

日本うつ病学会 うつ病看護ガイドライン

制作

日本うつ病学会
気分障害の治療ガイドライン検討委員会

2020年7月29日 作成
2022年7月5日 7-2改訂

執筆者（50音順）

宇佐美しおり¹⁾、岡田佳詠²⁾、香月富士日³⁾、
河野佐代子⁴⁾、小坂橋喜久代⁵⁾、小高恵実⁶⁾、
佐藤寧子⁷⁾、玉木敦子⁸⁾、野末聖香⁹⁾、長谷川雅美¹⁰⁾

編集者

野末聖香、杉山暢宏¹¹⁾

1. はじめに：本ガイドラインについて
2. うつ病看護の原則
3. うつ病看護におけるアセスメント
4. 重症度に応じた看護
 - 4-1. 軽症うつ病
 - 4-2. 中等症・重症うつ病（精神病性うつ病を含む）
 - 4-3. 自殺のリスクがある患者
5. うつ病の治療と看護
6. 対象に応じたうつ病看護
 - 6-1. 児童思春期
 - 6-2. 周産期
 - 6-3. 老年期
 - 6-4. 身体疾患患者
7. 介入技法
 - 7-1. 認知療法・認知行動療法
 - 7-2. 心理教育
 - 7-3. リラクゼーション療法
 - 7-4. マインドフルネス
 - 7-5. アサーション・トレーニング
 - 7-6. 家族支援

（所属は次頁に記載）

執筆者・編集者の所属（執筆者・編集者順）

- 1) 四天王寺大学看護学部・看護実践開発研究センター
- 2) 国際医療福祉大学成田看護学部
- 3) 名古屋市立大学大学院看護学研究科
- 4) 慶應義塾大学病院看護部・医療連携推進部
- 5) 前京都橘大学看護学部
- 6) 上智大学総合人間科学部
- 7) 独立行政法人国立病院機構東京医療センター
- 8) 神戸女子大学看護学部
- 9) 慶應義塾大学看護医療学部
- 10) 新潟県立看護大学看護学部
- 11) 信州大学医学部

利益相反開示（執筆者・編集者順）

宇佐美しおり、岡田佳詠、香月富士日、河野佐代子、
小板橋喜久代、小高恵実、佐藤寧子、玉木敦子、
野末聖香、長谷川雅美 なし

杉山暢宏
＜講演料・原稿料＞ファイザー製薬株式会社、持田製薬
株式会社
＜コンサルティング＞ヤンセンファーマ株式会社

はじめに 本ガイドラインについて

うつ病は、人々の健康と幸福に影響を与える深刻な病である。WHOによれば世界のうつ病患者数は3億人を上回り、うつ病により年間約80万人が自殺している。2017年には「うつ病」をテーマに世界保健デーが開催されるなど、うつ病対策のための国際的な取り組みが求められ推進されている。わが国におけるうつ病の生涯有病率は5.7%で、過去12ヶ月間においてうつ病を経験した者のうち受診に至った割合は約3割（川上憲人, 2016）と低く、25%は慢性化もしくは再発すると言われている（Stuart GW, 2014）。地域、プライマリケア、医療施設、産業保健、学校保健など様々な場で働く看護職には、うつ病を予防し、早期に発見し、ケアを行う実践力が求められる。

日本うつ病学会は、この度うつ病看護において看護職者が身につけておくべき標準的な知識や技術の体系化を目指し、「うつ病看護ガイドライン」を作成した。作成にあたっては、国内外で参考にされているテキスト、論著、ガイドライン、研究論文を活用した。また、経験的に効果があるとされている介入も文献・資料に基づいて明文化した。

本ガイドラインでは、まず、さまざまなうつ病看護の現場で共通して理解しておくべきうつ病看護の原則、うつ病看護を行う上で必要なアセスメントの視点や方法を示した。そして、重症度別（軽症、中等症・重症）および自殺リスクがある患者の看護、うつ病治療（薬物療法・電気けいれん療法）における看護、ライフサイクル（児童・思春期、周産期、老年期）における看護、身体疾患患者のうつの看護について記述した。最後に、看護に適用できる介入技法として、認知行動療法、心理教育、家族支援、リラクセーション、マインドフルネス、アサーション・トレーニングを挙げ、それぞれの理論と技法について述べた。なお、重症度別の看護、ライフサイクルにおける看護、介入技法の章では、まず対象の状態・状況をアセスメントする視点やその方法を挙げ、看護の内容を示すようにした。

ガイドライン活用にあたり、うつ病看護に携わる看護職の方々には1～5章は全て読んでいただきたい。そして対象による看護のポイントを知りたい場合は6章の各項を、特定の介入技法を用いて実践しておられる看護職の方々は7章の各項をご活用いただきたい。看護職の役割の取り方や他職種との役割分担については施設の状況により柔軟に検討されるものであり、看護師が全ての介入技法のトレーニングを受けているわけではない。したがって、各項目を取捨選択してご活用いただければと思う。

うつ病は個別性、多様性のある疾患であり、疾患に伴って生じる個人の反応も様々である。ガイドラインはあくまで基本的な見方・考え方を示すものであり、個別の患者に適用する際には、本ガイドラインの内容を読んだ上で、目の前の患者“この人”を理解するに有用な視点、苦痛を緩和しQOLを高めるに適切な介入方法を見定め、個別性を重視し実践していただきたい。

本ガイドラインがより有用なものとなるよう、活用していただいた方々からフィードバックをいただきながら、今後も更新を続けていきたい。

2. うつ病看護の原則

うつ病患者は、悲哀感、罪責感、意欲の低下、自尊心の低下、自己の無価値感などによるさまざまな苦悩を体験する。またうつ気分によりセルフケアが妨げられ、生活機能全般を維持することが困難になる。さらに、家族や友人、仕事仲間など周囲の人たちも患者の揺れ動く感情の波に巻き込まれ、無力感、悲哀、欲求不満、怒りなどを感じ苦悩する。うつ病患者の看護に当たっては、患者の支援のみならず家族や周囲の人たちへの支援が必要となる（Stuart GW, 2014）。うつ病の発症要因は多様で、生物学的、遺伝的、心理社会的要因が関連し合っている（サドック BJ 他, 2016）。発症要因、患者背景、提供される治療、患者を取り巻く環境など多側面から理解し看護にあたる必要がある。

うつ病看護の目的は、うつに伴う患者の様々な苦痛を緩和し、安全を守り、生理的ニーズを満たすことを助け、自尊心の回復と社会生活上の不適応を改善することにより、患者がより自分らしく毎日を過ごすことができるよう支援することである。以下にうつ病看護の原則を示す。

1. 患者との治療的相互関係を構築する

患者が自分の感情を理解し、感情のコントロールや生活の再構築に取り組めるよう支援するためには、信頼関係に基づいた治療的相互関係を築く必要がある。そのポイントは以下の通りである。

- 1) 積極的に傾聴し、暖かく受容的、共感的にかかわる。
- 2) 患者には穏やかな口調で話し、現実的問題について落ち着いた非評価的態度でかかわる。
- 3) 驚きや不信を示す極端な表現や反応を控える。
- 4) 患者と時間を共有し、協同的な関係性を構築しながらサポートし、信頼関係を発展させ続ける。
- 5) 患者が応答するのに十分な時間をとる。患者が沈黙の中で看護師と共に居られるかどうかを評価し、患者が明らかに不快または抵抗を感じている場合は、長時間関わらないようにする。
- 6) うつが重度の場合は長時間ではなく、1対1で短い会話をする。
- 7) 会話ができない患者には静かに寄り添う。
- 8) 自殺のリスクがある場合は患者から目を離さない。
- 9) 関わりを通して患者の価値観を理解し、患者の個別のニーズを把握する。
- 10) 患者に対する自分自身の感情（罪悪感、絶望、無

価値、恐れ、怒りなど）についての気づきを深める。
11) ケアチームのメンバーと自分自身の不安や懸念について話し合う。

2. 安全な環境を提供し、自殺を予防する

患者は自殺念慮を語らないことも多く、自殺企図や自傷行為について注意深い観察が必要である。患者を心配していることを伝え、安心して療養生活ができるよう環境を整え、支援する（4-3：自殺のリスクがある患者）。

3. セルフケアを支援する

抑うつ気分がセルフケアにどのように影響しているかを確認し、患者の能力、健康状態、発達段階に応じたセルフケアができるよう支援する。

- 1) 患者が、自分自身のセルフケアニーズに関する自覚が困難で、表現できない状態にある場合は、家族などから情報を得て、病前の状況を確認する。
- 2) 患者の尊厳を守り、プライバシーを確保し、患者の希望に沿うようなやり方でセルフケアの不足している部分を補う。
- 3) 落ち着いてセルフケアに集中できるよう、静かな環境を提供する。
- 4) 患者と共に実行可能な目標を立て、うつの回復段階に沿って徐々にセルフケアの改善を促進する。日課や日常の体系化は、患者の雑然とした世界を構造化することになり、セルフケア改善を促進する。
- 5) 精神科薬物療法を受けている患者には服薬支援を行う。薬物療法の効果、副作用、有害事象、治療薬の服用による生活全般への影響、自殺念慮の強い患者の過量服薬リスク、患者・家族の服薬に対する拒否感や不安などを継続的に観察する。服薬中断は症状悪化や再発を引き起こすため注意を要する。患者の状態に応じ、家族を含めて継続的に支援する（5：うつ病の治療と看護、7-2：心理教育、7-6：家族支援）。
- 6) 重症度に応じたセルフケア支援
 - (1) うつが重度のときは、刺激を少なくし、休息を第一とする。セルフケアが難しい部分は看護師が代行し補う。薬物療法への身体的心理的反応の観察とケアを行う。
 - (2) うつが中等度で、気分が安定し判断力が保たれているときには、セルフケアを促し、活動のレベルを上げる。睡眠パターンの再獲得は気分の改善につながる（日本うつ病学会, 2017; 近藤, 2017）。認知行動療法、リラクゼーション、マインドフルネス、軽い運動、趣味、心理教育での学習の活用を紹介し、

患者の希望や関心を確認しながら実施して、ストレス対処方法を身につけることを支援する。

また、患者が自分の体験や感情について言語化し、自己理解を深め、自己肯定感を高めていけるように働きかける（7-1:認知療法・認知行動療法、7-2:心理教育、7-3:リラクセーション療法、7-4:マインドフルネス、7-5:アサーション・トレーニング）。

(3) うつが軽度の場合には、刺激を徐々に増やしていく、セルフケア行動を広げる（4:重症度に応じた看護）。

7) 家族に対して、うつ状態の改善に伴い可能な範囲で患者のセルフケア能力を促進することの重要性とその方法について伝え、共有する（7-6:家族支援）。

4. 自尊心の低下を改善し、自己肯定感を高める

患者は、否定的で非現実的な自己概念による低い自尊心のために、自分に価値がなく、期待に応えられる能力がないと考える。そのため思考が否定的であり、能力不足、羞恥心、罪責感を感じる。意思決定ができにくく、新たな状況に関わることを恐れる。過度な自己卑下、自己非難から抜け出し、自己肯定感を高め、自己信頼感や生きる意欲、将来への希望が持てるように働きかける。

1) 患者のセルフケア力を高めるよう援助し、自尊心を高める。

2) 家族や重要他者からの肯定的フィードバックを促す。

3) うつが回復してきたら、自分の体験や感情について意識化、言語化することを助ける。ありのままの自分を受け入れ、自己否定的な認知に気づき、少しずつ変えてみることを促す。自己理解を深め自己信頼感、自己肯定感が高めていけるようにかかわる（7-1:認知療法・認知行動療法、7-5:アサーション・トレーニング）。

5. 社会的相互関係の維持・獲得を支援する

絶望感や無力感、自己の無価値感、否定的な認知パターン、対処能力の低下などにより、患者は医療者との関係構築や他者とのコミュニケーションがしばしば困難となる。うつの回復状態に沿って以下のようなケアを行う。

1) 積極的な傾聴、尊重により、患者の自己価値観を高める。うつが重度の場合はまず医療者との信頼関係を構築し、周囲が安心、安全であることを示す。

2) 1日を通して短時間で、頻回な接触をする。

3) 患者が会話を負担に感じないよう、最初は一般

的、中立的、日常的な話題にする。

4) まず1対1の接触から始め、少人数の短時間の集まり、グループ活動へと社会的相互関係の幅を段階的に広げる。

5) 安全な状況で行われるロールプレイングを適宜活用する。

6) 患者自身が満足感を得られるような社会的活動、他者との関わり方を、患者とともに探求する。

7) 否定的な認知パターンについては否定せず受容するとともに、穏やかな方法で直面化を促し、別の見方ができないかを共に探求する（7-1:認知療法・認知行動療法）。

8) うつの改善に伴い、アサーション・トレーニングなどを活用し、コミュニケーション・スキルの向上を図る（7-5:アサーション・トレーニング）。

6. 生活の再構築を支援する

うつが回復するにしたがって、現実的な心配ごと（服薬継続による副作用は大丈夫か、社会復帰できるかなど）に気持ちが向くようになる。過度な心配の連鎖に陥らないように意識しつつ、発症の経緯や変化を振り返り、うつのきっかけ、引き金になるような状況について認識できるように支援する。その上で、患者と共に再発を防ぐことに取り組む。社会生活を送る上で家族による支えは重要であるが、家族もさまざまな心配や不安を抱えている。心理教育やソーシャルスキルトレーニング（SST）等を実施し、家族を含めて支援する（7-2:心理教育、7-6:家族支援）。成人期の患者においては、学業、仕事、社会参加において学校や職場などと連携し、現実的な目標を立て、希望を支えつつ、社会の一員として自己実現できるように援助する。

以上述べてきたような患者との信頼関係の構築、対処スキル向上の支援、生活上の困難の改善、セルフケア支援、生活の再構築支援などを含めた看護ケアがうつの改善度を高めることが示されている（野末、2016）。看護の原則に基づくケアを複合的に実施することは、患者の心身の状態と生活の立て直し、QOLの向上につながる。

3. うつ病看護におけるアセスメント

うつ病は、人々の健康と幸福に大きな影響を与える深刻な病である。わが国におけるうつ病（大うつ病性障害）の生涯有病率は5.7%であり、過去1年間の受診・相談行動の頻度は約3割という報告がある（川上憲人, 2016）。うつ病は早期に発見し、悪化や慢性化を防ぐことが望まれるが、発症後6ヶ月から2年は未治療の状態が続き、援助を求めて適切な処置を得ているのはその約3分の1であり（Kessler et al, 2003）、そのうち25%は慢性化、あるいは再発すると言われている（Stuart GW, 2014）。また、身体疾患患者の中でうつ病や適応障害と診断される割合は10~30%であり（野木他, 2003）、身体的不調が全面に出ることで正しい診断・治療に結びつきづらいうという難しさがある。うつが軽度から中等度の場合、重度よりも診断面で相応の専門的力量を要することも指摘されており（村松他, 2008）、地域やプライマリケア、医療機関など様々な場で働く看護職にはうつをアセスメントする力量が求められる。

1. うつ病に気づくための視点

1) うつ病患者の特徴の把握——mental status examinationの活用

うつ病の特徴を正しく認識することは、継続的な評価、支援、治療・ケアのために重要である。うつ病患者の特徴は多様であり、感情的、生理的、認知的、行動的側面から観察し、早期発見の手がかりにする（表1）。すべての患者がすべての特徴を示すわけではないが、中心的なものは抑うつ気分であり、自殺やその他の自傷行為につながる強い罪責感、無価値感、絶望感、悲哀、易怒性の査定は必ず実施する。

表1:うつ病患者の感情的、生理的、認知的、行動的特性

感情的

抑うつ気分、不安、以前は楽しんでいたことが楽しめない、怒り、失意、罪悪感、無力感、絶望感、孤独感、自信の喪失、低い自尊心、悲哀、無価値感、自殺念慮、感情鈍麻、感情の否認など

生理的

疼痛（腹痛、腰痛、胸痛など）、食欲不振、過食、めまい、便秘、倦怠感、疲労感、インポテンツ、不眠、生理不順、嘔気嘔吐、睡眠障害、体重減少など

認知的

両面性、集中力の低下、記憶力の低下、優柔不断、興味と動機づけの喪失、自己非難、自己卑下、自己破壊的、周囲に対する過敏さ、厭世観など

行動的

セルフケア行動の低下、通常できていた活動の困難、自発性の欠如、精神運動抑制、攻撃性、不寛容、過敏、過剰依存、社会的孤立、涙もろさ、個人衛生の乏しさ、引きこもり、アルコールや薬物への依存など

うつ病が疑われるかどうかを検討するにあたり、その前提として目の前の患者の状態を正確にまんべんなく把握することが重要である。そのためにmental status examinationの指標——「患者の外観」「表情」「行動」「診察者への態度」「気分」「話し方や会話」「知覚障害」「思考障害」「意識状態・見当識・記憶」「ラポール・疎通性」——は有用である（保崎, 1999; Carlat DJ, 2016）。

mental status examinationの指標からうつ病患者の特徴として、「外観」はうつむき加減・身だしなみの乱れ・自傷痕がある、「表情」は苦悶様・不安げ・硬い、「行動」は緩慢あるいは焦燥的、「態度」は依存的・過度に丁寧、「気分」はゆううつ・不安・心氣的・絶望的・空虚・いらいら、「話し方」は小声で口数が少なく単調、などがある。また自分自身や周囲の人々、将来に対する否定的な認識や非合理的な認知も特徴的である。なお、食欲不振や睡眠障害などの身体症状についても確認が必要である。

2. うつ病の診断基準:DSM-5

DSM-5（日本語版2014）によるうつ病の診断基準は表2の通りである。詳細は原本を参照されたい。

表2:うつ病(DSM-5)の診断基準

A.以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは(1)抑うつ気分、または(2)興味または喜びの喪失である。

(1)その人自身の言葉か、他者の観察によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分

(2)ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退

(3)食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加、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過眠

(5)ほとんど毎日の精神運動焦燥または制止

(6)ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退

(7)ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪悪感

(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、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

B.その症状は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

C.そのエピソードは物質の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものではない。

D.抑うつエピソードは、統合失調感情障害、統合失調症、統合失調症様障害、妄想性障害、または他の特定および特定不能の統合失調症スペクトラム障害および他の精神病的障害群によってはうまく説明されない。

E.躁病エピソード、または軽躁病エピソードが存在したことがない。

うつ病の重症度はDSM-5のA基準9項目のうち5項目以上を満たしていることを前提に、該当する診断項目数と深刻さ、機能障害の度合いによって規定される（日本うつ病学会，うつ病治療ガイドライン参照）。

「軽症」は診断基準項目9項目のうち5項目を概ね超えない程度に満たす場合で、苦痛は感じられるが、対人関係上・職業上の機能障害はわずかな状態にとどまるものである。「中等症」は、軽症と重症の中間に相当するもの、「重症」は、5項目をはるかに超えて満たし、症状は極めて苦痛で機能が顕著に損なわれているものである。うつ病の重症度を把握するために、うつ評価尺度のカットオフ値を参考にすることも有用である。

3. うつ病のスクリーニング

1) Whooley questions

うつ病のスクリーニングにおいては、まず、うつ病の主要な2つの症状である抑うつ気分と興味または喜びの消失の有無を“Whooley questions”（二質問法）

（Whooley MA et al, 1997）で確認する。「この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか」「この1ヶ月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか」のうち、どちらかひとつまたは両方に当てはまる場合にうつ病を疑う。Whooley questionsはうつ病の検出において高い感度と適度な特異性を持つことが確認されている（Bosanquet K et al, 2015）。地域や職場、プライマリケアなどの現場では答えやすく時間的負担を要さないWhooley questionsを用いて一次スクリーニングを行い、当てはまる場合にはPHQ-9など他のスクリーニング尺度を用いたアセスメントや診断面接につなげるとよい（鈴木他, 2003）。

2) スクリーニング尺度

うつ病のスクリーニング尺度は様々で、使用目的や対象によって選択する。ここでは、プライマリケアや臨床現場で看護職が使用しやすい尺度としてPHQ-9とHADSを紹介する。

(1) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

PHQ-9はDSMの診断基準に依拠した項目で、英国の国立医療技術評価機構(National Institute of Health and Clinical Excellence: NICE)によるうつ病治療のガイドライン(NICE, 2009)や、米国精神医学会(American Psychiatric Association: APA)によってDSM-5うつ病の評価尺度として推奨されており、他のうつ病のスクリーニング尺度に比べて感度および特異度が高い(村松, 2014)。自殺念慮を問う質問9に該当する場合には注意を要する。PHQ-9は、合計点により重症度評価ができ、1～4点「軽微」、5～9点「軽度」、10～14点「中等度」、15～19点「中等度から重度」、20点

以上を「重度」とする。診断時点での評価や変化の把握に有用である(村松, 2008)。

(2) HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

HADSは身体疾患を訴えて訪れる医療機関、プライマリケア、地域医療において使用できる不安と抑うつのスクリーニング尺度であり(Snaith, 2003)、日本語版の信頼性、妥当性の検証も行われている(八田他, 1998)。全14項目からなり、抑うつと不安に関してそれぞれ7項目ある。カットオフ値0～7点が「不安・抑うつなし」、8～10点が「疑いあり」、11点以上が「不安・抑うつあり」と判断される。短時間で実施できるため患者への負担が軽い(臼田, 2013)。

その他にも、ハミルトンうつ病評価尺度(HAMD)、うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度(GES-D)、ベック抑うつ質問票(BDI)、日本語版自己記入式・簡易抑うつ症状尺度(QIDS-J)などのスクリーニング尺度がある。

4. 機能の全体的評価

うつ病が患者の日々の生活にどのように影響しているか、患者の機能全般の程度を把握するために活用できる尺度としてGlobal Assessment Functioning Scale(GAF)がある。患者の全般的な機能レベルとその改善の程度・変化を把握することに役立つ。

5. 自我機能とパーソナリティ

自我機能は、アイデンティティを保ち現実に適応する力である。馬場(2016)は自我機能として、現実機能、防衛機能、適応機能、対象関係、自律機能、統合機能の6つをあげている。患者の現実認識の特性、不安や罪責感と防衛機制との関連、ストレスフルな出来事の認知と対処方法、対人関係様式、自律性、アイデンティティの安定性などを観察する。

うつ病発症にはメランコリー親和型性格が関連するとされ、几帳面、秩序愛、社会規範や権威への同一化、他者配慮といったパーソナリティ特性がうつ病の中核的要素とされている。近年、うつ病群に硬直性、依存性、対人敏感性、社会的規範志向の乏しさが特徴的に認められたという報告がある(坂戸他, 2005)。

6. 看護ケアにおけるアセスメント

一般的な気分の低下とうつ病との違いは、症状を経験する時間の長さである。うつ病の場合、DSM-5の診断基準で示す症状がほとんど毎日、一日の大部分、最低2週間持続していることを確認するが、症状は実際にはより長く続き、再発を繰り返すことも少なくない。看護にあたっては、うつ病がその人の生活機能、家庭や職場における対人関係にどのような苦痛や制限をもたらしてい

るか、その程度を把握し、評価することが重要である。うつは他者からの観察が難しい場合もあり、生活上の変化やセルフケア行動の特徴をよく観察し、患者とのかかわりを通してアセスメントすることが必要である。

うつ病看護の実践においては、これまで述べてきた尺度や評価指標を活用しながら、以下のような観点からアセスメントを行い、患者を、統合的に理解する。患者の状態別看護アセスメントについては本ガイドライン各項で詳しく述べる。

1) 患者の全体的・鳥瞰的理解

うつ病の発症と経過、精神科既往歴、生育歴、家族背景、経済状況、居住環境、教育・職業・婚姻歴、対人関係、趣味や嗜好（薬物使用など）、身体疾患と治療薬、強みなどを把握して、患者の全体像を理解するとともに、うつ病発症の背景、関連要因等を検討する。

2) 自殺リスク

うつ病患者の多くは自殺や自傷行為について考えており、患者の中には自殺念慮があっても周囲に打ち明けないまま行為に至る場合もあるため注意を要する。自殺したいという考えを持っているか、具体的に計画を立てているかを尋ね、自殺念慮があることを確認したら保健医療チームで共有し、自殺に至らないための対応を行う（4-3: 自殺のリスクがある患者）。

3) セルフケア

うつ病は、生命を維持し健康的な生活を送るために必要なセルフケアの不足を生じさせる。うつ病が、食事、排泄、個人衛生、活動と休息（睡眠）のバランス、他者とつきあうこととひとりであることのバランス、生命と安寧・安全を守ることといったセルフケアにどのように影響しているか、について成長発達レベルを踏まえてアセスメントする。

4) ストレスに対する認知と対処

物理・化学的、生物学的、心理的ストレスは、大脳皮質をへて海馬などに保持されている記憶により認知・評価される。ストレス認知のし方や程度、対処法（ストレスコーピング）が適切でない場合に、うつ病などのストレス関連疾患を引き起こす（坂村, 2009）。うつ病患者はストレスを適切に評価し、現実的で適応的な対処法を選択したり、利用可能な資源を活用したりすることに課題をもつことが多い。ストレスをどのように認知しているのかを理解し、認知の傾向とその影響、非効果的な対処行動の特性をアセスメントする。

5) 社会的相互作用

うつ病の症状により社会的相互作用の量的不足や質の変化が生じ、周囲とのつきあいや学校、職場、地域での社会的活動が困難になる。自発的言語化の減少、低い

自己評価による不適切な対人関係、社会的孤立が生じていないか、社会的スキルの程度などをアセスメントする。

6) 否定的自己評価・自尊心低下のレベルや内容

否定的な自己評価、自分の能力についての否定的感情は、自殺や自傷行為、生活のし方、周囲の人々や社会とのつきあい方に大きく影響する。自己否定的思考や感情の内容、程度を把握するため、劣等感、敗者思考、自己批判、自分の強みの過小評価、無価値感などをアセスメントする。

4. 重症度に応じた看護

4-1. 軽症うつ病

1. はじめに

軽症うつ病は、中等症・重症うつ病に比べ薬物療法や体系的な精神療法の必要性は比較的少ないと考えられがちだが、慎重かつ困難な臨床的判断が求められる（村松, 2008）。軽症うつ病における治療および看護のエビデンスを明確にした研究が乏しいため、本稿はイギリス（HSE, 2006）（NICE, 2011）、カナダ（Canadian Practice Guideline, 2010）のうつ病、リエゾン精神看護領域に関するガイドラインを参考にするとともに、日本におけるエキスパートコンセンサスをもとに作成した。

2. 軽症うつ病患者の看護の基本

軽症うつ病患者に対して行う看護は、うつ病の重症度に関わらず共通して行うべき看護の基本である。うつ病が重度化した際には、軽症うつ病での看護を土台にして重症度に応じた看護を加えていく。

3. 軽症うつ病患者の理解

軽症うつ病患者はうつ病の診断基準を満たすが機能障害は比較的軽く、うつ病であることを見逃しやすい。しかし軽度から重度に急速に変化することも多い。したがって、重症化しないよう、うつを早期に発見し、早期にケアを開始することが重要である。

4. 軽症うつ病患者への看護の実践

1) 患者中心の態度を維持し、常に患者を尊重し共感的にかかわる。

- (1) 患者を常に尊重し、あたたかな関心と支持的関係を持続させる。
- (2) 患者には穏やかで落ち着いた態度で、笑顔で接する。
- (3) 患者の話を共感的な態度でよく聴く。
- (4) 患者のストレスを理解し、患者を守る態度を示す。

2) 支持的なコミュニケーションを行う。

- (1) 支持的な態度でかかわる
 - ・患者の心境や苦痛をそのまま受容し、了解する努力を続ける。
 - ・患者の生活に寄り添う姿勢で、患者に関心を持って関わる。
 - ・否定的な感情表出があっても批判しない。

(2) 患者の気持ちや気持ちの支えについて尋ねる

- ・いま一番心配なことは何かを聴く。

- ・患者が誇りに思っている事業・業績について尋ねる。

(3) 看護師の気持ちや考えを伝える

- ・患者にも状態を把握する共同観察者の役割をもってもらうために、うつや不安などの気持ちの変化を確認する必要性を充分説明する。
- ・看護師の心配を伝え、患者を理解しようとしていることを伝える。
- ・具体的な事柄や出来事に対する患者の気持ちが理解できたと思えた際には、それを伝える。
- ・患者の良いところを認め、伝える。

(4) 患者に、自身の課題や強みについて尋ね、対処方法話し合う

- ・患者が問題だと思っていることを、患者に尋ね、患者とともに整理する。
- ・患者の強み、持っている資源、何が患者を支えているか、これまでの生活で困難にどのように対処してきたのかについて尋ねる。
- ・悲観的、抑うつ的な考えに対して抽象的に共感したり、深く探索したりせず、最近の出来事やストレスに焦点を当てて話し合う。

3) 安心と情報を提供する

- (1) 現在の気持ちの落ち込みや不安は、患者の性格の問題や弱さではなく、このような状況での一般的な問題・状態であることを伝える。
- (2) 医師や多職種が病気や状況について説明するときにはできるだけ看護師が同席し、患者に声をかけ、理解度や不安の内容・レベルを確認する。後になってわからないこと、不安なことがあったときには、必要な情報が得られるように面接の調整を行う。
- (3) 治療や療養場所など様々な意思決定を要する場面で、わからないことや心配なことがあったら看護師にいつでも尋ねてよいこと、情報の確認をともに行うこと、医師や多職種と調整することを伝える。

4) セルフケアの支援を行う

- (1) 日常生活のセルフケアを評価し、患者のニーズを確認しながら、患者とともにスケジュールを決定する。
- (2) セルフケアのコントロール感が得られるように患者と話し合い、達成可能な目標を決め、実施する。
- (3) 患者の好きなことを探し、無理のない範囲でそれが行えるようにする。
- (4) 睡眠への支援（睡眠衛生指導：表1）を行う（7-2：心理教育）。

表 1 睡眠衛生指導（厚生労働省, 2001）

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
2. 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法
3. 眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわすぎない
4. 同じ時刻に毎日起床
5. 光の利用でよい睡眠
6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
7. 昼寝をするなら、15時前の20～30分
8. 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
9. 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のぴくつき・むずむず感は要注意
10. 十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に
11. 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

5) 身体疾患を持つ場合、身体症状の緩和、身体の安楽を提供する

- (1) 身体の苦痛な症状を緩和する看護ケアを丁寧に行う。
- (2) 食事や排泄、心地よさなどの身体感覚を確認し、身体感覚の苦痛を軽減する。
- (3) 身体への心地よいケアを行う。

6) 周囲のサポート力を高める

- (1) 家族など患者が認識しているキーパーソンを確認する。
- (2) 患者と家族/キーパーソンの関係性をアセスメントする。
 - ・患者が抱く家族/キーパーソンへの思いを確認する。
 - ・家族/キーパーソンからみた患者の様子を尋ねる。
 - ・患者と家族/キーパーソン間で葛藤や問題が認められた場合には、可能な範囲で関係の調整を行う。
- (3) 家族/キーパーソンへのケア
 - ・（入院の場合）面会時に声をかけて労をねぎらい、患者の最近の様子を伝える。
 - ・家族/キーパーソンの心配や困りごとを確認し、感情を出してもよいこと、相談してよいことを伝える
- (4) 患者支援における家族/キーパーソンの役割を確認し、必要時多職種との調整を行う。

7) リラクゼーション法について説明し、一緒に実施する（7-3: リラクゼーション療法）。

8) うつ病の程度の確認と再評価を行う

- (1) 患者の精神状態、キーパーソンの状態について週に1度は看護チーム、医療チームで情報共有と評価・再評価を行う。
- (2) 入院治療中、治療の開始や中止、療養場所の変更な

どがある場合には精神状態が変化しやすいので注意を要する。

5. 家族への支援

家族内に生じている何らかの要因が患者のうつ病発症に影響し、患者がうつ病になったことが家族に影響を及ぼす、といった円環的な関連が生じていないかという視点で家族と患者の関係を理解し、ケアに当たる。うつ病患者の否定的な認知のありようが家族メンバーに影響を及ぼし、家族が患者の言動を否定的に受け取ったり、対応したりする場合があるため、家族に対するサポートが必要である（7-6: 家族支援）。

6. まとめ

軽症うつ病患者に対して行う看護は、うつ病の重症度にかかわらず共通して行われるべき看護の基本である。その基本は、患者の苦痛を理解し、穏やかで支持的な態度で接し、身体的ケア、日常生活の支援、自己コントロール感を高めるケア（リラクゼーションなど）である。これらのケアにおいて、支持的・精神療法的アプローチや心理教育の技法を活用することは有用である。また、患者の家族・周囲の人たちへの支援を並行して行うことでより効果的なケアが実践できる。

4. 重症度に応じた看護

4-2. 中等症・重症うつ病（精神病的うつ病を含む）

1. はじめに

中等症・重症うつ病では、薬物療法や ECT (electroconvulsive therapy)、体系的な精神療法の必要性が高くなる。中等症・重症うつ病における看護は、軽症うつ病同様、エビデンスを明確にした研究が乏しいため、本稿はイギリス (HSE 2006; NICE 2011)、カナダ (Canadian Practice Guideline 2010) のうつ病、リエゾン精神看護領域に関するガイドラインを参考にするとともに、日本におけるエキスパートコンセンサスをもとに作成した。なお、うつ病治療ガイドライン（日本うつ病学会、2018年）では精神病的うつ病を含んでいないが、看護においては精神病的うつ病患者と重症うつ病患者の看護に大きな違いがないため、本ガイドラインでは精神病的うつ病を除外しないこととした。

2. 中等症・重症うつ病患者（精神病的うつ病を含む）の特性と看護の実践

中等症・重症うつ病患者の看護においては、軽症うつ病における看護の基本に加え、以下のような患者の特徴を踏まえてアセスメントし、看護を行う必要がある。

- 1) 一時的に認知機能が低下することがある
 - ・認知機能の低下からコミュニケーションが困難になるときがある。したがって、看護師は患者に理解しやすいことばで語りかける。
- 2) 幻覚、妄想、混迷、拒絶、カタレプシーなどの精神病的症状が出現することがある
 - ・重篤な精神病的症状の出現に注意し、変化がないか常に観察する。
 - ・患者に生じる“張りつめた感覚、極端な落ち着きのなさ、集中困難、恐怖感、コントロール困難といった感覚”の有無を観察し、これらが複数同時に出現した場合は危機的状態と理解し対応する。また、環境を調整し危機介入を行う。
 - ・患者の症状が抑うつだけであったものが、急激に緊張病やメランコリアの特徴を呈していくことがあるため、密な観察を行い、早期に治療につなげられるようにする。
 - ・患者と言語的コミュニケーションがとれない場合であっても、頻繁に患者に声を掛け、見守りながら、常に関心を寄せていることを伝える。

- 3) セルフケアが障害されることが多く、場合によって、生理的な欲求が満たされないレベルにまで障害される。特に、緊張病を伴う場合は、脱水、栄養障害、静脈血栓性褥瘡などの合併症をきたしやすい。
 - ・患者のバイタルサインだけでなく全身の皮膚の観察を行い、合併症を早期に発見する。
 - ・薬剤による鎮静や、うつがもたらす体動の少なさによる褥瘡の発生、無気肺の発生、下肢静脈血栓の発生に注意する。
 - ・食事摂取が困難な場合には、水分量や食量だけでなく口腔内の汚染状況、義歯の使用状況、嚥下障害の有無、食事摂取時の姿勢、検査データなどを総合的に観察し、食事摂取が困難になっている原因を明らかにして対処する。また、排泄（排尿・排便）への影響を観察し、対応する。
 - ・貧血、脱水、低アルブミン血症、褥瘡の発生など栄養状態の悪化が著しい場合は、経鼻胃管や輸液など必要な治療につなげる。
 - ・患者の生理的欲求（食事、排泄、清潔、睡眠など）が満たされているか確認し、不足が生じないように、また不足を補うように働きかける。
 - ・現在の活動量と食事摂取量のバランスや、入院前の食生活も考慮し、無理のない援助を計画する。
 - ・日常生活行動の自立度についてアセスメントを繰り返し、うつの回復にしたがって、セルフケアの範囲を拡大する。
 - ・活動量が減少しているときには、倦怠感や易疲労感やめまいなどの不快な症状に配慮し、環境調整に努め、安全かつ段階的に離床を進める。
- 4) 全般的な A D L の低下により、自尊心が低下したり、転倒転落のリスクが生じたりする
 - ・患者に、遠慮せずに援助を求めるように伝える。
 - ・患者の入院直前のセルフケアについて丁寧に情報を収集し、それに基づいて必要な援助、その優先度、起こりうるリスクについて評価する。
 - ・患者の歩行状態を確認し、必要に応じて歩行時に付き添う。
 - ・A D L 低下に伴う患者の自尊感情の低下は、うつ症状を長引かせ自殺のリスクを高めるため、患者の言動に特に注意する。
- 5) 自ら休息が取れない場合には、環境調整が必要となる
 - ・抑うつが強くなったときの対処法について確認し、刺激を回避するなど患者が落ち着いて過ごせる環境を提供する。
 - ・患者が心配ごとから離れる時間を作る。
 - ・患者にこのつらい状況がいつまでも続くわけではないこと、抗うつ薬も不安薬も飲み続けるわけではないこと、

今の状態が改善すればやめることができることを伝える。

- ・本人が支えられていると感じているソーシャルサポートを強化する。

6) 自ら苦痛や辛さを訴えられなくなる場合がある

- ・抑うつの程度、不安の程度、睡眠について情報を得て、対策を検討する。
- ・患者の苦痛緩和に対し、粘り強く対応する。
- ・患者が気になっている経済的事柄、日常生活の支援、社会資源について情報を提供し、他職種を含めた調整を行う。
- ・患者が自分の治療、症状との兼ね合いをつけながら生活できるよう日常生活の再構築について話し合う。
- ・患者にとって大事な人たちとどのようにコミュニケーションをはかるのか、自分のつらさをどのように表現し理解してもらうことができるのかを話し合う。

7) 過去に自殺企図歴がある場合は、再企図のリスクが高い

- ・過去の自殺企図歴に関する情報収集を早急に行い、リスク評価を行う。
- ・患者に生じる強い不安が自殺のリスクを高めることを理解し、観察する。
- ・自殺企図後、あるいは自殺企図歴のある患者は再企図のリスクが極めて高いことを認識し、密な観察を行い、患者の安全を確保する。
- ・患者の精神症状が緩和され、食事や睡眠がとれるようになり、行動範囲が拡大してきた時期は、自殺のリスクが高まる時期であることを認識し、観察を続ける。
- ・行動制限の緩和、外出、外泊については、多職種チームで対応することを原則とする（4-3: 自殺のリスクがある患者）。

8) 薬物療法、精神療法に加え、ECTが必要な場合がある

- ・ECTに対する恐怖・不安が緩和されるよう、丁寧に対応する。
- ・夜間不眠が強い場合や落ち込み、日内変動が強い場合には、臨時の向精神薬の使用を検討する。
- ・ECT後に精神運動性の興奮や認知機能障害が生じることがあるため、注意して観察する（5: うつ病の治療と看護）。

9) 患者だけでなく、家族も不安を感じている

- ・家族の不安を理解し、患者の病状を理解できるよう、多職種で対応する。
- ・家族が患者に対応できるように支援する（7-6: 家族支援）。

3. まとめ

中等症・重症うつ病患者においては、うつセルフケアへの影響、身体面への影響が大きい。また自殺のリスクも高いため、観察を密に行い患者が心身ともに安全でいられるよう十分な配慮とケアが必要である。

4. 重症度に応じた看護

4-3. 自殺のリスクがある患者

1. はじめに

日本の自殺率は、世界的に高い水準で推移している。1998年に自殺者数が急激に増加して以降、14年連続で年間自殺者数が3万人を超える状況が続いた。2012年からは3万人を下回り漸減しているが、世界保健機関（WHO）の調査では、わが国の自殺率は2014年時点で先進7カ国で最も高く、ワースト15位以内に位置している。自殺者の43.2%は気分障害に罹患していたと報告されており（Arsenault-Lapierre G et al, 2004）、うつ病看護において自殺リスクのアセスメント、自殺企図後のケア、再企図予防は重要である。

2. 自殺リスクのアセスメントとケア

1) 自殺の危機の本質

ジョン・A・チャイルズ（2008）は自殺の危機の本質として①耐え難い、②逃げられない、③果てしなく続く、を挙げている。自分の耐性を超えた感情的・身体的な苦痛を経験し、苦痛をもたらしている問題を解決する手立てがない、状況が変わることなどないと考えるようになると、果てしなく続く強い苦痛に耐えられなくなり、自殺について考えるようになる。自殺リスクの高い人は、問題を解決するための他の合理的な方法をすべて試みたものの、それがうまくいかなかったと固く信じ、自殺を考えるようになると考えられる。

2) 自殺のハイリスク患者を発見し早期に対応するために

(1) 患者が辛さを出してもよいと思えるような関係を構築する

自殺のリスクに気を配る必要のある患者は、精神科や心療内科で治療中の患者だけでなく、身体的治療を受けている患者も同様である。普段から誠実な態度で接し、患者が辛さや悩みを打ち明けたいと思える関係を築くことが重要である。患者が悩みを打ち明けた際には、真摯に対応する。

(2) 隠された自殺念慮に気づく

Kessler らの大規模疫学調査で、自殺念慮を抱いたものの34%は具体的な自殺の計画を立てており、自殺の計画を立てた者の72%は実際に自殺企図に及んだことが明らかになっている（Kessler RC et al, 1999）。したがって自殺念慮の強度と持続性、計画性、準備性の観点から自殺リスクをアセスメントする必要がある。語られない自殺念慮をアセスメントする方法は、直接本人に尋ねることである。援助者の中には、それがかえって患者の背

中を押すことになるのではないかという恐れを抱く者もいるが、患者は自殺について質問されることでむしろ安心することが多いと言われている（ジョン・A・チャイルズ, 2008）。なお、患者は必ずしも自殺念慮を明確に語るわけではなく、「いなくなっていきたい」「永遠に眠りつづけることができればよいのに」「消えてしまいたい」などということばで、自殺念慮を表現する（代理表現）ことがあるので、注意が必要である。

(3) 患者が自殺念慮について話すときの対応

患者から死にたいと打ち明けられたときは、①訴えに真摯に向き合い、告白してくれたことをねぎらう、②誰でもよいから打ち明けたのではないと理解する、③生と死の間に激しく揺れ動いている人だと理解する、④患者の訴えを聴き、質問する（傳田, 2018; 松本, 2015; 高橋, 2013）。対応にあたっては、「TALKの原則」(1) Tell: 誠実な態度で話しかける、(2) Ask: 自殺についてはっきりと尋ねる、(3) Listen: 相手の訴えに傾聴する、(4) Keep safe: 安全を確保する）が参考になる（<https://www.livingworks.net/>）。

3) 情報収集

患者がなぜ死にたいくらい辛い気持ちになっているのか、死にたい気持ちの持続期間や増悪する時間・タイミング、増悪する理由を確認する。精神科受診歴、精神科での治療内容、家族・支援者、緊急連絡先などを確認する。

4) 現在の自殺念慮の評価

(1) 自殺を企図したのかどうかの確認（身体を損傷し、病院搬送された場合）

自殺企図した場合は再企図のリスクが高いため、患者が身体損傷で搬送された場合は、以下の点が確認されたら自殺企図として対応する。①自らの意思で行った行為であり、②明確な自殺の意図があった、③致死的な手段を用いた、④致死性の予測があった、⑤その行為とは別に自殺念慮が存在する、⑥遺書等から客観的に確認できる（日本精神神経学会, 2013）。

(2) 自殺念慮の正確な把握

患者が自殺念慮を否定している場合には、①自殺念慮があるが表面上否定している、②自殺念慮を表出できない、③自殺念慮があることを自分自身認識できていない、について検討する。「死にたい」と表明していても自殺企図に至らないこともあるが、自殺の予防を考慮した場合、自殺のリスクは広めに取り、リスクを把握した場合には医療者間での共有を図るべきである。

(3) 自殺の計画性（自殺計画の有無、その計画がどれほど具体的であるか）

自殺の計画性は切迫度評価の重要なポイントとなる。

具体的計画性がある、持続期間が長い、自殺したい気持ちが強い、客観的に見て自殺念慮が明らかだが本人は否定する、他害の可能性があるのでを評価し、いずれかひとつでも存在する場合は自殺リスクが高いと考える。

(4) 自殺の危険因子

自傷行為を行う者にはしばしば自殺念慮を認め、自傷行為で受診した後に致死性の高い方法で自殺企図する場合がある。自傷行為は一時的な苦しみからの解放のために自分を傷つける行為であると言われ、概念上は自殺企図と区別されるが (Walsh BW; Rosen PM, 1988)、自傷行為歴も自殺の危険因子として注意深く評価する必要がある。その他のリスク要因として、喪失体験 (身近な者との死別、人間関係の破綻など)、過去の苦痛な体験 (虐待、いじめ、家庭内暴力など)、多重債務や生活苦などの経済問題、不安定な日常生活、直接的あるいは間接的なソーシャルサポートの欠如、身体疾患などがあるので注意を要する。

また自殺手段へアクセスしやすい、家族に自殺歴があるなどの場合も自殺のリスクは高まる。自殺リスクが高い患者は援助希求が低く、治療関係やソーシャルサポートを拒絶することがある。医療者はこのような患者に出会うと自殺企図患者を診 (看) 続けることに心理的な負担を感じ、自我防衛として患者の拒絶を安易に受け入れてしまうことがあるので注意が必要である。

5) 自殺の保護因子

自殺予防のケアにおいては、危険因子が少なくなるよう治療やケア、調整を行う一方、自殺予防のための保護因子を強化することも重要である。保護因子には、家族やコミュニティによる支援、問題解決・不和の平和的解決のスキル、自殺を妨げ自己保存を促すような信条、自殺手段へのアクセス制限、精神的・身体的疾患へのケアなどがある (日本精神神経学会, 2013)。

3. 自殺企図後のケア、再企図予防

自殺のリスクが高い入院患者への具体的な支援方法は以下の通りである。

1) 患者の力になりたいことを表明する

これまで辛い思いで過ごしてきたことに共感し、ねぎらい、看護師が力になりたいと考えていることを伝える。

2) 安全を確保する

医療者間で情報共有し、場合によっては患者の荷物から危険物を預かる。ベッド周囲にも紐類など危険物を置かないようにし、観察しやすい場所にベッドを移動するなどの環境整備を行う。家族と状況を共有し協力を得る。

3) 多職種で連携する

関係する職種間で情報共有しながら自殺の危険因子が減るよう働きかける。たとえば、身体的な疼痛が存在する場合には疼痛コントロールを見直す。対人関係上の問題であれば、対象者の面会制限を設けるなどについて検討する。経済的問題が存在する場合には、ソーシャルワーカーと連携し、解決策を検討するなどがある。

4) 相談機関に関する情報を提供する

相談機関や問い合わせ先での相談方法など、相談機関の情報提供を積極的に行い、患者が地域でリソースを活用できるように支援する。

5) 家族や身近な人たちに働きかける

家族や身近な人たちとの信頼関係を構築し、安心感を持って患者と接することができるよう心理教育などを活用しながら支援し、協力体制を構築する。

6) 支援を継続する

Kawanishi (2014) らは、自殺未遂者に対する支援プログラム (ケース・マネージメント) を開発し自殺再企図を約50%防止することを示した。このプログラムは、①定期的な対象者との面接 (あるいは通話)、②対象者の生活背景・受療状況に関する情報収集、③精神科受療の促進、④精神科・身体科かかりつけ医に関する受療調整、⑤受療中断者への受療促進、⑥公的社会資源・民間援助組織の紹介と利用する際の調整、⑦心理教育と情報提供を継続実施するものである。2016年から上記を含む救急患者精神科継続支援に対して診療報酬算定が開始された。

自殺に追い込まれる人の生きづらさを知り、包括的にアセスメントし、多方面から支援していくことが重要である。

5. うつ病の治療と看護

うつ病に対する治療は、主に「薬物療法」「精神療法」(7-1: 認知療法・認知行動療法)「ECT」の3方向から提供される(うつ病治療ガイドライン 第2版, 2017)。治療に伴い、看護は治療がより効果的に行われるように補助するとともに、治療の効果や有害反応を観察し、患者が納得し安心して治療や療養に専念できるよう援助する。本項では、「薬物療法」及び「ECT」における看護について述べる。

1. 薬物療法における看護

うつ病に対する薬物療法は、抗うつ薬が主体となり、三環系・四環系、SSRI・SNRI、NaSSA が主に用いられる(加藤, 2014)。看護は、作用と有害作用を観察し他職種と情報を共有するとともに、服薬の継続への支援を行う。

1) 抗うつ薬の種類

抗うつ薬の主な種類は、三環系(以下TCA)、二環系・四環系(以下nonTCA)、SSRI・SNRI・NaSSA などがあり、患者の症状や重症度、有害事象の出現の状況などによって、どの薬剤を使用するかが検討される(日本うつ病学会, 2017; Clinical Practice Guidelines in The Spanish NHS, 2014; Haddad et al, 2011)。

SSRI・SNRI は現在の臨床ではうつ病に対して最もよく用いられ、NICE のガイドラインでは第一選択薬とされている(Moini, 2009; Haddad et al, 2011; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009)。NaSSA は主に第2・第3選択薬として用いられる(Haddad et al, 2011)。

看護は、患者の主観的・客観的なうつ症状の変化を観察し、多職種と共有することが大切である。また、抑うつ気分が改善する途中では、希死念慮が残存しながらも行動化するエネルギーが回復し自殺企図のリスクが高まるため、抗うつ薬服用時には継続的に自殺リスクの査定も重要である(Irish College of General Practitioners 2006; Sokero et al, 2005; Faeda et al, 2017)。

2) 有害作用の観察

抗うつ薬の主な有害作用には、過鎮静・抗コリン作用(便秘、尿閉、口渇等)・胃腸症状(嘔気)、落ち着きのなさ(神経過敏、振戦)、頭痛、不眠、性機能障害、痙攣、体重増加、無顆粒球症などがある(Geraldine M, 2016; Clinical Practice Guidelines in The Spanish NHS, 2014)。性機能障害など患者が主治医に申告しにくい有害作用も多く、病状に配慮しつつ、看護師側から丁寧に確認する必要がある。

抗うつ薬の中でも、特にTCAは心伝導障害や抗コリン作

用が強い傾向にあると言われている(日本うつ病学会 2017; Clinical Practice Guidelines in The Spanish NHS, 2014)。SSRI やSNRI ではTCAと比べて、過鎮静や抗コリン作用といった有害作用が軽減されているが、悪心、下痢、便秘などの胃腸症状はしばしば出現する。ミルタザピンでは眠気が翌朝に持ち越されることがある。このように薬剤ごとに頻度の高い有害作用を覚えておくことは適切な援助を行う上で役に立つ(Geraldine M, Collins-Bride JoAnne M, Karen G, et al (2016). Clinical Guidelines for Advanced Practice Nursing Third Edition, Jones & Bartlett Learning, p. 526)。しかし同時に、相対的に頻度の少ない有害作用の可能性も常に念頭におくべきである。たとえば、SNRI であっても尿閉など抗コリン作用がでることがあるし、SSRI のQT 延長も多くの報告がある。したがって、抗うつ薬の有害作用はクラスに関わらずどの薬剤でも起こりうるもの、という前提のもとで、薬剤の特徴をひとつひとつ覚えておくという姿勢が求められる。

これらの有害事象の中には、頭痛・不眠や体重増加など、うつ症状と重複するものや回復に伴って出現する事象もあるため、1つの現象だけでなく多面的にアセスメントし見極めることが大切であり、客観的な観察と同時に患者や家族からもその有無について情報を収集することが重要である。

また、うつ病の診断であっても、うつ病エピソードから発症する双極性障害や軽躁状態が隠れている可能性もあることから、抗うつ薬によって躁転することも念頭にに入れておく(Faeda et al, 2017)。

以上のように、抗うつ薬を服用中の患者と関わる際には、看護師は患者のうつ症状の変動を観察するとともに、有害作用を含む身体的・精神的な変化を十分観察し、必要時他職種と情報を共有することが大切である。また、患者が有害作用や薬物療法の効果を訴えられるような患者—看護師関係を構築してゆき、服薬継続へとつなげてゆく。

3) 服薬継続への支援

早期服薬中断の原因は、「精神病に対するスティグマ」「良くなったと感じて自ら服薬を止めてしまう」「有害事象の出現」と言われている(Harvey et al, 2014)。治療開始から1ヶ月以内に中断する患者が30%、3ヶ月までに中断する患者が45~60%に上るという報告もある(Hotopf et al, 1997)。

また、抗うつ薬投与の中断は抗うつ薬「中止反応」と呼ばれる複雑な生理学および神経精神的症候群につながる可能性があり(Warner et al, 2006; Narayan et al, 2010)、初回投与時に起きやすい(Haddad et al, 1998)。「中止反応」の症状は、「胃腸障害(嘔気、腹痛、下痢)」「睡眠障害(不眠、鮮明な夢、悪夢)」「一般的な身体障害(発汗、無気力、頭痛)」「情動性症状(気分低下、不安、

易刺激性」などであり (Haddad et al, 1998)、うつによる症状や薬物の有害作用とも重なることから、見極めが必要である。

薬物療法を効果的に継続して行うには、患者本人が納得した上で処方された薬量を継続して服用することが不可欠である。看護は、服薬の状況を観察し、患者自身が服薬することを決定できるように促すことが重要であり、そのために薬物の作用・有害事象に関する明確な情報を提供し、服薬へのアドヒアランスを高める支援を行う (Haddad et al, 2011)。

(1) 疾患や症状の理解・受け入れへの援助

患者の、自分が病気であるという認識やうつ症状であるという認識は、服薬とその継続に大きく影響する。どのような症状があるかを含め、うつ病を正しく認識することは、継続的なアセスメント・モニタリング・支援・治療のための重要な第一歩である (Haddad et al, 2011)。患者がうつ病であることを受け入れることが最も望ましいが、例えばそれが難しくても、今までの自分と違う自分を認識し、服薬することで辛さや苦しみ軽減することを自覚できれば、服薬の継続は十分に可能である。

そのためにまずは患者の訴えに耳を傾け、どのような症状があり、どのような辛さや苦しみがあるのかを聴き、受け止める。その上で、抑うつ症状が疾病から起こっていること、症状の改善とともに辛さも軽減されていくことを十分に説明する (Haddad et al, 2011)。

(2) 作用・有害事象の知識の提供と観察

抑うつ症状について、自覚症状・他覚症状の両側面から観察を行う。抑うつ症状が改善されていく場合は、患者とともに薬物療法による効果が現れていることを確認し、フィードバックする。また薬物による有害事象は、服薬を自己調節したり継続を困難にすることも少なくないことから、服用している薬物にどのような有害事象があるかを情報提供するとともに、どのような有害事象が現れているかを患者から聴取し、他職種と共有する (Haddad et al, 2011)。一般的に服薬中断に関連する有害事象は、眩暈・嘔気・頭痛・無気力・気分低下・不眠・耳鳴・不安定さである (Harvey et al, 2014)。

有害事象を最小限にとどめ患者に一番見合った薬を探すことが必要であることを十分に説明し (Haddad et al, 2011)、患者が自分で他職種に訴えられない場合は看護師が代弁をする。

(3) 服薬状況の観察と援助

処方された薬を患者が正確に服用できているかを確認する。怠薬や飲み忘れなどがある場合は、その理由を聴取し、解決策を患者・家族と一緒に検討する (Haddad et al, 2011)。同時に、飲み忘れ時の対処方法や屯用薬の使用状況なども確認し、必要時に医師と相談する。

2. ECT における看護

modified Electroconvulsive Therapy (以下、ECT) は、脳に電気刺激を与えることによって痙攣発作を誘発する治療法であるが、筋弛緩薬を用いることにより脳波上でのてんかん発作は起きるものの、痙攣が起こることはない (Cita, 2012)。重篤なうつ病に対して安全で最も効果的な治療法であり、特に希死念慮が強く自殺企図が切迫している場合や、薬物療法が困難で重篤な症状が継続する場合などに適応される (Kennedy, et al, 2001; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004; Queensland Health, 2010)。また、再発予防のためのメンテナンス療法としても効果があるとされる (National Collaborating Centre for Mental Health 2009)。

現在は全身麻酔下で実施されることが多いため、ECT Unit を使用する。通電はパルス幅 0.3~1msec、周波数は 20~120Hz、通電時間は 0.5~8 秒と開きがあり、1クール 6~12 回で、2~3 クール行われる (Clinical Practice Guidelines in The Spanish NHS, 2014)。

看護の責任は施術前の準備と施術後のケアであり (Lamont, et al, 2011)、以下の内容が含まれる。

1) 不安への援助 ~治療への理解~

ECT は、外部から脳に電流を流す治療であるため、脳への影響に不安を感じる患者や家族もいる (Cita, 2012)。そのため、看護師は患者に関わる時間を増やしてより親密な関係を築くとともに治療の効果と有害事象について説明し、患者や家族の治療への理解を促すことで、患者の ECT に対する不安や恐怖を軽減し (Gass, et al, 2006; Lamont, et al, 2011; Cita 2012; Wood, et al, 2017)、患者や家族が治療を受けることに納得できるよう支援する。

2) ECT 前の身体管理

人工的に痙攣を起こすこと、また全身麻酔下で実施するため、施術前には下記の準備が必要である。

(1) 絶飲食

施術前の絶飲食については諸説あるが、American Society of Anesthesiologists Committee Practice Guidelines では、固形物は施術 6 時間前、液体は 2 時間前までとしている。

(2) 服用薬の確認

ECT の効果や有害事象に影響する薬剤があり、これらは ECT の前までに減量または中止する必要がある。炭酸リチウムやレセルピンは ECT の 7 日前までに減量または服薬を中止し、抗てんかん薬・ベンゾジアゼピン・利尿剤・血糖降下薬・ステロイドも減量・中止されているかどうかを確認し (Cita, 2012)、必要時に医師

に報告する。

(3) 身体状態の観察と準備

麻酔・筋弛緩薬を使用するため、投薬前のバイタルサインを測定、ECT 前後の変化を観察し、必要時に他職種と共有する。また麻酔に伴い失禁することもあるため、前投薬の前に排泄を促す。

3) 麻酔回復後の観察

(1) 身体状態の観察

麻酔後の一般的な身体管理を行う。自発呼吸が回復しているかどうかを確認し、バイタルサインの観察を行う。

一般的にECT 後は、痙攣による血圧や頻脈、体温の上昇が見られるが (Cita, 2012)、麻酔の影響や実施環境の温度設定などで左右される。

(2) 有害事象への援助

ECT 後は有害事象として、短期的に混乱・健忘・頭痛といった症状や長期的に認知機能障害を起こしやすく (Clinical Practice Guidelines in The Spanish NHS, 2014)、それに対して多くの患者は不安や恐れを感じている (Cita, 2012)。患者によって過去への遡り期間はまちまちであるが、看護は患者の認知機能を観察するとともに、患者や家族に対しては健忘症状が出現する可能性があることを十分に説明し、症状が現れた場合にどのような言動がみられるか、どのように対処したら良いかについて、事前に十分に説明する。

6. 対象に応じたうつ病看護

6-1. 児童思春期

1. はじめに

児童思春期は第2次性徴を契機として身体・心理・社会的に成長発達をとげる時期である。特に児童期には、仲間との様々な活動を通して何かを作り上げる生産性の獲得、また思春期には自分は何者なのかを模索する性的・職業的同一性という自己同一性の獲得がおこる。従って病状や病気を理解する前に、児童思春期の成長発達過程を理解し、うつ病に対する看護をどのように行うべきかをしっかりと理解する必要がある。

2. 児童思春期の身体的・心理社会的成長発達

1) 児童期

児童期は身体の運動機能の発達とともに、認知機能が発達し多くの身体的・認知的技術を身につけ、身体・認知のコントロールを作り上げながら、楽しむ時期である。身体同一性の感覚や、勉強やスポーツなどで競争し、熱中して何かを作り上げる感覚、すなわち生産性に対する意識を獲得する。しかし同時に劣等感も味わう。児童期の課題は、学習や趣味、活動、運動を通じて「作業する」「働く能力を身につける」ことである。知識や技術を用い何かを生み出す、つまり働く力が重要でありそのためには自律的に、①活動に積極的に参加し、②友人や仲間と協働して、③産物を作る、ことが必要になる（小谷, p161, 2018）。

2) 思春期

12歳から16歳の間に第2次性徴を通じて体格・容姿が変化し生理的・心理的变化が急速に進む。そして変化していく身体の発達に伴って性的感情が発達し、心の揺れが生じ、情緒的、行動的エネルギーも最大限に高まる。身体の変化に伴い自分の性一男性性・女性性を意識し、両親もしくは両親以外の同性に強く同一視する。この時期を性的同一性の獲得の時期という。さらに高校生・大学生になると性的同一性を発展させ、自分の仕事、将来をみつめるようになる。どうなりたいのか、自分の将来像を描く職業的同一性の獲得の時期に向かう。性的同一性、職業的同一性を自己同一性の獲得といい、自分自身がどのように生きていくのかを模索する時期である。この模索の時期は、精神的に不安定になり、エネルギーをどこにむけていいのかわからず、引きこもったり様々な役割実験（モラトリアム）を通じて自分の将来の自己像をつかもうとする。

3. 児童思春期のうつ病

従来、児童思春期の患者に成人と同様の基準で診断できるようなうつ病は存在しないと考えられていた。しかし1970年代後半から、児童思春期においても成人の診断基準を満たすうつ病が存在することが明らかになった（Puig-Antich, 1978）。児童期から成人期にかけての報告では、児童期のうつ病は易怒性・孤立感が強く、思春期は、過眠・無感覚・精神運動抑制・日内変動・早朝覚醒・体重減少などの症状が増し、年齢とともにこれらの症状は軽減し10歳を超えると、成人のうつ病の臨床症状に近づくと考えられている（Carlson, 1988；日本うつ病学会2016）。児童思春期のうつ病の診断基準は本稿5「児童思春期にある患者への看護」を参照していただきたい。

4. 総合アセスメント

1) 精神状態（MSE: Mental Status Examination）

児童思春期のうつ状態では、外見・行動や気分・思考内容の変化が激しい。

(1) 外見：児童思春期では容貌、特に服装や態度が変わるなどエネルギーが強度になり、これまでとは異なった見た目やふるまいがみられるようになる。

(2) 行動：エネルギー量の増加により過活動になったり、好きな活動には特に夢中になったりする。一方で友人からのいじめ、身体の特徴へのコンプレックスが契機となり引きこもる傾向もみられる。

(3) 気分・感情：うつ病やうつ状態になると、落ち込みが強くなり感情や情緒表現は少なくなる。一方で、うつ状態でありながらも思春期に高まる衝動を抑圧しようとするため感情が一気に爆発し、暴力や暴言などの行動に出る場合もある。

(4) 思考：児童思春期になると知的な成長発達の途上にあるため思考内容に歪みが生じたり、一方向的な内容が多かったり、衝動（攻撃衝動と性衝動、怒りや性の意識・愛情の求め）の表現が活発になったりする。

2) 自我機能

自分の身体・心理・社会的成長発達過程において、自分の衝動（エネルギー）と超自我を調整する機能を自我機能という。児童思春期にはこの自我機能がさらに発達し、認知機能が発達するために昇華、知性化という防衛機制、衝動と超自我のバランスをとりながら今何をやるかというのを検討できる現実に対して吟味する力、ストレスを乗り越えるレジリエンスの力、ストレス・刺激を調整する刺激の調整能力、苦難を乗り越え主体的に自分の欲求をもとに前に進もうとする自律的自我機能が発達する。

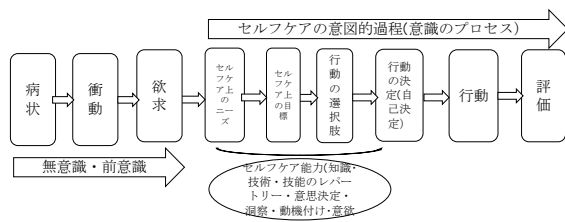
3) 人格の力動的発達

児童思春期には、自我機能がある方向性、すなわち人格構造・機能をもつようになる。人格構造・機能とは衝動をもとに欲求（生理的欲求、安全の欲求、所属と愛の欲求、承認の欲求、自己実現の欲求）を探し、欲求を願望に変え、願望を意思にかえて行動へ移す、という衝動から行動までをマネジメントする機能である。児童思春期においては性・攻撃衝動が高まり、エネルギー量が増大し衝動から行動までを展開させる人格機能が発達し、人格機能をもとにセルフケアが促進される。

4) セルフケア能力

児童思春期では、衝動・欲求をもとに自分のニーズ（食事や排せつ、活動と休息のバランス、孤独と人とのつきあい、症状管理、成長発達）を探すようになる。そのニーズをもとに目標を設定し、目標達成のための行動を選択・実施・評価する過程として、セルフケア能力が発達する。自我機能もセルフケア能力の一部である（図1）。

図1 うつ状態を改善するためのセルフケアの意図的過程



（小谷英文・宇佐美しおり，2018，PAS セルフケアセラピー，P50 の図をもとに修正）

児童思春期は、身体の性徴の変化、性同一性・職業的同一性が発達するため、友人や先輩、教師や両親との関係が徐々に構築され活動の仕方、人とのつきあい方がセルフケア能力として変化する（宇佐美他，2013；小谷・宇佐美，2018）。

5) 総合アセスメント

これまで述べた MSE、自我機能、人格機能、セルフケアについて総合的にアセスメントし、セルフケア上の目標を患者とともに設定し、ケアを行う。

5. 児童思春期にある患者への看護

・総合アセスメントを行い、セルフケアを推進するための目標、ケアプランを計画する。

- ・心理教育的アプローチ：児童思春期の成長発達、うつ状態、うつ病、うつ病をひきおこす要因、対処方法について患者・家族に情報提供を行う。
- ・精神状態の程度に応じた関わりをもつように努める。MSE の項目で日内変動もしくは日常生活への支障が大きい場合には重度、日によって変動するもしくは変動はないが、日常生活への支障がみられる場合には中等度、1週間安定しており日常生活への支障がほとんどない場合は軽度と判断する。状態の程度に応じて患者に対応する。

1) うつ状態：重度

刺激、ストレスを減らし、日常生活については本人の代わりに努め、保護的に関わる。精神状態が極めて重度の時期には、患者は自分で悪循環の反復思考を止めることができない。一時的に抗不安薬や SSRI/SNRI 等の抗うつ薬の力を借りてそうした思考を抑制させ、心身ともにゆっくりと休めるような対処が必要である。

2) うつ状態：中等度

精神状態が安定している日と不安定な日があるため、対応を変える必要がある。安定している日には患者自身が望むセルフケアを実施する。調子が不安定な日には下記のセルフケアを推奨するが、基本的には学校を休む必要はない。

(1) 生活管理

・活動の管理

児童思春期には特に、自分が何をしたいのかを聴き、好きなことをさせたり、また階段昇降や散歩を促すなどしてエネルギーを使いこれらの活動を適宜日課に組み入れ生活リズムを作る。

・コンサルテーション

信頼・安心できる人に相談し、自分の危機・苦しさ、すなわち、とても気になる心配ごとや不安に思っていること、あるいはつらさや苦しみ、を人に伝えてもらうようにする。

・生活の構造化

児童思春期は生活リズムの乱れが体の変化とともに起こるため、自分の身体と精神状態のバランスを把握し、1日のスケジュール、1週間のスケジュールを患者の欲求に沿って作成する。

(2) 症状管理

うつには不安を伴うが、うつやその病状を管理する方法には下記のような方法がある。

・リラクセーション

不安や緊張が痛みや肩こりなど体になる場合には、深呼吸法、筋弛緩法、温泉、半身浴、足浴、マッサージ、自律訓練などを行い、身体の疲れをほぐし身体の声に耳を傾けるように促す。そして自分だけでなく他者とのつき

あい方、活動の仕方を看護師と協働で探していく。

・認知行動療法的アプローチ

どのような状況で自分が落ち込むのか、どのような場合に意欲が低下するのか、自分の感情や思考のパターンをつかみ、患者自らが振り返りながら感情と行動を見直し、新しい対応方法を看護師とともに獲得していく。これにより、自分の認知のパターン、自身の現状、変えられそうな言動を検討できる。

・時間の管理

児童思春期は衝動の高まり、欲求が増大するため、時間の管理が難しくなる。一日の時間、休息やリラクゼーションの時間枠を決め、そのなかで緊張—解消のリズムを一日を通して取っていく。

3) うつ状態：軽度

これまでやりたいと思っていたことを1つずつ実践する。1つやってみて、1週間安定していたら、その後さらにもう1つ刺激やストレスを付加していく（宇佐美, 2010）。また自分自身をみつめ、自分の病状、セルフケアが実施できるようにする。

(1) アンガーマネージメント

人間のエネルギーの源である性・攻撃衝動について、「誰に」「何を」「怒っているのか」、あるいは「誰に」「何を」「求めているのか」など、そうした感情やふるまいを安全に表出・表現し、怒り・不適切な言動にかわる対処方法を習得するよう促す。

(2) レジリエンスの強化

ストレスや困難にぶつかった時に乗り越える力をレジリエンスという。現実を振り返り、自分の衝動・欲求を探したり、苦しい時ほど自分の大事なものに目をむけて時間を使い、苦しさを乗り越える方法をともに検討する。

(3) ソーシャルサポートの強化

児童思春期には友人が増えるため、自分を物理的・社会的に支えてくれると感じる人（ソーシャルサポート）が家族だけではなく、友人を含めて広がっていく。信頼する人たちとの交流から得られるエネルギー交換によって、エネルギーの再生産を効率的にし、精神的な安らぎを得ることができる。

(4) 首尾一貫感覚強化

首尾一貫感覚（Sense Of Coherence: SOC）の強化とは、自分に把握・処理できる可能性、やっていることに意味があることを実感していくことである。できることに目を向けエネルギーを使っていくことで首尾一貫感覚を強化し自信をつけることができる。

(5) 新しいセルフケア行動の強化

児童思春期の場合には、自分の衝動とのつきあい、衝

動・欲求をもとにしたセルフケア、特に人との付き合い方や活動の仕方、症状管理の方法を自分の生活の一部として馴染ませていくが必要になる。また、自分自身を大切に感じる感覚とその喜びを自覚できるよう促す。

・児童思春期の成長発達を促す治療環境

特に安心して過ごせる場所や友人、学習やスポーツなど好きなことができる環境を学校の教員、スクールカウンセラー、養護教諭などと連携しながら作っていく。特にうつ状態の場合には、信頼関係にある人びとや落ち着いた環境のもとで、怒りの表現を促しながら怒りの奥にある欲求（安全でいたい、愛情の求めを受け止めてほしい、自分を認めてほしい、自分の自己実現を図りたいなど）を認識してもらいつつセルフケアが行えるよう関わっていく。この際、友人間での孤立感や集団に入っていく恐怖感の軽減、どのようなスケジュールで学校生活になじんでいけるのかなどについては関係部署とともに検討していく。

・家族関係の調整

児童思春期は性的同一性、自己同一性を獲得していくプロセスであるため両親との関係性は重要である。従って家族にも患者のうつ状態、成長発達の過程に関する心理教育を行いながら、家族との間で患者がどのような欲求をもっているのかを伝え、家族関係の在り方について検討していく。

(6) 留意事項

児童思春期はエネルギーが高まり活動的になるため、うつ状態が強くなり、いじめや無理解など周囲からの孤立感が強まると死に至ることがある。従ってエネルギーの発散、そのエネルギーを通じての欲求をしっかりと聞くことが必要である。ともにセルフケアを一緒に検討していくことは、自殺防止の観点からも重要である。

4) 自分の身体的・心理的自己像についての思考を促すよう努める。どうしていききたいのか、何ができるのかなど、自己評価が安定するよう努力を営めながら、セルフケアを展開していく。

児童思春期は自分の身体、友人関係、学業やスポーツなどを通じて何かを生み出すことの楽しみが芽生える時期でもある。同時に自己愛、自分への自信を獲得していくため、自己評価や自己愛を支えていくことが非常に重要である。ここまでどう過ごしてきたのか、何につまずいたのか、何ができそうなのか、本人の気持ちの高まることを支えながら、自己愛を発展させていけるようなセルフケアへの支援が必要になる。

6. 対象に応じたうつ病看護

6-2. 周産期

はじめに

妊娠期から産後1年間のうつ病有病率は6.5~17%と高率であり (Bennett et al, 2004; Gavin et al, 2005; Shorey et al, 2018)、また周産期のうつ病は妊産婦自身の苦悩にとどまらず、早産や低出生体重 (Accortt et al, 2015; Field, T, 2011; Jarde et al, 2016)、子どもの発達 (Beck, 1998; Goodman et al, 2011)、パートナーとの関係性や家族機能 (Letourneau et al, 2012) にも影響すると報告されている。さらに近年、妊産婦の死亡原因の中で自殺が最も多く (Orsolini et al, 2016)、中でもわが国の自殺率はイギリス、スウェーデンと比較して極めて高いことから、うつ病予防を中心とした対策が強く求められている (竹田, 2016; Takeda et al, 2017)。

多くの妊産婦は精神的不調があっても自らメンタルヘルス支援を求めない傾向にあるものの (Liberto, 2012)、地域母子保健、産科・小児科医療の場においてケア提供者に頻繁に接触する機会があるため、周産期はうつ病予防や早期発見が可能な時期でもある。

妊娠期にうつ症状を経験していた女性の約4割は産後にもうつ症状を認めていたことから (Underwood et al, 2016)、周産期のうつ病対策においては、まず妊娠期からの継続した予防的支援が重視されている。

1. 周産期のうつ病に関する支援方法

1) スクリーニング

周産期のうつ病の予防や早期介入を可能にするために、うつ病のリスク因子 (表1) (Lancaster et al, 2010; Robertson et al, 2004; Vliegen et al, 2014) のアセスメントやスクリーニング尺度 (表2) を利用した精神状態の評価が国内外で推奨されている (Howard et al, 2014; 日本産科婦人科学会, 2017; 日本周産期メンタルヘルス学会, 2017)。また、それらを包括的に組み合わせることが、予防と早期介入を推進する上で有効とされる (Felice et al, 2018; 山下, 2018)。

うつ病のスクリーニングを行うことにより、メンタルヘルス支援の利用促進、うつ症状の軽減やうつ病の発症予防に効果が認められている (O'Connor et al, 2016; Yawn et al, 2012a)。ただしその効果を高めるにはケア提供者による妊産婦への関わりや心理社会的アセスメントの質の向上、スクリーニング後の照会プロセスの標準化やメンタルヘルス支援に関する資源の充実が必要である。またそのためのケア提供者への教育やメンタルヘルスコンサルテーションの重要性が示唆されている (Byatt et al, 2015; Long et al, 2018; Yawn et al, 2012b)。

2) 周産期のうつ病に対する予防的介入

コクランレビューやメタ解析によって心理社会的介入による産後うつ病の予防効果が認められている (Dennis & Dowswell T, 2013; Lumley, 2004; Morrell et al, 2016)。Morrell ら (2016) は、86の臨床研究と44の質的研究をもとに臨床効果、経済効果、介入の安全性と受け入れやすさについて検討しており、厳密な分析を通して最も有益であると評価された産後うつ病の予防的介入を示している (表3)。

3) 周産期のうつ病患者に対する治療的介入 (薬物療法を除く)

胎児や授乳への影響が懸念されることなどから (Boath et al, 2004; Pearlstein, 2008; Turner et al, 2008)、妊産婦は非薬物療法を好む傾向がある (Dennis & Chung-Lee, 2006)。ここでは、周産期のうつ病に対する非薬物療法によるアプローチについて述べる。

周産期のうつ病治療における心理社会的介入の有効性がシステマティックレビューやメタ解析によって報告されている (Dennis, 2014; Dennis & Hodnett, 2007; Lumley, 2004; Nillni et al, 2018)。心理社会的介入はうつ症状の改善だけでなく、子どもの発達、育児、夫婦関係、ソーシャルサポートの改善、母親のストレスや不安軽減にも効果があると示唆されている (Letourneau et al, 2017; Stephens et al, 2016)。

周産期のうつ病に対する代替・補完療法 (運動、ヨガ、 ω 3脂肪酸、葉酸等) の効果についてもいくつか研究が行われているが (Deligiannidis & Freeman, 2014)、コクランレビューではエビデンスが十分でなく現時点では推奨すべきものはなかったと結論づけている (Dennis & Dowswell, 2013)。近年、運動の効果に関するメタ解析は複数発表されているが、うつ症状の軽減や予防効果が報告されている一方 (Carter et al, 2018; McCurdy A et al, 2017; Nakamura et al, 2018; Poyatos-León et al, 2017; Pritchett et al, 2017)、否定的結果も示されており (Davenport, 2018)、運動方法や運動量の違いも踏まえた検討が求められている (Saligheh et al, 2017)。

4) メンタルヘルスケアの受け入れやすさや有用性を高めるための工夫

妊婦や乳児を育てる母親がメンタルヘルスケアを受けるには、スティグマや移動のしづらさなど数々の障壁がある (Byatt et al, 2012; Dennis & Chung-Lee, 2006; Hadfield & Wittkowski, 2017)。ケアの受け入れやすさや有用性を高めるため、小児科外来などプライマリケアの場でのケア提供や (Olin et al, 2016; Stephens, 2016)、電話 (Posmontier et al, 2016; Wozney et al, 2017) による介入、インターネットを利用した認知行動療法 (iCBT) (Milgrom et al, 2016; O'Mahen H et al, 2014; Pugh et al, 2016) などが行われている。iCBTの

表1 周産期のうつ病のリスク因子

	関連の強さ	リスク因子	引用元
妊娠期	強い	不安、配偶者の支援欠如	Lancaster, 2010
	中等度	生活上のストレス、うつの既往、予期せぬ妊娠、別居、公的保険未加入	
	軽度	家庭内暴力、低収入、低教育水準、喫煙	
産後	強い	妊娠中のうつ・不安、かけがえのない人の死や離婚、失職、引っ越しなどのイベント、家族や親友などの支援の欠如、うつの既往	Robertson, 2004
	中等度	神経質、妊娠中の婚姻関係	
	軽度	産科的因子(妊娠高血圧症候群、早産、帝王切開、吸引(鉗子)分娩、分娩時大量出血)	
産後の慢性化	—	パートナーとの関係の質の低さ、うつの既往、性的虐待、産後ケアの質の低さ、育児ストレスの高さ、性格特性に関連した脆弱性	Vliegen, 2014

表2 周産期において推奨されるうつ病スクリーニング尺度

	尺度	区分点	実施時期	引用元
妊娠期	2項目質問法	0/1	—	Whooley, 1997
産後	EPDS	8/9	産後1カ月	Cox, 1987 岡野, 1996

EPDS: Edinburgh postnatal depression scale (エジンバラ産後うつ病質問票) (日本周産期メンタルヘルス学会: 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017, <http://pmhguideline.com/>, 2017 より作成)

効果について、小～中等度の効果があったとするメタ解析結果は示されているが (Lau et al, 2017)、否定的な報告もあり (Lin et al, 2018)、さらなる研究が必要である (Ashford et al, 2016; Lee et al, 2016)。

2. 周産期のうつ病予防や治療的介入における看護の役割

1) 周産期のうつ病に関する効果的介入

システマティックレビューやメタ解析によって、認知行動療法 (Sokol, 2015)、対人関係療法 (Miniati et al, 2014; Sokol, 2018) を基盤にした介入は、周産期のうつ病予防やうつ症状の軽減に効果が認められたと報告されている。ただし、様々な治療技法による効果の差はなかった (Cooper et al, 2003; Morrell et al, 2009; Stephens et al, 2016)、また心理療法の専門家と非専門家 (訓練を受けたヘルスビジター) の介入効果に差はなかったという結果も示されており (Cooper, 2003)、治療的介入における自己一致、肯定的関心、共感など、非特異的要素の役割の大きさが示唆される (Horowitz et al, 2013; Morrell et al, 2016)。

2) 周産期において必要とされる関わりと看護の役割

どのような方法であれ、妊産婦を対象にした効果的な介入には最低限必要とされるものがあり (Morrell et al,

2016) (表4)、信頼関係を構築しながら妊産婦のニーズに沿ってケアを提供することが重要である (Scope et al, 2017)。これらは看護ケアにおいて重視されているものでもある。

看護職は妊娠期から産後にかけて頻回に妊産婦に関わる機会があり (Segre et al, 2010)、効果が認められた心理社会的介入の多くも看護職がケア提供者である (Morrell et al, 2016)。ただし、なぜ看護職の介入に効果があるのかは明らかにされておらず (Alderdice et al, 2013)、今後の検討が必要である。

3) 精神科看護師による介入方法と効果

周産期のうつ病患者に関わる上で、うつ病や精神的ケアに関する十分な知識や能力が求められる (Jones et al, 2011; Morrell et al, 2011)。精神科看護師がケア提供者となった介入研究によれば、介入内容には妊産婦の精神状態の正確なアセスメント、妊産婦の精神状態に応じた柔軟なケア提供、心理教育、うつ症状のマネジメントなどが含まれており、うつ症状の改善だけでなく、母親の介入に対する高い満足度や脱落者の少なさが示されている (Austin et al, 1999; Beeber et al, 2004; Pessagno & Hunker, 2013; Tamaki, 2008)。ただし各研究には方法論上の限界があり、さらなる研究が求められる。

表3 最も有益であると評価された産後うつ病の予防的介入

介入レベル	介入の概要	介入の場、方法	介入時期	ケア提供者	引用元
Universal すべての妊産婦	助産師によるコミュニティ基盤の産後ケア	母親のニーズに沿ってケア計画立案、家庭訪問	産後	助産師	MacArthur, 2002
	PCA を基盤とした介入	家庭訪問	産後	ヘルスビジター	Morrell, 2009
	CBT を基盤とした介入	家庭訪問	産後	ヘルスビジター	Morrell, 2009
Selective 社会的リスク要因が認められた妊産婦	IPT を基盤とした介入	産科等外来、個別介入	妊娠期・産後	訓練を受けた介入者	Zlotnick, 2011
	子育てのための準備教育	産科外来、個別・集団介入	妊娠期・産後	助産師、心理士、看護師	Buist, 1999
		産科病棟、個別・集団介入	妊娠期	助産師	Carrick-Sen, 2014 ; Sen, 2006
Indicated うつ病の既往、素因、EPDS 等の高得点が認められたハイリスク妊産婦	母子の相互作用の促進	家庭訪問	産後	看護師（ソーシャルワーカーと小児科医がサポート）	Armstrong, 1999
	ピアサポート	電話面接、個別介入	産後	ピアボランティア（うつ病の体験がある母親）	Dennis, 2009
	IPT を基盤とした介入	産科、個別介入	妊娠期・産後	心理士	Gorman, 1997
		産科、個別介入	妊娠期・産後	心理士	Grote, 2009
	PCA を基盤とした介入	家庭訪問	産後	ヘルスビジター	Morrell, 2009
	CBT を基盤とした介入	家庭訪問	産後	ヘルスビジター	Morrell, 2009
		産科、集団介入	妊娠期	心理士	Munoz, 2007

PCA（person centered approach）：来談者中心療法

CBT（cognitive behavioral therapy）：認知行動療法

IPT（interpersonal psychotherapy）：対人関係療法

[Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, et al: A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression, Health Technol Assess, 20(37), 1-414, 2016 を元に作成]

表4 効果的介入に最低限必要とされるもの

・妊産婦とケア提供者との信頼関係を発展させること ・（妊産婦が）支持されていると感じること ・妊産婦にとって必要な情報が得られること ・ケアが継続されること ・個々の妊産婦中心にケアが提供されること ・（妊産婦の）パートナーをケアに巻き込むこと

[Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, et al: A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression, Health Technol Assess, 20(37), 1-414, 2016 を元に作成]

6. 対象に応じたうつ病看護

6-3. 老年期

はじめに

うつ状態の特徴として、気分が落ち込み、身体的倦怠感や興味の喪失等が見られる（DSM-5, 2014）が、老年期におけるうつ病は、他の世代にも増して、医学的視点のみならず生活環境が影響し、精神的なエネルギーの低下が見られる。ここでは、老年期を迎えた人々のうつ病について、看護の立場から、その対応と看護介入の方法について解説する。

WHO（世界保健機関）では、65歳以上を老年期（または高齢期）としていることから、本章では65歳以上の仕事から引退し、現役の第一線を退いた人たちで、うつ病あるいは双極性障害と診断された人（総じてうつ病患者と表記）を対象としている。

我が国では、平成29（2017）年10月1日現在、1億2,671万人の総人口のうち、65歳以上人口は3,515万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）も27.7%となった（内閣府平成30年版高齢社会白書）。

このように高齢化が進むわが国では、老年期のうつ病も増加しているが、未治療者が多い（Robert et al, 2002/2003）ことや自殺の既遂率が高い（Fukura et al, 2009）ことから、老年期のうつ病対策が重要な課題であるといえる。

1. 老年期のうつ病発症の背景

老年期のうつ病について語る前に、高齢者の心身の特徴を知っておくことが大切である。視力、聴力、身体機能の低下とともに、高齢者を取り巻く環境や役割の変化が誘因となり、うつ状態を招くことが多い。心身の問題が生じることや日々の生活で勘違いが重なると、自己嫌悪に陥りやすく、孤立感が増す。

危険因子として、女性であること、過去のうつ病の既往、配偶者との死別・離婚などがある（厚生労働省 www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/.../tp0501-siryou8-1...p）。

重症の疾患（がん、心疾患など）がある人、身体機能障害がある人はうつ病になりやすいと言える。また、そうした人の介護に当たっている人もうつ病になりやすいので注意が必要である（表1）。

表1 老年期のうつ病発症の背景

身体的な衰え	環境の変化
意欲・集中力の低下	ライフイベント：夫、子供、友人、ペットなど重要な周囲の死
認知機能低下（物覚え、物忘れの訴え）	健康の悩み：関節炎、心臓疾患など
身体的不調の訴え（甲状腺、心臓疾患、がん、関節炎、慢性疾患など）、睡眠障害	心配ごと：家族・友人の病氣、経済的問題、生活環境に関する問題
器質的原因、脳血管性障害（脳血管性うつ）、薬物起因性のうつ	役割交代・役割喪失、疎外感、孤立： 定年退職や解雇、職場・家族内での疎外感
被害妄想	負担感（介護など）：親、夫からの束縛

長谷川雅美(2018). 高齢者のうつとその対応. 新潟県自殺予防対策事業南魚沼市講演資料より

2. 老年期うつ病者の症状

老年期は、他の年代と同様に興味の喪失や疲労感などのうつ症状が見られるが、以下のような日常生活の中での態度に変化が生じてくることで、周囲の人が気づききっかけになる。

- ・好きだったことが楽しめない。
- ・何もする気になれず、簡単なことでも疲れやすい。
- ・食欲がなくなり、体重が減る。
- ・落ちつかず、物事にしっかり集中できない。リラックスできない。
- ・いつもより気に病む。物事を過剰にとらえてしまう。
- ・人と会うのを避ける。
- ・他の人に対して怒りっぽくなり、イライラする。
- ・よく眠れない。いつもより早く目覚めてしまい、再入眠ができない。
- ・自信が持てず、他の人の負担になっていると感じる。
- ・罪悪感を感じる。過去のことにくよくよとこだわる。
- ・自殺について考える（人生を終えてしまいたいと感じる）。

3. 認知症との違い

老年期では、うつ病と認知症の判断が難しく、また併存していることもあるので、注意が必要である。うつ病患者は比較的短期間で複数の症状が見られ、本人の自覚があり、質問を理解できるが、「わからない」と反応することが多い（表2）。

表2 うつ病と認知症の比較

	うつ病	認知症
発病の特徴	短期間にいろいろな症状出現 周囲に気づかれやすい	徐々に進行、発病が気づかれにくい
症状	抑うつ気分が強い 悲観的、希死念慮	意欲の低下、問題行動が目立つ 自責感、希死念慮なし
不眠	不眠、中途覚醒	夜間に問題行動
本人の自覚	認知機能の低下を自覚 不安になる	初期：認知機能の低下を自覚 うつ病になることがあり 進行後：症状に無関心
質問への回答	迷って「わからない」と答える	的外れの回答が多い 指摘するととりつくろう
うつ病の既往	ある人が多い	ない人が多い

長谷川雅美（2018）. 高齢者のうつとその対応, 新潟県自殺予防対策事業南魚沼市講演資料（うつ病と認知症を見分けるポイントより）

4. 老年期うつ病への対応

1) 薬物療法への対応

薬物療法は、食欲不振や睡眠障害、不安・緊張など高齢者に多い症状の改善に効果的である。しかし、高齢化とともに副作用が出やすいため、あるいは持病の治療薬との併用も問題になり、薬物療法が期待できない場合がある。抗うつ薬を服用する場合は、1種類の薬を少量から開始し、効果の程度や副作用の有無を見極めることが必要である。

高齢者のうつ病に対する抗うつ薬使用上の注意点として、日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」では、次のように説明している。

1) QQ：高齢者のうつ病に対する抗うつ薬使用上の注意点は？
 三環系抗うつ薬は、他の薬剤に比べて抗コリン作用が強いいため高齢発症のうつ病に対して特に慎重に使用するべきである。
 （エビデンスの質：高、推奨度：強）
 SSRIも高齢者に対して転倒や消化管出血などのリスクがあり、これらのハイリスク群に対する使用には特に注意が必要である。（エビデンスの質：中、推奨度：強）
 スルピリドは、錐体外路症状が発現しやすいため可能な限り使用を控えるべきである。（エビデンスの質：低、推奨度：強）

日本老年医学会（編）高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015. IV 領域別指針 1 精神疾患 うつ病 サマリー p. 47 から引用・抜粋

高齢者に対する抗うつ薬治療と非薬物的対応の効果の差が小さいことから、心理環境面へのアプローチなど多面的な対応が求められる。

また併用薬が多い高齢者では、SSRIとの相互作用はもちろん、比較的安全な薬剤にも注意が必要である。

自殺念慮や精神病症状を認める重症のうつ病患者では三環系抗うつ薬がより有効な場合や抗精神病薬の併用が必要な場合がある（日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病（DSM-5）/ 大うつ病性障害 2016

<https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/inkai/katsudou/data/160731.pdf>）。

なお、重症例は速やかに専門医に紹介することが必要である。

2) 精神療法について

我が国では、認知行動療法（CBT）をはじめとする様々な精神療法や心理教育が実践されているが、高齢者の場合はその利用に際し、十分な配慮と注意が必要である。

心理教育では、本人や家族に「うつ病はどんな病気か」「どんな治療が必要か」という情報を与え、うつ病について理解してもらう。支持的な精神療法では、医師や看護師が高齢のうつ病患者の訴えに耳を傾け、悩みを共感する。これらと併せて、必要に応じて「薬物療法」や「認知行動療法」など、ほかの治療を組み合わせることもある（渡邊 衡一郎：高齢者のうつ病の治療, NHK 今日の健康, 2017）。

筆者の経験では、うつ病の高齢者にCBTを課することで負担になった事例や、他の精神療法でもその意義が十分理解できず強い拒否を示した事例が複数あった。このため、老年期のうつ病患者には、認知能力を確認し、専門的療法を基盤とした接触を避け、病状を見極め、支持的な対応で看護を実践している。

次項で具体的な対応の留意点を述べる。

3) 対応の留意点

高齢者に接する上で心がけておくポイントがある。専門職者のみならず家族など日常生活でかかわる人も、表情や言動を穏やかに、余裕をもって接することが大切である。

そして何よりも双方に信頼関係が保たれていることがコミュニケーションを円滑にする前提となる。

(1) 会話時に注意すること

- ・ゆっくりあせらずに聴く。ゆっくり話しかける。
- ・話題が混乱したり紆余曲折しそうなときは、穏やかな修正をかけて話を戻す。
- ・いくつかの話題を一気に伝えず、一つに絞る。

- ・高齢者の知っている慣れた表現（方言でのやり取りも可）で伝える（若者言葉、省略語、英語など理解しにくい言葉は避ける）。
- ・身体的苦痛や違和感の訴えに対し、確認しながら聴く。
- ・正論で説得しないで、どうしてそのような考えを持つようになったのかを聞く。
- ・自殺念慮があれば、絶対にしてはいけないとはっきり否定の言葉を伝え、いつでも相談にのることを伝える。

(2) 介入時に配慮すること

- ・プライドを傷つけない対応をする。
- ・できていることを評価する。
- ・訴える内容と事実の確認をする（遠慮がちな高齢者は、訴えや相談を表出しないことがある）。
- ・身体症状（皮膚、食事状況、訴え方、認知度）の観察をする。
- ・伝えたい内容を図示、表示などして工夫する。
- ・服薬内容の確認（飲み忘れ、不足、副作用の有無など）をする。
- ・強要や無理強いしない。
- ・切ない、つらい気分（見捨てられ感）にさせない。
- ・家族、医療者、福祉関係者で情報の共有を図る。

必要に応じて地域社会資源（保健所、福祉サービス、訪問看護、民生委員など）を活用し、サポート体制を充実することが大切である。

4) 介護者のメンタルヘルス

老年期うつ病者を介護する家族や施設従事者は、限られた時間や場面の中で本人に向き合い、対応を日々こなしていることが多く、時には頑張りすぎてしまうことがある。介護者がバーンアウトしないためには、介護者自身のメンタルヘルスを意識し無理をしないことが大切である。

<介護者のメンタルヘルスを保つ方法>

- ・自分の日常生活（食事、仕事、趣味の教室、運動、就寝時間など）を崩さない。
- ・日常の中で自分の楽しみを実践することに引き目を持たない。
- ・家族の理解を得て、友人、医療、公的資源の助けを求める。
- ・薬やアルコールに頼らず、できるだけ質の良い睡眠をとる工夫をする。

まとめ

老年期は人生の完成期であると同時に、身体的、精神的、社会的問題を生じる時期であり、身体機能の低下を感じたり、喪失体験や孤独感が生じるなど、うつ病の発症要因が重なる時期である。

この時期の特徴的な症状は、日常生活の中で態度の変化が生じてくるため、また認知症とよく似た症状が出現するため、言動を十分観察する必要がある。薬物療法は副作用の有無など細心の注意で少量から開始することが大切である。

看護の観点では、支持的に接し、高齢者に沿った、ゆったりとした対応をし、高齢者としてのプライドを尊重して訴えを傾聴することが大切である。また高齢者の特徴を理解し、観察することで、ニーズの本質を察知し、自殺予防につながるなど必要なケアを導き出すことができる。

今後、我が国では、さらなる高齢者の増加に伴い、老年期のうつ病者も増えることが予想され、その対応が求められる。必要に応じて、社会資源の活用と医療スタッフや福祉スタッフと連携した対応、また家族の負担を軽減できる方策を検討することが重要である。

6. 対象に応じたうつ病看護

6-4. 身体疾患患者

1. はじめに

身体疾患に伴ううつ病に関しては、身体科医療が実施されている中で正確なうつ病診断がなされづらいという現実的な問題がある。身体疾患とうつとの関連についての研究では、うつ病、うつ状態、抑うつ状態などの用語が用いられている。本項では、引用する研究論文において「うつ病」と表記されている場合はそのまま「うつ病」とし、「抑うつ状態」「うつ状態」とされているものは一括して「抑うつ状態」と表記する。

2. 身体疾患とうつ病

身体疾患患者のうつ病発症率は、健康人と比べて2～3倍の頻度であることがわかっている (Reiger DA, 1993; Coyne JC, 1994)。また、抑うつ状態が身体疾患に影響を与えることも報告されており (Folstein MF et al, 1977; Mezuk B, 2008)、身体疾患と抑うつ状態は、発症や増悪因子として相互に影響しあっている。以下、抑うつ状態を呈する代表的な身体疾患について述べる。

1) 脳卒中

脳卒中後うつ病 (post-stroke depression: PSD) の発生機序として、脳卒中によって生じた身体機能障害などへの了解可能な心因反応という見方もあるが、一方で、障害の程度を一致させた整形外科患者と脳卒中患者を比較したところ、うつ病の発生頻度は脳卒中患者で有意に多かったことが報告されている (Folstein MF et al, 1977)。PSD の治療は十分な休養と薬物療法が基本だが、アパシーが主体の場合は、リハビリテーションなど身体的な活動性を上げることが効果的であるとされ (Hama et al, 2011)、安静と活動とのバランスを図る必要がある。

2) 糖尿病

糖尿病患者のうつ病発症リスクは健康人の 1.2 倍 (Nouwen A, 2010)、うつ病患者の糖尿病発症リスクは 1.6 倍 (Mezuk B, 2008) であることがわかっている。糖尿病の合併症である神経障害による疼痛や身体状態の不安定さが抑うつ状態の要因になり、糖尿病にうつが合併すると、血糖コントロールを悪化させ、様々な合併症を引き起こすという双方向性を持つ。

3) 循環器疾患

心筋梗塞にうつ病の発症が多いことが指摘されており、その頻度は、大うつ病で 16～27%、大うつ病には至らない程度のうつ病であれば 25～45%と報告されている

(Rudisch B, 2003)。うつ病は心筋梗塞の予後に影響を与え、うつ病併発患者の6ヶ月後の死亡率はそうでない患者に比べ有意に高い (Frasure-Smith N, 1993)。また、米国の調査では、心不全患者の 24～42%にうつ病が合併しており (Havranek EP, 1999)、うつ病を合併した心不全患者は余命が減少するという報告もある (Jiang W, 2001)。

4) がん

がん患者において、うつ病の有病率は、外来・入院を問わず全病期を通じて 10～20%前後で、これに適応障害を加えると 20～40%が抑うつ状態を呈するといわれている (Mitchell AJ, 2011)。健常者と比べた自殺リスク比は、がん告知後1週間で最も高く 12.6 倍、その後も診断から1年以内は 3.1 倍であることがわかっている (Fang F, 2012)。

3. 身体疾患患者におけるうつ状態の包括的アセスメント

1) 身体疾患患者のうつを見落とさない

次のような状態は、身体疾患を抱えたことによるものであり致し方ない、と捉えられがちであるが、うつ状態のあらわれかもしれないので注意を要する。

「自室に引きこもりがちになっている」「病状や治療と関係なく身体症状が強くなる」「食事量の低下や不眠がある」「会話が少なくなる」「些細なことで医療者に攻撃的になる」「医療者への不信感が強く懐疑的である」「自分を責め続ける」「話しているとすぐに涙が出る」「イライラする」「笑わなくなる」「依存的になる」「自己決定できなくなる」「自分の病状が認められない」、など (3. うつ病看護におけるアセスメント)。

2) うつを包括的にアセスメントする

身体的苦痛により抑うつ状態になることは容易に想像できる。またステロイドやインターフェロンなど薬剤によって抑うつ状態が誘発されることがある。したがって、患者の抑うつ状態に気づいたら、①痛みや倦怠感、呼吸困難感などの身体症状、②せん妄やうつ病、薬剤性などの精神症状、③経済的な問題や介護力などの社会的問題、④コミュニケーションの問題などの心理的問題、⑤生き方に関わる実存的問題の視点で包括的にアセスメントすることが重要である (内富他, 2011)。

3) 低活動性せん妄と鑑別する

身体疾患患者のうつ状態を発見する際、低活動性せん妄との鑑別は重要であり、患者の状態を 24 時間観察している看護師の役割は大きい。低活動性せん妄とうつ状態の違いは、臨床症状や認知機能障害の有無によって鑑別できる (表 1)。

表1 低活動型せん妄とうつ病の鑑別

	低活動型せん妄	うつ病
覚醒障害	低覚醒、眠気のある状態	正常な覚醒レベル、目が覚めた状態
認知の変化	短期記憶障害、注意障害、集中力低下、見当識障害、失認、失語	軽度の認知障害があることもある。主に認知力低下、集中力低下
発症のし方	急激な発症	緩徐な発症
知覚障害	最大75%の患者にみられる 主に幻視。誤認や錯覚もある	めったに見られない 精神症状をもつうつ病だけにみられる。通常は幻聴が多い
思考内容の障害	妄想がしばしばみられる 妄想は漠然としていて体系化されていない	罪責感、無価値感、絶望感が一般的。妄想はまれだが、精神病症状をもつ重度のうつ病に見られることがある
感情症状	悲しみ、抑うつ、焦燥が現れることがある。感情はしばしば不安定。せん妄による脱抑制のため、希死念慮や自殺念慮を表出する	悲しみや抑うつ気分をしばしばこぼにする。絶望、無価値、罪悪感、負担感に伴う自殺念慮がある
精神運動活動	低活動、引きこもり、緩慢	通常は低活動、引きこもり、緩慢。ときに過活動、焦燥的

出典：Breitbart, W., & Alici, Y. JAMA, 2008 を一部改変

4. 身体疾患患者のうつへの看護

1) ストレッサーの低減

うつ病を併発した身体疾患患者へのケアにおいては、うつ病患者への基本的な看護に加え、身体疾患を抱えることに伴うストレスを低減することが重要である。すな

わち、病気や治療に伴う身体的苦痛（痛み、倦怠感、嘔気、不眠など）の緩和、剥奪された身体感覚（絶食、諸カテーテル留置、安静、感覚遮断など）の回復・改善、過剰な感覚刺激（騒音、臭い、夜間でも続く照明など）の改善、拘禁的入院環境（面会制限など）の調整などを行う。また経済的・社会的問題への支援、リソース活用などを行う（野末, 2004）。

2) 患者の心理的支援

患者がストレスフルな状況を乗り越えることができるよう、支持的共感的に関わり情緒的なケアを行う。さらに不安や緊張を和らげ、気分の改善を図るためにリラクセーションを活用することも有用である（7-3: リラクセーション療法）。また、精神看護専門看護師により実施されたケアパッケージである①患者と信頼関係を築くこと、②包括的アセスメントによる問題の整理、③目標の共有、④精神科薬物療法の理解、⑤抑うつ状態と対処方法の理解、⑥抑うつ状態への具体的な対処方法の検討、⑦患者の対処スキルの強化が、がん患者の抑うつ状態の改善度を有意に高めることが検証されており、参考となる（野末ら, 2016）。

3) 自殺リスクのある患者の看護

前述したように、身体疾患患者の自殺リスクは高く、アセスメントとケアが重要である（4-3: 自殺のリスクがある患者）。

4) 精神科リエゾンチームの活動

一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、2012年度の診療報酬改定で精神科リエゾンチーム加算が開始された。これは、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な患者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和やQOLの向上、早期退院を推進することを目的としている。精神症状への支援においては、総合的に複数の職種やアプローチを用いることが重要である。

7. 介入技法

7-1. 認知療法・認知行動療法

1. 認知行動療法の概要

認知療法・認知行動療法は、患者の認知、すなわちものごとの受けとめ方・解釈のしかたと、行動に着目し、これらを適応的に変容することで、社会生活上の問題・課題の解決を図る精神療法である。患者のセルフコントロールする力を高め、自身で問題・課題解決に取り組めるよう、治療者側は患者と協同関係を構築し、患者の主体性やペースを尊重しながら進めることが求められる。

うつ病患者に対する認知療法・認知行動療法は、中等度以上に対して単独あるいは薬物療法との併用で有効とされ、軽症の場合もこれに準じて検討される必要があると指摘されている（日本うつ病学会, 2017）。日本では平成22年度診療報酬改定で認知療法・認知行動療法の評価が新設され、平成28年度からは看護師が医師と共同で実施した場合も算定が可能になっている。

2. 看護師による認知行動療法の効果研究

看護師によるうつ病患者への認知行動療法の効果は、1980年代から欧米を中心に報告されている（岡田 2011）。まず女性うつ病患者に対して集団認知行動療法を実施し、抑うつ気分や絶望感、不安の減少、自尊感情の改善が報告されている（Gordon VC et al, 1988 ; Maynard CK, 1993）。またうつ病患者への個人対象の認知行動療法による抑うつ症状の改善、自殺念慮のある女性うつ病患者への個人対象の認知行動療法による絶望感の減少、認知・気分・行動などの改善がみられている（Reilly CE, 1998 ; 岡田, 2002）。入院中の重度のうつ病患者に対しては、Advanced Practice Nurse（高度実践看護師：APN）が集団認知行動療法（認知再構成法等）を実施し、APNの指導のもと Staff nurses（病棟看護師）が宿題を確認するという協働的な介入により、抑うつ症状および認知の改善がみられている（Forsyth DM et al, 2010）。

南アフリカにおける報告もある。軽～中等度のうつ病の女性に対して、Advanced Psychiatric Nurse（高度精神看護師）と、Registered Psychiatric Nurse（精神看護師）がワークブックを用いた認知再構成法と問題解決技法を実施し、うつ症状の改善がみられている（Chetty D & Hoque ME, 2013）。

日本以外のアジア圏での看護師による認知行動療法の効果も報告されている。台湾や中国のうつ病患者に対する集団認知行動療法で、抑うつ症状や認知、自尊感情、QOLの改善がみられている（Chen TH et al, 2006 ; Wong DFK, 2008）。またタイで地域生活する中等度うつ病患者に対して、mental health nurses（精神保健看護師）の認知

行動的なセルフヘルプマニュアルでの介入により、うつ症状の改善が報告されている（Songprakun W & McCann TV, 2012）。

日本では、吉永ら（2015）の看護領域の認知行動療法の実践・研究に関する系統的レビューによると、効果研究のうち、うつ病患者に対するものは岡田（2013）の1件で、女性うつ病患者に対する集団認知行動療法により、抑うつ症状と非機能的認知や行動の改善が報告されている。

3. 日本の看護領域への認知行動療法の適用

先述のように、診療報酬上は平成28年度から看護師が医師と共同で認知行動療法を実施した場合に算定可能になっている。その場合、「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準拠した面接（16回まで。1回30分以上）を行う必要がある。一方、筆者は、日本の看護師が臨床現場でうつ病患者に対して認知行動療法を実践するための看護師用のプログラムが必要と考え、上述のマニュアル作成者の一人である精神科医と、認知行動療法の実践経験が豊富な精神看護専門看護師の協力を得て、マニュアルを改変し、うつ病患者への効果検討を経た上で、看護師用のプログラムを開発している（岡田, 2016）。

このプログラムは個人を対象とするもので、表1のように、全体は12回の面接で構成され、1回の面接は30～45分、週1回程度の頻度で進める。また表2は、各回の面接の進め方を示している。認知行動療法では構造化した面接を行うことが通常で、毎回①から⑧の流れに則って進めていく。表1では、第2回目の面接あたりで「5. 目標を設定し計画を立てる」となっているが、患者とのアセスメント（ケースフォーミュレーションとも言う）を十分に行うために、第3～4回目まで時間をかけてもよい。またこのプログラムでは、第3～6回目が認知へのアプローチ（主に認知再構成法）、第7～10回目が行動へのアプローチ（問題解決技法、アサーショントレーニングなど）になっているが、どのような目標を設定するかによって、どうアプローチを行うかは変わってくる。患者と協同的に話し合って決めるように心がける。

日本では、看護師が集団対象に認知行動療法を実施する機会も増えている。集団認知行動療法の強みは、個人対象の場合よりも少ない回数（12回程度）で、かつ一度に多くの患者を対象にできる点である。そのため、外来やデイケアなど病棟以外の場での活用が進んでいる。実施する職種は、看護師はもちろん、医師や心理職、作業療法士、精神保健福祉士などで、多職種チームで行われることも多い。

うつ病患者に対して集団で行う場合は、個人対象の認知行動療法と同様に、認知再構成法や問題解決技法などの内容を含める。図1のように、疾患や治療、認知行動療法に関する心理教育、患者の問題・課題を整理し理解

表1 看護師用のうつ病患者に対する認知行動療法プログラム

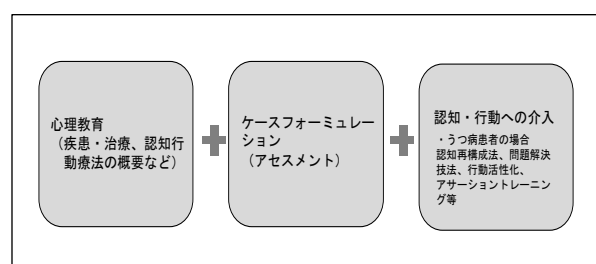
	面接 (回)	目標	主な話題
1	1-2	1. 患者・看護師関係を結ぶ 2. 動機づけを高める 3. 疾患や治療、服薬・症状管理等の社会生活上に必要な知識・スキル等について理解する 4. 課題・問題を整理・理解する（アセスメント） 5. 目標を設定し計画を立てる 6. 行動を活性化する	・疾患や治療、服薬・症状管理等の社会生活上に必要な知識・スキル等についての理解 ・課題・問題の整理・理解（アセスメント）と共有 ・目標（患者の期待）の設定と共有 ・ホームワークの設定 ・活動記録表の作成 ・活動記録表の作成
2	3-4	1. 認知のアンバランスを理解する 2. 気分・自動思考を把握する 3. 状況・気分・自動思考のつながりを理解する	・認知のアンバランスの理解 ・気分の明確化と強さの測定 ・自動思考をみつめる ・3つのコラムの作成
3	5-6	1. バランスのとれた考えを導き出す 2. 行動実践により考えの確信度を高める	・7つのコラムの作成 ・行動実験表の作成
4	7-8	1. 課題・問題の改善や解決に取り組む	・問題解決のためのこころの準備 ・問題解決策リストの作成 ・アクションプランの作成 ・実行したことの評価
5	9-10	1. 対人関係を振り返り、改善を図る	・人間関係の振り返り ・アサーション・トレーニング
6	11-12	1. 再燃・再発予防の方法をみつめる 2. 面接全体を振り返る	・面接の振り返りと再燃・再発予防の方法

表2 各回の面接の進め方

①状態の確認 自己記入式簡易抑うつ症状尺度・日本語版（Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report: QIDS-SR-J）、またはベック抑うつ質問票第2版（BDI-II）などの記入 ②前回のまとめ、ホームワークのふりかえり ③面接の目標と内容確認 ④話題（agenda=取り扱う議題、課題）の設定 ⑤共同的に話題について取り組む ⑥ホームワークの設定 ⑦面接のまとめ ⑧次回への橋渡し
--

するケースフォーミュレーション（アセスメント）、認知・行動への介入として、認知再構成法、問題解決技法、行動活性化、アサーショントレーニングなどを取り入れる。実際のプログラム例として、表3のように、

図1 うつ病患者への集団認知行動療法に含める内容

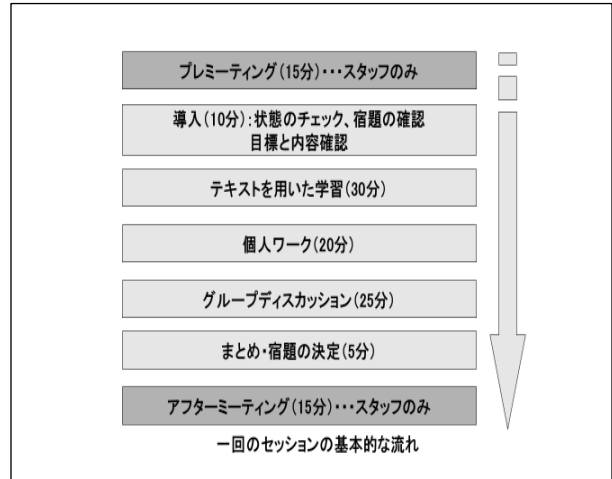


第1回目に心理教育とケースフォーミュレーション、その後、認知と行動へのアプローチを入れる（認知と行動は逆でもよい）。「認知」は第2～5回目の4セッションで構成されているが、はじめは「うつの思考」、次に「気分」、そして「状況・気分・自動思考のつながり」を学ぶ、というように、少しずつステップを踏み、最終的にバランスのよい考え方を導き出す、すなわち認知再構成法をできるように構成する。ステップを踏まず、いきなり認知再構成法を行うのは患者にとってハードルが高いため、避けるようにする。また集

表3 うつ病患者への集団認知行動療法プログラムの構成

セッション	アプローチ	内容
1		認知行動療法とは何か 状況・認知・気分・行動・ 身体のつながりを調べよう (ケースフォーミュレーション)
2	認知 Cognition	うつの思考を知ろう
3		気分を確かめよう 状況・気分・自動思考の つながりを知ろう
4		バランスのよい考え方を しよう(1)
5		バランスのよい考え方を しよう(2)
6	行動 Control	問題解決能力を高めよう
7		コミュニケーションの傾向 を知り、適切に自己表現 (アサーション) しよう

図2 集団認知行動療法の各セッションの進め方(例)



集団認知行動療法も個人の場合と同様に、構造化して進めるようにする。図2はその1例で、集団認知行動療法は90～120分の構成が多く、もし1回90分のセッションを行なった場合は、はじめの10分は導入としてうつ状態のチェックと宿題の確認、その日の目標・内容を確認する。その後、スタッフと患者が双方向的にやりとりしながらテキストを用いた学習を30分程度、個人ワークを20分、それを基にしたグループディスカッションを25分、最後のまとめと宿題の決定を5分程度で行う。スタッフは、リーダーとコ・リーダーの役割を担い、集団の力動を活用しながら、患者が認知・行動の知識・スキルを得られるように、集団全体で協同関係を構築しながら進める。患者が自身の認知・行動を見つめなおし、他者の体験を自身に取り入れることで認知・行動の幅が広がるように、互いに助け合う雰囲気醸成しながらかかわることが大切である。

個人対象、集団対象で用いる認知・行動のスキルは共通している。実際の用い方は、関連する専門書を参照いただきたい。

7. 介入技法

7-2. 心理教育

1. 心理教育とは

心理教育とは、「精神障害やエイズなど受容しにくい問題を持つ人たちに、正しい知識や情報を心理面の十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処方法を習得してもらうことによって、主体的に療養生活を営めるよう援助する方法」と定義されている（浦田, 2004）。つまり心理教育は、偏見などの影響もある理解が難しい疾患に対して、疾患や治療などの情報を十分な心理的配慮をした上で、わかりやすく説明をしながら専門家と共有していくものである。そうすることで、患者は一定の安心と経過の見通しが得られる。しかし、知識を得ただけでは生活上の対応に困ることも多い。そのため、生活上の問題への具体的な対処方法を問題解決法を活用しながら専門家とともに考え、患者が主体的に治療やリハビリテーションに参加できるようサポートしていく、というものである。うつ病は、症状と性格上の問題との区別が難しく、病気であるのか自分の怠惰によるものなのか理解しにくいいため、自分を責めて苦しむこともある。このような疾患では、心理教育が治療の開始からその後も継続して重要となる。

2. うつ病患者への心理教育の効果

うつ病患者への心理教育の効果を検証した研究は少ないが、いくつかの結果からは心理教育の有用性が期待できる。Morokuma et al (2013) は、うつ病の対象者に対して、無作為に心理教育群とコントロール群に割り付けて、その9ヶ月間の再発予後に関して追跡調査を行った。心理教育を実施した群と行わなかったコントロール群を比較すると、心理教育を行った群の方が有意に再発は少ないことが示されている（図1）。また、抑うつ状態に対する心理教育の効果についてのメタ解析では、抑うつ症状の改善効果があると報告している（Donker T, 2009）。うつ病患者を4群（①医師による問題解決法施行群、②看護師による問題解決法施行群、③薬物療法のための群、④薬物療法に加えて看護師による問題解決法施行群）に割り付けた RCT の結果は、4群間でうつ症状改善効果に有意差はなかったというものだった。52週後までのフォローアップ期間にはどの群も差がなく、それぞれ改善していた（Mynors-Wallis LM, 2000）。このことは、心理教育で利用している問題解決法は薬物療法と同等の効果があることを示している。

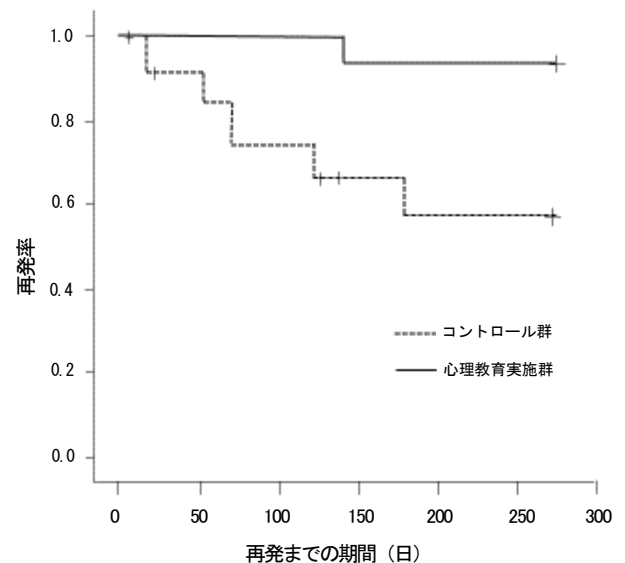


図1 心理教育群とコントロール群における再発までの期間 (Morokuma, 2013 より改変)

3. 具体的な介入方法

心理教育の標準的な構造は、情報提供と問題解決法から構成されている。ここでは、介入効果が認められた高知大学 (Morokuma, 2013; 下寺他, 2011) のうつ病の心理教育プログラムを紹介する。このプログラムは、全6回のセッションで前半20~30分は情報提供、後半の60分は問題解決法を取り入れたグループセッション（問題解決ミーティング）で構成されている。

1) 情報提供の内容と方法

情報提供の内容は、うつ病の原因と症状、うつ病の薬物療法と経過、心理・社会的療法、また回復された方からのメッセージ、などになっている。

(1) うつ病の原因と症状

うつ病の疫学、原因として想定されている神経伝達物質の説明、症状（身体症状も含めて）について説明を行う。疫学の部分では、うつ病の生涯有病率などを示し、決して特殊な疾患ではないことを説明しノーマライズする。うつ病は脳の機能障害が原因であって、怠けているとか、気合いが足りないからだというのは誤りであることを強調する。

(2) うつ病の薬物療法と経過

薬物療法全般の話から、抗うつ薬の効果発現までに少なくとも1~2週間を要することや抑うつ状態が改善してから再発予防のためにすぐに薬を止めてしまわないことをしっかりと説明する必要がある。また、依存性についての心配が多いので、依存性に関する情報や服用を自己判断で中断しないことも伝える。参加者の経験した副作用やその対処法などをお互いに話してもらうとさらによいと思われる。

(3) 心理・社会的療法など

うつ病治療は薬物療法のみではないこと、他の病気と同様に回復には薬を飲むだけでなくリハビリテーションや生活の工夫が大切であることを伝える。また社会資源（傷病手当、障害年金、精神障害者福祉手帳など）の情報も患者が実際に利用するかどうかは別として情報提供するとよい。各施設によって提供できるリハビリテーションプログラムも異なるので、各施設の特色に合わせて情報提供する。リワークなどの復帰サポートプログラムについても触れる。最近では、職場復帰にあたって復職プログラムをもつ企業も増えているが、回復が不十分なまま復職を急ぐと、再休職に追い込まれる可能性が高くなるため、十分な回復の重要性について強調するとよい。

(4) 回復された方からのメッセージ

うつ病から回復された患者さんに動画で出演していただき、体験談を語っていただく。当事者の言葉は医療者の言葉よりも重く説得力を持っているので大変貴重である。各施設で協力していただけるうつ病体験者がいるようなら、療養の体験を話していただくとよりよいだろう。

2) 問題解決法（問題解決ミーティング）

問題解決法の標準的な手順は、①生活上問題となっている点を挙げる、②これからどうなりたいか、その目標達成のための小さなゴールを決める、③問題を整理する、④問題に対処するアイデアをブレインストーミングで複数挙げる、⑤複数のアイデアのメリット・デメリットを検討する、⑥役立ちそうなアイデアを選ぶ、⑦選んだアイデアを実行する、⑧後日、実行したことを評価する、というものである。

問題解決法を用いてグループ形式でディスカッションすると、グループの治療効果がわかりより効果的である。うつ病心理教育でよくあがる話題としては「上司に会社を休むことをどう説明するか」「家族からの批判的な言葉や過剰な心配の言葉にどう対応するか」「症状なのか性格の問題かの見分け方」などがあるため、スタッフはあらかじめ予想して対処案を用意しておくとうい。

4. 看護実践での応用

Mynors-Wallis LM et al の報告では、うつ病に対する問題解決法は医師が行っても看護師が行っても薬物療法と同等の治療効果が見られた。入院中のうつ病患者に対して、病棟看護師が中心となって心理教育プログラムを作成し、医師や薬剤師などに協力を得ながら行うことで、治療を促進することが十分期待できる。

また、外来や訪問看護の場面では、個別心理教育を行うとうい。Hauenstein EJ et al (1996, 1997) は、女性のうつ病に対する訪問型心理教育プログラム WAIT (the Women's Affective Illness Treatment Program) を開発している。このプログラムは、心理教育や認知行動療法

のトレーニングを受けた看護師が医師と連携しながら訪問看護場面で心理教育プログラムを行うものである（表1）。このプログラムは心理教育をベースに、セルフアセスメント、ストレスマネジメント、リラクセーショントレーニング、問題解決法を習得しながら、自分自身の健康行動を修正していくものである。このプログラムにより不安や抑うつに改善傾向がみられている。

表1 WAIT プログラム

1 回目	セルフケアとメンタルヘルス
2 回目	ストレスの影響
3 回目	不安と抑うつ
4 回目	症状のセルフアセスメント
5 回目	不安のマネジメント
6 回目	うつを引き起こしやすい思考や行動
7 回目	思考と感情の違い
8 回目	よい睡眠
9 回目	エクササイズを通して症状をやわらげる
10 回目	食事とよりよい気分について
11 回目	サポートを得よう
12 回目	よりよい気分であるために

Hauenstein, EJ: A nursing practice paradigm for depressed rural women: the Women's Affective Illness Treatment Program. Archives of Psychiatric Nursing, 11(1), 37-45, 1997. から引用・翻訳

5. 不眠の心理教育

不眠はうつ病で最もよくみられる残遺症状である。薬物療法や認知行動療法でうつ病自体が寛解しても、不眠は 50% 近くの患者に残るといわれている (Nierenberg, 1999)。このような残遺症状としての不眠は、うつ病再発の重要な危険因子であることもわかっている (Cho, 2008)。不眠についてはうつ病患者に限らず多くの方が困っているにも関わらず、正しい知識や対処行動の普及はあまり広まっていない。そのため、心理教育の中で睡眠衛生指導や不眠への対処方法を学ぶことはうつ病再発予防に関して大変重要である。また、不眠症に対する認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: CBT-I) は、不眠症治療に有効であることがわかっている。看護師も治療者として参加した Watanabe et al の研究では、うつ病で不眠がある方に対して CBT-I を行うと、対照群と比較して、不眠だけでなくうつ病症状も有意に改善し、患者の生活の質に対しても有意に改善することが報告されている (Watanabe, 2011; Shimodera, 2014; 香月, 2014) (4-1: 軽症うつ病)。

7. 介入技法

7-3. リラクゼーション療法

1. ストレッサーの受け止め方とストレスコントロールの難しさ

生きていくうえで避けることができないのがストレッサー(外界からやってくるストレスのもととなる刺激)である。ストレッサーからの刺激を受けて、人はやる気を起こしたり回避したり、自ら選択し適応して生きていく(Hans Selye, 田部井吉之介訳 1953)。その時のストレッサーを、ディストレス(di-stress:不快で嫌なもの・とても対応できないもの)と受け止めるか、ユーストレス(eu-stress:少しくらいのストレスはむしろやる気を引き起こす)と積極的な受け止めができるかにより、その後の身構え方(心身反応)が異なってくる。ストレッサー要因はいろいろだが、最も難しく個々人により対応が問題になるのが、心理精神的なストレッサー、つまり対人関係あるいは社会的な役割の喪失や変更、孤立などである。

うつ症状を引き起こす際のストレス要因の受け止め方は、多くの場合、過剰なディストレス反応を伴う。筋弛緩法の開発者エドムント・ジェイコブソン(E. Jacobson, 1976)は、「思考は骨格筋の緊張を伴う」として、「否定的な思考によって骨格筋が緊張していること自体に気づかないで慢性的な疲労感を高めていく」と警鐘を鳴らした(F. J. マクギーガン, 1991)。否定的な心の状態が身体反応としてあらわれることを心身症という(池見西次郎, 2003)。

2. リラクゼーション療法とは

1) リラクゼーションが必要な理由

本来、心の状態(ここでは、心の状態とは、認知の仕方や気持ちの持ち方をいうこととする)と身体の活動は調っており、調和している。その要となっているのが、自律性調節機構である(大村裕, 堀哲郎編著 1995, 神庭重信 2006)。このシステムには、自律神経・ホルモン・免疫・脳の認知機能が関係している。通常の生活においては、ストレスによる緊張状態(ストレス反応)と落ち着いた安心な状態(リラクゼーション反応)を繰り返しながら、休息や睡眠に向けて緊張状態を緩めて、元の落ち着いた状態を取り戻していく(Herbert Benson, 1975)。

しかし、なかなか治まらないストレスや、心のやり場のない不快な感情にとらわれることもある。そのような状態にいつまでも留まっていることは心身に負荷をもたらすだけでなく、対人関係にもひずみをもたらす恐れがある。リラクゼーションによって、不快な感情を手放すためのきっかけを得ることができる。

2) リラクゼーション療法とは

リラクゼーション(Re-laxation)とは、過剰な緊張を手放し、「再びゆるめる」ことである。重要なのは「意図的・積極的に自分自身に働きかけて、無用な緊張を解き放ち、もともとの調った状態を取り戻す」ことである(熊野宏昭編 2004)。

リラクゼーション療法は、心と身体の緊張を解き、張り詰めた状態にゆとりをもたらし、その後の考えや感情、行動に変化をもたらすことをめざした介入であり、セルフマネジメントの技法である。本人自身が、リラクゼーション療法を活用して、無用な緊張を解くという体験を繰り返しながら、感情や認識、さらには生活パターンの改善を進めるための取り組みであり、看護師はそのための支援を行う。

3. リラクゼーション療法の適用と進め方

1) 基本となる5つの技法

リラクゼーション療法では、基本的に実践する5つの技法(呼吸法・筋弛緩法・イメージ法・自律訓練法・瞑想法)がある。その具体的な内容については他書を参照されたい(小坂橋喜久代・荒川唱子編著, 2013)。すべての技法の基本に共通するのは、呼吸法(長息の横隔膜呼吸)である。次に体験したいのは、筋弛緩法(骨格筋を緊張させてから緩めることで、無用な緊張に気づかせるとともにリラックスした状態を体感しやすい)である。いずれの技法を使っても、得られるリラックス反応は同じである。その人の関心や経験、その時の心身の状態などを考慮して決める。

リラクゼーション療法の強みは、自ら技法に取り組むことで、リラックスした身体反応と落ち着いた気持ちの感覚を同時に引き起こすことができる点である。骨格筋の緩んだ感じや心臓の拍動の落ち着きといった具体的なリラックス反応と気持ちの落ち着きは、繰り返し体験していくことで、物事の受け止め方や認識に変化をもたらす。思考活動や生活パターンの見直しにつながっていく(小坂橋喜久代, 柳奈津子, 岡田朱民他, 2019)。リラクゼーション療法はだれでも簡単に習得できる。自分で取り組もうとする意思のある人であれば子供から大人までだれでも活用できる。前もって練習しておくことで、いつでもその必要を感じたときに、その場で取り入れることができる。

2) どのような人に、どのような時に

うつ症状を抱えていると、自律性調節機構が不安定あるいはアンバランスになると予測される。前述したこの技法によって、自律神経活動のバランスが整い、ストレス性のホルモンの分泌が減少する。また、免疫力が高まり、防御力や修復力を高める効果がある。自律性調節機構が安定してくると、心と体の状態も安定し始め、自分自身の

行動にも自信が取り戻される。うつ症状の人への適用についても多数の報告がある。使われている技法や介入方法、指導期間の違いはあるが、短くて3週間、長いものでは6ヶ月に渡り継続されたもので、その経過と効果を検討している。以下にその主なものについて記す。

- ・うつ症状に伴う不安やイライラ (Apostolo JL, Kolcaba K 2009; Ball EF, Nur Shafina Muhammad Sharizan E, Franklin G et al 2017; Pospos S, Young IT, Downs N et al 2018)

- ・対人的な恐怖やパニック発作 (Michelson LK, Bellanti CJ, Testa SM et al 1997; 坂井誠, 益本佳枝, 武市昌士 1991)

- ・不眠 (Bowden A, Lorenc A, Robinson N 2012)

- ・心身症とうつ症状 (Golombok U 2001)

- ・身体疾患に伴う疼痛とうつ症状 (Valenza MC, Valenza-Pea G, Torres-S et al 2014; Gerbarg PL, Jacob VE, Stevens L, Bosworth BP et al 2015; Iazykova TA, Avazian TA, Zatsev VP 2010; 端詰勝敬, 坪井康次 2010)

- ・慢性疼痛に伴ううつ症状 (Chen YL, Francis AJ 2010)

- ・冠状動脈硬化症とうつ症状 (Warber SL, Ingeman S, Moura VL et al 2011)

- ・妊娠・出産に伴ううつ症状 (Sato K, Kawamura T, Yamagiwa S 2011; Nasiri S, Akbari H, Tagharrobi L, Tabatabaee AS 2018)

- ・うつ症状を併発したがん患者 (Liu W, Pan YL, Gao CX, Shang Z et al 2013; Potthoff K, Schmidt ME, Wiskemann J et al 2013)

- ・家族の死に伴ううつ症状 (Houldin AD, McCorkle R, Lowery BJ 1993)

- ・うつ病回復期の精神的健康度の強化 (Hilton L, Hempel S, Ewing BA et al 2017)

- ・うつ病からの立ち直り支援 (森川隆司, 木村真人 2010) などである。

3) 指導の進め方

(1) 静かで落ち着いた場所を用意し、ゆったりとした服装で行うように勧める。

(2) その人にとってのリラクセーション療法の目的（あるいは、その人の抱えている課題や期待）と目標（何を改善したいのか）を明確にして指導し、それに取り組むように勧めることで、セルフマネジメントの効果を高めることができる。

(3) 期待が大きすぎる人や、興奮している人には、かえって不安感が高まることもある。話を聞いてほしいという意識が強い場合もある。そのようなときは「十分に話すこと」を優先させて、状態が落ち着いてから指導する。

(4) 最も基本となる呼吸法から導入し、次に筋弛緩法の体験を促す。そのほか自律訓練法、イメージ法、瞑想法など、本人の心身の状態や、希望や関心を確認しながら指導していく。

(5) 体験後の本人の気づきを大切にして支援していく。そうすることで、リラクセーション療法への関心が高まり、繰り返して練習する意欲が湧くようになる。

(6) 最初からうまくできたかどうかを気にせずに、「気持ちと体が落ち着けばそれでよい」と自分に言ってかせるようにすることが大切である。

(7) 指導する前に、看護師自身がこれらの技法を体験し、セルフマネジメントに活用する必要がある。そうすることで、自らの体験に基づいた指導方法の確認も行うことができる。

4. 余計なことをしないで、落ち着いた生活を

この取り組みは、一言でいえば「余計なことをしないで」という学び直しである。なぜならば、過剰な緊張を引き起こして、こころと身体の強張りや思考の停止状態を引き起こしているのは、とりもなおさず自分自身だからである。その気づきを得るためには、やはり専門的な支援が必要となる。また、セルフマネジメントに活用できるようになる過程において、動機づけを維持し、そばにいて、その人に緊張を引き起こさせている思考のプロセスや癖を確認しながら、落ち込みがちな気分や、うつに伴うつらさの体験を乗り越えられるようにする。その意味において、支援する者の役割は大きい。

7. 介入技法

7-4. マインドフルネス

1. マインドフルネスとは

マインドフルネスは「意図的に今この瞬間に価値判断することなく注意を向けること」(Kabat-Zinn J, 2009)と定義される心の状態、その状態にたどり着き維持する方法(スキル)、そのスキルをパッケージ化したプログラムを指す(藤澤, 2017)。医療におけるマインドフルネスは、1970年代、米国マサチューセッツ大学のJon Kabat-Zinnにより開発されたマインドフルネスストレス低減法(Mindfulness Based Stress Reduction: MBSR)がその始まりである(伊藤, 2017)。TeasdaleらがMBSRと認知行動療法を融合して開発したマインドフルネス認知療法(Mindfulness Based Cognitive Therapy: MBCT)によって、うつ病の再発・再燃の予防効果が実証された(Teasdale JD, 2014)。2000年代からはさまざまな対象での研究が進み、メタ解析も増えている。医療において効果が実証されているものは、MBI(Mindfulness Based Intervention)、あるいはMBP(Mindfulness Based Program)とも言われる、上述したMBSR、MBCTのプログラムが主である。

2. マインドフルネスのうつ病への効果機序

気分の落ち込みは、自己批判的な考えやネガティブな思考パターンと結びついている。過去に深刻なうつ病、抑うつ症状を体験すると、その結びつきは強くなり、すぐにネガティブで批判的な考えのスイッチが入ってしまう(Teasdale JD, 2014 小山監訳, 2018)。その苦しさから抜け出そうと試みると、「過去」の失敗や苦労した記憶、自分の欠点などに考えが及び、さらに気分を悪くさせる悪循環となる。「未来」についての心配が反芻する不安な時は、その苦痛や不快な感覚をなんとか排除しようとするが、うまくいかず、なくすことができないことに苛立ち、ますます不安になって気分が悪化する(佐渡, 2018)。

マインドフルネスは、この思考の反芻を止めるべく注意をコントロールし、思考や感情を「心の中で生じた一時的な出来事」として捉える「脱中心化」を促進し、思考との関わり方を修正する(二宮, 2018)。マインドフルネスは、ネガティブな思考、感情を変えようとはしない。自分自身の思考、感情、身体感覚が「真実」「私」のではなく、単なる思考、感情、身体感覚であるという認識をもてるようにしていく(オックスフォードトレーニング資料)。このことは、「することモード(doing mode)」、また「あることモード(being mode)」と呼ばれる情報処理のモードの切り替えと捉えると理解しやすい(越川, 2016)。「することモード」とは、駆り立てられるモードとも言われ、

物事をやり遂げ問題を解決するモードであり、習慣的に気づかず自動的に実行される自動操縦状態である。「あることモード」とは、その瞬間の体験をそのまま感じ、あるがままに受け入れ、そのままだせておくモードである(Segal JV, 2002 越川監訳, 2012)。思考や感情の問題について、「することモード」の問題解決思考法で解決を試みると、かえってその思考や感情を反芻する悪循環になる。しかし、「あることモード」をマインドフルネスで鍛えることによって、反芻が収まっていくのである(佐渡, 2018; 藤田, 2019)。

マインドフルネスで行う瞑想には、「集中瞑想」「観察瞑想」がある。呼吸や身体感覚など、何か一点に注意を集中する瞑想から練習をはじめ、音や思考、感情をあるがまま観察し、平静でいる状態を練習していく。呼吸や身体感覚に集中して反芻から離れる訓練は、呼吸や身体感覚に親しむことにもなり、考えや状況によって身体がどう反応しているかについて体験的にわかっていく。これを手掛かりに、考えや感情も浮かんで消える出来事として「観る」ことができる。こうして「脱中心化」が体感的に可能になっていく。不快な考えや感情であったとしても、排除しようと抵抗するのではなく、そのままのもののほうが手放しやすいことに気づいていくのである。この機序を裏付ける、注意制御、身体感覚への気づき、情動制御、自己感に関わる4つの認知機能が変化することは、脳科学的にも明らかされてきている(藤野, 2018)。

3. うつに対するマインドフルネスのエビデンス

MBCTは、現在は寛解状態にあるが、再発のリスクの高いうつ病患者、特に3回以上再発エピソードのある場合の再発予防に有効であることが明らかにされており(Kuyken, 2016; Piet J, 2011)、英国NICE(国立医療技術評価機構 National Institute for Clinical Excellence)ガイドライン(Depression in Adults)でも推奨されている。Kuykenらは、うつ病患者の寛解後の再発予防に、抗うつ薬を継続した場合と同等の予防効果があること、また考えを反芻してしまうエピソード回数の多い患者ほど有効であったことを明らかにしている(Kuyken W et al, 2015)。現在の抑うつ症状に対してMBIを行なったメタ解析の報告では、ノンアクティブなコントロール群に比較して効果が認められ、アクティブコントロールの認知行動療法等とは同程度と示唆されている(Strauss C, 2014; Goyal M, 2013)。身体疾患も含めたさまざまな疾患に対してのMBIのメタアナリシスでも、うつ病や抑うつ症状に有意な効果があったことも報告されている(Khoury B, 2013; Hofmann SG, 2010; Gotink RA, 2013; Goldberg SB, 2017)。マインドフルネスはう

表1 MBCT 8週間プログラムのテーマと内容

セッション	テーマ	セッション内容
1	気づきと自動操縦	レーズンエクササイズ、ボディスキャン
2	頭の中で生きること	ボディスキャン、思考と感情のエクササイズ、呼吸へのマインドフルネス
3	散らかった心をまとめる	静坐瞑想、3分間呼吸空間法、マインドフルヨガ
4	嫌悪を認識する	静坐瞑想、うつ病の理解、3分間呼吸空間法、歩行瞑想
5	そのままにする	静坐瞑想、3分間呼吸空間法、ゲストハウス
6	思考は事実ではない	静坐瞑想、3分間呼吸空間法、うつ病にたいして上手に対応する
7	どうしたら最善の自己ケアができるか	静坐瞑想、3分間呼吸空間法、うつ病に対して上手に対応する(2)、楽しさや達成感が得られそうな活動
8	新たな学習を維持し、拡張する	ボディスキャン、プログラムの振り返り

出典：二宮朗(2018)．佐渡充洋、藤澤大介（編）マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本 P. 86

うつ病、抑うつ症状の治療、再発予防に効果があると実証され、薬物療法や認知行動療法と同程度あるいはそれ以上と言われるが、わが国におけるエビデンスは未だ少なく、他の治療との比較や併用の有効性など、さらなるエビデンスの蓄積が必要である(澤田, 2019)。

4. うつ病における MBCT の構造と内容

MBCT は8週間の構造化されたプログラムで、毎週行われる1回2時間のセッションを8回、8名から15名の参加者で実施する。週のセッションの合間には、CDなど音源を活用して瞑想実践をするなどのホームワークがあり、プログラムの重要な要素となっている。8回のセッションでは毎回テーマがあり、瞑想と認知療法に準じたエクササイズを行う。そこで行なった瞑想、実践してきたホームワークについてインクワイアリー(inquiry)といわれる体験を共有し理解を深めるセッションからなる(表1)。

8回のセッションを通じて、呼吸や身体感覚、また思考や感情に気づき、どんな体験でも判断せず平静でいること、そして自分にも他者にも Compassion (慈悲、思いやり) などポジティブな感情をもてることを目指す段階的なプログラムになっている(Segal ZV, 2002 越川監訳, 2012)。自動的に考え反応し、判断してきた通常のパターンから、マインドフルネスであることを心身ともに理解するには、インクワイアリー(inquiry)で指導者と参加者による対話での気づきを深めて広げていくプロセスが非常に重要である(家接, 2017)。

5. うつ病看護にマインドフルネスを活かす

マインドフルネスをうつ病患者の看護に用いたエビデンスや報告は、現時点では見当たらない。米国では、主要な大学病院にマインドフルネスセンターがある。看護師

は基本的な知識とエクササイズを習得するプログラムに登録し、症状などに不安を持つ患者などへのガイドをすることができるという(Williams H, 2015)。MBSR、MBCTには、いずれも指導者プログラムがあり、看護師も指導者となることが可能である。認定されるまでにはいくつかのステップがあり(伊藤, 2018)、1年以上の瞑想経験とプログラム参加、うつ病患者の援助経験、指導するスキルなどが必要とされる(家接, 2017)。日常生活の中での気づきと実践の深まり、どんな思考や感情であれ優しく気づくなど、セルフケアの要素が大きいので、看護との親和性は高く、看護師が直接指導にあたることは非常に有益であると思われる。

佐渡らは、マインドフルネスの効果研究では「急性期」を対象とした研究がほとんどなく、瞑想実践の負荷がその理由であると述べている(佐渡, 2017)。有害事象についての研究はまだ少なく、安全である根拠は十分でないとの指摘もある(齊尾, 2018)。希死念慮やトラウマ、精神病の既往などが一般的にはリスクがあるとされ、現在の機能や治療、支援状況などのアセスメント、開始後の深い症状のモニタリングが必要である(Baer, 2019)。マインドフルネスは簡便な健康法やストレス対策としてのものと、高度に構造化された治療法としてのものとの幅が大きい。日常臨床の中で取り入れる試みもはじまっている(岩井, 2017; 貝谷, 2017)。医療の現場で看護師がうつ病患者にマインドフルネスを用いる際には、十分な知識や自らがマインドフルネスを体験していること、有害事象の理解、うつ病の治療の知識と経験はもちろん、関わる医師らとともに個々の患者の状態と負担を常にアセスメントしながら、患者に十分な説明と心理教育をした上で実践する必要がある。

うつ病看護においては、看護師がマインドフルネスを体験していることが、患者との関係性、看護の質にポジティブに働くことが期待できる。ストレスの高い医療従事者のためのプログラムは、バーンアウト予防に有効で

あることが実証されている(Krasner 2009 ; 朴 2017)。マインドフルネスにより育まれる Compassion(慈悲、思いやり)が、ありのままで、かつ判断しない姿勢で患者の言動を受け入れるので、ケアの質を高め(Hutchinton 恒藤 監訳 2016)、患者の体験に寄り添い、共に在る(池埜 2017)ことができる。マインドフルネスの心理教育で用いられる上述した反芻や脱中心化の理論を、患者の状態に合わせて、看護師が自らに向けたこの態度、気づきを持って伝えていくことも可能である。うつ病看護においてマインドフルネスを行うためには、マインドフルネスを理解し実践する医療者を増やし、関わる医療者で協働して、柔軟かつ安全に実施していく必要がある。

7. 介入技法

7-5. アサーション・トレーニング

1. アサーションとは

アサーションとは、自分の気持ちや考えや欲求を、率直に、その場の状況に合った適切な方法で表現することである。自己表現には「非主張的」「攻撃的」「アサーティブ」の3つのタイプがある。非主張的自己表現は、自分を二の次にして相手を優先し、自分の考えや気持ちを率直に表現しなかったり表現し損なったりする自己表現である。攻撃的自己表現は、自分の権利のために自己主張するが相手の意見や気持ちは大切にしない自己表現である。これらに対しアサーティブな自己表現は、自分の気持ちや考えを率直に表現するが、相手の気持ちや考えも大切に相互尊重を基盤とした自己表現である（平木, 2009）。

2. アサーション・トレーニングの背景と対象

アサーション・トレーニングは、米国で開発されたコミュニケーション・トレーニングで、人種、民族、性などによる差別と人権侵害に対し、差別される側の自己表現トレーニングとして始まった。その後、無意識的な人権侵害は日常でも生じており、権限や権威などによる侵害は意識化される必要があるという認識が広まり、現在では対人援助職（看護師、福祉職、カウンセラー等）、子ども、教師、企業人などにトレーニングの対象が拡大している（平木, 2008）。トレーニングの基盤となる理論には、人間の潜在的な能力や成長する力を重視する人間性心理学（humanistic psychology）や、人間の心と行動との関わりを解明し具体的な行動変容を促進する行動療法（behavior psychology）、感情やコミュニケーションの背後にある思い込み（belief）を解明し修正することに役立つ論理情動療法（rational emotive therapy）があり、個人の主体性と自律性を尊重する統合的なアプローチであると言われている（中釜, 1998）。

日本においては一般市民や、教師（園田他, 2002）、心理臨床家（平木他, 2002a）、看護師（平木他, 2002b）などの対人援助職を対象としたトレーニングが行われている。対人援助職にあるものは人の役に立ちたいという気持ちが強い。そのため、自分を抑えて相手を優先しがちであり、ときにそうした我慢が高じて強い怒りを表すなど、葛藤場面や問題解決場面でのコミュニケーションが苦手な傾向にあるからである（平木, 2009）。対人援助職の一つである看護職を例にとれば、急性期病棟で働く看護師の 54.0%（金子, 2014）、新人看護師の 34.8%（久保田, 2012）、小児科看護師の 46.3%（伊藤他, 2012）、精神科看護師の 64.5%（松岡, 2009）が抑うつ傾向・うつ状態にあることが報告されており、うつの改善のためにアサーション・ト

レーニングが実施され、改善効果が示されている（上野他 2016）。

3. アサーション・トレーニングのうつへの効果

アサーション・トレーニングのうつに対する効果を明らかにした研究はそれほど多くないが、うつ病患者を対象とした研究では、①中等度うつ病の女性のうつ得点が対照群に比べて有意に低くなり活動的になる（Hayman PM et al, 1980）、②通常のうつ病治療群に比べてトレーニング群は1ヶ月後フォローアップ時のうつ得点が有意に低い（Sanchez VC et al, 1980）、③アサーティブな自己表現力が有意に高まり社会不安が有意に軽減される（Lin YR et al, 2008）などが報告されている。看護師を対象とした研究では、①自尊感情尺度が有意に上昇する（吉田他, 2008）、②バーンアウト得点が有意に低下する（鈴木他, 2009）、③ストレス得点が減少する（Lee S, 1994）、④自己効力感得点が増加する（Raica DA, 2009）などが報告されている。

また健常者を対象にしたアサーション・トレーニングの効果に関する国内外 19 の文献レビューにおいて（立石, 2012）、トレーニングによりアサーション度、自尊心、自己効力感、個人的達成感、ポジティブな感情、目標の明確さ、社会能力が有意に高くなり、うつ、うつの認知、バーンアウト、ストレス、相互作用不安、ネガティブな感情が有意に低下することが示されている。バーンアウトはうつの類似概念と考えられることから（入江, 2017）、アサーション・トレーニングはうつの改善に貢献すると言える。ただし、同文献レビューからトレーニングの効果が期待できるのは、①トレーニングの総時間数が少なくとも6時間以上必要で、かつ計 16 時間数ヶ月にわたる継続したトレーニングがより効果的であること、②グループ人数は数名～30 名くらいが望ましいこと、③訓練されたトレーナーが実施することが示唆されている。

4. アサーション・トレーニングの実際

トレーニングの方法は、実施団体やトレーナーによる違いがあるが、共通に行われている内容として、アサーションの定義、自己表現のタイプ、アサーション権、自分のアサーション度チェック、論理療法（ABC 理論）、事例検討、ロールプレイがある（立石, 2012）。以下に、日本・精神技術研究所で 1981 年から開催されているアサーション・トレーニング基礎理論コースの内容（平木, 1993）をベースにしたトレーニング概要を示す（野末, 2017）（表 1）。

表1：アサーション・トレーニングの構成（例）

- | |
|--------------------------------|
| 1. アサーション理論 |
| 1) アサーションとは |
| 2) 3つのタイプの自己表現（ワーク） |
| 3) 自己表現とストレス |
| 4) 自分自身の自己表現の傾向を知る（ワーク） |
| 2. アサーティブになるために |
| 1) 自己信頼を深める（ワーク） |
| ①自己理解 |
| ②自己受容 |
| ③自尊心 |
| 2) 非合理的思い込み気づき、変えてみる |
| 3. 問題解決のためのアサーション：「DESC法」（ワーク） |

日本・精神技術研究所AT 基礎理論コースの内容をベースとして改変

1) アサーション理論

アサーションの定義、3つの自己表現（非主張的、攻撃的、アサーティブ）の特徴、自己表現と人間関係やストレスとの関連について、講義、グループワーク、全体ディスカッションを通して理解する。また自分自身の自己表現の傾向や特性を振り返り、自己理解を深める。

2) アサーティブになるために

アサーティブに自己表現するために必要な自己信頼と、その要素である自己理解、自己受容、自尊心について、また自己信頼と自己表現の循環関係について学ぶ。そして、ものの見方・考え方が感情や自己表現にどのような影響を及ぼすのかを検討する。また論理療法におけるABC理論と非合理的思い込みについて事例を用いディスカッションを通して理解する（今村他, 1989；菅沼, 2002）。論理療法の考え方では、きっかけとなる出来事（A: Activating event）が、悩みや問題（C: Consequence）を引き起こすのではなく、出来事（A）に対する自分の考え方や信念（B: Belief）が悩みや問題（C）を生じさせるととらえる。したがって、悩みや不安、怒りを引き起こす非合理的思い込みや信念に気づき、変えてみることが重要であるということを理解する。

3) 問題解決のためのアサーション

他者との葛藤場面や問題解決の場面において、アサーティブに話し合いを進めるためのステップであるDESC法について学ぶ。DESCとは、順を追って相手にどう話すかを示す単語の頭文字D（describe）、E（express, explain, empathy）、S（specify）、C（choose）を指す。まず、いま問題にしたいことについて客観的事実を明確に具体的に示す（D）。次にDに関する自分の気持ちを、冷静に建設的に明確に述べる。あるいは、相手の気持ちに共感する（E）。次に相手に取って欲しい行動、妥協案、解決策を提案する（S）。その際、具体的に現実的で、実行可能な行動変容を提案する。最後に、Sに対して相手がイエスであれば自分はどうするか、ノーであればどうするかをあらかじめ考えて準備する（C）。トレーニングでは難しいコ

ミュニケーション場面について、そのとき自分ならDESCを使ってどのように言うかを個別に考え、次に小グループで検討し、最後に全体で共有し理解を深める。

5. トレーニングの課題

アサーション・トレーニング受講者によるプログラム評価から（野末他, 2013）、受講者は自分自身の自己表現の傾向や課題に気づき、アサーションに関する理解を深めることができるが、一方で実践することへの抵抗感や困難感も感じていることが分かった。したがって、プログラムに現実場面を想定したロールプレイなどの体験的トレーニングをより多く取り入れるなどの工夫が必要であろう。

うつ病患者を対象にアサーション・トレーニングの効果をみた研究、トレーニング手法と効果との関連を検討した研究は少ない。今後研究の蓄積が必要である。

7. 介入技法

7-6. 家族支援

1. うつ病患者の家族の状況と家族自身のうつ病予防の必要性

統合失調症をはじめとする精神疾患は、療養生活が長期化することやスティグマなどの問題から、患者を支える家族も心理的社会的負担が大きい。うつ病では、患者がうつ病になることで、家族の社会的活動や余暇活動が制限されること、家庭の収入が減ることや(Judd, 1996)、離婚率が高いことなどの深刻な状況がある(Fadden, 1987; Kessler, 1998; Breslau, 2011)。家族にとっては、いくつかのうつ病に影響を受けた行動を理解することが難しいため、患者の疾患に起因する言動が家族の精神的な負担と相関する(Martire, 2009)。うつ病の症状によって怠惰であるように見えてしまう生活は、家族を惨めな気持ちにさせ、社会的に孤立させていく(Fadden, 1987)。また、家族は、患者の不眠や食欲不振などは症状であり、患者も自分でコントロールは不能であるにとらえていたが、怒りっぽいこと、心配ごとを繰り返すことなどは患者の性格の問題にとらえていた(Fadden, 1997)。

うつ病患者の家族の精神的健康は、一般人口に比較するとかなり悪い状態である。K6 尺度は、5 点以上であるとうつ病・不安障害と診断される確率が高くなるものであるが、Katsuki (2011)らの調査では、一般人口の平均が3.5 点であるのに対し、うつ病患者の家族の平均は8.6 点であった。この結果はうつ病患者の家族もまたうつ病・不安障害の発症の可能性が高いことを示している。うつ病患者の家族はうつ病発症ハイリスク群であり、彼らに対するケアはうつ病予防という観点からも重要である。

2. うつ病の家族支援のエビデンスと家族支援の方法

NICE(National Institute for Health and Clinical Excellent, 2007)のガイドラインによると、うつ病治療ではカップルに焦点を当てたケアを推奨している。しかしHenken et al (2007)のメタ解析では、うつ病における家族療法の効果はまだ不確かなところが大きいと述べている。以下にHenken et al (2007)のレビュー以降でうつ病家族支援の有用性を示唆した RCT 研究をいくつか示す。Shimazu et al (2011)は、うつ病の患者およびその家族を無作為割付けし、家族心理教育を行った群と行なわなかったコントロール群に分けて、その後9ヶ月間の再発予後に関して調査を行った。その結果、家族に心理教育を行った群は、コントロール群と比べて、有意に患者の再発が抑制された。また、慢性うつ病の家族心理教育の

効果を検証したKatsuki et al (2018)の研究では、慢性うつ病患者および家族を無作為割付けし、家族心理教育を行った群とコントロール群の比較をした。結果は、家族への心理教育が家族の精神的健康を改善するという主要目的に対しての効果は限定的だったが、家族心理教育を行った群の方が家族機能(患者が評価)が改善する傾向にあることがわかった。このことから、家族を支援することで、家族システムに変化がおき、直接的には介入しなかった患者にもよい方向の影響が及んでいることが予想される。家族に心理教育を行うことで、間接的に患者の回復を促進できる可能性が示唆された(Katsuki, 2018)。その他、家族へ心理教育的介入をした群の方が、患者のうつ病治療反応率が高かったという報告や(Lemmens, 2009)、思春期うつ病に対して家族へ心理教育介入をした方が親子関係が改善したという報告がある(Sanford, 2006)。

これらの報告から、議論は継続して行われているものの、うつ病患者の家族へ心理教育などの手法を利用して支援を行うことで、家族の心理的社会的状況が改善し、患者のうつ病の回復も促進することが示唆される。

3. 看護実践での応用

1) うつ病家族教室の開催

病院での家族教室を行う場合は、心理教育の手法を取り入れて行うとよい。著者らの行ったうつ病家族教室は、全4回の情報提供と問題解決グループミーティングで構成されている。2週間ごとに1回2時間のセッションで、前半30分は情報提供、後半90分はグループミーティングを行った。スタッフは看護師が中心にプログラムを作成し、医師・心理士・精神科ソーシャルワーカー・薬剤師のチームでおこなった(表1)。

表1 家族教室プログラム例

(香月富士日、特集みんなが元気になる家族支援Ⅰ、うつ病の家族支援・家族心理教育、精神科臨床サービス、17(1)、46-51)

	情報提供 (30 分)	担当者
第1回： 病気の理解	疫学、病因、症状、経過などの情報提供を行う	医師または 看護師
第2回： 治療について	主に薬物療法についての情報提供を行う	薬剤師 または医師
第3回： 利用できるサービスについて	うつ病の方にも利用できる社会資源のご紹介	PSW または医師
第4回： 接し方やコミュニケーションについて	ストレス脆弱性モデル、アサーション、感情表出、様々な感情についてなど	看護師

*各回とも情報提供を30分行なった後、毎回グループセッション(90分)でグループミーティングを行う

情報提供は、1 回目は「病気の理解」、2 回目は「治療について」である。3 回目は「利用できるサービスについて」で、これは全 4 回の情報提供の中で、特に参加者から喜ばれる。うつ病の場合は家族がソーシャルワーカーなどから社会資源について説明される機会が少ない。そのため初めて聞く内容も多く、家族からは、年金や障害者手帳、リワークデイケアの利用法などを情報として知るだけでも嬉しいという声が多い。4 回目は「ご家族の接し方やコミュニケーションについて」で、アサーティブな話し方、患者との適切な距離のとり方、家族自身のストレスマネジメントの方法について情報提供を行う。

グループミーティングは、患者への心理教育と同様に問題解決法を利用したものである。ただ、家族を対象とするためナラティブセラピーなど家族療法的要素が強い。詳しい方法は、毎年全国で開催される日本心理教育家族教室ネットワーク主催の標準版家族心理教育研修会で習得できる(日本心理教育・家族教室ネットワーク標準版家族心理教育研修会)。グループの中でのスタッフの役割は、グループを構造化すること、あたたかく話しやすい雰囲気を作り出すこと、家族のストレングスを引き出すこと、話し合いの焦点を絞ることなどである。

うつ病の家族教室の特徴としては、夫婦間の話題、自殺の話題が多いことである。「夫の職場復帰をどうサポートしたらいいか」「うつ病の妻との付き合い方」「夫がイライラするのにどう対応したらいいか」「急に夫の態度が変わって怖い」「子供たちに親がうつ病であることをどう話すか」「死にたいようなことをほのめかしたとき」などがある。また、「どこまでが病気なのか」「どう話しかけていいかわからない」という困りごとにも非常に多い。これらの話題について、事前にスタッフ間で意見交換をしておくことよりスムーズに行うことができる。

2) 面会時を利用した単家族心理教育

入院中、家族が患者の面会に来られた機会を利用して、家族に対して(場合によっては患者も含めて)単家族心理教育を行う。上記の情報提供を相手のニーズに合わせて優先順位を設けて行くと、より個別性の高い支援となる。さらに、日頃困難に感じていることを挙げていただく。それに対する解決策を看護師と家族の双方からブレインストーミングのように出し合い、利用できそうなアイデアを家族に選んでいただく。留意点としては、情報提供や問題解決の前には必ず家族を労うことから始めることである。「お忙しいところよく来てくださいましたね」「そのやり方はとてもいいですね」などである。家族はうつ病のことがよくわからない中で、それでもなんとか対応しようと様々な対処を行っている。その苦悩を十分に理解し、共感することが一番重要である。

3) 保健センターなどの地域でのうつ病家族教室

地域の保健所などでの 1～2 回のうつ病教室でも、上記の家族心理教育を応用した形で行うことが可能である。情報提供の一部を医師に依頼し、その他の情報提供やグループミーティングは、保健師や精神保健福祉士が中心となっていく。

グループミーティングでは、質問に対してスタッフがすぐ答えるのではなく、「同じ悩みの方はいらっしゃいますか」などと他の参加者からの発言も促し、共通の悩みであることを強調しながら進める。質問の答えも、参加者から引き出すことで単なる質疑応答ではない深みが出る。

謝辞

本ガイドラインは平成 28 年度日本医療研究開発機構（AMED）障害者対策総合開発事業（精神分野 4 精神疾患の標準的治療ガイドラインの策定に関する研究「うつ病性障害における包括的治療ガイドラインの標準化および普及に関する研究」）の支援を受けて作成された。

文献

1. はじめに：本ガイドラインについて

川上憲人, 他 (2016). 精神疾患の有病率に関する大規模疫学調査研究—世界精神保健日本調査セカンド総合研究報告書. <http://wmhj2.jp/WMHJ2-2016R.pdf> (2019年9月13日閲覧)

Stuart Gail Wiscarz. (2014). Emotional Responses and Mood Disorders. pp289-322, Stuart Gail Wiscarz. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Saint Louis: Elsevier.

2. うつ病看護の原則

American Psychiatric Association/ 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸, 他 (2014). DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. pp111-124, 東京: 医学書院

Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression: an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLOS ONE*, 9(6), e100100. doi: 10.1371/journal.pone.0100100

Fortinash, K.M., & Holoday-Worret, P.A. (2007). *Psychiatric Nursing Care Plans (5th ed.)*. Edinburgh, Edinburgh: Elsevier Mosby.

Halter, M. J., & Varcarolis, E. M. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach (7th ed.)*. St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders.

畠山卓也, 野嶋佐由美 (2013). 第14章「主な疾患とその看護」14-4 気分障害患者の看護. 野嶋 佐由美 (編著) 明快看護学双書3 精神看護学 第3版, pp211-218, 京都: 金芳堂.

Kakinuma, M. (2010). Effect of Brief Sleep Hygiene Education for Workers of an Information Technology Company. *Industrial Health*, 48(6), 758-765. doi:10.2486/indhealth.ms1083

近藤真前, 渡辺範雄: 不眠症患者のライフスタイルと睡眠衛生指導, 三島 和夫 (編) (2017): 不眠症治療のパラダイムシフト—ライフスタイル改善と効果的な薬物療法. pp83-90, 大阪: 医薬ジャーナル社

日本うつ病学会 (監修), 気分障害の治療ガイドライン作成委員会 (編) (2017). うつ病治療ガイドライン第2版. 東京: 医学書院

野嶋佐由美 (監修), 粕田孝行, 宇佐美しおり (2000). セルフケア看護アプローチ 理と実践—そして創造 第2版. 名古屋: 日総研出版

野末聖香, 宇佐美しおり, 福田紀子, 桑原武夫, 石井美智子, 福嶋好重, ... 下川恒生 (2016). がん患者の抑うつ状態に対する精神看護専門看護師によるケアの効果—無作為化比較試験による検討. 日看科会誌, 36, 147-155.

サドック BJ, サドック VA, ルイーズ P, 他, 井上令一 (監修) (2016). 気分障害, カプラン臨床精神医学テキスト DSM-5 診断基準の臨床への展開 第3版. pp393-433, 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.

Schultz, J.M., & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans (9th ed)*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.

Stuart, G. W. (2014). Emotional Responses and Mood Disorders, pp289-322, Stuart Gail Wiscarz, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Saint Louis: Elsevier.

Taylor, A. K., Gilbody, S., Bosanquet, K., Overend, K., Bailey, D., Foster, D., ... Chew-Graham, C.A. (2018). How should we implement collaborative care for older people with depression? A qualitative study using normalisation process theory within the CASPER plus trial. *BMC Family Practice*, 19(1), 116. 018-0813-7. doi:10.1186/s12875-018-0813-7

3. うつ病看護におけるアセスメント

American Psychiatric Association/高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸, 他 (2014). DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. pp111-124, 東京: 医学書院

馬場禮子 (2016). 力動的論的観点—自我の諸機能. 精神分析的人格理論の基礎—心理療法を始める前に 改訂. pp29-46, 東京: 岩崎学術出版社

Bosanquet, K., Bailey, D., Gilbody, S., Harden, M., Manea, L., Nutbrown, S., McMillan, D. (2015). Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. *BMJ Open*, 5(12), e008913. doi:10.1136/bmjopen-2015-008913

Carlat, D.J. (2016). Assessing Mood Disorders I Depressive Disorders, pp156-165, *The Psychiatric Interview (4th ed)*, Wolters Kluwer Health, Hagerstown: Wolters Kluwer Health.

- Fortinash, K.M., Holoday-Worret, P.A. (2007). *Psychiatric Nursing Care Plans (5th ed)*. Edinburgh: Elsevier Mosby.
- Haddad, M., Buszewicz, M. and Murphy, B. (2011). Supporting people with depression and anxiety: a guide for practice nurses. London: Mind.
<https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/1689/>
- 八田宏之, 東あかね, 八城博子, 小笹晃太郎, 林恭平, 清田啓介, ...川井啓市(1998). Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討—女性を対象とした成績. 心身医学, 38(5), 309-315.
- 保崎秀夫(1999). 精神医学的記録法, pp 51-60, 小椋力, 田辺敬貴, 三好功峰, 中根允文, 倉知正佳, 小山司, ...松下正明, 福永知子. 精神医学的診断法と検査法. 東京: 中山書店.
- 粕田孝行, 宇佐美しおり, 他(2000). セルフケア看護アプローチ—理と実践そして創造 第2版. 名古屋: 日総研出版.
- 川上憲人他(2016). 精神疾患の有病率に関する大規模疫学調査研究—世界精神保健日本調査セカンド総合研究報告書.
<http://wmhj2.jp/WMHJ2-2016R.pdf>.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., National Comorbidity Survey Replication(2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.
doi: 10.1001/jama.289.23.3095
- Kozy, M., & Haler, M.J. (2014). Depressive Disorders, pp249-277, Halter, M. J., & Varcarolis, E. M. *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach (7th ed)*. St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders.
- 村松公美子(2014). Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder -7 日本語版—up to date—. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 7, 35-39.
- 村松公美子, 宮岡等, 上島国利, 他 (2008). プライマリケアにおけるうつ病スクリーニングに有用な評価ツール Patient Health Questionnaire (PHQ-9) について. 精神科治療, 23(11), 1299-1306.
- National Institute for Health and Clinical Excellence 8 (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults.(update).(Clinical guideline 90).
www.nice.org.uk/CG90
- 日本うつ病学会 (2017). うつ病治療ガイドライン 第2版. 東京: 医学書院
- 野木裕子, 山脇成人(2003). がんなどの身体疾患が誘発するうつ病の早期発見と心のケア. p10, 東京: 医学芸術社
- 坂戸薫, 坂戸美和子(2005). うつ病と最も関連するパーソナリティ特徴は? —当世うつ病前性格事情. pp69-86, 広瀬徹也, 内海健. うつ病論の現在—精緻な臨床を目指して. 東京: 星和書店.
- 坂村雄(2009). ストレスとうつ—ストレス対処法. pp115-125, 鹿島晴雄, 宮岡等. よくわかるうつ病のすべて—早期発見から治療まで 改訂第2版. 大阪: 永井書店.
- Schultz, J.M., & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans (9th ed)*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*.
<http://www.hqlo.com/content/1/1/29>
- Stuart Gail Wiscarz (2014). Emotional Responses and Mood Disorders. pp289-322, Stuart Gail Wiscarz, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed)*. Saint Louis: Elsevier.
- 鈴木竜世, 野畑綾子, 金直淑, 羽根由紀奈, 成田智拓, 岩田仲生, ...尾崎紀夫(2003). 職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討—Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて. 精神医学, 45(7), 699-708.
- 臼田謙太郎(2013). 臨床研究で使用する自己記入式抑うつ評価尺度の特徴. 武蔵野大学心理臨床センター紀要, 13, 55-65.
<http://www.nii.ac.jp/1419/00000257/>
- Whooley, M.A., Avins, A.L., Miranda, J., Browner, W.S. (1997). Case-Finding Instruments for Depression. Two Questions Are as Good as Many. *J Gen Intern Med*, 12(7), 439-445.
doi:10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x

4. 重症度に応じた看護

4-1. 軽症うつ病

長谷川雅美, 林優子監修 (2007). 疾患と看護過程実践ガイド—うつ病, 双極性障害. pp764-784, 東京: 医学芸術社

HSE (2006). Guidelines for the Management of Depression and Anxiety Disorders in Primary Care.

村松公美子, 宮岡等, 上島国利 (2008). プライマリケアにおけるうつ病スクリーニングに有用な評価ツール—Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 について. 精神科治療, 23 (11), 1299-1306.

National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2011). Depression in adults.

野末聖香編 (2007). リエゾン精神看護 東京: 医歯薬出版

Pan Canadian Practice Guideline (2010). Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer.

武井麻子, 江口重幸, 末安民生, 小宮敬子, 式守晴子, 相田信男, ...吉浜文洋 (2017). 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 精神看護学 [1] 精神看護の基礎 東京: 医学書院

内山真 (2001). 睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究総括研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所.

上島国利, 榊恵子, 渡辺雅幸 (2019). ナースの精神医学 (改訂5版). 東京: 中外医学社

宇佐美しおり, 相澤和美, 川田陽子, 小山達也, 佐藤寧子, 河野佐代子, ...石飛 マリコ (2015). リエゾン精神看護領域ケアガイドライン—身体疾患で精神状態が不安定になった患者への対応. 日本精神保健看護学会, 24 (2), 91-104.

宇佐美しおり, 相澤和美, 川田陽子, 小山達也, 佐藤寧子, 河野佐代子, ...石飛マリコ (2015). 老年期うつ病ケアガイドライン—老年期のうつ病患者・家族への対応. 日本精神保健看護学会, 24 (2), 105-124.

4-2. 中等症・重症うつ病

長谷川雅美, 林優子 (2007). 疾患と看護過程実践ガイド—うつ病, 双極性障害. pp764-784, 東京: 医学芸術社

HSE (2006). Guidelines for the Management of Depression

and Anxiety Disorders in Primary Care.

National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2011). Depression in adults.

野末聖香編 (2007). リエゾン精神看護 東京: 医歯薬出版

野末聖香, 宇佐美しおり, 福田紀子, 桑原武夫, 石井美智子, 福嶋好重, ...下川 恒生 (2016). がん患者の抑うつ状態に対する精神看護専門看護師によるケアの効果—無作為化比較試験による検討. 日本看護科学会誌, 36, 147-155.

Pan Canadian Practice Guideline (2010). Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer.

武井麻子, 江口重幸, 末安民生, 小宮敬子, 式守晴子, 相田信男, ...吉浜文洋 (2017). 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 精神看護学 [1] 精神看護の基礎 東京: 医学書院

上島国利, 榊恵子, 渡辺雅幸 (2019). ナースの精神医学 (改訂5版). 東京: 中外医学社

宇佐美しおり, 相澤和美, 川田陽子, 小山達也, 佐藤寧子, 河野佐代子, ...石飛マリコ (2015). 老年期うつ病ケアガイドライン—老年期のうつ病患者・家族への対応. 日本精神保健看護学会, 24 (2), 105-124.

宇佐美しおり, 相澤和美, 川田陽子, 小山達也, 佐藤寧子, 河野佐代子, ...石飛 マリコ (2015). リエゾン精神看護領域ケアガイドライン—身体疾患で精神状態が不安定になった患者への対応. 日本精神保健看護学会, 24 (2), 91-104.

4-3. 自殺のリスクがある患者

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37. doi:10.1186/1471-244X-4-37

傳田健三 (2018). なぜ子どもは自殺するのか—その実態とエビデンスに基づく予防戦略 東京: 新興医学出版社

ジョン・A・チャイルズ, カーク・D・ストローサル (著), 高橋祥友 (訳) (2008). 自殺予防臨床マニュアル, pp78-79. 東京: 星和書店.

Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N., Yonemoto, N., Otsuka, K., Kamijo, Y., ...ACTION-J Group. (2014). Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted

suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomized controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 1 (3), 193-201. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70259-7

Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives Of General Psychiatry*, 56 (7), 617-626. doi:10.1001/archpsyc.56.7.617

厚生労働省(2008). 平成20年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 自殺に傾いた人を支えるために 相談担当者のための指針 自殺未遂者、自傷を繰り返す人、自殺を考えている人に対する支援とケア.

松本俊彦(2015). もしも「死にたい」と言われたら—自殺リスクの評価と対応. 東京: 中外医学社

日本臨床救急医学会(2014). 自殺未遂患者への対応 救急外来・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き.

日本精神神経学会(2013). 日常臨床における自殺予防手引き. p. 12

Nordentoft, M., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B.(2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder: *Archives Of General Psychiatry*, 68(10), 1058-1064. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

高橋祥友(2013). 自殺を防ぐ診療のポイント. pp85-92. 東京: 中外医学社

Walsh, B.W., & Rosen, P.M.(1988). *Self-Mutilation: Theory, research, and treatment*. New York, NY, US: Guilford Press.

World Health Organization (2014). Preventing Suicide: a global imperative.

5. うつ病の治療と看護

American Society of Anesthesiologists Committee. (2011). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology*, 114 (3), 495-511. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181fcbfd9

Cita, B. (2012). A NURSE'S GUIDE TO Electroconvulsive therapy. *Nursing*, 42 (10), 41-44. doi: 10.1097/01.NURSE.0000419429.84438.c1

Clinical Practice Guidelines in The Spanish NHS. (2014). Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults.

Faedda, G., & Marangoni, C. (2017). What is the role of conventional antidepressants in the treatment of major depressive episodes with Mixed Features Specifier? *CNS spectrums*, 22 (2), 120-125. doi: 10.1017/S1092852916000493

Gass, J. (2006). Electroconvulsive therapy and the work of mental health nurses: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 191-202. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.011

Geraldine M. Collins-Bride., JoAnne M. Saxe., Karen G. Duderstadt., et al. (2016). *Clinical Guidelines for Advanced Practice Nursing Third Edition*. pp514-528, Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.

Haddad, M., Buszewicz, M., & Murphy, B.(2011). *Supporting people with depression and anxiety: a guide for practice nurses*. London: Mind.

Haddad, P., Lejoyeux, M., & Young, A.(1998). Antidepressant discontinuation reactions --Are preventable and simple to treat. *BMJ*, 316 (7138), 1105-1106. doi:10.1136/bmj.316.7138.1105

Haddad, P.M., & Anderson, I.M. (2007). Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13 (6), 447-457. doi: https://doi.org/10.1192/apt.bp.105.001966

Harvey, B., & Slabbert, F.N. (2014). New insights on the antidepressant discontinuation syndrome. *Human psychopharmacology*, 29(6), 503-516. doi:10.1002/hup.2429

Hotopf, M., Hardy, R., & Lewis, G.(1997). Discontinuation rates of SSRIs and tricyclic antidepressants: a meta-analysis and investigation of heterogeneity. *British Journal of Psychiatry*, 170, 120-127. doi:10.1192/bjp.170.2.120

Irish College of General Practitioners. (2006). Guidelines for the Management of Depression and Anxiety Disorders in Primary Care.

Jewell, M., Delva, N.J., Graf, P., Chan, P., Enns, M., Gosselin, C., ... Bonifacio, M. (2017). A National Survey on Nursing in Canadian ECT Departments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 302–305. doi:10.1016/j.apnu.2017.02.001

加藤忠史(2014). うつ病治療の基礎知識 東京：筑摩書房（筑摩選書）.

Kennedy, S.H., Lam, R.W., Cohen, N.L., Ravindran, A.V., & Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Depression Work Group. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46 Suppl 1, 38S-58S.

Lamont, S., Brunero, S., Barclay, C., & Wijeratne, C. (2011). Evaluation of an electroconvulsive therapy service in a general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 223–229. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00725.x

Moini, J.(2009). *Fundamental pharmacology for pharmacy technicians. English, Book, Illustrated edition*, pp15-25. Boston: Cengage Learning.

Narayan, V., & Haddad, P.M.(2010). Antidepressant discontinuation manic states: a critical review of the literature and suggested diagnostic criteria. *Journal of Psychopharmacology*, 25(3), 306-313. doi: 10.1177/0269881109359094

National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). Depression—The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society, Informe No. 90.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). Depression: management of depression in primary and secondary care. London: National Clinical Practice Guideline number 23.

日本うつ病学会 (2017). うつ病治療ガイドライン 第2版 東京：医学書院

Queensland Health. (2010). Queensland MIND essentials--Mental Illness Nursing Documents. pp13-18.

Sokero, T.P., Melartin, T.K., Rytälä, H.J., Leskelä, U.S., Lestelä-Mielonen, P.S., & Isometsä, E.T.(2005). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *British Journal of*

Psychiatry, 186, 314-318. doi:10.1192/bjp.186.4.314

Warner, C.H., Bobo, W., Warner, C., Reid, S., & Rachal, J. (2006). Antidepressant discontinuation syndrome. *American Family Physician*, 74(3), 449–456.

Wood, J.H., Chambers, M., & White, S.J. (2007). Nurse knowledge of and attitude to Electroconvulsive Therapy. *The Journal of ECT*, 23(4), 251–254. doi:10.1097/yct.0b013e31813e0692

6. 対象に応じたうつ病看護

6-1. 児童思春期

Carlson, G.A. & Kashani, J.H. (1988). Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1222-1225. doi:10.1176/ajp.145.10.1222

小谷英文, 宇佐美しおり (2018). PASセルフケアセラピー. 東京：PAS心理教育研究所出版部

南裕子(監修), 宇佐美しおり(編) (2010). 精神科看護の理論と実践—卓越した看護実践をめざして. 東京：ヌーヴェルヒロカワ.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). (2005). Depression in children and Young People identification and management in primary, community and secondary care (National Clinical practice Guideline Number 28).

日本うつ病学会(2016)：日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害 2016. pp48-54.

野末聖香編 (2009). リエゾン精神看護—患者ケアとナース支援のために. 東京：医歯薬出版.

Puig-Antich, J., Blau, S., Marx, N., Greenhill, L.L., & Chambers, W. (1978). Prepubertal major depressive disorder: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (4), 695-707. doi:10.1016/s0002-7138(09)61021-9

宇佐美しおり, 岡田俊(2012). 児童青年期精神看護学—セルフケアへの支援. 東京：医歯薬出版

宇佐美しおり, 鈴木啓子, パトリシア・アンダーウッド (2003). オレムのセルフケアモデル事例を用いた看護過程の展開 第2版. 東京：ヌーヴェルヒロカワ.

6-2. 周産期

- Accortt, E.E., Cheadle, A.C., & Dunkel Schetter, C. (2015). Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1306-1337. doi:10.1007/s10995-014-1637-2
- Alderdice, F., McNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29 (4), 389-399. doi:10.1016/j.midw.2012.05.010
- Armstrong, K.L., Fraser, J.A., Dadds, M.R., & Morris, J. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35 (3), 237-244. doi:10.1046/j.1440-1754.1999.00348.x
- Ashford, M.T., Olander, E.K., & Ayers, S. (2016). Computer- or web-based interventions for perinatal mental health: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 197, 134-146. doi:10.1016/j.jad.2016.02.057
- Austin, M.P., Dudley, M., Launders, C., Dixon, C., & Macartney-Bourne, F. (1999). Description and evaluation of a domiciliary perinatal mental health service focusing on early intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 2, 169-173. doi:https://doi.org/10.1007/s007370050045
- Beck, C.T.(1998).The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), 12-20. doi:10.1016/s0883-9417(98)80004-6
- Beeber, L.S., Holditch-Davis, D., Belyea, M.J., Funk, S.G., & Canuso, R. (2004). In-home intervention for depressive symptoms with low-income mothers of infants and toddlers in the United States. *Health Care for Women International*, 25 (6), 561-580. doi:10.1080/07399330490444830
- Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Boath, E., Bradley, E., & Henshaw, C.(2004). Women's views of antidepressants in the treatment of postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25 (3-4), 221-233. doi:10.1080/01674820400017889
- Buist, A., Westley, D., & Hill, C.(1999). Antenatal prevention of postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 1 (4), 167-173. doi: https://doi.org/10.1007/s007370050024
- Byatt, N., Levin, L.L., Ziedonis, D., Johnson, J.V., & Ziedonis, D.M. (2015). Enhancing Participation in Depression Care in Outpatient Perinatal Care Settings: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5), 1048-1058. doi:10.1097/AOG.0000000000001067
- Byatt, N., Simas, T.A., Lundquist, R.S., Johnson, J.V., & Ziedonis, D.M. (2012). Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4),143-161. doi:10.3109/0167482X.2012.728649
- Carrick-Sen, D.M., Steen, N., & Robson, S.C.(2014). Twin parenthood: the midwife's role--a randomised controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(10), 1302-1310. doi:10.1111/1471-0528.12728
- Carter, T., Bastounis, A., Guo, B., & Jane Morrell C. (2018). The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 22 (1), 37-53. doi: 10.1007/s00737-018-0869-3. [Epub ahead of print]
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression 1: Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 412-419. doi:https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.412
- Cox,J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R.(1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Davenport, M.H., McCurdy, A.P., Mottola, M.F., Skow, R.J., Meah, V.L., Poitras, V.J., & Ruchat,S.M. (2019). Impact of prenatal exercise on both prenatal and postnatal anxiety and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1376-1385. doi:10.1136/bjsports-2018-099697
- Deligiannidis, K.M., & Freeman, M.P.(2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 85-95. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.007

- Dennis, C.L.(2014). Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28 (1), 97-111.
doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.008
- Dennis, C.L., & Chung-Lee, L.(2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*, 33(4), 323-331.
doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x
- Dennis, C.L., & Dowswell, T.(2013). Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD006795.
doi:10.1002/14651858.CD006795.pub3.
- Dennis, C.L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, 28 (2), CD001134.doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- Dennis, C.L., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, 17 (4), CD006116. doi:10.1002/14651858.CD006116.pub2
- Dennis, C.L., Hodnett, E., Kenton, L., , Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D.E., & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *British medical journal*, 338, a3064. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a3064.
- Felice, E., Agius, A., Sultana, R., Felice, E.M., Calleja-Agius, J. (2018). The effectiveness of psychosocial assessment in the detection and management of postpartum depression: a systematic review. *Minerva ginecologica*, 70(3), 323-345.
doi:10.23736/S0026-4784.17.04080-1
- Field, T.(2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant behavior & development*, 34(1), 1-14. doi:10.1016/j.infbeh.2010.09.008
- Gavin, N., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071-1083.
doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27.
doi:10.1007/s10567-010-0080-1
- Gorman, L. (1997). *Prevention of postpartum difficulties in a high risk sample, Doctoral dissertation*. Iowa City, IA: University of Iowa.
- Grote, N.K., Swartz, H.A., Geibel, S.L., Zuckoff, A., Houck, P.R., & Frank, E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services*, 60 (3), 313-321.
doi:10.1176/appi.ps.60.3.313
- Hadfield, H., & Wittkowski, A. (2017). Women's experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: a systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(6), 723-736.
doi:10.1111/jmwh.12669
- Horowitz, J.A., Murphy, C.A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., & Solon, L. (2013). Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42 (3), 287-300. doi:10.1111/1552-6909.12038
- Howard, L.M., Megnin-Viggars, O., Symington, I., Pilling S., & Guideline Development Group. (2014). Guideline development group. antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guideline. *BMJ*, 349, G7394.
doi:10.1136/bmj.g7394
- Jarde, A., Morais, M., Kingston, D., Giallo, R., MacQueen, G.M., Giglia, L., Beyene, J., & McDonald, S.D. (2016). Neonatal outcome in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73 (8), 826-837. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0934
- Jones, C.J., Creedy, D.K., & Gamble, J.A.(2011). Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56 (4), 353-361. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00039.x
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., & Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(1), 5-14.

doi:10.1016/j.ajog.2009.09.007

Lau, Y., Htun, T.P., Wong, S.N., Tam, W.S.W., & Klainin-Yobas, P. (2017). Therapist-supported internet-based cognitive behavior therapy for stress, anxiety, and depressive symptoms among postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e138. doi: 10.2196/jmir.6712.

Lee, E.W., Denison, F.C., Hor, K., & Reynolds, R.M. (2016). Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 38. doi: 10.1186/s12884-016-0831-1.

Letourneau, N.L., Dennis, C.L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P.D., & Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445-457. doi:10.3109/01612840.2012.673054

Letourneau, N.L., Dennis, C.L., Cosic, N., & Linder, J. (2017). The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 34(10), 928-966. doi:10.1002/da.22687

Liberto, T.L. (2012). Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(2), 109-117. doi:10.1016/j.pedhc.2010.06.012

Lin, P.Z., Xue, J.M., Yang, B., Li, M., & Cao, F.L. (2018). Effectiveness of self-help psychological interventions for treating and preventing postpartum depression: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 21(5), 491-503. doi:10.1007/s00737-018-0835-0

Long, M.M., Cramer, R.J., Jenkins, J., Bennington, L., & Paulson, J.F. (2018). A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 25-36. doi: 10.1007/s00737-018-0876-4.

Lumley, J., Austin, M.P., & Mitchell, C. (2004). Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20(2), 128-144. doi:10.1017/s0266462304000911

MacArthur, C., Winter, H.R., Bick, D.E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., & Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: cluster randomized controlled trial. *Lancet*, 359(9304), 378-385. doi:10.1016/s0140-6736(02)07596-7

McCurdy, A.P., Boulé, N.G., Sivak, A., Sivak, A., & Davenport, M.H. (2017). Effects of exercise on mild-to-moderate depressive symptoms in the postpartum period: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 129(6), 1087-1097. doi:10.1097/AOG.0000000000002053

Milgrom, J., Danaher, B.G., Gemmill, A.W., Holt, C., Holt, C.J., Seeley, J.R., ...Erickson, J. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: A randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e54. doi: 10.2196/jmir.4993.

Miniati, M., Callari, A., Calugi, S., Rucci, P., Savino, M., Mauri, M., & Dell'Oso, L. (2014). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 257-268. doi:10.1007/s00737-014-0442-7

Morrell, C.J., Ricketts, T., Tudor, K., Williams, C., Curran, J., & Barkham, M. (2011). Training health visitors in cognitive behavioural and person-centred approaches for depression in postnatal women as part of a cluster randomised trial and economic evaluation in primary care: the PoNDER trial. *Primary Health Care Research & Development*, 12(1), 11-20. doi:10.1017/S1463423610000344

Morrell, C.J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S.J., ...Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomized trial in primary care. *BMJ*, 338, a3045. doi: 10.1136/bmj.a3045.

Morrell, C.J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., ...Stewart-Brown, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technology Assessment*, 20(37), 1-414. doi:10.3310/hta20370

Munoz, R.F., Le HN, Ippen CG, Diaz, M.A., Urizar, G.G., Soto, J.A., ...Lieberman, A.F. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: development of the Mamas y Bebes/Mothers and Babies Course. *Cognitive and*

Behavioral Practice, 14 (1), 70–83.

<https://eric.ed.gov/?id=EJ796812>

Nakamura, A., van der Waerden, J., Melchior, M., Bolze, C., El-Khoury, F., & Pryor, L. (2019). Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 2941. doi:10.1016/j.jad.2018.12.009.

日本産科婦人科学会 (2017). 日本産婦人科医会編・産婦人科診療ガイドライン. 日本産科婦人科学会

日本周産期メンタルヘルス学会 (2017). 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド. <http://pnhguideline.com/>

Nilni, Y.I., Mehralizade, A., Mayer, L., & Milanovic, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 66, 136-148. doi: 10.1016/j.cpr.2018.06.004.

O'Connor, E., Rossom, R.C., Henninger, M., Groom, H.C., & Burda, B.U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: Evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *Journal of the American Medical Association*, 315 (4), 388-406. doi:10.1001/jama.2015.18948

岡野禎治, 村田真理子, 増地総子, 他 (1996). 日本版エジンバラ産後うつ病評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学*, 7 (4), 525-533.

Olin, S.C., Kerker, B., Stein, R.E., Weiss, D., Whitmyre, E.D., Hoagwood, K., & Horwitz, S.M. (2016). Can Postpartum Depression Be Managed in Pediatric Primary Care?. *Journal of Women's Health*, 25 (4), 381-390. doi:10.1089/jwh.2015.5438

O'Mahen, H.A., Richards, D.A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R.S., & Warren, F.C. (2014). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44 (8), 1675-1689. doi:10.1017/S0033291713002092

Orsolini, L., Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., ...Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 138. doi: 10.3389/fpsy.2016.00138. eCollection.

Pearlstein, T. (2008). Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33 (4), 302-318.

Pessagno, R.A., & Hunker, D. (2013). Using Short-Term Group Psychotherapy as an Evidence-Based Intervention for First-Time Mothers at Risk for Postpartum Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49 (3), 202-209. doi:10.1111/j.1744-6163.2012.00350.x

Posmontier, B., Neugebauer, R., Stuart, S., Chittams, J., & Shaughnessy, R. (2016). Telephone-administered interpersonal psychotherapy by nurse-midwives for postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61 (4), 456-466. doi:10.1111/jmwh.12411

Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Caverio-Redondo, I., & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, 44 (3), 200-208. doi:10.1111/birt.12294

Pritchett, R.V., Daley, A.J., Jolly, K. (2017). Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms? a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 67 (663), e684-e691. doi:10.3399/bjgp17X692525

Pugh, N.E., Hadjistavropoulos, H.D., & Dirkse, D. (2016). A randomised controlled trial of therapist-assisted, Internet-delivered cognitive behavior therapy for women with maternal depression. *PLOS ONE*, 11 (3), e0149186. doi:10.1371/journal.pone.0149186.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26 (4), 289-295. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006

Saligheh, M., Hackett, D., Boyce, P., & Cobley S (2017). Can exercise or physical activity help improve postnatal depression and weight loss? A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 595-611. doi:10.1007/s00737-017-0750-9

Scope, A., Booth, A., Morrell, C.J., Sutcliffe, P., & Cantrell, A. (2017). Perceptions and experiences of interventions to prevent postnatal depression. A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 210, 100-110. doi:10.1016/j.jad.2016.12.017

- Segre, L.S., Stasik, S.M., O'Hara, M.W., & Arndt S. (2010). Listening visits: an evaluation of the effectiveness and acceptability of home-based depression treatment. *Psychotherapy Research*, 20 (6), 712-721. doi:10.1080/10503307.2010.518636
- Sen, D.M.(2006).A randomised controlled trial of a midwife-led twin antenatal programme: The Newcastle twin study. PhD thesis. Newcastle upon Tyne: University of Newcastle. <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.430779>
- Shorey, S., Chee, C.Y.I., Ng, E.D., Chan, Y.H., Tam, W.W.S., & Chong, Y.S., (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
- Sockol, L.E.(2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *Journal of Affective Disorders*, 232, 316-328. doi:10.1016/j.jad.2018.01.018
- Sockol, L.E.(2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 177, 7-21. doi:10.1016/j.jad.2015.01.052
- Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of Psychological Interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 14 (5), 463-472. doi:10.1370/afm.1967
- 竹田省 (2016). 妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. 日産婦誌, 68(9), 1815-1822.
- Takeda, S., Takeda, J., Murakami, K., Kubo, T., Hamada, H., Murakami, M., ...Ikedo, T.(2017). Annual Report of the Perinatology Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2015: Proposal of urgent measures to reduce maternal deaths. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 43(1), 5-7. doi:10.1111/jog.13184
- Tamaki, A. (2008). Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17 (6), 419-427. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00568.x
- Turner, K.M., Sharp, D., Folkes, L., & Chew-Graham, C. (2008). Women's views and experiences of antidepressants as a treatment for postnatal depression: A qualitative study. *Family Practice*, 25 (6), 450-455. doi:10.1093/fampra/cmn056
- Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E.R., & Morton, S.(2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19 (5), 711-720. doi:10.1007/s00737-016-0629-1
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 22 (1), 1-22. doi:10.1097/HRP.000000000000013
- Whooley, M.A., Avins, A.L., Miranda, J., & Browner, W.S.(1997). Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12 (7), 439-445. doi:10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x
- Wozney, L., Olthuis, J., Lingley-Pottie, P., McGrath, P.J., Chaplin, W., Elgar, F., ...Kennedy, J. (2017). Strongest Families™ Managing Our Mood (MOM): a randomized controlled trial of a distance intervention for women with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 525-537. doi:10.1007/s00737-017-0732-y
- 山下洋 (2018). 周産期ハイリスク事例への心理社会的介入—愛着形成の視点から. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌, 4(1), 31-36.
- Yawn, B.P., Dietrich, A.J, Wollan, P., Bertram, S., Graham, D., Huff, J., ... TRIPPD practices. (2012a). TRIPPD: a practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. *Annals of Family Medicine*, 10 (4), 320-329. doi:10.1370/afm.1418
- Yawn, B.P., Olson, A.L., Bertram, S., Pace, W., Wollan, P., & Dietrich, A.J. (2012b). Postpartum depression: Screening, diagnosis, and management programs 2000 through 2010. *Depression Research and Treatment*, 2012, 363964. doi:10.1155/2012/363964.
- Zlotnick, C., Capezza, N.M., & Parker, D.(2011). An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 55-65. doi:10.1007/s00737-010-0195-x

6-3. 老年期

American Psychiatric Association編 高橋三郎, 大野裕(監訳)
(2014). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院

Fukura, M., Saito, A., Ishigami, K., Konishi, K., Hasegawa, M.,
Wu, J.L., ...Takekoshi, N. (2009). Suicides in Aged Patients,
Case Reports and Review of the Literature. *Journal of
Kanazawa Medical University*, 34 (1), 14-16.

長谷川雅美 (2018). 高齢者のうつとその対応. 新潟県自殺予
防対策事業南魚沼市講演資料. うつ病と認知症を見分けるポ
イント. p. 4

日本うつ病学会, 気分障害の治療ガイドライン作成委員会
(2016). 日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. うつ病 (DSM-5) /
大うつ病性障害 2016 (2016年第2回改訂).
[https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/1607
31.pdf](https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/160731.pdf)

日本老年医学会, 日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物
治療の安全性に関する研究研究班編(2015). 高齢者の安全な薬
物療法ガイドライン2015. 日本老年医学会.

奥野茂代, 大西和子 (2014). 老年看護学—概論と看護の実践
第5版 長谷川雅美 精神疾患. pp356-363, 東京: ヌーヴェル
ヒロカワ.

奥野茂代, 大西和子 (2017). 老年看護技術第2版, 長谷川
雅美 うつ症状に対する看護技術, pp160-165. 東京: ヌーヴ
エルヒロカワ.

Robert, C., Edmond, C., Cornelius, K. (2002). *Guidelines on
depression in older people*. (鈴木映二, 藤澤大介, 大野裕 (監
訳) (2003). 高齢者うつ病診療のガイドライン. 東京: 南江堂)

Royal College of Psychiatrists. (2014). Depression in older
adults (Web版).
[https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-
disorders/depression-in-older-adults](https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/depression-in-older-adults) (2020年1月29日最終閲覧)

田中浩二, 長谷川雅美 (2012). うつ病を抱えながら老い
を生きる高齢者の体験. 日本看護科学学会誌, 32 (3), 53-
62.

渡邊衡一郎 (2017). 高齢者のうつ病の治療. NHK-TV「今
日の健康」(2017年放送分)
https://www.nhk.or.jp/kenko/atc_320.html

6-4. 身体疾患患者

Breitbart, W., & Alici, Y. (2008). Agitation and delirium at the
end of life: "We couldn't manage him". *Journal of the American
Medical Association*, 300 (24), 2898-2910. (表 1)
doi:10.1001/jama.2008.885

Coyne, J.C., Fechner-Bates, S., & Schwenk, T.L. (1994).
Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in
primary care. *General Hospital Psychiatry*, 16 (4), 267-276.
doi:10.1016/0163-8343(94)90006-x

Fang, F., Fall, K., Mittleman, M.A., Sparén, P., Ye, W., Adami,
H.O., & Valdimarsdóttir, U. (2012). Suicide and cardiovascular
death after a cancer diagnosis. *The New England journal of
medicine*, 366 (14), 1310-1318. doi:10.1056/NEJMoa1110307.

Folstein, M.F., Maiberger, R., & McHugh, P.R. (1977). Mood
disorder as a specific complication of stroke. *Journal of
Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 40 (10), 1018-1020.
doi:10.1136/jnnp.40.10.1018

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1993).
Depression following myocardial infarction. Impact on 6-
month survival. *Journal of the American Medical Association*,
270, (15), 1819-1825. doi:10.1001/jama.1993.03510150053029

Hama, S., & Yamashita, H. (2011). Post-stroke depression and
apathy: Interactions between functional recovery, lesion
location, and emotional response. *Psychogeriatrics*, 11 (1), 68-
76. doi:10.1111/j.1479-8301.2011.00358.x

Havranek, E.P., Ware, M.G., Lowes, B.D. (1999). Prevalence of
depression in congestive heart failure. *American Journal of
Cardiology*, 84(3), 348-350. , A9.
doi:10.1016/s0002-9149(99)00293-3

Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M.,
Gaulden, L.H., Cuffe, M.S., ...O'Connor, C.M. (2001).
Relationship of depression to increased risk of mortality and
rehospitalization in patients with congestive heart failure.
Archives of Internal Medicine, 161 (15), 1849-1856.
doi:10.1001/archinte.161.15.1849

Maraldi, C., Volpato, S., Penninx, B.W., Yaffe, K., Simonsick,
E.M., Strotmeyer, E.S., ... Pahor, M. (2007). Diabetes mellitus,
glycemic control, and incident depressive symptoms among
70- to 79-year-old persons: the health, aging, and body
composition study. *Archives of Internal Medicine*, 167 (11),
1137-1144. doi:10.1001/archinte.167.11.1137

Mezuk, B., Eaton, W.W., Albrecht, S., & Golden, S.H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2383-2390. doi:10.2337/dc08-0985

Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet. Oncology*, 12(2), 160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X

Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C.E., Peyrot, M., Ismail, K., ...European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53(12), 2480-2486. doi:10.1007/s00125-010-1874-x

野末聖香, 他 (2004). リエゾン精神看護—患者ケアとナース支援のために. pp7-13, 東京: 医歯薬出版

野末聖香, 宇佐美しおり, 福田紀子, 桑原武夫, 石井美智子, 福嶋好重, ...下川恒生 (2016). がん患者の抑うつ状態に対する精神看護専門看護師によるケアの効果—無作為化比較試験による検討. 日本看護科学会誌 36 巻 pp147-155.

Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z., & Goodwin, F.K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives Of General Psychiatry*, 50(2):85-94. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820140007001

Robinson, R.G. (2006). *The clinical neuropsychiatry of stroke 2nd ed*, Cambridge Univ Press, Cambridge. (木村真人監訳 (2013). 脳卒中における臨床神経精神医学 第2版 東京: 星和書店)

Rudisch, B., & Nemeroff, C.B. (2003). Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biological Psychiatry*, 54(3), 227-240. doi:10.1016/s0006-3223(03)00587-0

内富庸介, 小川朝生編 (2011). 精神腫瘍学. p61, 東京: 医学書院

7. 介入技法

7-1. 認知療法・認知行動療法

Chen, T.H., Lu, R.B., Chang, A.J., Chu, D.M., & Chou, K.R. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch Psychiatr Nurs*, 20(1), 3-11. doi:10.1016/j.apnu.2005.08.005.

Chetty, D., & Hoque, M. E. (2013). Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed women in KwaZulu-Natal, South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 16(1), 29-34. doi: http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i1.5.

Forsyth, D. M., Poppe, K., Nash, V., Alarcon, R.D., & Kung, S. (2010). Measuring changes in negative and positive thinking in patients with depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(4), 257-265. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00253.x

Gordon, V. C., Matwychuk A. K., Sachs E. G., & Canedy B.H. (1988). A 3-Year follow-up of a cognitive-behavioral therapy intervention. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2(4), 218-226.

Maynard, C.K. (1993). Comparison of effectiveness of group interventions for depression in women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(5), 277-283. doi:10.1016/0883-9417(93)90005-h

日本うつ病学会 (2017). うつ病治療ガイドライン 第2版 東京: 医学書院

岡田佳詠 (2016). 認知行動理論に基づく精神看護過程—よくわかる認知行動療法の基本と進め方. 東京: 中央法規出版

岡田佳詠 (2013). 精神科看護師が実施する外来女性うつ病患者への集団認知行動療法プログラムの効果検証 平成24年度科学研究費助成事業研究成果報告書.

岡田佳詠 (2011). 看護師のうつ病患者への認知行動療法の効果 日本精神保健看護学会誌, 20(1), 62-65.

岡田佳詠 (2002). 看護師の認知療法に関する英語圏の研究の動向—有効性に関する研究を中心に. 日本精神保健看護学会誌, 11(1), 1-9.

Reilly, C.E. (1998). Cognitive therapy for the suicidal patient: a case study. *Perspect Psychiatr Care*, 34(4), 26-31. doi:10.1111/j.1744-6163.1998.tb01011.x

Songprakun, W., & McCann, T.V. (2012). Evaluation of a cognitive behavioural self-help manual for reducing depression: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(7), 647-653. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01861.x.

Wong, D.F.K. (2008). Cognitive and health-related outcomes of group cognitive behavioural treatment for people with depressive symptoms in Hong Kong: randomized wait-list control study. *Aust NZ J Psychiatry*, 42(8), 702-711. doi: 10.1080/00048670802203418.

吉永尚紀, 野崎章子, 宇野澤輝美枝, 浦尾悠子, 林佑太, 清水栄司 (2015). 日本の看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向: 系統的文献レビュー. *不安症研究*, 6(2), 100-112.

7-2. 心理教育

Cho, H.J., Lavretsky, H., Olmstead, R., Levin, M.J., Oxman, M.N., & Irwin, M.R. (2008). Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 165 (12), 1543-1550. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07121882

Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological stress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7, 79. doi:10.1186/1741-7015-7-79

Hauenstein, E.J. (1997). A nursing practice paradigm for depressed rural women: the Women's Affective Illness Treatment Program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(1), 37-45. doi:10.1016/s0883-9417(97)80048-9

Hauenstein, E.J. (1996). Testing innovative nursing care: home intervention with depressed rural women. *Issues in mental health nursing*, 17 (1), 33-50. doi:10.3109/01612849609079829

香月富士日, 渡辺範雄 (2014). うつ病不眠への短期睡眠行動療法 (bBTi). *睡眠医療*, 8(4), 694-699.

Morokuma, I., Shimodera, S., Fujita, H., Hashizume, H., Kamimura, N., Kawamura, A., ... Inoue S. (2013). Psychoeducation for major depressive disorders: a randomised controlled trial. *Psychiatry Research*, 210 (1), 134-139. doi:10.1016/j.psychres.2013.05.018

Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Day, A., & Baker, F. (2000). Randomized controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for

major depression in primary care. *BMJ*, 320(7226), 26-30. doi:10.1136/bmj.320.7226.26

Nierenberg, A.A., Keefe, B.R., Leslie, V.C., Alpert, J.E., Pava, J.A., Worthington, J.J. 3rd, ... Fava, M. (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(4), 221-225. doi:10.4088/jcp.v60n0403

下寺信次, 藤田博一, 河村葵 (2011). 内科医のためのうつ病診療 一般内科医の対処と診療のすべて 治療/実地医家が可能なうつ病診療の実際 うつ病の心理教育ポイントとコツ. *Medical Practice*, 28(10), 1827-1830.

Shimodera, S., Watanabe, N., Furukawa, T.A., Katsuki, F., Fujita, H., Sasaki, M., & Perlis, M.L. (2014). Change in quality of life after brief behavioral therapy for insomnia in concurrent depression: analysis of the effects of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10(4), 433-439. doi:10.5664/jcsm.3624

浦田重次郎 (2004). 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費.

Watanabe, N., Furukawa, T.A., Shimodera, S., Morokuma, I., Katsuki, F., Fujita, H., ... Perlis, M.L. (2011). Brief behavioral therapy for refractory insomnia in residual depression: an assessor-blind, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(12), 1651-1658. doi:10.4088/JCP.10m06130gry

7-3. リラクゼーション療法

Apstolo, J.L., & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (6), 403-411. doi:10.1016/j.apnu.2008.12.003

Ball, E.F., Nur Shafina Muhammad Sharizan, E., Franklin, G., & Rogozińska, E. (2017). Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 29(6), 359-366. doi:10.1097/GCO.0000000000000417

Bowden, A., Lorenc, A., & Robinson, N. (2012). Autogenic Training as a behavioural approach to insomnia-a prospective cohort study. *Primary Health Care Research & Development*, 13(2), 175-185. doi:10.1017/S1463423611000181

- Chen, Y.L., & Francis, A.J. (2010). Relaxation and imagery for chronic, nonmalignant pain: effects on pain symptoms, quality of life, and mental health. *Pain Management Nursing*, 11 (3), 159-168. doi:10.1016/j.pmn.2009.05.005
- E.Jacobson (1976). *You Must Relax*. pp3-13, London: NUWIN PAPERBACKS.
- F. J. マクギーガン, 三谷恵一, 森昭胤訳(1988). リラックスの科学 (講談社ブルーバックス). 東京: 講談社
- Gerbarg, P.L., Jacob, V.E., Stevens, L., Bosworth, B.P., Chabouni, F., DeFilippis, E.M., ...Scherl, E.J.(2015).The Effect of Breathing, Movement, and Meditation on Psychological and Physical Symptoms and Inflammatory Biomarkers in Inflammatory Bowel Disease: A Randomized Controlled Trial. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21 (12), 2886-2896. doi:10.1097/MIB.0000000000000568
- Golombek, U. (2001). Progressive muscle relaxation (PMR) according to Jacobson in a department of psychiatry and psychotherapy - empirical results. *Psychiatrische Praxis*, 28 (8), 402-404. doi:10.1055/s-2001-18615
- Haag, S., Senf, W., Tagay, S., Langkafel, M., Braun-Lang, U., Pietsch, A., ... Holtmann, G. (2007). Is there a benefit from intensified medical and psychological interventions in patients with functional dyspepsia not responding to conventional therapy? *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 25 (8), 973-986. doi:10.1111/j.1365-2036.2007.03277.x
- Hans Selye, 田部井吉之介訳 (1953). 汎適応症候群. 東京: 協同医書出版社
- 端詰勝敬, 坪井康次(2010). 片頭痛に対する心身医学的診療. 心身医学, 50 (9), 805-810.
- Herbert Benson, Miriam Z Klipper. (1975). The Relaxation Response. (中尾睦宏, 熊野宏昭, 久保富房訳 (2001)). リラクゼーション反応. 東京: 星和書店
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B.A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., ... Maglione, M.A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51 (2), 199-213. doi:10.1007/s12160-016-9844-2
- Houldin, A.D.,McCorkle, R., & Lowery, B. (1993). Relaxation training and psychoimmunological status of bereaved spouses. A pilot study. *Cancer nursing*, 16(1), 47-52.
- Iazykova, T.A., Aivazian, T.A., & Zaitsev, V.P. (2010). The influence of respiratory relaxation training on psychological reserves in patients with chronic somatic diseases. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*, May-Jun(3), 43-44.
- 池見西次郎(1963). 心療内科—「病いは気から」の医学(中公新書). 東京: 中央公論社
- 神庭重信(1999). こころと体の対話 精神免疫学の世界. 45, 東京: 文藝春秋
- 小坂橋喜久代, 荒川唱子編著(2013). リラクゼーション法入門. pp38-45, 東京: 日本看護協会出版会.
- 小坂橋喜久代, 柳奈津子, 岡田朱民, 内山美枝子, 近藤由香, 箕輪千佳, ...定方美恵子(2018). 看護管理者に知ってほしいリラクゼーション法とその効用. 看護管理, 28 (12), 1096-1101.
- 熊野宏昭(2004). リラクゼーションの方法と効果. からだの科学, 236, 20-25.
- Liu, W., Pan, Y.L., Gao, C.X., Shang, Z., Ning, L.J., & Liu, X. (2013). Breathing exercises improve post-operative pulmonary function and quality of life in patients with lung cancer: A meta-analysis. *Experimental and therapeutic medicine*, 5 (4), 1194-1200. doi:10.3892/etm.2013.926
- Michelson, L.K., Bellanti, C.J., Testa, S.M., Marchione, N. (1997). The relationship of attributional style to agoraphobia severity, depression, and treatment outcome. *Behaviour research and therapy*, 35(12), 1061-1073.
- 森川隆司, 木村真人(2010). 復職支援プログラムにおける自律訓練法の役割について. 催眠と科学, 25 (1), 43-47.
- Nasiri, S., Akbari, H., Tagharrobi, L., & Tabatabaee, A.S. (2018). The effect of progressive muscle relaxation and guided imagery on stress, anxiety, and depression of pregnant women referred to health centers. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 41. doi:10.4103/jehp.jehp_158_16
- 大村裕, 堀哲郎編著(1995). 脳と免疫. pp2-5, 東京: 共立出版
- Pospos, S., Young, I.T., Downs, N., Iglewicz, A., Depp, C., Chen, J.Y., ... & Zisook S. (2018). Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. *Academic Psychiatry*, 42(1), 109-120. doi:10.1007/s40596-017-0868-0

Potthoff, K., Schmidt, M.E., Wiskemann, J., Hof, H., Klassen, O., Habermann, N., ...Steindorf K. (2013). Randomized controlled trial to evaluate the effects of progressive resistance training compared to progressive muscle relaxation in breast cancer patients undergoing adjuvant radiotherapy. the BEST study. *BioMed Central cancer*, 13, 162. doi:10.1186/1471-2407-13-162

Rees, B.L. (1993). An exploratory study of the effectiveness of a relaxation with guided imagery protocol. *Journal of holistic nursing*, 11(3), 271-276. doi:10.1177/089801019301100306

Rees, B.L. (1992). Using relaxation with guided imagery to assist primiparas in achieving maternal role attainment. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 10(2), 167-182. doi:10.1177/089801019201000207

坂井誠, 益本佳枝, 武市昌士 (1991). 過呼吸発作後に外出不能状態となった空間恐怖症の 1 治療例. *臨床精神医学*, 20(12), 1921-1927.

Sato, K., Kawamura, T., Yamagiwa, S. (2011). The "Senobi" breathing exercise ameliorates depression in obese women through up-regulation of sympathetic nerve activity and hormone secretion. *BioMed Research*, 32(2), 175-180. doi:10.2220/biomedres.32.175

Valenza, M.C., Valenza-Pea, G., Torres-Sánchez, I., González-Jiménez, E., Conde-Valero, A., & Valenza-Demet, G. (2014). Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalized patients with COPD: a randomized clinical Trial. *Respiratory Care*, 59(2), 209-215. doi:10.4187/respcare.02565

Warber, S.L., Ingberman, S., Moura, V.L., Wunder, J., Northrop, A., Gillespie, B.W., ...Rubenfire, M. (2011). Healing the heart: a randomized pilot study of a spiritual retreat for depression in acute coronary syndrome patients. *Explore : the journal of science and healing (NY)*, 7(4), 222-233. doi:10.1016/j.explore.2011.04.002

7-4. マインドフルネス

Baer, R., Crane, C., Miller, E., & Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings. *Clinical Psychology Review*, pii: S0272-7358(18)30127-2. (71, 101-114. doi: 10.1016/j.cpr.2019.01.001.

藤野正寛 (2018). マインドフルネスとコンパッションの神経科

学. *Cancer Board Square*, 4(1), 22-28.

藤澤大介 (2018). マインドフルネスの背景. *Cancer Board Square*, 4(1), 16-21.

Geschwind N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J., & Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201 (4), 320-325. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104851.

Goldberg, S.B., Tucker, R.P., Greene, P.A., Davidson, R.J., Wampold, B.E., Kearney, D.J., & Simpson TL. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011.

Gotink, R.A., Chu, P., Busschbach, J.J., Benson, H., Fricchione, G.L., & Hunink, M.G. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLOS ONE*, 10 (4), e0124344. doi: 10.1371/journal.pone.0124344.

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... Haythornthwaite, J.A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.13018.

Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555.

家接哲次 (2017). マインドフルネス認知療法—インストラクターに必要なこと. *精神科治療学*, 32 (5), 599-604.

池埜聡 (2017). 支援者のマインドフルネス経験が援助関係に与える影響と機序 (特集: マインドフルネス—精神科治療への導入と展開). *精神科治療学*, 32 (5), 651-654.

伊藤靖 (2018). マインドフルネス的介入の学び方. 佐渡充洋, 藤澤大介 (編). マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本. 東京: 日本医事新報社

伊藤靖 (2017). マインドフルネス・ストレス低減法 (MBSR) プログラムを概説する. *精神科治療学*, 32 (5), 591-598.

岩井圭司 (2017). マインドフルネス (特集: マインドフルネス

—精神科治療への導入と展開). 精神科治療学, 32 (5), 571-572.

ジョン・ティーズデール, マーク・ウィリアムズ, ジンデル・シーガル著. 小山秀之, 前田泰宏監訳 (2018). マインドフルネス認知療法ワークブック. 京都: 北大路書房.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantman Dell. (春木豊訳 (2007) マインドフルネスストレス低減法. 京都: 北大路書房.

貝谷久宣, 長谷川洋介, 小松智賀, 樋口まり (2017). マインドフルネスの実地臨床への応用—不安・抑うつ患者を中心に(特集: マインドフルネス—精神科治療への導入と展開). 精神科治療学, 32 (5), 629-632.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann S.G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005.

越川房子 (2016). マインドフルネス瞑想の効果機序. 貝谷久宣, 熊野宏昭, 越川房子 (編). マインドフルネス—基礎と実践. 東京: 日本評論社

Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B., Mooney, C.J., & Quill, T.E. (2009). Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293. doi:10.1001/jama.2009.1384

Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet*, 386 (9988), 63-73. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62222-4.

Kuyken, W., Warren, F.C., Taylor, R.S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565-574. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.

NICE. NICE (国立医療技術評価機構: National Institute for Clinical Excellence) ガイドライン. Depression in Adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1->

[guidance#ftn.footnote_8](#) (2020 年 3 月 25 日最終閲覧)

二宮朗 (2018). うつ病・不安障害. 佐渡充洋, 藤澤大介 (編). マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本. 東京: 日本医事新報社

オックスフォードマインドフルネスセンター. トレーニングコース資料.

朴順禮, 他 (2017). レジリエンスと思いやりを構築する医療従事者へのマインドフルネス・プログラム (Mindfulness for health professionals building resilience and compassion : MHALO プログラム) の実施可能性に関する研究. 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団助成 2017 年報告書.

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31 (6), 1032-1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002

佐渡充洋 (2018). マインドフルネスとは何か. なぜ求められるのか. 佐渡充洋, 藤澤大介 (編). マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本. 東京: 日本医事新報社

佐渡充洋, 二宮朗, 小杉哲平, 朴順禮, 佐藤寧子, 瀧田結香, ... 藤澤大介 (2017). 大学病院におけるマインドフルネス認知療法の取り組み. マインドフルネス研究, 2 (2), 58-65.

齊尾武郎 (2018). マインドフルネスの臨床評価—文献的考察. 臨床評価, 46 (1), 51-69.

澤田恭助, 藤澤大介 (2019). うつ病治療としてのマインドフルネス. 精神科治療学, 34 (1), 81-85.

Segal, Z.V. et al. 越川房子監訳 (2007). マインドフルネス認知療法. 京都: 北大路書房. (現在 second edition 翻訳中)

Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS ONE*, 9 (4), e96110. doi: 10.1371/journal.pone.0096110.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623. doi:10.1037//0022-006x.68.4.615

トム・A. ハッチンソン(編), 恒藤暁(訳) (2016). 新たな全人的ケア—医療と教育のパラダイムシフト. pp145-165. 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.

Williams, H., Simmons, L.A., & Tanabe, P. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice: A Nonpharmacologic Approach to Health Promotion, Chronic Disease Management, and Symptom Control. *Journal of Holistic Nursing*, 33 (3), 247-259. doi: 10.1177/0898010115569349.

7-5. アサーション・トレーニング

Hayman, P.M., & Cope, C.S. (1980). Effects of assertion training on depression. *Journal of clinical psychology*, 36 (2), 534-543. doi:10.1002/jclp.6120360226

平木典子(2009). 改訂版アサーション・トレーニング—さわやかに自己表現のために. 東京: 日本・精神技術研究所.

平木典子(編著) (2008). アサーション・トレーニング—自分も相手も大切に自己表現. 東京: 至文堂.

平木典子, 沢崎達夫, 野末聖香編著(2002b). ナースのためのアサーション. 東京: 金子書房.

平木典子, 沢崎達夫, 土沼雅子編著(2002a). カウンセラーのためのアサーション. 東京: 金子書房.

今村義正, 国分康孝(著), 日本学生相談学会(編) (1989). 論理療法にまなぶ—アルバート・エリスとともに 非論理的思いこみに挑戦しよう. 東京: 川島書店.

入江正洋(2017). パーンアウトとうつ病. 健康科学, 39, 41-47. <https://doi.org/10.15017/1800858>

伊藤てる子, 金子さゆり(2012). 小児科看護師の抑うつ傾向が医療安全と離職意図に及ぼす影響. 日本赤十字九州国際看護大学紀要, 11, 1-9.

金子さゆり(2014). 急性期病棟で働く看護師の抑うつ傾向と医療安全および離職意図との関連. 名古屋市立大学看護学部紀要, 13, 19-25.

久保田友子(2012). 新人看護師のメンタルヘルス支援の検討—抑うつ, ワーク・エンゲイジメント, コーピング特性の経時的変化から. 日本看護学会論文集: 看護管理, 42, 34-37.

Lee, S., & Crockett, M.S. (1994). Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in

Taiwan, Republic of China. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(4), 419-432. doi:10.3109/01612849409006918

Lin, Y. R., Wu, M. H., Yang, C. I., Chen, T. H., Hsu, C. C., Chang, Y. C., & Chou, K. R. (2008). Evaluation of assertive training for psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2875-2883. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02343.x.

松岡晴香(2009). 精神科勤務における看護師の職業性ストレスとその影響. 日本精神保健看護学会誌, 18(1), 1-9.

中釜洋子(1998). アサーショントレーニング. 平木典子, 巖岩秀章(編). カウンセリングの実習—自分を知る, 現場を知る, pp61-71, 東京: 北樹出版.

野末聖香(2017). 医療従事者・支援者のストレスケア 看護師のストレス予防と対処のためのアサーション・トレーニング. ストレス科学, 31(3), 209-216.

野末武義, 野末聖香(2013). 看護師を対象としたアサーショントレーニングのプログラム評価. 明治学院大学心理学紀要, 23, 75-96.

Raica, D.A. (2009). Effect of action-oriented communication training on nurses' communication self-efficacy. *Medsurg Nursing*, 18(6), 343-346, 360.

Sanchez, V.C., Lewinsohn, P.M., & Larson, D.W. (1980). Assertion training: effectiveness in the treatment of depression. *Journal of clinical psychology*, 36(2), 526-529. doi:10.1002/jclp.6120360224

園田雅代, 中釜洋子, 沢崎俊之編著(2002). 教師のためのアサーション. 東京: 金子書房.

菅沼憲治(2002). セルフ・アサーション・トレーニング—疲れない人生を送るために. 東京: 東京図書.

鈴木英子, 多賀谷昭, 松浦利江子, 齋藤深雪, 丸山昭子, 吾妻知美(2009). 看護管理職のアサーティブネストレーニング前後のバーンアウト得点の比較. 日本看護管理学会誌, 13(2), 50-57.

立石 彩美(2012). 健常者を対象にしたアサーション・トレーニングの効果に関する文献レビュー. 医療看研, 9(1), 12-19.

上野徳美, 山本義史, 増田真也, 大戸朋子(2016). アサーション・トレーニングがアサーションの向上と自尊感情ならびにバーンアウト緩和に及ぼす効果—新人看護師研修における研修効果を中心に. 大分大学高等教開発センター紀要, 8, 1-16.

吉田真紀, 木村美貴, 佐々木綾子, 多田育美, 横田真理子, 熊谷ちえ (2008). 看護師のコミュニケーション能力の向上を目指したアサーティブ・トレーニングの効果. 日本看護学会論文集, 看護管理, 38, 330-332.

7-6. 家族支援

Bond, K., & Anderson, I.M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, 17(4), 349-362. doi:10.1111/bdi.12287

Breslau, J., Miller, E., Jin, R., Sampson, N.A., Alonso, J., Andrade, L.H., ... Kessler, R.C. (2011). A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 124 (6), 474-486. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01712.x

Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667. doi:10.1192/bjp.151.5.660

Henken, H.T., Huibers, M.J., Churchill, R., Restifo, K., & Roelofs, J. (2007). Family therapy for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2007 (3), CD006728. doi:10.1002/14651858.CD006728

Judd, L.L., Paulus, M.P., Wells, K.B., & Rapaport, M.H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *The American journal of psychiatry*, 153 (11), 1411-1417. doi:10.1176/ajp.153.11.1411

Katsuki, F., Takeuchi, H., Inagaki, T., Maeda, T., Kubota, Y., Shiraishi, N., ... Furukawa, T.A. (2018). Brief multifamily Psychoeducation for family members of patients with chronic major depression: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), 207. doi:10.1186/s12888-018-1788-6

Katsuki, F., Takeuchi, H., Konishi, M., Sasaki, M., Murase, Y., Naito, A., ... Furukawa, T.A. (2011). Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after Brief Multifamily Psychoeducation: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 11, 56. doi:10.1186/1471-244X-11-56

Kessler, R.C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Russo, L.J., ... Ustün, T.B. (2011). Development of

lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives Of General Psychiatry*, 68 (1), 90-100. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.180

Kessler, R.C., Walters, E.E., & Forthofer, M.S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155 (8), 1092-1096. doi:10.1176/ajp.155.8.1092

Lemmens, G.M., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E., & Demyttenaere, K. (2009). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. A 15-month follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 98-105. doi:10.1159/000201935

Martire, L.M., Hinrichsen, G.A., Morse, J.Q., Reynolds, C.F. 3rd., Gildengers, A.G., Mulsant, B.H., ... Kupfer, D.J. (2009). The Mood Disorder Burden Index: a scale for assessing the burden of caregivers to adults with unipolar or bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 168 (1), 67-77. doi:10.1016/j.psychres.2008.04.010

Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., Fujita, H., Tanaka, S., & Kanazawa, S. (2001). Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), 43-49

日本心理教育・家族教室ネットワーク標準版家族心理教育研修会. http://jnpf.net/?page_id=97 (2020 年 1 月閲覧) .

Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., & Offord, D. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(4), 386-495. doi:10.1097/01.chi.0000198595.68820.10

Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., ... Inoue, S. (2011). Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 385-390. doi:10.1192/bjp.bp.110.078626

うつ病看護ガイドライン執筆担当一覧

1. はじめに：本ガイドラインについて…… 野末聖香
2. うつ病看護の原則 …………… 野末聖香
3. うつ病看護におけるアセスメント…… 野末聖香
4. 重症度に応じた看護
 - 4-1. 軽症うつ病 …………… 河野佐代子、野末聖香
 - 4-2. 中等症・重症うつ病 …………… 河野佐代子、野末聖香
 - 4-3. 自殺のリスクがある患者 …………… 河野佐代子、野末聖香
5. うつ病の治療と看護 …………… 小高恵実
6. 対象に応じたうつ病看護
 - 6-1. 児童思春期 …………… 宇佐美しおり
 - 6-2. 周産期 …………… 玉木敦子
 - 6-3. 老年期 …………… 長谷川雅美
 - 6-4. 身体疾患患者 …………… 河野佐代子、野末聖香
7. 介入技法
 - 7-1. 認知療法・認知行動療法 …………… 岡田佳詠
 - 7-2. 心理教育 …………… 香月富士日
 - 7-3. リラクゼーション療法 …………… 小坂橋喜久代
 - 7-4. マインドフルネス …………… 佐藤寧子
 - 7-5. アサーション・トレーニング …………… 野末聖香
 - 7-6. 家族支援 …………… 香月富士日