

V. 自殺・危機介入事例の分析

(1) 事業場外資源からみた危機介入事例の分析

主任研究者：島 悟

A. 調査の目的

厚生労働省は2000年8月に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を策定した。この指針は国が初めて事業場におけるメンタルヘルス対策のあり方を包括的に示したものである。この指針に示される、1)セルフケア、2)ラインによるケア、3)事業場内産業保健スタッフ等によるケア、4)事業場外資源によるケア、の4つのケアが密接に連携し、継続的・計画的に職場における心の健康づくりが計画される必要性が示されている。

これらの4つのケアが、自殺のリスクが高いと思われる危機介入が必要なケースに対してどのように機能し連携が行われているかを分析し、事業場外資源であるEAP機関の立場から労働者の自殺対策の方策を検討した。

B. 研究の方法

神田東クリニックは通常の精神科医療機関であるだけでなくEAP(従業員支援プログラム:Employee Assistance Program)機関であるため、事業場外資源という立場で多くの事業所と関わり、時には精神科専門医やカウンセラーの事業場内への派遣を行い広義の事業場ない産業保健スタッフとしての関わりもあるため、危機介入事例について分析するのに適切な医療機関と考えられる。

ここでの危機介入事例とは、自殺のリスクが高いと判断された状況に対して、本人、家族、管理監督者、人事・労務担当者、産業

保健スタッフなどに何らかのアプローチを行った事例としている。過去2年間で危機介入を行った92例を対象に分析を行った。

C. 調査の結果

1. 危機介入事例の相談経路

危機介入事例の相談経路では、頻度の高いものから順に、メール相談からが22件(24%)、電話相談からが18件(20%)、事業場内産業保健スタッフ(産業医、保健師、看護師、衛生管理者、衛生推進者)からが16件(17%)、神田東クリニックからの派遣精神科専門医からが8件(9%)、神田東クリニックからの派遣カウンセラーからが5件(5%)、人事・労務担当者からが8件(9%)、自ら受診したものが8件(9%)、上司からが4件(4%)、その他3%と続く。神田東クリニックではメール相談や電話相談は事業場の労働者のみならずその家族も相談の対象に含まれているため、家族からの危機介入も含まれていることになる。

2. 危機介入となった内容

危機介入事例の危機の種類としては、希死念慮、自傷行為、状態の悪化、予防的介入、他害もしくはその恐れ、遁走に分類した。ここでは希死念慮は自傷行為を伴わないものを指している。また予防的介入は、本当に危機か判断不明なため専門家への判断の依頼というレベルを指している。分析の結果は、頻度は多い順に、希死念慮が34件(38%)、自傷行為が28件(30%)、状態の悪化が13件(14%)、予防的介入が10件(11%)、他害もしくはその恐れが5件(5%)、遁走が2件(2%)となっていた。

3. 相談経路と危機の内容

メール相談や電話相談など匿名性が強い

経路は件数も多く利用のしやすさがメリットであり、多くの希死念慮を有する事例や自傷行為を有する事例に対し介入が出来る。派遣精神科医や派遣カウンセラーからは自傷行為までいたってしまっているケースを救えているようである。人事・労務担当者からの相談は予防的介入が多いのが目立ち、事業場としてリスクマネジメントの意識が強い職種も関係しているようである。

4. 危機介入に対する対応

危機介入事例に対しての対応として、頻度の多い順に以下のような結果となった。神田東クリニックへの受診(事業場内産業保健スタッフと連携も含まれる)となったケースが43件(46%)と最多で、神田東クリニック受診後他院へ紹介(事業場内産業保健スタッフと連携も含まれる)となったケースが29件(32%)、受診にはいらずメール相談や電話相談をきっかけに事業場内産業保健スタッフと連携を行ったケースが11件(12%)、受診はしていないがメール相談や電話相談を通じて本人に対し受診勧奨を行ったケースが6件(7%)、受診にはいらず人事・労務担当者と連携を行ったケースが2件(2%)、最後に、受診にはいらず上司と連携を行ったケースが1件(1%)となっていた。

D. 考察

神田東クリニックは事業外資源の医療機関ではあるがEAP機関として事業場におけるメンタルヘルスを総合的にサポートすることを非常に重視している機関であるため、本研究は一般の事業場外精神科医療機関とは違った結果が生じていることが予想される。しかしながら事業場と事業場外資源の連携を重視している医療機関における分析であ

るため、自殺予防対策を検討する上では重要な結果であると考えられる。

危機介入事例の相談経路としては、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の4つのケアに基づいて考えると、1)セルフケア(自ら受診:8件(9%))、2)ラインによるケア(上司から:4件(4%))、3)事業場内産業保健スタッフ等によるケア(事業場内産業保健スタッフから:16件+派遣精神科専門医から:8件+派遣カウンセラーから:5件+人事・労務担当者から:8件=37件(40%))、4)事業場外資源によるケア(メール相談から:22件+電話相談から:18件=40件(44%))となる。

メンタルヘルス対策としてラインによるケアを教育研修などにより強化している事業場が増加しており、その結果管理監督者が本人の精神的不調に気がつき本人の話を聴くという習慣も増えてきていると思われる。しかし、危機介入事例に対してはラインによるケアはほとんど機能していない。緊急性の高い医療の介入が必要なためこのような結果につながっているものと思われる。このことは、医療の介入がスムーズに出来る体制を構築することが、自殺予防対策に大きく貢献することが示唆していると考えられる。

しかし一般の事業場外精神科医療機関にはメール相談や電話相談といったルートはないため、こういった対応の取れるEAP機関を利用する大きなメリットと考えられる。

派遣精神科医や派遣カウンセラーが産業保健スタッフとして事業場内に入り自傷行為までいたってしまっている危機介入事例に対応している様子が伺え、狭義の産業保健スタッフによる危機介入を補完しており、機能をサポートしていると思われる。

何らかの形で神田東クリニックにて精神科専門医による診療を受けているものは危機介入事例 92 件のうち 72 件(78%)にも至っており、有機的な連携が可能である医療併設型 EAP 機関だからこそスムーズな診療対応が可能であり、これも重要なメリットと考えられる。

危機介入事例に対する対応で、神田東クリニックを受診後に他院へ紹介となったケースが意外にも多いのは、危機介入事例であるため場合によっては入院が必要で紹介となったり、あるいは独身者が実家で療養となり近医へ紹介をしたためと考えられる。

精神科医療に精通した専属産業医が常駐することによりかなりのケースの危機介入が可能であり自殺予防対策につながると考えられるが、その人材は決して多くない。また、産業医は事業場において産業保健活動のリーダーであり、事業場のメンタルヘルス活動の推進においても重要な役割を担う立場にあるが、その多くは嘱託産業医であり、メタボリック症候群の対策、定期健診結果の判定や事後措置などに多くの時間を割かれ、メンタルヘルス活動を実施するのは非常に困難である。さらに労働者が 50 名以下の事業場には産業医の選任の義務もないことも問題である。

一方、小さな事業場でも労働者 10 名～49 名には衛生推進者、50 名以上には衛生管理者の選任義務があり、メンタルヘルス活動に期待したいところではあるが、実際はメンタルヘルスに関する教育は行き届いているとは言えなく問題は山積みである。

一番实际的であるのは、嘱託産業医と常勤保健師(看護師)のコンビで事業場外資源と連携を図ることだと考えられる。事業場

内に常駐する保健師(看護師)の日常の活動にメンタルヘルス対策を組み込んでしまうことが重要となる。

そこで発生した事例を通してながら連携の組める事業場外資源を早く見つけることが非常に重要となる。前述したように、なかでも人事・労務担当者を含む事業場内産業保健スタッフ等と事業場外資源の密接な連携を目指すならば医療併設型 EAP 機関が着実な労働者の自殺予防対策を実践しやすいと考えられる。

この研究は危機介入事例の対応を中心に検討したが、今後は対応後の転帰なども検討課題として分析が必要と考える。

(2) 事業場外資源(EAP 機関)における自殺介入に関する研究

主任研究者: 島 悟

A. 研究背景・目的

周知のように、わが国においては平成 10 年度以降、自殺が 3 万人を超えて高止まりしている。労働者の自殺も同様に増加し 9 千人前後となっており、深刻な社会問題となっている。この労働者の自殺の増加の背景には、とりわけ 90 年代後半以降の企業経営の悪化にともなう組織や職場環境、そして人事制度などの劇的な変化が、様々な形で大きく陰を落としていると考えられる。数字や時代背景として語ってしまうと、個々の人々の苦悩が見えにくくなってしまいが、自殺は確実に周囲の人々に重大な影響を及ぼす。ご遺族や親しかった人々の悲しみ、傷つき、怒り、戸惑い、その波紋は職場にも及ぶ。共に働いていた同僚や上司、部下など職業上で関わりあった人達は大きな衝撃を受け、人事や産業保健スタッフはこうした周囲

の方々への対応をめぐる戸惑うことになる。

わが国において従来、事後対応(ポストベンション)として語られてきたのは、主にご遺族の心のケアである。しかし、痛ましい事態が及ぼす周囲の人々への深刻な影響に対して、職場においても心のケアが必要であると思われるものの、これまで余り論じられてきていない。

事業場外資源であるEAP機関の神田東クリニックにおける事後対応は、開設当初2年間は1件もなかったが、3年目、4年目、5年目と各1件、6年目2件、7年目3件となっている。増加傾向にあるものの、全8件とまだまだ手探りの状態であるが、事例を紹介しながら、事後対応のあり方についての材料を提供したい。

事後対応は、通常以下のように行われる。企業・組織から連絡が入ると、まずは先方の担当者や当クリニックのスタッフで全体の状況の把握をする。その後、どのような心のケアが望ましいかを検討し、個別の心のケア、もしくはグループに対する心のケアを行う。心のケアの過程で、ハイリスク者を把握し、フォローアップを行う。最終的には、報告会というかたちで、現場やトップへの説明と教育を行う。

事後対応の目的は、二つある。ひとつは、健康な人が異常な事態において呈している正常な反応の立ち直りを支援するという「ファーストエイド」である。もうひとつは、ハイリスク者を把握し、医療機関へつなげるなど、適切なフォローアップを行うことである。さらに、職場組織としての反応への手当という意味もある。

本研究では、従業員に自殺があった時、職場において重大なインパクトを受けていると思われる同僚や上司や部下などの従業員に対して何らかの介入を試みた事例を取り上げた。事例を通して考察できる点を整理し、職場で自殺が発生した場合に、周囲の人々に対する

心のケアの方法、留意点、あり方などについて検討を行なった。

B. 研究方法

事業場外資源の一角を担うEAPサービス機関である神田東クリニックが、2002年から2006年までの間において、企業から自殺発生の連絡を受け、事後対応を行った8事例を研究の対象とした。当該者の属性、背景、事後対応の概要、事後対応の方法、組織としての活動、ケース概要などをまとめた。

なお本研究では、個人情報保護法に照らし合わせて、個人を特定し得る情報は含まれていない。

C. 結果

1. 当該者の属性

【性別】男性5名、女性3名

【年齢層】20代4名、30代2名、40代2名

【精神科受診状況】受診中5名、未受診3名

【婚姻状況】既婚3名、未婚5名(離婚歴1名)

2. 当該者の背景

【勤怠状況】休職中0名、復職後3名、勤怠不良1名

【職務状況】異動2名、新しい職務2名、リストラ1名

【個人的状況】異性問題2名

【自殺念慮の発言】直前:なし5名、あり3名、既往:なし2名、あり6名

【自殺場所】社内2名、自宅6名

3. 事後対応概要

【依頼窓口】人事2件、健康管理室6件

【発生から依頼までの時間】

(1)即日～翌日4件

(2)3日～1週間以内1件

(3) 1週間～2週間以内 1件

(4) 2週間以上 2件

【事後対応実施スタート時期】

(1) 即日～翌日 0件

(2) 1週間以内 3件

(3) 2週間以内 4件

(4) 2週間以上 2件

【対象者】

(1) 第1発見者 2名

(2) 当該者への処置をした者 1名

(3) 救急車や警察への手配者 1名

(4) 同僚 39名

(5) 上司 10名

(6) 部下 0名

(7) 直前にコンタクトしていた者 2名

(8) 社内の恋人 1名

4. 事後対応の方法

個別対応

(1) カウンセラーによる個別面談 41名

(2) 医師とカウンセラーによる個別面談 4名

(3) カウンセラーによるグループワーク 6名

(面談の後リファーマー6名)

(4) 医師による診察 3名

組織対応

(1) 経営トップ層から社員に向けてのメッセージ発信

(2) メンタルヘルスに関する管理職研修を初めて

(3) 管理職研修の義務化

(4) ストレスサーベイの実施

6. ケース概要

プライバシーを考慮し、個人が特定・推察できるとなるような属性と自殺の経緯などの情報は省き、主に援助の内容について記載する。

(1) 40代男性

■概要

会社の経営状態悪化に伴い早期退職の募集があり、応募していた。退職までの数ヶ月間を残した転職活動中の悲劇であった。早期退職については前向きに捉えていたものの、転職活動では思いのほか困難を感じていたようである。自殺の数日前に、悲観的な発言を聞いた同僚もいたようである。

当院への一報は人事から連絡を受けた健康管理室から入った。会社で発見されたため、第一発見者や直前までコンタクトのあった者が、非常に動揺しているということであった。

心の支援の対象となったのは、第1発見者、救急車を手配した者、警察の連絡をやりとりした者の、計3名となった。精神科医とカウンセラーがペアとなって面接を行った。面接時間は一人あたり約1～2時間要した。

面接では、①事実関係で知っていることを伝え、②発生からこれまでの経緯を、順を追って話してもらった。この面談の中で特記すべきことは、以下のような発言が相次いだことである。

「最近の会社の雰囲気はリストラが相次ぎ、誰も自分のことで精一杯である」、「社員同士がサポートし合える雰囲気はなくなっており、誰に対しても懐疑的になっている」、「誰が何にどれ程、悩んでいるのか知りえない、触れてはいけない雰囲気である」などである。

さらに、「こうした悲劇が起ったのは、会社のやり方のせいだ」、「会社はこの事態をどう考えているのか」、「こうした事が起っても、外部機関にその心のケアを依頼する姿勢そのものが間違っているのではないか」というような組織への強い不信任と批判が示された。

面接終了後、一連の事態の概要と面談から窺われる組織的な改善点を、健康管理室および人事に対して報告した。人事はこの事態を

重く受け止め、後日社長から全従業員に対して、組織の激変に対する説明と、社員へのメッセージが発せられた。

■対応を通して

組織に対する問題の指摘が波紋として広がりを見せた事例である。職場での支援を行う場合、組織の過渡期や不安定期とあいまって、潜在化している組織に対する不満や不信感が、こうした衝撃的な出来事を契機に噴出することがある。

職場での支援を行う場合は、予め当該組織の経営状態や組織の統廃合などの組織変化の動向、人員整理などの人事施策、職場の最近の雰囲気など、大枠の動向と特徴などを把握しておく必要がある。また、この事例では、外部からの心の支援の位置づけに関して、会社側からの説明が十分になされていなかったことが、不信や不満をさらに助長させる結果となってしまったと考えられる。

心の支援の必要性和、外部に依頼したことにおける会社としての考えや方針を誠実に、適切に説明する手続きの重要性を示唆した事例となった。会社側は、こうした一連の事態を真摯に捉え、社長自ら社員へのメッセージを発したが、こうしたアクションまでつながったことが、せめてもの救いである。

(2)30代女性

■概要

彼女は、人への思いがとて深く、責任感の強い人であった。頼まれた大事な仕事を全て自宅でやり終えた後、自ら命を絶ったことがメール送信記録で悲しく物語られていた。個人生活でも悩みを抱え長期間の通院をしていた。対人的要素の強いチームで動く仕事であったため、彼女の自殺は、チーム員やチーム上位組織の人々へ、非常に大きなインパクトをもた

らした。

会社関係者が第1発見者となり、健康管理室に情報が伝えられ、健康管理室から当院への対応依頼となった。もともと凝集性の高いチームだったため、心の支援はチーム員3名と関連部署3名でのグループでのケアという形で行われた。このチームでは、自殺後に事実関係の情報の伝わり方に偏りが生じ、チーム員同士の不信感が渦巻いていた。

まず始めに、①このグループメンバー全員が集められた会議の目的について説明され、②自分が情報を知る前後から現在に至る事実経緯をそれぞれ話してもらった。その結果、情報の流れ方に関しては、それぞれの立場でそれぞれが精一杯考えた末でのことであったと理解し合う雰囲気が生まれた。さらに、③今の思いや感情について語ってもらった。「なぜ」という問いと怒りや、自分の内面の問題に引き寄せたの辛さ、同じチーム員として何かができなかったのかという無念や後悔などがそれぞれ語られ、全員が涙した。その後、④今後自分達ができることを語ってもらう中で、このチームを存続させ盛り立てていくことが自分たちの役割であり、彼女への弔いだということが語られ、終了となった。

■対応を通して

近年、重大事故・自然災害・テロなどの重大な事態におけるグループケアで行う心のケアとして、CISM(Critical Incident Stress Management)の中のデブリーフィングという技法が紹介されている。自殺した方と関係の深かった人々が集まって話し合い、自殺の連鎖や不健康なこころの反応を防ごうとするものである。話し合いといっても、原因を追究したり、責任を問うたりするわけではない。自殺があったから適切なタイミングで設定され、事実確認

から感情的な側面までの表現が援助され、メンタルヘルスや心の反応の知識が与えられ、必要であれば個別のフォローアップに促すというような、一連の手順が示されている。

この事例における心の支援では、このデブリーフィングという形式が取られた。個別対応では出来ない参加者同士での理解と共感、自分の感情を受け止められたという信頼、チームが次の一歩に向かう連帯を確認しあう結果となった。

(3)30代男性

■概要

うつ病のための休職を経て、復職した矢先の出来事だった。比較的、周囲に病気への理解があり、復職後の職務内容調整もスムーズに行われていた。本人も希望していた新たな職務が調整され、ソフトランディングの計画が立ち、スタートしたばかりだった。それだけに周囲に強い衝撃と戸惑いが走った。

人事の依頼により健康管理室から相談があった。まず、看護職、直属上司、異動先の上司と、どのような形で周囲のケアが可能か検討するための話し合いが持たれた。その結果、衝撃を受けている可能性の高い9名に対して個別面接をすることになった。

9名の個別面接は自殺発生から2週間後、複数のカウンセラーにより一斉に行われた。面接では、「経緯を詳細に知っている者ほど、不用意に他者に語れない」、「語ってはいけない」という苦悩が語られた。その内1名は以前からうつ病にて精神科に通院中であることが分かり、3名において易疲労感と飲酒過多がみられた。通院中の従業員に関しては、「自分も同じような結果になってしまうのではないか」という強い不安が見られたため、即日の再診を促した。また、3名については2週間以内に再度

カウンセラーからのメールと看護職による面談のフォローアップのコンタクトを取ることを約束し、その様子により受診してもらう可能性のあることを説明した。

■対応を通して

カウンセラーによる個別面接を一斉に行ったケースであるが、すでに精神科に通院中の従業員を見いだし、ハイリスク者として早期再診の介入を行った事例である。職場でのメンタル不調者が急増している昨今、面接対象者に精神科通院中の者がいることは十分に想定される。病状の悪化や、連鎖反応につながりかねず、当然ハイリスク者である。また、周囲も通院者であることを知っている場合は、「彼にも同じことが起るのではないか」という不安から、周囲の人の対応が不自然になることが考えられる。周囲にとっても大きな戸惑いと混乱になり、それがさらに当人にとって辛い状況への追い込む悪循環のトリガーにもなり兼ねない。

こうした場合は、危機介入とともに、個別面接にて周囲に対してもうつ病の適切な知識と対応について伝えていく必要がある。

(4)20代男性

■概要

会社の大きな転換期にあつて、若くして重責を担っていた。非常に多忙であつたことで、数回本人より退職希望が出されていたが、慰留されていたという経緯があつた。多忙の真只中での自殺であつた。

人事より、彼との関係の深かつた上司や同僚ら数名のうちで、特に心配な従業員の診察依頼の一報が入つたのは、すでに自殺から20日ほど経過していた。すぐに当院における医師による診察とカウンセラーによる面接が行われた。

予約時は、特に動揺はしていないと面談を

固辞していた様子が見られたものの、診察室では「自殺の事実の衝撃もさることながら、上司である自分のせいだと周囲が自分を責めているような気がして辛い」、「自分自身も自分の責任を強く感じている」という思いが語られた。不眠、食欲不振、寒気などの症状を呈しており、本人からも休みたいとの希望があったため、まずは安心できる場所での安静が必要との判断から休職の診断書が提出され、継続的な投薬治療とカウンセリングが行われることになった。

こうした一連の事態を重く見た会社側は、これまで着手されていなかったメンタルヘルス体制の整備に乗り出し、1ヵ月後、管理職を一同に集めてメンタルヘルスの理解を促す初めての教育研修が行われた。

■対応を通して

心身の状態が懸念される従業員に対する診察を目的としての、会社側からの依頼だった。当初本人からは積極的に診察を受けたいという意思は聞かれなかったものの、診察室に入ると、これまで誰にも話すことができなかった辛さを初めて語る事ができた。このように、会社を離れ、守られた空間と時間で話す機会を与えられることで、やっと感情を吐露することができる場合がある。そういう意味では、病気の域になくても、適切な心の支援を行うべきであると考えられる。

また、今回の出来ごとをきっかけに、組織がメンタルヘルスの重要性を省みることになり、メンタルヘルスへの取り組みが開始されたことは意義深いと考えている。

(5) 20代女性

■概要

精神科通院中で、数回の休復職を繰り返していた。数回目の復職後から数ヶ月経過しており、復職は非常に上手くいって軌道に乗っ

ていた矢先だった。主に個人的な人間関係での悩みが深く、飲酒して帰宅した直後に自殺を遂げた。

目をかけていた職場の上司が大きな衝撃を受けて、自殺より数日後から欠勤となってしまった。社内における精神科医による面接が設定されたが当日は出勤せず。このため電話で状況を確認した。「非常にショックだったが、今はこの事態をしっかりと考えたい気持ちでいる。一報の翌日くらいまでは動悸がしたり、布団から出られない感じがあったが、今は眠れているし食事も出来ている」と述べ、語り口もしっかりしていた。医師は、投薬等の治療が必要はないものの、休養が必要と判断し、健康管理室に本人の状況を説明し、有給休暇を認めて見守るように提言した。

2週間後、出勤状況が確認され、以後全くこれまでどおりの出勤が継続しているとのことであった。後日カウンセラーとフォローアップの面接が行われた。面接では、今回のことは非常にショックであったが、妻の温かなサポートがあったこと、そしてこの事態に真正面から向き合っていたことが、穏やかな表情で静かにゆっくりと語られた。「最初は、自分が何か出来なかったのかと自責感と自分を情けなく思う気持ちでいっぱいだった。しかし、だんだんこれは彼女だけの問題ではなく、広く自分の問題でもあることに思い当たった。そして生きることについて考えた。さまざまな本も読んでみた。以前は、物質的な欲望や地位へのこだわりなどが心を占めていた。しかし今は、そのような事は全く思わなくなった。生きていることが価値だということに気がついた。彼女の死があっても無くても、いずれ考えなければならなかったことだと思う。その機会を与えてくれた。過去でも未来でもなく今を大事にしたい。この出来事を自分

の今後の生き方に生かしたい。それが亡くなった彼女にしてあげられることである。もしも今後、体調を崩すなど心配があったら必ず連絡します。」と述べた。

■対応を通して

妻からのサポートがあったことと、自覚的にしっかりと歩みを止め、感情と向き合い、人生を振り返り、生きている意味を問うたことが、自殺の痛みを乗り越えさせた事例である。

直接的な心の支援は何もせず、彼の心の回復のプロセスに必要な時間の確保の重要性と必要性を提言したという間接的な支援をしたに留まった。

こうした対応でよいのかどうかの見極めの難易度は高く、結果的に放置して悪化させてしまうリスクもはらんでいる。精神保健の専門家、特に医師による判断が必要とされるであろう。しかし、心の支援とは専門家によるものだけでなく、家族や、本人自身が力を持っているのだということを改めて痛感した事例である。

(6)30代男性

■概要

復職直後の30代男性のケースである。うつ病のための1ヶ月の休職を経て、復職した矢先の出来事であった。比較的、周囲に病気の理解があり、復職後の職務内容調整もスムーズに行われ、本人も希望していた新たな職務が調整され、スタートしたばかりの出来事で周囲に衝撃が走った。

事後対応

人事からの依頼を受けた健康管理室から当クリニックに連絡があった。精神科医、カウンセラーで出向き、人事担当者、職場の上司、産業保健スタッフと事後対応について検討し、衝撃をうけている可能性の高い9名に対して、出来事から2週間後に、一斉にカウンセラーによ

る個別面談を行うこととした。

■対応を通して

当事例においては、経緯を知っている者ほど、不用意に他者には語れない、語ってはいけないという苦悩が面談では語られ、自殺という語ることのできない「死」をどういたむかということ、すなわち、語る場を提供することによって、健康な人の正常な反応、立ち直りの援助＝ファーストエイドが、事後対応の大事な機能であるということを再認識させられた。

面接を行った対象者の中で、3名が疲れやすさ、飲酒過多を訴え、カウンセラーのメールと看護職の面談によるフォローを受けた。9名のうち1名は以前からうつ病にて精神科通院中であり、「自分も同じような結果になってしまうのではないか」という不安を感じていたため、即日の再診を勧奨した。また、この人が通院していることを知っていた人は、「彼もまた同じようになってしまうのではないか」と心配していたため、こちらでフォローを約束することで安心を与えるとともに、うつ病に関する教育を行った。このようにメンタル不調者がまわりにいる可能性は当然考えられ、症状の悪化連鎖反応を起こす可能性があり、周囲もまた不安感を増大させることがありうる。

(7)20代男性

■概要

当事例はうつ病であったかどうかさえもわからない20代男性のケースである。異動後1ヶ月もたたない間の出来事であった。メンタルヘルス関連疾患の既往はなく、社内産業保健スタッフも全く把握していなかった方。当日まで普通に勤務をしていた。

■事後対応

当事例は事後対応が2ヶ月後となった。これは、われわれが当事例を知ったのが、1ヵ月後

であり、その時点で、職場への心のケアを提案したものの、タイミングを逸しているとの理由で会社側は事後対応を見送っていた。しかし、管理職研修の際に、当時例の職場のマネジメント職から、職場への心のケアをしてほしい、という要望があげられ、事後対応に踏み切った例である。亡くなられた方と同じチームのメンバー11名、うちマネジメント職2名に対して、カウンセラーによる個別面談を行った。

■対応を通して

当事例の面談においては、異動直後であったこともあり、ほぼ全員から、「なぜ」という戸惑いと驚きが語られた。一緒に仕事をしたことがある人や以前から面識のあった人からは、自責感が語られた。出来事から2ヶ月がたっているためか、ショック反応を呈している人はおらず、従来からの身体的疾患による不調を訴えている方1名のみがフォローアップの対象となり、看護職がフォローすることとなった。

当事例からは、事後対応のタイミングの大切さが示唆された。面談では「心のケアをしてくれなかった」組織への怒りが語られ、事後対応を適切なタイミングで行わないと組織への怒りが蓄積することが予想される。しかし、何らかの理由で事後対応が遅くなってしまうことは当然ありうることであり、遅くなってもなお、事後対応を行った方がよいと思われた。当事例においては、最後のトップ向けの報告会では、トップ層から過去における職場での自殺の体験が語られ、事後対応、心のケアの必要性が認識・共有されるにいった。

(8) 20代女性

■概要

当事例は亡くなられた方が仕事の性質上、多くの部署とのかかわりがあったために、影響範囲が広がった20代女性のケースである。

直近数ヶ月、勤怠が乱れることがあり、すでに精神科通院中であった。職場も家族も把握していたが、社内産業保健スタッフは全く把握していなかった。仕事は従前どおり頑張っており、仕事の性質上、所属以外とのかかわりも広く、出来事の影響範囲が広がった。

■事後対応

当事例においては、社内産業保健スタッフと日ごろからの連携がとれていたため、直後に看護職より当クリニックに連絡があり、コンサルテーションを行いながら、緊急対応としての面談を看護職が行い、受診につなげた。数日後、産業保健スタッフ、人事部と検討した結果、仕事上かかわりのあった従業員20名(うちマネジメント職5名)に対して、カウンセラーによる個別面談を行った。

■対応を通して

20名のうち9名において睡眠の変化、8名において涙が出てくるなどのショック反応を呈しており、1ヶ月後にカウンセラーによるフォロー面談を行うことを約束するとともに、その間は看護職によるフォローを行った。6名は受診に至り、継続通院は4名に及んだ。

この事例からは、出来事の影響は、個人のライフヒストリーとの強い関係があり、ハイリスク者がだれか、ということは面談してみないとわからないということが実感された。

また、マネジメント層の心のケアの重要性と難しさも感じられた。マネジメント層は、「自分が気づいてあげていれば」という強い自責感に苦しみながらも、「自分が心のケアの対象の対象になるわけにはいかない」、「面談を受けている時間があつたら、仕事をまわさない」と、「役割」「責任感」から心のケアを拒むことがあった。その中で、役割や時間的制約といった相手の「現実」を尊重しながら柔軟な心のケア

をすることが要求された。

当事例は、仕事のかかわりが広い方のケースであったために、なぜ彼女がなくなったのか、ということに関するうわさが広く発生し、マネジメント層の情報共有、うわさの統制など、うわさの発生への対処の重要性も認識された。

当組織は、今回の出来事を重く受け止め、組織全体へのサーベイ、と管理職研修義務化という一歩を踏み出し、「自殺」という悲しい出来事を今後につなげていく努力をした例であった。

D. 考察

事例をこれだけ重ねてさえも、毎回手探りで着手し、悲しく苦しい余韻を持ちながら終了し、これで良かったのだろうかという不全感を持つことには変わりはない。しかしこのような思いこそ、人の死に傷ついた人々に関わる我々にとって、当然の、そして必要な思いであると考えられる。事後対応」と横文字にすると、それだけで「マニュアル化された正しい心のケアの方法」が存在するかのように、まやかしてしまうことへの自戒とともに、改めて、人は人と多様で自然な形で触れ合うことによって、支えられ、和んでいくことの重要性を認識することとなった。

また事後対応をしていると、事後対応がマニュアルどおりにいくことはなく、いかに柔軟に行っていくかが求められるということを実感する。

事後対応で最も大事なものは、ファーストエイドとフォローアップである。特にフォローアップは重要である。事後対応において、心のケアの対象は個人であることはもちろんであるが、組織もまた心のケアの対象であることを意識する必要がある。社員の自殺という危機的な出来事を体験した組織をケアすることによって、組織が今後そこからどのように立ち直っていくの

かが重要なポイントとなる。そして心のケアの対象として忘れてはならないのが、心のケアの提供者である。特に、社内で社員への心のケアを行っている看護職はいつ社員が相談にくるかわからないという緊張感の中で疲弊してしまっている。こうした専門職に対する心のケアが重要である。われわれが事後対応にあたる場合にはチームを組み、面談から帰ってきた後は、口頭にて共有するように互いの心のケアを意識している。

事後対応というと不幸な出来事が起こってしまった後という意味合いが強いように見えるが、実は事後対応を行うことにより、組織の問題が見えてきたり、組織が危機感を感じて一歩を踏み出すことがあり、事後対応を事後対応で終わらせるのではなく、いかに「予防」につなげていくのかという視点を持つことが大事である。

(3) 精神科医を対象とした自殺に関する調査

主任研究者：島 悟

A. 研究目的

周知のように1998年以降自殺が急増したが、景気の回復にもかかわらず、一向に減少する兆しが見えない。残念ながら2007年においても自殺による死亡者は3万人を越えることが確実な状況である。こうした状況において、2006年に自殺対策基本法が成立し、さらに2007年には自殺総合対策大綱が発表されており、国を挙げての取り組みが始まっている。

自殺対策においては、精神科医が中心的な役割を負っているものの、精神科医の自殺に関する意識調査および精神科医が主治医として経験する自殺既遂例についての調査は、これまで余

り行われていない。本調査の目的は、精神科医の自殺に関する意識調査を行い、併せて精神科治療中の自殺事例の実態把握を行うことである。こうした基礎資料をもとにして、国の自殺対策における精神科医の役割・機能について提言を行うものである。

今回の解析は平成 20 年 3 月 13 日現在で回収した 164 枚の調査票の中間的解析結果である。自殺は緊急を要する課題であるため、回収および解析の途中ではあるものの、中間報告を取りまとめて提言を行った。なお本研究は、日本精神神経学会内に設置された自殺対策プロジェクトとの共同研究である。

B. 研究方法

調査対象は、日本精神神経学会に所属する会員から無作為に抽出した 1,000 名の精神科医である。調査方法は、郵送により調査票を送付し、郵送にて回収を行った。調査は平成 20 年 1 月下旬に実施した。調査票の全文を資料として示したが、下記のような項目から構成されている。

- (1) 回答者の属性
- (2) 過去 1 年間に主治医として経験した自殺既遂例数
- (3) 自殺既遂例の属性等の詳細:性別、年齢、配偶者、最終学歴、職業の有無、自殺方法、診断など
- (4) 自殺対策基本法および自殺総合対策大綱についての意見

C. 研究結果

(1) 回答者の属性

164 名の回答者の年齢は、27 歳から 81 歳で、平均は 48.73 歳(標準偏差 13.46 歳, 中央値 47 歳)である。性別は、男性 132 人

(80.5%), 女性 32 人(19.5%)である。勤務先は、精神科病院が 75 人(45.7%)で最多であり、次いで診療所 40 人(24.4. %), 大学 23 人(14.0%)と続く。

(2) 過去 1 年間の自殺経験数

過去 1 年間に主治医として経験した自殺例数は、「経験ない」が 114 人(69.5%), 一人が 28 人(17.1%), 二人が 12 人(17.1%), 三人が 6 人(3.7%), 四人が 1 人(0.6%)である。平均値は 0.451 例である。すなわち精神科医 2 人当たり、年間 1 人程度の自殺を主治医として経験することになる。

(3) 主治医である患者概数

主治医になっている患者の概数を質問したが、大きなバラツキのあることが明らかになった。平均値をみると 250.01 人であり、中央値は 155 人である。

(4) 自殺者の特徴

全体で 97 例の自殺既遂経験例の記載があり、これらを集計して以下の分析を行った。

- ①性別:男性 48 例(49.5%), 女性 46 例(47.4%), 不明例 3 人(3.1%)である。
- ②年齢:19 歳から 80 歳までで、平均は 44.59 歳(標準偏差:14.18 歳)である。
- ③配偶者:いる者は 38 人(38.2%), いない者は 57 人(58.8%), 不明は 2 人(2.1%)である。
- ④同居者:いる者は 48 人(49.6%), いない者は 29 人(29.9%), 不明 20 人(20.6%)である。
- ⑤最終学歴:中学校卒 11 人(11.3%), 高等学校卒 47 人(48.5%), 短大・専門学校卒 14 人(14.4%), 大学卒 16 人(16.5%), 大学院卒 1 人(1.9%), 不明 8 人(8.2%)である。

- ⑦自殺の方法: 縊首 43 人(44.3%), 高所からの飛び降り 17 人(17.5%), 過量服薬 12 人(12.4%), 自傷 8 人(8.2%), 電車・車への飛び込み 2 人(2.1%), その他 13 人(13.4%)である。
- ⑧診断分類: DSM-IV-TR もしくは ICD-10 による回答を得た。その結果, 統合失調症は 38 人(39.1%), 気分障害 37 人(38.1%), パーソナリティ障害 6 人(6.2%), 不安障害 5 人(5.2%), 適応障害 4 人(4.1%), アルコール依存症 3 人(3.1%)である。
- ⑨就労状況: 学生 4 人(4.1%), 主婦 23 人(23.7%), 被雇用者 9 人(9.3%), 経営者 7 人(7.2%), 失業者 26 人(26.8%), 定年退職者 4 人(4.1%), 不明 21 人(21.6%)である。

D. 考察

(1) 過去 1 年間の自殺経験数

過去 1 年間に主治医として経験した自殺例数の平均値は 0.451 例である。精神科医数を 13,000 人とすると, 精神科治療中の患者で 5,863 人が自殺既遂をしているという計算になる。わが国の 1 年間の自殺者数を 32,000 人とすると, 精神科治療中に自殺既遂をした患者は, 自殺既遂者全体の 18.32%を占めることになる。

(2) 自殺者の特徴

本研究の自殺既遂者では, 性別では性差がなく, 年齢では, 平均は 44.59 歳(標準偏差: 14.18 歳)である。しかし, 警察庁による自殺統計(2007)では, 男性は女性の約 2.3 倍であり, 年齢は 60 歳以上が 34.6%, 50 代が 22.5%であり, 50 代以上で過半数となってお

り, 本研究の自殺既遂者とはかなり異なっている。配偶者がいる者は 38 人(38.2%)で, 同居人がいる者は 48 人(49.6%)であり, 自殺既遂例において支援体制は存在している。しかし支援の機能水準が不十分である可能性が考えられ, 支援を強化する方策を検討する必要がある。就労状況では, 失業者 26 人(26.8%)と主婦 23 人(23.7%)の多いことが特徴的である。診断分類では, 統合失調症は 38 人(39.1%)と気分障害 37 人(38.1%)が顕著に多い。

本研究より, 精神科治療中の患者において少なからず自殺企図がみられることが明らかになった。一方では, 自殺既遂者の 2 割弱しか精神科を通院していないことも明らかになった。また主婦や失業者の多いことが注目される。仮設として, 精神科通院中に失職し, 一部はその結果専業主婦になり, 自殺を企図した可能性が考えられる。あるいは失職したために精神障害を発症し, 精神科に通院したものの, 不幸にも自殺既遂に至った可能性も考えられる。

なお, 本研究班において, ハローワークの利用者を対象として調査を行ったが, その結果でも, 精神障害発症後に失職した者と, 失職後に精神障害を発症した者が同程度に存在することが確認されている。

E. 結論

本研究では精神科通院中の患者は自殺既遂者全体の約 2 割を占めることが明らかになった。自殺既遂者の 2 割弱しか精神科を通院していないという事実は今後の自殺対策のあり方に示唆を与えるものである。またこうした患者は, 日本全体の自殺既遂例と特徴が異なっており, 主婦や失業者の多いことが注目され,

就労支援や復職支援の体制の強化が自殺対策にも寄与する可能性が考えられる。

(4) 労災請求された自殺事例の分析

分担研究者:黒木宣夫

<8年間の労災請求事例調査>

A. 研究目的

1998年度よりわが国の自殺者総数は三万人を突破した状態が続いており、特に中高年男性の自殺者の増加は、男性全体の今までの平均寿命を引き下げるほどの影響を与え、深刻な社会問題として受け止められている。この背景には近年のめざましい科学技術の革新、終身雇用制の崩壊、製造業の外注化、分社化、企業の廃統合、就業形態の多様化、成果主義導入、人事労務管理の変化等があり、企業は効率化を求めため職場の人員を増やさず業務量は増大する中で、結果的に長時間労働者も増加し、過重労働による健康障害が深刻化している。

また労災請求事案も急増しており、労働者の自殺を防止するための研究が必要と考え、某機関に請求された事例123例(過去8年間)に関して、認定事例、非認定事例に分類して検討を加えた。

B. 研究方法

某機関に精神障害の請求があり、専門部会で検討がなされた123例(自験例)に関して、認定事例、非認定事例に分類して検討を加えたので報告する。

C. 研究結果

1. 年齢:非認定事例は20代が30.2%(26)を占めているのに対し、認定事例は6例

(16.2%)に過ぎない。また50歳以上の事例に関しては、非認定事例は9%(8)に過ぎないが、認定事例は29.7%(11)を占めていた。

2. 家族構成:非認定事例は単身者9.3%(8)、二世帯78%(67)が多いが、認定事例は三世帯21.6%(8)が多くみられた。
3. 職種:認定事例は管理職40.5%(27)、専門技術職35.1%(13)が多く、非認定事例は営業職26.7%(23)、事務職24.4%(21)などさまざまであった。
4. 業種:認定事例で多いのは建設業21.6%(8)、製造業16.2%(6)、電気通信事業16.2%(6)、卸小売業16.2%(6)であった。非認定事例は、建設17.4%(15)、製造12.8%(11)、金融保険業11.6%(10)、卸小売業10.5%(9)が多くみられたが、さまざまな業種からの請求がみられた。
5. 企業規模:認定事例は大企業が45.9%(17)、小企業も27%(10)、非認定事例も大企業が32.6%(28)、小企業も33.7%(29)を占め、全体の36.6%(45)は大企業の事例であった。
6. 出来事の類型:仕事の失敗、顧客とのトラブルなど業務上の出来事が見当たらないのに労災請求がなされた事例が9例みられた。認定事例に関しては、仕事の質や量に大きな変化がみられた事例が37.8%(14)、仕事に失敗して過重な責任が発生した事例も32.4%(12)みられた。
7. 出来事の内容:非認定事例の大きな特徴は心的負荷となる出来事がない事例が10例、昇格以外の心的負荷の出来事が見当たらずに自殺をした事例が8例、私的出来事で自殺をした事例が3例みられた点である。認定事例では仕事のミスがあり責任が発

- 生し、ノルマあが達成できなかった事例が認定事例全体の35%(13)みられた。しかし、非認定事例では同様の事例は16.3%(14)にすぎなかった。上司とのトラブルがあり、100時間以上の恒常的残業が続いた上で自殺した事例が1例みられた。また支援体制も欠如の中で恒常的ないじめに近いハラスメントが行なわれた中で失踪し、遠方で縊死した事例も認定された。このいじめの事例は、上司は意識せず本人に従業員の面前でプロレス技をかけた、作業遅延に対して叱責が行なわれ、かつ職場に寝泊りするという状況の中で発病に至っていた。
8. 精神科既往歴:精神科既往歴がある事例は非認定事例は20.9%(18)、認定事例は13.5%(5)であった。精神科既往歴のない事例は81.3%(100)であった。
 9. 個人の出来事:認定事例は個人の出来事なしが89.2%(33)、非認定事例は79.1%(68)であった。非認定事例の個人の出来事は、夫婦問題・アルコール依存、ギャンブル・借金、異性問題、家族の癌、妻の病気であった。精神障害の既往歴は非認定事例が5例、認定事例は4例であった。
 10. 自殺手段:自殺手段として最も多いのは、縊死で全体の48.8%(60)、次に飛び降り・投身が35.8%(44)であった。認定、非認定事例ともほぼ同じ割合であった。
 11. 自殺場所:会社・社宅・現場で死亡した事例が非認定事例33.7%(29)、認定事例は24.3%(9)、全体の三割が会社と関連がある場所で亡くなり、自宅で死亡した事例も三割みられた。
 12. 他診療科既往歴:精神科以外の他診療科の受診歴は、非認定事例は24.4%(21)、認定事例は27%(10)であった。
 13. 入院・通院の有無:精神科に通院ないし入院していた事例は、認定事例は7例(18.4%)、非認定事例は5.7%(5)であった。身体科に通院ないし入院していた事例は、認定事例は7例(18.4%)、非認定事例は21例(23.8%)であった。
 14. 自殺時に通院中の診療科:精神科通院中の事例は、認定事例は6例(16.2%)、非認定事例は20例(23.3%)、身体科は、認定事例は胃腸外科、耳鼻咽喉科、整形外科、内科、脳外科であり、非認定事例は整形外科、内科、胃腸科、内科、内科・精神科であった。認定事例の81.1%(30)は精神科を受診しておらず、非認定事例の73%(63)は精神科を受診していなかった。しかし、認定事例の16%(6)、非認定事例の9.4%(8)は他の身体科を受診していたことになる。また全体の64.2%(79)は、診療科を受診していなかったということになる。
 15. 自殺までの診断:自殺までの診断に関して、認定事例は神経症、適応障害、うつ病、非認定事例はアルコール関連、神経症、精神因性不眠、うつ状態、反応性うつ病、うつ病、統合失調症などであった。
 16. 遺書の有無:遺書がある事例は、認定事例は20例(54.1%)、非認定事例は45.3%(39)であった。
 17. 長時間残業の有無:長時間残業が発生していた事例は、非認定事例は32.6%(28)、認定事例は81%(30)であった。
 18. 100時間残業の有無:発症前1ヶ月間に100時間以上の残業時間が発生していた事例は、認定事例76%(20)、非認定事例3%(3)であった。
 19. 精神症状の態様:精神症状が確認できない自殺が6例、その他の事例では非認定事

- 例の9例を除いて不眠は全例で確認できた。軽度の精神症状は「悲観的見解、口数↓、元気がない」、中等度の精神症状を「集中困難・抑うつ・希死念慮・自責・困惑、思考制止」、重度の精神症状は「易怒性、自殺企図、精神病症状」が存在した場合である。行動症状は「落ち着かない言動を伴った症状」である。両事例とも精神症状のみが主体で重症度が軽度～中等度の事例が圧倒的に多く、非認定事例 38.4%(33)、認定事例 54.1%(20)でやや認定事例に多い割合でみられた。また、混乱したり落ち着かなくなった事例、すなわち精神症状が(軽～重)・不眠・行動症状も同様で非認定事例 34.9%(30)、認定事例 29.7%(11)であった。
20. 精神症状の重症度:精神症状の重症度をみると、精神症状が確認できなかった事例が非認定事例に6例、認定事例では中等度の事例は62.2%(23)、非認定事例で中等度事例は53.5%(46)であった。非認定事例では重度の事例が23.3%(20)を占めていたが、認定事例では重度事例は21.6%(8)であった。
21. 兆候の気づき:精神症状の兆候に家族が先に気づいていたのか、会社が先に気づいていたのか、という点に関しては、家族が先に気づいていた事例は、認定事例は75.7%(28)で多く、非認定事例は66.3%(57)であった。非認定事例の特徴は家族も会社も誰も兆候に気づいていなかった事例が15.4%(19)もみられていた。
22. 業務上の出来事から発症・増悪までの期間:業務上の出来事がないのに労災請求されてきた事例が11例、私的出来事(博打)～1ヶ月以内が1例みられたが、この事例は海外出張で博打に負け借金を返済できず自殺した事例である。認定事例は出来事から1ヶ月以内に発症している事例が45.9%(17)、3ヶ月以内になると約91.9%(34)が発病していた。非認定事例は3ヶ月以内に46.5%(40)が発症していた。
23. 発症から自殺に至るまでの期間:3ヶ月以内に全事例の7割は死亡することが明らかになった。3ヶ月以内の死亡は、非認定事例66.3%(57)、認定事例75.6%(28)であった。また2年以上経過してからの自殺は、非認定事例4例はうつ病エピソード2例、気分感情障害1例、アルコール依存症1例であり、認定事例は反復性うつ病でいったん改善した後に出張で連泊した上でトラブルが発生して再燃したじれいであった。
24. 出来事から自殺に至るまでの期間:出来事から自殺に至るまでの期間であるが、3ヶ月以内に自死に至った事例は、認定事例56.7%(21)、非認定事例33.7%(29)であった。6ヶ月以内の自殺は、認定事例67.68%(25)、非認定事例59.3%(51)であった。
25. 飲酒状況:飲酒ありは、認定事例70.3%(26)、非認定事例66.3%(57)であった。精神症状のためにアルコール乱用傾向が出現した事例は、認定、非認定事例それぞれ1例であった。
26. 性格傾向:「几帳面、真面目、責任感が強い」といった性格傾向は、認定事例48.6%(18)、非認定事例は29.1%(25)で「誠実、弱音を吐かない」、「誠実、弱音を吐かない、口数少ない」は非認定19.8%(17)、認定27%(10)であり、「溫和、協調性、明るい」性格傾向は、認定、非認定ともに2割程度であった。非認定事例のみにみられた性格傾向は「喜怒哀楽がない」「自尊心が強く、自信家、潔癖、自分勝手」「真面目、気弱、融通がきかない」であった。
27. 精神科診断:うつ病エピソードが圧倒的に

多く、認定事例は 67.6%(25)、非認定事例は 60.5%(52)であった。非認定事例は急性一過性精神障害、統合失調症、混合性不安抑うつ反応、アルコール障害、統合失調感情障害、重度ストレス反応・適応障害等の診断がみられた。また非認定事例には、何らかの精神障害が発症しているが断定できない事例が 3 例、精神障害の発症が特定できない事例が 6 例であった。認定事例のみにみられた病名は中等症うつ病エピソード 4 例、反復性うつ病、器質性精神障害がみられた。

D. 考察

非認定事例は 20 代が非認定事例の中で 30.2%(26)を占めているのに対し、認定事例は 50 歳以上の事例が、認定事例の中で 32.4%(12)を占めていた。認定、非認定事例共に 30 歳代が最も多く、全体の約三割(36)を占めていた。職種に関しては認定事例は専門技術職と管理職が 75.6%(28)を占め、非認定事例も 51.3%(44)を占めた。業種では建設業と製造業が多く、認定事例では 37.8%(14)、非認定事例 30.2%(26)を占めた。企業規模では認定事例は大企業が 45.9%(17)を占めているのに非認定事例は 32.6%(28)であった。出来事の類型としては、仕事の失敗、仕事の質・量の変化が、認定事例は 70.2%(26)を占めるのに対し、非認定事例は 36%(31)であった。役割・地位の変化に関して、非認定事例は、非認定事例全体の 30%(26)を占めていたが、認定事例は 16.2%(6)であった。このことは、認定事例は心理負荷強度がⅢ(強)以上であったことを考えると、非認定事例は心理負荷強度が強に至らないにもかかわらず自殺に至っていたと推察できるのである。すなわち、役

割地位の変化という環境因子の影響により自殺に至った事例が認定事例に比べて多いということの意味しており、非認定事例の側面要因(ストレス脆弱性)の自殺への関与が大きいということの意味しているものと考えられるのである。

非認定事例の大きな特徴は心的負荷となる出来事がない事例が 10 例みられ、昇格以外の心的負荷の出来事が見当たらずに自殺をした事例が 8 例みられ、個人の出来事で自殺をした事例が、労災認定請求されたという点であり、認定事例の特徴は、業務内容が変わり、業務量も増大したために与えられたノルマを達成出来なかった事例が 45.9%(17)みられた点である。また昇格し、仕事量も増大するが、仕事の内容そのものも難易度が高く心理負荷強度がⅢ以上と判断されて労災認定された事例は、認定事例のみで 5 例みられた。割合的に認定事例と非認定事例を比較すると、前述した以外に役割の変化で仕事量も増大し、かつ支援体制の欠如のために心理負荷強度がⅢ「強」以上と判断された事例、転勤や出向で職場の対人関係が変わり、仕事内容や役割も変化した中で責任が発生して、かつ恒常的な長時間残業も発生した中で同様に心理負荷強度がⅢ「強」と判断された事例が認定事例に多く見られた。すなわち、業務上の出来事がただ単に発生したというだけではなく、出来事に付随して発生した心理負荷が、いつどのように労働者にかかったのか、つまり、心理的緊張がどの程度、どれくらいの期間、持続されたのか、客観的に判断されることが求められているのである。すなわち、遺族や労働者の立場にたち、心理負荷がかかったという前提で出来事を捉えるのではなく、客観的事実から心理負荷を判断することが求められていると言えよう。

自殺手段として縊死と飛び降り・投身が全体の 84.6%(104)を占め、認定、非認定事例に差異はなかった。自殺場所は、自宅が 30.9%(38)、会社・現場が 30.9%(38)であり、約六割が自宅と会社で自死に至っていた。精神科に通院・入院していた事例は、8.7%(11)にすぎず身体科通院・入院は 22.2%(28)であり、特に非認定事例は非認定事例全体の 23.8%(20)に身体科通院・入院歴がみられた。このことは、精神障害が発症して精神科を受診するというよりも身体科を受診する患者が約二割ほど請求事例の中でみられるということであり、特に非認定事例にその傾向が多いという結果が得られた。請求事例の約八割が気分感情障害であることを考えると、北原によると、うつ病の患者は精神症状は興味・意欲の減退、抑うつ気分等は 3~5%しか自覚されておらず、疲労感・倦怠感 58%、首、肩のこり、頭痛が 22~26%自覚されている知見を労災請求事例においても裏付けられたことになるのである。また自殺した時点で精神科に通院していた事例は 24%(30)、内科や脳外科などの身体科に通院していた事例は 11.4%(14)で、64%(79)はどの診療科においても治療は受けていなかった。自殺した時点で身体科や精神科で治療が受けていなかった事例が多かったという結果は、自殺した事例の精神疾患の発症が認められなかった事例 6 例を除いて、精神科的関わりが必要であるにもかかわらず、多くの事例が精神科受診・治療が遅れたために自死に至っていると判断しても過言ではない。今後、さらに自殺予防の観点から労働者の自殺予防を検討していくべきであろう。

長時間残業が発生していた事例は、全体の 47%(58)、認定事例は 81%(30)、非認定事例は 32.6%(28)であり、特に認定事例の 76%

(28)は 100 時間残業の事例であった。

精神症状に関しては、ほとんどの事例に不眠がみられ、精神症状に加えて落ち着かない言動等の行動障害にまで至っていた事例は全体の 33.3%(41)を占めていた。しかし重症度から判断すると、軽度~中等度の事例が、73.4%(89)を占めたが、認定事例は、認定事例全体の 78.4%(29)が軽度~中等度であり、非認定事例は 69.8%(60)で、全く精神症状が認められなかった事例も 6 例みられた。

次に精神症状の兆候に気づいたのは、家族か会社ということに関しては、認定事例は 75.7%(28)、非認定事例は 66.3%(57)であり、全体の 69%(85)が労働者の自殺の兆候や精神症状に気がついていた。しかし、全く兆候に気づいていない事例が、15.4%(19)みられ、特に非認定事例に何故、自殺をしたかわからない事例が出来事がないまま自殺した事例が 11.6%(10)みられた。

このことは、精神症状は出現しているものの本人の中で自覚できていない、また家族も家庭生活と職場生活の変化がないために希死念慮に気がつかなかった、上司もいつもと変わらないと判断していたがために部下の変化に気がつかなかった等の理由が、自殺既遂後にさまざまな理由を考えることはできる。しかしながら心理負荷となる業務上の出来事がなくても自死に至っている結果をどのように考えるかであろう。自殺した後に、自殺の動機を明らかにすることは難しいが、精神症状が特定できないからといって、精神障害が発症していないと安易に判断ができないことは論をまたない。

出来事と精神障害発症の因果関係に関する調査報告(平成 18 年度の厚生労働省研究)(産業医学推進研究会の産業医と日本精神神経学会員である精神科医に対してアンケート

調査)によると、「精神障害によらない自殺はあり得る」との回答は、産業医 71.9%(46)、精神科医 81.9%(223)、全体では 79.6%(223)であり、「精神障害によらない自殺はあり得ない」と考えている医師は全体の 7.5%(21)であったことが報告されている。本当に精神障害によらない自殺がありうるのか、特に心理負荷となる出来事があるにもかかわらず急性に希死念慮がたかまり精神障害によらない自殺があり得るのか、もし、そのような自殺があり得るとしたら、精神医学的にはどのような状態と判断したらよいのか、今後の大きな検討課題であろう。

業務上出来事から 3 ヶ月以内に発症していた事例が、全体の 54.5%(67)であり、認定事例は認定事例全体の 72.9%(27)を占め、45.9%(17)は 1 ヶ月以内の発症であった。発病から自殺に至るまでの期間であるが、全体の 69.1%(85)は 3 ヶ月以内に自死しており、認定事例は 75.6%が 3 ヶ月以内に自死に至っていた。また、業務上の出来事から自殺に至るまでの期間に関して、3 ヶ月以内に自死した事例は、全体の 49%(48)であり、認定事例 56.7%(21)、非認定事例 33.7%(29)であり、認定事例は非認定事例に比べ、心理負荷を伴う出来事から発症、さらに死亡までの期間は、より短い期間で発症、死亡に至っていたことが窺えるのである。

性格傾向に関しては、「几帳面、真面目、責任感が強い」といった性格傾向は、認定事例は 48.6%(18)占めていたのに対し、非認定事例は 29.1%(25)であり、非認定事例のみにみられた性格傾向は「喜怒哀楽がない」「自尊心が強く、自信家、潔癖、自分勝手」「真面目、気弱、融通がきかない」等であった。現代臨床精神医学(大熊輝雄)によると、執着性格とは「下田光造によると…この性格の基礎は環状

の経過の異常にある。すなわち、この性格者では一度起こった感情が正常者のごとく時とともに冷却することがなく、長くその強度を持続し、あるいはむしろ増強する傾向をもつ。この異常気質に基づく性格標識としては仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、強い正義感や義務責任感、ごまかしやずぼらができない…」(P45,46)、またメランコリー親和型性格に関して同書は「テレンバッハ Tellenbach,H(1961)のいうメランコリー親和型人格 *typusmelancholicus* も執着性格と共通点が多いが、執着性格が生物学的・体質学的概念であるのに対し、メランコリー親和型性格はより心理学的・人間学的概念…テレンバッハは、生来的にうつ病にかかりやすい人の人格特徴として秩序に対する独特の態度を取り上げ、これを秩序正しさ(几帳面) *Ordnlichkeit* と呼んだ。すなわち、メランコリー型人格の人は、仕事の上で正確、綿密、勤勉、良心的で責任感が強く、対人関係では他人との折衝や摩擦を避け、他人に心から尽くそうとする『他者のための存在』、他者との共生という傾向を示し、道徳的には世俗の意味での過度の良心的傾向を示すなどの、一定の秩序に固着してはじめて安定した存在として生活を営むことができる。しかし、仕事が増えた場合には仕事の質も量も上昇させようとするので挫折しやすく、『他人のための存在』が生きがいであるので、近親者の死や別離は生きがいの喪失につながる。」と記載されている。このような観点に立つならば、非認定事例にしかみられない性格傾向は、うつ病親和型性格傾向であるメランコリー親和型性格とはほど遠いものと考えられるのである。さらに「誠実、弱音を吐かない、口数少ない」といった性格傾向は認定事例には 27%(10)みられ、「几

帳面、真面目、責任感が強い」といった性格傾向を含めると認定事例全体の75.7%(28)を占めており、非認定事例は48.8%(42)であったことから、認定事例は非認定事例に比べ、真面目で几帳面、誠実な性格傾向をより多く有していると言えるのである。

精神科診断に関しては、うつ病エピソードが圧倒的に多く、全体の69.9%(81)を示し、認定事例は78.4%(29)を示すものの、非認定事例は急性一過性精神病性障害、統合失調症、混合性不安抑うつ反応、アルコール障害、統合失調感情障害、重度ストレス反応・適応障害等の診断がみられ、非認定事例には、何らかの精神障害が発症している事例が3例、精神障害の発症が特定できない事例が6例みられた。うつ病エピソードを含めると気分感情障害が認定、非認定事例共に圧倒的に多いわけであるが、非認定事例では統合失調症や妄想障害などの精神病圏域の労災請求が増えてきている。このことは、以前は心因性精神障害の認定に際する留意事項に記載してあった「心因」「内因」の「心因」はそれほど重要ではなくなり、厚生労働省の判断指針で全ての精神障害は労災認定の対象となり、認定の問口が広がったことも少なからず影響しているように見え、精神障害＝労災認定という時代に突入したものと判断できるのである。

E. 結論

今回の労災請求事例調査結果から考えると、認定・非認定事例を問わずに転勤、配置転換などの環境の変化に伴う業務内容の変化、責任の過重負荷等がうつ病発症の大きな要因であることが明らかになった。また、業務上出来事から3ヶ月以内に発症していた事例が、全体の54.5%(67)で、認定事例は認定事例全

体の72.9%(27)を占めていたが、認定事例は業務上の出来事から早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。そして業務上の出来事を解決すべく時間外の長時間残業が恒常化して疲弊消耗状態となり、うつ病発症から自死に至る期間が早まることが明らかになったが、この状態に早期に介入することが今後、自殺予防に繋がることは論をまたない。

<労災請求自殺事例>

認定事例 A, B, 非認定事例 C, D に分けて事例を提示する。事例に関しては特定できないように倫理面の配慮を行なった。

1. 認定事例

A 事例:疲弊・消耗した状態でうつ病が発症して死亡した50代事例

(1)自殺へ至る過程:某大企業の技術者で課長職。大学卒業後、12年前から水処理技術部へ配属、同年6月結婚し二人の子供との4人家族である。プラントのエンジニアとして原子力関係の業務に携わっていた。原子力の設備関係の設計、商談、受注後の全てが任せられ司令塔の役割でスタート時期、仕様・コスト・製作工場・外注発注決定、ほぼ全ての権限を持っていた。普通は一つの現場を担当するが、自殺前には二つを担当することになった。一つの基本設計はある年の1月からスタート、板金、塗装、制御盤や収納盤の組立ての監督、しかし、もう1つは作業着手が遅れたうえに調整が不十分、感情的トラブルが業者との間に発生、受注決裁は6月であるのにミス、トラブルとその修正、やり直しが繰り返されその度に状況が悪化するという悪循環に陥っていたことが確認された。6月の健診で変わらないが、質問事項の回答に「ライ