

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

職域・地域連携の自殺対策——産業医の立場から——

廣 尚 典 (産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学)

職場における自殺予防対策について、特に精神科主治医と職場の連携に着目しながら、そのあり方を論じた。

職場の自殺予防対策は、メンタルヘルス対策全般を推進することを通じて実施するのが基本とすべきであるが、職場内の高リスク群にも目を向ける必要がある。その該当者としては、メンタルヘルス不調による休業からの復職者、過重労働者、「大きな出来事」を経験した後の労働者、健康障害により就業制限を受けている労働者、一部の派遣労働者などがあげられる。こうした高リスク群を認識し、継続的で適切な支援を図ることが、産業医をはじめとする産業保健スタッフに求められる。また、必要に応じて精神科医と連携することが極めて重要となるが、両者間の相互の立場の理解が円滑な連携には不可欠であり、それは結果的に自殺予防にも寄与するものと考えられる。

<索引用語：自殺，職場，産業医，メンタルヘルス，職場復帰>

1. 労働者の自殺と職場との関連

1998年以降、わが国では自殺者が年間3万人を超える憂慮すべき事態が続いており、その中には9,000人あまりの労働者が含まれている。また、自殺者全体の半数以上を占める無職者の中には、失業者も含まれており、その割合は不明であるが、職場においても自殺予防対策を講じる必要性が高まっている。

1) 労働者の自殺とその背景

警察庁の統計(2008年分)によると、労働者の自殺の背景因子(1例につき、最大3件まで計上可能となっている)としては、健康問題が最多(2,763例)で、次いで経済・生活問題(2,446例)、勤務問題(1,845例)、家庭問題(1,133例)、男女問題(611例)の順となっている。このうち、産業医をはじめとする産業保健スタッフが積極的に関わることのできる可能性のあるのは、健康問題と勤務問題の一部である。

健康問題の内訳をみると、うつ病(気分障害圏と考えてよいであろう)が1,509件と多い。統合失調症(162件)、薬物乱用(6件)、その他の精神疾患(226件)の他に、身体の病気(654件)、身体障害の悩み(40件)が少なくないことにも注目すべきであろう。これらの中には、メンタルヘルス不調をきたしていたにもかかわらず、専門医につながっていない例が含まれていると推測される。

また、勤務問題では、「仕事疲れ」(587例)、「職場の人間関係」(434例)、「仕事の失敗」(280例)の順に多くなっている。年代によって傾向が異なっており、30～40歳代では「職場の人間関係」が、40～50歳代では「仕事疲れ」が多い。特に50歳代では、「仕事疲れ」が目立つ結果となっている。こうした年代別の特徴に着目した対策も検討されてよいと考えられる。

2) 自殺事例の労災認定

1999年に「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」（以下、「労災認定指針」と略）が公表されて以降、気分障害をはじめとする精神疾患の労災請求件数および労災認定件数とともに増加しており、自殺例についても同様の傾向がみられている。2007年の自殺例（未遂を含む）の労災認定件数は81件であった。

改めて記すまでもなく、労災認定される事例では、その背景となっているメンタルヘルス不調の要因として、仕事に関連する事項が重要な位置を占めている。そうした事例を発生させた職場は、類似事例が生じないように、一層の職場環境改善などの対策を講じなければならない。

3) 自殺予防と職場のメンタルヘルス対策

職場で行われるべき自殺予防対策に関して、自殺対策基本法では事業者に対して「国及び地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講じるように努める」ことを求めており、具体的なあり方については、自殺総合対策大綱において「職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、『労働者の心の健康の保持増進のための指針』の普及啓発を図る。また、管理・監督者をはじめ労働者に対し心の健康問題への誤解や偏見をなくすための正しい知識の普及、産業保健スタッフの資質の向上などによる相談体制の充実等事業場に対する支援を実施し、労働者が職場内で相談しやすい環境整備を図る。特に、メンタルヘルス対策の取り組みが進んでいない小規模事業場に対しては、産業保健と地域保健の連携により支援を充実する。また、過重労働による健康障害防止のための労働基準監督署による監督指導を強化する」と記されている。各職場ではこれを踏まえた対応が望まれる。

2. 職場における自殺のハイリスク群とその支援

上述したように、職場における自殺予防対策は、基本的には職場のメンタルヘルス対策全般を推進

することを通じて行われるものである。しかし、職場内には他の労働者に比べ自殺のリスクが高いことが懸念される一群が存在するのも事実である。以下では、そうした労働者に対しての支援のあり方を考察する。

1) メンタルヘルス不調による休業からの復職者

精神疾患により長期にわたって休業した労働者が職場復帰を試みる際に、職場でいかなる支援を行うべきかについては、2009年に厚生労働省が基本的な考え方や手順をまとめた「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」（以下「復職手引き」と略）を公表している。これは、2004年に示された同名の手引きの改訂版にあたる。復職手引きは、各職場で支援の手順や関係者の役割を明確にしたシステムを整備すること、職場復帰支援を休業開始から職場復帰後のフォローアップまでの長尺でとらえること、当該労働者の個人情報の情報管理を怠らないことなどとともに、精神科主治医と職場との間で十分な連携を図ることを重要事項として掲げている¹⁾。

職場から主治医に伝える事項としては、休業・休職や職場復帰に関する社内の諸規定、職場復帰を認める要件（例えば、安全に通勤ができる、一日落ち着いて職場にいられる、短時間であれば会議に出席して意見を述べられる）、職場で実施可能な就業面の配慮などがあげられる。当該労働者の職場での仕事ぶりや言動の変化についての情報が、診断および治療の一助となる（例えば、双極II型障害の診断）可能性もあろう。

主治医から職場に伝えることが望まれる情報としては、病状や生活リズムの回復程度、職場復帰後職場で留意すべき事柄、再発・再燃の可能性の程度、安全面の問題（薬剤の副作用を含む）、今後の治療の方向性などがあげられよう。

患者の中には、主治医と産業医を含む職場関係者とが連携することを好まない者もいる。松崎は、精神科主治医が職場に対して確定診断名をはじめとする患者の諸情報を伝えないことへの批判に対

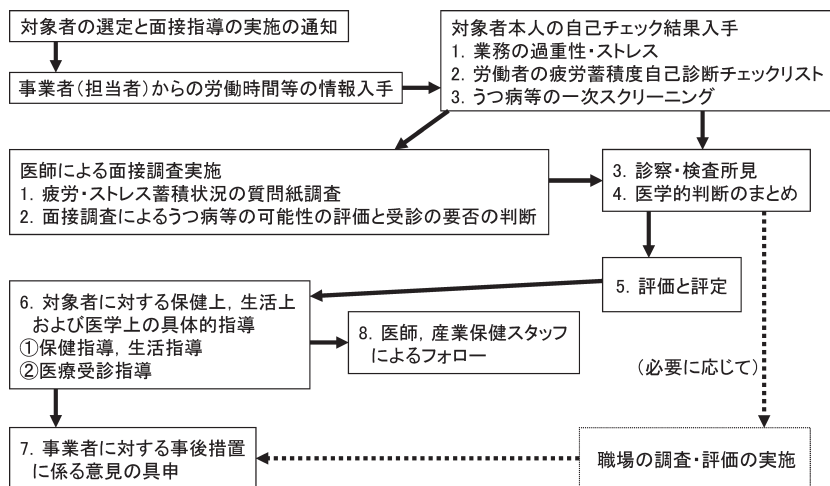


図 長時間労働者に対するメンタルヘルス面の評価

して、精神科主治医としては患者と信頼関係をつくるのが治療には不可欠であるため、それは見当違いの不見識であると指摘している⁵⁾。確かに治療初期の段階では、患者の言い分や希望を（それが第三者からみて正しいとは言えなくても）そのまま受け入れるところから治療は始まるという面はあろうし、患者が尻込みをした場合、強硬に様々な情報を職場に伝えるべきであると説得するのは、治療面からみても適切でないであろう。これは何も精神科領域に限らず、臨床全体に通じることである。しかし、治療が進み、職場復帰も視野に入れた働きかけをすべき段階に至れば、精神科主治医の方から、伝える情報を選択しつつ職場との連携を進めることの意義を患者に説明し、同意を得るといった働きかけはなされてよいはずである。例えば、病状や生活リズムが安定化しても、当該労働者や家族が職場に対して被害的な思いを持続させている場合には、（それが正当なものであったとしても）職場復帰が円滑に進まないことが多いものである。

連携を図ろうにも、職場の健康管理体制、産業保健スタッフなどの活動状況、提供する情報の取り扱われ方がわからないために、どのような連携ができるのかが不明である場合には、職場に対し

てそれらの情報提供を求めることが望まれる。

2) 過重労働者

長時間労働が健康に及ぼす影響を評価し、それへの対策を推進することは、現在の産業保健における重要課題のひとつといえる。労働安全衛生法で、一定時間を超える長時間労働を行った労働者（事業者の義務としては、「月 100 時間を超える時間外労働を行い、疲労の蓄積を感じて本人が希望する者」）に対しては、医師による面接指導などを実施する旨が規定され、それを包含した「過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置」も示されている。長時間労働者に対して行われるべきメンタルヘルス面の評価の標準的な手順を図に示した。

医師面接によって、メンタルヘルス不調が疑われ、精神科受診を勧奨する際には、医師（多くの場合、産業医）から、当該労働者の労働時間や仕事ぶりなどに関する情報が添えられるべきであろうし、逆に主治医からも、必要に応じて職場に追加の情報提供を求める対応が求められる。

3) 「大きな出来事」を経験した後の労働者

いわゆる「ライフ・イベント」研究は、わが国

においても行われており^{6,7)}、労災認定指針にもその考え方が採用されている。

労働者に深刻な心理的ストレスをもたらさうるライフ・イベントのうち、職場内で生じるものとしては、重大な事故（労災事故を含む）への関与、職場関係者の不幸、職場に多大な損失を与えるような仕事上の失敗などがあげられる。実際に、そのような当事者となった労働者が自殺した事例もときに報じられている。自殺のリスクは、事件の直後だけでなく、その処理が一段落した時点までも続くことにも注意が必要となる。

PTSDへの対応に留まらず、そうしたイベントの当事者に対して継続的な支援を試みることは、産業保健スタッフが行うことのできる自殺予防対策のひとつである。メンタルヘルス不調が疑われる例がみられた際には、職場関係者や家族と連絡をとりながら、精神科医療機関との速やかな連携を図ることが求められる。また、個人への働きかけだけでなく、高ストレスをもたらすような事態が発生した場合に、当事者を孤立させず周囲から適切な支援を与えられるようなシステムづくりも望まれるところである。

4) 健康障害により就業制限を受けている労働者

現在、何らかの健康障害により就業制限を受けている労働者はかなりの人数にのぼると推定される。特に、通常の作業で身体的負荷が大きい職場では、脳・心臓疾患、腎障害（人工透析）、腰痛などを有している労働者に対して、その作業を続けると病態の悪化が懸念されるか、周囲に危険を及ぼす恐れがあるような場合に就業制限をかけることは、労働契約法に規定されている事業者の安全配慮義務を遂行する意味でも、確実に実施される必要がある。

そうした就業制限を受けた労働者の心理的ストレスの変化は2つの方向が考えられる。ひとつは、仕事による身体的負荷が軽減されることで、病態が悪化したり、周囲に危険をもたらしたりするリスクが低下するため、ストレスも軽減するという

方向である。もうひとつは、これまで従事してきた慣れ親しんだ仕事に就くことができないことによって、逆にストレスが高まる方向である。昨今世代による職業観の変化が議論されることも多いが、みずからの仕事に誇りや生きがいを持っている労働者は少なくない。我々の予備的調査でも、ストレスが軽減している例と高まっている例がほぼ相半ばしている結果が得られた³⁾。

また、調査対象とした29.3%の事業場（大半が大規模事業場であるが）で、身体面の健康問題による就業制限下でメンタルヘルス不調に陥った例がみられていた。

過去には、重症のじん肺に罹患した労働者の精神疾患が産業保健上の問題として取り上げられたことがあり、労災認定においても考慮されることになっているが、こうした就業制限を受けている労働者への支援も、メンタルヘルス対策の課題といえよう。そのなかには、身体科の臨床医と産業保健スタッフおよび精神科医との連携のあり方が含まれる。

5) その他

我々は、主として工場のライン勤務に従事している派遣労働者を対象とした調査を2007年に実施し、希死念慮および自殺未遂の既往がある者が、男性で39.0%、3.6%、女性で51.1%、7.7%という結果を得ている²⁾。これは、2008年内閣府が実施した自殺に関する意識調査の結果の常勤の勤め人における割合に比べて明らかに高値である。調査対象が東京都内の一地域に限定されていたこと、わが国の派遣労働の多くは事務系であることなどから、この結果を派遣労働者全体の傾向を強く反映しているものと解釈するのは早計かもしれない。しかしながら、北條ら⁴⁾や島ら⁸⁾の調査でも、対象となった派遣労働者の過去1年間の希死念慮と自殺未遂はやはり高率となっており、派遣労働者に自殺の高リスク者が多いことが推定できる。

その要因としては、様々な可能性があげられる。まず、派遣労働者の多くには、正規労働者にはあ

まりない仕事関連のストレス（例えば、雇用の不安定）があり、それが影響しているのかもしれない。また、仕事以外に強いストレス要因（例えば、それが正規労働につけない要因にもなっているような家庭内の介護問題）を有する割合が高いとも考えられる。メンタルヘルス不調やその他の健康問題のため正規労働者としての勤務が難しい者が派遣労働に就いている例がある面も否めないであろう。

いずれにしても、派遣労働者のメンタルヘルス対策は、社会全体としても大きな課題であり、現状把握のためのさらに詳細な調査研究が望まれるところである。

派遣労働者と派遣元（派遣会社）との関係は、一般派遣の場合、正規労働者とその所属する会社との関係と異なり、派遣先との契約が終了すれば一旦解消される。したがって、派遣労働者に関しては、派遣元および派遣先会社という枠を超えた支援のあり方が模索される必要があろう。

文 献

1) 中央労働災害防止協会編：改訂 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き。中央労働災害防止協会，東京，印刷中

2) Hiro, H., Takada, M., Iijima, M., et al.: Mental health and job stress among Japanese temporary workers. (投稿中)

3) 廣 尚典, 田中克俊, 森 晃爾ほか：身体面の健康問題により就業制限を受けている労働者のメンタルヘルスに関する研究。労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 20 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟）。p. 129-147, 2009

4) 北條 稔, 島 悟, 高田未里ほか：派遣労働者のメンタルヘルスに関する調査研究。労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 20 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟）。p. 180-191, 2009

5) 松崎一葉：うつ病の広がりをもとらえるか—産業精神医学の立場から—。精神経誌, 111; 669-673, 2009

6) 夏目 誠, 村田 弘, 藤井久和ほか：勤労者のストレス評価法（第 1 報）一点数法によるストレス度の自己評価の試み—。産衛誌, 30; 266-279, 1988

7) 夏目 誠：勤労者のストレス評価法（第 2 報）—ストレスドック受検者の 1 年間における体験ストレス点数の合計点とストレス状態や精神障害との関連から—。産衛誌, 42; 107-118, 2000

8) 島 悟, 小原美樹ほか：派遣労働者のメンタルヘルスに関する調査研究。労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 20 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟）。p. 221-241, 2009