

2003/1/49

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15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16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

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……………	75
3. ポストベンションにおけるディブリーフィングの有効性に関する検討	高橋祥友……………	119
4. 労働者向け自殺予防教育プログラム、マニュアルの開発およびEAP による介入的アプローチの効果評価	永田頌史……………	133

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。平成 15 年度には、平成 14 年度研究の成果として作成されたツールやマニュアルをさらに発展させ、これに対応した教育研修プログラムを開発し、またその効果を評価した。1) 事業場の自殺予防対策の実施状況チェックリストを 49 事業場で試用しその有効性を確認した。事業場の自殺予防対策を推進するための参加型ワークショップ研修をモデル的に実施し、5 ヶ月間の追跡調査によりこの研修方法が心の健康づくり計画の推進に有効であることを確認した。本年度新しく検討課題とした事業場外資源の活用方法について、事業場外資源との連携不足のための自殺リスクの類型化と対策を整理し、さらに事業場外資源の活用のための効果的なマップづくりを行った。2) 産業保健スタッフ向けのうつ病評価面接法の有用性を、調査対象を 7 事業場に拡大し確認した。この面接法を使った面接の進め方、自殺に関する事項の聴き取り方、自殺念慮を有する者への対応について研修プログラムおよび研修用ビデオを製作した。またこれに対応した産業保健スタッフ向けの自殺防止対策マニュアルの試行版を作成した。3) 事業場における自殺発生後の対応（ポストベンション）の効果と副作用について文献レビューを行い、適切なポストベンションのあり方を検討した。4) 職場におけるうつ病・自殺予防マニュアル（管理職用、一般職用、家族用）の改訂版を作成し、多数の事業場の産業保健スタッフ、管理職、一般従業員、家族に対して評価と意見を求め、昨年度のものより高い評価を得た。このマニュアルを用いた労働者向け自殺予防教育プログラムを開発し、3 事業所の管理職に対して教育前と 2-3 ヶ月後に知識・態度を比較しその効果を確認した。以上から、事業者向け、産業保健スタッフ向け、労働者等向けの自殺予防マニュアルとその教育研修プログラムがほぼ整備された。5) EAP を導入した企業（3 社約 15000 人）では累積粗自殺率はその前の 5 年間に比較して低下し、EAP の自殺予防効果の一部が検証された。うち一社では、EAP 導入後、精神疾患による疾病休業日数も減少し、事業場における自殺予防対策の効果が確認された。

分担研究者

廣 尚典 こうかん会鶴見保健センター・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 5 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、年間約 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。

本年度は、平成 14 年度に引き続き以下の 5 つの研究を実施した。

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—平成 14 年度に完成した事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストをさらに検討する。また事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップ研修プログラムを開発し、その効果を評価する。さらに自殺防止のための事業場外資源の活用のために、精神科等医療機関との連携の中で生じる自殺のパターンを整理しその防止法を検討するとともに、事業場と精神科等医療機関とのより円滑な連携のために心の健康専門家マップの作成を検討する。

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—昨年作成したうつ病の簡便な構造化面接法 (brief structured interview for depression: 以下、BSID と略する) の有用性について追試を行う。また産業保健スタッフ向けの自殺予防対策マニュアルの試行版を開発し、それをを用いて行う教育研修プログラムを作成する。マニュアルの内容の一部については、教育研修効果を高めるためのビデオを製作する。

3) 自殺発生後の対応 (ポストベンション) の方法論の検討—ディブリーフィングの効果について危惧する意見があるため、事業場における自殺発生後の対応 (ポストベンション) の効果について詳細な文献レビューを実施した。

4) 労働者向け自殺予防教育プログラム、マニュアルの開発—平成 14 年度に素案を作成した、うつ病や自殺の発生予防、早期発見、具体的支援の方法、自殺発生後の対応等を記した 3 種類のマニュアル (管理監督者用、一般職用、家族用) を完成し、それぞれの対象者、産業保健スタッフによりその使いやすさを評価するとともに、その教育効果を実際の研修を通じて検討する。

5) EAP による介入的アプローチの効果評価—事業場外からのメンタルヘルスサービス (EAP) の提供により自殺率が減少するかどうかを大規模な介入研究によって検証する。

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 (川上主任研究者)

1) 事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストの試用

事業場の心の健康づくり研修会の参加者 (49 事業場の人事・労務担当者、産業医、産業保健スタッフ) に本チェックリストへの記入を依頼した。

事業場規模別では、99 名以下が 7 事業場、100～499 名が 13 事業場、500～999 名が 8 事業場、1000 名以上が 21 事業場であった。従業員数無記入は 1 事業場であった。実施状況の評価結果をみて、厳しすぎるか、甘すぎるかどうかを聞いた。チェックリストによって、心の健康づくり計画を進める上で役に立つかどうかについても聞き、さらに自由な意見を求めた。

2) 事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップ研修プログラムの開発と効果評価

平成 15 年 10 月 25 日、岡山大学付属病院にて事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップ研修プログラムを実施した。ワークショップでは課題を通じてグループのメンバーでアイデアを出し合い、討議して 1 つの結論を出し、それを形として発表することを経験し、事業場に戻ったときに、自ら心の健康づくり計画を作成できる能力が身に付けられることを目的とした。参加人数は 38 名で、産業医 3 名、看護系職員 18 名、健康管理関係 12 名、人事労務関係 4 名、その他 1 名であった。ワークショップではまず心の健康づくり計画に関する講義 (35 分) を行った。その後、4 つのグループに分かれ、3 つのグループ討議を行った。ワークショップ①では、「心の健康づくりの方針表明—長期目標とスローガンを作る」(20 分)、ワークショップ②では、「心の健康づくりの組織・体制づくり」として相談体制または復職支援体制をデザインした (40 分)。ワークショップ③では、「心の健康づくりの年次計画と評価手順」について討議を行った (30 分)。グループ討議後に全体会議においてグループごとに成果を発表し、討議を行った。

参加型ワークショップ研修の直後に、参加者に対してワークショップについての評価をしてもらった。また、平成 16 年 3 月上旬に、参加者に対して再度事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストへの記入と、同項目について来年度の実施予定についても記入してもらった。回収数は 26 事業場であった。

3) 自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究

本研究班においてこれまでに収集された労働者の自殺事例 45 例を、事業場外資源との連携ステージ別に分類し、自殺の発生を表 3 のように 5 つの類型に分類することを試みた。また、ある県の精神科等医療機関 (107 機関) に対して調査票を郵送し、職場のメンタルヘルスに関する態度に関して情報を収集した。これをもとに事業場がより円滑に精神科等医療機関と連携できるように精神科等医療機関ごとの回答をまとめた心の健康の専門家マップの作成を試みた。最終的に 81 医療機関 (76%) から回答を得た。

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（廣分担研究者）

1) 構造化面接法 BSID の有用性に関する検討

BSID の有用性を以下の2つの方法で再検討した。
(1) 1名の産業医および4名の保健師が、健康診断の間診時に BSID を実施し、抑うつ気分か「興味の減退」のいずれかがみられた例（産業医の場合は、陽性（うつ病の疑いあり）と判断された例のみ）計 63 例に対して、精神科診療あるいは心療内科診療の経験を有する産業医が別途行った M. I. N. I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) の大うつ病エピソード至適基準とした BSID の陽性的中率を算出した。

(2) 入社1年目の従業員 82 名に対して、健康診断の間診時に保健師が BSID を実施し、同時にうつ病の自記式質問票 CES-D を施行して、両者の結果を比較した。CES-D は、米国国立精神保健研究所 (NIMH) の疫学研究センターがうつ病の疫学研究用に開発したもので、島らによって日本語訳が作成されている。現在広く使用されているうつ病の代表的なスクリーニングテストのひとつといえる。

2) 産業保健スタッフ向け自殺防止対策マニュアルおよび教育研修プログラム案の作成

平成 14 年度研究の成果などをもとに、精神科あるいは心療内科の臨床経験等を有する産業医および職場でのコンサルティング経験を有する精神科医の計 10 名による意見交換を経て、産業保健スタッフを対象とした自殺防止対策のための教育。研修プログラムを作成した。また研修で使用するマニュアルについても、草案を作成した。より理解を深めるため、マニュアルの一部について、それを補完するためのビデオを製作した。

3. 自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論の検討（高橋分担研究者）

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（高橋）の経験をもとにまとめた。

4. 労働者向け自殺予防教育プログラム、マニュアルの開発（永田分担研究者）

1) 職場におけるうつ病・自殺予防マニュアルの作成と評価

平成 14 年度に試作した 3 種類の自殺予防マニュアルに対する評価、意見を参考にして、改良を加えた平成 15 年度版管理監督者用うつ病・自殺予防マニュアル、一般職用マニュアル、家族用マニュアルを作成した。複数の会社の管理監督者 77 名、一般職 63 名、産業保健スタッフや有職者の

家族 34 名及び 6 事業場の産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健スタッフ 34 名（管理監督者用マニュアルに関しては、別途労働衛生機関の保健師、産業看護職など 56 名）を対象として、これらのマニュアルの分量、内容の分かり易さ、危機回避、自殺予防に関する有用性に関する調査を行った。

2) 職場におけるうつ病・自殺予防教育プログラムの作成と効果評価

グループ I 60 名（男女とも 30 名）に対しては、2.5 時間かけて全スライドを使って、メンタルヘルス全般の話と自殺予防・対策、事例呈示などの研修を行った。グループ II の公務員 94 名（男性 88 名、女性 6 名）に対しては、毎年行っているリスナー研修の最初の部分での 1.5 時間のメンタルヘルスに関する講演の際に、自殺予防・対策に関するスライド（一部）を加えて 10 分間程度解説し、その前と 1 ヶ月後に同じ質問紙を用いて調査を行った。グループ III は某企業の管理職 213 名（男性 209 名、女性 4 名）で、このうちメンタルヘルスに関する 2 時間の管理職研修の際に、上記と同じスライドを加えて解説した自殺予防教育群 126 名（男性 125 名、女性 1 名）と自殺予防・対策に関するスライドを加えなかった対照群 87 名（男性 84 名、女性 3 名）との間での教育の効果の比較を行った。

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（永田分担研究者）

EAP 導入前後における自殺率の変化を検討するために、同意が得られた企業 7 社のうち EAP 導入前後の自殺者数が記録として管理されている 3 社（F 社・O 社・N 社）を対象として、1991 年から 2003 年までの粗自殺率を調査した。対象企業の主な業種と従業員数（2003 年現在）は、F 社：損害保険業・7299 名、O 社；運輸業・3648 名、N 社；情報サービス業、2529 名である。EAP による社内もしくは社外の相談窓口設置と管理監督者に対するメンタルヘルス研修会の実施を、EAP の「本格的な導入」として、相談窓口の設置のみは、「部分的導入」として定義した。また比較のために警察庁の発表資料や、総務省統計局・独立行政法人 労働政策研究・研修機構のデータから、参考値として、雇用者全体の累積粗自殺率を利用した。

さらに EAP と精神疾患による休業の関係に関する検討を行うため、上記のうち NS 社を対象として、EAP 導入前後での全精神疾患に在る休業日数の指標を比較した。EAP への相談件数は、電子メール・電話・直接の面談を合計して計算した。

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実施状況チェックリスト試用

事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストの事業場の現場の担当者による評価は、32 (66%) の事業場が自分の認識と一致しており、評価基準が現場の認識と一致していることが示された。チェックリストが心の健康づくり計画を進める上で役に立つかどうかの評価については、20 (41%) の事業場が非常に役に立つ、25 (51%) の事業場がまあ役にたつと回答していた。

2) 事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップ研修プログラムの開発と効果評価

(1) 参加型ワークショップ研修プログラムの開発

ワークショップ直後の評価では「興味関心と一致していた」「役に立ちそう」、また「満足している」という意見が多かった。また、「できそうな気がする」「理解できた」という意見も多かった。ワークショップのプログラム内容については、短時間で行わなければならなかったことから、時間配分についての不満は感じられたものの、全体的には参加者の求めている内容で、満足のいくものであり、内容が理解でき、今後自分でできるような気にさせられるものであった。

(2) 追跡調査による参加型ワークショップ研修の効果評価

参加型ワークショップ研修に参加した事業場において、心の健康づくり計画の推進状況が変化したかどうかを調べるために、5ヶ月後に追跡調査を行った。その際、来年度の実施予定についても聞いた。その結果、ほぼ全ての領域においてワークショップ実施5ヶ月後に得点が増加し、来年度の実施予定についてはさらに得点が高くなっていた。特にワークショップで取り上げた、心の健康づくり計画(領域A)とメンタルヘルス相談体制(領域B)、および職場環境等の改善(領域C)までの領域については、5ヶ月後に得点が増加していた。しかし自殺予防対策について行っている事業場が少ないことが課題として明らかになった。

3) 自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究

(1) 事業場外資源との連携ステージ別の自殺の類型化

労働者の自殺事例を事業場外資源との連携ステージ別に分類した結果、自殺の発生を5つの類型に分類することが可能となった。これらは、①気づきから受診までの自殺(受診への抵抗、受診の遅れによる自殺、受診したかどうかの確認不足

による自殺、医療機関での誤診や「問題ない」と言われての自殺)、②受診から治療ののりまでの自殺(治療効果の不安定期間の自殺、回復期の自殺)、③治療中の自殺(職場が受診を知らず負荷をかけてしまう、治療効果不足を主治医に連絡するが無視される、処方薬を大量服薬しての自殺)、④職場復帰時の自殺(本人が気のすまない復職、病状からみて無理な復職、発症に関与した問題が解決されないままの職場復帰)、⑤その他(家族のもとに帰郷させた時の自殺など)。それぞれのステージごとに自殺リスクを軽減するための対策を検討した。

(2) 事業場外資源の活用のための効果的なマップづくり

回答を寄せた81医療機関のうち、職場のメンタルヘルスにご関心があると回答した機関は78機関、勤労者を多く診療しているなど、これまでに職場のメンタルヘルスに実績がある機関は63機関、今後職場のメンタルヘルスに力を入れようと思っている機関は65機関であった。

従業員が初診で受診する時の事業場の担当者に対する医療機関からの要望としては、初診時に上司と一緒に受診してほしいとのメッセージが見られたが、一方で「上司の同伴は不要」とのメッセージもあった。精神疾患により休業中の従業員の復職時期の事業場への要望については、復職前に事業場から医療機関に連絡・相談をしてほしいとのメッセージが多くみられた(19件)。復職後の事業場の対応についての要望については、「心配なことを随時連絡してほしい」「(1ヶ月、3ヶ月、半年など)一定時期には様子を知らせてほしい」などの積極的に職場と連携をしたいとする機関が多くあった(13件)。多くの医療機関が、事業場が医療機関と連携をとる上で、「本人の了承をとった上で」行ってほしいとことを附記していた。

精神科等医療機関ごとの職場のメンタルヘルスに対する態度の特徴を理解して事業場が医療機関と連携できるようにするために、事業場のメンタルヘルス心の健康専門家マップ(案)を作成した。このマップの中では、以下の5つの点を医療機関との連携のポイントとして紹介した。

①心の健康の専門家がどんな立場をとっているかを理解しておく。

②従業員の病状に関する問い合わせの場合には本人の了解を得てからにする。

③事業場の情報を医療機関に伝えるようにする。

④事業場の担当者の連絡先を伝えておく。

⑤心の健康問題による休業からの職場復帰について。

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) BSIDの有用性に関する検討

BSIDの陽性的中率は、80.6% (25/31) と算出された。BSIDの所要時間(5問とも行った場合)の平均(±標準偏差)は、98.1(±54.7)秒であった。

2) 産業保健スタッフ向け自殺防止対策マニュアルおよび教育研修プログラム案の作成

研修プログラム案およびマニュアル(草案)を本報告書に収載した。うつ病の構造化面接法の実際、希死念慮に関する質問のしかた、自殺を打ち明けられた場合の対応法について、解説を補完するためのビデオを製作した。

3. ポストベンションにおけるディブリーフィングの有効性に関する検討

1) ディブリーフィングに対する批判

1980年当初、ディブリーフィングの効果があまりにも喧伝されすぎたため、ディブリーフィングは効果があがらない、むしろ有害だといった批判が出てきた。Randomized Controlled Trial(RCT)に基づく研究がないという批判もあり、RCT11件中、有効3件、不変6件、悪化2件と報告されている。

2) 批判に対する反論

ディブリーフィングが有害という報告に対して、次のような反論が出ている。①適応を十分に考慮していない(惨事ストレスを経験した救援要員がディブリーフィングの主な対象であったのだが、失敗例では火傷の患者、産婦などを対象としている)、②多くの研究ではディブリーフィングを1回実施しただけである、③客観的な効果が認められなかった研究でも参加者は一様に主観的には肯定的な評価をしている、④訓練や知識が十分でない者がディブリーフィングを実施している。

以上のようにディブリーフィングの効果と限界を十分に理解した上で、実施すれば、ある程度の効果が得られることを期待できる。あまり感情的にディブリーフィングを批判するのではなく、現場の必要性に応じて臨機応変に実施していく必要があると考えられた。

4. 労働者向け自殺予防教育プログラム、マニュアルの開発

1) 職場におけるうつ病・自殺予防マニュアルの作成と評価

管理監督者、一般職、家族からの評価は、3部とも分量、内容の分かりやすさ、有用性に関して、2002年度版より評価は高くなっていた。しかし、産業保健スタッフからの評価は、分量や内容の分

かりやすさ以外の有用性に関する評価は下がっていた。自由記述欄では、有用性やクイックマニュアルを評価する一方、さらに簡略化、イメージ化、レイアウトの工夫、パターン別の事例提示を求める意見が多かった。

2) 職場におけるうつ病・自殺予防教育プログラムの作成と効果評価

グループIにおいては「自殺に関する一般事項、予防対策について」の質問に対する回答が、研修前後で変化していた。特に自殺の可能性が考えられる職員に対する対応に関連した質問で変化が多かった。この他「自殺の頻度が高くない人」に関する質問についても3項目で改善を認めた。グループIIにおいては「職場のメンタルヘルス一般について」と「自殺に関する一般事項、予防対策について」の両方において変化を認めた。グループIIIについては明らかな教育効果(交互作用)を認めた質問は少数であった。日本の自殺者数および話し合いの機会の項目において交互作用が有意であった。

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

全国の20-59歳の累積粗自殺率は、1991-1995年では2.01(1万人あたり)で、その後徐々に増加し、2002年では2.39に達していた。雇用者全体の累積粗自殺率も、1991-1995年では1.59で、その後徐々に増加し、2002年では1.90に達していた。一方、EAP導入企業では1996-2001年にかけて累積粗自殺率が低下もしくは横ばい傾向で、その後増加はしたものの、1991-1995年のレベルまでに達していなかった。

EAPと精神疾患による休業の関係に関する検討では、NS社における精神疾患による休業者率は、2001年が13.2(／千人)であったが、2002年では6.5、2003年では11.6と低下した。休業日数率は、2001年が1611.4(日／千人)であったが、2002年では275.2、2003年では937.8に低下した。一方、EAPへの相談件数は、2002年で延べ56件、2003年で延べ177件と増加していた。

D. 考察

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

事業場レベルからの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。平成14年度において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妥当性について、産業医をはじめとする産業保健スタッフの意見を聴取して検討した結果、評価基準の設定は妥当であるといえ、心の健康づくり計画実施状

況を判断する上で役立つツールであることが確認できた。産業医、安全衛生担当者などを対象として、心の健康づくり計画の基本を講習し、実際の事業場で心の健康づくり計画を作成できるノウハウを身につけるための事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップを開催した。時間配分についての不満は感じられたものの、全体的には参加者の満足度は高かった。参加型ワークショップの有効性について5ヵ月後および次年度の事業場の心の健康づくり実施状況を追跡調査し、このワークショップの有効性を確認した。さらに自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究として、労働者の自殺事例を事業場外資源との連携ステージ別に分類し5つの類型に分類し、それぞれについて自殺防止対策を検討した。また、事業場が精神科医療機関と円滑に連携できるようにするために、A県をモデルとして精神科等医療機関に対する意見調査を実施し、事業場との連携の取り方のパターンを明らかにし、事業場のメンタルヘルス心の健康専門家マップ(案)を作成した。こうした研究から事業場における自殺予防マニュアルの作成準備が整った。

2. 産業保健スタッフ向けマニュアルの開発

平成14年度研究で開発した簡便なうつ病の構造化面接法の有用性を、M.I.N.I.を至適基準として再評価したが、良好な結果が得られた。所要時間もM.I.N.I.に比べ短縮しており、比較的時間がとりにくい健診の場などでも導入が可能であると考えられる。ただし、この構造化面接法は、確定診断のツールとして開発したものではなく、あくまでうつ病の「見立て」をより効果的に行うために活用することががすすめられる。したがって、その結果陽性すなわち、うつ病の疑いがあると判断された例に対して、どのような対応をするのかを事前に十分整理しておくことが重要である。

健康診断の法定項目には、自覚症状が含まれている。人的資源(産業保健スタッフ)の不足や時間的な制限などから、健診の場で時間をかけた面接を行うことが困難な職場が多いのが実情であるが、本構造化面接法が少しでも多くの職場で取り入れられ、そこのメンタルヘルス対策の推進に寄与することが望まれる。

研修プログラムは実施可能性を重視し、1時間枠を原則とした。さらに時間拡大が可能であれば、ロールプレイなどを充実させることが可能であろう。マニュアルに関しては、昨年永田の研究成果(管理監督者向け自殺予防マニュアルなど)との関連を考慮し、その一部を取り入れた。一般的なメンタルヘルス対策のあり方についての記述は最小限とした。うつ病、問題飲酒の詳述も控えた。衛生管理者等でそれらについての知識が十

分でない場合には、他書を参考にする必要がある。

3. 自殺発生後(ポストベンション)の方法

不幸にして自殺が起きてしまったときには、遺された人に対する適切なケアが欠かせない。ポストベンションは職場で自殺が起きたときばかりでなく、たとえば、学校や病院で自殺が生じたときにも応用できるケアである。また、自殺だけではなく、大事故や自然災害の際にも応用可能な介入技法と考えられる。

ディブリーフィングに関してはさまざまな批判がある。その効果と限界を十分に認識した上で、実施する必要がある。その点を認識しながら、ポストベンションの一環としてディブリーフィングを行うならば、十分な効果が期待できるというのが結論である。その有効性がエビデンスに基づかないといった批判がある点は承知しつつ、今後の検討に待つべきである。

なお、繰り返し強調するが、重要な点は、現場の必要性に応じて臨機応変な態度でポストベンションを実施することであり、すべての状況に一律に当てはまる方法などはあり得ない。現場で、何をどの程度実施することが可能か検討することは不可欠である。時には、緊急事態に直面してすっかり混乱している人に対して、十分な準備や経験もなく、適切なスタッフがいままにポストベンションを実施しなければならないかもしれない。そのような際には、個別面接だけを実施し、打ちひしがれている人の率直な気持ちに傾聴するだけでも立派なポストベンションと言えると考えた。

以上から、ポストベンションの一環としてのディブリーフィングの流れを以下のようにまとめた。

- ①全体の状況を把握する
- ②個別のケア
- ③グループを対象とした働きかけ
- ④ハイリスク者を把握して、フォローアップにつなげる
- ⑤現場に対する精神医学的説明、自殺予防教育

4. 労働者向け自殺予防教育プログラム、マニュアルの開発

1) 職場におけるうつ病・自殺予防マニュアルの作成と評価

平成15年度に作成したマニュアルに対する管理監督者、一般職、家族からの評価は、いずれも分量、内容の分かりやすさ、有用性に関して、昨年度版より評価は高くなっていた。しかし、産業保健スタッフからの評価は、分量や内容の分かりやすさ以外の有用性に関する評価は下がっていた。自由記述欄では、有用性やクイックマニユア

ルを評価する一方、さらに簡略化、イメージ化、レイアウトの工夫、パターン別の事例提示を求め意見が多かった。

2) 職場におけるうつ病・自殺予防教育プログラムの作成と効果評価

職場におけるうつ病・自殺予防教育プログラムを作成し、プログラム実施前と1~3ヶ月後に同じ質問紙を用いて、研修参加者の自殺予防対策に関する理解度を調査した。その結果、実施前後で明らかな変化を認めた。詳細に比較すれば、全プログラムを実施した群と他のメンタルヘルス教育の中にプログラムの一部を追加した群では、変化した質問項目は異なっていたが、全般的に実施後において自殺対策に関してより好ましい理解を示していた。以上のことから、研修や教育の状況により具体的な効果が認められる側面は異なるものの、有意な教育効果が認められ、自殺予防教育プログラムを実施する意義があるものと考えられた。

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

EAPを導入した企業(3社約15000人)では累積粗自殺率が1996年-2001年にかけて、その前の5年間に比較して低下した。NS社(890人)では、EAP導入後、精神疾患による疾病休業日数は減少した。NS社における費用便益分析では、EAP導入前後2年間の精神疾患による休業に基づく損失額とEAP契約費やカウンセリングによる費用をもとに計算した便益/費用比は1.4で、約645万円の便益が得られた。

E. 結論

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。

平成15年度には、平成14年度研究の成果として作成されたツールやマニュアルをさらに発展させ、これに対応した教育研修プログラムを開発し、またその効果を評価した。1)事業場の自殺予防対策の実施状況チェックリストを49事業場で試用した。また事業場の自殺予防対策を推進するため38の事業場が参加した参加型ワークショップ研修をモデル的に実施し、心の健康づくり計画の推進にこの研修方法が有効であることを追跡調査により確認した。また新しく検討課題とした事業場外資源の活用方法について、事業場外資源との連携不足のための自殺リスクの類型化、事業場外資源の活用のための効果的なマップづくり

の検討を進めた。2)産業保健スタッフ向けのうつ病評価面接法の有用性を対象を、7事業場に拡大して確認した。この面接法を使った面接の進め方、自殺に関する事項の聴き取り方、自殺念慮を有する者への対応について研修用ビデオを製作した。これらをもとに産業保健スタッフ向けの自殺防止対策マニュアルの試行版を作成した。また事業場における自殺発生後の対応(ポストベンション)の効果と副作用について文献レビューを行い、適切なポストベンションのあり方を検討した。3)職場におけるうつ病・自殺予防マニュアル(管理職用、一般職用、家族用)の改訂版を作成し、多数の事業場の産業保健スタッフ、管理職、一般従業員、家族に対して評価と意見を求め、昨年度のものより高い評価を得た。労働者向け自殺予防教育プログラムを開発し、3事業所の管理職に対して教育前と2-3ヶ月後に知識・態度を比較し、その効果を確認した。4)EAPを導入した企業(3社約15000人)では累積粗自殺率がその前の5年間に比較して低下し、EAPの自殺予防効果の一部が検証された。うち一社では、EAP導入後、精神疾患による疾病休業日数も減少した。

平成16年度は、平成14、15年度研究の研究成果をふまえてこれを発展・継続する。事業者向け、産業保健スタッフ向け、労働者等向けの自殺予防マニュアルおよびそれぞれの教育研修方法を試行、完成させるとともに、その効果を科学的に評価する。また自殺予防マニュアルのIT教育化を進める。平成16年度の新規課題として①中小規模事業場における自殺予防対策の推進方法、②自殺未遂者の職場復帰後のケアに関する検討を追加する。この結果、目標とする3つのマニュアルの最終版が完成し、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ようになると期待される。

F. 健康危機情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川上憲人, 城戸尚治, 島津美由紀, 山川和夫, 尾崎紀夫: 労働者等のメンタルヘルス対策の推進の事業 事業場における精神科医の産業医としての活用に関する調査研究. 産業精神保健 11(4): 352-354, 2003.
- 2) 川上憲人: 職場のメンタルヘルス予防と疫学. ストレスと臨床 19: 10-13, 2004.
- 3) 川上憲人: うつ病と自殺の現状. 毎日ライフ 35(3): 17-21, 2004.
- 4) 高橋祥友: 自殺、そして遺された人々. 新興医

- 学出版社、2003.
- 5) 高橋祥友：中高年自殺；その実態と予防のために。筑摩書房、2003.
 - 6) Chiu, H.F.K., Takahashi, Y., & Suh, G.H.: Elderly suicide prevention in Asia. In *J Geriatr Psychiatry*, 18:973-976, 2003.
 - 7) 高橋祥友：高齢者に見る自殺の特徴と問題点。老年精神医学、14(4):430-435, 2003.
 - 8) 高橋祥友：わが国の自殺の現状と自衛隊のメンタルヘルス。防衛衛生、50(10):285-290, 2003.
 - 9) 上島国利、大坪天平、James Ballenger、高橋祥友、Hans-Ulrich Wittchen、Yves Lecrubier：うつ病と不安障害の認識および診断。日本医事新報、No.4148 (2003年10月25日)、22-27, 2003
 - 10) 高橋祥友：希死念慮を強く訴える患者に対する精神療法的接近。松下正明、総編集「新世紀の精神科治療7 語りと聴取」、pp.213-227、中山書店、2003.
 - 11) 高橋祥友：自殺企図患者への対応。日経メディカル、2003年11月号、pp.117-119.
 - 12) 高橋祥友：中高年の自殺に際して；予防と危機介入の視点。月間福祉、6月号：94-97、2003.
 - 13) 高橋祥友：ディブリーフィング；看護に必要な知識と場面。看護実践の科学、28(4)：52-53、2003.
 - 14) 高橋祥友：自殺についての基礎知識。地域保健、34(2):48-55, 2003.
 - 15) 高橋祥友：外来精神科医療による自殺予防。外来精神医療、2(1):99-103, 2003.
 - 16) 高橋祥友：うつ病と自殺。野村総一郎、樋口輝彦、監修「こころの医学事典」、pp.258-274、講談社、2003.
 - 17) 高橋祥友：群発自殺、自殺論。松下正明、中谷陽二、加藤敏、大野裕、神庭重信、編「精神医学文献事典」、p.257、276、弘文堂、2003.
 - 18) 高橋祥友：自殺企図は予防可能か。樋口輝彦、編集「自殺企図：その病理と予防・管理」、pp.178-186、永井書店、2003.
 - 19) 高橋祥友：うつ病と自殺。上島国利編・別冊最新医学「新しい診断と治療のABC『躁うつ病』」、pp.221-228、最新医学社、2003.
 - 20) 高橋祥友：青少年の自殺の病理。黒澤尚編・別冊医学のあゆみ「自殺の病理と実態：救急の現場から」、pp.10-14、2003.
 - 21) 高橋祥友：自殺の予防。山口徹、北原光夫・編「今日の治療指針2003年版」、pp.673-674、医学書院、2003.
 - 22) 永田頌史、河野友信、吾郷晋浩、石川俊男：ストレス診療ハンドブック(第2版)、第1部基礎編2.ストレスの生理、2003.
 - 23) 永田頌史第1部基礎編3.ストレスの心理行動、2003.
 - 24) 永田頌史、河野友信、吾郷晋浩、石川俊男：ストレス診療ハンドブック(第2版)、第1部基礎編6.ストレスの病理、2003.
 - 25) 永田頌史、河野友信、吾郷晋浩、石川俊男：ストレス診療ハンドブック(第2版)、第1部基礎編35.ライフサイクルとストレス、2003.
 - 26) 三島徳雄、久保千春、中井吉英、野添新一：現代心療内科学、IV.心身相関に最新の知見2.心身相関の基礎知識②臨床医学<ストレス対策の新しい考え方>2003.
 - 27) 永田頌史、久保千春、中井吉英、野添新一：現代診療内科学、メンタルヘルスケア、2003.
 - 28) Shimizu T, Nagashima S, Mizoue T, Nagata S : A Mental health Care Program and Sickness Absence in Japanese Manufacturing Plant. *J Occup Health*45:234-237,2003.
 - 29) Shimizu T, Mizoue T, Kubota S, Mishima N, Nagata S : Relationship between Burnout and Communication Skill Training among Japanese Hospital Nurses: A Pilot study. *J Occup Health*45:185-190,2003.
 - 30) Nagata S, Ishibashi S : Mental health and stress. *J MAJ* 46:55-60, 2003.
 - 31) Shimizu T, Mizoue T, Kubota S, Mishima N, Nagata S : Relationship among Self-Efficacy, Communication,
 - 32) Self-Management Skill and Mental Health of Employees at a Japanese Workplace. *J UOEH* 25(supp):261-270, 2003.
 - 33) Shimizu T, Nagata S : Relationship between Cooing Skill and job Satisfaction among Japanese Full-time Occupational Physicians. *Environmental Health and Preventive Medicine*8(4):118-123,2003.
2. 学会発表
 - 1) 小林由佳、川上憲人、堤明純、島津明人、廣尚典、小林章雄、原谷隆史。事業場の心の健康づくりの現状 全国調査から。第76回日本産業衛生学会、(山口) 2003.4
 - 2) 廣尚典、荒武優、小林祐一、座間聡子、深澤健二、武田真紀、田中克俊、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(3)。第76回日本産業衛生学会、(山口) 2003.4
 - 3) 高橋祥友、清水邦夫、澤村岳人、真崎義憲、山下千代、福岡詳、下園 壮太：自殺が生じた後の対応に関する一提言：CISMに基づいたpostventionの試みについて。第23回日本社会精神医学会(盛岡)、2003.3

- 4) 福間 詳、山下千代、下園壮太、高橋祥友：陸上自衛隊における自殺のアフターケア（1）アフターケアの概要について。第23回日本社会精神医学会（盛岡）、2003.3
 - 5) 山下千代、福間詳、下園壮太、高橋祥友：陸上自衛隊における自殺のアフターケア（2）心理学的剖検法を用いた自殺要因の検討。第23回日本社会精神医学会（盛岡）、2003.3
 - 6) 山下千代、福間詳、下園壮太、高橋祥友：陸上自衛隊における自殺のアフターケア（3）自殺が関係隊員におよぼす心理的影響について。第23回日本社会精神医学会（盛岡）、2003.3
 - 7) 高橋祥友：働き盛りの自殺を防ぐには；こころの風邪に気をつけて。うつ病アカデミー（東京）、2003.7
 - 8) Takahashi, Y., Shimizu, K., Masaki, Y., Sawamura, T., Fukuma, S., Yamashita, C., Shimozono, S., and Fujiwara, T.: Recent trend of suicide and suicide prevention in Japan. XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention. Stockholm, 2003.9
 - 9) Yamashita, C., Fukuma, S., Shimozono, S., Fujiwara, T., and Takahashi, Y.: Postvention support system in Japan Ground Self-Defense Force. XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention. Stockholm, 2003.9.
 - 10) 高橋祥友：青少年の自殺。第50回日本小児保健学会（鹿児島）、2003.11
 - 11) Takahashi, Y.: Suicide prevention for the elderly. VII Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology, Tokyo, 2003.11
 - 12) 高橋祥友：過労自殺とその対策。日本産業衛生学会関東地方会第223回例会（東京）、2003.12
 - 13) Mishima N, Kubota S, Nagata S, Shimizu T, Shazuki A : Active listening and a solution-focused approach in the workplace. Work, stress, and health: new challenges in a changing workplace-The Fifth Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health. Toronto, Canada, 2003.
 - 14) Nagata S, Mishima N, Shimizu T, Kubota S, Shazuki A : Suicide prevention in the workplace-proposal from case study. Work, stress, and health: new challenges in a changing workplace-The Fifth Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health. Toronto, Canada, 2003.
 - 15) Shimizu T, Hiro M, Mishima N, Nagata S : Job stress among japanese full-time occupational physicians . Work, stress, and health: new challenges in a changing workplace-The Fifth Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health. Toronto, Canada, 2003.
 - 16) 永田頌史, 三島徳雄, 久保田進也 他: 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2報）. 第76回日本産業衛生学会(山口),2003.4
 - 17) 清水隆司, 永島昭司, 東篠耕三, 永田頌史, 高田和美: メンタルヘルス対策と疾病休業. 第76回日本産業衛生学会(山口),2003.4
 - 18) 山崎友丈, 清水隆司, 永田頌史: 企業の業績変化と従業員のメンタルヘルス. 第76回日本産業衛生学会(山口),2003.4
 - 19) 三島徳雄, 久保田進也, 永田頌史: パネルディスカッションⅢ 高度文明社会構造の中での職場のメンタルヘルス 管理監督者の資源を活かした職場のリスナー研修. 第44回日本心身医学会総会(沖縄),2003.
 - 20) 久保田進也, 永田頌史: 自治体職員に対するメンタルヘルス対策の実際. 第11回日本産業ストレス学会(東京), 2003.
 - 21) 永田頌史: 中高年労働者の自殺 - わが国における自殺予防の取り組み (シンポジウム) 平成15年度日本産業衛生学会九州地方会, 2003.
- 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

1. 事業場の心の健康づくり実施状況チェックリスト
2. 事業場の自殺予防対策推進のための研修プログラムの開発および効果評価
3. 自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究

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
研究協力者	廣川空美	岡山大学大学院医歯学総合研究科・客員研究員
	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	広島大学大学院教育学研究科・助教授
	小林由佳	岡山大学大学院医歯学総合研究科・大学院生
	峰山幸子	岡山大学大学院医歯学総合研究科・大学院生
	津田佳穂	岡山大学大学院医歯学総合研究科・大学院生
	坂野康子	岡山大学大学院医歯学総合研究科・大学院生

事業場レベルでの自殺防止対策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) 平成14年度において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妥当性について、産業医をはじめとする産業保健スタッフの意見を聴取して検討した結果、評価基準の設定は妥当であるといえ、心の健康づくり計画実施状況を判断する上で役立つツールであることが確認できた。2) 産業保健スタッフを対象として、実際の事業場で心の健康づくり計画を作成できるノウハウを身につけるための参加型ワークショップ研修を開催した。38の事業場から参加があった。ワークショップの内容は、心の健康づくりの方針を決め、長期目標とスローガンを作ることと、心の健康づくりの組織づくりをすることで、相談体制と復職体制に焦点を当てた。全体的には参加者の満足度は高かった。参加型ワークショップの有効性について5ヵ月後および次年度の事業場の心の健康づくり実施状況を追跡調査し確認したところ、回答があった26事業場において事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストの得点は5ヵ月後に上昇し、次年度計画についてはさらに得点が高く、本研修プログラムの有用性が示された。3) 自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究—①労働者の自殺事例を事業場外資源との連携ステージ別に分類し5つの類型に分類し、それぞれについて自殺防止対策を検討した。②事業場が精神科医療機関と円滑に連携できるようにするために、A県をモデルとして精神科等医療機関に対する意見調査を実施し、事業場との連携の取り方のパターンを明らかにし、事業場のメンタルヘルス心の健康専門家マップ(案)を作成した。こうした研究から事業場レベルでの自殺予防マニュアルの作成準備が整った。

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6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、年間約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やすく、不況時に増加するという特徴を持つ

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応適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、まだ十分な成果が上がっているとは言いがたい。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、平成14年度研究の成果として作成されたツールやマニュアルをさらに発展させ、これに対応した教育研修プログラムを開発し、またその効果を評価した。

本研究では、3年計画の2年目として、次の3つの研究を実施した。

1) 事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストの試用と完成

平成14年度において作成された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「事業場の自殺予防対策の実施状況チェックリスト」の評価基準の妥当性については、専門家に意見聴取し、ある程度のコンセンサスが得られているが、実際の現場において適応させる場合、現場からの声や産業医をはじめとする産業保健スタッフの意見を聴取して妥当性を検討し、修正を加えてゆく必要がある。今回は、49の事業場で本チェックリストを試用し、その評価基準が妥当であるかを確認した。

2) 事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップ研修プログラムの開発と効果評価

厚生労働省の指針は、事業場は「心の健康づくり計画」をたて、計画的にメンタルヘルスクエアを推進するように求めている。しかし、何をどのようにすればよ

いか戸惑っている事業場も多いのが実情である。産業医、安全衛生担当者など、事業場のメンタルヘルスクエアの立案・推進を担当する人を対象として、心の健康づくり計画の基本を講習し、実際の事業場で心の健康づくり計画を作成できるノウハウを身につけるためのワークショップを開催した。事業場の自殺予防対策を推進するため、約40事業場が参加した参加型ワークショップ研修をモデル的に実施した。また参加型ワークショップの有効性について、追跡調査により確認した。

3) 自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究

労働者の自殺事例を事業場外資源との連携ステージ別に分類し5つの類型に分類し、それぞれについて自殺防止対策を検討した。さらに事業場が精神科医療機関と円滑に連携できるようにするために、A県をモデルとして精神科等医療機関に対する意見調査を実施し、事業場との連携の取り方のパターンを明らかにし、事業場のメンタルヘルス心の健康専門家マップ(案)を作成した。

B. 対象と方法

1. 事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストの試用

1) 対象者

平成15年9月6日に開催された事業場の心の健康づくり研修会(大阪)において、その参加者にチェックリストへの記入を依頼した。回収数は49事業所であった。調査の回答は職場の人事・労務担当者、産業医、産業保健スタッフによるものであった。調査対象事業場の従業員は平均1444名(範囲8~11,000名)であった。事業場の従業員規模別では、99名以下が7事業場、100~499名が13事業場、500~999名が8事業場、1000名以上が21事業場であった。従業員数無記入は1事業場であった。

2) 調査票

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」、計32項目からなる質問を行った。回答者は各項目について、4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を一つ選んだ。

また、実施状況の評価結果をみて、厳しすぎるか、甘すぎるかどうかを聞いた。チェックリストによって、心の健康づくり計画を進める上で役に立つかどうかについても聞き、さらに自由な意見を求めた。

2. 事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップ研修プログラムの開発と効果評価

1) 日時と場所

平成15年10月25日 午前10時～午後5時、岡山大学附属病院南I病棟11Fで開催された。

2) ワークショップのねらい

1つの課題を通じてグループのメンバーでアイデアを出し合い、討議して1つの結論を出し、それを形として発表することを経験し、事業場に戻ったときに、自ら心の健康づくり計画を作成できる能力が身に付けられる。

3) 対象と方法

参加人数は38名で、産業医3名、看護系職員18名、健康管理関係12名、人事労務関係4名、その他1名であった。4つのグループ(A、B、C、D班)各9～10名に分かれ、仮想事業場を想定し、現在の問題点(例：自殺者数が増加した、疾病休業日数が多い、リストラで大幅減員したため今後のストレスの訴え率の増加が予想される、など)を決めた。

4) ワークショップの内容(資料1)

ワークショップではまず心の健康づくり計画に関する講義(35分)を行った。ついで、ワークショップ①を実施した。ワークショップ①では、グループ共通課題として心の健康づくりの方針表明—長期目標とスローガンを作る(20分)を課題としてグループ討議が行われた。

午後にはワークショップ②と③が実施された。ワークショップ②では、「心の健康づくりの組織・体制づくり」として2つのグループ別課題がだされた。1つは①相談体制をデザインするもので、2グループがこれ

を担当した。もう1つは②復職体制をデザインするもので、2グループがこれを担当した。時間は40分とした。

相談体制の検討ポイントは、メンタルヘルス相談のルール(連絡手段、対応者、利用可能時間帯など)と、関係者との連携(管理監督者との連携、外部医療機関との連携、人事労務との連携)、プライバシーへの配慮(情報の流れ、記録の取り扱い)、従業員へのPR方法と説明した。復職体制の検討ポイントは、休職開始直後の対応、復職のルールづくり(復職準備・復職判定のルール、継続的支援のルール)、復職時の対応スタッフの役割(産業保健スタッフ=産業医、保健師、カウンセラーなど、人事労務、管理監督者)、復職体制の周知の方法とした。

最後のワークショップ③では、「心の健康づくりの年次計画と評価手順」についてグループ共通課題として討議を行った。時間は30分である。心の健康づくりの年次計画の立て方については、以下をポイントとした。

- 心の健康づくり計画の長期目標と一致しているかの確認
- 心の健康づくり年次計画を具体的に、優先順位の高いものから3つまで選定
- 心の健康づくり年次計画の評価手順について計画(プロセスの評価の仕方、アウトカムの評価の仕方、評価をどう改善に生かすか)

以上のいずれの課題についてもグループ討議後に全体会議においてグループごとに成果を発表し、討議を行った。

5) 参加型ワークショップ研修の直後の評価

平成15年10月25日のワークショップ参加者に対して、事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストとワークショップについての評価(興味関心と一致していたかどうか、役立つ内容かどうか、内容の困難さ、できそうかどうか、理解できたかどうか、講義時間の長さ、知識の分量、スライドの見易さ、全体的な満足度)を、1(低い)から7(高い)で行った。また、ワークショップの参加理由、よかった点、悪かった点、希望するテーマなどについて自由な意見を求めた。さ

らに参加のきっかけや、開催地の希望も聞いた。

6) 追跡調査による参加型ワークショップ研修の効果評価

平成16年3月上旬に、追跡調査を行った。ワークショップ参加者に対して、再度事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストへの記入と、同項目について来年度の実施予定についても記入させた。さらに、ワークショップが役に立っているかどうかを1(役立っていない)から7(役に立っている)で評価させた。また、役に立っている点や役に立っていない点、心の健康づくり計画の困難な点、行っている自殺予防対策、など自由な意見も聞いた。回収数は26事業場であった。内、ワークショップ時に回答のなかった1事業場と、来年度実施予定の記入がなかった3事業場を削除し、22事業場のみのデータを用いた。ワークショップ参加時、5ヶ月後、来年度実施予定の事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストの得点に変化したかどうかについて、繰り返しのある分散分析を用いて分析した。

3. 自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究

1) 事業場外資源との連携ステージ別の自殺の類型化

本研究班においてこれまでに収集された労働者の自殺事例45例を、事業場外資源との連携ステージ別に分類し、自殺の発生を5つの類型に分類することを試みた。

2) 事業場外資源の活用のための効果的なマップづくり

ある県の精神科等医療機関(107機関)に対して調査票を郵送し、医療機関の責任者に対して、医療機関の基本的情報(機関名、標榜科、所在地など)、職場のメンタルヘルスに関する態度に関して情報を収集した。これをもとに事業場がより円滑に精神科等医療機関と連携できるように精神科等医療機関ごとの回答をまとめた心の健康の専門家マップの作成を試みた。

当初の計画では、初診、復職時、復職後などにおいて事業場の担当者に対してどのような対応を各医療機関がしてくれるかをまとめて、事業場に公表すること

で事業場が従業員を受診させる医療機関を選ぶ参考とすることを意図したが、その後の研究協力者との討議の結果、むしろ医療機関から事業場担当者へのメッセージを中心としてとりまとめることで、事業場と医療機関との連携を円滑に行う参考資料とすることに目的を変更した。

最終的に81医療機関(76%)から回答を得た。この調査結果をもとに、精神科等医療機関の事業場担当者への対応のパターンを分析し、心の健康の専門家マップの素案を作成した。

C. 結果

1. 事業場の心の健康づくり実施状況チェックリスト試用の結果

事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストのAからGのそれぞれの領域についての平均得点は、表1に示すとおりである。事業場の現場の担当者によるチェックリストの評価基準は、32(66%)の事業場が自分の認識と一致していると最も高く、厳しいと感じる(やや厳しすぎると厳しすぎるを合わせた評価)事業場は8(16%)、甘いと感じる(やや甘すぎると甘すぎるを合わせた評価)事業場は9(18%)であった(図1参照)。この結果から、評価基準が現場の認識と一致していることが示された。

チェックリストが心の健康づくり計画を進める上で役に立つかどうかの評価については、あまり役に立たない、まったく役に立たないという評価はなく、20(41%)の事業場が非常に役に立つ、25(51%)の事業場がまあ役にたつと回答していた。どちらも言えないと回答した事業場は4(8%)であり、現場の事業場にとって役立つものであることが証明された(図2)。

自由記述による感想を読む限りにおいても、チェックリストを使うことにより、心の健康づくり計画実施状況を判断する上で、一つの目安となりうるものであることがわかった(資料2)。

2. 事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップ研修プログラムの開発と効果評価

1) 参加型ワークショップ研修プログラムの開発

ワークショップのプログラム内容に対する評価では(図3)、「興味関心と一致していた」「役に立ちそう」、また「満足している」という意見が多かったことがわかる。また、「できそうな気がする」「理解できた」という意見も比較的多かった。一方、「講義時間が短かった」と不満と思われた意見もあった。「知識の分量」については、多すぎもせず、少なすぎもせず、ちょうどよいという意見が多かったことがわかる。「スライドの見やすさ」については、最も回答率が低く、意見も見やすかった、どちらでもない、見にくかったという意見でほぼ等分されていた。「やさしかった～難しかった(困難度)」についても、意見がほぼ等分されていた。

ワークショップのプログラム内容については、短時間で行わなければならなかったことから、時間配分についての不満は感じられたものの、全体的には参加者の求めている内容で、満足のいくものであり、内容が理解でき、今後自分でできるような気にさせられるものであったと考える。

今後ワークショップを行うについて、今回の参加のきっかけがEメールによる案内(33%)、知人からの紹介(25%)などが多く、また、ホームページ(6%)を見て参加するというケースもあり、インターネットを利用した広報活動により、多くの事業場の参加を募ることができると思われる(図4)。開催地については、大阪(38%)が最も多く、ついで岡山(32%)であった(図5)。また、自由な感想から、資料が充実していたことや概ねのやり方が本ワークショップの利点としてあり、時間が短かったことが改善すべき点であることが確認できた。今後希望するテーマについてのアンケート結果などからも、参加型のワークショップを行うについて、大いに参考となる情報が得られた(資料3-1)。

2) 参加型ワークショップ研修の効果評価

参加型ワークショップ研修に参加した事業場において、心の健康づくり計画の推進状況が変化したかどうかを調べるために、5ヶ月後に追跡調査を行った。その際、来年度の実施予定についても聞いた。その結果、表2に示すように、ほぼ全ての領域において得点が上昇し、特に来年度の実施予定については、最も得点が高くなっていた。

本ワークショップで取り上げた、心の健康づくり計画(領域A)とメンタルヘルス相談体制(領域B)、および職場環境等の改善(領域C)までの領域については、5ヶ月後でも得点が有意に上昇していた。しかし、教育・研修および情報提供(領域D)、さまざまな機会を活用した心の健康づくり(領域E)と評価・改善(領域G)では、来年度の実施が期待される状態であることが分かった。特に、緊急時の心のケア(領域F)では、5ヶ月後においても変化がなく、来年度の実施予定にのみ得点が上がっていた。

役に立っているかどうかの自由意見(資料3-2)からは、計画を立てる際に参考になるという意見が多かったが、参加した事業場の規模や職種の違いから、ワークショップにおいて出された内容がすぐに役立つものではないという意見もあった。心の健康づくり計画の困難な点については、現場のスタッフ間の意識の統一ができていないことが多くあげられていた。また、自殺予防対策について行っている事業場が少ないことが明らかになった。

3. 自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究

1) 事業場外資源との連携ステージ別の自殺の類型化
労働者の自殺事例を事業場外資源との連携ステージ別に分類した結果、自殺の発生を下のように5つの類型に分類することが可能となった。

事業場外資源との連携ステージ別の自殺の発生の5類型

1. 気づきから受診までの自殺
受診への抵抗、受診の遅れによる自殺
受診したかどうかの確認不足による自殺
医療機関での誤診や「問題ない」と言われての自殺
2. 受診から治療にのるまでの自殺
治療効果の不安定期間の自殺
回復期の自殺
3. 治療中の自殺
職場が受診を知らず負荷をかけてしまう

治療効果不足を主治医に連絡するが無視される
処方薬を大量服薬しての自殺

4. 職場復帰時の自殺

本人が気のすすまない復職

病状からみて無理な復職

発症に関与した問題が解決されないままの職場復帰

5. その他

家族のもとに帰郷させた時の自殺など

「気づきから受診までの自殺」は、職場において従業員の心の健康問題の可能性に管理監督者などが気づいた後、受診までの期間に発生する自殺である。これには受診への抵抗があり、受診が遅れることによる自殺、受診したかどうかの確認不足による自殺があげられる。一例をあげると、管理監督者が本人の様子の変化に気づき、翌日土曜日に近医の受診を勧め本人も一旦納得したが、翌日には本人は受診せず翌週月曜は無断で休み、火曜日に自殺したという事例がみられた。管理監督者が土曜日に受診したかどうかを土曜あるいは月曜に本人（あるいは家族）に確認することができれば、円滑に治療に結びついたのではないかと考えられる事例である。またこの段階では、医療機関での誤診や不十分な対応による自殺未遂の事例も観察された。この事例では、精神科医を受診したが「問題ない」と言われて帰され、その後上司が対応を考えあぐねていた間に自殺未遂が発生している。おそらく短時間の初診において精神科医がこの従業員の自殺念慮をきちんと評価できなかったものと推測される。この時期の自殺を防ぐためには、専門家に受診したかどうかを必ず確認することと、もし万一専門家で問題ないと言われても、職場側で懸念が残るなら別の専門家に受診して意見を得ておくことなどが自殺の防止には有用であると考えられる。

次の「受診から治療にのるまでの自殺」は、受診してから治療が功を奏すまでの治療効果の不安定な期間における自殺である。例えば、うつ病の者が抗うつ剤の服用を開始したにもかかわらずすぐに効果がでな

いため気落ちしたり、先が見えない気持ちになり自殺をはかるなどの事例がみられた。また今回の自殺事例の中にはみられなかったが、多くの精神科医からは、重度の抑うつ時期よりも回復期の方に自殺が発生しやすい1ことが指摘されている。この時期の自殺を防ぐためには主治医側からは抗うつ剤の効果や今後の治療経過の見通しに関する説明がなされる必要がある。また家族や管理監督者が受診を知っている場合には、本人に対して抗うつ剤の効果がでるまで十分に休養することなど情緒的・環境面双方での支援を行うことがあげられる。

「治療中の自殺」としては、職場と医療機関とのコミュニケーションの齟齬が契機となって自殺を惹起した可能性のある事例がいくつか見られた。本人が自ら医療機関を受診して治療がスタートしているにもかかわらず、職場上司がそのことを知らず負荷をかけてしまったり、激励するなどして知らずに本人を追い込んでしまう事例があった。また別の側面では、事業場の産業保健スタッフが精神科通院中の従業員の調子がよくなく、何度も自殺念慮を口にするため、治療効果の不足ではないか、入院して重点的な治療が必要ではないかと、主治医に手紙や電話で連絡を何度かとりが主治医の治療方針が変わらず自殺が発生した事例もあった。また治療中の自殺としては、処方薬を大量服薬しての自殺あるいは自殺未遂例がみられた。この時期の自殺を防止するためには事業場と医療機関との密接な連携が鍵になる。しかしながら何度も自殺のリスクを報告しても対応してもらえないようなケースでは別の精神科医療機関でセカンドオピニオンをとるなどの断固とした対応が必要になる場合もあると思われる。もう1点は、こうした対応をとるためには従業員が精神疾患で治療中であることを事業場の担当者が知っておくことが前提であるが、事業場に対して受診を隠したい従業員が多いことを考えると対策はやや困難であるかもしれない。

「職場復帰時の自殺」は、職場復帰の直前あるいは復帰後比較的早い時期に発生する自殺である。事例からみると、本人が復職にまだ気のすすまない状態であるが、家族が復職をせかして入社する前に本人が絶望

感を抱いて自殺した事例や、入社直後に自殺した事例がみられた。これとやや重複するが、病状からみてまだ無理な状態のままでの復職の結果、作業の負荷に耐えられず絶望感が高まり自殺した事例もみられた。こうした事例に対しては、復職前の関係者との十分な討議（復職判定あるいは復職前面談）が行われればリスクは軽減されると考える。また、発症の契機となった問題が解決されていない職場への復帰の際に、発生した自殺事例もある。職場の人間関係が契機で発症したうつ病や、対人関係の多い交渉作業が負担になって発症したうつ病では、元の職場に復帰することが本人に絶望感を生んで自殺リスクをあげるものと推測される。本人の復職に影響を与えるこうした職場の問題はしばしば本人から口にされない場合もあるため、見落とされることもある。復職前面談において十分に注意が払われるべき側面である。

「その他」の自殺は、精神科医療機関を受療中の従業員におきるその他の自殺のパターンである。これには、治療のために、遠方の家族のもとに帰郷させた時に発生する自殺など、予測がやや困難な事例が分類された。この事例では家族や地元での主治医と事業場との十分な連携が自殺防止に重要と思われる。

2) 事業場外資源の活用のための効果的なマップづくり

(1) A県の精神科等医療機関に対する調査結果

回答を寄せた 81 医療機関のうち、外来診療のみが 51 機関、入院も可能な医療機関が 28 機関、その他が 2 機関（系列病院で入院可能、デイケア併設）であった。初診は予約制が 27 機関、予約制でないが 47 機関、無記入が 7 機関であった。再来は予約制が 36 機関、予約制でないが 38 機関、無記入が 7 機関であった。1ヶ月間の患者数の平均は 876 名（最小 13 名、最大 5470 名）、うち勤労者の患者数は平均 215 名（最小 0 名、最大 1000 名）、勤労者の患者の割合は、平均 26.5%（最小 0%、最大 87.5%）であった。調査に使用した調査票を資料 4-1 に示す。

職場のメンタルヘルスにご関心があると回答した機関は 78 機関で、関心がないと回答した機関が 2 機関、無回答が 1 機関あった。勤労者を多く診療しているな

ど、これまでに職場のメンタルヘルスに実績がありますかについては、あるが 63 機関、ないが 16 機関、無回答が 2 機関であった。今後、職場のメンタルヘルスに力を入れようと思っ

事業場の担当者に対するメッセージでは、「気軽な相談を」との呼びかけ、事業場の担当者や管理監督者との連携を重要視していることをアピールする内容が多くみられた（資料 4-2）。また、講演会などにも積極的に対応するとのアピールもみられた。しかし一方で、「メンタルヘルスに関わる病名であっても、職場に要因があるか、事業の遂行と支障があるものでなければ、見守ることにとどめたほうがいいと思います。」との慎重な意見もあった。

従業員が初診で受診する時の事業場の担当者に対しての医療機関からの要望としては、初診時に上司と一緒に受診してほしいとのメッセージが見られたが（7 件）、一方で「初診時は本人と家族を原則に」「上司の同伴は不要」「あまり干渉しないでください」とのメッセージもあった。保健師の同行を希望する医療機関も 5 件みられた（「上司または保健師」とする機関を含む）。以上から、初回受診時の同伴については医療機関によって要望事項が異なる傾向にあることがわかった。

次に、精神疾患により休業中の従業員の復職時期の事業場への要望については、復職前に事業場から医療機関に連絡・相談をしてほしいとのメッセージが多くみられた（19 件）。しかしこの中でも、医療機関主導で復職の方針を進めたいとする機関と、事業場と医療機関とで相談をして決めたいとする機関の差がみられた。

復職後の事業場の対応についての要望については、「心配なことを随時連絡してほしい」「（1ヶ月、3ヶ月、半年など）一定時期には様子を知らせてほしい」などの積極的に職場と連携をしたいとする機関が多くあった（13 件）。一方、「連絡をさせていただいた時に協力をいただきたい」「本人からの報告で十分」「特になし」などの事業場と距離をとる機関もいくつかあった。また最初は業務を軽減して復職させてほしいとの

要望も多くみられた。

こうした要望の中では、多くの医療機関が、事業場が医療機関と連携をとる上で、「本人の了承をとった上で」行ってほしいとことを附記していた。医療機関と連絡をとる際には必ず本人の同意書を用意してほしいとの意見もあった。

事業場の担当者が本人の病状や今後の見通しを知りたいと思う時に、本人の同意を得た上で情報を提供を求めてきた場合に応じるかどうかについては、「はい」68件(84%)、「いいえ」2件(2%)、無記入11(14%)という結果であった。「いいえ」と回答した2機関はその理由として「正しく同意が得られないケースもあり、ケースバイケースで考えざるを得ない」、「個人の情報については、保護法等守秘義務にあたるため、たとえ本人の同意を得ても、病状等の情報は本人に返す」と説明していた。

(2) 事業場のメンタルヘルス心の健康専門家マップの作成

A県における精神科等医療機関に対する調査結果から、医療機関ごとに事業場との連携の取り方に差異があることがわかった。精神科等医療機関ごとの職場のメンタルヘルスに対する態度の特徴を理解して事業場が医療機関と連携できるようにするために、事業場のメンタルヘルス心の健康専門家マップ(案)を作成した。資料4-3にこのマップ(案)の一部サンプルを示す。

この心の健康専門家マップ(案)には、個々の医療機関の基本的情報および職場のメンタルヘルスに関するスタンス(態度、事業場に対するメッセージ、診療以外のサービス)を記載した。また事業場が医療機関と連携する際の基本的な原則として、以下の5つのポイントを最初に解説することとした。

①心の健康の専門家がどんな立場をとっているかを理解しておく—医療機関によって事業場との関係や治療方針に特徴があり、これを踏まえて連携をすべきであること。

②従業員の病状に関する問い合わせの場合には本人の了解を得てからにする—医師の守秘義務について理解した上で主治医と連携する必要があること。

③事業場の情報を医療機関にできるだけ伝えるようにする—主治医が職場での本人の職務内容や働きぶり、職場復帰に際しての職場の体制などについて情報を求めていること。

④事業場の担当者の連絡先を伝えておく—主治医が事業場の担当者と連絡をとる必要を感じた時に連絡できるように担当者の連絡先をあらかじめ知らせておくこと。

⑤心の健康問題による休業からの職場復帰について—心の健康問題を持つ従業員を安易に解雇するような態度を慎み、医療機関と協力して職場復帰につとめるべきこと。

以上について事業場側が理解することにより、精神科等医療機関側もより円滑に事業場と連携することができると期待される。

D. 考察

1. 事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストの活用

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、これに基づいて事業場の心の健康づくり実施状況チェックリストの7領域に対する評価基準を作成してきた(平成14年度研究成果)。専門家とは、いずれも産業保健の実態に精通した者ばかりであり、評価基準に偏りを生じた可能性があった。そのため、チェックリストを実際の現場で適応するために、現場からの声や産業保健スタッフの意見を聴取する必要があった。今回のチェックリストの試用結果から、評価基準がほぼ自分の認識と一致していると最も高かったことから、妥当な基準であるといえるだろう。しかし、厳しい、もしくは甘いという意見もあることから、さらに多くの事業場に活用してもらい、データを収集することにより、さらに改善する余地がある。

しかし、本チェックリストは現場の担当者にとって、心の健康づくり計画実施状況を判断する上で、一つの目安となりうるものとして役立つツールであるという意見を多く聞くことができた。今後は本チェックリストを中心として事業場の自殺防止および心の健康づく

りのための計画マニュアルを作成する予定である。

2. 事業場の自殺予防対策推進のための参加型ワークショップ研修

参加型のワークショップのプログラムは、短時間の研修で、事業場に戻ったときに、自ら心の健康づくり計画を作成できる能力が身に付けられるように、というねらいで行われた。

その効果を調べるため、心の健康づくり計画の推進状況の変化を5ヶ月後に追跡調査を行ったところ、ほぼ全ての項目が上昇し、特に来年度の実施予定が最も得点が高かった。

本参加型ワークショップのプログラムの利点としては、充実した資料の提供と、心の健康づくり計画の策定を仮想事業場に合わせて、実際に取り組んでみるという経験ができるという点である。こういった利点から、参加直後において、参加者からできそうな気がするという意見が多く得られたものと思う。しかし、短時間で行うプログラムであり、また様々な規模、職種の事業場から参加者が集まったことから、ワークショップで行った内容がすぐに役立つものではないという意見も無視できない。

心の健康づくり計画を推進するにおいて、人事労務と産業保健スタッフ、また現場のスタッフと産業保健スタッフとの間のコミュニケーションの図りにくさが障害となっていることがわかった。つまり、心の健康、メンタルヘルスに対する認識が統一できにくい状況が問題となっているのである。メンタルヘルスの取り組みがなかなかできていない現状であると、自殺予防対策をたてなければならぬという意識までは至らないと思われる。「緊急時の心のケア」の領域における得点に変化が見られていないことから、事が起こってから対応に走る事態になりかねないことが懸念された。

今後は、参加者からの意見を参考に、心の健康づくり計画を立てるためのワークショップ方法を改善するとともに、その計画を推進するための取り掛かり方法（コミュニケーションのとり方、教育研修、広報活動など）についても、検討する予定である。

3. 自殺防止のための事業場外資源の活用法に関する研究

1) 事業場外資源との連携ステージ別の自殺の類型化

労働者の自殺事例を事業場外資源との連携ステージ別に分類した結果、自殺の発生を5つの類型に分類し、その対策について明確にすることができた。この内容は産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアルに反映される予定である。

2) 事業場外資源の活用のための効果的なマップづくり

A県における精神科医療機関等調査の結果、多くの医療機関は事業場との連携を重要視しているものの、機関によって事業場との連携に関する態度はすこしづつ異なることがわかった。こうした情報を公開することで、事業場担当者が事前にそれぞれの精神科医療機関と連携する準備ができ、それだけ医療機関との連携が円滑になると期待される。一方、心の健康専門家マップには精神科医療機関との連携方法に関するヒントがあり、また医療機関からのメッセージを読むことで、適切な医療機関との連携方法について学ぶ機会を持つと思われる。こうした心の健康専門家マップを都道府県など地域単位で作成し、事業場に配布することで事業場と精神科医療機関との連携を円滑にできると期待される。

一方、今回作成した心の健康専門家マップは、医療機関の代表者に回答をもとめたため、その医療機関に勤務する医師それぞれにおいては事業場との連携に関する態度は異なってくるかもしれない。また一時点の情報であり、今後どのように情報の更新を反映させてゆくかは大きな課題である。また掲載された情報の誤謬の修正などについても十分に配慮しなくてはならない。

このように心の健康専門家マップには限界もあるが、地域単位で事業場と精神科医療機関の連携を円滑にするための試みの1つとして評価できるとと思われる。

E. 結論

事業場や職場などの組織レベルから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