

勤労者を含む地域の自殺未遂者等支援のための 保健医療福祉サービスの充実にに関する研究

研究代表者 伊藤弘人（労働者健康安全機構・本部研究ディレクター）

要旨：

本研究の目的は、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、（１）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、（２）自殺企図・精神障害に関する労災事案の特性と（３）職場のメンタルヘルスと精神科医療との連動性の特徴を明らかにした上で、（４）労働領域とも連動する精神保健医療福祉領域での自殺予防の施策の在り方を整理することである。【研究方法】（１）国際機関における出版物や関係者に対する聞き取りでは、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)での動向を集約した。（２）先行研究や公表資料から、労災事案（2016年度の758例および2010年からの5年間の精神障害・自殺企図事案2000例）の特徴をまとめた。（３）職場のメンタルヘルスと精神科医療との連動性に関する調査の実施と回答のあった87病院からのデータの分析を行った。（４）以上の結果を踏まえて、労働領域と精神保健医療福祉領域での自殺予防に関する施策をまとめ、今後の政策の方向性を検討した。【結果】（１）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。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。OECDは、加盟国および非加盟国に、次を推奨している。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る。（２）2018年6月に成立した法律による時間外労働の上限規制により、脳・心臓疾患による労災認定数が減少する可能性がある一方、精神障害（自殺企図を含む）では、長時間労働の発症リスクは脳・心臓疾患ほどは明確とはいえなかった。労災認定例における精神医学的診断では、気分障害に加えて女性においては心的外傷後ストレス障害や適応障害の割合が高かった。（３）精神病床を有する病院への「職場のメンタルヘルス」に関する調査では、回収率が極めて低かった。「ストレスケア専門の入院機能」を有する病院では、復職支援プログラムなどに取り組む割合が高かった。（４）労働領域と精神保健医療福祉領域での自殺予防に関する施策をまとめると、労働領域では、[a-1]働き方改革と長時間労働対策、[a-2]過労死を含む労災認定制度、[a-3]ストレスチェック制度、[a-4]健康経営、および[a-5]障害者雇用に整理できた。精神保健医療福祉領域では、[b-1]うつ・睡眠対策、[b-2]病気の治療と仕事の両立支援、[b-3]精神科医療との連携強化、および[b-4]リワーク支援に分類できた。労働領域に関連する施策（a-1/3/5, b-2）については、事業場規模（労働者数）で基準が異なっていた。自殺未遂者等支援拠点医療機関は、主に医療連携（b-3）のみに関係していた。適切な支援の継続を促す施策が求められており、自殺未遂者等支援拠点医療機関は、地域における保健・福祉、そして事業場・自治体関連組織との連携を強化する機能が必要と考えられた。【まとめ】本研究結果は、過労自殺防止対策の推進には、精神保健医療福祉サービスとの連動性の向上が必要であることを示唆していた。職場におけるメンタルヘルス領域では長時間労働以外の要因が影響すること、

気分障害・心的外傷後ストレス障害・適応障害への対策が必要であることが示されていた。ただし、労働政策と精神保健医療福祉施策は異なる領域であるため、各施策の横断的な統合には課題も多い。保健医療福祉政策の対象者はすべての住民である一方、労働施策の対象者は事業場の労働者数により異なるという制度的違いは、切れ目のない自殺予防を進める上で意識すべき課題である。勤労者を含む地域の自殺未遂者等支援のためには、制度的な特性の障壁を乗り越えた保健・医療・福祉・雇用サービスの統合を目指すことが求められる。

1. 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。自殺総合対策大綱の「自殺総合対策における当面の重点施策」には、「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」、すなわち精神科医療、保健、福祉等の連動性の向上や専門職の配置を検討することが位置付けられている。

本研究の目的は、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、(1) 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、(2) 自殺企図・精神障害に関する労災事案の特性と (3) 職場のメンタルヘルスと精神科医療との連動性の特徴を明らかにした上で、(4) 労働領域とも連動する精神保健医療福祉領域での自殺予防の施策の在り方を整理することである。

2. 研究方法

(1) 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

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。

(2) 自殺企図・精神障害に関する労災事案の特性

労働災害における自殺・精神障害の事案の分析を行う。対象は、厚生労働省が公表している「精神障害に関する事案の労災補償状況」の報告および先行研究の資料である。先行研究は 2016 年度の 758 例および 2010 年からの 5 年間の精神障害・自殺企図事案 2000 例の分析である【P 引用】。精神障害・自殺の労災認定において、労働時間やそれ以外の特性について分析を行う。

(3) 職場のメンタルヘルスと精神科医療との連動性の特徴

精神科病床を有する病院への郵送調査により、職場のメンタルヘルスと精神科医療との連動性の特徴の分析を行う。対象は、公表資料から把握できた精神科病床を有する 1667 病院である。調査内容は、(1) 病院概要、(2) 「うつ病や不安障害などの精神障害」への復職・就労支援、(3) 重度精神障害への就労支援、および (4) 産業医・事業所との連携から構成されている。

(4) 労働領域とも連動する精神保健医療福祉領域での自殺予防の施策の在り方

労働領域と精神保健医療福祉領域における自殺予防・メンタルヘルス対策に関連する施策を抽出した。また、国内外の有識者と意見交換を行い、施策ごとの関連を整理した。

倫理面への配慮

郵送調査など、所属する倫理委員会での審査が必要な研究は、承認を得た上で実施するとともに、すべての研究において倫理面に十分に配慮しながら実施した。

3. 研究結果

(1) 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

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¹⁾。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」：さまざまな機関、特に保健医療分野と雇用の分野での支援は、各分野の支援目的のために個別的に運営されることが多いという課題がある。分野個別的ではなく、一元化した支援に統合すべきである。
- ・ 「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立場の者を活用・強化する。具体例として、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がある。

(2) 自殺企図・精神障害に関する労災事案の特性

厚生労働省からの脳・心臓疾患および精神障害の労災補償状況の報告²⁾によると、2018年度の労災支給決定件数は、脳・心臓疾患が238（死亡82）件で、精神障害（自殺企図を含む）は465（自殺企図76）件であった（図1）。時間外労働時間別でみると脳・心臓疾患の87.4%は月80時間以上であった。一方、精神障害（自殺企図を含む）で月80時間以上の時間外労働の割合は38.1%であった。2017年度（2016年度）の同様の割合は、脳・心臓疾患事案では93.3%（90.0%）、精神障害事案では36.4%（36.3%）であった。なお、図1の精神障害における「特定不能／不明」は、出来事による心理的負荷が極度であると認められる場合など、労働時間を調査するまでもなく明らかに業務上と判断した事案から構成されている。

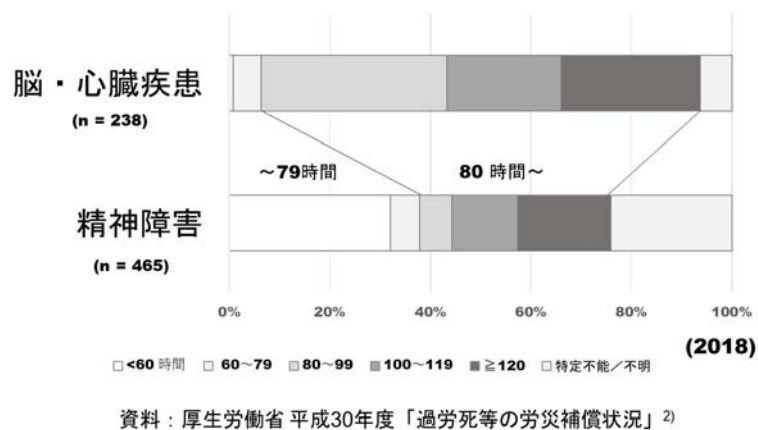


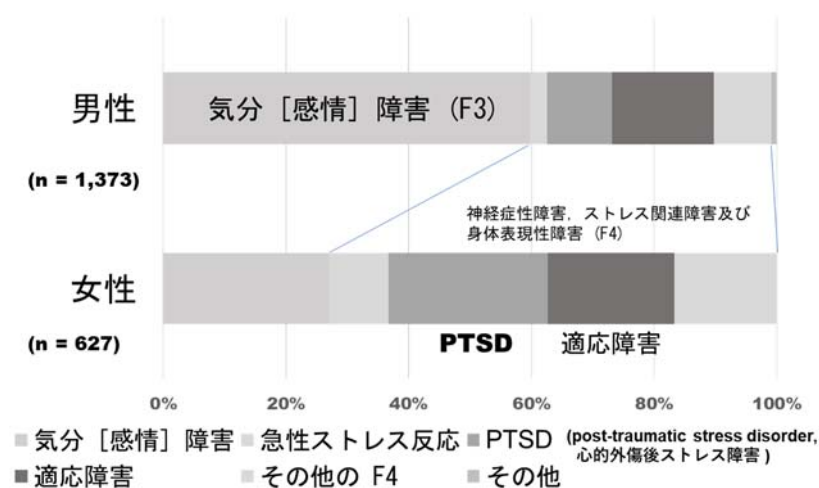
図 1. 労災支給決定における時間外労働時間割合

労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所の分析³⁾によると、先行研究の結果を図 2 に示す通り、精神障害（自殺企図を含む）における精神医学的診断の特徴は男女で異なり、男性では気分（感情）障害が 820 例（59.7%）と最も高い割合であった。一方女性では、気分（感情）障害の 169 例（27.0%）に加え、心的外傷後ストレス障害が 163 例（26.0%）および適応障害の 129 例（20.6%）と分かれた。

（3）職場のメンタルヘルスと精神科医療との連動性の特徴

送付した病院のうち、120 病院から返送された（返送率 7.2%）。そのうち 33 病院は回答への拒否であり、有効回答（回答率）は 87 病院（5.2%）であった。

回答のあった 87 病院の有する精神病床数は、50 床以下が 11 病院、51～100 床が 9 病院、101～150 床が 8 病院、151～200 床が 18 病院、201～250 床が 12 病院、251～300 床が 10 病院、300 床以上が 11 病院であった（未記入 8 病院）。また、ストレスケア専門の入院機能を有している病院は 11 病院（病棟単位 6、病室・病床単位 4、無回答 1）であった。



*出典：Yamauchiら³⁾

図 2. 診断（精神障害・自殺企図事案）

全体の回収率は低いものの、ストレスケア専門の入院機能を有する病院が多いことから、この入院機能を有する病院とそうでない病院との比較を行った。ストレスケア専門の入院機能を有する病院では、それ以外の病院と比較して、デイケア機能を有し、企業との組織的な契約を行い、復職支援プログラム（認知行動療法・問題解決療法）を提供している割合が有意に高かった。

（４）労働領域とも連動する精神保健医療福祉領域での自殺予防の施策の在り方

労働政策および精神保健医療福祉政策における勤労者支援に関連する主な施策は、それぞれ次の通りであった。

１）労働政策

①働き方改革と長時間労働

長時間労働は、日本や一部のアジア諸国で見られる特異的な現象で、日本では奈良時代の木簡にも長時間労働の記録があった。また長時間労働の結果と考えられている過労死は、“KAROSHI”として Oxford dictionary に 2002 年から収載されている。2018 年 6 月に働き方関連法が成立し、残業時間の上限規制が、大企業では 2019 年度から始まり、中小企業でも 2020 年度から開始される⁴⁾。医師に対する時間外労働規制は 2024 年度に適用される予定である。

②過労死と労災認定制度のこれまでの動向

「過労死」とは、上畑が 1978 年に 17 事例を報告したときに始めて用いられた言葉で、働き過ぎにより死に至る事象とされている。脳・心臓疾患の認定基準（1961 年通達）は、1987 年に大幅に改定されることになる。精神障害は 1999 年に判断指針が策定された上で、2011 年に「心理的負荷による精神障害の認定基準」が正式に定められた。以上の経緯も関係し、2000 年以降に労災認定数は増加、改めて社会問題化して 2014 年には「過労死等防止対策推進法」が公布・施行されている⁵⁾。本法律における過労死等の定義は、簡略化すると「業務における過重な負荷による脳血管疾患・心臓疾患またはそれらを原因とする死亡」もしくは「業務における強い心理的負荷による精神障害またはそれを原因とする自殺による死亡」である。なお、自殺については、自殺未遂も含まれる。

③ストレスチェック制度

2015 年 12 月から、労働者数 50 人以上の事業場では、労働者にストレスチェック（心理的な負担の程度を把握する検査）の実施が義務化された⁶⁾。このストレスチェック制度では、（１）労働者本人へのフィードバックとその後のフォローアップ体制の構築を義務付け、（２）集団分析を活用した職場環境改善を努力義務として求めている。ストレスチェックの結果は労働者本人にのみ通知して、専門家による面接指導や必要な場合の就業上の措置は、希望者のみに提供するという、プライバシーを配慮した体制が必要である。職場のメンタルヘルス対策を促す国際的にもユニークな制度である。

④健康経営

近年、労働者の健康を高める企業の積極的な取り組みが、評価の対象とされ、企業価値を高める取り組みとしても注目されている。ある企業では、フレックス制を導入して、早朝出勤を促し、朝食を無料提供している。その結果、職場での活気が感じられるようになり、残業が減り、生産性も向上しているとのことである。労働者等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する「健康経営」という概念が示され、2016 年には経済産業省が「健康経営優良法人認定制度」を創設している。

⑤障害者雇用

組織では、雇用している労働者の一定割合（一般的に 2.2%）は、障害を有する労働者であることが求められている。1976 年に身体障害者の障害者雇用が義務化され、1998 年に知的障害者が法定化され、

2018年に精神障害者が含まれることになった。2018年に全国で53.4万人の障害者が雇用されており、身体障害者が64%、知的障害者は23%、精神障害者は13%を占めていた。全体の雇用者数は前年と比べて7.9%増であった。身体障害者は対前年比3.8%増、知的障害者は同7.9%増、精神障害者は同34.7%増と、精神障害者の伸び率が大きかった。雇用率未達成企業（常用労働者100人超）から納付金を徴収し、雇用率達成企業などに対して調整金、報奨金を支給するとともに、各種の助成金を支給する制度がある（障害者雇用納付金制度）。また、親会社の実雇用率に算入できる、障害者の雇用に特別の配慮をした子会社の仕組み（特例子会社）が2002年から可能となった。2018年に486社あり、雇用されている障害者の数は3.2万人であった。

2) 精神保健医療福祉政策の動向

①うつ対策の進展

「うつ（depression）」（うつ病とうつ状態）の社会的負担に関する研究では、約3分2は職場に関連するコストであるとの推計がなされている^{7,8)}。うつは関する支援は国際的にも研究の蓄積があり、2010年頃から支援の基本的なフレームワークが示されている。何かのきっかけにより、本人が落ち込んだ場合、多くは自ら、もしくは家族の励ましによって、場合によっては医療者のちょっとした声掛けで、立ち直っていく。一部は、性格的な背景も影響して、適応に困難を感じる。ごく一部は、声掛けにもかかわらず、2週間以上深刻な状態が続く場合があり、診断面接によってその多くは「うつ病」の疑いが認められ、治療が試みられることになる。このように治療・支援の強度を段階的に高めていく支援方針は、うつ病だけでなく、メンタルヘルス問題を感じている労働者にも現実的な支援方法として参考になるであろう。

②病気の治療と仕事の両立支援

うつなどのメンタルヘルス問題は、がん、脳卒中・心臓病、糖尿病などの身体疾患に伴い、また治療の副作用として出現する場合がある。病気の治療と仕事の両立を支援することにより、メンタルヘルス問題と上手に付き合う方法を見いだせるかもしれない。2017年の「働き方改革実行計画」では、病気の治療と仕事の両立の重要性が述べられ、厚生労働省では、がんや脳卒中・心臓病になっても仕事が続けられるように、個別的な支援を関係者に推奨している。

③精神科医療との連携強化

医療が必要なメンタルヘルス問題を、早期に発見して専門家につなげる取り組みは、かかりつけ医教育から始まり、自殺企図者が搬送された救命救急センターへと拡張されている。主に医療機関が受け取る診療報酬で新設されてきた。2008年にかかりつけ医がうつ病とうの患者を精神科医連へ紹介することに対する加算が、2012年には救命救急センターへ搬送された自殺企図者への精神科医による診断・治療と退院後の精神科医療機関への紹介に対する加算が新設されている。

④リワーク支援

精神科医療の枠組みでは、メンタルヘルス問題で休職した職員に対する復職支援がデイケアサービスの一環でなされている。また、入院医療が必要な場合の専門的なストレスケア病棟を有する病院もある。精神科医療施設の中には、障害者雇用施策のひとつである就労継続支援（A型・B型）を活用して、就労支援サービスを提供している。

4. 考察

（1）メンタルヘルスに関連する問題の大きさ

我が国における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

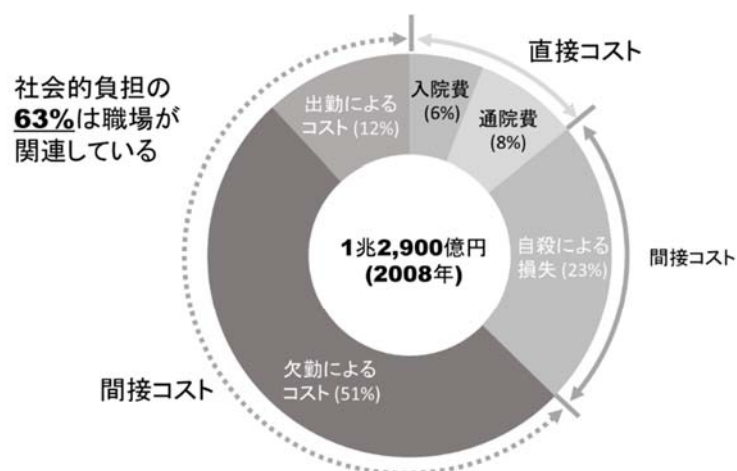
きた（表 1）。過労自殺に特に関連する領域として、金子ら（自殺・うつ病）は年間 2.7 兆円という疾病負担を推計している。またうつ病に関する研究では、年間 1.3 兆円（Okumura & Higuchi）から 2.0 兆円（Sado et al）と推計されている。

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。

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 3 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はなく、過労自殺の低減につながる可能性が高い。

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



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.

図3. メンタルヘルスの社会的負担
（例：日本における大うつ病のコスト）*

（２）労災事案の特性から示唆されること

労災事案の特性を長時間労働という観点から分析し、脳・心臓疾患の労災事案の87%が長時間労働と関連していた。国際的にも長時間労働が循環器病の発症リスクが高まることはメタ解析レベルで確認されている（図 4）。時間外労働の上限規制により、脳・心臓疾患による労災認定数が減少する可能性がある。

一方、精神障害（自殺企図を含む）では、長時間労働の発症リスクは先行研究において脳・心臓疾患ほど明確ではなかった。また労災事案における精神医学的診断では、気分障害、加えて女性においては心的外傷後ストレス障害や適応障害の割合が高かった。これらの特性に応じた支援が必要と考えられる。

（３）職場のメンタルヘルスと精神科医療との連動性の特徴

精神病床を有する病院への「職場のメンタルヘルス」に関する調査では、回収率が極めて低く、精神科入院医療施設側のこの領域への関心が高くないことがうかがえる。その中では、「ストレスケア専門の入院機能」を有する病院では、復職支援プログラムなどに取り組む割合が高く、これらの病院等と産業保健との連携を深めることは最初のステップとして意義がある可能性が高いことを示していた。また、精神病床の有無に限定せず、一般病院の救急部門に搬送された自殺企図者に対して、専門家とのリエゾン・コンサルテーションを受けつつ、救急部門の中で初期ケアを提供することは、実現可能性・均てん化の観点から、重要なプログラムであると考えられる。さらに、異なる領域のサービスの連動性を高めるとする OECD の政策提言にもあるように、労働領域の支援や地域での支援に、紹介しその後も継続的に状況を把握する仕組みも必要であると考えられた。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メッセージが発信されている¹⁴⁾。

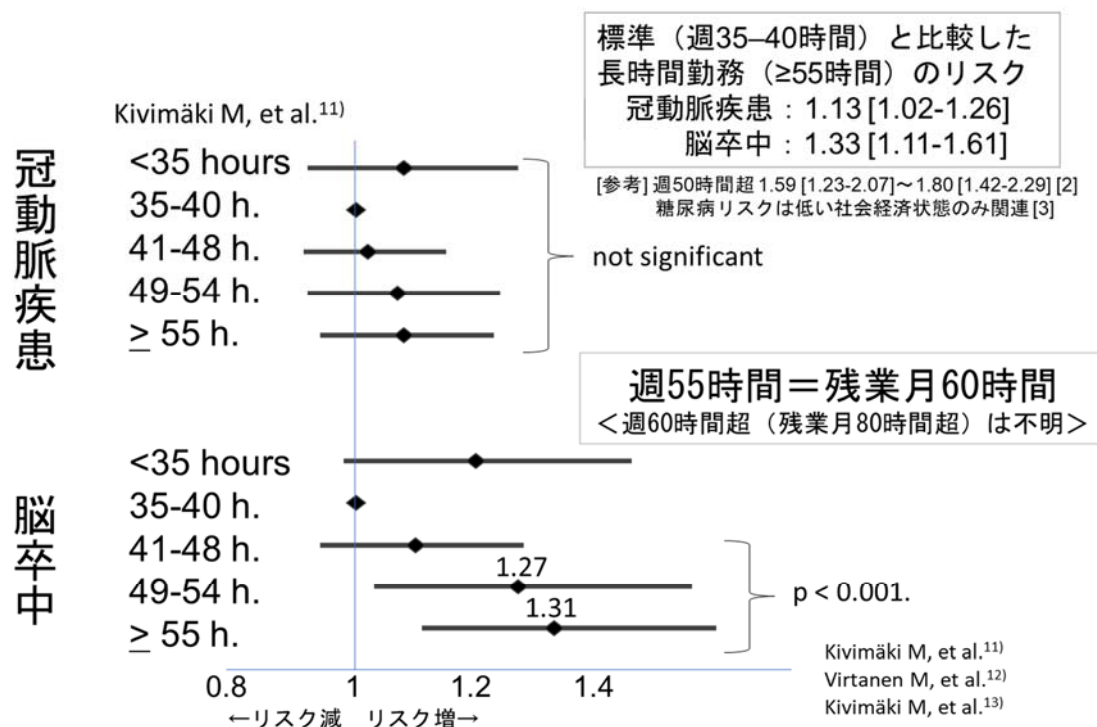


図 4. 長時間勤務と循環器病発症リスク（メタ解析）

（４）労働領域と連動する精神保健医療福祉領域での自殺予防の施策の在り方

労働政策と保健医療福祉政策は、異なる制度であるため、その統合には課題もあることが明らかになった。第１に、考え方やプログラムが各制度によって異なり、統合して切れ目なく活用するという考え方が浸透しているとはいえない。第２に、保健医療福祉政策の対象者は、すべての住民であるが、労働政策の対象は、一定の規模以上の事業場にのみ義務が課されている。これらの課題を意識し、ひとつひとつ、粘り強く改善を進めていく必要がある。

5. 政策提案・提言

本研究結果は、メンタルヘルスと仕事の領域では長時間労働以外の要因が影響すること、気分障害・心的外傷後ストレス障害・適応障害への対策が必要であること、職場がストレスケア専門の入院機能を有する病院等との連携を深めることは有意義であることを示している。産業保健と精神科医療との連動性を高める施策が求められる。

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も重要な要素であることを示していた。職場のメンタルヘルス制度（および願わくば教育制度）とメンタルヘルスケアに関連する社会保障制度の改善と統合が必要である。そのためには、労働施策と精神保健医療福祉施策ごとで存在する多様な支援制度を、横断的・統合的に組み合わせ、ネガティブアウトカムを防止することが求められる。働く人へのアプローチは、（１）制度や文化的アプローチ（時間外労働規制・障害者雇用）、（２）組織・職場でのアプローチ（ストレスチェック制度と健康経営）、そして（３）個人への啓発や対処へのアプローチ（うつ対策・両立支援・連携・リワーク）で整理すると理解しやすい（図５参照）。これらの３つの特性がマイナスに影響しあった結果は、自殺などのネガティブなアウトカムにつながる。３つのレベルで予防的な取り組みが奏功すれば、ネガティブアウトカムを未然に予防することにより、個人・職場・社会の負担軽減につながる。

勤労者を含む地域の自殺未遂者等支援のための保健医療福祉サービスの充実、国際的にも関心の高い領域である。わが国での先進的な取り組み事例が蓄積され、国内外の自殺予防につながることを願う。

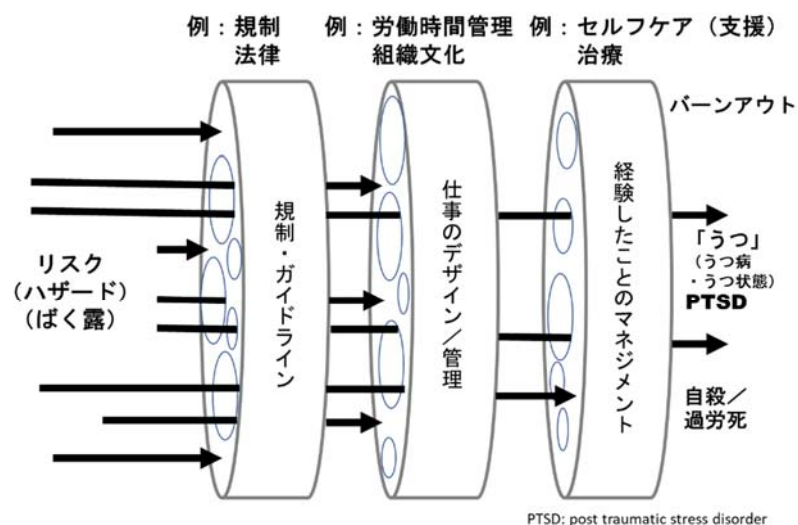


図5. リスク低減のための全レベルでの予防

6. 成果の外部への発表

(1) 学会誌・雑誌等における論文一覧（国際誌 2 件、国内誌 2 件）

- 1) 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. 自殺総合政策研究 (印刷中).
- 2) 大類真嗣、田中英三郎、前田正治、八木淳子、近藤克則、野村恭子、伊藤弘人、大平哲也、井上彰臣、堤明純. 災害時のメンタルヘルスと自殺予防. 日本公衛誌 67: 101-110, 2020.
- 3) Ito H, Aruga T. Japan imposes a legal overtime cap but mental health issues are complex. *Lancet Psychiatry* 5: 616-617, 2018.
- 4) Ito H. Overwork-related disorders: Karoshi, depression, and burnout. *Singapore Medical Association (SMA) News* 50 (5): 20-21, 2018.

(2) 学会・シンポジウム等における口頭・ポスター発表（国際学会等 2 件、国内学会等 4 件）

- 1) Ito H. Integrating overwork reduction and mental health care policies for suicide prevention. The 4th International Forum on Suicide Prevention Policy (Harassment law and suicide countermeasures). February 11, 2020.
- 2) 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. 2019 年 2 月 14 日.
- 3) 伊藤弘人. 精神保健・予防の観点からみた過重労働問題. 第 22 回日本精神保健・予防学会シンポジウム. 2018 年 12 月 2 日.
- 4) 伊藤弘人、梅崎重夫、有賀徹. 医師・看護師のバーンアウトに関する国際動向. 第 56 回 日本医療・病院管理学会学術総会. 2018 年 10 月 27 日.
- 5) Ito H. Karoshi: Overwork-Related Death in Japan. 5th International Scientific Conference on Occupational and Environmental Health, Hanoi, Vietnam, September 10-12, 2018.
- 6) 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) その他外部発表等

- 1) Co-chair, Workplace Wellness and Resilience Work Group, The Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC) Digital Hub for Mental Health. A new horizon for occupational health: APEC white paper on workplace mental health and safety (in press).
- 2) Ito H. Japan. WHO Landscape Forum on Mental Health and the Workplace. World Health Organization, Geneva, Switzerland, November 25, 2019.
- 3) Ito H. Mental health and work. 3rd Annual Meeting of Asian Consortium of National Mental Health Institutes, Tokyo, Japan, March 20, 2019.
- 4) Ito H. How long-working hours affect people's health and mental health. 2nd Annual Meeting of Asian Consortium of National Mental Health Institutes, Singapore. March 5, 2018.

7. 引用文献・参考文献

- 1) OECD. Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy, 2015. <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/334> (2020 年 3 月 3 日閲覧).
- 2) 厚生労働省. 過労死等の労災補償状況 (平成 30 年度). https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05400.html (2020 年 3 月 2 日閲覧).
- 3) Yamauchi T, Yoshikawa T, Takamoto M, et al. Overwork-related disorders in Japan: recent trends and development of a national policy to promote preventive measures. *Ind Health*. 2017; 55: 293-302.
- 4) Ito H, Aruga T. Japan imposes a legal overtime cap but mental health issues are complex. *Lancet Psychiatry* 5: 616-617, 2018.
- 5) Eguchi H, Wada K. Recognition, compensation, and prevention of Karoshi, or death due to overwork. *JOEM* 58: e313-314, 2016.
- 6) Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, et al. A Japanese Stress Check Program screening tool predicts employee long-term sickness absence: a prospective study. *J Occup Health* 60: 55-63, 2018.
- 7) 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.
- 8) Sado M, Yamauchi K, Kawakami N, et al. Cost of depression among adults in Japan in 2005. *Psychiatry Clin Neurosci* 65: 442-50, 2011.
- 9) Sado, M, Takechi S, Inagaki A, et al. Cost of anxiety disorders in Japan in 2008: a prevalence-based approach. *BMC Psychiatry* 13: 338, 2013.

- 10) Sado M, Inagaki A, Koreki A, et al. The cost of schizophrenia in Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9: 787-98, 2013.
- 11) Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet*. 2015; 386: 1739-1746.
- 12) Virtanen M, Heikkilä K, Jokela M, et al. Long working hours and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2012; 176: 586-596.
- 13) Kivimäki M, Virtanen M, Kawachi I, et al. Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222120 individuals. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015; 3: 27-34.
- 14) Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 3: 415-424, 2016.

8. 特記事項

- (1) 健康被害情報 なし
- (2) 知的財産権の出願・登録の状況 なし