

自殺予防 職場のための自殺予防の手引き (日本語版初版)

この文書は、自殺予防に関連する団体や専門組織を対象とした一連の手引き書のうちの一つであり、世界保健機関（World Health Organization: WHO）が自殺予防のために国際的に提唱している SUPRE の一部として用意されたものである。

キーワード：自殺 / 予防 / 資源 / 職場 / 労働者

Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World Health Organization
Geneva
2000

監訳 河西千秋, 平安良雄
横浜市立大学医学部精神医学教室

The chief editors: Chiaki Kawanishi and Yoshio Hirayasu
Department of Psychiatry
Yokohama City University School of Medicine
Yokohama
2007

© World Health Organization

The Director-General of the World Health Organization has granted translation rights for an edition in Japanese to Yokohama City University School of Medicine, 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan which is solely responsible for the Japanese edition.

“Preventing suicide : a resource at work”の日本語翻訳版の著作権は横浜市立大学精神医学教室に帰属します。本著作の複写・転用については、横浜市立大学医学部精神医学教室の許諾を得てください。

横浜市立大学医学部精神医学教室

〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9, 電話 045-787-2667, Fax 045-783-2540

発行 初版 First publish 2007年9月
Publish:

監訳 河西千秋 Chiaki Kawanishi
Edited by: 平安良雄 Yoshio Hirayasu

訳 神庭功 Isao Kaniwa
Translated by: 河西千秋 Chiaki Kawanishi
佐藤玲子 Ryoko Sato
名取みぎわ Migiwa Natori
平安良雄 Yoshio Hirayasu
松澤友子 Tomoko Matsuzawa
山田素朋子 Suhoko Yamada

発行者 横浜市立大学医学部精神医学教室
Publisher: 〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9
電話: 045-787-2667, Fax: 045-783-2540
Department of Psychiatry
Yokohama City University School of Medicine
3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan
Tel: +81-45-787-2667
Fax: +81-45-783-2540

目次

緒言.....	4
労働者のメンタルヘルス.....	6
仕事のストレス.....	6
生産性と対価.....	8
自殺と職業.....	9
支援の求めと満たされていない需要.....	9
健康な労働力の創出	10
企業・組織の改革	11
管理者は、自殺に傾いている労働者をどのように支援したらよいか	13
自殺に傾いている同僚を支援するにはどのようにしたらよいか	14
自雇用者は、従業員のメンタルヘルスを増進するために何ができるのか	15
雇用者は、労働者の自殺に際して何ができるのか	15
引用文献	17

はじめに

自殺は、世紀をまたがり哲学者や神学者、医師、社会学者、および芸術家たちの関心を引きつけてきた複雑な事象です。フランスの哲学者であるアルベール・カミュは、彼の著作「シーシュホスの神話」の中で、自殺は唯一深刻な哲学的問題であると述べています。

私たちは、自殺を重要な公衆衛生学の課題として捉える必要があります。しかしながらその防止や制御は、残念ながら決して簡単な仕事ではありません。最新の研究によれば、自殺予防は実行可能ではあるものの、そのためにはありとあらゆる活動がなされなければならないということが示されています。それは、私たちの子どもや若者たちのために可能な限りの良い環境を提供することから始まり、精神障害の効果的な治療や、自殺の危険因子に対する環境調整を行うことも含まれます。的確な情報を普及させ、また啓発を行うことは自殺防止プログラムを成功させる上での主要な要素となります。

1999年に、WHOは自殺の防止のための国際的な事業、SUPREに着手しました。この小冊子は、特に自殺の防止に関わる地域や専門のグループのために準備された一連のSUPREの資料の1つです。これは、保健福祉専門家や教育者、行政機関、政府、立法機関、司法、報道機関、家族、地域のコミュニティを含む広範な人々の長く多様なつながりについて提示するものとなっています。

私たちは特に、この小冊子のたたき台を準備してくださった Heather Stuart 博士（カナダ・キングストン、Queen's University）に感謝したいと思います。そして、その校訂にあたったWHOの国際的な自殺予防のネットワークに関わる以下のメンバー、Annette Beautrais 博士（ニュージーランド、クライストチャーチ、Christchurch School of Medicine）、Robert Goldney 教授（オーストラリア、ギルバートン、Adelaide Clinic）、Lourens Schlebusch 教授（南アフリカ、ダーバン、University of Natal）、Jean-Pierre Soubrier 教授（フランス、パリ、Groupe Hospitalier Cochin）、Airi Värnik 博士（エストニア、ターリン、Tartu University）、Lakshmi Vijayakumar 博士（インド、チェンナイ、SNEHA）、Danuta Wasserman 教授（スウェーデン、ストックホルム、National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health and Department of Public Health）に感謝します。

さらに私たちは、助言をいただいた次の人々にも感謝します。Jaannah Caborn 氏と David Gold 博士（スイス、ジュネーヴ、InFocus Programme on Safety and Health at Work and the Environment, International Labour Organization）、Evelyn Kortum 氏（スイス、ジュネーヴ、Occupational and Environmental Health, Public Health and Environment、世界保健機関）、Wolfgang Rutz 教授（スウェーデン、ウプサラ、Uppsala University Hospital）

これらの資料は、今後広く配布されていきますが、これらの資料が効果的であるためには、それぞれの地域にあったかたちで翻訳され受け容れられていくとよいと思います。これらの資料に対するご意見や、翻訳・翻案の申し込みを歓迎します。

J.M.Bertolote 博士
WHO精神保健部
精神・行動障害部門コーディネーター

自殺予防 職場の自殺予防のための手引き

自殺は、死ぬことを想定して行われる故意の自傷行為である。自殺未遂は死に至らなかった自傷行為であり、助けを求めるといった目的がしばしばそこには含まれている。このような自殺行動については、世界中で重大な公衆衛生の問題としての認識が高まっている。多くの国において、豊かな国でも貧しい国でも、自殺率は増加している。先進国では、自殺は主要死因の上位 10 位以内に含まれ、15-35 歳の年齢層の人々においては主要死因の上位 3 つのうちの一つとなっている。世界保健機関は、およそ毎分に 1 件の割合で自殺が起こり、およそ 3 秒毎に 1 件の割合で自殺企図が起きていると試算している。自殺による死は、武力紛争による死よりもさらに多いのである。¹

自殺、そして自殺を引き起こすメンタルヘルスの問題は、労働者の生産性や健康に莫大な被害をもたらす。例えば、1,000 人規模の従業員を抱える企業において、どの年も 200-300 人の従業員が深刻なメンタル・ヘルスの問題（診断可能な精神障害）にさらされる。そして、10 年毎に 1 人の割合で、従業員の自殺が生じるであろう。自殺するすべての従業員に対して、別の 10-20 人は自殺を企図するであろう。試算によれば、自殺は死亡により失われるすべての労働日数のおよそ 8%を占める。²

労働者の自殺は、メンタルヘルスの問題、ストレスの多い職場環境、そして社会的・環境的ストレス因子を含む生活環境といった事柄の、複雑な相互作用の結果である。すべての自殺あるいは自殺企図は防ぐことができないかもしれないが、これまでの研究により、雇用者は、従業員の自殺を減らすために重要な対策を講じることが可能であることが示されている。職場での自殺予防は、a) 仕事上のストレスの予防と軽減を目的とした組織の改革、b) メンタルヘルスの問題や支援を求めることに対する偏見をなくすこと（そしてそのための啓発）、c) メンタルヘルスや情緒的な困難感に対する認識をもつことと早期の発見、そして d) 外部の地域精神保健の資源と連携した従業員の健康と支援のプログラムを通して行われる介入と治療、などの組み合わせによってうまく実施することができる。あらゆる規模の企業は、精神的に健康な労働力を擁し、自殺行動を予防するための健康と安全管理のための指針とプログラムをもつことができる。

今日の、急激な社会環境の変化の中で、労働者は、自分達の雇用や経歴を危うくするという不安から、自分がメンタルヘルスの問題を抱えていると認めることを躊躇している。従って企業や組織は、労働者のメンタルヘルスの問題の影響を同定し、最小限に抑えることに先取りをして取り組んでいかなければならない。メンタルヘルスの問題は、仕事に関連して困難な状況を生み出す広範なもの（生産力の減少から怪我、暴力、自殺にまで至る）から共通して生じるため、この文書は、精神的に健康な労働力の創出といった一般的な公衆衛生の観点から自殺予防を取り扱う。この幅広い観点を適用したプログラムは、労働者の自殺を減らすことに効果的であり、同時に労働者の健康をよりよいものにし、生産性を向上させるのに成功している。³

この手引書は、雇用者、労働組合の役員、従業員の支援プログラムを提供する担当者、人事労務担当者、そして精神的に健康な労働力の創出という共通の目標を共有する労働者に向けたものである。

労働者のメンタルヘルス

精神障害は、社会的な、あるいは職業的な領域の一つかそれ以上の機能に有意な障害をもたらす認知、情動、あるいは知覚認知の障害がある場合に生じる。精神障害は、脳における化学的不均衡といった生物学的な異常に関連する深刻で慢性的な疾患である。医学的に未治療で放置されると、精神障害は後遺障害や死といった大きなリスクをもたらす。精神障害あるいは精神疾患を、短期の情動の混乱や、一時的にみられる対処行動上の問題に関連する一般的でありふれた、そして深刻度の低いメンタルヘルスの問題から区別することが重要なことである。⁴

精神障害は、自殺の主要な危険因子である。自殺に特に関連が強い精神障害は、うつ病、物質乱用（アルコール、薬物）、不安障害、人格障害（境界型や反社会性人格障害）、そして統合失調症などである。これらの精神疾患が複数並存することは、自殺者にごく一般的なことである。例えば、80-90%のアルコール乱用の自殺にうつ病が合併している。西洋においては、精神障害が自殺の危険因子の中で第1位を占めるのに対し、特にアジア諸国など非西洋圏ではややその影響は少ないといういくつかのエビデンスがある。

精神障害は他の病気よりも有病率が高く、より多くの苦痛や障害をもたらす。14ヶ国で行われた精神疾患の有病率調査で、過去12ヶ月に精神障害に罹患した成人の割合は、国によって4.3%から26.4%であった。最も有病率の高かった国はアメリカ合衆国で26.4%、そしてウクライナ（20.5%）、フランス（18.4%）、コロンビア（17.8%）が続いた。最も低かったのは中国（上海）で4.3%、そしてナイジェリア（4.7%）、イタリア（8.2%）、日本（8.8%）と続いた。他の国（メキシコ、ベルギー、ドイツ、オランダ、スペイン、レバノン、そして中国の北京）は、9.1%から16.9%の間を示した。⁵

世界的に、すべての障害において精神障害がもたらす障害の比率は、1990年の10.5%から、2020年の14.7%まで、ほぼ5%上昇すると予測されている。2020年までに、うつ病は、人に障害をもたらす主要な原因疾患の第2位になると予想される。先進国において、うつ病はその障害によって損なわれる日数において第3位の疾患となり、発展途上国においては第1位になるであろう。自殺率もまた、上昇することが予測されている。1990年に、世界で自殺は重大死因の12番目であった。2020年までに、自殺は10番目になるであろう。⁶ 世界的にみて、過去半世紀で自殺率は60%以上増加している。¹

メンタルヘルスの問題を抱える人の大多数は働いている。世の多くの人々が働いているので、精神障害が職業上の障害を引き起こす主要な原因ということになる。カナダのデータは、労働人口の8.4%が、30日間でうつ病、不安障害、物質関連障害（しばしば、アルコール関連）あるいはこれらの並存した状態を経験することを示している。不安障害の有病率が最も高いのは、医療や司法などに従事する専門職や、高い地位にある人々であるという。うつ病の頻度が最も高いのは、準専門職の労働者であるという。物質乱用、特にアルコール乱用は、農業従事者に最も頻繁に見られ、これに並存する精神障害は、非熟練労働者に最も頻繁に見られるという。⁷ 最近の研究では、管理職や専門職におけるアルコール症やうつ病の高い有病率が、特に女性専門職におけるアルコール乱用の高い頻度とともに示されている。⁸

仕事のストレス

人々のストレスに対する反応はさまざまで、各個人の心理的回復力や対処方法、周囲の

資源により異なる。精神障害をもつ人々やメンタルヘルスの問題を経験した人は、心理的回復力の減弱、社会的サポートの欠如、問題に対処することの困難さのため、ストレスのもたらすマイナスの効果に特に影響を受けやすい。

仕事のストレスは、仕事の労働環境からの需要に対して、能力、資源、労働者のニーズとの間に不一致がある時に起こる。長期にわたる仕事のストレスへの暴露は、筋骨格系疾患、仕事への燃え尽き、うつ病、シック・ビルディング症候群、怪我、職場での暴力や自殺を含む健康問題と関連する。仕事のストレスは、労働関連の健康問題で上位 10 項目のなかにはいっており、しばしば重大なメンタルヘルスの問題の前兆となる。したがって、これは、身体的健康、精神的健康の増進や自殺予防を含む、保健予防活動の重要なターゲットになる。

労働者のストレスについて、世界的に関心が高まっている。ヨーロッパや北米などの経済先進国だけでなく、中国や台湾、韓国など、急速な工業化の中にあるような国々でもそうである。イギリスでは、ストレスやうつ病、不安のようなメンタルヘルスの問題は、労働関連疾患の中で、損失日数が 2 番目に多い原因となっている。² カナダの労働人口のうち 31% が、仕事をしている日数のほとんどに「かなりストレスを感じている」、または「非常に強くストレスを感じている」と回答している。仕事関連のストレスを経験する人は、そうでない人の 2 倍、精神科的問題を抱えやすいとされている。⁷ 日本では、63% の労働者が仕事のストレスをもつと報告されているが、この 15 年間で 10% 増加している。⁹ 台湾では、8% の男性、7% の女性が「しばしば」、あるいは「いつも」仕事の際にストレスを感じると回答しており、他の国の労働者に比べて低いレベルであることが示されている。¹⁰

アジア諸国にみられる、仕事のストレスと、身体的健康、メンタルヘルス、労働者のモラル、そして仕事の満足度との関係は、欧米諸国に得られた知見と同様である。しかしながら、職場のストレスの原因は非常に異なっている。例えば、仕事上の評価と管理的役割への要求は、台湾の管理者の主たるストレスの原因となっているが、一方でイギリスの管理者の間では、人間関係、組織の雰囲気、個人の責任が主なストレスの原因となる。¹¹ 中国では、労働者の組織への一体感やかかわりの程度が鍵となっているが、おそらくこれらが物理的な報酬（賃金や利益）と、内面的な報酬（評価や仕事上の満足度）の双方を決定する重要な役割を果たすからであろう。¹²

いくつかのケースでは、職場のストレス要因と自殺行動との間に明確な関連を見出す事が可能である。例えば、懲戒処分を受けたり解雇されたりした人が、その後に自殺未遂や自殺既遂をするような場合である。外傷的な出来事というものは、就労状況の変化（退職、一時解雇、または解雇）や懲戒処分、あるいは非常にきまりの悪い思いや、不名誉に思う状況、不法行為（性的暴行や横領など）と関連しているかもしれない。しかしながら、メンタルヘルスや個人的な問題を有し、そのために既に自殺に対する脆弱性があり、しかも致命的な自殺手段をもつ労働者にとっては、慢性的な職場ストレスがしばしば大きな影響を与える。¹³ ストレスを生ずる環境要因や、ストレスに対応できていないという初期の徴候を認識できるような仕組みをつくることで、雇用主は精神的に健康な労働力を増やし、自殺行動を減らして、生産性を改善させることが可能である。

ストレスの多い職場環境の特徴として、時間の不足、調整不能な労働スケジュール、労働に集中できない環境、争い（人間関係の乏しさ、いじめ、嫌がらせなどにより引き起こされる）、職場の狭さ、さまざまな不確定要素、少ないコストで高い効果を上げることを迫られること、などが挙げられる。次のような広い範囲に亘る環境要因が、ストレスに対する反応の引き金となり、メンタルヘルスの問題を引き起こす¹⁴：

- 人員削減や外部委託、急激な業務拡張、あるいは再編（昇進、降格、異動を含む）と関

連する組織の変化

- 職務が不確定的、あるいは、業務が過剰で調整不可能であること(役割がはっきりしない、優先順位が不明確である、仕事の不安定さ、将来の展望を妨げ不満感を助長するようなことがらなど)
- 問題のある上司や同僚(労働者と上司との間のコミュニケーション不良、不適切、または無神経な業務管理、同僚からの敵意、嫌がらせ、マイナスの影響を与える社内での政治的駆け引きなど)
- 職場の極端な要求(長時間労働、自律性を与えられない、重い責任、仕事への過重な関わり、危険、外傷的な出来事など)
- 劣悪な職場環境、身体的なストレス要因(騒音、照度の不足、狭い職場、極端な温度環境、人間工学を無視した環境、化学品の危険有害性、従業員が健康プログラムに参加できないことなど)
- 単調、あるいは反復的な作業。または、技能を適切に活用できない状況
- 残業につながる安い賃金や出来高払い
- メンタルヘルスの問題をもつ人々への偏見や差別を助長するような組織的文化

加えて、本質的にストレスが多い職場もある。たとえば公的に高度な対人接触を行わなければならないようなところや、外傷的、あるいは暴力的な出来事にさらされる可能性のある法執行機関、反復作業に従事する組み立てラインの労働者、航空管制官や医療保健従事者などである。^{13, 15} 女性は特に仕事関連のストレスを受けやすい。というのも、彼女たちは、しばしば育児や家事に主たる責任を負っていることが多く、低い賃金や低い地位に集中している傾向があり、家族としての責任を果たすための勤務形態となり、さらに仕事に関連する差別や嫌がらせを受ける可能性がより高いからである。¹⁶

生産性と対価

世界的にみて高い精神疾患の有病率は、重大かつ地球規模で経済負担を産み出している。ビジネスの世界では、精神的に健康な労働者はより生産性が高いということがますます認識されつつある。職場のメンタルヘルスの問題は、それ自体が業績に関わる問題であることを如実に示す。すなわち、欠勤の増加、生産性の低下、高い転職率、短期および長期の休職の増加、そして障害の申告の増加などである。このように、労働者のメンタルヘルスへの関心の不足とそれによる仕事のストレスは、費用面で高くつくことになるのである。

労働力に関するメンタルヘルス問題の対価計算は、その試みが始められたばかりであるが、すでに驚くほどの数字が示されている。例えば、2000年において、メンタルヘルスの障害の対価は、EU15カ国の国内総生産の3-4%と概算されている。¹⁷ これらの対価の大きな部分は(おそらく3分の1かそれ以上は)、直接、生産性が失われたことと関連している。米国においては、身体疾患や怪我による欠勤よりも、メンタル・ヘルスの問題で欠勤する労働者のほうが多い。うつ病は、「家族の危機的状況」、「ストレス」に次いで、仕事に関連する重要な問題の第3位となっている。1989年から1994年の間、米国における精神疾患による障害の申告は2倍に増えている。⁷ カナダでは、精神疾患による障害の申告にかかる総額が総賃金支払額の12%にもものぼる。これらは障害による休職に関して最も急速に増大している部分であり、今後も引き続き増大していくであろうと考えられている。²³

非西洋社会では、労働者のメンタルヘルス上の問題の対価と仕事関連のストレスに関してほとんど知られていない。しかしながら、そのパターンは同様である。たとえば、台湾の管理職において仕事上のストレスは、精神および身体上の不健康、欠勤、仕事の満足度

の低さと、転職の計画である。さらに女性の管理職は、女性の進出が一般的ではないこと、家族に対する役割責任などから、男性の同僚管理職よりも仕事のストレスがより大きいことが報告されている。¹¹

自殺と職業

自殺率は、職業ごとに多様で、それは彼らがさらされる日々のストレスの特性による。心的外傷後ストレス障害を引き起こすような悲惨な、あるいは暴力的な出来事への多くの曝露、銃器や、致死量の薬物、農薬など自殺手段の入手が容易であることなどが、その中には含まれる。高い自殺率を示す職業としては、医師、化学物質を取扱う職業、それから薬剤師(致死的な化学物質や薬品の利用のしやすさが一部関与している)そして、法律家、教師、カウンセラー、秘書といった職業(これらの集団におけるうつ病の有病率の高さが一部関与している)農業従事者(高いうつ病有病率、危険な労働環境、経済的重圧によるストレスと社会的孤立、大量の農薬へのアクセス、救急医療サービスへのつながりにくさなどによる)そして一部の警察官(退職者や、あるいは心理的なトラウマの影響を受けたような人たちが)含まれる。さらに、いくつかの研究で、一部の女性の専門職者、たとえば女性の医師、看護師、あるいは軍人で(その一部は家族と昇進に関わる事柄との間の葛藤かもしれない)特徴的に高い自殺の危険性が示されている。また自殺は、失業者、あるいは仕事の保障が不安定な人に多い。¹³

労働者においてメンタルヘルスの問題が高い割合で生じているのにもかかわらず、その職場での自殺は少ない。米国のある研究によれば、職場での自殺は全体の1-3%であり、これは、1年間で、100万人の労働者あたり2.3-2.5人ということになる。職場で自殺した人の90%は男性であり、より高齢の年代で自殺率が高くなっている。職場で自殺をした男性の58%、女性の40%が銃器を用いて自殺しており、銃器による自殺が最も多い。

支援の求めと満たされていない需要

メンタルヘルスに問題をもっている人、あるいは自殺傾向のある人の大多数は、たとえその国に費用対効果に優れた広範の医療サービスが存在していたとしても、適切な治療を受けることができていない。たとえば、精神保健の専門家や、労働者の支援プログラムを利用しようとする人はうつ病の労働者のおよそ3分の1だけである。職業に関連した障害を報告した人で、その問題を解決するために服薬をしようとする人は10人のうち1人にも満たない。しかし一方で、うつ病の治療を適切になされた人の大多数は、業務能力の改善と休職日数の減少を示し、これは雇用者による治療負担に充分に見合うものとなっている。

¹⁸

労働者が治療を求めない理由はいくつかある。まず偏見への恐れが主要なものである。メンタルヘルスの問題をもつ労働者は、仕事に関連したかなりの差別にしばしば直面する。彼らの自立性は制限され、監督が増え、仕事の保障は危険に曝され、昇進は限られ、そして同僚からの支援も打ち切られる。メンタルヘルスに問題をもつ労働者は、ふつつ、同僚や管理職に彼らの疾病を発見されないようにありとあらゆることをするし、労働者支援プログラムをむしろ避けたり効果的な治療を受ける選択肢を遠ざけたりする。¹⁹ 女性は、情緒的な、そしてメンタルヘルスの問題へのケアを求める傾向が男性よりはある。若年の、あまり教育を受けていない男性は最もケアを希求しない。このパターンは、オランダ、ドイツ、米国、カナダ、そしてチリといった、国際比較の対象となった5つの国々で報告さ

れている。²⁰ 男性の、精神的・情緒的な苦痛への治療希求の乏しさと致命的な自殺手段を選択する傾向は、男性のより高い自殺率の一部を説明できるかもしれない。

治療を受けるまでの障壁を乗り越えるために、組織は、労働者のメンタルヘルスの問題を積極的に同定し、管理しなければならないし、特別な社会支援活動や介入を要するような高危険度群については特にそうでなければならない。組織は、心理社会的な回復を支持するような文化を育てなければならない。メンタルヘルスの方策とプログラムを開発するのにあたって、精神科治療の効果についての偏見や誤解がそのことを妨げるような事例があまりに多い。精神障害をもつ人々が、身体の障害者と同等の利益を受けることの保障が妨げられるような事例があまりに多いということである。²

健康な労働力の創出

成人は、起きている時間の3分の1以上を職場で過ごしているだろう。健康、そして安全に関する指針とプログラムを通して、労働現場は労働者の身体的健康と労働そのものを大きく改善させてきた。いまや、精神の障害に関連した職業機能の問題が、身体の障害に関連する問題と同等か、あるいはより悪い状況であるので、雇用者によってメンタルヘルスの指針とプログラムを戦略的事業投資として、そして労働環境をメンタルヘルスの促進と予防の第一歩のために理想的な場所として考慮している。

世界保健機関と国際労働機関は、精神的に健康な労働力を創出するには3つのことが必要であると提言している。第1に、雇用者や管理者は、メンタルヘルスの問題がそれを増悪させる因子が何であれ、まさしく労働に関連する要項であることを認識し、それらに対処するための指針やガイドラインを整備しなければならない。第2に、雇用者は、障害に関する法を理解し、精神障害をもつ人々を支援しなければならない。第3に、雇用者は、適切なメンタルヘルス問題の予防とメンタルヘルス推進の指針およびプログラムを整備しなければならない。成功した事例では、労働条件の改善のために、そして仕事のストレスを軽減するために企業や組織を変革させること、メンタルヘルスや受療を求めることの重要性に関する労働者と管理者のための教育とトレーニング、そして心理的健康の支援を向上させること、などが要素として含まれている。⁹

世界労働機関は、以上の3つのニーズに対応して「SOLVEプログラム」を展開している。²¹ SOLVEは、職場での心理社会的な問題を解決するための指針づくりと活動の展開を支援すべくデザインされた、双方向的な教育プログラムである。指針づくりの主たる部分は、管理者に心理社会的問題を理解させることとなっており、ストレスや薬物乱用のように自殺に関連する事柄や、またどのようにして職場がそれらの問題を悪化させたり、逆に減らしたりできるのかということが含まれている。この理解をもって、管理者は、心理社会的問題に取り組むための総体的な指針を導入する立場となることができ、その指針は、問題を抱える人々に対して予防を重視し、支援するといった企業（組織）文化を育成する主要な道具の1つとなるのである。指針を補足するものとして、企業は労働力のあらゆるレベルにおいて継続的な教育活動に従事していく必要性があり、SOLVEも、「MicroSOLVE」として知られる1.5時間型介入プログラムを提供している。この、啓発的な指針ときちんと情報を与えられた労働力という組み合わせにより、予防やピアサポートが広く利用できる支持的職場環境を生み出すことができる。加えて、SOLVEプログラムの一環として、世界労働機関は、ピア・カウンセラーのために心理社会的問題に対する予防、緩和、そして対処のためのトレーニング・プログラムをまとめている。自殺予防に関する認識は、このトレーニング・プログラムに必須の要素となっている。自殺予防に対するSOLVEプログラムの効

果が明らかにされることが特に待ち望まれるところである。

自殺予防のために包括的で組織的な取り組みを導入することが重要であるということは、米国空軍の経験によって明らかにされている。自殺者数の増加に対して、彼らは全空軍組織における組織的なものから、文化的、個人的なものにまで至る危険因子を対象にして、複合的な自殺危険性の減少のためのプログラムを実施した。そのプログラムは、メンタルヘルスの問題への早期介入、組織に対する帰属意識の促進といった社会・環境的保護因子の強化、そして、メンタルヘルス問題への偏見・差別を減らし希求行動を促進するといった事柄を通して自殺の抑止に取り組んだ。管理・監督者は集中的なトレーニングを受け、自殺の危険性のある人々を同定し、適切な対応機関に導くための担当者（ゲート・キーパー：問題を発見し、受けとめ、調整する役割）としての機能を果たした。結婚問題、家庭問題、法律問題、メンタルヘルスの問題、あるいは他の困難な問題に直面し専門家の援助を受けた人々を称えるメッセージを、電子メールで広く配布した。上官は、大きなストレスに直面した個人が彼らの部隊からケアや社会的支援を受けることを確実なものにするようにとの指示を受けた。そして、上官がこのような担当者としての役割を適切に果たすことを規定した指針が、策定された。このプログラムは、自殺の危険因子を軽減する方向に軍の文化を変えた。1994年から1998年の期間、自殺率は10万人対で16.4から9.4に減少した。1999年の最初の8ヶ月間は、さらに2.2まで減少している。これは、1980年の最悪の時と比べると80%もの減少であり、また事故死、殺人、家庭内暴力の有意な減少も認められた。²²

企業・組織の改革

健康な労働力の促進のための戦略の鍵は、次に挙げるような仕事に関するストレスを除去するか、あるいは減らすことである：

- どのように業務が行われるべきなのかということに関して、労働者への情報が不十分、あるいは誤解を与えやすく、役割があいまい。
- 矛盾した要求やプレッシャーによって、労働者が不快な気持ちの中で働かなくてはならないといった葛藤状況。
- こなすことができないほどの仕事の多さ。あるいは仕事を仕上げるのに必要な技術を欠いている。
- 技術が活かされない。または繰り返しの連続の退屈な作業。
- 権威主義的なマネジメント構造。そこに労働者自身による問題解決や意志決定の要素が反映されない。
- 仕事、もしくは経済的不安定性。
- 敵意、悪口、ひいき、または不必要な競争が助長されるような組織文化やマネジメントの文化。
- 身体の問題、危険性、あるいは有害物質への曝露
- 性的または感情的な嫌がらせ、あるいは差別。

もともとストレスの多い職種においても、仕事のストレスに影響する多くの環境因子を調整することは可能であろう。そこには、技術の改良や、危険への曝露を減らすための工夫、あるいは女性に対してより家族的で親密な労働環境を作ることなどが含まれる。多くの国々では、労働者の安全性の改善、解雇の手続きの規定、そして労働者の障害への対処の基準を定めるための法律が制定されている。

仕事のストレスは環境要因と個人の脆弱性との相互作用から生じるので、労働者と企

業（組織）は仕事に関連するストレス因子を減らすために協調しなければならない。しかしながら、ストレスを生み出す企業（組織）側の要因を考慮することなく労働者個人に焦点を当てて、健康プログラムを組んでみても、それでストレス関連問題や、死にいたるような結果を予防することは不可能であろう。

労働者のための情報と教育

現在のところ、職場におけるメンタルヘルスの取り扱い、あるいは自殺傾向のある労働者の対応について十分な知識をもっている管理者はほとんどいない。⁹ さらに、労働者のメンタルヘルスや自殺の危機的状況に対応できるような計画をもっている企業（組織）、あるいは自殺予防、労働者の生産性に影響するメンタルヘルスの問題、健康な労働環境を促進する要因、困難の兆しとなる要因について、管理職が知識を確実にもつことができるようなスタッフ向けプログラムをもつ企業（組織）はほとんどない。例えば、最近のカナダで行われた雇用者の調査によると、以下の通りである：

- 91%の雇用者が、従業員の仕事量が増加していると述べた。
- 72%の雇用者が、従業員は職務が変わる経験をしていると述べた。
- 68%の雇用者が、従業員の欠勤が増加していると述べた。
- 64%の雇用者が、従業員に情緒的な緊張が広がっていると述べた。
- 61%の雇用者が、生産性が減少していると述べた。
- 44%の雇用者が、労働者が仕事のスケジュールの補正を望んでいると述べた。

このように明らかに警告的な状況があるにもかかわらず、ほとんどの企業（組織）がまだ労働者のメンタルヘルスに取り組むためのプランというものをもっていない。また、メンタルヘルスの問題に気づき、それに取り組むための教育を受けた管理者をもつ企業（組織）は、10%にも満たない。²³ 同様に、英国産業連盟は800の事業所の調査を行った結果、雇用者の98%が、従業員のメンタルヘルスは企業にとっての関心事であるべきだと考えており、雇用者の81%が、メンタルヘルスは企業理念の一部であるべきと考えている。しかしながら、実際にはメンタルヘルスについての指針をもつ企業（組織）は10%にも満たない。

心理社会的保健事業の充実

従業員支援プログラムというものがあるが、これは支援、診断、相談、カウンセリング、そして治療などの様々な事業を供給する企業側の出資によるプログラムのことである。これらのプログラムは、最初は物質乱用（通常はアルコール乱用）に対処するために考案されたが、その後、他のメンタルヘルスの要素を含めるまでに広がってきている。

従業員支援プログラムは対費用効果を期待できる。もし直接的な効果だけでなく、間接的な効果を併せて考慮するのであればなおさらである。しかし、多くの国々において、産業医学の分野は未発達のみであり、従業員支援プログラムの利用とそこから従業員が受ける利得は限られているし（特に小規模企業において）、利用できるプログラムは地域のメンタルヘルスの専門家や治療サービスと連結していない。米国で実施された、雇用者が提供する保健プランに関する調査によれば、2001年に従業員支援プログラムを提供していた企業は、20%以下であった。従業員20,000人以上を抱える大企業においてはプログラムが普及していたが（80%）、従業員50 - 100人規模の小規模の企業（20%）や、従業員50人以下の企業では普及していなかった（10%）。プログラムのおよそ3分の2が、行動医学的のものや薬物乱用に関する簡易療法、自己スクリーニング・プログラム、そして治療の紹介を含んでいた。世界の多くの地域で、産業医学（特に従業員支援プロ

グラムの運用)は一般に未発達であるか全く普及していない。

次の問題は、たとえ従業員支援プログラムが利用できるとしても、守秘義務の不履行や同僚からの偏見、または管理者から受ける不利益に対する不安により、従業員がこのプログラムを利用したがるという企業(組織)文化があることである。偏見を減らし、従業員が保障された利益を受けられるように積極的に従業員に対する支援活動を行う企業はほとんどない。従って、これらを最もよく機能させるために、産業医学や従業員支援プログラムは、適切な治療(従業員支援、地域のメンタルヘルスの専門家とサービスへの紹介を含む)に導く手段と、メンタルヘルス・ケアを受けるまでの障壁を取り除き、高危険群や未治療者への支援活動を確保するためのメンタルヘルスに関する啓発・偏見対策とを組み合わせなければならない。¹⁹現在、いくつかの企業は、従業員がより利用しやすいようにと労働組合実施の従業員支援プログラムを提供しているし、他に、企業と労働組合が共同で実施するプログラムを提供している企業もある。

メンタルヘルスや自殺に関連する偏見を減らすことを目的として行われる支援プログラムの好例は、先に言及した国際労働機関の SOLVE プログラムである。

カナダでは、ケベック労働連合会が、同僚からの支援を活用するといった新しいプログラムを実施している。組合員は、話を傾聴する技術と、組合によって作られ維持されてきた支援のための資源の情報に関する基礎的な教育を受ける。より高い関心をもつ組合員は、自殺予防など、より掘り下げた訓練を受けることができる。このプログラムは、情報をもつ同僚による支援が供給できることと、専門的支援の利用の導入を行うことができるという利点を有している。同僚による相談は気軽であり利用しやすく、自殺予防の鍵にもなる。

管理者は、自殺に傾いている労働者をどのように支援したらよいのか

労働者がいつ自殺に傾いていくのかを察知するために行うべき確固としたやり方というものはない。自殺に傾いている人は、ふつつ落ち込んでいて、憔悴していて、「どうしたらよいのか分からなくなってしまった」と言うだろう。しかし、彼らが、彼ら自身の問題を他人に、特に管理者や同僚に開示したいと思う程度は人によって異なる。それでも、最終的に自殺をしてしまう人の多くは、死の数週間か数ヶ月前には、自殺の意志についてはっきりとした危険信号を示している。以下に示すのは、気付いてもらいたいというささやかな努力であるが、助けを求める叫びであり深刻に受け取られるべきものである：^{26, 27}

- 引きこもりがちで、友人や同僚と関わるができなくなっている
- 孤立感や孤独感を語る
- 失敗したという感覚、無力感、失望感、自尊心の喪失を表している
- 焦燥感、いらいら感、不全感の増大
- 衝動性、あるいは攻撃性
- 十分な睡眠をとることができない
- 解決法が見出せないような問題について絶えず思案している
- 物事に区切りをつける(た)ことの表明
- 物事の解決のための何らかのプランがあり、聞けば、明らかに具体的な自殺の方法を考えている可能性がある

自殺に傾いていて、危険信号を発しているような人で、さらに以下のような状態にあれば場合はより危険はより高い：

- 最近の親しい人との関係の喪失
- 解雇や早期退職、左遷、その他、仕事に関連する環境の変化、もしくは予期される変化。
- 公の戒告や懲戒処分、あるいは金銭に関する不正や性的問題などの露見など、仕事に関連した深刻で恥となるような出来事
- 健康上の変化
- アルコールや他の薬物の乱用の悪化
- 自殺関連行動の既往や自殺企図の家族歴
- 現在、抑うつ状態にある、仕事の燃え尽き症候群、あるいは原因のはっきりしない倦怠感

従業員が自殺に傾いていると感じる管理者は以下の支援が可能である^{14, 26, 27}：

- 受容や関心を表明する。
- 従業員が自ら話すことができるように促す。自殺に傾いている人のほとんどは死ぬことについて両価的である。彼らが自殺に傾いているのかどうかを尋ねたり、自殺について話をするとはその人を追い込むことにならない。むしろ、そのやりとりが安心や解決へのスタートになる。
- 従業員が、誰か呼びたいか、あるいはすでに呼んだのかどうかを尋ねる。
- 企業（組織）の保健管理の部署や人事労務の部署（会社・組織の指針により部署は異なるが）など、適切な部署の担当者に報告を行う都合上、守秘を履行できないということを穏やかに伝える。管理者は、守秘の履行に決して同意すべきではない。
- 産業保健やメンタルヘルスの専門家に迅速かつ適切な紹介を行う。小さな企業においては、これは地域精神保健事業や医師に該当するであろう。これらは、事前に調整と同意を得ておくことでプロセスが容易になる。迅速で適切なケアを受けることができれば、自殺は回避できるであろう。
- 自殺に傾いている時に、彼らが一人で放置されないように、家族や友達や、あるいは近い職場の同僚達の中での支援を見定め、それを調整する。
- 企業の方針に基づき資料を収集、管理し、それを労働者の職員ファイルや保健ファイルに記載することが必要であろう。
- 産業保健の専門家を得て、人事の責任者や他の委託されたスタッフはできる限り速やかに障害のある従業員に会い、関わりを示し、そして早期の職場復帰を促進する。従業員を、以前の仕事に戻すよう試みることは重要である。そのために、ハラスメントや同僚との葛藤、劣悪な労働環境や過度の仕事のストレスが妨げにならないように、柔軟に仕事のスケジュールを立てる。
- 従業員の担当の医師やメンタルヘルスの専門家に、職務上の要件や可能な範囲の変更事項と便宜について知らせるように、特別な配慮に努める。
- メンタルヘルスの問題の性質やその行き着くところについて、労働者の啓発を行う。
- 自殺未遂の後に職場に復帰する労働者のために支持的な環境をつくる。
- 仕事のストレスと、仕事に関連した心理社会的障害を取り除く、あるいは減らす。

自殺に傾いている同僚を支援するにはどのようにしたらよいか

誰かがメンタルヘルスの問題を抱えているとき、同僚は、「干渉しない」のが最善だと信じて距離をおくかもしれない。仕事仲間は、トラブルに巻き込まれるのを恐れたり、仕事での人間関係が台無しになることを心配したりして介入したがるかもしれない。しかしその結果、彼らは、組織の中で建設的なことができる立場にいる者と情報を共有するための大事な機会を逃してしまうことになるだろう。^{27, 28}

職場のだれかが自殺を試みたことがわかった時、同僚たちは何を言ったらよいのか、どう振舞ったらいいのかわからず、気まづくなり当惑してしまうであろう。しかしながら、そのことについて話し合わなかったり、事実を認めなかったりすることは、孤立感やよそよそしさを生み出してしまうことになるだろう。自殺に傾いている、あるいは精神的問題からの回復途上にある人にとって、同僚同士のサポートは非常に重要である。彼らが望んでいないこととしては：²⁶

- 同僚や友人から拒絶されるように感じる
- そのことに関して話題にできなくなる
- 講釈や説教を受けることや、彼らが感じたり行動したりすることが、間違っているとばかり言われる
- 恩着せがましい態度をとられたり、批判されたり、分析されたり、分類されたりすること
- 「元気を出せ」とか、「なんとか切り抜ける」などと叱咤激励されること

友人や同僚から安心感や支援を得ること、尊重されることが、その人の自尊心を取り戻し、職場環境に再び戻るための助けになるであろう。

雇用者は、従業員のメンタルヘルスを増進するために何ができるのか

雇用者が精神的に健康な労働力を育むことができるのは次のような場合である：

- 支持的で、調和が取れ、個人の貢献や業績が尊重されるような職場が構築されている。
- 仕事上の軋轢には、開かれた話し合いや、効果的なコミュニケーション、そして管理システムをもって対処する。
- 自殺の予防、介入、ポストベンションなど、労働者の自殺への包括的な対処を含む、職場のメンタルヘルスのための効果的な指針が作成・導入されている。
- 従業員の不満への対応、勤務評定、組織改革に関する公正で効果的な手順が運用されている。
- 仕事のストレスや、他の心理社会的障害を早期に把握し、減少させるための手順が確立されている。
- 解雇や免職になった人、あるいは仕事に関連して外傷的な出来事に巻きこまれた人にカウンセリングが提供されたり、その手配がなされる。
- 管理者が、従業員の心理社会的問題の同定と対処への適切な訓練を確実に受けている。
- メンタルヘルスの問題に対する偏見を減らし、労働者の希求行動を促進するための活動が開始されている
- メンタルヘルスの指針や手順、プログラムが組織と従業員双方の要望に合うように、定期的な評価がなされている。

雇用者は、労働者の自殺に際して何ができるのか

稀なことではあるが、職場での自殺が同僚に与える心理社会的衝撃は大きい。職場の外で発生した自殺は、自殺者の家族や友人などの親密な関係者を含む6人の人に深刻な影響を与えるといわれるが、職場での自殺は、何百人もの人に深刻に影響し、年余に亘ってその組織に影響を与え続ける。また職場での自殺は、自殺の群発を引き起こす可能性がある。

同僚は、何らかの形でその自殺に関与していると感じ、自殺を防ぐことができなかつたと自らを責めるであろう。管理者は、その部下によりよく接するべきであったと感じるであろう、そして自らの管理のありかたに何か原因があるように感じるであろう（特に、もし難しい関係性、あるいは直前に懲戒などの問題などがあれば）、あるいは、仕事のストレスを作り出したことに過度に責任を感じるであろう。管理者は、自殺に追い込んだと誰かから責めを受けていると感じるかもしれないし、悪意に満ちた噂話の対象になっていると感じるかもしれない。身近な同僚や友人は怒りを感じ、そしてすげなくされたように感じるであろう。つまり、何か致命的な、あるいはそれに近い行為を知らされることなく実行されたことで裏切られたように感じるかもしれない。

職場での自殺に対して、時宜を得た対応を行うことにより、遺された同僚や友人の健康を害するような影響を減らすことができる。職場での自殺（あるいは自殺未遂）に際して、雇用者ができることは、以下のものである。

- 死亡現場において一切何も触れてはいけないことを確認し、救急隊員、警察官、あるいは検死官を要請する。
- 従業員たちに報告する。自殺手段は必ずしも詳細に、そして的確に伝える必要ではないが、隠さず正直に伝えるよう心がける。
- 自殺とその多様な危険因子について、正確な情報をすべての従業員に与える。
- 故人に対して敬意を表するための、適切な機会を設ける。
- 遺された同僚が、その悲しみの気持ちに適切に対処できるようにする。
- 従業員の支援プログラムや地域の精神保健事業により、専門家の支援が必要となるような脆弱性のある個人、あるいは自殺に関して危険性の高い個人を同定し照会する（自殺の連鎖の可能性を考慮する）。
- 重大な出来事を振り返り、組織改革によって改善できるような因子を見直す。
- 得られた情報を、職場の健康と予防戦略の改善に用いる。

要約とまとめ

労働者の自殺は、個人の脆弱性（例えばメンタルヘルスの問題）と、ストレスの多い労働状況との間の複雑な相互作用の結果である。職域における自殺予防の最善の対応は、（１）仕事のストレスの予防と軽減を目的とした組織改革、（２）メンタル・ヘルスの問題への偏見の除去と援助の希求を容易にすること（啓発を含む）、（３）メンタルヘルス上の、そして情緒面での問題の認識と早期の発見、そして（４）地域のメンタルヘルスの資源と連携した被雇用者の健康と支援のためのプログラムを通じた適切な介入と治療、である。すべてに優先する目標は、個人を尊重し、労働者の健全性を維持し、ストレスを最小化するかあるいはなくすような労働環境を創出することである。同時に社会との連携、肯定的な企業の主体性、一貫性と目的意識、そして個人の寄与が評価され従業員の力が引き出されるような環境を促進することである。あらゆる規模の会社が、支持的な環境を創り、健康と安全の指針とプログラムを開発することができ、精神的に健康な従業員を育み、そして自殺を予防することができる。大企業においては、これは被雇用者支援プログラムとその地域ケアとの連携を含む産業保健の強力なインフラ整備を意味するであろう。小さな企業では、これは地域の精神保健専門家と専門機関との調整作業を意味するであろう。すべての企業は、その大きさにかかわらず、精神的に健康な従業員を育むための活動により利益を得ることになるであろう。

引用文献

1. World Health Organization (1999) Figures and facts about suicide.
2. Liimatainen MR, Gabriel P. (2000) Mental health in the workplace. International Labour Office, Geneva.
3. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. (2003) Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention program in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327: 1376-1370.
4. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). American Psychiatric Association, Washington, DC.
5. The WHO World Health Organization Mental Health Consortium (2005) prevalence, severity, and unmet need for treatment for mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291: 2581-2590.
6. Murray CJL, Lopez AD. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349: 1498-1504.
7. Dewa C, Lesage A, Goering P, Caveen M. (2004) Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthcare Papers* 5 (2): 12-25.
8. Bromet EJ, Parkinson DK, Curtis EC, Schulberg HC, Bland H, Dunn LO, Phelan J, Dew MA, Schwartz JE. (1990) Epidemiology of depression and alcohol abuse/dependence in a managerial and professional work force. *Journal of Occupational Medicine*, 32 (10): 989-995.
9. Harnois G, Bagriel P. (2000) Mental health and work: Impact, issues and good practices. World Health Organization and the International Labour Organization, Geneva.
10. Cheng Y, Guo Y, Yeh WY. (2001) A national survey of psychosocial job stressors and their implications for health among working people in Taiwan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74: 495-504.
11. Lu L, Kao SF, Cooper CL, Spector PE. (2000) Managerial stress, locus of control, and job strain in Taiwan and UK: A comparative study. *International Journal of Stress Management* 7 (3): 209-226.
12. Siu O. (2002) Occupational stressors and well-being among Chinese employees: The role of organizational commitment. *Applied Psychology: An International Review*, 51 (4): 527-544.
13. Boxer PA, Burnett C, Swanson N. (1995) Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4): 442-452.
14. Von Onciul J. (1996) ABC of work related disorders: Stress at work. *British Medical Journal*, 313: 745-748.
15. Sharif BA. (2000) Understanding and managing job stress: a vital dimension of workplace violence prevention. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3 (2): 107-116.
16. Michie S. (2002) Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59: 67-72.

17. Levi L. (2005) Working life and mental health--A challenge to psychiatry? *World Psychiatry* 4 (1): 53-57.
18. Zhang M, Rost KM, Fortney JC, Smith GR. (1999) A community study of depression treatment and employment earnings. *Psychiatric Services*, 59 (9): 1209-1213.
19. Stuart H. (2003) Stigma and work. *Healthcare Papers* 5 (2): 100-111.
20. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE, Wittchen HU. (2003) The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22 (3): 122-133.
21. Di Martino V, Gold D, Schaap A. (ed.) (2002) *Managing health- related problems at work (SOLVE)*. International Labor Organization, Geneva.
22. Centers for Disease Control and Prevention (1999) Suicide prevention among active duty Air Force personnel United States 1990-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48 (46): 1053-1057.
23. Mercer Human Resource Consulting Group. (2004) Few Canadian employers addressing workplace mental health issues.
<http://www.mercerhr.com/pressrelease/details.jhtml/dynamic/idContent/1148145> (accessed 2005-02-03).
24. Gray P. (2000) *Mental health in the workplace: Tackling the effects of stress*. The Mental Health Foundation, London, UK.
25. Teich JL, Buck JA. (2003) Mental health services in employee assistance programmes, 2001. *Psychiatric Services*, 54 (5): 611.
26. Spiers C. (1996) Suicide in the workplace. *Occupational Health*, 48 (7): 247-249.
27. Wasserman D. (ed.) (2001) *Suicide: An unnecessary death*. Dunitz, London.
28. Mohandie K, Hatcher C. (1999) Suicide and violence risk in law enforcement: practical guidelines for risk assessment, prevention, and intervention. *Behavioural Sciences and the Law*, 17: 357-376.