

8. 本来的に二次的にメンタルヘルスということに抵抗がある。二次的にパフォーマンスがあがるということで良いのではないか。かつては中京は生産性のことばかり言っていたが、最近、メンタルヘルスをきちんとやろうと言っている。
9. 精神分裂病の人が回復後にどの程度の売上を上げられるかという観点も大切。
10. 産業医がただ配置されているというだけでは、逆に駄目な所もある。
11. メンタルヘルスクエアを行う場合、受け皿機関とどのような契約、お金をどうするか、日本の中で発生した時にマネージャー、一般の人のコンサルテーション等、契約の在り方の検討が必要。
12. 某企業では精神科クリニックでコンサルテーションを受けた。7時半から8時半までの自由診療で1年間に20万円で契約していた。
13. 今後のメンタルヘルス対策の在り方として：職場の体制づくりが大切。
- ・労働者が一人一人健康は自分で守るというセルフケアの意識を持つ
 - ・事業者は職場の取り組みについて労働者に明示して、活動をすすめる
- という2つが前提条件となる。
- 各事業所の実態に応じて、できる所から取り組んでいくべきであろう。現状としては、労働者健康状況調査でストレスを訴えている人が増加している。労働者の自殺も大きな問題である。メンタルヘルス対策の意義としては、健康保持対策の一端を担う、労働者の自己実現を支援することで事業場の活力の向上に寄与する、リスクマネジメントとして機能する、などがあげられる。対策は、具体的にはセルフケア、ライ

ンによるケア、事業場内産業保健スタッフによるケア、事業場外資源によるケアの4つに分けられる。これらが密接に連携を保ちながら、計画的に実施されることが望まれる。関係者それぞれが、みずからの役割、活動を十分に認識することも不可欠である。例えば、

- ・労働者自身：ストレスに対する気づき、ストレスに対する対処能力を高める。自発的に相談をする。

- ・管理者：労働者に対する相談活動を行う、職場環境の評価と問題点の把握、改善をすすめる。
- ・産業保健スタッフ：職場不適応者に対する支援を行う。事業所内における心の健康対策を計画、立案する。教育研修の企画実施を行う。外部機関との連携窓口となるなど。人事労務は、対策の計画立案の他、労働条件の改善、適正配置などの役割を担う。

今後の問題として下記が上げられる。

- 1) リスクマネジメントの位置付け：労働能力の低下はリスク、過労自殺もリスク。
- 2) プライバシーの配慮：人事労務関係と密接に関連する問題があり、対応が円滑に進まない場合がある。(日本鋼管病院鶴見保健センター 廣 尚典)

【4】長時間労働の未自殺した新入社員（電通事件）に関する検討会議

事例の概要：<長時間労働に対して安全配慮義務違反が認められた損害賠償事案¹⁾>

被災者の家族歴・生活歴：大学4年から結婚を前提として付き合っていた女性がいる以外は、特記すべきことはない。平成2年に入社し、当時から睡眠時間は4～5時間であった。

現病歴：1996年3月に某地方裁判所で訴訟の判決がおりた事例で、入社2年目の24歳の広告代理店の男性社員。H2年は明朗であったが、H3年7月頃から元気がなく暗い、目の焦点が合わず「2時間しか眠れず」「何をしているかわからない」と言うようになり、8月6,14,16,20,21日と徹夜で仕事、11日のみ帰宅し、その他の日は社内にととのことである。8月21日は「ノイローゼ気味だ、会社を辞めたい」ともらすようになり、8月23日には上司に「何をしているかわからない」と訴えたため上司は心配で自分の別荘へと呼んだ。別荘へ行く途中に蛇行運転、パッシングをしたり、上司の車と離れたりくっついたりしたため、上司は心配になり「どうしたんだ？」と聞くと、本人は「いや、ちょっとほんと変なんですよ。」と答え、夕食後も「僕、霊にとりつかれちゃったみたいなんですよね。もう人間として駄目かもしれないんです。自分で今、何をしているのか、よくわからない。」と述べた。翌日はイベントの準備に上司と出かけるが、「自分が何を悩んでいるのかかわからない」と述べ、元気がなかった。25日はテニスをしたが、うまくできず、26日はほとんど喋らず27日「体調が悪い」と休み午前10時に自殺が確認された。

診断：控訴人はうつ病の確たる証拠はなく、「霊が乗り移った」と述べていることから精神分裂

病の可能性があり、病気になった原因を1)本人の几帳面な性格、2)付き合っていた女性との愛情関係、3)父親に対する恐怖とも言うべきコンプレックスと主張したのである。しかし、4人の精神科医が鑑定しているが、鑑定人3名はうつ病と診断し、もう一人はうつ病発症の根拠は不十分、自殺がうつ病の症状と断定できるかどうかは疑問と判断した。

裁判の争点：第一点は長時間労働と自殺との間に相当因果関係が認められるかどうか？第二点は会社に安全配慮義務違反等の過失が認められるかどうか？ということであった。

裁判所の判断：会社は「自殺は本人の自殺念慮に起因し、自ら死を選択するものであり、会社にはそれを予見することもまた回避することも全く不可能であるから、被災者の死亡につき、安全配慮義務が成立する余地がない」と主張したが、裁判所は、「会社は被災者の常軌を逸した長時間労働（最終の2か月間は、4日に1回は徹夜）及び同人の健康状態の悪化を知っていたものと認められるのであり、そうである以上、同人がうつ病等の精神疾患に罹患し、その結果自殺することもあり得ることを予見することが可能であったというべきであるから、会社の主張は理由がないと企業側の主張を斥けた。そして、会社の過失の有無については「早く仕事を切り上げろ」との注意はしているが、単なる指導であり、長時間労働を軽減する具体的な方策を取らなかったとして、企業の側に過失が認められ、上司の安全配慮義務不履行に起因した損害を賠償する義務があると判断された。

過失相殺に関して：労働時間に関しては、勤務状況の自己申告制を取っていたので被告側は勤務状況の把握が困難であった。本人自身も深夜労働を継続するなど時間配分の適切な方法を誤った結果、うつ病に罹患した。家族も勤務状況

を把握していながら具体的措置を取っておらず、うつ病、あるいは自殺につき予見可能性はあったと考えられる。自殺という損害発生に本人の心因的要素等被害者側の事情も寄与している。また長時間労働による極度の疲労、不眠は本来、脳心臓疾患を招くに値するもので、そのような状況で罹患した本件うつ病は、それ自体「死」と同質であり、誰でもうつ病になる可能性が高いから心因的余地が介在する余地はないと遺族は主張するが、患者側の要件もうつ病罹患には関係しているため、この主張を採用できないと判断している。結局、請求額の七割を支払うように命じられたのである。

平成12年3月24日最高裁判決:労働基準法は、労働時間に関する制限を定め、労働安全衛生法六五条の三は、作業の内容等を特に限定することなく、同法所定の事業者は労働者の健康に配慮して労働者の従事する作業を適切に管理するように努めるべき旨を定めている。使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負うと解するのが相当であり、管理者は使用者に代わって注意義務の内容に従って、その権限を行使すべきである。上司は一郎の健康状態が悪化していることに気付いていたにもかかわらず、業務は所定の期限までに遂行すべきことを前提として、帰宅してきちんと睡眠を取り、それで業務が終わらないのであれば翌朝早く出勤して行うようになどと指導したのみで、一郎の業務の量等を適切に調整するための措置を採ることはなかった。その結果、一郎は、心身共に疲労困憊した状態になり、それが誘因となって、同年八月上旬ころにはうつ病に罹患し、衝動的、突発的に自殺するに至った。しかも労働者の性

格が通常想定される範囲を外れるものでない場合には、裁判所は、業務の負担が過重であることを原因とする損害賠償請求において使用者の賠償すべき額を決定するに当たり、その性格及びこれに基づく業務遂行の態様等を、心因的要因として斟酌することはできないとして一郎の性格を理由とする減額は認めないと判断した。また、家族が一郎と同居していたという理由で一郎の勤務状況を改善する措置を採り得る立場にあったと容易にいうことはできず、賠償額決定に際し斟酌すべきとの判断は違法であるとも判断した。一審被告の原告らの敗訴部分を破棄し、過失相殺に関しては原審に差し戻したのである。

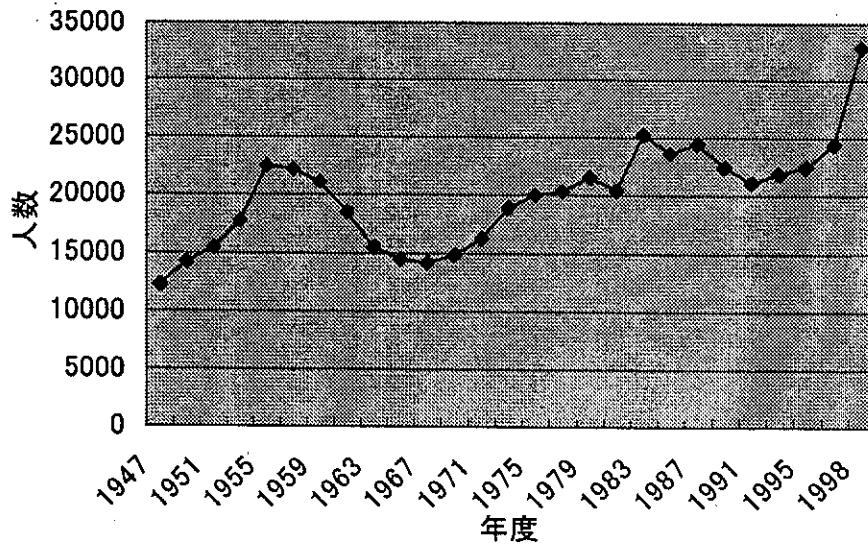
検討内容

1. 今回の判決は非常に厳しい。産業医として技術的なサポートをしていくかが問われている。業務に直接起因する疾患ではなく密接に関連する疾患に関する配慮義務が問題になり、配慮義務の範囲が大きくなった。
1. 企業の面では厳しい。個人のプライバシーの関連、業務起因をどう考えるか。
2. 精神疾患で自殺は自損行為だから基本的に業務上にならなかった。業務起因が変わり、また健康管理の義務違反があれば損害賠償を問えるという風が変わってきた。異常な言動は私的、健康管理上の対応を申し出たわけではない。プライバシーの問題で申出がないのに関与ができない。自由裁量で自己管理すべき、会社は自殺にしても予見できなかったとした。労務管理に生かすとすると、管理者が部下に認識をどうもつか、積極的に対応してよいのか、労務管理に反映していったいいのかという問題がある。

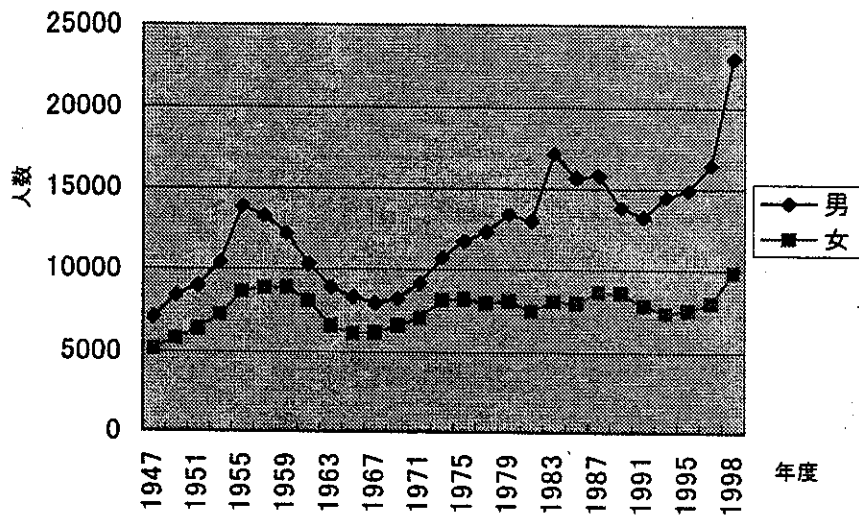
3. 公開されている事例でも声掛けだけでは駄目、注意してください、健康管理部門につないでくださいという働きかけが必要。長時間労働に対する対応として臨時の健康診断をやっている企業がある。やっていたら対策を取っていることになる。
4. 電通は一定の時間を超えると健康診断のシステムもある。ただ従業員が利用しない点が問題、制度があるだけでは駄目、積極的にやらせないと駄目ということになる。
5. 自分のことを判断するしないは自己管理、これを守っていくのは基本、無理に押し付けるのは良くない。
6. 上司に病気の判断をしろということではなく、おかしさには気がつかないといけない。
7. 社会がメンタルに関していえるかどうか、上司が気づくタイミングと家族が気づくタイミングがどちらが多いか、あの人おかしい、受診に結びつけるのは非常に難しい。
8. 96年の改正で私病に配慮するということになった。業務起因の考え方が変わったが、有害業務だと2時間してはいけないとはっきりしている。精神疾患は判断が困難。
9. 産業医もメンタルヘルスケアの理解が必要、最低、うつ状態はわかる必要
10. 本人が働きたいというのを放置していると事故がおこる、好きでやったから事故になったというのは通らない。健康管理していかない企業防衛にならない。
11. 企業も何を望んだら良いか、産業医と話し合いながら労働者の健康はリスク管理という理解も必要。
12. プライバシーは守りながら健康を守るという視点が大切、産業医のところを守る、プライバシーは公開しないと就業規則の中に書いておくことも方法。
13. プライバシーのことは、会社に伝えるのはまずいが、同意つきで会社に伝える。

1)東京高裁：電通事件（東京高裁平 9.9.26） 労働判例 1997.12.1（No.724）13～23、1997.

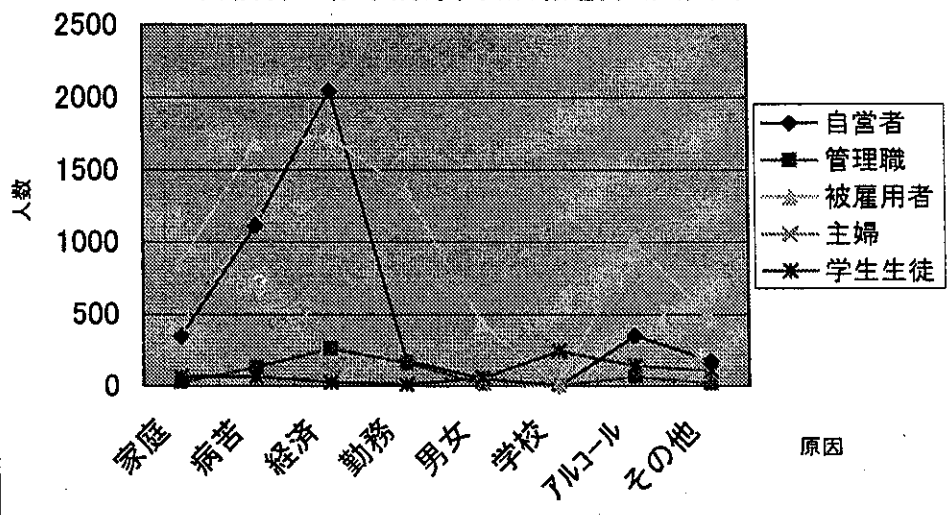
自殺者の推移(図1)



男女別自殺者(図2)



自殺者の職業別原因(無職を除く)(図5)



調査施設の概要(表1)

1. 貴施設の全病床数	13207	600.3182
2. 貴施設の診療科数	407	18.5
3. 貴施設の設立主体は大学	6	27.3%
	自治体	7 31.8%
	国立	2 9.1%
	公的	4 18.2%
	私立	2 9.1%
	その他	1 4.5%
		22 100.0%
4. 貴施設は1.特定機能病院	4	18.2%
5. 貴施設は1.臨床研修指定病院	18	81.8%
6. 貴施設の救急医療についてお答えください		0.0%
	2次救急	10 45.5%
	3次救急	12 54.5%
	救命センターを設置	10 45.5%
	未設置	12 54.5%
	救命センターに精神科医が常駐	1 4.5%
	常駐していない	10 45.5%
	救命センターに精神科毎日回診	3 13.6%
	回診していない	7 31.8%
	救命センターに精神科コンサルテーションのみ	10 45.5%
7. 貴施設は精神科病棟はありますか		0.0%
	a.精神科病床の有無	0.0%
	あり	14 63.6%
	なし	8 36.4%
	ありの場合、その精神科病床数	953 68.1
	精神科医の当直体制は	10 45.5%
	当直体制なし	3 13.6%
	待機制	1 4.5%

平成11年11月1日～12月31日までの2ヵ月間の救急外来、及び精神科外来患者

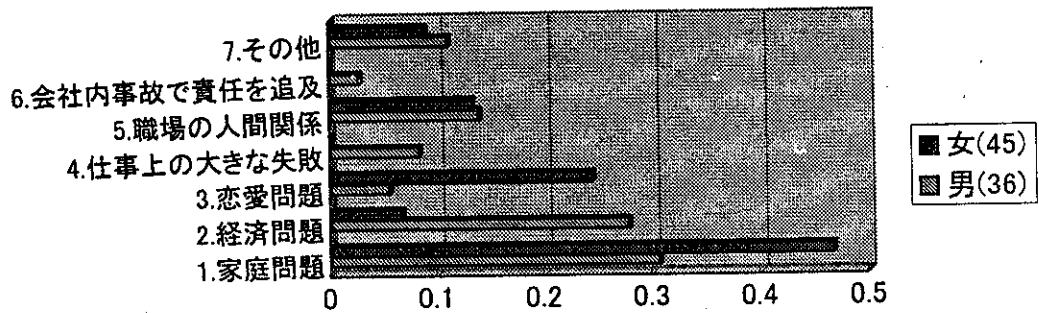
(表2)

1) 貴施設の外来患者数は	785285	39,264.3	981.6	
2) 貴施設救急外来を受診した外来患者数	43341	1,970.0	32.3	
3) 貴施設救急外来を受診した外来患者数				
自殺未遂者、あるいは自殺既遂者の数は	男	女		
	84	130	214	10.7
4) 自殺未遂者、あるいは自殺既遂者の中で精神科患者数は				
自殺未遂者の中で精神科患者	45	104	149	69.6%
自殺既遂者の中で精神科患者	8	4	12	
5) 3)の患者の保険種別は	男	女		
国保	21	23	44	
国保家	9	28	37	
社保	10	8	18	
社保家	11	30	41	
老人	4	0	4	
その他	19	19	38	
不明	10	22	32	
	84	130	214	
自殺未遂者の中で勤労者の数は	28	29	57	23.8%
自殺既遂者の中で勤労者の数は	6	0	6	

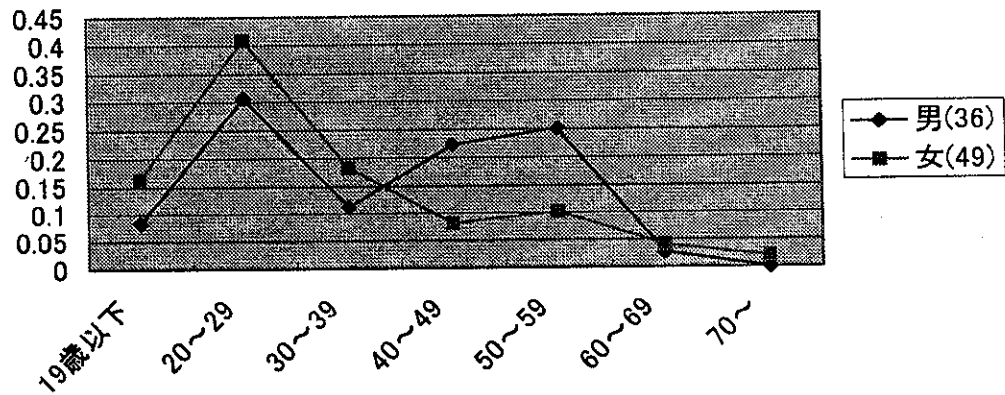
(表2-1)

a. 勤労者の自殺未遂者		自殺未遂の原因誘因	
		男(36)	女(45)
	1. 家庭問題	30.6%	46.7%
	2. 経済問題	27.8%	6.7%
	3. 恋愛問題	5.6%	24.4%
	4. 仕事上の大きな失敗	8.3%	0.0%
	5. 職場の人間関係	13.9%	13.3%
	6. 会社内事故で責任を追究	2.8%	0.0%
	7. その他	11.1%	8.9%
		100.0%	100.0%
b. 精神科治療の既往		男(33)	女(49)
	ある	39.4%	59.2%
	なし	60.6%	40.8%
		100.0%	100.0%
c. 自殺未遂時点で治療を		男(32)	女(44)
	受けていた	40.6%	70.5%
	受けていない	59.4%	29.5%
		100.0%	100.0%
受けていた場合に、その治療機関は		男(13)	女(16)
	他精神病院	38.5%	12.5%
	精神科診療所	53.8%	75.0%
	他一般病院精神科	7.7%	12.5%
		100.0%	100.0%
d. 年齢は		男(36)	女(49)
	19歳以下	8.3%	16.3%
	20～29	30.6%	40.8%
	30～39	11.1%	18.4%
	40～49	22.2%	8.2%
	50～59	25.0%	10.2%
	60～69	2.8%	4.1%
	70～	0.0%	2.0%
		100.0%	100.0%
e. 診断名		男(23)	女(33)
	F1: 中毒・依存	8.7%	3.0%
	F2: 精神分裂病態	8.7%	3.0%
	F3: 気分(感情)障害	34.8%	18.2%
	F4: 神経症・ストレス関連障害	34.8%	33.3%
	F5: 摂食障害、不眠症	0.0%	3.0%
	F6: 人格・行動障害	13.0%	33.3%
	F9: 青年期の行動障害	0.0%	6.1%
		100.0%	100.0%
F. 特にeのF3～F6に該当する場合は下記診断で判断すると		男(16)	女(22)
	うつ病	25.0%	9.1%
	反応性うつ病	31.3%	36.4%
	急性ストレス反応	31.3%	13.6%
	不適応障害	12.5%	36.4%
	その他	0.0%	4.5%
		100.0%	100.0%
g. 以前に自殺未遂は		男(31)	女(45)
	1. 回だけ自殺企図	9.7%	13.3%
	2. 回以上自殺企図	19.4%	31.1%
	3. 今まで自殺企図はない	71.0%	55.6%
		100.0%	100.0%
h. 自殺企図の手段は		男(39)	女(58)
	首吊り	6.5%	0.0%
	階段投下	54.8%	66.0%
	市販薬物	6.5%	4.0%
	殺虫剤	6.5%	6.0%
	除草剤	0.0%	2.0%
	手足自傷	12.9%	20.0%
	胸腹自傷	3.2%	0.0%
	入水	3.2%	0.0%
	その他	6.5%	2.0%
		100.0%	100.0%
i. 家族は自殺の兆候		男(32)	女(45)
	1. 気づいていた	12.5%	33.3%
	2. 全く気づかなかった	31.3%	11.1%
	3. わからない	56.2%	55.6%
		100.0%	100.0%
j. 職場は自殺の兆候に		男(30)	女(33)
	1. 気づいていた	0.0%	0.0%
	2. 全く気づかなかった	13.3%	12.1%
	3. わからない	86.7%	87.9%
		100.0%	100.0%
k. 通勤、欠勤、出社困難の兆候は		男(27)	女(38)
	1. あった	22.2%	18.4%
	2. なかった	11.1%	5.3%
	3. わからない	66.7%	76.3%
		100.0%	100.0%
l. 緊急受診後		男(32)	女(47)
	1. 貴病院精神科へ入院	21.9%	6.4%
	2. 貴病院身体科へ入院	46.9%	46.8%
	3. 他単科精神病院へ転院	6.3%	8.5%
	4. 自宅へ戻り通院治療	25.0%	38.3%
		100.0%	100.0%
m. 事例に関して、自殺企図を防ぐための方策は		男(29)	女(45)
	1. 家族が精神科受診に早期につなぐ	75.9%	77.8%
	2. 会社が早く対応すべき	0.0%	0.0%
	3. わからない	24.1%	22.2%
		100.0%	100.0%

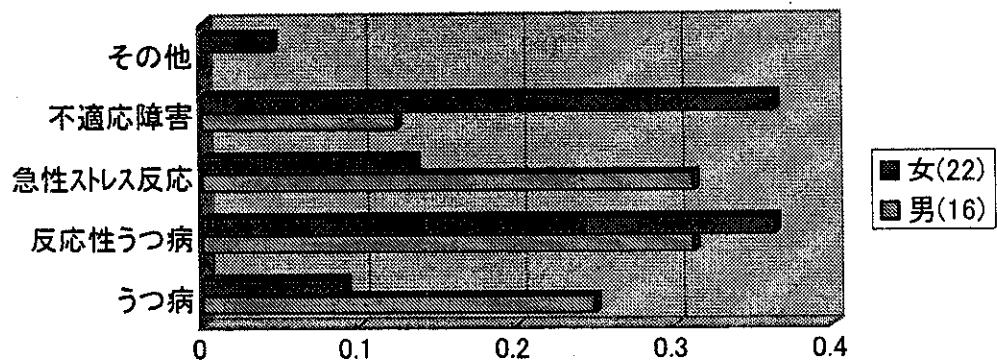
勤労者の自殺未遂の原因(図6)

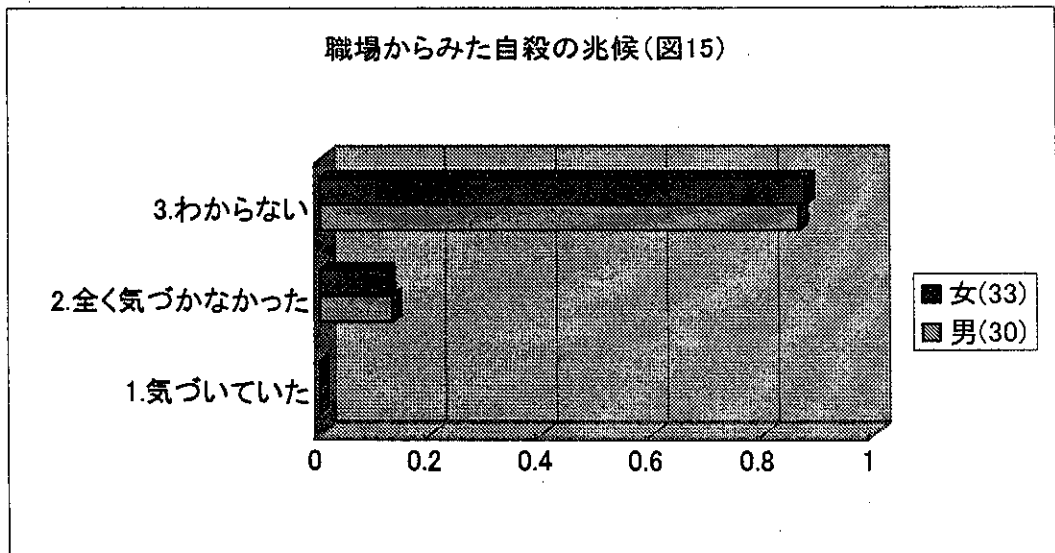
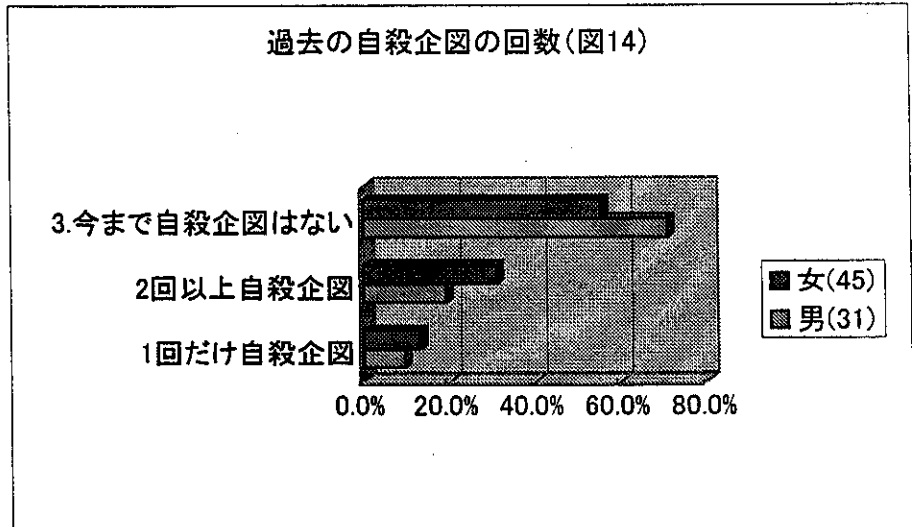
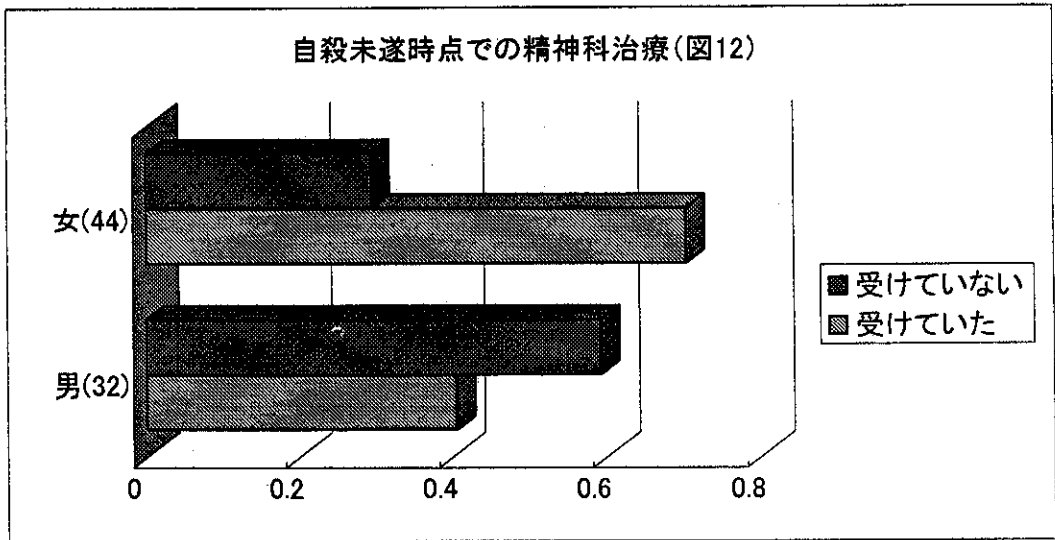


自殺未遂時の年齢(図8)

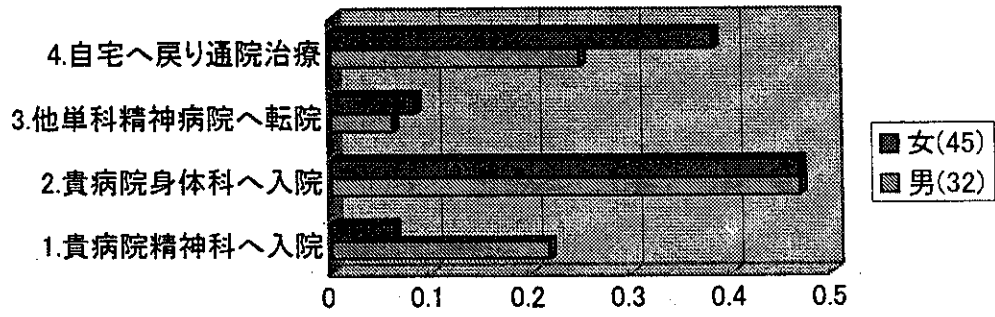


自殺未遂時の従来診断(図10)

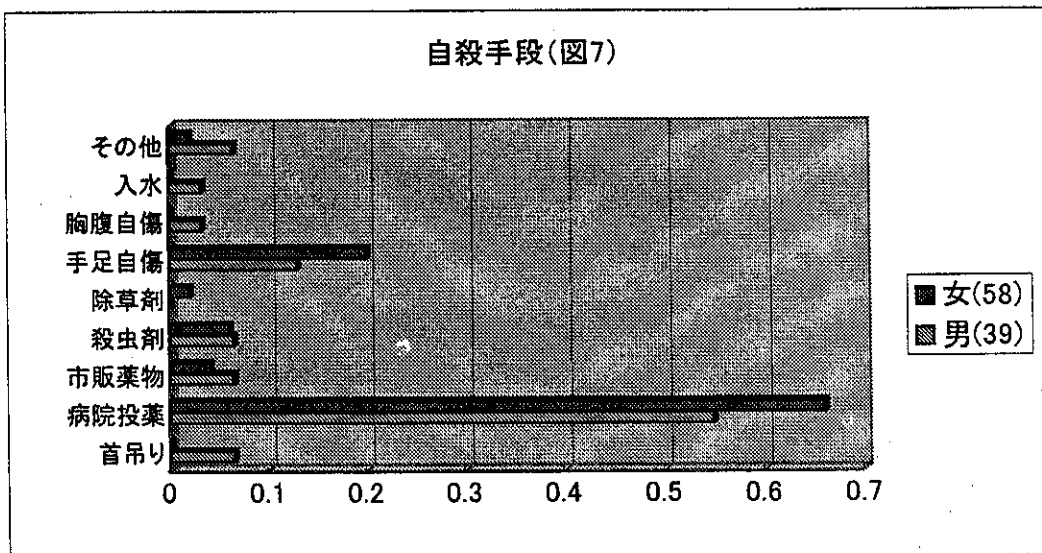




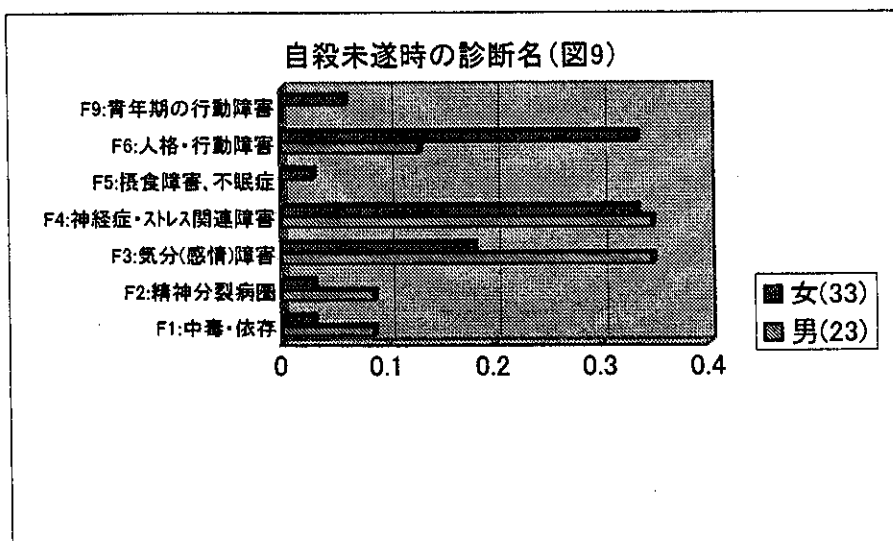
救急受診後の対応(図18)



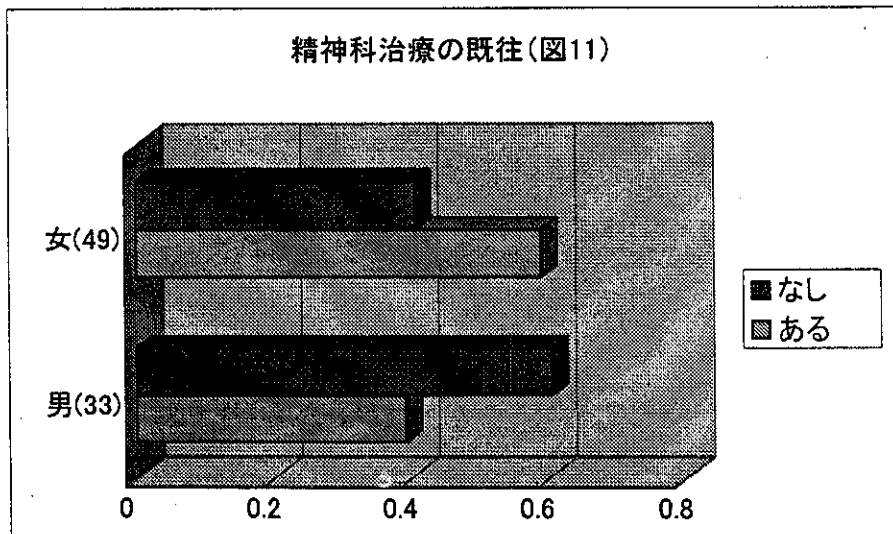
自殺手段(図7)



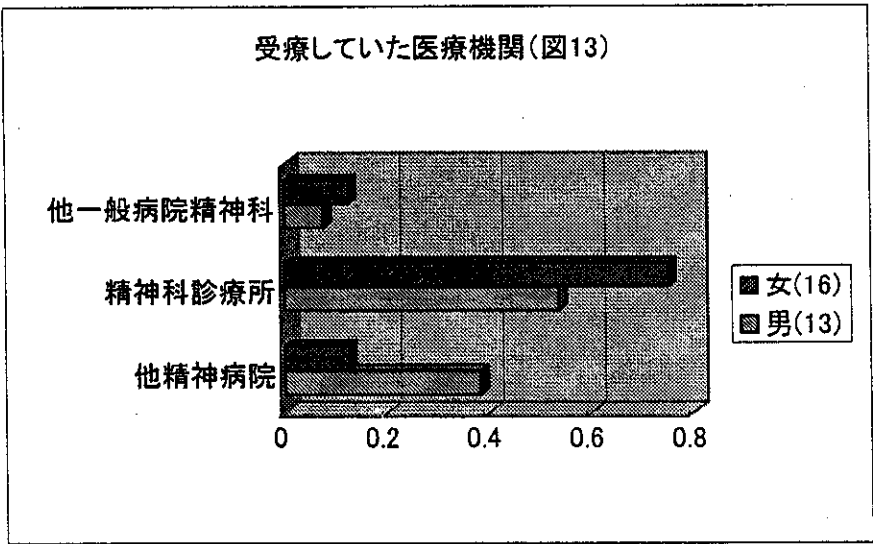
自殺未遂時の診断名(図9)



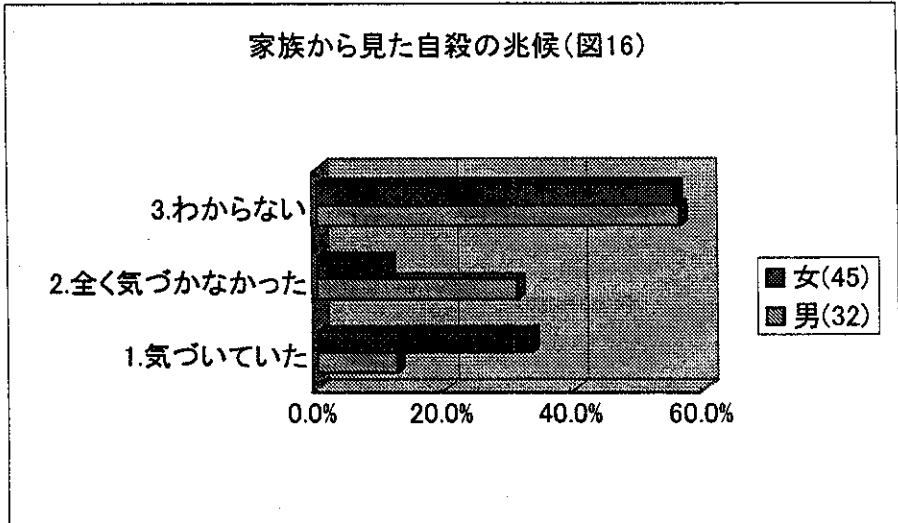
精神科治療の既往(図11)



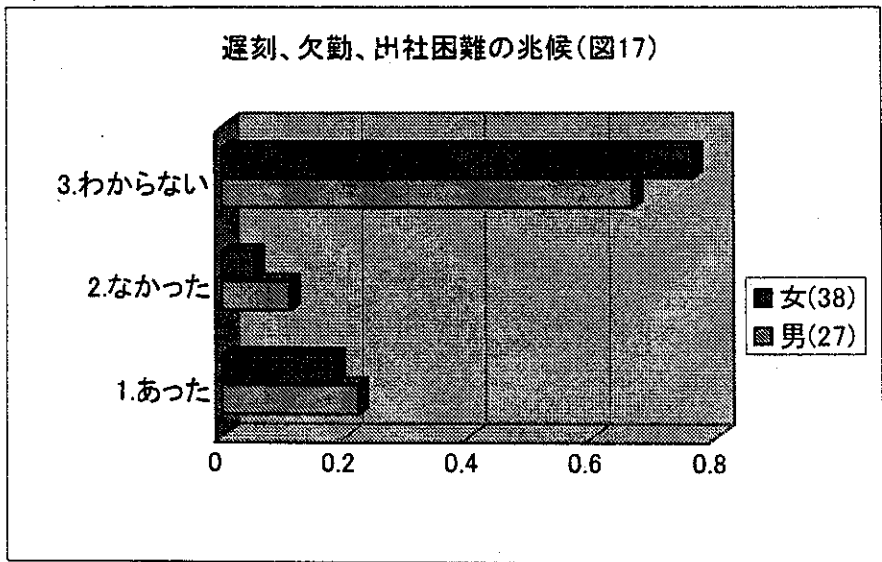
受療していた医療機関(図13)



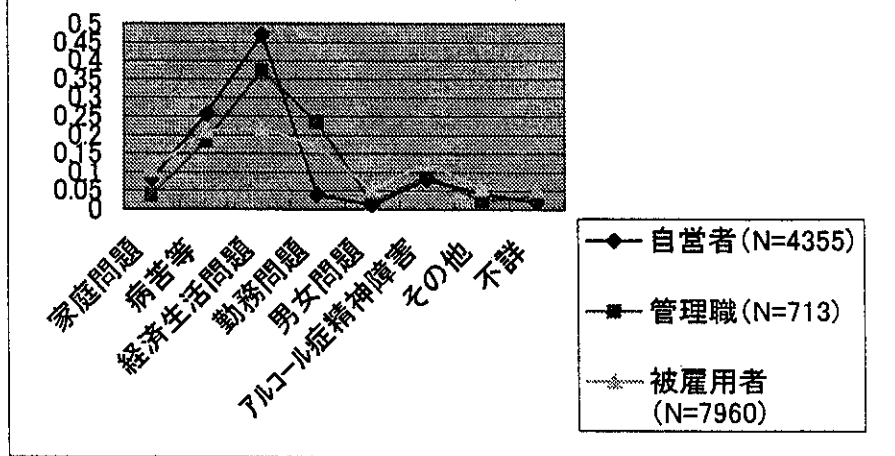
家族から見た自殺の兆候(図16)



遅刻、欠勤、出社困難の兆候(図17)



有職者の自殺原因(平成10年度警察庁)(図19)



既遂者の調査結果(表3)

7)自殺既遂者		
a.自殺の原因・誘因は		
	1.家庭問題	1
	2.経済問題	1
	10.重大な身体疾患	1
	12.その他	3
c.自殺時点で治療を		
	受けていた	2
	受けていない	4
d.年齢は		
	19歳以下	1
	30～39	2
	40～49	1
	50～59	2
e.診断名		
	F3:気分(感情)障害	2
	F4:神経症・ストレス関連障害・身体表現性障害	1
f.従来診断では		
	うつ病	1
	反応性うつ病	1
	その他	1
g.以前に自殺未遂は		
男	1.1回だけ自殺企図をしている	0
	2.2回以上自殺企図をしている	1
	3.今まで自殺企図はない	5
h.自殺企図の手段は		
男	1.首吊り	3
	2.大量服薬	1
	3.農薬服毒 毒物	0
	(2)除草剤	1
i.家族は自殺の兆候に		
男	1.気づいていた	1
	2.全く気づかなかった	2
	3.わからない	3

事業所の内容(表4)

T0事業所	エンジン部品の開発
T1事業所	造船の設計部
T2事業所	研究開発
K事業所	橋梁関係の設計

回収数(表5)

	T0事業所	T1事業所	T2事業所	K事業所
総従業員数	1300	1000	800	500
対象数	55	50	50	47
回収数	49	42	45	37
回収率	89.1%	84.0%	90.0%	78.7%

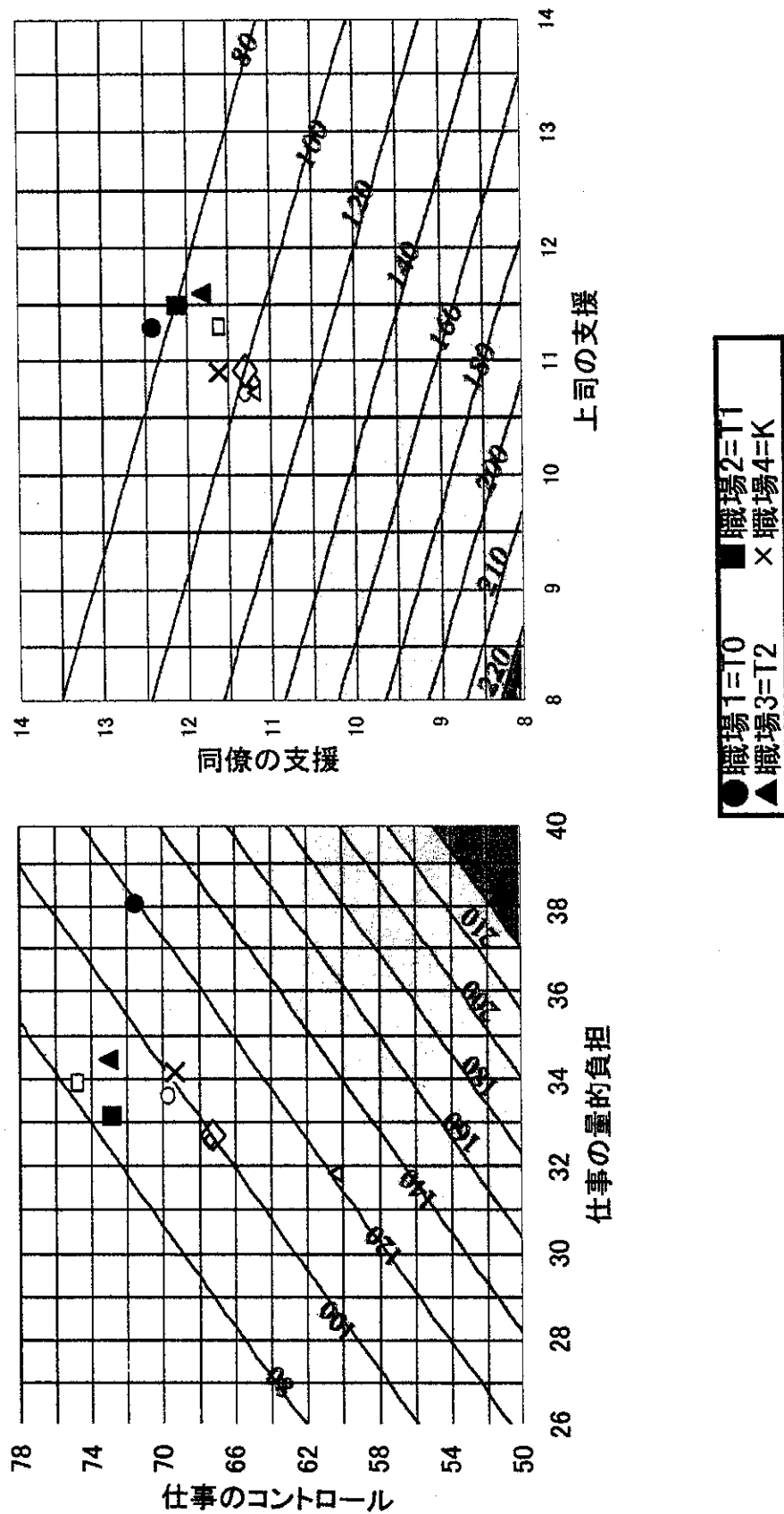
各事業所における健康度(表7)

	T0事業所	T1事業所	T2事業所	K事業所
	男45、女4	男39、女3	男43、女2	男35、女2
1.平均的な1週間の実働時間	54.9	50.0	50.9	49.7
2.1週間の残業時間は	13.8	10.0	10.5	10.0
3.健康状態は悪いと自覚	7(14.3%)	3(7.1%)	2(4.4%)	7(18.9%)
4.自分で大丈夫と認識	24(49.0%)	29(69.0%)	27(60.0%)	18(48.6%)
3.Burn Out得点	3.2	3.0	3.2	3.2
要注意	29(59.2%)	14(33.3%)	25(55.6%)	23(62.2%)
burn out	4(8.2%)	1(2.4%)	2(4.4%)	4(10.8%)
4. CES-D得点	11	8.3	9.6	10.1
うつ病・状態	10(20.4%)	3(7.1%)	5(11.1%)	8(21.6%)
5.JCQ 仕事の要求度	38.2	33.2	34.5	34.2
仕事のコントロール	71.5	72.8	73.0	69.3
上司からの支援	11.3	11.5	11.6	10.9
同僚からの支援	12.4	12.1	11.8	11.6

事業所別調査結果(表6)

	T0事業所		T1事業所		T2事業所		K事業所	
	男45,女4		男39,女3		男43,女2		男35,女2	
記名者	12	24.5%	27	64.3%	27	60.0%	27	73.0%
年齢	38.1		42.6		34.7		41.4	
20-29	12	24.5%	7	16.7%	8	17.8%	5	13.5%
30-39	19	38.8%	8	19.0%	28	62.2%	14	37.8%
40-49	7	14.3%	13	31.0%	3	6.7%	7	18.9%
50-59	10	20.4%	14	33.3%	4	8.9%	11	29.7%
60-69	1	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
身長	169.5		168.5		172.3		170.2	
体重	65.4		65.5		69.0		67.5	
総消費	22.7		23.0		23.2		23.3	
1.平均的な1週間の通勤時間は?	54.9		50.0		50.9		49.7	
2.1週間の残業時間は?	13.8		10.0		10.5		10.0	
3.週に3回、1回15~30分の運動								
1.常に	4	8.2%	2	4.8%	3	6.7%	1	2.7%
2.たいてい	4	8.2%	3	7.1%	5	11.1%	5	13.5%
3.時々	5	10.2%	6	14.3%	4	8.9%	5	13.5%
4.たまに	10	20.4%	8	19.0%	5	11.1%	11	29.7%
5.全然しない	30	61.2%	22	52.4%	27	60.0%	15	40.5%
4.過去3ヶ月の病欠	2.3		0.6		1.4		0.1	
5.過去3ヶ月の受診回数	2.9		1.8		1.0		1.6	
6.あなたの現在の健康状態は								
1.全く悪い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.7%
2.悪い	7	14.3%	3	7.1%	2	4.4%	6	16.2%
3.ふつう	32	65.3%	28	66.7%	29	64.4%	23	62.2%
4.良い	7	14.3%	12	28.6%	9	20.0%	5	13.5%
5.非常に良い	0	0.0%	1	2.4%	4	8.9%	1	2.7%
7.現在治療を受けている病気全て								
1.胃・十二指腸潰瘍	3	6.1%	3	7.1%	1	2.2%	1	2.7%
2.肝臓病・腎臓	2	4.1%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%
3.高脂血症	1	2.0%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%
4.高血圧	1	2.0%	6	14.3%	1	2.2%	0	0.0%
5.虫歯	3	6.1%	4	9.5%	1	2.2%	8	21.6%
6.腰痛・関節炎	1	2.0%	0	0.0%	1	2.2%	2	5.4%
7.うつ病	1	2.0%	0	0.0%	2	4.4%	2	5.4%
8.その他	3	6.1%	5	11.9%	2	4.4%	4	10.8%
9.痛風	0	0.0%	1	2.4%	2	4.4%	1	2.7%
10.痔	0	0.0%	1	2.4%	1	2.2%	0	0.0%
8.定期健康診断で指摘された項目								
1.胃・十二指腸潰瘍	2	4.1%	3	7.1%	0	0.0%	2	5.4%
2.肝機能障害・腎臓	4	8.2%	2	4.8%	1	2.2%	4	10.8%
4.狭心症並びに再発	2	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.7%
5.糖尿病	2	4.1%	1	2.4%	0	0.0%	1	2.7%
6.血圧が高い	1	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.4%
7.尿酸が高い	1	2.0%	0	0.0%	1	2.2%	2	5.4%
8.高血圧症	9	18.4%	17	40.5%	8	17.8%	10	27.0%
9.肥満	0	0.0%	1	2.4%	2	4.4%	2	5.4%
10.その他	1	2.0%	4	9.5%	0	0.0%	2	5.4%
9.食生活についてお聞きします。								
1.1日3食食べていますか								
はい	33	67.3%	34	81.0%	38	84.4%	29	78.4%
いいえ	16	32.7%	6	14.3%	6	13.3%	8	21.6%
2.規則的に食べている								
はい	23	46.9%	30	71.4%	33	73.3%	22	59.5%
いいえ	26	53.1%	11	26.2%	10	22.2%	15	40.5%
3.過食傾向にある								
はい	13	26.5%	10	23.8%	13	28.9%	13	35.1%
いいえ	36	73.5%	30	71.4%	30	66.7%	24	64.9%
4.太ることは気になりますか								
はい	33	67.3%	28	66.7%	29	64.4%	28	75.7%
いいえ	16	32.7%	13	31.0%	14	31.1%	9	24.3%
5.イライラしている時に過食になる								
はい	14	28.6%	6	14.3%	10	22.2%	8	21.6%
いいえ	34	69.4%	35	83.3%	33	73.3%	29	78.4%
6.間食をすることがありますか								
はい	31	63.3%	22	52.4%	27	60.0%	22	59.5%
いいえ	18	36.7%	19	45.2%	16	35.6%	15	40.5%
10.近年、新開導で目標の軌道が多いですが、気が								
1.気になる	18	38.8%	15	35.7%	12	26.7%	15	40.5%
2.気にならない	21	42.9%	20	47.6%	27	60.0%	10	27.0%
3.人ごとではない	7	14.3%	2	4.8%	3	6.7%	7	18.9%
4.わからない	2	4.1%	5	11.9%	2	4.4%	5	13.5%
11.心身の不調がある時、あなたは								
1.がまんする	8	16.3%	5	11.9%	9	20.0%	7	18.9%
2.誰かに相談する	24	49.0%	27	64.3%	24	53.3%	19	51.4%
3.誰にも相談しない	8	16.3%	4	9.5%	2	4.4%	4	10.8%
4.わからない	4	8.2%	1	2.4%	5	11.1%	3	8.1%
5.その他	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%
12.(問11)で2「誰かに相談する」と答えた方は、誰に								
1.家族	17	34.7%	20	47.6%	22	48.9%	16	43.2%
2.上司	3	6.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
3.同僚	3	6.1%	1	2.4%	3	6.7%	1	2.7%
4.保健師	1	2.0%	0	0.0%	1	2.2%	4	10.8%
5.病院受診した上で医	7	14.3%	7	16.7%	5	11.1%	6	16.2%
6.その他								
13.企業診療所内に(精神科)があることについて								
1.会社の近くにあると相談しやすい	25	51.0%	19	45.2%	17	37.8%	11	29.7%
2.社外相談機関の方が相談しやすい	10	20.4%	8	19.0%	17	37.8%	11	29.7%
3.別になくても良い	5	10.2%	5	11.9%	3	6.7%	4	10.8%
5.わからない	13	26.5%	10	23.8%	11	24.4%	14	37.8%
14.自分の精神状態について								
1.大丈夫だと感づいている	24	49.0%	29	69.0%	27	60.0%	18	48.6%
2.大丈夫だと風うようにしている	17	34.7%	6	14.3%	9	20.0%	13	35.1%
3.大丈夫だが、キツク感じている	8	16.3%	5	11.9%	5	11.1%	5	13.5%
4.精神状態、佳境を知りたい	10	20.4%	6	14.3%	9	20.0%	6	16.2%
5.かまわないでほしい	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%
6.わからない	1	2.0%	1	2.4%	3	6.7%	3	8.1%
BumOut得点	3.2(29/4)		3.0(14/1)		3.2(25/2)		3.2(23/4)	
CES-D得点	11(10)		8.3(9)		9.6(5)		10.1(6)	
JCQ 仕事の要求度	38.2		33.2		34.5		34.2	
仕事のコントロール	71.5		72.8		73.0		69.3	
上司からの支援	11.3		11.5		11.6		10.9	
同僚からの支援	12.4		12.1		11.8		13.6	

ストレス判定図(図20)



精神科リハビリテーション病棟に関する研究

分担研究者 浅井 邦彦

平成11年度厚生科学研究報告書

テーマ「精神科リハビリテーション病棟に関する研究」

分担研究者 浅井邦彦

研究要旨：平成9,10年度の研究に引き続き本年度は、精神分裂病患者に対しケースマネジメント技法を用いたリハビリテーションを6ヶ月間実施し、その間に退院した症例についても追跡調査を行った。その結果、6ヶ月間で精神症状やリハビリテーションの効果に統計学的に有意な改善を認めた。また、研究開始より10ヶ月間の経過を追跡し、対象を退院群と入院継続群にわけ比較を行った結果、退院群は研究開始の時点より入院継続群と比較して生活障害の程度に差がありリハビリテーションの結果が短期的に現れたものと考えられた。また、入院継続群でも3, 6ヶ月目には研究開始時点と比較して精神症状やリハビリテーションの効果が出ていることから、入院継続群においても退院群と同様の改善は認められたものの退院には結びついていないものと考えられた。このことより、退院に関する転帰はかなり長期間追跡する必要性もあると思われた。

A. 研究目的

精神科病院における治療体制は、急性期治療や社会復帰活動は十分とはいえないまでも、内容的には充実しつつあるといえよう。しかし、日本の精神科病院に入院している精神疾患患者の長期在院や高齢化の問題は、いまだほとんど手付かずの状態といつてよい。精神疾患患者が長期に在院する要因として、いわゆる社会的要因を除くと医学的な入院治療としてリハビリテーションが十分に提供されてこなかったことが指摘できる。すなわち、長期在院を予防するためには、患者毎の個別的な精神科リハビリテーションが行われる必要がある。また、チーム医療の必要性が叫ばれながらもその実があがっていない点も問題点として指摘できる。

このような観点から我々は精神疾患の急性期状態を脱した亜急性期から慢性期にいたる患者に対し、積極的なリハビリテーションを行う場としての精神科リハビリテーション病棟を提案してきた。この病棟は病棟構造よりもその機能として個人にあったリハビリテーションを行うために、ケースマネジメントの技法を用い

てさまざまな専門家のチームを有機的に機能させることを目的とした病棟である。このようなリハビリテーションによって、再入院を繰り返さない確実な退院を目指すことが出来、さらに、退院後の外来リハビリテーションであるデイケアや社会復帰施設などの地域社会資源と連携して更なる病状の回復を実現するといった広がりを持つようになる。

平成9および10年度の本研究においては精神科病院に長期に入院している精神分裂病患者に対してケースマネジメント技法を用いたリハビリテーションの提供を行った群と、従来の単にリハビリテーションのみを提供した群との間で症状などの違いについて比較検討した。その結果、マネジメントを行った群では社会的活動性や社会的技能が統計学的に有意な改善を示し、マネジメントの効果が認められた。このことを元に、本年度においては多職種によってマネージされたりハビリテーション提供システムが退院にまで結びつく可能性について検証することを目的として本研究を行った。

また、試行的に行う精神科リハビリテーション病棟でのマネジメントの有効性を検証することとあわせて、マネジメントを行う際に必要とするマンパワーの費用を算出することも目的とした。患者個人にあわせたりリハビリテーションの組み合わせを作るには、精神保健福祉士をはじめとして医師、看護職員、介護職員、作業療法士、心理技術者、薬剤師、栄養士等の多職種が一堂に会し、プランニングなどを行うマネジメント会議を行うことが必須となる。

このようなりハビリテーション病棟を実践するためには、マネジメント機能が最も重要であるが、その効果を判定し、また、マネジメントに係る費用を算出するための実証的な研究を目指した。

B. 研究方法

1) 対象

全国の11病院(日本精神病院協会会員病院)において、ICD-10で精神分裂病と診断され、主治医によってリハビリテーションが必要であると判断された者を対象とした。研究への参加は病棟を単位とすることを原則とし、対象患者の登録を平成11年4月から6月の間に行った。1病院あたりの目標症例数は10症例とした。

2) 対象の選択と研究参加への同意

登録患者にはケースマネジメントと積極的なリハビリテーションを行うことを文書で説明し、原則として書面での同意を得ることとし、また、家族に対し研究の内容を伝え、実施に関する同意をあらかじめ口頭で得るようにした。明らかに研究への参加を拒否された場合には、対象から除外した。また、対象患者本人から中止の申し出があった場合には、その時点で中止とした。

3) 評価尺度と観察期間

リハビリテーションの効果判定尺度として REHAB(Rehabilitation Evaluation Hall and

Baker)、生活障害の程度の判定には LASMI(Life Assessment Scale for the Mentally Ill)、精神症状の判定には BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)を用いた。REHAB、LASMIは各病院で教育セッションを行い、評定者間の差を最小のものとするように試みた。REHAB、LASMIの評価は看護職員又はリハビリ職員、BPRSは医師が評価した。それぞれの評価尺度の評価は、同一患者に対しなるべく同一の判定者が行うように各施設で配慮した。

6ヶ月間のリハビリテーションによる変化を0、3、6ヶ月目により上記の評価尺度を用いて判定した。観察期間中に退院し入院治療が終了した症例についても引き続いて3、6ヶ月目の評価を外来において行った。研究対象の病棟より他の病棟へ転棟した場合には、評価を行い観察を終了した。

4) ケースマネジメント会議

対象となった症例のマネジメント会議を病棟毎に2週間に1回以上行った。会議を構成する職種は、医師・看護職員・介護職員・精神保健福祉士(PSW)・作業療法士・理学療法士・薬剤師・栄養士等の職種が参加することとし、参加病棟毎に参加職種及びケースマネージャーをあらかじめ決めておいた。ケースマネージャーは職務の多忙さから1名あたりの担当症例数は5名を超えないこととした。

5) リハビリテーション

リハビリテーションの内容は各施設が各患者毎にリハビリテーションプランを立て、働き掛けを行うことが重要であるため、一定の方式は定めないこととした。ただし、その詳細なりハビリテーション計画の内容を個人毎のプロトコールに記録するとともに、実施されたりハビリテーションの種目毎の内容及びそれに関わった職員の人数を職種毎に1週間単位で記録した。また、