

第2章

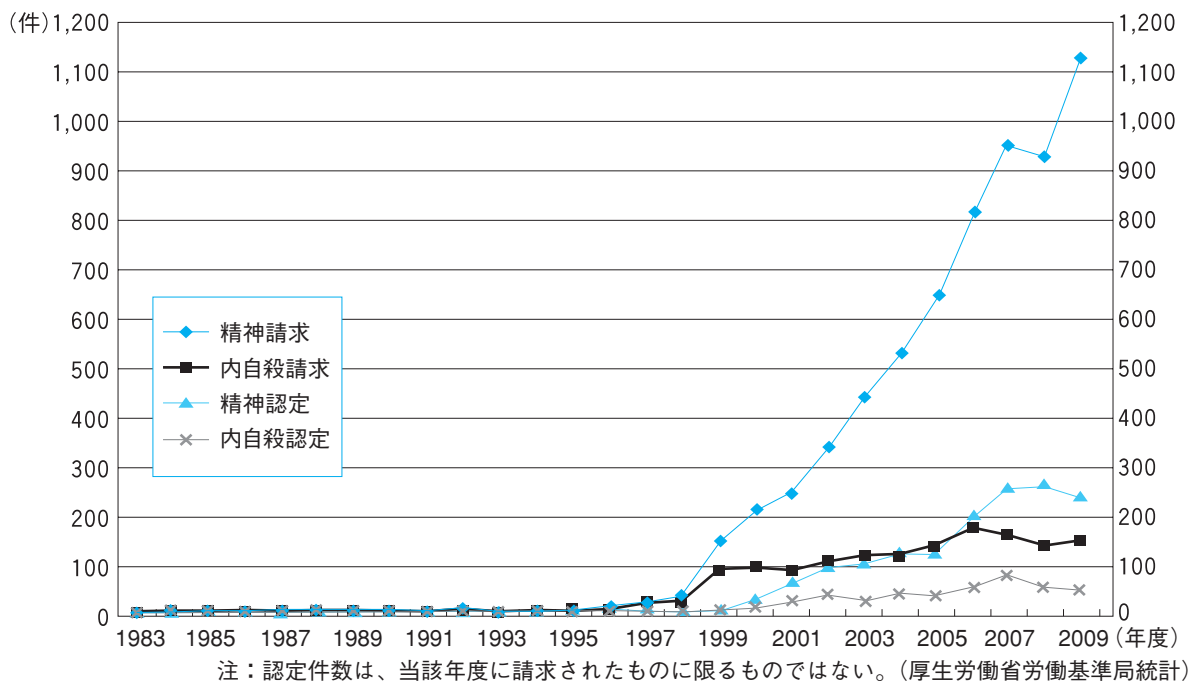
産業精神保健の動向

1 精神障害等の労災認定

(1) 精神障害等による労災補償の動向

現在までの精神障害等の労災補償状況¹⁾は図2-1のとおりです。1983年度から2009年度までの27年間で、精神障害等に係わる労災請求件数は6,610件（内自殺事案1,540件）となっています。2009年度中の請求件数は1,136件（内自殺157件）で、同年度中に234件が認定されており、内自殺の認定は63件でした。最近の労災請求の特徴は、精神障害の請求件数が急増し、自殺の請求件数を大きく上回っていることです。業種別の精神障害の認定件数は、製造業（43件）、卸売・小売業（36件）、建設業（26件）が多く、年齢層別では、30歳代（75件）が全体の約3割を占め、比較的若い層が仕事上の問題や職場の人間関係に悩んでいる実情がうかがえます。

図2-1 ▶ 精神障害等の労災補償状況の年次推移



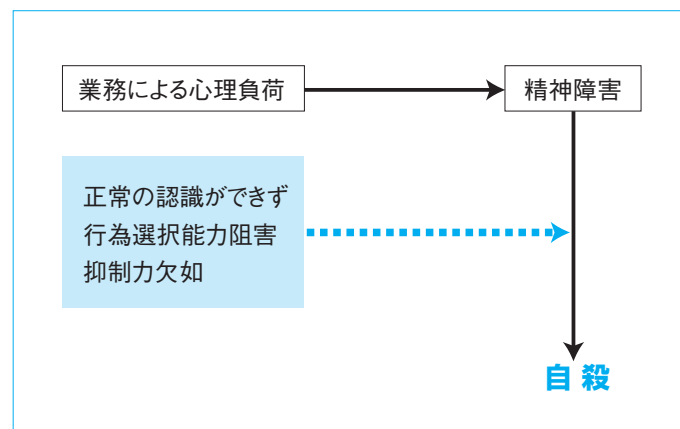
(2) 自殺の労災認定

「過労自殺」は過労死と同様に過労に起因した自殺を意味しますが、「過労」とは心身ともに疲弊・消耗して蓄積疲労が進み、健康障害まで起こした状態をさしています。自殺が労災認定されるかどうかは、労働者災害補償保険法で「労働者が、故意に負傷、疾病、障害若しくは死亡又はその直接の原因となった事故を生じさせたときは、政府は、保険給付を行わない」と規定されているため、かつて

は故意がない自殺、つまり心神喪失状態で行われた自殺²⁾でないといふと労災認定はされませんでした。しかし1999年に策定された「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³⁾」(以下、判断指針)で、「業務による心理的負荷によってこれらの精神障害が発病したと認められる者が自殺を図った場合には、精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺が行われたものと推定」され、業務上と認定され得ることとなりました。すなわち、業務に起因する精神障害に基づいて行われた自殺の認定の取扱いが示されたことにより、自殺の労災認定の枠も広がったこととなりました(図2-2)。

また、判断指針においては、労災認定は心因性、内因性に限らずICD-10(WHO:国際疾病分類)に規定される全ての精神疾患が対象とされ、その精神疾患発症時点から遡って概ね6ヶ月間の業務過重性の有無等によって業務上外が判断されることとなります。そして、業務による精神障害が発病したと認められた人が自殺を図った場合には、上記の取扱いに従い、自殺が業務上であるか否かが判断されます。

図2-2▶ 自殺の認定



2 職場の精神保健に関連する法的側面

(1) 労働安全衛生法に基づく健康管理

労働安全衛生法では、事業者による定期健康診断の実施と労働者への結果の通知を義務づけています。健康診断の結果に関して異常の所見が認められる場合は、事業者は必要な措置に関して医師の意見を聴く義務があり、事業者はその意見を勘案し、必要があるときは、労働者の実情を考慮して就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講ずるほか、作業環境の調整を図る必要があります。しかし、定期健康診断でメンタルヘルスにかかわる問診を実施するかについて定められているわけではなく、各企業がそれぞれ独自に模索しているのが現状です。

また、同法では、健康診断の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対し、医師、保健師による保健指導を行う努力義務が規定されており、メンタルヘルス上、注意の必要があると思われる労働者に対しては、何らかの介入を行う必要があると言えます。

さらに、同法では、「事業者は、労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならない。」と規定されています。これが、事業場におけるメンタルヘルス対策及び労働者の心身両面にわたる健康保持増進措置(THP:トータル・ヘルスプロモーション・プラン)の根拠となっています。

(2) 労働衛生分野を中心とした行政の流れ

1988年10月：健康保持増進措置（THP）を努力義務化
1989年10月：職業性疾病対策 特殊健康診断項目の改正（鉛、有機溶剤）
1989年10月：生活習慣病対策 定期健康診断項目の改正（貧血、肝機能、心電図）
1992年7月：快適職場環境の形成 作業環境の管理、作業方法の改善
1996年10月：労働安全衛生法改正 健診結果を通知、事後措置の義務化
1999年9月：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
2000年8月：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（労働基準局長通達）
2001年4月：二次健康診断等給付制度の創設（労災保険法一部改正）
2001年4月：労働時間の適正な把握…使用者が講ずべき措置に関する基準
2001年12月：脳・心臓疾患、過労死の認定基準改正
2001年12月：「職場における自殺の予防と対応」（働く人の自殺予防に関するセミナーテキスト）作成
2002年2月：過重労働による健康障害防止のための総合対策
2002年12月：自殺防止対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」
2003年6月：第10次労働災害防止計画でメンタルヘルス対策の強化
2004年10月：心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き
2005年7月：障害者雇用促進法改正 精神障害者を法定雇用率に算定等
2005年10月：労働安全衛生法改正 長時間残業者の面接指導等
2005年11月：プライバシーに配慮した障害者の把握・確認ガイドライン
2006年3月：労働者の心の健康の保持増進のための指針（厚生労働大臣公示）
2006年10月：自殺対策基本法の施行
2007年6月：自殺総合対策大綱策定

労働衛生行政の流れの中で、メンタルヘルス対策が法令上組み込まれたのは1988年で、労働安全衛生法の改正によって労働者の健康保持増進措置（THP）が事業者の努力義務とされ、この中で初めて位置づけられました。これは、労働者の身体への健康にこころの問題が関係していることが少なくなく、労働者の身体疾患や行動の変化の背景にこころの状態の変化が関係していることが見受けられることが多くなったため、本人がメンタルヘルスケアを受けたいと申し出た場合、あるいは健康測定の結果、メンタルヘルスケアを受けさせた方が良いと判断された場合には、気づきやリラクゼーションなどの措置を講ずることが事業者に求められたのです。

そして、2000年8月には、労働省（現厚生労働省）によって「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（メンタルヘルス指針）が策定され表2-1のように4つのケアが示されました。

表2-1 ▶ 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針

心の健康づくり計画の策定

1. セルフケア ……労働者によるストレスへの気づきとストレスへの対処
2. ラインによるケア ……管理監督者による職場環境等の改善と個別の指導・相談等
3. 事業場内産業保健 ……産業医、衛生管理者等による職場の実態の把握、
スタッフ等によるケア 個別の指導・相談等、ラインによるケアへの支援、
管理監督者への教育・研修
4. 事業場外資源によるケア ……事業場外資源による直接サービスの提供、
支援サービスの提供、ネットワークへの参加

注：「労働者の心の健康の保持増進のための指針」でも同様である。

2004年8月に「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会⁴⁾」の報告書が厚生労働省から公表されました。この報告書では、前述したメンタルヘルス指針で心の健康づくりを進めることを基本にし、①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、②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、③労働者の意見をくみあげながら労使、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などが強調されました。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つなぐことであるなど、明確にされたのも大きな特徴となっています。

2006年4月から改正労働安全衛生法（平成17年法律第108号⁵⁾）が施行されていますが、労働者の時間外・休日労働（週40時間を基準とし、そこからの超過分）が1ヶ月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められるときは、事業者は原則として労働者に医師による面接指導（問診その他の方法により心身の状況を把握し、これに応じて面接により必要な指導を行うことをいう。）を行わなければならないとされました。また、1ヶ月当たり80時間を超えた場合も、事業者は労働者に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。さらに、衛生委員会の調査審議事項として、長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策及び労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策を行うことが新たに追加されました。衛生委員会等を活性化することにより、より事業場に合ったメンタルヘルス対策を立てることが要求され、月1回衛生委員会等を開いて議事録を残しておくことが重要です。

2006年3月に「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書⁶⁾」を踏まえ、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第70条の2第1項の規定に基づく、同法第69条第1項の措置の適切かつ有効な実施を図るための指針として、事業者が講じるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置（メンタルヘルスケア）が適切かつ有効に実施されるよう、厚生労働省が「労働者の心の健康の保持増進のための指針⁷⁾」を策定しました。事業者は、メンタルヘルスケアを推進するに当たって、①心の健康問題の特性、②労働者の個人情報への配慮、③人事労務管理との関係、④家庭・個人生活等の職場以外の問題に留意すると同時に、事業場内の関係者が相互に連携し、①教育研修・情報提供、②職場環境等の把握と改善、③メンタルヘルス不調への気づきと対応、④職場復帰における支援等に積極的に取り組む等、前述した4つのケアを継続的に推進することが効果的であるとされています。また、産業医等の助言、指導等を得ながら事業場のメンタルヘルスケアの実務を担当する事業場内メンタルヘルス推進担当者を、事業場内産業保健スタッフ等の中から選任することが定められています。なお必要な事業場内産業保健スタッフが確保できない50人未満の小規模事業場におけるメ

メンタルヘルスケアの取組に関しては、衛生推進者又は安全衛生推進者を事業場内メンタルヘルス推進担当者として選任するとともに、地域産業保健センター等の事業場外資源の提供する支援等を積極的に活用し取り組むことが望ましいとされています。

企業の管理責任が問われる訴訟や長期休業者の増加、精神障害者雇用の問題など、今後、わが国で解決しなければならない産業精神保健を巡る問題は山積しています。2007年4月に公表された「自殺総合対策の在り方検討会報告書 総合的な自殺対策の推進に関する提言」では、職域に関してメンタルヘルスケア支援策の充実が強調されていますが、今後さらに事業場単位での具体的対策が求められることとなりました。

また、近年、自殺による死亡者数が高い水準で推移していることを踏まえ自殺対策の基本理念、国の責務、事業主の責務などを定めた自殺対策基本法が施行されました。さらに、2007年6月には、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」が閣議決定されました。自殺総合対策大綱には、自殺を予防するための重点施策として職場におけるメンタルヘルス対策を推進することが掲げられており、今後もさらに事業場に対する支援などの取組が実施されることとなっています。

(3) 企業と安全配慮義務

企業はなぜ、労働者のメンタルヘルス問題に取り組まなければならないのでしょうか。労働者にメンタルヘルス問題が発生すると、業務に集中することが困難となり、遅刻・欠勤や作業能率の低下といった問題が起こり、さらに最悪の場合には精神障害による自殺が発生し、その結果として企業の信用の低下、収益の減少といった事態につながることも限らないため、必然的に企業はメンタルヘルスケアに取り組まざるをえません。

また、労働者と使用者との間に雇用関係が成立すると、使用者は労働者に対して危険を防止し、安全を配慮しなければならないとする民事

上の義務である安全配慮義務が必然的に生ずるのです。安全配慮義務とは、業務を遂行させるときには労働者の生命、身体、健康を守らなければならないとする使用者の義務であり、業務遂行上、予想される生命、身体の危険から労働者を保護し、恒常的な長時間労働、協力支援体制のない状況の中での業務など著しい肉体的精神的な過重負荷等に起因した精神疾患や身体疾患が発生しないよう、配慮しなければならない契約上の義務のことを意味しています。

つまり労働者が業務に服する過程で労働者の生命、健康が損なわれることのないように労働場所、設備、器具その他の労働環境を管理し、又は労務管理に当たって災害が生じないようにする義務です。



3 企業におけるリスクマネジメント

前述してきたように行政施策の中で2006年4月より長時間労働者の健康を保持するための措置の充実強化の一つとして、事業者は、一定時間を超える時間外・休日労働を行った労働者を対象とした医師による面接指導等を行わなければならないこととされました。この中で長時間労働者のメンタルヘルス面のチェックを行い、長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止が図られることとなりました。前述した研究の労災認定された51例の過労自殺事例のうち月100時間以上の時間外・休日労働を行った労働者は53%（27例）もみられ、管理職と専門技術職を合わせると74%（38例）を占めていますが、医療機関を受診していた事例は33%（17例）で、精神科を受診していた事例は20%（10例）でした。過労自殺事例の8割が精神科受診に至っていませんでしたが、全事例の82%（42例）が会社よりも家族が先に自殺の兆候に気づいており、精神科受診を家族が考えているうちに自殺に至っていました。過労自殺を防止するためには、早期に介入することが必要であることは言うまでもなく、労働者自らが問題に気づく必要があり、その仕組みづくりも事業主に課せられることとなりました。

次に労災認定後に損害賠償請求された事例を提示します。

(1) 事例の概要

本人は企業の技術系の管理者であり、社をあげたプロジェクトのリーダーを任せられ、30名近くの部下と共に新機種の技術研究開発に、研究所で取り組みました。当初開発は順調でしたが、6ヶ月頃から開発がうまくいかなくなり、1年経過した時点で本社の命令でプロジェクトチームは解散することとなりました。業務開始からチーム解散まで、本人の上司、部下との人間関係は良好でした。本人は数ヶ月、同研究所に残って残務整理を行いました。残務整理が完了した後、本人は本社の開発本部に異動しましたが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ました。異動から1ヶ月後、別なプロジェクトの責任者の内示を受けました。以前のこともあり本人は気乗りがしませんでした。上司の命令に逆らうことはできず、引き受けることにしました。プロジェクト開始後2ヶ月目頃から熟眠ができず、早朝覚醒、倦怠感、軽うつ気分が出現しました。このため病院の精神科を受診し、うつ病と診断され、3ヶ月間の自宅療養となりました。

主治医がほぼ回復したと判断したことから職場復帰を考慮することとなり、かなり軽減した職務でしたが、何とかこなせる状況だったため職場に復帰しました。しかし、職場復帰してほぼ1ヶ月後から元気がなくなり、倦怠感が出現しました。職場復帰の後は、保健師、産業医などの産業保健スタッフの面接を週1回受けていましたが、倦怠感を訴えていたので、スタッフも本人の精神状況に大いに不安を感じていました。元気がなくなったので、気分転換の計らいで、上司が数日間の出張を命じました。帰社後、急激に抑うつ状態が再燃したため、産業医が通院中の精神科ではなく別な精神科での治療を受けるように指示しました。しかし紹介された精神科へ受診する前日になり、自殺に至りました。

(2) 本事例のストレス評価と就業上の措置

この事例はICD-10でいうところの「うつ病エピソード」の典型例と思われます。労働災害の認定に際して重要な点は、発病前6ヶ月の期間に業務過重が存在したかどうかです。発症前に開発業務が結果的に中止となり撤退せざるを得なくなったことの原因を被災者は感じており、これが「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」中の「職場における心理的負荷評価表」の「ノルマが達成できなかった」に該当し、ストレス強度の評価は中等度「Ⅱ」で、その後、残務整理で研究所に一人残ったことなどを考慮して、ある程度の業務過重が持続していたと認められました。管理職であるため残業時間の把握は難しいですが、妻からの帰宅時間の確認や、同僚、上司からの証言で、終電がなくなってタクシーで帰宅していたこともわかり、長時間労働が恒常化していたことが事実認定されました。そして、発症時点では「配置転換があった」ことが、ストレス強度は中等度「Ⅱ」、さらにチームリーダーを任されたという「新規事業の担当になった」で、ストレス強度「Ⅱ」、その上恒常的長時間残業がストレス強度「Ⅱ」と判断されました。このように業務過重の状態であったため、最初のうつ病の発症は業務が有力な原因となったものと判断されました。さらに、職場復帰した後のうつ病の再燃も、前の業務上のうつ病が完全に完治していなかったものであり、業務上のうつ病の発症後に行われた自殺であるとして、自殺についても精神疾患の専門部会で検討された上で業務上と判断されました。

この事例では、労災認定された後に遺族が企業に損害賠償を請求しています。企業は、専属の産業医、保健師、嘱託精神科医も勤務しており、従業員の健康管理には力を入れていましたが、上司と健康管理室との連携ができていなかったことは否めないようです。訴訟では出張に耐えうる健康状態であったか否かが争点となりましたが、判決は出張に出す時点での健康上の問題を企業が見逃し、安全配慮に欠けた対応がなされたとして企業側が全面敗訴しました。

その後、同企業では健康管理の観点から出張や残業に関して就業制限の措置票（就業上の措置）を通して職場上司と健康管理室の連携が図られています。このように企業全体が過重労働に健康障害の防止に配慮し、医師による面接指導等を通して精神科受診を促したり、あるいは長時間残業を禁止するなどの就業上の措置を行うことによって、労働者の危機的状況に陥らせないリスクマネジメントが必要であることは論をまちません。そして、安全配慮義務の履行を図ることが、労災を巡る損害賠償請求訴訟等の問題をそもそも起こさないことにつながります。また何よりも「企業の生産性を上げるためには労働者の健康が前提になる」という認識を忘れてはならないと思われまます。

参考文献

- 1) 労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室：脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況（平成18年度）について 2007.5
- 2) 中村博：自殺（第1～3回）—労働者災害補償保険法における—P23-26 東邦大学教養紀要 1985
- 3) 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
- 4) 厚生労働省：過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書 2000.8
- 5) 厚生労働省：労働安全衛生法等の一部改正（平成17年法律第108号）2005.11
- 6) 中央労働災害防止協会：平成17年度職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書 2006.3
- 7) 厚生労働省：労働者の心の健康の保持増進のための指針 2006.3

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)

自殺が起きる背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、パーソナリティ障害などの心の病が隠れていることが圧倒的に多いのです (Q & A 1-Q1 参照)。ところが、最期の行動に及ぶ前に精神科を受診していた人はごくわずかというのが現状です。心の病の中でも、うつ病がもっとも自殺との関連が強いのですが、うつ病の治療には、今では副作用が比較的少ない安全な抗うつ薬が開発されていますし、各種の心理療法も編み出されています。怖いのは、心の病にかかったことではなく、それに気づかずに放置しておくことなのです。最悪の場合には自殺さえ発生してしまいます。

1 自殺予防の十箇条

働き盛りの自殺を予防するためには、悩みを抱えた人が必死になって発している救いを求める叫びを的確にとらえて、早い段階で治療に結びつけなければなりません。自殺の危険因子をまとめておきます (表3-1)。しかし、これではあまりにも専門的ですので、働き盛りの人の自殺予防に関してとくに注意すべき点を、わかりやすい形で十箇条にしました (表3-2)。

表3-1 ▶ 自殺の危険因子

①自殺未遂歴	自殺未遂はもっとも重要な危険因子 (自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討)
②精神障害の既往	気分障害 (うつ病)、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
③サポートの不足	未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
④性別	自殺既遂者：男>女 自殺未遂者：女>男
⑤年齢	年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
⑥喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
⑦性格	未熟・依存的、衝動的、極端な完全主義、孤立・抑うつ的、反社会的
⑧他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
⑨事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患への予防や医学的な助言を無視
⑩児童虐待	小児期の心理的・身体的・性的虐待

出典：高橋祥友「新訂増補 自殺の危険：臨床的評価と危機介入」(金剛出版, 2006)

表3-2 ▶ 自殺予防の十箇条

(次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。早い段階で専門家に受診させてください。)

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

(1) 『うつ病の症状に気をつける』

気分が沈む、涙もろくなる、自分を責める、仕事の能率が落ちる、仕事が手につかない、大事なことを先延ばしにする、決断が下せない、これまで関心があったことにも興味がわかないといった典型的なうつ病の症状に注意しなければなりません (表3-3)。

表3-3 ▶ うつ病の症状

【自分で感じる症状】

憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、イライラする、元気がない、眠れない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、大事なことを先送りにする、物事を悪いほうへ考える、決断が下せない、悪いことをしたように感じて自分を責める、死にたくなる

【周りから見てわかる症状】

表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着きがない、飲酒量が増える

【身体に出る症状】

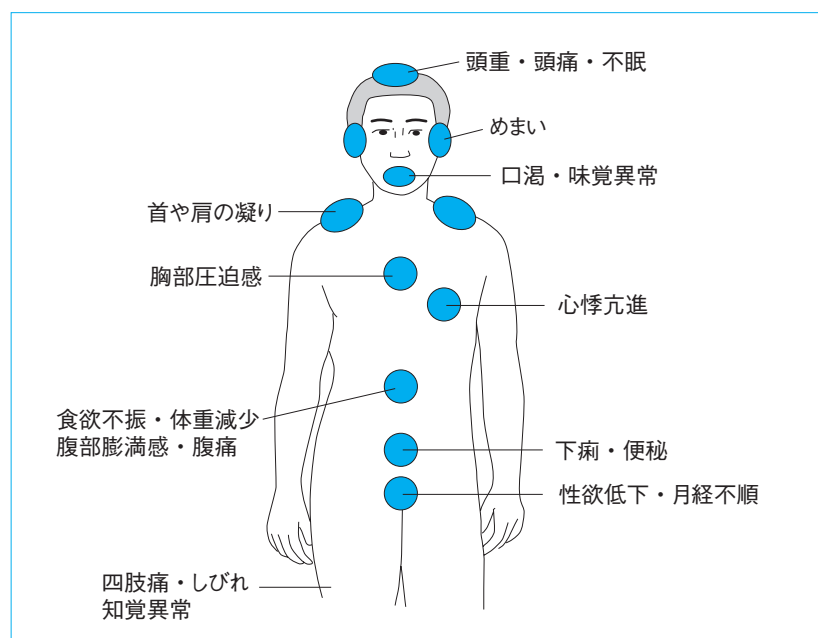
食欲がない、便秘がち、身体がだるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、動悸、胃の不快感、めまい、喉が渇く

(2) 『原因不明の身体の不調が長引く』

うつ病というと感情や思考の面に現れる症状ばかりに関心が向きがちです。しかし、同時に、さまざまな身体の症状もしばしば現れてきます（図3-1）。ところが、一般の人は、これがうつ病の症状であるとはなかなかすぐには気づきません。その結果、うつ病になっても、多くの人が身体症状を訴えて、精神科以外の科に受診しているのです（図3-2）。

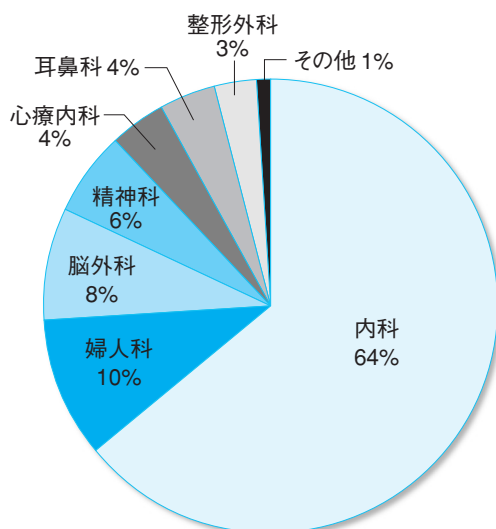
中高年では実際に重症の身体疾患が隠れていることもあるので、ぜひ検査を受けてください。ただし、検査を繰り返しても、明らかな異常が見当たらないのに、それでも身体の不調が続く場合は、うつ病の可能性を考えて、精神科に受診してください。

図3-1 ▶ うつ病の身体症状



出典：渡辺昌祐「うつ病は治る」（保健同人社、2000）

図3-2 ▶ 抑うつ症状を呈する患者の初診診療科



出典：三木治「プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態」（心身医学、42: 585-591, 2002）

(3) 『酒量が増す』

とくに中高年の人で、これまではつきあい程度であったのに、徐々に酒量が増していく場合は、背後にうつ病が潜んでいる可能性があります。飲酒をすると、一時的に気分が晴れることを経験しているために、抑うつ的になった人が、ついつい酒に手を伸ばすことがあります。飲酒によって不眠が改善すると信じている人もいます。しかし、アルコールは長期的にはうつ病の症状をかえって悪化させてしまいます。また、酩酊したために自己の行動をコントロールする力を失い、自殺行動に及ぶ人も多いのです。



なお、単に飲酒量が増えたというだけではなく、酒がないと生活できなくなったり、身体的な問題が出てきたり、対人関係に問題をきたしたりして、アルコール依存症の診断を下される状態になると、問題はさらに深刻になります。

(4) 『安全や健康が保てない』

自殺は突然、何の前触れもなく起きるのではなく、それに先立って、安全や健康が保てなくなるといった行動の変化がしばしば出てきます。

たとえば、糖尿病であってもそれまではきちんと管理できていた人が、食事療法も、薬物療法も、運動療法も突然やめてしまったりすることがあります。また、腎不全の人が人工透析を突然受けなくなってしまうこともあります。

まじめな会社員が、借金をするようになる、何の連絡もなく失踪してしまう、性的な逸脱行為に及ぶ、いつもは温和な人が酒の上で大げんかをする、全財産をかけるような株式投資に打って出るといった行動の変化を、自殺の前に認めることもめずらしくありません。うつ病の人の失踪は、自殺の代理行為といってよい場合もあるので、まず本人の安全の確保に全力を尽したうえで、精神科医による診察を受けられるようにしてください。

(5) 『仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う』



長時間労働になるほど過労死や過労自殺の危険性が高まります。企業の安全配慮義務は裁判でも指摘されています。従業員が心身の疲弊をきたさないような労働条件を備えるとともに、不幸にして発病した場合には早期に適切な処置をとることを企業は求められています。また、仕事一筋でこれまでの人生を送ってきた人が、大きな失敗をしたり、職を失ったりする場面に遭遇して、自己の存在価値を失い、急激に自殺の危険が高まる場合があります。あるいは、昇進に伴い、責任が増し、それが負担になって心のバランスを崩してしまう人もいます。

(6) 『職場や家庭でサポートが得られない』

自殺は孤立の病であると指摘した精神科医もいるほどです。未婚の人、離婚した人、配偶者と死別した人は、結婚していて家庭を持っている人に比べて、自殺率が3倍以上も高くなります。職場でも家庭でも居場所がなく、問題を抱えているのに、サポートが得られない状況でしばしば自殺は生じます。単身赴任で、そばに家族がいないために、変調に気づかれず、自殺が突然起きるといった状況もめずらしくありません。

(7) 『本人にとって価値あるものを失う』

ある人にとって特別な価値があるものを失うことについて十分に考えてみなければなりません。家族の死や仕事上のスキャンダルに巻き込まれるといったことが、自己の全存在の否定につながり、生きる価値さえ見失いかねません。ただし、これはすべての人にとって同じような打撃になるのではなく、個々人にとっての意味をよく考える必要があります。

(8) 『重症の身体の病気にかかる』

前記(2)で取り上げたのは、うつ病に伴う身体症状ですが、働き盛りの人の場合、重症の身体疾患にかかることがそれまでの人生の意味を大きく変化させることにつながり、自殺の危険を高める結果になる場合もあります。

(9) 『自殺を口にする』

これまでに挙げてきたような項目を数多く満たす人が「自殺」をほのめかしたり、実際にはっきりと口にしたりする場合は、自殺の危険が非常に高くなっています。「死ぬ、死ぬ」と言う人は本当は死なないなどと広く信じられていますが、これは大きな誤解です。自殺した人の大多数は、最期の行動を起こす前に自殺の意図を誰かに打ち明けています。これを的確にとらえられるかどうかが自殺予防の第一歩になります。

また、誰でもよいから「自殺したい」と打ち明けたのではなく、これまでの関係から、「この人ならば、絶望的な気持ちを受け止めてくれるはずだ」との思いから、死にたいという気持ちを話してきた点を忘れないで下さい。打ち明けられた人はまず徹底的に聴き役に回って下さい。話をそらしたり、批判したり、安易な激励をするのは禁物です。

(10) 『自殺未遂に及ぶ』

自殺未遂にまで及んだ場合は、緊急の危険が目前にまで迫っています。その時は幸い救命されたとしても、再び同じような行動に出て、実際に自殺によって命を失う危険がきわめて高いのです。この段階にまで至ると、ただちに専門家による治療が必要です。

首をくくる、電車で飛びこむといったきわめて危険な行為は誰もが真剣に受け止めます。しかし、手首を浅く切る、薬を少し多くのむといった、それ自体では死に至らない自傷行為であっても、長期的には既遂自殺につながる危険が高いことを忘れてはなりません。

2 自殺の直前のサイン

さて、自殺の直前にはどのような行動の変化が現れるのでしょうか。結論を先に述べると、これまでに説明してきた危険因子を数多く満たしていて、潜在的に自殺の危険が高いと考えられる人に、何らかの行動の変化が現れたならば、すべてが直前のサインと考えるべきです。

自殺に至るまでには長い道程があり、この準備状態こそが重要です。直前のサインは自殺につながる直接の契機とも言い換えられます。準備状態が長年にわたって固定していき、自殺の引き金になる直接の契機はむしろ周囲から見ると些細なものに思える出来事である場合のほうが圧倒的に多いのです。

このような点をまず指摘したうえで、自殺の直前のサインを取り上げてみましょう。いくつかは十箇条の項目と重なりあっています。

- 感情が不安定になる。突然、涙ぐみ、落ち着かなくなり、不機嫌で、怒りやイライラを爆発させる。
- 深刻な絶望感、孤独感、自責感、無価値感に襲われる。
- これまでの抑うつ的な態度とは打って変わって、不自然なほど明るく振る舞う。
- 性格が急に変わったように見える。
- 周囲から差し伸べられた救いの手を拒絶するような態度に出る。
- 投げやりな態度が目立つ。
- 身なりに構わなくなる。
- これまでに関心のあったことに対して興味を失う。
- 仕事の業績が急に落ちる。職場を休みがちになる。
- 注意が集中できなくなる。
- 交際が減り、引きこもりがちになる。
- 激しい口論やけんかをする。
- 過度に危険な行為に及ぶ。(例：重大な事故につながりかねない行動を短期間に繰り返す。)
- 極端に食欲がなくなり、体重が減少する。
- 不眠がちになる。
- さまざまな身体的な不調を訴える。
- 突然の家出、放浪、失踪を認める。
- 周囲からのサポートを失う。強い絆のあった人から見捨てられる。近親者や知人の死亡を経験する。
- 多量の飲酒や薬物を乱用する。
- 大切にしていたものを整理したり、誰かにあげたりする。
- 死にとらわれる。
- 自殺をほのめかす。(例：「知っている人がいない所に行きたい」、「夜眠ったら、もう二度と目が覚めなければいい」などと言う。長いこと会っていなかった知人に会いに行く。)
- 自殺についてはっきりと話す。
- 遺書を用意する。
- 自殺の計画を立てる。
- 自殺の手段を用意する。

- 自殺する予定の場所を下見に行く。
- 自傷行為に及ぶ。

このようなサインのひとつひとつを取り上げると、人生のある時期には誰にでも起こり得ると思われるかもしれません。また、このうちいくつ以上を認めればただちに自殺が起きると予測できるというものでもありません。総合的に判断するのが重要であり、前述した十箇条の項目のうち数多くを認める人に、以上のようなサインをいくつかでも認めたら、自殺が実行に移される危険は高いと判断すべきです。救いを求める叫びとして真剣にとらえて、専門家による治療が受けられるようにしてください。

今では効果的な薬や心理療法が各種開発されています。怖いのは、心の病にかかったことではなく、それと気づかずに放置し、適切な治療も受けないことなのです。

