

## 自殺予防・自死遺族支援からみた過労死・過労自殺の予防

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

Tadashi TAKESHIMA Preventing Death and Suicide from Overwork: From the Viewpoint of  
Suicide Prevention and Survivor Support in the Community

### 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」と定義される(令和5年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル)。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、自死の用語について話し合いを行い、中間まとめを公表した<sup>1)</sup>。中間まとめは、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るとした。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、一般市民の不特定多数に向けた発信においては、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て、「自殺」から「自死」への変換を求めている。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<sup>2)</sup>。自死遺族の政策決定過程への参加は、わが国における自殺対策の今後の発展に大きな意味をもつだろう。

### 主要な自殺の危険因子、保護因子と関連する介入

WHO<sup>3)</sup>は、自殺の危険因子を、「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)」に大別している。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」がある。「全体的予防介入戦略」は、全人口に届くように計画され、ケアへの障壁を取り除き、援助へのアクセスを増やし、社会的支援を強化することなどにより、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」は、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」は、特定の脆弱性の高い個人をターゲットとする。

### 自殺リスクのモデル

ニュージーランド自殺予防戦略2006-2016<sup>4)</sup>には自殺行動に至る過程のモデルが掲載されている。このモデルは、(1)自殺行動に寄与する要因は、個人的要因(例えば、遺伝子、性格)から社会的要因(例えば、失業率)まで広範にわたること、(2)これらの要因は自殺行動に直接寄与する可能性があるが、同時に個人の精神保健上の問題に関する脆弱性に影響することにより間接的に寄与する可能性があること、(3)背景的要因も同時に上記の自殺行動に寄与する要因への曝露を増加するよう影響するかもしれないことを示している。そして自殺予防には、多部門による広範なアプローチが必要であると述べる。Tureckiら<sup>5)</sup>は「遠位または素因(家族歴、幼少時

の逆境など)、「発達または介在(認知/問題解決能力の障害、高度の不安、慢性的な物質使用など)」、「近位または促進(ライフイベント、絶望感/うつ、急速な物質使用による行動の脱抑制など)」を背景に自殺行動が起こり、それは、「社会的なつながりのなさ」、「環境因子(メディアの報道、自殺手段へのアクセス、メンタルヘルスケアへのアクセスの不足)」によって影響を受けるとした。ジョイナーら<sup>6)</sup>は、自殺の対人関係理論において、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とした。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。

張賢徳<sup>7)</sup>は「ライフイベント→自殺」の自殺プロセス図を示した。第3次川崎市自殺対策総合推進計画は、張賢徳の自殺プロセス図を原図として「自殺予防プロセス図」を提示している(図1)。

「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(ライフイベント)や病気などの困難が重なり、自殺の危険が高まる過程において、各種の相談などによる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。

### 自殺対策とは何か

自殺対策とは何だろうか? 「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。これまでの精神保健中心ではなく、社会的な取組や自死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」という言葉が使われるようになり、それを短くして「自殺対策」としたのであろう。あるいはこれまでの自殺予防とは異なる革新的なものであるという主張を込めて「自殺対策」という言葉を使用したのかもしれない。しかし、自殺予防suicide preventionには社会的な取組や自死遺族支援は元々含まれており、自殺予防suicide preventionと「自殺対策」は同義と考えてよい。

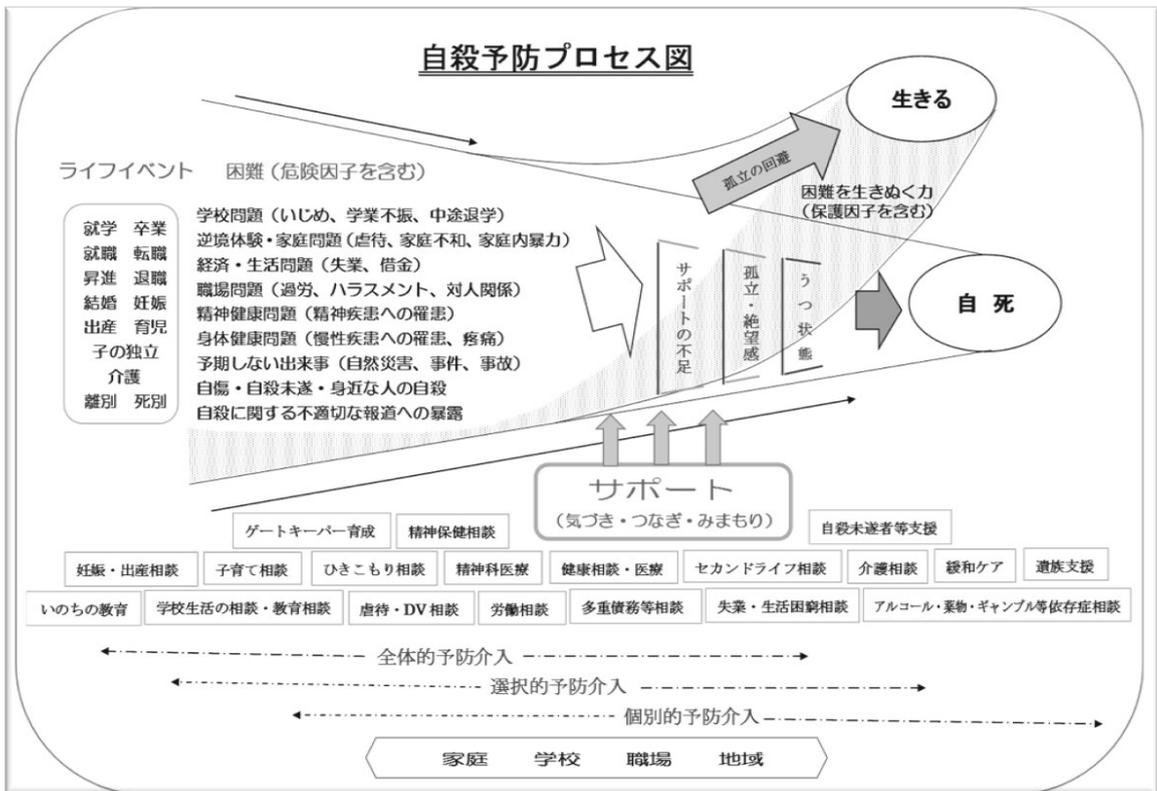


図1. 自殺予防プロセス図(第3次川崎市自殺対策総合推進計画)

筆者は、「自殺対策は考えることである」として、次の4点が大切と述べてきた。自殺対策は自殺予防と自死遺族支援を地域社会の協働を得て埋め込んでいくプロセスなのだ。

- 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。
- 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

人口動態統計による自殺死亡率の長期推移をみると、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(図2)。第二次世界大戦後の経緯を4期にまとめる(図3)。



図2. 自殺死亡率の長期推移(人口動態統計)

#### 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

図3. わが国の自殺対策の経緯<sup>7)</sup>

1) 1998年の自殺死亡急増前まで(第二次世界大戦後～)

1950年代に戦前から戦後への社会の激変を経験した青年の自殺が急増した。1970年代から1980年代には、いのちの電話連盟、日本自殺予防学会や自殺未遂者支援等、今日の自殺対策の基礎がつくられた。これらの取組の中心をなしたのは、1950年代の自殺急増期に青年であった世代のサバイバーである。

2) 1998年の自殺死亡の急増以後、自殺対策基本法前まで(1998年～～2005年)

1998年に自殺死亡者数は3万人以上に急増し、国はこころの健康づくりを進め、うつ病対策に取り組んだ。自死遺児たちはメディアで語り始めた。2005年に参議院厚生労働委員会は自殺対策の推進を求める決議を行い、政府は総合的な対策を取りまとめた。社会の自殺問題への関心が高まり、さまざまな主体が自殺問題を論じる状況となった。

3) 自殺対策基本法以後、厚生労働省への移管前まで(2006年～2015年)

2006年6月に自殺対策基本法が公布され、内閣府の所管となった。2009年に政府は地域自殺対策緊急強化基金を造成、自治体の取組が急速に進んだ。そして自殺死亡者数は減少し、2012年に3万人を下回った。貸金業法改正、アルコール健康障害対策基本法、生活困窮者自立支援法等の法律ができたことは自殺対策の厚みを増した。自殺死亡が3万人を超え続けたことによる緊張感と、自殺対策基本法や基金等の後押しにより、それぞれの主体による活発な活動が続いた。

4) 自殺対策基本法の厚生労働省への移管以後(2016年～現在)

2015年に内閣府業務の見直しが行われ、2016年に自殺対策基本法は厚生労働省に移管、また法改正が行われ、都道府県・市町村は自殺対策についての計画を定めることとされた。2019年には「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」が公布された。さまざまな主体によって担われてきた自殺対策は特定の団体を中心にした体制となった。

## 現在の自殺対策の問題点の例示

現在の自殺対策の問題点をいくつか示す。厚生労働省による『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引<sup>8)</sup>』には「自殺の危機要因イメージ図」が示されているが、この図は、ピアレビューを受けた科学研究の成果や複数の研究のレビューではないようだ。また自殺総合対策大綱には「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それぞれの自殺の実態を分析した自殺実態プロファイルを作成し、地方公共団体の地域自殺対策計画の策定・見直しを支援する」とあり、各自治体に自殺実態プロファイルが提供されている。しかし、既存の統計資料と異なる警察統計に基づく自殺日・住居地の集計であるが、提供される集計表の活用が難しいと述べる自治体職員は少なくない。また2022年の自殺統計原票の見直しも問題である<sup>9)</sup>。2007-2021年版と2022年版では、自殺の原因・動機の分類名称の変更に加え、小分類、判定根拠および小分類数、原因・動機数が変更されている。そのため、統計の連続性が著しく損なわれた。2022年の大改正を主因として、2022年以前と以後の統計で自殺の原因・動機の正確な年次比較を行うことは極めて困難となった。このような自殺統計の大幅な改訂は、多くの研究者が社会問題の影響を考慮して自殺の原因・動機の年次推移を調査・比較することを妨げ、統計の有用性を大きく低下させるものである。日本における自殺の原因・動機の年次比較という価値ある研究を継続するためには、統計データの継続性・整合性に配慮した変更が必要である。また、関係分野・団体との緊密な協議も必要である。「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」には自殺統計原票の改訂を行うことは説明されたものの、どのように改訂するかは説明されていないという。

日本の自殺対策の現在の問題点として、「科学研究の成果の活用停滞」、「ボトムアップのプロセスの軽視」、「モニタリングの軽視」、「透明性・公平性の欠落」の4点をあげたい。

## 自殺総合対策大綱における「職場」の扱い

自殺総合対策大綱における「職場」の扱いを大綱の記載に沿って見直す。自殺総合対策大綱

(2007年6月8日閣議決定)には、「4. 心の健康づくりを進める」の「(1)職場におけるメンタルヘルス対策の推進」をベースに、どのような加筆修正が行われたかを検討した。

自殺総合対策大綱(2008年10月31日一部改正)では記載内容の変更はなかった。

自殺総合対策大綱(2012年8月28日閣議決定)においては、「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」、「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」、「職場復帰支援等に関する事業場への支援、労働者が働きやすい職場環境の整備」、「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」、「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」が追加された。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ことや、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善に向けた環境整備を推進すること、実効あるセクシュアルハラスメント対策の推進が追加された。過労死等防止対策推進法は2014年6月公布、11月施行であり、その法律制定の動きが先行して影響した可能性がある。

自殺総合対策大綱(2017年7月25日閣議決定)は、「第4 自殺総合対策における当面の重点施策」の「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」の中の「(1)職場におけるメンタルヘルス対策の推進」に、「『過労死等の防止のための対策に関する大綱』に基づく過労死等の防止のための対策の推進」、「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た職場環境の改善」、「ストレスチェック結果を活用した集団分析」、「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトにおける総合的な情報提供や電話・メール相談の実施」、「小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の強化」、「働き方改革実行計画」や『健康・医療戦略』に基づく、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実施とそれらの連動による一体

的推進」、「ハラスメント事案が生じた事業所に対して適切な事後の対応及び再発防止のための取組と指導の徹底」などがあげられた。

自殺総合対策大綱(2022年10月14日閣議決定)は文言の変更はあるものの内容面に大きな変更はない。取り組みの記載としてはかなり詳細に及んでいる。すなわち、打ち出せる政策が実際にどのように実施・定着・改善されているのか検証のためのPDCAサイクルを回していく必要がある。PDCAサイクルとは、Plan(計画)、Do(実行)、Check(確認)、Action(改善)を繰り返して業務を継続的に改善する方法をいう。

### 健康の定義や研究成果などから過労死・過労自殺を考える

WHOは健康を「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)」と定義している。またWHOは精神健康を、「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」と定義している。過労死・過労自殺に至る状態は、身体的、精神的、社会的に健康が損なわれ、自身の能力を発揮できない状態ととらえることができる。このような状態ではしばしば援助希求行動(help-seeking behavior)が阻害される。援助希求行動とは、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る。山内貴史ら<sup>10)</sup>は、援助希求には、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、「職場風土」の良し悪しが、支援を求めない大きな背景要因である可能性があるとして、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った。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。P市では29歳以下の精神及び行動の障害による長期療養者の

増加の背景要因の検討を行った<sup>11)</sup>。具体的には2019-2020年度に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・休職に至った要因の抽出を行った。その結果、長期療養者は、職場要因のみの群、職場外要因より職場要因が強い群、職場要因と職場外要因が同等な群、職場要因より職場外要因が強い群、職場外要因のみの群の5群に分かれた。

マクロにみると、厚生労働省患者調査による精神疾患の総患者数は増加し、2002年の258万人から2020年に615万人に増加している。精神障害に係る労災補償の状況では、現行認定基準が定められた2011年度以降の精神障害の労災保険給付請求件数、支給決定件数をみると、請求件数は増加傾向にあり、令和元年度以降は2,000件を超えている。支給決定件数は、2012年度以降は500件前後で推移していたが、2020年度に600件を超え、2022年度は710件となっている。

「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」(WHO)<sup>12)</sup>には「なぜ自殺を予防することが重要か」に「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」という文章がある。「地域」を「職場」に読み替えることで自殺予防・自死遺族支援からみた過労死・過労自殺の予防が見えてくるように思う。

本稿は過労死防止学会第9回大会・特別講演「自殺予防・自死遺族支援からみた過労死・過労自殺」をもとにしている。

## 注

1. 竹島正:自殺対策円卓会議(2017). 自殺予防と危機介入. 37(2). 18-22.
2. 田中幸子:自死遺族の主体と尊厳を取り戻すための闘い(2022). 自死と向き合い、遺族とともに歩む～法律・政策～社会的偏見の克服に向けて～. 一

- 般社団法人全国自死遺族連絡会、自死遺族等の権利保護研究会. 令和3年度厚生労働省自殺防止対策事業(自死遺族等への総合支援のための手引本の作成と配布). [https://www.zenziren.com/reiw\\_a3izokutebiki/](https://www.zenziren.com/reiw_a3izokutebiki/)
3. WHO: Preventing suicide: A global imperative (2014). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>(自殺予防総合対策センター日本語訳「自殺を予防する:世界の優先課題」)
4. ニューゼaland健康省:The New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016(2006). 2007.<http://csps.jp/archives.html>(自殺予防総合対策センター日本語訳「ニューゼaland自殺予防戦略2006-2016」)
5. Turecki G1, Brent DA: Suicide and suicidal behaviour(2016)Lancet. 2016 Mar 19;387(10024):1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2. Epub 2015 Sep 15.
6. 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(2015). 精神科治療学. 30(3). 333-38
7. 竹島正:自殺対策のこの10年から学ぶこと-精神保健と公衆衛生の狭間で-(2021). 精神科治療学. 36(8). 863-868.
8. 厚生労働省:「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引(2023). <https://www.mhlw.go.jp/content/001107643.pdf>
9. Inoue K, Takeshima T, Yamauchi T: An urgent problem: the major revisions of suicide statistics in Japan greatly hamper the research. The Lancet Regional Health - Western Pacific 2023;39: 100852 [http://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00170-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00170-0/fulltext)
10. 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(2022). 産業衛生学雑誌. 64(2). 69-80.
11. 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(2023). 第96回日本産業衛生学会
12. WHO: Preventing suicide: A community engagement toolkit(2018)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(WHO) <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513791>(一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会、WHO世界自殺レポートの活用を進める会日本語訳「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」)