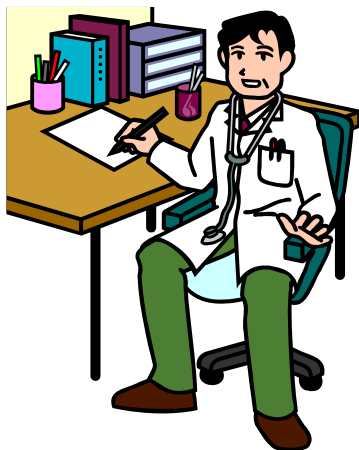


教育講演

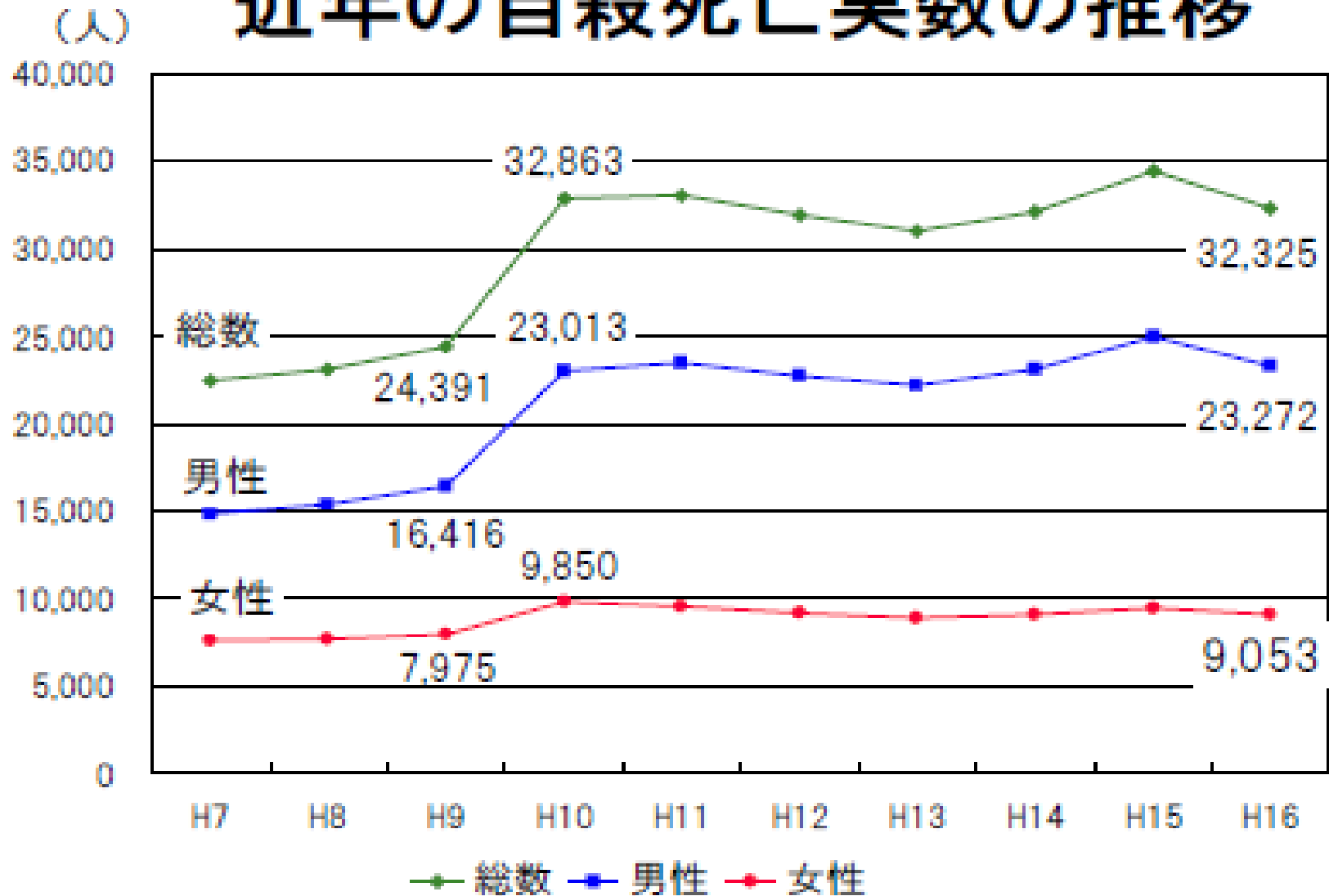
自殺の背景と予防的介入



東海大学医学部教授

保坂 隆

近年の自殺死亡実数の推移



平成15年の死亡統計

死因	平成15年	
	死亡数	死亡総数に 占める割合%
全死因総数	1 014 951	100
1 悪性新生物	309 543	30.5
2 心疾患	159 545	15.7
3 脳血管疾患	132 067	13
4 肺炎	94 942	9.4
5 不慮の事故	38 714	3.8
6 自殺	32 109	3.2
7 老衰	23 449	2.3
8 腎不全	18 821	1.9
9 肝疾患	15 737	1.6
10 慢性閉塞性肺疾患	13 626	1.3

(厚生省大臣官房統計情報部編：平成16年我が国の人口動態、財団法人厚生統計協会、2005より)

年齢別の死因

年齢	死因1位	死因2位
15-19	事故	自殺
20-24	事故	自殺
25-30	自殺	事故
30-34	自殺	がん
35-39	がん	自殺
40-44	がん	自殺
45-49	がん	自殺
50-54	がん	自殺

15-54歳に限って言えば、自殺は死因の1位か2位

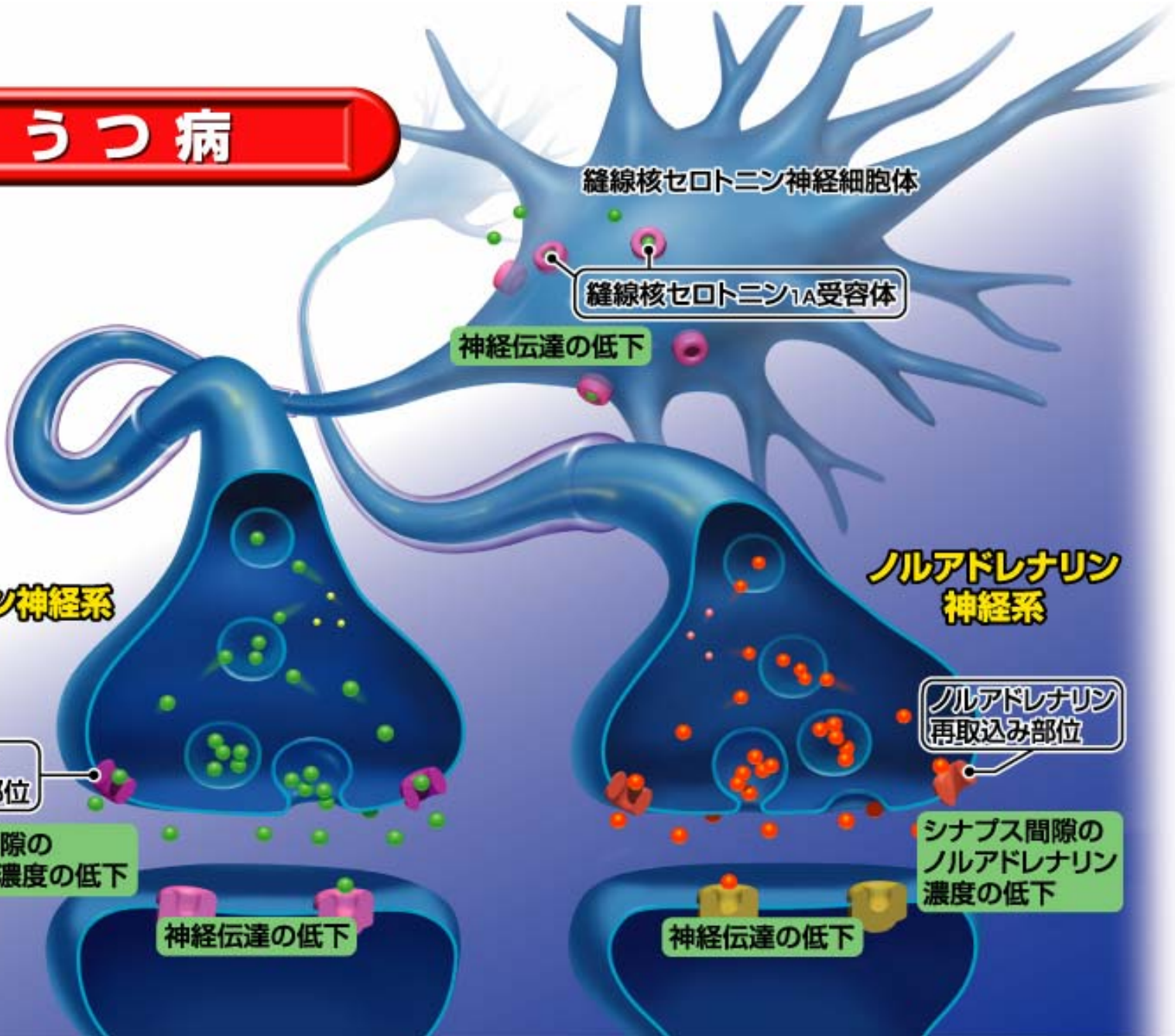
自殺の背景にあるもの

リストラ，過重労働，経営不振，
職場内の対人関係，家庭内の問題etc

うつ病

自殺

うつ病



縫線核セロトニン神経細胞体

縫線核セロトニン_{1A}受容体

神経伝達の低下

ノルアドレナリン
神経系

ノルアドレナリン
再取り込み部位

シナプス間隙の
ノルアドレナリン
濃度の低下

セロトニン神経系

セロトニン
再取り込み部位

シナプス間隙の
セロトニン濃度の低下

神経伝達の低下

神経伝達の低下

抑うつの症状

1, 抑うつ気分

憂うつ・気分が沈む・楽しくない・悲しい・淋しい

2, 精神運動性抑制

→**仮性痴呆**

精神性の抑制: 物覚えが悪い・忘れっぽい・

決断できない・考えがまとまらない

運動性の抑制: 何もしたくない・億劫だ・

3, 身体症状

→**仮面うつ病**

食欲不振・体重減少・頭痛・腰痛・肩こり・不眠

その他: 自殺念慮・日内変動

抑うつ の 病前性格

1, メランコリー親和型性格 → いい人

- 相手がいて自分がいる
- ルールに従ったり, レールに乗るのが好き
- 協調性が高い

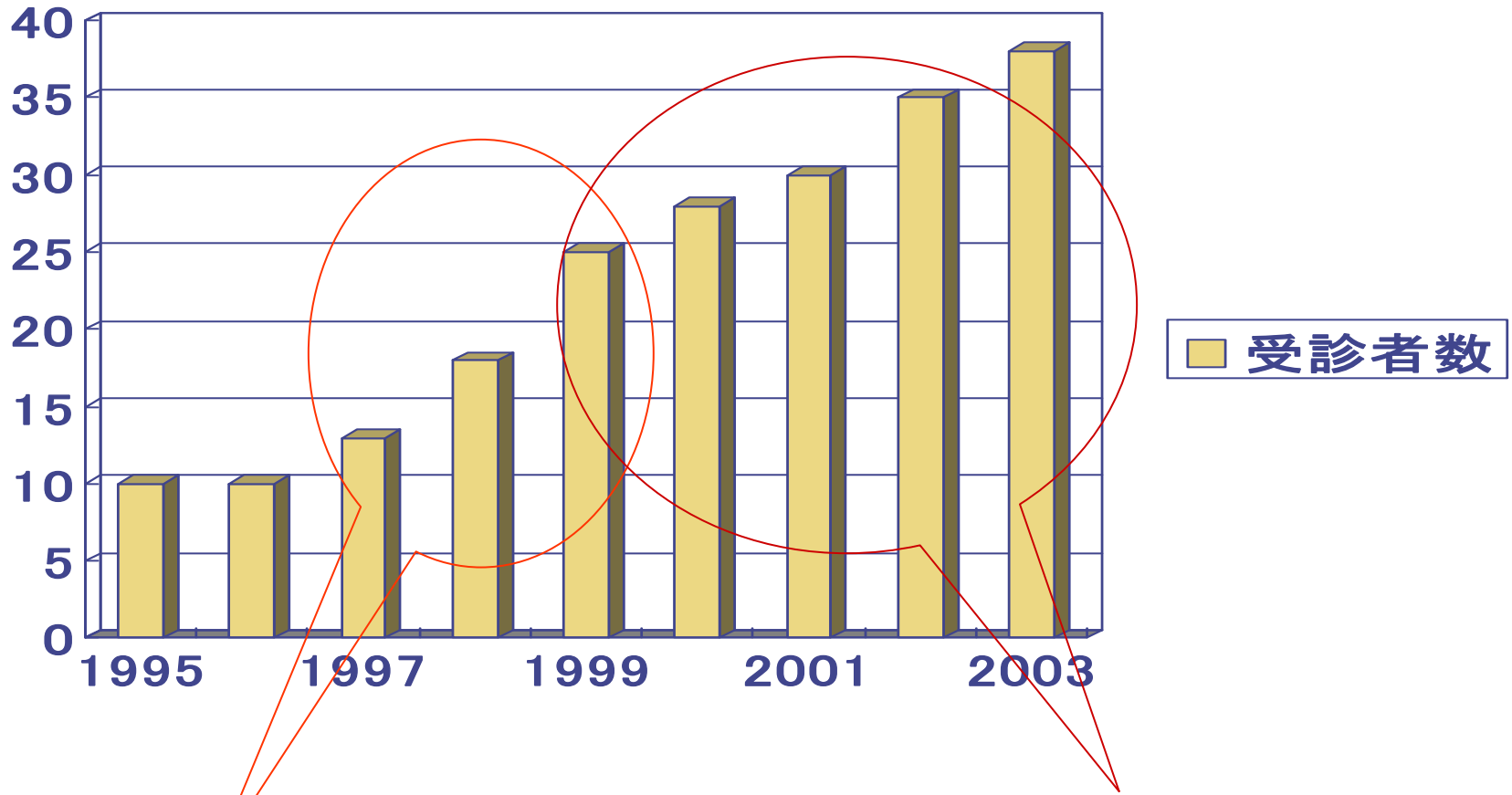
2, 執着気質 → 真面目な人

- 完全癖が強く最後までやり通す
- 執着心が強い
- 感情や気持ちの高まりが持続する

抑うつ発症のきっかけ

- 1, 対象喪失(メランコリー親和型性格)
物を失う・人を亡くす・役割を失う・失敗する
対人関係のトラブル・一貫性が途切れる
(cf. 引っ越しうつ病・昇進うつ病)
- 2, 心身への加重(執着気質)
過労・超過勤務・業績指向の職場・
締切のある業務達成
→消耗性うつ病・燃え尽き症候群

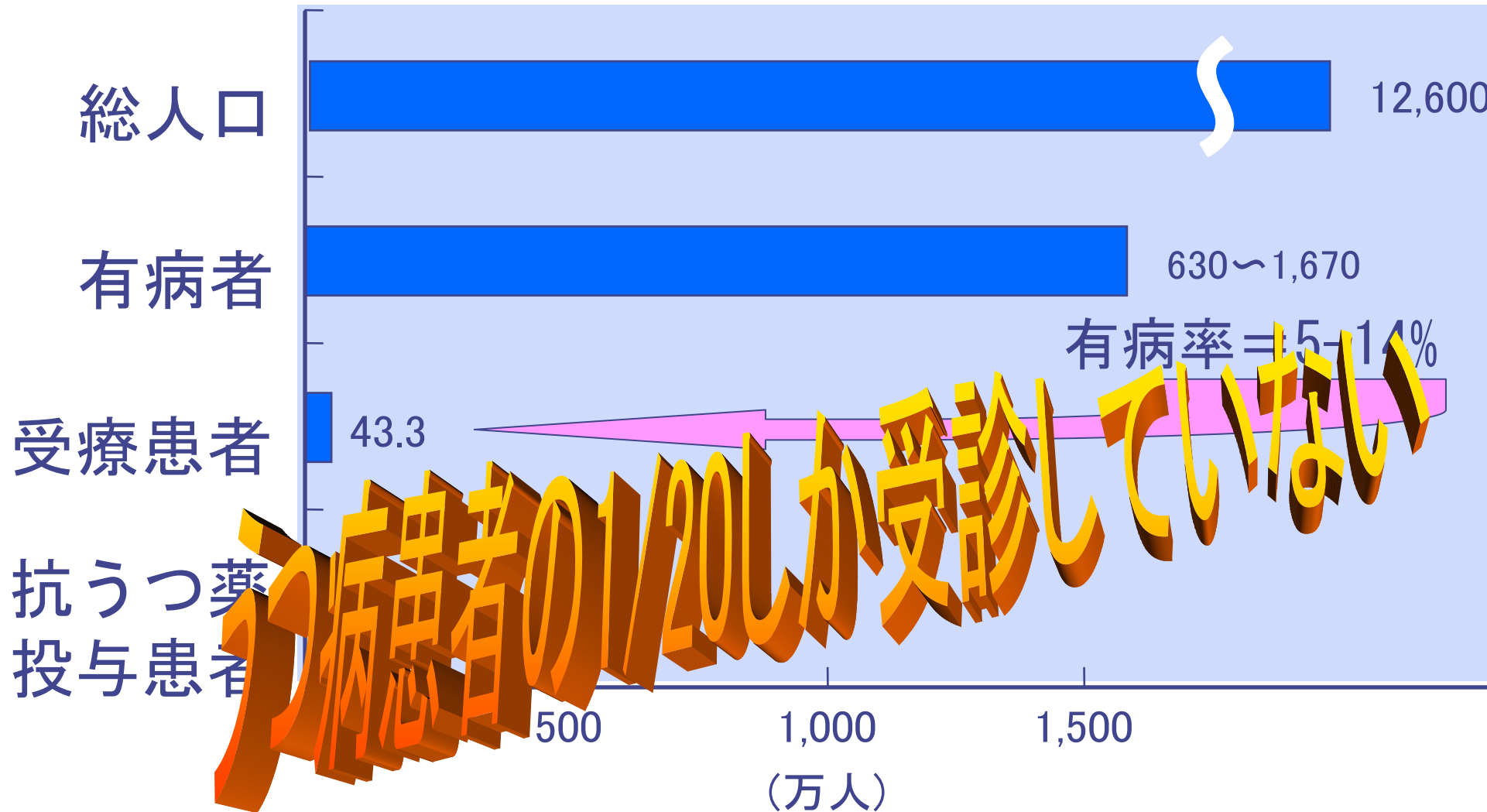
某企業のメンタル受診者数の変化



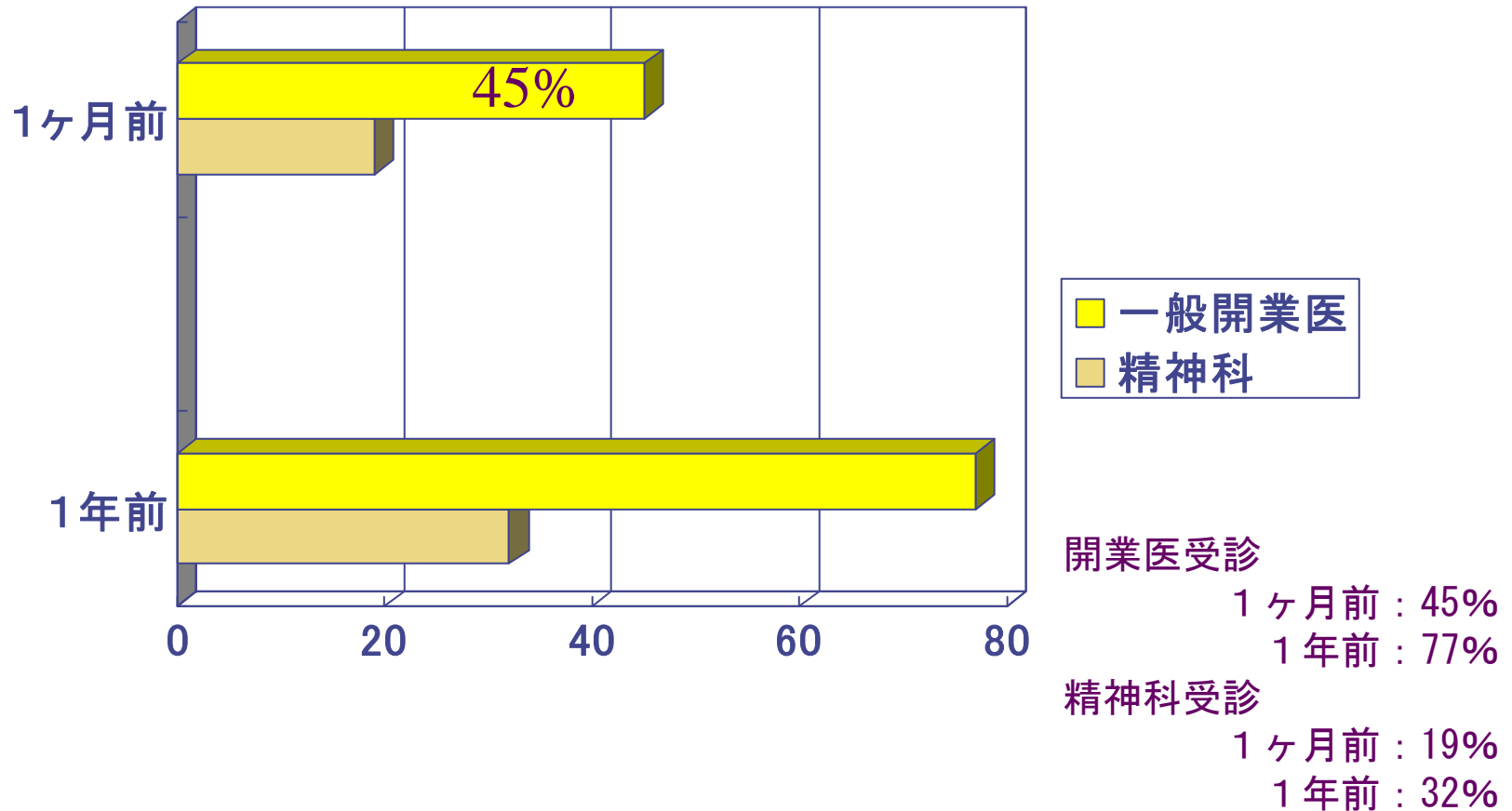
リストラが関係したうつ

過大な負荷によるうつ

うつ病患者数



自殺企図者は、その直前に受診している



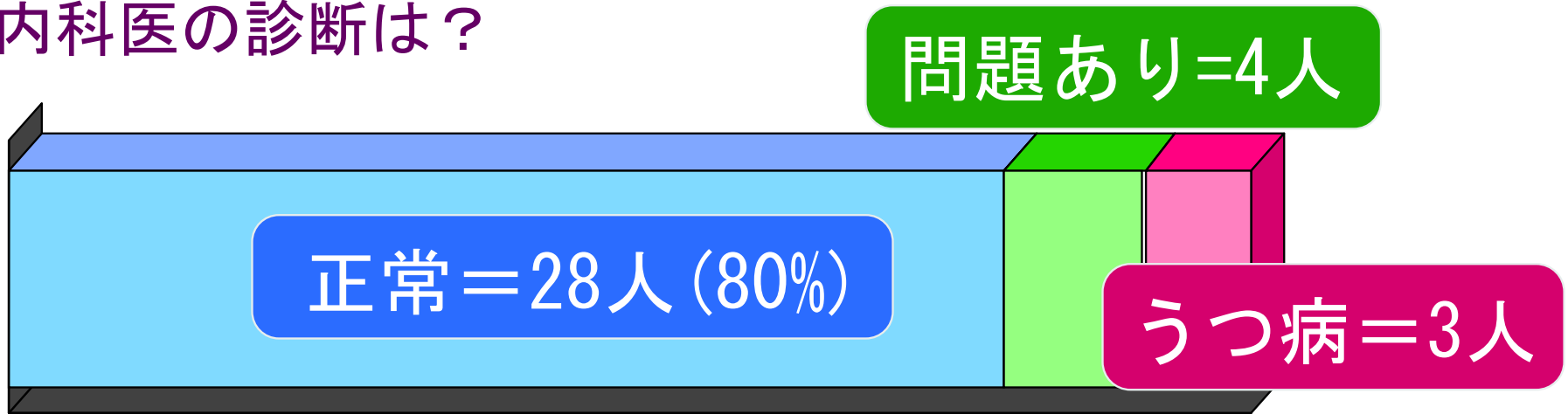
Luoma, JB. et al.: *Am J Psychiatry* 159: 909-916, 2002
40件の研究のreview

一般医はうつ病をどう診ているか？

(長崎大学・中根ら：WHOの共同研究)

一般科受診患者340人と面接→35名（10.5%）がうつ病

内科医の診断は？



一般医がうつ病を診断できた割合は長崎で20%，マンチェスター63%，シアトル57%で，大きな差があった。

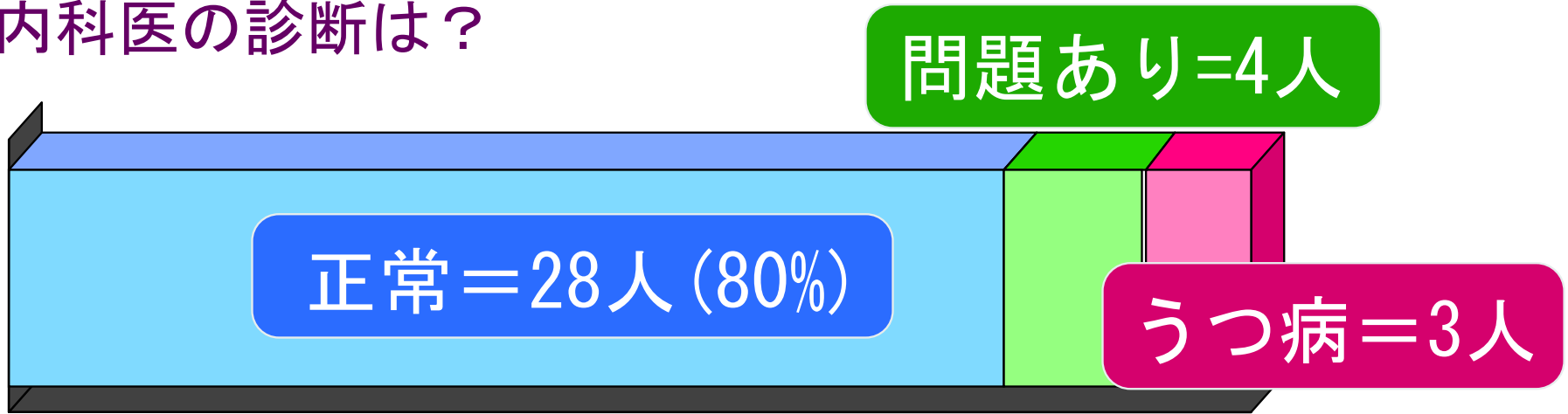
→日本の内科医にはうつ病は診断できない

一般医はうつ病をどう診ているか？

(長崎大学・中根ら：WHOの共同研究)

一般科受診患者340人と面接→35名（10.5%）がうつ病

内科医の診断は？



一般医がうつ病を診断できた割合は長崎で20%，マンチェスター63%，シアトル57%で，大きな差があった。

→日本の従来の卒前教育では精神医学の十分な診断技術は習得できない

心の健康づくりの策定

- ①セルフケア 啓蒙・イントラでの情報・など
- ②ラインによるケア 管理者研修セミナー・
うつ病の部下への対応WS, など
- ③事業内産業保健スタッフによるケア
保健師・看護師・産業カウンセラー・
産業医・メンタル産業医, など
- ④事業場外資源によるケア
産業医のネットワークへの紹介

ストレス→うつへの段階

過剰適応

神経過敏

無関心

引きこもり

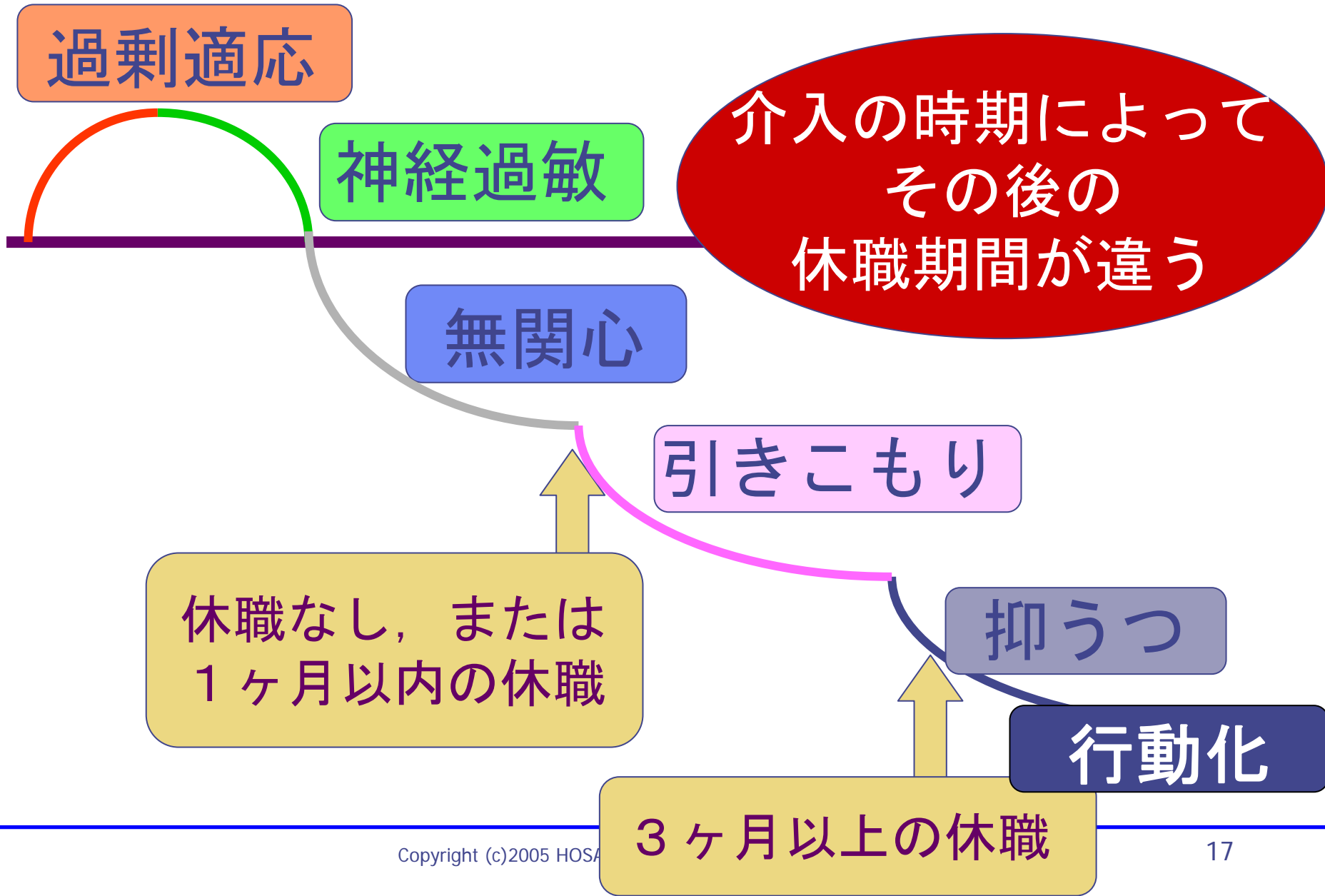
抑うつ

行動化

どこから治療を
始めるかによって
ロスタイムは
違ってきます

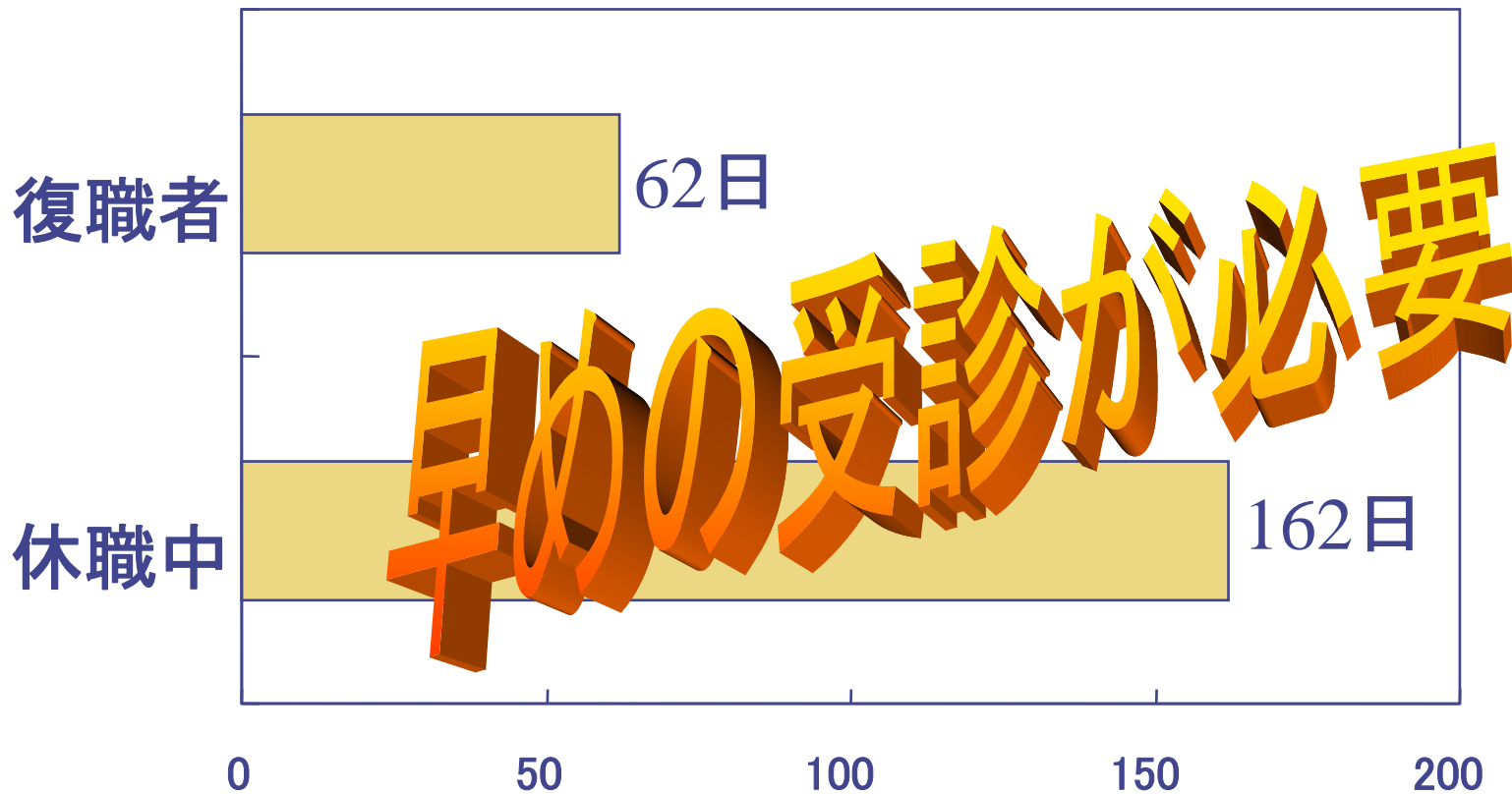


介入時期と休職期間



症状の出現から受診までの日数

復職者と休職中の社員の差



うつに関する大きな誤解

うつは気合が入っていない病気だ！
うつは気合で治せ！

→ うつは脳の病気です

うつになるのは性格的に弱い奴だ！

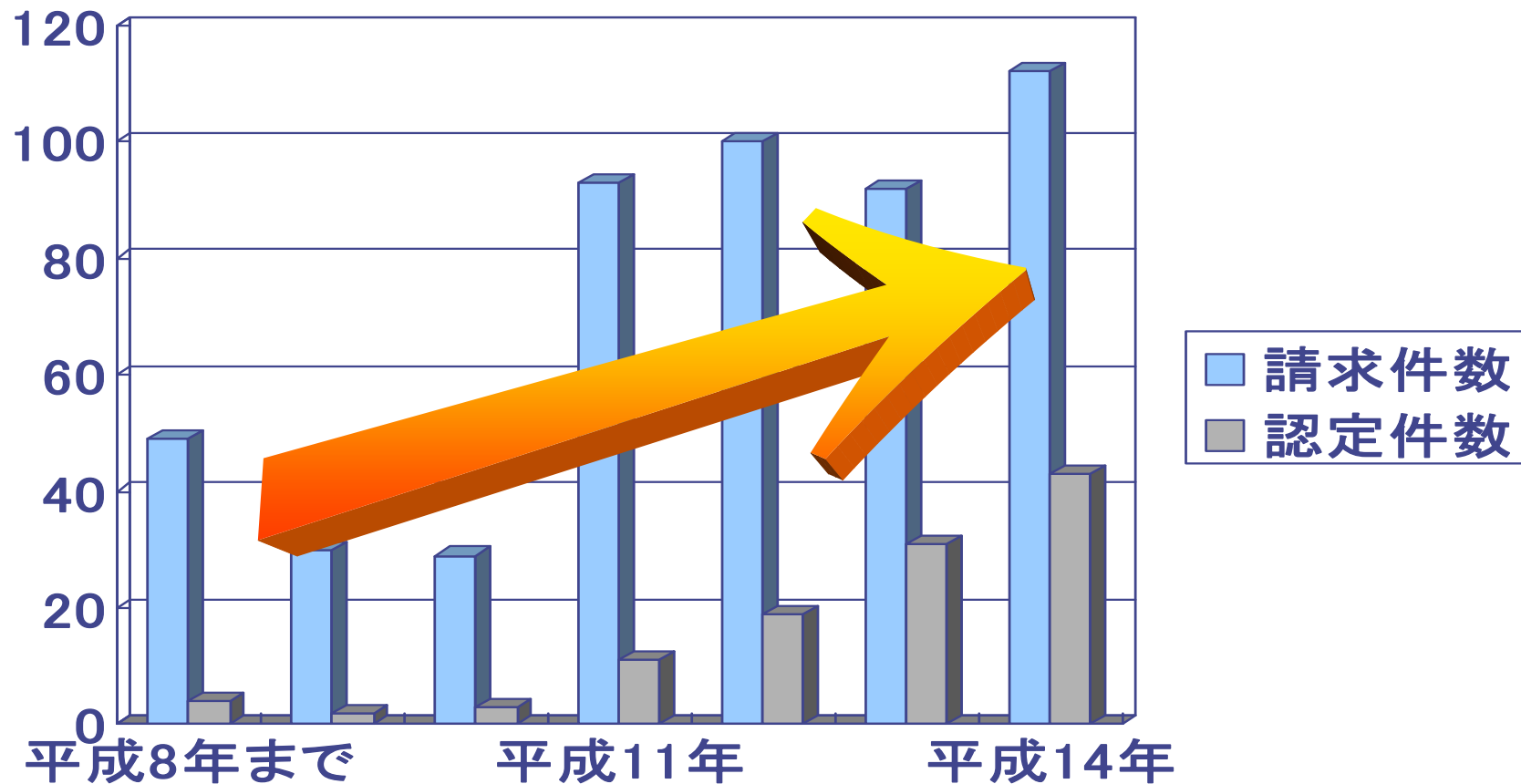
→ いい人が真面目な人が
うつになる

うつに関する大きな誤解

うつは心の風邪のようなもの
(実際4~7人に1人がうつになる)

→ 気管支炎・肺炎くらいに重い

自殺の労災補償状況



過労自殺では職場の責任が問われる

2000年6月

電通過労自殺で和解

→遺族に1億6000万円の和解金

2005年4月

派遣社員の場合、

雇用先・派遣先の両者に責任



安全配慮義務

厚生労働省のガイドライン

100時間/月以上
2~6ヶ月の平均が80時間/月以上
の時間外労働

産業医との面接へ
(平成18年4月より義務化)

メンタルヘルス対策への経済的な効果

- ゼネラルモーターズ社では
 - 欠勤等の労働損失時間が 40% 減少
 - 疾病と事故への保険の給付額が 60% 減少
 - 社員からの苦情が 50% 減少
- マーシュ・アンド・マクレーン社の調査(50社対象)
 - 欠勤率が 21% 減少
 - 仕事上の事故が 17% 減少
 - 欠勤率や仕事上事故が減少したことにより生産性が 14%上昇
- モトマック・エレクトリック・パワー社では
 - 医療部門での診察回数が年間 1.67回/人 減少 (\$46/人)
 - 病欠が年間 6.73日/人 減少 (\$561/人)
 - 事故によるロスタイムが年間 0.92日/人 減少 (\$57/人)

メンタルヘルスが企業に及ぼす経済的な影響

■厚生労働省 資料

- 心の病で1ヶ月以上休む労働者の比率:0.5%
(2003年9月全国の主な製造業2001カ所の調査から)

■IT企業A社の場合

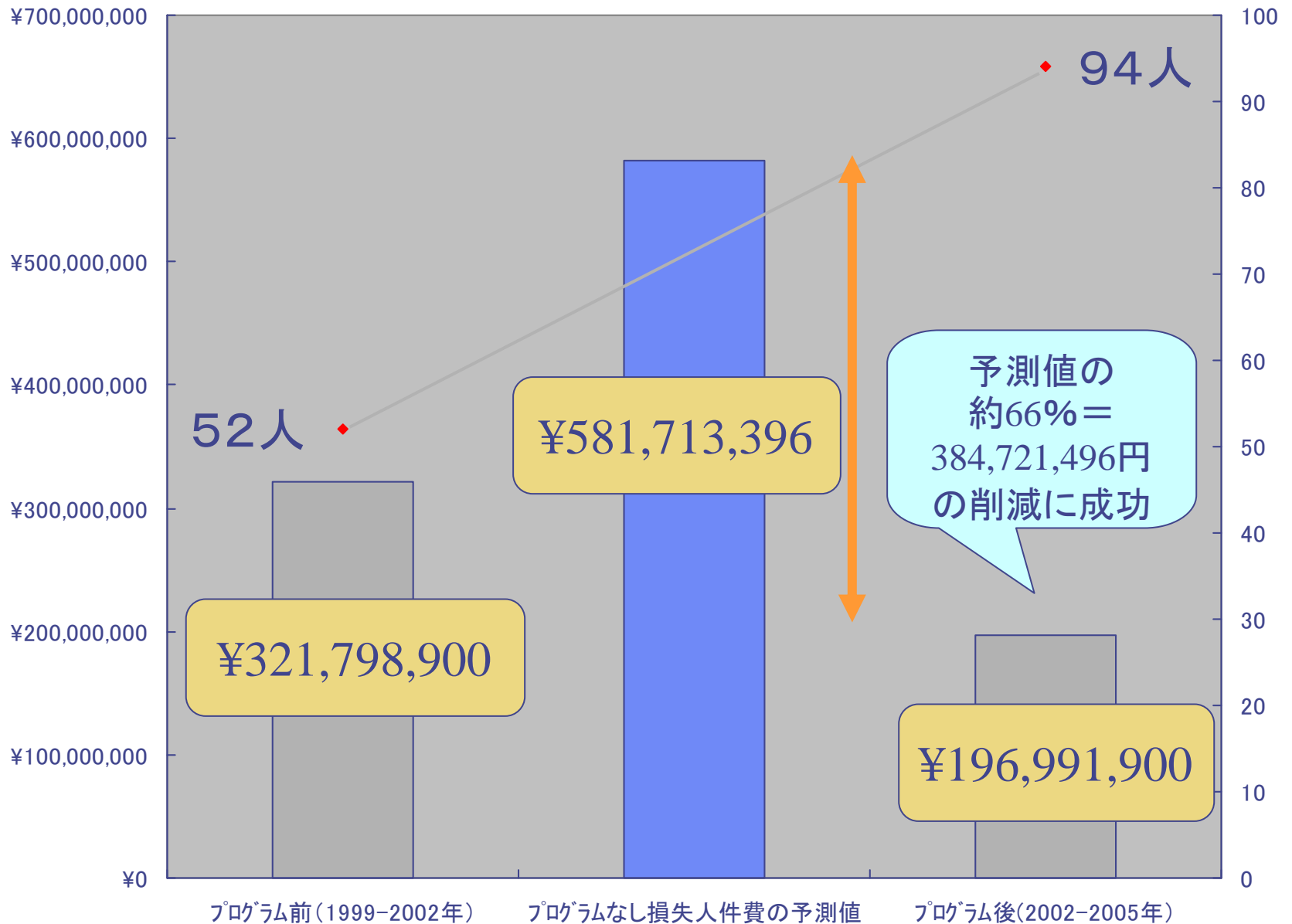
- 社員数2,800人
- 2004年のメンタルヘルス欠勤者数:100人(3.7%)7.4倍!
- 延べ休職日数: 5500日

これを社員平均人件費で換算すると

5500日 × 3000円 × 7時間 = 105,000,000円

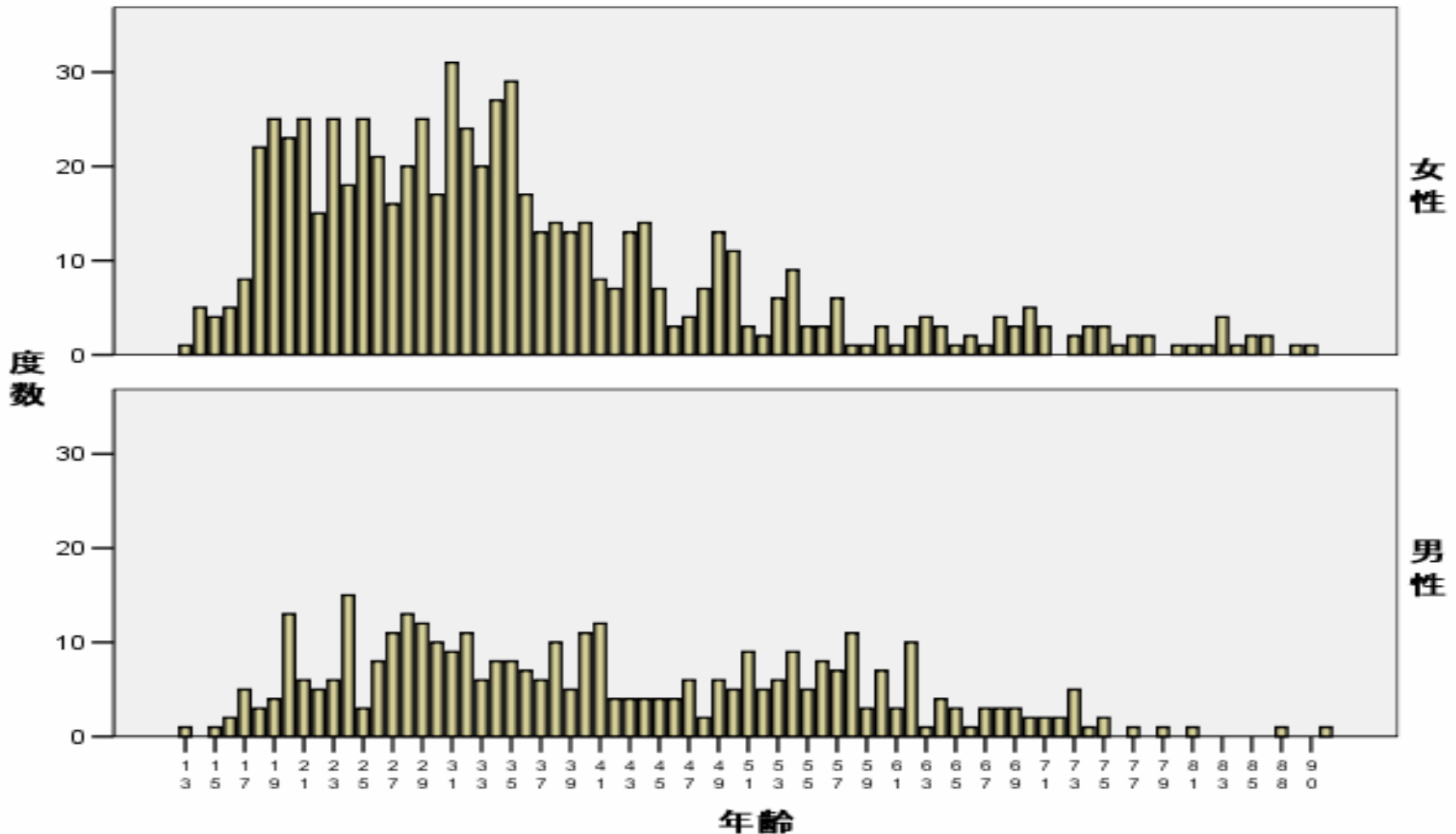
年々増加傾向に...

プログラム導入による経済効果



4カ所の救命救急センター＝3年間で1,725例の自殺企図が集まった

女性で一峰性，男性で二峰性



1,725例の自殺企図 (うち既遂=209例)

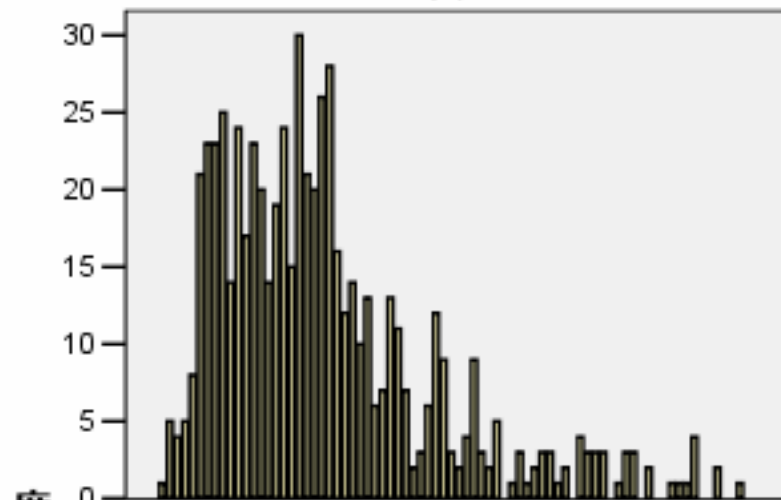
度数

	性別		合計
	男性	女性	
未遂	465	1051	1516
既遂	111	98	209
合計	576	1149	1725

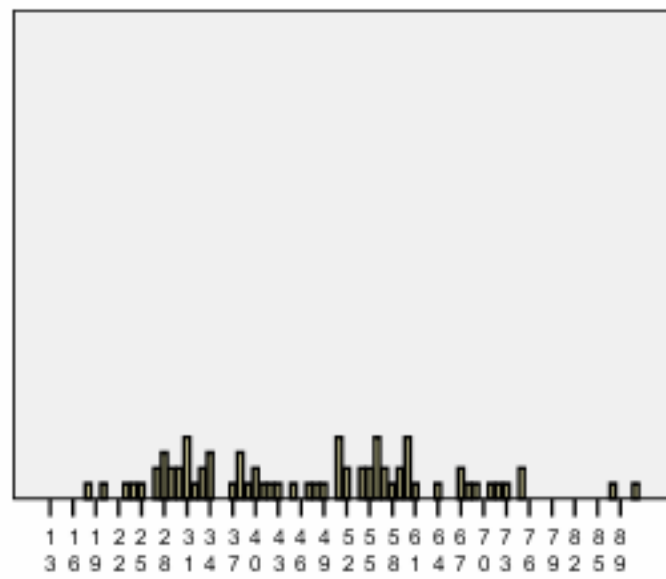
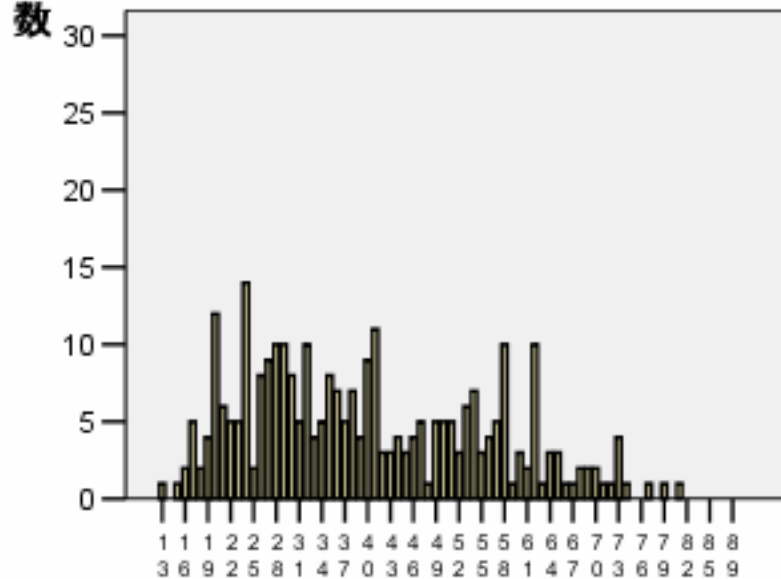
既遂者は全年齢にわたる

未遂

既遂



女性



男性

年齢

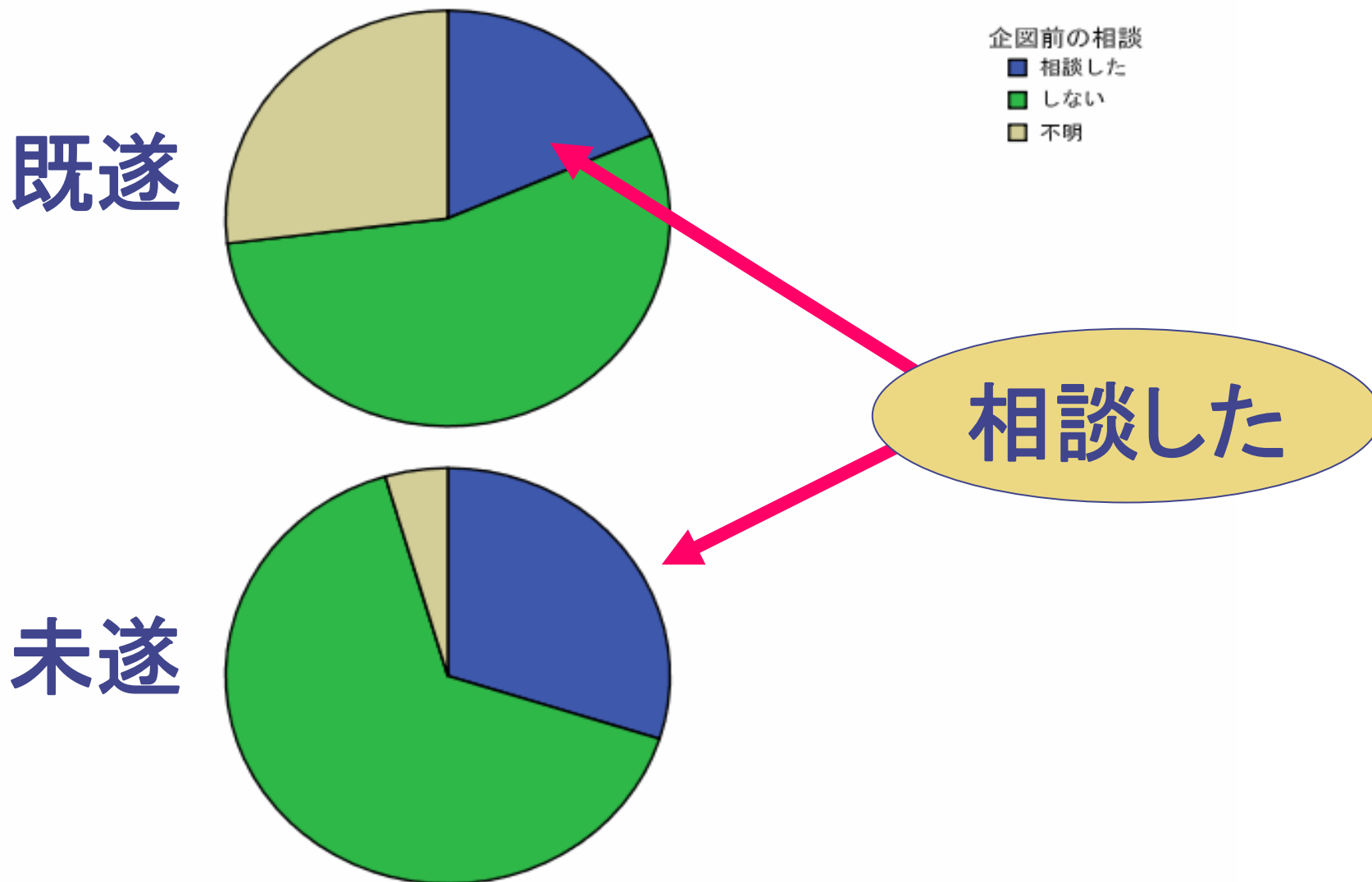
既遂は1回目が多い

	1回目	2回目	3回目	4回目	それ以上	合計
男性	75	1	1	0	0	77
女性	60	4	2	0	5	71

回数のがわかった148例中
135例(91%)は1回目の企図

再企図防止では
自殺は減らない

既遂も未遂も事前に相談していない



コンサルテーション・モデルから リエゾン・モデルへ

コンサルテーション・モデル

問題が生じてから対応する

リエゾン・モデル

問題を未然に防ぐか

早期発見して最小限にとどめる

産業メンタルヘルスのリエゾン・モデル

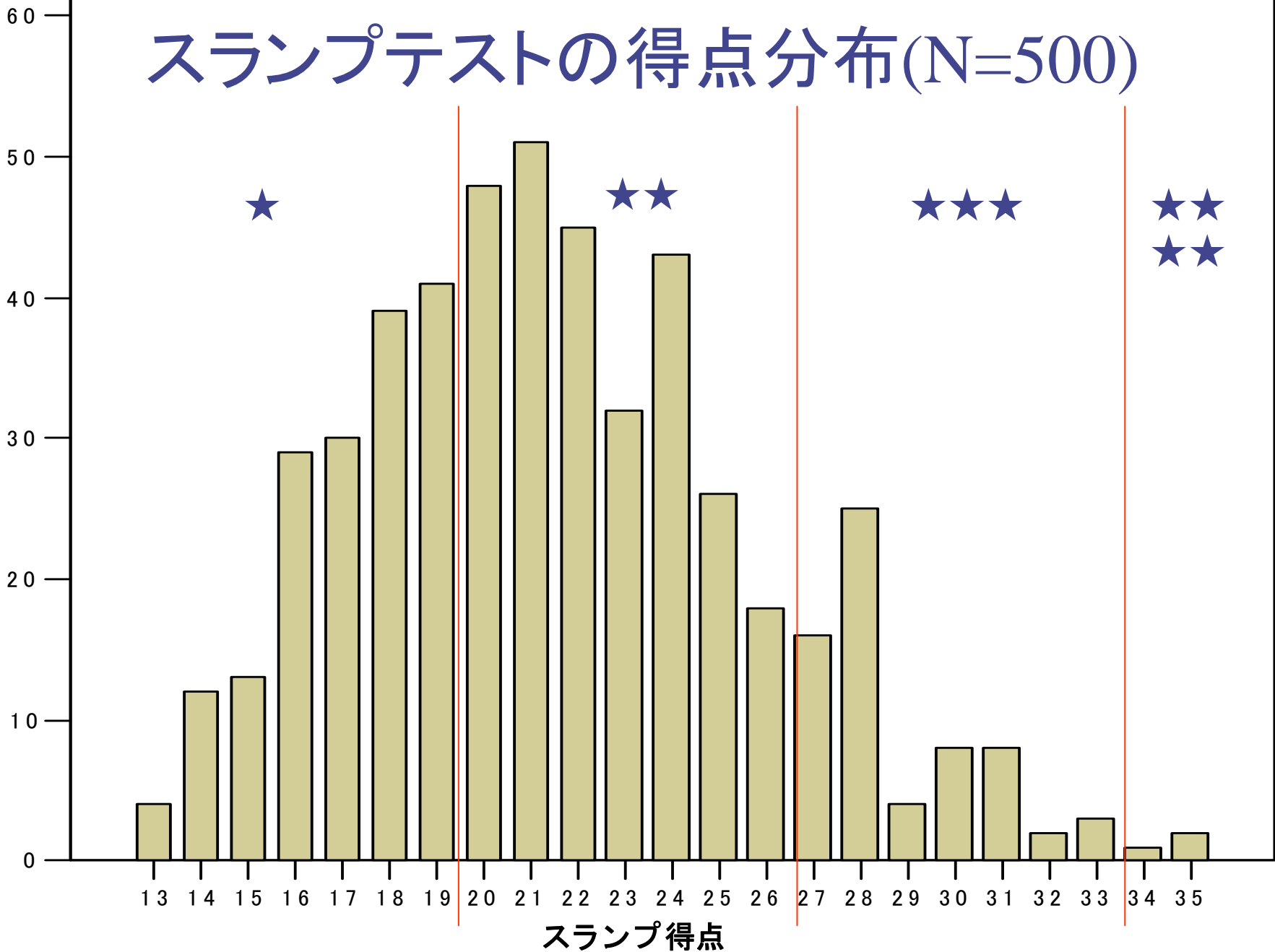
全社員を対象にした健康調査票
過重労働・疲労蓄積度

(中央労働災害防止協会www.jisha.or.jp/)

うつ病・スランプ状態

スランプテストの得点分布(N=500)

度数

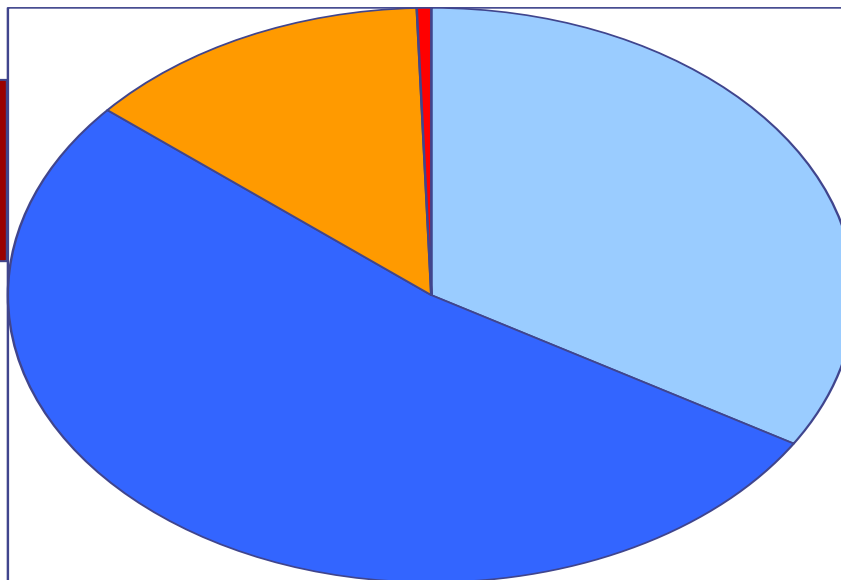


スランプ星と性別のクロス表

			性別		合計
			女性	男性	
スランプ星	★	度数 総和の%	18 6.6%	150 30.0%	168 33.6%
	★★	度数 総和の%	11 4.0%	37 7.4%	48 9.6%
	★★★	度数 総和の%	0 0.0%	26 5.2%	26 5.2%
	★★★★	度数 総和の%	1 .2%	2 .4%	3 .6%
合計		度数 総和の%	136 27.2%	364 72.8%	500 100.0%

早期発見・早期治療へ

13.8%



企業でのうつ得点は睡眠・過重労働と 有意に相関している

Correlations

		Fatigue	Depression	Sleepingtime	Sleepsati sfaction	Difficulty insleeping	Overtime working
Fatigue	Pearson Correlation	1	.751**	.268**	.470**	.257**	.247**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	572	572	572	572	572	572
Depression	Pearson Correlation	.751**	1	.214**	.432**	.313**	.123**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.003
	N	572	572	572	572	572	572
Sleepingtime	Pearson Correlation	.268**	.214**	1	.476**	.093*	.241**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.026	.000
	N	572	572	572	572	572	572
Sleepsatisfaction	Pearson Correlation	.470**	.432**	.476**	1	.240**	.185**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	572	572	572	572	572	572
Difficultyinsleeping	Pearson Correlation	.257**	.313**	.093*	.240**	1	.104*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.026	.000		.012
	N	572	572	572	572	572	572
Overtimeworking	Pearson Correlation	.247**	.123**	.241**	.185**	.104*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000	.000	.012	
	N	572	572	572	572	572	572

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

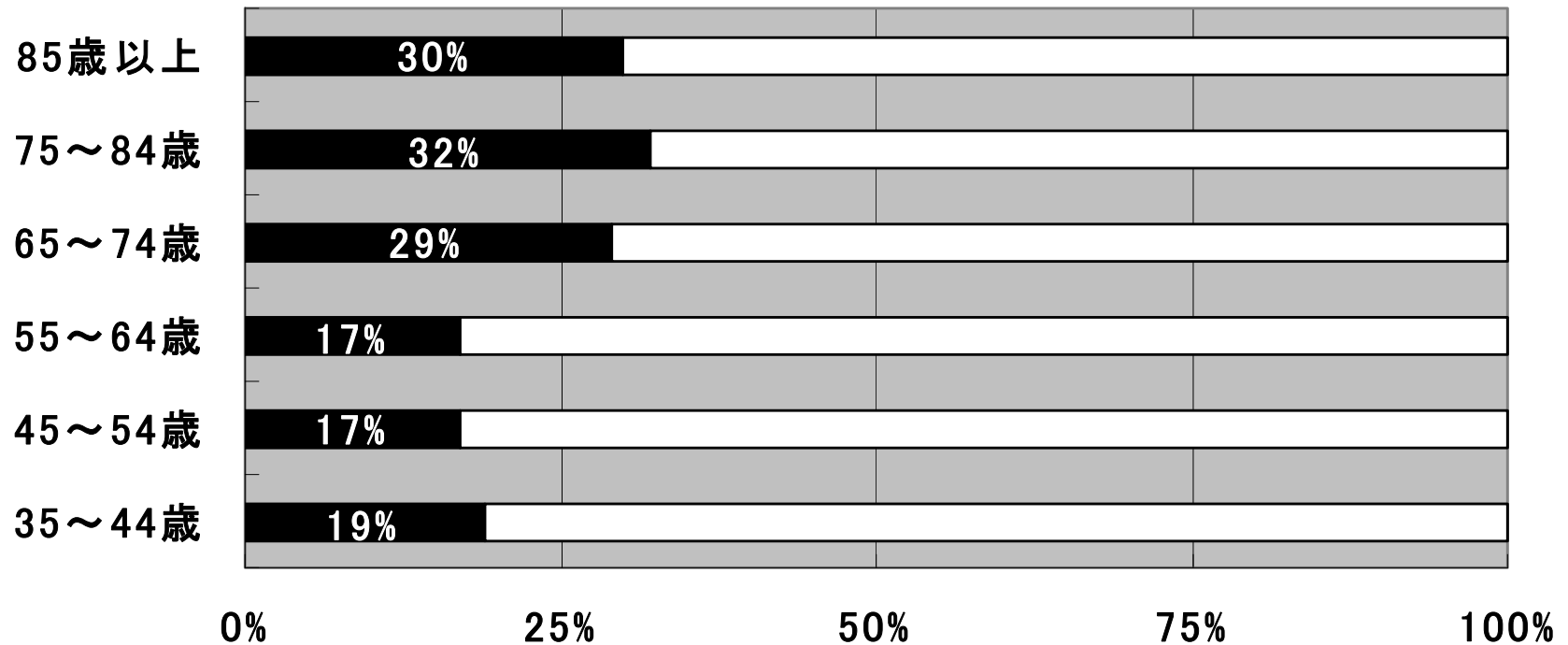
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

在宅介護者の4人に1人がうつ状態

7,500人

年代別介護者の希死念慮

■ 少しある/ある □ ない/あまりない



65歳以上の介護者の3割以上に希死念慮
実際に治療を受けている者は、2-4%

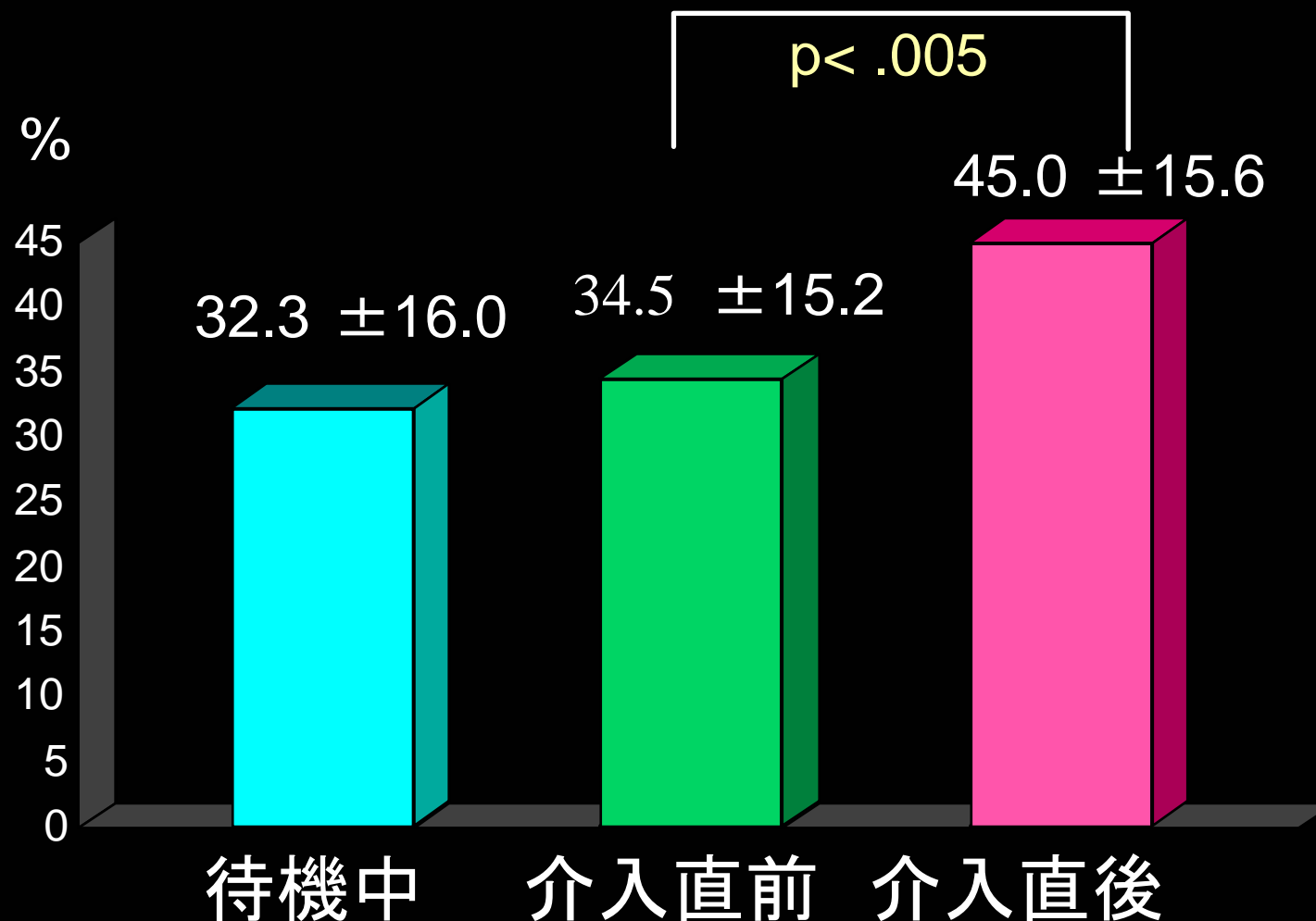
介護者への集団・支援プログラム (構造化された介入)

6-10人の介護者と2名の指導者
毎週1回90分を5週間連続
それぞれのセッションには

心理社会的教育
ディスカッション
リラクゼーション



ナチュラルキラー(NK)細胞活性の変化



中学生の抑うつスクリーニング

対 象

総数566名（男子290名、女子276名）

1年生209名（男子=102名，女子=107名）

2年生167名（男子=92名，女子=75名）

3年生190名（男子=96名，女子=94名）

方 法

自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C)

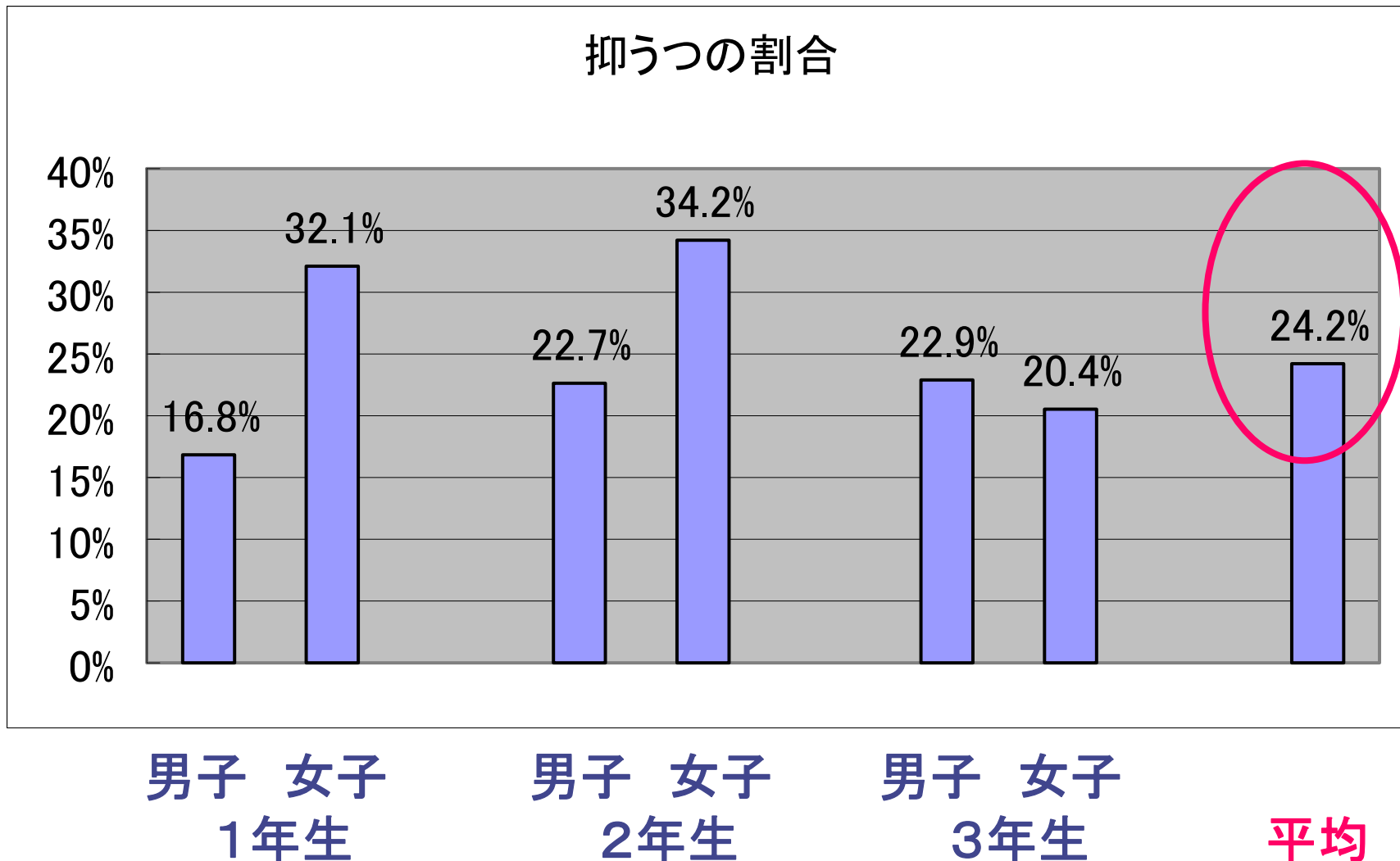
(Birleson, 1982)

18項目：3件法（0, 1, 2）で36点満点。

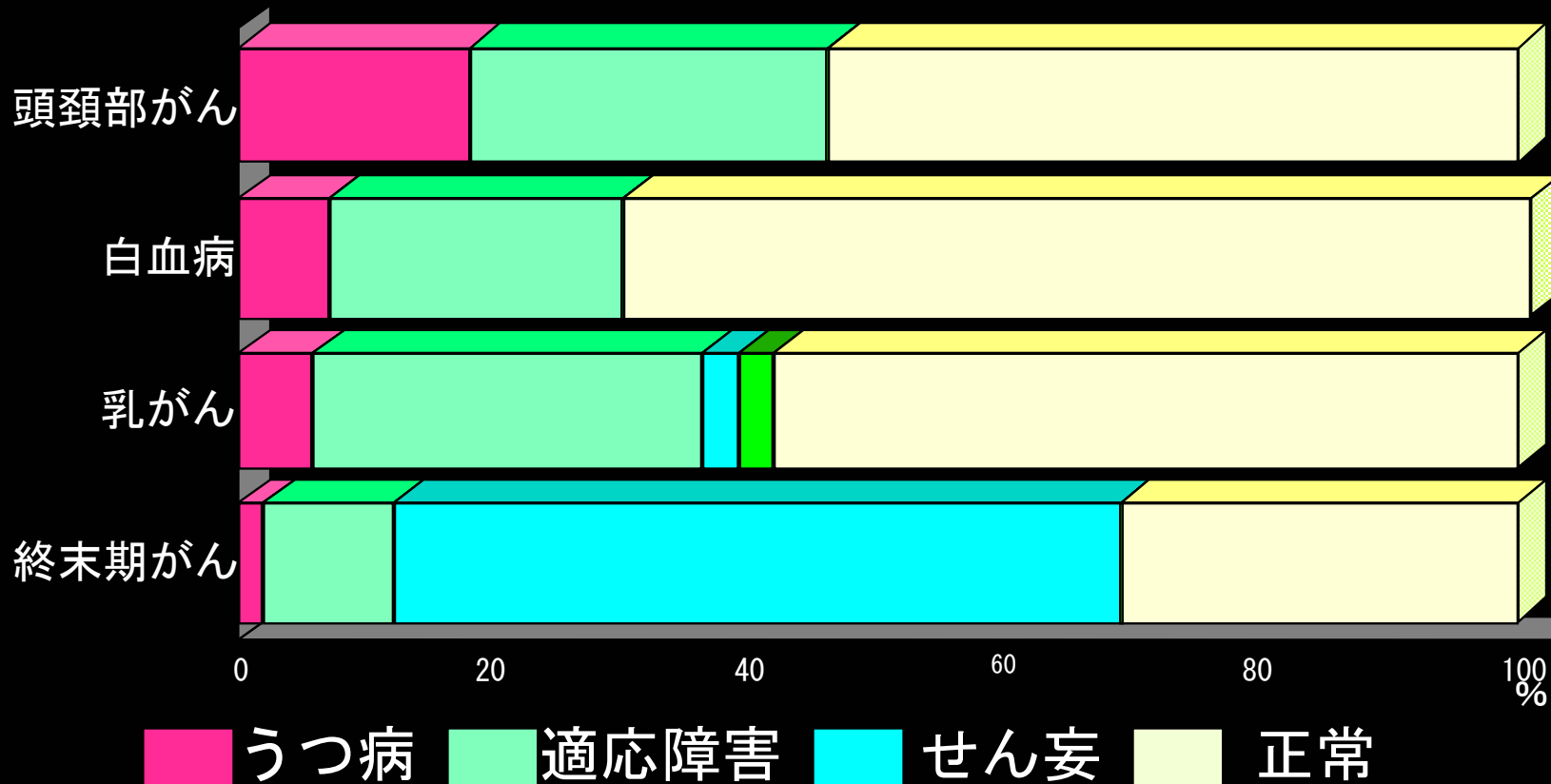
得点基準（カットオフ点）は16点。

点数の高いほど抑うつ傾向が高い。

中学生の4人に1人がうつ状態



がん患者の精神症状

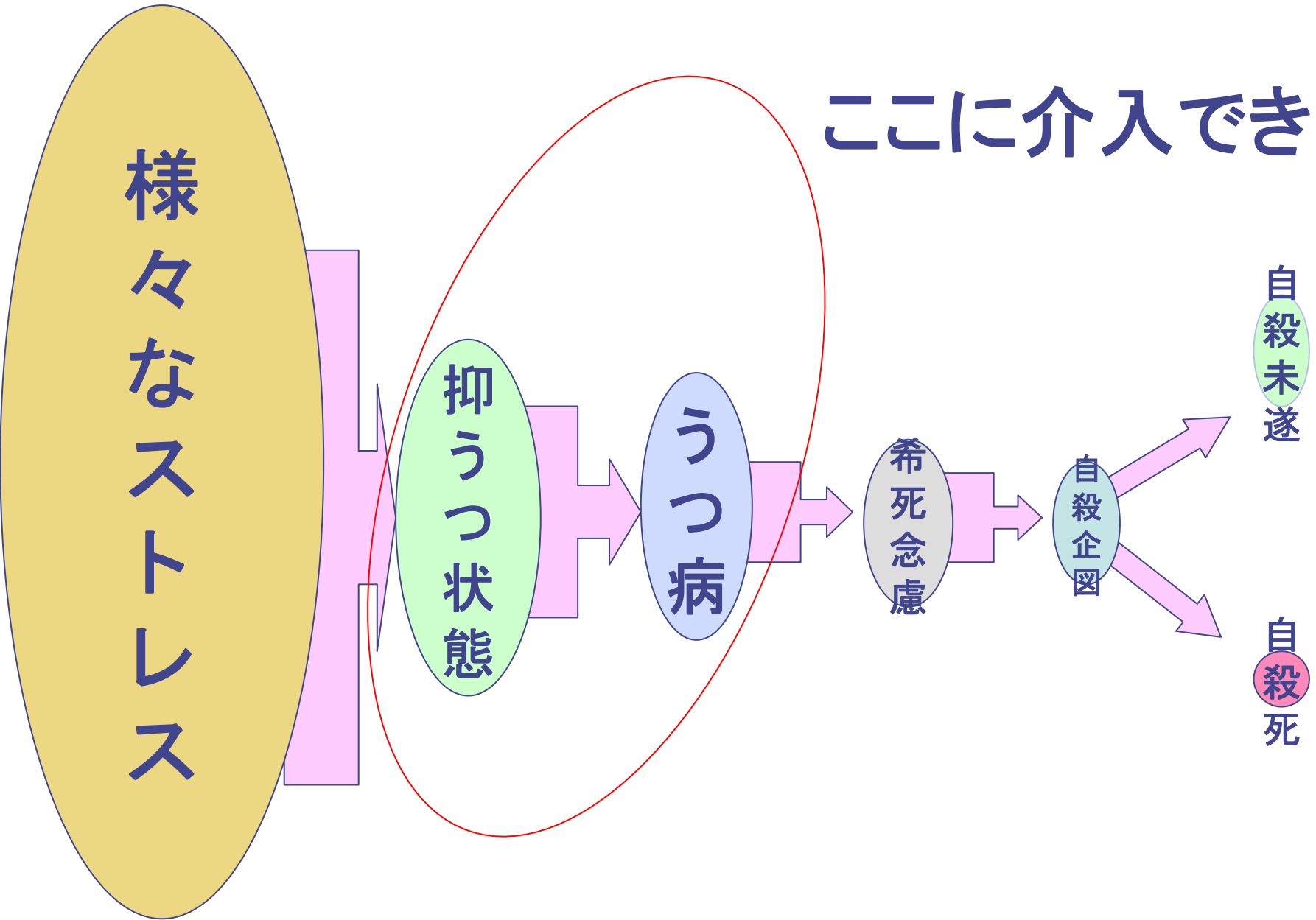


がん患者の1/3には特別な心理的配慮が必要

ここに介入できる

自殺未遂

自殺死



様々なストレス

抑うつ状態

うつ病

希死念慮

自殺企図

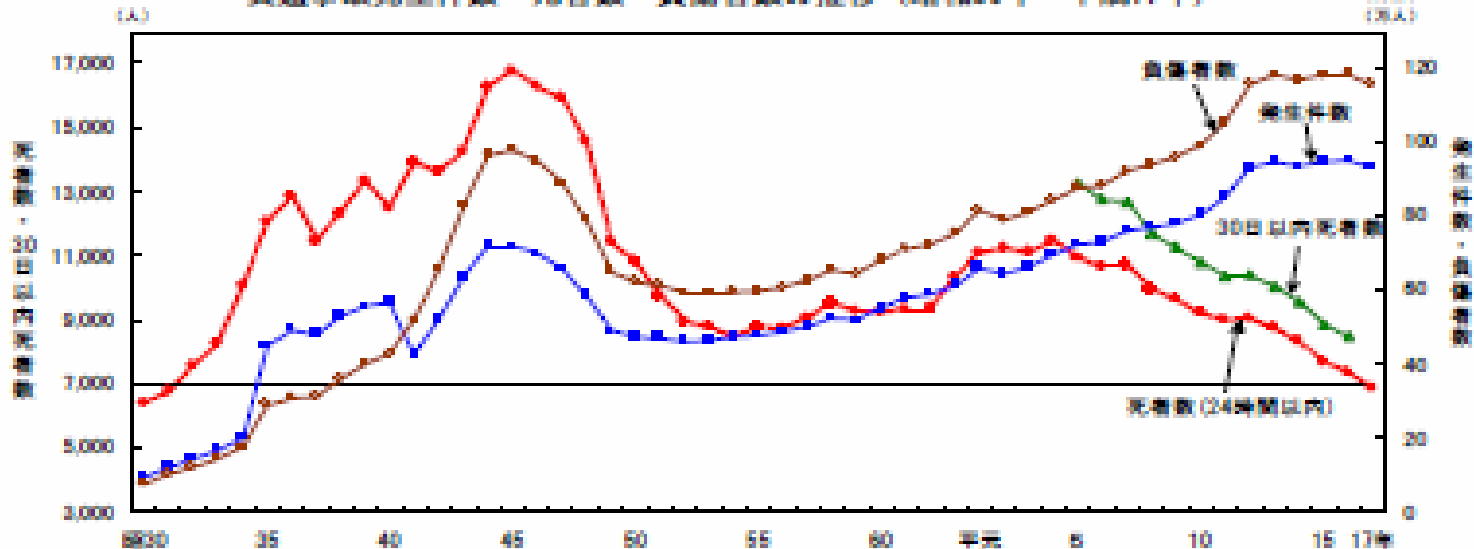
うつ病スクリーニング教育が必要

身体疾患患者・介護者・中学生・
超過勤務者などのハイリスク群への
一次予防的介入が大事

- ・医師へのうつ病スクリーニング教育
- ・ケアマネへのうつ病スクリーニング教育
- ・教師へのうつ病スクリーニング教育
- ・上司へのうつ病スクリーニング教育

「こころの安全週間」の提案

交通事故発生件数・死者数・負傷者数の推移（昭和30年～平成17年）



平成18年には
6,352人！

年間6,352人の交通事故には既に
春と秋に交通安全週間
年間3万人の自殺にぜひ
春と秋に自殺予防週間を