

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ーうつ病を中心に・・・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、そのような気持ちは持つべきではありません。
- 5) 相談員は相談者を分析したり、治療的な対応をしてはいけません。そこで訴えられた孤独、不安、苦痛、悲嘆などをそのまま受けとめ、時間をかけて共有することが大切で、これは電話相談員しかできない貴重な役割と言えます。

2. うつ病の電話相談

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

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

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

3. 電話相談におけるセカンドオピニオン（主治医以外の専門家の意見）

医師による電話相談ではセカンドオピニオンを求められることが多いようです。東京いのちの電話では創立直後の1973年以来、一般の電話相談と並行して医師による医療電話相談を実施していますが、この相談の特徴は精神疾患にかかわる訴えが多いことです。一般的に電話による医療相談はセカンドオピニオンを求めているようで、すでに何らかの治療を受けているグループのほうが、未治療群より多いことがそのことを如実に裏づけています。たとえば副作用や今後の治療についての不安があって、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か。ことに社会的偏見が強い精神疾患については、電話による相談は安心して相談できます。苦情や不安をていねいに聞くだけで、たい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①うつスクリーニングの実施、②一般住民への啓発・普及活動、③高齢者への集団援助活動、の3項目です。

1) うつスクリーニングの実施

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

2) 一般住民への普及啓発活動

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

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

3) 高齢者への集団援助活動

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

そこで、地域住民との交流を深めて高齢者の閉じこもりや寝たきりを予防し、住民の心の健康と生きがいづくりを目的とした地域拠点生きがいサロン「よりあっこ」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作ろ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。

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