

2003/149

厚生労働科学研究費補助金  
労働安全衛生総合研究事業

# 労働者の自殺原因に関する研究

(H14 - 労働 - 5)

平成14年度～平成15年度 総合研究成果報告  
平成15年度総括・分担報告書

平成16(2004)年3月

主任研究者 織 田 進

# 目 次

I. 総合研究報告	1
労働者の自殺原因に関する研究	3
織田 進	
II. 総括研究報告	
織田・東班：	
1) 公開シンポジウム	
企業におけるこれからの総合メンタルヘルス対策	15
ー働きざかりの自殺をいかに防ぐかー	
2) イギリスにおける自殺予防対策等の聞き取り調査	35
3) 自殺関連文献データベース作成および公開ホームページについて	63
III. 分担研究報告	
中村班：	
1) 自殺の原因調査（精神科医を対象とした調査）	73
自殺危険因子の検討	
～2次調査（精神科患者における自殺調査）より	
2) 低コレステロール血症と精神的健康度	89
IV. まとめおよび提案	95
(資料)	101
1) 自殺関連図書	103
2) 自殺予防・防止関連サイト	110
3) 低コレステロール血症はメンタルヘルスを阻害する	113
V. 研究成果の刊行に関する一覧表	121
VI. 研究成果の刊行物・別冊	125

## I. 総合研究報告

### 労働者の自殺原因に関する研究

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

（総合）研究報告書

労働者の自殺原因に関する研究

主任研究者 織田 進 産業医科大学 産業医実務研修センター副所長

研究要旨：職種ごとの自殺の実態およびその原因や予防対策等について、海外の文献データベースを作成し、インターネットを介して一般公開した。また、全国臨床研修病院に対し産業保健活動やメンタルヘルス対策の実態および今後の取り組みについてアンケートおよび聞き取り調査を実施した結果、勤務時間の管理やメンタルヘルス対策の充実が望まれた。東班と共同で、平成15年度は年間の調査研究の成果を公開し、自殺予防対策の重要性を一般に普及すること、また自殺の原因に関する研究に対する評価を受ける等の目的で、自殺に関するシンポジウムを開催した。さらに、自殺者数の少ないイギリスについて自殺予防対策の海外調査を実施し、メンタルヘルスに問題のある人が受診しやすい環境（例えばメンタルヘルス外来）の整備や精神科病棟あるいは退院後におけるハード、ソフト両面からの自殺予防対策の重要性を痛感した。

精神科受療中に自殺した症例を対象にした調査を行い、自殺の危険因子などについて検討した。自殺の危険因子として有意なものは、精神科入院歴、自殺企図歴、自殺の家族歴、絶望感であった。

都道府県別の自殺率と緯度、年間平均気温、年間総日照時間、平均個人所得、47都道府県におけるそれぞれの失業率との検討では、年間総日照時間は唯一自殺率と有意な相関を示した。

健康診断のデータから、男性では初年度

のコレステロール値が150 mg/dL未満の群の方が有意にそれ以外の群よりもおよそ2倍精神的に不健康に陥りやすいことが判明した。以上より、日照時間などの環境因子も考慮し、うつ病や統合失調症の患者における自殺危険因子を理解したうえで、自殺予防対策を立てることが重要である。さらに、男性は精神科を受診したがる傾向があることより、メンタルヘルス外来のように比較的気軽に受診できるようにする必要がある。また、健康診断での問診や総コレステロール値低値などを評価し、メンタルヘルス関係の事後措置を実施することが大切である。

分担研究者氏名所属機関名及び所属機関における職名：東 敏昭（産業医科大学 産業生態科学研究所・作業病態学教授）、津久井 要（(財)労働福祉事業団海外勤務健康管理センター医長）、中村 純（産業医科大学医学部・精神医学教授）、寺尾 岳（産業医科大学医学部・精神医学助教授）、西村良二（福岡大学医学部・精神医学教授）、吉村玲児（産業医科大学医学部・精神医学講師）

A. 研究目的：平成13年自殺防止対策事業の一環として、厚生労働省安全衛生部は、職場及び家庭において、労働者の自殺防止のために活用できる知見の収集を直接の目的とし、労働者の自殺の危険因子、高危険群、周囲の者が把握していた前兆、自殺に

いたる経過、思いとどまる要因（未遂の場合）、連鎖自殺防止のために必要な知見等の調査研究を実施した。我々は、自殺の原因調査およびその情報提供を目的に、現在まで蓄積した自殺事例、自殺予防関連文献及び図書データベースを拡充し、これに基づいた文献情報についてインターネットを介して公開する。さらに、職種ごとの自殺の実態およびその予防対策について、国内外の文献的調査、特に医師の自殺に関する実態および予防対策の具体的内容についてアンケートおよび聞き取り調査を実施し、職種に対応した自殺予防対策を検討する。また、主に中小事業場の自殺予防対策や自殺の原因を含む実態を把握するために、嘱託産業医を対象にアンケートおよび聞き取り調査を実施する。一方職域では把握困難な自殺事例や情報については、精神科領域の自殺事例を調査することにより、自殺の原因となる抑うつ状態・うつ病の発生要因などを調査し、職域における自殺予防対策に有用な情報提供を実施する。

B. 研究方法：織田班：職種ごとの自殺の実態およびその予防対策について、国内外の文献的調査を継続し、全国臨床研修病院に対し産業保健活動やメンタルヘルス対策の実態および今後の取り組みについてアンケートおよび聞き取り調査を実施した。東班と共同で、平成 15 年度は年間の調査研究の成果を公開し、自殺予防の重要性を一般に普及すること、また評価を受ける等の目的で、自殺に関するシンポジウムを開催し、自殺の少ないイギリスについて自殺予防対策の海外調査を実施した。

東班：海外の自殺文献情報によるデータベ

ースを作成し、それらをホームページ上にて公開することにより、自殺防止に関わる健康保健専門職を対象とした、体系的な学術情報サポートを試みた。

中村班：現在までに集積した全国の精神科受診中の自殺 306 例について、生物-心理-社会的側面から国内外で報告されている自殺の危険因子についてその出現頻度を調査した。さらに、精神の健康状態と生活習慣および生活習慣病との関連や都道府県別の自殺率に関連する要因（職業、地理的・経済的）との関連を調査することにより、自殺の関連要因および予防対策を検討した。

以上、国内外の自殺関連文献データベースを基に、職域からドロップアウトしがちな（ただし関連性の高い）例や大きなインパクトを与える医療職自身の自殺をはじめとする職域ごとの自殺を掘り下げて文献的に検討した。さらに、自殺事例を多く経験する精神科医と協力することにより、職域での自殺予防対策のより効果的な方法を検討した。

（倫理面への配慮）すべてのデータの使用に際しては匿名性を保持し、解析終了後は破棄する。自殺関連文献データベース作成には著作権に十分配慮する。

### C. 研究結果

1. 織田班：平成 14 年度は、全国 711 臨床研修病院に対し、研修医に対するメンタルヘルス対策現状調査を実施し、218 病院から有効回答を得た（回収率 31.4%、有効回答率 97.8%）。77.5%が安全衛生委員会を実施していたが、毎月実施は 36.2%であり、さらに、メンタルヘルス委員会を開催している病院は 2.3%に過ぎなかった。ま

た、ストレス調査は7.3%に実施しており、そのうち56.2%は健康診断時に行っていた。メンタルヘルス教育は13.3%の病院で実施していた。若手医師のストレス対策として、研修医のメンタルヘルス問題を実際に経験している病院は17.0%であり、指導医にメンタルヘルス教育を受講させていたのは5.5%に過ぎなかった。研修医に対してメンタルヘルス教育を実施しているのは5.5%であった。また、研修医を対象にストレス対策委員会や準備委員会のある病院は0.9%であり、今後設置を予定しているのは12.8%であった。

さらに、平成14年度は3つの臨床研修病院から聞き取り調査を実施した結果、平成16年度からの臨床研修の必修化に向けて、早急に臨床研修医および指導医に対するストレス調査およびメンタルヘルス教育、メンタルヘルス対策委員会の設置などを実現することが必要である。

東班共同で、3年間の調査研究の成果を公開し、自殺予防の重要性を一般に普及すること、また評価を受ける等の目的で、自殺に関するシンポジウムを実施した。平成10年以後、わが国の自殺者数は年間3万人と増えており、その理由として健康問題に加えて、経済・生活問題による中高年、特に働きざかりの50歳代の自殺者が増加していることが社会的問題といる。我々は、平成13年から厚生労働省の科学研究費により職域における自殺の原因調査などを実施してきたので、その結果を踏まえて、平成15年11月29日(土曜日)に産業医科大学・ラマツィーニホールにおいて、「企業におけるこれからの総合メンタルヘルス対策－働きざかりの自殺をいかに防ぐか－

というタイトルで、シンポジウムを開催した。産業医、産業看護職、衛生管理者などを対象に職域における自殺の現状および自殺予防対策について、専属産業医、経営者、社会医学および精神医学専門家の立場からの講演に対し、200名以上の参加者の中から活発な質問や意見があった。

講演者およびその演題は、①河野慶三：富士ゼロックス(株)健康推進センター、「総括産業医産業医の立場から、自殺およびその予防対策の現況」、②加藤隆康：トヨタ自動車(株)、「安全衛生推進部長経営者側からみた、自殺予防対策の重要性および取り組み等」、③川上憲人：岡山大学、衛生学・予防医学教授、「わが国における自殺予防対策の現状及び新たな挑戦」、④中村純：産業医科大学、精神医学教授、「わが国における自殺の原因および精神科医からの自殺予防に対する取り組み(産業保健スタッフとの連携を含む)」であった。

河野先生の報告では、専属産業医の会から報告された有職者の自殺の集計を示し、労働者10,000人あたり年間1.06人が自殺していることから、自殺は企業にとってめったに起こらないことになる。事業者は自殺者の総数を減らすのが目的ではなく、事業者責任のある自殺を減らすという考え方の必要性および電通事件を契機に自殺の事業主責任が問われるようになった経緯、さらに先生が事業場で実際にどのように自殺予防を含むメンタルヘルス対策を実施しているかを紹介した。

加藤先生は、わが国における自殺の統計で、有職者のうち管理職と自営業者では、特に自営業者で経済問題が理由で自殺する割合が高くなっていることを紹介し、自社

でのメンタルヘルス対策は、会社の安全衛生に関する毎年の方針に基いた全社的な活動であり、決して産業医を中心とした産業スタッフだけの活動ではないことを強調した。このような取り組みの結果、平成 12 年の新規相談は健康診断がきっかけとなるが多かったが、平成 13 年は本人または上司からの相談が増加してきており、さらに、休業日数は、全体として増加しているが、一人当たりの休業日数は減少したと報告した。事業主の理解を得るためには、産業保健スタッフの活動の成果を数字で表すことの重要性および必要性を痛感した。

川上先生からは、①わが国における自殺予防対策の現状として、産業保健専門職によるコンセンサス会議、自殺予防対策に関する全国調査、および自殺予防対策の事例収集から得られた内容、②労働者の自殺予防—新たな挑戦、③今後の課題についての報告があった。労働者の自殺予防対策の枠組みは、事業場における一般的な心の健康づくりの推進として、①職場環境等および個人レベルのストレス対策によるうつ状態リスクの軽減、②心の健康問題（特にうつ病、アルコール依存症）への気づきと相談対応の推進、③産業保健スタッフによるうつ病および自殺リスクの評価、④外部医療機関との円滑な連携、および自殺予防に特化した対策の推進として、①自殺発生後の対応（群発自殺の予防と周囲の者の心のケア）、②自殺未遂者のケア、③自殺に関する教育・啓発にまとめた。さらに、今後の課題としては、①事業場の心の健康づくり計画を立案するための産業保健スタッフ向け研修プログラムの開発、②事業場外資源（特に医療機関）との円滑な連携の推進法、

③産業保健スタッフがうつ病や自殺のアセスメントができるようになるための研修プログラムの開発、④ポストベンションの効果評価と職場への適応、⑤アルコール問題にともなう自殺リスクへの対応、⑥小規模事業場に対するアプローチを挙げた。

中村先生は、自殺予防対策としてうつ対策が重要課題となっているので、精神科医の立場でうつ病などの診断や最新の治療を紹介した。さらに、自殺者の約 90%が何らかの精神障害に罹患しているとされていることから、全国の大学病院精神科、労災病院精神科などに受診中の患者で、1998 年～2001 年の 4 年間に自殺した症例についてアンケート調査を実施し、平均して 1.0 人が 1 年間に自殺していたことを報告した。自殺の誘因では、職場に関係したものが 78.3%見られ、職場での失敗、経営の悪化、失業・就業の問題など現在の世相を反映したものであったこと、また精神科での自殺症例での男女差はほとんどないことから、男性では精神障害があっても精神科を受診しないまま自殺している可能性を指摘した。自殺の誘因としては、仕事の失敗、過度の責任の発生（ノルマが達成できなかったなど）、経営に失敗したもの、休職・復職に関係した問題、男性では職場の誘因を多く認め、職場の誘因と他の誘因がオーバーラップしていたことなどから、自殺予防に精神疾患の治療のみでなく景気、雇用、休職・復職などの職場の要因も考慮し、多角的な評価と対応が必要であること、最後に産業保健スタッフと事業場外の医療機関の連携の重要性を強調され、現在福岡県下でのネットワークづくりを紹介した。

イギリスにおける自殺予防対策の聞き取

り調査を東班と共同で実施した。イギリスの企業2社を訪問し、産業保健活動における企業内での自殺予防に対する取り組み等を調査した。1社は日本企業の英国法人で、イギリス南西部の電気機器製造業を、もう1社はイギリス南東部の米国企業の英国法人で製薬企業である。さらに、精神科医およびカウンセラーからも、聞き取り調査を実施した。企業としての対策については2社ともかなり充実しており、参考となったものも多かったが、ほぼ全ての施策について、日本の企業でも多少の差はあるものの、取り組まれているものであり、自殺件数やメンタル不全の発生率に対して大きな格差を与えるほどの違いがあるという印象は受けなかった。メンタルヘルスあるいは自殺者の問題の中で、英国の家庭医（General Practitioner：以下GP）の問題が非常に重要であるとコメントがあった。その理由として英国の医療システムとして、医療は原則として国民健康サービス（National Health Service：以下NHS）が行い、医師等はNHS所属であるが、GPは独立経営で運営しておりスタッフの雇用の問題や経営上の問題などの他の部分にも労力を注がざるを得ず、プレッシャーや勤務自体の時間的拘束などから体調を崩す人が多くなっているとのことであった。

2. 東班：平成14～15年度は一定のフォーマットに従い、399の海外文献について日本語のデータベースを作成した。またホームページには文献以外にも、自殺に関連した重要事項（年齢、性別、人種・民族・文化的側面、職業・経済、家族、社会的側面、自殺手段、精神医学的側面、身体疾患、アルコール・薬物依存、攻撃性・暴力的行

為、倫理・宗教・哲学、法的側面、治療・予防、事後介入）につき、COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF SUICIDOLOGY（Maris, Berman, Silverman 著：The Guilford Press 2000年）の成書をもとに各3,000字程度の概要を掲載し、それに関する文献を参照できるように工夫した。また、各文献のタイトルおよび概要からキーワード検索が可能となった。平成15年度は、ホームページによる文献データベースの一般公開を試みた。

3. 中村班：①精神科受診歴がある自殺者の検討

精神科受診歴がある自殺者について検討する目的で、1998年1月から2001年12月までに、全国の大学病院精神科、労災病院精神科、福岡県内の精神科病院、精神科診療所、総合病院精神科に受療歴がある自殺者について各施設に勤務する精神科医にアンケートを実施した。回収率は51.1%（264施設中135施設）で、自殺症例数は539例（男性267例、女性266例、性別不明6例）であった。死亡時年齢は、「60歳以上」が23.3%、「50歳代」が21.0%、「40歳代」が20.7%、「30歳代」が18.4%であった。就業歴は「あり」が81.4%、「なし」が18.6%で、死亡時職業は「あり」が27.7%、「なし」が68.8%、不明を含む「その他」が3.6%であった。受診動機は「自発的」が47.7%、「勧められて受診」が40.7%、「強制的」が11.6%であった。ICD-10診断（表3-6）では、F3（気分障害）が38.4%、F2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）が34.8%、F4（神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害）が8.9%、F6（成人の人格および行動の障害）



が6.0%、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）が4.2%であった。職場の誘因を15.7%に認め、その内容は、「仕事の失敗、過重な責任の発生」（16.5%）、「経営悪化」（12.7%）、「休職、復職に関係した問題」（12.7%）の順に多かった。その他の誘因は53.9%に認められ、内容は「精神症状の悪化」（23.9%）、「自分の出来事（病苦、夫婦の不和など）」（23.9%）、「自分以外の家族・親族の出来事（家族との不和、家族の問題など）」（22.4%）で約7割を占めた。「職場の誘因」がある場合、「その他の誘因」も重なっている場合が58.8%もあり重複している場合が多かった。

これらの所見をまとめると、自殺数の性差はないこと、加齢とともに少しずつ自殺が増加すること、精神疾患はうつ病を含む気分障害と統合失調症圏の障害が多いこと、職場の誘因を認めるのは2割に満たないことであった。自殺数には性差がなかったが、もともと精神科受診者には女性が多いと考えられるので自殺率としてはおそらく男性の方が高いことが推定される。したがって、男性の精神科への受療を高める必要がある。また、従来40、50歳代に自殺が多いとされてきたが、我々の調査では30、40、50歳代とほぼ同じ割合になった。これは今回の対象が一般人口ではなく、精神障害者であることも影響していると思われる。これは、自殺の誘因として職場関連が2割に満たなかったことから、いわゆる働き盛りの自殺とは異なったものとして理解できるのである。さらに、統合失調症圏の自殺が多かったことも一般人口とは異なる様相として指摘できる。

## ②精神科患者における自殺調査

過去の研究より精神障害者に自殺者が有意に多いことが知られており、精神科受療中に自殺した症例を対象にした調査を行い、自殺の危険因子などについて検討を行った。調査対象は全国の大学病院精神科、労災病院精神科、福岡県内の精神科病院、精神科診療所、総合病院精神科に受療中、1998年1月1日から2001年12月31日までの期間に自殺既遂した症例の306名、および自殺者の同年代（±10歳）および診断の一致する（ICD-10にて同一カテゴリー）患者を対照群とした592名にアンケート設問を行い、精神科医による回答を評価に用いた。性別、現在の治療形態、精神科入院歴、就業、自殺企図歴、アルコール依存症、薬物依存、配偶者、同居者、家族の自殺既往歴、精神障害の家族歴、B群人格障害、喪失体験、絶望感などの有無を自殺の危険因子と考え $\chi^2$ 検定を行った。

その結果、自殺の危険因子として有意なものは、精神科入院歴、自殺企図歴、自殺の家族歴、絶望感であった。また男女別では男性の場合は自殺企図歴、薬物依存歴、B群人格障害、喪失体験、絶望感であった。また女性の場合は自殺企図歴、自殺の家族歴、絶望感であった。

このような危険因子が自殺との関連が示唆されたが、自殺の危険因子を調査し、予防的にその要因を改善することができれば自殺者の数は減少していく可能性がある。今回の調査により自殺の危険因子の可能性が高いものは、特に臨床現場において注意を払う必要がある。最後に、今回の調査は精神科、神経科などの臨床現場よりのアンケート調査のため、専門医が関わっている

場合の自殺についてのみ検討したことを付け加える。

### ③労働者の精神健康度に関連する要因：低コレステロール血症に関する縦断的検討

勤労者の精神健康に関連のある生活習慣が見出された場合、この知見を労働者の精神健康の一次予防に応用することが期待される。そこで生活習慣との関連が大きいコレステロールに焦点を当て、低コレステロール血症が精神的な訴えに関連するという仮説について縦断的に検討した。本調査の最終的な目的は、労働者の精神健康に関連のある要因を、生活習慣の観点から縦断的に検討し、精神健康の一次予防に役立てることである。対象は、1994年と2001年の両時点で健康診断を受けた某医療機関に所属する職員で、血清コレステロール値と精神的健康の尺度である12項目版 General Health Questionnaire(GHQ-12)の得点とが揃っている674人とした。方法は、両時点ともに血清コレステロールが150 mg/dl以下の14名(低コレステロール群)と、両時点ともに150 mg/dlを超えていた542名(高コレステロール群)を比較した。両時点間でコレステロール値が150 mg/dlを境に変動した118名は対象からはずした。これらの結果として低コレステロール群はGHQ得点が3点以上の者(メンタル不全)の割合が、高コレステロール群よりも有意に多かった。また、高コレステロール群は1994年よりも7年後の2001年でGHQ得点が有意に減少した。また、2001年で低コレステロール群とのGHQ得点の差が有意に広がった。

今回の研究結果は、コレステロール値が

低すぎる人は、精神的な訴えが持続することを示唆しており、精神的健康度を維持するために必要なコレステロール下限値が存在する可能性がある。以上よりコレステロール値が低すぎる人は、一定の(精神的な訴えが減少する適正な)コレステロール値までには増やしたほうがうつや自殺の危険性が下がるかもしれない。しかし、この提言のより強い証拠のためには、低コレステロール群が「慢性的に」低値であったことを一層厳密に確かめた上で精神面への影響を再検討する必要がある。

### ④都道府県別の自殺率に関連する要因の検討：職業、地理的・経済的な要因との関連

自殺には様々な要因が絡んでいるものの、日照量の自殺への影響は、見逃してはならない要因である。日本では北に位置するほど季節性感情障害が増加するという事実に基づき、緯度も自殺率に関連するのではないかと我々は仮定した。日本は南北に長い地形であり、世界でも最も自殺率の高い国のひとつである。また自殺率は職業的、環境的、経済的な要因を受けやすくそれらは国によっても異なる。そこで今回我々は、日本の自殺と緯度の関連、職業の関連をさらに詳しく調査するため、年間総日照時間、年間平均気温、経済的要因、職種を含めて検討した。自殺と緯度の関連については、自殺率と緯度、年間平均気温、年間総日照時間、平均個人所得、47都道府県におけるそれぞれの失業率との相関について、ピアソン係数を算出した結果、有意に相関を示したのは年間総日照時間、年間平均気温、緯度、年間平均個人所得であった。他の要因では有意な相関はなかった。重回帰分析

を用いて上記の4つを独立変数として、自殺率を従属変数として解析した結果、年間総日照時間は唯一自殺率と有意な相関を示す変数となった。

さらに自殺と職業の関連について検討すると、自殺率は各都道府県において第一次産業の人口比率と有意に正の相関を示した。しかし、第二次、第三次産業の人口比率とは相関を示さなかった。第一次産業の人口比率と前述の4つの共変量を独立変数として、自殺率を従属変数として重回帰分析を行ったところ、自殺率は第一次産業の人口比率と年間失業率とに有意な正の相関を示し、年間総日照時間とは負の相関を示した。これらより日照量と自殺率の関連はおそらく強いことが示唆される。第一次産業における有意な年間失業率と自殺率の正の相関は、第二次産業人口の割合を調整した場合有意差はなくなるので、おそらくそれほど強くない。第一次産業の人口割合は自殺率と有意に正の相関がみられたが、第二次、第三次産業の人口割合と自殺率との間には有意な相関は見られなかった。

第一次産業に含まれる農業、漁業、林業の従事者はほかの業種と違い、広大な屋外での労働者である。Malmbergらによると、絶えず、経済的な問題や行政の政策の影響、予期できない天候の変化、時間に対する不安が農夫の大きなストレス源になっている。経済的問題には、予期せぬ市場の変動や投資をして農場を広めようとする試みの失敗、不運などがあり、ストレスへ対応するプランの欠如も大きな要因であると考えられる。これらの事は農夫だけではなく漁師や林業を営む人々にも言える。したがって、第一次産業は自分ではどうすることもできない

自然の影響やある種のストレスを抱えていても発見されずに悪化してしまうという、最も自殺率の増加しやすい職種であるといえる。さらに、屋外作業が多いので日照量の影響も他の産業と比較して受けやすいと考えられる。

#### ⑤低コレステロールが勤労者の精神的健康に及ぼす影響：生存曲線を用いた検討

③の研究において、低コレステロール血症と精神的健康度について7年を隔てた2つの時点間での比較によりその関連を検討した。しかしながら、精神的健康度が種々の要因に影響される可能性があることを考慮すると、毎年の変化を検討することが望ましい。今回は、毎年精神健康度調査の結果を指標に生存曲線を用いた解析を行った。

今回対象とした某企業において、最近8年間連続して健康診断を受けた勤労者のうち、男性は818名、女性は650名であった。このうち、生活習慣や精神健康に関する調査票に欠損値がなく、対象とした8年間の初年度に精神的に健康（GHQ得点が3点以下）であったのは男性623名（76.2%）、女性526名（80.9%）で、これらのデータを解析に用いた。解析に際しては、先行研究の結果から、初年度のコレステロール値が150 mg/dL未満の群とこの値以上の群に2分し、精神健康に影響を与える可能性のある要因（年齢、総蛋白、BMI、アルコール摂取量、喫煙量、コーヒー摂取量、運動量）で補正しながら、Coxの比例ハザードモデル分析を用いて継時的に精神的不健康（GHQ得点が3点より高い）へ陥る勤労者の比率を2群間で比較した。なお、

生存曲線においては精神健康を維持できている限り「生存」し、不健康すなわち GHQ 得点が 3 点を超えると「死亡」と便宜上、定義した。

その結果、男性の健康診断受診者では、Cox のコレステロールのハザード比=2.05 (95% 1.16-3.60,  $p<0.02$ )と、初年度のコレステロール値が 150 mg/dL 未満の群の方が有意にそれ以外の群よりもおよそ 2 倍精神的に不健康に陥りやすいことが判明した。しかし、女性の健康診断受診者ではそのような有意差は認められなかった。したがって、男性では、低コレステロール血症が精神的に不健康の原因のひとつとなる可能性がある。この場合には、コレステロールが低すぎる勤労者はむしろ高める指導をすることがメンタルヘルスには望ましいかもしれない。

今回、我々は自殺予防を目的として、さまざまな観点から自殺関連の研究を行った。まず、精神科受診患者を対象とした自殺者の研究からいくつかの所見が得られたが、これらは必ずしも一般人口あるいは一般の労働者の自殺と関連した所見ではない可能性がある。しかし男性の精神科受療率を高める方策の必要性及び、精神科的既往のある労働者の自殺に注意を要することなどが明らかになった。しかし、少なくとも精神科的既往のある労働者の自殺予防には役立つかもしれない。また、年間日照量が低いことや第一次産業が自殺と関連することが示唆された。これらは、先に述べたように、必ずしも不景気が自殺の増加をすべて説明できるわけではないことの傍証になると考えられる。むしろ、低すぎるコレステロール値や少ない日照量も自殺と関連している

可能性がある。

これらの可能性が事実であれば、低すぎるコレステロール値を適正レベルまで上げるための食生活の指導や天気の良い日は屋外で運動するなど、生活習慣の指導が自殺予防に役立つ可能性があるが、これらの検討は今後の課題であろう。今後、さらに自殺の危険因子や予防について研究が蓄積されることを期待する。

#### D. 考察

平成 15 年度の労働者の自殺原因に関する研究から、自殺の危険の高いグループに対して、職種、性別、年齢別に自殺予防対策を実施することが必要であると考えられた。わが国では、健康診断が少なくとも毎年 1 回実施されていることを有効活用し、自殺の危険のある労働者などを選び出し、保健師や産業医が面談のうえ、必要があればカウンセラーや専門医（精神科医）に紹介できることをシステム化することが重要である。対象者を選び出す方法として、問診票のほかに血清総コレステロール値の低下もとくに男性には有用と考える。また、労働者自身も今までとは違う自分に気づき、自ら保健師や産業医に相談しやすい環境を社内に設けることも必要である。自社内の産業保健スタッフがいないところでは、最近多くなっているメンタルヘルス外来の活用をもっと労働者や一般の市民に啓発する。とくに労働者に対しては、EAP の体制を整え、イギリスのように労働者が直接カウンセラーに相談できるようにする。さらに、いのちの電話のようなボランティア活動の存在およびそのアクセス方法を周知させることも必要である。労働者や一般市民が自

らまたは周囲の人に自殺の危険を感じたら、相談できる窓口が多いほどその効果は挙がる事が期待できる。

イギリスのように家庭医制度が明確な場合、家庭医が軽症・中等度のうつ状態やうつ病を治療できるように研修を受けることにより自殺者が減少したとの報告があるが、わが国では初診から大病院や精神科医以外の専門医を受診することが多いため、軽症・中等症のうつ状態やうつ病が見逃されていることが多い。わが国では、労働者や一般市民に日ごろの自分を知っているかかりつけ医をまず受診する習慣を定着させ、かかりつけ医に対するうつ状態やうつ病の研修を継続する必要がある。産業医には、医師免許以外に産業医の資格を得るための研修制度を利用して、メンタルヘルス不全の患者の診断・治療、精神科医への適切な紹介などを学ぶことも重要である。

精神科医を受診中であっても、自殺することは避けられないが、イギリスの自殺予防対策マニュアルには、自殺を防止するための病院の構造上の改善、入院中および退院後の患者に対するきめ細かな対応、さら

には地域の組織との連携が記載されている。わが国でも、病診連携が推進されているので、このような患者に対しても対応できるシステムになることが期待される。この点で、中村班の報告にあるようにメンタルヘルス不全患者に対するネットワークづくりが急務である。

## E. 結論

産業医、プライマリケア医は、積極的にうつ病などの診療にも取り組み、とくに産業医活動の中でメンタルヘルス対策の実施が望まれる。その際、自殺予防関連のホームページには海外の文献399件が登録されているので、産業医、プライマリケア医、産業看護職、衛生管理者などが実施する自殺予防を含むメンタルヘルス対策に有用であることを期待する。うつ病などの精神疾患のある患者はメンタルヘルス外来など以前より受診し易くなっていることから、とくに男性はうつ病に対する認識を高め、病院を受診することに躊躇しないよう啓発することが重要である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 織田 進、内田和彦、高田志保：自殺予防研究に関して、  
産業精神保健 11(3)：243-251, 2003
- 2) 織田 進、東 敏昭：自殺に関する研究の現状：海外（保健医療科学）：印刷中
- 3) 古木勝也、井手 宏、織田 進：学会報告～第 22 回自殺予防国際会議に参加して、  
産業医学ジャーナル 27(1)：62-63, 2004
- 4) Nishimura,M., Terao,T., Soeda,S., Nakamura,J., Iwata,N. and Sakamoto,K. :  
Suicide and occupation: further supportive evidence for their relevance.  
Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 28:83-87, 2004

### 2. 学会発表

- 1) 井手 宏、川島陽子、吉川里江、古木勝也、内田和彦、日野義之、藤代一也、  
東 敏昭、織田 進：自殺関連文献データベース公開ホームページについて、  
第 77 回日本産業衛生学会総会、名古屋、4 月 13-16 日、2005
- 2) 寺尾 岳：勤労者の精神的健康度に関する多角的な検討、  
第 21 回産業医科大学学会総会、北九州、10 月 23 日、2003
- 3) Ide,H., Takada,S., Uchida,K., Yoshikawa,R., Obata,Y., Hino,Y., Fujishoro,K.,  
Oda,S., & Mori,K. : Urgent Necessity for Young Doctors to Manage Working  
Hours and Stress. Stockholm, Sweden,. Sep. 10-14, 2003.
- 4) Furuki,K., Higashi,T. : Research Trend on Suicide Analysis of the Number of  
Article on Suicide. Stockholm, Sweden, Sep. 10-14, 2003.

## Ⅱ．総括研究報告

### 1) 公開シンポジウム

企業におけるこれからの総合メンタルヘルス対策  
－働きざかりの自殺をいかに防ぐか－

## Ⅱ. 総括研究報告

### Ⅰ. 本調査研究の目的

平成8年、異常な長時間労働による自殺について、被告会社に損害賠償を命ずる判決が最高裁で下された。その後、平成11月9日14日、心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の診断指針に関する通達が出され、一般に職務に関連するストレス等がうつ病等の精神障害になることが周知されつつあり、過労自殺が業務上として認定される例が増えつつある。また、長期間続く不況を反映して、平成10年度より自殺者数が3万人を超えるようになり、社会的にも自殺が注目されるようになった。平成13年自殺防止対策事業の一環として、厚生労働省安全衛生部は、職場及び家庭において、労働者の自殺防止のために活用できる知見の収集を直接の目的とし、労働者の自殺の危険因子、高危険群、周囲の者が把握していた前兆、自殺にいたる経過、思いとどまる要因(未遂の場合)、連鎖自殺防止のために必要な知見等の調査研究を開始した。我々は、自殺の原因調査およびその情報提供を目的に、現在まで蓄積した自殺事例、自殺予防関連文献及び図書データベースを拡充し、これに基づいた文献情報についてインターネットを介して公開する。さらに、職種ごとの自殺の実態およびその予防対策について、国内外の文献的調査、特に医師の自殺に関する実態および予防対策の具体的内容についてアンケートおよび聞き取り調査を実施し、職種に対応した自殺予防対策を検討する。また、主に中小事業場の自殺予防対策や自殺の原因を含む実態を把握するために、嘱託産業医を対象に

アンケートおよび聞き取り調査を実施する。一方職域では把握困難な事例や情報については、精神科領域の事例を調査することにより、自殺の原因となる抑うつ状態・うつ病の発生要因などを調査し、職域における自殺予防対策に有用な情報提供を実施する。

### Ⅱ. 本調査研究の方法

研究組織を3つの班に分け、東班は津久井 要、中村班は西村良二、寺尾 岳、吉村玲児を主な班員として研究に当たり、さらに各班は産業医科大学・産業医実務研修センター教員、精神医学教員、嘱託産業医(主に産業医科大学卒業生)を班員または協力者として研究を実施した。

平成15年度は、3年間の調査研究の成果を公開し、自殺予防の重要性を一般に普及すること、また評価を受ける等の目的で、自殺に関するシンポジウムを開催し、自殺の少ないイギリスについて自殺予防対策の海外調査を実施し、わが国の自殺予防対策の改善に役立てる。

織田班：平成14年度の医療従事者のメンタルヘルスおよび自殺予防対策の調査を基に具体的対策を策定し、試験的に病院へ応用した。中小事業場の嘱託産業医などへのメンタルヘルスおよび自殺予防対策のあり方をまとめ、シンポジウムおよび自殺予防に関するホームページ等を通じて労働衛生機関などの嘱託産業医への支援を試みた。

東班：Ronald W. Maris, Alan L. Berman, Morton M. Silverman 著 “Comprehen-



sive Textbook of Suicidology”の目次に掲げられた22項目のうち11項目（性別、人種・民族・文化的側面、職業・経済、社会的側面、自殺手段、精神医学的側面、身体疾患、アルコール・薬物依存、法的側面、治療・予防、事後介入、その他）について

3000字以内で要約した。また、キーワード別に399海外文献を整理し、ホームページ上で公開した。同時に、イギリスの予防対策について聞き取り調査を行うことにより、イギリスとわが国の自殺予防対策について比較検討した。

企業におけるこれからの総合メンタルヘルス対策  
ーきざかりの自殺をいかに防ぐかー

目的：産業医、産業看護職、衛生管理者などを対象に職域における自殺の現状および自殺予防対策について、社会医学および精神医学専門家、産業医、さらに経営者の立場からご講演をいただき、わが国における働きざかりの人々の自殺防止を考えたい。

日時：平成 15 年 11 月 29 日（土曜日） 13：00～16：00

場所：産業医科大学・ラマツィーニホール

演者

1) 河野慶三

富士ゼロックス（株）健康推進センター、総括産業医  
産業医の立場から、自殺およびその予防対策の現況

2) 加藤隆康

トヨタ自動車（株）、安全衛生推進部長  
経営者側からみた、自殺予防対策の重要性および取り組み等

3) 川上憲人

岡山大学、衛生学・予防医学教授  
わが国における自殺予防対策の現状及び新たな挑戦

4) 中村 純

産業医科大学、精神医学教授  
わが国における自殺の原因および精神科医からの自殺予防に対する取り組み  
(産業保健スタッフとの連携を含む)

事例報告

1) 内田和彦

産業医科大学、産業医実務研修センター講師  
医師の自殺：医療・保健従事者における問題

2) 古木勝也

産業医科大学、産業生態科学研究所、作業病態学講師  
データベース、ホームページの紹介

司会：織田 進、東 敏昭

## 産業医の立場から、自殺およびその予防対策の現況

富士ゼロックス（株）健康推進センター、総括産業医

河野慶三

自殺に関して、企業はその情報を社内、社外を問わず公表しないため、その実態を把握するのは困難です。サンユー会という専属産業医（ほとんど大企業に所属する）の会があります。会員 700 人くらいの任意団体です。そこで QQ プロジェクトという活動が行われています。その内容は、在職死亡者の死因に関する調査です。男の場合、2000 年には 89 事業場の労働者 231,395 人中、死亡者は 312 人（労働者 10,000 人対 13.48）、このうち自殺による死亡は 31 人で、死亡者に占める自殺の割合は 9.9%（労働者 10,000 人対 1.34）でした。また、2001 年は、83 事業場の労働者 245,481 人中死亡者は 256 人（労働者 10,000 人対 10.43）、そのうち自殺は 26 人で死亡者に占める自殺者の割合は 10.2%（労働者 10,000 人対 1.06）でした。

この数字をみて皆さんはどのようにお考えでしょうか。男性社員数が 10,000 人（年齢のことは考慮しなければなりません、大雑把に言って）の企業で、年間の自殺者は 1~2 人ですから、自殺は多くの企業にとってめったに起こらない出来事ということになります。事業者側としては、対応の必要性は低いと考えがちです。自殺者が続くと、メンタルヘルス対策として、たとえば相談室を設置するのですが、しばらくすると立ち消えになってしまうのが通例でした。したがって、なぜ事業者が自殺予防対策をしなければならないかを、我々は理論的に主張できなければなりません。それは

事業者責任のある自殺を減らすということだと私は考えています。

自殺は自分で命を絶つことですから、第三者には責任はないはずですが、2000 年の電通事件の最高裁判決を契機としてその考え方が変わりました。電通事件で争われた自殺は病気によって起こったと判断されました。自分の意思で死んだのではないということになったのです。どのような病気かという、うつ状態もしくはうつ病です。どうしてその病気が起こったかが問題ですが、うつ病の原因は医学的には分かっていますから、その原因を究明することは科学的に無理です。電通事件ではうつ状態になった背景として過重労働問題になりました。月 100 時間を超える時間外勤務が数ヶ月も続くとうつ状態が起こることを、我々は経験的に知っています。そこで、長時間労働をさせたのはだれかが議論されました。会社は、本人の意志に反して長時間労働をさせたのではないと主張しました。では、時間外労働は自分の意志でするものでしょうか。もちろん、そうではありません。事業者がさせるものです。うつ状態もしくはうつ病がなければ自殺は起こらなかった。うつ状態にしたことが、自殺の原因なのだから、その責任は事業者にあると判断されたのです。

電通事件での判決は、「使用者は、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負う」という判断

を示しました。すなわち、①事業者は常に労働者の健康状態を把握しておくこと、②労働者の健康状態がよくないときは、業務を負荷することによって健康状態を増悪しないように具体的な措置をとること、が事業者の責務であるとしています。損害賠償責任は、故意もしくは過失の存在が証明されなければ発生しませんが、裁判所は①、②のどちらかが欠けていると事業者に過失を認定すると言っているのです。

また、長期休業している労働者の多くはメンタルヘルス不全が占めるようになってきました。事業者は労働損失の観点からもメンタルヘルス問題を考えなければならなくなっています。安全はすべてに優先するとの考えから、安全については対策が行われ、状態はよくなっていますが、メンタルヘルスを含む健康に関しても同様の対策が必要だという合意が形成されつつあります。

事業者が行うメンタルヘルス対策としては、2方向からのアプローチが必要で、

- ①全社員を対象にした教育・相談、管理監督者を対象とした教育・相談、事業者への情報提供などによって、「自分の健康は自分で守る」というセルフケアに必要な知識や技術の取得を支援することおよび職場環境の改善を進めること。
- ②メンタルヘルス不全に陥った者を早期に見つけ、疾病管理のルートに乗せること。自殺予防の観点からは、メンタルヘルス不全、特にうつ状態を早く見つけ、診断、治療、職場復帰、再発防止のための支援を行うことが最も効果的です。

メンタルヘルスケアの核となるのは、労働者がセルフケアの考え方を理解しそれを実践することと、管理監督者によるケア(ラ

インによるケア)を推進することです。

産業医などの事業場内産業保健スタッフは、労働者が実践する「セルフケア」、管理監督者が進める「ラインによるケア」が効果的に行えるよう、専門的な知識や技法を使って支援し、必要があれば、病院などの事業場外の資源を活用します。

セルフケアでは、「いつもと違う自分」に対する気づきをよくすることが大切です。

「いつもと違う自分」に気づけば、自分なりにその理由を考えます。その理由が分かれば、自分なりに対応できます。その理由が分からないときには、いつもと違う自分の状態を言葉にしてみることで、あるいは誰かにそのことを伝えてみるのが大切です。そのためには、安心して話を聴いてもらえる人の存在が必要になります。我々の所では、産業医が話しを聴き、保健師がそれをサポートしています。自殺予防には、このセルフケアの機能を働かせることが有用です。

ラインによるケアでは、管理監督者が「いつもと違う部下」に早く気づくことが大切です。部下のいつもと違う行動の例として、①遅刻、早退、欠勤が増える、②無断欠勤がある、③残業、休日出勤が不釣合いに増える、④仕事の能率が悪くなる、⑤業務の結果がなかなか出てこない、⑥報告や相談、職場での会話がなくなる、⑦表情に元気がなく、動作にも元気がない、⑧不自然な言動が目立つ、⑨ミスや事故が目立つ、⑩服装が乱れたり、不潔であったりする、があげられます。

富士ゼロックスでの「いつもと違う」部下への管理監督者の対応の詳細はつぎのとおりです。①「いつもと違う」部下に、