

表 6 精神障害における自殺リスクの強度比較

	標準化死亡比*
器質的脳疾患	332
側頭葉てんかんの外科切除	8750
側頭葉てんかん	800
一過性全健忘	2000
精神遅滞	88
薬物依存	574
鎮静剤	2034
アヘン	1400
アルコール	586
大麻	385
精神疾患／機能障害	1209
大うつ病	2035
躁うつ病	1505
もうろう状態（昏迷）	5714
自殺念慮／企図	4737
自殺企図（薬物）	4979
自殺企図（その他の方法）	3836
摂食障害（拒食症）	2252
摂食障害（過食症）	1250
強迫性障害	1154
パニック障害	1000
統合失調症	845
不安神経症	629
その他	
透析患者	1449
AIDS／HIV	658
SLE	435
消化性潰瘍	210

(Harris ら、1997 年)

*標準化死亡比：一般人口での死亡率を 100 として比較

表 7 うつ病・うつ状態を疑うきっかけとなる変化

ポイント

- ・ 以下は日常行動からの変化を記述している
 - 本人からの訴えではなく、周囲が気づく変化について記述する
 - 誰にでも日常的に見られる行動であり、行動自体は異常ではない
 - その人のそれまでの一般的な行動から見て、以下のような“変化”が見られたときには、うつ病・うつ状態を疑ってみる
- ・ うつ病・うつ状態を疑った時には、それを確認するための質問をする

# 1 : 睡眠に関連する変化	1. 寝つきが悪くなった 2. 夜中によく目を覚ますようになった 3. 悪夢をよく見る 4. 朝早く目が覚めるようになった 5. 朝、床の中でぐずぐずしている 6. 昼過ぎまで寝ている
# 2 : 生活のリズムに関連する変化	1. 昼と夜が逆転している 2. 朝悪く、夕方になると調子がよくなる
# 3 : 食事・食行動に関連する変化	1. 食欲がなくなった 2. 大食することがある 3. 食事の味がしなくなった 4. 嗜好が変わった 5. 好きだった食べ物を残すようになった 6. 飲酒量が増えた
# 4 : 通勤に関連する変化	1. 遅刻が多くなった 2. 早退が多くなった 3. 夜遅く帰ってくるが多くなった 4. よく会社を休むようになった
# 5 : 仕事に関連する変化	1. 仕事の能率が落ちた 2. 積極性がなくなった 3. 先行きについて、悲観的な見方をしがち 4. 自分はダメな人間だとよく言う 5. 自信がなくなったと言う 6. 注意散漫で集中できない 7. 物忘れが多く、凡ミスをする 8. 夜遅くまで一人で仕事をしている

表 8 うつ病における自殺の危険因子

<p>候 の 特 徴</p> <p>自 殺 手 段 の 選 択 と 兆</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 自殺企図歴および患者自身が自殺を暗示する 2) 自殺の家族歴あるいは知人の自殺を認める 3) 自殺すると脅す 4) 自殺の実行や準備を具体的に言葉に出す 5) 不穏な状態が先行した後の「不気味な落ち着き」を認める 6) 自己抹殺や破滅の夢をみる
<p>症 状 の 特 異 性</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 症状の特異性 2) 頑固な睡眠障害 3) 過度で統御不能の攻撃性 4) 初期、回復期、混合期 5) 生物学的な危機の年代（思春期、妊娠期、産褥期、更年期） 6) 重度の自責感と不全感 7) 不治の疾患、心気妄想 8) アルコール症
<p>環 境 要 因</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 崩壊家庭の出身 2) 喪失体験 3) 職業および経済的な困難 4) 課題や人生の目標の達成の失敗 5) 宗教的な絆の喪失

(Kielholz ら、1974 年)

表9 自殺の直前のサイン（厚生労働省：職場における自殺の予防と対応より）

1. 感情が不安定になる。突然涙ぐんだり、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。
2. 深刻な絶望感、孤独感、自責感、無価値観に襲われる。
3. 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舞う。
4. 性格が変わったように見える。
5. 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。
6. 投げやりな態度が目立つ。
7. 身なりに構わなくなる。
8. これまでに関心のあったことに対して興味を失う。
9. 仕事の業績が急に落ちる。職場を休みがちになる。
10. 交際が減り、引きこもりがちになる。
11. 注意が集中できなくなる。
12. 激しい口論やけんかをする。
13. 過度に危険な行為に及ぶ。（例：重大な事故につながるような行動を繰り返す。）
14. 極端に食欲がなくなり、体重が減少する。
15. 不眠がちになる。
16. 様々な身体的な不調を訴える。
17. 突然の家出、放浪、失踪を認める。
18. 周囲からのサポートを失う。強いきずな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。
19. 多量の飲酒や薬物を乱用する。
20. 大切にしていたものを整理したり、誰かにあげてしまう。
21. 死にとらわれる。自殺についての文章や詩を書いたり、絵を描いたりする。
22. 自殺をほのめかす。（例：「知っている人がいないところに行きたい」、「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。）
23. 自殺についてはっきりと話す。
24. 遺書を用意する。
25. 自殺の計画を立てる。
26. 自殺の手段を用意する。
27. 自殺する予定の場所を下見に行く。
28. 自傷行為に及ぶ。

2) うつ状態の簡便な構造化面接法

i) うつ状態に対する適切な評価（見立て）の必要性

うつ状態は、職場において高頻度に見られる状態である。うつ状態を生じる疾患はいくつかあるが、中でもうつ病は、欧米では“Common disease”として扱われるべきであるとされている。しかしながら、わが国においては、まだ広く啓発がなされているとは言いがたく、職域においてもまだ十分な評価が行われていないのが現状である。うつ病は、従業員のQOLや生産性を著しく低下させるだけでなく、上述したように、自殺の大きな原因となる、一方で、うつ病は医療的介入が成功しやすい病態でもあり、予防活動の良いターゲットとなりうる。

ii) うつ状態の評価の基本的手順

うつ状態の評価は

- ①薬や身体の病気、アルコールなどが原因ではないか？
- ②うつ病ではないか？ その他の精神疾患によるうつ状態ではないか？
- ③心理的ストレスや性格、環境などが原因かどうか？

という手順で行われるべきである。

多くの勤労者はいくつかのストレスや環境上の問題を抱えているのが通常であり、話を聞いてすぐに③が原因と決めつけたくところであるが、やはり①や②を見逃してカウンセリングや環境調整のみで対応していても効果はあまり期待できない。①の場合には身体面の治療や断酒等の対応を優先すべきであるし、②の場合には精神科や心療内科での薬物治療や休養を優先させなければならない。ここで紹介する構造化面接法は、②の見落としを避けるために有用であり、どのようなうつ状態をうつ病ととらえたらよいかということに対して一定の基準を示すものである。

iii) うつ病の評価に必要な基礎知識

従来、うつは原因によって外因性うつ病、内因性うつ病、心因性うつ病に分類されていたが、最近では気分障害という枠組みが設けられ、それが状態像（エピソード）によって双極性障害（そう状態がみられるもの）とうつ病性障害に大別されている。うつ病性障害は、さらに大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害に分けられている。うつ病といわれるのは、このうちの大うつ病性障害をさすことが多い。ただし、最近でうつ状態全般がうつ病と表現されていることもあり、注意が必要である。

うつ病はまだ原因がはっきりしているわけではないが、現在のところ脳における情報の運び手（セロトニンなどの神経伝達物質）の不足等により、思考・意欲・気分・体調などに関する情報の混乱が起こり、心身の不調が生じてくる病態であると考えられている。

うつ病の特徴的な臨床症状は

- ①気分や意欲が低下する。

- ②疲れているのに不眠が持続する。4時や5時頃に目が覚めてしまう。
 - ③食欲と味覚が低下する。体重も数キロ減る。
 - ④いままでおもしろいと思っていたことがあまり面白くない。普段なら嬉しいことも十分に反応出来ず、気分転換もできない。
 - ⑤決断がつきにくくない。記憶力や集中力、思考力の低下。イライラしやすい。疲れやすく、通勤にもかなりのエネルギーがいる。
 - ⑥原因がはっきりしない様々な身体症状（頭痛・胃腸症状・頑固な肩こりなど）が出現する。
- などが挙げられる。

職場では①顔色がさえない。②出勤時刻が以前に比べて遅くなっている。③寝不足の様子である。④昼食中もあまり食欲がない感じである。少し痩せたようにみえる。⑤最近好きな趣味もやってない感じである。⑥仕事の能率が低下し、ミスも目立つようになった。⑦残業も増えてきている。⑧新たな仕事への意欲や問題解決力が低下している。⑨仕事への自信をなくし、周囲への迷惑を心配したり辞意をもらしたりする。⑩身体の色々などところが調子悪いらしい。といった変化で気づかれることが多い。

うつ病についての詳細は、他の精神医学関連図書を参照されたい。

iv) 構造化面接法による大うつ病エピソードの評価

うつ状態に関して、一定の知識を持った者であれば、専門医に近い判断が可能となるように、いくつかの面接方法が開発されている。欧州における大規模なうつ病の疫学研究（Depression Research in European Society：DEPRES）で精神疾患簡易構造化面接法として用いられた M. I. N. I.（Mini-International Neuropsychiatric Interview）は他の構造化面接法による結果との一致率も高く、かつそれらよりも短時間で施行可能という特徴を有している。

M. I. N. I. は、うつ病として捉えるべき状態についての標準的な基準を示すものであり、産業保健活動における問診技術の標準化のためのツールとして利用可能である。

M. I. N. I. によって、大うつ病エピソードを満たすと評価された例では、もちろん最終的にうつ病と判断するには、身体疾患（甲状腺機能低下症など）やアルコールによるものを除外し、また他の精神疾患との鑑別など専門医による診断を必要とするが、そのまま放置するのではなく、何らかの形で医療の対象にするか、注意深く経過を追うべきである。

もちろん、大うつ病エピソードを満たす例の中にも、性格的な問題が大きい例や、環境への不適応と考えられる例が含まれることがあるので、エピソードを満たした人が全て薬物治療の対象になるわけではない。しかし、少なくとも産業保健スタッフ等による相談を行い、必要に応じて環境調整や個別面談を継続する等のサポートを行うといった配慮が必要であろう。

v) 簡便な構造化面接法による大うつ病エピソードの評価

大うつ病エピソードに関する M. I. N. I. の質問は 9 問であるが、これをより簡便に実施できるよう 5 問に短縮したのが、BSID (Brief Structured Interview for depression) である (表 10)。本法では、2 週間以上持続する「抑うつ気分」と「興味や喜びの減退」についてまず質問し、そのどちらか一つ以上が認められた場合に、追加して「不眠」、「無価値感や自責感」、「集中や決断の困難」の 3 項目の質問をする。

判定は、これら 5 問のうち、「抑うつ気分」か「興味や喜びの減退」のどちらかを含む計 3 問以上に「はい」(肯定)があった場合、大うつ病エピソードであると判断することになる。

職場で労働者が自ら産業保健スタッフ等に訴えるのは、仕事の遅れや残業の増加といった現実的な問題であることが多い。実際には、うつ病による抑うつ気分や不安といった症状が彼らを最も苦しめているのであっても、彼らはこれらの心理的な症状よりも、現実の問題に直結した「集中や決断の困難」といった機能的な面の方が回答しやすいと言える。また、彼らは、その結果仕事が上手くいかない“反省や後悔”として「無価値感や自責感」を口にすることが多い。「無価値感や自責感」は「希死念慮」より、比較的 naturally 回答を得ることが可能である。「不眠」はうつ病の中核的な症状である。

本構造化面接法によって、大うつ病エピソードの有無を調べる際のポイントとして、以下の 3 点に留意されたい。

①必ずしも、一語一句質問項目に記載されている通りに質問する必要はない。質問の意味を正確に伝えられるならば別の表現を用いてもよいし、他の質問を追加してもよいであろう。

②出来るだけ「はい」か「いいえ」の形で対象者に自ら答えを出してもらう働きかけをすることである。「2 週間以上、ほぼ毎日のように」といった内容に合うかどうかなどを確認しながら「はい」か「いいえ」を出来るだけはっきり回答してもらう必要がある。その際、保健スタッフが回答を誘導するような態度を取ってはならない。

③これはうつ病の診断をするための面接法ではなく、あくまでもうつ病の時に出現しやすいエピソードをとらえるための面接法である。こういったエピソードの把握がうつ状態の評価の基本であることを強調しておきたい。うつ病診断のためにはより詳細に症状をとらえ、うつ状態を来すその他の病態を除外する必要がある。

vi) 他の留意点

うつ状態の評価のためのツールとしては、面接以外に、従来質問紙法も広く行われてきた。質問紙法は、一般に面接法より実施が容易であり、CES-D や ZungSDS など有用性が高いことが報告されているものもある。しかし、その実施に当たっては、より正確な回答が得られるように、関係者や対象となる労働者への説明を十分に行うとともに、実施場所や回収方法などについて、プライバシーが確保できるような配慮を行う必要がある。質問票の中には、著作権の問題が発生するものがあることにも留意されたい。

また、面接法にしても質問紙法にしても、その結果の個人や職場へのフィードバックのしかた、うつ病が疑われた例の扱い等を事前に決めておくべきである。

3) 問題飲酒の評価のポイント

アルコール依存症は言うまでもないが、既に飲酒によって何らかの健康障害が見られている「有害な飲酒」、このままでは近い将来重大な問題を引き起こすことが予測される「危険な飲酒」などの問題飲酒、さらに以前に比べ顕著に飲酒量が増加していることも、自殺の危険因子に数えられる。自殺完遂者および自殺未遂者が自殺行為に及ぶ直前に過度の飲酒をしていた例も散見される場所である。

問題飲酒者は、健康診断の結果、 γ -GTPの異常高値などが指摘され同定されることも多いが、血液生化学検査等ではほとんど異常が見当たらない例も珍しくない。したがって、産業保健スタッフは、その同定を健診結果ばかりに頼るのではなく、日頃から職場の情報（飲酒に起因している可能性のある病態による休業、入社時の酒臭、懇親の場での泥酔、突発欠勤の増加、作業効率の低下、性格変化等）等を収集して、判断の参考とすべきである。

問題飲酒についても、KAST、CAGE、AUDITなど、有用性の高い質問紙が開発されているが、うつ病の場合と同様の注意が必要である。

第3章のポイント

- ・産業保健スタッフとして、自殺の高リスク者、危険因子を理解し、該当する労働者を的確に同定、把握することが望まれる。
- ・そのためには、必要な知識、技法を修得することが必要である。
- ・うつ状態の評価を目的とした簡便な面接法が開発されており、それに習熟することもすすめられる。
- ・問題飲酒者を把握するためには、健診結果だけを検討するのでは不十分であり、日頃から職場の諸状況を情報収集することが重要である。

表 10. BSID

B1	この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	いいえ	はい
B2	この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	いいえ	はい

B1、またはB2のどちらかが「はい」であるである場合下記の質問にすすむ

B3 この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あなたは：

- | | | | |
|----------|---|-----|----|
| a | 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？ | いいえ | はい |
| b | 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？ | いいえ | はい |
| c | 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？ | いいえ | はい |

B1～B3 (a～c) の回答に、少なくともB1 とB2 のどちらかを含んで、3つ以上「はい」がある？

いいえ	はい
大うつ病エピソードの疑い	

4. 自殺の高リスク者への対応

1) 高リスク者への対応法

i) 高リスク者の把握

自殺防止においては、自殺の危険因子、自殺直前のサインを的確に把握することが重要であるが、職場では限界があることも事実である。どの位の把握が可能かは、産業保健スタッフ等の人的資源の充実度（人数、知識、技術）、組織・管理面の諸状況によって異なる。その凡その目安を表 11 に示した。

ii) 治療導入の判断

うつ病をはじめとする精神疾患の存在が疑われる例では、治療導入が必要かどうかを判断することが重要である。判断基準は事例ごとに異なり、一律のものを示すことは難しい。

精神科医や心療内科医などの専門医が事業場に関わっている場合には、彼らの意見が非常に参考となるが、そうでない場合には、次の点を考慮しながら、判断に窮した場合には、専門医に紹介し、意見を仰ぐように心がけるとよい。

- ・職場での勤務状況（業務効率、残業時間、勤怠、仕事ぶり、表情、会話の増減、行動の変化等）

- ・生活状況（睡眠、食欲、生活習慣の変化等）

こうした情報は、産業保健スタッフよりも、上司や同僚のほうがよくわかっている場合が多い。したがって、彼らとの連携が非常に重要であると言える。

すぐに専門医を紹介しない場合でも、産業保健スタッフは、その後も本人や上司との面接を実施し、病態の変化の把握を怠らないようにすることが不可欠である。

また、遠隔地勤務などで本人がすぐに産業保健スタッフと面接することが難しい場合では、社内での対応に時間をかけるよりも、近隣の専門医の受診を促すなど、まず治療導入のステップを進めることが望ましい。

iii) 外部専門機関との連携

外部専門機関（専門医）への紹介、相談については、産業医を介して行うことが望ましいが、産業医の勤務日や勤務時間の制限などから、それが困難な事業場も多いであろう。その場合には、看護職あるいは衛生管理者等が、その役割を担うことになるが、日頃からその手続きの進め方を整理しておくとうよい。

既に専門医の下で治療を受けている例では、随時専門医と産業保健スタッフの連携（本人を介した書面での情報のやりとりなど）を行っておくと、有事の対応が円滑に行える。

iv) 復職支援とその後のフォローアップ

精神疾患による休業後の職場復帰前後、復職が不成功に終わった時期、休職満了になり退職を余儀なくされた時期も、自殺防止において注意をすべきである。本人が少しでも安

心して復職に臨めるように、復職支援システムを構築しておくことが望ましい。

2) 希死念慮に関する質問法

希死念慮の有無について聞くことが、本人の自殺に向けての行動を誘発してしまったり、希死念慮を増強してしまったりするという考え方があるが、それは誤りである。上述した自殺の高リスク者、特にうつ状態にある労働者に対しては、必ず希死念慮に関する問いかけをするように心がけた方がよい。

希死念慮に関する質問は、唐突に発するのではなく、本人が面接の中で十分に自分の気持ちや感情を表現できるようになり、それを話し合う過程の中で、徐々に誘導する形で行うことが望ましい。また、あまり婉曲な表現は使わず、例えば以下のような聞き方を行うことが勧められる。

- ・無力感を覚えますか？
- ・絶望的な気持ちが強いですか？
- ・毎日がとてもつらいですか？
- ・生きるのが重荷ですか？
- ・生きる価値がないと感じますか？
- ・自殺したいというふうに思いますか？

希死念慮が確認されたら、具体的に自殺についての計画（時期、場所、手段）を立てているかどうか、またそれは現実的なものかどうかを確認すると、より正確に自殺のリスクを把握できる。

この場合もきちんと本人の思いを聞く姿勢をみせることが重要である。

3) 自殺を打ち明けられた場合の対処法

健康相談などの場で、労働者から希死念慮を打ち明けられた場合、産業保健スタッフは、以下のような点に留意して、適切な対応を行う必要がある。

①真剣に話を聞く

希死念慮を打ち明けられた者は、たまたま自分に打ち明けられたのではなく、意識的・無意識的に特定の対象として選ばれたのだと考えるべきである。そのことを自覚した上で、きちんと相手に向かい合って話を聴くことが大切である。

②言葉の真意を聞く

希死念慮の訴え方、その表現は、「消えてしまいたい」「居場所がない」「自分は何のために生きているのだろう」「自分は誰からも必要とされていない」など様々である。逆に「死んでしまいたい」という言葉が発せられた場合、その背後には、「現在の苦境から逃れたい」「見捨てられたくない」など、様々な異なる意味がある。自殺念慮を持つ者のほとんどは、「死にたい」気持ちと、「もっと生きたい」気持ちの間で激しく揺れ動いている状態にある。

③できる限りの傾聴をする

自殺念慮を打ち明けられた場合、産業保健スタッフは、できる限りの時間をかけて、その訴えを傾聴すべきである。徹底して聞き役に努めることが大原則である。何か気の利いた助言をしなければならないと焦る必要はない。悩み、苦しみを理解し、共感する態度を伝えることが重要である。本人が黙ってしまっても、沈黙を共有することで構わない。時間をかけて話を聴くことで、本人の自殺に対する衝動が緩和されることもまれではない。

どうしてもその場で時間がとれないときには、本人に事情を話し、なるべく近い時間で面接の約束をする。

④話題をそらさない

本人が心の中にある感情を言葉として表現できるような支援を心がけたい。逆にすぐに自殺以外の事柄に話題をそらしたり、訴えを否定したり、表面的な励ましをしたり、あるいは社会的な価値観・倫理観を押し付けたりすることは差し控えるべきである。そのような対応を行うと、信頼関係が損なわれ、その後相談を持ち掛けられたり、胸の内を明かしてくれたりすることがなくなってしまう恐れがある。

⑤十分に傾聴したうえで自殺以外の選択肢を示す

希死念慮が強い場合には、自らの考え、感情などに縛られていることが多く、まずは時間をかけた傾聴によって、それを和らげることを優先すべきである。本人が十分に自殺念慮に関して話し、気持ちが和らいだ状態に至ったら、そこで初めて自殺以外の選択肢について話し合う提案をするとよい。

⑥キーパーソンとの連携

日頃から本人との付き合いが深く、本人の置かれている状況や気持ちを理解している者、本人が信頼を置いている者（キーパーソン）に連絡をとり、その人の助力を得て本人の支援を進めることも重要である。一般的には、家族、上司、友人がキーパーソンとして挙げられる。

⑦専門医受診を促す

うつ病などの精神疾患の存在が疑われたり、自殺の危険性が迫っていると考えられたりする例では、専門医による診断や治療が不可欠である。この場合にも、上述したように、十分な傾聴を行ったうえで、専門医を受診することの必要性を丁寧に本人に伝え、キーパーソンと連携して、粘り強く専門医受診を指導すべきである。治療法を説明したり、それが有効であることを明確にすることもすすめられる。また、紹介後も、本人に関わっていくことをはっきりと保証することも重要である。

⑧「自殺しない」契約をする

本人と「自殺をしない」契約を結ぶことも、自殺防止に有効であることが多い。ただし、本人が自分自身の行動をコントロールすることが困難な場合には、あまり意味がないことがある。

4) 専門機関への紹介の仕方

特に希死念慮が強い場合には、本人をひとりにさせず、家族や友人（できればキーパーソン）に付き添ってもらって受診をさせる。場合によっては、産業保健スタッフが付き添う必要があることもありえる。希死念慮に関して、紹介状に明記したり、直接電話をしたりすることなどにより、紹介先の専門医に情報を伝えることも重要である。

いざという時に、円滑な動きができるように、緊急時を含め、職場のメンタルヘルス対策に理解があり、労働者の心の健康問題について相談したり、当該労働者を紹介したりできる専門医療機関を近くに確保しておくことが望ましい。

5) 家族・肉親との連携法

特殊な場合を除き、家族や肉親と連絡をとり、希死念慮に関する情報を共有しておく必要がある。そのことについても、本人との話し合いの中で、本人に許可を得ておく。家族が慌てたり気が動転したりしている様子を見せたときには、電話だけでなく、直接面談によって説明をした方がよいことも多い。

第4章のポイント

- ・自殺の危険が迫っている労働者への適切な対応を日頃から理解しておく必要がある。
- ・希死念慮に関する質問の仕方についても、理解をしておきたい。
- ・当該労働者への接し方としては、時間をかけて相手の話をじっくり聴く姿勢が必要最低限のものと言える。
- ・専門機関に紹介する場合にも、細心の注意が必要である。
- ・通常、家族や肉親との連携も、躊躇すべきではない。

表11. 自殺の危険因子、自殺直前のサインを職場で確認できる目安

		(組織・管理面)		
		大半の事業場で可能	一部の事業場で可能	ほとんどの事業場で不可能
(人的資源面)	あまりなくても可能	<ul style="list-style-type: none"> 業績の急落 突然の家出・失踪 引きこもり 口論・けんか 過度の危険行為 食欲減退・体重減少 	<ul style="list-style-type: none"> 事故傾性 自殺未遂の既往 精神疾患の罹患 援助組織(者)の欠如 感情の不安定 援助の拒絶 投げやりな態度 身なりに無関心 注意集中の低下 不眠 さまざまな身体的不調 周囲からのサポート消失 アルコール・薬物の乱用 自殺のほめかし 自殺を口にする 	
	充実していないと困難		<ul style="list-style-type: none"> 喪失体験を持つ ある種の性格傾向を持つ 絶望・孤独・自責・無価値 不自然な明るさ 性格変化 興味の喪失 大切なものの整理 死へのとらわれ 自傷行為 	<ul style="list-style-type: none"> 自殺の家族歴 遺書の使用 自殺の計画立案 自殺の手段準備 自殺予定場所の下見
	きわめて困難			児童期の虐待経験

5. その他

i) 家族等への啓発活動

当然のことであるが、労働者の心の健康状態は、職場よりも配偶者や両親、兄弟など家族、親族の方が把握しやすいことも多い。したがって、労働者の家族に対して、心の健康に関する基礎的な知識（うつ状態のサイン、専門機関に相談することの重要性など）を供与し、それに留意することの意義などを啓発することは、労働者の心の健康確保に大きな意味を持つ。

このような家族や親族に対しての情報提供に、自殺防止に関する事柄を盛り込むことも勧められる。

ii) 管理監督者への働きかけ

職場の管理監督者は、職場のメンタルヘルス対策において重要な役割を果たすことは、メンタルヘルス指針が示す通りである。彼らの教育研修において、既存のマニュアル等を用いて自殺予防に関する事項を解説することも、意義深いといえよう。

ただし、時間的な制約等がある場合も多いと考えられ、その場合にはポイントを押さえた簡潔な内容にする必要がある。

iii) ポストベンションについて

職場内で自殺者が出た場合、その職場の上司や同僚は大きな衝撃を受け、ひどく動揺したり強い罪悪感にとられる者もみられることがある。そうした場合には、特に影響が心配される者を対象にして、起こりうる心身の変化（ストレス反応）を説明したり、個別の相談対応を行ったりすることが望まれることがある。

参考文献

- 1) 高橋祥友, 自殺の危険-臨床的評価と危機介入, 金剛出版, 1992
- 2) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicide. *Am J Public Health*, 49: 888-899, 1959
- 3) Dolpat TL, Ripley HS: A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry*, 1: 349-359, 1960
- 4) Rich CL, Young D, Fowler RC: San Diego suicide study. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 577-582, 1986
- 5) Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, et al: Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 150: 935-939, 1993
- 6) Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125: 355-373, 1974
- 7) Robins E: The final months; a study of the lives of 134 persons who committed suicide. New York: Oxford University Press, 1981
- 8) Miles CP: Conditions predisposing to suicide; a review. *J Nerv Ment Dis*, 164: 231-254, 1977
- 9) Roose SP, Glassman AH, Walsh BT, et al: Depression, delusion, and suicide. *Am J Psychiatry*, 140: 1159-1162, 1959
- 10) Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al: Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*, 12: 19-29, 1997
- 11) Gater R, Tansella M, Korten A, et al: Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 405-413, 1998
- 12) Sato T, Takeichi M: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in a general medicine clinic. *Gen Hosp Psychiatry*, 15: 224-233, 1993
- 13) Goldberg D, Huxley P: Mental Illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care. Tavistock, London, 1980
- 14) Miles CP: Conditions predisposing to suicide; a review. *J Nerv Ment Dis*, 164: 231-264, 1977
- 15) Tsuang MT: Suicide in schizophrenics, manic depressives and surgical controls: a comparison with general population suicide mortality. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 153-155, 1978
- 16) Roy A: Depression attempted suicide in the patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 9: 193-206, 1986
- 17) ストレス疾患労災研究会, 過労死弁護団全国連絡会議編: 激増する過労自殺. 皓星社, 東京, 2000
- 18) 高橋祥友, 自殺の心理学, 講談社現代新書, 1997
- 19) 高橋祥友, 中高年自殺-その実態と予防のために, ちくま新書, 2003
- 20) 厚生労働省 (主任研究者 川上憲人): 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究, 労働安全衛生総合研究事業, 平成 14 年度総括・分担研究報告書, 2003 年 3 月 31 日
- 21) Ping Q, Esben A, Preben BM: Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997, *Am J Psychiatry*, 160: 765-772, 2003
- 22) 厚生労働省: 職場における自殺の予防と対応, 中央災害防止協会, 2001

- 23) 高橋祥友, 死と精神医学 (自殺 170-180) , 臨床精神医学講座, 2001
- 24) Harris EC and Barraclough BM: Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis, Br Psychiatry, 170: 205-228, 1997
- 25) Sheehan D, Lecrubier Y: M. I. N. I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview). 大坪天平, 宮岡等, 上島国利 (訳): 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0.. 星和書店, 2003
- 26) Kielholz P: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker.3 Aufl, Lehmanns, München, 1974
- 27) 高橋祥友: 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント。医学書院, 2002.

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

ポストベンションにおけるディブリーフィングの有効性に関する検討

分担研究者：高橋祥友（防衛医科大学校・教授）

研究要旨：1998年以來わが国では毎年3万件を超える自殺が生じている。また、自殺未遂は少なく見積もってもその10倍は存在すると考えられている。そして、自殺未遂や既遂が生じると、1件あたり、強い絆のあった家族、友人、同僚なども最低5人は深刻な打撃を受けるとされている。このように、自殺とは単に死にゆく人だけの問題にとどまらない。自殺予防に最大限努力することは当然であるが、不幸にして自殺が生じてしまった場合には、遺された人々に対する心理的ケアが必要になってくる。ケアが適切に行われないと、遺された人々が後に深刻な精神的問題を抱えることになりかねない。なお、ディブリーフィングに関してさまざまな懐疑的な報告があるため、本年度はポストベンションにおけるディブリーフィングの有効性について検討した。結論として、自殺の後に遺された人への対応としては、個別のケアやグループを対象としたケアを統合して臨機応変に実施すべきである。ディブリーフィングもそのような統合されたケアの一環として、効果と限界を認識しながら実施すれば、有効な介入手段となり得ると考えられた。

A. 研究目的

最善の努力を尽くして自殺を予防することは当然であるが、それでも自殺は現実には起きている。そして、遺された人々は深刻な心理的問題を抱えかねない。そこで、自殺が生じた際に遺された人々に対する心理的なケアが必要とされている。

その中でもグループを対象とした介入技法（とくにディブリーフィング）の有効性に関しては近年さまざまな疑問の声があがっている。これらの点について現在までに明らかになっている点を整理するために、文献および筆者らの経験をもとに検討した。

B. 研究方法

近年、ディブリーフィングの有効性に関して多くの疑問があがっているため、内外の論文や分担研究者である高橋の経験をもとに検討する。（倫理面への配慮のため、人物が特定されるようなデータに関しては触れていない。）

C. 結果と考察

密接な関係にあった人が亡くなるということは、遺された人々に深刻な影響を及ぼす。病死や事故死よりも、自殺が一層深刻な打撃を及ぼすことは容易に想像でき

るだろう。

前年度の報告会において、ディブリーフィングに関して懐疑的な意見が出されたとのことであるが、ディブリーフィングについて十分な検討をした報告はあまりにも少ない。とくに自殺が生じた後の介入に関連して、ディブリーフィングの有効性を検討されることはほとんどなかった。

欧米での報告をもとにディブリーフィングを批判したり、あるいはわずかなディブリーフィングの経験から感情的にディブリーフィングを批判する傾向はわが国の学会でもしばしば認められる。自殺が生じた後のポストベンションの一環としてのディブリーフィングの位置付けについて、本論では検討することにする。(なお、本報告書は文献的考察が主であり、個人を特定するような情報は一切触れていないことを断っておく。)

【自殺予防の3段階】

自殺予防はしばしば次の3段階に分類される。すなわち、プリベンション (prevention)、インターベンション (intervention)、ポストベンション (postvention) である。プリベンションとは、現時点でただちに危険が迫っているわけではないが、その原因などを事前に取り除いて、自殺が起きるのを予防することを指す。自殺予防教育なども広い意味でのプリベンションに含まれる。インターベンションとは、今まさに起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐことである。ある人が薬を多量にのんで自殺を図ったとする。胃洗浄をして、救命し、自殺が起き

るのを防ぐ処置もこれにあたる。ポストベンションは、不幸にして自殺が生じてしまった場合に、他の人々に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくする対策を取ることを意味している。

さて、遺された人が、その後、さまざまな心理的な問題をきたす可能性があるため、適切なケアは不可欠であり、ポストベンションが必要なことに対して自殺予防の分野で異論はない。問題となるのはポストベンションとディブリーフィングを同一ととらえて、ディブリーフィングに対するさまざまな批判をポストベンション全般に向けてくる傾向がある点である。

【ディブリーフィングとは】

代表的なディブリーフィング技法としては Mitchell らが開発し、1980年代から実施されてきた小集団への危機介入技法がある。ディブリーフィングは、緊急事態が発生して1~14日後に実施し、心理的な回復を目指し、より高いレベルでの援助を可能にする心理学的トリアージとされている。原法では「導入」「事実」「思考」「反応」「症状」「教育」「再入」の7段階からなる構造化された介入あり。一般的には4~25人(理想的には8~10人)の小グループを対象とし、2~4人の訓練を受けた専門家がチームを組んで実施する。

ディブリーフィングの特徴としては次のような点が挙げられている。

- 緊急事態を経験した人に率直な感情を表現できる場を与える(ただし、けっして、感情の表出を強制するのでは

なく、自発的に話したくないと考えている人には黙って話を聞いている権利も保障する)。

- 緊急事態を経験した後に、しばしば生じる可能性のある流言飛語を排除する。
- 共通する症状について解説し、対処の方法を教育する。
- ディブリーフィングは緊急事態を経験した後のファーストエイドであって、それだけですべてが終わるわけでもなく、精神科治療の代替品でもない。
- ディブリーフィングの最中にハイリスクの人の気づいたら、適切なフォローアップにつなげる必要がある。

以上のように、Mitchell らもディブリーフィングの効果と限界を十分に認識した上で、ディブリーフィングを実施する必要性を強調している。

【ディブリーフィングに対する批判】

次に惨事ストレスに対してディブリーフィングを実施することに対する批判をみていくことにしよう。

1980年当初、ディブリーフィングの効果があまりにも喧伝されすぎたという傾向は否定できない。その結果、適応も十分に考えずに、必要な訓練を受けていない者が、ディブリーフィングを実施したというのも現実であった。その後、当初、考えられていたほど、ディブリーフィングは効果があがらない、むしろ、有害だといった批判が出てきた。とくにエビデンスに基づかないとの批判が多い。

Randomized controlled trial に基づく調査がないという批判はしばしば耳にする。表1は一定基準を満たしたRCTを比較したものである。11件中、有効3件、不変6件、悪化2件と報告されている。しばしばこれらの調査結果を元にしてディブリーフィングが無効であるという根拠にされている。

そして、たとえエビデンスに基づいた一定基準を元にした調査を検討しても、むしろ、ディブリーフィングを実施した群でPTSDの発症率は高まり、感情面での安定化には寄与していないとの反論が出てきている。また、緊急事態を経験した後に、生の感情の表出を強制するのは危険でさえあるという批判もある。極端な場合には、かえって有害であり、ディブリーフィングは実施すべきではないという意見もある。

【批判に対する反論】

ディブリーフィングが有害ですらあるといった報告に対して、次のような反論が出ている。すなわち、適応を十分に考慮していない。当初、惨事ストレスを経験した救援要員がディブリーフィングの主な対象であったのだが、失敗例では、十分に適応を検討せずに、一般住民や火傷の患者、産婦などを対象としている。たとえば、生命の危機に瀕したような重度の火傷患者に対しては、救命に焦点を当てた身体的な治療を実施すべきであり、その危機を脱した状態の患者であっても、心理的ケアは個人的なものにすべきであると Mitchell らも述べている。

表1に挙げた調査はディブリーフィ