

自殺への予防対応の事例

以下の事例については、本人のプライバシー保護のため、本人が特定できないように配慮してあります。

〈効果的な支援ができた事例 1—自殺念慮〉

(1) 本人のプロフィール

43歳 男性 管理職 既婚

入社以来、品質保証に関する業務に従事していました。元来、人付き合いはうまい方ではなく、困難な仕事についても人に相談や援助を求めるよりも自分で抱えてしまう傾向がありました。

数年前 A 県にあるプラント建設の品質保証業務のため単身赴任となりました。当初の6ヶ月間は順調に業務を遂行していましたが、予想していないトラブルが発生し、出勤できなくなって出張から戻ってきたことがありました。

今回は、B 県にあるプラント建設現場事務所の品質保証部門の責任者として2年間の任期の予定で単身で赴任していました。現地の責任者としての赴任は、以前より希望していた業務ではありましたが初めての経験でした。赴任当時から責任ある仕事として、負担を感じていました。

(2) 業務

特に大きなトラブルの発生はありませんでしたが、日々適切な判断を求められる業務であり、深夜まで現地事務所に残っていることが多く、休日にもよく出勤していました。次第に、自分の仕事のやり方に対する周囲の評価が気になるようになりました。職場でもふさがちで、同僚や部下とも会話することが極めて少なくなりました。最近元気がないことを気にしていた現地事務所長が、自ら声をかけるように心がけたり、同僚に食事に連れて行くように指示したりしていました。そのような時、本人は「大丈夫です」と言葉少なく述べるだけでした。生活面でも寝つきが悪くなりました。目覚めも早く、午前4時頃に目が醒めるようになり、仕事のことが頭から離れないようになりました。また、食欲もなくなり何を食べても砂をかむような感じがしていました。

(3) 自殺念慮

品質保証部門の責任者として、責任を果たしていないのではないかと常に悩むようになり、死んでしまいたいと考えたり、何処かへ消えてしまいたいと考えることもありましたが、現在の立場でそのようなことになれば、顧客や会社に対して多大な迷惑をかけてしまうと辛うじて思い留まっていました。

しかし、日常の業務において適切な判断を求められますが、なかなか判断することができず、深夜まで職場に残ることがますます多くなりました。

(4) その後の対応

心配になった現地事務所長から、産業医にメールと電話による相談がありました。産業医は本人の状態を確認し、受診が必要であると判断しました。心配になった妻が単身赴任先に来ていることが、たまたま本人との電話で分かったため、産業医が妻に電話で受診の必要性について説明を行いました。妻も専門医受診の必要性を理解したため、所長を交え夫婦で話し合う機会を設け、所長と妻から精神科受診の説得を行いました。

本人は当初、業務継続の重要性を強調し受診を拒否していましたが、しぶしぶ受診を承諾しました。所長と妻が同伴し、B県の総合病院精神科を受診することとなりました。専門医の診察の結果、自殺念慮もあるために入院治療が必要と判断され、入院することとなりました。

その後、症状がある程度改善し、自宅近くの医療機関を紹介され外来治療となりました。職場復帰の際には、復職後の担当業務や業務負担等の職場環境調整の目的で産業医と面接を行いました。職場復帰面接において、B県の現地プラント建設の品質保証の責任者の業務は、単身赴任となることや業務負荷が大きいことから工場での勤務で、職場復帰することとなりました。

〈効果的な支援ができた事例 2—自殺未遂〉

(1) 本人のプロフィール

55歳。離婚歴があり、現在は一人暮らしをしています。

親や兄弟がいますが、絶縁状態で付き合いはありません。離婚および親、兄弟との絶縁関係に至った理由は不明です。

本人は4年前から慢性病のため総合病院で治療中です。途中2年4ヶ月にわたり病気治療のために休職しています。本人は病気治療を考え総合病院の近隣のアパートにて生活をし、通勤には車で30分程度を要しています。

(2) 業務

現在の会社には40歳で入社し、製品の組立て作業に従事していました。休職後、健康状態を考慮して、3ヶ月間の「後保護期間」の間は軽作業に従事しました。作業の内容は、職場の部品や設備などの整理、整頓、清掃などの作業です。後保護期間が終了した後は元の職場へ復帰したいとの意向が非常に強く、本人、職場、人事担当者、産業医との話し合いで、作業量、作業負荷を軽減した上で元の業務に復帰しました。本人は非常に満足して仕事に従事していましたが、半年後より、慢性病が少し悪化したため、再び以前に行っていた軽作業に変更しました。

(3) 自殺未遂

作業を変更して半年後、朝、出勤して来ないため、上司がアパートに電話をしましたが、電話に出ませんでした。おかしいと思い、昼頃、アパートの様子を見に行くと、ちょうど目を覚ましたところでした。話しを聞くと、前日の夕方に通常以上の睡眠薬を服用し、死のうと思ったとことでした。

原因については、慢性病の治療経過があまり良くないことで、将来を悲観してとのことでした。

本人と、訪問した職場上司が話し合い、落ち着きました。

(4) その後の対応

翌日、出勤して保健師と面談しました。自殺念慮と抑うつ状態が見うけられ、産業医に相談して、精神科受診を勧めました。

本人も理解し、保健師、上司が同行して精神科クリニックを受診しました。医師に、入院施設の有る病院への受診を勧められました。

翌日の午前中に、本人が慢性病で通院している総合病院で受診したいと申し出たため、保健師、上司が同行して、総合病院の精神科へ受診しました。医師より入院を勧められて入院し、慢性病も併せて治療することにしました。3ヶ月後に退院しましたが、本人、主治医、産業医が話し合った結果、まだ休職のまま、継続治療が必要となりました。本人は、週1回の通院と確実な服薬、慢性病についての治療を継続することを主治医と約束しました。

その日の午後、本人と保健師、上司、人事担当者が話し合い、主治医からの指示を絶対に守ること、退職については病気の治療が終わってから考えることなどを約束しました。

その後、慢性病の症状が少し悪くなってきたので、絶縁状態にあった母親を保健師、上司が説得し、同居できるようにしました。

現在は、自殺企図も無くなり、母親の元から総合病院に通院して、治療に専念しています。産業医からの指示で、保健師が時々電話で病状や通院の状況について、フォローを行っています。



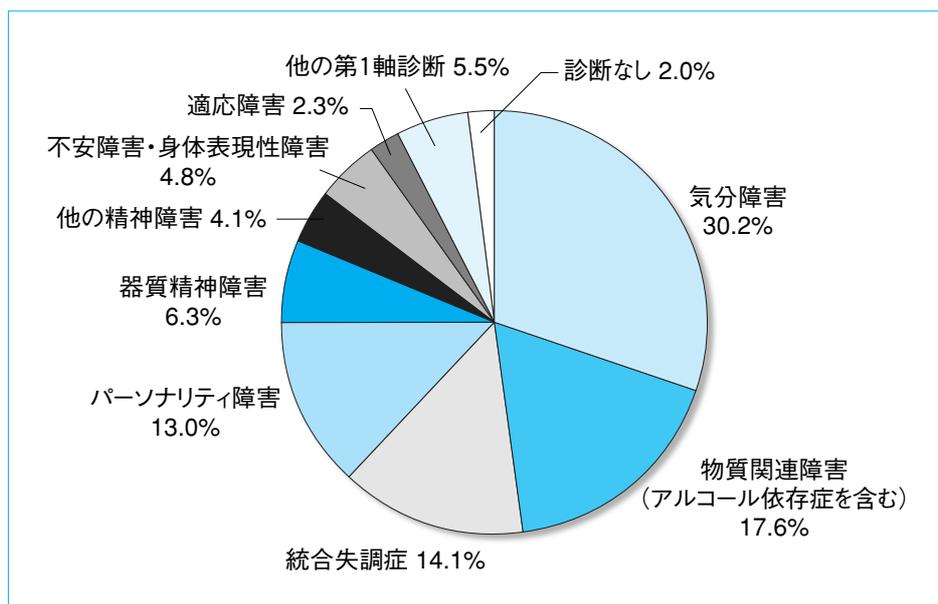
職場における自殺の予防と対応 Q&A

1 うつ病などの心の病の症状等

Q1 心の病と言われているものにはどのようなものがありますか。そしてそのような心の病気と自殺の関係はどのようなものでしょうか。

A1 きわめて多くの心の病があります。世界保健機関（WHO）が定めた精神疾患（心の病）の診断基準だけでも1冊の本になってしまうほどです。なお、WHOが自殺と精神疾患の関係について調査した結果を、[図1](#)に示しました。その調査によると、自殺者の大多数（95%）は最期の行動に及ぶ前に、何らかの精神疾患の診断に該当する状態にありました（該当しなかったのは、診断なし2.0%と適応障害2.3%に過ぎません）。ところが、適切な治療を受けていた人となると、1～2割程度にすぎなかったのです。そこで、気分障害（うつ病）、アルコール依存症、統合失調症に対しては現在効果的な治療法があるので、この3種の精神障害を早期に診断し、適切に治療することによって、自殺予防の余地は十分に残されているとWHOは繰り返し強調しています。なかでも、うつ病が自殺と密接に関連していることは[図1](#)からも明らかです。 （高橋）

図1▶ 自殺と精神疾患



資料：世界保健機関（WHO）2002

Q2 一生のうちでうつ病に罹患する人の割合はどの程度でしょうか。

A2 診断基準や地域などにより大きなばらつきがみられますが、平成14年度に岡山、長崎、鹿児島の3都市の20歳以上の住民を調査した結果¹⁾が報告されています。それによるとICD-10の診断基準を用いた場合、12ヶ月のうちに病気にかかる人の割合（12ヶ月有病率）は、うつ病が2.2%、いずれかの気分障害が3.1%、いずれかの精神障害が8.6%となっています。また一生のうち一度は病気にかかる人の割合（生涯有病率）は、うつ病が7.5%、いずれかの気分障害が9.0%、いずれかの精神障害が18.6%となっています。WHOはうつ病の有病率を3～5%と報告しているため、100人いると3～5人はうつ病と診断されることとなります。また、米国の国立精神保健研究所（NIMH）の研究（1993年）では、気分障害（うつ病）の年間有病率は9.5%、全国併病率研究（NCS）では同疾病の年間有病率は11.3%（1994年）と報告されています。現在、厚生労働省患者調査²⁾によると、対象となった病院を外来受診している患者の中で気分障害（うつ病）に罹患している患者は平成17年度7.7万人で、平成8年度の3.8万人から約2倍に増加しており、全国の医療機関に換算（同調査上巻第64表）するとわが国には気分障害92.4万人、統合失調症75.7万人と気分障害が多いと推計されています。（黒木）

1) 吉川武彦（主任研究者）：厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 心の健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 平成15年 総括・分担研究報告書

2) 厚生労働省 平成17年患者調査の概況「主要な傷病の総患者数」統計表4、上巻第64表

Q3 うつ病に罹患した人の再発防止のために職場で注意することはありますか。

A3 うつ病の再発・再燃の原因としては、まず治療の中断や早すぎる内服治療の終了があります。この背景には、薬の内服を継続することに抵抗がある場合、症状がよくなったために薬はもう不要になったと誤解してしまう場合、薬の副作用のために内服が継続できない場合、更には仕事の都合などで通院を継続できない場合があります。

職場としては、通院が確実に継続できるように配慮することが必要です。また、治療が中断していると思われるような場合には、本人や家族に治療を継続しているか確認することが望まれます。必要に応じて産業保健スタッフが定期的に本人と面接を行い症状の確認や治療継続を確認するシステムを構築することも有効と思われます。

さらに、うつ病に陥った職場内の要因について、主治医や産業保健スタッフの意見を参考に本人と確認し、職場で現実可能な範囲でこの要因の対策を行うことも望まれます。特に休職後に職場復帰する場合は、再発・再燃の可能性が高く「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」（作成平成16年10月14日 改訂平成21年3月）を参考に自社の対応を決めておくことが望まれます。

症状の再燃・再発の防止については、早期の気づきと迅速な対応が不可欠であることから、職場では産業保健スタッフ等と連携しながら労働者の状態の変化について適切なタイミングで対応出来るよう日頃から連携を図っておくことが重要です。（林）

Q4 うつ病は、適切に治療すれば治癒する疾病であると聞きましたが、どのような治療をするのでしょうか。また、働きながら治療をすることも可能でしょうか。

A4 臨床の場面においては、患者さんの訴えを聞くとともに家族、職場からの情報も得ながら診断を下していきますが、環境・心的要因が関与したのか、整理しながら治療方針が立てられます。90%のうつ病患者は、多様な治療が試みられれば症状が改善する可能性があり、うつ病患者の2分の1はうつ病エピソードの6ヶ月以内に回復し、4分の3は2年以内に回復する可能性があると言われています¹⁾。うつ病の病像が仕事から離れて自宅療養が必要な状態であるのか、それとも働きながら治療が可能かどうか、などを診察で決めていきます。治療者が仕事から離れて療養した方が良いと判断したとしても、本人が納得されないときもあり、家族、職場と相談しながら、本人が納得がいくような方針を立てることが必要となります。うつ病の背景にある仕事に係わる要因（仕事の量や内容、職場の人間関係、昇進、異動、単身赴任などの環境の変化）だけでなく仕事以外の要因（家庭問題、その他）を診察で整理しながら、心（精神状態）に占めている心理的葛藤や内容を明らかにしていくことが必要です。

次にうつ病の治療に薬物療法は不可欠ですが、抗うつ薬には三環系抗うつ薬（アミトリプチリン、イミプラミン等）、四環系抗うつ薬（ミアンセリン等）の他に、近年開発されたセロトニン系に選択的に作用する薬剤SSRIや、セロトニン系とノルアドレナリン系に選択的に作用する薬剤SNRI等は副作用が比較的少なく、最近では第一選択薬として投与されています。またスルピリドも身体症状が中心のうつ病に投与されます。各薬剤に長所・短所があり、症状や年齢、性別、身体合併症などを考慮して選択することが必要です。

本人がどうしても働きながら治療を受けたいと申し出た場合、精神状態がどの程度の労働が可能かどうかという点も考慮して治療方針を立てることが必要です。すなわち、就業制限（残業や出張を制限）の必要性や長い会議への出席は医学的に避ける必要性があるなどの健康上の配慮を会社側に伝える必要が出てきます。その場合、主治医から産業医（健康管理スタッフ）へ連絡を取るよう依頼をしたり、あるいは文書として提出することも必要になります。このように健康上の配慮をしながら通院治療をしていくわけですが、主治医が働くことが健康に悪影響を与えると判断した場合、あるいはうつ病の悪化が明らかだと判断した場合には、本人、家族と十分話した上で休務加療の診断書を提出して療養に入らざるを得ない場合もあり、むしろ早く療養した方がうつ病が早く回復することもありますので、主治医と十分相談することが必要です。（黒木）

1) 精神薬理学エッセンシャルズ—精神科学的基礎と応用—（第2版）、メディカル・サイエンス・インターナショナルズ、訳：仙波純一 2004. 11

Q5 朝方、調子が悪いと連絡してきた部下のところに夕方訪ねてゆくと元気であるということが何度かありますが、うつ病というのは時間帯や季節などによって症状が変動するのでしょうか。

A5 とくにはっきりとしたきっかけもなく、秋から冬にかけてうつ状態が強まり、春になると回復するという特徴を示すうつ病は、季節性うつ病と呼ばれています。高緯度で秋から冬の日照時間が短くなる北欧などでしばしば報告されています。日本では北欧ほどの報告例はありません。光パルス療法といって、強い光を毎朝数時間浴びる治療法が効果を現すことがあります。

季節性うつ病は日本では比較的稀です。これとは異なりますが、一般にうつ病の患者さんで、1年のうちで調子を崩しやすい特定の時期に気づく場合があります。新学期、転職した月、家族を失った季節などに、人によってさまざまですが、毎年決まって同じ季節に具合が悪くなることに患者さん自身が気づいていることがあります。そのパターンを担当医と患者さんがともに探っていく、前もって具合の悪くなる季節に備えることが大切です。

なお、朝方の調子がとても悪いと訴えるうつ病の患者さんはめずらしくありません。朝、何とか布団から抜け出したものの、職場に向けて一步を踏み出すのがつらくて仕方がないなどと言います。力を振り絞って、ようやく出勤すると、夕方くらいになると、少しは気分もよくなり、やる気も出てきます。これは症状の日内変動といって、うつ病の症状のひとつの側面を表しています。うつ病の全般的な状態が改善していくとともに、この日内変動も目立たなくなってきました。

(高橋)

2 うつ病などの心の病と自殺

Q1 部下がうつ病で休んでいましたが、少し良くなってきたので会社へ出たいと本人が言っているとの連絡を受けました。うつ病にかかると自殺の危険が高まると聞きましたが、どのように対応したらよいでしょうか。

A1 「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」(作成平成16年10月14日 改訂平成21年3月)を参考に自社なりの職場復帰プログラムを作成することが望まれます。

うつ病は自殺の危険があることは間違いのないことですが、それを理由に復職を拒むことは、働く権利を奪うこととなります。

職場復帰に至る手順としては、まず本人に対して主治医による職場復帰可能の判断が記された診断書(復職診断書)を提出するよう伝えます。そして、その診断書には就業上の配慮に関する主治医の具体的な意見を含めてもらうようにします。その際、場合によっては本人の了解の下、主治医と面接や上記手引き様式例4「職場復帰及び就業上の配慮に関する情報提供書」(P58参照)を活用し、職場復帰後の留意事項について直接アドバイスを求めてもよいと思われます。

産業保健スタッフ等を中心に、管理監督者、本人の間で十分に話し合い、よく連携しながら職場復帰の可否及び職場復帰支援プランに関する話し合いをすることが望まれます。

産業医が選任されていない50人未満の小規模事業場においては、人事労務管理スタッフ及び管理監督者等、又は衛生推進者もしくは安全衛生推進者が、主治医との連携を図りながら、また地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源を活用しながら検討を進めていくことが必要です。

(林)

Q2 部下が死にたいと言ってきました。このような場合にはただちに専門医の治療を受けるよう勧めるべきでしょうか。また、どのような専門医の治療を受ければよいでしょうか。

A2 まず本人の話を真剣に傾聴します。自殺を考えるほど追い込まれた状況が何であるかやそれに伴う不安、混乱、抑うつ気分、絶望感など背後にある感情を語ってもらうことで気持ちが和らぐことがしばしばあります。十分時間をかけて話を聞いた上で「死を考えるほど辛いのなら専門家に援助を求めたらどうか」とアドバイスします。

この場合の専門家としては、精神科医が考えられます。事業場内に産業保健スタッフが存在する場合には、産業保健スタッフからこれらの専門家を紹介してもらうこともよいと思われます。

(林)

3 その他

Q1 ストレス等に関する簡単なチェック方法があれば教えてください。

A1 ストレス状態に適切に対処するためには、現在の自分のストレス状態の程度とその原因について知ることがまず必要です。このことをストレスへの気づきと呼びます。すなわち、自分がどのような状況に置かれているのか、自分のストレスの原因は何か、自己を振り返りこころの中を見つめることが大切です。ストレスの原因となる事柄が多ければ、その原因を減らせないか考えてみましょう。その方法として上司に相談するのも一つの方法ですし、衛生管理者、あるいは保健師などの産業保健スタッフに相談することも一つの方法です。他の人に話すことによって、自分の精神内界、こころの中で起こっている事柄を整理し、客観性を持たせることもできるのです。自分の中だけで考えても、からまわりして悪循環となってしまう解決へなかなか結びつかないこともあります。ストレスや疲労等をチェックする方法には下記があります。

(黒木)

①職業性のストレスをみるテスト：職業性ストレス簡易調査票（P59～60参照）

注：「仕事の量的負担－仕事のコントロール」判定図、「上司の支援－同僚の支援」判定図を作成することもでき、職場全体の健康度も測定することができます。

使用方法については、中央労働災害防止協会のホームページ（http://www.jisha.or.jp/web_ch/index.html）を参照してください。

②抑うつと精神健康度をみるテスト：SDS（Zung: Self-rating Depression Scale）、GHQ（The General Health Questionnaire）、GDS（Geriatric Depression Scale）、HAM-D（Hamilton Rating Scale for Depression）

③疲労や燃えつきをみるテスト：労働者の疲労蓄積度チェックリスト（本人用・家族用）、バーンアウトスケール

注1：労働者の疲労蓄積度チェックリストについては、中央労働災害防止協会のホームページ（http://www.jisha.or.jp/web_ch/index.html）を参照してください。