

出来事の内容(表7)	非認定	認定	件数
出来事なし	9	13%	9
ノルマ未達成	2	3%	6
責任を問われた、ノルマ未達成	2	3%	2
業務上の傷病で療養中	1	1%	1
勤務・拘束時間が長時間化	2	3%	2
個人の出来事	1	1%	1
仕事のミス、責任を問われた	9	13%	15
仕事の内容・量に大きな変化	6	9%	6
支援欠如	3	4%	6
難易度	1	1%	5
社会人になったためのストレス	1	1%	1
出向した	1	1%	1
昇格、転勤、責任を問われた	7	10%	8
転勤、責任を問われた、ミス	6	9%	11
配置換え、上司が変わった	8	12%	8
顧客とのトラブル	3	4%	3
上司とのトラブル、顧客とのトラブル	2	3%	3
同僚とのトラブル	1	1%	1
友人、先輩に裏切られショック	1	1%	1
新規事業		1	1
大きな病氣、怪我	2	3%	4
	68	100%	95

認定事例の特徴は、仕事のミスで責任を問われた 6(22%)、仕事そのものが難易度が高く 4(15%)、転勤で業務内容も変わり、ミスがあり責任を問われた 5(19%)、ノルマ未達成 4(15%)例にみられた。非認定事例は配置換え、上司が変わった 8例(12%)、仕事のミス、責任を問われた 9(13%)、昇格、転勤で責任を問われた 7(10%)であった。まったく出来事が存在しない事例も 9例みられた。

8. 精神科既往歴

精神科既往歴(表8)	非認定	認定	件数
あり	15	22%	19
なし	53	78%	76
	68	100%	95

精神科既往歴がある事例は非認定事例は 22%(15)、認定事例は 15%(4)であった。

9. 個人の出来事

認定事例は個人の出来事なしが 85%(15)、非認定事例は 81%(55)であった。

非認定事例の個人の出来事は、夫婦

個人の出来事(表9)	非認定	認定	件数
なし	55	81%	82
夫婦問題、アルコール依存	3	4%	3
ギャンブル、借金	1	1%	1
異性問題	1	1%	1
家族の癌	1	1%	1
子供の入試、妻の病氣	1	1%	1
精神障害の既往	5	7%	5
不明	1	1%	1
	68	100%	95

問題・アルコール依存、ギャンブル・借金、異性問題、家族の癌、妻の病氣であった。精神障害の既往歴は非認定事例が 5例、認定事例は 4例であった。

10. 自殺手段

自殺手段として最も多いのは、縊死

自殺手段(表10)	非認定	認定	件数
ガス中毒(自動車内)	1	1%	3
一酸化炭素中毒	1	1%	1
割腹、心臓・首の刃物損傷	2	3%	3
溺死	1	1%	1
飛び降り・投身	27	40%	38
薬物中毒	1	1%	1
縊死	35	51%	48
	68	100%	95

で全体の 51%(48)、次に飛び降り・投身が 40%(38)であった。認定、非認定事例ともほぼ同じ割合であった。

11. 自殺場所

会社・社宅・現場で死亡した事例が

自殺場所(表11)	非認定	認定	件数
会社・社宅・現場1	23	34%	29
海・川・雑木林	6	9%	6
市内のビル・ホテル	9	13%	15
寺・公園・高架橋	4	6%	8
自宅	22	32%	28
社外・自宅外(自動車内3)	2	3%	3
電車線路軌道上	2	3%	6
	68	100%	95

非認定事例 34%(23)、認定事例は 22%(6)、全体の三割が会社と関連がある場所で亡くなり、自宅で死亡した事例も 29%(28)みられた。

12. 他診療科既往歴

他科既往歴(表12)	非認定		認定		件数	
あり	9	13%	6	22%	15	16%
なし	59	87%	21	78%	80	84%
	68	100%	27	100%	95	100%

精神科以外の他診療科の受診歴は、非認定事例は 13% (9)、認定事例は 22% (6) であった。

13. 入院・通院の有無(既往)

精神科に通院ないし入院していた事

入院・通院の有無(表13)	非認定		認定		件数	
なし	57	84%	16	59%	73	77%
身体科通院	8	12%	2	7%	10	11%
身体科入院			3	11%	3	3%
精神科通院	3	4%	5	19%	8	8%
精神科入院			1	4%	1	1%
	68	100%	27	100%	95	100%

例は、認定事例は 6 例 (23%)、非認定事例は 3% であった。身体科に通院ないし入院していた事例は、認定事例は 5 例 (18%)、非認定事例は 8 例 (12%) であった。

14. 自殺時に通院中の診療科

精神科通院中の事例は、認定事例は 5 例 (19%)、非認定事例は 14 例 (21%)、身体科は、認定事例は胃腸外科、耳鼻咽喉科、整形外科、内科、脳外科であり、非認定事例は整形外科、内科であった。認定事例の 63% (17) は精神科を受診しておらず、非認定事例の 71% (48) は精神科を受診していなかった。しかし、認定事例の 2 割 (5)、非認定事例の 8% (6) は他の身体科を受診していたことになる。

診療科(表14)	非認定		認定		件数	
胃腸外科			1	4%	1	1%
耳鼻咽喉科			1	4%	1	1%
受診せず	48	71%	17	63%	65	68%
整形外科・内科	1	1%	1	4%	1	1%
精神科	12	18%	4	15%	15	16%
内科・精神科	2	3%	1	4%	3	3%
内科	5	7%	1	4%	6	6%
脳外科			1	4%	1	1%
	68	100%	27	100%	93	98%

15. 自殺までの診断

自殺までの診断に関して、認定事例は神経症、適応障害、うつ病、非認定事例はアルコール関連、神経症、精神因性不眠、うつ状態、反応性うつ病、うつ病、統合失調症などであった。

自殺までの診断(表15)	非認定		認定		件数	
アルコール依存症	1	1%			1	1%
うつ病、急性アルコール中毒	1	1%			1	1%
神経症・うつ病、アルコール精神病	1	1%			1	1%
神経症・適応障害・うつ病	2	3%	1	4%	1	1%
精神因性不眠	1	1%			1	1%
うつ状態	3	4%			3	3%
反応性うつ病、自律神経失調症	1	1%			1	1%
反復性うつ病			1	4%	1	1%
うつ病	6	9%	3	11%	9	9%
びらん性胃炎	1	1%			1	1%
統合失調症	1	1%			1	1%
診断なし	50	74%	22	81%	72	76%
	68	100%	27	100%	93	98%

16. 遺書の有無

遺書がある事例は、認定事例は 18 例 (67%)、非認定事例は 49% (33) であった。

遺書の有無(表16)	非認定		認定		件数	
不明	2	3%	3	11%	5	5%
無	33	49%	6	22%	39	41%
有	33	49%	18	67%	51	54%
	68	100%	27	100%	95	100%

17. 長時間残業の有無

長時間残業の有無(表17)	非認定		認定		件数	
あり	26	38%	23	85%	49	52%
なし	42	62%	4	15%	46	48%
	68	100%	27	100%	95	100%

長時間残業が発生していた事例は、非認定事例は 38% (26)、認定事例は 85% (23) であり、認定事例の中で業務中の災害(ケガをした)事例、病気の後にうつ状態に陥った事例を除くと 90% (25) が長時間残業が発生していた。

18. 100 時間残業の有無

残業時間(表18)	非認定		認定		件数	
100時間以上	3	4%	20	74%	23	24%
99時間以内	24	35%	4	15%	28	29%
なし	41	60%	3	11%	44	46%
	68	100%	27	100%	95	100%

発症前1ヶ月間に100時間以上の残業時間が発生していた事例は、認定事例74%(20)、非認定事例4%(3)であった。

19. 精神症状の態様

症状の態様(表19)	非認定		認定		件数	
身体症状(軽)・精神症状(軽～重)・行動症状・不眠	2	3%			2	2%
身体症状(軽)・精神症状(軽～中)・不眠	4	6%	2	7%	6	6%
精神症状(軽～重)・不眠・行動症状	26	38%	10	37%	36	38%
精神症状(軽～中)	1	1%			1	1%
精神症状(軽～中)・不眠	29	43%	15	56%	44	46%
精神症状(軽～中)・不眠・暴力	1	1%			1	1%
精神症状なし	5	7%			5	5%
	68	100%	27	100%	95	100%

精神症状が確認できない自殺が5例、その他の事例では非認定事例の1例を除いて不眠は全例で確認できた。軽度の精神症状は「悲観的見解、口数↓、元気がない」、中等度の精神症状を「集中困難・抑うつ・希死念慮・自責・困惑、思考制止」、重度の精神症状は「易怒性、自殺企図、精神病症状」が存在した場合である。行動症状は「落ち着かない言動を伴った症状」である。両事例とも精神症状が軽度～中等度の事例が圧倒的に多く、非認定事例43%(29)、認定事例56%(15)でやや認定事例に多くみられた。また、混乱したり落ち着かなくなった事例、すなわち精神症状が(軽～重)・不眠・行動症状も同様で非認定事例38%(26)、認定事例37%(10)であった。

20. 精神症状の重症度

精神症状の重症度をみると、精神症

状が確認できなかった事例が非認定事例に5例、認定事例では中等度の事例は70%(19)、非認定事例で中等度事例は56%(38)であった。非認定事例では重度の事例が26%(18)を占めていたが、認定事例では重度事例は15%(4)であった。

21. 兆候の気づき

兆候の気づき(表21)	非認定		認定		件数	
家族が先	42	62%	19	70%	61	64%
会社が先	8	12%	5	19%	13	14%
気づいていない	16	24%	2	7%	18	19%
知人(宗教)	1	1%			1	1%
同時頃			1	4%	1	1%
療養中	1	1%			1	1%
	68	100%	27	100%	95	100%

精神症状の兆候に家族が先に気づいていたのか、会社が先に気づいていたのか、という点に関しては、家族が先に気づいていた事例は、認定事例は70%(19)で多く、非認定事例は62%(42)であった。非認定事例の特徴は家族も会社も誰も兆候に気づいていなかった事例が四分の一(16)もみられていた。

22. 業務上の出来事から発症・増悪までの期間

業務上の出来事がないのに労災請求されてきた事例が9例、私的出来事(博打)～1ヶ月以内が1例みられた

出来事～発症時期(表22)	非認定		認定		件数	
1ヶ月以内	17	25%	14	52%	31	33%
1～3ヶ月	17	25%	7	26%	24	25%
3～6ヶ月	19	28%	6	22%	25	26%
7月～1年	4	6%			4	4%
1年以上	1	1%			1	1%
なし	9	13%			9	9%
私的出来事～1ヶ月	1	1%			1	1%
	68	100%	27	100%	95	100%

が、この事例は海外出張で博打に負け借金を返済できず自殺した事例である。認定事例は出来事から1ヶ月以内に発症している事例が52%

(14). 3ヶ月以内になると約8割(21)が発病していた。非認定事例は3ヶ月以内に半分(24)が発症していた。

23. 発症から自殺に至るまでの期間

発症～自殺(表23)	非認定	認定	件数
1ヶ月以内	27 40%	12 44%	39 41%
1～3ヶ月	23 34%	10 37%	33 35%
2～3月症状増悪	1 1%		1 1%
4～6月	5 7%	2 7%	7 7%
7月～1年	3 4%	1 4%	4 4%
1～2年		1 4%	1 1%
2年～	4 6%	1 4%	5 5%
なし	3 4%		3 3%
不明	2 3%		2 2%
	68 100%	27 100%	95 100%

認定、非認定事例とも発症すると3ヶ月以内に7～8割は死亡することが明らかになった。3ヶ月以内の死亡は、非認定事例74%(50)、認定事例81%(22)であった。また2年以上経過してからの自殺は、非認定事例4例はうつ病エピソード2例、気分感情障害1例、アルコール依存症1例であり、認定事例は反復性うつ病でいったん改善した後に出張で連泊した上でトラブルが発生して再燃したじれいであった。

24. 出来事から自殺に至るまでの期間

出来事から自殺に至るまでの期間であるが、3ヶ月以内に自死に至った事例は、認定事例67%(18)、非認定事例37%(25)であった。6ヶ月以内の自殺は、認定事例78%(21)、非認定事例63%(43)であった。

25. 飲酒状況

飲酒ありは、認定事例81%(22)、非認定事例63%(43)であった。精神症状のためにアルコール乱用傾向が出現し

出来事～自殺(表24)	非認定	認定	件数
1ヶ月以内	8 12%	5 19%	13 14%
1～2ヶ月	2 3%		2 2%
2～3月	15 22%	13 48%	26 27%
4～6月	18 26%	3 11%	21 22%
7月～1年	13 19%	4 15%	17 18%
1～2年	2 3%	1 4%	4 4%
2年～	2 3%	1 4%	3 3%
なし	6 9%		6 6%
不明	2 3%		3 3%
	68 100%	27 100%	95 100%

アルコール飲酒(表25)	非認定	認定	件数
あり	43 63%	22 81%	65 68%
乱用傾向	1 1%	1 4%	1 1%
なし	21 31%	3 11%	24 25%
不明	3 4%	2 7%	5 5%
	68 100%	28 104%	95 100%

た事例は、認定、非認定事例それぞれ1例であった。

26. 性格傾向

「几帳面、真面目、責任感が強い、温和」といった性格傾向は、認定事例48%(13)、非認定事例は28%(19)で「誠実、弱音を吐かない」を加えると、認定事例63%(17)、非認定事例38%(26)であった。

性格傾向(表26)	非認定	認定	件数
温和で協調性あり	5 7%	6 22%	11 12%
完璧主義	2 3%		2 2%
機嫌が良い時と悪い時の差があり	1 1%		1 1%
協調性に欠ける・感情の起伏が激しい	1 1%		1 1%
攻撃的、波が激しい	1 1%		1 1%
社交的・積極的	1 1%		1 1%
真面目、潔癖、自分勝手	1 1%		1 1%
真面目、責任感が強い、気弱、大人しい	8 12%		8 8%
誠実、弱音を吐かない、几帳面	7 10%	4 15%	11 12%
几帳面、真面目、責任感が強い、温和	19 28%	13 48%	32 34%
几帳面、真面目、要領が悪い	1 1%		1 1%
大人しい、口数が少ない	7 10%	3 11%	10 11%
明るい(短気、口数少ない)	14 21%	1 4%	15 16%
	68 100%	27 100%	95 100%

27. 精神科診断

精神科診断(表27)	非認定	認定	件数
うつ病エピソード	42 62%	22 81%	64 67%
中等症うつ病エピソード		1 4%	1 1%
うつ病エピソード、急性一過性精神病性障害	1 1%		1 1%
アルコール依存症、神経症性障害	2 3%		2 2%
何らかの精神障害、うつ病エピソード	1 1%		1 1%
気分感情障害	7 10%	2 7%	9 9%
気分感情障害、妄想障害、統合失調症(初発)	3 4%		3 3%
分裂感情障害	1 1%		1 1%
急性・重度ストレス反応	2 3%		2 2%
精神病症状を伴ううつ病	1 1%	1 4%	2 2%
特定できず	7 10%		7 7%
反応性うつ病	1 1%		1 1%
症状性を含む器質性精神障害		1 4%	1 1%
	68 100%	27 100%	95 100%

うつ病エピソードが圧倒的に多く、認定事例は81%(22)、非認定事例は62%

(42)であった。非認定事例は急性一過性精神病性障害(2)、統合失調症、分裂感情障害等の精神病性障害、アルコール依存症、急性・重度ストレス反応等の疾患が特異的にみられた。

D. 考察

1. 労災請求事例調査より

40歳以上は、全体の45%(43)を占めていたが、認定事例は53%(14)を占めてるのに対し、非認定事例は42%(29)であり、特に50歳代が認定事例は認定事例全体の中で三割を占め、中高年の割合が多くみられた。職種に関しては認定事例は専門技術職と管理職が85%(23)を占め、非認定事例も40%(27)を占めた。業種では建設業と製造業が多く、全体の約四割で認定事例52%(14)、非認定事例32%(22)を占めた。出来事の類型としては、仕事の失敗、過重な責任の発生、役割・地位の変化が全体の72%(69)を占め、認定事例88%(24)、非認定事例66%(45)を占め、特に非認定事例は「役割地位の変化」が非認定事例全体のうち32%(22)を占めていた。出来事の内容に関しては、認定事例の特徴は、「仕事のミスで責任を問われた」「仕事そのものが難易度が高く」「転勤で業務内容も変わり、ミスがあり責任を問われた」「ノルマ未達成」が52%(14)を占め、非認定事例は「配置換え、上司が変わった」「仕事のミス、責任を問われた」「昇格、転勤で責任を問われた」が35%(24)であった。自殺手段として縊死と飛び降り・投身が全体の91%(86)を占め、認定、非認定事例に差

異はなかった。自殺場所は、自宅が29%(28)、会社・現場が31%(29)であった。精神科に通院・入院していた事例は、9%(9)にすぎず身体科通院・入院も14%(14)にすぎなかった。自殺した時点で精神科に通院していた事例は19%(18)、内科や脳外科などの身体科に通院していた事例は11%(10)で、68%(65)はどの診療科においても治療は受けていなかった。まったく出来事が存在しない事例も9例みられた。長時間残業が発生ししていた事例は、全体の53%(51)、認定事例は89%(24)、非認定事例は39%(27)であり、特に認定事例の74%(20)は100時間残業の事例であった。精神症状に関しては、ほとんどが不眠がみられ、精神症状が中等度と重度でなおかつ落ち着かない言動のものを含めると86%(80)をも占めていた。しかし重症度から判断すると、軽度～中等度の事例が72%(68)を占めたが、認定事例は、認定事例全体の85%(23)が軽度～中等度であり、非認定事例は66%(45)で、全く精神症状が認められなかった事例も5例みられた。

次に精神症状の兆候に気づいたのは、家族か会社ということに関しては、認定事例は70%(19)、非認定事例は62%(42)であり、全体の78%(74)が労働者の自殺の兆候や精神症状に気がついていた。しかし、全く兆候に気づいていない事例が、19%(18)みられ、特に非認定事例に何故、自殺をしたかわからない事例が24%(16)みられた。業務上出来事から3ヶ月以内に発症していた事例が、全体の58%(55)例で、認定事例は認定事例全体の78%(21)を占め、

52% (21)は1ヶ月以内の発症であった。発病から自殺に至るまでの期間であるが、全体の78% (21)は3ヶ月以内に自死しており、認定・非認定事例とも大きな差異はなかった。しかし、業務上の出来事から自殺に至るまでの期間に関して、3ヶ月以内に自死した事例は、全体の43% (41)であり、認定事例67% (18)、非認定事例37% (25)であった。性格傾向に関しては、「几帳面、真面目、責任感が強い、温和」「誠実、弱音を吐かない」といった性格傾向は、全体の約半分46% (43)であり、「大人しい、口数が少ない」「明るい」は全体の26% (15)を占め、特に非認定事例は31% (21)を占めていた。

今回の調査を要約すると下記の通りである。

- 1) 40歳以上は、全体の45% (43)、認定事例は53% (14)
- 2) 認定事例は専門技術職と管理職が85% (23)
- 3) 建設業と製造業が全体の約四割
- 4) 仕事の失敗・過重な責任の発生、役割・地位の変化が全体の72% (69)
- 5) 縊死と飛び降りが全体の91% (86)
- 6) 全体の68% (65)は受診なし
- 7) 全体の53% (51)に長時間残業が発生し、特に認定事例は89% (24)
- 8) 認定事例全体の85% (23)が軽度～中等度、非認定事例は66% (45)
- 8) 全体の78% (74)が自殺の兆候や精神症状に周囲が気がついていました。
- 9) 業務上出来事から3ヶ月以内の

発症は全体の58% (55)例、認定事例の52% (21)は1ヶ月以内の発症

- 10) 発病から3ヶ月以内の死亡は全体の78% (21)
- 11) 業務上の出来事から3ヶ月以内の死亡は全体の43% (41)、特に認定事例67% (18)
- 12) 性格傾向に関しては、「几帳面、真面目、責任感が強い、温和」「誠実、弱音を吐かない」「大人しい、口数が少ない」「明るい」は全体の72% (68)

2. 自殺事例

①認定事例

A 事例：疲弊・消耗した状態でうつ病が発症して死亡した50代事例

(1) 自殺へ至る過程：某大企業の技術者で課長職。大学卒業後、12年前から水処理技術部へ配属、同年6月結婚し二人の子供との4人家族である。プラントのエンジニアとして原子力関係の業務に携わっていた。原子力の設備関係の設計、商談、受注後の全てが任せられ司令塔の役割でスタート時期、仕様・コスト・製作工場・外注発注決定、ほぼ全ての権限を持っていた。普通は一つの現場を担当するが、自殺前には二つを担当することになった。一つの基本設計はある年の1月からスタート、板金、塗装、制御盤や収納盤の組立ての監督、しかし、もう一つは作業着手が遅れたうえに調整が不十分、感情的トラブルが業者との間に発生、受注決裁は6月であるのにミス、トラブルとその修正、やり直しが繰り返されその度に状況が悪化すると

いう悪循環に陥っていたことが確認された。6月の健診で変わりないが、質問事項の回答に「イヤ」という言葉が残されていた。8月下旬にホ-とTVを眺める、9月は職場では机にしがみつくと、子供と遊ばないという状況になり、「責任が自分にあり、責任を取ることに」「迷惑をかけ申し訳ない」という遺書を残して9月下旬に自宅で縊死自殺を遂げた。

(2)小括：普通は一つの現場を担当するのに二つを担当し、作業着手が遅れた上にやり直しが繰り返されその度に状況が悪化するという悪循環の状況は、具体的出来事に当てはめて考えれば「ノルマが達成できなかった」に該当し、一つのプロジェクト自体の難易度も高く、また支援体制が実質的にうまく機能しなかったことが認められ、長時間残業も発生した。

この事例は8月には明らかに発症しており、9月の時点では症状の重症化が見受けられ、家族も気がついてしたが、受診に至らず自死に至った。

B事例：復職・増悪の過程で自死に至った中年事例

(1)自殺に至る状況：某大企業の中年技術者、課長。プロジェクトのリーダーを任せられ、20名の部下と一緒に新機種の技術研究開発に某研究所で取り組んだ。6ヶ月目頃から開発がうまくいかず、1年経過時点で本社命令でプロジェクトチームは解散、本人は残務整理のため数ヶ月、同研究所に残った。残務整理が完了した後、本人は開発本部に異動したものの開発業務が達成できなかったことに責任と不全感を感じていた。異動1ヵ月後、違うプロジェクトの責任者の内示を受け

た。上司の命令に逆らうことはできず、プロジェクトのリーダーを引き受けることにした。2ヶ月目頃から熟眠ができず早朝覚醒、倦怠感、軽うつ気分出現、某病院精神科を受診し、うつ病と診断、3ヶ月間の自宅療養となった。

職場復帰して1ヶ月後から元気がなくなり、倦怠感出現。上司は、元気がなくなったので出張を命じた。出張から戻った後、急激に抑うつ状態が再燃し、産業医が紹介してくれた精神科へ向かう途中、電車に飛び込み自死に至った。

(2)小括：異動して別のプロジェクト開始後2ヵ月目頃から早朝覚醒、軽いうつ気分が出現している。この時期がうつ病の発症時期と考えられるが、3ヵ月後に職場復帰し、その1ヵ月後からうつ病が再燃している。うつ病から一旦寛解（症状は消失したが、治癒ではない）状態まで回復したものの、出張後に急性増悪して自殺した事例である。

職場復帰1ヵ月後に病状の再燃がみられていたことから、その時点で積極的な医療機関への受診勧奨が必要になる。B男に対しても実施されていたが、その間の出張が問題であった。うつ病のように本人が精一杯努力している状況の中では、視察だけの出張でも更に過重な負荷となり、病状が悪化する場合がある。出張に関しては、十分に専門家の意見を聞いた上で判断するべきであり、産業保健スタッフと上司との連携が早期に取るべきである。

②非認定事例

C 事例：異動を契機としてうつ病が発症・増悪した定年が近い事例

(1) 自殺に至る状況：本人は、某研究施設に採用され、以来30年以上にわたり、メール配布、資料整理などの単純な事務職に従事していた。この業務には慣れており、5人の従業者の中では最も経験を有する職員であり、中心的な役割を担っていた。そのような中で、本人は、定年退職まで残りわずかとなった某年の7月に他部署に異動し、同じ現業職ではあるもののゴミ収集から施設維持に必要な修繕、電気関係、空調などの、これまで就いたことのない点検業務に従事することとなった。異動後、疲労困憊の状態で帰宅するようになり、口数も減っていった。休日も趣味である釣りに出かける元気もなくなり、体の不調を訴え、横になっていることが多くなった。本人は、単純な軽作業事務職に再び関わりたい希望を持っており、異動した1年後には復帰できると思っていたが、一方では、「以前の事務業務から戻ってきてくれと言われれば戻るが、自分からは希望しない。」との発言もあった。

人事異動の内示時期が近づいた6月中旬頃、本人の不眠、食欲不振といった変化に家族が気づきはじめた。また帰宅時間も遅くなり、本人は事情を話すこともなく、口数が少ないままであった。しかし、結局本人の事務業務への異動内示はなく、以前の職場復帰への道が断たれたと本人は感じたようである。

その後、本人の言動に異様さが目立つようになった。帰宅時の長男が

自宅手前の道路上にしゃがみ込んでいる本人を見つけ、声をかけると夜中であるにも関わらず、「前の職場の上司が来る」といい、その場を動かさず待ち続けていた。長男が、半ば強引に自宅に連れ帰ろうと抱きかかえたが本人はその場を離れようとはせず、「待っとるんや」などと繰り返すばかりであった。家族は病院での診察を勧めたが、本人は頑なに病院に行くことを拒否していた。その後、食事もまったく喉を通らない様子となり、笑顔が消え、家族が話しかけても返事が返ってこない状況となった。7月中旬、自ら職場に休暇の連絡をし、妻が外出した際に車で出かけ、その日は結局帰宅しなかった。翌日、自死が発見された。

(2) 小括：この事例は不本意な異動に対して、前職場への復帰希望をほのめかしているが、直接上司に申し出ることができないという心的葛藤がうつ病の原因として大きかったものと考えられる。また30年以上にわたり比較的単純な事務に従事していた職員にとっては、周囲が考える以上に異動後の職務内容が負担となり、適応が非常に難しい状況であったようである。本人の言動からみて異動後徐々にうつ病が出現してきているものと推測される。特に6月中旬以降、異動がないことがわかったことで急速に病状が悪化し、幻覚妄想も出現する重症のうつ状態になったものと考えられる。職場として、C男の異常に気づきにくかったようであるが、6月中旬頃からは気が付く何らかのサインがあったものと考えられる。上司、同僚が気づくとともに、積極的に声かけ等の働きかけを行い、

受診へ結びつけることも出来た可能性がある。

C男は医療機関の受診について、家族からの説得を頑なに拒否している。家族が職場の上司などに助力を依頼しやすくするためには、職場として家族からの連絡を受ける体制の整備が今後、必要になる者と思われる。

D事例：自殺の原因が特定できない20歳代の技術職

(1)自殺に至る状況 D男は、工事現場で、工事の工程表の作成、施工図の作成、現場の監督等の施工管理作業を行っていた。工事により上司、同僚が変わるという業務であったが、人間関係でも特にトラブル等は認められなかった。自殺する10ヶ月前にビルの新築工事に携わるようになったものの、業務的には若干の残業はあったが過重というほどではなかった。月に1回程度は上司、同僚と飲酒をしていたが、その際も特に悩んでいる様子はなかった。D男にはつきあっている女性がおり、自殺の半年後に結婚することとなっていた。自殺時には新居も決まっていた。ビルの新築工事に携わり始めた頃、婚約者に対し、「仕事上でミスをし、上司に相談したが、上司からは自分で解決するように言われた。」との発言があったが、婚約者にはD男がさほど悩んでいるように見えなかった。また、ミスはD男によるものではなく関連会社の問題であった。家族にも同じ頃「会社を辞めたい。」と言っていたが、家族から見ても様子がおかしかったり悩んでいる様子は見受けられなかった。自殺当日の夕方に上司が翌日使用する機器の準備を依

頼したが、D男は翌朝準備する旨上司に伝え、帰宅した。当日自宅に戻らず失踪し、工事現場で自殺しているのが発見された。遺書があり、「何も考えられなくなった。周りの人に迷惑をかけるのが許せなかった。どうしても乗り越える力がない。」と記してあった。

(2)小括：自殺する6ヶ月前にビルの新築工事に携わるようになったこと以外、D男の業務上の変化は何ら存在しない。H男がなぜ自殺したのか、その原因を特定するのは難しい事例である。D男の心の健康の不調は自殺前には職場はもとより、家族、婚約者でも認められなかった。また、自殺前にいくつか仕事についての発言があったことは認められるが、D男の自殺の原因につながるものは、明らかにできなかった。このように自殺事例では周囲からみて、仕事上も生活上も全く問題が見つからず、専門家でもその原因の説明に苦慮するものがある。

③自殺事例をとおしての考察

自殺は精神障害(特にうつ病)の増悪によるものか、通常症状経過によるものかとの判断は、非常に困難な側面を有している。すなわち、業務は精神障害の発症にどう関わり、増悪にどのように影響したか、との判断は1例、1例、事例を検討して判断をせざるを得ないからである。しかしながら、業務が有力な因果関係を持って発症、ないし増悪をした事例に関しては、何らかの共通する特徴があるようである。提示した事例は(1)疲弊・消耗した状態でうつ病が発症して死亡した50代A事例、(2)

復職・増悪の過程で自死に至った B 事例、(3) 異動を契機としてうつ病が発症・増悪した C 事例、(4) 自殺の原因が特定できない 20 歳代の D 事例である。

A 事例は「6 月の健診で変わらないが、質問事項の回答に『行々』という言葉が残されていた。」とあり、健診の質問事項から産業保健スタッフが介入できた可能性がないとは言えず、また、その 2 ヶ月後には明らかに家庭では「ホ-と TV を眺める」、さらにその 1 ヶ月後には「職場では机にしがみつく」といった異常言動が見られるようになっていく。職場と家族も後で振り返ってみれば、介入できた事例であったかもしれない。しかし、労働者本人が弱音を吐いたり自ら救いを求めない以上、その介入は非常に困難であることが少なくないことは論をまたない。

B 事例は医療機関と産業保健スタッフには繋がっており、産業スタッフも本人が「倦怠感」を訴えていたため毎週、面接を繰り返していた。それにもかかわらず、海外出張から帰国した後にうつ病像は増悪し、既遂に至っている。上司は元気がなくなったので「気分転換の計らい」で出張を命じたとのことであるが、上司と産業保健スタッフとの間の連携や本人を交えた面談を行っていたならば、違った展開となり自殺は防げたかもしれない。産業保健スタッフと現場の管理監督者との連携からメンタルヘルスを実践することが如何に重要かを痛感した事例である。

C 事例は不本意に異動したものの、元の職場に戻ることを期待し、それはかなわぬとわかってからアルコー

ル乱用も加わり、うつ病が増悪した結果、自死に至った事例である。

D 事例は、結婚を控え、婚約者と新居まで決め、何ら業務過重と思われる要因なく、突然、帰社後に失踪し自殺した事例である。「何も考えられなくなった。」などの遺書の内容から気分障害の発症の可能性は否定できないが、正確な精神科診断を下すことは困難であり、何らかの精神障害に罹患していたことは否定できないと精神科診断的に言える程度であろう。

今まで述べてきたように A、B、事例は過労自殺事例であり、C、D は仕事が有力な原因となって自殺に至ったとは判断できない事例である。

今回の労災請求事例調査で報告したように出来事の類型では「出来事の失敗・過重な責任の発生」「役割・地位の変化」が調査事例全体の 73% (69) を占め、その出来事の内容から判断すると、認定事例のうち配置転換・転勤は調査事例全体の約三割 (27) であり、配置転換・転勤事例の約八割 (21) が非認定事例であった。次に仕事のミスで責任を問われた・ノルマの未達成は 42% (40) であり、認定事例 40% (16)、非認定事例 60% であった。配置転換や転勤で環境の変化が起こり、発症に繋がった事例は非認定事例の方が多く、責任を問われた事例に関しても非認定事例が多く見られた。そして、認定事例は専門技術職と管理職が 85% (23) をも占め、認定事例の 89% (24) に長時間残業発生、特に同事例の 74% (20) は 100 時間残業の事例であった。この調査結果から考えると、認定・非認定事例を問わずに転勤、配置転換

などの環境の変化に伴う業務内容の変化、責任の過重負荷等がうつ病発症の大きな要因であることが明らかになった。

業務上出来事から3ヶ月以内の発症は

全体の58% (55)例、認定事例の52% (21)は1ヶ月以内の発症であり、発病から3ヶ月以内の死亡は全体の78% (21)をも占めていた。また、業務上の出来事から3ヶ月以内の死亡は全体の43% (41)、特に認定事例67% (18)をも占めていたが、認定事例は業務上の出来事から極めて早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。すなわち、顧客とのトラブル、仕事のミス、新規事業への失敗などの業務上の出来事を解決すべく時間外の長時間残業が恒常化して疲弊消耗状態となり、うつ病発症から自死に至る期間が早まることが明らかになったが、この状態に早期に介入することが今後、自殺予防に繋がることは論をまたない。

性格傾向に関しては、「几帳面、真面目、責任感が強い、温和」「誠実、弱音を吐かない」「大人しい、口数が少ない」「明るい」は全体の72% (68)を占め、うつ病の重症度では、認定事例全体の85% (23)が軽度～中等度、非認定事例は66% (45)であり、決して重症のうつ病に陥った事例が自死に至っているということではなく、特に認定事例に関しては軽症～中等度のうつ病事例が、誰にも相談することなく精根尽き果て業務による身体疲労や閉塞状況の中で自死に至る傾向が強いように思われた。しかし、自死をいつから決意し、決行

に移そうといつから考えていたのか、ということについては推測するしかないが、「うつ病」の精神症状としての希死念慮が事例の中に出現していたことは間違いがない事実であり、労災認定事例の検討をさらに重ねる必要があると思われる。うつ病が発症してどのような経過の中で自殺を決行するに至ったかは、過労自殺のみでなく、C、D事例のような非認定事例を含めて、その経過を対比しながら検討していく必要がある。A事例は、過労の中で疲弊状態となり中等症のうつ病が発症していたことは間違いなく、発症2ヶ月目で極めて発症から早期の時点で自殺、B事例は発症して3ヶ月療養したものの4ヶ月目で自殺し、C事例は異動後、数ヶ月で発症し6ヶ月経過してからの自死であり、D事例は発症の時期、症状すらも特定するのが困難であり、前述したように遺書内容から、何らかの精神障害の発症は否定できないと思われる。このように周囲にはわからないが、本人の中では精神状態に何らかの変化が起こっており、周りの目に見えないから症状が確認できない事例もあるものと思われる。

岸⁴⁾は(自殺念慮・自殺企図：診断と治療, 91巻 No8, 1328～1332, 2003), 「自殺企図に至る3つの要因、生物学的 biological, 心理社会的 psychological, 社会 social な面が絡み合って自殺企図あるいは自殺念慮が生じる。Biological なものとしては精神疾患への脆弱性が挙げられる。Social なものとしては経済的な困難などが挙げられ、biological な要因と絡み合い脆弱性のある人に精

神症状を引き起こす。Psychological な要因としては性格傾向、問題が生じた時の処理方法、セルフ・イメージなどが挙げられ、Social な要因がどの程度 Biological な脆弱性に影響を与えているかを決定し、症状の発現に寄与している。これら3つの要因が絡み合い自殺という行動が生じる…」とその背景に関して述べているが、自殺は、これら3つの要因が絡み合って自殺という行動が起こりうることを再認識すべきである。

2004年8月に「過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に関する検討委員会⁵⁾」の報告書が厚生労働省から公表された。メンタルヘルス対策に関しては2002年8月の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針⁶⁾」によると①セルフケア、②ラインによるケア、③事業場内産業保健スタッフ等によるケア、④事業場外資源によるケアの4つのケアにより心の健康づくりを進めることを基本にし、自殺を予防するためには、うつ状態に早期に対応する必要があること、家族によるケアも重要で家族が相談する窓口を明確にすること、労働者の意見を汲みあげながら労使、産業医、衛生管理者等で構成される衛生委員会等を活用した労使の自主的取組が重要であることが強調されている。具体的対策の方向としては、月100時間又は2ないし6か月間に月平均80時間を超える時間外労働を行った者に対して面接指導を行って対応すべきと報告されている。さらに管理監督者の役割が適切な業務管理と情報の提供や相談窓口に繋ぐなど明確にされたのも大きな特徴である。

E. 結論

今回の労災請求事例調査結果から考えると、認定・非認定事例を問わずに転勤、配置転換などの環境の変化に伴う業務内容の変化、責任の過重負荷等がうつ病発症の大きな要因であることが明らかになった。また、業務上の出来事から3ヶ月以内の死亡は全体の43%(41)、特に認定事例67%(18)をも占めていたが、認定事例は業務上の出来事から極めて早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。そして業務上の出来事を解決すべく時間外の長時間残業が恒常化して疲弊消耗状態となり、うつ病発症から自死に至る期間が早まることが明らかになったが、この状態に早期に介入することが今後、自殺予防に繋がることは論をまたない。

【文献】

- 1) 警察庁：平成15年度警察庁統計 2004, 6
- 2) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について, 1999, 9.
- 3) 厚生労働省補償課：精神障害等の労災補償状況 2004, 5
- 4) 岸泰宏：自殺念慮・自殺企図：診断と治療, 91巻 No8, 1328~1332, 2003
- 5) 厚生労働省：過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に係わる検討会報告書 2000, 8
- 6) 労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針, 2000, 8

高齢化社会の中での在宅介護者の現状

分担研究者 町田いづみ（東京福祉大学社会福祉学部助教授）

【研究要旨】

近い将来予想される超高齢化社会は、高齢者が高齢者を介護するという厳しい時代を示唆するものである。さらに高齢化は認知症患者数の増加とも関係する。多くの認知症患者では、多彩な精神症状や問題行動が生じるため、介護者の精神的・身体的負担を増大させ、介護者の生活そのものをも圧迫することが文献上から明らかになった。しかし、同時に、これら報告のほとんどは欧米のものであり、日本における研究は極めて少ないことが分かった。

仮に、「介護者の罹患」という新たな患者を作るのであれば、社会全体から見た場合、その QOL の向上と医療経済的コストの軽減には至らない。こうした問題を解決するための方策のひとつとして、まず、日本の在宅介護の現状を明らかにし、さらに、介護者の健康を増進させるためのプログラムを開発することが急務である。

A. 研究目的

高齢者の自殺は今や世界的な問題のひとつである。

わが国の高齢自殺者の実態に関する警察庁（生活安全局地域課資料）の調べによれば、2003 年度の 50 歳以上の自殺者数は 20,143 人であり、これは、1994 年の実に 60.7%（12,170 人）増となる。さらに、近い将来に予測されるわが国の超高齢化社会は、高齢者が高齢者をケアするという新たな課題をも含んでいる。こうした現状が高齢者にとっての大きなストレスとなることは容易に推測されるところである。ストレス状態の長期化や重症度は、当然、「うつ」を引き起こす要因となるため、高齢者の自殺件数の増加は否定できない現実のものであり、その対策が急がれ

る。

高齢者の新たな問題となると思われる在宅介護の現状を明らかにすることは、高齢者の置かれた環境を如何に整備するかを考え、今後、行政的な面を含むサポートシステムを考える際には、必要不可欠な基礎的情報となる。

そこで本研究では、介護者の精神身体状況やうつ病・希死念慮の状況を明らかにするための調査をすることを考えた。

B. 研究方法

介護者の精神・身体状況やうつ病・希死念慮の実態調査をするために【表—1】のような質問票を考案した。

一方で、介護者の現状を把握する

ために必要な指標を見いだすことを目的に、本年度は国内外の文献を検討した。そして、文献検索によって得られた情報をもとに、介護者の置かれた現状を明らかにした。

C. 結果

介護者の精神・身体状況やうつ病・希死念慮の実態調査をするために【表—1】のような質問票を考案した。調査対象は現在、某在宅介護サービス企業と契約している介護者である。調査研究を始める前に、所属の倫理委員会に提出中であり、その承認後に即刻開始する予定である。

本年度の報告書では以下のように、文献検索の結果を報告する。

1. 高齢自殺者の背景要因

■社会的孤立感

高齢者の自殺に関与する要因を明らかにするためには、対照群（非自殺群）との比較によって求められた高齢者に特徴的な自殺リスク因子を抽出することが必要となるが、そうした手法により施行された研究を見つけることは難しい。しかし、もうひとつの方法として、いわゆる、心理学的剖検（psychological autopsy）と呼ばれる研究から、高齢者の自殺に関わるだろう因子の幾つかを推測することはできる。

高齢自殺者の背景要因に関する内外の研究を見ると、まず、Barraclough は、イギリスの自殺関連の研究から、高齢者の自殺は、他のどのような社会変数よりも「独居」と密接に相関していることを示唆した(1)。

一方、日本では、核家族に比べ、

多世代同居家族の中に暮らす高齢者の自殺率が高いことが知られており、このことは、単に物理的に孤独（一人）であるということ以外に、帰属集団内の社会的・経済的地位関係が関与していることを推測させる。さらに、別の研究においても、自殺した独居老人の60%は、毎週、家族以外の者の訪問を受けており、98%は、毎週、身内や友人と連絡をとっていたという事実が明らかにされている(2)。すなわち、高齢者の自殺に関与すると言われている「独居」要因は、単に「一人暮らし」という生活形態だけでなく、社会支援のあり方や本人が現在の生活状況をどのように認知しているかといった「社会的孤独感」との関連を含めて考察する必要があることが理解される。

■精神疾患

自殺の背景要因として「うつ病」の存在がある。Dorpat ら(3)は、自殺者の心理学的剖検による検討結果から、60歳以上の自殺者の一般的診断として、「うつ病」が最も多いことを報告した。同研究では、40-60歳の自殺者では、アルコール中毒の診断が多かったのに対して、高齢者のうつ病には、アルコール依存症などの合併が少なかったことも明らかにされていることから、高齢者における自殺が、うつ病そのもののエピソードであることが推測される。

また、欧米の幾つかの研究では、高齢自殺者の多くが、その自殺前に医療を求めていたことが示された。中でも、Clark ら(4)の研究は、高齢自殺者のうち40%の者が、死亡1週間前に何らかの形でプライマリーケア医を受診していたことを報告して

おり、自殺前にプライマリーケア医を受診した高齢者の多くが「うつ病」に罹患していたこと、あるいは、身体症状を自覚していたことになる。これらの報告は、高齢自殺者の予防を考える上で重要なポイントであり、今後、精神症状の診断技術や過小評価の現状についての研究によってその事実を明らかにしていく必要がある。

2. 高齢化社会の課題

■在宅介護者の身体的負担

わが国では 2000 年から介護保険制度の導入が始まり、高齢者の QOL の向上を目的とした支援体制作りが進行している。しかしその一方で、介護者の負担感や心身の疲労が今日的な問題となっていることも事実である。仮に「介護者の罹患」という新たな患者を作るのであれば、社会全体から見た場合、その QOL の向上と医療経済的コストの軽減には至らない。しかし、依然としてわが国の医療環境は、患者そのものへの配慮の視点が強く、家族や介護者の QOL を十分に考慮した対応には至っていない。在宅介護に焦点を当てた研究は、1980 年ころより欧米を中心に行われてきた。それらは主に、認知症を有する高齢者を介護する介護者の身体的健康度と介護負担に関するもので、そこでは多くの研究が、「介護者の多くが介護負担を感じ、さらに身体的不健康状態にある」ということを示唆した(5-6)。当然、認知症患者では、多彩な精神症状や問題行動が生じるため、介護者の精神的・身体的負担を増大させ、介護者の生活そのものをも圧迫することが予測さ

れる。真野ら(7)による対照群との比較研究では、在宅介護者は、主観的不健康の自覚および、既往歴や最近 1 年間の罹患率、有病率が有意に高いことが示された。

介護者の負担度に影響する要因に関しては、大きく、被介護者側の要因と介護者側の要因との関連を指摘する研究に分けられる。前者は、被介護者の認知障害の程度や日常動作などとの関連を(9)、後者は、介護者のコーピングスタイルといった介護者そのものの要因との関連を指摘するものである(10-11)。その他にも、介護者のストレスに関する報告は数多く見られるが(12-16)、ストレスそのものが曖昧な概念ゆえに、いずれも介護者の負担要因を明確にとらえることは難しい。

しかしながら、介護者の負担感は、被介護者の入院・入所の機会や期間にも影響を及ぼし(17)、さらに暴力といった悲惨な行為との関連も明らかにされているため(18)、その支援のためのシステム作りは急務である。

■在宅介護者の精神的負担

介護に関わる精神的ストレスは、自殺要因のひとつとなるだろうことは推測に難くない。Rabins ら(19)は、在宅介護者の 80%に、抑うつや怒りの感情が見られたことを報告しており、また、他の多くの研究が、介護者の抑うつ・うつ病の発症率が高いことを示唆している(20-22)。しかし、残念なことに、それらの研究のほとんどは、欧米の研究者による、欧米の介護者を対象としたものであり、過去の日本において、介護者による悲惨な事件が報道される中、その実態に関する研究は少ないのが現状で

ある。

一方、荒木ら(23)によるわが国の公的介護サービス利用に関する研究では、「たとえ自分が痴呆となったとしても、家族には公的サービスを利用して欲しくない」と回答した者が44%にも及んだ。さらに、これらの回答者間に、性・年齢・その他の社会的要因との統計学的な関連性が見られなかったことから、これら結果の基には、「高齢者は家族がケアすべきである」といった日本特有の価値観が働いていることは否定できない。そうした価値観が社会支援の利用の妨げとなることは明白であるが、さらに、介護者のストレス要因について考える場面では、日本の現状を明らかにすることが極めて重要であることを示唆している。

■在宅介護者の自殺リスクとその軽減

在宅介護者の健康状態は、被介護者の疾患の経過およびQOLに重要な役割を果たしていること、介護者を支えるより大きな社会的ネットワークや、より満足のいく社会的支援の存在が介護者の介護負担・抑うつ・健康問題を軽減し、人生に対する満足感を高めることが支持されている(24)。

Zaritら(11)は、介護者の負担に影響する社会的要因として、ソーシャルサポートの存在をあげている。実際、ソーシャルサポートなしに、特に、介護者の役割負担を軽減させることは困難であり、いかにソーシャル・サポートを活用するかということを含めた、活用しやすいシステム作りが必要となる。

自殺企図および自殺の予測因子

として「失望感」の存在を示唆するいくつかの研究がある(25-26)が、うつ状態の発症率が高い介護者においては、当然、その特徴的な症状であり、かつ「失望感」と同様の否定的な感情(悲哀感や悲観的思考)が生じてくることになる。

また、介護者のいわゆる「燃え尽き状態」が高くなればなるほど、個人的達成感は低下するという報告(27)からも、介護者であること自体が、自殺リスクとなり得ると言っても過言ではない。さらに、介護者の社会活動性に関する特徴として、介護者の多くは未就業者であり、地域との積極的な交流意志をもたなければ外部との接触機会が減少し、引きこもり状態を招きやすい(28)ことなどを合わせ考えると、ソーシャル・サポート・システムを考える際には、単に役割援助だけでなく、ピア・サポートなどによる積極的な精神面へのケアを含むプログラム作りが重要であると考えられる。

D. 考察

超高齢化社会は、すでに我々日本人にとって避けては通れない現実であるが、そこには未だ大きな課題が山積していることも事実である。介護のあり方を考える場面では、被介護者のQOLについてのみ論じるだけでは充分とは言えない。被介護者がいれば当然介護者が存在するのであり、介護の質は両者間の関係性によっても大きく影響を受けるからである。

しかし、在宅介護者に焦点を当てた研究、特に、その精神的健康に関する日本の研究は、未だ充分とはいえない。家族関係や風習といった文

化的な要素が多く関わる「介護」について考える場合には、当然のことながら、その国の実状が明らかにされ、それらに基づいたサポート・システムを構築していく必要がある。

介護という行為は、見通しのある限定された期間、安定した状態で行うことができるものではない。多くの場合は極めて長期間にわたり、被介護者の状態も悪化するが、より介護量が増す(29-30)。このような状況にある介護者に対して、何らかのサポートがなかった場合には、介護者の負担感は長期化、かつ増大することになる。長い期間、あるいは重篤なストレスに晒されることは、うつ病発症の要因でもある。そして、うつ病において最も留意しなければならない問題は「自殺」であることは言うまでもない。

このように考えていくと、今後予測されるわが国高齢化社会は、単なる現象としての問題に止まらず、精神的健康やライフスタイルにも深く関わる問題として捉えていく必要があるだろう。

こうした状況にあって、まずやらなければならないことは、わが国の実状を把握することである。具体的には、介護者の身体的健康状態、精神的健康状態(うつ・希死念慮の存在・介護負担感の量と質を含む)、ソーシャル・サポートの実態とその必要性などに関する情報を、可能な限り広いフィールドで調査し、その実態を把握することが急務と考える。

E. 結論

わが国の在宅介護者の精神状態や生活環境を把握し、それらの情報

を基にした「在宅介護者のためのグループ・サポート・プログラム」を作成することが必要である。

そしてその第一段階として、別紙に示すアンケートを作成した。今後、介護サービスを受けている利用者の介護者を対象とした全国調査を行い、その実態を明らかにする。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点での予定なし

2. 学会発表

現時点での予定なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【引用文献】

- 1) Barraclough BM: Suicide in the elderly: Recent developments in psychogeriatrics. Br J Psychiatry, (Suppl. 6):87-97, 1971
- 2) Fried LP: Health promotion and disease prevention. In: Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 2nd (ed. by Hazzard WR, et al). McGraw Hill, New York, 192-200, 1990

- 3) Dorpat TL, Ripley HS: A study of suicide in the Seattle area. *Comp. Psych.*, 1: 349-359, 1960
- 4) Clark DC: Suicide among the elderly: Final report to the AARP Andrus Foundation. Rush-Presbyterin, St Luke's Medical Center, Chicago, Illinois, 1991
- 5) Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K: Psychiatric and Physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and courses. *Gerontologist*, 35(6) 771-791. 1995
- 6) Schulz R, et al, Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *J Gerontol*, 45(5) 1990
- 7) 真野喜洋:在宅介護者の有病率に関する研究.在宅医療における家族関係性の解析と介護支援プログラムの開発に関する研究.厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究報告, 2003
- 8) Green JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC: Measuring behavioral disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: A factor analytic study. *Age and Aging*, 11:121-126, 1982
- 9) Fitting M, Rabins P, Lucas MJ, Eastham: Caregivers for dementia patients: A comparison of husbands and wives. *Gerontologist*, 26:248-256, 1986
- 10) Zarit SH, Zarit JM: Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy Theory Research and Practice*, 19:461-471, 1982
- 11) Zarit SH, Todd PA: Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26: 260-266, 1986
- 12) Archbold PG: An analysis parent caring by women. *Home Health Care Services Quarterly*, 3:5-25, 1993
- 13) Kinney JM, Stephenes MAP: Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and Aging*, 4:402-408, 1989
- 14) Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
- 15) 新名恵理, 矢富直美, 本間昭, 坂田成輝:痴呆老人の介護者のストレスと負担に関する心理学的研究.東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告:老年期痴呆の基礎と臨床, 131-144, 1989
- 16) Pearline LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM: Caregiving and the stress

- process an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30:583-594, 1990
- 17) Rankin E, Haunt M, Keefover R: Predictions of hospital and clinic based evaluation in dementia. *Clinical Gerontologist*, 14:52-56, 1993
 - 18) Coyne AC, Reichman WE, Berbig LJ: The relationship between dementia and elder abuse. *Am J Psychiatry*, 150:643-646, 1993
 - 19) Rabins P, Mace N, and Lucas M: The impact of dementia on the family. *JAMA*, 248: 333-335, 1982
 - 20) Cappl DB, Burton C, Becker J, and Fiore J: Relationships of cognition associated with coping reactions to depression in spousal caregivers of Alzheimer's disease patients. *Cognitive Therapy and Research*, 9:253-266, 1985
 - 21) Haley WE, Levine EG, Brown SL, Berry JW, et al.: Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *J Am Geriatr Soc*, 35: 405-411, 1987
 - 22) Anthony-Bergstone CR, Zarit SH, Gatz M: Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging*, 3: 245-248, 1998
 - 23) Arai Y, Sugiura M, Miura M, Kudo K: Undue concern for others' opinions deters caregivers of impaired elderly from using public services in rural Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 15: 961-968, 2000
 - 24) Dunkin JJ, Anderson-Hanley C: Dementia caregiver burden: a review of the literature and guideline for assessment and intervention, *Neurology* 51(1): 53-67, 1998
 - 25) Beck AT: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 147:190-195, 1990
 - 26) Beck AT: Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 142:559-563, 1990
 - 27) 藤原恭子, 築島理恵, 堤明純, 他:在宅介護者における対人的ストレス・ソーシャルサポートと燃え尽き状態の関係. *Journal of Occupation Health*, 45(5):313-320, 200
 - 28) 水野恵理子, 保坂隆, 他:在宅介護者に対するストレスマネ

ジメントプログラムの効果.
ストレス科学, 14(3), 1999

- 29) Arai Y: Japan's new long-term care insurance. Lancet, 357(9269): 1713, 2001
- 30) Arai Y, Ueda T: Paradox revisited: still no direct connection between hours of care and caregiver burden. Int J Geriatr Psychiatry: 18(2): 188-189, 2003