

精神保健医療福祉サービスの連動性の向上と 過労自殺防止対策に関する研究

研究代表者 伊藤 弘人 (独) 労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所
過労死等調査研究センター センター長

研究要旨: 本研究は、過労死等防止対策推進法の関連施策の立案・実施に資することをめざしており、本年度の目的は、メンタルヘルスと仕事に関する国際的な関連施策の動向を明らかにすることである。
研究方法: 対象は国際機関における出版物や関係者に対する聞き取りである。国際機関の中でもメンタルヘルスと仕事に関して多様で長年の取り組みがなされていた Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) での動向をまとめた。**結果**: OECD では、2000年に報告書「職場のメンタルヘルス（障害と雇用に関する OECD 諸国の政策展開）」を公表して以来、複数の報告書がまとめられてきた。「世界の障害者政策」（2003）、「病気と障害と仕事」（2010）、「メンタルヘルスと仕事：誤解と真実」（2012）は、OECD での初期の取り組みに関する報告書である。メンタルヘルスは社会的負担が重いこと、またメンタルヘルスの改善がこの負担の軽減につながる可能性があるという近年のコンセンサスに呼応し、OECD は障害者施策に特化した観点から、経済成長への投資という観点に文脈を変更した。「メンタルヘルスを考慮する」（2014）、メンタルヘルスと仕事に関するハイレベルフォーラム（2015）、「こころをフィットさせ、仕事をフィットさせる」（2015）は、この文脈による報告書である。OECD は、加盟国および非加盟国に、次を推奨している。すなわち、①メンタルヘルスシステム自体の改善、②高等教育から労働市場への切れ目のない移行を通じた教育アウトカムの改善、③職場のメンタルヘルス増進と復職政策の開発・実施、および④社会保障制度と雇用サービスとの連動性の向上であった。**まとめ**: 本研究結果は、メンタルヘルスと仕事に関するこれらの取り組みが、労働関連自殺の予防という観点から重要な要素であることを示している。メンタルヘルスケアシステム、教育制度、職場のメンタルヘルスと社会保障制度の改善と統合が必要である。

A. 研究目的

平成18年に成立した自殺対策基本法に基づく「自殺総合対策大綱」が平成29年7月に改定され、勤務問題による自殺対策の更なる推進が

追加された。また平成26年に成立した過労死等防止対策推進法に基づく「過労死等の防止のための対策に関する大綱」においても過重労働による自殺が課題として認識されている。

本研究は、自殺対策基本法および過労死等防止対策推進法の関連施策の立案・実施に資することをめざし、本年度の目的は、メンタルヘルスと仕事に関する国際的な関連施策の動向を明らかにすることである。

B. 研究方法

対象は国際機関における出版物や関係者に対する聞き取りである。対象は国連組織や多国間組織であり、報告書や聞き取り調査を実施した。World Health Organization (WHO)や International Labor Organization (ILO) 等の国連機関、および Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)での取り組みを調査した。本発表では、検討が進んでいた OECD での状況を報告する。

(倫理面への配慮) 研究は、倫理面に十分に配慮して実施した。なお、本研究は出版物および関係者へのヒアリングに基づいて行われたため、倫理面に関する特段の配慮が求められる場面はなかった。

C. 研究結果 (資料参照)

メンタルヘルスと仕事に関しては、Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)で、多様で長年の取り組みがなされていた。2000年に報告書「職場のメンタルヘルス (障害と雇用に関する OECD 諸国の政策展開)」を公表して以来、複数の報告書がまとめられてきた。「世界の障害者政策」(2003)、「病気と障害と仕事」(2010)、「メンタルヘルスと仕事：誤解と真実」(2012)は、OECDでの初期の取り組みに関する報告書である。メンタ

ルヘルスは社会的負担が重いこと、またメンタルヘルスの改善がこの負担の軽減につながる可能性があるという近年のコンセンサスに呼应し、OECDは障害者施策に特化した観点から、経済成長への投資という観点到文脈を変更した。「メンタルヘルスを考慮する」(2014)、メンタルヘルスと仕事に関するハイレベルフォーラム

(2015)、「ここをフィットさせ、仕事をフィットさせる」(2015)は、この文脈による報告書である。OECDは、加盟国および非加盟国に、次を推奨している。すなわち、①メンタルヘルシステム自体の改善、②高等教育から労働市場への切れ目のない移行を通じた教育アウトカムの改善、③職場のメンタルヘルス増進と復職政策の開発・実施、および④社会保障制度と雇用サービスとの連動性の向上である。

この報告書では、支援のための政策の「時期」、「方法」、「支援者」についての現実的な考察がなされていた。

- ・ 「時期」: 政策は、予防、早期特定、早期措置に重点を置くべきである。メンタルヘルス不調の特定は非常に遅れることが多く、無職の状態が数年間続くと、サポートや介入は効果がなくなるためである。
- ・ 「方法」: 個別ではなく、統合・一元化する。さまざまな機関、特に保健医療やと雇用の分野では、それぞれの支援目的のために個別に運営されることが多いという課題がある。
- ・ 「支援者」: 必要とする本人が、多様な場で最初にコンタクトをとる者を活用・強化する。具体的には、教員、職場での管理職、かかりつけ医、雇用カウンセラーなどの最前線の関係者を例示していた。

D. 考察

過労自殺対策は、自殺総合対策、過労死等防止対策、働き方改革、および保健医療福祉サービスの向上施策と多面的に関連する(図1)。OECDの政策提言は、この構造に就職前後の年齢層への支援を追加した施策横断的なプラットフォームで過労自殺対策を進める必要があることを示していた。また、それぞれの領域でフロントラインにいる支援者の役割の重要性が強調するとともに、支援はできる限り早いことが求められていた。

図1. 過労自殺問題の捉え方



我が国においても、精神疾患の疾病負担に関する研究は、自殺領域(金子ら, 2011)を皮切りに報告されてきた(表1)。過労自殺に特に関連する領域として、金子ら(自殺・うつ病)は疾病負担は年間2.7と推計している。またうつ病に特化した研究では、年間1.3兆円(Okumura & Higuchi)から2.0兆円(Sado et al)と推計されている。

全負担に占める医療費などの直接費用の割合は、2%(不安障害, Sado et al., 2013)から28%(統合失調症, Sado et al., 2013)で、中央値は13.5%と、疾病負担の1~3割であった。精神疾患の主な疾病負担は直接費用ではなく、

間接費用であることが明確である。

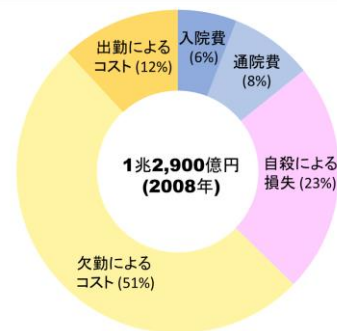
表1. 精神疾患の年間の疾病負担推計研究

研究者(発表年)	対象(精神疾患等)	推計基準年	総額(兆円)
金子ら(2011)	自殺・うつ病	2009	2.7
横山ら(2011)	精神疾患	2010	11.20
Okumura & Higuchi(2011)	うつ病	2008	1.3
Sadoら(2011)	うつ病	2005	2.0
Sadoら(2013)	統合失調症	2008	2.8
Sadoら(2013)	不安障害	2008	2.4
石黒ら(2014)	統合失調症	2008	1.6
佐渡ら(2015)	認知症	2014	14.5
		2060	24.3

職場における疾病負担については、Okumura & Higuchi(2011)がまとめていた。その概要は、図2の通りである。欠勤によるコスト

(absenteeism)が51%と疾病負担の半数を占め、出勤によるコスト(presenteeism)の12%を加えると職場での負担が全疾病負担の60%以上を占めていた。過労自殺の前段階で職場でのメンタルヘルス問題がある可能性は高く、職場での取り組みは、職場での負担を減らすだけでなく、過労自殺の低減につながる可能性が高い。OECDでのまとめは、この文脈に沿った内容であると考えられることができる。

図2. 日本における大うつ病のコスト*



Okumura Y, Higuchi T: Cost of depression among adults in Japan. The Primary Care Companion for CNS Disorders. Prim Care Companion CNS Disord 3 (3), 2011.

また、OECD のまとめは、近年の国際機関でのメンタルヘルスケアの取り上げられ方と整合性有している。たとえば、OECD が「メンタルヘルスを考慮する」(2014)を出版した2年後の2016年4月、世界銀行、世界保健機関、APEC のハイレベル会議が行われ、開発援助におけるメンタルヘルスへの投資は、投資額の2~3倍のリターンがあるという文脈であった(Chisholm et al. Lancet Psychiatry 2016 May;3: 415-24, 2016)。同様の文脈の報告は、英国首相へ答申した報告においても見られる(Stevenson/Farmer. Thriving at work, 2017)。

E. 結論

本研究結果は、メンタルヘルスと仕事に関するこれらの取り組みが、労働関連自殺の予防という観点から重要な要素であることを示している。メンタルヘルスケアシステム、教育制度、職場のメンタルヘルスと社会保障制度の改善と統合が必要である。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

- (1) 学会誌・雑誌等における論文一覧 なし
- (2) 学会・シンポジウム等における口頭・ポスター発表(国内学会等1件)
- ・ 伊藤弘人. 精神保健医療福祉サービスの連動性の向上と過労自殺防止対策に関する研究. 平成30年日本自殺総合対策学会. 2018年3月15日.
- (3) その他の外部発表等：
 - ・ Ito H. How long-working hours affect people's health and mental health. 2nd Annual Meeting of Asian Consortium of National Mental Health Institutes. March 5, 2018.

H. 知的財産権の出願・登録状況：なし

エグゼクティブサマリー

メンタルヘルス不調は、本人に対しても、事業主に対しても、経済に対しても、高額な支出を強いる。メンタルヘルス問題を抱える人々は、本人がそれぞれに患う苦痛以外にも、就労状況が悪くなり、失業が多くなり、貧困のリスクが高いことにより、経済的にも苦しい思いをする。事業主側は、仕事の生産性の大幅な低下と病欠の高い割合に苦心する。また、一般の経済は、社会的支出や医療支出の形で損失を負う。

これらの大きな損失は、メンタルヘルス不調、特に中軽度の類のものものの有病率が高いという直接的な結果に至る。いついかなる時もこれは生産年齢人口の5分の1に影響を及ぼし、2人に1人は生涯のうちにメンタルヘルス障害に悩まされる時期がある。有病率は長期的には上昇していないものの、メンタルヘルス不調が示す経済的課題、雇用の課題、社会的課題の規模が政策立案者や社会に概ね認知され始めたのはごく最近のことである。

メンタルヘルス不調の損失分が高いという点に取り組むには、それが職場や保健制度、また失業や障害を含む社会政策のあらゆる部門のステークホルダーたちにとって優先すべき事柄となる必要がある。しかしながら、政策の対応は遅い。

大きな問題は以下のとおり明らかである。

- 教育成果や雇用への移行にマイナスに影響するメンタルヘルス不調の早期発症
- 著しい処置不十分や保健医療のニーズへの対応不足
- 罹患者の就職への期待を害するメンタルヘルス不調に伴う有意のスティグマ
- 失業手当の受給者を含む、すべての生産年齢の給付金請求者におけるメンタルヘルス不調の高い有病率

OECD政策理念

OECD加盟国9カ国において、メンタルヘルスと仕事の関連のエビデンスから利用できるものを抜粋し、本レポートにおいて、いつどのようなタイプの介入をどの立場が担当して実行すべきかという点に関して政策転換が必要であると結論付ける。現在、介入はあまりにも遅れていることが多く、鍵となるステークホルダーは取り残されており、さまざまな機関やサービスは個別に機能する傾向にある。3つのパラメーター—時期、内容、担当—の変更は、メンタルヘルス不調の人を組み入れる労働市場の改善に大いに役立つ。

・ 時期

介入のタイミングは極めて重要である。労働市場の圏外に長年出ている人には介入が非常に遅れることが多い。遅れてしまった場合、包括的な手段さえ、影響力が乏しくなる。人が教育や労働市場から脱落してしまうまで待っていることに比べれば、学校または職場で講じられるいかなる措置もより良い影響が長続きする。病気と失業のスキー

ムも、排除されたままとなっている仕事への復帰を支援するためには迅速に対応する必要がある。

- ・ **内容**

現在の政策は閉鎖的なものが多い。保健医療政策、雇用政策、教育政策は、概してセクターごとの成果のみが考慮されている。そのような個別のサポートでは十分に優れているとは言えない。メンタルヘルス不調を抱えたまま就労状態を維持する、職場復帰する、あるいは職探しをするために葛藤する人の場合、一元化された方法で政策が対処すべき社会的問題、健康問題、雇用問題が絡み合っている。一元化されたサービス提供であれば、有意に優れた成果をすみやかにもたらす。

- ・ **支援者（担当）**

専門家のメンタルヘルスケアの専門家や専門機関に一任してしまう場合、メンタルヘルス不調の課題への対処に進展を望めない。メンタルヘルス不調は、多くのステークホルダーが対処しなければならない主要問題である。メンタルヘルスの領域外にある最前線の関係者は、メンタルヘルス不調の人に対して教育と労働の優れた市場結果を確保するという主要な役割を担う。教員、ラインマネージャー、一般医、雇用サービスのケースワーカーは、学生、労働者、患者、顧客のメンタルヘルス不調の影響に日々直面している。彼らは、問題点を割り出し、影響や関連のあるものに対処し、必要に応じて専門家を関与させるために最適な担当者として配置される。

OECDがレビューした国のうち、政策のさまざまな領域において、メンタルヘルスと仕事の問題に初期段階で上手に対処する一元化されたアプローチを導入していない国はなかった。しかし、政策アプローチの変化について教訓を与えてくれるさまざまな分野において、多数の有望な例が認められる。しかしながら、そのような例の多くは、厳密に評価されていないことが多い一時的なパイロットプロジェクトである。政策や成果を適切に測定したりモニタリングしたりすることで、有望な例から優れた教訓が得られる。

多方面にわたる政策の一部の要素は、メンタルヘルスと雇用のよりよい結果を促す一元化された政策的アプローチの方向にシフトする必要がある。

- ・ 主要な最前線の関係者、特にメンタルヘルスの分野外の人には、メンタルヘルス不調に対処するには、メンタルヘルス問題を特定する方法に関する作業ガイドラインや、問題発生時にすみやかに問題や問題に関連のあるものに取り組むための強力なツールや紹介体制など、優れたコンピテンスが求められる。
- ・ 主要な関係者の責任は、より明確にしておく必要がある。このことは、当該の事業主、医師、サービス提供者にとって重要であるだけでなく、給付金関係当局、雇用サービス、教育当局、保健医療制度などの公的な関係者にとっても同じく重要である。
- ・ 金銭的インセンティブの場合、利害関係者が各自の責任に従って確実に行動する有効な方法を提供できる。すべてのステークホルダーが正しいことをするよう促され、あるいはそれに対する代金が支払われるように、政策は制度を変えるように努めるべきである。メンタルヘルス不調の早期特定とそれに対処する迅速な措置、また保健医療サービスや雇用サービスをインセンティブが促進する必要がある。
- ・ 最後に、厳密な政策の施行は極めて重要である。たとえば、事業主、医師、その他の関係者には多くのガイドラインや法規がすでに存在する。ただし、その使用について系統的にモニタリングされていない限

り彼らはほとんど影響を受けることがなく、これについては政治レベルや行政レベルでの非常に強力なリーダーシップが求められる。

政策の最終的な目標は、人々がどこでどのように支援を求めても、以下の人物に相談すれば一元化されたサポートをすみやかに受けられるようにすることである：家庭に困難がある場合のソーシャルワーカーまたは教員、仕事のトラブルを相談する場合のプロのヒューマンリソース、疾患証明書を求める場合の一般医、気分または不安の問題により支援を求める場合の心理学者、または新しい仕事を探す場合の雇用サービスカウンセラー。

したがって、この「OECDのメンタルヘルスと仕事の政策的枠組み」では、OECD全加盟国で一般的な一連の政策の結論を以下の4つのタイトルに分けて記載する。

- ・ メンタルヘルスの認識と教育の政策を通しての若者の支援
- ・ 雇用指向型のメンタルヘルスケアシステムに向けた取り組み
- ・ 職場政策サポート、事業主サポート、インセンティブの改善
- ・ メンタルヘルス不調の人に適したメリットおよび雇用サービスづくり