

製造工場男性労働者の職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に関する調査

井奈波良一¹⁾, 横山 和仁²⁾

¹⁾岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野,

²⁾三重大学大学院医学系研究科公衆衛生・産業医学分野

(平成 19 年 2 月 5 日受付)

要旨:【目的】労働者自身およびラインの職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度の職階差を明らかにする。

【方法】大企業の B 製造工場の労働者を対象に自記式アンケート調査を実施し, 1,132 名から回答を得た。このうち 733 名の男性労働者(41.6±10.5 歳, 21~59 歳)を対象に職階別比較を行った。職階は, 中央部長と部長, 課長, 副長, 職長, 班長, 一般職に 6 区分した。

【結果】1. 職場のメンタルヘルスに対する関心は, 中央部長と部長および職長で高く, 一般職で最も低かった。2. 「メンタルヘルスに関する講演会や研究会などへ参加したことがある者」の割合および「地域の精神科医師・精神科医療機関を, 必要とあれば気軽に利用したい者」の割合は, とともに中央部長と部長が最も高率であり, 一般職が最も低率であった。3. 地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度には有意な職階差はなかった。また, 期待する内容にも有意な職階差はなかった。4. 現在, 地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が整っていると思うか否かの回答に有意な職階差があった。「かなり思う」割合は, 中央部長と部長が 17.0% で最も高率であった。

【結論】製造工場労働者では, 労働者の職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度は, とともに概して職階が高い者ほど高いことがわかった。

(日職災医誌, 55:128—135, 2007)

キーワード

職場, メンタルヘルス, 医療機関

はじめに

職場のメンタルヘルス対策において, 厚生労働省より「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」¹⁾が示されているように, ①労働者自身によるセルフケア, ②ライン(管理監督者)によるケア, ③産業医等の事業場内産業保健スタッフによる専門的ケアと共に, ④事業場外資源(専門機関)によるケアが重要である。特に④においては, 職域におけるニーズに応える職域—専門機関—地域医療・保健機関の連携のあり方が問われているといえよう。しかし, この実情に関する検討は少ない。

そこで, 著者は, 労働者自身およびラインの職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度を明らかにする目的の研究の一環として, A 生活協同組合男性正規職員を対象に自記式アンケート調査を行った²⁾。その結果, 85.5% の職員が地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与することに期待し, 最も期待される関与形態は「職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く」であり, 次が「電話やメールでメンタルヘルスの相談にのる」であった。62.6% の職員が, 現在, 地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が「全く整ってない」と回答していた。また, 職場におけるメンタルヘルスに対するイメージとして, 63.7% の職員が「とても重要だと思う」と回答し, 課長以上の者が課長より下位職の者より有意によいイメージを持っていることがわかった。

今回は, 製造工場の労働者を対象に, 労働者自身の職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機

A survey on the workers' awareness and satisfaction in relation to the regional mental clinics and hospitals concerning the measure of mental health in male workers of a large factory

関に対する重視度と満足度の職階差について検討した。

研究方法

調査に対する同意の得られた大企業のB製造工場の労働者1,300名を対象に自記式アンケート調査を実施した。

調査票の内容は、性、年齢、所属、職階、勤務状況(ここ1カ月の勤務日数、1日の平均作業時間)、日常生活習慣(森本³⁾の8項目の健康習慣)および旧労働省で開発された職業ストレス簡易調査票12項目版(「仕事の量的負荷」、「仕事のコントロール」、「上司の支援」および「同僚の支援」に関する質問各3項目)⁴⁾および「地域の精神科医師・精神科医療機関が職場のメンタルヘルスに関与することに対する期待」の有無をはじめとした労働者自身の地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に関する11項目等である。

調査した日常生活習慣8項目に対して、森本の基準³⁾に従って、それぞれの項目の良い生活習慣に1、悪い生活習慣に0を得点として与え、その合計を算出した。

本事業場の職業性ストレスによる健康リスクを判定す

るために、職業性ストレス簡易調査票用の仕事のストレス判定図⁴⁾を用いた。なお、この判定図では100%を基準に割合が高いほど健康リスクが高いと判定される。

1,132名(男性733名、女性395名、性別不明4名)から回答を得た(回収率87.0%)。

本報告では、女性は殆ど一般職のため、男性労働者を対象に職階別の比較を行った。職階は、中央部長と部長、課長、副長、職長、班長、一般職に6区分した。各アンケート項目に対して無回答の場合は、その項目の解析から除外した。

結果は、平均値±標準偏差(最小～最大)で示した。有意差検定は、一元配置分散分析または χ^2 検定を用いて行い、 $P < 0.05$ で有意差ありと判定した。

なお本調査に先立ち、岐阜大学大学院医学系研究科および三重大学大学院医学系研究科の医学研究倫理審査委員会の承認を得た。

結果

表1に対象者の特徴を示した。年齢、身長、職歴、1日平均作業時間、平均睡眠時間、喫煙歴および喫煙量で、

表1 対象者の特徴

	中央部長と部長 (N = 54)	課長 (N = 106)	副長 (N = 46)	職長 (N = 46)
年齢(歳)**	51.4±4.1 (44～59)	47.7±6.3 (36～59)	52.1±5.0 (39～59)	49.0±6.8 (35～59)
身長(cm)*	169.5±5.3 (158～181)	170.0±5.5 (160～187)	170.2±5.8 (160～186)	171.5±5.2 (162～183)
体重(kg)	66.7±7.5 (52～82)	68.0±9.2 (48～102)	68.8±7.2 (52～86)	68.1±12.7(50～126)
BMI	23.2±2.3 (18～27.7)	23.5±2.5 (17.2～29.4)	23.6±1.9 (19.1～27.3)	23.1±3.8 (17.3～40.2)
職歴(年)**	29.8±7.3 (5.5～44.4)	25.8±8.9 (1.2～47.3)	33.5±9.1 (1.3～44.6)	29.1±10.2(3～43.4)
平均労働日数(日/月)**	20.9±1.2 (20～25)	20.9±1.4 (19～27)	20.4±1.2 (17～23)	20.1±0.7 (19～22)
平均作業時間(時間/日)**	10.5±2.0 (3.5～15)	10.7±1.7 (6～15)	9.4±2.0 (1～12)	9.5±1.6 (1.5～12)
片道の通勤時間(時間)	0.3±0.3 (0.1～1.7)	0.4±0.5 (0.1～2.5)	0.5±0.4 (0.2～2.2)	0.5±0.2 (0.2～1.2)
平均睡眠時間(時間)**	6.4±0.8 (4～9)	6.2±0.8 (4～8)	6.5±0.7 (5～8)	6.6±0.8 (5～8)
喫煙歴(年)**	17.2±14.6(0～38)	13.3±14.1(0～42)	15.8±15.1(0～40)	18.1±14.9(0～40)
喫煙量(本/日)**	13.5±12.6(0～40)	10.6±11.8(0～40)	12.8±12.4(0～40)	14.6±12.1(0～40)
飲酒量(合)	1.1±0.8 (0～4.5)	0.9±0.9 (0～5.5)	0.8±0.8 (0～2.9)	0.7±0.7 (0～2.3)
飲酒量(g)	30.3±22.4(0～122.4)	25.1±25.6(0～149.4)	21.1±21.5(0～78.3)	19.8±18.2(0～61.2)
ライフスタイル得点	4.5±1.3 (1～7)	4.4±1.4 (1～8)	5.1±1.4 (2～8)	4.4±1.4 (2～7)
	班長 (N = 79)	一般職 (N = 392)	全体 (N = 723)	
年齢(歳)**	41.3±8.7 (31～59)	36.6±10.0(21～59)	41.6±10.5(21～59)	
身長(cm)*	170.3±5.1 (160～185)	171.7±6.4 (150～197.8)	171.1±6.0 (150～197.8)	
体重(kg)	68.0±9.3 (53～103)	67.9±10.3(43～110)	67.9±9.8 (43～126)	
BMI	23.4±2.9 (17.9～32.9)	23.0±3.0 (15.8～35.1)	23.2±2.9 (15.8～40.2)	
職歴(年)**	23.1±9.7 (13.3～47.8)	15.4±11.2(0.2～43.4)	20.9±12.1(0.2～47.8)	
平均労働日数(日/月)	20.1±1.2 (18～24)	20.3±1.3 (12～25)	20.4±1.3 (12～27)	
平均作業時間(時間/日)**	9.5±1.7 (2～12)	10.1±2.0 (2～20)	10.1±1.9 (1～20)	
片道の通勤時間(時間)	0.4±0.3 (0～2)	0.4±0.3 (0～2)	0.4±0.3 (0～2.5)	
平均睡眠時間(時間)**	6.4±0.8 (4～9)	6.2±0.8 (2.5～9)	6.3±0.8 (2.5～9)	
喫煙歴(年)**	14.8±11.9(0～43)	8.0±11.0(0～40)	11.3±13.0(0～43)	
喫煙量(本/日)**	14.1±10.6(0～40)	8.8±10.7(0～45)	10.6±11.4(0～45)	
飲酒量(合)	0.7±1.2 (0～8.5)	1.0±1.3 (0～14.8)	0.9±1.1 (0～14.8)	
飲酒量(g)	19.9±31.4(0～230.4)	26.2±34.2(0～399.5)	24.9±30.5(0～399.5)	
ライフスタイル得点	4.4±1.5 (0～7)	4.4±1.4 (1～8)	4.4±1.4 (0～8)	

平均値±標準偏差(最小～最大)

職階の差：* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

有意な職階差があった ($P < 0.01$ または $P < 0.05$)。平均年齢は、副長が 52.1 歳で最も高く、一般職が 33.6 歳で最も低かった。職歴は、副長が 33.5 年で最も長く、一般職が 15.4 年で最も短かった。1 日の平均作業時間は、課長が 10.7 時間で最も長く、副長が 9.4 時間で最も短かった。平均睡眠時間は、職階間で有意差はあったが、いずれの職階の平均も 6.3 時間前後であった。喫煙歴は、副長が 18.1 年で最も長く、一般職が 8.0 年で最も短かった。1 日の喫煙本数の平均は、副長が 14.6 本で最も多く、一般職が 8.8 本で最も少なかった。

表 2 に対象者の職種を示した。対象者の職種割合には職階間で有意差がみられた ($P < 0.01$)。各職位で最も割合が多かった職種は、中央部長と部長では事務職、課長および一般職では技術開発・研究職、副長では事務職および製造・生産職、職長および班長では製造・生産職であった。

表 3 に対象者の職業性ストレスを示した。すべての項目で職階間に有意差がみられた ($P < 0.01$ または $P < 0.05$)。「仕事の量的負担」に関する得点は、課長が最も高く、職長が最も低かった。「仕事のコントロール」に関する得点は、中央部長と部長が最も高く、職長および一般職が最も低かった。「上司の支援」に関する得点は、中央部長と部長が最も高く、職長および班長が最も低かった。「同僚の支援」に関する得点は、一般職が最も高く、職長が最も低かった。これらの結果を用いて仕事のストレス

判定図から読み取った「総合した健康リスク」は、中央部長と部長では 85.6%，課長では 100.0%，副長では 100.0%，職長では 101.9%，班長では 107.1%，一般職では 100.7% であった。

表 4 に職場のメンタルヘルスに対する関心度を示した。全体でみて、職場のメンタルヘルスに関心が「全くない」者の割合は 10.1% であった。職場のメンタルヘルスに対する関心度に有意な職階差がみられた ($P < 0.01$)。「非常にある」と回答した割合は、中央部長と部長が 16.7% で最も高率であり、班長が 5.1% で最も低率であった。逆に「全くない」と回答した割合は、一般職が 16.8% で最も高率であり、中央部長と部長および職長が 0.0% で最も低率であった。

表 5 にメンタルヘルスに関する講演会や研究会などへの参加の有無を示した。回答に有意な職階差があり ($P < 0.01$)、参加したことのある者の割合は、中央部長と部長が 79.6% で最も高率であり、一般職が 17.1% で最も低率であった。

表 6 に地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば気軽に利用したいか否かを示した。回答に有意な職階差があり ($P < 0.01$)、利用したい者の割合は、中央部長と部長が 66.7% で最も高率であり、一般職が 42.5% で最も低率であった。

表 7-1 に地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度を示

表 2 対象者の職種**

	中央部長と部長	課長	副長	職長	班長	一般職	全体
事務	23 (43.4)	28 (27.2)	14 (31.1)	5 (11.9)	4 (5.3)	89 (24.3)	163 (23.8)
製造・生産	7 (13.2)	9 (8.7)	14 (31.1)	30 (71.4)	49 (65.3)	81 (22.1)	190 (27.8)
営業・小売	1 (1.9)	6 (5.8)	6 (13.3)	2 (4.8)	3 (4.0)	17 (4.6)	35 (5.1)
技術開発・研究	22 (41.5)	60 (58.3)	11 (24.4)	5 (11.9)	19 (25.3)	179 (48.9)	296 (43.3)
全体	53 (100.0)	103 (100.0)	45 (100.0)	42 (100.0)	75 (100.0)	366 (100.0)	684 (100.0)

人数 (%)

職階の差: ** $P < 0.01$

表 3 対象者の職業性ストレス

	中央部長と部長 (N = 54)	課長 (N = 106)	副長 (N = 46)	職長 (N = 45)
仕事の量的負担*	9.2 ± 1.6 (6 ~ 12)	9.6 ± 1.9 (3 ~ 12)	9.3 ± 1.6 (6 ~ 12)	8.6 ± 1.8 (3 ~ 12)
仕事のコントロール**	9.3 ± 1.6 (6 ~ 12)	8.6 ± 1.5 (5 ~ 12)	8.7 ± 1.6 (5 ~ 12)	8.0 ± 1.5 (4 ~ 11)
上司の支援*	8.3 ± 1.7 (4 ~ 12)	7.9 ± 2.0 (3 ~ 12)	7.9 ± 1.6 (5 ~ 12)	7.3 ± 1.7 (3 ~ 11)
同僚の支援*	8.2 ± 2.0 (3 ~ 12)	8.0 ± 1.7 (3 ~ 12)	7.9 ± 1.5 (5 ~ 12)	7.8 ± 1.2 (5 ~ 11)

	班長 (N = 78)	一般職 (N = 390)	全体 (N = 719)
仕事の量的負担*	9.3 ± 1.5 (6 ~ 12)	9.5 ± 1.8 (3 ~ 12)	9.4 ± 1.8 (3 ~ 12)
仕事のコントロール**	8.1 ± 1.6 (4 ~ 12)	8.0 ± 1.8 (3 ~ 12)	8.2 ± 1.7 (3 ~ 12)
上司の支援*	7.3 ± 1.6 (4 ~ 11)	7.9 ± 1.8 (3 ~ 12)	7.8 ± 1.8 (3 ~ 12)
同僚の支援*	8.0 ± 1.6 (5 ~ 12)	8.4 ± 1.6 (4 ~ 12)	8.2 ± 1.6 (3 ~ 12)

平均値 ± 標準偏差 (最小 ~ 最大)

職階の差: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

表4 職場のメンタルヘルスに対する関心度**

	中央部長と部長	課長	副長	職長	班長	一般職	全体
非常にある	9 (16.7)	14 (13.2)	5 (10.9)	7 (15.2)	4 (5.1)	28 (7.1)	67 (9.3)
かなりある	28 (51.9)	45 (42.5)	16 (34.8)	11 (23.9)	22 (27.8)	81 (20.7)	203 (28.1)
多少ある	17 (31.5)	45 (42.5)	23 (50.0)	28 (60.9)	50 (63.3)	217 (55.4)	380 (52.6)
全くない	0 (0.0)	2 (1.9)	2 (4.3)	0 (0.0)	3 (3.8)	66 (16.8)	73 (10.1)
全体	54 (100.0)	106 (100.0)	46 (100.0)	46 (100.0)	79 (100.0)	392 (100.0)	723 (100.0)

人数 (%)
職階の差：** P < 0.01

表5 メンタルヘルスに関する講演会や研修会などへの参加の有無**

	中央部長と部長	課長	職長	班長	一般職	全体
有り	43 (79.6)	81 (76.4)	27 (58.7)	47 (59.5)	67 (17.1)	291 (40.2)
無し	11 (20.4)	25 (23.6)	19 (41.3)	32 (40.5)	325 (82.9)	432 (59.8)
全体	54 (100.0)	106 (100.0)	46 (100.0)	79 (100.0)	392 (100.0)	723 (100.0)

人数 (%)
職階の差：** P < 0.01

表6 地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば、気軽に利用したいか*

	中央部長と部長	課長	副長	職長	班長	一般職	全体
はい	36 (66.7)	52 (49.1)	22 (47.8)	22 (48.9)	40 (50.6)	166 (42.5)	338 (46.9)
いいえ	18 (33.3)	54 (50.9)	24 (52.2)	23 (51.1)	39 (49.4)	225 (57.5)	383 (53.1)
全体	54 (100.0)	106 (100.0)	46 (100.0)	45 (100.0)	79 (100.0)	391 (100.0)	721 (100.0)

人数 (%)
職階の差：* P < 0.05

した。回答に有意な職階差がなく、全体でみて「多少期待する」と回答した者の割合が56.1%で最も多く、「全く期待しない」者の割合は12.1%であった。

表7-2に地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与する際、期待する内容を示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く」を期待する割合が33.2%で最も高率であり、次が「電話やメールでメンタルヘルスに関する相談にのる」(27.0%)であった。

仕事上でメンタルヘルスの問題が生じたときの、地域の精神科医師・精神科医療機関の利用度には有意な職階差がなく、全体でみて「利用なし」の割合が71.7%で最も高率であり、次が「今後利用したい」(20.0%)であった。

表8に現在、地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が整っていると思うか否かを示した。回答に有意な職階差があり(P<0.01)、全体でみて「多少思う」の割合が53.0%で最も高率であり、次が「全くない」(42.8%)であった。「かなり思う」割合は、中央部長と部長が17.0%で最も高率であり、職長が0.0%で最も低率であった。

表9に職場におけるメンタルヘルスに対するイメージを示した。回答に有意な職階差があり(P<0.05)、全体で

みて「とても重要だと思う」の割合が67.7%で最も高率であり、次が「よくわからない」(18.2%)であった。「とても重要だと思う」割合は、中央部長と部長が90.7%で最も高率であり、一般職が59.8%で最も低率であった。一方、「よくわからない」の割合は、一般職が22.8%で最も高率であり、中央部長と部長が7.4%で最も低率であった。

地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場での情報を治療機関に提供することに対する考えには有意な職階差がなく、全体でみて「治療に必要なことなら、患者の同意のうえなら提供してよい」の割合が77.8%で最も高率であり、次が「同意の如何にかかわらず、どんなことも提供してはならない」(9.3%)であった。

地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場復帰等の関連で、事業場の関係者が治療情報を主治医から得ることに対する考えには有意な職階差がなく、全体でみて「必要な治療情報は、患者の同意のうえなら得てよい」の割合が79.1%で最も高率であり、次が「同意の如何にかかわらず、どんな治療情報も得てはならない」(10.0%)であった。

地域の精神科医師・精神科医療機関から事業所に発行される診断書に記載される診断名があいまいで、受診者の状態がよくわからず、職場で対処しにくい場合がある

表7-1 地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度

	中央部長と部長	課長	副長	職長	班長	一般職	全体
非常に期待する	4 (7.4)	6 (5.7)	2 (4.3)	2 (4.3)	4 (5.1)	31 (8.0)	49 (6.8)
かなり期待する	24 (44.4)	26 (24.5)	16 (34.8)	9 (19.6)	20 (25.3)	85 (21.9)	180 (25.0)
多少期待する	21 (38.9)	64 (60.4)	24 (52.2)	31 (67.4)	48 (60.8)	216 (55.5)	404 (56.1)
全く期待しない	5 (9.3)	10 (9.4)	4 (8.7)	4 (8.7)	7 (8.9)	57 (14.7)	87 (12.1)
全体	54 (100.0)	106 (100.0)	46 (100.0)	46 (100.0)	79 (100.0)	389 (100.0)	720 (100.0)

人数 (%)

表7-2 地域の精神科医師・精神科医療機関が職場のメンタルヘルスに関与する際、期待する内容

	中央部長と部長	課長	副長	職長	班長	一般職	全体
職場の産業医になる.	5 (10.4)	7 (7.9)	4 (10.0)	6 (16.7)	9 (13.2)	40 (12.7)	71 (11.9)
職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く.	12 (25.0)	30 (33.7)	13 (32.5)	12 (33.3)	21 (30.9)	110 (34.8)	198 (33.2)
電話やメールでメンタルヘルスに関する相談にのる.	12 (25.0)	26 (29.2)	8 (20.0)	7 (19.4)	17 (25.0)	91 (28.8)	161 (27.0)
セカンド・オピニオンとして説明する.	8 (16.7)	17 (19.1)	9 (22.5)	8 (22.2)	10 (14.7)	40 (12.7)	92 (15.4)
職場の産業医とメンタルヘルス事例の情報を交換する.	11 (22.9)	6 (6.7)	5 (12.5)	3 (8.3)	11 (16.2)	31 (9.8)	67 (11.2)
その他	0 (0.0)	3 (3.4)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.3)	8 (1.3)
全体	48 (100.0)	89 (100.0)	40 (100.0)	36 (100.0)	68 (100.0)	316 (100.0)	597 (100.0)

人数 (%)

表8 現在、地域の精神科医師・精神科医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が整っていると思うか**

	中央部長と部長	課長	副長	職長	班長	一般職	全体
非常に思う	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
かなり思う	9 (17.0)	3 (3.0)	2 (4.4)	0 (0.0)	3 (4.0)	11 (3.0)	28 (4.1)
多少思う	27 (50.9)	55 (55.6)	23 (51.1)	22 (51.2)	40 (53.3)	195 (53.0)	362 (53.0)
全くない	17 (32.1)	41 (41.4)	20 (44.4)	20 (46.5)	32 (42.7)	162 (44.0)	292 (42.8)
全体	53 (100.0)	99 (100.0)	45 (100.0)	43 (100.0)	75 (100.0)	368 (100.0)	683 (100.0)

人数 (%)

職階の差: ** P < 0.01

表9 職場におけるメンタルヘルスに対するイメージ*

	中央部長と部長	課長	副長	職長	班長	一般職	全体
とても重要だと思う.	49 (90.7)	82 (79.6)	32 (69.6)	30 (71.4)	54 (71.1)	226 (59.8)	473 (67.7)
必要がない.	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.3)	5 (1.3)	7 (1.0)
興味がない.	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.3)	1 (2.4)	3 (3.9)	18 (4.8)	24 (3.4)
よくわからない.	4 (7.4)	11 (10.7)	9 (19.6)	7 (16.7)	10 (13.2)	86 (22.8)	127 (18.2)
リストラの口実にされるのではないかと心配だ.	0 (0.0)	3 (2.9)	3 (6.5)	2 (4.8)	2 (2.6)	8 (2.1)	18 (2.6)
昇進や給与に悪影響を及ぼすのではないかと心配だ.	0 (0.0)	4 (3.9)	0 (0.0)	2 (4.8)	5 (6.6)	31 (8.2)	42 (6.0)
その他	1 (1.9)	2 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.3)	4 (1.1)	8 (1.1)
全体	54 (100.0)	103 (100.0)	46 (100.0)	42 (100.0)	76 (100.0)	378 (100.0)	699 (100.0)

人数 (%)

職階の差: * P < 0.05

ことに対する考えには有意な職階差がなく、全体でみて「正確な診断名を記載すべきである」の割合が57.6%で最も高く、次が「よくわからない」(25.6%)であった。「あいまいな診断名は患者に対する配慮であり、しかたない」の割合は16.0%であった。

表10に職場のメンタルヘルス対策における地域の精

神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考えを示した。回答に有意な職階差があり (P<0.05)、全体でみて「必要だと思う」の割合が64.7%で最も高率であり、次が「よくわからない」(30.6%)であった。「必要だと思う」の割合は、副長が73.9%で最も高率であり、職長が53.3%で最も低率で

表10 職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考え*

	中央部長と部長	課長	副長	職長	班長	一般職	全体
必要だと思う.	39 (73.6)	72 (68.6)	34 (73.9)	24 (53.3)	54 (68.4)	238 (61.8)	461 (64.7)
必要ない.	1 (1.9)	4 (3.8)	0 (0.0)	3 (6.7)	0 (0.0)	19 (4.9)	27 (3.8)
よくわからない.	10 (18.9)	28 (26.7)	12 (26.1)	18 (40.0)	25 (31.6)	125 (32.5)	218 (30.6)
その他	3 (5.7)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.8)	7 (1.0)
全体	53 (100.0)	105 (100.0)	46 (100.0)	45 (100.0)	79 (100.0)	385 (100.0)	713 (100.0)

人数 (%)

職階の差：* P < 0.05

あった。「よくわからない」の割合は、職長が40.0%で最も高率であり、中央部長と部長が18.9%で最も低率であった。

考 察

中規模事業場と精神科医療機関の職場メンタルヘルスに関する連携状況を調査した報告⁵⁾では、精神科医療機関受診後の問題点として、事業場側は「本人への対応の仕方がよくわからない」、「精神科医療機関受診後の経過がわからない」、「具体的な助言がない」、「復職できない状態で復職可能の診断書が出る」といった問題点を指摘している。一方、精神科医療機関側は「会社が本人の病状を理解しない」、「プライバシー保護のため問い合わせに対応することが困難」、「会社が職場復帰に抵抗する」といった問題点を上げている。また、主治医への問い合わせに関して、患者本人の許可なく問い合わせをしてきた場合には、42%の医療機関が回答を拒否、看護婦・保健婦や産業医の問い合わせの場合でも24%が拒否するとしていた。一方、患者本人の了解を得て問い合わせをしてきた場合には、問い合わせ者が誰であっても拒否すると回答した機関はなかったとしている。

松崎ら⁶⁾は、精神科専門機関は、人事・労務担当者から復職のための診断書を求められた場合、記載内容についての相談を、患者と必ずまたはたいていする機関が86.7%であったのに対し、人事労務担当者とは必ずまたはたいていする機関は30.0%にすぎなかったとしている。

このように事業場と精神科医療機関の職場メンタルヘルスに関する連携は必ずしもうまくいっているとはいえない現状にある。

そこで、生協正規職員の調査²⁾に引き続き、大企業の製造工場の労働者を対象に、労働者自身の職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度の職階差について検討した。

調査集団の特徴として、年齢、身長、職歴、1日平均作業時間、平均睡眠時間、喫煙歴および喫煙量で、有意な職階差があった。平均年齢は、副長が52.1歳で最も高く、一般職が33.6歳で最も低かった。職歴は、副長が33.5年で最も長く、一般職が15.4年で最も短かった。1日の平均作業時間は、課長が10.7時間で最も長く、副長が9.4

時間で最も短かった。また、対象者の職種割合にも有意な職階差がみられた。各職位で最も割合が多かった職種は、中央部長と部長では事務職、課長および一般職では技術開発・研究職、副長では事務職および製造・生産職、職長および班長では製造・生産職であった。さらに、各職階の職業性ストレスを把握したが、「総合した健康リスク」は、中央部長と部長が85.6%で最も低く、班長が107.1%で最も高かったが、全体的にみて問題になるレベルではなかった⁴⁾。以下の結果では、これらのことを考慮する必要がある。

製造工場労働者では職場のメンタルヘルスに関心が「全くない」者も割合は、対象者全体で10.1%であり、生協正規職員²⁾とほぼ同率であった。職場のメンタルヘルスに対する関心度には、生協正規職員²⁾とは異なり、有意な職階差がみられた。メンタルヘルスに対する関心度は、中央部長と部長および職長で高く、一般職で最も関心度が低かった。

生協正規職員ではメンタルヘルスに関する講演会や研究会などへ参加したことがある者の割合は課長以上の者がその他の者より有意に高率であった²⁾。本調査の製造工場労働者ではメンタルヘルスに関する講演会や研究会などへ参加の有無のみならず地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば気軽に利用したいか否かの回答にも、有意な職階差があった。「参加したことがある」者の割合および「気軽に利用したい」者の割合はともに、メンタルヘルスに関心が高い中央部長と部長が最も高率であり、逆にメンタルヘルスに関心が低い一般職が最も低率であった。

製造工場労働者でも、生協正規職員²⁾と同様に、地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度には有意な職階差はなかった。全体でみて「多少期待する」と回答した者が56.1%で最も高率であった。

現在、地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が整っていると思うか否かに対する回答は、前述の生協正規職員では、全体でみて「全くない」の割合が最も高率で62.6%にも達し、次の「多少思う」は29.9%にすぎず、概して否定的な回答が多く、回答に職階差もなかった²⁾。しかし製造工場労働者では、全

体でみて「多少思う」の割合が53.0%で最も高率であり、次が「全くない」(42.8%)と、肯定否定相半ばしていた。しかも、興味深いことには、この回答には有意な職階差があり、「かなり思う」割合が最も高率であったのはメンタルヘルスに対する関心度が高い中央部長と部長であった。

中規模事業場の66.0%は定期的に専門家に来てもらうことに「あまり必要ない」と回答していた⁵⁾。しかし、柏木ら⁷⁾は、事業場外メンタルヘルス担当者(主として精神科医師)の過半数以上(56.6%)が事業場のメンタルヘルスに関する相談・診療に関与することを希望しているとしている。そこで地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与する際、期待する内容を調査したところ、生協正規職員²⁾と同様に回答に有意な職階差はなく、全体でみて「職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く」を期待する割合が最も高率であり、次が「電話やメールでメンタルヘルスに関する相談にのる」であった。この点に関して、前述の事業場のメンタルヘルスに関与することを希望している精神科医師の55%が、月1~2回事業場で相談・診療可能としており⁷⁾、事業場のメンタルヘルスに対する意識が高まり財政等の事情が許せば労働者の希望を実現することは可能であろう。

仕事上でメンタルヘルスの問題が生じたときの、地域の精神科医師・精神科医療機関の利用度を調査したが、生協正規職員²⁾と同様に、利用度に有意な職階差がなく、全体でみて「利用なし」の割合が71.7%で最も高率であり、次が「今後利用したい」も20.0%にすぎなかった。

職場におけるメンタルヘルスに対するイメージには、生協正規職員²⁾と同様に、有意な職階差があった。メンタルヘルスに対する関心度を反映してか、「とても重要だと思う」割合は、中央部長と部長が90.7%で最も高率であり、一般職が最も低率(59.8%)であった。一方、「よくわからない」の割合は、一般職が22.8%で最も高率であり、中央部長と部長が最も低率(7.4%)であった。

前述のように、精神科医療機関が事業場に対して感じる困難のひとつにプライバシー保護が上がっている⁵⁾。そこで対象者に「地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場での情報を治療機関に提供することに対する考え」を問うたところ、生協正規職員²⁾と同様に、回答に有意な職階差がなく、全体でみて「治療に必要なことなら、患者の同意のうえなら提供してよい」の割合が77.8%で最も高率であり、次が「同意の如何にかかわらず、どんなことも提供してはならない」(9.3%)であった。また、「地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場復帰等の関連で、事業場の関係者が治療情報を主治医から得ることに対する考え」を問うたところ、生協正規職員²⁾と同様に、回答に有意な職階差がなく、全体でみて「必要な治療情報は、患者の同意のうえなら

得てよい」の割合が79.1%で最も高率であり、次が「同意の如何にかかわらず、どんな治療情報も得てはならない」(10.0%)であった。このように多くの労働者も、職位に関係なく、事業場においては必要に応じて当該患者の同意のもと、事業場と治療機関が患者に関する情報を共有することに肯定的な意識があることがわかった。

前述のように、事業場からみた精神科医療機関との関係で困った点については、医療機関からの具体的情報の少なさが上げられている⁵⁾。そこで対象者に「地域の精神科医師・精神科医療機関から事業所に発行される診断書に記載される診断名があいまいで、受診者の状態がよくわからず、職場で対処しにくい場合があることに対する考え」を問うたところ、生協正規職員²⁾と同様に、有意な職階差はなく、全体でみて「正確な診断名を記載すべきである」の割合が57.6%で最も高率であり、「あいまいな診断名は患者に対する配慮であり、しかたない」(16.0%)の3倍以上であった。このように労働者は、診断名に基づく偏見や差別の可能性や患者自身への影響を配慮しつつも、事業場での適正な対応のためには正しい診断名の記載を求めていることがわかった。

最後に対象者に「職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考え」を問うたところ、全体でみて、生協正規職員²⁾と同様に、「必要だと思う」の割合が64.7%で最も高率であり、次が「よくわからない」(30.6%)であった。「必要ない」は3.8%にすぎなかった。このように職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する労働者のニーズが高いことがわかった。

「職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考え」には、生協正規職員²⁾と異なり、理由はよくわからないが、有意な職階差があった。すなわち、「必要だと思う」の割合は、副長が最も高率であり、職長が最も低率であった。また「よくわからない」の割合は、職長が最も高率であり、メンタルヘルスに対する関心度が高い中央部長と部長が最も低率であった。

以上、製造工場労働者では、労働者の職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度、満足度は、ともに概して職階が高い者ほど高いことがわかった。

謝辞：本研究は、平成18年度厚生科学研究費補助金、労働安全衛生総合研究事業(研究課題名)「労働者のメンタルヘルス対策における地域保健・医療との連携のあり方に関する研究」により行った。また、データの整理を手伝ってくれた奥村まゆみ氏に深謝する。

文 献

- 1) 川上憲人：「事業場における労働者の心の健康づくりの

ための指針」の逐条解説。働く人の心の健康づくり—指針と解説—：中央労働災害防止協会編。東京，中央労働災害防止協会，2001，pp 45—50。

2) 井奈波良一：生協職員のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に関する調査。日職災医誌 53:220—227, 2005。

3) 森本兼囊：ライフスタイルと健康。日衛誌 54:572—591, 2000。

4) 「作業関連疾患の予防に関する研究」研究班：労働省平成11年度労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書。東京，東京医科大学衛生学公衆衛生学教室，2000。

5) 鳥澤重男，川上憲人，井奈波良一，他：中規模事業所におけるメンタルヘルスの支援方法に関する研究。平成9年度産業保健調査研究報告書，岐阜産業保健推進センター，1998。

6) 松崎一葉，笹原信一郎，京田真理，他：事業所・産業医・精神科専門機関の連携の状況と地域産業保健センターの機

能活用に関する試案。産業医学ジャーナル 24:33—40, 2001。

7) 柏木雄次郎，藤井久和，夏目 誠，他：メンタルヘルス対策のための事業場外資源のあり方に関する調査研究（第1報）事業場外資源への質問紙調査。日職災医誌 52:240—249, 2004。

(原稿受付 平成 19.2.5)

別刷請求先 〒501-1194 岐阜市柳戸1番1
岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野
井奈波良一

Reprint request :

Ryoichi Inaba
Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine, 1-1 Yanagido, Gifu 501-1194, Japan

A SURVEY ON THE WORKERS' AWARENESS AND SATISFACTION IN RELATION TO THE REGIONAL MENTAL CLINICS AND HOSPITALS CONCERNING THE MEASURE OF MENTAL HEALTH IN MALE WORKERS OF A LARGE FACTORY

Ryoichi INABA¹⁾ and Kazuhito YOKOYAMA²⁾

¹⁾Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine

²⁾Department of Public Health and Occupational Medicine, Mie University Graduate School of Medicine

This study was designed to evaluate the hierarchy difference of workers' awareness and satisfaction in relation to the regional mental clinics and hospitals concerning the measure of mental health for workers. A self-administered questionnaire survey on the workers' awareness and satisfaction in relation to the regional mental clinics and hospitals concerning the measure of mental health for workers were performed among 733 male workers (age: 41.6±10.5 years, 21–59) in a large factory.

The results obtained were as follows.

1. Interest in the mental health for workers was higher among the managers or higher position staff and the supervisors, and was the lowest among the primary workers.

2. Both of the percentages of the workers who participated in the lecture or workshop concerning mental health for workers, and hoped to consult the regional mental clinics and hospitals without constraint if necessary were the highest among the managers or higher position staff, and was the lowest among the primary workers.

3. There were not significant hierarchy differences either in the degree of the expectation that regional mental clinics and hospitals participate in the mental health for workers or in the expected measure of their participation.

4. There were significant hierarchy differences in the answers whether the system for participation of regional mental clinics and hospitals in the mental health for workers existed or not at present. Percentage of the workers who considered fairly that the system being already established at present, was the highest among the manager or higher position.

These results suggest that in general, the degrees of both workers' awareness and satisfaction in relation to the regional mental clinics and hospitals concerning the measure of mental health for workers were higher among workers with higher hierarchy in the large factory.