

第5章 当面の重点テーマ

当面の重点課題

1 ライフステージに応じたメンタルヘルスの向上を図ります

(1) 子ども・若者のメンタルヘルス

(2) 女性のメンタルヘルス

(3) 中高年のメンタルヘルス

(4) 高齢者のメンタルヘルス

(5) 働く人のメンタルヘルス

2 病院等からの地域移行と地域生活の継続を支援します

3 アルコール依存症の予防と治療、回復を支援します

4 追い込まれた死「自殺」を防ぎます

5 災害や事件、事故後のこころのケア体制をつくります

本市のメンタルヘルスを取り巻く現状等を踏まえ、基本的施策のうち第1期計画において重点的に取り組むべきテーマを以下のとおり定めます。



ライフステージに応じたメンタルヘルスの向上を図ります

(1) 子ども・若者のメンタルヘルス

子どもや若者のメンタルヘルスは、生涯を通じたこころの健康の基礎づくりとして重要な課題の一つです。また、我が国の若い世代の自殺は深刻な状況であり、本市においても若年層の自殺対策は重要なテーマです。

近年、子育てを取り巻く環境は大きく変わりました。特に都市部では、人間関係が希薄となり、少子化・核家族化が進むことによって育児にかかわる経験的な情報は減少する一方、マスメディアや通信端末の発達により育児情報の氾濫^{はんらん}や育児が画一化する傾向にあります。養育者は家庭内で孤立し、家庭そのものも社会から孤立している状態です。このような環境が子どものこころの育ちにも様々な影響をもたらしています。

こころの健康相談では他の年代に比べ学齢期の相談は少ないものの、小中学校での不登校がひきこもりに発展した相談や、大学進学後あるいは就職後にうつ状態などメンタルヘルスの不調を



きたしたなど若者の相談は後を絶ちません。発育・発達歴や性格傾向、家族との生活歴、学校時代の出来事、進学や就職後の様子などを本人や家族から聞き取ると、発症の要因として幼いころに虐待を受けていた、両親の暴力を見ていた、学校時代にいじめにあったなど、トラウマ体験*が多く見受けられます。虐待やDV、いじめなど日々の暮らしの中で繰り返される人権侵害は、子どもたちの心に大きな傷を残し、生涯にわたって深刻な影響をもたらすことがわかっています。本市では虐待やDV、いじめ等に対する様々な対策を講じていますが、その件数は年々増加しています。あらためて社会全体がこの問題の重大性を認識し、予防と早期発見、早期対応等対策を講じていく必要があります。

不登校からのひきこもりや、ストレスを原因とするうつ病、摂食障害や薬物依存、自傷行為など、思春期・青年期のこころの問題の背景に、乳幼児期からの養育者との愛着関係を要因とする、強い不安や自我確立の遅れ、自尊心や自己効力感の低さが認められます。こころは人間関係の発達の中で育ち、その基本となるのが乳幼児期の養育者との人間関係・愛着です。養育者に子どものこころの育て方を伝えるとともに、養育者が孤立することなく安心して子育てができるようサポートする仕組みが必要です。また、発達障害については、精神疾患ではありませんが、障害特性から生じる生きづらさから、家庭や学校、職場、地域との関係において自尊心を傷つけられたり孤独に陥り、二次的にうつ病を発症することがあるという点において、生活障害を軽減するための障害の診断や相談支援が重要です。LGBTについても、無理解や社会制度の整備の遅れから、様々な生きづらさを抱えることになり、うつ病や依存症、自殺などのリスクが高いと言われています。いずれも、多様性を認め合える社会づくりが大切です。

また、成人の精神疾患のうち75%は24歳までに、50%は14歳までに発症しているという報告があります。思春期は、身体的、心理的、社会的に大きな変動がある時期です。生活の広がりによって経験するさまざまな失敗や挫折、急激におこる身体変化などの発達課題をうまく乗り越えるためには、知識やスキルだけでなく、ともに受け止めてくれる人の存在が重要となります。子ども自身が生涯を通じて自らの健康を管理し改善していくための知識を身に付けるとともに、不安を受け止める人間関係づくりや相談体制が必要です。

子どもや若者の生涯を通じたメンタルヘルスを考えるとき、子育てや子ども・若者を支援する機関、学校関係者等との協働や連携とともに、社会全体で子どもたちのこころの育ちを保障する仕組みづくりが重要です。

*トラウマ体験：災害や暴力、事故など、その人の生命や存在に強い衝撃をもたらす出来事を外傷性ストレスと呼び、その体験をトラウマ（外傷）体験と呼ぶ。これらの体験による精神的な変調をトラウマ反応と呼ぶ。同じ外傷性ストレスであっても、その受け止め方や対処能力には個人差があり、ストレスに遭遇した全ての人にトラウマ反応が生じる訳ではない。



◆必要な支援と協働の仕組みづくりの検討

- ・推進会議のもとに専門部会を設置。課題に対する共通認識をもつとともに、具体的な取り組みや連携・協働のあり方について検討する。

◆子どものこころの育ちに必要な環境づくり

- ・市民への知識の普及と啓発。
- ・子育て支援施策の推進。

◆こころを育む子育ての支援

- ・母子健康手帳の交付や両親教室等で、子どものこころが育つ道筋やこころを育てる子育て知識の普及。
- ・乳幼児期、学童期、思春期と、子どものこころの発達段階に応じた子育て知識の普及。
- ・LGBTをはじめ多様性を認める子育ての啓発。
- ・子育て支援従事者への研修による、養育者への適切な助言や支援。

◆思春期の子どもに対する、精神疾患に関する知識やストレス対処法、コミュニケーション法等の普及、メンタルヘルス・リテラシー教育の推進

- ・学校と保健所の連携により中学生・高校生を対象とした講座を実施。

◆児童虐待の早期発見と適切な支援

- ・虐待の早期発見と、子どものこころのケアならびに養育者のメンタルヘルス問題への支援。
- ・子育て支援従事者の子どものトラウマや養育者のメンタルヘルスへの対応力の向上。

◆子ども・若者のメンタルヘルス問題の早期発見と早期対応

- ・子ども・若者にかかわる関係者を対象とした、ひきこもりや精神疾患に関する知識の普及。
- ・学校や教育委員会と保健所等地域支援機関との連携により、メンタルヘルス問題の早期発見と切れ目ない支援の実施。

◆子ども・若者の自殺を予防するための啓発

- ・学校との協働により、中学生や高校生を対象とした「いのちの授業」の実施。

◆いじめや虐待やDVなど、子ども・若者への人権侵害を防ぐ

- ・各問題への対策の推進。



児童青年精神科医からのお願い

精神保健福祉相談嘱託医

赤垣メンタルクリニック院長 赤垣 伸子 あかがき のぶこ

私は、精神科医で、子どもや若者の精神科診察を行っています。様々な神経症、心身症や精神の病気に加えて最近では発達障害の相談が増え、またそれらに伴う不登校、行動の問題などについての診療を行っています。

子どもや若者の精神科受診に際して、保護者の方をはじめ、関係機関や周囲の大人の方々をお願いしたいことが3つあります。

一つ目は、子どもに向かって、「そんなことをするなら精神科に連れて行くよ」などと言って、受診に懲罰的な意味を持たせる、あるいは、「もう精神科に行くしかない」と、精神科受診が最後の砦であるかのようなニュアンスを抱かせるのは避けてほしいということです。こうしたことを言われて受診する子どもは、親から見放されたと感じていたり、精神科のレッテルを貼られると恐れたりしています。自分の心の悩みを誰かに相談するのは、恥ずかしいことではなく、自分の心を見つめようとする立派な行動です。保護者も先生たちも、受診を促す前に子どもと一緒に悩んでほしいと思います。精神科の受診は、一緒に悩む仲間を増やす行為と考え、そうした意味合いを込めた勧め方をしていただけると幸いです。

二つ目は、「診断することだけ」を目的に受診しないでほしいということです。最近、保護者の方がインターネットや書物などを見て、「子どもはこの病気や障害ではないか」と受診される場合も多いです。そういう心配を主治医に伝えていただくのは良い事だと思います。でも、周囲の大人が病名にこだわることで、その子自身を見なくなってしまふことがあります。子どもは、受診早々に病名をつけられてしまうことで、傷つくかもしれません。もちろん、早期治療が必要なものは早期に診断し療育を開始したり、診断名を確定して他の診療科のようにガイドラインに沿った治療を行ったりすることもあります。しかし、その子どもを理解し育てていくために、またその子が成長していくために、診断名は必要でないことも多いのです。大切なのは病名ではなく、子どもを取り巻く人たちが、その子が今困っていることを解決するために、状態を整理し、何をすることが必要なか考え、実行することだと思います。

三つ目は、子どもの心の問題を、医療機関に任せっぱなしにしないでほしいということです。私は、子ども自身にどんな障害や病気があろうと、子どもの心の治療は生活の場で行われると思っています。日々、子どもたちはいろいろな物を見、聞き、体験し、会話して思考し判断し、失敗しては回復して成長していきます。その中に治療的な要素がたくさんちりばめられています。家族、学校、医療機関、その他関係機関、それぞれの人たちが子どもの事を思っている、お互いの連携がないと信頼関係を持てず互いに批判し合っただ対立してしまうことがあります。子どもは、両親と学校の先生と主治医と一緒に集い話し合う姿を見て、「ここにいる大人はみんな自分を応援してくれる仲間だ」と安心します。子どもを取り巻く大人たちは、是非つながってほしいと思います。そうすることで、子どもの意見を取り入れたオーダーメイドのかかわりが持てるのではないのでしょうか。そのつながりあいには行政にも是非協力していただきたいです。悩みを持つ子どもや若者の関係者が（学校に呼び出されるのではなく）複雑な手続きなしに集まれる場の提供、困っている家族に対して多職種で関わるができる仕組み作り、関係機関・団体が子どもに接する技能を向上させていくための研鑽事業の実施などを通して、子どもと取り巻く大人たちがともに成長していけるシステムを、作っていただけたらと思っています。

(2) 女性のメンタルヘルス

女性が抱える様々な生きづらさがストレスとなり、メンタルヘルスに大きく影響しています。女性の生きづらさには、一般的に次のようなものがあげられます。

- * 「生理的特性」：ホルモンの影響を受けやすく、妊娠・出産や更年期によって体と心は大きく変化します。
- * 「性的役割分業」：男は仕事、女は家庭という根深い役割意識があります。家事と育児と仕事の両立、あるいは結婚・出産に伴い仕事など自己実現を断念せざるを得ない状況は大きなストレスとなります。
- * 「ジェンダー」：社会的、文化的に形成された男女の差異で、「男らしさ」「女らしさ」など社会通念において一般的な固定的な性別観・性差観を意味することもあり、固定的役割分担、偏見等につながっている場合があります。「女性はこうあるべき」ととらわれてしまうと、ストレスとなります。
- * 「ガラスの天井」：資質や成果に関わらず女性の組織内での昇進を妨げる、見えないが打ち破れない壁をいい、天井にぶつかると精神的に大きなダメージを受けます。
- * 「貧困」：1人暮らしの女性世帯の貧困率は、勤労世代で32%、65歳以上では52%と過半数に及んでいます。19歳以下の子供がいる母子世帯の貧困率は57%で、女性が家計を支える世帯に貧困が集中し、貧困者全体に女性が占める割合も57%と、1995年の集計より男女格差が広がっており、社会問題となっています。
- * 「暴力被害」：女性の人権軽視を背景としたDVや性犯罪、セクシュアル・ハラスメントなどの被害の対象となります。

このように、女性は女性特有の個人要因や社会環境要因によってメンタルヘルスに不調をきたし、うつ病のほか摂食障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）、アルコール依存症、自殺などに移行するリスクが高くなっています。このことから、社会環境の改善や、とよなか男女共同参画推進財団をはじめとする各分野での取組みとともに、個人のメンタルヘルスに対する支援として、関係機関が協働し以下のことに取組んでいきます。

また、妊産婦は、すべての子どもがすこやかに生まれ育てられる基盤であることから、尊重され保護されなければなりません。次世代を担う子どもたちの健やかなこころを育むためにも、妊産婦のメンタルヘルスは極めて重要です。

◆必要な支援と協働の仕組みづくりの検討

- ・ 推進会議のもとに専門部会を設置。テーマに関する講演会を開催し、課題に対する共通認識をもつ。

◆女性の人権とメンタルヘルスに関する啓発

- ・ 保健、教育、人権等関係機関が協働し講座等を実施。



- ◆ストレス対処方法など知識の普及とリテラシーの向上、相談体制の整備。
 - ・関係団体との協働による、市民や女性を対象とした啓発や講座の実施。
 - ・関係団体、学校との協働による、児童生徒への啓発や講座の実施。
 - ・関係団体との連携による、相談支援の充実。

- ◆妊産婦のうつ病の早期発見と早期対応のための知識の普及
 - ・母子健康手帳や副読本、講座等での知識の普及。
 - ・妊産婦のこころの相談の実施。
 - ・保健・医療・子育て各機関の従事者を対象とした研修会の実施。
 - ・産科・小児科・精神科医療、母子保健・精神保健、子育て支援との連携の推進。

- ◆うつ病や自殺の兆候を早期に発見できるようゲートキーパーを養成
 - ・女性相談、妊産婦相談、子育て相談、ひとり親相談、就労相談等の従事者を対象としたゲートキーパーの養成。

COLUMN 9

あなたは、あなたのままで

精神保健福祉相談嘱託医

ほっとメンタルクリニック院長 やひろ みちよ 八尋 美千代

これを読んでいるあなたの周りには、どんな女性がいるだろうか。今の女性の生き方は様々だ。結婚する、しない、産む、産まない、どんな働き方を選ぶか。どんな人生を選ぶにしろ、女性の人生にとって母性は大きなテーマだ。この数年、母になる苦しさを訴えて受診する女性に会う機会が増えた。女性に生まれてくることはできるが、母性って何なのだろう。

4ヶ月になる男の子のママのMさん。大卒でIT企業に勤務後、同僚と結婚し退職。夫の転勤で初めて大阪に転居。関西には親戚も友人もなく、夫は毎日仕事で夜遅く、土日も出勤。子どもとの生活は予定通りに進まず、家事も十分にできない。こんな簡単なこともできないダメな人間だったんだ、と思い知らされる。気がつくと1日子どもと二人きりで誰とも話をしていない。疲れた夫には泣き言は言えない。夜中も子どもがぐずるとすぐ目が覚めて何度も起きる。家事や育児をちゃんとやらなくちゃ、と気持ちばかり焦り、子どものことも可愛いと思えない。気がつくと涙が流れて止まらない。相談する人もなく、広報誌で見た保健所に電話相談をした。保健師さんの訪問を受けカウンセリングで育児の相談ができた。保育所の一時預かり制度や子育てサークルを紹介され、どうしようもないところからは抜け出せた。でも、行政の支援を受け周囲に迷惑をかけて何とか育児をしている自分は2人目を望む資格がない、と思っている。



ちょうど、この原稿を書いていたら、新聞に「ワンオペ育児」という記事が掲載されていた。Mさんと同じように夫や実家の援助も受けられず、1人で育児する状態をこう呼びそうだ。精神医学に拘禁^{こうきん}反応と呼ばれる状態がある。強制収容所等のように強制的に自由を抑圧される環境に置かれた人が示す精神状態のことを指し、悲観的、抑うつ的、被害的、妄想的などの多彩な症状を示す。出産後、体力も十分回復していないのに、育児は24時間勤務だ。しかも一つの命をあずかるという重責ある仕事だ。子どもとの間は見えない鎖で繋がれ、仕事から解放される時間はなく、自由は完全に奪われる。誰とも言葉を交わすことなく一日中乳児と二人きり。二人だけど、いつも孤独だ。ワンオペ育児なる状態は、「育児」の中に監禁されているといっても良い。真面目で責任感も強く、育児を頑張る「良い母」になろうとする女性ほど、がんじがらめになってしまうように思う。心の健康は、仲間がいる、一人ではないと思えること、自分の行動に意味があり大切なことだと知っていることで支えられる。育児中の母親が、密室に子どもと二人で置き去りにされているのは極めて不健康だ。能力不足などと思わずに、多方面に手助けを求めたほうが良いと思うし、周囲の人はもっと配慮して援助を求めやすい環境を作り、協力すべきだ。

人間の子どもは動物に比べて、とても未成熟な状態で生まれてくる。生後一年は歩くこともできず、まだ胎児のようなものだ。大げさかもしれないが、母になるには何度も痛みを耐えなければならぬのだと思う。妊娠と陣痛という身体の変化や痛みが、母性を目覚めさせるとすると、授乳をはじめ、排泄、移動など全ての世話を必要とする最初の一年間を通して、自分の中に母性の宿る器官を発達させるといっても良いだろう。女性が母になるのではなく、子どもが母なるものを育ててくれるのではないだろうか。乳児期を経ると、第一反抗期、第二反抗期、子離れの時期まで考えると育児期間は二十年くらい続き、その時々で直面する問題も変わってくる。どうしたら良いかわからず悩むこともある。「子どもは三歳までに一生分の親孝行をする」と昔の人は言ったが、子どもは本当にお母さんが大好きだ。良いお母さんだからではない。お母さんだから好きなのだ。毎日が大変で、時には可愛いと思えなくても、子どもは最初からお母さんの何もかもを許している。苦しんでいるお母さんがいたら言ってあげてほしい。

「あなたはあなたのままで、それでいい。十分、お母さんなのだ」と。



(3) 中高年のメンタルヘルス

中高年のメンタルヘルスは、この時期のこころの健康を保つだけでなく、その後の老年期に起こりうるメンタルヘルスの不調を予防する重要な時期といえます。

中高年期は、心身機能の低下や病気、仕事での期待や役割の高まりのほか、リストラや転職、退職、家庭では高齢化する親世代の介護や死別、子どもの教育期間の長期化や巣立ちなど、喪失体験やライフイベントが続き、心理的にも、社会的にも負担を抱えることが多い世代です。その結果、不安や抑うつが現れやすくなります。子どもが巣立った後の空虚感から発症する抑うつや心身症などを示す‘空の巣症候群’からうつ病やアルコール依存症に進む場合もあります。エネルギーに活動していた人が突然意欲をなくし心身の疲労を訴える‘燃え尽き症候群’からうつ病に発展していく人も少なくありません。平成 24 年(2012 年)の「労働者健康状況調査」では、強い不安・悩み・ストレスとして男性の 4.4 人に 1 人が「定年後の仕事・老後の問題」を挙げており、将来に対する不安も大きくなっています。ストレスにうまく対処するためのスキルを身につけること、つらいときは一人で抱え込まず身近な人や相談機関に話すことの大切さを啓発していく必要があります。

また、中高年期は、次に迎える高齢期のメンタルヘルスを良好に保つための準備期ともいえます。高齢期のメンタルヘルスの課題を知り、こころの不調等を予防するため、例えば、家庭や地域等で人とのコミュニケーションを増やしたり、仕事以外の役割や活動をつくる、職場や家庭以外での居場所づくりなど、孤独や不安に陥りがちな高齢期の暮らしをともに支え合える、多様な人との良い人間関係づくりをスタートさせる大切な時期といえます。

◆情報発信と知識の普及

- ・こころの体温計等の活用により、メンタルヘルスへの関心を高め、セルフケアを促進。
- ・市民講座やリーフレット等により、中高年並びに高齢期のメンタルヘルスに関する知識の普及と啓発

◆こころの健康相談の周知と活用の促進

- ・既存相談の周知とともに、働く世代が相談しやすい体制の検討

◆アルコール健康障害の予防(再掲)

- ・働く世代が参加しやすい、多量飲酒者を対象とした「HAPPY プログラム」(集団節酒指導)の実施。





中高年のメンタルヘルス

精神保健福祉相談嘱託医

医療法人豊済会小曽根病院院長 にしもと 西元 よしゆき 善幸

65歳以上の高齢者人口が、2020年には29.1%、2035年には33.4%になると推計されており、急速な少子高齢化時代を迎えようとしています。また、2025年には認知症人口が700万人を超えると予測されています。こういった状況のなか、中高年におけるメンタルヘルスは、官民一体となって取り組んでいかなければならない喫緊の問題であると考えられます。

財政問題や行政、関係機関団体の取組みは、もちろん重要ですが、ここでは豊中市保健所の嘱託医でもある精神科医としての立場から、意見を述べさせていただきます。

中高年においては、がんや生活習慣病などの身体疾患の対策と同様に、メンタルヘルスは精神疾患の予防と早期発見、並びにライフスタイルが最重要と考えられます。

まず、今後、最も問題になってくる認知症について考えてみることにします。認知症は、脳の海馬という部位が徐々に萎縮してくるアルツハイマー型認知症と、脳血流が悪くなることで起こってくる脳血管性認知症を中心とした症候群です。記憶、特に新しい記憶（記銘力）が減退してくることがこの病気の本体です。そのために、日常生活における失敗や意欲の低下、金銭に関する被害妄想や徘徊、不潔行為などの異常行動がみられることもあります。現在、根本的な治療法は見つかっていませんが、早く対応することで病気の進行を抑える薬が開発されていますし、予防にも効果があるという運動療法も提唱されています（筑波大学の朝田教授のダブルタスクなど）。また、進展していく介護問題に備えることもできるようになり、介護者の負担の軽減に繋がります。乳幼児健診のように行政が中心となって、認知症健診を実施して、市町村レベルで指導、啓発していく方式が望ましいと考えられます。昨今、高齢者運転が問題となっていますが、自動車免許の更新時に切り替え業務だけではなく、健診事業として一歩進めていくのも一案と考えます。

次に、近年、急激に増加している抑うつ症状について考えてみることにします。核家族化、経済情勢、格差の問題、並びに近所付き合いの希薄化など社会を取り巻く大きな変化が、抑うつ気分を訴える人の増加に直結していると考えられます。現在、「うつ病患者」は390万人と推計され、3年前の1.8倍となっています。この急激な増加をみても、生物学的な要素よりも上記の社会情勢に起因する可能性が高いと考えられます。「うつ病」は、早期に対応することで、薬にもよく反応しますし、認知行動療法的なアプローチを行うことで、薬を使用せずに改善することもあります。今までと違って寝つきが悪くなった、何かやる気が出ない、悲観的にしか物事を捉えられない、疲れやすいなどの自覚症状が数週間続く場合は、出来るだけ早く専門医や公的機関に相談に行かれることを勧めます。遷延化すると、せんえんか 焦燥感が強くなり、自殺という最悪の結果を招いてしまうこともあります。

認知症や「うつ病」に限らず心の病気の場合、周りの偏見や自らのコンプレックスなどから、受診や相談が遅れがちになることが多いようです。そのために二次的に気持ちがすさんで、ネガティブな回転に陥り、重症化、せんえんか 遷延化してしまいます。心身ともに健康であってこそその「長生き」であると思います。

生物の宿命である老化を上手に受容することで、健全な心を保持、育成し、不健全な部分は、できるだけ



早期に対応して行ってください。「健全なる肉体に健全なる魂が宿る」は、逆も真なりと思います。

最後に、ハーバード大学で行われた「史上最長の研究が明かす幸福な人生の秘密」という論文を紹介します。724名のハーバードの学生とボストンの貧困層の青少年を2群に分けて、75年間に亘って追跡調査したものです。結果は単純明快で、富や名声ではなく、良い人間関係（柔軟性があり、他人の意見を尊重できること）を築くことが幸せと健康の秘訣といったものです。孤独を避け、相互の信頼関係を築いていくことが肝要といったことです。

これからのメンタルヘルスに役立ててください。

(4) 高齢者のメンタルヘルス

高齢者のメンタルヘルスでは、認知症の問題が大きく、介護保険事業等において市民への啓発や各種予防事業、早期発見・早期対応に向けた取組みを進めています。一方、こころの健康相談では、高齢者のこころの不調や、うつ病等精神疾患、自殺念慮等について、家族や近隣、地域包括支援センター等支援機関からの相談が増えています。配偶者と死別後つらい気持ちを一人で抱えてうつ状態にある人や、アルコール依存症の人、とりわけ一人暮らしで自立生活ができているのに激しい妄想に脅かされている人が増えています。家族がいても同様で、いずれも孤立・孤独が、不調の大きな要因となっています。

老年期では、心身機能の衰えや健康問題、社会的地位の喪失や、収入の減少と生活への不安、役割期待の減少や対人関係の縮小と孤立、近親者との死別など、中高年以上に大きな喪失を経験し、不安、孤独、抑うつに傾き心理的な危機状態を生みやすくなっています。

本市では、一人暮らし高齢者が悲惨な孤立死を生むような社会的孤立を防止し、地域で安心して暮らせるまちづくりの一つとして、気軽に集える居場所づくりをはじめとする安心生活創造事業を展開しています。これら高齢者支援の充実とともに大切なことは、中高年からのこころの健康づくりです。職業生活中心で地域とのネットワークが希薄な人は、退職という喪失体験とともに、家庭・社会での役割や生活スタイルの変化に適応できず、孤立・孤独から、うつ病やアルコールへの依存などこころの不調をきたす割合が高まります。特に、男性については、生活習慣病の予防など身体の健康づくりと合わせて、人とのつながり、社会とのつながりづくりの啓発に取り組む必要があります。

◆介護予防・日常生活支援総合事業の推進

- ・個々の機能回復訓練等とともに、通いの場の充実など人と人とのつながりづくりを促進。

◆ゲートキーパーの養成

- ・高齢者を支援する介護サービス従事者や民生児童委員等を対象とした研修の実施。



- ◆老年期のメンタルヘルスについて啓発と知識の普及
 - ・地域包括支援センター等との協働で、講座の実施。
- ◆メンタルヘルスの対応力向上
 - ・個別支援における、高齢者支援機関と保健所等関係機関の連携。
 - ・関係機関による支援検討会議等での保健所の活用。

(5) 働く人のメンタルヘルス

団塊世代の大量退職、経済のグローバル化と国際競争の激化、OA化（コンピューターシステムを利用した事務の効率化）やIT化（情報システム化による業務の効率化）、雇用形態の多様化や不安定就労の増加など、近年働く人を取り巻く環境は大きく変化しています。

厚生労働省が5年に1回行っている「労働者健康状況調査」によれば、「仕事や職業生活でストレスを感じている」労働者の割合は、昭和57年(1982年)の50.2%から平成24年(2012年)の60.9%と増加しており、今や働く人の約6割はストレスを感じながら仕事をしています。男女ともに、特に30歳代・40歳代の働き盛り世代のストレスが高くなっています。その内容は、人間関係が最も多く、続いて仕事の質、仕事の量となっています。就業形態によってストレスの内容に差が見られ、正社員では仕事の質や量、派遣労働者や契約社員では雇用の安定性や仕事への適性が高くなっています。一方、過労死等の労災補償状況を見ると、「仕事による強いストレスなどが原因で発病した精神障害、精神障害を原因とする自殺による死亡」の請求件数は年々増加しています。

また、うつ病や自殺だけでなく、ストレス解消としての多量飲酒からアルコール依存症や様々な健康障害に移行するという問題もあります。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（メンタルヘルス指針）に基づくメンタルヘルス対策の一層の推進が求められます。

仕事が原因でメンタルヘルスに不調をきたす人の一方で、こころの健康相談を利用する人の中には、個人が持つ要因、例えばストレスにうまく対処できない、人間関係・コミュニケーションが苦手、発達障害など能力にばらつきがあるなど、働く場への適応が困難で、二次的にうつ状態を引き起こしている人がいます。このような場合は、必要に応じて医療を利用するとともに、ストレス対処力やコミュニケーションスキルを高めるような個別的な支援が必要となります。また、個々の特性を知り持てる能力が発揮できるよう就労支援機関や就労に向けた訓練機関等と連携しながら、うつ病等からの回復とリワーク(復職)をサポートします。

一方、本市の産業振興の基本姿勢は、「産業活動は都市の活力を支える柱の一つであり産業活動の主人公は中小企業である」（中小企業チャレンジ促進プラン）としていますが、その中小企業が元気であるためには従業員のメンタルヘルス対策が一層重要になっています。精神障害を原因とする労災認定件数の増加などに対し、労働者の安全と健康の確保対策を一層充実するため労働安全衛生法が改正され、平成27年（2015年）12月から、労働者のメンタルヘルス不調の未然防止



と労働者自身のストレスへの気づきを促すこと、ストレスの原因となる職場環境の改善につなげることを目的として事業者にストレスチェックが義務付けられました。しかし、常用労働者が50人未満の小規模事業所では、当面の間努力義務となっています。自営を含む小規模事業所が、事業主や従業員のうつ病や自殺、アルコール関連問題等で事故や能力低下などが起こらないよう、事業場内産業保健スタッフが確保できない場合の事業場外資源として保健所の活用を図れるよう、豊中商工会議所との連携により啓発や情報提供、必要な支援に取り組んでいきます。

◆中小企業に対する啓発とニーズ把握

- ・豊中商工会議所等との連携により、うつ病やアルコール依存症等に関する情報提供、相談窓口（保健所）の案内。事業所のメンタルヘルスに関するニーズ把握（アンケート調査ほか）。

◆中小企業、特に事業場内産業保健スタッフが確保できない小規模事業場の事業主、従業員に対する予防啓発と、早期発見のための相談

- ・豊中商工会議所が主催する会員企業のための定期健康診断において、うつ病やアルコール健康障害について相談の実施。

◆働く人やその家族、事業所に対する知識の普及

- ・市民講座や事業所への出前講座の実施。

◆従業員等の自殺危機への初期介入スキルアップ研修の実施

- ・事業主等職場のメンタルヘルス担当者へのゲートキーパー養成研修。

COLUMN II

ストレスチェック制度の有効活用を！

精神保健福祉相談嘱託医

明石クリニック院長 あかし けいじ 明石 憲司

平成27年12月にストレスチェック制度が施行されました。制度について簡単におさらいしておく、

- ① 医師や保健師等の「実施者」が、従業員にストレスチェック検査をおこなう。
- ② 従業員本人にのみ結果を通知する。
- ③ 高ストレスと判断された従業員から申し出があれば、医師による面接指導をおこなう。
- ④ 面接指導をした医師からの意見を聴取して、事業者は適切な事後措置を講じる。



という流れになるのですが、施行後1年あまりの間、まだこの制度が当初の狙い通り機能しているとはいえません。

この制度は本来、従業員のメンタルヘルスの向上に役立つとともに、事業者にとっても生産性の向上などのメリットが大きい制度ですが、あくまでも従業員が検査に正直に回答することが前提になっています。しかしこの前提は十分に達成されたとは言い難く、私が直接聞く範囲でも、「正直に書くと職場でどんな扱いを受けるかわからない」と言って優等生的な回答を並べた人がいる一方で、「高ストレスと判断されたら、会社は待遇を改善する義務があるんですよね」等と勝手な解釈で期待している人もいました。

また、高ストレスと判断されながら面接指導を希望しない人の問題も大きいと思います。面接指導を希望すると、その時点で初めて事業者側に検査結果が伝えられることになるのですが、そのことで不利益を受けるのではないかという疑念が払拭(ふっしょく)できないかぎり、チェックシートに正直に答えても多くの人は面接指導を申し出ないのではないかと思います。そして、この高ストレスでありながら面接指導を受けない人たちが、メンタル不調者の予備軍であることは容易に想像がつかます。

さらに、事業者側の「本気度」の問題もあります。会社の担当者の方からは、「制度が出来て手間と出費が増えた」などといった本音(?)も聞きました。みんながそうとはいいませんが、「とにかく言われたとおりやっておけば文句は言われないうらう」という姿勢、つまりストレスチェックを実施することが目的化している傾向が目立つようです。

これらの問題をクリアして制度がうまく機能するためには、何よりも従業員と事業者の双方がこの制度を正しく理解して取り組む必要があります。

従業員に対しては、ストレスチェックはメンタル不調者をあぶり出すものでなく、不調者を出さないための取組みであることをもっと周知する必要があります。各自の結果はまず本人にのみ通知され、従業員本人の同意がなければ事業者には通知されないことや、正しく回答することが職場環境の改善に繋がる、すなわち自分のためになること等をしっかりと知っていただかないといけません。

事業者には、高ストレスの従業員が面接指導を申し出ても不利にならない仕組み作りと、それを従業員にしっかり伝えることが求められます。仕事というものは出来る人の所へ集まります。結果として、仕事が出来た人ほどストレスを受けやすいのです。この人たちを不調に陥らせないことが仕事の効率や生産性の向上に繋がり、大きな意義があるということを事業者側がよく認識して、この制度に取り組んでいただきたいとします。

いくつかの問題点はありますが、ストレスチェックは有意義な制度なので、今後さらに発展してほしいと祈っています。



2 病院等からの地域移行と地域生活の継続を支援します

どのような病気や障害があっても地域社会の一員として役割を果たしながら自分らしく暮らせることはすべての人の願いであり権利です。必要な入院治療が終了し通院治療で地域生活が可能



な状態になれば、速やかに退院し地域生活に戻るようになりますが、再び入院が必要となるような病状の悪化を防ぐためには、通院や訪問看護等必要な医療を継続するとともに、福祉や介護、子育てなど生活支援サービス等の活用（ソーシャルサポート）、そして孤立防止として人との交流、見守り、家族への支援が不可欠となります。

精神保健福祉法に基づき本人の同意を得ることなく行われる医療保護入院については、人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるよう、病院に配置された「退院後生活環境相談員」等に協力して取り組みます。

長期入院患者をはじめ、措置入院や医療保護入院などの非自発的な入退院を繰り返し、病状が不安定な患者に対しては、精神科病院等が主催する退院支援委員会やカンファレンスに参加するなど、在宅での医療の継続や必要な生活支援サービスや地域の見守りなどサポート等の調整を図り、地域生活の安定に向けた必要な支援を行います。

第4期障害福祉計画の国の基本指針においては、在院期間1年以上の長期在院者に対して退院支援や生活支援等を通じて地域移行を推進し、併せて状態像に応じた医療を提供する機能を確保することとし、その実現に向け、平成29年(2017年)6月末時点の長期在院者数を平成24年(2012年)6月末時点の長期在院者数から18%以上減少することを成果目標としています。現在退院可能な長期入院患者が安心して地域生活に移行できるよう、障害福祉施策の一層の推進を図ります。その中で、保健所は、地域における退院促進支援にかかるネットワークの構成機関として、大阪府の地域精神医療体制整備広域コーディネーターとの連携により、精神科病院や相談支援事業所等のバックアップを行います。

精神疾患が原因で重大な他害行為を行った医療観察法の対象者については、入院医療終了後の地域処遇において、必要な医療の継続と環境調整等による病状の管理により安定した社会生活を維持できるよう、医療機関や障害福祉等関係機関、地域と連携しながら必要な支援を行います。

また、平成27年(2015年)11月に薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドラインが示されました。薬物依存症者が依存という疾患から回復し社会復帰するための地域支援として、保護観察所や保護司、医療機関、就労支援機関、地域等と連携を図りながら必要な支援を行います。

◆精神障害や薬物依存の回復を地域で支えるための啓発

- ・大阪府こころの健康相談センターや障害福祉行政、民間支援団体との協働。

◆精神障害者や薬物依存症者及びその家族に対する相談支援

- ・相談窓口の周知。
- ・大阪府こころの健康相談センターの専門相談や家族支援プログラムの活用。

◆病院等から地域生活への移行に向けて切れ目ない支援

- ・病院訪問等により長期入院者の実態把握と課題整理。
- ・地域生活への移行を協議する会議への参画。



・病院が開催する退院支援委員会等カンファレンスや医療観察法に基づく地域ケア会議等への関係機関の参加。

◆薬物依存からの回復のための支援技術の向上

- ・保健所相談員の研修。
- ・薬物依存症者の支援に携わる医療・保健・福祉・就労支援従事者に対する研修。

◆当事者や民間支援団体等の活動支援

- ・回復支援施設や自助グループの活動支援と連携。

COLUMN 12

入院医療中心から地域生活中心へ

精神保健福祉相談嘱託医

社会医療法人北斗会さわ病院 わたなべ はるお
渡邊 治夫

「地域移行」とは、“個々人が住まいを施設や病院から単に元の家庭に戻るのではなく、個々人が市民として、自ら選んだ住まいで安心して、自分らしい暮らしを実現すること”を意味しています。

私は精神科病院、老人施設での診療や、保健所での精神保健相談等を主な業務とする精神科医師ですが、最近その業務の中でも「地域移行」という言葉が使われることが多くなりました。私が行う診療や相談等の場面でも「この問題点をクリアできれば、退院（退所）して市民として自ら選んだ住まいで安心して自分らしい暮らしを実現できる」、「退院（退所）後の再入院（再入所）を防ぐことができる」といったことが度々話題となります。このような地域移行のため、入院中（入所中）の方々やそのご家族は、「住まいの場や地域での支援体制」が更に充実することを希望され、私自身も同様にそれらの更なる充実の必要性を強く感じています。

現在、精神障がいを理由に医療機関へ入院中の方々の中には、住まいの場や地域での支援体制等が整えば退院できる（“社会的入院”といわれています）方も多いとされています。そのような地域移行を希望する方が住みたいところを選び自分の暮らしを展開するなど、自身の意志や希望や選択が尊重される支援の仕組みと選択肢を作ることが、現在早急に求められています。

そこで、厚生労働省は、特に精神障がいをお持ちの方々に対して、平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、“改革ビジョン”）」という指針を示し、その中で「入院医療中心から地域生活中心へ（地域移行）」という方向性を示し、入院中の方々が地域で生活できるような様々な取組みを始めました。



退院をめざしている方々が地域での生活に移行するための住居の確保や、新生活の準備等に関する「地域移行支援」と、居宅で一人暮らしをしている方々が夜間等も含む緊急時における連絡、相談等のサポート体制に関する「地域定着支援」です。このような地域移行への支援の結果、“改革ビジョン”の開始後の10年間のデータを見ると、7万2,000人の社会的入院の方々のうち1万1,000人が地域移行し、地域での暮らしを実現できました。

私の勤務する病院では、入院中の方々の地域移行に必要と思われる項目を、それぞれの頭文字をとり“しゃかいふっき”と呼んでいます。その各項目についてご紹介します。

【“しゃかいふっき”の構成】

- “し” … 「しゃかい的行動」強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動が無い
(「どこへ行ってしまうかわからない」ことがないかで判断)
- “や” … 「やりくり」 経済管理
- “か” … 「かつどう」 生活リズム管理
- “い” … 「いんしょく」 栄養管理
- “ふ” … 「ふくやく」 治療管理
- “つ” … 「つきあい」 対人関係
- “き” … 「きれいさ」 保清(掃除、洗濯、入浴)

上記の“しゃかいふっき”の各項目について、入院中の方々の病気が回復し退院を検討する際に、一つずつ確認を行っています。その際、退院後地域での安定した生活を継続するために必要と予測される項目については、「入院中からの単身生活訓練」、「退院直後に施設での短期生活訓練」、「訪問看護」、「ヘルパー」、「社会福祉協議会」、「ショートケア」・「デイケア」・「デイナイトケア」など通院による精神科リハビリテーション、「就労訓練」など医療や保健、介護や福祉等サービスの積極的な利用を提案するようにしています。このような考え方や対応は医療機関から退院する方々だけでなく、施設から退所し地域移行を行う方々にも有用です。しかし、現時点では入院中(入所中)の方々の「地域移行」が十分に実現できているとはいえません。今後、多くの方々が地域移行を実現し、病気や障害があっても地域で自分らしく暮らせるよう、退院(退所)した方々への「住まいの場や地域での支援体制」を一層充実する必要があります。



3 アルコール依存症の予防と治療、回復を支援します

平成25年(2013年)にアルコール健康障害対策基本法が制定され、平成28年(2016年)5月にアルコール健康障害対策推進基本計画が策定されました。基本計画の対象期間である平成28年度(2016年度)から平成32年度(2020年度)までの間に取り組むべき重点課題として、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する



こと、ならびに、アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目ない支援体制の整備が設定されました。アルコールは、本人の心身の健康問題だけではなく、その家族や仕事への深刻な影響のほか、飲酒運転や暴力、虐待、自殺など重大な社会問題を引き起こす危険性が高いことから、関連分野における総合的な取り組みが求められています。今後は、府の対策推進計画が策定され、地域において具体的な対策を進めていくこととなります。本市においては、本計画の中でアルコール健康障害のうち特に精神疾患であるアルコール依存症対策を重点テーマとして位置づけ、その予防および早期発見と回復の支援について、関連する施策と有機的な連携を図りつつ取り組みます。

アルコールは覚せい剤等と異なり法律での罰則規定がなく、嗜好品というとらえ方から依存性薬物としての認識が低く、不適切な飲酒によって、がんなどの生活習慣病だけでなくアルコール依存症や自殺などのリスクを高めるという問題意識が本人の家族も低い現状があります。平成 28 年（2016 年）の内閣府調査によると、約半数の人がアルコール依存症に対するイメージを、「酔って問題行動を起こす」、「意思が弱く性格的な問題」と考えています。このような誤解や偏見もあって、依存症に対する否認傾向が強く、相談支援につながりにくいのが特徴です。

このような現状を踏まえ、本計画では、市民並びに行政、企業・事業者、医療関係者等がアルコールやアルコール依存症に対する正しい認識を持ち、予防から早期発見、早期介入と治療、回復・社会復帰に至るまでの切れ目ない支援体制の構築をめざします。また、本市にはアルコール依存症の専門医療機関がないことから、身近で専門的な治療が行える医療機関の整備を国・府に要望します。

◆必要な支援と協働の仕組みづくりの検討

- ・ 推進会議のもとに専門部会を設置。
- ・ 講演会等の開催により、関係者が課題を共有。
- ・ 相談支援従事者の養成。
- ・ 相談から治療、回復に至るまで、切れ目ない支援体制づくり。

◆市民や市民生活にかかわる各分野の相談支援と、専門相談機関として保健所の連携

- ・ 市民をはじめ医療機関を含む関係機関への相談窓口の周知。

◆アルコール依存症に対する誤解や偏見の解消と、啓発や正しい知識の普及

- ・ アルコール関連問題や依存症に対する正しい知識の普及啓発（断酒会等自助グループとの連携）。
- ・ 未成年者や妊産婦等への予防教育の実施。
- ・ 依存症を予防するため、孤立孤独を防ぐ繋がりづくり。

◆アルコール依存症者や多量飲酒者の早期発見と早期対応

- ・ 警察との連携により、飲酒運転検挙者に対する正しい知識の普及と相談支援の実施。
- ・ 内科や救急など医療機関との連携により、早期発見と保健指導の実施。
- ・ 特定健診や職場での定期健康診断での早期発見と保健指導の実施。



- ・介護や福祉サービス従事者との連携により、早期発見と保健指導の実施。
- ◆多量飲酒者に対する正しい知識の普及と節酒指導
 - ・認知行動療法を用いた集団節酒指導 HAPPY プログラムの実施。
- ◆アルコール依存症に関する相談や治療が行える専門医療機関の整備を、国・府に要望。

COLUMN 13

‘お酒’ の理解を深め 健康的な生活を！

HAPPY プログラム スタッフ

関西記念病院ソーシャルワーカー みよし ひろゆき
三好 弘之

日本人とお酒との付き合いは古く、神棚へのお供え物として、また祭りなどの儀式に欠かせないものとして、私たちの生活に身近な存在です。私たちがよく耳にする「酒は百薬の長」という言葉は兼好法師の『徒然草』の一節ですが、その全文は「酒は百薬の長とはいへど、万の病は酒よりこそ起これ」とあり、先人も多量な飲酒は心身に様々な悪影響を及ぼすことを知らせてくれていました。

厚生労働省は、「健康日本 21」（2000 年）の中で、「多量な飲酒」を純アルコール量で 1 日平均 60g を超える飲酒と定義しています。これは、アルコール度数 5% の 500ml 缶ビールなら 3 本、日本酒なら 3 合に相当します。当てはまる方も多いのではないのでしょうか？ 近年、多量飲酒ががん等の疾患や自殺のリスクを高めると指摘されています。また、女性や高齢者の飲酒問題が深刻化しています。アルコールのもつ依存性から発症するアルコール依存症の生涯経験者は 100 万人を超えているといわれていますが（2013 年 厚生労働省研究班報告）、その大部分が専門的な治療につながらないことから、依存症対策は国民の健康の保持を図る上で重大な課題となっています。

《女性とアルコール》

女性の社会参加が進むにつれて、女性の飲酒も一般的になってきました。肝硬変の患者をみると、女性は男性の約半分の飲酒量で発病し、病気になるまでの期間も短いことがわかっています。女性のアルコール依存症の背景には、生き方や自立の悩み、夫婦関係や嫁姑関係、子育てや介護、更年期障害、子どもが自立したあとの「空の巣症候群」など、人生の変化が関わっていることが多いようです。また、若年では、摂食障害やリストカット、パニック障害、薬物乱用などを併発していることも少なくありません。

《高齢者とアルコール》

高齢者の約 15% に飲酒に関連した何らかの健康問題があり、3% 前後にアルコール依存症が認められるという報告があります。特に男性は、これといった趣味もなく仕事一筋で気づいたら定年退職。そんな人た



ちが定年後にアルコール依存症に苦しむケースや、長年連れ添った配偶者に先立たれ、独りの淋しさを紛わすために過度な飲酒に溺れるケース等、ライフイベントが飲酒量を増やす原因となっています。また、依存症者の中には、重篤な身体疾患や認知症を合併し、介護者に大きな負担を課す例が多々あります。ヘルパー等を対象にした調査では、80%が利用者のアルコール問題に遭遇しているという驚きの報告もあります。

《正しい知識の普及と健康教育》

過度な飲酒がもたらす健康への悪影響や、女性・高齢者等に忍び寄るアルコール関連問題を予防するためには、学校や企業、医療機関等さまざまな場で正しい知識の普及や健康教育を推進していく必要があります。

現在、豊中市保健所では、市民を対象としたアルコールに関する相談や、私もスタッフとして参加している集団節酒指導（HAPPYプログラム）を実施しています。これらの取組みをさらに発展させていく必要がありますが、今後は内科等かかりつけ医との連携などにより、より多くの潜在対象者に参加してもらえるような工夫が望まれます。

また、アルコールに関連した心身の異常を早期に発見できるよう、企業健診や住民健診の中に検査を取り入れることも有効でしょう。すでに飲酒問題がある人たちやその家族に対して早い段階から相談や治療、回復支援を行うためには、保健や医療、福祉、教育、司法、自助グループ、民生委員等との活きた連携による地域包括ケアシステムの構築が必要です。

アルコールに対する正しい知識が普及し、市民一人ひとりが、お酒と上手く付き合うことで生活を潤いのあるものにして、また健康寿命を延ばし、生き活きとした生活を送っていただけることを願っています。



4 追い込まれた死「自殺」を防ぎます

自殺対策基本法が平成 28 年（2016 年）3 月に改正され、市町村においても自殺対策計画を策定することが義務付けられました。本市は本計画を自殺対策計画として位置づけ、自殺対策に特化せず他のメンタルヘルス対策と一体的かつ効率的効果的に必要な事業に取り組んでいきます。

本市における近年の自殺者数の推移は、平成 25 年（2013 年）の 71 人以降減少し、平成 28 年（2016 年）は 54 人となっています。自殺は、その多くは個人の自由な意思や選択ではなく、様々な悩みを一人で抱え込み、追い込まれた末の死です。一人ひとりのかけがえのない命を大切にできないまちに発展はありません。一人でも多くの命を自殺から救うための取組みの継続が求められます。

国の自殺統計では、自殺の原因・動機を特定できた人をみると、「健康問題」「経済・生活問題」、「家庭問題」の順となっており、この順位は平成 19 年以降変わりません。心身の不調や疾病を抱える人、多重債務や生活困窮を抱える人、家庭内のトラブルを抱える人などの相談や支援を行う行政窓口や関係機関等は、それぞれの問題解決を図るとともに、支援の対象者が自殺のハイリスク者であるという認識のもと、リスクの早期発見と保健所等と連携を図るなど自殺を未然に防ぐ



ための適切な対応が求められます。

悩みの原因となった様々な問題の解決・支援については、各行政施策にゆだねることになりますが、自殺者の直前の心の状態を見るとうつ病やアルコール依存症などを発症していることから、ストレスを要因とするそれらの予防、早期発見が重要となります。一方で、自分が社会にとって大切な存在であること、悩みがあれば助けを求める権利があるということ、そして、同じように他者に対しても同様の権利を認め助け合っていくということ、市民、特に思春期の年代から啓発していくことが必要です。

また、悩みを抱えている人やうつ病等の人は心理的な視野が狭くなっており、自らの状態を客観的に判断したり、誰かに相談するなど問題解決のための行動をとることができない状態にあります。平成 28 年（2016 年）に日本財団が実施した自殺意識調査では、本気で死にたいと思った人、自殺未遂の経験がある人とも、半数以上が相談していないことがわかりました。相談窓口を周知すること以上に、当事者を取り巻く周囲の人が、不調に気づくということが重要です。気づき、寄り添い、傾聴し、適切な支援につなぐゲートキーパーの養成を推進します。また、大切な家族を突然亡くしたことに加え、自殺に対する社会の誤った理解から残された家族の心理的負担は大きく、家族に対するケアも欠かせません。

先の調査では、「その地域に住み続けたいという人が多い地域は自殺リスクが低い地域」ということもわかりました。すべての人のメンタルヘルスにとって「生き心地のよい」まちづくりが、自殺対策につながるといえます。

◆啓発と相談窓口の周知

- ・「こころといのちを守る相談窓口」の配布による啓発と相談窓口の活用促進。
- ・自殺対策強化月間に、啓発パネル展の実施や広報誌に特集記事掲載等。

◆ハイリスク者等への相談体制の充実

- ・妊産婦のうつ病、アルコール依存症者等の相談。
- ・多重債務や生活困窮等相談における自殺のリスクアセスメントと保健所等との連携。
- ・商工会議所会員事業所を対象とした集団検診での心の健康相談や電話相談。

◆うつ病の早期発見と相談等早期対応

- ・一般科病院や診療所医師を対象とした啓発ならびにうつ病対応力向上研修の実施。
- ・有病者や生活困窮者、多量飲酒者等自殺のハイリスク者にかかわる医療・福祉・生活困窮者支援等従事者を対象とした研修。
- ・妊産婦にかかわる母子保健及び子育て支援従事者を対象とした研修。

◆ストレス対処方法や援助希求行動（誰かに助けを求める行動）を身につける

- ・出前講座「こころのスキルアップ／アサーション・トレーニング」の実施。

◆学校人権教育との連携による啓発



- ・中学校・高校の生徒及び教職員を対象とした「いのちの授業」の実施
- ◆本市職員、民間団体、企業等への啓発と自殺危機への対応力向上
 - ・市民生活にかかわる行政窓口職員への研修。
 - ・介護や福祉関係事業所従業者への研修。
 - ・事業主等職場のメンタルヘルス担当者への研修。
- ◆自殺未遂者の相談支援
 - ・警察官等へのゲートキーパー養成研修。
 - ・一般科救急病院との連携による切れ目ない支援。
 - ・家族等身近な人の支援と心理的サポート。
- ◆自死遺族に対するこころのケア
 - ・相談の実施とわかちあいなどの情報提供。
- ◆こころがつながる地域づくり
 - ・自殺予防週間（毎年9月10日から16日）や自殺対策強化月間（毎年3月）における自殺に関する啓発活動。
 - ・出前講座「あなたもゲートキーパーになりませんか」の実施。
 - ・民間団体との連携によるこころがつながる場づくり。

COLUMN 14

追い込まれた死「自殺」を防ぐ

自殺未遂者支援事業スーパーバイザー

社会医療法人北斗会さわ病院院長 澤 温さわ ぬか

死んだ方がましと思うぐらいは、誰もがたまに、あるいは時に思う。その時、どうやって死のうと思うこともあるかもしれない。しかしその準備として道具を揃えたり、死のうとする現場に行こうとすることはあまりなく、そうでもしたら本物である。もう一つ本物なのは、「死ぬー！」と発作的に思ったり叫んだりして何をするかわからない時である。急にベランダに出て足をかけたり、手元にある薬をやたらに飲んだり、近くにある刃物で腕を傷つけたりする場合である。夜間休日の精神科の救急現場で、自殺未遂者として搬送される人に多いパターンである。

自殺未遂行動を起こす人は抑うつ気分を持つことが多い。しかし、抑うつ気分があれば「うつ状態（抑うつ気分、意欲低下、マイナス思考の3つが揃う）」であるとは限らない。また、うつ状態であるからといってうつ病であるとは限らない。アメリカではこの抑うつ症状も抑うつ状態もうつ病も全て「デプレッション



(Depression)」というから話がややこしい。

3つの症状が揃ったうつ状態、あるいはうつ病、または統合失調症の抑うつ状態などは、実際の自殺に至ることも多い。一方、抑うつ症状のみで、意欲の低下やマイナス思考が時にはあらわれるが持続しない人は、抑うつ状態とはいえ、先にあげたような発作的な行動で自殺未遂に至る人が多いといえる。夜間休日の精神科救急において、警察から紹介されて保健所が担当する自殺未遂者は、7割程度はこのパターンである。この人たちは薬物による治療など純医学的アプローチよりも、社会的サポートや心理的サポート、あるいは行動支援などの方が大きな役割を果たす。いつも保健所で行う自殺未遂者等支援検討会では、こういう人には薬は効いても2~3割と伝えている。残りの7~8割の人は医療機関で薬物投与をするだけで終わってはならないのに、忙しいためか知らないが、薬のみで終わることも多いようだ。

日本では山一証券の破たんなど大型倒産が相次いだ1998年に自殺者が急激に増え、毎年3万人を大きく超え、世界の先進国の中ではロシアと韓国に次いで多い。うつ病は女性に多いのに、自殺者は男性に多いという不思議な現象がある。年齢的には他の病気での死亡率が低いこともあって、自殺による死亡率は20歳代~30歳代が高い。これもなぜかとはいえないが、少子化になり小さい時からの耐性の低さなのか社会の複雑さなのか…。

少なくとも、夜間はよく寝て、自分の思いをいろいろ話せる環境があると、この7~8割の自殺未遂者は減るのではないかと考えている。

厚生労働省の自殺未遂者ケア研修は毎年東京と大阪で1年おきに行われているが、本物のうつ病、統合失調症、環境や耐性の弱さからくる抑うつ症状をもつ人、あるいはうつ状態の人に対する対応について、精神科の医療従事者を中心に研修会を行っている。一方、最初の受け皿となる身体科の救急の人たちも精神疾患をもっている人に対してもきちんと対応できるようにしようと研修会を行ってくれている。また、町中の誰もがゲートキーパーになるという運動も進んできている。

これらの運動が相まって、自殺者数は2万5千人を切るところまで下がってきたが、それでも他の先進諸外国の中では高い方といわれている。最終的な自殺行動あるいは直前の自殺未遂行動を示す要因は極めて多くの因子がからんでいる。厚生労働省が2015年12月より導入したストレスチェック制度は、ストレス状況を外から見てもらい、少なくとも先に述べた7~8割の人の行動解析あるいは自殺未遂行動・自殺行動を減らすための活動としては期待したい。

誰もが自己肯定感あるいは許容・受容感を高めて、ケセラセラ(なるようになる)、まあいいか、大阪弁でいえば「ぼちぼちいこか」といった自己許容感が出るようになれば、自殺(未遂)者は大きく減るだろう。



5 災害や事件、事故後のこころのケア体制をつくります

日常生活では体験し得ない凄まじい体験によって引き起こされた重いこころの傷をトラウマ(心的外傷)と呼びます。大地震など自然災害だけでなく、本人や身近な誰かの身が危険に晒されるような事件や事故等人為災害においてもトラウマを負うような精神的な衝撃を引き起こしま



す。人為災害では、火事、犯罪被害、DV や虐待、いじめ、暴力、死傷事件、交通事故など直接本人が体験する出来事、あるいは身内や他人への暴行や死傷事件を目撃した場合などがあげられます。このような体験をすると、様々な心身の不調がみられます。

ストレスに対する感受性は、性格など個人的な特性やその時の心身の状態などに影響されますが、相談相手がいないなど社会的環境的な状況も大きく関係します。ストレスによる反応は正常な反応でその多くは自然に回復しますが、中には PTSD(心的外傷後ストレス障害)やうつ病などの精神症状や飲酒などの問題が増える場合があります。こころの不調があれば一人で悩んだり抱え込まず、身近な人や専門機関に相談することが重要です。

大規模災害でなくとも、災害や事件、事故などのつらい出来事は、日常生活の中でいつ誰に起こるかわかりません。すでに本市消防局と連携して、救急の現場に遭遇した人に対して保健所の相談窓口を案内するリーフレットを配布していますが、今後は、個々のこころの不調に関する相談窓口について市民や関係機関にも情報発信していく必要があります。

また、学校や職場等の集団の中で事件、事故、自殺や自殺未遂等の出来事が発生した場合は、その集団に対して支援やケアが必要となります。それぞれの現場で適切な初期対応ができるよう、平時から支援に従事する立場の人を対象とした研修の実施が必要です。同時に、支援に従事した人のこころのケアも重要です。有事の際はもとより、平時の取組みも含め、警察や消防、医療機関、大阪府等との役割分担や連携方法等を検討し、こころのケア体制の構築を図ります。

なお、大阪府は、自然災害や犯罪事件・航空機事故等の集団災害が発生した場合に備えて専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム「大阪 DPAT*」の活動マニュアルおよびガイドラインを策定しています。本市域で大規模な集団災害が発生した場合は、府のガイドラインにそって円滑な対応ができるようにします。

*DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) : 自然災害等の集団災害が発生した場合に、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行う、都道府県・政令指定都市によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チーム。

◆災害時等におけるこころのケア体制の検討

- ・推進会議のもとに専門部会を設置。
- ・災害や事件事故等におけるこころのケア体制に関する大阪府や庁内関係部局との役割分担や、連携・協力の仕組みの構築。

◆PTSD やこころの不調を発症している人への相談支援

- ・正しい知識の普及と相談窓口の周知。
- ・リーフレット等の作成・配布（消防局や警察、医療機関等との連携）。



◆一次的な相談窓口（こころの健康相談）の活用と情報提供

- ・こころの健康相談の実施。
- ・専門的な治療・ケアに関する情報提供。

◆災害時等におけるこころのケア初期対応にかかる研修の実施

- ・消防局等関係機関との協働による研修会等の実施。

～救急の現場に遭遇された あなたへ～

突然の非常事態に関わられて、大変お疲れ様でした。今回経験されたことは日常的に起こることではなく、大変緊張されたことでしょうか、気持ちの動揺もあるかもしれません。

緊迫した状況の中、消防への通報や応急手当などを行って下さったことで、倒られた方も感謝されていることと思います。

あなたは、その時その場所で、「助かってほしい」「何か手伝ってあげたい」などの思いから、自分自身で出来ることを行い、救急隊・医療機関に引き継がれたのですから、既に十分な行動をしておられます。ご安心ください。

しかし、もしかすると経験した場面などを思い出して、不安になったり緊張が続いたりする場合があるかもしれません。そんな時に大切なことは、自分一人で抱え込まないことです。倒られた方のプライバシー保護に注意は必要ですが、家族や友人に経験したことを話すだけでも、負担は軽くなると思います。**また、豊中市にはこころの健康に関する相談窓口もございます。**お電話いただければサポート致しますので、遠慮なくご連絡ください。この度は、本当にお疲れ様でした。

豊中市保健所
豊中市消防局

相談窓口

豊中市保健所 保健予防課 精神保健係
〒561-0881 豊中市中桜塚 4-11-1

☎ 06-6152-7315
✉ yobo-seishin@city.toyonaka.osaka.jp
FAX 06-6152-7328

相談受付時間 9時00分～17時15分(土日祝を除く)

このリーフレットは丸茂救急医学研究振興基金により作成しております

図 救急現場で配布しているリーフレット

「～救急の現場に遭遇された あなたへ～」

