

自殺とうつ病と睡眠

粥川 裕平*

1. はじめに

自殺が社会問題となっている。自殺の要因はさまざまだが、精神疾患とりわけ「うつ病」との関連が注目されている。そしてそのうつ病患者には、かなりの確率で睡眠障害が見られる。

そこで、自殺とうつ病と睡眠障害の関係を解説し、睡眠時間と労働環境の視点を交えながら、日本における自殺問題を考察する。

2. 日本における自殺問題

1) 自殺者数の推移

世界の人口 65 億人のうち毎年 100 万人が自殺している。世界の人口の 1/50 を占める日本人は、世界の自殺者の 1/30 を占めている。過去最悪となった 1999 年は 33,048 人が自ら命を絶ち、人口 10 万人あたりで示す自殺率は 26.1 人になった。

警察庁の統計によれば、1978 年から 1997 年まで、自殺者数はだいたい 2 万人台の前半で推移していた。しかし、特にバブル崩壊後自殺者は急増し、1998 年には一挙に前年比 1.35 倍の 32,863 人に達した。年代では 19 歳以下と 50 歳代の増加率が、他の年代の増加率を上回っている。動機別で

*かゆかわ ゆうへい／名古屋工業大学大学院産業戦略工学専攻 教授／名古屋工業大学保健センター センター長

見ると、経済・生活問題と勤務問題の増加率が高い。

2) 不況との関係

日本の戦後の自殺者の増加は、いずれも不況を契機にしている。完全失業率と自殺率の年次推移を見ると、男性で明らかな相関があることがわかる（図1）。倒産やリストラで職を失う人も少なくないが、無職の男性では、職に就いている男性よりも自殺のリスクが5倍以上高い。失業心理学研究によれば3年以上持続する失業は、確実に生き甲斐を奪い、自殺のリスクを高める。

しかし国際的に見ると、失業率の高さと自殺率が必ずしも比例するわけではない。失業補償がセーフティネットとなって、自殺率の減少に成功している国もある。自殺予防を、医療・保健対策の枠内だけで位置づけては限界もある。

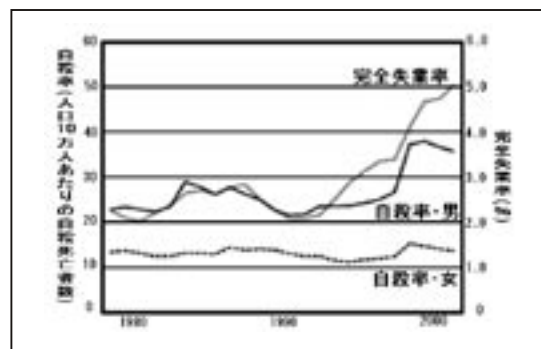


図1 失業率と自殺（日本）

3) 自殺は止められる

世界保健機関（WHO）が2002年にまとめた99カ国の自殺率を見ると、旧ソ連諸国が上位を占めているが、日本はG7（先進7か国）各国では2位フランスに大きく差をつけての1位となっている。

国別の自殺予防では、フィンランドでは自殺率20%減を目標に掲げ、1992～96年に医療関係者の教育や市民への啓発活動などの自殺予防策が実施された。その結果、実施前と比較して9%減らすことに成功した（最悪期との比較では20%の減少）。スウェーデンでは1993年に自殺と心の病気に関する国立センターを設置し、啓蒙・普及活動を行っている。その結果、1990年から2000年の間に男性の自殺率は、10万人あたり25人から20人に下がった。

こうした経験に学び、日本でも自殺予防対策が始まってはいるものの、まだまだ不十分である。日本の持つ社会的な背景を考慮した、自殺予防対策を実施しなければならない。

3. 自殺とうつ病の関係

うつ病の社会的および経済的損失は、高血圧、糖尿病などの慢性疾患を遥かにしのぐ甚大なものとして、世界銀行もいち早く注目し、1990年からうつ病の発病率を報告している。もちろんうつ病に罹患すると、自己評価が著しく低下するので絶望感に支配され、自殺念慮をしばしば伴う。

ここでは、うつ病について自殺との関係や特徴について考える。

1) 自殺との関係

精神疾患で自殺の危険性が高いものは、統合失調症、アルコール依存症、そしてうつ病で、この3つの疾患の自殺完遂率は、いずれも10%を越える。精神疾患そのものに自殺親和性があるという一面も否定できない。さらに、精神疾患を長期に患うことによる失職、生活の不安定、経済的不安などの社会的ハンディが、ますます生きづらく

し、それを促進している点に着目しなくてはいけない。

精神疾患の中でも、生涯罹患率が約5人に1人と最も高いうつ病は、自殺との関連が特に注目される。うつ病に罹患すると、それまでの普通の社会生活が営めなくなり、その結果、自信喪失に陥ることに注目しなくてはならない。先進国においては、うつ病の発症頻度の増加によって、生産性の低下、休業補償、そして自殺者の増大という巨大な社会的損失に直面している。

うつ病は完治する疾患なので、その正しい治療がなされることと、そもそもうつ病にならないようにする対策が求められる。そしてそのことが、自殺予防にも直結していることに留意すべきである。

2) うつ病の特徴

うつ病とは、気分障害の一種であり、抑うつ気分や不安、焦燥、精神活動の低下などの精神症状、食欲低下や不眠といった身体症状などを特徴とする、精神疾患である。かつては、うつ病は心の病といわれたが、今日では、うつ病は「脳と精神と身体の全身性疾患」という捉え方が提唱されている。

うつ病の原因は、ほかの疾病と同様、個体と環境の相互作用によるが、素因よりは、環境要因、特にストレスの強度が大きな要因として考えられている。うつ病発症のストレス要因としては、納期の迫った知的労働、長時間の頭脳労働といった業務起因性ストレス、失恋、離婚、死別、失職、定年等の喪失体験といったライフイベントが主なものである。

うつ病の診断は、「気分が憂うつですぐれない」「興味や関心が薄れて楽しめない」「疲れやすい」という3つの症状のうち2つが、2週間以上持続する場合になされる。

重症度によって異なるが、精神症状としては主に、抑うつ気分、気分の日内変動、悲哀、絶望感、不安、焦燥、苦悶感、自殺観念、自殺企図、心気妄想、罪業妄想等があり、抑制症状と呼ばれる行

動の変化が顕れることもある。

身体症状としては、睡眠障害（特に早朝に目覚め、寝付くことが出来ない例が多いとされる）、過眠、食欲不振、過食、全身の倦怠感、疲労感、吐き気や腹痛、過呼吸症候群、頻脈や心悸亢進、頻尿、口渇、発汗、眩暈、便秘、インポテンツ、性行為時の絶頂感喪失、月経不順などの自律神経や内分泌系の症状が顕れる。

身体症状の自覚が目立ち、抑うつ状態などの精神症状の自覚が目立たない状態のうつ病の患者には、自らがうつ病であるとの意識がないため、精神科ではなく内科等を受診し、その結果原因がうつ病であると発見されないことが多い。事実自殺完遂者の90%は、その1か月以内に身体的不調で内科などの身体科を受診していたと報告されている。

3) うつ病の治療と復職

うつ病の治療の基本は、必ず完全に回復する病であることを繰り返し患者に伝え、回復不能感、絶望感から自殺に至ることのないようにメッセージを送り続けることである。回復に要する時間は、短くても3か月、平均で1年はかかることを最初に告げることも重要である。

治療の基本は、職場や家庭内でのすべての業務や役割から解放し、全面的な休息を保障することである。業務に関する責任から仕事を休まずに治したいと希望する労働者も多いが、うつ病の治療では休養こそ最大の治療手段であることを認識しなくてはいけない。休養の上での薬物療法でない、実際に好転は見られない。

重症の場合、ストレスから身を遠ざけるために仕事を休むなど、しっかりとした休養を取ることが必要になる。また、場合によっては入院を要する。ストレスケア病棟での休息入院とうつ病に関する認知療法、集団療法などはとても効果的である。特に自殺の危険が高い場合などには、医療保護入院という本人の意思によらない強制的な入院（家族、保護者等の同意は必要）が必要になる場合もある。ただし、入院によっても自殺が完全に

防げるわけではない。

うつ病は完全に回復する病相性疾患であるが、うつ病相から完全に脱出したという指標は、1か月連続して、睡眠、食欲、起床時の気分が良好で、新聞やテレビに興味を持って、散歩、買い物、趣味のスポーツなどに出かけられるような状態になることである。2週間程度の安定で、脱出と判断するのは時期尚早である。治療の専門家もこのうつ病からの脱出の指標を理解しているわけではなく、うつ病の患者が求めるままに「復職可能」と診断書を書いてしまい、早すぎる復職で再発を招く事態もいまだに克服されてはいない。

すっかりうつ病相を脱してから、復職可能の診断書が出されると、復職判定会議を当事者、上司、人事課スタッフ、産業医、精神科医で行い、復職可と判定された場合に、リハビリ勤務（4時間、6時間、8時間）を3か月から6か月（ケースによりそれ以上）行うことになる。復職不可と判定されれば、引き続き休養できるように主治医に連絡をする。リハビリ勤務システムの導入により、復職後早期の再発は激減している。外見上普通にしているように見えても、復職後2年までは、再発の不安を抱えていることがしばしばである。通院や服薬は復職後1年で終了するケースもあるが、職場でのアフターケアは2年を目途に続けることが望ましい。

こうしたリハビリ勤務が正式に導入される以前は、休養加療中に「試験勤務」「ならし勤務」と称して1～2か月出勤させ、業務遂行を管理者が見た上で復職可能の判断を行うというインフォーマルでリスクな方法を取り入れていた職場もあった。リスクというのは通勤時も含めた災害時の補償がないこと、インフォーマルというのは労働安全衛生法にも抵触する可能性があるからである。安全配慮義務は治療の保障であり、再発予防のための復職後の就業時間や業務内容の配慮である。「休養中の試験勤務」をすでに導入しているところは、早急に撤廃し、復職決定後のリハビリ勤務制度に移行すべきである。

4. うつ病と睡眠の関係

うつ病発症・再発の危険因子としての睡眠障害が近年注目を集めている。以下ではうつ病と睡眠の関係について、長時間労働による睡眠時間の減少という切り口で探る。

1) うつ病に伴う睡眠障害

WHOによれば、先進国で生活に支障を来す疾患の中で、虚血性心疾患に次ぐ第2位の位置にあるうつ病は、2020年にはその位置を第1位にする予測されている。うつ病を始めとする気分障害は、長期の休業だけでなく、自殺による甚大な社会的損失をもたらす。

うつ病に伴う最も一般的な睡眠障害は不眠で、うつ病患者の80%から85%程度で認められる。典型的には中途覚醒が頻回または長期化したり、早朝に目を覚ましたりする。入眠障害型不眠が起きることもある。一方うつ病の15%から20%程度で過眠を発現することがあり、日中の眠気や疲労感が増大したりする。さらに気分障害になりやすい患者の場合、これらの睡眠異常は症状の消失後も持続する、あるいは初回のうつ病の発症前に認められることもある。

2) 24時間型社会と健康障害

徹夜や夜なべが美德とされる「睡眠軽視」の国である日本は、この40年間で確実に夜型化が進

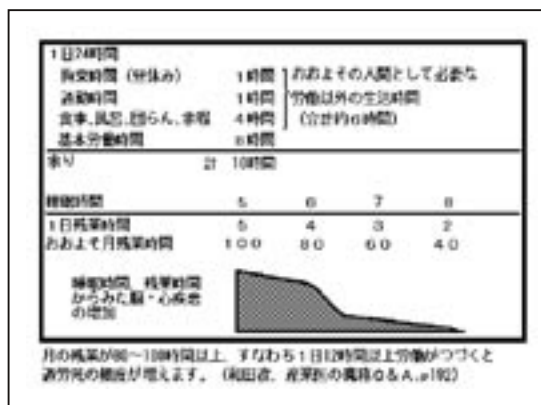


図2 厚労省の過重労働対策

行し、睡眠奪取社会に陥っている。加えて「24時間社会」「国際化社会」の名のもと、最近ますます交代勤務や夜勤労働が広がっている。

厚生労働省が5年に1度行っている「労働環境調査」によると、深夜労働には労働者全体の20.7%が従事し、そのうち体調不良を訴える人が36%で、具体的には「深夜労働の期間が長いほど体調不良が多い」、「医師に病气と診断された人が17%で、内訳は胃腸病(51%)、高血圧(23%)、睡眠障害(19%)、肝疾患(13%)」と発表した。

さらに厚生労働省からは「1か月100時間、2か月平均80時間、6か月平均45時間」を超えた労働者には、産業医による保健指導をさせるとした通達が出ている。通達では、長時間労働は、睡眠時間を減じ、そのことがさまざまな健康障害を引き起こし、ひいては過労死を生むとしている(図2)。

長時間労働は「睡眠不足」につながり、結果としてうつ病を発生せしめ、自殺に至る危険性が高い。

3) 不眠の要因

睡眠には、個人差、年齢差、性差、季節変動があるが、加えて心理社会的ストレス、心身の病、飲酒や治療薬などの影響を受ける。わが国では、日々ストレスを感じるという人が60%を超えており、不眠を始めとする心身の不調の訴えが多い。現代人の睡眠障害の特徴を列挙すると、以下の3つになる。

- ①あたかも眠りが無駄であるかのように睡眠を削っている。
- ②加齢とともに不眠を訴える人が増えている。先進国ほどその傾向が著しい。
- ③昼間の良好な運動、適度なストレス、食事、飲酒などが確実に睡眠に影響する。

人間が体験するストレスは、戦争、テロ、恐慌、大災害など、PTSD(心的外傷後ストレス障害)を引き起こすほど強烈なレベル、職業上では、納期に迫られる過重労働(overwork)、長時間の過密労働(overtime work)、陰湿ないじめ、ノルマを強

要するパワー・ハラスメントなどの重大なレベル、人生上では、愛する人との死別、離婚、リストラや失業、結婚などの中程度レベル、日常生活では夫婦喧嘩、駐車違反といった軽微なレベルまでいろんな段階がある。もちろんストレスの対処能力には個人差があるが、こうした内外のストレスで確実に睡眠は障害される。

4) うつ病発症の危険因子としての不眠と睡眠不足

先に述べたように、うつ病発症・再発の危険因子としての睡眠障害が近年注目を集めている。睡眠障害の訴えない群に比べて、不眠を訴えるものに占めるうつ病の頻度は5倍、過眠を訴えるものに占めるうつ病の頻度は2倍という横断面でのデータがある。また、睡眠障害を訴えた人を数年から数十年追跡した結果、うつ病の発症率が2倍から5倍という結果が報告され、睡眠障害自体がうつ病発症の危険因子であることが明らかとなっている。うつ病が回復した後も、睡眠障害を持続する場合は、再発率も高いことが明らかとなっている。こうした知見から、うつ病の発症予防に睡眠学的介入が寄与する可能性が示唆されている。

これだけ重要な位置を睡眠が占めているにもかかわらず、職場のストレス・負荷要因と脳・心臓疾患との関連についての国内での認識の多くは、長時間労働による睡眠不足や不眠は、ストレス反応や疲労の指標という程度の位置づけに留まっている。

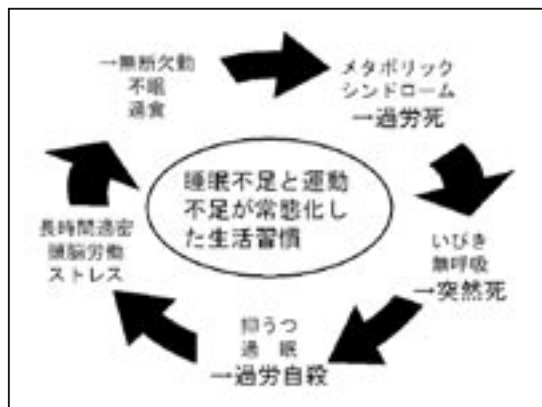


図3 今日の日本の睡眠問題

5. 21世紀の日本の睡眠問題

平日の睡眠が本来必要とする睡眠時間より2時間以上少なくなっている状態が長期化すると週末に「寝だめ」をしても、疲労は回復せず、昼間の眠気、集中困難、作業能率の低下、胃腸障害など心身の不調を引き起こす。睡眠不足症候群は人口の2%とされているが、慢性的睡眠不足の人は、5人に1人と推定されている。1日24時間をどのようにマネージするのか。現代人の健康管理に夜間の十分な睡眠という視点が欠落している。

さらにノルマや納期に追われ、休むまもなく、睡眠を犠牲にして日々働く人々の心身の健康障害が、メタボリックシンドロームであり、睡眠時無呼吸症候群である。近年、睡眠不足や不眠が過食に関連し、その結果生じる肥満が、睡眠時無呼吸症候群につながるという悪循環を形成していることが示唆される報告もある。こうした心身の健康を阻害する現状をトータルに見て今日のわが国睡眠と健康問題をまとめると、図3のようになる。

6. 自殺予防のために

産業革命以後、労働形態は革命的变化を遂げた。エジソンによる白熱電灯の発明はそれに拍車をかけた。特にコンピュータがすべての産業に導入されてからは、10kg以上のモノを持つ労働（肉体労働）は激減し、頭脳労働中心の労働形態に変化してきている。脳はどの程度の使用頻度に耐えうるのか？マラソン選手の心肺能力、筋肉疲労などのように、科学的管理が可能なのか？頭脳労働の現場で、「頑張れば出来る」という言葉に象徴される精神主義がまかり通ってはいないか？そこで、わが国における自殺予防に関して、いくつかの検討課題と提言を整理してみたい。

(1) 莫大な経済損失

効率、生産性の影に自殺やうつ病が存在しているのだとすれば、生産管理と会社経営を行う首脳陣は、自殺やうつ病に伴う経済的損失が、日本国内で2兆円（推計）にも達しているという現実を

直視しなくてはならない。

(2) 職域における健康管理

メンタルヘルスケアの重要性が増しているが、うつ病の初期兆候に注目して、早期発見・早期治療を行い、自殺予防に寄与しようというアイデアは不十分である。うつ病の危険因子としての不眠（睡眠不足も含む）に注目して、その段階で発症予防が出来るような介入が必要である。

(3) 長期休暇制度の導入

高度な頭脳は、迫り来る納期と長時間過密労働による二重のストレスに晒されているので、プロジェクトの完成などの課題達成後は、少なくとも2か月の休暇制度の導入によるクーリングが必要ではないか。激増しているシステムエンジニアのうつ病の予防には、早期の導入が望まれる。コンピュータも、携帯電話もない自然な空間で、燦燦と輝く太陽光を浴び、日の出の後目覚め、日没とともに床に入る地球上の生命体が行っている生活リズムによって脳の疲労回復ができるような健康管理システムを導入すべきであろう。

(4) 強力な自殺予防策の推進

欧米人はキリスト教の教えもあり、自殺は他殺と同様「殺人」の罪という死生観があるのに対して、日本人は自殺を人生選択の一つとして容認したり、自己犠牲の極限として美化したり、一族の恥だと卑下したりする特殊な文化背景を持っている。これは、仕事観、労働観にも関連しているが、人生の半分（20歳前後から60歳前後）程度参画する労働で、命を削る、命を落とす程の価値はないとする西欧型の労働観に学ぶ必要がある。青年失業者、高齢者などの自殺も相当数を占めるわが国においては、自殺予防対策会議を持つことは端緒に過ぎず、実際的な効力のある活動（地域でも職域でもいくつかのモデルが登場し始めている）を欧米にもまして推進することである。

7. おわりに

少子高齢社会に突入したわが国で、世界に誇るものづくりの技を伝承し、経済発展を続けるには、

結婚や育児が可能な職場環境が急務であることは政府財界も認めるところである。人類の拡大再生産が社会発展の基盤であるという観点を失っていないのであれば、人間こそが最大の資産であり、「壊れたら捨てる」というモノの様に扱う時代は前世紀の遺物にしなければならない。ところが最近の政府・経団連の日論む労働時間無制限の提案は、少子化対策とは矛盾している。人間の頭脳労働の中核であるBrain（脳）も、車のバッテリーのように過剰に使用し続けると放電ばかりで、作動しなくなる臓器である。裁量労働制の拡大などはそのことを認識していない非科学的なもので、反人類史的ですらある。脳の充電は、数百万年の昔から、十分な睡眠と余暇によって保たれてきたことを銘記すべきである。

21世紀のメンタルヘルスケアの最重点課題となっているうつ病の爆発的増加とそれに伴う自殺増加の防止のための科学的解明と抜本的施策が切望されている。2010年を目標に2000年に策定された「健康日本21」の自殺率20%削減目標は一向に進展がなく、2015年に先延ばしされたままである。わが国で巨大なパラダイムシフトが今ほど要請されている時はない。政府や財界の首脳が認識すべき最優先課題の一つであろう。

参考文献

- 1) American Academy of Sleep Medicine: the International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and coding manual. 2nd edition. 2005 (日本睡眠学会診断分類委員会監訳・松浦千佳子訳 医学書院 発刊予定)
- 2) 藤野善久、堀江正知、寶珠山務、筒井隆夫、田中弥生：労働時間と精神的負荷との関連についての体系的文献レビュー 産衛誌 2006, 48: 87-97
- 3) 粥川裕平：復学や復職段階でのうつ病のケア 上島国利編：うつ病診療のコツと落とし穴 中山書店 2005, 143-145
- 4) 粥川裕平、北島剛司、岡田 保：抑うつ症状・ストレスに伴う睡眠障害の特徴と問題点を見る 清水徹男編：睡眠障害治療の新たなストラテジー 先端医学社 2006 121-127
- 5) 川人 博：過労自殺と企業の責任 旬報社 2006
- 6) 本橋 豊ほか著：STOP! 自殺 海鳴社 2006
- 7) 森岡孝二：働きすぎの時代 岩波新書 2005