

職場における 自殺の予防と対応

中央労働災害防止協会
労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会





はじめに

我が国では1998年頃から自殺者が急増し、その数が年間3万人を超えるような状態が続いています。就労者の自殺も同様に増加しており、職場環境のさまざまな負荷が労働者の心の健康に重大な影響を及ぼしていることは明らかであると考えられます。

厚生労働省は従来から、労働者の心身両面にわたる健康の保持増進を図るために、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針（1988年）」を定めてメンタルヘルスケアを含む総合的な対策を進めるなどの施策を講じてきました。しかし自殺の増加などで如実に示されているように、職場環境が労働者に対してますます高い負荷を与えていると思われる状況を踏まえ、2000年には更に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を定めて、事業場におけるメンタルヘルス対策を支援してきました。自殺予防の観点からは、それに必要な知識を普及する目的で、「職場における自殺の予防と対応」というマニュアルを2001年に公表し、教育・研修などの場での利用を図るなどの努力も払ってきました。

しかしながら労働者を取り巻く環境の厳しさはその後も変わらず、自殺予防の明らかな成果がみられない状況が続いています。そこで、メンタルヘルス対策に関する一層の取組が必要と判断され、前指針（2000年）に替わり、新たに労働安全衛生法の規定に根拠を置く「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が2006年3月に公表されました。今後は、この指針に基づき、メンタルヘルス対策が各事業場において従来にも増して積極的に取り組まれることが期待されています。

また緊急性の高い課題として、労働者の自殺予防に関する総合的な対策も進められており、そのために必要な知識の普及・啓発は特に重要な課題とされているところです。そこで、各方面で広く利用されてきた上述のマニュアルをより良いものにするために内容の改訂、追加などを行い、今般この小冊子を公表することになりました。

内容は、うつ病の症状や早期発見のための方法、産業医や専門医へうつ病等の疑いがある労働者をつなぐタイミング、職場でのポストベンションの促進に関する記述を充実することを主眼とし、中央労働災害防止協会に置かれた学識・経験者よりなる委員会での討議を経て、各委員が分担執筆したものです。ここにまとめられている内容は基本的な知識であり、事業場の種類、規模や事業主・従業員たちの個性などによって実際に効果のあるやり方はいろいろと異なってきて当然なのです。しかしこの小冊子には、自殺予防という目標に近づくために重要な知識、知恵が書かれており、あなたの職場での自殺を予防し、またメンタルヘルスの水準を上げるために必ずや役立つものと確信しております。この内容を参考にされ、あなたの職場や身の回りの人々の心の健康に関心を持ち、最悪の結果である自殺の予防のために役割を果たしてくださることを望むものです。

中央労働災害防止協会
労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会
座長 櫻井 治彦

■ 精神科医を受診しよう

新聞は「2006年の自殺者の総数は32,155人で、9年連続3万人を超えたことが、警察庁のまとめでわかった」と報道しました。前年より397人（1.2%）減少したものの、依然として3万人を割らない状況が続いています。また、総務省の発表によれば2007年4月の完全失業率は3.8%であり、4%を下回ったのは9年1ヶ月ぶりとのことです。従来から、完全失業率と自殺者数とは関係があるという説があり、今後完全失業率が4%を下回ることが続けば自殺者数の減少も期待できます。

このような状況の中で、政府は2007年6月8日の閣議で昨年施行された自殺対策基本法に基づき「自殺総合対策大綱」を閣議決定しました。これによりわが国の自殺予防もスタートラインに立ったことになり、今後の成果（自殺率の減少）が期待されるところです。

この成果が発揮されるまでには時間がかかることは言うまでもありません。それまでにもできる限りの自殺予防はなされなければなりません。厚生労働省の研究班（主任研究者 保坂 隆 東海大教授）の調査によれば、救命救急センターに運ばれた自殺企図者約1,700名の調査で自殺企図前に精神科医に相談していた割合は3.8%でした。また、第3章「自殺の予兆」にもあるように、自殺企図の背景には種々の精神疾患があるにもかかわらず、自殺企図前に精神科医を受診している人はごくわずかです。精神科医を受診することにより、背景にある精神症状が改善されれば自殺念慮も解消されます。まずは精神科医を受診しましょう。

さて、最近のマスコミは盛んにメンタルヘルスの啓蒙記事を報道しており、また、メンタルヘルスに関する雑誌も刊行されています。このように精神科の敷居は以前に比して格段に低くなっているのが実情です。さあ、自殺に限らず心に問題を生じたら躊躇せず精神科の門をたたきましょう。

注1：精神科を標榜する医療機関は大きく分けると以下のようになります。

精神科病院：外来診療と入院治療を行います。

診療所（クリニック）：外来のみで、最近施設数が増加しています。

いわゆる総合病院の精神科：外来診療のみの施設もあれば、入院治療を行う施設もあります。

注2：受診する際には電話で予約をしましょう。

有限責任中間法人 日本総合病院精神医学会 理事長 黒澤 尚



労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会委員

(五十音順)

加藤 隆康	株式会社グッドライフデザイン 代表取締役社長
黒木 宣夫	東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室 教授
黒澤 尚	有限責任中間法人日本総合病院精神医学会 理事長
○櫻井 治彦	中央労働災害防止協会労働衛生調査分析センター 所長
高橋 祥友	防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門 教授
林 剛司	株式会社日立製作所日立健康管理センタ 副センタ長

※○印座長

目次

はじめに
精神科医を受診しよう
労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会委員

第1章 自殺の実態

1. 自殺者数の推移	8
(1) 年次別推移	8
(2) 国際比較	8
(3) 自殺と景気動向	9
(4) 自殺死亡の年齢層	9
(5) 自殺者の職業別分布	10
2. 事業所における自殺既遂者調査の概要	11
(1) 精神障害による自殺で労災認定された51例調査結果	11
(2) 長時間労働と自殺	11
3. 家族、職場が気づいた自殺の兆候	13

第2章 産業精神保健の動向

1. 精神障害等の労災認定	14
(1) 精神障害等による労災補償の動向	14
(2) 自殺の労災認定	14
2. 職場の精神保健に関連する法的側面	15
(1) 労働安全衛生法に基づく健康管理	15
(2) 労働衛生分野を中心とした行政の流れ	16
(3) 企業と安全配慮義務	18
3. 企業におけるリスクマネジメント	19
(1) 事例の概要	19
(2) 本事例のストレス評価と就業上の措置	19

第3章 自殺の予兆（どのような人に自殺の危険が迫るのか）

1. 自殺予防の十箇条	21
(1) 「うつ病の症状に気をつける」	22
(2) 「原因不明の身体の不調が長引く」	23
(3) 「酒量が増す」	24
(4) 「安全や健康が保てない」	24
(5) 「仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う」	24
(6) 「職場や家庭でサポートが得られない」	25
(7) 「本人にとって価値あるものを失う」	25
(8) 「重症の身体の病気にかかる」	25
(9) 「自殺を口にする」	25
(10) 「自殺未遂に及ぶ」	25
2. 自殺の直前のサイン	26

第4章 日常の配慮と相談対応

1. 日常からの配慮	28
2. 自殺の予兆が見られる人への対応	28
3. 心の病気で治療中の人へのかかわり	30
4. 自殺未遂者への長期的なかかわり	30
5. 同僚や部下のことで相談に来た人への対応	31
参考判例	31

第5章 相談体制

1. 企業における心の健康相談体制	33
(1) 心の健康相談体制	33
(2) 相談窓口	34
(3) 電話、E-mailなどの活用	35
(4) 相談先の表示と相談のためのツール	35
(5) 健康診断の問診を充実しよう	35
2. 中小事業場における相談体制づくり	36
(1) 中小事業場のメンタルヘルス対策の現状	36
(2) 地域の社会資源の活用	37
(3) コンソーシアム EAP	37
(4) 中小事業場におけるメンタルヘルスの対策事例	37
職場のメンタルヘルス対策事例①	38
職場のメンタルヘルス対策事例②	40

第6章 自殺後に遺された人への対応

1. 自殺のポストベンション（事後対応）	43
2. 職場でのポストベンションの原則	43
(1) 関係者の反応が把握できる人数で集まる	44
(2) 自殺について事実を中立的な立場で伝える	44
(3) 率直な感情を表現する機会を与える	45
(4) 知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する	45
(5) 個別に専門家による相談を希望する人には、その機会を与える	46
(6) 自殺にとくに影響を受ける可能性のある人に対して積極的に働きかける	46
(7) その他	46
3. 遺族への対応	47
(1) 誠心誠意対応する	47
(2) 心身両面のケアが必要	47
(3) 日常生活の手続きを助ける	48
(4) 故人をいつまでも忘れないことを伝える	48

第7章 自殺への予防対応の事例

〈効果的な支援ができた事例1－自殺念慮〉	49
〈効果的な支援ができた事例2－自殺未遂〉	50

「職場における自殺の予防と対応 Q & A」

執筆者	61	参考図書一覧	62	相談機関一覧	63
-----	----	--------	----	--------	----

第1章

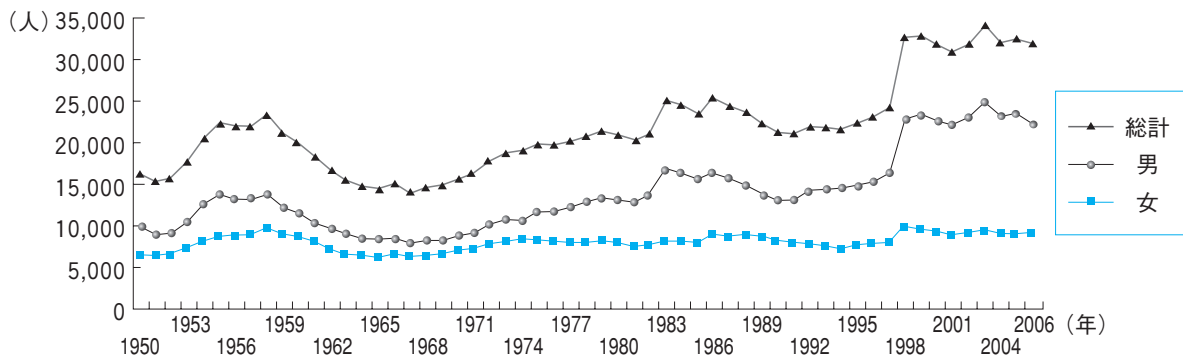
自殺の実態

1 自殺者数の推移

(1) 年次別推移

日本における1950年以降の自殺の年次別推移を図1-1に示します。自殺者数には3回の大きなピークがあります。戦後の1947年より自殺者数の急速な増加が始まり、第1回目のピークの1958年には男性13,895人、女性9,746人に達しました。その後、徐々に減少し、1967年に男性7,940人、女性6,181人と最低値を示した後、第2回目のピークである1986年まで増加が続きます。第2回目のピークでは、女性の増加傾向はそれほど著明でなく、男性が1983年には17,116人と目立っていました。1990年には男性13,102人と第2回ピーク時の77%まで減少しました。以後増加に転じましたが、1998年から急激に増加し、1999年には男性23,512人、女性9,536人と過去最大の自殺者数となりました。2000年には男性22,727人、女性9,230人となり、現在は第3回目のピークを迎えていると考えられます。

図1-1 ▶ 年次別自殺者数



出典：「平成18年中における自殺の概要資料」(警察庁)
(1977年以前は過去の警察庁資料による)

(2) 国際比較

表1-1に自殺死亡率の国際比較を示します。

表1-1 ▶ 自殺死亡率(人口10万対) — 国際比較

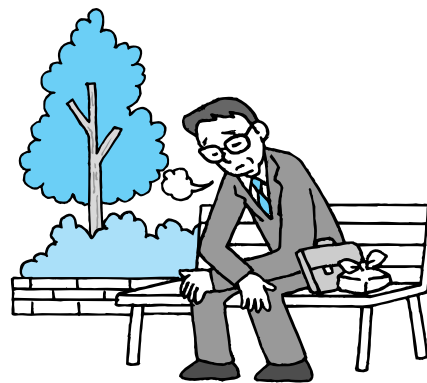
国名(年)	日本(1998)	米国(1994)	英国(1995)	フランス(1995)	ドイツ(1995)	ハンガリー(1995)	イタリア(1993)	オーストラリア(1995)	フィンランド(1995)
総数	25.4	12.0	7.4	20.8	15.8	32.9	8.2	22.2	27.2
男性	36.5	19.8	11.7	31.5	23.2	50.6	12.7	34.2	43.4
女性	14.7	4.5	3.2	10.7	8.7	16.7	4.0	11.0	11.8

資料：世界保健機関 (WHO)

比較する年度が若干異なりますが日本は欧米と比較すると、自殺死亡率はほぼ中間から上位に位置しますが、G7（先進7カ国）の中では極めて高い値を示しています。

(3) 自殺と景気動向

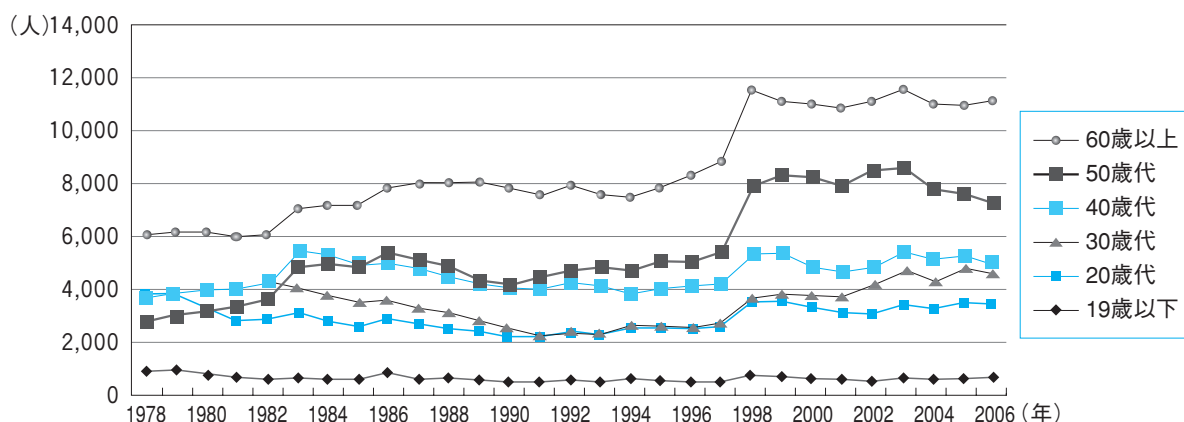
第1回目の自殺者のピークは1957年のなべ底不況と重なり、岩戸景気（1959-61）の到来とともに自殺者数は減少しています。更に所得倍増計画（1960）の発表に続くオリンピック景気（1963-64）といざなぎ景気（1965-70）という相次ぐ好景気の時期では、男性の自殺者数は1万人以下となり、第1回ピーク時の約3分の2まで減少しています。1973年のオイルショック以降10年を超える不況が続き、第2回目のピークはこの不況の後半に発生しています。1987年から1991年のバブル景気の時代は自殺者数は1983年の第2回目ピーク時の約4分の3に減少しています。更にバブル崩壊不況（1991-93）から今日に至るまで、自殺者数は増加傾向を示しています。このようなことから、自殺者の増減は景気と密接に関連していると思われます。



(4) 自殺死亡の年齢層

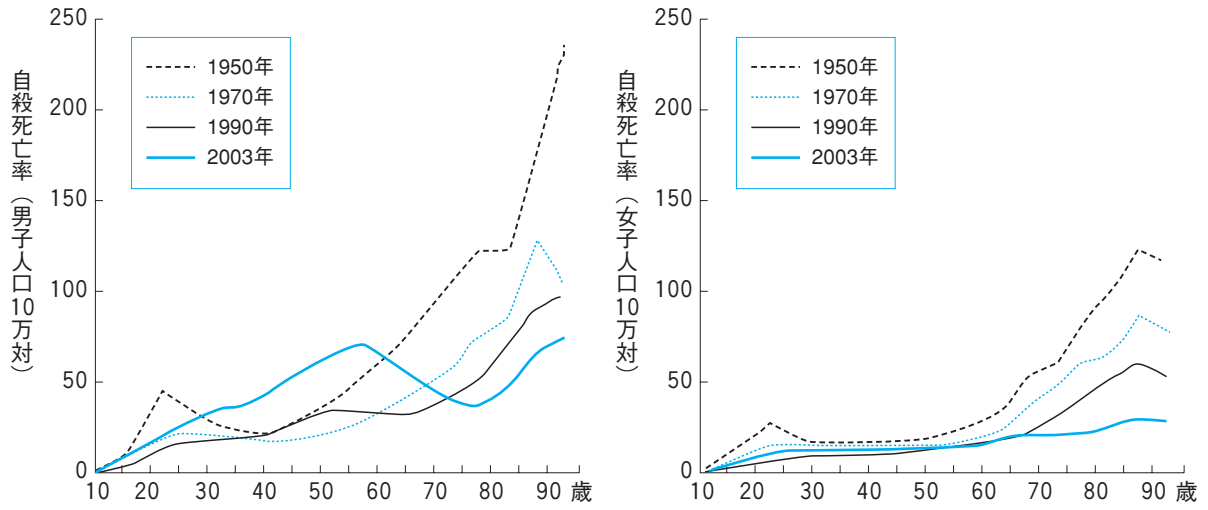
第1回目の自殺者のピークまで日本における自殺は青年期型で、総数の40～50%強が20歳代に集中し、30%前後が壮年期から初老期に相当する50～60歳代に広く分布していました。しかし、それ以後は状況が変化し、男性に限れば青年期の自殺は次第に高齢側に裾野を広げていき、40歳代後半に自殺者数が多くなります。第1回目のピークにおいて自殺の中心となった年齢層は21-23歳だったのですが、第2回目のピークにおいて自殺の中心となった年齢層は51-53歳でした。1998年からの第3回目のピークでは、1923-70年生まれの全ての世代で自殺率が増加傾向を示し、特に50歳代で著明でした。図1-2に自殺者数の年齢層別年次推移を示します。また、図1-3に性・年齢（5歳階級）別自殺死亡率の年次比較を示します。

図1-2▶ 年齢層別自殺者年次推移



出典：「平成18年中における自殺の概要資料」（警察庁）

図 1-3 ▶ 性・年齢（5歳階級）別自殺死亡率の年次比較

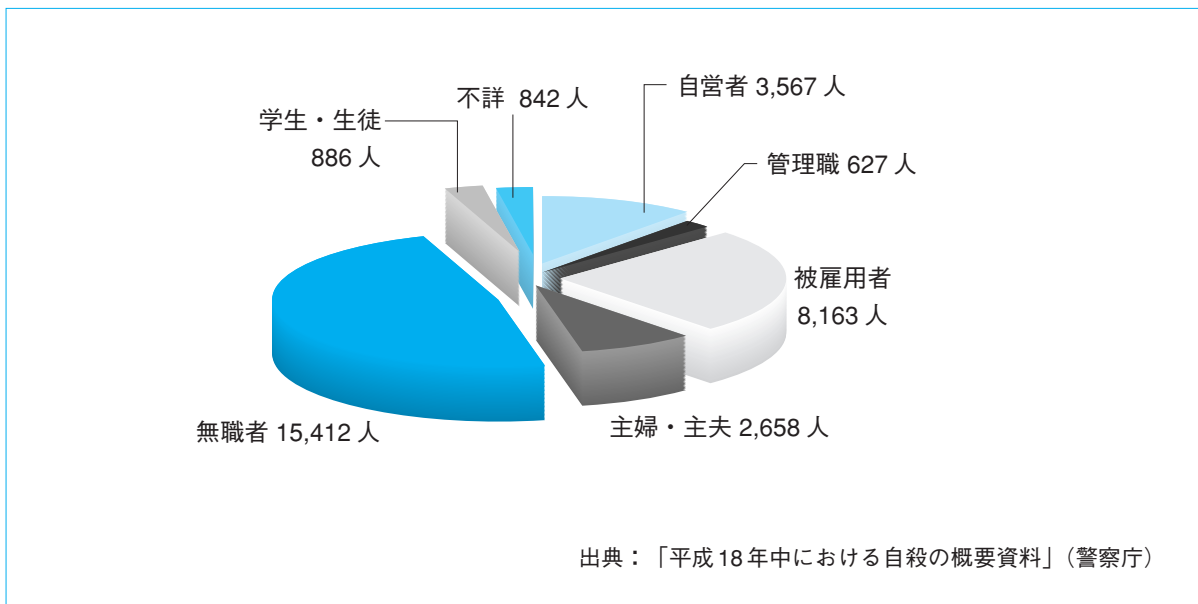


出典：「自殺死亡統計の概要」（厚生労働省）

(5) 自殺者の職業別分布

2006年には、被雇用者8,163人、自営業者3,567人、管理職627人で勤労者全体で12,357人となり、自殺者全体の38.4%を占めました（図1-4）。被雇用者で遺書を残した自殺者は2,938人で、一番多い自殺の理由は、経済生活問題で970人（33.1%）、次に健康問題716人（24.4%）、勤務問題501人（17.1%）の順でした。

図 1-4 ▶ 職業別自殺者数



出典：「平成18年中における自殺の概要資料」（警察庁）

2 事業所における自殺既遂者調査の概要

(1) 精神障害による自殺で労災認定された51例調査結果

ア 調査の概要

精神障害による自殺で労災認定された51例の調査¹⁾の結果、対象事案の53% (27例) に月100時間以上の時間外労働がみられ、管理職と専門技術職の両方で全体の74% (38例) を占めていました。発病から死亡までの期間は、3ヶ月以内に71% (36例) が自殺に至っていました。そのうちの52% (19例) が月100時間以上の時間外労働をしていました。原因となる出来事から6ヶ月以内に自殺に至っていた者は63% (32例) であり、その中で月100時間以上の時間外労働をしていた労働者は59% (19例) でした。診療科を受診していない者は全体の67% (34例) で、精神科を受診した事例は20% (10例) にすぎませんでした。重症度にかかわらず「うつ病エピソード」と判断された例が92% (47例) を占めていました。ノルマの未達成が関与して業務上と認定された事例は61% (31例) でした。また大企業が37% (19例)、中小企業が57% (29例) で、業種別では建設業と製造業で44% (22例) を占めていました。年齢は30～59歳が84% (44例) を占めていました。縊死が圧倒的に多く55% (28例)、次に飛び降り・投身が18% (9例) でした。

イ 業務内容の特徴

「新企画の担当」、「新たに事務所を開設してその担当責任者になるなど、工事責任者で複数工事を担当」、「システム変更を担当」、「事務所が合併して業務量が増加」、「難易度の高い業務に従事」など、様々な状況の中で仕事量が増大・月ごとの時間外労働時間が増加した事例が12例 (24%)、昇格して新規事業の担当者になったり、複数業務を担当していたために業務量が増大し、担当した業務のノルマをこなせなかったという事例が12例 (24%) でした。もともと難易度の高い業務に携わっており、仕事の失敗、新規事業、上司変更、配転・転勤による業務内容の変化等で仕事の量が増え、月100時間以上の時間外労働に携わっていた者が18例 (35%) でした。ノルマの未達成が関与して業務上と認定された事例は61% (31例) をも占めていました。転勤して新規事業や業務そのものの困難性が関与した事例が5例、昇格が関与した事例が3例、職場の支援が欠如していたために仕事量が増大した事例が4例、もともと難易度が高く仕事量が増大した事例が4例でした。

(2) 長時間労働と自殺

長時間労働に関して「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針²⁾」には、「極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最少限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合がある」と記載されているのみで、具体的な指標となる労働時間については記載されていません。過労死の認定基準³⁾では、「発症前1ヶ月間に概ね100時間又は発症前2ヶ月間ないし6ヶ月間にわたって、1ヶ月当たり概ね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる」とされています。すなわち、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合は、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼすとされています。現在、事業者は月100時間を超える時間外・休日労働を行い、疲労の蓄積が認められる労働者に対して、医師による面接指導を行わなければならない、また1ヶ月当たり80時間を

超える時間外・休日労働を行った労働者に対しても事業者は医師による面接指導等を実施するよう努めることが求められています。前述した調査で月100時間以上の残業をしている労働者は、99時間以内の労働者に比較して、原因となる出来事から精神疾患発病までの期間が短く、発病から自死に至るまでの期間も短いことが明らかになりました。

職場における過労死・自殺の予防に関する研究（平成15年度）で231名の産業医調査（企業における「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の効果に関する研究⁴⁾）で、栗原は、172事業場で過重労働を行っており、過重労働者を医療機関へ紹介した経験のある産業医は66名（37.5%）で、そのうち過半数39名（59.1%）が抑うつ状態で、以下、心身症23名、不整脈18名という順であると報告しています。この結果からも過重労働と「抑うつ」、「心身症」とは密接な関連があることは明らかであると思われます。

また長時間労働と睡眠時間との関係については、次の報告が参考になるものと考えられます。総務省の「平成13年社会生活基本調査報告⁵⁾」及びNHKの「2005年国民生活時間調査報告書⁶⁾」によれば、標準的な労働者の1日の生活時間では、睡眠時間は7.3時間とされています（表1-2）。そして、過労死の新認定基準（平成13年12月12日付け基発第1063号通達³⁾の根拠となった「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」は、当時のこの調査結果を用いて、睡眠時間と時間外労働との関係について次のように算出しています。すなわち、1日の労働時間が8時間を超えて、時間外労働を2時間程度、4時間程度及び5時間程度行っているとすると、これが1ヶ月継続した状態では、それぞれ睡眠時間は平均して7.5時間、6.0時間及び5.0時間となります。この場合、1ヶ月間の時間外労働時間数は、1日の労働時間に平均勤務日数（休日労働日は含まない。）21.7日に乗じて、概ね45時間、80時間及び100時間となります（表1-3）。

一方、山村は平成15年度災害科学に関する研究⁷⁾の中で発症前に十分な睡眠が確保できなかった55例について「睡眠時間を4時間未満（睡眠時間<4）と4時間以上（睡眠時間≥4時間）で層別化して、生存時間分析（精神疾患発生率）を行った結果、4時間未満の睡眠が20週続いた時点で80%の発症率（イベント発生率0.8）であるのに対し、4時間以上の睡眠では60%（イベント発生率0.6）であった」と報告しています。

また内山も平成15年度災害科学に関する研究⁸⁾の中で、「4時間睡眠を1週間にわたり続けると健常人においてもコルチゾール分泌過剰状態がもたらされるという実験結果もある。これらを総合すると、4～5時間睡眠が1週間以上続き、かつ自覚的な睡眠不足感が明らかな場合は精神疾患発症、特にうつ病発症の準備状態が形成されると考えることが可能と思われる」と報告しています。

睡眠時間から精神疾患発症の予防は、まさに4～5時間睡眠を境に検討すべきであり、時間外労働月100時間以上の労働に従事した労働者に精神医学的配慮が必要と判断できます。

表1-2▶ 標準的な労働者の1日の生活時間

睡眠	7.3時間
食事等（食事、身の回りの用事、通勤等の時間）	5.5時間
仕事（拘束時間＝法定時間＋休憩1時間）	9.0時間
余暇	2.2時間

表1-3▶

1日の睡眠	1日の時間外労働	1ヶ月間の時間外労働
7.5時間	2時間	45時間
6.0時間	4時間	80時間
5.0時間	5時間	100時間

3 家族、職場が気づいた自殺の兆候

前記の、精神障害による自殺で労災認定された51例調査結果¹⁾では、全事例の82% (42例)において会社よりも家族が先に自殺の兆候に気づいていましたが、家族が先に気づいた言動としては、「食事がノドを通らない、受け付けない」といった食欲不振、体重減少、倦怠感、頭痛などの身体症状、また早朝覚醒等の睡眠障害などが、「最も多く気づかれた言動 (61例)」中の36% (22例)を占めていました。次に「元気がない、冗談を言わなくなった、笑いがなく、無表情、口数が少なくなった」等が16% (10例)でした。また「会社を辞めたい」、あるいは「家を売ってでも会社の損失を補填する」、「退職願いを出す」等が6例、「疲れた、しんどい、ゆううつ、やばい」と自ら極限に達していることをほのめかす言動が6例、「話しかけてもうわの空…」、「妻の前で泣く」等の明らかに抑うつ症状と思われた言動が5例でした。

一方、会社が家族よりも先に気づいた言動としては、「業務の量が多い」、「業務が遅れていた」、「能力低下やミスが多くなった」という兆候が4例、自ら「自殺をほのめかし」、「同僚への愚痴」が3例でした。つまり、会社は労働者の業務が過剰であることは認識しているものの労働者の疲労や業務遂行過程に支障をきたしていることまではわからなかったようです。

また同調査¹⁾では医療機関を受診していない者は67% (34例)であり、精神科を受診した事例は20% (10例)にすぎませんでしたが、うつ病エピソードが92% (47例)を占めていました。このことは家族が病的な言動に気づいていたとしても、うつ病に罹患した労働者を精神科医療へつなぐことが、いかに難しいかを物語っています。家族が自殺の兆候に気づいたら早期に医療機関を受診させることが重要ですが、本人が受診を嫌がった場合は、医療機関、あるいは企業の健康管理室等へ、家族が相談することが有効な場合があります。

参考文献

- 1) 黒木宣夫：「労災認定された自殺事案における長時間残業の調査」－精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究－厚生労働科学研究費補助金（平成15年度災害科学に関する研究P161-220）2004
- 2) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針1999.9
- 3) 厚生労働省労働基準局労災補償課：脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準2001.12
- 4) 栗原伸公：企業における「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の効果に関する研究1. 事業場における過重労働対策－現状とその分析（厚生労働科学研究P23-90）
- 5) 総務省：平成13年度社会生活基本調査報告
- 6) NHK放送文化研究所：2005年国民生活時間調査報告書2005.4
- 7) 山村重雄：長時間残業調査データ生存時間分析結果（平成15年度災害科学に関する研究P157-159）
- 8) 内山真：睡眠と精神障害との関係に関して（平成15年度災害科学に関する研究P5-28）

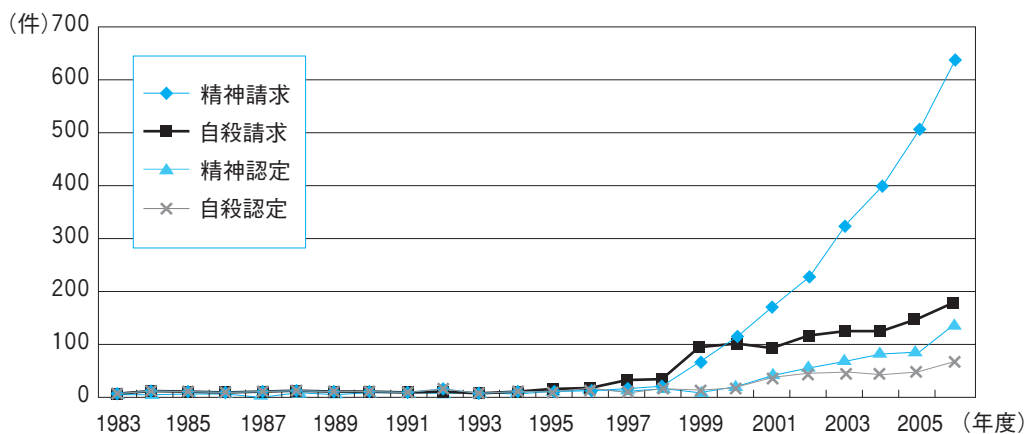
産業精神保健の動向

1 精神障害等の労災認定

(1) 精神障害等による労災補償の動向

現在までの精神障害等の労災補償状況¹⁾は図2-1のとおりです。1983年度から2006年度までの24年間で、精神障害等に係わる労災請求件数は3,594件（うち自殺事案1,071件）となっています。2006年度中の請求件数は819件（うち自殺176件）で、同年度中に205件が認定されており、自殺の認定は66件でした。最近の労災請求の特徴は、精神障害の請求件数が急増し、自殺の請求件数を大きく上回っている点で、2005年度（127件）に比べ全体の認定件数は61%増加しました。業種別では、製造業（38件）、医療・福祉（27件）、運輸業、卸売・小売業（各20件）が多く、年齢層別では、30歳代（83件）が全体の40%で、20歳代（38件）を含めると59%を占め、比較的若い層が仕事の重圧や職場の人間関係に悩んでいる実情がうかがえます。

図2-1 ▶ 精神障害等の労災補償状況の年次推移



注：認定件数は、当該年度に請求されたものに限るものではない。（厚生労働省労働基準局統計）

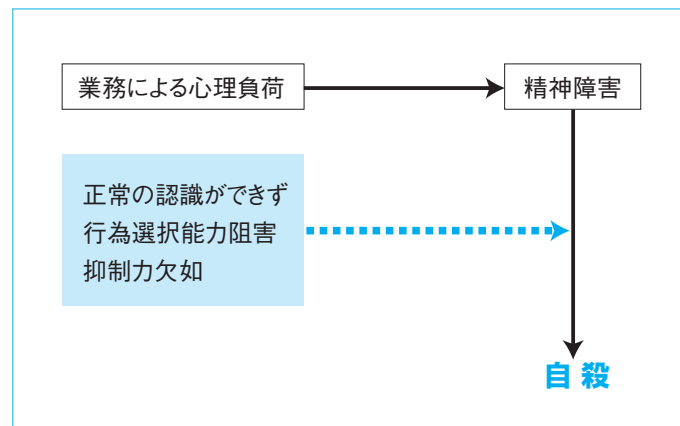
(2) 自殺の労災認定

「過労自殺」は過労死と同様に過労に起因した自殺を意味しますが、「過労」とは心身ともに疲弊・消耗して蓄積疲労が進み、健康障害まで起こした状態をさしています。自殺が労災認定されるかどうかは、労働者災害補償保険法で「労働者が、故意に負傷、疾病、障害若しくは死亡又はその直接の原因となった事故を生じさせたときは、政府は、保険給付を行わない」と規定されているため、かつては故意がない自殺、つまり心神喪失状態で行われた自殺²⁾でないと労災認定はされませんでした。し

かし1999年に策定された「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針³⁾」(以下、判断指針)で、「業務による心理的負荷によってこれらの精神障害が発病したと認められる者が自殺を図った場合には、精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺が行われたものと推定」され、業務上と認定され得ることとなりました。すなわち、業務に起因する精神障害に基づいて行われた自殺の認定の取扱いが示されたことにより、自殺の労災認定の枠も広がったこととなりました(図2-2)。

また、判断指針においては、労災認定は心因性、内因性に限らずICD-10(WHO:国際疾病分類)に規定される全ての精神疾患が対象とされ、その精神疾患発症時点から遡って概ね6ヶ月間の業務過重性の有無等によって業務上外が判断されることとなります。そして、業務による精神障害が発病したと認められた人が自殺を図った場合には、上記の取扱いに従い、自殺が業務上であるか否かが判断されます。

図2-2▶ 自殺の認定



2 職場の精神保健に関連する法的側面

(1) 労働安全衛生法に基づく健康管理

労働安全衛生法では、事業者による定期健康診断の実施と労働者への結果の通知を義務づけています。健康診断の結果に関して異常の所見が認められる場合は、事業者は必要な措置に関して医師の意見を聴く義務があり、事業者はその意見を勘案し、必要があるときは、労働者の実情を考慮して就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講ずるほか、作業環境の調整を図る必要があります。しかし、定期健康診断でメンタルヘルスにかかわる問診を実施するかについて定められているわけではなく、各企業がそれぞれ独自に模索しているのが現状です。

また、同法では、健康診断の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対し、医師、保健師による保健指導を行う努力義務が規定されており、メンタルヘルス上、注意の必要があると思われる労働者に対しては、何らかの介入を行う必要があると言えます。

さらに、同法では、「事業者は、労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならない。」と規定されています。これが、事業場におけるメンタルヘルス対策及び労働者の心身両面にわたる健康保持増進措置(THP:トータル・ヘルスプロモーション・プラン)の根拠となっています。

(2) 労働衛生分野を中心とした行政の流れ

1988年10月：健康保持増進措置（THP）を努力義務化
1989年10月：職業性疾病対策 特殊健康診断項目の改正（鉛、有機溶剤）
1989年10月：生活習慣病対策 定期健康診断項目の改正（貧血、肝機能、心電図）
1992年7月：快適職場環境の形成 作業環境の管理、作業方法の改善
1996年10月：労働安全衛生法改正 健診結果を通知、事後措置の義務化
1999年9月：心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針
2000年8月：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（労働基準局長通達）
2001年4月：二次健康診断等給付制度の創設（労災保険法一部改正）
2001年4月：労働時間の適正な把握…使用者が講ずべき措置に関する基準
2001年12月：脳・心臓疾患、過労死の認定基準改正
2001年12月：「職場における自殺の予防と対応」（働く人の自殺予防に関するセミナーテキスト）作成
2002年2月：過重労働による健康障害防止のための総合対策
2002年12月：自殺防止対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」
2003年6月：第10次労働災害防止計画でメンタルヘルス対策の強化
2004年10月：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
2005年7月：障害者雇用促進法改正 精神障害者を法定雇用率に算定等
2005年10月：労働安全衛生法改正 長時間残業者の面接指導等
2005年11月：プライバシーに配慮した障害者の把握・確認ガイドライン
2006年3月：労働者の心の健康の保持増進のための指針（厚生労働大臣公示）
2006年10月：自殺対策基本法の施行
2007年6月：自殺総合対策大綱策定

労働衛生行政の流れの中で、メンタルヘルス対策が法令上組み込まれたのは1988年で、労働安全衛生法の改正によって労働者の健康保持増進措置（THP）が事業者の努力義務とされ、この中で初めて位置づけられました。これは、労働者の身体の健康にこころの問題が関係していることが少なくなく、労働者の身体疾患や行動の変化の背景にこころの状態の変化が関係していることが見受けられることが多くなったため、本人がメンタルヘルスカケアを受けたいと申し出た場合、あるいは健康測定の結果、メンタルヘルスカケアを受けさせた方が良いと判断された場合には、気づきやリラクゼーションなどの措置を講ずることが事業者に求められたのです。

そして、2000年8月には、労働省（現厚生労働省）によって「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（メンタルヘルス指針）が策定され表2-1のように4つのケアが示されました。

表2-1 ▶ 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針

心の健康づくり計画の策定

1. セルフケア ……労働者によるストレスへの気づきとストレスへの対処
2. ラインによるケア ……管理監督者による職場環境等の改善と個別の指導・相談等
3. 事業場内産業保健 ……産業医、衛生管理者等による職場の実態の把握、
スタッフ等によるケア 個別の指導・相談等、ラインによるケアへの支援、
管理監督者への教育・研修
4. 事業場外資源によるケア ……事業場外資源による直接サービスの提供、
支援サービスの提供、ネットワークへの参加

注：「労働者の心の健康の保持増進のための指針」でも同様である。

2004年8月に「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会⁴⁾」の報告書が厚生労働省から公表されました。この報告書では、前述したメンタルヘルス指針で心の健康づくりを進めることを基本にし、①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、②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、③労働者の意見をくみあげながら労使、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ることなどが強調されました。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ことであるなど、明確にされたのも大きな特徴となっています。

2006年4月から改正労働安全衛生法（平成17年法律第108号⁵⁾）が施行されていますが、労働者の時間外・休日労働（週40時間を基準とし、そこからの超過分）が1ヶ月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められるときは、事業者は原則として労働者に医師による面接指導（問診その他の方法により心身の状況を把握し、これに応じて面接により必要な指導を行うことをいう。）を行わなければならないとされました。また、1ヶ月当たり80時間を超えた場合も、事業者は労働者に医師による面接指導等を実施するよう努めることが求められています。さらに、衛生委員会の調査審議事項として、長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策及び労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策を行うことが新たに追加されました。衛生委員会等を活性化することにより、より事業場に合ったメンタルヘルス対策を立てることが要求され、月1回衛生委員会等を開いて議事録を残しておくことが重要です。

2006年3月に「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書⁶⁾」を踏まえ、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第70条の2第1項の規定に基づく、同法第69条第1項の措置の適切かつ有効な実施を図るための指針として、事業者が講じるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置（メンタルヘルスケア）が適切かつ有効に実施されるよう、厚生労働省が「労働者の心の健康の保持増進のための指針⁷⁾」を策定しました。事業者は、メンタルヘルスケアを推進するに当たって、①心の健康問題の特性、②労働者の個人情報への配慮、③人事労務管理との関係、④家庭・個人生活等の職場以外の問題に留意すると同時に、事業場内の関係者が相互に連携し、①教育研修・情報提供、②職場環境等の把握と改善、③メンタルヘルス不調への気づきと対応、④職場復帰における支援等に積極的に取り組む等、前述した4つのケアを継続的に推進することが効果的であるとされています。また、産業医等の助言、指導等を得ながら事業場のメンタルヘルスケアの実務を担当する事業場内メンタルヘルス推進担当者を、事業場内産業保健スタッフ等の中から選任することが定められています。なお必要な事業場内産業保健スタッフが確保できない50人未満の小規模事業場におけるメ

メンタルヘルスケアの取組に関しては、衛生推進者又は安全衛生推進者を事業場内メンタルヘルス推進担当者として選任するとともに、地域産業保健センター等の事業場外資源の提供する支援等を積極的に活用し取り組むことが望ましいとされています。

企業の管理責任が問われる訴訟や長期休業者の増加、精神障害者雇用の問題など、今後、わが国で解決しなければならない産業精神保健を巡る問題は山積しています。2007年4月に公表された「自殺総合対策の在り方検討会報告書 総合的な自殺対策の推進に関する提言」では、職域に関してメンタルヘルスケア支援策の充実が強調されていますが、今後さらに事業場単位での具体的対策が求められることとなりました。

また、近年、自殺による死亡者数が高い水準で推移していることを踏まえ自殺対策の基本理念、国の責務、事業主の責務などを定めた自殺対策基本法が施行されました。さらに、2007年6月には、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」が閣議決定されました。自殺総合対策大綱には、自殺を予防するための重点施策として職場におけるメンタルヘルス対策を推進することが掲げられており、今後もさらに事業場に対する支援などの取組が実施されることとなっています。

(3) 企業と安全配慮義務

企業はなぜ、労働者のメンタルヘルス問題に取り組まなければならないのでしょうか。労働者にメンタルヘルス問題が発生すると、業務に集中することが困難となり、遅刻・欠勤や作業能率の低下といった問題が起こり、さらに最悪の場合には精神障害による自殺が発生し、その結果として企業の信用の低下、収益の減少といった事態につながらないとも限らないため、必然的に企業はメンタルヘルスケアに取り組まざるをえません。

また、労働者と使用者との間に雇用関係が成立すると、使用者は労働者に対して危険を防止し、安全を配慮しなければならないとする民事上の義務である安全配慮義務が必然的に生ずるのです。安全配慮義務とは、業務を遂行させるときには労働者の生命、身体、健康を守らなければならないとする使用者の義務であり、業務遂行上、予想される生命、身体の危険から労働者を保護し、恒常的な長時間労働、協力支援体制のない状況の中で業務など著しい肉体的精神的な過重負荷等に起因した精神疾患や身体疾患が発生しないよう、配慮しなければならない契約上の義務のことを意味しています。

つまり労働者が業務に服する過程で労働者の生命、健康が損なわれることのないように労働場所、設備、器具その他の労働環境を管理し、又は労務管理に当たって災害が生じないようにする義務です。



3 企業におけるリスクマネジメント

前述してきたように行政施策の中で2006年4月より長時間労働者の健康を保持するための措置の充実強化の一つとして、事業者は、一定時間を超える時間外・休日労働を行った労働者を対象とした医師による面接指導等を行わなければならないこととされました。この中で長時間労働者のメンタルヘルス面のチェックを行い、長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止が図られることとなりました。前述した研究の労災認定された51例の過労自殺事例のうち月100時間以上の時間外・休日労働を行った労働者は53%（27例）もみられ、管理職と専門技術職を合わせると74%（38例）を占めています。医療機関を受診していた事例は33%（17例）で、精神科を受診していた事例は20%（10例）でした。過労自殺事例の8割が精神科受診に至っていませんでしたが、全事例の82%（42例）が会社よりも家族が先に自殺の兆候に気づいており、精神科受診を家族が考えているうちに自殺に至りました。過労自殺を防止するためには、早期に介入することが必要であることは言うまでもなく、労働者自らが問題に気づく必要があり、その仕組みづくりも事業主に課せられることとなりました。

次に労災認定後に損害賠償請求された事例を提示します。

(1) 事例の概要

本人は企業の技術系の管理者であり、社をあげたプロジェクトのリーダーを任せられ、30名近くの部下と共に新機種の技術研究開発に、研究所で取り組みました。当初開発は順調でしたが、6ヶ月頃から開発がうまくいかなくなり、1年経過した時点で本社の命令でプロジェクトチームは解散することとなりました。業務開始からチーム解散まで、本人の上司、部下との人間関係は良好でした。本人は数ヶ月、同研究所に残って残務整理を行いました。残務整理が完了した後、本人は本社の開発本部に異動しましたが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ました。異動から1ヶ月後、別なプロジェクトの責任者の内示を受けました。以前のこともあり本人は気乗りがしませんでした。上司の命令に逆らうことはできず、引き受けることにしました。プロジェクト開始後2ヶ月目頃から熟眠ができず、早朝覚醒、倦怠感、軽うつ気分が出現しました。このため病院の精神科を受診し、うつ病と診断され、3ヶ月間の自宅療養となりました。

主治医がほぼ回復したと判断したことから職場復帰を考慮することとなり、かなり軽減した職務でしたが、何とかこなせる状況だったため職場に復帰しました。しかし、職場復帰してほぼ1ヶ月後から元気がなくなり、倦怠感が出現しました。職場復帰の後、保健師、産業医などの産業保健スタッフの面接を週1回受けていましたが、倦怠感を訴えていたので、スタッフも本人の精神状況に大いに不安を感じていました。元気がなくなったので、気分転換の計らいで、上司が数日間の出張を命じました。帰社後、急激に抑うつ状態が再燃したため、産業医が通院中の精神科ではなく別な精神科での治療を受けるように指示しました。しかし紹介された精神科へ受診する前日になり、自殺に至りました。

(2) 本事例のストレス評価と就業上の措置

この事例はICD-10でいうところの「うつ病エピソード」の典型例と思われます。労働災害の認定に際して重要な点は、発病前6ヶ月の期間に業務過重が存在したかどうかです。発症前に開発業務が結果的に中止となり撤退せざるを得なくなったことの責任を被災者は感じており、これが「心理的負荷

による精神障害等に係る業務上外の判断指針」中の「職場における心理的負荷評価表」の「ノルマが達成できなかった」に該当し、ストレス強度の評価は中等度「Ⅱ」で、その後、残務整理で研究所に一人残ったことなどを考慮して、ある程度の業務過重が持続していたと認められました。管理職であるため残業時間の把握は難しいですが、妻からの帰宅時間の確認や、同僚、上司からの証言で、終電がなくなってタクシーで帰宅していたこともわかり、長時間労働が恒常化していたことが事実認定されました。そして、発症時点では「配置転換があった」ことが、ストレス強度は中等度「Ⅱ」、さらにチームリーダーを任されたという「新規事業の担当になった」で、ストレス強度「Ⅱ」、その上恒常的長時間残業がストレス強度「Ⅱ」と判断されました。このように業務過重の状態であったため、最初のうつ病の発症は業務が有力な原因となったものと判断されました。さらに、職場復帰した後のうつ病の再燃も、前の業務上のうつ病が完全に完治していなかったものであり、業務上のうつ病の発症後に行われた自殺であるとして、自殺についても精神疾患の専門部会で検討された上で業務上と判断されました。

この事例では、労災認定された後に遺族が企業に損害賠償を請求しています。企業は、専属の産業医、保健師、嘱託精神科医も勤務しており、従業員の健康管理には力を入れていましたが、上司と健康管理室との連携ができていなかったことは否めないようです。訴訟では出張に耐えうる健康状態であったか否かが争点となりましたが、判決は出張に出す時点での健康上の問題を企業が見逃し、安全配慮に欠けた対応がなされたとして企業側が全面敗訴しました。

その後、同企業では健康管理の観点から出張や残業に関して就業制限の措置票（就業上の措置）を通して職場上司と健康管理室の連携が図られています。このように企業全体が過重労働に健康障害の防止に配慮し、医師による面接指導等を通して精神科受診を促したり、あるいは長時間残業を禁止するなどの就業上の措置を行うことによって、労働者の危機的状況に陥らせないリスクマネジメントが必要であることは論をまちません。そして、安全配慮義務の履行を図ることが、労災を巡る損害賠償請求訴訟等の問題をそもそも起こさないことにつながります。また何よりも「企業の生産性を上げるためには労働者の健康が前提になる」という認識を忘れてはならないと思われます。

参考文献

- 1) 労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室：脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況（平成18年度）について 2007.5
- 2) 中村博：自殺（第1～3回）—労働者災害補償保険法における—P23-26 東邦大学教養紀要 1985
- 3) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針 1999.9
- 4) 厚生労働省：過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書 2000.8
- 5) 厚生労働省：労働安全衛生法等の一部改正（平成17年法律第108号）2005.11
- 6) 中央労働災害防止協会：平成17年度職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書 2006.3
- 7) 厚生労働省：労働者の心の健康の保持増進のための指針 2006.3

第3章

自殺の予兆 (どのような人に自殺の危険が迫るのか)

自殺が起きる背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、パーソナリティ障害などの心の病が隠れていることが圧倒的に多いのです (Q & A 1-Q1 参照)。ところが、最期の行動に及ぶ前に精神科を受診していた人はごくわずかというのが現状です。心の病の中でも、うつ病がもっとも自殺との関連が強いのですが、うつ病の治療には、今では副作用が比較的少ない安全な抗うつ薬が開発されていますし、各種の心理療法も編み出されています。怖いのは、心の病にかかったことではなく、それに気づかずに放置しておくことなのです。最悪の場合には自殺さえ発生してしまいます。

1 自殺予防の十箇条

働き盛りの自殺を予防するためには、悩みを抱えた人が必死になって発している救いを求める叫びを的確にとらえて、早い段階で治療に結びつけなければなりません。自殺の危険因子をまとめておきます (表3-1)。しかし、これではあまりにも専門的ですので、働き盛りの人の自殺予防に関してとくに注意すべき点を、わかりやすい形で十箇条にしました (表3-2)。

表3-1 ▶ 自殺の危険因子

①自殺未遂歴	自殺未遂はもっとも重要な危険因子 (自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討)
②精神障害の既往	気分障害 (うつ病)、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
③サポートの不足	未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
④性別	自殺既遂者：男>女 自殺未遂者：女>男
⑤年齢	年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
⑥喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
⑦性格	未熟・依存的、衝動的、極端な完全主義、孤立・抑うつ的、反社会的
⑧他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
⑨事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患への予防や医学的な助言を無視
⑩児童虐待	小児期の心理的・身体的・性的虐待

出典：高橋祥友「新訂増補 自殺の危険：臨床的評価と危機介入」(金剛出版, 2006)

表3-2 ▶ 自殺予防の十箇条

(次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。早い段階で専門家に受診させてください。)

1. うつ病の症状に気をつける
2. 原因不明の身体の不調が長引く
3. 酒量が増す
4. 安全や健康が保てない
5. 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
6. 職場や家庭でサポートが得られない
7. 本人にとって価値あるものを失う
8. 重症の身体の病気にかかる
9. 自殺を口にする
10. 自殺未遂に及ぶ

(1) 『うつ病の症状に気をつける』

気分が沈む、涙もろくなる、自分を責める、仕事の能率が落ちる、仕事が手につかない、大事なことを先延ばしにする、決断が下せない、これまで関心があったことにも興味がわかないといった典型的なうつ病の症状に注意しなければなりません (表3-3)。

表3-3 ▶ うつ病の症状

【自分で感じる症状】

憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、イライラする、元気がない、眠れない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、大事なことを先送りにする、物事を悪いほうへ考える、決断が下せない、悪いことをしたように感じて自分を責める、死にたくなる

【周りから見てわかる症状】

表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着きがない、飲酒量が増える

【身体に出る症状】

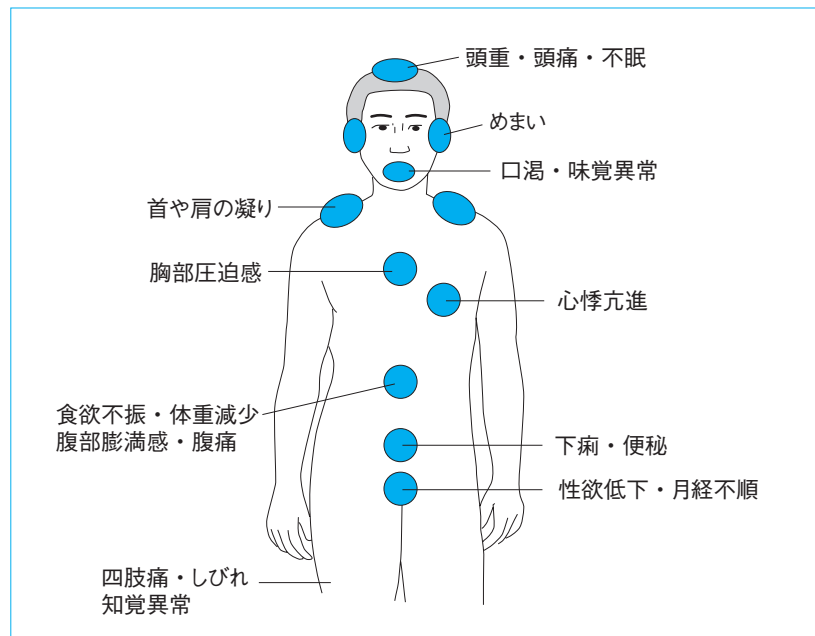
食欲がない、便秘がち、身体がだるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、動悸、胃の不快感、めまい、喉が渇く

(2) 『原因不明の身体の不調が長引く』

うつ病というと感情や思考の面に現れる症状ばかりに関心が向きがちです。しかし、同時に、さまざまな身体の症状もしばしば現れてきます（図3-1）。ところが、一般の人は、これがうつ病の症状であるとはなかなかすぐには気づきません。その結果、うつ病になっても、多くの人が身体症状を訴えて、精神科以外の科に受診しているのです（図3-2）。

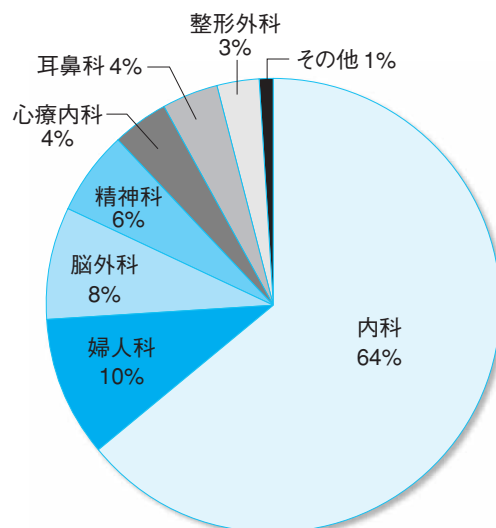
中高年では実際に重症の身体疾患が隠れていることもあるので、ぜひ検査を受けてください。ただし、検査を繰り返しても、明らかな異常が見当たらないのに、それでも身体の不調が続く場合は、うつ病の可能性を考えて、精神科に受診してください。

図3-1 ▶ うつ病の身体症状



出典：渡辺昌祐「うつ病は治る」（保健同人社、2000）

図3-2 ▶ 抑うつ症状を呈する患者の初診診療科



出典：三木治「プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態」（心身医学、42: 585-591, 2002）

(3) 『酒量が増す』

とくに中高年の人で、これまではつきあい程度であったのに、徐々に酒量が増していく場合は、背後にうつ病が潜んでいる可能性があります。飲酒をすると、一時的に気分が晴れることを経験しているために、抑うつ的になった人が、ついつい酒に手を伸ばすことがあります。飲酒によって不眠が改善すると信じている人もいます。しかし、アルコールは長期的にはうつ病の症状をかえって悪化させてしまいます。また、酩酊したために自己の行動をコントロールする力を失い、自殺行動に及ぶ人も多いのです。



なお、単に飲酒量が増えたというだけではなく、酒がないと生活できなくなったり、身体的な問題が出てきたり、対人関係に問題をきたしたりして、アルコール依存症の診断を下される状態になると、問題はさらに深刻になります。

(4) 『安全や健康が保てない』

自殺は突然、何の前触れもなく起きるのではなく、それに先立って、安全や健康が保てなくなるといった行動の変化がしばしば出てきます。

たとえば、糖尿病であってもそれまではきちんと管理できていた人が、食事療法も、薬物療法も、運動療法も突然やめてしまったりすることがあります。また、腎不全の人が人工透析を突然受けなくなってしまうこともあります。

まじめな社員が、借金をするようになる、何の連絡もなく失踪してしまう、性的な逸脱行為に及ぶ、いつもは温和な人が酒の上で大げんかをする、全財産をかけるような株式投資に打って出るといった行動の変化を、自殺の前に認めることもめずらしくありません。うつ病の人の失踪は、自殺の代理行為といってよい場合もあるので、まず本人の安全の確保に全力を尽したうえで、精神科医による診察を受けられるようにしてください。

(5) 『仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う』



長時間労働になるほど過労死や過労自殺の危険性が高まります。企業の安全配慮義務は裁判でも指摘されています。従業員が心身の疲弊をきたさないような労働条件を備えるとともに、不幸にして発病した場合には早期に適切な処置をとることを企業は求められています。また、仕事一筋でこれまでの人生を送ってきた人が、大きな失敗をしたり、職を失ったりする場面に遭遇して、自己の存在価値を失い、急激に自殺の危険が高まる場合があります。あるいは、昇進に伴い、責任が増し、それが負担になって心のバランスを崩してしまう人もいます。

(6) 『職場や家庭でサポートが得られない』

自殺は孤立の病であると指摘した精神科医もいるほどです。未婚の人、離婚した人、配偶者と死別した人は、結婚していて家庭を持っている人に比べて、自殺率が3倍以上も高くなります。職場でも家庭でも居場所がなく、問題を抱えているのに、サポートが得られない状況でしばしば自殺は生じます。単身赴任で、そばに家族がいないために、変調に気づかれず、自殺が突然起きるといった状況もめずらしくありません。

(7) 『本人にとって価値あるものを失う』

ある人にとって特別な価値があるものを失うことについて十分に考えてみなければなりません。家族の死や仕事上のスキャンダルに巻き込まれるといったことが、自己の全存在の否定につながり、生きる価値さえ見失いかねません。ただし、これはすべての人にとって同じような打撃になるのではなく、個人にとっての意味をよく考える必要があります。

(8) 『重症の身体の病気にかかる』

前記(2)で取り上げたのは、うつ病に伴う身体症状ですが、働き盛りの人の場合、重症の身体疾患にかかることがそれまでの人生の意味を大きく変化させることにつながり、自殺の危険を高める結果になる場合もあります。

(9) 『自殺を口にする』

これまでに挙げてきたような項目を数多く満たす人が「自殺」をほのめかしたり、実際にはっきりと口にしたりする場合は、自殺の危険が非常に高くなっています。「死ぬ、死ぬ」と言う人は本当は死なないなどと広く信じられていますが、これは大きな誤解です。自殺した人の大多数は、最期の行動を起こす前に自殺の意図を誰かに打ち明けています。これを的確にとらえられるかどうかは自殺予防の第一歩になります。

また、誰でもよいから「自殺したい」と打ち明けたのではなく、これまでの関係から、「この人ならば、絶望的な気持ちを受け止めてくれるはずだ」との思いから、死にたいという気持ちを話してきた点を忘れないで下さい。打ち明けられた人はまず徹底的に聴き役に回って下さい。話をそらしたり、批判したり、安易な激励をするのは禁物です。

(10) 『自殺未遂に及ぶ』

自殺未遂にまで及んだ場合は、緊急の危険が目前にまで迫っています。その時は幸い救命されたとしても、再び同じような行動に出て、実際に自殺によって命を失う危険がきわめて高いのです。この段階にまで至ると、ただちに専門家による治療が必要です。

首をくくる、電車で飛びこむといったきわめて危険な行為は誰もが真剣に受け止めます。しかし、手首を浅く切る、薬を少し多くのむといった、それ自体では死に至らない自傷行為であっても、長期的には既遂自殺につながる危険が高いことを忘れてはなりません。

2 自殺の直前のサイン

さて、自殺の直前にはどのような行動の変化が現れるのでしょうか。結論を先に述べると、これまでに説明してきた危険因子を数多く満たしていて、潜在的に自殺の危険が高いと考えられる人に、何らかの行動の変化が現れたならば、すべてが直前のサインと考えるべきです。

自殺に至るまでには長い道程があり、この準備状態こそが重要です。直前のサインは自殺につながる直接の契機とも言い換えられます。準備状態が長年にわたって固定していき、自殺の引き金になる直接の契機はむしろ周囲から見ると些細なものに思える出来事である場合のほうが圧倒的に多いのです。

このような点をまず指摘したうえで、自殺の直前のサインを取り上げてみましょう。いくつかは十箇条の項目と重なりあっています。

- 感情が不安定になる。突然、涙ぐみ、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。
- 深刻な絶望感、孤独感、自責感、無価値感に襲われる。
- 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る舞う。
- 性格が急に変わったように見える。
- 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。
- 投げやりな態度が目立つ。
- 身なりに構わなくなる。
- これまでに関心のあったことに対して興味を失う。
- 仕事の業績が急に落ちる。職場を休みがちになる。
- 注意が集中できなくなる。
- 交際が減り、引きこもりがちになる。
- 激しい口論やけんかをする。
- 過度に危険な行為に及ぶ。(例：重大な事故につながりかねない行動を短期間に繰り返す。)
- 極端に食欲がなくなり、体重が減少する。
- 不眠がちになる。
- さまざまな身体的な不調を訴える。
- 突然の家出、放浪、失踪を認める。
- 周囲からのサポートを失う。強い絆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。
- 多量の飲酒や薬物を乱用する。
- 大切にしていたものを整理したり、誰かにあげたりする。
- 死にとらわれる。
- 自殺をほのめかす。(例：「知っている人がいない所に行きたい」、「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。)
- 自殺についてはっきりと話す。
- 遺書を用意する。
- 自殺の計画を立てる。
- 自殺の手段を用意する。

- 自殺する予定の場所を下見に行く。
- 自傷行為に及ぶ。

このようなサインのひとつひとつを取り上げると、人生のある時期には誰にでも起こり得ると思われるかもしれません。また、このうちいくつ以上を認めればただちに自殺が起きると予測できるというものでもありません。総合的に判断するのが重要であり、前述した十箇条の項目のうち数多くを認める人に、以上のようなサインをいくつかでも認めたら、自殺が実行に移される危険は高いと判断すべきです。救いを求める叫びとして真剣にとらえて、専門家による治療が受けられるようにしてください。

今では効果的な薬や心理療法が各種開発されています。怖いのは、心の病にかかったことではなく、それと気づかずに放置し、適切な治療も受けないことなのです。



第4章

日常の配慮と相談対応

1 日常からの配慮

職場の中には、日頃から自殺問題を話題にすることに抵抗を感じる人が存在します。また「自殺について話をすると、かえって自殺の可能性を高めてしまうのではないか」と危惧する人もいます。確かに自殺という話題は大変繊細な心の問題であるとともに、職域において頻度の低い稀なことであるため、職場では話題とし難いものであると思われます。しかし、人の命は一度限りのものであり、周囲に与える影響は極めて大きいものであることから、一般従業員に対しては安全衛生講演会などで取り上げる等注意を喚起し、管理者に対しては管理者教育



の中で本人や部下に自殺の可能性が疑われる場合の相談先を明示することが望まれます。また、医務室や人事安全衛生担当部門に自殺予防や「いのちの電話相談」などの資料を用意しておくことが、対策の第一歩と思われます。

個別の配慮としては、特別に業務負荷が多い人（残業過剰、責任過剰）、職場や家庭などの困難な問題に直面している人、うつ病や問題飲酒など心の病気に罹患している人については、職場の現場ライン責任者がしばしば声かけし、体調について聴いておくことが望まれます。また必要であれば産業保健専門職（産業医、保健師、看護師、カウンセラーなど）や外部の医療機関へ相談に行くように指導します。こうした心の病気や自殺の予防を念頭においた声かけの方法には、簡単なコミュニケーション技術が要求されますので、管理監督者教育のなかで「積極的傾聴法」などの講習会をおこなっておくと良いでしょう。こうした日常からの予防活動に必要な資料やアドバイスについては、巻末に挙げてある最寄りの事業場外資源（相談機関一覧参照）を活用してください。

2 自殺の予兆が見られる人への対応

普段の会話の中でちょっとした愚痴の表現として「死ぬほど辛い」、「死んだ方がまし」などと大げさに言う人もいます。しかしそれまで真面目で愚痴など言わなかった人、おとなしかった人がよそよそしくなり自殺をほのめかすようになった場合は、以下のような対応が望まれます。

また、自殺の予兆には、「死にたい」、「自殺したい」、「自殺の方法を教えてほしい」、「生きていくのがいやになった」、「来年はもうここにはいないだろう」などの直接的な表現をする場合だけでなく、

自殺に関する文章を書いたり、絵を書いたりする場合や、手首を切るなどの自傷行為、「楽になりたい」、「遠くに行きたい」、「家出したい」、「ここに来るのもこれが最後だろう」、「もう、これ以上、耐えられない」などの間接的な表現をする場合があります。このような場合にも、同様に以下の対応が望まれます。

①真剣に話を聴く

自殺について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す。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す。

②言葉の真意を聴く

自殺をほのめかす場合、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」など様々です。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ります。このような場合、「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ことを理解します。

③できる限りの傾聴をする

自殺を打ち明けられた場合、できる限りの時間をかけてその訴えを傾聴することが必要です。徹底して聴き役に努めることが大原則です。何か気の利いた助言をしなければならぬと焦る必要はありません。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稀ではありません。

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ことが重要です。

④話題をそらさない

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す。

⑤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人、本人が信頼を置いている人（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す。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ます。

⑥産業保健スタッフへの相談や専門医への受診を促す

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、産業保健スタッフによる相談や専門医による診断や治療が不可欠です。産業保健スタッフが存在する場合にはこの場合にも、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す。

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れます。

⑦「自殺しない」約束をする

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のです。

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、あまり意味がない場合もあります。

3 心の病気で治療中の人へのかかわり

心の病気で精神科の専門治療を受けている場合でも、自殺の可能性がない訳ではありません。心の病気で治療中であることを知り得た場合には、職場の現場ライン責任者がしばしば声かけし、体調について聴いておくことが望まれます。その際、自殺の予兆が認められた場合には、家族と連携を取り、主治医に情報を提供することが望まれます。また、身近に家族がいない場合は、本人に早急に受診を促すか、受診時に付き添い主治医に相談することが望まれます。



4 自殺未遂者への長期的なかかわり

自殺未遂をした人が精神科の専門治療を受けたからといって、もう2度と同じ過ちを起こさないだろうと推測するのは間違いです。自殺の危険から立ち直ったと思われる人でも、職場や家庭など様々な状況が悪化した時には、それ以前にも増して追い詰められたと感じ、自殺念慮が再燃します。周りの者としては、長期的な展望の中で本人が再び困難に直面した時に素早く専門家を受診してもらうように援助します。また自殺未遂後一見元気を取り戻しているような人でも、実際にはかなり長期間にわたって通院や薬物療法が必要なことがあります。この場合には本人の長期的な治療継続に対する職場の援助や配慮が必要です。

自殺未遂がきっかけで入院となり、その後病状も回復し久しぶりに職場復帰となる場合には、普通本人は「周りの目が気になる」、「何となく気まずい」、「恥ずかしい」、「迷惑をかけたのでは」など様々な負い目を感じています。復職に当たっては、本人を特別視せず「元気だった頃と人が変わったわけではないのだから」と考え自然に対応してあげてください。

しかし他方で自殺未遂が心的外傷体験となり、復職後も本人は「仕事に自信がなくなった」、「働く意欲を感じられない」、「集中できない」、「精神的に疲れやすい」といった状態が続いている事もあります。しばらく職場業務に慣れるまでの間は業務軽減や責任軽減などの配慮が必要です。

5 同僚や部下のことで相談に来た人への対応

自分自身の問題でなく他人の自殺の危険について相談に来る人もいます。この場合しばしば「本人は専門家に相談する気持ちはないと言っている」とか、「他の誰にも言わないで欲しい」と口止めされている場合があります。こうした場合には当事者本人の意志やプライバシーを十分尊重しながら代理人として来た相談者の話を丁寧に聴きます。その上で、できるだけ本人が自ら相談に来るようにアドバイスするのですが、実際にはすぐには展開が見られず、代理人としての相談者に数回以上会い続けることで、自殺の危険がある本人とのかかわりを保つ方法を取らざるを得ない場合もあります。また危機介入のタイミングとして、「実際に本人が自殺の準備をしている」、「軽い自殺未遂をした」、「失踪し行方不明になった」、あるいは「代理人が相談者としての限界を感じている時」などには、家族や職場上司に速やかに連絡を取るべきであることを繰り返し伝えておきます。

参考判例

【事案概要】

労働者（当時46歳）が、課長昇進や個人的な事情や本人の性格など様々な要因によって心因性うつ病になった後、上司が必要な注意義務を怠ったことなどが一因となって自殺したものであるとして、会社と当時の上司に損害賠償を認めた例（控訴審一確定）

【経緯】

労働者は某年2月に課長に昇格しました。約2週間後、家族に無断で外泊し、「仕事がうまくいかない、会社をやめたい、1週間一人で考えたい」と留守電にメッセージを残しました。妻が、父親の脳梗塞、嫁入り前の娘、家のローンがあるので、勤務を継続するようにと懇願したところ、自宅に戻りました。その後、6月に4日間連続休んだ後、上司に対して「課長職が重く、会社を辞めたい」と相談します。上司は「人間死ぬ気になればどんなことでも頑張ることができる」と励まし、「自殺できるものならしてみろ」とも発言しました。

翌年4月に、3日連続で休んだ翌朝の出勤後、本人から妻に「運転できる状態ではない」と連絡があり、自殺未遂をしていることが判明しました。4日後、上司が自宅訪問し、勤務を続けるように説得しましたが、本人は翻意しませんでした。翌月の初めに、精神科を受診し、「自律神経失調症のため1ヶ月の休養を要する」との診断書が提出されました。但し、この際自殺未遂があったことは主治医に報告されていませんでした。この診断書に対して上司は「自律神経失調症を理由に休暇をとると、精神的な病気という噂が立つので、休暇を取らない方がよい」と述べた上、昇進試験の受験を勧めました。診断書は受領されず、そのまま勤務を続け約4ヵ月後に自殺しました。

【判決】

①会社及び上司の注意義務違反（不法行為責任）を肯定

判決では、「課長職への不適応性から強い退職希望を抱いている労働者が精神科専門医が作成した『自律神経失調症のため1ヶ月の休養を要する』旨の診断書を提出した等の事実関係の下では、使用者（上長を含む）は、当該労働者の心身の状況について、精神的落ち込みが単なる一時的な気分の落ち込みではなく自身の意思の力では克服できない内的な障害であって医師の治療によらなければ回復しない病的な状態にあることを予見できたのであるから、労働者について業務上の事由による心理的負担のために

精神面での健康が損なわれていないかどうかを把握して適切な措置を取るべき義務に従って、労働者の心身の状態について医学的見地に立った正確な知識や情報を収集して慎重に対応すべき義務がある」とされました。本件では、このような義務があるにもかかわらずそのようなしなかったため、損害賠償請求が認められたものです。

②過失相殺（類推適用）

当該労働者の性格や心因的素因等の関与を認めてその損害の80%を減額。

参考文献

- ・ 高橋祥友『自殺予防』岩波新書 2006
- ・ サンユー会研修実務委員会法令研究グループ編著『判例から学ぶ 従業員の健康管理と訴訟対策ハンドブック』法研 2005
- ・ 厚生労働省地域におけるうつ病対策検討会『うつ対応マニュアル—保健医療従事者のために—』2004
- ・ 廣 尚典，石崎潤子，荒武優，他：産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアル，労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究（主任研究者：川上憲人）平成16年度総括・分担研究報告書P183-219, 2005



第5章

相談体制

1 企業における心の健康相談体制

自殺を予防する上で健康相談体制を整備することは、労働安全衛生法第69条第1項に規定されているように、大変重要な対策です。家族や職場を含め周囲の人たちがいかに早く本人の悩みや異常に気づき相談をしたり、あるいは、本人が早期のうちに自分の悩みを自ら気軽に相談できるような環境を整える必要があります。

そして、企業だけでなく、健康保険組合、厚生年金基金、労働組合などとも協力し、多くの相談窓口を設ける必要があります。

(1) 心の健康相談体制

図5-1は、A社の心の健康相談体制を示したものです。この企業の場合、相談窓口として衛生管理者、心理相談員、保健師などの産業保健スタッフが最初に対応し、それを産業医に伝え治療に結び付けています。そして、事業場の診療所に心療科を設置し必要に応じ本人、上司、産業保健スタッフなどが相談できる体制を整え、また、相談に来ることができない従業員のために、社内外の電話相談なども行っています。

図5-1 ▶ A社の心の健康相談体制

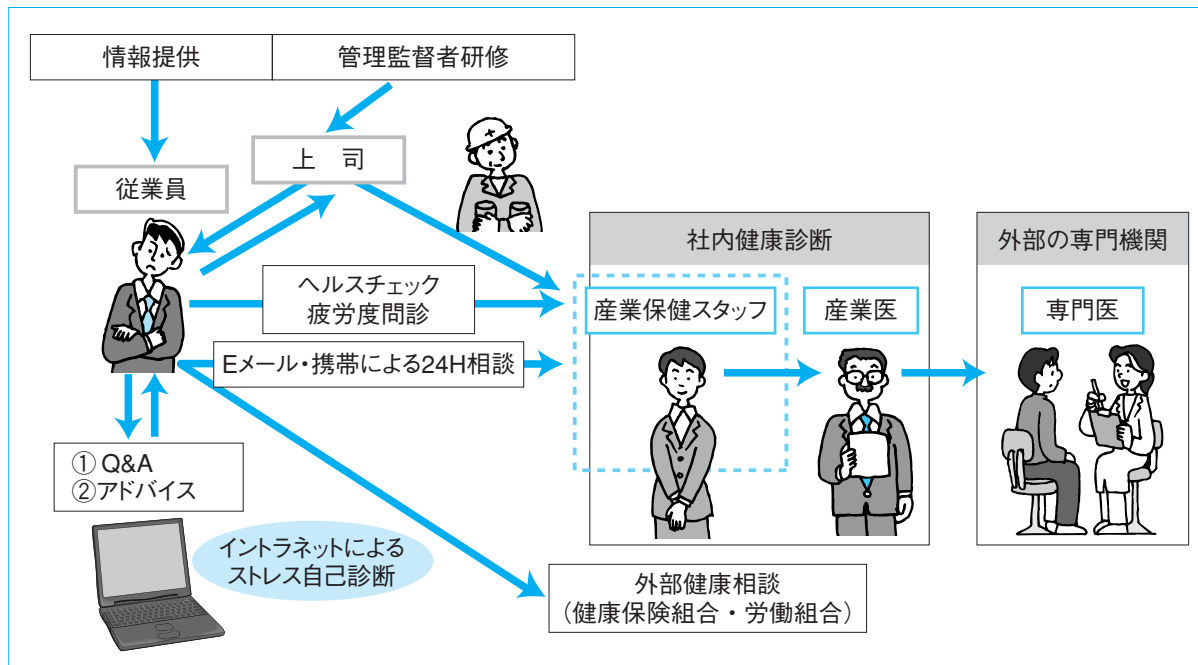
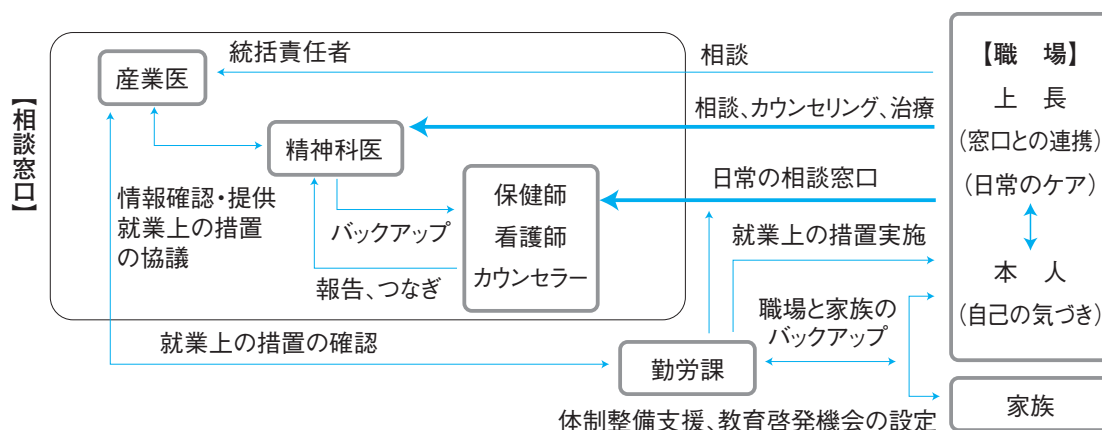


図5-2はB社における心の健康相談体制を示したものです。事業場の規模・業績等による差が体制面で不公平とならぬよう相談体制の基本パターンに基づき健康管理センター単位で全社のレベルを合わせた形で展開しています。精神科医が常勤でない健康管理センターについては、保健師、看護師、カウンセラー、産業医が日頃の相談の窓口となり、精神科医につなげています。精神科医不在時の緊急対応については、契約している精神科医に連絡をとることとなっています。

図5-2▶ B社の心の健康相談体制



(2) 相談窓口

ア 人員体制

心の健康相談体制において、自殺防止の観点からも早期発見・早期治療には、本人及び職場管理者の気づきが重要であるほか、相談窓口となる受け皿を整備しておくことが重要であると思われます。

相談窓口の整備については、相談者が相談・カウンセリング・治療等が受けられることはもとより、精神疾患が作業関連疾患として取り上げられる傾向にある中で、その対応として専門的な指導・判断を必要とすることからも労働衛生の視点を持った精神科医等の専門医を確保することが必要と考えられます。そのため、精神科医等の確保については、各事業場毎に、各事業場で確保、幾つかの近隣の事業場で共有しての確保、公的機関（地域産業保健センター等）の活用による確保のどのタイプが最も適するかを検討することが必要です。また、各事業場で確保が困難な場合には、本社サイドで精神科医等の人材紹介を行い、相談窓口の整備を支援することが重要です。精神科医の確保の目安人員は、一般的な精神障害発生比率や相談対応能力の面から従業員2,000人～3,000人に対し、1日／週程度の精神科医の勤務（1,000人程度であれば、半日／週程度）が基準になります。更に、必要に応じて相談窓口等が利用できるように保健師、看護師等の看護職、カウンセラーの有効利用も検討し、日常の相談体制を充実させることも必要です。

イ 本人の気づきと自らの相談来所

本人が心の健康問題に気づき、自発的に、上司、健康管理部署などに気軽に相談に来ることが大切です。そのためには、メンタルヘルスに関する情報を社内報や社内イントラネットを活用して啓発することも一つの方法です。また、社内のイントラネットの中に、メンタルヘルスの自己診断プログラムを組み込み、いつでも気軽に自分の状況を把握し、健康管理部署に相談に来る

ような呼びかけをするシステムを作ることも役立つ方法です。

ウ 事業場上司の役割

常日頃より直接接している上司が部下の心の異常にいち早く気づき、対応することは、自殺予防上極めて重要です。

そのためには、管理監督者にメンタルヘルスについての正しい知識を与え、対応できるように教育をしなければなりません。

また、部下が悩み事の相談に来た時、まずは悩みを聴く事であり、その方法として、管理監督者教育の中に積極的傾聴法（リスナー）の教育を含めて行っている企業が増加しつつあります。

そして、健康相談については、本人自ら相談に行くように話をし、また上司が職場での対応の仕方についても相談できるようにすることが必要です。

(3) 電話、E-mailなどの活用

相談できる場所が離れているような事業場や直接相談には来づらい従業員のために電話、E-mailを活用することも良い方法です。電話は留守番電話にすることにより24時間受付が可能になりますし、社内からは電話しづらいことも考慮し携帯電話や自宅からでも自由に電話できるようにすることも大切です。また、フリーダイヤルにすることにより本人の負担を軽くし、相談しやすい環境を作ることができます。これらの方法は、海外駐在員など時差のある場合にも有効な方法です。しかし、直接相手の相談内容を聴くことができず、緊急を要する場合などには問題もあります。そのため、通常の電話相談とは別に緊急の場合直接専門スタッフが相談を受けられるように社内の「生命のホットライン」という専用回線を公開するなどの方法も考えられます。

また、社内での健康相談ができない従業員のためには健康保険組合、厚生年金基金、労働組合などにも協力を呼びかけ、社外の専門機関と契約することにより24時間の相談が可能になります。家族の健康相談としても大いに役立つ方法です。

(4) 相談先の表示と相談のためのツール

各事業場における相談先を、社内イントラネットで明示するとともに、一部の事業場では自殺防止のために自らの相談を促すことが重要という観点から、休憩室や職場に相談先の電話やメールアドレスを明示したポスターを掲示しています。

また、従業員証と同じ大きさの用紙に相談先の電話番号やメールアドレスを印刷し、従業員証と共に携帯する方法も良い方法です。

相談のためのツールでは、産業保健スタッフが作成しているホームページからメールによる相談ができるようになっています。

(5) 健康診断の問診を充実しよう

従業員であれば、年に1回は必ず健康診断を受けます。このときに体の健康状態だけでなく心の健康状態も確認するようにします。そして、悩みごとのある従業員に対しては、その場では十分な時間も取れませんので、日を改め健康相談を行うようにします。この方法は、頻度として年に1回ですが早期の対応ができ非常に有効な方法です。しかし、社外の健診機関を使っている場合には、調整が必要です。また、問診の精度を高めるためには、新しい知識や事例研究など産業保健スタッフのレベル

アップが必要となります。但し、メンタルヘルスの問診は個人情報の中でももっとも機微な情報であり、本人の了解を得ておく必要があります。

以上のような体制づくりをしても、相談に来なければ意味がありません。相談に来やすい環境づくりとメンタルヘルスに対する啓発活動を確実にすることも大変重要なことです。

2 中小事業場における相談体制づくり

(1) 中小事業場のメンタルヘルス対策の現状

わが国における事業場の圧倒的大多数はいわゆる中小規模の事業場であり、職場でメンタルヘルス対策を実施する専任のスタッフを雇うことも難しい状況に置かれているのが現状です。

平成18年の総務省統計局の事業所・企業統計調査では、全国で従業者50人未満の事業所は全体の97.3%（従業者数では61.8%）、また中小企業白書では従業者300人未満の事業所は実に全体の約99%（従業者数では約79%）であると報告されています（表5-1）。

表5-1 ▶ 全国小規模事業所総数及び従業者数

	従業者50人以上		従業者50人未満	
	事業所数	従業者数	事業所数	従業者数
全国	149,831	20,720,669	5,567,033	33,617,756
構成比 (%)	2.6	38.1	97.3	61.8

出典：「事業所・企業統計調査」（総務省）平成18年

それにもかかわらず安全衛生対策の実施やメンタルヘルス活動の進展状況は、一般に事業場の規模が小さければ小さいほど低くなっていると言われます（表5-2）。

表5-2 ▶ 事業場規模別健康づくりの取組の実施率及び心の健康対策取組の実施率

事業場規模	健康づくり取組有	心の健康対策取組有
合計	37.4	23.5
5,000人以上	100.0	88.9
1,000～4,999人	95.0	90.6
300～999人	81.8	64.7
100～299人	66.5	44.0
50～99人	53.7	32.4
30～49人	43.8	26.6
10～29人	32.1	20.2

出典：「平成14年労働者健康状況調査」（厚生労働省）

このように中小規模事業場では、経営的な面からもメンタルヘルス活動のための条件が整わないことが多い上、また離職者や中途採用者が多いこと、職場定着率が低いこと、メンタルヘルス不調者の適正配置が困難なことなど、多くのマイナスの要因を負っています。

しかし他方で、メンタルヘルスに理解のある経営者がいる事業場や小規模でも豊かな人間関係がある職場では、自殺を考えている労働者がより早く発見されることがあります。また自殺予防において

も大企業では見られないような繊細な配慮や対策をとることができ、その結果として自殺の危険を乗り越えられる労働者も多いと考えられています。

このように中小規模の事業場であっても、その規模に応じた自殺予防対策が可能です。大切なことは、事業主や人事安全衛生担当者が日頃よりメンタルヘルスに対する関心を持ち、地元の嘱託の産業医や地域の精神科医やカウンセラー、産業保健推進センターなどとのネットワークを作っておくという事です。場合によっては大企業以上に“こまわりがきく”迅速な対応ができるのが中小規模事業場の特徴です。

(2) 地域の社会資源の活用

先に述べたように、一般的には中小規模の事業場では社内メンタルヘルス活動の実施レベルは大企業にくらべて低いといわれます。しかしその不足分を補う意味で、近年では各都道府県産業保健推進センター、地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター、都道府県等の精神保健福祉センターなどの相談業務が充実してきています。これらの機関を利用して自分の職場の近くに自殺予防に関連したどのような相談窓口があるのかを点検しておくといいでしょう。また緊急に相談できる地元の精神科のある医療機関や精神科の開業医、又は日本いのちの電話連盟加盟センターの連絡先をリストアップした資料を準備しておくことも、いざという時の大切な備えになります。

(3) コンソーシアムEAP

近年注目を集めているメンタルヘルスのシステムに外部EAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）というものがあります。中小規模の事業場では、費用の面から単独で外部EAPと契約し、自殺予防などの啓発教育や相談業務を委託することは困難です。しかしいくつかの事業場が集まって外部EAPと契約する方法があり、これをコンソーシアムEAPと呼んでいます。例えば、大企業の子会社やさらに下請け会社など関連のある数社が集まって、外部のEAP機関や地域の精神科医と契約し、「相談一件当たりいくら、教育講演一回いくら」と取り決めて業務委託し、うまく機能しているケースがあります。最寄りにこのようなEAP機関や産業精神科医が見つからない場合には、各都道府県産業保健推進センターに相談してみてください。

(4) 中小事業場におけるメンタルヘルスの対策事例

メンタルヘルスに関しては、事業場の大小を問わず問題も発生しており、それへの対応が必要となります。そのあり方は、企業規模、業種、年齢構成、健康管理体制の整備等により異なりますが、企業トップによる方針表明、安全衛生委員会の活用、メンタルヘルス教育、健康相談体制の整備等が主な項目です。ここでは、平成16年、平成17年度の全国産業安全衛生大会にて報告された中小事業場のメンタルヘルス対策事例を紹介します（当時の発表資料を、形式を整える等のために一部修正しています）。

● 職場のメンタルヘルス対策事例①

1. 会社・事業概要

社員数 約300名
業種 建設業

2. モデル事業場としての導入経過

「21世紀が求める環境の整備、浄化、保全の機能を兼ね備えた総合建設会社」を目指し、業務の拡大を図ってきたが、建設業界については、公共工事の縮減、民間設備投資の抑制により、リストラや会社のスリム化を余儀なくされ、当社も例外ではなかった。

平成14年1月には、リストラによる希望退職の募集が発表された。会社を去る者も地獄、会社に残る者も地獄という苦しい経験をしたわけである。

職場が建設現場として各所に点在しており、通常、社員2名程度で現場を担当、協力会社とともに工事を完成させているが、時には一人で担当することも少なくない。また、単身での長期出張作業現場も多く、一つの工事を2社、3社でプロジェクトを編成して工事を完成させるなど、リストラ等と併せて、社員が抱えるストレスはきわめて大きい。

過去のメンタル的な事例については、事前に状況をキャッチしての対応というよりは、事後の対応が中心であった。本人の症状に合わせながらの配置転換を行い、ケースによっては数年単位の長期の対応をしてきたわけであるが、結果をみると成功することはなく、職場復帰には至らず、最終的には退職の道を選択することを余儀なくされてきたのが現状であった。そういった中、平成13年11月に『モデル事業場』の指定を受け、中災防の指導により活動を開始した。

- ①心の健康問題は、「病気」の問題である。
- ②対応は、専門家に支援を求めるべきである。
- ③アンテナを高くし初期症状のうちにキャッチして深刻な事態になる前に対応しなければだめだ。
- ④その対応は日常的・組織的・計画的に実施することが重要である。

ということを、経営者を含めて、深い認識を持ったわけである。

3. チェックリストによる現状

4つのケアについて38項目のチェックをしたところ、個々には対応してはいるものの、メンタルヘルスという観点からは、何もやっていない状況であった。

よってゼロからのスタートと考えて、活動に入った。

4. 今までの諸活動

今の世の中、誰でもストレスを感じている時代である。

現在、「健康な心」を持っている社員に対して、「心の病はカゼと同じくいつでも誰でもかかる可能性があり、決して特別な人間だけがなる病気ではない」ということを理解・認識させるために、「ストレスへの気づき」や「ストレスへの対処」について力を注いできた。

(1) セルフケアについて

- ①「社内報」、「グループ会社情報誌」を活用し、メンタルヘルス関連記事を掲載、関心増を図った。

- ②定期健康診断時に、自らのストレスへの気づきと対処のため、「自己チェック表」を配布、関心増を図った。
- ③健康保険組合の保健師による「女性向けのメンタルヘルス教室」を定期開催した。

(2) ラインによるケア

- ①「簡易ストレス調査票」による職場の現状把握
- ②階層別（経営トップ含）にメンタルヘルスの重要性と組織活性化について、研修会を開催した。
- ③専門医より「ライン管理者の役割」、「事例研究」について、研修会を開催した。

(3) 産業保健スタッフ等によるケア

- ①遠隔地勤務者などは、本社出張時に「健康相談室」に立ち寄り、保健師と面談するよう指導した。
- ②「健康相談室」をリニューアルして相談体制を整えた。
- ③「メール相談」開設を社内報・会議でPRした。

(4) 事業場外資源によるケア

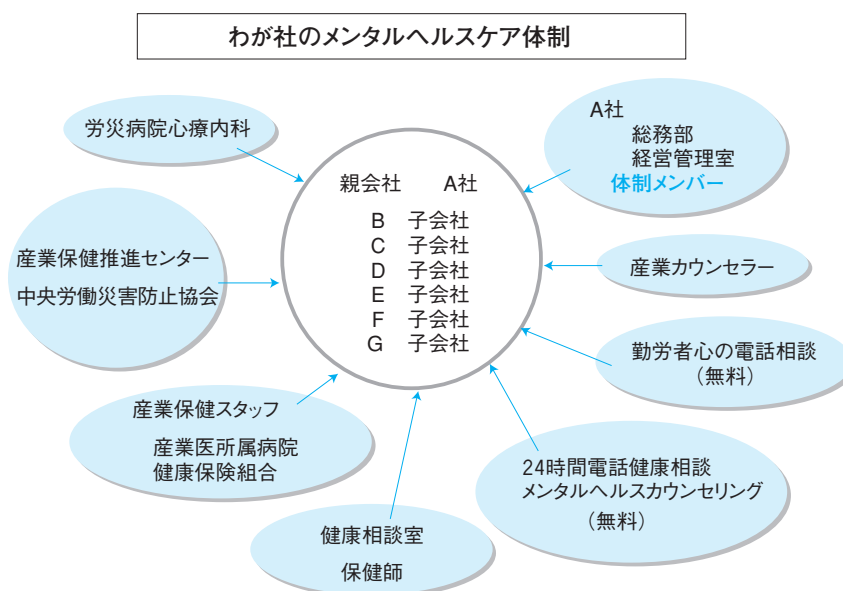
- ①「24時間無料 電話健康相談」の活用PR
- ②専門医との連携を図り、研修会の講師依頼
- ③産業カウンセラーとの連携を図る（情報交換）
- ④会員制施設やトレーニングセンターの活用PR

5. モデル事業場としての成果

(1) メンタルヘルスケア体制（図5-3）

- ①社内：アンテナを高くして異常をキャッチしている。
- ②スタッフ：産業医、健康保険組合の保健師が相談を受け、異常時に対応する。

図5-3▶ メンタルヘルスケア体制



- ③健康相談室・トレーニングセンターの利用促進を図る。
- ④「勤労者心の電話相談」および「24時間無料電話健康相談」の利用促進を図る。
- ⑤専門医との連携を図りながら進める。
- ⑥中災防と連絡を取り合い、情報の入手を図る。

(2) 事例

建設現場の社員が、精神状態が不安定で、作業が思うように捗らず工事が遅れ気味であった。その社員を現場からはずし、保健師・産業医との連携により専門医を紹介した。

この事例は、上司がアンテナを高くして初期症状をキャッチし、変化を早く発見したために産業保健スタッフである保健師との面接を通して本人が医療機関への抵抗もなく受診することができ、無事回復し、職場復帰できた例である。

6. 今後の計画

- ①「簡易調査（本人・家族）」の有効活用を図る
- ②職場健康教室（建設現場含む）の実施
- ③体制メンバーの定期的レベルアップ研修の実施

現在は、体制メンバーを中心に各種研修会に参加、意識を高め、アンテナを高くして異常を察知しているが、今後より多くの社員をセミナー等に参加させ、理解を深め、気兼ねなく相談できる雰囲気づくりをしていきたいと思っている。

● 職場のメンタルヘルス対策事例②

1. 会社・事業概要

社員数 454名（派遣社員含めて約1,230名）
業種 製造業

2. 活動内容

(1) 経営トップの方針表明

スタートにあたり、開発生産本部長がメンタルヘルス活動の基本方針宣言を行い、その活動は安全衛生委員会組織で推進し、平成16年度の開発生産本部の運営方針を「メンタルヘルス：心の通った改善活動」と位置づけ活動した。

(2) メンタルヘルスシステムの構築、導入、展開

メンタルヘルスシステム導入にあたって推進・相談体制や職場復帰の手順を確立し、誰がどんな役割を担うかを明確にして、メンタルヘルス管理規程として運用することにした。概要は次の通りである。

- ①メンタルヘルス活動指針
- ②メンタルヘルス活動に関する体制および要領
- ③メンタルヘルスに係わる傷病者および要療養者・要注意者のケアの要領

特に③項のプライバシー、倫理的配慮に関する要領の作成にスタッフは苦慮したが、今後も検討

を重ねていく必要がある。

(3) 教育、啓発

ライン研修はラインの役割や事例への対応について、セルフケア研修では日常生活でストレスに柔軟に対処できる基礎体力を高めるために、WEBを用いての個々のe-ラーニング学習を行った。またグループ学習では問題解決スキル、段取りスキル、発想スキルを用いてストレス対処法の向上に実践的な教育を行った。

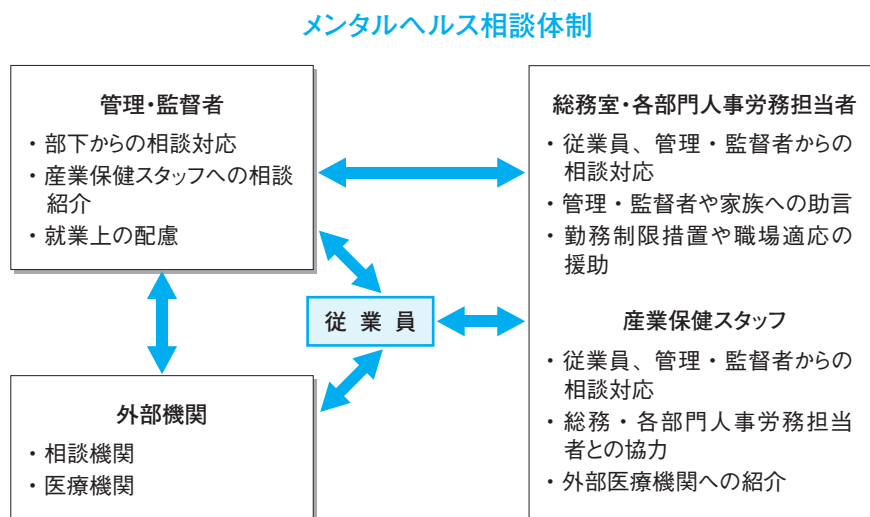
(4) 職場環境改善への取組

職業性ストレス簡易調査結果に基づきグループ単位の現状把握を行い、グループ学習では上司、従業員が参加し、調査結果と環境改善ヒント集を用いて改善計画を掲げて取り組み、定期的な改善ミーティングなどで安全衛生活動へリンクした活動を行った。

3. 活動の成果

- ①「全員参加」の活動を展開し、メンタルヘルスは職場環境改善も含めた身近な問題として話し合われるようになり、普段着の活動として定着しつつある。
- ②メンタルヘルスシステムを構築し、ライン、産業保健スタッフ、人事労務担当者、事業場外資源のそれぞれの役割を明確にして、推進、相談、職場復帰の支援体制などを導入し展開中である (図5-4)。

図5-4▶ メンタルヘルス相談体制



③教育、啓発は

(ア) ラインによるケア

「役割」を明確にし「職場環境改善」活動への動機付けとなった。

(イ) セルフケア

研修後の短期的効果は、問題解決への自信の向上、問題解決行動や職務満足感の増加、中期的効果としては問題解決行動の増加、ストレス反応の低下がみられた。

(ウ) 産業保健スタッフ等によるケア

「スタッフ間の情報の共有化」が出来るようになり、プライバシーを配慮しながら効率的な対応が行えるようになった。

- ④職場環境改善において、業務の効率化やコミュニケーションはメンタルヘルスに大きく関与することから、資料の共有化、席替え、ミーティングの機会を増やすなどの改善により、一部の職場からは「突発的な欠勤者の減少」「管理監督者への相談の増加」が報告された。また、継続的な活動として定着しつつある。

4. 課題と今後の活動

(1) 課題

中・長期的活動としての仕組み、仕掛けづくりが必要である。

(2) 今後の活動

中・長期計画の策定により、全員参加の活動でスパイラルアップしていく。

①中期的計画（3ヶ年計画）

(ア) 階層別教育・相談体制の充実を図る。

(イ) 業務の効率化と併せた職場環境改善を継続実施していく。

(ウ) 全社・職場単位のレクリエーション活動を推進する。

②長期目標

心の健康に対する意識改革と他律から自律への支援を行う。

5. おわりに

多くの活動と成果を得ることができたのは、経営層や階層別、スタッフの理解と協力、そして外部からの援助も大きい。今後も当社の健康づくりスローガン「一人ひとりが健康づくり みんなの力で快適職場」のもとに、活力ある職場実現へ向けて効果的、継続的な活動を行っていく。



自殺後に遺された人への対応

1 自殺のポストベンション（事後対応）

自殺予防は、プリベンション（prevention：事前対応）、インターベンション（intervention：危機介入）、ポストベンション（postvention：事後対応）の3段階に分類されます。プリベンションとは、現時点で危険が迫っているわけではありませんが、その原因を取り除いたり、教育をしたりすることによって、自殺が起きるのを予防することです。インターベンションとは、今まさに起きつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐことです。なお、予防に全力を挙げることは当然ですが、自殺を100%防ぐことは不可能です。そこで、ポストベンションとは、不幸にして自殺が生じてしまった場合に、遺された人々に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくするための対策を意味しています。

2 職場でのポストベンションの原則

これまで一緒に働いてきた同僚の自殺が突然生じると、職場の人々は強烈な心理的打撃を受けます。表6-1に、そのような複雑な感情についてまとめました。「自殺なんて信じられない」、「どうして私に相談してくれなかったのか」、「なぜ防ぐことができなかったのだろう」、「あんなに真面目な人が自殺してしまうなんて、私も今の職場に耐えられるだろうか」といったさまざまな思いが遺された人々の心にしばしば浮かんできます。

もともと職場の状況や上司に不満などがあると、それが一挙に噴き出して、職場の士気が極端に下がってしまうこともあるでしょう。また、自殺の事実をひた隠しにし、外部から故人宛に電話がかかってきても、「退職しました」などと事実とは異なる答えをするように指示が出ていて、「この対応はなにか変だ」などと感じている人もいます。あるいは、職場で誰かが冗談を言い合っている場面に出くわしたり、宴会の話などが出たりすると、「同僚が自殺した直後なのに不謹慎だ」と怒りを覚える人もいるかもしれません。

このように自殺は、病死や事故死以上に、故人とつながりが強かった人に深刻な打撃をもたらす可能性があります。場合によっては、遺された人が、うつ病や不安障害などといった心の病になってしまい、専門的な治療が必要になることさえあります。

表6-1 ▶ 残された人々の心理

驚愕	疑問
呆然自失	怒り
離人感	他罰
記憶の加工	救済感
否認、歪曲	合理化
自責	原因の追及
抑うつ	周囲からの非難
不安	二次的トラウマ

深刻な影響を受けていると思われる人に親身になって話を聞くこと自体が立派なポストベンションです。ただし、この項では、自殺が起きた時に、その職場全体に対するポストベンションの原則について解説します。もちろん、自殺が起きず、ポストベンションが必要ないことが理想的なのですが、万が一、このような事態が起きたときに、どのような対処をしたらよいかという参考にしてください。なお、どのような状況にいつも完全に当てはまる方法などはありません。自分の置かれた状況を考えてうえで、これから解説するどの項目はそのまま使えるか、どの項目は修正が必要か、どの項目は使えないか検討するたたき台にしてください。

(1) 関係者の反応が把握できる人数で集まる

できるだけ早い段階でケアを実施するのが望ましいのですが、対象とする人々がそれを受け入れる準備ができていのかどうかを十分に検討してください。職場で同僚が自殺した場合には、葬儀が済むのを待ってもよいでしょう。葬儀の準備で忙しい思いをしている最中にケアを実施しようとしても、外部からのケアを受け入れるだけの準備ができていないことも多いからです。(なお、学校で生徒の自殺が起きたような場合には、より早い対応が必要になってくることを、一言付け加えておきます。) ケアを始める前に、どのような状況で自殺が生じたのか概要を把握しておき、これから対処しようとしている人々の状態をつかんでおきます。

ケアを行う際のグループの人数ですが、関係者の反応が十分に把握できる人数にします。他者の自殺を経験した人がどれほど精神的に動揺しているのか把握できる数に限ったほうがよいのです。

理想的には対象者は10人くらいまでにします。20人以上となると、自殺の事実について知らされた人の反応を的確にとらえるのが難しくなってしまいます。多人数を扱わなければならない場合には、いくつかのグループに分けるといった工夫をします。

また、誰がケアを主導するかというのも問題になります。できれば、利害関係がなく、ポストベンションについて経験豊富な精神保健の専門家が実施したほうがよいでしょう。とはいえ、可能な限り早い段階でケアを実施するのに、いつでも外部から専門家の協力が得られるとは限りません。そのような場合には、職場で責任ある立場の人やメンタルヘルスの担当者が、以下に挙げるような手順を踏む必要が出てきます。

なお、ケアを中心的に進めていく人以外に、もう一人別に補佐役を置いて、グループの反応を見届けるのもよい方法です。

(2) 自殺について事実を中立的な立場で伝える

自殺が生じたという事実を必死になって隠そうとしたところであつという間に噂や憶測ではほぼ全員に知れ渡ってしまいます。たしかに衝撃的ではありますが、自殺が起きたという事実を淡々と伝えて、それに動揺している人がいるならば、個別・具体的に働きかけていくことが賢明です。

ある人の自殺が複数の自殺を引き起こす群発自殺という現象があります。とくに若者の間で群発自殺が生じる危険が高いのですが、成人の間でも群発自殺が起きることがあります。ある企業の小さな部門で数ヶ月の間に複数の自殺が生じたという事例もあるのです。

なお、自殺についてはあくまでも事実を淡々と話すべきであって、故人を非難したり、貶めるような発言をしてはなりません。また、逆に故人の生前の様子をあまりにも美化して語るのも、逆効果になります。

(3) 率直な感情を表現する機会を与える

ポストベンションの重要な目的は、関係者の複雑な感情をありのままに表現する機会を与えることです。わが国では自殺が起きて、まるで何事もなかったかのように振る舞ったり、時が過ぎることだけが問題を解決する唯一の方法であると考えたりする傾向が未だに強いようです。しかし、その間にも、遺された人は衝撃を受けて、さまざまな問題を呈しかねません。直後には問題がないように見えても、何年もたってから心の問題が明らかになる人がいます。自殺した人と何らかのつながりがあった人々が集まって、お互いの率直な気持ちを語り合い、分かち合うことが重要です。複雑な感情を抱いているのが自分だけではないと知るだけでも、負担が軽くなったと感じる人は少なくありません。

ただし、中には自分の感情を言葉に表せない人もいますので、全員が必ず話さなければならないといった強制的な雰囲気を作ってはなりません。率直な気持ちを話すことも自由だし、他の人々の話を黙って聞いている自由もあることを保証しておきます。

(4) 知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する

知人の自殺を経験した後にはさまざまな複雑な反応が生じます。ところが、精神医学についての知識が十分でない一般の人々は、そのような症状が自分だけに起きている異常な反応と考え、誰にも相談できずに悩んでいることがあるのです。時間の経過とともに軽快していく症状でそれほど心配のないものから、ただちに適切な介入を始める必要のあるものまでさまざまです。

表6-2のようなパンフレットをあらかじめ用意しておいて、それを使って説明するのもひとつの方法です。これには、知人の自殺を経験した後に生じる可能性のある、うつ状態、不安障害、ASD（急

表6-2▶ 知人の自殺を経験した人へ

強い絆のあった人が亡くなるという経験は、遺された人にさまざまなころの問題を引き起こしかねません。病死や事故死よりも、自殺はさらに大きな影響を及ぼします。

このような経験をした人の中には以下に挙げるような症状が出てくる場合があります。時間とともに徐々にやわらいでいくものから、永年にわたってころの傷になりかねないものまでさまざまです。時には、うつ病、不安障害、ASD（急性ストレス障害）、PTSD（外傷後ストレス障害）を発病して、専門の治療が必要になることさえあります。次のような症状に気づいたら、けっしてひとりで悩まずに〇〇〇（電話〇〇〇）に連絡して、相談に来てください。周囲の人に同じような症状に気づいたら、相談に行くように助言してください。

- 眠れない
- いったん寝ついても、すぐに目が覚める
- 恐ろしい夢を見る
- 自殺した人のことをしばしば思い出す
- 知人の自殺の場面が目の前に現れる気がする
- 自殺が起きたことに対して自分を責める
- 死にとらわれる
- 自分も自殺するのではないかと不安でたまらない
- ひどくビクビクする
- 周囲にベールがかかったように感じる
- やる気がおきない
- 仕事に身が入らない
- 注意が集中できない
- 些細なことが気になる
- わずかなことも決められない
- 誰にも会いたくない
- 興味がわからない
- 不安でたまらない
- ひとりであるのが怖い
- 心臓がドキドキする
- 息苦しい
- 漠然とした身体の不調が続く
- 落ちつきがない
- 悲しくてたまらない
- 涙があふれる
- 感情が不安定になる
- 激しい怒りにさらされる

性ストレス障害)、PTSD (外傷後ストレス障害)などの症状を具体的に挙げてあります。あくまでも対象となる人々が理解しやすい言葉を用います。また、相談先などについても具体的な情報を含めてください。

(5) 個別に専門家による相談を希望する人には、その機会を与える

さらに、グループの中では自分の気持ちを十分に表現できなかったと感じ、個別に話を聞いてほしいと思っている人もいます。そのような人には可能な限り早い段階で、専門家に話をしたり、助言を受けたりできる機会を設けます。これも時機を逸してしまつては、意味がなくなるので、十分な注意が必要です。

(6) 自殺にとくに影響を受ける可能性のある人に対して積極的に働きかける

同僚が自殺したという事実は他の人々に深刻な影響を及ぼします。その中でも、とくに深刻な影響が出る可能性のある人に対しては、その人から助けを求めてくるのを待つのではなく、積極的に働きかけていきます。家族などとの協力体制を築く必要もあります。

表6-3は他者の自殺にとくに影響を受ける可能性のある人の特徴です。要するに、自分自身も自殺の危険因子を数多く満たしているハイリスクの人です。

すでに精神科治療を受けているならば、本人や家族を通じて治療者と連絡を取るなどといった工夫も必要になります。あるいは、まだ治療を受けていなくても、他者の自殺に動揺し、明らかに問題行動を呈している人気づいたら、精神科治療に導入する機会とすることもできるでしょう。

表6-3▶ 他者の自殺に強い影響を受ける可能性のある人

- 故人と強い絆があった人
- 精神疾患にかかっている人
- これまでに自殺を図ったことがある人
- 第一発見者、搬送者
- 故人と境遇が似ている人
- 自殺が起きたことに責任を感じている人
- 葬儀でとくに打ちひしがれていた人
- 知人の自殺が生じた後、態度が変化した人
- ささまざまな問題を抱えている人
- サポートが十分に得られない人

(7) その他

職場で自殺が起きてしまったということは、悲劇的な状況であると同時に、自殺予防に対する正しい知識を広めるための重要な機会でもあります。普段ならば、大して関心を抱かないような人であっても、このような状況では他人事とは思わず、自殺予防について真剣に耳を傾けてきます。職場の人々がまさに、自殺予防教育を受け入れるのに十分な心の準備ができているときであるといっても過言ではありません。

以上、説明してきたのはポストベンションの原則です。まとめると次のようになります。

- ・動揺を最小限にするような方法で、正確な情報を時機を逸することなく伝える。
- ・自殺という衝撃的な体験をした後に、起こり得る反応を説明しておく。
- ・知人の自殺を経験した後の感情を他の同僚と分かち合う。
- ・自殺が起きたために動揺しているハイリスクの人をケアする。
- ・自殺が起きるような問題点が明らかになれば、それに対する長期的な対策を立てる。

なお、自殺が起きた後の対応が必要だと考えても、このような対応をするのが難しいと判断された場合は、外部の専門家の協力を得て、本格的なポストベンションを実施することを考えてください。

3 遺族への対応

前項では、職場で自殺が起きた場合の、他の同僚たちへの心理的ケアを中心に解説してきましたが、もっとも影響を受けているのが遺族であることは言うまでもありません。故人のことをいつまでも職場の仲間が忘れないでいることをさまざまな機会を通じて、遺族に伝えてください。組織を構成するひとりひとりがいかに大切であるかを有形・無形に伝えることこそが、遺族にとっても（そして、他の働く仲間たち）にとっても大きな意味を持ってきます。

(1) 誠心誠意対応する

職場は誠心誠意、遺族と対応することを忘れないでください。遺族は複雑な感情に圧倒されています。時には、対応にあたった職場の担当者に対してあからさまな怒りをぶつけてくることもあるかもしれません。遺族の心の痛みについて真摯に耳を傾け、職場も大切な仲間を失った悲しみを誠心誠意伝えて、死を悼んでいることを共有するようにしてください。遺族との話し合いの中で、「職場には問題がなかったのか」、「自殺の前に何が起きていたのか」、「自殺を防ぐ手立ては取ったのか」、「過労自殺の可能性はないのか」などの質問が出された場合も、おざなりな対応をしたりしないで、誠実な態度で、冷静に事実を伝えてください。その場で答えられないことに関しては、調べた上で、後にならずきちんと答えるようにしてください。

(2) 心身両面のケアが必要

なお、遺族に心身の不調が出てくる可能性もあるので、精神保健の専門家が相談に乗ることができるという点も伝えておきます。遺族の心理的影響はかなり深刻であることが多いので、同僚に対するポストベンションとは異なり、個別のケアのほうがよいでしょう。ただし、仕事のために自殺が起きたと遺族が考えている場合、職場からのこのような申し出が拒まれることもあるでしょう。そのような状況では、遺族にとってのキーパーソンに、自殺後に遺族に起こり得る心理的な問題（表6-2）について説明しておき、遺族を見守るようにしてもらおうという方法もあります。また、遺族には心理的な問題ばかりでなく、身体的な問題が出てくることもあります。たとえば、喘息や胃潰瘍といった持病があった人が、愛する人の自殺を契機に、持病が悪化することはめずらしくありません。そこで、定期的に健康診断を受けられるような配慮も必要になってきます。

(3) 日常生活の手続きを助ける

遺族は一家の大黒柱を亡くして、すっかり意気消沈していて、現実的なさまざまな手続きをどのようにしてよいかわからなかったり、そのエネルギーさえ残っていなかったりすることがあります。そこで、たとえば生命保険金の支給申請、学齢期の子どもがいれば奨学金の申請などといった、現実的に生活していくうえでの日常的なさまざまな手続きをするのを具体的に手伝うことも、遺族に対するケアでは、心身のケアとともにとても大切です。

(4) 故人をいつまでも忘れないことを伝える

遺族の悲しみは容易に癒されるものではありません。病死や事故死よりも、その傷が癒えるには長い時間がかかるでしょう。そこで、職場も、自殺が起きた後の対応ばかりでなく、その後も、故人を忘れないでいることを折に触れて遺族に伝えてください。職場の同僚から故人が今でも覚えておいてもらえるということが、遺族にとって最大の励ましになることはしばしば経験します。



自殺への予防対応の事例

以下の事例については、本人のプライバシー保護のため、本人が特定できないように配慮してあります。

〈効果的な支援ができた事例 1—自殺念慮〉

(1) 本人のプロフィール

43歳 男性 管理職 既婚

入社以来、品質保証に関する業務に従事していました。元来、人付き合いはうまい方ではなく、困難な仕事についても人に相談や援助を求めるよりも自分で抱えてしまう傾向がありました。

数年前 A 県にあるプラント建設の品質保証業務のため単身赴任となりました。当初の6ヶ月間は順調に業務を遂行していましたが、予想していないトラブルが発生し、出勤できなくなって出張から戻ってきたことがありました。

今回は、B 県にあるプラント建設現場事務所の品質保証部門の責任者として2年間の任期の予定で単身で赴任していました。現地の責任者としての赴任は、以前より希望していた業務ではありましたが初めての経験でした。赴任当時から責任ある仕事として、負担を感じていました。

(2) 業務

特に大きなトラブルの発生はありませんでしたが、日々適切な判断を求められる業務であり、深夜まで現地事務所に残っていることが多く、休日にもよく出勤していました。次第に、自分の仕事のやり方に対する周囲の評価が気になるようになりました。職場でもふさがちで、同僚や部下とも会話することが極めて少なくなりました。最近元気がないことを気にしていた現地事務所長が、自ら声をかけるように心がけたり、同僚に食事に連れて行くように指示したりしていました。そのような時、本人は「大丈夫です」と言葉少なく述べるだけでした。生活面でも寝つきが悪くなりました。目覚めも早く、午前4時頃に目が醒めるようになり、仕事のことが頭から離れないようになりました。また、食欲もなくなり何を食べても砂をかむような感じがしていました。

(3) 自殺念慮

品質保証部門の責任者として、責任を果たしていないのではないかと常に悩むようになり、死んでしまいたいと考えたり、何処かへ消えてしまいたいと考えることもありましたが、現在の立場でそのようなことになれば、顧客や会社に対して多大な迷惑をかけてしまうと辛うじて思い留まっていました。

しかし、日常の業務において適切な判断を求められますが、なかなか判断することができず、深夜まで職場に残ることがますます多くなりました。

(4) その後の対応

心配になった現地事務所長から、産業医にメールと電話による相談がありました。産業医は本人の状態を確認し、受診が必要であると判断しました。心配になった妻が単身赴任先に来ていることが、たまたま本人との電話で分かったため、産業医が妻に電話で受診の必要性について説明を行いました。妻も専門医受診の必要性を理解したため、所長を交え夫婦で話し合う機会を設け、所長と妻から精神科受診の説得を行いました。

本人は当初、業務継続の重要性を強調し受診を拒否していましたが、しぶしぶ受診を承諾しました。所長と妻が同伴し、B県の総合病院精神科を受診することとなりました。専門医の診察の結果、自殺念慮もあるために入院治療が必要と判断され、入院することとなりました。

その後、症状がある程度改善し、自宅近くの医療機関を紹介され外来治療となりました。職場復帰の際には、復職後の担当業務や業務負担等の職場環境調整の目的で産業医と面接を行いました。職場復帰面接において、B県の現地プラント建設の品質保証の責任者の業務は、単身赴任となることや業務負荷が大きいことから工場での勤務で、職場復帰することとなりました。

〈効果的な支援ができた事例 2—自殺未遂〉

(1) 本人のプロフィール

55歳。離婚歴があり、現在は一人暮らしをしています。

親や兄弟がいますが、絶縁状態で付き合いはありません。離婚および親、兄弟との絶縁関係に至った理由は不明です。

本人は4年前から慢性病のため総合病院で治療中です。途中2年4ヶ月にわたり病気治療のために休職しています。本人は病気治療を考え総合病院の近隣のアパートにて生活をし、通勤には車で30分程度を要しています。

(2) 業務

現在の会社には40歳で入社し、製品の組立て作業に従事していました。休職後、健康状態を考慮して、3ヶ月間の「後保護期間」の間は軽作業に従事しました。作業の内容は、職場の部品や設備などの整理、整頓、清掃などの作業です。後保護期間が終了した後は元の職場へ復帰したいとの意向が非常に強く、本人、職場、人事担当者、産業医との話し合いで、作業量、作業負荷を軽減した上で元の業務に復帰しました。本人は非常に満足して仕事に従事していましたが、半年後より、慢性病が少し悪化したため、再び以前に行っていた軽作業に変更しました。

(3) 自殺未遂

作業を変更して半年後、朝、出勤して来ないため、上司がアパートに電話をしましたが、電話に出来ませんでした。おかしいと思い、昼頃、アパートの様子を見に行くと、ちょうど目を覚ましたところでした。話しを聞くと、前日の夕方に通常以上の睡眠薬を服用し、死のうと思ったとことでした。

原因については、慢性病の治療経過があまり良くないことで、将来を悲観してとのことでした。

本人と、訪問した職場上司が話し合い、落ち着きました。

(4) その後の対応

翌日、出勤して保健師と面談しました。自殺念慮と抑うつ状態が見うけられ、産業医に相談して、精神科受診を勧めました。

本人も理解し、保健師、上司が同行して精神科クリニックを受診しました。医師に、入院施設の有る病院への受診を勧められました。

翌日の午前中に、本人が慢性病で通院している総合病院で受診したいと申し出たため、保健師、上司が同行して、総合病院の精神科へ受診しました。医師より入院を勧められて入院し、慢性病も併せて治療することにしました。3ヶ月後に退院しましたが、本人、主治医、産業医が話し合った結果、まだ休職のまま、継続治療が必要となりました。本人は、週1回の通院と確実な服薬、慢性病についての治療を継続することを主治医と約束しました。

その日の午後、本人と保健師、上司、人事担当者が話し合い、主治医からの指示を絶対に守ること、退職については病気の治療が終わってから考えることなどを約束しました。

その後、慢性病の症状が少し悪くなってきたので、絶縁状態にあった母親を保健師、上司が説得し、同居できるようにしました。

現在は、自殺企図も無くなり、母親の元から総合病院に通院して、治療に専念しています。産業医からの指示で、保健師が時々電話で病状や通院の状況について、フォローを行っています。



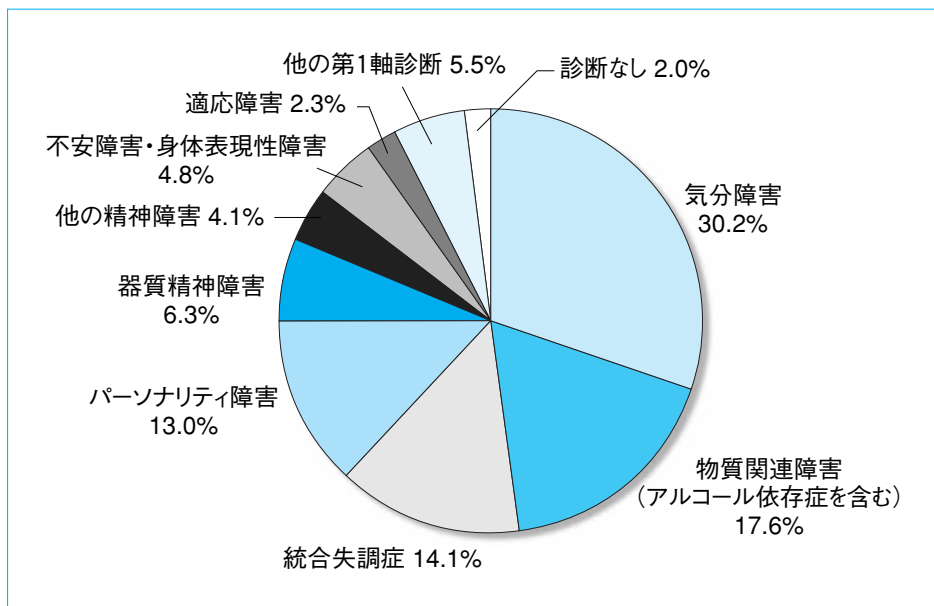
職場における自殺の予防と対応 Q&A

1 うつ病などの心の病の症状等

Q1 心の病と言われているものにはどのようなものがありますか。そしてそのような心の病気と自殺の関係はどのようなものでしょうか。

A1 きわめて多くの心の病があります。世界保健機関（WHO）が定めた精神疾患（心の病）の診断基準だけでも1冊の本になってしまうほどです。なお、WHOが自殺と精神疾患の関係について調査した結果を、[図1](#)に示しました。その調査によると、自殺者の大多数（95%）は最期の行動に及ぶ前に、何らかの精神疾患の診断に該当する状態にありました（該当しなかったのは、診断なし2.0%と適応障害2.3%に過ぎません）。ところが、適切な治療を受けていた人となると、1～2割程度にすぎなかったのです。そこで、気分障害（うつ病）、アルコール依存症、統合失調症に対しては現在効果的な治療法があるので、この3種の精神障害を早期に診断し、適切に治療することによって、自殺予防の余地は十分に残されているとWHOは繰り返し強調しています。なかでも、うつ病が自殺と密接に関連していることは[図1](#)からも明らかです。 （高橋）

図1 ▶ 自殺と精神疾患



資料：世界保健機関（WHO）2002

Q2 一生のうちでうつ病に罹患する人の割合はどの程度でしょうか。

A2 診断基準や地域などにより大きなばらつきがみられますが、平成14年度に岡山、長崎、鹿児島の3都市の20歳以上の住民を調査した結果¹⁾が報告されています。それによるとICD-10の診断基準を用いた場合、12ヶ月のうちに病気にかかる人の割合（12ヶ月有病率）は、うつ病が2.2%、いずれかの気分障害が3.1%、いずれかの精神障害が8.6%となっています。また一生のうちに一度は病気にかかる人の割合（生涯有病率）は、うつ病が7.5%、いずれかの気分障害が9.0%、いずれかの精神障害が18.6%となっています。WHOはうつ病の有病率を3～5%と報告しているため、100人いると3～5人はうつ病と診断されることとなります。また、米国の国立精神保健研究所（NIMH）の研究（1993年）では、気分障害（うつ病）の年間有病率は9.5%、全国併病率研究（NCS）では同疾病の年間有病率は11.3%（1994年）と報告されています。現在、厚生労働省患者調査²⁾によると、対象となった病院を外来受診している患者の中で気分障害（うつ病）に罹患している患者は平成17年度7.7万人で、平成8年度の3.8万人から約2倍に増加しており、全国の医療機関に換算（同調査上巻第64表）するとわが国には気分障害92.4万人、統合失調症75.7万人と気分障害が多いと推計されています。（黒木）

1) 吉川武彦（主任研究者）：厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 心の健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 平成15年 総括・分担研究報告書

2) 厚生労働省 平成17年患者調査の概況「主要な傷病の総患者数」統計表4、上巻第64表

Q3 うつ病に罹患した人の再発防止のために職場で注意することはありますか。

A3 うつ病の再発・再燃の原因としては、まず治療の中断や早すぎる内服治療の終了があります。この背景には、薬の内服を継続することに抵抗がある場合、症状がよくなったために薬はもう不要になったと誤解してしまう場合、薬の副作用のために内服が継続できない場合、更には仕事の都合などで通院を継続できない場合があります。

職場としては、通院が確実に継続できるように配慮することが必要です。また、治療が中断していると思われるような場合には、本人や家族に治療を継続しているか確認することが望まれます。必要に応じて産業保健スタッフが定期的に本人と定期的に面接を行い症状の確認や治療継続を確認するシステムを構築することも有効と思われます。

さらに、うつ病に陥った職場内の要因について、主治医や産業保健スタッフの意見を参考に本人と確認し、職場で現実可能な範囲でこの要因の対策を行うことも望まれます。特に退職後に職場復帰する場合は、再発・再燃の可能性が高く「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」（厚生労働省発表平成16年10月14日）を参考に自社の対応を決めておくことが望まれます。

症状の再燃・再発の防止については、早期の気づきと迅速な対応が不可欠であることから、職場では産業保健スタッフ等と連携しながら労働者の状態の変化について適切なタイミングで対応出来るよう日頃から連携を図っておくことが重要です。（林）

Q4 うつ病は、適切に治療すれば治癒する疾病であると聞きましたが、どのような治療をするのでしょうか。また、働きながら治療をすることも可能でしょうか。

A4 臨床の場面においては、患者さんの訴えを聞くとともに家族、職場からの情報も得ながら診断を下していきませんが、環境・心的要因が関与したのか、整理しながら治療方針が立てられます。90%のうつ病患者は、多様な治療が試みられれば症状が改善する可能性があり、うつ病患者の2分の1はうつ病エピソードの6ヶ月以内に回復し、4分の3は2年以内に回復する可能性があると言われています¹⁾。うつ病の病像が仕事から離れて自宅療養が必要な状態であるのか、それとも働きながら治療が可能かどうか、などを診察で決めていきます。治療者が仕事から離れて療養した方が良いと判断したとしても、本人が納得されないときもあり、家族、職場と相談しながら、本人が納得がいくような方針を立てることが必要となります。うつ病の背景にある仕事に係わる要因（仕事の量や内容、職場の人間関係、昇進、異動、単身赴任などの環境の変化）だけでなく仕事以外の要因（家庭問題、その他）を診察で整理しながら、心（精神状態）に占めている心理的葛藤や内容を明らかにしていくことが必要です。

次にうつ病の治療に薬物療法は不可欠ですが、抗うつ薬には三環系抗うつ薬（アミトリプチリン、イミプラミン等）、四環系抗うつ薬（ミアンセリン等）の他に、近年開発されたセロトニン系に選択的に作用する薬剤 SSRI や、セロトニン系とノルアドレナリン系に選択的に作用する薬剤 SNRI 等は副作用が比較的少なく、最近では第一選択薬として投与されています。またスルピリドも身体症状が中心のうつ病に投与されます。各薬剤に長所・短所があり、症状や年齢、性別、身体合併症などを考慮して選択することが必要です。

本人がどうしても働きながら治療を受けたいと申し出た場合、精神状態がどの程度の労働が可能かどうかという点も考慮して治療方針を立てることが必要です。すなわち、就業制限（残業や出張を制限）の必要性や長い会議への出席は医学的に避ける必要があるなどの健康上の配慮を会社側に伝える必要が出てきます。その場合、主治医から産業医（健康管理スタッフ）へ連絡を取るよう依頼をしたり、あるいは文書として提出することも必要になります。このように健康上の配慮をしながら通院治療をしていくわけですが、主治医が働くことが健康に悪影響を与えると判断した場合、あるいはうつ病の悪化が明らかだと判断した場合には、本人、家族と十分話した上で休務加療の診断書を提出して療養に入らざるを得ない場合もあり、むしろ早く療養した方がうつ病が早く回復することもありますので、主治医と十分相談することが必要です。 （黒木）

1) 精神薬理学エッセンシャルズ—精神科学的基礎と応用—（第2版）、メディカル・サイエンス・インターナショナルズ、訳：仙波純一 2004. 11

Q5 朝方、調子が悪いと連絡してきた部下のところに夕方訪ねてゆくと元気であるということが何度ありますが、うつ病というのは時間帯や季節などによって症状が変動するのでしょうか。

A5 とくにはっきりとしたきっかけもなく、秋から冬にかけてうつ状態が強まり、春になると回復するという特徴を示すうつ病は、季節性うつ病と呼ばれています。高緯度で秋から冬の日照時間が短くなる北欧などでしばしば報告されています。日本では北欧ほどの報告例はありません。光パルス療法といって、強い光を毎朝数時間浴びる治療法が効果を現すことがあります。

季節性うつ病は日本では比較的稀です。これとは異なりますが、一般にうつ病の患者さんで、1年のうちで調子を崩しやすい特定の時期に気づく場合があります。新学期、転職した月、家族を失った季節などに、人によってさまざまですが、毎年決まって同じ季節に具合が悪くなることに患者さん自身が気づいていることがあります。そのパターンを担当医と患者さんがともに探っていき、前もって具合の悪くなる季節に備えることが大切です。

なお、朝方の調子がとても悪いと訴えるうつ病の患者さんはめずらしくありません。朝、何とか布団から抜け出したものの、職場に向けて一步を踏み出すのがつらくて仕方がないなどと言います。力を振り絞って、ようやく出勤すると、夕方くらいになると、少しは気分もよくなり、やる気も出てきます。これは症状の日内変動といって、うつ病の症状のひとつの側面を表しています。うつ病の全般的な状態が改善していくとともに、この日内変動も目立たなくなってきました。

(高橋)

2 うつ病などの心の病と自殺

Q1 部下がうつ病で休んでいましたが、少し良くなってきたので会社へ出たいと本人が言っているとの連絡を受けました。うつ病にかかると自殺の危険が高まると聞きましたが、どのように対応したらよいでしょうか。

A1 「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」(厚生労働省発表平成16年10月14日)を参考に自社なりの職場復帰プログラムを作成することが望まれます。

うつ病は自殺の危険があることは間違いのないことですが、それを理由に復職を拒むことは、働く権利を奪うこととなります。

職場復帰に至る手順としては、まず本人に対して主治医による職場復帰可能の判断が記された診断書(復職診断書)を提出するよう伝えます。そして、その診断書には就業上の配慮に関する主治医の具体的な意見を含めてもらうようにします。その際、場合によっては本人の了解の下、主治医と面接や上記手引き **様式例4「職場復帰及び就業措置に関する情報提供書」**(P58参照)を活用し、職場復帰後の留意事項について直接アドバイスを求めてもよいと思われます。

産業保健スタッフ等を中心に、管理監督者、本人の間で十分に話し合い、よく連携しながら職場復帰の可否及び職場復帰支援プランに関する話し合いをすることが望まれます。

産業医が選任されていない50人未満の小規模事業場においては、人事労務管理スタッフ及び管理監督者等、又は衛生推進者もしくは安全衛生推進者が、主治医との連携を図りながら、また地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源を活用しながら検討を進めていくことが必要です。

(林)

Q2 部下が死にたいと言ってきました。このような場合にはただちに専門医の治療を受けるよう勧めるべきでしょうか。また、どのような専門医の治療を受ければよいでしょうか。

A2 まず本人の話を真剣に傾聴します。自殺を考えるほど追い込まれた状況が何であるかやそれに伴う不安、混乱、抑うつ気分、絶望感など背後にある感情を語ってもらうことで気持ちが和らぐことがしばしばあります。十分時間をかけて話を聞いた上で「死を考えるほど辛いのなら専門家に援助を求めたらどうか」とアドバイスします。

この場合の専門家としては、精神科医が考えられます。事業場内に産業保健スタッフが存在する場合には、産業保健スタッフからこれらの専門家を紹介してもらうこともよいと思われます。

(林)

3 その他

Q1 ストレス等に関する簡単なチェック方法があれば教えてください。

A1 ストレス状態に適切に対処するためには、現在の自分のストレス状態の程度とその原因について知ることがまず必要です。このことをストレスへの気づきと呼びます。すなわち、自分がどのような状況に置かれているのか、自分のストレスの原因は何か、自己を振り返りこころの中を見つめることが大切です。ストレスの原因となる事柄が多ければ、その原因を減らせないか考えてみましょう。その方法として上司に相談するのも一つの方法ですし、衛生管理者、あるいは保健師などの産業保健スタッフに相談することも一つの方法です。他の人に話すことによって、自分の精神内界、こころの中で起こっている事柄を整理し、客観性を持たせることもできるのです。自分の中だけで考えても、からまわりして悪循環となってしまう解決へなかなか結びつかないこともあります。ストレスや疲労等をチェックする方法には下記があります。(黒木)

①職業性のストレスをみるテスト：職業性ストレス簡易調査票（P59～60参照）

注：「仕事の量的負担－仕事のコントロール」判定図、「上司の支援－同僚の支援」判定図を作成することもでき、職場全体の健康度も測定することができます。

使用方法については、中央労働災害防止協会のホームページ（http://www.jisha.or.jp/web_ch/index.html）を参照してください。

②抑うつと精神健康度をみるテスト：SDS（Zung: Self-rating Depression Scale）、GHQ（The General Health Questionnaire）、GDS（Geriatric Depression Scale）、HAM-D（Hamilton Rating Scale for Depression）

③疲労や燃えつきをみるテスト：労働者の疲労蓄積度チェックリスト（本人用・家族用）、バーンアウトスケール

注1：労働者の疲労蓄積度チェックリストについては、中央労働災害防止協会のホームページ（http://www.jisha.or.jp/web_ch/index.html）を参照してください。

注2：労働者の疲労蓄積度チェックリストも含め職場のメンタルヘルス対策に関する資料が厚生労働省のホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/index.html>）にまとめて掲載されていますので、ご活用下さい。

Q2 心の病に係わる問題について相談できる外部の専門機関には、どのようなものがありますか。

A2 メンタル不調に陥った個々の労働者の健康問題について、本人や周囲の人が相談できる機関としては、精神科・心療内科を有する医療機関、労災病院勤労者メンタルヘルスセンターなどが、企業が自社のメンタルヘルス対策の進め方などについて相談できる機関としては、中央労働災害防止協会、都道府県産業保健推進センターなどがあり、その双方に対応できる機関としては、地域産業保健センター（50人未満の事業場を対象）、精神保健福祉センターなどがあり、これらが事業場外資源として利用可能です。

巻末に挙げてある最寄りの事業場外資源を活用してください。なお、中央労働災害防止協会では、全国の事業場を対象とした職場のメンタルヘルス対策に関する研修会や助言指導などを行っています。

(林)



【「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」様式例 4】

年 月 日

職場復帰及び就業措置に関する情報提供書

病院
クリニック

先生 ご机下

〒
株式会社 事業場
 産業医 印
 Tel

日頃より弊社の健康管理活動にご理解ご協力をいただき感謝申し上げます。

弊社の下記従業員の今回の職場復帰においては、下記の内容の就業上の措置を図りながら支援をしていきたいと考えております。

今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

氏名	(生年月日 年 月 日 年齢 歳)				性別
					男・女
復職(予定)日	年	月	日		
就業上の配慮の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・時間外勤務 (禁止・制限 H) ・交代勤務 (禁止・制限) ・休日勤務 (禁止・制限) ・就業時間短縮 (遅刻・早退 H) ・出張 (禁止・制限) ・作業転換 ・配置転換・異動 ・その他: 				
連絡事項					
上記の措置期間	年	月	日	～	年 月 日

〈注：この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医へ提出すること。〉

職業性ストレス簡易調査票

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そ う だ	そ ま あ う だ	ち や が や う	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

B 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	な ほ か と ん ど	あ っ た と き ど き	あ し ば し ば	い つ も あ っ た ほ と ん ど
1. 活気がわいてくる	1	2	3	4
2. 元気がいっぱいだ	1	2	3	4
3. 生き生きする	1	2	3	4
4. 怒りを感じる	1	2	3	4
5. 内心腹立たしい	1	2	3	4
6. イライラしている	1	2	3	4
7. ひどく疲れた	1	2	3	4
8. へとへとだ	1	2	3	4
9. だるい	1	2	3	4
10. 気がはりつめている	1	2	3	4
11. 不安だ	1	2	3	4
12. 落ち着かない	1	2	3	4
13. ゆううつだ	1	2	3	4

14. 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
15. 物事に集中できない	1	2	3	4
16. 気分が晴れない	1	2	3	4
17. 仕事が手につかない	1	2	3	4
18. 悲しいと感じる	1	2	3	4
19. めまいがする	1	2	3	4
20. 体のふしぶしが痛む	1	2	3	4
21. 頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4
22. 首筋や肩がこる	1	2	3	4
23. 腰が痛い	1	2	3	4
24. 目が疲れる	1	2	3	4
25. 動悸や息切れがする	1	2	3	4
26. 胃腸の具合が悪い	1	2	3	4
27. 食欲がない	1	2	3	4
28. 便秘や下痢をする	1	2	3	4
29. よく眠れない	1	2	3	4

C あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司	1	2	3	4
2. 職場の同僚	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司	1	2	3	4
5. 職場の同僚	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司	1	2	3	4
8. 職場の同僚	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

D 満足度について

	満足	まあ満足	やや満足	不満足
1. 仕事に満足だ	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ	1	2	3	4

執 筆 者

精神科医を受診しよう

黒澤 尚 (有限責任中間法人日本総合病院精神医学会 理事長)

第1章 自殺の実態

黒木 宣夫 (東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室 教授)

第2章 産業精神保健の動向

黒木 宣夫

第3章 自殺の予兆

高橋 祥友 (防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門 教授)

第4章 日常の配慮と相談対応

林 剛司 (株式会社日立製作所日立健康管理センタ 副センタ長)

第5章 相談体制

加藤 隆康 (株式会社グッドライフデザイン 代表取締役社長)

藤田 定 (刈谷豊田総合病院東分院)

注：藤田は旧版の執筆を担当したが、今回その一部を利用したものである。

第6章 自殺後に遺された人への対応

高橋 祥友

第7章 自殺への予防対応の事例

加藤 隆康

林 剛司

参考図書一覧

- 天笠崇『成果主義とメンタルヘルス』新日本出版社，2007年
- 上島国利，樋口輝彦，野村総一郎編『今日のうつ病：治療と研究への最新アプローチ』アルタ出版，2004年
- うつ・気分障害協会編『「うつ」からの社会復帰ガイド』岩波アクティブ新書，2004年
- 大野裕『「うつ」を治す』PHP新書，2000年
- 大原健士郎『うつ病の時代』講談社現代新書，1984年
- 大原健士郎『生きることと死ぬこと：人はなぜ自殺するのか』朝日新聞社，1996年
- 笠原嘉『軽症うつ病：「ゆううつ」の精神病理』講談社現代新書，1996年
- 川人博『過労自殺』岩波新書，1998年
- 川人博『過労自殺と企業の責任』旬報社，2006年
- 川人博，高橋祥友編著『サラリーマンの自殺：今，予防のためにできること』岩波ブックレット，1999年
- 黒澤尚『捨てるな！ 命：自殺予防への対話と握手』弘文堂，1987年
- 自死遺児編集委員会，あしなが育英会編『自殺って言えなかった』サンマーク出版，2002年
- 高橋祥友『自殺の心理学』講談社現代新書，1997年
- 高橋祥友『群発自殺：流行を防ぎ，模倣を止める』中公新書，1998年
- 高橋祥友『自殺のサインを読みとる』講談社，2001年
- 高橋祥友『中高年自殺：その実態と予防のために』ちくま新書，2003年
- 高橋祥友『自殺、そして遺された人々』新興医学出版社，2003年
- 高橋祥友『うつ』新水社，2006年
- 高橋祥友『新訂増補 自殺の危険：臨床的評価と危機介入』金剛出版，2006年
- 高橋祥友『自殺予防』岩波新書，2006年
- 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 第2版』医学書院，2006年
- 高橋祥友，福間詳編『自殺のポストベンション：遺された人々への心のケア』医学書院，2004年
- 日本医師会編『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年
- 野村総一郎『「心の悩み」の精神医学』PHP新書，1998年
- 樋口輝彦『うつ病：私のあった患者さん』日本評論社，1998年
- 樋口輝彦編『自殺企図：その病理と予防・管理』永井書店，2003年

相談機関一覧

労災病院「勤労者心の電話相談」

労災病院勤労者予防医療センター又は勤労者予防医療部は全国32ヶ所の労災病院に併設されており、このうち21ヶ所において、勤労者の心の電話相談（20ヶ所）、電子メールによる相談（1ヶ所）等のメンタルヘルス対策の支援を実施しています。

相談内容：仕事上のストレスによる精神的な悩み、職場の対人関係の悩み等の勤労者生活を通しての悩みに関する相談

対象者：勤労者本人及びその家族

上司等勤務先関係者（産業医を含む）

電話相談の受付は、祝日を除く月曜日から金曜日の午後2時から午後8時までです。

（ただし釧路、横浜、浜松、九州は※1～※4の曜日・時間。なお、横浜における電子メールの相談は24時間受付）

〈平成19年11月現在〉

施設名	電話番号	電子メールアドレス
釧路労災病院 ※1	0154-21-5797	
東北労災病院	022-275-5556 0120-603-125	
福島労災病院	0120-225-608	
東京労災病院	03-3742-7556	
関東労災病院	044-434-7556	
横浜労災病院 ※2	045-470-6185	mental-tel@yokohamah.rofuku.go.jp
富山労災病院	0765-22-1009	
浜松労災病院 ※3	053-466-7867	
中部労災病院	052-659-6556	
旭労災病院	0561-55-3556	
大阪労災病院	072-251-9556	
関西労災病院	06-6414-6556	
神戸労災病院	078-231-5660	
山陰労災病院	0859-35-3080	
岡山労災病院	086-265-2556	
中国労災病院	0823-72-1252	
山口労災病院	0836-84-8556	
香川労災病院	0877-24-6556	
九州労災病院 ※4	093-475-9626	
長崎労災病院	0956-49-7999	

※1 釧路労災病院 火曜日～金曜日 14:00～20:00（祝日を除く）

※2 横浜労災病院 年中無休 14:00～20:00

※3 浜松労災病院 月曜日・水曜日・金曜日 14:00～20:00（祝日を除く）

※4 九州労災病院 月曜日～金曜日 10:00～18:00（火曜日・祝日を除く） 土曜日 10:00～16:00

産業保健推進センター

独立行政法人労働者健康福祉機構では、産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事業主等に対し職場の健康管理への啓発を行うことを目的として、全国47の都道府県に産業保健推進センターを設置しています。

産業保健推進センターでは主に次の業務を行っています。

①研修

産業保健関係者を対象として、産業保健に関する専門的かつ実践的な研修を実施しています。

また、他の団体が実施する研修について、教育用機材の貸与、講師の紹介等の支援を行っています。

②情報の提供

産業保健に関する図書・教材等の閲覧・貸出し・コピーサービスを行っています。

また、情報誌の発行、ホームページによる情報提供を行っています。

③窓口相談・実施相談

産業保健に関する様々な問題について、専門スタッフがセンターの窓口又は電話、電子メール等で相談に応じ、解決方法を助言しています。

④地域産業保健センターの支援

地域産業保健センターの活動を支援しています。

⑤広報・啓発

事業主、労務管理担当者等を対象として、職場の健康問題に関するセミナーを実施しています。

⑥調査研究

地域の産業保健活動に役立つ調査研究を実施し、成果を公表・活用しています。

⑦助成金の支給

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金、自発的健康診断受診支援助成金の支給を行っています。

〈平成19年11月現在〉

産業保健推進センター名	TEL	産業保健推進センター名	TEL
北海道産業保健推進センター	011-726-7701	滋賀産業保健推進センター	077-510-0770
青森産業保健推進センター	017-731-3661	京都産業保健推進センター	075-212-2600
岩手産業保健推進センター	019-621-5366	大阪産業保健推進センター	06-6263-5234
宮城産業保健推進センター	022-267-4229	兵庫産業保健推進センター	078-360-4805
秋田産業保健推進センター	018-884-7771	奈良産業保健推進センター	0742-25-3100
山形産業保健推進センター	023-624-5188	和歌山産業保健推進センター	073-421-8990
福島産業保健推進センター	024-526-0526	鳥取産業保健推進センター	0857-25-3431
茨城産業保健推進センター	029-300-1221	島根産業保健推進センター	0852-59-5801
栃木産業保健推進センター	028-643-0685	岡山産業保健推進センター	086-212-1222
群馬産業保健推進センター	027-233-0026	広島産業保健推進センター	082-224-1361
埼玉産業保健推進センター	048-829-2661	山口産業保健推進センター	083-933-0105
千葉産業保健推進センター	043-245-3551	徳島産業保健推進センター	088-656-0330
東京産業保健推進センター	03-5211-4480	香川産業保健推進センター	087-826-3850
神奈川産業保健推進センター	045-410-1160	愛媛産業保健推進センター	089-915-1911
新潟産業保健推進センター	025-227-4411	高知産業保健推進センター	088-826-6155
富山産業保健推進センター	076-444-6866	福岡産業保健推進センター	092-414-5264
石川産業保健推進センター	076-265-3888	佐賀産業保健推進センター	0952-41-1888
福井産業保健推進センター	0776-27-6395	長崎産業保健推進センター	095-821-9170
山梨産業保健推進センター	055-220-7020	熊本産業保健推進センター	096-353-5480
長野産業保健推進センター	026-225-8533	大分産業保健推進センター	097-573-8070
岐阜産業保健推進センター	058-263-2311	宮崎産業保健推進センター	0985-62-2511
静岡産業保健推進センター	054-205-0111	鹿児島産業保健推進センター	099-223-8100
愛知産業保健推進センター	052-242-5771	沖縄産業保健推進センター	098-859-6175
三重産業保健推進センター	059-213-0711		

地域産業保健センター

地域産業保健センターは、労働者数50人未満の小規模事業場の事業者とそこで働く労働者に対し、産業保健サービスを提供することを目的に、厚生労働省の委託事業として、全国347カ所に設置されています。

地域産業保健センターでは、主に次の業務を行っています。

①健康窓口相談の開設

健康診断結果に基づいた健康管理、作業関連疾患の予防方法、メンタルヘルスに関することなど、医師等が健康相談に応じています。

②個別訪問による産業保健指導の実施

医師等が対象事業場を個別に訪問し、健康診断結果に基づいた健康管理等に関して指導助言を行っています。

③産業保健情報の提供

産業医、労働衛生コンサルタント等の名簿を作成し、情報提供しています。

〈平成19年11月現在〉

	地域産業保健センター名	TEL		地域産業保健センター名	TEL
北海道	札幌	011-623-6226	秋田	仙南	0224-53-4010
	札幌東	011-373-6466		気仙沼	0226-22-1540
	函館	0138-36-0001		瀬峰	0228-38-2110
	小樽	0134-22-4111		秋田市	018-865-0252
	岩見沢	0126-20-2211		能代山本	0185-58-2581
	旭川	0166-23-6007		大館	0186-43-4511
	帯広	0155-26-9000		横手市・平鹿郡・湯沢市・雄勝郡	0183-79-6681
	滝川	0125-23-5887		大曲仙北	0187-62-2205
	北見	0157-23-2787	本荘由利	0184-22-6660	
	室蘭	0143-45-4393	山形	山形	023-635-0440
	苫小牧	0144-37-3211		置賜	0238-23-5515
	釧路	0154-41-3856		鶴岡	0235-22-0665
	名寄	01654-9-2310		酒田	0234-24-6436
	留萌	0164-49-1300		最上	0233-22-0944
	稚内	0162-24-1699		北村山	0237-55-2500
	日高	01462-2-8100	福島	福島	024-534-2290
南後志	0136-22-3108	郡山		024-922-8087	
青森	東青	017-777-1501		いわき	0246-27-7257
	弘前・黒石	0172-32-2371		会津（会津事務所）	0242-27-0528
	八戸	0178-43-3954		会津（喜多方事務所）	0241-22-8234
	五所川原	0173-35-0059		須賀川	0248-73-3723
	十和田・三沢	0176-62-3289		白河	0248-23-3701
	むつ下北	0175-23-5280		相馬	0244-23-6806
岩手	盛岡	019-625-5311		双葉	0240-22-0033
	宮古	0193-62-5880		茨城	水戸
	釜石・遠野	0193-23-9966	茨城県北		0294-33-0058
	花巻	0198-22-3881	土浦		029-825-2911
	一関	0191-23-5110	茨城県西		0296-25-3334
	気仙	0192-27-6700	古河		0280-23-0333
	二戸・久慈	0195-23-4466	太田		0294-70-1155
宮城	塩釜地区	022-367-8651	常総		0297-22-2421
	石巻地区	0225-95-6238	茨城県南		0297-79-1066
	大崎	0229-22-1573	鹿行		0299-90-3440

	地域産業保健センター名	TEL		地域産業保健センター名	TEL
栃木	宇都宮	028-622-1880	神奈川	西多摩	0428-23-2171
	足利	0284-41-3085		多摩東部	0422-47-2155
	栃木	0282-23-5626		横浜南	045-782-8785
	佐野	0283-20-8727		横浜西	045-861-5600
	上都賀	0289-62-4234		横浜北	045-313-9187
	大田原	0287-23-5414		鶴見	045-521-2738
	塩谷・南那須	028-682-2626		川崎南	044-200-0668
	真岡	0285-82-3185		川崎北	044-829-2020
群馬	高崎	0273-23-3966	新潟	三浦半島	046-822-3053
	前橋	027-243-5611		平塚	0463-31-0814
	伊勢崎佐波	0270-25-5316		湘南	0466-27-6238
	桐生	0277-47-2500		県西	0465-49-2929
	東毛館林邑楽	0276-72-1132		県央	046-223-8072
	沼田利根	0278-23-2058		相模原・津久井	042-749-2101
	藤岡多野	0274-22-0251		新潟	025-231-4131
	吾妻	0279-75-3334		長岡	0258-22-5625
埼玉	浦和	048-824-6811	富山	上越	025-524-7111
	川口	048-225-0933		三条	0256-32-6058
	大宮	048-651-5050		柏崎	0257-21-9200
	熊谷	048-527-1591		新発田	0254-23-8366
	川越	049-222-0794		新津	0250-41-0613
	春日部	048-736-7522		南北魚沼・小千谷市	0257-73-6545
	所沢	04-2992-8026		十日町	025-752-5980
	行田	048-553-4078		糸魚川	0255-53-0950
	秩父	0494-23-2149		佐渡	0259-63-6035
	千葉	千葉市		043-242-1090	石川
船橋		047-424-9322	高岡	0766-25-7060	
東葛北部		04-7164-8852	魚津	0765-22-0318	
銚子海匝		0479-22-5603	砺波	0763-33-7715	
安房		0470-22-4036	福井	石川中央	076-275-0795
君津木更津		0438-22-6206		小松・能美	0761-22-2714
市原市		0436-24-5599		中能登	0767-52-2297
印旛香取		0476-27-0168		加賀・江沼	0761-73-1450
山武長生夷隅	0475-55-4136	奥能登	0768-22-5457		
東京	東京中央	03-3666-0131	山梨	福井	0776-23-0587
	台東区	03-3831-0077		嶺南	0770-24-3131
	港	03-3582-6261		南越	0778-24-3302
	都南	03-3716-5223		奥越	0779-66-4671
	大田	03-3772-2402	長野	甲府・中巨摩・北巨摩	055-283-3472
	東京西部	03-3462-2358		郡内	0554-45-0810
	新宿	03-3208-2301		峡南	0556-22-7330
	東京城北	03-3962-4848		東山梨	0553-22-6621
	北	03-5390-3558	長野	長野	026-226-5850
	足立・荒川	03-3840-2111		松本	0263-32-1631
	東京東部	03-3691-8536		諏訪広域	0266-23-3609
	江東区	03-3649-1411		上小	0268-22-0655
	江戸川	03-3652-3166		飯伊	0265-21-7112
	八王子	0426-42-0182		北信濃	0269-26-2337
	町田	0427-22-9877		小諸・佐久	0267-22-0160
	北多摩	0425-24-6135		上伊那	0265-76-6922

	地域産業保健センター名	TEL		地域産業保健センター名	TEL	
岐阜	安曇野	0263-72-2347		大阪西	(協) 06-6533-3350	
	岐阜	058-263-6171		西野田	(医) 06-6471-0543	
	西濃	0584-88-1588		淀川	(協) 06-6396-5601	
	飛騨	0577-35-3218		東大阪	(協) 06-6723-3450	
	東濃	0572-24-4596		岸和田	(医) 0724-64-7400	
	中濃	0575-24-8219		堺	(医) 072-221-2330	
	恵那	0573-68-8153		羽曳野	(医) 0721-29-1210	
	郡上	0573-65-5908		北大阪	(医) 06-6904-0175	
静岡	浜松	053-458-1148	兵庫	泉大津	(医) 0725-41-6558	
	静岡市	054-248-0620		茨木	(医) 0726-31-2770	
	沼津・御殿場	055-962-8076		神戸東	078-351-1410	
	清庵	0543-48-2332		神戸西	078-351-1410	
	三島・伊豆	055-981-9888		尼崎	06-6426-6333	
	富士	0545-57-5211		姫路	0792-95-3346	
	中東遠	0538-33-6839		伊丹	072-775-1171	
	志太榛原	054-646-5248		西宮	0798-26-6000	
愛知	名古屋北・東・南西	052-937-7801	奈良	加古川	0794-21-4536	
	春日井・小牧	0568-82-9900		西脇	0795-23-3460	
	東三河	0532-45-4911		但馬	0796-22-1181	
	岡崎	0564-52-1665		相生	0791-23-7280	
	西尾幡豆	0563-57-7700		淡路	0799-22-3633	
	一宮	0586-71-7531		北和	0742-33-5235	
	知多	0569-23-8099		葛城	0745-23-2431	
	刈谷	0566-22-1622		桜井	0744-43-8766	
	豊田加茂	0565-33-2655		南和	07463-4-2353	
	瀬戸	0561-84-1139		和歌山	和歌山市・海南	073-431-1119
	海部津島	0567-25-5752			日高・有田	0738-22-5344
	尾張北部	0587-95-7020			伊都・那賀	0736-42-2502
	四日市	0593-52-9117			田辺	0739-25-8051
	三重	松阪		0598-21-3308	鳥取	紀南
津		059-227-5252	東部	0857-22-2782		
鈴鹿(津分室)		0593-84-0230	西部	0859-22-3570		
伊勢		0596-26-1020	中部	0858-23-2651		
桑名		0594-25-3481	島根	松江		0852-23-2972
伊賀		0595-23-5550		出雲		0853-21-1225
東紀州		05978-9-4065		浜田		0855-22-0967
大津		077-525-4104		益田		0856-22-3611
滋賀	彦根	0749-27-0133	岡山	岡山	086-272-3236	
	湖北	0749-63-8575		倉敷	086-425-0032	
	近江八幡	0748-33-1921		玉野・児島	0863-32-5501	
京都	京都上	075-872-3147	広島	美作	0868-22-2168	
	京都下	075-322-0177		井笠・浅口	0865-63-0239	
	京都南	0774-64-2616		東備	08695-5-8188	
	中丹	0773-23-6039		備北	0867-72-0887	
	舞鶴	0773-64-0901		広島	082-232-7321	
	丹後	0772-22-3525		呉	0823-22-2326	
	京都中部	0771-62-3220		福山	084-926-9601	
	大阪中央	(医) 06-6911-2030		三原	0848-62-0467	
大阪	大阪南	(協) 06-6656-3443	尾道	0848-23-2277		
	天満	(医) 06-6130-7766	三次	0824-64-1314		

	地域産業保健センター名	TEL		地域産業保健センター名	TEL
山口	広島北	082-873-7960	佐賀	八女筑後	0943-22-4377
	府中	0847-45-0313		福岡東	092-852-1521
	佐伯	0829-20-0032		佐賀	0952-31-1414
	下関	0832-52-2188		唐津東松浦	0955-75-5284
	宇部	0836-21-5437		杵藤	0954-22-3344
	徳山	0834-21-2995		伊万里・有田	0955-23-3270
	下松	0833-43-7533	長崎	長崎	095-818-5511
	岩国	0827-21-6135		佐世保	0956-22-5900
	小野田	0836-83-4392		北松浦	0956-66-2161
	防府	0835-22-0565		島原・南高	0957-62-4453
	山口	083-972-0634		県央	0957-54-0151
	萩	0838-22-0224		壱岐・対馬	0920-47-3666
	徳島	徳島		088-642-3640	熊本
鳴門		088-684-5582	八代・水俣	0965-39-9531	
三好		0883-72-0677	有明	0968-72-3050	
阿南		0884-22-1313	人吉・球磨	0966-22-3059	
香川	高松	087-831-2208	大分	天草	0969-25-1236
	丸亀	0877-22-4847		菊池・鹿本	0968-23-1210
	坂出・綾歌	0877-59-3011		阿蘇	0967-34-1177
	三豊・観音寺市	0875-25-2231		大分県中部	0977-23-2277
	大川	0879-42-3424		大分県北	0979-22-1179
愛媛	松山	089-915-7708	宮崎	大分県南	0972-23-1300
	新居浜	0897-36-1788		日田玖珠	0973-23-8500
	八幡浜	0894-24-0391		豊肥	0974-22-7334
	今治	0898-23-1404		宮崎中部	0985-50-8208
	宇和島	0895-22-0161		宮崎県北	0982-26-6901
	四国中央	0896-56-4910		都城・西諸	0986-22-0754
高知	高知	088-833-1248	鹿児島	南那珂	0987-23-2951
	須崎	0889-42-2901		鹿児島	099-226-3737
	中村	0880-34-4643		北薩	0996-23-4612
	安芸・香美	0887-35-3526		鹿屋・肝属	0994-40-5441
福岡	福岡中央	092-923-1331	鹿屋	始良・大口伊佐	0995-42-1205
	有明	0944-53-2673		南薩	0993-53-6062
	久留米	0942-34-4163		曾於	0994-82-4893
	飯塚	0948-24-4707		大島郡	0997-53-1993
	北九州西	093-513-3811	沖縄	那覇	098-866-8804
	小倉	093-513-3811		中部	098-936-8200
	門司	093-513-3811		北部	0980-52-0777
	田川	0947-44-1647		宮古	09807-3-0222
	直方鞍手	0949-22-0448		八重山	09808-8-5633
	京築	0930-22-0885			

精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための機関で、精神保健福祉法によって、各都道府県及び政令指定都市に設置することが定められています。

業務内容は地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで、広範囲にわたっています。

特に精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導は、複雑または困難なものを行っており、心の健康相談から、精神医療に係わる相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、痴呆等の特定相談を含め精神保健福祉全般の相談を実施しています。

〈平成19年11月現在〉

	機関名	TEL		機関名	TEL	
北海道	北海道立精神保健福祉センター	011-864-7121	近畿	滋賀県立精神保健福祉センター	077-567-5010	
	札幌こころのセンター	011-622-0556		京都府精神保健福祉総合センター	075-641-1810	
東北	青森県立精神保健福祉センター	017-787-3951	京都市こころの健康増進センター	075-314-0355		
	岩手県精神保健福祉センター	019-629-9617	大阪府こころの健康総合センター	06-6691-2811		
	宮城県精神保健福祉センター	0229-23-0021	大阪市こころの健康センター	06-6922-8520		
	仙台市精神保健福祉総合センター	022-265-2191	堺市こころの健康センター	072-258-6646		
	はあとぼーと仙台		兵庫県立精神保健福祉センター	078-252-4980		
	秋田県精神保健福祉センター	018-892-3773	神戸市こころの健康センター	078-672-6500		
	山形県精神保健福祉センター	023-624-1217	奈良県精神保健福祉センター	0744-43-3131		
	福島県精神保健福祉センター	024-535-3556	和歌山県精神保健福祉センター	073-435-5194		
関東・甲信越	茨城県精神保健福祉センター	029-243-2870	中国・四国	鳥取県立精神保健福祉センター	0857-21-3031	
	栃木県精神保健福祉センター	028-673-8785		島根県立心と体の相談センター	0852-32-5905	
	群馬県こころの健康センター	027-263-1166		岡山県精神保健福祉センター	086-272-8835	
	埼玉県立精神保健福祉センター	048-723-1111		広島県立総合精神保健福祉センター	082-884-1051	
	さいたま市こころの健康センター	048-851-5665		パレアモア広島		
	千葉県精神保健福祉センター	043-263-3891		広島市精神保健福祉センター	082-245-7731	
	千葉市こころの健康センター	043-204-1582		山口県精神保健福祉センター	0836-58-3480	
	東京都立中部総合精神保健福祉センター	03-3302-7575		徳島県精神保健福祉センター	088-625-0610	
	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	042-376-1111		香川県精神保健福祉センター	087-831-3151	
	東京都立精神保健福祉センター	03-3842-0948		愛媛県心と体の健康センター	089-921-3880	
	神奈川県精神保健福祉センター	045-821-8822		九州・沖縄	高知県立精神保健福祉センター	088-821-4966
	川崎市精神保健福祉センター	044-200-3195			福岡県精神保健福祉センター	092-582-7500
	横浜市こころの健康相談センター	045-476-5505			福岡市精神保健福祉センター	092-737-8825
	新潟県精神保健福祉センター	025-280-0111			北九州市立精神保健福祉センター	093-522-8729
	新潟市こころの健康センター	025-232-5560			佐賀県精神保健福祉センター	0952-73-5060
	富山県心の健康センター	076-428-1511			長崎こども・女性・障害者支援センター	095-844-5132
	石川県こころの健康センター	076-238-5761			熊本県精神保健福祉センター	096-359-6401
福井県精神保健福祉センター	0776-26-7100	大分県精神保健福祉センター	097-541-6290			
山梨県立精神保健福祉センター	055-254-8644	宮崎県精神保健福祉センター	0985-27-5663			
長野県精神保健福祉センター	026-227-1810	鹿児島県精神保健福祉センター	099-255-0617			
中部	岐阜県精神保健福祉センター	058-273-1111	沖縄県立総合精神保健福祉センター	098-888-1443		
	静岡県精神保健福祉センター	054-286-9245				
	浜松市精神保健福祉センター	053-457-2709				
	静岡市こころの健康センター	054-285-0434				
	愛知県精神保健福祉センター	052-962-5377				
	名古屋市精神保健福祉センター	052-483-2095				
	三重県こころの健康センター	059-255-2151				

いのちの電話

困難や危機にあって、誰ひとり相談できる人もなく、自殺などのさまざまな精神的危機に追い込まれる人たちが、再び生きる喜びを見出すことを願いつつ、よき隣人として活動しています。

(東京いのちの電話HPより)

〈平成19年11月現在〉

	センター名	TEL		センター名	TEL
北海道	旭川いのちの電話	(0166) 23-4343	関西	京都いのちの電話	(075) 864-4343
	北海道いのちの電話	(011) 231-4343		奈良いのちの電話協会	(0742) 35-1000
東北	あおもりいのちの電話	(0172) 33-7830		和歌山いのちの電話	(073) 424-5000
	秋田いのちの電話	(018) 865-4343		関西いのちの電話	(06) 6309-1121
	盛岡いのちの電話	(019) 654-7575	神戸いのちの電話	(078) 371-4343	
	仙台いのちの電話	(022) 718-4343	はりまいのちの電話	(079) 222-4343	
	山形いのちの電話	(023) 645-4343	中国・四国	岡山いのちの電話協会	(086) 245-4343
	福島いのちの電話	(024) 536-4343		広島いのちの電話	(082) 221-4343
関東・甲信越	新潟いのちの電話	(025) 288-4343		島根いのちの電話	(0852) 26-7575
	長野いのちの電話	(026) 223-4343		鳥取いのちの電話	(0857) 21-4343
	松本いのちの電話	(0263) 29-1414		香川いのちの電話協会	(087) 833-7830
	山梨いのちの電話	(055) 221-4343		徳島いのちの電話	(088) 623-0444
	栃木いのちの電話	(028) 643-7830	愛媛いのちの電話協会	(089) 958-1111	
	足利いのちの電話	(0284) 44-0783	高知いのちの電話協会	(088) 824-6300	
	群馬いのちの電話	(027) 221-0783	九州・沖縄	北九州いのちの電話	(093) 671-4343
	茨城いのちの電話	(029) 855-1000		福岡いのちの電話	(092) 741-4343
	水戸いのちの電話	(029) 255-1000		熊本いのちの電話	(096) 353-4343
	千葉いのちの電話	(043) 227-3900		佐賀いのちの電話	(0952) 34-4343
	埼玉いのちの電話	(048) 645-4343		長崎いのちの電話	(095) 842-4343
	川越いのちの電話	(048) 645-4343		大分いのちの電話	(097) 536-4343
	東京いのちの電話	(03) 3264-4343		鹿児島いのちの電話協会	(099) 250-7000
	東京多摩いのちの電話	(042) 327-4343		沖縄いのちの電話	(098) 868-8016
	東京英語いのちの電話	(03) 5774-0992			
	川崎いのちの電話	(044) 733-4343			
	横浜いのちの電話	(045) 335-4343			
	中部	静岡いのちの電話	(054) 272-4343		
		岐阜いのちの電話協会	(058) 297-1122		
		浜松いのちの電話	(053) 473-6222		
愛知いのちの電話協会 名古屋いのちの電話		(052) 971-4343			
三重いのちの電話		(059) 221-2525			

自殺総合対策窓口一覧（各府省庁、都道府県、政令指定市）

（平成19年6月現在）

府省・地方公共団体名	担当部署名	電話番号(内線)
内閣府	自殺対策推進室(http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/index.html)	03-5253-2111 (44251)
警察庁	生活安全局 地域課	03-3581-0141 (3572)
金融庁	総務企画局 政策課	03-3506-6000 (3168)
総務省	大臣官房 企画課	03-5253-5111 (5157)
法務省	大臣官房 秘書課 総務係	03-3580-4111 (2026)
文部科学省	初等中等教育局 児童生徒課	03-5253-4111 (3055)
厚生労働省	社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課	03-5253-1111 (3069)
	労働基準局 安全衛生部 労働衛生課	03-5253-1111 (5492)
農林水産省	農村振興局 農村政策課	03-3502-8111 (5451)
経済産業省	中小企業庁 小規模企業参事官室	03-3501-1511 (5331)
国土交通省	総合政策局 政策課	03-5253-8111 (24225)
北海道	保健福祉部 障害者保健福祉課 精神保健医療グループ	011-204-5455
青森県	健康福祉部 障害福祉課 障害企画・精神保健グループ	017-722-1111 (6322)
岩手県	保健福祉部 障害保健福祉課 療育精神担当	019-629-5450
宮城県	保健福祉部 障害福祉課 在宅支援班	022-211-2543
秋田県	健康福祉部 健康推進課 疾病・自殺対策班	018-860-1423
山形県	健康福祉部 障がい福祉課	023-630-2679
福島県	保健福祉部 保健福祉総務領域 総務企画グループ	024-521-7217 (2721)
茨城県	保健福祉部 障害福祉課 精神保健担当	029-301-3368
栃木県	保健福祉部 障害福祉課 精神保健福祉担当	028-623-3093
群馬県	健康福祉部 障害政策課 精神保健室 精神保健グループ	027-226-2640
埼玉県	保健医療部 疾病対策課 精神保健担当	048-830-3565
千葉県	健康福祉部 健康づくり支援課 健康増進室	043-223-2668
東京都	福祉保健局 保健政策部 保健政策課 事業調整担当	03-5320-4310
神奈川県	保健福祉部 障害福祉課 医療・精神保健班	045-210-1111 (4728)
新潟県	福祉保健部 障害福祉課 精神保健係	025-280-5201
富山県	厚生部 健康課 精神保健福祉係	076-444-3223
石川県	健康福祉部 障害保健福祉課 精神・難病グループ	076-225-1427
福井県	健康福祉部 障害福祉課 精神障害福祉グループ	0776-20-0634
山梨県	福祉保健部 健康増進課 心の健康担当	055-223-1495
長野県	衛生部 健康づくり支援課 精神保健係	026-235-7109
岐阜県	健康福祉部 保健医療課 感染症・精神担当	058-272-1111 (2544)
静岡県	厚生部 障害者支援局 精神保健福祉室	054-221-2435
愛知県	健康福祉部 障害福祉課 こころの健康推進室 こころの健康推進グループ	052-954-6621
三重県	健康福祉部 健康づくり室 健康対策グループ	059-224-2294
滋賀県	健康福祉部 健康推進課 健康づくり支援室	077-528-3616
京都府	保健福祉部 福祉総括室 障害者支援室	075-414-4732 (4606)
大阪府	健康福祉部 地域保健福祉室 精神保健疾病対策課 精神保健グループ	06-6941-0351 (2587)
兵庫県	健康生活部 障害福祉課 障害福祉課 精神福祉係	078-341-7711 (3291)
奈良県	福祉部 健康安全局 健康増進課 精神保健係	0742-27-8660
和歌山県	福祉保健部 福祉保健政策局 障害福祉課 こころの健康推進班	073-441-2641
鳥取県	福祉保健部 健康政策課 健康とっとり企画推進係	0857-26-7202
島根県	健康福祉部 障害者福祉課 自立支援医療グループ	0852-22-6321
岡山県	保健福祉部 健康対策課 精神保健福祉班	086-226-7330
広島県	福祉保健部 保健医療局 保健対策室 精神保健グループ	082-513-3069
山口県	健康福祉部 健康増進課 精神・難病班	083-933-2944
徳島県	保健福祉部 保健福祉政策課 政策調整担当	088-621-2179
香川県	健康福祉部 健康福祉総務課 健康づくりグループ	087-832-3261
愛媛県	健康福祉部 健康衛生局 健康増進課 精神保健係	089-912-2403
高知県	健康福祉部 健康づくり課 精神保健福祉担当	088-823-9669
福岡県	保健福祉部 障害者福祉課 精神保健福祉係	092-643-3265
佐賀県	健康福祉本部 健康増進課 精神保健福祉担当	0952-25-7075
長崎県	福祉保健部 障害福祉課 精神保健福祉班	095-895-2456
熊本県	健康福祉部 障害者支援総室 精神障害福祉班	096-333-2234
大分県	福祉保健部 障害福祉課 精神保健福祉班	097-506-2733
宮崎県	福祉保健部 障害福祉課 精神保健福祉担当	0985-32-4471
鹿児島県	保健福祉部 障害福祉課 精神障害者係	099-286-2754
沖縄県	福祉保健部 障害保健福祉課 精神保健福祉班	098-866-2190
札幌市	保健福祉部 保健福祉部 精神保健福祉センター 相談指導2係	011-622-0556
仙台市	健康福祉局 保健衛生部 健康増進課 健康増進係	022-214-8198
さいたま市	保健福祉局 保健部 健康増進課	048-829-1294
川崎市	健康福祉局 障害保健福祉部 精神保健課	044-200-3608
千葉市	保健福祉局 地域保健福祉課 厚生係	043-245-5218
横浜市	横浜市こころの健康相談センター	045-476-5505
新潟市	健康福祉部 障がい福祉課 精神保健福祉係	025-226-1243
静岡市	保健福祉子ども局 保健衛生部 保健所 精神保健福祉課	054-249-3179
浜松市	健康医療部 健康企画課	053-453-6189
名古屋市	健康福祉局 障害福祉部 障害企画課 精神保健福祉係	052-972-2532
京都市	保健福祉局 こころの健康増進センター	075-314-0355
大阪市	健康福祉部 健康推進部 こころの健康センター	06-6922-8520
堺市	健康福祉局 健康部 精神保健福祉課	072-228-7062
神戸市	保健福祉局 健康部 地域保健課 計画係	078-322-6511
広島市	社会局 精神保健福祉室	082-504-2228
北九州市	保健福祉局 障害福祉部 障害福祉課	093-582-2424
福岡市	保健福祉局 保健医療部 保健予防課 精神保健福祉係	092-711-4377

職場における 自殺の予防と対応

2001年12月21日 第1版第1刷発行
2002年3月23日 第1版第2刷発行
2004年3月30日 第2版第1刷発行
2007年10月19日 改訂第1版第1刷発行
2007年12月12日 改訂第1版第2刷発行

編 著 中央労働災害防止協会
発行所 中央労働災害防止協会
〒108-0014 東京都港区芝5-35-1
デザイン サンパートナーズ(株)
印刷・製本 (株)光邦

※このテキストは厚生労働省からの委託を受けて中央労働災害防止協会において制作したものである。

