

自殺予防・自死遺族支援から みた過労死・過労自殺

竹島 正

川崎市総合リハビリテーション推進センター 所長

一般社団法人自殺予防と自死遺族支援・調査研究研修センター（CSPSS）理事

略歴

1954年 高知県に生まれる

1980年 自治医科大学卒業

1981年 国立公衆衛生院専門課程修了

1981年4月 高知県本山保健所

1984年4月 高知県室戸保健所（1987年4月～所長）

1990年4月 高知県精神保健センター所長

1997年6月 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長

2006年10月～ 同研究所自殺予防総合対策センター長併任

2015年4月～ 川崎市健康福祉局障害保健福祉部担当部長

2016年4月～ 川崎市精神保健福祉センター所長事務取扱

2015年10月～ 一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会会長

2020年2月～ 一般社団法人自殺予防と自死遺族支援調査研究研修センター理事

2021年4月～ 川崎市総合リハビリテーション推進センター所長

内容

自殺とは？自殺予防とは？

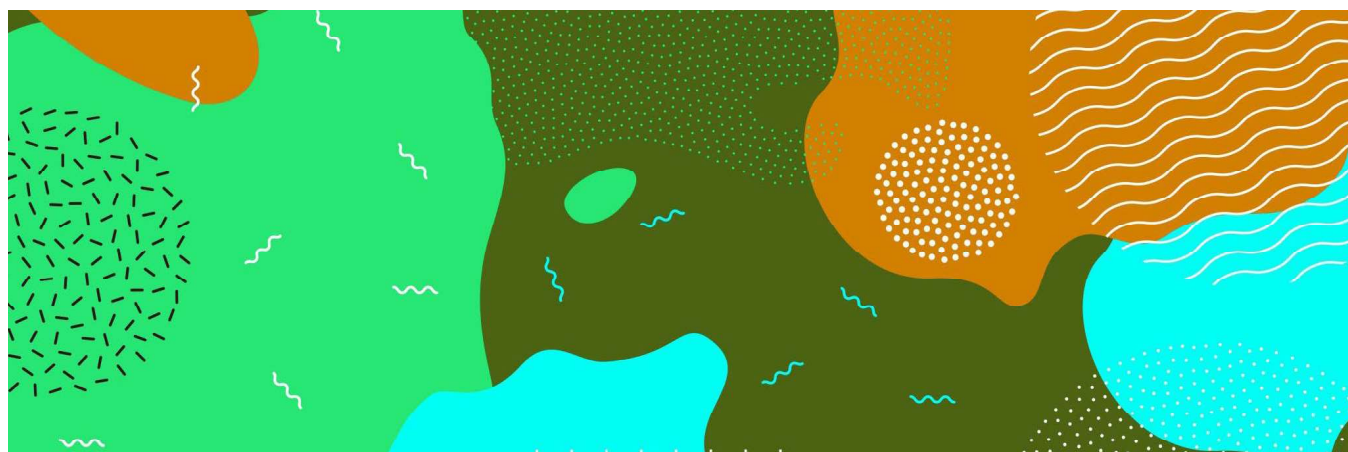
わが国の自殺対策の経緯

自殺対策における「職場」の扱い

自殺対策の現状の課題

健康の定義と過労死・過労自殺・職域の研究から

取り組みたいこと・共有したいこと



自殺とは？自殺予防とは？

(7) 死因の種類

この欄は、死因の種類として該当するものを1つ○で囲みます。

死因の種類が「**外因死**」の場合は、「**外因死の追加事項**」欄にその状況を必ず記入します。

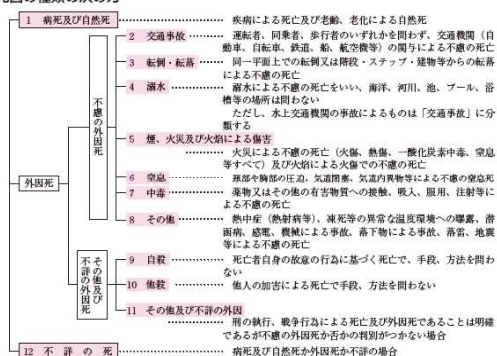
なお、**自殺**の場合は、手段の如何によらず「**9 自殺**」を○で囲みます。

例えば、首つりによる自殺は、「**6 窒息**」ではなく「**9 自殺**」、ガス中毒による自殺は「**7 中毒**」ではなく「**9 自殺**」になるため注意してください。

(例)

死因の種類	1 病死及び自然死
外因死	不慮の外因死 { ②交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰 による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 12 不詳の死

○ 死因の種類の決め方



自殺とは

自殺とは、死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない（令和5年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル）。

死因の種類が「**外因死**」の場合は、「**外因死の追加事項**」欄にその状況を必ず記入する。

なお、自殺の場合は、手段の如何によらず「**9 自殺**」を○で囲む。

例えば、首つりによる自殺は、「**6 窒息**」ではなく「**9 自殺**」、ガス中毒による自殺は「**7 中毒**」ではなく「**9 自殺**」になる。

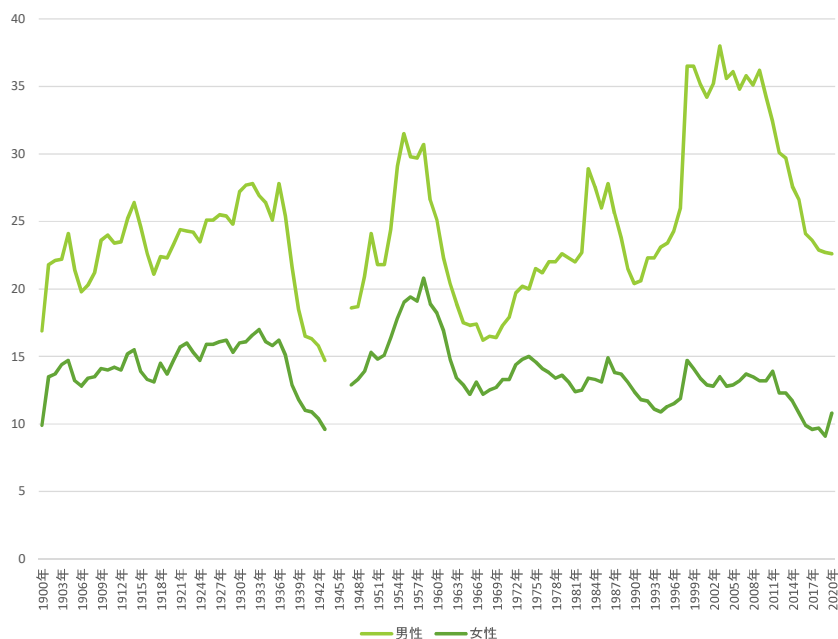
自殺とは

- **自殺(suicide)**は、故意に自ら命を断つ行為とする。
- **自殺企図(suicide attempt)**は、非致死的な自殺関連行動を意味し、死ぬ意図があったか、結果として致死的なものかどうかに関わらず、意図的な服毒や損傷、自傷行為を指す。
- **自殺関連行動(suicidal behaviour)**は、自殺のことを考えたり(あるいは念慮)、自殺を計画したり、自殺を企図したり、そして自殺そのものを示すこととする。



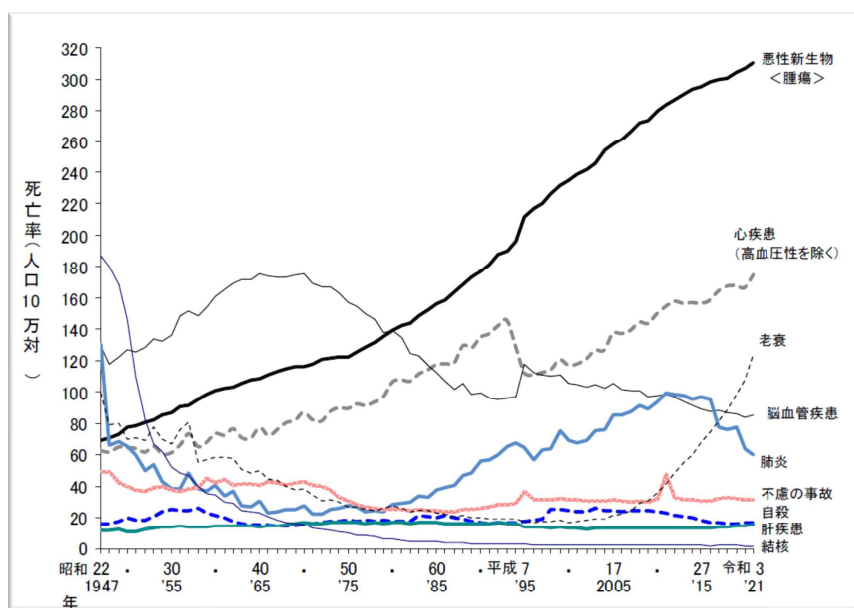
自殺、自死の用語、そして自死遺族の政策決定への参加

- 一般社団法人自殺予防と自死遺族支援・調査研究研修センター（CSPSS）の前身である「自殺対策円卓会議」では、自殺、自死の用語問題についての話し合いを行った（2016）。
- それは、自殺、自死が不名誉な死であるかのような誤解は無くす必要があると述べている。
- また「自殺、自死を語る死にすること、すなわち社会的タブーにしないことと、これらの言葉を多用することは分けて考えたい」とした。そして、社会には自殺、自死のリスクをかかえた人も少なくないことから、一般社会の不特定多数に向けての発信においては、これらの言葉をよく吟味して使用するよう望むと述べている。
- 一般社団法人全国自死遺族連絡会の代表理事をつとめる田中幸子は、「自殺」という言葉には「命を粗末にした」「勝手に死んだ」といった誤解や偏見が染みついているとして、統計や法律以外については「自殺」から「自死」への言葉の変換を求め、自死と自死遺族への差別・偏見をなくすための立法を求める活動を行ってきた。そして親族の自死を経験し、最も切実に考えている当事者が政策決定過程に参画することを求めている。



自殺死亡率の長期推移(人口動態統計)

- 明治期から、男性は20以上、女性は10から15の水準で推移してきた。
- 自然災害、戦争や内戦の経験は、社会的に満たされた状態 (social well-being)、健康、住居、雇用、そして経済的安定に破壊的なインパクトをもたらすため、自殺の危険を高める可能性がある。その一方、逆説的ではあるが、災害や紛争の最中や直後には自殺率が低下することがある。(WHO)



全国の主な死因別にみた死亡率の年次推移

厚生労働省：令和3年
(2021)人口動態統計月
報年計(概数)の概況

令和2年の死因順位別にみた年齢階級及び性別の死亡数、死亡率、構成割合

年齢階級	第1位					第2位					第3位				
	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率
10～14歳	自殺	122	2.3	28.6	悪性新生物<腫瘍>	82	1.5	19.2	不慮の事故	53	1.0	12.4	悪性新生物<腫瘍>	110	2.0
15～19歳	自殺	641	11.4	50.8	不慮の事故	230	4.1	18.2	悪性新生物<腫瘍>	110	2.0	8.7	悪性新生物<腫瘍>	110	2.0
20～24歳	自殺	1,243	21.0	57.0	不慮の事故	286	4.8	13.1	悪性新生物<腫瘍>	152	2.6	7.0	悪性新生物<腫瘍>	152	2.6
25～29歳	自殺	1,172	19.7	52.1	悪性新生物<腫瘍>	235	3.9	10.5	不慮の事故	217	3.6	9.7	不慮の事故	217	3.6
30～34歳	自殺	1,192	18.7	41.1	悪性新生物<腫瘍>	495	7.8	17.1	不慮の事故	250	3.9	8.6	不慮の事故	250	3.9
35～39歳	自殺	1,323	18.3	30.1	悪性新生物<腫瘍>	1,012	14.0	23.0	心疾患	368	5.1	8.4	心疾患	368	5.1
40～44歳	悪性新生物<腫瘍>	2,140	25.9	27.9	自殺	1,578	19.1	20.6	心疾患	859	10.4	11.2	心疾患	859	10.4
45～49歳	悪性新生物<腫瘍>	4,552	47.0	32.3	自殺	1,844	19.1	13.1	心疾患	1,729	17.9	12.3	心疾患	1,729	17.9
50～54歳	悪性新生物<腫瘍>	7,263	84.8	36.7	心疾患	2,578	30.1	13.0	自殺	1,746	20.4	8.8	自殺	1,746	20.4
55～59歳	悪性新生物<腫瘍>	11,457	146.7	41.6	心疾患	2,594	46.0	13.1	脳血管疾患	2,007	25.7	7.3	脳血管疾患	2,007	25.7
60～64歳	悪性新生物<腫瘍>	18,254	248.3	45.1	心疾患	4,985	67.8	12.3	脳血管疾患	2,783	37.9	6.9	脳血管疾患	2,783	37.9

令和4年版自殺対策白書



保健医療システムや社会全体と関連する危険因子: 保健医療などの必要なケアが受けにくいこと、自殺手段が入手しやすいこと、不適切なメディアの報道、精神保健・物質乱用の問題で援助を求める人々へのスティグマ など

地域や人間関係に関連する危険因子: 戦争や災害、異文化への適応のストレス、差別、孤立感、虐待、暴力、葛藤のある人間関係 など

個人レベルでの危険因子: 過去の自殺企図、精神障害、アルコールの有害な使用、経済的な損失、慢性疼痛 など

保護因子: 健康的で親密な人間関係を育み維持すること、ウェルビーイング(満たされた状態)や効果的で前向きな対処方略

これらの危険因子に対応した自殺予防のための科学的根拠に基づく介入の理論的フレームワークとして、全体的予防介入戦略、選択的予防介入戦略、個別的予防介入戦略を挙げている。

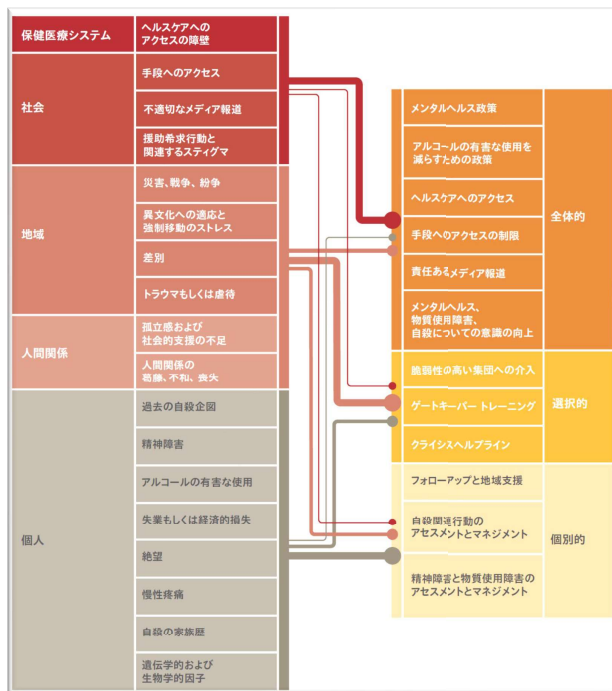


全体的予防介入戦略(Universal): ケアへの障壁を取り除き、援助へのアクセスを増やし、社会的支援のような保護プロセスを強化し、物理的環境を変えていくことで、健康を最大限に、自殺の危険を最小限にする。

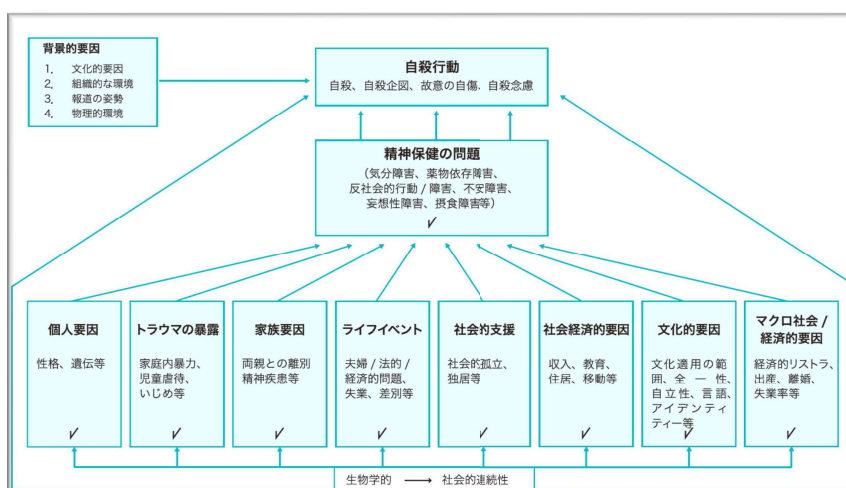
選択的予防介入戦略(Selective): 年齢、性別、職業的地位や家族歴等の特徴に基づき、人口集団のうちの脆弱性の高い集団をターゲットとする。

個別的予防介入戦略(Indicated): 特定の脆弱性の高い個人をターゲットとする。

複数の因子が関わり、自殺関連行動に至るには多くの経路があることを考慮すると、自殺予防の取り組みは、様々な人口や危険性のある集団、そしてライフコースにわたっての背景に向けた、幅広い多部門によるアプローチを必要とする。



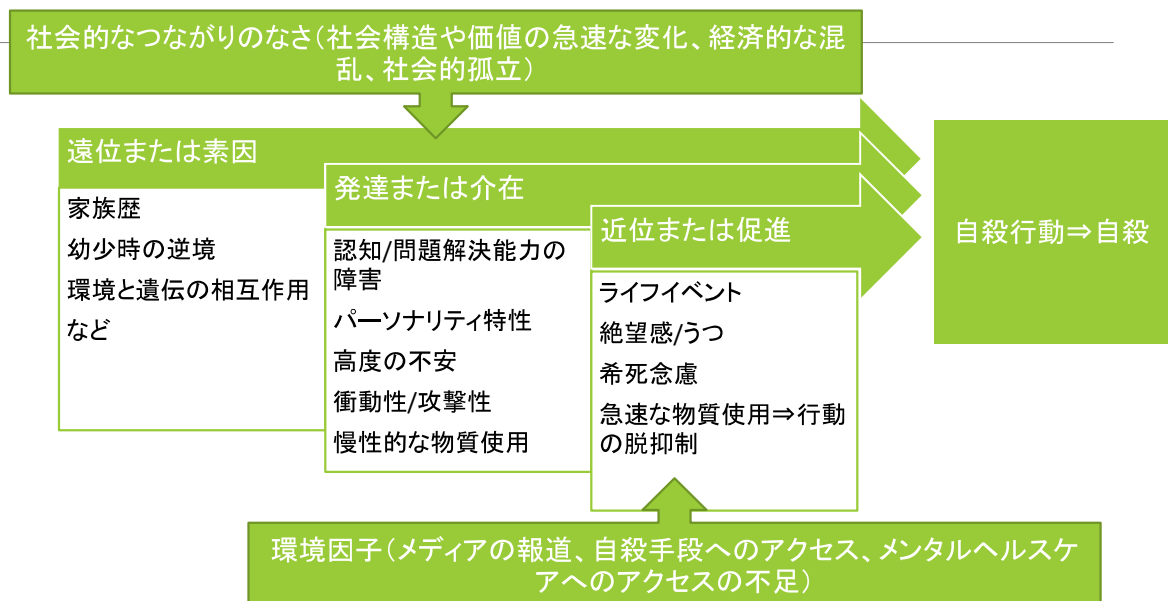
主要な自殺の危険因子と関連する介入



自殺の背景要因

ニュージーランド保健省：
ニュージーランド自殺予防
戦略2006-2016

自殺リスクのモデル



Turecki G1、Brent DA: Suicide and suicidal behaviour(2016)から引用改編

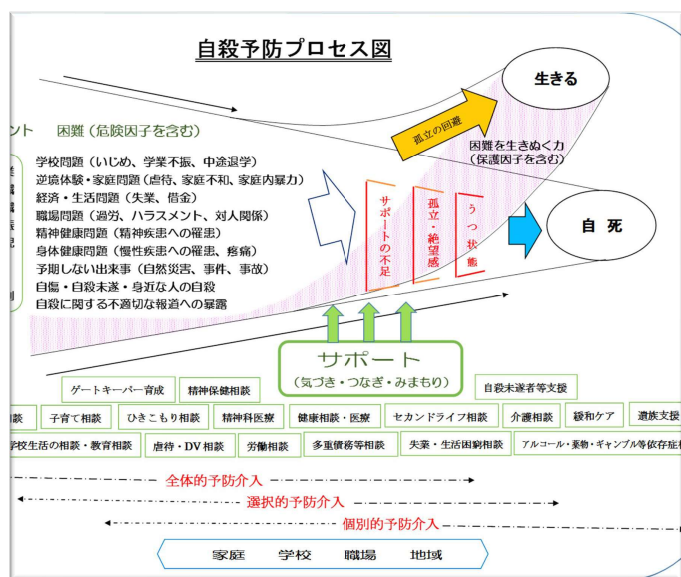
自殺の対人関係理論(ジョイナーら)

自殺関連行動は「自殺願望」と、自殺を実行する能力である「身についた自殺潜在能力」が揃うことで生じる。

自殺願望は、自分が周囲の人々や社会にとってお荷物であるという「負担感の知覚」と、家族や仲間、集団などの他者から疎外されているという感覚である「所属感の減弱」という、対人関係に関連した心理状態が持続的かつ同時に起きている場合に生じる。



松長麻美、北村俊則: 対人関係理論に基づく自殺のリスク評価. 精神科治療学. 30(3). 333－338. 2015



自殺予防プロセス図（第3次川崎市自殺対策総合推進計画）

自殺は、多くの場合、自殺リスクを増加させるような出来事や病気（危険因子）が重なり、それを減少させるもの（保護因子）が乏しい中で発生する。

自殺を予防するためには、危険因子を少なくして、保護因子を増やす取組を、「地域づくり」や「個人の生活を守る取組」として進めていく必要がある。

「自殺予防プロセス図」は、自殺の発生を増加させるような出来事や病気が重なり、自殺の危険が高まる過程において、サポートを得ることによって孤立を回避して、生きる方向に進むことを目指すものである。

自殺対策とは？

「自殺対策基本法」まで「自殺対策」という言葉はほとんど使われることはなかった。

社会的な取組や遺族支援を含むことを明示するために「自殺予防総合対策」という言葉が生まれ、それを短くして「自殺対策」としたのであろう。

英語圏の自殺予防suicide preventionと「自殺対策」は同義と考えてよい。

自殺対策基本法には自殺対策の定義はないが、自殺対策に望まれる性質は第二条（基本理念）に書かれている。

自殺対策基本 法第1条、第2 条(部分)

第一条(目的) 自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等の支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること

第二条(基本理念) 自殺対策は、生きることの包括的な支援としてその妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として。

2 自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として

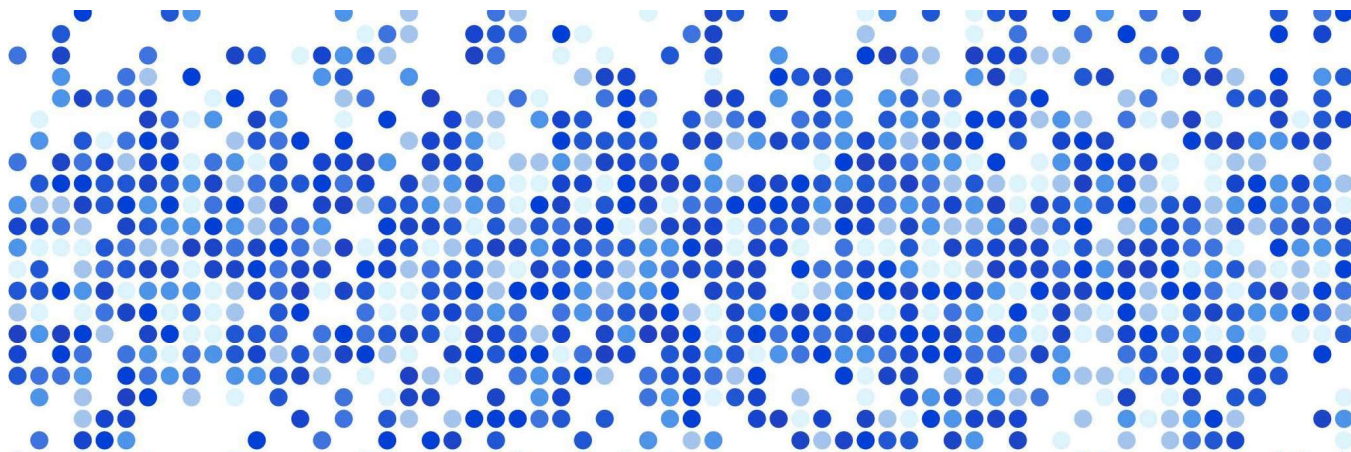
3 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して

4 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として

5 自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に

自殺対策は「考えること」

- 自殺予防とは、そのひとの本来の自由を回復する取組である。また、それを可能にする地域づくりである。
- 多様な困難をかかえた人には、連携支援が必要になる。
- 自殺は不名誉な死であるという誤解を無くする。
- 遺族が多様な問題に直面することを理解した支援策を取る。



わが国の自殺対策の経緯

わが国の自殺対策の経緯

第4期(2016-)

- 2016.4 改正自殺対策基本法施行(内閣府から厚生労働省に移管)
- 2017.7 自殺総合対策大綱の見直し
- 2019.6 自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等に関する法律
- 2022.10 自殺総合対策大綱の見直し

第3期(2006-2015)

- 2006.6 自殺対策基本法
- 2006.10 自殺予防総合対策センター開設
- 2006.10 自殺対策基本法施行
- 2007.6 自殺総合対策大綱
- 2008.10 自殺総合対策大綱一部改正(自殺対策加速化プラン)
- 2009.6 地域自殺対策緊急強化交付金
- 2012.8 自殺総合対策大綱の見直し

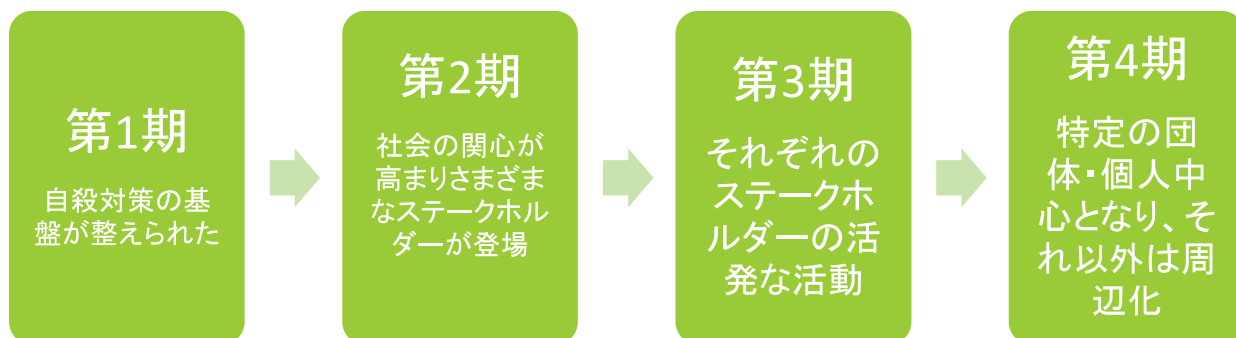
第2期(1998-2006)

- 2000.2 健康日本21の「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」の数値目標
- 2001.4 自殺対策事業
- 2002.12 自殺対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」
- 2004.1 うつ対策マニュアル
- 2005.7 参議院厚生労働委員会「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」
- 2005.9 自殺対策関係省庁連絡会議設置
- 2005.12 自殺対策関係省庁連絡会議「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」
- 2006.5 民間団体が「自殺防止を考える議員有志の会」へ「自殺対策の法制化を求める要望書」提出
- 2006.6 自殺対策基本法

第1期(1998年の急増以前)

- 1970 自殺予防行政懇話会(日本自殺予防学会の前身)
- 1971 東京に「いのちの電話」
- 1977 「日本いのちの電話連盟」発足
- 1977 「自殺予防のための施策実現に向けての要望書」(自殺予防行政研究会、国際自殺予防学会、日本いのちの電話連盟)
- 1979 「青少年の自殺問題に関する懇話会」(総理府)
- 1996 国連/世界保健機関「自殺予防:国家戦略の作成と実施のためのガイドライン」→自殺対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」、自殺対策基本法に反映

自殺対策の長期的経緯



竹島正：自殺対策のこの10年の経験から学ぶこと—精神保健と公衆衛生の狭間で。精神科治療学。36(8)。863-868。2021

自殺の心理学的剖検について

社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する(自殺総合対策大綱(平成19年6月8日閣議決定))。

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)において消滅

日本における 心理学的剖検 による自殺の 危険因子

自殺のサインに関する項目では、「自殺について口にすること」「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」などの自殺の危険因子として同定された。

過去の経験に関しては、「過去の自傷・自殺未遂の経験」「失踪や自殺以外の過去1年間における事故の経験」「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る要因であった。さらに、職業に関連する要因では、「配置転換」や「異動に関する悩み」も自殺の相対リスク因子であった。

心理社会的要因では、「子ども時代の虐待やいじめのエピソード」「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。身体的健康に関する要因では、「ADLの低下を伴う身体的問題」「睡眠障害の存在」も自殺の相対リスクが高い要因であった。また、「飲酒習慣の存在」、特に「眠るために飲酒していること」も相対リスクが高かった。精神保健に関する要因では、「大うつ病性障害」のほか、「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おり、これらは、社会経済的要因を考慮しても、高いオッズ比で自殺と関連していた。

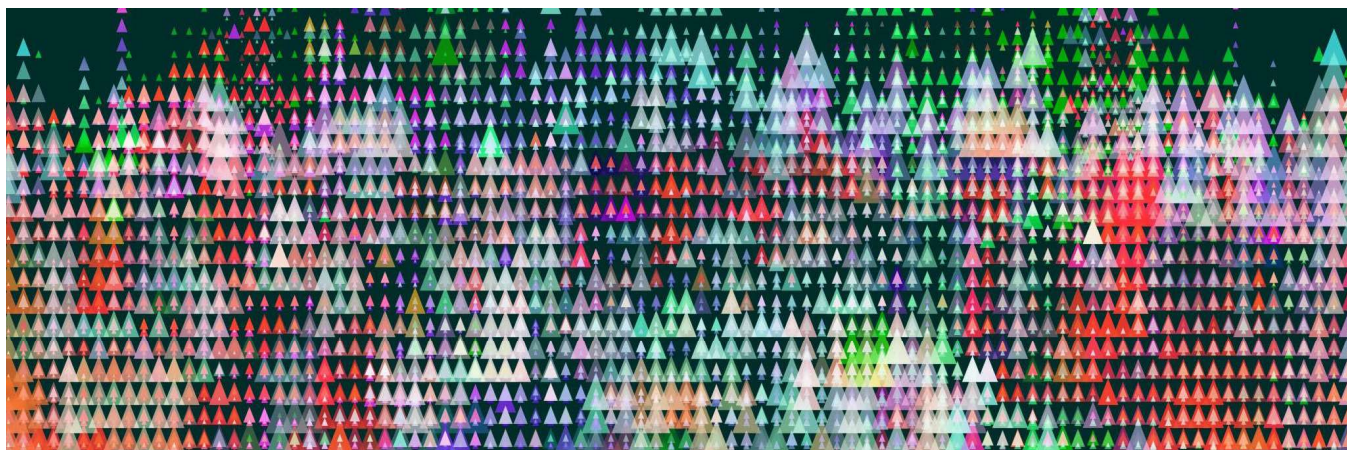
松本ほか：心理学的剖検研究と今後の方向．精神保健研究60：89-96、2014

心理学的剖検の再開を

- 心理学的剖検研究から未知の新たな自殺リスク要因を抽出することは難しい。だが、個別の自殺症例を自殺に至る力動や社会文化的文脈の点から検討し、質的に検討することは重要である。
- 我が国で心理学的剖検が中止されてから6年にもなる。心理学的剖検には様々な限界や問題点がある。それでも自殺の実相を明らかにするには、統計データの綿密な検討だけではなく、個別の症例・事例を丁寧に辿る必要がある。
- 自殺をした人の姿の見えない客観的かつ冷徹な量的研究よりも、臨床家である筆者はひとりひとりの故人の足跡や人柄、各人の置かれた困難な状況の分かる質的な研究をこそ重視したい。その基礎となるのが故人に関するさまざまな情報を集積・統合する心理学的剖検である。より適正な形で心理学的剖検の再開を期待したい。

齋尾武郎：心理学的剖検の機会喪失：若者と女性の自殺急増は未解明である．Clin Eval 50(1) 2022

マクロとミクロの研究の両方があってこそ、自殺対策は発展する



自殺総合対策大綱における「職場」の扱い



自殺総合対策大綱(平成19年6月8日閣議決定)

4. 心の健康づくりを進める

(1) 職場におけるメンタルヘルス対策の推進

- 職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発を図る。
- また、管理・監督者を始め労働者に対し心の健康問題への誤解や偏見をなくすための正しい知識の普及、産業保健スタッフの資質の向上等による相談体制の充実等事業場に対する支援を実施し、労働者が職場内で相談しやすい環境整備を図る。
- 特に、メンタルヘルス対策の取組が進んでいない小規模事業場に対しては、産業保健と地域保健との連携などにより支援を充実する。
- また、過重労働による健康障害防止のための労働基準監督署による監督指導を強化する。



自殺総合対策大綱(平成19年6月8日閣議決定 平成20年10月31日一部改正)

4. 心の健康づくりを進める

(1)職場におけるメンタルヘルス対策の推進

- 職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発を図る。
- また、管理・監督者を始め労働者に対し心の健康問題への誤解や偏見をなくすための正しい知識の普及、産業保健スタッフの資質の向上等による相談体制の充実等事業場に対する支援を実施し、労働者が職場内で相談しやすい環境整備を図る。
- 特に、メンタルヘルス対策の取組が進んでいない小規模事業場に対しては、産業保健と地域保健との連携などにより支援を充実する。
- また、過重労働による健康障害防止のための労働基準監督署による監督指導を強化する。

変更なし



自殺総合対策大綱(平成24年8月28日閣議決定)

〈国〉自殺対策を総合的に策定し、実施する責務を有する国は、各主体が自殺対策を推進するために必要な基盤の整備や支援、関連する制度や施策における自殺対策の推進、国自らが全国を対象に実施することが効果的・効率的な施策や事業の実施等を行う。また、各主体が緊密に連携・協働するための仕組みの構築や運用を行う。

〈企業〉企業は、労働者を雇用し経済活動を営む社会的存在として、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るよう努めることなどにより自殺対策において重要な役割を果たせることを認識し、積極的に自殺対策に参画する。



自殺総合対策大綱（平成24年8月28日閣議決定）

4. 心の健康づくりを進める

（1）職場におけるメンタルヘルス対策の推進

職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発を図る。また、職場のメンタルヘルス対策を進める上でキーパーソンとなる管理・監督者及び産業保健スタッフや労働者に対するメンタルヘルスに関する教育研修を実施するとともに、メンタルヘルス不調と関連が深い職場のストレス要因の把握と対応、メンタルヘルス不調で休業した労働者に対する職場復帰支援等に関する事業場への支援を充実し、労働者が働きやすい職場環境の整備を図る。なお、労働状況の変化は、ストレスが高まり、メンタルヘルス不調に陥る場合があるので、教育研修等の際に周知を図る。さらに、ストレスチェックの導入等によりメンタルヘルス対策に取り組む事業場を拡大することとし、特に、メンタルヘルス対策の取組が進んでいない小規模事業場に対しては、メンタルヘルス対策支援センター等の利用促進や産業保健と地域保健との連携などにより支援を充実する。また、いわゆる過労死・過労自殺を防止するため、過重労働による健康障害防止のための労働基準監督署による監督指導を強化するとともに、小規模事業場や非正規雇用を含めた全ての労働者の長時間労働を抑制するため、労働時間等の設定改に向けた環境整備を推進する。実効あるセクシュアルハラスメント対策の推進のため、全ての事業所においてセクシュアルハラスメントに関する方針の明確化及びその周知・啓発、相談窓口の設置等の措置が講じられるよう、また、セクシュアルハラスメント事案が生じた事業所に対しては、適切な事後の対応及び再発防止のための取組が行われるよう都道府県労働局雇用均等室による指導の徹底を図る。さらに、職場環境の改善を促すため、職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた取組等、社会的評価を受けられる仕組み作りについても検討する。

過労死等防止対策推進法

平成26年6月公布、11月施行

過労死等防止対策推進法について

総則	
目的	近年、我が国において過労死等が多発し大きな社会問題となっていること及び過労死等が、本人はもとより、その遺族又は家族のみならず社会にとっても大きな損失であることに鑑み、過労死等に関する調査研究等について定めることにより、過労死等の防止のための対策を推進し、もって過労死等がなく、仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現に寄与することを目的とすること。
定義	過労死等：業務における過重な負荷による脳血管疾患若しくは心臓疾患を原因とする死亡若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡又はこれらの脳血管疾患若しくは心臓疾患若しくは精神障害
基本理念	過労死等の防止のための対策は、 1 過労死等に関する実態が必ずしも十分に把握されていない現状を踏まえ、過労死等に関する調査研究を行うことにより過労死等に関する実態を明らかにし、その成果を過労死等の効果的な防止のための取組に生かすことができるようにするとともに、過労死等を防止することの重要性について国民の自覚を促し、これに対する国民の関心と理解を深めること等により、行われなければならないこと。 2 国、地方公共団体、事業主その他の関係する者の相互の密接な連携の下に行われなければならないこと。
国の責務等	国、地方公共団体、事業主及び国民の責務を規定
過労死等防止啓発月間	国民の間に広く過労死等を防止することの重要性について自覚を促し、これに対する関心と理解を深めるため、過労死等防止啓発月間（11月）を規定
年次報告	政府は、毎年、国会に、我が国における過労死等の概要及び政府が過労死等の防止のために講じた施策の状況に関する報告書を提出しなければならないことを規定
過労死等の防止のための対策に関する大綱	
政府は、過労死等の防止のための対策に関する大綱を定めなければならないことを規定	
過労死等の防止のための対策	
①調査研究等（※）、②啓発、③相談体制の整備等、④民間団体の活動に対する支援を規定 ※ 国は、過労死等に関する調査研究等を行うに当たっては、過労死等が生ずる実態等を総合的に把握する観点から、業務において過重な負荷又は強い心理的負荷を受けたことに関連する死亡又は遺病について、事実を究明し職員の過重な負荷等に関するものを、広く当該過労死等に関する調査研究等の対象とするものとするを規定	
過労死等防止対策推進協議会	
厚生労働省に、過労死等の防止のための対策に関する大綱を定めるに際して意見を聴く、当事者等、労働者代表者、使用者代表者及び専門的知識を有する者をもって構成される過労死等防止対策推進協議会を設置	
過労死等に関する調査研究等を踏まえた法制上の措置等	
政府は、過労死等に関する調査研究等の結果を踏まえ、必要があると認めるときは、過労死等の防止のために必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとするを規定	

※施行期日：平成26年11月1日



自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）

〈国〉自殺対策を総合的に策定し、実施する責務を有する国は、各主体が自殺対策を推進するために必要な基盤の整備や支援、関連する制度や施策における自殺対策の推進、国自らが全国を対象に実施することが効果的・効率的な施策や事業の実施等を行う。また、各主体が緊密に連携・協働するための仕組みの構築や運用を行う。国は、自殺総合対策推進センターにおいて、全ての都道府県及び市町村が地域自殺対策計画に基づきそれぞれの地域の特性に応じた自殺対策を推進するための支援を行うなどして、国と地方公共団体が協力しながら、全国的なPDCAサイクルを通じて、自殺対策を常に進化させながら推進する責務を有する。

〈企業〉企業は、労働者を雇用し経済活動を営む社会的存在として、その雇用する労働者の心の健康の保持及び生命身体^{（一）}の安全の確保を図ることなどにより自殺対策において重要な役割を果たせること、ストレス関連疾患や勤務問題による自殺は、本人やその家族にとって計り知れない苦痛であるだけでなく、結果として、企業の活力や生産性の低下をもたらすことを認識し、積極的に自殺対策に参画する。

自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）

5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進

(1) 職場におけるメンタルヘルス対策の推進

過労死等がなく、仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現のため、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」に基づき、調査研究等、啓発、相談体制の整備等、民間団体の活動に対する支援等の過労死等の防止のための対策を推進する。【厚生労働省】また、職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、引き続き、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発を図るとともに、労働安全衛生法の改正により平成27年12月に創設されたストレスチェック制度の実施の徹底を通じて、事業場におけるメンタルヘルス対策の更なる普及を図る。併せて、ストレスチェック制度の趣旨を踏まえ、長時間労働などの量的負荷のチェックの視点だけではなく、職場の人間関係や支援関係といった質的負荷のチェックの視点も踏まえて、職場環境の改善を図っていくべきであり、ストレスチェック結果を活用した集団分析を踏まえた職場環境改善に係る取組の優良事例の収集・共有、職場環境改善の実施等に対する助成措置等の支援を通じて、事業場におけるメンタルヘルス対策を推進する。【厚生労働省】加えて、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトにおいて、総合的な情報提供や電話・メール相談を実施するとともに、各都道府県にある産業保健総合支援センターにおいて、事業者への啓発セミナー、事業場の人事労務担当者・産業保健スタッフへの研修、事業場への個別訪問による若年労働者や管理監督者に対するメンタルヘルス不調の予防に関する研修などを実施する。【厚生労働省】小規模事業場に対しては、安全衛生管理体制が必ずしも十分でないことから、産業保健総合支援センターの地域窓口において、個別訪問等によりメンタルヘルス不調を感じている労働者に対する相談対応などを実施するとともに、小規模事業場におけるストレスチェックの実施等に対する助成措置等を通じて、小規模事業場におけるメンタルヘルス対策を強化する。【厚生労働省】さらに、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）や「健康・医療戦略」（平成26年7月22日閣議決定）に基づき、産業医・産業保健機能の強化、長時間労働の是正、法規制の執行の強化、健康経営の普及促進等をそれぞれ実施するとともに、それらを連動させて一体的に推進する。【厚生労働省、経済産業省】また、引き続き、ポータルサイトや企業向けセミナーを通じて、広く国民及び労使への周知・広報や労使の具体的な取組の促進を図るとともに、新たに、労務管理やメンタルヘルス対策の専門家等を対象に、企業に対してパワーハラスメント対策の取組を指導できる人材を養成するための研修を実施するとともに、メンタルヘルス対策に係る指導の際に、パワーハラスメント対策の指導も行う。【厚生労働省】さらに、全ての事業所においてセクシュアルハラスメント及び妊娠・出産等に関するハラスメントがあってはならないという方針の明確化及びその周知・啓発、相談窓口の設置等の措置が講じられるよう、また、これらのハラスメント事案が生じた事業所に対しては、適切な事後の対応及び再発防止のための取組が行われるよう都道府県労働局雇用環境・均等部（室）による指導の徹底を図る。【厚生労働省】

自殺総合対策大綱（令和4年10月14日閣議決定）

＜国＞ 自殺対策を総合的に策定し、実施する責務を有する国は、各主体が自殺対策を推進するために必要な基盤の整備や支援、関連する制度や施策における自殺対策の推進、国自らが全国を対象に実施することが効果的・効率的な施策や事業の実施等を行う。また、各主体が緊密に連携・協働するための仕組みの構築や運用を行う。国は、指定調査研究等法人において、全ての都道府県及び市町村が地域自殺対策計画に基づきそれぞれの地域の特性に応じた自殺対策を推進するための支援を行うなどして、国と地方公共団体が協力しながら、全国的なPDCAサイクルを通じて、自殺対策を常に進化させながら推進する責務を有する。

＜企業＞ 企業は、労働者を雇用し経済活動を営む社会的存在として、その雇用する労働者の心の健康の保持及び生命身体の安全の確保を図ることなどにより自殺対策において重要な役割を果たせること、ストレス関連疾患や勤務問題による自殺は、本人やその家族にとって計り知れない苦痛であるだけでなく、結果として、企業の活力や生産性の低下をもたらすことを認識し、積極的に自殺対策に参画する。

自殺総合対策大綱（令和4年10月14日閣議決定）

5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する

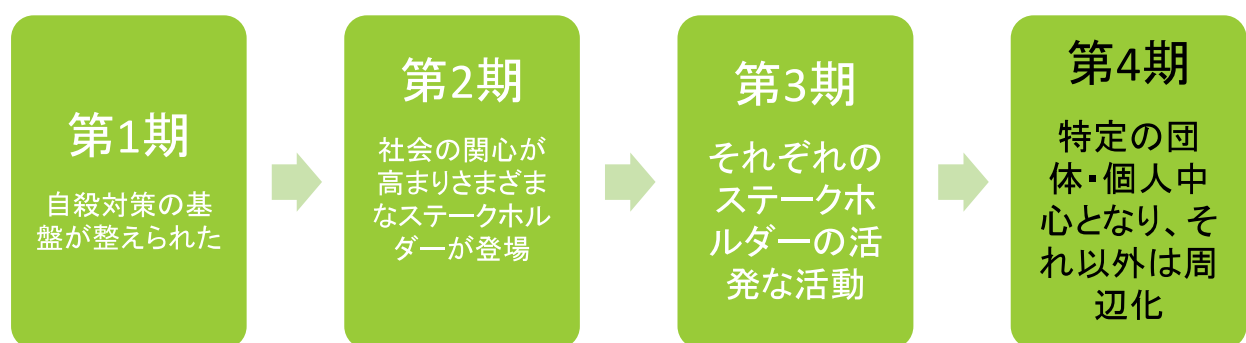
（1）職場におけるメンタルヘルス対策の推進

過労死等がなく、仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現のため、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」に基づき、調査研究等、啓発、相談体制の整備等、民間団体の活動に対する支援等の過労死等の防止のための対策を推進する。【厚生労働省】また、職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、引き続き、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発を図るとともに、労働安全衛生法の改正により平成27年12月に創設されたストレスチェック制度の実施の徹底を通じて、事業場におけるメンタルヘルス対策の更なる普及を図る。あわせて、ストレスチェック制度の趣旨を踏まえ、長時間労働などの量的負荷のチェックの視点だけではなく、職場の人間関係や支援関係といった質的負荷のチェックの視点も踏まえて、職場環境の改善を図っていくべきであり、ストレスチェック結果を活用した集団分析を踏まえた職場環境改善に係る取組の優良事例の収集・共有、職場環境改善の実施等に対する助成措置等の支援を通じて、事業場におけるメンタルヘルス対策を推進する。【厚生労働省】加えて、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトにおいて、総合的な情報提供や電話・メール・SNS相談を実施するとともに、各都道府県にある産業保健総合支援センターにおいて、事業者への啓発セミナー、事業場の人事労務担当者・産業保健スタッフへの研修、事業場への個別訪問による若年労働者や管理監督者に対するメンタルヘルス不調の予防に関する研修等を実施する。【厚生労働省】小規模事業場に対しては、安全衛生管理体制が必ずしも十分でないことから、産業保健総合支援センターの地域窓口において、個別訪問等によりメンタルヘルス不調を感じている労働者に対する相談対応等を実施するとともに、メンタルヘルス対策等の取組に対する助成措置等を通じて、小規模事業場におけるメンタルヘルス対策を強化する。【厚生労働省】さらに、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）や「健康・医療戦略」（平成26年7月22日閣議決定）に基づき、産業医・産業保健機能の強化、長時間労働の是正、法規制の執行の強化、健康経営の普及促進等をそれぞれ実施するとともに、それらを連動させて一体的に推進する。【厚生労働省、経済産業省】また、パワーハラスメント対策については、引き続き、ポータルサイトや企業向けセミナー等を通じて、広く国民及び労使に向けた周知・広報を行うとともに、労使の具体的な取組の促進を図る。【厚生労働省】さらに、全ての事業所においてパワーハラスメント、セクシュアルハラスメント及び妊娠・出産等に関するハラスメントがあってはならないという方針の明確化や、その周知・啓発、相談窓口の設置等の措置が講じられるよう、また、これらのハラスメント事案が生じた事業所に対しては、適切な事後の対応及び再発防止のための取組が行われるよう都道府県労働局雇用環境・均等部（室）による指導の徹底を図る。【厚生労働省】

内容面の変更なし

自殺対策の現状の課題

自殺対策の長期的経緯





第4期における自殺対策の空洞化

- 2016.4 改正自殺対策基本法施行(内閣府から厚生労働省に移管)
- 2017.7 自殺総合対策大綱の見直し
- 2019.6 自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等に関する法律
- 2022.10 自殺総合対策大綱の見直し

1) 科学研究の成果の活用の停滞

2) ボトムアップのプロセスの無視

3) 自殺のモニタリングの連続性喪失

4) 自殺対策の透明性・公平性の欠落

健康の定義と過労死・過労自殺・職域の研究から



健康の定義 (WHO)

健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、身体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう(日本WHO協会訳を一部改編)。
Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.



健康の定義改訂の提案 (WHO) 1998

健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、身体的にも、精神的にも、スピリチュアルにも、そして社会的にも、すべてが満たされた動的な状態にあることをいう。
Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

WHO総会で審議した結果、採択が見送られた。



健康とは

健康とは、ある個人の、ある時点の、精神・身体・社会的健康だけでなく、その人につながる家族や社会の背負ってきた歴史を含む動的な状態ということができる。



精神保健の定義（WHO）

精神保健とは、人が自身の能力を発揮し、日常生活におけるストレスに対処でき、生産的に働くことができ、かつ地域に貢献できるような満たされた状態である。Mental health is a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively, and is able to make a contribution to his or her community.



精神保健活動の定義 (竹島)

精神保健活動とは、人間とその行動の理解を踏まえ、「共に生きる社会」の実現という理念のもと、社会に起こるさまざまな問題の実態と関連する要因を明らかにしつつ、社会との協働によってその解決を図り、社会をよりよいものにしていく活動である。

山内貴史、須賀
万智、柳澤裕之
中小企業における就業配慮を要する状況下での治療と仕事の両立支援を促進し得る要因：協働的風土ならびに被援助に対する態度に着目して。産業衛生学雑誌。64(2)。2022

労働者のメンタルヘルスと援助希求行動

- 援助希求行動(help-seeking behavior)とは、自分の置かれた困難な状況や問題を改善したり解決したりするために、他者からの支援やサポートを得ることを目的とした行動であり、ネガティブな内容の自己開示(self-disclosure)を要するものであって、仕事以外の悩みの方が相談しづらい(Yamauchi et al. J Epidemiol. 2020)という側面がある。
- 「職場風土」の良し悪しが、支援体制や制度はあるものの労働者本人が支援を求めない大きな背景要因である可能性がある。
- 中小企業勤務の20～64歳の正社員を対象に、職場の協働的風土と両立支援の申出意図との関連について調査を行い、従業員規模別に検討した。
- その結果、会社の協力的風土、または被援助への肯定的態度の弱いところをベースにすると、協働的風土や被援助への肯定的態度が高くなると申出をしやすくなるという結果であった。職場環境改善プログラムによる職場風土の改善や、社内研修における両立支援の成功事例の情報提供などによる被援助への肯定的態度の強化などによって両立支援の申出を促進できる可能性が示唆された。

川崎市職員メンタルヘルス対策第2次 推進計画

	目標	評価指標	予防対策
目標1	セルフケアの推進	ストレスチェックの受検率を全ての局（本部）室区において90%以上	一次
目標2	ラインによるケアを強化し健康で働きやすい職場環境づくりの推進	ストレスチェック総合健康リスク120以上の職場ゼロ	一次 二次
目標3	早期発見・早期対応のための相談体制の充実	全職員に対する、メンタルヘルス不調による長期療養者割合を現状以下	二次
目標4	復職支援システムの推進と再発予防の取組強化	メンタルヘルス不調による長期療養者の病休・休職日数の減少	三次



29歳以下の長期療養者の 背景要因の検討(1)

【目的】地方公共団体における長期療養者は増加傾向であり、特に若手職員の休務者の増加が課題である。P市におけるメンタルヘルス不調による長期療養者は、2016年度以降は増加傾向であり、過去3年間においては29歳以下の割合が継続して高く、2020年度においては1.85%と最も高い割合となっている。メンタルヘルス対策の今後の取組の方向性を見出すため、近年最も多くの割合を占める29歳以下の長期療養者の背景要因を検討することを目的とした。

【方法】対象者は2019及び2020年度におけるメンタルヘルス不調による長期療養者のうち、29歳以下かつ、新規療養者である24名について、病休・休職に至った要因を検討した。対象者の情報はP市産業保健部門が保有する情報を使用し、対象者を実際に支援している産業保健スタッフにてワーキンググループを構成して検討した。

清水友依子ほか：29歳以下の長期療養者の背景要因の検討. 第96回日本産業衛生学会. 2023



29歳以下の長期療養者の背景要因の検討(2)

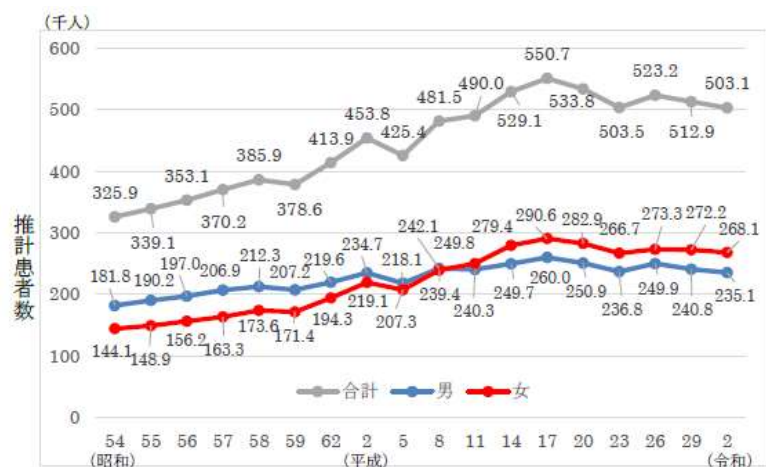
【結果】 病休・休職に至った要因の抽出と分類をした結果、5つの群に分かれた。第1群は職場要因のみの群、第2群は職場外要因より職場要因が強い群、第3群は職場要因と職場外要因が同等な群、第4群は職場要因より職場外要因が強い群、第5群は職場外要因のみの群であり、第5群の割合が37.5%と最も高く、第4群と合わせると66.7%を占めた。

【結論】 29歳以下の若年層においてはストレス耐性が低い傾向にあることを踏まえた1次予防対策を強化する必要があること、本人のパーソナリティ・特性に合わせた人材育成及び適正配置が重要であること、職場要因と職場外要因の両者を視野に置くことの必要性が示唆された。今後、他の世代を含めた背景の検討を継続していく必要がある。

清水友依子ほか：29歳以下の長期療養者の背景要因の検討. 第96回日本産業衛生学会. 2023

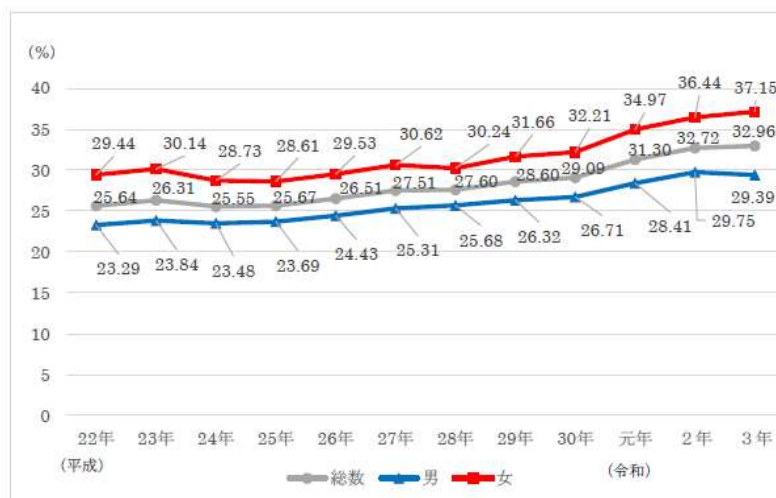
厚生労働省患者調査による精神及び行動の障害の推計患者数の年次推移

「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」報告書
(令和5年7月による)



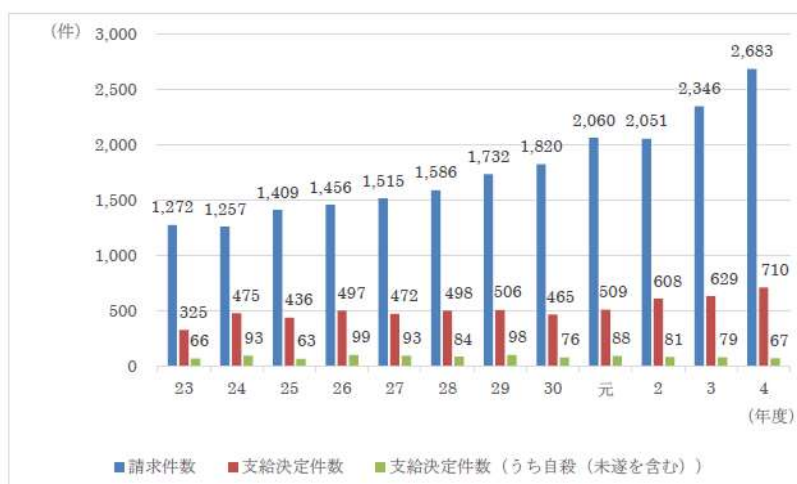
傷病手当金の受給 原因となった傷病 のうち、精神及び行 動の障害が占 める割合

「精神障害の労災認定の基準に関
する専門検討会」報告書（令和5年7月
による）



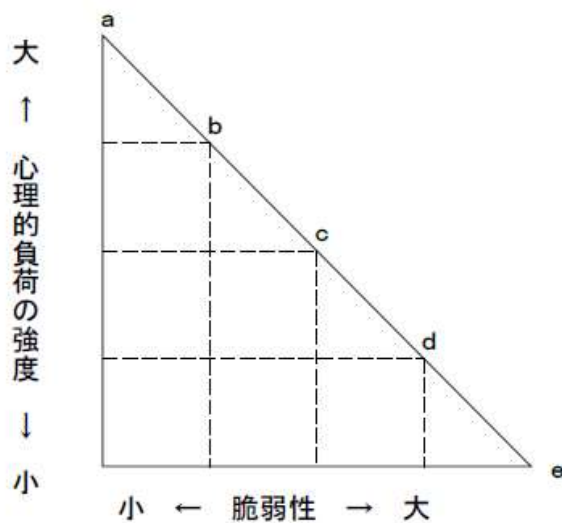
精神障害の労 災請求・支給 決定件数

「精神障害の労災認定の基準に関
する専門検討会」報告書（令和5年7月
による）



心理的負荷の強度と脆弱性の関係（概念図）

「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」報告書（令和5年7月による）

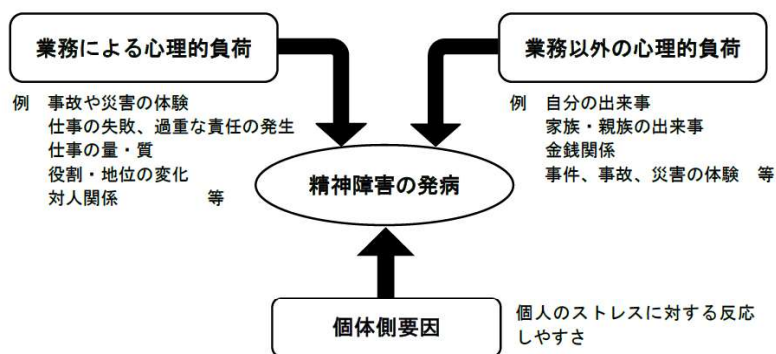


（注）a から e は精神障害の発病ラインを示す。

ストレスー脆弱性理論：環境由来の心理的負荷（ストレス）と、個体側の反応性、脆弱性との関係で精神的破綻が生じるかどうかが決まり、心理的負荷が非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくても精神的破綻が起こるし、脆弱性が大きければ、心理的負荷が小さくても破綻が生ずるとする考え方。

心理的負荷及び個体側要因と精神障害発病との関係（概念図）

「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」報告書（令和5年7月による）



※ 既往や治療中の精神障害、アルコール依存状況等の存在が明らかな場合にはその内容等を調査

ストレスチェック制度を活用した 職場環境改善のヒント

<内容>

- 1 過労死等の実態からみたメンタルヘルス対策の力点
- 2 心の健康づくり対策の目的、意義とストレスチェック制度の活用
- 3 職場環境改善のすすめ方

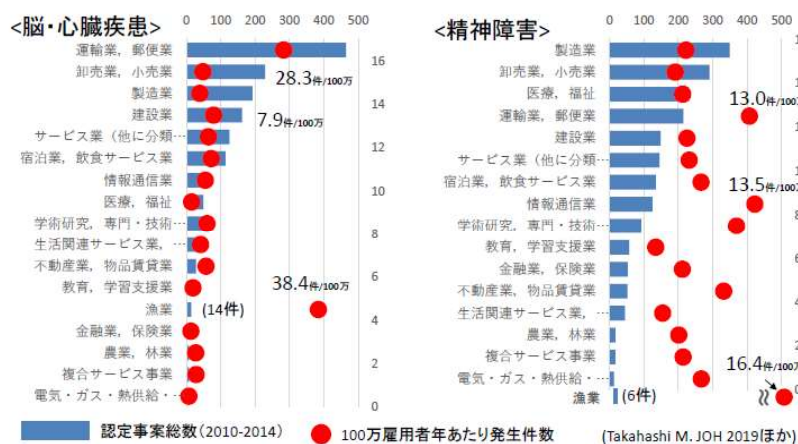
※本講演において報告すべき利益相反(COI)はありません。

独立行政法人労働者健康安全機構
労働安全衛生総合研究所
過労死等防止調査研究センター・統括研究員
吉川 徹(よしかわ とおる)
yoshikawa@hjniosh.johas.go.jp
<http://researchmap.jp/read0063276/>



脳・心臓疾患、精神障害の労災認定事案の件数と発生率

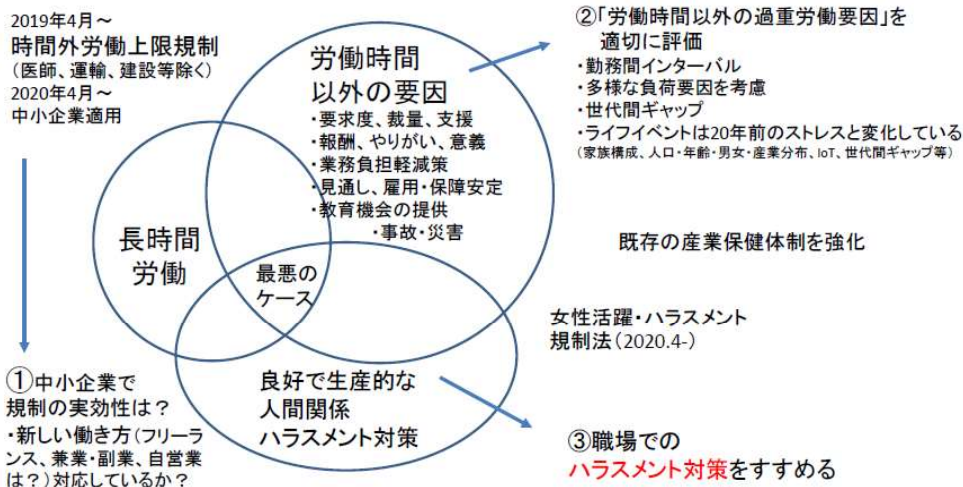
- ・ 脳疾患は3.7件/雇用者100万人、心臓疾患は2.3件/雇用者100万人
 - ・ 運輸・郵便業が全事案の3分の1、発生率は漁業、運輸業・郵便業が突出、建設業、宿泊業・飲食サービス業と続く
- ・ 精神障害は9.3件/雇用者100万人
 - ・ 製造業、卸売・小売業、医療・福祉の順、発生率は情報通信業、運輸・郵便業、学術研究・専門技術サービスが高い



サマリー 精神障害・自殺による過労死等の主なFACT

- 精神障害による労災認定件数は増加傾向
 - － うち自殺によるものは毎年100名弱、うち半数は発症後1ヶ月で自死
- 業務上の心理的負荷の出来事は多様だが、長時間労働が重なり総合判断で認定される事案が多い
 - － →長時間労働対策だけでなく、職場での働き方全体を見渡した防止対策を
 - － →業種ごとで負荷要因は相違→業種ごとの特徴にあわせた防止対策を
- 急性ストレス反応、PTSDも相当数認定され、増加傾向
 - － 女性に多い →立場の弱い労働者への配慮
 - － 暴言・ハラスメント →風通しのよい職場づくり、被災労働者のケア、
 - － 災害・事故への遭遇 →作業安全確保、健康と安全を一体化した取り組み
- 精神障害の労災認定等に関して
 - － 認定基準にパワーハラスメントが明示→今後の認定件数に注目
 - － 脳・心臓疾患の認定基準でも、精神疾患の心理的負荷表が活用

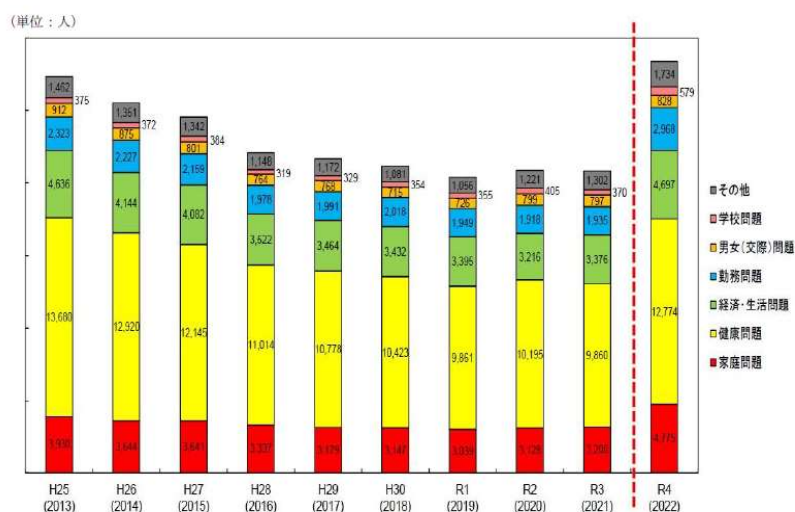
過労死等対策の取り組み視点



自殺の原因・動機別の推移

「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」報告書(令和5年7月による)

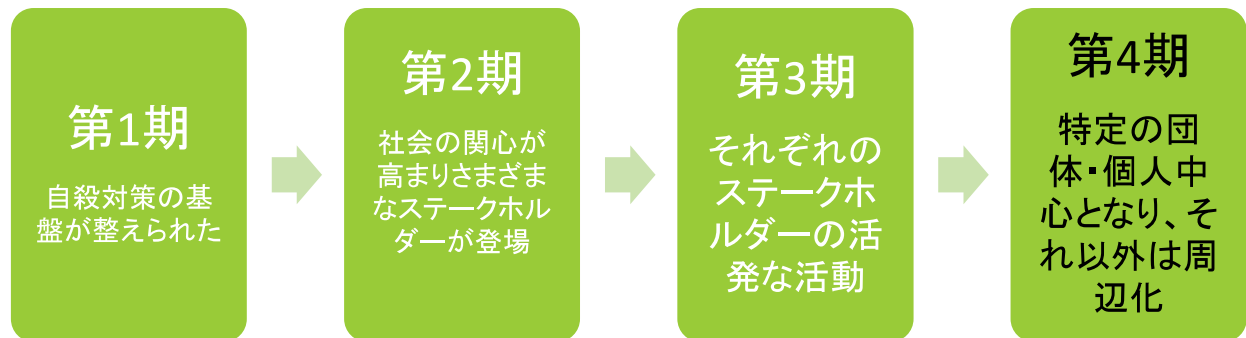
自殺の原因・動機に関して、令和3年までは、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に限り、自殺者一人につき3つまで計上可能としていたが、令和4年からは、家族等の証言から考える場合も含め、自殺者一人につき4つまで計上可能とした。このため、単純に比較することはできない。また、原因・動機特定者数(令和4年は19,164人)と原因・動機数の和が一致するとは限らない。



(厚生労働省・警察庁「令和4年中における自殺の状況」)

取り組みたいこと・共有したいこと

自殺対策の長期的経緯



竹島正：自殺対策のこの10年の経験から学ぶことー精神保健と公衆衛生の狭間で、精神科治療学、36(8)、863-868、2021

自殺を予防するー地域の取り組みを促進するためのツールキット(WHO)

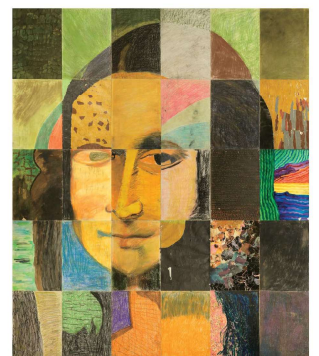
- 地域が自殺予防活動に取り組み、プロセスを自分たちのものとして、取り組みを持続させるための段階的な手引きとなるよう作成された。
- ツールキットは「なぜ地域は自殺予防に重要なのか」を述べている。

Preventing suicide
A community engagement toolkit



自殺を予防する
地域の取り組みを
促進するためのツールキット

Preventing suicide
A community engagement toolkit



WHO: Preventing suicide: A community engagement toolkit (日本語訳「自殺を予防するー地域の取り組みを促進するためのツールキット」)



なぜ自殺を予防することが重要か

自殺は予防可能である。世界的な自殺減少を達成するためには、自殺の予防のための、包括的な多部門による戦略が不可欠であり、効果的な戦略の一環として地域レベルでのアプローチが採用されるべきである。自殺の予防は、個人や家族にとって重要なだけでなく、地域の満たされた状態(well-being)、ヘルスケアシステムや社会全体にも有益である。

- 自殺予防は、地域にプラスの影響を与える。
- 地域メンバーの健康と満たされた状態(well-being)を促進する。
- 介入を同定して促進するために地域に権限を与える。
- 地元のヘルスケア提供者やその他のゲートキーパーの能力を育成する



なぜ地域は自殺予防に重要な役割を果たすのか(1)

政府は、包括的な多部門による国家的な自殺予防戦略を開発し実施するために、自殺予防を先導する必要がある。国によっては、多層におよぶ地域の自殺予防プログラムが組み込まれており、様々な活動や対策が同時に実施されることで、相乗効果が生まれる可能性があることが指摘されてきた(Harris et al., 2016)。しかし、国内の自殺死亡率のばらつき(例えば、地理的な地域)は**トップダウンの自殺予防は、地元のボトムアップのプロセスと連携しなければならないことを示している**。したがって、地域のニーズと、国家政策と、地元の状況に応じた科学的根拠に基づく介入の橋渡しをするとき、地域は自殺予防において重要な役割を果たしている。



なぜ地域は自殺予防に重要な役割を果たすのか(2)

- 地域は、脆弱な人に社会的支援を提供し、フォローアップケアに関わり、意識を高め、スティグマと戦い、自殺で亡くなった人々を支援することによって、自殺のリスクを低減し、保護因子を強化することができる。
- 地域メンバーは、自殺や自殺企図事例の登録が重要であるという問題提起をすることもできる。
- 時には地域メンバーや代表者は、自殺関連行動のリスクがある人々を同定し、群衆自殺が起こらないようにするという、いわゆる「ゲートキーパー」の役割を担うかもしれない。
- 恐らく最も重要なこととして、地域は人々に所属感を与えることによって役立つことができる。地域における社会的支援は、社会的なつながりを構築し、困難なことに対処するスキルを向上させることで、脆弱な人を自殺から守ることができる。
- 地域自体が、地元のニーズと優先課題を同定するのに最適の位置にあることを理解することが重要である。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



持続可能な (sustainable)

長期にわたって継続することが可能である。

環境負荷が少ない、あるいは環境負荷が少ない方法でつくられ、長く続けられる。

TAKESHIMA.TADASHI@BAMBOOLAND.JP