

「いつもと違うけどどうした」と問いかける、②話をしてくれるならそれを聴く、③必要があれば産業医につなぐ、④「何でもない」と言って話をしてくれないときには、「そうか」と言って話を打ち切り、10～14日状態の変化を観察する、⑤状態が元に戻らない場合は再度声かけをし、話を聴く、話してくれるならそれを聴く、⑥話をしてくれない場合には、これは会社の約束事だからと説明して、産業医のところへ行くように指示する、⑦産業医のところに行きたくないという場合は、必ず「これが会社の約束事なので」と告げて、管理監督者が産業医のところへ行く。管理監督者の話を聞いて、早く対応した方がいいと判断し

た場合はその部下に産業医が直接会う。

この仕組みがないと管理監督者の負担が大きくなり、ラインによるケアからのメンタルヘルス不全の早期発見は困難となります。その結果、自殺の背景要因であるうつ状態が見逃されてしまいます。このようにしても自殺は完全に防止できませんが、自殺が発生した場合どこに問題があるかは分かります。それによって自殺のポストベンションの必要性を判断することもできます。企業により事情が異なるので、我々が実施している対策をそのまま活用することはできませんが、参考にしていただければと思います。

## 経営者からみた、自殺予防対策の重要性および取り組みなど

トヨタ自動車（株）、安全衛生推進部長

加藤隆康

自殺に関してのみ焦点を当てると難しい問題を含んでいますので、メンタルヘルスに関してどのようなことをしているかをお話しますので、皆様方からご意見をいただければと思います。はじめに自殺に関する統計を見ますと、

- 1) 原因・動機別自殺者数の推移：すべての年代を含んでいるので、健康問題が毎年一番多くなっていますが、最近急激に上昇している原因・動機として経済問題があります。最近の経済状況を考えると、分かるような気がします。
- 2) 職業別自殺者数（平成 14 年度、警察庁）：無職が一番多く、自営業者、管理職、労働者が続いていますので、経済的理由が多いことが納得できます。
- 3) 原因・動機別・年齢別自殺者の推移：遺書ありのみの統計では、40 歳～50 歳では経済問題が一番多くなっていますが、20 歳台では経済的問題は少なくなっています。中高年齢層の自殺の増加は、組織や世の中の問題がそのまま反映されています。有職者の統計では、管理職と自営業者が、特に自営業者が経済問題を理由に自殺する割合が高くなっています。

弊社では、自殺の原因についての多くは不明ですが、病苦、金銭トラブル（家族の問題を含む）、家庭内の悩み、仕事上の悩みが原因として挙げられます。どこの企業でも同じ傾向と考えます。また、自殺の原因

が究明できるほど例数が多くありません。したがって、企業のメンタルヘルス対策において、自殺に焦点を置いて活動することは困難であり、自殺対策はメンタルヘルス活動の一環として行っています。現在、企業における健康管理業務において最大の課題はメンタルヘルス問題です。メンタルヘルス問題による休業日数は長くなり、健康保険組合の財政上からも極めて大きな問題になっています。会社にとっても貴重な人材が長く休むことは重要な問題です。

会社の安全衛生に関するその年の方針が毎年示され、全社がこれに基づいて、活動を実施しており、外部にも公開しています。この内容は企業のトップから労働者全員に理解してもらっている内容であり、けっして産業医を中心とした産業スタッフだけの活動ではありません。この中で、会社方針としての実施事項として、生活習慣病対策とメンタルヘルス対策を取り上げています。メンタルヘルス対策では、セルフケアとラインケアを進めています。

まず、セルフケアですが、啓発活動をしています。このため、最近は本人からおよび健康診断の間診情報からの新規相談が増加し、これによりメンタルヘルス関連の問題の早期発見につながると考えています。啓発活動の具体的例ですが、専門医、産業医、保健師などによる研修会、イントラネット、社内報（あんえいニュース）、健保（PoPo）、健康づくり情報誌（GENKI 21）

により啓発を実施しています。さらに、10月の全国安全衛生週間の月を労働衛生月間として活動しています。健保(PoPo)では、家族も含めて健康問題について啓発をしています。

ホームページでは、ストレス解消法、睡眠を十分に(安眠のための環境づくり、眠りを誘うポイント)などの情報も公開しています。また、健康診断時の問診を充実し、疲労度チェックなどをしながら、メンタルヘルスの問題を早期に発見する努力をしています。安全衛生のホームページにも、ストレスの自己チェックがあり、これにより問題があれば、産業医に相談したり、自分でホームページを参照したりしています。ホームページも開設以来2,3年になりますが、月あたり1万件程度のアクセスがあります。個人情報があったく外部に分からないようにしていますので、だれがアクセスしているか分かりませんが、件数のみがカウントされています。

心の健康相談体制について、労働衛生の視点を持った精神科医を確保し、産業医などによる日常の相談を充実させています。本人の気づきを促す手段として、メンタルヘルスに対する情報の提供(社内報、健保機関紙、社内イントラネット)、社内イントラネットによる自己診断と相談案内を提供しています。社内で相談しづらいものに対しては、電話相談ができる外部の機関とも連携しています。また、内部の診療所にも、精神科医の専門医に来てもらっていますが、相談件数が多くなっています。当初、産業医から精神科医には相談しづらいのではとの意見もありましたが、精神科の病院に行くより受診しやすいとの意見があります。

相談先の場所や連絡方法の連絡には、教育資料、社内報、ポスター、カードなどを用いています。カードは社員証と同じ大きさであり、いろいろな相談場所の連絡先が書かれており、これを配布することにより、新規相談者数が増加してきました。

相談ツールとして、専用電話(留守番電話、フリーダイヤルなど)、E-mail以外に産業医、保健師など直接面談することもあります。社内だけでなく、健保、厚生年金、労組など相談する場所が多いと効果は大きくなります。E-mailは、海外など時間を気にせずに利用できます。また、フリーダイヤルは、家庭からなど、場所を選ばず携帯電話からでも利用できます。

試みとして、リラクゼーションルームを設置しています。今後その効果をみて、設置場所を拡大するかを決定していきます。

次に、ラインケアとしては、管理監督者教育を強化し(リスナー教育導入、対象者拡大)、室長・課長などに対しては、8時間(内リスナー教育7時間)、職長に対しては、4時間(内リスナー教育3時間)の教育をしています。職長の4時間教育については延長を予定しています。これらの教育は100%の実施率です。

リスナー教育については、管理監督者の評価は非常に高くなっています。アンケート結果でも、90%の受講者が職場で活かせると回答しています。しかし、部下の意見も聞く必要があります。部下にしてみれば、変わっていないとの評価もありえますが、上司からの産業医への相談が増えていることからその成果が現れていると考えます。

異動者および昇格者のメンタルヘルスチェックも実施しています。休養者のフォロー

一として、休業が長期になると上司が家族を訪問しています。これにより、必要に応じて産業医に対して情報提供ができます。この方法がすべてうまくいっているわけではありません。実際、産業医からメンタルの問題の場合、当初訪問しない方がよいとの意見もあり、今後も改善しながら実施していきたいと考えています。

このような取り組みの結果、変わってきたことの1つとして、平成12年は新規相談は健康診断がきっかけとなるが多かったのですが、平成13年は本人または上司からの相談が増加してきています。さらに、休業日数は、トータルとして増加していますが、一人当たりの休業日は減少してきました。

## わが国における自殺予防対策の現状及び新たな挑戦

岡山大学大学院医歯学総合研究科・衛生学・予防医学分野・教授

川上憲人

本日のトピックスとして、以下の内容をご報告します。

1. わが国における自殺予防対策の現状(主に平成 13 年度研究から)  
産業保健専門職によるコンセンサス会議から  
自殺予防対策に関する全国調査から  
自殺予防対策の事例収集から
2. 労働者の自殺予防—新たな挑戦  
(平成 14~15 年度研究から)
3. 今後の課題

職場における自殺予防対策の現状に関する専門家会議(廣ら、2001)において、専属産業医 9 名、衛生管理者 6 名、精神科医 5 名の出席のもとに、職種別検討を実施しました。その中での結論として、①自殺予防対策は、メンタルヘルス対策の枠組みの中で取り組むのがよい。②自殺予防対策の観点から、うつ病対策を推進することが重要である。③定期健康診断、復職健診システム、長時間労働者健診などの活用、メンタルヘルスに関する幅広い啓発活動、産業保健スタッフの知識および技術の向上、外部機関との連携の充実などが重要です。

職域での具体的取り組みとして、平成 12 年労働省から出されました「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」があります。心の健康づくり計画の策定について、セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケアをバランスよく実

施することにより、自殺予防は可能であると考えます。

6 事業場 49 例の自殺事例からの分析で、産業保健スタッフや直前の管理監督者の気づきがあったのが、2~3 割あったこと、さらに産業保健スタッフが自殺予防対策を講じることのできた可能性は 2 割前後あったことから、啓発活動の推進、管理監督者と産業保健スタッフが自殺予防対策に必要な知識・技術に習熟すること、職場と産業保健スタッフの連携が必要であることが判明しました。

事業場における心の健康づくり(自殺予防対策を含む)の全国実態調査では、全国の事業場から無作為に抽出された代表サンプル 1335 事業場を対象とし、回答が得られた 412 事業場(回収率 32%)を分析したところ、過去 1 年間に 4%の事業場が自殺を経験していました。厚生労働省指針に従って、心の健康づくりの方針を表明している事業場は 2 割、表明予定が 2 割ありました。メンタルヘルス体制の確立、職場環境等の改善、教育・研修は 1~3 割でありました。自殺発生後の対応が決まっているのは、3%であり、検討中が 47%でした。

人事・労務担当者から見た重要な対策と困難な対策を見ますと、重要な対策として管理監督者の相談対応、管理監督者による職場環境等の改善、相談時のプライバシーの保護、自殺発生時の対応、メンタルヘルスの重要性の認識、災害発生時の心のケアがあります。一方、困難な対策としては、

全員での取り組み、自殺発生時の対応、THP 心理相談の実施、社内の組織づくりと役割の明確化、目標と計画設定、評価と改善、災害発生時の心のケアがあります。

自殺防止対策事例の収集(小林ら、2001)では、米国空軍における自殺防止対策事業(職域)があります。一般集団向け対策とハイリスク群への対策で自殺率が減少していました。また地域では、新潟県松之山町では、うつ病のスクリーニング、専門家による診断面接、診療所医師による治療と保健師によるケアを10年間実施したところ、人口10万人当たり434.6から123.1人に自殺率が減少しました。

いままで述べましたことからまとめますと、労働者の自殺予防対策の枠組みは、

1. 事業場における一般的な心の健康づくりの推進として、

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

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

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

外部医療機関との円滑な連携

2. 自殺予防に特化した対策の推進として、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)

自殺未遂者のケア

自殺に関する教育・啓発

になると考えています。

これからの労働者の自殺予防対策における新たな挑戦としては、事業者は組織としての自殺リスクを評価することができ、およびそれに基づいて事業場の心の健康づくり計画を推進できることが必要です。管理

監督者、労働者および家族はうつ病と自殺に関する知識を持ち、それに気づいて、産業保健専門職に相談するなどの対処ができなければなりません。産業保健専門職はうつ病および自殺リスクの評価と対処(専門医への紹介など)や自殺発生後の対応ができることが重要です。

事業場の組織的対策としての研究では、事業場の特性と労働者の自殺の関連性についてのケーススタディーですが、前年度より業績が悪化した翌年に自殺が発生していました(この事業場では利益を上げている)。全国の事業場の調査(人事労務担当者から報告された事業場のストレスの原因と自殺発生との関連性)では、自殺のあった事業場となかった事業場の比較を見ますと、仕事量が少ない、利益が上がっていない、雇用不安がある事業場で自殺が発生していました。しかし、人間関係がうまくいっていない事業場では、自殺が発生していないという結果でした。これについて、理由はまだ解明されていません。ある企業の10年間のコホートでは、自殺者の発生した職場の特徴は、月平均残業時間が長く、知識に不安を抱える職場でした。

以上より、業績が低下した翌年の事業場、仕事の少ない事業場、リストラやダウンサイジングの進む事業場、残業時間の長い職場、知識や技術に不安のある職場が自殺に関して危ないと考えています。

事業場の心の健康づくりの達成状況の評価するために、チェックリストを開発しました。事業場における心の健康づくり活動を7領域、32項目しました。それぞれの項目について、4段階で実施状況を評価し、領域得点と総合計得点を計算しました。日

本産業衛生学会産業精神衛生研究会世話人から最低限の心の健康づくり活動の水準を聴取し、これに基づいて、レッド（危険）、イエロー（許容範囲）、グリーン（十分）を判定しました。これにより、事業者が自ら心の健康づくり活動の十分度を自己評価することができます。レッドは上記世話人の誰も十分な活動とは言えない職場であり、イエローは少なくとも1人が十分とみなす職場と考えます。また、チェックリストに関する判定表を作成していますので、事業者はこれと自分の職場の得点を比較することにより評価できるようになっています。

自殺予防教育マニュアルおよびプログラムの開発（永田）については、管理監督者、労働者および家族を対象にした独自のマニュアルを作成していますが、ここでは詳細を省略します。

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について、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ことを検討しています。また、産業保健スタッフ（特に産業医、産業看護職）がうつ病のアセスメントを行えるようにするための面接法の開発し（5問からなる MINI-D 短縮版を作成し、MINI-D9 項目版と比較し、感度は 0.86、特異度 0.77、陽性反応的中率 0.69）、さらに、WHO 自殺予防：一般開業医のための方策の指針(2000)などをもとに、産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価と対処のガイドラインの開発中です。

自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論（高橋）について、現在検討中ですが、自殺が発生した場合、その周囲の者（管理監督者や同僚）への対応や連続して

発生する自殺を予防するために、専門家と非専門家がいっしょに悩みなどを語り合うことにより心のケアをすることが必要です。しかし、これには高度のスキルが必要ですが、すでに一部の企業でポストベンションチームが作られているところもあります。

介入研究による自殺予防効果の評価（永田）では、2社に対してメンタルヘルス対策（教育、相談）を導入し、自殺率を前後で経年的に比較しました。1社では対策後自殺率が低下し、他社では2年目まで減少しましたが、その後徐々に増加しています。介入効果があるように思えますが、今後の経過をみる必要があります。

今後の課題ですが、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、があります。

厚生労働省では、自殺防止有識者懇談会が開催されていますが、自殺防止にはうつ病対策が重要とされており、地域住民における大うつ病の頻度は全体で過去12ヶ月間にうつ病を経験した者は2%で、若い年代と中高年に多くなっています。また、うつ病に罹患した者が過去1年間に自殺を考えた者（自殺念慮）は20%近くあります。一方、地域におけるうつ病対策検討会が開催されており、平成15年度内に都道府県・市町村向けうつ対策マニュアル（国民向け

パンフレットを含む)の作成を目標にしています。

地域および職場におけるうつ病対策による自殺の防止を示していますが、両者の対

策が整いつつあり、小規模事業場での自殺予防対策は、地域での対策の力を借りて実施することが必要と思います。



## 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)

産業医科大学、精神医学教授

中村 純

企業での自殺予防対策について、河野先生、加藤先生および川上先生が述べられました。また、川上先生からもご指摘がありましたように自殺予防対策として、うつ対策が重要課題となっていますので、精神科医の立場でお話ししたいと思います。

WHOが報告している14歳から44歳までにおける人の社会活動障害の10大原因の中には、精神科関連が4つ含まれ、全体の72%を占めています。損失時間の順に一番目がうつ病であり、4番目がアルコール依存症、6番目が躁うつ病（双極性障害）および9番目が統合失調症となっています。

21世紀初頭のトピックスとして、少子化・高齢化社会とそれに伴う世代間のギャップ、男性と女性の関係（女性の社会・職場での活躍、恋愛、結婚、離婚、母子・父子関係、再婚家庭、育児の問題など）、児童・老人・弱者への虐待、情報化社会でのコンピュータ・テレビ・携帯通信の変革への対応、プライバシーの問題などが挙げられます。企業では、このような社会全体の変化に対応できない方に対する対応が問題となり、最悪の場合自殺が発生すると考えられます。98年以降5年間連続で自殺が3万人を超え、その原因として経済・生活問題によるものが増えています。2002年の自殺者の実態として、自殺者の総数は32,143人であり、男性は71.8%です。また、8,462人（26.3%）が50歳代でした。それ以外の特徴は加藤先生が述べられましたので、

ここでは省略します。ここ30年間このような統計が報告されてきていますが、自殺の原因として健康問題が一番ですが、経済・生活問題が増加していることが最近の自殺者の増加に影響していると考えられます。また、国内における50歳代自殺者人数と自殺者の総数は、ほとんど平行して増加していることから、最近の自殺者の増加はこの年代の自殺に影響されています。

精神障害と自殺が関連することは昔から言われています。自殺者の約90%が何らかの精神障害に罹患しています（張、1996）。自殺既遂者では精神障害が大きな要因となっており、精神障害者に対する自殺防止が重要です（飛鳥井、1994）。これらのことから、精神科を受診している自殺症例に注目しました。全国の大学病院精神科、労災病院精神科、福岡県内の精神病院、精神科診療所、総合病院精神科に受診中の患者で、1998年1月～2001年12月の1年間に自殺した症例についてアンケート調査を実施しました。各施設の精神科医に回答をお願いしました。症例調査票の項目として、性別、死亡時年齢、就業歴、死亡時職業、診断（ICD-10分類）、受診の動機、自殺の誘因を記載してもらいました。その結果、大学病院では1.6人、労災病院では1.5人、精神病院では0.8人、総合病院では0.7人、クリニックでは0.6人であり、平均して1.0人が1年間に自殺していました。死亡時に仕事を持っていた人のICD-10診断はうつ

病などの気分障害（F3）が5割を超えていました。続いて統合失調症が多い結果となりました。精神科病院には8割から9割が統合失調症で入院していますので、この数字は全体から考えても気分障害による自殺が多いことを示していると思います。また、興味深いことに、精神科での自殺症例での男女差はほとんどありませんでした。自殺の誘因で、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した。

警察庁の報告では、自殺者の性別は71.8%が男性であり、我々の調査では、性差がなかった（男性49.5%）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があります。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す。

精神疾患の診断として、気分障害が39%と最多であり、特に有職者では自殺者の52%が気分障害であったことから、職場のメンタルヘルス対策としてうつ病の予防、早期発見、早期治療、教育・啓発が重要と考えます。つぎに統合失調症が35%であり、この疾患の特徴として、精神症状が悪化する急性増悪期の自殺が多いという報告と、意外と思われるかもしれませんが、病識が出て、病苦で自殺するもののがかなりあ

ります。

ストレスを感じている勤労者が毎年増加しているのは皆様よくご存知のことですが、1997年の労働者健康状況調査では63%がストレスを感じています。ストレスは胃潰瘍、心筋梗塞、喘息などの身体疾患を発生させ、また、アルコール依存症になったり、多額のローンを抱え込むなどの問題を引き起こし、さらに不安神経症、抑うつ状態、うつ病となります。ストレスに気づきのない人が心身症になり、また、うつ病になる人はストレスに気づいていると言われていますが、そのことをうまく周囲に伝えられなくて病気になると考えられます。

うつ病の75%は未治療と言われていますが、その原因としてうつ病が内科の病気、例えば自律神経失調症と考えられたり、うつ病が軽く考えられ誰でもかかる病気と認識されなかなか治療に結びつかない、病気のため判断力が低下し受診の決心がつかない、弱みをみせたくないと思っている（家族は悪いと思っている）、さらに産業構造に変化により、サービス業を含む第3次産業が最近増えていることから仕事の量・質が変化しうつ病が隠蔽され、他人に弱みをみせたくないとの思いも影響していると考えられます。

就業者は6400万人いますが、うつ病による社会損失を考えてみましょう。自殺者3万人とすると自殺を考える者は50万人いることとなります。また、退職者は80万人、仕事上にミスを犯したものの640万人あり、これらの者のうち集中力や判断能力が低下し、さらに疲労が蓄積することにより抑うつ気分になることがあります。これらのことが社会的損失をもたらすことにな

ります。

勤労者の精神医学的問題を考えますと、全体的に多い不眠症はだれでも罹るものですが、また睡眠時無呼吸症候群は、新幹線の運転手で問題となりました。続いてストレス障害（適応障害）、さらに不安・抑うつ状態、うつ病がみられます。

最近の抑うつ状態・うつ病の変化ですが、なかなか職場に適応できない。また、頻回欠勤者、逃避型抑うつが軽症うつ病として増加しています。例えば、学校の先生に校門を見ると気分が悪くなったり、欠席が多くなることがあります。高齢者では、特に女性で増加していることから更年期うつ病、老年期うつ病が増加しています。うつ病全体でみると、女性の方が2.3対1で多くなっています。大企業でも潰れることがあり、企業への帰属意識が薄れてきていることもあり、昇進うつ病や消耗性うつは最近減少していると言われています。

うつ病患者が最初に受診する科は、6割以上が内科を受診しています。精神科、皮膚科、心療内科と続きます。精神科以外でうつ病をみるが多いため、プライマリ・ケアを実施する医師のためのうつ病診療マニュアルを作成中です。

典型的な症状のないうつ病も多い。頭痛を訴えるうつ病患者を内科では仮面うつ病（身体症状が前面に出ているうつ病）と呼んでいます。逆に、すい臓癌があってもなかなか診断ができなくて、うつ病と診断されるような警告うつ病（重篤な身体症状のためうつ状態を呈している）もあります。後者は、精神科医が注意しなければなりません。

うつ病の早期発見は、食生活で食事のス

ピードが速くなる、食欲不振がつづく、好物が食べられない、食べても味がしないなどがあります。仕事上、能率が悪くなり、ミスが多くなります。交通事故を起こしやすくなります。中には退職願いを書くものもあります。生活面では、日曜日テレビの前でゴロゴロしている、風邪がなかなか治らない、家族に当たるまたは黙る、服装への無関心などがあります。

以前、うつ病はこころの風邪といったことがあります。最近では甘く見すぎたと反省しています。うつ病は治る病気であるが再発する病気でもあり、うつ病はこころの肺炎くらいに考えています。うつ病の再発率は一年以内で20数%、10年以内では70%くらいあります。また、一般的には3ヶ月で治る病気ですが、20数%は難治例です。

最近のうつ病の増加は、単極性うつ病が増加しており、双極性障害（躁鬱病）が増えている印象はまったくありません。しかし、うつ病が治ったと感じている場合、軽い躁状態のこともあるので、最近では以前より躁鬱病の頻度が増えたとする報告もあります。また、患者と主治医の間で治ったとする認知にずれがあることもあります。

うつ病に罹患すると家族への影響、子どもにも重大な影響を与えることとなります。職場のストレスがあると、妻に当たったり、黙ることになり、今度は妻が子どもに当たるなど共生的になり、子どもは学校でいじめに遭ったり、一般市民とのトラブルに遭うことがあります。

抑うつの症状は、身体症状と精神症状に分けて考えています。身体症状として睡眠障害、食欲低下、体重減少、性欲減退、自

律神経症状（のどが渇く、便秘する、汗をかくなど）等があり、精神症状として抑うつ気分、抑制（内的、外的）、不安・焦燥感、自責感、気分の日内変動（抑うつ気分は朝が悪い）などがあり、自力では回復できず、2週間以上持続します。

本人がうつ病といっても、統合失調症によるうつ病、アルコール依存症もうつ病と密接に関係しています。境界型人格障害、PTSD、社会恐怖（社会不安障害）、強迫性障害、不安障害、パニック発作、広場恐怖であったりと、いろいろな病態でうつ病が起ります。

うつ病の心理症状（神経症状）が回復していく順序として、まず不安・焦燥感が消失し、続いて抑うつ気分、さらに内的抑制（億劫感、うつ病に初発症状としても重要）が無くなります。したがって、復職の話をするにしても内的抑制がとれた時期にするのが適当です。

初診時の注意として、①病気であって、怠けではない。②できる限り職場を離れ一番楽にできるようにして、決してがんばらない。③薬を必ず飲ませる。④短くて3ヶ月かかる。（心身症だからの脳に生化学的変化が起こっている）⑤症状は変動する。（三寒四温）⑥治療中自殺をしないことを誓約させる。⑦治療が終結するまで人生上の一大決断をしない。

などがあるため、産業保健スタッフが本人はもちろんのこと、家族や上司とも連携をとることが重要である。

職場復帰に際して、①軽症の場合、さしあたり元の職場へ戻すことを原則とし、職場への接触開始は挨拶から始めます。②1～2週間のウォーミングアップ期間が必要

である。（大企業では可能であっても、中小規模事業場では、休業中に運動の好きなものにはジムに、読書の好きなものには図書館に通ってもらう）③復職後数ヶ月間の終末期動揺に注意する。

④早過ぎる服薬中止に注意する。⑤病気の経験に意義を与える、例えば職場のメンタルヘルスの向上（仕事を減らすなど）に生かす努力をします。

うつ病の治療は、薬物療法が主体ですが、認知行動療法を併用することもあります。ストレスにより物の考え方や受け取り方に誤りがあることがあるので、認知の歪みを是正します。薬物療法として、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬がありますが、最近では副作用が少ないものが普及してきました。

最近のうつ病の特徴をまとめますと、

- ①高齢者に多い。②男性より女性に多い。
- ③心氣的訴え（頭痛、めまいなど）が多い。
- ④遷延例が多い。⑤従来抗うつ薬では副作用のため不十分な症例が多いことが挙げられます。

最近のSSRI,SNRIが有効なことが多いが、薬だけでは不十分で、誘因となったライフイベントに対する理解（支持的な精神療法）が重要である。ライフイベントとして、喪失体験（仕事で失敗した、職を失った、引越・結婚・出産・離婚・子どもの成長など本人にとって価値あるものを失った、重症の身体疾患を有する人等）がうつ病の誘因になると考えられます。

自殺の予兆として、①うつ状態の人、②原因不明の身体の不調が長引いている人③酒量が増えてきた人、④自己の安全や健康を保てない人、⑤仕事の負担が増えて長く

それが持続している人、⑥職場や家庭でサポートが得られない人などが考えられます。

最後に、まとめですが、①まずうつ病であるのか？②うつ病は治る病気であるが、再発しやすい病気です。③薬をきちんと服用しましょう（糖尿病モデルと同様長期に診療する、専門医への受診を）、④日頃より予防に心がける（疲れたら休む、リラックスする方法を持ち、良好な人間関係を保つ）

などが重要です。

メンタルヘルスに関する問題で、直接産業保健スタッフに相談することは少なく、むしろ事業場外に医療機関を受診することも多いため、産業医とそれら医療機関とのネットワークづくりが重要と考えています。そのために、その第1歩として昨年福岡圏内の病院に呼びかけてネットワークに参加してもらう病院のリストを作成しました。

## Ⅱ. 総括研究報告

### 2) イギリスにおける自殺予防対策等の聞き取り調査

班長

織田 進（産業医科大学 産業医実務研修センター）

東 敏昭（産業医科大学 産業生態科学研究所 作業病態学）

研究協力者

井手 宏（産業医科大学 産業医実務研修センター）

古木勝也（産業医科大学 産業生態科学研究所 作業病態学）

## イギリスにおける自殺予防対策への取り組み状況視察報告

### はじめに

近年、メンタルヘルスに対する関心が日本全国で高まる中、自殺件数に関しては逆に急増の傾向が認められており、大きな社会問題として取り上げられている。他の先進国との比較において、北欧諸国で高い自殺率を示す傾向がしばしば報告されているが、一方イギリスの自殺率は低い。今回我々は、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。

イギリス南西部に位置し日本企業の英国法人である電気機器製造業およびイギリス南東部に位置し米国企業の英国法人である製菓企業を訪問した。

### 1. 日本企業の英国法人

#### 会社概要

A社は日本の代表的な電気機器製造グループの子会社B社の英国法人である。主に欧州向けの家庭用電気機器（電話設備等）を生産している。1986年に設立され、2001年までにISO9002, ISO14001, ISO9001を取得し、省エネルギー・廃棄物の減量化・資源リサイクルを推進し、地球環境保護を実施するなど世界のモデルになるよう努力していた。

会社の方針は、

1. 現地に溶け込み、現地会社の自覚を持つ

2. 電気機器製造グループの一員として、情報通信機器の生産販売を工場自ら行い、英国・欧州をはじめ世界に貢献
  3. 自ら設計、自ら販売（自主独立）
  4. 部品現地調達率70%の達成
  5. 省エネルギー・廃棄物の減量化・資源リサイクルを推進し、地球環境保護の実施
- を掲げていた。

従業員は約700名であるが、10名程度の人員が日本から管理部門・技術部門に向向し、現地生産の指揮をとっている。従業員は現地雇用中心であり、生産技能員の他に中堅幹部として生産および管理部門のマネージャーとなっている者もいた。

#### スタッフ

労働衛生に関係しているスタッフとしてCompany Doctor（日本の産業医に近い）、保健師、安全衛生マネージャー、人事担当マネージャーを配置していたが、全て英国人であった。

Company Doctorは工場近隣の病院に勤務している医師1名と契約していた。医師の工場出務は定期的な形ではなく、雇用時・体調不良時（メンタルヘルス関連疾患も含む）・派遣時など工場の求めに応じて工場に赴く形式をとっていた。

保健師は非常勤で複数名雇用しているが、英国でも日本同様に産業保健を専門に学んできた者や臨床からの転向者など、様々なバックグラウンドを持ってきているため、会社としての産業保健の方向性と本人の方

向性とのマッチングが重要であり、職域における産業保健の重要性を理解してもらうことを重視しているとのことであった。

安全衛生マネージャーは安全・労働衛生の分野の専門家として機能していたが、人事マネージャーと協調してメンタルヘルスを含む教育活動を行っていた。専門的知識を持ち、会社の方針にもあるように、自分自ら活動の中心となり、チェックリストの配布、集計、報告、記録を取っており、また緊急の場合の相談先についてもかなり細かくニーズに対応していた。

現場の労働者の正確な統計はないが、2、3年で退職する者が多い。マネージャーのような上級職員は10年以上勤務している者もあり、勤続年数は長いとのことであった。日本からの派遣は、単身赴任の場合3年、家族を帯同している場合5年が原則とのこと、日本と同様に、毎年健康診断が実施されていた。ロンドンで健診を受ける場合はあまり胃透視や胃カメラは薦められないため、日本に帰国した時に受けるとのことだった。現地採用の職員は健康診断は実施しておらず、特殊健康診断も定期的には行われていなかった。

健康上の問題が生じた場合に、Company Doctorに相談または受診する。必要があれば専門病院を紹介してもらえ。入院した場合は、Company Doctorが来訪してくれるとのこと、職員にとっては不安を軽減できると思う。ここでは、日本のように直接専門病院を自分で受診することはない。

労働者に対する教育の問題点として、教育をしても、労働者の都合で早期に辞めてしまうことが多いため、会社にとってメリットが少ないことである。労働者の中には、

日本企業を渡り歩くものもいる。労働者の昇進は、実績のみを重視し、試験はないとのことであるが、昇進を期待しても、家庭での時間を重視するため、管理職になるのを辞退するものも多かった。

工場は2階建てで、工場内は整理整頓が行き届いていた。また、途中で会う労働者は笑顔で対応していた。金曜日の午後のためか、労働者の数は少なく、雰囲気には余裕が感じられた。行政指導もあり、金曜日の午後は休みにし、また、始業時間は日本より早い、イギリスの労働者は早く家に帰って家族との時間を重要視するとのことであった。食堂は、自前で料理をしていたが、食堂の従業員の検便などの健診はしていなかった。その他日本で実施されている特殊健診についても実施されていなかった。しかし、有害物質など環境問題に関しては、関連法律や有害物質による健康影響などに対する資格は不明であったが、hygienistの役割を持つ管理者が常勤していた。さらに、環境整備が整っていることおよび労働者が早期に退職することが多いため、職業病や職業関連疾患が表面化していないとも考えられる。また、労働者の性格として、労働が自分に合わなければ、簡単に職場を変えることも影響していると思われる。

#### 自殺予防対策

A社では自殺者は発生していないとのことであったが、メンタルヘルス対策は非常に重要な課題と認識しており、かなりの時間が充てられていた。自殺予防に対して、特別な対策は行われていなかった。

メンタルヘルス対策として、病気休業からの復職が重要であるが、このようなケー



スが発生した際には、まず人事担当者が連絡をとり、情報収集を行っていた。仕事との関連が強いと考えられる場合には、Company Doctor に連絡をとり因果関係について判断を仰ぐ。仕事以外の要因の際には、主治医などと連携、またカウンセラー等に連絡を取るなどの調整を行い、従業員の休業中のサポートを行っていた。

復職の際には、主治医および Company Doctor の判断をもとに、本人の身体的・精神的・能力的適性をみて、復職の可否、復職する部署について検討していた。

メンタルヘルス教育は 2001 年から開始し、ビデオテープによる集団教育の他、コンサルタントの電話番号リストを開示し、問題を感じた際に外部も含めて相談できる体制をとっていた。このリストの中には精神科医・カウンセラーの他に、アルコール問題についての専門家や、親族の死亡などストレスがかかる際に相談できる機関も含まれていた。

また、チェックリスト形式のストレス診断ツールを使用して、様々な要因毎に質問を記入させ、問題点を探るシステムを使用していた。このシステムの流れは、

1. 第1段階質問表 (First Pass Filter Tool) を記入
2. 記入内容を分析ツールで解析し、本人へ返送
3. 職場における問題があるかどうかを調査
4. スタッフおよび職場代表者に結果を通知
5. 問題が考えられる職場で第2段階質

問表を記入

6. 分析ツールで解析し、問題があるかどうか調査・検討

7. スタッフに結果報告および適切な対応

一定期間後、職場が改善しているかどうかを調査し、ストレスマネジメント体制についても再吟味を行う。このプロセスがマニュアル化されているため、チェック項目を順に満たしていくことにより、見落としや担当者の専門性の格差が少なくなるように工夫されていた。

第1段階質問表は6項目からなる質問から構成され、各々に Demands、Control、Support、Relationships、Role、Change に関する設問が1問ずつ含まれていた。

回答は Often、Sometimes、Seldom、Never / Almost never の4段階でチェックする形式であり、短時間で回答が可能である。

第2段階質問表は各分野 (Demands、Control 等) 毎に4-15問で構成され、より詳しい設問が設定されている。第1段階質問表で問題となった分野についてのみ第2段階質問表を実施していた。

これらツールを使用することにより、従業員個人および職場へメンタルヘルス上の問題点をフィードバックし、早期に対応することによって、予防活動を行っていた。

特筆すべきことは、産業保健に関連するスタッフではなく、一般の労働者が中心となり産業保健活動をすすめている点である。ここでは、マネジメントシステムが実際に効果的に運用されており、また、企業の社会責任として自殺予防を含むメンタルヘルス対策が行われていた。

## 2. 米国製薬会社の英国法人

C社は全世界に展開している米国の製薬会社D社の英国法人である。英国南東部に研究開発施設および工場があった。常時勤務している従業員数は約6,000名であった。

ここでは、企業活動における明確な使命目的があった。使命は、患者、顧客、社員、株主、ビジネスパートナー、そして自分たちが働き、生活しているコミュニティにとって、世界で最も価値のある企業になることである。目的は、医療用医薬品、消費製品、動物用薬を革新することを通して、より長く、より健康に、そしてより幸せに生きたいという人類の夢を実現するために専念することである。そして、その目的と使命を実現するために、社員が活動する際に遵守すべき8つのコアバリュー（価値規準）すなわち、「人間尊重」「革新」「誠実と高潔」「リーダーシップ」「全員参加のチームワーク」「顧客志向」「善き市民」および「業績改善」である。

C社には以下の10の環境と安全、健康に対する項目が挙げられており、それぞれの活動と評価項目があった。

- 1) Environmental Health & Safety
- 2) Waste Management and Recycling
- 3) Effluent Management
- 4) Volatile Organic Compounds
- 5) Energy/CO<sub>2</sub>
- 6) Water Use
- 7) Transport
- 8) Environmental Index
- 9) Management of Safety

## 10) Accidents and incidents

健康 (Health) は8)のなかに含まれており、1)Compliance with statutory and corporate health requirements、法令と健康に関する企業の要求を遵守する、2) Prevention of ill health arising from work、職業病および作業関連疾患の防止3)Promoting and preserving good health、健康の保持増進、4)Providing specialist advice and support、専門家によるアドバイスおよびサポートという4つの産業保健サービスを提供していた。

安全保健スタッフは工場内の福利厚生棟に常駐しており、専属の Company Doctor が1名および近隣の大学から産業保健のトレーニング中の医師1名が在籍していた。福利厚生棟には他に大きな社員食堂、診療室、トレーニング室なども備え、従業員は自由に利用することができる。

Company Doctor は専門性を確保しながら企業活動を十分に理解し、かつ企業の使命に応じた企業活動の一部として、マネジメントシステムを取り入れた産業保健活動を展開していた。工場内従業員について、メンタルヘルス関連疾患で把握できている者は工場全体で約100名、Company Doctor は毎月その中で15名程度の従業員に関わって、状況の把握や指導等を行っていた。その他、外部機関である Employee Assistance Program (以下EAPと略す) に委託しており、毎月300-400名程度利用していた。カウンセラーは国民保健サービス National Health Service (以下NHSと略す) から週に2回勤務してもらっている状況で、その他電話によるサポートプログ

ラムも実施していた。

リスクアセスメントツールとして、毎年、各マネージャー相当の者に配布する質問表と、全社員を対象とした簡単な質問票（プレッシャーを感じるかなど）に記入をもらい、問題があると判断された部署に対しては、職場のチェックを行っていた。

これらの情報から得られた、C社のメンタルヘルス上の問題点の傾向としては、主に経済的問題についての悩みを要因としたものが近年上昇傾向を示していること、離婚や人間関係（職場および職場外の）を要因としたものはほぼ一定であった。

従業員の自殺はないが、メンタルヘルス上問題があり産業保健スタッフの管理下に置かれている者の数は少なくないので、健康管理部門として自殺予防を含むメンタルヘルス対策に力を入れていた。

英国における企業での労働者の自殺問題について、今回我々はA社とC社のCompany Doctorをはじめ、人事担当マネージャーなどのスタッフと英国における自殺問題の捉え方や傾向について意見交換を行った。

産業保健活動の対象は、事業者および労働者である。事業者自身が産業保健活動というものを正しく理解することが大切ではあるが、それ以上に産業保健スタッフが企業を理解すること、理解しようとする姿勢・スタンスが求められる。産業保健活動を企業活動の視点から考えてみると、

- ① 法律を遵守するために行っている活動
- ② 社会責任を果たすために行っている活動
- ③ 福利厚生活動

#### ④ 人材開発、組織活性化活動

に4つのカテゴリーに大別される。

①、②の活動はリスクマネジメントということであり、この部分は労働衛生マネジメントシステムが運用されると上手く管理されることになり、事業者の主体性が問われることとなる。しかし③、④の活動は、事業者がいくらイニシアティブをとって旗をふったとしても、労働者自身がそのことに反応し、自ら活動をしない限りには活動自体も活性化も生まれにくい。つまり事業者の主体から労働者の主体へと転換されていく必要がある。言い換えれば自主的な活動が生まれるかどうかはその主体の転換が行われた場合に生じる。また一方、すべての事業場の産業保健活動がいきなり自主的、自立的な活動に発展するわけではなく、リスクマネジメント的な活動の基盤がないところではこうした自主的、自立的な活動に発展していかないことはこれまでの産業保健活動の事例の中から経験されている。

企業の社会責任については、一般に企業は「経済的側面」と「社会的側面」の2つの側面を持つと考えられており、前者が特に強調されてきた。

「経済的側面」から見た良い企業とは、

- ① 消費者に対しては、高品質商品を安く提供する。
- ② 社員に対しては、定期的に十分な給与を支払う。
- ③ 株主に対しては、利益を上げ十分に配当する。
- ④ 国と地域に対しては、税金を納め、雇用を提供する。

などが挙げられてきた。しかし、欧米において、これら「経済的側面」だけでは、企

業の果たすべき役割としては不十分であるという議論が起き始めている。地域への貢献をし、倫理に則した地域社会が誇りを持つような「社会的側面」をも持ち合せた企業が、21世紀において評価されうるという考えが、欧米の経営者たちの間で広まっている。

社会責任を実現するには、「この要素を満たしていれば及第点」という言い方をすることはできず、次のような要素が必要である。

- ① 経済的価値観だけでなく、社会的価値観をも大切にすること。
- ② 人間で言うところの人格を持ちあわせた企業の存在が求められている。
- ③ ビジネスに魂を込められるものにする
- ④ 短期的なものの方ではなく、長期的な視点を大切にすること。
- ⑤ より広い視点での企業評価を考えること。

自殺予防活動は、主に社会的側面に対して責任を果たす活動に含まれると考えられ、マネジメントシステムが機能的に運用されれば、自殺予防についても効果を挙げることができる。2社の聞き取り調査では、社員ひとりひとりが機能的、自主的に活動しており、まさにマネジメントシステムが実践されていると思われた。

英国人の職業に対する考え方として、労働は生活するためという意識が明確であり、仕事のために家庭やプライベートを犠牲にするという発想はあまりないということも挙げられていた。これは進学や昇進に対する考え方にも反映されており、「将来工場で労働するのになぜ大学に進学するなど無駄なこ

とをするのか」という考えが労働者の中でも多く、また、仕事振りを評価された作業者にリーダー昇進の話をする、「帰宅して自宅や庭の手入れをする生活に満足している。お願いだから、今の自分の幸せな生活パターンを壊すようなことはしないでほしい」と拒否されることがあるとのことであった。一方、職位でなく賃金や勤務時間等の待遇面に関しては、より条件のよい働き口を見つけるとすぐに退職して移るとのことであった。

また、休業中および復職について検討する際の Company Doctor との面談において、現職場での復帰は困難だと判断された場合、人事担当者が本人を呼び出し、労働契約を終了させることがあるということであった。

本工場では、生産に従事する労働者が構成員の大半であったため、現業労働者の事情を聞くことが中心となった。職業に対する意識が日英で異なり、英国では無理をして条件の悪い会社に残らないため、重大なメンタルヘルス不全に陥ることを未然に防ぐことができると思われる。このことが自殺者数を減少させている1因と考えられた。

また、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。

### 3. カウンセラー (1)

イギリス中南部のカウンセラーを訪問し