

## 11 心のケア

現代社会においては、家庭や地域社会の中での人間関係が希薄化するとともに、企業の中での雇用管理も大きく変化してきた。このような環境の下、人間は精神的なストレスを蓄積しやすくなっている。そのためストレスが発症に大きく影響すると言われている「心の病」があらゆる年齢層に広がっている。またこの「心の病」は身体の病気と同様に、どんな人にも生じえるものであり、生涯を通じれば5人に1人が精神疾患と診断され得るという調査結果もある。

心の病気にはうつ病、気分障害（躁うつ病など）、統合失調症、自律神経失調症、不安神経症、不眠症、強迫神経症、人格障害、摂食障害 / 神経性食欲不振症（拒食症、過食症）、適応障害、パニック障害など様々な病気がある。

精神疾患の発生については、病気になりやすいかどうかの「脆弱性（もろさ）」と病気の発症を促す「ストレス」の組み合わせによって示されるストレス脆弱性モデル（図23）が理解しやすい。一般的には脆弱な人は生まじめで優しい人が多いといわれる。このストレスと脆弱性のバランスで精神疾患が発症すると考えられている。

図 23 ストレス脆弱性モデル  
(Zubin J, et al)

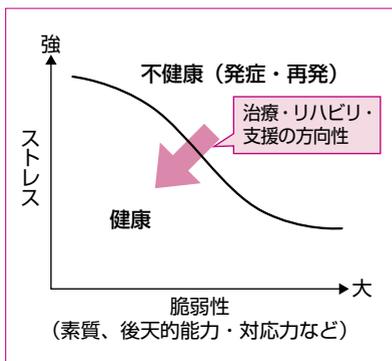
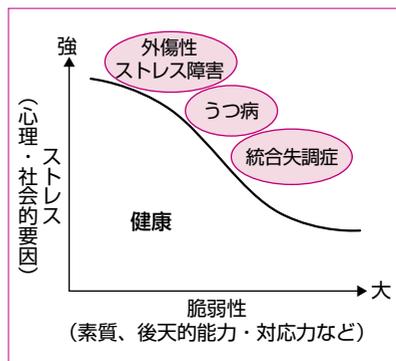


図 24 ストレス脆弱性モデルによる疾患の理解 (伊藤)



厚生労働省「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」より

図 24 は、大規模な災害被災や犯罪被害のように、非常に強いストレスが加わった際には、脆弱性の小さい、ストレスに強いといわれているような人々でも、多くの人が心的外傷後ストレス障害（PTSD）にかかりやすくなる。うつ病も、急激なストレスや日常生活の中にある慢性的なストレス状況の中で生じうる病気である。統合失調症は、図 23 のように上記 2 つの病気に比べれば一般的には脆弱性の寄与がやや大きいと考えられ、比較的弱いストレスであっても発症するが、他の疾患と同様にストレスと脆弱性の相互関係の中で発症や再発がある病気である。いずれにせよ、精神疾患は、早期に発見し、正しく治療・支援を行い、ストレスを和らげる環境をつくることにより症状を和らげることができる。

## ● 自殺者数の動向

厚生労働省「人口動態調査」により年間自殺者数の推移を見ると、近年 30 年間では、1986（昭和 61）年に 2 万 5,000 人を超える水準となった後、2 万人から 2 万 5,000 人の水準で推移していたが、1998（平成 10）年に 3 万人を超え、それ以降はほぼ横ばいとなり、2007（平成 19）年では約 30,000 人であった。最近の動向を見ると、高齢化の影響もあり 60 歳以上層の占める割合が高止まっていること、健康問題や厳しい経済・雇用情勢を反映してか、50 歳層の占める割合が上昇傾向で推移していること、男性の割合が上昇する傾向にあることが目立っている。

警視庁資料により、原因・動機別（家庭問題、健康問題、経済・生活問題、勤務問題、男女問題、学校問題など）の構成を見ると、健康問題が一貫して最も高い割合を占めているものの、1990（平成 2）年以降、その割合は一貫して低下している。一方、経済問題は 1990（平成 2）年以降上昇傾向で推移し、2007 年（平成 19）年では全体で「60 歳以上」が全体の 36%を占めており次いで「40 歳代」が 15%となっている。原因・動機別状況では、「健康問題」44%、「経済生活問題」22%、「家庭問題」11%の順になっている。職業別状況では「無職者」が全体の 57%、次いで「被雇用者・勤め人」が 27%であった。また、性別では男性が全体の 70%を占めている。さらに男女別に原因をみみると、男性は「健康問題」が最も多く、次いで「経済・生活問題」となり、女性も同様に「健康問題」

が最も多い原因であるが、次いでは「家庭問題」となっている。こうした男女や年齢層による自殺原因・動機の相違には、不況の影響や生活の主たる場が職場または地域であるか、家庭内での役割がいかなるものかなどが影響していると考えられる。

## ● うつ病

うつ病は、気分を調節する脳機能の障害で起こると考えられている、気分障害の一種である。様々な原因で起こると推定されているが、医薬品でうつ病を起こすこともある。中でも降圧剤（特にβ-ブロッカーが有名）、インターフェロン、ステロイドホルモンによるうつ病発症はよく知られている。また、各種の内分泌・代謝疾患あるいは膠原病などが隠れていることもある。または、脳の器質的変化（アルツハイマー、パーキンソン病のような変性疾患や頭部外傷や脳腫瘍など）で、うつ病の症状が現れることもある。

うつ病の治療には、①精神療法②認知療法③リラクゼーション④薬物療法などがあり、精神療法の原則はまずよく話を聞くこと、休養をとらせ、必ず治る病気であることを説明する。認知療法は、患者の悲観的で否定的な偏った考え方を指摘し、是正させることが重要である。リラクゼーションには筋弛緩法や自律訓練法などがあり筋肉の緊張をとり、また気持ちを落ち着かせる方法をとる。最後の薬物療法については、従来からの三環系抗うつ薬や四環系抗うつ薬に比べて便秘、イレウス、口渇などの抗コリン作用による副作用が軽減された選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI）やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤（SNRI）をわが国で使用できるようになり、一般診療科の医師でも容易に使用できるようになった。

また、専門医に紹介した方が良い場合は、診断に苦慮するとき、内服療法に症状の改善が認められないとき、重症のうつ病、産後うつ病のとき、また躁状態を呈したとき、自殺念慮が強いときなどである。

## ● 心の健康確保対策

うつ病の予防のためには、厳しい環境の中にあっても、それぞれの置か

れている環境や状況に応じた方法で、ストレスの蓄積を低減するような心の健康対策が求められているといえよう。うつ病対策を中心とする心の健康確保対策を有効なものとしていくために、まず理解しておかなければならないことは、心の病やこれと関係が深いといわれる自殺の問題は、誰もが抱え得る身近な問題であるということである。またこうした問題をタブーとせず正面からとらえ、正しい理解の普及や啓発を国民一人ひとりに対して行っていくことが重要である。ところで、うつ病になりやすい人の特徴をみると、日本人の場合には大部分の人に該当することではあるが、几帳面で真面目、責任感の強い人がなりやすいといわれている。また、特に高齢者については、「生きる不安」や「一人ぼっち（孤独感）」の状況がうつ病の背景にあることも指摘されている。

したがって、すべての人々に対し、生きる勇気と力を取り戻させるような支援体制・環境づくりが、心の病を予防・治療するとともに、自殺を未然に防ぐために重要である。一人ひとりが社会や他者とのつながりを保つための支援、自分自身や世の中を悲観視している人々への適切な支援が、円滑に行われるような環境づくりが重要であると考えられる。

## ● 地域における心の健康確保対策

地域における心の健康確保対策としては、高齢者を中心とした家庭に居る人々の健康の確保と、健康を害した人々へのうつ病への対応を中心とした心のケアが特に重要であると考えられる。

厚生労働省では、うつ病への対応が必ずしも適切になされていないこと、厚生労働大臣の下に開催された「自殺防止対策有識者懇談会」2002（平成14）年12月の最終報告で、自殺予防としてのうつ病対策の必要性が指摘されたことを踏まえ、2003（平成15）年8月から「地域におけるうつ病対策検討会」を開催し、2004（平成16）年1月に、具体的なうつ病対策の方策、都道府県・市町村の取り組み事例や、国民向け啓発パンフレット案を盛り込んだ都道府県・市町村職員向けの「うつ病対策推進方策マニュアル」及びうつ病を抱える住民に接する際に必要な、具体的なノウハウを示した保健医療従事者向けの「うつ対応マニュアル」を公開したところである。日本医師会では2004年に「自殺予防マニュアル」を作

成配布し、2008（平成 20）年 10 月には「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」を開催し、取り組みを行っている。

## ● 職域における心の健康確保対策

近年行われている構造改革や、グローバル化指向型競争社会の導入の中で、わが国の経済・産業構造も大きく変化している。また、厳しい経済情勢が続く、リストラ圧力も高まり、厳しい雇用情勢が続いてきた。

さらに、労働者の就業意識の変化や働き方の多様化も見られる。このような近年の雇用を取り巻く諸情勢の変化を背景として、企業における人事管理にも大きな変化が見られるところである。

こうした状況の下、仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は、厚生労働省労働基準局「労働者健康状況調査」によれば、約 20 年前の 1982（昭和 57）年には 50%強であったが、2002（平成 14）年には約 61.5%となっている。

厚生労働省ではこうした状況を踏まえ、2000（平成 12）年に、事業場において事業者が行うことが望ましい、労働者の心の健康保持増進のための、基本的な措置（メンタルヘルスケア）を明らかにした「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、その普及を図っているところである。

同指針においては、各事業場が心の健康づくりに関する体制の整備、問題点の把握、人材の確保などについて定めた「心の健康づくり計画」を策定し、同計画に基づき、

- ①労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処によるセルフケア
  - ②管理監督者による職場環境などの改善と相談によるケア
  - ③産業医等事業場内産業保健スタッフなどによる専門的ケア
  - ④医療機関および保健機関などの事業場外の専門機関との連携によるケア
- の 4 つのケアを継続的かつ計画的に行うことが重要とされている。

## ● 緩和ケアや終末期医療における心のケア

従来、緩和ケアや終末期医療（ターミナルケア）とは、主にがんの末期に対して考えられていたものではあるが、現在では、がんだけではなく工

イズや認知症など、高齢者に特有の問題、小児の難病、神経難病、さらには救急医療のような場面も含んでいる。また、生命予後については「半年以内」、「1年以内」といった区切りをつけていたターミナルケア期としていたが、現場医療の医師にとっては、様々な対象疾患に対する終末期を考えると、数年単位の「終末期」も現実には存在することを数多く経験するようになった。

また、がん医療は治癒や延命を目指すことが目標ではあったが、この考えも今では心の苦痛や症状の緩和を目指すことが重要と考えられるようになった。つまり「cure から care へ」との考えであり、告知による患者の苦悩に接したときからすでにごん医療と緩和ケアが始まり、その後の全人的医療とケアが構築されていくようになってきた。これこそが、「cure も care も」の考えである。

重要なことは、様々な病気の末期の患者に対して「できることは何か」を考え、患者にとっての QOL の実現を支えることである。それが心のケアともなる。

終末期医療においては、「出来る限り QOL の向上・保持を目指す」ということが治療の目標となる。患者自身の最善を目指すことが重要ではあるが、「死に至る時間が限られている」ことを考慮に入れ、家族や患者と深い関係にある人達に対して、最善を尽くすことも重要である。

## ● 心も救う在宅ケアをめざして

在宅ケアの歴史は古く、1969（昭和 44）年にイギリスで開始された。在宅ケアにおける医療は、患者が自宅で過ごすことを希望した場合、患者と家族を対象にして、入院時と同様な援助を提供することを目指している。在宅ケアの目標は、生活の場で可能な限り良好な QOL を実現することである。

在宅ケアは、入院施設での医療に比べて、心のケアにとっても次のような優れた点を持っている。

### （1）在宅医療の長所

- ① 患者は住み慣れた自宅で、自分のペースで生活することができる。

- 
- ②患者は家族とともに過ごすことで、家族の中の自分の役割を保ち、かつ果たすことができる。
  - ③介護の中心は家族で、入院に比べて患者の意思を最大限尊重できる。その一方で、在宅医療には以下に述べる短所もある。

## (2) 在宅医療の短所

- ①病状の急変や症状の悪化に、迅速に対応することが困難なことがある。
  - ②家族に介護の負担がかかり、過大となりやすい。
  - ③介護用品など、療養に必要な器具や設備を揃える経済的負担を伴う。
- これらの長所を生かし、かつ短所を補うためには、在宅ケアのシステムが社会的に整備されることが不可欠である。

同時に心のケアを含む全人的緩和ケアが必要であることが広く社会に認識され、専門的かつ普遍的な分野としての緩和ケアが難病を含めた多くの疾患に拡大され、在宅においても展開されることが望まれる。

## ●心の健康を守るために

心の健康を守るためには、行政、企業、保健、医療関係者などによる国民への適切な情報の提供と、社会全体による情報の共有と協働によって健康リスクの低減を図ることが大切である。医療関係者の中で特に地域におけるかかりつけ医、産業医の存在は地域、職域の中で中心的な役割を担うことになる。適切な情報の提供と共有は、健康リスクについての正しい理解を促進し、社会全体で適切な対応が行われるようにするための前提となるものである。

## ■参考文献

- 「厚生労働白書（平成16年度版）」
- 「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」（平成15年10月）
- 「再び終末期医療について」日本医師会 第IX次生命倫理懇談会（平成18年2月）
- 「自殺予防マニュアル」日本医師会（平成16年3月）