

表Ⅲ-4. うつ病・うつ状態を疑うきっかけとなる変化<sup>7)</sup>

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 仕事の能率が落ちた</li> <li>2. 積極性がなくなった</li> <li>3. 先行きについて、悲観的な見方をしがち</li> <li>4. 自分はダメな人間だとよく言う</li> <li>5. 自信がなくなったと言う</li> <li>6. 注意散漫で集中できない</li> <li>7. 物忘れが多く、凡ミスをする</li> <li>8. 夜遅くまで一人で仕事をしている</li> </ol>
-----------------	--

表Ⅲ - 8. うつ病における自殺の危険因子<sup>18)</sup>

候の特徴 自殺手段の選択と兆	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 自殺企図歴および患者自身が自殺を暗示する</li> <li>2) 自殺の家族歴あるいは知人の自殺を認める</li> <li>3) 自殺すると脅す</li> <li>4) 自殺の実行や準備を具体的に言葉に出す</li> <li>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</li> <li>6) 自己抹殺や破滅の夢をみる</li> </ol>
症状の特異性	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 激しい不安焦燥感</li> <li>2) 頑固な睡眠障害</li> <li>3) 過度で統御不能の攻撃性</li> <li>4) 初期、回復期、混合期</li> <li>5) 生物学的な危機の年代（思春期、妊娠期、産褥期、更年期）</li> <li>6) 重度の自責感と不全感</li> <li>7) 不治の疾患、心気妄想</li> <li>8) アルコール症</li> </ol>
環境要因	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 崩壊家庭の出身</li> <li>2) 喪失体験</li> <li>3) 職業および経済的な困難</li> <li>4) 課題や人生の目標の達成の失敗</li> <li>5) 宗教的な絆の喪失</li> </ol>

④自殺に結びつきやすい行動パターン

自殺企図の既往は非常に重要な危険因子である。自殺行動は反復される傾向があり、手首を浅く切った、睡眠薬を5~6錠飲んだというような、致死性の低い自殺未遂であつ

ても、「本当に死ぬ気がなかった」とは言えない。これらを長期間経過観察すると、一般人口よりもはるかに自殺する率が高いからである。どのくらい確実に死に至る方法をとったかよりも、本人がどれくらい確信をもって死ぬると考えていたかという点が重要であり、自殺未遂の手段を問わず、深刻に受け止めて適切な介入方法をとらなければならない。「自殺を口にする人は本当に自殺したりはしない」という考え方は誤りである。自殺を示唆する言動をみせる者は実際に自殺の危険が高いということを再認識しておきたい。

また、自殺の高リスク者の多くは、早期から自己破壊傾向を認めると言われている。ある日突然自殺に及ぶのではなく、自殺に先立って事故を起こしやすくなる傾向（事故傾性）が繰り返認められることが多い。繰り返す事故が意識的に引き起こされていることもあるが、無意識に自滅行動をとる場合もある。例えば、事故を防ぐ手段をとらなかったり、慢性疾患の治療を怠ったり、突然失踪してしまったり、大博打に出たりすることなどがあげられる。

自殺に結びつきやすい行動パターンをとる者の性格傾向としては、衝動的、依存的、未熟、強迫的、完全癖、孤立、反社会的等が挙げられる<sup>19)</sup>。未熟で依存的な性格でありながら、周囲に不満を持ちやすく、故意に相手の怒りを引き出すような敵対型の場合には自殺の危険が高いと指摘されている。また、「100点か0点か」と言った完璧主義のタイプでは、ほんのわずかな失敗でも取り返しの付かない大きな失敗としてとらえやすく、自己の存在の意味さえも失ってしまうことがある。抑うつ的で孤立しやすいタイプでは、対人関係が希薄なため、周囲に本人の悩みや不安が認識されないまま自殺に至る場合もある。非行や犯罪などの反社会的行動と自己破壊的行動は密接に関連しており、抑うつ状態は表面化されていなくても自らの死に結びつく行動をとる場合があり、注意が必要である。

これらとも関連した自殺の直前のサインを表Ⅲ-9に掲げる。

#### ⑤自殺を選択した役割モデルの存在

同一家系に自殺が多発することがしばしば報告されている。遺伝的要素があるかどうかは結論が出されていない。) 血縁者でなくても、深い絆のあった人、尊敬している人、憧れている人が自殺するという体験をすると、潜在的に自殺の危険の高い人は、非常に大きな精神的打撃を受け、さらに自殺の危険性が高まる。

表Ⅲ - 9. 自殺の直前のサイン<sup>3)</sup>

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。

## ⑥その他

### ・性別

我が国の自殺者の男女比は男：女＝2.5：1であり、男性に多い。しかし、自殺未遂者では女性の方が男性よりも2～3倍多いということが知られている。また、女性では「精神障害」「都会暮らし」「自殺の家族歴」で自殺リスクが高く、男性では「独身」「失業」「低所得」で高い。「2歳未満の子供」がいる女性はリスクが低いという報告もなされている。

### ・年齢

最近の自殺率の年齢パターンとしては、50～60歳代に小さなピークがあり、その後高齢者ほど自殺率が上がるという傾向がみられる。1998年以降、中高年における自殺率が顕著に増加しているが、高齢者の自殺率も依然として高い。また、高齢者ではより致死性の高い自殺手段をとる傾向がある。高齢者では、退職、失業、収入の減少、社会的役割の縮小、身体疾患、知人や配偶者の死といった喪失体験やストレスも他の年代よりも多く、深刻である。小さなピークを示した中高年層では、家庭でも職場でも重要な役割を果たすようになるとともに、昇進、転勤、失業、子供の問題、介護など様々なストレスも増えてきているという背景が伺える。身体的にも様々な疾患が出てくる年齢でもある。働き盛りの中高年では、深刻な問題を抱えていたとしても、自分の中に押さえ込んでしまう傾向が見られ、そうすると、よりサポートが得られにくい状況ができてしまう。

## 2) うつ状態とそ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。

多くの労働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なる場所であるが、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にも十分に反応出来ず、気分転換もできない。
  - ③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。
  - ④食欲、味覚が低下する。体重も数キロ減る。
  - ⑤決断がつきにくい。記憶力や集中力、思考力が低下する。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。少し痩せたように見える。⑤好きだった話題でも話に乗ってこない。⑥仕事の能率が低下し、ミスが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。構造化面接法は、制限された時間内にできるだけ均一な情報を得るために用いられる面接法で、精神医学領域の疫学研究等で用いられてきた。定型的な説明、定型的な質問をあらかじめ定められた手順で進めることによって、熟練者でなくても、比較的短時間の訓練で一定水準の評価が行える。

構造化面接法は過去に数多く開発されているが、所要時間等の問題から、職域で活用できるものはそれほど多くない。M. I. N. I (Mini - International Neuropsychiatric Interview) は、ICD - 10 および DSM - IV という広く用いられている診断基準に準拠した最も簡便な構造化面接法のひとつといえる。Sheehan らによって開発され、欧州 6 カ国にわたる大規模なうつ病の疫学研究 (Depression Research in European Society: DEPRES) で用いられた。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であるという特徴を有している。日本語版は、大坪らによって作成され、信頼性、妥当性の検討も行われている<sup>20)</sup>。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ろう。

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 (抑うつ気分、興味・喜びの減退、著しい体重の変化、不眠、精神運動抑制あるいは焦燥、易疲労感・気力の喪失、無価値感・罪責感、思考力・集中力の減退・決断困難、希死念慮・自殺企図) 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<sup>21)</sup> (表 III - 10)。

本法では、2 週間以上持続する「抑うつ気分」と「興味・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・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、比較的自然的に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。

表Ⅲ - 10. BSID<sup>2)</sup>

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つ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、憂うつであつたり、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	

本構造化面接法は、数分～（長くても）10 数分で実施できるため、健診時や健康相談時



に活用することが可能である。

本法によって、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い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い必要がある。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。

また、精神科医、心療内科医あるいは類似の面接の経験が豊富な心理職等の指導を受けた上で実施することを勧めたい。検査結果は、重要な個人情報であり、その取り扱いに十分注意するべきであることは言うまでもない。実施前にも、労働者に対して、その意義を説明しておくことも重要である。

#### 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、面接と同様の注意が必要である。より正確な回答が得られるようにする意味でも、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ところである。

問題飲酒者は、健康診断の結果、 $\gamma$ -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、判断の参考とするべきである。

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IV章. 自殺の高リスク者への対応

---

### 第IV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。
- 

#### 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IV-1に示した。

例えば、業務効率の極端な低下や失踪のような異常行動は、大半の事業場で把握が可能である。それほど目立たない業務遂行面の変化や生活習慣の偏倚化については、上司の目が職場に行き届いているか、産業保健スタッフが職場や労働者に関わる様々な問題を熟知しているかによって、把握に差が出ると考えられる。この部分をいかに改善できるかが多くの職場にとって課題となる。逆に生育歴や家族歴、個人生活に関する事項は、プライバシーに強く関わる情報であり、どのような職場であっても安易に調査すべきものではない。

##### 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繰り返し、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いよい。

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。第Ⅱ章で紹介したように、厚生労働省から「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」が示されているので、参考にするとよい。なお、自殺未遂者が職場復帰をする際の支援に対しては、以下の点に留意したい。

表Ⅳ - 2. 自殺未遂者の職場復帰支援の留意点

- 
- ・ 産業保健スタッフ(医療職)間で自殺未遂に関する情報を共有しておく
  - ・ 背景となった病態（精神疾患）への対応を確実に行う
  - ・ 産業保健スタッフによる面接等をこまめに行う
  - ・ 本人が産業保健スタッフに気軽に相談できるような関係づくりに努める
  - ・ 日頃から上司、産業保健スタッフの目が届きやすいように配慮する
  - ・ 特に自殺未遂の事実を職場が知っている場合には、受け入れ先の支援も重視する（産業保健スタッフが随時上司等の相談を受けられるようにする）
  - ・ 家族との連携の中で、職場の対応法等を説明し、理解を求めておく
-

## 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聴き方をすることが勧められる。

表IV - 3. 希死念慮に関する質問例

- 
- ・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。

この場合も落ち着いて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<sup>1)</sup>。

### 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ぬと焦る必要はない。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、訴えや気持ちを否定したり、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、胸の内に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。援助を行う用意があることを明確に伝える。

#### 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。迅速に対応を進めなければならない。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。希死念慮の情報が伝わらなかったために、主治医が適切な対応（保護）を行いきれなかったという事態は、何としても起してはならない。

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。本人が家族に伝えることに拒否的であっても、希死念慮の強い場合は、本人の生命を守ることを優先すべきである。

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。具体的な伝え方、言葉の選び方は状況によって異なるが、事実をあいまいにせずにはっきりと述べ、併せて共にできるだけの支援を行っていきたい旨を伝えることが肝要である。

## 第5章. その他

### 1) 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。

### 2) 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。

### 3) ポストベンションについて

自殺が起きた場合に、周囲の人々に及ぼす心理的影響をできる限り小さくするための対策をポストベンションと呼ぶことがある。職場内で自殺者が出ると、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しいことがある。産業保健スタッフ間で緊密に情報交換を行い、共有し周囲に伝える情報を統一しておくことも重要である。

一部で、自殺者との関わりが深かった者を集め、小集団で話し合う場をもって、悲しみや自責の感情を表出させ、気持ちの整理の手助けをするデブリーフィングという技法が行われることもある。しかし、この実施には経験豊富な専門家（医師、臨床心理士等）が関与する必要があるとあり、その効果について否定的な報告も少なくない。現時点で、多くの職場で実施されることが推奨されるものではない。



付) 相談機関一覧:

労災病院 (勤労者メンタルヘルスセンター 全国一覧)

<http://www.rofuku.go.jp/rosaibyoin/center/mentaru.html>

産業保健推進センター (全国一覧)

<http://www.rofuku.go.jp/sanpo/index.html>

精神保健福祉センター (全国一覧)

<http://www.iph.pref.osaka.jp/kokoro/list/mhc.html>

いのちの電話

<http://www.inochinodenwa.or.jp>

参考文献：

- 1) 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.
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 職場における心の健康対策班：こころのリスクマネジメント - 部下のうつ病と自殺を防ぐために - 。中央労働災害防止協会，2004.
- 5) 日本医師会：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，2004.
- 6) 中央労働災害防止協会：心の健康 職場復帰支援手引き。中央労働災害防止協会，2005.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125: 355-373, 1974.
- 10) Robins E: The final months; a study of the lives of 134 persons who committed suicide. New York: Oxford University Press, 1981.
- 11) 高橋祥友，死と精神医学（自殺170-180），臨床精神医学講座，2001
- 12) Harris EC and Barraclough BM: Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis, *Br Psychiatry*, 170: 205-228, 1997
- 13) Roose SP, Glassman AH, Walsh BT, et al: Depression, delusion, and suicide. *Am J Psychiatry*, 140: 1159-1162, 1959.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) Sato T, Takeichi M: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in a general medicine clinic. *Gen Hosp Psychiatry*, 15: 224-233, 1993.
- 17) Goldberg D, Huxley P: Mental Illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care. Tavistock, London, 1980.
- 18) Kielholz P: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. 3 Aufl, Lehmanns, München, 1974.
- 19) 高橋祥友，自殺の心理学，講談社現代新書，1997
- 20) 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
- 21) 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15年度総括・分担研究報告書。2004.

# 職場で自殺が起きた時の対応について

高橋祥友

防衛医科大学校・防衛医学研究センター

## 職場で自殺が起きた時の対応について

### 1. はじめに

わが国では 1998 年以來、毎年 3 万人以上の人々が自ら命を絶っています。とくに 40～50 歳代の働き盛りの男性の自殺が深刻な問題となっています。年間の自殺者数は交通事故死者数の 4 倍以上にもものぼります。そして、自殺未遂者は少なく見積もっても既遂者の 10 倍は存在すると推定されています。また、自殺や自殺未遂が 1 件生じると、強い絆のあった人の最低 5 人は深刻な心理的影響を受けるとの推定もあります。このように、自殺は死にゆく人 3 万人だけの問題ではなく、非常に多くの人々のこころの健康を脅かす深刻な問題であるのです。

もちろん、自殺を予防することに全力を尽くさなければなりません。しかし、不幸にして自殺が起きてしまったときには、遺された人へのケアも必要です。この手引きは、自殺が起きてしまった後に、職場でどのような対応を取るべきかを解説しています。ただし、最初に断っておきますが、すべての状況に一律に当てはまる方法などありません。ここで解説する事柄のうち、現場の状況をよく見きわめて、どの点そのまま使うことができるか、どの点は修正が必要か、どの点はむしろ実施しないほうがよいのかを考えていただきたいのです。ここで解説するのは、あくまでも、自殺が起きてしまった後に、遺された人に対する原則です。

自殺が起きた後に適切なケアを実施しないと、直後には遺された人々が気丈に振る舞っていたとしても、後にうつ病、不安障害、ASD（急性ストレス障害）、PTSD（心的外傷後ストレス障害）などを発病し、専門的な精神科治療が必要になる場合も出てきます。そこで、自殺が起きた後に実施してほしい対応に焦点を当てて解説していきます。