

3.ストレスに負けない！

- ①ストレスに負けない「セルフメンタルヘルス」
- ②部下をストレスから守る「ラインメンタルヘルス」

3-①

ストレスに負けない

セルフメンタルヘルス

1 労働者のストレス実態

1 労働者のストレスの実態

平成 30 年厚生労働省の労働安全衛生調査（労働者調査）によると、現在の仕事や職業生活に関すること、強いストレスとなっていると感じる事柄がある労働者の割合は 58.0% [平成 29 年調査 58.3%] となっています。強いストレスとなっていると感じる事柄がある労働者について、その内容（主なもの 3 つ以内）をみると、「仕事の質・量」が 59.4% [同 62.6%] と最も多く、次いで「仕事の失敗、責任の発生等」が 34.0% [同 34.8%]、「対人関係（セクハラ・パワハラを含む。）」が 31.3% [同 30.6%] となっています。

また、仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレスについて相談できる人の有無等現在の自分の仕事や職業生活での不安、悩み、ストレスについて相談できる人がいる労働者の割合は 92.8% [平成 29 年調査 91.8%]。ストレスを相談できる人がいる労働者について、相談できる相手（複数回答）をみると、「家族・友人」が 79.6% [同 85.3%] と最も多く、次いで「上司・同僚」が 77.5% [同 77.1%] となっています。また、ストレスについて相談できる相手がいる労働者のうち、実際に相談した労働者の割合は 80.4% [同 84.2%] となっています。実際に相談した労働者について、相談した相手（複数回答）をみると、「家族・友人」が 76.3% [同 81.7%] と最も多く、次いで「上司・同僚」が 69.7% [同 71.0%] となっています。

2 メンタルヘルスケアの実態

平成 30 年厚生労働省の労働安全衛生調査（事業所調査）によると、過去 1 年間（平成 29 年 11 月 1 日から平成 30 年 10 月 31 日までの期間）にメンタルヘルス不調により連続 1 か月以上休業した労働者（受け入れている派遣労働者は含まれない。）がいた事業所の割合は 6.7%、退職者（受け入れている派遣労働者は含まれない。）がいた事業所の割合は 5.8% となっています。

3 職場のメンタルヘルスケア

平成 30 年厚生労働省の労働安全衛生調査（事業所調査）によると、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所の割合は 59.2% [平成 29 年調査 58.4%] となっています。メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所について、取組内容（複数回答）をみると、「労働者のストレスの状況などについて調査票を用いて調査（ストレスチェック）」が 62.9% [同 64.3%] と最も多く、次いで「メンタルヘルス対策に関する労働者への教育研修・情報提供」が 56.3% [同 40.6%] となっています。

職場には労働者の努力だけで軽減させることが困難なストレス要因が数多く存在します。その対策を計画、実施することは、経営層や管理監督者の役割といえますが、健康の保持増進にはセルフケアの取り組みも不可欠です。同じような仕事面のストレス要因があっても、だれもが一様にストレスによる健康障害をきたすわけではありません。労働者 1 人ひとりがストレスから身を守るために実践できることも多いのです。そのため、厚生労働省は「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を定め「職場における心の健康づくり」を推進しています。

「職場における心の健康づくり」では、2018年4月から2023年3月までの5年間に実施すべき取り組みを示し、事業者、労働者をはじめとする関係者は自ら積極的に対策を推進し、安全衛生水準の向上に努めることを求めています。

これによると、メンタルヘルスケアは、「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」及び「事業場外資源によるケア」の「4つのケア」が継続的かつ計画的に行われることが重要であるとしています。事業者には、①心の健康計画の策定、②関係者への事業場の方針の明示、③労働者の相談に応ずる体制の整備、④関係者に対する教育研修の機会の提供等、⑤事業場外資源とのネットワーク形成などを行うことが求められています。

厚生労働省：平成30年 労働安全衛生調査（実態調査） 結果

独立行政法人労働者健康安全機構：職場における心の健康づくり（パンフレット）

2 ストレスとは

1 ストレッサーとストレス

ストレスを簡単に言うと「刺激を受けた時に生じる、心や体のゆがみ」のことです。その原因となる刺激や出来事をストレッサーといい、心身のゆがみをストレスと言います。

| | | |
|-----|------------|---------------------------------|
| 外因性 | 物理的ストレッサー | 温熱、寒冷、気圧などの気象の変化 |
| | 化学的ストレッサー | 食品添加物、薬品、アルコール、たばこ、金属、酸素欠乏、栄養不足 |
| | 生物的ストレッサー | 細菌・ウイルス・真菌・寄生虫・花粉 |
| | 環境的ストレッサー | 騒音、照明、空気汚染、振動 |
| | 社会的ストレッサー | 多忙、残業、夜勤、重い責任、借金 |
| | 人間関係ストレッサー | 職場や家族・親戚・近所・友人のトラブル |
| 内因性 | 身体的ストレッサー | 病気、けが、不規則な生活、睡眠不足、疲労 |
| | 心理的ストレッサー | 家族などの病気や死、失恋、解雇、倒産、挫折 |
| | 情緒的ストレッサー | 寂しさ、怒り、憎しみ |

2 ストレスによる疾患（心身症）

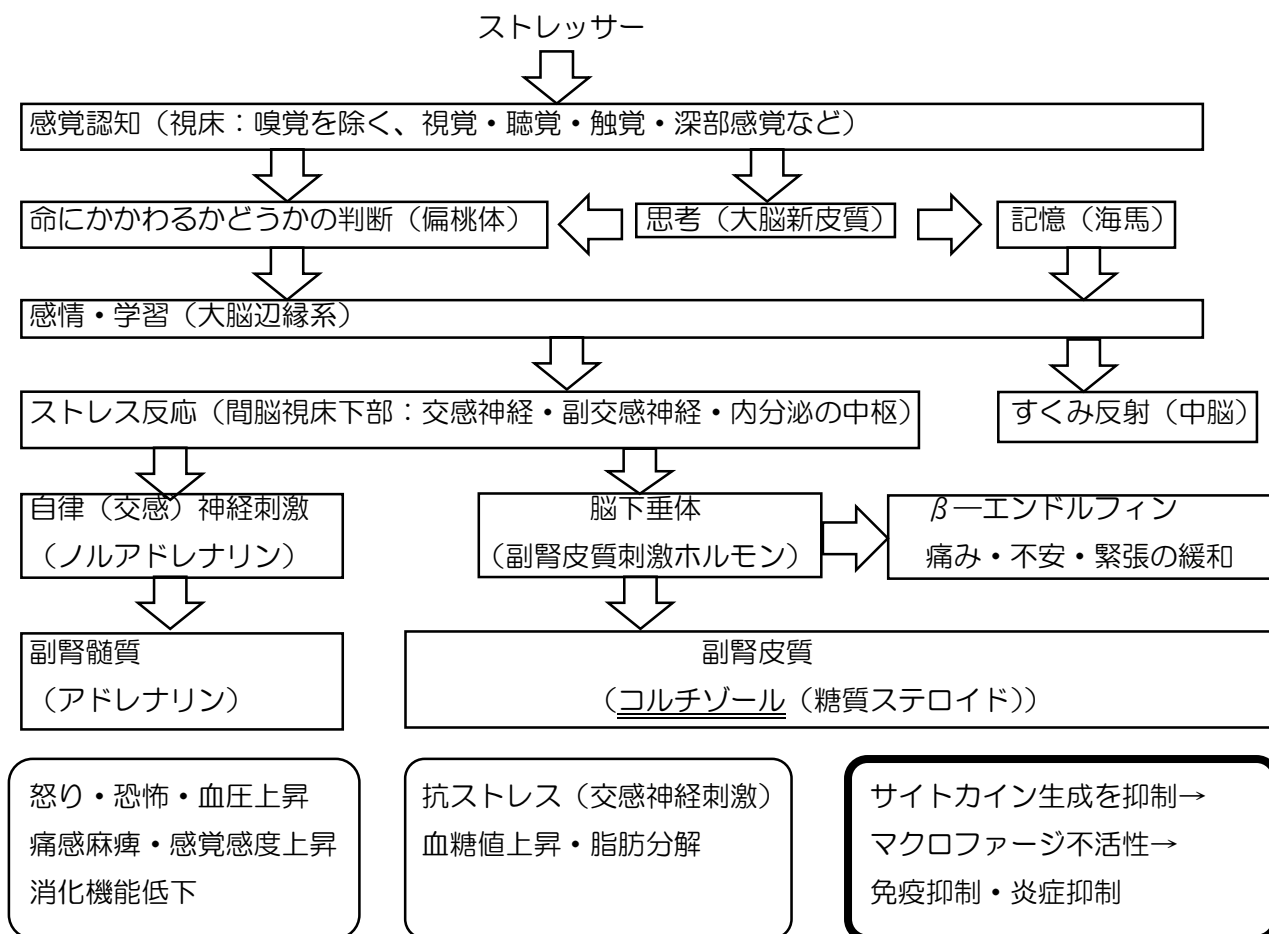
ストレス反応が慢性化すると身体面の疾患に至ることがあります。ただし、心身症の原因がすべてストレスにあるわけではありません。疾患の発症と経過にストレスが関係しているかどうかを見極める必要があります。

| | |
|-----------|--------------------------------------|
| 呼吸器系 | 気管支喘息、過換気症候群など |
| 循環器系 | 本態性高血圧症、起立性低血圧症、冠動脈疾患（狭心症、心筋梗塞）など |
| 消化器系 | 胃・十二指腸潰瘍、慢性胃炎、過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎、心因性嘔吐など |
| 内分泌・代謝系 | 神経性食欲不振症、神経性過食症、甲状腺機能亢進症など |
| 神経・筋肉系 | 筋収縮性頭痛、痙攣性斜頸、書痙、片頭痛など |
| 皮膚科領域 | 慢性蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、円形脱毛症など |
| 整形外科領域 | 慢性関節リウマチ、腰痛症など |
| 眼科領域 | 眼精疲労、原発性緑内障など |
| 産婦人科領域 | 更年期障害、機能性子宮出血、月経前症候群など |
| 耳鼻咽喉科領域 | 耳鳴り、めまい症（メニエール病、動揺病）、心因性難聴など |
| 歯科・口腔外科領域 | 顎関節症、口腔乾燥症、三叉神経痛など |

3 ストレスによる「こころの病気症候群」

| | |
|----------------------------|--|
| アパシー・シンドローム (無気力症) | 大学生や若い会社員、高校生にみられる勉学や仕事に対する関心や意欲を失い、無気力な状態に陥ってしまう状態。いわゆる5月病で、大学生の場合はスチューデント・アパシー、会社員の場合はサラリーマン・アパシーと呼ばれる。アパシーとは、意欲・感情・情熱がスランプになった状態。 |
| リストカット・シンドローム (手首自傷症候群) | 青年期や若い成人期の主として女性が手首を安全カミソリなどで切る行為を繰り返す。「裏切られた」「理解してもらえなかった」といった人間関係上のトラブルを契機に行われることが多く出血を見て安心感を得る場合も多い。発達過程に問題があり母親からの心理的な分離がうまくできていない女性に多い。 |
| 空の巣症候群 | 育児と教育に専心していた母親が子どもの独立によって空虚感、別離感、孤独感を感じ、うつ状態になることがある。更年期の内分泌的变化も関係する場合もある。 |
| ミドルエイジ・シンドローム (中年症候群) | 昇進うつ病：昇進直後に、自分の無能感を感じて突然落ち込む。 昇進停止症候群：昇進を目標として働いてきた人がこれ以上の昇進を望めないことに気づき起こる。 過敏適応症候群：仕事のストレスや体力的・精神的消耗のためうつ状態になる。 |
| 燃え尽き症候群 (バーンアウト症候群) | 仕事にエネルギーを使い果たした人に、心身の極度の疲労と感情の枯渇、自己嫌悪、仕事嫌悪、思いやりの喪失などが現れる。 |
| テクノストレス (OA症候群) | コンピュータ不安型：コンピュータ操作に習熟できず、心身が拒否反応をおこしてしまう。 コンピュータ耽溺型：コンピュータに過剰適応し、対人関係をうまく処理できなくなる。 |
| サンドイッチ・シンドローム | 中間管理職が上司と部下の板挟みになりうつ状態になる。 |
| 出社拒否 | 心理的な問題によって会社に行くことができなくなる。症状は、行く気にならない、行く気はあるが起き上がれない、頭痛や腹痛が起こるなど様々。うつ病や統合失調症や神経症性障害の症状のこともある。 |
| 自律神経失調症 | 全身の倦怠感、頭痛、肩こり、多汗、しびれ、動悸、めまい、不整脈、不眠などが起こる。 |

4 ストレス生体反応



動物は命をおびやかすストレス（恐怖）に直面したとき、「戦うか、逃げるか、すくむか（身動きを止める：擬死）」の反応をします。この反応に対応するためには、脳や筋肉に酸素やエネルギーをすばやく供給しなくてはなりません。そのため、呼吸数や心拍数・血糖値を増やし血圧を上昇させ、痛みを和らげ筋肉を緊張させてより早く動けるように準備をします。また、免疫（マクロファージの活性）を抑制するため、マクロファージの食作用に伴うサイトカインの炎症を抑制します。

このように、急性ストレス状態に陥るとストレスホルモン（アドレナリン・コルチゾール・βエンドルフィン）が放出され、さまざまな生体反応が起こります。

急性ストレス状態になってしばらくすると、血中コルチゾールの上昇を視床下部が感知し副腎皮質刺激ホルモンの分泌を減少させコルチゾールの放出を抑えるネガティブ・フィードバックが行われます。ところが、ストレス状態が続くとネガティブ・フィードバック機能が失われ、コルチゾールが過剰に分泌され続けます。その結果慢性的に免疫反応が抑制され、細菌・ウイルス・悪性新生物などへの免疫力が低下します。最近の研究では、長期間に渡りコルチゾールが過剰分泌されると海馬の萎縮など脳に障害を与えることがわかっています。うつ病の患者さんはネガティブ・フィードバック機能に異常がみられるため、脳の障害と何らかの関係があるのではないかと考えられています。さらに、コルチゾールは傷ついた神経細胞の修復（再生や分化）を妨げることもわかり、これもうつ病発症のきっかけになるのではないかと考えられています。

また、神経伝達物質のセロトニン・ドパミン・ノルアドレナリンの減少がうつ病発症のきっかけになるのではないかと考えられています。コルチゾールは、セロトニンの分泌を妨げます。（セロトニンが不足すると緊張・焦燥がおき、ドパミンが不足すると楽しみの喪失、ノルアドレナリンが不足すると意欲の低下・興味の消失が起こるとされています。）

いずれにせよ、ストレスホルモンと呼ばれるコルチゾールなどの過剰分泌は心身状態の異常をもたらすことは明らかなです。ストレスを受けた時適切に対処することでストレスを軽減することと、ストレスを慢性化させないことが重要です。

5 職場のストレス

（男女別：強いストレスを感じているもの3つ以内選択調査結果）

| | 男（全体の60%が強いストレスを感じている） | 女（全体の55%が強いストレスを感じている） |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 仕事の質・量（59%） | 仕事の質・量（60%） |
| 2 | 仕事の失敗・責任の発生（36%） | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（33%） |
| 3 | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（30%） | 仕事の失敗・責任の発生（31%） |
| 4 | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（28%） | 雇用の安定性（18%） |
| 5 | 会社の将来性（26%） | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（17%） |
| 6 | 雇用の安定性（18%） | 会社の将来性（17%） |
| 7 | 顧客・取引先からのクレーム（16%） | 顧客・取引先からのクレーム（9%） |

（平成30年厚生労働省：労働安全衛生調査（労働者調査）より）

女性労働者のストレス女性労働者のストレスは大きく分けて、①職場におけるストレス、セクハラ・パワハラ・マタハラなどのハラスメントを含む人間関係のストレス、キャリアストレス、出産後の復職にともなうストレス、②家庭におけるストレス（ワーク・ファミリー・コンフリクト、DVやモラハラ（精神的暴力、嫌がらせなど）を含む家庭内の人間関係の問題、育児や介護ストレス）、③月経痛、月経前症候群、更年期障害、出産にともなう精神的・身体的疲労と出産児のケアなど女性特有の生物学的特性にともなうストレス、などに分けられます

女性労働者のストレス対策としては、男女雇用機会均等法や労働基準法、育児・介護休業法、ワーク・ライフ・バランス憲章、ハラスメント対策ガイドラインなどの活用があります。また、家庭におけるストレスにも旧来の性別役割分業観が関係しており、男性の一層の意識改革が必要です。

（年代別）

| | 20代（全体の58%が強いストレスを感じている） | 30代（全体の64%が強いストレスを感じている） |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 仕事の質・量（55%） | 仕事の質・量（57%） |
| 2 | 仕事の失敗・責任の発生（35%） | 仕事の失敗・責任の発生（38%） |
| 3 | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（32%） | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（36%） |
| 4 | 会社の将来性（25%） | 会社の将来性（27%） |
| 5 | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（21%） | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（24%） |
| 6 | 顧客・取引先からのクレーム（15%） | 雇用の安定性（12%） |
| 7 | 雇用の安定性（8%） | 顧客・取引先からのクレーム（12%） |

| | 40代（59%が強いストレスを感じている） | 50代（全体の57%が強いストレスを感じている） |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 仕事の質・量（64%） | 仕事の質・量（62%） |
| 2 | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（32%） | 仕事の失敗・責任の発生（33%） |
| 3 | 仕事の失敗・責任の発生（29%） | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（29%） |
| 4 | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（23%） | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（28%） |
| 5 | 会社の将来性（21%） | 会社の将来性（17%） |
| 6 | 雇用の安定性（17%） | 雇用の安定性（16%） |
| 7 | 顧客・取引先からのクレーム（12%） | 顧客・取引先からのクレーム（15%） |

（平成30年厚生労働省：労働安全衛生調査（労働者調査）より）

20代：仕事以外のストレス（親からの自立、異性との交際、結婚、出産など）も多く発生し、精神的成長が促される時期でもあります。

30代：現場の第一線の担い手であり、中堅社員として仕事の負担が増え、過重労働が問題になりやすい年代でもあります。また、30代でも自分自身の仕事の実績を上げることにほかに、部下の仕事のマネジメントも求められるプレイング・マネージャーが増えています。その結果として、この世代の負担が増えて、メンタルヘルス不調や自殺の発生頻度が高くなっていることが指摘されています。また、この年代の労働者は、他企業から即戦力として中途採用されることも少なくありません。その場合、社風や仕事の進め方、評価制度の違いなどに対する戸惑いや不満、新しい職場での人間関係の問題などが発生しやすく、メンタルヘルス不調に陥る社員もみられます。

40・50代：中高年労働者のストレスの特徴として、体力、記憶力、新しい環境への適応力が低下してくることなどの心身の機能の衰えに直面すること、一方で経験や実績を評価されて職場で指導的立場に就く人が増えることがあげられます。管理職になった人は、部下を管理監督することになりますが、昇進したものの業績が上がらない、仕事内容が変わり不慣れでうまくやれない、部下を指導・管理することができないなどの理由でストレスを感じてメンタルヘルス不調に陥る人がいます。管理監督者は、部下の業務の管理やメンタルヘルス不調を早期に発見し、対処する立場にもありますが、自分自身の健康管理にも配慮する必要があります。一方、家庭では、子供の受験、進学や卒業、自立にともなう問題や親の介護などにともなうストレスも増えてきます。家庭内での役割分担や協力が一層必要になる年代です。

（就業形態別）

| | 正社員（全体の61%が強いストレスを感じている） | 契約社員（全体の56%が強いストレスを感じている） |
|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | 仕事の質・量（60%） | 仕事の質・量（57%） |
| 2 | 仕事の失敗・責任の発生（35%） | 雇用の安定性（40%） |
| 3 | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（31%） | 仕事の失敗・責任の発生（32%） |
| 4 | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（25%） | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（23%） |
| 5 | 会社の将来性（24%） | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（22%） |
| 6 | 顧客・取引先からのクレーム（14%） | 会社の将来性（19%） |
| 7 | 雇用の安定性（9%） | 顧客・取引先からのクレーム（9%） |

| | パートタイム（39%が強いストレスを感じている） | 派遣労働者（全体の59%が強いストレスを感じている） |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 仕事の質・量（54%） | 雇用の安定性（58%） |
| 2 | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（42%） | 仕事の質・量（56%） |
| 3 | 仕事の失敗・責任の発生（30%） | 対人関係（セクハラパワハラ含む）（24%） |
| 4 | 雇用の安定性（22%） | 仕事の失敗・責任の発生（23%） |
| 5 | 会社の将来性（13%） | 会社の将来性（10%） |
| 6 | 顧客・取引先からのクレーム（9%） | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（8%） |
| 7 | 役割・地位の変化（昇進昇格、配置転換）（6%） | 顧客・取引先からのクレーム（3%） |

（平成30年厚生労働省：労働安全衛生調査（労働者調査）より）

派遣労働者のストレスの内容をみると、「雇用の安定性の問題」が最も高く、契約社員の場合も、「雇用の安定性の問題」が40%と高いことが分かります。正規雇用を希望していたが職がないために不本意ながら非正規雇用を選んだ非自発的非正規雇用者（不本意型）と、自ら希望して非正規雇用者となった者（本意型）、正規雇用者、失業者の比較で、同じ非正規雇用者でも不本意型のほうが本意型よりもストレスが多く、失業者に近い特徴を示した調査結果が報告されています。（独立行政法人経済産業研究所：非正規労働者の希望と現実 2011年）

3 メンタルヘルスの基礎知識（疾患・心身症概論）

1 メンタルヘルス不調・精神疾患・心身症概論

メンタルヘルス不調とは、「精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神的および行動上の問題を幅広く含むものをいう」と定義されています（厚生労働省「労働者の心の健康の保持増進のための指針」2006年）。すなわち、精神疾患のみならず、出勤困難、職域での人間関係上のストレスや仕事上のトラブルの多発、多量飲酒などを含めた心の不健康状態を総称する用語です。

（うつ病）

| | |
|-----------|---|
| <p>症状</p> | <p>＜うつ病の症状（米国精神障害診断基準DSM-Ⅳ）＞</p> <p>うつ病を診断する目安として、米国精神障害診断基準DSM-Ⅳが広く使われています。以下の9つの症状のうち5つ以上が2週間の間に存在し、病前の機能から変化を起こして、かつ、うち1つは①または②を含み、器質的障害や統合失調症でないとき、^{だい}うつ病が疑われます。（診断は医師でないと行えません。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ①ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑うつ気分 ②ほとんど一日中、ほとんど毎日の、全て、またはほとんど全ての活動における興味、喜びの著しい減退 ③食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例えば1か月で体重の5%以上の変化）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加 ④ほとんど毎日の不眠または睡眠過多 ⑤ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止 ⑥ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退 ⑦ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある。単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない） ⑧思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる ⑨死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画 <p>＜周囲が気づくうつ病のサイン＞</p> <p>表情が暗い・涙もろくなった・反応が遅い・落ち着かない・飲酒量が増える</p> <p>＜体に出るうつ病のサイン＞</p> <p>食欲がない・体がだるい・疲れやすい・性欲がない・頭痛や肩こり・動悸・胃の不快感・便秘がち・めまい・口が渇く</p> |
| <p>原因</p> | <p>＜外因性あるいは身体因性＞</p> <p>アルツハイマー型認知症のような脳の病気、甲状腺機能低下症のような体の病気、副腎皮質ステロイドなどの薬剤がうつ状態の原因となっている場合</p> <p>＜内因性＞</p> <p>内因性うつ病というのは典型的なうつ病であり、普通は抗うつ薬がよく効きますし、治療しなくても一定期間内によくなるといわれます。躁状態がある場合は、双極性障害と呼びます。セロトニ</p> |

| | |
|----|---|
| | <p>ンやノルアドレナリンなどの脳内の神経伝達物質の働きが悪くなっていると推測されています。</p> <p>＜心因性あるいは性格環境因性＞</p> <p>性格や環境がうつ状態に強く関係している場合です。抑うつ神経症（神経症性抑うつ）と呼ばれることもあり、環境の影響が強い場合は反応性うつ病という言葉もあります。</p> |
| 治療 | <p>休養と服薬による心理的疲労回復が治療の2本柱となりますが、治療法は一人ひとり違います。典型的なうつ病ならば薬物療法の効果が期待できます。性格や環境の影響が強い場合は精神療法的アプローチや時には環境の整備が必要になります。ほかの病気や薬が原因の場合は病気の治療や薬を変えることを考えなくてはなりません。休職についても、休養が必要な場合とむしろ仕事を続けた方がいい場合もあってこの点でも方針はひとつではありません。</p> <p>＜外因性＞</p> <p>身体疾患や薬剤がうつ状態の原因である可能性があれば、身体疾患の治療や薬剤の中止あるいは変更を考慮します。この場合も、うつ状態が重症であれば抗うつ薬療法を併用します。</p> <p>＜内因性＞</p> <p>抗うつ薬療法を考えます。ただし、うつ病が軽症である場合は、抗うつ薬がそれほど有効でないとする報告もありますので、抗うつ薬は期待される有効性と副作用を慎重に検討する必要があります。また、双極性障害のうつ状態では原則として抗うつ薬を用いず、気分安定薬に分類される薬剤を処方します。</p> <p>＜心因性あるいは性格環境因性＞</p> <p>環境のストレスが大きい場合は調整可能かどうかを検討し、対応します。過去にいろいろな場面でうまく適応できず、うつ状態になっているような人で、性格面で検討すべき問題がある場合は、精神療法として一緒に考えていく必要があります。</p> |

（引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_into.html 2020.4）

(双極性障害)

| | |
|----|--|
| 症状 | <p>双極性障害は、躁状態の程度によって二つに分類されます。</p> <p>＜双極Ⅰ型障害＞</p> <p>うつ状態に加え、激しい「躁状態」が起こります。</p> <p>＜双極Ⅱ型障害＞</p> <p>うつ状態に加え、「軽躁状態」が起こります。</p> <p>(躁状態)</p> <p>ほとんど寝ることなく動き回り続け、多弁になって家族や周囲の人に休む間もなくしゃべり続け、家族を疲労困ぱいさせてしまいます。仕事や勉強にはエネルギーに取組むのですが、ひとつのことに集中できず、何ひとつ仕上げることができません。高額な買い物をして何千万円という借金をつくってしまったり、法的な問題を引き起こしたりする場合があります。失敗の可能性が高いむちゃなことに次々と手を出してしまうため、これまで築いてきた社会的信用を一気に失ったあげく、仕事をやめざるをえなくなることもしばしばあります。また、自分には超能力があるといった誇大妄想をもつケースもあります。</p> <p>(軽躁状態)</p> <p>躁状態のように周囲に迷惑をかけることはありません。いつもとは人が変わったように元気で、短時間の睡眠でも平気で動き回り、明らかに「ハイだな」というふうに見えます。いつもに比べて人間関係に積極的になりますが、少し行き過ぎという感じを受ける場合があります。</p> <p>躁状態と軽躁状態に共通していえることは、多くの場合、本人は自分の変化を自覚できないということです。大きなトラブルを起こしていながら、患者さん自身はほとんど困っておらず、気分爽快でいつもより調子がよいと感じており、周囲の困惑に気づくことができません。</p> <p>双極性障害は、最初の病相(うつ状態あるいは躁状態)から、次の病相まで、5年くらいの間隔があります。躁やうつが治まっている期間は何の症状もなくまったく健常な状態になります。しかし、この期間に薬を飲まないでいるとほとんどの場合、繰り返し躁状態やうつ状態が起こります。治療がきちんとなされていないと、急速交代型(年間に4回以上の病相がある)へと移行していき薬も効きにくなっていきます。</p> <p>双極性障害はうつ状態の期間のほうが長いことが多く、本人は躁状態や軽躁状態の自覚がない場合が多いので、多くの患者さんはうつ状態になった時に受診します。そして病院にかかった時に以前の躁状態や軽躁状態のことが医師に伝わらない場合、治療がうまく進まないことがあります。このように、双極性障害が見逃されている場合も少なくないと思われます。</p> |
| 原因 | <p>双極性障害の原因は、まだ解明されていません。しかし、この病気は精神疾患の中でも脳やゲノムなどの身体的な側面が強い病気だと考えられています。ストレスが誘因や悪化要因になりますが、単なる「こころの悩み」ではありません。ですから、精神療法やカウンセリングだけで根本的な治療をすることはできません。</p> |
| 治療 | <p>双極性障害には、気分安定薬と呼ばれる薬が有効です。日本で用いられている気分安定薬には、リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピンがあります。このうち、最も基本的な薬はリチウムです。リチウムには、躁状態とうつ状態を改善する効果、躁状態・うつ状態を予防する効果、自殺を予防する効果があります。しかし、リチウムは副作用が強く、使い方が難しい薬で</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>もあります。</p> <p>患者さんやご家族に病気の性質や薬の作用と副作用を理解していただき、再発のサインがあればすぐに通院できるようにします。また、規則正しい生活をおくことも双極性障害の治療にはよい効果があります。徹夜を避け、朝はしっかり日の光を浴び、散歩などの軽い運動をする、といった形で、できる限り一定のスケジュールで生活することがとても大切です。</p> |
|--|--|

(引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail_intro.html 2020.4)

| | |
|----|---|
| 症状 | <p>統合失調症の症状は多彩ですが、主な症状「幻覚・妄想、生活の障害、病識の障害」の3つの症状を挙げます。</p> <p><幻覚・妄想（陽性症状）></p> <p>幻覚と妄想は、統合失調症の代表的な症状で一定の特徴があります。幻覚とは、実際にはないものが感覚として感じられることです。統合失調症で最も多いのは、誰もいないのに人の声が聞こえてくる、ほかの音に混じって声が聞こえてくるという幻聴（幻声）です。「お前は馬鹿だ」などと本人を批判・批評する内容、「あっちへ行け」と命令する内容、「今トイレに入りました」と本人を監視しているような内容が代表的です。周りの人からは、幻聴に聞きいってニヤニヤ笑ったり（空笑）、幻聴との対話でブツブツ言ったりする（独語）と見えるため奇妙だと思われ、その苦しさを理解してもらいにくいことがあります。</p> <p>妄想とは、明らかに誤った内容であるのに信じてしまい周りが訂正しようとしても受け入れられない考えのことです。「街ですれ違う人に紛れている敵が自分を襲おうとしている」（迫害妄想）、「近所の人のかたがちは自分への警告だ」（関係妄想）、「道路を歩くと皆がチラチラと自分を見る」（注視妄想）、「警察が自分を尾行している」（追跡妄想）などの内容が代表的で、これらを総称して被害妄想と呼びます。時に「自分には世界を動かす力がある」といった誇大妄想を認める場合もあります。</p> <p>妄想に近い症状として、「考えていることが声となって聞こえてくる」（考想化声）、「自分の意思に反して誰かに考えや体を操られてしまう」（作為体験）、「自分の考えが世界中に知れわたっている」（考想伝播）のように、自分の考えや行動に関するものがあります。</p> <p>統合失調症の幻覚や妄想には、2つの特徴があります。第1は、内容の特徴です。幻覚や妄想の主は他人で、その他人が自分に対して悪い働きかけをします。このように幻覚や妄想の内容は、もともとは本人の気持ちや考えに由来するものです。第2は、気分及ぼす影響です。幻覚や妄想の多くは、患者さんにとっては真実のことと体験され不安で恐ろしい気分を引き起こします。無視することができず、幻聴や妄想に従った行動に走ってしまう場合もあります。</p> <p><生活の障害（陰性症状）></p> <p>「日常生活や社会生活において適切な会話や行動や作業ができにくい」という形で認められます。</p> <p>①会話や行動の障害：話のピントがずれる、話題が飛ぶ、相手の話のポイントや考えがつかめない、作業のミスが多い、行動の能率が悪い、などの形で認められます。症状が極端に強くなると、会話や行動が滅裂に見えてしまうこともあります。</p> <p>②感情の障害：感情の動きが少ない、物事に適切な感情がわきにくい、感情を適切に表せずに表情が乏しく硬い、それなのに不安や緊張が強く慣れにくい、などの症状が現れます。また、他人の感情や表情についての理解が苦手になり、相手の気持ちに気づかなかったり、誤解したりすることが増えます。</p> <p>③意欲の障害：仕事や勉強をしようとする意欲が出ずにゴロゴロばかりしてしまう（無為）、部屋が乱雑でも整理整頓する気になれない、入浴や洗面などの身の周りの清潔にも構わない、という症状として認められます。さらに基本的な意欲の障害として、他</p> |
|----|---|

| | |
|----|--|
| | <p>人と交流をもとうとする意欲、会話をしようとする意欲が乏しくなり、無口で閉じこもった生活となる場合もあります（自閉）。</p> <p>④病識の障害：病識とは、自分自身が病気であること、あるいは幻覚や妄想のような症状が病気による症状であることに自分で気づくことができること、認識できることをいいます。統合失調症の場合には、この病識が障害されます。</p> |
| 原因 | <p>統合失調症の原因は、今のところ明らかではありません。進学・就職・独立・結婚などの人生の進路における変化が、発症の契機となることが多いようです。</p> |
| 治療 | <p>統合失調症の治療は、外来・入院いずれの場合でも、薬物療法と心理社会的な治療を組み合わせで行います。心理社会的な治療とは、精神療法やリハビリテーションなどを指します。薬物療法なしに行う心理社会的な治療には効果が乏しく、薬物療法と心理社会的な治療を組み合わせると相乗的な効果があることが明らかとなっています。</p> <p><抗精神病薬が有効な精神症状></p> <p>幻覚・妄想・自我障害などの陽性症状を改善する抗精神病作用、不安・不眠・興奮・衝動性を軽減する鎮静催眠作用、感情や意欲の障害などの陰性症状の改善をめざす精神賦活作用を持つ抗精神病薬（神経遮断薬）を使います。またこの薬には、再発を予防する効果があります。</p> <p>抗精神病薬に特徴的な副作用として、そわそわしてじっと座ってられない（アカシジア）、体がこわばって動きが悪い、震える、よだれが出る（パーキンソン症状）、口などが勝手に動いてしまう（ジスキネジア）、筋肉の一部がひきつる（ジストニア）などです。</p> <p><リハビリテーション></p> <p>リハビリテーションに用いられる方法は、病状や生活の状態により様々です。病気や薬についてよく知り、治療の参考にして再発を防ぎたいとの希望がある患者・家族のためには「心理教育」、回復直後や長期入院のために身の回りの処理が苦手となっている場合には生活自立のための取り組み、対人関係やコミュニケーションにおける問題が社会復帰の妨げとなっている場合には、認知行動療法の原理を利用した「生活技能訓練（Social Skills Training；SST）」、仕事における集中力・持続力や作業能力の回復をめざす場合には「作業療法」、対人交流や集団参加に自信がもてない場合には「デイケア」、就労のための準備段階としては「作業所」など、個々の患者さんの病状に合わせて利用していきます。</p> |

（引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail_intro.html 2020.4）

(アルコール依存症)

| | |
|-----------|---|
| <p>症状</p> | <p><飲酒渴望></p> <p>飲酒行動は「コントロール障害」と表現されます。飲み始めの時のつもりより、時間的に長く飲んでしまう、量を多く飲んでしまう、などが頻繁に認められます。コントロール障害の典型は連続飲酒です。</p> <p><離脱症状></p> <p>重症：けいれん発作、一過性の幻聴、振戦せん妄（意識障害と幻覚）</p> <p>軽・中症：（自律神経）手の震え、発汗（特に寝汗）、心悸亢進、高血圧、嘔吐、嘔気、下痢、体温上昇、さむけ</p> <p>（精神症状）睡眠障害、不安感、うつ状態、イライラ感、落ち着かない</p> <p><心理特性></p> <p>本人が問題をまったく認めないか、過小評価する「否認」と、物事を自分に都合のよいように解釈しほかの人に配慮しない自己中心性がみられます。</p> <p><行動異常></p> <p>暴言・暴力、徘徊・行方不明、妄想など。</p> <p><身体・精神疾患></p> <p>肝臓障害をはじめとする様々な身体障害や、うつ病や不眠症を代表とする精神障害が合併します。</p> <p><社会的問題></p> <p>最近問題になっている常習飲酒運転者の多くは、多量飲酒者かアルコール依存症の患者さんです。またアルコール依存症は、自殺、事故、家庭内暴力、虐待、家庭崩壊、職場における欠勤、失職、借金など多くの社会問題に関係しています。</p> <p><性・年齢の影響></p> <p>一般に若年アルコール依存症では、精神医学的合併症の有病率が高く、高齢者の場合には、肝障害、脳血管障害などの身体合併症や、認知症などを伴っていることが多くみられます。一方、体重あたり同量飲酒しても、女性の肝障害が重症化しやすく、男性に比べて女性の方が短期間でアルコール依存症に発展する傾向があります。</p> <p>【参考文献】 樋口 進：アルコール依存：生物学的背景、松下正明、加藤敏、神庭重信（編）：精神医学対話、弘文堂、pp855-871、2008.</p> |
| <p>原因</p> | <p>「酒に強い」人の多量飲酒です。</p> |
| <p>治療</p> | <p><解毒治療></p> <p>離脱症状治療の原則は、まず交差耐性のあるベンゾジアゼピン系薬物でアルコールの肩代わりをさせ、漸減することです。この処置を行わずに、点滴などでアルコールの排泄を促進すると、離脱症状を悪化させることがあります。解毒治療は通常 2～4 週間行われます。</p> <p><リハビリ治療></p> <p>まず教育により、患者さんに正しい知識を提供すると同時に、個人カウンセリングや集団精神療法などで否認の処理と断酒導入を行います。退院後の断酒継続をみすえ、断酒会や AA（アルコホーリクス・アノニマス）といった自助グループ（※3）への導入を図るとともに、家族や職場との調整を行います。またこの時期から、患者さんによく説明したうえで抗酒薬（※4）の投与を始めます。この治療は 2 ヶ月ほどかけてしっかりと行います。</p> |

| | |
|--|---|
| | <p><退院後のアフターケア></p> <p>病院・クリニックへの通院、抗酒薬の服用、自助グループへの参加を行います。</p> |
|--|---|

(引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail_intro.html 2020.4)

アルコール依存症(alcohol dependence syndrome)の ICD-10 診断ガイドライン

| 過去 1 年間に以下の項目のうち 3 項目以上が同時に 1 ヶ月以上続いたか、または繰り返し出現した場合 | |
|--|---|
| 1 | 飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感 |
| 2 | 飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関して行動をコントロールすることが困難 |
| 3 | 禁酒あるいは減酒したときの離脱症状 |
| 4 | 耐性の証拠 |
| 5 | 飲酒にかわる楽しみや興味を無視し、飲酒せざるをえない時間やその効果からの回復に要する時間が延長 |
| 6 | 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず飲酒 |

（不安障害・パニック障害）

| | |
|-----------|---|
| <p>症状</p> | <p>＜不安障害＞</p> <p>不安障害の主症状は不安です。はっきりした理由がないのにあるいは理由があってもそれと不釣り合いに強く、または繰り返し起きたり、いつまでも続いたりするのが病的な不安です。</p> <p>＜パニック障害＞</p> <p>パニック発作、予期不安、広場恐怖が３大症状です。中でも予期しないパニック発作がパニック障害の必須症状であり、予期不安、広場恐怖はそれに伴って二次的に生じた不安症状といえます。</p> <p>（パニック発作）</p> <p>突然の激しい動悸、胸苦しさ、息苦しさ、めまいなどの身体症状を伴った強い不安に襲われるもので、多くの場合、患者さんは心臓発作ではないか、死んでしまうのではないかなどと考え、救急車で病院へかけつけます。</p> <p>（予期不安）</p> <p>「また発作が起こるのではないか」という心配が続くことを「予期不安」といいます。パニック発作がない時（発作間欠期）も、それに関連した不安があり、１ヶ月以上続きます。</p> <p>（広場恐怖）</p> <p>行動の自由が束縛されて、発作が起きたときすぐに逃げられない場所や状況（一人での外出、乗り物に乗る、人混み、行列に並ぶ、橋の上、高速道路、美容院へ行く、歯医者にかかる、劇場、会議など）を避けます。パニック障害ではほとんどの患者さんがこの広場恐怖を伴っていて、日常生活や仕事に支障を来す場合が多くみられます。</p> |
| <p>原因</p> | <p>不安障害の原因は、まだ十分には解明されていません。不安障害も、かつては心理的要因（心因）が主な原因であると考えられてきましたが、近年の脳研究の進歩により、今日では、心因だけでなく様々な脳内神経伝達物質系が関係する脳機能異常（身体的要因）があるとする説が有力になってきています。</p> <p>大脳辺縁系にある扁桃体は快・不快、怒り、恐怖、などの情動の中核としての働きをしています。扁桃体で恐怖が引き起こされると、その興奮が周辺の神経部位へ伝えられ、すくみ、心拍数増加、呼吸促迫、交感神経症状などのパニック発作の諸症状を引き起こしてくると考えられています。</p> |
| <p>治療</p> | <p>不安障害の治療は、薬物療法と精神療法に分けられます。パニック障害でも抗うつ薬のSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）と抗不安薬のベンゾジアゼピン誘導体（BZD）を中心とした薬物療法と精神療法である認知行動療法を基本として行います。</p> |

（引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_intro.html 2020.4）

(強迫性障害)

| | |
|----|---|
| 症状 | <p>強迫症状の内容と頻度</p> <p>汚染/洗浄（トイレの後手洗いやシャワーを繰り返す、つり革などにさわると何度も手を洗う、ドアノブや手すりに触れない）：40～45%</p> <p>加害恐怖（運転中人とすれ違ったとき転んでないかを心配し引き返したりして何度も確認する、自分がひき逃げをしていないか新聞やテレビや警察に確認する）：30%</p> <p>確認行為（ガス栓や電気器具、玄関や窓が閉まっているか確認を繰り返す・じっと見張る・指さし確認するなど）：30%</p> <p>数字へのこだわり（不吉な数字・幸運な数字に縁起を担ぐというレベルを超えてこだわる）：15%</p> <p>対称性へのこだわり（物の配置に一定のこだわりがあり、必ずそうならないと不安になる）：10%</p> <p>無用なものへのこだわり（物をため込んで捨てられない・ゴミ屋敷）：5～10%</p> |
| 原因 | その原因や発症に関わる特異的な要因は、いまだ特定されていません。 |
| 治療 | 強迫性障害の主要な治療は、SSRI を主とした薬物、および認知行動療法です。 |

（引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_into.html 2020.4）

(摂食障害)

| | |
|----|--|
| 症状 | <p><神経性食欲不振症（AN）></p> <p>体重が減少しているにもかかわらず、太ることへの強い恐怖に基づく行動が認められます。こうした強迫症状は、飢餓状態低栄養の進行にともなってますます強くなります。また、肥満恐怖のため自己誘発性嘔吐や下剤の乱用をともなう場合があります。行動の特徴として隠れ食い、盗み食い、万引きなども認められます。</p> <p><神経性過食症（BN）></p> <p>むちゃ食いの反復と体重増加防止のための絶食や食事制限や自己誘発性嘔吐や下剤の乱用です。とくに、食事制限によるやせを達成できなかったことに対する自己不全感、あるいは反復されるむちゃ食い後の体重増加への不安感、むちゃ食いに対する罪悪感が特徴的です。</p> |
| 原因 | <p><心理的要因></p> <p>否定的な自己評価あるいは低い自尊心（自己評価）が摂食障害全体の原因とあり、ANは強迫性パーソナリティ傾向や完璧主義、BNは抑うつや不安などがBNと関連があると報告されています。</p> <p><家族環境></p> <p>両親の別居や離婚など両親の不和、あるいは両親との接触の乏しさ、親からの高い期待、偏った養育態度も発症推進的役割を果たすといわれています。</p> <p><遺伝的要因></p> <p>それぞれ異なった遺伝子がANならびにBNの発症に関与しており、ANの遺伝率はBNよりおおむね高いと報告されてきています。</p> |
| 治療 | <p>低体重の場合は、3食を規則的な時間に摂取させ段階的に増量させていく方法が基本です。BNは認知行動療法や集団療法などの活用で治療を進めます。</p> |

（引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_into.html 2020.4）

（薬物依存症）

| | |
|-------------|--|
| <p>症状</p> | <p>＜薬物乱用＞</p> <p>社会規範から逸脱した目的や方法で薬物を使用することをいいます。覚せい剤、麻薬（コカイン、大麻、あへん・ヘロイン、LSD、MDMA など）など法律で禁止された薬物を 1 回使っただけでも乱用になります。また、未成年者の飲酒・喫煙も禁止されているため、1 回の飲酒・喫煙でも乱用になります。有機溶剤（シンナー、接着剤など）の吸引は、目的の逸脱で乱用です。</p> <p>わが国ではアルコールは規制がありませんが、イスラム文化圏の飲酒を禁じている国では乱用になります。つまり、乱用という概念は、社会規範という尺度で評価した用語です。</p> <p>＜薬物依存＞</p> <p>薬物の乱用をくりかえすと、薬物依存という「状態」におちいります。使用をやめようと思ってもコントロールできずに薬物を乱用してしまう状態です。</p> <p>＜身体依存＞</p> <p>離脱症状があるのが特徴です。身体依存になってしまうと、離脱症状の苦痛を避けるために薬物探索行動を起こし薬物依存が繰り返されることになります。</p> <p>＜精神依存＞</p> <p>精神依存とは、薬物欲しさにコントロールが働かなくなった脳の障害（状態）です。ニコチンには精神依存を引き起こす強い作用がありますが、身体依存はないと考えられています。アルコール、モルヒネ、ヘロインは、精神依存のみならず身体依存も引き起こしますが、ニコチン、覚せい剤、コカインは強い精神依存を引き起こしますが身体依存は引き起こしません。</p> <p>＜薬物中毒＞</p> <p>（急性中毒）</p> <p>薬物を急激に乱用した場合生命的な危機を招きます。このような状態が急性中毒です。</p> <p>（慢性中毒）</p> <p>薬物依存におちいっている人がさらに乱用を繰り返した結果として発生する慢性的状態です。こうなると、原因薬物の使用を中止しても、出現していた症状は自然には消えず、時には進行性に悪化していきます。幻覚や妄想を主症状とする覚せい剤精神病、「無動機症候群」を特徴とする有機溶剤精神病などがその代表です。</p> |
| <p>主な薬物</p> | <p>＜覚せい剤＞</p> <p>○強い興奮作用（気分発揚、爽快感、多弁）。大量摂取で錯乱。効果が切れると強い脱力・疲労感。</p> <p>○麻黄（まおう）からメタンフェタミン、石油からアンフェタミンを精製。</p> <p>＜大麻＞</p> <p>○幻覚作用（気分・情動・感覚・知覚が変化）。大量摂取で幻覚・妄想。</p> <p>○大麻草。乾燥させて乾燥大麻、樹液を固めて大麻樹脂、葉や樹液を抽出して液状大麻。</p> <p>＜アヘン・モルヒネ・ヘロイン＞</p> <p>○抑制作用（少量で鎮痛効果、苦痛が薄らぎ不安が消え陶酔感が生じる）。激しい離脱症状がある。医療では疼痛緩和。</p> <p>○ケシからアヘン抽出。アヘンからモルヒネ抽出。モルヒネを化学的に精製したのがヘロインで、即効性で作用が強い。</p> |

| | |
|----|---|
| | <p><コカイン></p> <p>○覚せい剤と同様の興奮作用。効果が切れると落ち込む。医療では局所麻酔。</p> <p>○コカ葉から抽出・精製する。</p> <p><LSD></p> <p>○強い幻覚作用。特に視覚領域。陶酔感や陽気な気分から不安な抑うつ状態になることがある。乱用で脳障害。</p> <p>○ライ麦に寄生する麦角菌から麦角アルカロイドを抽出・精製する。</p> <p><MDMA・MDA></p> <p>○覚せい剤と同様に興奮作用（視覚・聴覚が変化）。乱用で肝機能腎機能障害や記憶障害。</p> <p>○化学薬品から合成。</p> <p><向精神薬></p> <p>○医師の指示から離れて乱用すると依存し、怒りやすい・感情が不安定になる。離脱症状は幻覚妄想。</p> |
| 原因 | <p>薬物依存の原因として、脳内の神経系の異常が明らかになっています。脳のどの部分に作用するかは薬物によって異なりますが、どの薬物であっても依存性が生じるので脳内報酬系と呼ばれる神経系に異常が起きていることが明らかになっています。</p> <p>この神経系で最も主要な役割を果たす神経伝達物質がドーパミンです。</p> |
| 治療 | <p>薬物依存を「治す」特効薬は、残念ながらいまだにありません。いったん異常となった神経系は、半永久的に元には戻らない可能性があると言われています。</p> |

（引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail_into.html 2020.4）

(PTSD：心的外傷後ストレス障害)

| | |
|----|---|
| 症状 | <p>急に涙ぐんだり、恐怖がこみ上げてきたり、あるいはぼんやりとして話が耳に入らないということがあります。落ち着きがなくなったり、些細なことで怒ってしまったりということもあります。</p> <p>本人の内心では「忘れていよう」と思っているにもかかわらず、ふとした拍子に体験のつらい記憶が突然思い出されたり、その時の光景があらわに浮かんで来たりします。また、体験を思い出させるきっかけに触れた時に急に思い出したり、不安定になったりします。これを「再体験症状」と呼びます。</p> <p>PTSDになると、自分への自信や周囲への信頼を失ってしまいます。また、将来についていろいろと思い描くことができず、自分には将来があるのだろうかとか、寿命が短くなったのではないかと感じることもあります。これらを「否定的な認知」と呼ぶこともあります。</p> |
| 原因 | <p>生死にかかわるような危険を体験したり目撃したりすることによって発症します。そして発症率は、恐怖をもたらすような体験の重症度に応じて増えていくことが知られています。</p> |
| 治療 | <p>心理的に保護をして、自然の回復をうながします。</p> <p>保護というのは、安全、安心、安眠の確保です。とくに被害を受けた後の数カ月間は、かなりの自然回復が見込まれますし、またいきなり精神科を受診する人は少ないので、家族や、時には内科や外科、産婦人科の医師と相談のうえ、保護的に回復を見守ることも有効です。しかし症状が重い場合や、徐々に悪化する場合、数カ月を経ても自然に回復しない場合には、専門的な治療の対象となります。治療には、PTSDの特定の症状を軽くする為の対症療法と、PTSDという疾患そのものの治療法があります。</p> |

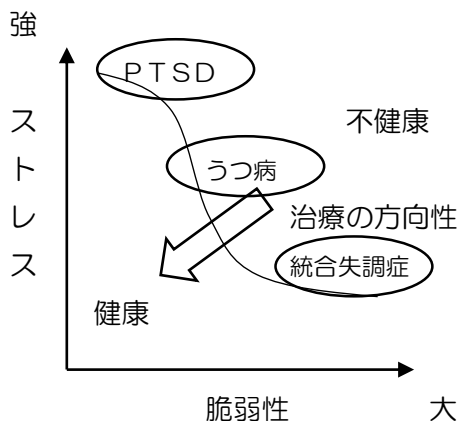
(引用：厚生労働省 みんなのメンタルヘルス https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_into.html 2020.4)

4 セルフケア（ストレスに気づこう）

1 ストレスモデル

①ストレス脆弱性モデル

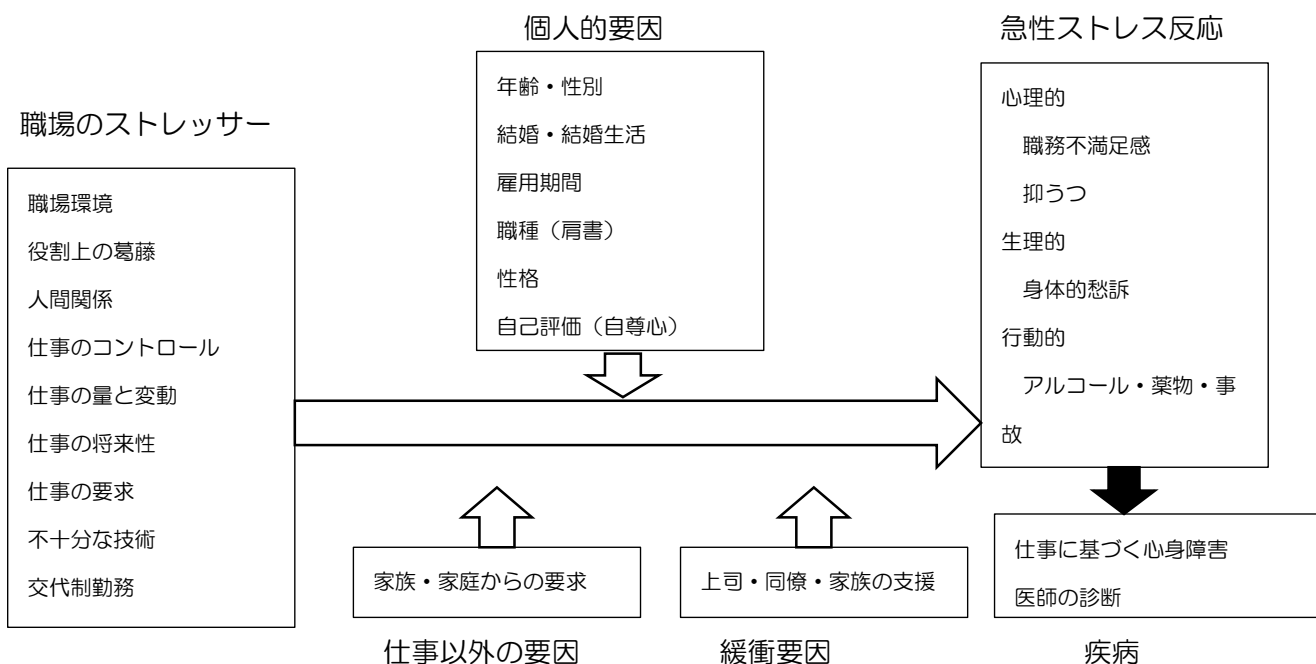
病気になりやすさ（脆弱性）と病気の発症を促すストレスの関係を示している。



大規模な災害や犯罪被害のように非常に強いストレスがかかった場合、脆弱性が小さい（ストレスに強い）人でもPTSDにかかりやすい。うつ病もストレス状況の中で発症しうる。統合失調症は、ストレスより脆弱性の大きさが発症に関係している。

治療の方向性としては、早期に発見し脆弱性を小さくし、ストレスを和らげる必要がある。

②NIOSH職業性ストレスモデル（米国国立労働安全機構提唱）



仕事上のストレスから急性のストレス反応、それが進んで疾病となるまでに、仕事上のストレス以外の3つの要因がプラスあるいはマイナスに働くとする。3つの要因は、その人の属性や性格などの「個人的要因」、家庭の事情などの「仕事以外の要因」、そして同僚や家族などの支援などの「緩衝要因」があげられている。このモデルは、急性ストレス反応は病気ではないこと、ストレス反応が出ているときは警告と受け止め無理をしないこと、3つの要因をプラスやマイナスの方向へコントロールしていくこと、「同僚や家族などの支援」が重要であることがわかる。

③DCS（要求－コントロール－サポート）モデル

| | | | | |
|-------|---|--------|-------|---|
| 仕事の裁量 | 低 | 不活性化 | 高ストレス | |
| | 高 | 低ストレス | 活性化 | |
| | 低 | 仕事の要求度 | | 高 |

仕事の要求度が高く、仕事の裁量（コントロール度）が低い場合にストレスが高くなり、加えてサポートが少ない場合に最もストレスが高くなり健康障害が発生しやすくなる。

④ERI（努力・報酬不均衡）モデル

努力を仕事上の要求に対する個人の反応と考えた。企業が従業員に対して高い要求をする場合、従業員は多くの努力を行う。これに対して報酬が少ない場合ストレスが生じるとしている。なお、報酬には経済的な報酬（金銭）、心理的報酬（尊重）、キャリア（仕事の安定性や昇進）の3要素があるとしている。

⑤情動ストレスモデル

個人がある刺激事態（出来事や状況）を経験した時、それをネガティブなもの（嫌だ、辛い、困った、不快、等）と考えると心理的ストレス反応として不安や抑うつ気分、怒りといった情動反応が生じる。そして、このような情動反応を低減するための対処（コーピング）が行われる。それが有効であればストレスは減少するが、低減しなかったり増幅されたりすると、ストレスはさらに拡大し心身の不適応状態が生じるとしている。

2 仕事上のストレス

| 心理的負担 | |
|-------|--|
| 弱 | <p>大きな説明会や公式の場での発表を強いられた</p> <p>上司が不在になることによりその代行を任された</p> <p>勤務形態に変化があった</p> <p>仕事のペース活動の変化があった</p> <p>自分の昇格昇進があった</p> <p>部下が減った</p> <p>早期退職制度の対象となった</p> <p>非正規社員である自分の契約満了が迫った</p> <p>理解してくれていた人の異動があった</p> <p>上司が替わった</p> <p>同僚等の昇進昇格があり昇進で先を越された</p> |
| 中 | <p>悲惨な事故や災害の体験・目撃をした</p> <p>会社で起きた事故事件について責任を問われた</p> <p>自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた</p> <p>業務に関連し違法行為を強要された</p> <p>達成困難なノルマが課された</p> <p>ノルマが達成できなかった</p> <p>新規事業の担当になった</p> <p>会社の立て直しの担当になった</p> <p>顧客や取引先から無理な注文を受けた</p> <p>顧客や取引先からクレームを受けた</p> <p>仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった</p> <p>1 か月に 80 時間以上の時間外労働を行った</p> <p>2 週間（12 日）以上にわたって連続勤務を行った</p> <p>配置転換があった</p> <p>転勤をした</p> <p>複数名で担当していた業務を一人で担当するようになった</p> <p>非正規社員であるとの理由等により仕事上の差別不利益取扱いを受けた</p> <p>上司とのトラブルがあった</p> <p>同僚とのトラブルがあった</p> <p>部下とのトラブルがあった</p> <p>セクシュアルハラスメントを受けた</p> |
| 強 | <p>重度の病気やケガをした業務に関連し重大な人身事故重大事故を起こした</p> <p>会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをし事後対応にも当たった</p> <p>退職を強要された</p> <p>ひどい嫌がらせいじめ又は暴行を受けた</p> |

引用：心理的負担による精神障害の認定基準 H24.12 厚生労働省労働基準局長 通達 別表 1 業務による心理的負担評価表より

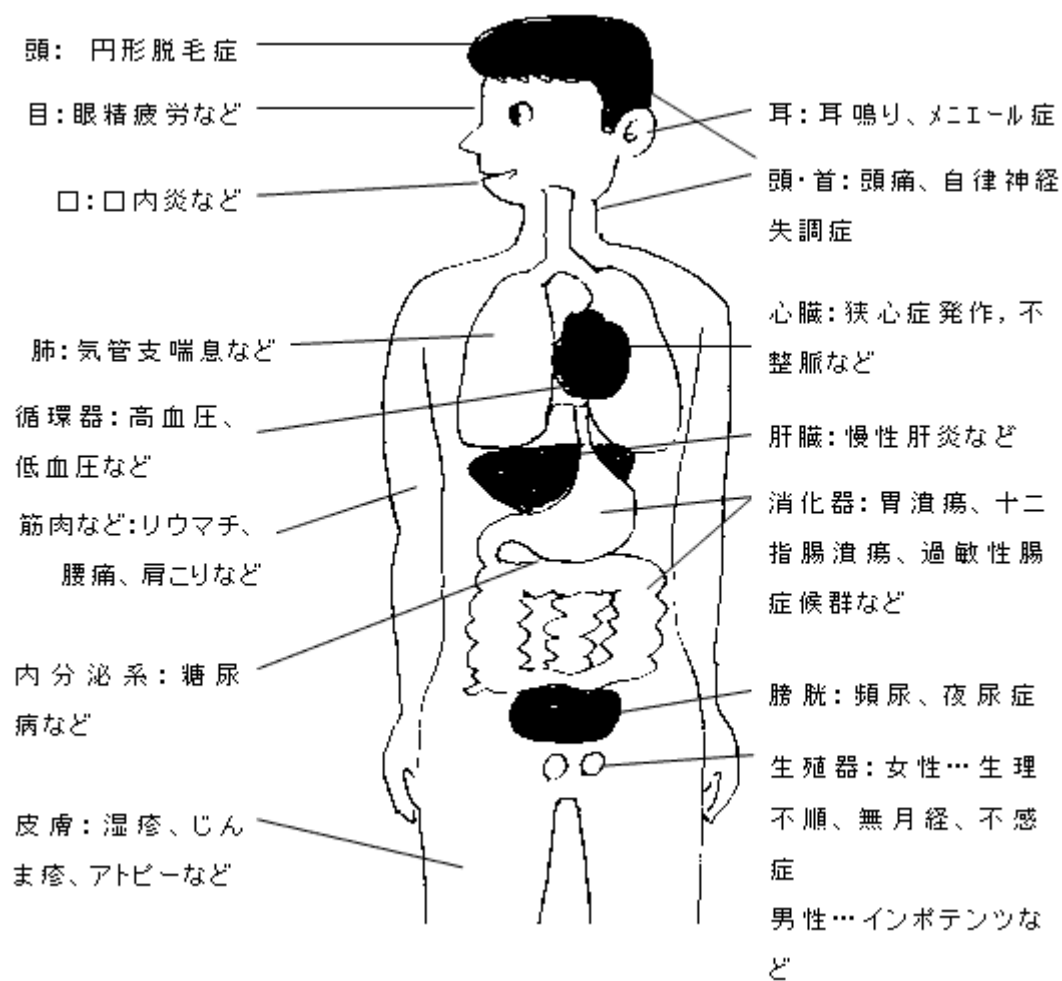
3 仕事以外でのストレス

| 心理的負担 | |
|-------|--|
| 弱 | 夫婦のトラブル不和があった 自分が妊娠した 定年退職した 家族が婚約した又はその話が具体化した 子供の入試進学があった又は子供が受験勉強を始めた 親子の不和・子供の問題行動や非行があった 家族が増えた（子供が産まれた）又は減った（子供が独立して家を離れた） 配偶者が仕事を始めた又は辞めた 住宅ローン又は消費者ローンを借りた 軽度の法律違反をした 家屋や土地を売買した又はその具体的な計画が持ち上がった 家族以外の人（知人下宿人など）と一緒に住むようになった |
| 中 | 自分が病気やケガをした 親族とのつきあいで困ったり辛い思いをしたことがあった 親が重い病気やケガをした 収入が減少した 借金返済の遅れ困難があった 自宅に泥棒が入った 交通事故を起こした 騒音等家の周囲の環境（人間環境を含む）が悪化した 引越した 友人・先輩に裏切られショックを受けた 親しい友人・先輩が死亡した 失恋・異性関係のもつれがあった 隣近所とのトラブルがあった |
| 強 | 離婚又は夫婦が別居した 自分が重い病気やケガをした又は流産した 配偶者や子供親又は兄弟が死亡した 配偶者や子供が重い病気やケガをした 親類の誰かで世間的にまずいことをした人が出た 多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった 天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた |

引用：心理的負担による精神障害の認定基準 H24.12 厚生労働省労働基準局長 通達 別表2 業務以外の心理的負担評価表より

4 身体面の変化に気づく

| | |
|----------|---|
| 疲労、全身倦怠感 | 精神的な緊張状態、高血圧、貧血、糖尿病、慢性肝炎、うつ病、統合失調症、不安障害など |
| 動悸、めまい | ストレス状態で交感神経の働きが高まり筋肉緊張・血圧上昇・心拍数上昇・呼吸が浅くなる、不整脈、心疾患、甲状腺機能亢進症、呼吸器疾患、メニエール病、脳疾患、パニック障害、うつ病、適応障害、心気症、仮面うつ病など |
| 頭痛 | 脳疾患、眼精疲労、肩こり、うつ病、不安障害、統合失調症、血管性認知症など |
| 不眠 | レスストレスレグス症候群、周期性四肢運動障害、睡眠時無呼吸症候群など |
| 食欲不振 | 消化器系疾患、脳血管障害、関節リウマチ、糖尿病、感染症、うつ病、薬物依存症、認知症、摂食障害など |



文部科学省 在外教育施設安全対策資料「心のケア」編 ストレスによって身体に現れる症状 図5

https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/clarinet/002/003/010/003.htm (2020.4)

5 生活・行動面の变化に気づく

| | |
|--------|---|
| 生活が乱れる | うつ病：服装の乱れ、過眠、昼夜逆転、朝起きることがなかなかできない 統合失調症：意欲の低下、感情の変化が乏しい、幻覚妄想、睡眠障害、周囲への配慮できない |
| 行動が変化 | 遅刻・早退・欠勤・能率の低下・ミスの多発・クレーム多発・事故・口論・けんか・やけ食い・アルコール依存 うつ病・統合失調症：注意、記憶、遂行機能障害、暴力、ギャンブル依存 |
| 自傷行為 | 自分を無価値だと考える、周囲の人に苦しみを言えない、感情が激しく動揺しやすい |
| ひきこもり | 何らかのこころの病気を背景に社会活動ができなくなった状態 |

6 心理面の变化に気づく

| | |
|-------|---|
| 気分が沈む | 悲しい、気分が沈む（抑うつ気分）、やる気が起きない（意欲低下） |
| 不安緊張 | 理由がないのにドキドキして不安、落ち着かない。息が苦しい、冷や汗が出る、体が震える、めまいがする、手足がしびれる、脱力感、頻尿、のどが渇く、眠れない、頭痛、漠然とした恐れ |
| 怒り | 怒りっぽい（易怒性）：認知症、脳血管障害、統合失調症、 イライラ（易刺激性）：アルコール・薬物依存症、双極性障害 |
| 幻聴 | 統合失調症：不安で恐ろしい気分、周囲の世界が変わってしまって切迫したような感覚 PTSD：経験がよみがえるように短い言葉が聞こえる 薬物：アルコール・大麻・覚せい剤・シンナーなど |

7 ストレスチェック

<https://kokoro.mhlw.go.jp/>

厚生労働省 「こころの耳～働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」でセルフチェックをしましょう。

5分でできる職場のストレスセルフチェック

3分でできる職場のストレスセルフチェック（簡易版）

疲労蓄積度セルフチェック（働く方用）

疲労蓄積度セルフチェック（家族支援用）

などが用意されています。

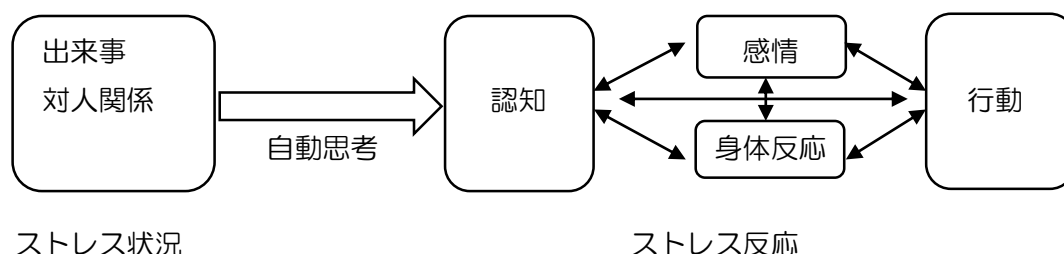
5 ストレスコーピング（ストレス対処行動）

| | |
|----------------|--|
| 問題焦点型コーピング | ストレスの原因に対して、自分の努力や周囲の協力を得て解決しようとする。ストレスとなる要因を避けるような回避行動も含む。 |
| 社会的支援探索型コーピング | ストレスの原因になる出来事に直面した際、周囲の人に相談したり信頼できる人に話したりすることで心理的安定を得られるようになる。 |
| 情動焦点型コーピング | 解決方法がない場合、怒りや不満や悲しみなどの感情を誰かに話をする事で解消させる（感情発散型）。または、誰にも話さず心の中に抑圧する（感情抑圧型）。 |
| 認知的再評価型コーピング | ストレッサーを変化させるのではなくストレッサーに対する見方や捉え方を変えたり距離を置いたりするなど認知の仕方を変える。ポジティブシンキングとも言う。 |
| 気晴らし型コーピング | 運動や趣味などで気分転換やリフレッシュを図る。 |
| リラクセーション型コーピング | 呼吸法、漸進的筋弛緩法、自律訓練法、アロマなどで心身をリラックスさせる。 |

2 認知行動療法（C B T）

認知と行動の両面からの働きかけによりセルフコントロール力を高めて、ストレス、抑うつ、不安などさまざまな問題の改善を図る心理療法の技法の総称です。

認知行動療法の基本モデルでは、個人を取り巻く環境におけるストレス状況と、そのストレス状況から生じるストレス反応に分けてとらえ、さらにストレス反応を、認知（思考）、気分（感情）、行動、身体反応の4領域に分けて理解します。



人はある出来事が起きたときに、自分の経験や環境の中で身に着けた「決まったものの考え方（思考パターン）」をします。これを自動思考といいます。そして、自動思考で湧きあがった感情をもとに行動を決めます。もし、自動思考にゆがみのない場合はストレスなく過ごすことが出来るのですが、この自動思考が極端で飛躍的な解釈をするような歪みがあると、本人にとってストレスや生きづらさとなってしまうことが少なくありません。この自動思考を穏やかで過ごしやすく、多くの場面で適用しやすいものの考え方に変化させ、行動を変容させていくのが認知行動療法です。

認知のゆがみの例

| | |
|--------------|---|
| 根拠のない決めつけ | 確たる証拠がないのに自分の思い付きをあたかも正しいと思い込む |
| 白黒思考 | 物事をすべてはっきりさせないと気が済まなくなり、白か黒かという極端な思考を持つ |
| 部分的焦点づけ | 自分が目に付くことだけで短絡的な結論を導き出すこと |
| 過大評価・過小評価 | 自分が関心のあることは課題に受け止め、自分の予想や想像に合わない部分は小さく受け止める |
| べき思考 | 「こうするべき」と決めつけ、「べき」に基づく行動をする |
| 極端な一般化 | 数としては少ないのに、世の中の多くのことが同様の結果になると決めつける |
| 自己関連付け | なにかよくないことが起きると、すべてが自分のせいできたとように思いこみ自分を責める |
| 情緒的理由付け | そのときの自分の感情の動きだけがすべてで、実際の現実も感情だけで判断する |
| 自分で実現してしまう予言 | 自分で否定的な予測をたて行動を決める。その結果、予測通りに事が運び自分の予測は正しいと思い込む |

落ち込みやすい人は、ちょっとした失敗を取り返しのつかない失敗だと考えたりする独特の認知のゆがみがあり、その認知が気分（憂うつ）、行動（活動の低下）、身体反応（頭痛、倦怠感）に悪影響を与え、これらがさらに非合理的、悲観的な認知を誘発し、ぐるぐると悪循環が生じて抜け出せなくなってしまうのです。その悪循環を、認知を修正し、行動パターンを変えることで断ち切るのが認知行動療法です。認知行動療法はうつ病、パニック障害・強迫性障害・社会不安障害などの不安障害をはじめ不眠などに適用され、科学的根拠に基づいて有効性が報告されています。認知行動療法は今や心理療法の世界標準となっており、イギリスやアメリカではうつ病と不安障害の治療ガイドラインで第一選択肢になるなど、その活用が広く推奨されています。

3 ソーシャルサポート（家族、会社、友人、仲間によるサポート）

| | |
|---------|--|
| 情緒的サポート | 励ましや受容によってやる気を起こさせてくれる。情緒が安定する。 |
| 情報的サポート | 課題解決に役立つ情報やアドバイスを与えてくれる。 |
| 道具的サポート | 実際に手助けをしてくれる。形あるものやサービスの提供。 |
| 評価的サポート | 仕事ぶりや業績などを適切に評価する。自己評価が高まり心理的に安定する効果がある。 |

ソーシャルサポートが少なく社会的に孤立しているサインの例

| |
|----------------------------------|
| 自分は周りの人たちの中になじんでいると感じることがない |
| 自分には人との付き合いがないと感じることがある |
| 自分には頼れる人が誰もいないと感じることがある |
| 自分はひとりぼっちだと感じることがある |
| 自分は友人や仲間のグループの一員だと感じることがない |
| 自分は周りの人たちと共通点が多いと感じることがない |
| 自分は誰とも親しくしていないと感じることがある |
| 自分の関心や考えは周りの人たちにはわからないと感じることがある |
| 自分を社交的で親しみやすいと感じない |
| 自分には親しい人たちがいると感じない |
| 自分は取り残されていると感じることがある |
| 他人との関わりは意味がないと感じることがある |
| 自分のことを本当によく知っている人は誰もいないと感じることがある |
| 自分は他の人たちから孤立していると感じることがある |
| 希望しても自分と気の合う仲間は見つかると感じない |
| 自分を本当に理解している人がいると感じない |
| 自分は内気であると感じる |
| 周りの人たちと一体感がもてないと感じることがある |
| 話し相手がいると感じない |
| 頼れる人がいると感じない |

4 セルフトーク（自己対話）

ストレスを感じたとき、それは「出来事」や「人」に問題があるのではないことを認知するために、「別の見方を冷静にみつける」方法。これによって認知のゆがみや癖が修正できます。

| | ストレッサー | 歪んだ認知 | セルフトーク例 |
|------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| イライラ | 他人に理解されない 物事が思ったように進まない | べき思考：自分の考えの方が優れている。 話の通じない人はいない。 | そういう考え方もありだ。 どっちにしても大きな差はない。 |
| オドオド | 上司から叱られた 失敗して自信がなくなった | マイナス思考：1度ミスしたら取り戻せない。失敗したら仲間外れにされる | 次こそ成功してみせる。 出来ないことが多いからこそ成長できる。 |
| クヨクヨ | 過去の過ち 大切なものの喪失 | 自己関連付け：悪いことは自分に責任がある。根拠のない自責の念。 | 過去と他人は変えられないが、未来と自分は変えられる。 |
| ハトハト | いつも他人に気を遣っている 多大な期待を背負っている | 完璧思考：手抜きはできない。失敗は許されない。 | 休むのも仕事のうち、断るのも仕事のうち。60点とればいい。 |
| ムカムカ | 他人の反論や態度。 | 読みすぎ：他人から嫌われている。悪意を持たれている。無視されている。 | 他人の反論や指摘は自分の甘さに気づくチャンス。批判が自分を成長させる。 |
| モンモン | 目標を見失う。将来への不安。 現状に対する不満不安。 | 「根拠のない理想」と現実のギャップを感じている | 明日のことは考えず、今できることをやろう。 |

6 睡眠

人間は、疲れと体内時計の調整で眠りにつきます。体内時計は、目から入った光の刺激を感知する松果体で作られる睡眠を促すホルモン物質「メラトニン」によってコントロールされています。

メラトニンは、神経伝達物質であるセロトニンが松果体でビタミンB6やナイアシン、マグネシウムを得て生成されます。そのセロトニンはドーパミン（喜びや快楽）やノルアドレナリン（恐怖や驚き）の感情をコントロールし精神をリラックスさせる働きと食欲を抑える働きがあります。セロトニンが低下すると不眠や頭痛・攻撃性が高まったり、不安やうつ・パニック障害などの精神症状を引き起こすといわれています。

最近の研究で女性ホルモンの影響でセロトニンが増減することがわかってきました。排卵日まで増加するエストロゲンはセロトニンを増加させ、排卵後はセロトニンが減少します。これはPMS（月経前症候群）にみられる、頭痛、イライラ、やる気の減退、ドカ食い、衝動買いをよく説明しています。

さて、光の刺激があるとセロトニンが合成されるとともにメラトニンが抑制されます。睡眠時に部屋の明かりが明るすぎると、メラトニンが分泌されにくく寝つきが悪くなる原因になります。また、起きてから14時間後にメラトニンが分泌され始め16時間後にピークに達するといわれています。例えば朝6時に起きたとき夜8時から眠くなりはじめ10時にはメラトニンがピークになります。メラトニンを多く生成するため、昼間に光を浴びてセロトニンを増やしておくことも大切です。

また、深部体温が約1度低下すると深い眠りにつけます。深部体温差を大きくするため、夕食に温かい食事をする、寝る前にぬるいお風呂にゆっくりつかる、など工夫をすると効果的です。深部体温を下げるため入眠前は体表面から放熱をします。赤ちゃんが寝る前に体温が上がるのはこのためです。

深い睡眠に入ると、成長ホルモンが分泌され始めます。成長ホルモンは子どものときは発育を促し、大人では細胞の修復を行います。

眠りが浅いと成長ホルモンが分泌されず、肌荒れ、体がだるい、疲れが取れないなどの症状が出てきます。また、ストレスホルモンのコルチゾールが分泌され心身の緊張状態を引き起こし免疫力が低下（ナチュラルキラー細胞減少）することも明らかになっています。

睡眠から覚醒する明け方になるとコルチゾールが分泌されて、体内にある糖분을エネルギーにかえて朝の活動の準備をします。コルチゾールは起床後30分から60分の間に大量に分泌されたあとは次第に低下します。慢性的なストレス状態ではこのコルチゾールが日中も大量に分泌され心身に影響を及ぼします。

人間は睡眠によって疲労解消や活力を取り戻すため、心身の健康維持のため質の高い睡眠が不可欠です。睡眠不足や睡眠障害があると、疲労感・日中の眠気・情緒不安定・行動や判断ミス・高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中など生活習慣病やうつ病のリスクを高めます。厚生労働省健康局は「健康づくりのための睡眠指針 2014～睡眠 12 箇条～」を以下のように公表しています。

- 1 良い睡眠で、からだもこころも健康に
- 2 適度な運動、しっかり朝食、ねむりとめざめのメリハリを
- 3 良い睡眠は、生活習慣病予防につながります
- 4 睡眠による休養感は、こころの健康に重要です
- 5 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を
- 6 良い睡眠のためには、環境づくりも重要です
- 7 若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ
- 8 勤労世代の疲労回復・能率アップに、毎日十分な睡眠を
- 9 熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動でよい睡眠
- 10 眠くなってから寝床に入り、起きる時刻は遅らせない
- 11 いつもと違う睡眠には、要注意
- 12 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を

夜勤のある交代制勤務例

- 1 夜勤の時間帯では、できるだけ職場の照明を明るくする
- 2 夜勤シフトに入る 2 日前から遅くまで起きておくようにし、遅く寝る
- 3 夜勤明けの帰宅時には、サングラスで目に強い光がはいらないようにする
- 4 寝室は雨戸や遮光カーテンなどで、できるだけ暗くする
- 5 勤務時間帯が変わった初日は、就寝時間まで仮眠をとらずに我慢して起きておく