

●日本 WHO 協会フォーラム「うつ病 ～一緒に話そう～」

開会あいさつ

公益社団法人日本 WHO 協会理事長 関 淳一
WHOでは4月7日の「世界保健デー」に合わせて毎年、その時点で大事なテーマについて世界的なキャンペーンを展開しています。今年のテーマは「うつ病、一緒に話そう！」(Depression Let's Talk!) です。WHOによると、うつ病に悩んでいる人が世界で3億人に上ると推定しています。うつ病は最悪の場合、自殺につながることもあるわけですが、世界でうつ病関連の自殺者が年間 30 万人発生していると推定されています。これは世界的な数値ですが、このテーマは日本でも時宜にかなったというか、今後の日本にとって非常に大事なテーマだと思います。社会構造や日常生活の状況が変わってきており、いろんなストレスもあるわけです。日本ではそれに直面しており、特に大きなことは日本が世界の先頭を切って超高齢社会に入ってきたということです。うつ病の 3 つの大きなカテゴリーは、

●日本 WHO 協会フォーラム講演録

2017・6・21

「世界と日本と自分のうつ病」

東京大学大学院医学系研究科 杉浦寛奈



【Kanna SUGIURA】東京女子医大医学部卒業後、女子医大および横浜市大において精神科医研修を修了。ロンドン大学公衆衛生修士学を取得。フィジー大学医学部、WHO 精神保健・物質乱用部、赤道ギニア国立病院に勤務。帰国後、外務省国際保健政策室に勤務し、現在は東京大学大学院医学系研究科博士課程で当事者の自己決定支援を行い強制入院・隔離・拘束を減らすための研究を行い、寿町勤労者福祉協会診療所で精神科診療に取り組んでいる。

●はじめに

皆さん、こんにちは。本日の講演の始まりとして、今年のWHO「ワールド・ヘルスデー」のトピックが「うつ病」であること、私が国際機関で働いた経験として世界的な視点から精神保健をみてきたこと、また臨床医として個人レベルの精神疾患をみているということで両方の視点からお話できればと思っています。1 時間程度の講演を行い、その後に質疑応答の時間をとりたいと考えています。今回の講演会に参加されている方はいろんな背景をお持ちの方たちと聞いています。皆さんの関心のポイントが少しずつ違うと思いますので、質疑応答を通じて盛り上がるようになればいいなと思っていますので、よろしく願います。本日の話題としては、世界でのうつ病はどうか、日本ではどうか、自分や自分の周りで気をつけておく

べきこと、実際にうつ病になってしまった時にどんなふうに取り組んだらよいのかという話、また、うつ病はストレスからくるのではないかと話題になるようですので、そもそもストレスとはどんなもので、ストレスを解消するためにどんなことができるのか、そうした情報を提供できればと思っています。

- ✦ 各国政府が自国の精神保健対策を行う（日本：五大疾患の一つ）
- ✦ 国連障害者権利条約(CRPD)(2007)
- ✦ Inter-Agency Standing Committee (IASC), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2007)
- ✦ WHO 決議 Global Mental Health Action Plan 2013-2020 (2012)
- ✦ APEC the Healthy Asia Pacific 2020 initiative (2014)
- ✦ 国連決議 Mental Health and Human Rights (2016)
- ✦ WHO 世界保健デー “Depression: Let's Talk” (2017)

表 1 世界の精神保健の位置付け

●世界の精神保健の位置付け

そもそも世界の中で精神保健はどんな位置付けにあるかについて、まず話したいと思います。各国政府が自国の精神保健対策を行うことが基本中の基本となっています。日本に関してなら日本政府が、どれほど精神疾患が大事で対策が大事かを思うかによって位置付けが異なってきま

す。この 10 年で日本はずいぶん変わってきて、5 大疾患の 1 つに精神保健が入っています。各自治体が医療計画を立てる時に、重視しなければいけない分野として位置付けられているわけですから、精神疾患対策に対しずいぶん意識しているということになります。一方で全く対策を立てていない国もあって、精神科医が全くいないとか、精神保健サービスがゼロの国もあるので、その辺りの話もこの後にしたいと思います。

精神疾患は保健の分野でも重要であり、障害者という分野から見る場合もありますし、医療だけでなく、教育分野などいろんな場面で出てくると思います。2007 年につくられた国連の国際障害者権利条約の中で、精神障害が身体障害など他の障害と並んで大事な障害者として位置付けられています。これは日本にも大きな影響を与え、障害者の法令整備などにもつながっています。それと I A S C (Inter-Agency Standing Committee) がガイドラインをつくりました。これは緊急支援の際にはどうすべきかを設定したガイドラインですが、2007 年に精神保健というチャプターもつくられました。例えば地震などの何か災害があった時には赤十字などの団体が動くわけですが、基本的にはこのガイドラインに沿って動くことになっています。従来は水衛生などが入っていたわけですが、この時にサイコソシアル・サポートも重要であって、サイコソシアル・サポートを提供することもそうですし、支援者側のサイコソシアル・サポートの重要性も含めて位置付けられました。WHO は基本的に決議案で事務局の動きが決まることになりますが、グローバル・メンタルヘルス・アクションプランが 2012 年に採択され、2020 年までに各国が行うべきことがここに規定されています。APEC もイニシアティブ (2014 年) を立てたし、国連でも決議 (2016 年) を出しています。このように、ここ 10 年の間に精神保健を取り巻く環境が変わってきたと思います。今年 4 月の WHO 世界保健デーではメンタルヘルスの特にデプレッション (Depression) が取り上げられ、脚光を浴びているところです。副題が「Let's Talk」ということですが、思いとして込められているのは、先入観や偏見などで自分がうつ病であることや精神症状を話すことへの抵抗、政策 (ノ) 決定者や医療従事者が精神保健を話題にすることへの抵抗、そうした現実を認めた上で、話題に挙げることで問題点について対策をしていけば前進できる。つまり「Let's Talk」、何はともあれ「話す」ことが大事であることが副題となっています。

●世界保健デー Word Health Day (4 月 7 日)

世界保健デーは 4 月 7 日が記念日となっていますが、

- 第1回WHO総会が開かれた1948年4月7日を記念し、毎年この日を世界保健デーとして、世界的に取り組むべき健康課題を選定し、キャンペーン啓発活動が展開される
- Depression: Let's talk 「うつ病：一緒に話そう」
- うつ病について啓発し、うつ病対策（予防、診断、治療、ケア）を推進することを目指している。
- 世界のうつ病患者数は3億人を上回り、うつ病から年間約80万人が自殺している
- 国際的な取組が求められており、青年期、妊娠出産期の女性、高齢者の3つのグループに対する取組が特に必要

表 2 世界保健デー Word Health Day (4 月 7 日)

WHO ではこの先 1 年間、これをテーマに様々なキャンペーンを展開していきます。目標としては、うつ病について啓発をし、うつ病対策、つまり予防、診断、治療、ケアを推進することを目指しています。なぜかという、規模がすごく大きいことが理由に挙げられていて、患者数は 3 億人と推定され、その中でうつ病で年間 80 万人ほどが自殺しているとされています。特にターゲット・グループとしては青年期の人たち、妊娠出産期の女性、高齢者のグループが取り組むべき対象者として挙げられています。WHO のウェブサイト詳しく紹介されていますので、興味のある方はぜひご覧ください。

●障害調整生命年 (DALY)

この 3 億人の人たちはうつ病を患って毎日の生活しているため、自分自身への負担がすごく大きく、日常生活は制限されていくことになります。そうしたことを数値化したものとして例えば DALY というのが最も有名ですが、疾患ごとに日常の制限具合を勘案し、係数をかけて見ていった時に推定されるものを表しています。向かって左側が男性、右側が女性です。いちばん左がゼロ歳で、右の軸に来るほど年齢が上がっていきます。DALY の重さで色分けをしているわけですが、赤ちゃんの時は乳児性疾患とか下痢などで DALY が非常に大きな幅を占めています、高齢者になると心臓疾患とか癌などが高い比率を占めます。この朱色が男女ともに若い時に占めていますが、これがメンタルヘルス、この中にデプレッションも含まれています。若い人たちにに対し非常に負担を強いている病気であることが、この数値から分かるかと思います。DALY のメンタルヘルスの部分をいちばん引っ張っているのがデプレッションで、個別の疾患に分けた場合、2020 年にはうつ病が最大の DALY の原因になるといわれています。

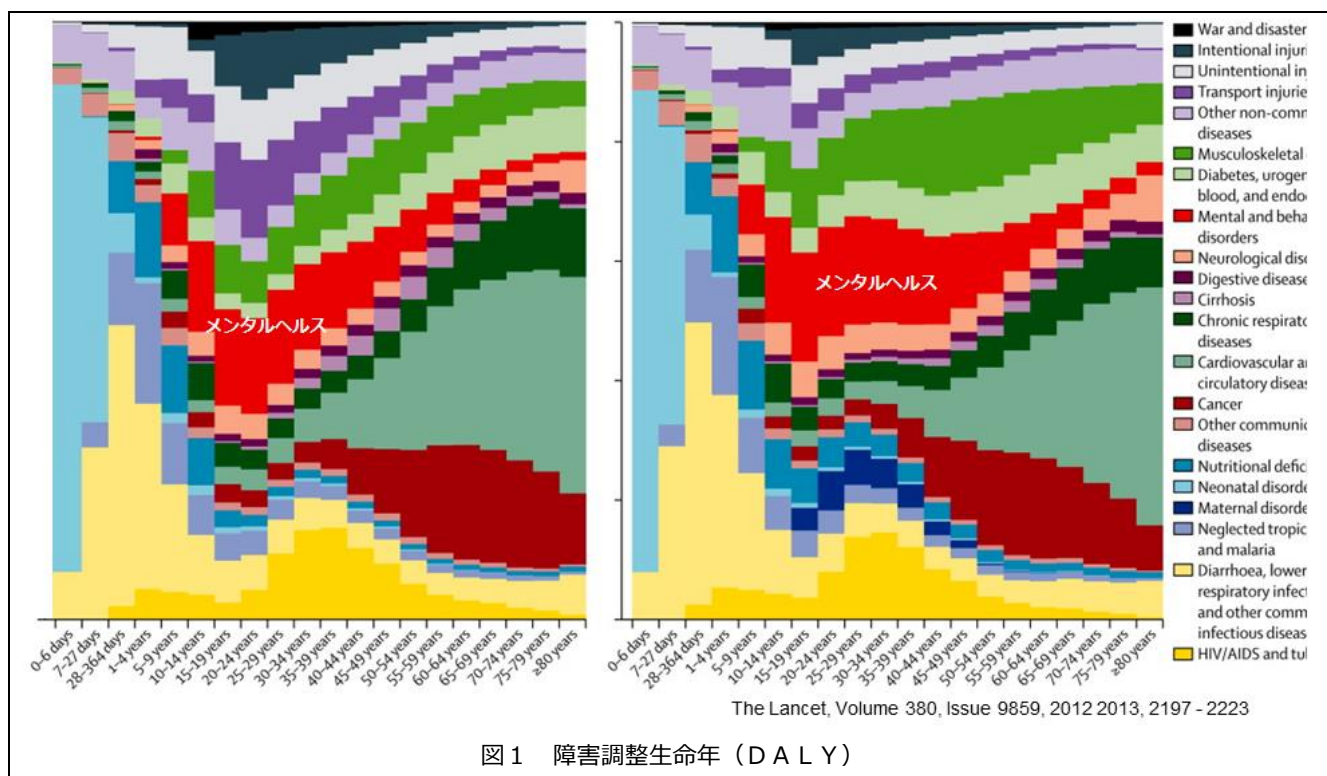


図1 障害調整生命年（DALY）

●年間 80 万人以上が世界で自殺

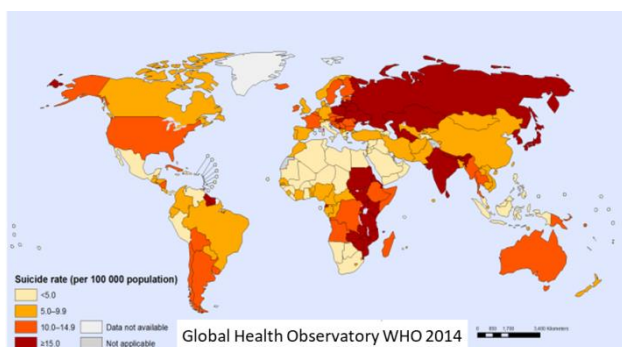


図2 国別の 10 万人に対して自殺者数

先ほど触れた年間 80 万人という自殺者ですが、この世界地図に示した日本を含む濃い赤色の地域が、対 10 万人の比率で見て自殺者が多いところです。日本、中国、インド、さらに旧ソ連圏なども含まれます。色が薄いほど自殺率が低いのですが、いちばん心配なのが白く抜けている地域で、データがないので現実はどうなっているのかが分かりません。公衆衛生や疫学の立場から見ていちばん心配なところです。また色が濃いところではどんな対策を取るべきなのか、自殺者が低いところでも 10 万人に対して自殺で 6 人とか 7 人が死んでいるので、やはり対策が必要です。こうした基礎データは、現状を把握するうえで非常に重要であると思います。

●人口 10 万人に対する精神科医数

世界の中で 3 億人がうつ病で年間 80 万人が亡くなって

いる現実を考えた時、精神科医だけが解決策だとは言いませんが、重要な保健人材の精神科医が世界でどれくらいいるのでしょうか。日本では 1 万人程度の精神科の医者がいますが、この地図の色が薄い国や地域はゼロか 1 という感じで、例えば南アフリカ地域では全く存在しない国がたくさんあるし、東南アジアや南太平洋地域でも全くいない国があります。世界約 200 カ国のうち 40 カ国くらいは精神科医が全くいないか、一人しかいない国もあります。私たちの目の前にある精神障害の問題への対策として、非常に遅れた状況にあると思います。

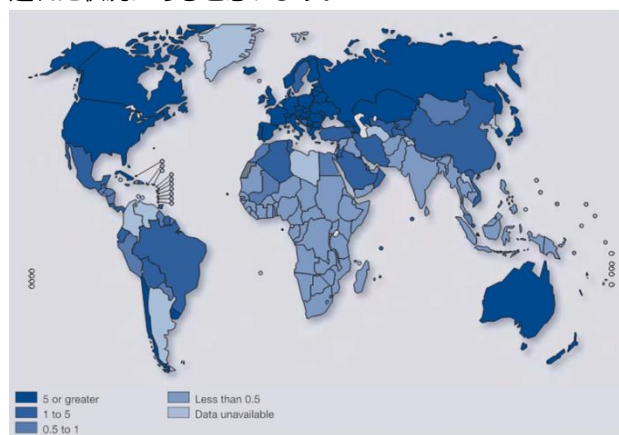


図3 人口 10 万人に対する精神科医数

●自宅でつながれる精神症状を患う人

問題がある中で対策が打てないと何が起きるかという、例えばこれは私の友人のフィリピンの精神科医師から送られてきた写真ですが、家を訪問した時に精神症状を患

っている少女が自分の家でつながれている様子です。悪気はない中で家族の最後の手段だったと思いますが、ほんの少しの差で精神科の予防と対策ができていれば、少なくともこんな状況で人生を送る必要はなかったのではないかと思います。このギャップを埋めることはできないかというのが、私がこの仕事を始めたきっかけでもあるし、今も続けている理由です。



図4 自宅でつながれる精神症状を患う人

● WHO Global Mental Health Action Plan 2013-2020

- より効果的な精神保健のリーダーシップとガバナンスの導入
- 地域におけるより総合的な精神保健および社会保障サービスの立案
- 精神保健の啓発と予防の実行
- 調査、エビデンス、研究の強化
- 2020年までの目標（2年ごとにWHAで報告）
 - 8割の国が精神保健政策を持つもしくは更新する
 - 5割の国が精神保健の法律を持つもしくは更新する
 - 精神疾患を持つ患者で加療を受けている人が2割増える（2014, 2017, 2020）
 - 8割の国が啓発と予防の側面を持った精神保健施策を2つ以上持つ
 - 各国の自殺率が1割減少する
 - 8割の国が2年ごとに精神保健に関する統計を集計する

表3 WHO Global Mental Health Action Plan 2013-2020

表3は世界が目指すべきWHOのグローバル・メンタルヘルス・アクションプラン（2013-2020）です。たとえば今話したようなことが起きないために何ができるのかを考えた場合、より効果的な精神保健のリーダーシップとガバナンス、これは各国の保健省がやるべきこととして出しています。また、地域における総合的な精神保健および社会保障サービスの立案、これは医療だけでなく大きくくりとして人の生活全部を見た時のサービスとして総合的という表現になっています。まずは精神保健について知ってもらうことと予防を実行すること。先ほどの地図にもデータがない地域があったように、今抜けているエビデンスとか調査、研究を強化するとしています。2020年までの目標値を示したのは画期的なことで、データをとって今のデータに対して8割の国が精神保健の政策を持つこと、5割の国が法律を持つこと、加療を受けている人が2割増

えること、8割の国が啓発とか予防の側面を持った施策を2つ以上持つこと、各国の自殺率が1割減少すること、そして2年ごとの精神保健に関する統計を収集する国が、8割あることを目指しています。目指すためには今いくつかの数を数えないといけないので、空白が無いようにデータを整えています。データが整うことで目標値が出せるわけで、非常に重要なことだと思います。

● フィジー大学で仕事



図5 フィジーの大学で医学部の教育に関わった時の写真

私が世界でどんな仕事をしてきたかについて少し紹介します。図5はフィジーの大学で医学部の教育に関わった時の写真ですが、私が公衆衛生の大学院を卒業して最初に就いた仕事がこれでした。〇〇〇がその時の保健大臣ですが、精神保健対策に力を入れたいと思って大臣になった方で、やはりトップの意志が固いと人も物も情報も動きますので、予算もずいぶん変わって、当時の数年間はフィジーでの精神保健対策が非常に積極的に行われました。その後ろに写っている人はフィジー大学の学長で、オーストラリアから派遣され、医学部に精神科がなかったので精神科を学問分野として導入されました。それを助けていたのがマレーシアの教授で、この先生に私は学会でお会いしたのをきっかけにフィジー大学での仕事に雇っていただきました。他の人たちが医学生で基本的にはフィジー人なのですが、トンガやサモアには医学部がないので南の島々から留学生が来ています。フィジー大学で精神科の教育を始めることは、南太平洋全体に精神保健が医学として導入されることで非常に重要な年となりました。精神保健法については、ルナシーアクトという狂人法のような名称で100年前にイギリスが植民地時代につくったものがあって、それを改定して策定した年でもありました。フィジーにとって非常に画期的なことを、この大臣と教授らが支えたわけです。100年前の精神病院のみがこの国の施設でしたが、この時に総合病院の一般外来と精神外来が開設されました。非常に画期的な時に私はアシスタントとして雇っても

らい、おもしろい時期を過ごすことができました。先ほどのフィリピンの事例と同じようにフィジーでも鎖につながれた人がいて、これは看護師とチームとして訪れた1軒の家ですが、彼は私たちが行くまでの2年間、自分の家の居間に鎖でつながれた状態で過ごしていたそうです。



図6 チームとして訪れたフィジーの1軒の家

●WHO精神保健部で仕事、赤道ギニア国立病院で仕事

図7は私がWHOに在籍した当時のものです。WHOにはフィジーの後に行って本部で2年ほど過ごしました。この人が私の直属の上司でオーストラリア人、そのさらに上の上司がインド人、多国籍なスタッフ、専門家たちと仕事をして非常に刺激的な数年を過ごしました。その後、赤道ギニアにも行きました。中央アフリカの非常に小さな国ですが、独裁国家で保健には全く興味がありません。石油がとれてお金があるのですが、それをみんなに使おうという発想がない国での保健活動ということでした。行って仕事をするとそこで何が問題なのかが分かります。



図7 筆者がWHOに在籍した当時の仲間

統計だけの把握で対策を組むのと、現地で統計と照らし合わせて目の前を見ながら対策を組むのとはずいぶん違うと感じた時でした。これまで話したのが世界で関わってきた私の仕事の経緯と、なぜWHOがワールド・ヘルスデーのテーマにうつ病を選んだかという主な背景です。

●日本のうつ病

ここからは日本に着目して考えてみます。日本では12ヶ月有病率（過去12ヶ月に経験した者の割合）というものを測りますが、1~2%がうつ病といわれていて、生涯有病率は3~7%。有病率は世界と比べると少ないです。しかし日本では、年間2万5,000人~3万人の自殺者がいるわけで、その辺りが異なるところです。平成26年に医療機関を受療したうつ病・躁うつ病の総患者数は112万人といわれ、医療計画の5大疾患のうちの1つとして対策が組まれています。

●日本の人口当たりの精神科病床数は世界一

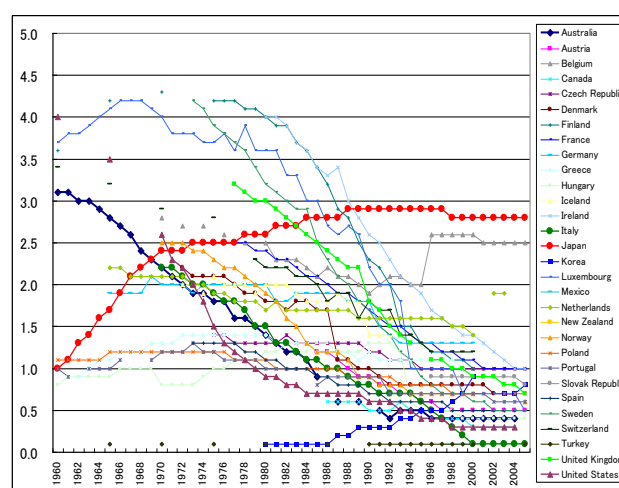


図8 日本の人口当たりの精神科病床数は世界一

OECD 2007

日本の大きな特徴としては精神科病床数が非常に多いことです。日本の医療というのは病院に非常に力を入れているので、他の国なら外来でやるようなことも入院でやったりしていますが、そこは現状に合わせて改変していくべきだと思います。これはOECDのデータですが、各国が50年間でこんなにベッド数を減らしている中で日本は増やしていて、世界最大のベッド数を誇っています。これは2007年のデータで、私がこの分野に入るきっかけになったチャートでもあります。私は精神科の病棟で仕事をしていて、隔離拘束や長期入院の患者さんが多いことを感じていました。日本はお金もあり健康長寿国とされている一方で、この状況がベスト・プラクティスなのだろうかという疑問を持ったのが、私がこの分野に入るきっかけになりました。他国の医者と話しても、あまりフラストレーションを感じていないようでした。そこが一致しないのはなぜかと考えてみたのですが、このチャートを見ると他国の医者はどちらかというとベッド数が足りないことで困っていて、私の方はベッドからなかなか出られないことに困っている。他

国の医者と話が合わないのはこういうことなのかと分かったチャートです。そんなことがあって、統計というのは非常に重要な意味があるなと腑に落ちたわけです。

●うつ病の気付き方と解決法

世界の現状と日本の現状について考えていって、今度は個人のレベルでどんな時にうつ病に気づくのか、どんな特徴があるのか、もしもうつ病と診断されたら治療法や経過はどんなものなのか、周囲の人はどんな心構えで支えていけばよいのか、そして職場復帰に関する課題やストレスの問題などについても話したいと思います。

●もしかして、うつ病？

いやなことやつらいことがあると誰もが憂鬱な気分になりますが、一方で楽しいことがあれば気が晴れる、それが健康的な状況かと思えます。健康的な気の落ち込みなのか、病的なものかを考えた時には、うつ病の特徴を知っておくことがいいかと思えます。うつ病が疑われるときはどのような状況かという、憂鬱な気分だとか喜びを全く感じられない時期が2週間続くというのが1つの大きな診断基準になります。つらいことがあっても楽しくご飯に行けば気がまぎれるとか、週末は楽しく好きなことができるかというケースはこの2週間には当てはまらないと思います。臨床での感覚として、寝にくいとか、眠りが問題になってきた時に病的な範疇にあるのかを考えます。一般的な会話の中で最近落ち込むと言われた時に最初に聞くのは眠れているかどうか。寝られない、眠るために酒を飲んでいるという話を聞いたら、そこからさらに真剣に話を進めていくことになります。

●うつ病を疑う症状は？

いろんな症状が出てきますが、本人にはなかなか気付きにくいものです。例えば骨が折れてしまったら自ラすぐに気付くわけですが、心が沈んでいる時とか、自分のいつものペースでない時は自分ではなかなか気付かないものであり、周りの人たちが気付いてあげるのが重要です。早めに対策を打つためには、家族や同僚など周りが気付くことが大事になります。憂鬱な気分、興味や喜びの喪失などの「心の症状」もありますし、不眠や食欲不振、頭が痛い、お腹が痛いなどの「体の症状」もあり得ます。

「心の症状」としてどんなことがあるのかといえば、例えば毎日のように一日中憂鬱な気分。これまで楽しかったことが楽しめない、興味を持てない。自分が悪い、自分の責任、自分には価値がないと自分を責めるようなことばかり言う。仕事や家事など、やらなければならないことに集中できず、決断や判断が難しい。この世から消えてしま

たい、死にたいと考える。この辺りが非常に特徴的なことです。自分がつらいと考えた時にこの辺りを考えてみたり、家族が大変そうな時にこの辺りを観察したり。自殺予防のところでは、「死にたいか」のことを話題にすべきかとよく聞かれますが、どちらかといえば積極的に話題にすべきことだと思います。「死にたい」と言われた時にはそれを受け止めて、どんな時に死にたいのか、では何ができ得るのかを一緒になって考える。自分が答えを出せなかったとしても、一度受け止めることが重要です。例えば非常に痛くて死んでしまいたいとか、お金に困って死んでしまいたいとか、何か理由があるのなら、その問題の具体的な解決策を一緒に考えていくことができると思いますし、アルコール問題やうつ病、体調や心の悩みならば、それぞれに対する解決策を一緒に見つけ出していけばいいと思います。自分がどの立場であろうとも、死にたいという話になった時には拒絶はせずに、「それは大変ね」と受け止め、一緒に解決策を考えようというイメージでむしろ話題にしてほしいと思います。本人たちに聞いてみたら、「死にたいほどつらいか？」と聞かれることで気が楽になるともあるようです。家族や友人など親しい関係であるのなら、むしろ誘導して、そこからは一緒に解決策を考えてあげてほしいと思います。

「体の症状」として考えられるのは、食欲が落ちるとか、体重が減る。体重はその逆もありますが、3キロも5キロも落ちてきたら尋常でない食欲の落ち方、体重の落ち方なので、服が緩いとか見た目でも分かると思います。寝付けないとか、夜中に目が覚めるとか、朝早くに目が覚めるとか、逆に寝すぎるとかという、睡眠リズムの乱れはかなりの頻度で出てくると思います。また、普段に比べて話し方や動作が遅い、いらいらして落ち着かない、集中力が落ちてはかどらないなど、いつもとどうも違うようだとか観察の対象になってくると思います。いつも疲れていて、気力が湧いていない、よく横になっているとか昼寝が多いとかを含めて、この辺りは体の症状なので、うつ病なのか発想が結びつかないこともあります。職場でうつ病と診断されても本当なのかと思ったりもするようですが、これらは特徴として出てくる症状ですから情報として知っておいてください。

●うつ病になるきっかけは？

うつ病になるきっかけは何でしょうか。急激な変化や強いストレスなどは原因となります。逆に喜ばしいことも急激な変化ということで、例えば結婚・出産も大きな要因になるし、昇進・栄転など本来は喜ばしいはずなのに、どう

も気がのらないという時には考えなければならないことだと思います。1つのきっかけだけで発症するとは限りません。理由はなかなか分からないケースが多いので、本人や周りの人が原因を追及しすぎないことが重要であり、原因をあまり探っても解決策には結びつかないと思います。

●うつ病は一日の中で症状の変動がある

うつ病の別の特徴として知っておいてほしいことが「日内変動」があるということです。多くの場合は、午前中に症状が重くて、午後になると軽減します。朝は職場になかなか来ないのに夕方は元気そうとか、月曜日は大変そうなのに週末に向かうと元気だとか、本人も十分に混乱します。夜よく眠れていないから朝つらいのかとか、会社に行きたくないから朝つらいのかなどが話題になりますが、「日内変動」というのも症状の1つだということです。職場の受け入れ側や本人、家族もそのリズムを知っておくことが大事であり、本人の回復時に過度に負担をかけずに済むかと思います。症状は人によって重さが異なりますが、例えば朝、早く目が覚めてしまい、仕事に行きたくなく、食欲がわかないという人は多いようです。昼間の過ごし方として、例えばやらなければならないことがあるが集中できない、仲間と議論しようにも言葉は出てこないし頭は真っ白になってしまう。家族との会話も弾まないし、食欲もわかないというのも特徴的なことです。夜は、友達に会いたくないとか、いつも見ているテレビが楽しくないとか、眠れないとか。うつ病の特徴が日常生活に反映されると、このようなことが出てくるかと思います。

●うつ病はどのように治療する？

何はともあれ休養をとることは必須です。残業は短くしていただきたいし、有休をとるなどメリハリを付けること、家事を家族で手分けすることも重要で、いろんな形で休養をとることが大事です。医療機関でできることとして精神療法、最近では認知行動療法やカウンセリングなどは有効だと思います。薬物療法で軸になるのは抗うつ薬です。抗うつ薬に対し皆さんは抵抗感があるようです。薬を飲むほど自分は病んでいるのかとか、自分が薬に支配されてしまうのではないのか、始めたらやめられないのではないなどと悩むケースがあります。外来で相談をしながら、本人のペースで納得のいくところで治療をしていくことになります。抗うつ薬は脳の神経伝達物質のバランスの崩れを調整する作用があります。例えば SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）は、脳内伝達物質のセロトニンを増やし、神経の伝達を円滑にすることで症状を改善します。これが代表的な抗うつ薬です。いずれにしても脳の伝達物質

のバランスを変えることが抗うつ剤の効能であり、それはどの薬にも共通しています。もう1つの特徴として薬の効果を実感するまでに数週間かかることがあります。効果が出ないのでやめたいと訴える人が多いのですが、効果が現れるまでに2週間程度は必要で、しかも徐々にという感じですので、治療が軌道に乗るのに1カ月や2カ月がかかることがあります。今の薬物治療では腰を据えての治療が伴うこと、その辺りをあらかじめ理解していただきたいと思います。さらにやっかいなのは、症状が軽快した後も半年から1年ほど薬を飲み続けたうえで薬をやめるというのが、うつ病の治療法です。なぜかといえば再発予防が非常に重要で、それは「地固め」だと呼ばれています。2～3年で再発する人が多く、職場でも何度も休職し復職している人がいると思います。この辺りも外来で話題になるところです。

●うつ病の治療の見通しは？

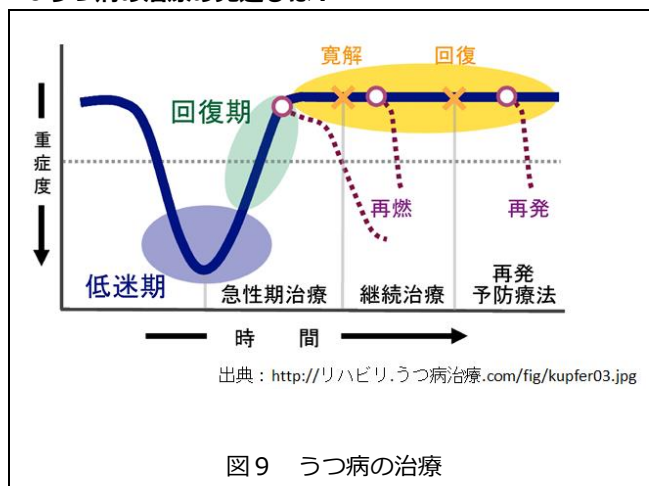


図9 うつ病の治療

治療の一般的な見通しですが、最初は症状としてつらい時期があって、その後に薬物療法や認知行動療法、休養などを組み合わせて治療を始めると回復に向かいます。再び悪くなってしまう人もいるので、この辺りの急性期治療を維持していくことがポイントになります。途中でやめてしまわないための環境整備が大事です。継続治療の段階は薬を飲み続けなければならない時期であり、さらに再発予防の時期が半年間とか1年程度、この時期を過ぎてしまえば薬をやめてやっていけるというのが一般的なイメージだと思います。眼に見えないので、寛解期や回復期の時期には普通に日常生活を送っているわけで、何ら目に見えるような状況でないため、この時期にやめてしまうと再現があり得ることをぜひ知っておいてほしいと思います。

●家族や周囲はどう接したらいいのか？

周りの人たちはどうすればいいのでしょうか。うつ病で本人は心も体も大変で、感情的になりやすいわけですが、

これもうつ病によるものであって本人の性格とは別の問題であることを心得ておくべきだと思います。ストレスになっていた事柄に加えて、病気や将来への不安、よくならない自分への焦りもあって、本人は非常に感情的になりやすいわけです。家族や周囲の人たちは「否定せず、客観的に、決めつけない、励まさない」ことがポイントです。頑張れずに大変なので、励まされても本人としてじつは頑張れない状態にあるわけです。「すでに頑張れているよ」と本人を認めるような対応はいいと思いますが、できていないから「頑張きなさい」というのは、本人にとってつらい言葉だと思います。何しろ決めつけないこと、周りが常に希望を持ち続けることだと思います「ここまでできたのだから、この先ここまでできるのでは」とか、「この方法がだめなら、こっちの方法でやってみたらどうだろうか」といった対応が大事だと思います。「客観的に」というのは、痛みが続く場合にうつ病になりやすいとか、お金に困ったりすると症状が悪化することもあるので、周りが客観的、具体的に解決策を提示してやる方がいいのではないかと思います。

繰り返しになりますが、否定せずに真摯に聞く、感情移入せずに客観的に聞くこと。また、話を否定せずに、つじつまの合わないことでもまずは受け止めること。決めつけは本人の負担になります。そして「頑張って」と励ましたくなりますが、励まされると本人を追い詰めることにもつながってしまいます。

●自殺、自傷行為への注意や対処法は？

いちばん怖いことは自殺や自傷行為で、最悪なケースが自殺であり、これは避けたいところです。「死にたい」とか、「このまま消えてしまいたい」と自殺願望を持つことがあります。具体的な方法などを考えている時には、ベランダから下を見下ろしているなどの兆候があります。この電車なら飛び込めるとか考える、この薬剤なら死ぬかなと買いそろえる、ロープを準備するとか、具体的に考えている時は切羽詰まった状況です。「死にたい」とこっちに訴える状態なら、まずは受け止めて聞くこと、どうしたら解決できるのかを一緒に考えるゆとりがあるわけです。すでに具体的手段を準備している状態なら、周囲の人では止められないので、医療機関にすぐに行ってほしいという目印です。「死にたい」と聞いた時に、「そんなことはだめ」とか、話題を変えたりすると否定された、拒否されたと本人1人で考えるようになってしまうので、これはぜひ避けたいところです。そして困りは具体的に解決する。こうしたことがポイントだと思います。

●うつ病の再発予防に必要なこと

うつ病は再発しやすい病気です。薬をやめたいと思うのは皆さんに共通しますが、抗うつ薬の中止は計画的に行うことが重要です。そして視野を広げて柔軟に考えること。本人は視野が狭くなっているのだから、本人が周りに相談していろんな方法を見つけようとするのは大事です。ストレス原因として自分が嫌いだと分かっているものは避けること。何がストレスになっているかを自分が理解することもそうですが、周りに伝えることができるのも大事です。ストレス解消法が身に付いているのなら、ぜひそれを積極的に活用していただきたいと思います。

●職場復帰までの道のり

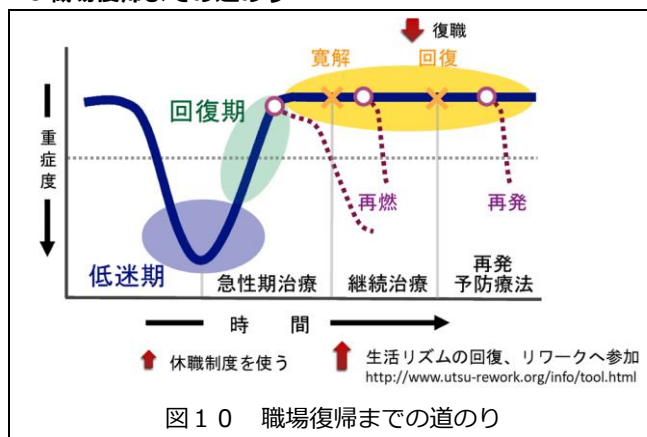


図10 職場復帰までの道のり

職場側としては、うつ病の特徴を示したこの図のパターンを確認し、治療が始まった辺りのことは皆で理解を共有すべきです。休職して治療が始まった後の支えが必要で、復職した後も寛解期、回復期に時間を要すると思うし、この時期に手を抜いてしまうと、再燃、再発してしまうことを職場側も本人も知っておいてほしいと思います。

●復職に必要な準備は？

初期では治療に専念することです。休養、薬、心理療法などがあって、休養については、家庭での家事の分担を見直すことも含め工夫が必要だと思います。そして医療機関を通じて薬を使うこと、認知行動療法など、この時期はとにかく治療に専念してください。症状もだいたい良くなって回復期に入ったらリズムを持つことです。例えば出勤時間に合わせて起床するとか、昼間は屋外で日光を浴びること、寝る時間を決めるなど、メリハリのあるリズムを日常生活に取り入れることが大切です。ラジオ体操や近所への買い物など、軽い運動も導入して外出するようにしてください。図書館に出かけて読書に集中することも大事だと思うし、そうしたことは回復のパロメーターになります。他にリワークプログラムに参加することもいいかと思います。この時期に会社と復職の連絡を取り始めることも大事なポイ

ントかと思います。復職の連絡を治療初期の段階でやろうとすると逆効果になるので、初期段階ではもっぱら治療に専念してください。復職のガイドラインも整っていますので、適当な時期になったら本人や企業側も使ってもらったらいいいと思います。

●心の健康問題で休業した労働者の職場復帰支援の手引き

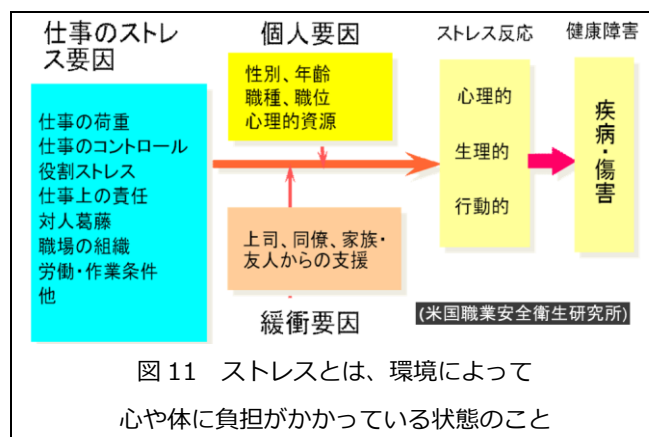
病気休業開始にあたっては、診断書を提出するとともに、経済的保障の情報提供をします。この辺りのことは事前に準備しておいた方がよいと思います。書類がそろえば手続きは自動的に進むことになります。職場復帰にあたっては主治医の臨床上からの判断が重要になるので、「職場復帰可能」の判断を待ってから、日常生活とか復職側の取り組みに進んでいただきたいと思います。そして職場側と本人が話し合って復職日など具体的なことを決めていきます。復職後のフォローは大事なことであり、フォロー体制を整えることは企業側がやるべきことになります。やはり本人の状態確認をすることがポイントであり、産業医による「職場復帰への意見書」を作成、職場責任者と本人と医療関係者の3者が「これならいける」と合意した上で、復職を迎えてほしいと思います。

●職場復帰に必要なこと

先ほど触れたように再発予防が非常に重要ですから、薬などは途中でやめないで最後まで続けて完了するようにしてください。自己管理もやはり大事で、本人として日記を毎日つける。例えば「気分」「不安」「億劫な感じ」など自分の気持ちを表に付けたり、「睡眠」「身体症状」「日常生活」など項目ごとにチェックすることがいいと思います。意識して自分をほめることも大事なことです。どちらかといえば日本人には苦手かもしれませんが、日記を書きながら意識してやるといいかもしれません。自分をほめる、できていると認めることがポイントだと思います。

●ストレスとは、環境によって心や体に負担がかかっている状態のこと

ストレスといいますが、1つの定義として環境によって心や体に負担がかかっていることをストレスといいます。仕事量が多いとか、自分が管理していた仕事が誰かに回されるとか、役割上つらい、仕事上の責任、対人葛藤、組織上の問題、労働条件や作業条件など、仕事の中でストレスの要因はたくさんあります。個人の要因もあって、年齢を



重ねるとつらいこと、若い時に大変なこと、仕事内容でつらいこと、自分の周りがどんな人たちに囲まれているかといった要因も重なってきます。自分と周囲との人間関係などがストレス反応につながって、心理的、生理的、行動的になることもあります。場合によっては病気につながることもあります。ストレスを分解してみると、この図のようになっているかと思います。

●ストレス要因、ストレス反応、ストレスによる健康問題の例

仕事が忙しいとか、人間関係、経済的困難などがストレスの要因となりますし、昇進や出産など、はた目には喜ばしいことが本人にはストレスの要因になることがあります。それに対する反応として、いらいらする、不安になる、ドキドキする、血圧が上がる、お腹が痛くなるとか種類はいろいろです。これらが大きく影響するといわれているのが高血圧、心臓疾患、糖尿病、消化器疾患。そしてうつ病も入っています。いらいらすると、けがや事故に遭いやすいことにもなります。

●よいストレス・悪いストレス

ストレスには悪いストレスもあればいいストレスもあって、自分で対処できる範囲でこれを挑戦だと受け止めて主体的に対応する場合なら、これには達成感がともなうとか自分の成長がともなうとか、よい結果が期待できます。しかし、ストレス要因があまりにも強いと自分の体や心では対応できなくて、自分にとってつらくていやなものと認識された場合には強いストレスが発生します。この状態が一般的に言われるストレスだと考えられます。ストレス解消法として日常でできることとしては、睡眠をよくとること、アルコールは避けること、休日をどう過ごすか、運動をどう取り入れるか。この辺りは大きなポイントになると思います。

●睡眠：リズムをつくる

睡眠に関してリズムをつくるのが大切だといわれま

す。まず朝起きる時間を決めることで、休日でも同じ時刻に起きるようにする。休日だからと遅くまで寝ていると、翌日定刻に起きることがつらくなります。就寝時刻の1時間前から例えばコーヒーなどの刺激物を飲まないとか、テレビを見ないとか、照明を落としてベッドで横になるとか、就寝時刻1時間前からはベッドタイムととらえてほしいと思います。朝はテキパキと過ごしましょう。毎朝決まったパターンで行動することで体と頭が目覚め、リズムが戻ります。20分程度の昼寝は効果的だといわれ、それはいいことだと思いますが、30分以上になるとか、午後3時以降に昼寝をすると夜のリズムが崩れるといわれています。昼寝は上手に活用してください。

●睡眠:寝る前にリラックスする

寝る前のリラックスタイムをどのように過ごすのか。アルコール、カフェイン、ニコチンは脳を活性化させるのでやめましょう。アルコールは眠りが浅くなるという要因もあるため避けたいものです。眠ろうとしてよくアルコールを飲む人がいますが、これは全くの逆効果です。そうすることでアルコール依存症になってしまうケースもあります。寝る前がパターン化していると、その分リラックスできるので、ルーティーンが決められるのであれば、それも1つのポイントかと思います。入浴はぬるめのお風呂に入るのがポイントだと思います。また、寝る前にたくさん食べると胃が活発に動くことになって休まらないので、たくさん食べるとか、遅い時間に食べることは避けましょう。適温の部屋で寝るのも大事ですし、部屋が暗くなっているのも大事です。インテリアや寝具も工夫して、寝室をいちばんリラックスできる場所にしましょう。深呼吸を2~3回すると緊張をやわらげる効果があるといわれています。その他にも、例えばヨガや整理体操なども取り入れてみるのもいいかと思います。

●睡眠:睡眠に対する考え方を変える

どんな眠りが効率的かとか、睡眠への考え方が外来でも話題になります。睡眠時間は人によってまちまちなので、長さばかりにこだわる必要はないかと思いますが、ぐっすり眠るといった質、例えば寝心地のようなものは大事です。眠ろうとすればするほど、体は興奮して眠れなくなります。だから無理に眠ろうとしないこともポイントだと思います。気がかりなことや心配事があると眠れなくなるので、気がかりなことや心配事はメモにとって、明日にのばしましょう。

●睡眠:寝室では寝ることを最優先する

眠くないのにベッドに入り眠ろうと努力すると、また考

えてしまって悪循環になるので、眠くなってからベッドに行く。ベッドは眠るだけに使う。ベッドで読書、テレビを見る、食事など、いろんなことに使うと、ベッドは眠る場所ということが根づきません。寝付かれなかったらそこで頑張るのはあきらめて、眠くなるまで待つことも大事です。別の部屋で静かに過ごすし、眠くなったらベッドに戻ることを繰り返すことがいいと思います。これは夜中に目が覚めたときも使える手法かと思います。

●睡眠:よりよい睡眠のための練習法

眠りの日記をつけるのもいいことです。どれくらい時間を要したとか、自分の眠りの特徴を把握できます。睡眠の習慣付けとして自分でできそうなことからやってみて、好きなパターンを組んでみたらいいと思います。やってみてうまくいかなければ、また変えればいいことだと思います。寝付かれなかった人も、先ほどのパターンを組み合わせるとやってみると2週間程度で眠られるようになるそうです。これもやってみないと分からないですが、2週間というのは1つの目安で、ともかくいろんなことを練習してみてください。

眠りにくいのもいろいろあって、うつ病から眠りにくい、アルコールによって眠りにくい、他の病気による場合もあります。例えばいびきが大きいとか、息苦しいとか、夜中に息が時々止まっていると旦那さんや奥さんなどから言われる人は睡眠時無呼吸症候群の疑いがあります。ふくらはぎや足先がむずむずするとか、ぴくぴくするとか、昼間に突然眠ってしまうとか。眠り以外に、気分が落ち込むとか不安感が強いとか、他の精神症状があるとか。これらは精神内科などに相談すべきことです。うつ病で眠れない場合もありますし、他の精神的疾患でも眠れないことはあるわけです。何か当てはまるものがあると思ったら、その辺りを追及してみるのもいいかと思います。

●アルコールは控える

アルコールは眠ろうと思って飲むとか、気分転換と思って飲むとか、多くの人が使う解決策のようですが、大体が逆効果であることが多いようです。コマーシャルでも爽やかなビールの宣伝もあって、日本人にはなじみ深い趣向品としてアルコールは位置付けられています。気軽にやっていると依存症や中毒になってしまい、本来解決したかったことが解決なくなってしまうことも多々あります。だから、アルコールのことをよく知ったうえで飲んでいただきたいと思います。うつ病になった人の中でアルコールをよく飲む人は、うつ状態が長く続きやすいし、治療効果がなかなか上がらない傾向にあります。だからアルコールは基

本的にやめてもらいたいと思います。アルコールを飲むとその時は気分がよくなりますが、その後かえって気分が落ち込んでしまいます。解決策としてアルコールを使うことは、ぜひやめていただきたいと思います。アルコールは眠りを浅くします。そもそもアルコールと薬は、精神症状に関わらず併用すべきではなく、肝臓などでの代謝にも影響するし、薬の効果が上がらないので一緒に飲むではいけないということは、どの病気に関しても同じです。

●休日をしっかりとり、趣味をもつ

休日をしっかり過ごすことは大事なことで、ストレス解消につながります。気になることがあったとしても、休日は何しろ休むということです。それを意識してください。自分が元気になる、元気が出る活動を見つけてください。それが運動の場合もあるし、何かを見に行くこと、何かを家でやることもそうです。自分が好きなこと、元気が出ることをたくさん見つけ出すことは非常に大事で、これは体調が悪くなった時に解決策として使えます。計画的にそれらをやって気分がよくなるとか、やる気が出る。行動を活性化することは大事です。楽しかったことを記録するのも大事なことで、何か大変なことになった時に、こうすれば自分は楽しいのだと思いだせる記録になるわけです。「自分の好きなこと日記」を手元において、楽しいことを思い

● 質 疑 応 答

Q 1 - 1 : 途上国の人たちは、日本よりも神経質な人は少ないというイメージがあるが、どんな状況からうつ病になるのか？

A 1 - 1 : うつ病発症のきっかけとして、貧困、金銭苦を背景とした病気への負担、育児への影響などを含め、自分自身の選択肢が狭められて無力感が増しやすい。日本でも生活保護を受けている人のうつ病発症率は高い。自分の力が及ばない環境下にあると、うつ病発症のリスクが増すと考えられ、それは途上国、日本に関わらず共通項だと思う。

Q 1 - 2 : 精神疾患に対し、世界や政府機関はどう具体的な対策を講じようとしているのか？「Let's Talk!」で自身のつらいことを話し合ったとしても、笑われたり相手にされなかったり、病院に行くことさえ阻まれることが起こり得るのではないのか？

A 1 - 2 : 政府は予算を組み、医療者を配備し、必要な薬剤を供給しようと考え、民間保健の中に精神保健対策を位置づけることは、根本的なシステム変更だと思う。日本政府では自殺者削減のためにも倒産しそうな中小企業に資金を貸し付けるなど、医療以外でも様々な対策を講じるようになった。本人が周囲の人に話しても笑われたり本気にされなかったり隠されたりという、悪しき環境を何とか

起こすきっかけにしてください。

●運動をする

運動は非常に大事なことです。発想として、「後ろ向きの考えを減らし、心配事から気分転換させてくれる」と頭に浮かんできそうですが、実際に科学的にも証明されていて、気分を前向きにするものとして重要です。1人でやる運動、例えばジョギングも大事ですが、仲間と一緒にジョギングすれば、チームスポーツとして人との交流が生まれ、プラスの側面になります。ストレス解消のためには週3回以上の定期的な運動が勧められています。週3回はなかなか大変ですが、自分の好きなことで日常生活に導入していただければいいかと思います。ヨガなどで姿勢、呼吸を整えることは、ストレスや憂鬱な気分を軽減できることが知られています。運動にはそれぞれの利点があるので、自分が好きな運動を導入してみてもいいでしょうか。

●おわりに

これで私からの話は終わりますが、私は世界レベルと日本レベル、人口レベルでは60億人の健康を考え、1億2千万人の健康を考え、自分の健康、家族の健康、職場の健康を考えてこれまで取り組んできました。本日の講演が皆さんのお役に立てるなら、大変うれしく思います。

改善したいという思いこそが、WHOが今年「Let's Talk!」をテーマに掲げた理由でもある。日本でも10年ほど前までは自律神経失調症などでうつ病を隠そうとしていた時期があるが、最近はうつ病理由の休職事例も増加、心の病気として認識度が向上してきた。そうした中でうつ病から回復した人自身が、成功体験を話してくれることも重要だと思う。治療をしっかりやると働けるようになり、日常生活に戻ることができるという話を、周囲の人たちが共有していけば認識度はさらに向上する。国としても対策を立てやすくなる。外来も充実し自分から出向くにも敷居が低くなってきたし、最近はオンライン情報も充実し、個人であっても情報が得られやすくなった。身近の人にも気軽に相談できる環境になってきたと思う。

Q 2 - 1 : 様々な公衆衛生上の活動に関わる中、限られた時間内でなぜ外来診療にも携わっているのか。その意義について聞きたい。

A 2 - 1 : 外来は問題を抱えた人が目の前にいて、その問題をどう解決するかを考えて話す場。世界60億人分の健康を考えるうえで、公衆衛生統計で現れたデータだけでは日常の実態が見えにくい。外来診療では患者さんとの距離が近く、直接的に貢献できるといった私自身の達成感にもつながる職務でもある。一方、外来で患者さん一人ひと

りに対応しているだけだと、きりがないというか全体像を見失ってしまいかねない。公衆衛生に携わる上で外来は私の実感の場所であり、外来で役立つものを公衆衛生において考えていきたいと思っている。

Q 2-2：途上国では精神疾患の人たちに関する人権問題など、さまざまな解決すべき問題があるということだが、先進国として、逆に途上国の精神医療から学ぶべき点はあるのか？

A 2-2：資源は無尽蔵ではない。途上国では限られた資源の中で問題解決に対応している。逆にいえば限られた資源の中でできる解決策は、途上国だからこそ出てきやすい。日本には1万何千人もの精神科医がいるといっても、全ての問題に関わることができるとは限らない。途上国で一般医がうつ病に対してもある程度の診療ができ、うつ病の治療をマネジメントできるという方法が生まれてくれば、それは精神科医の手の届かない領域で展開するサービスにつながると思う。限られた資源の中で生まれた解決策は、どの国でも役立つはずであり、その視点から見ると、途上国から日本が輸入できることはたくさんあると思う。日本では医療者でない人を医療資源と捉えていないところがあるが、途上国では母親は何ができるのか、子供は何ができるのかと考えていって、家庭でできることを取り決める。そのようなことは日本でも導入できるのではないかなと思う。

Q 3-1：うつ病のサインを出す人には、例えば会社都合で転勤するなど単身で生活しているケースが多いようだが、家族が周囲にいない中で誰がサインを気付いてあげられるのか？

A 3-1：直接会わなくとも、家族は電話やメールのやり取りの中で、いつもと様子が違うと把握できる部分はあると思う。家族に限らず長い間本人を知っている人、それが誰にあたるかは人それぞれに異なる。単身の場合、接点が少ないぶん応援が難しくなる。友人や近隣の人にせよ本人をよく知る人が、いつも来る場所に本人が来ないとか、最近連絡が入らなくなったとか、おかしいと察した時が本人からのサインかなと思う。

Q 3-2：単身の場合、復職に向かう段階で家族を介さないで会社から直接本人に話があると負担を感じるとか、逆に連絡が入らないと焦ってしまうことがあると思う。私自身も長年うつ病の治療を受けていて、休職を3回して結局は退職、その後に症状が治まったという経験がある。その辺りを含めて見解を聞きたい。

A 3-2：家族は理想的には本人の味方であってほしいが、必ずしも本人を最優先に考えているとは限らない。うつ病で本人がつかなくても、家族がそれをふがいなく思っているケースもあるため、本人を中心に考えるべきだろう。復職の連絡も最初は主治医からの連絡を待ってから決

めたらよい。その後は3カ月ごとに報告してもらうとか、診断書を事務的に送ってもらう。復職の具体的な相談はやはり本人にするべきであり、診断経過から目安を付けて本人と連絡を取るのがいいと思う。家族のことを強調しすぎたかもしれないが、本人を最も知っている人物が重要であり、関係性は人によって異なるもので、家族にこだわるものではない。

Q 4-1：最近、周囲の友人、知人でうつ病の人が多い。うつ病は再発しやすいということだが、初発の時点と再発の時点で治療の考え方の違いはあるのか？周囲のものはどう接したらよいのか？

A 4-1：初発も再発も基本的な症状は同じで、治療策も一緒。しかし再発の場合は、本人自身が初発で経験して治ったという成功体験を持っているので、早めに外来に行くとか、早めに周囲と相談するとか、積極的に休みを取るなど、自らが行動するので対策が早く講じられる可能性がある。初発では、まさか自分がとか、本当にこれでよいのかとか悩むところなので、実際に治療が開始できるまでに時間を要してしまう。再発の場合は、自分自身が動くタイミングも早くなって軌道に乗るのも早い。

Q 4-2：うつ病の友人、知人と話してみると、明るい人が多いという印象がある。それは本人が無理をして対応しているのか？

A 4-2：講演でも話したように、うつ病の特徴として「日内変動」があるので、1日のいつ会うかでも印象は異なる。その時は明るく振舞ったとしても、長続きしないことがあると思う。より詳しく聞くと、昼間はいいが夜寝られないとか、困っていることが分かってくることもある。一瞬明るそうな人でも症状が改善していないことはあり得る。性格によってうつ病になりやすいとか、なりにくいかは関係しないと思うが、自らひとりで解決する能力があるかどうかは関係してくるかもしれない。漠然と優しい人はうつ病になりやすいとか、わがままな人はなりにくいかの傾向はないと思う。

Q 5-1：国際的な見地から精神保健を捉えていると、国ごとの文化の違いと個人との間にかなりの幅が出てくると思うが、文化や個人を考慮した国や政府機関の取り組みはあるのか。あるとしたらどんなものなのか？

A 5-1：うつ病という言葉が存在しない国では、表現方法が変わるし、相談先も異なることがあるだろう。しかし、うつ病という本質的な体の症状は同じであり、対策としても基本的には同じ。例えば国民皆保険の状況にあるのか、医者数などを背景とした制度の違いはある。島国のように行くのが難しいとか、ロジスティック上の違いはあると思う。そうした意味から、保険制度や社会保障制度の組み立て方が変わってくる。うつ病そのものについては、

どの国でもどの文化であっても同じだと言われている。

Q 5 - 2 : 日本と世界のメンタルヘルスの状況で大きな違いはあるのか。日本だからこそその役立てることはあるのか？

A 5 - 2 : 日本だからこそできる貢献策として、例えば年間 3 万 5 千人という自殺者数を 2 万 5 千人に減少できたことは日本の最近の成果であり、何によってこの成果が得られたのかを分析・共有することは 1 つの貢献策になる。それを伝えていくことも国際貢献につながる。逆に日本では精神科病床数が非常に多いとか、措置入院や医療保護入院など強制入院の数が多いし、これは世界の視点からは異常事態であり、日本が解決しなければならない課題。これらを一緒に解決していけるのではないかと思う。他国でできていて日本でできていないことについては、他国の経験事例を積極的に輸入したいと思う。

Q 5 - 3 : 杉浦先生自身がフィジーなどの海外や日本国内で関わってきた中で、最も苦労したこと、大変だったことは何か。それらから得られたことは何か？

A 5 - 3 : どの国も私にとって面白かったし、同僚にも恵まれた。国際精神保健はあまりメジャーでない分野のため、職探しには少し苦労した。3 カ月程度で契約が切れることがあり、来年はどこに行くのか分からない状況だった。アフリカやフィジーにいた時は食べものに苦労した。スーパーに物がなく、食べ物の選択肢がないこともある。本日は学生たちが多く参加しているので国際保健について少しアドバイスしたい。3 カ月先に仕事がないケースがあるので、貯金を準備しておくことと、医師などの資格を持っていれば、日本に帰ってきてもらうことができる。国際保健を目指す人には、貯金と資格を準備しておくことを勧めたい。

Q 6 : 私は精神保健を担当しているが、市民から認知行動療法を受けたいという相談がある。うつ病に対しては薬物治療が中心だというイメージがあるが、世界や日本の精神療法の現状を聞きたい。

A 6 : 認知行動療法は日本でも保険適用になっていて、非常に効果的な治療法だと思う。日本では薬物療法でうつ病治療をするという方向でずっと医者を教育し、診療活動を継続してきた経緯があるため、薬物療法の方に手慣れた医療者が多い。私自身も始まりはそうだったが、その後意識して行動をとったというか、認知行動療法のトレーニングの場を求めたからこそ今があると思う。日本では、薬物療法の方を取り組みがちな医者が多いというのが現状だろう。ただ保険対象内のものだから、ここ数年の間で環境も変化してきている。例えばイギリスのガイドラインでは、うつ病は軽症、中等症、重症と分けられ、軽症の第 1 選択は C B T (Cognitive behavioral therapy、認知行動

療法) とされている。薬物を使うのは中等症以上の症状とされおり、認知行動療法は効果はかなり期待されている治療法だという。認知行動療法はオンラインでもできる。やはり対面の方が効果的でペースもつかみやすいと思うが、オンラインで自分のペースでやるのも選択肢の 1 つであり、活用してもらってもよいと思う。いろんな本も発刊されている。認知行動療法を日本に持ち込んだ第一人者は慶応大学の野野先生であり、私の感触として、その先生の名前が付いている関係書籍やオンラインサービスは信頼してもよいと思う。日本の中枢機関の国立精神・神経医療研究センターが出しているものなら確かであり、もちろん厚生省のホームページも活用したらよい。軽症選択では第 1 選択のお墨付きが出ているし、中等症、重症については薬物療法と組み合わせて使うのもよい。再発予防や回復期にある時に薬物と認知行動療法を組み合わせると再発しにくくなるとか、次につながっていくと思う。いずれにしても認知行動療法はどの段階でも役立つ治療法だと思う。

Q 7 : 産業保健分野で最近、若年者の「新型うつ」が話題になっている。産業保健に携わる我々の対応としては、成功体験で自信を持たせるとか、人間的成長を促す支援などに取り組んでいるが、そうした人への対応についてアドバイスをいただきたい。新型うつといわれる状況は日本だけの特徴なのかも知りたい。

A 7 : いわゆる「新型うつ」なのか、本人の未熟性なのかは明確でない中で、本人や周囲の人から相談が来ているのだと思うが、「これだ」という解決策はないというのが実情だと思う。うつ症状が強いのか、未熟性の方が強いのか、あるいは解決能力が低いのか、それらのミックス具合が人によって違うと思う。成功体験で前進する人もいれば、ソーシャルスキルを上げる必要がある人もいれば、うつ症状に対策した方がよい人もいられるので、いろいろ組み合わせてやっていくことだと思う。ある程度の枠を組み、問題を整理し、時間的目標を立てたうえで、設定した枠がぶれないようにすることが大事だと思う。本人の言い分に振り回され過ぎると、言えば何でもやってくれと本人が思い込んでしまう。方向性が定まらないと、逆に本人の不安にもつながる。最初に作戦を立てたら、そこからぶれないことが大事だと思う。私が大学時代、インドなど海外の病院で精神科医の先生の後について病院見学をした経験から想像すると、未熟だとか、わがままだとか、問題解決能力が追いついていかないという問題は、日本に限らずどの国の若者にも存在しているのではないかと思う。

Q 8 - 1 : うつ病は個人の病気なのか周囲の環境が作り出している病気なのか、判然としない病気だと感じる。組織や地域でユートピアのような取り組み事例があれば紹介してほしい。

A 8-1: 1つの要因があって、これさえ無ければうつ病にならないといった、答えが存在しないのが残念なところでもある。しかし個人の采配の幅広さは大事なことで、自分の自由になる時間、お金、過ごし方など、物事の決定力は大きく影響してくると思う。組織の中では決められたことを順にやりたい人もいるし、自分で決めたいという人もいる。自分で決めたい人にとっては、誰かに決められることは大きなストレスで、誰かに決められたい人にとっては、自分が決めなければならないことが大きなストレスとなる。やはり適材適所で本人の得意不得意を見きわめ、組織としてうまく使っていくことが重要だろう。人材募集の段階で、こんな仕事でこういうことができる人を募集していて、こんな役割のポストだと具体的に示し、本人もそれを見て納得した上で入社し、組織の中で自分の能力が活用されていると思えば、やりがいも出てくるはず。逆に漠然と仕事を始めて、自分の予想外だったとか、異動が重なり全く違う仕事に就いて、自分の役割が見いだせないと感じること、それはかなりのストレスだと思う。組織と個人の能力、得意不得意をマッチさせることは大事だろう。それが日本は労働時間が長く、職場で過ごす時間が長いため人生において職場で何ができるかのウェイトが大きくなりがち。午後5時に退社するとして、それ以降をどう過ごすかは本人任せのところがあり、退社後の過ごし方に困ってしまう人もいる。組織としての役割を明確化する中で、本人が自分の時間を自己管理下でどう使うか、これら相互の組み合わせの度合いが重要だと思う。

私がスイスで働いていた当時、有休は6週間あり、有休はすべて消化した。日常勤務が午後5時までだったので、5時以降に電話するとか、5時以降に会議を組むなどはあり得ない状況で、職場への期待と自分への期待が当初から明確化されていた。職場は、自分の振る舞いに責任を持った個人の集まりという印象だった。うつ病罹患との関係性は確かめられなかったが、働きやすさとか、過ごしやすさの意味で測るなら、ヨーロッパの働き方は「自分次第」だったので、私としては良かったと感じている。会社が追っかけてきて、「あなたの休日はこうしなさい」というようなことは必要ないと思う。

Q 8-2: 講演の最後でエクササイズが提案され、その中でヨガについて具体的だったが、ヨガを重要視していることの理由を説明してほしい。

A 8-2: 私自身もヨガをやっているが、エクササイズの紹介でヨガに触れたのは大した理由はない。ヨガは体を動かすことと呼吸を整えることだと言われている。ラジオ体操もそうだが、自分はジョギングが好きだとか、水泳が好きであるのなら、それをやればよいと思う。ただヨガは何歳になっても始めやすいし、ヨガ教室も多いことから事例として紹介してみた。

Q 9: WHOといえば3大感染症などを取り上げてきたが、それは人的影響を含め国家への影響が大きいからだろう。そうした中で、今年のテーマとして精神疾患「うつ病」を取り上げたのは興味深い。日本は世界に先がけて超高齢社会を迎えたが、高齢者の中にはその日にすることがないと困り果て、ストレスにつながっている人も多いようだ。ストレスとうつ病の関係性について研究が進めば、いずれ高齢化を迎える世界の国々にも役立つのではないかと思うが、杉浦先生の見解を聞きたい。

A 9: WHOは保健衛生分野から3大感染症などに取り組み、国家の安全や発展に寄与しようとしているが、うつ病も生産性にも関係し各国の経済活動に大きな影響を与えかねない。3大感染症のように疾患そのもので亡くなることはないにせよ、日常生活が行えず経済活動に参加できないわけで、国家の発展への寄与の意味から、うつ病とか精神疾患は重要なテーマと思う。3大感染症との違うところは、例えば隣の国で感染症のインフルエンザが発生すると、日本の安全や発展に影響するようになるので、隣国のインフルエンザ対策に日本が人やお金を送ることは成り立つ。しかし隣国の自殺対策に人を送るようなことがないのが、3大感染症と異なる点だ。認知症対策は日本が必要に迫られて取り組んでいる最中であり、医療だけでなく、まちづくりの面から認知症であっても暮らしやすい街をつくろうとオレンジプランを策定、総合的な見地から取り組みだしている。若い国（平均寿命が低い国）もいずれ高齢化率が高まり、2025年にアジア地域は高齢化していると言われている。日本が取り組んでいる認知症対策の中で何が成功で何が失敗かを共有することは、世界にとっても非常に役に立つと思う。

高齢者が「することがない」という指摘だが、私の実感として、例えばスイスのマッターホルンなどの山々には元気な高齢者たくさん来ていて、遠くに行けば行くほど日本の高齢者は旅に出ているし、時間もお金もあってのびやかに暮らしているというのが私の印象だ。ただ若い頃から仕事一途にやってきた人にとって、ある日突然「来なくていい」と言われたら、明日朝起きたら何をしたらよいのか困るだろうと思う。私の祖父も父親もそんな時があったと思う。祖父も父親も昔やりたくてもできなかったかったことを思い出し、父親は好きだったギターをやり始め、それがきっかけで仲間ができ、今では仕事のことなど話題にもしなくなった。運動もそうだが、若い頃に好きだったことが多くある人ほど、時間ができた時にいろんなことに取り組みやすくなると思う。やはり孤立、孤独はつらいことであり、若い頃から様々なことに興味を持つこと、それは長い人生の中では大事なことだと思う。



SARAYA

病院で手の消毒100%プロジェクト

東アフリカでの院内感染をなくすために。
SARAYAは、アルコール手指消毒剤の普及を進めています。

出産時、産後の手指消毒の徹底

開発途上国では十分な設備がないまま出産するケースが未だ多くみられ、
新生児死亡率や乳児死亡率が高い国がたくさんあります。
そのためSARAYA East Africaでは出産時、産後の手指消毒の徹底を推進しています。



WHO(世界保健機関)は
医療従事者の手指衛生を徹底し院内感染予防を目指す
「**Clean Care is Safer Care**」キャンペーンを
途上国、先進国問わず世界中の医療現場で推進しています。

SARAYA サラヤ株式会社
大阪市東住吉区湯里 2-2-8
☎ 0120-40-3636 <http://www.saraya.com/>

SARAYA East Africa
Address: P.O. Box 23740, Kampala, Uganda Tel: +256-(0)312-72-72-92
Email: info@saraya-eastfrica.com Web Site (Eng): <http://worldwide.saraya.com/>

