

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金  
労働安全衛生総合研究事業  
平成14年度総括・分担研究報告書

労働者の自殺リスク評価と対応  
に関する研究

平成15年3月31日

主任研究者

川上憲人

岡山大学大学院医歯学総合研究科

## 厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

## 総括研究報告書

## 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 岡山大学大学院医歯学総合研究科教授

本研究の目的は、労働者の自殺リスクの評価とこれへの対処のための方法論を整理・開発し、(1) 事業者向けの自殺予防対策マニュアル、(2) 産業保健スタッフ向けの自殺予防マニュアル、(3) 労働者向けの自殺予防マニュアルとその教育プログラムを開発することである。事業場向けマニュアルの開発では、事業場および職場特性と労働者の自殺リスクの関係を解析し、業績が不振で変化が激しい事業場における、多忙な職場で自殺リスクが増加する可能性が示された。事業場が行う自殺防止対策のチェックリストでは、32の実施項目について事業場の規模別に達成すべき水準を示した。産業保健スタッフ向けマニュアルの開発では、産業保健スタッフが自殺のリスクおよび直前のサインを把握しうる場面を整理し、重要なポイントを整理した。また健診場面等で実施できるうつ病発見のための産業保健スタッフ向けの簡便な面接法（構造化面接法）を新たに開発した。また、職場における自殺発生後の上司、同僚などへの心理的影響を緩和し、群発自殺を予防するストレスマネジメント(CISM)の技術について調査し、複数の職場で試行した。労働者向けのマニュアルの開発では、管理監督者用、一般労働者用および家族用の3つの自殺予防マニュアルを作成し、それぞれ50部ずつを各対象者に配布して、有用性および改善点について検討を行った。また、これらのマニュアルを活用した労働者を対象とした自殺予防教育プログラムの素案を作成した。以上から3つのマニュアルの素案が完成し、平成15年度における現場での試行の準備が整った。事業場外機関(EAP)による自殺予防対策の介入研究ではメンタルヘルスの相談件数が増加し、疾病休業日数等が減少に向かう傾向が見られた。しかし自殺率の減少効果を評価するには、さらに平成16年度まで経過を見る必要がある。

## 分担研究者

廣 尚典 日本鋼管病院鶴見保健センター・センター長

高橋祥友 防衛医科大学校防衛医学研究センター・教授

永田頌史 産業医科大学産業生態科学研究所・教授

## A. はじめに

日本における自殺者総数は、平成10年より急増して3年連続して30,000人を超えた。有職者の自殺も同様の傾向をたどり、年間7~8,000人で推移している。日本の自殺の特徴として、欧米に比較して景気変動の影響を受け易く、不況時に増加するという特徴を持っている。理由として、破産や負債の増加、過労、リストラ等に伴う職場環境の変化による不適応などが挙げられている。有効な対策を行わなければ、今後も自殺者数は多

いまま推移する可能性が高い。自殺予防対策は、現在、国民の保健、福祉の場でも緊急の課題である。

自殺予防対策は、地域や家庭と十分に連携して実施されるべきものであるが、現在特に40-59歳の男性での自殺率の増加が顕著であることから、労働の場である事業場において自殺予防の対策が推進されることが効果的であると考えられる。平成13年度には労働者の自殺予防のための研究や各種事業が実施されたが、まだ十分な成果があがっているとは言い難い。これらの研究成果を継続し、さらに発展させるために、事業場における自殺予防を推進するための方策が継続的に研究される必要がある。

本研究の目的は、労働者の自殺リスクの評価とこれへの対処のための方法論を整理・開発し、わが国の労働者の自殺防止を推進するための方法論として、(1) 事業者向けの自殺予防対策マニ

アル、(2) 産業保健スタッフ向けの自殺予防マニュアル、(3) 労働者向けの自殺予防マニュアルとその教育プログラムを開発することである。

平成 14 年度は、このために 5 つの研究を実施した。これらは、(1) 事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討（分担研究者、川上、以下同様）、(2) 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討（廣）、(3) 自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論の検討（高橋）、(4) 労働者向け自殺予防教育プログラムの開発（永田）および(5) 介入研究による効果評価（永田）である。

## B. 対象と方法

### 1. 事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討

#### 1) 事業場の心の健康づくりの現状の把握

平成 14 年 2 月～3 月にかけて実施された「事業場の心の健康づくりの推進方法に関する全国調査」のデータを解析した。この調査では、労災保険対象事業場リストから無作為に選出された全国の 1335 事業場に無記名式の調査票を郵送し、412 事業場から回答を得た（回収率 31.5%）。回答は職場の人事・労務担当者に依頼した。調査対象事業場の従業員は平均 212 名（範囲 1～7300 名；男性平均 142 名、女性平均 70 名）であった。事業場の従業員規模別では 49 名以下が 62 事業場、50～99 名が 147 事業場、100 名以上が 185 事業場であった。従業員数無記入は 18 事業場であった。

調査票では心の健康づくりの現状について 7 領域（「心の健康づくりの方針表明」、「メンタルヘルス相談体制の確立」、「職場環境の改善」、「教育・研修および情報提供」、「様々な機会を活用した心の健康づくり」、「緊急時の心のケア」、「心の健康づくりの効果評価と改善」）、合計 33 項目からなる質問を行った。回答について、一番水準の低いもの（原則としてその項目を何も行っていない状態）とそれ以上に区分して、それ以上の場合を「何か実施している」としてその割合を算出した。

#### 2) 事業場および職場特性と労働者の自殺の関連

##### (1) 事業場の特性と労働者の自殺の関連性：全国調査データから

事業場の心の健康づくりの推進方法に関する全国調査（412 事業場）では、対象事業場で過去 1 年間に自殺者があったかどうかを「はい」「いいえ」「答えたくない」の 3 件法によって質問した。また対象事業場で人事・労務担当者が従業員にとってのストレスと考える問題について 15 項目から選択してもらい、過去 1 年間の自殺の有無との関連性を解析した。解析は自殺の報告があった従業員数 50 人以上の事業場に限定した。

##### (2) 職場特性と労働者の自殺の関連性：大規模追跡調査データの解析

ある電気関連メーカーの事業場を対象とした質問票調査（ベースライン調査）に回答した 5557 人のうち 20 名以上の所属者（回答者）がいる 105 の職場に所属している男性回答者 3057 人のデータを解析した。調査票では対象者に、残業時間、6 つの職業性ストレス（仕事の量的負担、作業コントロール、職務適性感、知識不安、上司との関係、同僚との関係）を回答してもらった。またこれら個人レベルの変数を用いて、所属職場ごとの残業時間の平均値、6 つの職業性ストレスについて「ストレスあり」の者の割合（%）を計算した。個人レベルおよび職場レベルの要因と自殺発生との関連を解析した。

##### 3) 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの完成

平成 13 年度の労働省委託研究費では、文献レビューおよび専門家による検討の結果、労働省（現厚生労働省）「事業場における心の健康づくりのための指針」に従って事業場で実施すべき心の健康づくり対策項目をリストアップした事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストを開発した。このチェックリストは、33 項目を 7 つの領域（A「心の健康づくりの方針表明」、B「メンタルヘルス相談体制の確立」、C「職場環境の改善」、D「教育・研修および情報提供」、E「様々な機会を活用した心の健康づくり」、F「緊急時の心のケア」、G「心の健康づくりの効果評価と改善」）に区分して、それぞれの項目の回答によって 1～4 点を与え、その合計点を領域ごとに求めて評価するように作成されている（高得点の方が心の健康づくりを積極的に実施している）。

平成 13 年度に実施された事業場の全国調査データを従業員 50 人以上の事業場に限定して解析し、チェックリストの 7 領域ごとに信頼性係数（クロンバック  $\alpha$  係数）を計算した。また同一のデータを利用して、チェックリストの項目の探索的因子分析を実施した。

職場のメンタルヘルスの専門家である日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人 60 名を対象として、心の健康づくりの実施状況に関するチェックリストの 33 項目について、事業場において「必要最低限この程度はやっておいて欲しい」と考える実施状況を項目ごとに 4 段階から 1 つ選んでもらった。回答は、「中規模事業場（50～999 人）で看護職なし」、「中規模事業場（50～999 人）で看護職あり」、「千人規模以上事業場（1000 人以上）」のそれぞれについて求めた。50 人未満事業場については意見を求めなかった。

## 2. 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討

### 1) 自殺の危険因子、直前のサインを発見する機会および要件に関する検討

産業医、看護職等に対して質問紙調査を実施し、自殺の危険因子および自殺直前のサイン 37 項目について、人的資源面（事業場の産業医、専門医、看護職、臨床心理士などの知識、技術）と組織・管理面（専門職の数、関係部署との連携、教育・研修プログラム、健康管理に関するシステムなど）の 2 つの面から健康診断、健康相談、復職判定、職場からの情報などによって、職場で把握できる可能性を調査した。さらに、企業外労働衛生機関に関与し、契約事業場の産業医業務を行っている医師 5 名、事業場のメンタルヘルス対策に携わっている精神科医および心理職 4 名の 2 つのグループを対象として、自殺の危険因子、直前のサインの把握とその後の対応に関して、各 1 回ずつディスカッション形式で聞き取り調査を行った。

### 2) うつ病のアセスメントのための簡便な構造化面接法の開発に関する検討

Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) の大うつ病エピソードモジュール（以下 M.I.N.I.-D 9 項目版）の短縮版（以下、M.I.N.I.-D 短縮版と略す）を作成した。この短縮版の①評価者内信頼性（同一の従業員を同一の産業保健スタッフが間に数日おいて 2 回面接を行ない、一致度を測った）、②評価者間信頼性（同一の従業員を対象に複数の面接者が面接を行ない、その一致度を測った）を検討した。また 4 事業場計 77 名（男性 59 名、女性 6 名、不明 12 名、平均年齢 38.0±7.6 歳）の従業員を対象に、M.I.N.I.-D 短縮版の内的妥当性（基準関連妥当性）を、M.I.N.I.-D 9 項目版を基準として検討した。また産業保健スタッフを対象に M.I.N.I.-D 短縮版の有用性についてアンケート調査を行った。

## 3. 自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論の検討

自殺が生じた際の対応に関して一般的な対応および専門的な対策に関して内外の論文や分担研究者である高橋の経験をもとに提言としてまとめた。

## 4. 労働者向け自殺予防教育プログラムの開発

### 1) 職場における自殺予防教育プログラム・マニュアルの作成と評価

職場における自殺予防のための教育プログラムの叩き台となる教材資料を作成した。また自殺

予防マニュアルを管理監督者用、家族用、一般職用の 3 種類を作成した（以上、永田分担研究報告の資料 1～4 を参照）。本年度は、マニュアルを 6 事業場の産業保健スタッフ 40 名に対して配布し、アンケートによる評価を依頼した。このほかに管理職用のマニュアルを複数の事業場の管理職 95 名に、家族用自殺予防マニュアルは労働者の家族 52 名に、一般職用自殺予防マニュアルを一般職 68 名に対して配布し、意見を求めた。

### 2) 自殺事例の収集とリスクファクターの分析

#### (1) 自殺事例の分析

調査の主旨を説明し、同意を得た産業医 8 名、精神科・心療内科医の勤務医 8 名に対して調査票を配布し、過去 10 年間に経験した有職者の自殺既遂者（以下、既遂者）、未遂者について記入してもらった。全部で 54 例が報告されたが、情報が不十分な 9 例は対象者からはずし、既遂者 33 例、未遂者 12 例の合計 45 例を調査対象とした。調査内容は、年齢、性別、職業、臨床診断名、治療歴、自殺の既遂か未遂の区別、職場や家庭における心理的負荷、自殺のサイン等である。職場や家庭における心理的負荷の種類や程度については、厚生労働省から公表された労災認定基準である「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」を参考にした。

#### (2) 企業の業績変化と自殺発生に関する調査研究

事業者側と労働組合の代表に趣旨を説明し、同意が得られた企業 6 社に対して、1991～2002 年度までの経常利益と労働者の自殺発生について平成 14 年 11 月に調査し、回答を得た。6 社のうち、3 社において労働者の自殺事例が認められたので、それらの企業における企業業績と労働者の自殺発生の関係について検討した。

企業業績を示す指標として、2002 年度の報告書と同様に、当該年度の従業員 1000 人当たりの経常利益（B/E）を使用し、企業業績の変化を示す指標として、 $\Delta B/E$ （当該年度の B/E - 前年度の B/E）を用いた。なお、参考指標として、 $\Delta E$ （当該年度の総従業員数 - 前年度の総従業員数）を用いて、総従業員数の変化と労働者の自殺発生の関係も調べた。

## 5. EAP によるメンタルヘルス対策の効果評価に関する研究

### 1) EAP によるメンタルヘルスケア対策に関する人事労務担当者の意識調査

調査協力に賛同が得られた企業 6 社の人事労務担当者に対して自記式質問紙を平成 14 年 10 月に配布し、12 月に回収した。質問紙の内容は、企

業の業種・従業員数、メンタルヘルスケア対策の主な内容、事業者・管理職・一般社員としてメンタルヘルスケア対策が役立つと思うこと、メンタルヘルスケア対策が経営に与える影響などである。自由回答で記入してもらった。

## 2) EAP によるメンタルヘルスケア対策前後の疾病休業および自殺率に関する調査

対策を実施した企業のメンタルヘルス相談者数、疾病休業率および自殺率を、対策前後で比較することで、メンタルヘルス対策の効果を検討することとした。対策前後のデータの提供を受けた2社（N社とO社）のデータを解析した。

## C. 結果

### 1. 事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討

#### 1) 事業場の心の健康づくりの現状の把握

心の健康づくりの重要性を認識している事業場は9割近くを占める一方、具体的取り組みを行なう事業場は2割前後であった。また、衛生委員会等において心の健康づくりを検討課題としている事業場は半数近くあり、目標と計画を明確化している事業場は1割あった。相談対応は、対応者個々の対応に任せる事業場が多く、体制の整うところは2割程度であることが明らかとなった。心の健康教育・研修に関しては、産業保健スタッフと比べて、管理監督者や一般従業員に対するものが少ないことが示された。復職判定の手順や緊急時の対応が決まっている事業場は1割弱であった。

#### 2) 事業場および職場特性と労働者の自殺の関連性

##### (1) 事業場の特性と労働者の自殺の関連性：全国調査データから

回答を寄せた従業員50人以上の321事業場のうち、過去1年間に自殺者が「いる」と答えた事業場は4.0%（14社）あった。自殺のリスクと有意に関連した従業員のストレスは、「仕事量が少ない」「リストラや雇用不安」「個人や家庭の問題」であった( $p < 0.05$ )。一方、「職場の人間関係」がある場合、自殺のリスクが有意に低かった。

##### (2) 職場特性と労働者の自殺の関連性：大規模追跡調査データの解析

追跡期間中の自殺者は6人であった（年平均自殺率10万対39）。職場の平均残業時間が10時間増加すると自殺リスクは3.5倍増加すると推定された( $P = 0.06$ )。また知識不安を訴える者が10ポイント増加すると自殺リスクは2.7倍に増加すると推定された( $p = 0.03$ )。一方、個人レベルの変数

はいずれも自殺と有意な関連を示さなかった( $p > 0.05$ )。

### 3) 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの完成

専門家30名から事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストについての意見が寄せられた。「THPの心理相談」についてはこのチェックリストから除外することにした。この結果、チェックリストは32項目構成となった。

全国調査に回答した50人以上の規模の事業場について、それぞれの領域点数の内的整合性による信頼性係数（クロンバックの $\alpha$ 係数）は、領域F「緊急時の心のケア」以外ではいずれも0.7以上と高かった。探索的因子分析では32項目から4つの因子が抽出された。これらは所定の領域区分とほぼ一致していた。以上から、チェックリストのA～Gの領域区分とその合計点数による評価がほぼ適切であることの根拠が得られた。

専門家の意見調査に回答した30人の心の健康づくりの最低基準の下限値および平均値を比較したところ、いずれの領域でも規模50-999人で看護職なし事業場よりも、規模1000人以上の事業場で大きくなっていった。事業場全国調査の活動点数の平均値は、ほとんどの項目で専門家による最低基準の下限値と近い数値になっていた。この下限値を当面最低限の目標とすることが妥当と考えられた。また専門家が必要と考える平均的な水準を「望ましい水準」として設定することとした。最終的な「事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリスト」を作成した。最終案は、川上の分担研究報告書の資料1に示した。

### 2. 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討

#### 1) 自殺の危険因子、直前のサインを発見する機会および要件に関する検討

産業保健スタッフ向け調査およびヒアリングの結果からは、生育歴に関わっている、あるいは家族に問い合わせが必要であると考えられる一部の項目を除いて、自殺の危険因子および直前のサインの多くは、ある程度の人的資源および組織・管理面での整備がなされれば、確認が可能であると考えられた。

#### 2) うつ病のアセスメントのための簡便な構造化面接法の開発に関する検討

2事業場の計3名の産業保健スタッフによって、3例について評価者内一致度を調べたが、結果は3例とも完全に一致していた。2つの事業場において検討された評価者間一致度は、全て完全に一致していた。M. I. N. I. -D短縮版の内的妥当性(基

準関連妥当性)については、M.I.N.I.-D 短縮版による結果とM.I.N.I.-D 9項目版の結果の一致度は、kappa 係数 0.60 とほぼ満足できる結果であった。

M.I.N.I.-D 短縮版での所要時間の平均±標準偏差は 55±44 秒であり、M.I.N.I.-D 9項目版では平均 84 秒±43 秒という結果であった。また、面接を担当した事業場の産業保健スタッフ 12 名に対するアンケート結果では、M.I.N.I.-D 短縮版について、非常に利用しやすい 4 名、ある程度利用しやすい 7 名、という結果であった。

### 3. 自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論の検討

自殺発生後の対応（ポストベンション）は、不幸にして自殺が生じてしまった場合に、他の人々に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくする対策を取ることを意味している。ポストベンションの原則は下記の通りである。

- ① 関係者の反応が把握できる人数で集まる
- ② 自殺について事実を中立的な立場で伝える
- ③ 率直な感情を表現する機会を与える
- 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（このためのパンフレットを用意した）。
- 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
- 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
- ⑦ その他

一方、CISM (Critical Incident Stress Management、緊急事態ストレスマネジメント) は、日常的なストレスをはるかに超えた緊急事態を経験した人のこころのケアを実施するための専門的な技法として欧米で開発され、実施されてきた。ここでは CISM の中でもディブリーフィングの概要について述べておく。ディブリーフィングとは緊急事態を経験した人々がトラウマ（心的外傷）から生じる影響を可能な限り和らげるために行うグループを対象としたアプローチの一技法である。ディブリーフィングの参加者は 10 人前後までに限るほうが、参加者の反応がはっきりととらえられてよい。精神保健の専門家がディブリーフィングのリーダーとなり、もうひとりピア・スタッフも入る。ピア・スタッフとは参加者と同様の職種でこれまでディブリーフィングを進めた経験のある人を指す。典型的なディブリーフィングでは、①導入、②事実、③思考、④反応、⑤症状、⑥教育、⑦再入の段階を経ていく。ディブリーフィングと同様あるいはそれ以上に重要なのがフォロ

ーアップである。

### 4. 労働者向け自殺予防教育プログラムの開発 1) 職場における自殺予防教育プログラム・マニュアルの作成と評価

管理職、一般職、家族用の自殺予防マニュアルを作成して、産業保健スタッフ、職場の管理職、一般職、家族からの要望を依頼した結果、①もっと簡略化すること、②イラスト、フローチャート、ストーリーの組立ての工夫などにより、親しみやすく、わかりやすくすること、③成功事例を加えること、④プライバシーや管理職の法的責任などの項目を加えること、などの要請があった。これらはマニュアルの修正に反映される予定である。

産業保健スタッフへの調査では「大変わかりやすい」が 10～30%、「わかりやすい」が 46～57%であったが、職場の管理職、一般職、家族への調査では、「大変わかりやすい」は 0～4%、「わかりやすい」は 45～77%とであった。このことは、対象が勤労者や家族の場合は現在の内容では難しいことを示唆している。マニュアルを改良することによって、より理解されやすいマニュアルを作成することが可能であると考えられる。

### 2) 自殺事例の収集とリスクファクターの分析

#### (1) 自殺事例の分析

職場や職場以外の心理的負荷はうつ病の存在とともに重要なリスクファクターであることが示された。しかし、中等度の心理的負荷でも多くの自殺者が発生していることから、心理的負荷に対する本人の主観的な受け止めの方がより重要であること。職場で前もって自殺のサインに気づかれている例は少なく、あとから振り返って、うつ病などの非特異的なサインと自殺を結びつけている例が多いこと。職場では気づかれていなくても家族が気づいている例も少なくないことがわかった。

#### (2) 企業の業績変化と自殺発生に関する調査研究

3社で合計 10 例の自殺（未遂も含む）が認められたが、そのうち 9 名は△B/E が低下した翌年度に発生が認められた。総従業員数と労働者の自殺発生の関係をみると、従業員数が前年度に比べて減少した年度に発生した自殺が 10 例中 6 例認められた。

### 5. EAP によるメンタルヘルス対策の効果評価に関する研究

#### 1) EAP によるメンタルヘルスケアに関する人事労務担当者の意識調査

事業者・管理職・一般社員にとってメンタルヘ

ルスケア対策が役立つと思うこと、メンタルヘルスケア対策が経営に与える影響に関して、2社以上から類似の回答が得られたものを挙げると、「精神疾患で休業した社員の職場復帰」「メンタルヘルス不全の部下について相談できる窓口がある」「管理職自身のセルフケア」「社員自身の体調不良に気づいて早めに相談できる」「周囲の社員に対する配慮」「社員を大切にするという企業イメージ（社員の企業に対する信頼感）」「職場の人間関係」という内容が挙げられた。

上記の結果より、企業におけるメンタルヘルスケア対策の効果を調べる指標としては、下記の項目が適切と考えられた。

- (1) 精神疾患の休業、職場復帰
- (2) 管理職の、メンタルヘルス不全者に対する対応技術
- (3) 管理職自身のセルフケアに対する関心度
- (4) 職場の人間関係
- (5) 周囲の社員に対する配慮
- (6) 社員の企業に対する信頼感

## 2) EAP によるメンタルヘルスケア対策前後の疾病休業および自殺率に関する調査

N社では、メンタルヘルスケア対策後、メンタルヘルス研修受講者も増加し、また、それと同時にカウンセリング受診者も増加しているのが認められた。対策後、男性の休業者率は1995年度と1999年度、2001年度を除いて、対策前（1993年度）よりも低い値を推移しているのが認められた。またN社では、1994年に累積自殺率が1.5（/5000人年）とピークを示したが、その後は低下し、1999年度に軽度増加した後は再び低下をしているのが観察された。

O社では1998年度からのメンタルヘルスケア対策実施後より精神疾患による休業件数率と休業日数率が一過性に増加したが、その後平均休業日数が低下した。休業日数率は1998年度から2002年度まで大幅に増加せず、1.1～1.5までの範囲を推移していた。自殺率は1992年度に0.9（/5000人年）とピークを示した後、メンタルヘルス対策実施2年目の1999年度には0.3まで低下した。しかし、その後、徐々に増加傾向を示しているのが認められた。

## D. 考察

### 1. 労働者の自殺リスクと関連する組織要因

事業場や職場などの組織レベルからみた労働者の自殺の関連要因については、事業場を対象とした全国調査では、過去1年間に自殺者が「いる」と答えた50人以上規模の事業場は4%あり、25事業場に1カ所の事業場が1年間に自殺の発生を経験していた。

事業場の全国調査からは、従業員50人以上の事業場のうち、少ない仕事量やリストラや雇用不安を抱える従業員が多いと人事・労務担当者が回答した事業場では、過去1年間に自殺の発生割合が高かった。これらの結果は、不況下で受注や生産量が減少している事業場、またリストラや雇用不安など職場の再編成や雇用調整を行っている事業場において労働者の自殺が発生しやすい傾向を示している。

このことは、永田らが行った自殺事例の分析および事業場の経営指標と自殺との関連の解析結果ともよく一致していた。企業業績の悪化により、業績回復のため、労働者1人に対する労働負荷が増加し過重負荷を受けることが多くなりやすいこと、また、労働負荷の増加により、職場における上司や同僚からの社会的支援が低下しやすくなること、さらに、業績悪化により、自らの仕事の評価が低下し、自尊感情も低下しやすいくことから、メンタルヘルス不全者のストレス反応が増悪しやすい職場環境となり、労働者の自殺が発生する可能性が考えられる。また、従業員数の減少が加わると、従業員1人当たりの労働負荷の増加や職場での社会的支援の低下も著しくなるため、自殺が発生しやすくなると考えられる。

一方、電機関連メーカー従業員の追跡調査データの解析では、平均残業時間の長い職場、知識や技術に対する不安感が高い職場で自殺が発生しやすいとの結果が得られた。以上から、業務量が減少し雇用不安の高い事業場の中で、むしろ残業時間の長く変化の激しい職場において自殺リスクが高まるものと推測された。こうした事業場や職場においては、十分な水準の自殺防止対策を導入する必要があると考えられる。

### 2. 事業場の心の健康づくりの実態と推進方策

事業場を対象とした全国調査の結果では、心の健康づくりに対する関心は高いが、具体的な活動がなかなか伴わない現状が明らかとなった。また、スタッフとその教育の不足、手順についての知識の不足があることが考えられた。また、特に従業員数の少ない事業場での対策が進みにくい現状が示された。

こうした事業場の心の健康づくりをさらに推進するために、産業保健スタッフや事業者が自らの事業場の心の健康づくりの水準を自己評価する「事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリスト」を完成した。事業場全国調査データの解析から、32の活動項目を7つの領域に区分して評価することが適切であることが示された。さらに事業場における心の健康づくりの専門家の意見調査から、7活動領域に対する評価基準（「問題あり」、「最低限度」、「良好」）を作成した。この

# 目 次

## 総括研究報告書

労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究	川上憲人……………	1
----------------------	-----------	---

## 分担研究報告書

1. 事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討	川上憲人……………	11
2. 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討	廣 尚典……………	49
3. 自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論の検討	高橋祥友……………	71
4. 労働者向け自殺予防教育プログラムの開発および介入研究による効果 評価	永田頌史……………	81



行した。労働者向けのマニュアルの開発では、管理監督者用、一般労働者用および家族用の3つの自殺予防マニュアルを作成し、それぞれ50部ずつを各対象者に配布して、有用性および改善点について検討を行った。また、これらのマニュアルを活用した労働者を対象とした自殺予防教育プログラムの素案を作成した。以上から3つのマニュアルの素案が完成し、平成15年度における現場での試行の準備が整った。事業場外機関(EAP)による自殺予防対策の介入研究では、メンタルヘルスの相談件数、疾病休業日数等が減少に向かう傾向が見られた。しかし自殺率の減少効果の評価するには、さらに平成16年度まで経過を見る必要がある。

平成15年度は、平成14年度研究で素案が作成された上記の3つのマニュアルを職場等で実際に施行してその有用性を評価するとともに、さらに必要な修正を行う。またうつ病の評価に加えて労働者に対するより直接的な自殺リスクの評価(自殺念慮の問診法など)、事業場外資源の活用方法が自殺の防止に重要であることが平成14年度研究からわかったためこれに関して新たに研究計画を追加する。以上の研究から、最終年度には3つのマニュアルが完成し、わが国の事業場における労働者の自殺リスクを軽減するための指針が事業場、産業保健スタッフ、労働者に向けて提供できる体制が整うと期待される。

#### F. 健康危機情報

該当せず。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Nagata S, Mishima N, Kubota S. Current status and new trends in the promotion of occupational mental health. J UOEH 24(supp):61-70, 2002.
2. Nagata S・Ishibashi S: Mental health and stress. J MAJ 46:55-60, 2003.
3. 永田頌史, 石橋慎一郎. 産業ストレスと疾患. 日本医事新報 (4079):11-15, 2002.
4. 永田頌史. (特集)生活習慣、環境による疾患—病態と対策 (3)職場環境と疾患 職場とストレス. 医学と薬学 48(3):297-304, 2002.
5. 永田頌史. 内科臨床における“こころ”と“からだ”(特集)職場環境ストレスの“こころ”と“からだ”への影響. Medicina 39(13):2069-2071, 2002.
6. 中村 純, 副田秀二, 永田頌史. 労働者の自殺への対応(特集:産業ストレス対策の新しい展開). ストレス科学 16(4):227-232, 2002.
2. 学会発表
  1. 荒武 優, 廣尚典, 亀田高志, 田中克俊, 鎗田圭一郎, 林剛司, 柱宗孝, 河野慶三, 荘司栄徳, 川上憲人. 職場における自殺予防対策の現状に関する検討(1). 日本産業衛生学会(神戸)2002.4
  2. 廣 尚典, 佐藤恵美, 田中美由紀, 牧野純, 長見まき子, 北村尚人, 森崎美奈子, 荒井稔, 中川茂昭, 黒木宣夫, 他. 職場における自殺予防対策の現状に関する検討(2). 日本産業衛生学会(神戸)2002.4
  3. 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・赤築綾子・昇 淳一郎・石橋慎一郎: 職業性ストレスによる自殺の予防—事例検討から. 第41回日本心身医学会九州地方会, 2002.
  4. 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・赤築綾子: 外来通院中の労働者の職場と家庭におけるストレス. 第41回日本心身医学会九州地方会, 2002.
  5. 三島徳雄・永田頌史・久保田進也・赤築綾子・中村 純・副田秀二・宮田正和・酒井 淳: 労働者のメンタルヘルス対策に関するネットワーク作りの試みと課題(第1報). 第75回日本産業衛生学会, 2002.
  6. 赤築綾子・久保田進也・三島徳雄・永田頌史: 日本における自殺の動向—自殺率と社会的要因との関連についての検討. 第75回日本産業衛生学会, 2002.
  7. 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・赤築綾子・石橋慎一郎: 職場における自殺の予防—症例検討から. 第43回日本心身医学会総会, 2002.
  8. 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・清水隆司・赤築綾子: 事例からみた職場における自殺予防対策. 日本産業衛生学会九州地方会, 2002.
  9. 三島徳雄: 解決志向アプローチの産業保健への応用. 平成14年度日本産業衛生学会 東海地方会, 2002.
  10. 永田頌史: Current status and new trends in the occupational mental health promotion. 日本産業ストレス学会・日本産業精神保健学会共催 国際学際セミナー, 2002.
  11. Mishima N: Encouraging Occupational Healthcare Professionals to Learn a Solution-focused Approach. European Brief Therapy Association, 2002.
  12. 三島徳雄: シンポジウム「職場におけるメンタルヘルスとストレス対策」職場のリスナー教育—専門家に何が求められているか. 第66回日本心理学会, 2002.

13. Nagata S・Mishima N・Kubota S・Shazuki A・Shimizu T・Tan Z : Job stress and worker suicide. 10th Congress of the Asian College of Psychosomatic Medicine, 2002.
14. 清水隆司・永田頌史：企業におけるメンタルヘルスケア対策と疾病休業. 第 61 回日本公衆衛生学会総会, 2002.
15. 久保田進也・三島徳雄・永田頌史：管理監督者を対象にしたメンタルヘルス研修の方補と評価について. 第 50 回日本職業・災害医学会, 2002.
16. 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・清水隆司・赤築綾子：職場における自殺予防対策. 第 50 回日本職業・災害医学会, 2002.
17. 永田頌史：シンポジウム「過労自殺について」. 第 26 回産業医科大学学会, 2002.
18. 永田頌史：メンタルヘルス対策の地域ネットワーク. 平成 14 年度全国産業安全衛生大会, 2002.
19. 永田頌史：シンポジウム「職場における自殺予防」. 第 10 回日本産業ストレス学会, 2002.
20. 川上憲人、小林章雄、廣 尚典、原谷隆史、小林由佳、島津明人. 都道府県別の社会経済指標と 2000 年の性・年齢別自殺率の関連：地域相関研究. 日本衛生学会総会（大分）2003.3

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
該当せず。

2. 実用新案登録  
該当せず。

3. その他  
該当せず。

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
 分担研究報告書

事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討

主任研究者 川上憲人 岡山大学大学院医歯学総合研究科教授  
 研究協力者 堤 明純 岡山大学大学院医歯学総合研究科助教授  
 島津明人 広島大学教育学部講師  
 小林由佳 岡山大学大学院医歯学総合研究科院生

事業場や職場などの組織レベルからみた労働者の自殺の関連要因を明らかにし、自殺防止のために事業場の心の健康づくりを推進するためのツールの開発を目的として、以下の3つの研究を実施した。(1) 事業場の心の健康づくりの現状の把握—労災保険対象事業場を対象とした全国調査（平成14年2月～3月、412事業場から回答、回答率31%）を再解析した。心の健康づくりに対する関心は高いが、具体的な活動がなかなか伴わない現状が明らかとなった。また、スタッフとその教育の不足、手順についての知識の不足があることが考えられた。また、特に従業員数の少ない事業場での対策が進みにくい現状が示された。(2) 事業場および職場特性と労働者の自殺の関連性—上記の事業場を対象とした全国調査では、過去1年間に自殺者が「いる」と答えた事業場は4%あった。人事・労務担当者から報告された各事業場における従業員の主要なストレスや組織の変化のうち、自殺のリスクと有意に関連したのは「仕事量が少ない」、「リストラや雇用不安」、「個人や家庭の問題」であった( $P<0.05$ )。②ある電気関連メーカーの事業場を対象とした質問票調査に回答した5557人を5年間追跡した。うち20名以上の所属者（回答者）がいる105職場に所属している男性回答者3057人のデータを解析した（追跡期間中の自殺者6人）。職場の月平均残業時間が10時間増加すると自殺リスクは3.5倍、知識や技術に不安を訴える者が10ポイント増加すると自殺リスクは2.7倍に増加した。以上から、業務量が減少し雇用不安の高い事業場の中で、むしろ残業時間の長く変化の激しい職場において自殺リスクが高まるものと推測された。3) 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの評価基準の作成—平成13年度厚生労働省委託研究において開発した、産業保健スタッフや事業者が自らの事業場の心の健康づくりの水準を自己評価するための「事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリスト」の評価基準を作成し、完成した。専門家の意見調査から、活動項目を32に確定した。事業場全国調査データの解析（信頼性係数の算出、説明的因子分析）から、32の活動項目を7つの領域に区分して評価することが適切であることが示された。事業場における心の健康づくりの専門家から評価基準について意見を求め、これに基づいて上記7領域に対する評価基準（「問題あり」、「最低限度」、「良好」）を作成した。

A. はじめに

日本における自殺者総数は、平成10年より急増して3年連続して30,000人を超えた。有職者の自殺も同様の傾向をたどり、年間7～8,000人で推移している。日本の自殺の特徴として、欧米に比較して景気変動の影響を受け易く、不況時に増加

するという特徴を持っている。理由として、破産や負債の増加、過労、リストラ等に伴う職場環境の変化による不適應などが挙げられている。有効な対策を行わなければ、今後も自殺者数は多いまま推移する可能性が高い。自殺予防対策は、現在、国民の保健、福祉の場でも緊急の課題である。

自殺予防対策は、地域や家庭と十分に連携して実施されるべきものであるが、現在特に40-59歳の男性での自殺率の増加が顕著であることから、労働の場である事業場において自殺予防の対策が推進されることが効果的であると考えられる。平成13年度には労働者の自殺予防のための研究や各種事業が実施されたが、まだ十分な成果があがっているとは言い難い。これらの研究成果を継続し、さらに発展させるために、事業場における自殺予防を推進するための方策が継続的に研究される必要がある。

本分担研究では、現在まで蓄積された自殺予防関連研究の成果を踏まえながら、労働者の自殺リスクの評価とこれへの対処のための方法論を整理・開発し、わが国の労働者の自殺防止を推進するための職場向けマニュアルを開発する全体計画の中で、特に事業場や職場などの組織レベルに注目して労働者の自殺リスクの評価と対策の推進方法について検討を行う。

本研究では、3年計画の1年目として3つの研究を実施した。

#### 1) 業場の心の健康づくりの現状の把握

全国の事業場を対象とした調査の結果から、事業場の心の健康づくりの現状を検討した。

#### 2) 事業場および職場特性と労働者の自殺リスクの関連性

労働者の自殺は、金銭・借金、身体障害、家庭不和（朝倉ほか, 1985）、うつ病(Tamakoshi et al., 1999)を含む精神障害、仕事のストレスなど個人レベルでのさまざまな要因によって影響されていることが報告されている。しかし、事業場や職場などの組織レベルの特徴と自殺の関連性を検討した研究はまだない。どのような事業場において自殺が発生しやすいかを把握することは、事業場単位での自殺対策を推進する上で有用な情報となる。事業場および職場特性と労働者の自殺リスクの関連性を明らかにするために、(1) 事業場の特性と労働者の自殺の関連性－事業場の特性と労働者の自殺の関連性を明らかにするために、過去1年間の自殺の有無と従業員にとってストレスと考えられる問題について事業場を対象とした全国調査データを解析した。(2) 職場特性と労働者の自殺の関連性－職場の特性と労働者の自殺との関連性を検討するために、労働者の大規模追跡調査データの解析を行った。

#### 3) 事業場の心の健康づくりの実施状況チェックリストの完成

平成13年度厚生労働省委託調査研究「労働者の自殺予防対策に関する研究」自殺予防介入効果調査班において、自殺予防を含めた事業場の心の健康づくり実施状況を評価するための「事業場における心の健康づくりの実施状況に関するチェ

ックリスト」(案)が提案されている(川上他, 2002a)。このチェックリストは事業場が行うべき心の健康づくり33項目をリストアップし、それぞれについて活動水準を4段階で評価するもので、事業場が自らの心の健康づくりの活動水準を自己評価し、改善してゆく参考にするものである。本研究ではこのチェックリストの開発を継続し、その評価方法の適切さの確認および専門家の意見に基づいた評価基準について検討し、チェックリストを完成させた。しかしながら現時点で産業医の選任義務のない従業員49名以下の事業場でのように心の健康づくりを推進するかについて十分なコンセンサスが得られていないことから、今回の評価基準の作成は、従業員50人以上の事業場を対象とすることとした。

### B. 対象と方法

#### 1. 事業場の心の健康づくりの現状の把握

平成14年2月～3月にかけて「事業場の心の健康づくりの推進方法に関する全国調査」が実施された(川上他, 2002b)。労災保険対象事業場リストから無作為に選出された全国の1335事業場に無記名式の調査票を郵送し、412事業場から回答を得た(回収率31.5%)。調査票の回答は職場の人事・労務担当者に依頼した。調査対象事業場の従業員は平均212名(範囲1～7300名;男性平均142名、女性平均70名)であった。事業場の従業員規模別では49名以下が62事業場、50～99名が147事業場、100名以上が185事業場であった。従業員数無記入は18事業場であった。

調査票では心の健康づくりの現状について7領域(A「心の健康づくりの方針表明」、B「メンタルヘルス相談体制の確立」、C「職場環境の改善」、D「教育・研修および情報提供」、E「様々な機会を活用した心の健康づくり」、F「緊急時の心のケア」、G「心の健康づくりの効果評価と改善」)、合計33項目からなる質問を行った。具体的な項目は表1あるいは資料2(専門家向け調査票)を参照のこと。回答者は各項目について、4つ(ないし5つ)の選択肢の中から現在の事業場の状況に最も近いもの一つ選んでもらった。回答について、一番水準の低いもの(原則としてその項目を何も行っていない状態)とそれ以上に区分して、それ以上の場合を「何か実施している」としてその割合を算出した。

#### 2. 事業場および職場特性と労働者の自殺の関連性

##### 1) 事業場の特性と労働者の自殺の関連性：全国調査データから

上記の「事業場の心の健康づくりの推進方法に関する全国調査」(川上他, 2002b)のデータ(412

事業場）を解析した。調査票では、対象事業場において過去1年間の自殺者については「はい」「いいえ」「答えたくない」の3件法によって質問した。一方、対象事業場で人事・労務担当者が従業員にとってのストレスと考える問題について、15項目から選択してもらった（複数回答可）。15項目の内容は表3を参照のこと。

従業員数49名以下の62事業場および従業員数無回答の18事業場では過去1年間に自殺の発生がなかったため、解析は従業員数50人以上の事業場に限定した。従業員数50～99名の147事業場、100名以上の185事業場、合計332事業場を解析の対象とした。

解析は、従業員にとってストレスと考えられる問題15項目それぞれの有無を独立変数（なし=0、あり=1）、過去1年間の自殺の有無を従属変数として、従業員数を調整した多重ロジスティック分析を行った。

## 2) 職場特性と労働者の自殺の関連性：大規模追跡調査データの解析

### (1) 調査対象

ある電気関連メーカーの事業場を対象とした質問票調査（ベースライン調査）に回答した5557人を5年間追跡した。その間、自殺者10人（男性9人、女性1人）を同定した。ベースライン調査の回答者は、合計365の職場に所属していたが、うち20名以上の所属者（回答者）がいる105の職場に所属している男性回答者3057人のデータを解析した。

### (2) 個人レベルの変数の測定

調査票では対象者に、残業時間、6つの職業性ストレス（仕事の量的負担、作業コントロール、職務適性感、知識不安、上司との関係、同僚との関係）を回答してもらった。職業性ストレスは各1項目、4段階で回答を求め、上位を「ストレスあり」とした。また年齢、職種（管理職か非管理職か、製造組立か事務職か）を調査した。

### (3) 職場レベルの変数の測定

個人レベルの変数を用いて、所属職場ごとに残業時間の平均値を計算した。また6つの職業性ストレスについて「ストレスあり」の者の割合（%）を計算した。この他、職場サイズ（所属回答者数）、構成員中の女性の割合（%）、平均年齢も求めた。これらの職場レベル変数を、所属する回答者に割り当てた。

### (4) 解析

自殺者と非自殺者の間で、上記の個人レベルおよび職場レベルの要因を比較した（*t*検定あるいはFisher検定）。また有意な差がみられた要因については多重ロジスティック回帰により、自殺の相対リスクの大きさを計算した。

なお本研究テーマについては当初の研究計画では10事業場を対象とした5年間の追跡調査データを解析する予定であった。しかし追加データ（事業場の対策の実施状況）を収集する必要があるために疫学研究の倫理指針に従い新たに同意手続きなどが必要となるがこれが困難と予想された。このためすでに収集され個人同定不可能になっている本データベースを使用して解析を進めた。

## 3. 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの完成

すでに述べたように、平成13年度の労働省委託研究費で、文献レビューおよび専門家による検討の結果、労働省（現厚生労働省）「事業場における心の健康づくりのための指針」に従って事業場で実施すべき心の健康づくり対策を33項目リストアップした事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストを開発した（川上他, 2002a）。このチェックリストでは、33項目をさらにAからGまでの7つの領域に区分して、それぞれ点数化して評価するように意図して作成されている。それぞれの領域を構成する項目の4段階の回答に1～4点を与え、これを領域ごとに合計して点数を求めるようになっている。

この事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの評価方法の適切さを確認し、評価基準を決定するために、以下の2つの研究を実施した。

### 1) 全国調査データの解析

平成13年度に実施された事業場の全国調査データ（川上他, 2002b）を解析した。まずチェックリストの7領域ごとに合計点数を求める評価方法が適切かどうかを、各領域を合成尺度と見立てて、内的整合性による信頼性係数（クロンバック $\alpha$ 係数）を計算した。この係数が0.7以上あれば一般には合計点数による評価の測定誤差は許容範囲であるとされる。

また同一のデータを利用して、チェックリストの項目の探索的因子分析を実施した。これは事業場における心の健康づくり活動の因子構造を知り、これが現在のチェックリストで採用しているAからGまでの領域区分と一致しているかどうかを確認するためのものである。

以上の検討は、従業員50人以上の事業場に限定して実施した。

### 2) 職場のメンタルヘルスの専門家に対する意見調査

職場のメンタルヘルスの専門家である日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人60名を対象として、心の健康づくりの実施状況に関する

チェックリストの各項目について、事業場において実施すべき「必要最低限この程度はやっておいて欲しい」と考える実施状況を1つ選んでもらった。回答は、事業場の規模ごとに「中規模事業場（50～999人）で看護職なし」、「中規模事業場（50～999人）で看護職あり」、「千人規模以上事業場（1000人以上）」のそれぞれについて求めた（前2者では非常勤嘱託産業医が選任されていることを、後者では専属産業医が選任されていることを前提とした）。今回は50人未満事業場については意見を求めなかった。

収集されたチェックリストに対する専門家の意見および昨年度の全国調査の解析結果（川上他, 2002b）を参考にして、チェックリストの項目に最終的な修正を加えた。特に昨年度の全国調査で事業場の人事・労務担当者から重要度の低い項目として指摘されている「THP心理相談の実施」「イントラネット・インターネットを利用した対策」について、チェックリストに含めるべきかどうかを検討した（川上他, 2002b）。

次にチェックリストの評価基準を決めるために、各領域ごとに2つの指標を計算した。1つは、専門家が最低限度と回答した水準のうちで最も低い水準の回答を、最低値（あるいは下限値）とした。また専門家の最低限度の水準の平均値を計算した。最低値（下限値）以下の水準にある事業場は、全ての専門家が最低限の対策ができていないという状況に該当する。また平均値以上の水準にある事業場は、専門家のほぼ半数以上が最低限の対策ができていると考える状況にある。従って、最低値（下限値）より下であれば、その事業場の心の健康づくりは許容できない状態にあり問題があり、平均値以上であればほぼ良好な状態にあると考えられ、その中間にある事業場は最低限度の要件は満たしているが努力が必要と考えられる。

また判定基準を作成する際のもう1つの考え方として、全国平均を示し、これに達するように事業場に対して指導する方法もある。このために事業場に対する全国調査（川上他, 2002b）から領域別の平均点数を計算し、これも評価基準の中に含めることができないかどうか検討した。

以上の解析は、事業場規模 50-999人・看護職なし、同 50-999人・看護職あり、同 1000人以上の3区分ごとに行った。

## C. 結果

### 1. 事業場の心の健康づくりの現状の把握

各項目を行なっていることを示す選択肢を選んだ事業場の従業員数別割合を表1に示した。心の健康づくりの重要性を認識している事業場は9割近くを占める一方、具体的取り組みを行な

う事業場は2割前後であった。また、衛生委員会等において心の健康づくりを検討課題としている事業場は半数近くあり、目標と計画を明確化している事業場は1割あった。相談対応は、対応者個々の対応に任せる事業場が多く、体制の整うところは2割程度であることが明らかとなった。心の健康教育・研修に関しては、産業保健スタッフと比べて、管理監督者や一般従業員に対するものが少ないことが示された。復職判定の手順や緊急時の対応が決まっている事業場は1割弱であった。

### 2. 事業場および職場特性と労働者の自殺の関連性

#### 1) 事業場の特性と労働者の自殺の関連性：全国調査データから

調査票の内容のうち、過去1年間に自殺者が「いる」と答えた事業場は4.0%（14社）あった（表2）。業種・地域による顕著な偏りは見られなかった。

従業員にとってストレスと考えられる問題のうち、回答の多かったものの上位3つは「職場の人間関係」「仕事の量が多く、忙しいこと」「個人や家庭の問題（借金、離婚、介護等）」の順となった（表3）。

従業員にとってストレスと考えられる問題の有無を独立変数、過去1年間の自殺の有無を従属変数としてロジスティック回帰分析を行なったところ、事業所規模の調整後でも5%水準で有意差が見られた（表4）。自殺のリスクの高さと関連が大きかったのは、「仕事量が少ない」「個人や家庭の問題」「リストラや雇用不安」（それぞれオッズ比=6.03、4.51、4.17）であった。一方、「職場の人間関係」がある場合、自殺のリスクが低かった（オッズ比=0.28）。

#### 2) 職場特性と労働者の自殺の関連性：大規模追跡調査データの解析

追跡期間中の自殺者は6人であった（年平均自殺率10万対39）。自殺者の職場では、女性割合（%）が3%と非自殺者の職場（10%）に比べて有意に低かった（表5）。月平均残業時間は自殺者の職場で6時間ほど長かったが（ $p<0.05$ ）、自殺者本人の残業時間は約2時間長い程度であった（ $p>0.05$ ）。知識不安感（%）は自殺者の職場で10ポイントほど高かった（ $p<0.05$ ）。一方、個人レベルの変数はいずれも自殺と有意な関連を示さなかった。

自殺者数が少ないため、多要因を投入しての多重ロジスティック回帰は困難である。このため上記の解析で有意だった要因のうち、基本的属性に近い職場の女性割合を調整して、職場の平均残業時間あるいは知識不安感が自殺リスクを何倍に増加させるかを多重ロジスティック回帰で推定

した（表6）。わずかに有意にならなかったものの、職場の平均残業時間が10時間増加すると自殺リスクは3.5倍、知識不安を訴える者が10ポイント増加すると自殺リスクは2.7倍に増加すると推定された。

### 3. 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの完成

#### 1) 専門家からの意見調査

専門家30名（50%）から事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストについての意見が寄せられた。その概要を表7に記載した。項目「THPの心理相談」については大幅な修正が必要、あるいは適切でないとの意見が多かった。この項目については事業場の人事・労務担当者の意見聴取でもその重要度が低かった。「THPの心理相談」を実施している場合には、別の項目（「ストレスの問診」「ストレスの保健指導」あるいは「ストレス対処研修」）にチェックしてもらうことも可能と思われた。そのため「THPの心理相談」についてはこのチェックリストから除外することにした。この結果、チェックリストは32項目構成となった。これ以外にも専門家からの指摘を考慮していくつかの項目で文言などを修正した。

#### 2) チェックリストの領域別評価の信頼性

チェックリストでは、それぞれの活動領域ごとに2～9つの質問の得点合計を活動の得点として使用することになっている。これが適切な方法であるかどうかを、それぞれの領域点数の尺度としての信頼性の観点から検討した。全国調査に回答した50人以上の規模の事業場について、それぞれの領域点数の内的整合性による信頼性係数（クロンバックの $\alpha$ 係数）を計算した（表8）。領域F「緊急時の心のケア」以外の領域ではいずれも0.7以上の高い係数が得られ、これらの領域を構成する項目が同一の傾向を評価し、かつその場合におけるランダムエラーが大きくないことが示された。領域F「緊急時の心のケア」については信頼性係数がやや低く、尺度として一括で評価するには多少留意する必要があるかもしれない。

#### 3) チェックリスト項目の因子分析

チェックリストの項目が、それぞれ対応する個別の活動領域を反映しているかどうかを確認するために、探索的因子分析を行った（表9）。32項目から4つの因子が抽出された。第1因子には、項目AおよびBの質問が高い因子負荷量を示しており、因子1は「心の健康づくり体制とメンタルヘルス相談体制」を反映した因子であると考えられた。第2因子にはストレス対処研修、ストレ

スへの問診、ITの活用、事故発生時のケア、自殺発生時のケア、実施状況の把握、効果の評価の質問が高い因子負荷量を示しており、因子2は「ストレスチェック、緊急時の心のケア、評価と改善」といった比較的新しい心の健康づくり活動を反映した因子であると考えられた。第3因子には領域Dの教育研修関連の項目が高い因子負荷量を示した。ただし、産業保健スタッフ研修はむしろ因子1「心の健康づくり体制とメンタルヘルス相談体制」との関係の方が強かった、また「家族への情報提供」項目はいずれの因子にもあまり高い負荷量を示さなかった。因子4は領域Cの職場環境等の改善の質問が高い因子負荷量を示しており、「職場環境等の改善」に関する活動を反映している因子と考えられた。

#### 4) 専門家による評価基準の設定

専門家30名から事業場の心の健康づくりの推進状況について最低限望む水準についての回答を得た。項目や事業場区分によっては無回答の場合もあったため、解析の対象者数は20-29人と項目によって異なる。

事業場規模50-999人・看護職なし、同50-999人・看護職あり、同1000人以上の3区分ごとに、AからGのそれぞれ領域の活動点数について、専門家によって最低限度と評価されたうち最低点（下限）と、同じく専門家による最低限度の平均点数を表10に示した。いずれの点数も、規模50-999人で看護職なし事業場よりも、規模1000人以上の事業場で大きくなっていった。つまり専門家は、大規模事業場においては最低限の実施すべき水準が高いと考えていることが分かった。しかし規模50-999人・看護職ありの事業場に対する専門家の最低基準は、1000人以上の事業場とほぼ同等か、場合によってはむしろ規模50-999人・看護職ありの事業場の方の基準の方が高いものもあった。

表10には同時に、事業場全国調査の結果から、それぞれの項目の活動点数の平均値を示した。ほとんどの項目で、全国平均値は専門家による最低基準の下限と近い数値になっていた。全国の事業場の平均的な現状に達することを目標とすることは、それ以下の水準の事業場にとっては現実的かつ合理的と考えられるため、この「最低値」（下限）を当面最低限の目標とすることが妥当と考えられた。また専門家のうちの1人が最低限この程度とした水準（下限）では、事業場の心の健康のリスクマネジメントなどの観点からは不安が残る。本来は専門家が必要と考える平均的な水準で心の健康づくりが実施されているべきである。そのため専門家による平均値を「望ましい水準」として設定することとした。

## 5) チェックリストの判定基準

以上から、チェックリストのA～Gの領域区分とその合計点数による評価がほぼ適切であることの根拠が得られた。またこの領域別の評価基準（案）を専門家の意見によって作成した。

事業場規模別に評価基準を示すことや、事業場規模の区分の仕方については、専門家の中にも異論があったが、事業場規模によっては実施が困難な活動もあること、あまり細かい事業場規模区分では判定基準が煩さになり使用しにくいことから、今回は50-999人と1000人以上の2区分で判定基準を作成することとした。

50-999人規模の事業場の中でも、看護職のいる事業場とそうでない事業場では心の健康づくりの実施に関する最低基準の評価および全国での実施状況のいずれにも大きな差があった（表10）。この結果をこのまま適応すると、看護職のいる中規模事業場では、1000人以上の規模の事業場とほぼ同等の基準で評価をすることになる。しかし看護職がいることで、評価基準があがり、より厳しい評価になることは、評価の意図からは多少問題がある。看護職というマンパワーを確保し、心の健康づくりを推進している事業場にはむしろより高い評価が与えられるべきである。この考え方に従って、今回は50-999人規模で看護職のいる事業場の判定基準は使用しないこととし、50-999人規模事業場に対して一律の評価基準を適応することにした。

表11に、最終的な事業場規模別の判定基準（案）を示した。専門家による平均的な最低限度をクリアしている場合には「良好な」水準と判定し、グリーン・レベルと呼ぶこととした。専門家の最低の最低限度に達しているが、「良好」水準に達していない場合には「最低限度」と判定し、イエロー・レベルと呼ぶこととした。この水準にも達していない場合には、専門家のいずれも最低限度に達していないと判断するということになるため、これを「問題あり」と判定して、レッド・レベルと呼ぶこととした。また判定基準表には全国平均の実施状況についても参考値として示し、自分の事業場を全国の水準と比較することもできるようにした。資料1に、最終的な「事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリスト」を示した。

## D. 考察

### 1. 事業場の心の健康づくりの現状の把握

事業場の心の健康づくりに対する関心は高いが、具体的な活動がなかなか伴わない現状が明らかとなった。また、スタッフとその教育の不足、手順についての知識の不足があることが考えら

れた。また、特に従業員数の少ない事業場での対策が進みにくい現状が示された。これらの傾向は、これまでの調査結果と一致しているところである。

### 2. 事業場および職場特性と労働者の自殺

事業場の全国調査からは、従業員50人以上の事業場のうち、少ない仕事量やリストラや雇用不安を抱える従業員が多いと人事・労務担当者が回答した事業場では、過去1年間に自殺の発生割合が高かった。これらの結果は、不況下で受注や生産量が減少している事業場、またリストラや雇用不安など職場の再編成や雇用調整を行っている事業場において労働者の自殺が発生しやすい傾向を示している。これらは、自殺率と企業倒産件数との間に正の相関が認められた過去の研究などとも一致することである（武田, 1990）。

一方、人間関係がストレスとなる事業場では過去1年間に自殺が発生したところが少なかった。ストレスとなるような職場の人間関係が自殺の低さと関連することは意外な結果である。しかし、もともと人間関係が希薄な職場では人間関係のストレスが少ない代わりに悩んだときに誰かが気づくこともなく最悪の事態に陥ってしまったことも考えられる。

本調査ではさらに個人・家庭のストレスが多いと回答された事業場で自殺が多かった。しかし人事労務担当者が把握している問題に偏りがある可能性はある。例えば自殺があった事業場ではその原因を仕事によるストレスではなく「個人や家庭の問題」に帰属しやすいことが考えられるため、解釈には注意が必要である。

その他の項目と自殺との関連は特には示されなかったが、これは事業場が少数だったこと、企業の方針や制度の変更が自殺と関連するまでに時間差があるためであることが考えられる。また、自殺予防対策の実施状況と自殺リスクの関連性については、全国調査データの解析では、自殺を経験した事業場ほど自殺予防対策を熱心に実施するという傾向が観察されている。調査方法の限界から対策と自殺との時間関係を明確にできていないため本調査からは結論することができなかった。

一方、電機関連メーカー従業員の追跡調査データの解析職場特性と労働者の自殺に関する解析では、平均残業時間の長い職場、知識や技術に対する不安感が高い職場で自殺が発生しやすいとの結果が得られた。自殺者本人の残業時間や知識不安感はこれと比べると明確な傾向を示さなかった。本研究の結果は、長時間労働職場や知識・技術の変化の激しい職場で、必ずしも長時間労働や知識・技術の不安を抱えていない労働者の自殺



リスクが高まることを示していると考えられる。多忙で変化に直面する職場における労働者への支援機能の低下が自殺リスクを増加させている可能性がある。

しかしながら、この研究は少数の自殺事例に関する解析からの結果であり、結果の安定性がどの程度あるかは不明な点が多い。また特定の事業場における特定の時期のデータに基づく解析であり一般化には限界がある。また女性の自殺についての解析はできていない点も本研究の限界である。

以上の2つの研究結果からは、労働者の自殺のリスクは、仕事量の減少している、リストラや雇用不安の高い事業場で高いが、その事業場の中ではむしろ残業時間が長く多忙であったり、生産方式などの激しい変化がおきている職場でのリスクが高いと推測される。こうした事業場や職場では、自殺防止のための対策が十分に整えられる必要があると考えられる。この研究成果は、事業場向けの自殺防止マニュアルの中に反映される予定である。

### 3. 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの完成

平成13年度厚生労働省委託研究において開発した、産業保健スタッフや事業者が自らの事業場の心の健康づくりの水準を自己評価するための「事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリスト」（川上他、2002a）の評価基準を作成し、完成した。

専門家の意見調査から、「THPの心理相談」項目を減らし、活動項目を32に確定した。また項目の表現を一部修正することとした。「自殺発生後に、関係者に心のケアと称して何らかの働きかけを行うことは、本当に必要なこと、有益なことでしょうか」という問いかけが専門家のうち1名からあった。この点に回答するには、その方法論の検討や効果評価を含めた有用性の根拠が必要であるため、現時点ではこの項目は残し、本研究班の高橋分担研究者による自殺発生後の対応（ポストベンション）に関する研究の結論を待つことにした。

事業場全国調査データの解析（信頼性係数の算出、探索的因子分析）から、32の活動項目を7つの領域に区分して評価することが適切であることが示された。ただし、領域F「緊急時の心のケア」の2項目については必ずしもお互いの相関係数が高くないため信頼性は中等度であり、探索的因子分析でも別の因子に属している可能性が示された。領域Fについては、合計点数でなく個別の項目レベルで実施状況を評価してゆく方が適切であるかもしれない。

最後に、事業場における心の健康づくりの専門家から評価基準について意見を求め、これに基づいて上記7領域に対する評価基準（「問題あり」、「最低限度」、「良好」）を作成した。専門家による最低限度の平均をクリアしている場合には「良好な」水準と判定し、グリーン・レベルとし、専門家の最低限度の下限に達しているが、「良好」水準に達していない場合には「最低限度」と判定し、イエロー・レベルと呼ぶことにしたことは合理的で、比較的理解されやすいと考える。この水準にも達していない場合には、専門家のいずれも最低限度に達していないと判断するということになるため、これを「問題あり」と判定することも妥当ではないかと考えた。また「最低限度」水準より下にある事業場は、全国平均の実施状況より下の状況にあると思われ、「最低限度」水準を達成することは少なくとも現実的なゴールとして設定できると考えられた。

事業場規模別に評価基準を示す自体の問題や、事業場規模の区分の仕方については、専門家の中にも異論があったが、事業場規模によっては実施が困難な活動もあること、あまり細かい事業場規模区分では判定基準が煩さになり使用しにくいことから、今回は50-999人と1000人以上の2区分で判定基準を作成した。

意見聴取した心の健康づくりの専門家が、日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人であることが、評価基準に偏りを生じた可能性はあるが、この世話人はいずれも産業保健の実態に十分精通している専門家ばかりであり、その点では産業保健の実態をよくふまえた上での評価基準になっているというよい面もあるかもしれない。評価基準については今後、このチェックリストを実際の現場で適応する際に、現場からの声や産業医をはじめとした産業保健スタッフの意見を聴取して妥当性を検討し、修正を加えてゆく予定である。

### E. 結論

事業場や職場などの組織レベルからみた労働者の自殺の関連要因を明らかにし、自殺防止のために事業場の心の健康づくりを推進するためのツールの開発を目的として、以下の3つの研究を実施した。

1) 事業場の心の健康づくりの現状の把握—労災保険対象事業場を対象とした全国調査（平成14年2月～3月、412事業場から回答、回答率31%）を再解析した。心の健康づくりに対する関心は高いが、具体的な活動がなかなか伴わない現状が明らかとなった。また、スタッフとその教育の不足、手順についての知識の不足があることが考えられた。また、特に従業員数の少ない事業場での対

策が進みにくい現状が示された。

2) 事業場および職場特性と労働者の自殺の関連性—上記の事業場を対象とした全国調査では、過去1年間に自殺者が「いる」と答えた事業場は4%あった。人事・労務担当者から報告された各事業場における従業員の主要なストレスや組織の変化のうち、自殺のリスクと有意に関連したのは「仕事量が少ない」、「リストラや雇用不安」、「個人や家庭の問題」であった( $P < 0.05$ )。②ある電気関連メーカーの事業場を対象とした質問票調査に回答した5557人を5年間追跡した。うち20名以上の所属者(回答者)がいる105職場に所属している男性回答者3057人のデータを解析した(追跡期間中の自殺者6人)。職場の月平均残業時間が10時間増加すると自殺リスクは3.5倍、知識や技術に不安を訴える者が10ポイント増加すると自殺リスクは2.7倍に増加した。以上から、業務量が減少し雇用不安の高い事業場の中で、むしろ残業時間の長く変化の激しい職場において自殺リスクが高まるものと推測された。

3) 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの評価基準の作成—平成13年度厚生労働省委託研究において開発した、産業保健スタッフや事業者が自らの事業場の心の健康づくりの水準を自己評価するための「事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリスト」の評価基準を作成し、完成した。専門家の意見調査から、活動項目を32に確定した。事業場全国調査データの解析(信頼性係数の算出、説明的因子分析)から、32の活動項目を7つの領域に区分して評価することが適切であることが示された。事業場における心の健康づくりの専門家から評価基準について意見を求め、これに基づいて上記7領域に対する評価基準(「問題あり」、「最低限度」、「良好」)を作成した。

以上から、事業場向けの自殺防止マニュアルにおける事業場レベルでの自殺リスク評価の方法論と、事業場単位での自殺防止対策を含む心の健康づくりの推進状況の評価の方法論が確立した。平成15年度には、こうしたツール類をさらに修正、充実すると同時に、ツールを用いて実際の事業場における試用や効果評価を実施する予定である。

#### F. 健康危機情報

該当せず。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当せず。

#### 2. 学会発表

①荒武 優, 廣尚典, 亀田高志, 田中克俊, 鎗田圭一郎, 林剛司, 柱宗孝, 河野慶三, 荘司栄徳, 川上憲人. 職場における自殺予防対策の現状に関する検討(1). 日本産業衛生学会総会(神戸) 2002.4

②廣 尚典, 佐藤恵美, 田中美由紀, 牧野純, 長見まき子, 北村尚人, 森崎美奈子, 荒井稔, 中川茂昭, 黒木宣夫, 他. 職場における自殺予防対策の現状に関する検討(2). 日本産業衛生学会総会(神戸) 2002.4

③川上憲人, 小林章雄, 廣 尚典, 原谷隆史, 小林由佳, 島津明人. 都道府県別の社会経済指標と2000年の性・年齢別自殺率の関連: 地域相関研究. 日本衛生学会総会(大分) 2003.3

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

該当せず。

##### 2. 実用新案登録

該当せず。

##### 3. その他

該当せず。

#### I. 参考文献

川上憲人, 堤 明純, 小林由佳, 原谷隆史, 長見まき子, 島津明人, 岩田 昇. 事業場における自殺予防対策の効果評価の方法の検討と「事業場における心の健康づくりの推進状況チェックリスト」(案)の開発. 平成13年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究Ⅱ」研究成果報告書, 産業医科大学, 2002a, pp. 113-127.

川上憲人, 堤 明純, 小林由佳, 原谷隆史, 島津明人, 岩田 昇. 事業場における心の健康づくり(自殺予防対策を含む)に関する全国調査. 平成13年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究Ⅱ」研究成果報告書, 産業医科大学, 2002b, pp. 128-165.

朝倉隆司, 原谷隆史, 須田木綿子: 某企業における自殺の実態. 社会精神医学 1985; 8: 125-134.

武田俊平: 宮城県における男子の自殺死亡率と経済指標の関係. 日本公衆衛生雑誌 1990; 37: 790-792.

Tamakoshi A, Ohno Y, Yamada T, Aoki K, Hamajima N, Wada M, Kawamura T, Wakai K, Lin YS. Depressive mood and suicide among middle-aged workers: findings from a prospective cohort study in Nagoya, Japan. J Epidemiol. 2000; 10: 173-8.

表1. 事業場の心の健康づくりを行なっていると答えた事業場の従業員数別割合

項目	総合	従業員数		
		49名以下	50～99名	100名以上
1 事業場における心の健康づくりの方針表明	20.4 %	12.3 %	13.2 %	29.0 %
2 心の健康づくりの重要性の認識	89.9 %	87.7 %	90.8 %	90.1 %
3 心の健康づくりへの事業場全員での取り組み	19.0 %	3.1 %	15.5 %	27.5 %
4 管理監督者、従業員、産業保健スタッフ等の役割の明確化	18.0 %	6.2 %	13.5 %	25.8 %
5 事業場外資源の活用準備	21.3 %	12.7 %	15.1 %	29.2 %
6 健康づくりの目標と計画の設定	8.8 %	3.1 %	3.5 %	15.0 %
7 衛生委員会(安全衛生委員会)等における心の健康づくり計画に関する検討	43.3 %	20.3 %	38.0 %	55.5 %
8 産業医あるいは産業保健スタッフの心の健康づくり計画への関与	54.4 %	28.3 %	47.3 %	69.0 %
9 事業場におけるメンタルヘルス相談の体制を決める	18.3 %	7.7 %	9.2 %	29.1 %
10 メンタルヘルス相談を利用するための教育・研修	22.9 %	18.5 %	16.2 %	29.8 %
11 管理監督者による相談対応	78.3 %	64.6 %	76.4 %	84.8 %
12 メンタルヘルス相談におけるプライバシー保護の方針	23.6 %	6.3 %	19.9 %	33.0 %
13 人事・労務担当者や産業保健スタッフが相談できる専門家の確保	22.2 %	4.6 %	16.3 %	33.3 %
14 復職判定	9.3 %	3.3 %	3.6 %	15.9 %
15 心の健康問題を持つ従業員への継続的支援	55.2 %	46.8 %	50.4 %	61.9 %
16 ストレスの原因となる職場環境等についての理解	61.4 %	35.9 %	59.4 %	72.1 %
17 管理監督者による職場環境等の評価と改善	20.0 %	6.3 %	17.5 %	27.0 %
18 産業保健スタッフや人事・労務担当者による職場環境等のストレス要因の評価	9.8 %	4.7 %	8.4 %	12.8 %
19 産業保健スタッフや人事・労務担当者による職場環境等の改善	10.5 %	6.3 %	6.4 %	15.3 %
20 管理監督者向けの心の健康についての教育・研修	16.8 %	7.7 %	9.8 %	25.6 %
21 一般従業員に対して、心の健康についての教育・研修	10.8 %	6.2 %	4.2 %	17.8 %
22 ストレス対処のための教育・研修	11.4 %	3.1 %	4.9 %	19.4 %
23 産業保健スタッフや人事・労務担当者のメンタルヘルスに関する教育・研修	27.3 %	7.7 %	19.1 %	40.8 %
24 心の健康に関する正しい知識の普及	15.1 %	4.6 %	10.6 %	22.3 %
25 家族に対する情報提供	21.9 %	14.5 %	16.3 %	29.0 %
26 心の健康やストレスに関する問診の実施	19.9 %	7.7 %	15.4 %	27.9 %
27 ストレスに対する保健指導の実施	16.6 %	4.6 %	7.0 %	28.7 %
28 トータルヘルスプロモーションプラン(THP)の心理相談の実施	3.9 %	0.0 %	1.4 %	7.3 %
29 インターネットやイントラネットの活用	12.2 %	4.6 %	8.5 %	17.9 %
30 事故や災害発生後の従業員の心のケア	7.6 %	4.8 %	4.2 %	11.2 %
31 自殺発生時の心のケア	34.7 %	21.0 %	29.3 %	43.8 %
32 心の健康づくりの実施状況の評価	12.2 %	6.3 %	7.8 %	17.8 %
33 心の健康づくりの効果の評価	20.0 %	7.9 %	12.7 %	30.0 %

表2. 2002年の全国事業場調査において、過去1年間で自殺した従業員がいると回答した事業場の割合\*

	従業員数		
	全体	50～99名以下	100名以上
1. いる	14 ( 4% )	5 ( 3% )	9 ( 5% )
2. いない	304 ( 92% )	139 ( 95% )	165 ( 89% )
3. 答えたくない	3 ( 1% )	1 ( 1% )	2 ( 1% )
無回答	11 ( 3% )	2 ( 1% )	9 ( 5% )

\* 従業員50人未満の事業場では自殺発生の報告がなかった。

表3 人事・労務担当者から回答された従業員にとってストレスと考えられる問題の頻度

	事業場規模別:各項目に「あり」と答えた事業場数とその割合
1.労働時間が長いこと	79 ( 24% )
2.仕事の量が多く、忙しいこと	146 ( 44% )
3.仕事の量が少ないこと	11 ( 3% )
4.技術の変化が激しいこと	49 ( 15% )
5.仕事や景気の影響を受けやすいこと	63 ( 19% )
6.個人や職場の裁量権や自由度が少ないこと	32 ( 10% )
7.職場の人間関係	218 ( 66% )
8.仕事のやりがいを感じにくいこと	57 ( 17% )
9.昇進・昇給や給与の問題	71 ( 21% )
10.リストラや雇用不安	49 ( 15% )
11.いじめやセクハラ	24 ( 7% )
12.夜勤や交代勤務	73 ( 22% )
13.長い通勤時間	9 ( 3% )
14.単身赴任	27 ( 8% )
15.個人や家庭の問題(借金、離婚、介護等)	118 ( 36% )