

平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
総括研究報告書

## 適正な医療の給付に関する研究

平成12年3月

主任研究者 笠原 嘉

## 目 次

### 適正な医療の給付に関する研究 —————1

主任研究者 笠 原 嘉

### 就業者における精神障害の早期発見・早期治療及び 再発予防の方策に関する研究 —————7

分担研究者 黒 木 宣 夫 (東邦大学佐倉病院精神医学研究室)

### 精神科リハビリテーション病棟に関する研究 —————35

分担研究者 浅 井 邦 彦 (浅井病院院長)

### 長期慢性精神障害者に関する研究 —————49

分担研究者 小 島 卓 也 (日本大学医学部精神神経科学教室)

### 精神保健福祉情報の整備に関する研究 —————55

分担研究者 竹 島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

# 適正な医療の給付に関する研究

主任研究者 笠原 嘉

平成 11 年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総括研究報告書

適正な医療の給付に関する研究

主任研究者 笠原 嘉

分担研究者 黒木 宣夫（東邦大学佐倉病院精神医学研究室）

浅井 邦彦（浅井病院）

小島 卓也（日本大学医学部精神神経科学教室）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

**研究要旨：**精神障害者への適正な医療の給付には、精神障害の早期発見・早期治療、入院が長期化し始めた場合のリハビリテーション医療、慢性長期在院患者への医療など、その状態に応じた精神科医療の提供が重要である。本研究は、これらの各段階に必要な相談体制、医療とリハビリテーションを明らかにするとともに、精神科医療とリハビリテーションを観察・評価するシステムづくりの必要性について述べた。本研究の成果は、①勤労者の心の健康づくりを積極的に展開すること、②入院が1年以上になると予測される場合はリハビリテーション医療を積極的に行うこと、③精神科医療とリハビリテーションの取り組み状況を観察・評価するシステムを整備すること、の3点にまとめることができる。

A. 研究目的

精神障害の早期発見・早期治療と再発予防、また入院が長期化した場合にリハビリテーションを効果的に実施し、さらに退院することができず長期入院となった慢性精神障害者に適切な医療環境を提供することは、精神障害者に対する医療給付の基本に当たることである。本研究においては、これらの各段階を踏まえて、①就業者を対象とする精神障害の早期発見・早期治療と再発予防、②入院が長期化した場合のリハビリテーションの効果的な実施、③長期慢性精神障害者となって入院が継続した場合の処

遇と社会復帰について検討した。また、④適正な医療を提供する基盤として、精神科医療とリハビリテーションの現況の分析を行い、精神科医療を観察・評価するシステムについて検討した。

B. 研究方法

1. 就業者における精神障害の早期発見・早期治療及び再発予防の方策に関する研究（分担研究者 黒木宣夫）

平成 10 年度は、勤労者の自殺について、日本産業精神保健学会名簿から無作抽出した 96 施設に、事業場のメンタルヘルス対策

と自殺事例について質問紙調査を行った。また勤労者のメンタルヘルスに関する精神保健福祉センターの役割に関して、精神保健福祉センター責任者に対する質問紙調査を行った。そして研究結果等をもとにラウンドテーブルディスカッションを行い研究結果をまとめた。

平成 11 年度は、勤労者の自殺が社会問題化していることを踏まえ、全国 30 施設に協力を依頼し、総合病院精神科における勤労者の自殺未遂および既遂者に関する質問紙調査を行った。また某大企業に協力を依頼して、業務内容の異なる 4 つの職場単位を対象に、組織健康度と個人の健康度との関連性についての研究を行った。そして研究結果等をもとにラウンドテーブルディスカッションを行った。

## 2. 精神科リハビリテーション病棟に関する研究（分担研究者 浅井邦彦）

平成 10 年度は、日本精神病院協会会員病院 10 病院程度の参加協力を得て、入院期間が 1 年 6 ヶ月以上の精神分裂病患者を、ケースマネジメント技法を用いたリハビリテーションを行う群とコントロール群とに分け、その効果を 0, 3, 6, 12 ヶ月経過ごとに 3 種類の評価尺度によって測定した。

平成 11 年度は、精神分裂病（ICD-10）と診断され、主治医によってリハビリテーションが必要と判断された患者 110 人に、ケースマネジメント技法によるリハビリテーションを 6 ヶ月行い、その変化を、3 ヶ月ごとに判定した。

## 3. 慢性長期精神障害者に関する研究（分担研究者 小島卓也）

平成 10 年度は、1992 年 7 月から 1 年間終始入院していた精神分裂病の患者について、

行なわれた社会復帰活動と、5 年後の転帰と病態について調査した。

平成 11 年度は、1992 年 7 月から 1 年間に入院した精神分裂病の患者について、1 年 6 ヶ月以内に退院した患者と退院しなかった患者について、長期入院を予測させる患者側の背景因子について調査した。

## 4. 精神保健福祉情報の整備に関する研究（分担研究者 竹島正）

平成 10 年度は、厚生省精神保健福祉課が毎年 6 月 30 日付で実施する調査を経年的に観察するとともに、10 年度調査に新たに組み込まれた調査項目を中心に精神保健福祉の現況と課題を検討した。

平成 11 年度は、同じ調査をもとに平成 9-11 年度の調査経過をまとめるとともに、11 年度に新たに組み込まれた調査項目を含めて、精神保健福祉の現況と課題をまとめた。また精神保健福祉施策の観察・評価を長期的に行うシステムについて考察した。

## C. D. 研究結果と考察

### 1. 就業者における精神障害の早期発見・早期治療及び再発予防の方策に関する研究（分担研究者 黒木宣夫）

#### 1) 10 年度研究

事業場のメンタルヘルス対策について、調査対象となった事業場はほとんどが大企業であった。メンタルヘルス対策は 8 割以上の事業場で取り組まれていたものの、看護職が相談に対応するところが 41% を占め、メンタルヘルスに関する相談体制は不十分であった。

自殺事例についての調査では、把握された自殺事例は 49 であり、20 代と 30 代が

57%を占めていた。また職場で自殺兆候が見られなかった従業員が3割見られた。

勤労者のメンタルヘルスに関する精神保健福祉センターの役割についての質問紙調査には55センターのうち46カ所から回答があった。精神保健福祉センターの勤労者のメンタルヘルスに関する取り組み方としては、メンタルヘルスの普及啓発、事業場と連携してメンタルヘルスの相談を受けるといった意見が多かった。

ラウンドテーブルディスカッションにおいては、精神科医が産業医として受療行動を援助することや、事業場にメンタルヘルス支援を行う機関が増加した場合の医療との連携等、勤労者のメンタルヘルスを支えるシステムづくりの課題が挙げられた。

## 2) 11年度研究

総合病院精神科における勤労者の自殺未遂および既遂者に関する質問紙調査については、22/30施設(73.3%)から協力を得た。平成11年11月1日から12月31日までの2ヶ月間の、自殺未遂・既遂者は214人で、そのうち精神科患者は149人(69.6%)、自殺未遂者のうちの勤労者は57人(23.8%)であった。勤労者の自殺未遂では、神経症・ストレス関連障害が多かった。自殺未遂・既遂においては、勤務問題、経済問題、家庭問題がリンクしていた。

某大企業の業務内容の異なる4つの職場単位を対象に、組織健康度と個人の健康度との相関についての研究を行ったところ、個人の残業時間、不規則な食生活、個人の抑うつ状態、バーンアウト兆候には明らかな相関が見られた。今後は、健診、健康増進を目的とした保健指導のなかに、メンタルヘルスケアを導入する必要がある。

ラウンドテーブルディスカッションでは、調査結果と電通事件(長時間労働の末、自殺した新入社員の事例)をもとに総括討論を行った。電通事件の判決をめぐる討論からは、企業が勤労者の健康をリスク管理と理解すること、産業医はプライバシーを保護しつつ健康を守るといった視点から業務に携わることが重要という結論を得た。就業者における精神障害の早期発見・早期治療および再発予防には、職場の健康づくりが大切であり、勤労者は健康を自分で守るよう努め、事業者は職場環境と勤労者の精神的健康に注意する必要がある。産業保健スタッフは、職場不適應を起こした人に対する支援、事業場内のこころの健康づくり対策の企画・実施、外部機関との連携に予防的視点から関わる必要がある。

## 2. 精神科リハビリテーション病棟に関する研究(分担研究者 浅井邦彦)

### 1) 10年度

ケースマネジメント技法を用いたリハビリテーションによって、社会的活動性や社会的技能に関する評価項目で対象群に統計的に有意な改善を認めた。マネジメント会議は6ヶ月平均で12.25回、1回の会議は11~20分、参加職員数6~10人程であった。研究の結果、今後の課題としては、リハビリテーションの効果を判定するスケールの開発、マネジメントに関する教育的なマニュアルづくりが挙げられた。

### 2) 11年度

研究開始後、10ヶ月で13%が退院し、そのうち13%が再入院になっている。ケースマネジメント技法を用いたリハビリテーションは、退院した患者ばかりではなく、入院継続している患者に対しても良好な結果が

確認された。退院患者についても、評価を2回行った。マネジメント会議は6ヶ月に平均7.39回、1回の会議は21～30分、参加職員は6～15人程であった。ケースマネジメント技法を用いたリハビリテーションによって、変化していく患者の姿が確認されるとともに、職員チームの動きは有機的になっていった。今後の課題としては、より長期間の転帰を観察すること、リハビリテーションの効果を判定するスケールの開発と判定者のトレーニングである。

### 3. 慢性長期精神障害者に関する研究（分担研究者 小島卓也）

#### 1) 10年度

1992年7月から93年6月の1年間、終始入院していた8施設944例の精神分裂病患者の、5年後の転帰と病態について調査した。その結果、5年後の時点でも657例(69.6%)が入院継続し、退院は105例(11.1%)であった。入院形態では、任意入院61.3%、医療保護入院38.6%、措置入院0.2%であった。入院継続例の退院を阻害している要因は、「退院できる状態にない」69.6%、「家族が消極的」11.3%、「施設がない」5.4%、「家族がいない」2.9%と続いていた。転帰と社会復帰の関わりでは、OTを実施された者に退院例が有意に多かった。一方SSTは精神分裂病のあらゆる病態に応じて実施され、必ずしも退院に結びついていなかった。また家族教育は実施された施設がなかった。

精神分裂病で長期在院せざるを得ない症例は、主に病状などのためであり、「社会的入院」ではないと言える。OTの実施が退院に結びついていたのは、OTが軽症例に実施されている実状を反映したものと思われる。入院を長期化させる因子の抽出には、今後

退院例についての調査が必要である。

#### 2) 11年度

1992年7月から93年6月までの1年間に8病院に入院した精神分裂病・分裂感情障害の患者229例の背景因子と5年後の転帰を調査した。その結果、30日以内に9.2%、60～90日に37.7%、6ヶ月以内に56.3%、1年以内に76.9%、1年6ヶ月以内に88.4%が退院していた。1年6ヶ月以内に退院した者と、それ以外の者について統計的な検討を行ったところ、年齢、罹病期間、学業成績の3因子で両群に有意差が見られた。精神分裂病では1年6ヶ月以上入院すると、それが長期入院に結びつく可能性がある。また長期入院を予測させる因子は、①年齢が高いこと、②罹病期間が長いこと、③小学校時代の学業成績が不良以下であること、であった。

### 4. 精神保健福祉情報の整備に関する研究（分担研究者 竹島正）

#### 1) 10年度

6月30日調査結果を時間軸でとらえ、マクロな状況変化を観察した。在院患者数は昭和54年30.6万人、63年34.5万人、平成10年33.6万人で、増加の後、減少に転じている。また在院患者に占める65歳以上の割合は同じ時点で13.0%、19.6%、30.9%と、急速に増加しており、高齢化した在院患者の処遇の検討が急がれる。平成10年6月30日調査においては、平成9年6月1ヶ月間に入院した患者の退院数を1ヶ月単位で1年間報告を得ている。その結果、入院後3ヶ月までの退院率が最も大きく、入院後3ヶ月で約半数が退院しており、1年後の残留率は17.4%であった。この結果、我が国の入院患者の平均在院日数は90日以下と推

測された。またデイケアを実施している精神病院においては入院期間が短い傾向にあることもわかった。精神科デイケア、社会復帰施設等について、昨年の調査結果と比較すると、精神科デイケア実施施設数は 658 から 758 に、社会復帰施設の定員は 5.7 千人から 9.4 千人に増加しており、これらの施設についても継続的な観察・評価が必要である。

## 2) 11 年度

平成 11 年度は、平成 9 年以降の 6 月 30 日調査の経過をまとめ、その経緯を踏まえて 11 年 6 月 30 日調査結果の検討を行った。平成 9 年以降、6 月 30 日調査の内容は充実してきており、精神病院の入退院の状況、精神科デイケア施設や社会復帰施設等の状況がより精細に把握できるようになったが、精神科診療所についての情報はほとんどない。精神病床数は減少傾向が続いており、専門病床では精神療養病床、老人性痴呆患者病床等は増加しているが、薬物、児童思春期、合併症病床はきわめて少ないままである。在院患者の高齢化は一層進み、全患者の 32.4% が 65 歳以上となっている。また任意入院患者の処遇に変化が見られ、約 6 千人が「終日閉鎖」から「個別開放」に移っている。入退院の状況では、外来患者数：入院比は 74.2:1 で、入院患者の平均在院日数は 73.3 日である。措置入院の受け入れは、指定病院と都道府県立病院が多かった。在院患者と入退院患者の疾患別構成では、入退院の患者に、精神作用物質による精神及び行動の障害 (F1)、気分障害 (F3)、神経症性障害等 (F4)、成人の人格及び行動の障害 (F6) が 2~3 倍多く、精神分裂病等 (F2) が 20% 以上少なかった。応急入院では、医

療保護入院、精神作用物質による精神及び行動の障害 (F1) と精神分裂病等 (F2) の比率が高く、重症で行動化の激しい患者が多いと考えられた。精神科デイケア等は普及が進み、単科精神病院の約半数で実施している。社会復帰施設等も施設、定員数とも増加している。生活訓練施設、福祉ホーム、グループホーム等は精神病院退院者の受け入れが多いが、利用者の年齢は 40 歳以上が多く、将来の急速な高齢化が懸念される。地域生活支援センターの活動状況は多様であり、報告の基準を明確にした活動実績の把握が必要である。

## E. 結論

「就業者における精神障害の早期発見・早期治療及び再発予防の方策に関する研究」では、調査結果から、事業場におけるメンタルヘルス取り組み強化の必要性が明らかになった。また自殺未遂・既遂に関する調査からは、自殺が勤務問題、経済問題、家庭問題がリンクしたなかで発生することが確認された。また職場の組織健康度と個人の健康度に関する調査によって、両者が相関することが明らかになった。これらの研究結果、就業者における精神障害の早期発見・早期治療には、職場の健康づくりが重要であって、その推進にはプライバシーに留意しながらも、外部機関を含めたシステムをつくる必要があるという結論を得た。

「精神科リハビリテーション病棟に関する研究」では、退院が困難になりつつある精神分裂病患者にケースマネジメント技法を用いたりリハビリテーションを導入し、その有効性を検討した。その結果ケースマネジメント技法をリハビリテーション医療に導



入することの有効性が示された。今後の課題は、リハビリテーションの効果を判定するスケールの開発や、ケースマネジメントの教育マニュアルの整備である。

「慢性長期精神障害者に関する研究」では、精神病院長期在院患者の実態解明と入院を長期化させる因子を抽出する目的で、1992年7月から1年間終始入院していた患者の5年後の転帰と、1992年7月から1年間に入院した患者の5年後の転帰を調査した。その結果、1年間終始入院していた患者の退院は少なく、長期入院せざるを得ない症例は主に病状が原因であることがわかった。また5年前に入院した患者の経過を追ったところ、入院期間が1年6ヶ月以上経過することが長期入院に結びつくことがわかった。また長期入院を予測させる患者側の因子は、①年齢が高いこと、②罹病期間が長いこと、③小学校時代の学業成績が不良以下であること、であった。

「精神保健福祉情報の整備に関する研究」では、平成9-11年度の6月30日調査の検討をもとに、我が国の精神病院、精神科デイケア施設、社会復帰施設等の現状と課題を検討した。その結果、6月30日調査は精神病院、精神科デイケア施設、社会復帰施設等の施設活動の現状を表す貴重な資料として、その役割を確立しつつあることがわかった。今後は、精神保健福祉施策全体の運用状況を観察・評価する中核的な情報資源として整備し、調査結果をさらに活用することが望まれる。

本研究の成果は、適正な精神科医療の給付には、①勤労者の心の健康づくりを積極的に展開すること、②入院が1年以上になると予測される場合はリハビリテーション

医療を積極的に開始すること、そのためケースマネジメントをリハビリテーション医療に導入すること、③精神科医療とリハビリテーションの取り組み状況を観察・評価するシステムを整備すること、の3点にまとめることができる。

就業者における精神障害の早期発見・早期治療及び  
再発予防の方策に関する研究

分担研究者 黒 木 宣 夫

## 研究報告書

就業者における精神障害の早期発見・早期治療及び再発予防の方策に関する研究

分担研究者 黒木宣夫 東邦大学佐倉病院精神医学研究室

研究項目：【1】総合病院精神科における勤労者の自殺未遂及び既遂者に関する調査研究

【2】職場介入を目的としたメンタルヘルスケアに関する調査

【3】ラウンドテーブルディスカッション

1. 【1】【2】調査に関する検討

2. 長時間労働の未自殺した新入社員（電通事件）に関する検討

【1】総合病院精神科における勤労者の自殺未遂及び既遂者に関する調査研究の研究協力者

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| 1) 東海大学医学部付属病院精神科          | 渡辺俊之・保坂隆                  |
| 2) 北里大学病院精神神経科             | 櫻井弘乃・宮岡等                  |
| 3) 岩手医科大学精神神経科学教室          | 酒井明夫・北畠顕浩・間藤光・<br>道又 利    |
| 4) 国立千葉病院                  | 海宝美和子                     |
| 5) 広島市立安佐市民病院              | 森岡壯充                      |
| 6) 長野赤十字病院精神科              | 小出恭彦・高橋武久                 |
| 7) 社会保険広島市民病院精神科           | 佐々木高伸                     |
| 8) 島根医科大学精神医学講座            | 堀口 淳                      |
| 9) 成田赤十字病院精神科              | 佐藤茂樹                      |
| 10) 山形県立中央病院精神心療科          | 東谷慶昭                      |
| 11) 君津中央病院精神科              | 遠藤博久                      |
| 12) 順天堂大学医学部附属順天堂浦安病院神経精神科 | 一宮洋介                      |
| 13) 銚子市立総合病院精神神経科          | 岡田純一                      |
| 14) 篠田総合病院                 | 木村正之・遠藤修一                 |
| 15) 島根県立中央病院               | 竹下久由                      |
| 16) JA 広島総合病院精神科           | 柳井一郎                      |
| 17) 盛岡市立病院精神科              | 上田 均                      |
| 18) 帝京大学医学部付属市原病院精神神経科     | 池田政俊                      |
| 19) 新潟県立小出病院精神神経科          | 金子晃一                      |
| 20) 東邦大学佐倉病院精神医学研究室        | 黒木宣夫、青畷和宏、柳川哲郎、<br>長谷川久見子 |
| 21) 東京慈恵会医科大学柏病院精神科        | 笠原洋勇                      |
| 22) 県立広島病院                 | 大田垣洋子                     |

【3】ラウンドテーブルディスカッションの出席者

1. 調査結果とメンタルヘルスの在り方に関する検討会議出席者

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1) 東邦大学佐倉病院精神医学研究室 | 黒木宣夫・柳川哲朗・長谷川久見子 |
| 2) 北里大学病院部精神科      | 宮岡 等             |
| 3) 東京経済大学経営学部      | 島 悟              |
| 4) 日本鋼管病院鶴見保健センター  | 廣 尚典             |
| 5) 千葉大学医学部附属病院     | 大久保靖司            |

- |                   |       |
|-------------------|-------|
| 6) 愛知教育大学保健管理センター | 藤田 定  |
| 7) 広島市民病院精神科      | 佐々木高伸 |
| 8) 栃木県精神保健福祉センター  | 大西 守  |
| 9) 富士ゼロックス        | 河野慶三  |
| 10) (株)東芝安全保健センター | 田中克俊  |
| 11) 東海大学医学部精神科    | 保坂 隆  |
| 12) 信州大学医学部精神医学教室 | 小泉典章  |

## 2.長時間労働の未自殺した新入社員（電通事件）に関する検討会議出席者

- |                    |      |
|--------------------|------|
| 1) 東邦大学佐倉病院精神医学研究室 | 黒木宣夫 |
| 2) 栃木県精神保健福祉センター   | 大西守  |
| 3) 順天堂大学精神医学教室     | 荒井稔  |
| 4) 日本鋼管病院鶴見保健センター  | 廣尚典  |
| 5) 新日本製鐵株式会社       | 安福慎一 |
| 6) 安西法律事務所         | 安西 愈 |

## 研究要旨

### 1)総合病院精神科における勤労者の自殺未遂及び既遂者に関する調査研究

女性は自殺未遂者の約半分が家庭問題を原因に上げていたが、未遂者と既遂者の自殺の相違、勤労者の定義の問題もあり、勤労者でない自殺未遂・既遂者が多少、含まれていたことが、関係していると言えよう。しかし、男性に関しては、勤務問題で自殺したものが25%占めていたが、平成10年度の警察庁統計でも管理職、被雇用者は17～23%が勤務問題で自殺しており、勤務問題は自殺原因の中で大きな原因と言える。つまり、勤務問題、経済問題、家庭問題はリンクしており、勤務問題の背景に経済問題、家庭問題が存在していると考えられるのである。精神疾患に関しては、気分障害、神経症障害が五～七割を占め、他の報告にみられた異常体験に起因した精神分裂病の自殺未遂は少ないという結果になったが、これは勤労者に限定した調査の結果ゆえと考えられる。

### 2)職場介入を目的としたメンタルヘルスクエアに関する調査

四つの業務内容の違う職場単位の組織健康度と個人の精神的健康度との相関に関する研究を行った。職場の特徴として T1 は 40 歳以上が 64% を占め、健診で高血圧の指摘を受けた従業員も他の職場に比較して多くみられ、逆に T2 は八割は 39 歳以下であり、各職場における年齢層の差異も明らかになった。1 週間の残業時間は T0 が他職場より 3 時間ほど多く、食生活が規則的でない者も T0、K は 40～53% (15～26) みられた。BURN OUT 得点も要注意が T1 のみ 33% で、他職場は全て職場の 55% 以上も要注意者であり、CES-D でうつ状態と判定された者も T0、K は職場全体の 20～21% (8～10) もみられた。職場の JCQ の結果で T0 は仕事の量的負荷がかかっており、このような職場の状況と個人の残業時間、不規則な食生活、BURN OUT 得点、CES-D 得点との相関は明らかであった。

### 3)ラウンドテーブルディスカッション

#### 1. 【1】【2】 調査に関する検討

今後のメンタルヘルスの在り方として、職場の健康作りが大切。労働者が一人一人健康は自分で守り、管理者が職場環境の改善、労働者の精神的健康に注意し、産業スタッフは職場不適應を起こした人に対する支援、事業所内における心の健康対策、計画立案、教育研修の企画実施、外部機関との連携を取りながら予防的関わりをするべきである。

#### 2.長時間労働の未自殺した新入社員（電通事件）に関する検討

労働時間に関する制限を定める労働基準法、労働者の健康に配慮ながら作業を適切に管理する労働安全衛生法六五条の三に抵触するという最高裁の判決は、企業側に非常に厳しいものとなった。企業は労働者の健康はリスク管理という理解、産業医はプライバシーは守りながら健康を守るという視点から関わるということが重要であることが強調された。

## 【1】総合病院における勤労者の自殺未遂及び既遂者に関する調査研究

### A. 研究目的

1998年度の自殺者の総数は32863人と前年度に比較して8472人(34.7%)も増加し、特に中高年男性の自殺者の増加は、男性全体の今までの平均寿命を引き下げるほどの影響を与え、深刻な社会問題として受け止められている。その中で勤労者の自殺が社会問題化しているが、この背景には近年のめざましい科学技術の革新、就業者の作業態様の変化により就業者のストレスは多様化し、さらに終身雇用制の崩壊、最近のわが国の金融システムの破綻により企業倒産が続発しており、このような不況を背景とした社会状況が自殺増加と関連があることは論をまたない。今回、勤労者の自殺の現状を把握する目的で警察庁統計から自殺の動向を調べると同時に地域を特定した総合病院精神科における勤労者の自殺未遂及び既遂者に関する調査を実施した。

### B. 研究方法

平成10年度の警察庁統計より近年の自殺の動向、特に無職者を除いた動向を調査した。総合病院精神科調査においては、千葉県、新潟県、岩手県、山形県、神奈川県、島根県、広島県の研究協力者に地域を特定して頂き、平成11年12月に作成した調査用紙を発送した。調査期間は平成11年11月1日より12月31日までの2ヶ月間、調査対象は同期間に救急外来と精神科外来を受診した自殺未遂、及び自殺既遂患者である。30施設に依頼し22施設から回答を得た。

### C. 調査結果

#### ①警察庁による自殺の動向

警察庁の統計<sup>1)</sup>によると毎年自殺者は20000～25000人を推移していたが、平成10年度の自

殺者は32863人と急増(図1)したことは、大きな社会問題となり、マスコミ等で大々的に報道された。

(1)性別：女性よりも男性が群を抜いて増加しており、男性の平均寿命が男性の自殺者が増加したために前年度より低下したとのことである。(図2)

(2)年齢：年齢別にみると40～60代の中高年の男性の自殺が急増しており、特に65歳以上の自殺者は全体の25%を占め、そのために男性全体の今までの平均寿命を引き下げたことがわかる。(図3)

(3)職業：職業のない無職者がもっとも多く(全体の46.5%)みられるが、被雇用者、自営業者も急上昇しているのがわかる。(図4)

(4)原因・動機：職業別に自殺の原因をみると無職者の「病苦等」が35%と最も多く、次いで「経済問題」、「精神障害」、「家庭問題」の順である。無職者を除いて統計の結果をみても、「病苦等」に続いて「勤務問題」が浮上してくるのがわかる。

(図5)

#### ②総合病院における自殺未遂、及び自殺既遂者に関する調査結果

##### (1)調査施設の概要(表1)

調査施設の全病床数は13207で1施設の平均病床数は600.3床であった。設立主体は大学、自治体、国立、公的がほとんどで全体の86.3%であり、私立は2施設にすぎなかった。また、特定機能病院は4施設であったが、八割以上が臨床研修指定病院であった。救急医療に関しては全施設が二次・三次救急医療に関わっていた。精神科病床がある施設は14(63.6%)を占め、精神科病床数は953で1施設平均68.1床の精神科病床を有していた。精神科当直体制がある施設は、精神科病床を有する施設の71.4%(10)であ

った。

(2)平成11年11月1日から12月31日までの救急外来、及び精神科外来患者(表2)

1)外来患者:調査施設の調査期間の外来患者総数は785285、I施設平均一日患者数は981.6であった。

2)救急外来患者:調査期間における1施設の救急外来患者数は1970であり、一日救急外来患者数に換算するとI施設に32名の救急外来患者が受診していることになる。

3)自殺未遂、及び自殺既遂者:一般外来患者を含めた自殺未遂、及び既遂者の数は男84名、女130名で調査期間に受診した1施設の自殺未遂、既遂者の数は10.7名ということになる。

4)自殺未遂、及び自殺既遂者における精神科患者:救急外来を受診した自殺未遂・既遂患者の中で精神科患者は男45名、女104名で、合計149名が精神科患者で全体の69.6%、既遂者を含めると75.2%(161)は精神科患者で占められていた。同患者の中で精神科患者の占める割合は、女性患者は83%であるのに対し、男性患者は62%であった。

5)自殺未遂・自殺既遂者における勤労者:自殺未遂者の中で勤労者の占める割合は23.8%(男28、女29)であり、既遂者の中で勤労者は男3名のみであった。ただし、以下の項目に関しては勤労者のみの記載ということをお願いしたが、一部、勤労者以外の自殺未遂、既遂者の数も入っており、統計処理上、含めて報告する。

#### A)自殺未遂者の調査結果

1)勤労者の自殺未遂の原因:一番多いのは家庭問題で、女性は46.7%(21)を占めたが、男性は30.6%(11)であった。男性は次に多い順に述べると、経済問題27.8%(10)、職場の人間関係13.9%、仕事上の大きな失敗8.3%、会社内事故で責任を追及2.8%であった。女性は、恋愛

問題が二番目で24.4%、職場の人間関係13.3%で他に仕事に関連する原因がみられなかった。

(図6)

2)自殺企図の手段:男女とも病院投薬による自殺企図が多く、五割から六割(男18、女35)を占め、次に刀器による自殺企図が13~17%(男5、女10)、首吊り、入水による自殺企図は女性にはみられなかった。(図7)

3)年齢:女性は20~30代が六割(29)を占めるのに対し、男性は20代(11)と40~50代(17)に大きな山があり、合わせると約八割を占めていた。(図8)

4)診断名:ICD-10分類では気分障害、神経症・ストレス関連障害は男性が約七割(16)、女性は約五割(17)を占め、次に男女とも人格行動障害が続いた。従来診断では、男女とも反応性うつ病、急性ストレス反応が五~六割(男10、女11)を占めていたが、女性の場合は不応障害が36%(8)いたのが特徴的であった。(図9、10)

5)精神科治療の既往:精神科治療の既往がある事例が、女性は六割(29)、男性は四割(13)、治療の既往がない事例は、男性は60.6%(20)、女性は40.8%(20)であった。(図11)

6)自殺未遂時点での精神科治療:男性の約六割(19)は治療を受けておらず、女性は逆に七割(31)が治療を受けていた。(図12)

7)自殺企図時点での治療機関:男女とも精神科診療所に通院している患者が多く、治療を受けていた患者全体の五~七割(男7、女12)を占め、次に他精神病院を受診している患者であった。(図13)

8)自殺企図の回数:男71%、女55.6%は今まで自殺企図の経験はなかった。(図14)

9)自殺の兆候:家族、職場とも勤労者の自殺の兆候に関して、主治医が「わからない」と答えたものが多く、家族が兆候に気がついていたと

の回答は12~30% (男4、女15)であった。

(図15、16)

10)遅刻、欠勤、出社困難の兆候：遅刻、欠勤、出社困難の兆候に関しても「わからない」との回答が多かったが、兆候が「なかった」との回答もわずかで、「あった」との回答が一〜二割(男6、女7)であった。(図17)

11)救急受診後の対応：救急受診した総合病院身体科への入院が男女とも47% (男15、女22)で、次に自宅へ戻り通院治療へ導入された事例が男25%(8)、女38.3%(18)であった。精神科へ直接、入院した事例も男7(21.9%)、女3(6.4%)であった。(図18)

12)自殺企図の方策：家族が精神科受診へ早期に繋ぐべきとの見解が男女とも七割以上を占め、「わからない」と答えた事例も二割近くみられた。

## B)自殺既遂者の調査結果

(1)自殺既遂者は男8人、女4人の12例であり、6施設から報告がみられた。その中で勤労者の数は男3名であった。既遂者の自殺の原因、診断、手段等の質問項目に関しては、6人についての報告がみられた。その6名に関しては、表のとおりである。自殺の原因は「その他」が多く、自殺時点では未治療が4名、診断も気分障害、神経症が3名、以前に「自殺未遂の既往はないもの」が5例もみられた。自殺手段は縊死が3例、家族は自殺兆候に「気づいていたもの」が1例、5例は「全く気づかない」か、「わからない」と答えていた。(表3)

## D. 考察

今回の調査は医療圏を特定して、その中の救急医療機関に対しての調査を検討したが、自殺未遂、及び既遂事例が少ないこともあり全体の調査結果に関して報告する。調査期間2ヶ月間の1施設あたりの平均の救急外来患者数は1970

であり、その中で自殺未遂・既遂者の患者数は214であり、全体の0.5%を占め、さらに勤労者の自殺未遂・既遂者の患者数は57で、救急で自殺未遂・既遂者の患者全体の23.8%を占めていた。すなわち、救急外来患者全体の0.5%は、自殺未遂・既遂患者で占められ、自殺未遂・既遂患者の約四分の一は勤労者ということになる。岸、長森<sup>23)4)</sup>は、救命センターへ収容された自殺未遂者は全体の収容者の2.2~5.8%を占めていたと報告している。救命センターへ収容された自殺未遂者の割合がさらに確率が高くなるのは、同センターへの収容患者全体の中で、自殺企図の結果、身体合併症を併発し救命を必要とする患者の割合が高くなるからであろう。

平成10年度の警察庁の自殺統計の中で有職者の自殺の原因(図19)を調べてみると、自営業、管理職、被雇用者のいずれも経済生活問題が第一位であるが、自営者は47%(2046)、管理職37%(266)、被雇用者22%(1729)が経済問題で死亡しているのである。次に自営者は病苦25.5%(1112)、管理職(167)と被雇用者(1364)は勤務問題が第二位となっている。我々の今回の調査では、第一は家庭問題であるが、男性に関しては職場の人間関係など勤務問題が四分の一を占めていた。女性は約半分が家庭問題を原因に上げていたが、未遂者と既遂者の自殺の相違、勤労者の定義の問題もあり、勤労者でない自殺未遂・既遂者が多少、含まれていたことが、関係していると言えよう。しかし、男性に関しては、勤務問題で自殺したものが25%占めていたが、警察庁統計でも管理職、被雇用者は17~23%が勤務問題で自殺しており、勤務問題は自殺原因の中で大きな原因と言える。つまり、勤務問題、経済問題、家庭問題はリンクしており、勤務問題の背景に経済問題、家庭問題が存在していると考えられるのである。精神

疾患に関しては、気分障害、神経症障害が五～七割を占め、他の報告にみられた異常体験に起因した精神分裂病の自殺未遂は少ないという結果になったが、これは勤労者に限定した調査の結果ゆえと考えられる。筆者は平成10年度の厚生科学研究で企業における過去3年間の自殺者の調査<sup>5)</sup>を行ったが、それによると自殺時点で精神科治療を受けていた従業員は全体の42%、不明と未治療がそれぞれ30%もみられたが、今回の調査においても自殺未遂時点で治療を受けていない、かつ精神科治療の既往のない患者が、六割みられ、家族、職場も気がついていない事例がみられたことは、勤労者の自殺未遂を予防するシステムが確立されていないことを示唆するものである。平成11年度の自殺者は三万人台であることが予想されているが、平成10年度警察庁の報告で「経済・生活問題」の自殺は70%増の6058人に上り、その内容も負債、倒産、事業不振が多く、職業・職種では自営者、製造業者、会社員が急増しており、現在の不況やリストラの影響があることは論をまたない。勤労者の自殺を予防するためには、企業の事業規模、事業内容、職種、業務内容などを考慮し、職場の側からメンタルヘルスケアの確立を検討していくべきであろう。すなわち、近年の不況の中で企業が生き残るためのリストラ策、事業内容の見直しが行われる中で本人が勤務する職場が求められている業務がどのように変化しているのか、周囲、本人も気がつかずに過重負荷がかかり、疲弊状態の一步手前で勤務している状況が続いているなど、まさに社会全体の問題に言及する必要があるのかもしれない。平成12年3月24日に最高裁が下した電通事件(長時間残業の末に新入社員が自殺した事例)で企業が敗訴した判決は、まさに勤労者のメンタルヘルスケアに警鐘を鳴らすものである。

## E. おわりに

警察庁の自殺統計で平成10年度より中高年の自殺者が急増したが、一般臨床の現場でも自殺未遂者の急増が考えられ、今回の調査を実施した。しかし、総合病院という一般救急における年度ごとの調査結果が明らかでないため、勤労者の自殺未遂者の増加には言及できなかった。しかし男性の勤労者に関しては、自殺未遂の原因は職場の人間関係など勤務問題が四分の一を占めており、この結果は警察庁の自殺既遂者の統計とほぼ同じという結果であり、今後、業務が濃厚に関連した自殺未遂事案を個別に検討していく必要がある。

## 文献

- 1)警察庁：平成10年度警察庁統計 1999、4
- 2)岸泰宏：救命救急センターに収容された自殺未遂患者の実態 神経科転科後の経過について — 総合病院精神医学 5(1) 31～38、1993
- 3)長森健：大学病院高度救命救急センターにおける自殺企図例の検討、総合病院精神医学 5(1) 220～225、1995
- 4)堀土郎：大学病院における自殺企図による入院症例の特徴、総合病院精神医学 8(1) 29～37、1996
- 5)黒木宣夫：勤労者の自殺予防に関する調査研究 17～49、適正な医療の給付に関する研究、平成10年度厚生科学研究総括研究報告書 1999



## 【2】職場介入を目的としたメンタルヘルスケアに関する調査～職場別の精神健康度調査～

### A. 研究目的

職場の精神的健康度と産業保健スタッフの介入方法を検討する目的で、某大企業（従業員約20000人）の事業所四ヶ所（表4）の中のそれぞれ一つの職場を労働部、産業スタッフで特定した上で、その職場に従事する従業員にアンケート調査を実施した。

### B. 研究方法

特定した職場の従業員に作成したアンケートとBURN OUT、CES-D、JCQを配布し、分担研究者の所属する研究室に自らの意志で郵送して頂いた。その際、上記テストの結果を知りたいと希望するものについては、事業所担当の保健婦に後日、説明することを条件に名前、所属を記名して頂いた。事業所の内容は表のとおりであり、T0事業所はエンジン開発、焼却炉などの設計、T1事業所は造船関係、T2事業所は研究開発、K事業所は橋梁設計、物流システムなどである。労働部、産業スタッフと検討し、配布した職場は、T0事業所はエンジン部品の設計部、T1事業所は船の設計部、T2事業所は研究開発部、K事業所は橋梁設計部である。

### C. 調査結果（表6）

1. 回収率：どの事業所も八割から九割を占めた。（表5）
2. 記名者の割合：T0事業所のみ24.5%、T1事業所は64.3%、T2事業所は60%、K事業所は73%であった。
3. 年齢：T1事業所は40～59歳が63%、K事業所は48.6%を占め、年齢層が、他の二つの事業所よりも高かった。逆にT2事業所は30代が80%を占めていた。
4. 実働時間：各事業所とも1週間の実働時間は50時間から55時間で、T事業所が他の職場よ

り4～5時間長く残業していた。

5. 残業時間：平均的残業時間はT1、T2、Kは10時間、T0の職場のみ13.8時間であったが、平均すると一日2～3時間ということになる。
6. 過去3ヶ月の病欠、受診回数：一人平均T事業所が病欠一人平均2.3日、医療機関への受診回数も2.9回と他の事業所の職場より病欠傾向、医療機関への受診回数が多いことが明らかになった。
7. 健康状態への自覚：健康状態が悪いと自覚している者の割合が高いのは、T事業所14.3%（7）、K事業所16.2%（6）であった。
8. 治療中の疾患：うつ病がみられた職場は、T0事業所（1）、T2事業所（2）、K事業所（2）であった。高血圧で治療を受けている従業員が多いのはT1事業所で14%にみられた。
9. 健康診断で指摘された項目：高血圧の指摘が多い職場はT1事業所で40.5%（17）、K事業所で27%（10）、肝機能障害の指摘が多い職場はK事業所であった。
10. 食生活：「食事が規則的に取れているかどうか」の質問に「規則的に取れている」と答えた従業員が少ないのはT0事業所の46.9%（23）、K事業所の59.5%（22）であった。その他の職場は七割以上が規則的な食生活と答えていた。
11. 自殺の報道：「人ごとではない」と答えた従業員が多いのが、T0事業所の14.3%（7）、K事業所の18.9%（7）であった。
12. 心身の不調の相談：各職場の約半分、あるいはそれ以上の従業員が「誰かに相談する」と答えており、「誰にも相談しない」と答えた従業員が多いのはT0事業所で16.3%（8）であった。
13. 相談の相手：どの職場の従業員も家族が一番多いが、多い中でも少ないのがT0事業所で34.7%（17）、その他の職場は全て43%以上であった。上司への相談はT1、T2、K事業所は一人

もなく、同僚への相談も1~3人みられただけであった。また、保健婦への相談もT0、T1、T2事業所は0~1人いたのみで、K事業所は4人みられた。二番目に多いのは病院受診して医師に相談するとの回答が多く、11~16%を占めていた。

14. 企業内精神科：企業の近くが良いとする回答が最も多いのが、T0事業所で51%(25)、次にT1、T2事業所で38~45%であった。企業内診療所から最も遠く離れているK事業所は診療所が近くにあるから良いという回答には否定的であった。

15. 自分の精神状態：「大丈夫と知っている」と回答した人が五割から七割、「大丈夫と思うようにしている」との回答はT、K事業所35%(13~17)で、T1、T2より高くみられた。「大丈夫だがチェックしてほしい」との回答は各職場で5~8人みられた。(表7)

16. BURN OUT得点：各職場でBURN OUT得点の平均は3~3.2で変わらないが、BURN OUT兆候があり要注意の従業員をみると、T1事業所が最も少なく、14名(33%)であったが、その他の事業所は、55~62%(23~29)も要注意がみられた。(表7)

17. CES-D：うつ病、うつ状態を示した従業員もT0、K事業所が多く、20~21%(8~10)を占め、T1、T2事業所は3~5名で7~11%であった。(表7)

18. JCQ：どの職場も仕事のコントロール度、上司、同僚の支援は平均以上であったが、仕事の量的負荷はT1、T2事業所は平均か、やや高い傾向がみられた。しかし、T0事業所は仕事のコントロール度も高いがかなりの量的負荷がかかっており、Kも仕事のコントロール度は全国の専門職と同程度であるものの量的負荷がかかっていることが明らかになった。(図20)

#### D. 考察

調査した企業は、各事業所に保健婦、あるいは衛生管理者が配属されており、メンタルヘルスケアの中核となる精神科は、企業診療所内に配置されている。したがって、事業所内でメンタルヘルスケアを必要とする従業員が出た場合、保健婦を通じて診療所内精神科を受診することが多い。ただし、従業員自らメンタルヘルス問題を認識して精神科受診することもあるが、現在のところ、1)職場上司から保健婦を介して、2)従業員から保健婦へ相談した上で保健婦を介して、3)職場上司から直接、精神科ケースワーカーへの相談を介して、等が精神科受診経路として考えられる。しかし、メンタルヘルス問題の発現を予防するためには、事業所全体への関わりなしに従業員の精神健康度を底上げすることは不可能と考えられるが、その際、保健婦活動がその要になることは論をまたない。今回、我々は各事業所の職場を特定して、JCQ、BURN OUT、CES-Dを実施した。JCQにより仕事の量的負荷と要求度、コントロール度、上司・同僚の支援度、BURN OUTにより燃えつき度、CES-Dにより抑うつ度を測定した。今回、調査した職場の特徴としてT1は40歳以上が64%を占め、健診で高血圧の指摘を受けた従業員も他の職場に比較して多くみられ、逆にT2は八割は39歳以下であり、各職場における年齢層の差異も明らかになった。1週間の残業時間はT0が他職場より3時間ほど多く、自分自身では自分のメンタル面の状態は「大丈夫」と自覚している者は、T1、T2は60~69%であったのに対し、T0、Kは48~49%であり、食生活が規則的でない者もT0、Kは40~53%(15~26)みられた。BURN OUT得点も要注意がT1のみ33%で、他職場は全て職場の55%以上も要注意者であり、BURN OUTしている者はT0、Kが4名(8

～10%)、CES-Dでうつ状態と判定された者もT0、Kは職場全体の20～21%(8～10)もみられた。職場のJCQの結果でT0は仕事のコントロール度も高いがかなりの量的負荷がかかっており、Kも仕事のコントロール度は全国の専門職と同程度であるものの量的負荷がかかっていることが明らかになっており、このような職場の状況と個人の残業時間、不規則な食生活、BURN OUT得点、CES-D得点との相関は明らかであった。今後、個人のメンタルヘルス問題が顕在化する前に職場単位のメンタルヘルス状態の改善を図る必要があり、そのためにはCES-D、BURN OUT高得点者への具体的介入を検討すべきとの結果が得られたのである。

JCQで調査した職場の業務過重の程度、作業環境要因を把握した上で、BURN OUT、CES-Dにより従業員の精神健康度を調査した。JCQの職場利用<sup>12)3)</sup>は、わが国では川上らにより検討され始めたばかりである。今回、事業所における職場の状況によっては、組織全体の問題として労務管理の立場からメンタルヘルス対策の検討、さらに調査した職場の従業員に対して各人の精神健康度の状態をテスト結果を知りたいと希望する者にどのような形でテスト結果を返すべきか、職場のメンタルヘルスケアの在り方<sup>45)</sup>を模索する目的で今後、人事労務担当者、保健婦を含めて検討する予定である。

#### E. おわりに

職場単位の組織健康度と個人の精神的健康度との相関に関する研究を行ったが、組織のストレス負荷と個人の抑うつ状態、BURN OUT兆候との関連は相関があることが明らかになった。今後は、健診、健康増進を目的とした保健指導の中にメンタルヘルスケアへの介入を検討していく予定である。

1)原谷隆史：ストレッサー評価、238～241、労働省平成10年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する報告書 1999. 3

2)川上憲人：健康影響評価研究グループ総括、事業所におけるストレス対策の枠組み 9～40、労働省平成10年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する報告書 1999. 3

4)「仕事のストレス判定図」現場での応用に関する研究 56～75、労働省平成10年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する報告書 1999. 3

3)廣尚典：新しいストレスマネジメントマニュアルの作成(2) 産衛誌42巻、179、2000

4)高野知樹：メンタルヘルス事故記入式アンケート実施による効果 産衛誌42巻、640、2000

### 【3】調査結果とメンタルヘルスの在り方に関する検討会議の概要

1. 救急の在り方が都道府県で相違があり、また一次、二次、三次救急で運びこまれる対象者が違うので一概に今回の調査が実態を全て明らかになったわけではない。
2. 家族よりも職場の方がうつ状態は仕事の能力が落ちるの気がつくことが多い。事例性で対応する必要がある。
3. 長期欠勤者におけるうつが増えているので、そのマネジメントをどうするか企業に関心がある。
4. JCQ は指標として妥当かどうか、議論がなされたが、平均値からの乖離を調べるため、これによって、何かがわかるということではない。心理学的立場から開発されたものであり、重要な指標となりうる。虚血性心疾患の発症に関して、ストレスがあるなしをどう図るか、職場でどう影響するかは、疾患の発生に関連がみられた。妥当性の相関は出ている。
5. 今回の調査は、JCQ、BURN OUT、CES-D を行い、特に JCQ は平均値よりずれていたら職場環境の改善に利用しようということである。
6. まず、JCQ の結果を集団に返し、個人には保健婦を介して返すということが良い。
7. EAP に関して：EAP が日本におけるメンタルヘルスに導入できないか、1980 年の後半から活動して 10 年経過したが、定着していない。EAP の対象もアルコール依存症、薬物依存だけでなく広がってきている。外部 EAP、内部 EAP に分かれているが、内部と外部を合わせた複合型もある。アメリカでは数千社の EAP があるが、日本とアメリカの土壌

の違いがある。日本に導入する EAP のシステムの中で、一つはパフォーマンスが落ちた中で、その従業員にアプローチする、マネージャーにスキルを提供できる、従業員に教育、臨床的問題、自殺、労災 EAP のシステムでプロバイダーに契約、外部機関と契約、EAP を社員が利用する、守秘義務を保たれる、誰が、どういった問題で利用されたかは、フィードバックされない、日本はフィードバックされた方が産業医関係で良い。アメリカでは、24 時間システムを取っている。アメリカの EAP は入ってきているが、日本は契約しても利用率が低い。EAP の会社があるといってもどれくらいのかケアができるか疑問、本来、アメリカのやり方を採用している日本の EAP は少ない。コンサルテーションに対してお金を払うという土壌が日本にない。大阪の某 EAP は今でも赤字、日本用の EAP を作っていく必要がある。労働省からちかじかメンタルヘルスのガイドラインがでる、企業にメンタルヘルスの体制を取れという指示がでると思う。労働局は、事業所の外にあってメンタルヘルスの会議を開いている。外部においてメンタルヘルスのサポートする機関をつくっている。受け皿機関を整備していく必要がある。産業領域におけるメンタルヘルスのネットワークが必要で、本来的なアメリカの EAP は難しい。包括的なプログラムを提供、ネットワークに関連していく医療機関の連携、精神科医、心療内科医への教育も必要である。企業内に精神科医、心療内科医がいるところは EAP は完結している事業所もあるが、事業所の外において、ケアすることが必要である。  
(東京経済大学経営学部 島 悟)