

—— 特 集 ——

産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える

産業保健21

2008.1 第51号

「産業医インタビュー」

高橋胃腸科外科医院 院長 高橋 秀昭さんに聞く

「職場におけるメタボリックシンドローム対策」
脳・心臓疾患の労災補償状況について

職域における
自殺予防対策のポイントと実際



独立行政法人労働者健康福祉機構

熱意には熱意で応える実地相談

和歌山産業保健推進センター 相談員 山本 則夫

“これはチョット…”喫煙対策を実施したので分煙効果を確認して欲しいとのご相談を受け、スモークテスターで空気の流れを調べての第一声。

限られたスペースのなか、倉庫らしき部屋を喫煙室に改造、廊下の奥をカーテンで仕切って喫煙コーナーに、または事務所の一角に喫煙室を設置など、ご苦心のあとがうかがわれる喫煙対策に対し、“これはダメです。換気扇の能力不足で煙が漏れ出しています”とは言い難く、言葉をさがすことがしばしばです。

相談者の残念そうな視線を感じながら、どこに問題があるかを説明することになるのですが、不具合箇所を実感できるように、スモークテスターや風速計で空気の流れを見てもらったり、換気扇の排気能力と開口面積の関係や空気流入口の必要性などを実際の経験をもとに説明しますと納得していただけます。同時にどのようにすればより効果的な分煙ができるかを提案しますが、“あきらめていたのに簡単な良い方法を教えてもらった”との感謝のお言葉をいただいたり、費用のかかりそうな提案をさせていただいた相談者から“結局禁煙にしました”との経過をお聞きするとなぜかほっとすると同時に微力ながらお役に立てたことがうれしくなります。

ご努力された対策の効果はともかくとして、実地相談を希望するということはよりよい対策をしようとする熱意の現れです。

この熱意にお応えするため、相談者の日頃の衛生管理に対するご努力・熱意には敬意を持って、その上でより効果的で、なおかつより安価な提案を心がけた実地相談をしていきたいと思っております。

今後とも産業保健推進センターの積極的なご活用をお願いいたします。

産業保健推進センター業務案内

1. 研修

産業医、保健師等に対して専門的かつ実践的な研修を実施します。各機関が実施する研修会に教育用機材の貸与、講師の紹介を行います。

2. 情報の提供

産業保健に関する図書、教材等の閲覧・貸出・コピーサービスを行います。また、定期情報誌を発行します。
(コピーサービスについては、実費を申し受けます)

3. 窓口相談・実地相談

専門スタッフが窓口、電話、インターネットで相談に応じます。
現地での実地相談にも応じます。

4. 地域産業保健センターの支援

小規模事業場に対して健康相談等を実施している地域産業保健センターの活動を支援しています。

5. 広報・啓発

職場の健康管理の重要性を理解していただくため、事業主セミナーを開催します。

6. 調査研究

産業保健活動に役立つ調査研究を実施し、成果を提供します。

7. 助成金の支給

小規模事業場が共同で産業医を選任し産業保健活動を実施する場合、助成金を支給します。
また、深夜業に従事する労働者が自発的に健康診断を受診した場合、助成金を支給します。

特集

職域における自殺予防対策のポイントと実際

4

労働者の自殺対策をめぐって

京都文教大学人間学部臨床心理学科・神田東クリニック 島 悟

「ラインによるケア」における自殺予防対策の実際とポイント

産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学 廣 尚典

自殺の危機介入事例から

産業精神保健研究所 高野 知樹

連載

産業医インタビュー

2

産業動向と平行して経験積んだ産業保健

最近、気になる職場不適応者の増加傾向

高橋胃腸科外科医院 院長 高橋 秀昭さん

センターだより

岩手産業保健推進センター

12

岡山地域産業保健センター

〔活用事例〕小規模事業場産業保健活動支援促進助成金

産業医共同選任事業

14

活動重ね産業保健の基礎を構築

期間終了後も同一産業医と契約

京都市 株式会社ケービーエス京都プロジェクト

情報クリップ

第5回女性医療フォーラムから

15

産業医活動マニュアル ①

過重労働の面接指導の実際とポイント

16

三井化学株式会社本社健康管理室長 土肥 誠太郎

作業環境管理・作業管理入門 ①

医療機関における産業保健管理

20

独立行政法人労働者健康福祉機構 福岡産業保健推進センター所長 織田 進

勤労者医療活動レポート ⑩

末梢循環障害「レイノー現象」の診断に、

24

信頼性の高いFSBP%測定を積極的に導入

山陰労災病院 振動障害研究センター

情報スクランブル

ホルムアルデヒドを第2類物質に追加へ・厚生労働省・労働安全衛生法施行令などを改正／自殺者数を10年間で

26

20%以上減に・政府「自殺対策白書」まとまる／さまざまな産保推進センターの調査研究成果発表・（独）労働者健康福祉機構主催の発表会が開催／労働衛生の最新の知見・実例が発表・中央労働災害防止協会・全国産業安全衛生大会／衛生管理者が情報交換と懇親を・全国衛生管理者情報交流会が開催

高田島本誌編集委員長「瑞宝中綬章」叙勲

28

産業保健 21 2008.1 第51号

産業保健この一冊

産業精神保健マニュアル

28

北里大学医療衛生学部教授 中村 賢

職場におけるメタボリックシンドローム対策（第2回）

脳・心臓疾患の労災補償状況について

29

労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室

実践・実務のQ&A

事務所衛生基準規則に定める相対湿度とは？／休業中の労働者の定期健康診断の取扱いとは？

30

産業看護職奮闘記 ⑤

基本は「聞く」こと。

32

相手の思いを理解することから始まる。

日本通運株式会社静岡支店総務課 保健師（保健指導員） 武井 泉さん

クローズアップ衛生管理者 ⑩

全国の衛生管理者の英知を紡ぐ

33

全国衛生管理者協議会（中央労働災害防止協会技術支援部） 林 かおりさん

レファレンスコーナー

メンタルヘルス推進主体

34

企業は専門家中心、自治体は管理職中心の傾向

「産業人メンタルヘルス白書・メンタルヘルスの取り組みに関する自治体アンケート調査結果」より

財団法人社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所

メンタルヘルス・メモランダム ⑭

事業場におけるカウンセリング

35

産業精神保健研究所 大庭 さよ

最近の安全衛生関連通達

編集後記

36

「私は、実験において、失敗など1度たりともしていない。これでは、電球は光らないという発見を、いままでに、2万回してきたのだ」

（エジソン『日記』）。

2万回の「失敗」を2万回の「発見」ととらえる、このポジティブシンキング。ただし、単に「楽天的」なだけでは、この発想は生まれないのではないか。

失敗は誰にでもあること。大切なのは、失敗をした時にそれをただ悔やむのではなく、なぜ失敗したのか、どうフォローするかを考え、次の行動を起こすことだろう。

その積み重ねによって得られた「偉大なる発見」のもとでは、数々の失敗も光輝く「発見」となる。

ことば

プロフィール ● た か は し ひ で あ き

昭和45年 弘前大学医学部卒業
弘前大学医学部第二外科教室入局
平成53年 博済会 高橋胃腸科外科医院を開設

資格等 日本体育協会公認スポーツドクター、日本医師会健康
スポーツ医、労働衛生コンサルタント、日本医師会認
定産業医、山形産業保健推進センター専門スタッフ、
山形県医師会産業医委員会委員長、山形県医師会禁煙
推進委員会委員長、米沢市医師会副会長



産業動向と平行して経験積んだ産業保健 最近、気になる職場不適応者の増加傾向

高橋胃腸科外科医院 ● 院長 高橋 秀昭 さんに聞く

山形県米沢市と聞いて、一番に思い起こすのは何であろうか。米沢牛？ いや、やはり江戸時代中期に米沢藩（山形）の財政を再建した名君の呼び名の高い第9代藩主・上杉治憲（号は鷹山）ではないだろうか。今回の産業医インタビューでは、ご当地で胃腸科外科を開業し、地域事業場の産業医を務める高橋胃腸科外科医院の高橋秀昭院長を訪ねた。

高橋院長は、以前にとあるシンポジウムで発表したときに作成した、パワーポイント用の資料を用意して待っていてくれた。あの鷹山が農家の副業として推奨し、民芸品となっている笹野一刀彫りの「オタカポッポ」を脇にあしらった資料で、地域における産業保健活動と高橋院長ご自身の産業医活動がわかりやすくまとめられている。これを見れば、取材の大方の目的は達せられてしまったくらいだ。

医院を開業しながら10社の産業医を務め、さらに県医師会産業医委員会委員長、市医師会副会長など各種の産業保健活動に係わり、さぞ忙しいのではとの感想である。「正直、忙しいです」と語りながら、手帳を見せてくれる。余白がないくらいにスケジュールが書き込まれているが、「木曜日は産業医活動の日と決めていまして、それ以外の用件を入れないことにしています」と活動日を確保することを、自身に課しているかのようだ。

そもそも、現在のように忙しく産業医活動を展開するようになったきっかけは、どこにあったのだろうか。それは、昭和53年にさかのぼる。病院勤務から地元に戻り、現在の医院を開業したことから始まる。「100年以上の歴史がある鉾山の産業医をしていた父の後を受け持ったことに始まります。月に1回

は午後から医療機材や薬を持参し、鉾山本坑手前の診療所へ出向き、入坑・出坑時に診察を行い、血圧管理や風邪などの診察・処方、洗眼などを行ったものでした」と振り返る。

そして、「粉じんの作業環境測定、振動障害、じん肺健診、特化物などの管理を学びました。これらの経験は、貴重な財産だと思います。また、特異的な経験として、湿度100%の酸度の高い鉾水を浴びながらの坑内での職場巡視があり、厳しい作業環境を体験しました」と語る。その後、閉山により、産業医としてのステージは、市内の新設工業団地へと移る。鉾山の系列企業である誘致第1号の半導体製造工場は、最先端のシリコンウエハー製造で、「クリーンルーム、特化物、有機溶剤、電離放射線などすべて新鮮で、日本の経済成長の真っ只中での産業保健を実践中」で、現在は10社の産業医の職務を受け持つ。

産業動向の変化と歩調を合わせるように産業保健を実践してきて、「最近では、職場不適應の相談を受けることが多くなってきています。メンタルヘルスの重要性を強く感じます。健康な労働力は生産性に影響し、会社の採算、従業員の幸せにつながるものです。産業保健の取り組みは、企業の社会的責任ですね。そして、産業医は、会社の利益代表者ではありませんから、患者、会社、主治医のつなぎ役でしょう。今後は、精神科との連携がキーワードと考えています」と語る。

インタビューの中で、何度か『かかりつけ医』との言葉を聞いた。「産業医をしている会社の健康診断も担当していますが、働く人たちの家庭生活を知り、職場も知っていることは、産業保健を推進するためには重要なことだと考えます。単に病気だけを診ていたのでは、だめですね。『かかりつけ医』としての取り組み、視点がこれからもっと広がって欲しいですね。鉾山時代の家族からの感謝の言葉や職場不適應者が職場に復帰したなどの話を聞きますと、正直にうれしいですよ。後からの付き合いもできます。これが『かかりつけ医』というものなのかもしれません」と。

産業医として心がけていることや、後につながる産業医へのアドバイスなどについても聞いてみた。す



写真は、約30年前の鉾山での職場巡視のときのもの。左から3人目が高橋先生。

ると「病める者のみが対象でないのが産業医です。専門だけでは、人間性が狭くなるのではないのでしょうか。これまで産業医として産業保健に携わってきまして、業種、現場、働く人、経営陣と多くの経験をさせてもらいました。楽しかったですし、財産です。違う世界を知ることは楽しいことです。それがまた、他の業種、現場、働く人、経営陣に接するときに、役に立っていると思います。ですから、これから産業医を目指す方や経験を積もうとする方には、社会的な視野を広めるような取り組みをお願いしたいですね」とよどみなく語られる。

高橋院長が実施する産業保健活動の中で、どうしても書いておかなければならないのが、喫煙対策である。前述したパワーポイント資料には、産業医活動の中の職場巡視の項では、3管理と「喫煙対策」（分煙から禁煙指導へ）が書き込まれ、さらに、健康教育の項では生活習慣病、たばこ健康、メンタルヘルスが掲げられている。「産業医を受けている事業場の3社が建物内禁煙、他は分煙になっていますが、喫煙対策は喫緊の課題です」と言い切るのもうなずける。山形県医師会禁煙推進委員会委員長でもある。院内には趣味の写真掲示に負けないくらい、喫煙対策用のポスターや資料が貼り出されていた。

忙しい高橋院長の趣味は写真に加えて、「山登り。忙しくてなかなか登れませんが」といいながら、県内の美しい山々の名前を挙げてくれる。そして、「ゴルフかな」。

◆ ◆
「なせば成る なさねば成らぬ何事も

成らぬは人の なさぬなりけり 上杉鷹山公詠」

職域における自殺予防対策の ポイントと実際

京都文教大学人間学部臨床心理学科・神田東クリニック 島 悟
産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学 廣 尚典
産業精神保健研究所 高野 知樹

労働者の自殺対策をめぐって

京都文教大学人間学部臨床心理学科・神田東クリニック 島 悟

1. はじめに

わが国においては、1998年度以降自殺が急増して、1年間に3万人を超える方が自殺で亡くなっている。労働者の自殺もこの間に5割近く増加しており、働き盛り層の労働者の自殺が大きな社会問題となっている。性別では男性、年代では30代、50代において増加が著しい（図1）¹⁾。原因・動機別では経済生活問題、そして勤務問題が多い。自殺が急増した時期に、自殺率と失業率との間には相関が認められて注目されてきたが、景気が回復したにもかかわらず、自殺は減少せず高水準で推移している。この背景には、バブル経済の崩壊以降に、急激な社会変動が生じたことがあると推察される。この間に長時間労働だけでなく、仕事の密度が濃くなり、業務負荷が増えたにもかかわらず、報酬は増えず、いつリストラされるかもしれないという不安が常にある時代になり、労働者が会社との関係性や生き方の変更を余儀なくされることになったと考えられる。

2. 国の自殺対策の動向

厚生労働省は、急増する労働者の自殺および労災申請

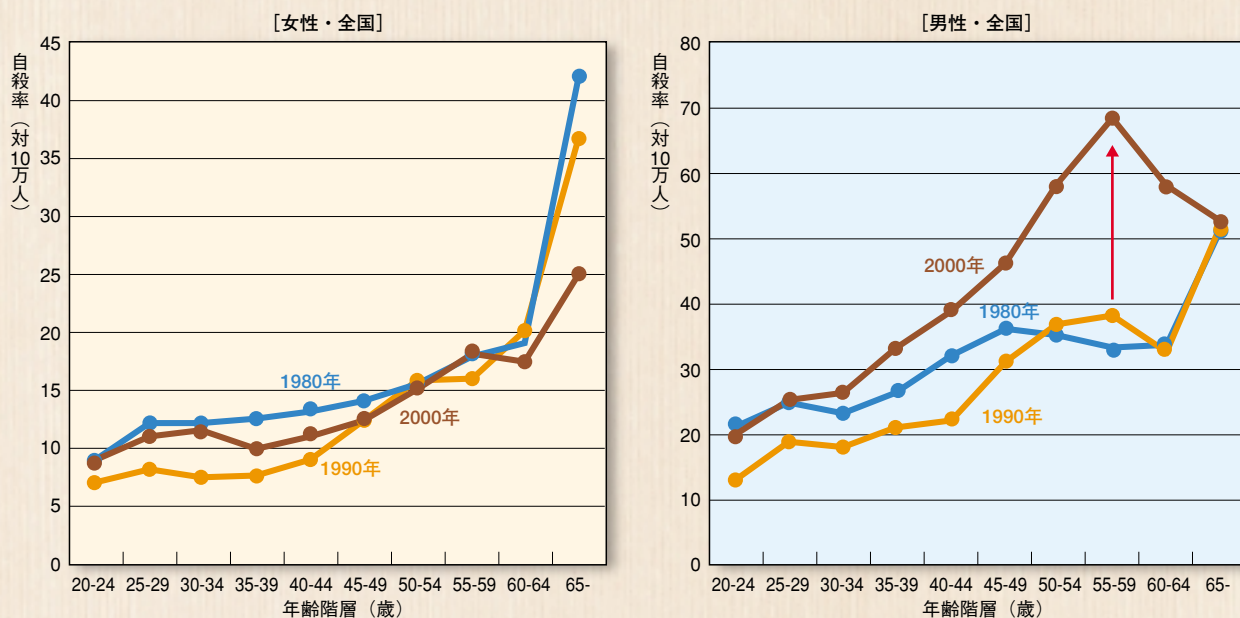
の急増に対して、2000年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」²⁾を策定した。同年に健康日本21の「休養・こころの健康づくり」において、自殺者の減少を掲げて、目標値として22,000人以下とした。

2001年には自殺防止対策事業を厚生労働省として予算化した。2002年に自殺防止対策有識者懇談会を設置し、「自殺予防に向けての提言」としてまとめた。さらに、2002年に厚生労働省は「過重労働による健康障害防止のための総合対策」³⁾を策定した。この総合対策を一層推進するために、2006年4月から労働安全衛生法の改正がなされ、長時間労働者への医師による面接指導の実施が一部義務づけられた。この動きと連動してメンタルヘルス指針が改訂された^{4,5)}。

自殺対策は2005年以降は厚生労働省を超えて国の取り組みとなった。2005年7月に参議院厚生労働委員会において、「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」が出され、国としての取り組みを求めた。

自殺問題は、ようやく国全体で取り組む問題であると認識されて、「自殺対策基本法案」が2006年6月に成立し、11月に施行された。この法案の目的は、自殺対策を総合的に推進して、自殺防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与

図1 職業別の自殺者数の推移 人口動態統計特殊報告（厚生労働省）



することである。2006年10月には国立精神・神経センター精神保健研究所に自殺予防総合対策センターが設置された。2007年以降は、各都道府県において、各自治体の実情を踏まえて自殺対策が実施されている。

3. 労働者の自殺対策

自殺対策として、(1)自殺が起こることを予防すること（事前対策）、(2)自殺の危険性の高い事態に介入し、自殺を防ぐこと（危機介入）、(3)自殺未遂や、不幸にして自殺が生じてしまった場合に他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺やメンタルヘルス不調を防ぐこと（事後対策）の3つがある。

(1) 事前対策

うつ病をはじめとする一般的なメンタルヘルス対策を、組織的に着実に実施していくことが、結果的に自殺予防対策にもつながる。メンタルヘルス指針に基づいて、「心の健康づくり計画」を策定し、その計画に基づいて、「4つのケア」を継続的かつ計画的に行うことになる。

地域に比較して職場における自殺対策の成功事例は非常に限られているが、米空軍における自殺対策プログラムがよく知られている⁶⁾。米空軍では、全職員を対象として、毎年徹底的な啓発教育を行っており、大きな成果を挙げている。この事前対策の基本は教育である。その中でも中心的課題は、メンタルヘルスにまつわる偏見を

排して、メンタルヘルス不調の気づきを促進し、相談することへの抵抗感を減じることである。同時に米空軍では、さまざまな組織へのアプローチを行っており、幾重にもネットワークを構築してサポートシステムの強化を図っている。またそれぞれの組織・集団におけるリーダーシップを強化することを進めている。こうした取り組みで自殺者を約3割減らすことに成功しているのである。

わが国の事業場においても同様の対策を実施して成果をおさめているところもあるが、自殺にまつわる情報は事業場として開示しないのが現状である。各事業場で自殺対策として行われているのは、うつ病を中心とするメンタルヘルス不調の健診等におけるチェック、管理監督者を対象としたメンタルヘルス教育の徹底、相談体制の強化の3点である。

(2) 危機介入

自殺の危険性の高い労働者に対して、事業場として可能な危機介入としては、家族と連携をしながら、主治医がいる場合には主治医につなぎ、受診していない場合は適切な医療機関につなぎことになる。この場合には、産業保健スタッフは事業場内におけるコーディネーターの役割を果たすと同時に、事業場と事業場外資源（主治医や家族など）をつなぎ役割も果たす。

危機介入を行うためには、危機に関する情報を収集し、危機の程度の評価を行い、危機介入の方法を選択するということになる。まずは情報をキャッチする必要がある、

このためには普段から情報が集まるような体制づくりが必要となる。そして危機の程度の評価および介入方法の選択を行うための技術を有する専門職の存在が必要である。事業場内に専門職がない場合には事業場外資源を活用することになろう。

(3) 事後対応

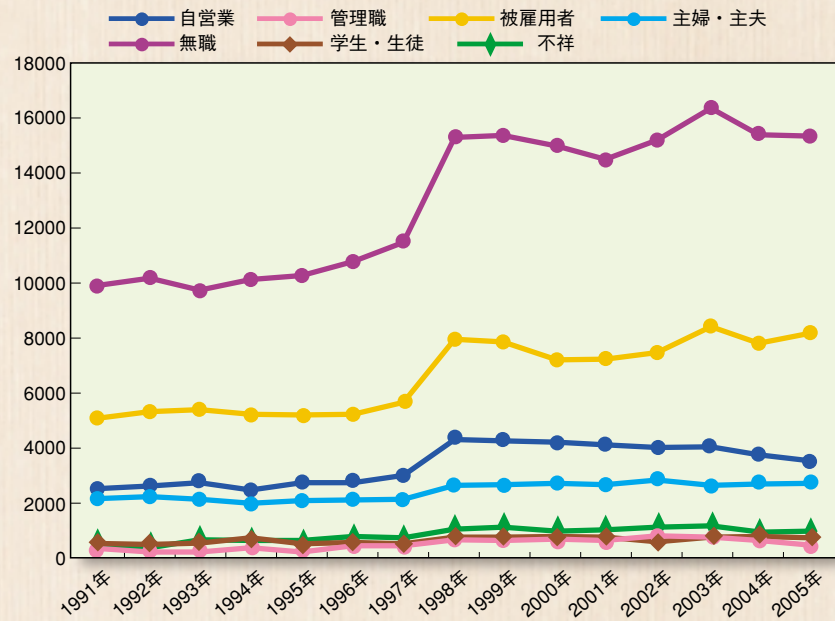
欧米においては、自殺後の心のケアはポストベンション（事後の対応）として行われてきており、わが国においても近年この言葉が普及しつつある。しかしながら、自殺に対するとらえ方は、歴史・文化・社会・宗教などにより大きく異なることが考えられ、ポストベンションを考える際には、こうした

背景を十分に考慮するとともに、遺された方々における個別的事情や考え方にも十分に配慮する必要がある。

これまで、わが国ではポストベンションは御遺族への心のケアが中心となって展開されてきており、職場における関係者に対する心のケアは等閑視されてきた。その理由としては、職場において自殺があっても、御遺族などの希望もあり、自殺の事実そのものが隠されることが多いことと、職場において、自殺問題を取り上げることに對する心理的抵抗感があつたと考えられる。しかしながら実際には、職場の関係者の動揺は非常に大きく、心のケアを行うことが重要であると考えている。

不幸にして自殺が既遂されてしまった場合には、このことに触れないで、そっとしておこうとする傾向が強いが、自殺は周囲への波及効果が大きいことと、連続した悲劇につながることもあり、適切な対応が必要である。ポストベンションとは、遺族や職場の者への波紋の広がりを最小限とし、新たな自殺やメンタルヘルス不調を防ぐことである。故人と精神的につながりが強かった同僚や友人は心理的ショックが大きく、故人の残した業務の整理や後任が決まるまでの業務など、多くの要因が重な

図2 職業別の自殺者数の推移



る。そのため2次的なメンタルヘルス不調の防止のためには、職場で直接的影響が強いスタッフを集めて、対応について話し合うことが重要である。

事後対応において、フォローアップが非常に重要である。事後対応において、心のケアの対象は個人であると同時に組織も対象である。さらに心のケアの対象として、心のケアの提供者も含まれることに留意が必要である。

事後対応という、不幸な出来事が起こってしまった後の対応であるという意味合いが強いように見えるが、事後対応を行うことにより、隠されていた組織の問題が見えて、組織そのものを変えていくことにつながることもあり、予防につながっていくという視点を持つことが大事である。詳細は拙著⁷⁾をご参照いただきたい。

4. 終わりに

労働者の自殺対策は、産業精神保健における知見を総動員して行うものである。事業場において、メンタルヘルス対策を確実に行うことにより、労働者の自殺を減らすことが可能であると考えている。

参考文献

- 1) 厚生労働省：人口動態統計特殊報告、2006。
- 2) 厚生労働省：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針、2000。
- 3) 厚生労働省：過重労働による健康障害防止のための総合対策、2002。
- 4) 厚生労働省：職場における労働者の心の健康の保持増進のための指針、2006。
- 5) 島悟：労働者の心の健康の保持増進のための指針、産業精神保健、14；172-175、2006。
- 6) Knox KL, Litts DA, Talcott GW et al: Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention program in the US Air Force: cohort study. BMJ 327;1-5, 2003。
- 7) 高野知樹、島悟：働き盛りの自殺予防、季刊精神療法、32;5:568-576、2006。

「ラインによるケア」における自殺予防対策の実際とポイント

産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学 廣 尚典

1. メンタルヘルス対策と自殺予防

2007年に策定された自殺総合対策大綱でも触れられているように、職場における自殺予防は、メンタルヘルス対策を推進していく中で効果をあげていくことが可能であると考えられる。

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。労働者の自殺が職場にとって重大な問題であることはいうまでもないが、特に中小規模事業場では、通常まれにしか起こらないものであり、自殺予防だけを前面に掲げる活動は、現場の理解が得られにくい。したがって、後述するポストベンションなど一部の取り組みを除けば、大半の自殺予防活動は、メンタルヘルス対策の中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。

メンタルヘルス指針では、管理監督者がラインによるケアとして実施すべき活動について、「部下である労働者の状況を日常的に把握しており、また、個々の職場における具体的なストレス要因を把握し、その改善を図ることができる立場にあることから、職場環境等の把握と改善、労働者からの相談対応を行うことが必要である。」と記されている。職場環境等の把握と改善としては、「労働者の労働の状況を日常的に把握し、個々の労働者に過度な長時間労働、過重な疲労、心理的負荷、責任等が生じないようにする等、労働者の能力、適性および職務内容に合わせた配慮を行うことが重要である。」と、労働者からの相談対応としては、「日常的に、労働者からの自発的な相談に対応するよう努める必要がある。特に、長時間労働等により疲労の蓄積が認められる労働者、強度の心理的負荷を伴う出来事を経験した労働者、その他特に個別の配慮が必要であると思われる労働者から、話を聞き、適切な情報を提供し、必要に応じ事業場内産業保健スタッフ等や事業場外資源への相談や受診を促すよう努める。」と述べられている。

こうした活動は、部下のメンタルヘルス不調の発現を抑止したり、早期に発見して適切な対応を行えたりすることを通じて、結果的に自殺予防にも寄与することが期待できる。

2. 対策が講じられるべき優先順位

産業保健には、取り組むべきははっきりとした優先順位が存在する。すなわち、職業病、次いで作業関連疾患に該当する健康障害の防止が最重要である。さらに、睡眠時無呼吸症候群のように、当該労働者自身および周囲の

労働者、サービスの受配者（車両の運転であれば、乗客など）の安全に直結する健康問題も同等の取り組みが必要であろう。

この考え方を自殺に当てはめれば、過労自殺という表現に象徴されるような仕事の負荷との関連が強い精神疾患を背景とする例や、職場関係者を巻き込む（安全や健康を著しく脅かす）ような例がそれに該当する。こうした自殺事例は、なんとしても発生させないようにしなければならない。しかし、特に前者については、未だマスコミによる報道が後を絶たないのが現状である。従来問題視されてきた長時間労働に加え、最近では、パワーハラスメントなども取り上げられるようになってきた。仕事の量や責任の重さの軽減に関する取り組みだけでなく、さまざまな面での適切な支援の重要性も見直される必要がある。

次に、それらには該当しなくても、職場関係者が異変を気づくことによって自殺を防止することが可能な事例がある。2001年の産業保健スタッフを対象とした調査研究では、労働者の自殺事例49例中、管理監督者が異変に気づいていた例（業務上の配慮、相談対応を行っていた例を含む）が14例（28.6%）あった。また、同調査では、産業保健スタッフが直接対応する以外に、職場で何らかの防止策を講じ得た例が16例あったという結果も得られている。これらの自殺がすべて食い止められたわけではなかろうが、より適切な対応を行うことで例数を減少させることは可能であろう。

3. 管理監督者教育で何を伝えるか

①管理監督者教育の意義

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、その成果が報告されている。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。これは、自殺予防にもあてはまる。

特記すべき効果が得られたことで知られる米国空軍の自殺予防プログラムでも、3～6カ月毎に、末端の指揮官層に対して、①自殺予防を積極的に支援する、②防御的因子を促進する、③危険因子を認識する、④自殺予防をコミュニティ活動としてとらえる、⑤下士官に対して必

表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

〔職場でメンタルヘルス対策を行う意義〕

- 職場の対策が自殺防止につながるごと
うつ病をはじめとするメンタルヘルス不調では、それまで自殺など思いもよらなかった人が死を強く考えるようになることがある。したがって、職場でメンタルヘルス対策を推進して、メンタルヘルス不調の予防ができれば、それは効果的な自殺予防対策にもなり得る。

〔ストレスおよびメンタルヘルスケアに関する基礎知識〕

- 自殺の危険因子および直前のサイン
自殺の危険が高まっているのは次のような場合である。ただし、見かけ上あいまいである場合も多い。
・死を示唆するようなことを口にする（例）直接的表現：「死にたい」「自殺したい」、間接的表現：「楽になりたい」「遠くに行きたい」
・自殺に関する文章を書いたり、絵を描いたりする
・自殺の手段（薬物、刃物、ひも、銃など）を用意する
・身の回りの整理をする ・借りていたものを返す ・重要な地位を退く、辞退する
・昔の知人、友人に連絡する ・病気の治療を中断する など
- 自殺に関する誤った知識の是正
通常、自殺はさまざまな要因が関与して発生する。自殺を口にする者に限って自ら命を絶つようなことはないというのは誤解である。また、ある特定の人が、極めて特殊な状況下でのみ起こすといったものでもない。

〔管理監督者の役割および心の健康問題に対する正しい知識〕

- 日ごろのラインによるケアを適切に行うことの重要性
日ごろから部下とのコミュニケーションを良好に保ち、十分な観察によって、その性格や行動面の特徴を把握しておく、メンタルヘルス不調の徴候を早期に把握できることに加え、上記のような深刻なサインを適切に察知できる。
- 自殺未遂者への対応
自殺未遂を起こした部下への対応として、特別に実施する必要のある事項はなく、一般的なメンタルヘルス不調者への対応を適切に行うことを心がければよい。気になった点、わからない点があれば、産業保健スタッフに積極的に相談することが大切である。

〔職場環境等の評価および改善の方法〕

- 過労自殺をめぐる問題（安全配慮義務）
長時間残業や業務の過重負荷などの仕事のストレスが主因となってメンタルヘルス不調が生じた場合には、事業者の安全配慮義務違反（雇用する労働者の生命や健康が就業の中で脅かされないように必要な配慮を行う義務）が問われることがある。それが自殺や自殺未遂につながれば、さらに重い責任を追及されることになる恐れがある。最近では、これをめぐる民事訴訟事例が増加している。心身の健康面においても適切な職場管理を行うことが事業者（実務上は管理監督者）の責務である。

〔労働者からの相談対応〕

- 希死念慮をもつ部下への対応
表2参照。

〔心の健康問題により休業した者の職場復帰への支援の方法〕

- 自殺予防を加味した業務上の配慮のしかた
自殺未遂を起こしたからといって、特別な対応が必要となるわけではない。通常の復職支援のシステムに乗せて決定された配慮を確実に行うことが重要である。
- 自殺予防を加味したフォローアップの方法
同上。継続的な観察、声かけをこまめに行い、随時産業保健スタッフと連携することが肝要である。

〔事業場内産業保健スタッフ等との連携およびこれを通じた〕

事業場外資源との連携の方法〕

- 希死念慮を持つ部下を産業保健スタッフにつなぐ方法
表2参照。ゆっくり話を聞いて、苦しい気持ちを受け止めた上で、産業保健スタッフと連携する。その際、希死念慮が強いことを明確に伝えて、助言をおおぐ。決して、先延ばしにしない。自ら付き添って産業保健スタッフのもとにいくのを原則としたい。
- 緊急時の対応法
部下の希死念慮が強い場合には、ひとりにしないで、産業保健スタッフや専門医、あるいは家族のもとに同行したほうがよい。単独で何とかしようとせず、複数で協力して対応する。

〔セルフケアの方法〕

- 希死念慮に関する自発的相談の重要性と相談先の情報
自らが希死念慮を抱くに至った場合には、ひとりで苦しまず周囲（上司、産業保健スタッフ）に相談する。専門的には、精神科医、心療内科医、心理職が対応してくれる。

〔事業場内の相談先および事業場外資源に関する情報〕

- 緊急時の連絡先および連絡方法
上記のようなことで緊急に産業保健スタッフに連絡をとりたい場合には〇〇に。また、産業保健スタッフが不在の場合には△△に連絡する。

〔個人情報を含む労働者の個人情報の保護等〕

- 緊急時の優先順位に関する事項
プライバシー保護はむろん重要であるが、自殺の防止に関しては、本人を保護することを優先させるべき場合がある。自殺の危険が高いと考えられるときには、たとえ本人が嫌がっても、産業保健スタッフ、家族等に連絡をとることを躊躇してはならない。

要な時には恐れずに助けを求めるように奨励する、⑥進行状況の報告や情報を提供する、ことを常に司令部から指令することとしている。指導者層の教育訓練には、一般的なものとして、メンタルヘルス不調者を見分け、適切な対応をとるための基礎的な学習とガイドラインに沿った訓練が毎年実施されるものとして盛り込まれ、専門的軍事教育訓練のためには、各階級層に望ましい学習リスト、ケーススタディ例が作成された。ガイドラインには、早期のメンタルヘルスケアの重要性、偏見や誤解を取り除く必要があること、メンタルヘルスサービスへの相談が適当であると考えられる状況のリスト、相談対応の仕方などが記されている。これらの取り組みはプログラムの一部であり、自殺防止効果はその全体の活動結果として評価すべきであるが、こうした事例は参考ができるところがあると考えられる。

②盛り込むことが望ましい自殺予防関連事項

「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。表1に、それに沿って、管理監督者教育に盛り込まれるべき自殺予防に関連した事項を整理した。

ところで、ここでひとつ留意したいことがある。精神

疾患についての説明を入れるべきか否かという問題である。筆者の記憶では、少なくとも15年ほど前までは、管理監督者教育において、個々の精神疾患の解説は行うべきではないという意見が少なからずあった。その理由としては、精神疾患に関する誤解や偏見が当時はまだ強く残っており、事業場内の研修でそれを安易に取り扱うことは、メンタルヘルス不調者に対する不適切なレッテル貼りや差別、排除につながりかねなかったこと、管理監督者が個々の精神疾患に関する知識を得ても、それが日常的な部下管理の質を高めるとは限らず、疾病を限定しないメンタルヘルス不調に関連した一般的な注意を促すこと以上の効果を期待できないであろうと考えられたことなどが挙げられる。

しかし、最近では、社会全般でうつ病等の啓発活動が進み、未だ誤解や偏見が払拭されたわけではないものの、メンタルクリニック等の受診者も急増しており、「うつ病の人は、はげましてはいけない」程度のことは、普通の会話でも交わされるようになってきている。こうした状況下では、職場においても、頻度の高い疾病については、より適切な対応を求めるための解説を行う意義が大きくなっているともいえる。

ただ、他方で精神科領域の診断書に記される診断名の真偽に関する問題がある。例えば、現状では、診断書に

表2 部下(同僚)から「死にたい気持ち」を打ち明けられた場合の対応

すぐに相手の考えを否定しない
相手の立場に立って「(苦しい) 思い」をじっくり聴く
結果的に時間をかけることになる面も重要
衝動的な気持ちを落ち着かせる効果が期待できる
解決の援助を行う用意があることを伝える
孤立無援の状態ではないというメッセージを送る
専門家に相談することを勧める
必要に応じて同行する
キーパーソン(家族、親族、親友など)と連絡をとる
本人が望まない場合であっても、一言ことわってから連絡を図る
産業保健スタッフと連携し、複数の人と協力して対応する
ひとりで抱え込んだり、対応したりしない
ひとりにしない
専門家やキーパーソンにつなぐ際にも留意が必要

表3 管理監督者教育の実施にあたって留意すべき事項

- ①あまり多くの事柄を盛り込みすぎない。
- ②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く。
- ③個々の疾病の解説は、最低限の情報に絞り込む。
- ④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。
- ⑤事例を紹介する際には、特定できないように適宜改変を施す。
- ⑥日頃からの産業保健スタッフとの連携の重要性を強調する。
- ⑦緊急時の対応方法では、家族への連絡の重要性を強調する。

「うつ病」と記載される病態の中に、広く使用されている国際疾病分類(ICD)あるいは米国精神医学会による分類(DSM)の診断基準には該当しないと考えられる例が多く含まれていることは周知の事実である。また、それらの基準に当てはまる事例のなかでも、本人への望ましい対応法は異なっており、診断書の病名だけを手がかりとして職場の対応を決定する事態があるのであれば、疾病の解説は副作用を生じかねない。産業保健スタッフ、特に産業医が、個々の事例について、主治医との連携等を通じて、実際の病態を把握し、職場での対応方法を提言する必要がある。

③希死念慮を打ち明けられた際の対応

かなり稀な例であるとはいえようが、部下から自殺したい気持ちを打ち明けられた場合、管理監督者がとるべき対応を簡潔に紹介することも意義がある。その主な事項を表2にまとめた。

④活用できる資料

管理監督者教育で自殺予防に関する説明に使用する資料は、他の研修内容や事業場の実態に合わせて事業場内産業保健スタッフ等が作成すればよいが、労働安全衛生総合研究「労働者の自殺リスク評価と対応に関する総合的研究」の成果をもとに制作された「こころのリスクマネジメントー部下のうつ病と自殺予防のためにー(管理監督者向け)(第2版)」(中央労働災害防止協会、2007)を参考にすることもできる。

4. 教育研修における留意点

最近では、以前に比べ、管理監督者(管理職)の職場管理以外の業務比重が高くなっており、彼らこそが過重労働に陥りがちであるという事態もみられている。管理監督者教育の後にアンケートをとってみると、自らのメンタルヘルスを維持するための支援を望む声が寄せられることも多い。そうした中で、自殺対策においても彼らにあれもこれも要求をするのは、少し酷であるとも思われる。できるだけ内容を絞り込み、活動の優先順位も明確にした解説を行いたいところである。

また、他のメンタルヘルス不調例への対応と同様に、対象者の理解を促すために、事例検討などを交えるのも

効果的である。過去に発生した事業場内の事例を用いるのは、まったくの架空事例を提示するより、身近な印象を与えやすいが、その場合には、プライバシーに配慮した改変を行う配慮が不可欠となる。

以上のことも含め、管理職教育を実施するに当たっては、表3に示した事項に留意することが望まれよう。

5. その他

①ポストベンションについて

自殺のポストベンション、すなわち「遺された人々への支援」も、その重要性が指摘されている。ポストベンションは、親族や親友をはじめとする、生前深い交流があったり、憧れの対象としていたりといった、本人と心理的に近い関係にあった者がメンタルヘルス不調をきたすのを防止することを目的とする活動である。部下を自殺で失った管理監督者も、自らの対応が自殺に影響していなかったか、自殺を防止するために自分にできることはなかったかといった思いや、突然仲間を失った寂寥感などを抱きやすく、支援の対象となりえる。

具体的な支援方法は、産業保健スタッフの日頃の活動状況や、事業場内での位置づけ、各事例をめぐる諸事情等によって、ケースバイケースであるが、産業保健スタッフは、人事労務管理スタッフ等と連携を図りながら、彼らのメンタルヘルス面の変化に注意し、随時声かけや相談対応を行うことを心がけるべきであろう。

②組織の多様化における留意点

最近では、組織のフラット化やプロジェクト制の導入によって、従来の明確な上司一部下関係が成立していない例も多くみられるようになっている。メンタルヘルス指針では、「通常のラインによるケアが困難な業務体制にある場合には、実務において指揮命令系統の上位にある者等によりケアが行われる体制を整えるなど、ラインによるケアと同等のケアが確実に実施されるようにする」ことを求めている。この点は、自殺予防にとっても重要である。

本論では、労働安全衛生総合研究「労働者の自殺予防に関する介入研究」(主任研究者:島悟)の成果を一部引用したことを付記する。

自殺の危機介入事例から

産業精神保健研究所 高野 知樹

1. はじめに

他項でも説明があるとおり、自殺予防対策¹⁾は1) 事前対策（プリベンション）、2) 危機介入（インターベンション）、3) 事後対策（ポストベンション）の3つに大別されるが、それぞれが単独で存在するものではなく、絡み合いながらトータルでよいものを構築していく姿勢が重要といえる。実際は危機介入、事後対策を適切に行うことが、事前対策となることもよくあるからである。

ここでは、自殺の危機介入事例を提示し、自殺予防対策の実際を述べ検討する。1つめの事例は、「4つのケア」における第4のケアである事業場外資源から第3のケアである事業場内資源へ働きかけたケース、2つめの事例は、事業場内資源とEAP（従業員支援プログラム：Employee Assistance Program）²⁾から事業場外資源へ働きかけたケースである。

2. 事例提示

【事例1】事業場外資源から事業場内資源へ（危機介入から）

A氏：35歳、男性、独身・独居、一人っ子、大手メーカー設計業務

A氏は、以前から高コレステロール血症の傾向があり、3カ月に1度くらいのペースで疾病管理として産業医面接が行われ、食事指導や運動指導を受けていた。X年2月に、業務上の大きなトラブルと失恋が重なったこともあり、食欲が徐々に落ち、夜もよく眠れなくなり、精神的にも気分が落ち込むことが多くなり、自分でもこれが「うつ病」というものかもしれないと思い、近医の精神科クリニックを受診し「軽症うつ病」と診断され、抗うつ剤が投与された。仕事のトラブルも解決され、失恋についても気持ちの整理ができ、症状は改善されていった。

X年5月、不慮の事故で突然両親を亡くしてしまう。仕事は大きなヤマを迎えており、上司、同僚とも非常に忙しく動き回っていた。1人でも人手が欲しいという状況であるため、非常に申し訳ない気持ちを持ちながら、社の規定する忌引休暇をとった。

忌引休暇後は業務に復帰するも、突然両親を失った喪失感が大きく、また葬式などの一切を自分が仕切った疲労も重なり、抑うつ状態が再燃した。忙しく動いている上司や同僚には、自分の調子が悪いことは言い切れず、作業能率が低いまま、まわりと同じように残業を多くしていた。誰にも相談できないまま、精神科主治医に事情を説明した。主治医は、現在の状態では一時療養が必要であり、どうしても仕事を続けたいのであれば業務調整

が不可欠であったが、本人は精神科を受診していることは職場の人に知られたくないと強く主張するため、まずは通院により慎重に経過を見ることにした。同職場で以前うつ病になって辞めていった人がいて、自分も辞めなければならないのではないかと憶測が働いていたようである。

しかし経過を見ても改善する様子はなく、主治医には「職場の役に立ててないのがつらい。深夜帰宅しても空しいばかり。楽しいことなんかない。親が急にこの世からいなくなってしまったことも今になって大変つらく感じる。自分もそこに行きたくなる」など希死念慮も訴えるようになっていた。家族の協力も得たいところだが一人っ子で両親も失っている。職場への主治医からの連絡は相変わらず本人が強く拒む。本人が数カ月ごとに会っているという産業医に状況を説明する提案をすると、それは納得したため、医療情報提供書を産業医宛に書いた。

産業医は事態を深刻に受け止め、療養の必要性、もしくは業務の調整が不可欠な状態であると判断し、本人と上司を呼んで説明した。即日から業務量の調整、残業時間の制限などが実施された。産業医と本人との定期面談も2週間ごとに実施され、そのたびに産業医から上司へ業務上での対応などを伝えた。また職場での本人の状況は、本人了解のもと産業医から主治医へ連絡された。

【事例2】事業場内資源から事業場外資源へ（事後対策から危機介入へ）

産業医月1回の非常勤、保健師不在、衛生管理者は総務職員が兼務という小規模IT企業Z社での出来事。

Y年6月、平日の日中にZ社の屋上から投身自殺を図り既遂。同社社員の多くが窓の外に人が落ちていく姿、落下した後の姿を目撃しており社内に大きな動揺が走った。自殺した人物Bは30代後半男性の管理職で大きなプロジェクトのリーダーであり、ここ数カ月は深夜業務が非常に多かった。医療職不在の中で緊急事態と判断した衛生管理者は産業医へ電話連絡をする。産業医は精神科には精通しておらず適切な対応が判断できないため、同社が導入しているEAP機関に連絡を取る。翌日EAP機関と衛生管理者の間で話し合いが持たれ、多くの従業員が目撃している事態を深刻にとらえ、ポストベンションを組織的に行うこととした。

ポストベンションの方法として、過大な精神的影響を受けたと考えられるB氏のプロジェクトチーム全員、現場を目撃したと思われる従業員および希望者に対し、EAP機関から派遣されるカウンセラーにより面接が行われた。面接対象者は40名程度となったが、すぐに受診が

必要と判断された人はこの時点ではいなかった。フォローが必要と考えられた数名に対しては、カウンセラーがメールや電話などにより定期的に状態の確認を行った。

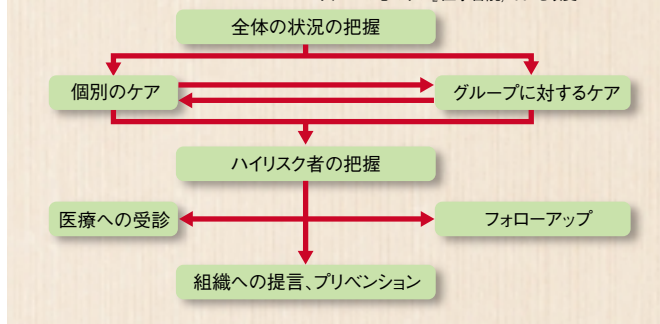
事故から約半年後のY年12月、B氏を継いでプロジェクトリーダーとなっていたC氏（30代後半の男性）が業務の佳境を迎え精神的疲労もピークに達していた。ある日「死にたいなんて思わないが、B氏がビルから飛び降りた気持ちが分かる気がする。なんだか高い所で働いていると恐ろしい気持ちになる」とカウンセラーにメールが入る。すぐにでも受診が必要な状態と判断し、適切な精神科医療機関を当日中に受診できる手配をして、「うつ病」と診断され抗うつ薬の投与を受けた。EAPの一環として受診結果に基づく職場での具体的対応について、産業医、衛生管理者へと伝えられた。

3. 事例を振り返って

【事例1】では、本人が信頼する精神科主治医が情報を発信し、それを受けた産業医が環境調整の要となって成しえた危機的状況の未然回避のケースと思われる。精神疾患の多くは環境要因が複雑に絡まっており、特にこのケースのように直近での職場環境の調整が不可欠という場合は、産業保健スタッフが状況を把握しそれに応じた介入をすべきと思われる。プライバシーの問題など、主治医は発信する情報が社内でどう扱われるのか非常に不安である、という意見も時折聞かれる。そのため産業保健スタッフが主治医と情報を交換する際には、職場事情に精通する医療スタッフとしてあくまで勤労者の適正配置を行う立場であることや、医療情報管理の保証を明確に伝えておくことが重要であり、事業場外資源と事業場内資源の有機的な連携が構築される条件といえる。

【事例2】は医療スタッフが常駐していない事業場での出来事である。実際はこうした事業場は数多く存在する。ポストベンションの流れとして、図³⁾を参照していただきたい。このケースは社内の衛生管理者がEAP機関と連動しポストベンションを実施し、面接でつながったカウンセラーにC氏自らSOSを発信し、タイミングよく医療機関につなげることができた。精神科医療に精通した産業医が専任されていれば適切かつ迅速な危機介入が可能であると考えられるが、その人材は決して多くない。また、多くは嘱託産業医であり、勤務時間のほとんどは過重労働対策、定期健診結果の判定・事後措置などに割かれている実態がある。さら労働者が50名以下の事業場には産業医の選任の義務もない。労働者10名～49名には衛生推進者、50名以上では衛生管理者の選任義務があり、メンタルヘルス活動に期待したいところだが、実際はメンタルヘルスに関する教育は行き届いているとはいえない

図 ポストベンションの流れ 高橋祥友・福岡詳 編『自殺のポストベンション 遺された人々への心のケア』医学書院、2004を改変



い。このような場合はメンタルヘルス活動推進に向けてEAP機関を利用するのが有効手段の1つである。

厚生労働科学研究の一環として、筆者の施設にて危機介入事例をまとめたものがある⁴⁾。一般の精神科医療機関でありかつEAP機関である神田東クリニックにおいて、過去2年間で危機介入を行った92例を対象に分析を行った。その結果、危機介入の経路として、ラインによるケアの管理監督者は少なく、事業場内産業保健スタッフ等および事業場外資源の役割が非常に大きいことが示唆された。また、危機介入事例に対して実際の対応の78%は事業場外資源の医療機関である当クリニックにて、精神科医による診療を行っていた。このことは事業場内産業保健スタッフ等と事業場外資源がいかに有機的な連携がとれるかが、自殺予防、広くはメンタルヘルス体制の展開を実施して行く上で重要なポイントとなるかを示した。

注意が必要なのは、職場のメンタルヘルス活動は、時には自殺といったリスクまでも生じる労働者の健康を扱う活動であるにもかかわらず、最近ではEAPサービス機関と称してビジネスとみなす非専門家業者が乱立している事態が生じていることである。リスクアセスメントが不可能な非専門家業者では所詮無理な業務といえる。導入を考えている事業場は慎重に選定していただきたい。

4. おわりに

危機介入時の発動がスムーズに行えるよう緊急時のフローを事前に決めておくことが重要であるが、医療というのは決して1人の専門家だけで成し得るものではない。特に職域のメンタルヘルスを有効に推進していくに当たっては、事業場内・外の連携、産業保健スタッフ等のメンタルヘルスへの理解、精神科医の企業や組織に対する理解、お互いの専門性の尊重と理解と歩み寄り、役割の明確化と調和などが非常に大きな功績をもたらすと思われる。その結果、自殺予防対策が展開され、1人でも多く自殺者が減ることを切に望む。

参考文献

- 1) 高野知樹、島悟：働き盛りの自殺予防、季刊精神療法、32;5:568-576、2006。
- 2) 高野知樹、島悟：産業保健とEAP、日本医事新報、No.4339:42-45、2007。
- 3) 高橋祥友、福岡詳：自殺のポストベンション、医学書院、12、2004。
- 4) 高野知樹、大庭さよ、島袋恵美ら：事業外資源からみた危機介入事例の分析、平成18年度厚生労働科学研究「労働者の自殺予防に関する介入研究（主任研究者：島悟）」

岩手 産業保健推進 センター

学会への関与の新しい形

9月28日(金)から30日(日)まで、岩手県盛岡市のいわて県民情報交流センター（通称アイーナ）および盛岡地域交流センター（通称マリオス）にて、多文化間精神医学会（<http://www.jstp.net/>）の第13回多文化間精神医学ワークショップが開催された。ワークショップの基本テーマは「しごと＊家族＊文化」。「＊」はワイルドカードとも呼ばれ、+



会場からは質問や発言の声が多数あがり盛り上がりを見せた。

や＝など別の記号に置き換えることができることから、演者、参加者が3つのキーワードを自在に駆使（加減乗除）し、さまざまな角度から論じ、とらえようというもの。

さて、今回はこのワークショップ自体をレポートするわけではない。このワークショップに組み込まれた1つのセッションに注目したい。実はこのワークショップには、岩手産業保健推進センター（石川育成所長）が囃んでいる。同センターは今回のワークショップ全体を後援するとともに、この中の「リエゾンプログラム2」において、海外赴任者健康管理研修会を提供している。さらに、この研修会を「東北6県産業保健推進センター合同」としているのだ。

海外勤務者の健康管理を生活習慣とメンタルの両面から

9月30日のセッション当日、岩手センターのスタッフのみならず、他の東北5県の業務課長も参集し、会場のセッティングに余念がない。そして定刻どおり研修会がスタートした。

まず最初に、労働者健康福祉機構海外勤務健康管理センター（JOHAC）健康管理部の大塚優子医師が「海外赴任者の生活習慣病対策」というテーマで講演。生活習慣病の概要から説き起こし、海外勤務にともなう生活習慣病のリスクについてアルコール、運動量、治安の関係による車中心の移動ほか、さまざまな要因が指摘された。また、海外勤務と生活習慣病対策に関するJOHACによる調

査結果の紹介もなされ、赴任地域の違いによる体重変化や、海外での食事・運動事情など、興味深い調査結果が披露された。

続いて岩手医科大学神経精神科学講座の鈴木満准教授による「海外赴任者にとってのしごと＊家族＊文化」では、自身の海外経験なども織り交ぜながら海外勤務とメンタルヘルスの関わりについて解説がなされ、会場からの発言もあわせ、会場は熱気に包まれた。

学会と推進センターの新しい連携の形

これまで各種学会と産業保健推進センターとの関わりでは、所長をはじめ相談員が個々に調査研究発表を行うことを中心に、ポスター展示、学会会期中に産業保健推進センターとしてのブースを設け各センターそれぞれの活動・研究成果を展示するといったことが行われてきた。

今回、学会ワークショップの1セッションを丸々引き受け提供するという点が、これまでにない新しい形として注目されるのだ。どうやらその橋渡し役は、先述の演者で、今回のワークショップの会長、さらに岩手センターの相談員も務める鈴木准教授のようだ。

そのあたり、今回の学会への参画の経緯について同センター平野雅義副所長に聞くと、「今年度当初から「海外赴任者健康管理研修会」を東北の各推進センターと岩手県医師会が共催する計画・予定をしていました。そんな折、鈴木先生から、①鈴木先生が多文化間精神医学会のワークショップの会長をされること、②ワークショップが盛岡市で開催されること、③ワークショップの1セッションに「海外赴任者健康管理研修会」が入ることができれば学会にとっても推進センターにとっても両得となることから、ぜひやってみませんかというご提案があって実現できました」と話してくれた。また、東北6県産業保健推進センター合同とした点については、「各推進センターが単独で開催することは難しいので、各推進センター間の協力が不可欠でした。ですから当初から合同・共催の合意の下、合理的に計画し、実施にこぎつけました」と説明してくれた。

PR効果も含め、産業保健推進センターの学会への積極的な進出・関与事例として、今回の研修会のあり方は注目できよう。

岩手産業保健推進センター

〒020-0045 盛岡市盛岡駅西通2丁目9-1
マリオス12階

TEL 019-621-5366 FAX 019-621-5367

よきパートナーシップを！

岡山市カルチャーゾーンの一角（後楽園・岡山城の傍）にある、岡山地域産業保健センター（センター長：中村淳一岡山市医師会長）を訪ねた際、産業保健などに関する、いくつかの案内書類に目をやった。その中に、同センターの名が記されたリーフレットや案内書が、いくつもあった。これらが、実にわかりやすくできている。

ひとつは、同センターと岡山産業保健推進センターの業務の概要を紹介したもの。ひとつは、同センター自身の業務内容を具体的にまとめたもの。さらに今ひとつは、同センターの事業の中で、昨今、力を入れている「働き盛りのメンタルヘルスケア支援事業」の詳細を記したものである。

すなわち、産業保健を支援する機関が身近にあること。また、従業員50人未満の事業場については同センターが頼りになる存在であり、とりわけ小規模事業場では対応が難しいとされるメンタルヘルス対策などの支援体制を



左から染矢氏、中村センター長、明石都子氏
（市医師会事務局長）

充実させていることなどが自ずと推し量れるように、これらから流されているのである。

開設は平成6年。中村淳一センター長に、同センターの現状について水を向けた。

「対象とする2万事業場の、およそ3割が大手企業の出先機関です。これらの事業場は、本社筋のシステムに組み込まれているケースが多くなってきているようで、比較的、産業保健に馴染みがある。一方、地場産業のほうで、反応が弱い面があります」

「最近の事業場との面談などで、メンタルヘルスや過重労働の悩みが話題になることが多くなっています」

どちらの話も要約だが、前段は、同センターに特徴的であった話、後段は、広く昨今の課題とされている話で、同センターの活動の方向性を指し示しているものだ。

さて、冒頭で記したリーフレットのひとつ、同センター自身の業務内容を具体的にまとめたものの中に、一際

目立つ語がある。

“無料で行います！”

“秘密を守ります！”

中村センター長は、「産業保健に係る費用は中小事業場にとって抜き差しならないものです。その点を考えて、まずは無料で相談に応ずることを強調しています。また『相談した内容によっては監督機関から指導を受けるのでは』などと考える事業場もあります。プライバシーの保護はもとよりですから、事業場からの情報を漏らさないことも明示しました」という。

それは実際の事業活動のなかでも奏功している。

同センターでコーディネーターを務める染矢洋佑氏は、固定相談窓口を開設するなど精力的に実務を展開しているが、「センターに足を運ぶきっかけは、とりあえず『無料だから』でもよいと思います。その後、秘密の厳守を徹底した上で、適切かつ具体的に支援・指導していく中において『また相談に来ました』という例は、少なくはないですよ」と実情を語ってくれた。「そのために、例えば固定相談窓口の開設などが“無駄足”になってもかまわない。来てくれた人が当センターを覚え、1人でも多く再び訪ねてくれれば」と、仕事の核心に触れる話も。事業場の、また働く人の、よきパートナーたるかまえ方なのだろう。

さて、最近の課題であるメンタルヘルスについて。セミナーの開催、個別相談会の実施、相談窓口の設置などで、啓蒙・啓発あるいは触発に余念がない。セミナーの参加者が、自ら「自分にメンタルヘルスに係る症状がみられる」と申し出て、直ちに対応したケースもあった由。

「また」と染矢氏。「産業医はもとより、定期健康診断時の問診を行った医師の方々も、メンタルヘルスに関する意識は高く、例えば内科が専門の医師が、ピンポイントでアドバイスをくれることがあります。それが、ほとんどのを射っているため、心強いところです」という。パートナーたちの好連携の例である。

中村センター長は、「今後は、過重労働を行う者の面接指導に関して、さらに啓発・支援を続けていきたい」と語るが、現在の、事業活動の力強さをもっていざせば、また、よき続報ができるものと確信したものであった。

岡山地域産業保健センター

〒703-8278 岡山市古京町1-1-10
(社) 岡山市医師会内

TEL 086-272-3236 FAX 086-272-9181

活動重ね産業保健の基礎を構築 期間終了後も同一産業医と契約

● 京都市：株式会社ケービーエス京都プロジェクト



産業医の岩瀬鐵磨医師

京都市の市街地中央を南北に走る烏丸通りを挟んで、京都御所の西隣、KBS京都放送会館内に事務所を置く株式会社ケービーエス京都プロジェクトは、昨年度で産業医共同選任事業制度の助成期間が終了したが、今年度も引き続き産業医と契約して保健活動を継続している。そこで、同社の産業医共同選任事業の取り組みと今後の保健活動の展開などについて伺うことにした。

同社は、放送局である株式会社京都放送の子会社で、従業員数は22人。バックグラウンドミュージック（BGM）の配給事業を中心に、テレビ・ラジオ番組やCMの企画制作、広告代理業務も行い、放送関連業務を広く展開している会社である。それでは同社の平井淳常務取締役（経営管理室長）に、これまでの同社の保健活動の状況を聞いてみることにしよう。



中央が平井淳常務。左が主任の西尾弘美さん。右が全面的な協力のあった京都放送総務局の清水宏真リーダー。

平井常務は、こんな打ち明け話から始めてくれた。同社の母体である京都放送で毎月開催される、産業医による健康相談会の案内掲示を見るたびに、「私のところでも従業員が会社で医師に気軽に相談できる機会を持っていないものだろうかと考えていました」という。健康診断を実施するものの、全員受診も達成されず、その後のフォローもままならない状況であった。そのような中であって、「数年前に

なりますが、メンタル面で不調を訴える者が出て、社員本人の同意のもと通院先の医師に症状などを聞きに出向いたのですが、期待する答えもなく、どこに相談し、どう対処してよいものか、困惑しました。幸い、休職するなどには至りませんでした。従業員の健康管理、保健指導などが喫緊の課題であり、会社指定の医師の必要性を痛感しました」と平井常務は当時を振り返る。そんな折、京都放送総務局を通じて、京都産業保健推進センターから産業医共同選任事業の勧めが舞い込んで来た。渡りに船のタイミングだった。

そこで、同一のビルに事務所が入居する京都放送の関連会社である、京都放送カルチャーセンターと京都メディアセンターと当社が代表事業者となって、平成16年度から同事業のスタートとなった。

共同選任の産業医には、京都放送の嘱託産業医であった岩瀬鐵磨医師（御幸町診療所長）に依頼した。

職場巡視に始まり、健康診断結果に基づく保健指導、健康相談、健康教育・衛生教育などが実施された。

平井常務は、「以前は健康診断結果について、医師に相談する機会もありませんでした。共同選任制度の期間中は、社員へのPRに努め、コンスタントに相談者もあり、健康管理の啓蒙にもつながったと思います。先生に健康診断結果を見てもらい、各社の保健担当者がアドバイスを受け、合同の健康相談会や個別相談などを定期的に実施できました。こうした活動を重ねることにより、会社として社員に実施すべき健康管理上の事項が整理されたとも思います。また、期間中は京都放送の全面的な協力があって、進め

ることができました」と笑顔で語る。

岩瀬医師は、「30年以上、京都放送の産業医を行ってきましたから、職場の状況は分かっていました。経営陣に耳の痛い助言もしましたが、理解され、積極的に取り組まれたと思います。社員の健康管理は仕事の効率にも大きく影響しますから、今後も積極的に展開されるものと思っていますし、今年度も引き続き産業医の依頼がありましたから、快くお引き受けいたしました。職場での心の健康問題は、ますます重要になっています。時間的な制約などもあり、外来だけでは難しいこともあります。職場事情を知る産業医が、時間をとり個別相談を行えることは大切なことではないでしょうか」と語り、協力はいとわないとも。

3年間の活動を振り返って平井常務は、「岩瀬先生からの保健指導や健康相談会が定着し、今まで100%の社員の健康診断結果が揃えられませんでした。今回の取り組みで全員の健診結果の保存も達成し、今年度もすでに全社員の健診予約が確認できています」と効果のほどを披露してくれる。健康診断機関等との連絡調整や社員とのスケジュール調整などを担当する総務グループ主任の西尾弘美さんも、「忙しさもありますが、会社がここまで考えてくれるのだ、との社員の思いは伝わってきます」と微笑む。

今後について平井常務は、「当社および他の2社も産業医選任の必要性を認識し、引き続き岩瀬先生と契約し、保健活動を継続しています。健康診断結果の再検査、要精密検査などの所見も岩瀬先生に指導をいただきながら、従業員の健康管理が向上できればと考えています」と締めくくった。

第5回女性医療フォーラムから

去る11月3日(土)、名古屋国際会議場(名古屋市熱田区)において、女性医療フォーラムが開催された。

労働者健康福祉機構では、女性のための医療の実践の場として5つの労災病院(釧路、東北、関東、中部、和歌山)に「働く女性外来」を開設している。同フォーラムは、「女性に関わる医療」について、医療従事者だけでなく利用者等の意見も交えて充実させるべく、平成17年7月の第1回以来、年2回のペースで行われている。これまで、よりよい女性外来の構築・発展、働く女性のヘルスサポートの充実、働く女性を社会の活力に、といったテーマが生まれ、上記働く女性外来を担当する労災病院医師を中心に、全国の専門家や関係者をゲストに、毎回貴重な報告と活発な議論がなされてきた。

第5回めとなる今回のテーマは、今後の性差医療の推進に大きな役割が期待される女性医師の就業についてスポットをあてた「今、女性医師が担う日本の医療」。第1部では、宮治眞氏(愛知県医師会 人材育成センター長)による「女性医師の就業状況と復職援助の実際—ドクターバンク制度の現状と問題点」、清野佳紀氏(大阪厚生年金病院 院長)による「病院全体で取り組む女性医師の子育て支援」、山崎麻美氏(大阪医療センター 副院長)による「女性医師の勤務改善プロジェクトについて」、加藤備子氏(藤田保健衛生大学 脳神経外科教授)による「女性医師40%時代における医学教育と医師研修」の4つの講演が生まれ、第2部では、演者4人に労災病院の働く女性外来担当医師が加わる形で「女性医師に今なにが求められているか」というテーマでパネルディスカッションが行われた。

宮治氏によると、平成18年9月に開設した、医師と病院とのマッチングを図るドクターバンクの利用状況は、同19年9月までの1年間で、求人数84件に対し求職者数26件、うち女性医師は6人であったという。特に女性の場合、常勤希望が少なく、勤務時間厳守の希



会場を埋めた約150名余の聴講者。質疑応答・議論も活発に行われた。

望が多いという。一方で子育てを抱える女性医師の現状が垣間見える結果だ。

加藤氏からも、日本の女性医師の割合が現在の14.3パーセントからいずれは40パーセントになるであろう状況にあって、過重労働と子育ての問題に関して警鐘が鳴らされた。

また清野氏と山崎氏からは、それぞれの病院における女性医師の子育て支援、勤務改善の実践がレポートされ、必要な支援の柱として、①同僚の理解も含むワークシェアシステムの構築、②家族の理解、③具体的な子育て支援の3つがあげられた。また、たとえば残業・当直なしの6時間勤務、その時間数に応じた給与といった枠組みで運用し、業務的に支障がないばかりか、それにとまなう外部からの応援も含めた調整により逆に増収につながったという結果も示された。

興味深いのは、セッション終了後に清野氏と山崎氏に話を聞くと、両者が口を揃えて、女性医師への子育て支援、勤務改善の取り組みを行ったところ、看護職の離職が有意に減ったという。ポイントは、「いろいろな人がいて、その人に合った環境をいかに提供できるか、選択肢を用意できるか」にあるという。

産業保健上の大きなテーマのひとつでもある女性労働、女性の健康問題。これを支える有力な外部資源の1つである「働く女性外来」、そして女性医師の今後に注目していきたい。

過重労働の面接指導の 実際とポイント

三井化学株式会社本社健康管理室長 統括産業医 ● 土肥 誠太郎

1. 法的な背景

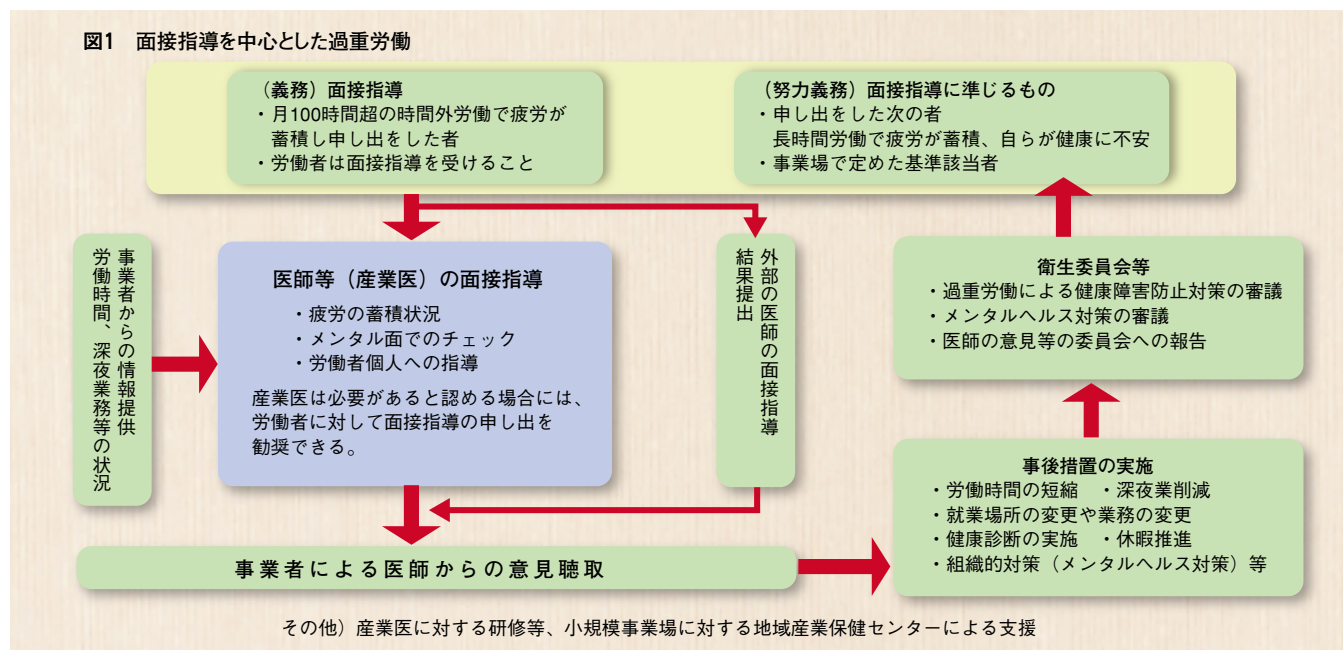
いわゆる「過労死」がマスコミで取り上げられ、その後の司法の判断と社会的要請を受ける形で、2002年2月に「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（基発第0212001号）が出された。そして、2006年の労働安全衛生法（以下「安衛法」）等の改正により、第66条の8および9に、「面接指導等」の項目が、労働安全衛生規則第52条の2～8にその詳細が規定された。脳・心疾患および精神疾患による労災認定は、認定基準等が明確にされ、申請件数・認定件数ともに増加してきており、2006年度と2007年度を比較しても増加基調を取っている。

面接指導は、過重労働による健康障害の早期発見の手法であって、予防の本質は就業時間の管理等により、過重労働を無くすことであることは言うまでもない。した

がって、産業医としては、過重労働を減らすことや労働時間を削減する仕組みが十分に機能するように、事業主に要請するとともに、職場管理者教育などで過重労働と安全配慮義務の概念や具体的な方法論を十分に教育して、初めて面接指導の効果が発揮されることに十分注意する必要がある。

また、面接指導には安衛法上の義務と努力義務があり、これらの両者を満たすことが、事業主の安全配慮義務として求められている。これらをまとめると、面接指導を中心とした過重労働対策のような、サイクルができると考えている（図1）。面接指導の努力義務を適切にはたすためには、産業医が面接指導の全体的な結果を踏まえ、衛生委員会等で過重労働対策に関する意見を述べ、事業場全体の施策や面接指導対象者の選定基準に反映されることが重要である。産業医はこのような観点で、面接指導全体および過重労働対策全体を見る必要がある。

図1 面接指導を中心とした過重労働



2. 面接指導の流れ

面接指導の流れを図2に示した。いわゆる特殊健康診断と比べて、そのプロセスに大きな違いはない。長時間労働による健康影響評価の基準が明確でないことや就業上の措置の要否の判断に迷う場合が多いなどが特徴となる。一般的な面接指導はすでに多く参考書籍やマニュアルが出ており、系統的に対象者を見ていくには、非常に参考になる。しかし、過重労働に関する面接指導の対象者は、なかなか減少しないのが実情であり、ある程度簡略化して実施したいと考えるのが産業医の実情であろう。そこで、本稿では、面接指導のプロセスの一部に焦点を当て、実施上のポイントを考えてみたい。

3. 実施上のポイント

1) 面接指導対象者の選定と通知

まず、事業者より労働時間や勤務形態の情報を、産業保健スタッフが受け取る場所から、面接指導を始める必要がある。安全配慮義務の観点から、一定の疾病を持っている者や生活習慣病リスクの高い者は、時間外労働が少なくても一定の注意を払う必要があると考える。したがって、事業場独自の基準（努力義務による面接指導対象者）の選定に当たっては、生活習慣病リスクの高い者、現病歴、既往歴、新入社員、配置転換後、健康診断事後指導のできていない者、今までの面接指導や健康診断の結果等を参考に、産業医が対象者を選定できるようにしておくことが望ましいと考える。

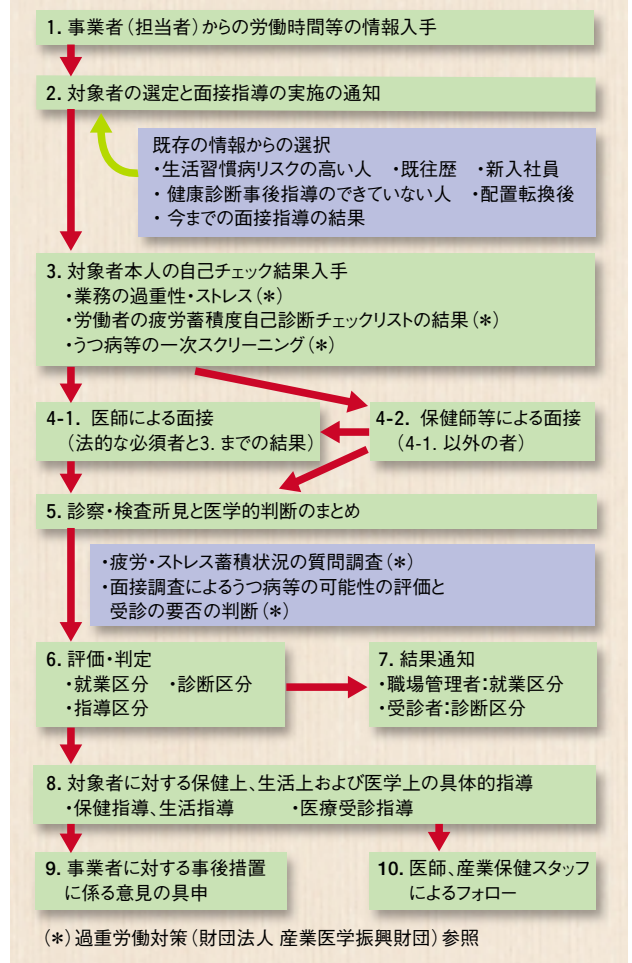
さらに、事業場内の組織変更、プロジェクト、トラブル対応など職場の状況を参考に、重点対象職場を検討するなどの考え方が必要である。

面接指導の実施通知は、職場管理者を通じて本人に通知されることが、職場管理者への注意喚起を含めて重要である。

2) 面接の内容・方法

面談する際には、診療のように「どんな症状がありますか？」という質問で始まるのではなく、「働きすぎのようですが、お元気ですか？」と挨拶から始めたいと考えている。また、職場の忙しさ等を念頭に、「……で忙しいのですよね」と対象者の職場状況の一部や企業全体の状況を理解していることを示す発言も、共同の認識に立つ上で重要と考えている。

図2 面接指導の流れ



顕在化している疾病がある場合は、後の判定が大きく変わる可能性があるため、現病歴の有無の確認を行い、治療を受けている場合には治療状況を確認することになる。

次に、(1) 勤務の状況、(2) 生活状況、(3) 自覚症状（うつ症状を含む）と疲労蓄積状況、(4) 職場の状況、(5) 今後の時間外勤務の見込みなどを聞きながら、対象者の1日や1週間の生活をイメージすることが重要と考える。

(1) **勤務の状況**：今までの時間外勤務／月と休日出勤の状況、最近の具体的な勤務時間、長時間勤務に陥った理由、仕事のやりがい等を聴く。

(2) **生活状況**では、通勤時間、睡眠（何時から何時まで、入眠の状況、中途覚醒や早朝覚醒の有無・頻度）、食事の状況と食欲、休日の過ごし方、休日に仕事のことを考えてしまうかどうか等、長時間勤務が生活リズムに大きな影響を与えているか念頭に、生活状況を聴く。

(3) **自覚症状**は、一定の様式で、有無だけでなく、時々・しばしば等の頻度も合わせて、問診票に記入してもらい、それを見ながら変化や本人が気になっている症状を確認していくことが適切と考えている。うつ

症状に関しては、うつ状態の評価が客観的にできる質問紙等を用いることが必要である。また、疲労蓄積状況を質問紙などであらかじめ調べておくことも適切な方法となる。

- (4) **職場の状況**は、職場の同僚の業務の状況（業務の偏りがいないか）、職場内の人間関係、本人の業務状況を上司が理解しているか等、本人の立場を理解できるように聴く。
- (5) **今後の時間外勤務の見込み**は、季節的な業務変動や人員変化などを聞いて、自覚的な時間外勤務の見込みを聴く。
- (6) **その他**として、今までの多忙な状態と比べて現状はどのレベルか、自覚的には今の状況を大きな体調の変調を来さずに乗り切れると考えているのか、など自覚的な見込みを聴くことも重要な判断材料になる。

3) 判定

面接結果およびその他の質問調査結果を基に、診断区分・就業区分・指導区分をきめることになる。あくまでも総合評価であり、判断に苦慮する場合が多いが、以下のように考えている。

(1) 診断区分

診断区分は、要医療・要観察・異常なしに分類するのが適当と考えている。

①要医療の判断

- 治療中の疾病の悪化が見られる場合、脳・心疾患の症状がある場合
- メンタルヘルス不調の症状が明らかに出ている場合
- 睡眠不足・不眠を含めた生活リズムの変調が著しい場合
- その他の検査所見で、医療機関の受診が必要と考えられる場合
- 要観察より状態が悪いと考えられる場合

②要観察

- 今までに経験のない労働時間になっている場合
- 2-3カ月の内に労働時間の改善を見込めないと本人が考えている場合
- 睡眠などの生活リズムの乱れを自覚しており、休日などで修正ができていない場合
- 長時間労働にともなうと考えられる自覚症状の悪化を感じている場合
- 検査所見で経過観察を要する異常がある場合

③異常なし

- 時間外労働時間が非常に多くなっていることを自覚しているが、労働時間の改善が2-3カ月で調整できると考えている場合

- 睡眠などの生活リズムの乱れを自覚しているが、休日などで修正でき、身体的・精神的休養を取れている場合
- 長時間労働にともなうと考えられる自覚症状の悪化がない場合
- 検査所見で経過観察を要する異常がない場合

(2) 就業区分

就業区分は、通常勤務・就業制限・要休業に基本的に分類するのが適当であると考えている。通常勤務は、診断区分で異常なし・要観察が基本的に該当し、就業制限・要休業には診断区分の要医療が該当すると考えている。しかし、通常勤務の場合でも、職場管理者に、これ以上状況が悪化しないように注意を喚起することが重要であり、この方法が面接指導後ポイントになると思う。

①職場管理者への結果通知

診断区分で、要観察と判断した場合、これを職場上司に伝えとともに、産業医として判断した本人の疲労度を通知するようにしている。「通常勤務可（ただし、明らかな疲労の蓄積を認めます）」「通常勤務可（ただし、1カ月後に産業医または保健師による状況確認が必要です）」などを記載するような工夫が必要であろう。

要観察と判断した場合で、職場管理者が本人の勤務状況を十分に把握していないのでないかと考えられることもある。このような場合、職場管理者に対して、本人と面談して業務状況を話し合い、その結果を産業医に報告してもらうなどの方法も、適切で具体的な方法と考えている。過重労働対策は作業管理である。したがって、本人と職場管理者が、本人の業務の状況を共有し、改善を自主的に考えることが、本当の予防につながると考えている。

②就業制限と要休業の内容や判断

他の書籍を参考にしたい。

ただし、本人が元気で生活習慣病リスクがなくても、100時間／月以上の時間外労働をしておりこれが修正される予定がないのであれば、「残業時間の軽減が必要である」との意見は、産業医として述べるのが当然適切であると考ええる。

(3) 指導区分

指導区分は、あまり明確に分類する必要はないと考えている。診断区分が異常なしだから指導しなくてよいと考えるのではなく、生活のリズムの保持改善のための予防的なアドバイスや脳・心疾患の予防としての生活習慣の指導をするのが適切と考えている。無論、要医療と判断した場合、本人と話し合い具体的な行動をどのようにするか決めることは言うまでもない。

長時間労働をしている者でも多くの場合、生活リズムを修正するための行動を取っている。特に休日の行動に注目して、ストレス解消や休養のための本人の行動を誉めて、今後も続けることが重要であることを認識させる必要があると考える。運動習慣は心身両面のメリットがあるので、運動習慣改善への指導は、特に重要であるとする。さらに、睡眠の状態や自覚症状の変化に関して、個人別の注意事項を伝えるなどが、基本的に本人への指導として考えられる。

4) 経過観察の重要性

産業保健の特徴として、経過観察の容易性がある。病院や診療所では経過をフォローしたくても、直接会うためには、本人が大きく時間を割いて来院する必要があるが、産業保健の現場では、対象者は事業場内におり産業保健スタッフも頻度の差こそあれ事業場内にいる。このことを活用して、対象者と合う機会をきちんと持ち、変化を観察することが重要である。健康診断後の保健指導や特定健診の保健指導を行うに当たっても同様であるが、過重労働の面接指導の際にも、面接で産業医が不安を感じた場合、経過観察を行うことをいわずに考えることが大切であろう。

5) 事業者に対する事後措置に関わる意見の具申

就業制限をするに当たり、面接指導の結果のみから一方的に就業制限を行うことは、実行不可能な就業制限になったり、就業制限により本人へのストレスがさらに増すことになる場合がある。また、職場管理者が過重労働の面接指導の意義や安全配慮義務を十分に理解していない場合もある。したがって、残業時間の削減のような数値で簡易に就業制限することが適当な場合を除き、職場管理者からも本人の就業状況や業務内容を聴き、本人にとってもっとも負荷の高い業務は何か、まず改善できる点は何かなどに関して、本人・職場管理者・産業医で共通認識を築くことが必要である。職場管理者にも十分に法令に関する知識をもってもらい、話し合うプロセスの中からは、本当に必要で効果的な業務改善（就業制限）が生み出されると考える。

一方、個人情報の保護には十分な注意が必要である。健康情報の取り扱いに関して、企業内・事業場内での取り決めを明確にしておくことが望まれる。また、産業保健スタッフは、いつもプライバシー保護と安全配慮義務のバランスを考えて行動する必要がある、プライバシー保護より安全配慮義務履行のための助言が優先される場

図3 特定超勤者健康診断個人票

合があることを念頭においておく必要がある。職場管理者に重要な就業制限を要請する場合には、本人との面接時点で、職場管理者に開示する情報の範囲・表現などについてあらかじめ同意を取るように務めることが適切である。しかし、本人が同意しない場合、法的な背景を説明した上で産業医としての行動を通知しておくことは最低限必要であるとする。

6) 結果の保存

面接指導の結果や健康診断の結果を含め、個人のデータを経時的に見ることが容易な形式で保存しておくことが重要である。特に、過重労働による面接指導の場合、労働時間の変化・生活のリズム・自覚症状などの変化が一目で読み取れることが大切であろう。多くの事業場で問診票や判断基準の工夫があるとする（一例として：図3）。

4. おわりに

過重労働の面接指導は、医師等の判断に大きく委ねられている。過重労働の面接指導は労力を要し、判断基準があいまいで、対応に苦慮する場合も多いと感じる。標準的な方法論が明示されていない以上、工夫して行う以外にない。予防と早期発見の見地から、現状で余り健康上の問題になっていない対象者への対応と本人と職場管理者のコミュニケーション、さらに、今後の本人の気づきをよくするような観点で、面接指導とその結果を活用したいと考えている。

医療機関における 産業保健管理

独立行政法人 労働者健康福祉機構
福岡産業保健推進センター 所長

織田 進

1 はじめに

医療機関の種類や医療従事者の職種にもよるが、従来から存在する腰痛などの筋骨格系障害や放射線被ばく、有機溶剤による疾患等に加え、対人ストレス、命に対する責任感、長時間労働による過労、医療過誤に対する訴訟の増加などのストレス、化学テロ（サリン事故等）、感染症（SARS等）等新たな脅威にもばく露する可能性がある。しかし、産業保健活動の重要性はあまり認識されていなかった。医療従事者はその仕事の性質上長時間労働が当然のごとく考えられたり、ストレスのことはよく理解していると誤解されてきた。だが、よりよい医療を提供するためには医療従事者自身が健康であることの重要性が最近やっと注目されるようになった。

従来より、患者に質の高い医療を提供し、医療過誤を防止する等安全を守る取り組み（感染症対策委員会、医療安全推進対策委員会等）やセクシュアルハラスメント等防止委員会は積極的に実施されているが、平成16年より、国立大学や国立研究機関・病院等の独立行政法人化が実施され、労働安全衛生法の適用を受けるようになったこともあり、医療機関における産業保健活動の活性化および既存の委員会との連携が期待される。

2 医療従事者のための安全衛生管理体制

最初に病院長の指導のもとに安全衛生委員会を立ち上げることが重要である。産業医の選任が困難な場合、病院長が産業医になっているケースがあるが、病院長は安全衛生委員会の議長になり、別に産業医を選任することが望ましい。内部の産業医が立場上中立で活動できない場合、外部の労働衛生コンサルタントを活用することも検討する。実際、外部の労働衛生コンサルタントに職場巡視後安全衛生委員会に出席し改善提案などをしてもらっている医療機関もある。嘱託産業医に委嘱する場合は、労働衛生コンサルタントの資格を有する医師が開業して

いる地域もあるので活用を考える。メンタルヘルス関連の対策を充実したい場合はEAPに依頼するか、保健師を活用し、健康相談の中でメンタルヘルス関連の相談を受け、外部の医療機関に紹介することもできる。このような保健師を常勤で雇用することが困難な場合、労働衛生コンサルタントの資格で開業している保健師に依頼することもできるようになっている。なお、保健師は都道府県労働局に申請すれば第一種衛生管理者の資格を取得することができる。従業員が201人～500人の医療機関では、衛生管理者を2名以上（事業場規模に応じて選任数が決められている）を選任する必要があるが、1名を外部の労働衛生コンサルタントに委嘱することができる。

衛生工学衛生管理者（選任の必要な事業場（労働安全衛生規則第7条第1項第6号））に関係して、病院には、放射線や高気圧治療等の異常気圧下の作業があるが、実際にそれらにばく露されることはほとんどない。放射線の場合は管理区域外に漏れていないかを定期的に測定することが必要である。高気圧酸素タンクでの治療に医師などの医療従事者が患者といっしょに入る場合以外は問題ない。

労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）の導入：医療機関で産業保健活動を始めるに当たって、産業医科大学・産業医実務研修センターのホームページに掲載されているOSHMS（病院に関しては現在準備中とのことである）が参考になる。ここでは、健康と安全に関する「基本方針」と、安全衛生組織、計画、実施方法、評価に関するシステム文書、実施要領集がダウンロード可能である。例えば、職場巡視実施要領、健康診断実施要領、法令遵守状況確認実施要領、母性健康管理措置実施要領、年間計画策定評価要領およびそれらの文書例などがある（<http://www.uoeh-u.ac.jp/JP/medical/oshms/index.html>）。医療機関によっては、大学と同様に各部署の独立性・独自性が強い場合、その部署ごとに安全衛生推進者を任命してもらい、責任者がOSHMSを理解し、産業保健

活動を自主的に実施する。その場合、産業保健スタッフは側面から立ち上げおよびそれらの活動を支援することが効果的と思われる。

3 各種委員会との連携

1) 感染症対策委員会

MRSA、結核などの感染症について、患者の安全を守ることを主体に検討する委員会であるが、最近SARS、インフルエンザのように医療従事者自身の健康を守る意味でも非常に重要である。このため、産業医など安全衛生委員会の委員が両方の委員会に出席し、情報交換することが必要である。

2) 医療安全推進対策委員会

インシデントレポートの提出などが医療従事者に求められているが、中には、特に自尊心の高い医療従事者にとってインシデントレポートを書くことがストレスとなり、それがきっかけでメンタルヘルス不調を訴えることもある。このため、産業保健スタッフは医療安全推進対策委員会の情報も入手することが必要である。職務上ミスを犯しやすい職員には早期に産業保健スタッフが関与し、職場不適応やうつ病等の発症を未然に予防する。

3) セクシュアルハラスメント等防止委員会

総合大学では、教員と学生との間、職員間のハラスメントには取り組んでいるが、病院での対策は遅れており、多くは現場にまかされている。看護師が患者や医師からセクシュアルハラスメントを受けた場合、退職等人事労務上の問題だけでなく、うつ病等健康問題として産業保健の対象でもある。

雇用管理上配慮すべきは、①セクシュアルハラスメントの対応に関する規則を定め、その周知・啓発、②相談窓口の設置、③被害の事実関係の調査および迅速な対応である。長時間労働者およびメンタルヘルス不調者対策等、今後産業保健スタッフは人事労務担当者との連携がますます重要になる。

4) 学生委員会（大学病院、看護学校を併設する医療機関等）

最近、十分な危機管理ができない、患者や同僚とコミュニケーションがうまくとれない学生が増加していると思われる。臨床実習などで学生が患者に直接接触する場合、感染症（結核、インフルエンザ等）や患者・医療従事者とのトラブルについて、産業保健スタッフの立場で対応できることがある。産業医等は学生委員会を介して、事前に必要な情報を提供することが重要である。例

えば、入学時にツベルクリン反応の実施やB型肝炎ウイルスの予防接種の重要性を周知する。また、コミュニケーションの不得手な学生の中にはうつ病等健康問題を抱えていることがあるため、産業医等は本人の了解のもとに指導医に必要な情報を提供する。

4 医療機関における産業保健活動に関する重要課題

1) メンタルヘルス対策

事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（平成12年8月9日付け基発第522号）、労働者の心の健康保持増進のための指針（平成18年3月31日公示第3号）等を参考に、心の健康づくり計画の作成、セルフケア、ラインによるケア等の内容とするメンタルヘルスカを積極的に推進し、うつ病の予防および早期発見・早期治療、適切な職場復帰の支援が求められている。しかし、平成17年12月に実施したアンケート調査¹⁾では、その認知度は低く、メンタルヘルス対策を実施しているのは43.7%であった。

また、女性医師が2割弱から4割台と増加しつつある中で、女性医師の自殺率は男性医師と同様であるとの報告や出産、育児、男性医師との競争等女性医師に特有な課題²⁾があることから、とくに女性医師のメンタルヘルス対策は急務である。

新規採用の看護師は、忙しさに加え、知識の不足や技術の未熟のため悩んでおり、ストレスを感じている。平成16年に就職した新卒看護師の8割以上が1度は辞めたいと考え、実際に12人に1人が退職したとの報告がある（日本看護協会）。メンタルヘルス対策の一環として、新規採用の看護師の面談の経験から、就職直後の研修は一部の新人看護師には不十分と思われる、新人看護師に対しては、毎日の業務の中での指導体制の充実が必要である。

医療従事者のストレス要因は、他の職種と同様人間関係がもっとも多い。平成17年、メンタルヘルス対策に重点をおいた参加型職場改善活動のためのツールが開発され、人間関係の改善にも有効と報告された³⁾。医療機関においても、安全確保対策、人間工学的改善、職場内コミュニケーションの促進等85件以上の改善がすでに文献⁴⁾になっている。さらに、病院の5S活動を介して、モノを採すムダの削減、スペースの有効活用、ヒューマンエラーの低減、院内の事故防止、患者の満足度向上にも効果が得られたとの報告がある⁵⁾。

2) 過重労働

長時間労働の観点から、日本の医師の勤務時間は確か

に長いことをデータが示しているが、長時間勤務は必ずしも過重労働と同じではない。特に医師において、労働と自分の勉強や研究との区別が困難である。当直を一律に時間外労働と考えることも意見の一致を見ていない。医師の当直に関する考え方は、厚生労働省からの通達を参照してほしい（基発第0319007号、平成14年3月19日）。ほとんど寝る暇もなく業務に従事した場合は、翌日は代休がとれるようにすることは医療過誤を防止する上からも重要なことである。

3) 交代勤務

深夜業従事者に対して健康診断を年2回実施する。交代制勤務では、睡眠障害や疲労の蓄積に注意し、年休の取得状況にも注意する。看護師寮の個室化等によりすでに睡眠障害が一部改善されたこともあるが、病院から看護宿舎までの通勤途上における夜間の安全にも注意する。

4) 院内暴力

医師に対する暴力の報告では、若い医師および精神科医が暴言を受ける頻度が高く、女性医師、精神科医および救急医は身体的暴力を受ける頻度が高い。日本でも最近マスコミに取り上げられており、今後は組織としての対応が始まることを期待している。すでに暴力対策のガイドラインを公表している大学⁶⁾もあり、マニュアルづくりの研修会も開催されている。

看護師に対する暴力についての報告では、暴力に遭った看護師は、absenteeism(長期休職)、ケアの質の低下、能率の低下、退職、再就職が困難等の問題がすでに指摘されている。暴力を受けた看護師が自分を責めることを止め、また上司が看護師に落ち度があるような発言をしない等の文化を育てる必要がある。このためにも、医療機関が組織として院内暴力に対する取り組みが不可欠と考える。

5) 感染症

医療従事者に対して強く推奨されるワクチン接種はB型肝炎、インフルエンザ、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘である⁷⁾。

① B型肝炎、C型肝炎

針刺し事故等の防止対策、事故後の措置等のマニュアルを作成し、B型肝炎に対しては、ワクチン接種を実施する。C型肝炎ウイルスに感染した場合、インターフェロン投与の適応等を決めておく。

② インフルエンザ

学校保健法では、「解熱した後2日を経過するまで」をインフルエンザによる出席停止期間としているが、「ただ

し、病状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めたときは、この限りではない」となっており、医師の裁量が認められている。また、職場復帰の目安については決まった規則や取り決めはない。医療従事者の場合、患者に感染させる危険性と一定期間病休が必要になることも考え、ワクチン接種が重要である。

③ SARS

平成15年の世界的流行時にも、日本での報告例はなく医療従事者のSARS等に対する感染症対策の意識は十分とは言えない⁸⁾。将来の新興感染症の流行に備えて、マニュアルの作成（SARS院内感染防止の指針、平成16年1月）や適切な保護具着用の訓練が必要である（<http://idsc.nih.go.jp/disease/sars/GD-imcj.html>）。

④ 麻疹

最近では、成人発症例が増えており、大学などで集団発生が報告された。医療機関での麻疹の対応について、国立感染症研究所感染症情報センターから入手できる（<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/index.html>）。

⑤ HIV

先進国の中では、日本が依然としてエイズ患者、HIV感染者が増加している。針刺し事故等で、医療従事者がHIVに感染の可能性がある場合の対応（届出、問診、検査、内服薬の予防投与など）のマニュアルを作成しておく。医療従事者として、HIV感染者およびエイズ患者に偏見をもたないように教育することも重要である。

⑥ 結核

医療従事者は就業前に、とくに医師、看護師は学生の間にツベルクリン反応などにより結核に対する抵抗性を調べておく。ツベルクリン反応陰性の場合、結核患者（とくに排菌のある場合）に接触後は注意深く観察する。成人に対するBCGの効果は不明である。ツベルクリン反応に変わり、BCG接種に影響を受けないクオンティフェロン[®]TB-2Gが使用できるようになり、結核予防法が廃止され、保健所への届出は直ちに報告することになった。

6) 化学物質

① グルタルアルデヒド

事業者はグルタルアルデヒドを使用して消毒作業が行われている屋内作業場においては、「医療機関におけるグルタルアルデヒドによる労働者の健康障害防止について」（基発第0224007号、平成17年2月24日）により、空気中のグルタルアルデヒドの濃度を測定および測定結果に基づく措置、健康管理、労働衛生教育を実施することが求められている。われわれも以前グルタルアルデヒドを使用

図1 病院病理部ダクトの改善前

天井部分の吸い込み口が作業面より遠いため、局所排気が不十分である。



図2 病院病理部ダクトの改善後



しており、内視鏡室の換気などの改善を実施したが、結局グルタルアルデヒドはフタルールに変更した。

② エチレンオキシド

平成13年の労働安全衛生法の改正に基づき、エチレンオキシドによる滅菌作業が特定化学物質等障害予防規則等の適用を受けるようになった。このため、中央材料室のエチレンオキシド濃度を年2回測定する必要がある。また、健康診断については、雇入れ時、配置替え時、さらに、6月以内ごとの一般定期健康診断を実施する必要がある。

平成14年の調査では、第2管理区分が16%、第3管理区分が11%であり、6カ月以内の健康診断の実施率は54%であった（大分産業保健推進センター、平成15年）。

③ ホルムアルデヒド

職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン（平成14年3月15日付け基発0315002号）では、0.08ppm（80ppb）以下にするとされている。「文部科学省の学校環境衛生の基準」（平成14年改訂）80ppbとなっているが、病院病理部での測定では、1,560ppbなど高値を示したとの報告がある。安価な局所排気装置でも明らかな改善がみられている（図1、図2 産

業医科大学・産業生態科学研究所・健康開発科学研究室：大和教授より提供）。

④ キシレン

病理検査における包埋・染色や血液細胞の塗抹標本のオイル除去にキシレンが使用されている。管理濃度は100ppmであり、職場におけるキシレンの測定値が管理区分1であっても、10ppmを超えると強い臭気があるので、局所排気等を工夫する。

7) VDT

病院情報システムの導入により、今後はカルテの電子化等ますますVDT作業が増加しているが、外来、病棟、中央検査部門はVDT作業にはスペースが狭く、作

業姿勢に負担がかかるなどの問題もある。医療機関におけるVDT対策は重要になる。

8) 腰痛等筋骨格系障害

平成18年度の業務上の疾病の5割は腰痛が占め、医療従事者の腰痛の有病率は8割を超えると報告されている。女性の職種で、腰痛のリスクのもっとも高いのは療養・介護施設と報告されている。腰痛発症予防のためには、作業負荷の軽減だけで不十分である。実際に、ストレスも腰痛の1原因とされている。看護師の場合、高身長、頭痛や憂鬱な気分のものに腰痛の発生が多いとの報告もある。また、最近の若い看護師の中には、BMIが低く、やせ気味の傾向が強く、筋力も低下していると思われる。一方、患者は肥満傾向にあり、患者の動作介助等で看護師の腰の負担が増加している。



おわりに

医療機関における産業保健活動は非常に範囲が広く、どこまでが産業保健活動か決めるのは困難を伴う。安全衛生委員会、学生がいる場合は学生委員会等を活用して、組織としての取り組みの中で、その活動範囲や他委員会との関係を協議し、連携しあうことが重要である。

参考文献

- 1) 健康で働きやすい職場をめざして—医療機関における過重労働・メンタルヘルス対策に係わる基礎アンケート調査より—、(財) 労災保険情報センター、2006
- 2) Rout UR and Rout JK: Stress Management for Primary Health Care Professionals, Kluwer Academic/Plenum Publisher, New York, 2002
- 3) 吉川徹、小木和孝：職場改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリスト、日本産業衛生学会・産業精神衛生研究会編、職場のメンタルヘルス—実践的アプローチ—、東京：中央労働災害防止協会、pp.146-154, 2005:
- 4) 坂田知子他：医療機関におけるメンタルヘルス対策に重点をおいた参加型職場環境改善、労働科学、82(4)：192-200, 2006
- 5) 高原昭男：病院5Sの進め方、日本プラントメンテナンス協会、2005
- 6) 山田佐登美：院内暴力防止への取り組み、岡山大学医学部・歯学部付属病院のガイドライン、看護管理、16(10)：811-817, 2006
- 7) 相澤好治（監修）和田耕治（編集）：医療機関での産業保健の手引き、篠原出版社、p.59, 2006
- 8) Imai T, Takahashi K, Hoshuyama T, et al.: SARS risk perceptions among health care workers, Japan. Emerg Infect Dis 11:404-410. 2005

労災疾病等13分野の医学研究・開発、普及事業の1つである「振動障害」部門の拠点として、平成16年に山陰労災病院内に「振動障害研究センター」が設置され、有効かつ的確な診断・治療方法であるFSBP%測定の研究開発が行われている。同センター長で、振動障害の研究に30年以上の長きに渡り携わっている那須吉郎医師に、最先端の診断方法などについて紹介してもらった。

身体的負担が少なく 精度の高い診断が可能に

振動障害は、末梢循環障害（レイノー現象、以下“VWF”）、末梢神経障害（手指のしびれ・痛み・感覚障害）、骨・関節系の運動器障害（握力等の低下）の3障害から構成されている。同センターでは現在、VWFを診断するため、局所冷却による指動脈血圧測定法「FSBP%」の有用性の評価を研究テーマとして取り組んでいる。

国内では振動障害のVWFを含めた末梢循環障害の機能検査として、5℃または10℃の冷水に10分間片手浸漬後の皮膚温回復状態を負荷後10分間観察（冷却刺激後の血管拡張機能の観察）する冷水負荷皮膚温テス

トが現在でも広く行われている。ただ那須氏は「この検査には多くの問題点が内在しています」と指摘する。「簡便さと検査費用の面から健康管理目的で集団としての評価には適した検査ですが、個々の症例の末梢循環障害の程度の評価には適していません。また、高齢者がこの検査をする場合、大きな身体的負担も強いられます」と話す。

VWFは寒冷期に全身に冷えを感じた時、発作的に指動脈が強く収縮し指の血液循環が途絶し、指の皮膚色調が蠟燭のようになるので「白蠟病」とも俗称される。同病院では、寒冷刺激による指動脈の血管収縮機能を測定することがVWFの診断に合目的、かつ負担の少ない検査方法であるFSBP%の測定機器を昭和57年に日本で始めて導入した。さらにこの検査方法は、平成6年に開催された振動障害に関する国際会議・ストックホルムワークショップでも推奨され、「欧州ではスタンダードな検査方法としてすでに確立しています」と、那須氏は説明する。

FSBP%は、冷却刺激による指動脈の血管収縮機能の程度を観察する



（左から）那須センター長、米原検査技師、石垣検査技師。

末梢循環障害“レイノー現象”の診断に、 信頼性の高いFSBP%測定を積極的に導入



FSBP%測定の例。

FSBP%測定機器
(HvLab社製)。

人工気候室。



ために、指の基節部で阻血用のカフを巻き、5分間指の血流を遮断。血流遮断中、中節に装着した冷却用のカフに10℃の冷水を循環させ指を冷却し、5分間の冷却直後の指動脈血圧の変化を、手指の末節部に装着したストレンゲージで測定する。指の血圧変化から指動脈の血管収縮状態を調べ、VWFが存在するか否かを推定する。那須氏はFSBP%について、「数値が0%であれば、確実にVWFが存在します。さらに60%以下でもVWFが存在する可能性が高いと認められます」と説明する。VWFに対する診断精度は、冷水負荷テストよりもはるかに高いという。すでに北欧などでは、FSBP%による診断が積極的に導入され、「問診時にVWFが確認でき、FSBP%が60%以下であること」が、業務上診断の必須条件となっているとのこと。

現在、FSBP%の測定機器には、Medmatic社製の2チャンネルのDM2000とHvLab社製「マルチチャンネルストレンゲージプレストモグラフィ」が使用されている。「DM2000」では、母指を対照指として測定する

ために、患指としては1本の指のみの測定しかできなかったが、「マルチ」では対照指（母指）以外の4本の指で同時に測定することが可能となり、得られる情報量も多く診断精度がより高くなった。ただ、この機器は研究用で、国内での臨床応用でも問題点があったことから、同病院ではより使いやすくするためにストレンゲージの改良を発売元と共同で行った。また非常に高価なため、これらの機器が設置されているのは、現在、DM2000が6労災病院、マルチは同病院を含め4カ所だけであり、普及があまり進んでいないという問題がある。

診断精度を上げる 設備(機械)と技術(人)とは

冷水負荷テストやFSBP%測定などのVWFの検査は、検査場所の環境（室温、気流、着衣量など）に大きく左右される。そのため、同病院では、室温、湿度を自由に設定できる「人工気候室」を設置し、診断精度を向上させた。

また、診断精度の高いFSBP%測定

を行うには、「臨床検査技師の活躍なしでは語れません」と那須氏は強調する。その大役を引き受けるのが、同病院の石垣宏之、米原晴子の臨床検査技師の2人である。振動障害を担当して2年半の米原技師に測定の難しさについて聞いたところ、「人工気候室があっても、服装によって体温が変わってしまいます。また、患者をリラックスさせて、力まないようにすることも重要です。以前、十分なデータが得られなかったときに調べてみたら、（冷却刺激による痛みのため）手指に力を入れていたということがありました。患者を最善の状態で測定することも、私達の仕事です」と話してくれた。

最後に那須氏は、今後のVWF検査のあり方について、「現在の冷水負荷テストによる労災認定基準のままでは、世界標準から後れをとっていると言わざると得ません。FSBP%測定を普及させ、欧州、特に北欧並みに向上させることが、このセンターに与えられた使命だと思い、これからも研究に励んでいきたい」と語った。

▶▶▶ ホルムアルデヒドを第2類物質に追加へ

厚生労働省・労働安全衛生法施行令などを改正

11月29日、厚生労働省は第32回労働政策審議会安全衛生分科会（分科会長：平野敏右・千葉科学大学学長）を開催し、「労働安全衛生法施行令の一部を改正する政令案要綱」および「特定化学物質障害予防規則等の一部を改正する省令案要綱」が同分科会に諮問された。同分科会はこれら要綱について「妥当」と判断。12月中に公布された。これにより、労働者の健康障害を防止するため、ホルムアルデヒドを製造し、または取り扱う屋内作業場について、事業者の作業環境測定が義務化されることとなった。施行は一部を除き3月1日。

特定化学物質の見直しでは、特化則第2条第3号に規定する特定第2類物質に、ホルムアルデヒド（1％を超えて含有する製剤を含む）が追加され、その上で、事業者がホルムアルデヒドを製造し、または取り扱う業務に労働者を従事させる場合における健康管理については、その労働者に対して特殊健康診断を行う必要はないとし、6カ月ごとの一般健診を実施することが求められた。ホルムアルデヒドが特定第2類物質になるのにもない、発散抑制装置の設置や作業環境測定の実施も必要となる。その測定の記録および結果評

価の記録については、30年間の保存が事業者に義務付けられる。

同物質のほか、1, 3-ブタジエン（1％を超えて含有する製剤を含む）については、製造し、もしくは取り扱う設備から試料を採取し、またはその設備の保守点検を行う作業が、また、硫酸ジエチル（1％を超えて含有する製剤を含む）については、触媒として取り扱う作業が、それぞれ発散源の密閉する設備、局所排気装置またはプッシュプル型換気装置の設置が義務化される。

▶▶▶ 自殺者数を10年間で20%以上減に

政府「自殺対策白書」まとまる

政府は、先頃、一昨年10月施行の自殺対策基本法を受けて、自殺の現状や国の対策などをまとめた「自殺対策白書」を公表した。

白書では、平成10年から9年連続して自殺者数が3万人を超えていること、また、男性の年齢階級別の自殺者数の推移として、平成10年以降、45歳から64歳の年齢で高いことなどを報告している。

自殺の原因・動機別の推移を見ると、平成10年は、特に「経済・生活問題」が70.4%増、「勤務問題」が52.6%増と、大幅に増えている現状も浮き彫りになった。

また、白書では、自殺総合対策大綱の策定についても触れ、その中で、自殺対策の数値目標について、「平成28年までの10年間で、基準年である平成17年の自殺死亡率を20%以上減

少させること」とし、その数値決定の経緯として、平成12年に策定された「健康日本21」で示された「自殺者数を平成22年に2万2,000人以下にする」ことや、「今後10年間で自殺者数を急増以前の水準に戻す」ことなどを説明している。

さらに白書では、自殺の防止対策に取り組んでいる事例なども紹介している。

▶▶▶ さまざまな産保推進センターの調査研究成果発表

（独）労働者健康福祉機構主催の発表会が開催

独立行政法人労働者健康福祉機構は、10月25日、26日の両日に、神奈川県川崎市のソリッドスクエアホー

ルで、平成19年度産業保健調査研究発表会を開催した。同発表会において、全国各都道府県の産業保健推進

センターが行った調査研究の成果が発表された。

発表会は、労働者健康福祉機構・

関原久彦総括研究ディレクターによる「労災疾病13分野医学研究・開発、普及プロジェクトについて」の講演、群馬産業保健推進センター・鈴木庄亮所長を座長とするメンタルヘルスのシンポジウム、大分産業保健推進センター・三角順一所長を座長とする産業保健活動のシンポジウムを皮切りに、14題の個別発表が行われた。特に、個別研究では、メンタルヘル

スを筆頭に、生活習慣病や過重労働、産業保健活動、石綿などに関する、最近の課題が多く取り上げられていた。

シンポジウム、個別発表が終了した後、産業保健調査研究検討委員会・高田勲委員長、同委員会・櫻井治彦副委員長らが研究発表会の全体講評を行い、産業保健への期待が高まる中で、一層、具体的



産業保健推進センターの一層の飛躍を！

な調査研究を進めていくことで、参会者一同は認識も新たにしました。

※本誌巻末にタイトル一覧を掲載しております。

▶▶▶ 労働衛生の最新の知見・実例が発表

中央労働災害防止協会・全国産業安全衛生大会

11月7日から9日にわたり、兵庫県神戸市で第66回全国産業安全衛生大会が開催された。主催は中央労働災害防止協会。各部会・分科会ごとにシンポジウム、演題などが行われたが、3日間で、延べ12,000人が集まるなど、活況を呈した。

衛生部会・労働衛生管理活動分科会では、大阪産業保健推進センター（酒井國男所長）が、作業姿勢と腰痛の関係についての調査研究結果を発表した。

同センターでは、腰痛が多発傾向にある、製造業、運輸業、交通業に

分類される2事業場に対して、従業員の腰痛の傾向を把握するためのアンケート調査、従業員の作業姿勢評価などを行った。特に、作業姿勢の評価については、OWAS法——上肢、体幹、下肢、重さの4項目を細分化させた組み合わせによる作業姿勢コードにより作業姿勢の特徴が分かる——を活用している。

OWAS法での評価によって、作業姿勢に対応して、慢性腰痛発症リスク、突発的な腰痛の発生リスクが判別できたことを発表し、この方法を用いて、業種別、さらに作業別の

姿勢評価を行うことが有効である点を示唆した。

また、衛生部会・労働衛生管理活動分科会では、「衛生管理の技術・ノウハウをいかに伝えていくか」をテーマとしたシンポジウムを開催。変容する産業現場にあって、衛生管理者が、あらゆる労働衛生管理の要となり得ること。また、そうあるべきことが強調された。

そのためには、衛生管理者の職務の明確化、能力の向上が不可欠であることが、改めて確認された。

衛生管理者が情報交換と懇親を 全国衛生管理者情報交流会が開催

11月8日、全国産業安全衛生大会にあわせて、全国衛生管理者情報交流会が開催された。同交流会には、およそ170人が参集、会場は熱気に満ちた。

同交流会は、中央労働災害防止協会と全国衛生管理者協議会の共催で運営されているもので、今回が第22回目の開催。小グループごとの討論などを柱に据えて、密な情報交換と親睦が図られるもので、今回は、昨年から、

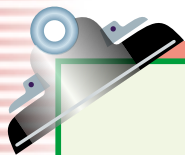
ほぼ5割増の参加者を集めた。

特に今回は、別掲した衛生部会・労働衛生生活

動分科会の熱気がそのまま交流会へと流れ、さらに全国衛生管理者協議会・初代会長を務めた高田勲氏が叙勲を受けたことも手伝い、一層の盛り上がりを見せていた。



高田勲初代会長があいさつ



高田 勲 本誌編集委員長 「瑞宝中綬章」叙勲

2007年11月3日

略歴
タカ タ ツトム
高田 勲 昭和4年2月8日生

昭和26年 慶応義塾大学医学部助手
(衛生学・公衆衛生学教室)
医学博士の学位授与(昭和33年)

昭和38年 中央じん肺診査医(労働省)

昭和41年 中央労働衛生専門官(労働省)

昭和44年 北里大学衛生学部教授
(産業衛生学科衛生管理学教室)

昭和47年 北里大学医学部教授
(衛生学公衆衛生学教室)

平成6年 北里大学名誉教授
中央労働災害防止協会常任理事
労働衛生検査センター所長

平成8年 労働福祉事業団本部医監

平成9年 慶應義塾大学医学部
客員教授

平成12年 中央労働災害防止協会
労働衛生調査分析セン
ター技術顧問

平成16年 独立行政法人 労働者
健康福祉機構医監

現在に至る



< 公職関係 >

- 日本労働安全衛生コンサルタ
ント会顧問
- 日本作業環境測定協会副会長
- 産業医学振興財団評議員
- 日本医師会産業保健委員会委
員長

< 学会関係 >

- 日本産業精神保健学会理事長
- 日本職業・災害医学会理事
- 日本産業衛生学会名誉会員
- 日本衛生学会名誉会員
- 日本ストレス学会名誉会員
- 日本産業カウンセリング学会
名誉会員

産業保健

この一冊

近年のわが国における雇用形態の多様化、成果主義の導入は格差社会を生み、働く人たちは厳しい環境にさらされている。その結果働く人たちのメンタルヘルス不調や自殺が増加し、職場のメンタルヘルスは事業場のもっとも重要で緊急な課題のひとつとなっている。

本書はこのような状況に置かれている事業場を支援する目的で、日本産業精神保健学会員が中心となって執筆し2007年7月に刊行されたものである。

I章「産業精神保健の基礎」では、まず産業保健と精神保健の視点から産業精神保健が現在どのように位置づけられているかを述べ、ついで労働者における精神障害者の疫学的把握、労働安全衛生法や指針に基づきいわゆる労働衛生の3管理の立場からメンタルヘルスにどのようにアプローチすべきかについて述べている。さらに労災・民事裁判をめぐる問題、個人情報とプライバシー、労働者の自殺の現状と対策についても言及している。

産業精神保健マニュアル

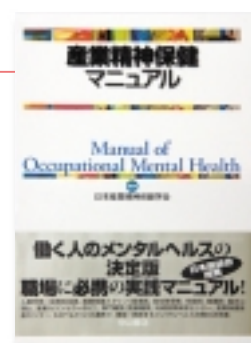
著者：日本産業精神保健学会 発行：中山書店

北里大学医療衛生学部教授 中村 賢

II章「産業精神保健の実際」では、まず大企業および中小企業における職場のメンタルヘルス活動の現状を明示

し、職場の人事労務担当者および各産業保健専門職の役割を明確にした上で、相互の連携のあり方や事業場外資源との連携についても述べている。次いでメンタルヘルスの1次予防から3次予防である復帰支援までの具体的方法を提示し、勤怠問題等問題行動とその具体的対応策、気分障害等精神障害者の理解、業種・職種による特性とその対応について事例をあげながらわかりやすく解説している。

本書はII章が全体の8割強を占めていることからわかるとおり実践を重視したコンパクトな手引書で、職場のメンタルヘルス改善および保持増進を目指している企業およびその担当者にとって必携の書となるであろう。



脳・心臓疾患の労災補償状況について

労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室

1 はじめに

職業病認定対策室では、毎年、業務による明らかな過重負荷が加わるにより発症した脳・心臓疾患に係る労災補償状況をとりまとめており、平成18年度における請求件数、支給決定件数はともに過去最高となりました(表1)。業種、職種および年齢ごとの状況についてもとりまとめましたので、以下にご紹介します。

2 業種別にみた傾向(表2)

請求件数は、「卸売・小売業」(163件)、「運輸業」(156件)「製造業」

(151件)、「建設業」(125件)の順に多く、いずれも100件を超え、合計で全体の63.4%を占めています。

一方、支給決定件数は、「運輸業」(97件)が昨年度と同様にもっとも多く、昨年度比14.1%増で、全体の27.3%を占めています。また、上記の請求件数の多い4業種でみると、合計で全体の69.6%を占めています。

3 職種別にみた傾向(表3)

請求件数は、「技能職」(176件)、「運輸・通信従事」(158件)の順で多く、いずれも150件を超えており、次いで「専門技術職」(137件)とな

っており、この3職種で全体の50.2%を占めていますが、「管理職」(112件)、「事務職」(109件)、「販売職」(109件)も、ともに100件を超える請求件数があり、幅広い職種に分布していることがわかります。

一方、支給決定件数は、「運輸・通信従事」(90件)が全体の25.4%を占め、特に多くなっています。

4 年齢別にみた傾向(表4)

請求件数は、脳・心臓疾患の好発期となる「50代」(377件)が突出して多く、次いで「40代」(242件)の順に多くなっており、この2つの階層で全体の66.0%を占めています。

一方、支給決定件数も、「50代」(141件)が突出して多く、次いで「40代」(104件)となっており、この2つの階層で全体の69.0%を占めています。

5 最後に

今年度のとりまとめ結果は、働く者の職場環境が依然として厳しい状況にあることを反映しているものと受け止めております。このような状況にあって、労災補償部としては、今後とも労災請求の迅速かつ適正な処理に努めてまいります。

表1 脳血管疾患及び虚血性心疾患等(「過労死」等事案)の労災補償状況 (件)

区分	年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
脳・心臓疾患	請求件数	819	742	816	869	938
	決定件数	785	708	669	749	818
	うち支給決定件数	317	314	294	330	355
うち死亡	請求件数	355	319	335	336	315
	決定件数	379	344	316	328	303
	うち支給決定件数	160	158	150	157	147

注1 本表は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患等(「過労死」等事案)について集計したものである。
2 決定件数は、当該年度に請求されたものに限るものではない。
3 支給決定件数は、決定件数のうち業務上として認定した件数である。

表2 脳・心臓疾患の業種別請求及び支給決定件数一覧 (件)

業種	年度	平成17年度		平成18年度	
		請求件数	支給決定件数	請求件数	支給決定件数
農業・林業・漁業・鉱業		10	4	12	0
製造業		133	60	151	39
建設業		125	35	125	37
運輸業		170	85	156	97
卸売・小売業		137	57	163	74
金融・保険業		9	3	13	4
教育・学習支援業		20	5	21	8
医療・福祉		34	4	47	9
情報・通信業		24	5	19	8
飲食店・宿泊業		46	22	54	19
その他の事業(上記以外の事業)		161	50	177	60
合計		869	330	938	355

注1 業種については、おおむね「日本標準産業分類」により分類している。
2 「その他の事業(上記以外の事業)」に分類されているのは、不動産業、他に分類されないサービス業などである。

表3 脳・心臓疾患の職種別請求及び支給決定件数一覧 (件)

職種	年度	平成17年度		平成18年度	
		請求件数	支給決定件数	請求件数	支給決定件数
専門技術職		125	44	137	44
管理職		90	62	112	53
事務職		98	33	109	49
販売職		96	38	109	37
サービス		74	23	95	25
運輸・通信従事		166	82	158	90
技能職		166	34	176	44
その他		54	14	42	13
合計		869	330	938	355

注1 職種については、おおむね「日本標準職業分類」により分類している。
2 「専門技術職」に分類されているのは、システムエンジニア、専門技術者などであり、「技能職」に分類されているのは、製造工、専門工事職などである。

表4 脳・心臓疾患の年齢別請求及び支給決定件数一覧 (件)

年齢	年度	平成17年度		平成18年度	
		請求件数	支給決定件数	請求件数	支給決定件数
19歳以下		0	0	0	0
20～29歳		35	15	31	11
30～39歳		107	49	103	64
40～49歳		191	95	242	104
50～59歳		355	143	377	141
60歳以上		181	28	185	35
合計		869	330	938	355

Q

事務所衛生基準規則に定める 相対湿度とは？

事務所衛生基準規則に定める相対湿度の管理基準値は40%以上70%以下となっています。
この相対湿度について分かりやすく説明してください。

一般的に湿度とは「相対湿度」を指し、高すぎても低すぎても身体に悪影響を与えるため、管理基準値が定められています。

A

1) 相対湿度とは

一般に、空気は水蒸気を含んだ湿り空気の状態で存在します。湿度の表し方には、絶対湿度、相対湿度、飽和度（比較湿度）、露点温度などがありますが、通常、湿度といえば相対湿度を指し、もっとも広く利用されています。

湿度が高いとか低いとかの表現は、空気の湿っぽさを表しています。湿っぽさは、ある温度における飽和湿り空気に対してどの程度湿っているかを表すものです。水蒸気を最大限度まで含んだ飽和状態にある空気を飽和湿り空気（飽和空気）といいます。

密閉容器内の湿り空気の圧力について考えると、水蒸気の量に応じた圧力が発生しますが、これを水蒸気分圧と呼んでいます。湿り空気の水蒸気分圧 p [kPa]とそれと同じ圧力、同じ温度である飽和空気の水蒸気分圧 p_s [kPa]との比を百分率%で表したものを相対湿度 ϕ [%]と呼んでいます。

$$\phi = (p/p_s) \times 100 \dots\dots\dots (1)$$

2) 温度と相対湿度の関係

空気（大気圧）は温度が高いほど水蒸気を多量に含むことができるので、温度が変われば飽和空気の水蒸気分圧 p_s は変化することになります。一方、温度が変化しても、湿り空気の水蒸気分圧 p は加湿あるいは減湿しない限り変わりません。したがって、式（1）から、温度が変われば相対湿度は変化することになります。

例えば、室内の水蒸気量が一定だとすると、温度を上げると相対湿度は低くなり、温度を下げると相対湿度は高くなります。

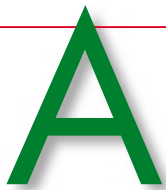
3) 身体に与える相対湿度の影響

冬の暖房時期に相対湿度が極端に低いと粘膜が乾燥して喉が痛くなります。また、細菌やウィルスにも感染しやすくなります。梅雨時や夏場に相対湿度が極端に高い場合には、発汗が妨げられ不快感が増します。カビやダニも発生しやすくなります。いずれにしても身体に悪い影響を与えます。このようなことから、相対湿度は40%以上70%以下と定められています。

休業中の労働者の 定期健康診断の取扱いとは？



産前産後、療養等により休業中の労働者の定期健康診断の取扱いはどのようにしたらよいのでしょうか。



休業中には定期健康診断を実施しなくてもさしつかえありませんが、実施しなかった場合、休業終了後すみやかに実施しなければなりません。

お尋ねのような事由により休業中の労働者の健康診断の取扱いについては、次のような行政解釈（平成4年3月13日付け、基発第115号「育児休業等により休業中の労働者に係る健康診断の取扱いについて」）が示されています。

まず、休業中の定期健康診断については、「事業者は、定期健康診断を実施すべき時期に、労働者が、育児休業、療養等により休業中の場合には、定期健康診断を実施しなくてもさしつかえないものであること」とされています。

次に、休業後の定期健康診断については、「事業者は、労働者が休業中のため、定期健康診断を実施しなかった場合には、休業終了後、速やかに当該労働者に対し、定期健康診断を実施しなければならないもので

あること」とされています。

ここでいう定期健康診断とは、労働安全衛生法第66条第1項から第3項まで（労働安全衛生規則第44条第1項、第45条第1項、第48条、有機溶剤中毒予防規則第29条第2項および第3項、四アルキル鉛中毒予防規則第22条、鉛中毒予防規則第53条第1項、特定化学物質障害予防規則第39条第1項および第2項、電離放射線障害防止規則第56条第1項ならびに高気圧作業安全衛生規則第38条第1項）ならびにじん肺法第8条第1項に規定する健康診断のことです。

なお、休業中および休業後の指導勧奨による特殊健康診断については、上記取扱いに準じて実施するよう上記行政解釈で示されています。



基本は“聞く”こと。相手の思いを理解することから始まる。

日本通運株式会社 静岡支店総務課 保健師（保健指導員） 武井 泉さん



保健師の武井泉さん

対話をはぐくむ信頼関係のネットワークを広げ、職場状況に合わせた産業保健活動を展開。保健師として、ねばり強く、そして繰り返しの取り組み。

陸・海・空の総合物流企業として国内外にグローバルネットワークを展開する日本通運株式会社。今回ご紹介する武井泉保健師が勤務する静岡支店は、県下45拠点の統括部門として、本社と各支店のパイプ役を担っている。

「当業界では、まだまだ長時間労働も多く、武井が日程調整を行い産業医による個人面接を積極的に実施しています」と、総務の高橋課長は説明する。さらに「全社的にも、メンタルヘルス対策の一環として『ストレス度チェック』の実施や、ドライバー全員を対象とした『SAS（睡眠時無呼吸症候群）検査』の実施等、疾病・事故の未然防止に力を入れています」とのこと。

現在、保健師として勤務する武井さんは、同支店および関係会社に勤務する従業員約350人の健康管理を一手に引き受けるとともに、県内5支店に勤務する各保健指導員の取りまとめ役として管理者層の信頼も厚い。

武井さんに日常業務をお伺いした。「私たちの仕事は、時期によって大きく内容が変わりますが、基本は定期

健康診断結果に基づく個別保健指導です。各職場へ出向いて、まず本人の話を“聞く”ことを基本としています。色々な話をお聞きすることで、少しでも皆さんの思いを理解できまし、その上できちんと自分の健康状態を理解してもらい、無理強にならない保健指導を心掛けています。ただし、きちんとした治療が必要な人には厳しく、時には上司からの命令？も利用して受診を勧めています。また、各支店の保健指導員とも、できるだけ連絡を取り合い、2～3ヶ月に1回保健指導員会議を開催しています。その他、雇用時健診、特殊健診の結果についての指導、さらにメンタルの問題を抱える方へは本人の了解を取り同行受診をし、主治医の話を伺うこともします。

武井さんは同支店に今年で3年目、元々は保健所でパート勤務する看護師だった。しかし、病気を予防する立場として、地域の方とふれ合える保健師に以前から興味を持っていたという。「思い切って保健師資格を目指してみよう！と、保健学科へチャレンジを試みました。平均睡眠3時間と、体力的にも精神的にも一番大変な時期にがんばれたのは、家族のお陰でした。1年後、無事国家試験に合格し保健所嘱託勤務としてスタートしました」と話す。

その後、5年間保健所で勤務し、現

在の職場の前任者に誘われ、同支店へ。「保健所勤務時代も赤ちゃんからお年寄り、障害者の方々、常に対話を大切にしてきました。それは、現在の職場でも同じことなのだと思います。物流業では、ドライバー職が従業員全体の約4割を占め、その動向に合わせて、昼休みや夕方に職場訪問しています。一番困ったことは、健診後や産業医の職場巡回時に受診を指示されても、しない方がいることです。このままでは悪くなる一方でとても危険なのに、受診してくれない。そんな時は最終手段で、職場の上司の方をお願いし、業務命令で受診するよう指導して頂いたこともあります」とも。

「毎年の『風邪に負けない運動』『ストレスチェック』の全従業員参加。『ウォークラリー運動』『生活習慣病予防のための食生活改善運動』『禁煙運動』『無料歯科健診と矯正相談』については希望者あるいは必要と思われる方に参加いただいています。今後も常にアンテナを高くして、さまざまな情報収集をし、慎重に、そして素早い対応が大事だと自分自身に言い聞かせています」と、武井さんは各支店の保健指導員や、同じ分野で活躍される方々にエールを送った。

会社概要

日本通運株式会社

設立：昭和12年10月

従業員数：約38,000名(全社)

本社所在地：東京都港区東新橋

全国の衛生管理者の英知を紡ぐ

全国衛生管理者協議会
(中央労働災害防止協会技術支援部)

林 かおりさん

これまで本項では、産業現場で労働衛生に携わる衛生管理者の方々の活動ぶり、その人となりなどに関してお伝えしてきたが、今回、少し趣を変えた。全国衛生管理者協議会の事務局で活躍する林かおりさんの言葉、振る舞いなどから、その担うところを俯瞰させて頂いた。

昨秋、全国産業安全衛生大会開催中の神戸市で、ひと際賑やいだ集まりがあった。全国衛生管理者情報交流会。同交流会が開催されたのは、読者の方々には、すでにご存じであろう。が、諸事情により参加できなかった方もあるはず。そこで、この交換会が他のどんな集まりよりも盛会であったことをお伝えしておく。また、参加者は、たがいによく語りよく聴いたこと、そして、集まった誰もが会のさらなる発展を願っていたことなども。

閑話休題。

衛生管理者制度が法制化されて60年を経ても、なお労働者の健康を保持増進するという衛生管理者の役割り自体は変わってはいない。だが、産業現場は大きく変容した。そして、衛生管理者が求められる具体的な職務は、時代とともに多様化しつつ拡大してきた。他方、“2007年問題”などで懸念された技術や知識の伝承について、労働衛生管理にあっては、抜き差しならない現実的な課題になってきている。衛生管理者の職務の内容は、技術や知識の伝承は――。

ここに全国衛生管理者協議会がある。

衛生管理者の活性化を目的として、初代会長に高田昂氏を迎え、1994年に発足した。専門職として、ともすれば職場で孤独な仕事に悩むこともあった衛生管理者を全国規模で紡ぎ、それぞれが持てる情報を交換し合って研鑽を積む。そんな機会を主体的に作り、時にサポートする組織。

林かおりさんは、同協議会で事務局の任を得、精力的に活動する。多様化する職務への対応、技術や知識の伝承といった、衛生管理者を巡る課題が見えてきた昨今につき、「衛生管理者の職務を改めて明確にすること。そのうえで、適切に能力の向上を行うことが求められています」と林さん。先頃、自身も参画する全国衛生管理者協議会事業検討委員会が、「衛生管理者の職

務と能力向上」なる書籍をまとめたのは、まさにそうした求めに応じた動きであった。

今後は、「ともすれば掛け声だけに終始しがちだった能力向上のための教育研修を大きく展開させていくことをサポートできれば」とも。いわば、衛生管理者の地位の確保と向上を目指す。

再び、全国衛生管理者情報交流会の話題に。「もともと中央労働災害防止協会が独自に開催していたものですが、全国衛生管理者協議会が全面的に関わって共同開催にしました」と林さん。例年、全国産業安全衛生大会を機に開催してきているが、林さんが交流会の運営に携わるようになって、同交流会の“空気”が動いた。特に会の冒頭に、グループごとの情報交換の場を設けて、より濃密に会話する時間を持ったことがよい。核たる重鎮たちが、志ある気鋭の人が、回を重ねるなかで垣根を払った。「せっかくの機会だから、仲間たちと深く交流して頂きたかった」と続ける。

林さんは、もとより闊達な人である。衛生管理者に係る仕事に任じられるや、ただちに第一種衛生管理者、衛生工学衛生管理者の資格を取得していることに、事へのいたし方がうかがえる。

さて、その交流会は年を追って参加者が増加しており、今回は、前回の1.5倍に相当する170名あまりが参集した。その盛会ぶりには、協議会の初代会長・高田氏の叙勲に対する祝賛の意は確かにあった。また他にもなく、衛生管理者への期待の高まりも実感させられた。そうしたなかで、『仲間』の絆固めに汗する林さんの姿を見るにつけて、この熱気こそ面目躍如であったのでは――などと感じたことであった。



メンタルヘルス推進主体 企業は専門家中心、自治体は管理職中心の傾向

「産業人メンタルヘルス白書・メンタルヘルスの取り組みに関する
自治体アンケート調査結果」より

財団法人社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所

平成19年4月、財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所は、自治体のメンタルヘルスに関する取り組みの実態を調査し、「産業人メンタルヘルス白書」の中でその結果を公表した。

このアンケートは全国の自治体1,874組織を対象に行われ、有効回答数は727（回収率38.8%）。平成18年に実施の、企業を対象にしたほぼ同様のアンケートとの結果比較も行っている。

まず心の病について、増加傾向と

回答した自治体が47.7%とほぼ半数に上り（図1）、職員数3,000人以上規模では8割近くの自治体で増加傾向とするなど、組織の規模が大きくなるほどこの傾向は高かった。

メンタルヘルス推進主体についての回答では、自治体、企業ともに「人事・厚生等のスタッフ」がもっとも多く、企業では46.3%と半数近くを占めている。自治体では次いで「管理職」と答える割合が多く19.5%で、企業の8.7%と比べると高い水準に上っている。企業が「産業医」

（20.2%）、「保健師・看護師」（11.0%）など専門家が上位を占めているのに対し、自治体では管理職に任せられることが多い傾向にある。

また、メンタルヘルス施策の内容について触れてみると、「管理者向けの教育」と答えた事業場が52.4%と最多で、次いで「一般職員向けの教育」が49.2%となり、専門家以外のスタッフが、メンタルヘルス施策の重要な役割を担っている現状がうかがえる。

図1 自治体における心の病の増減傾向

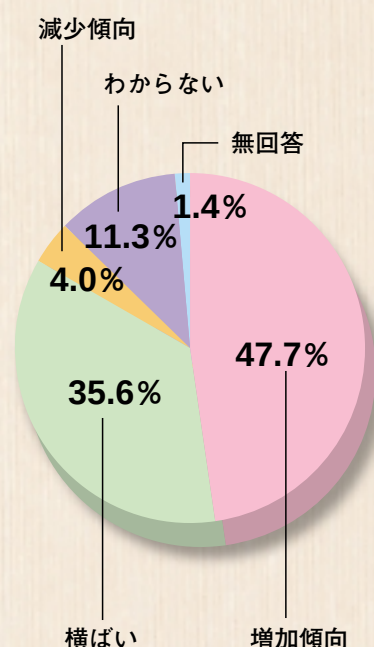


図2 メンタルヘルスの推進主体（企業との比較）

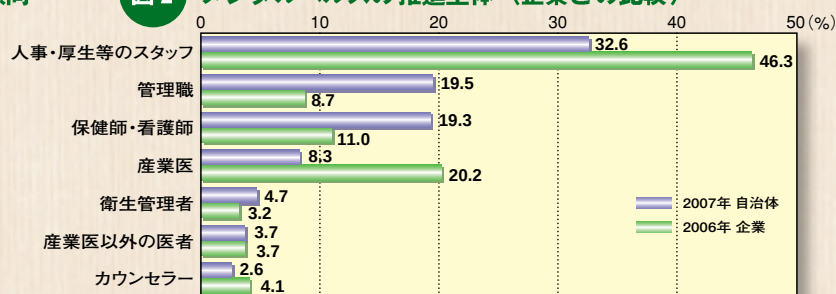
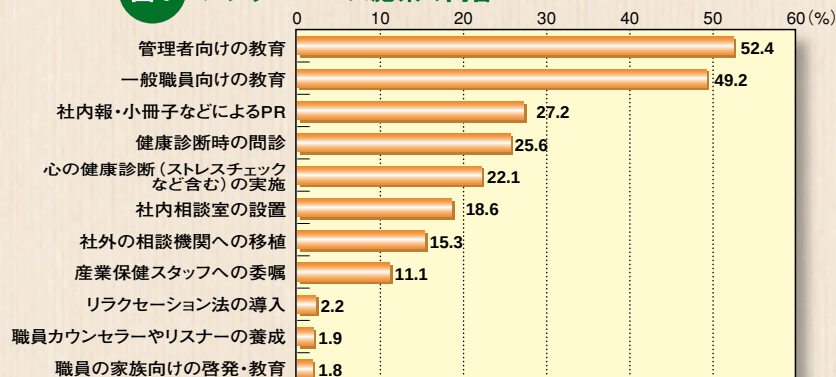


図3 メンタルヘルス施策の内容



事業場におけるカウンセリング

産業精神保健研究所 大庭 さよ

事業場においてカウンセリングが行われる場合、産業精神保健の枠組みの中で行われる場合とキャリア発達支援の側面から人事施策の枠組みの中で行われる場合と2通りある。ここでは、産業精神保健の枠組みの中で行われるカウンセリングについて、①誰が誰に対して行うのか、②何を扱い、何を指すのか、③事業場におけるカウンセリングの注意点について説明する。

1. 誰が誰に対して行うのか？

事業場におけるカウンセリングの提供者としては、産業医、産業看護職、カウンセラー（臨床心理士、産業カウンセラーなど）の3者が考えられる。産業精神保健体制における役割分担によって、3者がそれぞれ担うカウンセリングのボリュームや質は異なる。カウンセリングの受け手は事業場の社員であり、自らの問題を抱えた社員である場合と、問題を抱えた社員の上司や関連部署（人事など）の社員である場合がある。後者に関しては、コンサルテーションと呼ばれる。

2. 何を扱い、何を指すのか

事業場におけるカウンセリングの目指すところは、相談者が職場へ適応していくことである。そして、相談者が職場へ適応するために阻害要因となっている問題をカウンセリングで扱っていくことになる。阻害要因の主なものとして、相談者の健康問題、仕事の問題（仕事の量・質・人間関係など）、仕事外の問題（家族、プライベート上の問題など）相談者の性格的な問題が挙げられる。た



だし、これらの問題をすべて事業場におけるカウンセリングにおいて扱い改善を目指すというのではなく、相談者の抱える問題を明確化し、改善への道筋を立てていき、必要な事業場外資源に結びつけていくことが、事業場におけるカウンセリングの主要な機能である。

また、職場への再適応を迫られる復職者の心理的サポートも、事業場におけるカウンセリングの重要な機能となっている。

3. 事業場におけるカウンセリングの注意点

事業場におけるカウンセリングでは、相談者本人だけでなく、その周囲の社員たちとも接する機会があることが少なくない。また、1人の相談者に対して、産業医、産業看護職、カウンセラーがそれぞれの立場でカウンセリングを行うことがある。このような特徴を持つ事業場におけるカウンセリングにおいては、情報共有と守秘義務がもっとも注意を要する点となる。カウンセリングで話された内容について、どの情報を何の目的で誰と共有をするのかについて本人の了解を得ながら相談者を取り巻く人々と情報を共有し、連携をしていくことが、事業場におけるカウンセリングでは求められる。

最近の 安全衛生関連 通達

平成19.9.26	基発第0926006号 労働安全衛生法施行令の一部を改正する政令の一部を改正する政令の施行について
平成19.9.26	基発第0926007号 労働安全衛生法施行令の一部を改正する政令の一部を改正する政令の周知について
平成19.9.26	基発第0926010号 「健康管理手帳所持者に対する健康診断の実施について」等の一部改正について
平成19.10.4	基発第1004002号 エレベーター構造規格第43条に基づく適用除外の取扱いについて
平成19.10.4	基発第1004004号 移動式クレーンの構造部分に使用する鋼材について
平成19.11.7	基安発第1107001号 有害物ばく露作業報告制度の周知徹底について
平成19.11.7	基発第1107002号 労働安全衛生規則第95条の6の規定に基づき厚生労働大臣が定める物等の一部を改正する告示の適用について
平成19.11.13	基安安発第1113001号 ドラグ・ショベルにバケットに替えてリフティングマグネットを装着しスクラップをつり上げる移動式クレーンの取扱いについて
平成19.12.3	基安安発第1203001号 「鋼管足場用の部材及び附属金具の規格」を具備しない単管ジョイントの使用禁止等の徹底について

編集後記

1年間の自殺者数が1998年に3万人の大病を超えて以降、一向に減る様子を見せず、同時に、この間労働者の自殺も5割近く増加しているという現状があります。こうした傾向をうけ、今号の特集では、「職域における自殺予防対策のポイントと実際」というテーマを組んでみました。

まずはじめに、労働者の自殺対策の背景や概要について、京都文教大学の島悟先生にご解説いただきました。ここでは、国の自殺対策の動向および、対策のポイントについて、「事前対策」、「危機介入」、「事後対策」の3つの段階に分けて解説がなされています。

次に産業医科大学の廣尚典先生に、職域での自殺予防対策のポイントを「ラインによるケア」として、特に管理監督者教育に焦点を当ててご解説いただきました。

最後に、事業場外資源としてのEAP機関・産業精神保健研究所の高野知樹先生に、実際の危機介入事例を2題ご提示いただき、それぞれに分析を加えていただきました。

本特集を貫く視点は、本文でも指摘されているとおり、職域のメンタルヘルスを推進していくに当たっては、事業場内・外の連携、産業保健スタッフ等、精神科医、企業組織の相互理解、尊重が不可欠だという点です。皆で連携・協力して対策を推し進めましょう。

(編集委員長 高田 昴)

編集委員 (五十音順・敬称略)

●委員長
高田 昴
北里大学名誉教授
荒記俊一
(独)労働安全衛生総合研究所理事長
今村 聡
(社)日本医師会常任理事
岩田弘敏
岐阜産業保健推進センター所長
加藤隆康
株式会社グッドライフデザイン代表取締役社長
金井雅利
厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長
河野啓子
学校法人晩学園四日市看護医療大学学長
中林圭一
(独)労働者健康福祉機構産業保健担当理事
浜口伝博
株式会社リージャー医療戦略本部長
東 敏昭
産業医科大学教授

産業保健 21

第13巻第3号通巻第51号 平成20年1月1日発行
編集・発行 独立行政法人 労働者健康福祉機構
〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580
ソリッドスクエアビル東館
制 作 労働調査会
〒170-0004 東京都豊島区北大塚2-4-5
TEL 03-3915-6415 FAX 03-3915-9041

平成7年7月1日創刊号発行 ©(独)労働者健康福祉機構
「禁無断転載」 落丁・乱丁はお取り替え致します。

平成19年度 産業保健調査研究発表会 研究テーマ一覧

平成19年10月25日(木)、26日(金)の両日にわたり行われた、産業保健調査研究発表会における各産業保健推進センターの研究テーマと発表者を、分野別にまとめました。当日の抄録、スライドは労働者健康福祉機構ホームページをごらんください。

<http://www.rofuku.go.jp/sanpo/kadai/h19kenkyuhappyou.html>

メンタルヘルスシンポジウム

北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形産業保健推進センター
産業医のメンタルヘルスとの関わりを中心とした調査研究
三宅 浩次(北海道産保所長)

茨城産業保健推進センター
『ラインケア支援の方策マニュアル』を用いた管理職教育とその効果に関する実践研究
笹原 信一郎(相談員)

群馬産業保健推進センター
心身の健康の気づきからセルフケアへ—質問紙THIを利用して—
鈴木 庄亮(所長)

石川産業保健推進センター
就労女性のメンタルヘルスに及ぼす職場ストレスに関する調査研究
小山 善子(所長)

山梨産業保健推進センター
山梨県内で働く介護関連職種の職業性ストレスの実態と社会的スキルとの関係
森川 三郎(特別相談員)

愛知産業保健推進センター
メンタルヘルス職場復帰困難事例への対応に関する研究
渡邊 美寿津(相談員)

宮崎産業保健推進センター
e-learningシステムを活用した企業ストレスマネジメントの実践的研究
富家 直明(特別相談員)

石綿等個別発表

岡山産業保健推進センター
石綿飛散が想定される作業現場における石綿作業環境測定とマスク効率に関する調査
西出 忠司(相談員)

大分産業保健推進センター
大分県内における石綿障害予防規則施行後の土木・建築工事業の事業場の石綿対策取り組み状況について
田吹 光司郎(相談員)

福井産業保健推進センター
福井県の溶接作業者の呼吸器疾患に関する横断調査
菅沼 成文(相談員)

産業保健活動シンポジウム

宮城産業保健推進センター
宮城県内の事業所における生活習慣病予防対策と勤労者の運動習慣の実態に関する調査
福嶋 嘉子(相談員)

千葉産業保健推進センター
千葉県下における定期健康診断の事後措置の実態とその改善方法に関する研究
土地 実礼(千葉大学大学院環境労働衛生学助教)

三重産業保健推進センター
産業医に対する業務上判断の支援状況に関する調査研究
尾辻 典子(相談員)

兵庫産業保健推進センター
衛生管理者の産業保健活動支援に関する調査研究
横田 雅之(相談員)

広島産業保健推進センター

産業医の量と質の確保に関する研究—実質的活動の十分な産業医等を確保するための社会システムの構築—
坪田 信孝(所長)

中小規模事業場の産業保健個別発表

東京、埼玉、神奈川産業保健推進センター
中小規模事業所における主体的な健康職場づくりの推進に有効な支援ツールならびに支援方策の開発と検証
錦戸 典子(東京産保相談員)

和歌山産業保健推進センター
事業場の規模別にみた過重労働による健康障害防止対策の取組状況等に関する調査研究
森岡 郁晴(特別相談員)

鹿児島産業保健推進センター
県下の小規模事業場における事業主の労働者に対する健康・ストレス対策と余暇活動の取り組み、及び家族の役割等に関する調査研究
岡村 俊彦(特別相談員)

労働者のグループと健康個別発表

新潟産業保健推進センター
事業場における就業形態の変遷とそれに伴う産業保健体制の対応に関する調査
中平 浩人(相談員)

滋賀産業保健推進センター
滋賀県内製造業における派遣労働者等の就労状況と健康管理の実態に関する調査研究
河津 雄一郎(相談員)

長崎産業保健推進センター
外国人労働者の健康調査と職場の健康管理
伊達 豊(相談員)

奈良産業保健推進センター
労働適応能力と職場要因・個体要因との関連性—Work Ability Index(WAI)を用いたアンケート調査—
鴻池 義純(相談員)

福岡産業保健推進センター
女性労働者の月経周期と閉経に伴う諸症状が労働のあり方と健康に及ぼす影響—女性労働者の快適職場環境づくりのための産業保健活動支援チェックリストの作成—
柴戸 美奈(相談員)

職場における疾病個別発表

島根産業保健推進センター
医療・介護職場における感染リスクマネジメントの実践的研究
塩飽 邦憲(相談員)

熊本産業保健推進センター
食品製造業従事者(特にパン製造業)における職業性アレルギーに関する実態調査
上田 厚(相談員)

大阪産業保健推進センター
腰痛多発業種における作業姿勢特性調査
浅田 史成(特別相談員)

産業保健推進センター一覧

北海道産業保健推進センター 〒060-0807 北海道札幌市北区北7条西1丁目2番6号 NSS・ニューステージ札幌11F TEL011-726-7701 FAX011-726-7702 http://www.hokkaidoOHPC.rofuku.go.jp	滋賀産業保健推進センター 〒520-0047 滋賀県大津市浜大津1丁目2番22号 大津商中日生ビル8F TEL077-510-0770 FAX077-510-0775 http://www.shigaOHPC.rofuku.go.jp
青森産業保健推進センター 〒030-0862 青森県青森市古川2丁目20番3号 朝日生命青森ビル8F TEL017-731-3661 FAX017-731-3660 http://www.aomoriOHPC.rofuku.go.jp	京都産業保健推進センター 〒604-8186 京都府京都市中京区車屋御池下ル梅屋町361-1 アーバネックス御池ビル東館7F TEL075-212-2600 FAX075-212-2700 http://www.kyotoOHPC.rofuku.go.jp
岩手産業保健推進センター 〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通2丁目9番1号 マリオス12F TEL019-621-5366 FAX019-621-5367 http://www.iwateOHPC.rofuku.go.jp	大阪産業保健推進センター 〒541-0053 大阪府大阪市中央区本町2丁目1番6号 堺筋本町センタービル9F TEL06-6263-5234 FAX06-6263-5039 http://www.osakaOHPC.rofuku.go.jp
宮城産業保健推進センター 〒980-6012 宮城県仙台市青葉区中央4丁目6番1号 住友生命仙台中央ビル12F TEL022-267-4229 FAX022-267-4283 http://www.miyagiOHPC.rofuku.go.jp	兵庫産業保健推進センター 〒650-0044 兵庫県神戸市中央区東川崎町1丁目1番3号 神戸クリスタルタワー19F TEL078-360-4805 FAX078-360-4825 http://www.hyogoOHPC.rofuku.go.jp
秋田産業保健推進センター 〒010-0001 秋田県秋田市中通2丁目3番8号 アトリオンビル8F TEL018-884-7771 FAX018-884-7781 http://www.akitaOHPC.rofuku.go.jp	奈良産業保健推進センター 〒630-8115 奈良県奈良市大宮町1丁目1番15号 ニッセイ奈良駅前ビル3F TEL0742-25-3100 FAX0742-25-3101 http://www.nara-sanpo.jp
山形産業保健推進センター 〒990-0031 山形県山形市十日町1丁目3番29号 山形殖銀日生ビル6F TEL023-624-5188 FAX023-624-5250 http://www.yamagataOHPC.rofuku.go.jp	和歌山産業保健推進センター 〒640-8157 和歌山県和歌山市八幡丁11 日本生命和歌山八幡丁ビル6F TEL073-421-8990 FAX073-421-8991 http://www.wakayamaOHPC.rofuku.go.jp
福島産業保健推進センター 〒960-8031 福島県福島市栄町6番6号 ユニックスビル9F TEL024-526-0526 FAX024-526-0528 http://www.fukushimaOHPC.rofuku.go.jp	鳥取産業保健推進センター 〒680-0846 鳥取県鳥取市扇町7番 鳥取フコク生命駅前ビル3F TEL0857-25-3431 FAX0857-25-3432 http://www.tottoriOHPC.rofuku.go.jp
茨城産業保健推進センター 〒310-0021 茨城県水戸市南町1丁目3番35号 水戸南町第一生命ビルディング4F TEL029-300-1221 FAX029-227-1335 http://www.ibarakiOHPC.rofuku.go.jp	島根産業保健推進センター 〒690-0887 島根県松江市殿町111 松江センチュリービル5F TEL0852-59-5801 FAX0852-59-5881 http://www.shimaneOHPC.rofuku.go.jp
栃木産業保健推進センター 〒320-0033 栃木県宇都宮市本町4番15号 宇都宮NIビル7F TEL028-643-0685 FAX028-643-0695 http://www.tochigiOHPC.rofuku.go.jp	岡山産業保健推進センター 〒700-0907 岡山県岡山市下石井1丁目1番3号 日本生命岡山第二ビル新館6F TEL086-212-1222 FAX086-212-1223 http://www.okayamaOHPC.rofuku.go.jp
群馬産業保健推進センター 〒371-0022 群馬県前橋市千代田町1丁目7番4号 (財)群馬メディカルセンタービル2F TEL027-233-0026 FAX027-233-9966 http://www.gunmaOHPC.rofuku.go.jp	広島産業保健推進センター 〒730-0013 広島県広島市中区八丁堀16番11号 日本生命広島第二ビル4F TEL082-224-1361 FAX082-224-1371 http://www.hiroshima-sanpo.jp
埼玉産業保健推進センター 〒330-0063 埼玉県さいたま市浦和区高砂2丁目2番3号 さいたま浦和ビルディング2F TEL048-829-2661 FAX048-829-2660 http://www.saitamaOHPC.rofuku.go.jp	山口産業保健推進センター 〒753-0051 山口県山口市旭通り2丁目9番19号 山建ビル4F TEL083-933-0105 FAX083-933-0106 http://www.yamaguchiOHPC.rofuku.go.jp
千葉産業保健推進センター 〒260-0025 千葉県千葉市中央区間屋町1番35号 千葉ポートサイドタワー13F TEL043-245-3551 FAX043-245-3553 http://www.chibaOHPC.rofuku.go.jp	徳島産業保健推進センター 〒770-0847 徳島県徳島市幸町3丁目61番地 徳島県医師会館3F TEL088-656-0330 FAX088-656-0550 http://www.tokushimaOHPC.rofuku.go.jp
東京産業保健推進センター 〒102-0075 東京都千代田区三番町6-14 日本生命三番町ビル3F TEL03-5211-4480 FAX03-5211-4485 http://www.sanpo13.jp	香川産業保健推進センター 〒760-0025 香川県高松市古新町2番3号 三井住友海上高松ビル4F TEL087-826-3850 FAX087-826-3830 http://www.kagawaOHPC.rofuku.go.jp
神奈川産業保健推進センター 〒221-0835 神奈川県横浜市神奈川区鶴屋町3-29-1 第6安田ビル3F TEL045-410-1160 FAX045-410-1161 http://www.kanagawaOHPC.rofuku.go.jp	愛媛産業保健推進センター 〒790-0011 愛媛県松山市千舟町4丁目5番4号 住友生命松山千舟町ビル2F TEL089-915-1911 FAX089-915-1922 http://www.ehimeOHPC.rofuku.go.jp
新潟産業保健推進センター 〒951-8055 新潟県新潟市中央区礎町通二ノ町2077番地 朝日生命新潟万代橋ビル6F TEL025-227-4411 FAX025-227-4412 http://www.sanpo15.jp	高知産業保健推進センター 〒780-0870 高知県高知市本町4丁目2番40号 ニッセイ高知ビル4F TEL088-826-6155 FAX088-826-6151 http://www.kouchiOHPC.rofuku.go.jp
富山産業保健推進センター 〒930-0856 富山県富山市牛島新町5番5号 インテックビル9F TEL076-444-6866 FAX076-444-6799 http://www.toyamaOHPC.rofuku.go.jp	福岡産業保健推進センター 〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9-30 福岡県メディカルセンタービル1F TEL092-414-5264 FAX092-414-5239 http://www.fukuokaOHPC.rofuku.go.jp
石川産業保健推進センター 〒920-0031 石川県金沢市広岡3丁目1番1号 金沢パークビル9F TEL076-265-3888 FAX076-265-3887 http://www.ishikawaOHPC.rofuku.go.jp	佐賀産業保健推進センター 〒840-0816 佐賀県佐賀市駅南本町6-4 佐賀中央第一生命ビル8F TEL0952-41-1888 FAX0952-41-1887 http://www.sagaOHPC.rofuku.go.jp
福井産業保健推進センター 〒910-0005 福井県福井市大手2丁目7番15号 明治安田生命福井ビル5F TEL0776-27-6395 FAX0776-27-6397 http://www.fukuiOHPC.rofuku.go.jp	長崎産業保健推進センター 〒850-0862 長崎県長崎市出島町1番14号 出島朝日生命青木ビル8F TEL095-821-9170 FAX095-821-9174 http://www.nagasakiOHPC.rofuku.go.jp
山梨産業保健推進センター 〒400-0031 山梨県甲府市丸の内3-32-11 住友生命甲府丸の内ビル4F TEL055-220-7020 FAX055-220-7021 http://sanpo19.jp/	熊本産業保健推進センター 〒860-0806 熊本県熊本市花畑町1番7号 MY熊本ビル8F TEL096-353-5480 FAX096-359-6506 http://www.kumamotoOHPC.rofuku.go.jp
長野産業保健推進センター 〒380-0936 長野県長野市岡田町215-1 日本生命長野ビル3F TEL026-225-8533 FAX026-225-8535 http://www.naganoOHPC.rofuku.go.jp	大分産業保健推進センター 〒870-0046 大分県大分市荷揚町3番1号 第百・みらい信金ビル7F TEL097-573-8070 FAX097-573-8074 http://www.oitaOHPC.rofuku.go.jp
岐阜産業保健推進センター 〒500-8844 岐阜県岐阜市吉野町6丁目16番地 大同生命・廣瀬ビル11F TEL058-263-2311 FAX058-263-2366 http://www.gifuOHPC.rofuku.go.jp	宮崎産業保健推進センター 〒880-0806 宮崎県宮崎市広島1丁目18番7号 大同生命宮崎ビル6F TEL0985-62-2511 FAX0985-62-2522 http://www.miyazakiOHPC.rofuku.go.jp
静岡産業保健推進センター 〒420-0851 静岡県静岡市葵区黒金町59番6号 大同生命静岡ビル6F TEL054-205-0111 FAX054-205-0123 http://www.shizuokaOHPC.rofuku.go.jp	鹿児島産業保健推進センター 〒892-0842 鹿児島県鹿児島市東千石町1番38号 鹿児島商工会議所ビル6F TEL099-223-8100 FAX099-223-7100 http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo46/
愛知産業保健推進センター 〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄4丁目15番32号 日建・住生ビル7F TEL052-242-5771 FAX052-242-5773 http://www.aichiOHPC.rofuku.go.jp	沖縄産業保健推進センター 〒901-0152 沖縄県那覇市字小禄1831-1 沖縄産業支援センター7F TEL098-859-6175 FAX098-859-6176 http://www.okinawaOHPC.rofuku.go.jp
三重産業保健推進センター 〒514-0003 三重県津市桜橋2丁目191番4 三重県医師会ビル5F TEL059-213-0711 FAX059-213-0712 http://www.mieOHPC.rofuku.go.jp	事業内容その他の詳細につきましては、上記にお問い合わせください。