 13～14 年度先駆的保健活動交流推進事業 . 1 - 40 . 平成 15 年 3 月
- 2) 大野裕他：うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究 総合研究報告書 . 平成 11～12 年度 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業 . 3-24 . 平成 13 年 3 月
- 3) 川上憲人他：こころの健康問題と対策基盤の実態に関する研究、厚生労働科学研究費 厚生労働科学特別研究事業 平成 14 年度総括・分担報告書 . 平成 15 年 3 月 . 93-125

(4) 市町村単位の取り組み

1) 新潟県松之山町

所在地 〒942-1492 新潟県東頸城郡松之山町松之山 1 2 1 2 - 2

02559-6-3705 Fax 02559-6-3735

E-mail matsunoyamahc@isis.ocn.ne.jp

【特徴】

うつの有病率が高く高齢者の自殺死亡率の高い地域で、先駆的に自己評価うつ病尺度(SDS)や研究用診断基準(RDC)を用いて、ハイリスク高齢者の拾い出しを行い、精神科医療機関による専門的治療や町立診療所における継続治療、保健福祉ケア、必要に応じた危機介入を行うことにより自殺死亡率の大幅な減少という成果をみた。

【現状】

松之山町は新潟市の約 130Km 南西に位置し、長野県との県境の山間部にある日本有数の豪雪地帯である。平成 12 年の国政調査時の人口は 3,184 人、世帯数 1,072 戸、老年人口 42.1%となっており、昭和 61 年時の人口 4,345 人、老年人口 873 人(20.9%)と比べ人口減少や高齢化が著しく進んでいる。

【取り組みの経緯】

昭和 60 年代松之山町の自殺死亡率は全国より約 9 倍高く、町の保健師も自殺対策の必要性は感じていた。老人との日常会話のなかでも「こんなに長生きして申し訳ない」「家族の迷惑になるくらいなら早く死にたい」などという自殺念慮に関する言葉が聞かれることも多かったとされている。

こうした状況もあり、昭和 60 年度から 5 カ年間は県のモデル事業として、県精神衛生センター(現精神保健福祉センター)や上越保健所等の支援を受けて自殺予防対策に取り組むことになった。まず高齢者自殺の実態調査や老年期うつ病の疫学調査を実施した後、町立診療所の医師や町保健師が国立病院や新潟大学医学部の精神科医と連携し在宅の 65 才以上の高齢者全員に対しうつのスクリーニングを実施した。ハイリスク者を見いだした後は、精神科医療機関での専門的治療、町立診療所での治療、保健師の病状観察・保健福祉ケアへ結びつけることにした。

ハイリスク者や経過観察者の拾い出しは、自己評価うつ病尺度(SDS)を用いた質問紙票による調査の後、精神科医が保健師の同席のもとで研究用診断基準(RDC)による面接で行われている。事業を開始した昭和 61 年当初は対象者 924 人、精神科医の面接は 526 人だったが、保健師のうつの判定能力の向上や住民のうつに関する情報精度が増すとともに、平成 8 年には対象者数は 1,179 人と増えたものの精神科医による面接者数は 46 人と減少し、うつ病と診断された住民も 44 人から 20 人と改善された。

なおこの事業は、モデル事業終了後の平成 2 年度以降は町の事業として継続して実施されている。

【事業概要】

1．うつ病のスクリーニング

- (1) 65 歳以上の在宅の高齢者全員に対し、自己評価票うつ病尺度(SDS)「健康についてのアンケート」を用いたスクリーニングを実施し、うつ尺度の高い面接対象者を選別
- (2) 研究用診断基準(RDC)を用いて、精神科医と保健師による面接を実施し自殺のおそれのあるうつ病高齢者の拾い出し
- (3) 保健師訪問後スタッフミーティングにより処遇を検討し、それぞれの立場でハイリスク高齢者のフォロー。

2．それぞれの役割と対応

- (1) 精神科医
 - 治療方針の決定(緊急の場合は入院依頼)
 - 町立診療所医師、保健師への助言
 - ハイリスク高齢者の定期的診療面接
- (2) 町立診療所医師
 - 治療計画作成
 - 日常診療でうつ病治療
- (3) 保健師
 - 保健福祉的ケアの計画作成
 - うつ病高齢者の病状観察

3．保健福祉的ケアの実施

- (1) ケア器具・ケアサービスの提供
- (2) 保健師の訪問・相談

【成果】

- 1．自殺やその背景にあるうつ病といった、いわばタブー視されてきた地域の課題に対し町と県、精神科医等が連携をとって先駆的に積極的に取り組み、他の地域における行政機関が取り組むきっかけとなった。
- 2．高齢者の自殺死亡率の高い地域で自殺予防対策が長期にわたって行われ、自殺死亡率の改善をみた。
 - 昭和 45 年～昭和 61 年 436.6/10 万人
 - 昭和 62 年～平成 12 年 96.2/10 万人
- 3．5 千人以下で老年人口千人といった人口規模の地域におけるうつの早期発見・早期介入の手法の効果が検証され、類似の自治体における取り組みの参考となりうる。

【課題】

- 1．全数のうつスクリーニングが難しい地域、精神科医が確保されない場合の実施体制
- 2．著しい高齢化、過疎化による対象者数の減少

- 3．症状が固定していないうつ病者や随時変化するうつ病者の把握と対応
- 4．多世代同居の高齢者へのケア体制

【参考文献】

- 1) 高橋邦明他：死なないで良かった．財団法人厚生問題研究会．平成 14 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金：平成 15 年 3 月 31 日
- 2) 高橋邦明他：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動 - 老年期うつ病を中心に - ．精神経誌、100:469,1998
- 3) 須賀良一他：老年期うつ病をめぐって - 松之山町の経験から - ．社会精神医学．14(3).1991

2) 青森県名川町

所在地 〒039-0503 青森県三戸郡名川町大字平字広場 2 8 - 1

0178-76-3111 Fax 0178-76-3252

E-mail fvbn9925@mb.infoweb.ne.jp

【特徴】

高齢者に対する簡便で鋭敏なうつスクリーニングの開発・普及の分野で先駆的な事業を実施してきた。また、事業を支えてきた保健師は経験年数が浅いにもかかわらず、積極的に取り組むことによって調査研究から個別ケア、地域ケアまで幅広い事業へと発展させてきており、他地域の市町村保健師等の貴重な事例となりうる。

【現状】

名川町は、青森県の南部地方をなしている三戸郡のほぼ中央に位置し、東西 8km 南北 17.4km で南北に長く、東部は福地村・南郷村、南部は岩手県二戸市・軽米町、西部は三戸町・南部町、北部は五戸町に隣接する山間の果樹を中心とした農業の町である。平成 12 年国勢調査時には人口 9,250 人、世帯数 2,779 世帯、老年人口比率 26.6%となっている。年間の自殺死亡者数は平成 3～12 年の 10 年間で 53 人、死亡率 57.3/10 万人と全国の 24.1/10 万人（平成 12 年）と比べて約 2 倍と高く、なかでも 65 歳以上の高齢者の死亡率（平成 2～6 年）が 145.3/10 万人と全国の 36.2/10 万人に比べて約 4 倍と高い。

【取り組みの経緯】

名川町の自殺死亡率は、昭和 50 年代後半から国や県と比較して高い状況が続いており、町に採用されて間もない保健師は地域の保健活動の中でなんとか自殺死亡者を減らすことができないかと模索していた。そんな状況のなかで平成 11 年度から国の地域保健推進特別事業を活用した取り組みに厚生科学研究事業をタイアップさせた事業が開始された。初年度は、地域の実態把握と高齢者のうつ病を把握するための簡便なスクリーニング方法の試行と改善、及び方法の普及を主な目的として実施した。

事業開始当初は「自殺の予防」という表現を避けてきたが、地域住民へ行政として説明責任を果たす必要があることや、自殺予防という意識を多くの住民に持ってもらうことが必要であるといった意見もあり、2 年目から本来の目的である「自殺予防のためにうつ対策に取り組む」という姿勢を町として公表し、積極的に啓発や予防活動に取り組み始めた。

平成 14 年度以降は町単独の予算で、老人保健事業等の既存事業を活用して事業を継続実施している。事業の枠組みはうつ病発見のための心の健康アンケート調査と、ハイリスク者への個別ケア、普及啓発活動や高齢者の生きがいづくり等のための地域ケアの 3 本柱からなっている。

【事業概要】

1. 心の健康アンケート調査

平成 11 年度から 3 年間は自殺死亡率の高い地区を選定し 65 歳以上を対象としてうつ

病のスクリーニングを実施してきた。調査票は自己評価うつ病尺度（SDS）と身体疾患を持つ人の不安尺度であるHADS等を修正・改良したもの、及び生き生き度スケール等を組み合わせたものを使用している。調査開始当初は調査項目も多く、調査者も対象者も負担が大きかったが8項目の1次スクリーニングと13項目の2次スクリーニングの組み合わせで行う手法が確立されてきたため、双方の負担が軽減され現在ではその方法を用いて実施している。

また、国庫補助金によるモデル事業や厚生科学研究事業が終了した後は、町の既存事業を工夫活用して継続し今日に至っている。1次スクリーニングは町立診療所で実施する基本健康診査の町民の受診率が極めて高いこともあり、町の老人保健事業を活用して実施し、2次スクリーニングは保健師等の訪問により実施している。

スクリーニング実施状況

年度	対象者	実施者	陽性者	医師訪問者	診断数
11	420	364	99	27	6
12	435	403	120	44	8
13	434	403	131	50	5

2. 個へのケア

- (1) うつスクリーニングの実施後、うつ度の高い住民への精神科医師の訪問面接診察
- (2) 精神科医・保健師によるケアカンファレンスを診断直後・1ヶ月実施し、その後は随時開催
- (3) 必要なケースに対して町立診療所の医師・及び保健師、看護師の継続訪問で経過観察、服薬指導やうつへの偏見解消・継続治療を支援する家族へのサポート、民生委員・保健推進員の友愛訪問等を組み合わせて、個へのケアを行っている

3. 地域へのケア

(1) 啓発活動

研修会の実施

民生児童委員、保健推進員、社会福祉協議会職員への研修

各地区でうつ病の健康講話

精神保健福祉大会の講演会

マスコミの活用 雑誌、テレビで町の取り組みをPR

広報活動

広報紙に「高齢者とうつ病」のコラムを毎月掲載（12回）

パンフレット・リーフレットを作成し、全戸配布

(2) 高齢者の社会参加と生きがいづくり

地域拠点生きがいサロン「よりあっこ」を各地区月1回、集会所を開放し高齢者の集える場を開設。主たるテーマは「農作業を休んで遊ぶ楽しみも覚えよう」

地区住民の代表者懇談会を年数回開催

(3) 月 1 回の相談日、ストレス教室の開催 (2 ヶ月に一度は精神科医の相談日)

【成果】

- 1 . 町行政、地域住民がうつ・うつ病対策に関心が高くなり、地域全体の取り組みとして定着しつつある
- 2 . 1 次予防としての普及啓発と同時に、高齢者の社会参加や生きがいづくりの場の提供という心の健康づくりへの積極的な行政介入から、高齢者のみならず世代間交流の場として自主的な活動へ発展しつつある
- 3 . 簡便で鋭敏なスクリーニングの手法が開発され、今後各地で活用されることが期待される

【課題】

- 1 . うつ対策の取り組みが短期間に自殺死亡者の減少まで至らない
- 2 . うつ対策事業に取り組む保健師の精神的ケア

【参考文献】

- 1) 大野裕：うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究 . 平成 11 年～12 年度総括・分担研究報告書 厚生科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 . 平成 13 年 3 月

3) 秋田県合川町

所在地 〒秋田県北秋田郡合川町新田目字大野 82-2

0186(78)2100 Fax 0186(78)3277

Email hoken-c.@town.aikawa.akita.jp

【特徴】

秋田大学と連携して質問紙票を用いたうつスクリーニングによる2次予防的アプローチを行うとともに、地域住民のなかからふれあい相談員を育成し、住民相互のコミュニケーションを図るなど1次予防的アプローチにも力を入れた取り組みをすすめている。

【現状】

合川町は秋田県北部に位置し、東西12Km、南北14.5Kmで町の西部一帯はなだらかな稜線が続く丘陵の一角で、秋田杉の代表的地帯である。平成13年の人口は7,904人、老年人口比率30.3%、世帯数2,287戸となっており過疎と高齢化が進んでいる地域である。

【取り組みの経緯】

平成13年の自殺死亡者数が前年より3人増えたことや、町保健師が精神保健や心の健康づくり事業について、町として取り組む必要性を感じていたことから、県がモデル事業の実施を働きかけ、平成13年度から秋田大学医学部公衆衛生学講座と連携して3年間の自殺予防対策事業として取り組み始めた。

【事業概要】

1. 質問紙調査及び半構造化面接による高齢者のうつスクリーニング
 - (1) 自記式うつ病尺度(SDS)と大野らの簡易うつ病質問紙等を用いたスクリーニング
 - (2) 60歳以上の住民2,377人を対象に「心の健康づくりに関する調査」の実施
配布・回収は健康づくり推進員(自治組織)が協力し、分析は秋田大学医学部公衆衛生学講座が実施
2. 心の健康づくり巡回相談事業(ハイリスク者に対する事後指導の徹底)
町保健師等、ふれあい相談員等による、継続的な訪問や各種事業への参加を進めながら、経過観察し事後指導を実施
3. いきいき心の健康づくり講演会等の開催
 - (1) 基礎調査報告会「皆の調査から何がわかったか」
 - (2) 新春フォーラム「心の豊かさを求めて」
 - (3) 健康づくりリーダーへの講演会
4. ふれあい相談員(メンタルヘルスサポーター)育成事業

地域住民のなかからボランティアとして「ふれあい相談員」を募集し、継続的に相談員としての研修を行い、一人暮らし老人等への声かけ等を行っている

講座 6回 169人が参加

5．生きがいづくり事業

町の名人発掘事業、郷土料理の名人等各地区からの推薦により、名人として認定し、その技を健康教育等で披露

6．仲間づくり支援事業

住民グループ活動を支援

【成果】

- 1．地域診断に地理情報システムを活用することで、優先度をつけ地域活動を展開できた
- 2．多くの住民が、心の健康づくりについての認識が深まった。
- 3．ふれあい相談員を活用した、ふれあい訪問や公民館等での世代間交流事業へと発展している

【課題】

- 1．県のモデル事業終了後の町単独事業としての事業継続
- 2．若年者へのうつ対策
- 3．生きがいづくり、仲間づくり等、社会教育部門と連携のとれた事業展開
- 4．隣接の国保診療所との連携を密にした事業

【参考文献】

- 1) 合川町・秋田大学医学部公衆衛生学講座：「合川町における心の健康づくりの基礎調査報告書」．平成 14 年 3 月
- 2) 本橋豊：市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定ガイド．平成 15 年 10 月

4) 秋田県藤里町

所在地 〒018-3201 秋田県山本郡藤里町藤琴字藤琴 8

0185-79-2111 Fax 0185-79-2116

E-mail sachi@town.fujisato.akita.jp

【特徴】

町のワーキンググループ（健康部会）で自殺予防をとりあげ、町と住民が一体となって市民活動団体「心といのちを考える会」を作って主体的に活動を展開していることや、秋田大学医学部公衆衛生学教室の協力の下で、秋田県のモデル事業として事業が拡大しつつある

【現状】

秋田県の北部に位置し、山本郡の北東部にあり、青森県との県境一帯は平成 5 年 12 月に世界遺産に登録された「白神山地」が広がっている。人口約 4,700 人、老年人口比率 31.3%（わがまちわがむら 100 の指標（秋田県：2003 年））で、年平均 3～4 人の自殺死亡者数が報告されている。

【取り組みの経過】

日頃から地域住民の間に自殺死亡者が多いのではないかという漠然とした思いがあり、町保健師も平成 8 年から老人保健事業のなかで、心の健康問題についての健康教育を行ってきた。平成 12 年 7 月、秋田県主催の自殺に関するシンポジウムに町職員その他、僧侶や町の関係団体のリーダーが参加したが、その際、藤里町でも自殺が多いということに参加者が関心をもち、10 月に僧侶を会長とし会員 25 人の「心といのちを考える会」が設立され、活動を開始し始めた。

その頃までは自殺予防という表現を使いづらい雰囲気が地域内にもあったが、平成 13 年度以降は自殺に関する実態を秋田大学と協同で実施するなど、自殺という言葉を使用して事業を行うことが可能になってきている。平成 14 年度からは秋田県のモデル事業の指定を受け、事業を発展させてきている。

【事業概要】

1. いきいき心の健康づくり

(1) 「心といのちを考える」シンポジウムの開催（平成 14 年 10 月）

実際に父親を自殺で失った遺児の発表や、重たくなりすぎないようにとの配慮から笑いを取り入れた寸劇が行われた。シンポジウムの企画や運営、寸劇への参加は会員が全て行っている。地域住民の主体的取り組みを示す貴重な事例の一つである。

(2) 冬場のひきこもり予防対策（レクリエーションによるストレス発散）

平成 8 年から町保健師が老人保健事業の健康教育を活用し、温泉施設での水中運動やレクリエーションなどを行っている。

2. 心の健康づくり巡回相談事業

(1) 中高年男性を対象とした地区への出前講座

「男の更年期を考える」をテーマにした講座が各地区で開催された。中高年男性の自殺死亡者が多いことや、地区別の集まりに参加者が少ないことがそのきっかけとなっている。

(2) 専門家によるケース別相談の実施

秋田大学の心理専門家による個別相談を開催している

3. 仲間づくり支援事業

(1) 精神保健福祉ボランティアとの交流

(2) 心の健康づくりと自殺予防パンフレットの作成

心の健康づくりと自殺予防をテーマにしたパンフレット「藤里物語」を、秋田大学の協力を得て「心といのちを考える会」が作成し、全戸配布している。内容は「3世代同居」「心の健康・不健康」「地域で支える」「心の健康づくりと自殺予防」となっている。このパンフレットの配布時には、内容に関するアンケート調査を実施し、今後の事業展開の参考になる様に工夫している。

【成果】

1. 命の大切さを考える講演会を年3～4回開催するなど、地域住民主体の活動として発展してきつつある。
2. 日頃あまり町保健師と話す機会の少ない中高年男性との接触の機会が持て、参加者の満足感を得られている。

【課題】

1. ケース別相談の実施を担ってくれる専門家の確保
2. うつやうつ病を専門的立場から診療する医療機関の不足
3. 地域住民の間にある精神科受診への偏見の存在による診療の遅れや躊躇

【参考文献】

- 1) 本橋豊：市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定ガイド，平成15年10月

5) 鹿児島県東市来町

所在地 〒899-2292 鹿児島県日置郡東市来町長里 8 7 - 1

099-274-2111

Fax 099-274-4074

E-mail hoken@town.higashiichiki.lg.jp

【特徴】

保健所と協働で心の健康疫学調査やうつスクリーニング、産後うつスクリーニング、心の健康づくり講演会など、既存事業を活用して1次予防や2次予防に取り組んでいる

【現状】

東市来町は、東シナ海に面した薩摩半島の中西部に位置し、九州の主要幹線である国道3号と国道270号、JR鹿児島本線の沿線として、さらに南九州西回り自動車道（鹿児島西～市来間開通済）の整備も進められ、広域交通環境も充実している。主な産業は、農業と漁業であるが、歴史と泉質を誇る湯之元温泉や四百年余の伝統を誇る薩摩焼きの窯元が集まる豊かな自然と歴史に恵まれた町である。

人口は13,623人（平成12年国勢調査）で、出生数93人、死亡数164人、老年人口比率31.6%（平成13年）と少子高齢化が進み、自殺死亡率の標準化死亡比（SMR）が男性122.9と男性の自殺死亡率が高く、高齢者のうつ・うつ病の増加も懸念されている。

【取り組みの経緯】

町保健師が精神保健への取り組みの必要性を早くから感じ、町役場など職域へ心の健康づくり教室の開催などの働きかけを行っていた。平成14年度に精神保健福祉業務が一部移譲されたことで精神保健相談の増加に伴い地域でミニデイケアを開催したり、保健所と協働で作成した市町村母子保健計画のなかで、保健所保健師や町母子保健推進員などと協力して母親の育児不安の軽減を掲げて、産後うつ対策にも取り組んできた。

そのような状況の中で、平成13年度から伊集院保健所と協働で実施した既存資料の分析や、自己評価うつ病尺度（SDS）等を使用したアンケート調査「心と身体の健康調査」の結果、日置地域において自殺死亡者の割合が高いことや、うつ傾向にある住民が多いことの情報提供を受け、保健所と協働でストレスコントロールを学ぶ場としてリラックス教室を開始した。

また、平成14年度から日置地域で行われている厚生労働科学研究「こころの健康疫学調査」に、平成15年度は東市来町が選択されたことにより、心の健康づくりに関して民生委員や各種推進員を対象として、うつや心の健康づくりに関して説明会や講話を行うとともに、基本健康診査結果報告会でのうつスクリーニングに取り組んでいる。

【事業概要】

1. 普及啓発

（1）町民向け講演会の開催

（2）町広報誌への掲載

（3）保健所広報誌「ハートほっとメール」の5,400世帯への全戸配布。

- (4) 平成 11 年度から実施している中学生を対象にした「命ふれあい体験教室」にて、心の健康づくりの視点をも含めた内容で教室を実施予定。
- (5) 民生委員や各推進員研修会に心の健康づくりをテーマに取りあげて実施している

2 . スクリーニングの実施

(1) うつスクリーニングの実施

8 項目からなる一次スクリーニングを基本健康診査結果報告会や健康教室等で実施し、陽性者に対し 1 3 項目からなる二次スクリーニングを保健所保健師の協力を得て実施している。

(2) 産後うつスクリーニングの実施

エジンバラ産後うつ病スケール (E P D S) 等、3 種類の質問紙票を活用して新生児訪問、乳児健康診査の場で、保健所保健師や町母子保健推進員と連携した母親の心の健康支援を行っている。

3 . リラックス教室

住民を対象として自分でできるストレスマネジメントを学ぶ場として開催

4 . こころの健康疫学調査

平成 15 年度の厚生労働科学研究の一部として精神障害やストレスに関する調査を、町役場や民生委員の協力を得て実施している。実施に際し、地域の保健所が民生委員への講話や説明会を開催し、地域の実態把握とともに、地域のキーパーソンへの普及啓発、地域精神保健活動の活性化につなげている

5 . ミニデイケア

精神障害者への支援等の一環として、精神保健福祉法の改正以降実施してきている

【成果】

- 1 . 命の大切さを考える講演会を年 3 ~ 4 回開催するなど、地域住民主体の活動として発展してきつつあること。
- 2 . 精神保健相談の窓口が、役場や保健所にあることを知る住民が増えてきたこと。
- 3 . 体の健康と同じく心の健康に関心を寄せ相談をしてくる住民が増えてきたこと。
- 4 . 精神保健の事業が地域の中で一連の流れのもと実施することで、住民にも分かり易く参加しやすくなった。

【課題】

- 1 . ケース別相談の実施を担ってくれる専門医の確保
- 2 . 健診時のスクリーニングや住民からの相談に応じることのできる保健師等、マンパワーの確保
- 3 . 精神科受診を躊躇しがちな地域住民への普及啓発の強化
- 4 . 精神診療科との連携強化

【参考文献】

- 1) 大野裕他：うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究 総合研究報告書、平成 11～12 年度 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業．3-24

その他、マニュアルに関する参考文献

- 1) 川上憲人 ,大野裕 ,宇田英典他 .こころの健康問題と対策基盤の実態に関する研究：3 地区の総合解析結果．平成14年度厚生労働科学研究特別事業報告．2002
- 2) WHO. The World Health Report 2001.Mental Health : New Understanding New Hope.P27
- 3) Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. Am J Psychiatry. 1993; 150: 1139-48.
- 4) Kitamura, T., Fujihara, S., Iwata, N., Tomoda, A., Kawakami, N.. Epidemiology of psychiatric disorders in Japan. In Nakane, Y. & Radford, M., ed., In Images in Psychiatry: Japan. World Psychiatric Association, New York, 1999 ,pp. 37-46.
- 5) Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. International Journal of Methods in Psychiatric Research 2003; 12: 3-21.
- 6) WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ 2000; 78: 413-26.
- 7) Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and Six-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in an Urban Community in Japan. Psychiatry Research 2004; 121 (3): 293-301.

うつ病を知っていますか？（国民向けパンフレット 案）



1. みなさん、ご存知ですか？ （正しい答はどちらですか）

ストレスが続くと

- a だれでもうつ病になりうる
- b 弱い人だけがうつ病になる

一生のうちに、うつ病になる頻度はわが国では

- a 約 15 人に 1 人と考えられている
- b 約 150 人に 1 人と考えられている

うつ病の時には

- a 抑うつ気分、意欲の低下などの精神症状のみがでる
- b これらのほかに、不眠や頭重感、倦怠感などの症状を伴うことが多い

うつ病や抑うつ状態になったら

- a 病気に打ち克つために、より一層頑張らないといけない
- b ゆっくり休み、専門医（精神科医）と相談した方がよい

うつ病を治療せずに放っておくと

- a 重症化することもある
- b ほとんどは自然に治る

うつ病は誰でもかかるもので

- a 早期に気づいて治療すると良くなる
- b 治療に反応しにくい

うつ病の人の多くは

- a 病状で悩んでいても病気であると気づかなかったりして、医療機関を受診していない
- b 医療機関で適切な治療を受けている

- 正しい答 -

a	a	b	b
a	a	a	

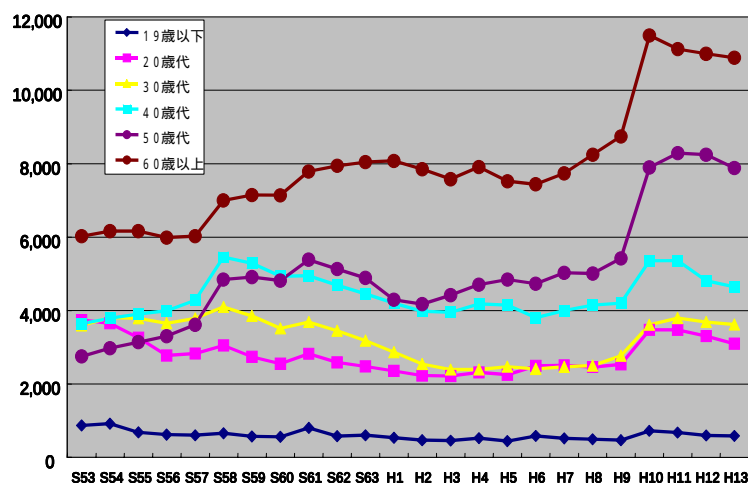
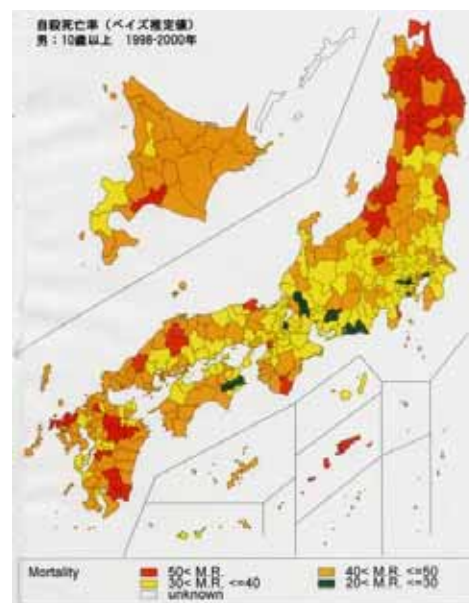
2. 身近な情報

我が国のうつ病

- 欧米よりは低いものの、生涯に約 15 人に 1 人、過去 12 ヶ月間には約 50 人に 1 人がうつ病を経験しています。
- うつ病にかかっている人の 1/4 程度が医師を受診していますが、残りの 3/4 は、病状で悩んでいても病気であると気づかなかったり、医療機関を受診しづらかったりして、医療を受けていません。

自殺はうつ病と関係があります。
日本では最近、中高年の自殺が増えています。

都道府県の自殺死亡率



3. うつ病とは？

- 1) うつ病は特別な人がかかる病気ではなく、誰でもかかる可能性があります。
- 2) うつ病も心身のエネルギーを低下させ、いろいろな病気の原因になったり、病気を悪化させたり、最悪の場合は自殺の恐れもでてきます。
- 3) 心配や過労・ストレスが続いたり、孤独や孤立感が強くなったり、将来への希望が見出せないと感じた時などにうつ病にかかりやすいです。
- 4) うつ病は早期発見、早期治療が大事です。しかし、長く続くこともあり、その場合は心強く治療することが大事です。



うつ病を疑うサイン - 自分が気づく変化

1. 悲しい、憂うつな気分、沈んだ気分
2. 何事にも興味がわかず、楽しくない
3. 疲れやすく、元気がない(だるい)
4. 気力、意欲、集中力の低下を自覚する(おっくう)
5. 寝つきが悪くて、朝早く目がさめる
6. 食欲がなくなる
7. 人に会いたくなくなる
8. 夕方より朝方の方が気分、体調が悪い
9. 心配事が頭から離れず、考えが堂々めぐりする
10. 失敗や悲しみ、失望から立ち直れない
11. 自分を責め、自分は価値がないと感じる など

うつ病を疑うサイン - 周囲が気づく変化

1. 以前と比べて表情が暗く、元気がない
2. 体調不良の訴え（身体の痛みや倦怠感）が多くなる
3. 仕事や家事の能率が低下、ミスが増える
4. 周囲との交流を避けるようになる
5. 遅刻、早退、欠勤（欠席）が増加する
6. 趣味やスポーツ、外出をしなくなる
7. 飲酒量が増える など



最悪のケース：自殺のサイン

- ・ 自殺をほのめかす言葉を口にする
- ・ 遺書を書く
- ・ 自殺の道具を準備する
- ・ 身辺整理をする
- ・ 自殺未遂をする

このような場合、本人を一人にしないで、
ナイフやヒモ類は本人の手の届かないところに置いてください。
できるだけ早く、誰かが同伴して精神科医を受診させてください。

4. うつ病はどうして起こるの



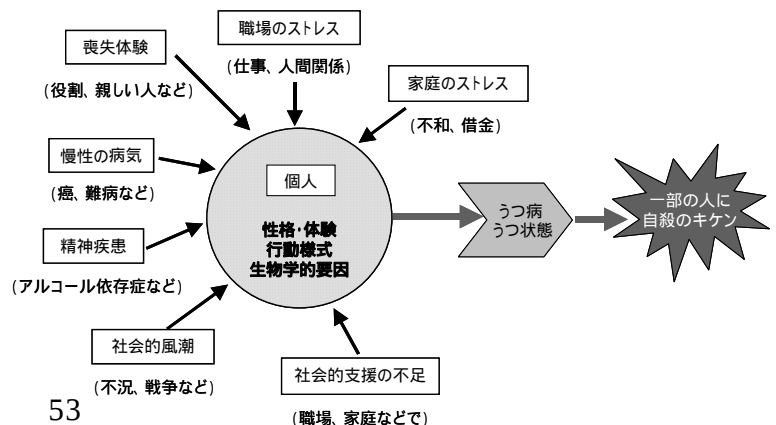
うつ病になりやすい性格とは・・・

几帳面で真面目、責任感が強い人がうつ病になりやすいと言われていますが、これは大部分の日本人に共通した特徴です。これらが人並み以上に強い場合や考え方に柔軟性が乏しい人、開き直りや決断ができない人はストレスを受け止めやすく、結果としてうつ病になりやすいと言えます。

うつ病のきっかけ・・・

様々な生活体験がうつ病のきっかけになります。ストレスになりやすいこれらの体験と個人の性格や行動様式が相互に関係して、一部の人がうつ病になります。うつ病が悪化すると自殺の危険もでてきます。

うつ病に関係した様々な要因



5. うつ病にならないために

- 毎日の小さな苛立ち事に対して
ストレス解消法（スポーツ、趣味、レジャーなど）が有効です
- 少し深刻な問題に対しては、次のようなストレス対処法が有効です
 - ・ 問題を整理して、解決のための選択肢を考えてみましょう
 - ・ 自分の手に余る問題については、誰かに相談しましょう
 - ・ 事故や失敗など起きてしまったことに対しては、誰かに話して気持ちを整理して、これからのことを考えましょう
 - ・ できるだけ前向きに考えましょう
- 健康は何をするのにも基本になります。病気しそうになったら休養をとり、専門家（医師など）に相談してください

6. うつ病が疑われたら

- 自分がした方がよいこと
 - ・ 専門家（医師、保健師）に相談（受診）してください
 - ・ 休養と、場合によっては服薬が必要です
 - ・ 早期に対策を行うと早く回復します
- 周囲の人がした方がよいこと
 - ・ うつ病の症状について質問し、原因について尋ねてください
 - ・ 睡眠障害があったり、うつ症状が強くて日常の仕事、家事などが困難であれば、休養と治療を勧めてください
 - ・ 保健所、精神保健福祉センターや医療機関（精神科、心療内科、かかりつけ医）などで相談するよう勧めてください。誰かが付き添って行ってください
 - ・ 本人が受診を拒否した場合、本人が信頼している家族、先輩、友人などから受診を勧めてもらってください
 - ・ 治療が始まったら、本人の回復のペースに配慮して、支援をしてください



無理に外出・運動・気分転換を勧めずに、

本人がその気になった時点で

これらのことを支援してください。

7. 緊急時のために、次の情報を整理しておきましょう

いのちの電話（代表） _____
かかりつけ医 電話 _____
精神科・心療内科クリニック、病院電話 _____
ホームページ _____

～ うつ病自己チェック ～

チェック項目

1. 毎日の生活に充実感がない
2. これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった
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る
4. 自分が役に立つ人間だと思えない
5. わけもなく疲れたような感じがする

判定方法

上に挙げた状態のうち 2項目以上が2週間以上、ほとんど毎日続いていて、そのために つらい気持になったり 毎日の生活に支障が出たりしている場合にはうつ病の可能性があるので、医療機関、保健所、精神保健福祉センターなどに相談してください。このほかに、眠れなくなったり食欲がなくなったりすることもよくあるので、そうした状態が続く場合にはうつ病の可能性も考えてみてください。

（平成11 - 12年度厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「うつ状態のスクリーニングとその転機としての自殺の予防システム構築に関する研究」総合研究報告書」（主任研究者、大野裕）をもとに作成）

地域におけるうつ対策検討会 構 成 員 (五十音順)

平成十五年八月現在

麻 原 きよみ 聖路加看護大学 地域看護学 教授

板 波 静 一 秋田県健康福祉部健康対策課 課長

(北のくに健康づくり推進会議代表幹事 自殺予防対策検討部会 担当)

今 田 寛 睦 国立精神・神経センター 精神保健研究所 所長

宇 田 英 典 鹿児島県伊集院保健所 所長

大 野 裕 慶応義塾大学保健管理センター 教授

川 上 憲 人 岡山大学大学院医歯科学総合研究科衛生学・予防医学分野 教授

斎 藤 友紀雄 日本いのちの電話連盟 常務理事

中 村 純 産業医科大学精神医学教室 教授

西 島 英 利 日本医師会 常任理事

平 野 かよ子 国立保健医療科学院 公衆衛生看護学部 部長

広 瀬 徹 也 (財)神経研究所附属晴和病院 院長

藤 臣 柊 子 漫画家 エッセイスト

(座長)

都道府県・市町村向けマニュアル策定グループ 構成員 (五十音順)

平成十五年九月現在

板 波 静 一 秋田県健康福祉部健康対策課 課長

(北のくに健康づくり推進会議代表幹事 自殺予防対策検討部会 担当)

今 田 寛 睦 国立精神・神経センター 精神保健研究所 所長

宇 田 英 典 鹿児島県伊集院保健所 所長

川 上 憲 人 岡山大学大学院医歯科学総合研究科衛生学・予防医学分野 教授

酒 井 明 夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 教授

永 田 頌 史 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学 教授

平 野 かよ子 国立保健医療科学院 公衆衛生看護学部 部長

(グループリーダー)

地域におけるうつ対策検討会 運営要綱

1. 趣旨

厚生労働省患者調査によると、うつ病を含む気分障害の総患者数は、平成 8 年の 43 万人から、平成 11 年には 44 万人となっており、複雑な社会構造やそれに伴うストレスの増加等を背景として着実に増加している。また、うつとの関連が深い自殺死亡者についても、その数は、平成 10 年には 3 万人を超え、その後も横ばいの状態にある。一方、平成 14 年 12 月には、厚生労働省の「自殺防止対策有識者懇談会」の最終報告において、早急に取り組むべき実践的な自殺予防対策として、うつ対策の必要性が指摘された。

こうした状況の下、うつ対策として、保健医療従事者向けのマニュアル等を策定するなどの効果的な方策を検討するための検討会を開催し、もって国民の心の健康の保持・増進を図ることとする。

2. 検討課題

保健医療従事者向けうつ対応マニュアルについて
都道府県・市町村向けうつ対策推進方策マニュアルについて

等

3. 座長

検討会に座長を置くものとする。座長は委員の中から互選により選出するものとする。

4. 運営

検討会は、座長が必要に応じて召集する。

検討会は、その決定に基づき、必要に応じて作業グループで検討させることができる。

5. その他

検討会は、原則として公開する。

検討会の事務局は、障害保健福祉部 精神保健福祉課において行う。

この要綱に定めるものの他、検討会の運営に関し必要な事項は、座長が障害保健福祉部長と協議の上定める。

うつ対応マニュアル

- 保健医療従事者のために -

平成16年1月

厚生労働省地域におけるうつ対策検討会

マニュアルの使用にあたって

本マニュアルは、うつ病を予防し、早期発見・早期治療を可能にし、そしてうつ病にかかっている人を長く支えることができる地域の環境をつくり、住民の心の健康の向上をはかることを目的として、保健医療従事者がどのように対応したらよいかを示したものです。

本マニュアルは次のような構成になっています。

- 1 . うつ対策における保健医療従事者の役割・・・・・・・・・・ 1
医療機関だけでなく保健医療従事者がうつ対策に取り組む必要性和その意義について説明しました。
- 2 . 予防の観点からうつ対策を考えてみましょう・・・・・・・・・・ 2
地域のうつ対策を予防の観点からまとめてみました。つまり、健康増進と疾病の予防を目的とした一次予防、早期発見、早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防する二次予防、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援する三次予防です。
一次予防では、うつに関する知識の普及、啓発などを中心とした予防活動についてまとめました。・・・・・・・・・・ 2
二次予防では、地域で積極的に活用できる具体的なスクリーニング方法と介入アプローチについて解説しました。・・・・・・・・ 5

スクリーニングの実際とその後のフォロー ・・・・・・・・・・ 7

三次予防では、相談、訪問活動を通じた個別ケア、うつ病にかかっている人、家族や自殺未遂をした人の家族への支援について、次項に説明しました。
- 3 . 本人をサポートするネットワーク作りに向けて・・・・・・・・ 12
地域のうつ対策ではうつ病にかかっている人を支えるための家族や医療機関とのネットワーク作りが重要です。ここでは、そうしたネットワーク作りのポイントをまとめました。
本人とのかかわり・・・・・・・・・・ 12
家族とのかかわり・・・・・・・・・・ 16
医療機関とのかかわり・・・・・・・・・・ 18
その他の関係者との連携・・・・・・・・ 20
- 4 . 活動全般に対する注意・・・・・・・・・・ 22
個人のプライバシーや倫理的な問題、他領域との連携など、地域のうつ対策活動をするときの注意点をまとめました。

— コラム・活動事例・資料 編 —

- 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、グリーフ・ワーク（悲嘆作業）、セカンドオピニオン（主治医以外の専門家の意見）についてまとめました。
- 活動事例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
各地で行われているユニークなうつ対策の活動事例を保健医療従事者の視点で取り上げました。
- 資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
マニュアルを補完するための解説をまとめて掲載しました。
 - 1：うつ病について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
 - 2：二次スクリーニングの際の面接のポイント・・・・・・・・ 12
 - 3：対象別にみたうつ対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
 - 4：本人支援のための具体的アプローチ・・・・・・・・・・ 21
 - 5：スクリーニングの実践例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
 - 6：うつ対策の評価例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
 - 7：自殺未遂者への対応（青森県名川町の例）・・・・・・・・ 31
 - 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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32

本マニュアルで重要視しているのは、キュアとケアという考え方です。うつ病は個人を強く苦しめるのはもちろんのこと、社会にも大きな影響を及ぼす疾患です。こうした苦しみを早く解決するためには早期発見、早期治療が重要なことは言うまでもありません。これがキュアという考え方です。しかし、簡単に治らない場合や再発を繰り返す場合も少なくありません。そうした場合には、長期にわたってその人をケアすることが必要になります。

このようにうつ病の人を支援していくためには地域医療従事者の方々の援助が何にも増して重要になります。このマニュアルがそうした活動の一助になることを願っております。

注：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、そのなかで抑うつ症状が中心になって本人が強い苦痛を感じていたり、日常生活にはっきりとした支障が生じていたりしている状態に対して、医学的治療の対象になるという意味で、「うつ病」という用語を使用しています。また、「抑うつ状態」、「抑うつ症状」などは「うつ状態」、「うつ症状」と呼ばれることもありますが、本マニュアルでは混乱を避けるために前者に統一しました。うつ病についての詳細は、資料1：うつ病について及び資料3：対象別にみたうつ対策を参照してください。

1. うつ対策における保健医療従事者の役割

1) なぜ地域保健でうつ対策に取り組む必要があるのでしょうか

1つめの理由は・・・見過ごすことができない重要な病気だから

地域の住民を調査すると、それまでにうつ病にかかったことがある人が 15～30 人に 1 人であることが厚生労働省研究班の調査からわかっています。うつ病はそれだけ多くの方がかかる病気ですし、うつ病にかかると本人の精神的苦痛が非常に強く、仕事や日常の生活に大きな支障が出てきます。また、年間で 3 万人を超える自殺死亡者の 9 割以上が何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はうつ病が背景に存在していることが多いといわれています。こうしたことから世界保健機関（WHO）は、これからの数十年間では、うつ病が社会にとって最も大きな疾病負担になると指摘しています。

ですから、うつ病を予防し、早期発見・早期治療を可能にし、そしてうつ病にかかっている人を長く支えることができる地域の環境をつくることは、住民の心の健康の向上のためにきわめて重要になります。

2つめの理由は・・・個人だけでなく地域ぐるみの取り組みが必要だから

うつ病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ことが必要です。また、うつ病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病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。うつ対策には、このような地域ぐるみの取り組みが不可欠で、それ自体が地域保健活動そのものです。

3つめの理由は・・・すでに各地でうつ対策の実績があるから

すでにいくつかの自治体において、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病の人に対する個別的集团的支援活動が実施され、その成果が報告されています。つまり、うつ対策を実施することは意義があることだとわかっており、うつ対策を実施しようという意志があれば実施できるだけのノウハウがすでに存在しています。

（自殺予防活動の成果に関しては、資料 8：我が国における 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を参照してください。）

2) 地域の実態を知ろう

うつ対策に取り組むためには、担当する地域の実態を知ることがまず大切です。

対策の第一歩として、地域の専門医療機関や心の健康に関連した組織や団体及びグループ、保健所及び当該市町村で行っている心の健康に関する保健事業、地域住民の精神疾患に対する意識などを把握することが大切です。必要に応じて、地域住民の心の健康状態、ストレスの状態、抑うつ状態、自殺やうつ病に対する意識などについて実態調査を実施してみるといいでしょう。これにより、地域の中で援助する必要のある集団を把握できるようになります。うつ対策に自殺予防対策を組み込む場合には、自殺死亡者数や死亡率、死因、精神疾患の罹患状況等を把握することも役に立ちます。

2. 予防の観点からうつ対策を考えてみましょう

公衆衛生的アプローチを基盤とした活動を展開する保健師等の保健医療従事者にとってうつ対策は、一次予防、二次予防、三次予防の観点から考えると理解しやすいでしょう。

一次予防としてのうつ対策

一次予防は健康増進と疾病の予防です。うつ病を早期に発見して治療することは重要ですが、自分がうつ病だということに気づかないまま苦しんでいる人がたくさんいます。仮に気づいたとしても他の人に相談することはためらう人も少なくありません。だからこそ、うつ病についての正しい知識の普及・啓発活動や、精神疾患について抵抗なく相談し受診できる地域づくりが必要なのです。またストレスを軽減してうつ病を予防できるように、心の健康づくりのための積極的な健康教育・教室活動も大切です。

< 一次予防のポイント >

あらゆる機会を通してうつ病に対する正しい知識の普及、啓発に努める。
住民がストレスに積極的に対処できる方法を学習できる機会を設け、高齢者の生きがいや孤立予防につながる活動を行い、主体的な健康増進とうつ病予防をめざす。

の活動とともに、住民と行政及び専門職、地域の医療機関（専門科や一般診療科）が連携し、うつ病の相談、スクリーニング及び受診体制を整備する。それにより、自殺やうつ病についての相談や健診、医療機関への受診が抵抗なくでき、うつ病に対する偏見のない、心の健康についての問題を積極的に話し合えるような地域づくりが可能となる。

1) 正しい知識の普及・啓発活動

地域住民に対して、あらゆる機会や方法を通じて、心の健康づくり、ストレスへの対処方法、うつ病とその症状、地域にある心の相談窓口や健診等の内容について、正しい知識の普及・啓発につとめます。

以下に、その例をいくつかあげてみましょう。

< 普及・啓発活動例 >

パンフレットを作成し、全戸配布する。あるいは回覧板を利用する。
ポスターやちらしを作製し、公共の施設や公共掲示板に貼付する。
自治体発行の広報やホームページに掲載する。できればシリーズで掲載する。
ちらしを作成し、健康まつり等地域のイベントで配布する。
地域の住民組織（民生委員、保健推進員、老人クラブなど）の会合や研修会で話題にする、情報を提供する。
基本健康診査、介護予防教室、病態別健康教室など保健事業の際に話題にし、情報を提供する。

地域の健康まつり、文化祭などで「心の健康」や「うつ病」についての講演会を開催する。

C A T V（ケーブルテレビ）や地方新聞を活用する。

2) 健康教育・教室活動

「心の健康」や「うつ病」について健康教育及び教室活動を住民だけでなく、専門職も対象として実施します。ストレスをコントロールする方法を学習できる機会を設けること、高齢者の生きがいづくりのための活動や孤立を予防し、人との関係をつなげる機会である介護予防活動なども積極的な一次予防活動として重要です。

< 健康教育・教室活動のポイント >

「心の健康づくり」や「うつ病」についての健康教室を地域内の各地区で開催する。また、一般住民を対象とした市民講座を開催する。

看護職、ホームヘルパーなどの専門職、及び保健推進員、民生委員など地域の住民組織のメンバーを対象とした健康教室を開催する。

ストレスコントロール教室やリラックス教室など、ストレス対処能力向上を支援するための教室活動を開催する。

高齢者の生きがいづくりのための活動、介護予防活動などを実施する。

住民に対する健康教育のポイント

健康教育を行う上での注意点

わかりやすい言葉で

住民が集まるあらゆる場所を活用し

うつ病について正しく理解するように

参加者が自分自身や家族にもありうる問題であると気づくことができるように
自分や家族に思い当たることがあったら、気軽に相談や受診する気持ちになるように

地域の心の健康スクリーニングを積極的に受ける気持ちになるように

地域の心の健康の相談窓口や受診できる専門医療機関がわかるように

健康教育に盛り込みたい内容

うつ病はだれでもかかる可能性がある身近な病気であること

うつ病はやる気の問題や気の持ちようではないし、いわゆる遺伝病でもないこと

うつ病では脳内の神経機能に変調が起きており、医学的な治療が必要であること
しかし、死に至る恐れのある病気であり、自殺の背景にはうつ病があること

うつを早期に発見し、治療につなげることで自殺が予防できること

うつ病の症状・サイン：自分が気づく変化、周囲が気づく変化

うつ病の症状・サインを理解し、対象者へ正しい接し方をすること

うつ病にならないためのストレス解消・対処法

うつ病が疑われたら：自分がしたほうがよいこと、周囲がしたほうがよいこと

うつ病は早期発見・早期対応がポイント うつ病の治療が必要な場合には適切に治療を受けること 治療を焦らない、あきらめないこと 地域の相談窓口、スクリーニング 緊急時の連絡先

3) 相談、スクリーニング及び受診体制の整備と住民、行政及び専門職の連携

心の健康に関する相談窓口を設置して、そのフォロー体制（訪問、相談など）を確立するとともに、抑うつ状態をスクリーニングし、受診及び治療できる体制をつくれます。また、地域全体で心の健康を高める地域づくりのための連絡協議会を設置するなど、地域住民と保健所、市町村、医療機関など関係機関との連携を強め、心の健康づくりに関するネットワークをつくれます。

二次予防としてのうつ対策

二次予防は早期発見、早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防する段階です。二次予防活動の中心は抑うつ状態をスクリーニングし、抑うつ状態の可能性を早期に発見して該当者に情報提供することです。

<二次予防のポイント>

「うつスクリーニング質問票」を用いて一次スクリーニングを行い、陽性者に対して二次スクリーニングを行う。

住民が気軽に相談できるような心の相談窓口を設置する。

健診や相談の場等でスクリーニングされたうつ病の可能性のある人々については早期の受診を勧める。

スクリーニングの実施や相談窓口を設置することが、うつ病に対する住民の認識を高め、心の健康についての気運を高めることにつながります。

1) うつのスクリーニング

「うつスクリーニング質問票」が活用できる場として以下が考えられます。

市町村の住民を対象とした定期の健康診査等で

一度に多くの住民を対象とする基本健康診査などでうつのスクリーニングを行うと効率的です。全員に行うことが難しい場合には、自殺死亡者の年齢の多い40歳以上を対象としても良いでしょう。一次スクリーニング質問票は、基本健康診査の問診票と同封して事前に受診者に配布しておきます。健診当日は、精神面の問診（うつスクリーニング）について十分な説明を行うことが大切です。また、スクリーニング陽性者に対しての事後フォローがとても大切になります。この点に関しては「スクリーニングの実際とその後のフォロー（P7）」を参照してください。

保健所や市町村における住民からのうつ病に関する相談時に

住民からのうつ病に関する相談時に、スクリーニング質問票を用いることができます。

保健師等の訪問時に

保健医療従事者がうつ病の可能性のある住民を家庭訪問する際に、スクリーニング質問票を用いることができます。

民生委員や保健推進員等の声かけ、見守り用に

民生委員や保健推進員等にうつのスクリーニングについての研修等を行います。民生委員や保健推進員などの地域のメンバーがスクリーニング項目を承知することによって、地域の心に問題を抱える住民を支援し、必要に応じて保健師等の保健医療従事者と連携する役割が期待できます。しかしこのような地域組織のメンバーの役割は、あくまでも保健医療従事者へつなげる役割であって、心の健康に問題を抱える人のスクリーニングや専門的援助は専門職が面接して行うことを原則とします。

普及啓発のためのパンフレットの家庭配布用に（自己チェックとして）

地域住民のうつ病に対する関心を高め、自分の心の健康状態に気づくことを目的に、自己チェック用としてスクリーニング質問票を家庭に配布してもよい

でしょう。

2) 相談窓口の設置

地域住民は精神的な問題の相談には躊躇するものですから、相談窓口設置に際しては以下の配慮が必要です。相談窓口での接し方や答え方などの対応方法については、P12 三次予防としてのうつ対策、資料2：二次スクリーニングの際の面接のポイント、資料4：本人支援のための具体的アプローチを参照してください。

相談室は人の出入りが頻繁な場所を避け、プライバシーが保てる場所を選ぶ。既存の一般住民を対象とした健康相談を「心の健康相談」の窓口として設定すれば、住民も相談しやすいと考えられるが、この場合、相談内容が漏れないようプライバシーに十分配慮した環境設定が必要。

心の健康相談窓口を設置する際には、「心とからだの健康相談」「リフレッシュ健康相談」など住民の抵抗のない相談事業の名称にするなど工夫する。

電話相談やホームページを活用する。

心の相談窓口の存在を地域にPRすること。

3) 早期に受診できるようにする

うつ病の可能性をスクリーニングされた人が早期に受診できるようにするために、抑うつ状態をスクリーニングされた人が早期に受診し、治療できる体制を整備しておく必要があります。

健診や相談でスクリーニングされたうつ病の可能性のある人に、医療機関に受診するように勧めます。その際に、医療機関では医療保険が使用できることを含めて、公的な経済的支援についても具体的な情報を提供することが役に立ちます。

なお、受診に抵抗のある人に対しては訪問等により、個別に対応することも大切です。これらの点に関しては「スクリーニングの実際とその後のフォロー（P7）」を参照してください。

スクリーニングの実際とその後のフォロー

1 うつ病と自殺の予防にスクリーニングを活用する

地域の自殺予防の効果を上げるためには、行政機関、医師、保健師、住民組織等が協力してうつ病を早期に見つけ、治療介入を行うことがきわめて重要であり、地域でうつ病や自殺などの精神保健に関する問題を積極的に話し合えるような雰囲気を作り上げていくことが重要です。

ここでは、厚生労働省の研究班が作成したスクリーニング質問票（主任研究者：大野裕）を用いたスクリーニングの実際について、説明をします（具体的な実践例に関しては資料5：スクリーニングの実践例を参照してください。）

2 スクリーニングの実際

スクリーニングの活用場面としては、以下が考えられます。

保健師の訪問時のスクリーニング

市町村全体の住民を対象とした定期のスクリーニング

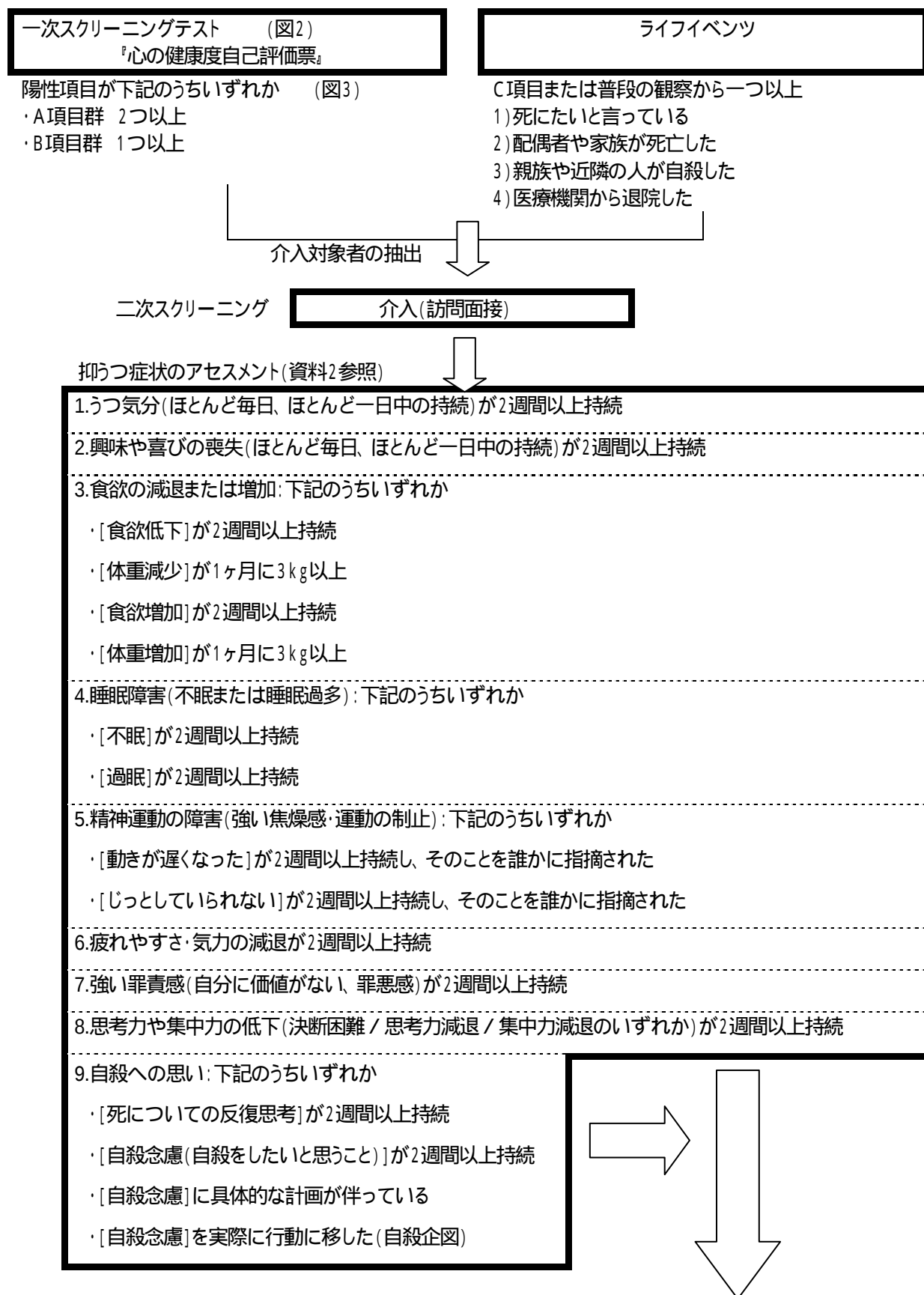
地域の病院の受診時（医療スタッフによるスクリーニング、または自己チェック）

民生委員、保健推進委員が見守りや声かけを行い、必要に応じて保健師など地域医療従事者と連携する。

ここでは、市町村が実施する基本健康診査にスクリーニングを導入した場面について説明をします。

- （1）基本健康診査にスクリーニングを導入した場合のフローチャート（図1）
- （2）一次スクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』（図2）
- （3）一次スクリーニングテスト判定票（図3）
- （4）二次スクリーニングアセスメント（質問の進め方例）（質問の具体例に関しては資料2：二次スクリーニングの際の面接のポイントを参照してください）

図1 基本健康診査にスクリーニングを導入した場合のフローチャート



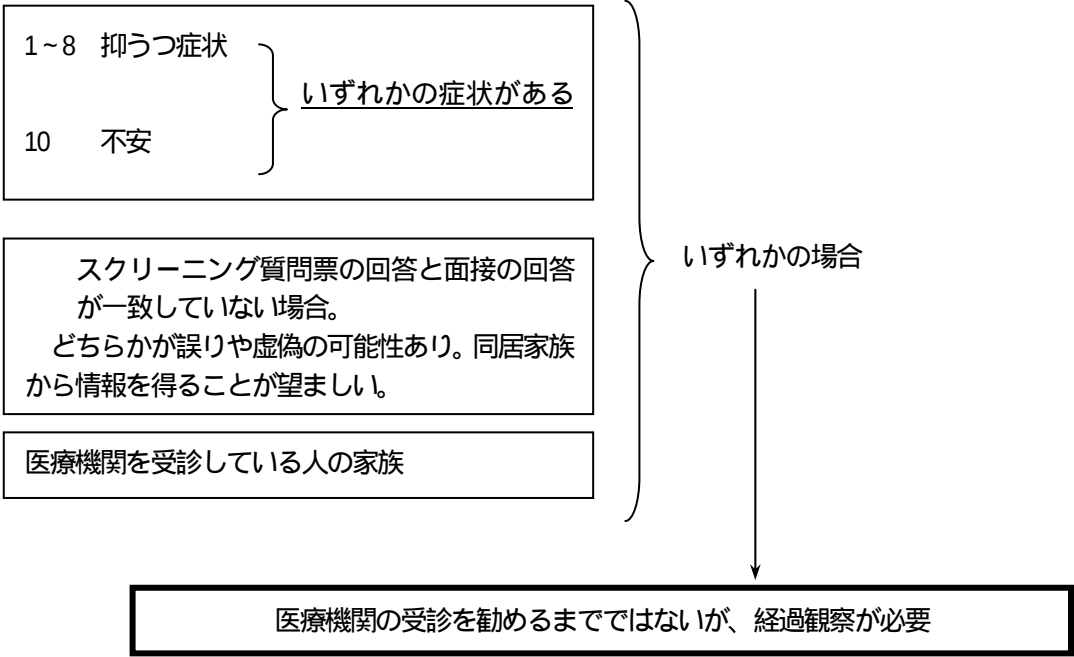
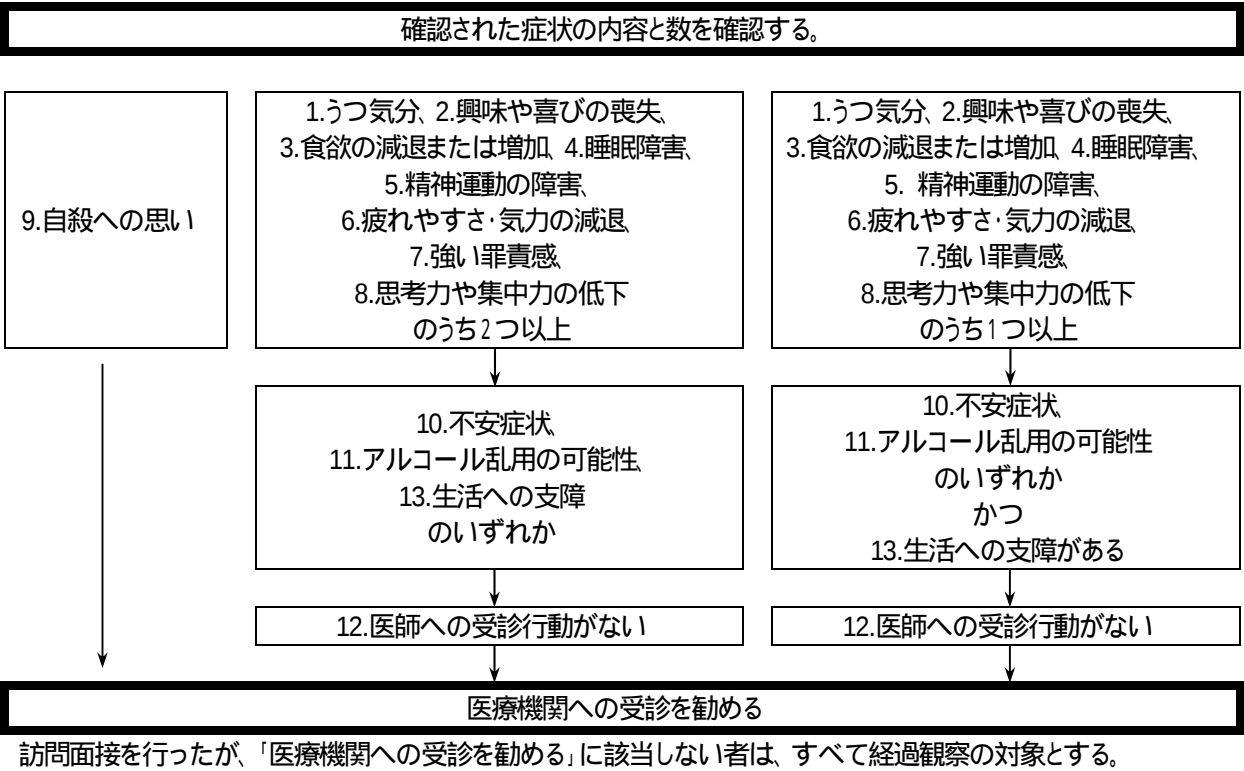


図2 一次スクリーニングテスト

『心の健康度自己評価票』

年 月 日

最近のあなたのご様子についてお伺いします。次の質問を読んで、「はい」「いいえ」のうち、あてはまる方に○印をつけてください。

A 項目	1. 毎日の生活が充実していますか	1. はい	2. いいえ
	2. これまで楽しんでやれていたことが、 いまでも楽しんでできていますか	1. はい	2. 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	1. はい	2. 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	1. はい	2. いいえ
	5. わけもなく疲れたような感じがしますか	1. はい	2. いいえ
B 項目	6. 死について何度も考えることがありますか	1. はい	2. 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	1. はい	2. いいえ
C 項目	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	1. はい	2. いいえ
	↓ 「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういうことがあったのか、ご記入ください。		

図3 一次スクリーニングテスト判定票

一次スクリーニングテスト判定方法	
A項目：問1～問5	B項目：問6～問7
C項目：問8・・・自殺の危険性が高くなる項目	
スクリーニング陰性番号	
問1：はい	問3：いいえ
問2：はい	問5：いいえ
問4：はい	問6：いいえ
	問7：いいえ
陽性番号が、A項目2つ以上 あるいは B項目1つ以上 → 二次スクリーニングへ	
C項目	記載内容により判断する
	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

：質問票の「最近」とは「最近2週間」を意味する。

：問6の「死」とは、「自殺に結びつくような死」を意味する。



一次スクリーニングで危険性が高いと判断された人に、面接による二次スクリーニングを実施。

〔参考〕図1 - 3は、平成11 - 12年度厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「うつ状態のスクリーニングとその転機としての自殺の予防システム構築に関する研究」総合研究報告書（主任研究者、大野裕）において開発。なお、報告書によると、スクリーニング調査票の項目は地域在宅高齢者を対象にGeriatric Depression Scale (GDS; Yesavage, 1988)が6点以上の抑うつ群との関連をみたところ、本スクリーニングで2点以上の場合の感度は.705、特異度は.729であった。

この他にもうつ病に関する質問票(GDS, Self-rating Depression Scale (SDS), Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D), Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS))が開発、使用されているので、対象者によってこうした質問票を併用したり、睡眠や食欲などの身体症状やADL、社会的支援の有無などもあわせて聴取したりすることが望ましい。

3. 三次予防としてのうつ対策

：本人をサポートするネットワーク作りに向けて

三次予防は、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援することです。三次予防では相談、訪問活動を通じた個別ケアが大切になります。また、うつ病にかかっている人、家族や自殺未遂をした人の家族への支援も重要です。個々の項目の説明は資料4：本人支援のための具体的アプローチを参照してください。

本人とのかかわり

1) 基本的な対応 - 信頼関係を築くために

うつ病の可能性がある人と話をするときのポイントをいくつかあげてみます。本人の精神的な問題に触れることになりますので、プライバシーに注意し、何よりも信頼関係をつくることに配慮した対応が求められます。まず基本的な対応としては次のような点が挙げられます。

< 基本的な対応 >

時間も場所もゆとりを持ったところで話を聞く。

プライバシーには十分配慮する。

つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾ける。

励まさないで、相手のペースで話を進める。

相手がいろいろな話ができるような形で質問をする。

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。

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

うつ病の疑いがある場合、受診を勧めてもすぐに受診につながるとは限りません。うつ病や精神科に対する理解が以前より進んできたとはいえ、受診を躊躇する場合は少なくないと考えられます。「私はうつ病なんかじゃありません」「疲れているだけだと思います」「原因はわかっていますから」「前にもこんな感じでなんとかやりました」と、うつ病などの精神障害にかかっていることを一生懸命否定しようとしめます。その背景には、うつ病という病気に対する誤解があると思います。このような場合、うつ病は決して特別な病気ではなく、誰でもかかる可能性のある病気で、有効な治療法があることを伝える必要があるでしょう。そして、うつ病は2回3回と繰り返す人が多いので、早めに専門の精神科の受診をした方がいいことも伝えるようにします。

< 伝える内容 >

弱さや怠けではなく病気である。

脳の神経系の病気で、ストレスなどが関係している。

誰でもかかる可能性のある病気である。

うつ病のサインとは。

休養と治療で楽になる可能性が高い病気である。

3) 精神科医療について説明する

うつ病についての理解がある程度得られていても、実際に精神科受診となると敷居が高い場合もあります。都市部では、精神科のクリニックが増加し、かなり受診しやすくなっていますが、地域によってはばらつきがあります。受診を勧める際には、精神科医療について理解を得ることも大切です。わが国ではうつ病を経験した人の4人に1人しか医師を受診していないという調査結果が出ています。

<説明する内容>

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。

うつ病の治療は、ほとんどが通院で行われる。

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。

4) 受診を拒否された場合

うつ病を疑われる人が受診を拒否した場合は、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根気よ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りますので、こ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し、往診が可能な場合もあります。

5) 緊急性が高い場合

うつ病においても、緊急な治療が求められる場合もあります。この場合は、家族の協力や消防、警察との連携の必要性を考えながら対応する必要性があります。本人の同意が得られないにもかかわらず入院が必要な場合は、医療保護入院となりますので、この場合は保護者の同意が必要です。保護者は、配偶者等になることが多いですが、家族がいない場合は市町村長となることもあります。稀には、著しい自傷行為などで、警察に保護された場合は、警察官通報に基づく二人の精神保健指定医の診察の結果、措置入院となることもあります。

<入院が必要な場合>

自殺念慮(自殺をしたいと思うこと)が強いとき。

ほとんど食わず、衰弱が見られるとき。

焦燥感(いらいら感)が激しいとき。

外来治療でなかなか良くならないとき。

自宅ではゆっくりと静養できないとき。

6) 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まったく消える人は3分の1だとされています。再発すること多い疾患です。ですから、うつ病の人が医療機関の受診を開始した後も、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のことですが、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。

7) 薬の服用を躊躇している人への対応

うつ病にかかっているかなりの数の人が抗うつ薬などの向精神薬（精神疾患に使用する薬）を服用することに抵抗感を持っているものです。「薬を飲んで本当に役に立つんですか」と尋ねる人や、「薬を飲んでも、どうせ何も変わりませんよ」と決めつけてしまっている人が少なからず存在しています。そうした人には、うつ病にかかっている人の脳内で起きている神経伝達物質（化学物質）の変化について説明しながら薬の効用について話をすると、比較的よく理解してもらえますし、規則的に飲んでもらえる可能性も高まります。

また、「飲んでみないと、役に立つかどうかはわかりませんが、飲む前から役に立たないと決めつけてしまうのは、悲観的すぎるのではないのでしょうか」と話してもいいでしょう。これは、資料1のうつ病の精神療法で紹介している認知療法でも指摘されているように、気分が沈み込んでくるとすべてにマイナス思考になり、薬物療法をはじめとする様々な治療法に対しても悲観的になりやすいからです。そのために、薬物療法に対しても実際に服用する前から効果がないと決めつけるようになるのです。

向精神薬を飲むと依存症になるのではないかと心配する人もたくさんいます。慣れがでて「どんどん薬の量が増えていってしまうのではないか」、クセになって「やめられなくなるのではないか」と心配になるようです。そうした人には、依存の心配はないし、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ので、医師の指導を受けながら服用することが大事であるということを説明するようにしましょう。いずれにしても、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。

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持ちが晴れたとしても、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話しましょう。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併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絶対的に重要です。

精神に作用する薬物ということで、自分の精神機能が変えられて別の人間になってしまうかのような不安を感じて、「薬に頼らないといけないほど弱い人間じゃありません」と言う人もいます。こうした人に対しては、骨折などにたとえて話をしてみましょう。つまり、脚の骨を折ったときに、筋肉を強くしなくてはいけないからといってその脚を使って歩こうとするとかえって障害が進むのと同じように、服薬をしないで自分の力だけで頑張ろうとすると精神的なつらさがましてくるという話をするのです。そして、薬物療法は、骨折した骨を固定して安定させるギプスのようなもので、それをどのように利用するかが大切だと言うような形で説明し理解を得るようにします。

もちろん、薬に頼ってしまうと、自分の力で問題を解決できなくなる危険性があり、望ましくありません。薬に対する期待感が強すぎて、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に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。

対応のポイント

うつ病では脳の働きに変調が起きていて、医学的治療が可能であることを説明する。

薬の副作用に対する不安を取り除く。

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勧める。

8) 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をする確率が高くなります。その場合の対応については、資料7：自殺未遂者への対応を参照してください。

9) 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その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かわり方が求められます。

コラム

高知県中村市の内科医、小笠原望さんは、うつ病の治療を始めるときに次のようなことを本人に話されるそうです。臨床の中から出てきたとても魅力的な言葉です。皆さんも日常の活動のなかで工夫してみてください。

肩の力を抜いて、そんなに頑張らない。

理屈の世界から、少しいい加減な心に。

人に頼ろう、人に頼もう。

無駄遣いをせず、エネルギーを貯めよう。

食べて、寝て、できるだけさぼろう。

自分のしてきたことを認めよう。

どんなに辛くても舞台は回る。

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になります。

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。

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

体の症状が前面に出てうつ病のように見えないタイプ。
性格的なものとされてしまうケース。
児童などによく見られるイライラが強く出るタイプ。
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

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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いいことについて以下に列挙します。

心配しすぎない。
励ましすぎない。
原因を追求しすぎない。
重大な決定は先延ばしにする。
ゆっくり休ませる。
薬をうまく利用する。
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

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、と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。

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、どうせよくならない、すぐによくないなどの理由で、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になります。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、「決してよくならないのではなく、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ときは、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。

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・・・・・・・・・・・・・・4
2. 一次予防：秋田県由利町、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 2：二次スクリーニング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・・・・・・・・・・・・・・30
- 資料 7：自殺未遂者への対応（青森県名川町の例）・・・・・・・・31
- 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
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32

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。“薬づけ”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う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って、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、主治医には話しづらいことを相談され場合もあるのでしょう。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 うつスクリーニングの実施、一般住民への啓発・普及活動、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しての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を感じていて、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 いっこ」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や青森県鶴田町の活動事例

秋田県由利町では平成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 - できることから始めよう心の健康づくり - 」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。

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。

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。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言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

強いうつ気分
興味や喜びの喪失
食欲の障害
睡眠の障害
精神運動の障害（制止または焦燥）
疲れやすさ、気力の減退
強い罪責感
思考力や集中力の低下
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 2：二次スクリーニング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-（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-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。

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。

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

ます。SSRIでは急激に中止するとインフルエンザ用の症状がでることがあります。この薬剤に限らず、中止するときには医師と相談しながら徐々に減量していくことが必要です。

症状が改善した後も服薬を続けることが必要である。前述したようにうつ病の再発率は高いのですが、効果が出たときと同じ量の薬を服薬し続けていると再発率が低くなります。ですから、初発の場合にはうつ病改善後半年から1年、同じ量の抗うつ薬を服用することが勧められます。また、3回以上再発している場合などには、高血圧などと同じように、一生にわたって服薬することが望ましいとされています。

2) 精神療法

精神療法(心理療法)のなかでうつ病に対する有効性が確認されているものに、認知療法と対人関係療法があります。こうした精神療法の具体的な方法の詳細については成書をご参照下さい。認知療法は、認知、つまり現実の受け取り方や考え方が私たちの情緒状態に影響を与えるという理解にもとづいて、悲観的すぎる認知をより現実的なものに修正し、問題解決を手助けすることによってうつ病を治療しようとするものです。とくに、うつ病の場合には、自分自身に対して、周囲との関係に関して、そして将来に対して極端に悲観的になっており、その悲観的な考えがますます気分を沈み込ませることになっていることから、現実的な問題に目を向けながら悲観的すぎる考え方を修正することになります。対人関係療法は、対人関係のつまずきがうつ病の誘因や持続因子になっていることが多いことから、対人関係の問題の解決を通してうつ病の治療を図ろうとするものです。とくに、精神的に重要な位置を占めている親しい人との別れや意見の食い違い、役割の変化に伴う人間関係の変化、対人関係の持ち方のスキルの問題に焦点づけて精神療法が行われます。

3) 環境調整

うつ病の発症に環境要因が影響していることはすでに述べた通りですが、治療に際してはそうした環境のマイナス要因を解決することも重要になります。その場合には、地域や家庭、職場の人間関係やストレスなど総合的な視点から検討する必要があります。また、それとともに、心の健康に関する日常の啓発活動も重要な役割を果たします。

補足：双極性障害

気分障害は、うつ病性障害(単極性うつ病)、双極性障害、一般身体疾患による気分障害と物質誘発性気分障害とに分けられます。このマニュアルで主に挙げたものはうつ病性障害ですが、躁症状がある双極性障害(いわゆる躁うつ病)でもうつ病と同じような抑うつ症状が現れます。

しかし、双極性障害ではうつ病とは違った治療が必要になりますので注意が必要です。とくに重要なのが薬物療法で、双極性障害は気分安定薬(炭酸リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピン)をおもに使って治療します。双極性障害に抗うつ薬を安易に使用すると効果がないばかりか、うつ病相と躁病相を頻繁に(年4回以上)繰り返し治療が困難な急速交代型と呼ばれる状態になる危険性があります。

以下に躁病エピソードの診断基準を示しますが、軽い躁状態の時にはただ元気が良いだけだと受け取られて見落とされがちですので注意しなくてははいけません。

いつも以上に元気で、そのために軽いトラブルが続いているようでしたら双極性障害の可能性がありますので、主治医に相談するように勧めてください。

■ 躁病エピソードの特徴的症状

- 1) 気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または易怒的ないつもとは異なった期間が、少なくとも1週間持続する(入院治療が必要な場合はいかなる期間でもよい)
- 2) 気分の障害の期間中、以下の症状のうち3つ(またはそれ以上)が持続しており(気分が単に易怒的な場合は4つ)、はっきりと認められる程度に存在している。
 - 自尊心の肥大、または誇大
 - 睡眠欲求の減少(例えば、3時間眠っただけでよく休めたと感じる)
 - 普段よりも多弁であるか、喋り続けようとする心迫
 - 観念奔逸、またはいくつかの考えが競い合っているという主観的な体験
 - 注意散漫(即ち、注意があまりにも容易に、重要でない関係のない外的刺激に転導される)
 - 目標志向性の活動(社会的、職場または学校内、性的のいずれか)の増加、または精神運動性の焦燥
 - まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること(例えば、制御のきかない買い漁り、性的無分別、馬鹿げた商売への投資などに専念すること)

参考資料

大野裕．「うつ」をなおす．PHP新書．

大野裕．こころが晴れるノート．うつと不安の認知療法自習帳．創元社

大野裕．地域におけるうつ対策検討会第1回資料

川上憲人．地域におけるうつ対策検討会第1回資料

資料2：二次スクリーニングの際の面接のポイント

次に、うつ病の症状の特徴と質問例を挙げてみます。

うつ病の特徴的症状と質問の仕方

■ うつ病の9つの症状

1) うつ気分

「気持ちが沈み込んだり、憂うつになったりすることがありますか」

「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか」

「うつ病」の人は、気持ちが沈み込んで憂うつになっていることがよくあります。「憂うつだ」「悲しい」「何の希望もない」「落ち込んでいる」と思い悩んでいるのです。人によってはこうした気持ちを表立って口にしないこともあります。いまにも泣き出しそうな印象や、憔悴しきった雰囲気から気づかれることもあります。こうした症状は午前中にひどく、午後から夕方にかけて改善してくることがよくあります（後述；症状の日内変動参照）。

このように憂うつな気分を感じているときには、身体の痛みや倦怠感などの身体の不調が出てきたり、イライラ感が強くなって怒りっぽくなったりすることがあり、それが性格の問題と間違われてうつ気分が気づかれにくくなることがあるので注意しなくてはなりません。

2) 興味や喜びの喪失

「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」

「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」

これまで楽しんでできていた趣味や活動にあまり興味を感じられなくなった状態です。何をしてもおもしろくないし、何かをしようという気持ちさえ起きなくなってきました。友達と会って話すのが好きだったのに、会ってもおもしろくないし、かえってうつとうしくなってきました。運動が好きだったのに熱中できませんし、テレビでスポーツ番組やドラマを見てもおもしろくありません。音楽を聴くのが好きだった人が、好きな音楽を聴いてもちっとも感動しません。性的な関心や欲求も著しく低下してきます。このように何をやってもおもしろくないので、自分の世界に引きこもるようになってきます。その変わりぶりは、まわりの人から見れば、あんなに喜んでやっていたものをなぜやらなくなったんだろうと不思議に思えるほどです。

3) 食欲の減退または増加

「いつもより食欲が落ちていますか」

「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか」

「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」

「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか」

一般にうつ病では食欲が低下してきます。一方、それとは逆に食欲が亢進することもあり、甘い物など特定の食べ物ばかりほしくなることもあります。食

欲がなくなった人は「何を食べても、砂を嚙んでいるようだ」「食べなくてはいけないと思うから、口の中に無理に押し込んでいる」と訴えることがよくあります。あまりに食欲がなくなって、一ヶ月に4キロも5キロも体重が減少してしまうこともあります。

4) 睡眠障害（不眠または睡眠過多）

「睡眠の状態はいかがですか」（導入質問）

「ほとんど毎晩眠れないということがありますか。寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか」

「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありますか」

うつ病では不眠がよく現れます。寝つきが悪くなるだけでなく、夜中に目が覚めて寝つけなくなったり、朝早く目が覚めてしまったりするのです。悪夢にうなされることもよくあります。

とくに朝早く目が覚めるのはうつ病に特徴的で、「午前三時症候群」と呼ぶ人もいます。いつもよりずっと早く目が覚めてしまうのです。しかも、うつ病にかかっている人は、このように早く目が覚めたからといってすぐに起きあがれるわけではなく、布団のなかで悶々と思い悩んでいることがよくあります。

逆に、夜の睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいるといった過眠症状が現れることもあります。

5) 精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）

「話し方や動作が普段より遅くなっていて、それを人から指摘されるということがありますか」

「じっとしてられず、動き回っていたり、じっと座ってられなかったりすることが多くなっていますか」

うつ病になると、ほかの人から見てもすぐにわかるほど身体の動きが遅くなったり、口数が少なくなったり、声が小さくなったりすることがよくあります。このような状態を、専門的には精神運動制止と言います。

また、逆に、じっと座ってられないほど焦燥感が強くなったり、イライラして足踏みをしたり、落ち着きなく身体を動かしたりするようになることもあります。このように焦燥感が強くなっているときにはつらさを何とかしたいと焦って話し続けたりしますので、表面的には元気そうに見えてしまい、うつ病だと気づきにくいので注意しなくてはなりません。

6) 疲れやすさ・気力の減退

「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか、感じるありますか」

ほとんど身体を動かしていないのにひどく疲れたり、身体が重く感じられたりすることがあるのもうつ病の症状の一つです。気力が低下して何をやる気もおきなくなりますし、洋服を着るといった日常的なことにさえ時間がかかるようになります。何とかしなくてはならないと気持ちだけは焦るのですが、それをするだけのエネルギーがわいてこないのです。

7) 強い罪責感

「自分は価値のない人間だと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていますか」

うつ病になると、ほとんど根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりするようになります。一つのことをくよくよ考え込んで、何回も何回もほかの人に確認をしたりするようになることもあります。こうした状態が進むと、会社のプロジェクトがうまく進まないことや、不況のために会社の成績が落ちていることまで自分の責任のように思えたり、不況になったことまで自分のせいだと妄想的に思いこむようになってたりもします。

8) 思考力や集中力の低下

「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか」
「普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか」
「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」

注意が散漫になって、集中力が低下してくることがあります。そのために仕事が以前のように進まなくなったり、学校の成績が落ちたりするようになります。また、決断力が低下して、大したことでなくてもあれこれ考えて何も決められなくなります。中年の人は、自分がボケてきたのではないかと心配していたりします。また、高齢者の場合には実際に痴呆のように見えることがあります。しかし、真の痴呆と違って、抑うつ状態による痴呆様の症状は治療によって改善するために、仮性痴呆と呼ばれています。

しかし、逆に、痴呆状態がうつ病と間違えられることもあるので注意が必要です。痴呆の場合も、何となく元気がなくなり、記憶力が衰えてくるので、うつ病ではないかと思われるのです。また、高齢者の場合にはうつ病を契機に痴呆を発症してだんだんと症状が進んでくるといことがあるので注意が必要です。

9) 自殺への思い

「死について何度も考えるようになっていきますか」
「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか」

うつ病になると、気持ちが沈み込んでつらくてたまらないために死んだ方がましだと思えるようになってきます。欧米の研究では、入院が必要なほどのうつ病にかかった人の15パーセントが自殺で命を落としていることがわかっています。うつ病のときには自分の気持ちを抑える力が弱くなっていますから、普通のときなら考えられないような思い切った行動をすることが多くなるのです。

一般的には、うつ病が少し良くなったときに自殺の危険性が高くなるといわれています。気分が沈み込んで何をする元気もなくなっているときには、死のうと思ってもそれを実行に移すだけの元気さえ出てきません。しかし、少し症状が良くなると、死にたいと考えれば、その気持ちをすぐに行動に移せるようになります。

しかも、こうしたときには本人の気持ちとまわりの人の考えとが食い違いやすくなっています。症状が良くなってくると、外見上は元気に見えるようにな

るのでまわりの人は安心してしまうのですが、抑うつ症状が強かったときのつらい記憶は簡単に消えないために、本人は良くなったという自覚をもてないことが多いからです。こうした食い違いがあると、本人は誰にもわかってもらえないと絶望的になり、自殺を考えやすくなります。

■その他の抑うつ症状

身体症状

うつ病のために、痛みや倦怠感などの身体の不調が現れたりすることがあります。頭痛や腰痛などの症状は、とくによく見られるものです。重く締めつけられるような頭の痛みはうつ病の人に特徴的といわれ、教科書的には鉢をかぶったような重さだと表現されることがあります。このほかにも、肩こりや体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさなど、さまざまな症状が現れてきます。

こうした身体症状が存在すると、私たちはつい身体のことを心配するために精神的な面を見逃してしまいがちです。身体症状のために、憂うつな気分が目立たなくなるのです。こうした状態は、抑うつ症状が身体症状の仮面に隠れているという意味で「仮面うつ病」と呼ばれることがあります。

症状の日内変動

うつ病の症状は、一般に朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善するという日内変動が見られることがよくあります。人によっては夕方から夜にかけて元気になるために、「ずっと落ち込んでいるわけではないから、うつ病じゃなくて、気分の問題なんだ」と考えることもあります。しかし、これはうつ病の日内変動（という特徴）で、気分の問題ではないので、軽く考えすぎないように注意しなくてはなりません。

精神病症状

大部分のうつ病は精神病ではありません。しかし、妄想などの精神病症状を持つ場合などは精神病性うつ病とか妄想性うつ病と呼ばれ、病気の自覚がなくなるため、入院治療が必要になります。

自分が重大な罪を犯したと思い込む罪業妄想、貧乏になったと確信する貧困妄想、がんなどの重い病気になったと信じ、検査結果で心配ないと話しても訂正不能の心気妄想、何をしても無駄だと治療を拒否したり、拒食から衰弱する虚無妄想などがうつ病に特有な妄想で、躁病の誇大妄想に対して、微小妄想と総称されます。それ以外にも被害妄想や自分が周りの人から避けられていると信ずる忌避妄想もあります。幻聴は一般的にはないのですが、時にみられることもあります。

まれに昏迷といって、問いかけや刺激に反応しない、無言で動きの乏しい無反応状態がみられます。意識はあって、その間の記憶もありますが、意思や感情の表出ができなくなっているのです。ぼんやりとして、動きと反応が鈍い程度の軽

いものは時々みられます。

■「いつもと違う」状態に気づく

このようにうつ病は自覚しにくいし、まわりで見えていてもわかりにくい病気です。しかし、治療すれば良くなる病気ですので、早めに見つけて治療することが大切になります。早くに見つけるために注意すべき点は、日常生活において、いつもと違う状態が続き、本人か周囲の人の生活に支障がでてくる、ということです。

資料3：対象別にみたうつ対策

対象集団の特性に基づいてうつ対策の特徴を考えてみることも大切です。

1. 高齢者

わが国の65歳以上の高齢者におけるうつ病の有病率に関しては、時点有病率（調査時点で診断基準を満たしている人の割合）が0.9%、6ヶ月有病率（過去6ヶ月間に診断基準を満たした人の割合）が男性2.1%、女性で3.7%、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）2.3%～4.8%と報告されています。また、他の先進国と比べて、わが国の高齢者の自殺率は高い傾向にあり、自殺予防、うつ対策にとって重要と考えられています。

高齢者は、身体面では老化による身体の衰えを感じ、なんらかの病気を患うことも多く、死を差し迫ったものとして意識することもあるでしょう。社会面では退職や老化に伴う仕事の喪失、家族や社会との交流の減少、家族内役割の喪失を経験しています。今までできていたことができなくなり、他人に頼らなければならないことへの自己嫌悪や罪悪感をもつこともあるでしょう。さらに高齢者は、配偶者との死別、友人や近隣者の死といった身近な人や親しい人の喪失を経験しています。このような高齢者の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ります。

ハイリスクな高齢者の状況

死にたいと言っている（家族にほのめかしている） 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 最近、親族や近隣者が自殺した 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
--

死や自殺を考えている高齢者は少なくないと考えられますが、高齢者が他者に相談することは少ないでしょう。うつ病の普及・啓発活動やスクリーニングなどの保健活動は、高齢者自身の抑うつ状態に対する気づきを高めますし、相談や受診しやすい地域づくりのためにも重要です。

とりわけ高齢者の場合には、閉じこもりや社会的な孤立を予防し、気晴らしができたり自身の健康や生きがいづくりにつながるような「人との関係をつなぐ」場づくりが必要です。既存の介護予防事業を継続するだけでなく、介護予防事業の参加条件を緩和したり、身近な地域に誰もが気軽に立ち寄ることができ、他者と交流できるような場づくり検討するなど、高齢者誰もがいつでも社会と「つながる」ことができる機会を考えてみましょう。

高齢者がいつでも相談できる機会も必要です。特にハイリスクな状況にある高齢者については、訪問などを通して状況を把握すると共に、高齢者と家族がいつでも相談できる関係づくりをしていくことも大切です。また、民生委員や保健推

進員などによる地域の声かけ、見守りネットワークを活用できますが、この場合、高齢者とその家族のプライバシーの保護には十分留意しましょう。

高齢者に対する特徴的なうつ対策

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及び家族に対する相談・訪問活動

2. 中壮年者

近年の経済不況に伴うリストラ、経済苦から中壮年者の自殺は増加しているといわれます。地域での普及・啓発、スクリーニング、相談等活動の充実と共に、職域の産業保健スタッフと連携することも重要です。地域の心の健康に関する相談窓口やうつスクリーニング、及び受診や治療体制について職域の担当者に情報を提供したり、勤労者が職場内での相談やスクリーニングに抵抗がある場合には、地域の相談窓口やスクリーニングの利用を勧めたりすることも考えられるでしょう。また、うつ病あるいはうつ病の可能性のある中壮年者がわかれば、当事者の家族と共に地域で支援することもできるでしょう。

3. 女性

1) 更年期

女性の更年期は、身体面では加齢や更年期障害による身体症状が出現し、社会面では子供の自立、老親の介護、仕事の転機などさまざまな変化が起こる時期です。このような身体の変調、喪失体験、ストレスが重なることでうつ病を発生する可能性があります。とくに更年期の女性の場合、典型的な抑うつ症状だけでなく、めまい、耳鳴り、肩こり、便秘など多彩な症状を呈する場合があるといわれます。

更年期の女性の場合とはとくに、相談やスクリーニングの場面においてさまざまな症状の訴えがある場合は、その人の最近の生活の変化や出来事などを聞いてみるのが大切です。また、婦人科検診や更年期に関する健康教室等で、心の健康やうつについての健康教育を行ったり、ストレス対処能力向上のための教室等を紹介することもできるでしょう。

2) 子育て中の女性

子育てのストレスは非常に大きいものです。子どもは自分の思い通りにはいかず、振り回され、母親である女性自身の生き方、生活ができずに、子ども中心の生活になります。子育てについて家族など周りからのサポートがない場合には、育児ストレスを解消できずうつ傾向になる可能性もあります。また特に働きながら子育てをしているワーキングマザーの場合には、子育ても仕事も完璧にこなそうとして、それができないために抑うつ状態になる場合もあります。

乳幼児健診や乳幼児相談の場で、母親の訴えに耳を傾けるとともに、母親の表情や子供とのかかわりを観察しましょう。心配な場合は、乳幼児健診の事後の相談の場で、また家庭訪問するなどして面接し、心の健康状態を把握すると共に、

夫やその他の家族との関係、生活の困難さ、育児の支援状況などの生活状況なども把握し、うつ病の可能性がある場合には早期に受診につなげましょう。育児の負担を軽減し、安心感や楽しみが得られるような働きかけも必要でしょう。

子育て中の女性に対する特徴的なうつ対策

乳幼児健診及び乳幼児相談時のスクリーニング、観察 子育て支援体制、子育てグループづくり
--

3) 産後うつ病

出産直後はうつ病にかかる女性が多く、日本では出産した女性のうち、軽度なものを含めると 13.4% に産後うつ病がみられたとの報告があります。また、何となく涙もろくなったり、気分が沈んだりして、ほぼ一週間以内に改善する一過性の気分の障害であるマタニティーブルーズは周産期の女性の 20～30% にみられます。

産後うつ病は早期に発見し、治療を開始することが大切です。産後うつ病の発見には出産した医療機関での入院期間中や、新生児訪問が最も重要な機会となります。その際、医療機関の医師、助産師等との連携が重要です。産後のメンタルヘルスを評価する能力を養い、異常の早期発見に努めましょう。子どもの乳児健康診査で把握することも大切です。また、母親のうつ病の既往の有無も大切です。うつ病の既往のある場合には、産後うつ病のリスクが高くなりますので出産後、特に注意して関わる必要があり、異常の早期発見に努めます。母親が産後うつ病と診断され、治療を開始している場合には、母親の状態や治療状況、育児や生活状況を把握すると共に、家族に本人への対応の仕方を助言したり、育児の支援体制を整えるなどの関わりが重要になります。

産後うつ病発見の機会

新生児訪問 3～4ヶ月乳児健診

4. 在宅要介護者及び療養者の家族介護者

在宅要介護者及び療養者の家族介護者もうつ病のハイリスクの一つです。要介護者及び療養者を自宅で 24 時間介護することは身体的にも精神的にも非常に負担が大きいものです。介護者自身の生活や生き方も制約されます。とくに、痴呆高齢者の介護者の介護負担感は大いといわれています。

在宅要介護者及び療養者の家庭訪問の際には、当事者だけでなく、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必要があります。また、介護者に心配事があった場合の相談窓口を紹介すると共に、心配なことがあったらいつでも相談にのることを伝えます。地域で行われる健診や行事で介護者を見かけたときには、心配事がないか、身体の状態が変わったことはないかなど声をかけます。このような日頃の関わりにより、介護者の身体的精神的変化に気づくことができますし、介護者も心配事があった場合には保健師に相談する気持ちになるでしょう。また、介護者のつらい体験を語り合える介護者のセルフヘルプ・グループを紹介したり、介護者のストレスの状況によっては、介護者に自分自身が休養をとることができるような要介護者あるいは療養者に対するサービス利用を勧めてみ

ることも大切です。

5．小児期・思春期のうつ病

最近では小児でもうつ病にかかることがわかっています。しかも、小児期や思春期のうつ病は、本人が自分の気持ちをうまく表現できなかったり、イライラ感やひきこもりなどの行動上の問題が前面にでたりするために周囲に気づかれにくい場合があります。学校関係者と連携しながら教育場でストレスやメンタルヘルスについて教育・啓発活動を行うことが、精神疾患に悩む子どもたちに対する援助のためにも、またそれ以外の子どもたちの心の健康の向上のためにも役に立ちます。

資料４：本人支援のための具体的アプローチ

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

うつ病にかかっている人の多くは、うつ気分、自責感、焦りなどを感じています。また、疲労感のため口数も少なくなり、集中力も低下しています。あわただしい雰囲気や窮屈な所では、自分の気持ちを話すことが困難になります。時間的にも、空間的にもゆとりのあるところで話を聞きましょう。また、座る椅子の位置にも配慮し、近すぎず、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。早く何とかしなくてはならないと焦って早口になったり、声が大きくなったりしないように気をつけて、間合いをゆっくりととりながら話すようにしましょう。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

他人に聞かれるかもしれないところでは安心して話すことができないのは当然のことです。また、精神科や精神疾患については今なお誤解や偏見が根強く残り、隠したいという気持ちが強いことも少なくありません。「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し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。話を聞くうちに、「それは少し違う」「もっとこうした方がよい」「この相談者はうつ病のことがわかっていない」など、様々な気持ちや考えが浮かんできてもいいかもしれませんが、まず、聞くことに努めましょう。相談者は、他人に相談すべきかどうかとか、こんなこと言ったらどう思われるかなど、悩んだ末に相談している場合もあります。「相談に来ていただいたことそのことがとても大事なことです」など、相談しようと思ったことをポジティブに評価することが重要です。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

うつ病の場合、自責感や罪責感に苦しんでいることがよくあります。本人の気持ちとしては、「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」「もっとがんばらないと」などと感じていることになります。そんな状況で、「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」と自分を追いつめることになります。時には、「これ以上がんばるなんて無理だ、自分はだめな人間なんだ」と思いつめ、「死ぬしかない」と考えてしまう場合さえあります。本人が十分にがんばっ

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

質問の仕方には、「はい」「いいえ」で答えるような質問（クローズド）と、自分の言葉で答えるような質問（オープン）があります。「眠れますか」「落ちこんでいますか」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

うつ病の症状には「頭が重い、ボーっとする」「考えがまとまらない」など集中力の低下があります。このため、話をしても要領を得ない、話の内容がはっきりしない、何を伝えたいのかがわかりにくいことがあります。こんな時は、相手の言葉を言い直して「今お話しされたのは、○○ということですか」「それは、○○ということですね」「今一番困っておられるのは、○○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ので、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。弱さや怠けと考えている限り、受診にはなかなかつながらないことになります。

2) 脳の神経系の病気で、ストレスなどが関係している

精神疾患というと、遺伝病、治らないというイメージが今なお根強くあります。脳の神経系の病気で、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。精神科の薬というと、特別な薬で、自分の精神を変えられてしまうのではないかと漠然とした不安を持っている方がいます。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。こうした説明は、「精神的に弱い人間がかかるものだ」といううつ病に対する偏見を和らげることにもなります。

また、抗うつ薬などの精神機能に作用する薬剤に対する心配を軽くすることにもなります。

さらに、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な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) 誰でもがかかる可能性のある病気である

うつ病が、心理社会的なストレスによる、脳の神経系の病気であるとすれば、ストレス社会と呼ばれる現代社会においては、誰でもが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

うつ病には様々なサインが表れます。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らない、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を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、200万人を超えており、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精神科を受診していることになります。「か

かりつけの精神科医を持つようにしましょう」と言っても過言ではなく、精神科受診は決して特別のことではありません。

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が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替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良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れば、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

1) 自殺念慮（自殺をしたいと思うこと）が強いとき

将来を極端に悲観したり、自責感や罪責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）に至る場合があります。短期間であれば、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良くならないとき

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

うつ病の治療にはゆっくり、安静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持ちが晴れたとしても、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話しましょう。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併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勧める

うつ病の治療において、薬の役割は大きいですが、決してすべてではありません。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、精神科の薬をのむと、「自分の考えが変えられてしまうのではないか」と自分の精神機能までがコントロールされるように思われて不安に感じる方もありますが、そのようなことはありません。薬は、骨折した骨を固定して安定させるギプスのようなもので、それをどのように利用するかが大切だと言うような形で助言を行うようにします。薬を上手に利用するつもりで服用し、うつ気分、疲労感、睡眠障害、食思不振などの改善を図ることで、生活がしやすくなります。

もちろん、薬ばかりに頼りすぎると、自分の力で問題を解決できなくなる危険性があり、望ましくありません。薬に対する期待感が強すぎて、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に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。

資料5：スクリーニングの実践例

一次スクリーニング

1．従事者への説明

保健所は、基本健康診査に従事する保健師・看護師・精神保健福祉士・事務職等を対象にうつスクリーニング説明会を実施します。

目的：健診に従事するスタッフに、うつスクリーニングや心の健康づくり対策の必要性・重要性についての理解を深めてもらい、心の健康づくりに対する気運を高めます。

2．一次スクリーニングテスト「心の健康度自己評価票」の配布

一次スクリーニングテストは、基本健康診査の健診票とともに事前に受診者に配布します。こうすると、受診者が精神面の健診についても、特別のものにとらえるのではなく、身体面の健診と同様に受診するという意識が生まれやすくなります（マニュアル本文 P10-11 参照）。

3．基本健診時の注意点

基本健診当日は、市町村保健師等が健診の流れについて説明しますが、その中で精神面の健診も身体面の健診と同様に重要だということを住民に周知することが大切です。

説明のポイント

今回の基本健診は、からだの健診と一緒に心の問診を行います。

からだと心の健康は非常に密接に結びついており、心の問診を受けることは重要です。

心の問診は非常に簡単で、事前に配布されている「心の健康度自己評価票」も質問に「はい」「いいえ」で答えるだけであり、健診終了時間が従来より大幅に遅れることはありません。

専門（精神科・心療内科）の医師の診察や脳波などの検査をするということではなく、保健師・看護師による聞き取りの問診です。

個別に相談のある場合は、心の健康相談コーナーで対応します。

心の問診については、希望しない人には無理矢理にすすめることは避けましょう。

4．一次スクリーニングの実際

健診票は、身体面の問診項目の中に、精神面の問診8項目を組み入れた問診票を使用します。

健診会場に、身体面の問診コーナーとは別に「心の問診コーナー」を設けるほうがよいでしょう。

心の問診を「受診しない」人に対して、保健師等が再度心の問診について説

明し、受診を促すことも効果的です。

5．一次スクリーニング問診のポイント

受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」は重要です。抑うつ症状がないかよく観察します。

「表情が暗い」「受け答えが鈍い」等保健師の勘を大切にしましょう。受診者のそのような様子を感じたら丁寧に問診をとるようにした方がよいでしょう。

「最近のあなたの様子」というのは、「最近の2週間」を意味します。

高齢者の場合「設問5 わけもなく疲れた感じがしますか。」に「はい」と答えがちです。その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためか確認しましょう。

事前に問診票を配布しているので、基本的には受診者が記入してきています。その場合は陽性項目がないかどうか確認します。

未記入の場合は、受診者に質問していきます。比較的若い年齢の方の場合は、その場で記入してもらってもいいでしょう。

受診者が、「家族の介護をしている」「最近家族が死亡した」「更年期障害の症状を訴えている」等あれば陽性になる確率が高いため、事前にそのような情報を把握しているときも丁寧な問診が必要です。

一次スクリーニングの結果が陽性の場合、「簡単な問診の結果、〇〇さんは少し心が疲れているようです。後ほど、もう少し詳しくお話しをお聞きしたいのですが、お時間を取っていただけませんか？」等説明し、二次スクリーニングを健診の最後に会場内で面接により実施するか、あるいは後日家庭訪問させてもらうか約束します。

家庭訪問の場合、その場で日程調整する方がよいでしょう。健診結果報告会の時も二次スクリーニング実施の機会になりますので、できるだけ、二次スクリーニングが実施できるように陽性者に働きかけましょう。

二次スクリーニング

一次スクリーニング判定の結果、陽性者に対して保健師の聞き取りによる面接を実施します。二次スクリーニングに要する時間は、人によって異なり、15分で終わる場合も2時間以上かかる場合もあります。

会場：健診の最後に二次スクリーニングをする場合は、プライバシーが確保されるように配慮しましょう。対象者が、他の受診者の目を気にせずゆっくり落ち着いて話ができるようにしましょう。

二次スクリーニングは、保健師と住民との信頼関係を築く大切な機会としてとらえましょう。保健師との信頼関係ができることにより、精神科受診に結びつくケースや、面接だけで抑うつ症状が軽減することも少なくありません。

健康教育

基本健診時にうつクリーニングを実施する場合は、健診会場や結果報告会にお

いて、うつ病や心の健康づくりについての健康教育を実施します。

目的：地域におけるうつ病や抑うつ状態になっている者を把握するとともに、医療機関への受診勧奨や保健指導等適切な支援を行うこと、そして、同時に心の健康づくりに関する普及啓発を行い、地域住民のうつ病や心の健康づくりに関する認識を深め、地域住民全体の心の健康づくりに対する気運を高めることです。

結果報告

精神面の問診結果は、後日身体面の健診結果と同時に、結果説明会あるいは郵送にて紙面で「心の健康度自己評価票の結果のお知らせ」を受診者に報告します。一次スクリーニング陰性者に対しては、精神面の問診の場で、口頭報告してもよいでしょう。

結果報告会において、二次スクリーニング陽性者（医療機関への受診を勧めるケース）に対して医療機関受診を勧める場合は、慎重に勧めましょう。緊急（自殺や死を考えている）を要しない場合は、陽性者との十分な信頼関係ができてからでも受診勧奨は遅くありません。

結果報告会のときに、健診当日には相談のなかった受診者から、改めて相談を受ける場合もあります。相談内容は、自分のことはもちろん、家族や身内の相談の場合もあるので、その相談に対応しましょう。

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行います。その際、プライバシー確保、守秘義務を守ることは言うまでもありません。

カンファレンスでは、うつスクリーニング陽性者の家庭状況・生活状況・家族構成等についての情報を共有し、今後の支援方向について確認します。

今後の支援は、個々の状況によって市町村保健師等が担当する方がよい場合や保健所保健師等が担当した方がよい場合があります。カンファレンスにより、役割分担を決めておきましょう。

うつスクリーニングに取り組んだ結果、関係者を対象に事例検討会を持つことも重要で、担当者のスキルアップにもつながります。また、事例検討会をきっかけに、うつスクリーニングに取り組んでいない市町村が、前向きに取り組む気運が高まる場合があります。

事後フォロー

健診受診者に対して、健康教室・研修会・市民講座を案内したり、スクリーニング陽性者に対して、電話相談や家庭訪問等の支援が必要となりますので、適宜フォローをしましょう。

陽性者の支援については、保健・医療・福祉の連携も含め、総合的な支援体制を考えていきましょう。

効果

うつ傾向の強い住民がスクリーニングすることで明らかになり、受診の必要なものに対しては早期に医療機関受診を勧奨することができます。

一次スクリーニング陽性者の中には、家族の介護をしている人が多く含まれることから、介護負担の心の健康への影響の大きさを再認識し、介護家族のサポートを考えるきっかけになります。

基本健康診査に心の健康についての問診を導入し、健康教育を実施することにより、一般住民がうつ病や心の健康づくりに関心を持つ機会となります。市町村と保健所が協働で取り組むことで、フォロー体制が整備できると同時に、住民の相談先の選択肢が広がります。

保健所及び市町村の保健師をはじめとする健診にかかわる職員や、市町村の健康づくり担当課の職員の、うつ病や心の健康に対する意識の向上を図ることになります。

受診者の中には、うつ傾向があり、不眠を訴えている住民もいますが、適切な治療が行われていないこともあります。このことは、一般診療科におけるうつ病診療の重要性と専門医との連携の必要性について検討し、医師会とも協働で取り組んでいくことを説明できるきっかけとなります。

対応のポイント

1．本人と話すときのポイント

資料4：本人支援のための具体的アプローチ参照

2．うつ病にかかっている人をおかえのご家族と話すときのポイント

マニュアル本文 P16-17 参照

3．自殺未遂者の家族への対応のポイント

マニュアル本文 P16-17 参照

4．長期のフォローアップ

うつ病が慢性化したり再発したりする可能性があることはすでに説明しました。ですから、うつ病の可能性のある人には時々次のように声をかけると良いでしょう。

「眠られていますか」

「食べられていますか」

「体はだるくないですか」

「気分は重たくないですか」

うつ病の早期発見でも、長期のケアでもいわゆる不定愁訴には注意しましょう。原因がはっきりしない身体的訴えをする人がうつ病である場合が少なくありません。

参考資料

鹿児島県伊集院保健所「地域におけるこころの健康づくり対策マニュアル～自殺防止対策を展開するために～」，平成15年3月。

資料6 うつ対策の評価例

各地域の特性に応じた「うつ対策」を効果的に推進するためには、各地域で対策のめざす方向が設定され、その達成に向けた長期・中期・短期目標が具体的に立てられることが望めます。

その目標の達成度を確認し、めざす方向に照らし合わせて活動を評価し、活動を改善していくための「うつ対策の評価」の1例を以下に挙げます。地域の事情にあわせた評価プランを作成する際には、以下の点を参考にしてください。

評価の流れと評価項目

1. うつ対策のめざす方向を明確にします。

地域課題の発見：地域の状況を様々な資料から診断し、ニーズを的確にとらえます。

目標の設定：めざす方向を明らかにします。

対象と意図の明確化：誰（何・どこ）に対して、どのような状態になることを狙っての活動かを明らかにします。

結果（成果）：どのような成果を実現したいのか、明らかにします。

2. うつ対策のめざす方向にそって、実施した活動を評価します。

うつ対策で実施した活動（健診前の教室・健診・事後指導のための教室等）ごとに、「活動内容」「連携機関」「所要時間」「参加人数・回数」等を整理します。

活動の結果が、目標の達成にどれだけ貢献し、成果をあげたかを評価します。

注力度評価：うつ対策への取組姿勢や度合いを確認します。具体的には、地域診断をして地域の課題を明確にすることができたか、地域の課題をうつ対策に関わる者で共有し、組織あげての活動となっていたか等について評価し、改善策を考えます。

協働度評価：うつ対策の各活動に関して、関係機関等との課題の共有・協働の度合いを評価し、改善策を考えます。

組織の成熟度：うつ対策に取り組む自分たちの組織の成熟の度合いを評価し、改善策を考えます。

地域の定着度：うつ対策が対象地域にどれほど定着しているか、その度合いを評価します。これは、地域のうつ対策実施に対する力量を評価するものです。

総合評価：注力度・協働度・組織の成熟度・地域の定着度の評価結果をもとに、今後の課題を整理します。

活動成果の評価結果を踏まえ、次に向けた改善策を提案します。

参考資料

三重県健康福祉部健康づくりチーム・三重の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」平成15年度版年次報告書，2003。

資料 7：自殺未遂者への対応（青森県名川町の例）

これらは、一例です。プライバシーなどの倫理的側面に十分に配慮しながら、地域の状況や住民の方々の考えに応じて適切なプログラムを作成してください。

1．ケースの状態を把握します。

情報提供機関(救急隊員等)及び病院と連携できる地域システムを構築します。

その際、秘密の保持には十分配慮するようにします。

2．普段から連携している精神科などの医師に報告、相談します。

ケースの状態を報告して、今後の対応の仕方のアドバイスを得ます。

3．役職者を含めて看護職でカンファレンスを開きます。

ケースについての情報を持ち寄り、精神科医師のアドバイスを参考に今後の対応策を考えます。

4．家族を援助します。

直接訪問して事業について説明して援助します。その際に、情報が漏れないことを伝えます。

間接的に介入すると本題に入るタイミングを逃したり、対象者の不信感を招いたりする恐れがあります。

家族の精神的苦痛を受容します。

家族の中で自殺未遂者が出たということで、本人の苦しみに気づいてあげられなかったという思いと、退院して町内に帰ってから近所の方にどう思われるかという不安が存在しているものです。

自殺未遂をした本人の最近の状況を聞きます。

精神科の受診を勧めます。

困ったり悩んだりしたことがあったらいつでも連絡をしてほしいことを伝えます。

5．民生委員から家族の補助的情報も得ておくようにします。

6．本人に介入します（主治医と連絡を取り、精神状態・身体状況が安定してから面接します）。

事業の説明とともに情報入手経緯を話し、情報が漏れないことを伝えます。

本人の苦痛を受容します。

主治医とも相談のうえ、必要に応じて精神科の受診を勧めます。

家族の時と同様の対応をとるが、本人が拒否する場合は、家族の協力も得て説得します。

困ったり、悩んだことがあったらいつでも連絡をしてほしいことを伝えます。

7．環境を整えます。

本人が退院後周囲の偏見をあまり受けないように、また、住民が影響を受けて同じ行為に走らないように民生委員へ協力を依頼します。

頻回に地域の巡回をします。

参考文献

- ・ 小泉毅，高橋邦明，内藤明彦，森田昌宏，須賀良一，小熊隆夫．新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動－老年期うつ病を中心に－．精神神経学雑誌 100:469-485，1998
- ・ 平成 11 - 12 年度厚生科学研究費補助金障害福祉総合事業「抑うつ状態のスクリーニングとその転機としての自殺の予防システム構築に関する研究」総合研究報告書（主任研究者，大野裕）

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

(参考資料 : 大山博史著 . 高齢者自殺予防マニュアル . 診断と治療社 . 2003)

	新潟県			岩手県	秋田県
	松之山町	松代町	安塚町	浄法寺町	由利町
人口規模 ^a	3500-4000	4500-5000	4000-4500	5500-6000	6500-7000
65歳以上人口割合 (%) ^a	27.5-30.0	25.0-27.5	22.5-25.0	20.0-22.5	17.5-20.0
高齢者自殺予防活動 (施行年度)	1985-2003 (継続中)	1988-1997	1991-1997	1985-2003 (継続中)	1995-2003 (継続中)
スクリーニングとフォローアップ					
実施期間	1986-2003 (継続中)	1988-1997	1991-1997	1988-2003 (継続中)	未実施
項目内容	SDS, うつ状態の既往, 自殺観念, ライフイベント	SDS	SDS	SDS	
実施頻度	年 1 回, 悉皆で実施	年 1 回, 悉皆で実施	年 1 回, 悉皆で実施	年 1 回, 30% の高齢者に実施, 5 年毎に悉皆で実施	
確定診断	精神科医が RDC によりうつ状態を診断	精神科医が RDC によりうつ状態を診断	一般医が RDC によりうつ状態を診断	精神科医が臨床的にうつ状態を診断	
高危険群への介入法	一般・精神科診療, 保健師訪問	一般医診療, 精神科コンサルテーション, 保健師訪問	一般医の診療, 保健師訪問	精神科診療, 保健師訪問	
高齢者福祉活動					
活動内容	引きこもり老人へのグループ・ケアや友愛訪問	グループ・ケア友愛訪問		精神科医による相談	保健師による相談 グループケア 友愛訪問
	リハビリ教室 特別養護老人ホーム 開設	リハビリ教室 デイ・サービスセンター 開設	リハビリ教室 デイ・サービスセンター 開設	在宅福祉サービス	
啓発・健康教育 テーマ	うつ病予防, 自殺の危険 自殺タブー性の強調	うつ病予防, 自殺の危険	うつ病予防, 自殺の危険	うつ病予防, 自殺の危険 自殺タブー性の強調	うつ病予防, 自殺の危険
その他				精神科医との定期連絡会	高齢住民アンケートの 頻回実施
高齢者自殺死亡率 (対 10 万) 65 歳以上総計 (男 / 女)					
1980-1984	241.9 (162.4 / 293.4)	226.3 (167.9 / 267.7)	314.1 (487.3 / 183.6)	330.3 (418.4 / 266.3)	107.3 (155.7 / 73.2)
1985-1989	319.4 (159.0 / 427.2)	325.7 (368.6 / 294.8)	224.5 (142.4 / 286.5)	270.3 (141.6 / 359.2)	219.0 (273.8 / 197.4)
1990-1994	95.1 (45.0 / 131.8)	213.3 (438.0 / 52.3)	256.5 (380.5 / 161.7)	67.0 (0.0 / 113.4)	298.0 (193.0 / 370.1)
1995-1999	不詳	114.2 (105.5 / 120.8) ^b	97.4 (149.1 / 57.5)	85.0 (136.8 / 48.4)	104.2 (222.8 / 22.1)

^a1990-1994 のレンジ (人口は 500 名区切り, 割合は 2.5 % 区切りで表示)

^b1995-1997 の平均

SDS: Self-rating Depression Scale; RDC: Research Diagnostic Criteria

地域におけるうつ対策検討会 構 成 員 (五十音順)

平成十五年八月現在

麻 原 きよみ 聖路加看護大学 地域看護学 教授

板 波 静 一 秋田県健康福祉部健康対策課 課長

(北のくに健康づくり推進会議代表幹事 自殺予防対策検討部会 担当)

今 田 寛 睦 国立精神・神経センター 精神保健研究所 所長

宇 田 英 典 鹿児島県伊集院保健所 所長

大 野 裕 慶応義塾大学保健管理センター 教授

川 上 憲 人 岡山大学大学院医歯科学総合研究科衛生学・予防医学分野 教授

斎 藤 友紀雄 日本いのちの電話連盟 常務理事

中 村 純 産業医科大学精神医学教室 教授

西 島 英 利 日本医師会 常任理事

平 野 かよ子 国立保健医療科学院 公衆衛生看護学部 部長

広 瀬 徹 也 (財)神経研究所附属晴和病院 院長

藤 臣 柊 子 漫画家 エッセイスト

(座長)

地域保健従事者向けマニュアル策定グループ 構成員名簿 (五十音順)

平成十五年九月現在

麻 原 きよみ 聖路加看護大学 地域看護学 教授

大 野 裕 慶応義塾大学保健管理センター 教授

斎 藤 友紀雄 日本いのちの電話連盟常務理事

野 呂 千鶴子 三重県津地方県民局保健福祉部(津保健所) 主査

山 下 俊 幸 京都市こころの健康増進センター センター長

(グループ長)

地域におけるうつ対策検討会 運営要綱

1. 趣旨

厚生労働省患者調査によると、うつ病を含む気分障害の総患者数は、平成8年の43万人から、平成11年には44万人となっており、複雑な社会構造やそれに伴うストレスの増加等を背景として着実に増加している。また、うつとの関連が深い自殺死亡者についても、その数は、平成10年には3万人を超え、その後も横ばいの状態にある。一方、平成14年12月には、厚生労働省の「自殺防止対策有識者懇談会」の最終報告において、早急に取り組むべき実践的な自殺予防対策として、うつ対策の必要性が指摘された。こうした状況の下、うつ対策として、保健医療従事者向けのマニュアル等を策定するなどの効果的な方策を検討するための検討会を開催し、もって国民の心の健康の保持・増進を図ることとする。

2. 検討課題

保健医療従事者向けうつ対応マニュアルについて
都道府県・市町村向けうつ対策推進方策マニュアルについて 等

3. 座長

検討会に座長を置くものとする。座長は委員の中から互選により選出するものとする。

4. 運営

検討会は、座長が必要に応じて召集する。
検討会は、その決定に基づき、必要に応じて作業グループで検討させることができる。

5. その他

検討会は、原則として公開する。
検討会の事務局は、障害保健福祉部 精神保健福祉課において行う。
この要綱に定めるものの他、検討会の運営に関し必要な事項は、座長が障害保健福祉部長と協議の上定める。