

# 職員の自殺防止のために

平成17年6月

自殺防止専門家会議

(人事院職員福祉局)

# 目 次

	ページ
1 はじめに	1
2 自殺との関連がみられる状況と自殺防止	2
（1）自殺との関連がみられる状況	2
（2）自殺防止を図るための視点	3
3 自殺防止のための職場での対応	4
（1）対応の基本	4
（2）自殺との関連がみられる状況にある職員への対応に 当たって留意すべき点	4
管理監督者が日常留意すべき点	4
職場で留意すべき点	4
職員が相談に来たとき	5
ア．相談に当たっての基本	5
イ．言ったり、してはならないこと	5
ウ．異動の希望や辞職を言ってきたとき	5
エ．口外しないことを求めてきたとき	6
オ．関係者との連携	6
（3）危険な状態にある職員への対応	6
危険な状態とは	6
言動の変化とは	7
ア．気分、体調の変化	7
イ．行動の変化	7
ウ．職場における変化	8
対応	8
4 専門家の助言	9
（1）相談体制の充実	9
（2）外部機関の活用	9
人事院のメンタルヘルス相談室	9
精神保健福祉センター	9
「いのちの電話」	9
5 自殺後の周囲の職員及び遺族への対応	10
（1）必要性	10
（2）職場での対応	10
（3）遺族への対応	10

6 対応事例集	・・・・・・・・	11
〔事例1〕 精神的ストレスが大きい業務が長期間続き、 消耗性うつ病となった例	・・・・・・・・	12
〔事例2〕 長時間の勤務が恒常的に続き、消耗性うつ病 となった例	・・・・・・・・	14
〔事例3〕 不本意な異動によりうつ状態を示した例	・・・・・・・・	16
〔事例4〕 過重な業務が一段落ついた直後に荷おろしうつ病 になった例	・・・・・・・・	18
〔事例5〕 ストレスからアルコール依存症とうつ状態に なった例	・・・・・・・・	20
〔事例6〕 医療機関での治療を受けていたが、職場復帰中に うつ病が再燃した例	・・・・・・・・	22
〔事例7〕 上司の発言でうつ病が悪化した例	・・・・・・・・	24
〔事例8〕 昇任後うつ病となった例	・・・・・・・・	26
〔事例9〕 自殺の原因が分からなかった例	・・・・・・・・	28
7 参考図書等	・・・・・・・・	29
自殺防止専門家会議委員名簿及び会議開催状況	・・・・・・・・	30
資料		
1 「職員の心の健康づくりのための指針」(平成16年 3月30日人事院勤務条件局長通知)について	・・・・・・・・	31
2 公務における自殺の現状	・・・・・・・・	34
3 自殺と関連のみられる疾病・病態	・・・・・・・・	39
4 活用できる外部機関	・・・・・・・・	46
5 危険な状態にある職員への対応例(関係者の役割)	・・・・・・・・	51

## 1 はじめに

「職員の心の健康づくりのための指針」(平成16年3月30日勤務条件局長通知)(以下「指針」という。)に述べられているように、職員の自殺を防止することは、「心の健康づくり」の重要な課題である。自殺の防止のためには、「心の健康づくり」の基本である、心の健康の保持増進、心の不健康な状態への早期対応、円滑な職場復帰と再発の防止等の施策を着実に実施することが必要である。その中でも特に、心の健康の保持増進に日頃から努めることが重要である。

こうした基本的な対応に更に加えるべき自殺防止対策として、うつ病等の「自殺との関連がみられる状況」にある職員の身近にいる管理監督者、同僚、家族等が、必要に応じ健康管理医、主治医等の助言を得ながら、各省各庁の長(健康管理者)と協力・連携して対応することが挙げられる。また、危険な状態である可能性がある場合は、直ちに専門家への相談・受診に結びつけることも必要である。

各省各庁においては、心の健康づくりの基本については、指針等に基づき施策を進めていくとともに、自殺防止のために更に進めるべき対策については、「指針」に加えて、以下に述べたところを参考にされたい。

## 2 自殺との関連がみられる状況と自殺防止

### (1) 自殺との関連がみられる状況

自殺を引き起こす原因には様々なものがある。仕事上の悩み、人間関係の悩み、家庭内の悩みや個人が抱える悩み、またこれらの悩みが引き金になったうつ状態やうつ病などの精神疾患などを挙げることができよう。

誰もが人として生きていく上で、悩むことや気が滅入ることがあることは当然であり、自然である。それらのことがあっても自殺に結びつかないことが一般的であるが、深刻な場合には、うつ病や自殺の原因となることがある。また同じことを経験しても、ある人にとっては何でもないことが、他の人にとっては、ストレスへのもろさ、問題に対処する能力の違いなどがからみあって、うつ病や自殺の原因となることがある。

このように自殺の原因は様々であるが、特に自殺との関連がみられるものとして、次のものが挙げられる。(公務における自殺の現状については、資料2で説明している。)

#### 仕事や家庭の深刻な悩み

自殺やうつ病の原因となるような仕事や家庭の深刻な悩みを引き起こす代表的なものとしては、次のものがある。

#### (仕事上の悩み)

- ・長時間の勤務
- ・過重な心理的負荷のかかる勤務
- ・上司、同僚、部下等との人間関係
- ・単身赴任に伴う勤務環境、家庭関係の変化
- ・転勤による勤務環境の変化
- ・昇任による責任の増大

#### (家庭や個人の悩み)

- ・経済的問題
- ・本人又は家族の健康
- ・親子関係、夫婦関係等の家庭内の人間関係
- ・家族の介護
- ・子の教育、進路等

#### うつ病等の精神疾患

自殺者の多くが何らかの精神疾患にかかっているとの報告がある。自殺の背後に潜む精神疾患を早期の段階で発見して、適切に治療することにより、自殺予防が図れる余地は十分に残されている。自殺との関連がみられる精神疾患の代表的なものは、うつ病であるが、他にアルコール依存、統合失調症等も関連が認められている。(これらの疾患については、資料3で説明している。)

健康管理者、管理監督者等は、以上のことを認識し、悩みや精神疾患等が自殺に結びつくことを防ぐよう、個々の職員の状況の把握に努めることが必要で

ある。

## (2) 自殺防止を図るための視点

職員が「自殺との関連がみられる状況」にあることを周囲が気がつかないことも多い。仕事の悩みが本人にとってどれほど深刻であるか職場(周囲)では分からないこともあり、家庭の悩みは職場ではみえにくいものである。また、うつ病等の精神疾患は周囲に分からないこともある。このように職員の状況を周囲が正確に把握することは容易ではないし、自殺のすべてを防止することは、専門家にとってさえも困難である。

しかし、そのような場合があるとしても、自殺防止のために肝心なことは、「自殺との関連がみられる状況」に関し職場などでの理解を深め、もし該当する職員がいる場合は、身近にいる関係者がそのことを認識し協力して対応することである。

なお、自殺防止という観点を離れても、仕事や家庭などで深刻な悩みがある職員、うつ病の職員、うつ病に至らないまでもストレスによって心の健康が心配な状態にある職員などについては、しかるべき対応が必要であることはもちろんである。

### 3 自殺防止のための職場での対応

#### (1) 対応の基本

自殺に至る時間的な流れとしては、心の健康な職員が、仕事や家庭の深刻な悩みを抱えたり、またそのことのストレスによりうつ病等になるなどして、自殺との関連がみられる状況になった後に、ある程度の期間を経て、自殺することが一般的である。また、心の健康な状態から突然自殺したように見える場合にも、実際には極度のストレス等があることが多い。

したがって、自殺防止のためには、「指針」を踏まえ、平素よりストレス等の軽減・除去や心の健康の保持・増進に努めること、うつ病等の可能性のある者には早期対応を行うことなどに加えて、その原因は様々あるとしても、

現にうつ病等の自殺との関連がみられる状況にある職員

更に危険な状態にある職員

について、更に対策を加えることが必要である。

なお、これらの職員への対応に当たっては関係者の協力が必要であるが、その場合でも職員や家族のプライバシーの保護に十分な注意を払わなければならない。

#### (2) 自殺との関連がみられる状況にある職員への対応に当たって留意するべき点

職員が自殺との関連がみられる状況にある可能性がある場合には、「指針」を踏まえ早期対応等に努めるとともに、状況の正確な把握に努める。

併せて職員が自殺との関連がみられる状況にある場合には、以下の点に留意する。

##### 管理監督者が留意すべき点

職員のこれまでの状況と比較して変化がみられるかどうか気付くことが、大切である。そのためには日頃から職員の状況に目配りをし、言動の変化を見落とさないように努める。

また、職員に負担感を与えないようにしながら、積極的に話しかけ、真摯に悩み等を聴き、職員の状況の把握に努めるとともに、必要に応じ勤務環境等に配慮する。

##### 職場で留意すべき点

うつ状態、うつ病で治療中の職員に対しては、職員の精神的負担を増加させないように配慮する。そのため例えば慰労・打ち上げ等の飲食の会合、運動・レクリエーション、外出、レジャーに安易に誘うことは避ける。また、職員の出張については、その適否について専門家の意見を求めた上で対応する等、十分に注意する。

うつ状態、うつ病の職員は、一般的に自責感を強く持っており、職場における管理監督者、同僚等の発言が心理的に大きな負担を与えることがあることから、安易な激励、叱責等を行わないよう注意する。

#### 職員が相談に来たとき

健康管理者、管理監督者、同僚等の職員から相談を受ける可能性がある立場にある者は、相談に関する基本的な事項を理解しておく必要がある。

#### ア．相談に当たっての基本

職員が相談するときは、既に危険な状態になっている可能性があることを認識して対応する。自殺につながるような悩みの相談は、意識的・無意識的に特定の者を選び出して、絶望的な気持ちを表わしたいということであり、悩みを正面から受け止める必要がある。

このために、相談を受ける際には十分な時間を取ることが必要である。職員から相談のアプローチがあったとき時間が取れない場合には、できるだけ近い時間でかつ具体的な時間を指定するようにする。また、相談場所としては、人の目を気にしないですみ、相手が安心して話せる場所を選ぶ。

職員の悩みの打ち明けの聞き役に回り、悩みを真摯に理解しようとしていることを伝える。職員は心の中では思い詰めている状況である可能性があるため、先ず十分に話を聞き、職員に余裕が見られるようになってから、職員が一方的に思い込んでいる考え方以外の選択肢について話題にする。

#### イ．言ったり、してはならないこと

- ・表面的な激励をする。

(例) 頑張れ。

君には期待している。

- ・話をはぐらかす。

(例) それはともかくとして、部下の　　さんは元気か。

- ・職員に対し批判がましいことを言う。

(例) そんなことでどうする。

自分の立場がわかっているのか。

君の将来のために今は辛抱すべきだ。

- ・世間一般の常識を押しつける。

(例) そんなことを気にしているのは君だけだ。

この程度のことですごくよしているような人はいない。

#### ウ．異動の希望や辞職を言ってきたとき

突然、異動を願い出たり、仕事を辞めたいと言ってきた場合は、特に注意を要する状況である。相談を受けた者は、なぜ辞めたいのか、辞めて今後どうしようと思っているのか、また、業務の進捗や睡眠、食事等の日常生活の状況などを十分に聞いた上で、対応する。

## エ．口外しないことを求めてきたとき

相談に当たって、職員が「誰にも言わないように」と口止めしてくることもある。「誰にも言わない。」と約束するのではなく、「プライバシーは尊重する。話を聞いた上であなたにとって最も良くなるようにしたい。」など、できるだけプライバシーは守るが、本人の利益を考え、状況によっては自分の判断で関係者や専門家に相談することがあることをあらかじめ伝えておく。口外しない約束をしない限り話をしないと主張する場合は、相談はプライバシー尊重が原則であること、職員のために真摯な姿勢であることを理解させ、話を促すように努める。もし、職員が話をしないでそのまま帰った場合には、健康管理者と相談し、必要に応じ精神科医等の専門家、家族等の協力を得ながら対応する。

## オ．関係者との連携

相談を受けたところ職員が危険な状態にある可能性があると考えられる場合には、専門家への相談・受診を助言し、併せて健康管理者等に連絡し、相談する。また、危険な状態ではない場合でも、管理監督者等では対応が困難であったり、放置しては状況が改善されないときは、必要に応じ同様の対応をする。

職員からの相談を受ける前に時間的な余裕があれば、必要に応じ健康管理者や専門家に事前に連絡し、相談する。

### (3) 危険な状態にある職員への対応

#### 危険な状態とは

既に自殺との関連がみられる状況にある職員に、その後何らかの言動の変化が現れたならば、危険な状態である可能性があると考えべきである。

本人が自殺に至るまでには長いプロセスを経て、準備状態が固定化してくることが多い。したがって、自殺の引き金になる直接の契機は、むしろ周囲からみれば些細なものに思える出来事である場合のほうが多い。このようなプロセスにおいて生ずる言動等のわずかな変化に気付くことが重要である。

一方、うつ状態やうつ病等がみられなかった場合でも、仕事や家庭の悩みなどにより強いストレス、疲労、消耗がある者については、うつ病等の症状を示さずに自殺することもある。この場合も何らかの言動の変化がみられることが多い。これらの者の言動の変化が常に自殺に結びつくとは限らないが、自殺を起こす場合もあることから、危険な状態である可能性も念頭に置いて対応するように努めるべきである。

言動の変化とは別に、自殺との関連がみられる状況にある職員が危険な状態になる誘因として、周囲からのサポートを失う、又は失ったと感ずることがある。

#### (サポートを失う例)

信頼していた上司、同僚が異動になる。

本人が異動し、別の職場環境となる。

信頼していた主治医が転勤になる。

近親者や友人が死亡する。

言動の変化とは

言動の変化の例としては、次のようなものがある。変化の例は自殺との関連がみられる状況と重複するものもあるが、要は既に自殺との関連がみられる状況にある職員に何らかの言動の変化が現れたならば、それに気付き、対応することが重要であるということである。

ア．気分、体調の変化

- ・感情が不安定になる。  
(例) 突然涙ぐんだりする。  
    落ち着きがなくなる。  
    すぐに不機嫌になり、怒りやイライラを爆発させる。
- ・性格が変わったように見える。  
(例) 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。  
    自ら周囲より孤立していく。  
    投げやりな態度が目立つ。  
    これまでのうつ状態とは打って変わって、不自然なほど明るく振る舞う。
- ・様々な身体的不調を訴える。特に内科等を受診していながら不調が改善されない場合は要注意である。  
(例) 極端に食欲がなくなり、体重が減少する。  
    不眠がちになる。  
    頭痛、めまい、しびれ等がある。  
    動悸、息苦しさがある。

イ．行動の変化

- ・これまで関心のあったことに対して興味を失う。
- ・多量の飲酒をする。特に普段、飲酒しない者が眠れないために飲酒するようになった場合は要注意である。
- ・交際が減り、引きこもりがちになる。
- ・過度に危険な行為に及ぶ。  
(例) 飲酒運転をするなど、重大な事故につながるような行動を繰り返す。
- ・大切にしていたものを整理したり、誰かにあげてしまう。
- ・自殺をほのめかす。  
(例) 「知っている人がいないところに行きたい。」「夜眠ったらもう二度と目が覚めなければいい。」などの発言をする。
- ・「死にたい。」など自殺についてはっきりと話す。
- ・遺書を用意する。
- ・自傷行為に及ぶ。実際に死ぬ危険性が低い行為でも軽視しない。  
(例) 手首を切る。  
    通常の用量以上の薬を服用する。

#### ウ．職場における変化

- ・身なりに構わなくなる。
- ・辞表を提出してくる。
- ・遅刻、欠勤が多くなる。
- ・仕事の速度が落ち、出来も悪くなる。
- ・注意力がなくなる。

#### 対応

管理監督者、同僚、家族は、職員の言動等に変化があり、危険な状態である可能性があると感じた場合は、直ちに健康管理者（同僚、家族は管理監督者又は健康管理者）に連絡し、相談する。

連絡を受けた健康管理者は、精神科医等の専門家と相談し、管理監督者、家族等と協力の上で、本人を専門家に直ちに受診・相談に行かせる。また、特に危険と思われる場合は、管理監督者、家族等と役割分担を行い、受診まで本人を一人にしないようにする。

受診・相談の際は、健康管理者、管理監督者等は、本人に同行し、専門家に本人の状況の説明を行うなど、診療・相談に協力するとともに、専門家、家族との連携を図るよう努める。また、健康管理者は、受診・相談に当たり本人が同行を拒否した場合でも、極力専門家との連携を図るようにする。

## 4 専門家の助言

### (1) 相談体制の充実

自殺防止の観点からも、健康管理者は、職員本人はもとより、家族、管理監督者、同僚等がいつでも相談できる窓口を設置するなどして、専門家の助言が得られる体制を整備し、その利用に関し周知するよう努めるべきである。

なお、うつ病等は最初は身体的症状が現れる場合もある。まず相談に行くことが大事であることから最初の相談先は内科等でも良いが、検査等により異常が認められない場合は精神科等の受診を勧める。

また、専門家の助言が適時適切になされるためには、健康管理者は日頃から専門家等との連携関係を構築しておくことが重要である。本人の同意を得た上で、主治医とも必要に応じ連携・協力できるようにしておくことも併せて重要である。

### (2) 外部機関の活用

健康管理者等が活用可能な外部機関の例としては次のものがある。必要に応じ、利用できる時間帯、特長等も理解し、活用する。(これらの電話番号等については、資料4に掲載している。)

#### 人事院のメンタルヘルス相談室

専門医が職員本人、職場の上司、職員の家族等から面接により相談を受ける。人事院本院及び各事務局(事務所)に設置している。(無料、秘密厳守、事前予約制)

#### 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは、都道府県及び政令市が運営しており、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、地域における対策の企画立案、保健所・市町村・医療機関等への技術指導、複雑又は困難な事例の相談等を行う。精神科の診療に経験を有する医師等の専門職員が配置されている。

職員、家族、職場が利用可能であり、専門職員が心の健康に関する全般的な相談、うつ病や飲酒等の相談に電話、面接等で応じている。(利用は無料のことが多いが詳細は各センターあて要問合せ)

#### 「いのちの電話」

自殺予防を主な目的とした悩みごと電話相談機関である。電話による対話を通して、不安や悩みを持つ人々の話し相手となり、危機を乗り越えて自らの力で生きる勇気を見出し、いけるように援助していくことを目的としている。民間のボランティア団体により維持運営されており、電話相談も全てボランティアが支えている。相談は無料で、研修を受けた相談員が対応する。日中のみ開設から24時間開設のものまであり、各地域ごとに設置されている。

## 5 自殺後の周囲の職員及び遺族への対応

### (1) 必要性

職員が自殺した場合、周囲の職員及び遺族等は大きな心の衝撃を受けることになる。職員及び遺族が一人でその辛さを抱えること等により、新たな心の不健康な状態を生ずるおそれがある。また、そのことにより、新たな自殺を引き起こすことさえありうる。このため、必要に応じこれらの者に心理的側面からのケア等を行う。

### (2) 職場での対応

自殺が起こった職場では健康管理者は、直ちに次のことを行うように努める。職場及び遺族の心理的側面からのケアについて専門家と相談する。

自殺後の職場の状況等について、可能な限り把握する。

自殺に関する箝口令はかえって無用の憶測等を生み、職場のより一層の動揺・混乱を引き起こすことが多い。できる限り正確な情報を把握し、混乱防止の観点や心理的側面から必要な情報については職場で共有する。ただし、職員等のプライバシーに係る情報（人間関係、家庭内の状況、健康状況など）については、守られるよう十分注意する。

外部に対して、職員等が無責任な情報を流さないようにする。このため外部からの照会に対応する者を特定しておく。

自殺した職員が担当していた業務の処理について、特定の職員に過度の負担がかからないように配慮する。

自殺による精神的な衝撃により、不安感を持つ、うつ状態等に陥いる、仕事が手に付かないなど、職員間に動揺がみられる場合は、必要に応じ専門家も交え、ミーティング等を行い、職員の不安等を最小限にする。また職員の状況によっては、専門家による相談窓口等を紹介する。

専門家も交え、再発防止の検討を行う。

### (3) 遺族への対応

遺族への対応は状況に応じ異なるが、原則として、健康管理者又は管理監督者が行う。対応に当たっては、次のことに留意する。

職場として相談に応じ、支援などの対応を行うことを伝える。

遺族との連絡窓口を一本化し、いつでも自殺後の相談に対応できる体制を作る。また、遺族の希望に基づき、適宜相談に応ずる。

職員の葬儀等が一段落したら、早い時期に職場として、誠意を持って相談に応じ、支援などの対応を行うことを改めて伝える。

遺族からの要望に応じ、自殺に関し把握した事実を具体的に誠実に伝える。遺族の状況によっては、専門家による相談窓口等を紹介する。

## 6 対応事例集

- 〔事例1〕 精神的ストレスが大きい業務が長期間続き、消耗性うつ病となった例
- 〔事例2〕 長時間の勤務が恒常的に続き、消耗性うつ病となった例
- 〔事例3〕 不本意な異動によりうつ状態になった例
- 〔事例4〕 過重な業務が一段落ついた直後に荷おろしうつ病になった例
- 〔事例5〕 ストレスからアルコール依存症とうつ状態になった例
- 〔事例6〕 医療機関での治療を受けていたが、職場復帰中にくつ病が再燃した例
- 〔事例7〕 上司の発言でうつ病が悪化した例
- 〔事例8〕 昇任後うつ病になった例
- 〔事例9〕 自殺の原因が分からなかった例

(注) 事例は公務、民間を問わず実際の例を参考にはしているが、公務員の自殺防止の参考となるように、典型的なパターンごとに独自に作成したものである。

## 〔事例1〕 精神的ストレスが大きい業務が長期間続き、消耗性うつ病となった例

A（40歳代、男性、管理職）

### 1 事例の概要

大企業の管理職Aは、昨年4月から社の重要なプロジェクトの見直し（業務1）に取り組むこととなった。この見直しは、社内外と困難な調整を行うもので、特に関係団体との折衝は頻度も多い上に、長時間にわたり社の姿勢を批判されることもあるものであった。在任中計約40回の折衝があったが、本人は責任者として全て出席し、多大な精神的エネルギーを費やした。また業務1に関し、社内の検討会議が10回開催されたが、この会議は翌年9月の最終報告に至るまでいつも短期間での周到な準備を要求されるものであった。

また、昨年6月頃から別の問題が起こり、その問題についても、Aが対策を検討すること（業務2）になった。Aは検討のための新たな会議を昨年8月に発足させたが、上司から早めに方向性を出すように指示があったため、11月頃から、関係団体との折衝を行った。しかし、関係団体はこの問題の対応に消極的であったため、難しい調整が続いた。

更に、別のプロジェクトが課題となり、今年1月に入り、Aが中心となり取り組むこと（業務3）となった。Aは検討会を作り、在任中に5回の会合を開催した。

妻が彼の変調に気づいたのは今年1月になって業務3が加わった頃であった。仕事に関する焦りとともに、「集中してまとめ上げることができない。」「日曜日になると憂うつになる。」という訴えが始めた。今年の2月には、家庭では「些細なことで苛立つようで・・・。」（妻）という状況となった。今年3月に、業務1、2関係で上司から叱責され、このときは「考え込んでいる。」「筆を動かすでもなく、じっと椅子に座っている。」（同僚）という様子が職場で観察されている。この頃、家庭では「申し訳ない、情けない。」（妻）という言葉を繰り返した。4月に入り直属の上司が異動し、Aに理解のある者になってからも、家庭では「何も決められない。」「部下を引っ張っていけない。」（妻）としきりに訴えており、「早朝目が覚めて眠れなくなる。」といった訴えもあった。さらに、今年の5月に信頼していた部下から「やっていけない。」と言われたこともあり、自ら精神科受診を決意したが、結局受診には至らなかった。

7月に別部署へ異動したが、業務が系列企業の在り方の検討であったこと、また労働組合との交渉の責任者となったことにより、それまで以上に職場、家庭において憔悴しきった様子となり、9月に入った頃、家庭での日常生活の簡単な相談に、唐突に、「わからない。」（妻）といえるようになった。そして9月のある日自殺するに至った。

### 2 事例の解説

Aの業務1～3は相手の意向を推測・確認しながら対策を立てる作業であり、神経を摩耗するストレスに晒されるものであった。今年1月の時点で家庭では症状に気付いており、3月～4月にはうつ病が発症していたと考えられる。

質的、量的に過重な業務に加え、上司の叱責により個人の責任を問われたことが大きな心理的な負担となったこと、また信頼していた部下から「やっていけない。」と言われたことは、職場における自己の存在を否定されたに等しかったことから、ストレス反応の重積が疲弊状態から極度の消耗状態へと移行することになった可能性もある。また、別部署へ異動したが、業務上の肉体的精神的負担は変わらず、さらに疲弊・消耗状態が悪化し、発症したうつ病への適切な治療を受ける機会のないまま死亡に至ったと考えられる。

Aの訴えは主に妻に対してであり、職場ではあまり目立たなかった可能性がある。しかしながら今年3月には、上司から叱責を受けた後の様子と同僚も気が付いており、また5月には部下が「やっていけない。」と言うように、職務の能率の低下も気付かれていたものと考えられる。この時点で上司、同僚や部下が、健康管理担当者に相談することもできた可能性がある。Aは管理職であったことから、健康管理担当者が直接話をしにくいということもありうるが、その場合には健康管理の責任者やAに理解のある直属の上司と連携し、職場として早めに専門家への相談、医療機関への受診に結びつける方法もあったものと考えられる。他方、妻は病状がはっきりしてきた頃に職場にその旨を連絡し、連携の上で対処していれば早めの受診等に結びつけられた可能性がある。また、7月の異動の前に、Aの状況を人事担当部局がもし把握していたならば、異動先がAにとって適切かどうか事前に検討がなされ、異動先が変わっていた可能性も考えられる。更に異動後9月には職場においても憔悴しきった状態となっており、この時点で医療機関への受診をさせるよう職場、家庭ともに勧奨すべきであったと思われる。

以上をまとめると、早期対応により自殺を防止できる可能性があり、そのためには家族が気軽に相談できる体制、職員が使いやすい相談体制を日頃より作るように努めることが望まれる。

## 〔事例2〕 長時間の勤務が恒常的に続き、消耗性うつ病となった例

B（30歳代、男性、事務職員）

### 1 事例の概要

Bは本社の事務職員で、昨年4月より現職に就いた。仕事は全国の支店・営業所、関連会社への指導等で業務は多忙であった。彼は人事ヒアリングでは地方の支店への異動を希望していた。今年に入り、業務は更に立て込み、残業が深夜に及ぶことも多かった。4月に入ってから、Bの口数が少なくなり、妻が話しかけても返答することが少なくなった。職場でもこの時期から、会話が極端に少なくなり、少し塞いだような様子が見られたり、「そろそろ休ませてほしいが、どうせ僕みたいな貧乏くじはいつまでもこんな調子で忙しいんだろう。」と、投げやりな感じがあった。5月頃短い休暇を取り同僚と山登りを計画したが、「今回はあまり行く気がしない。」と暗い感じで話し、「いつも楽しみにしていたのに。」と同僚は違和感を持った。5月下旬以降は帰宅が遅くなり、早く帰ることを勧められても、「帰ってしまうと仕事が進まなくなるから。」と言うばかりで、焦りと疲労の悪循環がどんどんひどくなっていった。6月の初め頃、仕事の愚痴を言い合っていて、楽をする方法の話になったところ、本人が唐突に、「首を吊るとスーッといけてとても気持ちいいらしい。」と発言し周囲を驚かせた。また「関連会社にはこれまでも何度か嘘をついたので、これ以上話をする資格はない。」と、まるで自分が大変悪質な嘘をついたかのような発言もあった。6月に入り出勤時間が遅くなりがちになり、週に1、2度は10時頃、稀には昼からの出勤という状況になった。その頃から、昼休みは課内のソファで仮眠をとることが多くなり、昼食を同僚とすることも少なくなった。仕事をするとすぐに疲れる様子で、ぼうっとしたり、パソコンで何を探すでもなく呆然とネットサーフィンをしていることもあった。6月の中頃になって、7月に本人が希望した地方の支店ではなく、本社内で異動することが決まったが、「また忙しいところだ。」と非常に憂うつかつ不安そうに話し、その後は異動の話題を避けるようになった。上司はBの同僚から4月頃からBの雰囲気が変わってきていることを聞いており気にしていたが、6月に入ってからBの仕事の仕上がりは芳しくなく、出勤時間が遅れがちになっていることや、異動が決まりかえって塞いでいる感じが明らかに出てきたことから、人事課の健康管理担当者に相談した。

### （健康管理担当者による対応）

Bの上司から連絡を受けた健康管理担当者は、Bと面談を行うための場所を決め、ある程度余裕のある時間帯を選んで、Bを呼んだ。Bに聞いたところ上司と一緒に構わないとのことであったため、職場の状況を把握している上司も同席させた。Bの表情は暗く、塞いだ感じであった。Bはなかなか自分の心情を言わなかったが、健康管理担当者と上司が誠実に聞く姿勢であったため、徐

々に「労働時間が長く苦しいこと、最近是不眠が続いていること、自分の存在価値がなく居なくなった方が良く感じる」となどを話し始めた。健康管理担当者はすぐに専門家の受診が必要と考え、医療機関の受診を勧めたが、Bは受診に関しては否定的であった。このため、家族から説得してもらうこととし、上司が妻を職場に呼び出すとともに、健康管理担当者とは上司は万一のことがないように、常にどちらかがBと一緒にいるようにした。来社してきた妻は話を聞き動転していたが、思い当たる節もあることから受診の必要性について納得した。医療機関については妻に心当たりがないため、健康管理担当者は日頃から心の健康づくりで協力してもらっている医療機関を紹介した。妻はBを説得し、最終的に受診を納得させた。受診に当たりBは健康管理担当者及び上司の同行に難色を示したが、妻が説得し、4人で医療機関へ行った。健康管理担当者及び上司は、医師にBの職場の状況を説明するとともに、今後の治療の進捗状況の連絡を適宜もらうことについて本人と医師の同意を得た。Bは診察の結果入院となったが、健康管理担当者とは上司はゆっくり休養することを勧めた。Bの職場にはプライバシーにも配慮し、「Bは疲労によりしばらく入院して休養することとなった。Bの状況については適宜伝えるが、当分は治療、休養に専念するため見舞いなどはしないようにしてほしい。」ということをお伝えした。

## 2 事例の解説

この事例は、恒常的残業が1年以上続いていたものであり、過労に起因する抑うつ症状を含めた健康障害が出現したものと考えられる。3月には少なくとも抑うつ状態になっており、既に消耗性うつ病になっていた可能性も高い。

5月には、肉体的・精神的にも疲弊・消耗し、少なくとも上旬から中旬にかけて抑うつ状態が増悪していたことが推測される。また、6月に地方の支店への異動の望みが断られたことは閉塞状況に結びつくものであり、「首を吊ると楽しい」という希死念慮の発言を考慮すると、この時点において自殺に結びつく危険な状態であったと考えられる。

なお妻によれば、Bは、非常に我慢強く、自分から弱音を吐く人物ではなかった。このため、妻は、口数が少なくなったこと、「疲れた。」と言うようになったこと、疲れている感じ以外に、Bの言動の変化に気付かなかったとのことであった。自殺の危険のある事例では本人の変化に家族が気付く場合が多いが、本例のように職場が最初に気付くこともあるので注意が必要である。

Bの状態の悪化については4月頃から職場の同僚が気付いており、5月にはその増悪が認められていた。まずこの時点で健康管理担当者等に相談がなされることが望ましい。また6月には頻繁に遅刻したり、業務に集中できていない状態になっており、この時点において、異動まで様子を見るのではなく、対応を図ったことは妥当である。

### 〔事例3〕 不本意な異動によりうつ状態になった例

C（50歳代、男性、事務職員）

#### 1 事例の概要

Cは採用以来30年以上にわたり、手紙の配布、資料整理などの業務に従事していた。この仕事には慣れており、同じ職場の5人の中で最も経験を有する職員として中心的な役割を担っていた。ところが、昨年4月に他部署に異動し、ゴミ収集、施設の修繕、電気関係・空調などの点検という、これまで就いたことのない業務に従事することとなった。Cは、異動後、疲労困憊の状態帰宅するようになり、家庭での口数も減っていった。休日も趣味の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、元の業務に戻りたいという希望を持っており、1年後には復帰できると思っていたようだが、一方では、「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。」といった発言もしていた。

人事異動の内示時期が近づいた今年の3月中旬頃、Cの不眠、食欲不振といった変化に家族が気付き始めた。また帰宅時間も遅くなったが、彼は事情を話すこともなく、口数も少ないままであった。そして、結局元の職場への異動の内示はなかった。

その後、Cの言動に異様さが目立つようになった。帰宅時に長男が自宅手前の道路上にしゃがみ込んでいるの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。」と言い、その場を動かさず待ち続けた。長男が、半ば強制的に自宅に連れ帰ろうと抱きかかえたがその場を離れようとはせず、「上司を待っているんだ。」などと繰り返すばかりであった。家族は彼に病院での診察を勧めたが、頑なに病院に行くことを拒否していた。その後、食事も全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。4月中旬のある日の朝、家族が外出した間に出かけ、夜になり近所の倉庫内で呆然として座り込んでいるのが発見された。

#### （健康管理担当者による対応）

Cの家族から連絡を受けた上司は、健康管理担当者と連絡を取った上で、両方で家族から話を聞いた。Cは、ぼんやりした感じが続いていたが、健康管理担当者と上司が説得したため、医療機関の受診は了承した。しかし、精神科の受診については難色を示したため、まず内科を受診させることとした。医療機関までは本人を一人にしないようにしながら、家族とともに健康管理担当者、上司も同行した。受診後Cはうつ病と診断され入院した。健康管理担当者は家族に入院後の状況を職場に伝えるように依頼し、今後適宜職場として主治医とも相談することとした。入院後、Cの職場にはプライバシーにも配慮の上で、状況を伝えた。

## 2 事例の解説

この事例の場合、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ても、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と思われる。本人の言動からみて異動後徐々にうつ状態が出現してきたものと推測される。特に3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状態になったものと考えられる。職場として、この異常に気付きにくかったようであるが、3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、同僚が気付くとともに、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。このような場合、家族が職場の上司などに助力を依頼することなども説得には有効であるが、そのためには、職場として家族からの連絡を受ける体制の整備及びその周知を行っておく必要がある。

## 〔事例4〕 過重な業務が一段落ついた直後に荷おろしうつ病になった例

D（40歳代、男性、管理職）

### 1 事例の概要

Dは自治体の進める河川の治水工事プロジェクトの責任者となった。Dは土木関係の仕事をこれまで続けてきたが、これほどの大きなプロジェクトは初めてであった。

このプロジェクトでは、計画や予算措置などについて国、庁内、外部の専門家との調整を頻繁に行わなければならなかった。Dは土木の専門ではあるが、河川に関してはあまり経験がなかったため、意見調整で非常に悩んでいた。また、このプロジェクトの業者選定や一部住民の反対運動などの問題が、プロジェクトを複雑なものにし、陳情への対応などもDの負担になるものであった。更に、計画が予定よりやや遅れ気味であったことから、議会でも取り上げられ、その答弁書の作成などで数か月にわたって連日深夜まで残業が続いた。職場の同僚や家族は過労で倒れるのではないかと心配していたが、Dはこのプロジェクトに使命感と責任感を持っていたため、外見上は元気でがんばっていた。

幸いにも工事開始の見通しがつき、いよいよ着工というところまでこぎつけることができたため、Dは部下とともに簡単な御苦労会を行った。お開きとなり、帰途につくときのDは妙に昂揚した様子であった。久しぶりに早い時間に帰宅したDに対し、家族もその労をねぎらい、安心して床に就いた。

翌朝5時すぎ、何か物音がするのにも妻が気付く部屋の外に出たところ、Dが階段の手すりにひもをかけて首つり自殺を図ろうとしていた。長男とともに、すぐに助け出し医療機関に連れていったところ、発見が早かったことから、首に多少ひもの痕がついていたものの、身体の方には異常はなかった。しかし、精神科医の診察の場では、目つきは虚ろであり、ぼそぼそと口の中で何かつぶやくように言うだけで、表情も乏しく、ぼんやりとしていて会話も成立しない状態だった。医師は、うつ病を疑い入院させ、投薬により様子を見ることにした。

### （健康管理担当者による対応）

家族から連絡を受けた健康管理担当者は、直ちに家族と面談したが、家族が動転していることもあり、Dがいきなり自殺を試みたこと、当面入院を要すること以外の情報は得ることができなかった。また、家族は職場の勤務環境に不信感を持っているようであったため、家族の話を真摯に聞き、その後で、職場としても情報を集めること、親身になって相談していくことを伝えた。家族との面談後、家族と一緒にDの主治医と面談したが、入院直後でもあり状況の把握は困難であったため、その場は、主治医、家族と今後連絡をよく取ることとして帰った。今後の治療のこともあるため、健康管理担当者は職場でのDの勤務状況を部下から聞き取り整理するとともに、Dの職場には、「Dは疲労によ

りしばらく入院して休養することとなった。Dの状況については適宜伝えるが、当分は治療、休養に専念するため見舞いなどはしないようにしてほしい。」と伝えた。

1週間ほど経ち、家族からDが快方に向かい始めていること、自殺を試みたのはうつ病によるものであること、健康管理担当者とうつ病を了承していることなどの連絡があったことから、健康管理担当者はDに面会し、これまでの仕事に関する努力を讃えるとともにゆっくり休養を取るよう伝えた。また、主治医と面談し、入院後1週間ほどしてDの意識もはっきりしはじめたこと、そのときの診察で、Dは「夢中で仕事をしてきた。疲れはなかったと言えば嘘になるが、それよりも、何とか事業にめどをつけたかった。一応着工のめども立ち、家に帰って寝たが、朝、目が覚めたら何か急に虚しいというか、頭が空っぽになったような気がして、これから生きていても仕事をする自信がなくなってしまった。どうしてあのような気持ちになったのか自分でも分からないが、死んでしまいたくなった。」と話したこと、現在の治療としては、薬とともに主治医やカウンセラーが本人の話をよく聴き、「一つの仕事を終えた後、そのような気分になることは決して稀ではないし、ましてや重症の病気になったわけではない。」ということを理解させ、十分休養を取らせていることなどが分かった。健康管理担当者は、今後Dの職場復帰に向け、更に主治医、家族と連携を図っていくこととした。

## 2 事例の解説

この事例は、「荷おろしうつ病」とも呼ばれるものである。大きな事業などを成し遂げた後で、その安堵感とそれまでの疲労などがあいまって引き起こされたと考えられる。Dは入院時点で少なくとも日常活動を続けることが困難な程度のうつ病になっていたと判断される。

荷おろしうつ病は多いとはいえないが、このような事例のように、自殺企図などの深刻な事態が起こるまで周囲が全くといていいほど気付かないことが多いため、予防が難しい。

予防のためには、まずこのような状態で自殺に至る場合があることを、職員及びその家族は理解しておくことが必要である。また、職場としては業務が過重にならないように注意する必要がある。仕事量（残業時間数）が多いとき、一人で難しい企画や決定をする立場などのようにストレスが大きい業務のときなどは、過重な勤務になりすぎないように上司が適宜勤務状況を把握し、業務を他の職員に割り当てるなどの、サポートをすることが求められる。やむを得ずそういう勤務状況にある職員については、日頃から心身の健康の状況に注意するとともに、通常とは別に健康診断等を行うことにより、心身の健康の状況の把握に努めることが必要である。Dの場合も、このような健康診断等が必要であったと思われる。

## 〔事例5〕 ストレスからアルコール依存症とうつ状態になった例

E（40歳代、男性、課長）

### 1 事例の概要

Eは、ある企業の課長である。性格は生真面目で、責任感が強く、完璧主義であり、仕事を生きがいとしているところがあった。前職も同じ部の管理職であり、業務量が多く残業や休日出勤で何とか職責を果たしていた。仕事ぶりが評価され、課長に抜擢される形で昇任したが、更に多忙となった。Eが課長に昇任すると同時に部長も異動となったが、新部長とは意見が合わないことが多く、またEの昇任が相当の抜擢人事であったことから、同僚だった者との交際も減り、また気安く愚痴を言えるような部下も周囲にいなくなった。このためストレス発散の機会が大幅に減ることとなった。Eは何とか上司の期待に応えようとして、残業、休日出勤を続けていたが、入眠が次第に困難になってきた。医師から入眠安定剤の処方を受けることは「恥」と考えていたこともあり、昇任後比較的早い時期から睡眠前に飲酒するようになった。飲酒量は徐々に増加し、9か月後には寝酒にウイスキーのボトル半分を連日飲むようになった。妻と両親はEを心配し、仕事に打ち込み過ぎであることや飲酒を注意したが、全く聞く耳を持つとはしなかった。昇任1年後には肝機能が低下し全身倦怠感とともに、職務遂行能力の低下を意識するようになった。また、この頃から、職場でもEの朝から非常につらそうにしている姿や、仕事の能率が落ち判断に悩む姿が見られるようになった。このためEは一層酒量が増え、結果的に出勤困難となった。妻はアルコール依存症やうつ病関係の書籍を読んでいたことから、ある日Eが飲酒中に縊死を試みようとした際にいち早くそれに気が付き、Eは死を免れることができた。この後、Eは直ちに医療機関を受診し、入院となった。

（健康管理担当者による対応）

妻からの連絡を受けた健康管理担当者は、Eの状況を把握するため家族と面談し、また家族と一緒に主治医から病状の説明を聞いた。健康管理担当者は、主治医から職場環境など治療に当たって必要な情報を求められたことから、職場として情報を集めることを約束した。また、主治医、家族と連絡をよく取り合い、Eの病状等についても適宜連絡をもらうこととした。

健康管理担当者はEの職場に、「Eは疲労によりしばらく休養が必要と医師に判断され、入院することとなった。命にかかわるような状況ではない。今後の見通しはまだ明らかでないが、当分は治療、休養に専念するため見舞いなどはしないようにしてほしい。」と伝えた。また、Eの仕事は当面部下にさせることとした。

その後Eの状況を主治医と相談したところ、昇任、上司との関係及び過重な労働というストレスが引き金となったうつ状態であり、アルコールがそれを促

進んでいるということであった。またEはアルコール依存症であると診断された。健康管理担当者はEと家族、主治医と面談し、業務が軽微な職場へのEの異動及びEの断酒のための職場としての対応について検討することとした。

## 2 事例の解説

Eは、昇任1年後には職務能率の低下がみられることから、その時点で職場における対応が望まれる。その際はEが課長であることから、Eの上司から働きかけを行うことも考慮すべきである。また身体面では肝機能の低下が認められていることから、そのことを定期健康診断等により健康管理担当者が把握できていたならば、保健指導を通じた対応もできていた可能性もあると考えられる。

アルコール依存については関係者の協力のもとで本人に対応することが必要であり、職場においても健康管理担当者を中心とした適切な対応体制を持って当たる必要がある。

家族は、昇任9か月後にEの状態を心配していることから、その時点で職場と連携して対応することも考慮すべきであったと思われる。

## 〔事例6〕 医療機関で治療を受けていたが、職場復帰中にうつ病が再燃した例

F（40歳代、男性、管理職）

### 1 事例の概要

Fは企業の技術系管理職であり、社をあげたプロジェクトの責任者を任せられ、30名近くの部下と一緒に研究開発に取り組んでいた。当初開発は順調であったが、半年後からうまくいかなくなり、1年経過時点でプロジェクトチームは解散した。プロジェクト開始からチーム解散までのFと上司、部下との人間関係は良好であった。Fは数か月間残務整理を行った後、開発本部に異動したが、プロジェクト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か月後、違うプロジェクトの責任者となる内示を受けた。以前のことがあり、本人は気乗りがしなかったが、命令に逆らうことはできず、引き受けた。新しい職場は多忙であり、長時間勤務が連日続いた。プロジェクト開始後2か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た。このため医療機関の精神科を受診し、うつ病と診断され、3か月間の自宅療養となった。

主治医がおおよそ回復したと判断したことを受けて、Fは産業医によりかなり軽減した職務であれば何とかこなせると判断され、職場に復帰した。その後産業医が適宜対応し、医療機関も受診していたが、職場復帰して1か月後から元気がなくなり、倦怠感が出現してきた。また職場では、Fが表情の変化に乏しく、塞いだ感じになっていることから、休職の検討が行われていた。ところが、ある日上司は気分転換のつもりで、4日間の支店を視察する出張を命じた。Fは帰社後急激にうつ状態が悪化し、早朝目がさめて眠れなくなること、体重の減少などの訴えとともに、自殺をほのめかすようになった。

（健康管理担当者による対応）

Fの部下から話を聞いた健康管理担当者は、直ちに上司に連絡を取るとともに家族にも連絡を取り、Fが受診していた医療機関に直ちに行かせることとした。健康管理担当者、上司、家族と役割分担を行い、Fを一人にしないようにしながら、医療機関に連れて行き入院となった。主治医とは改めてFの病状について密接な連絡を取り合うこととした。

### 2 事例の解説

異動して別のプロジェクト開始後2か月目頃からうつ病が発症し、3か月間の自宅療養後に職場復帰したが、その1か月後からうつ病が再燃（軽くなっていた症状が再び悪化すること）している。

Fは医療機関を受診していたが、受診中の出張が問題である。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、病状が悪化する場合がある。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べきである。気分転換のための飲み会、レクリエーション等も、医療機関に受診中の場合などは主治医の意見をよく聞いた上で判断する必要がある。

## 〔事例7〕 上司の発言でうつ病が悪化した例

G（30歳代、男性、技術職員）

### 1 事例の概要

Gはより良い職場を求め、ある会社を退職し、4年前現在の会社に就職した。独身であり、定年退職した両親と同居している。無口で弱音を吐かず、上司に口答えをしたことのないおとなしい性格の持ち主であった。会社では6人のチームのリーダーをしていた。業務の忙しさは過重というほどではなく早い時点で午後7時ころに帰宅していたが、業務が重なった場合には終電で帰ることもあった。また、チーム内の人間関係も特に悪くはなかったが、上司から仕事の進捗や成果に関する指示、指摘が頻繁にあり、職場での居心地の悪さを感じていた。1か月前より入眠が困難となり、9～10時に床に入るが入眠するのは夜2時過ぎというパターンが通常となった。夜中に覚醒することも多くなった。睡眠不足とともに、午前中を中心に憂うつな気分が強く、仕事にも集中できずぼんやりしている状態であった。漠然とした不安感があり動悸もすることから、自分自身でも違和感を強く感じるようになり専門医を受診した。

初診時に「今までできていたことができなくなった。人と話すのが辛い。仕事が進まないから眠れない。」という訴えがあったことから、専門医はGに休職について上司と相談するよう勧めた。薬により入眠の状況が改善したが、やはり憂うつな気分等は続いていたため、Gは受診後2週間位して上司に相談した。Gは上司との相談の数日後に来院し「一度壊れたらどう使ってよいかわからない。こういう病気になった時点で終わりだから今月中に退職届けを出すようにと上司から言われた。」と訴え、強い焦りとともに「もうこの世から消えたい。」との発言など希死念慮も認められるようになった。このため専門医から健康管理担当者にGの状況について連絡がなされた。

### （健康管理担当者による対応）

連絡を受けた健康管理担当者は、Gの上司と連絡をとり、状況の把握に努めた。上司は職場でも仕事一徹で有名であり、「仕事についてはそんなに過重ではないはず。この程度の仕事についてこれないならば、辞めるのも一つの方法である。本人の定年までは随分時間があるので、本人の将来も考え話した。」とのことであった。このため、上司にGの病状をよく理解してもらうとともに、今後の対応を考えるため、健康管理担当者は、G、専門医、上司、家族で面談の機会を設けた。面談の場で専門医からGの病状、それへの対応について説明があり、うつ状態の職員に対する配慮が求められた。この場においてGは、普段のおとなしさとは打って変わって、「なぜあのようなことを自分に言ったのか。」と上司に問いただすなど、今までの自分の思いを訴えた。上司からは「仕事を辞めることも選択肢の一つという意味で話をした。」との説明があり、この面談において互いの誤解が解けたようであった。面談によりGは療養に入る

こととなり、健康管理担当者は上司と今後の対応について必要な検討を行うとともに、専門医、家族とも連絡を十分とることとなった。面談後、上司は「Gの本音を初めて聞いた。」と述べ、復帰に向けて配慮することを約束した。

## 2 事例の解説

Gは「一度壊れたらどう使ってよいかわからない。こういう病気になった時点で終わりだから今月中に退職届けを出すようにと言われた。」と述べている。上司が本人の将来も考え話したとしても、Gは「うつ」の心理状態の中で、「自分は会社には必要のない人間である。」と解釈し、症状が悪化したものである。

うつ状態やうつ病の者はこのように自己を否定したり自責的に物事をとらえたりしがちであり、安易な激励や叱責は非常に負担になることがある。上司としては、例えば、これまで一生懸命やってきた部下の仕事の成果が上がらなくなった場合などに、なぜ仕事はかどらなくなっているのかその理由をよく聞くことが必要であるが、併せてその際の発言には十分注意する必要がある。

## 〔事例8〕 昇任後うつ病になった例

H（40歳代、男性、営業所長）

### 1 事例の概要

Hは営業所勤務20年の技術職である。4月に、営業所の販売機器保守点検の責任者から同営業所の所長に昇任した。営業所には、所長の他に技術職6人、事務員4人がおり、Hは所長になってからは、所内の人事管理、本社との連絡調整や得意先との調整などといった、これまであまり関わったことのなかった業務に多くの時間を取られるようになった。このため、朝早くから夜遅くまで勤務するとともに、休日もしばしば出勤するといった多忙な毎日となった。5月には、部下の引き起こした問題で、長年大切にしてきた取引先から突然の解約の申し出があり、その他にもいくつかの取引先との間でむずかしい問題が生じた。それらのことから、6月には売上目標を達成できなかった。

Hは家庭では、5月頃から「仕事のことを考えると眠れないし、食事もしたくない。電話をとるのが怖い。」と言っていた。6月後半には家族に話しかけられてもぼんやりしており、「うまく動いてくれないな。」と突然言ったり、「仕事が手につかない。はかどらない。一つの事に時間がかかる。自分が出来ないのでは皆の協力もなくなっている。」などと話していた。また、頭痛を訴えたり、目つきがうつろでおかしいこともあった。しかし職場の部下は、その頃のHには口数が少なくなり、少しぼんやりした印象があったことを除き、おかしさは感じていなかった。妻によると、6月には退職願を書いていたとのことであったが、具体的に辞職を申し出たのは、7月中旬に本社の上司に対してであった。その際上司から、「頑張れ。前向きに考えよ。気分転換をしたら。」などと激励されて、結局退職願の提出には至らなかった。7月下旬、家族連れで温泉に旅行したが、元気がなくぼんやりしていて、風呂にも入りたがらなかった。8月始めのある朝、首が赤くなっているのに妻が気がついた。更にその2日後、早朝営業所の倉庫内で縊死するに至った。

### 2 事例の解説

昇任したことが、Hには負担となり自殺に至った事例である。所長への昇任により、仕事内容が広がり、仕事量が増大したことにより、大きなストレスがかかったものである。昇任直後の5月には、うつ病を発症していたものと考えられる。このような状況下で退職届けを準備するまでになったが、上司は辞職を申し出たときに激励を行っており、これがHを追いつめる方向に作用した可能性がある。今まで通常業務をこなしてきた職員が突然、退職届を持ってきた時は注意が必要である。上司の立場からすれば部下から今後の身の振り方についての相談を受けた際に、激励などをすることが一般的であるが、うつ状態のときには、別途の対応をしなければならないことについて周知が必要である。また気分転換のつもり旅行もかえってHにはストレスになった可能性がある。

る。これらが重なり、うつ病の悪化が起こり自殺に至ったと考えられる。

家族はHのおかしい様子に5月頃から気付いていたが、職場では気付かれていなかった。早期対応のためにも職場として家族からの連絡を受ける体制の整備及びその周知を行っておくことが必要である。

本件ではHがうつ状態であることに職場が気付いておらず、退職の申し出を受けた時点でも上司は気付いていなかった可能性がある。しかし、もし退職の申し出を受けた上司がHの持っている問題をもっと十分に聞き、専門家への相談等に繋がられたならば、という思いが残るところである。

また、気分が晴れないときに、気分転換の旅行をすることなどは、一般的には有効である。しかし、うつ状態のときには日常生活を行うだけで本人は疲弊しており、単なる旅行であっても日常生活と異なることを行うことは、うつ状態を悪化させる可能性が大きいことを周知する必要がある。

## 〔事例9〕 自殺の原因が分からなかった例

I（20歳代、男性、技術職員）

### 1 事例の概要

I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6か月前からビルの新築工事に携わっていた。業務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ではなかった。Iにはつきあっている女性がおり、自殺の半年後に結婚することとなっていた。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と言われた。」との発言があったが、婚約者にはIがさほど悩んでいるように見えなかった。また、ミスはIによるものではなく関連会社の責任であった。家族にも同じ頃「会社を辞めたい。」と言っていたが、家族からも様子がおかしかったり悩んでいるようには見えなかった。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、Iは翌朝準備する旨上司に伝え、会社を出た。その後、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 事例の解説

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、Iの業務上の変化は何ら存在しない。I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。Iの心の健康の不調については、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が、I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。自殺には防止することが困難なものもあることを認識し、職場として関係者が必要以上に責任感を負わないように配慮することも必要である。

## 7 参考図書等

### (冊子)

職場における自殺の予防と対応

平成13年12月 厚生労働省

自殺予防マニュアル

平成16年3月 (社)日本医師会

・うつ対応マニュアル - 保健医療従事者のために -

平成16年1月 厚生労働省

・うつ対策推進方策マニュアル - 都道府県・市町村職員のために -

平成16年1月 厚生労働省

・こころのリスクマネジメント 管理監督者向け 家族向け 勤労者向け

平成16年10月 中央労働災害防止協会

・職場のメンタルヘルス

平成14年12月 (株)東京法規出版

### (書籍)

・公務員のための職場のストレスとメンタルヘルス

平成14年8月 (財)公務研修協議会

### (報告書)

自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」

平成14年12月 厚生労働省

・事業場における労働者の心の健康づくりのための指針

平成12年8月 労働省

・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

平成16年10月 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

平成16年8月 厚生労働省

### (ホームページ)

・人事院 <http://www.jinji.go.jp/>

・厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

・中央労働災害防止協会 <http://www.jisha.or.jp/>

(注)「 」は自殺に焦点の当たったもの

「・」は心の健康づくり全般のもの

# 自殺防止専門家会議の委員名簿及び開催状況

## 1 委員名簿（五十音順、敬称略）

黒木 宣夫 東邦大学医学部附属佐倉病院助教授

清水 新二 奈良女子大学生活環境学部  
生活文化講座教授

高橋 祥友 防衛医科大学校教授

森崎 美奈子 帝京平成大学大学院  
健康情報科学研究科教授

（備考） は座長 （職名は平成17年6月2日現在）

## 2 開催状況

回数	開催日	検討内容
第1回	平成16年 7月16日	専門家会議の設置、今後の会議の進め方について
第2回	平成16年 9月29日	会議のまとめの方向性について
第3回	平成16年12月13日	会議のまとめについて
第4回	平成17年 2月28日	報告書の文案等について
第5回	平成17年 3月30日	報告書の文案等について

## (資料1)

### 「職員の心の健康づくりのための指針」(平成16年3月30日人事院勤務条件局長通知)について

#### 1 「職員の心の健康づくりのための指針」の発出

人事院では、昭和62年7月、メンタルヘルス対策全般のための通知(福祉課長通知)を発出し、対応を進めてきた。しかしながら、公務において自殺した職員の増加、長期病休中の職員のうち精神及び行動の障害によるものが急増している。そのため、平成15年10月に人事院に専門家からなる「メンタルヘルス対策のための研究会」を設置し、その検討をもとに平成16年3月30日に「職員の心の健康づくりのための指針」(以下「新指針」という。)を発出した。今後は、この指針を基礎に、より一層の施策の推進を図ることとしている。

#### 2 新指針の基本的考え方

新指針の基本的考え方のポイントとしては次のとおりである。

人事院、各省各庁の長、管理監督者、職員等が果たすべき役割を明確化し、それぞれが協力した積極的な取り組みを実施する。

「健康なとき」、「不健康なとき」、「回復したとき」の3つの心の状況に応じてそれぞれの対策を推進する。

#### 3 新指針における自殺防止の方針(新指針より抜粋)

#### 6 自殺防止

職員の自殺を防止することは、心の健康づくりの重要な課題である。防止のためには、心の健康の保持増進、心の不健康な状態への早期対応、円滑な職場復帰と再発の防止等を着実に実施することが必要であるが、自殺の場合、うつ病等の状態から引き起こされることが多く、また、うつ病等の状態は、精神的肉体的に過重な職務や家庭の深刻な悩み等により生じる場合も見られるところである。したがって、自殺の防止のためには、自殺との関連がみられる状況に関し認識を深め、そのような状況にある職員の身近にいる管理監督者、同僚、家族等が、必要に応じ健康管理医、主治医等の助言を得ながら、各省各庁の長と協力・連携して対応することが必要である。

自殺防止のため特に留意すべき点は次のとおりである。

##### (1) 各省各庁の長

職員、管理監督者、家族等に対し、うつ病等の状態、「世の中がいやになった」、「死にたい」等の自殺予告のサイン、自殺未遂の経験、仕事上や家庭内の深刻な悩みや大きな変化等の自殺との関連がみられる

状況に関し、啓発を図る。

職員の変化には周囲の者が気づくことも多い。職員本人はもとより、家族、管理監督者、同僚等がいつでも相談できる窓口を設置するなどして、専門家の助言が得られる体制を整備し、その利用に関し周知する。

自殺との関連がみられる状況にある職員については、精神的肉体的に過重な職務から他の職務へ配置換することを考慮することも重要である。また、管理監督者等に対し、職員への対応等に関する指導・支援を行う。

自殺との関連がみられる状況にある職員への対応に当たっては、職場だけでなく家庭も重要であり、家族、管理監督者、同僚等が協力・連携して対応できるよう指導・支援を行う。

職員が自殺した場合は、遺族及び周囲の職員等が一人でその辛さを抱えること等により新たな心の不健康な状態を生ずるおそれがあることから、必要に応じこれらの者に心理的側面からのケアや相談窓口に関する情報提供等を行う。

#### (2) 管理監督者

自殺防止に当たっては、職員に日常的に接している職場の管理監督者が部下の言動等のわずかな変化をとらえることが重要であることを認識する。

自殺との関連がみられる状況にある部下の状況等に注意するとともに、仕事の内容、同僚との関係等に配慮する。また、部下が危険な状態ではないかと思えるときには、速やかに各省各庁の長と相談し適切に対応する。

自殺との関連がみられる状況にある部下からの相談等に真摯に対応し、部下が悩んでいる等の状況があるときは、積極的に話しかけ、悩み等を聴くなどし、必要に応じ仕事の分担の変更、勤務環境の改善等を行う。また、必要に応じ、専門家等の助言を得て対応する。

#### (3) 同僚

職員に日常的に接している職場の同僚は、職員が危険な状態ではないかと思える時には、速やかに管理監督者等と相談する。

自殺との関連がみられる状況にある職員に積極的に話しかけるなどして人間関係に配慮し、また、必要に応じ職員の仕事の分担の変更、勤務環境の改善等について管理監督者等と相談する。

#### (4) 職員

長時間勤務、緊急を要する勤務、私生活上の悩み等による精神的肉体的に過重な負担から心が不健康な状態になるおそれがあると感じた場合は、一人で悩むことなく、積極的に管理監督者、同僚、家族、友人、相談窓口等に悩みを打ち明けるなどして、精神的負担を軽くするとともに、改善のための支援、助言を得るように努める。

#### (5) 人事院

各省各庁の自殺の実態を把握し、各省各庁の長へ提供するとともに、自殺防止のための具体的対応例、自殺の徴候の具体例等を作成し、自殺の防止のための支援、情報提供等を行う。

## (資料2)

### 公務における自殺の現状

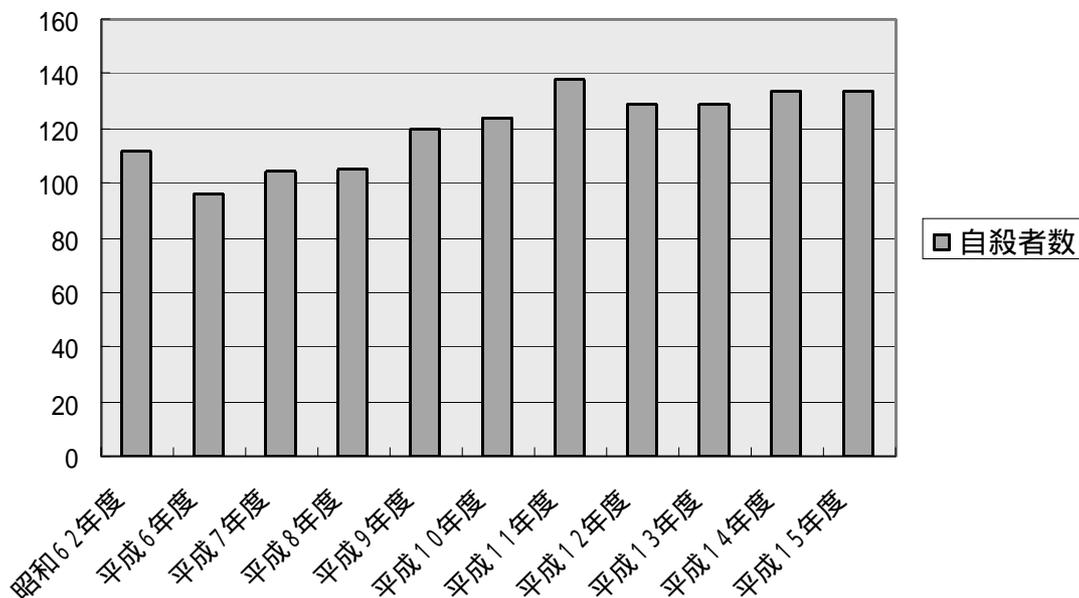
国民全体で顕著である自殺者の増加は、公務でも認められる。公務における自殺者の増加の原因を明確にすることは困難である。しかし、その背景として、行政ニーズが複雑、多様化し、公務における業務の負担が質・量ともに増加していること、社会状況のめまぐるしい変化等により家庭や個人の悩みも複雑、多様化していること、社会全体として人間関係が希薄になり、ストレス等に対処する機会が少なくなる一方で、一人で悩むことが多くなっていること、などが考えられる。

自殺の原因について全てを説明・分析できるわけではないが、公務における状況を述べると次のとおりである。

#### 1 年次別推移(図1、別表1)

一般職国家公務員(以下「職員」)の自殺は、平成8年度は100人程度であったが、平成9年度以降増加し、毎年120人を超えている。特に平成11年度は138人、平成14年度及び平成15年度は134人となっている。

図1 一般職国家公務員の自殺の年次別推移

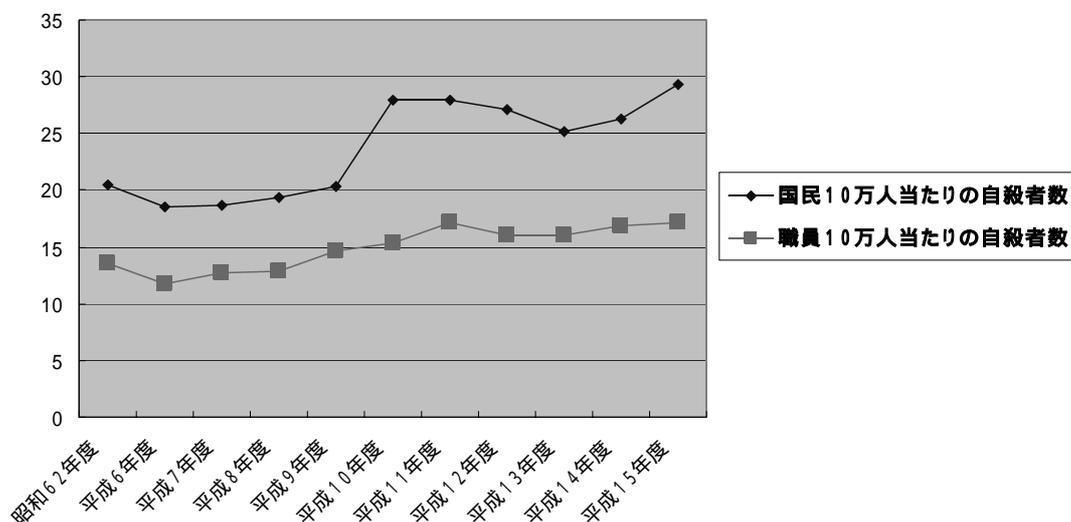


#### 2 国民との比較(図2、別表1)

職員と国民(18歳から64歳)の自殺率(人口10万人対)を比較した場合、職員の自殺率は低い。なお、職員に類似する集団としては、国民より民間

企業の労働者のほうが適当であり、実態として民間企業の労働者の自殺率は国民より低いと推測されるが、正確な数字は不明である。

図 2 一般職国家公務員と国民の自殺率



### 3 平成15年度の自殺の状況

#### (1) 年齢階層別自殺者数及び自殺率(別表2)

自殺者数は「40歳代」の43人(自殺率20.3)が最も多く、次いで「30歳代」の40人(同16.6)、「50歳以上」の34人(同17.5)、「20歳代」の14人(同11.8)となっている。

#### (2) 性別(別表3)

男性の自殺率(20.1)が女性の自殺率(5.6)より大幅に高い。

#### (3) 自殺前の健康状態(別表4)

「疾病あり」が58人(43.9%)を占めている。このうち精神障害は43人(疾病ありの74.1%、全体の32.6%)となっている。

精神障害の内訳では気分障害(うつ状態、うつ病)が34人(79.1%)と多い。

#### (4) 自殺前の超過勤務時間数(別表5)

自殺前1週間の超過勤務時間数をみると、「0時間」が76人と最も多く、次いで「1~10時間」の39人となっている。

自殺前1か月間の超過勤務時間数をみると、「1~20時間」が55人と最も多く、次に「0時間」が44人となっており、20時間以下のものが総数の80.5%となっている。

#### (5) 自殺前の行動等の状況(別表6)

自殺前の本人の行動等の異常に、職場の上司、同僚や家族等が気がついてきたものは47人で総数の35.1%となっている。また、気が付いていたもの内訳(複数回答)は、家族が34人、職場の上司・同僚等が31人と

っている。

自殺前に本人が悩み事について上司、同僚、家族、医師等に相談していたものは55人で総数の55.0%となっている。また、相談相手の内訳（複数回答）は、職場の上司が31人、医師が26人、家族が21人、職場の同僚が17人となっている。

別表1 年次別自殺者数及び自殺率の推移の比較

年 度	職 員		国民（18～64歳）	
	自殺者数	自殺率	自殺者数	自殺率
昭和62年度	112	13.5	16,134	20.5
平成6年度	96	11.7	15,036	18.5
7	104	12.7	15,358	18.7
8	105	12.8	15,861	19.3
9	120	14.7	16,637	20.4
10	124	15.3	23,053	28.0
11	138	17.1	22,952	27.9
12	129	16.1	22,154	27.1
13	129	16.1	21,305	25.2
14	134	16.9	22,039	26.3
15	134	17.1	23,821	29.3

（注1）国民（18～64歳）は、厚生労働省「人口動態統計」及び総務省「推計人口」を参考とした。

（注2）自殺率は、10万人当たりの自殺者数を示す。

別表2 平成15年度の年齢階層別自殺者数及び自殺率

	総数	20歳代	30歳代	40歳代	50歳以上
自殺者数	134	14	40	43	37
自殺率	17.1	11.8	16.6	20.3	17.5

（注）自殺率は、職員10万人当たりの自殺者数を示す。

別表3 平成15年度の性別自殺者数及び自殺率

	自殺者数	自殺率
総 数	134	17.1
男	125	20.1
女	9	5.6

（注）自殺率は、職員10万人当たりの自殺者数を示す。

別表4 自殺前の健康状態（平成15年度自殺者）

(1) 疾病の有無

	計	疾病あり		特段の疾病なし	無記入
			うち精神障害		
人数	134	58	43	74	2
割合(%)	100.0	43.9	32.6	56.1	-

（注）割合は総数から無記入を除いた者に対する比率

## (2) 精神障害の内訳

病状	計	うつ状態	うつ病	自律神経失調症	神経症	心因反応	躁状態	心身症	強迫性障害	その他
人数	43	17	17	2	1	1	1	1	1	2

別表5 自殺前の超過勤務時間数（平成15年度自殺者）

## (1) 自殺前1週間の超過勤務時間数

超過勤務時間数	計	0	1～10	11～20	21～	無記入
人数	134	76	39	6	2	11
割合(%)	100.0	61.8	31.7	4.9	1.6	-

(注) 割合は総数から無記入を除いた者に対する比率

## (2) 自殺前1か月の超過勤務時間数

超過勤務時間数	計	0	1～20	21～40	41～60	61～	無記入
人数	134	44	55	17	4	3	11
割合(%)	100.0	35.8	44.7	13.8	3.3	2.4	-

(注) 割合は総数から無記入を除いた者に対する比率

別表6 自殺前の行動等の状況（平成15年度自殺者）

## (1) 職場又は家族等で誰か本人の異常に気がついていたか

	計	気がついていた		気がついていなかった	
		職場	家族		
人数	134	47	31	34	87
割合(%)	100.0	35.1	23.1	25.4	64.9

(注) 「気がついていた」の内訳は、気がついていたもので、複数回答である。

## (2) 本人が悩みごとについて相談していた事実の有無

	計	有				無	不明	
		医師	上司	同僚	家族			
人数	134	55	26	31	17	21	45	34
割合(%)	100.0	55.0	26.0	31.0	17.0	21.0	45.0	-

(注1) 「有」の内訳は、相談した相手で、複数回答である。

(注2) 割合は総数から無記入を除いた者に対する比率

## (資料3)

### 自殺と関連のみられる疾病・病態について

#### 1 うつ病

うつ病は単に気分が沈むというだけの状態ではない。気分や感情、思考や意欲、身体を巻き込んださまざまな症状が現れる。

生真面目、几帳面、熱中性、他者への配慮などといった性格の人がうつ病になりやすいと従来から指摘されてきたが、この性格に当てはまらないうつ病患者も少なくない。

また、かつては心因性うつ病(ある特定の心理的な原因が引き金となって発病するうつ病)と内因性うつ病(特にはっきりとした誘引がないのに発病するうつ病)に分類されていた。しかし、この両者を明確に分類することは難しく、また、臨床的にもあまり意味がないと最近では考えられている。

一生のうちにうつ病にかかる率は国民の約15人に1人であり、その4分の3は医療を受けていないといわれている。

#### 〔症状〕

うつ病には心と身体の様々な面から症状が現れてくる。

抑うつ気分：「気分が滅入る」「憂うつ」「涙もろくなった」「うっとうしい」「涙もなく涙ぐむ」「胸の中がぽっかりと空いたような感じがする」などと患者は訴える。また、「私がないほうがみんなは幸せだ」「生きている意味がない」といった強い自責感に圧倒される。このような症状が朝方に強く、夕方になると少しは和らぐといった日内変動を認める患者もいる。

精神運動制止：言葉数が少なく、声も小さくなり、行動も緩慢になっていく。患者自身も、「いつもならばすぐにできる仕事さえも億劫だ」「能率が落ちた」「注意が集中できない」「決断力が鈍くなった」「今まで楽しいと思っていたことにも興味が覚えない」などと自覚している。

身体症状(図)：不眠、食欲不振、体重減少、易疲労感といった症状はほとんどのうつ病患者に認められる。また、ごく稀に、過眠や体重増加を示す患者もいる。その他にも様々な身体症状が現れる可能性がある。身体症状を訴えて、最初に精神科以外の科を受診する例が多い。身体症状の訴えについては、実際に何らかの身体疾患に罹患している可能性もあるので、身体的な検査を進める必要がある。しかし、明らかな器質的な異常が認められないのに、訴えが続く場合は、うつ病の可能性を疑う必要がある。

不安焦燥感：強い不安感、いらいら感を生じる。一箇所にじっと座っていることや横になっていることさえできず、髪をかきむしったり、部屋の中をウロウロと歩き回る。

妄想：妄想とは、事実とは異なることを確信し、矛盾点を指摘されても訂正不能な考えをさす。重症のうつ病では、あり得ないことを信じ込んでしまう妄

想が出現することもある。

以上のような症状がうつ病には出現するが、それを参考1にまとめた。なお、うつ病が発病する状況因に焦点を当てて、消耗性うつ病、荷おろしうつ病といった診断も一般には使われているので、自殺に関係するものとして簡単に解説しておく。

#### 消耗性うつ病

人事院の公務上災害の認定指針によれば、うつ病等の精神疾患を公務上の災害と認定するためには、「通常の日常の業務に比較して特に質的に又は量的に過重な業務に従事したこと、一定期間緊張を強いられる折衝等の業務に従事したこと、業務に関連してその発生状態を明確にし得る異常な出来事に遭遇したことなどの、業務上の諸事情が蓄積した結果、医学上当該疾患の発症原因とするに足る強度の精神的又は肉体的負荷を受けていたこと」が必要である。

一般的にストレスがかかった場合には、その人に心理的、行動的、身体的な変化が徐々に出現してくる。いらいらしたり、頭痛、肩こり等の身体症状や疲労感を感じるようになり、酒やタバコの量も増え、職場では仕事上のミスが起こるようになる。更にストレスが過剰になると、些細なことが気になり、心配ばかりが先に立つが、何をどう処理してよいのか判断がうまくできず、自信もなくなりおっくうになってくる。このようにして、長時間労働により疲弊・消耗した状態が継続すると、「疲弊・消耗」から「うつ病」になることがある。また、長時間労働のみならず、環境の変化が急激に起こった結果、その環境に適応しようとして重度のストレス反応・適応障害を起こし、消耗、疲弊状態に陥り、うつ病となることもある。心身が摩耗した状態を背景に発症した「うつ病」を「消耗性うつ病」という。同義語として「消耗状態」、「燃え尽き状態」がある。

#### 荷おろしうつ病

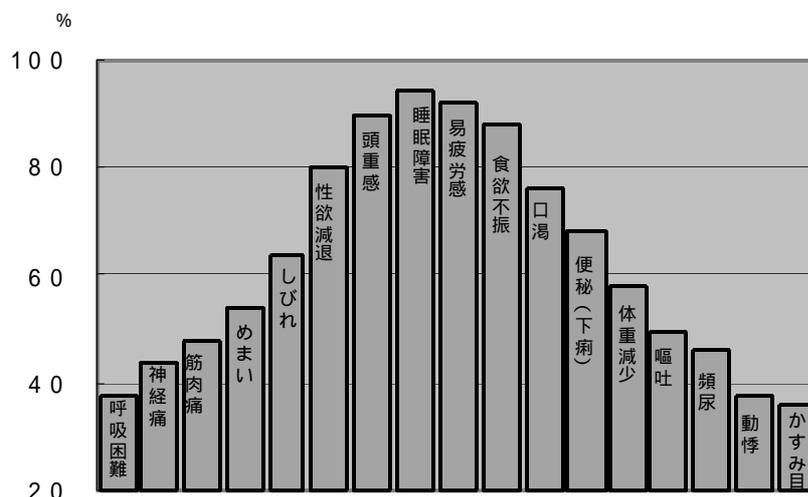
過重な持続的負荷（様々な状況のストレスが考えられる。）の後でようやくそれがなくなり解決した時期（荷おろしの成立）は種々の疾患を引き起こしやすい危険な時期であると指摘されている。この時期に発症したうつ病を「荷おろしうつ病」といっている。

負荷があっても目的に向かったの緊張は、うつ病の発病に抑制的に働くが、荷おろしによってそれがなくなると、負荷以上に一層うつ病を促進すると考えられている。受験、育児、引っ越し等のストレスが一段落することで、職場と言えば懸案が無事解決することで、緊張が一挙に消失し、それがうつ病発症の要因になると考えられている。管理職うつ病、昇進うつ病といわれるものも、責任が重くなったというストレスだけではなく、目標としていた役職に就くことによって、ほっとしたという荷おろし的な要素もあるのではないかとされている。

荷おろしうつ病の場合、自殺企図などの深刻な事態が起こるまで周囲が全くといっていいほど気づかないことが多い。したがって、予防的な対応はかなり難しいという面がある。また、過重な持続的負荷のもとで誰もが同じように発

症、自殺企図を起こすということではなく、同時に必ずしも本人のストレス脆弱性や素因などによらずともできない。別の言い方をすれば、過重な持続的負荷により、誰でも発症する可能性があると言える。

図 うつ病の身体症状



## 2 アルコール依存症

アルコール依存症は、身体、精神、対人関係にさまざまな症状が出現する病態である（参考2、3）。全国でアルコール依存症者数は82万人、男女比はおよそ20：1との推計もなされている。

アルコールにはストレスを和らげる作用があると考えられているが、それは適量を適切に飲むことが前提である。量が過ぎたり、慢性的に飲んでいると、その効果がなくなるばかりか「アルコール依存」に陥る危険性が高まる。アルコール依存症になるとアルコールが切れたとき物足りなさや苦痛が出現するため、アルコールをやめることができなくなる。また使用量を増やさないと最初ほどの効果が得られないために、次第に使用量が増えてゆく（耐性）。例えば、夜寝つきが悪くなったり、夜中に目が覚めて眠れないためにアルコールの力を借りて睡眠を確保しようとしている場合には要注意である。また、習慣飲酒の傾向のない人が飲酒するようになったりする場合や、それまでつきあい程度で飲んでいたのに、徐々に酒量が増えていく場合は注意が必要である。

アルコールの長期飲用が心身に害を及ぼし、それが原因でうつ病を発症することがあり、アルコール依存の人へのうつ病の合併は重要である。またうつ病のつらさ、例えば不眠などから逃れるために飲酒量が増加し、アルコール依存に陥ることも少なからずみられる。

参考4にアルコール依存症の可能性を疑う簡易診断項目を挙げた。アルコー

ル依存症に該当するようになると、完全な断酒と、心身ともに焦点を当てた治療が必要になってくる。単なる大酒者といったとらえかたにとどまらずに、この状態は明らかに病気であると理解して、治療に結びつける必要がある。

### 3 統合失調症

統合失調症は、10代から40代くらいまでの比較的若い世代に起きやすく、約100人に1人の割合でかかる病気である。

症状には個人差があるが、主な症状として、実際には存在しない声や音が聞こえる幻聴やあり得ないことを信じ込んでしまう妄想、頭の中が混乱して考えがまとまらなくなる思考障害、興奮症状等があり、これらはまとめて陽性症状と呼ばれる。また意欲の低下や自閉傾向（閉じこもりがちなこと）など、エネルギーが無くなったような状態になることも多く、これらは陰性症状と呼ばれる。このような症状をともなって、多くは20歳前後に発病する。幻聴や妄想は、本人にとって全くの現実と感じられるため、発病を自覚できないことがあり、本人より先に家族や友人が異変に気付くことも多い。

また、統合失調症の人は幻聴、妄想などについては、自ら話さないことも多い。口数が少なくなった、問いかけても返答が遅く考え込んでいるなどの普段と様子が違うときは要注意である。

この病気では、病的症状に基づいた言動のために周囲の人々とトラブルが起きたりする可能性があり、迅速な対応が必要である。

原因ははっきりしておらず、その人の生まれ持った素質、生まれてからのストレスに対する対応力、ストレスを引き起こすような環境要件などが絡み合っで発症するとされる。治療は、薬物療法、精神科リハビリテーション、心理療法等がある。薬の進歩は目覚しく、最近の薬は幻聴や妄想を取り去るだけでなく、従来薬では難しかった陰性症状の改善にも効果がある。精神科リハビリテーションは、症状によって仕事や学校等の社会生活ができなくなっていることも多いので、集団でスポーツやゲーム、対人交流の練習等を行って社会復帰の訓練をするものである。精神療法とは、医師によるカウンセリングのことであり、実際の治療はこれらをバランスよく組み合わせて行う。治療法の進歩によって、適切な治療の継続により、その症状を相当程度安定化させ、軽快又は治癒することができるようになっている。

### 4 神経症

神経症の中には医療機関を受診することなく、周囲に精神症状が気付かれずに、病態や病像が変化して抑うつ状態に陥り、突然自殺する事例も含まれるため注意が必要である。またうつ病の初期の段階で、倦怠感、食欲不振、睡眠障害等の初期症状のみ示している時点で、神経症と診断されることもある。

神経症には様々なタイプがあり、その症状によって、パニック障害、全般性不安障害、恐怖症性障害、強迫性障害、急性ストレス反応、解離性障害、身体

表現性障害、離人現実感喪失症候群などに分類されている。その大部分が心理的原因と関連していると考えられる。身体的な原因やはっきりとした理由が見つからないにもかかわらず、機能的な障害をもたらすので、周囲が感じるよりも患者の苦しみが強いという特徴がある。

これらの病気は、それぞれ特徴のある症状や経過をたどるが、神経症のうち自殺に関係するものとしては、急性ストレス反応がある。これは大きな出来事等により、精神的身体的に極めて強いストレスがかかり、意識・注意の散漫や幻惑、またそれに続く引きこもりや逃避反応などの病態が短期間で起こってくるものである。治療はストレスの原因や個人のストレス耐性を考慮した精神療法や薬物療法である。

## 〔参考1〕

### うつ病の症状

#### 〔自分で感じる症状〕

ゆううつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、いらいらする、元気がない、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、物事を悪い方へ考える、決断を下せない、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、眠れない

#### 〔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

## 〔参考2〕

### アルコール依存症・精神面の症状

- ・酒なしではいられない（依存・乱用）
- ・平日でも朝から飲む 勤務中にも飲む
- ・いったん飲み始めると、とことん飲んでしまう
- ・突然、人が変わる（異常酩酊、病的酩酊）
- ・ブラックアウト（飲酒時の行動を覚えていない）
- ・アルコール離脱症候群：けいれん、せん妄
- ・幻覚
- ・妄想

## 〔参考3〕

### アルコール依存症・対人関係の問題

- ・欠勤、失業
- ・社会的信頼を失う
- ・家族関係の破綻
- ・金銭面問題、家族への暴力
- ・犯罪行為

〔参考4〕

アルコール依存症の簡易診断（次のうち最低1つ該当）

48時間を超える連続飲酒  
明らかなアルコール離脱症状

（注）連続飲酒とは：

- ・常に体に一定のレベル以上のアルコールを維持するために、一定量の酒を数時間おきに飲み続ける状態。この間、酒以外の食べ物はほとんど摂らない。
- ・その期間は数日のこともあるが、数か月続くこともある。最後はアルコールさえも入らなくなり、アルコール離脱症状とともに連続飲酒状態が終わることが多い。

## (資料4)

### 活用できる外部機関

#### 人事院「メンタルヘルス相談室」受付窓口一覧

受付窓口	所在地・電話番号
人事院職員福祉局 職員福祉課健康班	〒100-8913 東京都千代田区霞が関 1-2-3 (03)3581-5311(内線2569)
人事院北海道事務局第一課	〒060-0042 札幌市中央区大通西12丁目 (011)241-1249
人事院東北事務局第一課	〒980-0014 仙台市青葉区本町 3-2-23 (022)221-2002
人事院関東事務局第一課	〒330-9712 さいたま市中央区新都心 1-1 (048)740-2005
人事院中部事務局第一課	〒460-0001 名古屋市中区三の丸 2-5-1 (052)961-6839
人事院近畿事務局第一課	〒553-8513 大阪市福島区福島 1-1-60 (06)4796-2181
人事院中国事務局第一課	〒730-0012 広島市中区上八丁堀 6-30 (082)228-1182
人事院四国事務局第一課	〒760-0068 高松市松島町 1-17-33 (087)831-4869
人事院九州事務局第一課	〒812-0013 福岡市博多区博多駅東 2-11-1 (092)431-7732
人事院沖縄事務所総務課	〒900-0022 那覇市樋川 1-15-15 (098)834-8400

## 精神保健福祉センター

平成17年4月1日現在

### 北海道・東北(9)

センター名	郵便番号	所在地	電話番号
北海道立精神保健福祉センター	003-0027	札幌市白石区本通16丁目北6番34号	(011)864-7121
札幌市精神保健福祉センター	060-0042	札幌市中央区大通西19丁目	(011)622-2561
青森県立精神保健福祉センター	038-0031	青森市大字三内字沢部353番地92	(017)787-3951
岩手県精神保健福祉センター	020-0015	盛岡市本町通3丁目19番1号	(019)629-9617
宮城県精神保健福祉センター	989-6117	古川市旭5丁目7-20	(0229)23-0021
仙台市精神保健福祉総合センター	980-0845	仙台市青葉区荒巻字三居沢1-6	(022)265-2191
秋田県精神保健福祉センター	019-2413	仙北郡協和町上淀川字五百刈田352番地	(018)892-3773
山形県精神保健福祉センター	990-0041	山形市緑町1丁目9-30	(023)624-1217
福島県精神保健福祉センター	960-8012	福島市御山町8-30	(024)535-3556

### 関東・甲信越(16)

センター名	郵便番号	所在地	電話番号
茨城県精神保健福祉センター	310-0852	水戸市笠原町993-2	(029)243-2870
栃木県精神保健福祉センター	329-1104	河内郡河内町下岡本2145-13	(028)673-8785
群馬県精神保健福祉センター	379-2166	前橋市野中町368番地	(027)263-1166
埼玉県立精神保健総合センター	362-0806	北足立郡伊奈町小室818-2	(048)723-1111
さいたま市こころの健康センター	338-0003	さいたま市中央区本町東4丁目4番3号	(048)851-5665
千葉県精神保健福祉センター	260-0801	千葉市中央区仁戸名町666-2	(043)263-3891
千葉市こころの健康センター	261-0003	千葉市美浜区高浜2-1-16	(043)204-1582
東京都立中部総合精神保健福祉センター	156-0057	世田谷区上北沢2-1-7	(03)3302-7575
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	206-0036	多摩市中沢2-1-3	(042)376-1111
東京都立精神保健福祉センター	110-0004	台東区下谷1-1-3	(03)3842-0948
神奈川県立精神保健福祉センター	233-0006	横浜市港南区芹が谷2-5-2	(045)821-8822
横浜市こころの健康相談センター	231-0017	横浜市中区港町1-1	(045)681-2525
川崎市精神保健福祉センター	211-0035	川崎市中原区井田3-16-5	(044)754-4555
新潟県精神保健福祉センター	951-8133	新潟市川岸町1丁目57-1	(025)231-6111
山梨県立精神保健福祉センター	400-0005	甲府市北新1丁目2-12	(055)254-8644
長野県精神保健福祉センター	380-0923	長野市若里1570-1	(026)227-1810

### 中部・近畿(18)

センター名	郵便番号	所在地	電話番号
岐阜県精神保健福祉センター	500-8385	岐阜市下奈良2-2-1 福祉・農業会館内	(058)273-1111
静岡県精神保健福祉センター	422-8031	静岡市有明町2-20	(054)286-9245
静岡市こころの健康センター	422-8006	静岡市駿河区曲金三丁目1-30	(054)285-0434
愛知県精神保健福祉センター	460-0001	名古屋市中区三の丸3丁目2番1号	(052)962-5377
名古屋市精神保健福祉センター	453-0024	名古屋市中村区名楽町4丁目7番地の18	(052)483-2095
三重県こころの健康センター	514-1101	久居市明神町2501-1	(059)255-2151

滋賀県立精神保健福祉センター	525-0072	草津市笠山 8 - 4 - 2 5	(077)567-5001
富山県心の健康センター	939-8222	富山市蜷川 4 5 9 番 1	(076)428-1511
石川県こころの健康センター	920-0064	金沢市南新保町 3 - 1	(076)238-5761
福井県精神保健福祉センター	910-0846	福井市四ツ井 2 丁目 1 2 番 1 号	(0776)53-6767
京都府立精神保健福祉総合センター	612-8416	京都市伏見区竹田流池町 1 2 0	(075)641-1810
京都市こころの健康増進センター	604-8845	京都市中京区壬生東高田町 1 番地の 1 5	(075)314-0355
大阪府立こころの健康総合センター	558-0056	大阪市住吉区万代東 3 - 1 - 4 6	(06)6691-2811
大阪市こころの健康センター	545-0051	大阪市阿倍野区旭町 1 - 2 - 7 - 4 0 1	(06)6636-7870
兵庫県立精神保健福祉センター	652-0032	神戸市兵庫区荒田町 2 丁目 1 - 2 9	(078)511-6581
神戸市こころの健康センター	652-0897	神戸市兵庫区駅南通 5 丁目 1 番 2 - 3 0 0 号	(078)672-6500
奈良県精神保健福祉センター	633-0062	桜井市粟殿 1 0 0 0 番地	(0744)43-3131
和歌山県精神保健福祉センター	640-8319	和歌山市手平 2 丁目 1 - 2	(073)435-5194

中国・四国 ( 1 0 )

センター名	郵便番号	所在地	電話番号
鳥取県立精神保健福祉センター	680-0901	鳥取市江津 3 1 8 番地 1	(0857)21-3031
島根県立精神保健福祉センター	690-0882	松江市大輪 4 2 0	(0852)21-2885
岡山県精神保健福祉センター	703-8278	岡山市古京町 1 - 1 - 1 0 - 1 0 1	(086)272-8835
広島県立総合精神保健福祉センター	731-4311	安芸郡坂町北新地 2-3-77	(082)884-1051
広島市精神保健福祉センター	730-0043	広島市中区富士見町 1 1 番 2 7 号	(082)245-7731
山口県精神保健福祉センター	755-0241	宇部市東岐波東小沢 4 0 0 4 - 2	(0836)58-3480
徳島県精神保健福祉センター	770-0855	徳島市新蔵町 3 丁目 8 0 番地	(088)625-0610
香川県精神保健福祉センター	760-0068	高松市松島 1 丁目 1 7 番 2 8 号	(087)831-3151
愛媛県精神保健福祉センター	790-0003	松山市三番町 8 丁目 2 3 4 番地	(089)921-3880
高知県立精神保健福祉センター	780-0850	高知市丸ノ内 2 丁目 4 - 1	(088)823-8609

九州・沖縄 ( 1 0 )

センター名	郵便番号	所在地	電話番号
福岡県精神保健福祉センター	816-0804	春日市原町 3 丁目 1 番 7	(092)582-7500
北九州市立精神保健福祉センター	802-0001	北九州市小倉北区馬借 1 - 7 - 1	(093)522-8729
福岡市精神保健福祉センター	810-0073	福岡市中央区舞鶴 2 丁目 5 - 1	(092)737-8825
佐賀県精神保健福祉センター	845-0001	小城郡小城町 178-9	(0952)73-5060
長崎県精神保健福祉センター	856-0825	大村市西三城町 1 2 番地	(0957)54-9124
熊本県精神保健福祉センター	860-0844	熊本市水道町 9 - 1 6	(096)356-3629
大分県精神保健福祉センター	870-1155	大分市大字玉沢字平石 9 0 8 番地	(097)541-6290
宮崎県精神保健福祉センター	880-0032	宮崎市霧島 1 丁目 2 番地	(0985)27-5663
鹿児島県精神保健福祉センター	890-0065	鹿児島市郡元 3 丁目 3 - 5	(099)255-0617
沖縄県立総合精神保健福祉センター	901-1104	島尻郡南風原町字宮平 2 1 2	(098)888-1443

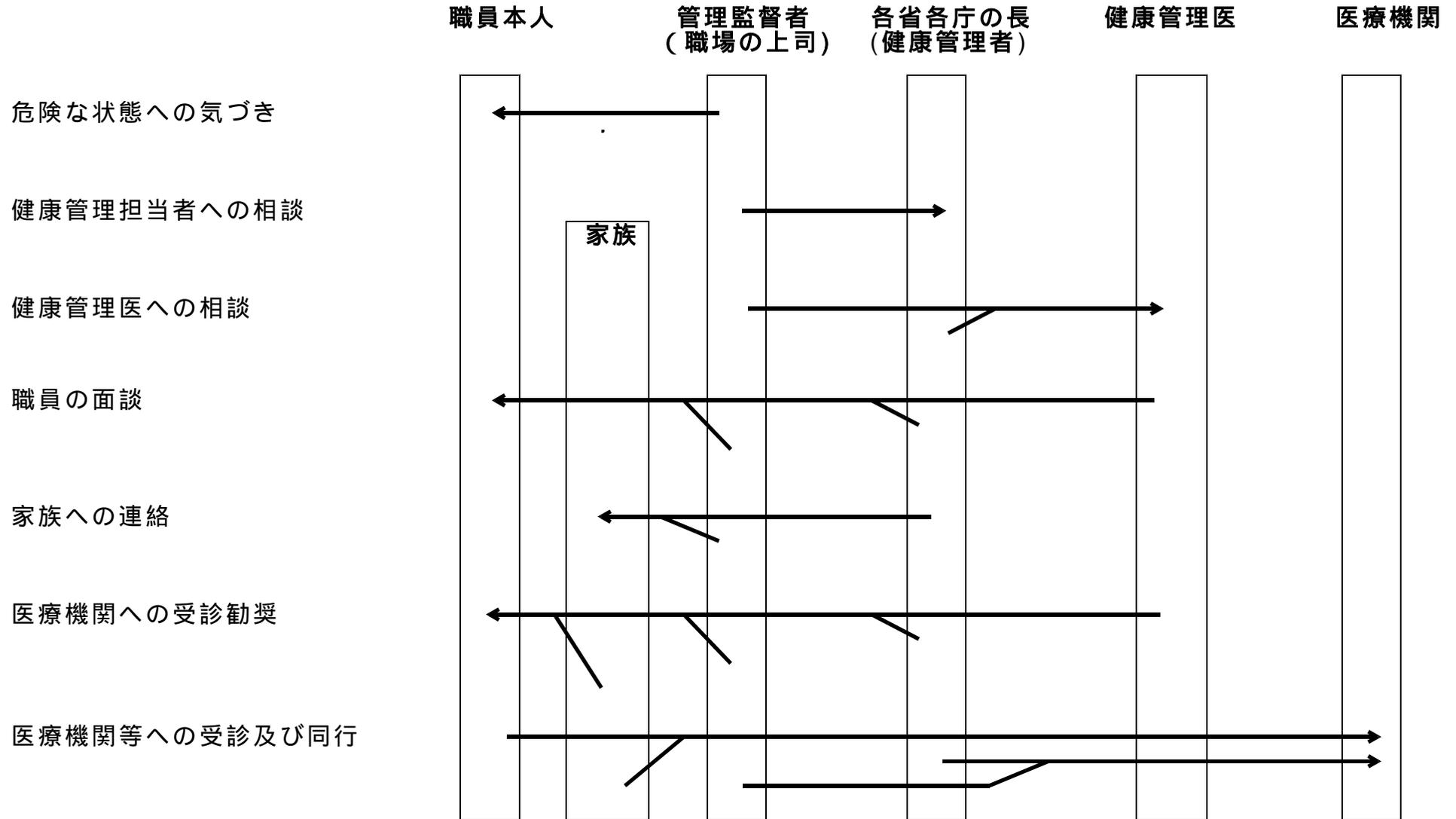
## いのちの電話

地 方	名 称	相談電話	受付時間
北海道	旭川いのちの電話	0166-23-4343	24 H
	北海道いのちの電話	011-231-4343	24 H
東北	あおもりのちの電話	0172-33-7830	12 ~ 21
	秋田いのちの電話	018-865-4343	12 ~ 21
	盛岡いのちの電話	019-654-7575	12 ~ 21
	仙台いのちの電話	022-308-4343	24 H
	山形いのちの電話	023-645-4343	13 ~ 22
	福島いのちの電話	024-536-4343	10 ~ 22
関東・ 甲信越	新潟いのちの電話	025-288-4343	24 H
	長野いのちの電話	026-223-4343	11 ~ 23
	長野いのちの電話松本	0263-29-1414	11 ~ 23
	山梨いのちの電話	055-221-4343	16 ~ 22
	栃木いのちの電話	028-643-7830	7 ~ 21 金のみ 24 H
	足利いのちの電話	0284-44-0783	15 ~ 21
	群馬いのちの電話	027-221-0783	9 ~ 22
	茨城いのちの電話	029-855-1000	24 H
	水戸いのちの電話	029-255-1000	13 ~ 20
	千葉いのちの電話	043-227-3900	24 H
	埼玉いのちの電話	048-645-4343	24 H
	東京いのちの電話	03-3264-4343	24 H
	東京英語いのちの電話	03-5774-0992	9 ~ 23
	東京多摩いのちの電話	042-327-4343	10 ~ 21
	川崎いのちの電話	044-733-4343	24 H
横浜いのちの電話	045-335-4343	24 H	
中部	静岡いのちの電話	054-272-4343	24 H
	岐阜いのちの電話	058-297-1122	19 ~ 22
	浜松いのちの電話	053-473-6222	水 ~ 土 10 ~ 24 日 ~ 火 10 ~ 21
	名古屋いのちの電話	052-971-4343	24 H
	三重いのちの電話	059-221-2525	18 ~ 23
	近畿	京都いのちの電話	075-864-4343
奈良いのちの電話		0742-35-1000	24 H
和歌山いのちの電話		073-424-5000	10 ~ 22
関西いのちの電話		06-6309-1121	24 H
神戸いのちの電話		078-371-4343	8 ~ 21
はりまいのちの電話		0792-22-4343	14 ~ 1
中国・四国	岡山いのちの電話	086-245-4343	24 H
	広島いのちの電話	082-221-4343	24 H
	島根いのちの電話	0852-26-7575	9 ~ 22 土のみ 24 H
	鳥取いのちの電話	0857-21-4343	15 ~ 21
	香川いのちの電話	087-833-7830	24 H
	徳島いのちの電話	088-623-0444	9 : 30 ~ 24

	愛媛いのちの電話	089-958-1111	月始め 10 日間 24 H 他 10 ~ 22
	高知いのちの電話	088-824-6300	9 ~ 21
九州・沖縄	北九州いのちの電話	093-671-4343	24 H
	福岡いのちの電話	092-741-4343	24 H
	熊本いのちの電話	096-353-4343	24 H
	佐賀いのちの電話	0952-34-4343	24 H
	長崎いのちの電話	095-842-4343	9 ~ 22
	大分いのちの電話	097-536-4343	24 H
	鹿児島いのちの電話	099-250-7000	24 H
	沖縄いのちの電話	098-868-8016	10 ~ 23

(資料5)

危険な状態にある職員への対応例 (関係者の役割)



注1 健康管理者、管理監督者は職員本人のプライバシーの保護に十分な配慮を行う。

注2 健康管理者、管理監督者は必要に応じ適宜同僚等に協力を求める。