



はじめに

我が国では1998年頃から自殺者が急増し、その数が年間3万人を超えるような状態が続いています。就労者の自殺も同様に増加しており、職場環境のさまざまな負荷が労働者の心の健康に重大な影響を及ぼしていることは明らかであると考えられます。

厚生労働省は従来から、労働者の心身両面にわたる健康の保持増進を図るために、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針（1988年）」を定めてメンタルヘルスケアを含む総合的な対策を進めるなどの施策を講じてきました。しかし自殺の増加などで如実に示されているように、職場環境が労働者に対してますます高い負荷を与えていると思われる状況を踏まえ、2000年には更に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を定めて、事業場におけるメンタルヘルス対策を支援してきました。自殺予防の観点からは、それに必要な知識を普及する目的で、「職場における自殺の予防と対応」というマニュアルを2001年に公表し、教育・研修などの場での利用を図るなどの努力も払ってきました。

しかしながら労働者を取り巻く環境の厳しさはその後も変わらず、自殺予防の明らかな成果がみられない状況が続いています。そこで、メンタルヘルス対策に関する一層の取組が必要と判断され、前指針（2000年）に替わり、新たに労働安全衛生法の規定に根拠を置く「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が2006年3月に公表されました。今後は、この指針に基づき、メンタルヘルス対策が各事業場において従来にも増して積極的に取り組まれることが期待されています。

また緊急性の高い課題として、労働者の自殺予防に関する総合的な対策も進められており、そのために必要な知識の普及・啓発は特に重要な課題とされているところです。そこで、各方面で広く利用されてきた上述のマニュアルをより良いものにするために内容の改訂、追加などを行い、今般この小冊子を公表することになりました。

内容は、うつ病の症状や早期発見のための方法、産業医や専門医へうつ病等の疑いがある労働者をつなぐタイミング、職場でのポストベンションの促進に関する記述を充実することを主眼とし、中央労働災害防止協会に置かれた学識・経験者よりなる委員会での討議を経て、各委員が分担執筆したものです。ここにまとめられている内容は基本的な知識であり、事業場の種類、規模や事業主・従業員たちの個性などによって実際に効果のあるやり方はいろいろと異なってきて当然なのです。しかしこの小冊子には、自殺予防という目標に近づくために重要な知識、知恵が書かれており、あなたの職場での自殺を予防し、またメンタルヘルスの水準を上げるために必ずや役立つものと確信しております。この内容を参考にされ、あなたの職場や身の回りの人々の心の健康に関心を持ち、最悪の結果である自殺の予防のために役割を果たしてくださることを望むものです。

中央労働災害防止協会
労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会
座長 櫻井 治彦

■ 精神科医を受診しよう

新聞は「2006年の自殺者の総数は32,155人で、9年連続3万人を超えたことが、警察庁のまとめでわかった」と報道しました。前年より397人（1.2%）減少したものの、依然として3万人を割らない状況が続いています。また、総務省の発表によれば2007年4月の完全失業率は3.8%であり、4%を下回ったのは9年1ヶ月ぶりとのことです。従来から、完全失業率と自殺者数とは関係があるという説があり、今後完全失業率が4%を下回ることが続けば自殺者数の減少も期待できます。

このような状況の中で、政府は2007年6月8日の閣議で昨年施行された自殺対策基本法に基づき「自殺総合対策大綱」を閣議決定しました。これによりわが国の自殺予防もスタートラインに立ったことになり、今後の成果（自殺率の減少）が期待されるところです。

この成果が発揮されるまでには時間がかかることは言うまでもありません。それまでにもできる限りの自殺予防はなされなければなりません。厚生労働省の研究班（主任研究者 保坂 隆 東海大教授）の調査によれば、救命救急センターに運ばれた自殺企図者約1,700名の調査で自殺企図前に精神科医に相談していた割合は3.8%でした。また、第3章「自殺の予兆」にもあるように、自殺企図の背景には種々の精神疾患があるにもかかわらず、自殺企図前に精神科医を受診している人はごくわずかです。精神科医を受診することにより、背景にある精神症状が改善されれば自殺念慮も解消されます。まずは精神科医を受診しましょう。

さて、最近のマスコミは盛んにメンタルヘルスの啓蒙記事を報道しており、また、メンタルヘルスに関する雑誌も刊行されています。このように精神科の敷居は以前に比して格段に低くなっているのが実情です。さあ、自殺に限らず心に問題を生じたら躊躇せず精神科の門をたたきましょう。

注1：精神科を標榜する医療機関は大きく分けると以下ようになります。

精神科病院：外来診療と入院治療を行います。

診療所（クリニック）：外来のみで、最近施設数が増加しています。

いわゆる総合病院の精神科：外来診療のみの施設もあれば、入院治療を行う施設もあります。

注2：受診する際には電話で予約をしましょう。

有限責任中間法人 日本総合病院精神医学会 理事長 黒澤 尚



労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会委員

(五十音順、役職は執筆当時)

加藤 隆康	株式会社グッドライフデザイン 代表取締役社長
黒木 宣夫	東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室 教授
黒澤 尚	有限責任中間法人日本総合病院精神医学会 理事長
○櫻井 治彦	中央労働災害防止協会労働衛生調査分析センター 所長
高橋 祥友	防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門 教授
林 剛司	株式会社日立製作所日立健康管理センタ 副センタ長

※○印座長

目次

はじめに
精神科医を受診しよう
労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会委員

第1章 自殺の実態

1. 自殺者数の推移	8
(1) 年次別推移	8
(2) 国際比較	8
(3) 自殺と景気動向	9
(4) 自殺死亡の年齢層	9
(5) 自殺者の職業別分布	10
2. 事業所における自殺既遂者調査の概要	11
(1) 精神障害による自殺で労災認定された51例調査結果	11
(2) 長時間労働と自殺	11
3. 家族、職場が気づいた自殺の兆候	13

第2章 産業精神保健の動向

1. 精神障害等の労災認定	14
(1) 精神障害等による労災補償の動向	14
(2) 自殺の労災認定	14
2. 職場の精神保健に関連する法的側面	15
(1) 労働安全衛生法に基づく健康管理	15
(2) 労働衛生分野を中心とした行政の流れ	16
(3) 企業と安全配慮義務	18
3. 企業におけるリスクマネジメント	19
(1) 事例の概要	19
(2) 本事例のストレス評価と就業上の措置	19

第3章 自殺の予兆（どのような人に自殺の危険が迫るのか）

1. 自殺予防の十箇条	21
(1) 「うつ病の症状に気をつける」	22
(2) 「原因不明の身体の不調が長引く」	23
(3) 「酒量が増す」	24
(4) 「安全や健康が保てない」	24
(5) 「仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う」	24
(6) 「職場や家庭でサポートが得られない」	25
(7) 「本人にとって価値あるものを失う」	25
(8) 「重症の身体の病気にかかる」	25
(9) 「自殺を口にする」	25
(10) 「自殺未遂に及ぶ」	25
2. 自殺の直前のサイン	26

第4章 日常の配慮と相談対応

1. 日常からの配慮	28
2. 自殺の予兆が見られる人への対応	28
3. 心の病気で治療中の人へのかかわり	30
4. 自殺未遂者への長期的なかかわり	30
5. 同僚や部下のことで相談に来た人への対応	31
参考判例	31

第5章 相談体制

1. 企業における心の健康相談体制	33
(1) 心の健康相談体制	33
(2) 相談窓口	34
(3) 電話、E-mailなどの活用	35
(4) 相談先の表示と相談のためのツール	35
(5) 健康診断の問診を充実しよう	35
2. 中小事業場における相談体制づくり	36
(1) 中小事業場のメンタルヘルス対策の現状	36
(2) 地域の社会資源の活用	37
(3) コンソーシアム EAP	37
(4) 中小事業場におけるメンタルヘルスの対策事例	37
職場のメンタルヘルス対策事例①	38
職場のメンタルヘルス対策事例②	40

第6章 自殺後に遺された人への対応

1. 自殺のポストベンション（事後対応）	43
2. 職場でのポストベンションの原則	43
(1) 関係者の反応が把握できる人数で集まる	44
(2) 自殺について事実を中立的な立場で伝える	44
(3) 率直な感情を表現する機会を与える	45
(4) 知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する	45
(5) 個別に専門家による相談を希望する人には、その機会を与える	46
(6) 自殺にとくに影響を受ける可能性のある人に対して積極的に働きかける	46
(7) その他	46
3. 遺族への対応	47
(1) 誠心誠意対応する	47
(2) 心身両面のケアが必要	47
(3) 日常生活の手続きを助ける	48
(4) 故人をいつまでも忘れないことを伝える	48

第7章 自殺への予防対応の事例

〈効果的な支援ができた事例1－自殺念慮〉	49
〈効果的な支援ができた事例2－自殺未遂〉	50

「職場における自殺の予防と対応 Q & A」

執筆者	61	参考図書一覧	62	相談機関一覧	63
-----	----	--------	----	--------	----

第1章

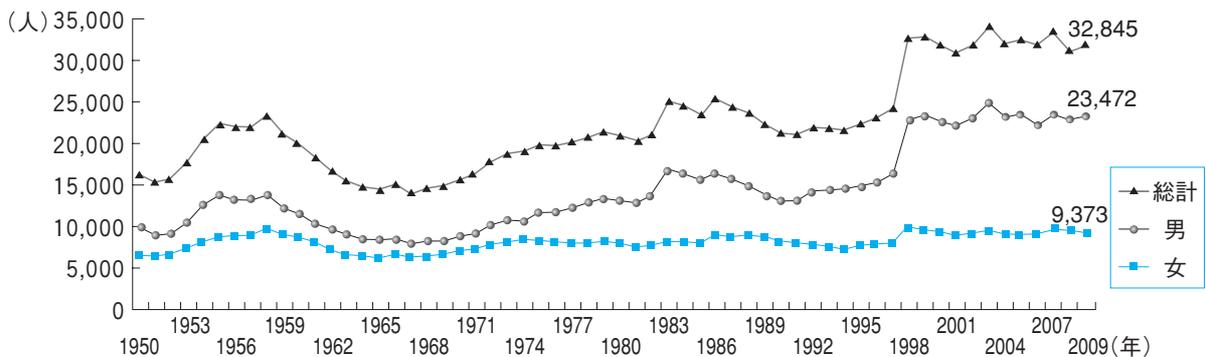
自殺の実態

1 自殺者数の推移

(1) 年次別推移

日本における1950年以降の自殺の年次別推移を図1-1に示します。自殺者数には3回の大きなピークがあります。戦後の1947年より自殺者数の急速な増加が始まり、第1回目のピークの1958年には男性13,895人、女性9,746人に達しました。その後、徐々に減少し、1967年に男性7,940人、女性6,181人と最低値を示した後、第2回目のピークである1986年まで増加が続きます。第2回目のピークでは、女性の増加傾向はそれほど著明でなく、男性が1983年には17,116人と目立っていました。1990年には男性13,102人と第2回ピーク時の77%まで減少しました。以後増加に転じましたが、1998年から急激に増加し、1999年には男性23,512人、女性9,536人と過去最大の自殺者数となりました。2000年には男性22,727人、女性9,230人となり、現在は第3回目のピークを迎えていると考えられます。

図1-1 ▶ 年次別自殺者数



出典：「平成21年中における自殺の概要資料」（警察庁）
（1977年以前は過去の警察庁資料による）

(2) 国際比較

表1-1に自殺死亡率の国際比較を示します。

表1-1 ▶ 自殺死亡率（人口10万対）—国際比較

国名 (年)	ロシア (2006)	日本 (2007)	フランス (2006)	ドイツ (2006)	カナダ (2004)	アメリカ (2005)	イギリス (2007)	イタリア (2006)
総数	30.1	24.4	17.0	11.9	11.3	11.0	6.4	6.3
男	53.9	35.8	25.5	17.9	17.3	17.7	10.1	9.9
女	9.5	13.7	9.0	6.0	5.4	4.5	2.8	2.8

出典：「平成22年版自殺対策白書」（内閣府）

比較する年度が若干異なりますが日本は欧米と比較すると、自殺死亡率はほぼ中間から上位に位置しますが、G7（先進7カ国）の中では極めて高い値を示しています。

(3) 自殺と景気動向

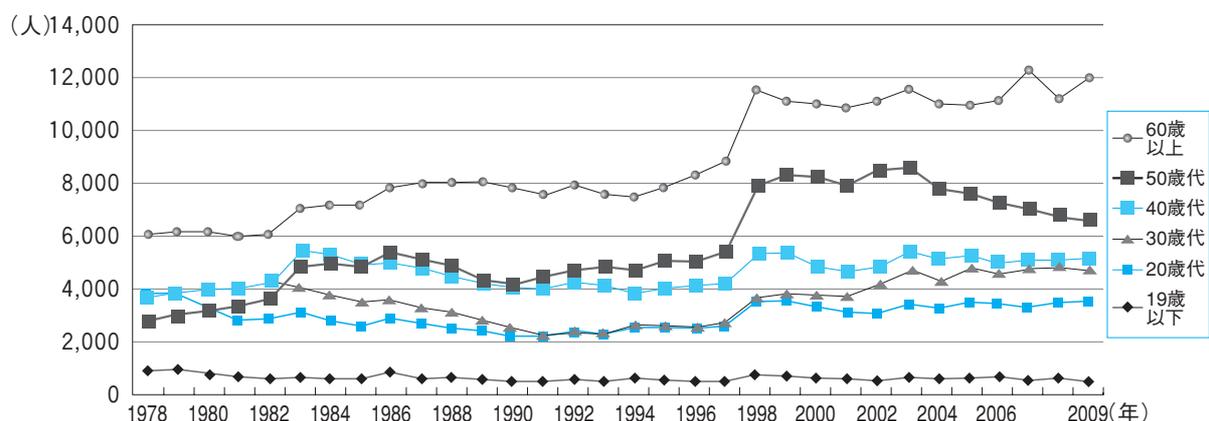
第1回目の自殺者のピークは1957年のなべ底不況と重なり、岩戸景気（1959-61）の到来とともに自殺者数は減少しています。更に所得倍増計画（1960）の発表に続くオリンピック景気（1963-64）といざなぎ景気（1965-70）という相次ぐ好景気の時期では、男性の自殺者数は1万人以下となり、第1回ピーク時の約3分の2まで減少しています。1973年のオイルショック以降10年を超える不況が続き、第2回目のピークはこの不況の後半に発生しています。1987年から1991年のバブル景気の時代は自殺者数は1983年の第2回目ピーク時の約4分の3に減少しています。更にバブル崩壊不況（1991-93）から今日に至るまで、自殺者数は増加傾向を示しています。このようなことから、自殺者の増減は景気と密接に関連していると思われます。



(4) 自殺死亡の年齢層

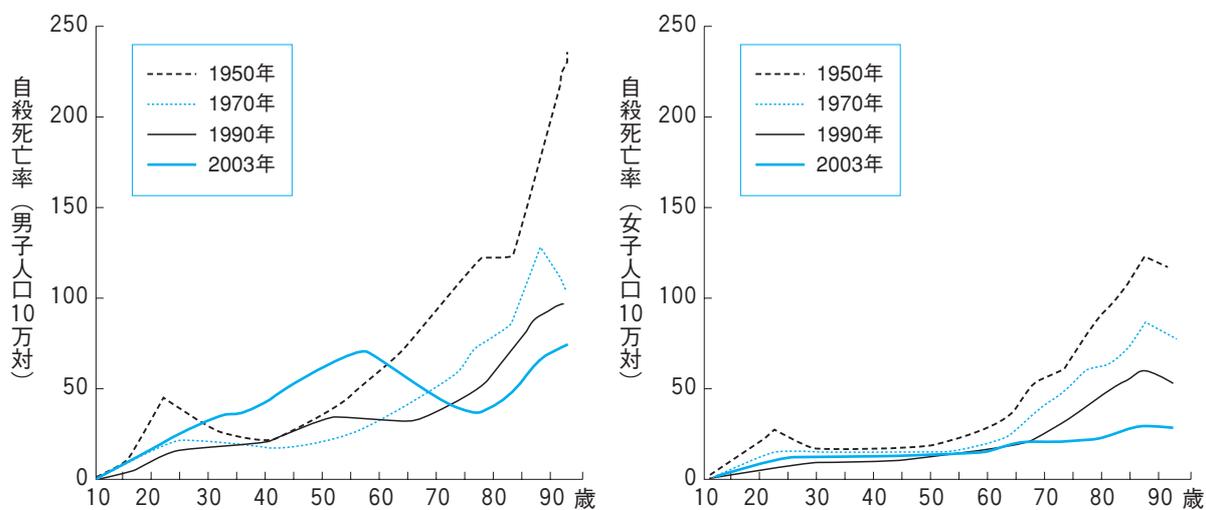
第1回目の自殺者のピークまで日本における自殺は青年期型で、総数の40～50%強が20歳代に集中し、30%前後が壮年期から初老期に相当する50～60歳代に広く分布していました。しかし、それ以後は状況が変化し、男性に限れば青年期の自殺は次第に高齢側に裾野を広げていき、40歳代後半に自殺者数が多くなります。第1回目のピークにおいて自殺の中心となった年齢層は21-23歳だったのですが、第2回目のピークにおいて自殺の中心となった年齢層は51-53歳でした。1998年からの第3回目のピークでは、1923-70年生まれの全ての世代で自殺率が増加傾向を示し、特に50歳代で著明でした。図1-2に自殺者数の年齢層別年次推移を示します。また、図1-3に性・年齢（5歳階級）別自殺死亡率の年次比較を示します。

図1-2▶ 年齢層別自殺者年次推移



出典：「平成21年中における自殺の概要資料」（警察庁）

図 1-3▶ 性・年齢（5 歳階級）別自殺死亡率の年次比較



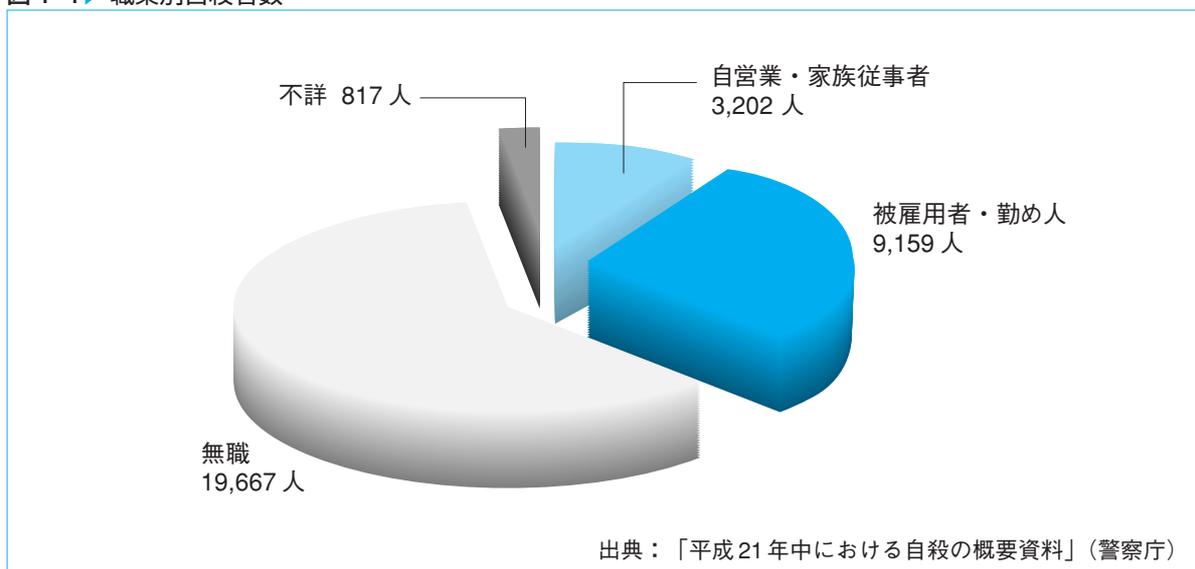
出典：「自殺死亡統計の概要」（厚生労働省）

(5) 自殺者の職業別分布

2009年には、被雇用者・勤め人9,159人、自営業・家族従事者3,202人で勤労者全体では12,361人となり、自殺者全体の37.6%を占めました（図1-4）。被雇用者・勤め人で、原因・動機が明らかなものの人数の和は9,818で、一番多い自殺の原因・動機は、健康問題で2,992人、次に経済・生活問題2,561人、勤務問題2,006人の順でした。

なお、自殺の原因・動機別状況については、平成19年からは遺書等の資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上しています。このため、原因・動機別の人数の和（9,818）と原因・動機特定者数とは一致しません。

図 1-4▶ 職業別自殺者数



2 事業所における自殺既遂者調査の概要

(1) 精神障害による自殺で労災認定された51例調査結果

ア 調査の概要

精神障害による自殺で労災認定された51例の調査¹⁾の結果、対象事案の53% (27例) に月100時間以上の時間外労働がみられ、管理職と専門技術職の両方で全体の74% (38例) を占めていました。発病から死亡までの期間は、3ヶ月以内に71% (36例) が自殺に至っていました。そのうちの52% (19例) が月100時間以上の時間外労働をしていました。原因となる出来事から6ヶ月以内に自殺に至っていた者は63% (32例) であり、その中で月100時間以上の時間外労働をしていた労働者は59% (19例) でした。診療科を受診していない者は全体の67% (34例) で、精神科を受診した事例は20% (10例) にすぎませんでした。重症度にかかわらず「うつ病エピソード」と判断された例が92% (47例) を占めていました。ノルマの未達成が関与して業務上と認定された事例は61% (31例) でした。また大企業が37% (19例)、中小企業が57% (29例) で、業種別では建設業と製造業で44% (22例) を占めていました。年齢は30～59歳が84% (44例) を占めていました。縊死が圧倒的に多く55% (28例)、次に飛び降り・投身が18% (9例) でした。

イ 業務内容の特徴

「新企画の担当」、「新たに事務所を開設してその担当責任者になるなど、工事責任者で複数工事を担当」、「システム変更を担当」、「事務所が合併して業務量が増加」、「難易度の高い業務に従事」など、様々な状況の中で仕事量が増大・月ごとの時間外労働時間が増加した事例が12例 (24%)、昇格して新規事業の担当者になったり、複数業務を担当していたために業務量が増大し、担当した業務のノルマをこなせなかったという事例が12例 (24%) でした。もともと難易度の高い業務に携わっており、仕事の失敗、新規事業、上司変更、配転・転勤による業務内容の変化等で仕事の量が増え、月100時間以上の時間外労働に携わっていた者が18例 (35%) でした。ノルマの未達成が関与して業務上と認定された事例は61% (31例) をも占めていました。転勤して新規事業や業務そのものの困難性が関与した事例が5例、昇格が関与した事例が3例、職場の支援が欠如していたために仕事量が増大した事例が4例、もともと難易度が高く仕事量が増大した事例が4例でした。

(2) 長時間労働と自殺

長時間労働に関して「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針²⁾」には、「極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最少限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合がある」と記載されているのみで、具体的な指標となる労働時間については記載されていません。過労死の認定基準³⁾では、「発症前1ヶ月間に概ね100時間又は発症前2ヶ月間ないし6ヶ月間にわたって、1ヶ月当たり概ね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる」とされています。すなわち、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合は、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼすとされています。現在、事業者は月100時間を超える時間外・休日労働を行い、疲労の蓄積が認められる労働者に対して、医師による面接指導を行わなければならない、また1ヶ月当たり80時間を

超える時間外・休日労働を行った労働者に対しても事業者は医師による面接指導等を実施するよう努めることが求められています。前述した調査で月100時間以上の残業をしている労働者は、99時間以内の労働者に比較して、原因となる出来事から精神疾患発病までの期間が短く、発病から自死に至るまでの期間も短いことが明らかになりました。

職場における過労死・自殺の予防に関する研究（平成15年度）で231名の産業医調査（企業における「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の効果に関する研究⁴⁾）で、栗原は、172事業場で過重労働を行っており、過重労働者を医療機関へ紹介した経験のある産業医は66名（37.5%）で、そのうち過半数39名（59.1%）が抑うつ状態で、以下、心身症23名、不整脈18名という順であると報告しています。この結果からも過重労働と「抑うつ」、「心身症」とは密接な関連があることは明らかであると思われます。

また長時間労働と睡眠時間との関係については、次の報告が参考になるものと考えられます。総務省の「平成13年社会生活基本調査報告⁵⁾」及びNHKの「2005年国民生活時間調査報告書⁶⁾」によれば、標準的な労働者の1日の生活時間では、睡眠時間は7.3時間とされています（表1-2）。そして、過労死の新認定基準（平成13年12月12日付け基発第1063号通達³⁾）の根拠となった「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」は、当時のこの調査結果を用いて、睡眠時間と時間外労働との関係について次のように算出しています。すなわち、1日の労働時間が8時間を超えて、時間外労働を2時間程度、4時間程度及び5時間程度行っているとすると、これが1ヶ月継続した状態では、それぞれ睡眠時間は平均して7.5時間、6.0時間及び5.0時間となります。この場合、1ヶ月間の時間外労働時間数は、1日の労働時間に平均勤務日数（休日労働日は含まない。）21.7日に乗じて、概ね45時間、80時間及び100時間となります（表1-3）。

一方、山村は平成15年度災害科学に関する研究⁷⁾の中で発症前に十分な睡眠が確保できなかった55例について「睡眠時間を4時間未満（睡眠時間<4）と4時間以上（睡眠時間≥4時間）で層別化して、生存時間分析（精神疾患発生率）を行った結果、4時間未満の睡眠が20週続いた時点で80%の発症率（イベント発生率0.8）であるのに対し、4時間以上の睡眠では60%（イベント発生率0.6）であった」と報告しています。

また内山も平成15年度災害科学に関する研究⁸⁾の中で、「4時間睡眠を1週間にわたり続けると健常者においてもコルチゾール分泌過剰状態がもたらされるという実験結果もある。これらを総合すると、4～5時間睡眠が1週間以上続き、かつ自覚的な睡眠不足感が明らかな場合は精神疾患発症、特にうつ病発症の準備状態が形成されると考えることが可能と思われる」と報告しています。

睡眠時間から精神疾患発症の予防は、まさに4～5時間睡眠を境に検討すべきであり、時間外労働月100時間以上の労働に従事した労働者に精神医学的配慮が必要と判断できます。

表1-2▶ 標準的な労働者の1日の生活時間

睡眠	7.3時間
食事等（食事、身の回りの用事、通勤等の時間）	5.5時間
仕事（拘束時間＝法定時間＋休憩1時間）	9.0時間
余暇	2.2時間

表1-3▶

1日の睡眠	1日の時間外労働	1ヶ月間の時間外労働
7.5時間	2時間	45時間
6.0時間	4時間	80時間
5.0時間	5時間	100時間

3 家族、職場が気づいた自殺の兆候

前記の、精神障害による自殺で労災認定された51例調査結果¹⁾では、全事例の82% (42例)において会社よりも家族が先に自殺の兆候に気づいていましたが、家族が先に気づいた言動としては、「食事がノドを通らない、受け付けない」といった食欲不振、体重減少、倦怠感、頭痛などの身体症状、また早朝覚醒等の睡眠障害などが、「最も多く気づかれた言動 (61例)」中の36% (22例)を占めていました。次に「元気がない、冗談を言わなくなった、笑いがない、無表情、口数が少なくなった」等が16% (10例)でした。また「会社を辞めたい」、あるいは「家を売ってでも会社の損失を補填する」、「退職願いを出す」等が6例、「疲れた、しんどい、ゆううつ、やばい」と自ら極限に達していることをほのめかす言動が6例、「話しかけてもうわの空…」、「妻の前で泣く」等の明らかに抑うつ症状と思われた言動が5例でした。

一方、会社が家族よりも先に気づいた言動としては、「業務の量が多い」、「業務が遅れていた」、「能力低下やミスが多くなった」という兆候が4例、自ら「自殺をほのめかし」、「同僚への愚痴」が3例でした。つまり、会社は労働者の業務が過剰であることは認識しているものの労働者の疲労や業務遂行過程に支障をきたしていることまではわからなかったようです。

また同調査¹⁾では医療機関を受診していない者は67% (34例)であり、精神科を受診した事例は20% (10例)にすぎませんでした。うつ病エピソードが92% (47例)を占めていました。このことは家族が病的な言動に気づいていたとしても、うつ病に罹患した労働者を精神科医療へつなぐことが、いかに難しいかを物語っています。家族が自殺の兆候に気づいたら早期に医療機関を受診させることが重要ですが、本人が受診を嫌がった場合は、医療機関、あるいは企業の健康管理室等へ、家族が相談することが有効な場合があります。

参考文献

- 1) 黒木宣夫：「労災認定された自殺事案における長時間残業の調査」－精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究－厚生労働科学研究費補助金（平成15年度災害科学に関する研究P161-220）2004
- 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る業務上外の判断指針1999.9
- 3) 厚生労働省労働基準局労災補償課：脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準2001.12
- 4) 栗原伸公：企業における「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の効果に関する研究1. 事業場における過重労働対策－現状とその分析（厚生労働科学研究P23-90）
- 5) 総務省：平成13年度社会生活基本調査報告
- 6) NHK放送文化研究所：2005年国民生活時間調査報告書2005.4
- 7) 山村重雄：長時間残業調査データ生存時間分析結果（平成15年度災害科学に関する研究P157-159）
- 8) 内山真：睡眠と精神障害との関係に関して（平成15年度災害科学に関する研究P5-28）