

原 著

過労自殺事例からみた自殺要因にかかわる研究

Investigation of the factors related to cases of suicide induced by overwork

上畑鉄之丞¹、天笠 崇²

1 聖徳大学短期大学介護福祉学科

2 メンタルヘルスクリニックみさと

Tetsunojo Uehata¹, Takashi Amagasa²

1 Care and Welfare School of Seitoku Junior College

2 Mental Health Clinic Misato

過労自殺の労働者の事例について、遺族代理人からインフォームド・コンセントを得て、バックグラウンドの要因の調査を行った。37 事例に関する研究の結果から、業務上ストレス関連の 12 のイベント要因と 1 つの個人的要因とに分類された。最も頻度が高かったイベント要因は、長時間不規則労働であり、予期し得なかった重大な出来事、いやがらせ・ハラスメント、仕事目標が達成できないストレス、過大な仕事責任、不本意な配置転換などの順であった。また、イベントのストレスの大きさでは、いやがらせ・ハラスメントが最も大きく、仕事目標の未達成、過大な仕事責任、長時間不規則労働の順になった。さらに、家族が自殺者の身体不調に気づく場合に比較して、職場の上司や同僚が気づく頻度が極端に少ないことがわかった。こうした結果から、過労自殺の防止では、職場のみでなく、地域と連携した対応が必要ながわかった。

Informed consent was obtained from family representatives of workers who committed suicide induced by overwork, and the background factors for these suicides were investigated. From the results of an examination of 37 cases, 12 factors related to work stress and 1 personal factor were classified. The most common factors were long-term irregular work, unanticipated significant events, abuse and harassment, stress from inability to achieve work targets, excessive work responsibility, and involuntary transfer. Compared with cases in which family members noticed physical ailments in the suicide victim, the frequency with which workplace superiors or colleagues noticed such changes was found to be extremely low. These results indicate that preventing suicide from overwork will require coordination not just with the workplace but also with the community.

キーワード：過労自殺、ストレス、長時間労働、労災認定、質問紙調査

Key words: suicide induced by overwork, stress, long work hours, workers' compensation, questionnaire survey

1. 目的

警察庁の自殺統計によると、わが国の自殺死亡は、1998 年以降、毎年 3 万人以上を記録し続けている。すなわち、1997 年の警察庁統計の自殺数は 24,391 人であったのに対して、1998 年は 32,863 人と 8,472 人も激増し、死亡診断書をもとにした人口動態統計での自殺数も、1997 年の 23,484 人から、1998 年には 31,755 人と 8,261 人と増加している。また、こうした自殺の増加は、男性よりも女性、年代的には 30 - 50 歳代、職業では無職及び雇用労働者に多く、自殺の理由では「経済生活問題」とする者の増加が多いことを警察庁統計は示している。

り

こうした自殺死亡が増加するなかで、川人は 1998 年、「仕事による過労・ストレスが原因となって自殺に至ることを『過労自殺』と呼ぶ。過労自殺は、過労死の一種であり、現代日本の職場の矛盾のあらわれ」と述べ、前述の中高年期の男性を中心とした自殺のなかに、仕事上のストレスに起因している事例があり、それらが当然のことながら、業務上の疾病として労災保険の補償対象になるとしている²⁾。

一方、仕事に関連する精神疾患の労災認定では、旧労働省は 1999 年 9 月、「精神障害等の労災認定に係る専門検討会」報告書³⁾をもとに労災認定基準を制定している。そして、「過労自殺」の業務上外の判断は、上記基準にしたがって判断され、自殺 3 万人時代に入った 99 年以降、労災申請件数は、99 年 155 件、00 年 212 件、01 年 265 件、02 年 341 件、03 年 447 件、04 年 547 件、05 年 656 件と飛躍的に増加しているものの、他方で、実際に労災認定される件数は、99 年 14 件（うち自殺 11 件）、00 年 36 件（同 19 件）、01 年 70 件（同 31 件）、02 年 100 件（同 43 件）、03 年 108 件（同 40 件）、04 年 130 件（同 45 件）、05 年 127 件（同 42 件）と若干の増加はあるものの、自殺に限定した場合は、この数年でも 40 件前後であり、申請数の増加に対応しておらず、認定基準の改定が迫られる状況にある⁴⁾。

一方、激増した自殺死亡への対策では、平成 12(2000)年の国の健康日本 21 計画の「休養・こころの健康づくり」のなかで、「自殺はひとつの要因だけで生じるものではなく、多くの要因が絡み合って起こるが、特にうつ病は最も重要な要因であり、うつ病を早期に発見し、適切に治療することが自殺予防のひとつの大きな鍵になる」とし、「うつ病等に対する適切な治療体制の整備等をはかり、自殺者を減少させる」とし、2010 年までに、23,000 人以下にまで減らすことを目標に取り組みとしている⁵⁾。しかし、平成 17 年 2 月に発表された総務省の「自殺予防対策に関する有識者意識調査」結果では、

「厚生労働省による自殺予防対策に資する観点からの自殺未遂又は自殺の実態の把握・解明の取組は十分でない」、「厚生労働省は、これまで自殺予防に関する正しい理解の普及・啓発について、広く国民を直接対象とした取組はほとんど行っていない」と指摘しており、わずかに、「厚生労働省は、平成 13 年度から事業者、事業場の管理監督者、産業医や産業保健業務に従事する看護師、保健師等を対象とした取組を通じ

て、労働者の自殺予防に関する正しい理解の普及・啓発に取り組んでいるが、中小零細企業の事業者及び労働者個人に対する自殺予防に関する正しい理解の普及・啓発には、なお相当の期間を要するとみられる」としている⁶⁾。

こうした自殺防止の取組の不在や遅れは、著者らが「過労自殺」の遺族におこなった面接調査にも反映され、家族や近親者が自殺した本人の精神的不調に気づいていた事例は多いものの、働いていた職場で、上司が気づいていた事例はなく、たとえ家族や近親者が、本人の精神的不調に気がついていても、どこに、誰に、どのように相談すればよいのかがわからないという問題があり、また、こうした対応の「まずさ」は、夫の死後に配偶者が、しばしば「自責」の念にかられパニック状態に陥る原因のひとつになるとも述べていることとも符号している⁷⁾。

こうした状況のなかで、著者らは、こうした過労自殺の実態とその予防対策をさぐることを目的に、労災認定の請求や企業への損害賠償請求訴訟をおこなっている事例を対象に調査を実施した。

2. 調査方法

自殺の理由や自殺するに至った経過を第三者が詳細に知ることは、遺族のプライバシーを考えるうえから困難である。また、たとえ遺族が了解したとしても、被災者が自殺にいたるまでの職場における行動内容などでは不知の部分が多く、完全な情報が得られない場合も多いと考えられる。こうした困難を回避し、自殺にいたる詳細状況を把握する方法として、著者らは「過労自殺」の労災請求もしくは労災裁判の代理人となっている弁護士を対象に、あらかじめ調査目的と調査内容を文書で示したうえでインフォームド・コンセントを得た上で事例調査を依頼した。同意を得た弁護士には、直接、法律事務所を訪問しそれぞれの事例に関連するすべての資料の閲覧をし、必要事項のみを調査票に記入した。また、不明な点がある場合は、閲覧後に担当弁護士に質問し回答を得た。なお、資料閲覧についての遺族の同意は担当弁護士に依頼し、調査者と遺族とのコンタクトは一切おこなわなかった。調査は 02 年 4 月から 04 年 3 月まで実施した。

調査項目は、被災者の属性（性、年齢、家族、企業規模、業種、職種、職階など）のほか、①自殺場所、自殺手段、遺書の有無と内容、②死亡前の労働状態（雇用形態、勤務態様、労働時間、時間外残業及びサービス残業、休日、出張など）、③発症前の身体的、精神的健康状態、および治療状態（一般医、専門医）、④被災者の自殺行動にいたるまでの周囲の気づき（家族、同僚、上司及び主治医など）、⑤自殺に関連すると考えられた職場及び職場以外でのストレスフル・イベント（以下「イベント」とする）の有無（62 項目ほか）とあった場合のストレス度、⑥その他職場内でのいじめなどである。なお、「イベント」では、各事例での「イベント」数、それぞれのストレスの大きさ、自殺から遡っての自殺にいたるまでの「イ

メント」の継続期間、及びうつ状態などの精神身体徴候との前後関係を推定することでこれらに影響する要因を検討した。また、自殺に関連すると考えられたストレスの大きさは、「著しく大きい、自殺に強く関連」、「非常に大きい、自殺に関連」及び「大きい、自殺の遠因」に3分し、それぞれ「3」、「2」、「1」の強度ポイントを与えた。さらに、自殺にいたるまでの継続期間は、「直前又は1週間内」、「1カ月内」、「6カ月内」、及び「6カ月以上」の4段階に、うつ状態などの身体不調との関連では、「徴候発現前」、「徴候発現後」及び「前後とも継続」の3つに区分した。

3. 結果

事例は東京、札幌、名古屋、大阪などで実施し38例（男35、女3）が収集された。このうち統合失調症で10数年にわたって投薬治療中で、仕事に関連すると考えられる「イベント」が見いだし得なかった事例を除き37事例について検討をおこなった。

表1 従事していた産業及び職業別分布

産 業		職 種
農林漁業	0 名	専門的・技術的職業従事者 16名 (SE等3、建築コンサル3、医師2)
鉱業	0	管理的職業従事者 9
建設業	5	事務的職業従事者 5
製造業	5	販売職業従事者 3
電気・ガス	3	サービス職業従事者 4
運輸・通信	1	保安職業従事者 0
卸・小売	4	農林漁業従事者 0
金融・保険	2	運輸通信職業従事者 0
不動産	1	技能・単純職業従事者 0
サービス	9	その他分類不能 0
公務	4	
その他	3 (情報)	

3-1. 年齢構成、職業

年齢は20歳台10例、30歳台13例、40歳台8例、50歳台6例であった。また、被災者の従事していた業種及び職業は表1に示すように、産業別では、サービス業(9名)が最も多く、次いで建設業、製造業(各5名)、卸・小売業、公務(各4名)、情報産業(3名)の順であった。また、職種は、専門的・技術的職業従事者が16名と最も多く、システムエンジニア(SE)3名、建築コンサルタント3名、医師2名が含まれている。次いで、管理的職業従事者(9名)、事務的職業従事者(5名)、サービス職業従事者(4名)、販売職業従事者(3名)の順であった。また、所属する企業や事業体の規模は、大企業(23名)が最も多く、次いで、中企業(6名)、小企業(4名)の順であり、自治体などの公共企業体は5名であった。

3-2. 自殺場所、自殺方法、遺書の有無

自殺場所は、自宅又は会社寮など日常の住居が最も多く15件、次いで、自宅近く又は社宅近くが5件など、半数近くが普段の生活場所を選んでいて、これに対して、会社又は会社近くを自殺場所に選んだ者は5件と少なかった。その他、ホテルや出張先などを含めた遠隔地4件、車中3件、実家又は実家近く2件、入院先及び墓所各1件、不明1件であった。自殺方法は、縊死14件が最も多く、次いで、飛降り10件、ガス吸引4件、入水及び薬物各2件の順であり、焼死、感電死、凍死、自刺は各1件であった。遺書を遺していた者は18

件と約半数であった。

3-3. 医師による治療状況

自殺直前に医師の治療を継続して受けていた者は15名であった。うち、10名は精神科医などによる専門的治療を重複して受けていた。精神科疾患の病名は、うつ又は反応性うつ病7名、パニック障害1名、そううつ病1名、自律神経失調症1名であった。精神科以外の医師のみに治療を受けていたのは5名で、うち3名の病名は「不眠症」、他の2名は「腎結石」と「肝障害」であった。なお、継続して治療を受けていなかった者のうち8名には、高血圧(3名)、脳梗塞、不整脈、腰痛、下痢、自律神経失調などの既往があった。

3-4. 自殺に関連すると考えられたストレスフル・ライフイベント

自殺に関連したと考えられた「イベント」は、1事例平均4.3個(最大7、最小2、SD=0.8)有していた。それぞれの「イベント」は、大別して、「長時間・不規則労働」、「予期し得なかった重大事」、「いやがらせ・ハラスメント」、「仕事目標の未達成」、「過大な仕事責任」、「不本意な配置転換」、「職場の人間関係トラブル」、「昇進・昇格ストレス」、「職場サポートの喪失」、「初めて経験する仕事」、「単身赴任」、「その他の仕事のストレス」の13項目に大別され、私生活でのイベントは「本人・家族の病気や生活ストレス」として区別

した。それぞれのイベントの詳細は表 2 に示した。

「イベント」の経験回数を表 3 に示した。仕事に関連した「イベント」のうち最も頻度が多かったのは、「長時間・不規則労働」の 81.1%で、次いで、「予期し得なかった重大事」(43.2%)、「いやがらせ、ハラスメント」(43.2%)、「仕事目標が達成できないストレス」(40.6%)、「過大な仕事責任」(35.1%)などの「イベント」は3分の1から半数近くが経験していた。なお、「本人・家族の病気や生活ストレス」(32.1%)は約3分の1が経験していた。

自殺に関連したと考えられた「イベント」のストレスの大きさを、著しく大きい=3、非常に大きい=2、大きい=1、とした場合の平均値と標準偏差値を表 4 に示した。ストレスの大きさは、「いやがらせ、ハラスメント」(平均値 2.76)が最も大きく、次いで「仕事目標の未達成」(同 2.67)、「職場の人間関係トラブル」(同 2.50)、「長時間・不規則労働」(同 2.40)などの項目になり、「予期し得なかった重大事」、「不本意な配置転換」、「予期し得なかった重大事」、「本人・家族の病気や生活ストレス」などが続いた。なお、「本人・家族の病気や生活ストレス」の平均値は 2.08 であった。

3-5. 「イベント」の出現時期及び持続期間と身体不調の関連

自殺に至るまでの過程ではうつ状態に陥る場合が多く、そうした状態が明確でない場合も、職場の忌避や退職願望、不眠、倦怠などの身体不調を近親に訴える場合もしばしばある⁵⁾。収集した調査事例について、各「イベント」の出現時期及び持続状況と身体不調の関連を表 5 に示した。身体不調の出現前に多い傾向のみられた「イベント」は、「初めて経験する仕事」、「昇進・昇格ストレス」、「不本意な配置転換」などであった。また、「いやがらせ・ハラスメント」、「職場サポ

ートの喪失」、「予期し得なかった重大事」などは、身体不調の出現前及び出現後のいずれにも生じる傾向にあり、「仕事目標の未達成」は身体不調発現前のみの場合は少ない傾向がみられる。また、「長時間不規則労働」や「単身赴任」、「仕事目標の未達成」などは、身体不調の発現時期に関係なく継続する傾向がみられた。さらに、「過大な仕事責任」や「本人・家族の病気や生活ストレス」は、出現前後のどの時期にも生じ得る「イベント」であることが示された。

一方、「イベント」の発現時期と自殺までの期間を表 6 に示した。「長時間不規則労働」、「過大な仕事責任」、「不本意な配置転換」、「職場サポートの喪失」、「単身赴任」、「本人・家族の病気や生活ストレス」などの「イベント」は、自殺の6カ月以上前から発現していた傾向が大きいのに対して、「予期し得ない重大事」、「仕事目標の未達成」、「初めて経験する仕事」、「昇格・昇格のストレス」などの場合は6カ月内、また、「いやがらせ・ハラスメント」のは、より短期間で自殺している傾向がみられた。

3-6. 身体不調への近親者の気づき

一方、自殺にいたるまでの被災者の身体の不調について、家族や近親者、職場の同僚や上司などが気づいていたかの状況では、家族や近親者の場合は 26 名 (70.3%) が気づいており、職場の同僚では 10 名 (27.0%)、上司ではわずか 3 名 (8.1%) であった。また、こうした3者の組み合わせを表 6 に示した。家族や近親者のみしか気づいていなかった場合は 17 名 (45.9%) と約半数、次いで、家族や近親者と職場の同僚の場合が 7 名 (18.9%) であり、3者のいずれも気づいていなかった場合は 8 名 (21.6%) であった。

表2 ストレスフル・イベントの概要

1.	長時間不規則労働(深夜・休日労働含む) 長時間残業、長時間・休日なし労働、長時間・不規則勤務、休日出勤過多、残業過多、自宅持ち帰り残業過多、不規則勤務過多、当直勤務過多、深夜交代勤務
2.	予期し得なかった重大な出来事 工事トラブル、工場火災、暴力団の介入、処方トラブルの増加、ビザ発行トラブル、お客のけがとその責任、不注意による商品破損、個人情報の漏洩、学校問題での議会質問・紛糾、勤務中の交通事故と補償交渉、学校内事故と親・教員のトラブル、部下の入院
3.	いやがらせ、ハラスメント 上司の叱責・いやがらせ、セクシャルハラスメント、同僚の面前での上司のいやがらせ、上司のパワーハラスメント、公の場での上司の責任追及、同僚のいやがらせ、上司からの激しい責任追及、研修の場で上司の「へこたれ」社員発言、懲罰目的の出向・見せしめ人事、懲罰目的の大幅減給・降格、職場復帰時のトラブル、退職の強要、
4.	仕事目標が達成できないストレス 営業上回収不能の失敗、トラブルによる工期延長、販売ノルマの未達成、部長代理のノルマ責任、生産遅れの責任、学校改築が困難になる、困難な料金改定作業、4500万円の取引トラブル、製品の納期遅れの責任、工期遅れと住民とのトラブル、トラブルによる作業計画の遅れ
5.	過大な仕事責任 過大な仕事要求、二つの会社の仕事責任、公的機関からの監査、赤字物件の工事責任、一人所長、欠員未補充の責任、受注プラントでの守備範囲の拡大、多重責任、極端な人員削減、売り上げ急増による人員不足、リストラによる人員削減
6.	不本意な配置転換 転勤申し出の度重なる拒絶、不本意な職場配置転換、職場異動、関連会社への不本意な出向、退職希望の拒絶、会社命令による不本意な引っ越し
7.	人間関係のトラブル 直属上司の交代・新任上司との不和、上司との度重なるトラブル、複数の同僚とのトラブル、複数の部下とのトラブル、経営者・前任者とのトラブル
8.	昇進・昇格ストレス 主任昇格、係長への昇進・昇格、副店長昇格、店長昇格、部長昇進、昇進の遅れ
9.	職場サポートの喪失 理解ある上司の異動・退職、理解ある同僚の異動、上司の交代、職場復帰のミスリード、不適切な職場カウンセリング
10.	初めて経験した仕事 初めての工事コンサルタント、経験のないコンピュータ画像処理作業、初めての新規事業担当、初めての就職
11.	単身赴任 1カ月を超える単身赴任、単身での途上国勤務
12.	本人・家族の病気や生活ストレス 本人の身体的病気(脳梗塞、腎結石、椎間板ヘルニア、高血圧・不整脈・痛風、黄疸など) 妻の妊娠・出産、妻と子供との別居、結婚問題、不倫、サラ金苦、新築住宅ローンの負担
13.	その他 仕事内容の変更、仕事の企画の拒絶、同僚のサポート負担、作業計画の断念、無理な組合役員就任、昇進試験の負担、職場の統合による環境の変化、労組とのリストラ交渉

表 3 ストレスフルイベントの頻度とその大きさ

項目	イベント 総数	%	イベントの大きさ(内訳)		
			著しく 大きい	非常に 大きい	大きい
長時間不規則労働	30	81.1	15	12	3
予期し得なかった重大な出来事	16	43.2	8	4	4
いやがらせ、ハラスメント	16	43.2	14	1	1
仕事目標が達成できないストレス	15	40.6	11	3	2
過大な仕事責任	13	35.1	5	5	3
不本意な配置転換	10	27.1	5	2	3
昇進・昇格ストレス	9	24.3	1	4	4
人間関係のトラブル	8	21.5	5	2	1
職場サポートの喪失	7	18.9	1	3	3
初めて経験する仕事	6	16.2	1	2	3
単身赴任	6	16.2	0	1	5
その他の仕事上の出来事	9	24.3	5	3	1
本人・家族の病気や生活ストレス	12	32.4	3	8	2

表 4 ストレスフルイベントの大きさ

項目	有訴件数	平均	S D
いやがらせ、ハラスメント	16	2.76	0.39
仕事目標が達成できないストレス	15	2.67	0.49
人間関係のトラブル	8	2.50	0.63
その他の仕事上の出来事	9	2.44	0.62
長時間不規則労働	30	2.40	0.60
予期し得なかった重大な出来事	16	2.25	0.75
不本意な配置転換	10	2.20	0.80
過大な仕事責任	13	2.15	0.65
本人・家族の病気や生活ストレス	12	2.08	0.43
職場サポートの喪失	7	1.71	0.61
初めて経験する仕事	6	1.67	0.67
昇進・昇格ストレス	9	1.63	0.63
単身赴任	6	1.17	0.28

注 1. イベントの大きさの程度は、著しく大きい：自殺に強く関連、非常に大きい：自殺に関連、大きい：自殺の遠因の三段階に区分した。
注 2. 各項目の平均は、著しく大きい＝3、非常に大きい＝2、大きい＝1、とした場合の平均値を示す。

表5 身体不調とストレスフルイベントの出現時期の関連

	総数	出現時期(身体不調)との関連					
		前のみ		後のみ		前後とも	
	件	件	%	件	%	件	%
1. 長時間不規則労働(深夜・休日労働含む)	30	5	16.6	2	6.6	23	76.7
2. 予期し得なかった重大な出来事	16	2	31.2	6	37.5	5	31.3
3. いやがらせ、ハラスメント	16	6	37.5	7	43.8	3	18.8
4. 仕事目標が達成できないストレス	15	1	6.3	7	46.7	7	46.7
5. 過大な仕事責任	13	5	38.5	3	23.1	5	38.5
6. 不本意な配置転換	10	6	60.0	4	40.0	0	-
7. 人間関係のトラブル	8	3	37.5	2	25.0	3	37.5
8. 昇進・昇格ストレス	9	7	77.8	1	11.1	1	11.1
9. 職場サポートの喪失	7	3	42.9	3	42.9	1	16.7
10. 初めて経験する仕事	6	5	83.3	1	16.7	0	-
11. 単身赴任	6	0	-	1	16.7	5	83.3
12. 本人・家族の病気や生活ストレス	12	4	33.3	4	33.3	4	33.3
13. その他	9	3	33.3	5	55.6	1	11.1

表6 身体不調とストレスフルイベントの発現時期

	総数	自殺前							
		6ヵ月以上		6ヵ月以内		1ヵ月以内		1週間以内	
	件	件	%	件	%	件	%	件	%
1. 長時間不規則労働	30	13	43.3	16	53.3	1	3.3	0	0.0
2. 予期し得なかった重大な出来事	16	1	6.3	8	50.0	6	37.5	1	6.3
3. いやがらせ、ハラスメント	16	4	25.0	7	16.1	2	12.5	4	5.0
4. 仕事目標が達成できないストレス	15	2	13.3	8	53.3	4	26.7	1	6.7
5. 過大な仕事責任	13	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0
6. 不本意な配置転換	10	3	33.3	4	40.0	0	0.0	3	33.3
7. 人間関係のトラブル	8	2	25.0	5	62.5	0	0.0	1	12.5
8. 昇進・昇格ストレス	8	1	12.5	7	87.5	0	0.0	0	0.0
9. 職場サポートの喪失	7	2	28.6	4	57.1	1	14.3	0	0.0
10. 初めて経験する仕事	6	0	0.0	6	100.0	0	0.0	0	0.0
11. 単身赴任	6	3	50.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0
12. 本人・家族の病気や生活ストレス	12	5	41.7	5	41.7	2	16.7	1	8.3
13. その他	9	1	11.1	3	33.3	4	44.4	1	11.1

表7 身体不調への家族、同僚、上司の気づきの有無

家族	同僚	上司	件数	%
有	有	有	1	2.7
有	有	無	7	18.9
無	有	有	0	0.0
有	無	有	1	2.7
有	無	無	17	45.9
無	有	無	2	5.4
無	無	有	1	2.7
無	無	無	8	21.6

4. 考察

1998 年から始まったわが国の自殺の急増は、2005 年現在もなお、年間 3 万人を越えている。その増加の中心は中高年男性であり、警察庁統計では、「勤務問題」や「社会経済問題」などを理由とする割合が増加しており、仕事にかかわるストレス要因の影響が示唆されている。

著者らが、今回収集した事例は、40-50 代の壮年期男性に偏らず、20 - 30 歳代の自殺者や女性の事例も含んでいた。これは、自殺の労災申請や損害賠償では、子供を失った父母が中心の場合が多いことを反映していると考えられ、自殺者の配偶者の場合は、身近にいて直接の事情を知っているだけに「自責」感や「喪失」感が強く、仕事によるストレスが関連しているとわかっていても、行政や企業に対して労災保険の適用や補償を求める行動をおこすことが、自殺者の父母の場合よりも少ないことによると考えられた。

一方、収集事例では、仕事にかかわる複数の「イベント」を平均 4 件程度有していた。過労自殺の要因について、前述の川人は、弁護士として行政裁判にかかわった経験をもとに、①徹夜・深夜・休日などの長時間労働、②仕事目標が達成できない精神的ストレス、③中間管理職の板挟みストレス、④人員削減などでの解雇不安、出向などのストレス、⑤上司などによるいじめ、⑥その他のストレスなど複数の要因が関連していることを指摘している⁸⁾。また、労災申請された自殺事例について検討した黒木も、「過労、抜擢、多忙、業務過重、ストレス、交代勤務」、「リストラ、出向、人間関係、社内事件」などの複数要因があったことを指摘し⁹⁾、天笠らも、「過労自殺」の自然史として、多くが長時間過密労働を継続するなかで、昇進・配置転換など仕事上のトラブルを多く経験していることを述べている¹⁰⁾¹¹⁾。著者が、報道資料をもとに、最近の循環器疾患による過労死事例と「過労自殺」事例の背景要因を比較した調査でも、いずれの場合も仕事上の複数のストレス要因とともに長時間労働に従事している事例が多く、予防的対応では、両者とも長時間労働の解消が必須であることを指摘している¹²⁾。

今回調査の「イベント」調査は、旧労働省が 1999 年 9 月に示した精神疾患の労災認定判断のために示した「職場における心理的評価表」(31 項目)及び「職場以外の生活上の心理的評価表」(31 項目)を中心に検討したが、長時間・不規則労働や調査項目にない「イベント」が認められた場合も取り上げた¹³⁾。そして、事例ごとに経験した「イベント」は結果的に 13 の要因に大別された。こうした要因のうち、最も経験頻度が多かった「イベント」は、「長時間労働・不規則労働」であり、全体の 81.1%が経験していた。また、「予期し得なかった重大事」、「いやがらせ、ハラスメント」、「仕事目標が達成できないストレス」、「過大な仕事責任」などの「イベント」も全体の 3 分の 1 以上の事例が経験していた。ただ、労働時間については、数ヶ月以前からの労働時間を、月残業時間などの形でより詳細で正確に把握することが困難な事例もみられた。

これは、事例の多くが専門技術職や管理職であるため、労働時間が記録されにくく、SE(システムエンジニア)の場合などでパソコンのスイッチ・オン・オフ時刻から労働時間を推定できた事例はあるものの、遺族や同僚の証言をもとに類推せざるを得ない場合が多かったことによる。また、単身赴任者や建設現場の監督者の場合などの場合も、正確な労働時間に関する情報を得ることが困難な場合が多かった。

また、自殺に直接あるいは遠因として関連したストレスの大きさの評価では、「いやがらせ、ハラスメント」の「イベント」が最も大きく、次いで、「仕事目標の未達成」、「職場の人間関係トラブル」、また、経験頻度が最も多かった「長時間・不規則労働」は 4 番目の大きさであった。「職場の出来事」のストレスの大きさについては、旧労働省の「職場における心理的評価表」は、①仕事の量、質、責任、職場の人的・物的環境、支援・協力体制等のほか、恒常的な長時間労働が精神障害発病の準備状態を形成する要因になる可能性が高いことを考慮、②判断は、1)総合評価が「強」の場合とし、具体的には、1)出来事の心理的負荷が強度「Ⅲ」で、出来事に伴う変化が「相当程度過重」の場合、2)出来事の心理的負荷が強度「Ⅱ」で、出来事に伴う変化が「特に過重」な場合などとする。③「生死にかかわる事故への遭遇等心理的負荷が極度のもの」、「業務上の傷病により療養中の者の極度の苦痛等病状の急変」、「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」など特別な状況の場合の総合評価は「強」とする、などの判断の基準を示している。今回の調査でストレスの大きさが最も大きかった「いやがらせ・ハラスメント」は、旧労働省の「心理的評価表」では、強度「Ⅱ」のなかで「セクシャルハラスメント」のみが例示されているだけで、近年、職場でしばしば問題になっている「パワーハラスメント」など上司や経営者などによる「いやがらせ」はあげられていない。また、「心理的評価表」は、「職場における出来事」で強度「Ⅲ」に相当するものとして、「仕事での大きな病気やケガ」、「仕事上の交通事故(重大な人身事故)」、「労働災害(重大な人身事故)発生に直接関与した」、「会社にとって重大なミスをした」、「退職を強要された」などをあげているものの、今回の調査で強度「Ⅲ」に相当する「イベント」を直接経験した事例は、「予期し得なかった重大な出来事」のなかで「工場火災」を経験した事例のみであり、この場合は「生死にかかわる事故への遭遇」といった内容ではなく「イベント」の大きさとしては相対的に低く、ストレスの大きさも、「長時間・不規則労働」に次ぐ 5 番目に位置していた。こうした結果からみると、旧労働省の「心理的評価表」は、例示された「出来事」の内容やストレスの強度に問題が多いことが示唆された。

一方、今回の結果では、「イベント」には、うつなどの身体不調の前に生じているもの、あるいは、身体不調によって増幅されるものなどがあり、他方で、身体不調を訴えないまままでストレスフルな仕事への従事を継続することで、新たなストレスフルイベントを発現する傾向がみられた。すなわち、

「初めて経験する仕事」、「昇進・昇格ストレス」、「不本意な配置転換」などの場合は、60%以上が身体不調の発現前に「イベント」を経験し、「いやがらせ・ハラスメント」や「職場サポートの喪失」などの場合は、身体不調に陥った後に経験する割合が半数近くの事例に認められた。こうした結果は、うつなどの身体不調が「イベント」に触発されて生じるだけでなく、身体不調に陥った結果「イベント」を誘発するなどの場合があることを示している。また、「長時間・不規則労働」や「単身赴任」などの「イベント」の場合は、身体不調の前後ともに一貫して継続しており、こうした健康異常が職場の管理者によって把握されていない実態を示すものともいえる。なお、「イベント」の発現時期と自殺までの期間では、「長時間不規則労働」、「過大な仕事責任」、「不本意な配置転換」、「職場サポートの喪失」、「単身赴任」、「本人・家族の病気や生活ストレス」などの「イベント」は、自殺の6カ月以上前から継続していた傾向が大きい一方、「予期し得ない重大事」、「仕事目標の未達成」、「初めて経験する仕事」、「昇進・昇格の場合」、「いやがらせ・ハラスメント」などの場合は、比較的短期間で自殺する傾向がみられ、「イベント」によって異なることが示された。このうち、特に「初めて経験する仕事」は、新入社員が就職直後に、経験したことがない困難な仕事に十分な指導のないままに従事し、数カ月で自殺していた事例が複数認められた。

なお、自殺に至るまでの被災者の悩みや苦しみ、身体不調などへの対応では、約半数は家族によって気づかれていたものの、職場では殆ど気づかれず、職場の上司の段階では、わずか3事例のみが対応されていたにすぎず、この場合も長期休業やその後の職場復帰の段階で知られていた事例である。また、全体の約4割が医師により治療を継続していること、さらに、約4分の1が精神科医などにより専門的治療を継続していたにもかかわらず、自殺に至っていることは、日常的なカウンセリングや専門的サポートの在り方に考慮を要する点が多いことを示している。

自殺防止の方策について高橋は、プリベンション (prevention) とインターベンション (intervention)、ポストベンション (postvention) の三段階を強調している¹⁴⁾。こうした点から防止対策を考察すると、職場においては、プリベンション、すなわち一次予防としてのうつ病発症を予防するため日常的メンタルヘルス対策が最も重要な対策であり、インターベンションとしてのうつ病などの早期発見や早期治療やポストベンションとしての自殺未遂者や自殺者の近親遺族や同僚などへのカウンセリングは、職域のみで取り組むことには困難が予想され、むしろ地域を中心とし、職域と連携した防止対策が重要と考えられた。これは、本人の悩みや心身の不調を知る立場にいた近親者や同僚の場合、しばしば自責の念にかられパニックに陥る危険が指摘されていることからみても、地域の場に安心して気軽に相談できる場を確保することが、被災者の自殺防止だけでなく postvention 対策としても期待された。このことは現状の保健所や精神保健福祉センター

での対応だけでなく、市町村の保健センターを窓口に関係が気軽に相談でき、かつプライバシーにも配慮された「場」の確保が急がれていると考えられた。なお、19世紀末に「自殺論」を書いたデュルケームは、自殺の社会的要因について述べ、自己本位的自殺としての宗教の「不在」、未婚、家族の少なさ、集団本位的自殺としての軍隊的組織規律など、また、アノミー的自殺としての社会経済的混乱などをあげている¹⁵⁾。こうした原因論の立場からみた場合、今日の自殺激増が、わが国の90年代後半以降の経済混乱による失業の増加やリストラなどによる雇用不安が関連したアノミー的自殺に起因するものである可能性が大きく、こうした社会経済的混乱からの国民の脱却が逆に自殺減少につながるものともいえる。

5. まとめ

過労自殺として、労災保険の適用や企業への損害賠償を求める裁判を継続している事例を対象に、遺族代理人の弁護士からインフォームド・コンセントを得た上で、自殺にいたるまでの背景要因を中心に調査を実施した。37事例の検討結果では、仕事にかかわるストレスフルな出来事の12要因と私的生活の1要因に大別され、1事例平均4.3個(最大7、最小2、SD=0.8)有していた。これら要因のなかで、最も経験頻度が多かったのは、「長時間・不規則労働」の81.1%であり、次いで、「予期し得なかった出来事」、「いやがらせ、ハラスメント」、「仕事目標が達成できないストレス」、「過大な仕事責任」などであった。また、「イベント」によるストレスの大きさでは、「いやがらせ、ハラスメント」6)が最も大きく、次いで「仕事目標の未達成」、「職場の人間関係トラブル」、「長時間・不規則労働」、「予期し得なかった重大事」などが続いた。また、「イベント」とうつなどの身体不調の発現との関連では、「イベント」の経験後に身体不調を訴える場合と、身体不調後に「イベント」を経験する場合、身体不調にかかわらず継続する「イベント」があること、また、自殺にいたるまでの「イベント」の継続期間では、6カ月以上遡って継続する場合と、「イベント」経験後、短期間で自殺にいたる場合のあることがわかった。また、家族が自殺者の身体不調に気づく場合に比較して、職場の上司や同僚が気づく頻度が極端に少ないことがわかった。こうした結果から、過労自殺の防止では、職場のみでなく、地域と連携した対応が必要ことがわかった。

(後記及び謝辞)

本研究は、厚生労働省自殺防止研究「地域における自殺防止対策と自殺防止支援に関する研究」(国立公衆衛生院・国立保健医療科学院)の一部として、平成13-15年度に実施された。また、本研究におけるインフォームド・コンセントは、2001年3月、国立公衆衛生院倫理委員会において承認され実施された。研究の遂行にあたって、多大な協力を得た過労死弁護団の諸氏に感謝する。

参考文献

- 1) 警察庁、「自殺の概要資料」、平成 17 年、平成 16 年、平成 15 年、平成 14 年、平成 13 年、平成 12 年、平成 11 年、平成 10 年、各年度
- 2) 川人博、過労自殺、岩波新書、1998; P.3
- 3) 労働省「精神障害等の労災認定に係わる専門検討会」報告書、1999
- 4) 厚生労働省労働基準局補償課報道資料
- 5) 健康日本 21 企画検討会、健康日本 21 計画策定検討会、21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21)について報告書、3-1-3-11、平成 12 年 2 月
- 6) 総務省、自殺予防に関する調査結果に基づく通知、13-26、平成 17 年 12 月
- 7) 上畑鉄之丞、遺族への支援、地域における自殺予防対策推進のためのガイドライン、国立保健医療科学院自殺予防対策検討委員会、42-45, 2004.3
- 8) 川人博、働く者の自殺を予防するために、自殺企図、永井書店、大阪、2003;263-273
- 9) 黒木宣夫、自殺の労災補償の現状、自殺企図、永井書店、大阪、2003;170-177
- 10) 天笠崇、上畑鉄之丞、過労自殺の実態、自殺企図、永井書店、大阪、2003;159-169
- 11) Amagasa T., Nakayama T., Takahashi Y, Karojisatsu in Japan: Characteristics of 22 cases of work-related suicide. J Occup Health. 2005; 47(2): 157-164
- 12) 上畑鉄之丞、過労自殺一実情と背景、予防の可能性について、心療内科、2003;7(4):298-303
- 13) 上畑鉄之丞、過労死・精神障害の労災認定と公衆衛生、公衆衛生、2000;64(2):106-112
- 14) 高橋詳友、青少年のための自殺予防マニュアル、1999; P.17、金原出版、京都
- 15) デュルケーム、宮島喬訳、自殺論、171-344、中公文庫、1985