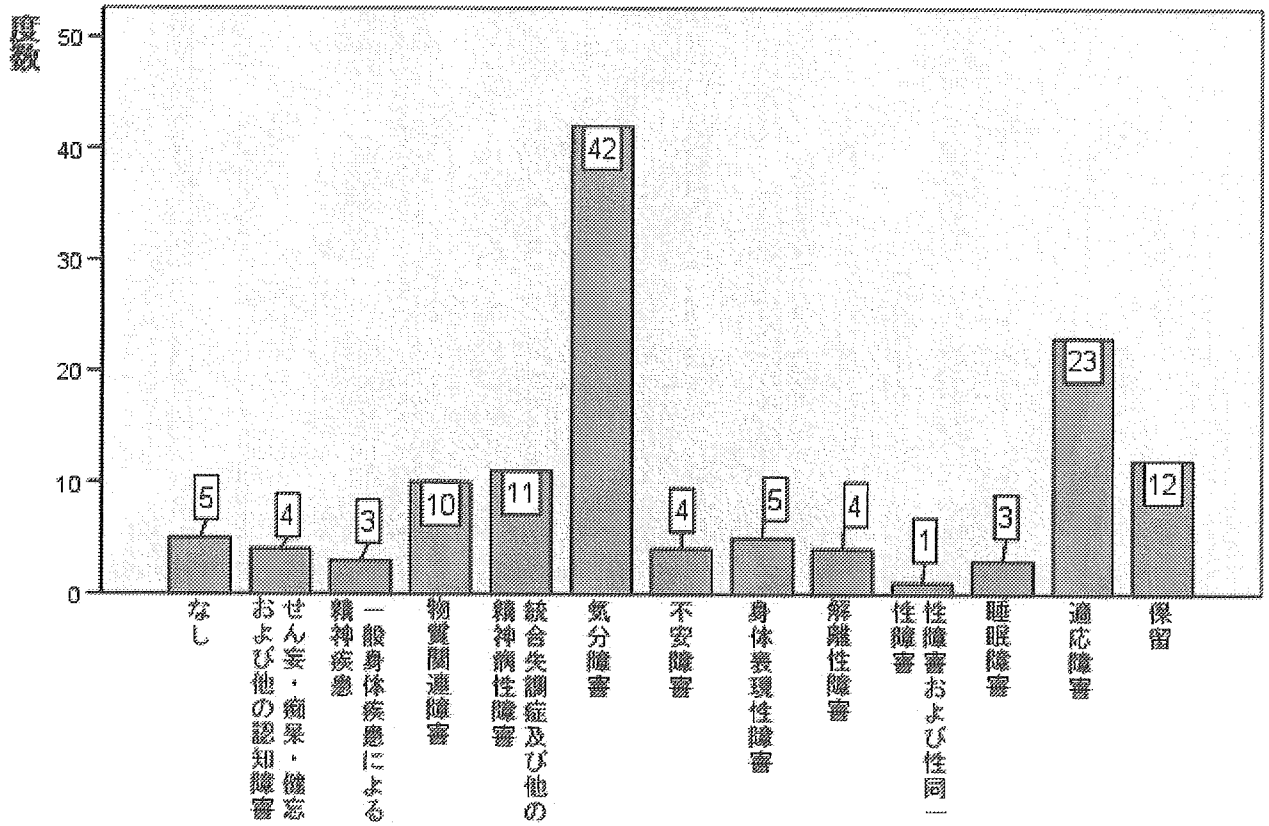


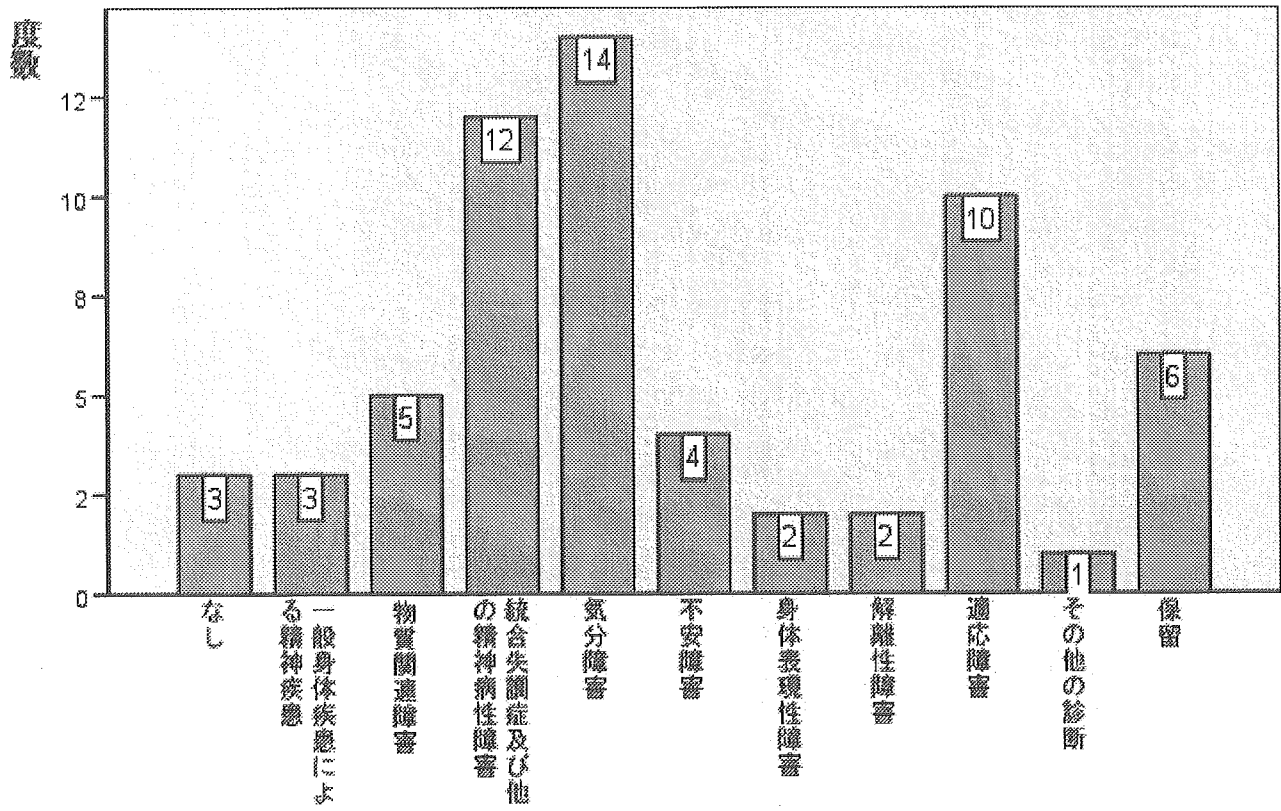
初回企図時診断



初回企図時診断

図 7

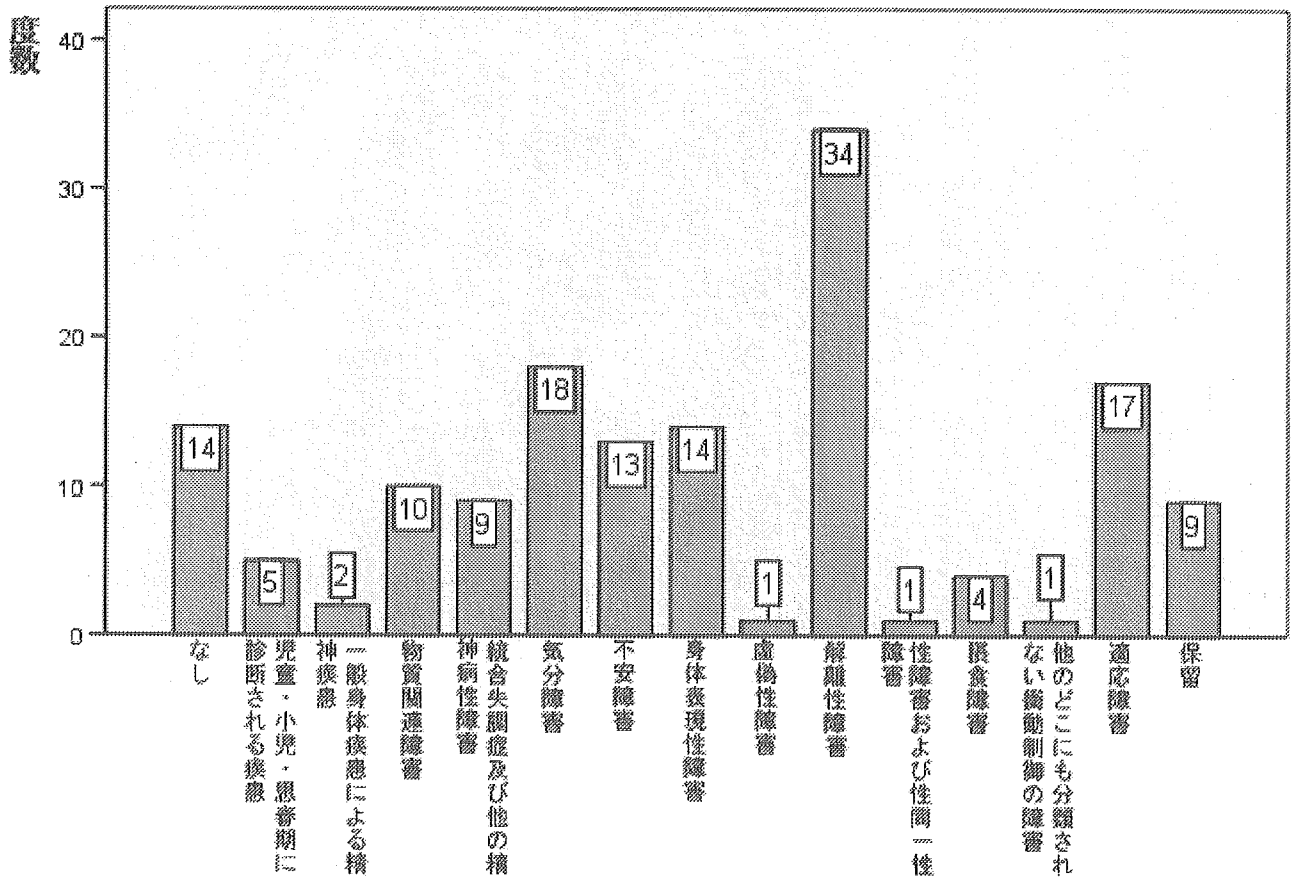
### 2～4回目企図時診断



### 2～4回目企図時診断

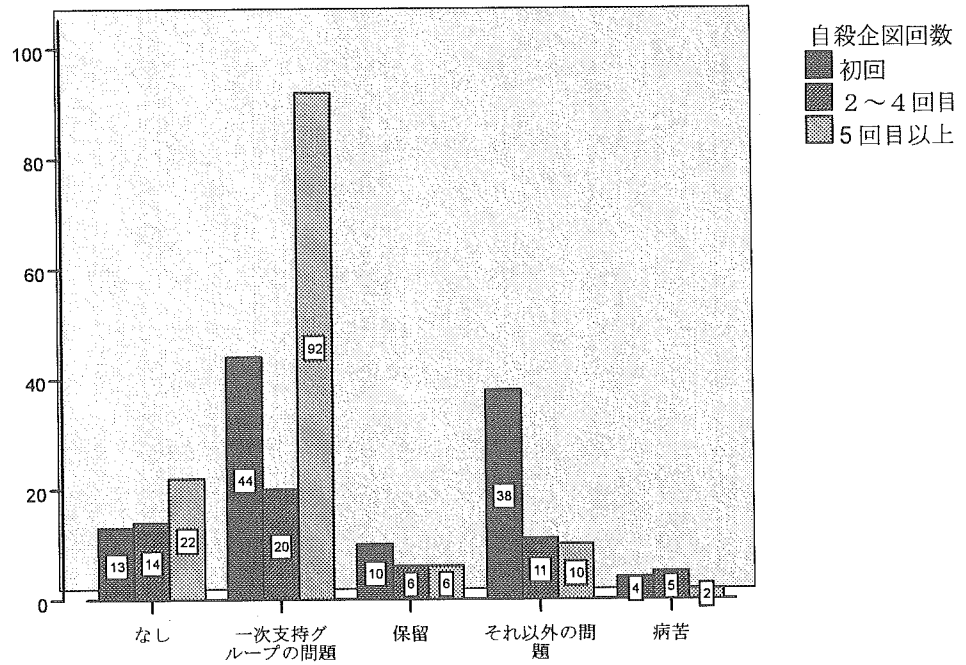
図 8

5回目以上企図時診断



5回目以上企図時診断

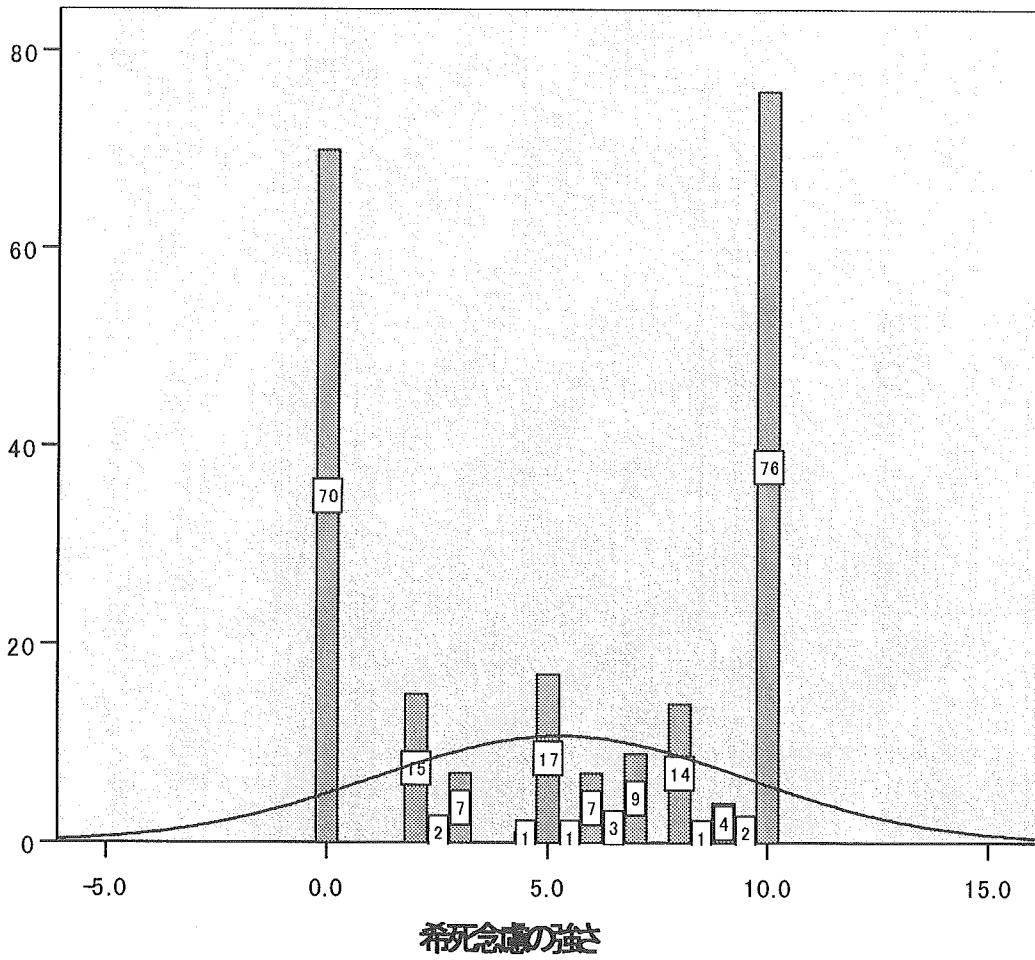
図 9



Ax4

図 10

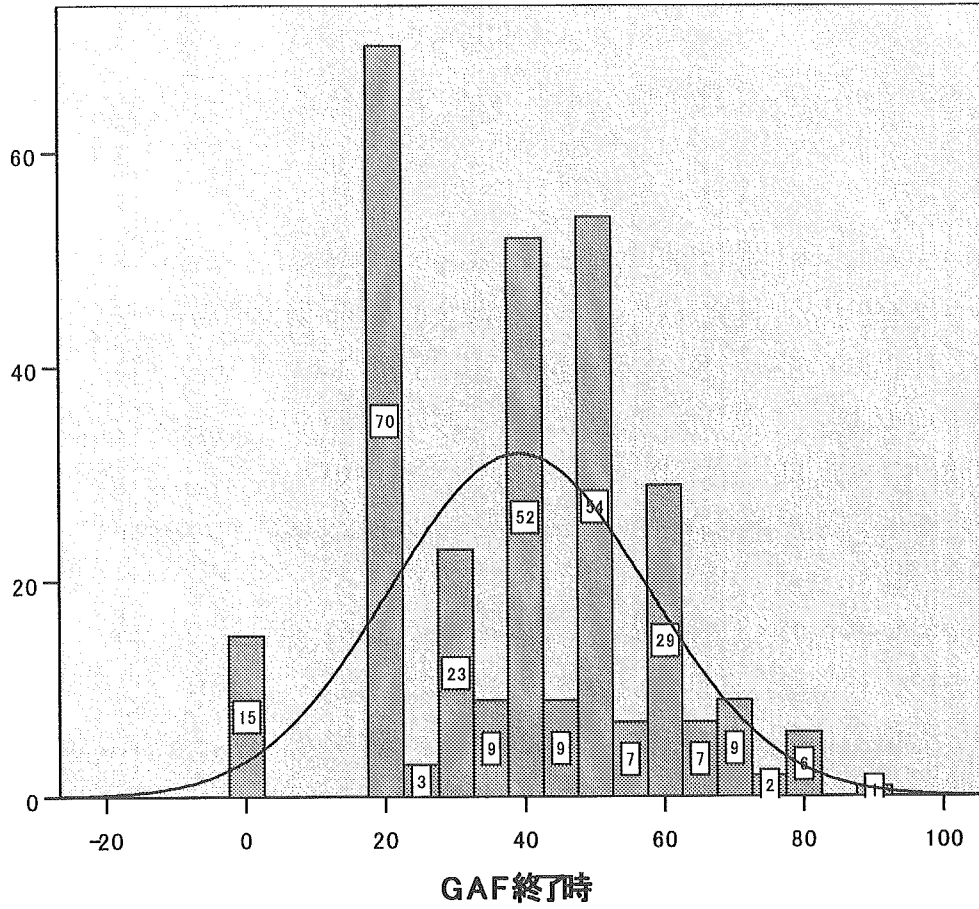
### 希死念慮の強さ



平均値=5.288  
 標準偏差=4.2403  
 N=229

図 11

# GAF 終了時



平均值=39.17  
標準偏差=18.487  
N=296

图 12

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学推進研究事業）

（分担）研究報告書

### 自殺企図の実態と予防介入に関する研究

（分担）研究者 増子博文 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座

#### 【研究要旨】

(1) 福島県立医科大学医学部附属病院高次救急センターを受診し、かつ精神科に紹介された中で最も重篤な身体症状を示した自殺企図群 96 例（平成 5 年 1 月 1 日から 14 年 12 月 31 日の間の最重症自殺企図；全自殺企図の約 10%）について、2 年半-10 年の予後調査を行った。その結果、最重症自殺企図の後の精神科医の診療継続期間に「再企図による死亡（既遂）」は、1 例のみであった。従って、精神科通院継続は、最重症自殺企図の再企図を予防する上で一定の効果がある可能性が示唆された。

(2) 福島医大法医学講座との共同研究を行った。向精神薬の大量服薬は自殺企図の手段として多用される。今回は、尿中ベンゾジアゼピン類および抗うつ薬の検出方法について検討した。その結果、市販の試薬の検出力には一定の限界があることが判明した。今後、さらに実用性の高い試薬の開発が望まれる。

(3) 抗うつ薬が有効であった患者、m-ECT が有効であった患者では、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。特に、ノルアドレナリン代謝産物である血漿 MHPG 濃度が SSRI 投与後および m-ECT 施行後に症状改善と一致して低下することが見いだされた。m-ECT は自殺念慮を持つ患者に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度の関連を検討する予定である。

#### A. 研究目的

(1) 重症自殺企図患者の精神医学的予後を知る目的で、福島県立医科大学高

次救急センターを受診した重症自殺企図患者の長期予後調査を行う。

「重症自殺企図」患者を、「麻酔科と精神科を併診した自殺企図症例」と規定した。福島県立医科大学医学部附属

病院高次救急センターでは、自殺企図患者のうち身体的に最も重症な患者を麻酔科が管理している。(軽症自殺企図患者に対しては、麻酔科は対応しない。救急科単独または精神科単独で対応している。)

(2) 福島医大法医学講座は福島県内における自殺既遂の1年間の全数調査を行っている(精神神経学雑誌、106巻、17-31、2004)。今回は、福島医大法医学講座との共同研究を行った。向精神薬の大量服薬は自殺企図の手段として多用される。今回、尿中のベンゾジアゼピン類および抗うつ薬の検出限界について検討した。

(3) 福島県立医科大学医学部附属病院神経精神科では、倫理委員会の承認を得て、書面によるインフォームドコンセントを得られた入院患者全員に血漿モノアミン代謝産物濃度(5HIAA, HVA, MHPG)を測定している。特に、気分障害圏の患者は、入院時およびその後3週間ごとに測定している。この中で、自殺企図した症例と、自殺企図しなかった症例の血漿モノアミン代謝産物濃度を比較する。

## B. 研究方法

(1) 福島県立医科大学医学部附属病院「重症自殺企図患者」データベース構築ならびに長期予後調査

昨年度は、1993年(平成5年)1月1日から1997年(平成9年)12月31日の5年間に福島県立医科大学医学部附属病院麻酔科を新たに受診した患者の内、福島県立医科大学医学部附属病院神経精神科の受診歴のある患者を抽出した。このうち、自殺企図のために救急患者として麻酔科を受診した患者を対象として、病歴から以下の項目を調査した。すなわち、調査項目は、年齢、性別、麻酔科初診年月日、神経精神科初診年月日、麻酔科診断名、神経精神科診断名、自殺企図の有無、自殺手段、麻酔科入院歴、神経精神科入院歴である。

本年度は、さらに調査期間を拡大した。すなわち、1993年(平成5年)1月1日から2002年(平成14年)12月31日までの重症自殺企図96例を対象とした。

後方視的に病歴により2005年7月31日までの長期予後を調査した。

(2) 福島医大法医学講座との共同研究

福島医大法医学講座との共同研究を行った。向精神薬の大量服薬は自殺企図の手段として多用される。今回は、市販試薬(Triage)による尿中ベンゾジアゼピン類および抗うつ薬の検出限界について検討した。



(3) 精神科全入院患者対象の血漿モノアミン代謝産物濃度測定-自殺企図の有無による比較

(倫理面への配慮) 予後調査の対象となった情報は、通常の診療行為の際に獲得される範囲内のものである。

## C. 研究結果

(1) 福島県立医科大学医学部附属病院「重症自殺企図患者」データベース構築  
ならびに長期予後調査

1993年(平成5年)1月1日から1997年(平成9年)12月31日の5年間に福島県立医科大学医学部附属病院麻酔科を新たに受診した患者7,068人の内、福島県立医科大学医学部附属病院神経精神科の受診歴のある患者430名を抽出した。この430名のうち、自殺企図のために救急患者として麻酔科を受診したものは86名であった。この86名について、病歴から以下の項目を調査してデータベースを構築した。すなわち、調査項目は、年齢、性別、麻酔科初診年月日、神経精神科初診年月日、麻酔科診断名、神経精神科診断名、自殺企図の有無、自殺手段、麻酔科入院歴、神経精神科入院歴である。

本年度は、さらに調査期間を拡大した。すなわち、平成5年1月1日から14年12月31日の重症自殺企図96例を対象とした。方法は、福島県立医科大学医学部附属病院高次救急センターを受診し、かつ精神科に紹介された重篤な身体症状を示した自殺企図96例(麻酔科対応例=全自殺企図の約10%)について、2年半-10年の予後調査を行った。その結果、調査期間中の死亡例は12例であった。その内訳は、初回企図既遂9例、病死2例であり、自殺企図の後の精神科医の診療継続期間の「再企図による死亡(既遂)」は、1例のみであった。

(2) 福島医大法医学講座との共同研究

福島医大法医学講座との共同研究を行った。向精神薬の大量服薬は自殺企図の手段として多用される。今回は、向精神薬の中で、ベンゾジアゼピン類および抗うつ薬について検討した。尿中の検出力について調査した結果、市販の試薬の検出力には一定の限界があることが判明した。

(3) 精神科全入院患者対象の血漿モノアミン代謝産物濃度測定-自殺企図の有無による比較

精神科全入院患者のうち、気分障害

患者の血漿モノアミン代謝産物濃度測定結果を検討したところ、抗うつ薬が有効であった患者とm-ECTが有効であった患者とでは、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。

#### D. 考察

##### (1) 福島県立医科大学医学部附属病院「重症自殺企図患者」データベース構築

##### ならびに長期予後調査

福島県立医科大学医学部附属病院高次救急センターを受診し、かつ精神科に紹介された重篤な身体症状を示した自殺企図 96 例（麻酔科対応例＝全自殺企図の約 10%）について、2 年半-10 年の予後調査を行った（平成 5 年 1 月 1 日から 14 年 12 月 31 日の重症自殺企図）。自殺企図の後の精神科医の診療継続期間に「再企図による死亡（既遂）」は、1 例のみであった。従って、精神科通院継続は、自殺企図の再企図を予防する上で一定の効果があることが示唆された。

##### (2) 福島医大法医学講座との共同研究

福島医大法医学講座との共同研究を行った。向精神薬の大量服薬は自殺

企図の手段として多用される。今回は、向精神薬の中で、ベンゾジアゼピン類および抗うつ薬について検討した。その結果、市販の試薬の検出力には一定の限界があることが判明した。今後、さらに実用性の高い試薬の開発が望まれる。

##### (3) 精神科全入院患者対象の血漿モノアミン代謝産物濃度測定-自殺企図の有無による比較

抗うつ薬が有効であった患者とm-ECTが有効であった患者との間には、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。m-ECTは自殺念慮を持つ患者に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度を検討する予定である。

#### E. 結論

(1) 福島県立医科大学医学部附属病院高次救急センターを受診し、かつ精神科に紹介された重篤な身体症状を示した自殺企図 96 例（麻酔科対応例＝全自殺企図の約 10%）について、2 年半-10 年の予後調査を行った（平成 5 年 1 月 1 日から 14 年 12 月 31 日の重症自殺企図）。自殺企図の後の精神科医の診療継続期間に「再企図による死

亡（既遂）」は、1例のみであった。従って、精神科通院継続は、自殺企図の再企図を予防する上で一定の効果があることが示唆された。

(2) 福島医大法医学講座との共同研究を行った。向精神薬の大量服薬は自殺企図の手段として多用される。今回は、向精神薬の中で、ベンゾジアゼピン類および抗うつ薬について検討した。その結果、市販の試薬の検出力には一定の限界があることが判明した。今後、さらに実用性の高い試薬の開発が望まれる。

(3) 抗うつ薬が有効であった患者、m-ECT が有効であった患者では、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。特に、ノルアドレナリン代謝産物である血漿 MHPG 濃度が SSRI 投与後および m-ECT 施行後に症状改善と一致して低下することが見いだされた。m-ECT は自殺念慮を持つ患者に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度の関連を検討する予定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

## 1. 論文発表

- (1) 佐藤奈美、大場真理子、阿部正幸、大里雅紀、菅野智美、和田明、増子博文、丹羽真一：福島県立医科大学附属病院高次救急センターにおける自殺企図者の神経精神科的考察（投稿中）
- (2) 増子博文、小林直人、竹内賢、上野卓弥、三浦至、宮下伯容、丹羽真一：気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度の変化から見た m-ECT の奏功機序（The effect of m-ECT on plasma monoamine metabolites level in patients with mood disorder）. 精神医学（印刷中）
- (3) 栗崎恵美子、平岩幸一、増子博文、岡野高明、丹羽真一：ベンゾジアゼピン類のイムノアッセイ法の評価. 法医学の実際と研究 2000; 43:69-73
- (4) 栗崎恵美子、林田真喜子、仁平信、大野曜吉、増子博文、岡野高明、丹羽真一、平岩幸一：Triage による抗うつ薬のスクリーニング. 法医学の実際と研究 2003; 46: 95-98
- (5) Kurisaki E, Hayashida M, Nihira

M, Ohno Y, Mashiko H, Okano T, Niwa S, Hiraiwa K.: Diagnostic performance of Triage for benzodiazepines: urine analysis of the dose of therapeutic cases. J Anal Toxicol. 29:539-43 2005

子、丹羽真一

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## 2. 学会発表

(1) 第61回日本心身医学会東北地方会  
(2005年9月10日、盛岡市)

症状改善に一致してパロキセチンの副作用としての悪心が再燃したパニック障害の一例：増子博文、佐藤葉月、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

(2) 第62回日本心身医学会東北地方会  
(2006年2月18日、仙台市)

精神症状改善に一致して抗うつ薬(SSRI, SNRI)の副作用としての嘔気が出現した

5例：増子博文、竹内賢、三浦至、佐藤葉月、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

(3) 第17回福島県精神医学会 (2006年2月19日、福島市)

精神症状改善に一致して抗うつ薬(SSRI, SNRI)の副作用としての嘔気が出現した

5例：増子博文、竹内賢、三浦至、佐藤早苗、佐藤葉月、小山徹平、山本佳

## 医療機関におけるメンタルヘルスケアの確立に関する研究

—自殺企図事例を含めた検討—

分担研究者：黒木宣夫 東邦大学佐倉病院精神医学研究室

【研究要旨】医療機関に対する国民の目はますます厳しくなり、必然的に病院は完全管理対策に取り組まざるを得ない時代となったが、医療過誤訴訟の認容率<sup>1)</sup>は平成8年40%、平成10年44%、平成12年46%近年次第に上昇傾向にあることが報告されている。さらに医療に対する信頼を揺るぎないものとするためにも、常に病院の現状と問題点を明確して改善対策を日常臨床の中で維持しなければならず、さらに最近、多くの医療機関で目標管理制度や電子カルテが導入され、在院日数短縮、稼働率アップが求められるようになり、病院で働く従業員に過重負荷がかかっていることは論をまたない。そこで、平成17年3月に職業性ストレス簡易調査票、CES-D（抑うつ度）を全職員680人に実施し、545名の回収が得られた。回収された対象者を女性のみ職場とその他に分類して職場ごとのストレス、すなわち「仕事の量的負担とコントロール」「上司の支援と同僚の支援」「総合健康リスクとCES-D」に関して検討を加えた。さらに自殺念慮・自殺企図者事例に関する介入についても若干の考察を加えて報告した。また最近の労災・公務災害事例（自殺）についても報告した。

### A. 医療福祉業における精神障害の労災補償状況<sup>2)</sup>

1. 平成16年度の精神障害等の労災補償状況をみると、精神障害の請求件数は524件であり、前年度に比べ77件の増加（17.2%増）、認定件数は130件であり、

前年度に比べ22件の増加（20.4%増）している。そして平成16年度の医療福祉関係の請求件数は52件であり、認定件数が20件に及び、製造業（30件）について第2位となっている。

### B. 研究方法

病床数300の総合病院であり、2次救急を中心とした地域中核病院である。調査内容は、作成したアンケート調査と

CES-D（抑うつ）、職業性ストレス簡易調査<sup>3)</sup>を平成17年3月に実施し、職場ご

とのストレス負荷とCES-Dとの関係を検討し、自殺予防ならびにメンタルヘルスケア体制の確立に向けて検討を加えた。

### C. 研究結果

#### 1. 作成したアンケート調査結果

##### 1) 調査対象

	医師	看護師	技術職	事務職	不明	合計
対象数	120	342	120	79		661
回収数	79	310	83	64	9	545
回収率	65.8%	90.6%	69.2%	81.0%		82.5%

従業員は661名、医師120名、看護師342名、薬剤師、臨床工学士、検査技師等の技術職が120名であり、全体の回収率は82.5%（回収数は545）であった。

##### 2) 性別

職種	医師	看護師	技術職	事務職	合計	%
女	14	296	43	45	398	74.3%
男	63	6	32	14	115	21.5%
不明	2	8	8	5	23	4.3%
件数	79	310	83	64	536	100.0%

全体の74%(398)が女性であり、22%(115)が男性である。

### 3) 年齢

年齢	医師	看護師	技術職	事務職	合計	%
20~29	1	158	7	18	184	34.3%
30~39	38	83	37	25	183	34.1%
40~49	17	26	19	9	71	13.2%
50~59	18	30	8	3	59	11.0%
60~69	2				2	0.4%
不明	3	13	12	9	37	6.9%
	79	310	83	64	536	100.0%

20~39歳の従業員は全体の68.5%(367名)を占め、50歳以上は11.4%(61名)にすぎない。

### 4) 現在の健康状態

現在の健康状態	医師	看護師	技術職	事務職	合計	%
1.全く悪い	1	4			5	0.9%
2.悪い	9	60	8	9	86	16.0%
3.普通	52	202	58	50	362	67.5%
4.良い	13	36	12	4	65	12.1%
5.非常に良い	4	6	5	1	16	3.0%
不明		2			2	0.4%
	79	310	83	64	536	100.0%

現在の健康状態が、「全く悪い」と回答した者は5名(0.9%)、「悪い」と回答した職員は16%(86)であった。

### 5) 近年の自殺報道

近年の自殺の報道	医師	看護師	技術職	事務職	合計	%
1.気になる	19	191	40	40	290	54.1%
2.気にならない	45	66	34	10	155	28.9%
3.人ごとではない	6	32	6	7	51	9.5%
4.わからない	9	21	3	7	40	7.5%
	79	310	83	64	536	100.0%

近年の自殺報道に関して、「気になる」と回答した職員は54.1%(290)であった。

### 6) 自分の精神状態について

自分の精神状態について(複数回答可)	医師	看護師	技術職	事務職	合計	%
1.大丈夫だと思っている	37	87	38	23	185	34.5%
2.大丈夫だと思おうようにしている	25	94	14	19	152	28.4%
3.大丈夫と思うがチェックしてほしい	5	60	13	10	88	16.4%
4.性格傾向について知りたい	3	54	15	10	82	15.3%
5.かまわないでほしい	4	4			8	1.5%
6.わからない	5	7	3	1	16	3.0%
記載なし		4		1	5	0.9%
	79	310	83	64	536	100.0%

「1.大丈夫だと思っている」と回答した職員が34.5%(185)、「2.大丈夫だと思おうようにしている」との回答は28.4%(152)。

「3.大丈夫と思うがチェックしてほしい」との回答は、16.4%(88)であった。

### 6) 「死にたい」と思ったこと

「死にたい」と思ったこと	医師	看護師	技術職	事務職	合計	%
1.ある	15	122	22	29	188	35.1%
2.なし	56	146	52	28	282	52.6%
3.わからない	8	41	8	7	64	11.9%
記載なし		1	1		2	0.4%
	79	310	83	64	536	100.0%

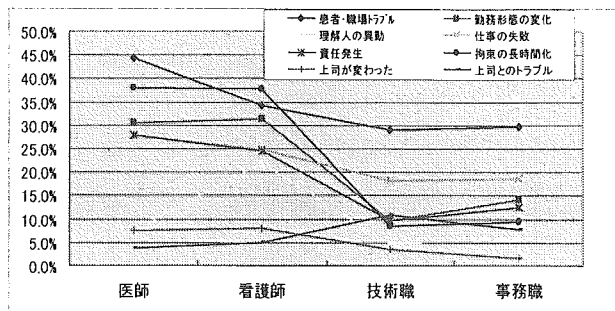
「死にたい」と思ったことが「1.ある」と回答した職員は35.1%(188)、「2.なし」と回答した職員は52.6%(282)であった。

### 7) 自死の決行を考えたこと

自死の決行を考えたこと	医師	看護師	技術職	事務職	合計	%
1.ある		21	3	6	30	5.6%
2.なし	77	277	78	53	485	90.5%
3.わからない	2	10	2	5	19	3.5%
記載なし		2			2	0.4%
	79	310	83	64	536	100.0%

「自死の決行を考えたこと」が「1.ある」と回答した職員は5.6%(30)、「2.なし」と回答した職員は90.5%(485)であった。

### 8) 職種別のストレス



医師が最も感じているストレスは、「患者・職場トラブル」「拘束の長時間化」であり、看護師は「拘束の長時間化」「患者・職場トラブル」であり、薬剤師、放射線技師、検査技師などの技術職は「患者・職場トラブル」「仕事の失敗」であり、事務職は「患者・職場トラブル」「仕事の失敗」であった。職種間で大きく差異がみられたのは、「理解人の異動」が看護職に特徴的であり、医師、看護職は「責任発生」が技術職、事務職に比べ大きな差異が認められた。

## 2. 女性の職場(主として看護師) ＜職業性簡易ストレス調査 CES-D＞

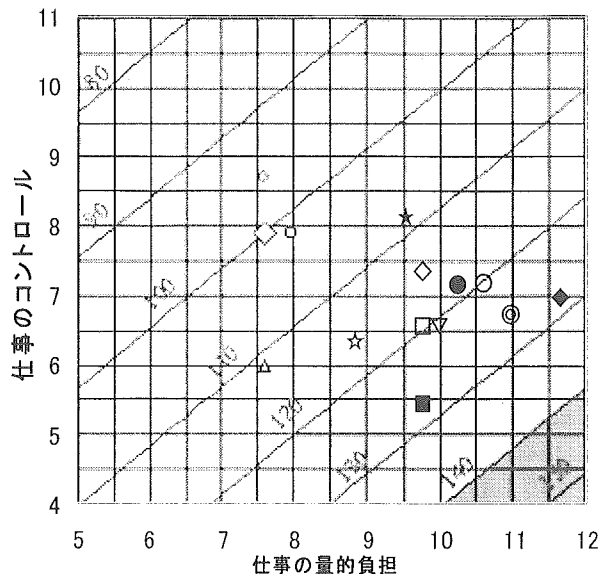
職場名	人数	量的負担 (点)	コントロール (点)	上司の支援 (点)	同僚の支援 (点)	健康リスク 量-コントロール 職場の支援	総合	
外来	68	8.9	6.4	7.1	8.5	115	93	106
病棟1	41	9.5	8.1	8.0	9.0	108	81	87
病棟2	31	10.2	7.1	7.8	9.1	118	83	97
病棟3	26	10.3	7.0	8.0	8.7	120	84	100
病棟4	24	11.0	6.6	7.8	8.7	126	86	108
病棟5	29	9.4	7.2	7.0	8.2	113	98	110
病棟6	28	11.6	6.8	7.6	8.4	128	90	115
ICU	26	9.7	6.5	6.8	8.0	119	101	120
手術室	24	9.6	5.5	6.8	7.4	126	107	134
診療録センター	26	9.7	6.5	4.4	8.0	119	128	152

外来は看護師、クラークで主に構成され、回収数は68、対象病棟の専門診療科は、病棟1(41)は産婦人科・NICU病棟、病棟2(31)は小児科・眼科病棟、病棟3(26)は消化器病棟、病棟4(24)は泌尿器・脳外科・糖尿代謝、病棟5(29)は整形・耳鼻科・内科、病棟6(28)は循環器・内科、ICU(26)、手術室(24)、診療録センター(26)〈( )は回収数〉であった。

### 1) ストレス判定図

☆	★	○	●	◎	◇	◆	□	■	▽
外来	病棟1	病棟2	病棟3	病棟4	病棟5	病棟6	ICU	手術室	診療録センター

### 1)-1: 仕事の量的負担とコントロール



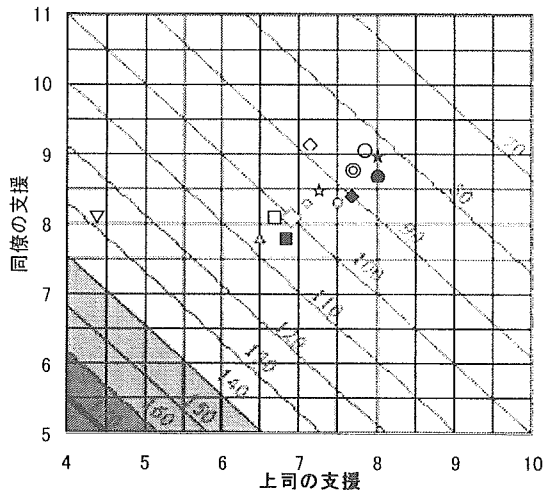
「ストレス判定図の読み方」によると「仕事の量的負担」と「仕事のコントロール(裁量権または自由度)」に関して、仕事で求められる作業の量やスピードに比べて、自分の裁量権や自由度が限られている(仕事上のコントロールが低い)場合に高ストレスとなり、健康上の問題がおきやすくなる。仕事のコントロールが高い管理職にくらべて、作業の進め方ややり方が限定されている製造ラインの作業員ではわずかな作業量の増加でもストレスになりやすいと記載されている。

このような考え方で左図の判定図をみると、手術室、循環器・呼吸器内科病棟、整形・耳鼻科・内科病棟に心理負荷がかかっていることがわかる。そして、仕事の量的負担とコントロールに関する健康リスク110~130に入った職場は、外来を除く全ての職場ということになる。

### 1)-2: 上司の支援と同僚の支援

「ストレス判定図の読み方」によると「上司の支援」と「同僚の支援」に関して、上司が職場をうまく管理している場合や、必要に応じて部下の相談などにのってくれる場合、つまり上司の支援が高い場合に仕事上のストレス

は少なくなり、また、一緒に仕事をしている職場の同僚が困った時に助言をしてくれたり、相談にのってくれたりする場合、つまり同僚の支援が高い場合に仕事のストレスは少なくなる。



上記の考え方から考えると手術室、ICU、診療録管理センターに心理負荷がかかっていることがわかる。そして、上司の支援と同僚の支援に関する健康リスクで110以上の職場は、診療録管理センターのみであった。

## 2) 総合健康リスクとCES-D

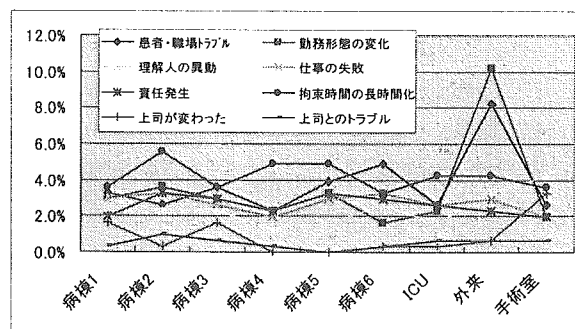
職場名	人数	健康リスク			CES-D	
		量-コントロール	職場の支援	総合	得点16点以上	割合
外来	68	115	93	106	22	32.4%
病棟1	41	108	81	87	21	51.2%
病棟2	31	118	83	97	14	45.2%
病棟3	26	120	84	100	13	48.1%
病棟4	24	126	86	108	16	61.5%
病棟5	29	113	98	110	18	62.1%
病棟6	28	128	90	115	13	44.8%
ICU	26	119	101	120	14	51.9%
手術室	24	126	107	134	17	68.0%
診療録センター	26	119	128	152	8	44.4%
全体	323	119.2	95.1	112.9	156	48.2%

職業性簡易ストレス調査結果による健康のリスクとCES-Dとの関係をもてみると、CES-Dで16点以上を示した職員の割合が高い病棟は、病棟1(産婦人科・NICU)、病棟4(泌尿器・脳外科・糖

尿病代謝)、病棟5(整形・耳鼻科・内科)、ICU、手術室であった。

「ストレス判定図の読み方」によると、「判定図から得られた健康リスクは、現在の職場の仕事のストレス要因が、どの程度従業員の健康に影響を与える可能性があるかの目安となるものであり、健康リスクがいくつを越えれば対策が必要かという基準はないが、現状よりも健康リスクを少しでも低下させる努力が必要。たとえば健康リスク120は、従業員のストレス反応(ゆううつや不安)、医療費、疾病休業が通常の20%増しと予想される状態。対策によって健康リスクを100(平均程度)あるいはさらに改善できれば、従業員、事業所および健康保険組合にとって大きな利益があると予想。健康リスクが150を越えたケースでは健康問題が顕在化している例が多く、早急な改善が必要な状態。」と説明されている。上記の考え方より総合健康リスクを考えると、20%以上の総合健康リスクが高い病棟はICU、手術室、診療録管理センターであり、必ずしもCES-Dの結果と平行して総合健康リスクが高いという結果が得られたわけではなかった。

## 3) 所属部のストレス



看護師の働く職場で感じているストレスは大きく違うようである。つまり、外来では「勤務形態の変化」「患者・職場トラブル」を強く感じている看護師が多く、病棟5(整形・耳鼻科・内科)、手術室を除くと最も強く感じているストレスは「責任発生」であり、病棟5



は「患者・職場ストレス」、手術室は「理解人の異動」であった。

### 3. 看護師以外の職場

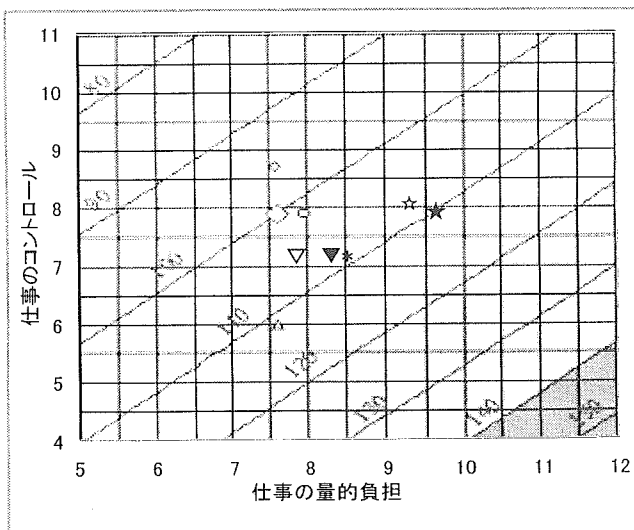
#### <職業性簡易ストレス調査 CES-D>

職場	人数	量的負担(点)	コントロール(点)	上司の支援(点)	同僚の支援(点)	健康リスク		総合
						量-コントロール	職場の支援	
薬剤師	33	7.9	7.0	6.7	7.9	101	110	111
技術職	53	8.4	7.1	7.6	8.1	105.3	100.0	105
外科系医師	42	9.3	8.0	8.9	8.7	104	82	85
内科系医師	38	9.6	7.8	8.7	8.8	107	82	87
事務職	42	8.4	7.2	7.3	8.0	103.5	103	106

看護師以外の職種、薬剤師、技術職(臨床生理・中央放射線・臨床検査)、外科系医師(外科・脳外科・耳鼻科・産婦人科・泌尿器科・眼科)、内科系医師(内科・精神科・小児科・放射線・病理)、事務職に分類して検討した。

#### 1) ストレス判定図

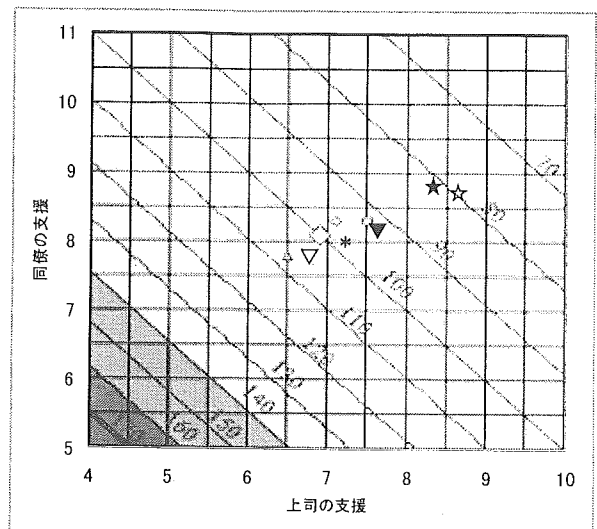
▽	▼	☆	★	*
薬剤師	技術職	外科系医師	内科系医師	事務職



#### 1)-1: 仕事の量的負担とコントロール

仕事の量的負担は、看護師以外の職種では全て高く、コントロール点も高いため、上記職種に関しては仕事の量的負担とコントロールに関する健康リスクは100~110であった。

#### 1)-2: 上司の支援と同僚の支援



看護師以外の職種では、薬剤師のみが上司・同僚の支援に関する健康リスクは110であるが、他の職種は全て良好であった。

#### 2) 総合健康リスクと CES-D

総合健康リスク100を平均と考えると、薬剤師が111であるものの、総合的健康リスクはそれほど高くないと判断してよさそうである。CES-Dの結果も16点以上の職員の割合は23~32%で看護師に比較すると低い結果が得られた。

職場	人数	健康リスク		総合	CES-D	
		量-コントロール	職場の支援		得点16点以上	割合
薬剤師	33	101	110	111	8	24.2%
技術職	53	105.3	100.0	105	17	32.1%
外科系医師	42	104	82	85	11	26.2%
内科系医師	38	107	82	87	9	23.7%
事務職	42	103.5	103	106	10	23.8%

#### D. 自殺・自殺企図事例

##### 事例1 女性 30歳後半

現病歴：X年Y月中旬にAチームリーダーに「消えてなくなりたい」とメールがあり、「一人で悩まないで相談して」というメールが返ってきた。以前から痕跡をなくしたいという気持ちがあり、9年前にも大きな波があった。季節の変わり目が苦手、気分の浮き沈みが1年間の中に数回ある。今回はY-1月ぐら

いから決断するのに時間がかかるようになっていた。Y+1月に入り同期から本人のいる上司に相談、生理休暇を数ヶ月連続で本人が休んでいると上司はY+1月8日に部長に報告、Y+1月10日に本人と部長が面接、精神科医にかかるように勧められるが拒否、女性のカウンセラーのカウンセリングを受けることを承諾。部長がカウンセラーに連絡を取り、2週後にカウンセリング予約となる。2週間カウンセリングが延びたことに対し「自分は面接までたどり続けることができるだろうか」と思ったようだ。自分の異常さの程度、また何が原因かをカウンセリングで知りたかったが、「風邪を引いたようなもの」と言われ、病院へかかるように言われた。カウンセラーは本人と面接をしたが守秘義務の観点から、部長、上司には報告せず、産業医にも知らせなかった。面接の翌日には同期と新宿に外出したが、何故、涙が出てくるのかわからなかった。同期には気づかれないように振舞っていた。その翌日午後上司に「今日は身体が動かない」と本人から連絡が入り、緊急事態となった。

#### <対応と介入>

上司から相談を受けた精神科医は、上司に緊急事態と説明した上で守秘義務として関係者に連絡をしていなかったカウンセラーに連絡を取り、守秘義務より何が起こるか、わからない状況であり緊急に対応が求められるとして本人のカウンセリングの状況について確認をすると同時に上司に自宅訪問をしていただき、本人の了解が得られたら、家族への連絡をして至急、一人暮らしをしている本人に付いてもらうよう指示を出した。上司は、自宅訪問した上で数時間、説得をしたが、家族への連絡には了解しなかった。しかし、上司が自宅へ帰った後に上司に「兄弟なら連絡をしてもかまわない」と連絡が入った。そこで上司は至急、連絡を取ったが、連絡が取れず、早朝に入り連絡が取れ、本人宅を至急、訪問して精神科受診をして

ほしい旨を伝えた。兄が訪問したところ、すでに薬物を用い自殺企図を行っていた。兄は救急車を呼び、一般科に救急入院となり、命を取りとめた。

#### 事例2 女性 20歳代

最初は人間関係で悩んでいたが、自分が向いていないんじゃないかと思うようになり、注意されると自分ではできないんじゃないか、何故、勉強しないのと言われると自分なりに勉強したのに駄目だとか、こういう形で看護しなくても良いかな、こんな辛い思いしなくても思うようになった。家族には相談できないし、師長さんに新人だから相談しづらい。泣き虫なので、先輩に指導される時も涙が出てしまう。師長に「辞めさせてもらいたい」と話をした。今の部署に合わない。忙しくて、人間関係から何もかも嫌になった。今は悩んでいるわけではなくて、もう良いかなと思う。自分の時間もないし、早い時は7~8時に帰るけど、休んだ気にならない。遅いと10時とか、朝、来たくなくて、このまま事故に遭って死ねば良いと考えるようになった。

#### <対応と介入>

相談を受けた精神科医は、辞めてどうしたいのか、確認したところ、違う職場に行きたいとのことであった。上司に相談したが、「簡単に行けない、受け入れる側も理由がないと困る」との返事をもらっていたとのことであった。現職場での限界は何か、聞いてみると「自分ができない、周りの人も思っていると思う、2ヶ月前に『あなた、どうしてできないの』と言われた。できない、できないと言われて自信がなくなっていた。やさしい先輩に『質問してわかるような顔しているのに言わない』と言われた。『自信がないのにできると言うな』と言われて、黙ってしまうようになった。..上司は気にかけて

くれるが、私の評価はその人しかないないので、その人が駄目と言ったら駄目…辛くて辛くて仕事ができない。職場から離れたいという気持ちは強い、そうすると我儘かなとか、考えてしまう。」と述べ、勤務前日は眠れないとのことであった。

また「2ヶ月前は、辞めたいという気持ちはあるが、楽しい時もある。別の職場、たとえば訪問看護とかも探したとのことであった。本人の病態は、神経症水準と判断し、異動を強く訴えることも我儘と本人自身が考えていたが、とりあえず異動を検討していただくように看護部に申し出を行い、別の職場へ異動となった。異動後6ヶ月を経過したが、元気に職場で勤務している。

### 事例3 女性 中途採用

某病院には2年前まで6年間勤務していた。結婚退職し、数年後に離婚して最近、病院の近くの実家に転居してきた。新年度から採用されたが、仕事が思うようにいかない。研修が終了して勤務をする日から数日して嘔吐と下痢が出現し、勤務ができなくなり、上司は内科受診を勧め受診したものの身体的には異常なく、精神科受診となった。

#### <対応と介入>

本人の最初の面接では「息しているのも苦しい感じ、入職した月の中旬から苦しい。きっかけがあったわけではない。生きているのが辛い。前の病院でもらった睡眠薬を2週分持っていたので、飲んでしまおうとか、それだけでは死ねないとか、死のうと思った。手を切るか、飛び降りるか、そういうことばかり考えてしまう。同月下旬から急に死にたい、今日死んでやろうとか、今日死のうとか考えるようになった。仕事が合わない。病棟が合わない。何となく、そういう風に感じる。おっくうな気持ち、仕事行く前とか、化粧するのもおっくうで手に力がはいらな

い。手が震えてきてしまうとか、落ちていていられない。何もできなくてボーンとしている。」と抑うつ状態を呈し、自殺企図の可能性も十分あると判断し、至急、家族に来院していただいた。今までの状況を説明した上で自宅療養とした。自宅療養するとSSRIの抗うつ剤を中等量、睡眠剤の投与で1週ほどで落ち着き、数週すると復職を希望したため、本人の希望を組み複数看護師の配置されている職場(外来)で完全復職に向け半日勤務から始めることとした。半日勤務は問題なかったが、午後3時から通常勤務へと移行したあたりから発熱、風邪を理由に欠勤するようになり、試験勤務1ヵ月半ぐらいで再度、休職となった。その後、1ヶ月して再度、復職を希望してきたが、同じ繰り返にならないように病態水準の確認と受け入れ職場を検討する目的でロールシヤツハテストなどの心理テストを施行した。その結果は、判断能力や複雑な業務遂行能力に問題があることが指摘された。そこで試験勤務を始める際に家族にも来院していただき、その心理テスト結果を伝えると同時に職場は十分配慮して受け入れをしているにもかかわらず、途中で勤務を続行することが困難になることに関して、十分話し合い、当院のような急性期病院だけが看護師の働く場ではないことを告げた。受け入れにあたり本人が一人で判断しなくても良い体制を作ることで受け入れを考え、経過をみた。しかし、前回と同様、1ヵ月半後には発熱、腹痛を主訴に休み始めたので、家族に連絡を取ったところ、家族は休んでいることは知らず元気に勤務しているものと思っていたとのことであった。そして、家族、本人と話し合い、当院への休職-復職を繰り返すことが本人にとって必ずしも良い結果になっていないことを踏まえ、3度目の復職が不可能となった時点で家族、本人から退職の申しでがあり、退職となった。

## E. 労災・公務災害事例

### 事例 A 30代 医師

#### (1) 事例の概要と精神障害発症の有無

平成X年夏のある日、外科医であるAは、肝内結石の疑いのある患者に対し、当該患者の主治医より内視鏡的逆行性胆道膵管造影検査（ERCP）の要請を受け、検査担当医としてERCPを施行した。

患者は、検査中より痛みと吐き気を強く訴えたため、検査を途中で終了したが、合併症である膵炎を発症した。Aは、この時に「これは医源性で私が作った膵炎だから私が主治医になります」と申出ており、主治医を交替し、その後Aが当該患者の治療を行っていたが、数日後、患者の症状が悪化したため手術を施行することになった。

Aは、毎日頻回に患者の病室をたずね、同僚の内科医師に「自分の施行した検査で患者が重体に陥ったのは明らかなことなのに謝罪できないのが辛い」とよく口にしていた。

Aは、検査から数週後に患者の状態が落ちつくまで2~3日病院に泊まったことがあり、妻によれば患者の容態が落ちついてから普段どおりの勤務に帰したが、医師損害賠償保険が切れていることを気にしていた。検査1ヵ月後からいらいらして些細なことでも突っかかってくるようになり、2ヶ月後には態度が一変したり、それまで忘れたことのないポケベルを忘れて行くようになった。さらに「医者をやめようか」との発言もあった。

2ヵ月半後に患者の容態が急変し、これを境にそれまで突っかかっていたのが急に突っかからなくなり、好きであったビールをぴたりとやめ、それまで止めていた煙草を吸うようになった。さらにこの日を境に患者の家族からの風当たりも強くなり、夜も眠れなくなり睡眠薬を服用するようになっている。そして、外科部長、内科部長、Aらで患

者の家族に対して説明を行っている。その翌日Aは、病院で倒れ、点滴を受けている。

その後、患者の容態がさらに悪化し、Aはほとんど病院に寝泊まりするようになり、勤務の合間をぬって患者の病室やナース看護師詰所を頻回に訪室し、患者の状態を聞いている。

妻や病院関係者によれば、傍から見ても相当疲れているようであり、睡眠不足、食欲不振、患者のことになるとおどおどした感じで暗く寡黙になる、うつむいて歩くなどの申述があり、かなりのうつ状態となった。

そして、検査から3ヵ月後の午後、医局で休憩をしていた同僚医師らに対して突然「大丈夫です。自殺なんかしませんから。」と大声で叫び、看護師詰所に出たり入ったりして患者のカルテやモニタを見たりしていた。その翌日、看護師詰所に出たり入ったりを繰り返して詰所にいた看護師に対して「2晩も眠っていないからぼーっとする。ご飯も食べていない。」ともらし、自宅に電話した後、病院の屋上から飛び降りた。

以上のことからERCP検査が誘因となって検査した患者の状態に連動してAの精神状態も変化してきており、検査で患者が重体になったことに非常に責任を感じ、患者の状態が悪化するのと並行して抑うつ状態が増悪している。自殺数日前には、かなり精神病的な状態で、現実判断力、集中力などの機能にも障害が及んでいるが、「精神病症状を伴ううつ病」と判断でき、典型的なその異常心理状態で自殺にいたったものと推認する。

### 事例 B 20代後半 外科医

#### 2005.2 某新聞より

#### 勤務医自殺は労災 M地裁初認定

某県T市の病院に勤務していた医師＝が自殺したのは過労が原因として、父親が、T労働基準監督署長に遺族補償の不支給処分取り消しを求めた訴訟