

研究報告書

就業者における精神障害の早期発見・早期治療及び再発予防の方策に関する研究

分担研究者 黒木宣夫 東邦大学佐倉病院精神医学研究室

研究項目：【1】勤労者の自殺予防に関する調査研究

1. 事業諸調査
2. 自殺事例調査

【2】産業精神保健に関する精神保健福祉センター調査

【3】ラウンドテーブルディスカッション

1. 企業内外医療機関における精神医療の現状
2. 精神保健福祉センターへの調査
3. EAP (Employee Assistance Program: 従業員支援プログラム)
4. 広島県における産業精神保健プロジェクト

研究協力者： 桂川修¹⁾ 浅井邦彦²⁾ 荒井稔³⁾ 飯森眞喜雄⁴⁾ 大西守⁵⁾ 金子晃⁶⁾ 窪田彰⁷⁾
小泉典章⁸⁾ 小堀俊一⁹⁾ 佐々木高伸¹⁰⁾ 島悟¹¹⁾ 藤田定¹²⁾ 廣尚典¹³⁾ 加藤正明⁴⁾
吉村靖司¹⁴⁾

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1)東邦大学佐倉病院精神医学研究室 | 2)浅井病院 |
| 3)順天堂大学精神医学教室 | 4)東京医科大学精神神経医学教室 |
| 5)栃木県精神保健福祉センター | 6)新潟県立小出病院精神科 |
| 7)クボタクリニック | 8)信州大学医学部精神医学教室 |
| 9)東京労災病院精神科 | 10)広島市民病院精神科 |
| 11)東京経済大学経営学部 | 12)刈谷総合病院精神科 |
| 13)日本鋼管病院鶴見保健センター | 14)マツダ株式会社マツダ病院 |

産業精神保健検討会出席者：黒木宣夫¹⁾ 桂川修¹⁾ 小野沢雅子¹⁾ 河野慶三²⁾ 小峯和茂³⁾
(ラウンドテーブルディスカッション) 河本勝⁴⁾ 大西守⁵⁾ 金子晃⁶⁾ 窪田彰⁷⁾ 小泉典章⁸⁾
平陽一⁹⁾ 佐々木高伸¹⁰⁾ 島悟¹¹⁾ 藤田定¹²⁾ 原谷隆史¹³⁾ 吉村靖司¹⁴⁾

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1) 東邦大学佐倉病院精神医学研究室 | 2) 富士ゼロックス |
| 3) 西ヶ原病院 | 4) 防衛庁海上幕僚監部衛生企画室員 |
| 5) 栃木県精神保健福祉センター | 6) 新潟県立小出病院精神科 |
| 7) クボタクリニック | 8) 信州大学医学部精神医学教室 |
| 9) JR中央保健管理所 | 10) 広島市民病院精神科 |
| 11) 東京経済大学経営学部 | 12) 愛知教育大学保健管理センター |
| 13) 産業医学総合研究所 | 14) マツダ株式会社マツダ病院 |

研究要旨

- 1) 企業調査：調査対象はほとんどが1000人以上の従業員を持つ大企業が調査対象となったが、メンタル対策も八割以上の事業所で行われていたもののメンタル相談に関しては、事業所内相談室へ相談18%、健康管理室へ相談35%、管理職へ任せている事業所14%とそれぞれ独自に試行錯誤でメンタルケアに取り組んでいるのが現状であった。相談を受ける職種で最も多い職種は、看護職であり全体の41%をも占めていた。この調査結果から従業員のメンタルケアに関する相談体制は不十分であり、一定の支援体制を見出せないことが明らかとなった。過去3年間に自殺した事例数は49であったが、年齢は20代と30代が全体の57%を占め、勤続年数は3年未満が31%、全体の43%に欠勤傾向、自殺時点で精神科治療を受けていた従業員は全体の42%、不明と未治療がそれぞれ約30%であり、自殺方法は縊死が約半分、次に鉄道、感電死と続いていた。また、職場で自殺の兆候が全くみられなかった従業員が三割みられた。
- 2) 精神保健福祉センター調査：産業精神保健における特に勤労者医療における精神保健福祉センターの役割を明確化する目的で全国精神保健福祉センター55カ所の所長に就業者の精神障害の療養に関するアンケート調査を実施した。46カ所から回答が得られ、センターの産業精神保健に関する関わり方としては、勤労者への啓蒙や教育あるいは企業と連携して職場への相談を受けるといった意見が多くみられた。
- 3) ラウンドテーブルディスカッション：a) 企業内医療機関と企業外医療機関における就業者の再来患者調査から精神科受療の差異、b) 日本におけるEAP (Employee Assistance Program: 従業員支援プログラム) の動向、c) 広島県における産業精神保健プロジェクト、d) 精神保健福祉センター調査、a～dをもとにラウンドテーブルディスカッションを実施した。企業内医療機関においては精神科受療に関し産業看護職(保健婦)の活躍が目立ち、企業内医療機関では精神障害に対する偏見少なく、精神科医が産業医としてもっと企業に介入すれば受療行動をより円滑に援助できると期待される。EAPはEAP部門とプロバイダ(医療機関)に分けられるが、勤労者医療との整合性はどうかといった課題が問われた。広島県においては、広島県の精神保健協会を拠点として産業精神保健福祉推進検討委員会を設置、産業精神保健福祉事業の立ち上げを企画立案し、準備を進めていることが報告された。

【1】勤労者の自殺予防に関する調査
東邦大学佐倉病院精神科 黒木宣夫

A. 研究目的

近年のめざましい科学技術の革新、就業者の作業態様の変化により就業者のストレスは多様化し、さらに終身雇用制の崩壊、最近のわが国の金融システムの破綻により企業倒産が続発しており、このような不況を背景とした社会状況の中で勤労者の自殺が増加傾向にあるとの報告があり、就業者は今だかつて経験したことがないような危機に晒されていると言っても過言ではない。そこで、我々は企業が従業員の自殺予防と心身の健康保持に対して、どのような健康管理とメンタルヘルス対策を取っているのか、その現状を調査し、さらに過去3年間の自殺事例に対する検討を行ったので報告する。

B. 研究方法

事業所のメンタルヘルス対策、自殺事例調査に関する質問項目を研究班で検討し、調査用紙を作成した。そして産業医、産業看護職、心理カウンセラーが配置してある企業（日本産業精神保健学会名簿を参照）から無作為に96施設を選択し、その企業の健康管理担当者に対して作成した事業所用調査用紙と自殺事例に関する調査用紙を平成10年12月上旬に発送し、平成11年1月上旬までに返送して頂いた。

①事業所調査の結果

1. 回収率：46施設から回答（回収率47.9%）が得られ、事例に関しては42例の報告が得られた。
2. 調査企業の従業員数：50000人以上が34.8%を占め、10000人以上を含めると調査企業全体の54.4%を占めた。（表1）
3. 調査企業の事業所数：21カ所以上も事業所を持つ企業が31企業で全体の約七割を占めてい

た。（表2）

4. 事業所の従業員数：調査した事業所の従業員数は100人から5000人までが多く、21企業で72.1%を占めていた。（表3）
5. 産業保健スタッフと企業内医療機関：産業医は全ての事業所の配置されており、保健婦、ないし看護婦もほぼ全事業所に配置され、配置されていないのは4事業所のみであった。心理士、ならびにカウンセラーが配置されているのは16事業所で35.6%であった。企業付属の診療所、病院を持つ企業は、全体の63%（29）にも及んだ。（表4）
6. 事業所の健康管理（表5）
 - 1) 産業医：事業所に産業医が常駐している事業所は50%（23）であり、同じ企業の医師が兼任している事業所は15.2%（7）、他病院の嘱託医が関与している事業所は23.9%（11）であった。その他として公衆衛生学教室の医師などがみられた。
 - 2) 精神科（心療内科）の有無：診療所、ないし病院を有する事業所29のうち、精神科を設置している事業所は19であり、65.5%を占め、七割近くが精神科は週1回以上診療が行われていた。
 - 3) THP実施の有無：THPを実施している事業所数は21で47.7%を占め、健康測定の結果、気づき、リラクゼーションを行った事業所は15カ所で、事例数は全体で115件に上り、一事業所あたり5.4件となる。
7. 事業所におけるメンタルヘルス対策（表6）：メンタルヘルス対策を実施している事業所は38カ所で82.6%に及んでいた。メンタルヘルス対策として講演、講習会を行っている事業所は33カ所で71.7%を占めた。年間5回以上も講演、講習会を行っている事業所が36.4%（12カ所）を占めた。講演会の対象は一般社

員は少なく、主に管理職が対象となっていた。

1)管理職の啓発教育：管理職の啓発教育を行っている事業所は28カ所(60.9%)であった。啓発内容は表6-2-2のとおりである。

2)精神科医の関わり：「事業所へ直接、精神科医が関わっている」と答えた事業所は31カ所で67.4%を占めた。その関わりの回数は週に1~2回、月に1~2回、随時がそれぞれ25~29%(8~9回)を占めていた。精神科医の業務内容は、診断と相談が半分、診断と治療まで含めるものが半分であり、具体的には復職判定、スーパーバイザー的コンサルタント、あるいは経過観察のカウンセラーの仕事に至るまで事業所により精神科医に求められる業務内容が違っていた。

8. 事業所におけるメンタルヘルス相談(表7)：事業所内で相談室を設けている事業所は全体の18.5(12カ所)にすぎず、健康管理室に相談させている事業所が35.4%(23)、産業医が相談を受けている事業所が16.9%(11)、管理職へ任せている事業所が13.8%(9)、また職員がカウンセラー的役割を担っている事業所も4.6%(3)みられた。相談を受ける職種で多いのは、保健婦で41.3%(26)を占め、次に精神科医と心理士がそれぞれ22.2%(14)みられた。その他の事業所でのメンタルヘルス対策では、社員同士の気遣い、広報誌での啓発、管理者対応のフォローなどであった。
9. 過去3年間の自殺事例数とその防止策(表8)：自殺事例数は49、自殺防止策は相談体制の確立(27.6%)と同時に社員の教育啓蒙の義務づけ(26%)が最も多く、次に支援ネットワークづくり、健康診断時のメンタルヘルス項目の組み入れが続いた。具体的な防止策については表9のとおりである。

②過去3年間に自殺した事例調査

具体的に記載されたのは42例であった。

1. 年齢：20代(31%)が最も多く、30代(26%)、50代(23.8%)と続いた。(表1)
2. 性別：男が90%(38)であった。(表1)
3. 自殺時の勤続年数：5~10年が21%と多かったが、1年未満が19%、3年未満は31%であり、比較的勤続年数の短い従業員に自殺が多くみられた。(表1)
4. 職場人数：不明が多いため、特段の特徴はみられない。(表1)
5. 職位：圧倒的に一般が多く60%(25)を占めた。(表1)
6. 職種：生産、開発・研究、総務・経理・事務がそれぞれ21%で合計で全体の六割を占めた。(表2)
7. 業務の困難さ：「わからない」との判断が六割を占めたため、確定的なことは言えないが、業務困難が自殺との因果関係があるとの事例は5例であった。(表2)
8. 人間関係：人間関係が悪かったとするものは3例、「わからない」と判断困難な事例が半分以上を占めていた。(表2)
9. 性格傾向：積極的・明朗・社交的が11例(26%)、消極的・無口・非社交的は9例(21%)、次に几帳面7例(17%)であった。(表2)
10. 欠勤傾向：欠勤傾向ありと判断された事例は18例(43%)であった。(表2)
11. 遅刻傾向：遅刻傾向はなしと判断され事例は23例(55%)であった。(表3)
12. 自殺前の残業時間：62%(26)が残業時間はわからないと判断されていた。(表3)
13. 精神科治療の既往：精神科治療を以前受けていた従業員が24%(10)、精神科既往なしも半分に見られた。(表3)
14. 自殺時の精神科治療：自殺した時点で「精神科治療を受けていたかどうか」に関して、受

けていない者が四割近く、不明と未治療がそれぞれ三割づつであった。精神科受診からの治療期間は1年以上が42% (5)、逆に1年以内も58% (7) であった。自殺時の精神疾患はうつ病、うつ状態が圧倒的に多く71% (10) であった。(表3)

15. 自殺手段: 縊死が圧倒的に多く約半分、次に飛び降り、感電死、鉄道、ガスと続いた。

(表4)

16. 自殺の兆候: 職場で「全く気がつかなかった」とする事例が31% (13)、不明も33%みられたが、「落ち着きがない」「欠勤・遅刻がち」「口数が少ない」、「抑うつ表情」が28.6% (12) と振り返ってみれば、対応しなければいけない兆候はすでにみられていた事例も約三割みられていた。家庭では六割は「不明」となっているため、家庭からの情報は職場にほぼ入っていなかったと推測できる。

(表4)

17. 具体的な事例の業務内容: 業務内容の記載は少なかったが、見積、積算、設計などの建築、事務、半導体などの開発設計がそれぞれ4人づつで、監督・乗務員指導、リハビリ関係、インターネット、販売と続いた。(表5)

18. 業務の困難さ、トラブル: 新しい技術についていけない焦り、業務も複雑で重圧、異動、事業所の縮小のため勤務先の打診、女性問題と会社側が明らかに自殺の原因を推測できた事例、悩んではいたようだが、元気な様子と会社側が判断していた事例、真面目で几帳面で完全性格と性格に自殺の原因を求められた事例、普段と普通で全く自殺の兆候がみられなかった事例など、自殺の原因が必ずしも特定できるものばかりではなく、「何故死ぬのか」ということに関して職場という観点からみて不明なものが多いというのも現状で

ある。(表6)

19. 自殺予防についての見解: 本人も救いを求めて相談、産業医の立場から精神科入院が必要と判断されたにもかかわらず、カウンセラーの引継が悪く、また産業医が紹介した先の精神科医が自宅療養とした後に自殺した事例からカウンセラーと医療機関との連携が予防のために必要、職場から健康管理への情報提供が遅れたために自殺した事例より早期の相談が必要、健康管理スタッフが減少したため目が届きにくい状況が背景にあるとして相談体制の整備が必要、積極的なメンタル教育が必要、他院で治療継続している患者についても職場で密接に関わることが必要など見解が得られた。(表7)

C. 考察

- ①メンタルヘルスケアの現状: 勤労者の自殺の実態を把握する目的と自殺予防を検討する目的で事業所調査と過去3年間の自殺事例に関する調査を実施した。産業保健スタッフが配置してある企業を選んだため、調査対象は従業員が1000人以下は6施設しかなく、その他は全て1000人以上の大企業が調査対象となった。産業看護職も4事業所を除いてほぼ配属されており、企業付属医療機関を有する事業所は36%に及んだ。産業医が常駐している事業所は半分、その他の事業所は嘱託であり、精神科を設置している企業、ならびに直接、精神科医が関わっている事業所も約七割を占めていた。したがってメンタル対策も八割以上の事業所で行われており、従業員のメンタルケアに力を入れている事業所が調査対象であった。しかし、メンタル相談に関しては、事業所内相談室へ相談させる事業所が18%、健康管理室へ相談させている事業所が35%、管理職へ任せている事業所が14%、また職員がカウンセラー的役

割を担っている事業者が5%とそれぞれ独自に試行錯誤でメンタルヘルスケアに取り組んでいるのが現状であった。相談を受ける職種で最も多い職種は、看護職であり全体の41%をも占めていた。この事業所調査結果から産業医、産業看護職が配置してある大事業所と言えど、従業員のメンタルヘルスに関する相談体制となると誰が相談を最初に受けて、どういう形で医療に繋ぐかは、事業所によりまちまちであり、一定の支援体制を見出せないでいることが明らかとなった。職場のメンタルヘルスケアを推進する方法として、1)管理職、一般社員へのメンタルヘルスに関する教育・啓蒙、2)労務管理上の諸制度をどうしてメンタルヘルスの向上を図る、3)保健医療従事者による一般健診などの保健活動をどうしたメンタルヘルス、などがあるが、実際にはどういう形でどこまで介入して良いのか、従業員のプライバシーの問題、さらに事業所の事業内容、職種、組織体制を考慮した上で行わなければならない、具体的・定型的な従業員のメンタルヘルスに対する介入方法を定型化することは、非常に困難を要する問題である。今後、人事労務担当者、安全衛生担当者、産業医、産業看護職、精神科医、心理カウンセラーが事業所単位でメンタルヘルスケアに関する独自の計画を立てることが望まれる。

②従業員の自殺の現状とその予防：過去3年間に自殺した事例数は49であったが、年齢は20代と30代が全体の57%を占め、勤続年数は3年未満が31%、全体の43%に欠勤傾向、自殺時点で精神科治療を受けていた従業員は全体の42%、不明と未治療がそれぞれ30%であり、自殺方法は縊死が約半分、次に鉄道、感電死と続いていた。また、職場で自殺の兆候が全くみられなかった従業員が三割みられ

た反面、振り返ってみると「欠勤、遅刻がち」「口数が少ない」「落ち着きがない」などの兆候がみられた事例もまた三割近くあり、業務との関係でみると業務の困難さがあきらかであった事例、家庭問題と自殺の原因を推測できるものもあるが、全く普通で何の兆候もなく突然自殺した事例もあり、職場からみて自殺の原因を推測できないものがあることも事実である。今回の調査した事業所の従業員数を換算すると251700~423400人となり、1年間の在職中の自殺死亡が10000人に一人、あるいは某職業集団の統計³⁾(平成8年度)では年間約819599人のうち約104名が自殺でなくなっていることを勘案して換算すると年間25~42人の自殺があってもおかしくないという計算になる。したがって3年間で49という数は約2/5~3/5ということになり、実際の数よりも非常に少ないと推測できる。検察庁²⁾の統計によると1997年度の日本の自殺者総数は24391人であり、1994年から年間700人ほど増加しており、全体の自殺者の中で勤労者の割合は、39%(9240)であり、最近の傾向として自営者、管理職の自殺が増加していると報告されている。このようにわが国に一定の自殺率があることを考えると、一定規模の従業員を持つ企業で自殺を避けることは非常に難しいと言える。問題は、そういう事実をできるだけ隠蔽し、公表せずにことを済ませようという体質が企業にあることも事実であろう。すなわち、憶測になるが、従業員の自殺ほど企業イメージを損なうものはないと頑なに信じ込まれていることもその原因の一つとしてあるのではないだろうか。勤労者の死因統計をみても事業所によっては自殺が第3~4位を占めていることを考えると、自殺既遂に至った従業員の死を隠蔽することが必

ずしも、従業員の心身の健康の観点から良いはずはなく、何故、自殺に至ったのか、その原因を究明することが真の企業内におけるメンタルヘルスケアサービスを推進していく上で必要なことのように思われる。

次に今回の調査で従業員の自殺予防に関しては、示唆に富む見解が多く得られた。すなわち、自殺の完全な防止は困難かもしれないが、自殺事例から得られた教訓としては産業医、カウンセラー、外部精神科医との連携がうまくいかず自殺が防げなかった事例、健康管理室への情報提供が遅れた自殺例、健康管理体制そのものの減少により目が届きにくい状況の中で起こった自殺例、外部医療機関精神科で治療継続に安心し関わりきれなかった自殺例などが報告された。そして一般的な勤労者の自殺予防に関する見解としては1)独身、単身者、極度のストレスのかかる職場、人間関係の悪い職場などのハイリスク群を明確にすること、2)うつ状態を見逃さないために職場との接点を健康管理スタッフが多く持つように心がけ情報を入れること、3)上司、事業所看護職、産業医カウンセラー、産業精神科医と外部の医療機関精神科との治療連携などであった。小西¹⁾によると企業従業員の自殺は、若年者で入社歴の短い単身者で現業に従事している非定型精神分裂病圏の患者、中年以上ではうつ病態にある管理職者にその危険性が高いことを報告しているが、今回の調査でも勤務3年未満と20～30歳代が多くみられ、若年者の単身者は要注意といえる。しかし、某職業集団統計²⁾によると40歳代が一番多く、30歳代、50歳代と続いており、若干の相違がみられた。今後、ハイリスク群への具体的な介入方法を研究することが望まれる。

D. 終わりに

勤労者の自殺予防に関する調査を実施したが、従業員の自殺の実態が100%把握できているわけではなく、厚生科学研究という目的であろうと企業から外部に自殺の事実を無記名にしろ公表することは如何に大変なことであるか、認識させられた。しかし、最近、労働者が自殺をした後に労災申請されることも多く、自殺の労災申請件数は、1995年度から年間20～30件もあり、急増しているのが現状である。しかも、労災申請をして業務外と労災認定を否定されても行政訴訟に持ち込まれたり、あるいは民事訴訟に持ち込まれて企業側が責任を問われる時代になってきているのである。従業員の自殺死を無駄にしないためにも、自殺者のプライバシーを配慮しながら自殺実態の究明を続け、その予防策を講じるべきである。

調査に協力して頂いた健康管理を担当されている先生方の御協力、熱意に深く感謝申し上げます。

文献

- 1)小西輝夫：企業従業員の自殺，精神科 Mook No.16 171～179, 1987
- 2)検察庁：平成9年度検察庁統計 1998、4
- 3)人事院職員局福祉課：平成7年度健康安全福祉年報 57～68、1997、6

【2】産業精神保健に関する精神保健福祉センタ
ー調査 東邦大学佐倉病院精神科

桂川修一

A. 調査目的

産業精神保健の中で特に勤労者医療に関する全国各都道府県内ならびに市立の精神保健センターの役割を明確化する目的でセンターの責任者に対してアンケート調査を実施した。

B. 調査方法

全国各都道府県内ならびに市立の精神保健センター（以下センターと略す）55カ所に作成したアンケート票を平成10年11月下旬に送付して就業者の精神障害の療養について意見を求めた。産業精神保健に関する質問は5つの大項目にわたり、質問1から4まではそれぞれ2ないし3の設問を設けた。質問項目1は勤労者の医療にセンターが積極的に関わらすべきかどうかを尋ね、さらに関わる場合はどのような形態が望ましいかを尋ねた。質問項目2は現在設置が進められている産業推進センターとの連携の有無、続いて産業保健センターあるいは産業保健推進センターと連携することへの意見を尋ねた。質問3は勤労者の自殺予防に関するもので、どのように行うのが良いかを尋ね、さらに勤労者のメンタルヘルスに介入する場合は守秘義務を遂行する上でどのような形の介入方法があるかを尋ねた。質問4は米国で利用されている従業員支援プログラム（Employee Assistance Program:以下EAPと略す）の日本支部設立についてどのように思うかを尋ね、他に産業精神保健に対する方策があるかどうかを尋ねた。さらに質問以外の事柄について産業精神保健に関する意見を広く求めた（別紙調査票）。

C. 調査結果

1. 回収率：46施設より返送され、全てが回答した（回収率83.6%）。以下アンケート結果を質問1から4まで設問に沿って述べる。なお、設問に対し回答の重複があるため併記した百分率は回答数によって母数が異なる。

2. 1-1.勤労者医療について（表1.回答数46）：積極的に関わらすべきが40施設（87.0%）、あまり関わらなくても良いが4施設（8.7%）、わからないが1施設（2.2%）、その他が1施設（2.2%）となった。その他は、精神保健ではなく医療という意味であれば関わらなくてもよいという意見だった。

3. 1-2.勤労者医療に対しての関わりかたについて（表2.回答数74）：勤労者のこころの健康に関する啓蒙、教育としたものが38（51.4%）、企業と連携して職場のメンタルヘルスに関する相談を受けるが18（24.3%）、勤労者のカウンセリングの実施が6（8.1%）、勤労者の精神科治療の提供—外来治療のみが6（8.1%）、勤労者の精神科治療の提供—入院・外来治療が1（1.4%）、その他5（6.8%）となった。内容が記載されたその他の回答を下記に示す。

- ・ストレスドックを中心にする。
- ・電話相談から始まり来所相談、次に外来治療、入院治療など広いスペクトラムで関わらすべき。
- ・個別企業と連携するのではなく、広く職場のメンタルヘルス相談を受けるべき。
- ・管理職、産業保健婦などへのスーパーバイズ的役割を果たす。

4. 2-1.産業推進センターとの連携の有無について（表3.回答数46）：連駅ありが5施設（10.9%）、なしが41施設（89.1%）だった。ありと回答した5施設の具体的な形は以下のとおりであった。

- ・会報を相互に交換している。
- ・セミナーの共催、相談員の兼務。

・センター内に県精神保健協会の事務局があり、その事業の一つに産業精神保健があってそれが産業推進センターと連携している。

・センター主催の「こころの健康づくり連絡会」に関係機関として参加して貰っている。活動の情報交換など行っている。

・医師会を通じて、メンタルヘルスの啓蒙活動への技術援助の要請がある。

5. 2-2.産業保健センターあるいは産業保健推進センターとの連携についての意見（表4.回答数 57）：産業保健センター、産業保健推進センターと同等に産業精神保健に関する相談をうけるべきとするものが6（10.5%）。産業保健センター、産業保健推進センターと連携して産業精神保健に関する相談、入院治療の相談・紹介などの役割を担うべきとするものが28（49.1%）。精神障害者の就労援助に関する相談を主体的に行うべきとするもの18（31.6%）。その他5（8.8%）となっており、産業精神保健に関する相談に積極的に関わるべきではないとする意見はなかった。その他についての記載は以下のとおりである。

・センターは精神保健に関する専門機関として技術指導、技術支援やコンサルテーション機能を行うことが重要。

・管理監督者の組織化や教育などがセンターの役割と考えられる。勤労者自身の相談を意味するならばそれはセンターの主要な役割ではなく、原則として勤労者への直接サービスは「複雑・困難」なものに限られるべきである。

・センターは産業保健センター、産業保健推進センターと連携して産業精神保健に関する体制整備や組織づくりに関して役割を担うべきである。

・センターの業務8本柱の中で、産業精神保健を特別な枠で行う体制にない。

6. 3-1.勤労者の自殺予防について（表5.回答数 96）：健康診断の中にメンタルヘルスに関する項目を入れるが25（26.0%）。管理監督者への教育・啓蒙を推進するが39（40.6%）。企業規模によっては精神科医による相談室設置を義務付けるが18（18.8%）。中小企業では産業保健センター、産業保健推進センターの具体的な企業への関わりを義務付けるが8（8.3%）。その他6（6.3%）だった。その他についての記載は以下のとおりである。

・産業医の研修・啓蒙

・本人および上司が相談しやすい体制を職場の中に作る。

・センターや「いのちの電話」など関係機関を含めて自殺に対しては「自殺防止センター」を設置して総合的な対処を行う。

・勤労者のための健康相談ホットラインを各企業あるいは産業保健センターに設けるべき。

7. 3-2.上記の健康診断の中にメンタルヘルスに関する項目を入れた場合、守秘義務を遵守しつつどのような介入が可能かといった設問について（表6.回答数 38）：こころの健康に関するチェックリストを作成し、勤労者へ実施し、メンタルヘルスケアが必要と判断した者への面接を実施するが2（5.3%）。こころの健康に関するチェックリストは、あくまでも自己診断にとどめるべきで、メンタルヘルスケアを受けるかどうかは、本人の意思に任せるが18（47.4%）。インターネットによるチェックリストを自由に自己チェックが可能な環境を整備し、アクセスすると自分のこころの健康度が自分だけにわかり、治療あるいは相談をうけるかどうかは、本人に任せ、あくまでも気づきにとどめるが7（18.4%）。身体的な健康診断の時に保健婦など産業医療スタッフが簡単な問診を行い、メンタルヘルスが必要な勤労者へは、面接を実施するが9（23.7%）。

その他2 (5.3%) で記載のあったのは以下の意見である。

・メンタルヘルスケアが容易に受けられる場の確保。

8. 4-1.EAPの動向について(表7.回答数74): 非常に歓迎すべきであるが27 (36.5%)。日本になじまないが1 (1.4%)。従業員50人以上の企業には何らかの専任義務があるが、精神科医の関わりを安全衛生法の中に組み入れるべきが25 (33.8%)。地域産業保健センターには月額で数万円のメンタルヘルス事業の予算がついているが、この予算を増額し精神科医を配置するが19 (25.7%)。その他2 (2.7%) で記載のあった意見は以下のとおりである。

・事業所外委託については、守秘義務がどれ位守られるかなど不安材料も散在している。

・精神科医を配置する意見に近いが、精神科はコストがかかり実質不可能なので、充分産業精神保健のトレーニングを受けた心理士か保健婦が適当。

9. 4-2.上記質問でEAPは日本になじまないとの回答に対し産業精神保健に取り組む具体策を尋ねたが記載はなかった。

10. 4-3.その他の産業精神保健に関する意見は20施設から挙げられた。以下に主要なものを列挙する。

・精神保健サービスを気軽に受けられる環境整備が重要であり、そのためにも企業及び従業員に対する普及・啓発が必要。

・産業精神保健を扱う労働部の機関を充実させること。その機関との連携。精神保健福祉センターとの役割分担を明確にすること。

・行政の中でメンタルヘルスがきちんと位置付けられていること。公務員のメンタルヘルス(国、県、市町村)が守られ増進されるようシステムが作られること(他の産業のモデルとして)。対

費用効果をちゃんと示せること(メンタルヘルスの予防活動や産業精神科医の配置が長期療養者を減らし、医失利益の低下に寄与することを示す)

・いろいろなメニューがあって、勤労者が自分でメニューを選択し、コースを組み立てられるようになると良い。その後メニューの統合が必要となろうが。

・勤労者の自殺が身近にも増加している印象を受けています。当センターのこれまでの産業保健への関わりが積極的でなかったという点から、今後積極的に取り組むとすれば、先ずはすでに機能しつつある産業保健センターや推進センターとの連携をすすめ、その中から役割分担などを考えていくという手順を踏むことが必要かと思っています。

・これから関わりが必要な大きな分野だと思われる。精神保健福祉センターの役割としては、精神疾患に対する啓発・啓蒙、管理者の教育、健康管理担当者への研修(介入、対応の技術など)を充実したいと考えている。

・県職の「うつ」や「自殺」がかなり問題となりつつあるが、センターとして真剣に取り組むべき時期にきていることを痛感している。

・産業保健と精神保健とのつながりがまだ浅い。相互の連携を深めていく必要があるのではないかと。精神障害者の就労支援を考えるうえでも重要だと思う。

・産業精神保健に従事する人材(特に精神科医)の育成が優先されるべきである。

・厚生省精神保健福祉課、公衆衛生審議会精神保健福祉部会等が、きちんと方針を示し、労働省と連携を密にして役割分担を明確にすべきである。

・精神疾患になった従業員が社会復帰する時に、どのようにしていったらよいか、きちんとし

たプログラム教育し（雇用者に対する）などを整えるべきである。

・疾病や医療のみでなく、今後は職場の人間関係などより広いメンタルヘルスについてアプローチする必要を感じ、一部実施している（単に講義するのみでなく、グループ話し合いも）。それらの視点からの方法論・技術向上なども重要と思う。

・本センター設置県では、産業医を支援する「精神科専門医チーム」を作り、来年度から具体的に動く（産業推進センターと精神保健協会が連携して）。このように産業医の先生方が安心して診療また活動できるようバックアップ体制が必要ではないか。

・各企業に固有の問題と、企業間に共通する問題があり、後者については精神保健福祉センターなどの公的な機関が軸となって EAP のような産業精神保健の組織を育成する。この組織は普及啓発、相談などの他に、研究機能も付加されることが望ましい。

・リストラにかかれるケース、40 歳前後のもえつき症候群、仕事の合理化・多様化による出社拒否・不安、新人社員の退却神経症など（かつてのうつ病などの治療的介入から）産業精神保健の課題は大きく広がってきており、精神科医もかつてのような内因性疾患治療的介入のみならず、多面的なものが要求されてきていると思われる。

・各企業の産業保健の体制なりシステムが確立しているところは、メンタルヘルスも進んでいる傾向。身体と精神を分ける以前の産業保健体制の未確立が大きな問題のようです（本センター設置県では）。

【3】ラウンドテーブルディスカッション

1. 企業内外医療機関における精神医療の現状

マツダ病院 吉村靖司

【目的】平成9年度厚生科学研究「就業者における精神障害の早期発見・早期治療及び再発予防の方策に関する研究」で施行された患者・主治医における受療行動について研究した。

【方法】企業内外の医療機関精神科において1997年の11月から12月までの医療機関精神科に通院中の勤労者の再来患者調査。調査方法は再来患者へのアンケート調査とその患者に対してのカルテ調査を実施した。

【結果】

1) 企業内医療機関(M病院)と企業外医療機関(社会保険広島市民病院)との比較

- ・企業内50例、企業外50例
- ・精神科診断：企業内外とも気分障害>神経症>精神分裂病。企業外で気分障害の占める割合が大きい(図1)。
- ・受診経路：自ら受診が半数近く。次点は企業内が産業看護職経由、企業外が産業医経由(図2)。
- ・重症度：企業内の半数は軽症、企業外のほうが重症度高い(図3)。
- ・自殺企図：企業内1例<<企業外14例(図4)。
- ・受診潜時：企業のほうがやや早い。重症度との関連はなさそう(図5)。
- ・発症契機：企業内は業務質的負荷、業務量的負荷、身体疾患。企業外は異動、業務量的負荷、業務質的負荷(図6)。
- ・上司や職場の対応：企業内外とも大半が放置。産業医や産業看護職に相談は10-20%台(図7)。
- ・促進要因：企業内は産業看護職、企業外は家族(図8)。
- ・阻害要因：企業内外とも病識不十分。企業外で次点の「偏見」が企業内はゼロ。精神衛生教

育の成果と思われる(図9)。

・医療機関利用理由：企業内は受診しやすい。企業病院を避け企業外受診する例も(図10)。

2) 精神分裂病、気分障害、神経症圏の三大疾患群間での比較

・精神分裂病15例、気分障害57例、神経症圏21例(図11)。

・受診経路：いずれも自ら受診が最多、特に神経症圏。精神分裂病では人事経由が比較的高率、職場や家族のみでは対応しきれないためと思われる。気分障害は産業医、産業看護職経由も(図12)。

・重症度：疾患群間の比較は適切でないが、内因性のものは重症傾向(図13)。

・自殺企図：やはり内因性疾患が高率(図14)。

・受診潜時：1週間以内は精神分裂病が高率、正確な発症時期というより症状の顕在化からの期間か(図15)。

・発症契機：気分障害は異動、業務量的負荷、業務質的負荷が30%で以上で他疾患よりも職場や業務に関連強い。神経症圏は本人の身体疾患も高率(図16)。

・上司や職場の対応：いずれも放置が最多だが、「無視」と同義ではないはず(図17)。

・促進要因：精神分裂病、気分障害は家族の勧めが最多、他に産業看護職、産業医、上司の勧め。神経症圏はマスメディアが高率(図18)。

・阻害要因：精神分裂病、気分障害の各々80%、46%が病識不十分、偏見は30%弱(図19)。

【考察】

1) 企業内医療機関と企業外医療機関との比較について

・精神科受診に至るまでに、産業看護職や産業医といった職場の健康管理スタッフが関わっている例は多く、特に企業内医療機関においては

産業看護職（保健婦）の活躍が目立つ。

・企業内医療機関では精神障害に対する偏見が受療行動の阻害要因になっておらず、企業の精神保健活動の成果であると考えられた。

・企業内医療機関では軽症者が多く、自殺企図率も低かった。通院至便なため軽症の段階で治療が開始できるためと考えられた。

2) 三大疾患群間での比較について

・特に気分障害で受療に際し職場の健康管理スタッフの役割が大きい。他の疾患群でも小さからぬ役割を果たしており、精神科医が産業医としてもっと企業に介入すれば受療行動をより円滑に援助できると期待される。

【質疑および意見】

・50例の選び方に問題はないか。両群をマッチングしていない。企業内、企業外とこれではいえないのではないか。

・企業内病院で「精神障害に偏見がない」のは良いことと思う。しかし、偏見がない人が、企業内病院を受診するのであろうし、その人の偏見がないとか、受診潜在時間が短いのは当然かも知れない。

・M病院でメンタルヘルスに関するマネージャ教育はどのようにされているのか？

・「放置」というのは気がつかなかったということ？→これは主治医の記載、気がついていない場合もあるし、気がついていても放っておいたものもある。

・受診経路と受療行動促進因子が結び付かない。

・M病院の外来のスケールと広島市民病院は同じか？

M病院：常勤2名。1日平均40-50人受診。一般病床を使い入院。平均10人。地域にオープンされた病院。一般的な総合病院精神科。総病床数300床。関連企業従業者数は2万人。

広島市民：総病床826。スタッフ：研修医含め8

名。開放で1看護単位で外来は220-230/日。入院治療にも十分対応している。

・名鉄病院は大学から週3回日替わりで。形態的に不十分。

・企業内と企業外の差異が出るところが少ない。むしろ事業所規模の違いによる。→事業所規模の大きいところは製造業であり就労者を代表し得ない。

・疫学的な対象患者の収集方法はあるのか？→大きいところは多数の対象群についてランダム・サンプリングを行う。

・企業のなかに病院を持つところも、企業の外の医療機関と連携するところに大別される。どこへ紹介するのかのみ決められれば相談室には意味がない。

・専属産業医は精神疾患の診断も出来て紹介できるのはあたりまえのことではないといけない。

・精神科医が産業医を出来るようにしなければならない。

・リエゾンのときの精神科医のスタンスと、産業精神科医のスタンスは似ている。

・産業精神科医の活動は、診断・治療は根本的には含まれない。「病気を何とかしてくれ」というのは古典的な考え方。

・精神科にかかわり方にはいろいろのタイプがある。治療もメンタルヘルスもあって良いのではないか。精神科医は構造化したがる。復職判定や相談が多い。

2. 精神保健福祉センターへの調査

東邦大学佐倉病院精神科 桂川修一

【解説】

精神保健福祉センターがどのように産業保健に関わるかを考察してみると、殆どのセンターが積極的に関わるべきと考えていた。その関わ

りかたとしては、勤労者への啓蒙や教育あるいは企業と連携して職場への相談を受けるという意見が多く、勤労者を対象とするカウンセリングや精神科治療を提供するという意見は少数だった。

現段階で産業推進センターと連携しているのは5施設のみであるが、連携して相談業務や入院治療の相談・紹介の役割を担うべきとする意見が多かった。しかし一方ではセンターは精神障害者の就労援助に関する相談を主体的に行うべきという意見もあり、センターと産業保健センターあるいは産業推進センターとの相談業務を分担すべきということであるのかも知れない。

勤労者の自殺予防としては、まず管理監督者への教育・啓蒙が多く挙げられ、健康診断の中にメンタルヘルスに関する項目を入れるという意見も多かった。しかし、個人へのメンタルヘルスの介入方法としては、チェックリストを作成し実施しても自己診断にとどめるべきあるいは治療・相談は本人に任せあくまでも気づきにとどめるという意見が多く、必要な個人に対して面接を実行するという意見は少なかった。EAPについては歓迎すべきという意見が多く、同時に精神科医の関わりを安全衛生法の中に組み入れるべきという意見も多くあがった。つまり小規模の企業では外部EAPを利用してメンタルヘルス業務を推進するか、安全衛生法によって職場に精神科医配置を義務付けてメンタルヘルス業務を進めるのがよいということであろう。その他の意見をみると必要性は感じているが、その具体的実践に至っていない施設が多いように思われた。一方すでに産業推進センターと連携して、産業医のバックアップ体制を組んで活動を始めるなど具体的な内容を示すセンターもある。同センターの今後の活動が産業精神保健へのとりくみとして一つのモデル事業となりそう

で注目される。

【質疑および意見】

- ・産業精神保健センター、地域産業保健推進センターなどについて知らないところが多い
- ・知識がなくて回答している人が多いのではない。まだこのアンケートが成立する素地はない。医師の「労働者の健康を守る」意識と、事業者の意識はまったく噛み合わない。精神保健福祉法の理念と整合性が保たれない。
- ・精神保健福祉センターの長はどのように考えているのか。健康増進栄養課にメンタルヘルスは移行している。
- ・厚生省と労働省が一緒になれば、両者の連携はスムーズに進むのではないか。
- ・会社が社員の精神健康を守るのは民事上の義務で「安全配慮義務」である。自殺に対する事業者責任があるようになった。であるから「自殺に対する責任をとらないようにするにはどうすれば良いか」を考えている。現在の産業医では出来ない。
- ・広島県では産業精神保健チームを作り、それを企業に売る。5万円？精神病院協会とタイアップして精神保健協会が「精神保健福祉協会」として県の財政が逼迫したのが推進要因（業務の概要については5.の項目を参照のこと）。
- ・一つのEAPではないか？茨城でも同様のものあり。
- ・当面は大変だろう。「今に良くなる」という希望が大切だ。日精協の先行投資の要因もあり。
- ・自殺の労災問題は企業イメージを損ねる。損害賠償でも訴訟でも。過労自殺というマスコミ宣伝が浸透している。
- ・労働省は「どのような自殺であれば労災だ」と方針転換し、私病に対する対応は産業医の意見を聞かないと手落ちになる。
- ・労災をとった上での民事の損害賠償もあり得

る。裁判は企業のアピールの場でもある。

・平成8年～年間30件もある。それまでは8件もなかった。

・今までは監督署レベルで 労働省の認定研究会で一括判定するような形である。

・大企業は良いが、中小企業対策が心配だ。生活圏のなかでの治療の確保をどこに置くのか。

・海上自衛隊でも自殺が増えており、対策が急がれている。

3. EAP (Employee Assistance Program: 従業員支援プログラム)

東京経済大学 島悟

【解説】

米国のEAPサービス機関は8000以上あり、大手500社の70%以上が契約を結んでいる。従業員50人以上の企業では24%が採用しているという。

EAPの概念は歴史的にだいぶ変遷しており、現在はいわゆるチェーン店化が進んでいる。職域の精神衛生モデル、地域精神衛生モデルについての振り分けがどうなるかについてはいまだ明確でない。米国でもきちんとしたEAPを行っているのは数百社だろうといわれている。

日本でもEAP的サービスが増加してきており、例えば「保健同人社」や「ほうけん」がある。今後は外部EAPが増えるだろうと予想されている。

EAPはメディカル・モデルではなく、問題(パフォーマンス) 焦点型である。マネージャに対するコンサルテーションを行っており、教育はサービスの大きな部分を占める。ケア・システムを作るだけではない。

EAPはEAP部門とプロバイダ(医療機関)に分けられる。日本では合体したところが多いが、それで良いのかという意見がある。しかし分離

すると採算制の問題から倒産する。勤労者医療との整合性はどうかといった課題がある。

内部EAPと外部EAPといった形態の違いがあり、内部EAPモデルは大規模事業所では図のようになっている(図20)。一方外部EAPモデルは2つの形に分かれ、中規模事業所で事業主契約となるものは図のような形態である(図21)。さらに健康保健組合や労働組合等が契約する形は別に図のようなものになる(図22)。

「事業所」との契約の場合では、電機連合がEAP的な活動を始めた。組合員が80万人おり、電話サービスを行っている。4人のカウンセラーを配置して1日4時間の勤務。平均4件/日の相談件数がある。相談の半数はすでに医療機関にかかっている、セカンドオピニオンが求められる。「良い医療機関を紹介してほしい」との声大きいため、医療機関のネットワーク形成の必要性がある。リストが必要とされている。

【質疑および意見】

・採算の問題。産業医～安全配慮義務。産業医とEAPの関係はどうなるのか。THPは進めないといけないと思うが、義務でないものに企業がお金出すか?という疑問あり。

・この役割を果たすためには、一定のトレーニングが必要。でもこれはリスク・マネジメントのために行うので大規模事業所でないとできない。

・米国、欧州には産業医はいない。そのシステムをすぐ持ってきてもダメ。産業医がどう動くかで、今後の方向が進む。衛生管理者や国がどういう結論を出すかで定着するかどうか決まる。企業が保健婦を雇えないのもそれが関係する。

・外部EAPを頼むとすると、内部にしっかりした人がいるかどうか鍵となるだろう。8万人レベルなら会社がEAP会社を作るという一つの

方式もあるだろう。一方、米国がEAPに求めているものは日本はクリアしている。

・必要なのは精神医療の「お助けネットワーク」である。でも産業医と精神科医が使用する言葉の違いでうまく機能しない。産業医側にも精神科側にも原因がある。

・EAP、名古屋の東海銀行ではリストラの一環でカウンセラーをくびにした。外部EAPにした。河合隼雄先生、笠原先生が作った歴史あるので医師が関わるときと考える。外部EAPは電話かけにくいという意見。→米国で医師中心のEAPは300。ひどいところはリスク・マネジメント中心にしかやらない。不適應を起こした従業員に対して長期間関わられる体制が求められている。訴訟対策・交通整理ではまずい。公的ニュアンスのあるEAPがよい。

・東海銀行は産業医とカウンセラーが切れてしまっていた。30数年たって制度疲労を起こしていた。今まで銀行は贅沢であった。健保収入もどんどん減るから。富士通も同じ。ここも危ない。心理の人たちが勝手にやっている。日本鋼管は制度を変えてきた。大企業は全部自前でやってきたので、外部との連携が育たなかった。

・産業医自身がEAPをやるというスタイルもある。

・日本の精神科産業医は「病気の治療」が主体であった。これがいけない。病気になってない人の対策が必要。

・産業医の基本：教育活動、会社の健康方針の決定、雇用者、使用者とも連携すること。

4. 広島県における産業精神保健プロジェクト

広島市民病院精神科 佐々木高伸

【解説】

広島県においては、精神保健協会を拠点として、広島大学精神科医局、県精神病院協会、県

精神科診療所協会、総合病院精神科医会、産業推進センター、企業・組合、行政機関、弁護士など有識者の協力を得て、産業精神保健福祉推進検討委員会を設置、産業精神保健福祉事業の立ち上げを企画立案し、準備を進めている。

具体的には、精神科医による「専門支援チーム」を編成し、契約を結んだ会員事業所に対する専門的指導・支援を行うことを業務とする。その内容は、精神保健協会の事務局（ケースワーカー、産業保健婦）をキーステーションとして、1)産業医との連携による事業（個別事例に対する処遇策の検討・研究会の実施）、2)管理者、労務・人事・保健衛生担当者に対する支援事業、3)従業員やその家族などに対する相談業務（個別相談、E-mail相談、ホームページの開設）、4)啓発・講義（講演会、講習会の立案・実施）が主なものである。

現時点では計画段階であるが、本プロジェクトが有効に機能すれば、地方中核都市における包括的EAP(Employee Assistance Program:従業員支援プログラム)のひとつのモデルになりうると考える。

自殺に関する事業所調査

1.100人以下	2	4.3%
2.102~1000人	4	8.7%
3.1001~5000人	7	15.2%
4.5000~10000人	8	17.4%
5.10001~50000人	9	19.6%
6.50001人以上	16	34.8%
	46	100.0%

1.1カ所	2	4.4%
2.2~5ヶ所	4	8.9%
3.6~10ヶ所	5	11.1%
4.11~15ヶ所	2	4.4%
5.16~20ヶ所	1	2.2%
6.21ヶ所以上	31	68.9%
	45	100.0%

1.100人以下	4	9.3%
2.101~1000人	13	30.2%
3.1001~5000人	18	41.9%
4.6000~10000人	2	4.7%
5.10001~50000人	2	4.7%
6.50001人以上	4	9.3%
	43	100.0%

1)事業所内の産業医		
1.いる	46	100.0%
2.いない	0	0.0%
	46	100.0%
2)事業所内の保健婦、or看護婦		
1.いる	42	240
2.いない	4	
		約1000人に一人
3)事業所内の心理士、orカウンセラー		
1.いる	16	30
2.いない	29	
4)貴事業所付属の診療所、または病院		
1.あり	29	63.0%
2.なし	17	37.0%
	46	100.0%

⑤事業所の健康管理(表5)		
1) 産業医に関して		
1. 事業所内に常駐している	23	50.0%
2. 同じ社内、他の事業所の医師、分散事業所の一括管	4	8.7%
3. 同じ社内の病院の医師	5	10.9%
4. 他病院の医師	13	28.3%
5. その他	1	2.2%
大学の公衆衛生教室の医師に依頼	46	100.0%
2) 診療所、or病院を有する事業所		
A. 精神科(心療内科)は		
1. ある	19	65.5%
2. ない	10	34.5%
	29	100.0%
B. 精神科(心療内科)の診療回数		
1週間 1回	5	26.3%
2~3回	2	10.5%
4回以上	6	31.6%
1ヶ月に 1回	3	15.8%
2回	3	15.8%
	19	100.0%
3) THPの実施の有無		
THPの実施		
1. している	21	47.7%
2. していない	23	52.3%
健康測定の結果「気づき」「リラクゼーション」	44	100.0%
でフォロー事例は1年間に		
1. あった	15	71.4%
2. なかった	3	14.3%
3. わからない	3	14.3%
	21	100.0%
事例数は 115件	—事業所あたり5.4件	115

⑥責事業所におけるメンタルヘルス対策(表6)		
1) 具体的にメンタルヘルス対策を実施		
1. はい	38	82.6%
2. 行っていない	7	15.2%
2) 1に○をつけた方のみ		
1. メンタルヘルスの講演・講習会		
1. 行っている	33	71.7%
2. 行っていない	4	8.7%
「行っている」と事業所		
講演会の回数は 1年間に(147)回		
1回	12	36.4%
2回	5	15.2%
3回	2	6.1%
5回以上	12	36.4%
講演会の対象者は		
a. 管理職	15	45.5%
b. 一般社員	2	6.1%
c. 管理職と一般社員	16	48.5%
2. 管理者への啓発教育		
1. 行っている	28	60.9%
2. 行っていない	12	26.1%
<啓発内容>		
管理職を対象に「話を聴くことの大切さと聴き方」を1日実施、講演会	2	
職場、部下のメンタルヘルス(病気)への対策、健康管理	6	
精神科医が講師となって症例に対するグループ討議実施。一部の事業	3	
疾患の基礎的理解、交流分析、守秘義務と管理責任、事例検討etc	1	
ストレス・マネジメントコーピング、心の病、気づき、ストレス予防と解消法	4	
管理者自身のメンタルヘルス、良好な職場人間関係づくり	2	
階層別研修で、早期発見、ストレス解消について		
新任管理者研修の中でメンタルヘルス教育、事例呈示と指導	2	
積極的傾聴法小冊子を利用したリスナー教育とテオ鑑賞		
安全衛生委員会(1回/月)、又は精保健相談(1回/月)時に随時実施		

⑦ 事業所におけるメンタルヘルス相談(表7)		
3. 貴事業所への精神科医(心療内科医)の関わり		
1. 関わっている	31	67.4%
2. 関わっていない	12	26.1%
「関わっている」と答えた方は下記にお答え下さい。		
a. 関わっている頻度は		
イ 常勤	3	9.7%
イ 週に1回	9	29.0%
ロ 月に1~2回	9	29.0%
その他(8)	8	25.8%
管理者・家族の啓発教育、適時		
b. 精神科医の業務内容は		
1. 診断と相談	15	48.4%
2. 診断と治療	16	51.6%
<具体的内容>		
1) 復職判定	1	
2) 上司との相談投薬はせず、経過観察の面接	1	
3) 精神科医はコンサルタントとして位置づけ 保健医療職、職場、事例の相談 スーパーハイザー的な立場	6	
4) 開業医のもとで研修等(リクセーショントレーナー、カウンセラ	1	
5) 精神科医が常勤 薬物 外部医師と連携	1	
6) 保健所のコンサルテーションを2ヶ月に1回実施	1	
7) 運転士の医学適性検査、メンタルヘルス啓発	1	
4. 貴事業所におけるメンタル相談		
a. 上司である管理職にまかせている。	9	13.8%
b. 事業所内に相談室を設けている	12	18.5%
c. 事業所内の健康管理室に相談させる	23	35.4%
d. 職員の中で相談を受ける担当者を決めている。	3	4.6%
e. 産業医がまず相談を受けている	11	16.9%
f. その他		
保健婦がまず相談を受けている	4	6.2%
月1回ホテルに「こころの健康相談室」開設	1	1.5%
外部にも契約によって窓口	1	1.5%
専任カウンセラー、臨床心理士又は、社員同志	1	1.5%
	65	100.0%
相談を受ける職種		
イ 心理士(カウンセラー)	14	22.2%
ロ 精神科医	14	22.2%
ハ 保健婦(看護婦)	26	41.3%
ニ 衛生管理者	2	3.2%
ホ その他		
産業医	4	6.3%
心内医	3	4.8%
	63	100.0%
5. その他の貴事業所でのメンタルヘルス対策		
社員同志でお互いに気づかっている。		
広報誌を出してその中で啓発している。		
管理者の対応フローの作成		
⑧ 貴事業所で過去3年間における自殺した事例数(表8)		
	49	
1. 貴事業所の自殺の防止策		
1. 健康診断時にメンタルヘルス項目をいれる	15	14.4%
2. メンタルヘルスの専門医を配置する	9	8.7%
3. 社員の教育・啓蒙を義務づける	27	26.0%
4. 支援ネットワークづくり	20	19.2%
5. 相談体制の確立	29	27.9%
6. その他	4	3.8%
	104	100.0%