

ラ」という言葉が残されていた。8月下旬にボートとTVを眺める、9月は職場では机にしがみつ、子供と遊ばないという状況になり、「責任が自分にあり、責任を取ることに」迷惑をかけ申し訳ない」という遺書を残して9月下旬に自宅で縊死自殺を遂げた。

- (2)小括:普通は一つの現場を担当するのに二つを担当し、作業着手が遅れた上に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の状況は、具体的出来事に当てはめて考えれば「ノルマが達成できなかった」に該当し、一つのプロジェクト自体の難易度も高く、また支援体制が実質的にうまく機能しなかったことが認められ、長時間残業も発生した。

この事例は8月には明らかに発症しており、9月の時点では症状の重症化が見受けられ、家族も気がついていましたが、受診に至らず自死に至った。

B事例:復職・増悪の過程で自死に至った中年事例

- (1)自殺に至る状況:某大企業の中年技術者、課長。プロジェクトのリーダーを任せられ、20名の部下と一緒に新機種の技術研究開発に某研究所で取り組んだ。6ヶ月目頃から開発がうまくいかず、1年経過時点で本社命令でプロジェクトチームは解散、本人は残務整理のため数ヶ月、同研究所に残った。残務整理が完了した後、本人は開発本部に異動したものの開発業務が達成できなかったことに責任と不全感を感じていた。異動1ヵ月後、違うプロジェクトの責任者の内示を受けた。上司の命令に逆らうことはできず、プロジェクトのリーダーを引き受けることにした。2ヶ月目頃から熟眠ができず早朝覚醒、倦怠感、軽うつ気分出現、某病院精神科を受

診し、うつ病と診断、3ヶ月間の自宅療養となった。

職場復帰して1ヶ月後から元気がなくなり、倦怠感出現。上司は、元気がなくなったので出張を命じた。出張から戻った後、急激に抑うつ状態が再燃し、産業医が紹介してくれた精神科へ向かう途中、電車で飛び込み自死に至った。

- (2)小括:異動して別のプロジェクト開始後2ヵ月目頃から早朝覚醒、軽いうつ気分が出現している。この時期がうつ病の発症時期と考えられるが、3ヵ月後に職場復帰し、その1ヵ月後からうつ病が再燃している。うつ病から一旦寛解(症状は消失したが、治癒ではない)状態まで回復したものの、出張後に急性増悪して自殺した事例である。

職場復帰1ヵ月後に病状の再燃がみられていたことから、その時点で積極的な医療機関への受診勧奨が必要になる。B男に対しても実施されていたが、その間の出張が問題であった。うつ病のように本人が精一杯努力している状況の中では、視察だけの出張でも更に過重な負荷となり、病状が悪化する可能性がある。出張に関しては、十分に専門家の意見を聞いた上で判断するべきであり、産業保健スタッフと上司との連携が早期に取るべきである。

2.非認定事例

C事例:異動を契機としてうつ病が発症・増悪した定年が近い事例

- (1)自殺に至る状況:本人は、某研究施設に採用され、以来30年以上にわたり、メール配布、資料整理などの単純な事務職に従事していた。この業務には慣れており、5人の従業員の中では最も経験を有する職員であり、中心的な役割を担っていた。そのような中で、

本人は、定年退職まで残りわずかとなった某年の7月に他部署に異動し、同じ現業職ではあるもののゴミ収集から施設維持に必要な修繕、電気関係、空調などの、これまで就いたことのない点検業務に従事することとなった。異動後、疲労困憊の状態で帰宅するようになり、口数も減っていった。休日も趣味である釣りに出かける元気もなくなり、体の不調を訴え、横になっていることが多くなった。本人は、単純な軽作業事務職に再び関わりたい希望を持っており、異動した1年後には復帰できると思っていたが、一方では、「以前の事務業務から戻ってきてくれと言われれば戻るが、自分からは希望しない。」との発言もあった。

人事異動の内示時期が近づいた6月中旬頃、本人の不眠、食欲不振といった変化に家族が気づきはじめた。また帰宅時間も遅くなり、本人は事情を話すこともなく、口数が少ないままであった。しかし、結局本人の事務業務への異動内示はなく、以前の職場復帰への道が断たれたと本人は感じたようである。

その後、本人の言動に異様さが目立つようになった。帰宅時の長男が自宅手前の道路上にしゃがみ込んでいる本人を見つけ、声をかけると夜中であるにも関わらず、「前の職場の上司が来る」といい、その場を動かさず待ち続けていた。長男が、半ば強引に自宅に連れ帰ろうと抱きかかえたが本人はその場を離れようとはせず、「待っとるんや」などと繰り返すばかりであった。家族は病院での診察を勧めたが、本人は頑なに病院に行くことを拒否していた。その後、食事もまったく喉を通らない様子となり、笑顔が消え、家族が話しかけても返事が返ってこない状況

となった。7月中旬、自ら職場に休暇の連絡をし、妻が外出した際に車で出かけ、その日は結局帰宅しなかった。翌日、自死が発見された。

- (2)小括:この事例は不本意な異動に対して、前職場への復帰希望をほのめかしているが、直接上司に申し出ることができないという心的葛藤がうつ病の原因として大きかったものと考えられる。また30年以上にわたり比較的単純な事務に従事していた職員にとっては、周囲が考える以上に異動後の職務内容が負担となり、適応が非常に難しい状況であったようである。本人の言動からみて異動後徐々にうつ病が出現してきているものと推測される。特に6月中旬以降、異動がないことがわかったことで急速に病状が悪化し、幻覚妄想も出現する重症のうつ状態になったものと考えられる。職場として、C男の異常に気づきにくかったようであるが、6月中旬頃からは気が付く何らかのサインがあったものと考えられる。上司、同僚が気づくとともに、積極的に声かけ等の働きかけを行い、受診へ結びつけることも出来た可能性がある。

C男は医療機関の受診について、家族からの説得を頑なに拒否している。家族が職場の上司などに助力を依頼しやすくするためには、職場として家族からの連絡を受ける体制の整備が今後、必要になるものと思われる。

D事例:自殺の原因が特定できない20歳代の技術職

- (1)自殺に至る状況D男は、工事現場で、工事の工程表の作成、施工図の作成、現場の監督等の施工管理作業を行っていた。工事により上司、同僚が変わるという業務であったが、人間関係でも特にトラブル等は認められ

なかった。自殺する10ヶ月前にビルの新築工事に携わるようになったものの、業務的には若干の残業はあったが過重というほどではなかった。月に1回程度は上司、同僚と飲酒をしていたが、その際も特に悩んでいる様子はなかった。D男には付き合っている女性がおり、自殺の半年後に結婚することになっていた。自殺時には新居も決まっていた。ビルの新築工事に携わり始めた頃、婚約者に対し、「仕事上でミスをし、上司に相談したが、上司からは自分で解決するように言われた。」との発言があったが、婚約者にはD男がさほど悩んでいるように見えなかった。また、ミスはD男によるものではなく関連会社の問題であった。家族にも同じ頃「会社を辞めたい。」と言っていたが、家族から見ても様子がおかしかったり悩んでいる様子は見受けられなかった。自殺当日の夕方に上司が翌日使用する機器の準備を依頼したが、D男は翌朝準備する旨上司に伝え、帰宅した。当日自宅に戻らず失踪し、工事現場で自殺しているのが発見された。遺書があり、「何も考えられなくなった。周りの人に迷惑をかけるのが許せなかった。どうしても乗り越える力がない。」と記してあった。

- (2)小括:自殺する6か月前にビルの新築工事に携わるようになったこと以外、D男の業務上の変化は何ら存在しない。H男がなぜ自殺したのか、その原因を特定するのは難しい事例である。D男の心の健康の不調は自殺前には職場はもとより、家族、婚約者でも認められなかった。また、自殺前にいくつか仕事についての発言があったことは認められるが、D男の自殺の原因につながるものは、明らかにできなかった。このように自殺事例では周囲からみて、仕事上も生活上も

全く問題が見つからず、専門家でもその原因の説明に苦慮するものがある。

3.自殺事例をととしての考察

自殺は精神障害(特にうつ病)の増悪によるものか、通常の症状経過によるものかの判断は、非常に困難な側面を有している。すなわち、業務は精神障害の発症にどう関わり、増悪にどのように影響したか、との判断は1例、1例、事例を検討して判断をせざるを得ないからである。しかしながら、業務が有力な因果関係を持って発症、ないし増悪をした事例に関しては、何らかの共通する特徴があるようである。提示した事例は1)疲弊・消耗した状態でうつ病が発症して死亡した50代A事例、2)復職・増悪の過程で自死に至ったB事例、3)異動を契機としてうつ病が発症・増悪したC事例、4)自殺の原因が特定できない20歳代のD事例である。

A事例は「6月の健診で変わらないが、質問事項の回答に『イライラ』という言葉が残されていた。」とあり、健診の質問事項から産業保健スタッフが介入できた可能性がないとは言えず、また、その2ヵ月後には明らかに家庭では「ボーとTVを眺める」、さらにその1ヵ月後には「職場では机にしがみつくと」といった異常言動が見られるようになっている。職場と家族も後で振り返ってみれば、介入できた事例であったかもしれない。しかし、労働者本人が弱音を吐いたり自ら救いを求めない以上、その介入は非常に困難であることが少なくないことは論をまたない。

B事例は医療機関と産業保健スタッフには繋がっており、産業スタッフも本人が「倦怠感」を訴えていたため毎週、面接を繰り返していた。それにもかかわらず、海外出張から帰国した後うつ病像は増悪し、既遂に至っている。上司は元気がなくなったので「気分転換の計ら

い」で出張を命じたとのことであるが、上司と産業保健スタッフとの間の連携や本人を交えた面談を行っていたならば、違った展開となり自殺は防げたかもしれない。産業保健スタッフと現場の管理監督者との連携からメンタルヘルスを実践することが如何に重要かを痛感した事例である。

C事例は不本意に異動したものの、元の職場に戻ることを期待し、それはかなわぬとわかってからアルコール乱用も加わり、うつ病が増悪した結果、自死に至った事例である。

D事例は、結婚を控え、婚約者と新居まで決め、何ら業務過重と思われる要因なく、突然、帰社後に失踪し自殺した事例である。「何も考えられなくなった。」などの遺書の内容から気分障害の発症の可能性は否定できないが、正確な精神科診断を下すことは困難であり、何らかの精神障害に罹患していたことは否定できないと精神科診断的に言える程度であろう。

今まで述べてきたようにA、Bは過労自殺事例であり、C、Dは仕事が有力な原因となって自殺に至ったとは判断できない事例である。

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。すなわち、顧客とのトラブル、仕事のミス、新規事業への失敗などの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。

重症のうつ病に陥った事例が自死に至っているということではなく、特に認定事例に関しては軽症～中等度のうつ病事例が、誰にも相談することなく精根尽き果て業務による身体疲労

や閉塞状況の中で自死に至る傾向が強いように思われた。しかし、自死をいつから決意し、決行に移そうといつから考えていたのか、ということについては推測するしかないが、「うつ病」の精神症状としての希死念慮が事例の中に出現していたことは間違いがない事実であり、労災請求事例の検討をさらに重ねる必要があると思われる。うつ病が発症してどのような経過の中で自殺を決行するに至ったかは、過労自殺のみでなく、C、D事例のような非認定事例を含めて、その経過を対比しながら検討していく必要がある。A事例は、過労の中で疲弊状態となり中等症のうつ病が発症していたことは間違いなく、発症2ヶ月目で極めて発症から早期の時点で自殺、B事例は発症して3ヶ月療養したものの4ヶ月目で自殺し、C事例は異動後、数ヶ月で発症し6ヶ月経過してからの自死であり、D事例は発症の時期、症状すらも特定するのが困難であり、前述したように遺書内容から、何らかの精神障害の発症は否定できないと思われる。このように周囲にはわからないが、本人の中では精神状態に何らかの変化が起こっており、周りの目に見えないから症状が確認できないと判断せざるを得ない事例もあるものと思われる。

岸は(自殺念慮・自殺企図:診断と治療, 91巻 No8, 1328～1332, 2003), 「自殺企図に至る3つの要因, 生物学的 biological, 心理社会的 psychological, 社会 social な面が絡み合って自殺企図あるいは自殺念慮が生じる。Biological なものとしては精神疾患への脆弱性が挙げられる。Social なものとしては経済的な困難などが挙げられ、biological な要因と絡み合い脆弱性のある人に精神症状を引き起こす。Psychological な要因としては性格傾向, 問題が生じた時の処理方法, セルフ・イメージ

などが挙げられ、Social な要因がどの程度 Biological な脆弱性に影響を与えているかを決定し、症状の発現に寄与している。これら3つの要因が絡み合い自殺という行動が生じる⁶⁾とその背景に関して述べているが、自殺は、これら3つの要因が絡み合って自殺という行動が起こりうることを再認識すべきである。

2004年8月に「過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に関する検討委員会⁷⁾」の報告書が厚生労働省から公表された。メンタルヘルス対策に関しては2002年8月の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針⁸⁾」によると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つのケアにより心の健康づくりを進めることを基本にし、自殺を予防するためには、うつ状態に早期に対応する必要があること、家族によるケアも重要で家族が相談する窓口を明確にすること、労働者の意見を汲みあげながら労使、産業医、衛生管理者等で構成される衛生委員会等を活用した労使の自主的取組が重要であり、さらに管理監督者の役割が適切な業務管理と情報の提供や相談窓口につなぐなど明確にされたのも大きな特徴であるが、すでに事業所では長時間残業への産業医等による面接指導も行われており、さらに自殺予防の観点から事業所独自のメンタルヘルスカケア確立のための早期介入の方針が必要とされるであろう。

(5) 総合病院精神科外来における自殺事例の検討

分担研究者:黒木宣夫

A. 研究目的

わが国では近年自殺者が増加し、大きな社

会問題となっている。その背景としてうつ病などの精神疾患の存在がクローズアップされ、働く人々が心の健康にも配慮する必要性が認識されるようになってきた。

精神的な不調を自覚しながら専門医療期間を受診しないケースも多く、自殺予防の観点からは憂慮すべき状況が続いている。今回は総合病院精神科外来の患者動向を元に、自殺未遂と既遂事例の分析と検討を行った。最後に得られた結果に基づき、考察を加えた。

B. 研究方法

1. 当院の概要

東邦大学医療センター佐倉病院の精神科(以下当科)は、大学病院の中にある外来診療を中心とした診療科で、平成18年度の年間受診患者数は延 27,386名、初診患者総数は471名(男性188名、女性283名)、一日平均初診患者97.5名である。また外来患者の内訳は、気分障害が38.2%、神経症性障害は40.4%統合失調症圏は10.0%、人格および行動の障害が4.7%であり、疾患別では神経症と気分障害が中心である。他科とのコンサルテーション・リエゾン活動も積極的に行っており、依頼された症例の精神的対応も行っている。

救急部門は、救急救命センターが独立して存在し、二次救急までの対応を行っている。平成18年度の当院救急救命センターの受診患者総数は17470名で、うち精神科関連は310名(男性78名、女性232名)であった。また1年間に救命センターを経由してICUに入室した総患者数は184名である(精神科関連を含む)。平日の5時以降、および第3土曜日を除く土曜日の14時以降の時間外受診は、救急外来での対応となる。大量服薬事例は、内科

で身体的処置を行った後、精神科にコンサルトされるケースが多い。

B. 研究方法

調査対象機関は東邦大学医療センター佐倉病院で、調査年度は平成 18 年度(4 月から翌年 3 月)の 1 年間である。外来診療録や診療データを基に、精神科外来および救急外来における自殺関連事例を調査した。また数値のみでは具体性を欠くため、いくつかの症例を呈示して、患者背景や治療導入の経過、自殺に至った状況などを個別に検討した。なおプライバシーには十分に配慮し、個人を特定できる部分に関しては、症例の趣旨を変えない範囲で改変を行った。

C. 研究結果

平成 18 年度において、自殺既遂が 3 例、自殺未遂が延 47 例であった。既遂のうちの 1 例は 50 代、無職の女性患者で、診断は統合失調症であった。残りの 2 例は男性の就労者で、別途症例を呈示した。(症例 2 と症例 3)。

未遂の場合の手段は、処方薬の大量服薬がほとんどであり、女性が多く(95.7%)、平均年齢は 28.2 歳であった。自殺未遂事例の臨床診断(ICD-10)は、気分障害が最多(50%)で、次いで神経症性障害(適応障害を含む)、人格障害、統合失調症の順であった。高所からの飛び降り、縊首など完遂の可能性が高い事例は、3 例(うち 1 例は統合失調症)であった。

大量服薬で搬送され、救急外来で処置された事例は 44 件あり、うち新規受診が 14 名、かかりつけ患者の再来受診は 20 例で、他院精神科に通院中の患者による大量服薬も 8 例あり、主に近隣の精神科診療所の患者であっ

た。

転帰として、内科的処置により 37 名は、当日あるいは翌日に帰宅していた。意識障害が遷延するなど、身体管理の目的で入院となったケースは 7 例あり、ICU に即入となったのはそのうちの 1 例であった。またもう 1 例は満床のため、処置後他院 ICU に転送されている。残り 5 例は一般病棟に入院し、数日後に退院となっていた。

また大量服薬の患者で職業が判明した 34 例のうち、正社員として勤務している者は 8 例に過ぎず、その他はアルバイトや、無職であった。同一患者が 3 回以上救急外来を受診・処置されているケースも 3 例あり(全て女性)、自殺企図を頻回に繰り返す患者への対応を検討する必要があると考えられた。

引き続き具体例を呈示して、自殺未遂と既遂事例の比較および検討を行った。

症例 1: 他科紹介の自殺未遂事例

男性, 28 歳, 会社員

本人歴: 大学卒業後ある企業に就職したが、その後転職して現在の会社(中小企業)に縁故で就職した。経理関係の仕事をしてはいたが、職場にあまり馴染めなかった。また職場の人間関係で悩んでいた。出来れば辞めたいとも思っていたが、採用の経緯から親戚に迷惑を掛けると思うと、退職は口に出せなかった。気分的にも落ち込みがちとなり、入社することも億劫に感じていた。

家族歴・既往歴: 特記すべきことなし。家族は両親と 3 人家族で、家庭内の人間関係は良好である。

現病歴: ある日いつも通り出勤するために自宅を出て、最寄り駅に向かった。しかし会社とは反対方向の電車に乗ってしまった。途中で下車し、山中を徘徊し、死のうと思って左

手首をナイフで切りつけた。職場には休むという連絡はなく、その日も帰宅しなかったため、心配した家族が警察に連絡した。翌日、地元の人が血だらけで下山してきた本人を発見し通報、救急車で地元の外科病院に収容された。命には別状はなかったものの、麻痺等の後遺症のおそれが高いため、手術目的で当院整形外科に転院となった。整形外科から診察依頼があり、精神科でも併せて加療することになった。

入院後の経過：一般病棟の個室に入院した。きちんとした話し方で接触も良く、一見冷静に見える態度であった。本人は「死ぬしかない」と考えたことは憶えているが、山に向かった動機などについて、曖昧な部分を残していた。会社はしばらく休職とした。面会では家族と穏やかに談笑していたが、仕事のことに触れると表情が曇り、会話も滞ってしまう状態であった。精神的葛藤に関しては、状態が落ち着いてから扱うことにして、手術に関する不安や不眠などの対応を通して、初期治療関係を構築することにした。

薬物療法として日中にプロマゼパム 6 mg を、就寝前にフルニトラゼパム 2 mg、フルボキサミン 50 mg を投与した。手術は 2 回行ったが、軽い神経麻痺の後遺症は残ってしまった。そのことを説明された際も落ち着いて対応し、看護上問題となるような不穏や、自殺企図に結びつくような行動は全く認めなかった。

1 ヶ月後に退院し、外来加療となった。面接場面では、社長(伯父にあたる)と仕事の進め方をめぐる意見の相違があり、事件の数日前の会議でも激しいやり取りがあったとのことであった。会社は 6 ヶ月間休職した。本人も復職か退職かで迷っていたが、母親

が仲裁し、社長と業務の進め方などを話し合い、一応の目途が立ったため、復職することになった。復職後約 1 年間は、SSRI と抗不安薬の内服、支持的な対応を中心とした月 1 回のカウンセリングを継続したが、その後は大きな問題もなく、初診から 1 年 6 ヶ月後に終診となった。

小括：解離性逃走で実際に自殺未遂に及んだ事例である。逃走の多くは 1 回のみで自然に回復するが、逃走自体が自殺等価物としての側面を持つことも指摘されており、慎重なメンタルケアが必要である。自殺当日の行動に関しては、回復後も想起不能な部分を残したが、それ以外の生活史に関して健忘は認めなかった。

家族の関わりは終始良好で、自宅では精神的に落ち着いて療養できた。就業環境が問題であるような事例においては職場環境の改善が必要であり、復職後の対応として、それまでの業務を外し、慣れている経理部門に異動させたことは、本人にとって良かったようである。社長である伯父と十分な話し合いを行った上で、本人が復職する道を選択したことも、妥当な判断であったと思われる。

症例 2: 救急外来から紹介された自殺未遂事例(その後既遂)

男性 58 歳 運送会社社長

主訴: 自殺企図

本人歴: 高卒後某大手企業に就職し、サラリーマンとして勤務していた。43 歳時に自ら退職し、運送業を始めた。起業後は苦しい経営を強いられたが、バブルの好景気もあり、業績は順調に伸びて事業規模も拡大し、創業 10 年目で、従業員 40 数名、多くの車両を有する運送会社に成長した。妻は取締役

の一人で、家族従業者でもある。その他に外部の人間である副社長がいる。2人の息子は会社の要職についている。管理部門は本人の影響力が大きく、会社に関わる一切のことは自分で決めるというワンマン経営である。性格は真面目で執着性が強く、一旦言い出したことは曲げようとしない頑固な面もあった。

既往歴:糖尿病があり、経口血糖降下剤を内服している。3年前に狭心症でバイパス手術を受けた。

現病歴:受診の約1年前に、中継基地の再編問題や、他の役員との意見の行き違いがあり、本人は先行きに不安を感じていた。その頃から不眠や気分の落ち込みが出現したが、気のせいと考え家族にも相談せず放置していた。また当時は株式会社化を控えていて、事務手続きにも追われていた。妻は体調を心配していたが、休みもほとんど取らずに、連日深夜近くまで働いていた。X年に入り、登記で多額の出費があったが、会社の経営に影響するほどではなかった。それにも関わらず、「従業員の給料も払えない、やっていけない」などの発言を認めるようになった。倦怠感や抑うつ気分も目立つようになっていった。その年の8月の早朝に、「俺の人生は終わった」と言って、自宅で側頭部をカッターナイフで切り自殺を試みた。家族が通報し、救急車で当院救急外来に搬送された。処置後精神科に治療依頼があった。

精神症状の経過:今後も自殺企図を繰り返す可能性が高く、近隣の精神科病院に医療保護入院となった。自殺の動機について、当初口を閉ざしていたが、その後「会社の登記に関連した手続きで多額の費用がかかった、倒産して家族に迷惑を掛けることしか考

えられなかった」と述べた。薬物療法としてレボメプロマジン 100mg とクロミプラミン 150mg を中心に投与した。

妻や息子が「会社のことは忘れて休んで欲しい、自分たちがお金のことも管理しており、今経営上の問題はない」と本人に繰り返し説明しても、聞き入れることが出来なかった。入院1ヶ月後の時点でも、「会社がつぶれるから、自分が銀行や取引先に行って交渉しないと、給料を払えない。」としきりに訴えていた。

入院して2ヶ月半後には、不安・焦燥感は徐々に軽快し、表情も柔和になってきた。自殺未遂に対しては「過ぎてしまったことだから仕方がない」と語っていた。退院後仕事に復帰するかに関しては「自信が無い」と答え、また会社を設立して現在の規模に至るまでの道程について、「気が付けば、自分が思ってもいなかったところにいたという感じ」と言っており、過去の苦労を思い出して、目に涙をためていたこともあった。外泊を何回か試みて、病状に変動を認めなかったため、3ヶ月後に退院とした。

退院後は自宅で静養し、仕事には携わっていなかった。会社運営は、家族や副社長以下の社員によって順調に行われていた。その後内服薬を変更し、フルボキサミン 100mgの投与で落ち着いていた。

初診から1年3ヶ月後のある夜、会社の土地売却の件で、家族や息子と激しい口論になった。売却して得た資金を決算に回そうと主張する息子達に対して、本人は反対であった。結論は出ず、最後にはボツリと「俺は家族にも見放された」と話していたという。その翌日「ちょっと出掛けてくる」といって車で外出したが、夜になっても自宅に戻らなかつ

た。警察が捜索したところ、失踪から2日後に、自宅から遠く離れた山中で首をつって自殺しているのを発見された。会社は2人の息子が経営を受け継ぎ、現在も順調に運営されているが、遺された妻の精神的苦痛は続いている。

小括:精神病症状を伴う重症うつ病エピソードである。入院治療を含め、慎重に経過を観察していた。自殺の真の動機は本人しか分からないが、個人で起業し、規模的にも大きく発展させた業績があり、病状も寛解していただけに、非常に残念な結果に終わってしまった。変調を自覚した時点で受診の機会を逃したことや、妄想の存在も予後に大きく影響したと考えられる。

「会社が倒産する」というのは、患者の立場からみて了解可能であり、うつ病の貧困妄想と考えられる。経営者にとって会社がなくなることは、社会的にも自分の存在がなくなると同じ位深刻な事態であると思われる。また典型的なワンマン社長で執着性が強く、そこに貧困妄想が加わり、「会社が倒産するから自分で処理しなければならない、家族に迷惑をかけられない」と、精神的に身動きの取れない状態に陥ったと推察された。

また自殺前日の家庭での話し合いについても、看過できない点を含んでいる。経営の中枢が家族のみの場合、家庭で精神的休養を取れる保障はない。仮に休養まで持ち込めても、たった一回の精神的衝撃によって、これまでの治療が水泡に帰してしまうこともある。家庭と仕事の区別が曖昧なまま、家族の人間関係に大きな問題が生じた場合、治療的介入が極めて困難であることを示す一例でもあった。

症例3:外来通院患者の自殺既遂事例

男性 34歳元公務員

主訴(初診時):不眠、出勤困難

本人歴:高卒後地方公務員として勤務していた。人付き合いはそれほど得意ではなかったが、真面目であった。入職後の経歴にも目立った問題はなかった。

現病歴:市の行政改革の一環として、本人の所属する機関の改廃がとり立たされるようになり、数年後に職場自体がなくなることになった。X-1年に上司が交替したが、上司とは合わず、ある時には別室で些細なミスを指摘され、厳しく叱責されたりした。職員同士でもいじめがあり、若い同僚から気になるようなことを言われて、職場に行くのが辛くなり、夜中に何度も目が醒めてしまうようになった。

X年6月に当院を初診した。診察場面では職場で起きた出来事や辛い気持ちを、涙ながらに訴えていた。自主退職も考えていたが、まだはっきりと決断できる状況でなかった。抑うつ気分を伴う適応障害と診断し、睡眠薬と少量の抗不安薬を投与し、外来通院とした。

その後の経過:本人の話では、若い同僚が中心となり、自分を仲間はずれにしようとしているとのことであった。面談の際に父親から職場の具体的な状況を聞くことが出来たが、おそらく本人から辞める方向に話が進んでいる様子であった。そのまま在籍した場合、次に配属異動となる職場は、これまでとは業務内容が全く異なり、本人はそのことでも悩んでいた。

X年9月の面接で、突然『職場を辞めました』と語った。これから仕事を探すという。治療的にも気掛かりであったが、本人と家族の

決断でもあり、今後の展開を見守りつつ、精神的サポートを続けることにした。辞めて職場ストレスから解放されたのか、表情には多少余裕が出たようであった。『あのまま残って別の組織に異動しても、辛さは同じ』と、自分を励ますように語っていた。手始めに大型免許を取得しようとしたが、深視力に問題があり、取得できなかった。仕方なく別の仕事を探し、数ヵ月後に営業の仕事を見つけた。初めての分野で、不安はそれなりにあったが、その会社に就職した。建設現場を中心に空調機器を販売する仕事で、転職後は人間関係で大きな問題はなく、営業成績も予想より良かったこともあり、1年間は安定した勤務ができていた。

ところが徐々にノルマが厳しくなり、期待の数値が達成できなくなっていく。営業車での移動も多く、身体的にも辛くなり、転職から1年9ヶ月後にその会社も辞めた。その後は新しい仕事が見つからず、再び抑うつとなり、パロキセチン 20 mgを追加した。

X+3年5月に自家用車を運転中、駐車場から出ようとして自転車と接触し、人身事故を起こした。相手の外傷は頸椎捻挫程度であったが、数ヵ月後に多額の賠償金を要求された。慰謝料として100万円を支払ったが、裁判になる動きもあった。あせりとストレスから、精神的にもかなり追い詰められていた。

ハローワークの就職説明会に参加し、その中から新たな仕事を見つけた。都内の物流関係の会社で、荷物の搬入や梱包などの肉体労働であった。募集案内では軽作業であったが、実際には30 kg以上の荷物を運ぶ仕事であった。X+3年7月にその会社に正社員として就職した。

本人としては一生懸命働いたつもりであった。しかし就職からわずか1ヶ月後に、解雇通知がきた。業務適性がなく、試用期間途中であるが解雇するという内容であった。これには落胆と失望を隠せない様子で、『どうして一方的にクビにされるのか分からない』と話していた。解雇から約2ヶ月後のある日、車で青木ヶ原に行き、車中で練炭を焚いて自殺を図った。死因は一酸化炭素中毒死であった。遺書には『親に迷惑を掛けて申し訳ない』という文章が残されていた。

小括：当初は職場不適応症であったが、その後様々な要因が加重し、反応性に抑うつ状態となり、将来にも希望を持たず、自殺した症例である。結果論であるが、負の連鎖のどこかを断ち切れれば、最悪の結果を防ぐことが出来たのではないかと思われた。

職業との関連では、転職の問題がある。それなりの能力や資格、適性があっても、転職は全く異なる環境でのスタートであり、精神的にかなりの負担がかかる。試用期間が終了するまでは身分的にも不安定で、その精神的ストレスも大きい。自ら積極的に望んだもので、それなりの覚悟がないと転職は難しいと思われる。転職してストレス要因から解放され、うまくいく場合も多いと思われるが、そのようなケースは精神科を受診することも無いであろう。既に通院中の患者が転職を考えている場合は、現状に踏みとどまった場合との利益考量やリスク分析を行い、実際に転職した場合は、精神状態の継続的把握など、慎重なフォローアップが必要と考えられる。

症例 4 外来通院患者の大量服薬反復事例
女性 41 歳飲食店経営

主訴:「気持ち落ち込む」「出勤できない」

本人歴:高校卒業後上京し、4年間別の仕事をしながら、アルバイトでスナックの手伝いをしてきた。その後本格的に働くようになり、雇われ店長などを経て独立、4年前からスナックを経営している。経営は順調で、バブル期には1ヶ月で400万円近く稼いだこともあった。4人の従業員がいる。家族は夫(別居中)と子供2人の4人暮らしであった。性格は責任感が強く、他人に任せられないタイプである。

現病歴:X-1年頃より家にいても落ち着かない、イライラするなどの気分の変調と、頭痛、ふるえなどの身体症状が出現した。他院(心療内科)を受診し、抗うつ薬を処方されたが改善せず、X年7月に当院を受診した。常連客から「最近元気が無い」と言われることもつらい、と話していた。従業員の管理がうまくいっていないことにも悩んでいる。この半年間は、夕方出店するのも億劫な状態が続いていた。

その後の経過:抑うつ気分、意欲低下、将来に対する不安と困惑が強く、薬物療法としてフルボキサミン 150mg、塩酸スルピリド 75mgを主に投与した。カウンセリングでは、従業員の管理が大きなストレス要因になっていることが明らかになった。これまで店の運営の中心であったリーダーが辞めてしまい、後任の仕事に対する姿勢が(本人に言わせれば)不十分であるという。本人は辞めさせたいが、人数が減ると店の運営に支障が出るためにそのままになっていた。その後うつ状態が悪化し店に行けない日が増え、常連客からも不満が出るようになった。外出

も困難な状態で、出勤しても数時間しか店に居られない状態が続いた。これまで黒字で推移していたが、客の減少により、2年後の決算で初めて赤字を出した。営業時間外でも携帯電話に頻りに連絡が入ることも、精神的に休養が十分に取れない一因になっていた。

X+3年9月に、本人の悩みの種であった従業員が退職することになり、その後抑うつ状態は若干改善がみられたが、パニック発作を頻回に起こすようになり、店には2時間勤務するのがやっとの状態が続いている。夫と離婚問題でも悩んでおり、離婚した場合は、店を続けていかないと生計が立てられない。平成18年に入り、『死にたい』と言って、処方薬の大量服薬や、リストカットで救急外来に搬送されることが、2ヶ月に1回の頻度で続き、胃洗浄や外科的処置を受けている。その都度話し合いを行っている。抗うつ薬の反応性も良くなく、経営自体が強いストレスになっているようで、今後の生活に対する不安も大きい。

小括:遷延性のうつ病である。自殺企図を頻回に繰り返すことが問題になっている。行動面ではリストカットや大量服薬など、境界性人格障害との鑑別が問題になる。うつ病の一部は人格障害を合併し、そのことが症状の遷延化に作用していることがある。家族の話によると、うつ病に罹患する以前には、明らかな自傷行為は認めなかったとのことである。状況の悪化から現実逃避として行っている側面もあり、確かに性格的に未熟な部分是否定できないが、人格障害とまでは断定できないと思われる。

この症例も複数のストレス要因を抱えており、今後の状況の変化によっては、自殺の

おそれもあるため、家族を含め慎重な対応を行っている。職業的側面では、生活と仕事が不可分の関係であり、落ち着いて休養できる環境にない部分が症例 2 と似通っており、今後注意が必要である。

D. まとめ

1. 当院における自殺関連事例の概要

今回の調査から明らかになったことは、職業上の問題が精神的な部分にも強い影響を及ぼしている点である。症例呈示した既遂の 2 例は、診断は異なるものの、職業に関連した出来事が、発症および自殺の大きなきっかけになっていた。

また自殺未遂事例の多くが、就労の面でも不安定な状況に置かれていた。特に自殺未遂の大半を占める大量服薬事例は、その多くが若い女性であり、パートなどの非正規雇用が多く、就労状況が安定しているとは言い難い。現時点では家族と同居している者が多かったが、家族構成が変化したり、病状の悪化で就労不可能な状態に陥った場合など、生活の維持が困難になる状況も想定される。

就労を含めた生活状況が安定すれば、不安も多少は軽減され、短絡的な自殺行動に走ることも減るであろう。治療場面では職業上の問題に関しても積極的に取り上げ、今後の仕事や生活が安定する方法を検討しなければいけない。

また当院の場合、内科や救命センターとの治療連携の中で大量服薬患者に対する対応が問題になることがある。ICUにおいて集中治療を必要とした重症の大量服薬は 2 例で、ICU に入室した総患者数から考えると、比率的には 1.0% で決して多いとは言えない。但し大量服薬事例自体は、本来救急処置を要す

べき患者の搬送依頼を断らざるを得ないなど、救急外来に望ましくない負担をかけている。精神科としては、自殺目的の大量服薬を減らす方策を、精神療法や薬物療法を含めた日常診療の中で検討しなければならない。

2. 症例にみる自殺と職業との関連

症例 1 は勤務要因が原因・動機として考えられるが、今回の自殺企図がなければ事例化せず、本人は退職するか、長期休職していた可能性が考えられた。このような中小企業の従業員のメンタルヘルス不全に対しては、早期対応と予防の観点から、相談窓口の活用が重要である。公的機関では各都道府県の産業保健推進センター、労災病院勤労者予防医療センター、精神保健福祉センターなど、民間では日本ののちの電話連盟などの相談窓口を通して、精神科受診につなげる方法がある。事業所の規模が小さければ小さいほどメンタルヘルス活動の進捗状況が低く、メンタルヘルス対策は立ち遅れている。社会的な取り組みで心の健康相談体制を整備し、自殺を防ぐことが必要と考えられる。

症例 2 はうつ病の貧困妄想の主題として、『会社が潰れる、給料が払えない』といった、経営者特有の不安を認めた。家族が変調に気付いた時点で精神科受診、あるいは相談等の介入が適切に行われていれば、うつ病の発見が早期になされ、最初の自殺行動を防げた可能性もあった。

また症例 2 と症例 4 は経営者である。もし事業に失敗し倒産した場合、失業保険は給付されず、負債額によっては債権者からの過酷な取立ても覚悟しなければならない。我が国においては、全事業所の 99.7% は中小企業で、その多くは経営基盤が弱く、資金繰りの悪化や倒産のおそれに常にさらされている。その意

味で経営者は危険と常に隣り合わせであるといえる。症例 1 は中小企業の従業員であったが、中小企業の経営者に対しても、今後メンタルヘルス対策を充実させる必要がある。

症例 3 は転職がうまくいかず、生活に追い詰められた状態が長く続いたことが災いしたと考えられる。転職後の営業ではノルマに追われ、再度転職後には慣れない肉体労働がうまくいかず、解雇され、行き場を失う結果になるとは、最初の時点では想定外であった。本人の能力や資質は重要であるが、もし会社側の対応が少しでも異なっていたら、本人も長く勤務できて、自殺を選ばずに済んだ可能性もあった。

近年の終身雇用制の崩壊や労働意識の変化など、若い世代を中心に、以前ほど会社に最後まで勤め上げることに価値を見出さなくなっている。むしろ勤務条件や給料の上で、自分をより活かせる会社を探すことの重要性が強調される。インターネットのサイトによる転職情報や、転職を斡旋する専門の会社の出現なども、その動きを後押ししている。しかし安易に転職を決断して良いか、慎重に検討する必要がある。

3. 自殺未遂事例と既遂事例の違い

事例を中心に、今回の調査から得られた結果をまとめると以下になる。数値上は自殺未遂が圧倒的に多く、生命に影響するような危険な手段を選ぶことは少ない。一方既遂事例は、未遂や適応不全を起こして治療の場が上がってきた後、様々なマイナス要因が重なり合って、死を選ばざるを得ない状況へと追い込まれていく経過が特徴的であった。

受診経路については、他科、あるいは他医療機関からコンサルトを受けた自殺未遂事例(症例 1, 症例 2 など)に関しては、注意して経過を観察する必要がある。家族等からこれまで

の経過や本人の性格傾向、客観的状況などについて、詳細な情報を得ておかないと、心理的に強い負担となる出来事を特定することが出来ず、再度危険な状況へと追いやることになりかねない。精神的に不安定で、自殺のおそれが高いと考えられるケースは入院させ、自殺の危険性が遠のくまでは、適切な治療環境のもとで観察する必要がある。

性別に関して、今回紹介した既遂事例は 2 名とも男性であったが、自殺未遂事例がほとんど女性であることを考えると、男性の自殺未遂を見た場合は要注意である。

職業上の問題に関しては、未遂、既遂事例とも就労状況は様々であったが、仕事に対する強い不安や葛藤を抱えていた事例も多く存在した。自殺未遂事例では契約社員やパートなど非正規雇用者が 76.4%を占めており、就労状況に不安定な点があると推測された。症例呈示した自殺既遂の 2 症例でも、職業に関する悩みや葛藤を症状の根底に認めた。治療場面で職業上の問題に積極的に対応する必要がある点は、未遂・既遂事例に共通していた。

E. 結論

総合病院精神科外来の患者動向を基に、自殺未遂と既遂事例の分析と検討を行った。未遂と既遂の両者において、職業上の問題が精神的な部分にも強い影響を及ぼしていることが確認された。安心して働ける社会を実現することが、自殺による死亡率を減少させる上で重要であると考えられた。

(6)労働者の自殺リスクと転帰に関する研究
主任研究者:島 悟

A. 研究目的

わが国における労働者の自殺者数は 1998 年に急増して以降、減少する傾向のない状況が続いている。労働者のメンタルヘルス向上には一次、二次、三次予防をこれまで以上に充実させる必要がある。自殺予防のためにメンタルヘルス不調を早期に発見し、治療につなげることが重要であるという考え方は既に広く知られるようになってきている。医療機関に足を運んだ患者の自殺念慮を把握することが非常に重要である。

自殺念慮を呈した労働者の特徴を分析することは有用であると考えられるため、都市部の一精神科診療所における労働者である初診患者のうち、自殺念慮を呈した患者の特徴や転帰について調査した。

B. 研究方法

対象は、平成 19 年 4 月 1 日から同年 9 月 30 日までに神田東クリニックを初診した患者のうち労働者である 132 例である。診療録から遡及的に、自殺念慮のあった症例を抽出し、結果に挙げたような項目について調査した。

C. 研究結果

自殺念慮のあった症例は 27 例で、全初診患者の 20.5%であった。

1. 属性

性別では、男性 18 例(66.7%)、女性 9 例(33.3%)であった。平均年齢は、 38.9 ± 8.0 歳であった。男女別では男性 40.5 ± 8.0 歳、女性 35.8 ± 7.5 歳であった。最終学歴では、大学卒が 14 例(51.9%)で最も多く、次いで高校卒、大学院卒がともに 3 例(11.1%)であった。

業種では、製造業が 13 例(48.1%)で最も多く、次いで情報通信業 6 例(22.2%)であった。職種では、専門的・技術的職業が 10 例(37.0%)で最も多く、次いで事務的職業 8 例(29.6%)であった。職位では、一般が 16 例(59.3%)で最も多かった。次いで課長級 7 例(25.9%)であった。

採用形態では、新卒採用が 12 例(44.4%)で最も多く、次いで中途採用が 6 例(22.2%)であった。転職回数では、10 例(37.0%)は転職経験なしであった。把握できた範囲では 7 例(25.9%)が 1 回以上の転職を経験していた。婚姻歴では、既婚が 13 例(48.1%)、未婚が 10 例(37.0%)であった。離婚は 4 例(14.8%)であった。同居家族では、12 例(44.4%)は単身生活であった。

2. 主訴・既往歴・診断等

主訴では、「抑うつ」8 例(29.6%)、「不眠」6 例(22.2%)、「頭痛」3 例(11.1%)の順に多かった。受診経路では、「産業医から」6 例(22.2%)、「メール相談から」5 例(18.5%)、「産業看護職から」4 例(14.8%)の順に多かった。誘因では、業務上の誘因が認められたのは 18 例(66.7%)で、その内容は「仕事の量」(5 例)、「仕事の質」(4 例)、「適性」(3 例)の順に多かった。業務外の誘因が認められたのは 6 例(22.2%)で、そのうち 4 例は「家庭問題」であった。個人的要因が認められたのは 9 例(33.3%)で、そのうち 5 例が「内因」であった。

精神科受診歴では、12 例(44.4%)に精神科の受診歴があった。精神科家族歴

9 例(33.3%)に精神科の家族歴があった。自殺企図の既往では、自殺企図の既往があったのは 1 例(3.7%)であった。自殺の家族歴では、1 例(3.7%)において家族が自殺していた。身体合併症では、13 例(48.1%)において身体

合併症が存在した。非機能性副腎腫瘍、アトピー性皮膚炎、心筋梗塞、右脛骨欠損、正常眼圧緑内障、前立腺肥大症、川崎病、乏精子症といった慢性疾患や機能障害をきたす疾患が目立った。

DSM-IV 診断では、うつ病性障害が 20 例(74.1%)、適応障害が 3 例(11.1%)、双極性障害が 2 例(7.4%)、急性ストレス障害と妄想性障害がそれぞれ 1 例(3.7%)であった。

自殺念慮の強さでは、自殺念慮があるが衝動性はみられず自殺しない約束が可能な状態を「軽度」、自殺しない約束ができない状態を「中等度」、明らかな自殺の意思を示したり実際に自傷行為を行なった状態を「重度」と定義し、これに従うと 24 例(88.9%)が軽度、3 例(11.1%)が中等度であった。

対応では、本人への対応のみ(自殺しない約束をさせる、治ることを保証するなど)にとどめたのが 18 例(66.7%)で、すべて軽度の自殺念慮であった。家族に連絡・説明し支援を要請したのは 8 例(29.6%)であった。1 例は精神科病院に入院とした。すべての症例で自殺企図は実行されなかった。

3. 転 帰

1ヶ月の時点では軽減勤務も含めると 1 例の入院を除き 26 例(96.3%)が就労できていたが、3ヶ月の時点では 74.1%、6ヶ月の時点では 63.0%と時間とともに低下している。特に 6ヶ月の時点で 4 例(14.8%)が退職している。

D. 考 察

程度の差はあれ、初診患者の 5 分の 1 強で自殺念慮が確認された。自殺予防のためには診察時に自殺念慮の有無を積極的に問診することが重要で、たとえこの時点で自殺念慮がなくともこれにより患者にその重要性を意識さ

せ、将来もし自殺念慮が出現したときに、患者は言語化しやすくなり、早期発見につながる事が期待される。

自殺念慮が中等度であった症例はいずれもうつ病性障害で単独で受診していたが、現実検討能力が低下しておりその症状にもかかわらず休務をなかなか受け入れなかった。最終的に家族に連絡を取り、症状や休養の必要性を説明して、休務に至ることができた。幸いいずれも家族と同居していたが、単身者の場合は実家に連絡して本人宅まで来てもらうよう要請する必要が出てくる。家族に電話口で緊急性を理解してもらえよう、説明のしかたの工夫が必要である。

自殺念慮のあった症例の転帰は決してよくないことがわかった。自殺念慮が出る前の早い段階で受診につなげることが、生命予後だけでなく職業的予後も改善させる可能性があると考えられる。

E. 結 論

自殺念慮の有無を積極的に問診することや家族の協力の重要性が示唆された。自殺念慮のあった症例の転帰のよくないことが明らかになった。

(7)EAP機関における事例からみる自殺予防対策に関する検討

主任研究者:島 悟

A. 研究目的

わが国における労働者の自殺者数は 1998 年に急増して以降、減少する傾向のない状況が続いている。労働者のメンタルヘルス向上に寄与するものとして従業員支援プログラム (Employee Assistance Program, 以下 EAP

と略す)の存在が近年クローズアップされているが、治療が必要なケースをいかに円滑に診療のルートに乗せるかが自殺予防の大きな要素である。

精神障害を伴う労働者の精神的負担は、就業中・休業中にかかわらず非常に大きく、時に自殺に至ることもある。例えば、精神障害により数ヶ月以上に及ぶ休業を余儀なくされていた労働者が職場復帰する際は、当該労働者の状態がまだ不安定な面を残している場合が少なくないこと、復職、職場再適応の過程で多大なストレスを負い、病態の再発・再燃がみられることも散見され、職場復帰の失敗体験によって自殺念慮や自殺企図が生じることが問題視されている。

一方、就業中の場合は、当該労働者の精神障害に対する周りからの理解やソーシャルサポートなどの欠如が、自殺選択に繋がる可能性もある。このように彼らに適切な支援を行うことは、職場のメンタルヘルス対策として、極めて重要である。

うつ病をはじめとする精神障害のほとんどは自殺のリスク要因であることが知られている。したがって、精神障害を伴う労働者に、適切な支援を行うことによって、当該疾病の再発、再燃を防止できれば、自殺予防にも寄与することが期待できる。

従来の研究では、自殺予防活動に関する検討や自殺リスク要因の検討などがされてきた。しかしながら、症例を質的に検討し、自殺に至るまでのプロセスや直接的・間接的な要因に関する検討は多いとは言えない。

精神科診療所とEAPの機能を併せ持つ機関であり、契約企業とのスムーズな連携を果たすことで一次、二次、三次予防を充実させることを大きな役割として活動を続けてきた。しかし

ながら、自殺という最も残念な結末も経験してきた。ここで経験した自殺事例を質的に検証することで、今後の自殺予防において留意すべき点が明らかになると考える。

なお自殺事例に関しては得られる情報が限定的である場合が少なくなく、方法論としては多くの問題がある。しかしながら、こうした限定的な情報においても、種々の課題が浮かび上がってくると考えている。

B. 研究方法

対象は、平成15年1月1日から平成20年2月29日までに把握できた労働者の自殺事例である。過去の自殺事例を質的に分析し、自殺に関連すると考えられる要素について症例ごとに抽出した。種々の記録から遡及的に性別、死亡時年齢、勤務経験企業のEAP契約の有無、精神科受診状況、婚姻、就業状況、自殺手段、DSM-IV診断、その他得られた情報について調査した。

C. 研究結果

対象となった自殺事例は19例であった。性別では、男性13例(68.4%)、女性6例(31.6%)であった。死亡時年齢では、年齢不詳者3例を除く16例の平均年齢は 36.2 ± 8.5 歳であった。婚姻歴では、既婚7例(36.8%)、未婚10例(52.6%)、離婚1例(5.3%)、不明1例であった。就業状況では、就業中10例(52.6%)、休業中3例(15.8%)、退職1例(5.3%)、不明4例であった。自殺手段では、縊首2例(10.5%)、飛び降り6例(31.5%)、服薬・服毒1例(5.3%)、不詳8例であった。DSM-IV診断(I軸)では、うつ病性障害8例(42.1%、うち1例はII軸に境界性人格障害)、双極性障害2例(10.5%)、統合失調症1例

(5.3%), 社会不安障害 1 例(5.3%), アルコール依存症 1 例(5.3%), 不明 6 例であった。

D. 考察

以下のように課題と対策を考察した。

1. 受診をキャンセルした症例のフォローを行なう: 受診のキャンセルは種々の状況により生じる可能性があるが、断薬にともなう状態増悪も含めて、自殺に関連するリスクの高い状態に至る可能性がある。
2. 過去に自殺企図のあった事例: 既にハイリスクケースであり、診療所での治療継続でなく、状態に応じて専門病院の紹介を考慮することも必要である。
3. 主治医の交代を行なう事例: 症例によっては喪失体験や見捨てられ感を抱くことがあるので、特に交代の前後は慎重にケアする必要がある。場合によってはそのことを家族や健康管理スタッフにも共有しておきリスクを説明する必要がある。
4. 家族も含め自殺の兆候がつかめていなかった事例: 診療能力をより研鑽しわずかな兆候でも把握できるようにすることが必要であるが、安定しているようにみえるときでも折にふれて希死念慮の有無を尋ねるだけでも感度が上がるであろう。
5. 事後対応(ポストベンション)について: 自殺においては、多かれ少なかれ周囲への影響が強いことが予想される。そのため組織に対し、事後対応(ポストベンション)を提案する。周囲の者が急性ストレス障害などを発症している場合もあり、必要に応じて医療を提供することも考慮する。
6. 過重労働面接以外にも負荷の高い職場において産業保健スタッフが面談を行い、早期発見の感度を高める。セルフケア、ライン

ケアを向上させるために定期的なメンタルヘルス研修を定期的に行なう。

E. 結論

過去の自殺例を調査することによって、具体的な課題と自殺予防対策を見出すことができた。特に目新しい提案ができたわけではないが、基本的な事項をあらためて地道に確実にこなしていくことが重要だと思われる。

(8) 労働者の自殺に関する調査

主任研究者: 島 悟

A. 研究目的

従前、労働者を対象とした自殺企図に関する研究は非常に限られている。また救命救急センターなど自殺企図者のケアを行っている機関における調査において労働者性に焦点を当てた研究は非常に少ない。

本調査は、自殺企図により救急外来を受診した労働者の職場環境・労働実態等に関する情報を集積し、労働者の自殺予防戦略構築に資することを目的として、行われた。

B. 研究方法

自殺企図により救命救急センターを受診した労働者について、平成 18 年度は遡及的に調査を行い、平成 19 年度は前向きに調査を行った。調査内容は、属性、背景要因、自殺の方法等である。調査票全文を資料として示した。

対象施設は、九州労災病院、東海大学付属病院、岩手医科大学付属病院の救命救急センターである。

なお労働者として調査を行ったものの、実際には約 30%のものが、労働性を有していなか

った。

C. 研究結果

1. 対象者の属性

全調査対象者は796名(男性331名,女性463名,不明2名),平均年齢は37.2歳(SD15.06,13~89歳)である。年代別にみると,20代が最も多く243名(30.5%),ついで30代が多く227名(28.5%)であった。

自殺企図時の就労状況は,就業者が365名(45.9%),休職中の者が14名(1.8%),復職後1年未満の者が20名(2.5%),無職・離職後の者が235名で(29.5%)であった。

このうち,就業者と復職後1年未満のものを自殺企図時就業者,休職中と無職・離職後の者を非就業者と分類したところ,自殺企図時に就業者は385名(48.4%),非就業者は249名(31.3%),不明の者が162名(20.4%)であった。就業者の平均年齢は34.7歳(SD12.36),非就業者の平均年齢は39.2歳(SD17.24)であった。就業者と非就業者の平均年齢を比較すると,就業者の平均年齢が有意に低い($t=3.55, p<.01$)。就業者で最も多かったのは20代で37.7%,ついで多かったのが30代で30.4%であった。非就業者では,30代が最も多く24.9%,ついで20代の23.3%となった。カイ二乗検定の結果,就業者は若年層に集中傾向にあり,非就業者は就業以前の10代や中年以上の者が比較的多い。

就業者の有配偶者率は37.1%,非就業者においては38.2%であり,家族との同居率は就業者77.9%,非就業者70.7%であった。就業者と非就業者の間に有意な差は認められなかった。

就業者の最終学歴で最も多かったのは高校

卒業の51.4%,ついで中学校卒業の23.6%であった。非就業者でも同様に高校卒業が最も多く42.2%,ついで中学校卒業が28.5%であった。カイ二乗検定の結果,就業者においては高校卒業と短大・専門学校卒業が比較的多く,非就業者においては小学校卒,中学校卒と短大・専門学校卒,大学院卒が比較的多い傾向がうかがえた。

2. 就業状況

自殺企図者の所属する会社の規模としては,99人未満が最も多く49.4%であった。職種は,サービス業が最も多く16.64%,ついで専門・技術職の13.8%であった。職位は,一般職が最も多く51.2%だった。採用形態はパート・アルバイトが最も多く28.0%,ついで中途採用の正社員が多く,22.1%であった。夜勤およびシフト勤務の有無については,夜勤勤務なし,シフト勤務なしの者の方が多かった。

3. 自殺企図に関する項目

就労状況別の自殺企図の既往の有無は,就業者では既往ありが43.9%,既往なしが38.2%であったのに対し,非就業者では既往ありが43.0%,既往なしは見られず,不明の者が多かった。就業者においては,調査時の自殺企図が初回であったことが明確である者が多かったといえる。自殺企図の方法としては,就業者,非就業者ともに過量服薬が最も多く,就業者の59.7%,非就業者の50.6%にみられた。既往の方法については不明の場合が多いが,同様に過量服薬が最も多く,就業者の27.3%,非就業者の16.1%にみられた。自殺企図時の治療状況については,就業者,非就業者ともに治療中が最も多く,就業者では53.0%,非就業者では71.1%であった。カイ二乗検定の結果,就業者においては,非就業者に比べ治療中断例や未治療例が多かつ

た。

4. 労働者と非労働者の比較

次に、自殺企図時、いずれかの企業に所属していた者(自営業含む)を労働者、離職者および就労経験のない者を非労働者としたところ、労働者は 399 名(50.2%)、非労働者は 235 名(29.4%)、不明の者が 162 名(20.4%)であった。就労状況が不明の 162 名を除く、644 名について以下の分析を行った。平均年齢は労働者が 34.8 歳(SD12.46)、非労働者が 39.2 歳(SD17.42)であり、労働者の平均年齢の方が有意に低い($t=-3.31, p<.01$)。労働者、非労働者ともに 20 代、30 代が多く、若年層の占める割合が比較的大きいが、労働者においてその傾向がより顕著であり、非労働者に関しては、60 代、70 代も一定数おり、中高年層をも含むより広範な分布が見られる。

有配偶者率は、労働者、非労働者間で顕著な差は見られず、居住状況も労働者、非労働者とも家族と同居の者が全体の 7 割以上を占めている。家族構成については、労働者においては子どものいない者が多く、半数以上が子どもの人数は 2 人以下であった。非労働者においては、不明の者が多いが、3 人および 4 人子どもがいるという者が労働者に比べ高率に存在していた。学歴については、労働者、非労働者ともに高卒が最も多いが、労働者において非労働者よりも多く見られるのは短大・専門学校卒と大学院卒者、逆に非労働者において多く見られるのは小学校卒者であった。

労働者においては、過去に自殺企図の既往がない者(45.4%)が多く、一方で非労働者は全員が既往ありとの結果が認められた。この結果より、労働者においては、既往からの自殺企図の予測が困難である可能性も考えられる。

労働者においては介入可能であったと思わ

れた者が 104 名(26.2%)、介入困難であったと思われた者が 293 名(73.8%)であり、介入困難なケースが有意に多く見られることが分かった。一方、非労働者においても介入可能であったと思われた者が 80 名(34.5%)、介入困難であったと思われた者が 152 名(65.5%)であり、介入困難と思われる者が多い($\chi^2(1)=4.86, p<.05$)。この結果より、労働者においては介入困難な者の占める割合がより多いことが分かる。家族が自殺企図の兆候に気がついていたか否かについては、労働者と非労働者の間に顕著な差は見られず、労働者に見られる介入の困難さが、周囲が気付かないためにのみ生じているとは考えにくい。治療に関しては、自殺企図時、労働者では治療中断(7.2%)あるいは未治療(37.7%)の者の占める割合が高く、一方の非労働者においては 7 割以上継続的な治療を受けている。

以上より、労働者は継続的な治療を受けることが困難な状況にあり、そのことにより適切な介入の機会を逸してしまう危険性の高いことが推測された。

5. 精神科診断など

DSM-IV-TR の 1 軸診断名が明記されていた者の内訳を見ると、労働者では適応障害の者が 173 名(43.9%)と多い。一方で非労働者では統合失調症が 35 名(15.1%)と最も多かった。

発症要因から発症までの期間については、労働者で 4 週間以内もしくは 6 ヶ月以上に集中傾向があり、非労働者においても 6 ヶ月以上の者が多く見られるが、短期間のものが相対的に少ない傾向にあった。発症要因から今回の自殺企図までの期間に関しても、類似した傾向が見られ、労働者において 4 週以内までの短期間を示す者が相対的に多いと推測さ

れた。自殺企図の誘因から企図までの期間に関しては、顕著な差は見られなかった。

D. 考察

1. 対象者の属性

年代別では、20代が最多で、ついで30代が多いという結果は、最近の若年者の自殺の増加と、精神障害関連災害事案において30代が最多であるということと合致する。就業者と復職後1年未満のものを自殺企図時就業者、休職中と無職・離職後の者を非就業者と分類したところ、就業者と非就業者の平均年齢の比較では、就業者の平均年齢が有意に低いが、非就業者では定年退職者など高齢者を含んでいるためであると考えられる。

2. 就業状況

自殺企図者の所属する会社の規模では中小企業が多く、職種ではサービス業が最も多く、採用形態はパート・アルバイトが最も多かったが、非正規社員の置かれた困難な社会的状況を反映している可能性が考えられる。また中途採用の正社員が多いことは注目される。

3. 自殺企図に関する項目

自殺企図時の治療状況については、就業者においては、非就業者に比べ治療中断例や未治療例が多いことから、就業者における受療行動の促進および治療遵守の支援の重要性が指摘できる。

4. 労働者と非労働者の比較

労働者と非労働者の比較では、労働者においては、自殺企図の既往がない者が多く、既往歴からの自殺企図の予測が困難である可能性があることから、自殺の予測指標についてさらに検討する必要性があると考えられる。また労働者においては介入困難な者の占める割合がより多く、自殺企図時治療中断していた者、

あるいは未治療の者の占める割合が高く、労働者は継続的な治療を受けることが困難な状況にあり、そのことにより適切な介入の機会を逸してしまう可能性が高いと考えられる。

5. 精神科診断など

DSM-IV-TRによるI軸診断名では、労働者では適応障害の者が173名(43.9%)と多い結果が得られたが、このことは示唆的である。すなわち一般的に軽症と考えられている適応障害において自殺企図例の多いことは、うつ病を主たる対象とした自殺対策において、より軽症の病態により一層の留意を払うとともに、職場環境等、環境調整を要請する結果であると考えられる。発症要因から発症までの期間については、労働者で4週間以内もしくは6ヶ月以上に集中している傾向があり、発症要因から今回の自殺企図までの期間に関しても、労働者において4週以内までの短期間を示す者が相対的に多いことから、二次予防体制の強化の必要性が考えられる。

E. 結論

本研究により、労働者の自殺対策においては、軽症の病態も含んで対策を考えることと、適応障害が多いことから、職場環境調整など環境要因への働きかけの重要性が示唆された。

今後は、事業場外資源である救急外来と事業場内資源との実効性のある連携モデルを含めて、より効果的な自殺対策のあり方を検討する必要がある。