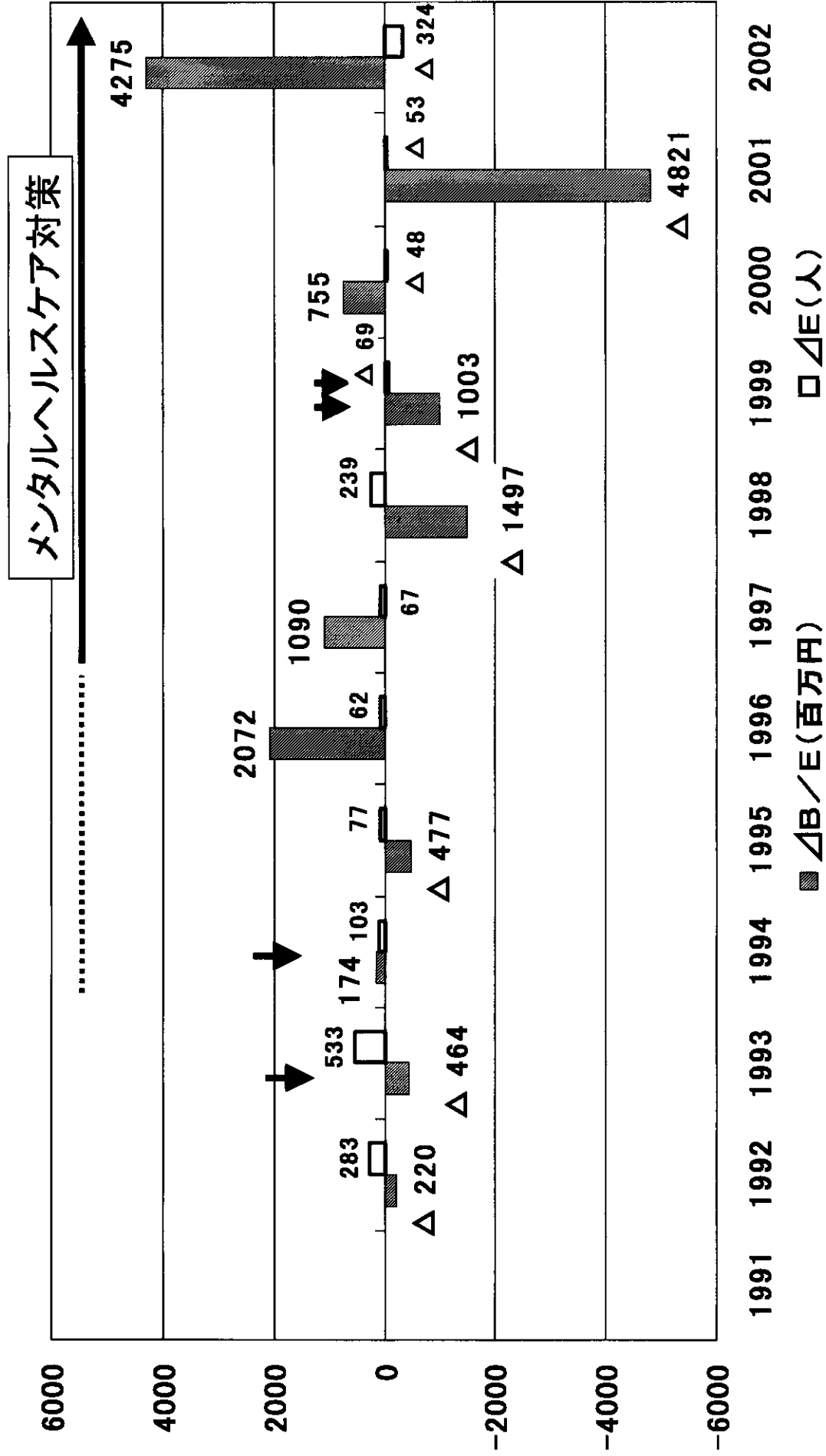


- 1) $B/E = (\text{当該年度の経常利益}) / (\text{当該年度の総従業員数}) \times 1000$
2) $\Delta B/E = (\text{当該年度の} B/E) - (\text{前年度の} B/E)$ 、 $\Delta E = (\text{当該年度の総従業員数}) - (\text{前年度の総従業員数})$
3) ↓: 自殺1名 発生

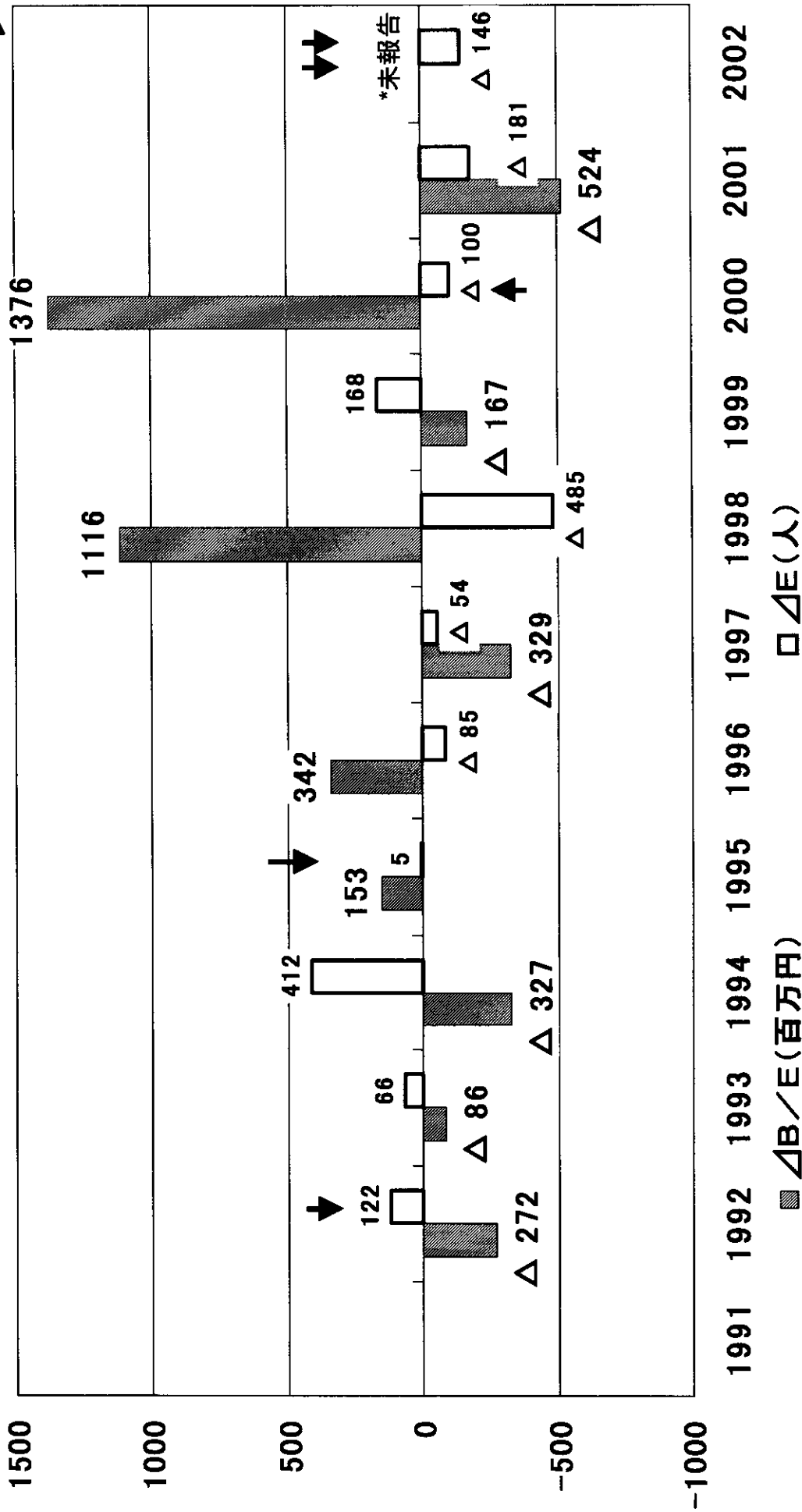
図 III-2-1 F社における企業業績の変化と労働者の自殺発生



1) $B/E = (\text{当該年度の経常利益}) / (\text{当該年度の総従業員数}) \times 1000$
 2) $\Delta B/E = (\text{当該年度の} B/E) - (\text{前年度の} B/E)$ 、 $\Delta E = (\text{当該年度の総従業員数}) - (\text{前年度の総従業員数})$
 3) ↓: 自殺1名 発生

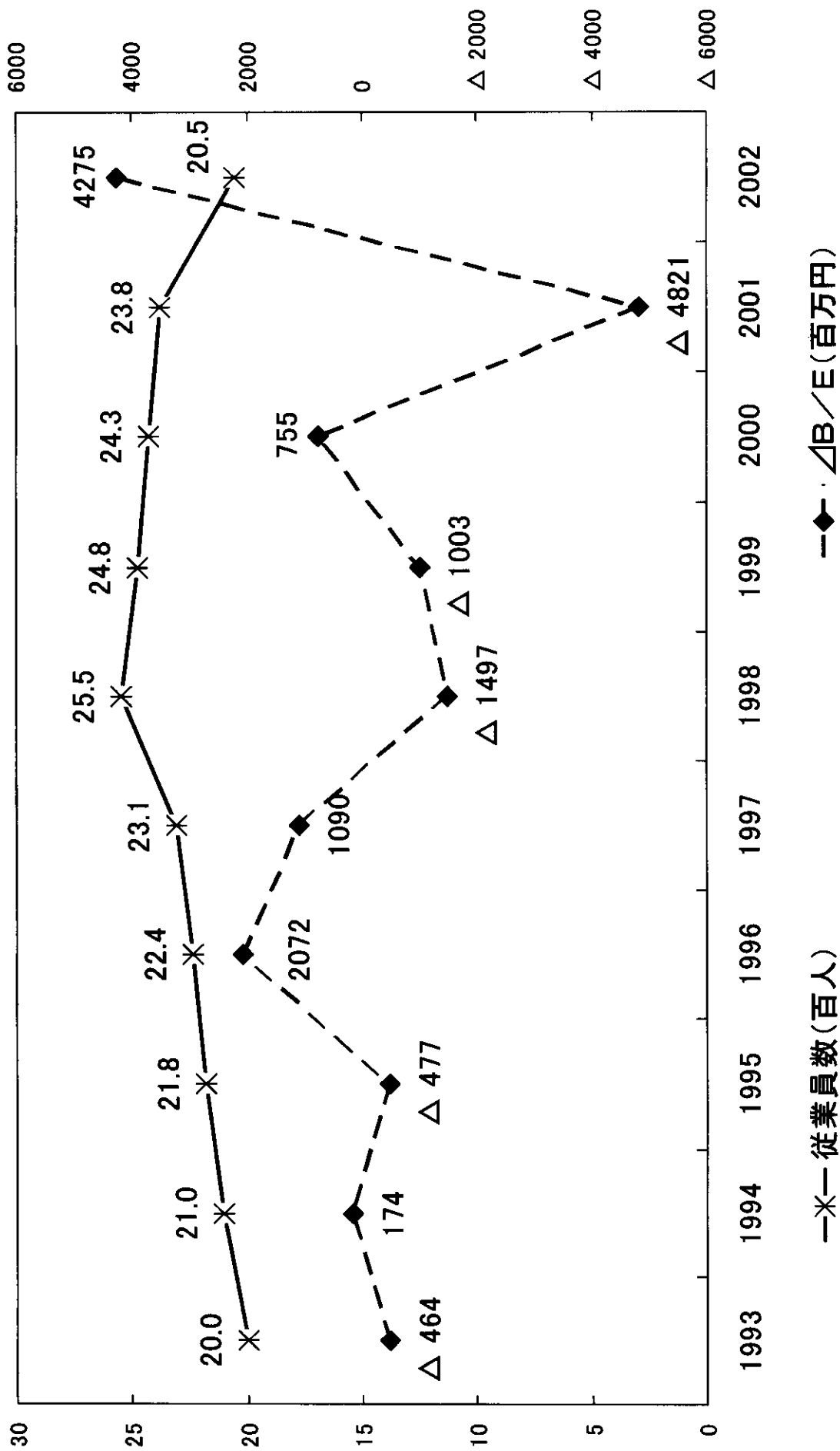
図 Ⅲ-2-2 N社における企業業績の変化と労働者の自殺発生

メンタルヘルスマスク対策



1) B/E = (当該年度の経常利益) / (当該年度の総従業員数) × 1000
 2) ΔB/E = (当該年度のB/E) - (前年度のB/E)、ΔE = (当該年度の総従業員数) - (前年度の総従業員数)
 3) ↓: 自殺1名発生

図 III-2-3 O社における企業業績の変化と労働者の自殺発生



1) $B/E = (\text{当該年度の経常利益}) / (\text{当該年度の総従業員数}) \times 1000$
 2) $\Delta B/E = (\text{当該年度の} B/E) - (\text{前年度の} B/E)$

図Ⅲ-3-1 N社の従業員数と従業員1000人当たりの経常利益の推移

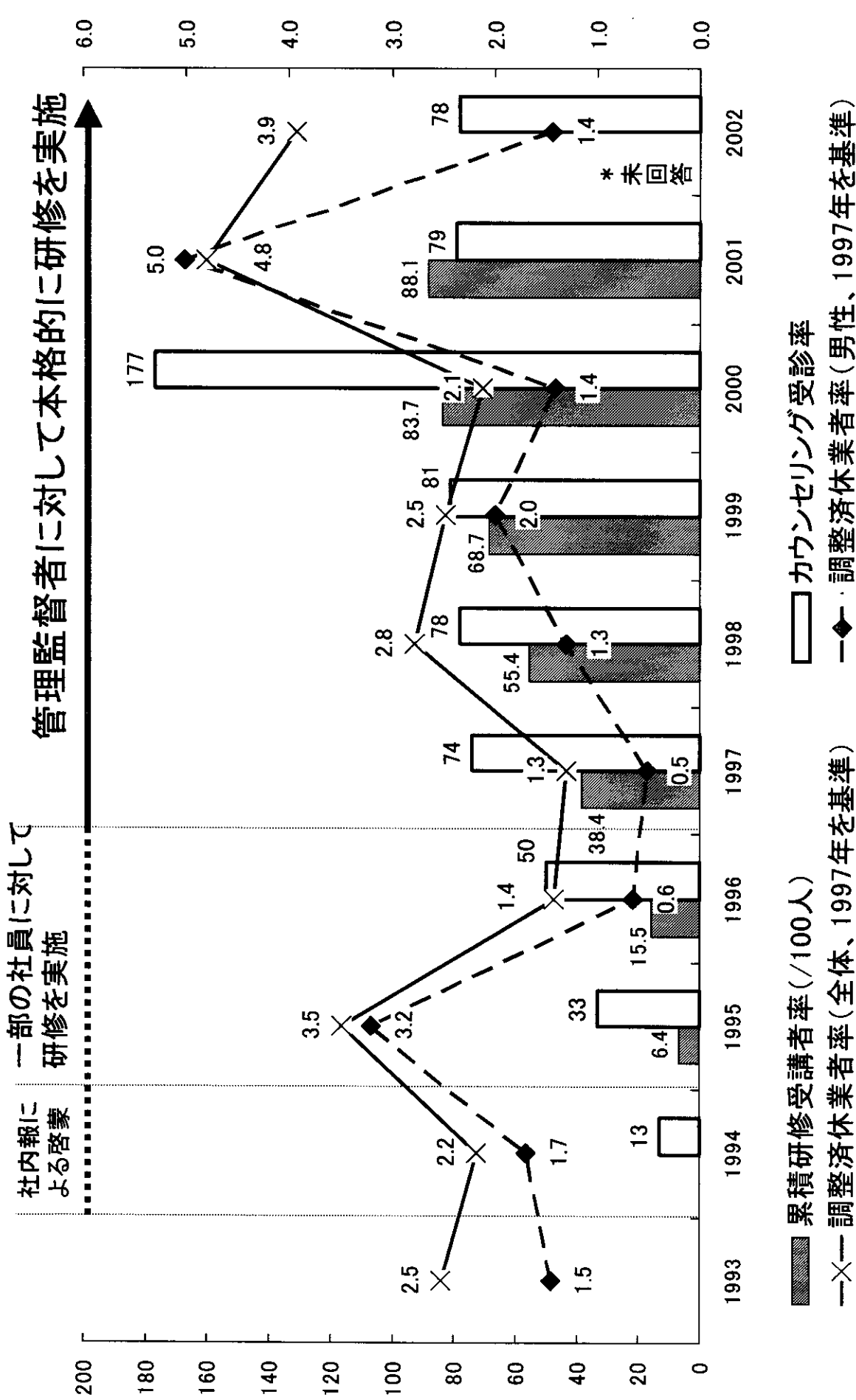
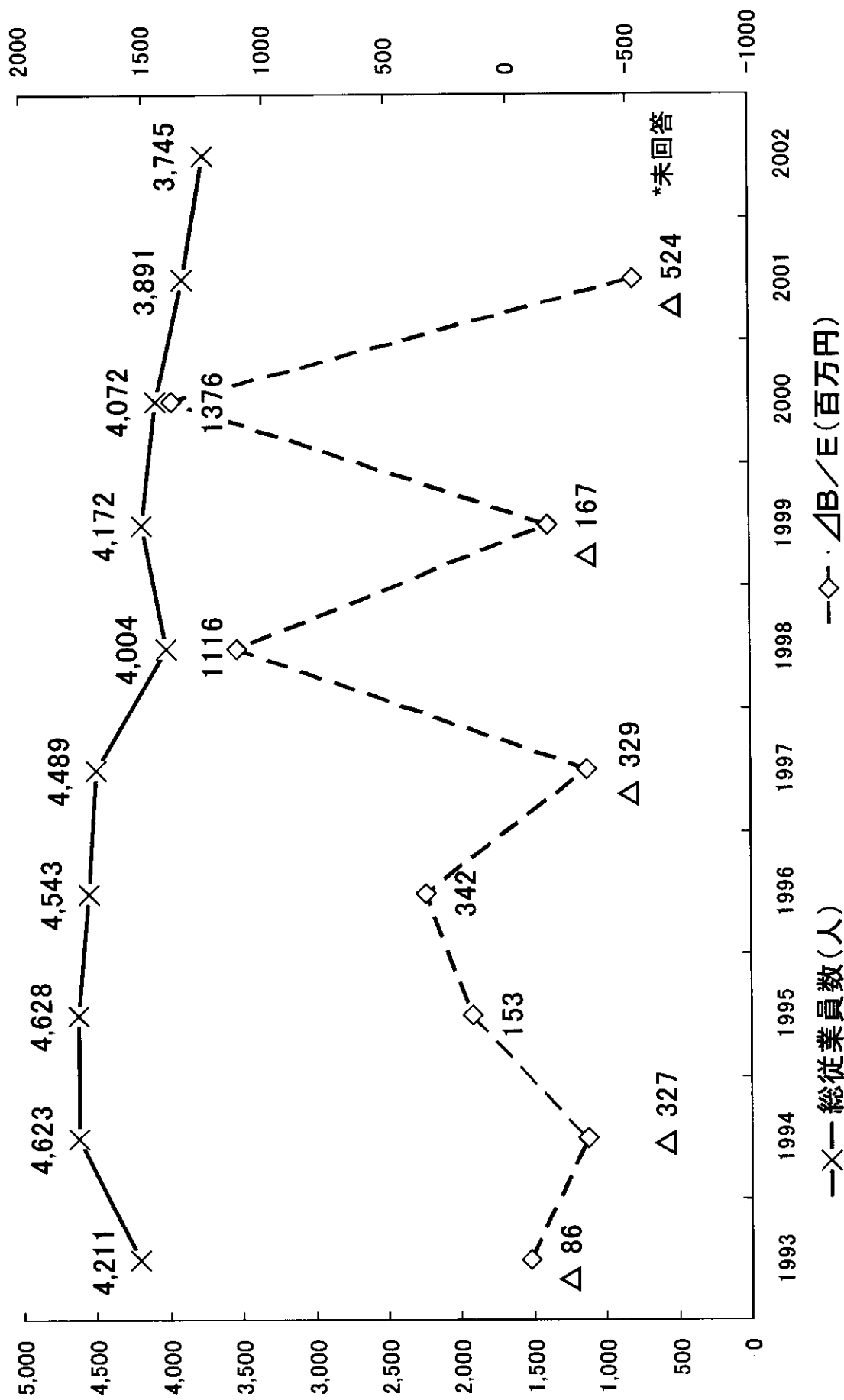


図 III-3-2 N社のメンタルヘルスケア対策前後の疾病休業者の変化

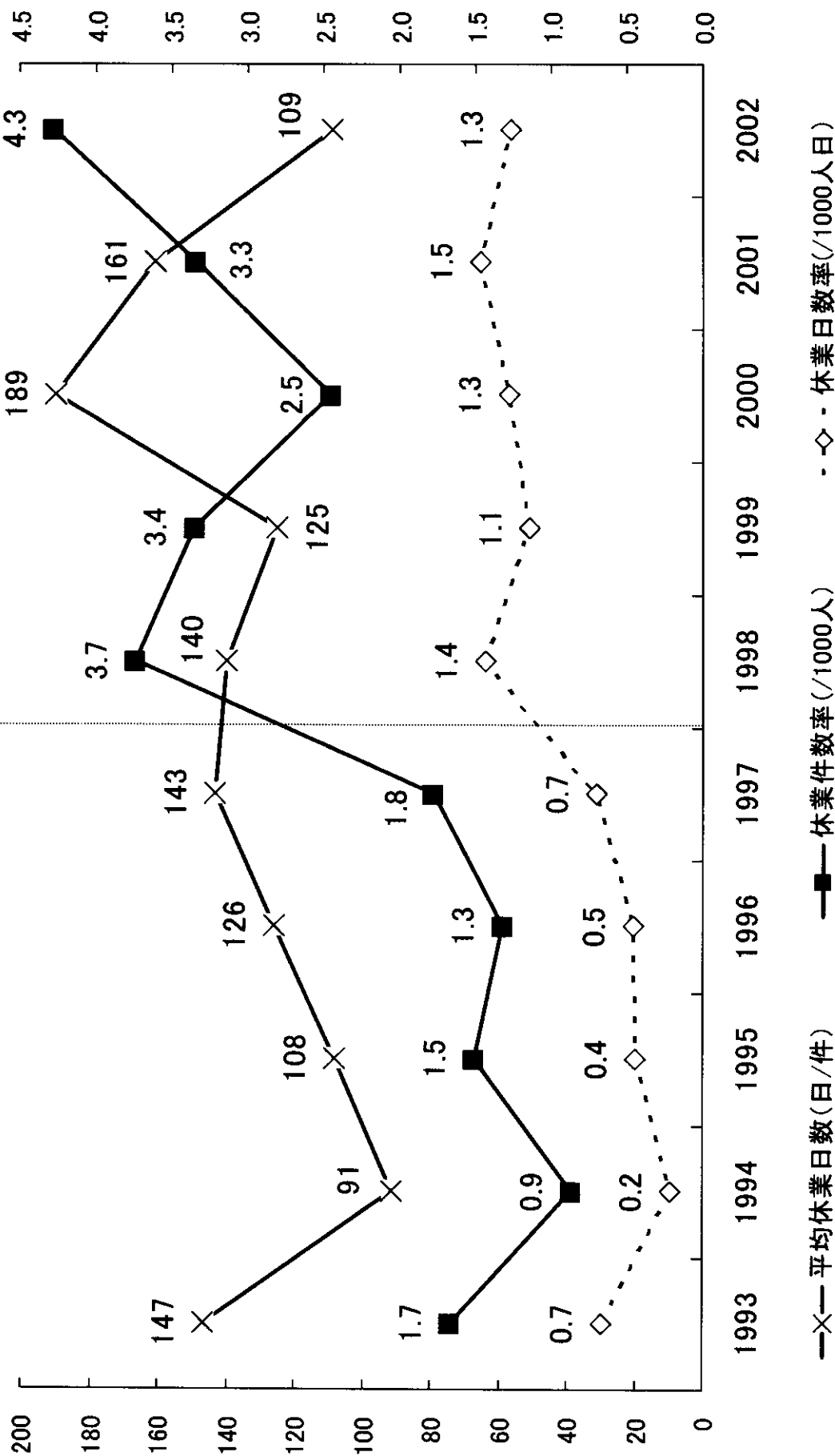


1) $B/E = (\text{当該年度の経常利益}) / (\text{当該年度の総従業員者数}) \times 1000$

2) $\Delta B/E = (\text{当該年度の} B/E) - (\text{前年度の} B/E)$

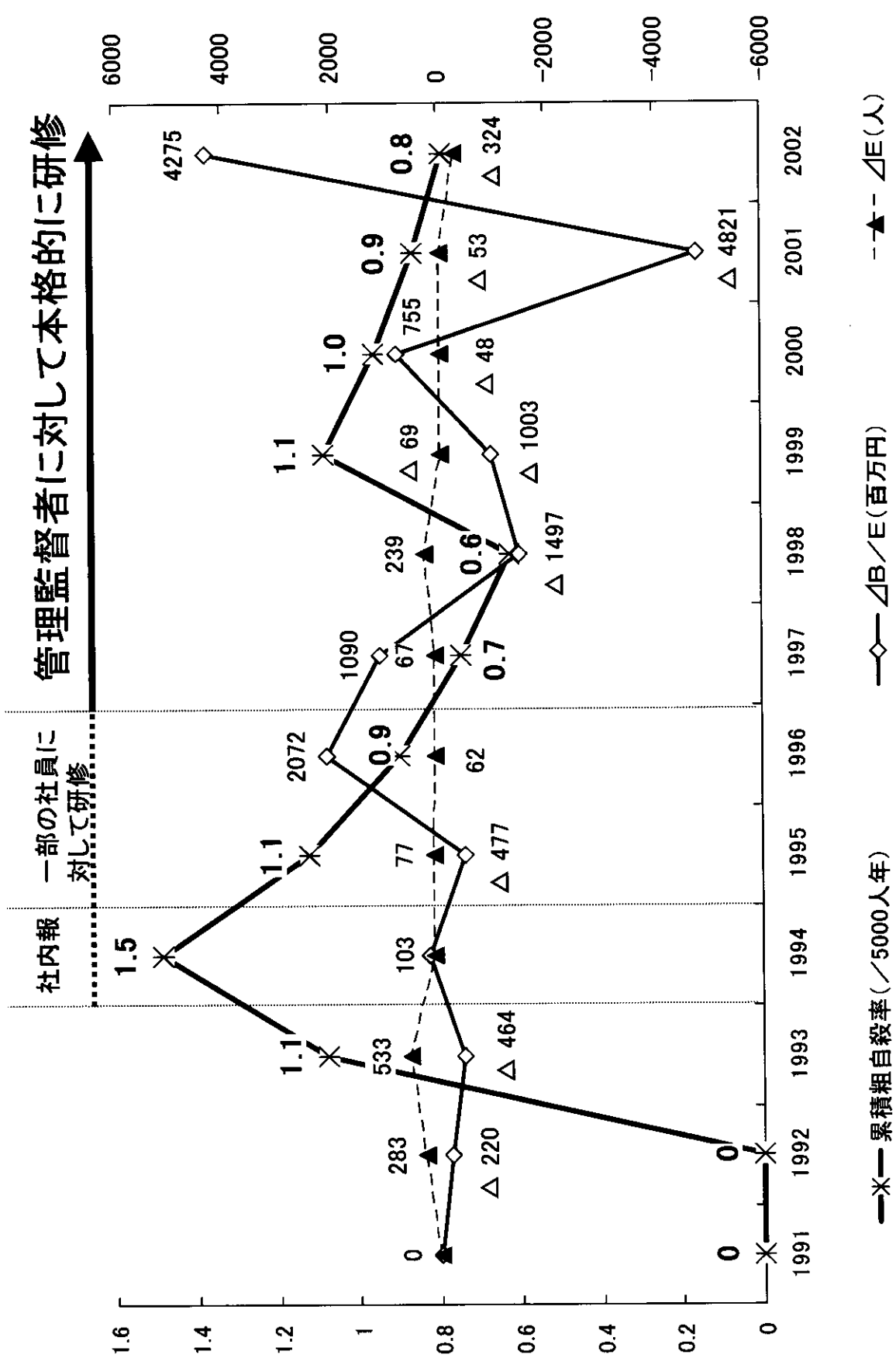
図 III-3-3 O社の従業員数と従業員1000人当たりの経常利益の推移

メンタルヘルスケア対策



- 1) 休業日数率＝精神疾患による休業日数合計 / (総従業員数 × 365) × 1000
- 2) 休業件数率＝精神疾患による休業件数 / 総従業員数 × 1000
- 3) 平均休業日数＝精神疾患による休業日数合計 / 休業件数

図Ⅲ-3-4 O社のメンタルヘルスケア対策前後の疾病休業の変化

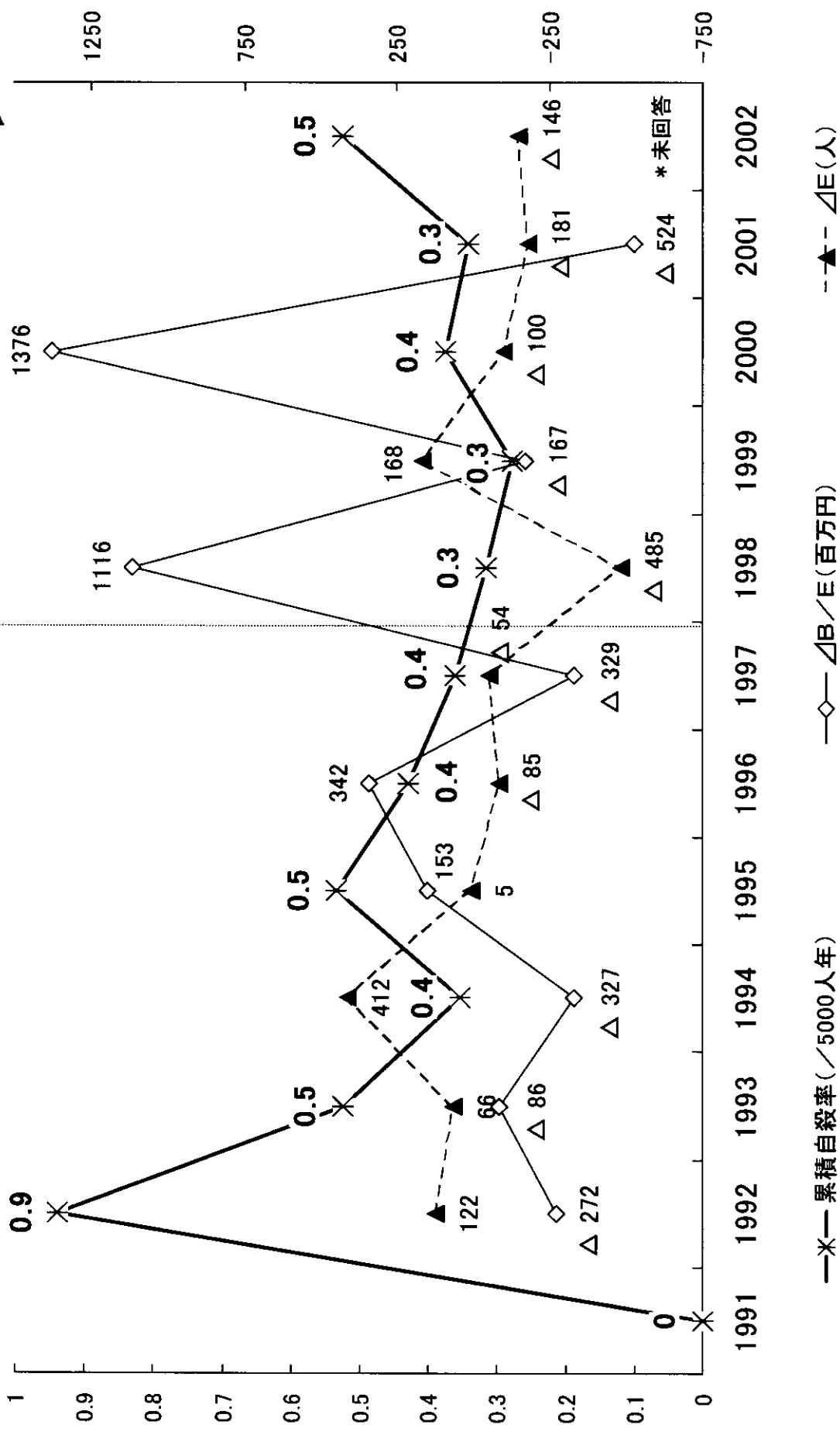


1) $B/E = (\text{当該年度の経常利益}) / (\text{当該年度の総従業員数}) \times 1000$

2) $\Delta B/E = (\text{当該年度の} B/E) - (\text{前年度の} B/E)$ 、 $\Delta E = (\text{当該年度の総従業員数}) - (\text{前年度の総従業員数})$

図 III-4-1 N社のメンタルヘルスケア対策前後の自殺率の変化

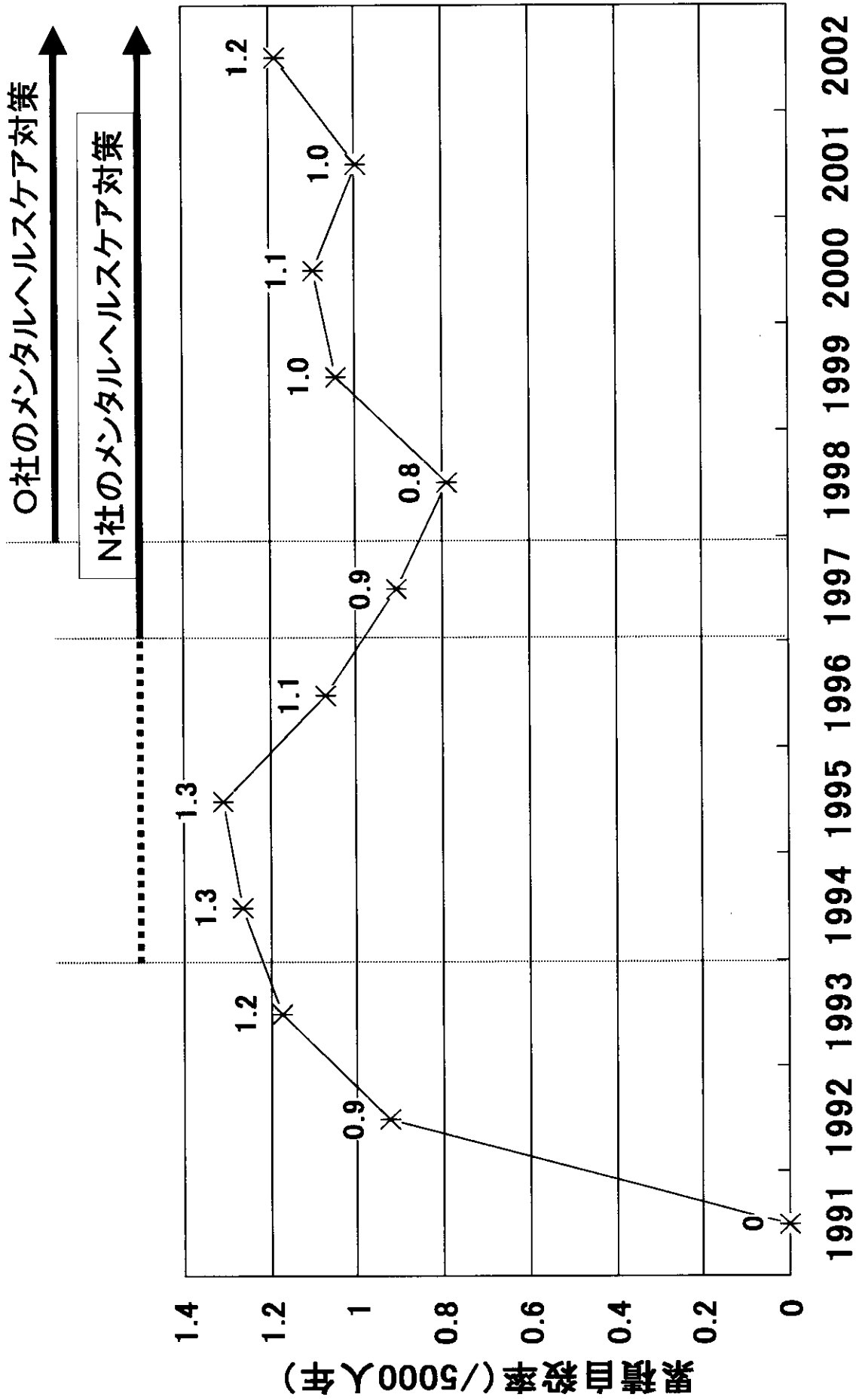
メンタルヘルスケア対策



1) $B/E = (\text{当該年度の経常利益}) / (\text{当該年度の総従業員数}) \times 1000$

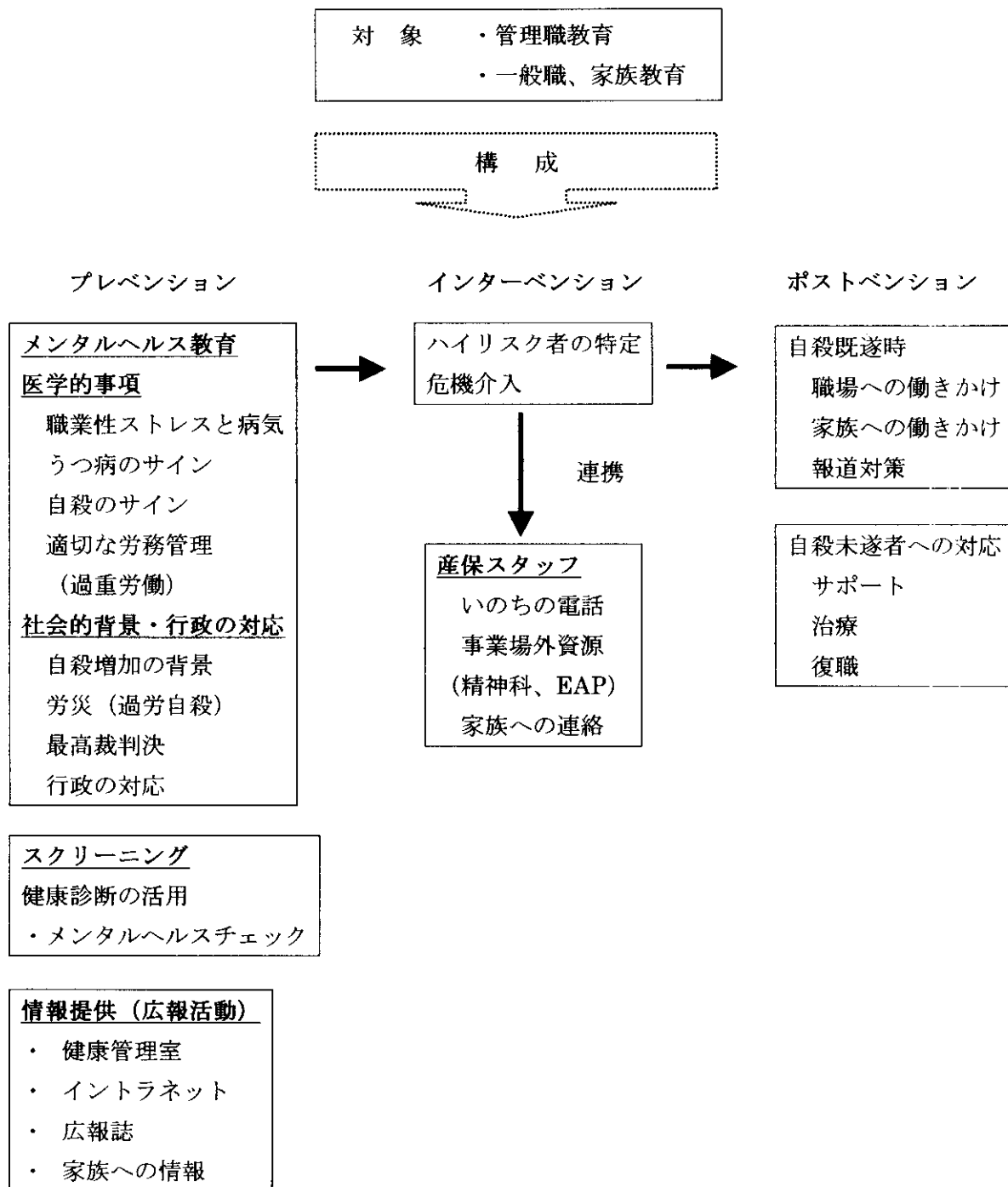
2) $\Delta B/E = (\text{当該年度の} B/E) - (\text{前年度の} B/E)$ 、 $\Delta E = (\text{当該年度の総従業員数}) - (\text{前年度の総従業員数})$

図 III-4-2 O社のメンタルヘルスケア対策前後の自殺率の変化



図Ⅲ-4-3 N+O社のメンタルヘルスケア対策前後の自殺率の変化

職場における自殺予防プログラムの概略



カリキュラム作成
教育資料の作成
教育訓練 (傾聴法)

産保スタッフへの教育
自殺予防マニュアル

自殺対応マニュアル

－自殺予防教育プログラムの内容－

1. プレベンション

1) メンタルヘルス教育

(1) 労働者を取りまく状況

- ・ ストレス増加の背景 (図 1)
- ・ ストレス調査結果 (厚生労働省調査) (図 2)
- ・ 自殺者数の推移 (警察庁調査) (図 3)

(2) 労働行政について

- ・ 行政の流れ (表 1)
- ・ 事業者の安全配慮義務 (表 2、3)
- ・ 心の健康づくり指針 (表 4)
- ・ 過重労働による健康障害の防止 (表 5)
- ・ 自殺予防のための施策 (図 4)

(3) ストレスと病気の関係

- ・ NIOSH 職業性ストレスモデル (図 5)
- ・ ストレス関連疾患 (図 6)
- ・ 心の不健康の発症要因 (図 7)
- ・ 消耗性うつ病の考え方 (図 8)
- ・ ストレッサーについて (表 6)

(4) うつ病について

- ・ うつの症状 (表 7)
- ・ 自分が気づく変化 (表 8)
- ・ 周囲が気づく変化 (表 9)

(5) アルコール依存症について

- ・ アルコール依存症 (表 10)

(6) 自殺の危険因子

- ・ 自殺のハイリスク者 (表 11)
- ・ 自殺のサイン (表 12)
- ・ 自殺者にみられる心理的負荷 (表 13)

(7) スクリーニング

- ・ 自殺傾向のスクリーニングについて (表 14)

2. インターベンション

1) 自殺のサインをみつけた場合の対応 (インターベンション)

- ・ リスクマネジメント (表 15)
 - ・ 質問の仕方、対処のすすめ方
 - ・ 緊急度の把握
 - ・ 相談を受けた場合の対応
- } (表 16)
- ＊管理監督者用マニュアル表 3、表 4 参照

3. ポストベンション (高橋祥友氏報告書参照)

4. その他

- ・ シュミレーションゲーム
- ・ 事例呈示
- ・ 広報活動
- ・ 心の問題の特殊性、プライバシー (表 17)

わが国の労働衛生の歴史とメンタルヘルス

- 1947年(昭和22) 労働基準法制定
- 1960年(昭和35) じん肺法成立
- 1972年(昭和47) 労働安全衛生法制定
- 1979年(昭和54) シルバーヘルス・プラン開始
- 1988年(昭和63) THP開始(労働安全衛生法改正)
- 1992年(平成4) 快適な職場環境の形成(労働安全衛生法改正)
- 1996年(平成8) 過労死の労災認定基準改正
- 1999年(平成11) 精神障害の労災認定基準
- 2000年(平成12) 労働者の心の健康づくりのための指針
- 2002年(平成14) 過重労働による健康障害の防止総合対策

表 1 わが国の労働衛生の歴史とメンタルヘルス

事業者の安全配慮義務について(1)

最高裁判決の意味するもの

- ◆ 「電通事件」(2000年3月判決)について

●安全配慮義務

- ①業務に関連して生じた健康障害は事業者責任
- ②メンタルヘルス不全におちいった労働者の健康状態が業務によって増悪しないように注意すること

●損害賠償(1億6300万円)

- 適正な業務管理はリスクマネジメントとしての側面を持つ(労働力の損失と賠償金の支払い、企業イメージの低下等)

表 2 事業者の安全配慮義務について(1)

事業者の安全配慮義務について(2)

1996年の労働安全衛生法の一部改正

従来の安全配慮義務は「業務に直接起因する健康障害(事故や中毒、職業病など)を起こさないように配慮すること」であったが、改正後は「業務と密接に関連する健康障害(いわゆる過労死や過労自殺なども含む)を起こさないように配慮すること」とする考えが広がった。

表 3 事業者の安全配慮義務について(2)

事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について 2000年8月9日旧労働省発表	
1.	事業者は具体的な方法等についての「心の健康づくり計画」の策定
2.	同計画に基づき、次の4つのケアを推進すること <ul style="list-style-type: none"> ・労働者自身による「セルフケア」 ・管理監督者による「ラインによるケア」 ・事業場内の健康管理担当者による「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」 ・事業場外の専門家による「事業場外資源によるケア」
3.	その円滑な推進のため、次の取り組みを行うこと <ul style="list-style-type: none"> ・管理監督者や労働者に対して教育研修を行うこと ・職場環境等の改善を図ること ・労働者が自主的な相談を行いやすい体制を整えること

表 4 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について
(2000年8月9日旧労働省発表)

過重労働による健康障害防止のための総合対策	
個々の労働者の時間外労働時間数	産業医等による助言指導等
ア 月45時間を超えない	通常どおりの健康管理を行う
イ 月100時間を超えたり、2～6ヶ月間に1ヶ月平均90時間を超えたりしてはれないが、月45時間を超えている	当該労働者に関する作業環境、労働時間、深夜業の回数及び時間数、過去の健康診断結果等の情報を産業医に提供し、助言指導を受ける
ウ 月100時間を超えたり、100時間は超えていなくても、2～6ヶ月間に1ヶ月平均90時間を超えている	イの助言指導に加え、当該労働者に産業医等の面談による保健指導を受けさせる。また、産業医が必要と認める場合は、必要な項目について健康診断を受診させ、その結果に基づいて必要な事後措置を行う

表 5 過重労働による健康障害防止のための総合対策
(2002年2月厚生労働省発表)

職場のストレス
職場以外のストレス

表 6 職場のストレス
職場以外のストレス
(管理監督者用自殺マニュアルの表 5 参照)

表7 うつ病の症状

<p style="text-align: center;">うつ病の症状</p> <p>自覚症状</p> <ul style="list-style-type: none">①抑うつ気分、悲観的思考②睡眠障害③食欲、性欲の低下④意欲、集中力、作業能力の低下⑤自律神経症状 めまい、吐気、倦怠感、微熱など⑥自殺願望、自分を責める(自責念慮) <p>外に現れる症状</p> <ul style="list-style-type: none">①沈んだ表情、活気の減少②能力の低下、ミスの増加③人と会うのを避ける
--

表8 職場における「心の不健康」－
自分自身が気づく変化

<p style="text-align: center;">職場における「心の不健康」－自分自身が気づく変化</p> <ul style="list-style-type: none">1. 不眠傾向2. 疲れやすく、食欲がない3. 気力、意欲の低下4. 考えがまとまらず堂々めぐりする5. 楽しくなく、生きる自信がない6. 失敗、悲しみ、失望から立ち直れない7. 緊張しやすくなる8. 他人の評価が気になる9. その他
--

表9 職場における「心の不健康」－
周囲で気づく変化

<p style="text-align: center;">職場における「心の不健康」－周囲で気づく変化</p> <ul style="list-style-type: none">1. 以前と言動が変化2. 仕事の能率の低下、ミスの増加3. 欠勤、遅刻、早退の増加4. 周囲との折り合いが悪くなる5. とりとめのない訴え(体調など)の増加6. アルコールの問題(酒量、酒癖)7. 他人の言動を異常に気にする8. その他

アルコール依存症について

- 1.社会的(機会)飲酒者
 - ・6,500万人
- 2.アルコール依存症予備軍
 - ・大量飲酒者
 - 純アルコール150ml(ビール大ビン5本)以上/毎日 240万人
 - ・問題飲酒者(KAST 2点以上)
 - 職場で5~15%(男>女)
- 3.アルコール依存症
 - ・アルコール渴望
 - ・飲み始めたらコントロール不能
 - ・身体的依存
 - ・アルコール耐性(入院 22,000人)

表 10 アルコール依存症について

自殺のハイリスク者

- ・自殺企図者
- ・うつ病、アルコール中毒、人格障害がある(治療中)
- ・過重労働が続いている
- ・職場での困難な問題に直面
 - 経営、研究開発、ノルマ、グループ作業、適性などの問題
- ・職場以外での困難な問題
 - 多額の借金、自分や家族の病気、喪失体験(離婚、死別)
- ・事故、事件に巻き込まれている
- ・家族に自殺者、うつ病の人がいる

表 11 自殺のハイリスク者

自殺のサインについて

自殺のサイン	既達者	未達者
特異的サイン (遺書、服薬など)	6	6
非特異的サイン (うつ状態など)	20	7
職場・家庭で気づかず	7	4*

*自殺企図直前まで気づかず
(自殺の事例研究報告書より)

表 12 自殺のサインについて
(自殺の事例研究報告書表 6 より引用)

職場における心理的負荷

心理的負荷の内容	既遂者	未遂者
仕事の量・質の変化	15	6
役割・地位の変化	7	0
仕事の失敗・過重な責任	4	1
対人関係のトラブル	1	2
特になし(通常業務)	6	3

(自殺の事例研究報告書より)

表 13 自殺者にみられる心理的負荷
(本報告書、自殺の事例研究の表 4
より引用)

質問紙を用いたスクリーニング

1. 健診時の質問紙の利用
疲労・不眠・集中力・抑うつ症状について
2. 心理テスト・調査票の利用
SDS(Self-rating Depression Scale:Zung)
CES-D(Center for Epidemiological Studies
depression Scale)
GHQ(General Health Questionnaire)
職業性ストレス簡易調査票
3. その他
* 自殺企図に関する直接的スクリーニング法で有効な方法はまだ開発されていない。多くはうつ病のスクリーニングが使用されている。

表 14 質問紙を用いたスクリーニング

リスクマネージメント

1. 冷静に状況を把握し、必要な連絡をとる
2. 話を共感的に忍耐強く聞く。対応策を共に考え、早まった結論を出さないように伝える(希望は残っていること)
3. キーパーソン(家族、同僚など)を見つける
4. 専門家(産業医、精神科医)につなぐこと
5. 関係者、専門家間で支援体制を作ること

表 15 リスクマネージメント

<p>質問の仕方、対処のすすめ方</p> <p>緊急度の把握</p> <p>相談を受けた場合の対応</p>

表 16 質問の仕方、対処のすすめ方
緊急度の把握
相談を受けた場合の対応
(管理監督者用自殺予防マニュアル
表 3、表 4 参照)

<p>心の健康問題の特殊性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 心の健康の客観的な測定方法が十分確立していない ために評価が容易でない 2. 心の健康問題発生の過程に大きな個人差があり、その プロセスの把握が難しい 3. 心の健康問題は周囲の人々によって理解されにくい 4. 心の健康を理解し、対処できる専門家が多くない 5. 心の健康問題がその人の人格を否定する形で評価さ れる傾向が強い <p>(労働者のメンタルヘルス対策に関する検討会報告)</p>
--

表 17 心の健康問題の特殊性

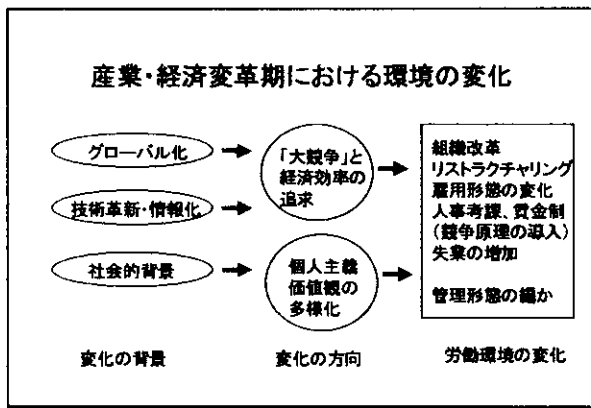


図1 産業・経済変革期における労働環境の変化

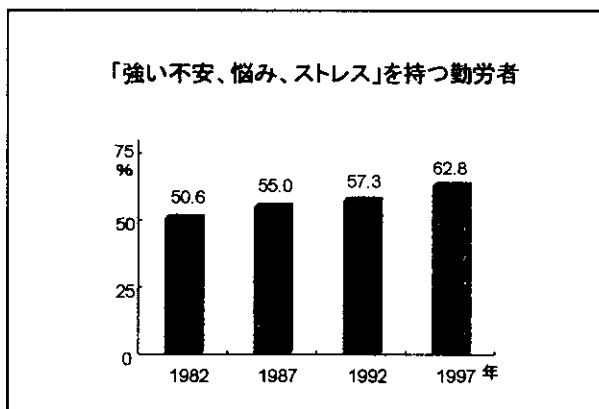


図2 「強い不安、悩み、ストレス」を持つ勤労者
(厚生労働省報告より)

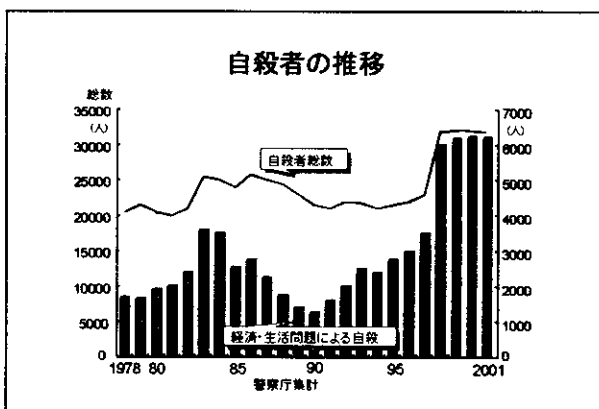


図3 自殺者の推移
(警察庁報告より)

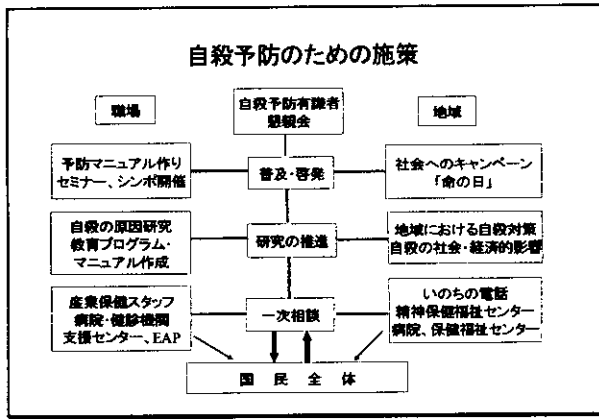


図4 自殺予防のための施策

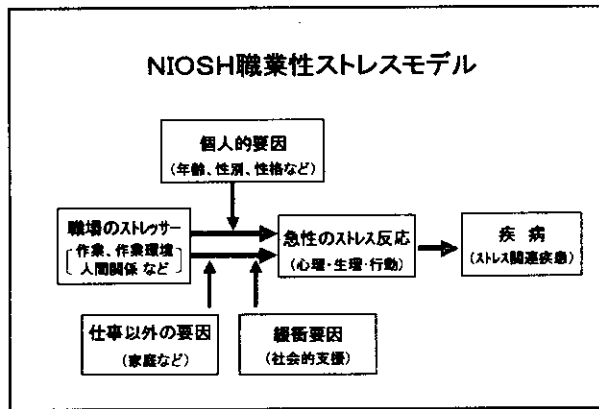


図5 NIOSH職業性ストレスモデル

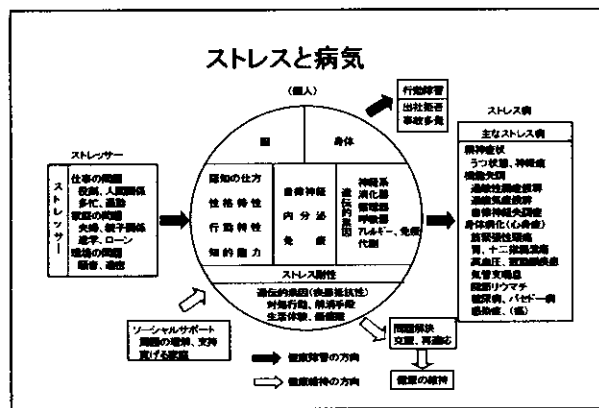


表6 ストレスと病気