

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金

労働安全衛生総合研究事業

平成14～16年度総合研究報告書

労働者の自殺リスク評価と対応  
に関する研究

平成17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

I. 総合研究報告書	1
労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究	川上憲人
II. 成果物：職場における自殺予防マニュアル	19
1. 事業場向け自殺予防マニュアル	19
2. 産業保健スタッフ向け自殺予防マニュアル	27
3. 職場で自殺が起きた時の対応について	65
4. 労働者向け自殺予防教育マニュアル	87
1) こころのリスクマネージメントーうつ病と自殺を防ぐために (管理監督者用マニュアル)	87
2) こころのリスクマネージメントーあなたとあなたの周りの人のために (勤労者用マニュアル)	123
3) こころの健康管理ーあなたとあなたの大切な人のために (家族向け「うつ」予防マニュアル)	151
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	171
IV. 研究成果の刊行物・別刷	173

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。

(1) 事業場向けマニュアルの開発では、①事業場および職場特性と労働者の自殺リスクの関係を解析し、業績が不振で変化が激しい事業場における、多忙な職場で自殺リスクが増加する可能性が示された。②事業場が行う自殺防止対策のチェックリストでは、32の実施項目について事業場の規模別に達成すべき水準を示し、49事業場でこのチェックリストを試用しその有効性を確認した。③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。④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。⑤中小規模事業場における自殺予防・メンタルヘルス対策の推進の方法を検討し、⑥事業場向け自殺予防マニュアルを完成した。

(2) 産業保健スタッフ向けマニュアルの開発では、①産業保健スタッフが自殺のリスクおよび直前のサインを把握しうる場面を整理し、重要なポイントを整理した。②また健診場面等で実施できるうつ病発見のための産業保健スタッフ向けの簡便な面接法（構造化面接法）を新たに開発し、その有用性を確認した。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とビデオを製作した。④自殺未遂をした労働者が職場復帰をする際に行うべき支援のあり方について専門家の聴き取り調査を行い、その留意点をまとめた。⑤「産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアル」を産業保健スタッフの意見をもとに修正し完成した。(3) 職場における自殺発生後の上司、同僚などへの心理的影響を緩和し、群発自殺を予防するストレスマネジメント(CISM)の技術について調査し、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、適切なあり方を明らかにした。自殺が生じた後に遺された人々に対するケアのためのマニュアルをまとめ「自殺のポストベンション：遺された人々への心のケア」（医学書院, 2004）として公表した。(4) 労働者向けのマニュアルの開発では、管理監督者用、一般労働者用および家族用の3つの自殺予防マニュアルを作成し、有用性および改善点について検討を行った。また、これらのマニュアルを活用した労働者を対象とした自殺予防教育プログラムを作成した。職場における自殺予防マニュアルは、一般従業員、家族から高い評価を得た。自殺予防セミナーでは9割が「参考になる」との評価を得た。また3事業所の管理職に対してこのプログラムを実施し、教育前と2-3ヵ月後に知識・態度を比較しその効果を確認した。さらに修正を加えたもの最終版として完成した。また、管理監督者向け自殺予防マニュアルの一部をIT教育化した。(4) EAPによるメンタルヘルス対策の効果評価に関する研究では、EAP導入前後の自殺率の変化を3社約1.5万人の労働者を対象に調べた。累積粗自殺率は、対象企業労働者では雇用者全体より低くなっていた。事業場における自殺予防対策の効果が確認された。本研究で目標とする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った。

分担研究者

廣 尚典 アデコ(株)健康支援センター・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

増して3年連続して30,000人を超えた。有職者の自殺も同様の傾向をたどり、年間7~8,000人で推移している。日本の自殺の特徴として、欧米に比較して景気変動の影響を受け易く、不況時に増加するという特徴を持っている。理由として、破産や負債の増加、過労、リストラ等に伴う職場環境の変化による不適応などが挙げられている。有効な対策を行わなければ、今後も自殺者数は多いまま推移する可能性が高い。自殺予防対策は、現在、国民の保健、福祉の場でも緊急の課題であ

A. はじめに

日本における自殺者総数は、平成10年より急

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。

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

平成15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) 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し、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、その効果を評価した。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円滑な連携のために心の健康専門家マップの作成した。(2) 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)の有効性について追試を行い、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とそれを用いて行う教育研修プログラムを作成した。(3) 自殺発生後の対応(ポストベンション)の方法論の検討ー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) 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した。(5) EAPによる介入的アプローチの効果評価も継続した。

最終年度の平成16年度は以下の5つの研究を実施した。

(1) 事業者向けマニュアルについては、①中小規模事業場における自殺予防・メンタルヘルス対策の推進の方法を検討し、②事業場向け自殺予防マニュアルの完成を行った。

(2) 産業保健スタッフ向けマニュアルの検討では、自殺未遂をした労働者が職場復帰をする際に行うべき支援のあり方について専門家の聴き取り調査を行い、その留意点をまとめた。また昨年度本研究において試作した「産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアル」を完成した。

(3) また、自殺が生じた後に遺された人々に対するケアのためのマニュアルをまとめ「自殺のポストベンション: 遺された人々への心のケア」(医学書院, 2004)として公表し、これに関する専門家の意見聴取を行った。

(4) 労働者等向けマニュアルの作成では、①職場における自殺予防プログラム、マニュアルをさらに改善し、最終版として完成した。また、管理監督者向け自殺予防マニュアルの一部をIT教育化した。

(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を継続し、EAPサービスによる自殺予防対策の効果を最終確認した。

## B. 対象と方法

### 1. 事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討

#### 1) 事業場の心の健康づくりの現状の把握

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

調査票では心の健康づくりの現状について7領域(「心の健康づくりの方針表明」、「メンタルヘルス相談体制の確立」、「職場環境の改善」、「教育・研修および情報提供」、「様々な機会を活用した心の健康づくり」、「緊急時の心のケア」、「心の健康

づくりの効果評価と改善)、合計 33 項目からなる質問を行った。回答について、一番水準の低いもの(原則としてその項目を何も行っていない状態)とそれ以上に区分して、それ以上の場合を「何か実施している」としてその割合を算出した。

## 2) 事業場および職場特性と労働者の自殺の関連

(1) 事業場の特性と労働者の自殺の関連性：全国調査データから

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

(2) 職場特性と労働者の自殺の関連性：大規模追跡調査データの解析

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

## 3) 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの完成

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

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

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

## 4) 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。

## 5) 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ー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。

#### 6) 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。

#### 7) 中小規模事業場における自殺予防・メンタルヘルス対策の推進の方法

(1) 中小規模事業場に対するヒアリングの実施  
岡山市内の小規模事業所に対して、訪問調査によるヒアリングを行った。従業員数49人以下の事業所の事業者または健康管理の担当者に質問し、自由に回答してもらった。事業所の業種は製造業、卸・小売業、サービス業、建設業、運輸業の11社であった。

(2) 中規模事業場に対する意識調査  
中規模事業場から構成されるN県工業会の会員事業場約100社を対象として中規模事業場における自殺予防・メンタルヘルス対策について意識調査を実施した。結果として39社から回答を得た。

(3) 調査結果を活用した中規模事業場経営者向け講義の実施とその効果評価

N県工業会の調査結果を活用しながら、N県工業会会員企業の事業者向けの研修会を開催した。約50の企業から経営者あるいは人事労務部門の長が参加した。N県工業会の調査結果をもとに講義を組み立て、講義終了後にアンケートにて講義に対する評価をしてもらった。講義後のアンケートは40社から回収できた。

#### 8) 事業場向け自殺予防マニュアルの完成

3年間の研究成果に基づき、事業場向け自殺予防マニュアルを作成した。

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

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

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

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

Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.) の大うつ病エピソードモジュール(以下 M. I. N. I. -D9 項目版)の短縮版「構造化面接法 BSID」を作成した(表1)。この短縮版の①評価者内信頼性(同一の従業員を同一の産業保健スタッフが間に数日おいて2回面接を行ない、一致度を測った)、②評価者間信頼性(同一の従業員を対象に複数の面接者が面接を行ない、その一致度を測った)を検討した。また4事業場計77名(男性59名、女性6名、不明12名、平均年齢 $38.0 \pm 7.6$ 歳)の従業員を対象に、M. I. N. I. -D 短縮版の内的妥当性(基準関連妥当性)を、M. I. N. I. -D 9 項目版を基準として検討した。また産業保健スタッフを対象に M. I. N. I. -D 短縮版の有用性についてアンケート調査を行った。

##### 3) 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

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。

#### 4) 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。

#### 5) 自殺未遂者の職場復帰支援のあり方に関する検討

平成16年11月29日、平成17年1月22日の両日、ディスカッション形式による聴き取り調査を行い、5名の産業医、3名の心理職および1名の研究者に、自殺未遂の既往を持つ労働者の職場復帰支援に留意点に関する意見を求めた。彼らは、いずれも職場におけるメンタルヘルス対策の実務に豊富な経験を有している。

#### 6) 産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアルの作成

平成16年11月、産業医および産業看護職を主な会員とする産業医学推進研究会の会員名簿から抽出した266名に対して、昨年作成した「産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアル」を郵送して、その改善点、追加すべき事項に関する意見を求めた。回収も郵送法によった。また、平成16年12月11日に開催された特別セミナーの参加者114名に対して、同マニュアルを配布し、意見の記入を求めて、同日回収した。これらの結果をもとにして、マニュアルの改訂を行った。

### 3. 自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論の検討

#### 1) ポストベンションの文献的考察

自殺が生じた際の対応に関して一般的な対応および専門的な対策に関して内外の論文や分担

研究者である高橋の経験をもとに提言としてまとめた。

#### 2) マニュアルの作成と専門家の意見聴取

前年度までの研究成果を踏まえて、「自殺のポストベンション：遺された人々への心のケア」(医学書院、2004)を発表した。日本精神神経学会会員名簿から200名を無作為に抽出し、本マニュアルを配布するとともに、アンケートに回答を求めた。うち160名から回答を得た(回答率:80%)。

### 4. 労働者向け自殺予防教育プログラムの開発

#### 1) 職場における自殺予防教育プログラム・マニュアルの作成と評価

職場における自殺予防のための教育プログラムの叩き台となる教材資料を作成した。また自殺予防マニュアルを管理監督者用、家族用、一般職用の3種類を作成した。本年度は、マニュアルを6事業場の産業保健スタッフ40名に対して配布し、アンケートによる評価を依頼した。このほかに管理職用のマニュアルを複数の事業場の管理職95名に、家族用自殺予防マニュアルは労働者の家族52名に、一般職用自殺予防マニュアルを一般職68名に対して配布し、意見を求めた。

#### 2) 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。

#### 3) 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I60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名歳)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。

#### 4) 教育プログラム内容への評価

職場における自殺予防のための教育プログラムへの内容は平成15年度のものに自殺のリスクファクターに関するスライドと状況に応じた具体的な対応を示すための事例に関するスライドを加えた。これらの資料を用いて、某協会で行われた「うつと自殺予防セミナー(2.5時間)」で講演した後に参加者96名にアンケート調査を依頼し、72名(回収率75%)より回答を得た。調査協力者の内訳は保健師28名、管理監督者12名、人事労務担当者8名、衛生管理者6名、その他18名であった。

#### 5) 自殺予防マニュアルへの評価

自殺予防マニュアル(「こころのリスクマネジメント」)は、平成15年度に作成した管理監督者用、勤労者用、家族用の3部に対する評価・意見を参考にして一部修正した。主な修正点は3部とも専門家に作成してもらったイラストに統一したこと、事例を加えたこと、うつ病と自殺のリスクファクターを管理監督者用に追加したこと、緊急時の相談・連絡先を各都道府県毎に電話番号を記載していたものを代表(東京)とホームページの掲載にしたことなどである。

自殺予防セミナーの参加した保健師28名に調査協力を書面にて依頼し、調査に参加協力が可能であるとの返事が得られた上記の保健師及びその同僚を含め58名に対して、調査表(資料3)及び3部のマニュアルを送った。52名(89.7%)から回答が得られた。管理職、一般職、家族に対するアンケート調査は某事業場の協力を得てそれぞれ20名に対して行った。

#### 6) 労働者等向け自殺予防マニュアルのIT教育化

永田分担研究者作成の労働者等向け自殺予防マニュアルを参考に、管理監督者向けの自殺予防のためのIT教育コンテンツを開発した(富士通i-Navi上)。

### 5. 自殺事例に対する職場要因等の分析

#### 2) 自殺事例の収集とリスクファクターの分析

##### (1) 自殺事例の分析

調査の主旨を説明し、同意を得た産業医8名、精神科・心療内科医の勤務医8名に対して調査票を配布し、過去10年間に経験した有職者の自殺既遂者(以下、既遂者)、未遂者について記入してもらった。全部で54例が報告されたが、情報が不十分な9例は対象者からはずし、既遂者33例、未遂者12例の合計45例を調査対象とした。調査内容は、年齢、性別、職業、臨床診断名、治療歴、自殺の既遂か未遂の区別、職場や家庭における心理的負荷、自殺のサイン等である。職場や家庭における心理的負荷の種類や程度については、厚生労働省から公表された労災認定基準である「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」を参考にした。平成16年度にはその後追加収集した8名に関する調査結果を加えた。

#### (2) 企業の業績変化と自殺発生に関する調査研究

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

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

### 6. EAPによるメンタルヘルス対策の効果評価に関する研究

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

調査協力を賛同が得られた企業6社の人事労務担当者に対して自記式質問紙を平成14年10月に配布し、12月に回収した。質問紙の内容は、企業の業種・従業員数、メンタルヘルスケア対策の主な内容、事業者・管理職・一般社員としてメンタルヘルスケア対策が役立つと思うこと、メンタルヘルスケア対策が経営に与える影響などである。自由回答で記入してもらった。

#### 2) EAPによるメンタルヘルスケア対策前後の自殺率に関する調査

調査協力を賛同が得られた企業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2004年までの粗自殺率を調査した。なお、調査に当たっては、事業者と労働組合に調査の目的使用方法を十分説明し両者から調査協力の同意を得た。対象企業の主な業種と従業員数（2004年現在）は、F社：損害保険業・6676名、0社；鉄道業・3566名、N社；情報サービス業、2431名である。F社は、1996年よりEAPの社内もしくは社外相談窓口を開設し、1999年以降EAPによる管理監督者に対するメンタルヘルス研修を実施している。0社は、1998年より、EAPの社内もしくは社外相談窓口の開設と管理監督者や一般従業員に対するメンタルヘルス研修を実施している。N社は、1996年ではEAPの社内外の相談窓口を社内報で広報する程度であったが、1997年以降、EAPによる管理監督者に対するメンタルヘルス研修を実施している。

我々は、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、相談窓口の設置のみは、「部分的導入」と定義した。なお、相談窓口では、従業員の仕事に関わる悩み事だけでなく、家族も含めて相談を受け付けた。

自殺率は、「累積粗自殺率（/万人年）」として、下記のように2つの方法で算出した。

#### （1）1991年からの累積自殺率算出

- ①EAP導入前（1991年-1995年）の累積粗自殺率
- ②EAP導入後（1996年-2004年）のx年における累積粗自殺率

（2）参考値として、下記の2つの指標を採用した。

- ①雇用者全体の累積粗自殺率（1991-1998年および1999-2003年の累積粗自殺率）
- ②20-59歳の累積粗自殺率（1991-1998年および1999-2003年の累積粗自殺率）

## C. 結果

### 1. 事業場における自殺防止対策の推進方法に関する検討

#### 1) 事業場の心の健康づくりの現状の把握

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

### 2) 事業場および職場特性と労働者の自殺の関連性

#### （1）事業場の特性と労働者の自殺の関連性：全国調査データから

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

#### （2）職場特性と労働者の自殺の関連性：大規模追跡調査データの解析

追跡期間中の自殺者は6人であった（年平均自殺率10万対39）。職場の平均残業時間が10時間増加すると自殺リスクは3.5倍増加すると推定された（ $P = 0.06$ ）。また知識不安を訴える者が10ポイント増加すると自殺リスクは2.7倍に増加すると推定された（ $p = 0.03$ ）。一方、個人レベルの変数はいずれも自殺と有意な関連を示さなかった（ $p > 0.05$ ）。

### 3) 事業場の心の健康づくりの推進状況チェックリストの完成

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

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

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

#### 4) 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。

#### 5) 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た内容で、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ヶ月後に得点が上昇し、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ヶ月後に得点が有意に上昇していた。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。

#### 6) 自殺防止のための事業場外資源の活用に関する研究

##### (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、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。

## 7) 中小規模事業場における自殺予防・メンタルヘルス対策の推進の方法

### (1) 中小規模事業場に対するヒアリングの実施

ヒアリングでは、事業場規模や業種の違い、職場で心の健康問題に直面しているかどうかということだけではなく、事業者の気づきのレベルが高いことが職場での心の健康の取り組みにつながっていた。小規模事業場ではメンタルヘルス対策が遅れているが、事業者の理解が重要と考えられた。

事業者の気づきのレベルを分類すると以下の3つになる。

①心の健康は個人の問題であり、対策も個人ですべきである（職場での問題には目を向けていない）

②心の健康は個人だけの問題ではないが、職場では対策をはかれない（困難であるもしくはやりたくない、小規模事業場では個人と職場の境界が不明瞭）

③心の健康は個人だけの問題ではなく、職場で対策をはかるメリットがある（よい対策が示されれば改善される可能性がある）

心の健康について、こうした事業者の気づきのレベルに合わせた情報を示すことが重要と考えられた。

### (2) 中規模事業場に対する意識調査

中規模事業場に対する意識調査では、多くの事業場が職場のメンタルヘルスに関心を持っていたが、何かを実施している事業場は1/3であった。半分の事業場が職場のメンタルヘルスについて何かはじめたいと考えていた。メンタルヘルスに期待することとしては、従業員の健康管理、職場の良い人間関係、円滑なコミュニケーションが多かった。職場のメンタルヘルスの障害になっていると回答されていたのは、ストレスへの原因への対策が難しい、プライバシーの確保が困難、活動方法が分からないなどが多かった。

### (3) 調査結果を活用した中規模事業場経営者向け講義の実施とその効果評価

これらの調査結果を活用しながら中規模事業場経営者向け講義を設計し、講義後の評価アンケートを行った。講演内容について9割前後の事業者が、聞きたかったことと一致していた、よく理解できました、満足と回答していた。

## 8) 事業場向け自殺予防マニュアルの完成。

以上の研究成果および他の分担研究者のこれまでの研究成果を活用し、事業場向け自殺予防マニュアルを作成した。

## 2. 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討

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

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

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

2事業場の計3名の産業保健スタッフによって、3例について評価者内一致度を調べたが、結果は3例とも完全に一致していた。2つの事業場において検討された評価者間一致度は、全て完全に一致していた。BSIDの内的妥当性（基準関連妥当性）については、BSIDによる結果とM.I.N.I.-D9項目版の結果の一致度は、kappa係数0.60とほぼ満足できる結果であった。

BSIDでの所要時間の平均±標準偏差は55±44秒であり、M.I.N.I.-D9項目版では平均84秒±43秒という結果であった。また、面接を担当した事業場の産業保健スタッフ12名に対するアンケート結果では、BSIDについて、非常に利用しやすい4名、ある程度利用しやすい7名、という結果であった。

### 3) 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。

### 4) 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。

#### 5) 自殺未遂者の職場復帰支援のあり方に関する検討

平成 16 年 11 月 29 日、平成 17 年 1 月 22 日の両日、ディスカッション形式による聴き取り調査を行い、5 名の産業医、3 名の心理職および 1 名の研究者に、自殺未遂の既往を持つ労働者の職場復帰支援に留意点に関する意見を求めた。彼らは、いずれも職場におけるメンタルヘルス対策の実務に豊富な経験を有している。

#### 6) 産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアルの作成

平成 16 年 11 月、産業医および産業看護職を主な会員とする産業医学推進研究会の会員名簿から抽出した 266 名に対して、昨年作成した「産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアル」を郵送して、その改善点、追加すべき事項に関する意見を求めた。回収も郵送法によった。また、平成 16 年 12 月 11 日に開催された特別セミナー」の参加者 114 名に対して、同マニュアルを配布し、意見の記入を求めて、同日回収した。これらの結果をもとにして、マニュアルの改訂を行った。

### 3. 自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論の検討

#### 1) ポストベンションの文献的考察

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

- ① 関係者の反応が把握できる人数で集まる
- ② 自殺について事実を中立的な立場で伝える
- ③ 率直な感情を表現する機会を与える
- ④ 知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する（このためのパンフレットを用意した）。
- ⑤ 個別に専門家による相談を希望する人には、その機会を与える
- ⑥ 自殺にとくに影響を受ける可能性のある人に対して積極的に働きかける

#### ⑦ その他

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

#### 2) 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

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。

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。

#### 3) マニュアルの作成と専門家の意見聴取

回答者の約3/4が精神科医ということも影響し、回答者の71%はポストベンションの必要性を認めていた。ただし、実際にポストベンションを実施した経験のあるものとなると半数以下にとどまっていた。必要性を認めながらも、実際にはポストベンションを実施するには至らなかつたり、あるいは、自由記述からは個別のケアにとどまり、組織的なケアを実施するまでには至らなかつた例が少なくないことが明らかになった。ポストベンションを実施する必要性を認めながらも、現実には、知識、経験、マンパワーの不足から、かえって現場に混乱をきたしたり、抵抗を受ける恐れを指摘することが、アンケート結果や自由記述から明らかになった。

#### 4. 労働者向け自殺予防教育プログラムの開発

##### 1) 職場における自殺予防教育プログラム・マニュアルの作成と評価

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

産業保健スタッフへの調査では「大変わかりやすい」が10~30%、「わかりやすい」が46~57%であったが、職場の管理職、一般職、家族への調査では、「大変わかりやすい」は0~4%、「わかりやすい」は45~77%とであった。このことは、対象が勤労者や家族の場合は現在の内容では難しいことを示唆している。

##### 2) 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。

##### 3) 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。

##### 4) 教育プログラムへの評価

セミナー全体への評価では「良かった」が36.1%で「まあまあ良かった」が59.7%で、必ずしも高い評価とは言えないが、これは、参加者が96名と多く、窮屈であったことや後ろの席からはスライドが見にくかったことなども考慮する必要がある。研修内容については「丁度良い」が76.4%だったことや、研修内容が「自分の事業場で自殺予防対策を進める上で参考になるか」という質問に対しては88.9%が参考になると回答していたことを勘案すると、自殺予防対策の理解と実践という目的は大体達成されたと考えられる。

教育の効果に関しては、昨年の調査研究で、3つの群で行ったが、その後の再調査で正しい知識が増えていることが確認されている。

プログラムの内容は自殺のリスクファクター、事例など1部を追加しているが、多くは昨年度のもの共通している。今回の調査での自由意見では、事例を提示して実際の対処を詳しく説明する方法や講演の前に参加者が知りたい内容・質問について事前調査を行いそれに対して、講演の中で解説していくなど、セミナーの進め方に対する提案や、ディブリーフィングやリラクゼーションなども加えて欲しいという要請、このようなセミナーをもっと増やすことの必要性、衛生管理者のようにメンタルヘルスについての資格制度を作り職場への配慮の義務付け方法など政策への提案もあった。

##### 5) 自殺予防マニュアルへの評価

管理職、一般職からの評価は、平成14、15年度調査時のものより、各質問項目に対して、危機回避に対する評価以外、すなわち、分量、内容の分かりやすさ、自殺予防の有用性に関しては低くなっていた。調査対象が異なるので、そのまま比較することはできないが、平成16年度のマニュアルは、平成14、15年度のマニュアルへの評価や意見を取り入れて改変したものであるため、評価が高くなることが予測されたが、今回の評価が低くなっていたことは、やはり、対象者によって影響を受けることが分かった。あまり関心のない

人に読んでもらう場合の工夫の必要性について改めて考えさせられた。家族用マニュアルは分量以外は平成 14、15 年度のものより評価が高くなっていた。

#### 6) 労働者等向け自殺予防マニュアルの I T 教育化

労働者等向け自殺予防マニュアルを参考に、管理監督者向けの自殺予防のための I T 教育コンテンツを開発した。

#### 4. 自殺事例に対する職場要因等の分析

平成 16 年度までに収集された事例は合計 53 例（男性 45 例、女性 7 例、既遂 40 例、未遂 13 例）であった。その職業は、一般技能職 15 例、専門技術職 13 例、金融業従事者 5 例、システムエンジニア等 4 例、公務員 4 例、販売・サービス業 4 例、コック 2 例、運輸業従事者 2 例、事務職 2 例、管理業務（人事担当者）1 例、マスコミ関係 1 例であった。

考えられる診断名はうつ病 38 例、適応障害 6 例、統合失調症 2 例、重度ストレス障害 3 例、不安障害 1 例、解離性障害 1 例、不明 2 例であった。職場における心理的負荷の内容に関しては、仕事の量・質の変化 26 例、役割・地位の変化 7 例、仕事の失敗・過重な責任 7 例、対人関係のトラブル 4 例、特になし 9 例であった。職場における心理的負荷の程度に関してはⅢ（強）11 例、Ⅱ（中等）度 33 例、Ⅰ（軽）度 9 例で、職場以外の心理的負荷に関しては、Ⅲ（強）度 3 例、Ⅱ（中）度 9 例、Ⅰ（軽）度 8 例であった。また、自殺未遂者 13 例のうち 9 例が女性であった。

後から考えて見た場合の情報であるが、自殺の特異的サインは 13 例しか気づかれていなかったが、うつ状態などのサインは 32 例で気づかれていた。

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

#### (2) 企業の業績変化と自殺発生に関する調査研究

3社で合計 10 例の自殺（未遂も含む）が認められたが、そのうち 9 名は△B/E が低下した翌

年度に発生が認められた。総従業員数と労働者の自殺発生の関係を見ると、従業員数が前年度に比べて減少した年度に発生した自殺が 10 例中 6 例認められた。

#### 5. EAP によるメンタルヘルス対策の効果評価に関する研究

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

事業者・管理職・一般社員にとってメンタルヘルスケア対策が役立つと思うこと、メンタルヘルスケア対策が経営に与える影響に関して、2社以上から類似の回答が得られたものを挙げると、「精神疾患で休業した社員の職場復帰」「メンタルヘルス不全の部下について相談できる窓口がある」「管理職自身のセルフケア」「社員自身の体調不良に気づいて早めに相談できる」「周囲の社員に対する配慮」「社員を大切にするという企業イメージ（社員の企業に対する信頼感）」「職場の人間関係」という内容が挙げられた。

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

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

##### 2) EAP によるメンタルヘルスケア対策前後の自殺率に関する調査

20-59 歳の累積粗自殺率は、1991-1995 年では 2.01（/万人）で、その後徐々に増加し、2003 年では 2.42 に達していた。雇用者全体の累積粗自殺率も、1991-1995 年では 1.61 で、その後徐々に増加し、2004 年では 1.98 に達していた。一方、対象企業では、1991-1995 年では 1.24 であり、その後、1998 年にかけて 0.9 前後まで低下し、2001 年まで横ばいを示し、2002 年より徐々に増加し、2003 年では 1.11 であったが、2004 年では 1.09 とやや減少している。

対象企業が全て EAP を導入した 1999 年を区切りとして、1991-1998 年の EAP 導入前と、1999-2004 年の導入後の累積粗自殺率を比較した。20-59 歳、雇用者全体、対象企業ともに、1991-1998 年の累積粗自殺率と比べ、1999-2004 年の累積粗自殺率のほうが高くなっていた。しかし、累積自殺率の上昇度を比較すると、20-59 歳が +0.8（/万人）、雇用者全体が +0.7、対象企業が +0.6 であり、対象企業のほうが上昇の度合いが一番低かった。

## D. 考察

### 1. 労働者の自殺リスクと関連する組織要因

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

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

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

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

### 2. 事業場の心の健康づくりの実態と推進方策

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

こうした事業場の心の健康づくりをさらに推

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

### 3. 事業者向けマニュアルの完成に関する研究

自殺予防対策を中小規模事業場に普及させる方策を探るために実施した中小規模事業場に対するヒアリングおよび意識調査の結果からは、中小規模事業場においては事業者の意識が自殺予防・メンタルヘルス対策の推進に重要であることが明らかとなった。特に、「心の健康は個人だけの問題ではなく、職場で対策をはかるメリットがある」と考える事業者の下では、よい対策が示されれば改善される可能性がある。事業者の現在の態度を知り、これをこうした方向に向けることが中小規模事業場における自殺予防・職場のメンタルヘルスのポイントの1つと考えられる。小規模事業所では一人減っても仕事に困る状況下で、心の健康に取り組むことによる人員確保のメリットはあっても、それに費やす時間はないのが現状である。中小規模事業場では、まずは事業者の気づきのレベルをあげていくことが必要である。

N県の中規模事業場に対する調査では、職場のメンタルヘルスに対する関心は高かった。しかし、職場のメンタルヘルスについて困っていることについては自殺をあげた事業場はなく、自殺予防へのニーズ少なかった。メンタルヘルスに期待することとしては、健康管理の他には、職場の良い人間関係、円滑なコミュニケーションが多かった。職場のメンタルヘルスの障害としては、プライバシーの確保の困難さがあげられた。

こうしたヒアリングおよび調査結果を基にして実施した中規模事業場の事業者向け研修会では、事業者の気づきのレベルを配慮し、同時に安価で簡便なツールを提供し、プライバシーの保護についても簡単な整理を行った。また安全配慮義務不履行による過労自殺の民事訴訟例などは中小規模事業場にも大きな関心を持って受け入れられた。こうした点が中小規模事業場向けの効果的なアプローチの方法と考えられる。

### 4. 簡便なうつ病の構造化面接法 BSID

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 BSID 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。

#### 5. 産業保健スタッフ向けマニュアルの開発

自殺未遂例の職場復帰支援は、その背景となった精神疾患および精神症状の評価を十分に行うことこそが重要であることについて、参加者全員の意見の一致をみた。また、上司など職場関係者に自殺未遂の事実を知らせることは、彼らの心理的負担を大きくするだけであり、一般的には控えるべきであることにも、全員の賛意が得られた。本人への配慮に注力しすぎ、職場関係者への支援を怠ることにならないよう注意が必要である。

本人への産業保健スタッフの支援としては、産業保健スタッフ間で情報の共有を図りながら、こまめに本人と接触し、気軽に相談できるような関係づくりを進めることが基本となろう。

主治医および家族との連携も重要である。主治医の方から産業保健スタッフに問い合わせや連携に関する連絡が入ることは少ないのが現状であり、産業保健スタッフは本人の了解のもとに積極的に主治医との連携を図る姿勢が望まれる。

試作版「産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアル」の改善すべき点、追加すべき点についての意見は、マニュアルをより実践的で即戦力として活用できるものにする方向のものが多かった。相反する意見もみられた。自殺に関する統計資料や過去の研究を詳しく紹介することを求める声があった。これは、経営層に対策の重要性を説明したり、教育研修の資料としたりするのに用いるためであろうと推測される。一方で、できるだけポイントを絞って分量を小さくすることが望ましいとする意見も多かった。

ポストベンションについての詳細な解説を求める意見も散見された。重要な問題ではありながらも、ディブリーフィング等の具体的な方法に関

しては賛否両論があり、概要を紹介するにとどめた。

#### 6. 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  
しかし、精神保健医療従事者のほとんどはその必要性を認めているものの、実際には、知識も経験も乏しく、自信を持ってポストベンションを実施するには至っていないというのが現状であった。自殺予防の一環としてポストベンションは今後の重要な課題であると考えられた。

#### 7. 自殺予防教育プログラム及び自殺予防マニュアル（管理監督者用、一般労働者用、家族用）の作成

自殺予防教育プログラムの短期的な教育効果に



関しては確認できた。内容に関しても、参加者の9割が事業場での自殺予防対策を進める上で参考になると回答していたことから、有用性は高いと考えられる。長期的な効果に関しては、今後のフォローが必要であるが、繰り返し教育研修をする必要があると思われる。

自殺予防マニュアルに関しては、調査対象によって、評価にバラツキが見られるが、これまでに寄せられた意見や要請を参考にして改良を加えた結果、全体的に見て分量、内容、有用性に関する評価は高くなっていった。16年度の試案に対する意見、評価を参考にして、マニュアル3部の最終案を作成した。

自殺事例の収集・分析から、1) うつ病は自殺の重要なリスクファクターである、2) 職場における強い心理的負荷もリスクファクターになるが、中等度の心理的負荷でも自殺は起こりうる、3) 自殺の特異的サインは職場では気づかれないことが多いことなどが明らかになった。これらのことは、日頃からのメンタルヘルス対策が自殺予防にとっても重要であることを示唆している。

#### 8. EAPによるメンタルヘルス対策の効果評価

対象者企業の従業員と、20-59歳全体並びに雇用者全体とを性別と年代で調整して自殺率を比較はできなかったが、単年度の対象企業の従業員が平均1.5万人であることを考慮すると、EAPを導入している企業における自殺率は、1991-1995年の累積粗自殺率と比較して、1996年以降、増加していないと考えられた。1991-1998年と、対象企業3社が全てEAPを導入した1999-2004年の累積粗自殺率では0.9(/万人)から1.5(/万人)へ増加しているものの、20-59歳と雇用者全体の累積粗自殺率と比較すれば、上昇度合いは低く、年齢調整ができていないことや、1991-1998年と1999-2004年の企業を取り巻く状況、成果主義といった雇用環境の変化を考慮すれば、EAPの自殺率に対する効果は否定できないと考えられた。

#### 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。

(1)事業場向けマニュアルの開発では、①事業場および職場特性と労働者の自殺リスクの関係を解析し、業績が不振で変化が激しい事業場における、多忙な職場で自殺リスクが増加する可能性が示された。②事業場が行う自殺防止対策のチェックリストでは、32の実施項目について事業場の

規模別に達成すべき水準を示し、49事業場でこのチェックリストを試用しその有効性を確認した。③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。④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。⑤中小規模事業場における自殺予防・メンタルヘルス対策の推進の方法を検討し、⑥事業場向け自殺予防マニュアルを完成した。

(2)産業保健スタッフ向けマニュアルの開発では、①産業保健スタッフが自殺のリスクおよび直前のサインを把握しうる場面を整理し、重要なポイントを整理した。②また健診場面等で実施できるうつ病発見のための産業保健スタッフ向けの簡便な面接法(構造化面接法)を新たに開発し、その有用性を確認した。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とビデオを製作した。④自殺未遂をした労働者が職場復帰をする際に行うべき支援のあり方について専門家の聴き取り調査を行い、その留意点をまとめた。⑤「産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアル」を産業保健スタッフの意見をもとに修正し完成した。(3)職場における自殺発生後の上司、同僚などへの心理的影響を緩和し、群発自殺を予防するストレスマネジメント(CISM)の技術について調査し、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、適切なあり方を明らかにした。自殺が生じた後に遺された人々に対するケアのためのマニュアルをまとめ「自殺のポストベンション：遺された人々への心のケア」(医学書院、2004)として公表した。(4)労働者向けのマニュアルの開発では、管理監督者用、一般労働者用および家族用の3つの自殺予防マニュアルを作成し、有用性および改善点について検討を行った。また、これらのマニュアルを活用した労働者を対象とした自殺予防教育プログラムを作成した。職場における自殺予防マニュアルは、一般従業員、家族から高い評価を得た。自殺予防セミナーでは9割が「参考になる」との評価を得た。また3事業所の管理職に対してこのプログラムを実施し、教育前と2-3ヵ月後に知識・態度を比較しその効果を確認した。さらに修正を加えたもの最終版として完成した。また、管理監督者向け自殺予防マニュアルの一部をIT教育化した。(4)EAPによるメンタルヘルス対策の効果評価に関する研究では、EAP導入前後の自殺率の変化を3社約

1.5 万人の労働者を対象に調べた。累積粗自殺率は、対象企業労働者では雇用者全体より低くなっていた。事業場における自殺予防対策の効果が確認された。本研究で目標とする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った。

表 1. 簡便なうつ病の構造化面接法 (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<br>中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）が<br>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<br>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<br>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	

# 事業場向け自殺予防マニュアル

平成17年3月31日

川上憲人  
岡山大学大学院医歯学総合研究科  
衛生学・予防医学分野

注：このマニュアルは、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。