

平成 19 年度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

ハローワークを利用する転職希望者に関する調査

主任研究者	島 悟	京都文教大学人間学部臨床心理学科・教授
研究協力者	島袋 恵美	神田東クリニック
	橋本真紀子	神田東クリニック
	高安 陶子	神田東クリニック
	戸塚由美子	神田東クリニック
	増田 智美	神田東クリニック
	福尾 明希	京都文教大学
	岩田 直威	京都文教大学
	蜂屋 智恵	京都文教大学
	叶谷 房子	京都文教大学
	東 知幸	京都文教大学
	高辻 優子	京都文教大学

研究要旨

本研究の目的は、ハローワークを利用する転職希望者の自殺予防対策の一環として、ハローワークの利用者の心の健康状態の実態を明らかにし、転職希望者と離職者を比較することにより、転職希望者への心のケアの在り方を検討することにある。

このために、全都道府県のハローワークを対象としてパンフレット15万部を配布し、メールによる相談活動を行うとともに、インターネット上のアンケートに回答するよう求めた。アンケートの内容は、年齢、性別、結婚の有無、同居家族の有無、GHQ12項目版、食欲の有無、飲酒量の変化、希死念慮・自殺企図の有無、受診の有無、就労の有無、離職にまつわる質問等であった。

この結果、全相談件数は2,650件であり、実人数は640人であった。この中でアンケートへの回答が得られたのは241例であった。内訳は男性が82名、女性が159名であり、年齢は21～30歳が最も多く96名であった。回答者のうち223名が高ストレス状態にあることが示され、そのうち希死念慮のある者が176名(73.0%)、自殺企図のある者が46名(19.1%)であった。

メンタルヘルス不調の状態にあり自殺企図があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者が少なくないことや、相談できる相手が周囲にいない者も多いことから、心身の体調をアセスメントし受療行動を促すなどの適切な対応が求められるが、その窓口としてはローワーク内部の窓口だけでは十分ではないことが考えられ、ハローワークの外部においても相談窓口を設置することの必要性が考えられる。

A. 研究目的

平成 10 年度以降に急増した自殺者の多くは無職者であり、平成 18 年度においては自殺者の約 5 割を占めているといわれている。その中でも離職者が主要な部分を占めていると考えられ、離職者のメンタルヘルスに関する対策が必要であることはすでに指摘されている。

一方、有職者においても勤務問題を原因・動機に自殺を行う者は少なくない。ハローワークに訪れる求職者は、離職者のみならず在職中に転職活動を行っている者も含まれるが、在職中に転職活動を行っている者は現在の職場あるいは職業において何らかの悩みを抱えている可能性が考えられる。また、必ずしも悩みを抱えていなくても、その者にとって何らかの転機にあると言える。

そうした在職中に転職活動を行っている者を対象に、心の健康状態を調査し、ケアの在り方を検討することは、心の健康状態の悪化が直接的・間接的な原因となった離職の予防策を考える上で有用な情報になると考えられる。

本研究では、ハローワークを利用する求職者を対象にアンケート調査を行い、その心の健康状態の実態を明らかにし、転職活動者と離職者を比較することによって、転職活動者への心のケアの在り方を検討することを目的とした。

B. 研究方法

平成 19 年 4 月より全都道府県のハローワークに合計 15 万部のパンフレットを配布した。パンフレットには、こころの健康に関する情報、ストレスチェックシート（一

般健康調査票 General Health Questionnaire: GHQ12 項目版）、メール相談の案内を記載した。

相談は電子メールにより行い、利用者・相談者の双方の匿名性を保持した。相談受付期間は平成 19 年 4 月 1 日～平成 20 年 3 月 31 日である。メール相談は常時受け付け、土日を除いて 48 時間以内に返信した。

メール相談のあった者に、初回の返信前に任意で Web 上のアンケートに回答するよう求め、そのうち平成 20 年 1 月 20 日までの回答 241 通を分析対象とした。

アンケートの内容は、年齢、性別、結婚の有無、同居家族の有無、GHQ12 項目版、食欲の有無、飲酒量の変化、希死念慮・自殺企図の有無、受診の有無、就労の有無、離職にまつわる質問等であった。

C. 研究結果

全相談件数は 2,650 件であり、実人数は 640 人であった。この中でアンケートへの回答が得られたのは 241 例で、男性 82 名（34.0%）、女性 159 名（66.0%）であった。年齢は 21～30 歳が最も多く 96 名（40.3%）、続いて 31～40 歳が 85 名（35.3%）、41～50 歳が 41 名（17.0%）、20 歳以下が 14 名（5.8%）、51 歳以上が 1 名（0.4%）であった。

相談者のうち 162 名（67.2%）が無職であり（以下、離職者）、71 名（29.5%）は在職中であるものの求職活動を行っていた（以下、転職活動者）（図 1）。離職者においては、自主退職が 121 名（74.7%）、解雇が 19 名（11.7%）、契約期間終了が 16 名（9.9%）であった。

全体の GHQ の平均得点は 9.94

(SD=2.64)であった。高ストレス状態であると考えられる6点を上回る者は223名(92.5%)であり、そのうち受診をしている者は81名(36.3%)であった。この数週間に死にたいと思ったことがある者は176名(73.0%)、自殺企図のある者は46名(19.1%)であった。自殺企図のある46名のうち、離職者は33名(71.7%)、転職活動者は12名(26.1%)であった。

希死念慮のある者の割合は離職者(118名, 72.8%)と転職活動者(51名, 71.8%)とではほぼ差はなかったが、受診している者は離職者で65名(40.1%)であるのに対し、転職活動者では24名(33.8%)であった。

離職者のうち自殺企図のあった33名についてみると、受診をしている者は20名(60.6%)、不調について相談をする相手がいる者は19名(57.6%)であった。また、33名のうち、調子を崩した時期が退職時期よりも先行する者が18名(54.5%)、離職してから調子を崩した者が7名(21.2%)、ほぼ同じ時期であったものが4名(12.1%)であった。

一方、転職活動者のうち自殺企図のあった12名についてみると、受診をしている者は5名(41.7%)、不調について相談する相手がいる者は6名(50.0%)であった。

D. 考察

本研究では、ハローワークを利用した求職者を対象に、その心の健康状態の実態を明らかにし、とくに転職活動者に焦点をあててケアの在り方を検討することを目的に、アンケート調査を行った。

その結果、ハローワーク利用者の中には、離職者、転職活動者を問わず、高ストレス

状態を示す者が少なからず存在することが示されたが、そのうち受診をしている者は4割に満たないことが示された。また、中には希死念慮のある者も少なくなく、自殺企図のある者も含まれていることが示された。

自殺企図のあった者は離職者が多く約7割を占めており、そのうち半数以上は退職以前に不調を呈していた。心身の不調を訴えたもののうち、離職後に不調に陥った者へのケアが必要であるだけでなく、離職以前から不調を呈している者も、離職が何らかの影響を及ぼし不調をさらに強めてしまう可能性もあり、あわせてケアが重要であるといえる。

離職者で自殺企図のあった者のうち、受診をしている者は約6割と、必ずしも多くはないが、転職活動者で自殺企図のあった者の受診率は約4割とさらに低かった。このことは在職しながら転職活動も行うことによる時間的な制約が受診率を下げている可能性が考えられる。

また、離職者に比べ転職活動者は周囲に不調を相談できる相手がいなかったことが多く、約半数の者はひとりで不調に悩んでいることが示唆された。周囲に相談の出来る相手や場所が必ずしも全員にあるわけではないことから、離職者の相談窓口が必要であると考えられ、キャリアや求職にまつわる問題について十分に相談できる場だけでなく、現職における悩みや心身の不調についても相談できる場があることが望ましいと考えられる。

ハローワークの内部に相談窓口を設置しても、心の不調に関する悩みを開示することが求職活動において不利になると考える

者が多いであろうことから、内部だけでなく外部にも相談窓口が設置される必要性があると考えられ、内部の相談窓口で不調に関する悩みが相談された際の適切な対応が望まれるとともに、あわせてハローワークの外部においても相談窓口を設置し必要に応じてアクセスの出来る状態であることが望ましいといえよう。

こうした相談活動の機能としては、相談者の焦りや不安を受け止め、カタルシスを促すとともに、心身の体調のアセスメントを行い、必要に応じて医療機関へとつなげることにあると考えられる。

E. 結論

今回のハローワークにおける研究事業から、ハローワークの利用者にメンタルヘルスの不調が少なからずみられること、そしてその一部は自殺念慮を抱いていることが示された。それは離職者のみならず、在職中に転職活動を行っている者においても同様であり、労働者の自殺予防対策の観点からも、こうした転職活動者への心のケアを行う体制整備が必要であると考えられる。そのためにはハローワークの内部における適切な相談対応とともに、ハローワークの外部において相談窓口を設置することが必要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず

2. 学会発表

該当せず

G. 知的所有権の取得状況

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。

図 1. 回答者における離職者と転職活動者の割合

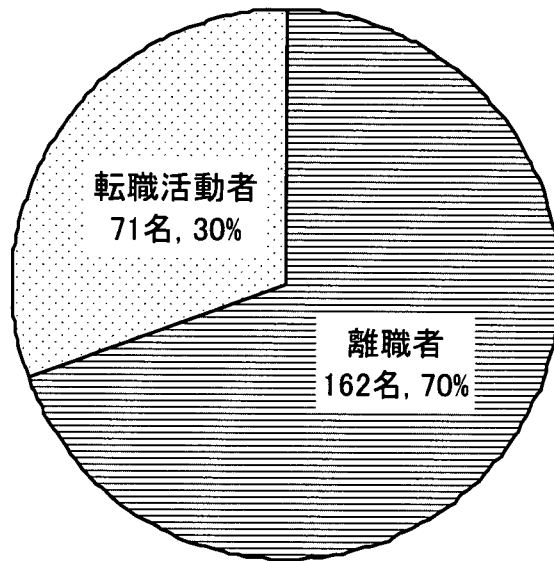


図 2. GHQの得点分布

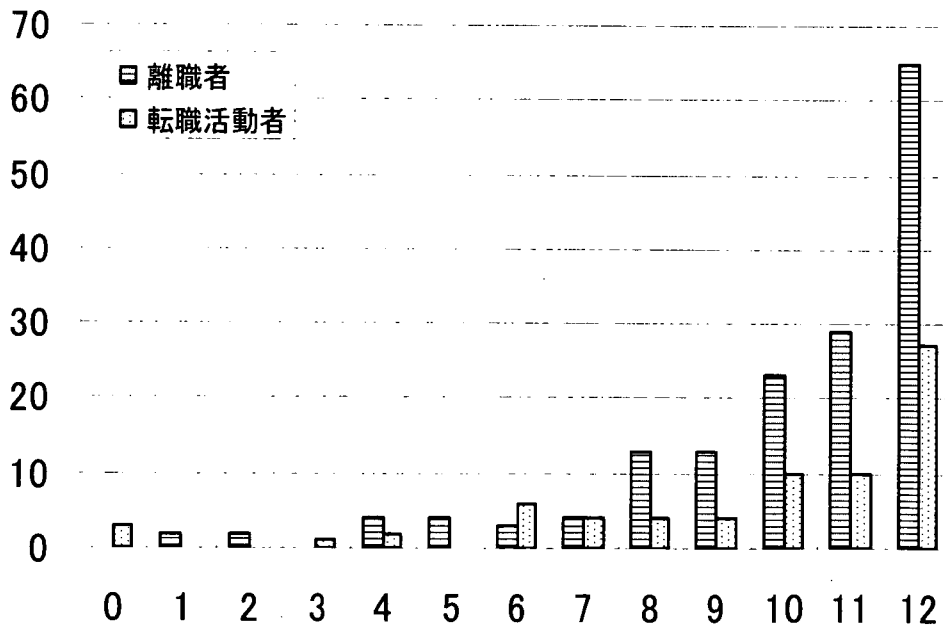


図 3. 希死念慮の有無

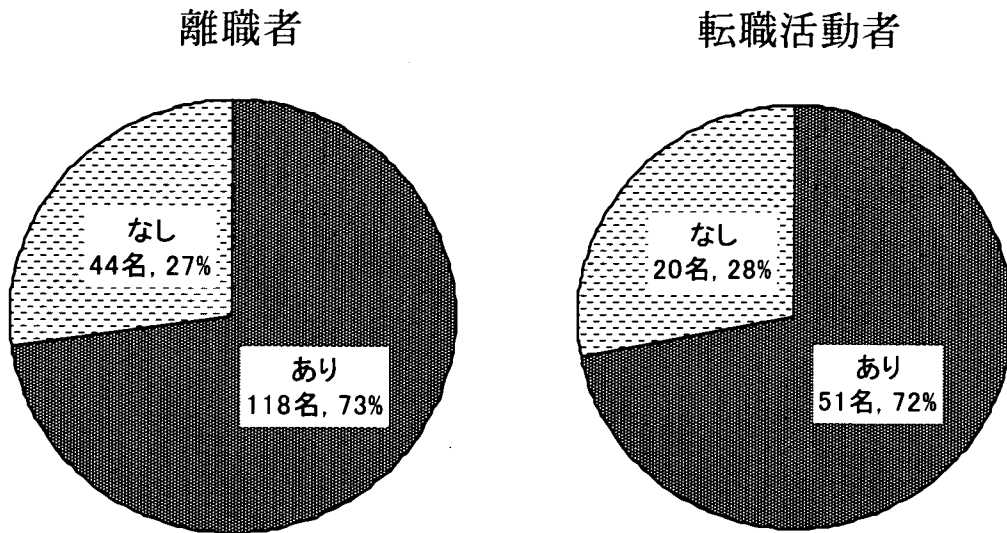


図 4. 自殺企図の有無

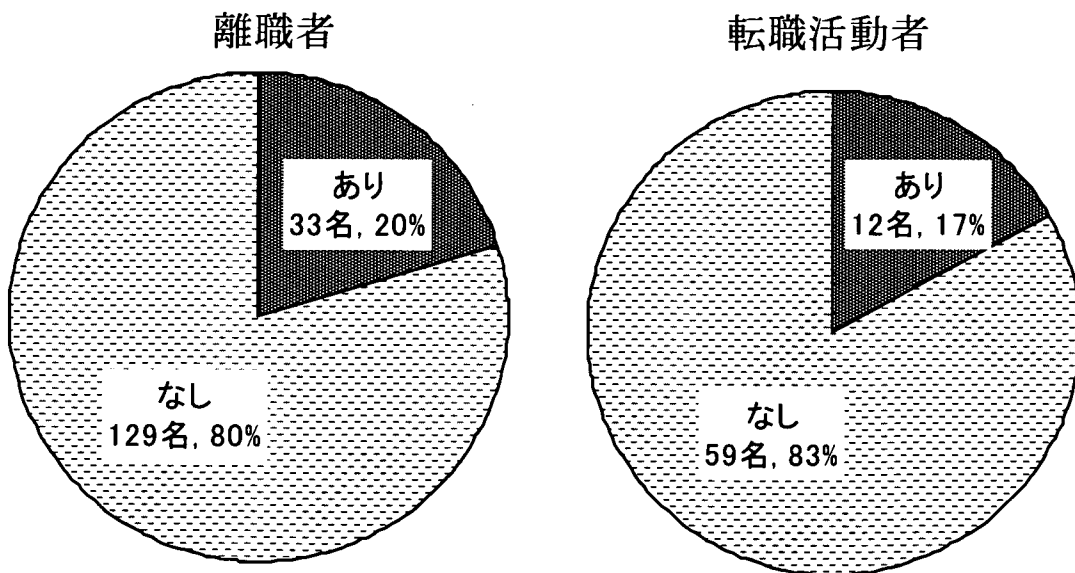


図 5. 自殺企図のある者の受診の有無

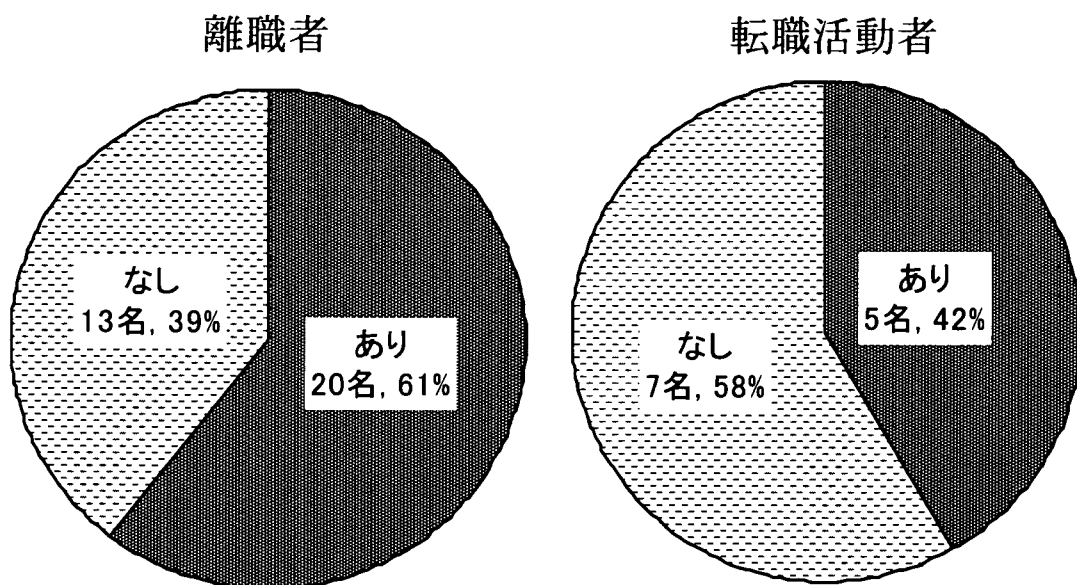
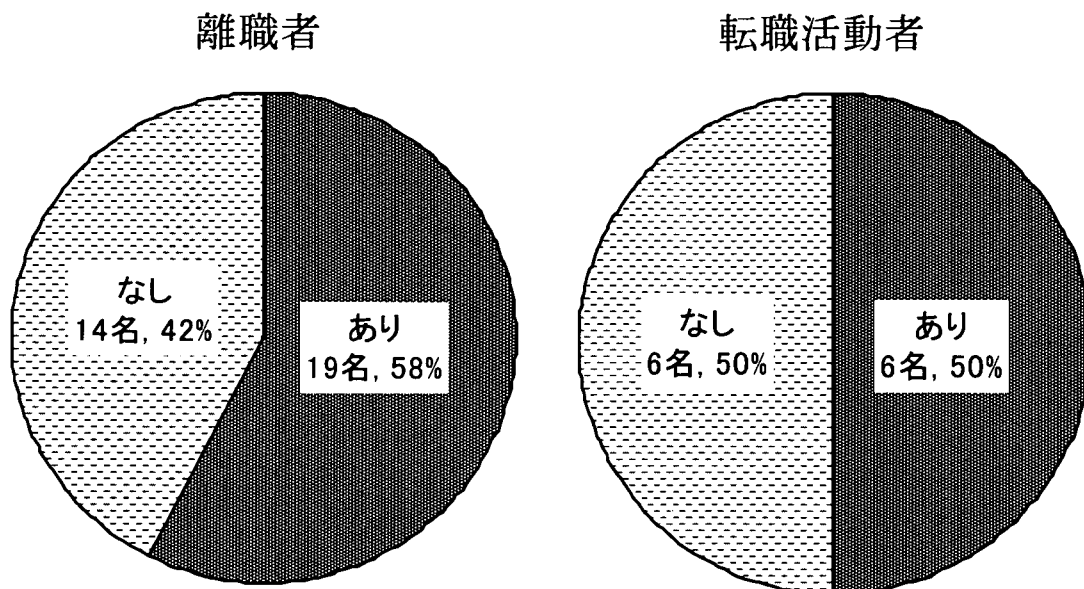


図 6. 自殺企図のある者の相談する相手の有無



平成 19 年度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

精神科医を対象とした自殺に関する調査－中間報告－

主任研究者	島 悟	京都文教大学人間学部臨床心理学科・教授
分担研究者	黒木 宣夫	東邦大学佐倉病院精神医学研究室
研究協力者	高野 知樹	神田東クリニック・副院長
	吉村 靖司	神田東クリニック・副院長

研究要旨

本研究では、精神医療の現場における自殺の実態を明らかにすると同時に、自殺対策基本法・自殺総合対策大綱に関する精神科医の意見集約を試みた。

日本精神神経学会に所属する会員から 1,000 名を無作為に抽出し、郵送により調査票を送付し回収を行った。この結果、平成 20 年 3 月 13 日までに 164 名から回答を得たが、過去 1 年間に主治医として経験した自殺例数については、「経験ない」が 69.5%、「一人」が 17.1%、「二人」が 17.1%、「三人」が 3.7%、「四人」が 0.6%であり、過去 1 年間に主治医として経験した自殺例数の平均値は 0.451 例であった。この数字を用いて精神医療における自殺既遂数を概算した。わが国の精神科医数を 13,000 人とすると、精神科加療中の患者で 5,863 人が 1 年間に自殺既遂をしていると概算される。年間自殺既遂者を 32,000 人とすると、その 18.32%を占めることになる。

本研究の自殺既遂者では、性別では性差がなく、年齢では、平均は 44.59 歳である。配偶者がいる者は 38.2%で、同居人がいる者は 49.6%であった。就労状況では、失業者 26.8%と主婦 23.7%が多かった。自殺の方法では、縊首 44.3%、高所からの飛び降り 17.5%、過量服薬 12.4%が多かった。診断分類では、統合失調症は 39.1%と気分障害 38.1%が多かった。

本研究により、精神科治療中の患者においても少なからず自殺企図がみられることが明らかになった。一方では、自殺既遂者の 2 割弱しか精神科に通院していないことも明らかになった。また既遂例には主婦や失業者の多いことが注目される。このことから、精神科への受療行動の促進とともに、就労支援や復職支援の体制の強化が自殺対策に寄与する可能性が考えられた。

A. 研究目的

周知のように 1998 年以降自殺が急増したが、景気の回復にもかかわらず、一向に減少する兆しが見えない。残念ながら 2007 年においても自殺による死亡者は 3 万人を越えることが確実な状況である。こうした状況において、2006 年に自殺対策基本法が成立し、さらに 2007 年には自殺総合対策大綱が発表されており、国を挙げての取り組みが始まっている。

自殺対策においては、精神科医が中心的な役割を負っているものの、精神科医の自殺に関する意識調査および精神科医が主治医として経験する自殺既遂例についての調査は、これまで余り行われていない。本調査の目的は、精神科医の自殺に関する意識調査を行い、併せて精神科治療中の自殺事例の実態把握を行うことである。こうした基礎資料をもとにして、国の自殺対策における精神科医の役割・機能について提言を行うものである。

今回の解析は平成 20 年 3 月 13 日現在で回収した 164 枚の調査票の中間的解析結果である。自殺は緊急を要する課題であるため、回収および解析の途中ではあるものの、中間報告を取りまとめて提言を行った。なお本研究は、日本精神神経学会内に設置された自殺対策プロジェクトとの共同研究である。

B. 研究方法

調査対象は、日本精神神経学会に所属する会員から無作為に抽出した 1,000 名の精神科医である。調査方法は、郵送により調査票を送付し、郵送にて回収を行った。調査は平成 20 年 1 月下旬に実施した。調査票の全文を資料として示したが、下記のような項目から構成されている。

(1) 回答者の属性

(2) 過去 1 年間に主治医として経験した自殺既遂例数

(3) 自殺既遂例の属性等の詳細：性別、年齢、配偶者、最終学歴、職業の有無、自殺方法、診断など

(4) 自殺対策基本法および自殺総合対策大綱についての意見

C. 研究結果

(1) 回答者の属性 (表 1)

164 名の回答者の年齢は、27 歳から 81 歳で、平均は 48.73 歳 (標準偏差 13.46 歳、中央値 47 歳) である。性別は、男性 132 人 (80.5%)、女性 32 人 (19.5%) である。勤務先は、精神科病院が 75 人 (45.7%) で最多であり、次いで診療所 40 人 (24.4%)、大学 23 人 (14.0%) と続く。

(2) 過去 1 年間の自殺経験数 (表 2)

過去 1 年間に主治医として経験した自殺例数は、「経験ない」が 114 人 (69.5%)、一人が 28 人 (17.1%)、二人が 12 人 (7.3%)、三人が 6 人 (3.7%)、四人が 1 人 (0.6%) である。平均値は 0.451 例である。すなわち精神科医 2 人当たり、年間 1 人程度の自殺を主治医として経験することになる。

(3) 主治医である患者概数 (表 3)

主治医になっている患者の概数を質問したが、大きなバラツキのあることが明らかになった。平均値をみると 250.01 人であり、中央値は 155 人である。

(4) 自殺者の特徴

全体で 97 例の自殺既遂経験例の記載

があり、これらを集計して以下の分析を行った。

- ①性別：男性 48 例（49.5%）、女性 46 例（47.4%）、不明 3 例（3.1%）である。
- ②年齢（表 4）：19 歳から 80 歳までで、平均は 44.59 歳（標準偏差：14.18 歳）である。
- ③配偶者：いる者は 38 人（38.2%）、いない者は 57 人（58.8%）、不明は 2 人（2.1%）である。
- ④同居者：いる者は 48 人（49.6%）、いない者は 29 人（29.9%）、不明 20 人（20.6%）である。
- ⑤最終学歴：中学校卒 11 人（11.3%）、高等学校卒 47 人（48.5%）、短大・専門学校卒 14 人（14.4%）、大学卒 16 人（16.5%）、大学院卒 1 人（1.9%）、不明 8 人（8.2%）である。
- ⑦自殺の方法：縊首 43 人（44.3%）、高所からの飛び降り 17 人（17.5%）、過量服薬 12 人（12.4%）、自傷 8 人（8.2%）、電車・車への飛び込み 2 人（2.1%）、その他 13 人（13.4%）である。
- ⑧診断分類：DSM-IV-TR もしくは ICD-10 による回答を得た。その結果、統合失調症は 38 人（39.1%）、気分障害 37 人（38.1%）、パーソナリティ障害 6 人（6.2%）、不安障害 5 人（5.2%）、適応障害 4 人（4.1%）、アルコール依存症 3 人（3.1%）である。
- ⑨就労状況：学生 4 人（4.1%）、主婦 23 人（23.7%）、被雇用者 9 人（9.3%）、経営者 7 人（7.2%）、失業者 26 人（26.8%）、定年退職者 4 人（4.1%）、不明 21 人（21.6%）である。

D. 考察

(1) 過去 1 年間の自殺経験数

過去 1 年間に主治医として経験した自殺例数の平均値は 0.451 例である。精神科医数を 13,000 人とすると、精神科治療中の患者で 5,863 人が自殺既遂をしているという計算になる。わが国の 1 年間の自殺者数を 32,000 人とすると、精神科治療中に自殺既遂をした患者は、自殺既遂者全体の 18.32% を占めることになる。

(2) 自殺者の特徴

本研究の自殺既遂者では、性別では性差がなく、年齢では、平均は 44.59 歳（標準偏差：14.18 歳）である。しかし、警察庁による自殺統計（2007）では、男性は女性の約 2.3 倍であり、年齢は 60 歳以上が 34.6%、50 代が 22.5%であり、50 代以上で過半数となっており、本研究の自殺既遂者とはかなり異なっている。配偶者がいる者は 38 人（38.2%）で、同居人がいる者は 48 人（49.6%）であり、自殺既遂例において支援体制は存在している。しかし支援の機能水準が不十分である可能性が考えられ、支援を強化する方策を検討する必要がある。就労状況では、失業者 26 人（26.8%）と主婦 23 人（23.7%）の多いことが特徴的である。診断分類では、統合失調症は 38 人（39.1%）と気分障害 37 人（38.1%）が顕著に多い。

本研究より、精神科治療中の患者において少なからず自殺企図がみられることが明らかになった。一方では、自殺既遂者の 2 割弱しか精神科に通院していないことも明らかになった。また主婦や失業者の多いことが注目される。仮説として、精神科通院中に失職し、一部はその結果専業主婦になり、自殺を企図した可能性が考えられる。

あるいは失職したために精神障害を発症し、精神科に通院したものの、不幸にも自殺既遂に至った可能性も考えられる。

なお、本研究班において、ハローワークの利用者を対象として調査を行ったが、その結果でも、精神障害発症後に失職した者と、失職後に精神障害を発症した者が同程度に存在することが確認されている。

E. 結論

本研究では精神科通院中の患者は自殺既遂者全体の約 2 割を占めることが明らかになった。自殺既遂者の 2 割弱しか精神科を通院していないという事実は今後の自殺対策のあり方に示唆を与えるものである。またこうした患者は、日本全体の自殺既遂例と特徴が異なっており、主婦や失業者の多いことが注目され、就労支援や復職支援の体制の強化が自殺対策にも寄与する可能性が考えられる。

F. 謝辞

本調査に御協力いただきました日本精神神経学会の自殺対策プロジェクトの委員の先生方ならびに調査にご協力をいただいた会員の先生方、さらに調査票の印刷・送付・回収などにおいて多大なご支援をいただいた事務局の方々に深謝いたします。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当せず

2. 学会発表

該当せず

H. 知的所有権の取得状況

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。

表1 勤務先

	医師数	(%)
大学	23	(14.0)
総合病院	14	(8.5)
精神科病院	75	(45.7)
診療所	40	(24.4)
企業	1	(0.6)
その他	11	(6.7)
合計	164	(100.0)

表3 主治医である患者概数

患者数	医師数	(%)
1-49	9	(5.5)
50-99	22	(13.4)
100-199	25	(15.2)
200-299	30	(18.3)
300-399	23	(14.0)
400-499	11	(6.7)
500-599	17	(10.4)
600-699	3	(1.8)
70-799	3	(1.8)
1000-1999	4	(2.4)
2000-2999	1	(0.6)
5000-	1	(0.6)
不明	15	(9.1)
合計	164	(100.0)

表2 自殺経験例数

経験数	医師数	(%)
0	114	(69.5)
1	28	(17.1)
2	12	(7.3)
3	6	(3.7)
4	1	(0.6)
不明	3	(1.8)
合計	164	(100.0)

表4 自殺既遂者の年齢層

	例数	(%)
20歳未満	1	(1.0)
20-24	8	(8.2)
25-29	7	(7.2)
30-34	6	(6.2)
35-39	12	(12.3)
40-44	13	(13.4)
45-49	12	(12.4)
50-54	10	(10.3)
55-59	6	(6.2)
60-64	5	(5.2)
65-69	4	(4.1)
70-74	5	(5.2)
75-79	1	(1.0)
80歳以上	1	(1.0)
不明	6	(6.2)
合計	97	(100.0)

資料

「自殺対策」に関するアンケート調査

1. 先生ご自身について、お伺いいたします。

年齢 () 歳

性別 (1. 男, 2. 女)

勤務先 1. 大学, 2. 総合病院, 3. 精神科病院, 4. 診療所, 5. 企業, 6. その他
()

勤務地 () 県 () 市・町

2. 過去1年間において、主治医として自殺既遂を経験されましたでしょうか。

自殺既遂 _____ 例 (経験されていない場合は0を御記入ください)

先生が主治医になっておられる患者さんの概数をお教え下さい。 _____ 人

経験された自殺既遂例の属性等をお教えください。

第1例

性別 (1. 男性, 2. 女性)

年齢 () 歳

配偶者 (1. 有, 2. 無) 同居・非同居 (1. 同居, 2. 非同居)

最終学歴 1. 中学校 2. 高校 3. 短大・専門学校, 4. 大学, 5. 大学院

職業の有無 1. 学生, 2. 主婦, 3. 被雇用者, 4. 経営者, 5. 失業者, 6. 定年退職者, 7. その他 (

自殺方法 1. 過量服薬, 2. 縊首, 3. 高所からの飛び降り, 4. 電車・車への飛び込み, 5. 自傷, 6. その他
診断 (DSM-IV-TR)

第2例

性別 (1. 男性, 2. 女性)

年齢 () 歳

配偶者 (1. 有, 2. 無) 同居・非同居 (1. 同居, 2. 非同居)

最終学歴 1. 中学校 2. 高校 3. 短大・専門学校, 4. 大学, 5. 大学院

職業の有無 1. 学生, 2. 主婦, 3. 被雇用者, 4. 経営者, 5. 失業者, 6. 定年退職者, 7. その他 (

自殺方法 1. 過量服薬, 2. 縊首, 3. 高所からの飛び降り, 4. 電車・車への飛び込み, 5. 自傷, 6. その他
診断 (DSM-IV-TR)

第3例

性別 (1. 男性, 2. 女性)

年齢 () 歳

配偶者 (1. 有, 2. 無) 同居・非同居 (1. 同居, 2. 非同居)

最終学歴 1. 中学校 2. 高校 3. 短大・専門学校, 4. 大学, 5. 大学院

職業の有無 1. 学生, 2. 主婦, 3. 被雇用者, 4. 経営者, 5. 失業者, 6. 定年退職者, 7. その他 (

自殺方法 1. 過量服薬, 2. 縊首, 3. 高所からの飛び降り, 4. 電車・車への飛び込み, 5. 自傷, 6. その他
診断 (DSM-IV-TR)

第4例

性別 (1. 男性, 2. 女性)

年齢 () 歳

配偶者 (1. 有, 2. 無) 同居・非同居 (1. 同居, 2. 非同居)

最終学歴 1. 中学校 2. 高校 3. 短大・専門学校, 4. 大学, 5. 大学院

職業の有無 1. 学生, 2. 主婦, 3. 被雇用者, 4. 経営者, 5. 失業者, 6. 定年退職者, 7. その他 (

自殺方法 1. 過量服薬, 2. 縊首, 3. 高所からの飛び降り, 4. 電車・車への飛び込み, 5. 自傷, 6. その他
診断 (DSM-IV-TR)

3. 自殺対策基本法・自殺総合対策大綱についてお伺いいたします（添付いたします）。
- (1)この法律をご存知でしたか。
(1. はい 2. いいえ)
 - (2)この法律を実際に読まれたことがありますか。
(1. はい 2. いいえ)
 - (3)この大綱をご存知でしたか。
(1. はい 2. いいえ)
 - (4)この大綱を実際に読まれたことがありますか。
(1. はい 2. いいえ)
 - (5)大綱にある社会的要因に対する働きかけについて
 - ①「長時間労働を余儀なくされている働き方を見直したり、失敗しても再チャレンジできる社会を創るなど制度・慣行の見直しを行う」ことについて、ご意見をお伺いいたします。社会的要因に対する働きかけに、学会として積極的に関与するべきでしょうか。またどのように関与するべきでしょうか。
 - ②「問題を抱えた人に対する相談・支援体制の整備・充実・周知徹底」ことについて、ご意見をお伺いいたします。学会として積極的に関与するべきでしょうか。またどのように関与するべきでしょうか。
 - (6)大綱にある、うつ病の早期発見・早期治療について
 - ①大綱にある「かかりつけの医師等をゲートキーパーとして養成し、うつ病対策に活用」ことについて、ご意見をお伺いいたします。かかりつけの医師等がゲートキーパーとして適切か、可能か、また学会として養成に積極的に関与するべきでしょうか。
 - ②大綱にある「精神科医療体制整備」について、どのように整備するべきか、ご意見をお伺いいたします。
 - ③大綱にある「自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取組としての普及啓発」ことについて、ご意見をお伺いいたします。学会として積極的に関与するべきでしょうか。またどのように関与するべきでしょうか。
 - (7)大綱にある精神科医をサポートする人材の養成などの精神科医療体制の充実について
「精神科医をサポートできる心理職等の養成を図る。こうした心理職等のサポートを受けて精神科医が行う診療の普及状況を踏まえ、診療報酬での取り扱いを含めた精神科医療体制の充実のための方策を検討する」ことについて、心理職の資格も含めて、ご意見をお伺いいたします。
 - (8)大綱にある、うつ病の受診率の向上について
「かかりつけの医師等がうつ病と診断した人を専門医につなげるための診療報酬上の評価を含む仕組みづくりについて検討する」ことについて、うつ病だけでよいのかどうかも含めて、ご意見をお伺いいたします。
 - (9)大綱にある救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実について
「精神科救急体制の充実を図るとともに、必要に応じ、救命救急センターにおいても精神科医による診療が可能となるよう救急医療体制の整備を図る」ことについて、精神科医のキャパシティから考えて可能かどうかも含めて、ご意見をお伺いいたします。
 - (10)大綱にある「抗うつ薬と自殺に関するマスコミ報道のあり方」について、ご意見をお伺いいたします。
4. 最後に、自殺を減らすために、日本精神神経学会として何ができるか、何をすべきでしょうか、先生のお考えをお教えてください。

平成 19 年度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

労災請求された自殺事例の分析

分担研究者 黒木 宣夫 東邦大学佐倉病院精神医学研究室

研究要旨

1998 年度よりわが国の自殺者総数は三万人を突破した状態が続いており、特に中高年男性の自殺者の増加は、男性全体の今までの平均寿命を引き下げるほどの影響を与え、深刻な社会問題として受け止められている。この背景には近年のめざましい科学技術の革新、終身雇用制の崩壊、製造業の外注化、分社化、企業の統廃合、就業形態の多様化、成果主義導入、人事労務管理の変化等があり、企業は効率化を求めため職場の人員を増やさず業務量は増大する中で、結果的に長時間労働者も増加し、過重労働による健康障害が深刻化している。

また労災請求事案も急増しており、労働者の自殺を防止するための研究が必要と考え、某機関に請求された事例 123 例(過去 8 年間)に関して、認定事例、非認定事例に分類して検討を加えた。今回の労災請求事例調査結果から考えると、非認定事例の大きな特徴は心的負荷となる出来事がない事例が 10 例みられ、昇格以外の心的負荷の出来事が見当たらずに自殺をした事例が 8 例みられ、個人の出来事で自殺をした事例が、労災認定請求されたという点であり、認定事例の特徴は、業務内容が変わり、業務量も増大したために与えられたノルマを達成出来なかった事例が 45.9%(17)みられた点である。また、業務上出来事から 3 ヶ月以内に発症していた事例が、全体の 54.5%(67)で、認定事例は認定事例全体の 72.9%(27)を占めていたが、認定事例は業務上の出来事から早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。

I. 8年間の労災請求事例調査

A. 研究目的

1998年度よりわが国の自殺者総数は三万人を突破した状態が続いており、特に中高年男性の自殺者の増加は、男性全体の今までの平均寿命を引き下げるほどの影響を与え、深刻な社会問題として受け止められている。この背景には近年のめざましい科学技術の革新、終身雇用制の崩壊、製造業の外注化、分社化、企業の統廃合、就業形態の多様化、成果主義導入、人事労務管理の変化等があり、企業は効率化を求めるとともに職場の人員を増やさず業務量は増大する中で、結果的に長時間労働者も増加し、過重労働による健康障害が深刻化している。

また労災請求事案も急増しており、労働者の自殺を防止するための研究が必要と考え、某機関に請求された事例123例(過去8年間)に関して、認定事例、非認定事例に分類して検討を加えた。

B. 研究方法

某機関に精神障害の請求があり、専門部会で検討がなされた123例(自験例)に関して、認定事例、非認定事例に分類して検討を加えたので報告する。

C. 研究結果

1. 年齢（表1）

非認定事例は20代が30.2%(26)を占めているのに対し、認定事例は6例(16.2%)に過ぎない。また50歳以上の事例に関しては、非認定事例は9.3%(8)に過ぎないが、認定事例は29.7%(11)を占めていた。

2. 家族構成（表2）

非認定事例は単身者9.3%(8)、二世帯77.9%(67)が多いが、認定事例は三世帯21.6%(8)が多くみられた。

3. 職種（表3）

認定事例は管理職40.5%(27)、専門技術職35.1%(13)が多く、非認定事例は表3で示したように営業職26.7%(23)、事務職24.4%(21)などさまざまであった。

4. 業種（表4）

認定事例で多いのは建設業21.6%(8)、製造業16.2%(6)、電気通信事業16.2%(6)、卸小売業16.2%(6)であった。非認定事例は、建設業17.4%(15)、製造業12.8%(11)、金融保険業11.6%(10)、卸小売業10.5%(9)が多くみられたが、さまざまな業種からの請求がみられた。

5. 企業規模（表5）

認定事例は大企業が45.9%(17)、小企業も27.0%(10)、非認定事例も大企業が32.6%(28)、小企業も33.7%(29)を占め、全体の36.6%(45)は大企業の事例であった。

6. 出来事の類型（表6）

仕事の失敗、顧客とのトラブルなど業務上の出来事が見当たらないのに労災請求がなされた事例が9例みられた。認定事例に関しては、仕事の質や量に大きな変化がみられた事例が37.8%(14)、仕事に失敗して過重な責任が発生した事例も32.4%(12)みられた。

7. 出来事の内容（表7）

非認定事例の大きな特徴は心的負荷とな

る出来事がない事例が 10 例, 昇格以外の心的負荷の出来事が見当たらずに自殺をした事例が 8 例, 私的出来事で自殺をした事例が 3 例みられた点である。認定事例では仕事のミスがあり責任が発生し, ノルマが達成できなかった事例が認定事例全体の 35.1%(13)みられた。しかし, 非認定事例では同様の事例は 16.3%(14)にすぎなかった。上司とのトラブルがあり, 100 時間以上の恒常的残業が続いた上で自殺した事例が 1 例みられた。また支援体制も欠如の中で恒常的ないじめに近いハラスメントが行なわれた中で失踪し, 遠方で縊死した事例も認定された。このいじめの事例は, 上司は意識せずに本人に従業員の面前でプロレス技をかけたり, 作業遅延に対して叱責が行なわれ, かつ職場に寝泊りするという状況の中で発病に至っていた。

8. 精神科既往歴 (表 8)

精神科既往歴がある事例は非認定事例は 20.9%(18), 認定事例は 13.5%(5)であった。精神科既往歴のない事例は 81.3%(100)であった。

9. 個人の出来事 (表 9)

認定事例は個人の出来事なしが 89.2%(33), 非認定事例は 79.1%(68)であった。非認定事例の個人の出来事は, 夫婦問題・アルコール依存, ギャンブル・借金, 異性問題, 家族の癌, 妻の病気であった。精神障害の既往歴は非認定事例が 5 例, 認定事例は 4 例であった。

10. 自殺手段 (表 10)

自殺手段として最も多いのは, 縊死で全

体の 48.8%(60), 次に飛び降り・投身が 35.8%(44)であった。認定, 非認定事例ともほぼ同じ割合であった。

11. 自殺場所 (表 11)

会社・社宅・現場で死亡した事例が非認定事例 33.7%(29), 認定事例は 24.3%(9), 全体の三割が会社と関連がある場所で亡くなり, 自宅で死亡した事例も三割みられた。

12. 他診療科既往歴 (表 12)

精神科以外の他診療科の受診歴は, 非認定事例は 24.4%(21), 認定事例は 27.0%(10)であった。

13. 入院・通院の有無 (表 13)

精神科に通院ないし入院していた事例は, 認定事例は 7 例(18.4%), 非認定事例は 5.7%(5)であった。身体科に通院ないし入院していた事例は, 認定事例は 7 例(18.4%), 非認定事例は 21 例(23.8%)であった。

14. 自殺時に通院中の診療科 (表 14)

精神科通院中の事例は, 認定事例は 6 例(16.2%), 非認定事例は 20 例(23.3%), 身体科は, 認定事例は胃腸外科, 耳鼻咽喉科, 整形外科, 内科, 脳外科であり, 非認定事例は整形外科, 胃腸科, 内科, 内科・精神科であった。認定事例の 81.1%(30)は精神科を受診しておらず, 非認定事例の 73.2%(63)は精神科を受診していなかった。しかし, 認定事例の 16.2%(6), 非認定事例の 9.4%(8)は他の身体科を受診していたことになる。また全体の 64.2%(79)は, 診療科を受診していなかったということになる。

15. 自殺までの診断（表 15）

自殺までの診断に関して、認定事例は神経症、適応障害、うつ病、非認定事例はアルコール関連、神経症、精神因性不眠、うつ状態、反応性うつ病、うつ病、統合失調症などであった。

16. 遺書の有無（表 16）

遺書がある事例は、認定事例は 20 例（54.1%）、非認定事例は 45.3%（39）であった。

17. 長時間残業の有無（表 17）

長時間残業が発生していた事例は、非認定事例は 32.6%（28）、認定事例は 81.1%（30）であった。

18. 100 時間残業の有無（表 18）

発症前 1 ヶ月間に 100 時間以上の残業時間が発生していた事例は、認定事例 75.7%（20）、非認定事例 3.5%（3）であった。

19. 精神症状の態様（表 19）

精神症状が確認できない自殺が 6 例、その他の事例では非認定事例の 9 例を除いて不眠は全例で確認できた。軽度の精神症状は「悲観的見解、口数↓、元気がない」、中等度の精神症状を「集中困難・抑うつ・希死念慮・自責・困惑、思考制止」、重度の精神症状は「易怒性、自殺企図、精神病症状」が存在した場合である。行動症状は「落ち着かない言動を伴った症状」である。両事例とも精神症状のみが主体で重症度が軽度～中等度の事例が圧倒的に多く、非認定事例 38.4%（33）、認定事例 54.1%（20）でやや認定事例に多い割合でみられた。また、混乱したり落ち着かなくなった事例、すな

わち精神症状が（軽～重）・不眠・行動症状も同様で非認定事例 34.9%（30）、認定事例 29.7%（11）であった。

20. 精神症状の重症度（表 20）

精神症状の重症度をみると、精神症状が確認できなかった事例が非認定事例に 6 例、認定事例では中等度の事例は 62.2%（23）、非認定事例で中等度事例は 53.5%（46）であった。非認定事例では重度の事例が 23.3%（20）を占めていたが、認定事例では重度事例は 21.6%（8）であった。

21. 兆候の気づき（表 21）

精神症状の兆候に家族が先に気づいていたのか、会社が先に気づいていたのか、という点に関しては、家族が先に気づいていた事例は、認定事例は 75.7%（28）で多く、非認定事例は 66.3%（57）であった。非認定事例の特徴は家族も会社も誰も兆候に気づいていなかった事例が 15.4%（19）もみられていた。

22. 業務上の出来事から発症・増悪までの期間（表 22）

業務上の出来事がないのに労災請求されてきた事例が 11 例、私的出来事（博打）～1 ヶ月以内が 1 例みられたが、この事例は海外出張で博打に負け借金を返済できず自殺した事例である。認定事例は出来事から 1 ヶ月以内に発症している事例が 45.9%（17）、3 ヶ月以内になると約 91.9%（34）が発病していた。非認定事例は 3 ヶ月以内に 46.5%（40）が発症していた。

23. 発症から自殺に至るまでの期間（表 23）

3ヶ月以内に全事例の7割は死亡することが明らかになった。3ヶ月以内の死亡は、非認定事例66.3%(57), 認定事例75.6%(28)であった。また2年以上経過してからの自殺は、非認定事例4例はうつ病エピソード2例, 気分感情障害1例, アルコール依存症1例であり, 認定事例は反復性うつ病でいったん改善した後に出張で連泊した上でトラブルが発生して再燃した事例であった。

24. 出来事から自殺に至るまでの期間 (表24)

出来事から自殺に至るまでの期間であるが, 3ヶ月以内に自死に至った事例は, 認定事例56.7%(21), 非認定事例33.7%(29)であった。6ヶ月以内の自殺は, 認定事例67.6%(25), 非認定事例59.3%(51)であった。

25. 飲酒状況 (表25)

飲酒ありは, 認定事例70.3%(26), 非認定事例66.3%(57)であった。精神症状のためにアルコール乱用傾向が出現した事例は, 認定, 非認定事例それぞれ1例であった。

26. 性格傾向 (表26)

「几帳面, 真面目, 責任感が強い」といった性格傾向は, 認定事例48.6%(18), 非認定事例は29.1%(25)で「誠実, 弱音を吐かない, 口数少ない」は非認定19.8%(17), 認定27.0%(10)であり, 「温和, 協調性, 明るい」性格傾向は, 認定, 非認定ともに2割程度であった。非認定事例のみにみられた性格傾向は「喜怒哀楽がない」「自尊心が強く, 自信家, 潔癖, 自分勝手」「真面目, 気弱, 融通がきかない」であった。

27. 精神科診断 (表27)

うつ病エピソードが圧倒的に多く, 認定事例は67.6%(25), 非認定事例は60.5%(52)であった。非認定事例は急性一過性精神病性障害, 統合失調症, 混合性不安抑うつ反応, アルコール障害, 統合失調感情障害, 重度ストレス反応・適応障害等の診断がみられた。また非認定事例には, 何らかの精神障害が発症しているが断定できない事例が3例, 精神障害の発症が特定できない事例が6例であった。認定事例のみにみられた病名は中等症うつ病エピソード4例, 反復性うつ病, 器質性精神障害がみられた。

D. 考察

非認定事例は20代が非認定事例の中で30.2%(26)を占めているのに対し, 認定事例は50歳以上が, 認定事例の中で32.4%(12)を占めていた。認定, 非認定事例共に30歳代が最も多く, 全体の約3割(36)を占めていた。職種に関しては認定事例は専門技術職と管理職が75.6%(28)を占め, 非認定事例も51.3%(44)を占めた。業種では建設業と製造業が多く, 認定事例では37.8%(14), 非認定事例30.2%(26)を占めた。企業規模では認定事例は大企業が45.9%(17)を占めているのに対し非認定事例は32.6%(28)であった。出来事の類型としては, 仕事の失敗, 仕事の質・量の変化が, 認定事例は70.2%(26)を占めるのに対し, 非認定事例は36.0%(31)であった。役割・地位の変化に関して, 非認定事例は, 非認定事例全体の30.2%(26)を占めていたが, 認定事例は16.2%(6)であった。このことは, 認定事例は心理負荷強度がⅢ(強)以上であったことを考えると, 非認定事例は心理負荷強度が

強に至らないにもかかわらず自殺に至っていたと推察できるのである。すなわち、役割地位の変化という環境因子の影響により自殺に至った事例が認定事例に比べて多いということを意味しており、非認定事例の個体側要因（ストレス脆弱性）の自殺への関与が大きいということを意味しているものと考えることが出来るのである。

出来事の内容に関しては、表 7 を簡略化して表 28 に提示する。

非認定事例の大きな特徴は心的負荷となる出来事がない事例が 10 例みられ、昇格以外の心的負荷の出来事が見当たらずに自殺をした事例が 8 例みられ、個人の出来事で自殺をした事例が、労災認定請求されたという点であり、認定事例の特徴は、業務内容が変わり、業務量も増大したために与えられたノルマを達成出来なかった事例が 45.9%(17)みられた点である。また昇格し、仕事量も増大するが、仕事の内容そのものも難易度が高く心理負荷強度がⅢ以上と判断されて労災認定された事例は、認定事例のみで 5 例みられた。割合的に認定事例と非認定事例を比較すると、前述した以外に役割の変化で仕事量も増大し、かつ支援体制の欠如のために心理負荷強度がⅢ「強」以上と判断された事例、転勤や出向で職場の対人関係が変わり、仕事内容や役割も変化した中で責任が発生して、かつ恒常的な長時間残業も発生した中で同様に心理負荷強度がⅢ「強」と判断された事例が認定事例に多く見られた。すなわち、業務上の出来事がただ単に発生したというだけではなく、出来事に付随して発生した心理負荷が、いつどのように労働者にかかったのか、つまり、心理的緊張がどの程度、どれくらい

の期間、持続されたのか、客観的に判断されることが求められているのである。すなわち、遺族や労働者の立場にたち、心理負荷がかかったという前提で出来事を捉えるのではなく、客観的事実から心理負荷を判断することが求められていると言えよう。

自殺手段として縊死と飛び降り・投身が全体の 84.6%(104)を占め、認定、非認定事例に差異はなかった。自殺場所は、自宅が 30.9%(38)、会社・現場が 30.9%(38)であり、約 6 割が自宅と会社で自死に至っていた。精神科に通院・入院していた事例は、8.7%(11)にすぎず身体科通院・入院は 22.2%(28)であり、特に非認定事例は非認定事例全体の 23.8%(20)に身体科通院・入院歴がみられた。このことは、精神障害が発症して精神科を受診するというよりも身体科を受診する患者が約 2 割ほど請求事例の中でみられるということであり、特に非認定事例にその傾向が多いという結果が得られた。請求事例の約 8 割が気分感情障害であることを考えると、北原²⁾によると、うつ病の患者は精神症状は興味・意欲の減退、抑うつ気分等は 3~5%しか自覚されておらず、疲労感・倦怠感 58%、首、肩のこり、頭痛が 22~26%自覚されている知見を労災請求事例においても裏付けられたことになるのである。また自殺した時点で精神科に通院していた事例は 24%(30)、内科や脳外科などの身体科に通院していた事例は 11.4%(14)で、64%(79)はどの診療科においても治療を受けていなかった。自殺した時点で身体科や精神科で治療を受けていなかった事例が多かったという結果は、自殺した事例の精神疾患の発症が認められなかった事例 6 例を除いて、精神的関わりが必要である