

## 対象と方法

今回の調査の拠点である某企業内保健センター（以下、センターと略す）は、管轄事業場の労働者に産業保健サービスを提供することを目的として設立されたものである。ここは、精神科医療機関の機能も有している。対象は1996年4月1日から2001年3月31日までの5年間に、センターへ新規精神保健相談に訪れた労働者989人である。男性838人、女性151人であった。年齢は15歳から65歳であった。平均年齢（標準偏差）は $34.9 \pm 10.3$ 歳であった。初回相談時に面接者が、相談者の年齢、性、学歴、職種、職位、相談経路を把握した上で、職場の要因、個人的要因、精神科的慣用診断、職務遂行障害について評価を行った。

職務遂行障害は、「なし」から「重度」までの4段階で評価した。「なし」は仕事の能率の低下がないもの、「軽度」は平常に比べると仕事の能率の低下が少しはあるもの、「中等度」は出勤可能だが明らかな仕事の能率の低下があるもの、「重度」は出勤できないもしくはほとんど仕事が停滞するものとした。この職務遂行障害は、初回面接を実施した専門スタッフが、相談者あるいは同伴者からの聞き取りに基づき総合的に判断した。

身体的要因とは、自らが抱える身体疾患や身体にまつわる葛藤などを広く指している。また、個人的要因とは、家庭生活を含む、いわゆる職場以外の悩みや葛藤などを言う。これらの要因の有無についても、初回相談時に面接者が、本人や同席者などからの聞き取りの結果から総合的に評価した。

解析にあたり、職務遂行障害の程度が軽度までを「障害なし」、中等度以上を「障害あり」と二分割した。この職務遂行障害の有無を目的変数とし、職種、職位、個人的要因、職場の要因、慣用診断のそれぞれを説明変数として個々にロジスティック回帰分析を行った。性、年齢、学歴は交絡要因としてコントロールした。ちなみに、これら交絡要因のうち、女性より男性のほうが職務遂行障害を有する者が多かった。年齢や学歴との関連は認められなかった。

表1 職位と職務遂行障害の関連

Variable	N	OR	(95% CI)	P
部長以上	10	0.79	(0.15 - 4.10)	NS
課長職	77	1.65	(0.84 - 3.23)	NS
係長職	172	1.22	(0.76 - 1.97)	NS
主任職*	194	0.88	(0.56 - 1.38)	NS
現場長（製造）	15	0.86	(0.23 - 3.27)	NS
一般（非役職）	411	1.00	（参照群）	

OR：オッズ比 95% CI：95%信頼区間

\*主任職は一般（非役職）と係長職との中間に当たる。

表2 職種と職務遂行障害の関連

Variable	N	OR	(95% CI)	P
設計	335	1.25	(0.77 - 2.02)	NS
事務	94	0.54	(0.27 - 1.07)	NS
検査	77	1.06	(0.56 - 1.99)	NS
生産管理	44	0.85	(0.39 - 1.86)	NS
研究	33	0.40	(0.13 - 1.18)	NS
その他	138	1.08	(0.62 - 1.87)	NS
製造	174	1.00	（参照群）	

OR と 95% CI は前表に準ず。

表3 来談経路と職務遂行障害の関連

Variable	N	OR	(95% CI)	P
健康診断から	253	0.33	(0.20 - 0.57)	< .01
上司から	248	3.30	(2.24 - 4.87)	< .01
人事・労務から	50	3.95	(2.09 - 7.48)	< .01
他院から	46	1.42	(0.68 - 2.95)	NS
本人から	300	1.00	（参照群）	

OR と 95% CI は前表に準ず。

表4 身体的・個人的誘因と職務遂行障害の関連

Variable	N	OR	(95% CI)	P
身体的誘因	あり	199	0.94 (0.64 - 1.37)	NS
	なし	709	1.00 (参照群)	
個人的誘因	あり	453	0.70 (0.51 - 0.95)	< .05
	なし	451	1.00 (参照群)	

OR と 95% CI は前表に準ず。

表5 職場の誘因と職務遂行障害の関連

Variable	N	OR	(95% CI)	P
人間関係	227	0.69	(0.44 - 1.09)	NS
長時間勤務	99	1.10	(0.64 - 1.88)	NS
職務の難度	88	3.31	(1.96 - 5.60)	< .01
職務の変化	77	1.19	(0.65 - 2.19)	NS
職務適性	66	1.57	(0.87 - 2.86)	NS
出向・配転	46	2.09	(1.05 - 4.18)	< .05
昇進・昇格	16	1.30	(0.43 - 3.91)	NS
変則勤務	12	0.31	(0.04 - 2.54)	NS
物理的環境	9	(欠損データのため解析不能)		
なし	262	1.00	(参照群)	

OR と 95% CI は前表に準ず。

表6 精神疾患と職務遂行障害の関連

Variable	N	OR	(95% CI)	P
適応障害	251	7.93	(2.78 - 22.64)	< .01
うつ病	186	29.91	(10.24 - 87.33)	< .01
神経症	168	3.50	(1.16 - 10.56)	< .05
他の精神医学的問題	98	3.73	(1.17 - 11.92)	< .05
心身症	82	3.30	(1.01 - 10.78)	< .05
精神分裂病	31	48.26	(13.04 - 178.60)	< .01
躁うつ病	10	11.57	(2.01 - 66.52)	< .01
人格障害	8	18.04	(3.23 - 100.87)	< .01
アルコール依存症	6	9.32	(0.76 - 114.83)	NS
精神疾患なし	75	1.00	(参照群)	

OR と 95% CI は前表に準ず。

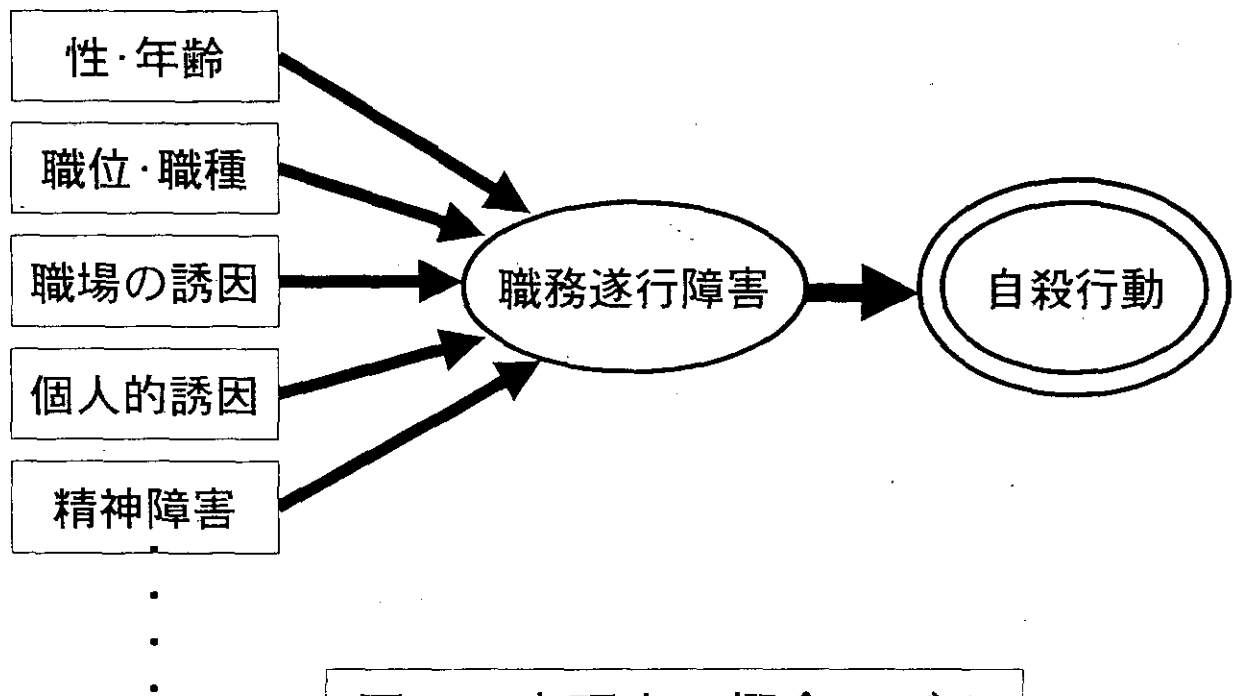


図 1 本研究の概念モデル

3) 自殺予防対策マニュアル

班長：永田頌史（産業医科大学・産業生態科学研究所・精神保健学教室）

班員：三島徳雄、久保田進也（産業医科大学・産業生態科学研究所・精神保健学教室）

## I. 自殺予防の基本的な考え方

### 1. 自殺は予防すべきものであることを共通認識とする

自殺を考える人に対して共感する

＝自殺を考えるほどの苦しい状態にある

自殺が最も現実的な問題解決の手段と思えるほどの苦しい状態にもかかわらず

自殺を美化しない

自殺を不可避のものと考えない

自殺問題は自殺する／した人だけの問題ではない

残された者が楽になるわけではない

＝迷惑をかけるくらいなら死んだ方がマシというわけではない

日本には「切腹」「心中」という言葉があるが、国民の間に自殺に対して比較的寛容な雰囲気があるように思われる。しかし、自殺が周囲の人々に与える多大な影響を考えたとき、自殺は決して本人だけの問題ではない。自殺は、放置してはならない社会現象である。即ち、自殺は予防すべきものである。このような認識を全ての人が持つことがまず重要であると考えられる。

但し、このことは、今まさに自殺をしようとしている人を非難すべきであると言うことではない。仮にそのような態度を周囲の人間がとれば、その人を死に向かって後押しするようなものである。何故ならば、周囲から非難された人間は、自分は周りから理解されていないと思い、孤立感を強めるであろう。そして、より積極的に自殺を問題解決の選択肢として考え始めるに違いない。

自殺を考えている人々に対して、周囲の人間は、その人にとっては死ぬこと以外には解決策がないように思われる非常に苦しい状況におかれていることに、まず、気づく必要がある。そしてその苦しさを理解（しようと）していることを相手に伝えることができれば、少なくともその人に自殺を思いとどまらせることになるかもしれない、人間対人間の結びつきができる可能性が出てくる。

自殺は本人にとっては問題解決の一つの選択肢である。自殺を考えている人間は一種の視野狭窄に陥り、自分が抱えている問題に対する自殺以外の解決策が思いつかない状況にあると思われる。とすれば、そのような人々を助ける為には、彼等が抱えている問題を知る必要がある。それらの問題を知るためには、彼等にできるだけ長く問題を語らせ、こちらがその問題を理解する努力を払う必要がある。

る。このような状況では傾聴が主体となり、問題を聴くことによって、自殺を考えている人間との間に、情緒的結びつきができてくる可能性がある。と同時に、この取り組み自体が自殺からその人間を遠ざけることになる。(何故なら、語っている間は自殺しないことになるからである。)

当面の自殺の回避という意味ではこの段階で十分かもしれない。しかし、本当の意味で自殺問題が解決したと言えるのは、その人が自殺を問題解決の選択肢として考えなくなったときである。その為には、当面の自殺が回避され、冷静な思考が可能となってきた時点で、その問題の解決の為に必要な社会的技術を学習するように働きかける必要がある。そのような技術を本人が獲得するまでは、本人を苦しめている問題については他の人々が可能な範囲で肩代わりする必要がある。

自殺を考えるに至った問題を解決するために、本人が自殺以外のより建設的な解決策を選択することができるようになった時点で、本当の意味での自殺予防ができたことになる。

#### 自殺予防の基本的な考え方

---

- ・ 自殺は予防すべきものであることを共通認識とする。
  - ・ 集団に対する対応と個人に対する対応の違いを意識する。
  - ・ 予防の基本は日常のメンタルヘルス活動である。
- 

#### 2. マニュアルが対象とする者とその考え方

自殺問題に関わる対象は大きく分ければ、2つの集団になる。

- ① 自殺企図が疑われる者に対して、何とか対処して防止しようとする者
- ② 自殺を考えている人自身

このマニュアルの対象は当然①が主体であり、②のように自殺を考えている者に対する直接的な働きかけを想定してはいない。しかし、以下の理由から、②を対象とした簡単なマニュアルを作る必要があると思われる。

多くの研究において、自殺未遂者と自殺既遂者は重なりはあるものの、同一の集団ではないという報告が見られる。このような事実や事例報告などから敷衍すると、周囲が自殺の可能性に気づき、対応する時間的な余裕があるグループと、周囲が知らない間に自殺してしまうグループの、二つのタイプの自殺問題がある。確かに、後者をできる限り減らすことが必要であり、このマニュアルもそれを目

指すが、実際には周囲が知らない間に自殺してしまう者を0とすることはできない。

このような人間的接触の機会が少ない者に対して、彼等が自殺を考えているときに、少しでもその考えに影響を与えるような非人間的接触による対策（ホームページ、パンフレット類）を、何らかの形で提供する方法もマニュアルと共に考えるべきであると思われる。

このマニュアルの対象者は①である。従って、基本となる対象は①である。これに関しては、マニュアルの他の部分が全て関連するので、ここでは、②について、少し考える。

おそらく自殺を考える者は、普段から人間関係が希薄であり、気軽に相談しない者である可能性が高い。とすれば、周囲の者が気がつかないところで問題が生じている可能性がある。従って、自殺予防の情報を与えるとすれば、そのような状況でも、情報に接する可能性があるような対応を考える必要がある。

それには、

- ・ 日常の活動を通じた関係づくり

関係づくりが下手な人間であることを意識した対応を行う必要がある。具体的には、

例え相手からの反応が返ってこなくても、声かけを続ける

仕事上の様々な機会を捉えて、話す時間を増やすようにする（業務上の話し合いも一つの人間関係である）

等が考えられる。これらは一般的なメンタルヘルス活動の中で行われるべきである。

- ・ そのような者が見聞きしやすい情報の提供

人間関係の構築が不得手な者に対する最も重要な予防的対応は、自殺問題に関する様々な情報を本人が気づくように提供することであろう。但し、情報提供の仕方には細心の注意が必要のように思われる。恐らく、自殺を考えていない段階では、仮にそのような情報を提供したとしても記憶には残らないと思われるからである。従って、自殺を問題解決の選択肢として本人が考え始めたときに、当の本人が気づきやすいような情報提示の仕方を考える必要がある。

その為には、機会を捉えて、頻回に情報を提示することが必要である。例えば、広報などにおいて、わずかなスペースでよいから、問題を持った者が相談できる「こころの電話」等のリソースを定期的に掲載すること、掲示板のポスター提示



やホームページ上の表示、自殺予防を訴えるパンフレットの配布、研修会・講演会の中での指摘、情報提供などが考えられる。

一方で、情報の表現方法にも配慮が必要であろう。このような情報は絶えず流す必要があるが、情報そのものがネガティブで暗い印象を与えるので、多くの人を不快にするかもしれない。そのため、必要以上に暗い印象が伴い不快感を見る者に与えないように、ニュートラルな表現に心がける必要があるが、それにもかかわらず、必要な情報（連絡先、電話番号等）は明確に提示する必要がある。

このような提案は一見行きすぎのような印象を与えるかもしれない。しかし、年間1万人弱の交通事故死に対して、様々な広報活動が行われている事実をふまえたとき、3万人以上の自殺者に対して、積極的に予防のための広報活動をすることは、決して極端な対応であるとは思われない。

このような活動を進めるためには、全社的、全国的に自殺問題に取り組むという、雰囲気作りが必要のように思われる。労働者のこころの健康作りの指針が出されてから、メンタルヘルスに関する話題が一般的な問題として語り始められたように、自殺予防も特殊な問題ではなく、誰もが関心を持つべき一般的な問題であるとの雰囲気作りが必要であろう。

### 3. 公衆衛生学的視点

自殺の現状に関する情報を集めておく。

類似した事業所や集団における情報

普段から関心を高めておく

残された家族の問題を周知させる

組織としての自殺予防の重要性

安全配慮義務について

個人の問題ではない

自殺予防について最も重要なテーマの一つは、如何にして周囲の人間が自殺を考えている者の存在に気づくかである。その為には、どのような人に自殺の危険性が高いかを知っておく必要がある。そのことが、このような自殺の危険性が高い者を見つけるためのアンテナの感受性を高めることになるであろう。

それと同時に、危険性の高いと思われる人が所属する集団に対して、自殺予防の重要性を知らせることが重要になると思われる。何故なら、個人のレベルでの

取り組みでは、自殺を考えている人に対しては共感的に接する必要があり、社会的な価値判断を押しつけることは決してできないからである。自殺問題が社会に与える様々な影響についての情報は、集団に対して提供されるべきであろう。

自殺は、その本人にとっては問題解決の手段と考えられるが、集団全体（家族、事業所、学校等）、社会全体という視点から見たとき、自殺は解決策にはならない。むしろ、非常に困難な新たな問題の発生となる。このことを如何に周知させ、伝えていくかが、重要なポイントになる。

例えば、家族の誰かが自殺したとき、それが親であるか、子であるか、兄弟であるかに関わらず、残された家族の心に重大な傷を残す。そのことが新たな問題や、自殺を生み出す可能性がある。

このような事態は、職場においても同様である。自殺が発生すれば、単に一人の従業員がいなくなるだけではない。身近に働いていた同僚へのトラウマ、上司や事業所の安全配慮義務に対する責任問題の発生等、多大の問題が発生する。自殺する者の中には「周囲の者にこれ以上迷惑をかけられない」と言って自殺する者がいるが、自殺することが周囲の者の負担を軽くすることには決してならないことを、普段の冷静な話し合いを通じて周知徹底すべきであろう。

どのような集団に自殺者が多いかを知っておく

自殺の危険因子について

自殺の危険度が高い集団（Q&A P162 P243）

- ・ 自殺未遂歴
- ・ 精神疾患
- ・ 周囲から十分なサポートが得られない状況
- ・ 性別
- ・ 年齢
- ・ 喪失体験
- ・ 事故傾性
- ・ 自殺の家族歴

自殺の予備軍—うつ病についての情報を持っておく

自殺の危険因子については、文献に詳しい。上述の危険因子の中にはプライバシーに関わる問題もあり、職場の上司が簡単にアクセスできるとは限らない情報もある。その意味では、このような情報を得るためにも、普段の職場におけるコ

コミュニケーションが重要な役割を果たすであろう。

職場におけるうつ病は自殺予防の観点からも重要な問題である。これは、職場のメンタルヘルスにおける取り組みの中でも重視されているが、自殺予防の点からも強調される必要がある。

### 集団に対する介入

#### 考え方

自殺は予防すべきものであること

#### 教育、情報の提供

様々な機会を捉えた情報の提供

#### 危険因子の多い集団に対して

援助を受けることのできる機関についての情報

家族に対する情報の提供

集団に対する介入では、自殺予防に関する正しい情報を提供し、関心を高めることが、重要である。職場においては、現在、職場のメンタルヘルス対策が立ち上がりつつあり、今後、このような機会が増えるものと思われる。しかし、これのみで十分な対策になるとは思われない。職場と並行して、地域や教育の段階での同様の取り組みが必要と思われる。そのような取り組みを通して、自殺予防に対する国民的な関心を高める必要がある。そうなれば、交通事故死を予防する取り組みを語る特別なことではないように、自殺予防を語ることも特別なことではなくなるであろう。

職場と家族の関係については、これから配慮が特に必要になるとと思われる。これまでの家族的な経営は過去のものとなりつつあり、職場と家族の距離が離れつつある。効果的な自殺予防を考えたとき、職場でカバーできる時間は限られている。家族に対する情報提供なども、重要な対策である。

### 集団に対する対応－公衆衛生学的視点－

- 
- ・ 自殺の現状を知る。
  - ・ 自殺の危険因子を知り、危険度の高い集団に注意する。
  - ・ 自殺予防に関する教育、情報の提供を行う。
  - ・ 相談できる組織、機関の情報を周知させる。
-

#### 4. 心理療法的視点

##### 個人 vs 個人の関係

##### 危険性の高い集団にいる個人への働きかけ

個人を対象として自殺予防を語るときは、集団に対する働きかけとは異なる視点が必要である。個人を対象として自殺予防を考えるときは、上のような情報に基づいて判断した結果などから、将来の自殺の危険性が考えられる者に対して、まだ、自殺が現実的な問題ではない段階で、予防的な働きかけをすることが重要になる。

個人に対する働きかけの段階で、自殺問題に対してあまりに批判的な態度をとれば、相手に最初から拒否的な印象を与えかねない。自殺予防を意図して個人に働きかける際には、自殺の可能性が考えられる者との間で人間的な絆を強め、相手が普段から感じている孤立感を弱めることが目標の一つになる。その意味では、個人的な対応では、人間関係作りが目標であり、自殺に対する視点としては、「自殺は、本人にとっては、一つの問題解決の手段であろう」という視点を持っておく必要がある。このような視点から、相手に対して共感的に接し、絆を強めていく必要がある。

但し、このような視点をとるからと言って、「自殺がベストの解決策である」と認めているわけではない。「自殺以外にも問題の解決策があるのではないか」との話ができるようになるには、まず最初に、「自殺も選択肢の一つである」というところから出発するということである。

##### 病理性よりも事例性に注目する

問題は異常か否かではない

病理性に着目すれば、対策が遅れる

職場における自殺予防では、メンタルヘルス対策と同様に、事例性に注目する必要がある。即ち、ある者の行動が異常であるか否かに判断の基準をおくと、対策が遅れる可能性が高い。それよりも、ある者がある時点でとっている行動が、集団の基準や本人の普段の行動パターンからどの程度ずれているかを観察し、ずれが著しくなった段階では、仮にその行動に病理的な変化が認められなくても、働きかけを始めるべきであろう。