

平成 21 年度

精神障害等による労働災害を踏まえた職場環境等の改善により
メンタルヘルス不調の予防を推進するための事業

報 告 書

平成 22 年 3 月

学校法人 東邦大学
理事長 炭山 嘉伸

平成 21 年度

精神障害等による労働災害を踏まえた職場環境等の改善により
メンタルヘルス不調の予防を推進するための事業

報 告 書

○研究班 班員一覧（順不同）

高田 昂

日本産業精神保健学会 理事長、北里大学 名誉教授

井上令一

日本産業精神保健学会 副理事長、(財)順天堂精神医学研究所 理事長

黒木宣夫

東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室 教授

島 悟

京都文教大学心理学部 教授

※島悟先生は平成21年12月14日に逝去されました。

夏目 誠

大阪樟蔭女子大学・大学院人間科学研究科 教授

荒井 稔

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院精神科 部長

大西 守

日本精神保健福祉連盟 常務理事

廣 尚典

産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学 准教授

田中克俊

北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学 准教授

丸山総一郎

神戸親和女子大学発達教育学部 教授

三國雅彦

群馬大学大学院医学系研究科精神医学分野 教授

渡辺義文

山口大学大学院医学系研究科神経精神医学講座 教授

安西 愈

弁護士・中央大学法科大学院 客員教授

桂川修一

東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室 准教授

河西千秋

横浜市立大学医学部精神医学教室 准教授

吉村靖司

医療法人社団 弘富会 神田東クリニック 副院長

宮本俊明

新日本製鐵（株）君津製鐵所 安全環境防災部 主任医長

山村重雄

城西国際大学薬学部医療薬学科臨床統計学講座 教授

井上幸紀

大阪市立大学大学院医学研究科 神経精神医学 准教授

<研究協力者>

竹島 正

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画研究部 部長

大塚耕太郎

岩手医科大学神経精神科学講座

※竹島正先生、大塚耕太郎先生におかれましては、本研究に際し、貴重なご意見をいただくとともに、それぞれのご所属先の先生方とともに本報告書に貴重な研究成果をご寄稿いただきました。ここに謝意を表します。

平成 21 年度
精神障害等による労働災害を踏まえた職場環境等の改善により
メンタルヘルス不調の予防を推進するための事業

目 次

- 1 ストレスと職業性ストレス評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
夏目 誠（大阪樟蔭女子大学・大学院 人間科学研究科）
- 2 平成21年度 精神障害等による労働災害を踏まえた
職場環境等の改善によるメンタルヘルス不調の予防を推進するための事業・・・・ 15
黒木宣夫（東邦大学医療センター佐倉病院 精神神経医学研究室）
- 3 労働災害発生に関連する要因のおよび重大な転帰（自殺事案）に
影響する因子の探索研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 101
山村重雄（城西国際大学 薬学部）
- 4 精神障害等の労災認定の意見書における個体側要因の検討・・・・・・・・・・ 133
荒井 稔（日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 精神科）
- 5 勤労者の自殺企図の実態について－勤労者とそれ以外の群との比較検討・・・・ 143
大塚耕太郎、酒井明夫（岩手医科大学 神経精神科学講座）
- 6 中小企業・事業場における自殺予防対策－EAP活動を通して・・・・・・・・・・ 157
吉村靖司（医療法人社団 弘富会 神田東クリニック／MPSセンター）
- 7 勤労者の自殺予防－自殺予防総合対策センターにおける研究成果をもとに・・・・ 161
竹島 正、立森久照、松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
- 8 労働災害防止からみたラインによるケアおよび管理監督者教育のあり方について・・・・ 165
廣 尚典（産業医科大学 産業生態科学研究所精神保健学）

9	産業保健スタッフと家族との連携のあり方ー産業医の立場より	171
	宮本俊明（新日本製鐵株式会社君津製鐵所安全環境防災部）	
10	職域におけるハラスメント対策	179
	田中克俊（北里大学大学院医療系研究科 産業精神保健学）	
11	メンタルヘルスと企業の法的対応責任	185
	安西 愈（弁護士）	

1 ストレスと職業性ストレス評価

大阪樟蔭女子大学・大学院 人間科学研究科

夏目 誠

1. 「ストレスー脆弱理論」に基づく

ストレス評価は厚生労働省の「心理的負荷に関する精神障害等の労災認定基準」の指針^{1,5)} (以下、労災認定指針、指針とする) の中で、重要な基準になっている。なぜなら指針では精神障害発症の成因の理論として図1に示した「ストレスー脆弱性」モデル^{1,5)}を採用しているからである。そしてストレスの強さの評価は、図のように2軸のうちの1軸をなしている。もう一方の軸は反応性・脆弱性である。ここで強調できることは現在の医学のレベルでは反応性・脆弱性の自然科学にもとづく測定法が、ほとんどない点である。有力な作業仮説であるが、研究途上のレベルである。

一方、ストレス強度は労働基準監督署の調査を含めて、一定のレベルで測定は可能である。この場合には客観性が重視される。認定の会議でストレス測定(強度か中程度か弱か)がポイントになる由縁である。

ここでは労災認定におけるストレス評価の実際について解説を行うとともに、ライフイベント法と、それを用いた我々の研究成果、夏目が主任研究員になった国の委託研究について説明を加えるとともに考察を行う。

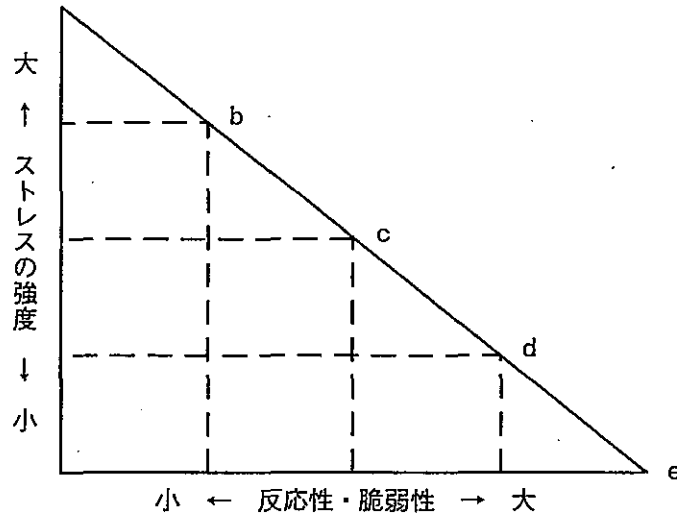


図1. 「ストレスー脆弱性」モデル³⁾

2. NIOSHの職業性ストレスモデルと職業性ストレス

ストレスモデルには、さまざまなものがあるが、指針では図2に示したNIOSH(米国の国立労働安全衛生研究所が作成, National Institute for Occupational Safety & Health:頭文字を取ってNIOSH)の職業性ストレスモデル⁶⁾を採用している。指針はこのモデルを採用している。

図のようにモデルには多くの構成要因が関与している。すなわち、環境からの作用因子である仕事（職業）ストレス、職場以外の要因、次に非特異的反応であるストレス反応、それを修飾する緩衝要因や個人要因があげられる。反応が強ければ疾病発症につながると言うモデルである。

米国の国立労働安全衛生研究所が作成したものであるから、当然、職業性ストレス（職業性ストレスと言われる）が基本になっている。わが国における労災認定では、職業性ストレスの評価がポイントになる。それが強度であれば、業務起因性につながる。その測定が一番のポイントになっている。

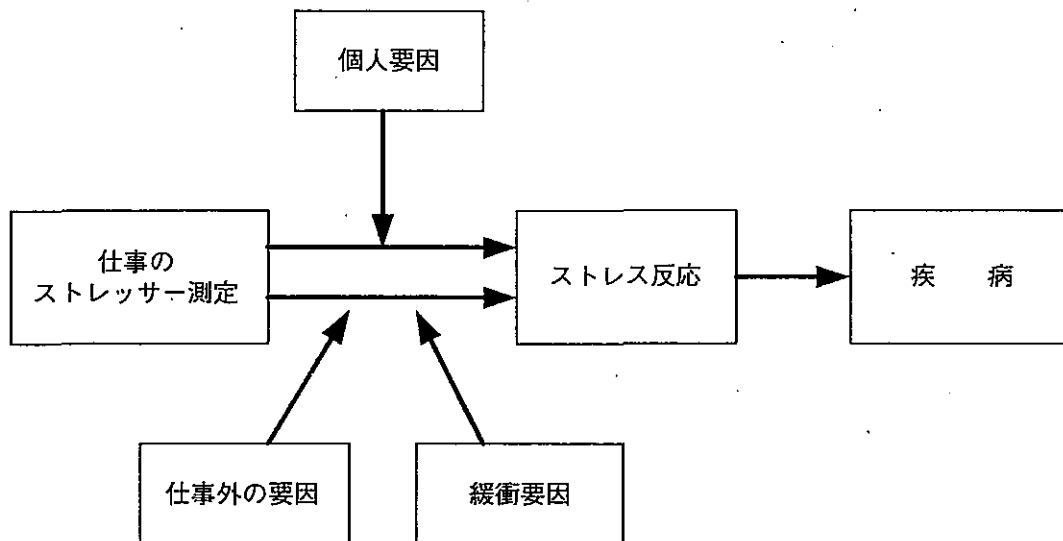


図2. NIOSHの職業性ストレスモデル⁶⁾
 米国国立職業性安全保健研究所 (National Institute for Occupational Safety and Health, 頭文字を取ってNIOSH) がモデルを作成

3. 測定はライフイベント法

1) 指針による職場における心理的負荷評価表

指針では職場における心理的負荷評価表（表1）と個人のそれ（表2）の2つの表⁵⁾で構成されている。労災であるから職場がポイントになる。それは7類型43項目の職場ストレスを「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」の3段階の強度にして評価にしている。Ⅲが最もストレス強度が強く、「Ⅰ」は軽度である。

表1にその内容の一部を示した。①事故や災害の体験（2項目）、②仕事の失敗、過重な責任の発生等（14項目）、③仕事の質・量の変化（5項目）、④身分の変化等（5項目）、⑤役割・地位等の変化（8項目）、⑥対人関係のトラブル（5項目）、⑦対人関係の変化（4項目）の7つカテゴリーである。表2に職場以外のそれを示した。

例えば④身分の変化等では「退職を強要された」はⅢで強度であり、「出向した」や「左遷された」、「非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益扱いを受けた」はⅡの中程度になっている。「早期退職制度の対象となった」はⅠの軽度である。このような3段階の評価であり、評価表の基準になった測定方法が下記に示す、ライフイベント（生活上の出来事）法である。

表1. 職場における心理的負荷評価表の一部⁵⁾

出来事の種類	(1)平均的な心理負荷の強度				(2)心理的負荷の強度を修正する視点
	具体的出来事	心理的負荷の強度			修正する際の着眼事項
		I	II	III	
①事故や災害の体験	重度の病気やケガをした			☆	被災の程度、後遺障害の有無・程度、社会復帰の困難性等
	悲惨な事故や災害の体験（目撃）をした		☆		事故や被害の大きさ、恐怖感、異常性の程度等
②仕事の失敗、過重な責任の発生等	交通事故（重大な人身事故、重大事故）を起こした			☆	事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等
	労働災害（重大な人身事故、重大事故）の発生に直接関与した			☆	事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした			☆	失敗の大きさ・重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等
	会社で起きた事故（事件）について、責任を問われた		☆		事故の内容、関与・責任の程度、社会的反響の大きさ、ペナルティの有無等
	違法行為を強要された		☆		行為の内容、強要に対する諾否の自由の有無、強要の程度、社会的影響の大きさ、ペナルティの有無等
	自分の関係する仕事で多額の損失を出した		☆		損失の内容・程度、関与・責任の程度、ペナルティの有無等
	達成困難なノルマが課された		☆		ノルマの困難性、強制の程度、ペナルティの有無、達成できなかった場合の影響等
	ノルマが達成できなかった		☆		ノルマの内容、困難性・強制性・達成率の程度、ペナルティの有無、納期の変更可能性等
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった		☆		プロジェクト内での立場、困難性の程度、能力と仕事内容のギャップの程度等
	顧客や取引先から無理な注文を受けた		☆		顧客・取引先の位置付け、要求の内容等
	顧客や取引先からクレームを受けた		☆		顧客・取引先の位置付け、会社を与えた損害の内容・程度等
	研修、会議等の参加を強要された	☆			研修、会議等の内容、業務内容と研修・会議等の内容とのギャップ、強要に対する諾否の自由の有無、強要の程度、ペナルティの有無等
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	☆			説明会等の規模、業務内容と発表内容のギャップ、強要・責任の程度等
	上司が不在になることにより、その代行を任された	☆			内容、責任の程度・代行の期間、本来業務との関係等

③仕事の量・質の変化	仕事の内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった	☆	業務の困難度、能力・経験と仕事内容のギャップ、責任の変化の程度等
	勤務・拘束時間が長時間化する出来事が生じた	☆	勤務・拘束時間の変化の程度、困難度等
	勤務形態に変化があった	☆	交替制勤務、深夜勤務等変化の程度等
	仕事のペース、活動の変化があった	☆	変化の程度、強制性等
	職場のOA化が進んだ	☆	研修の有無、強制性等
④身分の変化等	退職を強要された	☆	解雇又は退職強要の経過等、強要の程度、代償措置の内容等
	出向した	☆	在籍・転勤の別、出向の理由・経過、不利益の程度等
	左遷された	☆	左遷の理由、身分・職種・職制の変化の程度等
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	☆	差別、不利益の内容・程度等
	早期退職制度の対象となった	☆	対象者選定の合理性、代償措置の内容等

(注)・(1)の具体的出来事の平均的な心理的負荷の強度は☆で表現しているが、この強度は平均値である。また、心理的負荷の強度Ⅰは日常的に経験する心理的負荷で一般的に問題とならない程度の心理的負荷、心理的負荷の強度Ⅲは人生の中でまれに経験することもある強い心理的負荷、心理的負荷の強度Ⅱはその中間に位置する心理的負荷である。

・(2)の「心理的負荷の強度を修正する視点」は、出来事の具体的態様、生じた経緯等を把握した上で、「修正する際の着眼事項」に従って平均的な心理的負荷の強度をより強くあるいはより弱く評価するための視点である。

表2 職場以外の心理的負荷評価表の一部⁵⁾

出来事の類型	具体的出来事	ストレスの強度		
		I	II	III
①自分の出来事	離婚又は夫婦が別居した			☆
	自分が重い病気やケガをした又は流産した			☆
	自分が病気やケガをした		☆	
	夫婦のトラブル、不和があった	☆		
	自分が妊娠した	☆		
	定年退職した	☆		
②自分以外の家族・親族の出来事	配偶者や子供、親又は兄弟が死亡した			☆
	配偶者や子供が重い病気やケガをした			☆
	親類の誰かで世間的にまずことをした人が出た			☆
	親族とのつきあいで困ったり、辛い思いをしたことがあった		☆	
	家族が婚約した又はその話が具体化した	☆		
	子供の入試・進学があった又は子供が受験勉強を始めた	☆		
	親子の不和、子供の問題行動、非行があった	☆		
	家族が増えた（子供が産まれた）又は減った（子供が独立して家を離れた）	☆		
	配偶者が仕事を始めた又は辞めた	☆		

2) ライフイベント法—SRRSとストレスフルライフイベント面接の2方法

ライフイベント法は、ストレッサー要因からの測定法である。図2に示した、1. 仕事のストレッサー、2. 仕事以外の要因の評価になる。例えば「仕事上の大きなミス」などの「ライフイベント」の発生によるストレスの程度を主観的に判断するのではなく、客観性を持つようにした。その代表的なものが社会的再適応評価尺度と呼ばれている Social Readjustment Rating Scale (SRRS) 法で、その改良版も多い。世界的に高い評価を得ている尺度である。またこれに準拠し、強度な出来事を中心にした Stressful Life Event 法もある。

社会的再適応評価尺度はアメリカの医学者である Holmes⁷⁾ らが、5,000人の患者を対象として生活史を中心としたライフイベント（ストレッサー）を調査し、それに基づいて43項目からなる調査票を作成した。そして個人が感じるストレスの程度を結婚=50点とし、これを基準に0点から100点の間でそれぞれのストレッサーの強度を自己評点させ、対象者における各項目の平均点を求めライフイベント得点（我々はストレス点数）とした。すなわちライフイベントが生じた場合に、再び適応するために要するエネルギーを測定したものだ。また、Holmesら⁸⁾ や Raheら⁹⁾ などは、体験したライフイベント得点の合計点数が高くなれば、疾患発症につながりやすいと報告した。

このようなライフイベント法は、現在まで1,050件を超える多くの論文が各国で報告されており、世界で高い評価を得ている。さらに多くの追試や発展的研究がなされているが、現在では半

構造化された面接を中心に行うStressful life eventの研究¹⁰⁾が多い。ライフイベント法の妥当性や利点として、Turnerら¹¹⁾は社会・環境的ストレスへの暴露に対する客観的評価（イベントの本質を客観的なものとし、その生起の有無や、誰に、いつ、イベントが生じたか、といった客観的側面が含まれるとしている）を重視するものであると指摘している。また点数で表示されるから、わかりやすく、相互比較がしやすい。また、実際に生じた出来事であるから周囲の観察が可能であり、かつ独立して存在しており、さらには期間が限定されている事実関係を問うものであるから、該当者の認知のゆがみや思いちがいが判断に関与する傾向は少ないと言える。

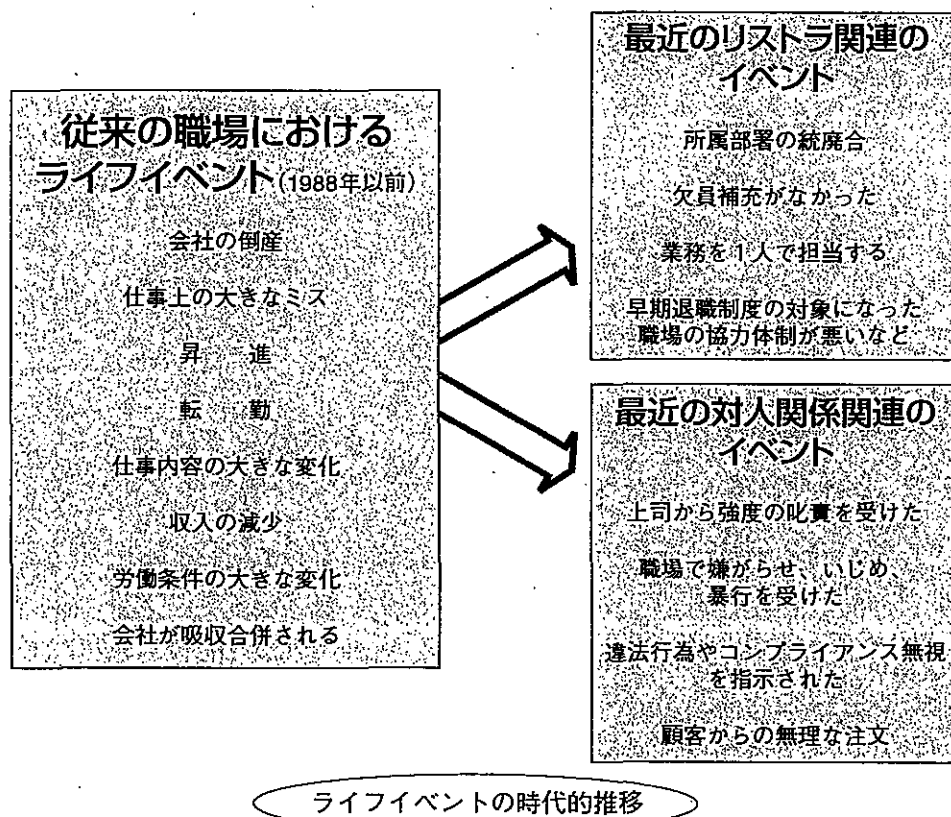


図3. この25年間に生じたライフイベントの時代的推移のまとめ

3. 勤労者のライフイベント得点

1) 勤労者のストレス点数

我々^{12,13)}は勤労者のストレス強度を把握するため、前述のSRRSの内容を日本の実情にあうように改変し、勤労者に多くみられる18のストレッサーを追加した65項目からなるストレス調査票を作成した。4社に勤務する1,630名の勤労者を対象に調査を行い、結婚によるストレス度を50点として、それを基準に65項目のストレッサーについて自己評価させた。1,630名の平均点を求め、さらには性・年代・職種・ポスト・勤続年数別のそれを示した。ストレス強度をストレス点数（ライフイベント得点に該当）で示した。点数が高いほど、ストレス強度が強い。その結果（全体、性、年代別）の一部（50点以上）を表3に示す。

表示したように「配偶者の死」が83点でトップであり、次いで「会社の倒産」が74点、「親族の死」が73点、「離婚」が72点、「夫婦の別居」の67点、「会社を変える」が64点と続く。すなわ

ち「対象喪失」が最も強いストレッサーであった。さらには「多忙による心身の過労」の62点、「仕事上のミス」、「転職」の61点のように職場ストレスが高得点を示していた。下位では「長期休暇」が35点であり、最下位は「収入の増加」の25点である。

次に、ストレス点数を分析してみると、20歳代に比較して30-50歳代のストレス度は強く、職場生活ストレッサー群では、課長や班長のストレス度は一般社員に比較して強いという結果が得られた。

表3. 勤労者のストレス点数（基準点の50点より高いもの）¹²⁾

順位	ストレッサー	全平均	性別		年齢別				
			男	女	～19歳	20歳～	30歳～	40歳～	50歳～
1	配偶者の死	83	83	82	82	85	84	80	78
2	会社の倒産	74	74	74	72	72	75	77	78
3	親族の死	73	71	78	74	72	77	72	73
4	離婚	72	72	72	75	74	71	70	67
5	夫婦の別居	67	67	69	67	67	70	67	68
6	会社を変える	64	64	62	61	61	66	67	70
7	自分の病気や怪我	62	61	67	63	60	64	63	65
8	多忙による心身の過労	62	61	67	62	61	64	62	59
9	300万円以上の借金	61	60	65	70	63	59	56	59
10	仕事上のミス	61	60	65	62	58	61	64	66
11	転職	61	61	61	57	57	65	66	64
12	単身赴任	60	60	60	61	59	61	62	61
13	左遷	60	60	59	61	56	62	62	64
14	家族の健康や行動の大きな変化	59	58	63	57	57	63	61	59
15	会社の建て直し	59	59	58	54	55	61	66	64
16	友人の死	59	58	63	70	65	55	50	50
17	会社が吸収合併される	59	59	58	55	55	61	65	66
18	収入の減少	58	58	57	57	55	61	59	60
19	人事異動	58	58	58	56	54	61	62	59
20	労働条件の大きな変化	55	54	56	53	52	56	58	54
21	配置転換	54	54	55	48	49	57	60	58
22	同僚との人間関係	53	52	57	55	51	57	52	53
23	法律的トラブル	52	52	51	53	49	56	54	54
24	300万円以下の借金	51	51	55	63	53	50	47	49
25	上司とのトラブル	51	51	50	52	48	55	53	50
26	抜てきに伴う配置転換	51	51	52	49	47	54	55	54
27	息子や娘が家を離れる	50	50	50	51	49	52	52	52
28	結婚	50	50	50	50	50	50	50	50

注：点数が高いほどストレス強度が強い

2) 年代・ポスト別の比較

年代別に各項目における最高点を求めた。表3に示したようにストレス強度が高いと言われている30歳代では「親族の死」や「夫婦の別居」、「多忙による心身の過労」、「家族の健康上の大きな変化」、「収入の減少」、「法律的トラブル」、「上司とのトラブル」、「息子や娘が家を離れる」の8項目（仕事関連は4項目）がトップであった。40歳代では「転職」や「会社の建て直し」、「人事異動」、「労働条件の大きな変化」、「配置転換」、「抜てきにともなう配置転換」、「息子や娘が家を離れる」の7項目で、実に6項目が仕事関連。すなわち30-40歳代における仕事ストレスは強いと言える。

次に、ポスト別に検討すれば、部長の強いストレスは「親族の死」や「夫婦の別居」で家族のストレスのみであった。部長は仕事・昇進競争の中で生き残った人、ある意味での成功者とすれば仕事ストレスが他の役職より低いのは、納得できるだろう。部長と部下の要求のあいだで、板挟みになりやすい課長では「配偶者の死」や「離婚」、「多忙による心身の過労」、「仕事上のミス」、「転職」、「左遷」、「会社が吸収合併される」、「配置転換」、「同僚との人間関係」、「上司とのトラブル」、「抜てきにともなう配置転換」の11項目がトップであり、仕事ストレスが強いのがわかる。係長では「離婚」や「多忙による心身の過労」の2項目のみで、少なかった。現場と事務管理部門との板挟みになりやすい現場の責任者である、班長では「会社の倒産」や「会社を変える」、「自分の病気やけが」、「300万円以上の借金」、「単身赴任」、「会社の建て直し」、「会社が吸収合併される」、「収入の減少」、「人事異動」、「労働条件の大きな変化」、「配置転換」、「同僚との人間関係」、「300万円以下の借金」、「上司のトラブル」の14ストレスがあり、最も項目数が多かった。以上のことから、課長と班長のストレス度は強いと考えた。

3) Holmesらの研究との比較

我々の結果をHolmesら⁷⁾の研究成果と比較すると、年代や対象者層の相違はあるが、全体では相関係数は0.82であった。65項目を内容別に、職場・家庭・個人・社会生活の4群に大別してみると、家庭生活は0.96、社会生活は0.90、個人生活は0.80であり、高い相関が見られた。しかし、職場生活は0.49と低い値を示した。わが国における勤労者の会社や職場へのストレス度は高いと考えた。

4. 最近の厚生労働省における2つの委託研究から

1) 平成14年度厚生労働省委託研究―「ストレス評価表の充実強化に関する研究」¹⁴⁾

ストレス評価表の充実強化に関する研究の流れと成果を紹介する。

(1) 目的

1999年の厚生労働省の「心理的負荷における精神障害等に係る業務上外の判断指針について」¹⁾の策定以降、本邦における、企業におけるリストラや失業率の増加、経済のグローバル・スタンダードに伴う競争などの、大きな社会変動が起きている中で、ストレス評価をより適切に行う。

(2) 対象と方法

本邦のストレス測定における専門家30人（主任研究員は夏目 誠）に、最近の企業現場で多く認められるストレスを列挙してもらった。

ストレス91項目（職場関連項目は56項目）をKJ法により抽出し、東京や大阪、名古屋、

福岡にまたがる製造業や第3次産業を含む7社、2,699人（女性673人）を対象に、4段階評価（1点、2点、3点、4点）により調査を実施した。

(3) 結果

得られたストレス強度のランキング（20位まで）を表4に示した。「嫌がらせ、いじめ、または暴行を受けた」が最も強いストレッサーであり、3.11の強度を示した。次いで「給与が減少した」の3.08、「目標管理が達成できず給与が下がった」の3.07、「違法行為を強要された」の3.06、「顧客が無理な注文をした」の3.05、「職場で欠員補充がなかった」の3.00であった。

表4. ストレス評価表の充実強化の研究による職業性ストレスの強度のランキング上位20位まで¹⁴⁾

順位	ライフイベント	点数
1	いやがらせ、いじめ、または暴行を受けた*	3.11
2	給与が減少した	3.08
3	目標管理が達成できず、給料が下がった	3.07
4	違法行為を強要された*	3.06
5	職場で顧客が無理な注文をした*	3.05
6	職場で欠員補充がなかった	3.00
7	業務を一人で担当することになった*	2.97
8	顧客からクレームを受けた	2.87
9	通勤時間が増加した	2.86
10	プライベートな情報が会社に漏れた	2.85
11	複数の仕事を担当した	2.85
12	他部署とのトラブルがあった	2.83
13	職場の宴会や旅行等への参加を強要された	2.82
14	自分が長い間担当してきた仕事が中断した	2.81
15	職場の人が自殺した	2.81
16	予算の大幅な削減を強いられた	2.79
17	労働組合の活動でトラブルがあった	2.76
18	会社の業績が悪化した	2.76
19	会社の将来への見通しが定まりにくくなった	2.75
20	作成していたデータが失われた	2.75
	研修の受講を強要された*	2.59
	早期退職制度の対象となった*	2.46
	大きな説明会や公式の場で発表した*	2.43
	非正規社員の教育を担当した*	2.34

*は指針に追加された項目

注: 点数が高いほどストレス度は強い。

(4) 考 察

バブル後の長期間にわたる不況が続き、企業を中心にリストラが行われている。いわゆる「選択と集中」を目指し、収益を上げる部門や将来性が望める部署に「人と物と予算」を集中する。一方、不採算部門は廃止か統廃合していく。そのため、かなりの人が希望退職などに追い込まれていく。それとともに従来の「年功序列、長期雇用制度」から、能力主義の人事制度が導入された。

それらを反映した「所属部署が統廃合された」や「職場で欠員の補充がなかった」、「業務を1人で担当することになった」、「早期退職制度の対象になった」、「目標管理が達成できず、給料が下がった」、「職場で再教育を受けた」のライフイベントが新たに発生したと考えた。

2) 平成18年度委託研究－「精神障害を引き起こすストレス調査に関する研究」¹⁵⁾

以下に、精神障害を引き起こすストレス調査の研究の流れと成果を紹介する。

(1) 目 的

リストラや失業率の増加、経済のグローバル・スタンダードに伴う世界的企業の競争などの大きな社会変動が起きている中で、ストレス評価をより適切に行うため、指針の「心理的負荷評価表」にない勤労者に係るストレッサーについて調査分析し、従来のストレッサーとの比較を行った。

(2) 対象と方法

ストレス研究や臨床の専門家17名（主任研究員は夏目 誠）は、現在の職場の実態や診療、文献等から37項目のストレッサーを抽出した。それを基に、首都圏や大阪府、愛知県の7企業3,854人（女性496人）を対象に、点数法を用いて11段階評価（0－10点）で調査を実施した。

(3) 結 果

表5に示したように、強いストレス（6点以上）では、「会社が倒産した」の6.5点であり、次いで「上司から強度の叱責を受けた」の6.2点、「職場で嫌がらせ、いじめを受けた」の6.1点であった。次いで5点台では、「職場で暴行を受けた」の5.9点、「自分の関係する仕事で多額の損失を出した」の5.8点、「仕事が忙しすぎる」の5.7点、「顧客や取引先から無理な注文を受けた」の5.7点、「仕事をする上で、職場の協力体制が悪い」の5.6点、「自分が長い間担当していた仕事が廃止された」の5.6点のイベントが生じた。

表5. 平成18年度の研究による職業性ストレスの強度ランキング上位20位まで⁽¹⁵⁾

順位	ライフイベント	点数
1	会社が倒産した	6.5
2	上司から強度の叱責を受けた*	6.2
3	職場で嫌がらせ、いじめを受けた*	6.1
4	職場で暴行を受けた*	5.9
5	納得のいかない人事査定を受けた	5.8
6	自分の関係する仕事で多額の損出を出した*	5.8
7	仕事が忙しすぎる	5.7
8	顧客や取引先から無理な注文を受けた*	5.7
9	仕事をする上で、職場の協力体制が悪い	5.6
10	自分が長い間担当していた仕事が廃止された	5.6
11	仕事で海外において危険な事件にあったり、危害を受けたりした	5.6
12	1ヶ月以上にわたって休暇が、まったく取れなかった	5.6
13	仕事に見合った給料をもらっていない	5.5
14	自分の能力が正当に評価されない	5.5
15	派遣・契約・請負社員として仕事上で不利益な扱いを受けた	5.4
16	会社でリストラ・組織の再編・人事削減が行われ自分の業務負担が増大した	5.3
17	24時間オン・コール体制で仕事をするに成った	5.3
18	部下とのトラブルがあった	5.3
19	職場で欠員の補充がなかった	5.2
20	介護休暇や育児休暇が取れなかった	5.2
	業務を1人で担当するようになった*	4.6
	自分の所属部署が統廃合を受けた*	4.1
	上司が不在になることにより、その代行を任された*	3.8

*は指針に追加された項目

注: 点数が高いほどストレス度は強い。

(4) 考 察

世界市場において企業の競争が激烈になり、低価格にするために人件費は圧縮された。また派遣労働者の増加等を背景に「仕事をする上で、職場の協力体制が悪い」、「派遣先企業で仕事をするようになった」、「契約・派遣・請負・パート・アルバイトといった種々の社員の混在に伴う職務混乱が生じた」の新しいイベントが生じた。さらには正社員の労働も過密になり「複数でしていた仕事を1人で担当する」などのイベントが生じている。

3) 2つの委託研究からのまとめ

前述の平成14年度と平成18年度の研究から2つのポイントを抽出した。それは『リストラ関連』と『対人関係関連』の職業性ストレスである。その結果を表6に示した。表から明らかなようにリストラ関連の項目が多いのがわかる。

表6. リストラ、対人関係の職業性ストレスのまとめ

リストラ関連のイベント	
1	所属部署が統廃合された
2	職場で欠員補充がなかった
3	業務を1人で担当することになった
4	仕事をする上で、職場の協力体制が悪い
5	1ヶ月以上にわたって休暇が、まったく取れなかった
6	仕事に見合った給料をもらっていない
7	会社が倒産した
8	経営赤字などにより、会社の将来への見通しが立たなくなった
9	下請け企業に対して低価格の要求をした
10	早期退職制度の対象になった
11	職場で再教育を受けた
12	目標管理が達成できず、給料が下がった
13	親会社の指導・監督等を受けた
対人関係関連のイベント	
1	上司から強度の叱責を受けた
2	職場で嫌がらせ、いじめ、暴行を受けた
3	違法行為やコンプライアンス無視を指示された
4	顧客からの無理な注文

4) 職業性ストレスの時代的推移

この25年間にわたる職業性ストレスの時代的推移を図示した。すなわち1980年代の職場でよくみられるストレスを示した。この20年間に発生したイベントの多くは『リストラ関連』のストレスと『対人関係関連』を示したストレスである。特に『リストラ関連』のストレスが多項目にわたるのが特徴である。

5. 「心理的負荷に関する精神障害等の労災認定基準」改正と職業性ストレス

専門家を中心にした厚生労働省の「心理的負荷検討委員会」によって指針の改正(2009年4月)⁵⁾が行われた。ポイントは新たに12項目が追加されたことである。その基礎データになったのは、上記に紹介した2つの委託研究成果である。12項目中11項目が該当する。

それを強度別に示したのが以下の項目である。

1. III = 【最も強いストレス】 ▼ひどい嫌がらせやいじめ、暴行を受けた
2. II = 【中等度のストレス】 ▼違法行為を強要された▼仕事で多額の損失を出した▼顧客や取引先から無理な注文を受けた▼達成困難なノルマが課された▼複数で担当していた業務を一人で担当するようになった
3. I = 【軽度のストレス】 ▼研修や会議の参加を強要された▼大きな説明会や公式の場で発表を強いられた▼不在になった上司の代行を任された▼早期退職の対象となった▼所属部署が統廃合された▼担当外の業務として非正規社員の教育を担当した

〔引用文献〕

- 1) 労働者労働基準局長通達「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」、平成11年9月14日、基発第544号
- 2) 精神障害者等の労災認定に係る専門検討会：精神障害者等の労災認定に係る専門検討会報告書,1999.
- 3) 改訂版精神障害等の認定と事例：厚生労働省労働基準局補償課編、労務行政、2006.
- 4) 原田憲一：疾病の病因論－脆弱性－ストレスの系譜,産業精神保健 8：8-15,2000.
- 5) 職場における心理的負荷評価法の見直し等に関する検討会報告書，職場における心理的負荷評価法の見直し等に関する検討会，平成21年3月
- 6) 原谷隆史,川上憲人,荒木俊一：日本版NIOSH職業性ストレス調査票の信頼性及び妥当性,産業医学 35（臨時増刊）,S214,1993.
- 7) Holmes TH, Rahe RH. : The Social readjustment rating scale, J.Psychosom.Res. 11:213-218,1967.
- 8) Holmes T.H. Masuda ,M. :Life Change and Illness Susceptibility. In :B.S.Doherenwend (ed) :Stressfull Life Events:Their Nature and Effects.J.Wiley,New York,1974.
- 9) Rahe RH,Meyer M,Kjaer G, et al : Social stress and illness onset.J.Psycho- som.Res 8:35-44,1964.
- 10) Elaine Wethington, George W. Brown, and Ronald C. Kessler：インタビューによるストレスフル・ライフイベントの測定、シェルドン・コーエン、ロナルドC. ケスラー、リン・アンダー・ウッド・ゴードン編著、監訳者小杉正太郎、ストレス測定法、川島書店 1999,PP83-113
- 11) R.Jay Turner and Bliar Wheaton：チェックリスト法を用いたストレスフルライフイベントの測定（Sheldon Cohen,etal、小杉正太郎監訳）ストレス測定法、川島書店、1999,PP39-81
- 12) 夏目 誠,村田 弘, 藤井久和：勤労者におけるストレス評価法（第1報）－点数法によるストレス度の 自己評価の試み－.産業医学 30：266-279,1988.
- 13) 夏目 誠：勤労者におけるストレス評価法（第2報）,産業衛生学会誌, 42, 107－118,2001.
- 14) 夏目 誠,岡田 章,永田頌史ほか：ストレス評価表の充実に関する研究、厚生労働省平成14年度委託研究報告書,1-55,2003
- 15) 夏目 誠,荒井 稔,黒木宣夫ほか：「精神障害を引き起こすストレス調査に関する研究」に関する報告書、平成18年度厚生労働省労働基準局委託研究報告書,1-102,2007

2 平成21年度 精神障害等による労働災害を踏まえた職場環境等の改善によるメンタルヘルス不調の予防を推進するための事業

東邦大学医療センター佐倉病院

精神神経医学研究室

黒木宣夫

1. はじめに

2007年度の精神障害の労災請求件数は952件（自殺請求178件）で過去最高を更新、2008年度は927件（自殺請求148件）、実際に労災認定された件数は07年は268件、08年度は269件と認定件数は、高い水準を維持している。2008年度は269件（支給決定件数862の31.2%）が労災認定され、業務起因性の自殺未遂を含む自殺者は66件、2001年度（31件）の2倍以上が労災認定されている。2007年度（81件）に比べると2008年度の自殺認定件数は減少したが、自殺を含めた精神障害の認定件数は増加傾向にある。本事業では、労災認定事案に関して、その原因、周囲のサポートの有無等について分類・分析し、職場改善等の予防対策に資する要因について検討を行う。この検討結果を踏まえ、職場環境の改善である一次予防を事業者が行うに当たり、活用できる資料等を作成することによって、メンタルヘルス不調等に効果的な対策を図ることを目的とする。

2. 調査対象と調査方法

厚生労働省から提示された平成15～20年までの労災認定事例1094例を年度ごとに整理した。1094例の内訳は、災害事案414例、塵肺後に精神障害が併発した事案7例、塵肺で療養中に自殺した5例、自殺既遂事案302例、自殺未遂22例、精神障害344例であった。今回、自殺未遂を含めた自殺事案324例、精神障害事案344例に関して詳細に精神医学的検討を加えたので報告する。上記期間の災害事案に関して、多発外傷、頭部外傷などの労働者自らが身体外傷に遭遇して精神障害に罹患した事例は除外したが、災害に二次的に巻き込まれた事案で怪我（外傷）はなかったものの別の業務過重が存在した事例は含まれている。今回、検討した事案は「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1」により精神障害専門部会の検討の上、労働基準監督署より全例、業務上と労災認定された事案である。また、下記の調査項目に関して調査し、統計学的手法を用いて分析した。

1) 調査項目

年齢、性別、事業所規模、自殺既往、自殺の手段、医療機関への通院状況、仕事上の出来事、仕事以外の出来事、診断名：検討された病名、出来事から発病までの期間、出来事から自殺までの期間、発病から自殺までの期間、家族が気づいた兆候、職場の気づいた兆候、周囲のサポートの有無、時間外労働の有無、休日出勤の有無。

2) 分析方法

自殺事案、精神障害事案に関しては、自殺未遂を含めた自殺事案と精神障害事案に分類して比較検討を行い、自殺既遂事案に関して100時間を境にして、99時間以内の時間外労働、100時間以

上の時間外労働に分類し、また精神障害事案に関しては、性別分類、99時間以内の時間外労働、100時間以上の時間外労働に分類して精神医学的検討を行った。

統計学的検討は、山村班員が専門的観点から実施した。統計学的検討は、全体的な傾向を調査するために探索的に行った。p値や仮説検定の有意性に関する記述を多用したが、多重性等の考慮はしていない。平均値の差の検定にはt検定、比率の検定は χ^2 乗検定とFisherの正確検定を用いた。自殺に至るリスクに関する検討では、ロジスティック回帰分析を用い、偏回帰係数から要因の調整オッズをもとめた。

解析にはJMP8.01 (SASインスティテュートジャパン) を用いた。

3. 調査結果

1) 自殺事案と精神障害事案

(1) 性別分類

性別(表1)	自殺事案		精神障害事案		件数	
女	8	2.5%	112	32.6%	120	18.0%
男	316	97.5%	232	67.4%	548	82.0%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

男性が全体の82% (548)、女性18% (120) であり、自殺事案の中における女性の割合は2.5% (8)、精神障害事案

の中でも32.6% (112) にすぎず、圧倒的に男性が多くみられた。

(2) 年 齢

年齢(表2)	自殺事案		精神障害事案		件数	
10～19	1	0.3%	2	0.6%	3	0.4%
20～29	51	15.7%	89	25.9%	140	21.0%
30～39	101	31.2%	134	39.0%	235	35.2%
40～49	80	24.7%	89	25.9%	169	25.3%
50～59	85	26.2%	27	7.8%	112	16.8%
60～69	6	1.9%	3	0.9%	9	1.3%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺事案は40～59歳までの中高年齢層が50.9% (165) を占めたが、精神障害事案は33.7% (116) であり、30～39歳が約4割を占めていた。

(3) 学 歴

学歴(表3)	自殺事案		精神障害事案		件数	
高卒	78	24.1%	93	27.0%	171	25.6%
高卒(中退)	3	—	5	1.5%	8	1.2%
専門学校	31	9.6%	51	14.8%	82	12.3%
専門学校(中退)	1	—	1	—	2	0.3%
短大	1	—	18	5.2%	19	2.8%
短大(中退)	—	—	1	—	1	0.1%
高専	6	1.9%	4	1.2%	10	1.5%
高専(中退)	1	—	—	—	1	0.1%
大学	161	49.7%	120	34.9%	281	42.1%
大学(中退)	4	1.2%	3	0.9%	7	1.0%
大学院	18	5.6%	12	3.5%	30	4.5%
記載なし・不明	20	6.2%	36	10.5%	56	8.4%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺事案は大学・大学院卒の高学歴者が自殺事案全体の55.2% (179)、精神障害事案は38.4% (132) を占めており、差異がみられた。

(4) 家族構成

家族構成(表4)	自殺事案		精神障害事案		件数	
単身	32	9.9%	53	15.4%	85	12.7%
夫婦	36	11.1%	45	13.1%	81	12.1%
二世帯	203	62.7%	190	55.2%	393	58.8%
三世帯	45	13.9%	42	12.2%	87	13.0%
四世帯	6	1.9%	1	0.3%	7	1.0%
記載なし・不明	2	0.6%	13	3.8%	15	2.2%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

両事案とも二世帯が多く、自殺事案62.7% (203)、精神障害事案55.2% (190) であった。

(5) 事業所規模

事業所規模(表5)	自殺事案		精神障害事案		件数	
10人未満	23	7.1%	49	14.2%	72	10.8%
10～29人	53	16.4%	63	18.3%	116	17.4%
30～49人	32	9.9%	32	9.3%	64	9.6%
50～499人	123	38.0%	94	27.3%	217	32.5%
500～999人	14	4.3%	27	7.8%	41	6.1%
1000人以上	56	17.3%	35	10.2%	91	13.6%
不明	23	7.1%	44	12.8%	67	10.0%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺事案、精神障害事案ともに50～499人が最も多く、それぞれ38% (123)、27.3% (94) であった。

(6) 業 種

業種(表6)	自殺事案		精神障害事案		件数	
製造業	69	21.3%	56	16.3%	125	18.7%
卸・小売業	42	13.0%	60	17.4%	102	15.3%
情報通信業	38	11.7%	53	15.4%	91	13.6%
建設業	61	18.8%	19	5.5%	80	12.0%
保健・衛生業(医療・福祉等)	14	4.3%	44	12.8%	58	8.7%
交通運輸業	25	7.7%	27	7.8%	52	7.8%
サービス業	15	4.6%	26	7.6%	41	6.1%
飲食宿泊業	10	3.1%	15	4.4%	25	3.7%
金融・保険業	13	4.0%	12	3.5%	25	3.7%
電気・ガス・水道	11	3.4%	6	1.7%	17	2.5%
教育・学習支援業	2	0.6%	12	3.5%	14	2.1%
農業・林業・漁業・鉱業	10	3.1%	1	0.3%	11	1.6%
不動産業	5	1.5%	4	1.2%	9	1.3%
その他	9	2.8%	9	2.6%	18	2.7%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺事案で最も多い業種は製造業21.3% (69)、建設業18.8% (61)、卸・小売業13% (42)、情報通信11.7% (38) であり、精神障害事案は卸・小売業17.4% (60)、製造業16.3% (56)、情報通信15.4% (53) であった。

(7) 職 種

職種(表7)	自殺事案		精神障害事案		件数	
サービス職業従事者	14	4.3%	23	6.7%	37	5.5%
運輸・通信従事者	16	4.9%	22	6.4%	38	5.7%
管理的職業従事者	140	43.2%	80	23.3%	220	32.9%
事務従事者	25	7.7%	47	13.7%	72	10.8%
生産工程労務	16	4.9%	30	8.7%	46	6.9%
専門的・技術的職業従事者	95	29.3%	111	32.3%	206	30.8%
販売従事者	16	4.9%	28	8.1%	44	6.6%
保安	—	—	1	0.3%	1	0.1%
その他の職種	2	0.6%	2	0.6%	4	0.6%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺事案で最も多い職種は管理職43.2% (140)、専門技術職29.3% (95) が多く、精神障害事案は専門技術職が32.3% (111)、管理職23.3% (80) であった。

(8) 職 位

職位(表8)	自殺事案		精神障害事案		件数	
一般	99	30.6%	183	53.2%	282	42.2%
主任・係長相当	89	27.5%	69	20.1%	158	23.7%
課長	52	16.0%	28	8.1%	80	12.0%
部長	39	12.0%	13	3.8%	52	7.8%
支店長	16	4.9%	32	9.3%	48	7.2%
役員	17	5.2%	1	0.3%	18	2.7%
不明	12	3.7%	18	5.2%	30	4.5%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺事案は主任・係長、課長、部長が多く、55.6% (180) を占め、精神障害事案は32.0% (110) であった。

(9) 同居家族

同居家族(表9)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	262	80.9%	261	75.9%	523	78.3%
なし	57	17.6%	58	16.9%	115	17.2%
不明	5	1.5%	25	7.3%	30	4.5%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

同居家族がいる事例は、全体の78.3% (523) であった。

(10) 単身赴任

単身赴任の有無(表10)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	31	9.6%	11	3.2%	42	6.3%
なし	231	71.3%	262	76.2%	493	73.8%
不明	62	19.1%	71	20.6%	133	19.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

単身赴任をしている自殺事案は9.6% (31)、精神障害事案は3.2% (11) であった。

(11) 転職回数

転職回数(表11)	自殺事案		精神障害事案		件数	
0	151	46.6%	92	26.7%	243	36.4%
1	60	18.5%	62	18.0%	122	18.3%
2	31	9.6%	52	15.1%	83	12.4%
3	28	8.6%	46	13.4%	74	11.1%
3	—	—	1	0.3%	1	0.1%
4	16	4.9%	26	7.6%	42	6.3%
5	13	4.0%	23	6.7%	36	5.4%
6	5	1.5%	5	1.5%	10	1.5%
7	—	—	3	0.9%	3	0.4%
8	1	0.3%	—	—	1	0.1%
9	—	—	1	0.3%	1	0.1%
10	2	0.6%	1	0.3%	3	0.4%
15	—	—	1	0.3%	1	0.1%
不明	17	5.2%	31	9.0%	48	7.2%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺事案は転職していない事例が46.6% (151)、精神障害事案は26.7% (92) で差異がみられた。

(12) 既婚の有無

既婚の有無(表12)	自殺事案		精神障害事案		件数	
既婚	239	73.8%	164	47.7%	403	60.3%
独身	85	26.2%	164	47.7%	249	37.3%
不明	—	—	16	4.7%	16	2.4%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺事案は既婚者が73.8% (239) と圧倒的に多く、精神障害事案は47.7% (164) で差異がみられた。

(13) 雇用形態

雇用形態(表13)	自殺事案		精神障害事案		件数	
正規社員	314	96.9%	312	90.7%	626	93.7%
非正規社員	2	—	10	2.9%	12	1.8%
その他(役員)	2	0.6%	—	—	2	0.3%
記載なし・不明	6	1.9%	22	6.4%	28	4.2%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

正規職員が両事案とも多く、全体の事例の93.7% (629) を占めた。

(14) 出向の有無

出向の有無(表14)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	34	10.5%	12	3.5%	46	6.9%
なし	233	71.9%	263	76.5%	496	74.3%
不明	57	17.6%	69	20.1%	126	18.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

出向している事例は、自殺事案は10.5% (34)、精神障害事案は3.5% (12) であった。

(15) 部下の有無

部下の有無(表15)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	180	55.6%	123	35.8%	303	45.4%
なし	89	27.5%	156	45.3%	245	36.7%
不明	55	17.0%	65	18.9%	120	18.0%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

部下がいる事例は自殺事案は55.6% (180)、精神障害事案は35.8% (123) であった。

(16) 上司・部下の支援

上司・部下の支援(表16)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	36	11.1%	13	3.8%	49	7.3%
なし	123	38.0%	163	47.4%	286	42.8%
不明	165	50.9%	168	48.8%	333	49.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

上司部下の支援がある事例が、自殺事案は11.3% (36)、精神障害事案は3.8% (13) であった。

(17) 職場からの孤立

職場からの孤立(表17)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	17	5.2%	29	8.4%	46	6.9%
なし	22	6.8%	14	4.1%	36	5.4%
不明	285	88.0%	301	87.5%	586	87.7%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

職場から孤立していた事例が、自殺事案は5.2% (17)、精神障害事案は8.4% (29) であった。

(18) 産業医の関与

産業医の関与(表18)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	21	6.5%	23	6.7%	44	6.6%
なし	47	14.5%	29	8.4%	76	11.4%
不明	256	79.0%	292	84.9%	548	82.0%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

産業医の関与がみられた事例は、自殺事案は6.5% (21)、精神障害事案が6.7% (23) であった。

(19) 産業医の意見書

産業医の意見書(表19)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	20	6.2%	19	5.5%	39	5.8%
なし(産業医のいない事業場合含む)	274	84.6%	284	82.6%	558	83.5%
不明	30	9.3%	41	11.9%	71	10.6%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

産業医の意見書があった事例は、自殺事案6.2% (20)、精神障害事案5.5% (19) であった。

(20) 産業医の有無

産業医の有無(表20)	自殺事案		精神障害事案		件数	
いる	29	9.0%	24	7.0%	53	7.9%
いない	8	2.5%	11	3.2%	19	2.8%
不明	287	88.6%	309	89.8%	596	89.2%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

産業医がいる事例は、自殺事案9.0% (29)、精神障害事案7% (24) であった。

(21) 精神科医の有無

精神科医の有無(表21)	自殺事案		精神障害事案		件数	
いる	10	3.1%	26	7.6%	36	5.4%
いない	11	3.4%	6	1.7%	17	2.5%
不明	303	93.5%	312	90.7%	615	92.1%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

精神科医がいた事例は、自殺事案3.1 (10)、精神障害事案7.6% (26) であった。

(22) 相談室の有無

相談室の有無(表22)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	5	1.5%	4	1.2%	9	1.3%
その他(相談室に準ずるもの)	—	—	2	0.6%	2	0.2%
なし	3	0.9%	4	1.2%	7	1.0%
不明	316	97.5%	334	97.1%	650	97.3%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

相談室がある事例は、自殺事案1.5% (5)、精神障害事案1.2% (4) であった。

(23) EAPとの契約

外部EAPとの契約(表23)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	4	1.2%	1	0.3%	5	0.7%
なし	3	0.9%	3	0.9%	6	0.9%
不明	317	97.8%	340	98.8%	657	98.4%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

外部EAPとの契約がみられた事案は、自殺事案1.2% (4)、精神障害事案0.3% (1) のみであった。

(24) 長時間残業者の面接

長時間労働者面接(表24)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	5	1.5%	3	0.9%	8	1.2%
なし	2	0.6%	2	0.6%	4	0.6%
不明	317	97.8%	339	98.5%	656	98.2%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

長時間残業者への面接指導が行われていたことを確認できた事例は、自殺事案1.5% (5)、精神障害事案0.9% (3) であった。しかし、今回の調査は

労災認定のための資料から判断したものであり、不明の事案が多くみられたので、実際に面接が行われていたかどうかは確認できなかった。

(25) 事業所の対策

事業所の対策(表25)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	35	10.8%	16	4.7%	51	7.6%
なし	116	35.8%	161	46.8%	277	41.5%
不明	173	53.4%	167	48.5%	340	50.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

事業所が労災防止のための対策（メンタルヘルス対策）を取っていたことが確認できた事例は、自殺事案は10.8% (35)、精神障害事案は4.7% (16) であった。

(26) 復職支援制度の有無

復職支援制度(表26)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	1	0.3%	—	—	1	0.1%
なし	2	0.6%	1	0.3%	3	0.4%
不明	321	99.1%	343	99.7%	664	99.4%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

復職支援制度が確認できたのは、自殺事案1例のみであった。

(27) 復職支援の有無

職場支援の有無(表27)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	39	12.0%	12	3.5%	51	7.6%
なし	145	44.8%	199	57.8%	344	51.5%
不明	140	43.2%	133	38.7%	273	40.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

復職支援が確認できた事例は、自殺事案は12% (39)、精神障害事案は3.5% (12) であった。

(28) 診療科受診の有無

診療科受診歴(今回)(表28)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	101	31.2%	340	98.8%	441	66.0%
なし	219	67.6%	4	1.2%	223	33.4%
記載なし・不明	4	1.2%	—	—	4	0.6%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

診療科を受診していない事例が、自殺事案は67.6% (219) もみられた一方、精神障害事案は4例のみであった。

(29) 受診した診療科

受診した診療科(表29)	自殺事案		精神障害事案		件数	
精神科・神経科	84	25.9%	281(8)	81.7%	365	54.6%
心療内科	2	0.6%	43(12)	12.5%	45	6.7%
救急科	1	0.3%	3(4)	0.9%	4	0.6%
内科	12(1)	3.4%	12(4)	3.5%	24	3.4%
脳外科・整形外科・耳鼻・泌尿・皮膚	2(2)	0.6%	1(19)	0.3%	3	0.4%
受診せず	219	67.6%	—	—	219	32.8%
その他・不明	4	1.5%	4	1.2%	8	0.6%
合 計	324	100%	344	100%	668	99%

精神科、心療内科を受診した事例は、自殺事案26.5% (86)、精神障害事案は94.2% (324) であった。

()は複数科受診

(30) 精神科受診歴

精神科受診歴(過去)(表30)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	57	17.6%	91	26.5%	148	22.2%
なし	254	78.4%	233	67.7%	487	72.9%
記載なし・不明	13	4.0%	20	5.8%	33	4.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

過去に精神科受診歴がある事例は、自殺事案17.6% (57)、精神障害事案26.5% (91) であった。

(31) 精神科入院の既往

精神科入院の既往(過去)(表31)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	5	1.5%	12	3.5%	17	2.5%
なし	262	80.9%	258	75.0%	520	77.8%
不明	57	17.6%	74	21.5%	131	19.6%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

精神科入院の既往のある事例は、自殺事案1.5% (5)、精神障害事案3.5% (12) であった。

(32) 他科受診歴

他科受診歴(表32)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	243	75.0%	255	74.1%	498	74.6%
なし	32	9.9%	26	7.6%	58	8.7%
不明	49	15.1%	63	18.3%	112	16.8%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

他科受診歴は、全体の74.6% (498) にみられた。

(33) 出来事の類型

出来事の類型(表33)-実数-	自殺事案		精神障害事案	
出来事なし	1	0.3%	3	0.9%
仕事の失敗、過重な責任の発生	177	54.6%	118	34.3%
仕事の質・量の変化	205	63.3%	200	58.1%
事故や災害の体験	3	0.9%	13	3.8%
身分の変化等	18	5.6%	32	9.3%
対人関係のトラブル	42	13.0%	103	29.9%
対人関係の変化	18	5.6%	12	3.5%
役割・地位等の変化	89	27.5%	71	20.6%

「仕事の失敗、過重な責任の発生」した事例は、自殺事案54.6% (177)、精神障害事案34.3% (118)、「仕事の質・量の変化」した事例は、自殺事案63.3% (205)、精神障害事案58.1% (200) であった。次に「役割地位の変化」が自殺事案全体の27.5% (89)、精神障害事案20.6% (71) であった。「対人関係のトラブル」は、精神障害事案に多く、29.9% (103) もみられたが、自殺事案に関しては13.0% (42) であった。

(34) 仕事の失敗、過重な責任の発生

仕事の失敗、過重な責任の発生等(表34)	自殺事案		精神障害事案		件数	
ノルマが達成できなかったⅡ	69	21.3%	23	6.7%	92	13.4%
会社で起きた事故(事件)について、責任を問われたⅡ	25	7.7%	21	6.1%	46	6.7%
顧客とのトラブルⅡ	11	3.4%	16	4.7%	27	3.9%
交通事故(重大な人身事故、重大事故)を起こしたⅢ	4	1.2%	10	2.9%	14	2.0%
自分の関係する仕事で多額の損失を出したⅡ	3	0.9%	0	0.0%	3	0.4%
重大な仕事上のミスをしたⅢ	58	17.9%	19	5.5%	77	11.2%
新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	41	12.7%	30	8.7%	71	10.3%
労働災害(重大な人身事故、重大事故)の発生に直接関与したⅢ	3	0.9%	22	6.4%	25	3.6%
合計	214	66.0%	141	41.0%	355	51.6%

「仕事の失敗、過重な責任の発生等」の中で自殺事案で最も多いのは、「ノルマが達成できなかった」で21.3% (69)、次に「重大な仕事上のミスをした」17.9% (58)、「新規事業の担当になった」12.7% (41) であった。精神障害事案で多いのは「新規事業の担当になった」8.7% (30)、「ノルマが達成できなかった」6.7% (23) であった。

(35) 仕事の量や質の変化

仕事の量・質の変化(表35)	自殺事案		精神障害事案		件数	
勤務・拘束時間が長時間化する出来事が生じたⅡ	76	23.5%	69	20.1%	145	21.1%
勤務形態に変化があったⅠ	4	1.2%	5	1.5%	9	1.3%
仕事のペース、活動の変化があったⅠ	1	0.3%	6	1.7%	7	1.0%
仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があったⅡ	165	50.9%	153	44.5%	318	46.2%
職場のOA化が進んだⅠ	1	0.3%	2	0.6%	3	0.4%
合計	247	76.2%	235	68.3%	482	70.1%

「仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった」は、自殺事案50.9% (165)、精神障害事案44.5% (153) であった。次に「勤務・拘束時間が長時間化する出来事が生じた」で自殺事案は23.5% (76)、精神障害事案20.1% (69) であった。

(36) 身分の変化

身分の変化等(表36)	自殺事案		精神障害事案		件数	
左遷されたⅡ	4	1.2%	5	1.5%	9	1.3%
仕事上の差別・不利益取扱いⅡ	3	0.9%	8	2.3%	11	1.6%
出向したⅡ	8	2.5%	2	0.6%	10	1.5%
退職を強要されたⅢ	4	1.2%	18	5.2%	22	3.2%
合計	19	5.9%	33	9.6%	52	7.6%

「出向した」が自殺事案では2.5% (8)、精神障害事案は0.6% (2)、「退職を強要された」では自殺事案は1.2% (4)、精神障害事案5.2% (18) であった。

(37) 役割・地位の変化

役割・地位等の変化(表37)	自殺事案		精神障害事案		件数	
自分の昇格・昇進があったⅠ	25	7.7%	20	5.8%	45	6.5%
転勤をしたⅡ	35	10.8%	26	7.6%	61	8.9%
配置転換があったⅡ	33	10.2%	22	6.4%	55	8.0%
部下が減ったⅠ	7	2.2%	7	2.0%	14	2.0%
部下が増えたⅠ	7	2.2%	2	0.6%	9	1.3%
合計	107	33.0%	77	22.4%	184	26.7%

「転勤をした」、「配置転換があった」の合計は、自殺事案21% (68)、精神障害事案14% (48) であった。

(38) 対人関係のトラブル

対人関係のトラブル(表38)	自殺事案		精神障害事案		件数	
ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けたⅢ	1	0.3%	3	0.9%	4	0.6%
セクシュアルハラスメントを受けたⅡ	—	—	18	5.2%	18	2.6%
上司とのトラブルがあったⅡ	35	10.8%	78	22.7%	113	16.4%
同僚とのトラブルがあったⅠ	5	1.5%	9	2.6%	14	2.0%
部下とのトラブルがあったⅠ	5	1.5%	3	0.9%	8	1.2%
合計	46	14.2%	111	32.3%	157	22.8%

「セクシュアルハラスメントを受けた」は精神障害事案のみで18例 (5.2%) にみられた。「上司とのトラブルがあった」は、自殺事案35件 (10.8%)、精神障害事案78件 (22.7%) であった。

(39) 対人関係の変化

対人関係の変化(表39)	自殺事案		精神障害事案		件数	
昇進で先を越されたⅠ	2	0.6%	1	0.3%	3	0.4%
上司が替わったⅠ	13	4.0%	11	3.2%	24	3.5%
理解してくれていた人の異動があったⅠ	3	0.9%	1	0.3%	4	0.6%
合計	18	5.6%	13	3.8%	31	4.5%

「上司が替わった」は、自殺事案4% (13)、精神障害事案3.2% (11) であった。

(40) 個人の出来事

個人の出来事Ⅰ(表40)	自殺事案		精神障害事案		件数	
金銭関係	28	8.6%	15	4.4%	43	6.3%
事件、事故、災害の体験	9	2.8%	8	2.3%	17	2.5%
自分の出来事	86	26.5%	84	24.4%	170	24.7%
自分以外の家族・親族の出来事	76	23.5%	59	17.2%	135	19.6%
住環境の変化	20	6.2%	14	4.1%	34	4.9%
他人との人間関係	15	4.6%	17	4.9%	32	4.7%
その他	1	—	3	0.9%	4	0.6%
合計	235	72.5%	200	58.1%	435	63.2%

プライベートな「自分の出来事」は、自殺事案26.5% (86)、精神障害事案は24.4% (84) であった。

(41) 自殺（企図）手段

自殺（企図）手段（表41）	自殺事案	
縊死	182	56.2%
飛び降り・投身	59	18.2%
ガス中毒（一酸化炭素中毒等）	31	9.6%
轢死	13	4.0%
刺切傷	12	3.7%
焼死	10	3.1%
溺死	7	2.2%
服薬・服毒	6	1.9%
その他	4	1.2%
合 計	324	100%

縊死が圧倒的に多く、全体の56.2%（182）、次に飛び降り・投身18.2%（59）、ガス中毒9.6%（31）であった。

(42) 自殺サイン

自殺サイン（希死念慮企図等）（表42）	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	71	21.9%	14	4.1%	85	12.7%
なし	81	25.0%	10	2.9%	91	13.6%
その他	2	0.6%	—	—	2	0.3%
不明	170	52.5%	320	93.0%	490	73.4%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

自殺サインありは自殺事案21.9%（71）、精神障害事案4.1%（14）であり、5分の1しか自殺サインがなかったということになる。

(43) 自殺場所

自殺場所（表43）	自殺事案	
ホテル	7	2.2%
マンション、住宅等の高層建物	10	3.1%
河川敷、川、橋	13	4.0%
会社・勤務関連・職場近く	69	21.3%
海、海岸	6	1.9%
記載なし・不明	7	2.2%
公園、神社、墓地、他	14	4.3%
山、林、農道、	33	10.2%
自宅・実家	104	32.1%
車中、駐車場、道路	31	9.6%
出張先関連	5	1.5%
鉄道	14	4.3%
病院	2	0.6%
不明	9	2.8%
合 計	324	100%

自宅・実家で自殺した事例が32.1%（104）で最も多く、次に会社、勤務関連、職場近くで自殺した事例が21.3%（69）であった。

(44) 自殺企図の転帰

自殺企図の転帰(表44)	自殺事案	
既遂	301	92.9%
既遂(4/26自殺、5/2脳ヘルニアにて死亡)	1	0.3%
未遂	22	6.8%
合 計	324	100%

1例を除いてすべて自殺したのち発見されていた。

(45) 周囲の精神症状の気づき

周囲の精神症状の気づき(表45)	自殺事案		精神障害事案		件数	
妻は不眠・体重減少…知っていたが、うつ病で悩んでいたとは知らなかった	1	0.2%	—	—	1	0.1%
誰も気づいていなかった	3	0.6%	1	0.4%	4	0.6%
その他(自ら認識)	—	0.0%	1	0.4%	1	0.1%
近所の住人、ヘアサロン	1	0.2%	1	0.4%	2	0.3%
友人、恋人、同棲相手、婚約者	9	1.9%	5	2.2%	14	2.0%
家族が気づいていた	251	52.7%	76	33.9%	328	46.9%
産業保健スタッフが気づいていた	7	1.5%	7	3.1%	14	2.0%
上司、同僚が気づいていた	201	42.2%	133	59.4%	334	47.7%
主治医	3	0.6%	—	—	3	0.4%
合 計	476	100%	224	100%	700	100%

家族が気づいていた事例は、自殺事案52.7% (251)、精神障害事案33.9% (76)、上司、同僚が気づいていた事例は、自殺事案は42.2% (201)、精神障害事案33.9% (133) であった。

(46) 自殺企図 6 ヶ月前からの状況

自殺企図6ヶ月前からの状況(表46)	自殺事案	
精神状態の変化(抑うつ、不安、焦り、混乱など)	200	61.7%
体重減少・食欲減少、易疲労感(下痢3、頭痛2、手の震え4)	191	59.0%
明らかに元気のない様子、口数が減少、顔色悪い、笑わない、(性的不能1)	187	57.7%
不眠	143	44.1%
自分を責める言動	49	15.1%
行動パターンの変化(生活リズム、生活習慣の変化、喫煙、ガム噛む)	43	13.3%
希死念慮を窺わせる言動	42	13.0%
辞意を表明、(転職の考え、昇進嫌)	40	12.3%
業務効率の低下・ミスの増加	32	9.9%
勤怠(欠勤・遅刻)、1週間の休暇	32	9.9%
自傷・自殺未遂	28	8.6%
飲酒量の増加	10	3.1%
身なりの乱れ、口調が荒くなった、奇声、自殺当日未明、洗面所で腕毛を剃毛した跡あり、部下を大声で叱責	17	5.2%
失踪、自宅で倒れ意識消失、行方不明・泥だらけで帰宅	9	2.8%
話がかみあわない、悪口、目が虚ろ、泣く、落ち着かない	8	2.5%
特段の変化は認めなかった、不明	4	1.2%
その他(休職・退職)	2	0.6%
その他(休職、休職復職の繰り返し)	2	0.6%
(身体疾患も含めた)治療の中断、身体疾患入院	2	0.6%
その他(統合失調症にて治療中)	1	0.3%

※斜体(斜めの文字)は、職場が関係している変化。

周囲が気づいた自殺企図 6 ヶ月前からの状況は、もっとも多いのは「精神状態の変化 (抑うつ、不安、焦り、混乱などが)」61.7% (200)、「体重減少・食欲減少、易疲労感 (下痢、頭痛、手の震え)」59.0% (191)、「明らかに元気のない様子、口数が減少、顔色悪い、笑わない、(性的不能)」57.7% (187)、「不眠」44.1% (143) であった。職場が関係している変化は、「辞意を表明したり、転職を考えている、昇進は嫌だ等」は12.3% (40)、「業務効率の低下・ミスの増加」と「勤怠 (欠勤・遅刻)、1 週間の休暇」は、それぞれ9.9% (32) を占めていた。

(47) 出来事から発病までの期間

出来事から発病までの期間(表47)	自殺事案		精神障害事案		件数	
1週以内	69	21.3%	69	20.1%	138	20.7%
1週～1ヶ月	65	20.1%	58	16.9%	123	18.4%
1～2ヶ月	59	18.2%	54	15.7%	113	16.9%
2～4ヶ月	56	17.3%	58	16.9%	114	17.1%
4～6ヶ月	48	14.8%	60	17.4%	108	16.2%
6～8ヶ月	10	3.1%	17	4.9%	27	4.0%
8ヶ月～	11	3.4%	25	7.3%	36	5.4%
不明	6	1.9%	3	0.9%	9	1.3%
合 計	324	100%	344	100%	668	100.0%

出来事から1週以内に発病している事例が、自殺事案は21.3% (69)、精神障害事案は20.1% (69)、4ヶ月以内の発病は、自殺事案76.9% (249)、精神障害事案69.5% (239) であり、約7割から8割近くが、出来事から4ヶ月以内に発病していた。

(48) 発病から自殺までの期間

発病から自殺までの期間(表48)	自殺事案	
1週以内	38	11.7%
1週～1ヶ月	101	31.2%
1～2ヶ月	75	23.1%
2～4ヶ月	26	8.0%
4～6ヶ月	37	11.4%
6ヶ月～1年	22	6.8%
1～2年	15	4.6%
2年以上	1	0.3%
不明	9	2.8%
合 計	324	100%

発病から1ヶ月以内の自殺が42.9% (139)、発病から6ヶ月以内に自殺した事例は85.5% (277) にも及んだ。

(49) 発病前1ヶ月間の時間外労働

発病前1ヶ月の残業時間(表49)	自殺事案		精神障害事案		件数	
0～20時間	19	5.9%	31	9.0%	50	7.5%
21～45時間	36	11.1%	34	9.9%	70	10.5%
46～80時間	78	24.1%	45	13.1%	123	18.4%
81～100時間	34	10.5%	40	11.6%	74	11.1%
101～150時間	84	25.9%	91	26.5%	175	26.2%
151～200時間	33	10.2%	32	9.3%	65	9.7%
201時間以上	6	1.9%	8	2.3%	14	2.1%
不明	34	10.5%	63	18.3%	97	14.5%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

101時間以上の時間外労働をしていた労働者は、自殺事案38.0% (123)、精神障害事案38.1% (131) で全体の事例の約4割が101時間以上の時間外労働に従事していた。

(50) 自殺までの診断

自殺までの診断(表50)	自殺事案	
うつ状態	12	3.7%
うつ病	58	17.9%
うつ病 神経症	1	0.3%
うつ病、幻覚妄想状態	1	0.3%
うつ病、神経症	2	0.6%
うつ病等多数	1	0.3%
抑うつ状態	4	1.2%
気分障害	2	0.6%
自殺未遂で搬送された病院でうつ病と診断	1	0.3%
神経症	8	2.5%
適応障害	3	0.9%
統合失調症(疑い含む)	2	0.6%
不安神経症(整形外科)	2	0.6%
不眠症	8	2.5%
診断なし	219	67.6%
合 計	324	100%

自殺までの診断をみると、診断なしが67.6% (219) を占め、表50のようにうつ病、うつ状態が多くみられていた。

(51) 飲酒習慣

飲酒習慣の有無(表51)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	122	37.7%	80	23.3%	202	30.2%
あり(事故後は一切飲まない)	1	0.3%	—	—	1	0.1%
あり(週4回の宿直以外)	1	0.3%	—	—	1	0.1%
なし	194	59.9%	248	72.1%	442	66.2%
不明	6	1.9%	16	4.7%	20	3.0%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

飲酒習慣がある事例は自殺事案が37.7% (122)、精神障害事案は23.3% (80) であった。

(52) 飲酒頻度

飲酒頻度(表52)	自殺事案		精神障害事案		件数	
なし	66	20.4%	115	33.4%	181	27.1%
機会的	123	38.0%	125	36.3%	248	37.1%
機会的(夏は毎日)	1	0.3%	0	0.0%	1	0.1%
機会的(当直日以外)	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
記載なし・不明	4	1.2%	26	7.6%	30	4.5%
毎日	110	34.0%	58	16.9%	168	25.1%
週に1~2回	9	2.8%	6	1.7%	15	2.2%
週に3~4回	3	0.9%	6	1.7%	9	1.3%
週に4~5回	2	0.6%	1	0.3%	3	0.4%
不明	6	1.9%	6	1.7%	12	1.8%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

毎日、飲酒していた労働者は、自殺事案は34% (110)、精神障害事案は16.9% (58) であった。

(53) 1日の飲酒量

1日の飲酒量(表53)	自殺事案		精神障害事		件数	
日本酒:~1合	84	25.9%	86	25.0%	170	25.4%
日本酒:1~2合	80	24.7%	47	13.7%	127	19.0%
日本酒:3合	26	8.0%	16	4.7%	42	6.3%
日本酒:4~6合	8	2.5%	10	2.9%	18	2.7%
不明	126	38.9%	185	53.8%	311	46.6%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

ビールについては、500ccを日本酒1合に換算して計算した。全体の4分の1が1合以内の飲酒であった。

(54) 個体側要因

個体側要因(表54)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	60	18.5%	59	17.2%	119	17.8%
なし	250	77.2%	266	77.3%	516	77.2%
記載なし・不明	14	4.3%	19	5.5%	33	4.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

個体側要因がある事例は、全体の17.8% (119) であった。

(54) - 2 個体側要因の内訳

個体側要因の内容(表54-2)	自殺事案		精神障害事		件数	
アルコール依存傾向	2	3.3%	4	6.8%	6	5.0%
神経症の既往	11	18.3%	12	20.3%	23	19.3%
うつ病、自殺未遂、アルコール依存傾向	1	1.7%	—	—	1	0.8%
うつ病・うつ症状の既往	10	16.7%	10	16.9%	20	16.8%
家族の既往	4	6.7%	2	3.4%	6	5.0%
強い対人緊張	1	1.7%	—	—	1	0.8%
自殺未遂歴	4	6.7%	2	3.4%	6	5.0%
自傷行為歴	—	—	1	1.7%	1	0.8%
社会不適応状況	2	3.3%	4	6.8%	6	5.0%
身体疾患の既往	6	10.0%	9	15.3%	15	12.6%
身体疾患の既往、家族の既往	—	—	1	1.7%	1	0.8%
性格傾向(うつ病親和性)	11	18.3%	3	5.1%	14	11.8%
性格傾向(神経質、キレやすい、二面性、回避)	6	10.0%	5	8.5%	11	9.2%
精神科受診歴	1	1.7%	1	1.7%	2	1.7%
精神科受診歴、自己中心、他罰、好訴	—	—	1	1.7%	1	0.8%
先天性疾患の既往	—	—	2	3.4%	2	1.7%
知的能力低い・中等度精神遅滞	—	—	2	3.4%	2	1.7%
統合失調症の既往	1	1.7%	—	—	1	0.8%
合 計	60	100%	59	100%	119	100%

(55) 性格傾向

性格傾向(表55)	自殺事案		精神障害事		件数	
真面目、責任感、大人しい、素直、明るい	144	44.4%	112	32.6%	256	38.3%
几帳面、真面目、活発	112	34.6%	103	29.9%	215	32.2%
記載なし、不明	33	10.2%	57	16.6%	90	13.5%
神経質、協調性なし、激しい感情の起伏、自己 中心的、自尊心強い	6	1.9%	33	9.6%	39	5.8%
社交的、温和、内向的	16	4.9%	19	5.5%	35	5.2%
真面目、神経質、緊張しやすい、こだわる、執 着、ストレスため込む	10	3.1%	15	4.4%	25	3.7%
几帳面、不満、自己中心的	3	0.9%	5	1.5%	8	1.2%
合 計	324	100.0%	344	100%	668	100%

圧倒的に真面目、責任感、几帳面等の性格傾向が70.5%（471）を占め、自尊心が強い、感情の起伏が激しい、自己中心的な事例も5.8%（39）であった。また、几帳面でありながら不平、不満が強く、自己中心的な事例は1.2%（8）であった。真面目でありながら、神経質、こだわり、ストレスをため込む性格傾向は3.7%（25）であった。

性格傾向(表55-2)	自殺事案		精神障害事案		件数	
ストレスを感じるタイプではない	—	—	1	0.3%	1	0.1%
ストレスを抱え込む	5	1.5%	5	1.5%	10	1.5%
感情の起伏が激しい	2	0.6%	19	5.5%	21	3.1%
虚言癖、神経質、共感・協調性なし	—	—	1	0.3%	1	0.1%
自己中心的	—	—	1	0.3%	1	0.1%
自尊心が強い、完璧主義	2	0.6%	3	0.9%	5	0.7%
社交的、温和	14	4.3%	19	5.5%	33	4.9%
社交的、回避的	1	0.3%	—	—	1	0.1%
真面目、完全主義、柔軟性不足	—	—	1	0.3%	1	0.1%
真面目、緊張しやすい、こだわる	2	0.6%	4	1.2%	6	0.9%
真面目、責任感が強い	95	29.3%	56	16.3%	151	22.6%
真面目、責任感が強い、口下手、内向的	2	0.6%	—	—	2	0.3%
真面目、繊細、執着	3	0.9%	3	0.9%	6	0.9%
真面目、素直、衝突が苦手	4	1.2%	4	1.2%	8	1.2%
真面目、大人しい	12	3.7%	13	3.8%	25	3.7%
真面目、明るい	23	7.1%	23	6.7%	46	6.9%
真面目、明るい、思い込み・軽率	1	0.3%	—	—	1	0.1%
真面目、短気、急に怒鳴る	—	—	2	0.6%	2	0.3%
真面目、被害的	—	—	1	0.3%	1	0.1%
神経質、共感・協調性なし	2	0.6%	11	3.2%	13	1.9%
性格的に脆弱性が高い	1	0.3%	—	—	1	0.1%
責任感が強い	—	—	1	0.3%	1	0.1%
多重人格、言葉遣いが悪い	—	—	1	0.3%	1	0.1%
大人しい、内向的	6	1.9%	16	4.7%	22	3.3%
内向的、短気、不安定	1	0.3%	—	—	1	0.1%
無口、短気	—	—	1	0.3%	1	0.1%
几帳面、活発、明るい	5	1.5%	10	2.9%	15	2.2%
几帳面、自己中心的	1	0.3%	2	0.6%	3	0.4%
几帳面、真面目	48	14.8%	31	9.0%	79	11.8%
几帳面、真面目、ストレスを抱え込む	13	4.0%	11	3.2%	24	3.6%
几帳面、真面目、完全主義	17	5.2%	21	6.1%	38	5.7%
几帳面、真面目、交渉が苦手	1	0.3%	—	—	1	0.1%
几帳面、真面目、好訴的	—	—	1	0.3%	1	0.1%
几帳面、真面目、責任感が強い	27	8.3%	26	7.6%	53	7.9%
几帳面、真面目、内向的	1	0.3%	1	0.3%	2	0.3%
几帳面、被害的、回避的	1	0.3%	—	—	1	0.1%
几帳面、不平不満多し	2	0.6%	1	0.3%	3	0.4%
記載なし・不明	32	9.9%	54	15.7%	86	12.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100.0%

(56) 遺書の有無

遺書の有無(表56)	自殺事案	
あり	147	45%
なし	153	47%
不明	24	7%
合 計	324	100%

遺書がある事例は45% (147)、約半分の遺書を書いて自殺していた。

(57) 遺伝負因の有無

遺伝負因の有無(表57)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	12	3.7%	18	5.2%	30	4.5%
なし	245	75.6%	242	70.3%	487	72.9%
なし(係累等に自殺、うつ病、精神科入院歴あり)	5	1.5%	—	—	8	0.8%
不明	62	19.1%	81	23.6%	142	21.3%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

遺伝負因がある事例は、全体の4.5% (30) であった。

(58) 遺書の宛名

遺書の宛名(表58)	自殺事案	
宛先なしの謝罪、自責、自罰、自己否定、宛名なしのメモの類や未送信メール	11	3.4%
宛名なしのメモの類や未送信メール	4	1.2%
家族に言い残すようなものか(詫び状のようなもの)	101	31.2%
会社や業務、特定の人(上司)宛、友人	57	17.6%
業務関連や会社の対人関係などのネガティブなものか(例えば、恨み状のようなものなど)	3	0.9%
記載なし・不明	148	45.7%
合 計	324	100%

遺書の宛名、内容は、家族に言い残すような詫び状のような内容が、31.7% (101)、会社や業務、特定の人(上司)宛、友人は17.6% (57)、宛先なしの謝罪、自責、自罰、自己否定は、3.4% (11) みられた。

(59) 部会判断

部会判断(表59)	自殺事案		精神障害事案		件数	
うつ病	268	82.7%	181	52.6%	449	67.2%
神経症性障害	11	3.4%	92	26.7%	103	15.4%
急性ストレス反応等のストレス関連疾患	7	2.2%	26	7.6%	33	4.9%
気分障害	26	8.0%	25	7.3%	51	7.6%
適応障害	3	0.9%	19	5.5%	22	3.3%
その他(不明)	9	2.8%	1	0.3%	10	1.4%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

うつ病は、自殺事案が82.7% (268)、精神障害事案は52.6% (181) であり、神経症性障害が精神障害事案26.7% (92) と自殺事案に比べ多くみられた。

部会判断(表59-2)	自殺事案		精神障害事案		件数	
反復性うつ病性障害	2	0.6%	2	0.6%	4	0.6%
F3気分障害	1	0.3%	—	—	1	0.1%
適応障害	4	1.2%	18	5.2%	22	3.3%
神経症性障害	10	3.1%	80	23.3%	90	13.5%
混合性不安抑うつ反応	1	0.3%	11	3.2%	12	1.8%
自律神経失調症	—	—	1	0.3%	1	0.1%
急性・重度ストレス反応	6	1.9%	18	5.2%	24	3.6%
急性ストレス反応→外傷後ストレス障害	—	—	3	0.9%	3	0.4%
外傷後ストレス障害	—	—	3	0.9%	3	0.4%
気分障害	26	8.0%	25	7.3%	51	7.6%
うつ状態、反応性うつ病	1	0.3%	3	0.9%	4	0.6%
うつ病エピソード	180	55.6%	126	36.6%	306	45.8%
反復性うつ病性障害	2	0.6%	—	—	2	0.3%
軽症うつ病エピソード	12	3.7%	6	1.7%	18	2.7%
中等症うつ病エピソード	18	5.6%	39	11.3%	57	8.5%
重症うつ病エピソード	53	16.4%	7	2.0%	60	9.0%
遷延性抑うつ反応	—	—	1	0.3%	1	0.1%
診断なし	3	0.9%	—	—	3	0.4%
その他(不明)	5	1.5%	1	0.3%	6	0.9%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

2) 自殺事案—99時間以内と100時間以上の時間外労働—

(1) 年齢別分類

年齢(表1)	99時間以内		100時間以上		件数	
10～19	—	—	1	0.9%	1	0.4%
20～29	29	16.9%	17	15.2%	46	16.2%
30～39	55	32.0%	37	33.0%	92	32.4%
40～49	37	21.5%	32	28.6%	69	24.3%
50～59	47	27.3%	24	21.4%	71	25.0%
60～69	4	2.3%	1	0.9%	5	1.8%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100%

40～49歳に100時間以上の時間外労働者が28.6% (32) みられた。

(2) 家族構成

家族構成(表2)	99時間以内		100時間以上		件数	
単身	14	8.1%	13	11.6%	27	9.5%
夫婦	15	8.7%	16	14.3%	31	10.9%
弟と同居	—	—	1	0.9%	1	0.4%
二世代	114	66.3%	64	57.1%	178	62.7%
三世代	26	15.1%	14	12.5%	40	14.1%
四世代	1	0.6%	4	3.6%	5	1.8%
記載なし・不明	2	1.2%	—	—	2	0.7%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(3) 同居家族の有無

同居家族の有無(表3)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	142	82.6%	87	77.7%	229	80.6%
恋人と同居	—	—	1	0.9%	1	0.4%
なし	27	15.7%	22	19.6%	49	17.3%
不明	3	1.7%	2	1.8%	5	1.8%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(4) 単身赴任

単身赴任の有無(表4)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	16	9.3%	10	8.9%	26	9.2%
あり(週5日間)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
なし	126	73.3%	73	65.2%	199	70.1%
なし(自殺約1ヶ月前より現場へ出張)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
不明	29	16.9%	28	25.0%	57	20.1%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(5) 転職回数

転職回数(表5)	99時間以内		100時間以上		件数	
0	86	50.0%	48	42.9%	134	47.2%
1	31	18.0%	22	19.6%	53	18.7%
2	20	11.6%	10	8.9%	30	10.6%
3	14	8.1%	12	10.7%	26	9.2%
4	4	2.3%	6	5.4%	10	3.5%
5	4	2.3%	5	4.5%	9	3.2%
6回以上	5	2.9%	2	1.8%	7	2.5%
不明	8	4.7%	7	6.3%	15	5.3%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(6) 学 歴

学歴(表6)	99時間以内		100時間以上		件数	
中卒	6	3.5%	3	2.7%	9	3.2%
中卒(高校中退)	—	—	2	1.8%	2	0.7%
高卒	39	22.7%	26	23.2%	65	22.9%
高卒(専門学校中退)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
専門学校	17	9.9%	13	11.6%	30	10.6%
高専	4	2.3%	2	1.8%	6	2.1%
高専(中退)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
大学	88	51.2%	55	49.1%	143	50.4%
大学(中退)	3	1.7%	1	0.9%	4	1.4%
大学院	9	5.2%	7	6.3%	16	5.6%
記載なし・不明	6	3.5%	1	0.9%	7	2.5%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(7) 既婚の有無

既婚の有無(表7)	99時間以内		100時間以上		件数	
既婚	124	72.1%	86	76.8%	210	73.9%
独身	48	27.9%	26	23.2%	74	26.1%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(8) 職 種

職種(表8)	99時間以内		100時間以上		件数	
サービス職業従事者	6	3.5%	5	4.5%	11	3.9%
運輸・通信従事者	7	4.1%	7	6.3%	14	4.9%
管理的職業従事者	65	37.8%	53	47.3%	118	41.5%
事務従事者	15	8.7%	8	7.1%	23	8.1%
生産工程労務	9	5.2%	7	6.3%	16	5.6%
専門的・技術的職業従事者	59	34.3%	28	25.0%	87	30.6%
販売従事者	10	5.8%	3	2.7%	13	4.6%
その他の職種	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

100時間以上の時間外労働者
 が多いのは、管理的職業従事
 者47.3% (53)、次に専門技術
 職25% (28) であった。

(9) 業 種

業種(表9)	99時間以内		100時間以上		件数	
製造業	41	23.8%	23	20.5%	64	22.5%
卸・小売業	21	12.2%	13	11.6%	34	12.0%
情報通信業	21	12.2%	15	13.4%	36	12.7%
建設業	26	15.1%	26	23.2%	52	18.3%
保健・衛生業(医療・福祉等)	10	5.8%	2	1.8%	12	4.2%
交通運輸業	13	7.6%	8	7.1%	21	7.4%
サービス業	5	2.9%	6	5.4%	11	3.9%
飲食宿泊業	3	1.7%	3	2.7%	6	2.1%
金融・保険業	8	4.7%	5	4.5%	13	4.6%
金融・保険業(不動産業)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
電気・ガス・水道	7	4.1%	3	2.7%	10	3.5%
電気・ガス・水道(ダム建設所)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
教育、学習支援業	2	1.2%	—	—	2	0.7%
農業・林業・漁業・鉱業	8	4.7%	2	1.8%	10	3.5%
不動産業	2	1.2%	2	1.8%	4	1.4%
その他	3	1.7%	4	3.6%	7	2.5%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

時間外労働100時間以上は建設業23.2% (26)、次に製造業20.5% (23) であった。

(10) 職 位

職位(表10)	99時間以内		100時間以上		件数	
一般	55	32.0%	31	27.7%	86	30.3%
主任・係長相当	52	30.2%	33	29.5%	85	29.9%
課長	22	12.8%	21	18.8%	43	15.1%
部長	18	10.5%	16	14.3%	34	12.0%
支店長	7	4.1%	5	4.5%	12	4.2%
役員	10	5.8%	3	2.7%	13	4.6%
不明	8	4.7%	3	2.7%	11	3.9%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(11) 部下の有無

部下の有無(表11)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	96	55.8%	63	56.3%	159	56.0%
なし	47	27.3%	28	25.0%	75	26.4%
不明	29	16.9%	20	17.9%	49	17.3%
不明(派遣4名使っていた)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(12) 事業所規模

事業所規模(表12)	99時間以内		100時間以上		件数	
10人未満	11	6.4%	7	6.3%	18	6.3%
10～29人	29	16.9%	19	17.0%	48	16.9%
30～49人	19	11.0%	8	7.1%	27	9.5%
50～499人	58	33.7%	48	42.9%	106	37.3%
500～999人	9	5.2%	4	3.6%	13	4.6%
1000人以上	33	19.2%	17	15.2%	50	17.6%
不明	13	7.6%	9	8.0%	22	7.7%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

100時間以上の時間外労働が多い事業所は、50～499人で42.9% (48) であった。

(13) 雇用形

雇用形態(表13)	99時間以内		100時間以上		件数	
正規社員	164	95.3%	108	96.4%	272	95.8%
非正規社員	2	1.2%	—	—	2	0.7%
その他	3	1.8%	1	0.9%	4	1.5%
記載なし・不明	3	1.7%	3	2.7%	6	2.1%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(14) 出向の有無

出向の有無(表14)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	20	11.6%	10	8.9%	30	10.6%
なし	123	71.5%	76	67.9%	199	70.1%
なし(8年前にはあり)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
なし(発注先に常駐していた)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
不明	28	16.3%	25	22.3%	53	18.7%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(15) 出来事の類型

出来事の類型(表15)	99時間以内		100時間以上		件数	
仕事の失敗、過重な責任の発生	118	68.6%	61	54.5%	179	63.0%
仕事の質・量の変化	102	59.3%	85	75.9%	187	65.8%
事故や災害の体験	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
身分の変化等	10	5.8%	5	4.5%	15	5.3%
対人関係のトラブル	28	16.3%	6	5.4%	34	12.0%
対人関係の変化	13	7.6%	5	4.5%	18	6.3%
役割・地位等の変化	46	26.7%	37	33.0%	83	29.2%
なし	—	—	1	0.9%	1	0.4%

99時間以内で最も多い出来事の類型は、「仕事の失敗、過重な責任の発生」で、全体 (172) の68.6% (118) を占め、次に仕事の質・量の変化59.3% (102)、100時間以上では、仕事の量や質の変化は全体 (112) の75.9% (85)、仕事の失敗、過重な責任の発生は54.5% (61) であった。

(16) 仕事の失敗、過重な責任の発生

仕事の失敗、過重な責任の発生等(合算)(表16)	99時間以内		100時間以上		件数	
ノルマが達成できなかったⅡ	32	18.6%	31	27.7%	63	22.2%
会社で起きた事故(事件)について、責任を問われたⅡ	13	7.6%	8	7.1%	21	7.4%
顧客とのトラブルⅡ	7	4.1%	4	3.6%	11	3.9%
交通事故(重大な人身事故、重大事故)を起こしたⅢ	2	1.2%	1	0.9%	3	1.1%
自分の関係する仕事で多額の損失を出したⅡ	2	1.2%	1	0.9%	3	1.1%
重大な仕事上のミスをしたⅢ	40	23.3%	7	6.3%	47	16.5%
新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	26	15.1%	11	9.8%	37	13.0%
重大な人身事故、重大事故の発生に直接関与したⅢ	2	1.2%	—	—	2	0.7%
合 計	124	72.1%	63	56.3%	187	65.8%

「ノルマが達成できなかった」は99時間以内18.6% (32)、100時間以上は27.7% (31)、「重大な仕事上のミスをした」は99時間以内23.3% (40)、100時間以上は6.3% (7) にすぎなかった。仕事の失敗、過重な責任の発生を件数で数えてみると、99時間以内は72.1% (124)、100時間以上は56.3% (63) であり、時間外労働が多い方は多くみられた。

(17) 仕事の量・質の変化

仕事の量・質の変化(合算)(表17)	99時間以内		100時間以上		件数	
勤務・拘束時間が長時間化する出来事が生じたⅡ	35	20.3%	31	27.7%	66	23.2%
勤務形態に変化があったⅠ	2	1.2%	—	—	2	0.7%
仕事のペース、活動の変化があったⅠ	7	4.1%	—	—	7	2.5%
仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があったⅡ	86	50.0%	60	53.6%	146	51.4%
職場のOA化が進んだⅠ	—	—	1	0.9%	1	0.4%
合 計	130	75.6%	92	82.1%	222	78.2%

仕事の量・質の変化の中では、99時間以内では「仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があったⅡ」が最も多く50% (86)、100時間以上も53.6% (60) を占めた。

(18) 身分の変化

身分の変化等(合算)(表18)	99時間以内		100時間以上		件数	
左遷されたⅡ	3	1.7%	1	0.9%	4	1.4%
仕事上の差別・不利益取扱いⅡ	1	0.6%	—	0.0%	1	0.4%
出向したⅡ	4	2.3%	4	3.6%	8	2.8%
退職を強要されたⅢ	2	1.2%	—	0.0%	2	0.7%
合 計	10	5.8%	5	4.5%	15	5.3%

(19) 役割・地位の変化

役割・地位等の変化(合算)(表19)	99時間以内		100時間以上		件数	
自分の昇格・昇進があったⅠ	12	7.0%	10	8.9%	22	7.7%
転勤をしたⅡ	16	9.3%	15	13.4%	31	10.9%
転勤をしたⅡ(転職)	1	0.6%	0	0.0%	1	0.4%
配置転換があったⅡ	16	9.3%	12	10.7%	28	9.9%
部下が減ったⅠ	4	2.3%	1	0.9%	5	1.8%
部下が増えたⅠ	3	1.7%	4	3.6%	7	2.5%
合 計	52	30.2%	42	37.5%	94	33.1%

(20) 対人関係のトラブル

対人関係のトラブル(合算)(表20)	99時間以内		100時間以上		件数	
ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けたⅢ	1	0.6%	—	—	1	0.4%
上司とのトラブルがあったⅡ	22	12.8%	5	4.5%	27	9.5%
同僚とのトラブルがあったⅠ	4	2.3%	—	—	4	1.4%
部下とのトラブルがあったⅠ	2	1.2%	1	0.9%	3	1.1%
合 計	29	16.9%	6	5.4%	35	12.3%

(21) 対人関係の変化

対人関係の変化(合算)(表21)	99時間以内		100時間以上		件数	
昇進で先を越されたⅠ	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
上司が替わったⅠ	9	5.2%	3	2.7%	12	4.2%
理解してくれていた人の異動があったⅠ	3	1.7%	4	3.6%	7	2.5%
合 計	13	7.6%	8	7.1%	21	7.4%

(22) 職場復帰支援の有無

職場復帰支援の有無(表22)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	23	13.4%	10	8.9%	33	11.6%
あり(実効現れず、満足なものではない)	2	1.2%	1	—	3	1.1%
あり(責任者のため対応・処理は自ら行う)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
なし	80	46.5%	42	37.5%	122	43.0%
不明	67	39.0%	58	51.8%	125	44.0%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

職場復帰支援なしとする事案は、99時間以内46.5% (80)、100時間以上は37.5% (42) であった。
 職場復帰支援ありは、99時間以内13.4% (23)、100時間以上は8.9% (10) であった。

(23) 職場からの孤立

職場からの孤立(表23)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	10	5.8%	3	2.7%	13	4.6%
あり(出張先で)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
なし	10	5.8%	8	7.1%	18	6.3%
不明	151	87.8%	101	90.2%	252	88.7%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

職場からの孤立があると判断された事例は99時間以内5.8% (10)、100時間以上2.7% (3) にすぎなかった。

(24) 上司・部下の支援

上司・部下の支援(表24)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	20	11.6%	13	11.6%	33	11.6%
なし	68	39.5%	33	29.5%	101	35.6%
不明	84	48.8%	66	58.9%	150	52.8%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

上司・部下の支援がないと判断された事例は、99時間以内39.5% (68)、100時間以上29.5% (33) であった。逆に支援がありと判断できた事例は、99時間以内11.6% (20)、100時間以上11.6% (13) であった。

(25) 事業所の対策の有無

事業所の対策の有無(表25)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	19	11.0%	14	12.5%	33	11.6%
なし	67	39.0%	29	25.9%	96	33.8%
不明	86	50.0%	69	61.6%	155	54.6%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

事業所の対策ありと判断された事例は、99時間以内11.0% (19)、100時間以上12.5% (14) であった。逆に対策なしと判断できた事例は、99時間以内39.0% (67)、100時間以上25.9% (29) であった。

(26) 産業医

産業医の有無(表26)	99時間以内		100時間以上		件数	
いる	15	8.7%	9	8.0%	24	7.9%
いない	4	2.3%	3	2.7%	7	2.3%
その他	1	0.6%	—	—	1	0.3%
不明	152	88.4%	100	89.3%	252	88.7%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

産業医がいる事例は、99時間以内8.7% (15)、100時間以上8.0% (9) であった。

(27) 産業医の意見書の有無

産業医の意見書の有無(表27)	99時間以内		100時間以		件数	
あり	10	5.8%	7	6.3%	17	6.0%
なし(産業医のいない事業場合む)	146	84.9%	95	84.8%	241	84.9%
不明	16	9.3%	10	8.9%	26	9.2%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(28) 産業医の関与

産業医の関与(表28)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	12	7.0%	6	5.4%	18	6.3%
なし	25	14.5%	18	16.1%	43	15.1%
その他	1	0.0%	—	—	1	0.4%
不明	134	77.9%	88	78.6%	222	78.2%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

産業医が関与した事例は、99時間以内7.0% (12)、100時間以上5.4% (6) であった。

(29) 保健師等 (カウンセラー)

保健師等(カウンセラー)の有無(表29)	99時間以内		100時間以上		件数	
いる	5	2.9%	—	—	5	1.8%
いない	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
不明	166	96.5%	111	99.1%	277	97.5%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(30) 精神科医の有無

精神科医の有無(表30)	99時間以内		100時間以上		件数	
いる	3	0.1%	5	4.5%	8	2.8%
いない	4	2.3%	3	2.7%	7	2.5%
不明	165	95.9%	104	92.9%	269	94.7%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(31) 相談室の有無

相談室の有無(表31)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	2	1.2%	—	—	2	0.7%
なし	2	1.2%	1	0.9%	3	1.1%
不明	168	97.7%	111	99.1%	279	98.2%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(32) 外部EAPとの契約

外部EAPとの契約(表32)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	1	0.6%	2	1.8%	3	1.1%
なし	2	1.2%	1	0.9%	3	1.1%
不明	169	98.3%	109	97.3%	278	97.9%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(33) 復職支援制度の有無

復職支援制度の有無(表33)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	—	—	1	0.9%	1	0.4%
なし	1	0.0%	1	0.9%	2	0.7%
不明	171	99.4%	110	98.2%	281	98.9%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(34) 長時間労働者の面接

長時間労働者面接の有無(表34)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	1	0.0%	3	2.7%	4	1.4%
なし	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
不明	170	98.8%	108	96.4%	278	97.9%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(35) 出来事から発病までの期間

出来事から発病までの期間(表35)	99時間以内		100時間以上		件数	
1週以内	46	26.7%	13	11.6%	59	20.8%
1週～1ヶ月以内	43	25.0%	19	17.0%	62	21.8%
1～2ヶ月	28	16.3%	23	20.5%	51	18.0%
2～4ヶ月	20	11.6%	30	26.8%	50	17.6%
4～6ヶ月	24	14.0%	12	10.7%	36	12.7%
6～7ヶ月	5	2.9%	4	3.6%	9	3.2%
7～9ヶ月	3	1.7%	3	2.7%	6	2.1%
9ヶ月以上	1	0.6%	6	5.4%	7	2.5%
不明	2	1.2%	2	1.8%	4	1.4%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

出来事から発病までの期間が1ヶ月以内は、99時間以内は51.7% (89)、100時間以上は28.6% (32) であった。時間外労働が少ない方が、半分近い労働者が、早く自死に至り、100時間以上の時間外労働の方が、出来事から遅く発病していることが明らかになった。

(36) 発病から自殺までの期間

発病から自殺までの期間(表36)	99時間以内		100時間以上		件数	
～1週以内	21	12.2%	12	10.7%	33	11.6%
1週～1ヶ月以内	69	40.1%	28	25.0%	97	34.2%
1～2ヶ月	28	16.3%	38	33.9%	66	23.2%
2～3ヶ月	12	7.0%	14	12.5%	26	9.2%
3～6ヶ月	24	14.0%	8	7.1%	32	11.3%
6ヶ月～1年	10	5.8%	7	6.3%	17	6.0%
1～2年	6	3.5%	4	3.6%	10	3.5%
2年以上	1	0.6%	—	—	1	0.4%
不明	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

発病から自殺までの期間は、1ヶ月以内は、99時間以内は52.3% (90)、100時間以上は35.7% (40) であった。時間外労働が少ない方が、半分近い労働者が、発病から早く自死に至り、100時間以上の時間外労働の方が、発病から期間を経て自殺していることが明らかになった。

(37) 自殺企図の既往

自殺企図の既往(表37)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	12	7.0%	12	10.7%	24	8.5%
なし	70	40.7%	45	40.2%	115	40.5%
不明	90	52.3%	55	49.1%	145	51.1%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(38) 自殺サイン

自殺サイン(希死念慮企図等)(表38)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	31	18.0%	26	23.2%	57	20.1%
その他	1	0.6%	—	—	1	0.4%
なし	50	29.1%	28	25.0%	78	27.5%
なし(手帳記入あり)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
不明	90	52.3%	57	50.9%	147	51.8%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(39) 周囲の精神症状の気づき

周囲の精神症状気づき(合算)(表39)	99時間以内		100時間以上		件数	
家族が気づいていた	135	49.5%	83	68.0%	218	55.2%
上司、同僚が気づいていた	108	39.6%	14	11.5%	122	30.9%
産業保健スタッフが気づいていた	3	1.1%	4	3.3%	7	1.8%
主治医	1	0.4%	2	1.6%	3	0.8%
その他(周囲の気づきなし)	1	0.4%	—	—	—	—
その他(通訳、ヘアサロン)	1	0.4%	1	0.8%	2	0.5%
その他(友人、前恋人、婚約者)	2	0.7%	3	2.5%	5	1.3%
不明	22	8.1%	15	12.3%	37	9.4%
合 計	273	100%	122	100%	395	100%

「家族が気づいていた」は、99時間以内は49.5% (135)、100時間以上は68.0% (83) であった。「上司、同僚が気づいていた」は、99時間以内は39.6% (108)、100時間以上は11.5% (14) であり、100時間以上の時間外労働をしている労働者の方が、家族が気づいていることが多く、逆に会社では99時間以内の労働者の方がより早期に気づかれていた。

(40) 自殺企図手段

自殺(企図)手段(表40)	99時間以内		100時間以上		件数	
ガス中毒	14	8.1%	15	13.4%	29	10.2%
刺切傷	8	4.7%	2	1.8%	10	3.5%
焼死	5	2.9%	2	1.8%	7	2.5%
溺死	4	2.3%	2	1.8%	6	2.1%
凍死	1	0.6%	—	—	1	0.4%
飛び降り・投身	29	16.9%	23	20.5%	52	18.3%
服薬・服毒	2	1.2%	—	—	2	0.7%
縊死	100	58.1%	62	55.4%	162	57.0%
轢死	7	4.1%	5	4.5%	12	4.2%
その他	2	1.2%	1	0.9%	3	1.1%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(41) 自殺場所

自殺場所(表41)	99時間以内		100時間以上		件数	
ホテル	3	1.7%	1	0.9%	4	1.4%
マンション、住宅等の高層建物	7	4.1%	2	1.8%	9	3.2%
河川敷、川、橋	9	5.2%	4	3.6%	13	4.6%
会社・勤務関連・職場近く	36	20.9%	22	19.6%	58	20.4%
海、海岸	3	1.7%	2	1.8%	5	1.8%
記載なし・不明	4	2.3%	—	—	4	1.4%
公園、神社、墓地、他	8	4.7%	6	5.4%	14	4.9%
山、林、農道、	19	11.0%	11	9.8%	30	10.6%
自宅・実家	55	32.0%	41	36.6%	96	33.8%
車中、駐車場、道路	14	8.1%	14	12.5%	28	9.9%
出張先関連	4	2.3%	1	0.9%	5	1.8%
鉄道	8	4.7%	5	4.5%	13	4.6%
病院	—	—	1	0.9%	1	0.4%
その他	2	1.2%	2	1.8%	4	1.4%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(42) 6ヶ月前からの状況

自殺企図6ヶ月前からの状況(合算)(表42)	99時間以内		100時間以上		件数	
体重減少・食欲減少	77	44.8%	61	54.5%	138	48.6%
抑うつ、不安、焦り、混乱、泣く等	76	44.2%	62	55.4%	138	48.6%
明らかに元気がない様子	50	29.1%	29	25.9%	79	27.8%
不眠	48	27.9%	36	32.1%	84	29.6%
口数減少、易疲労感、だるい、性欲減退(3)、下痢	22	12.8%	12	10.7%	34	12.0%
希死念慮を窺わせる言動	22	12.8%	14	12.5%	36	12.7%
業務効率の低下・ミスの増加	16	9.3%	9	8.0%	25	8.8%
勤怠(欠勤・遅刻)	13	7.6%	12	10.7%	25	8.8%
行動パターンの変化(生活リズム、生活習慣の変化)	20	11.6%	12	10.7%	32	11.3%
自傷・自殺未遂	11	6.4%	6	5.4%	17	6.0%
自分を責める言動	32	18.6%	13	11.6%	45	15.8%
辞意を表明、退職・転職の考え	22	12.8%	15	13.4%	37	13.0%
失踪	4	2.3%	4	3.6%	8	2.8%
身なりの乱れ、奇声、取り乱す	7	4.1%	7	6.3%	14	4.9%
飲酒量の増加	4	2.3%	3	2.7%	7	2.5%
顔色が悪く表情も硬く笑わない、目が虚ろ	3	1.7%	3	2.7%	6	2.1%
部下に大声で叱責、口調が荒い	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
眼瞼・手指の震え、落ち着きがない	3	1.7%	1	0.9%	4	1.4%
喫煙本数増加、喫煙再開	3	1.7%	3	2.7%	6	2.1%
入退院により休職復職の繰り返し、1週間の休暇取得	2	1.2%	2	1.8%	4	1.4%
疲弊状態で時に論理的思考が困難	0	0.0%	1	0.9%	1	0.4%
勤務中にガムを噛む(これまでにはなかった)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
自室にこもる	1	0.6%	—	—	1	0.4%
行方不明になり泥だらけで戻ってきた	1	0.6%	—	—	1	0.4%
市販の栄養補給剤を瓶ごとがぶ飲み	—	—	1	0.9%	1	0.4%
自殺当日未明、洗面所で腕毛を剃毛した跡あり	1	0.6%	—	—	1	0.4%
鼻進はいやだと同僚・母に相談	—	—	1	0.9%	1	0.4%
頭痛、胸痛、吐血	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
統合失調症にて治療中	1	0.6%	—	—	1	0.4%
治療の中断、入院	—	—	2	1.8%	2	0.7%
特段の変化はなかった、不明	8	4.7%	2	1.8%	10	3.5%

(43) 受診した診療科

受診した診療科(表43)	99時間以内		100時間以上		件数	
精神科・神経科	36	20.9%	22	19.6%	58	20.4%
内科	10	5.8%	6	5.4%	16	5.6%
脳外科	3	1.7%	—	—	3	1.1%
消化器科	1	0.6%	—	—	1	0.4%
救急科	1	0.6%	2	1.8%	3	1.1%
呼吸器科	1	0.6%	—	—	1	0.4%
整形外科	1	0.6%	—	—	1	0.4%
心療内科	3	1.7%	—	—	3	1.1%
受診せず	124	72.1%	83	74.1%	207	72.9%
受診せず(カウンセリングあり)	1	0.6%	—	—	1	0.4%

(44) 過去の精神科受診歴

精神科受診歴(過去)(表44)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	25	14.5%	26	23.2%	51	18.0%
なし	139	80.8%	82	73.2%	221	77.8%
なし(主治医から睡眠剤処方あり)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
なし(紹介された心療内科では医師都合で診察なく漢方薬投与のみ)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
記載なし・不明	7	4.1%	3	2.7%	10	3.5%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(45) 遺伝負因

遺伝負因の有無(表45)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	6	3.5%	5	4.5%	11	3.9%
なし	134	77.9%	77	68.8%	211	74.3%
なし(どこに住んでいるか知らなかった 父親は該当者自殺の翌日に自殺していた)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
なし(曾祖母とその姉妹が自殺)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
なし(祖母がうつ病)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
不明	31	18.0%	28	25.0%	59	20.8%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(46) 遺 書

遺書の有無(表46)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	85	49.4%	48	42.9%	133	46.8%
なし	78	45.3%	59	52.7%	137	48.2%
なし(会社あてに手紙投函、家族、恋人にメール)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
不明	9	5.2%	4	3.6%	13	4.6%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(47) 遺書の宛名

遺書の宛名(表47)	99時間以内		100時間以上		件数	
家族に言い残すようなものか(例えば、詫び状のようなもの)	40	23.3%	25	22.3%	65	22.9%
会社や業務、特定の人(上司)宛	26	15.1%	11	9.8%	37	13.0%
その他(宛先なしの謝罪)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
その他(宛先不明の自責文)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
その他(宛名なし、遺書というよりメモ)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
その他(宛名なし)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
その他(宛名なしの謝罪)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
その他(宛名特定なし)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
その他(皆々様)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
その他(自己否定)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
その他(自責)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
その他(自罰敵傾向)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
その他(体が持たない)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
その他(日記メモ)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
その他(未送信メール)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
記載なし・不明	99	57.6%	70	62.5%	169	59.5%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(48) 個人の出来事

個人の出来事(合算)(表48)	99時間以内		100時間以上		件数	
不明・確認できない	90	44.1%	51	37.8%	141	41.6%
金銭関係	13	6.4%	12	8.9%	25	7.4%
事件、事故、災害の体験	6	2.9%	1	0.7%	7	2.1%
自分の出来事	42	20.6%	29	21.5%	71	20.9%
自分以外の家族・親族の出来事	34	16.7%	30	22.2%	64	18.9%
住環境の変化	10	4.9%	8	5.9%	18	5.3%
他人との人間関係	8	3.9%	4	3.0%	12	3.5%
その他	1	0.5%	—	—	1	0.3%
合 計	204	100.0%	135	100.0%	339	100.0%

(49) 飲酒習慣

飲酒習慣の有無(表49)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	64	37.2%	46	41.1%	110	38.7%
なし	106	61.6%	66	58.9%	172	60.6%
不明	2	1.2%	0	0.0%	2	0.7%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(50) 飲酒量

1日の飲酒量(表50)	99時間以内		100時間以上		件数	
日本酒:~1合	49	28.5%	23	20.5%	72	25.4%
日本酒:~1合(その後増加)	—	—	1	0.9%	1	0.4%
日本酒:1~2合	42	24.4%	27	24.1%	69	24.3%
日本酒:3合	11	6.4%	12	10.7%	23	8.1%
日本酒:4~6合	3	1.7%	3	2.7%	6	2.1%
不明	67	39.0%	46	41.1%	113	39.8%
合 計	172	100%	112	100%	284	100.0%

(51) 飲酒頻度

飲酒頻度(表51)	99時間以内		100時間以上		件数	
なし	36	20.9%	21	18.8%	57	20.1%
機会的	68	39.5%	44	39.3%	112	39.4%
記載なし・不明	4	2.3%	3	2.7%	7	2.5%
毎日	55	32.0%	40	35.7%	95	33.5%
週に1~2回	6	3.5%	3	2.7%	9	3.2%
週に3~4回	3	1.7%	—	—	3	1.1%
週に4~5回	—	—	1	0.9%	1	0.4%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(52) 個体側要因

個体側要因(パーソナリティ問題)(表52)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	27	15.7%	22	19.6%	49	17.3%
なし	137	79.7%	87	77.7%	224	78.9%
記載なし・不明	8	4.7%	3	2.7%	11	3.9%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(53) 個体側要因の内容

個体要因の内容(表53)	99時間以内		100時間以上		件数	
不明・認められない	145	84.3%	90	80.4%	235	82.7%
アルコール依存傾向	1	0.6%	—	—	1	0.4%
うつ症状の既往、執着・真面目	0	0.0%	1	0.9%	1	0.4%
うつ状態・神経症の既往	2	1.2%	—	—	2	0.7%
うつ病、自殺未遂、アルコール依存傾向	—	—	1	0.9%	1	0.4%
うつ病の既往	5	2.9%	3	2.7%	8	2.8%
家族の既往	1	0.6%	2	1.8%	3	1.1%
強い対人緊張	1	0.6%	—	—	1	0.4%
自殺未遂歴	—	—	3	2.7%	3	1.1%
社会不適応状況	—	—	1	0.9%	1	0.4%
神経症の既往	5	2.9%	3	2.7%	8	2.8%
身体疾患の既往	2	1.2%	2	1.8%	4	1.4%
性格傾向(うつ病親和性)	5	2.9%	4	3.6%	9	3.2%
性格傾向(神経質、キレやすい、二面性、回避)	2	1.2%	2	1.8%	4	1.4%
性格傾向(神経質、キレやすい、二面性)	1	0.6%	—	—	1	0.4%
精神科受診歴	1	0.6%	—	—	1	0.4%
統合失調症の既往	1	0.6%	—	—	1	0.4%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

(54) 性格傾向

性格傾向(表54)	99時間以内		100時間以上		件数	
社交的、温和、内向的	12	7.0%	2	1.8%	14	4.9%
真面目、責任感、大人しい、素直、明るい	72	41.9%	53	47.3%	125	44.0%
真面目、神経質、緊張しやすい、こだわる、執着、ストレスため込む	5	2.9%	3	2.7%	8	2.8%
神経質、協調性なし、激しい感情の起伏、自己中心的、自尊心強い	4	2.3%	—	—	4	1.4%
几帳面、不満、自己中心的	1	0.6%	1	0.9%	2	0.7%
几帳面、真面目、活発	62	36.0%	41	36.6%	103	36.3%
その他	—	—	2	1.8%	2	0.7%
記載なし、不明	16	9.3%	10	8.9%	26	9.2%
合 計	172	100.0%	112	100.0%	284	100.0%

(55) 部会判断

部会判断(表55)	99時間以内		100時間以上		件数	
うつ病	146	84.9%	94	83.9%	240	84.5%
器質性精神障害	1	0.6%	—	—	1	0.4%
気分障害	12	7.0%	12	10.7%	24	8.5%
急性ストレス反応等のストレス関連疾患	4	2.3%	2	1.8%	6	2.1%
神経症性障害	5	2.9%	2	1.8%	7	2.5%
適応障害	2	1.2%	—	—	2	0.7%
その他	2	1.2%	2	1.8%	4	1.4%
合 計	172	100%	112	100%	284	100%

3) 精神障害事案一性別分類一

(1) 年齢別分類

年齢(表1)	女		男		件数	
10～19	—	—	2	0.9%	2	0.6%
20～29	42	37.5%	47	20.3%	89	25.9%
30～39	41	36.6%	93	40.1%	134	39.0%
40～49	20	17.9%	69	29.7%	89	25.9%
50～59	8	7.1%	19	8.2%	27	7.8%
60～69	1	0.9%	2	0.9%	3	0.9%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

20～39歳は、女性は74.1% (83)、男性は60.3% (140) で、女性は比較的若い人が多い。

(2) 学 歴

学歴(表2)	女		男		件数	
中卒	4	3.6%	7	3.0%	11	3.2%
中卒(高校中退)	1	0.9%	2	0.9%	3	0.9%
高卒	28	25.0%	65	28.0%	93	27.0%
高卒(中退)	0	0.0%	2	0.9%	2	0.6%
専門学校	19	17.0%	31	13.4%	50	14.5%
専門学校(中退)	0	0.0%	1	0.4%	1	0.3%
専門学校(大学中退)	0	0.0%	1	0.4%	1	0.3%
高専	1	0.9%	3	1.3%	4	1.2%
短大	14	12.5%	4	1.7%	18	5.2%
短大(中退)	1	0.9%	0	0.0%	1	0.3%
大学	32	28.6%	88	37.9%	120	34.9%
大学(中退)	0	0.0%	3	1.3%	3	0.9%
大学院	3	2.7%	8	3.4%	11	3.2%
大学院(オランダ)	0	0.0%	1	0.4%	1	0.3%
記載なし・不明	9	8.0%	16	6.9%	25	7.3%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(3) 事業所規模

事業所規模(表3)	女		男		件数	
10人未満	13	11.6%	36	15.5%	49	14.2%
10～29人	17	15.2%	46	19.8%	63	18.3%
30～49人	13	11.6%	19	8.2%	32	9.3%
50～499人	34	30.4%	60	25.9%	94	27.3%
500～999人	9	8.0%	18	7.8%	27	7.8%
1000人以上	8	7.1%	27	11.6%	35	10.2%
不明	18	16.1%	26	11.2%	44	12.8%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

50～499人は、女性30.4% (34)、男性25.9% (60) であった。男性、女性ともに50～499人規模の事業所に多く勤務していた。

(4) 部下の有無

部下の有無(表4)	女		男		件数	
あり	32	28.6%	93	40.1%	125	36.3%
なし	63	56.3%	93	40.1%	156	45.3%
不明	17	15.2%	46	19.8%	63	18.3%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

部下がいるのは、男性40.1% (93)、女性28.6% (32) で男性の方が部下を多く持っていた。

(5) 職 位

職位(表5)	女		男		件数	
一般	75	67.0%	108	46.6%	183	53.2%
主任・係長相当	14	12.5%	54	23.3%	68	19.8%
主任・係長相当(ディレクター)	1	0.9%	0	0.0%	1	0.3%
課長	7	6.3%	21	9.1%	28	8.1%
部長	1	0.9%	12	5.2%	13	3.8%
支店長	10	8.9%	22	9.5%	32	9.3%
役員	1	0.9%	0	0.0%	1	0.3%
不明	3	2.7%	15	6.5%	18	5.2%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

女性は一般職67% (75) で男性に比べ多くみられた。課長、部長、支店長の管理職は、男性23.7% (55)、女性16.1% (18) であった。

(6) 業 種

業種(表6)	女		男		件数	
製造業	9	8.0%	47	20.3%	56	16.3%
卸・小売業	21	18.8%	39	16.8%	60	17.4%
情報通信業	11	9.8%	42	18.1%	53	15.4%
建設業	1	0.9%	18	7.8%	19	5.5%
保健・衛生業(医療・福祉等)	30	26.8%	14	6.0%	44	12.8%
交通運輸業	4	3.6%	23	9.9%	27	7.8%
サービス業	10	8.9%	16	6.9%	26	7.6%
飲食宿泊業	5	4.5%	10	4.3%	15	4.4%
金融・保険業	7	6.3%	5	2.2%	12	3.5%
電気・ガス・水道	1	0.9%	5	2.2%	6	1.7%
教育・学習支援業	9	8.0%	3	1.3%	12	3.5%
農業・林業・漁業・鉱業	0	0.0%	1	0.4%	1	0.3%
不動産業	1	0.9%	3	1.3%	4	1.2%
その他	3	2.7%	6	2.6%	9	2.6%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

女性は保健・衛生業(医療福祉)が多く26.8% (30)。次に卸・小売業18.8% (21) であった。男性は製造業が最も多く20.3% (47)、次いで情報通信が18.1% (42) であった。

(7) 職 種

職種(表7)	女		男		件数	
サービス職業従事者	8	7.1%	15	6.5%	23	6.7%
運輸・通信従事者	3	2.7%	19	8.2%	22	6.4%
管理的職業従事者	20	17.9%	60	25.9%	80	23.3%
事務従事者	25	22.3%	22	9.5%	47	13.7%
生産工程労務	4	3.6%	26	11.2%	30	8.7%
専門的・技術的職業従事者	39	34.8%	72	31.0%	111	32.3%
販売従事者	12	10.7%	16	6.9%	28	8.1%
保安	—	—	1	0.4%	1	0.3%
その他の職種	1	0.9%	1	0.4%	2	0.6%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

管理職は男性25.9% (60)、女性17.9% (20) で男性が多く、事務職は女性22.3% (25)、男性9.5% (22) で女性が多く、専門技術職は女性34.8% (39)、男性31% (72) であった。

(8) 家族構成

家族構成(表8)	女		男		件数	
単身	29	25.9%	24	10.3%	53	15.4%
夫婦	13	11.6%	28	12.1%	41	11.9%
夫婦(内縁)	4	3.6%	—	—	4	1.2%
二世帯	53	47.3%	137	59.1%	190	55.2%
三世帯	11	9.8%	31	13.4%	42	12.2%
四世代	—	—	1	0.4%	1	0.3%
記載なし・不明	2	1.8%	11	4.7%	13	3.8%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

男女とも二世帯が最も多いが、女性は単身者が25.9% (29) を占めた。

(9) 既婚の有無

既婚の有無(表9)	女		男		件数	
既婚	27	24.1%	137	59.1%	164	47.7%
独身	78	69.6%	80	34.5%	158	45.9%
独身(離婚)	3	2.7%	3	1.3%	6	1.7%
不明	4	3.6%	12	5.2%	16	4.7%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

女性は独身者が72.3% (81) を占め、男性は既婚者が59.1% (137) を占めていた。

(10) 単赴任

単身赴任の有無(表10)	女		男		件数	
あり	4	3.6%	7	3.0%	11	3.2%
なし	96	85.7%	167	72.0%	263	76.5%
不明	12	10.7%	58	25.0%	70	20.3%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(11) 出向の有無

出向の有無(表11)	女		男		件数	
あり	4	3.6%	8	3.4%	12	3.5%
なし	98	87.5%	164	70.7%	262	76.2%
なし(長期出張あり)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
不明	10	8.9%	59	25.4%	68	19.8%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(12) 転職回数

転職回数(表12)	女		男		件数	
0	29	25.9%	62	26.7%	91	26.5%
1	22	19.6%	41	17.7%	63	18.3%
2	15	13.4%	37	15.9%	52	15.1%
3	19	17.0%	28	12.1%	47	13.7%
4	8	7.1%	18	7.8%	26	7.6%
5	8	7.1%	15	6.5%	23	6.7%
6	1	0.9%	4	1.7%	5	1.5%
7	1	0.9%	2	0.9%	3	0.9%
9	—	—	1	0.4%	1	0.3%
10	—	—	1	0.4%	1	0.3%
15	—	—	1	0.4%	1	0.3%
不明	9	8.0%	22	9.5%	31	9.0%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(13) 同居家族

同居家族の有無(表13)	女		男		件数	
あり	73	65.2%	180	77.6%	253	73.5%
あり(知人夫婦と同居)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
あり(同棲)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
あり(友人と同居)	1	0.9%	—	—	1	0.3%
あり(恋人)	2	1.8%	1	0.4%	3	0.9%
なし	31	27.7%	28	12.1%	59	17.2%
なし(週1回長男長女が帰宅)	1	0.9%	—	—	1	0.3%
不明	4	3.6%	21	9.1%	25	7.3%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(14) 雇用形態

雇用形態(表14)	女		男		件数	
正規社員	96	85.7%	215	92.7%	311	90.4%
派遣社員	4	3.6%	—	—	4	1.2%
契約社員(期間社員含む)	0	0.0%	2	0.9%	2	0.6%
パート・アルバイト	3	2.7%	1	0.4%	4	1.2%
その他(自営業)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
記載なし・不明	9	8.0%	13	5.6%	22	6.4%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(15) 出来事の類型

出来事の類型(合算)(表15)	女		男		件数	
出来事なし	—	—	3	1.3%	2	0.6%
仕事の失敗、過重な責任の発生	33	29.5%	93	40.1%	126	36.6%
仕事の質・量の変化	64	57.1%	150	64.7%	214	62.2%
仕事の質・量の変化、身分の変化等	—	—	1	0.4%	1	0.3%
事故や災害の体験	4	3.6%	9	3.9%	13	3.8%
身分の変化等	9	8.0%	23	9.9%	32	9.3%
対人関係のトラブル	54	48.2%	56	24.1%	110	32.0%
対人関係の変化	1	0.9%	9	3.9%	10	2.9%
役割・地位等の変化	25	22.3%	49	21.1%	74	21.5%

男女で差がみられるのは、女性では対人関係のトラブルが48.2% (54) を占め、それに対し男性では24.1% (56) であった。仕事の失敗、過重な責任の発生では、男性40.1% (93)、女性29.5% (33) であった。

(16) 事故や災害の体験

事故や災害の体験(表16)	女		男		件数	
重度の病気やケガをしたⅢ	1	0.9%	5	2.2%	6	1.7%
悲惨な事故や災害の体験(目撃)をしたⅡ	3	2.7%	7	3.0%	10	2.9%
合 計	4	3.6%	12	5.2%	16	4.7%

(17) 仕事の失敗、過重な責任の発生

仕事の失敗、過重な責任の発生等(合算)(表17)	女		男		件数	
ノルマが達成できなかったⅡ	5	4.5%	18	7.8%	23	6.7%
会社で起きた事故(事件)について、責任を問われたⅡ	7	6.3%	14	6.0%	21	6.1%
顧客とのトラブルⅡ	4	3.6%	12	5.2%	16	4.7%
交通事故(重大な人身事故、重大事故)を起こしたⅢ	1	0.9%	9	3.9%	10	2.9%
重大な仕事上のミスをしたⅢ	10	8.9%	9	3.9%	19	5.5%
新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	9	8.0%	21	9.1%	30	8.7%
労働災害(重大な人身事故、重大事故)の発生に直接関与したⅢ	1	0.9%	21	9.1%	22	6.4%
合 計	37	33.0%	104	44.8%	141	41.0%

(18) 仕事の量・質の変化

仕事の量・質の変化(合算)(表18)	女		男		件数	
勤務・拘束時間が長時間化する出来事が生じたⅡ	15	13.4%	54	23.3%	69	20.1%
勤務形態に変化があったⅠ	1	0.9%	4	1.7%	5	1.5%
仕事のペース、活動の変化があったⅠ	—	—	6	2.6%	6	1.7%
仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があったⅡ	52	46.4%	101	43.5%	153	44.5%
職場のOA化が進んだⅠ	1	0.9%	1	0.4%	2	0.6%
合 計	69	61.6%	166	71.6%	235	68.3%

(19) 身分の変化

身分の変化等(合算)(表19)	女		男		件数	
左遷されたⅡ	—	—	5	2.1%	5	1.4%
仕事上の差別・不利益取扱いⅡ	3	2.7%	5	2.1%	8	2.3%
出向したⅡ	1	0.9%	1	0.4%	2	0.6%
退職を強要されたⅢ	5	4.5%	13	5.6%	18	5.2%
合 計	9	8.0%	24	10.3%	33	9.6%

(20) 役割・地位の変化

役割・地位等の変化(合算)(表20)	女		男		件数	
自分の昇格・昇進があったⅠ	9	8.0%	11	4.6%	20	5.7%
転勤をしたⅡ	5	4.4%	21	8.8%	26	7.4%
配置転換があったⅡ	11	9.7%	11	4.6%	22	6.3%
部下が減ったⅠ	1	0.9%	6	2.5%	7	2.0%
部下が増えたⅠ	0	0.0%	2	0.8%	2	0.6%
合 計	26	23.0%	51	21.4%	77	21.9%

(21) 対人関係のトラブル

対人関係のトラブル(合算)(表21)	女		男		件数	
セクシュアルハラスメントを受けたⅡ	17	14.4%	1	0.4%	18	5.1%
ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けたⅢ	1	0.8%	2	0.9%	3	0.9%
上司とのトラブルがあったⅡ	32	27.1%	46	19.7%	78	22.2%
同僚とのトラブルがあったⅠ	5	4.2%	4	1.7%	9	2.6%
部下とのトラブルがあったⅠ	1	0.8%	2	0.9%	3	0.9%
合 計	56	47.5%	55	23.5%	111	31.5%

(22) 対人関係の変化

対人関係の変化(合算)(表22)	女		男		件数	
昇進で先を越された I	—	—	1	0.4%	1	0.3%
上司が替わった I	2	1.8%	9	3.9%	11	3.2%
理解してくれていた人の異動があった I	1	0.9%	—	—	1	0.3%
合 計	3	2.6%	10	4.3%	13	3.7%

(23) 自殺企図の既往

自殺企図の既往(表23)	女		男		件数	
あり	1	0.9%	3	1.3%	4	1.2%
なし	3	2.7%	15	6.5%	18	5.2%
不明	0	0.0%	214	92.2%	7	2.0%
合 計	4	3.6%	232	100.0%	29	8.4%

(24) 受診した診療科

受診した診療科(合算)(表24)	女		男		件数	
精神科・神経科	101	90.2%	187	80.6%	288	83.7%
精神科・神経科(ストレス科)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
心療内科	13	11.6%	41	17.7%	54	15.7%
心療内科(心身医療科)	1	0.9%	—	—	1	0.3%
内科	16	14.3%	43	18.5%	59	17.2%
脳外科	3	2.7%	14	6.0%	17	4.9%
外科	1	0.9%	2	0.9%	3	0.9%
救急科	1	0.9%	13	5.6%	14	4.1%
救命科	—	—	1	0.4%	1	0.3%
形成外科	1	0.9%	1	0.4%	2	0.6%
耳鼻科	2	1.8%	4	1.7%	6	1.7%
循環器科	2	1.8%	7	3.0%	9	2.6%
消化器科	3	2.7%	2	0.9%	5	1.5%
整形外科	4	3.6%	6	2.6%	10	2.9%
総合診療科	—	—	1	0.4%	1	0.3%
泌尿器科	—	—	1	0.4%	1	0.3%
皮膚科	2	1.8%	—	—	2	0.6%
不明	1	0.9%	3	1.3%	4	1.2%

(25) 周囲の精神症状の気づき

周囲の精神症状気づき(合算)(表25)	女		男		件数	
不明	55	49.1%	121	52.2%	176	51.2%
家族が気づいていた	16	14.3%	60	25.9%	76	22.1%
産業保健スタッフが気づいていた	2	1.8%	5	2.2%	7	2.0%
上司、同僚が気づいていた	52	46.4%	81	34.9%	133	38.7%
その他(近所の住人)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
その他(自ら認識)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
その他(同棲相手)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
その他(友人)	1	0.9%	1	0.4%	2	0.6%
その他(恋人)	—	—	2	0.9%	2	0.6%

(26) 出来事から発病までの期間

出来事から発病までの期間 (表26)	女		男		件数	
1週以内	20	17.9%	49	21.1%	69	20.1%
1週～1ヶ月以内	22	19.6%	36	15.5%	58	16.9%
1～2ヶ月	13	11.6%	41	17.7%	54	15.7%
2～4ヶ月	22	19.6%	36	15.5%	58	16.9%
4～6ヶ月	13	11.6%	47	20.3%	60	17.4%
6～7ヶ月	4	3.6%	13	5.6%	17	4.9%
7～9ヶ月	3	2.7%	3	1.3%	6	1.7%
9ヶ月以上	12	10.7%	7	3.0%	19	5.5%
不明	3	2.7%	—	—	3	0.9%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

出来事から発病までの期間が1ヶ月以内は、女性は37.5% (42)、男性36.6% (85)、また86.9% (299) が6ヶ月以内に発病していた。

(27) 個人の出来事

個人の出来事(合算)(表27)	女		男		件数	
金銭関係	4	3.6%	11	4.7%	15	4.4%
事件、事故、災害の体験	4	3.6%	4	1.7%	8	2.3%
自分の出来事	29	25.9%	55	23.7%	84	24.4%
自分以外の家族・親族の出来	20	17.9%	39	16.8%	59	17.2%
住環境の変化	4	3.6%	10	4.3%	14	4.1%
他人との人間関係	7	6.3%	10	4.3%	17	4.9%
その他(親子の不和があった)	1	0.9%	0	0.0%	1	0.3%
その他(親友の死)	0	0.0%	1	0.4%	1	0.3%
その他(先輩・元部下の死)	0	0.0%	1	0.4%	1	0.3%
不明・認められない	62	55.4%	137	59.1%	199	57.8%
合 計	131	117.0%	268	100.0%	399	100.0%

(28) 個体側要因

個体側要因(パーソナリティ問題)(表28)	女		男		件数	
あり	26	23.2%	33	14.2%	59	17.2%
なし	81	72.3%	184	79.3%	265	77.0%
なし(母親が教育熱心・過干渉、体罰)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
記載なし・不明	5	4.5%	14	6.0%	19	5.5%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(29) 過去の精神科受診歴

精神科受診歴(過去)(表29)	女		男		件数	
あり	29	25.9%	62	26.7%	91	27.0%
なし	76	67.9%	160	69.0%	236	70.0%
記載なし・不明	7	6.3%	10	4.3%	10	3.0%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	337	100.0%

(30) 精神科入院の既往

精神科入院の既往(過去)(表30)	女		男		件数	
あり	2	1.8%	10	4.3%	12	3.5%
なし	78	69.6%	180	77.6%	258	75.0%
不明	32	28.6%	42	18.1%	74	21.5%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(31) 個体側要因の内容

個体要因の内容(表31)	女		男		件数	
アルコール依存傾向	2	1.8%	2	0.9%	4	1.2%
うつ症状の既往	—	—	1	0.4%	1	0.3%
うつ症状の既往、執着・真面目	—	—	1	0.4%	1	0.3%
うつ状態・神経症の既往	—	—	2	0.9%	2	0.6%
うつ病の既往	4	3.6%	4	1.7%	8	2.3%
家族の既往	0	0.0%	2	0.9%	2	0.6%
自殺未遂歴	2	1.8%	—	—	2	0.6%
自傷行為歴	1	0.9%	—	—	1	0.3%
社会不適応状況	2	1.8%	2	0.9%	4	1.2%
神経症の既往	7	6.3%	3	1.3%	10	2.9%
身体疾患の既往	3	2.7%	6	2.6%	9	2.6%
身体疾患の既往、家族の既往	—	—	1	0.4%	1	0.3%
性格傾向(うつ病親和性)	1	0.9%	2	0.9%	3	0.9%
性格傾向(神経質、キレやすい、 二面性、回避)	3	2.7%	2	0.9%	5	1.5%
精神科受診歴	—	—	1	0.4%	1	0.3%
精神科受診歴、自己中心、他 罰、好訴	—	—	1	0.4%	1	0.3%
先天性疾患の既往	—	—	1	0.4%	1	0.3%
先天性疾患の既往、執着性格	—	—	1	0.4%	1	0.3%
知的能力低い・精神遅滞	1	0.9%	1	0.4%	2	0.6%
不明・認められない	86	76.8%	199	85.8%	285	82.8%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(32) 性格傾向

性格傾向(表32)	女		男		件数	
社交的、温和、内向的	11	9.8%	8	3.4%	19	5.5%
真面目、責任感、大人しい、素直、明るい	27	24.1%	85	36.6%	112	32.6%
真面目、神経質、緊張しやすい、こ だわる、執着、ストレスため込む	2	1.8%	13	5.6%	15	4.4%
神経質、協調性なし、激しい感情の 起伏、自己中心的、自尊心強い	16	14.3%	17	7.3%	33	9.6%
几帳面、不満、自己中心的	1	0.9%	4	1.7%	5	1.5%
几帳面、真面目、活発	38	33.9%	65	28.0%	103	29.9%
その他	1	0.9%	2	0.9%	3	0.9%
記載なし、不明	16	14.3%	38	16.4%	54	15.7%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(33) 発病前1ヶ月間の時間外労働

発病前1ヶ月の残業時間(表33)	女		男		件数	
0～20時間	20	17.9%	11	4.7%	31	9.0%
21～45時間	14	12.5%	20	8.6%	34	9.9%
46～80時間	13	11.6%	32	13.8%	45	13.1%
81～100時間	12	10.7%	28	12.1%	40	11.6%
101～150時間	18	16.1%	73	31.5%	91	26.5%
151～200時間	10	8.9%	22	9.5%	32	9.3%
201時間以上	1	0.9%	7	3.0%	8	2.3%
不明	24	21.4%	39	16.8%	63	18.3%
合 計	98	87.5%	198	85.3%	296	86.0%

80時間以上の時間外労働をみると、男性は56.1% (171)、女性は36.6% (41) であり、差異がみられた。

(34) 1日の飲酒量

1日の飲酒量(表34)	女		男		件数	
日本酒:～1合	22	19.6%	64	27.6%	86	25.0%
日本酒:1～2合	10	8.9%	37	15.9%	47	13.7%
日本酒:3合	1	0.9%	15	6.5%	16	4.7%
日本酒:4～6合	4	3.6%	6	2.6%	10	2.9%
不明	75	67.0%	110	47.4%	185	53.8%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(35) 習慣飲酒の有無

飲酒習慣の有無(表35)	女		男		件数	
あり	7	6.3%	73	31.5%	80	23.3%
なし	99	88.4%	149	64.2%	248	72.1%
不明	6	5.4%	10	4.3%	16	4.7%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(36) 飲酒頻度

飲酒頻度(表36)	女		男		件数	
なし	53	47.3%	62	26.7%	115	33.4%
機会的	44	39.3%	81	34.9%	125	36.3%
機会的(当直日以外)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
記載なし・不明	8	7.1%	24	10.3%	32	9.3%
毎日	3	2.7%	55	23.7%	58	16.9%
週に1～2回	2	1.8%	4	1.7%	6	1.7%
週に3～4回	2	1.8%	4	1.7%	6	1.7%
週に4～5回	—	—	1	0.4%	1	0.3%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(37) 遺伝負因

遺伝負因の有無(表37)	女		男		件数	
あり	6	5.4%	14	6.0%	20	5.8%
確認できない	84	75.0%	166	71.6%	250	72.7%
なし(叔父)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
なし(叔父が躁鬱病により自殺)	—	—	1	0.4%	1	0.3%
不明	22	19.6%	50	21.6%	72	20.9%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

(38) 部会判断

部会判断(表38)	女		男		件数	
うつ病	57	50.9%	124	53.4%	181	52.6%
気分障害	4	3.6%	21	9.1%	25	7.3%
急性ストレス反応等のストレス関連疾患	9	8.0%	17	7.3%	26	7.6%
神経症性障害	36	32.1%	57	24.6%	93	27.0%
適応障害	6	5.4%	12	5.2%	18	5.2%
その他	—	—	1	0.4%	1	0.3%
合 計	112	100.0%	232	100.0%	344	100.0%

4) 精神障害事案—99時間以内と100時間以上の時間外労働による分類—

(1) 年齢別分類

年齢(表1)	99時間以内		100時間以上		件数	
10～19	2	1.2%	—	—	2	0.7%
20～29	43	26.1%	37	27.6%	80	26.8%
30～39	59	35.8%	56	41.8%	115	38.5%
40～49	42	25.5%	33	24.6%	75	25.1%
50～59	17	10.3%	7	5.2%	24	8.0%
60～69	2	1.2%	1	0.7%	3	1.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(2) 学 歴

学歴(表2)	99時間以内		100時間以上		件数	
中卒	6	3.6%	3	2.2%	9	3.0%
中卒(高校中退)	2	1.2%	1	0.7%	3	1.0%
高卒	44	26.7%	37	27.6%	81	27.1%
高卒(中退)	2	1.2%	—	—	2	0.7%
専門学校	26	15.8%	18	13.4%	44	14.7%
専門学校(中退)	1	0.6%	—	—	1	0.3%
専門学校(大学中退)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
高専	2	1.2%	2	1.5%	4	1.3%
短大	10	6.1%	7	5.2%	17	5.7%
短大(中退)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
大学	57	34.5%	53	39.6%	110	36.8%
大学(中退)	—	—	3	2.2%	3	1.0%
大学院	4	2.4%	5	3.7%	9	3.0%
大学院(オランダ)	1	0.6%	—	—	1	0.3%
記載なし・不明	10	6.1%	3	2.2%	13	4.3%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(3) 家族構成

家族構成(表3)	99時間以内		100時間以上		件数	
単身	23	13.9%	22	16.4%	45	15.1%
夫婦	24	14.5%	12	9.0%	36	12.0%
夫婦(内縁)	3	—	3	2.2%	6	2.0%
二世代	91	55.2%	82	61.2%	173	57.9%
三世代	22	13.3%	13	9.7%	35	11.7%
四世代	1	0.6%	—	—	1	0.3%
記載なし・不明	1	0.6%	2	1.5%	3	1.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(4) 単身赴任

単身赴任の有無(表4)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	4	2.4%	5	3.7%	9	3.0%
なし	135	81.8%	103	76.9%	238	79.6%
不明	26	15.8%	26	19.4%	52	17.4%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(5) 同居家族の有無

同居家族の有無(表5)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	131	79.4%	97	72.4%	228	76.3%
あり(知人夫婦と同居)	1	0.6%	—	—	1	0.3%
あり(同棲)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
あり(発病後独居)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
あり(恋人)	3	1.8%	—	—	3	1.0%
なし	23	13.9%	26	19.4%	49	16.4%
なし(週1回長男長女が帰宅)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
不明	7	4.2%	8	6.0%	15	5.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(6) 既婚の有無

既婚の有無(表6)	99時間以内		100時間以上		件数	
既婚	80	48.5%	63	47.0%	143	47.8%
独身	84	50.9%	66	49.3%	150	50.2%
不明	1	0.6%	5	3.7%	6	2.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(7) 転職回数

転職回数(表7)	99時間以内		100時間以上		件数	
0	45	27.3%	41	30.6%	86	28.8%
1	34	20.6%	19	14.2%	53	17.7%
2	27	16.4%	24	17.9%	51	17.1%
3	20	12.1%	21	15.7%	41	13.7%
4	11	6.7%	9	6.7%	20	6.7%
5	11	6.7%	8	6.0%	19	6.4%
6	2	1.2%	2	1.5%	4	1.3%
7	2	1.2%	1	0.7%	3	1.0%
9	—	—	1	0.7%	1	0.3%
10	—	—	1	0.7%	1	0.3%
15	1	0.6%	—	—	1	0.3%
不明	12	7.3%	7	5.2%	19	6.4%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(8) 業 種

業種(表8)	99時間以内		100時間以上		件数	
製造業	22	13.3%	17	12.7%	39	13.0%
卸・小売業	34	20.6%	22	16.4%	56	18.7%
情報通信業	16	9.7%	35	26.1%	51	17.1%
建設業	6	3.6%	10	7.5%	16	5.4%
保健・衛生業(医療・福祉等)	33	20.0%	9	6.7%	42	14.0%
交通運輸業	11	6.7%	8	6.0%	19	6.4%
サービス業	13	7.9%	12	9.0%	25	8.4%
飲食宿泊業	7	4.2%	7	5.2%	14	4.7%
金融・保険業	8	4.8%	3	2.2%	11	3.7%
電気・ガス・水道	5	3.0%	1	0.7%	6	2.0%
教育、学習支援業	6	3.6%	3	2.2%	9	3.0%
農業・林業・漁業・鉱業	—	—	1	0.7%	1	0.3%
不動産業	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
その他	3	1.8%	5	3.7%	8	2.7%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(9) 職 種

職種(表9)	99時間以内		100時間以上		件数	
サービス職業従事者	14	8.5%	7	5.2%	21	7.0%
運輸・通信従事者	10	6.1%	7	5.2%	17	5.7%
管理的職業従事者	29	17.6%	39	29.1%	68	22.7%
事務従事者	26	15.8%	15	11.2%	41	13.7%
生産工程労務	11	6.7%	12	9.0%	23	7.7%
専門的・技術的職業従事者	56	33.9%	43	32.1%	99	33.1%
販売従事者	18	10.9%	9	6.7%	27	9.0%
保安	—	—	1	0.7%	1	0.3%
その他の職種	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

100時間以上の時間外労働者で多いのは、専門技術職で32.1% (43)、次いで管理職で29.1% (39)であった。

(10) 職 位

職位(表10)	99時間以内		100時間以上		件数	
一般	96	58.2%	67	50.0%	163	54.5%
主任・係長相当	36	21.8%	27	20.1%	63	21.1%
主任・係長相当(ディレクター)	1	0.6%	—	—	1	0.3%
課長	11	6.7%	13	9.7%	24	8.0%
部長	5	3.0%	6	4.5%	11	3.7%
支店長	11	6.7%	16	11.9%	27	9.0%
役員	1	0.6%	—	—	1	0.3%
不明	4	2.4%	5	3.7%	9	3.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

100時間以上の時間外労働者に多い職位は一般で50% (67)、次に主任・係長が20.1% (27) であったが、部長、課長、支店長を合計すると26.1% (35) であった。

(11) 部下の有無

部下の有無(表11)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	57	34.5%	52	38.8%	109	36.5%
なし	82	49.7%	56	41.8%	138	46.2%
不明	26	15.8%	26	19.4%	52	17.4%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(12) 事業所規模

事業所規模(表12)	99時間以内		100時間以上		件数	
10人未満	23	13.9%	20	14.9%	43	14.4%
10～29人	31	18.8%	24	17.9%	55	18.4%
30～49人	14	8.5%	12	9.0%	26	8.7%
50～499人	46	27.9%	39	29.1%	85	28.4%
500～999人	17	10.3%	7	5.2%	24	8.0%
1000人以上	19	11.5%	14	10.4%	33	11.0%
不明	15	9.1%	18	13.4%	33	11.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(13) 雇用形態

雇用形態(表13)	99時間以内		100時間以上		件数	
正規社員	148	89.7%	120	89.6%	268	89.6%
派遣社員	3	1.8%	1	0.7%	4	1.3%
契約社員(期間社員含む)	2	1.2%	—	—	2	0.7%
パート・アルバイト	3	1.8%	1	0.7%	4	1.3%
記載なし・不明	9	5.5%	12	9.0%	21	7.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(14) 出向の有無

出向の有無(表14)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	4	2.4%	4	3.0%	8	2.7%
なし	139	84.2%	97	72.4%	236	78.9%
なし(長期出張あり)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
不明	22	13.3%	32	23.9%	54	18.1%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(15) 出来事の類型

出来事の類型(表15)	99時間以内		100時間以上		件数	
出来事なし	—	—	3	2.2%	3	1.0%
仕事の失敗、過重な責任の発生	67	40.6%	30	22.4%	97	32.4%
仕事の質・量の変化	82	49.7%	122	91.0%	204	68.2%
事故や災害の体験	6	3.6%	2	1.5%	8	2.7%
身分の変化等	20	12.1%	5	3.7%	25	8.4%
対人関係のトラブル	63	38.2%	32	23.9%	95	31.8%
対人関係の変化	3	1.8%	6	4.5%	9	3.0%
役割・地位等の変化	34	20.6%	35	26.1%	69	23.1%

(16) 事故や災害の体験

事故や災害の体験(表16)	99時間以内		100時間以上		件数	
重度の病気やケガをしたⅢ	2	1.2%	3	2.2%	5	1.7%
悲惨な事故や災害の体験(目撃)をしたⅡ	5	3.0%	—	—	5	1.7%
合 計	7	4.2%	3	2.2%	10	3.3%

(17) 仕事の失敗、過重な責任の発生

仕事の失敗、過重な責任の発生 (表17)	99時間以内		100時間以上		件数	
ノルマが達成できなかったⅡ	14	8.5%	7	5.2%	21	7.0%
会社で起きた事故(事件)について、責任を問われたⅡ	14	8.5%	3	2.2%	17	5.7%
顧客とのトラブルⅡ	8	4.8%	6	4.5%	14	4.7%
交通事故(重大な人身事故、重大事故)を起こしたⅢ	7	4.2%	2	1.5%	9	3.0%
重大な仕事上のミスをしたⅢ	12	7.3%	3	2.2%	15	5.0%
新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	18	10.9%	10	7.5%	28	9.4%
労働災害(重大な人身事故、重大事故)の発生に直接関与したⅢ	7	4.2%	—	—	7	2.3%
合 計	80	48.5%	31	23.1%	111	37.1%

(18) 仕事の量・質の変化

仕事の量・質の変化(表18)	99時間以内		100時間以上		件数	
勤務・拘束時間が長時間化する出来事が生じたⅡ	24	14.5%	42	31.3%	66	22.1%
勤務形態に変化があったⅠ	2	1.2%	1	0.7%	3	1.0%
仕事のペース、活動の変化があったⅠ	2	1.2%	3	2.2%	5	1.7%
仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があったⅡ	60	36.4%	86	64.2%	146	48.8%
職場のOA化が進んだⅠ			2	1.5%	2	0.7%
合 計	88	53.3%	134	100.0%	222	74.2%

(19) 身分の変化

身分の変化等(表19)	99時間以内		100時間以上		件数	
左遷されたⅡ	3	1.8%	2	1.5%	5	1.7%
仕事上の差別・不利益取扱いⅡ	4	2.4%	1	0.7%	5	1.7%
出向したⅡ	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
退職を強要されたⅢ	13	7.9%	1	0.7%	14	4.7%
合 計	21	12.7%	5	3.7%	26	8.7%

(20) 役割・地位の変化

役割・地位等の変化(表20)	99時間以内		100時間以上		件数	
自分の昇格・昇進があったⅠ	9	5.5%	10	7.5%	19	6.4%
転勤をしたⅡ	15	9.1%	9	6.7%	24	8.0%
配置転換があったⅡ	10	6.1%	11	8.2%	21	7.0%
部下が減ったⅠ	3	1.8%	4	3.0%	7	2.3%
部下が増えたⅠ	0	0.0%	1	0.7%	1	0.3%
合 計	37	22.4%	35	26.1%	72	24.1%

(21) 対人関係のトラブル

対人関係のトラブル(表21)	99時間以内		100時間以上		件数	
セクシュアルハラスメントを受けたⅡ	11	6.7%	1	0.7%	12	4.0%
ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けたⅢ	1	0.6%	—	—	1	0.3%
上司とのトラブルがあったⅡ	42	25.5%	27	20.1%	69	23.1%
同僚とのトラブルがあったⅠ	7	4.2%	1	0.7%	8	2.7%
部下とのトラブルがあったⅠ	1	0.6%	2	1.5%	3	1.0%
合 計	62	37.6%	31	23.1%	93	31.1%

(21) 対人関係の変化

対人関係の変化(表22)	99時間以内		100時間以上		件数	
昇進で先を越されたⅠ	—	—	1	0.7%	1	0.3%
上司が替わったⅠ	5	3.0%	5	3.7%	10	3.3%
合 計	5	3.0%	6	4.5%	11	3.7%

(22) 職場支援

職場支援の有無(表23)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	9	5.5%	3	2.2%	12	4.0%
なし	100	60.6%	80	59.7%	180	60.2%
なし(本人が拒否)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
不明	56	33.9%	50	37.3%	106	35.5%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(23) 職場からの孤立

職場からの孤立(表24)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	14	8.5%	10	7.5%	24	8.0%
なし	6	3.6%	4	3.0%	10	3.3%
不明	145	87.9%	120	89.6%	265	88.6%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(24) 上司・部下の支援

上司・部下の支援(表25)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	8	4.8%	4	3.0%	12	4.0%
なし	83	50.3%	69	51.5%	152	50.8%
不明	74	44.8%	61	45.5%	135	45.2%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(25) 事業所対策の有無

事業所の対策の有無(表26)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	8	5.5%	5	3.7%	14	4.7%
なし	83	50.3%	67	50.0%	150	50.2%
不明	73	44.2%	62	46.3%	135	45.2%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(26) 産業医の有無

産業医の有無(表27)	99時間以内		100時間以上		件数	
いる	12	7.3%	12	9.0%	24	8.0%
いない	6	3.6%	5	3.7%	11	3.7%
その他(大学病院勤務医)	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
不明	146	88.5%	116	86.6%	262	87.6%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(27) 産業医の医意見書

産業医の意見書(表28)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	11	6.7%	8	6.0%	19	6.4%
なし(産業医のいない事業場合む)	136	82.4%	115	85.8%	251	83.9%
不明	18	10.9%	11	8.2%	29	9.7%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(28) 産業医の関与

産業医の関与(表28-1)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	12	7.3%	11	8.2%	23	7.7%
なし	13	7.9%	13	9.7%	26	8.7%
不明	140	84.8%	110	82.1%	250	83.6%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(29) 保健師、カウンセラー

保健師等(カウンセラー)(表29)	99時間以内		100時間以上		件数	
いる	4	2.4%	3	2.2%	7	2.3%
いない	2	1.2%	3	2.2%	5	1.7%
その他	3	1.8%	—	—	3	1.0%
不明	156	94.5%	128	95.5%	284	95.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(30) 精神科医の有無

精神科医の有無(表30)	99時間以内		100時間以上		件数	
いる	15	9.1%	7	5.2%	22	7.4%
いない	3	1.8%	1	0.7%	4	1.3%
いる(大学の健康管理センター)	1	0.6%	—	—	1	0.3%
その他(施設に非常勤顧問医はいる)	1	0.6%	—	—	1	0.3%
不明	145	87.9%	125	93.3%	270	90.3%
不明(自閉症通所授産施設)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(31) 相談室の有無

相談室の有無(表31)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	2	1.2%	1	0.7%	3	1.0%
その他(健康管理室)	3	1.8%	—	—	3	1.0%
なし	2	1.2%	1	0.7%	3	1.0%
不明	158	95.8%	132	98.5%	290	97.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(32) 外部EAPとの契約

外部EAPとの契約(表32)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	—	—	1	0.7%	1	0.3%
なし	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
その他	—	—	1	0.7%	1	0.3%
不明	164	99.4%	131	97.8%	295	98.7%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(33) 復職支援制度の有無

復職支援制度の有無(表33)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	1	0.6%	—	—	1	0.3%
なし	—	—	1	0.7%	1	0.3%
不明	164	99.4%	133	99.3%	297	99.3%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(34) 長時間残業者の医師の面接の有無

長時間労働者面接(表34)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	—	—	3	2.2%	3	1.0%
なし	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
不明	164	99.4%	130	97.0%	294	98.3%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(35) 個人の出来事

個人の出来事(表35)	99時間以内		100時間以上		件数	
金銭関係	6	3.6%	8	6.0%	14	4.7%
事件、事故、災害の体験	4	2.4%	2	1.5%	6	2.0%
自分の出来事	43	26.1%	34	25.4%	77	25.8%
自分以外の家族・親族の出来事	32	19.4%	20	14.9%	52	17.4%
住環境の変化	10	6.1%	4	3.0%	14	4.7%
他人との人間関係	5	3.0%	8	6.0%	13	4.3%
その他(親子の不和があった)	1	0.6%	—	—	1	0.3%
その他(親友の死)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
その他(先輩・元部下の死)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
合 計	101	61.2%	78	58.2%	179	59.9%

(36) 出来事から発病までの期間

出来事から発病までの期間(表36)	99時間以内		100時間以上		件数	
1週以内	43	26.1%	10	7.5%	53	17.7%
1週～1ヶ月以内	26	15.8%	21	15.7%	47	15.7%
1～2ヶ月	21	12.7%	28	20.9%	49	16.4%
2～4ヶ月	27	16.4%	26	19.4%	53	17.7%
4～6ヶ月	21	12.7%	33	24.6%	54	18.1%
6～7ヶ月	7	4.2%	10	7.5%	17	5.7%
7～9ヶ月	3	1.8%	2	1.5%	5	1.7%
9ヶ月以上	15	9.1%	4	3.0%	19	6.4%
不明	2	1.2%	—	—	2	0.7%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

99時間以内の時間外労働者は、1週以内に26.1%（43）が発症しているのに対し、100時間以上の時間外労働者は7.5%（10）にすぎない。1ヶ月以内の発症も99時間以内41.9%（69）、100時間以上23.2%（31）であった。1～6ヶ月の発症者は、100時間以上の残業者は64.9%（87）、99時間以内41.8%（69）であり、6ヶ月以内の発症は100時間以上の残業者は95.5%（128）、99時間以内は87.9%（145）であった。

(37) 自殺企図の既往

自殺企図の既往(表37)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	2	1.2%	2	1.5%	4	1.3%
なし	10	6.1%	6	4.5%	16	5.4%
不明	153	92.7%	126	94.0%	279	93.3%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(38) 自殺サイン

自殺サイン(希死念慮企図等)(表38)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	5	3.0%	9	6.7%	14	4.7%
なし	4	2.4%	4	3.0%	8	2.7%
不明	156	94.5%	121	90.3%	277	92.6%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(39) 周囲の精神症状の気づき

周囲の精神症状気づき(合算)(表39)	99時間以内		100時間以上		件数	
家族が気づいていた	41	21.6%	28	20.9%	69	19.8%
産業保健スタッフが気づいていた	1	0.5%	6	4.5%	7	2.0%
上司、同僚が気づいていた	58	30.5%	52	38.8%	110	31.6%
その他(近所の住人)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
その他(同棲相手、友人、恋人)	2	—	3	2.2%	5	1.4%
合 計	102	53.7%	90	67.2%	192	55.2%

(40) 過去の精神科受診歴

精神科受診歴(過去)(表40)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	37	22.4%	43	32.1%	80	26.8%
なし	120	72.7%	85	63.4%	205	68.8%
記載なし・不明	8	4.8%	5	3.7%	13	4.3%
合 計	165	100.0%	133	99.3%	298	99.7%

(41) 過去の精神科入院の既往

精神科入院の既往(過去)(表41)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	5	3.0%	7	5.2%	12	4.0%
なし	127	77.0%	99	73.9%	226	75.6%
不明	33	20.0%	28	20.9%	61	20.4%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(42) 今回、請求時点で受診している診療科

受診した診療科(合算)(表42)	99時間以内		100時間以上		件数	
精神科・神経科	137	83.0%	120	89.6%	257	86.0%
心療内科	25	15.2%	17	12.7%	42	14.0%
内科	28	17.0%	26	19.4%	54	18.1%
脳外科	7	4.2%	8	6.0%	15	5.0%
外科	1	0.6%	—	—	1	0.3%
救急科	8	4.8%	5	3.7%	13	4.3%
耳鼻科	4	2.4%	2	1.5%	6	2.0%
循環器科	5	3.0%	3	2.2%	8	2.7%
消化器科	1	0.6%	3	2.2%	4	1.3%
整形外科	6	3.6%	3	2.2%	9	3.0%
総合診療科	—	—	1	0.7%	1	0.3%
泌尿器科	1	0.6%	—	—	1	0.3%
皮膚科	2	1.2%	—	—	2	0.7%
不明	2	1.2%	2	1.5%	4	1.3%

精神科を受診している事例は、86.0% (257)、心療内科を受診している事例は14.0% (42) であった。

(43) 遺伝負因

遺伝負因の有無(表43)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	6	3.6%	10	7.5%	16	5.4%
なし	124	75.2%	95	70.9%	219	73.2%
なし(叔父)	1	0.6%	—	—	1	0.3%
なし(叔父が躁鬱病により自殺)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
なし・不明(父、母自殺)	2	1.2%	—	—	2	0.7%
不明	32	19.4%	28	20.9%	60	20.1%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(44) 飲酒習慣

飲酒習慣の有無(表44)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	39	23.6%	33	24.6%	72	24.1%
なし	122	73.9%	98	73.1%	220	73.6%
不明	4	2.4%	3	2.2%	7	2.3%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(45) 1日の飲酒量

1日の飲酒量(表45)	99時間以内		100時間以上		件数	
日本酒:~1合	43	26.1%	35	26.1%	78	26.1%
日本酒:1~2合	26	15.8%	16	11.9%	42	14.0%
日本酒:3合	6	3.6%	9	6.7%	15	5.0%
日本酒:4~6合	2	1.2%	8	6.0%	10	3.3%
不明	88	53.3%	66	49.3%	154	51.5%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(46) 飲酒頻度

飲酒頻度(表46)	99時間以内		100時間以上		件数	
なし	59	35.8%	46	34.3%	105	35.1%
機会的	63	38.2%	45	33.6%	108	36.1%
記載なし・不明	8	4.8%	10	7.5%	18	6.0%
毎日	28	17.0%	27	20.1%	55	18.4%
週に1~2回	5	3.0%	1	0.7%	6	2.0%
週に3~4回	2	1.2%	4	3.0%	6	2.0%
週に4~5回	0	0.0%	1	0.7%	1	0.3%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(47) 個体側要因

個体側要因(パーソナリティ問題)(表47)	99時間以内		100時間以上		件数	
あり	29	17.6%	25	18.7%	54	18.1%
あり(3歳まで祖父母に育てられ、父が再婚し5人母親が代わっている)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
なし	129	78.2%	102	76.1%	231	77.3%
なし(母親が教育熱心・過干渉・体罰)	—	—	1	0.7%	1	0.3%
記載なし・不明	7	4.2%	5	3.7%	12	4.0%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(48) 個体側要因の内容

個体要因の内容(表48)	99時間以内		100時間以上		件数	
アルコール依存傾向	2	1.2%	2	1.5%	4	1.3%
うつ症状の既往	—	—	1	0.7%	1	0.3%
うつ症状の既往、執着・真面目	—	—	1	0.7%	1	0.3%
うつ状態・神経症の既往	—	—	2	1.5%	2	0.7%
うつ病の既往	4	2.4%	3	2.2%	7	2.3%
家族の既往	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
自殺未遂歴	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
自傷行為歴	1	0.6%	—	—	1	0.3%
社会不適応状況	3	1.8%	1	0.7%	4	1.3%
神経症の既往	4	2.4%	3	2.2%	7	2.3%
身体疾患の既往	4	2.4%	5	3.7%	9	3.0%
身体疾患の既往、家族の既往	—	—	1	0.7%	1	0.3%
性格傾向(うつ病親和性)	2	1.2%	1	0.7%	3	1.0%
性格傾向(神経質、キレやすい、二面性、回避)	4	2.4%	1	0.7%	5	1.7%
精神科受診歴	—	—	1	0.7%	1	0.3%
精神科受診歴、自己中心、他罰、好訴	1	0.6%	—	—	1	0.3%
先天性疾患の既往	—	—	1	0.7%	1	0.3%
先天性疾患の既往、執着性格	—	—	1	0.7%	1	0.3%
知的能力低い・精神遅滞	2	1.2%	—	—	2	0.7%
不明・認められない	136	82.4%	108	80.6%	285	82.8%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(49) 性格傾向

性格傾向(表49)	99時間以内		100時間以上		件数	
記載なし、不明	20	12.1%	22	16.4%	42	14.0%
社交的、温和、内向的	13	7.9%	4	3.0%	17	5.7%
真面目、責任感、大人しい、素直、明るい	52	31.5%	43	32.1%	95	31.8%
真面目、神経質、緊張しやすい、こだわる、執着、ストレスため込む	4	2.4%	10	7.5%	14	4.7%
神経質、協調性なし、激しい感情の起伏、自己中心的、自尊心強い	16	9.7%	14	10.4%	30	10.0%
几帳面、不満、自己中心的	2	1.2%	3	2.2%	5	1.7%
几帳面、真面目、活発	57	34.5%	37	27.6%	94	31.4%
その他	1	0.6%	1	0.7%	2	0.7%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

(50) 部会判断

部会判断(表50)	99時間以内		100時間以上		件数	
うつ病	78	47.3%	88	65.7%	166	55.5%
気分障害	8	4.8%	15	11.2%	23	7.7%
急性ストレス反応等のストレス関連疾患	13	7.9%	3	2.2%	16	5.4%
神経症性障害	55	33.3%	24	17.9%	79	26.4%
適応障害	10	6.1%	4	3.0%	14	4.7%
その他	1	0.6%	—	—	1	0.3%
合 計	165	100.0%	134	100.0%	299	100.0%

5. メンタルヘルス不調の予防を推進するための調査研究本調査の概要と考察

1) 自殺事案と精神障害事案

(1) 調査結果の概要

a. 事案の概要

性別分類では、男性が全体の82.0% (548)、女性18.0% (120) であり、自殺事案の中における女性の割合は2.5% (8)、精神障害事案の中でも32.6% (112) にすぎず、圧倒的に男性が多くみられた。年齢は、自殺事案は40～59歳までの中高年齢層が50.9% (165) を占めたが、精神障害事案は33.7% (116) であり、30～39歳が約4割を占めていた。学歴は、自殺事案は大学・大学院卒の高学歴者が自殺事案全体の55.2% (179)、精神障害事案は38.4% (132) を占めており、差異がみられた。既婚の有無に関して、自殺事案は既婚者が73.8% (239) 圧倒的に多く、精神障害事案は47.7% (164) で差異がみられた。単身赴任をしている自殺事案は、9.6% (31)、精神障害事案は3.2% (11) であった。

b. 事業所、業種、職種等

規模は、自殺事案、精神障害事案共に50～499人が最も多く、それぞれ38.0% (123)、27.3% (94) であった。業種は、自殺事案で最も多い業種は製造業21.3% (69)、建設業18.8% (61)、卸・小売業13.0% (42)、情報通信11.7% (38) であり、精神障害事案は卸・小売業17.4% (60)、製造業16.3% (56)、情報通信15.4% (53) であった。職種は、自殺事案で最も多い職種は管理職43.2% (140)、専門技術職29.3% (95) が多く、精神障害事案は専門技術職が32.3% (111)、管理職23.3% (80) であった。職位は自殺事案は主任・係長、課長、

部長が多く、55.6% (180) を占め、精神障害事案は32.0% (110) であった。転職回数は、自殺事案は転職していない事例が46.6% (151)、精神障害事案は26.7% (92) で差異がみられた。出向の有無に関して、出向している事例は、自殺事案は10.5% (34)、精神障害事案は3.5% (12) であった。部下の有無は、部下がいる事例は自殺事案は55.6% (180)、精神障害事案は35.8% (123) であった。上司・部下の支援に関して、上司部下の支援がある事例が、自殺事案は11.3% (36)、精神障害事案は3.8% (13) であった。職場から孤立していた事例が、自殺事案は5.2% (17)、精神障害事案は8.4% (29) であった。飲酒習慣に関して、飲酒習慣がある事例は自殺事案が37.7% (122)、精神障害事案は23.3% (80) であった。飲酒頻度に関して、毎日飲酒していた労働者は、自殺事案は34% (110)、精神障害事案は16.9% (58) であった。1日の飲酒量は、ビール500ccを日本酒1合に換算して計算した。全体の4分の1が1合以内の飲酒であった。

c. 産業保健スタッフの関わり

産業医の関与がみられた事例は、自殺事案は6.5% (21)、精神障害事案が6.7% (23) であった。産業医の意見書があった事例は、自殺事案6.2% (20)、精神障害事案5.5% (19) であった。産業医の有無に関して、産業医がいる事例は、自殺事案9.0% (29)、精神障害事案7.0% (24) であった。精神科医の有無に関して、精神科医がいた事例は、自殺事案3.1% (10)、精神障害事案7.6% (26) であった。相談室の有無に関して相談室がある事例は、自殺事案1.5% (5)、精神障害事案1.2% (4) であった。EAPとの契約に関して、外部EAPとの契約がみられた事案は、自殺事案1.2% (4)、精神障害事案0.3% (1) のみであった。長時間残業者への面接指導が行われていたことを確認できた事例は、自殺事案1.5% (5)、精神障害事案0.9% (3) であった。今回の調査は労災認定のための資料から判断したものであり、不明の事案が多くみられたので、実際に面接が行われていたかどうかは確認できなかった。事業所の対策に関して、事業所が労災防止のための対策（メンタルヘルス対策）を取っていたことが確認できたものは、自殺事案は10.8% (35)、精神障害事案は4.7% (16) であった。復職支援の有無に関して、復職支援が確認できた事例は、自殺事案は12.0% (39)、精神障害事案は3.5% (12) であった。診療科受診の有無に関して、診療科を受診していない事例が、自殺事案は67.6% (219) もみられた。受診した診療科は、精神科、心療内科を受診した事例は、自殺事案26.5% (86)、精神障害事案は94.2% (324) であった。精神科受診歴は、過去に精神科受診歴がある事例は、自殺事案17.6% (57)、精神障害事案26.5% (91) であった。

d. 業務に関する出来事

出来事の類型に関して、「仕事の失敗、過重な責任の発生」した事例は、自殺事案54.6% (177)、精神障害事案34.3% (118)、「仕事の質・量の変化した事例は、自殺事案63.3% (205)、精神障害事案58.1% (200) であった。次に役割地位の変化」が自殺事案全体の27.5% (89)、精神障害事案20.6% (71) であった。「対人関係のトラブル」は、精神障害事案に多く、29.9% (103) もみられたが、自殺事案に関しては13.0% (42) であった。仕事の失敗、過重な責任の発生に関して、「仕事の失敗、過重な責任の発生」の中で自殺事案で最も多いのは、「ノルマが達成できなかった」で21.3% (69)、次に「重大な仕事上のミスをした」17.9% (58)、「新規事業の担当になった」12.7% (41) であった。精神障害事案で多いのは「新規事業の担当になった」8.7% (30)、「ノルマが達成できなかった」6.7% (23) であった。仕

事の量や質の変化に関して、「仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった」は、自殺事案50.9% (165)、精神障害事案44.5% (153) であった。次に「勤務・拘束時間が長時間化する出来事が生じた」で自殺事案は23.5% (76)、精神障害事案20.1% (69) であった。身分の変化「出向した」が自殺事案では2.5% (8)、精神障害事案は0.6% (2)、「退職を強要された」では自殺事案は1.2% (4)、精神障害事案5.2% (18) であった。役割・地位の変化に関しては、「転勤をした」、「配置転換があった」の合計は、自殺事案21.0% (68)、精神障害事案14.0% (48) であった。対人関係のトラブルに関して、「セクシュアルハラスメントを受けた」は精神障害事案のみで18例 (5.2%) にみられた。「上司とのトラブルがあった」は、自殺事案35件 (10.8%)、精神障害事案78件 (22.7%) であった。対人関係の変化に関して、上司が替わったは、自殺事案4% (13)、精神障害事案3.2% (11) であった。個人の出来事に関して、プライベートな自分の出来事は、自殺事案26.5% (86)、精神障害事案は24.4 (84) であった。

e. 自殺と周囲の気づき

自殺（企図）手段に関して、縊死が圧倒的に多く、全体の56.2% (182)、次に飛び降り・投身18.2% (59)、ガス中毒9.6% (31) であった。自殺サインに関して、自殺サインありは自殺事案21.9% (71)、精神障害事案4.1% (14) であり、5分の1しか、自殺サインがなかったということになる。自殺場所に関して、自宅・実家で自殺した事例が32.1% (104) で最も多く、次に会社、勤務関連、職場近くで自殺した事例が21.3% (69) であった。自殺企図の転帰に関して、1例を除いてすべて自殺したのち発見されていた。周囲の精神症状の気づきに関して、家族が気づいていた事例は、自殺事案52.7% (251)、精神障害事案33.9% (76)、上司、同僚が気づいていた事例は、自殺事案は42.2% (201)、精神障害事案33.9% (133) であった。自殺企図6ヶ月前からの状況に関して、周囲が気づいた自殺企図6ヶ月前からの状況は、もっとも多いのは「精神状態の変化（抑うつ、不安、焦り、混乱などが）」61.7% (200)、体重減少・食欲減少、易疲労感、（下痢、頭痛、手の震え）59.0% (191)、「明らかに元気のない様子、口数が減少、顔色悪い、笑わない、（性的不能）」57.7% (187)、「不眠」44.1% (143)、自分を責める言動15.1% (49)、行動パターンの変化（生活リズム）、生活習慣の変化、喫煙、ガム噛む）13.3% (43)、希死念慮を窺わせる言動13.0% (42)、辞意を表明、（転職の考え、昇進嫌）12.3% (40)、業務効率の低下・ミスの増加9.9% (32)、勤怠（欠勤・遅刻）9.9% (32) であった。

f. 業務に絡んだ出来事と精神障害発病に関して

出来事から発病までの期間に関して、出来事から1週以内に発病している事例が、自殺事案は21.3% (69)、精神障害事案は20.1% (69)、4ヶ月以内の発病は、自殺事案76.9% (249)、精神障害事案69.5% (239) であり、約7割から発割近くが、出来事から4ヶ月以内に発病していた。発病から自殺までの期間に関して、発病から1ヶ月以内の自殺が42.9% (139)、発病から6ヶ月以内に自殺した事例は85.5% (277) にも及んだ。発病前1ヶ月間の時間外労働に関して、101時間以上の時間外労働をしていた労働者は、自殺事案38.0% (123)、精神障害事案38.1% (131) で全体の事例の約4割が101時間以上の時間外労働に従事していた。自殺までの診断に関して、自殺までの診断をみると、診断なしが67.6% (219) を占め、表50のようにうつ病、うつ状態が多くみられていた。

g. 性格傾向等と精神障害専門部会判断

個体側要因がある事例は、全体の17.8% (119) であった。性格傾向に関して、圧倒的に真面目、責任感、几帳面等の性格傾向が70.5% (471) を占め、自尊心が強い、感情の起伏が激しい、自己中心的な事例も5.8% (39) を占めていた。また、几帳面でありながら不平、不満が強く、自己中心的な事例は1.2% (8) を占めた。真面目でありながら、神経質、こだわり、ストレスをため込む性格傾向は3.7% (25) を占めていた。遺書の有無に関して、遺書がある事例は45% (147)、約半分が遺書を書いて自殺していた。遺伝負因の有無に関して、遺伝負因がある事例は、全体の4.5% (30) であった。遺書の宛名、内容は、家族に言い残すような詫び状のような内容が、31.7% (101)、業務関連や会社の対人関係などのネガティブなもの（例えば、恨み状のようなものなど）は7.6% (57)、宛先なしの謝罪、自責、自罰、自己否定は、3.4% (11) みられた。部会判断に関し、うつ病は、自殺事案が82.7% (268)、精神障害事案は52.6% (181) であり、神経症性障害が精神要害事案26.7% (92) と自殺事案に比べ多くみられた。

(2) 統計学的結果と考察

a. 自殺事案と精神障害の特性

統計学的に有意差の有る内容<自殺、精神障害の比較(表1)>	カイ2乗値	p値(Prob>ChiSq)
自殺事例に出向が多い。	12.047	0.0024*
職場支援が行われている場合が少なく、自殺事例に支援がある例が多い。	22.372	<.0001*
自殺事例に上司・部下の支援があった例が多い結果であった。	15.833	0.0004*
自殺事例では家族はほとんどの場合、気づいている。	204.749	<.0001*
上司、同僚も自殺事例では気づいている例が多い。	36.464	<.0001*
精神障害事例では、ほとんどが精神・神経科を受診しているが、自殺事例では1/4程度しか受診していない。	345.298	<.0001*
過去の精神科の受診歴は精神障害事例で多いが1/4程度である。	9.319	0.0095*
自殺事例で飲酒習慣のある割合が高い。	21.658	<.0001*
飲酒頻度に関して、自殺事例で毎日飲酒する頻度が高い傾向がある。	42.273	<.0001*
自殺事例でうつ病の部会診断となっている割合が高い。	108.837	<.0001*
管理職に自殺事例が多い。	36.656	<.0001*
課長クラスの管理職の自殺事例が多い。	66.241	<.0001*
自殺事例で部下がいる例が多い。	30.117	<.0001*

山村班員が行った自殺事案と精神障害事案との統計学的な検討では、自殺事案に出向が多く (P 値 = 0.0024*)、精神障害事案に職場支援が行われている場合が少なく、自殺事例に支援がある例が多い (P 値 < .0001*)。自殺事例に上司・部下の支援があった例が精神障害事案に比べ多い結果であった (P 値 = 0.0004*)。自殺事案では、家族はほとんどの場合、気づいており (P 値 < .0001*)、上司、同僚も自殺事例では気づいている例が多い (P 値 < .0001*) という結果が得られた。これは、統計学的に家族、上司が気づいているということであり、本当の意味での気づきとは違うものと考えられる。すなわち、自殺事例 (自殺未遂例を含む) は、精神科を受診していない事例 (表31) が、71.9% (233) を占めており、家族も自殺後に振りかえってみて、あの時の本人の言動が、いつもと違う様子だったと気づいたものであ

り、すべての事例が家族（遺族）から見て、本人の自殺前の「うつ病等」の症状に起因した言動に気づいていたというわけではないと思われる。事例の中には、以前の本人とは違う言動や不眠等の症状に気づいていながら精神科受診に繋がられなかった事例もあると思われるが、家族が気づいていながら自殺を防止できなかったということではないことが推測される。自殺サイン（希死念慮企図等）（表42）があったとされた事例（自殺未遂を含）の21.9%（71）に関しても、自殺未遂例を除いた自殺既遂例における自殺サイン（表38）があったと判断された事例は20.1%（57）、また自殺既遂例の82.1%（233）は精神科受診に至ってなかったことから、家族（遺族）にとって精神科治療が必要な状態とまでは認識されていなかったと考えるのが妥当であり、上司、同僚の気づきに関しても同様と考えられるのである。さらに事例のプライバシーの問題もあり、何故、受診に繋がられなかったのかという問題に関しては、調査の限界もあり、今回、踏み込んで調査はできなかった。精神障害事例に関して不明1.3%（4）（表42）を除いて、全例が心療内科、精神・神経科を受診していたが、自殺事例では4分の1程度（ P 値<0.0001*）しか受診していなかったことは説明したとおりである。過去の精神科の受診歴は精神障害事例で多いが4分の1程度（表30）26.5%（91）（ P 値=0.0095*）であり、自殺事例で飲酒習慣のある割合（ P 値<0.0001*）が高く、飲酒頻度に関して、自殺事例で毎日飲酒する頻度が高い傾向（ P 値<0.0001*）がみられた。自殺事例でうつ病の部会判断となっている割合が精神障害事案に比べ高い傾向（ P 値<0.0001*）がみられ、うつ病を含んだ気分障害に関して、自殺事案は90.7%（294）、精神障害事案は59.9%（206）であり、かなりの割合で業務と気分障害発症との因果関係が存在するが窺えるとの結果が得られた。

b. 出来事の種類による自殺事案と精神障害事案の特性

出来事類型の内容と精神障害発症に関して、自殺事案と精神障害事案を比較すると、山村班員によると表2が明らかにされた。その結果、「事故や災害の体験」や「対人関係のトラブル」の出来事では精神障害事案となるケースが多く、「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位の変化」の出来事では重大な転帰（自殺）となる割合が多かった。

出来事の種類(表2)	カイ2乗値	p値(Prob>ChiSq)
事故や災害の体験	5.81	0.0159*
仕事の失敗、過重な責任の発生	27.958	<.0001*
仕事の質・量の変化	1.841	0.1748
身分の変化	3.382	0.0659
役割・地位等の変化	4.273	0.0387*
対人関係のトラブル	28.303	<.0001*
対人関係の変化	1.662	0.1973

この結果は、「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位の変化」といった出来事が生じた場合は精神障害でとどまらず、重大な転帰を迎える可能性が高いことが示唆された。今回の調査では、精神障害を生じた出来事を一つだけでなく、複数の出来事が生じている場合にはすべての出来事をカウントした。そこで、それぞれの出来事が重大な転帰（自殺）にいたるリスクを求め、出来事の重なりの影響を探索した。説明変数にはそれぞれの出来事の有無とし、目的変数には重大な転帰（自殺）事案を1、精神障害事案を0としてロジスティ

ック回帰分析による出来事の種類が転帰に対するリスクの大きさをオッズ比で評価した。

出来事の種類(表3)	調整オッズ比(出来事があるとなない場合に比べて自殺に至るリスク)
事故や災害の体験[あり]	0.238*
仕事の失敗、過重な責任の発生[あり]	2.599*
仕事の質・量の変化[あり]	1.510*
身分の変化[あり]	1.011
役割・地位等の変化[あり]	1.621*
対人関係のトラブル[あり]	0.373*
対人関係の変化[あり]	2.24

調整オッズ比の大きさから出来事として「仕事の失敗、過重な責任の発生」の発生は、精神障害事案から重大な転帰（自殺）へ至る最も大きなリスク要因と考えられる。また、「仕事の失敗、過重な責任の発生」に加え、「仕事の質・量の変化」、「役割・地位の変化」、「対人関係のトラブル」などの調整オッズ比が有意となった。このうち、「対人関係のトラブル」がないほうが重大な転帰へのリスク要因となっていたが、「対人関係のトラブル」が生じた場合は精神障害事案である場合が多いためこのような結果になったものと考えられる。一方、「仕事の質・量の変化」、「役割・地位の変化」が生じた場合の調整オッズ比は有意に大きく、重大な転帰（自殺）に至るリスク要因と考えられる。解析で得られた調整オッズ比の値から出来事が重なったときの重大な転帰（自殺）に至るリスクを評価することが可能である。すなわち、重大な転帰（自殺）に発展するリスクは、「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけが起こった例に比べ、「仕事の質・量の変化」が重なった場合はオッズ比でさらに約1.5倍、「役割・地位の変化」が重なった場合にはオッズ比でさらに約1.6倍に上昇する。たとえば、これら3つ出来事が重なると「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけの場合に比べ、重大な転帰（自殺）に至るリスクがオッズ比で約2.45倍となる。この結果から、「仕事の失敗、過重な責任の発生」の出来事の発生が精神障害発生から重大な転帰（自殺）に至るもっとも大きなリスク因子であるが、出来事の重なりにより注意する必要があると考えられる。

前述したように「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位の変化」、「仕事の質・量の変化」が重なった場合には、「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけの場合に比べ、重大な転帰（自殺）に至るリスクがオッズ比で約2.45倍となり、自殺企図が出現する可能性が示唆された。すなわち、「自分の昇格・昇進があった」、「転勤をした」、「配置転換があった」等の身分の変化が起こった際に仕事の量や質の変化が起こり、なおかつ「仕事の失敗、過重な責任の発生」があった場合に精神障害が発生し、自殺へ至る可能性が示唆された。自殺事案は転職していない事例が46.6%（151）で転職回数が少なく、管理職に自殺事例（P値<0.001*）が多く、部下がいる事例（P値<0.001*）が多く、課長クラスの管理職の自殺事例が多く（P値<0.001*）、しかも出向事例（P値=0.0024*）に自殺が多いという結果が得られた。これらの結果も身分の変化が起こり、なおかつ職場環境や業務内容の変化、ならびに役割等

の変化が重なった後に自殺が起こりやすいということを示唆するという非常に貴重な結果が統計学上からも裏付けされた。

c. 出来事から発症までの期間に影響する因子に関して

出来事から1週以内に発病している事例が、自殺事案は21.3% (69)、精神障害事案は20.1% (69)、4ヶ月以内の発病は、自殺事案76.9% (249)、精神障害事案69.5% (239)であり、約7割から発割近くが、出来事から4ヶ月以内に発病していた。発病から自殺までの期間に関して、発病から1ヶ月以内の自殺が42.9% (139)、発病から6ヶ月以内に自殺した事例は85.5% (277) にも及んだ。

「仕事の失敗、過重の責任の発生」が起きた場合に、出来事から短期間で発症している。しかし、「仕事の質・量の変化」や「役割、地位等の変化」が起きた場合には、出来事から発症までの期間は長時間を要している。後者二つの出来事の場合、ストレスが長期間継続した後に発症するものと考えられる。また、「仕事の失敗や過重の責任の発生」が原因で精神症状を発症する職位は一般職員よりも、中間管理職、管理職での割合が高い特徴がある。職責が精神神経症上の発症に関連しているものと考えられる。その他、身分の変化、対人関係のトラブル、対人関係の変化の出来事に関しては発症までの時間に影響は見られなかった。さらに、出来事の重なりの数も出来事から発症までの期間に関連していなかった。特定の出来事の重なりが重大な転帰との関連があると思われる。さらに、発症までの期間と転帰との間にも関連性は見られなかった。これらの結果は、出来事の強度と特別な出来事の組合せによって転帰が影響していることを示唆している。

出来事からの発症(表4)	カイ2乗値	p値(Prob>ChiSq)
仕事の失敗、過重の責任の発生	45.845	<.0001*
仕事の質・量の変化	38.073	<.0001*
役割・地位等の変化	12.127	.00592

事案と出来事から発病までの期間には関連性は認められず、出来事の内容が帰結と関連しているものと推察される。「仕事の失敗、過重の責任の発生」による重大な転帰（自殺）へ至るリスクが高いことを考慮すると、産業精神保健に関わる者にとって、「仕事の失敗、過重の責任の発生」が発生した後の数ヶ月間は精神神経症状が発生しやすいことを理解する必要があるとの統計学的に重要な結果が得られた。これは自殺や精神障害を防止対策として、「仕事の質・量の変化」、「役割・地位の変化」からやや時間が経過した後に「仕事の失敗、過重の責任の発生」が起こった時に自殺のリスクが高まることが示唆されており、「仕事の質・量の変化」、「役割・地位の変化」が起こった時点から健康配慮の観点から防止策を検討すべきであろう。

出来事の種類と発症から自殺までの期間に関連性があるかどうかを検討した。出来事として「仕事の失敗、過重の責任の発生」以外には、発症から自殺までの期間と出来事の種類の間には違いは見られなかった。出来事の種類と出来事から発症までの期間、発症から自殺までの期間の関係を検討したところ、「仕事の失敗、過重の責任の発生」が起こった場合に出来事から短期間で発症し、発症から短期間で自殺に至可能性が示唆された。「精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究」⁵⁾では80時間以上の長時間残業がある事例に関し

て報告されており、80時間以上の時間外労働がある事例では、出来事から発症までの時間が長くなっていた。しかし、その内容を見ると、「仕事の失敗・過重な責任の発生」を含む事例では、出来事から発症までの時間が短く、長時間残業がある事例では平均67日、長時間残業がない場合は平均96日、さらに精神科の既往歴があると自殺までの期間が短くなる傾向が窺えた。発症から自殺までの期間は、長時間残業の有無で異なり、長時間残業がある事例で発症から自殺までの期間が長くなっていた。しかし、長時間残業がある場合でも仕事の失敗・過重な責任の発生事例で、発症から自殺までの期間が短くなっていた。(平均約25日)。

また、今回の調査では「仕事の失敗、過重な責任の発生」で精神症状を発症するのは中間管理職、管理職の職位で発生しやすい傾向が見られた(山村報告書Ⅱ-2 自殺事案における出来事の種類の種類と発症から自殺までの期間の関係)。

d. 複数の出来事と精神障害発症に関して

出来事の重なりと発症までの期間に関しても、表5のように出来事の重なり数と出来事から発症までの期間に関しては、統計学的に関連は見いだせなかった。すなわち、出来事を多く経験したからといって発症が早まるということではなく、出来事の重大性(強度)や出来事の組合せが重大な転帰(自殺)に関連しているものと思われた。労働者が自らの業務に携わり、業務遂行する中でさまざまな業務上の出来事を体験するが、ひとつの出来事が発生したときに労働者本人にかかる心理負荷が、どの程度で、それに対する対処可能な手段や対処能力、さらにそれを緩和するような職場環境や支援体制等により、その心理負荷の過重性は異なり、あくまでも個別の労働者がどのような状況のなかで精神障害発症や自殺へ至る防止策を検討すべきであろう。今回の調査結果から、単なる出来事の重なりではなく、出来事の重大性(強度)や出来事の組合せが重大な転帰(自殺)に関連するという結果が得られたことは、非常に重要な結果であり、今後もどのような状況の中で労働者に過重性が高まっていったかを検討すべきであろう。

検定(表5)	カイ2乗値	p値 (Prob>ChiSq)	度数	0	1	2	3	4
複数の出来事と精神 障害発症	29.742	0.2341	1週間以内	0	79	40	15	3
			1か月以内	0	58	47	17	1
			1～2ヶ月	1	48	49	13	2
			2～4ヶ月	0	53	47	9	1
			4～6ヶ月	0	51	41	12	4
			6ヶ月以上	0	44	15	5	0
			合 計	1	333	239	71	11

e. 時間外労働と精神障害発症との関係

「仕事の質・量の変化」で発症した事案では100時間以上の時間外労働の割合が多く、時間ごとの分類でも、長時間の時間外労働ののちに精神神経症状を発症したと推察される。精神障害事案で100時間以上の時間外で、「仕事の量・質の変化」による発症に関連が見られたが、自殺事例、精神障害事例とも時間外度労働と「仕事の量・質の変化」による発症には関連が見られた。しかし、精神障害で時間外労働時間との関連性が強かった。

時間外労働時間と出来事の種類(表6)	カイ2乗値	p値(Prob>ChiSq)
仕事の失敗、過重な責任の発生	12.823	0.0003*
仕事の質・量の変化	38.888	<.0001*

「仕事の失敗、過重な責任の発生」と時間外労働との関係を考慮すると、時間外労働が精神神経症状の発症と関連性は、出来事の種類と関連していることが示唆された。すなわち、「仕事の失敗、過重な責任の発生」の出来事では、出来事の衝撃で時間外労働に関係なく重大な転帰となり、「仕事の質・量の変化」の出来事の発生は100時間以上の時間外労働と関連性が強いと考えられる。精神障害事案で100時間以上の時間外労働で、仕事の質・量の変化が起こると発症しやすい。仕事の質・量の変化以外の出来事では、時間外労働との影響は明らかではない。しかし、「仕事の失敗、過重な責任の発生」と「仕事の質・量の変化」の両方が出来事になった場合には自殺事案へ移行する可能性が高くなるので時間外労働と出来事の種類との関係は注意深く検討する必要がある（山村報告書、Ⅲ－1．時間外労働時間と出来事の種類との関係）。

f. 業種、職種と精神障害発症との関係

職種は、自殺事案で最も多い職種は管理職43.2%（140）、専門技術職29.3%（95）が多く、精神障害事案は専門技術職が32.3%（111）、管理職23.3%（80）であった。職種との精神障害発症に関して、全体的な傾向としては、管理的職業従事者に仕事の失敗や過重な責任の発生を原因とする発症が多く、販売従事者、サービス職業従事社に対人関係のトラブルによる発症が多く見られるようである（山村報告書6．出来事の種類と職種の関係）。業種による発症の原因となる出来事に関して、一つの事案で生じた出来事をすべてカウントしたので出来事の総数は事案数と一致していない。「仕事の失敗や過重な責任の発生」、「仕事の質・量の変化」の出来事で発症する職種と「対人関係のトラブル」、「対人関係の変化」で発症する職業がみられる。前者では、建設、製造、交通・運輸、情報通信分野であり、後者に属する業種には金融・保険業、飲食宿泊業、卸・小売業があげられる。対人関係が仕事の遂行に重要な役割を果たす職業で対人関係のトラブルが原因となって発症するものと考えられる（山村報告書7．業種による発症の原因となる出来事の違い）。

g. 職位と精神障害発症との関係

職位と精神障害に影響する出来事の関連について検討した。一つの事案で生じた出来事をすべてカウントしたので出来事の総数は事案数と一致していない。その結果に関しては、職位があがるにつれて「仕事の失敗、過重な責任の発生」を原因として発症しているケースが増える傾向があり、また、「対人関係のトラブル」による発症は一般職において多く見られ、職位の低い労働者で「対人関係のトラブル」が原因となる発症が増えることが示唆された。管理職に自殺事例（P値<.0001*）が多い、部下がいる事例（P値<.0001*）が多い、課長クラスの管理職の自殺事例（P値<.0001*）が多いといった調査結果も、そのことを裏付けるものである。中間管理職、管理職の職位で「仕事の失敗、過重な責任の発生」で発症する割合が上昇している。職責と「仕事の失敗、過重な責任の発生」で精神神経障害を発症することに関連があるものと考えられる（山村報告書7．業種による発症の原因となる出来事の違い）。

h. 性格傾向と精神障害発症との関係

今回の調査では、労災請求事案の意見書、資料等で家族、周囲が陳述した性格傾向に関して記載された内容について調査した。山村報告書では、性格傾向の調査項目に几帳面、真面目、神経質、責任感、おとなしい、活発の語彙が使われた事例を抽出し、出来事の関係に関して調査した。

几帳面、真面目な性格の人が、「仕事の質・量の変化」によって発症している。これ以外の項目については差が見られなかった。精神神経症状の発症と性格に関連しているのは几帳面、真面目な性格と見られる人が「仕事の質・量の変化」に対応できずに発症している可能性がある。性格によって重大な転帰となるリスクとなるかどうかの検討では、自殺の転帰に対する責任感だけが有意性を示し、責任感の記載がある場合、ない場合に比べ調整オッズ比が3.413であった。すなわち、責任感が強いと記載のある人の出来事によって精神神経症状を発症した場合に重大な転帰となりやすいことを示している。これまでの結果でも管理職などの重責の職位の人が精神神経症状を起こしやすいことと関連していると思われる（山村報告書P24、3. 性格によって重大な転帰となるリスクとなるかどうかの検討）。

性格傾向(表7)	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
切片	0.94810016	0.551486	2.96	0.0856
几帳面[あり]	0.18318592	0.3336091	0.3	0.5829
真面目[あり]	0.10954751	0.3619622	0.09	0.7622
神経質[あり]	-0.0563455	0.3194831	0.03	0.86
責任感[あり]	0.61379956	0.2894464	4.5	0.0340*
おとなしい[あり]	0.31703175	0.4272578	0.55	0.4581
活発[あり]	0.21335045	0.3777821	0.32	0.5722

i. 重大な転帰を迎えるリスク要因の解析

リスク要因(表8)	調整オッズ比
年齢	1.043
仕事の失敗、過重な責任の発生[あり]	1.052
役割・地位等の変化[あり]	2.202
精神・神経科・心療内科受診の有無[あり]	0.019
部会診断1[うつ病]	4.113
性別[女]	0.063

「重大な転帰を迎えるリスク要因の解析」では、出来事としては「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位等の変化」が重大な転帰（自殺）のリスク要因となった。また、個人の性格はリスク要因とはならず、女性の重大な転帰（自殺）へのリスクは低く、年齢が高いほど（おそらく職責があがるほど）リスクが高くなった。うつ病の要素が非常に高いリスク因子となっている。

出来事を経験後、重大な転帰に至るリスクとして、精神・神経科、心療内科を受診した場合はオッズ比で0.019（逆数で約53）となり、出来事後、適切な医療を受けることで重大な転帰へのリスクが大きく低下することを示唆している。

この結果は、次に述べる事業所の対策において、産業医や精神科医の存在する事業所で重大な転帰に至る精神神経症状の割合が低いことから、精神障害による労働災害抑制に事業所における専門医の役割が大きいと推察される（山村報告書4、4. 重大な転帰を迎えるリスク要因の解析）。

j. 事業所対策と事案の関係

今回の調査では、産業精神保健に関連した事業所の対策に対する項目も取りだした。事業所の対策に関しての記述は、全体からするとデータ数が少なく結果の解釈には慎重を要するが、これまでの結果とあわせて事業所の対策が職場の労働衛生上どのような効果があるかを類推した。ただし、事業所対策の内容について具体的な記述がない報告書が多く、データ数は十分ではなかったが、対策によって重大な転帰（自殺）を予防する可能性がありそうかどうかを探索した。

産業医、精神科医の関与(表9)	カイ2乗値	p値(Prob>ChiSq)
1. 事業所の対策の有無と事案の関係	11.64	0.0006*
2. 産業医の有無と事案の関係	0.756	0.3845
3. 産業医の意見書の有無と事案との関係	0.069	0.7925
4. 産業医の関与と事案の関係	2.087	0.1486
6. 精神科医の有無と事案との関係	6.913	0.0086*

「産業医の関与」はこれまでの項目に比べて自殺事案の割合が少ない。精神障害事案との有意差はみられないが、データ数が少ないことも関連しているであろう。単に産業医の有無ではなく産業医の積極的な関与が重大な転帰（自殺）と関連性があるかもしれない。精神科医の有無は、重大な転帰（自殺）を抑制する可能性がある。ただし、これまでの事業所の対策の中では重大な転帰（自殺）への影響力が大きそうである。事業所の対策の多くは重大な転帰に影響していなかったが、例数は少ないものの精神科医がいる場合は重大な転帰の割合が有意に低く、産業医の関与がある場合は重大な転帰の割合がやや低かった。事業所の対策の多くが重大な転帰に影響していなかったことを考えると、事業所における産業医、精神科医の存在は重大な転帰抑制に効果あるものと予想される。また、前に示したように出来事後、精神科や心療内科を受診することで重大な転帰に至るリスクが大きく低下したことからも、事業所における早期のストレスケアが重大な転帰を避ける上で重要な役割を果たすものと考えられる（山村報告書Ⅵ 事業所対策と事案の関係）。

3) 自殺事案～99時間以内と100時間以上の時間外労働～

(1) 100時間を境にした時間外労働による自殺事案の概要

a. 年 齢

40～49歳に100時間以上の時間外労働者が28.6%（32）みられた。

b. 職種、業種

100時間以上の時間外労働者で多いのは、管理的職業従事者47.3%（53）、次に専門技術職25.0%（28）であった。時間外労働100時間以上は建設業23.2%（26）、次に製造業20.5%（23）であった。100時間以上の時間外労働が多い事業所は、50～499人で42.9%（48）であった。

c. 出来事の類型

99時間以内で最も多い出来事の類型は、「仕事の失敗、過重な責任の発生」で、全体（172）の68.6%（118）を占め、次に仕事の質・量の変化59.3%（102）、100時間以上では、仕事の量や質の変化は全体（112）の75.9%（85）、仕事の失敗、過重な責任の発生は54.5%（61）であった。仕事の失敗、過重な責任の発生の中で「ノルマが達成できなかった」は99時間以内18.6%（32）、100時間以上は27.7%（31）、「重大な仕事上のミスをした」は99時間以内23.3%（40）、100時間以上は6.3%（7）にすぎなかった。仕事の失敗、過重な責任の発生を件数で数えてみると、99時間以内は72.1%（124）、100時間以上は56.3%（63）であり、時間外労働が多い方は多くみられた。仕事の質・量の変化の中では、99時間以内では「仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった」が最も多く50%（86）、100時間以上も53.6%（60）を占めた。

d. 事業所対策

職場復帰支援なしとする事案は、99時間以内45.9%（79）、100時間以上は37.5%（42）であった。職場復帰支援ありは、99時間以内13.4%（23）、100時間以上は8.9%（10）であった。職場からの孤立があると判断された事例は99時間以内5.8%（10）、100時間以上2.7%（3）にすぎなかった。上司・部下の支援がないと判断された事例は、99時間以内39.5%（68）、100時間以上29.5%（33）であった。逆に支援がありと判断できた事例は、99時間以内11.6%（20）、100時間以上11.6%（13）であった。事業所の対策ありと判断された事例は、99時間以内11%（19）、100時間以上12.5%（14）であった。逆に産業医がいる事例は、99時間以内8.7%（15）、100時間以上8%（9）であった。産業医が関与した事例は、99時間以内7%（12）、100時間以上5.4%（6）であった。

e. 出来事から発病までの期間

出来事から発病までの期間が1ヶ月以内は、99時間以内51.7%（89）、100時間以上は28.6%（32）であった。時間外労働が少ない方が、半分近い労働者が、早く自死に至り、100時間以上の時間外労働の方が、出来事から遅く発病していることが明らかになった。発病から自殺までの期間は、1ヶ月以内は、99時間以内52.3%（90）、100時間以上は35.7%（40）であった。

f. 周囲の精神症状の気づき

「家族が気づいていた」は99時間以内49.5%（135）、100時間以上は68.0%（83）であった。「上司、同僚が気づいていた」は、99時間以内39.6%（108）、100時間以上は11.5%（14）であり、100時間以上の時間外労働をしている労働者の方が、家族が気づいていることが多く、逆に会社では99時間以内の労働者の方がより早期に気づかれていた。家族からみた精神症状を多い順に並べると抑うつ、不安、焦り、混乱、泣く等が48.6%（138）、体重減少・食欲減少は48.6%（138）、明らかに元気のない様子27.8%（79）、不眠29.6%（84）、自分を責める言動15.8%（45）、希死念慮を窺わせる言動12.7%（36）、口数減少、易疲労感、だるい、12.0%（34）、辞意を表明、退職・転職の考え13.0%（37）、行動パターンの変化（生活リズム、生活習慣の変化）11.3%（32）、業務効率の低下・ミスの増加8.8%（25）、勤怠（欠勤・遅刻）8.8%（25）、自傷・自殺未遂6.0%（17）であった。

(2) 統計学的結果と考察

上司、部下の支援がないと判断された事例は、99時間以内39.5%（68）、100時間以上

29.5% (33) であった。対策なしと判断できた事例は、99時間以内39% (67)、100時間以上25.9% (29) であった。出来事から発病までの期間が1ヶ月以内は、99時間以内51.7% (89)、100時間以上は28.6% (32)、発病から自殺までの期間は、99時間以内が52.3% (90)、100時間以上が35.7% (40) であり、時間外労働が少ない方が、半分近い労働者が、発病から早く自死に至り、100時間以上の時間外労働者の方が、発病から期間を経て自殺していることが明らかになった。その内容を検討すると次のようになる。「仕事の失敗、過重な責任の発生」(187) の中で100時間以上の時間外労働者 (63) で最も多い出来事は「ノルマが達成できなかった」であるが、「仕事の失敗、過重な責任の発生」を経験した労働者の中では、実に49.2% (31) を占めた。「仕事の失敗、過重な責任の発生」の中で99時間以内の時間外労働者 (124) で最も多い出来事は同様に「重大な仕事上のミスをした」32.3% (40)、「ノルマが達成できなかった」25.8% (32)、「新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった」21.0% (26) であった。「仕事の質・量の変化」(222) の中で100時間以上の時間外労働者 (92) で最も多いの出来事は「仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった」65.2% (60)、99時間以内の労働者 (130) も同様に66.2% (86) を占めていた。統計学的には山村班員によると「仕事の質・量の変化」の出来事と重大な転帰（自殺）の間に明らかな傾向が見られなかったことから、100時間以上の時間外労働と「仕事との質・量の変化」の出来事による精神神経症状の発症にはつよい関連性があるが、発症後重大な転帰（自殺）に至るかどうかは、時間外労働だけ別な要因によるものと思われる。「仕事の質・量の変化」以外の出来事では、時間外労働との影響は明らかではなかった。「仕事の失敗、過重な責任の発生」と「仕事の質・量の変化」の両方が出来事になった場合には、重大な転帰（自殺）へ移行する可能性が高くなるので時間外労働と出来事の種類の関係は注意深く検討する必要がある（山村報告書、Ⅲ－1. 時間外労働時間と出来事の種類の関係）。

職場における過労死・自殺の予防に関する研究（平成15年度）で231名の産業医調査¹⁾（企業における「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の効果に関する研究）で栗原は、172事業場が過重労働を行っており、過重労働者を医療機関へ紹介した経験のある産業医は66 (37.5%) であり、過半数39 (59.1%) が抑うつ状態、心身症23、不整脈18という順であることを報告している。この結果からも過重労働と「抑うつ」、「心身症」とは密接な関連があることは明らかである。長時間残業に関して「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について」²⁾によれば「極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合がある」と記載されているのみで具体的な指標となる残業時間については記載されていない。過労死の認定基準³⁾では、「発症前1ヶ月間におおむね100時間又は発症前2ヶ月間ないし6ヶ月間にわたって、1ヶ月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる」とされている。すなわち、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合は、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼすとされているのである。現在、労働者に月100時間以上の残業をさせた場合、医師による面接指導を行わなければならない、また2ヶ月から6ヶ月の期間に1ヶ月平均80～99時間の残業をさせた場合も事業者は労働者に医師による面接指導等を実施するよう努めることが求められている。

労災認定された自殺事案（51例）調査⁴⁾＜平成15年度「災害科学に関する研究」＞では、調査対象事案の53%（27）に100時間以上の時間外労働がみられ、管理職と専門技術職の両方で全体の74%（38）、また発病から死亡までの期間は、3ヶ月以内に71%（36）が自死に至っていた。そして100時間以上の残業をしている労働者は、99時間以内の労働者に比較して、出来事から精神疾患発病までの期間が短い労働者が多く、発病から自死に至るまでの期間も短い労働者が多かった。内山⁵⁾も平成15年度災害科学に関する研究の中で「4時間睡眠を1週間にわたり続けると健常者においてもコルチゾール分泌過剰状態がもたらされるという実験結果もある。これらを総合すると、4～5時間睡眠が1週間以上続き、かつ自覚的な睡眠不足感が明らかな場合は精神疾患発症、とくにうつ病発症の準備状態が形成されることが可能と思われる」と報告している。平成15年度「災害科学に関する研究」では、時間外労働が100時間以上の労働者は、99時間以内の労働者に比べて「出来事から精神疾患発病までの期間が早く、発病から自死に至るまでの期間も短いことが明らかになった」と報告されているが、今回の山村報告（2-2 出来事「仕事の質・量の変化」と発症1ヶ月前の残業時間の関係）「『仕事の失敗、過重な責任の発生』の出来事では、出来事の衝撃で時間外労働に関係なく重大な転帰となり、『仕事の質・量の変化』の出来事の発生は100時間以上の時間外労働と関連性が強いと考えられる」との結果が得られたことから、発病1か月前の時間外労働が99時間以内、100時間以上という観点からだけで出来事から発病までの期間が決まるのではなく、あくまでも時間外労働を引き起こしている出来事の内容によっては発病までの期間が早まると考えるのが妥当である。そして今回の過去6年間に至る自殺認定事例に関する調査では、前述したように100時間以上の時間外労働と「仕事の質・量の変化」の出来事による精神神経症状の発症には強い関連性があり、精神障害事案で100時間以上の時間外労働で、仕事の量・質の変化が起こると発症しやすい。仕事の質・量の変化以外の出来事では、時間外労働との影響は明らかではない。しかし、「仕事の失敗、過重な責任の発生」と「仕事の質・量の変化」の両方が出来事になった場合には自殺事案へ移行する可能性が高くなるという結果が明らかになった。すなわち、100時間以上の時間外労働が続いている中で「仕事の質・量の変化」が起こり、それに「仕事の失敗、過重な責任の発生」が加わると自殺の危険性が高まるとの結果が得られたのである。また、出来事から発病までの期間が1ヶ月以内の発病は、自殺事案41.4%（134）、精神障害事案36.9%（127）であったが、統計学的にも出来事から発病までの期間は自殺事案は精神障害事案に比較して短いという結果が得られた。（表10）また、精神障害事案と比較して自殺事案は、6ヶ月間の残業時間の伸びは自殺事例で大きい傾向がある（表11）ことが明らかになった。自殺事案に出向が多い（P値＝0.0024*）ことも考慮に入れると、100時間以上の時間外労働が続いている中で、「仕事の失敗、過重な責任の発生」が自殺の大きな誘因となることは、間違いがなく、出向、配置転換等の役割の変化が起こった後に長時間残業が発生する労働環境にあっては、事前に何らかの防止策を講じることも今後の検討課題であろう。

検定(表10)	F値	分子自由度	分母自由度	p値
両側F検定	1.1253	290	297	0.3123

分散分析(表11)	要因	自由度	平方和	平均平方	F値	p値(Prob>F)
自殺事案	ラベル	6	116019.4	19336.6	7.2043	<.0001*
精神障害	ラベル	6	108683.4	18113.9	5.6197	<.0001*

4) 精神障害事案

(1) 精神障害事案における性別分類

a. 事案の概要

20～39歳は、女性は74.1% (83)、男性61.3% (142) で女性は比較的、若い人が多い。男女とも二世帯が最も多いが、女性は単身者が25.9% (29) を占めた。女性は独身者が72.3% (81) を占め、男性は既婚者が59.1% (137) を占めていた。

b. 事業所規模、業種、職種、職位

50～499人は、女性30.4% (34)、男性25.9% (60) であった。男性、女性共に50～499人規模の事業所に多く勤務していた。部下がいるのは、男性40.1% (93)、女性28.6% (32) で男性の方が部下を多く持っていた。業種は、女性は保健・衛生業（医療福祉）が多く、26.8% (30)。次に小売業18.8% (21) であった。男性は製造業が最も多く20.3% (47)、情報通信18.1% (42) であった。職種は、管理職は男性25.9% (60)、女性17.9% (20) で男性が多く、事務職は女性22.3% (25)、男性9.5% (22) で女性が多く、専門技術職は女性34.8% (39)、男性31.0% (72) であった。女性は一般職67.0% (75) で男性に比べ多くみられた。課長、部長、支店長の管理職は、男性23.7% (55)、女性16.1% (18) であった。

c. 出来事の種類

男女差がみられるのは、女性で対人関係のトラブルが最も多く、48.2% (54) を占め、男性では、対人関係のトラブルは24.1% (56) であった。仕事の失敗、過重な責任の発生では、男性40.1% (93)、女性29.5% (33) であった。

d. 出来事から発病までの期間

出来事から発病までの期間が1ヶ月以内は、女性は37.5% (42)、男性36.6% (85)、また86.9% (299) が6ヶ月以内に発病していた。発病前1ヶ月間の時間外労働に関して、80時間以上の時間外労働をみると、男性は56.0% (130)、女性は36.6% (41) であり、差異がみられた。

(2) 精神障害事案—99時間以内と100時間以上の時間外労働による分類—

100時間以上の時間外労働者で多いのは、専門技術職で32.1% (43) で次に管理職で29.1% (39) であった。職位は、100時間以上の時間外労働者に多い職位は一般で50% (67)、次に主任・係長が20.1% (27) であったが、部長、課長、支店長を合計すると26.1% (35) であった。出来事から発病までの期間に関して、99時間以内の時間外労働者は1週以内に26.1% (43) 発症しているのに対し、100時間以上の時間外労働者は7.5% (10) にすぎない。1ヶ月以内の発症も99時間以内41.9% (69)、100時間以上23.2% (31) であった。1～6ヶ月の発症者は、100時間以上の残業者は64.9% (87)、99時間以内41.8% (69) であり、6ヶ月以内の発病は100時間以上の残業者は95.5% (128)、99時間以内は87.9% (145) であった。今回、請求時点で受診している診療科では、精神科を受診している事例は、86.0% (257)、心療内科を受診している事例は14.0% (42) であった。

(3) 統計学的結果と考察

20～39歳は、女性は74.1% (83)、男性61.3% (142) で女性は比較的、若い人が多く、男性は40.1% (93) が部下を持ち、女性は一般職が67% (75) を占めた。業種は、女性は保健・衛生業（医療福祉）が多く、26.8% (30)、次に小売業18.8% (21) であったが、男性は製造業が最も多く20.3% (47)、情報通信18.1% (42) であった。職種は、男性が管理職が25.9% (60) を占め、女性は事務職が女性22.3% (25) を占めた。山村班員の統計学的解析で、「仕事の失敗、過重な責任の発生」などの出来事がリスク要因となり、「仕事の質・量の変化」（長時間の時間外労働を含む）などの出来事が重なったときに重大な転帰となる可能性が示唆された。労災認定された事案から発病因子として重要な事項が抽出された。すなわち、「仕事の失敗、過重な責任の発生」は年齢が高い層で起こりやすい。ただし、これは、職位とも関連していることに留意する必要がある。「仕事の失敗、過重な責任の発生」は男性で多く発生している。「仕事の質・量の変化」による精神神経症状の発症は、30～40歳付近の年齢層に多い。この年齢層に時間外労働などの業務上の負荷がかかっていることを示唆していた。また、男性にやや発症しやすい傾向があり、出来事の中で女性は対人関係のトラブルが最も多く、48.2% (54) を占め、男性は、「仕事の失敗、過重な責任の発生」が40.1% (93) を占めた。女性において対人関係に関わる出来事で発症しやすいことを示唆していた（山村報告書"Ⅳ、人間の属性と精神神経症状の発症の関連について）。

仕事の質・量の変化、失敗・過重な責任と年齢、性別と発症との関係(表12)	カイ2乗値	p値(Prob>ChiSq)
仕事の失敗、過重な責任の発生と年齢層の関係	41.138	<.0001*
仕事の失敗、過重な責任の発生と性別の関係	13.338	0.0003*
「仕事の質・量の変化」と年齢層の関係	17.602	0.0035*
「仕事の質・量の変化」と性別の関係	4.922	0.0265*
「対人関係のトラブル」と性別の関係	40.257	<.0001*

5) 判断指針と出来事の類型への適用（2009年4月の職場の心理的負荷評価表）⁷⁾

(1) 判断指針

1999年9月に「心理的負荷による精神障害に係る業務上外の判断指針」²⁾（以下、判断指針）が公表されたが、2009年4月に職場の心理的負荷評価表がみなおされ、表1が心理負荷強度の内容である。労災認定の対象はICD-10（WHO）に規定されるすべての精神障害（F0～F9）があげられており、精神障害が労災認定される場合、1）精神障害が実際に発症していたこと、2）発症前6ヶ月間に、客観的にみてその精神障害を発症されるおそれのある業務による強度の心理的負荷が認められること、3）業務以外の心理的負荷によりその精神障害が発症したと認められないこと、この3つの条件が必要となる。

(2) 職場の心理的負荷

心理負荷強度（ストレス強度）Ⅰ～Ⅲ

-
- 強度Ⅰ：顧客、同僚、勤務携帯の変化、身分の昇進・昇格、部下の減少、理解人の異動、上司が変わった、同僚の昇進・昇格
- 強度Ⅱ：悲惨な事故や災害の体験、責任発生、拘束時間長時間化、出向、左遷、転勤、上司とのトラブル、部下とのトラブル
- 強度Ⅲ：重度の病気やケガ（後遺症、職場復帰困難）、会社の経営に影響するような重大な仕事上のミスをした、交通事故・労災（事故の大きさ、加害損害の程度、処罰の有無）、退職の強要、ひどい嫌がらせ、いじめ又は暴行を受けた
-

業務上外の判断であるが、まず、発症前6ヶ月の期間に労働者にどの程度の心理負荷がかかったのか、職場の出来事の心理的負荷の強度が検討される。その心理負荷強度は、判断指針の中では3段階（「Ⅰ」軽度、「Ⅱ」中等度、「Ⅲ」強度）に分類されている。すなわち、本人が体験した出来事が判断指針に示された「職場の心理的負荷評価表」の中で、どの程度の心理負荷（Ⅰ～Ⅲ）に該当するのか、が検討される。「同評価表」には、最も弱いストレスである強度「Ⅰ」に「同僚とのトラブル」、「勤務形態の変化」、「身分の昇進・昇格」、「部下の減少」、「理解人の異動」、「上司が変わった」、「同僚の昇進・昇格」などの出来事が位置づけられ、中等度のストレスである強度「Ⅱ」に「悲惨な事故や災害の体験」、「責任発生」、「勤務時間が長時間化する出来事が生じた」、「出向」、「左遷」、「転勤」、「上司とトラブル」、「部下とのトラブル」、「ノルマが達成できなかった」、「顧客や取引先からクレームを受けた」が位置づけられ、最も強いストレスである強度「Ⅲ」に「会社の経営に影響するような重大な仕事上のミスをした」、「重度の病気やケガ（後遺症、職場復帰困難）」、「交通事故・労災（事故の大きさ、加害損害の程度、処罰の有無）」、「退職の強要」が位置づけられている。そして過重労働が、労働者にどの程度の心理的負荷を与えていたのか否かが、労災認定の判断要件となる。その心理負荷強度が強「Ⅲ」、中「Ⅱ」、軽「Ⅰ」のどのレベルに該当するのかを特定した上で、さらに労働者が体験した出来事の心理負荷強度を修正する必要があるかどうかを検討される。たとえば労働者が担当した仕事の内容が変わりミスを犯し、そのために長時間労働が発生し、到達すべきノルマを達成できなかったとすると、業務内容が難易度の高い業務に変わったためにノルマが達成できなかった場合は、「仕事の失敗（重大な仕事上のミスは「Ⅲ」、そうでない場合は修正して「Ⅱ」、「ノルマが達成できなかった」は強度「Ⅱ」、業務内容も困難性が高く、なおかつ長時間労働が恒常化していた点に着目して強度「Ⅱ」を修正して最も強いストレスである「強度Ⅲ」の一段階強い心理負荷が、その労働者にかかったと判断され、当該出来事後の状況が持続する程度を検討する視点により総合評価を行ったのち、個体要因、業務以外の心的負荷がない場合に業務上（労災認定）と判断される。

(3) 心理負荷の類推適用

出来事の類推適用(表13)	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	76	23.5%	64	18.6%	140	21.0%
なし	248	76.5%	280	81.4%	528	79.0%
合 計	324	100%	344	100%	668	100%

出来事の類型(表14)	自殺事案		精神障害事案		件数	
仕事の失敗、過重な責任の発生	59	18.2%	31	9.0%	90	13.5%
仕事の質・量の変化	45	13.9%	34	9.9%	79	11.8%
身分の変化等	2	0.6%	9	2.6%	11	1.6%
対人関係のトラブル	11	3.4%	22	6.4%	33	4.9%
対人関係の変化	6	1.9%	1	0.3%	7	1.0%
役割・地位等の変化	19	5.9%	13	3.8%	32	4.8%

出来事で類推適用された事例は、自殺事案76例、精神障害事案64例であり、合計140例が出来事類型に類推適用されていた(表13)。類推適用された出来事の類型は表14のとおりであり、今後、類推適用された具体的内容について、今後、さらに検討する必要があると思われる。

6. 結 論

今回の調査は、平成15年から20年までの労災認定された事例、すなわち業務と精神障害発症の因果関係が認定された事案の調査である。前述したように労災認定のためにまとめられた意見書等の資料から調査事項を抽出し、整理した上で山村班員に統計学的な検討を行った。その結果、下記の1)～34)の貴重な調査結果が得られた。今回の調査で明らかになった内容を提示する。

- 1) 職種は、自殺事案で最も多い職種は管理職43.2% (140)、専門技術職29.3% (95)が多く、精神障害事案は専門技術職が32.3% (111)、管理職23.3% (80)であった。管理的職業従事者に仕事の失敗や過重な責任の発生を原因とする発症が多く、販売従事者、サービス業従事者に対人関係のトラブルによる発症が多く見られるようである。
- 2) 「仕事の失敗や過重な責任の発生」、「仕事の質・量の変化」の出来事で発症する業種と「対人関係のトラブル」、「対人関係の変化」で発症する業種がみられる。前者では、建設、製造、交通・運輸、情報通信分野であり、後者に属する業種には金融・保険業、飲食宿泊業、卸・小売業があげられる。
- 3) 精神障害事案では、20～39歳は、女性は74.1% (83)、男性61.3% (142)で女性は比較的、若い人が多く、男性は40.1% (93)が部下を持ち、女性は一般職が67.0% (75)を占めた。業種は、女性は保健・衛生業(医療福祉)が多く26.8% (30)、次に小売業18.8% (21)であったが、男性は製造業が最も多く20.3% (47)、情報通信18.1% (42)であった。職種は、男性が管理職が25.9% (60)を占め、女性は事務職が女性22.3% (25)を占めた。
- 4) 山村班員の統計学的解析で、「仕事の失敗、過重な責任の発生」などの出来事がリスク要因となり、「仕事の質・量の変化」(長時間の時間外労働を含む)などの出来事が重なったときに重大な転帰となる可能性が示唆された。労災認定された事案から発病因子として

重要な事項が抽出された。すなわち、「仕事の失敗、過重な責任の発生」は年齢が高い層で起こりやすい。ただし、これは、職位とも関連していることに留意する必要がある。

- 5) 精神障害事案では、「仕事の失敗、過重な責任の発生」は男性で多く発生している。「仕事の質・量の変化」による精神神経症状の発症は、30～40歳付近の年齢層に多い。この年齢層に時間外労働などの業務上の負荷がかかっていることを示唆していた。また、男性にやや発症しやすい傾向があり、出来事の中で女性是对人関係のトラブルが最も多く48.2% (54) を占め、男性は、「仕事の失敗、過重な責任の発生」が40.1% (93) を占めた。女性において対人関係に関わる出来事で発症しやすいことを示唆していた。
- 6) 職位があがるにつれて「仕事の失敗、過重な責任の発生」を原因として発症しているケースが増える傾向があり、また、「対人関係のトラブル」による発症は一般職において多く見られ、職位の低い労働者で「対人関係のトラブル」が原因となる発症が増えることが示唆された。
- 7) 管理職に自殺事例 (P値<0.0001*) が多い、部下がいる事例 (P値<0.0001*) が多い、課長クラスの管理職の自殺事例 (P値<0.0001*) が多いといった調査結果も、6) を裏付けるものである。中間管理職、管理職の職位で「仕事の失敗、過重な責任の発生」で発症する割合が上昇している。職責と「仕事の失敗、過重な責任の発生」で精神神経症状を発症することに関連があるものと考えられる。
- 8) 自殺事案に出向が多く (P値=0.0024*)、精神障害事案に職場支援が行われている場合が少なく、自殺事例に支援がある例が多い (P値<0.0001*)。自殺事例に上司・部下の支援があった例が精神障害事案に比べ多い結果であった (P値=0.0004*)。
- 9) 「事故や災害の体験」や「対人関係のトラブル」の出来事では精神障害事案となるケースが多く、「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位等の変化」の出来事では重大な転帰 (自殺) となる割合が多かった。
- 10) 調整オッズ比の大きさから出来事として「仕事の失敗、過重な責任の発生」は、精神障害事案から重大な転帰 (自殺) へ至る最も大きなリスク要因と考えられる。「仕事の質・量の変化」、「役割・地位等の変化」が生じた場合の調整オッズ比は有意に大きく、重大な転帰 (自殺) に至るリスク要因と考えられる。重大な転帰 (自殺) に発展するリスクは、「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけが起こった例に比べ、「仕事の質・量の変化」が重なった場合はオッズ比でさらに約1.5倍、「役割・地位等の変化」が重なった場合にはオッズ比でさらに約1.6倍に上昇する。たとえば、これら3つ出来事が重なると「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけの場合に比べ、重大な転帰 (自殺) に至るリスクがオッズ比で約2.45倍となる。
- 11) 自殺事案は転職していない事例が46.6% (151) で転職回数が少なく、管理職に自殺事

例 (P値<.0001*) が多く、部下がいる事例 (P値<.0001*) が多く、課長クラスの管理職の自殺事例が多く (P値<.0001*)、しかも出向事例 (P値=.0024*) に自殺が多いという結果が得られた

- 12) 出来事から1ヶ月以内の発病は自殺事案全体の41.4% (134)、精神障害事案36.9% (127)、6ヶ月以内の発病は自殺事案は91.7% (297)、精神障害事案86.9% (299)であり、全体の89.2% (596) が出来事から6ヶ月以内の発病であった。発病から自殺までの期間に関して、発病から1ヶ月以内の自殺が自殺全体の42.9% (139)、発病から6ヶ月以内に自殺した事例は85.5% (277) にも及んだ。
- 13) 「仕事の失敗、過重な責任の発生」が起きた場合に、出来事から短期間で発症している。しかし、「仕事の質・量の変化」や「役割、地位等の変化」が起きた場合には、出来事から発症までの期間は長時間を要している。
- 14) 「仕事の失敗や過重な責任の発生」が原因で精神症状を発症する職位は一般職員よりも、中間管理職、管理職での割合が高い特徴がある。職責が精神症状の発症に関連していた。出来事の重なりの数も出来事から発症までの期間に関連していなかった。
- 15) 「仕事の失敗、過重な責任の発生」による重大な転帰（自殺）へ至るリスクが高いことを考慮すると、産業精神保健に関わる者にとって、「仕事の失敗、過重な責任の発生」が起こった後の数ヶ月間は精神神経症状が発生しやすいことを理解する必要があるとの統計学的に重要な結果が得られた。
- 16) 出来事として「仕事の失敗、過重な責任の発生」以外には、発症から自殺までの期間と出来事の種類の間に違いは見られなかった。「仕事の失敗、過重な責任の発生」が起こった場合に出来事から短期間で発症し、発症から短期間で自殺に至る可能性が示唆された。また、「仕事の失敗、過重な責任の発生」で精神神経症状を発症するのは中間管理職、管理職の職位で発生しやすい傾向が見られた。
- 17) 出来事の重なりと発症までの期間に関しても、出来事の重なりの数と出来事から発症までの期間に関しては、統計学的に関連は見いだせなかった。
- 18) 精神障害事案で時間外労働が把握できた事案299例のなかで、出来事から1ヶ月以内の発病は、99時間以内の時間外労働者全体の41.8% (69) を占め、100時間以上の時間外労働者全体の23.1% (31) を占めた。
- 19) 「仕事の質・量の変化」で発症した事案では100時間以上の時間外労働の割合が多く、時間ごとの分類でも、長時間の時間外労働ののちに精神症状を発症したと推察された。精神障害事案で100時間以上の時間外労働で、「仕事の質・量の変化」による発症に関連が見られたが、自殺事例、精神障害事例とも時間外労働と「仕事の質・量の変化」による発症

には関連が見られた。

- 20) 「仕事の失敗、過重な責任の発生」の出来事では、出来事の衝撃で時間外労働に関係なく重大な転帰となり、「仕事の質・量の変化」の出来事の発生は100時間以上の時間外労働と関連性が強いと考えられる。精神障害事案で100時間以上の時間外労働で、仕事の質・量の変化が起こると発症しやすい。仕事の質・量の変化以外の出来事では、時間外労働との影響は明らかではない。しかし、「仕事の失敗、過重な責任の発生」と「仕事の質・量の変化」が両方が出来事になった場合には自殺事案へ移行する可能性が高くなる。
- 21) 几帳面、真面目な性格の人が、「仕事の質・量の変化」によって発症している。性格によって重大な転帰となるリスクとなるかどうかの検討では、自殺の転帰に対する責任感だけが有意性を示し、責任感の記載がある場合、ない場合に比べ調整オッズ比が3.413であった。すなわち、責任感が強いと記載のある人の出来事によって精神神経症状を発症した場合に重大な転帰となりやすいことを示している。
- 22) 「重大な転帰を迎えるリスク要因の解析」では、出来事としては「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位等の変化」が重大な転帰（自殺）のリスク要因となった。また、個人の性格はリスク要因とはならず、女性の重大な転帰（自殺）へのリスクは低く、年齢が高いほど（おそらく職責があがるほど）リスクが高くなった。うつ病の要素が非常に高いリスク因子となっていた。
- 23) 自殺事案では、家族はほとんどの場合、後で振り返ってみると、気づいていた（ P 値 $<0.0001^*$ ）。上司、同僚も自殺事例では気づいている例が多い（ P 値 $<0.0001^*$ ）という結果が得られた。事例の中には、以前の本人とは違う言動や不眠等の症状に気づいていながら精神科受診に繋がられなかった事例もあると思われるが、家族も自殺後に振りかえってみて、あの時の本人の言動が、いつもと違う様子だったと気づいたものであり自殺事例（自殺未遂例を含む）は、精神科を受診していない事例（表29）が、71.9%（233）を占めており、自殺既遂例の82.0%（233）は精神科受診に至ってなかった。
- 24) 自殺未遂を含めた自殺事案324例で家族が気づいた多い精神症状は、（1）抑うつ、不安、焦り、混乱などが61.7%（200）、（2）体重減少・食欲減少、易疲労感が59.0%（191）、（3）明らかに元気のない様子、口数が減少、顔色悪い、笑わないが57.7%（187）、（4）不眠44.1%（143）、（5）自分を責める言動15.1%（49）、（6）行動パターンの変化13.3%（43）、（7）希死念慮を伺わせる言動13.0%（42）、（8）辞意を表明、（転職の考え、昇進嫌）12.3%（40）、（9）業務効率の低下・ミスの増加9.9%（32）、（10）勤怠（欠勤・遅刻）9.9%（32）であった。
- 25) 自殺未遂を除き、かつ時間外労働が明確な事例284例に家族からみて多くみられた精神症状は、家族からみた精神症状を多い順に並べると（1）抑うつ、不安、焦り、混乱、泣く等が48.6%（138）、（2）体重減少・食欲減少は48.6%（138）、（3）明らかに元気のない

様子27.8% (79)、(4) 不眠29.6% (84)、(5) 自分を責める言動15.8% (45)、(6) 希死念慮を窺わせる言動12.7% (36)、(7) 口数減少、易疲労感、だるい12.0% (34)、(8) 辞意を表明、退職・転職の考え13.0% (37)、(9) 行動パターンの変化(生活リズム、生活習慣の変化) 11.3% (32)、(10) 業務効率の低下・ミスの増加8.8% (25)、(11) 勤怠(欠勤・遅刻) 8.8% (25)、自傷・自殺未遂6.0% (17) であった。

26) 過去の精神科の受診歴は精神障害事例が多いが4分の1程度、26.5% (91) (P値=0.0095*)であり、自殺事例で飲酒習慣のある割合(P値<0.0001*)が高く、飲酒頻度に関して、自殺事例で毎日飲酒する頻度が高い傾向(P値<0.0001*)がみられた。

27) 自殺事例でうつ病の部会判断となっている割合が精神障害事案に比べ高い傾向((P値<0.0001*)がみられ、うつ病を含んだ気分障害に関して、自殺事案は90.7% (294)、精神障害事案は59.9% (206) であった。

28) 上司・部下の支援がないと判断された事例は、99時間以内の時間外労働者全体の39.5% (68)、100時間以上の時間外労働者全体の29.5% (33) であった。事業場対策なしと判断できた事例は、同様に99時間以内39.0% (67)、100時間以上25.9% (29) であった。時間外労働が少ない方が、上司・部下の支援が少なく、事業場の対策なしと判断された事例が多いという傾向がみられた。

29) 出来事から発病までの期間が1ヶ月以内に発病した労働者は、99時間以内の時間外労働者全体の51.7% (89)、100時間以上の時間外労働者全体のは28.6% (32)、発病から自殺までの期間が1ヶ月以内の労働者は、同様に99時間以内が52.3% (90)、100時間以上が35.7% (40) であり、時間外労働が少ない方が、出来事から早期に発病する労働者が多く、発病から早く自死に至っていた。また100時間以上の時間外労働の方が、出来事から遅く発病する労働者が多く、発病から期間を経て自殺していることが明らかになった。しかし、発病1ヶ月前の時間外労働が99時間以内、100時間以上という観点からだけで出来事から発病までの期間が決まるのではなく、あくまでも時間外労働を引き起こしている出来事の内容によって発病までの期間が早まると考えるのが妥当である。

30) 「仕事の質・量の変化」の出来事と重大な転帰(自殺)の間に明らかな傾向が見られなかったことから、100時間以上の時間外労働と「仕事との質・量の変化」の出来事による精神神経症状の発症には強い関連性があるが、発症後重大な転帰(自殺)に至るかどうかは、時間外労働だけ別な要因によるものと思われる。「仕事の質・量の変化」以外の出来事では、時間外労働との影響は明らかではなかった。しかし、「仕事の失敗、過重な責任の発生」と「仕事の質・量の変化」の両方が出来事になった場合には、重大な転帰(自殺)へ移行する可能性が高くなるので時間外労働と出来事の種類の関係は注意深く検討する必要がある。

31) 出来事から発病までの期間が1ヶ月以内の発病は、自殺事案41.4% (134)、精神障害事

案36.9% (127) であったが、統計学的にも出来事から発病までの期間は自殺事案は精神障害事案と比較して短かった。また、精神障害事案と比較して自殺事案は、6ヶ月間の残業時間の伸びは自殺事例で大きい傾向があることが明らかになった。

- 32) 今回の過去6年間に至る自殺認定事例に関する調査では、100時間以上の時間外労働と「仕事の質・量の変化」の出来事による精神神経症状の発症には強い関連性があり、精神障害事案で100時間以上の時間外労働で、仕事の質・量の変化が起こると発症しやすい。仕事の質・量の変化以外の出来事では、時間外労働との影響は明らかではない。しかし、「仕事の失敗、過重な責任の発生」と「仕事の質・量の変化」が両方が出来事になった場合には自殺事案へ移行する可能性が高くなるという結果が明らかになった。
- 33) 出来事を経験後、重大な転帰に至るリスクとして、精神・神経科、心療内科を受診した場合はオッズ比で0.019（逆数で約53）となり、出来事後、適切な医療を受けることで重大な転帰へのリスクが大きく低下することを示唆していた。産業医や精神科医の存在する事業所で重大な転帰に至る精神神経症状の割合が低いことから、精神障害による労働災害抑制に事業所における専門医の役割が大きいと推察される。
- 34) 精神科医の有無は、重大な転帰（自殺）を抑制する可能性がある。例数は少ないものの精神科医がいる場合は重大な転帰の割合が有意に低く、産業医の関与がある場合は重大な転帰の割合がやや低かった。精神科や心療内科を受診することで重大な転帰に至るリスクが大きく低下したことからも、事業所における早期のストレスケアが重大な転帰を避ける上で重要な役割を果たすものと考えられる。

7. 要約と今後の課題

業務が有力な原因となって発病した事例に関して結果を述べたが、重要な点を要約する。職種は、自殺事案で最も多い職種は管理職43.2% (140)、専門技術職29.3% (95)が多く、精神障害事案は専門技術職が32.3% (111)、管理職23.3% (80)であった。「仕事の失敗や過重な責任の発生」、「仕事の質・量の変化」の出来事で発症する業種と「対人関係のトラブル」、「対人関係の変化」で発症する業種がみられる。前者では、建設、製造、交通・運輸、情報通信分野であり、後者に属する業種には金融・保険業、飲食宿泊業、卸・小売業があげられる。「事故や災害の体験」や「対人関係のトラブル」の出来事では精神障害事案となるケースが多く、「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位等の変化」の出来事では重大な転帰（自殺）となる割合が多かった。職位があがるにつれて「仕事の失敗、過重な責任の発生」を原因として発症しているケースが増える傾向があり、また、「対人関係のトラブル」による発症は一般職において多く見られ、職位の低い労働者で「対人関係のトラブル」が原因となる発症が増えることが示唆された。中間管理職、管理職の職位で「仕事の失敗、過重な責任の発生」で発症する割合が上昇し、職責と「仕事の失敗、過重な責任の発生」で精神障害を発症することに関連があるものと考えられる。「仕事の失敗や過重な責任の発生」が原因で精神症状を発症する職位は一般職員よりも、中間管理職、管理職での割合が高い特徴がある。職責が精神神経症状の発症に関連していた。

自殺事案では、管理職に自殺事例（ P 値<.0001*）が多く、部下がいる事例（ P 値<.0001*）が多

く、課長クラスの管理職の自殺事例（ P 値 $<0.0001^*$ ）が多くみられた。自殺事案に出向が多く（ P 値 $=0.0024^*$ ）、精神障害事案に職場支援が行われている場合が少なく、自殺事例に支援がある例が多い（ P 値 $<0.0001^*$ ）。自殺事例に上司・部下の支援があった例が精神障害事案に比べ多い結果であった（ P 値 $=0.0004^*$ ）。自殺事案は転職していない事例が46.6%（151）で転職回数が少なく、管理職に自殺事例（ P 値 $<0.0001^*$ ）が多く、部下がいる事例（ P 値 $<0.0001^*$ ）が多く、課長クラスの管理職の自殺事例が多く（ P 値 $<0.0001^*$ ）、しかも出向事例（ P 値 $=0.0024^*$ ）に自殺が多いという結果が得られた。

「仕事の失敗、過重な責任の発生」が起きた場合に、出来事から短期間で発症している。しかし、「仕事の質・量の変化」や「役割、地位等の変化」が起きた場合には、出来事から発症までの期間は長時間を要していた。重大な転帰（自殺）に発展するリスクは、「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけが起こった例に比べ、「仕事の質・量の変化」が重なった場合はオッズ比でさらに約1.5倍、「役割・地位等の変化」が重なった場合にはオッズ比でさらに約1.6倍に上昇する。たとえば、これら3つ出来事が重なり「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけの場合に比べ、重大な転帰（自殺）に至るリスクがオッズ比で約2.45倍となる。「仕事の失敗、過重な責任の発生」が起こった場合に出来事から短期間で発症し、発症から短期間で自殺に至る可能性が示唆された。

自殺事例、精神障害事例とも時間外労働と「仕事の質・量の変化」による発症には関連が見られた。100時間以上の時間外労働と「仕事の質・量の変化」の出来事による精神症状の発症には強い関連性があり、精神障害事案で100時間以上の時間外労働で、仕事の質・量の変化が起これると発症しやすい。仕事の質・量の変化以外の出来事では、時間外労働との影響は明らかではない。しかし、「仕事の失敗、過重な責任の発生」と「仕事の質・量の変化」が両方が出来事になった場合には自殺事案へ移行する可能性が高くなるという結果が明らかになった。「仕事の失敗、過重な責任の発生」の出来事では、出来事の衝撃で時間外労働に関係なく重大な転帰となり、「仕事の質・量の変化」の出来事の発生は100時間以上の時間外労働と関連性が強いと考えられる。

几帳面、真面目な性格の人が、「仕事の質・量の変化」によって発症している。性格によって重大な転帰となるリスクとなるかどうかの検討では、自殺の転帰に対する責任感だけが有意性を示し、責任感の記載がある場合、ない場合に比べ調整オッズ比が3.413であった。すなわち、責任感が強いと記載のある人の出来事によって精神神経症状を発症した場合に重大な転帰となりやすいことを示している。「重大な転帰を迎えるリスク要因の解析」では、出来事としては「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位等の変化」が重大な転帰（自殺）のリスク要因となった。また、個人の性格はリスク要因とはならず、女性の重大な転帰（自殺）へのリスクは低く、年齢が高いほど（おそらく職責があがるほど）リスクが高くなった。うつ病の要素が非常に高いリスク因子となっていた。

自殺事案では、家族はほとんどの場合、後で振り返ってみると、気づいていた（ P 値 $<0.0001^*$ ）、上司、同僚も自殺事例では気づいている例が多い（ P 値 $<0.0001^*$ ）という結果が得られた。事例の中には、以前の本人とは違う言動や不眠等の症状に気づいていながら精神科受診に繋げられなかった事例もあると思われるが、家族も自殺後に振りかえってみて、あの時の本人の言動が、いつもと違う様子だったと気づいたものであり、すべての事例が家族（遺族）から見て、本人の自殺前の「うつ病等」の症状に起因した言動に気づいていたというわけではないと思われる。自殺事例（自殺未遂例を含む）は、精神科を受診していない事例（表29）が、71.9%（233）を占めて

おり、自殺既遂例の82.0% (233) は精神科受診に至ってなかった。自殺未遂を含めた自殺事案324例で家族が気づいた多い精神症状は、(1) 抑うつ、不安、焦り、混乱などが61.7% (200)、(2) 体重減少・食欲減少、易疲労感が59.0% (191)、(3) 明らかに元気のない様子、口数が減少、顔色悪い、笑わないが57.7% (187)、(4) 不眠44.1% (143)、(5) 自分を責める言動15.1% (49)、(6) 行動パターンの変化13.3% (43)、(7) 希死念慮を窺わせる言動13.0% (42)、(8) 辞意を表明、(転職の考え、昇進嫌) 12.3% (40)、(9) 業務効率の低下・ミスの増加9.9% (32)、(10) 勤怠 (欠勤・遅刻) 9.9% (32) であった。

出来事を経験後、重大な転帰に至るリスクとして、精神・神経科、心療内科を受診した場合はオッズ比で0.019 (逆数で約53) となり、出来事後、適切な医療を受けることで重大な転帰へのリスクが大きく低下することを示唆していた。産業医や精神科医の存在する事業所で重大な転帰に至る精神神経症状の割合が低いことから、精神障害による労働災害抑制に事業所における専門医の役割が大きいと推察される。精神科医の有無は、重大な転帰 (自殺) を抑制する可能性がある。例数は少ないものの精神科医がいる場合は重大な転帰の割合が有意に低く、産業医の関与がある場合は重大な転帰の割合がやや低かった。精神科や心療内科を受診することで重大な転帰に至るリスクが大きく低下したことからも、事業所における早期のストレスケアが重大な転帰を避ける上で重要な役割を果たすものと考えられる。

今後、自殺や精神障害を防止対策として、「仕事の質・量の変化」、「役割・地位等の変化」からやや時間が経過した後に「仕事の失敗、過重な責任の発生」が起こった時に自殺のリスクが高まることが示唆されており、「仕事の質・量の変化」、「役割・地位等の変化」が起こった時点から、健康配慮の観点からも防止策を検討すべきであろう。労働者が自らの業務に携わり、業務遂行中でさまざまな業務上の出来事を体験するが、ひとつの出来事が発生したときに労働者本人にかかる心理負荷がどの程度で、それに対する対処可能な手段や対処能力、さらにそれを緩和するような職場環境や支援体制等により、その心理負荷の過重性は異なり、あくまでも個別の労働者がどのような状況のなかで精神障害発症や自殺へ至ったかという観点から防止策を検討すべきである。今回の調査結果から、単なる出来事の重なりではなく、出来事の重大性 (強度) や出来事の組合せが重大な転帰 (自殺) に関連するという結果が得られたことは、非常に重要な結果であり、今後どのような状況の中で労働者に過重性が高まり、精神障害発症へと繋がるのかという点をさらに検討すべきであろう。

〔文 献〕

- 1) 栗原伸公：企業における「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の効果に関する研究 1. 事業場における過重労働対策－現状とその分析（厚生労働科学研究） pp23-90.
- 2) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：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について 1999.9.
- 3) 厚生労働省：脳・心臓疾患の認定基準の改正について、2001.12.12.
- 4) 黒木宣夫：「長時間残業と精神疾患発症との因果関係に関する研究」－労災認定された自殺事案における長時間残業の調査－厚生労働科学研究費補助金（平成15年度「災害科学に関する研究」） pp161-220.2004.
- 5) 内山真：睡眠と精神障害との関係に関して 平成15年度災害科学に関する研究pp 5 -28
- 6) 黒木宣夫：「精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究」－厚生労働科学研究費補助金（平成20年度「災害科学に関する研究」） pp 8 -40、2009.3.
- 7) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：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の一部改正について 2009.4.

3 労働災害発生に関連する要因のおよび重大な転帰（自殺事案）に影響する因子の探索研究

城西国際大学薬学部

山村重雄

収集されたデータを用いた統計学的検討は、全体的な傾向を調査するために探索的に行った。今回のデータは労災に認定された事例を基に作成されており、得られた結果はあくまで労災に認定された事案の中での様々な傾向であることをお断りしておく。

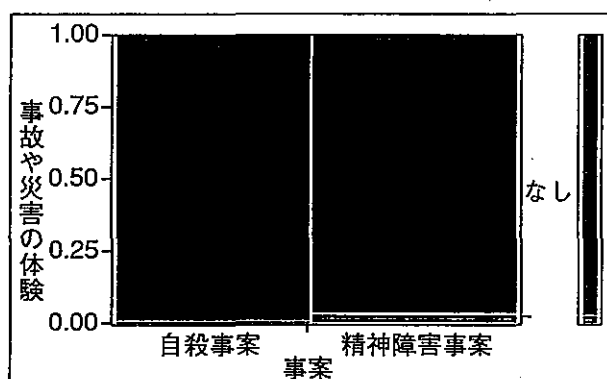
p値や仮説検定の有意性に関する記述を多用したが、調査項目が多岐にわたるために多重性等の考慮はしていない。また、データは完全ではなく欠測値の多い項目も多く、解析結果の評価には注意が必要である。可能な限り評価上の問題点について注意点として記載したがあくまで探索的な研究であり、検証的な取り扱いではない点に注意いただきたい。

比率の検定は χ^2 乗検定を用いたが期待値の値が小さいときはFisherの正確検定の結果を併記した。重大な転帰（自殺）に至るリスク要因に関する検討では、ロジスティック回帰分析を用い、偏回帰係数から要因の調整オッズをもとめた。

解析にはJMP8.01（SASインスティテュートジャパン）を用いた。

I-1. 出来事の種類による自殺事案と精神障害事案発生件数の違い

1. 出来事の種類：事故や災害の体験

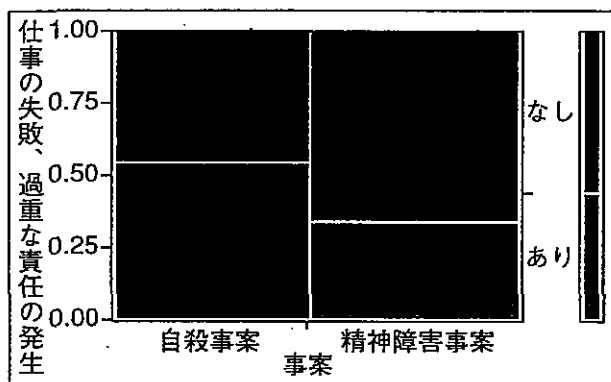


度数	あり	なし	計
自殺事案	3	321	324
精神障害事案	13	331	344
	16	652	668

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	5.810	0.0159*

Fisherの正確検定	p値
両側検定	0.0207*

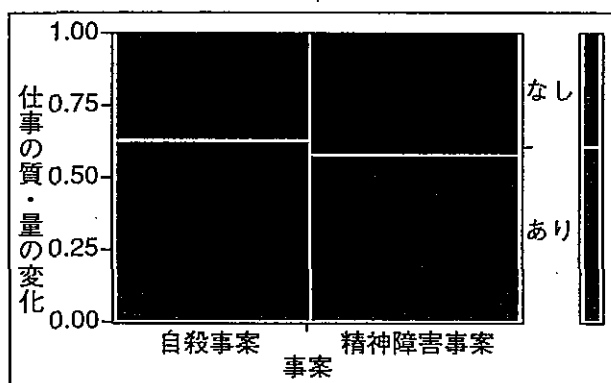
2. 出来事の種類：仕事の失敗、過重な責任の発生



検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	27.958	<.0001*

度数	あり	なし	計
自殺事案	177	147	324
精神障害事案	118	226	344
	295	373	668

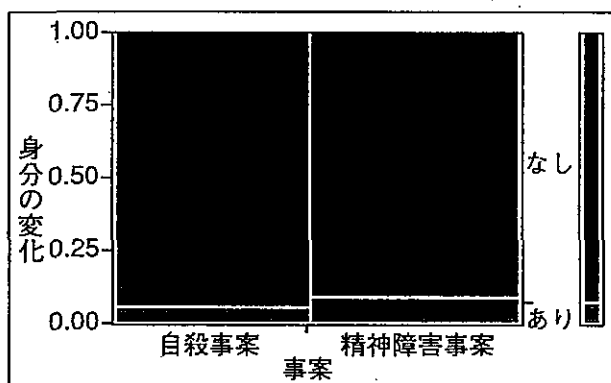
3. 出来事の種類：仕事の質・量の変化



検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	1.841	0.1748

度数	あり	なし	計
自殺事案	205	119	324
精神障害事案	200	144	344
	405	263	668

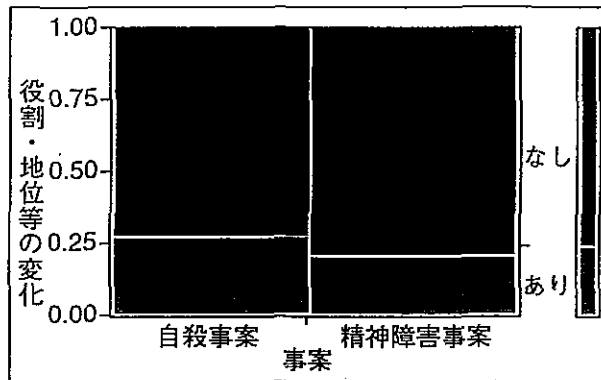
4. 出来事の種類：身分の変化



検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	3.382	0.0659

度数	あり	なし	計
自殺事案	18	306	324
精神障害事案	32	312	344
	50	618	668

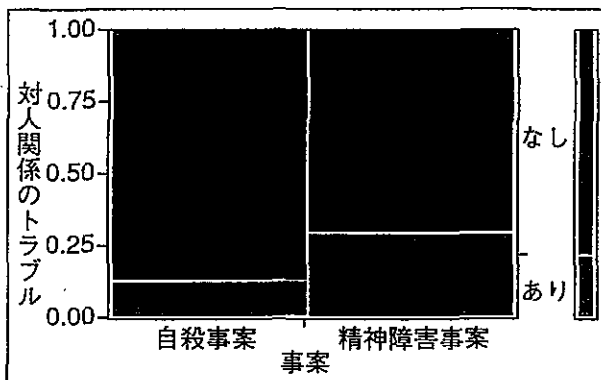
5. 出来事の種類：役割・地位等の変化



検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	4.273	0.0387*

度数	あり	なし	計
自殺事案	89	235	324
精神障害事案	71	273	344
	160	508	668

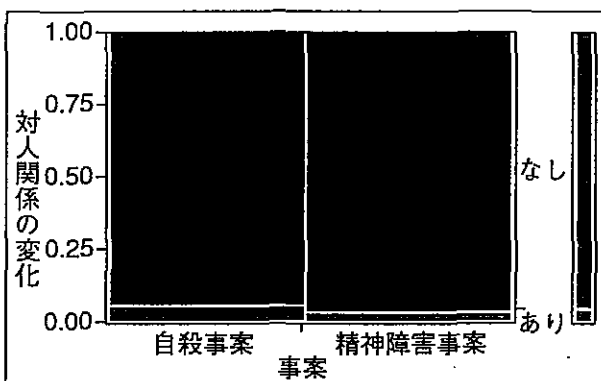
6. 出来事の種類：対人関係のトラブル



検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	28.303	<.0001*

度数	あり	なし	計
自殺事案	42	282	324
精神障害事案	103	241	344
	145	523	668

7. 出来事の種類：対人関係の変化



検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	1.662	0.1973

度数	あり	なし	計
自殺事案	18	306	324
精神障害事案	12	332	344
	30	638	668

【結果】「事故や災害の体験」や「対人関係のトラブル」の出来事では精神障害事案となるケースが多く、「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位の変化」の出来事では重大な転帰（自

殺)となる割合が多かった。この結果は、「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位の変化」といった出来事が生じた場合は精神障害でとどまらず、重大な転帰を迎える可能性が高いことが示唆される。

I-2: 出来事の重なりが重大な転帰（自殺）に至るリスクへの影響

今回の調査では、精神障害を生じた出来事を一つだけでなく、複数の出来事が生じている場合にはすべての出来事をカウントした。そこで、それぞれの出来事が重大な転帰（自殺）に至るリスクを求め、出来事の重なりの影響を探索した。

説明変数にはそれぞれの出来事の有無とし、目的変数には重大な転帰（自殺）事案を1、精神障害事案を0としてロジスティック回帰分析による出来事の種類が転帰に対するリスクの大きさをオッズ比で評価した。

パラメータ推定値

項	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
切片	-0.5323	0.4076	1.71	0.1911
事故や災害の体験[あり]	-0.7161	0.3290	4.74	0.0295*
仕事の失敗、過重な責任の発生[あり]	0.4776	0.0917	27.08	<.0001*
仕事の質・量の変化[あり]	0.2061	0.0938	4.82	0.0281*
身分の変化[あり]	0.0056	0.1659	0.00	0.9729
役割・地位等の変化[あり]	0.2415	0.0968	6.23	0.0126*
対人関係のトラブル[あり]	-0.4920	0.1091	20.34	<.0001*
対人関係の変化[あり]	0.4032	0.2091	3.72	0.0538

調整オッズ比

出来事の種類	調整オッズ比 (出来事があるとなない場合に比べて自殺に至るリスク)
事故や災害の体験[あり]	0.238*
仕事の失敗、過重な責任の発生[あり]	2.599*
仕事の質・量の変化[あり]	1.510*
身分の変化[あり]	1.011
役割・地位等の変化[あり]	1.621*
対人関係のトラブル[あり]	0.373*
対人関係の変化[あり]	2.240

*は有意

【結果】調整オッズ比の大きさから出来事として「仕事の失敗、過重な責任の発生」の発生は、精神障害事案から重大な転帰（自殺）へ至る最も大きなリスク要因と考えられる。また、「仕事の失敗、過重な責任の発生」に加え、「仕事の質・量の変化」、「役割・地位の変化」、「対人関係

のトラブル」などの調整オッズ比が有意となった。このうち、「対人関係のトラブル」がないほうが重大な転帰へのリスク要因となっていたが、「対人関係のトラブル」が生じた場合は精神障害事案である場合が多いためこのような結果になったものと考えられる。一方、「仕事の質・量の変化」、「役割・地位の変化」が生じた場合の調整オッズ比は有意に大きく、重大な転帰（自殺）に至るリスク要因と考えられる。

解析で得られた調整オッズ比の値から出来事が重なったときの重大な転帰（自殺）に至るリスクを評価することが可能である。すなわち、重大な転帰（自殺）に発展するリスクは、「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけが起こった例に比べ、「仕事の質・量の変化」が重なった場合はオッズ比でさらに約1.5倍、「役割・地位の変化」が重なった場合にはオッズ比でさらに約1.6倍に上昇する。たとえば、これら3つ出来事が重なると「仕事の失敗、過重な責任の発生」だけの場合に比べ、重大な転帰（自殺）に至るリスクがオッズ比で約2.45倍となる。

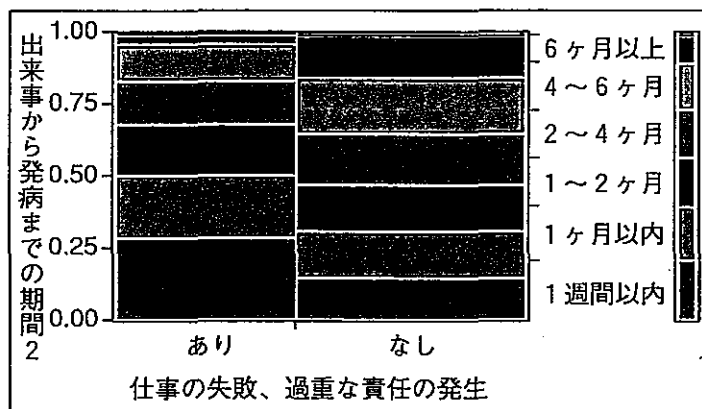
この結果から、「仕事の失敗、過重な責任の発生」の出来事の発生が精神障害発生から重大な転帰（自殺）に至るもっとも大きなリスク因子であるが、出来事の重なりにより注意する必要があると考えられる。

Ⅱ－１．出来事から発症までの期間に影響する因子の探索

出来事から発症までの期間を1週間以内、1ヶ月以内、1～2ヶ月、2～4ヶ月、4～6ヶ月、6ヶ月以上に分類し、出来事の種類が精神神経障害を発症するまでの期間に影響しているかどうかを探索した。

事案は、自殺事例と精神障害事例を合わせ、出来事から精神障害が発生するまでの期間を対象とした。

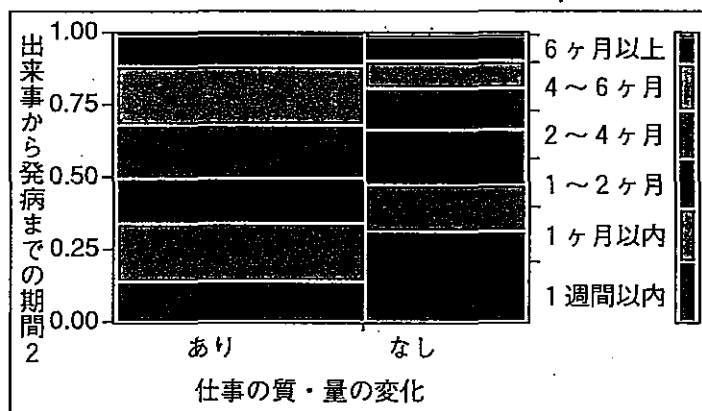
１．出来事の種類：仕事の失敗、過重な責任の発生



度数	あり	なし	計
1週間以内	85	54	139
1ヶ月以内	64	60	124
1～2ヶ月	51	62	113
2～4ヶ月	45	66	111
4～6ヶ月	38	71	109
6ヶ月以上	10	54	64
不明	2	6	8
	295	373	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	45.845	<.0001*

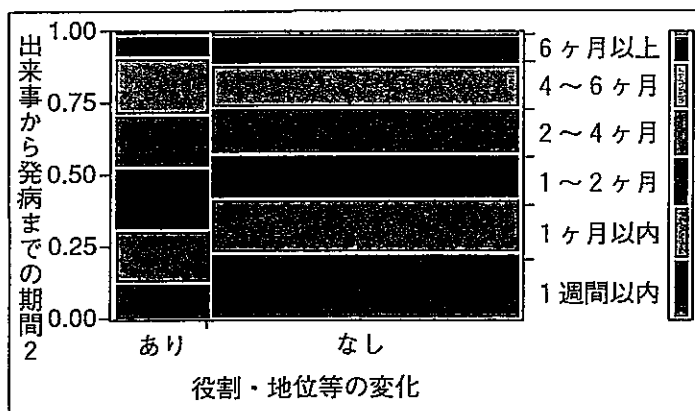
２．出来事の種類：仕事の質・量の変化



度数	あり	なし	計
1週間以内	57	82	139
1ヶ月以内	81	43	124
1～2ヶ月	64	49	113
2～4ヶ月	73	38	111
4～6ヶ月	83	26	109
6ヶ月以上	43	21	64
不明	4	4	8
	405	263	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	38.073	<.0001*

3. 出来事の種類：役割・地位等の変化



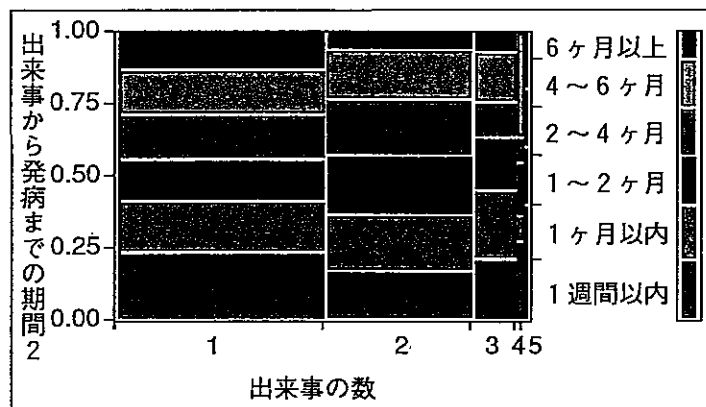
度数	あり	なし	計
1週間以内	21	118	139
1ヶ月以内	29	95	124
1～2ヶ月	35	78	113
2～4ヶ月	29	82	111
4～6ヶ月	32	77	109
6ヶ月以上	13	51	64
不明	1	7	8
	160	508	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	12.127	.0592

【結果】「仕事の失敗、過重の責任の発生」が生じた場合は、出来事から短期間で発症し、「仕事の質・量の変化」「役割・地位の変化」の出来事では、やや時間がたって発症していることが窺われる。「仕事の失敗、過重の責任の発生」による重大な転帰（自殺）へ至るリスクが高いことを考慮すると、産業衛生に関わる者にとって、「仕事の失敗、過重の責任の発生」が発生した後の数ヶ月間は精神神経症状が発生しやすいことを理解する必要があるであろう。

4. 出来事の重なりと発症までの期間

出来事の重なりが重大な転帰（自殺）を引き起こすリスクが高いことが認められたので、出来事の重なり数が、発症までの期間と関連するかどうかを検討した。



度数	0	1	2	3	4	5	計
1週間以内	0	79	40	15	3	2	139
1ヶ月以内	0	58	47	17	1	1	124
1～2ヶ月	1	48	49	13	2	0	113
2～4ヶ月	0	53	47	9	1	1	111
4～6ヶ月	0	51	41	12	4	1	109
6ヶ月以上	0	44	15	5	0	0	64
	1	333	239	71	11	5	660

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	29.742	0.2341

【結果】出来事の重なり数と出来事から発症までの期間に関連していなかった。出来事の重大性（強度）や出来事の組合せが重大な転帰（自殺）に関連しているものと思われる。（I章参照）

5. 職位による発症原因の違い（事故や災害の経験の件数は少ないので除いた）

職位と精神神経障害に影響する出来事には関連について検討した。一つの事案で生じた出来事を全てカウントしたので出来事の総数は事案数と一致していない。

職種	仕事の失敗 や過重な責任の発生	仕事の質・量 の変化	身分の 変化	役割・地位 の変化	対人関係の トラブル	対人関係の 変化
一般	100 (23.6%)	165 (39.0%)	21 (5.0%)	53 (12.5%)	73 (17.3%)	11 (2.6%)
主任・係長相当	74 (26.3%)	107 (39.1%)	9 (3.2%)	51 (18.1%)	27 (9.6%)	13 (4.6%)
課長	41 (32.3%)	50 (39.4%)	6 (4.7%)	18 (14.2%)	11 (8.7%)	1 (0.8%)
支店長	29 (30.9%)	26 (27.7%)	7 (7.4%)	17 (18.1%)	13 (13.8%)	2 (2.1)
部長	27 (30.3%)	31 (34.8%)	4 (4.5%)	12 (13.5%)	13 (14.6%)	2 (2.2%)
役員	13 (40.6%)	12 (37.5%)	1 (3.1%)	2 (6.3%)	3 (9.4%)	1 (3.1%)

【結果】 職位があがるにつれて「仕事の失敗、過重な責任の発生」を原因として発症しているケースが増える傾向がある。また、「対人関係のトラブル」による発症は一般職において多く見られ、職位の低い労働者で「対人関係のトラブル」が原因となる発症が増えることが示唆される。

6. 出来事の種類と職種の関係

同様に、職種との関連性を検討した。5と同様、一つの事案で生じた出来事を全てカウントしたので出来事の総数は事案数と一致していない。

職種	事故や災害の経験	仕事の失敗や過重な責任の発生	仕事の質・量の変化	身分の変化	役割・地位の変化	対人関係のトラブル	対人関係の変化
運輸・通信従事者	3 (5.8%)	13 (25.0%)	20 (38.5%)	4 (7.7%)	3 (5.8%)	8 (15.4%)	1 (1.9%)
管理的職業従事者	4 (1.0%)	113 (28.8%)	145 (37.0%)	19 (4.8%)	63 (16.1%)	40 (10.2%)	8 (2.0%)
生産工程・労務	3 (4.6%)	16 (24.6%)	22 (33.8%)	7 (10.8%)	7 (10.8%)	8 (12.3%)	2 (3.1%)
販売従事者	1 (1.3%)	21 (26.6%)	22 (27.8%)	0 (0.0%)	14 (17.7%)	18 (22.8%)	3 (3.8%)
事務労働者	0 (0.0%)	17 (14.0%)	43 (35.5%)	6 (5.0%)	19 (15.7%)	23 (19.0%)	4 (3.3%)
サービス職業従事者	1 (1.7%)	12 (20.3%)	21 (31.6%)	2 (3.4%)	6 (10.2%)	13 (22.0%)	4 (6.8%)

【結果】全体的な傾向としては、管理的職業従事者に仕事の失敗や過重な責任の発生を原因とする発症が多く、販売従事者、サービス職業従事社に対人関係のトラブルによる発症が多く見られるようである。

7. 業種による発症の原因となる出来事の違い

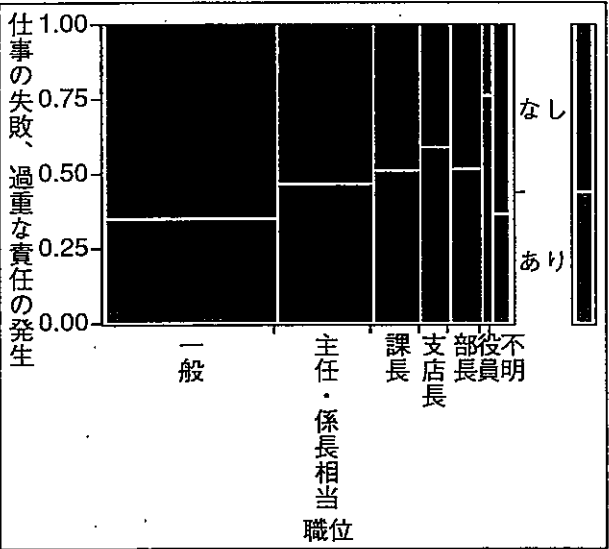
一つの事案で生じた出来事を全てカウントしたので出来事の総数は事案数と一致していない。

職種	仕事の失敗 や過重な責 任の発生	仕事の質・量 の変化	身分の 変化	役割・地位 の変化	対人関係の トラブル	対人関係 の変化
農業・林業・漁業・工業	9 (47.4%)	7 (36.8%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)
建設業	44 (36.7%)	49 (40.8%)	2 (1.7%)	12 (10.0%)	11 (9.2%)	2 (1.7%)
製造業	62 (30.5%)	72 (35.5%)	14 (6.9%)	29 (14.3%)	19 (9.4%)	7 (3.4%)
交通運輸業	23 (28.8%)	33 (41.3%)	4 (5.0%)	7 (8.8%)	11 (13.8%)	2 (2.5%)
情報通信業	37 (25.5%)	65 (44.8%)	0 (0.0%)	27 (18.6%)	13 (9.0%)	3 (2.1%)
電気・ガス・水道	6 (23.1%)	12 (46.2%)	0 (0.0%)	6 (23.1%)	1 (3.8%)	1 (3.8%)
金融・保険業	9 (20.0%)	11 (24.4%)	0 (0.0%)	5 (11.1%)	15 (33.3%)	5 (11.1%)
不動産業	4 (28.6%)	3 (21.4%)	1 (7.4%)	3 (21.4%)	2 (14.3%)	1 (7.4%)
保健・衛生業 (医療・福祉)	27 (30.0%)	30 (33.3%)	4 (4.4%)	13 (14.4%)	15 (16.7%)	1 (1.1%)
教育・学習支援	6 (28.6%)	6 (28.6%)	1 (4.8%)	1 (4.8%)	6 (28.6%)	1 (4.8%)
飲食宿泊業	6 (15.8%)	14 (36.8%)	3 (7.9%)	6 (15.8%)	9 (23.7%)	0 (0.0%)
卸・小売り業	44 (23.8%)	61 (33.0%)	10 (5.4%)	39 (21.1%)	28 (15.1%)	3 (1.6%)
サービス業	12 (17.1%)	29 (41.4%)	9 (12.9%)	7 (10.0%)	10 (14.3%)	3 (4.3%)
その他	6 (20.7%)	13 (44.8%)	2 (6.9%)	4 (13.8%)	3 (10.3%)	1 (3.4%)

【結果】「仕事の失敗や過重な責任の発生」、「仕事の質・量の変化」の出来事で発症する職種と「対人関係のトラブル」、「対人関係の変化」で発症する職業がみられる。前者では、建設、製造、交通・運輸、情報通信分野であり、後者に属する業種には金融・保険業、飲食宿泊業、卸・小売り業があげられる。対人関係が仕事の遂行に重要な役割を果たす職業で対人関係のトラブルが原因となって発症するものと考えられる。

8. 仕事の失敗、過重な責任の発生によって発症した職位との関係

もっとも重大な転帰（自殺）と関連の高かった「仕事の失敗、過重の責任の発生」と職位の関連性から職位との関連性を検討した。

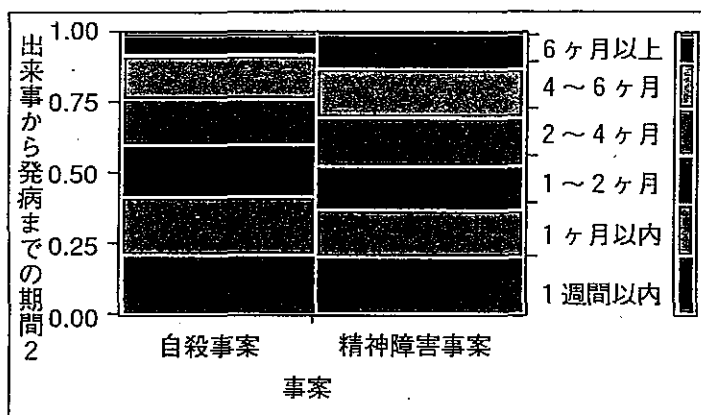


度数	あり	なし	計
一般	100	182	282
主任・係長相当	74	84	158
課長	41	39	80
支店長	29	20	49
部長	27	25	52
役員	13	4	17
不明	11	19	30
	295	373	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	24.380	0.0004*

【結果】 中間管理職、管理職の職位で「仕事の失敗、過重の責任の発生」で発症する割合が上昇している。職責と「仕事の失敗、過重の責任の発生」で精神神経障害を発症することに関連があるものと考えられる。

9. 事案と出来事から発病までの期間の関係



度数	自殺事案	精神障害事案	計
1週間以内	70	69	139
1ヶ月以内	66	58	124
1～2ヶ月	59	54	113
2～4ヶ月	53	58	111
4～6ヶ月	49	60	109
6ヶ月以上	22	42	64
不明	5	3	8
	324	344	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	8.238	0.2211

【結果】出来事から発症までの期間と転帰との関連性は見られなかった。

【Ⅱの結果】「仕事の失敗、過重の責任の発生」が起きた場合に、出来事から短期間で発症している。しかし、「仕事の質・量の変化」や「役割、地位等の変化」が起きた場合には、出来事から発症までの期間は長時間を要している。後者二つの出来事の場合、ストレスが長期間継続した後に発症するものと考えられる。

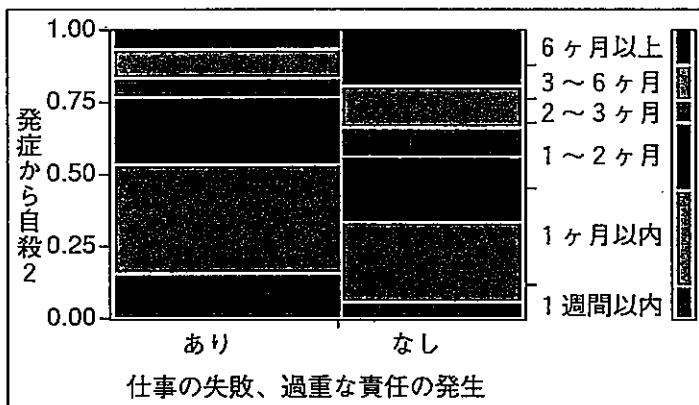
また、「仕事の失敗や過重な責任の発生」が原因で精神症状を発症する職位は一般職員よりも、中間管理職、管理職での割合が高い特徴がある。職責が精神神経症上の発症に関連しているものと考えられる。

身分の変化、対人関係のトラブル、対人関係の変化の出来事に関しては発症までの時間に影響は見られなかった。さらに、出来事の重なりの数も出来事から発症までの期間に関連していなかった。特定の出来事の重なりが重大な転帰との関連があると思われる。さらに、発症までの期間と転帰との間にも関連性は見られなかった。これらの結果は、出来事の強度と特別な出来事の組合せによって転帰が影響していることを示唆している。

Ⅱ－２．自殺事案における出来事の種類と発症から自殺までの期間の関係

自殺事案について、出来事の種類と発症から自殺までの期間に関連性があるかどうかを検討した。出来事として「仕事の失敗、過重な責任の発生」以外には、発症から自殺までの期間と出来事の種類の違いは見られなかった。

１．出来事の種類：仕事の失敗、過重な責任の発生



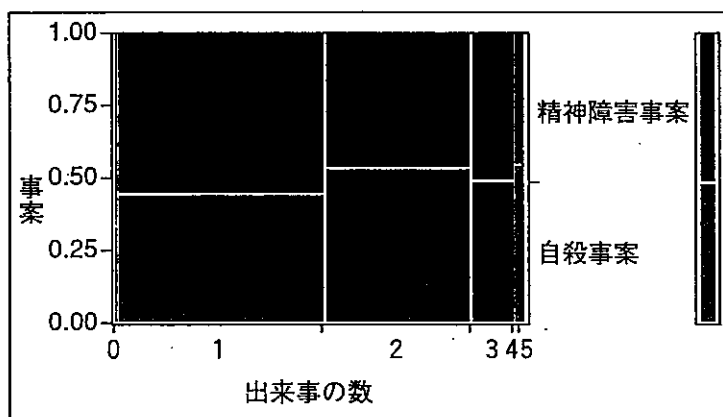
度数	あり	なし	計
1週間以内	28	8	36
1ヶ月以内	66	39	105
1～2ヶ月	41	32	73
2～3ヶ月	11	14	25
3～6ヶ月	18	20	38
6ヶ月以上	11	27	38
	175	140	315

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	22.758	0.0004*

【結果】出来事の種類と出来事から発症までの期間、発症から自殺までの期間の関係を検討したところ、「仕事の失敗、過重な責任の発生」が起こった場合に出来事から短期間で発症し、かつ発症から短期間で自殺に至る可能性が示唆された。

２．出来事の種類重複と重大な転帰（自殺事案）との関係

各事案で出来事の種類重複と重大な転帰（自殺）との関連性について検討した。



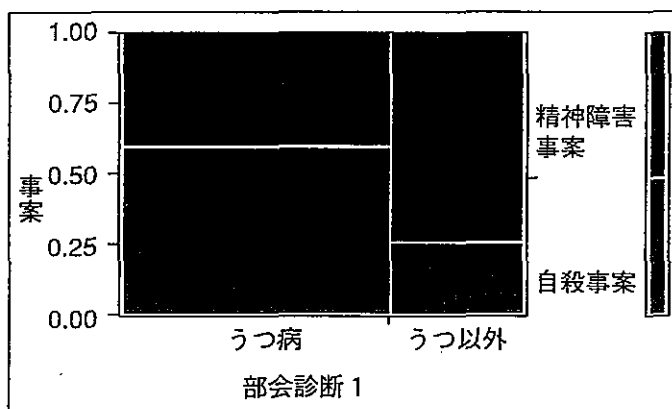
度数	自殺事案	精神障害事案	計
0	1	2	3
1	150	187	337
2	129	112	241
3	35	36	71
4	6	5	11
5	3	2	5
	324	344	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	5.306	0.3797

【結果】出来事が重なると重大な転帰となる割合がやや増えるが、有意ではなく単なる出来事の重なりではなく、Ⅰ－８で示したように特定の出来事が重なると重大な転帰となるものと推定される。

3. 部会判断（うつとうつ以外）による重大な転帰（自殺）の違い

部会診断においてうつと診断されたかどうかで転帰の違いについて検討した。



度数	自殺事案	精神障害事案	計
うつ病	267	181	448
うつ以外	57	163	220
	324	344	668

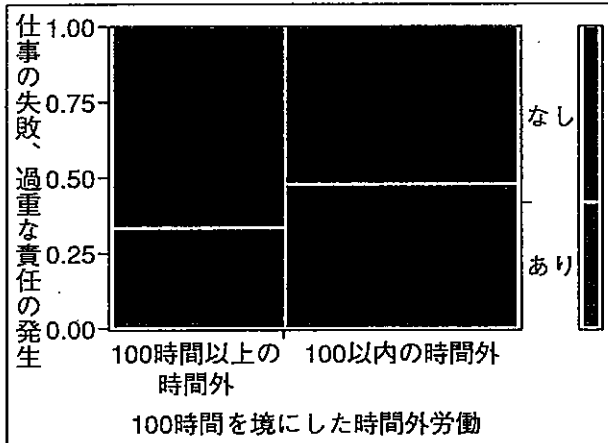
検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	67.043	<.0001*

【結果】部会判断でうつと診断された事例で重大な転帰（自殺）に至った事案が有意に高い。うつと職場における精神障害の関連性については今後検討する必要があるであろう。

Ⅲ－１．時間外労働時間と出来事の種類の関係

時間外労働が100時間を超える過重労働が精神神経症状の発症と関連しているかどうかを探索する。

1 出来事の種類：仕事の失敗、過重な責任の発生

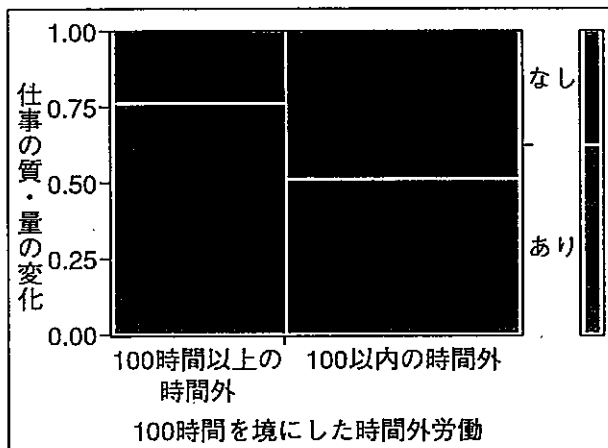


度数	あり	なし	計
100時間以上の時間外	87	172	259
100以内の時間外	166	179	345
	253	351	604

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	12.823	0.0003*

【結果】「仕事の失敗、過重な責任の発生」と時間外労働との関係は、時間外労働がむしろ短い場合に発症している。

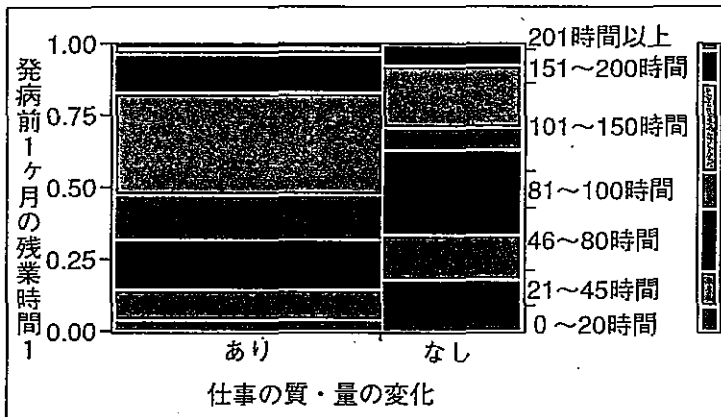
2－１．出来事の種類：仕事の質・量の変化



度数	あり	なし	計
100時間以上の時間外	198	61	259
100以内の時間外	178	167	345
	376	228	604

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	38.888	<.0001*

2-2. 出来事「仕事の質・量の変化」と発症1ヶ月前の残業時間の関係



度数	あり	なし	計
0～20時間	15	35	50
21～45時間	40	30	70
46～80時間	66	57	123
81～100時間	58	15	73
101～150時間	135	41	176
151～200時間	51	14	65
201時間以上	13	1	14
	378	193	571

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	63.717	<.0001*

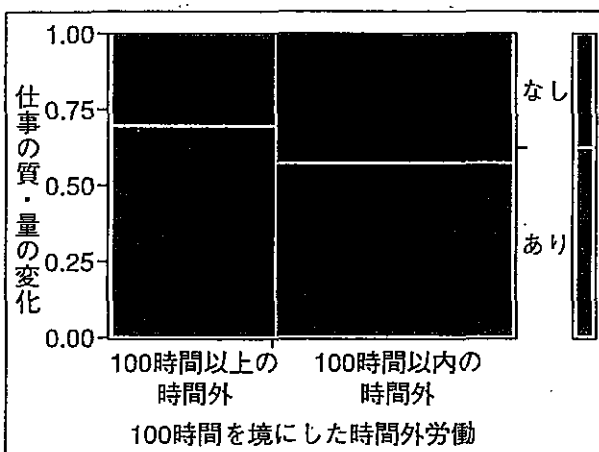
【結果】「仕事の質・量の変化」で発症した事案では100時間以上の時間外労働の割合が多く、時間ごとの分類でも、長時間の時間外労働ののちに精神神経症状を発症したと推察される。

「仕事の失敗、過重な責任の発生」と時間外労働との関係を考慮すると、時間外労働と精神神経症状の発症との関連性に関して、時間外労働は出来事の種類と関連していることが示唆された。すなわち、「仕事の失敗、過重な責任の発生」の出来事では、出来事の衝撃で時間外労働に関係なく重大な転帰となり、「仕事の質・量の変化」の出来事の発生は100時間以上の時間外労働と関連性が強いと考えられる。

3. 仕事の質・量の変化の出来事で発症した事案の自殺事案、精神神経症状事案別解析

「仕事の質・量の変化」による精神神経症状と時間外労働の関連性が認められたので、転帰との関連性について検討した。

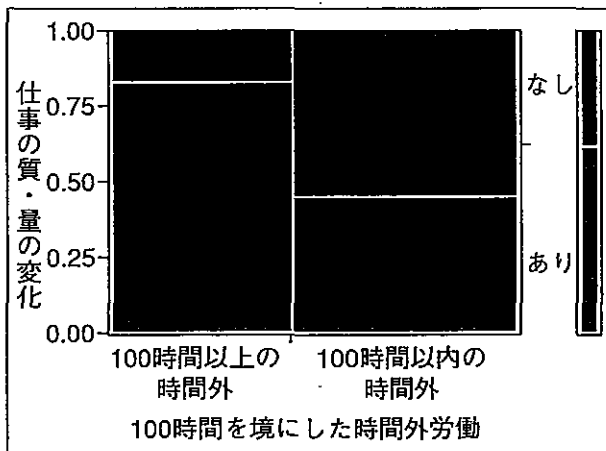
3-1 自殺事案



度数	あり	なし	計
100時間以上の時間外	87	38	125
100時間以内の時間外	103	77	180
	190	115	305

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	4.812	0.0283*

3-2. 精神障害事案



度数	あり	なし	計
100時間以上の時間外	111	23	134
100時間以内の時間外	75	90	165
	186	113	299

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	43.952	<.0001*

【結果】精神事案で100時間以上の時間外で、「仕事の量・質の変化」による発症に関連が見られたが、自殺事例、精神障害事例とも時間外度労働と「仕事の量・質の変化」による発症には関連が見られた。しかし、精神障害で時間外労働時間との関連性が強かった。

これまでの、「仕事の質・量の変化」の出来事と重大な転帰（自殺）の間に明らかな傾向が見られなかったことから、100時間以上の時間外労働と「仕事の質・量の変化」の出来事による精神神経症状の発症にはつよい関連性があるが、発症後重大な転帰（自殺）に至るかどうかは、時間外労働だけ別な要因によるものと思われる。

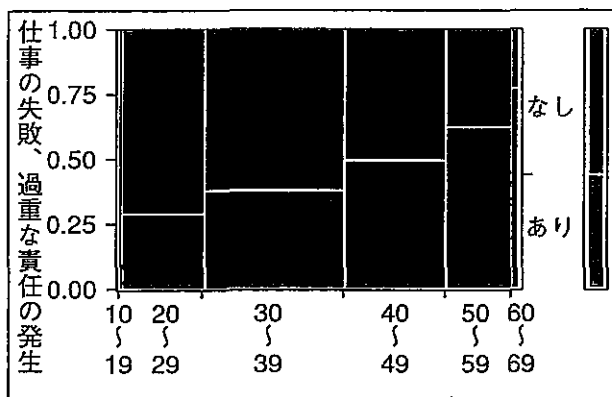
「仕事の質・量の変化」以外の出来事では、時間外労働との影響は明らかではなかった。しかし、「仕事の失敗、過重な責任の発生」と「仕事の質・量の変化」の両方が出来事になった場合には、重大な転帰（自殺）へ移行する可能性が高くなるので時間外労働と出来事の種類の関係は注意深く検討する必要がある。

Ⅳ. 人間の属性と精神神経症状の発症の関連について

これまでの解析で、「仕事の失敗、過重な責任の発生」などの出来事がリスク要因となり、「仕事の質・量の変化」（長時間の時間外労働を含む）などの出来事が重なったときに重大な転帰となる可能性が示唆された。

今回の調査では、労災認定された人の属性も調査項目にある。そこで、精神神経症状を発症しやすい出来事の種類と人間的な属性があるかどうかを探索した。対策への一助としたい。

1-1. 仕事の失敗、過重な責任の発生と年齢層の関係

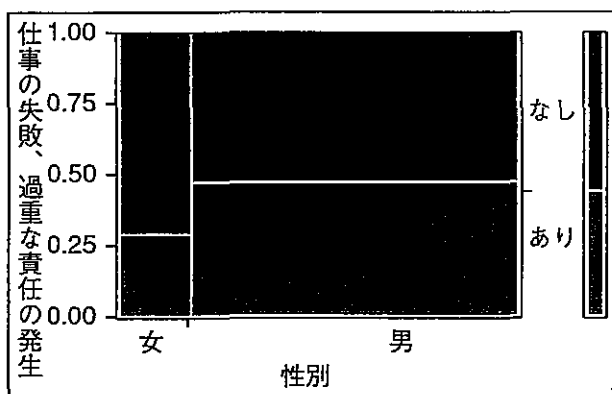


度数	あり	なし	計
10～19	3	0	3
20～29	41	99	140
30～39	90	145	235
40～49	84	85	169
50～59	70	42	112
60～69	7	2	9
	295	373	668

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	41.138	<.0001*

【結果】「仕事の失敗、過重な責任の発生」は年齢が高い層で起こりやすい。ただし、これは、職位とも関連していることに留意する必要がある。

1-2. 仕事の失敗、過重な責任の発生と性別の関係

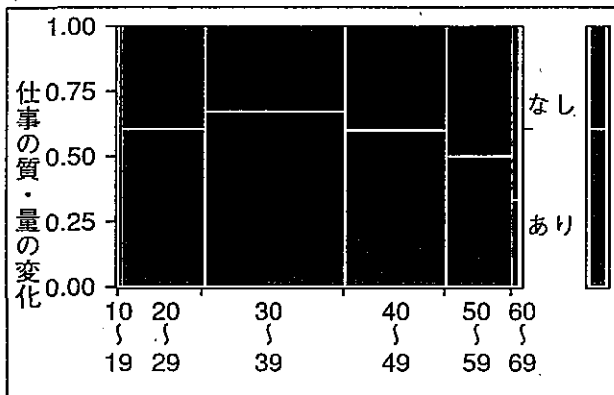


度数	あり	なし	計
女	35	85	120
男	260	288	548
	295	373	668

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	13.338	0.0003*

【結果】「仕事の失敗、過重な責任の発生」は男性で多く発生している。

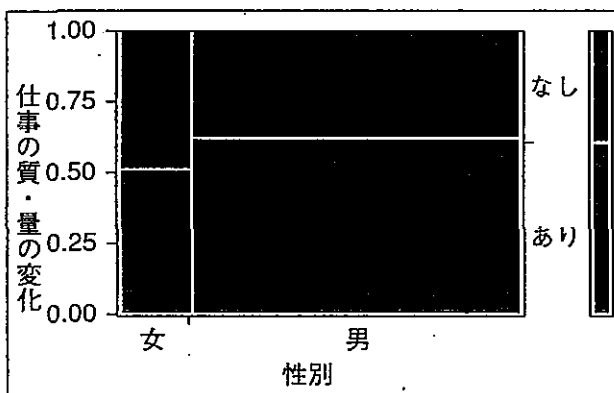
2-1. 「仕事の質・量の変化」と年齢層の関係



度数	あり	なし	計
10～19	0	3	3
20～29	85	55	140
30～39	159	76	235
40～49	102	67	169
50～59	56	56	112
60～69	3	6	9
	405	263	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	17.602	0.0035*

2-2. 「仕事の質・量の変化」と性別の関係

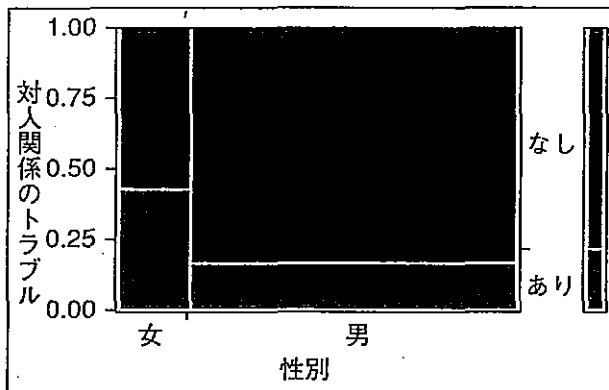


度数	あり	なし	計
女	62	58	120
男	343	205	548
	405	263	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	4.922	0.0265*

【結果】「仕事の質・量の変化」による神経精神症状の発症は、30-40歳付近の年齢層に多い。この年齢層に時間外労働などの業務上の負荷がかかっていることを示唆している。また、男性にやや発症しやすい傾向がある。

3-1. 「対人関係のトラブル」と性別の関係



度数	あり	なし	計
女	52	68	120
男	93	455	548
	145	523	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	40.257	<.0001*

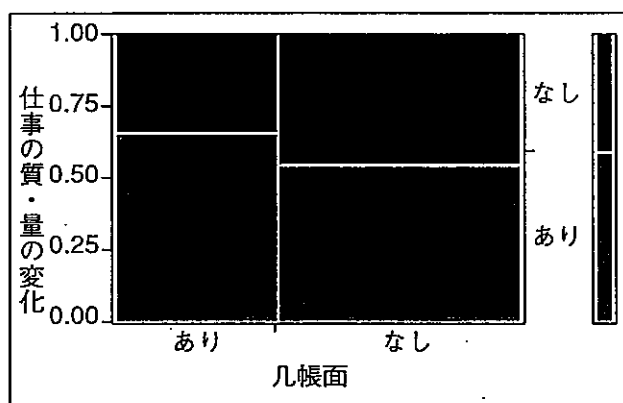
【結果】出来事の中で「対人関係のトラブル」に関しては、女性の割合が高い特徴が見られた。女性において対人関係に関わる出来事で発症しやすいことを示唆している。

V. 性格と転帰の関連性について

今回の調査では、性格傾向の記載についても調査した。しかし、性格傾向の記述には一貫性がなく全体的な傾向をつかむのは難しかった。そこで、性格傾向の調査項目に几帳面、真面目、神経質、責任感、おとなしい、活発の語彙が使われた事例を抽出し、出来事の関係を検討した。

以下に、出来事の種類と性格の関係がありそうな項目をあげた。

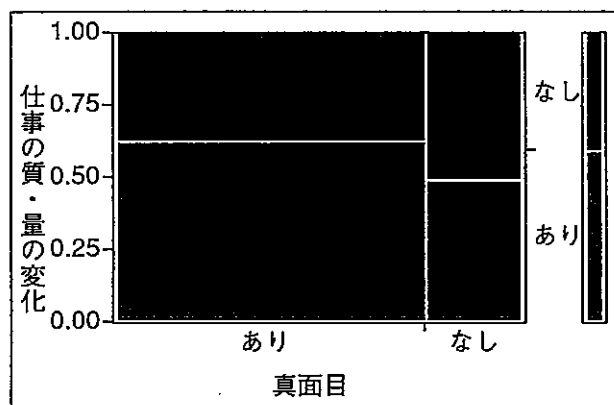
1. 「仕事の質・量の変化」と几帳面な性格との関係



度数	あり	なし	計
あり	177	91	268
なし	219	181	400
	396	272	668

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	8.481	0.0036*

2 「仕事の質・量の変化」と真面目な性格との関係



度数	あり	なし	計
あり	319	193	512
なし	77	79	156
	396	272	668

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	8.302	0.0040*

【結果】几帳面、真面目な性格の人が、「仕事の質・量の変化」によって発症している。これ以外の項目については差が見られなかった。精神神経症状の発症と性格が関連しているのは几帳面、真面目な性格と見られる人が「仕事の質・量の変化」に対応できずに発症している可能性がある。

3. 性格によって重大な転帰となるリスクとなるかどうかの検討

性格傾向の項目にあげた、几帳面、真面目、神経質、責任感、おとなしい、活発かどうかを説明変数として、重大な転帰（自殺）に至るリスクとして解析した。当然、単に性格が重大な転帰と関連するものではなく、出来事が起きた時にどのような性格の人が重大な転帰となりやすいかの情報により、適切なケアを提供するための情報を提供するのが目的である。

説明変数には記載の有無、目的変数には自殺事案が1、神経障害事案を0としてロジスティック回帰分析により、重大な転帰（自殺）に関連する性格を抽出した。

項	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
切片	0.94810016	0.551486	2.96	0.0856
几帳面[あり]	0.18318592	0.3336091	0.30	0.5829
真面目[あり]	0.10954751	0.3619622	0.09	0.7622
神経質[あり]	-0.0563455	0.3194831	0.03	0.8600
責任感[あり]	0.61379956	0.2894464	4.50	0.0340*
おとなしい[あり]	0.31703175	0.4272578	0.55	0.4581
活発[あり]	0.21335045	0.3777821	0.32	0.5722

【結果】自殺の転帰に対する責任感だけが有意性を示し、責任感の記載がある場合、ない場合に比べ調整オッズ比が3.413であった。すなわち、責任感が強いと記載のある人のが出来事によって精神神経症状を発症した場合に重大な転帰となりやすいことを示している。これまでの結果でも管理職などの重責の職位の人が精神神経症状を起こしやすいことと関連していると思われる。

4. 重大な転帰を迎えるリスク要因の解析

前の項では性格だけを対象にリスク要因を探索したが、出来事の種類やその他の属性も転帰と関連していると思われる。そこで、今回調査した項目のうち、自殺の転帰となる原因を事例の背景、出来事の種類、性格を説明変数としてロジスティック回帰分析で解析し、自殺の転帰を迎えるリスク要因を探索した。

説明変数には以下の変数を選び、ステップワイズロジスティック回帰分析を繰り返し、 $p > 0.05$ の変数を順次除くことで最終モデルを構築した。

最初に導入した変数：性別、年齢、職位、事故や災害の体験、仕事の失敗・過重な責任の発生、仕事の質・量の変化、身分の変化、役割・地位等の変化、対人関係のトラブル、対人関係の変化、精神・神経・心療内科の受診、遺伝負因の有無、100時間を境にした時間外労働、性格（真面目）、性格（几帳面）、性格（神経質）、性格（責任感）、性格（おとなしい）、性格（活発）、部会診断におけるうつ診断の有無、

ステップワイズは変数増加法で行い、変数の採択条件は $p < 0.25$ とした。さらに、採択された説明変数をさらにp値が大きいものからはずし、最終的に $p < 0.100$ の説明変数を採択して最終モデルとした。

パラメータ推定値

項	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
切片	-2.1196	0.5601	14.32	0.0002*
年齢	0.0425	0.0130	10.65	0.0011*
仕事の失敗、過重な責任の発生[あり]	0.2093	0.1268	2.72	0.0988
役割・地位等の変化[あり]	0.3947	0.1411	7.82	0.0052*
精神・神経科・心療内科受信の有無[あり]	-1.9830	0.1608	152.06	<.0001*
部会診断1[うつ病]	0.7071	0.1430	24.44	<.0001*
性別[女]	-1.3770	0.2613	27.76	<.0001*

定値は次の対数オッズに対するものです：自殺事案/精神障害事案

項	調整オッズ比
年齢	1.043
仕事の失敗、過重な責任の発生[あり]	1.052
役割・地位等の変化[あり]	2.202
精神・神経科・心療内科受信の有無[あり]	0.019
部会診断1[うつ病]	4.113
性別[女]	0.063

【結果】出来事としては「仕事の失敗、過重な責任の発生」、「役割・地位等の変化」が重大な転帰（自殺）のリスク要因となった。また、個人の性格はリスク要因とはならず、女性の重大な転帰（自殺）へのリスクは低く、年齢が高いほど（おそらく職責があがるほど）リスクが高くなった。うつ病の要素が非常に高いリスク因子となっている。

出来事を経験後、重大な転帰に至るリスクとして、精神・神経科、心療内科を受診した場合はオッズ比で0.019（逆数で約53）となり、出来事の後、適切な医療を受けることで重大な転帰へのリスクが大きく低下することを示唆している。

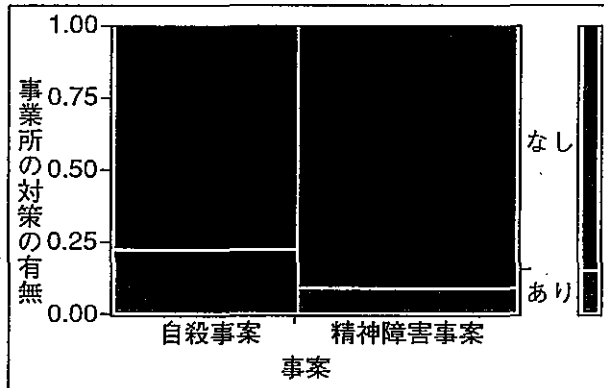
この結果は、次に述べる事業所の対策において、産業医や精神科医の存在する事業所で重大な転帰に至る精神神経症状の割合が低いことから、精神障害による労働災害抑制に事業所における専門医の役割が大きいと推察される。

VI. 事業所対策と事案の関係

今回の調査では、労働衛生に関連した事業所の対策に対する項目も取り入れている。事業所の対策についての記述は、全体からするとデータ数が少なく結果の解釈には慎重を要するが、これまでの結果とあわせて事業所の対策が職場の労働衛生上どのような効果があるかを類推した。

ただし、事業所対策の内容について具体的な記述がない報告書が多く、データ数は十分ではなかったが、対策によって重大な転帰（自殺）を予防する可能性がありそうかどうかを探索した。

1. 事業所の対策の有無と事案の関係

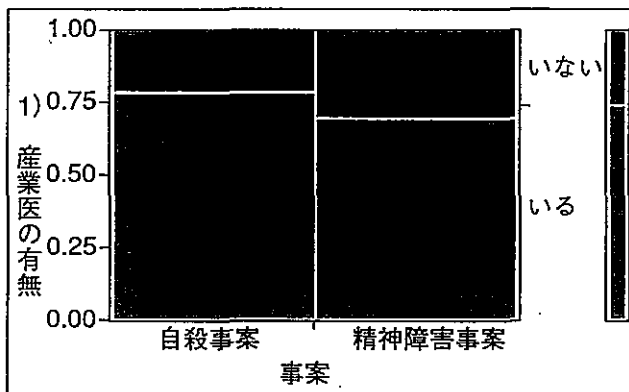


度数	あり	なし	計
自殺事案	34	116	150
精神障害事案	16	161	177
	50	277	327

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	11.640	0.0006*

【結果】重大な転帰となった事案で事業所の対策がなされていた例が多かった。しかし、対策が重大な転帰（自殺）を誘発しているとは考えにくく、事業所の対策が重大な転帰に対して有効なものとはそうでないものがある可能性がある。

2. 産業医の有無と事案の関係

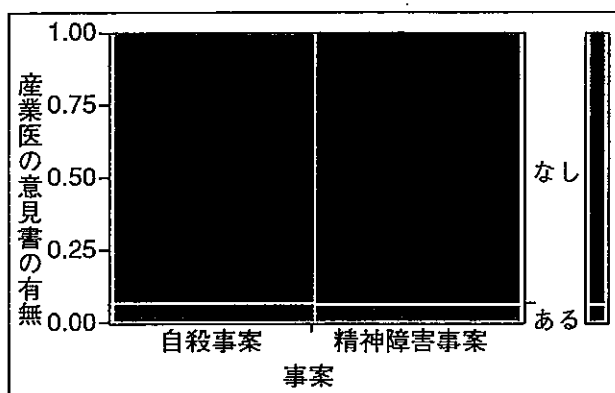


度数	いる	いない	計
自殺事案	29	8	37
精神障害事案	25	11	36
	54	19	73

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.756	0.3845

【結果】産業医に関する記述があった事案の比較では、産業医の有無は重大な転帰の抑制効果は大きくないようである。

3. 産業医の意見書の有無と事案との関係

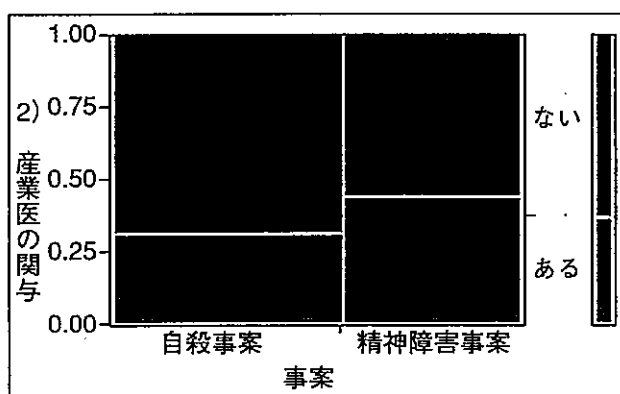


度数	ある	なし	計
自殺事案	20	274	294
精神障害事案	19	284	303
	39	558	597

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	0.069	0.7925

【結果】 産業医の意見書の有無は例数が少なくて差はみられない。

4. 産業医の関与と事案の関係

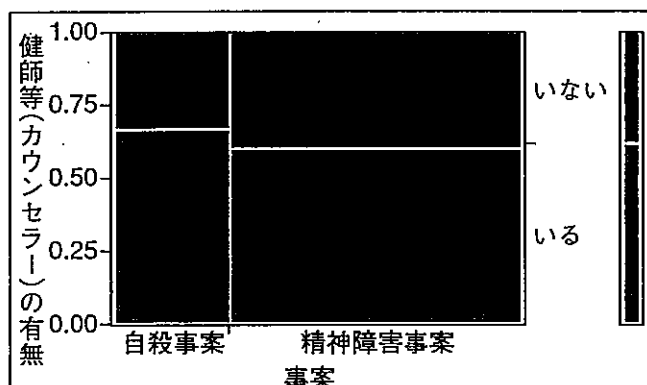


度数	ある	ない	計
自殺事案	21	46	67
精神障害事案	23	29	52
	44	75	119

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	2.087	0.1486

【結果】「産業医の関与」はこれまでの項目に比べて自殺事案の割合が少ない。精神神経事案との有意差はみられないが、データ数が少ないことも関連しているであろう。単に産業医の有無ではなく産業医の積極的な関与が重大な転帰（自殺）と関連性があるかもしれない。

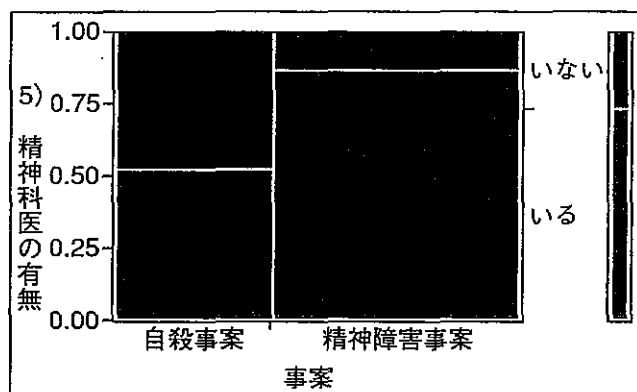
5. 保健師等（カウンセラー）の有無と事案との関係



度数	いる	いない	
自殺事案	4	2	6
精神障害事案	9	6	15
	13	8	21

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	0.081	0.7763

6. 精神科医の有無と事案との関係



度数	いる	いない	計
自殺事案	10	9	19
精神障害事案	26	4	30
	36	13	49

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	6.913	0.0086*

【結果】精神科医の有無は、重大な転帰（自殺）を抑制する可能性がある。ただし、データ数が少ないので明かではない。ただし、これまでの事業所の対策の中では重大な転帰（自殺）への影響力が大きそうである。

7. 相談員の有無

度数	ある	ない	計
自殺事案	5	2	7
精神障害事案	4	4	8
	9	6	15

8. 外部EAPの契約と事案との関係

度数	ある	ない	計
自殺事案	4	3	7
精神障害事案	1	3	4
	5	6	11

9. 復職支援制度の有無と事案との関係

度数	ある	ない	計
自殺事案	1	2	3
精神障害事案	0	1	1
	1	3	4

10. 長時間労働者面接の有無と事案との関係

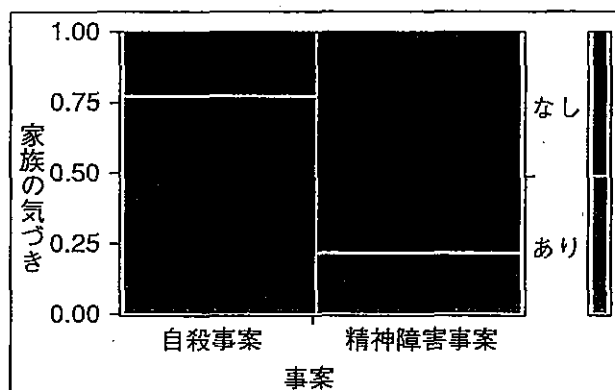
度数	ある	ない	計
自殺事案	5	2	7
精神障害事案	3	2	5
	8	4	12

【結果】事業所の対策の多くは重大な転帰に影響していなかったが、例数は少ないものの精神科医がいる場合は重大な転帰の割合が有意に低く、産業医の関与がある場合は重大な転帰の割合がやや低かった。事業所の対策の多くが重大な転帰に影響していなかったことを考えると、事業所における産業医、精神科医の存在は重大な転帰抑制に効果あるものと予想される。また、前に示したように出来事後、精神神経科や心療内科を受診することで重大な転帰に至るリスクが大きく低下したことからも、事業所における早期のストレスケアが重大な転帰を避ける上で重要な役割を果たすものと考えられる。

VII. その他の解析

調査項目のうち、これまでに解析した以外で重要と思われる結果を列挙する。

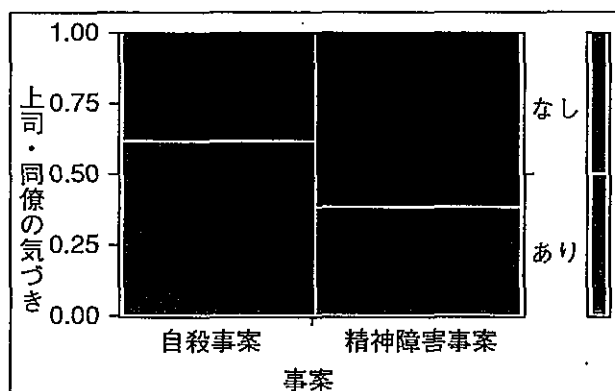
1. 周囲に気づきと事案との関係



度数	自殺事案	精神障害事案	計
あり	251	76	327
なし	73	268	341
	324	344	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	204.749	<.0001*

上司・同僚の気づき



度数	自殺事案	精神障害事案	計
あり	201	133	334
なし	123	211	334
	324	344	668

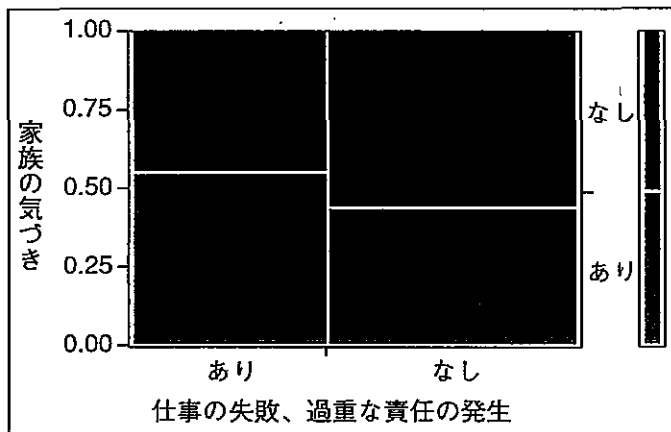
検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	36.464	<.0001*

【結果】自殺事例において周囲（家族や上司・同僚）の気づきが多いことが示された。解釈は専門医にゆだねるが、周囲は症状に気づいていたとすれば、気づいた人から情報提供があれば重大な転帰（自殺）に至るリスクを抑制できる可能性があると思われる。

2. 周囲が気づく出来事について

出来事の種類によって、発症（またはその傾向）を家族、上司・同僚が気づいていたかどうかを検討した。

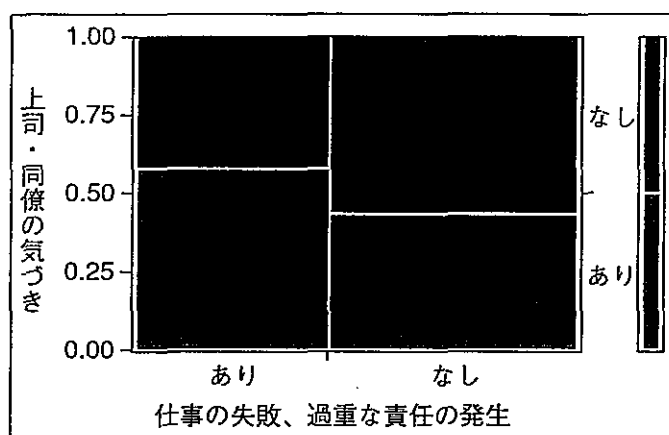
2-1. 出来事の種類：「仕事の失敗、過重な責任の発生」—家族の気づき



度数	家族の気づき：あり	家族の気づき：なし	計
出来事：あり	163	132	295
出来事：なし	164	209	373
	327	341	668

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	8.397	0.0038*

2-2. 出来事の種類：「仕事の失敗、過重の責任の発生」—上司・同僚の気づき



度数	上司・同僚の気づき：あり	上司・同僚の気づき：なし	計
出来事：あり	171	124	295
出来事：なし	163	210	373
	334	334	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	13.410	0.0003*

【結果】気づきと出来事の種類との関連性は、「仕事の失敗、過重の責任の発生」の出来事の場合に、家族、上司・同僚が気づいていた。しかし、この出来事以外は出来事の発生と気づきとの関連性は認められなかった。「仕事の質・量の変化」による発症を家族も上司・同僚が気づく割合が低いのは、やや不自然な感じがするが、出来事を抱え込んで発症に至る可能性も否定できない。

4 精神障害等の労災認定の意見書における個体側要因の検討

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 精神科
荒井 稔

精神障害等の労災認定の意見書における個体側要因の検討のまとめ

平成11年9月14日に厚生労働省から公表された「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、判断指針と略す）は、およそ10年の歴史をもち、平成21年3月19日に改訂が行われたが、労働基準監督署等において労働災害の公正・迅速な判断の根拠となっているのは周知のことである。本研究班において報告書3.4.における黒木らの報告によって、平成15年度から平成20年度までの精神障害等の労災認定についての包括的な検討が行われた。

小論は、労働災害の認定において、関係者からの申述や医証によって明確になった個体側要因について、意見書に記載されている事実を分類し検討を加えた。その結果を以下に記述する。①すべての認定事例668事案のうち、意見書に個体側要因が記載されていたのは、119事案（17.8%）であり、自殺事案で60事案（18.5%）、精神障害事案で59事案（17.2%）であった。②自殺事案では、既往歴としてF2統合失調症1事案、F3気分障害（うつ病を含む）17事案、F4神経症性障害・ストレス関連性障害、身体表現性障害現2事案、自傷・自殺企図行為4事案、器質性脳疾患2事案、糖尿病等の身体疾患9事案、その他1事案であった。生活史・社会適応状態について記載のあるのは4事案であり、アルコール等依存状況について記載のあるのは4事案で、性格傾向について記載があるのは21事案であり、執着気質等が17事案と有意に多かった。③精神障害事案では、既往歴として、F3気分障害（うつ病を含む）10事案、F4神経症性障害・ストレス関連性障害、身体表現性障害現11事案、自傷・自殺企図行為3事案、器質性脳疾患5事案、糖尿病等の身体疾患11事案であり、個体側要因にF4範疇の診断のある場合には、自殺事案が精神障害事案より有意に少なかった。生活史・社会適応状態について記載のあるのは12事案であり、アルコール等依存状況について記載のあるのは5事案で、性格傾向について記載があるのは15事案であり、執着気質等は自殺事案に比して有意に少なかった。④全体としては、個体側要因としては、精神障害事案ではF4範疇の既往歴が有意に多いこと、糖尿病等の身体疾患の多いこと、および自殺事案に顕著に認められる執着気質等の性格要因の頻度が有意に高いことが示された。これを踏まえて、自殺を含む精神障害の再発予防のためには、精神障害の既往歴を勘案した再発予防対策、精神症状の発現に影響のある生活習慣病を含む身体疾患の予防、執着気質等のうつ病に親和性のある性格要因に注目することが重要である。

1. はじめに

平成11年9月14日に厚生労働省から公表された「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、判断指針と略す）は、およそ10年の歴史をもち、平成21年3月19日に改訂が行われたが、労働基準監督署等において労働災害の公正・迅速な判断の根拠となっているのは

周知のことである。本研究班においては黒木らによって、平成15年度から平成20年までの精神障害等の労災認定についての包括的な検討が行われた。

小論は、労働災害の認定がなされた事案のうち、関係者からの申述や医証によって明確になった個体側要因について、意見書に記載されている事実を分類し検討を加えた。

2. 精神障害等の労災認定事案の概要

表1に示すように、すべての認定事例668事案のうち、意見書に個体側要因が記載されていたのは、119事案（17.8%）であり、自殺事案で60事案（18.5%）、精神障害事案で59事案（17.2%）であった。以下それぞれの個体側要因について、自殺事案、精神障害事案に分けて、①既往歴、②生活史・社会適応状況、③アルコール等依存状況、④性格傾向について検討する（表2）。

表1. 全事例に対する意見書における個体側要因の記述

個体側要因	自殺事案		精神障害事案		件数	
あり	60	18.50%	59	17.20%	119	17.80%
なし	250	77.20%	266	77.30%	516	77.20%
記載なし・不明	14	4.30%	19	5.50%	33	4.90%
合計	324	100%	344	100%	668	100%

表 2. 個体側要因の分類

		自殺事案	精神障害事案
①既往歴	F1	0	0
	F2	1	0
	F3	17	10
	F4	2	11
	F5	0	0
	F6	0	0
	F7	0	0
	F8	0	0
	F9	0	0
	自傷・自殺企図行為	4	3
	器質性脳疾患	2	5
	身体疾患	9	11
	その他	1	0
②生活史・社会適応		4	12
③アルコール等依存状況		4	5
④性格傾向	執着気質等	17	5
	未熟性	0	4
	高緊張	2	0
	不安定性	0	2
	その他	2	4
⑤遺伝要因		4	2
合計（重複要因含む）		68	74

1) 自殺事案における個体側要因

- ①既往歴として記載されている障害は、F2 統合失調症 1 事案、F3 気分障害（うつ病を含む）17 事案、F4 神経症性障害・ストレス関連性障害、身体 表現性障害 2 事案であった。精神障害の症状としての自傷・自殺企図行為の既往があるのは 4 事案であり、器質性脳疾患は 2 事案で、脳腫瘍、一過性脳虚血発作・脳梗塞がそれぞれ 1 事案であった。身体疾患の既往は 9 事案で、病名は糖尿病、高血圧、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、気管支喘息、再発性逆流性食道炎等であった。
- ②生活史・社会適応状況について記載のあるのは 4 事案であった。内訳は、無断欠勤、「職場でけむたがられる」、登校拒否、学生時代の先輩からのいじめなどであった。
- ③アルコール等依存状況について記載のあるのは 4 事案であった。
- ④性格傾向について記載があるのは 21 事案であり、執着気質等が 17 事案と最多で、高緊張の傾向を示す事案が 2 事案認められた。性格要因については、執着気質・メランコリー親和型病前性格・うつ病親和型病前性格を執着気質等とまとめた。

2) 精神障害事案の個体側要因

- ①既往歴として、F3 気分障害（うつ病を含む）10 事案、F4 神経症性障害・ストレス関連性

障害・身体表現性障害現11事案であった。後者の内訳は、パニック症候群、不安障害、過敏性腸症候群、円形脱毛症、視線恐怖症、不安神経症、自律神経失調症、不眠症、神経症等であった。自傷・自殺企図行為の既往があるのは3事案であった。器質性脳疾患は5事案で、内訳はくも膜嚢胞、パーキンソン病、髄膜炎、脳腫瘍、脳幹部出血であった。身体疾患の既往は11事案であり、アルコール性肝障害、十二指腸潰瘍、突発性難聴、腰痛、気管支喘息、狭心症、身体不調、頻尿症等であった。

②生活史・社会適応状態について記載のあるのは12事案であり、内訳は、若年期の母の喪失、父との関係の不成立、姉妹間の葛藤、離婚歴、不登校、10歳代での2度の流産、女性部下との葛藤、不正横領、仕事の熱意がない、顧客とのトラブルが多い、登校拒否、父母の不在、頻回の転職、大学中退などであった。

③アルコール等依存状況について記載のあるのは5事案であった。

④性格傾向について記載があるのは15事案であり、執着気質等は5事案であり、未熟性4事案、不安定性事案2事案、その他特定不能が4事案認められた。

全体の特徴としては、うつ病等の気分障害が自殺事案と同様に多い傾向があるが、F4に分類される障害が自殺事案に比して多かった。身体疾患においても、心身症として心理的負荷との関連が推定される身体疾患が多いことが特徴として取り上げられた。生活史・社会適応状況においては、自殺事案に比し、事案数も多いが、具体的な記述が多かった。アルコール依存状況は自殺事案とほぼ同数であった。性格傾向については、執着気質等、未熟性、不安定性などの特徴をもつ事案が認められた。

3. 自殺事案と精神障害事案との統計学的検討

上述した個体側要因を全体の認定事例に対して統計学的に検討を加えた。個体側要因のうち、自殺事案324件、精神障害事案344件、合計668件のうち、個体側要因が記載され統計解析の意味のある、①既往歴、②生活史・社会適応、③執着気質等について検討を加えた。解析は χ^2 乗検定で行い、セルの値が5以下の数値がある場合は参考のためにFisherの正確検定の結果を併記した。

表3に示すように、個体側要因として既往歴としてF3診断のある場合には、自殺事案と精神障害事案とに有意差はなかった。

表3. 既往歴にF3診断がある認定事案
自殺事案17件、精神障害事案10件

度数	あり	なし	
自殺事案	17	307	324
精神障害事案	10	334	344
合計	27	641	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.355	0.1248

表4に示すように、個体側要因にF4診断のある場合には、自殺事案が精神障害事案より有意に少なかった（有意差水準0.05%, $p=0.0158$ ）。

表4. 既往歴にF4診断がある事案

自殺事案2件、精神障害事案11件

度数	あり	なし	
自殺事案	2	322	324
精神障害事案	11	333	344
合計	13	655	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	5.822	0.0158*

Fisherの正確検定	p値
両側検定	0.0220*

表5に示すように、生活史・社会適応には両群で有意差はなかった。

表5. 生活史・社会適応

自殺事案17件、精神障害事案5件

度数	あり	なし	
自殺事案	4	320	324
精神障害事案	12	332	344
合計	16	652	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	3.625	0.0569

Fisherの正確検定	p値
両側検定	0.0754

表6に示すように、個体側要因に執着気質等が認められる場合には、自殺事案が精神障害事案より有意に多かった（有意差0.01%, $p=0.0060$ ）。

表6．個体側要因として執着気質等のある事案
自殺事案17件、精神障害事案5件

度数	あり	なし	
自殺事案	17	307	324
精神障害事案	5	339	344
合計	22	646	668

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	7.539	0.0060*

Fisherの正確検定	p値
両側検定	0.0080*

4．精神障害等の労災認定事例についての個体側要因の検討

判断指針においては、①既往歴、②生活史、③アルコール等依存状況、④性格傾向があげられており、自殺事案、精神障害事案について、上述した結果を含めて考察を加えたい。

①既往歴

既往歴は、カルテや本人の記録などの資料が存在しない場合には、その症状の起始、症状の内容、持続期間、診断、治療内容などは明確にはできない。特に気分障害（うつ病を含む）の場合には、躁病エピソード、軽躁エピソード、混合エピソードなどの存在の有無、気分変調性障害とうつ病エピソードとの併存等の問題がある。自殺事案と精神障害事案において、多くの精神障害の既往が認められることは、社会生活、日常生活において、その再発予防が必須であることは強調されるべきである。

個体側要因として既往歴として、個体側要因に神経症性障害、ストレス関連性障害等のF4範疇の診断のある場合には、自殺事案が精神障害事案より有意に少なかったことは、F4範疇の既往歴がある場合には、自殺に対しては一定の緩衝効果があることが推定できた。

これらを踏まえて、精神障害の発症予防のために、過重労働対策として業務上においては、長時間労働を防ぐこと、上司等にメンタルヘルス教育を行い不必要な心理的負荷を発生させないこと、生活と仕事のバランスをとることなどが予防策として更に検討が必要である。また、特にF3気分障害範疇であるうつ病の既往歴がある場合には、家庭内での家族との交流の質・量が改善され、本人・家族に対して寛快期においても認知行動療法を含む再発予防等の精神療法・心理教育も必要となってくるといえる。

また、身体疾患として分類される場合でも、精神科医や心療内科医が関与しない場合には、身体表現性障害等であっても、身体疾患のみとして診断・治療されることは少なからず認められ、その障害発症に前駆する心理的負荷の存在が見落とされている可能性がある。精神障害事案では、

その身体疾患の一部は、F4範疇のうち身体表現性障害として診断される必要がある病態が含まれていることに留意が必要である。

②生活史

一般精神医学的に、うつ病性障害等の精神障害に罹患しやすくなる危険因子として、生活史に現れてくるものとしては以下が例示されている。

- ・経済的貧困

- ・婚姻状況：別居者あるいは離婚者は、独身者や既婚者に比べ有意に高い。

また、既婚女性は独身女性よりも危険率が高い。逆に未婚男性は既婚男性と比べ有意に危険率は高い。単身生活者では同居者がいる者に比し有意に危険率が高い。

- ・喪失体験：多額の借金、失業、降格、身体的病気や怪我、近親者の死亡。

- ・就労以前：留年、欠席、対人関係の少なさ、成績の途中からの変化など。

- ・職歴：頻回の転職、降格、処分を受けたこと。

- ・事故傾性：特別の理由なく、何らかの事故の当事者になりがちな場合、怪我、訴訟の当事者になるなどの出来事が多く危険因子とみなされる。

本研究で指摘された点は、自殺事案では、無断欠勤、「職場でけむたがられる」、登校拒否、学生時代の先輩からのいじめなどであり、精神障害事案では、若年期の母の喪失、父との関係の不成立、姉妹間の葛藤、離婚歴、不登校、10歳代での2度の流産、女性部下との葛藤、不正横領、仕事の熱意がない、顧客とのトラブルが多い、登校拒否、父母の不在、頻回の転職、大学中退などであった。

労災事案の検討の際には、上述したような特徴あるいは生活史を聴取することは時間的制約や当事者の申述の任意性などによって、十分な情報がないことがあるが、できる限りの情報を総合することが必要と思われる。現在、地域でも家庭内暴力対策、自殺予防対策、いじめ予防対策などが実践されているが、本人の意識改革を促して、家庭での生活により配慮するための心理教育、産業看護職や産業心理職などによる社会心理的支援、内部従業員支援プログラムの導入などが重要である。また、外部の社会的資源として、産業保健センターの相談事業、精神保健センター等の活用、医療機関や内・外の従業員支援プログラムの利用等をさらに推進すべきと思われる。

③アルコール等依存状況

アルコールに代表される精神および行動に悪影響を及ぼす薬物の依存、乱用、誤用等の比率は、一般の就労者の場合で、およそ3割に及ぶことが諸家の指摘しているところであり、アルコール等の依存は、「慢性的自殺」とも呼ばれているように、自分の利益を損害させる行動でしばしば認められる。これらの物質による精神症状にはさまざまなものがあり、アルコールによって誘発されたうつ病性障害（二次性うつ病）が代表的な病態である。

本研究では、自殺事案4事例、精神障害事案5事例と相対的に個体側要因としては捉えられていないが、潜在的アルコール症の数は少ないとはいえず、本研究班のアルコール摂取に関する検討を含め、検討課題は多い。

一般にアルコール依存症での自殺率は高く、平均寿命は52歳ないし53歳であり、アルコール依存症と診断されてからの5年生存率は50%から80%と生命的危険も高い。特に、自殺との関連は

強く示唆されており、抑うつ状態も自殺の危険因子であるから、アルコール依存症単独でも、アルコール依存によって二次的に抑うつ状態となったとしても自殺企図、自殺の完遂の可能性が高いことには十分な注意を払い、調査されるべきである。また、欧米では、アルコール症について、従業員支援プログラムの対応の中心課題のひとつとなっており、アルコール症治療専門病院との連携を含めた研究が必要である。

④性格傾向

性格傾向については、その人の社会適応や生き方に深く関与しており、いきいきとその特徴を記述する価値があるが、本人が自分の性格傾向をどう評価しているかと、周りからどう評価されるかには差異がみられることがある。よって、本人の意見やまわりからの情報を統合して検討することによって、精神障害の発病の一部を理解することは可能であるので、できる限り具体的に調査されることが必要である。しかし、性格全般の類型化はまだ信頼性の高い分明が少なく、本研究では、意見書に記載されることが多い執着気質、未熟性性格、高緊張の傾向をもつ性格、不安定性をもつ性格に分類した。

調査結果として、自殺事案では、執着気質等が17事案と最多で、高緊張の傾向を示す事案が2事案認められた。精神障害事案では、執着気質等は5事案であり、未熟性4事案、不安定性事案2事案、その他特定不能が4事案認められた。

うつ病の病前性格としては、すでに、循環気質、執着気質、メランコリー親和型性格が挙げられている。今回の研究では、個体側要因に執着気質等が認められる場合には、自殺事案が精神障害事案より有意に多かった。これらの病前性格がうつ病等の発症、自殺に関連することは一般精神医学に承認されているが、今回の調査においても再確認されたといえることができる。執着気質自体は、素因的要素の強い性格特性であるので、容易に介入は困難なことが多い。しかし、心理教育として執着気質をもつ者に対する気づきの支援と対処法の指導を、実際の治療で使用される精神療法・認知行動療法等が必要であることが指摘できる。一般に、対象者の動機付けと指導法によっては、思考・行動変容は可能であり、これらの執着気質に代表される性格特性についての対策が必要と思われる。尚、現在、精神医学で話題となっている「新型うつ病」は労災の事案としては少数であるが、事案を積み上げ検討すべきと思われる。

5. 結 論

- 1) 平成15年度から平成20年までの精神障害等の労災認定について、関係者からの申述や医証によって明確になった個体側要因について、意見書に記載されている事実を分類し検討を加えた。
- 2) すべての認定事例668事案のうち、意見書に個体側要因が記載されていたのは、119事案(17.8%)であり、自殺事案で60事案(18.5%)、精神障害事案で59事案(17.2%)であった。
- 3) 自殺事案では、

- ①既往歴として記載されている障害は、F2統合失調症1事案、F3気分障害(うつ病を含む)17事案、F4神経症性障害・ストレス関連性障害、身体表現性障害現2事案であった。統計的には、個体側要因にF4範疇の診断のある場合には、自殺事案が精神障害事案より有意に少なかったことが指摘できたが、F3範疇(うつ病を含む)の既往歴が一番多いので、一般の自殺予防の知見と同様に、労災においてもうつ病等の既往は、自殺という結果に陥りやすいということが指摘でき、特記すべき事柄であることが分かる。

業務上においては、長時間労働を防ぐこと、上司等にメンタルヘルス教育を行い不必要な心理的負荷を発生させないこと、生活と仕事のバランスをとることなどが予防策としての検討が更に必要である。また、うつ病の既往がある場合には、家庭内での家族との交流の質・量が改善され、本人・家族に対して寛快期においても一定の再発予防等の精神療法・心理教育も必要となってくるといえる。

精神障害の症状としての自傷・自殺企図行為の既往があるのは4事案であり、器質性脳疾患は2事案で、脳腫瘍、一過性脳虚血発作・脳梗塞がそれぞれ1事案であった。身体疾患の既往は、9事案で、病名は糖尿病、高血圧、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、気管支喘息、再発性逆流性食道炎等であった。

②生活史・社会適応状況について記載のあるのは4事案であった。内訳は、無断欠勤、「職場でけむたがられる」、登校拒否、学生時代の先輩からのいじめなどであった。

③アルコール等依存状況について記載のあるのは4事案であった。

④性格傾向について記載があるのは21事案であり、執着気質等が17事案と最多で、高緊張の傾向を示す事案が2事案認められた。今回の研究では、個体側要因に執着気質等が認められる場合には、自殺事案が精神障害事案より有意に多かった。これらの病前性格がうつ病等の発症、自殺に関連することは一般精神医学に承認されているが、今回の調査においても再確認されたといえることができる。執着気質自体は、素因的要素の強い性格特性であるので、容易に介入は困難なことが多い。しかし、心理教育として執着気質をもつ者に対する気づきの支援と対処法の指導を、実際の治療で使用する精神療法・認知行動療法等が必要であることが指摘できた。一般に、思考・行動変容は可能であり、これらの性格特性についての対策が必要と思われる。

4) 精神障害事案の個体側要因としては以下のようにであった。

①既往歴として、F3気分障害（うつ病を含む）10事案、F4神経症性障害・ストレス関連性障害・身体表現性障害現11事案であった。個体側要因として既往歴としてF3範疇の診断のある場合には、自殺事案と精神障害事案とに有意差はなく、個体側要因にF4範疇の診断のある場合には、自殺事案より精神障害事案が有意に多かった。

F4の内訳は、パニック症候群、不安障害、過敏性腸症候群、円形脱毛症、視線恐怖症、不安神経症、自律神経失調症、不眠症、神経症等であった。自傷・自殺企図行為の既往があるのは3事案であった。

器質性脳疾患は5事案で、内訳はくも膜嚢胞、パーキンソン病、髄膜炎、脳腫瘍、脳幹部出血であった。身体疾患の既往は11事案であり、アルコール性肝障害、十二指腸潰瘍、突発性難聴、腰痛、気管支喘息、狭心症、身体不調、頻尿症等であった。

②生活史・社会適応状態について記載のあるのは12事案であり、内訳は、若年期の母の喪失、父との関係の不成立、姉妹間の葛藤、離婚歴、不登校、10歳代での2度の流産、女性部下との葛藤、不正横領、仕事の熱意がない、顧客とのトラブルが多い、登校拒否、父母の不在、頻回の転職、大学中退などであった。

③アルコール等依存状況について記載のあるのは5事案であった。

④性格傾向について記載があるのは15事案であり、執着気質等は5事案であり、未熟性4事案、不安定性事案2事案、その他特定不能が4事案認められた。全体の特徴としては、うつ病等の気分障害が自殺事案と同様に多い傾向があるが、F4範疇に分類される障害が自殺事案に

比して有意に多かった。また、身体疾患においても、心身症（身体表現性障害等を含む）として心理的負荷との関連が推定される身体疾患が多いことが特徴として取り上げられた。生活史・社会適応状況においては、自殺事案に比し、事案数も多いが、具体的な記述が多かった。アルコール依存状況は自殺事案とほぼ同数であった。性格傾向については、執着気質等、未熟性、不安定性などの特徴をもつ事案が認められた。

- 5) 得られた所見をもとに、職場のメンタルヘルスケアおよび精神障害の発症・再発・自殺予防を目的として、一次予防としては、職域内での労働時間管理、過重労働の予防対策の推進、関係者に対する心理教育、発症・再発を予防するためのメンタルヘルスについての啓発、適正な内部・外部従業員支援プログラム等事業場外資源の導入・活用が必要である。また、二次予防としては、精神障害に負の影響をあたえる糖尿病、高血圧、アルコール性肝障害等の生活習慣病等の身体疾患発病予防対策の拡充も重要である。さらに、生活史等に支障がある従業員に対しては、産業看護職、心理職等による心理的支援体制が構築される必要がある。執着気質等のうつ病に親和性のある病前性格をもっている個体に対しては、認知行動療法的接近を行うシステムについてIT技術等を用いてe-learning等の体制を構築し、産業医を含む医師あるいは保健師等による面接によって自分の性格特性についての気づきの支援やその修正等が必要と思われる。また、三次予防として、復職した就労者への職場・健康管理スタッフの関与などの経過観察が綿密に行われることが必須と思われた。

〔参考文献〕

- 1) 荒井 稔:職場での多様な「抑うつ状態」の診断と治療.産業精神保健、15:223-232,2007
- 2) 荒井 稔:うつ病等における脆弱性論等と職域での「安全（健康）配慮義務」に対する提言.精神神経誌:113:218-225,2010 (in press).
- 3) Christodoulou,GN,Lecic-Tosevski,D,Kontazakis,VP (eds) :Issues in Preventive Psychiatry.Karger,Basel,1999.
- 4) Dobson,KS,Dozois,DJ (eds) :Risk Factors in Dpression.Elsevier,Amsterdam,2008.
- 5) Goodwin,FK,Jamison,KR (eds) :Manic-depressive illness.Oxford Univ.Press, London,2007.
- 6) Kinder,A,Hughes,R,Cooper,CL (eds) :Employee Well-being Support.John Wiley & Sons Ltd,West Sussex,2008.
- 7) Klein,MH,Kupfer,DJ,Shea,MT (eds) :Personality and Depression.The Guilford Press,NY,1993.
- 8) Kraus,A:Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver.Ferdinand Enke Verlag,Stuttgart,1977 (岡本 進訳:躁うつ病と対人行動.みすず書房、東京、1983).
- 9) 下田光造:躁鬱病に就いて.米子医誌、2:1-2,1950.
- 10) Tellenbach,H:Melancholie.Springer Verlag,Berlin,1976 (木村敏訳:メランコリー.みすず書房、東京、1978).

5 勤労者の自殺企図の実態について—勤労者とそれ以外の群との比較検討

岩手医科大学神経精神科学講座
大塚 耕太郎 酒井 明夫

1. はじめに

勤労者の自殺は家族や職場へ重大な社会問題となっており、勤労者の自殺対策としてうつ病等の早期発見、早期治療や復職支援等の対策も推進されている。本研究では勤労者の自殺企図者の実態を調査し、自殺対策の介入のポイントを明らかにすることを目的とした。

2. 対象と方法

調査期間は平成18（2006）年1月1日から平成19（2007）年12月31までの2年間に岩手県高度救命救急センターに搬送された344件である。自殺企図の判定は、岸らによる自殺・自殺未遂の診断基準（①本人の陳述がある、②遺書または本人からの予告があった、③自殺行為の目撃者が存在、④司法関係者または剖検により断定の1つでも満たしたもの、この中で救急施設からの転室時に生存しているものを自殺未遂とする：2003）に従った。対象には、センター搬送後に死亡が確認された受診者22件も含めた。

評価項目は性別、年齢、教育年数、同居状況、配偶者の有無、就労の有無、就労状況（就労中、休職中、無職・離職後）、職場の役職、採用状況、勤務状況（夜勤、シフト勤務、残業時間、休日出勤）、医療機関の受診状況、自殺企図前の相談の有無、生涯のうつ状態経験回数、過去の自殺関連行動の既往（生涯、過去1年以内）、介入の可能だったか、家族が兆候に気づいたか、当日転帰国際疾病分類第10改訂版「精神および行動の障害」³⁾（以下ICD-10）による診断分類などの項目について調査した。さらに評価可能な患者に対し、オックスフォード大学版簡易精神症状評価尺度（Oxford university version brief psychiatric rating scale：BPRS）の日本語版（北村らによる）を用いて精神症状の評価を行った。患者自身および周囲から得られる情報源（家族、病院スタッフ、かかりつけ医など）を利用して、受診時点あるいはその後に問診が得られるようになった時点で、受診前1週間の状態も加味して評価を行った。既遂者においても、搬送直前に当科受診歴があった症例や、受診時点で問診が可能であった症例では、同様に評価を行った。低酸素脳症などで長期間意識障害を認めた症例や、受診歴もなく既遂に至った症例はBPRS評価から脱落した。また、北村らが日本語訳した総合評価尺度（Global assessment of scale：GAS）を用いて全般的な精神症状と生活能力について調査した。さらに、ホームズ社会的再適応評価尺度（Holmes social readjustment rating scale）の生活変化単位（life change units：LCU）を用いて、配偶者の死や借金などの自殺企図前のライフイベントを、0点から100点で得点化して評価した。

各調査項目に関する評価及び診断は、上級精神科医1名（精神保健指定医）のスーパービジョンのもと、4名の救急担当精神科医が行った。なお、データは個人が特定可能な項目は除外し、データの管理や処理の過程でも個人情報保護に配慮した。

対象344件の就労状況の内訳は就労無が219件（63.7%）、就労有125件（36.3%）であり、両群の比較検討を行った。統計処理はSPSS 18.0 J for Windowsを使用した。2群間の検定はT検定、比率の検定には χ^2 検定を用いた。いずれの検定においても有意水準は5%とし、有意確率を数

字で示した。

3. 結 果

対象344件の就労状況の内訳は就労無が219件（63.7%）、就労有125件（36.3%）であった。無職者の中で学生27件、就労経験なし16件、1年以内無職43件、1～2年以内無職14件、3～9年以内無職25件、10～19年以上無職17件、20年以上無職20件、不詳57件であった。

就労有の内訳は就業中114件（91.2%）、休職中9件（7.2%）、不詳2件（1.6%）であり、休職中9名の休職期間内訳は1か月3件、2か月間1件、3か月間1件、4か月間1件、1年6か月間1件、2年間1件、8年間1件であった。職場の地位は一般職が8割を占めており管理職や役員は1割に満たなかった。採用状況では正社員は4割を超え、契約社員、パート・アルバイトも3割程度認めた。夜勤は2割、シフト勤務は3割を超えた（表1）。

就労有と就労無の2群間の比較検討では、就労有が男性の割合が有意に大きく、年齢、教育年数は有意に低値であった。また、治療状況の分布に有意差を認め、就労有は治療中の割合が小さく、未治療の割合が大きかった（表2）。

転帰では入院となったものは両群で9割弱を占めたが、両群の比率に有意差を認めなかった（表3）。

精神医学的評価としては、ICD-10診断は両群で有意差を認め、就労有ではF2の割合が小さく、F3とF4の割合が大きかった。両群ともにBPRS合計の平均は約18点、GASは約38点であり、重篤な精神症状が認められたが、有意差を認めなかった（表4）。

動機内訳は両群で分布に有意差を認め、就労有では家庭家族問題の割合は小さく、仕事、対人関係、複合的問題の割合が大きかった。企図に関わるLCUは両群で40点以上であり、ストレス値の高いライフイベントを抱えていることが明らかとなった（表5）。

企図手段の内訳に関して、両群で分布に有意差を認め、就労有ではガス、刃器、刺器の割合は大きく、薬物の割合は少なかった。重症自殺企図を意味する絶対危険群の出現は就労無（26.9%）より就労有（32.0%）が多かったが両群で有意差は認めなかった（表6）。

自殺念慮の出現時期は両群ともに当日の割合が約6割であったが、分布の有意

表1. 就労有の職場の地位、採用状況、夜勤、シフト勤務

		就労有 N=125	%
職場の地位	一般	99	79.2
	係長級・主任	1	0.8
	課長級	2	1.6
	部長級	3	2.4
	役員	4	3.2
	不詳	16	12.8
採用状況	正社員（新卒採用）	22	17.6
	正社員（中途採用）	32	25.6
	契約社員	3	2.4
	パート・アルバイト	27	21.6
	その他	11	8.8
	その他・不詳	30	23.0
夜勤	有	29	23.2
	無	64	51.2
	不詳	32	25.6
シフト勤務	有	39	31.2
	無	49	39.2
	不詳	37	29.6

差は認めなかった。企図前に相談したものは両群とも約7割であり、分布の有意差を認めなかった(表7)。

相談先に関しては両群とも分布に有意差を認め、就労有では精神科、家族への相談の割合が小さく、身体科、知人への相談が大きかったが、職場への相談を行っているものは1%以下であった。相談時期は両群で有意差を認めず、当日、3日以内、1週間以内の順で割合が大きかった(表8)。

就労有における相談先がないものの自殺念慮の出現時期も同様に当日出現が一番多かった(図1)。一方、相談先があるものでも、自殺念慮の出現時期は当日、2-3日前の順で多かった。そして、当日自殺念慮が出現したもののうち、多くは当日相談をしていた。一方、自殺念慮を以前より認めているものでは以前より相談しているものと、当日~3日前に相談をしているものが存在していることが明らかとなった(図2)。

企図前に家族が兆候に気づけなかった割合は両群で約8割であった。企図時の介入の可能性があると考えられた割合は両群で約2割であり、介入中であった割合は両群で約1割であり、いずれも両群で有意差を認めなかった(表9)。

4. 結 論

就労有と無の2群間で比較検討したところ以下1)と2)が明らかとなった。

1) 就労有との比較検討での就労有の自殺企図者の特徴

- ・男性が多い
- ・教育年数が低い
- ・精神科治療中が少なく、未治療が多い
- ・F2が少ない
- ・F3とF4が多い
- ・動機として家庭家族問題の割合は小さい
- ・動機として仕事、人間関係、複合的問題の割合が大きい
- ・精神科、家族への相談は少ない
- ・身体科、知人への相談は大きい

2) 両群で共通に認めた特徴

- ・BRRS合計点18点、GAS38点で重篤な精神症状を認めた
- ・LCUは40点以上でありストレス値の高いライフイベントを経験
- ・企図手段は重症
- ・自殺念慮の出現時期は当日、2-3日前の順で多い
- ・兆候に気づかない家族が約8割
- ・介入の可能性があった割合が約2割
- ・介入中であった割合が約1割

勤労者の自殺企図においても、自殺念慮が当日出現する割合が高く、これは自殺企図者全般的な特徴を反映していると考えられる。しかし、当日希死念慮が当日出現する割合が高いことが介入の可能性の割合が2割や家族が兆候に気づかない割合が8割ということと関連している可能性がある。ハイリスク者に対する当日自殺念慮が出現した場合の支援体制を整備する必要があると

考えられる。

また、周囲で自殺の兆候に気づくものは少ないが、ライフイベントを経験し、BPRSやGASで示されるような精神症状や社会生活の機能の障害が存在している。相談として職場に伝えるものは少なく、身体科や知人へ相談するもの自体も少ないが、精神科への相談はより少ない。自殺の兆候という特異的サインが気づかれないとしても、うつ病（F3）や適応障害（F4）等の症状を呈しているものは多く、不調なものに対して早めに支援につなげる必要があると考えられた。

以上から、勤労者の自殺防止として次のようなポイントが重要であると考えられた。

1. 重症化する前に相談や受診のような援助希求を促す啓発を行う
2. 職場や地域での相談窓口の啓発を行い、相談の敷居を下げる
3. 重症化する前の不調のサインを拾い上げる
4. 自殺の兆候に気づいたら、危機介入的対応を検討する
5. 自殺念慮が出現した場合、早期に対応できるような窓口の情報提供を行う

表2. 対象概要

			就労		有意確率
			無 N=219	有 N=125	
男性の割合	度数		67	54	0.019
	%		30.6%	43.2%	
年齢	平均		42.1	36.6	0.003
	標準偏差		19.8	14.0	
教育年数	平均		11.1	12.0	0.003
	標準偏差		2.5	2.8	
同居無	度数		37	26	0.389
	%		17.1%	20.8%	
配偶者有	度数		84	44	0.560
	%		.4	.4	
新来	度数		123	78	0.259
	%		56.2%	62.4%	
精神科通院 中	度数		105	52	0.256
	%		47.9%	41.6%	
治療状況	治療中	度数	150	62	0.002
		%	68.5%	49.6%	
	治療中 断	度数	5	6	
		%	2.3%	4.8%	
	未治療	度数	64	57	
		%	29.2%	45.6%	
1年以内の 自殺企図歴	度数		66	39	0.743
	%		30.4%	31.2%	
生涯の自殺 企図歴	度数		109	56	0.333
	%		50.2%	44.8%	
初回・2nd エピソード	度数		120	70	0.873
	%		55.6%	56.5%	

表3. 転 帰

			就 労		有 意 確 率
			無 N=219	有 N=125	
転帰(入院)	度数		185	108	0.998
	%		88.5%	88.5%	
転帰 3 群	入院せず	度数	24	14	0.680
		%	11.7%	11.5%	
	センター	度数	104	56	
	入院	%	50.5%	45.9%	
	精神科病	度数	78	52	
	棟入院	%	37.9%	42.6%	

表 4. ICD-10診断、BPRS合計点、GAS

			就 労		有意確率
			無 N=219	有 N=125	
ICD-10 診断	F0	度数	13	1	0.002
		%	6.0%	0.8%	
	F1	度数	9	3	
		%	4.1%	2.4%	
	F2	度数	35	5	
		%	16.1%	4.0%	
	F3	度数	69	48	
		%	31.8%	38.4%	
	F4	度数	54	46	
		%	24.9%	36.8%	
	F6	度数	17	11	
		%	7.8%	8.8%	
	他	度数	20	11	
		%	9.2%	8.8%	
BPRS 合計	平均		18.2	17.5	0.571
	標準偏差		11.1	10.6	
GAS	平均		37.8	37.9	0.054
	標準偏差		21.4	23.7	

表5. 動機、LCU

			就 労		有意確率
			無 N=219	有 N=125	
動機	家庭家族	度数	46	16	<0.001
		%	21.0%	12.8%	
	経済状況	度数	13	7	
		%	5.9%	5.6%	
	病苦	度数	30	5	
		%	13.7%	4.0%	
	幻覚妄想	度数	25	9	
		%	11.4%	7.2%	
	仕事	度数	5	18	
		%	2.3%	14.4%	
	対人関係	度数	31	28	
		%	14.2%	22.4%	
LCU	その他	度数	5	3	0.501
		%	2.3%	2.4%	
	複合	度数	45	33	
		%	20.5%	26.4%	
	不明	度数	14	6	
		%	6.4%	4.8%	
	学校問題	度数	5	0	
		%	2.3%	0.0%	
	平均		42.1	45.9	
	標準偏差		34.4	38.8	

			就 労		有意確率
			無 N=219	有 N=125	
手段	薬物	度数	116	57	0.005
		%	53.0%	45.6%	
	毒物	度数	19	13	
		%	8.7%	10.4%	
	ガス	度数	3	10	
		%	1.4%	8.0%	
	飛び降り	度数	16	1	
		%	7.3%	0.8%	
	飛びこみ	度数	1	1	
		%	0.5%	0.8%	
	刃器、刺 器	度数 %	22 10.0%	19 15.2%	
	焼身	度数 %	6 2.7%	0 0.0%	
	入水	度数 %	5 2.3%	1 0.8%	
	縊首	度数 %	9 4.1%	8 6.4%	
複合	度数 %	17 7.8%	13 10.4%		
その他	度数 %	5 2.3%	2 1.6%		
絶対危険 群 (AD 群)			59 26.9%	40 32.0%	0.319

表7. 自殺念慮出現時期と企図前の相談の有無

			就 労		有意確率
			無 N=219	有 N=125	
自殺念慮 出現時期	当日	度数	118	74	0.326
		%	55.9%	60.2%	
	2-3 日前	度数	29	16	
		%	13.7%	13.0%	
	1 週間前	度数	20	6	
		%	9.5%	4.9%	
	2 週間前	度数	7	1	
		%	3.3%	0.8%	
	1 ヶ月前	度数	11	8	
		%	5.2%	6.5%	
相談先 有無	それ以上	度数	15	14	0.183
		%	7%	11%	
	不明	度数	11	4	
		%	5.2%	3.3%	
有無	無	度数	147	93	0.183
		%	68.4%	74.4%	
	有	度数	68	31	
		%	31.6%	24.8%	
	不明	度数	0	1	
		%	0.0%	0.8%	

表 8. 相談先と相談時期

			就 労		有意確率
			無 N=219	有 N=125	
相談先	精神科	度数 %	21 9.9%	6 4.8%	0.015
	身体科	度数 %	0 0.0%	3 2.4%	
	公共の相談 機関	度数 %	1 0.5%	0 0.0%	
	職場	度数 %	1 0.5%	1 0.8%	
	家族	度数 %	39 18.3%	12 9.6%	
	知人	度数 %	5 2.3%	9 7.2%	
	不明	度数 %	1 0.5%	1 0.8%	
	なし	度数 %	145 68.1%	93 74.4%	
相談時期	なし	度数 %	147 68.4%	93 75.0%	0.943
	当日	度数 %	25 11.6%	11 8.9%	
	3 日以内	度数 %	18 8.4%	8 6.5%	
	1 週間以内	度数 %	9 4.2%	5 4.0%	
	2 週間以内	度数 %	5 2.3%	2 1.6%	
	1 か月以内	度数 %	4 1.9%	2 1.6%	
	それ以上	度数 %	6 2.8%	3 2.4%	
	不明	度数 %	1 0.5%	0 0.0%	

表9. 家族の気づきと介入の可能性

			就労		有意確率
			無 N=219	有 N=125	
家族の気づきの有無	無	度数	183	96	0.102
		%	83.6%	76.8%	
	有	度数	33	23	
		%	15.1%	18.4%	
	不明	度数	3	6	
		%	1.4%	4.8%	
介入の可能性があったか	有	度数	47	24	0.686
		%	21.5%	19.2%	
	無	度数	150	88	
		%	68.5%	70.4%	
	不明	度数	1	2	
		%	0.5%	1.6%	
	介入中	度数	21	11	
		%	9.6%	8.8%	

図1. 就労有・相談先無の自殺念慮の出現時期

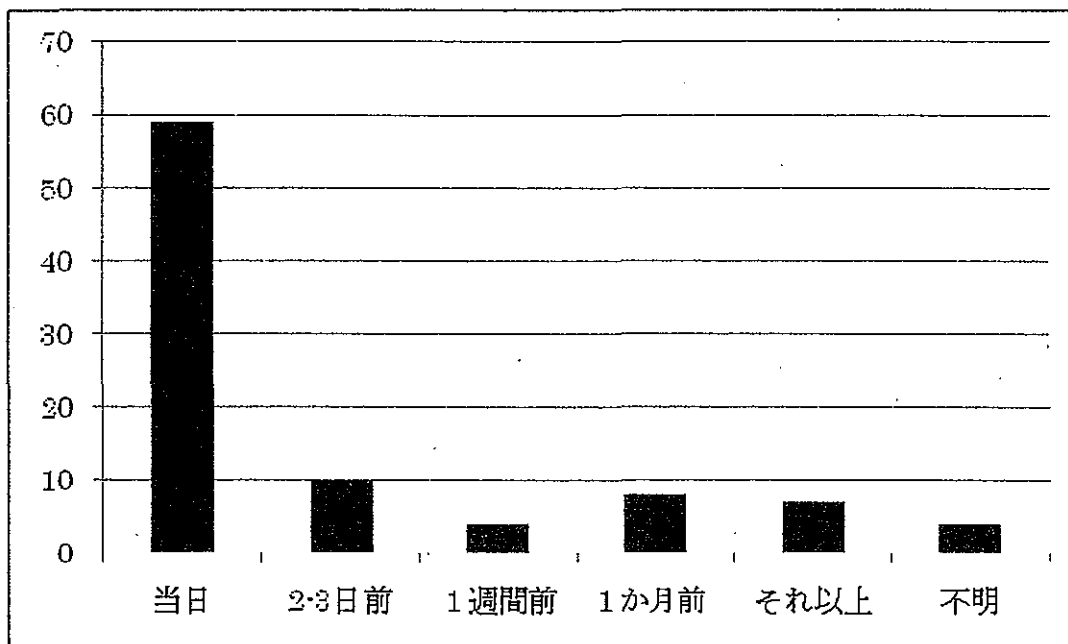
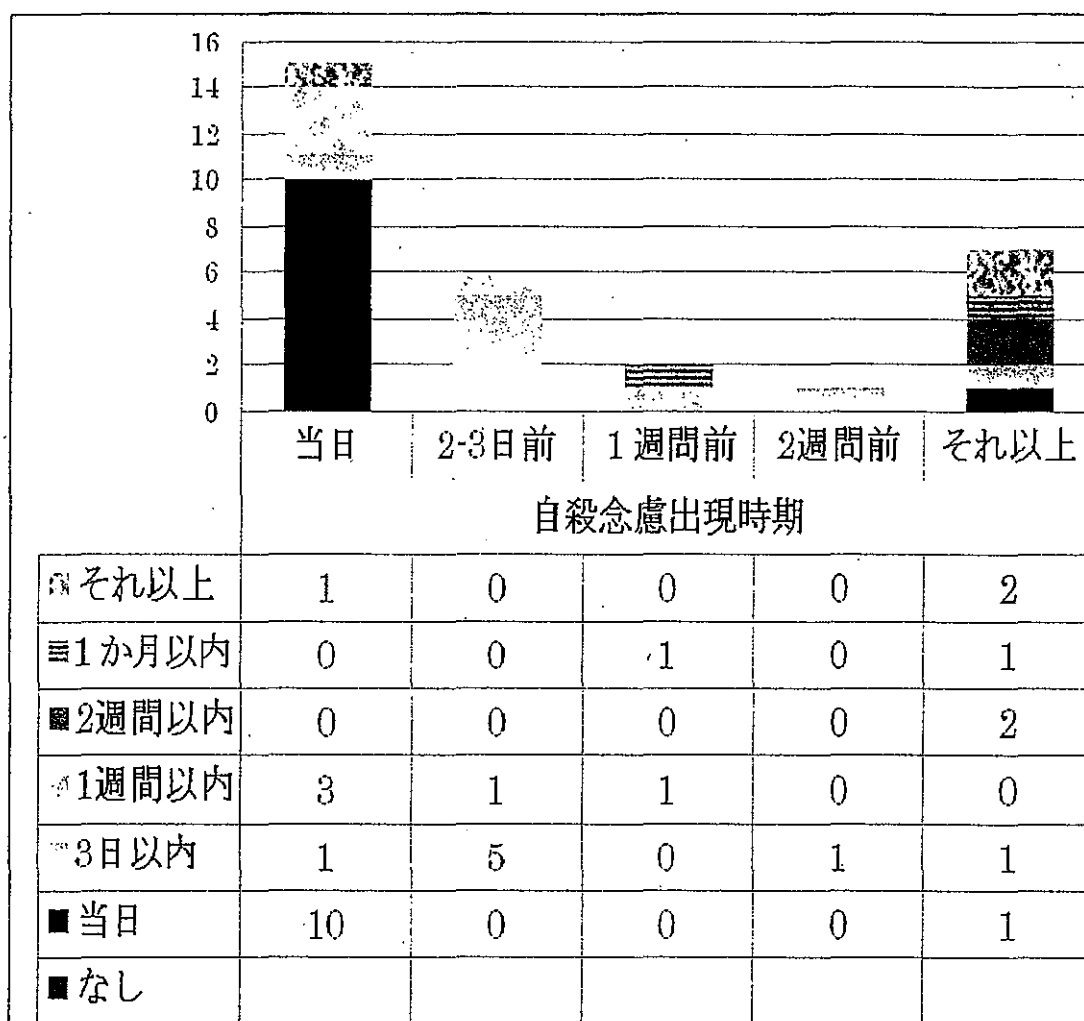


図2. 就労有・相談先無の自殺念慮の出現時期



6 中小企業・事業場における自殺予防対策—EAP活動を通して

医療法人社団 弘富会 神田東クリニック／MPSセンター

吉村 靖司

1. はじめに

中小企業基本法に定めるところによると、中小企業の定義は、資本金3億円以下または従業員300人以下の法人企業または従業員300人以下の個人企業を中小企業としている。ただし、卸売業の場合には資本金1億円以下または従業員100人以下、サービス業の場合には資本金5000万円以下または従業員100人以下を、小売業では資本金5000万円以下または従業員50人以下となっている。また、そのうち従業員20人以下の企業を、とくに小規模企業とよぶ。ただし、商業またはサービス業においては従業員5人以下とされている。中小企業が全企業数に占める割合は99.7%におよんでいるにもかかわらず、中小零細企業でメンタルヘルス対策を実施しているところは大企業に比べて少ないのが現状である。平成19年の労働者健康状況調査をみても、心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいると回答した事業所は5000人規模では100%であるのに対し、100～299人規模では64.1%、10～29人規模では29.2%にすぎない。わが国の自殺対策においては、この中小企業の従業員に対するアプローチが非常に重要となる。本稿では、あるEAP（後述）プロバイダが経験した自殺念慮ケースを紹介し、EAPにできる中小企業の自殺対策について考察した。

2. EAPとは

EAPはemployee assistance programの略であり、日本語では従業員支援プログラムと訳す。国際EAP学会（EAPA）が定めるEAPの定義は、以下の2点を援助するために作られた職場を基盤としたプログラムであるとされている。

1. 職場組織が生産性に関連する問題を提議する。

2. 社員であるクライアントが健康、結婚、家族、家計、アルコール、ドラッグ、法律、情緒、ストレス等の仕事上のパフォーマンスに影響を与えうる個人的問題を見つけ、解決する。

また、中央労働災害防止協会のメンタルヘルス対策を支援する事業場外資源のありかた検討委員会は、事業場外資源がメンタルヘルス対策として果たしうる機能として以下の8つを挙げている。

1. 労働者のストレスおよび心の健康に関する評価と適切な専門機関の紹介

2. 心理カウンセリング

3. 専門的治療

4. 職場復帰における支援

5. メンタルヘルス対策のための体制整備等に関する助言

6. 特別な事態や危機的な状況が発生した事業場に対する対応（危機対応）

7. 事業場のあらゆる関係者を対象としたメンタルヘルス対策に関する教育

8. 事業場外資源によるメンタルヘルス対策支援の効果に関する評価（効果評価）

これらの活動を地道にかつ確実にこなしていくことで職場のメンタルヘルスが向上させること

ができ、なおかつそれが自殺予防につながっていくのである。

3. MPSセンターにおける相談サービスで関与した自殺念慮事例の紹介

神田東クリニックMPSセンター（以下、MPSセンターと略す）が現在EAPサービスを提供している企業のうち、上記の「中小企業」に該当するのは18社、そのうち「小規模企業」に該当するのは3社である。このうち、MPSセンターの中核となっている支援サービスである、電話・メール相談を導入している企業は14社であった。

この14社における2009年1月から2010年2月までの期間において希死念慮が認められ危機介入の必要性があると判断した相談ケースについて調査したところ、相談件数50件のうち、自殺念慮の認められたケースは4件あった。

各ケースは内容を大きく変えない範囲で個人が特定できないよう加工したうえで紹介する。

ケース1 女性、電話相談

【相談内容】 家族からの相談。昨日から長男が家に帰ってこない。元来きまじめで、数年前にも学業で悩んで家出して、数ヶ月後に警察に保護されて戻ってきたことがある。家族内の人間関係も良くなく、相談できる人もいないので心配である。

【対応】 長男が帰ってこないことによる極度の心配や戸惑いを労った。搜索願を出すことも提案したが、もう少し様子を見てからにしたいとのこと。相談者自身の心身への負担を憂慮し、今後の対応についての検討も含めたサポート資源として電話相談を継続的に利用するよう強くお勧めした。お近くの医療機関や相談機関をご案内できることも伝えた。音信がないままであれば搜索願を出すことを躊躇しないよう助言。その後、長男さんは無事帰宅。

ケース2 女性、メール相談

【相談内容】 以前の勤務先で起こったことを思い出すと悔しく恥ずかしい気持ちになり、不安である。前の勤務先の担当者には心配ないと言われたが、どうしても不安になってしまい、死にたいと思うこともある。

【対応】 長期にわたり不安が続いていること、メール送信時刻が遅いことへの心配を伝える。睡眠や食欲が不規則になると気持ちが不安定になりやすいことを伝え、気持ちを整理するためにもできるだけ休養を取ることを勧める。数回のメールのやりとりで自殺念慮は表現されなくなった。

ケース3 男性、メール相談

【相談内容】 数年前から仕事への不安があり、不眠や死にたい気持ちがある。職場の同僚となかなか本音で付き合い合えないことが原因だと自分では思っている。

【対応】 長期にわたり不安を抱えていることや、死にたい気持ちに対する心配を伝えた。他の要因も探りつつ、同僚に対する接し方についてアドバイスした。メールのやりとりを経て、自殺念慮は表現されなくなった。

ケース4 女性、メール相談

【相談内容】学生の弟は要領が悪く、先日も実習先から厳しい評価を受けた。このため学校を辞めたい、死にたいと訴えている。医療機関への受診を勧めたが、睡眠時間を削ってレポートを書いているほどの忙しい状況で、それもままならない。どのように声をかければよいか。

【対応】姉として面倒をみてきた苦勞を察し、弟の心身の不調については精神科受診を勧め、具体的な声かけの仕方の例を伝えた。引き続いてのメール相談の利用も、合わせて勧めた。その後はメールはなく、こちらからフォローするも返信はなかった。

いずれのケースも、自殺の危険性が逼迫したものではないと判断され、守秘義務を超える危機介入の必要はないと判断した。自殺念慮をもつ従業員がメールや電話相談を利用するとは限らないし、自殺念慮をもつ相談者がその念慮を言語化するとは限らないので、この相談サービスで行なえるのは自殺対策のほんの一部分にすぎない。しかし、ケース1やケース4のように家族についての相談にも対応できるので、支援対象の裾野は広いのである。

4. 考 察

企業がEAPを導入するに際して、その理由を自殺予防と考えている企業はほとんどないようである。実際には、メンタルヘルス不調に関連する休職者や対応困難事例が増えたことなどがきっかけとなっていることが多い。EAPとしては、職場のメンタルヘルス対策を充実させることが自殺対策につながることを巧みに織り込んで企業側の担当者に意識させることが重要である。

メール相談、電話相談、教育研修、精神科医やカウンセラーによる面談、メンタルヘルス体制構築への助言など、できることから企業に導入してもらい、ゆくゆくは包括的な支援にいたるよう働きかけていくことがEAPによる自殺対策の手段になると思われる。

メンタルヘルス体制すら不十分な中小企業において、さらにその特殊形である自殺対策を進めていくのは容易ではない。たとえば交通死亡事故を減らす対策において「交通死亡事故ゼロをめざして」などというスローガンで職場に啓発活動を行なうことに違和感はないだろうが、「自殺者ゼロをめざして」などという直接的な表現で啓発することに抵抗を感じる事業者は少なくないのではないか。今や交通事故による死者よりも自殺による死者のほうがはるかに多いにもかかわらず、である。労働者の自殺例の約7割がうつ病によると推測されていることから考えると、やはりうつ病を中心とした職場のメンタルヘルス対策を推進することが自殺予防対策になると考えられる。いかに中小企業がEAPを気軽に利用できるようにするかが今後の課題である。

〔文 献〕

- 1) 島 悟他：大都市圏の中小零細事業場におけるメンタルヘルス対策に関する調査研究。（平成18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 労働者の自殺予防に関する介入研究），2008。
- 2) 平成19年労働者健康状況調査結果の概況。厚生労働省，2009。

7 勤労者の自殺予防—自殺予防総合対策センターにおける研究成果をもとに

国立精神・神経センター精神保健研究所
竹島 正、立森久照、松本俊彦

1. はじめに

わが国の自殺死亡者数は、平成10年に急増して3万人を超え、以後もその水準で推移している。急増期には、大都市圏の中高年または高齢者の自殺死亡が増加し、当時の社会経済状況も相俟って、自殺の背景にある社会経済的要因が注目された。しかし、その後の年齢階級別自殺死亡率の推移をみると、中高年または高齢者において減少傾向を示す一方、若年者では増加傾向が続いており、自殺の実態は確実に変化している。本稿では、国立精神・神経センター精神保健研究所における研究成果をもとに、勤労者の自殺予防について考察する。

2. 方 法

平成21年度に、国立精神・神経センター精神保健研究所で行った、厚生労働省の人口動態統計の分析、平成19～21年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」（以下、心理学的剖検研究と略す）の成果をもとに、勤労者の自殺予防について考察した。

人口動態統計の分析は、厚生労働省「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」での議論に基づいて行われたものである。分析の対象は、人口動態統計（平成16年～20年及び、昭和55年度～平成12年度の5年ごと）における、15歳以上の自殺者であった。また、自殺死亡率の算出に当たっては、各年の国勢調査による人口を分母として使用した（人口動態統計における「無職者」は学生・生徒等を含んでいる。また、人口動態統計において、職業別のデータは国勢調査年度のみ収集されており、最も新しいデータは平成17年度のものである）。

心理学的剖検研究は、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」を実施することにより、公的機関の地域保健活動のなかで接触可能であった自殺事例の臨床類型を明らかにして、自殺予防の介入ポイント・遺族支援のあり方について検討することを目的とした。都道府県・政令指定市のうち、参加要件を満たす自治体から順次調査を実施した。情報収集方法は、資格要件を満たす2名1組の調査員による遺族1名に対する半構造化面接調査であって、平成19年12月から平成21年12月末日までに76名の自殺既遂者についての調査面接を終了し、その分析を行った。また、自殺既遂事例と地域・性別・年齢を一致した対照群の調査も実施し、自殺既遂事例の特徴について数量的分析を行った。

なお、平成20年の人口動態統計による自殺死亡者数30,229人のうち、男性は21,546人（71.3%）、女性は8,683人（28.7%）であった。年齢構成は、20歳未満は566人（1.9%）、20～39歳は7,699人（25.5%）、40～59歳は10,687人（35.4%）、60歳以上は11,114人（36.8%）であった。また、心理学的剖検研究の76事例のうち、男性は55事例（72.4%）、女性は21事例（27.6%）であった。年齢構成は、20歳未満は4事例（5.3%）、20～39歳は35事例（46.1%）、40～59歳は26事例（34.2%）、60歳以上は11事例（14.5%）であった。心理学的剖検研究の対象事例を人口動態統計と比較すると、性別は人口動態統計と同様であった。年齢階級別は人口動態と比べて20～39歳の割合が高く、60

歳以上の割合が低かった。また、地域別では、東海北陸・近畿の割合が高く、九州の割合が低かったが、大きな差はみられなかった。自殺の手段別では、人口動態統計と同じく縊首の割合が最も高いものの、飛び降りと薬物の割合が高かった。警察庁の自殺の概要資料と比較すると、「被雇用者・勤め人」の割合が高く、「無職者」の割合が低かった。

本稿に紹介する研究成果は、自殺予防総合対策センターホームページ「いきる」に掲載されている (<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>)。

3. 結果（分析結果の紹介）

1) 人口動態統計の分析

男性の自殺死亡率の変化について、以下の傾向がみられた。

- ・ 農林漁業職・サービス職については、以前から自殺死亡率が高く、平成10年代に上昇がみられた。
 - ・ 専門・技術職、管理職については、平成7年度以前は自殺死亡率が他の職種と比較して低い傾向にあったが、平成10年代に入り急激に上昇した。
 - ・ 保安職、運輸通信職についても平成10年代に入り、自殺死亡率の上昇傾向がみられた。
 - ・ 事務職、販売職、生産工程・労務職については、自殺死亡率の上昇はみられなかった。
- 女性の自殺死亡率については、平成10年頃を境にした際だった傾向はみられていない。
- ・ 配偶関係によって、自殺死亡率には以下の傾向がみられた。
 - ・ 有配偶者の自殺死亡率は比較的低かった。これと比較して、配偶者と死別・離別した者や、壮年の未婚者は高い傾向にあった。
 - ・ 配偶者と離別した男性や、若年で配偶者と死別した者（※但し発生数が少なく値が不安定であることに留意）の自殺死亡率は特に高い傾向にあった。
 - ・ 有職・無職の別にみると、配偶者と離別した無職者の自殺死亡率は多くの年齢階級で最も高く、35-44歳、45-54歳の階級で、離別した男性無職者の自殺死亡率は有配偶の男性有職者の約20倍であった。

自殺を季節別にみると、春に最も多く、冬には少ない傾向がみられた。このような傾向は、年齢、職業、地域等により大きな変化はみられなかった。

2) 心理学的剖検研究

死亡時の職業をもとに、有職者と無職者の2群に分類し、心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断について比較を行った。

有職者は既婚の中老年男性を中心として、死亡1年前のアルコール関連問題や死亡時点の返済困難な借金といった社会的問題を抱えていた事例が多かった。また、有職者では死亡時点に罹患していたと推測される精神障害として、アルコール使用障害が多く認められた。

死亡前1年間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった者（精神科受診群）と非受診者（非受診群）の2群に分類し、心理社会的特徴および精神医学的診断について比較を行った。また、精神科受診群については、精神科治療の受療状況に関する情報についても分析を行った。精神科受診群・非受診群は、両者とも38例（50.0%）であった。受診群のうち57.8%は、自殺時に治療目的で処方された向精神薬を過量摂取しており、55.6%の者が死亡前に自傷・自殺未遂を経験していた。精神医学的診断では、共通して最も多かった診断名は気分障害（63.5%）であったが、受診

群で統合失調症の割合が18.9%と非受診群に比べて高く、非受診群では適応障害が16.2%と高いという点で有意差がみられた。受診群の受療状況では、89.5%が死亡前1ヶ月内という自殺の直前に受診をしていた。

アルコール問題群と非アルコール問題群の2群に分類し、心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断について比較を行った。死亡1年前にアルコール関連問題を抱えた自殺事例には、40代と50代を中心とした中高年男性かつ有職者という特徴が見られ、さらに、習慣的な多量飲酒、自殺時のアルコールの使用、事故傾性、死亡時点の返済困難な借金が多く、アルコール依存・乱用の診断が可能な者は81%であった。また、アルコール関連問題の有無で、自殺前の精神科受診歴に差はなかったものの、アルコール関連問題を標的とした治療・援助を受けていた事例は皆無であった。

76事例のうち、30歳以上65歳未満の39事例を分析対象として、負債群と非負債群で精神医学的および心理・社会的問題の経験率の比較を行った。負債群では、自営業者、離婚経験者、睡眠時のアルコール使用者が多く、非負債群と年収では差はないものの、経済的問題を抱えていた者が多かった。また、両群ともに高い割合で精神障害に罹患しており、かつ、負債群では適応障害の有病率が非負債群に比べて有意に高いにもかかわらず、死亡前一年間の援助希求や精神科受診をしていない傾向が示された。

76事例のうち、30歳未満であった20事例を分析対象として、精神医学的および心理・社会的問題の経験率を算出するとともに、男女の経験率を比較した。全体の8割に何らかの精神障害への罹患が認められ、若年世代においても精神障害への罹患が自殺の重要な危険因子となり得ることを示唆していると思われた。精神医学的診断以外の心理・社会的変数では、過去の自殺関連行動の経験、親との離別、精神障害の家族歴、不登校経験、いじめ被害経験といった変数において、4割から6割の経験率が確認され、特に女性の事例において、こうした危険因子の累積が多く認められた。

症例対照研究では、死について口に出すこと、過去1ヶ月の身辺整理、不注意や無謀な行動、身だしなみを気にしなくなることが、自殺のリスクと強い関係にあった。以前の自傷・自殺未遂の経験、失踪や自殺以外の過去1年間の事故の経験、親族や友人・知人の自殺および自殺未遂も、自殺と強い関係があった。公共料金の滞納、借金返済期限の遅れなど、問題のある借金が自殺リスクと有意に関連していた。職業関連要因では、配置転換や異動に関する悩みがある場合に、自殺の相対リスクが有意に高かった。心理社会的要因では、子供時代の虐待やいじめ、家族や地域との交流の少なさが自殺リスクと有意に関連していた。身体的健康に関しては、ADLの低下を伴う身体的問題がある場合に自殺リスクが増加していた。睡眠障害がある場合にも自殺の相対リスクが高かった。飲酒者でも自殺の相対リスクが高く、特にアルコールを眠るために使用する場合に高かった。大うつ病の他、アルコール乱用・依存、精神病性障害、不安障害が自殺と有意に関連していた。

4. 考 察

本報告書において、平成15年から20年までの労災認定事例1,094例のうち、自殺事案は324例（自殺既遂302例、自殺未遂22例）であったと報告されている。性別は、男性316例（97.5%）、女性8例（2.5%）と男性がほとんどであり、年齢層は40～59歳が165例（50.9%）と約半数であった。職種では、管理職140例（43.2%）、専門技術職95例（29.3%）が多かった。人口動態統計と

比較すると、労災認定の自殺事案は男性が圧倒的に多く、その職種は、平成10年以降に急増した職種と一致していた。配偶関係では、労災認定の自殺事案では既婚239例（73.8%）、独身82例（25.3%）、独身（離婚、死別）3例（0.9%）であって、離別、死別はほとんどいなかった。人口動態統計の分析では、配偶者と離別した男性の自殺死亡率は特に高い傾向にあり、離別した男性無職者の自殺死亡率は、特に高いことが明らかにされている。労災認定の自殺事案の配偶関係をみると、自殺死亡率の特に高い層はきわめて少ないが、自殺で労災を申請することは、配偶者と離別した男性では少ないのかもしれない。

労災認定の自殺事案で精神科・心療内科を受診した事例は86例（26.5%）であった。この割合は心理学的剖検研究における受診率よりも低かった。心理学的剖検研究の対象事例に比べて、年齢構成が高いことが影響しているかもしれない。

また、労災認定の自殺事案では、「仕事の失敗、過重な責任の発生」は177例（54.6%）、「仕事の質・量の変化」は205例（63.3%）に報告されるなど、業務上の問題の報告が多かった。101時間以上の時間外労働も123例（38.0%）に報告されていた。一方、個体側要因の報告のあったのは60例（18.5%）であって、神経症の既往、うつ病・うつ症状の既往、性格傾向などであった。また自殺の6ヶ月前の状況では、「体重減少・食欲現象」は138例（48.6%）、「抑うつ、不安、焦り、混乱、泣くなど」は138例（48.6%）、「不眠」は84例（29.6%）などで、家族や周囲の者からも、観察可能な変化が生じていたと考えられた。業務上の問題の報告が多いことに対して、個体側の要因の報告が少なかったのは、労災認定の自殺事案では、個々人の生活、精神疾患などの個体側要因よりも、業務上の問題に関心が向けられる一方で、個体側の要因の把握は不足がちになる可能性を示唆しているかもしれない。

さて、すでに述べたが、男性の自殺死亡率の特に高いのは、配偶者と離別した男性である。労災認定の自殺事案では、これに該当する事例はほとんどなく、離別した男性が少数含まれていたのみであった。しかし、男性有職者でも、離別と失職の危機に同時的にさらされた場合、危機に陥るであろうことは容易に想像される。このような危機的状況にある人も勤労者には当然含まれるであろうし、危機を経験しながら、自己治療で、かろうじてつくろいながら生きている人もいかもしれない。心理学的剖検研究から明らかになった、自殺のサイン（死について口に出すこと、過去1ヶ月の身辺整理、不注意や無謀な行動、身だしなみを気にしなくなるなど）、睡眠時のアルコール使用、問題のある借金などは、自己治療でつくろいきれない状態に陥っていることを示しているのかもしれない。

自殺のストレス-素因モデルは、自殺行動が、素因（絶望感、衝動性または攻撃性）とストレス（精神疾患、心理社会的危機）の重なる中で発生することを示している。心理学的剖検の症例対照研究によって、子供時代の虐待やいじめ、家族や地域との交流の少なさが自殺リスクと関連していることが示された。同じようなストレスを受けても、虐待やいじめを経験してきた人の場合、適切な支援を求める行動を取れないことも予想される。勤労者の自殺予防においては、個々の勤労者は、それぞれ特徴のある個人であることを踏まえて支援を行うことが望ましく、そのためには、適切な管理のもとに個人情報も活用されるべきと考える。さらに勤労者の自殺予防のためには、労災認定にかかる資料の分析だけでなく、中立的な立場から自殺の心理学的剖検を行い、そこから、自殺予防のための知見を積み上げていくことが期待される。

8 労働災害防止からみたラインによるケア および管理監督者教育のあり方について

産業医科大学 産業生態科学研究所精神保健学
廣 尚典

1. はじめに

精神疾患の労災認定の判定においては、当該労働者の身に起きた出来事と本人の置かれた状況のその後の変化が重要な判断要素となっている。当該労働者の上司である管理監督者は、その出来事の発生に関与している場合があり、また当該労働者が置かれた状況に大きな影響を及ぼすことが多い。したがって、管理監督者の役割は、精神疾患の発症・増悪、自殺予防との関連のみならず、労災認定に関する議論においても、注目されることになる。

2. ラインによるケアの重要性

管理監督者が行う活動、すなわちラインによるケアは、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(厚生労働省, 2006) (メンタルヘルス指針) において、労働者自身によるセルフケアとともに、職場におけるメンタルヘルス対策の柱に位置づけられている。メンタルヘルス指針では、「管理監督者は、部下である労働者の状況を日常的に把握しており、また、個々の職場における具体的なストレス要因を把握し、その改善を図ることができる立場にあることから、職場環境等の把握と改善、労働者からの相談対応を行うことが必要である。」と述べられている。

さらに、メンタルヘルス指針では、「業務を一時的なプロジェクト体制で実施する等、通常のラインによるケアが困難な業務形態にある場合には、実務において指揮命令系統の上位にある者等によりケアが行われる体制を整えるなど、ラインによるケアと同等のケアが確実に実施されるようにするものとする。」ともされている。企業の都合で組織形態がどのように変更されようが、各労働者に対して、実質上の上司にあたる者の存在を明確にすることが必要である旨を強調しているわけであり、この点に留意することは、労災防止およびメンタルヘルス不調者の発生防止の双方に重要であると言えよう。

メンタルヘルス指針は、労働安全衛生法第69条に関連づけられた事業者の努力義務であることから、管理監督者による職場管理および部下に対する相談対応は、職場のメンタルヘルス対策の中でも、特に優先順位が高いものと言える。

3. 二次予防から一次予防に

わが国においては、職場のメンタルヘルス対策の黎明期から、管理監督者教育は、その重要要素とされて¹⁾、先進的に取り組む企業で、活発に行われてきた²⁾。しかし、その内容は、メンタルヘルス不調の早期発見に関する事柄が多くを占めていた。

今回の労災認定事案の分析においても、管理監督者は部下の不調を早期に把握していたか、あるいは気づいている場合が多いという結果が得られた(自殺事案で42%、精神障害事案で59%)。過去の自殺事例についての後方視的研究においても、約3割の事例で、管理監督者が部下(当該労働者)の異変に気づいてきたことが報告されている³⁾。

したがって、管理監督者が部下の変調により早期に気づき、かつ適切な相談対応、支援を行うよう促す取組みについて、今後もより効果のあがる進め方を模索し、推進していく必要がある。

一方、最近では、メンタルヘルス不調者の早期発見だけでなく、その発生防止に向けての活動の重要性が指摘されるようになってきている。管理監督者が、自らが管理する職場のストレス要因を把握し、必要に応じて改善を行う取組み、そして部下の相談対応においても、早期発見・早期対応に加えて、部下のストレス軽減を図る視点をも持つこと、すなわち一次予防に該当する活動が求められているのである。

労災認定事案の「出来事」の分布をみても、自殺事案、精神障害事案とも、管理監督者が把握でき、またその後のストレス軽減に向けた措置が可能であると推測されるものが少なくない。すなわち、労災防止の観点からみても、職場のメンタルヘルス対策として、一次予防活動を推進する意義は大きいといえる。実際に、高い傾聴技術を有する管理監督者の下で働く労働者は、特に若年齢群で心理社会的ストレス反応が軽度であることが報告されている⁴⁾。

4. 管理監督者教育のあり方

メンタルヘルス指針では、管理監督者教育に求められる事項として、表1に示したものを掲げている。これに沿って、上述したメンタルヘルス対策の一次予防活動に関連する事項を列挙すると、表2のようにまとめられる⁵⁾。筆者らはまた、自殺予防の観点からそれに盛り込まれるべき内容をそれぞれの項目に対応させて整理している(表3)⁶⁾。同時に、管理監督者研修において活用可能なパワーポイントファイルも作成している⁷⁾。

自殺防止の観点からは、過去にメンタルヘルス不調者の職場復帰支援における留意点もまとめられている⁸⁾。その中で上司が関与できる主なものとしては、重度の身体疾患を有している例ではそれへの配慮も行うこと、就業上の配慮を行う期間は一律に決めるのではなく、個々の事例ごとにフォローアップ面接の情報なども加味して調整すること、復職後も助言や面接をこまめに行っていくこと、通院の自己中断や薬の不適切な服用がないかを確認すること、飲酒量の増加など生活習慣の問題が生じていないかにも注意を払うことなどがあげられる。また、自殺未遂例で、その事実を管理監督者が知っている場合には、希死念慮に関連したストレス要因をできるだけ回避できるよう配慮すること、産業保健スタッフとより綿密な連携を図り、必要によっては家族とも連携をすること、单身生活や宿泊を伴う出張はできるだけ回避できるように配慮することなどが、追加の留意点として整理された。

最近の調査では、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13.0%に気分障害あるいは不安障害が疑われ、また31.8%にアルコール依存の可能性があるという結果も得られている⁹⁾。就業制限を受けている労働者に対しては、メンタルヘルス不調による例はもとより、身体疾患による例であっても、管理監督者による注意深い観察が求められる。こうした事柄も、管理監督者教育において、周知したいところである。

管理監督者教育の具体的な進め方としては、小グループ形式でのディスカッションやロールプレイなどを取り入れた受講者参加型の面を取り入れたたり、事例紹介を通して理解を深めたりする工夫が求められる。そうした際に、既に公表されている過去の労災事例を取り上げるのも有効であろう。

表1. メンタルヘルス指針に示されている管理監督者への教育研修・情報提供の内容

-
- ・メンタルヘルスケアに関する事業場の方針
 - ・職場でメンタルヘルスケアを行う意義
 - ・ストレスおよびメンタルヘルスケアに関する基礎知識
 - ・管理監督者の役割および心の健康問題に対する正しい態度
 - ・職場環境等の評価および改善の方法
 - ・労働者からの相談対応（話の聴き方，情報提供および助言指導の方法等）
 - ・心の健康問題により休業した者の職場復帰への支援の方法
 - ・事業場内産業保健スタッフ等との連携およびこれを通じた事業場外資源との連携の方法
 - ・セルフケアの方法
 - ・事業場内の相談先および事業場外資源に関する情報
 - ・健康情報を含む労働者の健康情報の保護等
-

表2. メンタルヘルス対策の一次予防として管理監督者教育に盛り込まれるべき事項

-
- ・ストレスが引き起こす健康問題や心の健康に関する事項を解説する
 - ・仕事上のストレス要因の軽減と支援の強化の重要性を強調する
 - ・チーム全体に関わる組織的な問題への対応と個々の労働者への対応の両面を扱う
 - ・能力，適性，ストレス脆弱性などの個人差について理解を求める
 - ・具体的なストレスおよびストレス要因の評価，その改善の方法を紹介し，職場での取り組みを議論する
 - ・相談活動の意義を明確にする
 - ・傾聴法のポイントを解説する
 - ・職場環境等の評価と改善および部下の個別相談に関する連携法を解説する
 - ・産業保健スタッフ，専門スタッフ，外部機関の活用法を，窓口の紹介とともに説明する
 - ・事業場のメンタルヘルス対策の全体像とそこでの管理職の活動の位置づけを明確にする
 - ・個人情報管理の問題も含め，相談内容や各種調査の結果などの情報の取扱いについて注意を促す
 - ・リスク管理，職場の活性化，生産性の向上，社会的責任などをあげ，事業場としてめざすレベルを説明する
-

表3. 自殺防止の観点からみた管理監督者教育に盛り込まれるべき事項

-
- ・職場のメンタルヘルス対策が自殺防止にもつながること
 - ・自殺の危険因子および直前のサイン
 - ・自殺に関する誤った知識の是正
 - ・日頃のラインによるケアを適切に行うことの重要性
 - ・自殺未遂者への対応
 - ・過労自殺をめぐる問題（特に強調）
 - ・希死念慮を持つ部下への対応
 - ・自殺予防を加味した業務上の配慮の仕方
 - ・自殺予防を加味したフォローアップの方法
 - ・希死念慮を持つ部下を産業保健スタッフにつなぐ方法
 - ・緊急時の対応法
 - ・希死念慮に関する自殺的相談の重要性と相談先の情報
 - ・緊急時の連絡先および連絡方法
 - ・緊急時の個人情報保護に関する優先順位に関する事項
-

その他、効果を上げるために求められる要件として、以下の点も重要である⁵⁾。

- ・一般論だけでなく、自事業場の現状分析等のデータ、問題点も示す。
- ・教育で扱う事例、素材は、できるだけ職場の実情に即したものにす。
- ・実際に自事業場で起きた事例を取り上げる際には、内容を一部改変するなどにより、教育研修の参加者や関係者にそれと同定できないように配慮する。
- ・専門用語は極力廃し、平易な言葉、表現を用いる。
- ・継続的に実施し、適当な期間を経たうえで、フォローアップの研修も行う。

最近、職場環境改善への取り組みとして、現場解決型の活動が注目されている。対策の具体案をトップダウンの形で職場に提示し、その実施を求めるだけでなく、チェックリストなどを用いて、各職場で自らの職場の問題点や改善が望ましい点を整理し、具体的な対策までも現場で決めて推進していくのである。こうした活動の成果も、管理監督者の理解によって大きく左右させると考えられ、その意義を教育で説明するとよいであろう。

5. 管理監督者教育の有用性

管理監督者教育の有効性については、国内でも、いくつかの報告がある。Kubotaらは、計30時間の積極的傾聴法のワークショップによって、部下の心理的な問題に対する効果的な傾聴と支援が修得されたことを示した¹⁰⁾。Takaoらは、60分という短時間であっても、ロールプレイを交えた相談対応に関する教育によって、一部の集団で部下のメンタルヘルスの改善が見込まれることを報告している¹¹⁾。

しかし、どのような対象に、どのような教育を行うのがより効果的であるかについての検討はまだ非常に少ないのが現状である。何を効果の指標とするか、交絡因子の調整をどこまで行うのかなど、厳密な研究デザインの構築が困難な領域ではあるが、今後数多くの調査研究が推進され

ることが望まれる。

〔参考文献〕

- 1) 大道明：職場の精神衛生。創元社，1967.
- 2) 原谷隆史，川上憲人，福井城次，北村尚人，林剛司，逸見武光：職場におけるメンタルヘルス教育の方法に関する研究。産業医学ジャーナル 12(4)，30-34，1989.
- 3) 廣尚典：自殺事例からみた自殺予防対策のあり方の検討。平成13年度厚生労働省委託研究 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）。64-74，2002.
- 4) Mineyama S, Tsutsumi A, Takao S, Nishiuchi K, Kawakami N: Supervisors' attitudes and skills for active listening with regard to working conditions and psychological stress reactions among subordinate workers. J Occup Health 49, 81-87, 2007.
- 5) 廣尚典：管理職教育・研修。日本産業衛生学会産業精神衛生研究会編。職場のメンタルヘルス対策—実践的アプローチ—。83-88，中央労働災害防止協会，2005.
- 6) 廣尚典：ラインによるケアにおける自殺予防対策に関する検討。労働安全衛生総合研究 労働者の自殺予防に関する介入研究（主任研究者：島悟）平成18年度 総括・分担研究報告書。168-195，2007.
- 7) 廣尚典：自殺予防対策における管理監督者研修の教材の改訂に関する検討。労働安全衛生総合研究 労働者の自殺予防に関する介入研究（主任研究者：島悟）平成20年度 総括・分担研究報告書。242-258，2009.
- 8) 廣尚典：職場復帰支援における自殺予防対策に関する検討。労働安全衛生総合研究 労働者の自殺予防に関する介入研究（主任研究者：島悟）平成18年度 総括・分担研究報告書。152-161，2007.
- 9) 廣尚典：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 労働者の自殺予防に関する介入研究（主任研究者：島悟）平成20年度 総括・分担研究報告書。129-147，2009.
- 10) Kubota S, Mishima N, Ikemi A, Nagata S: A research in the effects of active listening on corporate mental health training. J Occup Health 39, 274-279, 1997.
- 11) Takao S, Tsutsumi A, Nishiuchi K, Mineyama S, Kawakami N: Effect of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: a supervisor-based randomized controlled trial. J Occup Health 48, 494-503, 2006.

9 産業保健スタッフと家族との連携のあり方—産業医の立場より

新日本製鐵株式会社君津製鐵所 安全環境防災部 主任医長
宮本 俊明

1. わが国のメンタルヘルス対策における産業保健スタッフの位置づけ

わが国で平成10年以降、年間の自殺者が3万人を超え続け、自殺の基礎疾患としてうつ病などメンタルヘルス不調の存在が考えられることから、国はメンタルヘルス対策の充実に向けて、矢継ぎ早に施策を打ち出してきた。メンタルヘルス不調については本人または周囲の誰かが気づくこと、最終的に精神科医の診療に繋げることが最重要であり、そのための啓発活動と相談窓口の設置を要請するために、都道府県・市町村職員向けに厚生労働省から平成16年8月9日に「うつ対策推進方策マニュアル」¹⁾が示されている。そこには啓発活動の一環として事業場に働きかけることが推奨されているものの、産業医や産業保健スタッフという単語は全く出てきていない。その後、自殺対策基本法の制定を受けて平成19年6月8日には内閣府を主管として「自殺総合対策大綱」²⁾が閣議決定されたが、そのなかで中高年（30～64歳）については、「中高年は、家庭、職場の両方で重要な位置を占める一方、親との死別や退職などの大きな喪失体験を迎え、心理的にも、社会的にも負担を抱えることが多い世代である。特に、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者が多い。また、女性は、出産や更年期において心の健康を損ないやすい。心理的、社会的ストレスに対応するための心の健康づくりとともに、ストレスの原因となる長時間労働、失業等の社会的要因に対する取組が重要である。また、ストレスによるうつ病が多いことから、うつ病の早期発見、早期治療が重要である。」と記載されており、産業保健の重要性が示されている。一方、この大綱には産業医という単語は出てきておらず、早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する、という項で「かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上」が謳われている。多くの嘱託産業医が地域医療家であり大企業の専属産業医は面接や実地対応を通じて嘱託医以上に勉強していることを考えれば、ここに包括されていることに大きな問題はないが、産業医という医師がいることが広く国民に知られている、という前提であるのかどうかは定かではない。産業保健スタッフについては、保健師等という定義であり、同じ項で「地域保健スタッフや産業保健スタッフの資質の向上」が謳われていることから、本大綱が閣議決定された時点では個々の力量の差があるためか、十分相談できる職種として認識されていなかったと考えられる。

2. 産業医・産業保健スタッフと精神科医との連携

平成12年8月9日に当時の労働省が出した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」は、平成18年3月31日には労働安全衛生法第70条の2第1項に基づく指針として、新たに厚生労働省から「労働者の心の健康の保持増進のための指針」³⁾として公示された。ここにはさすがに産業医や保健師の関与は記載されている。趣旨からいって予防が主目的であり、こちらは産業医・衛生管理者・保健師等を総称して産業保健スタッフと定義しているが、積極的な事例対応は求められていないものの、事業場の心の健康づくり計画の策定に助言、指導等を行い、セルフケア及びラインによるケアを支援し、教育研修の企画及び実施、情報の収集及び提供、助言及

び指導等を行うことが求められている。また、事業場内産業保健スタッフ等が労働者の自発的相談等を受けることができる制度及び体制を、それぞれの事業場内の実態に応じて整えることや、特に就業上の配慮が必要な場合には産業医が事業者に必要な意見を述べ、専門的な相談・対応が必要な事例については事業場外資源との連絡調整に専門的な立場から関わることを求められている。

産業精神保健における第三次予防としては、職場復帰や再発防止・自殺防止が挙げられる。この段階は必ず主治医がおり、多くは精神科医が主治医と考えられる。特に産業医がいる事業場への職場復帰は、患者の状況を誰よりも理解している主治医と職場の状況を誰よりも理解している産業医が上手に連携したほうが円滑に進む。そのためには身体疾患と同様に主治医から診療情報提供書などで産業医に正確な情報が伝えられる必要があり、産業医の意見や職場復帰の状況なども主治医に伝達できると良い。このような意見交換のためには日常的に、あるいは患者発生時から、相互に信頼関係を築いておくことが望ましい。事業場外資源との連携強化は第三次予防だけでなく、早期発見事例を早期対応に繋げる第二次予防にも必要となる。精神科医にとっても日常像や普段との違い、職場集団からのズレや業務の遂行状態など事例性の情報を産業医から正確に取得することは、正しい診断に至るために重要なことである。適切な第二次予防の実現には少なくとも職場の管理職層、可能であれば従業員個々に教育を展開し、通常と違うと認識した事例を確実に産業医や看護職・心理職などの産業保健チームに繋いでもらい、職場からの情報を得る必要がある。事業場内部の連携強化は産業医・産業保健スタッフの命題だが、そのためには事業場内部にメンタルヘルスに関する基礎知識を教育展開する必要があり、その専門知識を産業保健スタッフが得るためにも精神科医との連携が重要となる。まずは職場管理者や従業員と産業保健職との連携ルートが確立されていることが重要であり、産業保健スタッフが行う教育研修により、連携ルート確立と職場側の対応能力が向上する⁴⁾ことで、職場管理者と産業保健職の綿密な情報交換に加えて、第三次予防・第二次予防はもとより、職場のストレス対策も推進することができるようになる。これは外部の専門家だけではなしえないことである。

このような産業保健スタッフと精神科医との連携の重要性は、前出の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の元となった「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書」(平成18年3月、中央労働災害防止協会)⁵⁾でも以下のように指摘されている。『最近の産業医の多くはメンタルヘルス不調の労働者を経験している。しかし、メンタルヘルス不調に関して、精神科・心療内科の嘱託医にまかせている産業医の場合は、これら医師との連携に際してどの程度、対象者を理解し、事業場内の状況、情報を把握しているかが課題である。集団検診から得られた情報や職場から得られた情報を個人に反映する方法や、復職後のフォローアップの方法等について修得する必要がある。また、産業医が直接メンタルヘルス不調の労働者に対応する場合は、産業医自身が適切に対応をするための知識、対応能力を習得する教育が必要である。』、『実際に治療をしている多くの精神科医や心療内科医は対象となっている患者の症状の変化には敏感であるが、職場の事情を知らないことが多い。したがって、事業場の産業医と治療を行っている医師の連携方法についてのマニュアル等を作成し普及するなど、連携を進めるための環境整備が必要である。』

3. メンタルヘルス不調者の相談相手

平成19年労働者健康状況調査結果の概況(厚生労働省)⁶⁾によると、常用労働者を10人以上雇

用する民営事業所から業種を満遍なく抽出した約14,000事業所に雇用されている労働者から抽出した約18,000人の労働者に対して、『仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレスについて相談できる人の有無』が調査されている。それによると「相談できる人がいる」とする労働者の割合は89.7%となっており、女性（93.1%）の方が男性（87.4%）より高くなっている。「相談できる人がいる」労働者が挙げた具体的な相談相手（複数回答）としては、「家族・友人」（85.6%）が最も高く、次いで「上司・同僚」（65.5%）の順となっている。男女別にみると、「家族・友人」を挙げた労働者の割合は女性（91.2%）の方が男性（81.4%）より高く、「上司・同僚」は男性（67.4%）の方が女性（62.8%）よりやや高くなっている。「産業医」に相談できると回答した割合は男性が4.5%で女性が1.8%、「産業医以外の医師」に相談できると回答した割合は男性が3.6%で女性が1.5%、「保健師または看護師」と回答した割合は男性が2.0%で女性が2.3%、「衛生管理者または衛生推進者」に相談できると回答した割合は男性が0.9%で女性が0.6%、「カウンセラー等」に相談できると回答した割合は男性が1.9%で女性が1.0%と、産業保健スタッフについては極めて低かった。これは産業医や衛生管理者が常時50人以上を雇用する事業場に限られること、保健師または看護師が定期的に勤務する事業場はさらに大規模事業場であること、産業医が常勤の事業場は常時1,000人以上を雇用する事業場に限られること、EAPなど外部へのメンタルヘルス相談も小規模事業場では十分活用されていないこと、などが影響していると考えられる。

同調査で仕事でのストレスがあると答えた割合は58.0%に上ることから、メンタルヘルス不調者の相談を受けた「家族・友人」あるいは「上司・同僚」が自己判断で終わらせることなく、地域においては精神科医、職域においては産業医に、いかに適切に繋げるかが重要であると考えられる。これは職域では前述の事業場内部の連携強化という課題にほかならない。

4. 労災事例における産業保健スタッフの係わり

「精神障害等による労働災害を踏まえた職場環境等の改善によるメンタルヘルス不調の予防を推進するための事業」（以下、本研究班）における調査研究の結果、労災認定された自殺事案および精神障害事案において、周囲の精神症状の気づきという点で興味深い結果が得られている。事前に家族が異変に気づいていたのは自殺事案の52.7%、精神障害事案の33.9%に及び、上司や同僚が異変に気づいていたのは自殺事案の42.2%、精神障害事案の59.4%に及んでいる。一方で産業保健スタッフが気づいていたのは自殺事案の1.5%、精神障害事案の2.0%に過ぎない。これは産業保健スタッフがいない規模もしくは活動が不活発な事業場での発生が多いこともあろうし、事後的な調査のための思い出しバイアスもあろう。また、気づいていたがおかしいと思わなかった、という事例も多いと思われる

(1)精神科医や産業保健スタッフが事例に係わる意義

本研究班の調査で、自殺ないし精神障害で休業する前に精神科受診歴がある割合は自殺事案の17.6%、精神障害事案の26.5%に過ぎないことから、周囲が異変に気づいていても精神科医への受診行動に結びついていないことが判明している。前述の「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書」⁵⁾では、『産業医と主治医の連携にあたっては、各種の事業場外資源が地域によって偏在しているために、各地域において適切な役割分担と連携のとれるようなネットワークを形成することが望ましい。』といった医療資源の偏在と事業場外ネットワークの重要性にも言及している。これを受けて、各都道府県の産業保健推進センターには、産業医や事業者

あるいは事例本人や周囲の者が無料で相談できる「メンタルヘルス対策支援センター」を併設している⁷⁾。

本研究班の調査結果からは、精神科医を受診すると自殺という重大な転帰に至るリスクが減ることが観察されている。また、事業場に産業医や精神科医がいて事例に関与していた場合は（例数が少ないものの）自殺という重大な転帰の割合が少ないことが観察されている。これらのことから、事業場における早期のストレスケアが自殺を防ぐうえで重要であることが考えられた。本研究班の解析対象事例は平成15年度から平成20年度の労災認定事例であり、多くは過重労働者面接が法制化される以前であることから、産業医や精神科医が事業場にいるということは大規模事業場で産業医が専属である可能性が高く、メンタルヘルスに関する研修も経験も十分にある可能性が高いが、換言すれば、経験や研修を経た産業医はメンタルヘルス不全者に積極的に係わり、面接対応と初期診断および精神科医等の専門家との橋渡しを適切に行う意義が極めて高いといえる。

一方、自殺企図をした患者が搬送される救急医療の分野でも精神疾患を有すると思われる事例への対処が話題となっている。北村ら⁸⁾の報告によれば、第3次救急病院に救急搬送された自殺企図事例のうち精神科受診歴のない群は31.9%で、そのうち手堅い手段を選択した割合が45%にものほり、自殺既遂は16.3%であったのに対し、精神科受診歴のある群は65.3%で、手堅い手段を選択した割合は19%にすぎず、自殺既遂も6.9%と、精神科受診歴がない群よりも有意に低率であった。これらのことから、適切な精神科医療への導入は自殺行為選択や転帰に影響を与えることが明らかとなった。また、自殺未遂者の再自殺を防ぐために精神科医が常駐する救命センターも増加している。

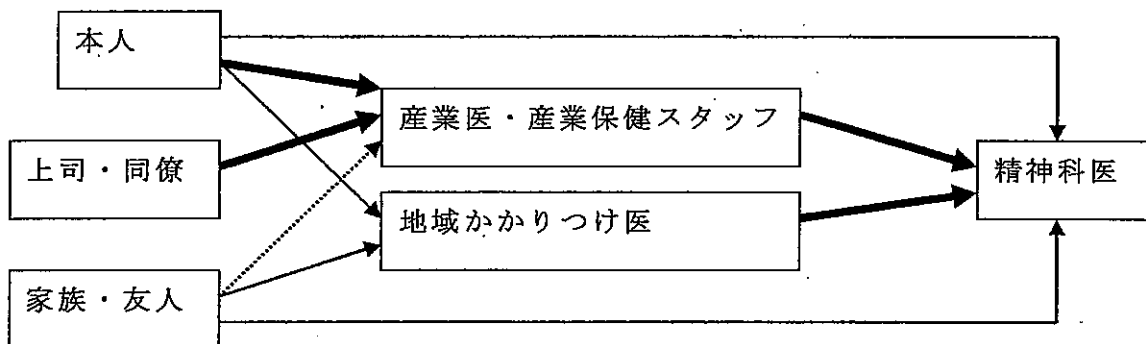
(2)産業保健スタッフと家族の係わり

前述のように、労働者健康状況調査（平成19年、厚生労働省）⁹⁾の結果では、「仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレスについての相談相手」として最も多くの割合を占めたのが「家族・友人」であり、本研究班において、自殺や休業の前に「家族」が異変に気づいていたのは自殺事案の52.7%、精神障害事案の33.9%に及んでいた。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」¹⁰⁾においては、「労働者の家族による気づきや支援の促進」として、以下の記載がある。「労働者に日常的に接している家族は、労働者がメンタルヘルス不調に陥った際に最初に気づくことが少なくない。また、治療勧奨、休業中、職場復帰時及び職場復帰後のサポートなど、メンタルヘルスケアに大きな役割を果たす。このため、事業者は、労働者の家族に対して、ストレスやメンタルヘルスケアに関する基礎知識、事業場のメンタルヘルス相談窓口等の情報を社内報や健康保険組合の広報誌等を通じて提供することが望ましい。また、事業者は、事業場に対して家族から労働者に関する相談があった際には、事業場内産業保健スタッフ等が窓口となって対応する体制を整備するとともに、これを労働者やその家族に周知することが望ましい。」

しかし産業医は、職場巡視や過重労働者面接あるいは健康診断や保健指導などで、従業員とは直接顔を合わせる機会があるかもしれないが、家族と会う機会は休業した従業員が職場に復帰する前や、糖尿病やアルコール問題などで家庭での生活が重要となる事例以外は、ほとんどないのが実情である。家族にしても、所内報や健康保険組合の広報誌に記事が掲載されていても、そもそも産業医の業務や存在意義などは知らないことが一般的であろうと思われる。しかし、気づいても受診に結びつかない現実からは、いきなり精神科医を訪ねるという行為も取り難い場合が多

いと考えられることから、まず家族の最初の相談相手に産業保健スタッフないしメンタルヘルス対策支援センターあるいは地域産業保健センターを活用するよう訴えることは、既存のソースを利用するだけで新規投資が不要のため、極めて意義が高いと考えられる。このPRは事業場内部においてもラインによるケアを徹底するうえで重要となる。

下記の図は、事例本人または周囲の気づいた者が、どのように精神科医の受診に至るかを示したものである。図のうち太線は現状で連携強化がなされている／始まっているルートを示しており、細線は自殺総合対策大綱で示された強化すべきルートである。点線は家族と産業保健スタッフの連携強化のルートである。家族と産業保健スタッフは、職場復帰や就業措置を行う段階では必然的に関与するが、家族が異変に気づいた時に最初に相談する相手となるには、産業医の存在と役割、産業医への相談と第一次診断を得て精神科医への紹介が重大な転帰を回避し、早期対応と早期回復につながるという、国を挙げたPRが必要であろうと思われる。



5. 最近の労働者のメンタルヘルス不調に関する家族への広報の課題

現在は、都道府県あるいは二次医療圏ごとに、地域・職域連携推進協議会が設置されることになっている。本来はメタボリック症候群など生活習慣病対策に活用するための協議会と定義されているが、その枠組みをメンタルヘルス対策推進に活用することもできる。むしろ冒頭に記載したように自殺が極めて多い状況下では、喫緊の課題として地域・職域連携を図るべきである。特に大規模事業場ではメンタルヘルス対策にも従前から力を入れていることが多く、専属産業医や常勤スタッフはメンタルヘルスについて比較的よく勉強している。すでにメンタルヘルスを課題として地域・職域連携推進協議会を開催している二次医療圏もある。また、前述のように平成20年度には各都道府県の産業保健推進センター内に、産業医や事業者あるいは事例本人や周囲の者が無料で相談できる「メンタルヘルス対策支援センター」が開設され、平成21年10月には厚生労働省のホームページ（HP）内に「こころの耳」というインターネットのポータルサイトが開設された⁹⁾。ここには「働く方へ」、「ご家族の方へ」、「事業者、上司・同僚の方へ」、「支援する方へ」という見出しがあり、それぞれ資料や専門相談先が掲載されているほか、働く人と家族にはQ&Aも掲載されている。産業保健と地域保健が協同して対策にあたるという、良い活動が展開されている。

このように最近の国の広報はHPを活用したものが多くなっているが、特に産業保健関連で検索する際のキーワードの設定には工夫が求められる。実際にメンタルヘルズ不調の人が、インターネットで厚生労働省HPを開けて、そこから「こころの耳」を探し出す行為を取るとは考えにくい。通常は自分の症状をキーワードとして検索を行うであろうと思われる。その際、自分の症

状をメンタルヘルスという単語で表現することも、労働者や勤労者と自身を表現することも考えにくい。

例えばGoogleという検索機能で、あるキーワードの組み合わせで、何件ヒットするか、ヒットした上位100件に産業保健関連のメンタルヘルス情報があるかどうかを調査したところ、以下のような結果であった。(ヒット数変動するため概数)

「うつ、相談、家族、会社員」では14万件ヒットするが産業保健はなし。

「うつ、相談、会社員」では27万件ヒットするが産業保健はなし。

「うつ、相談、事業者」では30万件ヒットするが産業保健はなし。

「うつ、相談、家族、労働者」とすると、やっと「こころの耳」がヒットする。

「うつ、相談、労働者」とすると28万件ヒットし、産業保健も少数ヒットする。

「うつ、相談、勤労者」とすると2万件ヒットし労災病院関係が多数含まれる。

「メンタルヘルス、相談、事業者」とすると33万件ヒットし産業保健が多数あり。

「メンタルヘルス、相談、家族、労働者」とすると11万件ヒットし、都道府県の産業保健推進センターおよびメンタルヘルス支援センターが多数ヒットする。

「メンタルヘルス、相談、会社員」では19万件ヒットするが産業保健はなし。

「メンタルヘルス、相談、労働者」とすると24万件ヒットし産業保健が多数あり。

「うつ、患者、家族、相談、会社員」では18万件ヒットして産業保健はなし。

「うつ、患者、家族、相談、労働者」では30万件ヒットして産業保健はなし。

「うつ、患者、家族、相談、勤労者」では1万件ヒットして産業保健はなし。

つまり労働行政からのメンタルヘルス支援は、行政用語すなわち「労働者」、「メンタルヘルス」をキーワードにしなければならず、「患者」をキーワードに入れてはいけない、ということであると考えられた。

実際に支援を必要としている人は、うつ症状が多く、自分もしくは家族から見て「患者」である可能性があり、自身を労働者とは言わず、メンタルヘルスという用語を知らない事例が多いのではないと思われる。マーケティングリサーチを行ったかどうかは不明だが、法文や指針にある通りの用語を検索キーワードにしているためではないと思われる。自殺防止、労災防止と早期発見・早期対応という喫緊の課題に対応すべきことを考慮すると、一般国民が慣用的に使う言葉をキーワードにするなど、使う側の状況に合わせて提示するサービスが必要と考えられる。せっかくの良い試みが使われないのでは意味がない。メンタルヘルス対策支援活動や地域・職域連携推進協議会の活用とともに、地域広報や政府のポータルサイト「こころの耳」などの活用が進むことが重要である。

〔文 献〕

- 1) 地域におけるうつ対策検討会（座長；今田寛陸）：うつ対策推進方策マニュアル～都道府県・市町村職員のために～．厚生労働省．2004.
- 2) 自殺総合対策大綱．内閣府．2007.
- 3) 労働者の心の健康の保持増進のための指針．厚生労働省．2006.
- 4) 宮本俊明：保健指導やメンタルヘルス教育を充実し、「働く人」と「企業」の幸せを追求．安全と健康 10：189-191,2009.
- 5) 職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会（座長；櫻井治彦）：職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書報告書．中央労働災害防止協会．2006.
- 6) 平成19年労働者健康状況調査結果の概況．厚生労働省．2008.
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/index.html>)
- 7) メンタルヘルス対策支援センター事業：（独）労働者健康福祉機構
(<http://www.rofuku.go.jp/sanpo/eap/index.html>)
- 8) 北村伸哉、中田孝明、幸部吉郎ほか：当施設における自殺企図者の実態と地域連携．日救急医学会誌 17：357, 2006.
- 9) こころの耳：厚生労働省．(<http://kokoro.mhlw.go.jp/>)

10 職域におけるハラスメント対策

北里大学大学院医療系研究科 産業精神保健学

田中克俊

1. はじめに

ハラスメントの問題は、今や職域におけるメンタルヘルス対策を考える際に避けることは出来ない問題となっている。ハラスメントに関する業務上外の認定については、厚生労働省労働基準局労災補償部補償課長より「セクシュアルハラスメントによる精神障害等の業務上外の認定について」（平成17年12月1日基労補発第1201001号）及び「上司の「いじめ」による精神障害等の業務上外の認定について」（平成20年2月6日基労補発0206001号）が出されている。最近、ハラスメントによる精神障害の発生が業務上の疾病として認定されることが多くなりつつあるが、職域におけるハラスメント防止のための対策は、企業のリスクマネジメントだけでなく、職場の風土や職員のワークモチベーションにも関わることであり積極的な取り組みが求められている。

ここでは、ハラスメントに関する企業責任、ハラスメントによる精神障害の業務上外に関する認定に関する事項、産業保健スタッフも含めた防止対策について検討を行った。

2. ハラスメントに関する企業責任

ハラスメントに関する企業の法的責任は、性的な言動によって労働者が不利益を受けたり、就業環境を害されることを防止することを定めた男女雇用機会均等法に基づく責任の他、民法上の責任、労働契約法上の責任、刑法上の責任など多くの法令で定められている。

男女雇用機会均等法は、採用、配置・昇進・教育訓練、職種・雇用形態の変更、退職の勧奨・定年・解雇・労働契約の更新等における性別を理由とする差別の禁止（第5条・第6条）の他、間接差別の禁止（第7条）、女性労働者に係る措置に関する特例（第8条）、妊娠・出産等を理由とする不利益取り扱いの禁止（第9条）など労働者が性別により差別されることを禁止する内容となっているが、ハラスメントに関しても、第11条で、職場におけるセクシュアルハラスメント防止のために雇用管理上必要な措置を事業主に義務付けている。この中で、「事業主は、職場において行われる性的な言動に対するその雇用する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受け、又は当該性的な言動により当該労働者の就業環境が害されることのないよう、当該労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければならない。」と明記されている。同法第11条第2項を受けて、平成18年には「事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置についての指針」（平成18年厚労省告示第615号、以下「セクシュアルハラスメント指針」）が出され、事業主が講ずべき具体的内容が示されている。この中では、職場におけるセクシュアルハラスメントを、性的な言動に対する労働者の対応により労働者が労働条件について不利益を受ける「対価型」と、性的な言動により労働者の就業環境が害される「環境型」に分けて具体的な内容を示している。さらに、職場におけるセクシュアルハラスメントを防止するために事業主が講じなければならない措置として9つの項目を指針に定めている。代表的な項目としては、事業主の方針の明確化及びその周知・啓発、相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、職場にお

けるセクシュアルハラスメントに係る事後の迅速かつ適切な対応があり、事業主は企業の規模や職場の状況などに応じて、そのすべての項目について措置を講じる必要があるとされている。

民法上の責任に関しては、適切な職場環境で働く権利の侵害（民法第709条）、使用者の不法行為（民法第715条）などがある。

労働契約法上の企業責任については、労働契約法第5条において、使用者は、労働者の生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう必要な配慮（＝安全配慮義務）を行うべきであると定められている。

職場や業務に関連して、名誉毀損、強制わいせつ、侮辱や脅迫等の犯罪が生じた場合には、刑法上の責任が問われることもある。

3. セクシュアルハラスメントによる精神障害の業務上外の認定に関して

精神障害等の業務上外の認定に関しては、平成17年12月に「セクシュアルハラスメントによる精神障害等の業務上外の認定について」（基労補発第1201001号）に示されている。ここでは、職場におけるセクシュアルハラスメントを職場において行われる性的な言動（性的な事実関係を尋ねること、性的な内容の情報を意図的に流布すること、性的な関係を強要すること、必要なく身体に触ること、わいせつな図画を配布すること、強制わいせつ行為、強姦等）に対する女性労働者の対応により当該女性労働者がその労働条件につき不利益を受け、又は当該性的な言動により就業環境が害されることとし、その心理的負荷の強度を評価することになっている。総合的な評価においては、セクシュアルハラスメント指針で示された事業主が雇用管理上の義務として配慮すべき事項（「セクシュアルハラスメント」防止に関する対応方針の明確化及びその周知・啓発、相談・苦情への対応、「セクシュアルハラスメント」が生じた場合における事後の迅速かつ適切な対応等）に着眼し、会社の講じた対処・配慮の具体的内容、実施時期等、さらには職場の人的環境の変化、その他出来事に派生する変化について検討することとなっており、職場においては、ハラスメントの発生防止だけでなく、発生後の迅速かつ適切な対応についても十分な措置を講じる必要がある。

4. 上司の「いじめ」による精神障害等の業務上外の認定に関して

いわゆるパワーハラスメント（上司からのいじめ）による精神障害等の業務上外の認定に関しては、平成20年2月に「上司の「いじめ」による精神障害等の業務上外の認定について」（基労補発第0206001号）に示されている。ここではパワーハラスメントの呼称は定義として確立したものはないことから、業務指導の範囲を逸脱した上司の「いじめ」を心理的負荷の強度を評価する具体的出来事としている。平成21年4月の「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の一部改正に係る運用に関し留意すべき事項等について」（基労補発第0406001号）にて、対人関係のトラブルに該当する事案であっても、その内容・程度が業務指導の範囲を逸脱し、人格や人間性を否定するような言動が認められる場合には、ひどい嫌がらせ、いじめ等（平均的な心理的負荷の強度「Ⅲ」）に該当することとすることとなり、上記のような明らかなパワーハラスメントが行われ職場として十分な対応が行われなかった場合には、ハラスメントによって生じた精神障害が業務上疾病と判断される可能性が高くなった。

5. 職域におけるハラスメント防止対策

企業におけるハラスメント防止対策としては、1) 企業トップによるハラスメント防止に関する方針の表明、2) 実態調査、3) ハラスメント防止対策のための教育・啓発活動、4) ハラスメント相談窓口の整備、5) ハラスメント防止活動に関する社内ルールの整備、6) 再発防止対策及び潜在的なリスクの検討、といった対策を通して、労働者を一人の大人として尊重する職場風土作りを推し進めることが必要である。

1) 企業トップによるハラスメント防止に関する方針の表明

ハラスメント防止のためには、企業トップ自らがリーダーシップをとり「ハラスメントは絶対に許さない」という明確な意志を表明することが不可欠である。そして、同時に、労働者に対する方針の周知、関連する情報の提供、具体的防止活動への積極的支援を表明し、ハラスメント防止は会社全体として取り組むべき問題であることを労働者一人一人に理解させ、適切な態度・行動のための十分な教育の機会を提供する必要がある。

2) 実態調査

これは必須事項ではないかも知れないが、ハラスメントは企業トップや管理監督者が予想するよりも多く発生している実態が指摘されていることから、防止対策の徹底を図る意味でも一度はハラスメントに関する実態調査を行う必要があると思われる。ハラスメントであるか否かは、主観的な意味合いを含むものであり、企業トップや管理監督者の判断とは乖離している可能性も高い。ハラスメントの訴えには抵抗のある労働者も多いため、調査は無記名で行う方がより正確な実態調査が可能となる。

3) ハラスメント防止対策のための教育・啓発活動

事業主は、職場におけるセクシュアルハラスメント防止に関する方針の他、下記の内容について管理監督者及び労働者に教育を行う必要がある。

- (1)セクシュアルハラスメントといわゆるパワーハラスメントの定義
- (2)ハラスメントが発生する原因や背景
- (3)ハラスメント防止に関する社内ルール
- (4)ハラスメント防止に関する相談窓口（プライバシー管理含む）
- (5)ハラスメントを受けた場合の対処
- (6)ハラスメントを目撃した場合の対処
- (7)ハラスメント防止のための対策

ハラスメント防止のための教育・啓発活動は、社内報やパンフレット、社内ホームページ等のみで行うことが少なくないが、ハラスメントに関しては多くの具体的な事例等についての質疑応答を通して共通認識を高めることが重要であることから、可能な限り集団での研修会等にて教育を行うことが望ましいと思われる。

4) ハラスメント相談窓口の整備

プライバシーには十分配慮した上で、適切な対応がとれる相談窓口や体制の整備が必要である。そのためには下記の事項について考慮することが必要と考えられる。

- (1)相談窓口の組織体制、相談員、情報の取り扱い、その他プライバシー保護に関する情報を明示しておくこと。
- (2)ハラスメント判断のための基本的な流れ、相談後の対応及び対応責任者に関する情報を明示しておくこと。
- (3)必要に応じて外部機関に相談窓口業務に委託すること。
- (4)相談窓口の担当者が適切に対応できるよう、十分な研修を受講し必要に応じて専門家から適切なアドバイスが受けられる体制を整えること。
- (5)その他、人事部門との連携や非常時の対応などについてあらかじめマニュアルを作成し、適宜改訂を図っていくこと。

5) ハラスメント相談とその後の対応に関する社内ルールの整備

ハラスメント相談及びその後の対応に関する社内ルールについては、就業規則その他の職場における服務規律等を定めた文書に規定し、管理・監督者を含む労働者に周知・啓発する必要がある。ルール策定においては下記の事項について十分検討されておく必要がある。

- (1)労働者が職場におけるハラスメントに関し相談をしたこと又は事実関係の確認に協力したこと等を理由として、不利益な取扱いを行ってはならない旨を定める。
- (2)相談者及び行為者の両方から公正に話を聞き、事実関係の迅速かつ正確な把握につとめること。
- (3)相談者と行為者の主張に不一致が認められる場合や事実確認が困難な場合には、第三者からも事実関係を聴取する等の措置を講ずること。
- (4)事実関係の確認が困難な場合には、調停の申請を行うことや中立な第三者機関に紛争処理を委ねることも考慮する。
- (5)ハラスメントを行ったと判断された者に対しては、必要な懲戒等の措置を講ずるが、その他被害者と行為者を引き離すための配置転換、行為者の謝罪、被害者の労働条件上の不利益の回復等の措置についてもルールを定めておくこと。
- (6)その他、全ての過程において、相談者のプライバシーは保護されること。

6) 再発防止対策及び潜在的なリスクの検討

ハラスメントが発生した場合は、機会を見て再度ハラスメント防止に関する教育・啓発活動を行う必要がある。また、事例の調査・検討の過程で浮かび上がってきた同様の事例発生のリスクや潜在的なリスクについても情報を集約し、その後の教育・啓発活動に反映させる必要がある。

6. おわりに

成果主義の導入や度重なるリストラクチャリングなどによって、各組織の職場風土も大きく変化しつつある。今後安定的な組織運営や生産性向上を図るためには、労働者に対して協調性や一致団結を求めるだけでなく、労働者を一人の個人として尊重する風土の醸成が不可欠になっていくであろう。そのためにも、その最大の阻害要因であるハラスメントへの対策は何よりも優先されるべき事項と思われる。職場のハラスメント防止対策は、リスクマネジメント対策としてだけでなく、労働者の働きやすさを向上させる目的も含めた対策として展開していくことが望ましい。

[引用文献]

- 1) セクシュアルハラスメントによる精神障害等の業務上外の認定について（平成17年12月1日付け 基労補発第1201001号
- 2) 上司の「いじめ」による精神障害等の業務上外の認定について（平成20年2月6日付け 基労補発第0206001号
- 3) 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における業務による出来事の心理的負荷の強度の修正等について（平成20年9月25日付け 事務連絡）
- 4) 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の一部改正について（平成21年4月6日付け 基発第0406001号
- 5) 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の一部改正に係る運用に関し留意すべき事項等について（平成21年4月6日付け 基労補発第0406001号

11 メンタルヘルスと企業の法的対応責任

弁護士
安西 愈

1. 企業のメンタルヘルスへの対応の法的義務

(1) 企業のメンタルヘルス対策義務の法的根拠は

現在、企業内において安全対策は企業の義務として「安全第一」のスローガンの下に戦後長期間にかけて取り組まれてきた。一方、労働衛生、特に健康管理の面、なかんずく「心の健康」の面においては、むしろそれは労働者の心身の内面に係わるプライバシーの問題であり、企業としては従業員の心の健康問題には踏み込むべきではなく、労働者の個人的問題として考えられて来たという状況がある。また、健康診断等を中心とする企業の健康管理措置の中には、メンタルの問題は含まれていないと理解されてきたのではないと思われる。

しかし、近年、職業生活等に関して強い不安やストレスを感じる労働者が約6割もあり、さらに、業務による心理的負荷を原因として精神障害を発症し、あるいは当該精神障害により自殺に至る事案が増加しつつあるなど、メンタルヘルス対策に関する取組みが企業社会においても重要な課題となってきた。

そのような流れを受けて、職場におけるメンタルヘルス対策については、労働安全衛生法等の一部を改正する法律¹⁾において過重労働やメンタルヘルス対策が同法の健康管理上措置として取り上げられるに至った。すなわち、これらの対策等が産業医等の医師意見や衛生委員会の付議事項の内容とされ、また長時間労働の医師面接指導制度も新たに導入される等、メンタルヘルス対策が一層強化された。そして、それまでの行政指導通達であった、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に代えて、平成18年3月31日に、労働安全衛生法第70条の2第1項の規定に基づく、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」²⁾が示された。また、自殺予防の推進については、自殺対策基本法³⁾に基づく自殺総合対策大綱を踏まえ政府一体となって取り組む状況となった。さらに、厚生労働省は、平成21年3月26日に「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」⁴⁾との通達を発し、メンタルヘルス対策の一層の推進を図ること、「とりわけ事業者の強いリーダーシップはもとより労働者も積極的に協力し組織的な取組を行わせること、具体的な取組に当たっては指針に基づき個々の事業場の実態に即した取組を着実に実施させることを基本とする。」との方針を示し、一層の行政指導の具体化が図られた。しかしながら、このように、各事業場の実態に即した形で、メンタルヘルス対策が積極的に取り組まれることが期待されている状況にあるが、企業がこのようなメンタルヘルス対策を積極的に行うべき法的根拠が明白でないと、単なる行政指導に終わってしまい、企業が自主的・主体的に取り組む姿勢に欠けることになる。そこで、まず最初に企業としてのメンタルヘルス対策を講ずべき法的義務の

1) 平成17年法律第108号、施行は平成18年4月1日。

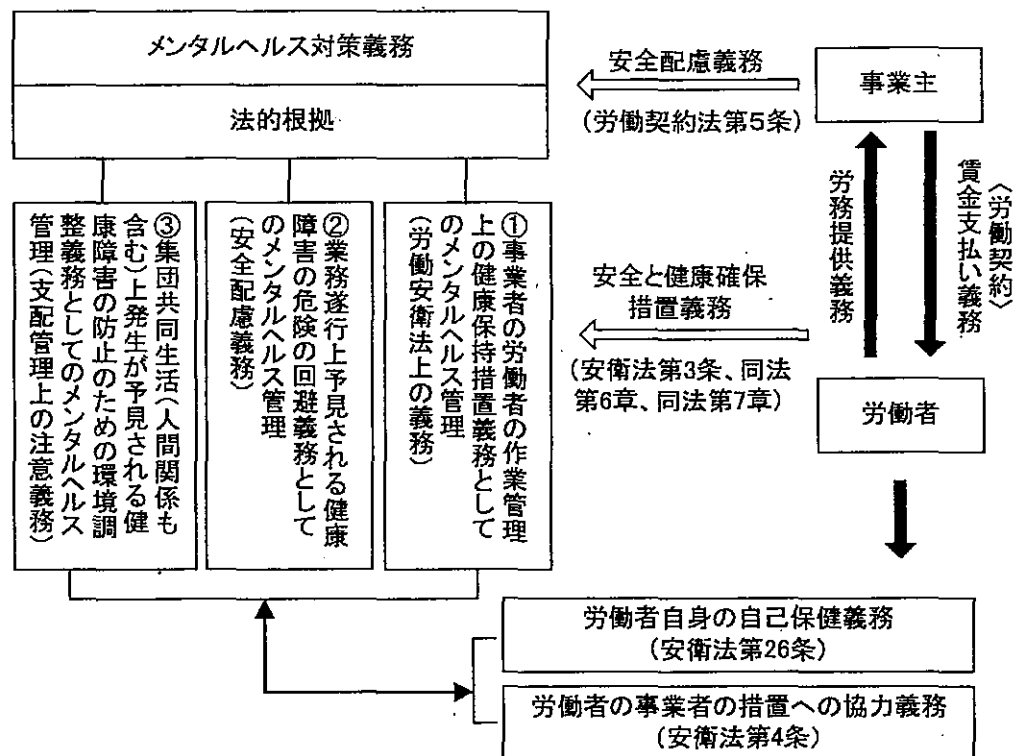
2) 平成18年厚生労働省公示3号。

3) 平成18年法律第85号。

4) 基発第0326002号。

有無、内容について検討する。この点について要約して整理すれば、第1図のと通りの法的構造になっていると解される。

第1図 企業の労働者へのメンタルヘルス対策義務の法的根拠



(2) 安衛法上の健康保持措置としてのメンタルヘルス対策

使用者の労働者に対するメンタルヘルスマネジメントの法的義務の第一は、労働安全衛生法（以下「安衛法」という。）に基づいて「事業者としての労働者に対する精神的健康保持措置義務」としてのメンタルヘルスカケアである。

これは、企業の労働者に対する精神的健康管理義務についての過失責任として有名になった「電通事件上告審」⁵⁾において既に次のとおり指摘されているところである。

「労働者が労働日に長時間にわたり業務に従事する状況が継続するなどして、疲労や心理的負荷等が過度に蓄積すると、労働者の心身の健康を損なう危険のあることは、周知のところである。労働基準法は、労働時間に関する制限を定め、労働安全衛生法65条の3は、作業の内容等を特に限定することなく、同法所定の事業者は労働者の健康に配慮して労働者に従事する作業を適切に管理するように努めるべき旨を定めているが、それは、右のような危険が発生するのを防止することを目的とするものと解される。これらのことからすれば、使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負うと解するのが相当であり、使用者に代わって労働者に対し業務上の指揮監督を行う権限を有する者は、使用者の右注意義務の内容に従って、その権限を行使すべきである。」とされている。

5) 平成12年3月24日最高裁第二小法廷判決、電通事件、労判779号13頁。

このように同判決は、安衛法第65条の3「事業者は、労働者の健康に配慮して、労働者の従事する作業を適切に管理するように努めなければならない。」(作業の管理)との規定を根拠として、使用者にメンタルヘルスケアについての法的な注意義務を認めたところである。

さらに、安衛法全体の趣旨から事業者の義務としてのメンタルヘルス管理の責任を根拠づける、次のような判決も出てきている。

「事業者の場合については、法が、『事業者は、単に法律で定める労働災害の防止のための最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない。』と定め(法3条1項)、その具体的措置として、第1に、事業者に安全衛生管理体制をとることを義務付け(法第3章)、第2に、事業者に労働者の危険又は健康障害を防止する義務を定め(法第4章)、第3に、事業者に労働者の就業に当たって安全衛生教育などを行うことを義務づけ(法第6章)、第4に、事業者に健康の保持増進のための措置をとることを義務づけ(法第7章)ているのみならず、第7章の2において、事業者は快適な職場環境を形成するように努力しなければならないことを定めていることからすると、安全配慮義務の具体的内容としては、労働者の労働時間、勤務状況等を把握して労働者にとって長時間又は過酷な労働とならないように配慮するのみならず、労働者が労働に従事することによって受けるであろう心理的又は精神面への影響にも十分配慮し、それに対して適切な措置を講ずべき義務があるものと解される。そして、上記措置は、事業の規模、種類及び内容並びに作業態様等により異なるものであるから、上記諸事情を考慮した上で個別に判断すべきである。」⁶⁾とされている。

このように安衛法は、事業者は、単に労働安全衛生法に定める労働災害防止のための最低基準を遵守するだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するための措置を講ずる義務を負っており(安衛法3条1項)、その講ずべき具体的措置については同法第4章、第6章、第7章及び第7章の2に規定されているところであるが、それらの規定に照らせば、事業者は労働者の心身両面における危険又は健康障害を防止することを目的として右措置を講ずべきことが求められており、これらの安衛法を根拠として事業者に対し、従業員へのメンタルヘルス対策義務を認めているものと解される。

(3) 安全配慮義務としてのメンタルヘルス対策義務

企業の労働者に対するメンタルヘルス管理義務の第二の法的根拠は、安全配慮義務に基づく精神的疾患の業務に起因する発症及び増悪防止義務とこれら精神障害による自殺の防止対策である。

すなわち、労働契約法第5条では、労働者の安全への配慮として「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。」と定められている。

これは、労働者は、使用者に労働を提供し、使用者はその対価として賃金を支払うという労働契約を締結し、それに基づき労働者は使用者に労働を提供し、使用者は指揮命令して労働者を使

6) 平成16年9月27日長崎地裁判決、A新聞社事件、判時1888号147頁。

同旨平19年10月25日福岡高裁判決、山田製作所事件、労判955号59頁、平成12年5月18日広島地裁判決、オタフクソース事件、労判783号15頁等。

用するという関係に立つことになり、それは使用者の業務命令という形で遂行される。

そこで、業務命令に基づく業務を遂行する課程において、使用者は労働者に対し、特別に異常な出来事や通常の就労とは異なる心身に著しい過重な負荷を生ずるような業務や長時間労働に従事させることもありうる。そのような職務遂行上の異常な出来事や長時間労働等により特別に労働者の心身に著しい過重な負荷を生ずるような状況に至り、その遂行によって、労働者の健康を侵害するか、またそのおそれが予見されるような場合には、使用者は労働させる過程において、その業務遂行によって生ずるおそれのある労働者の健康障害発生の回避または増悪防止措置をとるべき義務が、そのような原因を発生させた業務命令を行う企業に、信義則上の配慮義務として生じるようになる。これを安全配慮義務という。この義務は判例上、最初に労災事故について認められたものである。すなわち、最高裁としては、30数年前に初めて安全配慮義務という考え方を労災事故に関して判示した。それは、「国は、公務員に対し、国が公務遂行のために設置すべき場所、施設もしくは器具等の設置管理又は公務員が国もしくは上司の指示のもとに遂行する公務の管理にあたって、公務員の生命及び健康等を危険から保護するよう配慮すべき義務（以下「安全配慮義務」という。）を負っているものと解すべきである。」⁷⁾として、使用者の安全配慮義務を認めた。

以来、この安全配慮義務は、労災事故といった安全面のみならず長時間労働による疲労や心理的負荷の過度の蓄積による労働者の心身の健康障害の防止義務も含むものに拡大し、一般的に適用されるようになったのである。

この点については、判例上も、「使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことのないよう注意し、もって労働者の生命及び身体等を危険から保護するよう配慮すべき義務（安全配慮義務）を負っていると解するのが相当であるところ、本件においては、被告は、雇用主として、その従業員であるAに対し、同人の労働時間及び労働状況を把握・管理し、過剰な長時間労働などによりその心身の健康が害されないように配慮すべき義務を負っていたというべきである。しかるに前記認定したとおり、被告は、Aの労働時間や労働状況を把握管理せず、平成14年2月1日以降、月平均で約100時間もの時間外労働などの長時間労働をさせ、少なくとも平成14年4月には、上司も、Aに活気がなくなったり、同人が意味不明の発言をしたことなどうつ病の発症をうかがわせる事実を認識しながら、Aの業務の負担を軽減させるための措置を何ら採らず、Aにうつ病を発症させて、自殺に至らしめたのであるから、被告には、安全配慮義務違反があったことは明かである。」⁸⁾とか、「使用者は、労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なわないように注意する労働契約上の付随義務として安全配慮義務を負うと解される。前記の認定事実によれば、Aの上司である被告の取締役、部長、グループ長らは、社内会議や顧客との進捗会議等に参加し、本件システム開発の進捗状況、緊急性を熟知していたといえるので、平成12年6月から8月にかけてAを含めた担当者らが過酷な長時間労働を強いられて疲労が蓄積していること、またプロジェクトマネージャーであるAに過大な心理的負荷がかかっていることを十分認識し、或いは認識することが可能であったといえることができる。

7) 昭和50年2月25日第三小判決、自衛隊八戸車両整備工場事件、労判222号13頁。

8) 平成18年10月30日静岡地裁浜松支部判決、スズキ事件、労判927号5頁。

そして、長時間労働による疲労や心理的負荷等の過度の蓄積により、うつ病等の精神疾患に罹患する危険があることは一般に知られているところである。したがって、被告は、Aがうつ病に罹患することについて予見することが可能であったというべきであるから、使用者として、Aがうつ病に罹患しないようにするため、必要な人員を配置したり、心理的負荷を軽減させるような職務分担の見直しを図るなど、適切な措置を講ずべき安全配慮義務があったといえることができる。」⁹⁾とされているところである。

(4) 集団共同生活上の支配管理に基づくメンタルヘルス対策義務

企業の労働者の精神疾患等に関する発症及び増悪防止のためのメンタルヘルスマネジメント義務の第三の法的根拠は、企業内の集団共同生活上の労働力の組織的支配管理に起因する精神障害発症防止の注意義務である。

企業は、労働者との労働契約に基づき提供される労務を受領し、経営上の必要に応じ配置し、指揮命令し、組織化して管理下に使用し、業務を遂行させ、労務支配下における場所的、業務的、労働時間的な拘束をもって就労を管理している。

このような、いわゆる人的な集団共同体の組織支配による従属下における就労に関し、それは通常一般には健康管理上障害を生ずるような業務、環境、支配拘束ではなく、危険性がないのが一般的な職場の業務である。しかし、これら人間関係上の上下関係、集団的共同関係に起因して、いわゆるセクシャルハラスメントやパワーハラスメントあるいは人間関係に伴う異常な出来事に伴う精神的疾患の発症、その増悪といったことも考えられる。そこで使用者としては上司等を通じて職場の人間関係の適正良好な維持をはかる必要があり、上司部下間や同僚同士の間等で、異常ないし過剰な心理的な圧迫を生ずるような状況が発生した場合には、職場環境（人間関係）の調整義務があると考えられている。

そこで、例えば職場のいじめに起因する自殺に関し、判例上も、被告は「一般的に、市職員の管理者的立場に立ち、そのような地位にあるものとして、職務行為から生じる一切の危険から職員を保護すべき責務を負うものというべきである。そして、職員の安全の確保のためには、職員の行為それ自体についてのみならず、これと関連して、ほかの職員からもたらされる生命、身体等に対する危険についても、市は、具体的状況下で、加害行為を防止するとともに、生命、身体等への危険から被害職員の安全を確保して被害発生を防止し、職場における事故を防止すべき注意義務（以下「安全配慮義務」という。）があると解される。」「工業用水課の責任者である被告乙山は、被告丁原などによるいじめを制止するとともに、A（被災者）に自ら謝罪し、被告丁原らにも謝罪させるなどしてその精神的負荷を和らげるなどの適切な処置をとり、また、職員課に報告して指導を受けるべきであったにもかかわらず、被告丁原及び被告丙川によるいじめなどを制止しないばかりか、これに同調していたものであり、H課長から調査を命じられても、いじめの現実がなかった旨報告し、これを否定する態度をとり続けていたものであり、Aに自ら謝罪することも、被告丁原らに謝罪させることもしなかった。また、Aの訴えを聞いたH課長は、直ちに、いじめの現実の有無を積極的に調査し、速やかに善後策（防止策、加害者等関係者に対する適切な措置、Aの配転など）を講じるべきであったのに、これを怠り、いじめを防止するための職場環境の調整をしないまま、Aの職場復帰のみを図ったものであり、その結果、不安感の大き

9) 平成20年12月8日東京地裁判決、JFEシステムズ事件、労判981号76頁。

かったAは復帰できないまま、症状が重くなり、自殺に至ったものである。

したがって、被告乙山及びH課長においては、Aに対する安全配慮義務を怠ったものというべきである。」¹⁰⁾として、市に安全配慮義務違反による国家賠償上の責任を認めた。

また、同様に海上自衛隊におけるいじめによる自殺について、「L班長は、少なくとも9月中旬ころ以降、指導の際には、殊更にDに対し、『お前は三曹だろ。三曹らしい仕事をしろよ。』、『お前は覚えが悪いな。』、『バカかお前は。三曹失格だ。』などの言辞（以下『本件行為』という。）を用いて半ば誹謗していたと認めるのが相当である。

そしてこれらの言辞は、それ自体Dを侮辱するものであるばかりでなく、経験が浅く技能練度が階級に対して劣りがちである曹候補者であるDに対する術科指導等に当たって述べられたものが多く、かつ、閉鎖的な艦内で直属の上司である班長から継続的に行われたものであるといった状況を考慮すれば、Dに対し、心理的負荷を過度に蓄積させるようなものであったというべきであり、指導の域を超えるものであったといわなければならない。」とし、「また、前記のような観点からすれば、L班長は、Dの属する32班の班長であり、いわば被控訴人の履行補助者として心理的負荷ないし精神的疲労が蓄積しないように配慮する義務を負うとともに、その結果、Dの心身に変調がないかについて留意してDの言動を観察し、変調があればこれに対処する義務を負っていたのかにかかわらず、継続的に本件行為をなしたのであって、その注意義務に違反し、この点もまた、国家賠償法上違法であるというべきである。」¹¹⁾とされている。

10) 平成14年6月27日横浜地裁川崎支部判決、川崎市水道局事件、労判833号61頁。

同旨平成15年3月25日東京高裁判決、同事件、労判849号、87頁。

11) 平成20年8月25日福岡高裁判決、海上自衛隊事件、判時2032号52頁。

2. 労働安全衛生法上の事業者の講ずべき措置との関係

(1) メンタルヘルスケアの組織的、計画的推進

企業のメンタルヘルス対策は、企業全体として取り組む必要がある。この点については、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」¹²⁾においても、「メンタルヘルスケアの基本的考え方」として、「ストレスの原因となる要因（以下「ストレス要因」という。）は、仕事、職業生活、家庭、地域等に存在している。心の健康づくりは、労働者自身が、ストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要である。

しかし、職場に存在するストレス要因は、労働者自身の力だけでは取り除くことができないものもあることから、労働者の心の健康づくりを推進していくためには、事業者によるメンタルヘルスケアの積極的推進が重要であり、労働の場における組織的かつ計画的な対策の実施は、大きな役割を果たすものである。」と述べ、組織的、計画的実施の重要性を指摘している。そして、このため事業者は「自らが事業場におけるメンタルヘルスケアを積極的に推進することを表明するとともに、衛生委員会又は安全衛生委員会」（以下「衛生委員会等」という。）において十分調査審議を行い、メンタルヘルスケアに関する事業場の現状とその問題点を明確にするとともに、その問題点を解決する具体的な実施事項等についての基本的な計画（以下「心の健康づくり計画」という。）を策定し、実施する必要がある。」としている。企業における労働安全衛生法上の事業者の措置とメンタルヘルス対策の概要は、第2図のとおりである。

そして、これらの安衛法上の措置義務と、メンタルヘルスの関係については、判例上も次のように判示されている。

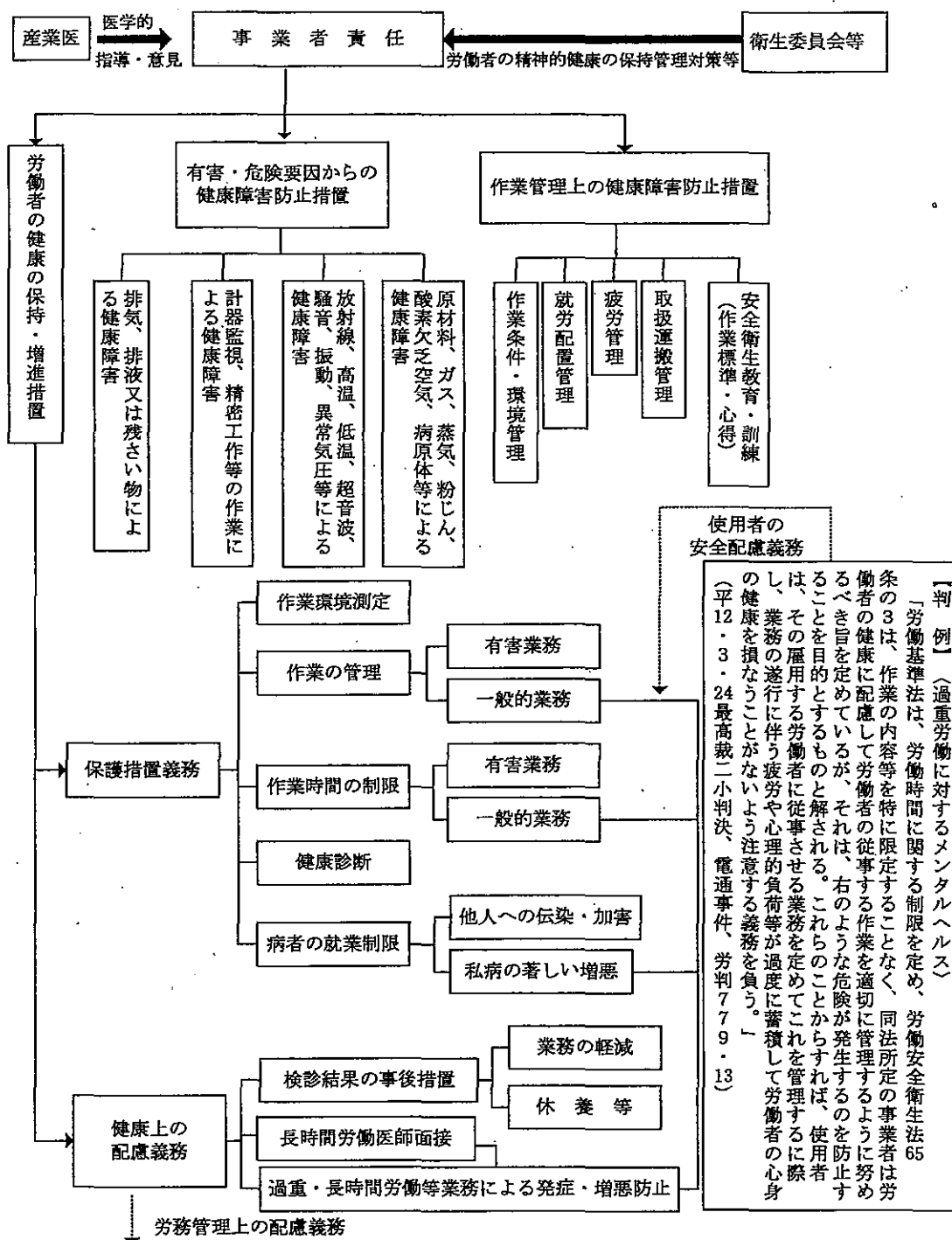
すなわち、「使用者は、労働者が労務提供のために設置する場所、設備若しくは器具等を使用し又は使用者の指示のもとに労務を提供する過程において、労働者の生命及び身体等を危険から保護するよう配慮すべき義務を負っているものと解するのが相当である（最高裁第三小法廷判決、昭和59年4月10日民集38巻6号557頁参照）。事業者の場合については、法が、その責務として労働安全衛生法に定める労働災害防止のために最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない義務を負っており（同法第3条1項）、その具体的措置として、同法第3章において安全衛生管理体制をとることを、第4章において労働者の危険又は健康障害を防止するための措置をとることを、第6章において労働者の就業に当たって安全衛生教育などを行うことを、第7章において健康の保持増進のための措置をとることを義務付け、更には第7章の2において快適な職場環境を形成するように努めなければならないことを定めている。

以上のことからすると、安全配慮義務の内容としては、事業者は労働環境を改善し、あるいは、労働者の労働時間、勤務状況等を把握して労働者にとって長時間又は過酷な労働とならないように配慮するのみならず、労働者に業務の遂行に伴う疲労や心理的負担等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意し、それに対して適切な措置を講ずべき義務があるものと解される。」¹³⁾とし、安衛法の健康障害防止対策や健康の保持増進対策等から、必要なメンタル面についての健康管理義務を導いて、これを安全配慮義務としているのである。

12) 平成18年厚生労働省公示第3号。

13) 平19年10月25日福岡高裁判決、山田製作所事件、労判955号59頁。

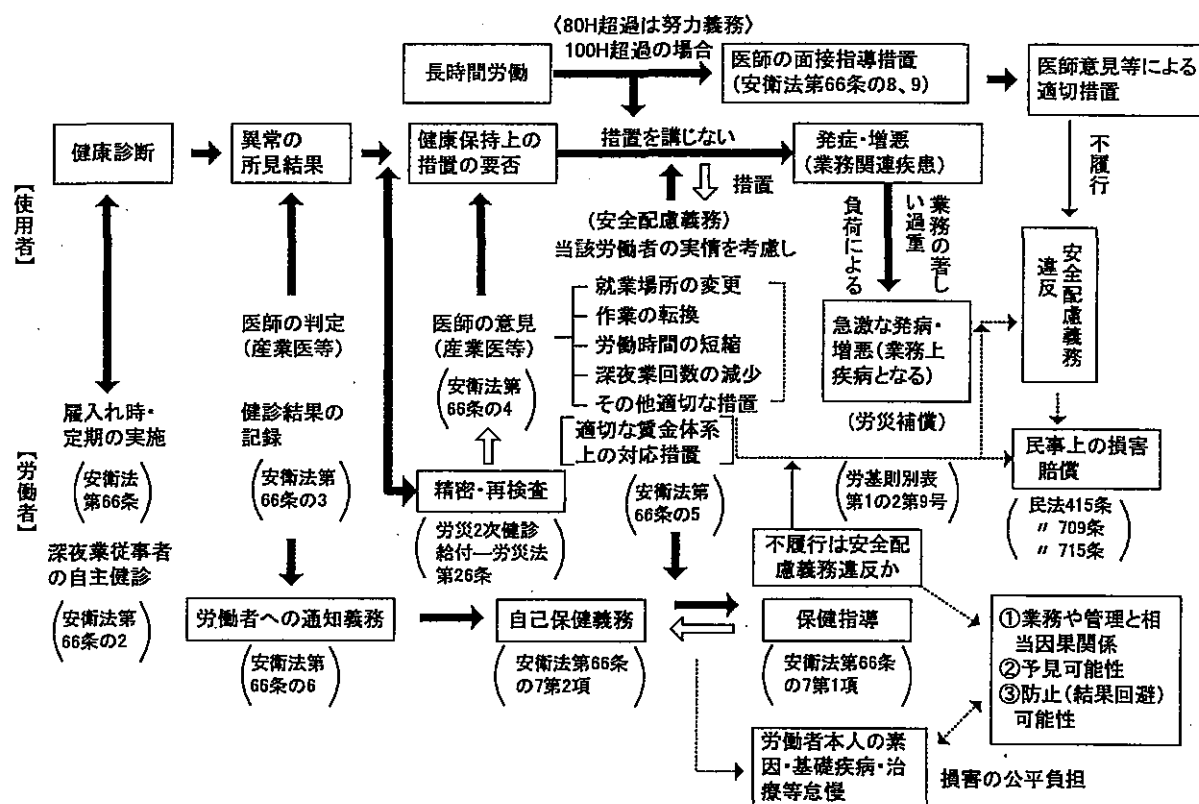
第2図 労働安全衛生法上による事業者の労働衛生上の措置との関係



【判例】(個人的精神状態に応じたメンタルヘルス)

「本人の精神状態は既に病的な状態であって、医師の適切な措置を必要とする状況であり、このことは部長にも認識することができたものというべきであるから、部長には、少なくとも課長職が重荷であると訴えて退職の希望までしていた本人が、医師の診断書を提出して1ヵ月の休養を申し出たときには、会社に代わって部下である従業員について業務上の事由による心理的負荷のため精神面での健康が損なわれていないかどうかを把握し、適切な措置をとるべき注意義務に従って、本人の心身の状況について医学的見地に立った正確な知識や情報を収集し、本人の休養の要否について慎重な対応をすることが要請されていたものというべきであるから、部長にはそのような注意義務に違反した過失があり、また、被告会社も同様に従業員の精神面での健康状態についても十分配慮し、使用者として適切な措置を講ずべき義務に違反したものと言うべきである。」(平14.7.23東京高裁判決、三洋電機サービス事件、労判852・73)

すなわち、原告らは、「Aの健康状態を把握し、適切な健康管理を行い、精神障害を早期に発見すべき義務が存在すると主張し、確かに使用者は、労働災害の防止のための最低基準を遵守するだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保する義務を負っているというべきである（労働安全衛生法3条1項）。」とし、また「使用者は、労働者の健康悪化を知った場合には、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮その他の措置を講じるなどして、労働者の健康状態が更に悪化することを防止すべき義務があるというべきである（労働安全衛生法66条の5等）。」¹⁴⁾としている。



て、医師又は歯科医師の意見を聴くべき義務を負うものであると解するのが相当であり、これを超えて、精神的疾患に関する事項についてまで医師の意見を聴くべき義務を負うということとはできない。そして、労働安全衛生法66条の3（現66条の5）第1項所定の、事業者が負う就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講ずるべき義務は、同法66条の2（現66条の4）を受けたものであるから、上記と同様、精神的疾患に関する事項には当然に適用されるものではないと解するのが相当である。

また、（中略）被告の安全衛生規程67条2項は、労働安全衛生法の規定を前提として、従業員の健康保持のため就業場所の変更等の措置を講ずる旨定めているところ、同規定も労働安全衛生法等法令に定められた法的な義務を前提として規定されたものと解されることから、前記のとおり、労働安全衛生法に定められた義務が精神的疾患に関する事項については妥当しない以上、安全衛生規程67条2項を根拠として、被告の主治医等からの意見聴取義務や就業場所の変更等の措置を講ずるべき義務が直ちに発生するとも認め難い。

さらに、（中略）労働安全衛生法も、事業者に対し、精神的疾患に関する事項について、具体的な法的義務を課していないと解されることに照らせば、被告の安全衛生規程68条は、精神的疾患により長期欠勤していた従業員が職場に復帰する際、被告において、当該従業員に対し、産業医の診断を受けさせ、健康要保護者として管理を行うことができることを規定したものと解するのが相当であり、同規定を根拠として、原告らが主張する具体的な法的義務が直ちに発生すると解することには無理がある。」¹⁵⁾とされている。この点については、企業内の衛生委員会等で検討し、今後はメンタルヘルス対策としての明白な規定を整備していくべきであろう。

なお、平成18年4月1日施行の労働安全衛生法の改正により、「健康診断実施後の措置」として第66条の5が改正され、「当該医師又は歯科医師の意見の衛生委員会若しくは安全衛生委員会又は労働時間等設定改善委員会（労働時間等の設定の改善に関する特別措置法（平成4年法律第90号）第7条第1項に規定する労働時間等設定改善委員会をいう。以下同じ。）への報告その他の適切な措置を講じなければならない。」とされた。これは、「長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策やメンタルヘルス対策等の労働者の健康障害の防止及び健康の保持増進を図るための対策については、衛生委員会等（衛生委員会及び安全衛生委員会をいう。以下同じ。）において必要に応じて労働者の健康の状況を掌握し、これを踏まえて調査審議することが有効と考えられることから、健康診断実施後の措置の例として、医師等の意見の衛生委員会等への報告を追加」し、またかかる「健康診断結果に基づく医師の意見を報告することは、労働者の健康に配慮した労働時間等の設定の改善に有効と考えられることから、健康診断実施後の措置の例として、医師等の意見の労働時間等設定改善委員会への報告を追加したこと。」と通達されている。

したがって、同法改正以降においては、事業者としては、メンタルヘルス対策も含めた健康管理措置が同法の実施事項として必要となったといえよう。

15) 平成18年1月18日名古屋地裁判決、富士電気E&C事件、労判918号65頁。

3. 長時間労働における医師面接指導措置の励行

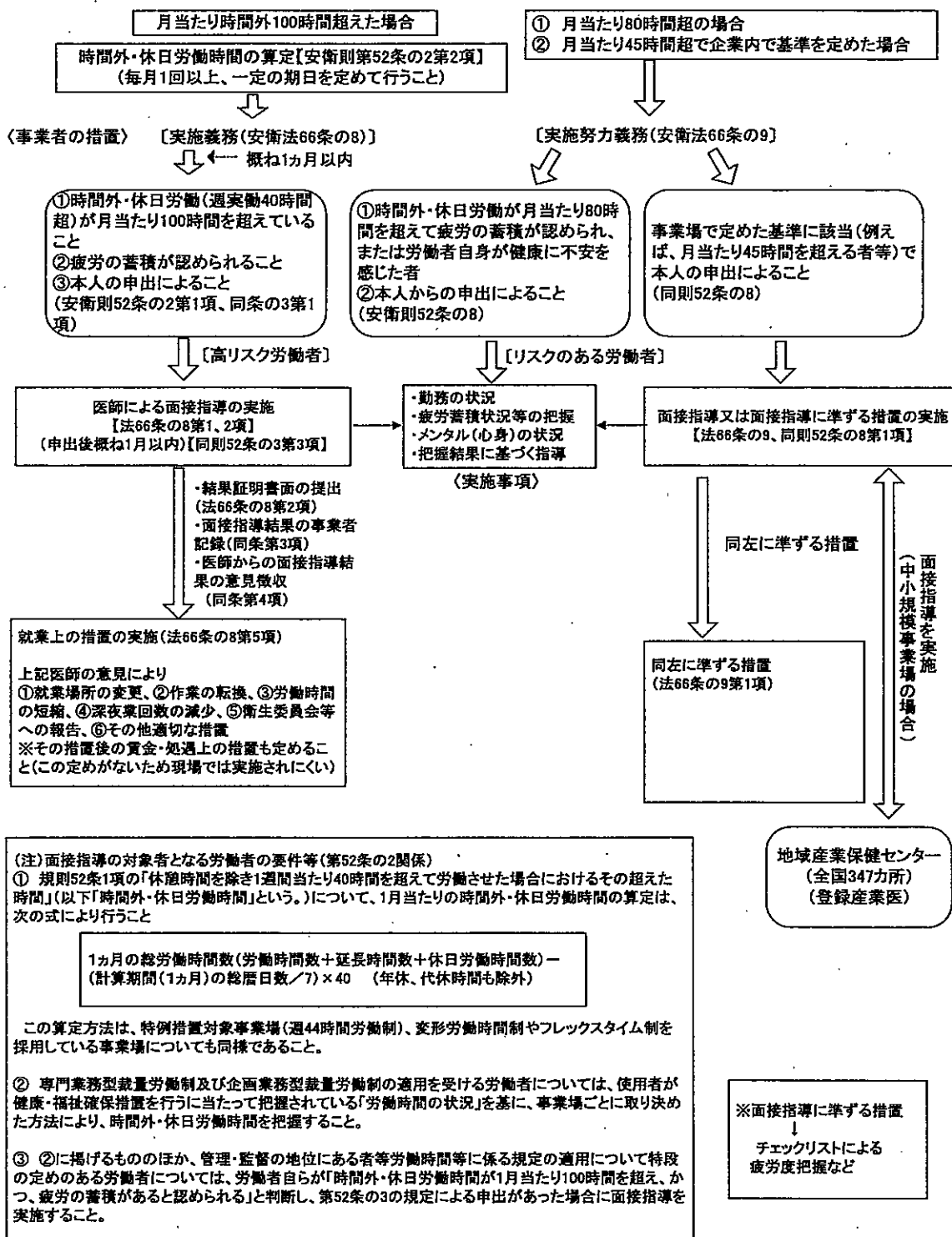
(1) 長時間労働者の医師面接等の法改正

平成17年の労働安全衛生法の改正（施行は平成18年4月1日）により、長時間労働についての医師の面接指導制度が設けられた。これは主として、脳血管疾患及び虚血性心疾患等（以下「脳・心臓疾患」という。）の発症が長時間労働との関連性が強いとする医学的知見を踏まえ、これら疾病の発症を予防するため、医師による面接指導を実施すべきこととしたものである。しかしながら、一方において、労災認定された自殺事案をみると長時間労働であった者が多いことから、脳・心臓疾患のみならず面接指導の実施の際には、うつ病等のストレスが関係する精神疾患等の発症を予防するためにメンタルヘルス面にも配慮することとされている。

すなわち、同法第66条の8が新設され、「事業者は、その労働時間の状況その他の事項が労働者の健康の保持を考慮して厚生労働省令で定める要件に該当する労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による面接指導（問診その他の方法により心身の状況を把握し、これに応じて面接により必要な指導を行うことをいう。以下同じ。）を行わなければならない。」とし、さらに、第66条の9は、「事業者は、前条第1項の規定により面接指導を行う労働者以外の労働者であつて健康への配慮が必要なものについては、厚生労働省令で定めるところにより、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」との努力義務も設定した。

その概要は、第4図のとおりである。

第4図 長時間労働者に対する医師面接指導制度



(2) 措置該当者への面接指導措置の励行

医師面接指導措置の対象となる月当たり時間外労働が100時間を超える労働者への医師の面接指導の実施については罰則はついていないが、事業者を実施義務が課せられているものである。したがって、このような制度が義務化された以上は、安全配慮義務としての使用者のメンタルヘルス対策措置の1つとしてこれが位置づけられると考えられる。

すなわち、安全配慮義務の内容としては、判例において「事業者の場合については、法が、その責務として労働安全衛生法に定める労働災害防止のための最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない義務を負っており」（同法3条1項）、その具体的措置としては、「第7章において健康の保持増進のための措置をとることを義務付け」とされ、「安全配慮義務の内容としては、事業者は労働環境を改善し、あるいは、労働者の労働時間、勤務状況等を把握して労働者にとって長時間または過酷な労働とならないように配慮するのみならず、労働者に業務の遂行に伴う疲労や心理的負担等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意し、それに対して適切な措置を講ずべき義務があるものと解される。」と判示されているところである。そして、同判決は具体的に、「被告は、使用者としてAを業務に従事させていたのであり、本件自殺前には、Aの時間外労働・休日労働時間が過重なものといえるほど長時間に及んでいることに加え、Aの業務内容、Aがリーダーへ昇格したことなどの事態が生じていたのであるから、適宜塗装班の現場の状況や時間外労働・休日労働などAの勤務時間のチェックをし、さらには、Aの健康状態に留意するなどして、Aが作業の遅れ・不具合などにより過剰な時間外勤務や休日出勤をすることを余儀なくされ心身に変調を来すことがないように注意すべき義務があったといえる。

ところが、被告は、上記配慮を一切せず、Aがうつ病に罹患したことも把握できず、Aの実際の業務の負担量や職場環境などに何らの配慮もすることなく、Aを漫然と放置していたのであり、その結果、本件自殺が引き起こされてしまったのである。

したがって、被告には安全配慮義務違反があったことは明らかであり、被告は、Aに対して債務不履行責任を負う。

そして、被告が、遅くとも同年4月下旬ことに、Aの精神面での健康状態を調査して改めて、Aについて休養の必要性について検討したり、例えば、異動についての希望聴取を行い、心身の状態に適した配属先への異動を行うなどの対応を取っていれば、同年5月14日にAが自殺により死亡することを防止しうる蓋然性はあったものというべきである。

以上によれば、上記被告の安全配慮義務違反と本件自殺との間には因果関係があるものというべきである。」¹⁶⁾として安全配慮義務違反を認めている。そうすると上記判示の「労働安全衛生法第7章の健康の保持増進のための措置」には、法改正後の医師面接指導も含まれているものであり、これらの措置の励行は重要な安全配慮義務の1つといえよう。

(3) 医師の面接指導の励行の方策

「面接指導の実施方法等」については、この「面接指導は、該当要件に該当する労働者の申出により行うものとする。」とされ、「事業者は、労働者から申出があつたときは、遅滞なく、面接指導を行わなければならない。」とし、「産業医は、要件に該当する労働者に対して、申出を行うよう勧奨することができる。」（規則第52条の3）とされている。

そして、面接指導の実施方法等について、次のように通達されている。

「必要な労働者に対し、確実に面接指導を実施することができるよう、月100時間を超える時

16) 平19年1月22日熊本地裁判決、山田製作所事件、労判937号109頁、平19年10月25日福岡高裁判決、労判955号61頁。

間外・休日労働をさせた事業場又はそのおそれのある事業場等においては、

- ① 労働者が自己の労働時間数を確認できる仕組みの整備
- ② 申出様式の作成、申出窓口の設定など申出手続を行うための体制の整備
- ③ 労働者に対する体制の周知

を図ること。

なお、これらについては、衛生委員会等において調査審議すること。この調査審議の際には、申出を行うことによる不利益な取扱いが行われないようにすることなど、申出がしやすい環境となるよう配慮すること。」

そして、「事業場において、時間外・休日労働時間が1月当たり100時間を超えた労働者全員に対して面接指導を実施することとした場合については、対象者全員に対して面接指導の実施について通知等を行い、これに対して労働者が申込みを行った場合や現に面接指導を受けに来たことをもって申出を行ったものとみなすことができること。なお、この場合、対象者全員に通知等を行ったにもかかわらず、面接指導を受けなかった労働者については、申出がなかったものとして差し支えないこと。」とされているので、第5図のように事業主側で積極的に通知した方がよいと思われる。

第5図 医師の面接指導のための様式

以下の例は、筆者作成のオリジナルなものである。法令上は、労働者の「申出」とされているが、安全配慮義務の履行としては会社が指示した方がよいと思われる。

【例1】

平年 年 月 日
殿 人事部長 産業医面接指導指示書
あなたは、1ヵ月100時間をこえる時間外労働をされていますので、あなたが疲労等を感じるときは、1ヵ月以内に産業医の面接指導を受けてその結果を提出して下さい。 なお、産業医面接は、当社健康管理室に申込み用紙がありますので申込の予約を行って下さい。
〈人事部控〉(該当者から報告を求め、担当者において記入保存しておくこと。) 産業医面接の有無 面接しなかった場合はその理由 面接の年月日:時間 面接結果 指導事項の有無

【例2】

平成 年 月 日					
人事部長 殿 所属 氏名					
産業医面接指導申込書					
私は、会社より産業医面接指導に該当する旨の時間外労働の通知を受けましたので、下記のとおり産業医面接指導の申込を致します。					
記					
第1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">希望日</td> <td style="width: 80%;">月 日</td> </tr> <tr> <td>希望時間</td> <td>時 ～</td> </tr> </table>	希望日	月 日	希望時間	時 ～
希望日	月 日				
希望時間	時 ～				
第2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">希望日</td> <td style="width: 80%;">月 日</td> </tr> <tr> <td>希望時間</td> <td>時 ～</td> </tr> </table>	希望日	月 日	希望時間	時 ～
希望日	月 日				
希望時間	時 ～				

【例3】

平成〇〇年〇〇月〇〇日

産業医面接指導結果報告書

〇〇会社 人事部長 殿

〇〇会社産業医

氏名

印

項 目	内 容
面 接 実 施 日	年 月 日 時 ～ 時
面接労働者の氏名及び 所属部署	
面接指導を行った医師の氏名	
当該労働者の蓄積疲労の状況	
その他当該労働者の心身の 状況等の所見・診断意見	
就労上の措置の要否等の意見	

4. 安全配慮義務の履行—上司の部下に対する健康管理と産業医・保健担当者の立場

(1) 重要な管理監督者によるケア

「労働者の心の健康の保持増進のための指針」¹⁷⁾においては、「4つのメンタルヘルスケアの推進」として、「メンタルヘルスケアは、労働者自身がストレスや心の健康について理解し、自らのストレスを予防、軽減するあるいはこれに対処する『セルフケア』、労働者と日常的に接する管理監督者が、心の健康に関して職場環境等の改善や労働者に対する相談対応を行う『ラインによるケア』、事業場内の産業医等事業場内産業保健スタッフ等が、事業場の心の健康づくり対策の提言を行うとともに、その推進を担い、また、労働者及び管理監督者を支援する『事業場内産業保健スタッフ等によるケア』、及び事業場外の機関及び専門家を活用し、その支援を受ける『事業場外資源によるケア』の4つのケアが継続的かつ計画的に行われることが重要である。」としている。

その中でも重要なのが、「ラインによるケア」であり、部下を指揮命令し業務を遂行するラインの管理監督者による労働者に対するケアである。前記、電通事件判決¹⁸⁾において、「使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負うと解するのが相当であり、使用者に代わって労働者に対し業務上の指揮監督を行う権限を有する者は、使用者の右注意義務の内容に従って、その権限を行使すべきである。」とし、「一審被告においては、かねて従業員が長時間にわたり残業を行う状況があることが問題とされており、また、従業員の申告に係わる残業時間が必ずしも実情に沿うものではないことが認識されていたところ、T（部長）らは、遅くとも平成3年3月ころには、Aのした残業時間の申告が実情より相当に少ないものであり、Aが業務遂行のために徹夜まですることもある状態にあることを認識しており、S（班長）は、同年7月ころには、Aの健康状態が悪化していることに気付いていたのである。それにもかかわらず、T及びSは、同年3月ころに、Tの指摘を受けたSが、Aに対し、業務は所定の期限までに遂行すべきことを前提として、帰宅してきちんと睡眠をとり、それで業務が終わらないのであれば翌朝早く出勤して行うようになどと指導したのみで、Aの業務の量等を適切に調整するための措置を採ることはなく、かえって、同年7月以降は、Aの業務負担は従前よりも増加することとなった。その結果、Aは、心身共に疲労困ぱいした状態になり、それが誘因となって、遅くとも同年8月上旬ころにはうつ病にり患し、同月27日、うつ病によるうつ状態が深まって、衝動的、突発的に自殺するに至ったというのである。

原審は、右経過に加えて、うつ病の発症等に関する前記の知見を考慮し、Aの業務の遂行とそのうつ病り患による自殺との間には相当因果関係があるとした上、Aの上司であるT及びSには、Aが恒常的に著しく長時間にわたり業務に従事していること及びその健康状態が悪化していることを認識しながら、その負担を軽減させるための措置を採らなかったことにつき過失があるとして、一審被告の民法715条に基づく損害賠償請求を肯定したものであって、その判断は正当として是認することができる。」と判示した。

すなわち、ライン管理者は使用者（法人）の安全配慮義務の履行補助者の立場にあり、部下の管理責任を有する管理職がメンタルヘルス管理の直接の義務者となるのである。

17) 前掲注2。

18) 前掲注5。

また、いわゆる過重労働の事案ではなく、個別的な脆弱性を有する社員の安全配慮義務の事案においても、「一審被告乙山（部長）には、少なくとも課長職が重荷であると訴えて退職の希望までしていたAが、医師の診断書を提出して1か月の休養を申し出たときには、一審被告会社に代わって部下である一審被告会社の従業員について業務上の事由による心理的負荷のため精神面での健康が損なわれていないかどうかを把握し、適切な措置をとるべき注意義務に従って、乙の心身の状況について医学的見地に立った正確な知識や情報を収集し、乙の休養の要否について慎重な対応をすることが要請されていたものというべきであるから、一審被告乙山にはそのような注意義務に違反した過失があり、また、一審被告会社も同様に従業員の精神面での健康状態についても十分配慮し、使用者として適切な措置を講ずべき義務に違反したものというべきである。」¹⁹⁾とされているように、直属の上司の部下の精神状況の把握とそれに対する対応が極めて重要であることを物語っているといえよう。

(2) 産業医・産業保健スタッフの指導支援の実施

職場のメンタルヘルスケアの中心となるべき地位にあり、安全配慮義務の重要な履行責任を負うのがラインの管理監督者であるが、現在のところ一般的にはメンタルヘルスについて知識等が乏しく、メンタルヘルスケアについて教育・研修を受けていないことも多く、その無理解さが企業のメンタルヘルス対策の上で問題点となっているように思われる。

そこで、産業医を含む「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」が重要となり、「事業場内産業保健スタッフ等は、セルフケア及びラインによるケアが効果的に実施されるよう、労働者及び管理監督者に対する支援を行うとともに、心の健康づくり計画に基づく具体的なメンタルヘルスケアの実施に関する企画立案、メンタルヘルスに関する個人の健康情報の取扱い、事業上外資源とのネットワークの形成やその窓口となること等、心の健康づくり計画の実施に当たり、中心的役割を果たすものである。」（前記指針）とされている。

そして、特に「産業医」は、「職場環境等の改善、健康教育・健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置のうち、医学的専門知識を必要とするものを行うという面から、事業場の心の健康づくり計画の策定に助言、指導等を行い、これに基づく対策の実施状況を把握する。」とともに、「専門的な立場から、セルフケア及びラインによるケアを支援し、教育研修の企画及び実施、情報の収集及び提供、助言及び指導等を行う。就業上の配慮が必要な場合には、事業者に必要な意見を述べ」、「さらに、長時間労働者等に対する面接指導等の実施やメンタルヘルスに関する個人の健康情報の保護についても中心的役割を果たす。」（同指針）等とされているところである。

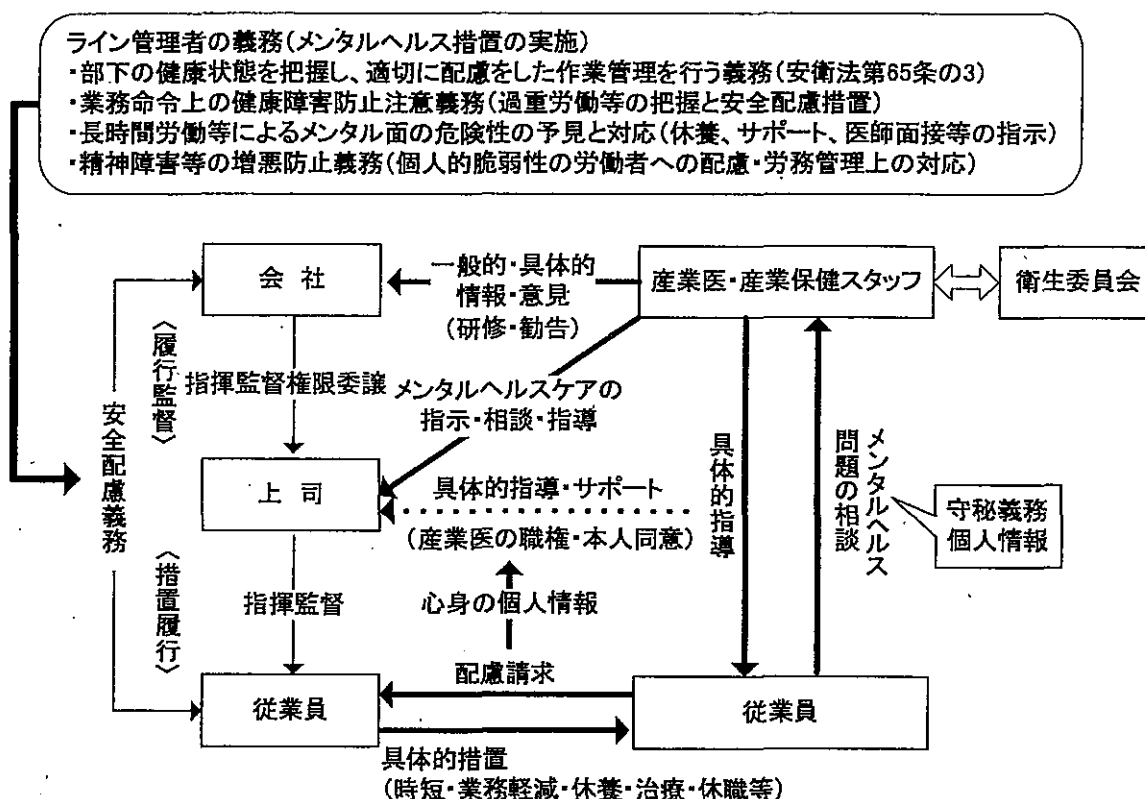
これら産業医や産業保健スタッフとライン管理者との関係、相互の連携関係については第6図のとおりである。

この場合、問題となる個別労働者に対する上司の安全配慮義務履行に際し、産業医等はどこまでライン管理者である対象従業員の上司に医学上の措置等についての情報の提供、指導を行い、メンタルヘルス対象従業員本人へのサポートを管理職に指示・指導すべきか、その際に当然対象従業員の個人情報にわたる病状、既往歴、家族関係等配慮措置等を実施する上で留意すべきプライバシーに及ばざるを得ない。

19) 平14年7月23日東京高裁判決、三洋電機サービス事件、労判852号74頁。

このような個別従業員のメンタルケアに関しては、当該従業員の個人情報の保護やメンタルヘルス関連の個人秘密の守秘義務との関係について問題となる。しかし、法令に基づく場合や正当な事由のある場合には個人情報の保持や医師等の守秘義務について適用が除外されている²⁰⁾ ところである。産業医は労働者の健康管理に職務上医学的知識をもってあたるものであり、職場のメンタルヘルス管理については法令上の職務の遂行であるから制限はないと解される。いずれにしても産業医、産業保健スタッフとライン管理者の連携が今後、従業員のメンタルヘルスケアについて重要となるので、このような法的問題の明白化とルール化が今後の課題であるといえよう。

第6図 ライン管理者の安全配慮義務の履行



20) 個人情報保護法第23条。

