

平成
20年度

圏域地对協研修会(県民公開講座)

うつ・自殺対策 ～大切な命守ろう地域の輪～

日 時 平成21年2月1日(日) 13:00～17:00

場 所 福山労働会館みやび

主 催 福山・府中地域保健対策協議会
広島県地域保健対策協議会

総合司会 堀江正憲 広島県地域保健対策協議会常任理事 (広島県医師会常任理事)

参加者 医療関係者288名 一般154名 計442名



総 合 司 会



広島県地域保健対策協議会
常任理事
(広島県医師会常任理事)

堀江 正 憲

今年度の開催は、担当の福山・府中地域保健対策協議会と調整した結果、全国的に年々増加している、うつ病、自殺に照準を合わせ、その対策を議論いただくために、テーマを『うつ・自殺対策～大切な命守ろう地域の輪～』として本日の研修会を開催した。

広島県の自殺者数も年々増加傾向にあり、平成10年に701人。その後も高い水準で推移している状況です。本日は、県民の方々、県内各地域、各圏域、各地対協の関係者の方々に参加をいただき、議論いただきたいと思う。出席の皆

さん方には、本日の研究成果を持ち帰っていただき、今後の活動に反映していただきたいと考えている。

開 会 挨拶



広島県地域保健対策協議会会長
(広島県医師会会長)

碓井 静 照

今日は県民、福山市民の人を中心に、一般の方も加わっていただき感謝を申し上げます。

地域保健対策協議会は、広島大学、行政、医師会も入り、歯科医師会、薬剤師会、看護協会と、いろいろな職種の方に入っていて、みんなで地域の保健医療について考え、県民の暮らしをしっかりと守っていこうという会です。

この研修会は平成7年度から始まり、私は今、ネクタイをわざと着けてきたのですが、最初は皆、ネクタイを取って、一晩ゆっくり話し明かそうというので前夜祭のようなかたちでやり、夜、少しぐらいお酒も飲みながら議論をして、いかに保健医療はあるべきかという話をしていたが、だんだんと短くなって1日で終わるようなかたちになった。

今回で14回目だが、福山・府中圏域地対協の会長の、長先生を中心に今日は準備をしてもらい本当にご苦労さまでした。ご存じの通り今、医療界が非常に混乱というか、医療が崩壊しており、いろいろな医療の職種の人が足りない。介護のほうはもちろん足りないし、医師も看護師も足りない。薬剤師も足りないし、医師の中でも麻酔科も足りない、小児科も皆さんのご存じの通り、産科の先生も足りない、外科も足りないよという調子で、みんなが困っているような状況です。これはひとえに、いろいろなことをいわれているが、社会保障費が少なすぎて、医療費では世界で22番目、対GDPは、非常に後ろのほうにいて、これを先進7カ国並の7番目に持っていくためには、50%の医療費も含めて社会保障費を上げないと間に合わない。

去年10月、読売新聞社がキャンペーンを上げて、大きな活字で7ページにわたって医療問題を取り上げたが、今のように1%以下、0.5%そこそこでは、みんな辞めてしまったり、病院や診療所は倒れてしまったり、閉鎖をしていかなければならないような状況にある。そんなこともこういう機会を通じてみんな勉強していただき、本当かなというようなことで関心を持っていただければと思っている。

今日は去年に続いて、皆さんの参加をいただくということで研修会をしているが、「うつ・自殺対策～大切な命守ろう地域の輪～」ということで、講師に防衛医科大学校の野村総一郎教授を迎えて基調講演をいただくことにしている。またシンポジウムでは、広島大学精神神経科の山脇成人教授を迎え、いろいろな専門家の方にパネリストとしてシンポジウムをさせていただき、フロアからも、どしどし発言をいただければと思っている。

終わりになるが、本日の研修会にあたり担当圏域である福山・府中地域保健対策協議会の長健府中地区医師会長様を始め関係団体の方が大変ご努力していただいたので、これに対しまして謝意を申し上げ挨拶とさせていただきます。



福山・府中地域保健対策協議会
会長

(府中地区医師会会長)

長 健

皆さん、こんにちは。府中地区医師会の長です。今日は大変寒い中、平成20年度圏域

地対協研修会にたくさんの方においでいただき感謝する。県下の医療、保健、福祉の関係者が約300名。3年前から県民公開講座になっており、一般の方が100数十名おいでいただいた。本当に感謝申し上げます。今年度は福山・府中地対協がお世話させていただいた。

それでは少し時間をいただいて福山の観光スポットを紹介させていただく。毎年5月の3週目ごろの土曜・日曜日の2日間、通称バラ公園で、緑町公園というのが福山駅から南側のほうに歩いて15分ぐらいのところであり、そこで「ばら祭」が行われる。2日間で延べ85万人ぐらいがおいでになる。現在280種類5,500本のバラが咲いている。このバラというのは1985年に福山市が市の花として制定、福山市のシンボルとなっている。現在、福山市は100万本のバラの町を目指して頑張っているところである。

福山から南のほうにバスで約40分行ったところに軻の浦という所があり、5月2日から5月一杯に行われる観光鯛網が、約370年前からこの鯛網が続いている。縛り網という古典的な漁法で鯛を捕まえるのだが、これは産卵のために豊後水道や紀伊水道を通って軻の沖に集まってきた鯛を捕るということで、非常に見て勇壮な鯛網です。

鯛網は軻の仙酔島の沖で行われ、その仙酔島の浜辺では樽太鼓を伴って大漁節が歌われる。これはやはり海の安全と大漁を祈願して行われるもので、そのときに乙姫様の舞がある。この乙姫様は、海の安全を願って舞う。

福山の少し西のほうに草戸というところがある。そこにある明王院の五重塔は、807年に空海が開祖した寺院であり、現在この五重の塔と本堂は国宝に指定されている。

これが大体主なところで、そのほかに神辺町では菅茶山の廉塾もある。山野町に山野峽もある。それから新市では備後一宮もある。府中では首なし地藏とそれから南に行くと沼隈町に阿伏兎観音などがある。

さて今年度の研修テーマは、うつ・自殺とさせていただきます。平成10年から全国では3万人以上の自殺者が出て、今でも高い水準になって

いる。この福山・府中2次保健医療圏内でも平成10年から約100名以上の自殺者が出ており、約60%は、いわゆる働き盛りの方である。平成16年に、地対協でうつ・自殺、職域のメンタルヘルス対策について約1,000事業所において調査をさせていただいた。その結果は平成17年の3月に関係者にお配りをしている。それを境に、この圏域でもネットワークづくりを進め、社会全体で自殺対策をすれば必ず自殺は防げるというスローガンの下に、現在、自殺対策に頑張っているところである。

国においても平成17年に自殺対策基本法ができた。その翌年には、自殺対策を国が推進すべき指針である自殺総合対策大綱が閣議決定され、さまざまな施策がされているが、自殺の数は一向に減らないというところである。それどころか昨年の金融危機に続く経済の不安後退により、うつ・自殺の方の数はますます増えるのではないかと思っている。こういうときに県民の皆様を交えて、うつ・自殺対策を研修する機会が持たれたことは誠に意義深いものであると思っている。

今日、特別講演をお願いしている防衛医科大学教授の野村総一郎先生、その後のシンポジウムの座長をしていただく広島大学の山脇成人先生には、大変お忙しいところおいでいただきありがとうございます。シンポジストも、その分野で第一級の方においでいただいている。本日の研修会が、出席の皆さまにとりまして大変実り多い研修会となりますよう祈念し開会の挨拶とする。



福山市長 羽田 皓
ご紹介いただいた市長の羽田です。先ほどは長先生のほうから福山市の紹介をしていただいた。私の代わりに福山市の観光施設ということで紹介していただき本当に感謝する。

本日ここに平成20年度圏域地対協研修会が開催されるにあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

皆さま方もご承知の通り最近の地域医療を取り巻く情勢は大変厳しい状況にあり、特に医師不足や地域的な医師の偏在化により産科・小児科の廃止や救急搬入の拒否など、過疎や高齢化に悩む地域のみならず都市部においても深刻な状況に置かれている。圏域地対協の皆さま方とは、これまで以上に連携する中で医療提供体制の整備に向け取り組む必要があると痛感してい

るところである。

さて本日のテーマでありますうつ・自殺問題についても、警察庁の資料によると1998年、平成10年以降10年連続して全国で自殺数が3万人を超える状況が続いている。早急な取り組みが求められているところである。

こうした状況を受け、国においては2006年、平成18年に自殺対策に関する基本理念や国・地方公共団体等の責務等を定めた自殺対策基本法を制定したところである。また、翌2007年、平成19年には政府が推進すべき基本的かつ総合的な自殺対策の指針として自殺総合対策大綱を策定すると共に策定後の施策状況のフォローアップ結果等を踏まえ、昨年10月には、当面、強化、加速化していくべき施策として自殺対策加速化プランが示されたところである。本市においても「健康ふくやま21」の中でメンタルヘルスにかかわる講演会やストレスチェックリストの配布、精神保健福祉相談等に取り組んできたところだが、2007年度、平成19年度に実施をした市民健康意識調査ではストレスを感じる人の割合が大きく増えているという結果が出ている。自殺の背景としては、健康問題のほか経済問題、家庭問題、教育問題等のさまざまな社会的要因が複雑に絡んでおり、その対策については行政だけでは限界があり、地対協の皆さん方と共に連携を図る中で医療機関を始め事業主、学校、関係する民間団体等の相互の理解、協力の下に実施していく必要があるものと考えている。今後とも一層のご支援とご協力を賜りますようお願いを申し上げます。

今回、うつ・自殺をテーマとした研修会が開催されることは、誠に時宜を得た有益な取り組みと考えている。この平成20年度圏域地対協研修会が皆さま方にとって実り多いものとなると共に、今後、地対協のますますのご発展とご来場の皆さま方のご健勝を心から祈念をいたしましてご挨拶とする。

基 調 講 演



座長 広島県福山地域保健所
所長

米 田 哲 幸

「自殺の心理とうつ病」



防衛医科大学校精神科教授

野村 総一郎

私は広島出身の者だから広島に招いていただくと、とてもうれしい。だけど福山は子どものときから一度も来たことがなくて初めてなので、

そういう意味でも非常にうれしく思っている。

今日、依頼を受けたのは自殺の心理とうつ病ということで、自殺される方が全部うつ病だということではない。だけど自殺の背景にある病気とすれば、やはりうつ病が一番多いということはいえる。よく国の対策などでもそうだが、自殺とうつ病というのはペアとして一緒に語られることが多いということで、うつ病に焦点を当てて自殺対策について考えてみる。

分かりやすくということを考えてお話できたらと思う。統計を示したり、心理学的な面から少しお話しして、それからうつ病の話に行く。それからポイントという、これは型通りのことになるが、皆さんのシンポジウムに続けての基調になるようなベースの非常に基本的な話ということになる。

先ほど来いろいろお話もあるが、昭和53年から、わが国における自殺者数の変化だが、もともと日本は、先進国の中で自殺が非常に少ない国だった。ところが平成10年から急に、前年が2万4,000人ぐらいと非常に少ないままで来て、むしろ減る傾向があったが、急に増えて3万人を超えているということが目立つようになった。それ以降、二度と下がることはなくずっと増え続けているという高止まりしているという状況にある。

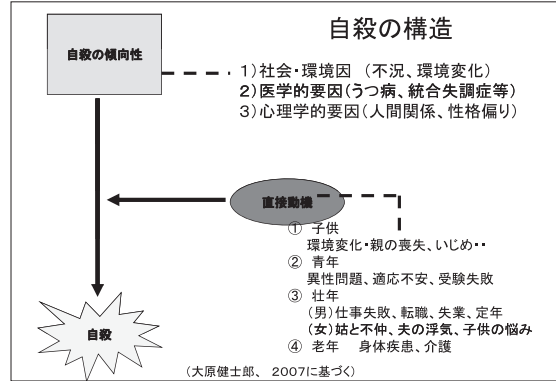
平成10年という年に何があったかと見てみると長野オリンピックが開かれた。そのために自殺が増えたわけではない。もう一つの事件は長銀が倒産。山一証券が倒産したりとかいうような状況が続いた。だから経済状況ということは明らかである。

ちなみにアメリカはすごく自殺者数が少ないままでずっときている。リーマン・ブラザーズの破綻があったが、日本のこの当時の経済の状況と似ている。だから今年はまだ増えることはまず避け難いと思われる。

先週、アメリカ軍の中の自殺者数が年間128人で10万人当たり換算すると、ほぼ22人に達するということが発表された。アメリカ人は10万人当たり19人の自殺率だから、米軍の兵士はよ

く自殺するということになる。日本は10万人当たり29人だから、すでにアメリカ軍のイラクに派遣されている兵士よりはるかによく自殺するということが数字的にも示されている。

スライド①



スライド①

自殺の構造のお話をする。自殺というのは、いろいろな面からとらえなければいけないし、単純にとらえると大きく考えを誤る。

スライド②

予防対策のために知るべき自殺者の心理
(大原健士郎、自殺の臨床、2007などに基づく)

- 孤独
- 「死にたい」「救ってもらいたい」の相克
- 自殺の予告
- 自殺は流行する
- 対策はいろいろやってみる価値がある

責任論に終始することは不毛

スライド②

これは私が非常に尊敬している自殺学者の大原先生のスライドをそのままお借りしてきたが、自殺というのが起こるためにはこういう構造がある。自殺に引っ張るような傾向性というものが出来上がって、それに直接ポンと背中を押す動機が加わって自殺するということになる。

自殺の傾向性をつくる、自殺へ自殺へと引っ張っていくような要素というのは、実は3つあり、1つが社会・環境因。これは不況、経済的な要因とか派遣切り、環境の変化というような社会・環境因というものがある。これはすごく大きく影響する。それから病気。これが医学的な要因で、うつ病とか統合失調症などの精神病性の障害、こういうものがあると、やはり自殺に引っ張る。それから第3が心理学的な要因で、

人間関係が非常に悪いとかパーソナリティー、むしろ病気という意味ではなくて性格的に非常にある意味偏っているということがあると、ある種の場合は自殺に引っ張る。この3つが絡んでいて、傾向性が高まっているところにポンと背中を押すと自殺に至る。ポンと押す要素は年代によって違う。子どもの場合には、いじめとか親御さんが亡くなられたということが、自殺の引き金になることもある。いじめが一番多い。それから青年期は、やはり異性問題とか、これから適応ができるか就職の問題とか受験の失敗など。それから壮年期が今の派遣切りとか転職とか失業とか定年を迎えたとかそういうことになるし、嫁姑の不仲だとか夫の浮気、子どもの悩みとかいろいろこういうようなものが引き金を引く。老年期の場合は身体的な病気とか介護絡みのことなどが影響して、こういうことがあったらみんな自殺するわけではなくて、こういう傾向性がある人が自殺する。

だから対策を立てるときには、病気のことだけ考えたら自殺対策はいいというものではない。それから自殺は結局経済的なことなのだから経済対策をすればいいではないか、それだけではない。だからいろいろな対策を複合的に立てるとというのが、やはり考え方だろうと思う。やはり大原先生が自殺者の心理と心持ちを知らなければいけないと言われていて、孤独感というのがすごく重要で、自殺の心理とは孤独の心理であると、さみしい、誰もサポートしない、どんなにつらい目に遭っていても、一緒にみんなで苦しんでいるとかそういうときは案外自殺は起こりにくいかもしれない。つまり孤独感。だから単身者は非常に多い。あとで責任論のことも言うが、自殺した方の家族に何かその人を孤独にさせるような問題があったから自殺したという意味ではない。トータルで見て、やはり孤独という環境が非常に大きく働くということを言いたいわけである。だからここは意識しておく必要がある。

それから自殺する人はみんな自分で死ぬのだからしょうがないよねと、死にたいのだからというふうに思われるが、決してそうではない。死にたい、死にたいと言っておられて実際に自殺されたわけだけど、その一方で救ってもらいたいという心理もすごく強い。自殺された方のケースを見ていると、必ずどこかに救ってほしいという動きが見られる。大原先生が挙げておられた有名な例で、ゴールデンプリッジ、アメリカの金門橋から飛び降りて、あそこは自殺の

名所だったことがあり、人がたくさんいる方向に飛び降りるとのことである。私は行ったことがないからゴールデンプリッジというのは分からないけど、人が誰もいない側と海の本当に大自然の方向があるが、そちらの側には飛び込まないと言われている。みんな人のいる方向に飛び込んで、どこか救いを求める。それから日本の例を出されていた。滝によく飛び込むのだけでも、やはり人がたくさんいる方向で自殺する。孤独ということもあるが、救ってもらいたい心理がある。だから対策は救ってもらいたいという心理を高めると、これを生かすということが対策になる。

次に遺書を書いたりという予告。死にたい、死にたい、別れの言葉を述べる。それは予告ではっきりするけど、子どもの自殺についての研究もあって、子どもが自殺したときには、何か急に予告めかしたことを言って、それであとで親御さんがそれに気付かなくて非常に後悔するということが多いとのことである。それは親の責任だということでは全くない。子どもというのは、分からないように予告をするのだというふうに言われている。挙げられていた例では、ニンジンか何かがすごく嫌いな子が急にニンジンをすごくよく食べて、今日はおかしいなと思っていたら、その日に自殺したという例が出されていた。やはり予告に非常に敏感、センシティブに気を付けるということは当然対策として重要だろう。

それから自殺の流行、これは群発自殺という言葉もあるのだが、自殺が1つ起こると、その組織ではまた続いて起こる可能性がものすごく高まっている。例えばある会社で自殺が起こったとしたら、その会社はまた次の自殺の可能性がすごく高まっていると思ったほうがいいです。警戒水域に入ったというふうに考えたほうがいいです。自殺は続いて起こるというデータがある。やはり自殺をしようかどうか迷っている人にヒントを与えるということがある。それからもう一つはマスコミ報道。マスコミが自殺を賛美するわけではないと思うが、「よく自殺した」みたいなふうにも取れるような記事を書く、そのあとの自殺は確実に増える。ある農林水産省か何かの大臣が自殺したけど、あの子のマスコミの扱い方は非常に悪かった。「よくやった」みたいなことを言っていた政治家のコメントがのっていた。それが党の責任の取り方とか、そういうことを新聞が書くと非常に危険である。それから芸能人の自殺のあとに若者が

どんどん自殺する。美しいものだというふうに扱うとそうなる。放送コードが世界的にできていて、自殺が起こったときの報道にはコード、こういう方法で報道せよということが規定として決まっている。日本のマスコミは結構これを守っていない場合があるので、そこを守ってほしいと思う。

自殺対策の協議会などでいろいろな議論をするのだが、つまらない考え方もどんどん出てくる。そんなことをやってもしょうがないと官僚的に言うと、そういう意見が必ず出る。それをやっても無駄だという。だけど結構何でもいからなりふり構わずやってみると言うほうがいと大原先生は書いていた。

例えば東京のある駅でやたら自殺が多い。しかも特定の場所で。その場所は私も行ってみたけど、やはりガード下と駅が一緒になって暗いセクションがあるのだが、そのところでよく自殺する。ここで自殺を防ぐのはどうすればいいかといったら、誰かがその前に大きな鏡を設置しろということを書いて、そんなばからしいことをしても自殺は減らないよと言われたが、つまり飛び込む前に自分が見えるようにする。それでちょっと待てということ。自分の姿を見る。その鏡を設置してから自殺はすごく減っているというようなことがある。そのほかそういう例がたくさんある。不思議なことも多少はあるが、自殺対策をいろいろやってみる必要があると思う。

あと責任論という話がある。法律的なことも絡んだりして当然必要な場合もあるが、残された人は自殺リスクが高いから、あまり責任論にいくと非常にそれ自体危険だし、あまり罪の意識とかを持つ必要はない。あるアクシデントが起こったということで、どうやったら次の対策が立てられるかという素材としていろいろ検証するということは必要だけれども、責任論に終始してはいけないというふうにする。

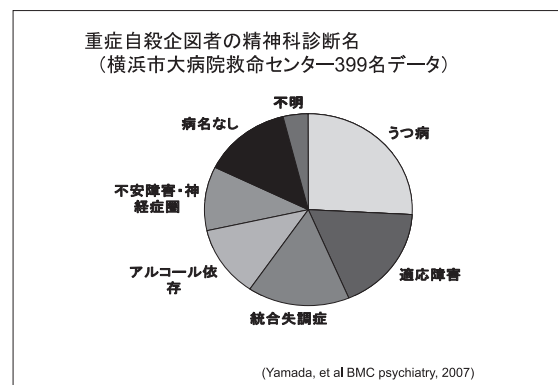
国家対策というのは先ほど来、話があるので省略する。いろいろやっている。ただ、国がいろいろ主導して立派な対策を立てているというふうには必ずしも言えない。民間の方のいろいろなNPOの団体だとかいろいろな圧力とか、そういう運動などもあって、国民の声として、これは必要だという方向に動いている。

わたしどもも対策協議会などにいろいろな意見をいただくのだが、例えば何かバッジを作ったり、施策みたいなことをやってもそんなことは本質的ではない。要するに政府は経済状況を何とかしてほしいというような声も必ずいただく。

そのとおりだと思う。経済的な活性化というのが、やはり自殺防止の最大の対策の一つなのだろう。だから厚労省で病気だ病気だということで病気対策と言ったら、問題点のすり替えだという声は当然あるのだろうと思う。ただ、いろいろなことをやる中でメンタルヘルスという角度からも必要だという意味だろうと思う。

日本人の自殺というのは、すごく特徴がある。年齢別にどのぐらいの人が自殺しているかという自殺率だが、世界的に見ると、一言で言えば年を取るほど自殺率は高まる。すべての国でそう。だけど日本というのは直線的に増えていかない。M字型というのか、こういうかたちになっていて中高年の男性にものすごく自殺が高い。こういうかたちは世界的にもあまりないです。中高年対策であるが、これはもう経済的なものに尽きる。日本人男性の中高年というのは、責任を背負っている意識がすごく強いのだろうと思う。ここで自殺の圧力が掛かっている。老人はずっと増えているというのは、世界的な統計としては同じである。それから日本の自殺というのは、ほかにも幾つか特徴がある。若い人の自殺が相対的に多いという特徴がある。これが一つ。だから若者対策というのも結構重要なのです。それからもう一つは女性。女性と男性では、女性のほうが自殺する人は圧倒的に少ない。これはほぼすべての国でそういう傾向がある。男性がよく自殺するのです。ただ中国だけが例外で女性のほうが自殺が多い。女性が自殺する率は少ないとは言え、世界的に見ると率的には多い。だから女性の中で比べた場合、日本人の女性は世界的によく自殺するという傾向がある。だからこのところもやはり対策として考えなければいけない。

スライド③



スライド③


病気の話については、どういう病気があって自殺が高まるだろうかというデータがものすごく

くたくさんある。その一つの例として横浜市立大学の救命センターに自殺目的で運ばれた方の背景にある精神疾患のデータをスライド3に示した。本気の自殺と言ったらおかしいが、死んでいても不思議はないような本格的自殺企図の原因の大体30%弱がうつ病である。それから統合失調症も10数パーセントというふうに非常に高い自殺率である。アルコール依存なども高い、あとはさまざまになっている。やはりうつ病が圧倒的に多いです。統合失調症は、いわゆる幻覚とか妄想を示す精神病性の障害だが、統合失調症数というのは、患者数から言ったら、おそらくうつ病の10分の1ぐらいであろう。けどうつ病に匹敵するぐらい自殺が多い。だからこの対策も重要である。けど今日は、一番多いうつ病の話をする。

スライド④

参考書(野村総一郎著)

- うつ病をなおす 講談社現代新書
- うつ病の真実 日本評論社
- 専門医が教えるうつ病 幻冬社



スライド④

ここからはうつ病とは何かという話をする。参考文献というかコマーシャルをするわけではないのだが、『うつ病をなおす』という講談社現代新書というのが結構売れていて、もうすぐ10万冊に至るとベストセラーになるので、ぜひ買ってほしいとお願いしたい。『うつ病の真実』というのも、これもうつ病の概念の読み物的なものを書いた。

スライド⑤

うつ病とは(1)

- 誰でも感じる「ゆううつ」が極端になった病気。
- 「極端」とは？
 - ★ つらさがひどい
 - ★ 長く続く(2週間以上)
 - ★ 生活、仕事への支障
 - ★ 多少、非現実的になる(何もそこまで考えなくても…)


スライド⑤

うつ病とは何かというさわりの部分の話をする。すごく啓発が進んでいるから、ご存じの方も多と思うが、誰でも感じるような憂うつというものがある。憂うつ気分というのが極端になったものだというふうに考えていいと思う。これはこう言って間違いない。けど極端になったという極端とは何がと言ったら、憂うつのときは誰もつらいと思うのだが、そのつらさが極端にもものすごくひどくなって、それがしかも1日ぐらいつつとひどく憂うつがつかったというのは当然誰でもあるわけだが、定義によれば、それが2週間以上ずっと毎日続いているという状態をうつ病とする。それからそのつらさがあまりにもひどく長く続くために生活、仕事への支障がある。多くは仕事を休むとか家事ができなくなってしまうというようなことがある。それから多少、非現実的になる。現実的にはそんなことはあり得ないのだけなどという考え方が出てくる。それはいわゆる妄想ということとは、一般的な意味では違う。例えば破壊光線の電波を誰かが自分に浴びせてくるとか、そういうことを言っているわけではない。そういうのではなくて、誰にも分かる、理解できるのだけど、何もそこまで考えなくてもいいじゃないかというレベル。例えば非常に不況であって、自分がリストラになって路頭に迷ってホームレスになったらどうしようかと考える。それは心配するというのは分かるが、自分は必ずリストラになって責任を取って社会にもものすごく迷惑を掛けて死んでお詫びをしなければいけないというふうにすごく言われると、あなたは何も悪いことをしていないじゃないかというふうに言っても、いや、絶対に自分は罪深いというふうに言われて、いくら言ってもものすごく頑固にそういう考え方にこだわるという場合、どうもおかしいねということになる。これは現実的でないのでは、現実的でないレベルでの心配なのではないかということになる。こういうことがそろったらば、うつ病ということになる。

スライド⑥

うつ病とは(2)

- ストレス(無理)がきっかけとして絡む
- 誰がかかってもおかしくないが、成りやすい性格はある
- いくつかのタイプがある
- 医学的治療はかなり有効(タイプにもよる)



スライド⑥

そのほか言われていることだけど、今いろいろなうつ病があるが、多くは、特に初めて起こるときにはストレスや無理がある。レベルはいろいろあるが、その人にとっての無理がたたって、うつ病になることが多い。うつ病というのは、誰が罹ってもおかしくはない。自分は絶対にならないなんて思っている、なりうると思う。ただ、それほどすぐきっかけがないのに、なりやすい性格というのは、やはりあるのだろうというふうに思う。

今の世界的な考え方として、うつ病をすごく広く取ろうということになっているので、広く取りすぎてしまって、何でもかんでもうつ病というふうになりかねないような状況も多少はあるが、まずいったん広く取って、その中にもいろいろあるよというサブタイプ、幾つかのタイプがあるよというふうに分けていくのが、おそらく分かりやすい考え方なのだろうというふうに思う。今日はこの話をする。

それから医学的治療というのは、かなり有効である。ただ、タイプにもよる。その意味でもタイプ分けが大事である。薬が効くタイプと効かないタイプがある。アメリカ精神学会の基準をもとにした「うつ病の自己診断テスト」を以下にやってみる。

最近の2週間ほぼ毎日一日中ひどく憂うつであってむなしい、悲しいですか？2週間ほぼ毎日です。1日置きに悲しいとか、それは違う。ほぼ毎日一日中何をやってもつまらない、喜びを全く感じない。もともと好きだったことは何でもいい。釣りが好きだった。釣りに行く気もしないとか、パチンコが好きだ、パチンコへ行く気がしないとか何でもいいが、そういうこともつまらない喜べない。両方ともこれに該当しなければ、うつ病ではない。今の2つのうち1つでも当てはまった人は、いつもと違って最近2週間ほとんど毎日極端に食欲がない、ひどく眠れない、いらいらするか、動きがひどく低下している、ものすごくだるく疲れた感じで動けない、それから自分はどうしようもない人間だ、悪い人間だと自分を責める。考えが進まず物事が決められない。決断力がなくなってしまって簡単なことでも決められない。それから死にたい死にたいと繰り返して考える。正確には、最後の項目だけは毎日でなくてもいいのだが、この7つの質問に多少当てはまっても3つ以下であれば、それはうつ病ではありませんとなっている。4つ以上当てはまる人がうつ病かもしれないということになる。これが今のアメリカの

うつ病とは何かという考え方となる。

この診断法は、少しおかしいところもある。うつ病の定義では、数合わせになっている。極端に言えば、憂うつでない人もうつ病だということがあり得ることになる。面白くなくて、眠れなくて、食欲がなくて、いらついていて、なかなか決断力がない人だったら5つに当てはまってしまうから、それはうつ病だということになって、憂うつでなくてもいいという、数が合えばいいのだから、そういう診断法がいいのだろうかと疑問はもちろんある。だけど今、世界的にこの診断法が一般的に使われていると思う。ただ、今はアメリカで改正を進めている。これは改正を進めているので2011年に変わるということになっているけど、でも今のところはこれが世界的なコンセンサスと言える。これに当てはまる方は、ここにはあまりおられないと思う。なぜかという、当てはまる方は気力がなくてここに来られませんから。来られているということは、おそらく当てはまらないと思う。

今の定義で分かるように、すごく広く取ってしまっている。何でもうつ病になりかねないところがある。実は、4つのタイプがあるのだというのが分かりやすいのではないと思う。

そのタイプが古典的うつ病タイプというふうに書いたけども、昔からずっといわれているタイプ。これはいわゆる真面目人間、几帳面人間で、すごくほかの人に気を遣う、いわゆるものすごく穏やかな人で生真面目な人。それがメランコリー型のうつ病と呼ばれ、昔はこういう方しかうつ病にならないというふうにいわれてきた。うつ病になる人は、大抵こういう人だと。だからあなたは真面目すぎるからいけないのだよというのが、うつ病に対するアドバイスとしてよく言われたものである。これは古典的なタイプの人には、今でも当てはまる。だけどずいぶん減ってきているということもいわれる。

それから躁状態という、うつま反対の躁状態。元気がありすぎて張り切りすぎてしまって、すごくおしゃべりで、どんどん気持ちが大きくなって自分が世界で一番偉いと思っているというようなハイな状態になったことが一度でもあれば、これは双極型というようなタイプ。昔はこれを躁うつ病というふうに呼んでいたが、今は双極型うつ病というふうにする。こういう方も躁と逆にうつになって、だから躁があったりうつになったりということで、すごく両極端の面を持っている人である。

3つ目に、あまり数が当てはまらないのだが、質的には軽いのが、だけどその代わりずるずるいつまでも2年以上という定義がある。ずっと軽い憂うつが続いている場合が気分変調症。どちらかという物の考え方がうつの傾向性がすごく高いということである。非常にうつに陥りがちであったり。だけどそんなにもものすごく本格的なうつ病の人みたいに重くはないというような慢性うつ状態を示す。

それから4番目が今非常に問題になっている非定型うつ病というもので、普通は眠れなくて食べられないのだけど、このタイプの方は眠りすぎて大食い、ストレスから食べてしまうという過食が見られる。それから対人関係に非常に過敏。非常に傷つきやすく人間不信。そのくせ何か頼ってしまったりとか、そういう特徴を持っている。それから状況によって変化する。普通うつ病は、いいことがあったらすごくハッピーになったりしないが、非定型うつ病は、人からお世辞を言われたりすると、すごく元気になったり、いいことがあったらすごくハッピーになる。だから週末だけは元気になるとかある。週末だけは結構サーフィンに行ったり遊びに行っている。だけど月曜日になると、とても会社に行けないというような、そういう状況によって変化する。これは仮病ではないかというふうに誤解されるのが、状況による変化というのは非定型うつ病の特徴になっている。

メランコリー型、双極型、気分変調症、それぞれのケースの例を挙げたが、今日は時間がないので例は省略する。メランコリー型の方は、すごく生真面目な人が一生懸命やってつぶされたタイプという感じ。双極型の方は、ものすごくお調子者で、お祭り男と言われていて張り切り屋なのだけでも、ものすごく躁状態になって、パーティーがあったときに大騒ぎして、それは大騒ぎしていいのだが、あまりにも度が過ぎていたら注意をされたら、すごく怒ってトラブルを起こしたりというようなこと。そのあと一変して元気がなくて、申し訳ないことをしたと言って遺書を書いたりして、すごく憂うつで、このタイプの方はものすごくうつが重いですよね。山高ければ谷ふかしという言葉があるように、すごく山がハイになってしまうと、あとのうつが重症になりがち。こういうタイプの双極型とか、それから気分変調症としていわゆる引きこもりの少年の例を出したのだけど、いいことを言うのだけども一向に改善しないというようなタイプとか。

それから非定型の例だけ言ってみる。女性なのだが、仕事を転々としていて情緒不安定。非定型の方は、一人になれないのです。結構さみしがり屋で一人で何かやるということができない。誰かに必ずくっついて行きたいのだけど、けんかをするのです。ちょっとした相手の言葉ですぐ傷つけられたと言ってリストカットをしたり、chocolate cravingという言葉があるが、チョコレートをやたらむさぼるように食べる。特に甘い物を中心にすごく食べる。憂うつになると、どんどん食べる。それでやたらウトウトと寝ているという、これは非定型うつ病の一例。

たとえば38時間連続寝た人がいて、入院後も、とにかく起きてこない。非常に傷つきやすく、起きてきたら途端にもう対応が悪いと言って怒鳴り込んできて対応にひどく苦労した経験がある。そういうようなタイプもあって、パーソナリティ障害というふうな切り口もあるかもしれないが、それだけでは診られない。これはやはりうつ病のタイプとして考えていいのではないかと思う。

この4つのタイプをまとめたらこうなる(表は省略)。メランコリー型、双極性、気分変調症、非定型ということで、うつ病症状というのが当てはまるが躁はどうか。それからうつ病の期間。それからやはり非定型の診断基準があるので、それに該当するかどうかによって、この4つのタイプを分けて、治療法が違ってくるので、そこを切り分ける必要がある。あとで治療法の話は言う。

日本での調査で、日本人の2%ぐらいがうつ病というようなデータが出ている。一番多い年齢層は20代、30代。メランコリー型の方は非常に少なく、実は多くが非定型と気分変調症に該当するぐらいの感じ。非定型がかなり多いというふうにいわれているけど、いずれにしてもうつ病というのはトータルで大きく取れば、こういうような分布になる(表は省略)。治療の話をする。

スライド⑦

アドバイスだが、やはりうつ病は、まず医学的な対応からスタートすべきだと思う。特にメランコリー型とか双極型の方の場合には、薬が比較的よく効くし、自殺の防止を含めて医学的に対応することが非常に重要である。カウンセリングだとかアドバイスしたりとか、もちろんそういうことは大事なのだが、カウンセリングだけに頼って、うつ病を乗り切ろうとすると危

生活アドバイスと周囲の対応法

- うつ病への知識をもつ
- 多くは医学的対応がまず肝要なことを知る
- 抗うつ薬への知識をもつ
- タイプごとの対応を知る
- まずは、やさしく慰めるのが基本
- 説教や根性論は無駄。初期には害になる。
- 焦ることのないゆったりした対応
- 初期には気晴らしを勧めない
 - ・ ・ ・カラオケ・旅行 禁
- 自殺には注意・ ・ ・特に治りかけに注意

スライド⑦

危険がある。薬を飲まずに治療するというのは、かなり危険だ。だけどいろいろ診断した上で、その薬が効く効かないという問題はある。まず入り口は医学だろうというふうに思う。抗うつ薬はいろいろ問題点もある薬だから、しっかり知識を持っておく。それからうつ病と一括したけどタイプごとに対応が違う。それからお説教とか根性論、根性でもう少し頑張れとか、そんなことでどうするのかとかそんなことを言わないほうがいい。最初からそれを浴びせると非常に害になるので、優しく慰めながら、いわゆるカウンセリングマインドで接していくと。

薬は省略する。これは医者のことだから。ただ、うつ病に抗うつ薬は当然よく効くけど、双極性の躁がある人には抗うつ薬はほとんど効かない。感情調整薬はかなり効くので、ここはきちんと診断しなければならないとか、非定型うつ病に対するいい薬がなかなかない。SSRIがやや効くが、今後これは薬物治療が開発されなければいけない問題なのだろうというふうに思う。

うつ病再発も多い。再発の予防とすれば、1回かかって治るのだけれども、また再発するということが多いので、それをどうすれば防げるかという話だが、1回うつ病になれば、私は少なくとも1年間は薬を飲んでもらうようにしている。それによって3分の1ぐらいに再発は減らせるというデータがある。飲んでいてもやはり再発する人はいるのだが、飲んでいれば再発率は低くなる。

それからいろいろなストレス状況が必ずある。それから自分の物の考え方の歪みがあって、うつ病になっている。そうだとしたら、その経験を学んで同じパターンを繰り返さないようにするということが非常に重要である。考え方を少し正していくということ。

生活上の姿勢としてどうやって防ぐかという

ことだが、無理をしないと限界を知るということですね。人間はスーパーマンではないですから限界を越えてやる必要はない。それで何でも限界を越えてやってしまうのかと言うと義務だとかそういうことを言うが、つい限界を越えてやってしまうというのは自負心が高いからだと思う。自分たちは自負心が高くて頑張るだけの価値のある人間だというふうに思っているものだから、ついいろいろな仕事を引き受けてやってしまう。うつ病の人は過剰な自負心を持っていることが多い。それを少し切り下げ、それから変なふうに凝り性だから、こだわりを捨てていく。タイプによって多少違うが基本的にはこういうことが必要だろうと。自分のペースを重んじていくということで、非定型の方なんかはこれを言うと、本当に自分のペースだけでもものを運んでしまって、えらい大迷惑をしたという話も聞くが、基本的には迷惑を掛けないようにという一つの養正と自分のペースとのバランスだろうと思う。

うつ病の予防のときにジャマイカ主義で行けとよく言われるようになった。これはどういうことかという、何かあっても「じゃまあ、いいか」というふうな考え方をしていくというのがジャマイカ主義ということ。そこで踏ん張りすぎないということです。ただ、この間のオリンピックでジャマイカは金メダルを3つ取ったので、ジャマイカ主義と言ったら金メダルを取るように走るのですねと患者さんが言ったが、そういう意味ではなくて適当にいいかげんでいいというような意味。私は今、老子に凝っていて、老子の考え方を、これはうつ病を防ぐための東洋の知恵だろうと思っているが、今日は時間がないので省略する。

スライド⑧

平成19年度警察庁統計による 自殺とうつ病のデータ

- 自殺死の18%(6千人)がうつ病
- 自殺死したうつ病に男女差無し
- 50歳以上が半数

スライド⑧

うつ病と自殺については、やはり自殺率が高いというデータがある。自殺して亡くなられる

方は、うつ病者の6%ぐらいだというふうなデータがある。多くのデータを解析したデータだが、自殺数の割合が結構高い。だから自殺とうつ病というのは非常に関係があるということ。日本の統計でもかなり多いということがいわれている。

スライド⑨

自殺への対応

- リスクが高いかどうかを評価
- 自殺が差し迫っているかを評価
- 自殺をしない約束をしてもらう
- ふだんからサポートする体制作り
- ゆっくり話を聞く
(気持ちはよく分かるよ...自殺以外の手段は?・死ぬことで得られるもの、失うものなど)
- 的確な薬など、医療への速やかな導入
- リスク高ければ入院の勧めも(特にうつ病)

スライド⑩

うつ病の方は自殺のリスクが高いが、特に高いタイプはどうかと言うと、繰り返して長引いていたり、もちろん重い場合、それから過去の自殺企図歴は非常に重要である。それから治りかけのほうでエネルギーが出てくるので、かえって自殺する意欲が出て自殺する。これはそういうことが昔からいわれているし、私もそうだと思う。自分自身の経験でも、そういうケースがある。それからいわゆる孤独の問題。それからアルコール依存を併発しているうつ病の人は、やはり慢性化しやすいしリスクが高い。こういうことがあれば当然気を付けたほうがいい。

自殺に対して対応するというのは、うつ病に限らない一般的なことをまとめたのだが、今のリスクが高いかどうかを評価しておく。リスクの高い人は周りも気を付けたほうがいい。それから差し迫っているかどうかというのは、状態があまりにも落ち着かないとか、あまりにも憂うつ感が強いとかいうこと。そういうときは特に重点的に注意をする。それからやはり自殺をしないという約束をもらったほうがいい。これは主治医の対応だと思う。いよいよ自殺が迫ってからバタバタしてもしようがないという面もある。だからいざというときのために普段からのサポート体制というのをつくっておくことが大事であって、それから自殺のことを打ち明けるといふか、そういうのを話された人に対しては、ゆっくり話を聞いて、気持ちがよく分かるということで話をよく聞いてあげる。自殺の話聞いたときには、そんなことで自殺し

ちゃ困るよと、何やってるのと、絶対自殺しないでってというふうに浴びせるようにこちらから言いがちだが、あまりそういうふうにも、何か孤絶されたと感じる方が多いみたいで、自殺に対して最初の反応としては、よく分かるというカウンセリングマインドのほうがいいみたい。あまり分かりすぎて、それは死んでも無理もないねというようなことを言うと、それはやはり当然いけないので、あなたのつらさは分かると、自殺以外の手段は何があるだろうと、それから死ぬことで残された人がどうになってしまうのだからとか、得られるものはそんなにないのではないかとというような話は、この話を聞く中でちりばめるように言っていくということだと思う。ただ一番重要なのは、死ぬリスクが高くなったら医療への速やかな導入。これは医療にかかるように何とかしないといけない。それから医者の方では、リスクが非常に高いと評価されれば、特にうつ病の場合にはやはり入院をさせたほうがいいと思う。

シンポジウム

「うつ・自殺対策～大切な命守ろう地域の輪～」

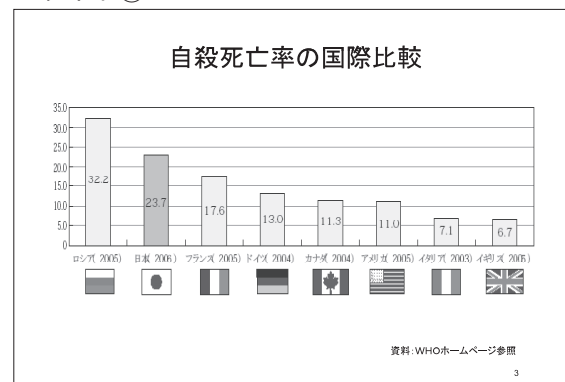


座長 広島大学大学院医歯薬学
総合研究科教授
(精神神経医科学)

山脇成人
広島県における自殺の現状
と対策ということに関して、
発表させていただきます。

今日のテーマでもある「大切な命守ろう地域の輪」というのは、広島県の自殺対策のロゴでありテーマなので、ぜひ覚えておいていただければと思う。

スライド①

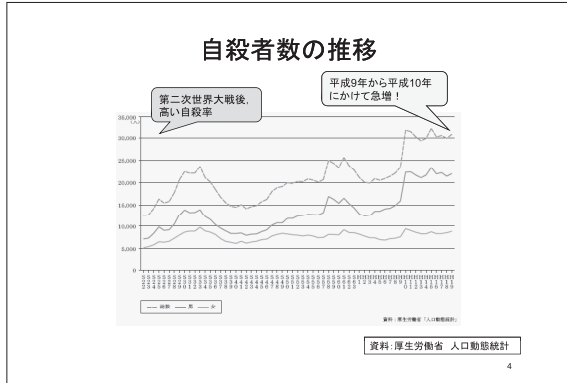


スライド①

これは先ほど野村先生のデータにも出てきた

が、国際比較でいくと、G7とG8でロシアを入れると2番なのですが、それ以外のところではもう自殺率は断トツに先進国ではトップ、あるいはトップクラスである。いろいろな意味で医療費対策はこれにも入れていないという指摘があった。

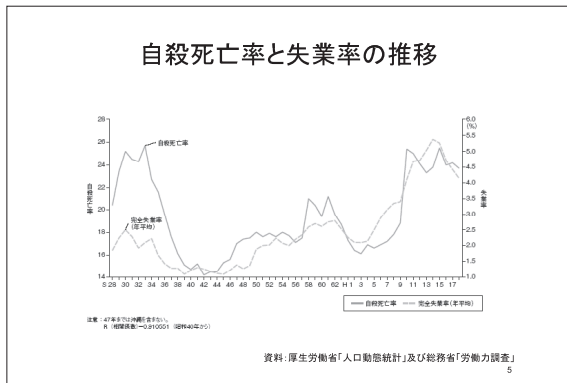
スライド②



スライド②

一番上が全体で、真ん中が男性、下が女性の過去の自殺率ですが、やはりずっとさかのぼると第2次世界大戦で非常に強いストレスが予測された時代に一時期上昇したことはあったが、平成10年からはほぼ1.5倍になり、いろいろなファクターもあるが、急増して高止まりしているという現実がある。特に男性の急増が著しいということがある。

スライド③

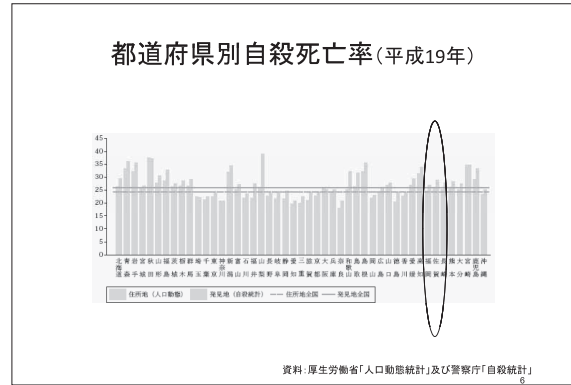


スライド③

もう一方で今の社会情勢と非常に関係するので、われわれも対策を立てていく中で非常に苦悩しているところであるが、失業率と自殺による死亡率というのは非常に相関しているということから考えると、現在のこの不況、またはバブル崩壊後の2度目のストレス環境下にあるわけですので要注意だと思われる。

スライド④

そういう全国の中で広島県はどの位置かと言うと、広島県は決して高いわけではなくて平均

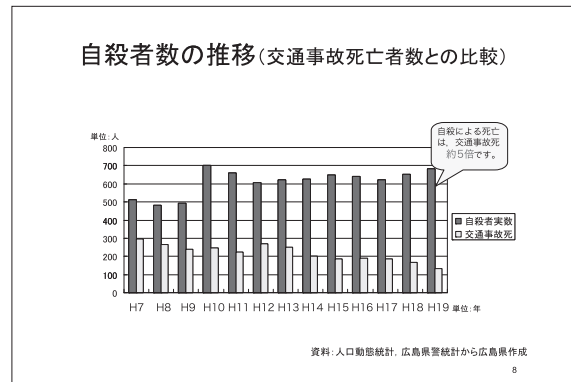


スライド④

的なところに位置する。やはり高いのは東北とか非常に過疎化した地域で高齢者が多いところが、率としては高いという結果が出ている。

広島県の具体的な実態について簡単に報告する。広島県で平成9年までは500人前後だが、平成10年に700人を超えるということが全国と同じように起こり、それから以降600人台がずっと続いている。

スライド⑤



スライド⑤

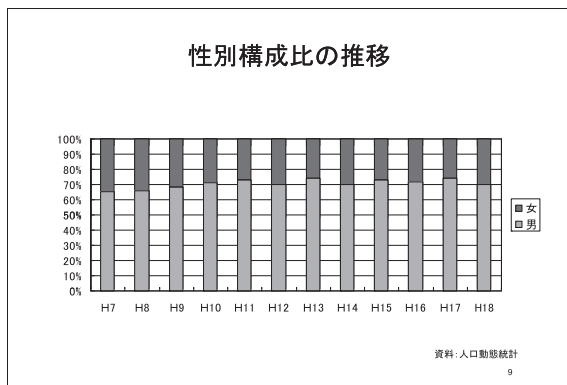
一方、交通事故は、シートベルト、ヘルメットさまざまな対策が取られてどんどん減ってきた。つまり対策を立てると交通事故は年間1万人を超えていたのが、今は7千人を割るようになってきているわけで、やはりその対策が要るのだということである。交通事故の5倍、自らの命を絶っているということをよく理解いただければと思う。

スライド⑥

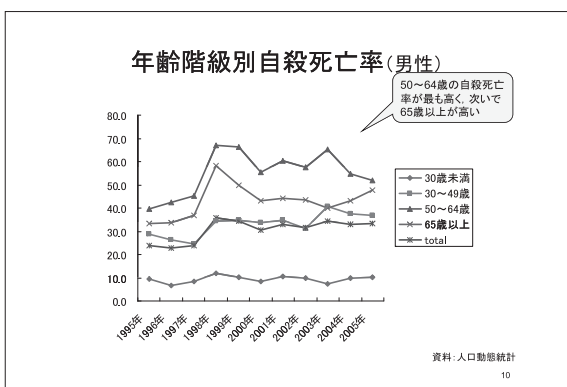
自殺者数の構成を見ると、7割が男性である。先ほどもあったように男性のほうが自殺をする率が高いということである。

スライド⑦

男性を見ると、今度は年齢別ですけれども、やはり50代から64歳までのいわゆる中高年、働き盛りの方が圧倒的に多い。その次が高齢者の



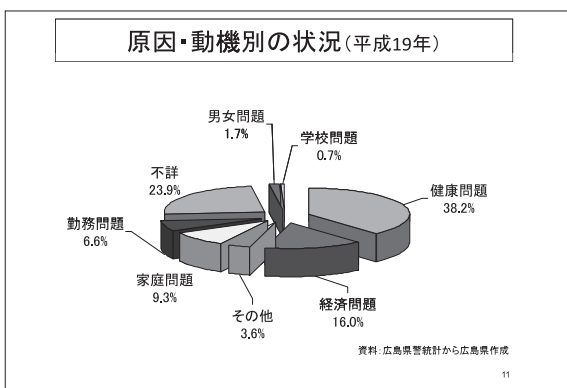
スライド⑥



スライド⑦

65歳以上、それから30代という順になっており、私自身もこの年齢層ですが、非常にストレスを抱えやすい環境下にあるということである。

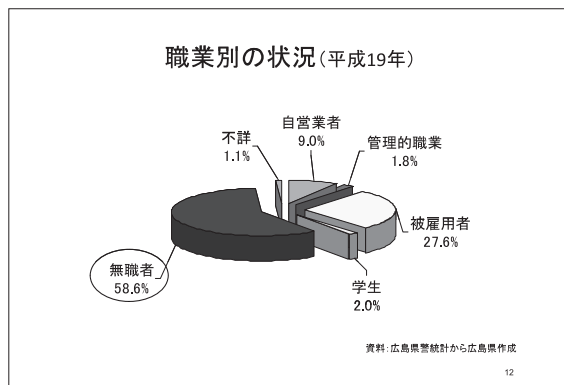
スライド⑧



スライド⑧

原因・動機別を見ると、健康問題、つまりちょうど中高年というのは身体疾患も合併する後発する年齢です。そういう問題と併せている、あるいは病気が大きなファクターとなっているという部分、あるいはもちろん経済的な問題が直接ダイレクトに影響している、あるいは家族、家庭内のいろいろな問題、葛藤を抱えているというようなことがあり、やはり健康、経済というような問題が大きなファクターになっている。

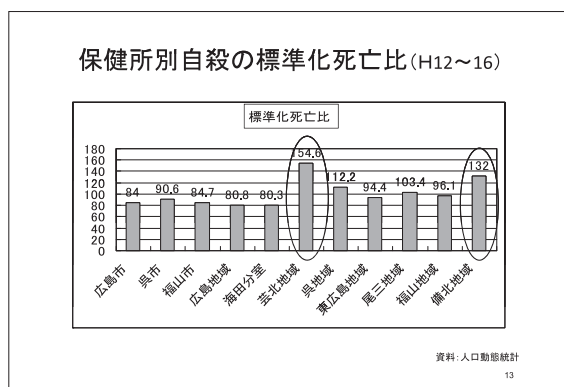
スライド⑨



スライド⑨

それから職業別で見ると、もう圧倒的に無職者。無職者だからそうなったのか、うつとかそういうファクターになったから職を失ったのかという関係は分からないが、その時点では自殺された方は無職者というのが6割に及ぶということで、やはりこのことは現在も進行しつつあることなので対策を考えないといけな思われる。

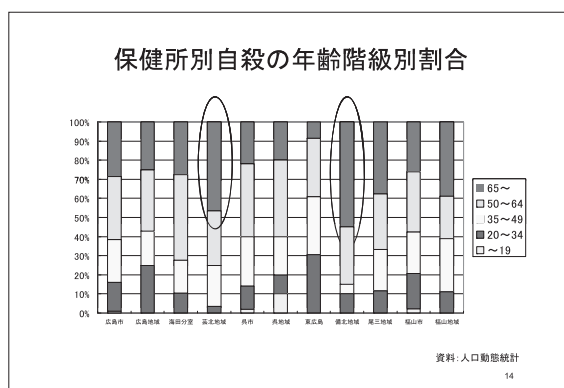
スライド⑩



スライド⑩

広島県の保健所別で見ると、都市部は比較的平均だが、芸北地区と備北地区が非常に高いという、これは全国的にも中山間地域ほど高いという現象と一致している。

スライド⑪



スライド⑪

年齢分布を見ると、芸北地域と備北地域では圧倒的に高齢者の自殺率が高いということで、広島市の対策も関わっているのも、やはり県としてはこういう高齢者の対策も併せて優先的に対応していこうということになっている。

スライド⑫

広島県における留意すべき者

- ・ 性別年齢階級別：50歳以上の男性，高齢者
- ・ 地域別：芸北地域，備北地域
- ・ 配偶者の有無別：配偶者のいない者
- ・ 相談相手の有無：相談相手がいない者
- ・ 職業の有無別：無職者

スライド⑫

これが広島県の特徴である。50歳以上の男性、あるいは高齢者に非常に多い。地域では芸北と備北地域に多い。配偶者のいない、高齢者でパートナーが先に亡くなられているというケースもある。それから相談相手がいない、あるいは無職者が多いという特徴がある。

スライド⑬

わが国の自殺対策

平成18年6月 自殺対策基本法成立(10月施行)
10月 自殺予防総合対策センターの設置
平成19年6月 自殺総合対策大綱策定

- ・ 大綱を踏まえ、関係府省、地方公共団体、民間団体が連携して総合的な取組を実施
- ・ 全都道府県で自殺対策連絡協議会を設置

平成20年10月31日 自殺対策加速化プラン決定
(自殺総合対策会議、会長：内閣官房長官)
同日 自殺総合対策大綱一部改正(閣議決定)

スライド⑬

日本での対策について、平成18年に自殺対策基本法が成立して、翌年に大綱が策定され、全国の自治体を含めた一つの責任が明確にされたということで、全都道府県・政令都市で自殺対策連絡協議会を設置することが義務付けられたわけです。そして平成20年10月には、さらに深刻な事態が急速に進むので、対策加速化プランというのが決定された。そういうかたちを受けて今、行政、あるいは医師会、われわれ大学人も含めてこういう対策に関わっているわけです。

スライド⑭

自殺総合対策大綱(H19.6)の概要

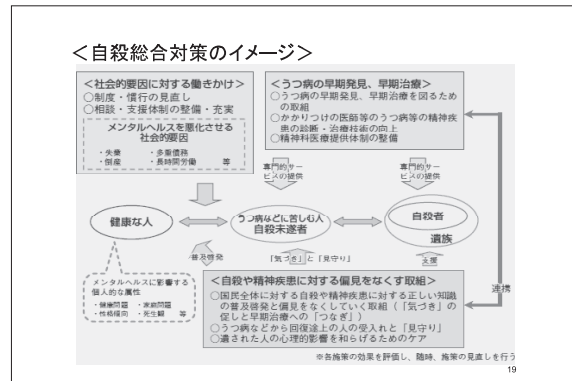
<3つの基本認識>

- ① 自殺は追い込まれた末の死
- ② 自殺は防ぐことができる
- ③ 自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している

スライド⑭

自殺というのは追い込まれた末の死であって、何も自分が望んでいるわけではない。救いを求めているというサインを見逃してはいけないということがあるが、追い込まれた死である。自殺は防ぐことができる。自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを出している。救ってほしいというサインを出して、それをきちんと早期にキャッチすることも大きな対策の一つだということである。

スライド⑮

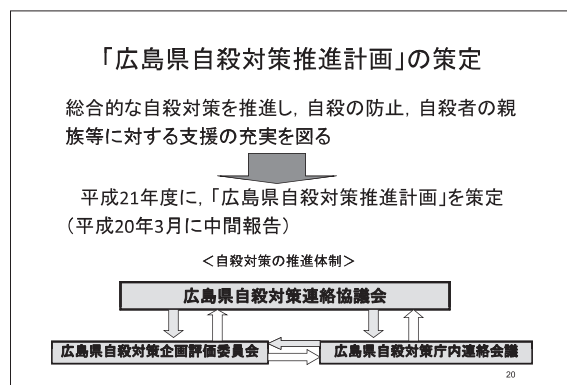


スライド⑮

自殺対策のイメージとして、まず健康な住民への子どもたちも含めてメンタルヘルスの理解を深めていく。そしてうつ病になった人、苦しむ人たち、あるいは自殺未遂をした人に対する適切な医療を含めた対応、それからあとのシンポジウムでも出るが、亡くなられたあとの遺族への対応。これは非常に重要で、先ほど言ったように遺族そのものも群発自殺というか連動して自殺するリスクが上がるし、この方々が体験した自殺された方の真実の部分から対策をこちらにフィードバックしていくという意味でも非常に重要なことである。これを医学用語では、プリベンション、インターベンション、そしてポストベンションと表現する。これは社会に対する失業とかそういうものに対する社会的な働

き掛け。それから医師会等で行っているうつ病の早期発見、早期治療、かかりつけ医との関連、そして偏見をなくすための適切な啓発普及活動というものがある。

スライド⑩



スライド⑩

広島県ではこの自殺対策連絡協議会というものを設置して、私がこの委員長を務めさせていただいているが、今現在それに向けて進行中、その企画の中の事業の一つも兼ねてこの企画をさせていただいている。

今日はこういうことも受けまして、各領域で活躍の方々にシンポジウムとしてお話をいただいでいくかたちにしたいと思う。

「地域における自殺予防活動の取り組み」

北広島町保健師

福田 さちえ



今日は地域における自殺予防活動の取り組みの現状について、町の立場から発表させていただきます。

北広島町は、平成17年に芸北町・大朝町・千代田町および豊平町の4つの町が合併して誕生した。北広島町の基本理念は、地域を再生し、定住・交流の拡大を目指す新田園文化のまち北広島町を基本理念に、町民の皆さんと一緒に一体となった町づくりを進めている。

北広島町の場所は、広島県の北西部に位置し、中国山脈の稜線が重なり、それを境に島根県と接している。東は安芸高田市、南は広島市、安芸太田町が位置している。秋の神楽、今のシーズンはスキーでとても賑わっている。

北広島町の人口の推移は、平成17年現在2万857人で、昭和55年から比べると3,000人弱少なくなっている。老年人口は増加傾向にあり、少子高齢化が顕著である。

平成19年の北広島町の主要死因では、悪性新生物、心疾患、脳血管に続いて自殺は第7位になっている。

北広島町の心の健康問題の現状を報告させていただく。

自殺死亡率の年次推移は、全国、広島県、芸北地域保健所管内でも、北広島町はとても高いところを推移している。他県の自殺が多いといわれる県と比べてもトップクラスではないかと思われる。人口が減少しているのに自殺死亡者数は横ばいのため、グラフにすると自殺率は右肩上がりになる。毎年10人前後の方が亡くなっている。自殺の方の累積数を見ると男性が7割、女性が3割と、やはり圧倒的に男性が多くなっている。70歳代、50歳代の死亡が多い傾向で、これも国、県と同様な結果になっている。

これらを受けて平成19年度に北広島町地域保健対策協議会を母体とする、うつ予防対策検討委員会を立ち上げて、北広島町の生涯にわたる心の健康づくり、特にうつ予防対策、自殺予防対策について協議検討している。併せて平成18年度に策定した健康増進計画まめまめきたひろしま「健診・心の健康部会」において、「うつについて正しく知っている人が増える」、「自分の体と心に関心を持つ人が増える」ことを目標に、個人、地域、職域、行政が連携し活動している。

北広島町うつ予防対策検討委員会の委員は、医師会、老人クラブ、女性会、行政区長、町議会、社会福祉協議会、民生児童委員協議会、食生活改善推進協議会、商工会、警察、消防など関係機関、団体で構成している。今年度末までに町としての取り組みの方向性をまとめようと協議しているところである。それを基に来年度から、推進を広げていく予定である。地域の中でのつながりの大切さや、人ごとでなく自分の問題としてとらえていこうという声をたくさんいただいている。

健康増進計画まめまめきたひろしま「健診・心の健康部会」の活動は、11月にあった町民運動会会場で、「ストレス解消法は何ですか?」「悩みやストレスが解消できているか?」といった聞き取りアンケートをした。声を掛けることで、改めて自分のストレス解消法は何だろうと思ひ、自分の体や心に関心を持つ機会になったようである。このときにストレスチェックリストとうつ予防のパンフレットを配布した。

「ストレス解消法は何ですか」というのを健康福祉まつり、町民運動会で同じように聞き取り調査をした結果、女性の場合はおしゃべり、男

性は飲酒というのが挙がっている。女性の方のおしゃべりは、人との関係の中での、ストレス解消法であるということに比べて、男性の飲酒は、一人でもできるということ、地域柄、アルコールに寛大な土地柄ということもあり、これからは、アルコール依存症とうつ予防についての取り組みをしていかないといけない。

今年度から、心の健康づくりについて分かりやすく、取っ付きやすく伝える方法として寸劇をしている。今年度は北広島町社会福祉協議会の職員の方、千代田中央公民館の方にも一緒にお手伝いしていただき寸劇を行った。これまでに民生児童委員会の研修会や高齢者学級などで寸劇を披露している。

健康増進計画まめまめきたひろしまの部会から出た意見で、誰もが必ず見るところに啓発文書を貼ってはどうかということで、公共のトイレに啓発文書を貼った。「自分の心と体に関心を持とう」という内容の文書を貼って、下にミニミニクイズを入れたが、トイレから出たときに皆さんで「あなたのストレス解消法は何かいの？」とか「私はこんなことでストレスを解消してるよ」といった話題にも一役買っている。北広島町に来られた時は、公共のトイレ、役場、保健センター、公民館に立ち寄っていただけらと思う。

産婦交流会では産後1年未満の産婦さんに、産後うつ病と食生活の大切さの講義と、お互いに独りぼっちにならないように、悩んだときには一人で抱え込まないようにということで教室を行っている。

啓発活動の一つとして、今年度は人権センター、教育委員会と共催で『きたひろしま人権フェスタ2008』で心の健康づくりの講演会を開催した。漫画家の藤原柊子さんに来ていただき、うつ病についてお話ししていただいた。

このほかにも高齢者の自殺が多いということで、地域包括支援センターとの連携で、地域包括支援センターが主となり、ケアマネさんや介護事業所の方に高齢者の方のうつについての研修会を開いてもらっている。併せて町内の中学校の保健だより、公衆衛生推進協議会の便りに、自殺予防についての啓発文書を載せてもらっている。

地域における心の健康づくり、自殺予防は一人ひとりが自分の心と体に関心を持ちながら、うつや精神的にしんどくなった人を早く気付き合える地域社会をつくることや、「一人で頑張りすぎないで」、「一人で抱え込まなくていいよ」

と言い合える北広島町をつくっていくことだと思う。これからもかけがえのない命を、地域みんなで大切に支え合える北広島町になるように取り組んでいきたい。取り組みのほうも始めたばかりなので、まだまだ評価とまではいえないが、以上の報告のように進めているところである。今日の研修会を糧に、また次へつなげていけたらと思っている。

「事業場におけるメンタルヘルス対策と自殺予防」



鎗田労働衛生コンサルタント
事務所所長

鎗田 圭一郎

私は産業医という立場から今のメンタルヘルスの職域における現状と自殺予防という

ことで話をさせていただきます。

産業医とメンタルヘルスの問題がいつごろから出てきたかということ、羽田沖の逆噴射という事件があったところからではないかと思う。ですから大企業ですと、もう20年以上前からこの問題には取り組んできているわけで、公に心身共の健康を凶するというT H Pという活動が始まってから、いろいろな労災認定の見直しであるとか、メンタルヘルスにかかわるさまざまな対策が打ち出されてきたわけです。一番最後、今、直近では、労働者の心の健康の保持・増進のための指針というのが出されまして、これに基づいて各企業はメンタルヘルス対策を進めているところだと思うが、労災認定件数の推移を見ても、一番気を付けなければいけないところは、2007年になって初めて脳・心臓疾患の請求件数を精神障害の請求件数が抜いたということだと思うのです。まだ認定件数は、脳・心臓疾患が多いわけですが、この請求件数を見れば100件も増えているし、こちらを抜いてきているわけです。このことをよく考えないといけないだろうと思う。

ですから先ほど話があった古典的なうつ病、それから非定型まで含めて現代型うつ病といわせていただければ、現代型うつ病は現在の職業病であるというぐらいの気持ちを持って、このメンタルヘルス対策にあたらないと企業は成り立っていかないというところまできているということがいえるかと思う。

激しい競争をしている企業ほど多いと思うし、今までの職業病は塵肺等、有害業務の多かった

工場で発生していたわけだが、今の職業病は開発部門に多い。症状は性格によって異なると思うが、中核症状は、抑うつ気分か意欲低下だろうというふうと思う。

管理者の研修で言わせてもらっているのは、もし部下の方が相談に来られたら、その方が不満を言っているのか不安を訴えているのか、不満か不安かというところにポイントを置いて、一つは話を聞いてくださいということを行っている。いずれにしても仕事のことを考えると憂うつになると、ただ、土日は楽しめるという段階から、もう土日もふさぎ込んでしまうという段階までになってしまうと、元通りにまた仕事ができるようになるまでには相当の時間がかかるし、再発も多いということは確かですから、やはり職域では、早期に管理職が対応をすることが一番のポイントになってくるのではないかと思う。

4つのケアというセルフケア、ラインケア、産業保健スタッフ等によるケア、それから事業場外専門スタッフによるケアという4つのケアを中心にケアをしていくということなのだが、このラインケアというものが、やはり自殺予防という点では最も重要なものになるかと思う。

ただ、つい昨年11月ごろまでは過重労働、過重労働というふうに申ししていたが、今はとてもない話で、長時間労働はもうできなくなった。残業するなど。おまけに休みをさらに2日間取れとかいうようなことまでなっている。一遍に景気は後退したということになると、長時間労働の問題よりも景気の問題が今後非常に大きな影響を及ぼしてくるのではないかと思われるので、家族の方との連携というのが今後ますます必要になってくるかなと思うわけで、いずれにしても、このラインケアを中心とした、その管理監督者を孤立させない、産業保健スタッフのバックアップというのが重要なのではないかと考えている。

セルフケアということでは、事業所外の専門の先生と連携を図って十分な活用を図っていく。と言うのは、性格的な問題が大きいといわれるようなタイプの方にとっては、社内にいる産業保健スタッフというのは、やはり身内ということになってしまい、どちらかというと敵というような考え方をどうしても持たれがちになってくることがあるので、そういったタイプの方については、事業所外の専門の先生との連携を図ってやっていかなければいけないだろうと思う。

ラインによるケアが非常に重要だということ、管理監督者によるケアが重要だということ、管理監督者がやらなければいけないことというのはたくさんあるわけだが、管理監督者自身も自分が非常に仕事に追われており、管理監督者の方がよく相談に来られて言われるのは、「先生、僕が相談したいんです」というのが一番最後の捨てぜりふでして、私が一番悩んでいるのだとか、こちらがうつになりそうですとかそういう話をよく聞く。ですから、とにかく彼らを孤立させないということが大事だろうと思う。

職場で見られるうつというのは、いろいろなストレスがあって、ストレス反応が起こって、ちょっと仕事に適応できないような状況になってきて本格的なうつ病になっていくというのがほとんどなのではないかと思う。現代型のうつ病が増えてきており、そちらに非常にスポットが当てられているが、やはり基本はこういうタイプではないかと思うし、なかなか相談に来てくれないと、一人で抱え込んでしまって不幸な転帰をたどることが少なくないかと思うので、管理監督者には、このあたりで何とか気付けてほしいということをいつも言っている。

こここのところ気付くために、管理監督者に話を聞くときにもう一つ気を付けていただきたいと言っているのは、まだ続けられるというか、もう続けられそうにないとその方が言われるかということのポイントとして、不安か不満かということと、もう一つはまだ続けられるのか、もう続けられないのかと、そこをポイントとして聞いてくださいということをは話している。

ただ、やはり社員の方というのは、上司にはもうできそうにないということは非常に言いにくいようで、やはり上司の前に出ると、もう続けられそうにないと思っても、まだできると言ってしまうことが多いようですから、そういう場合でも産業保健スタッフのほうに相談を持ち掛けてくださいということは言っている。産業保健スタッフの前に来ると、実は続けられそうにないのですというような方が結構いるかと思う。これが仕事の質とか量の問題だと割とそれなりの対策は打てるわけだが、上司との間柄が悪いというような話になってくると非常に難しい問題になってきて、ある部署で上司が替わった途端にメンタル不調者が増加したという例は少なくないわけで、またその上の上司に働きかけて職場のメンタルヘルス対策を取るといったようなことも必要になってくるかとは思っている。先ほども申しただけども、土日はまだ楽しめると

いう段階から土日もふさが進むというような段階までいってしまうと、なかなか元通りの仕事ができるようになるまでには非常にエネルギーを多く使わなければいけないということがいえるかと思う。

特に自殺予防ということで一番気を付けなければいけないのは、不安というのを訴えられるタイプではないかと私は考えている。何かじっとしてられないような不安、非常に焦燥感の強いタイプのような方は特に気を付けなければいけないだろうと思うので、この点に注意してくださいということは管理監督者の方には話している。

今、メンタルヘルス対策といっても、まだまだメンタルヘルスまでいっていないので、やはりメンタル不調者への対応というのが一般的で、今後メンタルヘルス対策ということでは、こういうことを度々言わせてもらっている。つまり多くの日本人は、黙っていても勤勉でよく働くわけです。ですから、そういった方たちに何が必要かという、したた激励の言葉ではなくて、ねぎらいや感謝の言葉を中心とした職場の雰囲気改善というのをやってくださいということを言っている。なかなかこういった声掛けが得意でない上司というのが、今の50代ぐらいの上司だと多いようですので一遍にはいかないが、いろいろな運動を通してメンタルヘルスということについてもいろいろな対策が打たれているというのが職域の現状であろうと思う。

自殺予防の10カ条というのが厚生労働省から出されているが、もちろんこういったことは重要だが、私がこれもまた管理監督者の方に教育のときに言わせていただいているのは、これに加えて勇気を持って自殺について聞こうと。管理監督者の方だけではなくて、自殺を防ぐということで、その相談を受けた方の対応というのが非常に重要なのではないかと思うわけです。その方にしか相談ができなくて、その方に相談に来ているわけですから、その方の対応というのが非常に重要なのではないかと思うし、その方が、もしこの方のつらい状況を察知したならば、そんなにつらいのだったら、一度はこの世から消えてしまおうと思ったことがあるのではないのと勇気を持って聞こうではないかと。もし聞いて、あると言われたら、じゃあ、一緒に相談に行こうということで一緒に一歩を踏み出してほしいということをいつも言っている。なかなか自分で一歩が踏み出せない。産業保健スタッフのところに来るのも、なかなか来れない。

ましてや心療内科や精神科へ行くというような勇気を持ち合わせている方は、なかなかいないというようなところがあり、ぜひとも相談を受けた方が一緒に行くというようなことも話をさせてもらっている。

復職の再休業の割合というのを見て、私が200事例ぐらいを検討して5年前ぐらいに発表したのが、1回の休業で適応できる人は42%しかいなかった。これは今もほとんど変わっていない率である。2回の休業でやっと75%ということだから、3回、4回と繰り返す人が4分の1ぐらいはいるということである。やはりこれぐらい元通りにパフォーマンスができるようになるには非常に時間もかかるし再発が多いということで、やはりならないための予防というのが最も重要なのではないかと思うし、復職に失敗したばかりに自殺をしてしまうという方も少なくないわけですし、おれはもう駄目だと、一回できると思って復職してみたら、やはり駄目だということで、絶望的な気分になってしまって自殺をしてしまうという方も少なくないわけです。ですから管理監督者の方についても復職される方についても、一回目をリハビリぐらいに考えようやというようなことも言わせてもらっているが、そういった少しゆとりが必要かなと思う。

職域における自殺予防ということで、では何が重要かというのをまとめたいと思うが、やはり相談しやすい体制づくりということで、企業で心の健康相談なんていう看板を掲げてしまうと、まずほとんどの方は来てもらえない。あそこに行ったら自分は心が病んでいるのだろうと思われると思ってしまうから、そういう看板は掲げずに、もう何でも相談してください、健康相談や、メタボリックでも何でもいいのだから相談してくださいという相談しやすい体制づくり、電話であるとかメールであるとか、そういったものも利用しながらやっていくということである。それから何回も申し上げているが、管理監督者の方の教育というのは非常に重要なのではないかと思う。

先ほどから少しアルコールの問題が出ているが、アルコールの問題も企業では少ない問題だから、アルコールの問題が絡むと自殺も多いということも確かなことで、アルコール問題についても早期から連携を図っていくということが必要になってくるかと思う。

もちろんセルフケアは重要だが、もう一つはこの復職支援体制づくりということで、今はリハビリ出勤制度であるとか、いろいろなものが

企業で考えられており、リハビリ出勤をつくってしまったがためにかえって焦ってしまうというようなケースも無きにしもあらずで、こういったものをより有効なものとしていくためには、まだまだいろいろな改善が必要だろうと思う。

配置転換、異動ということで、今まではサラリーマンであれば、もういったん勤めたのならどこへ行っても適応するのが当たり前という考えで異動をなかなかOKしないと、それはわがままでというような考え方が主だったと思うのだけども、今はもう少し発想を柔軟にして、異動というものを柔軟に考えてこのメンタル対応をしていく必要がある。そういう段階に来ているのかなと考える。大企業、それから小さな企業それぞれのキャパシティがあるので、それに応じた対策というのが必要だと思うが、繰り返すが、景気が非常に悪くなってきて自殺が増えるのではないかという懸念は非常にあるかと思う。ですから専門の先生方との連携、産業医とそれから精神科医の連携、そして家族の方との連携というのが今後ますます必要になってくるだろうと思う。産業医の立場から、大企業、中小企業、小規模事業所いろいろなところにかかわっている立場として、今の現状と自殺予防対策の現状ということで話をさせていただいた。

「かかりつけ医と精神科医との連携」



光の丘病院院長

馬屋原 健

自殺対策基本法でゲートキーパーという位置付けをされた、かかりつけ医の先生方と専門家である精神科医が上手に円滑に連携を図っていくために、どういうことが必要なのかということとは難しい問題だが、諸家の意見の一致するところは、まずかかりつけ医と精神科医は異なる立場、お互いの立場の違いをしっかりと相互理解することから始めないといけないということで、その点から話をさせていただきたい。

スライド①

一般科医がうつ病治療に踏み込みにくい理由というものが何なのかということを経験技術という観点で考えてみた。

まず一般科医の先生にとっては、うつ病の診断が非常にあいまいで難しく見えるということはあると思う。診断をするときの評価基準には、必ずベースラインがあるが、そのベースラ

一般科医がうつ病治療に踏み込みにくい理由は？

医療技術編

- ・ 診断の難しさ
 - 評価基準のベースライン(その人の健康な状態)が個人差大
 - 操作的診断基準の改訂と試行錯誤
- ・ 多面的要因が背景にあること
 - 単身受診では情報不足や偏り→家族や職場からの情報
 - 家族状況の把握→家族図の作成必須
- ・ 必要な休養期間、復職判定、治療終結のタイミングなど、区切りの判断の困難さ
- ・ 自殺や衝動性への対処に不安がある

スライド①

インが、その人その人の健康な元来の状態になるわけで、当然皆、異なる。個人差があり、ベースラインが異なっているということ。いろいろな人の生活の普段の様子を知らないと、実は診断の評価基準が定まらないということになる。

先ほど野村総一郎先生もDSM-IVというアメリカ精神医学会の診断基準を紹介されたが、同じようにWHOだとICD-10という操作的な診断基準をつくっている。操作的につくったものなので、本当にそれが本質をついているのかという意味での問題等はよく指摘される場所であるが、グローバルな比較をするためには、やはり同じ基準でやらねば比較ができない、そういう意味でつくられた診断基準である。こうしたICD-10やDSM-IVというものは、度々改定されている。すなわち診断基準も、まだまだ試行錯誤の途上ということである。

次にうつ病治療という観点で、多面的な要因が背景にあることも考えなければならない。実は、われわれ精神科医は、単身で受診されたときにとても困る。その患者さんの話だけを聞いても情報が全く不足したり偏ったりする。どうしても家族とか、もしも職場の不適應であれば職場からの情報というものが客観的に判断をするために必要になる。それから、一体その患者さんが今どういう家族状況にあるのかを把握しないといけない。例えば誰と同居しているのか。そのご家族の中に、例えば体の病気でも、メンタルのものでも、ほかにも患者さんがいるのか。そのようなことを把握するために、われわれはカルテの中に必ず家族図というのを作成する。このことが大きな判断をするために必須になってくる。

それから必要な休養期間、あるいは復職判定、治療終結のタイミングなどに関して話が出た。こういう区切りの判断が非常に難しいというこ

とは、よくいわれる。もちろん専門家にとっても難しいが、ゲートキーパー、かかりつけ医の先生にとっては大変難しいところだと思う。それから自殺や衝動性への対処に不安を持っているのは、全く自然なことと思う。

スライド②

一般科医がうつ病治療に踏み込みにくい理由は？

診療モード編

- 所要時間が長い
- 話の傾聴と身体診察のペースが合わない。
- 患者自身が判断・決断力を失っている。
 - 悲観思考や堂々巡り
 - 見通しを立てる(ケース・マネジメント)過程が不可欠
 - 家族に決断してもらった部分もある。
 - 単身ではなく、家族同伴受診が必要

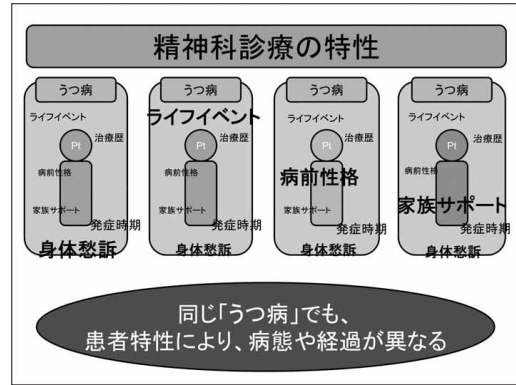
スライド②

やはり同じテーマだが、診療モードという観点でこれを見てみると、圧倒的にわれわれ精神科医の診療所要時間が長い。話をたくさん聞く、傾聴することがわれわれの診療の基本である。この傾聴というものと、一般科の先生たちがテキパキと身体診察をするということ、この2つのペースというのが一つの診察時間で混在したとき、これはおそらくペースが合わないだろう、先生方にとって大変難しい作業だろうと容易に推察される。

うつ病治療の場合、実は患者自身が判断・決断力をすでに失っているケースが多い。患者さんにどうしますかと聞いて決められない、例えば患者さんがうつ病の独特の悲観思考に陥っている、もしくは思考制止という症状で、思考がある一定のところまで止まってしまう前へ進まず同道巡りのことしか考えられない。そんな判断・決断力を失っている患者さんを相手にしても、例えば来週の受診までは何とかつながらないといけない。

そのためにわれわれは、この見通しを立てる作業、ここであえてケースマネジメントという言葉を使っている。見通しを立てる過程というのが必要となる。特に初診時だが、各診察のたびにこういう作業を必要とする。何とか次の受診に来ていただくには、どうするのかということです。ご本人が一人で決められないときに家族を急に呼んで決断してもらったこともある。単身ではない、家族同伴受診というものが、われわれにとっては大変必要なことなのです。

スライド③

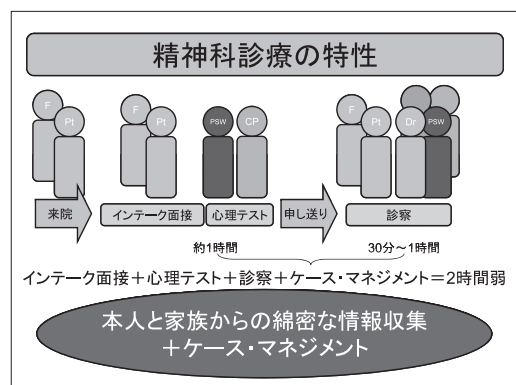


スライド③

精神科診療の特性として、同じうつ病であっても、患者特性によって病態や経過が異なってくるのが挙げられる。例えば何日たっても便が出ないとか、便が出てもすっきりしない、おなかがいとも張っているとかそういう身体不定愁訴みたいなものばかり繰り返しているようなおばあちゃんがおられて、何か知らないけど便秘にこだわるおばあちゃんだと思っていたら、実は仮面うつ病であったというケースを何人も診てきた。会社で無事昇進された、あるいは配置転換があった。こうした大きなライフイベントを誘因にして始まるサラリーマンのうつ病というのも非常に多く診てきた。若いころから学校も休みがちだった。就職したあとも、なかなか職場での適応がよくない、もしくは、転職を繰り返している。そういった経過をたどる。病前性格的な要因が非常に大きくクローズアップされるケースもある。

同じうつ病でも、その患者さんの治療に対して大きな理解と協力が得られる家族サポートのしっかりしたケースもあれば、全くそうでないケースもある。この家族サポートの有無がうつ病の経過を大きく決めていくことが多くみられる。

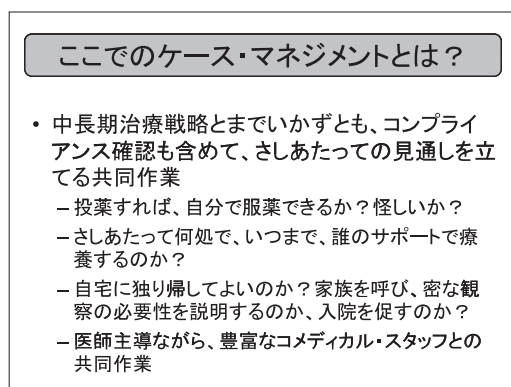
スライド④



スライド④

精神科診療の特性として、特に初診の場合、事前に予約が入っているときに家族に来ていただく。家族同伴で受診されて、それでケースワーカー、これは正確には精神保健福祉士というが、このお二人からインタビュー面接というものを行い、そして必要に応じて臨床心理士が心理テストを行う。こうした情報を医師の診察に申し送りして、医師が患者さんと家族を診察室に招き入れて診療を始める。この本人と家族からの綿密な情報収集と、先ほど少し触れたケースマネジメントという判断過程に、初診の場合は2時間弱の時間を要するようなケースも決してまれではない。

スライド⑤

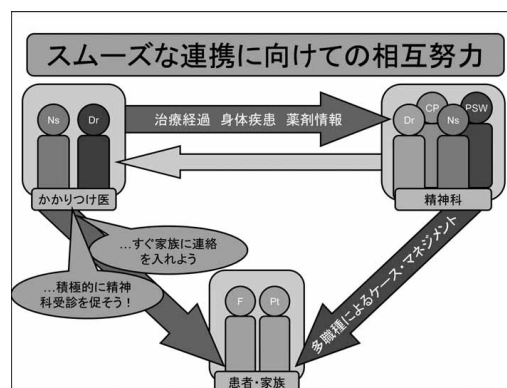


スライド⑥

ケースマネジメントという言葉を何度か使った。われわれは中長期的に治療をするときに治療戦略、治療方針というものを当然立てるが、しかし初診からいきなり治療方針を中長期的に立てられるとは限らない。それでも何とか来週受診していただくために何らかの判断を行わないといけない。例えば薬を飲んでくれるかどうか、コンプライアンス確認も含めたような差し当たっての見通しを立てられるような作業をコメディカル・スタッフとの共同作業で行っていくのです。これがケースマネジメントといえる、われわれ精神科医が絶えず行っている作業である。例えば処方せんを書くことは簡単でも、処方せんを書いても、この患者さんはこの薬を飲んでくれるのかどうか。飲んでくれないと思えば、その処方せんを書くことは意味がない。もっと大切なことがあるかもしれない。差し当たってどこで、いつまで、誰のサポートで療養するのか。そもそも自宅に一人で帰していいのかどうか。もしも危ないと思えば、家族を呼んで密な診察、密な観察の必要性をきちんと説明しないとイケないのか。もしも奥さんが仕事をされて、日ごろその人が一人になるような

場合には、あえてもうその場で入院をするように促さないといけないケースもある。こうした判断をしていく、これが医師主導はもちろんだが、医師だけでは難しい。膨大な情報を判断するコメディカル・スタッフとの共同作業、ケースマネジメントといえるものである。

スライド⑥



スライド⑥

これまでをまとめて、かかりつけ医と、われわれ精神科医がスムーズな連携に向けて相互努力をしていくには、どうしたらよいか。かかりつけ医の先生方におかれては、「積極的に精神科受診を促そう」と。先ほどもあったように患者さん自身は抵抗されるかもしれないが、積極的に促していただきたい。そして家族が来ていなければ、「すぐ家族にも連絡を」入れてください。そうしたかたちで、われわれの元にそれまでの先生方の治療経過や、もともと診ている身体疾患の状態、そして薬剤情報等を提供ください。われわれ精神科医は、一人だけではなく「他職種でケースマネジメント」を含めたサービスを患者と家族に提供して、そこで少しでもよいアウトカムを得ようとしている。

自殺総合対策大綱でも述べられていた項目に、この医師をサポートするコメディカル・スタッフの養成というのがあった。実際もう平成20年にこうしたコメディカル・スタッフを養成する事業が厚生労働省主催で行われ、当院からも運良く参加させていただくことができた。こうしたドクターをサポートするスタッフの養成が多いに求められている。

スライド⑦

精神科のほうに紹介するタイミングはどういうタイミングがいいのだろうかとよく質問される。まずタイミングの一つとして診断に苦勞する場合が当然挙げられる。抑うつ、憂うつ気分を自らは訴えない（実は詳細に聞くと訴えることは多い）が、無気力・不活発でしかも身体医

精神科に紹介するタイミング①

診断に苦慮する場合

- ・抑うつ・憂うつ気分を自ら訴えないが、無気力・不活発が身体医学的に説明困難
- ・幻聴や妄想など、異身体験を訴える。
- ・失見当識を呈し、仮性認知症(=うつ病)と器質性認知症との鑑別困難

スライド⑦

学的に説明が困難な気がする。こういうケースが詳細な診察をすると、仮面うつ病と診断されることがある。あるいは幻聴や妄想など、いわゆる病的異身体験を訴えるようなケース。それから認知症の中核症状と一般的に思われている失見当識という症状を呈している、けれどもうつ病の重症系である仮性認知症なのか、もしくは生粋の認知症なのかの判別が難しいようなケースというのは、われわれ専門家もかなり苦慮することがある。

スライド⑧

精神科に紹介するタイミング②

SSRIやSNRIを投与しても症状が改善しない場合

- ・4~8週間、最高用量まで増量して経過をみても、症状が改善しない。
- ⇨多くの抗うつ薬の反応率は、約60%
- ・SSRIの嘔気は、多くは一過性に終わるが、持続しているか、もう飲みたがらない場合
- ・SSRIを投与後、不眠が増悪する場合(特にパキシルのactivation syndrome)

スライド⑧

精神科医に紹介するタイミングの2番目としてSSRI、SNRIという、いわゆる新規抗うつ薬を投与しても症状が改善しない場合を挙げてみた。いわゆる4週間から8週間という十分な期間、最高用量までそのお薬を増量して経過を診ても症状が改善しない場合、教科書的に考えると、こういうタイミングで紹介していただきたいということになる。

先ほど座長の山脇先生とお話ししていたときに、最近の現実的な対応として、もっと早期に専門家にコンサルトするという動きにシフトしているというご指摘を受けた。ここでご留意いただきたいのは、実は多くの抗うつ薬が効くといっても、反応率は平均すると約60%ぐらいで

すから効かない患者さんもたくさんいるということです。

SSRIを使っていると、よく吐き気とか嘔気の問題が出てくる。多くは一過性に終わるので我慢して飲んでみてくださいと、われわれも説得する。しかしどうしても持続して飲みたがらない、もうこの薬は嫌だと言われたような場合、先生方もお困りになるでしょう。あるいはSSRIを投与している中で、本来改善するはずの不眠が増悪することがある。パキシルに多いといわれているが、Activation syndromeというものである。このような状況が起きたときには、専門家のほうに紹介をしていただきたいと思う。

スライド⑨

精神科に紹介するタイミング③

うつ病が重症の場合

- ・妄想を伴った精神病性うつ病
 - 心気妄想: 本当は癌じゃないのに癌だと思い込んでいる。
 - 罪業妄想: 「自分が犯した過ちで、皆に取り返しつかない迷惑をかけている。」
 - 貧困妄想: 「家が破産する」、「入院費が払えない」など。
- ・昏迷状態

スライド⑨

タイミングの3番目として、うつ病が重症の場合だが、重症の定義は難しいので、ここでは一つは妄想を伴った精神病性のうつ病の場合を挙げてみた。昔からうつ病の三大妄想といわれているものが心気妄想であり、罪業妄想であり、貧困妄想である。実際には、このほかにいわゆる被害妄想的なものが合併することが結構多いが、この3つがうつ病的な妄想と一般的にいわれている。あと、頭も体も心も何もかもが前へ進むことができなくなったような精神運動性の制止という症状が非常に重症化したときに言葉も発せられない、身動きも取れないような昏迷という状態に陥ることがある。

スライド⑩

精神科医に紹介するタイミングは、いろいろな諸家の意見がある。いろいろなところの統一見解をまとめてみると、今述べた①②③のほかに④産後うつ病が挙げられる。出産後に女性がうつ病に罹患する率が高く治りにくいという問題がある。

それから躁状態は、うつ病の反対で、気分が高揚してテンションが上がり、何でもできるよう

精神科に紹介するタイミング

いくつかの国内の見解をまとめて

- ①診断に苦慮する場合
- ②SSRI、SNRIを十分量投与しても症状が改善しない場合
- ③うつ病が重症の場合
- ④産後うつ病 (postpartum onset major depression;PPMD)
- ⑤躁状態
- ⑥自殺念慮が強い場合

スライド⑩

な気分になって不眠不休で動き回る状態。こういう躁状態を呈した場合は、もう抗うつ薬での対処が難しくなる。

今回、家族、さらには職場、こうした周囲のサポートが今のうつ病治療にとって大切だということをお話ししてきた。

それらを地域として啓発するような活動を、富山県においてテレビコマーシャルの形で流していた。そういう「うつ病対策プロジェクト富山版」があるので、一部ご紹介したいと思う。いろいろなバージョンがある。「家族のために自分を犠牲にして働いてくれた父。うつは、父らしい生き方を取り戻すいい機会だ」ということにした。『うつは、一人ではなく家族で治す病気です。』次に夫婦バージョンですね。「うつだと夫が打ち明けてくれた日から回復への日々が始まった。二人で病気を受け入れることが治療への第一歩でした。『うつは、一人ではなく夫婦で治す病気です。』」「午後3時、リハビリ勤務を終えたうつ部下に『お疲れさん』と声を掛けることが私の大切な仕事になった。『うつは、一人ではなく社会で治す病気です。』富山うつ病プロジェクト始まる」という、テレビコマーシャルでの啓発が行われていた。

スライド⑪

まとめ

- ・かかりつけ医と精神科医との連携の円滑化には、お互いの立場の違いを理解することが原点であることを確認した。
- ・精神科受診には家族(上司)同伴が重要。
- ・精神科診療に伴うケース・マネジメントの意義を強調した。
- ・更には、うつ病は、家族で、職場で、社会で治すという考え方が、より広く浸透していくことが望まれる。

スライド⑫

まとめ。かかりつけ医と精神科医との連携の円滑化には、お互いの立場の違いを理解することが原点であるということの一つ確認させていただいた。精神科の受診には、家族、または職場の問題があれば上司の同伴が重要である。精神科診療に伴うケースマネジメントの意義を強調した。さらには、うつ病は、家族で、職場で、社会で治すという考え方、これがより広く浸透していくことが望まれる。

「自死遺族支援の取り組み」



広島県立総合精神保健福祉センター
地域支援課主任

川村 学 子

本日は広島県で行っている自死遺族支援の実際の取り組みについてお話しさせていただく。

なぜ自死遺族支援が必要なのだろうか。大切な人を突然亡くした家族というのは、深い悲しみを感じ、一時的に不眠や食欲不振の状態に陥ったり気力を失ったり、時には激しい怒りを感じたりすることは、むしろ自然な心身の反応だといわれている。多くは亡くなった人を回想したり家族や友人などと共に悲しむことを通して徐々にその悲しみから立ち直っていくものである。しかし自殺で家族を失った場合、その衝撃の強さや根強い社会の偏見などの影響から、その死を語れないということがしばしば起こる。その沈黙が悲嘆からの回復を遅れさせる原因の一つになる。また周囲の人も遺族の気持ちをどのように受け止めていいのかわからないというふうに感じることも多く、結果的に遺族は孤立してしまいがちである。抑うつ状態が長引いたり、時には後追い自殺に追い込まれるなど遺族はさまざまな生きづらさを感じながら暮らしている。その苦しみや悲しみを安心して何度でも語り、受け止められる場面が必要なのだが、そのような場が大変少ないというのが現状だ。また、心のケアという問題だけではなく、家族が亡くなったことでたちまち明日からの生活に困難を抱えてしまう人というのも少なくない。そういった遺族が悲しみのどん底の中で直面する問題への支援も大変重要に感じている。

そういった課題を感じながら、県立総合精神保健福祉センターが昨年実施した自死遺族支援の取り組みについて紹介する。計4回の遺族のための講演・交流会を開催した。すべて午後の3時間程度の時間で行ったが、午前中は同じ講

師をお願いして、主には保健所や市町の保健師などを対象に自死遺族支援スタッフ研修を行った。各会とも、全国各地の分かち合いの会で活動されている方を講師に迎え、一時間程度の講演のあと講師を囲んでの交流会を行った。県内各地から、延べ36名の遺族が参加した。

各会の講演の内容について簡単に紹介する。3月17日には『自死遺族の悲しみや苦しみとどう向き合うか』という題で藤井忠幸さんを東京からお招きした。藤井さんは遺族の悲嘆や回復に向けてのグリーフケアについて整理し、学ばれたことを通して自死遺族の支援をされている。この会は、平成19年12月に県が開催した自殺対策シンポジウムで自死遺族としてアンケートに記載していただいた方々を中心に案内をした。15名の遺族が参加された。藤井さんの講演の中では、自死遺族の悲嘆感情はやむを得ない当然の反応であるということ、悲嘆は変化していくのだということ、回復に向けて大切なことなどについて話していただいた。そして何よりその苦しみの中にあるのは、あなた一人ではないのですというメッセージをいただいた。特にこの会は交流の場を設ける予定ではなかったが、講師の声掛けで、自己紹介を中心にグループワークをすることになった。涙ながらではあるが、積極的に発言された方が何人もおられた。何十年も封印された苦しみを抱えて参加された方、それから葬式でも泣けなかったのですという方で、ここで初めて涙が出ましたと言われた方、まだ日が浅く言葉にできなかった方など、それぞれの思いを持ち寄って参加いただいた。

次にその方たちを中心にまた案内をして、5月に仙台の田中幸子さんを招き『悲しみや苦しみと、ともに生きていくために』という演題で講演をいただいた。田中さんは、亡くなった息子さんのためにできることと、仙台市に、遺族のみで運営する「藍の会 仙台わかちあいのつどい」を設立された。

講演の中で、「息子は精いっぱい生きた。一生懸命頑張ったけれども生きられなかった。そして自分は助けてあげられなかった。これからはもう誰かを死なせないようにしたい。そのために活動を続けていく。私たちが抱える悲しみは消えることはない。唯一向き合って生きていくとしたら、悲しみに向き合う心の力を付けていくことだと思う」と。「回復はしない。時がたつにつれ、泣く回数は減ったけれども、喪失感は深く深くなる。これ以上の地獄はない。これ以上の苦しみはないわけで、今がどん底だとし

たら、あとは這い上がっていただけです」と集まっていた遺族に語りかけていただいた。

それから7月18日に行った講演会では、現在カウンセラーとしてご活躍中の吉田まどかさんを招いた。吉田さんは現在「親の自死を語る会」という自助グループの代表をされている。「子どもたちは親の自殺を止められなかったということにすごく強い罪を感じている。そして自分を責め続けて大人になる。親が自殺することを止める存在にすらなれなかった、その程度の存在なのだというふうに思う。また、自殺だということを周囲には言っただけでいいと口止めされる子どもも多い。子どものときにそういう家族の自殺を経験すると、育ちの中で人を信用していく力とか未来を信じる力を失ってしまう。自分が幸せになってはいけなかったのではないかなど、いろいろな思いを持って大人になる。『親の自死を語る会』では、まず自分たちは子どもだったのだということを確認する。親を守ることは残念ながらできなかった。残念な出来事があったけれども、だからといって私たちは不幸な子どもではないし、自分たちの価値が下がるわけではない。そういった淡々と歴史を確認する作業を通して、やっと怖かった、悲しかったという気持ちを抱き締める。」と話された。

そして9月18日には「リメンバー福岡 自死遺族の集い」の代表をされている井上久美子さんに来ていただいた。井上さんは遺族ではないが、ボランティアとしてリメンバー福岡という自死遺族の分かち合いの会を立ち上げられた。その立ち上げのきっかけになった一つの言葉というのが、自殺で親を亡くした子どもたちは、将来の選択肢に自殺という文字が加わるという言葉だったそうです。井上さんが遺族の声を聞き感じることをして、「自死遺族になると、うつになるほど社会や自責の念に追い詰められることがある。自殺やうつにさまざまな偏見があり、よく『死ぬ勇気があるのなら何でもできただろうに』というような無理解から発せられる心無い言葉を耳にすることがある。また、自殺予防であるとか止められる死であるという、そういうキャンペーンになる言葉が自死遺族を大変追い詰めることもあるのだ。」ということ話をもらった。そして「自殺は決してベストの選択ではなかったかもしれないけれども、自死した人も、残された家族も決して悪くない。自殺に追い込んだ過酷な環境こそが悪なのではないか。自ら命を絶たざるを得なかった、それだけなのだ。そして遺族は、亡くなった本人が自ら選ん

だ行為であるということを認めようとされている。」と感じていると話された。

この会は、遺族の方に限りということで参加をいただいた。

そういった活動を通して感じられる自死遺族の方々の苦しみや遺族の置かれた状況を、もう一度改めてお話したいと思う。まず遺族の心理的状況として、やはり日常の中で突然訪れた大切な人との別れであるということ。それが自ら命を絶ってしまったという衝撃。それはやはりほかの死とは違うと思われる。すぐには受け止められない、感覚のまひしたような状態になる方も多いようです。また、先ほども述べたように社会的な偏見は根強くて、自殺であったことは誰にも言うてはいけないというふうに思われる。そのように口止めをされる子どもさんも少なくない。その死を語れず、悲しみや苦しみを自分の胸の中にだけ閉じ込めてしまう状況に追い込まれていく。そしてどんな続柄の方でも、大変強い自責の念を感じている。親を亡くした子どもでさえも自分のせいで、あのとき「いつてらっしゃい」しか言わなかった。「早く帰ってきてね」とあの日だけ言わなかったと、そんなことまで責任を感じて自分を責めている。

そして子どもさんを失った方の場合、子育てそのものを、本当に小さいときからの子育てまでをさかのぼって自分を責めている。そしてその思いを何十年も続けて持たれている。また、同様に、ほかの親族や関係者への激しい怒りに苦しめられている方もいる。亡くなったご本人に対して、あなたが勝手に死んでしまったという激しい怒りを持たれることも珍しくはない。これは残された子どもの場合に最も多いのではないかと思うが、やはり自分たちは見捨てられたのだという感情がずっと尾を引く。そして一緒に苦しんでいる身近な人が、また逝ってしまうのではないかという不安を感じている。また、第一発見者となった遺族の場合には、最後の場面が突然フラッシュバックする。そういう症状に何年たっても悩まされている。そして抑うつ状態などがずっと続いているのである。

次に周囲との関係で起こる問題だが、社会の根強い偏見により、多くの家族が非常につらい思いをされている。亡くなった方は、死にたくて死んでいったわけではない。どうしてもなく死に追い込まれてしまった結果の自殺なのだ。しかし自殺は個人の問題だという風潮が周囲の心無い言葉を生み、遺族は非常に傷ついている。亡くなった方は何も悪いことをしていないのに、

ひどく非難めいたことを口にされることも多いようだ。また、近しい親族間でも、そばにいた誰々が悪いのだとか、誰々が自殺に追い込んだなどと非難し合う結果になるなど、そのことでさまざま葛藤や人間関係の亀裂が生じている。また、大切な親族を自殺によって失うという大変な衝撃で心が痛んでいるときに、警察の業務上致し方ないことだが、事件の可能性も視野に入れて、いろいろと遺族から話を聞かれる。そうすると遺族としては、犯人扱いをされたというような気持ちで傷つくことが多いということも聞いている。そのような2次的な傷つきに苦しむ遺族は大変多くいる。そういった状況の中で孤立化し、絶望感や不安を抱えたまま日々を暮らしておられる遺族が大変多くいるのだということを実感している。

自死遺族支援においては、個別の相談に対応できるもの、グループによる分かち合いの会など、さまざまなかたちの支援が求められている。現在、広島県には、紹介できる分かち合いの会はまだないが、全国各地では遺族による自助グループが立ち上がっているところです。

自死遺族にとって、分かち合いの会はどのような役割を果たしているのか。まず会に参加することを通して、同じ悲しみ苦しみの中にあるのは自分だけではないということを知ることができる。そして日常の中では語ることのできない幾重にも重なる悲しみや苦しみを語り、また、自分と同じような苦しみを抱えた人の話を聞くことができる。その中で、自分の気持ちを少しずつ整理し、抑え続けていた感情や自責の念に押しつぶされることなく日々を生きていくきっかけづくりになるようです。田中さんが言われるように、悲しみや苦しみは決して消えることはないけれども、その悲しみや苦しみと共に生きていくために、分かち合いの会は大変重要な役割を果たしているのだと感じている。安心して参加できるように、ほとんどの分かち合いの会では、ルールを決めて、会の始まりに読み上げられるなどして確認されている。

当センターで私たちが遺族を支援する際に心掛けていくこととして、遺族を遠巻きにしたり特別視したりするのではなく、また、遺族の激しい悲嘆感情を異常なことだと受け止めたりせず、当たり前のこととしてとらえることはとても大事だと思う。そして安易に励ましたり、強い自責の念を否定したりはしない。日常生活上必要なことは別だが、すぐにアドバイスをしたりせず、その複雑な思いにゆっくりと時間をか

けて耳を傾けることがとても大切なのだと感じている。そして自分がすべてを解決できるわけでも、すべてを受け止められるわけでもないという自覚を持ち、一人で抱え込むことなくチームを組んで支援していくことが大変重要だと思っている。関係機関同士の連携というのも大変重要になってくると思う。

当センターでは、現在、遺族の方と共に広島いのちの電話事務局とも連携して、分かち合いの会の立ち上げに取り組んでいる。

指定発言



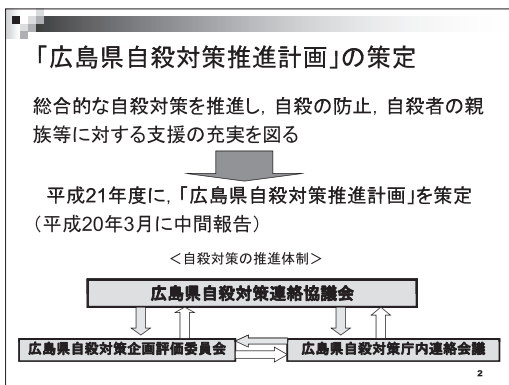
広島県健康福祉局長
迫井 正 深

二つ話をしておきたい。一つは、今、シンポジストの方々それぞれに紹介していただいたことも含めて、県全体で自殺対策をどういうふう

に捉えているのか、施策の体系はどうなっているのかということと、今日は一般の方もおられますが地対協の研修ということもあるので、地対協にどういったことを期待したいか。この2点について特にお話したいと思う。

まず施策全体では、平成18年6月に自殺対策基本法が制定された。法律を作って自殺対策を国全体で進めていこうという流れの中で、各県それぞれが取り組みを行っている。本県では、来年度、県の自殺対策推進計画を策定するが、ちょうど1年前にその基となる中間報告というのを作っている。そこで、施策の骨子が概ねまとまっており、その施策に沿って各地域で取り組みを進めている。

スライド①

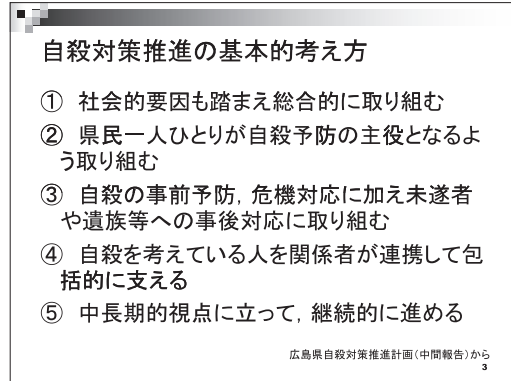


スライド①

中間報告の内容だが、自殺対策の基本的考え方として、総合的に取り組むとか、一人ひとり

が主役になるように取り組んでいく、あるいは遺族の方への事後対応にも取り組んでいく必要や、関係者の連携、それから中長期的、継続的といった視点が指摘されている。

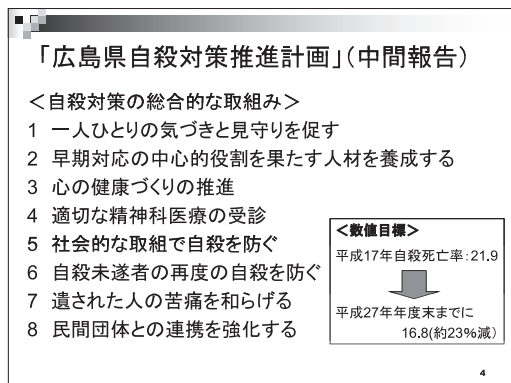
スライド②



スライド②

こういったことを含めて、中間報告では、総合的な取り組みが網羅されている。

スライド③



スライド③

今日は、4名のシンポジストが出ておられる。ここに重点施策4つを紹介させていただいているが、今日の4つのテーマ、話題というのは、実は施策的に見ても重要なポイントを押さえている。自殺の実態には地域特性があるので、地域で取り組むことが大事だということと、それから社会的要因、特に経済的な要因とか、労使の問題など、従来の医療とか保健だけにとらわれない広い分野での対応が要するというのが2点目。それから、医療の専門性をよく把握し理解したうえで、特定の診療科だけではなく医療へのアクセスの問題、それから、先ほど紹介があった自死遺族等への支援、この4つが施策として大事だということになっている。

スライド④

広島県ではどうしているのか。まず1点目のポイントが、一人ひとりで気づき・見守りを促

今後の重点施策

- 地域の特性に合わせた自殺対策の推進
 - ・地域自殺対策連絡会議を中心とした関係機関との連携
 - ・高齢者の孤立を防ぐ声かけ・見守り運動の推進
- 社会的要因に対する相談窓口の連携
- 適切な精神科医療受診の推進
 - ・こころの健康かかりつけ医研修による診断技術等の向上
 - 【課題】産業医・かかりつけ医と精神科医の連携
- 自死遺族等への支援
 - ・自死遺族自助グループの育成支援
 - ・自死遺族支援者の養成

11

スライド④

すとか、地域で取り組むということ。これは各市町でやっていただきたいことである。


県内の市長、町長が集まって年に1回トップセミナーをやっているが、昨年は8月26日に開催されてテーマは自殺対策だった。各市、各町の首長の中で自殺対策を少し真剣にやっという機運があって、自ら選ばれたテーマである。このとき、秋田大学の本橋学部長が秋田県の取り組みの事例を紹介され、地域の取り組みがいかに大切かという話をされた。秋田は高齢化が急速に進んでいるということで、そういう意味では、広島にも似たような状況があり、秋田でこういう取り組みがうまくいったのだという事例紹介を非常に熱心に聞いておられた。

本県は、首長である市長、町長が非常に熱心に問題意識を持ってくださっているので、地対協の方々は、実際に基礎自治体のスタッフと接する機会も多かろうと思うが、地域で取り組むということは基本だということで、ぜひ先進事例等も紹介していただきながら、地域の取り組みを進めていただきたいと思っている。

スライド⑤

平成20年度の主な取組み

- <1 一人ひとりの気づきと見守りを促す>
 - ▶ 普及啓発
 - (講演会、シンポジウム、市町トップセミナー等)
- <3 心の健康づくりの推進>
 - ▶ 地域における心の健康づくりの推進
 - (地域自殺対策連絡会議、声かけ・見守り運動)



5

スライド⑤

2点目のポイントは、精神科医療を適切に受診していただくことが大事なので、そのための連携体制をぜひ構築していただきたいというこ

とである。

数字として少しおさらいをすると、実際に自殺の背景として精神障害が4分の3あるのだけれども、実際に自殺に至る前に医療にアクセスがちゃんとできているかということ、必ずしもそうではないということが数字の上でも出ている。それから、うつ病で実際に受診される方がどこに受診されているのかということ、数字的には3分の2が、まずは内科を受診される。

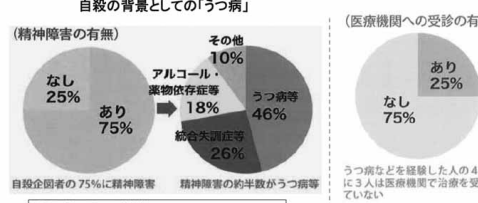
これは当然だと思うので、アクセス、あるいは専門医療について連携の余地があるということで、2つ目の柱としては、医療の連携体制を推進していきたいということである。

スライド⑥、⑦

平成20年度の主な取組み

<4 適切な精神科医療の受診>

自殺の背景としての「うつ病」



自殺企図者の75%に精神障害
精神障害の約半数がうつ病等

うつ病などを経験した人の4人に3人は医療機関で治療を受けていない

「自殺の危険因子としての精神障害」
—主体的意識性の高い企業手帳をもつて、自殺失敗者の診断的検討—
川島洋一、廣 精神神経学、415-443、1994)

「心の健康問題と対策基礎の発展に関する研究」主任研究者 川上重人
(平成14年度厚生労働科学研究事業)

6


スライド⑥

平成20年度の主な取組み

<4 適切な精神科医療の受診>

▶ こころの健康かかりつけ医研修(広島、三次)

基礎コース	アドバンスコース
<ul style="list-style-type: none"> ・広島県の自殺予防対策と産業医・かかりつけ医に期待される役割 ・うつ病診療と自殺予防の実際 ～初期治療と専門医との連携～ ・産業医・かかりつけ医のうつ病診療のためのコミュニケーション(デモンストレーション) 	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺予防と精神疾患 ・産業医・かかりつけ医のうつ病診療のためのコミュニケーション技法(演習:ロールプレイ)



6

スライド⑦

3番目は、保健とか医療といった枠組みにとられない社会的な取り組み。特に労使の問題や産業保健の関係、多重債務の問題で、こういった対応の取り組みが必要であるということである。

スライド⑧

そして、遺された方々の苦痛をいかに和らげていくのかという取り組みである。

スライド⑨


最後に、地対協の方々に期待をしたい、ぜひお願いしたいことが2点ある。

まず、地域でやっていくということ。特に地

平成20年度の主な取組み

<5 社会的な取組で自殺を防ぐ>

- ▶ 地域における相談支援体制の充実
(相談窓口リスト、パンフレットの作成・配布等)
- ▶ 多重債務問題への対応
(多重債務とこころのケアの合同相談会等)
- ▶ 労働者、経営者等に対する相談支援
(経営安定特別相談、過重労働相談等)




7

スライド⑧

平成20年度の主な取組み

<7 遺された人の苦痛を和らげる>

- ▶ 自死遺族等への支援
(自死遺族自助グループ育成、ファミリーーターの養成)



スタッフ研修会の一場面
先進地の講師(遺族)を招いて

8

スライド⑨

域で総合的に取り組んでいくという視点で見ると、その一番具体的なコアとなる仕組みが圏域の地対協だと思う。だから、地域の連絡会議等の場でぜひ積極的なご参画をいただいて施策を推進していただきたいと思う。

また、皆さんは第一線のゲートキーパーとして現場のフロントラインに立っておられるわけで、現場で連携をしていく上で基本となる構成単位が圏域の地対協だと思うので、そういう面でも積極的な対応で引っ張っていただきたい。

スライド⑩

地対協に期待すること

- ① 地域自殺対策連絡会議への積極的参画
 - ・医療・福祉の視点からの知恵出し
- ② 第一線のゲートキーパーとしての意識
 - ・ハイリスク者の早期発見・早期対応
(医師以外のスタッフも含めて)
 - ・産業医・かかりつけ医と精神科医の連携

12

スライド⑩

さらに申し上げたいのは、全国の部局長会議に出て各県の取り組み等いろいろな情報交換を

すると、その後の懇親会で広島県の局長はうらやましいと言われる。それはなぜかと言うと、現にこういうシンポジウムとか、地対協というような場で、行政と、医師会を中心とする医療スタッフと、学識経験者の方々が、真剣に議論をして、何をやっていかなければいけないのかという検討を自然にできるというのは、当たり前のように思われるかもしれないが、実は全国的に見ると、そうそうできるものではないという点である。

今後とも、本県が全国に誇るこの地対協という仕組みが、積極的に活動していただき、ぜひ、施策の推進に引き続き力強いお力添えをお願いしたい。



広島市健康福祉局次長

竹内 功

広島市が平成20年6月にうつ病・自殺対策推進計画を策定して、今現在何に取り組んで、来年度以降何をしたいかということを中心に説明

する。策定の概要の1番は今、座長をしておられる山脇先生に会長になっていただき、協議会を開催して計画を策定した。策定にあたっては、市民アンケート、20歳以上の方3,000人を対象に心の健康状態であるとか、うつ病に対する認識、それと相談機関等の認識の状況などについてアンケートを行い、それらをベースにしながら協議いただき取りまとめた。

計画期間は、国の大綱と同様にしており平成20年度から28年度までの9年間として取りまとめている。

目標だが、広島市の状況は自殺者が平成17年に213人、平成18年で230人というような状況になっている。200人を超える状況がずっと続いている。増えたのも、平成10年に一気に増えており、そこからずっと200人を超える、いわゆる高止まり状況になっている。そういう状況を受けて目標年度における自殺者の数をいくらまで減らしていこうかという目標だが、第一段階として平成10年以前の状況に戻したいということで、平成17年の自殺死亡率を20%減少させて、対10万人当たり14.8人以下にしたいというものである。ところがこういう目標を立てていただけれども、計画策定に取り組んでいた平成19年の自殺者数というのは263人で過去最多になっているということで、平成21年度以降この計画に基づいて力を入れていかなければいけないという

状況になっている。

基本理念は、広島市独自で協議会でも議論いただき、まとめていただいた基本理念だが、基本的に国の大綱と同じ柱立てにしている。基本的に今まで各部局でやっている心の健康づくりとか、教育委員会等の子どもに対するいじめとか不登校の問題等を施策体系的に落としたものプラス新たにやっていくべきものを体系的にまとめたものと思っただけであればいいかと思う。

それで今、何をやっているかと言うと、新規のものとして社会的取り組みで自殺を防ぐということで、相談手引きということで各種の相談機関とか医療機関の情報を集めたものを、この相談機関に行ったらどういう相談に応じてくれるといったものを取りまとめ、情報提供をしていく。趣旨としては、支援機関の支援を受けられずに自殺することがないようにという目的で、そういった情報を関係機関等に配布していきたいと思っている。

消費生活センターでの多重債務の問題への対応として、これは平成20年からやっているが、特に平成20年4月から12月までの間で、相談に訪れた500人の方を弁護士とか法律関係者のほうにきちんと引き継いでいるというような現状になっている。

来年度だが、特に重点にしているのが精神科医療等の充実ということで、かかりつけの医師と、産業医、精神科医との連携の強化ということで、今年度広島市の連合地区地域保健対策協議会で、これをテーマの一つに設定していただき、どういうかたちで行っていくのがいいかということで協議いただいた。これを受けて、来年度、広島市には8つの区があるが、その1つの区で広島大学の協力も得てモデル的に例えば

どういう情報を提供していけばいいのかというようなことも含めて、モデル区を設定して中身を検討していただき、その結果を受けて、その後実施に移していきたいと考えている。

それともう一つ来年度にやろうとしているのが、相談機関ネットワーク体制の整備ということで、自殺予防センター（仮称）の検討というのがある。これは要するに自殺といえばワンストップで相談あるいは支援ができるような機能を持ったようなものを整備していきたいというもので、新たに箱物を造るというイメージではないが、ここでいろいろな情報が出せたり、関係者の研修ができるような機能といったようなものを整備していくために、どういった機能が必要でどういう方向で整備したらいいのかということのを来年度以降検討を進めていきたいと思っている。

それが主なもので、要は、自殺対策というのは総合的に取り組むとって言葉では簡単で総合的という言葉は簡単に使うが、私も役所経験が長いですが、いまだかつて何か総合的に何か取り組んだ実績というのは経験があまりないし、この計画自体も関係部局にすごく散らばって、いろいろなところがやっているわけで、広島市では行政の縦割りをできるだけなくそうということで20年度からクロスセクションといい高齢者と障害者と子育て、それと環境と平和の問題は局を越えて対応しようという組織づくりをしており、いずれこの自殺対策も、何らかのそういった組織的な体制から取り組まないとなかなか進まないのではないかなという思いを持っている。できるだけ今の計画が着実に推進できるように努力していきたいと思っている。

施策体系

基本理念：かけがえのない命を支えあい、生きる喜びを分かち合えるまち「ひろしま」

◎印は新規の事業・取組を、**太字**は新規の事業・取組のうち、重点となるものを示します。

1 市民一人一人の気づきと見守りを促す

① 自殺やうつ病等の精神疾患に対する正しい理解の促進

◎**自殺やうつ病等の精神疾患に関する正しい知識の普及啓発**

- ◎自殺予防週間の推進
- ◎自殺予防に関するホームページの開設
- 精神保健福祉センターによる普及啓発

② 児童生徒が命の大切さを実感できる教育の実施

◎**子どもの人間関係づくり推進プログラムの実施**
◎**いじめ・不登校への早期支援プログラムの実施**
◎**自殺予防に向けたカリキュラムの開発**

- 人権教育の推進
- 命の大切さを学ばせる教育の充実

2 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する

① 医療関係者の資質向上

◎**かかりつけの医師のうつ病対応力の向上**

- 産業保健スタッフの資質向上

② 相談支援関係者等の資質向上

◎**保健センター等の相談機関職員の資質向上**

◎**民生委員・児童委員等への研修**

③ 教職員等の資質向上

◎**教職員の啓発**

- 教職員への研修
- 青少年教育相談員への研修

④ 自殺対策従事者への心のケアの推進

◎自殺対策従事者への心のケアの推進

3 心の健康づくりを進める

① 職場におけるメンタルヘルス対策の推進

◎労働者の心の健康の保持増進のための指針（メンタルヘルス指針）の普及

② 地域における心の健康づくりの推進

○元気じゃけんひろしま21の推進

- 心の健康づくりの推進
- 高齢者の多様な活動の支援
- 高齢者の外出・交流機会の提供
- 被爆者の健康づくりの推進
- 女性教育センターでの心の健康に関する各種講座の開催
- ふれあい心の友訪問援助事業の実施
- メンター制度の推進
- 健康の保持・回復のための運動施設の設置

③ 学校における心の健康づくりの推進

○精神保健福祉センター教育研修事業の実施

- スクールカウンセラーによる相談活動
- 教職員による心の健康づくり
- 思春期の心の成長を促す指導
- 心の健康相談事業の実施
- 市立高等学校精神保健連絡会での精神科医からの指導助言

4 適切な精神科医療等を受けられるようにする

① 精神科医療等の充実

- 精神科医療機関の紹介
- 精神障害者通院医療費助成
- 精神科救急医療システムの運営
- ◎**かかりつけの医師・産業医と精神科医との連携強化**
- ◎**かかりつけの医師のうつ病対応力の向上**（再掲）

② 子どもの心の診療体制の整備の推進

- 情緒障害児に対する入所・通所治療
- 舟入病院小児心療科外来による支援
- 教職員による相談活動
- 青少年総合相談の実施
- 心の健康相談事業の実施（再掲）

③ 高齢者に対する訪問相談・支援

- いきいき活動支援訪問事業の実施

5 社会的な取組で自殺を防ぐ

① 相談機関ネットワーク体制の整備

- ◎**相談の手引（相談機関や医療機関の情報集）の配付**
- ◎**自殺予防センター（仮称）の検討**

② 精神保健福祉に関する相談

- 心の健康づくりの推進（再掲）

③ 多重債務・法的問題への対応

- ◎**消費生活センターでの多重債務問題への対応**
- 市民相談センター等での法律相談の実施

④ 中小企業の経営に関する相談

- 中小企業支援センターでの相談事業の実施
- 中小企業金融対策の実施（広島市中小企業融資制度）

⑤ 若者の就業に関する相談

- 広島ワークサテライトの運営
- 若者の自立・就職サポート相談会の開催
- ヤングキャリアナビゲーションの実施

⑥ 女性のための相談

- 母子相談の実施
- 女性のためのなんでも相談の実施

⑦ 暴力に関する相談

- 暴力被害相談の実施
- 婦人保護事業の実施
- ひろしまDVホットラインの運営

⑧ インターネット上の有害サイトへの対応

- 電子メディアと子どもたちの健全な関係づくりの推進

⑨ 高齢者とその介護者への支援

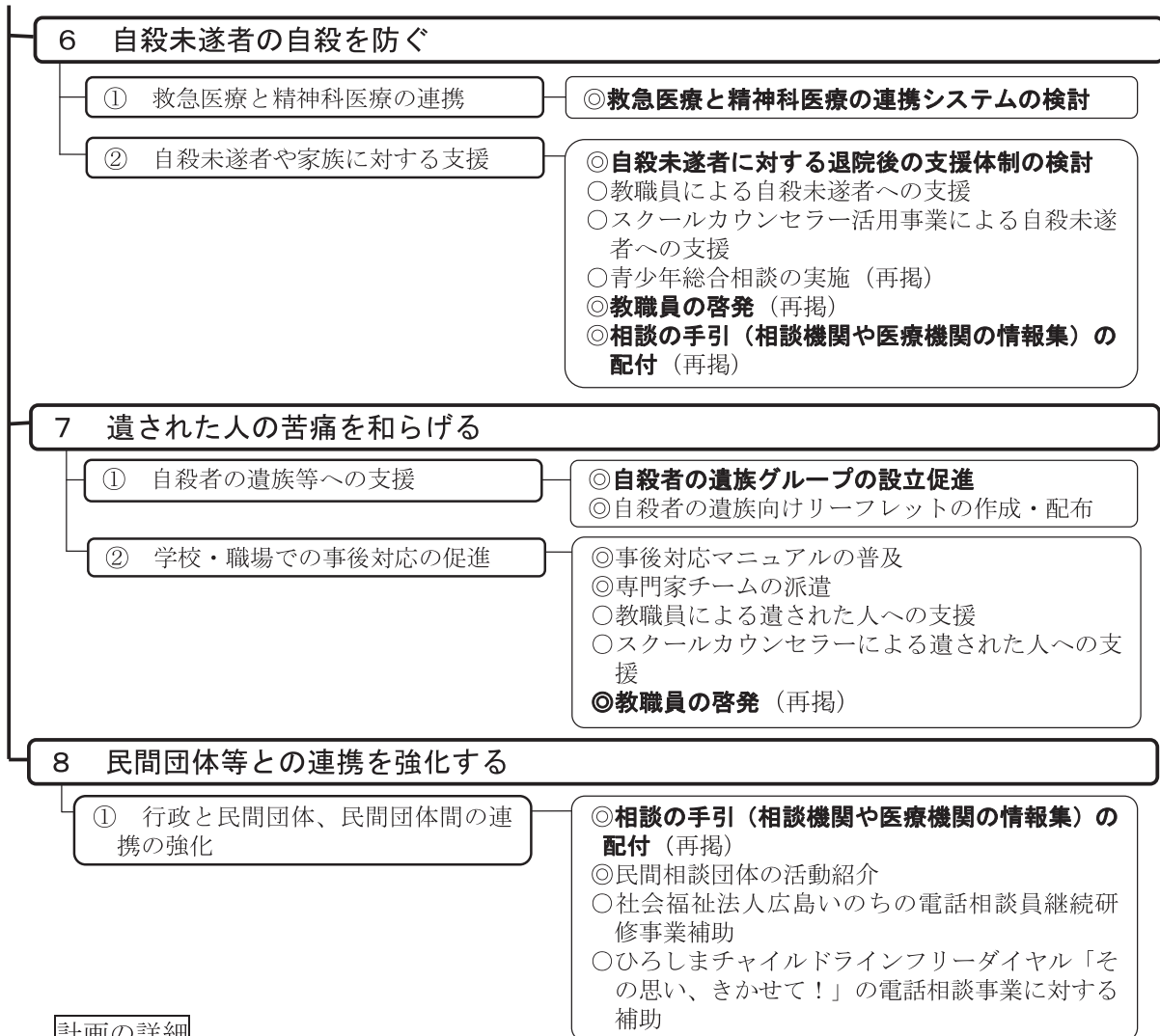
- 地域包括支援センターにおける相談の実施
- 保健・医療・福祉総合相談窓口の運営
- 家族介護教室の開催

⑩ 子どもの自殺の防止

- メンター制度の推進（再掲）
- いじめ・不登校等対策ふれあい事業の実施
- スクールサポート推進事業の実施
- いじめ110番の運営
- 心の健康相談事業の実施（再掲）
- 市立高等学校精神保健連絡会での精神科医からの指導助言（再掲）

⑪ 慢性疾患患者等に対する支援

- 小児慢性特定疾患の子どもと保護者のための相談の実施
- 難病訪問相談の実施



計画の詳細

広島市ホームページ

<http://www.city.hiroshima.jp/www/contents/0000000000000/1222057836221/index.html>

●アクセス経路：広島市のトップページ→「健康・福祉」→「うつ病・自殺対策の推進」→「広島市うつ病・自殺対策推進計画を策定しました。」

質疑応答

質問：安佐医師会副会長 吉川 正哉

いわゆるうつとは適応障害で、ほとんど精神科の自殺者数の中の5割近くを占めるということなのだが、うつとか適応障害で休職して、それから復職した場合に、特にこういう経済状況が非常に悪くなっている状況で、大企業の場合は帰るところがあるかもわからないが、中小企業、小規模事業所では帰るところがなかなか難しく、われわれ産業医とか周りはどういうふうな対応をして、復職に援助していけばいいのかということですね。それとあと、実際に産業医の立場でいろいろな相談を受けている場合、その人の家族とかいろいろな人の援助とか、周り

の援助が必要なのかもしれませんが、どこまでその人の個人情報の立場から、どこまで紹介状を書いたり、どこまで精神科の先生と連携が取れるのかというふうにいつも悩むところではあるのですが、それについてお考えをお聞きできればと思う。

回答：鎗田労働衛生コンサルタント事務所所長 鎗田 圭一郎

今言われた企業の規模によってそれは全然違うと思うが、大企業であれば、そういったことでまず首を切られるということはないと思うが、小規模事業所ですと少し難しいかと思う。やはりこれからの情勢を見ると、うつ病にさせないためには、予防しかないだろうと思う。リハビリ

り出勤等をやれる企業は、そう多くはないから、リワークひろしまというのはリハビリ出勤制度を設けているようなところだが、リハビリのための施設というようなところを利用して、むしろ安易な復職をさせないほうがいいのかなと。繰り返すことによって、やはり小さな企業になると、もう必要ないという気運が強くなると思うし、家族の協力も得られなくなってくると思うので、むしろ安易な復職は避けるべきだろうと、私は産業医をやっていると思う。

それから精神科の先生とどれぐらい連携ができるかということだが、精神科の先生にもよると思うので、馬屋原先生のように非常に理解が深くて、職場の方が一緒に来てくれたほうがいいと言われる先生もいれば、そんな聞く時間がないと、それも診療だからそれにもやはりお金を払ってもらわなければ困るというような立場の先生おられ、非常に難しいとは思いますが、多分、馬屋原先生のような先生でしたら、われわれが精神科医の先生に渡す情報というのは非常に参考にしてくれるのではないかというふうに思うので、医師の性格を見つつ連携を取っていくということだろうと思う。

回答：光の丘病院院長 馬屋原 健

産業医の先生が精神科医との情報交換に関して非常に警戒心を持っておられるということに関しては、常日ごろ感じているところである。もちろん今お話になったように個人情報の問題もあるし、それから精神科医から出てくる診断書が自律神経失調症が3カ月、6カ月、1年と続いていくと、ちゃんとした治療が行われているのだろうかというふうにいろいろな疑意が高まっていき、いろいろな観点で、今、産業医と精神科医との関係というのが必ずしも円滑ではないというふうに私も思っている。今日、私は、かかりつけ医と精神科医の話テーマとして挙げたが、実は産業医と精神科医の連携というの、これまたもう一つ別のテーマになるぐらい大きな問題でして、産業医の一つの特徴は、患者さんが産業医を選ばない。産業医というのは会社が決めているものであって、かかりつけ医は選べるが産業医は選べないのですね。そういう意味で、私が何度か経験したケースでは、産業医の診察を非常に嫌がる患者さんがおられる。やはり産業医の先生は、その社員である患者さんから気さくに相談をしてもらえるような関係であっていただきたい。何か会社側の人だからというのですごく敬遠されているようなところ

が時々あるので、そういうことからまず打破していくことが必要かと思うし、そのへんが打破できると情報交換は円滑化するし、実際にご本人に、職場に戻りたいのであったら上司の方と一緒に受診してもいいですねと言うと、私は、今まで断られる方はいませんでした。

回答：座長 山脇 成人

現実的には非常に難しい問題で、図で書くと連携、連携というふうに言うが、なかなか難しいのが現状です。県地対協のわれわれの委員会でも企画したことはあるが、やはり顔が見える関係をつくっておかないと、文書だけをやりとりしてとか、インターネットで見たら近くに何とかメンタルヘルスクリニックというのがあるからそこへ行くと紹介状を書いたのでは、これはなかなかもらったほうも出したほうも、そこはかなり個人情報でかわるようなことが書いてあるのを、どうそれを受け止めていくかというのは、それがうまくいかなかった場合は、なかなか今度は患者さんのほうからの不信感というか、余計なことを書いてというふうになってしまいがちである。やはりこういう会を通じて見える関係をつくることも重要なかなと思う。かなり深刻なのは、やはり文書では書けない。やはり直接電話とかで追加情報として実はこういうこともあるのですがというようなかたちにしないと、とても現実的ではない部分があると思うので、そういう関係づくりというの、この中に含まれるのかなというふうに思う。

質問：三次地区医師会長 星田 昌吾

今日の話聞いて、今度地区の地対協において自殺対策、自死対策をしなければいけないという、おまえらもしっかりやれという話に受け止めた。聞きたいことは、特に高齢者の自死についてです。全般的な自死については、うつが4分の3とかいう話があるが、高齢者の自死についていえる特徴、特性そんなものがあるのでしょうか。

回答：座長 山脇 成人

高齢者という部分についての特性でいうと、高齢者の場合は器質的な、やはり脳梗塞を含め、これが目に見えた脳梗塞、脳卒中のようなかたちではなくても、いろいろな器質的な問題が起こっているという、脳の血流の低下が非常に起こりやすい状況にあるというそういうファクター、あるいはほかの病気を合併している、身

体の病気を合併している率が非常に高いということは当然大きな因子としてある。

それともう一つは、いろいろ聞くと、田舎ほどコミュニケーションの能力はまだ都会以上にあると思いがちなのだが、やはりだんだん過疎化して家族がそこから出ていって、隣近所も何となく億劫になって、家に閉じこもっていってしまいがちになるということで、非常に孤立という状況が生まれやすいという部分と、それから適切な医療へのアクセスというのが非常に悪いために適切な医療への距離が遠いというようなファクターも重なって、多いのではないかということが想像されるが、今は老人クラブとかいろいろところで積極的に声掛け運動で地区の老人クラブの方々が自ら立ち上がって、それぞれのところに声を掛けていこうという気付きをまず促そうというかたちの運動もされている。医学的な観点からいくと、脳そのものも機能がエイジングでかなり低下し、なおかつそういう新たなストレスに強い状況ではない中で家族のサポートが得られにくい、地域のサポートも、顔を合わせれば人間関係は悪くないのだけど、合わせるところに出るチャンスがどんどん減ってきているというのをよく聞く。

回答：北広島町保健師 福田 さちえ

平成16年に芸北地域保健対策協議会と芸北地域の保健所で、北広島町を対象にアンケートをされたときの結果としてよく県が使っている数字だが、やはり相談相手がいないという方に抑うつ傾向が高いという結果が出ており、実際にそうではない方もいる。田舎でも3世代同居は減ってきているし、隣の家まで行くのにやはり距離があるということとか、今までのような地域のつながりがだんだん減ってきていて、老人クラブにという話も出たが、うちのほうのうつ対策のほうの協議会でも話が出るが、老人クラブ自体が高齢化しているということで、老人クラブにもなかなか若い老人の方が入ってこなくて、みんな後期高齢の方ということで、やはり声掛けをするのだけどそこまで十分にできないということとか、本当にそういった地域のつながりという部分、声を掛けたりお互いに「どうかね」と言い合うようなものがだんだん減ってきているのかなという気はする。併せて、今言われたように、たくさんいろいろな身体疾患が出てくるので、やはりそこらへんのフォローという部分での病気のほうのケアを含めての自殺対策が要るのかなというのを思っている。

質問：広島県歯科医師会常務理事 小島 隆

迫井局長に聞きたいのだが、県民一人ひとり自殺予防の主役となるように取り組むというふうにあるが、虐待予防とかそういう観点では、かなり歯科医師会もこういったかたちで取り組んでいるのだが、具体的にこの取り組み方について教えていただきたい。

回答：広島県健康福祉局長 迫井 正深

ご趣旨に添った答えになっているかどうか分からないが、これは要するに人ごとではないということで、まず社会全体というのがある。次に先ほどの広島市の竹内次長が言われていたが、総合的といっても上滑りをしてしまうので、具体的にもう少し分かりやすく言うと、やはり地域、そのコアになるような基礎自治体プラス圏域の地対協というのが一つの考え方ですし、もっと言うと個人それぞれがという、そういう視点を大事にしましょうということです。ですから具体でどういった取り組みかという、こういう場合はもう少し本当に一般の方を念頭に置いたさまざまなシンポジウムとか、それから今日はメディアの方はおられないが、やはりマスメディアの方に協力いただきながら、こういった課題が身近にあるし、みんながそれぞれ取り組むことが一番効果があるよねと、そういう視点で、これは施策について取り組んでいこうと、圏域、あるいはそれぞれの地域においてもやはり同じような視点でやっていく必要があるかなという、そういう問題意識です。

質問：府中地区医師会顧問 寺岡 暉

今、迫井局長ですが、大切な柱として4つあるということで、3つ目の柱として社会的な取り組みで自殺を防ぐという仕組みを充実させていかなければいけないということで、まさにそのとおりだと思うが、ちょうど先ほどの質問の中に高齢者の孤立が進むために、高齢者の自殺その他に対する特性があるというような座長の山脇先生の説明だったと思うが、やはり地域、特に過疎地域における社会的仕組みや、仕組みというよりは人材が決定的に欠けているわけですね。ですからこれを何とかしないと、いくら町民の意識を高め、それからまた医師も一生懸命になり、あるいは行政も一生懸命になっても、やはりそういった患者さん、あるいは高齢者、障害者にアプローチする人材が決定的に欠けているという部分があるので、そこのところをまずは何とかしていくということが喫緊の課題で

はないかと思う。そのことをお願いして、また強調しておきたいと思う。

回答：広島県健康福祉局長 迫井 正深

今の寺岡先生のご指摘は非常に重要なところだと思っている。具体的に言うと、この中でどれぐらい県の取り組みで、例えば「プラチナエイジ」という取り組みをやっているのをどれぐらいご存じでしょうか。聞いたことがあるという方は、手を挙げていただけますか、なんて言っただけでいいんですけど、例えば、やはり団塊の世代が社会でいったん仕事を引退されたあとで、よく聞く話としては、地域活動をする、圧倒的に女性の方が出てこられる。例えば社会でいうと男性の役員とか男性の管理職がいっぱいいるのだけど、地域活動では全く逆転してしまう。だから仕事が終わって、あるいは次の第二のやはり社会活動という意味では、ぜひ地域に積極的に活動拠点を移していただきたい。こういったことを促すために「プラチナエイジ」というキャンペーンで地域デビューだというようなこともやっている。例えばそういったこととか、療養病床の再編のネガティブな部分はずいぶんいろいろ言われている部分はあるというのは承知している。ただ、これも実は介護の関係を地域でしっかりひもといて必要な体制をつくっていかうという中で、やはり地域の福祉も含めたさまざまな体制づくりというのが出てきて、ここでも人材育成がポイントになっている。ですから申し上げたいことは、ご指摘そのとおりでということと、行政もそういうふうな問題意識を持っているが、ぜひここにおられる皆さん方がそういう意識を持って、町内会活動は面倒くさいとか、老人クラブは何だか名前が嫌だとかそうおっしゃらずに老人クラブも若手を募集されているようなので、ぜひそういったことにもご理解をいただきたいというふうに思っている。

まとめ：座長 山脇 成人

今日は地対協関係のそれぞれの医療・福祉関係を含めて350~360名。それから市民の方々が100数十名で、500名ぐらいの参加をいただいて非常に有意義な研修会になったと思う。

このうつ・自殺対策、われわれ精神科医にとっては非常に、私自身もうつ病が専門なのですけれども、なかなか日が当たらなかったとか、こういう問題を取り上げていただく機会が非常に少なかった。そういう時代が長かった

が、今日はこういうふうに取り上げていただいた。これはなぜかと言うと、うつ病は、有病率5から10ですから、今日は500人おられると、40~50人はうつ病なはずなわけですね。リスクとしてですね。そして年間3万数千人亡くなっている。つまり日本で一日100人近く毎日自殺している。そういうほうが分かりやすい。広島県では毎日2人が自殺をされているという実態があるわけです。そこを考えると、これはうつ病、心の風邪というふうにもいわれているが、明日はわが身であり、先ほど職場の人間関係で、ここでも自分のところでもそうだというのは、もういっぱい現実にはあると思うし、身内でもそういう問題を抱えておられる。それは子どもからお年寄りまで、皆さんこういう問題は、本当に明日、自分が直面してもおかしくないようなテーマばかりです。そういうことを踏まえて一人ひとりが気付いていただくような仕組みづくりから始まって、地域、組織等でこういう取り組みをしていく、あるいは医療関係者がネットワークを組んでいくことで、こういう問題を早く、経済に振り回されて、生きることにまで振り回されるのは、もうそろそろ逆にメンタルをポジティブにしていくことで経済もいい循環にいくようなことにしていかなないと、本当にわれわれ日本人が誇る日本文化を持っているのが、本当に暗くなってしまうので、最後は明るく締めたい。今日はこれだけの方々が集まって、こういう議論ができたということ、それからやはりこういうものを共有して、見える関係をつくっていける、北広島でもやっておられるそういう地道な活動、総論だけではなくて、各地区での活動につながっていくことが、この研修会が少しでもお役に立てればというふうに思っている。

次期開催圏域地対協挨拶



広島県西部地域保健対策協議会
会長

(佐伯地区医師会会長)

望月 昭

来年度、平成21年の担当ということだが、まだ日時、場所、メインテーマ共、すべて決定していない。日時は、今年度と違って少し早くせざるを得ないのではないかと思っている。それというのは来年度が県内いろいろな医師会の役員の改正の年にあたると思うので、その前

になるべくしなければいけないのではないかと
いうように考えて、1月下旬から2月の始めを
考えている。場所だが、これまで2回は宮島の
対岸、宮島口の駅の少々西側にある安芸グランド
ホテルでやった。ただ、ここ数年は、今日の
ように日曜日の午後ということだけになると、
果たしてあの辺まで皆さんを引っ張っていくの
がいいのかどうかというような心配をしている。
広島市内のホテルのほうがよほど全県から集まり
やすいのかなというようなことも考えている。
それとテーマ、今日はずつと自殺対策というこ
とで、非常に重いテーマで、どのように最後は
締まるのだろうか心配していたが、非常に上
手に遂行されたということに敬意を表したいと
思う。テーマもまだ一切決まっていらないが、来
年、タイムリーで皆さんが一人でも多く興味を
持って集まっていたらいいようなテーマを考え
ているので、何とぞよろしく願います。

閉会挨拶



広島県地域保健対策協議会
副会長
(広島大学医学部長)

河野修興

本日は大変長い時間にな
りご清聴いただきありがとう
ございました。本日、地対協

関係の方が288名、一般市民の方が154名来られ
たということで非常に盛会で、本当にありが
とございました。本日のシンポジストの方、特
別講演の先生、また座長をされた先生方に大変
御礼を申し上げて終わりたいと思うが、最後に
高橋是清は、失業者を出すということは政治家
の犯罪だというふうに言ったわけですが、自殺
者を出すということはもっと大きな犯罪ではな
いかというふうに思って、この言葉を首相にで
きたら言いたいなとこういうふうに思って最後
の言葉にさせていただきたいと思う。

本日は大変ありがとうございました。

平成20年度 圏域地対協研修会（県民公開講座） ＜プログラム＞

総合司会	広島県地域保健対策協議会常任理事（広島県医師会常任理事）	堀江正憲
13:00	開会挨拶 広島県地域保健対策協議会会長（広島県医師会会長） 福山・府中地域保健対策協議会会長（府中地区医師会会長） 福山市長	碓井静照 長健 羽田皓
13:10	基調講演 座長 広島県福山地域保健所所長 「自殺の心理とうつ病」 防衛医科大学校精神科教授	米田哲幸 野村総一郎
14:10	休憩15分	
14:25	シンポジウム 「うつ・自殺対策 ～大切な命守ろう地域の輪～」 座長 広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経医学教授 「広島県における自殺の現状と対策」 シンポジスト 「地域における自殺予防活動の取り組み」 北広島町保健師 「事業場におけるメンタルヘルス対策と自殺予防」 鎗田労働衛生コンサルタント事務所所長 「かかりつけ医と精神科医の連携」 光の丘病院院長 「自死遺族支援の取り組み」 広島県立総合精神保健福祉センター地域支援課主任 指定発言者 広島県健康福祉局長 広島市健康福祉局次長	山脇成人 福田さちえ 鎗田圭一郎 馬屋原健 川村学子 迫井正深 竹内功
16:40	次期開催圏域地対協挨拶 広島県西部地域保健対策協議会会長（佐伯地区医師会会長）	望月昭
16:45	閉会挨拶 広島県地域保健対策協議会副会長（広島大学医学部長）	河野修興
17:00～18:00	参加者交流会（懇親会費 5,000円）／ 6階「ラピュタ」	

広島県内の保健・医療・福祉の関係者が一堂に会し、親しく交流していただく会ですので、併せてご参加くださいますようお願い致します。