

## E. さまざまな機会を活用した心の健康づくり

産業医や産業保健スタッフが、さまざまな機会に従業員のストレスを把握し、従業員へのストレスへの気づきを促したり、従業員が抱えるストレスや心の健康問題の解決を支援する工夫がなされるとよいと言われます。ここではこうした活動の現状についてうかがいます。

項目	あなたの事業場にあてはまるものを1つ選んで○をつけてください。	点数
26. 心の健康やストレスに関する問診の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康診断等の機会を活用して、従業員の心の健康やストレスに関する問診やアンケートを実施し、本人に結果を返却した上で保健指導に役立っている(4点)。</li> <li>問診やアンケートは実施しているが、本人に結果を返すだけで保健指導には結びついてない(3点)。</li> <li>問診やアンケートは実施しているが、本人に結果を返却したり、保健指導に役立てたりしていない(2点)。</li> <li>心の健康やストレスに関する問診やアンケートは行っていない(1点)。</li> </ul>	
27. ストレスに対する保健指導の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>ストレスチェック対象者やストレスのある従業員に対して、産業保健スタッフが保健指導を実施する機会がある(社外の健康増進機関や健康保険組合のスタッフによる指導の機会も含めて結構です)(4点)。</li> <li>必要のある時には、産業保健スタッフがストレスについての保健指導を実施している(3点)。</li> <li>産業保健スタッフはいるが、ストレスについての保健指導はしていない(2点)。</li> <li>保健指導をする産業保健スタッフがいらない(1点)。</li> </ul>	
28. インターネットやイントラネットの活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>社内のイントラネットを活用して、従業員がストレスについて学んだり、自身のストレスをチェックできる(4点)。</li> <li>社外のストレス関連サイト等についての情報を従業員に提供している(3点)。</li> <li>社外のストレス関連サイト等について人事・労務担当者が個別に情報を提供している(2点)。</li> <li>インターネットやイントラネットを用いた対策は実施していない(1点)。</li> </ul>	

## F. 緊急時の心のケア

大きな事故や災害等で死の脅威にさらされたり、悲惨な状況を見たりした後、従業員の心の健康に問題がおきることがあります。例えば、米国の同時多発テロの生存者、原発事故の経験者の心の傷(PTSD)等です。大きな事故や災害の後に、従業員の心のケアを行うためのシステムが事業場にあるかどうかについてうかがいます。

項目	あなたの事業場にあてはまるものを1つ選んで○をつけてください。	点数
29. 事故や災害発生後の従業員の心のケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>大きな事故や災害の発生後の従業員の心のケアへの対応が定められ、必要があればいつでも実施可能になっている(4点)。</li> <li>事故や災害の発生後の従業員の心のケアへの対応が定められているが、いつでも実施可能な状態にはなっていない(3点)。</li> <li>事故や災害の発生後の従業員の心のケアへの対応について決まった方針はない(その都度、関係者で相談して対応する)(2点)。</li> <li>事故や災害の後の従業員の心のケアについての対応は考えていない(1点)。</li> </ul>	
30. 自殺発生時の心のケア*	<ul style="list-style-type: none"> <li>従業員の自殺がおきた後には、必要に応じて衛生委員会等で状況を分析し対策を検討したり、人事・労務担当者や産業保健スタッフが上司や同僚との話し合いの場を設ける等、方針や手順が決まっている(4点)。</li> <li>方針や手順は決まっていなが、人事・労務担当者等ごく限られた一部の者で相談を持ち、対策を検討することになっている(3点)。</li> <li>方針や手順は作成されてないが、今後対策について協議する予定である(2点)。</li> <li>自殺が生じた後の対応については考えていない(1点)。</li> </ul>	

\* 事業場での自殺が万一おきたならどう対応するかについてたずねています。

### G. 評価・改善

事業場の心の健康づくりの実施状況を一定期間ごとに見直し、よりよいものにするための改善をおこなうことが大事です。ここでは、評価・改善の実施状況についてうかがいます。

項目	あなたの事業場にあてはまるものを1つ選んで○をつけてください。	点数
3 1. 心の健康づくりの実施状況の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>心の健康づくりについて、衛生委員会等で実施状況を一定期間ごとに評価、討議して、改善案を検討し、次期の計画を作成している（4点）。</li> <li>担当者等が評価し、改善案を検討して、次期の計画の作成に反映している（3点）。</li> <li>心の健康づくりの実施状況についてまとめることになっているが、次の計画に反映はしていない（2点）。</li> <li>心の健康づくりについて実施状況を評価することはしていないか、心の健康づくりを何も実施していない（1点）。</li> </ul>	
3 2. 心の健康づくりの効果の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾病休業日数の減少、ストレスの訴えの減少等、数量的に心の健康づくりの効果を評価している。あるいは評価する計画がある（4点）。</li> <li>従業員の感想や担当者の印象等から、心の健康づくりの効果を評価している。あるいは評価する計画がある（3点）。</li> <li>効果評価の方法は決まっていないが、従業員や担当者等が集まって心の健康づくりの効果について話し合う機会がある（2点）。</li> <li>心の健康づくりの効果を評価する予定はないか、心の健康づくりを何も実施していない（1点）。</li> </ul>	



事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリストの判定表

評価項目	設問数	計算方法	事業場の点数	事業場規模50-999人の場合		事業場規模1000人以上の場合					
				リード	イエロー	リード	イエロー				
例 産業医による職場巡視		(判定例)	5	1-2	3-9	6+	3.5 (4.5)	1-3	4-7	8+	5.5
A1 心の健康づくりの方針表明	2	項目1+項目2		2-3	4-5	6+	3.6 (4.7)	2-3	4-6	7+	6.0
A2 心の健康づくりの組織	3	項目3+4+5		3	4-7	8+	4.7 (6.7)	3-5	6-10	11+	7.7
A3 心の健康づくり計画	3	項目6+7+8		3-4	5-7	8+	4.6 (6.3)	3-5	6-10	11+	8.4
A 心の健康づくりの方針と計画 (A1-A3合計)	8	A1+A2+A3		8-13	14-21	22+	12.8 (17.6)	8-15	16-29	30+	22.1
B1 メンタルヘルスの相談先	5	項目9から13の合計		5-7	8-13	14+	8.2 (11.2)	5-11	12-17	18+	17.8
B2 心の健康問題を持つ従業員 の復職支援	2	項目14+15		2-3	4	5+	3.2 (4.5)	2-3	4-6	7+	5.1
B メンタルヘルス相談体制 (B1-B2合計)	7	B1+B2		7-9	10-18	19+	11.4 (16.0)	7-15	16-25	26+	23.2
C 職場環境等の改善	4	項目16から19の合計		4	5-10	11+	8.1 (9.4)	4-7	8-12	13+	11.3
D 教育・研修および情報提供	6	項目20から25の合計		6	7-15	16+	8.3 (11.3)	6-15	16-20	21+	15.3
E さまざまな機会を活用した心の健康づくり	3	項目26+27+28		3	4-7	8+	3.7 (4.1)	3-4	5-10	11+	5.1
F 緊急時の心のケア	2	項目29+30		2	3-4	5+	3.9 (5.4)	2	3-5	6+	7.3
G 評価・改善	2	項目31+32		2	3-4	5+	2.4 (3.1)	2	3-6	7+	4.2
T 合計点数	32	A+B+C+D+E+F+G		32-51	52-83	84+	50.7 (67.7)	32-82	83-115	116+	90.1

判定結果の解説：リード＝最低限必要な水準以下、イエロー＝最低限度の要件を満たしている、グリーン＝専門家が認める水準がそれ以上にある。  
\* 全国平均は、全国の事業場調査から参考値として示した。50-999人規模の事業場の場合のカッコ内は看護職がいる場合の平均点。

## Development of a Checklist for Evaluation of Mental Health Activities at the Workplace

Norito KAWAKAMI<sup>1</sup>, Akizumi TSUTSUMI<sup>1</sup>, Yuka KOBAYASHI<sup>1</sup>, Kumi HIROKAWA<sup>1</sup>, Akihito SHIMAZU<sup>2</sup>, Makiko NAGAMI<sup>3</sup>, Noboru IWATA<sup>4</sup> and Takashi HARATANI<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Okayama University Graduate School of Medicine & Dentistry, 2-5-1 Shikada-cho, Okayama 700-8558, Japan, <sup>2</sup>Hiroshima University Graduate School of Education, <sup>3</sup>Kansai University of Welfare Science, <sup>4</sup>Faculty of Human and Social Environment, Hiroshima International University and <sup>5</sup>National Institute of Industrial Health

**Abstract:** “The Checklist for Evaluation of Mental Health Activities at the Workplace” was developed for workplace staff evaluating mental health activities in their own workplace. The validity and reliability of the checklist were examined and criteria for evaluation were developed for workplace/organization/companies with 50 or more employees in Japan. The checklist initially included 33 items covering seven major domains of occupational mental health, with a four-point response option, based on the Japanese Guideline for Worker Mental Health in the Workplace and a relevant literature review. A questionnaire was sent to 60 members of the Occupational Mental Health Committee (OMHC) of the Japan Society for Occupational Health to ask their opinions on the checklist and on the minimum requirement for each item on the checklist; 30 (50%) responded. A random sample of 1,335 workplaces from a contractor list of workplaces for worker compensation insurance and a questionnaire was sent to the personnel department to fill in the checklist; 412 (31.5%) responded and data from 335 of them with 50 or more employees were analyzed. Some OMHC members felt that one of the items (concerning the Total

Health Promotion program) should be dropped; thus the checklist was revised to include 32 items, still covering the seven domains. Based on the workplace survey data, most domain scales showed internal consistency reliability at an acceptable level; explanatory factor analysis yielded a four-factor structure that was well concordant with the hypothesized seven-domain structure. Three levels of adequacy of mental health activities were set for each domain scale: “red” (inadequate), “yellow” (minimal), and “green” (adequate). One third of occupational health professionals from 49 workplaces rated the evaluation result based on the checklist as concordant with their view; 95% of them said the checklist would be useful in promoting occupational mental health activities. The study indicated that the checklist had reliability (based on internal consistency reliability) and content- and construct-validity (based on expert opinions, a factor-structure concordant with empirical data, and evaluation by workplace staff). The checklist seems useful in promoting occupational mental health activities.

(*San Ei Shi* 2005; 47: 11-32)

## 職場における心のケアと自殺予防

川上憲人・廣 尚典・高橋祥友・永田頌史

### I 労働者の自殺の現状

国の統計(厚生労働省人口動態統計)によると、自殺者数は、1997年の23,494人(男性15,901人、女性7,593人)から1998年に31,755人(男性22,349人、女性9,406人)と急増した。2003年の自殺者数も3万人を上回っており、なお予断を許さない状況が続いている。労働者(管理職と被用者の合計)の自殺者数もこの傾向と一致して、1998年から約8,700名と、前年の約6,200名から急増し、2003年までほぼ8千人で推移している(図1)(警察庁、1999-2004)。

職場における自殺に関しては、自殺による労働災害や、過労自殺の民事訴訟が近年注目されている点である。1999年には、厚生労働省により精神障害や自殺に関する業務上外の判断基準が公表され、それまでは事例の少なかった自殺やうつ病

に対しての労働災害補償の判断がより容易に行えるようになった。この後、精神障害や自殺に対する労働災害補償請求の件数が大幅に増加し、また認定件数も増加している(図2)。一方で、長時間労働や過重な業務の後に自殺した労働者の遺族が事業場を訴える民事訴訟(いわゆる「過労死裁判」)も注目を集めている。遺族側が勝訴した例では1億円近い賠償金や和解金が遺族に支払われている。過労自殺の民事訴訟では、従業員に病気や死亡の危険があるにも関わらず、その危険性を排除するための措置を「安全配慮義務違反」の責任が事業者に問われている。以上のように労働者の自殺の増加、またこれに関して企業の責任が問われる場面も多くなってきた。事業場が自殺を予防するための対策を真剣に検討しなければいけない時代になったといえる。

では、事業場における自殺予防対策とはどのように立案すればよいのだろうか。ここでは、まず

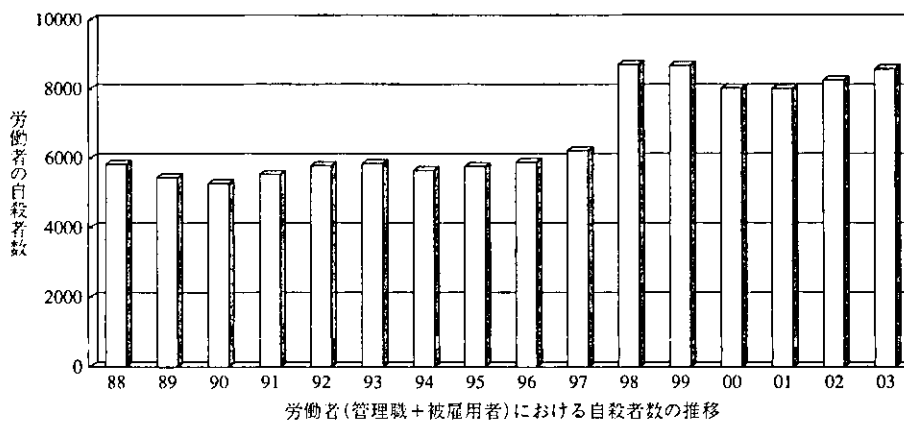


図1 労働者(管理職と被用者の合計)の自殺者数の年次推移(警察庁)

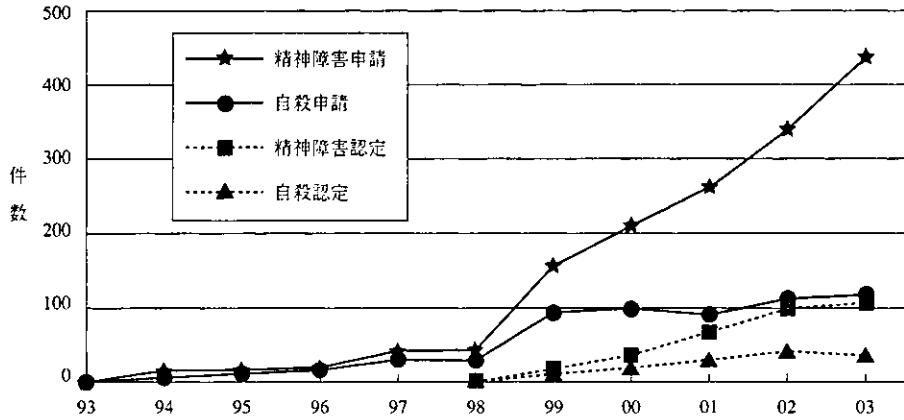


図2 精神障害および自殺の労働災害の申請および認定件数の年次推移 (厚生労働省補償課)  
認定件数は、同年に申請されたものに対する認定ではないことに注意

労働者の自殺について、これまでの研究成果から、どんな事業場のどんな職場に自殺リスクが高いのかについて明らかにし、事業場ごとの自殺リスクの評価ができるようにする。ついで「事業場における労働者のための心の健康づくり指針」と事業場の自殺予防対策の関係を整理し、事業場における自殺予防対策の枠組みを提案する。最後に、事業場における自殺予防対策の評価について考察し、事業場における自殺予防対策がどの程度十分であるのかを知るためのチェックリストを紹介する。これらは、2002～2004 (平成14～16) 年度厚生労働科学研究費労働安全衛生総合研究費「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) の研究成果の一部である。

## II 労働者の自殺リスク

### 1 職場における自殺のリスク

2002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」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1,335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%) (川上・堤・小林他, 2002, pp.128-65)。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1～7,300

表1 2002年の全国の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\*

過去1年間で自殺した従業員	事業場規模 (従業員数)		
	全体 (332事業場)	50～99名以下 (147事業場)	100名以上 (185事業場)
いる	14 (4%)	5 (3%)	9 (5%)
いない	304 (92%)	139 (95%)	165 (89%)
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ためデータを示さなかった。

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。また人事・労務担当者が当該事業場で従業員にとってストレスと考える事柄について15項目から選択してもらった。従業員50人未満の事業場では自殺者があった事業場はなかった。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 (表1)。回収率の低い調査のため注意が必要であるが、50人

以上事業場では1年間に25社に少なくとも1社では自殺がおきる可能性があることになる。

## 2 職場の特性と労働者の自殺

上に述べた労災保険対象事業場を対象とした調査(川上・堤・小林他, 2002, pp. 128-65)では, 人事・労務担当者から該当事業場では何が従業員のストレスになっているかを同時にたずねた。報告された各事業場における従業員の主要なストレスのうち, 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」(それぞれオッズ比=6.0, 4.2, 4.5)であった。不況などのため業務量が減少し, 雇用不安の大きい事業場で自殺リスクが高まると推測される。

永田らが行った調査(清水・永田, 2003, pp. 88-89)では, 事業者側と労働組合の代表に同意が得られた事業場に対して, 1991~2002年度までの経常利益と労働者の自殺発生との関係について検討している。調査の行われた事業場のうち自殺事例が認められた3社において, まず企業業績を示す指標として, 当該年度の従業員1,000人当たりの経常利益を調べた。3社合計10例の自殺(未遂も含む)が認められたが, そのうち9名は経常利益が低下した翌年度に発生が認められた。その他, 総従業員数と労働者の自殺発生との関係でも, 自殺10例中6例が, 従業員数が前年度に比べて減少した年度に発生していた。記述的な研究ではあるが, 業績が低下した直後や, あるいは大幅な人員削減を行う折に, 事業場としての自殺リスクが高まるものと推測される。

## 3 職場の特性と労働者の自殺

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5,557人を5年間追跡し, その間の自殺者を記録した(川上・堤・島津他, 2003, pp. 11-47)。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)がいる職場は105あった。この105の職場に所属している男性回答者3,057人のうち, 5年間の自殺者は

6人であった。解析の結果, 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倍に増加する」と推定された。このことから, 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と推測される。事業場特性と合わせて考えると, 業務量が減少し雇用不安が高いにもかかわらず労働時間が長く, 急速な技術革新などを強いられている職場での自殺リスクが高いと考えられる。

## 4 職種と自殺

2000年の職業別の年齢調整自殺率をみると, 男性では農林漁業, サービス職, 管理職, 専門・技術職の自殺率が上位である(図3)(厚生労働省, 2003)。1995年と比較すると, 男性の管理職, 専門・技術職, サービス業で増加率が高い。事業場の自殺予防対策ではこうした職種にまず注目することが有効かもしれない。女性では管理職の自殺率が高く, また増加率も大きい, 分母となる労働者の数が多くないため, 必ずしも信頼できる数値ではない。なお, 男女とも無職者の自殺率は就業者の7倍程度高く, 無職者における増加率も高い傾向にある。しかし無職者はかならずしも失業者ではなく, 高齢者も含んでいる。失業者で自殺率が高いかどうかはさらに調査が必要である。

## 5 個人要因と自殺

警視庁『自殺の概要』による自殺の原因・動機としては健康問題が最も多く, 経済・生活問題, 家庭問題がこれに続いている(警察庁, 1999-2003)。1997年から1998年(平成9年から10年)には, 特に経済・生活問題, 勤務問題を動機とした自殺の増加が顕著であった。一方, うつ病, アルコール依存症などの精神障害が自殺の危険因子となることが指摘されている。労働者のコホート研究(1989-1995)では, 自己記入式尺度で抑うつ状態と判定された労働者の自殺死亡リスクは約10倍であった(Tamakoshi et al., 2000, pp. 173-78)。一般人口にくらべた精神科入院患者の自殺率は男性4.5倍, 女性5.3倍, 同じく精神科通院

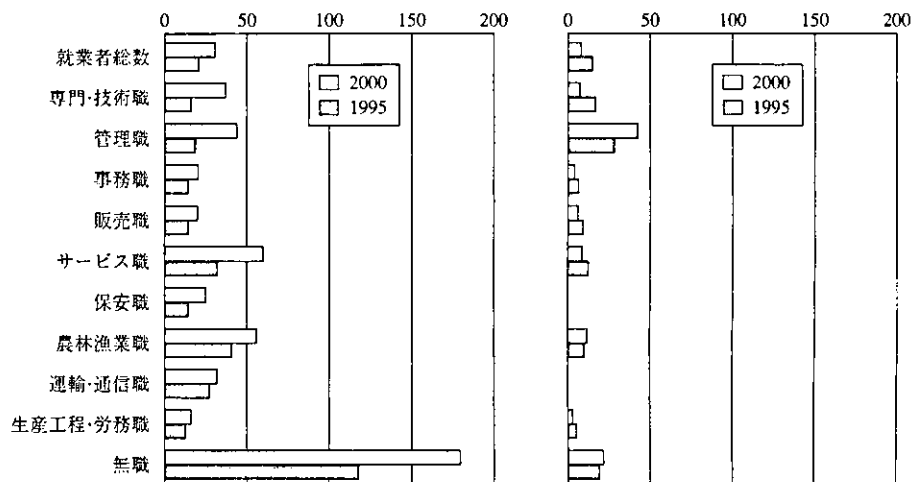


図3 職業別にみた年齢調整済み自殺率(厚生労働省人口動態統計)：1995年と2000年の比較

女性の保安職、運輸・通信職は母数が少なくまた1995年の自殺率が極めて高値だったため図中に示していない

中の患者の自殺率は男性4.6倍、女性5.9倍と推定されている(藤田・栗栖, 1992, pp. 858-64)。各精神障害患者における自殺率は、気分障害(うつ病等)で6~15%、アルコール依存症で7~15%、精神分裂病(統合失調症)で4~10%とも言われる。自殺予防のためには労働者の精神疾患にも注意する必要がある。

### III 事業場における心の健康づくりと自殺予防対策の枠組み

#### 1 「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」

今日のが国の事業場のメンタルヘルスクエアは、2000年8月に労働省(現厚生労働省)から出された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に基づいて実施されている。この指針では、事業者がメンタルヘルスを重要と考え、これに積極的に取り組むという方針を表明し、事業場のメンタルヘルスクエアを計画的に実施することを求めている(表2)。また、事業場としての優先項目を考慮して心の健康づくり計画を策定し、実施し、評価・改善することで、事業場のメンタル

ヘルスクエアをしだいに充実したものに育ててゆくことができる。またこの指針では、メンタルヘルスクエアについて労働者、管理監督者、産業保健スタッフ等(産業医、産業看護職、衛生管理者あるいは臨床心理職など)および事業場外の専門機関が行うべき役割を「4つのケア」としてまとめ、これをできるところから推進することを求めている。

#### 2 労働者の自殺予防対策

##### (1) 職場における自殺予防対策の考え方

事業場における自殺予防のためには、この「心の健康づくり指針」とは異なったアプローチが必要なのだろうか? 廣は、職場でメンタルヘルスクエアに従事している専属産業医、心理職、衛生管理者、職場との関わりが長い精神科医の4グループで、①現在職場において実施されている自殺予防対策および間接的に自殺予防に寄与していると考えられる諸活動の内容、②現在の資源を活用することで今後実施可能な自殺予防対策の内容と課題について2~2.5時間の話題提供および討論の場をもち、その結果、「自殺予防対策は、メンタルヘルスクエアの枠組みの中で取り組むのが職場で



表2 厚生労働省「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に基づく事業場のメンタルヘルスケア：「心の健康づくり計画」の策定と4つのケア

項目	区分	担当者	実施内容
事業場におけるメンタルヘルスのための基本計画「心の健康づくり計画」の策定		事業者（産業医など、産業保健スタッフの助言を得ながら、衛生委員会等を通じて実施する）	職場の現状とその問題点を明確にし、具体的な方法等についての「心の健康づくり計画」を事業場の実態と必要性に応じて策定する。事業者自らが、事業場におけるメンタルヘルスケアを積極的に実施することを表明することが効果的。
4つのケア	セルフケア	労働者	1. 自分のストレスへの気づき 2. ストレスへの対処 3. 自発的な相談
	ラインによるケア	職場の管理監督者	1. 職場環境等の改善 2. 労働者に対する相談対応など
	事業場内産業保健スタッフによるケア	・事業場内産業保健スタッフ（産業医、衛生管理者または衛生推進者、事業場内の保健婦・士） ・事業場内の心の健康づくり専門スタッフ（心理相談担当者、産業カウンセラー、臨床心理士、精神科医、心療内科医など） ・人事労務管理スタッフ等	1. 職場環境等の改善（職場環境等の評価と改善） 2. 労働者に対する相談対応等（気づきの促進と相談への対応、職場適応、治療及び職場復帰の指導） 3. 事業場外資源とのネットワークの形成及び維持（この他にも、計画の企画や実施状況の把握、教育研修の企画と実施、就業上の配慮についての意見などを行う）
	事業場外資源によるケア	事業場内産業保健スタッフが窓口となり、事業場外のさまざまな機関と連携する	都道府県産業保健推進センター、精神保健福祉センター、医療機関等の事業場外資源の協力を得て事業場に対して心の健康づくり対策を支援する

も受け入れられやすく、活動を広げやすい」と結論している（廣，2002，pp. 55-63）。このように、労働者の自殺予防対策は、事業場における一般的な心の健康づくりの推進の中で対応できる部分がかかなりあると考えられる。一方で、自殺発生後の対応など、自殺に特化した対策も重要であることが指摘されている。このため、労働者の自殺予防対策、事業場における一般的な心の健康づくりの推進と、自殺に特化した対策の2つに区分して整理することが理解しやすいと考えられる。

## （2）一般的な心の健康づくりの充実を通じた自殺予防対策

自殺事例の検討やこれまでの自殺事例の研究からは、自殺の半数から2/3以上がうつ病あるいはうつ状態にあったと推測されている（廣，2002，pp. 55-63）。しかしながら、このうち医療機関を受診する者は1/3程度と少ないことも知られている。またアルコール問題や大量飲酒が自殺リスクと関係していることも知られている。自殺のうち事業場における一般的な心の健康づくりの中での自殺予防は、うつ状態・うつ病、あるいはアルコ

ール問題への対応が中心となると思われる。

うつ状態の予防のためには、これまで職場環境等の改善によるストレスの軽減を通じて抑うつが減少すること、また教育・研修や保健指導などによって個人のストレス対処の向上をはかることで抑うつ症状を減少できることが報告されている。自殺予防のためのうつ状態の予防アプローチは、集団全体としての平均的なうつ状態の軽減を目指すポピュレーションアプローチと、うつ状態になった者に対するハイリスクアプローチの両方があり得るが、軽症のうつ状態は時間とともにかなり変動することから、この対策はポピュレーションアプローチととらえる方がより適切であると思われる。

一方、自殺のハイリスク群であるうつ病やアルコール依存症の者に対しては、これを早期に発見し、必要な相談対応を行うことが次のステップとなる。特に、自殺既遂者の中に未受診のうつ病者が多くみられることから、うつ病への職場上司や同僚による早期の気づきと相談対応、必要な場合には専門的な治療への紹介というメンタルヘルス

相談体制が確立されることが効果的な自殺予防につながると期待される。

産業保健スタッフが事業場内にいる場合には、産業保健スタッフ、特に産業医や保健師・看護師が医療職として最初にうつ病者の相談に対応することが多い。この時点で、産業医やその他の産業保健スタッフが従業員のうつ病の評価や、自殺リスクの評価ができ、これに基づいて専門家への紹介などの適切な対応ができることで、自殺を予防することが可能になると思われる。現時点では、産業医の多くはうつ病の診断や自殺リスクの評価について十分な知識や技術をもっているとはいえない。しかし簡便なマニュアルの作成や効果的な教育・研修の方法を準備することで、産業医や場合によっては保健師・看護師でもこうした役割を担うことができる可能性はあると思われる。

産業保健スタッフが従業員のうつ病や自殺のリスクを評価できた後、従業員を円滑に紹介できる信頼できる医療機関を確保しておく必要がある。また自殺事例のうち1/3程度がすでにうつ病などの精神障害で治療中であったことを考慮すると、治療を担当する医療機関と産業保健スタッフとの連携も自殺予防の上で重要であると思われる。

### (3) 自殺に特化した対策

一方、自殺予防に特化した対策としては、自殺発生後の対応、自殺未遂者に対するケア、自殺に関する教育・啓発があげられる。自殺発生後の対応は、身近に自殺を経験した上司や同僚に対する心のケアと、いわゆる連鎖自殺の防止の双方が重要であると思われる。しかし自殺に対する偏見や情報の隠蔽がごく一般的である事業場の現状で、どのように自殺発生後の対応を実施するかは大きな課題である。自殺未遂者のケアについては、再度の自殺企図の防止のために、産業保健スタッフが可能な自殺リスクの評価、治療や追跡支援の内容、期間などについて一定のガイドラインが提案される必要がある。さらに、自殺に関する教育や啓発が効果的であったとする学校や地域を対象とした研究報告がなされている点から、自殺に関する教育・啓発も自殺予防に特化した対策としてあげられる。

## IV 事業場における自殺予防対策を推進するためのツール

### 1 職場における自殺予防のために推進すべきプロセス

職場における自殺予防のために推進すべきプロセスを図4に示した。職場における自殺予防のためには、第1に、事業者がまず事業場の自殺リスクを評価し、また心の健康づくりを含めた自殺予防のための対策の実施状況が事業場として十分であるかどうかを自己評価し、不足な点を自ら補正してゆけることが大事である。第2に、労働者、管理監督者、家族に対しては、自殺やその危険因子となるうつ病に関する知識を得、自らあるいは周囲のサインに気づき、必要に応じて産業保健スタッフや専門家と相談することができるような教育研修を行うことが大事である。第3に、産業保健スタッフが相談を受けた折に、対象者のうつ病をみのがさない評価ができること、また自殺リスクの程度を判断し、専門家に紹介することが大事である。また自殺発生後の周囲への対応も可能な望まれる。こうしたプロセスを促進するためのツールが、平成14～16年度厚生労働科学研究費労働安全衛生総合研究費「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」により作成されているので、以下に紹介する。

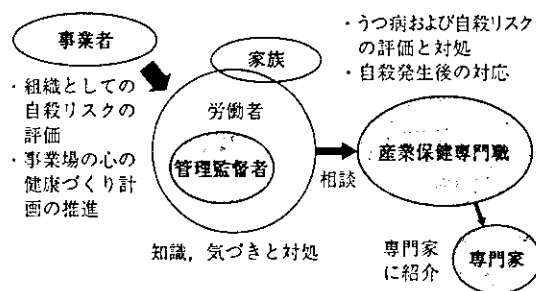


図4 職場における自殺予防対策のポイント  
それぞれのプロセスを促進することで、職場における自殺リスクを低下させる

## 2 事業場における心の健康・自殺予防対策の現状評価

事業場における自殺予防対策のプロセス評価のための新しいツールが開発された(川上・堤・島津他, 2003, pp. 11-47)。これが「事業場における心の健康づくり対策の実施状況チェックリスト」である。本チェックリストは、事業場における自殺予防対策の一般的な心の健康づくり対策の側面に、自殺に特化した対策の側面を追加し、「心の健康づくり指針」およびこれまでの文献レビューに基づいて、事業場における心の健康づくり対策の主要な実施事項をリストアップし、それぞれについて4段階で自己評価することで、自分の事業場の心の健康づくり対策・自殺予防対策の実施状況が必要な段階に達しているかどうか、また以前にくらべてこれらの対策が計画どおりに進展したかどうかを評価する上で便利なツールである。誌面の関係から本チェックリストの全文を掲載することはしないが、同チェックリストに採用された心の健康づくり活動の32の評価軸を参考までに表3に示す。また同チェックリスト自体は<http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/jstress>から入手することができる。

## 3 管理監督者、労働者、家族向けマニュアル

永田らは、管理監督者、一般労働者、家族用の自殺予防マニュアルを作成している(永田・三島・久保田他, 2004, pp. 133-63)。このマニュアルにあたっては、事前に産業保健スタッフ、職場の管理職、一般職、家族からの要望を調査し、①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、などの方針に基づき作成されている。また、永田らは、このマニュアルを使用した職場におけるうつ病・自殺予防教育プログラムの効果評価を行っている。プログラム実施前と1~3ヵ月後の調査で、教育効果の評価を行った。グループI(60名)では、2.5時間かけて全プログラムを実施、グループII(94名)では、

1.5時間のメンタルヘルス教育の中に自殺対策に関係した7枚のスライドを加え、グループIIIでは、同じく2時間の教育の中で、この6枚のスライドを入れた群(自殺予防教育群126名)と入れていない群(対照群87名)での教育効果を比較した。グループI, IIとも、メンタルヘルス一般に関する質問と、自殺に関する質問への正解率が高くなっていた。グループIIIでは、自殺予防教育群で自殺に関する質問への正解率が対照群に比較して軽度上昇しており、3群ともそれぞれ教育効果が認められた。

## 4 産業保健スタッフによるうつ病の評価と対応マニュアル

医師や看護職などの産業保健スタッフが労働者のうつ病を見逃さないように評価できるために、廣らは簡便なうつ病の構造化面接法(Brief Structured Interview for Depression, BSID)を開発している(廣ら, 2004, pp. 75-85)(表4)。この面接法はM. I. N. I.-Dと呼ばれる構造化面接法をもとに、これを簡便にしたものである。面接の所要時間の平均(標準偏差)は55(44)秒であり、1名平均1分以内にうつ病の可能性の評価をすることができる。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整理しておくことが必要である。

## 5 自殺発生後の対応マニュアル

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。自殺発生後の対応は高度な技

表3 事業場における心の健康づくりの実施状況のチェックポイント

---

A.	心の健康づくりの方針と計画
A-1.	心の健康づくりの方針表明
	1. 事業場における心の健康づくり（メンタルヘルス）の方針表明
	2. 事業場としての心の健康づくりの重要性の認識
A-2.	心の健康づくりの組織
	3. 心の健康づくりへの事業場全員での取り組み
	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
	5. 事業場外資源の活用準備
A-3.	心の健康づくり計画
	6. 健康づくりの目標と計画の設定
	7. 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
	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
B.	メンタルヘルス相談体制
B-1.	メンタルヘルスの相談先
	9. 事業場におけるメンタルヘルス相談の体制を決める
	10. メンタルヘルス相談を利用するための教育・研修
	11. 管理監督者による相談対応
	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
	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
B-2.	心の健康問題を持つ従業員の復職や職場適応の支援
	14. 復職判定
	15. 心の健康問題を持つ従業員への継続的支援
C.	職場環境等の改善
	16. ストレスの原因となる職場環境等についての理解
	17. 管理監督者による職場環境等の評価と改善
	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評価
	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
D.	教育・研修および情報提供
	20. 管理監督者向けの心の健康についての教育・研修
	21. 一般従業員向けの心の健康についての教育・研修
	22. ストレス対処のための教育・研修
	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
	24. 心の健康に関する正しい知識の普及
	25. 家族に対する情報提供
E.	さまざまな機会を活用した心の健康づくり
	26. 心の健康やストレスに関する問診の実施
	27. ストレスに対する保健指導の実施
	28. インターネットやイントラネットの活用
F.	緊急時の心のケア
	29. 事故や災害発生後の従業員の心のケア
	30. 自殺発生時の心のケア
G.	評価・改善
	31. 心の健康づくりの実施状況の評価
	32. 心の健康づくりの効果の評価

---

表4 簡便な構造化面接法による大うつ病エピソードの評価 (BSID)

B1 この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	いいえ はい
B2 この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	いいえ はい
B1, または B2 のどちらかが「はい」である場合下記の質問にすすむ	
B3 この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あなたは：	
a 毎晩のように、睡眠に問題(たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど)がありましたか？	いいえ はい
b 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？	いいえ はい
c 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？	いいえ はい
B1~B3 (a~c) の回答に、少なくとも B1 と B2 のどちらかを含んで、3つ以上「はい」がある？	いいえ はい 大うつ病エピソードの疑い

術が必要になるが、産業保健スタッフがこれができるようになるためのマニュアルが開発されている(高橋, 2004, pp. 119-31)。

こうした大きな出来事後の心のケアの手法として、影響を受けた者を集め、集団で体験を語り、そのストレスフルな影響を緩和しようとするディブリーフィングがある。残念ながら現在までに実施されたディブリーフィングの効果に関する無作為比較試験(RCT) 11件では、有効3件、不変6件、悪化2件と報告されている。またこの中に職場における自殺発生後のディブリーフィングの効果についての研究はない。多くの研究では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。

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な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十分な対応になると考えられる。

高橋は、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ている。

- 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

## V おわりに

わが国の職場における自殺予防対策について、平成14, 15年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究費「労働者の自殺リスクの評価と対応に関する研究」(主任研究者 川上憲人)の成果に基づいて、職場での自殺予防対策のあり方について述べた。まずこれまでの研究から労働者の自殺リスクと事業場の特性との関係について検討し、不況などのため業務量が減少し、雇用不安の大きい事業場で自殺リスクが高まると考えた。また労働時間が長く、変化の大きい職場で自殺リスクが高くなると思われた。事業場の自殺予防対策には、一般的な心の健康づくり対策の拡充によ

って可能なものと、自殺予防に特化した対策があると考えられた。事業場における自殺予防対策が十分であるのかを評価するためのチェックリスト、自殺予防教育の実施方法、産業保健スタッフによるうつ病の評価の方法、自殺発生後の方法を紹介した。これまで手のつけにくかった職場の自殺予防対策の推進が可能になると期待される。

#### 参考文献

- 川上憲人・堤 明純・小林由佳・原谷隆史・島津明人・岩田 昇 (2002)「職場における自殺予防対策の現状に関する検討」【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, pp. 128-65。
- 川上憲人・堤 明純・島津明人・小林由佳 (2003)「事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討」【厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」平成14年度総括・分担研究報告書】、pp. 11-47。
- 警察庁 (1999-2002)【平成11-14年版警察白書】、警察庁。
- 厚生労働省 (1999/2003)「平成7, 12年度人口動態職業・産業別統計」【人口動態統計特殊報告】、厚生統計協会。
- 清水隆司・永田頌史 (2003)「企業の業績変化と自殺発生に関する調査研究」【事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討。厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」平成14年度総括・分担研究報告書】、pp. 88-89。
- 高橋祥友 (2004)「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」【厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書】、pp. 119-31。
- 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・清水隆司・山崎友丈・森田哲也・昇 淳一郎 (2004)「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」【厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書】、pp. 133-63。
- 廣 尚典 (2002)「職場における自殺予防対策の現状に関する検討」【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, pp. 55-63。
- (2004)「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」【厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書】、pp. 75-85。
- 藤田利治・栗栖瑛子 (1992)「精神疾患患者の自殺死亡についての人口動態調査に基づく検討」【日本公衆衛生雑誌】Vol. 39, pp. 858-64。
- Tamakoshi, A., Ohno, Y., Yamada, T., Aoki, K., Hamajima, N., Wada, M., Kawamura, T., Wakai, K., and Lin, Y. S. (2000) "Depressive mood and suicide among middle-aged workers: findings from a prospective cohort study in Nagoya, Japan", *Journal of Epidemiology*, Vol. 10, No. 3, pp. 173-78.
- (かわかみ・のりと 岡山大学大学院医歯学総合研究科教授)
- (ひろ・ひさのり アデコ(株)健康支援センターセンター長)
- (たかはし・よしとも 防衛医科大学校教授)
- (ながた・しょうじ 産業医科大学産業生態科学研究所教授)

## 事業場の自殺予防対策の立案とその評価

川上 憲人<sup>1)</sup>, 堤 明純<sup>1)</sup>

小林 由佳<sup>1)</sup>, 島津 明人<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>岡山大学大学院医歯学総合研究科衛生学・予防医学分野

<sup>2)</sup>広島大学大学院教育学研究科心理学講座

## Planning and Evaluation of Suicide Prevention at Work

Norito KAWAKAMI<sup>1)</sup>, Akizumi TSUTSUMI<sup>1)</sup>

Yuka KOBAYASHI<sup>1)</sup> and Akihito SHIMAZU<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Okayama University Graduate School of Medicine & Dentistry, Hygiene & Preventive Medicine

<sup>2)</sup>Hiroshima University Graduate School of Education, Department of Psychology

**Abstract** The review shows accumulated findings concerning suicide prevention at work in Japan. First, previous studies showed associations between characteristics of worksites and suicide among workers: suicide rate increased in worksites with decreased production due to the economic recession and with greater job insecurity; it was greater in workplaces with long average work hours and experiencing a transition. Suicide prevention at work would consist of two parts: ones through an extension of a generic mental health program at work and ones that are specific to suicide. It is important to note that an evaluation of a suicide prevention program should be done by the “process evaluation” view, as well as by the “outcome evaluation”. Finally, a new tool for evaluating a suicide prevention program at work is mentioned.

**Key words:** occupational mental health (産業精神保健), suicide risk (自殺リスク), depression (うつ病), checklist (チェックリスト), Japan (日本)

### 1. はじめに

国の統計(厚生労働省人口動態統計)によると,自殺者数は,1997年の23,494人(男性15,901人,女性7,593人)から1998年に31,755人(男性22,349人,女性9,406人)と急増した。国民の自殺者が3万人を超えたのは,明治34年以来である<sup>1)</sup>。2003年の自殺者数も3万人を上回っており,なお予断を許さない状況

が続いている。労働者(管理職と被用者の合計)の自殺者数もこれと傾向と一致して,1998年から約8,700名と,前年の約6,200名から急増し,2002年までほぼ8千人前後で推移している<sup>2)</sup>(図1)。

事業場における自殺に関して特別な点は,自殺による労働災害や,過労自殺の民事訴訟が近年注目されている点である。平成11年には,厚生労働省により精神障害や自殺に関する業務上外の判断基準が公表され,

著者連絡先:川上憲人 〒700-8558 岡山市鹿田町2-5-1 岡山大学大学院医歯学総合研究科衛生学・予防医学分野 Tel 086-235-7170/7173 Fax 086-235-7178  
E-mail norito@md.okayama-u.ac.jp

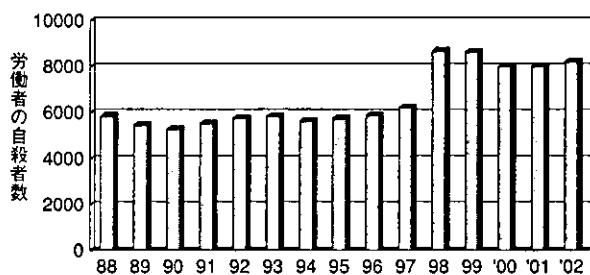


図1 労働者(管理職と被用者の合計)の自殺者数の年次推移 (警察庁)

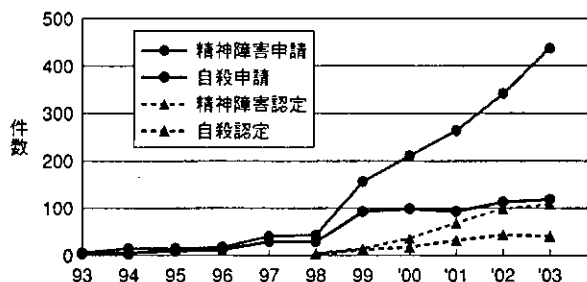


図2 精神障害および自殺の労働災害の申請および認定件数の年次推移 (厚生労働省補償課)  
認定件数は、同年に申請されたものに対する認定ではないことに注意

それまでは事例の少なかった自殺やうつ病に対しての労働災害補償の判断がより容易に行えるようになった。この後、精神障害や自殺に対する労働災害補償請求の件数が大幅に増加し、また認定件数も増加している(図2)。一方で、長時間労働や過重な業務の後に自殺した労働者の遺族が事業場を訴える民事訴訟(いわゆる「過労死裁判」)も注目を集めている。遺族側が勝訴した例では一億円近い賠償金や和解金が遺族に支払われている。過労自殺の民事訴訟では、従業員に病気や死亡の危険があるにも関わらず、その危険性を排除するための措置を「安全配慮義務違反」の責任が事業場に問われている。以上のように労働者の自殺の増加、またこれに関して企業の責任が問われる場面も多くなってきた。事業場が自殺を予防するための対策を真剣に検討しなければいけない時代になったといえる。

では、事業場における自殺予防対策とはどのように立案すればよいのだろうか。ここでは、まず労働者の自殺について、これまでの研究成果から、どんな事業場のどんな職場に自殺リスクが高いのかについて明らかにし、事業場ごとの自殺リスクの評価ができるようにする。ついで「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」と事業場の自殺予防対策の関係を整理し、事業場における自殺予防対策の枠組みを提案する。最後に、事業場における自殺予防対策の評価について考察し、事業場における自殺予防対策がどの程度十分であるのかを知るためのチェックリストを紹介する。これらは、平成14~16年度厚生労働科学研究費労働安全衛生総合研究費「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)の研究成果の一部である。

## 2. 労働者の自殺リスク

### 2.1 事業場における自殺リスク

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」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1,335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%)<sup>3)</sup>。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1~7,300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。また人事・労務担当者が当該事業場で従業員にとってストレスと考える事柄について15項目から選択してもらった。従業員50人未満の事業場では自殺者があった事業場はなかった。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(表1)。回収率の低い調査のため注意が必要であるが、50人以上事業場では1年間に25社に少なくとも1社では自殺がおきる可能性があることになる。

### 2.2 事業場の特性と労働者の自殺

上に述べた労災保険対象事業場を対象とした調査<sup>3)</sup>では、人事・労務担当者から該当事業場では何が従業員のストレスになっているかを同時にたずねた。報告された各事業場における従業員の主要なストレスのうち、自殺のリスクと有意に関連したのは「仕事量が少



表1 2002年の全国の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\*

過去1年間で自殺した従業員	事業場規模		
	全体 (332事業場)	従業員数 50~99名以下 (147事業場)	従業員数 100名以上 (185事業場)
いる	14 (4%)	5 (3%)	9 (5%)
いない	304 (92%)	139 (95%)	165 (89%)
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ためデータを示さなかった。

ない」「リストラや雇用不安」「個人や家庭の問題」(それぞれオッズ比=6.0, 4.2, 4.5)であった<sup>4)</sup>。不況などのため業務量が減少し、雇用不安の大きい事業場で自殺リスクが高まると推測される。

永田らが行った調査<sup>5)</sup>では、事業者側と労働組合の代表に同意が得られた事業場に対して、1991~2002年度までの経常利益と労働者の自殺発生の関係について検討している。調査の行われた事業場のうち自殺事例が認められた3社において、まず企業業績を示す指標として、当該年度の従業員1,000人当たりの経常利益を調べた。3社合計10例の自殺(未遂も含む)が認められたが、そのうち9名は経常利益が低下した翌年度に発生が認められた。この他、総従業員数と労働者の自殺発生の関係でも、自殺10例中6例が、従業員数が前年度に比べて減少した年度に発生していた。記述的な研究ではあるが、業績が低下した直後や、あるいは大幅な人員削減を行う折りに、事業場としての自殺リスクが高まるものと推測される。

### 2.3 職場の特性と労働者の自殺

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5,557人を5年間追跡し、その間の自殺者を記録した<sup>4)</sup>。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)がいる職場は105あった、この105の職場に所属している男性回答者3,057人のうち、5年間の自殺者は6人であった。解析の結果、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倍に増加すると推定された。このことから、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と推測される。事業場特性と合わせて考えると、業務量が減少し雇用不安の高いにもかかわらず、労働時間が長く急速な技術革新などを強いられている職場での自殺リスクが高いと考えられる。

### 2.4 職種と自殺

2000年の職業別の年齢調整自殺率をみると、男性では農林漁業、サービス職、管理職、専門・技術職の自殺率が上位である<sup>6)</sup>(図3)。1995年と比較すると、男性の管理職、専門・技術職、サービス業で増加率が高い。事業場の自殺予防対策ではこうした職種にまず注目することが有効かもしれない。女性では管理職の自殺率が高く、また増加率も大きい、分母となる労働者の数が多くないため、必ずしも信頼できる数値ではない。なお、男女とも無職者の自殺率は就業者の7倍程度高く、無職者における増加率も高い傾向にある。

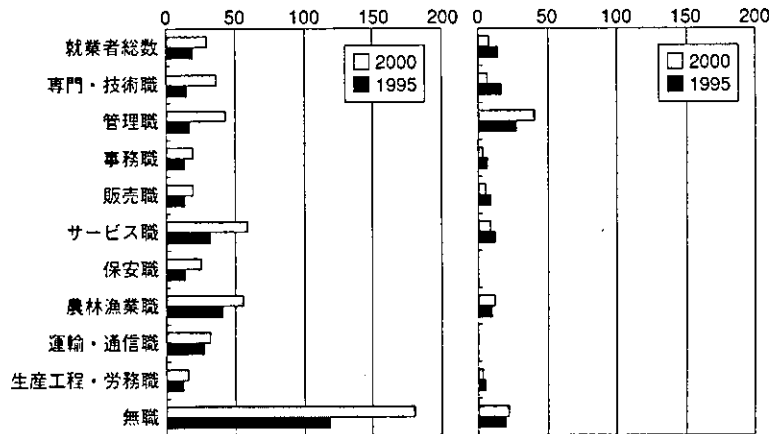


図3 職業別にみた年齢調整自殺率(厚生労働省人口動態統計)

1995年と2000年の比較。女性の保安職、運輸・通信職は母数が少なくまた1995年の自殺率が極めて高値だったため図中に示していない。

しかし無職者はからなずしも失業者ではなく、高齢者も含んでいる。失業者で自殺率が高いかどうかはさらに調査が必要である。

## 2.5 個人要因と自殺

警視庁「自殺の概要」による自殺の原因・動機としては健康問題が最も多く、経済・生活問題、家庭問題がこれに続いている<sup>2)</sup>。1997年から1998年(平成9年から10年)には、特に経済・生活問題、勤務問題を動機とした自殺の増加が顕著であった。一方、うつ病、アルコール依存症などの精神障害が自殺の危険因子となることが指摘されている。労働者のコホート研究(1989-1995)では、自己記入式尺度で抑うつ状態と判定された労働者の自殺死亡リスクは約10倍であった<sup>7)</sup>。一般人口にくらべた精神科入院患者の自殺率は男性4.5倍、女性5.3倍、同じく精神科通院中の患者の自殺率は男性4.6倍、女性5.9倍と推定されている<sup>8)</sup>。各精神障害患者における自殺率は、気分障害(うつ病等)で6~15%、アルコール依存症で7~15%、精神分裂病(統合失調症)で4~10%とも言われる。自殺予防のためには労働者の精神疾患にも注意する必要がある。

## 3. 事業場における自殺予防対策の枠組み

### 3.1 「心の健康づくり指針」と事業場における自殺予防対策

今日のわが国の事業場のメンタルヘルスケアは、2000年8月に労働省(現厚生労働省)から出された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に基づいて実施されている。この指針では、事業場のメンタルヘルスケアを効果的に推進するために、事業者がメンタルヘルスを重要と考え、これに積極的に取り組むという方針を表明することが効果的としている。また4つのケアをバランスよく実施することとされている。事業場における自殺予防のために何をすべきなのだろうか。「心の健康づくり指針」とは異なったアプローチが必要なのだろうか?

### 3.2 労働者の自殺予防対策に関する専門家による検討

廣は、職場でメンタルヘルス対策に従事している専属産業医9名、心理職6名、衛生管理者6名、職場との関わりが長い精神科医5名の4グループで、①現在職場において実施されている自殺予防対策および間接

的に自殺予防に寄与していると考えられる諸活動の内容、②現在の資源を活用することで今後実施可能な自殺予防対策の内容と課題について2~2.5時間の話題提供および討論の場をもち、その結果を以下のように集約している<sup>9)</sup>。

#### ①自殺予防対策とメンタルヘルス対策

わが国の職場においては、自殺予防を直接の目的とした対策は現在に至るまでほとんど行われてこなかった。しかしながら、一部の事業場で進められてきたメンタルヘルス対策の一部は、結果的に自殺予防対策としても機能していたことが、すべてのグループの討議で参加者の意見の一致するところであった。今後も、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職場でも受け入れられやすく、活動を広げやすいと考えられる。

#### ②うつ病対策のあり方

うつ病対策については、非常に重要であるという点について意見の一致をみた。しかしながら、「うつ病」対策の前提として、精神疾患に対する偏見を払拭するための啓発活動を行い、職場の実情を十分に踏まえた実施計画を策定することが重要である。

#### ③現存のシステム・資源の見直し

定期健康診断や、一部の企業にとっては既存の復職健診システムあるいは長時間労働者健診を有効活用することも、複数のグループで提案された。今後検討が深められるべきである。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、外部機関の充実化などが今後の課題である。

#### ④自殺発生後の対応について

自殺者が出た職場の従業員への対応(いわゆるポストベンション)については、一部の例でその重要性は認められるものの、わが国に適した方法論の確立が必要である。

このように、労働者の自殺予防対策は、事業場における一般的な心の健康づくり(あるいはメンタルヘルスケア)の推進の中で対応できる部分がかなりあると考えられる。一方で、自殺発生後の対応(ポストベンション)など、自殺に特化した対策も重要であることが指摘されている。このため、労働者の自殺予防対策、事業場における一般的な心の健康づくりの推進と、自殺に特化した対策の2つに区分して整理することが理解しやすい。

### 3.3 労働者の自殺予防対策の枠組

#### 3.3.1 心の健康づくり対策の拡充による自殺予防

労働者の自殺予防対策の枠組を表2に示した<sup>9)</sup>。自殺事例の検討やこれまでの自殺事例の研究からは、自殺の半数から2/3以上がうつ病あるいはうつ状態にあったと推測されている<sup>9)</sup>。しかしながら、このうち医療機関を受診する者は1/3程度と少ないことも知られている。またアルコール問題や大量飲酒が自殺リスクと関係していることも知られている。自殺のうち事業場における一般的な心の健康づくりの中での自殺予防は、うつ状態・うつ病、あるいはアルコール問題への対応が中心となると思われる。

うつ状態の予防のためには、これまで職場環境等の改善によるストレスの軽減を通じて抑うつが減少すること、また教育・研修や保健指導などによって個人のストレス対処の向上をはかることで抑うつ症状を減少できることが報告されている。自殺予防のためのうつ状態の予防アプローチは、集団全体としての平均的なうつ状態の軽減を目指すポピュレーションアプローチと、うつ状態になった者に対するハイリスクアプローチの両方があり得るが、軽症のうつ状態は時間とともにかなり変動することから、この対策はポピュレーションアプローチととらえる方がより適切であると思われる。

一方、自殺のハイリスク群であるうつ病やアルコール依存症の者に対しては、これを早期に発見し、必要な相談対応を行うことが次のステップとなる。特に、自殺既遂者の中に未受診のうつ病者が多くみられるこ

とから、うつ病への職場上司や同僚による早期の気づきと相談対応、必要な場合には専門的な治療への紹介というメンタルヘルス相談体制が確立されることが効果的な自殺予防につながると期待される。

産業保健スタッフが事業場内にいる場合には、産業保健スタッフ、特に産業医や保健師・看護師が医療職として最初にうつ病者の相談に対応することが多い。この時点で、産業医やその他の産業保健スタッフが従業員のうつ病の評価や、自殺リスクの評価ができ、これに基づいて専門家への紹介などの適切な対応ができることで、自殺を予防することが可能になるとと思われる。現時点では、産業医の多くはうつ病の診断や自殺リスクの評価について十分な知識や技術をもっているとはいえない。しかし簡便なマニュアルの作成や効果的な教育・研修の方法を準備することで、産業医や場合によっては保健師・看護師でもこうした役割を担うことができる可能性はあると思われる。

産業保健スタッフが従業員のうつ病や自殺のリスクを評価できた後、従業員を円滑に紹介できる信頼できる医療機関を確保しておく必要がある。また自殺事例のうち1/3程度がすでにうつ病などの精神障害で治療中であったことを考慮すると、治療を担当する医療機関と産業保健スタッフとの連携も自殺予防の上で重要であると思われる。

#### 3.3.2 自殺予防に特化した対策

一方、自殺予防に特化した対策としては、自殺発生後の対応(ポストベンション)、自殺未遂者に対するケア、自殺に関する教育・啓発があげられる。自殺発生後の対応は、身近に自殺を経験した上司や同僚に対する心のケアと、いわゆる連鎖自殺の防止の双方が重要であると思われる。しかし自殺に対する偏見や情報の隠蔽がごく一般的である事業場の現状で、どのように自殺発生後の対応を実施するかは大きな課題である。自殺未遂者のケアについては、再度の自殺企図の防止のために、産業保健スタッフが可能な自殺リスクの評価、治療や追跡支援の内容、期間などについて一定のガイドラインが提案される必要がある。これらについては本号の廣らによる記述を参照のこと。さらに、自殺に関する教育や啓発が効果的であったとする学校や地域を対象とした研究報告がなされている点から、自殺に関する教育・啓発も自殺予防に特化した対策としてあげられる。

表2 労働者の自殺予防対策の枠組

A. 事業場における一般的な心の健康づくりの推進
1. 職場環境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
B. 自殺に特化した対策の推進
1. 自殺発生後の対応（連鎖自殺の防止と周囲の心のケア）
2. 自殺未遂者のケア
3. 自殺に関する教育・啓発

出典：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、2002

## 4. 事業場における自殺予防対策の評価

### 4.1 自殺予防対策のアウトカム評価

#### 4.1.1 自殺率低下を指標とした効果評価

では、一歩進んで、事業場における自殺予防対策の評価はどのように行うべきであろうか。自殺予防対策の効果評価は、第一義的には直接の目的である自殺率の減少を指標として行われる。米国陸軍における包括的自殺予防対策、新潟県における高齢者の自殺予防対策などでは、対象集団における自殺率の低下が観察され、自殺予防対策の効果の根拠と考えられている。しかしながら、自殺率低下を指標とした効果評価にはいくつかの課題がある。まず多数の(10万人規模の)集団、あるいは長期にわたる観察によらない限り、自殺率の減少を偶然と区別して検証することは難しい。自殺率は事業場外の社会的状況などの対策以外の要因によっても変動するため、自殺率が減少したとしても、それが自殺予防対策によるものかどうかを判断することは難しい。この問題を解決するためには、自殺予防対策を行った集団とそれ以外の集団(対照集団)での自殺率の変化を比較することが必要になる。しかしこれは一般的にはかなり困難である。

#### 4.1.2 代替え指標による効果評価

次の方法として、自殺と関連が深いことが立証されている自殺の危険因子、例えば抑うつや大量飲酒などを代替え指標として、自殺予防対策の効果を評価することが考えられる。抑うつや大量飲酒は自殺に比べると頻度が高く、また連続的に評価することも可能であるため、より容易に評価が可能である。しかしながら、この方法では、選ばれた代替え指標を介しての自殺予防効果しか評価できない。例えば抑うつを代替え指標とした効果評価では、自殺予防対策のうち抑うつを低下させることによる自殺予防効果は評価できるが、抑うつ的な従業員の早期発見と対処など抑うつから自殺までの経路をターゲットとした自殺予防対策の効果は評価できない。

### 4.2 自殺予防対策のプロセスの評価

以上のような自殺率の減少や自殺の代替え指標を用いて、対策の前後でこれらの結果指標(アウトカム)の変化をみる手法を、アウトカム評価とよぶ。一方で、対策自体の手順が計画どおりに実施されているかどうかという、対策のプロセスの評価を行う評価の手法が

ある。これをプロセスの評価、あるいはパフォーマンス評価と呼ぶ。事業場におけるまれな事象に対する効果評価では、その発生を結果指標としたアウトカム評価ができにくいいため、プロセス評価とアウトカム評価を組み合わせることが多い。

プロセス評価の欠点はその対策の実施が本当に結果指標(この場合は自殺率の減少)に関係しているかどうかを直接に検証することができない点である。しかし根拠の示されている対策手法を選定して使用するならば、その対策手法が適切に実施されていることは結果指標の改善につながると期待できる。またプロセス評価はアウトカム評価より短期のサイクルで実施可能なため、対策の評価と改善にはより有用な情報を提供してくれる。プロセス評価とアウトカム評価を併用することは、自殺予防のようなアウトカム評価のやりにくい対策においては適切な選択であると考えられる。

### 4.3 「事業場における心の健康づくり対策の実施状況チェックリスト」

以上の評価の考え方にに基づき、事業場における自殺予防対策のプロセス評価のための新しいツールが開発された。これが「事業場における心の健康づくり対策の実施状況チェックリスト」である。本チェックリストは、事業場における自殺予防対策の一般的な心の健康づくり対策の側面に、自殺に特化した対策の側面を追加し、「心の健康づくり指針」およびこれまでの文献レビューに基づいて、事業場における心の健康づくり対策の主要な実施事項をリストアップし、それぞれについて4段階で自己評価することで、自分の事業場の心の健康づくり対策・自殺予防対策の実施状況が必要な段階に達しているかどうか、また以前にくらべてこれらの対策が計画どおりに進展したかどうかを評価することのできる便利なツールである。紙面の関係から本チェックリストの全文を掲載することはしないが、同チェックリストに採用された心の健康づくり活動の32の評価軸を参考までに表3に示す。また同チェックリスト自体は<http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/jstress>から入手することができる。

## 5. おわりに

ここでは、平成13年度厚生労働省委託事業(総括班長 大久保利晃)、および平成14、15年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究費「労働者の自