

第7回 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム

日時：平成22年9月9日(木)
18:00 ~ 19:30
場所：省議室(9階) <内7099>

長妻 昭
厚生労働大臣

山井 和則
厚生労働大臣政務官

清水 康之
内閣府参与

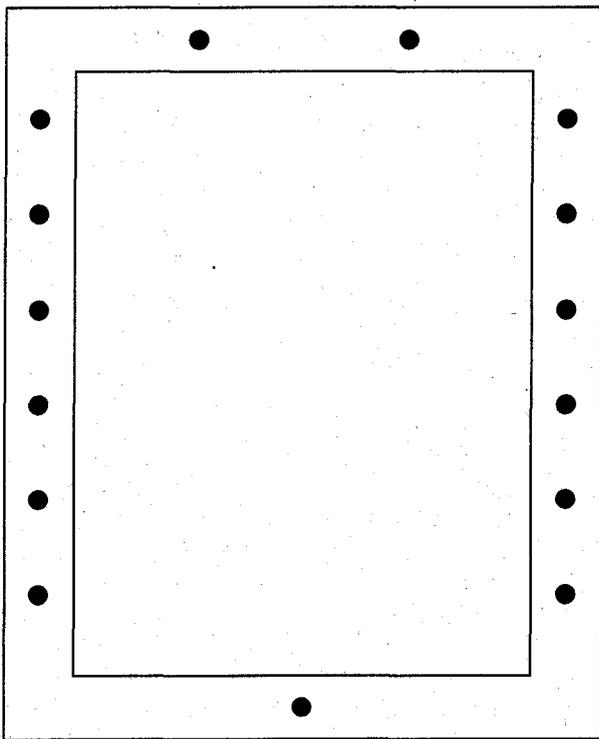
平野 良雄
労働基準局安全衛生部長

鈴木 幸雄
労働基準局安全衛生部
労働衛生課長

永田 和博
労働基準局安全衛生部
主任中央労働衛生専門官

藤井 礼一
職業安定局 高齢・障害者雇用対策部
地域就労支援室長

齊藤 馨
内閣府自殺対策推進室企画官



竹島 正
国立精神・神経医療研究センター
自殺予防総合対策センター長

木倉 敬之
社会・援護局障害保健福祉部長

福田 祐典
社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課長

勝又 浜子
健康局
保健指導室長

中谷 祐貴子
社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 課長補佐

本後 健
社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 課長補佐

金子 能宏
国立社会保障・人口問題研究所

事務局

出入口

自殺対策タスクフォースの設置について

平成 22 年 9 月 7 日
自殺総合対策会議決定

1 我が国における年間の自殺者数が、12年連続で3万人を超えている厳しい状況を踏まえ、本年中の自殺者数を可能な限り減少させるために、必要な緊急対策の機動的な実施等を行うため、自殺総合対策会議に、平成23年3月31日までの間、自殺対策タスクフォース（以下「TF」という。）を設置する。

2 TFの構成員は、次のとおりとする。ただし、座長は、必要があると認めるときは、構成員を追加し、又は関係者に出席を求めることができる。

共同座長	内閣府特命担当大臣（自殺対策） 国家公安委員会委員長 厚生労働大臣
構成員	内閣府副大臣（自殺対策） 内閣府副大臣（消費者及び食品安全） 内閣府副大臣（金融） 厚生労働副大臣 経済産業副大臣 内閣府大臣政務官（自殺対策） 文部科学大臣政務官 厚生労働大臣政務官 警察庁次長

3 TFの事務を行うため、TFに事務局を置く。事務局の構成員は、次のとおりとする。

事務局長	内閣府副大臣（自殺対策）
事務局長代理	内閣府大臣政務官（自殺対策） 内閣府大臣政務官（経済財政政策） 厚生労働大臣政務官
事務局次長	内閣府政策統括官（共生社会政策担当）
事務局員	内閣府自殺対策推進室員

4 内閣府本府参与（自殺対策）（以下、「本府参与」という。）が置かれている場合は、3に掲げる事務局の構成員に加え、本府参与を事務局長代理に充てる。

5 前各項に定めるもののほか、TFの運営に関する事項その他必要な事項は、内閣府特命担当大臣（自殺対策）が定める。

第7回 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム

【議事次第】

1. 日時 : 平成22年9月9日(木) 18:00~19:30
2. 場所 : 中央合同庁舎5号館 厚生労働省省議室(9階)
(東京都千代田区霞が関1丁目2番2号)
3. 議事 : ①平成23年度概算要求(報告)
②自殺・うつ病の社会的損失の推計(報告)
③職場におけるメンタルヘルス対策検討会について(報告)
④精神疾患に関するウェブサイトの紹介
⑤向精神薬の過量服薬に関する対策について

【配布資料一覧】

- 資料1 平成23年度概算要求について
- 資料2 自殺・うつ対策の経済的便益(自殺・うつによる社会的損失)の推計
- 資料3 職場におけるメンタルヘルス対策検討会について
- 資料4 精神疾患に関するウェブサイトの開設について
- 資料5 過量服薬への取組—薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて—

第9 暮らしの安心確保

1 自殺・うつ病対策の推進

60億円(36億円)

- (1) 地域で生活する精神障害者へのアウトリーチ(訪問による支援)体制の確立
(新規) 16億円
障害者の地域移行・地域生活支援の一環として、未治療の者、治療を中断している重症の患者などに対し、アウトリーチ(訪問支援)により、医療・保健・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を行うため、多職種チームによる訪問活動やこれらに従事する者への研修等を実施する。
- (2) 認知行動療法の普及の推進 98百万円
うつ病の治療において有効性が認められている認知行動療法の普及を図るため、従事者の養成を拡充する。
※認知行動療法：うつ病になりやすい考え方の偏りを、面接を通じて修正していく療法。
- (3) 地域での効果的な自殺対策の推進と民間団体の取組支援 4.2億円(3.5億円)
都道府県・指定都市に設置されている「地域自殺予防情報センター」における専門相談の実施のほか、関係機関のネットワーク化等により、うつ病対策、依存症対策等の精神保健的な取組を行うとともに、地域の保健所と職域の産業医、産業保健師等との連携の強化による自殺対策の向上を図る。また、自殺未遂者や自死遺族等へのケアに当たる人材を育成するための研修を行う。さらに、先進的かつ効果的な自殺対策を行っている民間団体に対し支援を行う。
- (4) 自殺予防に向けた相談体制の充実と人材育成 36億円(31億円)
うつ病の早期発見・早期治療につなげるため、一般内科医、小児科医、ケースワーカーなどの地域で活動する者に対するうつ病の基礎知識、診断、治療等に関する研修や地域におけるメンタルヘルスを担う従事者に対する精神保健等に関する研修を行うこと等により、地域における各種相談機関と精神保健医療体制の連携強化を図る。
また、職場におけるメンタルヘルス対策を促進するため、メンタルヘルスに関する総合相談や事業場に対する支援体制の充実、メンタルヘルスに対応できる人材育成の

ための研修の拡充等を行う。

(5)うつ病等の精神疾患に関する国民の正しい理解の促進

75百万円(81百万円)

自殺との関連が強いとされるうつ病等の精神疾患に関し、ホームページ等を通じ広く国民各層への普及啓発を行う。

(6)自殺予防総合対策センターにおける情報提供・調査研究等の推進

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター運営費交付金(40億円)の内数

総合的な自殺対策を実施するため、独立行政法人国立精神・神経医療研究センターに設置されている自殺予防総合対策センターにおいて、国内外の情報収集、インターネットによる情報提供、関係団体等との連絡調整を行うとともに、医療現場でパーソナリティー障害に対応する医師や地域におけるメンタルヘルスを担う心理職等に対する専門的な研修等及び自殺の実態を解明するための調査を行う。

第10 各種施策の推進

9 薬物乱用・依存症対策の推進

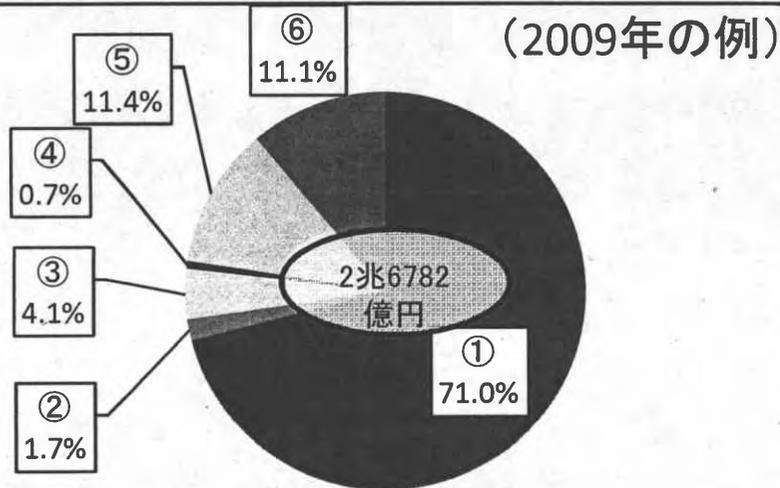
(2)薬物等の依存症対策の推進

87百万円(89百万円)

地域における薬物・アルコール依存症対策を推進するため、「依存症対策推進計画」を策定し、その計画に基づいた依存症対策事業を実施するとともに、依存症者の社会復帰支援を強化するため、関係者の資質向上を図る。

自殺・うつ対策の経済的便益(自殺・うつによる社会的損失)の推計の概要
 (国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部 金子能宏氏・佐藤格氏)

自殺やうつ病がなくなった場合、経済的便益の推計額は単年で約2兆7千億円



◆単年の推計額は、その年に自殺で亡くなった方が亡くならずに働き続けた場合に得ることが出来る生涯所得の推計額(①)と、うつ病によってその年に必要となる失業給付・医療給付等の減少額等(②～⑥)の合計

- ① 自殺がゼロになることによる稼働所得の増加(1兆9028億円)
- ② うつ病による自殺と休業がなくなることによる労災補償給付(労災年金を含む)の減少(456億円)
- ③ うつ病による休業がなくなることによる賃金所得の増加(1094億円)
- ④ うつ病がきっかけとなって失業することがなくなることによる求職者給付の減少(187億円)
- ⑤ うつ病がきっかけとなって生活保護を受給することがなくなることによる給付の減少(3046億円)
- ⑥ うつ病がなくなることによる医療費の減少(国民医療費ベース)(2971億円)

注) 医療費削減額は国民医療費の精神疾患医療費総額(男女計)のうち、生活保護医療扶助の重複を除く額

自殺やうつ病がなくなった場合、2010年でのGDP引き上げ効果は約1兆7千億円

年	GDPの引き上げ額(兆円)		
	ケース2	ケース3	ケース4
1998	0.154		
1999	0.188		
2000	0.234		
2001	0.266		
2002	0.31		
2003	0.357		
2004	0.405		
2005	0.452		
2006	0.509		
2007	0.559		
2008	0.595		
2009	0.631		
2010	0.686	1.657	0.202
2011	0.732	1.978	0.244
2012	0.777	2.129	0.287
2013	0.821	2.254	0.329
2014	0.868	2.387	0.373
2015	0.919	2.53	0.42
2016	0.969	2.669	0.465
2017	1.018	2.808	0.511
2018	1.067	2.95	0.558
2019	1.119	3.097	0.605
2020	1.172	3.248	0.654

ケース2 1998年以後の自殺者数(約3万1千人)が、1998年以後も、1997年以前の自殺者数(約2万2千人)と同程度の水準で推移していたと仮定

ケース3 約3万1千人で推移している自殺者数が、2010年以降、ゼロになると仮定

ケース4 約3万1千人で推移している自殺者数が、2010年以降、1997年以前の自殺者数(約2万2千人)と同程度の水準で推移すると仮定

左記の単年の推計による、②、④～⑥はこの推計には含まれない。



自殺・うつ対策の経済的便益 (自殺・うつによる社会的損失)の推計*

2010年9月

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部
金子能宏・佐藤格

*この報告は、推計の考え方、推計方法と推計結果の概要をとりまとめています。
より詳しい内容については、本推計のマクロ的な推計と関連する当研究所の一般会計プロジェクト
「社会保障計量分析モデル開発事業(平成21～23年度)」平成22年度報告書で報告する予定です。

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

1

自殺・うつ対策の経済的便益の推計の位置づけ



- ◆ 総合的な自殺・うつ対策の必要性とその効果を経済の観点から示す。
- ◆ 自殺総合対策の方針(*)と関連するエビデンスを示す。
 - * 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
 - * 関係行政機関相互の緊密な連携・協力を図る
 - ある時点の多様な対策の経済的便益と国民経済に関係する便益の両方を推計
 - * 中長期的視点に立って、継続的に進める
 - マクロ経済的・中長期的な経済的便益の推計
- ◆ 先進国におけるエビデンスに基づく自殺・うつ対策の事例を参考にする。
 - * イギリス:1998年、対策が講じられなかった場合に生じる社会経済的な負担を、項目別に推計(参考①、イギリス1998年の先行研究)
 - 「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク」(精神保健改革10ヵ年計画)を1999年に策定、自殺死亡率を10年間で20%引き下げることを目標に対策を推進。
 - その結果、2008年8月1日年次報告によれば、2004-06年の平均自殺死亡率は10万対8.3人に下がり、引き続き減少を続けている(資料出所:「平成20年版自殺対策白書」)

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

2

自殺・うつ対策の経済的便益(自殺・うつによる社会的損失)の推計方法の視点

推計期間別にみた経済的便益の推計方法

①1年ごと(年度・年次ごと)の経済的便益の推計

- ◆ 自殺・うつ対策の項目別にみた便益の積み上げによる推計
←参考となる先行研究(Fig.1 Cost of mental illness in England(1996/1997 prices), “Cost of mental illness in England”, Mental Health Research Review, 1998年)
- ◆ 推計の前提:自殺・うつ対策により自殺・うつ病がなくなると仮定

②(将来に向けた)中長期的な経済的便益の推計

- ◆ 自殺・うつ対策により労働市場に加わる人々が増えることを通じて国民経済活動が活発になり、国内総生産(GDP)が増加するマクロ的な経済的便益
- ◆ 自殺・うつ対策がGDPに及ぼす効果をマクロ経済モデルを応用して推計

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

3

1年ごと(年度・年次ごと)の経済的便益の推計①



I 自殺対策の経済的便益

- ①自殺を予防することによって、働ける間は働くことができるようになるために得られる生涯所得(稼働所得:賃金所得と自営業所得)の直近年次における現在価値(期待値)

II うつ対策の経済的便益

- ②うつ病による自殺と休業がなくなることによる労災補償給付(労災年金を含む)の減少
- ③うつ病による休業がなくなることによって得られる(休業した場合に失われる)賃金所得

←参考 島悟「精神障害による休業人口推定値に基づく推定逸失利益」、厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業平成15年度総括・分担研究報告書, 2003

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

4

1年ごと(年度または年次ごと)の経済的便益の推計②



◆ うつ対策の経済的便益一つづきー

- ④うつ病が防げるようになり、うつ病がきっかけとなって失業することがなくなることによる失業給付(求職者給付)の減少
- ⑤うつ病が防げるようになり、うつ病がきっかけとなって生活保護を受給することがなくなることによる生活保護給付の減少
- ⑥うつ病が防げるようになり、うつ病がなくなることによる医療費の減少(なお、国民医療費における精神疾患費用のうち、うつ病に関連する費目から生活保護医療扶助(精神のうちうつ病の部分)の重複を除いた費用)

◆ 注)自殺・うつ病によって生じている経済的コストの項目には他にもあると考えられるが、ここでは、イギリスの精神疾患対策の効果を推計した先行研究、Fig.1 Cost of mental illness in England(1996/1997 prices), "Cost of mental illness in England", Mental Health Research Review, 1998年、を参考に、日本の実情を考慮して選択した。

自殺予防によって得られる生涯所得の推計(例示)



推計の考え方

- ◆ 自殺予防によって、自殺でなくなられた方がなくなることなく働くことができると仮定すれば、自殺でなくなられた方の人数だけより多くの方が労働市場に参加することになる。
- ◆ 例えば、2009年に20代、30代、・・・60代の方は、賃金プロフィール(次のページに示す表の賃金の横方向の並び)にそって、それぞれ年齢が上がるにつれて変化する賃金所得をえていくことができる。
- ◆ こうした2009年でのみた年齢別の生涯所得に、年齢別の自殺者数をかけて得られる額の合計が、自殺予防によって得られる生涯所得(の期待値)という経済的便益になる。

労働市場の現実を反映した推計の手順

- ◆ 労働市場には、正規雇用者で働く場合、非正規雇用者で働く場合、その他の就業形態(自営業等)で働く場合がある。このため、なくなれずに働くことができると仮定した人数を、「労働力調査」にある正規雇用者の割合、非正規雇用者の割合、その他(自営業者等)の割合で案分し、就業形態別に「推計の考え方」で示した方法で求めた生涯所得にかけあわせて(次のページの青い囲みの手順)、合計することにより、2009年でのみた社会全体の生涯所得(の期待値)を推計する。

自殺予防によって得られる生涯所得の推計(例示) つづき



- ◆ 自殺予防によって、自殺でなくなられた方がなくなれることなく働くことができると仮定すれば、自殺でなくなられた方の人数だけより多くの方が労働市場に参加することになる。
- ◆ 例えば、2009年に20代、30代、・・・60代の方は、賃金プロファイル(表の横方向の賃金)にそってそれぞれの年齢の賃金所得をえていくことができる。
- ◆ こうした2009年でのみた年齢別の生涯所得に、年齢別の自殺者数をかけて得られる額の合計が、自殺予防によって得られる生涯所得(の期待値)という経済的便益になる。

2009年 正規労働者 (民間)		年齢階級											乗数(1年 目論みて いて5年目 まで継続 就業する 確率)	一人当た り生涯賃 金(万円) (失業を考 慮した場合)	
年齢階級 (5歳階級)	年間賃金所 得(万円) (決まって支 給する給与 と年間賞与 合計)	1519	2024	2529	3034	3539	4044	4549	5054	5559	6064	6569			
男	1519	241.4	188	228	269	315	357	405	432	436	408	303	360	0.834	15410
	2024	305.73	0	223	269	315	357	405	432	436	408	303	360	0.834	14628
	2529	386.95	0	0	269	315	357	405	432	436	408	303	360	0.834	13696
	3034	463.23	0	0	0	315	357	405	432	436	408	303	360	0.834	12576
	3539	533.5	0	0	0	0	357	405	432	436	408	303	360	0.834	11262
	4044	619.03	0	0	0	0	0	405	432	436	408	303	360	0.834	9774
	4549	664.83	0	0	0	0	0	0	432	436	408	303	360	0.834	8084
	5054	670.14	0	0	0	0	0	0	0	436	408	303	360	0.834	6283
	5559	616.62	0	0	0	0	0	0	0	0	408	303	360	0.834	4465
	6064	431.97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	303	360	0.834	2765
	6569	360.28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	360	0.834	1502
子	1519	210.95	167	204	234	248	262	265	265	258	244	212	278	0.847	11158
	2024	277.71	0	204	234	248	262	265	265	258	244	212	278	0.847	10450
	2529	333.89	0	0	234	248	262	265	265	258	244	212	278	0.847	9587
	3034	355.87	0	0	0	248	262	265	265	258	244	212	278	0.847	8598
	3539	381.43	0	0	0	0	262	265	265	258	244	212	278	0.847	7550
	4044	387.13	0	0	0	0	0	265	265	258	244	212	278	0.847	6440
	4549	388.86	0	0	0	0	0	0	265	258	244	212	278	0.847	5319
	5054	375.32	0	0	0	0	0	0	0	258	244	212	278	0.847	4199
	5559	353.67	0	0	0	0	0	0	0	0	244	212	278	0.847	3107
	6064	293.79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	212	278	0.847	2073
	6569	278.17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	278	0.847	1178



Copy-right Y-Kaneko, IPSS

項目別の推計方法と資料出所の概要

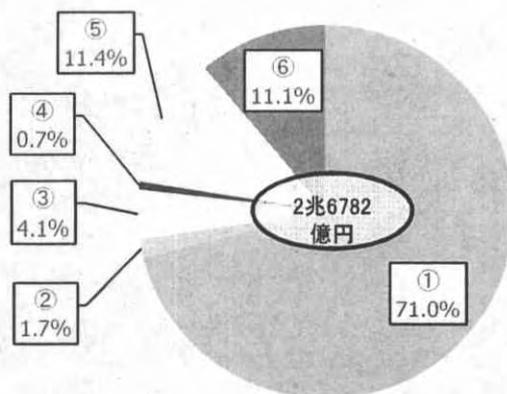


- ◆ 項目①: 年齢階級別決まって支給する給与と年間賞与「賃金構造基本調査」2009年、「労働力調査」、「労働力調査」詳細集計、「国民生活基礎調査」
- ◆ 項目②: 年齢階級別決まって支給する給与と年間賞与「賃金構造基本調査」2009年、平成21年度における脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況、傷病分類別推計患者数「患者調査」H20
- ◆ 項目③: 企業の従業者数規模別男女別就業率{「労働力調査」} × 島悟氏(厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業平成15年度総括・分担研究報告書)による過去1年間の精神障害による1ヵ月以上の事業所規模別疾病休業者率 × 同研究報告による平均休業月数 × 企業規模別男女別給与・年間賞与{「賃金構造基本調査」}



- ◆ 項目④: 求職者給付の年齢別男女別特定受給資格者人員〔「雇用保険事業年報」〕×(1-出産・育児・介護による離職割合)〔「雇用動向調査」〕×(WMH※に基づく川上推計による精神疾患有・1年間の病率(精神疾患全体))×年齢別男女別特定受給資格者支給金額〔「雇用保険事業年報」〕 ※WMH(World Mental Health)調査
- ◆ 項目⑤: (被保護実人員(生活扶助)〔社会福祉行政業務報告〕×一人当たり給付額(「社会保障統計年報」厚生労働省社会援護局調べ)+医療扶助額(一般診療))×保護開始理由が世帯主の傷病(精神)の場合の割合〔社会福祉行政業務報告〕
- ◆ 項目⑥: 国民医療費における精神疾患費用(外来+入院)〔「国民医療費」〕から生活保護医療扶助(精神)の重複を除いた費用

自殺・うつ病がなくなった場合の経済的便益(自殺・うつによる社会的損失)の推計
—2009年の例—



自殺やうつ病がなくなった場合、経済的便益の推計額(①~⑥の合計)は、単年で、約2兆7千億円

①	自殺がゼロになることによる稼働所得の増加(1兆9028億円)
②	うつ病による自殺と休業がなくなることによる労災補償給付(労災年金を含む)の減少(456億円)
③	うつ病による休業がなくなることによる賃金所得の増加(1094億円)
④	うつ病がきっかけとなって失業することがなくなることによる求職者給付の減少(187億円)
⑤	うつ病がきっかけとなって生活保護を受給することがなくなることによる給付の減少(3046億円)
⑥	うつ病がなくなることによる医療費の減少(国民医療費ベース)(2971億円)

注) 医療費削減額は国民医療費の精神疾患医療費総額(男女計)のうち、生活保護医療扶助の重複を除く額



参考：項目別の推計額①と②～⑥各項目の推計額の合計を、2009年でみた経済的便益と考える理由

- ◆ 項目①：自殺予防によって得られる生涯所得は、なくなれることなく働くことができることによって年々得られる所得の合計のある時点でみた（例えば2009年でみた）期待値の意味がある。

このような考え方は、例えば、ある時点の企業の株価は、その企業が株主に配る配当の年々の額の合計額の期待値（割引現在価値）で決まることと類似の考え方による。

- ◆ ある一時点の経済的便益
＝自殺予防によって期待される生涯所得のある時点でみた期待値（項目①）
＋年々のそれぞれの社会保障給付の減少額（項目②から⑥）

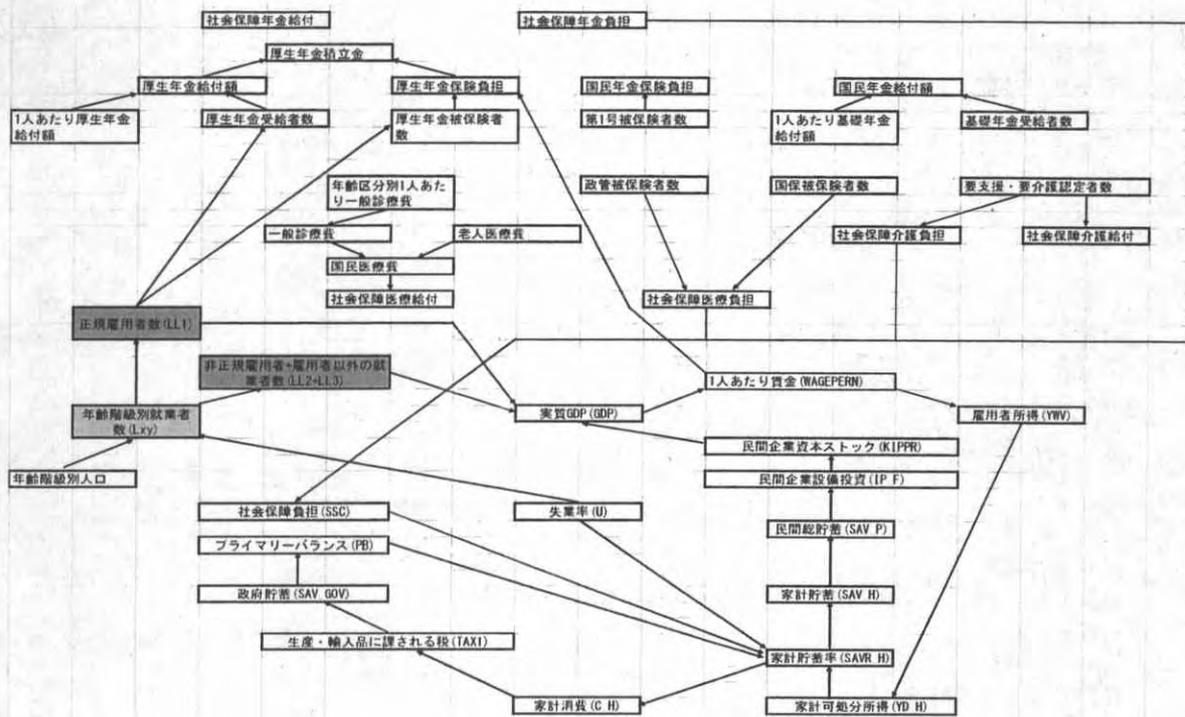
「(将来に向けた)中長期的な経済的便益の推計」

自殺・うつ対策の(国民経済でみた)経済的便益の推計方法①



- ◆ 自殺・うつ対策の(国民経済でみた)経済的便益のマクロ経済的指標
＝自殺者数がゼロと仮定した場合の将来のGDPと自殺者数が現在の傾向で推移した場合のGDPとの差で計るGDP増加額の推計額
- ◆ 基本的には先行研究と同じく国立社会保障・人口問題研究所「社会保障計量分析モデル開発事業プロジェクト」で作成されているマクロ計量経済モデルを応用するが、今回は先行研究と比べて、以下のような点で拡張した推計を行う。
 - * 自殺・うつ対策が進むことで、うつ病による休業者数が減少することによる経済的便益を加味した推計を行う。
 - * 生産年齢の労働力人口を、正規雇用者、非正規雇用者(パートタイム労働者等)、その他(自営業者等)に分けて生産関数に入れ、将来推計を行う。

自殺・うつ対策の経済的便益の推計方法② (マクロ計量経済モデルの構造・相互関係の概念図)



Copy-right Y-Kaneko, IPSS

13

自殺・うつ対策の(国民経済でみた)経済的便益の推計方法③ —推計で比較対照するケースの想定—



- ◆ 「人口動態統計」によれば、
- ◆ 1997年以前5年平均の自殺者数は、男子14517人、女子7182人、計21698人。
- ◆ 1998年以後5年平均の自殺者数は、男子21834人、女子8715人、計30549人。
- ◆ 1997年以前の自殺者数の水準が、その後も同程度で推移するとすれば、1998年以後の約3万人の状態に比べて、年間で、男子7317人、女子1533人、計8850人(約9000人)の自殺者数が減少していたと想定することができる。
- ◆ そこで、現実のケース(「ケース1」、ベースケースとする)と比較するケースとして、次のように、1997年以前の自殺者数の水準と比較するケース(ケース2、4)と、現在の年間約3万人の自殺者数がゼロになると想定するケース(ケース3)、計三つのケースを想定する。
 - * ケース2: 1997年以降、自殺者数が年間約9000人ずつ減少したケース
 - * ケース3: 2010年以降、自殺者数が年間約3万人ずつ減少したケース
 - * ケース4: 2010年以降、自殺者数が年間約9000人ずつ減少したケース

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

14

自殺・うつ対策の(国民経済でみた)経済的便益の推計結果① ーマクロ計量経済モデルを構成する方程式体系の推定 :生産関数の推定結果の例ー



被説明変数: LOG(GDP) (GDPの対数值)
 データの期間: 1980~2006年 サンプル数: 27

推定式:
$$\text{LOG(GDP)} = \text{ALPHA(45)} + \text{ALPHA(46)} * \text{TREND} + \text{ALPHA(41)} * \text{LOG(L1)} + (1 - \text{ALPHA(41)} - \text{ALPHA(42)}) * \text{LOG(L2)} + \text{ALPHA(42)} * \text{LOG(K)}$$

推定方法: 最小自乗法

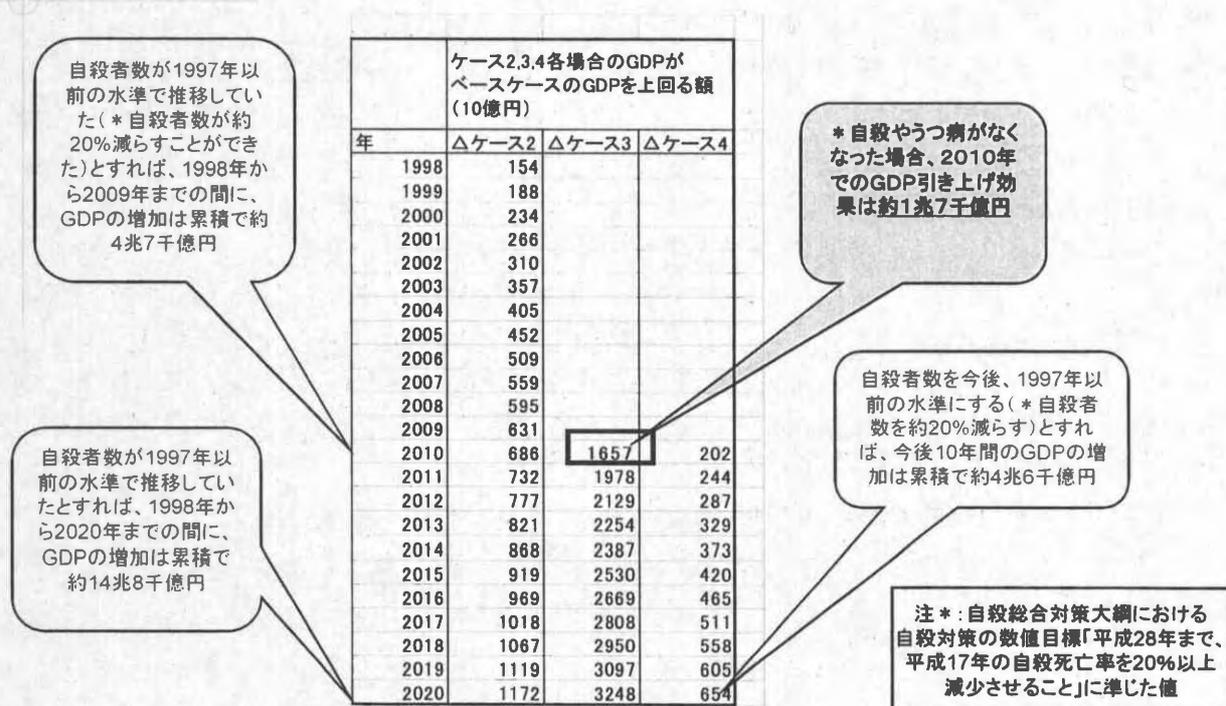
推定結果

被説明変数: LOG(GDP)				
説明変数	説明変数の記号		標準偏差	t-値
定数項	ALPHA(45)	-2.853307	0.218035	-13.0864 ***
タイムトレンド	ALPHA(46)	0.007834	0.002018	3.882255 ***
正規労働者	ALPHA(41)	0.530591	0.067369	7.875941 ***
非正規労働者等	ALPHA(42)	0.435888	0.044442	9.808038 ***
R2		0.996564		***有意水準1%で有意
自由度修正済R2		0.996116		
赤池情報基準		-5.805979		
尤度		82.38072		
F-値		2223.629		
ダービン統計比		1.100135		

資料出所: 国立社会保障・人口問題研究所 佐藤格・金子能宏推計

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

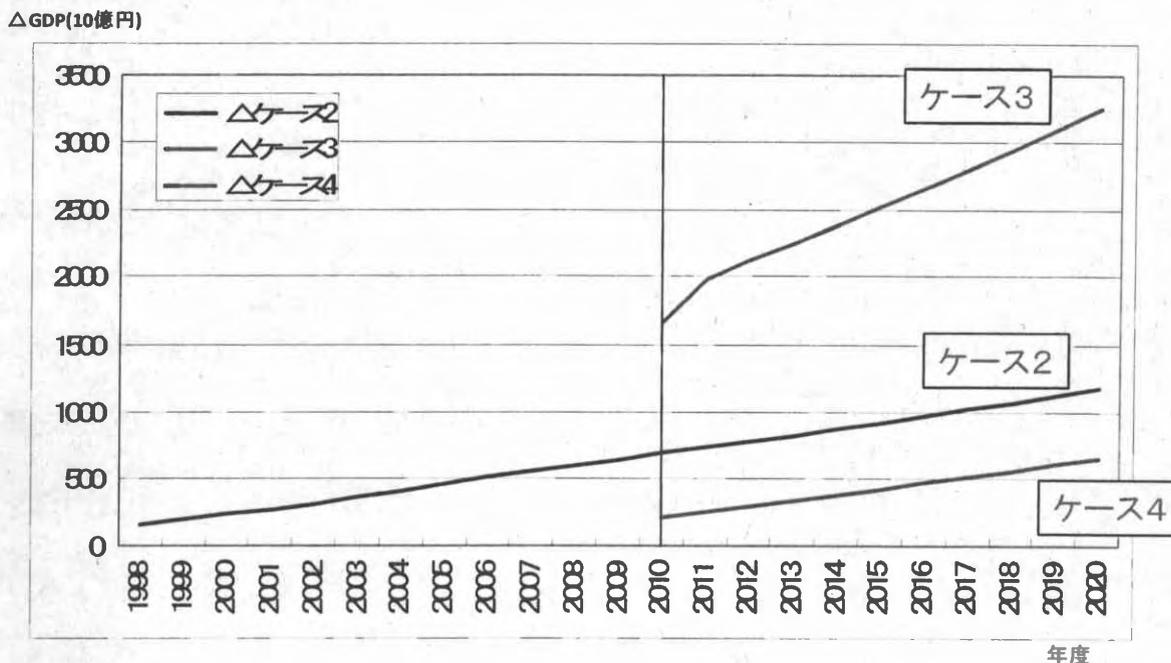
自殺・うつ対策の(国民経済でみた)経済的便益の推計結果② ー現行の自殺者数が推移すると仮定した場合(ケース1(ベースケース))の GDPよりケース2,3,4のGDPが上回る額(Δケース2,3,4)の推移(試算)ー



Copy-right Y-Kaneko, IPSS

自殺・うつ対策の(国民経済でみた)経済的便益の推計結果③

— 現行の自殺者数が推移すると仮定した場合(ベースケース)のGDPよりも、ケース2,3,4のGDPが上回る額(△ケース2,3,4)の推移 —



Copy-right Y-Kaneko, IPSS

17

自殺・うつ対策の経済的便益の推計の留意点



- ◆ 経済的便益を所得を用いて推計しているため、生産年齢人口にあたる人々の自殺・うつ対策の経済的便益に限定されている。
- ◆ 年少者や引退された高齢者の自殺・うつ対策の効果を、計量的に検討するためには、所得だけではなく、ともに生きることの大切さや幸福感を数量的に示す指標を用いて把握し、対策のエビデンスとしてこうした新しい指標を参照することも必要になる。
- ◆ 上記の点に関連して、自殺・うつ対策の質的な便益を指標化して計るためには、近年、社会学・新しい計量経済学の分野で展開し始めている、幸福度に関する指標の工夫と実証分析の応用などを考えていく必要がある。
- ◆ 自殺・うつ対策の経済的便益を推計した結果、新たな対策が推進されたとすれば、対策の進捗状況とその影響を、一定期間ごとに評価して、その結果が対策の対象となる方々にもわかりやすく伝わるように努める必要がある。

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

18

参考①: 自殺の社会経済的要因と自殺・うつ対策の費用・便益の推計に関する先行研究



- ◆ “Cost of mental illness in England”, Mental Health Research Review, 1998年
- ◆ “Paying the Price, The Cost of Mental Health in England to 2026”, King’s Fund, 2008年
- ◆ 「自殺死亡のマクロ経済的損失額と自殺防止対策のマクロ経済的便益」、自殺防止対策有識者懇談会報告『自殺予防に向けての提言』資料編・自殺の現状 § 13. 自殺の社会経済的影響, 2002年
- ◆ 『自殺による社会・経済へのマクロ的な影響調査(平成13~15年度)調査研究報告書 I, II』国立社会保障・人口問題研究所, 2003年, 2004年
- ◆ 島悟「精神障害による休業人口推定値に基づく推定逸失利益」、厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業平成15年度総括・分担研究報告書, 2003年
- ◆ 金子能宏・篠崎武久・山崎暁子「自殺の社会経済的要因と自殺予防の経済効果」『季刊社会保障研究』第40巻1号, 2004年
- ◆ 「自殺による経済的損失」、『自殺実態白書2008』第3章 特定非営利活動法人・自殺対策支援センター ライフリンク, 2008年

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

19

参考②: 自殺・うつ対策の経済的便益の推計で参照した参考文献



- ◆ Danuta Wasserman, Camilla Wasserman (編集), Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective, 2009年, Oxford University Press
- ◆ 川上憲人, 2007年, 「こころの健康についての疫学調査に関する研究」厚生労働科学研究費補助金『平成16~18年度こころの健康についての疫学調査に関する研究総合研究報告書』
- ◆ 藤原俊通・高橋祥友, 2005年, 『自殺予防カウンセリング』駿河台出版社
- ◆ 本橋豊・高橋祥友・中山健夫・川上憲人・金子善博, 2006年, 『STOP自殺—世界と日本の取り組み』海鳴社
- ◆ 大山博史・渡邊 洋一(著)・大野裕(監修), 2008年, 『メンタルヘルスとソーシャルワークによる自殺対策』相川書房
- ◆ 本橋豊編著, 2009年, 『ライブ 総合自殺対策学講義』秋田魁新報社
- ◆ 本橋豊編著, 2010年, 『続・ライブ 総合自殺対策学講義』秋田魁新報社
- ◆ 国立社会保障人口問題研究所(編集) 2010年, 『社会保障の計量モデル分析』東京大学出版会
- ◆ 大竹文雄・白石小百合・筒井義郎(編集) 2010年, 『日本の幸福度—格差・労働・家族—』日本評論社
- ◆ 大竹文雄, 2010年, 『競争と公平感』中公新書

Copy-right Y-Kaneko, IPSS

20

職場におけるメンタルヘルス対策 検討会報告書概要

検討の背景

- 「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告」(H22.5 厚生労働省)において、職場におけるメンタルヘルス対策が重点の1つとされ、メンタルヘルス不調者の把握と把握後の適切な対応について検討することとされた。
- 新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)において、2020年までの目標として「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%」が掲げられた。

職場のメンタルヘルスの現状と課題

- 年間3万人を超える自殺者のうち、28%が「被雇用者・勤め人」となっており、「勤務問題」を自殺の原因の一つとする者は約2,500人となっている(H21)。
- 精神障害等による労災認定件数は、127件(H17)から234件(H21)に増加している。
- メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所の割合は34%に留まっている(H19)。
- メンタルヘルス不調には、特に医療関係者以外の者に知られたくないという要素があり、個人情報保護に慎重な対応が必要とされる。

メンタルヘルス対策の基本的な方向

メンタルヘルス不調に影響を与える職場におけるストレス等の要因について、早期に適切な対応を実施するため、労働者の気づきを促すとともに、職場環境の改善につなげる新たな枠組みを導入することが適当。その際、次の方針に基づき対応することが必要。

- ・ 労働者のプライバシーが保護されること
- ・ 事業者にとって容易に導入でき、また、労働者にとって安心して参加できること
- ・ 労働者が、健康の保持に必要な措置を超えて、人事、処遇等で不利益を被らないこと
- ・ 必要な場合には専門家につなぐことができること、職場においてメンタルヘルス不調の正しい知識の普及が図られること等

具体的な枠組み

- 1 一般定期健康診断に併せて医師が労働者のストレスに関連する症状・不調を確認、必要と認められるものについて医師による面接を受けられるしくみの導入
一般定期健康診断の実施に併せて、ストレスに起因する身体的・心理的な症状・不調などについて医師が確認し、医師が必要と認める場合には、労働者が医師の面接を受けられるようにする。
- 2 医師は労働者のストレスに関連する症状・不調の状況、面接の要否等について事業者に通知しない
個人情報の保護の観点から、労働者のストレスに関連する症状・不調の状況及び面接の要否等については事業者には伝わらないようにする。
- 3 医師による面接の結果、必要な場合には労働者の同意を得て事業者意見提出
面接を行った医師は、労働者のストレスの状況などから必要と認める場合には、労働者の同意を得た上で、事業者に対し時間外労働の制限、作業の転換等について意見を述べるものとする。
- 4 健康保持に必要な措置を超えて人事・処遇等において不利益な取扱いを行ってはならない
事業者が医師の意見を勘案し、時間外労働の制限等の措置を講じる場合には、①医師の意見の具体的内容によるものとする、②労働者の了解を得るための話し合いを実施すること、③医師の意見の内容を労働者に明示することとする。
また、事業者は健康確保に必要な措置を超えた不利益な取扱いを行ってはならないこととする。

新たな枠組み

※一般定期健康診断の
しゅみは変更しない

医師がストレスに関連
する症状・不調を確認

一般定期健康診断の「自覚症状、他覚
症状の有無の検査」に併せて実施
※別途実施も可能

- 食欲がない
- よく眠れない
- ゆううつだ
- イライラしている

医師が、ストレスに関連する症状・
不調の状況から、医師（産業医等）
の面接が必要と判断した場合

事業者

通知

労働者

あらかじめ面接する医師を指定

（医師が必要と判断した場合）
就業制限（時間外労働の制限、作業の転換等）、
要休業等について意見

同意が必要

（医師等からの意見を勘
案し、必要があるとき）
就業制限等の措置

健康確保に必要な措置
を超えた不利益な取扱
いを行ってはならない

面接の実施
（必要に応じ保健指導）

必要に応じて
受診を勧奨

医療機関

診断の結果
を提示（任意）

医師（産業医、
地域産業保健センターの医師等）

(参考) 一般定期健康診断のしくみ

一般定期健康診断

- ・ 既往歴及び業務歴の調査
- ・ 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ・ 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査
- ・ 胸部エックス線検査及び喀痰検査
- ・ 貧血検査
- ・ 肝機能検査
- ・ 血圧の測定
- ・ 血中脂質検査
- ・ 血糖検査
- ・ 尿検査
- ・ 心電図検査

健康診断の結果

事業者

(異常の所見があると診断された場合)
労働者の健康保持に必要な措置について意見聴取

通常勤務、就業制限(時間外労働の制限、作業の転換等)、要休業等について意見

健康診断の結果を通知
(精密検査等が必要な場合は受診勧奨)

労働者

精密検査等

医療機関

(医師等からの意見を勘案し、必要があるとき) 就業制限等の措置

診断の結果を提示(任意)

医師(産業医、地域産業保健センターの医師等)

職場におけるメンタルヘルス対策検討会 報告書

平成 2 2 年 9 月 7 日

厚生労働省労働基準局

職場におけるメンタルヘルス対策検討会 参集者名簿

(座長)	あいざわ よしはる 相澤 好治	北里大学副学長
	いがらし ちよ 五十嵐千代	東京工科大学産業保健実践研究センター長
	いしい たえこ 石井 妙子	太田・石井法律事務所弁護士
	いしい まさみ 石井 正三	社団法人日本医師会常任理事
	いちかわ よしこ 市川 佳子	日本労働組合総連合会総合労働局雇用法制対策局局长
	おかだ くにお 岡田 邦夫	大阪ガス株式会社人事部健康開発センター統括産業医
	おごし てるゆき 生越 照幸	四方・生越法律事務所弁護士
	おざき のりお 尾崎 紀夫	名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学分野教授
	かわかみ のりと 川上 憲人	東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野教授
	きたむら なおと 北村 尚人	三菱重工業株式会社人事部健康管理センター主席衛生部員
	くりはらそういちろう 栗原壯一郎	社団法人オリエントタル労働衛生協会 メンタルヘルスマネジメント・サポートセンター所長
	しいば のりよ 椎葉 倫代	新日鉄ソリューションズ株式会社 人事部健康・厚生グループシニア・マネジャー保健師
	しもみつ てるいち 下光 輝一	東京医科大学公衆衛生学講座主任教授
	なかの よしかず 中野 義和	株式会社ギャラクシィ管理部長
	なかむら じゅん 中村 純	産業医科大学医学部精神医学教室教授
	ほりえ せいち 堀江 正知	産業医科大学産業生態科学研究所所長
	みしば たけのり 三柴 丈典	近畿大学法学部准教授

(五十音順)

職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書

1 はじめに

我が国の自殺を巡る状況を見ると、自殺者数は平成10年から12年連続で3万人を超える高水準で推移しており、人口10万人当たりの自殺による死亡率(自殺死亡率)も欧米の先進国と比較して突出して高い水準にあるなど極めて深刻な事態となっている。このような状況を踏まえ、厚生労働省では、平成22年1月、「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を設置し、今後、厚生労働省が自殺対策に取り組む指針のとりまとめが行われた。

とりまとめにおいては、「職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実」が重点対策の1つとされるとともに、今後の検討事項として、職場におけるメンタルヘルス不調者^(注)の把握と、メンタルヘルス不調者の把握の後、適切な対応が行われることが盛り込まれた。

具体的には、

- ① 労働安全衛生法に基づく定期健康診断において、労働者が不利益を被らないよう配慮しつつ、効果的にメンタルヘルス不調者を把握する方法について検討する。
- ② メンタルヘルス不調者の把握後、事業者による労働時間の短縮、作業転換、休業、職場復帰等の対応が適切に行われるよう、メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用、産業医の選任義務のない中小規模事業場における医師の確保に関する制度等について検討する。また、外部機関の質を確保するための措置について検討する。

などとされたところである。

また、新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)第3章(6)雇用・人材戦略においては、2020年までの目標の1つとして「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%」が掲げられている。

こうした経緯により、本検討会では、上記①に関して、先進的な取組みの事例を基に、その具体的手順、使用されている調査票、産業保健スタッフの体制、個人情報保護や不利益取扱いの防止対策、期待される効果等について実態を把握した上で、一般定期健康診断においてメンタルヘルス不調者を把握する仕組みの可能性や、解決すべき課題について検討を行った。

また、上記②に関して、事業場外の支援機関、精神科の臨床医等、様々な立場の方からその活動状況に関するヒアリングを行い、産業保健スタッフの確保等、必要な体制の整備について検討を行った。

(注) メンタルヘルス不調：精神及び行動の障害に部類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活及び生活の質に影響を与える可能性のある精神的及び行動上の問題を幅広く含むものをいう。

2 職場におけるメンタルヘルスの現状等

(1) 労働者の状況等

労働者健康状況調査報告（平成19年）によると、「仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスがある」とする労働者の割合は約58%にも上り、また、「過去1年間にメンタルヘルス上の理由により連続1か月以上休業又は退職した労働者がいる」とする事業場の割合は約8%となっている。

さらに、警察庁統計（平成21年）によると、我が国全体の自殺者は、平成10年以降12年連続して3万人を超えているが、このうち、「被雇用者・勤め人」は約9,000人（約28%）に上っており、また「勤務問題」が原因・動機の一つとなっている者は約2,500人となっている。

また、自殺対策支援センターライフリンク（特定非営利活動法人）が公表している「自殺実態白書2008」によると、自殺の危機経路は、被雇用者については、以下のように配置転換が危機経路の主な出発点となっているほか、昇進、職場のいじめなども挙げられている。

- ① 配置転換→過労+職場の人間関係→うつ病→自殺
- ② 昇進→過労→仕事の失敗→職場の人間関係→自殺
- ③ 職場のいじめ→うつ病→自殺

こうした状況の中で、精神障害等による労災請求件数は、平成17年度656件から平成21年度1,136件、労災支給決定件数は平成17年度127件から平成21年度の234件へと増加している。この要因としては、うつ病等に対する国民の理解が浸透したこと、厳しい経済情勢や職場環境の変化等が影響を与えていることが考えられる。このほか、職場における心理的負荷が原因でメンタルヘルス不調に至り自殺したなどとして、企業に高額な賠償が命じられた民事裁判の例もある。

(2) 事業場の取組状況

労働者健康状況調査報告によると、心の健康対策（メンタルヘルス対策）に取り組んでいる事業所の割合は、約24%（平成14年）から約34%（平成19年）へ増加しているが、未だ約7割の事業場が取り組んでいない状況にある。

事業場が対策に取り組んでいない理由としては、「専門スタッフがいない（約44%）」、「取り組み方が分からない（約42%）」、「必要性を感じない（約29%）」、「労働者の関心がない（約28%）」となっている。

こうした状況や前述の労働者の状況等を踏まえると、職場におけるメンタルヘルス対策を更に促進させるためには、産業保健スタッフの確保やメンタルヘルス対策のノウハウについて支援する体制の強化に加え、労働者の気づきを促進し、労働者自身がストレスに的確に対処していくとともに、事業者が職場環境の改善を行い、職場のストレス等の要因を減少させることにより、メンタルヘルス不調の発生や悪化を防止していくことが重要である。

(3) メンタルヘルス不調への対応等

労働者のメンタルヘルス不調については、職場の要因、家庭等の職場以外の要因によるものなど多様であり、また、これらの要因に対する反応の個人差も考えられ、これらが複雑に影響し合う場合が一般的とされている。また、長時間労働、深夜労働等の労働により、メンタルヘルス不調が悪化する場合もある。

労働安全衛生法は、労働災害防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的としているものである。

同法においては、長時間労働者に対する医師による面接指導のように、職業性因子のみに由来する職業病とは異なり、一般人にも見られる多原因性の疾病で、その発病の原因の一つに職業性因子のあるもの、職業性因子が原因にはならないが、増悪・促進の原因となるもの（脳・心臓疾患等）を対象とした健康障害防止措置を講じており、職場における労働者のメンタルヘルス不調についても、基本的には、こうした作業に関連する疾患と同様に対応すべき側面があると言える。

一方で、メンタルヘルス不調は、特に医療関係者以外の者には知られたくないという要素もあり、個人情報等については慎重な対応が必要とされるため、従来とは異なった手法により取り組む必要がある。

(4) 今後の方向

これらのことから、従来実施してきた様々な取組に加えて、メンタルヘルス不調者を含めた労働者が職場環境から受ける様々なストレス等の要因に関して、早期に適切な対応が実施されるよう、健康管理に関する新たな枠組みを導入することにより、職場におけるメンタルヘルス対策の取組を促進すべきである。

3 一般定期健康診断におけるメンタルヘルスに関連した取組の現状

(1) 現行の健康診断項目

労働安全衛生法第66条第1項に基づく一般定期健康診断には「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」などの項目が規定されている（労働安全衛生規則第44条）。「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」にはメンタルヘルス不調から生じる症状も含む場合があるが、その具体的な手法は医師の判断に委ねられている。なお、その他の項目においては、メンタルヘルスに関連した事項は規定されていない。

(2) 一般定期健康診断の機会を活用した労働者のストレス程度等の把握と職場環境の改善の事例

先進的な企業においては次のような取組が行われている。

- ① 一般定期健康診断に併せて、ストレスの程度等の把握を実施することに同意した労働者を対象にストレス調査を行い、労働者個人のみならず当該調査の結果を

通知して個人の健康管理に役立たせるとともに、リスクの高い労働者に対して専門家による面談を行い、事業者に対しては当該事業場全体の状況及び職場環境の改善方法を示している事例

- ② 一般定期健康診断に併せて、ストレスの程度等の把握を実施することに同意した労働者を対象にストレス調査を行い、産業医等の産業保健スタッフによる面談、医療機関への受診勧奨等必要な指導等を実施、事業者は個人の情報を入手できない仕組みとしている事例

こうした事例においては、労働者の同意を得て調査を実施し、専門的知識を有する者による面談が行われており、労使が協力して適切な対応が実施できる体制がとられている。

4 一般定期健康診断実施後の対応の仕組等

(1) 就業上の措置

労働安全衛生法において、事業者は、健康診断の項目に異常の所見があると診断された労働者について、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について医師の意見を聴取し、当該意見を勘案し、その必要があると認めるときは、労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講じるとされている。

また、「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」（平成8年10月1日 健康診断結果措置指針公示第1号）では、医師の意見聴取に際し、健康診断の結果のみでは労働者の身体的又は精神的状態を判断するための情報が十分でない場合は、事業者は意見を聴く医師に対し労働者との面接の機会を提供することが適当であるとされている。なお、産業医の選任の義務のある事業場においては、産業医が労働者個人ごとの健康状態や作業内容、作業環境について把握しうる立場にあることから、事業者は産業医から意見を聴くことが適当であるとされている。

(2) 保健指導

労働安全衛生法においては、事業者は、健康診断の結果、特に、健康の保持に努める必要があると認める労働者に対して、医師又は保健師による保健指導を行うよう努めなければならないとされている。

また、事業場に所属する保健師の多くが、メンタルヘルス教育やメンタルヘルス不調者への対応の職務にも関わっている。

(3) メンタルヘルス不調等に対応している人材・体制等の現状

ア 産業保健スタッフ

労働者健康状況調査報告（平成19年）によると、メンタルヘルス対策に取り組んでいない事業場の割合は約7割、その最大の理由は「専門スタッフがない（約44%）」であり、人材の確保が重要な課題となっている。

メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場のうち、メンタルヘルスの専門スタッフがいたとした事業場は約5割であり、その内訳は、「産業医」が約57%、「衛生管理者又は衛生推進者等」が約31%、「保健師又は看護師」が約23%、「産業医以外の医師」が約10%となっている。

嘱託産業医において専門としている診療科は、内科及び外科が大部分を占め精神科は少数である。医療施設に従事する医師（平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査）は約27万人であり、このうち、精神科は約5%、心療内科は約0.3%などとなっている。

また、産業保健スタッフの資質の向上のためにメンタルヘルスに関する研修が様々な団体等で行われている。

イ 外部の支援機関

(ア) メンタルヘルス対策支援センター

メンタルヘルス対策支援センターは、地域において職場のメンタルヘルス対策を支援する中核的機関として全国47カ所に設置されている。同センターでは、メンタルヘルス不調の予防から、早期発見、早期対応、休業者の職場復帰に至るまで、職場のメンタルヘルス対策の体制づくり等について、事業者に対する総合的な支援を実施している。

(イ) 地域産業保健センター

労働安全衛生法により、産業医の選任義務のない50人未満の事業場については、事業者は医師等に労働者の健康管理を行わせるように努めなければならないとされているが、こうした事業場においては、独自に医師を確保し、労働者に対する産業保健サービスを提供することが困難な状況にある。

このため、事業者、労働者に対し、産業医に代わって産業保健サービスを提供するための機関として地域産業保健センターが設置されており、同センターに登録された医師等が活動を行っている。

また、企業を退職したベテランの保健師、看護師等から構成されるチームによるメンタルヘルスに関する相談の実施、工業団地、商工会議所、健康診断機関等の協力によるメンタルヘルスセミナーの開催等、地域の特色を踏まえた取組が行われている。

しかしながら、サービスの対象となる事業場の総数に対し、サービスを利用している事業場の数が2割程度に留まっていること、また、相談員の人数が不足していること等の状況が認められる地域もある。

5 メンタルヘルスに関する調査票

メンタルヘルスに関する調査票には、厚生労働省が作成した「職業性ストレス簡易調査票」があるが、うつ病等の早期発見を目的としたものではなく、自覚症状に早期

に気づくこと、職場環境を含めストレスの要因を総合的に把握すること等により、メンタルヘルス不調の発生防止（一次予防）に活用することを目的として作成されている。このほか「うつ病対策推進方策マニュアル調査票」、「セスディー（CES-D）」、「一般健康調査票（GHQ-12）」などはメンタルヘルス不調のスクリーニングに一定の精度を有していると評価されているが、調査票で陽性となった者にはメンタルヘルス不調でない者が多く含まれること、また、適切な対応が行われない場合には、十分な効果が期待できないことに留意すべきである。

6 健康診断における労働者の個人情報等の取扱い

労働者の健康情報の取扱いは、労働安全衛生法第104条において、健康診断等の事務に従事した者は、その実施に関して知り得た労働者の秘密を漏らしてはならないとされており、刑法及び保健師助産師看護師法においても、医師、保健師等に守秘義務が課されている。

また、「雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項について」（平成16年10月29日 基発第1029009号）においては、健康診断の結果のうち診断名、検査値等のいわゆる生データの取扱いについて、産業医や保健師等の看護職員に行わせることが望ましいこと、産業保健業務従事者以外の者に健康情報を取り扱わせる時は、利用目的の達成に必要な範囲に限定されるよう、必要に応じて健康情報を適切に加工した上で提供する等の措置を講ずることなどとされている。

さらに、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年3月31日 健康保持増進のための指針公示第3号）においては、産業医が労働者の個人情報を事業者等に提供する場合には、提供する情報の範囲と提供先を必要最小限とすること、提供する場合に情報を適切に加工することなどを求めている。

労働者にあっては家庭の問題等を原因とするメンタルヘルス不調等、特に医療関係者以外の者には知られたくない事項もあり、その取扱いは慎重にすべきものと考えられる。

心の健康問題には、これ自体に対する誤解や偏見等解決すべき問題が存在しており、うつ病であることが分かった途端に解雇される事例も見られている。

このため、「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」において、事業者は就業上の措置を決定する場合には、あらかじめ当該労働者の意見を聴き、十分な話し合いを通じてその労働者の了解が得られるよう努めること、また、健康の保持に必要な措置を超えた措置を講ずるべきではなく、医師等の意見を理由に、安易に解雇等をする場合は避けるべきことを規定している。

また、うつ病のスクリーニングが職場で実施されることを希望する労働者は約5割、また、うつ病のスクリーニングで重要な点として、医師や看護師以外の者に自分の書いた内容が見られないことを挙げる労働者は約6割との調査結果もある。これは、上述のように法令等により健康情報の保護が行われているものの、スクリーニン

グの結果が事業者知られ、不利益を被ることに不安を感じる労働者がいることも原因の一つと考えられる。

7 メンタルヘルス対策を促進するに当たっての基本的な方向

(1) 基本的な方針

これまで述べてきたような現状等を踏まえると、一般定期健康診断においては、①健康診断結果は事業者へ通知されること、②事業者においてメンタルヘルス不調に対する理解が十分でない場合には、労働者にとって不利益な取扱いが行われるおそれがあること、③調査票を活用してメンタルヘルス不調を把握する場合には専門家の関与が必要であり多大なコストも要すること等から、現時点において、全ての職場において調査票を用いて精神疾患を早期に発見するという方法をとることは様々な困難を伴う。

したがって、メンタルヘルス不調に影響を与える職場におけるストレス等の要因について、産業保健スタッフにより適切な対応が実施されるためには、労働者のストレスへの気づきを促すとともに、職場環境の改善につなげるための、一般定期健康診断とは別の新たな枠組を導入することが適当である。また、その際には次のような方針に基づき対応することが必要である。

- ア 労働者の個人情報事業者等に提供される場合には、提供する情報の範囲と提供先を必要最小限とすること等、労働者のプライバシーが保護されること。
- イ 事業者にとって容易に導入できるものであること、また、労働者にとって安心して参加できるものであること。
- ウ 必要な場合には、メンタルヘルス不調者を適切に専門家につなぐことができること。
- エ 専門的な知識を有する人材の確保や活用等の基盤整備が図られること。
- オ 労働者が健康の保持に必要な措置を超えて、人事、処遇等において不利益を被らないこと。
- カ メンタルヘルスに関する啓発活動が実施され、職場においてメンタルヘルスに関する正しい知識の普及が図られること。

(2) 具体的な枠組み

ア ストレスに関連する症状・不調の確認

一般定期健康診断における「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」（問診票の使用も含む。）に併せて、例えば、食欲がない、よく眠れない等の身体的な症状・不調や、ゆううつだ、イライラしている等の心理的な症状・不調等、ストレスに関連する症状・不調（職場だけでなく家庭等によるものも含む。）について、医師が適切に確認するようにする。

イ 医師（就業上の措置について意見を述べる医師）による面接

医師（ストレスに関連する症状・不調の確認を行った医師）は、労働者の症

状・不調の状況から、医師（就業上の措置について意見を述べる医師）による面接が必要と判断した場合には、当該労働者にその旨を通知し、労働者は医師（就業上の措置について意見を述べる医師）による面接を受けることができるようにする。なお、事業者は医師（就業上の措置について意見を述べる医師）をあらかじめ指定するようにする。

ウ 個人情報の保護

医師（ストレスに関連する症状・不調の確認を行った医師）は、個人情報の保護の観点から労働者のストレスに関連する症状・不調の状況及び面接の要否等について事業者には伝えないこととする。

エ 就業上の措置等

医師（就業上の措置について意見を述べる医師）が労働者と面接を行った結果、事業者に対し就業上の措置について意見を述べる場合には、その内容を示した上で労働者の同意を得るものとする。なお、面接において医師が必要と認める場合には、労働者に対し医療機関への受診勧奨、保健指導等を行う。

また、就業上の措置等を踏まえ、メンタルヘルス不調に影響を与える職場におけるストレス等の要因の改善が継続的に行われるよう事業者に対して指導する。

(3) 新たな枠組みへの対応

ア ストレスに関連する症状・不調の確認項目

ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目について、職場の実態も踏まえたものとなるように、産業医、精神科医等による検討を行うことが必要である。

イ 不利益取扱いの防止のための措置等

労働者がメンタルヘルス不調であることのみをもって、事業者が客観的に合理的な理由なく労働者を解雇すること等の不利益な取扱いを行うことはあってはならないものである。

事業者は、医師の意見を勘案し就業上の措置を講じる場合には、健康管理の観点から適切な手順・内容を踏まえて実施されるよう、①「医師の意見」の具体的な内容によるものであること、②あらかじめ労働者の意見を聴き、労働者の了解を得るための話合いを実施すること、③当該話合いにおいては、医師の意見の内容を労働者に明示することが必要である。

また、事業者は健康保持に必要な措置を超えた不利益な取扱いを行ってはならないこととすることが必要である。

また、メンタルヘルス不調に関する啓発活動が実施され、職場においてメンタルヘルス不調に関する正しい知識の普及が図られることが必要である。

ウ 事業場に対する支援体制の整備

(ア) 小規模事業場における対応

労働者数50人未満の事業場においては、就業上の措置に関する意見を述べる医師の確保及び当該医師が事業場の状況を十分に把握することができるようにすることが必要である。

労働者数50人未満の事業場においては、労働者の健康管理等を行う医師の選任、地域産業保健センター事業の利用等に努めることとされている。小規模事業場において独自に医師を確保し、労働者に産業保健サービスを提供することが困難な事業場においては、その利用が効果的であることから、地域産業保健センターへの事業場の登録を推奨する必要がある。また、地域産業保健センターが小規模事業場に優良な産業保健サービスを提供できるようその機能の拡充・強化を図るため、産業医、保健師等の登録を進めるとともに、その資質の向上及び業務の調整を行うコーディネーターの活動の充実等を図る必要がある。

(イ) 事業場外の組織（外部専門機関）の育成等

産業医は、労働者の健康管理等において、医学専門的知識を必要とする職務を行うとされ、また、定期健康診断の有所見者に対する医師からの意見聴取においても、作業場の巡視等により職場環境等を熟知した産業医が意見聴取を行うことが適当とされるなど重要な役割を担っている。しかし、メンタルヘルスに対応できる産業医の数は十分でないなど、当該分野に精通した者の確保、活用が課題となっている。

また、産業医のメンタルヘルス対策への対応について、①研修等により必要な知識等を得て職務を行うことが必要ではあるが、嘱託産業医は専ら産業医の業務を行っていない状況等を踏まえると十分な対応が困難な場合もあること、②精神保健分野等様々な分野の複数の産業医を選任した場合に、それぞれの産業医が月1回以上の職場巡視が必要となる場合があること、また、その場合には多くの経費を要することなど、必ずしも実態に合わない状況もある。

このため、メンタルヘルスに対応できる産業医等で構成される事業場外の組織（外部専門機関）を整備・育成し、メンタルヘルス不調者への対応等に関する産業医の職務を効率的かつ適切に実施可能とすることを検討することが必要である。

エ 先進的事例の普及

大企業においては、労働者の同意の下、労働者を対象にストレス調査を行い、労働者個人への結果の通知やリスクの高い労働者への面接を実施して個人の健康管理に役立たせるとともに、職場単位でストレスの状況を把握して職場環境の改善に役立たせている事例があり、メンタルヘルス対策支援センター等を通じて、こうした先進的な事例の普及を図るとともにその効果について検証を行う必要がある。

また、欧州で実施されているような、心理社会的な観点から職場環境の改善を促進する対策等の先進的な取組み事例も参考として対策を進めることが望まれる。

オ 人材の確保

メンタルヘルス不調者に適切に対応できるよう、産業医、意見を述べる医師等に対して、関係の団体等とも協力して職場におけるメンタルヘルス対策等に関する研修を実施し、必要な知見等を付与するとともに、必要な場合には適切に専門医につなげることができるようにすることが必要である。また、先進的な取組を行っている事業場においては、保健師等が重要な役割を担っており、こうした取組の普及を図るためには、今後、これらの人材の確保が必要である。

カ 健康診断の対象労働者の拡大

メンタルヘルス不調に影響を与えるストレス等の要因への対応が幅広く実施されるようにするため、健康診断の対象となる非正規労働者の範囲の拡大について別途検討が必要である。

キ 地域保健との連携

メンタルヘルス対策の推進において、地域産業保健センターに登録された医師、保健師等を地域と職域の連携において活用すること、保健所等が実施する地域の自殺・うつ病対策と連携することなどにより、全ての労働者に産業保健サービスが行き届くよう地域と職域との連携の強化等を図っていくことが必要である。

8 おわりに

本検討会では、「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」のとりまとめにおいて今後の検討事項とされた事項を中心に、職場におけるメンタルヘルス対策として新たに取り組むべき方策等について検討を行い、労働者のストレスへの気づきを促すとともに、職場環境の改善につなげるための新たな枠組を導入することが適当との結論を得た。

今後、本報告書の内容が実行に移されるとともに、その実施状況や効果等を把握し、その有効性を検証して必要に応じて見直しを行うなど、より効果的な対策の実施に向けた取組が望まれる。

精神疾患に関するウェブサイトの開設について

厚生労働省ホームページ内に、以下のサイトを平成22年9月10日に開設します。

みんなのメンタルヘルス総合サイト

こころの不調・病気に関する説明や、各種支援サービスの紹介など、治療や生活に役立つ情報を分かりやすくまとめた総合サイト

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro>

こころもメンテしよう～10代20代のメンタルサポートサイト～

10代・20代とそれを取り巻く人々(家族・教育職)を対象に、本人や周囲が心の不調に気づいたときにどうするかなど分かりやすく紹介する若者向けサイト

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth>

心の病気を調べる

症状から調べる

役立つ情報

政策の方向

専門的な情報

お知らせ

リンク

みんなのメンタルヘルス総合サイト

～こころの病気・精神障害の方の治療・生活を応援する情報サイト～

目次

「こころの病気」を詳しく知ろう
 うつ病、統合失調症、不安障害、パニック障害、強迫性障害、摂食障害、PTSD、アルコール・薬物依存症など
[詳しい情報を見る](#)

「こんな症状」ありませんか？
 気が沈む、どきどきして心細い、眠れない、リストカット、誰もいないのに声が聞こえる など
[詳しい情報を見る](#)

治療や生活に「役立つ情報」

医療機関を探す 精神科って？ 上手に治療を受ける 誰かに相談したい	医療費の軽減 生活費の支援 税金の控除について 手帳制度	福祉サービス 活動の場 安心の住まい 仲間づくり	仕事に就きたい 職場での悩み 困ったときの権利 …など、便利な情報いろいろ
--	---------------------------------------	-----------------------------------	--

[詳しい情報を見る](#)

「国の政策」

「専門的な情報」

文字の大きさ 小 中 大

表示色の変更

メンタルヘルスはここから始まる
 ～こころの健康を保つために～
[詳しい情報を見る](#)

心の不調を感じている方へ
[詳しい情報を見る](#)

心の病気・精神疾患を治療している方へ
[詳しい情報を見る](#)

みんなのメンタルヘルス総合サイト

～こころの病気・精神障害の方の治療・生活を応援する情報サイト～

心の病気を調べる

症状から調べる

役立つ情報

政策の方向

専門的な情報

お知らせ

リンク

ホーム > こころの病気を詳しく知ろう

こころの病気を詳しく知ろう

- | | | | |
|-------------|-------|-------|------------|
| アルコール依存症 | うつ病 | 強迫性障害 | 摂食障害 |
| 躁うつ病(双極性障害) | 統合失調症 | 認知症 | パニック障害不安障害 |
| PTSD | 薬物依存症 | | |

発達障害(自閉症、アスペルガー症候群、学習障害(LD)、注意欠陥多動性障害(AD/HD))についてはこちらへ⇒発達障害を理解する(発達障害情報センター)

文字の大きさ 小 中 大

表示色の変更

役立つ情報

- ▶ 医療や医療機関について
- ▶ 医療費の助成
- ▶ 経済的な支援
- ▶ 福祉サービス・住まい
- ▶ 相談したい
- ▶ 働くための支援
- ▶ 働く人のメンタルヘルス
- ▶ トラブルの解決
- ▶ 仲間と生きる

家族の方へ

患者さんのご家族や、身近な方のための

ホーム > こころの病気を詳しく知ろう > うつ病

うつ病

概要

サイン
症状

治療に
ついて

私の場合

家族、友人
として

詳しい情報

「うつ病」とは

「うつ病は増えている？」

日本では、100人に3～7人という割合でこれまでうつ病を経験した人がいるという調査結果があります。さらに、厚生労働省が3年ごとに行っている患者調査では、うつ病を含む気分障害の患者さんが近年急速に増えていることが指摘されています。

「うつ病が増えている」の背景には、

- うつ病についての認識が広がって受診する機会が増えている
- 社会・経済的な環境の影響で抑うつ状態になる人が増えている
- うつ病の診断基準の解釈が広がっている

など、さまざまな理由が考えられます。

文字の大きさ 小 中 大

表示色の変更 ■ ■ ■

役立つ情報

- ▶ 医療や医療機関について
- ▶ 医療費の助成
- ▶ 経済的な支援
- ▶ 福祉サービス・住まい
- ▶ 相談したい
- ▶ 働くための支援
- ▶ 働く人のメンタルヘルス
- ▶ トラブルの解決
- ▶ 仲間と生きる

国の政策

- ▶ こころの健康対策

4

ホーム > 治療や生活に役立つ情報

治療や生活に役立つ情報

医療や医療機関
について

経済的な支援

福祉サービス
住まい

相談したい

働くための支援

働く人の
メンタルヘルス

トラブルの解決

仲間と生きる

家族の方へ

医療や医療機関について

- ▶ 医療機関を探す
- ▶ 医療機関の選び方
- ▶ 精神科・心療内科って？
- ▶ 精神科の治療法いろいろ
- ▶ 上手に治療を受ける
- ▶ 医療費の助成
- ▶ 精神科に入院したときの権利
- ▶ 退院するための支援

ページTOPへ

文字の大きさ 小 中 大

表示色の変更 ■ ■ ■

役立つ情報

- ▶ 医療や医療機関について
- ▶ 医療費の助成
- ▶ 経済的な支援
- ▶ 福祉サービス・住まい
- ▶ 相談したい
- ▶ 働くための支援
- ▶ 働く人のメンタルヘルス
- ▶ トラブルの解決
- ▶ 仲間と生きる
- ▶ 家族の方へ

5

心の病気を調べる

症状から調べる

役立つ情報

政策の方向

専門的な情報

お知らせ

リンク

ホーム > 治療や生活に役立つ情報 > 福祉サービス・住まい

治療や生活に役立つ情報

福祉サービス・住まい

精神障害者の方々が地域社会で生活するとき、ご本人やご家族だけでは困難が生じることがあります。

それは、精神障害は見た目では理解されにくいために十分な支援が受けにくかったり、ときに病状が揺れ動いて治療や休息が必要なことがあるからです。そうしたときに、ご本人やご家族だけでどうにかしようとせず、地域にある様々な社会資源(福祉サービス)を使うことをお勧めします。

一人ひとりの生活や将来の目標のために、様々なサービスがありますので、十分に活用しながらご利用ください。

ここでは、主に障害者自立支援法によるサービスを中心に、支援の内容を紹介いたします。

福祉サービス・住まい 目次

☑ 日中活動～活動を充実させて生活を豊かにしよう～

文字の大きさ 小 **中** 大

表示色の変更 ■ ■ ■

役立つ情報

- ▶ 医療や医療機関について
- ▶ 医療費の助成
- ▶ 経済的な支援
- ▶ 相談したい
- ▶ 働くための支援
- ▶ 働く人のメンタルヘルス
- ▶ トラブルの解決
- ▶ 仲間と生きる

家族の方へ

患者さんのご家族や、身近な方のための情報です。

[詳しい情報を見る▶▶](#)

6

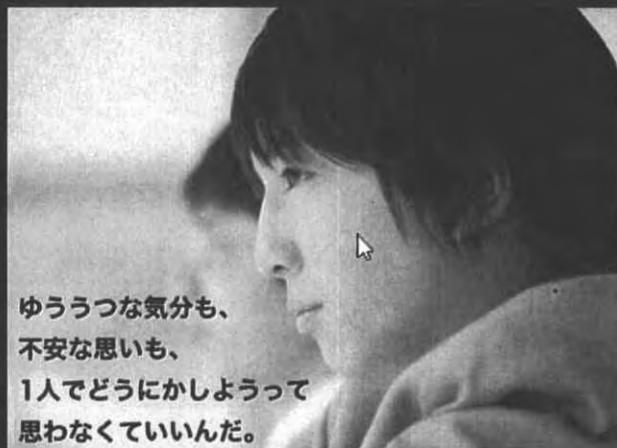
10代、20代のメンタルサポートサイト

だるい、夜眠れない、朝起きられない...
カラダの調子が悪いのは、ストレスのせいかもしれない、だから

こころもメンテしよう

Youth

family



ゆううつな気分も、
不安な思いも、
1人でどうにかしようって
思わなくていいんだ。

Look

こころの
SOSサイン

イライラや落ち込みが続いたら...

...Click...

私の場合、僕の場合
つらいときを乗り越えて

Listen

...Click...

Talk

今、できること
まず一歩、踏み出して

...Click...

もっと知りたいとき

7

こころもメンテしよう

🔍 クイックアクセス

🗺️ サイトマップ

TOP >> こころのSOSサイン

こころのSOSサイン

- ▶ 10代にもある「こころの病気」
- ▶ 気分が落ち込む
- ▶ 不安でたまらない
- ▶ 自分の中から声が聞こえる

イライラや不安、落ち込んだ気分が 長く続いていませんか？

毎日ゆかいで楽しくて、うきうきしているうちに
年が過ぎていく...
なんていうのは夢の世界の話。
私たちは、耐えがたいほど悲しいことやつらいこ
と、腹が立ってしょうがないことと、いやおうなく
出会います。
その結果、気分が落ち込んで元気がなくなつた
り、イライラして怒りっぽくなるのは、ごく自然な
こと。



こうした感情の変化は、きっかけになった出来事が解決したり、たとえ解決しなかったとして
も、時間が経てば自然に元気になるもの。でも、この変化は、実は7割がた

こころもメンテしよう

🔍 クイックアクセス

🗺️ サイトマップ

TOP >> こころのSOSサイン >> 10代にもある「こころの病気」

こころのSOSサイン

- ▶ 10代にもある「こころの病気」
- ▶ 気分が落ち込む
- ▶ 不安でたまらない
- ▶ 自分の中から声が聞こえる

10代にもある「こころの病気」

「こころの病気」は10代でも決して珍しいも
のではありません。たとえば、親しい人が亡くな
ってショックを受けたときなどに、気分が落ち
込んで何もする気がなくなる「うつ病」になるこ
とがあります。



だからといって、あわてなくても大丈夫。病気
の始まりかもしれない「SOSサイン」に早く気づ
いて、こころの専門家にメンテを手伝ってもらえ
ば、ちゃんと元の自分に戻ることができるからで
す。

こころの病気にかかる原因として最も多いのはストレスですが、これといったきっかけも
なく、SOSサインが出てくることもあります。自分だけでなく、友達の変化にも早く気づいて
あげられるように、注意したいサインについて知っておきましょう。

TOP >> 私の場合、僕の場合

私の場合、僕の場合

- いじめが原因で孤立して ZOOさん(17)の場合
- 保健室で癒されて サンデーさん(16)の場合
- 親の離婚で落ち込んで naorinさん(17)の場合
- 人前に出るのが怖かった KOHさん(16)の場合
- 受験に失敗してうつに イサムさん(20)の場合
- 大学に入って無気力に taroさん(19)の場合
- 将来への不安からうつに さのさん(19)の場合
- 突然パニックが襲ってきて ANGELAさん(17)の場合

つらいときを乗り越えて

ここがSOSサインを発することはだれにでもあ
ります。でも、それをどう解決していくかは人そ
れぞれです。

あなたは今、どんな道を探していますか？
乗り越えた人の話の中にヒントが見つかるかも
しれません。



TOP >> 私の場合、僕の場合 >> いじめが原因で孤立して

私の場合、僕の場合

- いじめが原因で孤立して ZOOさん(17)の場合
- 保健室で癒されて サンデーさん(16)の場合
- 親の離婚で落ち込んで naorinさん(17)の場合
- 人前に出るのが怖かった KOHさん(16)の場合
- 受験に失敗してうつに イサムさん(20)の場合
- 大学に入って無気力に taroさん(19)の場合
- 将来への不安からうつに さのさん(19)の場合
- 突然パニックが襲ってきて ANGELAさん(17)の場合
- 先週から、おかげで坂自転車

ZOOさん(17)の場合

体験談PDF

ヘルプノートPDF

高校で孤立して「幻聴」が出るように

中学の頃から、なんとなくカラダの調子が悪くて、ときどき、なんのきっかけもなく、頭が痛くなったり、だるくなったりしては学校を休みがちだったんです。

高校は志望校に何とか入れたんですけど、自分ももっていたイメージとは違ってたんです。幼いなヤツばかりで、そのくせプライドは高い。だから、全然なじめなかった。

気の合う友達がい人か2人でできればって思ってたんですけど、それがなかなかで…。そうこ
え、てるうちに、いじめが始まったんです。クラスのみんなが僕をバカにして、悪口を言うよ
うになった。廊下ですれ違いざまに、こっちをチラ見しては、コンコン何か言う。
おかげで授業に集中できなくなって、黒板の上にかかっている時計を見ては、針がなかなか
進まないのイライラして…。こんな状態だったから、成績もガク落ちです。
それで、だんだんしんどくなって、学校に行けなくなりました。

部屋にこもって、ゲームしたりパソコンをいじったりしてたら、あるとき、知らない男の
声で悪口が聞こえるようになったんです。だれかいるのかと思って、まわりを見回してもだれも

インタビュー

「こころは重要な要素。こころを中心に練習や日常生活を送る」

アテネオリンピック金メダリスト
元体操選手 米田 功さん



>>1ページ目 >>2ページ目 >>3ページ目

体操を始めたきっかけは、喘息予防

Q1: 体操を始めたきっかけは、どんなことだったのですか? 当時の目標などはありましたか。

A: 生まれてから喘息(ぜんそく)で、幼稚園の前半は通園できないうらいカラダが弱かったんです。このままだと小学校に入ってからのためにあつたのではないかと、母親は心配していたのですが、道端で側転をする子どもたちを見た母親は、「これや!」と思ったそうです。

側転をできようになったら、カラダが強くなっていじめにはあわないうと、私を近所の体操教室に入れました(笑)。

10代、20代のメンタルサポートサイト

たろい、直感れない、朝起きられない...
カラダの調子が悪いのは、ストレスのせいかもしれない、だから、

文字サイズ **小** **中** **大**

こころもメンテしよう ~家族の皆さんへ~

中高生の皆さんへ

家族の皆さんへ

最近、子どもが笑わなくなった。
10代でもこころの病気になるって、知らなかった。



気づく 子どものSOSサイン「いつもと違う」と感じたら
詳細をみる→

知る 子どもが助けを拒むとき揺れるところに付き合う
詳細をみる→

相談する だれに相談すればいい? 学校や公的な窓口を味方に
詳細をみる→

もっと知りたいとき

子どものこころと向き合う

そのウワサ、本当?

こころの専門家

インタビュー

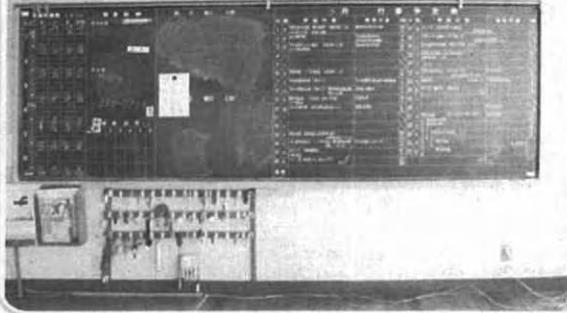
こころもメンテしよう ~教職員の皆さんへ~

教職員の皆さんへ

家族の皆さんへ

先生だからできること。

子どもの小さな変化に敏感になること。



気づく

子どもと
メンタルヘルス
思春期から増える
「こころの病」

[詳細をみる→](#)

**教師だから
できること**

セーフティーネットの
1人に

[詳細をみる→](#)

知る

支援する

保護者に
相談されたら
知らせるべき情報
連絡先など

[詳細をみる→](#)

もっと知りたいとき

[子どものSNSサイン](#)

[そのウワサ、本当？](#)

[こころの専門家](#)

[インタビュー](#)

過量服薬への取組（案）

～ 薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて ～

過量服薬の実態と背景

○自殺既遂者(76名)の遺族に対する調査

- ・受診歴のある者が約50%、受診群のうち39歳以下が約7割弱
- ・受診群の約6割が処方された向精神薬を過量服薬

○向精神薬の処方に関する調査

- ・2005年～2007年の約30万件のレセプト調査で、向精神薬を処方されている患者の割合は増加傾向

○患者側の要因

- ・症状が改善せずやむを得ず服薬量を増量したり長期間継続してしまう
- ・薬物への依存という認識が不足しており、医師に処方を求めてしまう

○診療側の要因

- ・患者との治療関係を築きにくい診療環境
- ・薬物の処方を強く望む患者に対して説得が困難な状況にある
- ・説得なく処方を拒否すると医療から遠のいてしまう恐れ

様々な要素が複雑に絡み合った根深い問題

当面の対策

今後検討していく対策
(ワーキングチームを設置)

厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム（平成22年9月9日）

取組1

薬剤師の活用

- ・薬剤師によるリスクの高い患者への声かけ等の取組を推進
- ・薬剤師に対する薬物依存等に関する研修機会の提供

取組2

ガイドラインの作成・普及啓発の推進

- ・最新の診療ガイドラインの普及啓発を推進
- ・境界性パーソナリティ障害に関する診療ガイドラインの普及啓発
- ・多剤処方の是正に関するガイドライン等の作成

取組3

研修事業に過量服薬への留意事項を追加

- ・厚生労働省や関係団体が行う研修事業を活用

取組4

一般医療と精神科医療の連携強化

- ・救命救急センターにおける精神科ケアの対応能力の向上を推進
- ・一般医療と精神科医療との連携を強化する取組を周知

取組5

チーム医療で患者と良好な関係を築くための取組

- ・チーム医療を担える人材育成を推進

検討1 向精神薬に関する処方の実態把握・分析

- ・処方した診療科名、処方量・種類、疾患名等についての実態把握と分析の方法について検討

検討2 患者に役立つ医療機関の情報提供の推進

- ・医師の診療経験に関する情報など、どのような情報が患者にとって、適切な医療機関の選択に役立つのか慎重に検討し、その情報公開の仕組みを検討

検討3 不適切な事例の把握とそれへの対応

- ・明らかに不適切と思われる事例を把握・確認する方策を検討
- ・加えて、そのような場合の医療機関や患者への助言・指導の方法を検討

検討4 過量服薬のリスクの高い患者への細やかな支援体制の構築

- ・患者や家族に対する訪問支援等のチームによる細やかな支援体制の構築のため、モデル事業や人材育成の方策を検討
- ・医療機関や薬局による、患者への薬剤に関する効果的な情報提供について検討

検討5 患者との治療関係を築きやすい診療環境の確保

- ・診療時間を十分に確保するために必要な支援を検討

(案)

過量服薬への取組

—薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて—

平成22年9月9日

厚生労働省

自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム

1. 基本的な考え方

- 厚生労働省では、本年1月に「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」(以下「PT」という。)を組織し、5月に省としての取組指針としてとりまとめを行い、精力的に自殺対策を推進しているところである。
- 最近の実態調査結果や報道においては、うつ病等により精神科や心療内科等を受診している患者について、医師から処方された向精神薬(抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬)を、指示された服薬量よりも過量に摂取する(以下「過量服薬」という。)例が指摘されている。
厚生労働省としては、毎年3万人を超える自殺者を一人でも減らしていくため、この課題について取り組んでいく必要があると認識しており、6月に、いわゆる向精神薬の投与日数や投与量に一層の配慮をすべきとの注意を喚起する通知を、地方自治体や医療関係団体に発出したところである。
- しかしながら、過量服薬の問題は、もとより単純に解決する課題ではない。

患者側の立場から見ると、過量服薬の背景には、症状が改善せずやむなく投与される薬剤の量や種類が多くなってしまふ、長期の投与により依存的な状況になってしまふ、薬剤の効果等について十分に理解できる説明を受けられない場合がある、薬物への依存という認識が不足しており医師に処方を求めてしまふ、といった様々なケースが存在している。

一方、診療側から見ても、患者の症状にあわせて投薬をした結果投薬量が増えてしまふ、薬剤の処方を強く望む患者に対して説得が困難な状況がある、他の医療機関から重複して処方を受けていてもわからない場合がある、日常診療の中で、ひとりひとりに十分な診療時間を確保することができず、その結果、過量服薬のリスクのある患者に対しても、薬剤の種類はできるだけ少ないことが基本であると考えられるが、多種類の薬剤を投与せざるをえないような状況がある、説得なく処方を拒否すると医療から遠のいてしまふ恐れがあるなど、様々なケースが存在している。

こうした患者側及び診療側の要素が、それぞれのケースで絡み合い、結果として過量服薬の課題を生じさせているのが現状であり、いずれかの要素を取り除けば解決する性格のものではないことには留意が必要である。

- この問題は、単に薬剤の処方というだけでなく、患者との良好な治療関係を保つことができるような十分な診療体制が不足していることや、患者に対する知識、薬物の入手方法など、根本的な解決に向けては、精神科医療のみならず、多くの領域が関与する根の深い問題である。
- 過量服薬は、単に処方を制限したからといって解決する問題ではなく、不用意な規制は、患者を医療から遠ざけることになりかねないことに注意すべきであり、患者が適切な医療にアクセスでき、患者の精神症状に応じて、適切な処方ができるよう体制を整備することが肝要である。医療から遠ざかってしまうことは、逆にうつ病の増加、自殺者の増加につながる危険性もあることは、十分に留意すべきである。
- 一方で、我が国の精神科医療については、諸外国に比して多種類の薬剤が投与されている（いわゆる多剤投与）の実態があると指摘されており、このことが過量服薬の課題の背景にもある。多剤投与の課題については、厚生労働省としても問題意識を持っている。

(※)「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」(座長 樋口輝彦国立精神・神経センター総長)第22回資料(平成21年8月)では、統合失調症患者に対する抗精神病薬併用投与の国際比較の研究報告によると、多くの国では単剤投与が50%以上であるのに対し、日本は単剤投与が20%未満であることや、抗うつ薬多剤併用の実態調査によると、他国では多剤併用率が3.4%~25%程度であるが、日本では19.0%~35.9%との状況について報告がなされた。
- こうした認識の下、厚生労働省では、この課題に取り組む第一歩として、有識者からヒアリングを行い実態把握を行うとともに、今後、取り組むべき対策についてとりまとめた。

ひとつひとつの施策が特効薬になるわけではないが、今後、様々な観点からの過量服薬の問題に対する対策を推進していく。

2. 種々の実態調査やヒアリングでの指摘

(1) 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

○ 平成21年度の厚生労働科学研究班(研究代表者:加我牧子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所長)が行った、研究協力を得られた自殺既遂者(76名)の遺族に対する実態調査によると、

- ① 亡くなる前1年間に精神科又は心療内科の受診歴があった者(精神科受診群)が50%である、
- ② 精神科受診群のうち、39歳以下の者が7割弱である、
- ③ 自殺時に向精神薬(睡眠薬、抗うつ薬、抗不安薬もしくは抗精神病薬)の過量服薬を行っていた例が、精神科受診群の約6割(直接の死因が、縊首、飛び降りなど、薬物以外の場合を含む。)

との報告がなされた。

(2) 精神疾患に合併する睡眠障害の診断・治療の実態把握と睡眠医療の適正化に関する研究

○ 平成21年度の厚生労働科学研究班(研究代表者:三島和夫 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所部長)の診療報酬明細書に関する調査によると、2005年から2007年の各年4月1日～6月30日の3ヶ月間に医療機関を受診し向精神薬を処方された20～74歳の患者について、

- ① 2005年～2007年の3か月処方率(4～6月の間に1度でも向精神薬が処方された患者の割合)の変化は、睡眠薬3.66%～4.58%、抗うつ薬2.02%～2.53%、抗不安薬4.42%～5.07%、抗精神病薬0.67%～0.84%で、すべて増加していた。
- ② 1日あたり平均処方力価(薬剤の効果を表す濃度として換算した1日あたり平均の処方量)については、すべての向精神薬で、平均力価は適正基準値の範囲内であった。
- ③ 睡眠薬・抗不安薬については、精神科・心療内科からの処方割合は4割以下、抗うつ薬・抗精神病薬は約7割が精神科・心療内科から処方されていた。

との報告がなされた。

(3) 【PTヒアリング】松本俊彦氏(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所室長)

○ 平成21年度の厚生労働科学研究班(研究代表者:伊藤弘人 国立精神・

神経医療研究センター精神保健研究所部長)の行った薬物乱用・依存者の実態調査によると、薬物乱用・依存患者402名のうち、薬物依存症の原因薬物は、覚せい剤191名(46.6%)に次いで、向精神薬63名(15.1%)が多かった。これは、向精神薬等を処方されている通院中の患者に対して、適切かつ慎重に対応することへの重要性が示唆される結果である。

- これへの対応としては、薬物依存症に対する診療の質の向上、薬剤師を活用した声かけの推進、レセプト等を活用した重複処方の防止、過量服薬のリスクが高い患者に対する丁寧な診療の推進が必要である。

(4)【PTヒアリング】三宅康史氏(昭和大学医学部救命救急センター救急医学講座准教授)

- 自殺未遂者は救命救急センターに搬送されてくるため、自殺未遂の再発を防止するためには、救命救急センターのスタッフが、自殺未遂者に対して精神面を配慮した適切なケアを行うことが重要であることから、厚生労働省と日本臨床救急医学会が協力して、平成21年に救命救急センタースタッフ向けの対応マニュアルを作成した。さらに、このマニュアルを利用した研修会を行っており、こうした活動を一層推進していきたい。
- 救急医療の現場では、自殺未遂者に対して精神科医療を受けさせたくとも、精神科医等の精神科スタッフが常勤で配置されている救命救急センターは少なく、また、配置されているところでも、夜間・休日には診療を受けることができない場合が多い状況にある。このため、一般医療と精神科医療との24時間体制での連携強化や、救命救急センターのスタッフの自殺未遂者への対応能力の向上などが必要である。

(5)【PTヒアリング】恵智彦氏(埼玉精神神経科診療所協会会長)

- 埼玉精神神経科診療所協会で行った自殺既遂者を対象にした実態調査によれば、自殺既遂者144名についてみると、自殺の手段とは別に自殺の際に、向精神薬等を過量に服薬していた者は約1割、比較的長期(1~5年)にわたり定期的に通院している者が最多、同居者がいる者の方が多いなどの状況がわかった。
- さいたま市では、自殺未遂者等への対応を強化するため、救急医療機関に搬送された自殺未遂者に対する入院治療を行う精神科病院の確保、一般医療機関や行政機関を訪問したうつ病等で自殺念慮のある相談者を精神科の外来診療へ紹介する体制を確保、一般医療機関と精神科医療機関等の関係医療機関の協議会の実施を含む事業(GPE連携事業)を行う予定としている。

(6) 【PTヒアリング】林直樹氏（東京都立松沢病院精神科部長）

- 松沢病院に自殺関連行動で入院した155人の患者について、分析したところ、境界性パーソナリティ障害 (BPD) が56%であった。内容は、自己切傷41%、次いで過量服薬が32%であった。BPDのうち過量服薬の経験率は76%と高かった。また、入院患者107人を4年間観察したところ、他の精神疾患にくらべて、自殺企図の再発率が優位に高かった。BPDの重症患者は、過量服薬や自殺のリスクが高いことが示唆される。
- BPDは、うつ病等の患者よりも治療が困難で、診療に時間がかかるが、チーム医療や十分な診療時間を確保することが困難である。過量服薬を含む自殺リスクの高い患者への対応のひとつとして、BPDに着目し、ガイドラインの普及や診療体制の充実が望まれる。

以上のように、過量服薬をめぐる実態には、さまざま要素が関与していると考えられるが、精神医療の質の向上や診療体制の充実、一般医療と精神科医療との連携強化など、根本的な解決には様々な観点からの対策が必要となると考えられた。

3. 解決に向けて実施する取組と、今後検討していく対策

- PTにおける議論や意見を踏まえ、過量服薬への対応として、【別紙1】に挙げる取組を実施していく。
- さらに、過量服薬の課題に本格的に取り組むため、【別紙2】に挙げる事項について今後検討を進めていく。このため、PTに過量服薬対策について集中的に検討するワーキングチームを設置する。

4. おわりに

- 我が国の自殺予防対策に関連し、過量服薬への対応という観点から、専門家からの意見を交え、今後、厚生労働省として、当面推進すべき取組についてまとめた。

- しかしながら、「1 基本的考え方」で述べたとおり、この課題は様々な要素が複雑に絡み合った根深い課題であり、患者側の立場も含め今回行ったヒアリングと異なる観点でのヒアリングを実施するなど、今後も継続して対応策についての検討を深めて行く必要がある。

- 厚生労働省では、ここでとりあげた対策を早急に取り組めるものから順次進めるとともに、薬物治療が精神科医療において欠くことができないものであることに留意しつつ、薬物治療のみに頼らない診療環境の整備に向けさらに検討を進め、今後も継続して、過量服薬や多剤投与に陥りやすいとされる精神科医療全体の課題に対応していく必要があると考えている。

【別紙1】

解決に向けて実施する取組

【取組1】 薬剤師の活用

—薬剤師は、過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパー

患者の多くは、処方薬を受け取る場合に薬剤師と面会することとなるため、薬剤師は、過量服薬のリスクの高い患者を早期に見つけ出し、適切な医療に結び付けるためのキーパーソンとして重要な役割と担うと考えられる。

例えば、薬局を訪問する患者の中で、向精神薬等を長期に処方されている患者については、薬剤師から、患者に対して「よく眠れているか」、精神科を受診していない患者に「精神科を受診しているか」などの声かけをすることや、必要に応じて処方医に疑義照会を行うなど、患者が適切な精神科医療を受けられるよう医療従事者間の連携を深めるといった役割が期待される。

このため、薬剤服用歴やお薬手帳などから向精神薬乱用が疑われる患者に対する声かけや処方医への疑義照会などを積極的に行えるようにし、過量服薬のリスクの高い方を早期に発見できるよう、薬剤師に対する向精神薬、睡眠薬、市販薬の誤用等と自殺行動に対する知識や研修機会の提供について検討する。

【取組2】 ガイドラインの作成・普及啓発の推進

①最新の診療ガイドラインの普及啓発を推進する

診療の現場では、患者の症状等から適切な診断と、それに基づき適切な治療法を選択することが重要である。厚生労働省では、これまでも各種ガイドラインの作成を行ってきており、今後も、向精神薬の処方に関する実態把握を踏まえた適切な処方のあり方に関するガイドラインの策定が予定されている。こうしたガイドラインについて、学会や団体等を通じて医療機関へ普及を図るとともに、【取組3】の研修事業の中で取り入れていく。

<参考> 厚生労働科学研究におけるガイドラインの策定状況について

○既に策定されているガイドライン

- ・平成20年度 境界性パーソナリティ障害ガイドライン
(H14-16)「境界性人格障害 (BPD) の新しい治療システムの開発に関する研究」
(H17-19)「境界性人格障害 (BPD) の治療ガイドラインの検証に関する研究」(牛島定信:東京女子大学文理学部(前・東京慈恵会医科大学精神医学講座))
- ・平成20年度 救急自殺未遂患者への対応—外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き—
(H18-20) (こころの健康科学研究事業)「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」(伊藤弘人:国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
- ・平成21年度 うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル
(H19-21)「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」(大野裕:慶應義塾大学 保健管理センター)

○今後策定される予定のガイドライン

- ・精神疾患に合併する睡眠障害の診断・治療ガイドライン (仮)
(H19-21)「精神疾患に合併する睡眠障害の診断・治療の実態把握と睡眠医療の適正化に関する研究」
(H22-24)「睡眠障害患者の QOL を改善するための科学的根拠に基づいた診断治療技術の開発」(三島和夫:国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
- ・統合失調症に対する抗精神病薬多剤処方のは正に関するガイドライン (仮)
(H22-24)「抗精神病薬の多剤大量投与の安全で効果的な是正に関する臨床研究」(岩田仲生:藤田保健衛生大学医学部)
- ・薬物依存症への認知行動療法マニュアル (仮)
(H22-24)「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」(松本俊彦:国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

<参考>

英国立医療技術評価機構 (NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence)、米国精神医学会 (APA: American Psychiatric Association) が作成している診療ガイドラインでは、

・軽症の場合には認知行動療法などの精神療法を薬物治療に優先して実施する方が有効であること、
・依存性の高い薬物（睡眠薬、抗不安薬等）については長期に使用しないこと、
・プライマリーケアでは抗うつ薬の併用療法は行わないこと
などとされている。

<ガイドライン>

- ・ Depression / Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem (2009 NICE)
- ・ Borderline personality disorder / Treatment and management (2009 NICE)
- ・ Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder / Second Edition (2005 APA)
- ・ Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder (2005 APA)

② 境界性パーソナリティー障害に関する診療ガイドラインの普及啓発

境界性パーソナリティー障害については、他の精神疾患に比べて過量服薬を含め自殺のリスクが高いことが知られている一方、治療が難しいため、正確な診断・治療が可能な専門医との連携が重要である。このため、厚生労働科学研究班等において作成された診断・治療に関するガイドラインについて、パーソナリティー障害に関する専門研修等を通じて、一層の普及啓発や専門医に関する情報提供を進める。

[取組3] 研修事業に過量服薬への留意事項を追加

① 厚生労働省の研修事業を活用

過量服薬の実態と対策を知ることは、医療従事者が積極的に対策に関与する体制を構築するために重要である。このため、厚生労働省で行っている研修事業において、過量服薬に関する留意事項を、研修内容に盛り込む。

過量服薬に関する留意事項については、過量服薬の現状、リスクの高い患者への処方の際の留意点、複数医療機関からの処方の有無の確認、チーム医療の重要性、最新の治療ガイドラインなど、研修対象に合わせた内容を検討する。

＜参考＞ 厚生労働省の研修事業（平成22年度）

- ・ かかりつけ医心の健康対応力向上研修事業
- ・ 自殺未遂者ケア研修
- ・ 認知行動療法研修
- ・ 心理職等精神保健研修
- ・ パーソナリティ障害専門研修
- ・ 精神保健指定医研修会

② 関係団体による研修事業を活用

厚生労働省による研修事業のみならず、より多くの研修機会を活用することが、普及啓発を推進するために重要である。このため、日本医師会、日本薬剤師会、日本精神科看護技術協会等の関連団体が行う従事者向けの研修事業において、過量服薬の実態と対策に関する内容を盛り込むよう、関係団体に積極的に働きかける。

【取組4】 一般医療と精神科医療との連携の強化

① 救命救急センターにおける精神科ケアの対応能力の向上を推進する

自殺未遂者については、処方薬の過量服薬のケースが少なくなく、自殺未遂により救命救急センターに搬送された患者に対するケアに当たっては、過量服薬などのリスクを理解し、再発予防につなげることが重要である。

このため、自殺未遂者の診療を行う救命救急センターのスタッフ向けのマニュアルを作成し、自殺未遂者ケア研修事業を通じてその普及を図っているところであるが、この研修の中で、過量服薬に対する対応についても盛り込むことを検討する。

また、一般医療から精神科医療への連携を一層強化するため、精神科救急医療体制整備事業等を通じて、救命救急センター等における精神科医や精神保健福祉士等の精神科ケアを行うスタッフの配置を一層推進する。

② 一般医療と精神科医療との連携を強化する取組等を周知する

一般診療科にかかっている患者で、不眠等により睡眠薬や抗不安薬を処方しているが改善しない場合には、うつ病や薬物依存症等の可能性があり、過量服薬のリスクが高いと考えられるため、精神科専門医等に紹介してより適切な治療が行われるよう診療連携を構築することが重要である。このため、一部の自

治体で行われているかかりつけ医と精神科医との地域における連携に関する先進的な取組について、他の自治体に周知すること等により、一般医療と精神科医療との連携を強化する。

<参考>

静岡県富士市（GP連携）：

連絡会議等により地域の一般診療医と精神科医の連携を密にすることで、一般診療医から精神科医への円滑な紹介を可能とする取組（紹介システム）を実施。

兵庫県神戸市（GP連携）：

精神医療の情報センターを設置し、一般診療科等からの相談に応じて、専門医を紹介する取組を実施。

埼玉県さいたま市（GPE連携）：

自殺未遂者等への対応を想定して救命救急センターからの依頼に応じて精神科医を紹介する取組を10月から実施予定。

[取組5] チーム医療で患者と良好な関係を築くための取組

過量服薬のリスクの高い患者に対しては、単に薬剤を処方するだけでなく、診療を通して患者と良好な治療関係を築くことが重要である。このため、精神科医だけでなく、様々な観点から患者とのかかわりを深められるよう、薬剤師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等のチーム医療を担う人材に対して精神科の専門知識や研修機会（心理職等精神保健研修）を提供し、チーム医療を担える人材育成を推進する。

【別紙2】

今後検討していく対策

【検討1】 向精神薬に関する処方の実態把握・分析

向精神薬の処方に関しては、2（2）に示した研究においてある程度示されているが、処方した診療科名、処方量・種類、疾患名等についての実態把握は十分ではない。このため、有効な対策を検討する観点から、向精神薬に関する処方の実態把握と分析の方法について検討する。

【検討2】 患者に役立つ医療機関の情報提供の推進

医師の診療経験に関する情報など、どのような情報が患者にとって、適切な医療機関の選択に役立つかについて慎重に検討した上で、情報公開の仕組みについて検討する。

【検討3】 不適切な事例の把握とそれへの対応

医療機関の中には、著しく多種類の向精神薬を処方している、といった事例や、患者の中には、複数の医療機関から重複して向精神薬をもらっているといった事例など、特別な理由なく行われているのであれば、明らかに不適切と思われる事例の存在が指摘されている。今後、こうした事例について把握・確認する方策を検討する。加えて、そのような医療機関や患者があった場合の改善に向けた助言や指導の方法について検討する。また、複数の医療機関から重複して向精神薬を処方されている場合や、明らかに多種類の向精神薬の処方や、定められた用量を超えた処方がされている場合の薬剤師から主治医への確認の徹底等の対策について検討する。

【検討4】 過量服薬のリスクの高い患者への細やかな支援体制の構築

過量服薬のリスクの高い患者に対しては、患者家族への説明、患者や家族に定期的に訪問支援や電話相談を行うなど、医師だけでなくチームによる細やかな支援体制の構築が重要である。しかし、実際には、これらの支援は評価が十分ではないことやそれを行う人材が不足していることなどの課題がある。このため、モデル事業などにより、細やかな支援体制の構築に対する支援や人材育成の方策を検討する。

また、医療機関や薬局における、患者への薬剤に関する効果的な情報提供の方法について検討する。

【検討5】患者との治療関係を築きやすい診療環境の確保

薬物治療のみに頼らない診療を実現するためには、精神科医や心療内科医等が日常診療において、患者と良好な治療関係を築きやすい環境を整えることが重要である。このため、診療時間を十分に確保するために必要な支援を検討する。

以上については、精神保健医療の枠組みを超え、医療制度一般に広く関わるものである。このため、関連制度との連携も視野に入れ、今後、引き続き検討を進めていく。

(参考)

<厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム メンバー>

主査 障害保健福祉部長

副主査 安全衛生部長

幹事 精神・障害保健課長 労働衛生課長

メンバー 健康局

職業安定局

社会・援護局

政策統括官

独立行政法人国立精神・神経センター

清水康之内閣府参与

<ヒアリング> 平成22年7月27日第6回プロジェクトチーム

松本俊彦氏 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部 診断治療開発研究室長

三宅康史氏 昭和大学医学部救命救急センター救急医学講座准教授

恵 智彦氏 埼玉精神神経科診療所協会会長

林 直樹氏 東京都立松沢病院精神科部長