

要な実施事項のそれぞれについて現状を4段階で自己評価することで、自分の事業場の対策が必要な段階に達しているかどうか評価できる便利なツールである。判定はグリーンなら安心、イエローならもう少し努力が必要、レッドならすぐにでも可能なところから改善・実施をしたい。同チェックリストの小目を読むことで、何を改善すればいいかも具体的に知ることができる。同チェックリストは <http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/jstress> から入手することができる。

## VII. おわりに

このマニュアルでは事業場が行う自殺予防対策について、平成14～16年度厚生労働科学研究費労働安全衛生総合研究費「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」(主任研究者 川上憲人)の研究成果に基づいて解説したものである。すでに文中で触れたように、このマニュアルよりもさらに詳しい情報が必要な場合には、同じ研究班の成果物である「産業保健スタッフ向け自殺予防マニュアル」、「職場で自殺が起きた時の対応について」、「労働者向け自殺予防教育マニュアル」にさらに詳しい記述がある。

これまではなかなか手をつけるのが難しいとされてきた自殺予防対策であるが、こうしたマニュアルやツールがそろったことで、必要に応じて事業場が実施できる段階になってきた。事業場としての安全配慮の責任を果たすために、まだ大事な従業員を守るために、ぜひ自殺予防に向けて一歩を踏み出していただきたい。

# 産業保健スタッフ向け 自殺防止マニュアル

廣 尚典 アデコ(株)健康支援センター

## 目次

<b>第 I 章. 職場における自殺の現状と行政等の動向</b>	<b>3</b>
1) 近年の自殺者数の動向	3
2) 自殺の背景因子	5
3) 過労自殺をめぐる問題	6
4) 自殺の労災認定	6
5) 自殺防止対策有識者懇談会報告の考え方	7
6) 「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」の目標と対策	7
7) 第 10 次労働災害防止計画の内容	8
8) その他の自殺防止対策事業等	9
<b>第 II 章. 職場で進める自殺防止対策の基本的な考え方</b>	<b>10</b>
1) メンタルヘルス指針が求める活動と自殺防止対策の関係	10
2) 組織、管理体制のあり方	11
3) 関係者間の連携の重要性	12
<b>第 III 章. 自殺の高リスク者の把握と評価</b>	<b>13</b>
1) 自殺の危険因子とサイン	13
2) うつ状態とその簡便な構造化面接法	24
3) 問題飲酒の評価のポイント	28
<b>第 IV 章. 自殺の高リスク者への対応</b>	<b>30</b>
1) 高リスク者への対応法	30
2) 希死念慮に関する質問法	32
3) 自殺を打ち明けられた場合の対処法	32
4) 専門機関への紹介の仕方	34
5) 家族・肉親との連携法	34
<b>第 V 章. その他</b>	<b>35</b>
1) 家族等への啓発活動	35
2) 管理監督者への働きかけ	35
3) ポストベンションについて	35

## 第 I 章. 職場における自殺の現状と行政等の動向

---

### 第 I 章のポイント

- ・わが国の自殺者数の増加は、著しく、平成 10 年より 3 万人を超える状態が続いている。この傾向は、労働者（被雇用者、管理職）にも、同様にみられている。
  - ・労働者の自殺は、当該職場に多大な影響を与えることは言うまでもないが、最近では事業者責任を問われる例もみられており、労災認定例も増加している。職場における自殺防止対策は企業のリスク管理の面からも重要となっている。
  - ・国も職場において自殺予防対策が行われることを求めており、そのための事業も展開されている。
- 

#### 1) 近年の自殺者数の動向

わが国の自殺に関する全国統計は、警察庁と厚生労働省から発表される。例年、厚生労働省の数字は、警察庁の数字に比べ、1000 人～2000 人少なくなっている。

警察庁の発表によると、わが国の年間自殺者数は、1998 年に急増し、3 万人を突破した。それ以後、6 年連続で 3 万人を超えており、2003 年は 34427 人であった。減少傾向には転じていない。これは過去に例を見ない高率である。年齢層別にみると、20 歳代～50 歳代のいわゆる就労年齢ではいずれも増加をみており、特に 50 歳代、40 歳代で伸びが著しい。被雇用者に限ってみても、国民全体と同様の増加傾向が認められている。管理職については、10 年以上漸増傾向にあるとさえいえる（図 I - 1～4）。

<http://www.npa.go.jp/toukei/>

厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課は、毎年公表している人口動態統計をもとに、時系列分析など自殺による死亡の状況について分析を行い、人口動態統計特殊報告として自殺死亡統計を取りまとめている。2005 年に公表されたものは、1994 年～2003 年を中心として分析しており、1977 年、1984 年、1990 年、1999 年に続いて 5 回目である。これには、月別、手段別、都道府県別データの他、諸外国のデータも掲載されている。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/>

図 I -1. わが国の自殺者数の推移(全体)

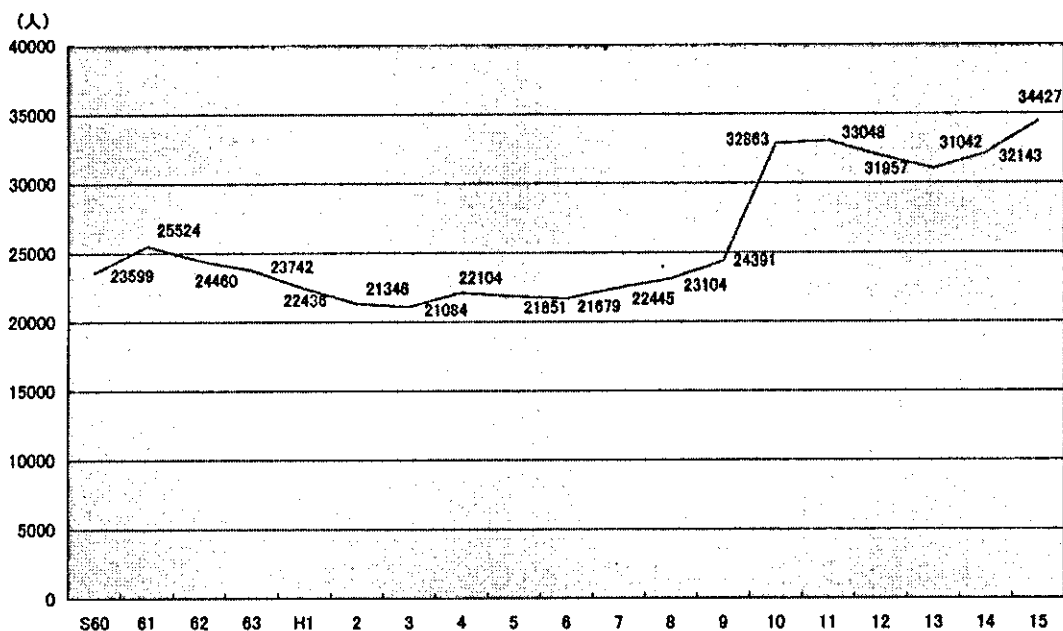


図 I -2. わが国の自殺者数の推移(年代別)

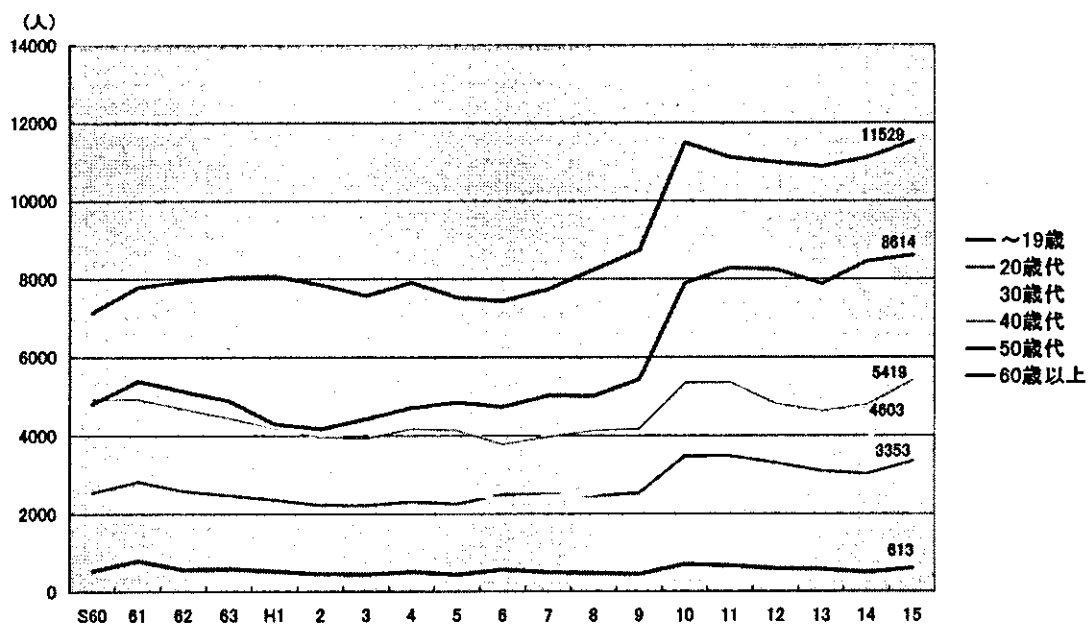


図 I -3. わが国の自殺者数の推移-被雇用者

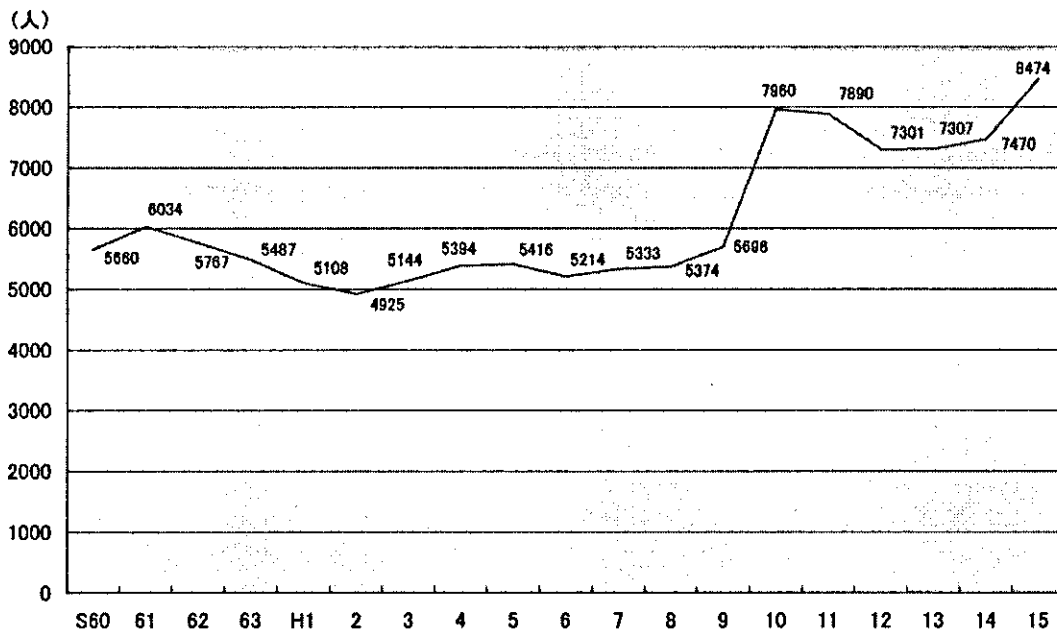
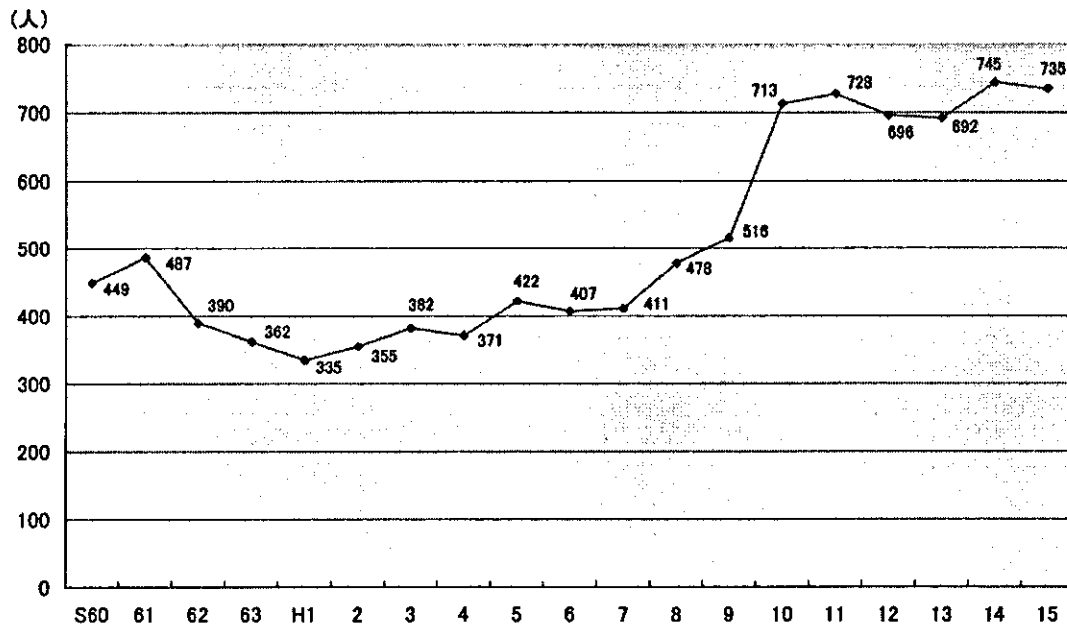


図 I -4. わが国の自殺者数の推移-管理職



2) 自殺の背景因子

警察庁の発表では、平成 15 年の自殺の主な原因・動機は、「健康問題」15416 人（遺書あ

り 3890 人)、「経済・生活問題」8897 人(同 3654 人)、「家庭問題」2928 人(同 971 人)、「勤務問題」1878 人(同 616 人)となっており、最近の自殺者数の増加には、特に前 2 者が色濃く影を落としていると言われている。その傾向(特に「経済・生活問題」)は、不況との関係で否定しようのない面があるが、このデータは精神医学、心理学の専門的知識を必ずしも有していない警察官によって集められたものであり、ひとつの例についてひとつの動機を取り出していることには注意が必要である。

自殺はさまざまな原因からなる複雑な現象であり、単一の原因だけですべてが説明できるものではない。精神科医等の専門家からは、自殺直前には多くの例で精神健康が損なわれていることを強調する指摘が少なくない<sup>1)</sup>。わが国では、自殺に関する研究は数が多くないが、欧米の心理学的剖検などの手法を用いた調査研究によると、自殺例の大多数に、精神不健康状態がみられていたという。なお、心理学的剖検とは、自殺後に専門家のチームが本人の家族や知人に対して同意の面接を行い、彼らのケアをするとともに、本人の生前の精神面の問題を探るものである。

### 3) 過労自殺をめぐる問題

1990 年代後半より、「過労自殺」<sup>2)</sup>という言葉がマスコミ等で使用されるようになった。先行して話題になった「過労死」が過度の仕事の負担を主な発症要因とする脳・心臓疾患による死亡であるのに対して、「過労自殺」は、長時間労働をはじめとする職場要因によって、何らかの精神疾患(多くはうつ病)を発症し、そのために結果的に自殺に至った例をさす。

電通事件は、この過労自殺に関して事業者責任(安全配慮義務)が問われた事例であり、最高裁判決では遺族側の主張が全面的に認められた。結果として、多額の損害賠償も発生している。それ以後も、おたふくソース事件、川崎製鉄水島製鉄所事件など、過労自殺をめぐる訴訟事例が続いた。これらの訴訟で事業者が責任を問われた主な事項は、当該労働者の長時間労働等の過重労働を放置していたこと、当該労働者に明らかな異変がみられたにもかかわらず、管理者が適切な業務面の配慮や専門医の受診勧奨を怠ったことなどである。

### 4) 自殺の労災認定

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」が公示され、精神疾患が業務上疾病として認められるための要件が明確になった。この中で、自殺については、業務による心理的負荷によって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、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、また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、原則として業務起因性が認められることになる。

精神障害および自殺の労災認定状況を表 I - 1 に示した。精神障害の労災認定例は、平成

2002年100例となり、2003年は108例であった。そのうち、自殺例は40例となっていた。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/05/h0525-1.html>

表 I - 1. 精神障害および自殺例の労災認定状況

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
精神障害の請求件数	13	18	41	42	155	212	265	341	438
精神障害の認定件数	1	2	2	4	14	36	70	100	108
自殺例の請求件数	10	11	30	29	93	100	92	112	121
自殺例の認定件数	0	1	2	3	11	19	31	43	40

#### 5) 自殺防止対策有識者懇談会報告の考え方

上述した自殺者数の急増に対して、厚生労働省はその抑止対策を講じるべく、平成14年度8回にわたり、自殺防止対策有識者懇談会を開催し、わが国における地域、職域を含めた自殺防止対策のあり方をまとめた。

そこでは、職場が、家族や地域とともに、自殺防止対策を行う場として重要視されており、心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発、うつ病対策などを推進することが重要であると述べられている。また、平成12年に公示された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(メンタルヘルズ指針)に沿って、心の健康づくり計画を策定し、それを推進すること、管理監督者や産業保健スタッフ等の知識、対応技術の向上を図ること、職場復帰の支援体制を検討すること、事業場内外の相談体制を整備することなどの必要性も強調されている。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3.html>

#### 6) 「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」の目標と対策

平成12年に策定された「健康日本21」では、「最近のわが国の自殺者総数は24,000人から25,000人で推移していたが、1998年には一挙に31,000人を超えた。この数は交通事故死者数の約3倍にも上り、自殺予防は精神保健の最重要課題の一つである。自殺はひとつの要因だけで生じるものではなく、多くの要因が絡み合って起こるが、特にうつ病は最も重要な要因であるといわれている。つまり、うつ病を早期に発見し、適切に治療することが自殺予防のひとつの大きな鍵になる。このことから今回自殺が急増した原因を明確にし、それらを排除することにより従前の25,000人程度に戻すことはもとより、さらに適切な治療体制の整備等を図ることにより、22,000人以下に減少することを目標とすべきである。」と述べられ、うつ病等に対する適切な治療体制の整備等を図り、平成22年までに自殺による死亡数を2万2千人に減らすことが、目標として設定されている。



具体的な対策は、(1) 自殺が生ずる前に対策を講じ、予防につなげること(予防)、(2) 生じつつある自殺の危険に対して介入し、予防すること(介入)、(3) 不幸にして自殺が生じてしまった場合に遺された人々に対する影響を少なくすること(自殺後の対応)の3つに分類され、それぞれについて、以下の活動が求められている。

予防：職場や学校や地域を通じ、一般の人々に自殺の危険因子、直前のサイン、適切な対応法などについての知識の普及を図ることが挙げられ、特にうつ病の症状と、有効な治療法があることの理解を広める必要がある。また、かかりつけ医、保健婦、教師などは、自殺の危険を早期に発見できる立場にあることから、予防のための知識を持ち、さらに精神科医などの専門医との連携を図る必要がある。

介入：自殺の危険の高い人を早期に捉えて、迅速に適切な治療を受けられる環境を整える必要があり、まず精神科医療が充実することが前提となる。地域の保健医療関係者が協力して、自殺を減らすための取り組みを行い、自殺者が減少した事例もある。

自殺後の対応：自殺が同じ場所で行われる傾向が見られたり、ある自殺に影響を受けて自殺が行われることが観察されており、特に自殺者の周囲の者に危険性が高まることが指摘されている。このような連鎖的な自殺を防ぐために、地域で自殺が生じた時には、周囲の人に対する支援や、適切な報道がおこなわれるようにするなどの対策を講じる必要がある。

また、「海外では、専門家が自殺のきっかけや自殺者の受けた治療などを調べて、自殺の背景を明らかにし、この結果を自殺予防に役立てる取り組みが行われており、わが国においても、有効な自殺対策を立てるために、死亡統計や警察庁の実施する調査では十分に捉えられない自殺の背景を明らかにする必要がある。」とも述べられている。

<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/>

## 7) 第10次労働災害防止計画の内容

労働災害防止計画は、5年毎に厚生労働省が公示するものであり、その後5年間に国が労働災害防止のため力を入れて取り組み、各事業場にもその推進を求める事項をまとめている。

2003年に公表された第10次労働災害防止計画では、労働者の健康確保対策のひとつとして、メンタルヘルス対策が掲げられている。具体的には、メンタルヘルス指針に基づき、事業場の状況を踏まえた適切な計画を作成し、その計画に沿ったメンタルヘルスケアの積極的な推進を図ること、うつ病等の予防対策のための体制の整備や事業場外資源との効果的な連携を進めることなどが重要であると述べられている。自殺予防については、平成13年に作成された「職場における自殺の予防と対応」(職場の自殺予防マニュアル)<sup>3)</sup>の周知を図るとともに、相談体制の確保、産業保健と地域保健の関係機関が連携した自殺防止対策を推進することとしている。

<http://www.campus.ne.jp/~labor/anei/10jibou2003-2008.html>

#### 8) その他の自殺防止対策事業等

中央労働災害防止協会は、厚生労働省からの委託を受けて、毎年「働く人の自殺予防に関するセミナー」を全国規模で開催している。また、同協会から2004年出版された「こころのリスクマネジメント（管理監督者向け、勤労者向け、家族向け）」<sup>1)</sup>は、労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」の成果をもとに作成されたものである。

日本医師会は、2004年「自殺予防マニュアル—一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応（明石書店）」<sup>5)</sup>を刊行している。

## 第Ⅱ章. 職場で進める自殺防止対策の基本的な考え方

---

### 第Ⅱ章のポイント

- ・職場における自殺防止対策は、メンタルヘルス対策を推進する中で、その一環として行われるべきである。
  - ・したがって、体制、仕組みづくりや関係者の連携等も、非常に重要である。
  - ・個人情報の保護にも留意した対応が求められる。
- 

#### 1) メンタルヘルス指針が求める活動と自殺防止対策の関係

メンタルヘルス指針は職場でメンタルヘルス対策が行われることの重要性とそのあり方を具体的に示したもので、現状を踏まえた中長期的な計画のもとに、事業所全体がオープンな形で取り組むことを求めている。

<http://www.campus.nc.jp/~labor/anei/sisinetc/mentaru-sisin.html>

自殺防止対策は、それ単独で実施することはあまり効率的でなく、また関係者の理解、協力も得にくい可能性が高い。したがって、メンタルヘルス対策の中に組み入れて推進されるのがよいであろう。

例えば、以下のような取り組みが考えられる。

#### 表Ⅱ-1. メンタルヘルス活動への自殺防止対策の盛り込み例

---

- ・一般労働者のセルフケアのためのリーフレットに、自殺に関連する情報を掲載する。心の健康問題を持つ労働者への同僚としての対応の留意点にも触れる。
  - ・管理監督者教育に、希死念慮を打ち明けられた場合の対応法等、自殺防止に関する事項を盛り込む。
  - ・産業保健スタッフの知識および技術向上のための研修予定に、自殺防止関連の講習会への出席を入れる。
  - ・産業保健スタッフ間で共有する情報の中に、自殺のリスクに関する事項も含める。
  - ・事業場外資源の活用法について整備をする際に、希死念慮を持つ労働者の専門機関へ導く手順も確立しておく。
- 

職場において多大な労力をかけても、防止できない自殺があることは明らかである。し

かしながら、業務に起因するところが大きい例（例えば、職場のストレスを主因として発症したうつ病を背景とする自殺）を防止することは、事業者の責務として重要であり、自対策を講じる優先順位も高くなる。

## 2) 組織、管理体制のあり方

メンタルヘルズ指針は、メンタルヘルズ対策を組織的に推進することも提唱している。労働者、管理監督者、産業保健スタッフが心の健康づくりにおいて各々どのような役割を担うのかを明確にするべきである。

例えば、上司 - 部下関係に関して、次のような取り組みが考えられる。

### 表Ⅲ - 2. 上司 - 部下関係（部下管理）の見直し例

- 
- ・ 部下と上司の仕事場が離れており、仕事の悩み等に関して日常的な相談が困難な状況がある場合には、社内イントラネット等での報告に加え、定期的な対面ミーティングを行うことを定める。
  - ・ 業務の指揮命令系統が複雑で、指示を求める上司が複数となるような組織では、各々の労働者の業務全般を把握し、必要によって調整する役割を担う担当を決める。
- 

産業保健スタッフが職場の中でどのように位置づけられ、どのような健康管理体制が敷かれているかも、メンタルヘルズ対策に重要な意味を持つが、これは自殺防止対策にもあてはまる。労働者や管理監督者が産業医や看護職などの産業保健スタッフに気軽に相談でき、産業保健スタッフが職場の諸状況（例えば一部の職場で長時間残業が発生している、組織改革がなされてまだ安定していない、商品のトラブルが発生し、多大な損害が生じたなど）を日頃から掌握できるような体制、仕組みづくりが工夫されるべきである。産業保健スタッフは、事業場のライン管理の特徴を熟知しておくことも重要である。

また、職場復帰支援システムの構築も重要である。後述するように、精神疾患の罹患は自殺リスクを高めることが多く、それによって休業していた労働者が復職するにあたって、適切な支援を行うことは、自殺防止の面からも非常に意義深い。厚生労働省は、2004年10月に「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」を公表しており、それを参考として、各事業場の実態に合った復職支援システムを構築することが勧められる<sup>6)</sup>。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/h1014-1.html>

個人情報の保護にも留意する仕組みが必要である。心の健康問題に関する情報は、健康に関する情報の中でも特に機微なものといえる。個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）第八条の規定に基づき策定された「雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを

確保するために事業者が講ずべき措置に関する指針」および「雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項」に沿った取り扱いができる管理体制が求められる。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1014-9g.html>

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/161029kenkou.pdf>

一方、「生命や身体を保護するために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」は、個人情報取扱事業者の義務の適応が一部除外される。すなわち、労働者に自殺の危険が迫っており、本人に病識が十分でない場合などでは、生命を守ることを優先した対応が求められることがある。

### 3) 関係者間の連携の重要性

産業医をはじめとする産業保健スタッフは、通常職場と外部機関（相談機関、治療機関）との橋渡しという重要な役割を担っている。自殺防止に関しても、自殺の危険が迫っている労働者を適切に専門機関に紹介することなど、中心的な役割の一角を担うことが求められる。

こうした産業保健スタッフの役割は、本人たちが認識するだけでなく、職場に十分に広報される必要がある。

## 第Ⅲ章. 自殺の高リスク者の把握と評価

---

### 第Ⅲ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。
- 

#### 1) 自殺の危険因子とサイン

従来、いくつかの自殺の危険因子、自殺を示唆するサインが指摘されている<sup>7)</sup>(表、表)。精神科入院歴、独身が特に強い危険因子であることも報告されている<sup>8)</sup>(表)。わが国では、藤野らが1986年から89年にかけて、福岡県内4市町村の1万3259人を対象にコホート研究を行い、1人暮らしの男性は同居者のいる男性に比べて88.6倍、独身男性は既婚男性に比べて3.1倍自殺するリスクが高かったことを報告している。女性では、同居者の有無や、既婚か独身かの違いでリスクに差はなかった。

厚生労働省では、とくに注意すべき自殺の予兆として、これらの危険因子を含めて「自殺予防の十箇条」をまとめている<sup>3)</sup>(

表Ⅲ-1)。

##### ①孤立、孤独

さまざまな面で援助をしてくれる人を身近に持つことは、自殺行動の緩衝要因となり、逆にその欠如は自殺の危険性を高めることになる。未婚者、離婚者、配偶者と離別している人、近親者の死亡を最近経験している人の自殺率は、結婚し配偶者のいる人の自殺率の約3倍である。アルコール症では特に離婚が自殺の直接原因となることが多いとの報告もある。また、家族や集団の中で「疎外感」や「孤独感」を感じている人の自殺率が高いことも報告されている。

表Ⅲ - 1. 自殺の危険因子<sup>7)</sup>

(1) 孤独、孤立	(ア) 一人暮らし (イ) 未婚、離婚 (ウ) 家族がいない (エ) 集団の中にいるが、人間関係が希薄 (オ) サポートしてくれる人がいない
(2) うつ病、うつ状態や他の精神疾患	(ア) うつ病、うつ状態、精神疾患の既往 (イ) 最近、うつ病、うつ状態になった (ウ) ひどいうつ状態から、少し回復 (エ) うつ状態の時に周囲から励まされた (オ) 喪失体験がある(重要な人の死、重要な役割・機能の喪失) (カ) 薬物依存、アルコール依存
(3) 困難な問題に直面している	(ア) 職場の問題(過重労働、失敗、人間関係等) (イ) 家庭の問題(家族の病気、ローン等) (ウ) 重い病気を患って苦しんできた、家族に負担をかけている
(4) 自殺に結びつきやすい行動パターン	(ア) 自殺を口にする (イ) 自殺未遂、リストカット (ウ) ストレス対処の方法が限られる (エ) ミスや事故を起こしやすい ① 未熟、柔軟性欠如 ② 特定の行動パターン ③ 完璧主義、執着気質、過剰適応
(5) 自殺を選択した役割モデルの存在	(ア) 家族、親戚に自殺者がいる (イ) 尊敬している人が自殺した (ウ) あこがれている人が自殺した
(6) その他	(ア) 自殺の既遂は男性に多いが、未遂は女性に多い (イ) 年齢が高くなると、自殺率が増える

表Ⅲ - 2. 自殺を示唆するサイン<sup>7)</sup>

ポイント

- ・ いずれのサインも、曖昧なものが多い
- ・ 決定的なサインがあるわけではなく、予測することは非常に難しい
- ・ 自殺の可能性が考えられる人の行動上の変化が認められたときには、どのようなものでも直前のサインと見なすべきである
- ・ 自分の家族や職場外の人間からの連絡についても、同様に注意すべきである

1、言葉 に表れる サイン	(ア) 直接的表現	① 「死にたい」「自殺したい」「自殺の方法を教えてください」「生きていくのがいやになった」「来年はもうここにはいないだろう」 ② 自殺に関する文章を書いたり、絵を書いたりする
	(イ) 間接的表現	① 「楽になりたい」「遠くに行きたい」「家出したい」「ここに来るのもこれが最後だろう」「もう、これ以上、耐えられない」
2、行動 に現れる サイン	(ア) 直接的行動	① 自殺の準備をする、計画を立てる ・ 自殺の手段（薬物、刃物、銃、ひも等）を用意する ・ 自殺の場所を下見に行く ・ 自殺に関する書籍を集める ② 自殺未遂をする
	(イ) 間接的行動	① 身の回りの整理をする ② 借りていたものを返す ③ 重要な地位を退く、辞退する ④ 遺書を書く ⑤ 昔の友人、知人に連絡する ⑥ 病気の治療を中断する
3、その他	(ア) アルコール、薬物の乱用 (イ) 引きこもり (ウ) 危険な行動をとる（交通事故、大きなケガ等）	



表Ⅲ - 3. 自殺企図の危険因子と寄与危険度<sup>8)</sup>

危険因子	寄与危険度* (%)		
	合計 (n=444, 297)	男性 (n=287, 052)	女性 (n=157, 245)
既婚で同居	1.8	1.9	1.0
独身	25.8	26.2	20.6
無職	2.8	3.0	2.1
年金生活者	10.2	7.0	18.8
障害年金受給者	3.2	1.7	6.7
低所得者	8.8	9.3	7.2
病欠欠勤	6.4	6.6	6.2
1年以内の精神科入院歴	24.7	20.1	32.9
過去の精神科入院歴	40.3	33.0	53.6

\*寄与危険度とは罹患率の差であり、危険因子への暴露群がその因子のみによって発症した部分を示す指標。すなわち危険因子への暴露によって、罹患の危険がどれだけ増えたか(絶対効果)を示すものである。

表Ⅲ - 1. 自殺予防の十箇条<sup>9)</sup>

- ①うつ病の症状に気をつけよう（気分が沈む、自分を責める、仕事の能率が落ちる、決断できない、不眠が続く）
- 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自分にとって価値あるもの（職、地位、家族、財産）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自殺未遂におよぶ

②うつ病、うつ状態や他の精神疾患

自殺完遂者の生前の精神状態を調査した多くの研究報告によると、その80～100%が何らかの精神疾患に罹患していたという。自殺と密接に関連する精神疾患としては、うつ病などの気分障害、統合失調症、人格障害、アルコール症、薬物依存などがあげられる。欧米の報告では、特に、うつ病(60～70%)、薬物依存、統合失調症等が多いと指摘されている<sup>9), 10), 11)</sup>(表Ⅲ-2)。精神疾患罹患者の自殺との関連性の強さを一般人口の死亡率と比較すると、ほとんど全ての精神障害が自殺の危険因子となっていたという報告もある<sup>12)</sup>(エラー! 参照元が見つかりません。)。また、精神科入院歴は自殺との関連が強いが、退院したばかりの患者は特に自殺の危険が高い。

一般に、うつ病の罹患者では、自殺の危険が高い。重篤なうつ状態では「自殺する元気もない」のであるが、その回復期には活動性が増すため自殺行動がみられることがある。希死念慮のある場合は特に注意が必要である。再発例、長期化例、他の精神疾患合併例、心気妄想(「自分は癌に違いない」)、罪業妄想(「自分は罪深い人間であり、人に迷惑をかけている」)、貧困妄想(「貧乏でこれから生活していけない」)などの妄想を呈する例は、それ以外の例に比べ、やはり自殺の危険が高い<sup>13)</sup>。

表Ⅲ-2 既遂自殺の診断比較 (%)

研究者名(報告年)	躁うつ病	薬物依存	統合失調症	人格障害	診断なし
Robinsら(1959) N=134	45	25	2	-	6
Dorpatら(1960) N=108	30	27	12	9	0
Barracloughら(1974) N=100	80	19	3	-	7
Chynowethら(1980) N=135	55	34	4	3	11
Richら(1986) N=283	44	60	14	5	6
Conwellら(1991) N=85	55	42	8	18	11
Conwellら(1996) N=141	47	89	16	-	10

\*重複診断あり

(高橋の表<sup>11)</sup>を一部改変)

表Ⅲ - 3. 精神障害における自殺リスクの強度比較<sup>12)</sup>

	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

\*標準化死亡比：一般人口での死亡率を 100 として比較

WHOの報告によると、うつ病の罹患率は一般人口において3~5%と高い。わが国の疫学調査(2002年度)でも、「15~30人に1人が一生涯のうちうつ病にかかり、そのうちの4分の3は医療を受けていない」と報告されている。欧州のうつ病の大規模疫学調査<sup>11)</sup>の結果でも、うつ病患者の43%が医療機関を受診しておらず、未受診者の86%は受診する必要さえないと判断していた。また、受診者のうちの57%は専門医ではなくプライマリーケア医を受診し、薬物投与を受けた者は31%で、適切な治療(抗うつ薬の投与)を処方されていたのは、わずか25%であったという。プライマリーケア医を受診する患者のうちの約5~10%が大うつ病であるといわれている<sup>15)、16)</sup>が、その半数はうつ病と診断されないままである<sup>17)</sup>。一部のうつ病患者は、精神症状よりも身体症状が主症状として出現することがあるため、一般内科などを受診しやすい。

以上のことから、産業保健スタッフとしては、まずはうつ病・うつ状態に気づく知識・技術(表Ⅲ-4)を身につけることが望まれ、さらにそれに対して適切な対応をしていくことが求められる。うつ病における自殺の危険因子を表Ⅲ-8に示した<sup>18)</sup>。

うつ病に薬物乱用やアルコール依存症が併存すると、自殺の危険は一層高くなる。酩酊状態において自殺企図がみられることも少なくない。

アルコール依存症例の自殺は、初期よりも長期経過の末のものが多く、対人関係の葛藤や関係の破綻、様々な喪失体験が高率に認められている。事故死も多く、事故として処理された中にも自殺行動であった可能性もあるものも高率に含まれると考えられている。明らかなアルコール依存症がなくても、徐々に飲酒量が増加する場合は注意が必要である。

統合失調症では、幻聴や妄想に支配されて自殺行動に出ることもあるが、現実的な問題に直面することによるものも多い。抑うつ状態やストレスが契機となる場合も多い。

人格障害では、特に境界性人格障害と反社会性人格障害において、自殺の危険が高いことが指摘されている。自殺企図を繰り返し、致死性の低い手段を取る例も多いが、実際にはそれが自殺の前段階である場合もある。

### ③困難な問題(職場、家庭、個人の問題など)に直面していること

職場において強いストレスの原因となりやすい出来事としては、大きな病気や怪我、交通事故、労働災害、仕事上の重大なミス、退職の強要などがあげられる。これらは、精神障害の労災認定の判断に際しても、「大きな心理的負荷」として評価される。また、仕事面以外では、離婚や別居、重い病気や怪我や流産、近親者の死亡や怪我、親族に反社会的行為をおかした者が出たこと、多額の財産損失や大きな支出、天災・災害・犯罪に巻き込まれたことなどの出来事が、一般的に強いストレス要因であるといわれている。こうした出来事を経験した労働者は、精神面の健康が脅かされている可能性がある。また、過度の長時間労働が続いている場合も、同様の注意を払いたい。