

VI. 自殺予防対策に関連するツールの検討

(1)「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」に関する調査研究

研究代表者:高田未里

＜事業場における産業保健スタッフを対象とした調査研究＞

A. 研究目的

わが国では、心の健康問題による1ヶ月以上の休業者がいる企業は74.8%であり、心の健康問題による休業者が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるような職場復帰支援が必要とされている。

平成16年10月に厚生労働省より発表された「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き(以下、手引き)」は、事業場において非常に有用な職場復帰支援における指針となっている。しかし、職場復帰支援は難しく、職場復帰後すぐに体調を崩して再休業してしまう労働者もしばしばみられている。手引きの発表以降およそ2年が経過しており、この手引きの活用の実態およびその活用における課題を明確にすることが必要であると考えられた。

そこで、事業場における産業保健スタッフの立場からみた手引きの活用の実態・課題について調査を実施することとした。

B. 研究方法

(1) 調査対象

事業場における産業保健スタッフ等に調査票を配布し、回答を依頼した。

(2) 調査票

調査票の主な内容は、以下の通りである(別添資料1)。

- ①事業場の業種・従業員数
- ②回答者の職種

③手引きの利用および知識の有無

④手引きに記載された項目の実施状況、実施者、実施上の問題点、未実施理由

⑤職場復帰支援プランの詳細(手引きには記載されていない項目の実施状況、実施者、実施上の問題点、未実施理由)

⑥職場復帰後のフォローアップの実施状況、実施者、実施上の問題点、未実施理由

⑦手引きには記載されていないが、独自に実施している内容

⑧手引きに追加してほしい内容

C. 研究結果

(1)回答者および回答者が所属する事業場について

106名より回答が得られた。回答者のうち、42名(39.6%)が正社員数1000名以上の企業に所属していた。30名(28.3%)が製造業、20名(18.9%)が医療・福祉の事業場に所属していた。また、15名(14.2%)が産業医、18名(17.0%)が保健師であった。

(2)手引きについて

手引きを知っていると答えた者は51名(48.1%)であった。そのうち、30名(58.8%)が実際に手引きを使用しており、18名(35.3%)が手引きを基に社内の職場復帰に係る規定を整備していた。

手引きに記載された項目の実施状況および実施している際の担当者を探った結果、産業医、上司、人事労務担当者が主に実施していた。

手引きに記載された項目の実施上の問題点としては、管理監督者の理解・意識の低さ、回復していない状態にもかかわらず焦って職場復帰を希望する者があること、職場復帰時に提出される診断書が本人の希望する内容で記

載されていること、主治医は本人の業務内容を理解せずに診断書を発行していること、個人情報保護法の策定により手続きが煩雑であること、などがあげられた。また、職場復帰支援プログラムそのものが策定されていないために、プログラムの実施状況の確認や見直しは未実施である場合がみられた。

(3) 手引き未記載の内容について

具体的に職場復帰時の対応を尋ねたところ、実施しているとの回答が多かった内容は、時間短縮勤務(33名, 51.6%)、時間外労働の制限(44名, 68.8%)、深夜業務の制限(34名, 53.1%)であった。時間短縮勤務を実施している事業場では4時間勤務が最も多かった。また、変形勤務としては、フレックスタイム制で対応しているとの回答がみられた。未実施の事業場では、その理由として、毎日定時間就業可能であることを職場復帰の条件としていること、制度を設けていないことがあげられた。

いわゆる「リハビリ勤務」の実施状況について尋ねた結果、実施しているとの回答は18件(28.1%)であった。その際、賃金の支払い対象としているとの回答が6件(33.3%)、交通費を支給しているとの回答が9件(50.0%)であった。「リハビリ勤務」の未実施の事業場では、その理由として、就業規定にない、制度を設けていないことがあげられた。

職場復帰後のフォローアップの実施状況について尋ねた結果、実施者は産業医が16件(25.0%)、保健師が36件(56.3%)、看護師が34件(53.1%)、上司が30件(46.9%)、人事労務担当者が36件(56.3%)であった。一月当たりの実施回数は1回と2回が多く、実施終了時期は職場復帰から1ヵ月後、6ヵ月後、12ヵ月後、安定するまで、との回答が多かった。

D. 考察

事業場における産業保健スタッフ等に対する調査の結果、手引きを知っていると答えた者は48.1%であり、周知度は高いとはいえない。さらに、実際に手引きを使用していると答えた者がそのうちの58.8%、手引きを基に社内の職場復帰に係る規定を整備したと答えた者がそのうちの35.3%であった。手引きを知っていると答えた者においては少ない割合ではない。

しかしながら、回答者全体における割合で見ると、手引きを使用していると答えた者は28.3%、手引きを基に社内の職場復帰に係る規定を整備したと答えた者は17.0%であり、非常に少ない割合である。元来、この手引きは基本的な項目や内容を例として示したものであり、各事業場における職場復帰支援プログラムの策定・運用を行うにあたり、手引きを参考として事業場の実態に即したものを整備することを目的として作成されたものである。本調査の結果からは、手引き作成の目的が十分に果たされているとはいいがたい。そのため、手引きなど事業場で参考とできる資料の周知度を高める必要がある。

職場復帰時の対応としては、時間短縮勤務および時間外労働・深夜業務の制限を実施している事業場が多かった。時間短縮勤務では、通常勤務の半分である4時間勤務を実施していることが多かった。また、毎日定時間就業可能であることを職場復帰の条件としている事業場、職場復帰支援プログラムそのものを策定していない事業場もみられた。

いわゆる「リハビリ勤務」に関しても、手引きを知っている者のうちの28.1%が実施していると答えた。これは、回答者全体における割合で見ると、17.0%であり、非常に少ない割合であ

る。「リハビリ勤務」の未実施理由としては、就業規定にないこと、制度を設けていないことがあげられた。

また、問題点としては、管理監督者の理解・意識の低さ、主治医からの診断書の発行に関する内容があげられた。そのため、管理監督者に対する教育啓発活動の実施のみでなく、主治医と事業場スタッフとの情報交換や連携を図ることが必要である。

<心の健康問題により休業した労働者からEAPに対する相談内容の調査研究>

A. 研究目的

心の健康問題による休業者が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるような職場復帰支援の実施のためには、事業場における産業保健スタッフの立場からの意見のみでなく、休業者の立場からの意見も必要であろう。外部EAPの相談窓口には、心の健康問題により休業した労働者とその家族、休業した労働者に関わる社員からの相談が数多く寄せられている。そこで、外部EAPの相談窓口へ寄せられた相談内容の検討を行う。

B. 研究方法

(1)EAPについて

2001年に設立され、契約企業の従業員および家族を対象に、メール相談および電話相談を開設している。2006年3月までに契約した企業数は33社であり、労働者は231,370名であった。契約企業の業種は、製造業、電気・ガス・熱共有・水道業、情

報通信業、サービス業、公務であった。

(2)分析対象

2001年6月から2006年5月までの間に、8372件の相談が寄せられた。このうち、心の健

康問題により休業した労働者に関する相談を抽出し、分析対象とした。

C. 研究結果

心の健康問題により休業した労働者に関する相談は209件であった。なお、1件の相談内において複数の内容が述べられていることもあり、相談内容の分析結果では集計結果の合計数は相談件数と一致していない。

(1)相談の手段

メールによる相談が117件(56.0%)、電話による相談が92件(44.0%)であった。

(2)相談対象者

相談対象者のうち、疾患名はうつが191件(91.4%)と最も多かった。また、男性が147件(70.3%)、女性が53件(25.4%)であり、男女ともに30代が最も多かった。

(3)相談の時期・相談者

相談の時期は、主に休業中(112件; 53.6%)と職場復帰後(84件;40.2%)であった。また、休業者本人からの相談が166件(79.4%)と最も多かった。

(4)休業者本人からの相談内容

休業前においては、「休業すると、解雇されるのではないか」「休業すると、今後の昇進や給与に不利益が生じるのではないか」など休業することに対する不安が最も多かった。

休業中においては、「職場復帰できないのではないか」「職場復帰してもミスをしてしまうのではないか」など職場復帰後に対する自信のなさ、「職場復帰したら再度体調を崩すのではないか」「再び休業してしまうのではないか」など再発・再休業への不安、「以前の職場に戻れないのではないか」「職場復帰後にはどのような職場に勤務になるのだろうか」など職場復帰後の環境への不安、「早く職場復帰する

ために何をしたらよいか」「今回の休業をどのようにとらえたらよいか」など休業中の過ごし方についての疑問が多かった。

職場復帰後においては、「職場復帰して数日経過したが、体調が悪くなってしまった」「もう一度休業することになるかもしれない」など体調不良・悪化に対する不安、「自分よりも経験の浅い者が、自分より早く昇進してしまった」「予想していた以上に昇進が遅れると聞いてショックを受けた」など給与・昇給への不満が多かった。

(5) 休業者の家族からの相談内容

相談の時期にかかわらず、「家族が休業中であるが、どのように接したらよいか」「家族が職場復帰をしたばかりであるが、これからどのようにしたらよいか」など対応の仕方に関する疑問が最も多かった。

(6) 休業者に関わる社員からの相談内容

相談の時期にかかわらず、「休業中の者に、どのように接したらよいか」「職場復帰を控えている者がいるが、職場復帰後どのように対応したらよいか」など対応の仕方に関する疑問が最も多かった。

D. 考察

外部 EAP の窓口によせられた相談 8372 件のうち、本分析対象となった相談は 2.5% と非常に少なかった。しかし、本分析では相談内において「心の健康問題により休業した」と明らかに述べられた事例のみを分析対象とし、休業・復職に関する相談であっても休業の原因が述べられていないケースは除外した。そのため、実際にはさらに多くのケースが該当すると考えられる。

相談対象者に関しては、疾患名をうつと伝えた者が最も多く、年代も 30 代が最も多かった。

これは、社会経済生産本部が実施した調査結果と一致する結果である。

外部 EAP の相談窓口寄せられた相談内容の検討から、休業者・復職者が抱える問題として、主に二つのことが明らかとなった。一つは、上司や産業保健スタッフから休業・復職に関する処遇等に関する情報が得られておらず、不安や疑問を多く抱えている点である。もう一つは、自分の処遇が悪くなると考え、不安や悩みなどを正直に伝えていない点である。そのため、多少の無理をしてでも仕事をこなそうとしてしまい、体調が悪化して再度休業することにつながっているようである。これらのことより、休業者・復職者に対して十分な情報を与えること、不安や悩みなどを正直に伝えられる場を設けることが重要であると考えられる。

以下、手引きの各ステップにおいて重要と思われる点を挙げる。

第 1 ステップの病気休業開始および休業中のケアの段階では、休業・復職の仕方、給与・昇給への影響について説明すること、休業中の過ごし方に対してアドバイスをすること、職場復帰に対する焦りをケアすることが重要であろう。

第 3 ステップの職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成の段階では、職場復帰後の環境に対する不安や職場復帰後に対する自信のなさについて聞き取りを十分に行うことが重要であろう。

第 4 ステップの最終的な職場復帰の決定の段階では、職場復帰後の措置に関する説明や職場復帰に対する不安の聞き取りを十分に行うことが重要であろう。また、職場復帰直前に体調悪化があるケースも少なくないため、職場復帰が決まった後でも、職場復帰の直前に体調悪化がないかどうか確認をすることも必要

である。

第5ステップの職場復帰後のフォローアップの段階では、再発・再休業に対する不安の聞き取りを十分に行うことが重要であろう。

E. 結論

手引きの活用の実態およびその活用における課題を明確にすることを目的として2つの検討を行った。その結果、手引きに追加したほうがよいと思われる内容が示された。また、手引きなど事業場で参考とできる資料の周知度を高めることが早急に必要であり、その対策を考えるべきであろう。

(2) 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰に関する調査

主任研究者：島 悟

A. 研究目的

島・倉林・毛利・佐藤(2004)によると、日本の中小規模事業場における精神障害による疾病休業率は0.79%であり、平均休業月数は5.2カ月であった。このデータをもとに我が国の労働者における精神障害による1カ月以上の疾病休業総人口推定値を算出すると47万4000人となり、疾病休業総月数推定値は246万4800カ月となる。また逸失利益(賃金ベース)推定値は9468億9400万円である。このように精神障害による疾病休業による社会的損失は非常に大きい。また、復職に関しては、それぞれの事業場において様々な取り組みがなされているものの、その内容においては、ばらつきが大きいことが明らかになった。

そのような状況を踏まえ、平成16年には「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が厚生労働省によって作成さ

れた。これは、心の健康問題によって休業した労働者が職場に復帰するにあたり、事業者が行う職場復帰支援の内容について示したものである。各事業者が職場復帰プログラムを策定し、それを計画的に行うための参考とするためのものである。

しかし、各事業所において、この手引きがどの程度使用されているのか、そして、この手引きを使用することで職場復帰支援にどのような効果をあたえているかは現時点では明らかになっていない。また、各事業所の職場復帰支援の内容や、職場復帰支援を行う際に感じる困難などについて詳細に調査した研究はない。

本調査の目的は、心の病で休業する労働者と職場復帰支援の実態を明らかにし、労働者に対する職場復帰支援のあり方を更に検討するための資料を提供することである。

B. 研究方法

1. 対象と調査期間

中央労働災害防止協会の賛助会員である事業所に調査を依頼した。調査票を回収することができた事業場は1223事業場である。調査票を回収することができた事業場に働く労働者は104万5627人であり、我が国の総労働人口を6000万人とすると、その1.74%を占める。各事業所に調査票を郵送によって送付し、郵送によって回収した。調査期間は平成21年1月13日から2週間であった。

調査票に記入をした者の属性(複数回答)は、産業医が5.1%、衛生管理者が26.5%、保健師・看護師が14.6%、心理相談担当者・産業カウンセラー・臨床心理士等が6.1%、人事労務担当者が45.9%、安全衛生管理者が17.5%、健保組合職員が0.2%、その他が

7.4%であった。

2. 調査内容と項目

調査票の主な項目は以下の通りである。調査協力者自身や、調査協力者が所属する事業場について、以下の点において質問をした。

1) 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」について

手引きの存在を知っているか、読んだことがあるかなどについて尋ねた。

2) 職場復帰支援について困っている点

事業場における職場復帰支援に関して、具体的に困っている点について尋ねた。「困っていない」から「非常に困っている」まで4件法で回答を求めた。

3) 職場復帰支援の仕組み

事業場における職場復帰支援の仕組みについて尋ねた。休職中の本人への定期的連絡の有無や頻度、復職判定委員会の有無などの項目がある。

4) 心の病になる労働者の増減

事業場において、過去3年間において心の病になる労働者の増減と、増えている場合は何倍になっているかについて尋ねた。

5) 心の病で休業した労働者の増減

事業場において、過去1年間に、1か月以上心の病で休業した労働者がいたかどうかを尋ね、その年齢別、男女別の人数と管理職の人数を尋ねた。

C. 研究結果

1. 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」について

この手引きの存在を知っていると答えた事業場が61.8%、知らないと答えた事業場が38.2%であった。また、この手引きを読んだこ

とがあると答えた事業場が55.1%、読んだことがないと答えた事業場が44.9%であった。そして、この手引きを参照し、実際に利用したことがあると答えた事業場が27.0%、利用したことがないと答えた事業場が73.0%であった。手引きについては、その存在を知っている事業場は6割を超えるが、実際に利用したことがある事業場は3割に満たないという実態が明らかとなった。

2. 職場復帰支援について困っている点

各項目について、4件法の得点の平均値を算出した。平均値が高いものから順に上位5項目を挙げると、「復職後の仕事の負荷のかけ方が難しい」、「復職の可否の判断が難しい」、「復職しても仕事が十分にできない」、「復職後の再燃・再発が多い」、「復職がうまくいかない」であった。周囲との関係などに関する項目よりも、復職の判断や、復職後の労働者への対応の仕方に困難を感じる項目が上位であった。

また、過去1か月のいずれかの時期において、1か月以上、心の病で休業した労働者がいたと回答し、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を使用したことがあると回答した事業場に限定し、職場復帰支援について困っている点

各項目について、4件法の得点の平均値を算出した。平均値が高いものから順に上位5項目を挙げると、「復職後の再燃、再発が多い」、「復職しても仕事が十分にできない」、「復職後の仕事の負荷のかけ方が難しい」、「主治医の診断書が当てにならない」、「復職の可否の判断が難しい」であった。事業場において休職者が発生し、実際に手引きを使用していた場合でも、復職の判断や、復職後の労働者への対応の仕方に困難を感じていることが明らか

かとなった。

次に、規模の大きい事業所(従業員が300人以上)に限定し、手引きを使用している人と手引きを使用していない人の2群において、上記の項目の得点についてt検定を行った。

手引きを使用している群のほうが有意に得点が高かったのが「復職後の再燃・再発が多い」($t(498)=3.09, p<0.1$)、「主治医の診断書が当てにならない」($t(495)=4.23, p<0.1$)、「同僚としての接し方がわからない」($t(487)=2.03, p<0.5$)であった。また、手引きを使用していない群のほうが優位に得点が高かったのが「復職の可否の判断が難しい」($t(497)=2.36, p<0.5$)、「復職の進め方がわからない」($t(492)=3.25, p<0.1$)であった。手引きを使用している事業場においては復職後の対応に困難を感じているが、手引きを使用していない事業場においては、復職の判断そのものに困難を感じていることが明らかとなった。

3. 職場復帰支援の仕組み

次に、各事業場の職場復帰支援の仕組みについて尋ねた結果について述べる。職場復帰支援プログラムの策定が行われている事業場は41.5%であった。職場復帰プログラムの策定が衛生委員会等の調査審議事項となっている事業場は20.2%であった。休職中の本人用の手引きがある事業場は15.5%であった。休職中の定期的連絡を行っている事業場は72.1%であり、その連絡頻度は平均して27.7日に1回程度であった。実際に定期的連絡を行う者は、産業医が11.2%、保健師もしくは看護師が18.9%、カウンセラーが4.6%、上司が48.9%、人事労務が34.3%であった。休職者への連絡を行うのは、産業保健スタッフなどよりも上司が行うことが多いという実態が明らかとなった。

本人記入用の復職願いの書式がある事業場は37.7%であった。通常の診断書以外の主治医が記載する意見書書式がある事業場は42.0%であった。復職前の産業医面談がある事業場は64.0%であり、復職判定委員会がある事業場は25.5%であった。通勤訓練を行っている事業場は29.3%、試し出勤(リハビリ会社、ならし会社)の制度を設けている事業場は32.7%であった。試し出勤の制度を設けている事業場の中で、試し出勤の期間中に給与が支給される事業場は62.5%、交通費が支給される事業場は70.0%、事故に備えての民間保険に入っている事業場は35.6%であった。試し出勤を希望者のみに実施している事業場は46.9%であり、休職者全員に実施している事業場は53.1%であった。試し出勤の期間は、平均して2.1週間から2.1か月の間であり、試し出勤を開始する際の一泊あたりの勤務時間は平均して3.5時間であった。また、試し出勤が就業規則に定められている事業場は33.5%であった。

復職後の労働時間短縮あるいは労働日数制限を行っている事業場は30.5%であった。制限の期間は、平均して2.0週間から2.4か月であり、一日当たりの労働時間の短縮は2.3時間から3.5時間であった。また、一週間における休務の日数の平均は2.1日だった。就業時間短縮勤務の期間が無制限である事業場は4.3%であった。就業時間短縮勤務において、賃金控除を伴う事業場は54.4%であり、就業時間短縮勤務が就業規則に定められている制度である事業場は34.1%であった。

復職後に産業時による定期的面談が実施されている事業場は51.9%であり、面談が行われる頻度は平均して27.7日に一回程度であり、面談が行われる期間は平均して復職してから

5.9ヶ月後まで実施されていた。

復職の可否判断において、会社の指定する精神科医による面接や診断を求める制度がある事業場は25.8%であった。このような制度のない事業場のなかで、同制度を利用したいと考えている事業場は50.9%であった。

職場復帰支援において、障害者職業センターや医療機関などの外部機関を利用したことがある事業場は17.0%であった。これまで利用した外部機関は、障害者職業センターが7.8%、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターが1.9%、医療機関が4.7%、EAP機関が4.6%であった。

私傷病による休職の最長期間は平均で21.2か月であった。同一の私傷病による休職が、一定期間以内であれば通算する規則のある事業場は35.1%であり、通算する際の休職の間隔は、平均して6.8か月であった。

4. 心の病になる労働者の増減

過去3年間における、心の病になった労働者の増減について尋ねた。「増加している」が29.5%、「横ばいである」が40.7%、「減少している」が5.6%、「不明」が24.1%であった。増加していると答えた者において、その増加の割合は平均して約1.9倍であった。

5. 心の病で休業する労働者の増減

過去3年間における、心の病で休業した労働者の増減について尋ねた。「増加している」が27.0%、「横ばいである」が43.9%、「減少している」が9.3%、「不明」が19.9%であった。増加していると答えた者において、その増加の割合は平均して約1.9倍であった。

6. 過去1年間で1か月以上、心の病で休業した労働者の人数

過去1年間のいずれかの時期において、1か月以上心の病で休業した労働者がいた事

業場は62.3%であった。休業者の内訳は、全体の人数が2万4425人(全労働者の2.3%)であった。事業場ごとの平均値をみると、全体が37.9人、男性が15.0人、10代が0.9人、20代が5.7人、30代が6.8人、40代が6.9人、50代が6.0人、60代が2.8人、管理職が3.5人であった。休業期間は平均して3.2か月から10.1か月であった。

D. 考 察

1. 手引きを使用することの意義

本研究から、職場復帰支援に関して、手引きを使用していない事業場においては、復職の可否の判断や、復職の具体的な進め方に困難を感じていることが明らかとなった。手引きには、職場復帰の可否の判断をする際に必要な情報の収集のポイントや、職場復帰支援プランの作成の方法について詳細に記載されている。手引きを使用することで、これらの困難が軽減する可能性が示唆された。

手引きには、職場復帰支援の各ステップについてその具体的な方法が示されている。しかし、手引きを使用していない事業場は73.0%にもものぼっていた。その理由として以下の二点が考えられる。まずひとつは、そもそも手引きの存在を知らない事業場が38.2%あったということである。手引きの存在とその内容を周知させることは、各事業場が職場復帰支援への困難を軽減させるためにも必要なことである。

次に、手引きの存在は知っていても、手引きを使用することの意義が十分に理解されていないということが考えられる。本研究により、手引きを使用している事業場は、復職の可否の判断や、復職の具体的な進め方に困難を感じている程度が有意に低いことが明らかとなった。

この結果から、手引きを使用することの意義が明らかとなった。

2. 手引きの改善点

手引きを使用している事業場の方が有意に得点が高かったのが「復職後の再燃・再発が多い」、「主治医の診断書が当てにならない」、「同僚としての接し方がわからない」など、復職後のフォローアップに困難を感じている項目であった。職場復帰支援は、職場に復帰するまでで終わりではなく、復帰後のフォローアップが非常に重要となる。手引きにも、フォローアップ時のチェックポイントとして、勤務状況の評価や治療状況の確認などを挙げている。しかし、その記載は簡潔であり、具体例をあげての説明などはない。今後、この手引きを改善する際には、現場の意見を踏まえて、特に職場復帰後のフォローアップの手続きについてより詳細な方法を記載することが求められる。

3. まとめ

心の病で休業する労働者が過去3年間で増加した事業場が3割弱あり、過去1年間で1か月以上心の病で休業した労働者がいた事業場は6割を超えていた。効果的な復職支援の方法論へのニーズはますます高まっている。手引きは、円滑な職場復帰支援の方法を事業場に伝える上で有意義な資料となりえる。本研究によって、手引きの使用の実態と、その課題が明らかとなった。

(3) 職場復帰支援における自殺予防対策に関する検討

分担研究者：廣 尚典

A. 調査の目的

精神疾患により数ヶ月以上に及ぶ休業を余儀なくされていた労働者が職場復帰する際は、

当該労働者の状態がまだ不安定な面を残している場合が少なくないこと、復職、職場再適応の過程で多大なストレスを負い、病態の再発・再燃がみられることも散見されることなどから、彼らに適切な支援を行うことは、職場のメンタルヘルス対策として、極めて重要である。厚生労働省も、2006年に「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(以下、「復職支援手引き」と略す)をまとめ、その標準的な進め方を具体的に示した。現在、この手引き等を参考にした職場復帰支援活動が、多くの職場で展開されることが望まれている。

一方、うつ病をはじめとする精神疾患のほとんどは自殺のリスク要因であることが知られている。したがって、精神疾患による休業者の職場復帰支援は、それを適切に行うことによって、当該疾病の再発、再燃を防止できれば、自殺予防にも寄与することが期待できる。

しかしながら、その職場復帰支援において、産業保健スタッフが自殺予防活動としてどのような取り組みを行うべきであるかは、まだあまり議論がなされていない。

本研究では、「復職支援手引き」の内容に沿って、産業保健スタッフが現場でどのような自殺予防の取り組みが可能かを検討し、整理することを目的とした。

B. 研究の方法

現場での産業保健活動に従事した経験を有する精神科医、産業医、大学職員の計8名に聞き取り調査を行い、「復職支援手引き」が示す5つのステップごとに、産業医、産業看護職等の産業保健スタッフがどのような自殺予防活動に取り組めるかを整理した。聞き取り調査は、研究の主旨を説明し、分担研究者が過去の調査研究報告をもとに作成したたたき台を

提示した上で行った。

たたき台の概要を文末に付表として示した。たたき台では、復職支援のいずれかの段階で、産業保健スタッフあるいは上司や同僚などの職場関係者が、当該労働者の自殺未遂、希死念慮に関する情報を得る場合もあることを想定し、その際の留意点についても、列記している。

C. 調査の結果

8名全員から、意見、提案が得られた。得られた意見、提案は、一括して表に整理し、聞き取り対象者にそれをフィードバックして、さらに追加の意見等がないかを確認した。

主な意見を以下に掲げる。

- ・第1ステップにおける当該労働者の病状に関する詮索は、産業医であればかなり踏み込んだところまで可能であろう。上司は、産業医を通じて必要な情報を入手するのがよい。
- ・第3ステップで行われる就業上の配慮を行う期間は、一律に決めるのではなく、事例ごとにフォローアップ面接などの情報も加味して、調整していくのがよい。うつ病による数か月の休業の場合は、半年～1年をかけて通常の業務量に戻していくくらいが目安となる。
- ・第4ステップにおいて、自殺企図や希死念慮があったとの情報が得られているにもかかわらず、本人に確認してもそれを認めない場合には、水面下で対処していくしかない。
- ・第5ステップにおいては、産業保健スタッフは、上司への助言とフォローアップ面接を細かく行っていくことが重要な役割である。

D. 考察

社会経済生産性本部が2006年4月に上場企業2,150社の人事労務担当者を対象として実施した調査の結果(回収率10.1%)によると、約75%の企業で、「心の病」による1ヶ月以上の休業者が存在しているという。本調査の対象となった企業の大半は大企業であり、従業員数も多いため、極めて高い数値となったとも考えられるが、都道府県産業保健推進センターに寄せられる相談にも、精神疾患による休業者の復職への対応に関する事項が散見され、中小規模の企業においても、精神疾患による長期休業者とその復職をめぐる問題は、産業保健上の重要課題のひとつとなっているといえよう。彼らの適切な支援を行うことは、企業経営にも直結する重要な課題であり、多くの産業保健スタッフにはそれへの積極的な関与が求められている。

こうした状況下で、精神疾患によって休業した労働者の職場復帰に関する研究も実施され、復職支援プログラムの開発、復職の可否等に関する判定のためのツール、病態別の復職支援マニュアルの作成などが行われている。

これらの成果を有効活用して、適切な復職支援活動を行っていくことが、労働者の自殺予防につながることは、改めて述べるまでもない。2002年厚生労働省によって設置された自殺防止対策有識者懇談会がまとめた「自殺予防に向けての提言」においても、「心の健康問題により休業した労働者が職場復帰する際、再発の予防が行われ、円滑な職場適応のための配慮がなされることが重要である。このため、専門家による支援等あるべき支援体制の検討を行うことが必要である。」と述べられている。

本研究は、産業医、看護職等の産業保健スタッフが、そうしたプログラムやマニュアル類等

を活用して、精神疾患によって長期休業をした労働者に対する復職支援を行う際に役に立つ、自殺予防に関する留意点をまとめたものと位置づけることができる。

自殺予防の視点からみると、「復職支援手引き」の5つのステップのうち、第3および第4ステップもさることながら、第5ステップに該当する段階における支援のあり方が特に重要になると考えられる。精神疾患の再発・再燃は、疾患によって相違はあるものの、総じて高率であり、職場再適応の段階でみられることも少なくない。その際に、職場において適切な対応がなされないと、自殺のリスクが高まったり、自殺企図、自殺未遂の引き金になる可能性もあると考えられる。

今後の予定として、今回の知見をもとにして、職場復帰支援における自殺予防の手引きを作成し、100名規模の産業保健スタッフに対する調査を経てそれを改訂し、完成版を作成したい。

なお、本研究では、職場復帰後の職場再適応過程において生じた自殺事例におけるポストベンションについては、検討を行わなかった。それは、デブリーフィングのような専門的な技術を要する介入に関する評価が、特にわが国においてはまだ一定しておらず、ポストベンション全体のあり方をめぐっての議論が多くの関係者の賛同が得られる結論にまで結実していないためである。重要な問題ではあると考えられるため、これからの検討課題としたい。

(4) 自殺予防対策における管理監督者研修の教材の評価に関する検討

分担研究者：廣 尚典、森 晃爾、田中克俊
従来、管理監督者教育は、職場のメンタル

ヘルス対策の中核的活動のひとつとして位置づけられてきた。内容についても、精神医学的な知識、メンタルヘルス不調例の発見と対応のポイント、部下とのコミュニケーション法(積極的傾聴法など)などを取り込むことが試みられ、その成果も報告されている。最近では、各事業場において事業者の安全配慮義務を確実に遂行することが求められるようになってきたこともあり、管理監督者教育はますます重要になっているといえよう。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(以下、メンタルヘルス指針)でも、ラインによるケアが円滑かつ効果的に行われるためには、教育研修が不可欠であると述べられ、その項目についても列挙されている。

一方、労働者の自殺予防対策のあり方については、重要であるという点では多くの意見が一致するものの、職場でそれを推進するにあたっては、留意すべき点のあることが指摘されている。

まず、自殺予防活動をそれ単独で多くの時間を割いて実施するのは、現実的に困難であることが多い。また、通常、中小規模事業場において、労働者の自殺はまれにしか起こらないものであり、大きな問題であるとはいえ、自殺予防を前面に掲げての活動は、職場の理解が得られにくい。したがって、事後対応などの一部を除けば、大半の自殺予防対策は、メンタルヘルス対策のなかに組み込んで行う形とするのが、現場で受け入れられやすいといえる。

<ツールの開発>

A. 調査の目的

本研究では、以上の点を踏まえて、職場でメンタルヘルス対策の一環として実施する管理

監督者教育に自殺予防に関する事項を盛り込むことを想定し、その際の留意点、強調すべき点などを整理するとともに、教育の実践で活用できるツールの開発を行った。

B. 方法

(1) 管理監督者教育に盛り込まれるべき自殺予防関連事項の検討

まず、過去の管理監督者教育および職場における自殺予防対策に関する研究報告を参考にして、メンタルヘルズ指針に示されているラインによるケアのための管理監督者に対する教育、情報提供の項目別に、自殺予防対策として管理監督者教育に盛り込むべき事項を列挙し、調査のたたき台を作成した(別紙 1 に掲げた)。

次に、それについての意見を次の 2 通りで収集し、上記項目別に再整理を試みた。

①メンタルヘルズ関連の講習会で、自記式調査票を配布し、参加者に意見を求めた。調査は無記名で行い、講習会資料の封筒に質問票を同封して配布した。回収は、講習会終了後会場出口で個別に担当者が受け取る形をとった。質問票では、管理監督者教育に自殺予防に関する事項を盛り込むことの是非を、全体および各項目別に、多肢選択で問うている。

②専属あるいは嘱託産業医経験のある医師 6 名(精神科医 2 名を含む)および産業看護を専門としている看護職 2 名に対して、たたき台を示した上で、聞き取り調査を行った。

(2) 管理監督者教育で活用できる自殺予防関連ツールの開発

既存の調査報告および上記 1) の結果をもとにして、産業医あるいは産業看護職がメンタルヘルズ対策として管理監督者教育を実施する

際に活用できる提示用 PowerPoint ファイルを作成した。

C. 結果

(1) 管理監督者教育に盛り込まれるべき自殺予防関連事項の検討

①自記式調査の結果

169 名の講習会参加者から回答を得た。記述が不明瞭な 1 名分を除く 168 名分を解析の対象とした。

回答者の内訳は、産業医 62 名(36.7%)、看護職 77 名(45.6%)、精神科医 1 名(0.6%)、心理職 1 名(0.6%)、衛生管理者 4 名(2.4%)、その他 22 名(13.0%)、不明 2 名(1.2%)であった。「その他」の内訳は、大半が日本医師会認定産業医取得前の医師であった。産業保健の実務経験年数は、産業医では、5 年未満 12 名、5 年以上 10 年未満 14 名、10 年以上 14 年未満 11 名、15 年以上 20 年未満 7 名、20 年以上 14 名、不明 4 名であった。看護職では、5 年未満 24 名、5 年以上 10 年未満 11 名、10 年以上 14 年未満 14 名、15 年以上 20 年未満 11 名、20 年以上 14 名、不明 3 名であった。

職場のメンタルヘルズ対策として行う管理監督者教育に自殺予防に関する事項を盛り込む是非については、「盛り込むべきである」116 名(68.6%)、「時間に余裕があれば盛り込むのがよい」34 名(20.1%)、「盛り込むべきではない」4 名(2.4%)、その他 3 名(1.8%)、不明 12 名(7.1%)となっていた。「その他」の意見としては、「盛り込むべきではあるが、管理監督者を萎縮させないよう配慮が必要」「専門職のいない職場では慎重に行うべき」「職場で行うべき対策の範囲を明確にしてから実施すべき」「組織の諸事情による」「十分な基礎教育がで

きていることが前提で盛り込む」「教育の効果、実効性の分析ができてから検討すべき」があげられた。

「不明」が29～35名にみられたが、これは番号を記載すべきところに○が記されているなどのため、回答方法が少しわかりづらかったことに起因すると考えられた。

「ぜひ盛り込むべき」「盛り込んだほうがよい」の両方で回答の90%を超えた項目は、「職場のメンタルヘルス対策が自殺防止にもつながること」「自殺の危険因子および直前のサイン」「自殺に関する誤った知識の是正」「日ごろのラインによるケアを適切に行うことの重要性」「過労自殺をめぐる問題(安全配慮義務)」「希死念慮を持つ部下を産業保健スタッフにつなぐ方法」「緊急時の対応法」「自発的相談の重要性と相談先に関する情報」であった。

一方、比較的回答がばらついた項目としては、「自殺未遂者への対応」「希死念慮を持つ部下への対応」「復職者への業務上の配慮の仕方」「復職者のフォローアップの方法」があげられた。しかし、これらも、上記2つの選択肢を合わせると、いずれも80%(有効回答中の割合)を超えていた。

②聞き取り調査の結果

自由記入欄に記された事柄を列挙する。

- ・あまり多くのことを盛り込みすぎない。
- ・過労自殺をめぐる問題(安全配慮義務)については時間を割いたほうがよい。
- ・個々の疾病については、最低限の情報でよいのではないか。
- ・ギャンブル依存などの問題には、触れる必要がないか?
- ・希死念慮を持つ部下への対応は、場面を想像しやすいように具体的な事例を交えるなどの工夫が必要である。

・希死念慮を持つ部下への対応で、上司の立場から、自殺以外の選択肢を話し合うのは、困難なことが多いのではないかと。

・希死念慮を持つ部下への対応では、上司としての思いを率直に伝えることもすべきである。

・緊急時の対応方法では、家族への連絡の重要性を強調したい。

2) 管理監督者教育で活用できる自殺予防関連ツールの開発

1)の結果を踏まえて作成した教育時提示用ファイルを付録として示した。

メンタルヘルス不調の中で、自殺のリスクとして重要であり、職場でみられることの多いうつ病とアルコール関連問題を取り上げ、基礎知識を簡潔に示した。これらは、職場で比較的良好にみられ、自殺予防マニュアル(厚生労働省)でも触れられているためである。

職場環境(ストレス要因)の改善、メンタルヘルス不調に対する気づき、傾聴法などについては、他の部分で詳しく述べられることとして割愛している。

本ファイルは、30分程度を費やして提供する情報をまとめたものであり、例えば全体で2時間の教育の中に組み込むといったことを想定している。したがって、他の内容と重複があれば一部を割愛したり、全体の流れが自然になるように順序を入れ替えたり、あるいは、他の資料との統一性が保たれるように画面のデザインや表現方法を改変したりすることは、積極的に行われるべきである。

D. 考察

職場において自殺事例が発生する頻度は、業種や地域などによって大きな差がみられるものの、数百人規模の事業場では、数年に1例

程度である。しかしながら、それが起こった場合の周囲への影響は深刻であり、関係者にとって大きなストレスとなることも多い。自殺防止対策有識者懇談会の報告書でも指摘されているように、職場において自殺防止対策を行うことの意義は大きい。

本研究の質問紙調査においても、メンタルヘルス対策における管理監督者教育に自殺予防の関連事項を取り入れることに賛意を示す回答が大半(「盛り込むべき」「時間に余裕があれば盛り込むべき」の両方で88.7%)であった。

項目別でも、たたき台として示した項目のすべてで、「ぜひ盛り込むべき」「盛り込んだほうがよい」の合計が80%を超えていた。特に「過労自殺をめぐる問題(安全配慮義務)」については97.7%に及んでいた。他にも90%を超えた項目が7項目あった。

こうした結果からは、メンタルヘルス対策としての管理監督者教育に自殺予防に関する事項を盛り込むことは、ほぼ産業保健スタッフの合意が得られるものと考えることができよう。

しかしながら一方で、管理監督者教育にあまり多くの事柄を盛り込みすぎると、受講者の消化不良を招くばかりでなく、負担感をも増大させ、また不適切な対応につながる可能性があることも指摘された。他の重要事項、すなわちストレスや精神疾患に関する基礎的な知識や職場環境の改善の進め方、部下からの相談への対応法などを確実に伝えることを前提とすべきであるという意見も軽視すべきではなからう。

実際の管理監督者教育においては、全体の内容とのバランス、整合性にも配慮し、優先順位をつけた説明が求められるところである。

項目別では、質問紙調査の結果からも明ら

かなように、過労自殺に該当するような、業務との関連の深い自殺例を予防することは、職場の自殺予防対策において最も優先順位が高く、その関連事項はできるかぎり盛り込むことが検討されるべきである。また、希死念慮を打ち明けられた場合の対応の要点を、具体的な場面設定も交えてわかりやすく解説することも有意義であろう。

永田らは、安全衛生総合研究(主任研究者:川上憲人)の一環として、労働者本人向け、家族向け及び管理監督者向けの自殺予防テキストを作成し、その一部を改変した小冊子が出版されている。この小冊子は、自殺予防に留まらず、管理監督者が職場のメンタルヘルス対策として行うべき事項を広範に取り上げており、内容が本ツールと重なる部分も多い。本ツールを用いた教育の後、知識を再確認するなど、それを補完するものとして活用することが可能であろう。

E. 結論

メンタルヘルス対策の一環として行われる管理監督者教育において盛り込まれるべき自殺予防関連事項を整理した。たたき台として示した項目については、全般的に盛り込むべきであるという意見が多く、過労自殺(事業者の安全配慮義務)に関する事柄が最も高率であった。また、留意事項としては、あまり多くを要求すべきではないこと、できるだけ具体的な内容にすること、当該労働者の家族との連携を強調することなどがあげられた。

また、それをもとにして、管理監督者教育で活用のできるツールとして、教育時提示用ファイルのパイロット版を作成した。

<有用性の評価>

本研究では、本研修教材を用いた管理監督者教育を実際に行い、その後に受講者に対する質問票調査を実施して、教材の有用性を評価した。

B. 研究方法

2名の医師および2名の保健師が計6事業場で、管理監督者研修において本教材を用いた講義を行い、事後に質問紙調査を実施した。質問紙は、年齢、性別、部下の数、部下からの相談への対応、うつ病、アルコール関連問題、自殺予防関連の4項目それぞれについての理解度、現場での有用性(各5件法)に関する設問からなっており(付録参照)、無記名にて回答を求めた。

上記4名の教育担当者は、過去に職場で何らかの集団教育を担当した経験を有していた。受講者は、A事業場23人、B事業場89人、C事業場17人、D事業場10人、E事業場15人、F事業場40人の計206人であり、B事業場およびF事業場はそれぞれ2回に分けて実施した。

C. 研究結果

年齢層は30～50歳代で大半をしめ、20歳代はいなかった。性別は、7人を除く199人が男性であった。部下(または直接指示を出す者)の人数は、1～5人、6～10人、11人以上が57～68人と、同程度の割合であった。原則として部下を持つ管理監督者を研修の対象としたが、結果的に研修時部下を持たない者が7名存在した。

理解度は、「よく理解できた」「かなり理解できた」を合わせると、すべての項目で85%以上をしめていた。現場での有用性についても、

「参考になる」「少し参考になる」を合わせると、78.7%(自殺予防)～86.7%(相談対応)と高率であった。

理解度については、「よく理解できた」と「かなり理解できた」を合わせた割合が、相談対応86.6～94.2%、うつ病78.8～100%、アルコール依存症81.9～100%、自殺予防80.0～94.5%であった。現場での有用性は、「参考になる」「少し参考になる」を合わせた割合が、相談対応84.8～90.0%、うつ病81.1～94.5%、アルコール依存症72.7～100%、自殺予防67.5～88.9%であった。ともに、事業場によって、項目間の理解度の高低に相違がみられた。

理解度については、「よく理解できた」と「かなり理解できた」を合わせた割合が、相談対応87.5～94.2%、うつ病77.8～92.0%、アルコール依存症81.9～92.0%、自殺予防83.9～94.5%であった。現場での有用性は、「参考になる」「少し参考になる」を合わせた割合が、相談対応84.8～88.2%、うつ病81.5～94.5%、アルコール依存症72.7～92.0%、自殺予防73.9～88.9%であった。ともに、研修担当者によって、項目の理解度に一部差がみられた。すべての項目について低率であった研修担当者はいなかった。

部下がいない群および不明群を除けば、理解度については、「よく理解できた」と「かなり理解できた」を合わせた割合が、相談対応87.5～92.9%、うつ病86.8～93.4%、アルコール依存症84.2～91.8%、自殺予防86.0～89.7%であった。現場での有用性は、「参考になる」「少し参考になる」を合わせた割合が、相談対応88.0～90.2%、うつ病80.3～87.7%、アルコール依存症79.0～88.2%、自殺予防75.5～90.3%であった。部下のいない群では、

いずれも低率であった。

理解度については、「よく理解できた」と「かなり理解できた」を合わせた割合が、相談対応 86.6～100%、うつ病 83.3～95.3%、アルコール依存症 82.9～100%、自殺予防 82.9～100%であった。現場での有用性は、「参考になる」「少し参考になる」を合わせた割合が、相談対応 85.3～100%、うつ病 83.0～90.4%、アルコール依存症 76.8～90.5%、自殺予防 76.2～100%であった。

D. 考察

今回の調査検討からは、本研修資料を用いた教育研修は、有用性が高いと評価をすることができる。理解度、現場での有用性ともに、相談対応、うつ病、アルコール依存症、自殺予防事項の4項目間で大きな差は見られず、自殺予防事項についても約85%で一定の理解が得られ、8割近くで現場での有用性があると回答されていた。

理解度で4項目とも「かなり理解できた」が「よく理解できた」よりも高率であり、現場での有用性でも2項目で「少し参考になる」が「参考になる」よりも高率であったことから、より表現をわかりやすくし、より現場の活動に即した内容にするように改善を図る余地はあると考えられるが、こうした内容の研修教材を用いた管理監督者に対する教育研修を広く実施することは推進されるべきであろう。

事業場および担当者別にみると、一部で回答分布に相違がみられた。各研修担当者の教育研修実施事業場は1～2事業場であり、そのばらつきの原因が、事業場(受講者)の特性によるものか、研修担当者に帰すべきものかは分析困難である。しかしながら、それらはさほど顕著なものではなく、理解度、現場での有

用性の全体評価を貶めることにはなっていないと考えられる。

部下の数によっては、明らかな結果の相違はみられなかった。部下がいない群で、全項目にわたって理解度、現場での有用性がともに低率であったのは、彼らの教育研修への参加に対する動機付けが弱かった可能性がある。

年齢層に関しても、30歳代以降であるが、幅広い年齢層に受け入れられる結果が得られた。一般に現場経験が少ないと考えられる30歳代でも、現場経験が豊富である一方で新しい知識を吸収することに抵抗のあることが一部懸念される高齢者層でも、ほぼ同等の結果が得られた。ただ、60歳代以降については、例数が少なかったため、別途再検討する余地があるかもしれない。

なお、今回は、対象者の職位に関しては検討を行わなかった。経営層およびそれに近い職位の者と、現場管理実務を業務の中心としている者とは、教育研修において重点を置くべきところが少し異なるはずであり、研修資料も一部バリエーションを持たせる工夫を検討されるべきであろう。

また、今回研修を担当した4名は、いずれも職場で健康問題に関する集団教育を行った経験があった。したがって、未経験者が実施した場合の効果については言及することができない。教育経験がない担当者向けに、それぞれの項目についての解説の類を用意することも望まれるところである。

E. まとめ

平成19年度研究にて作成された管理監督者研修用資料は、概ね管理監督者に高い評価を得た。細部を見直すことによって、本研修

資料は、多くの職場で活用することが可能であると考えられた。

<改訂版の作成>

教材の有用性を評価した結果、概ね良好であり、多くの職場において有効活用ができるものと評価できたが、③アルコール依存症の基礎知識と④自殺予防関連については、他の2項目と比較し、理解しやすさ、現場での有用性の双方で少し低い傾向がみられた。また、うつ病についても、以前とは異なった対応を必要とする例の増加が指摘されるようになり、従来にも増して、職場と臨床現場との連携が重要となってきた。今回は、こうした背景を踏まえて、研修教材を見直し、旧版にも増して、多くの職場で有用性の高いものに改訂する作業を行った。

B. 研究方法

19年度研究において、旧版の研修教材を用いて管理監督者教育を行った3名の産業保健スタッフから改訂に関する意見を聴取し、アルコール依存症の基礎知識と自殺予防関連の項目を中心に見直しに関する検討を行った。

また、併せて、パワーポイントファイルのノート部分に、教育担当者の理解や実務に資する注釈を新たに施した。

C. 研究結果

旧版について、以下のような改善の要望点があげられた。

- ・自殺の発生に関して、危機管理の視点をもう少し強調してはどうか。
- ・事例性を重視することも重要であるが、疾病についての解説も要望が高い。

- ・メンタルヘルス不調について職場で気づきやすい点を強調すべきである。
 - ・行政の最新の動向を盛り込んだほうがよい。
 - ・自殺の危機介入については、本人の保護、家族への連絡、職場関係者の連携をさらに強調すべきである。
 - ・自殺の背景因子、職場の対応によって自殺が防止できることを強調すべきである。
 - ・日頃からの産業保健スタッフとの連携の重要性を強く伝えたい。
 - ・問題飲酒の早期発見の留意点を付け加える。
 - ・問題飲酒への対応をもう少し詳しくする。
- これらをもとにして、教材の改訂作業を行った。形式は、旧版同様にPowerPointファイルとしたが、Noteに各画面の内容の説明に関して教育担当者が留意すべき点を付記した。

D. 考察

今回の改訂作業によって、冒頭でリスク管理の問題が強調されることにより、受講者の動機づけが高まることが期待できる。行政の動向についても、対象が経営層ではなく管理職であることから、詳細は必ずしも必要でないと考えられるが、動機付けの一要因となりうる可能性もあると思われる。

メンタルヘルスに関する管理監督者教育においては、疾病性よりも事例性を強調すべきであることは以前から多く指摘される場所であったが、最近ではうつ病をはじめとする精神疾患の啓発活動が盛んであり、疾病の解説も避けて通るよりは、必要事項を簡潔かつ適切な形で提供することは意義深いといえよう。ただ、同時に現場で安易な病態の見立てや診断などが行われないよう注意を促すことは必要である。

職場と産業保健スタッフとの連携は、それによって一部の自殺が未然に防止できる可能性があるという研究結果もあり、強調すべき点のひとつといえる。

問題飲酒への対応も、以前から産業保健における課題のひとつであり続けている。自殺予防の観点からそのあり方を啓発するのは、それを一歩進めることにつながるかもしれない。

また、改訂版で Note に研究担当者の留意すべき点を記すことにより、行われる研修の水準が底上げできると期待される。

E. 結論

平成 19 年度研究にて作成された管理監督者研修用資料を、実際の使用経験をもとにして改訂した。新しい研修用資料は、より多くの職場で活用されることが望まれる。

(5) 過重労働面接の有用性に関する検討

主任研究者: 島 悟

A. 研究目的

平成 18 年度に開始された過重労働面接は、いわゆる過労死・過労自殺への対策の一環として打ち出されたものであり、過重労働による健康障害を早期に発見して、早期に適切な対応を行うことを目的として開始された。平成 20 年度より、さらに 50 人未満の事業場に拡充して行われることになっており、その有用性が期待されることである。

当然ながら過重労働そのものを減らすことが一義的なことではあるが、業種や職種などの性格によっては、長時間労働を減らすことは可能であっても、全ての過重労働に対してすぐに対応することが容易ではないこともあり、産業保健の仕組みとして、過重労働による健康

障害を防止する対策が求められる。

本研究は、産業保健において医師による面接指導を事実上義務づけ、産業保健分野において非常に重要な取り組みとなった過重労働面接の実態を把握し、その有用性・有効性を予備的に検討するものである。すなわち、本研究は、平成 18 年度より開始された加重労働面接の有用性を、この制度が 1 年以上経過した時点において一定程度明らかにして、今後の過重労働対策のあり方に寄与する知見を得ることを目的としている。

B. 研究方法

本研究の対象は、過重労働面接を実施している事業場において、専属もしくは嘱託で勤務する産業医 23 人である。この中で 2 人の産業医は異なる事業場について回答したので。事業場数としては 25 カ所である。今回、本調査用に調査票を新たに作成し、班員を中心に協力要請に承諾の得られた産業医に調査票への記入を求めた。調査の実施時期は、平成 19 年 7 月～9 月である。

調査項目は、以下の通りである。

1. 事業場の業種および従業員数
2. 過重労働面接対象者の選別方法
3. 過重労働面接実施率
4. 産業医学推進財団のマニュアルの利用状況
5. 産業医学推進財団のマニュアル以外のツールの利用状況
6. 診断区分、就業区分、指導区分における区分方法
7. 診断区分、就業区分、指導区分の比率
8. メンタルヘルス不調の受診勧奨率
9. 過重労働面接の意義・効果について

C. 結果

1. 事業場の業種および従業員数

業種では、製造業が全体の 2/3 で、その他は、流通、金融証券・保険、建設、サービス、電気・ガス・水道、公務員がそれぞれ 1 カ所である。

従業員数は、50 人未満(4%)、50-299 名(12%)、300-999 名(16%)、1000 名以上(68%)であり、殆どが大規模事業場である。

2. 過重労働面接対象者の選別方法・実施方法

(1) 時間外労働にかかわる対象者の選別方法

直近 1 か月 80 時間超、100 時間超、3 か月平均で 80 時間超などを併用している例が多い。中には、三六協定に準じて実施している事業場もあり、100 時間超えよりは厳しい基準を設けている傾向がある。

(2) 希望者面接か全員面接

「希望者」が 36%、「全員面接」が 64%である。

(3) 蓄積疲労チェックリストの利用状況

「利用している」が 60%である。

(4) 問診等の情報の利用状況

「利用している」が 72%である。

3. 面接実施率・面接者数

(1) 面接実施率

2.5%から 100%まで非常に幅があるが、平均値は 66.9%で、中央値は 90%である。

(2) 産業医 1 ヶ月あたりの面接者数

1 人から 100 名であり、平均値は 19.5 人で、中央値は 10 人である。

4. 産業医学推進財団のマニュアルの利用状況

「調査票・面接法の全部を利用している」が 24%、「一部を利用している」が 44%、「利用し

ていない」が 32%である。

5. 産業医学推進財団のマニュアル以外のツールの利用率

事業場独自の調査票(48%)、事業場独自の面接法(12%)、その他の調査票(市販のものなど)(4%)である。

6. 診断区分、就業区分、指導区分における区分方法

「リスクの加重性を評価する」が 76%、「特定のリスクを評価する」が 12%である。

7. 診断区分、就業区分、指導区分の比率

(1) 診断区分:「異常なし」、「精密検査」、「要医療」の率は非常にばらつきが大きい。

(2) 就業区分:①の診断区分と関係するが、「通常勤務」、「就業制限」、「要休業」の率は事業場によって大きな差がある。

(3) 指導区分:指導区分においても①および②と同様に、「保健指導不要」、「要保健指導」、「要医療指導」の率において大きな差があった。

8. 過重労働面接者におけるメンタルヘルス不調・うつ病などの診断率

(1) メンタルヘルス不調診断率:0~50%で、平均は 6.6%、中央値は 2.5%である。

(2) うつ病(および疑い)として受診勧奨した率:0~100%で、平均は 41.5%、中央値は 36.5%である。

(3) 精神科医等専門医にうつ病であると診断された率:0~100%で、平均は 48.4%、中央値は 60%である。

9. 過重労働面接の意義・効果について

「意義・効果がある」との回答は 72%であり、28%は不明と答えている。意義・効果の内容としては、あると答えた者は、①過重労働の減少(64%)、②過重労働に関する事業場の意識向上(40%)、③過重労働に関する管理監督

者の意識向上(44%)、④過重労働に関する一般社員の意識向上(56%)、⑤脳心疾患事例の減少(88%)、⑥メンタルヘルス休職者の減少(80%)、である。

D. 考察

1. 過重労働面接対象者の選別方法・実施方法

概して、時間外労働 100 時間超よりは厳しい選択基準を設けている事業場が多く、また希望者面接よりは全員面接を採用している事業場の多いことは、平成 18 年の労働安全衛生法改正にともなう過重労働面接の導入が、より厳しい基準で(したがってより望ましい条件で)実施されていることを示したものである。また行政からモデルとして示された産業医学振興財団によるマニュアルに含まれる蓄積疲労チェックリストなどが比較的多くの事業場で使用されていることが示されたが、従前より産業保健活動が活発に行われている事業場においては独自に開発されたツールを使用していた。

2. 面接実施率・面接者数

長時間労働など過重労働の実態が把握された労働者に対する面接実施率は非常に高いところであるが、2.5%から 100%まで非常に幅があるところは問題として指摘できる。しかし平均値は66.9%で、中央値は90%であるので、多くの事業場においては、ある程度確実に実施していると考えられる。産業医 1 ヶ月あたりの面接者数は、1 人から 100 名であり、平均値は 19.5 人で、中央値は 10 人であるが、この程度の労働者数であれば、実施上問題は少ないと考えられる。

3. 診断区分、就業区分、指導区分における区分方法

「リスクの加重性を評価する」が 76%、「特定のリスクを評価する」が 12%である。

4. 診断区分、就業区分、指導区分の比率

診断区分、就業区分、指導区分のいずれにおいても、区分率において大きな差があった。このことは事業場や労働者の特性による可能性とともに、判断根拠に幅があることが関与している可能性が考えられる。今後、より詳細な検討が必要であるが、一定の判断指針が必要であると考えられる。

5. 過重労働面接者におけるメンタルヘルス不調・うつ病などの診断率

メンタルヘルス不調診断率は、ばらつきはあるものの、平均は6.6%、中央値は2.5%であり、過重労働面接により、ある程度のメンタルヘルス不調者のスクリーニングが可能であることが示された結果である。その中で、うつ病(および疑い)として受診勧奨した率は、平均で 41.5%、中央値は 36.5%であり、高率である。さらに実際に精神科医等専門医にうつ病であると診断された率は、平均で 48.4%、中央値は 60%であり、かなり高率に診断可能であることが示唆されている。

6. 過重労働面接の意義・効果について

「意義・効果がある」との回答は 72%であり、かなり高率である。意義・効果の内容としては、過重労働の減少、過重労働に関する事業場の意識向上、過重労働に関する管理監督者の意識向上、過重労働に関する一般社員の意識向上などが比較的効率的であるが、特に脳心疾患事例の減少、メンタルヘルス休職者の減少という本来の目的の達成が可能であるという答えが多かったのは注目される。

E. 結論

本研究により、過重労働面接を含む対策は、