

厚生労働科学研究費補助金  
労働安全衛生総合研究事業

労働者のメンタルヘルス不調の予防と  
早期支援・介入のあり方に関する研究

平成20年度～22年度 総合研究報告書

研究代表者 横山 和仁

平成23（2011）年3月



厚生労働科学研究費補助金  
労働安全衛生総合研究事業

労働者のメンタルヘルス不調の予防と  
早期支援・介入のあり方に関する研究

平成20年度～22年度 総合研究報告書

研究代表者	横山 和仁	順天堂大学医学部衛生学講座 教授
研究分担者	岡田 元宏	三重大学大学院医学系研究科精神神経学 教授
研究分担者	竹村 洋典	三重大学大学院医学系研究科家庭医療学 教授
研究分担者	原谷 隆史	独立行政法人労働安全衛生総合研究所 作業条件適応研究グループ 部長
研究分担者	堤 明純	産業医科大学産業医実務研修センター 教授
研究分担者	井奈波 良一	岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野 准教授
研究分担者	近藤 信子	四日市看護医療大学精神看護学 教授
研究分担者	浦川 加代子	三重大学大学院医学系研究科ストレス科学 教授

研究協力者

岡田 章	日本産業衛生学会産業医部会
河野 啓子	日本産業衛生学会産業看護部会
山崎 友丈	株式会社マインメンタルヘルス研究所
山崎 喜比古	東京大学大学院医学系研究科健康社会学
益子 友恵	東京大学大学院医学系研究科健康社会学
大久保 豪	東京大学大学院医学系研究科医薬品質評価学
北村 文彦	順天堂大学医学部衛生学講座
池田 若葉	順天堂大学医学部衛生学講座
鈴木 麻揚	西武文理大学看護学部
谷 伊織	浜松医科大学こどものこころの発達研究センター
中川 雅紀	三重大学大学院医学系研究科精神神経学
濱口 達也	三重大学医学部附属病院科精神科神経科
横谷 省治	筑波大学附属病院総合診療科
北村 大	三重大学医学部附属病院総合診療科
堀端 謙	亀山市立医療センター

後藤 道子	三重大学医学部医学看護学医学教育センター
飛松 正樹	三重大学大学院医学系研究科家庭医療学
山本 政和	三重大学大学院医学系研究科家庭医療学
林田 耕治	トータルヘルス株式会社
後藤 英一郎	心和堂後藤クリニック
織田 進	福岡産業保健推進センター
山本 愛	(株)リコー 人事本部ヒューマンリレーション推進部 健康安全衛生グループ
道家 庚一	株式会社リコー池田事業所
河下 太志	リクルート健康保険組合健康管理室
峰山 幸子	(財)淳風会メンタルサポートセンター
廣川 空美	梅花女子大学看護学部
中村 純、新開 隆弘、中野 雄一郎、岡本 龍也、堀 輝、林 健司、山田 健治、 井上 未由紀、鎌田 壇、阿竹 聖和、和気 舞子、香月 あすか	
	以上，産業医科大学精神医学教室
永田 昌子、森 晃爾、茅嶋 康太郎、立石 清一郎、永田 智久、丸山 崇、松井 亜樹、 近藤 祥、黒石 真紀子、玉代勢 なな、長谷川 久美、黒岩 望、伊東 大輔、大室正志、 梶木 繁之、門脇 康二、塩田 拓也、竹中 春美、田中 完、福田 佐紀、藤田 周弥、 田端 英俊、小田上 公法	
	以上，産業医科大学産業医実務研修センター
黒川 淳	岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野
植木 啓文	岐阜大学医学部附属病院
萩 典子	四日市看護医療大学看護学部
大西 信行	四日市看護医療大学看護学部
東川 薫	四日市看護医療大学看護学部
福田 弘子	四日市看護医療大学看護学部



## 目 次

I. 総括研究報告書	1
労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究	2
横山 和仁	
1. 労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する実態調査と事業者向け教育資料の作成	
横山 和仁	
2. 三重県における“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病＝現代型抑うつ症候群）”に対する精神科医療の取り組みの現状の研究と、グッドプラクティス事例の分析と検討	
岡田 元宏	
（資料）事業者のためのメンタルヘルス資料（付記）	
3. 非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点とその対策に関する調査・研究	
竹村 洋典	
4. 外部相談機関等による職場への支援の現状とあり方の研究	
原谷 隆史	
5. 職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための産業医向け教育プログラムの開発	
堤 明純	
6. メンタルヘルス不調労働者および管理監督者が期待する労働者のメンタルヘルス問題への事業所、産業医および医療機関による早期支援に関する調査	
井奈波 良一	
7. 産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する研究	
近藤 信子	
8. 「勤労者のストレス対処能力としての首尾一貫感覚Sense of Coherence (SOC)と職業性ストレス、精神的健康、生活習慣との関連」	
浦川 加代子	

Ⅱ．研究成果の刊行に関する一覧表	-----	119
Ⅲ．研究成果物 *	-----	123
1．メンタルヘルス不調の予防と早期・介入　―事業者の方へ―	-----	125
2．プライマリ・ケア医のための精神疾患への医療面接 うつ病・診断編（DVD）	-----	143
3．産業医のための職域メンタルヘルス不調の予防と 早期介入・支援ワークブック	-----	145
4．コミュニケーション　ワークブック（アサーション研修） 産業医研修編	-----	167
5．企業内でのメンタルヘルス調査の企画・実施	-----	187
6．広汎性発達障害	-----	267
7．精神科専門医との円滑な連携のための紹介状の書き方	-----	275
8．職場でよくみる精神科治療薬	-----	319
9．疾病性の気づき助ける管理監督者用教材例：職場での精神症状の出方	--	329
10．産業医・管理監督者向け教材例：精神科救急に係る事項	-----	335
11．管理監督者のためのメンタルヘルス不調者の 早期発見・早期支援の手引き	-----	343
12．産業看護職のための労働者のメンタルヘルス不調の 予防と早期支援研修テキスト	-----	357
13．ストレスに強くなるメンタル・トレーニング	-----	465

\* 論文別刷は各年度報告書に所載

## I．総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
総合研究報告書

労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究

研究代表者 横山 和仁 順天堂大学医学部衛生学講座 教授

**研究要旨**

平成18年3月公示の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、事業者が講ずるよう努めるべきメンタルヘルスカが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。一方、最近では臨床精神医学領域において、精神障害に対する早期支援・治療の重要性が強調されている。従って、労働者のメンタルヘルス不調を予防し、かつ早期に支援・介入するための、事業所内外の関係者が連携した包括的な枠組みを作り上げる必要がある。今回の研究では、職域のメンタルヘルスカの弱点とグッドプラクティス事例の把握の両面を行い、有効な予防・早期介入支援策を明らかにすると共に、関係者の資質向上のための教育プログラムや教材を開発することを目的として、3年計画で研究を行ってきた。研究として下の1～8を行うとともにそれらの結果より教育プログラムや教材開発を行った。

1. 労働者のメンタルヘルス不調を早期に支援・介入するにあたって、現時点における職域のメンタルヘルスカの弱点とグッドプラクティス事例を把握し、有効な早期介入を明らかにすることを目的として、1.文献及び専門家の意見から産業医および産業保健スタッフ、さらに労働者本人を対象として職域におけるメンタルヘルスカの弱点とグッドプラクティス事例を把握するための調査項目を収集した。2.産業医および産業保健スタッフを対象としたアンケート調査を行った。その結果、調査項目として事業所・産業医・社外の医療機関のそれぞれの立場においてにおけるメンタルヘルスカを40項目と、実際に実施されている早期支援策を15項目収集し、これらの項目を用いて産業医・産業保健スタッフを対象とした質問紙調査を行い、メンタルヘルスカとして求められていることを示した（平成20年度）。これらをさらに詳しく分析し、労働者のメンタルヘルス不調例の最初の徴候は、頻度の高い順に「欠勤」、「仕事能率の低下」、「不眠」であり、気分の不調は最初の徴候としては頻度が低かった。またメンタルヘルス不調者が医療機関を受診するまでの期間に影響のあった因子は、経済的保障であり、労働者があればよかったと思う支援（ニーズ）には相談できる環境があげられた。これらのことから、労働者のメンタルヘルス不調の早期発見には、気分の不調をどれだけ慎重に判断および対処できるかが鍵になることが示唆された。また早期支援・介入には経済的支援と相談、そして予防には働きやすい環境作りが重要な因子であることが示された（平成21年度）。これらの結果を基に研究会議などで議論し事業者向け教育資料（原案）を作成し関係各者から意見を集めた（平成22年度）。

2. 三重県内の精神科医師の“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメラニコリー型とは異なるタイプのうつ病＝現代型抑うつ症候群）”に対する考え方や治療・対応を調査した。従来型のメラニコリー親和型うつ病に比べて、現代型抑うつ症候群は治療反応性や復職率、休職期間、再休職率の観点からも難治性であることが確認された（平成20、21年度）。

グッドプラクティス事例として、三重県教育委員会のメンタルヘルスカシステムを調査した。これまでの復職支援、メンタルヘルス対策で示されている工夫や知見の確実な実践が重要と思われた（平成22年度）。今後の課題としては、人格障害と発達障害を背景とした現代型抑うつ症候群に対する治療法・リハビリテーション法の開発であり、再就職支援や本人の適性に合致した職場選びなど社会全体での配置転換システムの構築が望まれる。

3. なぜ非精神科医が、メンタルヘルス不調をうまく診断できないのか明らかにするため平成20年度の病院総合医と家庭医による2つのフォーカスグループによる質的研究と平成21年度の695人の非精神科医からのアンケート調査から、非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因として、メンタルヘルス不調についての知識が乏しい、そ

の診療に時間がかかる、または時間に見合うだけの収入がないことなどを考えていることが分かった。また、中小企業の場合は、メンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい、事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい、など事業所側の問題も理由と考えられた。

平成22年度に全国の都道府県医師会の協力で行った調査で、非精神科医のメンタルヘルス不調対処能力の向上のために、講演会なども限定的にはあるが効果があることも示唆された。さらにDVDを用いたメンタルヘルス不調対処能力の向上を目指す教材を開発した。

4. 文献データベースでEAP等の外部相談機関の文献検索を行った結果、医中誌Webで81編、PubMedで153編の文献があった。その中で早期介入や早期発見の文献は少なかった。日本ではうつ病ケアでEAP等を活用して効果的な早期発見・早期治療に結びつけるためのシステムづくりの重要性が指摘されていた。海外ではアルコール依存症や薬物乱用等のEAPによる早期介入の有効性や経済的メリットの報告があった（平成20年度）。日本EAP協会の賛助会員は7機関、その他のEAP等の相談機関をインターネットで検索すると16機関があった。メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業の登録相談機関は、17都道府県の33機関であった。面接によるカウンセリングに関して時間や料金の表示半分程度の機関で行われていた。精神科医の面接を明確に表示している相談機関はわずかであった。外部相談機関は、一般従業員、管理監督者、人事労務担当者、産業保健スタッフ、経営層等への相談、コンサルテーション、教育研修・情報提供、ストレスやメンタルヘルスの調査によるメンタルヘルス不調の早期発見、組織診断等の多様なサービスをネットやメールを活用して提供している状況が明らかとなった。全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関は、27都道府県の52機関である。14県では、相談促進事業の登録相談機関と全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関の両方とも存在しない。メンタルヘルス対策支援センターは、47都道府県産業保健推進センター内に設置され、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援まで職場のメンタルヘルス対策についての総合支援窓口として、サービスを無料で提供しており、公共サービスとして必要性が高い。外部専門機関は各地に存在することが期待された（平成20-22年度）。

5. 早期の支援・介入に関連する労働者のメンタルヘルス不調の予防に係る文献レビューと、産業医を対象として、彼ら他経験した事例を基に、早期に行われると好ましい支援と、それを可能にする事業場の体制や産業医のスキルについての聞き取り調査と、関連する課題解決を探るグループワークを行い、産業医のための精神医学に関連する項目について研修の必要性が明らかにした（平成20年度）。さらに専門家を対象とした調査を行い、産業医が有すべき精神医学的な知識と技術を抽出した（平成21年度）。職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための産業医向けの7つの教材を開発し、実習内容をワークブックとしてまとめた（平成22年度）。

6. 労働者のメンタルヘルス不調予防に対する早期支援の内容を明らかにする目的で、メンタルヘルス不調に陥ったことがある労働者および管理監督者が事業所、産業医、医療機関に対して期待する早期支援に関する自記式アンケート調査を行った（平成20-22年度）。①メンタルヘルス不調に陥ったことがある労働者では、こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことがあると回答した者は50%を超えていた。メンタルヘルス不調に陥った時、特に困ったことは、共通して上位5項目に入っていた項目は、職場環境等の把握と改善に関する「職場の人間関係が悪かった」および、メンタル不調への気づきと対応の中の相談体制に関する項目「職場内に相談相手がいなかった」であった。事業所にして欲しかったことの第1位は、メンタルヘルス不調への気づきと対応の中の相談体制に関する「相談しやすい職場環境の整備」であった。②管理監督者が、メンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったことで、共通して上位5項目に入っていた項目は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する3項目（「早期の徴候（サイン）がよくわからなかった」、「具体的な対応の仕方がわからなかった」および「本人が突然、事業所を欠勤した」）であった。労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待することで、共通して上位5項目に入っていた項目は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する3項目（「相談しやすい職場環境の整備」、「同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進」および「産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進」）および、メ

メンタルヘルスクエアを推進するための教育研修・情報提供に関する1項目（「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保」）であった。産業医に期待することで、共通して上位5項目に入っていた項目は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する2項目（「メンタルヘルス相談」および「メンタルヘルス不調者との面談実施」）および、メンタルヘルスクエアを推進するための教育研修・情報提供に関する2項目（「メンタルヘルスに関する社員教育」および「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」）であった。医療機関に期待することに、共通して上位5項目に入っていた項目は、職場復帰における支援に関する4項目（「休養の必要性とその根拠の説明」、「今後の見通しとその根拠の説明」、「治療内容の説明」、「復職までの過ごし方や経過の観るポイントの説明」）であった。さらに、管理監督者向けの教材を作成した（平成22年度）。

7. 労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方を産業看護職の立場から検討を行うと共に労働者のメンタルヘルスの実態とメンタルヘルスクエアに対するニーズを明らかにすることを目的に調査を行った。①産業看護職が求めているメンタルヘルス不調の早期支援のための教育に関するニーズについて（平成20-21年度）、②労働者のメンタルヘルスクエアの状況とメンタルヘルスクエアに対するニーズ（平成21-22年度）という2つの側面から調査を行った。調査結果からは、産業看護職は、「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」、「労働者への教育・研修のなどの知識やスキル」を必要としていること、また、これらを補強していくためのトレーニングやスーパービジョンなどのサポートシステムを必要としていることがわかった。また、産業看護職が管理監督者、一般労働者に必要と考えている研修の内容については、人間関係、コミュニケーション、傾聴の技術、プライバシーの保護などに関するものであった。労働者の状況とニーズに関しては、労働者の6割以上が不安や悩みをかかえていることや、メンタルヘルス不調を抱えていても精神科受診を望んでいないこと、心の健康に関して学びたい内容は、ストレス対処法、心の不調者への対応、人間関係・コミュニケーションなどであった。これらを基に「産業看護職のための早期介入支援テキスト」を作成した（平成22年度）。

8. 平成21年度は、ストレス対処能力としての首尾一貫感覚Sense of Coherence (SOC)を測定するため、信頼性妥当性が確認されているSOC29項目を用い、職業性ストレスを測定するJCQ、および精神健康度尺度であるGHQ12項目との関連を検討した。結果は、男女ともに精神的健康にはSOCの影響があり、職業性ストレスの仕事負担が有意であった。他に男性では管理職、また、女性では同僚のサポートが影響していた。年齢が高くなり経験を積むことでSOCは高くなり、睡眠や運動を考慮した健康な生活習慣を確立すること、仕事負担を考慮すること、家族や上司・同僚などのサポートが精神的健康の保持に影響していることが明らかになった。

平成22年度は、主観的健康観に着目し、首尾一貫感覚 (SOC)および精神的健康(GHQ-12)、生活習慣との関連を検討した。また、Breslowの7つの健康習慣(1965)は、免疫力を保持して健康破綻を遅らせ、寿命をのばすと考えられていることから、睡眠時間、喫煙、適正な体重、飲酒、運動、朝食、間食の7項目について回答を求めた。結果は、主観的健康観の違いと、SOC平均得点およびGHQ-12平均値には有意な差がみられた。また、SOCおよびGHQ-12は生活習慣の中では、運動習慣との関連があった。これらの結果から、主観的健康観が良い人は、ストレス対処能力が高く精神的に健康であることが明らかになり、運動を取り入れた健康な生活習慣を確立することは、ストレス対処能力と精神的健康を向上させる可能性が示唆された。さらにSOCを取り入れた労働者向けの教材を作成した。

なお、本研究で作成した各種教育教材・資料は本冊子の巻末に掲載する。また、後日準備が整い次第ホームページ等で公開する予定である。

＜研究分担者＞

竹村 洋典

岡田 元宏

三重大学大学院医学系研究科家庭医療学

三重大学大学院医学系研究科精神神経学

教授

教授

原谷 隆史

独立行政法人労働安全衛生総合研究所  
作業条件適応研究グループ 部長

堤 明純

産業医科大学産業医実務研修センター  
教授

井奈波 良一

岐阜大学大学院医学系研究科  
産業衛生学分野 准教授

近藤 信子

四日市看護医療大学精神看護学 教授

浦川 加代子

三重大学大学院医学系研究科  
ストレス科学 教授

## A. 研究目的

近年、労働者の抱えるストレスが高い状態が続いていることが指摘されており、その対策として平成18年3月公示の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、事業者が講ずるように努めるべきメンタルヘルスクエアが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。一方、最近では臨床精神医学領域において、精神障害に対する早期支援・治療の重要性が強調されている。従って、労働者のメンタルヘルス不調を予防し、かつ早期に支援・介入するための、事業所内外の関係者が連携した包括的な枠組みを作り上げる必要がある。

精神障害の予防や初期対応を効果的に進

める上では、①精神障害に対する理解（偏見やスティグマの排除）、②早期からの適切な支援・治療、③相談・治療へのアクセス、④初診時の治療者・治療環境、⑤エビデンスに基づく最良の治療、⑥当事者や家族の治療への主体的関与、⑦生活全般の総合的支援、および⑧入院にかわる地域訪問型サービスが重要課題とされる（西田，2007）。これらは、統合失調症を念頭においているが、うつなどの職域メンタルヘルス問題にも共通する点が多いと考えられる。一方、前回の労働安全衛生総合研究事業（横山ほか、平成16～18年）で示したように、メンタルヘルスクエアでは職域と地域の連携が非常に重要となっている。

今回の研究では、上記の要因に着目しながら職域のメンタルヘルスクエアの実態の把握を行い、有効な予防・早期介入支援策を明らかにすると共に、関係者の資質向上のための教育プログラムや教材を開発することを目的として、以下の3年計画の研究と取り組みを計画した。

1. 種々の職域におけるメンタルヘルス不調例について、当該労働者、職場関係者、産業医・看護職、衛生管理者、主治医などから、どのような支援が早期に行われるべきであったか、また、予防できた可能性とその内容について調査を行う。

2. 職域のメンタルヘルス不調例を取り扱った精神科医および一般医における診療や職場復帰支援プログラムへの関わりの実態とこれらの医師・医療機関がどのようなニーズを持っているかを調査する。

3. EAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）等の外部相談機関の職場メンタルヘルス不調への関わり、

特に、予防と早期支援・介入におけるこれらの機関の役割を検討する。

4. 以上と同時に、それぞれの立場におけるグッドプラクティス事例を収集し、その優れていた点を明らかにする。

## B. 研究方法とその結果

上記の研究を協力し合い、各々が行い結果を検討しながら進めた。また、それぞれの研究は三重大学医学部の倫理委員会で研究計画の承認を受けると共に、疫学研究に関する倫理指針および疫学研究に関する倫理指針の施行についてにもとづいて実施された。

研究初年度の平成20年度は上記1.2.として職域におけるメンタルヘルスの弱点などの実態把握とグッドプラクティスを収集するための前段階として、先行文献のレビューを行い、さらに少数での専門家集団に対する詳細な情報収集（グループディスカッション、面接、質問紙調査）を行った。それらの結果を基に、1.については全国規模の質問紙調査も開始した。メンタルヘルス不調の経験がある労働者への調査は、全国レベルでは産業保健スタッフを通じた調査と一部の地域ではあるが事業所単位での調査の2通りを行った。これらの結果を受けながら前年に引き続き2年目である平成21年度は質問紙調査を中心に規模を拡大して調査を進めた。これらの実態調査と同時に産業医、産業保健に造詣の深い精神科医を対象として、メンタルヘルスに関して産業医が習得したい項目、産業医に習得してほしい項目についての調査も行った。また産業看護師に対しては本人達のニーズの調査も行った。さらに、一般精神科医を対象

に最近問題化しているいわゆる「現代型うつ病」についての実態調査を進めた。

上記3.においては初年度（20年度）時点での状況を検討する目的で、医学中央雑誌WebとPubMedを使用して関連文献の検索とレビューを行った。わが国の実態を把握するため3年にわたり経年的にEAP機関などの外部相談機関の実態と調査した。さらに最終年度には外部相談機関等への教育プログラムについて検討した。

上記4.については平成20、21年度に行った調査中にグッドプラクティス事例を収集した。それに加えて教職員の精神神経疾患の休職者は15年連続増加傾向にあるにもかかわらず、三重県では18年度以降減少傾向にあり、全国平均と異なる動向を示しているため、三重県教育委員会によるメンタルヘルスケアシステムをグッドプラクティス事例として分析・検討した。

最終年度である平成22年度は、これらの結果を各研究者が持ち寄り、議論を行い、各種教育教材・資料を作成した。

個々の分担研究の内容については、各分担研究報告として後掲する。

## C. 考察

種々の調査結果より職域におけるメンタルヘルス不調者の現状や対策について明らかになり、また労働者自身や管理監督者の上司、ライン、事業者や保健スタッフに対するニーズなども明らかになった。その中で特に、産業保健スタッフを通じての調査で、最初に現れる徴候として「欠勤」、「仕事能率の低下」や「不眠」が挙げられ、あればよかったというニーズでは「相談できる環境」であった。労働者や管理監督者



への事業所別の調査でも労働者は「相談できる環境」になかって困ったという回答が上位にきて、管理監督者からは「早期のサイン（徴候）がわからなかった」や「本人が突然欠勤した」などの項目が困ったことの上位にくるなど共通していた。これらのことも踏まえ、事業者これらの現状と環境作りの重要性などを伝えるための資料として「メンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入 ー事業者の方へー」を作成した。さらに、実際に労働者に接する上司のための教材として「管理監督者のためのメンタルヘルス不調者の早期発見・早期支援の手引き」を作成した。また、平成21年度より研究テーマに取り入れた新しい概念であるSOC（Sense of Coherence: 首尾一貫感覚）を用いた労働者個人に対するストレス対処能力の向上を目的に「ストレスに強くなるメンタルヘルス・トレーニング」を作成した。なお、今回の調査にて対処の困難さが浮き彫りにされた従来のメランコリー型のうつとは異なるいわゆる「現在型抑うつ症候群」とよばれる概念の、これら非医療者向けの教材・資料への採用の是非は研究班会議でも議論され、事業者向けの資料にのみ「付記」として記載することにした。

非精神科医がメンタルヘルス不調者の対応がうまくいかない理由として、知識、時間や報酬などの問題が明らかになった。また、以前から行われているメンタルヘルスの講演会等の研修は限定的ではあるが効果があることも明らかになった。これらを踏まえ非精神科専門医向けの教材として「プライマリ・ケア医のための精神疾患への医療面接 うつ病・診断編」（DVD）を作成した。その他、産業医や精神科医の調査

や産業看護職への調査結果などより産業保健医療職向けの教材（後掲）を各種作成することができた。

以上、本研究で得られた成果物は、労働者、管理監督者、事業者、産業保健スタッフの今後の教育、研修に有用なものであらうといえよう。さらに、そのことで労働者のメンタルヘルス不調への早期支援・介入につながることを期待される。

#### D. 結論

労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する調査および研究を踏まえて、次のような成果物が作成された。

##### <非医療者向け>

1. メンタル不調の予防と早期支援・介入 ー事業者の方へー
2. 管理監督者のためのメンタルヘルス不調者の早期発見・早期支援の手引き
3. ストレスに強くなるメンタルヘルス・トレーニング

##### <医療者向け>

4. プライマリ・ケア医のための精神疾患への医療面接 うつ病・診断編（DVD）
5. 産業医のための職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援ワークブック
6. コミュニケーション ワークブック（アサーション研修）産業医研修編
7. 企業内でのメンタルヘルス調査の企画・実施
8. 広汎性発達障害
9. 精神科専門医との円滑な連携のための

#### 紹介状の書き方

10. 職場でよくみる精神科治療薬
11. 疾病性の気づき助ける管理監督者用教材例：職場での精神症状の出方
12. 産業医・管理監督者向け教材例：精神科救急に係る事項
13. 産業看護職のための労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援研修テキスト

以上の成果物は、今後評価を行い検討していく余地を残すものであり、さらに洗練する必要があるが、労働者、事業所、産業保健スタッフにとって労働者のメンタルヘルス対策に有用なものになることが期待される。

#### E. 健康危険情報

該当事項なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 堤 明純. (2009) 事業場のメンタルヘルス対策の現状と将来. 産業医学レビュー 21(4) 271-291
- 2) 堤 明純. 経営者の理解を得られるメンタルヘルス対策のために研究者に求められるもの. 関西福祉科学大学EAP研究所紀要 2009;平成20年度第3号:3-5.
- 3) 堤 明純. 健診におけるストレス評価. 総合健診 2009;36(2):223-228.
- 4) Urakawa K, Yokoyama K. Sense of coherence (SOC) may reduce the effects of occupational stress on mental health status among Japanese factory workers.

Industrial Health 2009; 47, 503-508.

- 5) 萩典子、大西信行、近藤信子、東川薫、福田弘子：産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調者に対する早期介入・支援の実態とそのあり方，日本精神科看護学会学会誌 52（2）：302 - 306，2009.
- 6) 大西信行、萩 典子、福田弘子、近藤信子、東川 薫：中小規模事業場のメンタルヘルス対策と求められる看護の役割，日本精神科看護学会学会誌，53（3）：27 - 31，2010.
- 7) 鈴木麻揚・谷伊織・大久保豪・池田若葉・北村文彦・横山和仁：労働者のメンタルヘルス不調事例にみられた最初の徴候と、当事者があればよかったと思った早期支援の内容，精神科治療学（印刷中）

##### 2. 学会発表

- 1) Yokoyama, K., Hagi, N., Takamura, M., Urakawa, K.: Factors affecting duration of untreated psychosis in Japan. The 11th International Congress of Behavioral Medicine, Washington, D.C., August 4-7, 2010.
- 2) Suzuki, M., Okubo, S., Tani, I., Ikeda, W., Yokoyama, K., Kitamura, F.: Early symptoms of mental health problems in employees and their support needs. The 11th International Congress of Behavioral Medicine, Washington, D.C., August 4-7, 2010.
- 3) 濱口達也・中川雅紀・元村英史・城山隆・岡田元宏：三重県における“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のう

- つ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート調査．第168回東海精神神経学会．津市，2010.2.20.
- 4) 原谷隆史：外部相談機関によるメンタルヘルス不調者に対する相談の現状と課題．第17回日本産業精神保健学会，産業精神保健、18（増刊）：59，2010.
- 5) 萩典子、大西信行、近藤信子、福田弘子：産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援の実態とそのあり方，日本精神科看護学会，熊本，2009. 11
- 6) 萩典子、大西信行、近藤信子、東川薫、福田弘子：中小規模事業場における労働者のメンタルヘルスケアに対するニーズ，日本産業精神保健学会，石川，2010. 7
- 7) 大西信行、萩典子、近藤信子、東川薫、福田弘子：メンタルヘルス不調の早期介入・支援に対する産業看護職のニーズ，日本産業精神保健学会，石川，2010. 7
- 8) 大西信行、萩典子、近藤信子、東川薫、福田弘子：中小規模事業場のメンタルヘルス対策と求められる看護の役割，日本精神科看護学会，山口，2010. 10
- G. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
  2. 実用新案登録
  3. その他
- 1・2・3ともに該当事項なし

労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する  
実態調査と事業者向け教育資料の作成

研究代表者 横山 和仁 順天堂大学医学部 教授

**研究要旨**

労働者のメンタルヘルス不調を早期に支援・介入するにあたって、現時点における職域のメンタルヘルスケアの弱点とグッドプラクティス事例を把握し、有効な早期介入を明らかにすることを目的として、平成20年度は以下の研究を行った。1. 文献及び専門家の意見から産業医および産業保健スタッフ、さらに労働者本人を対象として職域におけるメンタルヘルスケアの弱点とグッドプラクティス事例を把握するための調査項目を収集した。2. 産業医および産業保健スタッフを対象としたアンケート調査を行った。その結果、調査項目として事業所・産業医・社外の医療機関のそれぞれの立場においてにおけるメンタルヘルスケアを40項目と、実際に実施されている早期支援策を15項目収集し、これらの項目を用いて産業医・産業保健スタッフを対象とした質問紙調査を行い、メンタルヘルスケアとして求められていることを示した。その結果、休業者への対応で特に困難なことは人間関係の調整が挙げられており、事業所にはメンタルヘルスを学ぶ機会の確保や対人関係技法の向上などのスキルの研修や講習が期待されていることが明らかとなった。しかし、実施状況については、このような取り組みは比較的实施されておらず、効果も得られていないことが伺われた。早期介入や予防策として、このような教育機会の確保や周囲の人間の連携によるコミュニケーションの改善を進めることが有効であると考えられ、この結果を踏まえた上でグッドプラクティスを取り扱ったケースを精査することによって有効な早期介入方法や予防策を見出すことができると考えられた。

平成21年度は、20年度に実施した自記式質問紙調査のさらなる分析を行った。またメンタルヘルスをテーマとした既存のパンフレットなどの教育用資料を収集し、それらの内容の傾向および課題を明らかにした。労働者のメンタルヘルス不調例の最初の徴候は、頻度の高い順に「欠勤」、「仕事能率の低下」、「不眠」であり、気分の不調は最初の徴候としては頻度が低かった。またメンタルヘルス不調者が医療機関を受診するまでの期間に影響のあった因子は、経済的保障であり、労働者があればよかったと思う支援（ニーズ）には相談できる環境があげられた。これらのことから、労働者のメンタルヘルス不調の早期発見には、気分の不調をどれだけ慎重に判断および対処できるかが鍵になることが示唆された。また早期支援・介入には経済的支援と相談、そして予防には働きやすい環境作りが重要な因子であることが示された。さらに既存の教育用資料の収集より、一般の人々にはメンタルヘルスに関する正しい知識の周知が不十分であることが示唆された。そして、より多くの人々にメンタルヘルスに関する正しい知識を周知させるためにも、教育用資料（パンフレット等）の内容を工夫するとともに、置き場、配布方法を工夫する必要があることが示唆された。

平成22年度は、21年度までの自記式質問紙調査の分析を行った結果を基に研究班会議などで議論し事業者向け教育資料（原案）を作成し関係各者から意見を集めた。意見収集（質問紙）の対象は、研究代表者、研究分担者および研究協力者を通じて各関係者に依頼した。本研究の協力が得られた回答者は、人事・労務担当者2名、産業看護職2名、産業医2名、管理職1名、心理看護系研究者1名、EAP機関代表1名（本人および数名の意見をまとめた回答）であった。回答者からの資料の必要性についてのコメントは「事業者には未だメンタルヘルスに対する無理解が存在するから」、「参考になる」や「このような取り組みは非常に重要である」といった意見があった。全体として重要で大切な内容が取り上げられていた。参考になる。たいへん興味深い内容が記載されていた。ある程度メンタルヘルスに関心を抱き取り組んでいる事業者であれば大いに役立つ情報が多く提供されていた。などの肯定的な意見も多くみられたが、内容的に専門的で難しい、量的に多いのではといった意見があった。また、対象読者の会社組織の規模、体制や地域の医療状況などにまで言及する意見も認められた。21年度までの研究結果に基づき、研究班会議で議論を重ね「事業者向け教育資料」の原案を関係者を通じて広く意見を求めたところ、資料作成に対してはおおむね肯定的であった。しかし、同時に多くの検討すべき点が指摘された。これらを基に事業者向け教育資料を作成した。

＜研究協力者＞

山崎 喜比古

東京大学大学院医学系研究科健康社会学

益子 友恵

東京大学大学院医学系研究科健康社会学

山崎 友丈

株式会社マインメンタルヘルス研究所

岡田元宏

三重大学大学院医学系研究科精神神経学

中川雅紀

三重大学大学院医学系研究科精神神経学

井奈波 良一

岐阜大学大学院医学系研究科

産業衛生学分野

堤 明純

産業医科大学産業医実務研修センター

近藤 信子

四日市看護医療大学精神看護学

萩 典子

四日市看護医療大学看護学部

大西 信行

四日市看護医療大学看護学部

岡田 章

日本産業衛生学会産業医部会

河野 啓子

日本産業衛生学会産業看護部会

北村 文彦

順天堂大学医学部衛生学講座

池田 若葉

順天堂大学医学部衛生学講座

鈴木 麻揚

西武文理大学看護学部

大久保 豪

東京大学大学院医学系研究科

医療品質評価学

谷 伊織

浜松医科大学

こどものこころの発達研究センター

#### A. 本研究の目的

平成18年3月公示の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、事業者が講ずるように努めるべきメンタルヘルスケアが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。報道等で既に広く知られているように、わが国の自殺者数が1998年以降3万人を超えた状態が続いている。その内の被雇用者の数も年々増加の一途をたどり、2009年では9千人を超えている。この背景にはうつ病を初めとする精神疾患の存在が指摘されている。さらに、労働者健康状況調査によると1997年には、強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合が6割に達し、現在も6割前後で推移している。最近のOkumuraらの研究<sup>1)</sup>によれば、わが国のうつ病による経済損失は年間1兆2900億円であり、その内85%は自殺や労働生産性の低下である。また、我々が本年度担当した平成22年度障害者総合福祉推進事業<sup>2)</sup>によれば、わが国の精神疾患

の社会的コストは年間11兆円にのぼり、その半分以上は生産性の低下によると推定された。

このような状況への対策として、2006年3月公示の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、事業者が講ずるよう努めるべきメンタルヘルスクエアが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。また、メンタルヘルス不調により休職に至った労働者の復調後の復職に向けた事業者が行う復職支援を示した「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」が2004年10月に厚生労働省から発表されている（2009年3月改訂）。一方、国の新成長戦略（2010年6月18日閣議決定）の中では、2020年までの目標として「労働災害件数3割減」、「受動喫煙の無い職場の実現」と共に「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%」を挙げている。従って、労働者のメンタルヘルス不調を予防し、かつ早期に支援・介入するための、事業所内外の関係者が連携した包括的な枠組みを作り上げる必要がある。

一方、最近では、臨床精神医学領域において、精神障害に対する早期支援・治療の重要性が強調されている。従って、労働者のメンタルヘルス不調を予防し、かつ早期に支援・介入するための、事業所内外の関係者が連携した包括的な枠組みを作り上げる必要がある。

そこで、平成20年度は産業医・産業保健スタッフおよび当該労働者より、種々の職場におけるメンタルヘルスクエアの弱点とメンタルヘルス不調例やグッドプラクティス事例の収集を行うことを目的とした調査を実施した。調査にあたっては、先行研究及び専門家の意見を反映して産業医および産業保健スタッフや労働者本人からメンタル

ヘルスクエアの弱点とグッドプラクティス事例を把握するための調査項目を選定した。さらにこれらの項目を用いた質問紙調査票を作成し、産業医及び産業保健スタッフ、労働者本人を対象とした調査を行い、中間報告として分析を行った結果を報告した。

平成 21 年度は次の 6 つの研究を行った。

①平成 20 年度に実施した産業医・産業保健スタッフを対象とした質問紙調査票の回答をもとに、労働者のメンタルヘルス不調を予防、かつ早期に支援・介入するための要因分析を行った。②上記質問紙調査より収集された事業所におけるメンタルヘルス不調例の「最初の徴候」について分析し、労働者のメンタルヘルス不調の早期発見について検討を行った。③平成 20 年度に実施した労働者を対象とした質問紙調査票の回答をもとに、「労働者が最初に医療機関を受診するまでの期間」に関連する因子について検討を行った。④また上記質問紙調査より得られた労働者自身が考える「メンタルヘルス不調に陥る前にあればよかったと思うサポート」について検討を行った。⑤上記産業医・産業保健スタッフおよび労働者を対象とした質問紙調査票より得られた事例をもとに、逃避型抑うつ<sup>1)</sup>やディスチミア新和型うつ病<sup>3)</sup>といったいわゆる「新型のうつ病」の事例について検討を行った。⑥メンタルヘルス対策を目的とした既存の教育用資料（パンフレット等）を収集し、用途、内容等についてまとめ、今後の課題について検討した。

平成 22 年度では 3 年計画の最終年度として、平成 21 年度までの研究結果を踏まえ事業者向けの教材原案を作成し、教育資料作成のための研究分担者、協力者およびその関係者の意見を集めた。

B. 教育用資料作成のための基礎データの

収集（平成20、21年度）

まず、文献及び専門家の意見より、産業医および産業保健スタッフ、さらに労働者本人を対象として職域におけるメンタルヘルスケアの弱点とグッドプラクティス事例を把握するための調査項目を収集し、選定した。その結果、調査項目として事業所・産業医・社外の医療機関のそれぞれの立場におけるメンタルヘルスケア40項目と、実際に実施されている早期支援策15項目を選定し、産業医および産業保健スタッフ向けと、労働者本人向けの2種類の調査票を作成した。

その後、産業医および産業保健スタッフを対象として職場のメンタルヘルス対策に関する郵送調査を行った。また、その際に実際にメンタルヘルス不調を経験している労働者本人を対象とした調査への協力の依頼を行った。

#### 1. 調査対象

日本産業衛生学会産業医部会および看護部会の会員1636名を対象に、職場のメンタルヘルス対策、およびグッドプラクティスについて郵送法による質問紙調査を行った。さらに、労働者本人を対象とした調査協力を依頼した。郵送法による調査であるため、63名は転居等の理由で持ち戻りとなったため、回収率を算出する際には1573名を母数とする。2009年2月16日の時点で、産業医及び産業保健スタッフ248名（15.8%）の回答が得られた。ここでは、この時点で入力済まされた46名（2.9%）を分析の対象とする。また、労働者本人向けの調査に関しては、102名（6.5%）の回答を得た。

#### 2. 調査期間

2009年1月に郵送し、2009年2月に回収を行った。

#### 3. 調査項目

調査項目は、調査協力者の属性（所属、

役職、職種、就業形態、年齢、性別、職歴）事業所の業種、および事業所と本社の所在地と規模、職場でのメンタルヘルスの状況、メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員の経験の有無、メンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったこと、労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり事業所および産業医、社外の医療機関に必要とされるもの、職場のメンタルヘルス対策の実施状況とその効果、具体的な事例、であった。質問紙については資料に添付する。

#### 4. 倫理面の配慮

調査は三重大学医学部研究倫理委員会の承認を得て行われた。また、名簿利用の承認を受けた。

#### C. 事業者向け教育資料の作成（平成22年度）

##### 1. 教育資料原案の作成

平成21年度までの産業医・産業保健スタッフ対象の調査および労働者本人を対象とした調査結果<sup>3)</sup> および研究班会議での議論を基に教育用資料「事業者のためのメンタルヘルス資料 ―不調予防と早期支援・介入について―」（原案、資料3）を作成した。

##### 2. 意見収集

2010年12月～2011年1月に研究代表者、研究分担者と研究協力者およびその関係者に教育資料と自由記載形式のアンケートを郵送し、2011年1月に回収を行った。

##### 3. 調査項目（資料4）

調査項目は、調査協力者の属性（職種、業種、従業員数）と教育資料への自由記述形式の意見である。

#### D. 結果

##### I 平成20年度調査

###### 1. 回答者の属性

本研究の調査協力が得られた回答者は、産業看護職の26名（56.5%）が最も多く、次いで産業医の19名（41.3%）が多く、合わせると95%以上であった。また、平均年齢は44.78歳（ $SD = 12.08$ ）であり、平均職歴は年10.02（ $SD = 7.75$ ）であった。就業形態は常勤が40名（87.0%）、非常勤8名（13.0%）であり、非常勤の平均勤務日数は週に1.17日（ $SD = 1.11$ ）であった。事業所において、当該事業所の現状を十分に把握している立場のものの回答が多かったと考えられる。

事業所の業種については製造業19（41.4%）が最も多く、次いでその他の13（28.3%）、サービス業6（13.0%）が多かった。事業所の労働者数については平均1136.9名（ $SD = 1250.66$ ）であった。

## 2. 職場でのメンタルヘルス問題

職場でのメンタルヘルスに関する問題の増減についての回答では「増えてきている」と回答したものが73.9%であり、

「減ってきている」と回答したものはみられず、増加傾向にあるという報告がほとんどであった。また、メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員を経験したことがあるかどうかについては、「ある」と答えたものが91.3%を示し、ほとんどの回答者が経験していた。本調査結果において、職域におけるメンタルヘルス不調による休業者への対応について、少なくとも一定の経験を有するものの意見が反映されていることが示唆された。

## 3. 休業者への対応

メンタルヘルス不調による休業者への対応で、特に困難であったことについての回答では「休業に至らしめた人間関係の調整がうまくできなかった(41.9%)」が最も多く、人間関係の問題の対策に特に難しさを感じているものが多いことが示された。ま

た、その他の上位の項目においても「本人によって職場の雰囲気が悪くなった(23.3%)」、「家族との連絡・対応がうまくできなかった(18.6%)」が挙げられるように、対人関係の問題が上位に多く見られた。一方、「早期の徴候が分からなかった(7.0%)」「本人に目を配っている余裕がなかった(7.0%)」「対応について相談する相手がいなかった(7.0%)」といった問題の報告は比較的低く、本調査の対象者においては、「気づかない、あるいは分からない」といった問題は少ないことが伺える。

## 4. 事業所に求められること

労働者のメンタルヘルス対策として、事業所に必要と考えられることについての回答では「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保（54.3 %）」が最も高く、事業者に対して、労働者への教育を求める傾向が見られた。他にも上位に「対人関係技法の向上などのスキルの研修(45.7 %）」が挙げられているのも同様であろう。また、「復職リハビリプログラムの導入や運用(52.2 %）」や「復職判定基準の作成（45.7 %）」も比較的高く、復職への体制の整備が求められていると考えられる。一方、「復職リハビリのための費用の援助(13.0 %）」や「医療機関への受診の促進の支援（15.2 %）」「業務にまつわる（再）研修(15.2 %）」は低かった。

## 5. 産業医に求められること

労働者のメンタルヘルス対策として、産業医に求められることについての回答では「復職に際して、本人と上司や人事担当者、産業保険スタッフらによる合同面接の実施(73.9 %）」や「医療機関との連絡や職場との連携のための仲介(67.6 %）」、「上司や人事部と本人との仲介（56.5 %）」が比較的高く、職場の者と医療機関の者と本人の間で仲介する役割への期待が高いことが示



された。一方、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施(19.6 %)」や「プライバシーの保全(23.9 %)」 「医療機関の指示の遵守(21.7 %)」については低かった。

#### 6. 社外の医療機関に求められること

労働者のメンタルヘルス対策として、社外の医療機関に求められることについての回答では「今後の見通しとその根拠の説明(60.9 %)」や「治療内容の説明(54.3 %)」, 「休養の必要性とその根拠の説明(47.8 %)」が高く、治療に関する説明の役割の期待が高いことが示された。一方、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施(6.5 %)」や「プライバシーの保全(15.2 %)」 「メンタルヘルスについて学ぶ機会の提供(6.5 %)」は少なく、教育についての期待は低いことが示された。

#### 7. 職場でのメンタルヘルス不調者への早期支援の実施状況とその効果

職場でのメンタルヘルス不調者に対する早期支援の実施状況とその効果に着いての回答では、まず、実施状況については、「労働者が産業保険スタッフに相談できる機会の提供」や「労働者が上司や専門家に対して相談できる体制の整備」が高く、相談する場の提供は比較的よく行われていることが示された。また、これらの項目は効果についても上位に挙げられた。次いで、「労働者の対するストレスやメンタルヘルスケアに関する教育スキル」および「管理監督者に対する今日行く研修」といった教育研修が多く見られた。これらの項目は効果についても比較的高いという回答が得られた。一方、「職場環境、仕事の質や量、人間関係などに関する問題点の把握」や「管理監督者に対する職場環境などの問題点への助言」は比較的低く、実施されていない傾向が伺われた。また、効果について

もこれらの項目は低いものとなっていた。

## II 平成21年度調査

### —産業医・産業保健専門職者対象調査— 研究 1

#### 1. 回答者の属性

本研究の調査協力が得られた回答者は、産業看護職の172名(67.7%)が最も多く、次いで産業医の65名(25.5%)が多く、合わせると93.2%であった。また、平均年齢は46.72歳( $SD = 10.00$ )であり、平均職歴は年11.76( $SD = 8.69$ )であった。222名(87.4%)が常勤職であり、産業医の常勤率が75.0%、産業看護職の常勤率が94.8%であった。事業所において、当該事業所の現状を十分に把握している立場のものの回答が多かったと考えられる。

回答者の勤務する事業所の業種は、製造業(47.2 %)、運輸・通信業(9.1 %)、サービス業(9.1 %)、卸・小売業(5.5 %)、電気・ガス・熱供給・水道業(4.7 %)などであった。各事業所の労働者数は、50 人未満が5.0 %、50 ~ 500 人未満が32.8 %、500 ~ 1,000 人未満が21.4 %、1,000 ~ 5,000 人未満が34.9 %、5,000 人以上が5.9 %であった。業所の労働者数については平均1816.22名( $SD = 4393.30$ )であった。

#### 2. 職場でのメンタルヘルス問題

職場でのメンタルヘルスに関する問題の増減についての集計結果では「増えてきている」と回答したものが73.2%であり、

「減ってきている」と回答したものはみられず、増加傾向にあるという報告がほとんどであった。また、メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員を経験したことがあるかどうかについては、「ある」と答えたものが90.16%を示し、ほとんどの回答者が経験していた。本調査結果において、職域におけるメンタルヘルス不調による休

業者への対応について、少なくとも一定の経験を有するものの意見が反映されていることが示唆された。

### 3. 休業者への対応

メンタルヘルス不調による休業者への対応で、特に困難であったことについての回答の結果、「休業に至らしめた人間関係の調整がうまくできなかった(28.3%)」が最も多く、人間関係の問題の対策に特に難しさを感じているものが多いことが示された。また、その他の上位の項目においても、「家族との連絡・対応がうまくできなかった(17.3%)」「本人によって職場の雰囲気が悪くなった(13.8%)」が挙げられるように、対人関係の問題が上位に多く見られた。一方、「本人に目を配っている余裕がなかった(7.1%)」「対応について相談する相手がいなかった(9.4%)」といった問題の報告は比較的低く、本調査の対象者においては、「気づかない、あるいは対応が分からない」といった問題は少ないことが伺えた。

### 4. 事業所に求められること

労働者のメンタルヘルス対策として、事業所に必要と考えられることについての回答では「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保 (54.7%)」が最も高く、事業者に対して、労働者への教育を求める傾向が見られた。他にも上位に「対人関係技法の向上などのスキルの研修(54.3 %)」が挙げられているのも同様であろう。次に、「相談しやすい事業所内環境の整備への支援 (54.3%)」「同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進 (52.8%)」が挙げられており、相談やコミュニケーションの環境作りが高く、対人関係技能を高めると同時に、コミュニケーションを取りやすい環境が重視されていることがうかがえた。また、「復職リハビリプログラムの導入や運用(34.7 %)」や「復職判定基準の作

成 (29.9 %)」も比較的高く、復職への体制の整備が求められていると考えられた。一方、「復職リハビリのための費用の援助(10.2 %)」や「医療機関への受診の促進の支援 (16.1 %)」 「業務にまつわる (再) 研修(17.3 %)」は低かった。

### 4. 産業医に求められること

労働者のメンタルヘルス対策として、産業医に求められることについての回答では「復職に際して、本人と上司や人事担当者、産業保険スタッフらによる合同面接の実施 (64.2 %)」 「不調者との面接の実施(64.2 %)」や「医療機関との連絡や職場との連携のための仲介(60.2 %)」 「上司や人事部と本人との仲介 (54.2 %)」が比較的高く、職場の者と医療機関の者と本人の間で仲介する役割への期待が高いことが示された。一方、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施(20.9 %)」や「医療機関の指示の遵守(18.9 %)」 「プライバシーの保全(18.5 %)」については低く、治療への期待は低かった。

### 6. 社外の医療機関に求められること

労働者のメンタルヘルス対策として、社外の医療機関に求められることについての回答では「今後の見通しとその根拠の説明 (68.5 %)」や「休養の必要性とその根拠の説明(53.1 %)」 「治療内容の説明 (49.2 %)」が高く、治療に関する説明の役割の期待が高いことが示された。

一方、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施(11.8 %)」や「プライバシーの保全(10.6 %)」 「メンタルヘルスについて学ぶ機会の提供(8.3 %)」は少なく、教育についての期待は低いことが示された。

### 7. 職場でのメンタルヘルス不調者への早期支援の実施状況とその効果

職場でのメンタルヘルス不調者に対する

早期支援の実施状況とその効果についての回答では、まず、実施状況については、

「労働者が産業保険スタッフに相談できる機会の提供」や「労働者が上司や専門家に対して相談できる体制の整備」が高く、相談する場の提供は比較的よく行われていることが示された。また、これらの項目は効果についても上位に挙げられた。次いで、「労働者の対するストレスやメンタルヘルスケアに関する教育スキル」および「管理監督者に対する今日行く研修」といった教育研修が多く見られた。これらの項目は効果についても比較的高いという回答が得られた。一方、「職場環境、仕事の質や量、人間関係などに関する問題点の把握」や「管理監督者に対する職場環境などの問題点への助言」は比較的低く、実施されていない傾向が伺われた。また、効果についてもこれらの項目は低いものとなっていた。

## 研究 2

「あなたが関わった職場のメンタルヘルス不調ケース（事例）について、うまくいった、または、うまくいかなかった典型例を一つお教え下さい。」に回答のあったケースは198名である。性別の内訳は、男性154名と女性43名であった。ケースの平均年齢は、37.0才（SD 8.9）であった。病名は図1の通りである。また現在の状況（転勤・休職中・退職・復職）は、図2の通りであった。

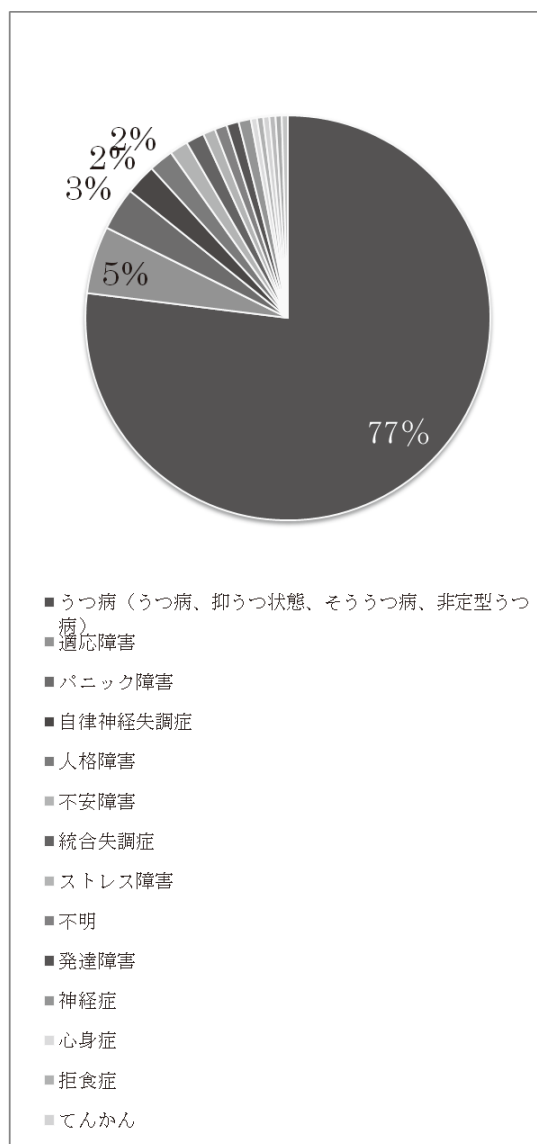


図1 典型例として回答された事例の病名

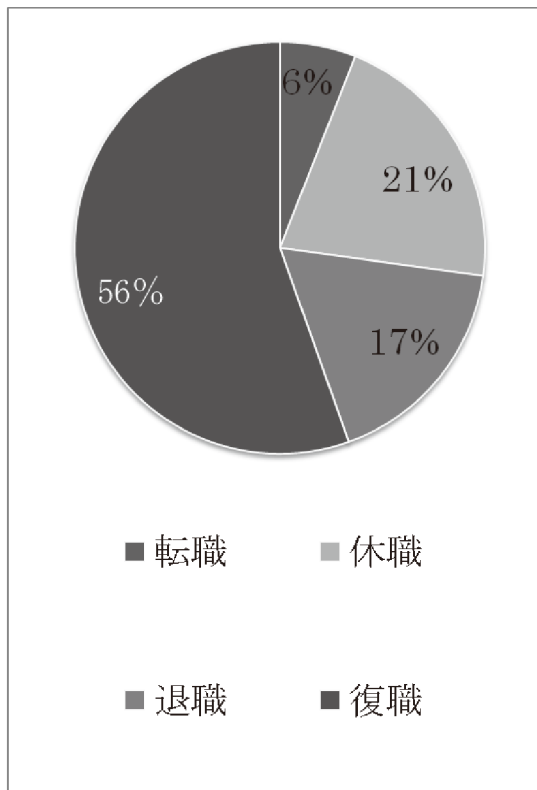


図2 回答された事例の現在の状況

回答された事例の最初の徴候を表7に示す。最初の徴候として最も頻度の高かったものは、「欠勤」であり、次いで「仕事能力の低下」、「不眠」であった。これらの徴候の頻度と関連性について、分析した結果を図5に示す。本分析では、同じ事例でみられた徴候を関連があるとし、図3において線で結んで示している。最初の徴候として回答された徴候は、「不調が身体に現れる」、「気分の不調」、「身体症状」、「勤務状況」、「うつ症状」、「相談」というカテゴリーに分けられ、「相談」と関連のあった徴候は、休職、脱力感、不眠であった。

#### —労働者対象調査—

#### 研究3

#### 1. 回答の有無による属性の違いと産業保健職・事業所の属性の比較

労働者からの回答の有無で産業保健職の

属性、事業所の属性を比較した結果では、産業保健職の属性では、産業医ではない場合、男性の場合に労働者からの回答が多かった。事業所の属性では、電気・ガス・熱供給・水道業に当てはまる事業所で労働者からの回答が少なかった。

#### 2. 回答者の属性

回答のあった労働者の属性を表1にまとめた。68名（69%）が男性で、64名（65%）がうつ病であった。年齢の平均は40.6歳、発症年齢の平均は35.9歳であった。受診までの期間の平均は7.7ヶ月で中央値は3ヶ月であった。性別、疾患、年齢、発症年齢についてそれぞれの関連を調べたところ、性別と疾患、年齢、発症年齢に有意差はみられず、疾患と年齢、発症年齢にも有意差はみられなかった。年齢と発症年齢に関しては有意な相関がみられた（Pearsonの積率相関係数、 $R=0.802$ 、 $p<.001$ 、 $R^2=0.64$ ）。

表1 回答者の属性（n=99）

		N	%
性別	男性	68	69%
	女性	30	30%
	無回答	1	1%
疾患	うつ	64	65%
	その他	24	24%
	わからない	8	8%
	無回答	2	2%
	無効回答	1	1%
年齢	平均±標準偏差	40.6±9.1	
	中央値 [範囲]	39.5 [23-64]	
	30歳以下	14	14%
	31歳～40歳	39	39%
	41歳～50歳	29	29%
	51歳以上	16	16%
	無回答	1	1%

発症年齢	平均±標準偏差	35.9±8.7		勤務時間を短縮できなかった	35	35%
	中央値 [範囲]	36 [10-56]		休暇なし	30	30%
	30歳以下	29	29%	上司が目を配ってくれなかった	25	25%
	31歳～40歳	38	38%	同僚からの助けなし	22	22%
	41歳～50歳	23	23%	職場内の偏見	22	22%
	51歳以上	5	5%	復帰後に不利益を受ける恐れ	17	17%
	無回答	4	4%	復帰後に実際に不利益を受けた	12	12%
受診までの期間	平均±標準偏差	7.7±14.8		家族の助けなし	10	10%
	中央値 [範囲]	3 [0-88]		配置換えをしてもらえなかった	10	10%
	3ヶ月以下	49	50%	職場外に相談相手なし	10	10%
	4ヶ月～6ヶ月	18	18%	プライバシーの保全が悪かった	9	9%
	7ヶ月～12ヶ月	10	10%	休職後のリハビリ出勤なし	7	7%
	13ヶ月以上	9	9%	休業中の経済的保証なし	7	7%
	無回答	13	13%	その他	18	18%

### 3. こころの不調に気付いた時の相談相手

こころの不調に気付いた時の相談相手について複数回答で尋ねたところ、もっとも多かったのは医師で58名（58%）であった。産業医に相談したのは23名（23%）であった。また、誰とも相談したことがないという回答者が6名（6%）いた。

### 4. こころの不調に陥った時、特に困ったこと

こころの不調に陥った時、特に困ったことについて複数回答で尋ねたところ、もっとも多かったのは「職場に相談相手なし」で45名（45%）であった。「自分自身の不調に気付かなかった」という者も37名（37%）いた（表2参照）。

表 2 特に困ったこと（複数回答、n=99）

	n	%
職場内に相談相手なし	45	45%
職場の人間関係の問題	43	43%
職場復帰時期への不安	38	38%
自分自身の不調に気付かなかった	37	37%

### 5. 事業所、産業医、医療機関に対するニーズ

回答者が勤務している事業所に対する要望を複数回答で尋ねたところ、もっとも多かったのは「相談しやすい職場環境の整備」で47名（47%）であった。「特にない」という回答は7名（7%）であった（表3参照）。

表 3 対事業所ニーズ（複数回答、n=99）

	n	%
相談しやすい職場環境の整備	47	47%
業務量や質の見直し	36	36%
復職後の人事考課に関する取り決めで不利益がないこと	35	35%
人事担当者による事業場内の対人関係の問題把握	30	30%
偏見をなくす取り組み	25	25%
上司や人事部との相談の機会	25	25%
メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保	21	21%
長期休業者対応マニュアルの作成	21	21%

と運用		
プライバシーの保全	20	20%
配置換えによる対応	19	19%
産業保健管理スタッフとの相談機会	18	18%
医療機関の指示を会社が守ること	18	18%
産業医などとの相談結果が職場環境に反映されること	17	17%
自宅療養のための配慮	17	17%
休暇中の経済的保証	16	16%
勤務時間に対する配慮	16	16%
医療機関への受診勧奨	13	13%
同僚や先輩との交流機会の増加	12	12%
医療機関の紹介	12	12%
メンタルヘルスチェック	9	9%
業務知識や技能向上のための研修	7	7%
その他	15	15%
特にない	7	7%

産業医に対する要望を複数回答で尋ねたところ、もっとも多かったのは「事業所の上司や人事部との仲介」で28名（28%）であった。「特にない」という回答も19名（19%）あった。

医療機関に対する要望を複数回答で尋ねたところ、もっとも多かったのは「今後の見通しについての説明」で41名（41%）であった。「特にない」という回答も19名（19%）あった。

#### 6. 周囲からの配慮やサポートへのニーズ

こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったかどうかを尋ねたところ、図3のような結果であった。

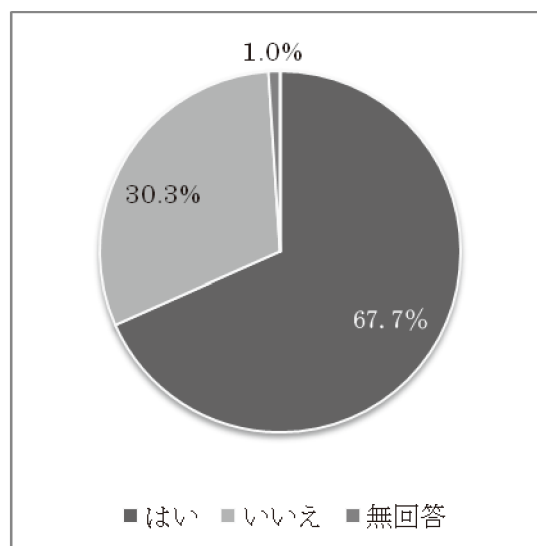


図3 こころの不調に陥る前の配慮やサポートのニーズ（n=98）

#### 7. 早期受診・治療に必要な情報

早期受診・治療に必要な情報を複数回答で尋ねたところ、もっとも多かったのは「相談できる機関・人」で41名（41%）であった。

#### 8. 専門医の助けになるところ

専門医の助けになるところを複数回答で尋ねたところ、もっとも多かったのは「十分に話をきいてもらえる」で70名（70%）であった。また、「病気に関する十分な説明」、「治療に関する十分な説明」も多く、それぞれ60名（60%）、59名（59%）であった。

#### 9. 現在のこころの不調に対する社内の対応

現在のこころの不調に対する社内の対応についてうまくいっているかどうかを尋ねたところ、図4のような結果であった。

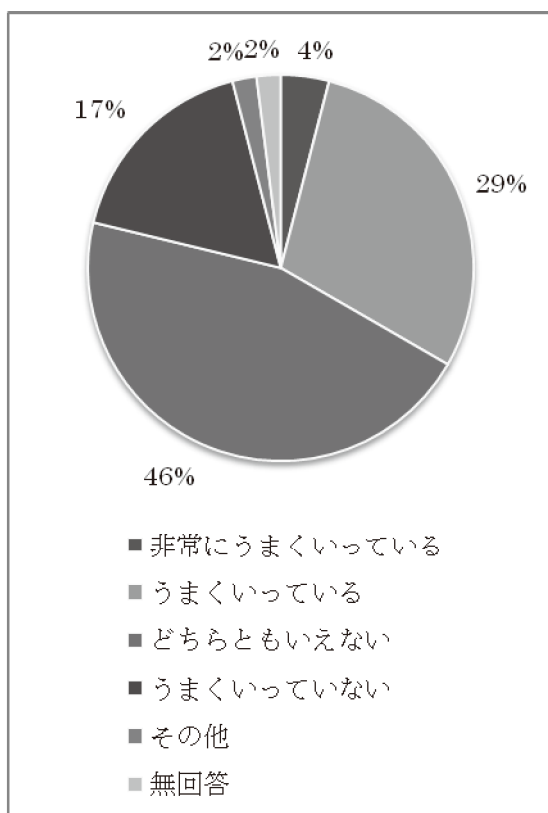


図4 このころの不調に対する現在の社内対応に関する評価

#### 10. 受診までの期間と各変数との関連（二変量解析）

受診までの期間と性別、疾患、年齢、発症年齢、相談相手、特に困ったことの関連について統計的に解析した。統計的に有意差のみられたものについてのみ表4に示した。

表4 受診までの期間と有意な関連がみられた変数（n=86）

	R	R <sup>2</sup>	p値
年齢	0.298	0.089	<.01
特に困ったこと			
	中央値 [ 範囲 ]		
上司が目を配ってくれなかった	はい	5 [1-88]	<.01
職場内の偏見	いいえ	3 [0-68]	<.01
	はい	6 [1-76]	<.01

	いいえ	3 [0-88]	
同僚からの助け	はい	5.5 [0-88]	<.05
なし	いいえ	3 [0-68]	
休業中の経済的保証なし	はい	10 [3-88]	<.01
	いいえ	3 [0-76]	

#### 11. 受診までの期間と各変数との関連（重回帰分析）

受診までの期間を被説明変数とした重回帰分析を行った結果を表5にまとめた。

表5 受診までの期間を被説明変数とした重回帰分析の結果（n=84）

	B	SE	$\beta$	p 値
休業中の経済的保証なし	27.5	5.26	0.51	<.001
年齢	0.47	0.15	0.28	<.01
配置換えをし てもらえなかった	-10.7	4.91	-0.21	<.05
職場外の相談相手なし	11.4	4.37	0.24	<.05
家族に相談	6.79	2.75	0.23	<.05
調整済み R <sup>2</sup>				.325
SE				12.24

※性別、年齢、発症年齢、病名、相談相手、このころの不調時、特に困ったことをステップワイズ投入法で投入

#### 12. ニーズとの属性の比較

対事業所ニーズと性別、疾患、年齢、発症年齢、受診までの期間を比較したところ、性別（表5）、受診までの期間（表6）で統計的有意差がみられた。

表5 性別と有意な関連が見られた対事業所ニーズ (n=99)

		n (%)	p値
相談しやすい職場環境	男性	27 (40%)	<.05
	女性	19 (63%)	
自宅療養のための配慮	男性	15 (22%)	<.05
	女性	1 (3.3%)	
休暇中の経済的保証	男性	14 (21%)	<.05
	女性	1 (3.3%)	

表6 受診までの期間と有意な関連がみられた対事業所ニーズ (n=86)

		中央値[範囲]	p値
上司や人事部との相談の機会	はい	5[1-76]	<.05
	いいえ	3[0-88]	
プライバシーの保全	はい	6[1-76]	<.05
	いいえ	3[0-88]	
産業保健管理職との相談結果が職場環境に反映されること	はい	6[1-88]	<.05
	いいえ	3[0-68]	

対産業医ニーズと性別、疾患、年齢、発症年齢、受診までの期間を比較したところ、女性ほど「復職に際しての合同面接」を求めている ( $p<.05$ 、 $\chi^2$ 検定)、年齢が高いほど「家族への説明」を求めている ( $p<.05$ 、 $t$ 検定)、受診までの期間が長いほど「プライバシーの保全」を求めている ( $p<.01$ 、Mann-WhitneyのU検定)。

対医療機関ニーズと性別、疾患、年齢、発症年齢、受診までの期間を比較したところ、女性ほど「上司や同僚、産業保健職への教育・連携」を求めている ( $p<.05$ 、 $\chi^2$ 検定)、年齢が高いほど「他院への紹介」を求めている ( $p<.05$ 、 $t$ 検定)、受診までの期間が長いほど「労災補償認定のための意見書作成」を求めている ( $p<.05$ 、Man

n-WhitneyのU検定)。

必要な情報と性別、疾患、年齢、発症年齢、受診までの期間を比較したところ、受診までの期間が長いほど早期に相談や受診、治療に結びつくためには「相談できる機関・人」が必要だと回答していた ( $p<.05$ 、Mann-WhitneyのU検定)。

#### 研究 4

あればよかったと思うサポート

「こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことはありますか？」の質問に「はい」と回答したものは67名、「いいえ」と回答したものは30名、無回答のものが1名であった。『特に「いつ」「誰から」「どのような」配慮やサポートがあればよかったと思われますか?』という問いに対しては、61名から回答があった。

産業医、同僚、上司、管理者それぞれの立場における早期介入を含めた支援についてまとめたところ、「予防的段階」、「本人がまだ不調に気づいていない段階」、「本人が不調に気づいた段階」の3つの時期で支援内容がちがっていた (図6)。

予防的段階では、広く「働きやすい環境作り」の必要が示された。また「本人がまだ不調に気づいていない段階」では、「元気であることを求めない声かけ」や、負担が大きすぎないか、作業内容、方法が分っているかなど「業務の状態の把握」、「気づき」などが挙げられた。「本人が不調に気づいた段階」では、「声かけ」や「受容」が挙げられた。

#### 研究 5

産業医・産業保健スタッフおよび労働者を対象とした質問紙調査票より得られた事例をもとに、逃避型抑うつ<sup>4)</sup>やディスチミ



ア新和型うつ病<sup>5)</sup>といったいわゆる「新型のうつ病」の事例と判断される事例を取り上げた（資料）。

## 研究 6

### 既存の資料の収集と今後の課題の検討

既存資料によると、主に一般向けのパンフレットでは、症状についての説明、自己診断チェックシート、うつ病を引き起こすきっかけ、受診する科、治療方法や薬、周囲のサポート（社会復帰、理解について）、ストレスをためない方法（予防）、メンタルヘルスの理解に役立つWebサイト（相談窓口の連絡先）等が記されていた。また、労働者向けのパンフレットでは、症状についての説明、自己診断チェックシート等は勿論、職場のメンタルヘルス対策支援の実施、産業保健活動支援促進助成金、深夜業に従事する労働者に対する健康診断受診支援助成金、職場復帰支援事業、労働者の無料健康相談、職業適性心理検査の案内等が記されていた。さらにパンフレットが置いてある場所については、誰の目にも入りやすいところではなく、病院や保健所、産業保健推進センター等、限られた場所に置かれていた。

## Ⅲ 平成22年度調査

### 1. 回答者の内訳

本研究の協力が得られた回答者は、人事・労務担当者2名、産業看護職2名、産業医2名、管理職1名、心理看護系研究者1名、EAP機関代表1名（本人および数名の意見をまとめた回答）であった。

### 2. 事業者向け教育資料の必要性

回答者からの資料の必要性についてのコメントは「事業者には未だメンタルヘルスに対する無理解が存在するから」、「参考になる」や「このような取り組みは非常に

重要である」といった意見があった。

### 3. 全体として

重要で大切な内容が取り上げられていた。参考になる。たいへん興味深い内容が記載されていた。ある程度メンタルヘルスに関心を抱き取り組んでいる事業者であれば大いに役立つ情報が多く提供されていた。などの肯定的な意見も多くみられたが、内容的に専門的で難しい、量的に多いのではといった意見があった。また、対象読者の会社組織の規模、体制や地域の医療状況などに言及する意見もあった。

## E. 考察

回答者の属性は、職域においてメンタルヘルス不調で休業とした従業員を経験しているものが多く、調査の目的に適した者からの回答が得られたと考えられる。また、職場でのメンタルヘルスに関する問題については増加傾向にあることが報告された。予防や早期支援や介入の必要性はより高くなりつつあると思われる。

まず、メンタルヘルス不調による休業者への対応で特に困難なことは対人関係の問題が挙げられている。事業所に求められることとして、「メンタルヘルスを学ぶ機会の確保」や「対人関係技法の向上などのスキルの研修や講習」が多く挙げられている結果はこれと整合的である。しかし、実施状況について見ると、このような対人関係に着目した職場環境の把握や改善のための取り組みは比較的实施されていない。さらに、実施されていないことによって効果も得られていないという結果となった。早期介入の一環としてこのような教育機会の確保は取り組む試みが期待されている。産業医には、本人と上司や人事担当者や外部の医療機関との連絡など、周囲の人間との仲介の役割が期待されており、社外の医

療機関には治療に関する説明の役割の期待されていた。それぞれに対して異なる期待が寄せられていることは興味深く、このような側面については特に重視する必要があるだろう。また、いずれも情報交換に関して求められているように、十分な連携が図られていないことが伺われた。

## 1. 事業者向け教育資料の必要性

回答者からの資料の必要性についてのコメントは「事業者には未だメンタルヘルスに対する無理解が存在するから」、「参考になる」や「このような取り組みは非常に重要である」といった意見があった。

## 2. 章別の意見・感想

体裁や修正以外のものを各章ごとに挙げていく。

### 1) 「うつ病について」

簡潔にわかりやすくする必要がある。表1は重要であるがわかりやすくする工夫が必要である。もう少し詳しくといった内容の記載もあった。また、あとの「付記」との兼ね合わせで混乱を招く可能性についての言及もされていた。

### 2) 「労働者への調査より」

表2に関連して、要因が単独だけでなく複合的に影響していることもあるのでそのことに留意する。調子を崩した労働者だけでなく健康な労働者を対象とした調査も行い分析した方が良かったのではないかとといった意見があった。また、表3に関連してこの内容を端的に強調した方が良い。などの意見が挙げられたいた。

### 3) 「働きやすい、相談しやすい職場環境の整備」

全体的に長くなり、読みづらいとの指摘や標題をつけて分ける提案があった。表4に対してもわかりづらく見やすくまとめるべきとの指摘があった。「労働者の心の健

康保持増進のための指針」から4つのケアについて少し触れた件について、もっと詳しく説明する方が良い、あるいはもう少し具体例や策の明示を求める意見があった。ストレス対処能力のとしてSOC (Sense of Coherence) を紹介に対しては肯定的な意見が認められた。しかしい、やや難しいといったものや活用の紹介などを求める意見も出されたい。

### 4) 「休職者へ対応体制構築・周知」

「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」で引用できるものは引用したり、図化するなど工夫、先の「労働者への調査より」の内容を生かしてみてはという提案などがあった。

### 5) 付記「現在型抑うつ症候群について」

参考になったといった感想や付記で本テーマを取り上げたことへの肯定的な意見が認められた。一方で実際の問題としてのケース化した紹介といった提案や、量が多く専門的な語彙、説明が多くわかりづらいのではといった意見が出されたい。

### 6) その他全体として

重要で大切な内容が取り上げられていた。参考になる。たいへん興味深い内容が記載されていた。ある程度メンタルヘルスに関心を抱き取り組んでいる事業者であれば大いに役立つ情報が多く提供されていた。などの肯定的な意見も多くみられたが、内容的に専門的で難しい、量的に多いのではといった意見があった。また、対象読者の会社組織の規模、体制や地域の医療状況などに言及する意見もあった。

## D. 考察

平成21年度までの研究結果に基づき、研究班会議で議論を重ね「事業者向け教育資料」の原案を作成した。関係者通じて広く意見を求めたところ、資料作成に対しては

おおむね肯定的であった。しかし、同時に多くの検討すべき点が指摘された。今後これらの点と本研究班で作成する各種資料とも調整しながらさらなる改訂を行う必要性が認められた。

#### F. 健康危険情報

なし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

鈴木麻揚・谷伊織・大久保豪・池田若葉・横山和仁：労働者のメンタルヘルス不調事例にみられた最初の徴候と、当事者があればよかったと思った早期支援の内容，精神科治療学（印刷中）

##### 2. 学会発表

- 1) 谷伊織・横山和仁：労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究，日本精神障害予防研究会 第12回学術集会，東京，2008. 12.
- 2) 谷伊織・横山和仁・大久保豪・鈴木麻揚・池田若葉：労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援のあり方に関する調査報告，日本産業衛生学会 産業神経・行動学研究会 日本衛生学会 脳・神経学研究会 日本神経行動毒性研究会 平成21年度合同企画 環境と脳・神経，講演抄録集，16. 東京，2009.11.
- 3) Yokoyama, K., Hagi, N., Takamura, M., Urakawa, K.: Factors affecting duration of untreated psychosis in Japan. The 11th

International Congress of Behavioral Medicine, Washington, D.C., August 4-7, 2010.

- 4) Suzuki, M., Okubo, S., Tani, I., Ikeda, W., Yokoyama, K., Kitamura, F.: Early symptoms of mental health problems in employees and their support needs. The 11th International Congress of Behavioral Medicine, Washington, D.C., August 4-7, 2010.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

#### I. 文献

- 1) Okumura Y, Higuchi T: Cost of depression among adults in Japan, The Primary Care Companion for CNS Disorders (in press).
- 2) 学校法人順天堂:平成 22 年度障害者総合福祉福祉推進事業（精神疾患の社会的コストの推計），東京，学校法人順天堂，2011 年 3 月.
- 3) 厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究，平成 21 年度総括・分担研究報告書（研究者代表者：横山和仁）
- 4) 広瀬徹也：「逃避型抑うつ」について，宮本忠雄編：蹄うつ病の精神病理 2. 弘文堂，東京，1977.
- 5) 広瀬徹也：逃避型抑うつとディスチミア新和型うつ病. 臨床精神医学 37 (9): 1179-1182, 2008.

表7 典型例として回答された事例の最初の徴候と頻度

全198ケース 255項目

徴候	N	全項目のうち 占める割合 (%)
欠勤	62	24.3
仕事能率の低下	33	12.9
不眠	23	9.0
体調不良	16	6.3
おちこみ	7	2.7
(6項目) うつ症状・脱力感・不安・自律神経症状・相談・休職	6	2.4
(3項目) 発作・イライラ・業務上の問題（ミスなど）	5	2.0
(6項目) 泣く・倦怠感・遅刻・身体症状・元気がない・食欲不振	4	1.6
勤怠	3	1.2
(5項目) 意欲低下・カゼ症状・様子がおかしい・頭痛・情緒不安定	2	0.8
(5項目) 体重減少・仕事量削減希望・交通事故・自信喪失・妄想	1	0.4

図5 典型例として回答された事例の最初の徴候頻度と関連性

○の大きさが大きいほど頻度が多く、同じ事例でみられた徴候が線で結ばれている。

線の太さが太いほど同じ事例でみられたケースが多いことを示す。

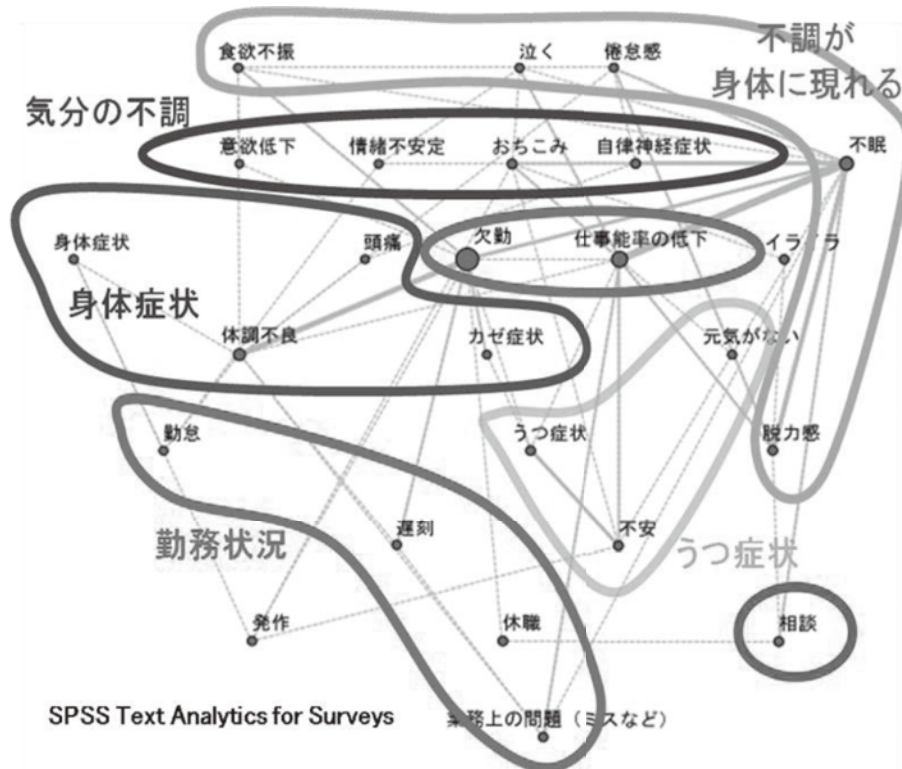


図6 労働者対象調査より「あればよかったと思うサポート」

	外から見える変化	家族	産業医	同僚	上司	管理者
予防的段階		疾患の知識に基づいたサポート				
					基本的態度(人として大事にされる、責任のある立場の人が責任をとる姿勢)	
		働きやすい環境作り			仕事の説明	適正配置(適性、業務量、マンパワー>残業、人間関係)
			相談窓口(第3者の立場として)		相談窓口	
				疾患の知識、疾患と業務量の関係		
				業務分担する、できる体制		
本人がまだ不調に気付いていない段階	急に作業能力が落ちる、休みをとる、遅刻するなどがみられることもある				業務の状態の把握	調査(残業の把握～残業の多い人に体調、気分のわるい人はいないか)
				声かけ(「元気」であることを求めない声かけ)		
				物理的サポート、業務のフォロー		
					相談にのる姿勢	適正配置
				気づき		
				声かけ		
本人が不調に気付いた段階	外に向けて「不調」として発信する		受容			調査(適性と人間関係)
			必要に応じて精神科医・職場とのリエゾン		対応	適正配置

資料 産業医・産業保健スタッフおよび労働者を対象とした質問紙調査票より得られた事例の中で、いわゆる「新型のうつ病」と判断される事例

産業医・産業保健専門職者対象アンケート自由記載より

- もともとうつ病をもっていたが、自分がわるくなったのは、職場と自分の指導者のせいだと、ずっと訴えている。勤務したのは入職して、ほんの2～3週間で、その後、何回かセクションも変更し、本人の自由な意志で出勤など色々おこなってみたが、1日もたず帰宅し、その後、また長期に休むの繰り返しであった。しかし、本人はやめたくない話し、人手のこともあり、やめてほしいと思う気持ちもあり、どうすればよいのか困った。結局1年半位、休職（1年間は給料・ボーナスを支払った）とし、退職となった。
- 病的ではあるが、性格的なものが原因でも有り、周囲に迷惑をかけている自覚が全くない。他人が全て自分に対してひどい扱いをしていると思い、訴えようとまで発言。家族も同様であり、以上に対応に苦しむ。
- 休職はスムーズだったが復職の時、元の職場には戻りたくないとの理由及び部署も帰ってきてほしくないとの意向で、復職場所がみつからなかった、本人も休日は元気に趣味や地域の仕事をしているが月曜日は不調となり休むことが多く新しい部署へ異動しても評価が悪く更に休みがちとなった。

労働者対象アンケート自由記載より

- パワハラが原因であった為、私自身が降格・異動になったので直接加害者とは接しない部署になったが、やりがいがない、及び、経済的に厳しくなった（給料が下がった）。一方、加害者側はなんのおとがめもない。そして、また同様に私の後任者にパワハラをしている。幸い、その方は私ほどは心を痛まず、休職には至っていないがかなり苦しんでいる。また、この状況を黙認している会社の経営側に憤りを強く感じる。
- 本病気は自分では気づき難いものである為、周囲がサポート出来る体制が必要と思う。上司というものは部下を信じることを理想像と考えるが、質問攻めにして部下を疑いの念でみることは止めさせるべきである。自分が責任を取れないので、部下を責めて全てをやらされるということはどうかと思う。責められる側の気持ちを察して対応してもらいたいものだ。

三重県における“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病＝現代型抑うつ症候群）”に対する精神科医療の取り組みの現状の研究と、グッドプラクティス事例の分析と検討

分担研究者 岡田元宏 三重大学大学院医学系研究科精神神経学 教授

#### 研究要旨

三重県内の精神科医師の“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病＝現代型抑うつ症候群）”に対する考え方や治療・対応を調査した。従来型のメランコリー親和型うつ病に比べて、現代型抑うつ症候群は治療反応性や復職率、休職期間、再休職率の観点からも難治性であることが確認された。グッドプラクティス事例として、三重県教育委員会のメンタルヘルスケアシステムを調査した。これまでの復職支援、メンタルヘルス対策で示されている工夫や知見の確実な実践が重要と思われた。今後の課題としては、人格障害と発達障害を背景とした現代型抑うつ症候群に対する治療法・リハビリテーション法の開発であり、再就職支援や本人の適性に合致した職場選びなど社会全体での配置転換システムの構築が望まれる。

#### <研究協力者>

中川雅紀 三重大学大学院医学系研究科 精神神経科学分野 助教

濱口達也 三重大学医学部附属病院 精神科神経科 助教

#### A. 研究目的

近年、精神障害を原因とした病気休職者の増加が、企業活動へ大きな影響を及ぼしている。特に、抑うつ状態を呈する長期休職や反復休職者の増加が著しい。比較的若い世代に認められる、復職困難なうつ状態の多くは、うつ病中核群であるメランコリー親和型うつ病と比較すると、従来の精神科治療に対して抵抗性を示すと考えられている。薬物療法の効果も一般的に乏しいとされている。しかも、精神医学はこの新たな症状群に対して、明確な診断学的分類と合理的な治療法を確立できていない。

この現状を踏まえ、“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”を「現代型抑うつ症候群」と称し、この現代型抑うつ症候群に対して、精神科医が診断・治療を如何に実施しているかを把握するため、三重県内の精神科医に対して調査を行った。

また国レベルでは 15 年連続して教職員の精神神経系疾患による休職者が増加している中、三重県では平成 17 年度以降は精神神経系疾患による休職者の減少がみられている。三重県教育委員会によるメンタルヘルスケアシステムを実際の産業保健現場でのグッドプラクティス事例として分析・検討し、その優れている点を今後の有効なメンタルヘルス対策の一助とすることを、本研究の目的とした。

## B. 研究の対象および方法

### 2009 年度、2010 年度

自記式の「“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート」、

「“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート（追補）」

を作成した。三重県内の精神科を標榜する医療機関・その他施設等の精神科医にアンケート調査票を手渡し、もしくは郵送した。その後、回収されたアンケート調査票の集計を行った。

（アンケート調査期間）

平成 20 年 12 月 2 日～平成 21 年 1 月 15 日

平成 21 年 9 月 28 日～平成 21 年 10 月 23 日

（倫理面への配慮）

本研究は、三重大学大学院医学系研究科 倫理委員会の承認を受けて実施した。研究対象者は三重県内の精神科医療機関で従事する精神科医とし、本研究の説明文と調査票を同封した。また必要に応じて研究の説明を行った。

### 2011 年度

- ・三重県教育委員会事務局より、手引き等の資料を収集し、事務局の職員にインタビューを行った。
- ・また「現代型抑うつ症候群」について事業者向けのリーフレット作成を行った。

## C. 研究結果

### 2009 年度、2010 年度アンケート調査

「現代型抑うつ症候群」の診断において関連がある疾患概念として、大うつ病性障害（MD）、双極性感情障害（BPD）、非定型うつ病（AD）、

人格障害（PD）、発達障害（DD）を上げるものが多かった。

メランコリー親和型と比べ、治療効果に乏しく、復職率・休職期間・再休職率などの観点でも厳しい結果（特にPD、DD）であった。

### 2010 年度

- ・グッドプラクティス事例の結果は 2011 年度報告書に記載した。
- ・「現代型抑うつ症候群について」のリーフレットは資料に記す。

## D. 考察

三重県内の精神科医師の“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病＝現代型抑うつ症候群）”に対する考え方・治療・対応を調査した。

現代型抑うつ症候群は、うつ病中核群であるメランコリー親和型うつ病と比較し、復職率・休職期間・再休職率が悪いという結果が得られた。非薬物療法においては、メランコリー親和型とは異なり確固とした治療法やリハビリテーション法が確立していない状況が確認できた。またPD、DDを背景とした現代型抑うつ症候群ではコンセンサスが得られた薬物療法が検出できなかった。

グッドプラクティス事例の検討からは、技術論のみならず組織的・構造的な対応や準備の重要性が指摘できる。いかに組織、組織の長が腹を据えて取り組むかにかかっているように思われる。

これらの結果は、現代型抑うつ症候群は、薬物療法・精神療法・リハビリテーション療法の有効性と限界に関する研究・施策の推進が重要となることを示唆している。特にPDとDDはこれまでの精神医学が十分に対応できていない領域であり、その克服方略は重要である。



今後の課題としては、配置転換、再就職支援と考えられる。特にPD、DDを背景にした現代型抑うつ症候群は、環境調整、配置転換、再就職支援（いわば人生の再構築）などが求められる。しかし、1 事業場のみでは環境調整や配置転換にも限界がある。そして再就職支援は行うにしても、本人やその周囲の人間の思惑や願望が絡むところでもある厄介な領域である。困難なテーマではあるが、目を背けることはできない。

## E. 結論

“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する、三重県内の精神科医療機関の認識、取り組みの現状を調査し、今後の課題を検討した。またグッドプラクティス事例として、三重県教育委員会の取り組みの現状を調査し、今後の課題を検討した。

最後に、今回の調査にご協力をいただきました三重県内の精神科医の皆様ならびに三重県教育委員会事務局の皆様には厚くお礼を申し上げます。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

濱口達也・中川雅紀・元村英史・城山隆・岡田元宏：三重県における“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート

調査, 第 168 回東海精神神経学会, 津市, 2010 年 2 月 20 日

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 参考文献

1) 樽味伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学, 34 (5) ; 687-694, 2005

2) 横山知行：非定型うつ病. 精神療法, 32 (3) ; 326-333, 2006

3) 松浪克文：いわゆる「現代型」うつ病にどのように対応するか. 精神科治療学, 23 (8) ; 995-1004, 2008

4) 市橋秀夫：1970 年から 2000 年までに我が国でどのような価値観の変動があったか. 精神科治療学, 15 (11) ; 1117-1125, 2000

5) 特集“うつ病周辺群のアナトミー”. 臨床精神医学, 37 (9) , 2008

6) 阿部隆明：いわゆる未熟型うつ病について. 精神科治療学, 23 (8) ; 985-993, 2008

7) 横山和仁：平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス対策における地域・医療との連携のあり方に関する研究, 2005

8) 横山和仁：平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス対策における地域・医療との連携のあり方に関する研究, 2006

9) 横山和仁：平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス対策における地域・医療との連携のあり方に関する研究, 2007

10) 横山和仁：平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究, 2009

11) 横山和仁：平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究, 2010

12) 菅原誠ほか：精神保健福祉センターにおけるうつ病復職支援デイクア。精神科臨床サービス, 6 ; 54-59、2006

不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究, 2009

13) 中村純：職場におけるメンタルヘルス対策における精神科医の役割。精神科, 7 (6) ; 522-524, 2005

14) 廣川進：職場におけるパーソナリティー障害への対応。臨床心理学, 9 (4) ; 500-504, 2009

15) 夏目誠：産業現場で対応に苦慮する適応障害ーうつ病との鑑別や対応を含めて。産業ストレス研究, 16 (2) ; 65-71, 2009

16) 高石浩一：パーソナリティー障害への支援ー学生相談場面において。臨床心理学, 9 (4) ; 505-511, 2009

17) 中村晃士：産業メンタルヘルス (4) -職場における人格障害。日本医事新報, No.4374 ; 42-45, 2008

18) 花谷隆志ほか：自己愛パーソナリティーによる職場不適応症。住友病院医学雑誌, 34 ; 35-43, 2007

19) 厚生労働省：平成 21 年 3 月改訂 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

20) 厚生労働省：平成 12 年 8 月発表 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針

21) 林直樹：人格障害の臨床評価と治療。金剛出版, 東京, 2002

(資料)

## 事業者のためのメンタルヘルス資料 (付記)

### 「現代型抑うつ症候群について」

従来のメンタルヘルス啓発活動で“うつ病”として紹介されてきたものは、“メランコリー親和型うつ病”と呼ばれる疾患群であり、周囲の保護的環境設定が復職には重要と考えられてきた。しかし、近年の職域メンタルヘルスで問題視されてきている“うつ病”は、“メランコリー親和型うつ病”とは明らかに異なる経過をたどるケースが多く、「現代型抑うつ症候群」として、この問題点を記載しておく。

「現代型抑うつ症候群」は精神医学領域外も含めて、逃避型抑うつ・退却神経症・スチューデントアパシー・神経症性うつ病・笠原一木村分類Ⅲ型・非定型うつ病・未熟型うつ病・現代型うつ病・ディスチミア親和型うつ病・新型うつ病・擬態うつ病・職場結合性うつ病、など非常に多数の概念・呼称が提唱されているが、輪郭が十分に明確になっているとは言い難い。特徴をまとめておくと、比較的若年者の気分障害で、軽症ながら慢性化傾向をもっている。他罰的であるが傷つきやすく、他者配慮に乏しい。意欲低下を訴えるが選択的（平日と休日の落差、趣味は行なえる、等）で、大量服薬やリストカットなど自傷行為を繰り返すことも多く、周囲の対応や状況の変化で気分が悪化することが多いなどの特徴を持っている。

経済情勢・価値観の変化などの社会的・文化的背景や、DSM-Ⅲ（操作的診断基準）によるうつ病概念の拡大化、SSRI・SNRIなどの新薬登場などさまざまな要因が影響しているのではないかとされている。コンセンサスの得られた治療法は確立しておらず、メランコリー親和型うつ病と比較して治療反応性も乏しく、慢性的な経過をたどりやすい。

最近のメンタルヘルス事例においても30代の非典型的なうつ病が急増し、疾患対応としてもこれまでの“うつ病”に対する復職リハビリテーションでは満足できる結果を得られない事例が増加しており、これら事例の背景には上記の“若年の抑うつ状態”の存在に加え、発達障害、双極性感情障害なども念頭におく必要があり、労働者の産業精神保健分野における新たなパラダイムの構築が求められている。以下に、「現代型抑うつ症候群」への対処への多少とも手助けとなるのではないかとと思われる、精神科的基本知識をまとめておく。

### ● パーソナリティ特性・障害圏

パーソナリティは（比較的）恒常的な個人の反応パターンの力動的総体であり、パーソナリティの障害の治療は難しいと言われている。疾病・治療モデルよりも、成長・支援モデルによるアプローチの実施が予後の向上には寄与できると多くの精神科医が考えている。しかし、この場合本人の主体性が治療やリハビリテーションに不可欠とされ、この主体性獲得が最も困難であるのも事実である。

環境が当事者にとって保護的な場合は比較的良好な適応が得られるが、一旦、論理的根拠が無くとも非保護的な環境と感じた場合、個人の内的な不安定感が表出し、周囲は揺さぶられてしまうとを感じる場合が多々ある。特に、組織の管理監督者は組織の脆弱な点（担当者個人の逃げ腰などの個人要因も含む）を突かれたと感じてしまい、後手に回り、個人と組織が互いに傷つけ合う負の悪循環に陥る場合も珍しくはない。予防策としては、如何に組織と組織の長（事業主）が腹を据えて取り組むかにかかっている。つまり管理監督者だけではなく事業主自体が、組織の健全化の保全と、メンタルヘルス不調者への愛情を持ったリーダーシップを発揮することが要求される。就業規則や休職・復職のルール確立と明確化、予めルール（治療の義務、連絡方法、復職可能となる回復度の基準など）を合意しておくなどしっかりとした構造化が重要である。

パーソナリティ特性・障害（特にクラスターB群）をもつ当事者は、情報を操作して伝えることがあるため正確な診断に結びつかない場合がある。また情報を操作することで当事者の立場の悪化だけではなく、チームの調和が乱されるなど組織への悪影響も無視できなくなる場合もある。そのため関係者（当事者、家族、主治医、同僚、管理監督者、人事、産業保健スタッフなど）が連携し情報を共有して初めて、正確なアセスメントにつながり統一した対応をとることができる。その際情報交換の扇の要として専任の産業精神保健師の存在、および常日頃からのネットワーク構築の努力が非常に有用である。

トラブル防止のため本人の同意（同意書）を得てから情報交換を行うべきなのは言うまでもない。

そして、支援者個人の能力には限界があり、支援継続にはチームを形成し対応すべきである。対応する者を上司や同僚1人に任せず組織的な対応を行うことにより、産業保健スタッフや同僚・上司の疲弊や孤立化を防ぎ、周囲への2次的な抑うつ状態誘発を防止する必要がある。

### ●双極スペクトラム

従来、躁病相の明らかな典型的な躁うつ病（双極性感情障害Ⅰ型）とは別に、軽微ながらも躁的な要素をもち躁うつ病として治療した方が有益な一群を軽微双極性障害と呼び、これら全体を双極スペクトラムと呼んでいる。従来であれば、単極性うつ病、気分変調性障害、境界性人格障害などと診断されていたものの中に、未発見の軽微双極性障害があるのではないかとされており、薬物療法も含めた治療的意義が大きいと考えられる。家族・同僚など周囲の人間からの情報や復職デイクケア等は外来での診療場面だけでは見えない患者の姿を知る・見ることができるため、軽微双極性障害の適切なアセスメントを可能にする。精神科治療が抗うつ薬一辺倒の薬物療法が漫然と継続されていた場合、この情報の治療者への還元が、情動安定化薬の導入につながり、復職へ一歩近づく可能性も低くはない。

### ●発達障害

未診断で青年期・成人期に適応困難（学業、職場）となり、精神や行動の不調を起こし、精神科を受診する。このような事例では、高機能自閉症・アスペルガー症候群（大学・大学院卒でも、上司や同僚とのコミュニケーション不全を呈する）が多く、多様な精神障害に類似した状態像を呈し、しかも生育歴自体が歪んだ形で診断者に伝達される場合が多く、高機能自閉症・アスペルガー症候群の診断に必要な情報の聴取が困難であり、診断は困難を極める。医療機関によって診断が異なる事例に対しては、発達障害の可能性を考慮すべきかもしれない。

変化しない部分もあるが、学習・成長できる部分もあるため、上司や同僚の理解、配置転換を含めた職場環境が重要である。また息の長い継続的な支援と本人の人生の再構築という視点が求められる。現在は、精神科専門医が不足し支援資源（job coach など）が少ないなどの課題があり、今後の治療法・支援法の研究や開発が待たれる領域である。

### ●まとめ

この領域においては、エビデンスが乏しく語れることは少ない。概念も個別性・多様性を推測させるものであり、定まっていない。上記に述べたような疾患・障害の対応を参考にしながら、ケースに応じたオーダーメイドの対応策を立てる必要がある。

いずれにせよ関係者の連携（特に主治医との連携）は欠かせないと思われる。個々の事例の解釈は観察者の主観が混入することから、緊密な連携を取り続けることで、個人的主観の標準化が可能になる。この標準化は、早期の情報交換と問題の共有化をより効率的にすることができ、その後のリハビリテーション時期も含め、きめ細やかで迅速な対応を可能にする。面談を行い、本人が「これからどのような方向性を目指していきたいのか」キャリアについて考えることや、配置転換や職場調整をすることで嘘のように一挙に回復することもある。本人を育て使いこなす上司のマネジメント力が問われているかもしれない。また周囲の者の陰性感情の処理も欠かせない。

今しばらくは1例1例の丁寧な対応を心がけ、経験を蓄積していくしかないと考えられる。

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
分担研究報告書

非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点と  
その対策に関する調査・研究

研究分担者 竹村 洋典 三重大学大学院医学系研究科家庭医療学 教授

**研究要旨**

この研究の目的は、なぜ非精神科医が、メンタルヘルス不調をうまく診断できないのか明らかにして、その対策として効果的な方法を調査し、それに基づいて実際にその対策を取るための教材を作成することにある。

平成20年度の病院総合医と家庭医による2つのフォーカスグループによる質的研究と平成21年度の695人の非精神科医からのアンケート調査から、非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因として、メンタルヘルス不調についての知識が乏しい、その診療に時間がかかる、または時間に見合うだけの収入がないことなどを考えていることが分かった。また、中小企業の場合は、メンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい、事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい、など事業所側の問題も理由と考えられた。

平成22年度に全国の都道府県医師会の協力で行った調査で、非精神科医のメンタルヘルス不調対処能力の向上のために、講演会なども限定的にはあるが効果があることも示唆された。さらに我々は、DVDを用いたメンタルヘルス不調対処能力の向上する教材を開発した。DVDを使って学習者の能動的な学習態度が導き出せる点で、効果的にメンタルヘルス不調対処能力の向上が図れると考えられる。今後、その有用性を検証すべきと考える

＜研究協力者＞

横谷 省治  
筑波大学附属病院  
総合診療科・病院講師

北村 大  
三重大学医学部附属病院  
総合診療科・助教

堀端 謙  
亀山市立医療センター・医師

後藤 道子  
三重大学医学部  
医学看護学医学教育センター・助教

飛松 正樹  
三重大学大学院医学系研究科  
家庭医療学・大学院生

山本 政和  
三重大学大学院医学系研究科  
家庭医療学・大学院生

A. 本研究の目的

日本における労働者周辺の社会的環境は厳しさを増し、それにつれてストレス関連疾患の有病率が増加してきている（横山ら）。そして、自殺者の発生頻度も、とくに労働人口で増加している。このようなメンタルヘルス不調の患者の多くが、非精神科医に

かかっているという。実際、うつ病患者の場合は、その8割以上が非精神科医にかかっているらしい（三木）。また自殺した人の6割が1カ月以内に医療機関にかかっていたという調査もあり、非精神科医がメンタルヘルス不調を的確に診断することは重要である。しかし、実際には、地域の病院や診療所の非精神科医による労働者のメンタルヘルスの把握が不十分な状態である。それゆえにメンタルヘルス不調に対する対処も十分に行われているとは言いがたい。

この研究の目的は、なぜ非精神科医が、メンタルヘルス不調をうまく診断できないのか明らかにして、その対策として効果的な方法を調査し、それに基づいて実際にその対策を取るための教材を作成することにある。

## B. 研究方法

### 1. 質的研究による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点についての調査

全国に存在している病院総合医（病院内で働く家庭医、ジェネラリスト、一般内科医など）5名、および診療所の家庭医（所謂かかりつけ医を含む）6名の2種のインタレスト・グループを非精神科医として集め、各々にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。インタレスト・グループ構成員は表1のとおりである。参加医師には、謝礼と交通費を支払った。司会者はインタビューガイドを参考に議論を進めた。すべての議論をICレコーダー2本で録音、また非言語的な同意不同意を2名の観察者によって記録した。議論内容をテープおこしの後、討論内容をコーディングし、比較法によって重要アイテム、そして重要カテゴリーを明らかにした。コーディング、そ

して重要アイテムや重要カテゴリーの抽出は、3人の研究者によって行われた。

### 2. アンケート調査による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点と

その対策に関する調査

全国の非精神科医を対象に、インターネットを使用してアンケート調査を実施した。

質問項目は、前述1.の質的研究によって得られた

（1）非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因と考えられる31項目

（2）非精神科医師がメンタルヘルス不調に対処する対処方法26項目

である。上記（1）の項目については「そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」の5段階のリカートスケール、（2）の項目については「実行は容易である」「実行はやや容易である」「どちらともいえない」「実行はやや困難である」「実行は困難である」の5段階のリカートスケールを付して回答を依頼した。

3. 非精神科医が労働者メンタルヘルス不調に対処する能力を向上させる方法として、メンタルヘルス関連の講演を開催することが効果的方法であるか否かに関する調査  
メンタルヘルス関連の講演会の効果を調査するために、非常に多くの生涯教育事業を実行している医師会の講演会の効果を調べてみることにした。47都道府県医師会に依頼して、平成15年度と平成22年度を含める数年の各都道府県医師会主催・共催の全講習会の総数とメンタルヘルス関連の講習会の総数の情報を提供いただいた。当該の講習会がメンタルヘルス関連の講習会であるか否かに関しては、研究班または各

都道府県医師会のどちらかが調査対象となるか判断した。

一方、エンドポイントとして、各都道府県別、男女別のうつ病患者数、自殺者数、および自殺率（自殺者数／死亡者数）を調査した。これらのデータは、平成17年度、20年度の人口動態調査と静態調査から得た。

メンタルヘルス関連講習会開催の比率が多い都道府県とその講習会比率が少ない都道府県に分けて、男女別に、（1）うつ病患者の有病率、（2）人口10万人あたりの自殺者数、そして（3）自殺率、の差について、t検定を用いて解析した。

#### 4. 非精神科医が労働者メンタルヘルス不調に対処する能力を向上させるためのDVDによる能動的学習方法の開発

メンタルヘルス不調への対処能力向上の方法のうち、うつ病診断能力の向上に焦点を当てた教材を作成することとした。

非精神科医師がDVDの内容や流れの案を作成し、それを非精神科の医師4名と精神科の医師1名で議論して、このDVD教材の最終的な流れと内容を決定した。具体的には、実際の診察場面を想定させる模擬面接を行い、設問を適宜設定、それについての回答は、（1）精神科専門医、（2）病院勤務の総合診療医、（3）無床診療所勤務の家庭医による、診療上のポイントなどの議論にて行うこととした。そして、適宜、学習者が能動的に回答することで学習が進行するプログラムとした。

DVDに出演する人物は上記の5人が担当することとした。

撮影→編集→内容のチェック→再編集→作成の手順で、この教材を作成した。DVDの作成にあたり、その技術的なサポートを業者より受けた。

#### 5. 倫理面への配慮

三重大学研究倫理委員会にて承認を得た（No. 981）。

#### C. 研究結果

##### 1. 質的研究による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点についての調査

メンタルヘルス不調を見出せない原因として表2のような重要アイテムと重要カテゴリーが抽出された。この結果が示すように、非精神科医の診療能力、精神科との連携、労働者の知識不足と抵抗感、そして事業所・産業医側の理解・体制不十分が重要な大カテゴリーとして抽出された。それに対する対策は表3のようなものが明らかとなった。非精神科医の臨床能力の向上、精神科医との連携、労働者への教育・情報提供、そして事業所・産業医との連携などが重要な大カテゴリーとしてあがってきた。

##### 2. アンケート調査による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点とその対策に関する調査

インターネットを使用したアンケート調査によって、1,028人の非精神科医から回答が得られた。有効回答数は695人（有効率67.6%）であった。

対象の年齢、性別、勤務している医療機関、主たる診療科、および勤務している医療機関の所在地は表4のとおりである。中堅の男性医師が多く、大学病院以外の病院や診療所で勤務している医師が多い。診療科では一般内科、家庭医療、総合診療などを行っている一般・総合系の医師が圧倒的に多かった。

勤務地の分布はほぼ人口に比例した分布となっていた。

非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因と考えているのは、メンタルヘルス不調についての知

識は乏しいとの意見と同程度に、診療に時間がかかる、または時間に見合うだけの収入がないことを原因と考えていることが分かった。また、中小企業の場合は、メンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい、事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい、など事業所側の問題も理由として重要と考えているようであった。精神科医との連携に関しては、大きな問題とはなっていないようであった。

一方、メンタルヘルス不調に対する対処方法で、実施可能と考えているのが多いのは、非精神科医自身のメンタルヘルス対処能力を向上することが多くあげられていた。教育研修に対処方法を組み込むことも実行可能な意見が多かった。精神科医と知り合う機会も重視されていた。また、労働者向けのメンタルヘルスに関するパンフレットを作成するのは、最も実施可能な対処方法と考えているようであった。逆に制度を改革することや事業所との連携の仕組みづくりには悲観的であることが明らかになった。

3. 非精神科医が労働者メンタルヘルス不調に対処する能力を向上させる方法として、メンタルヘルス関連の講演を開催することが効果的方法であるか否かに関する調査

この調査には30都道府県の都道府県医師会から回答を得た。

表5に示すように、平成17年度の女性の自殺率が、メンタルヘルス関連の講習会の少ない都道府県にくらべて、それが多い都道府県において、有意に多かった。また、自殺者数についても、メンタルヘルス関連の講習会が多い都道府県において、そうでない都道府県に比べて多い傾向があった。

平成17年度に比べて平成20年度では、(1)うつ病患者の有病率、(2)人口10万人あたりの自殺者数、そして(3)自殺率ともに減少し、平成20年度には、こ

れらのエンドポイントは、メンタルヘルス関連の講習会の多寡によって、有意な差が認められなくなった。

#### D. 考 察

質的研究では重要と考えられた非精神科医と精神科医との連携は、非精神科医への量的調査によって、大きな問題とはなっていないようであった。これは、非精神科医によるフォーカスグループ構成員のメンタルヘルス不調患者への対処能力が比較的高く、自分のこととしてではなく、その他の非精神科医の状況を推測したことによって導き出されたことによるとも考えられる。

労働人口のメンタルヘルス不調患者の対処がうまくいかないことの一つの対処方法として、非精神科医自身のメンタルヘルス対処能力が不足していることが考えられたが、非精神科医の対処能力を向上させる一つの方法として、医師会をはじめとして多く実施されているメンタルヘルス関連の講習会の効果を調査した。そして、平成17年度にはメンタルヘルス関連の講演会を

(当該医師会が)多く実施している都道府県において、有意に女性の自殺率が多く、また女性の自殺者の数が多い傾向にあることが分かった。これは、ecological fallacyが起こっている、すなわち、メンタルヘルス関連の講演会を多くすることによって自殺者が増加したと考えるよりも、自殺者が多いゆえにメンタルヘルス関連の講習会が多くなったと考えるのが妥当であろう。しかし、その有意な差が、平成20年度には見られなくなっており、対象数は少なく推論の域を出ないが、限定的にはあるにしても、その効果があったとも考えられる。

非精神科医のメンタルヘルス不調に関する臨床能力が向上しない要因として、メンタルヘルス関連の書物の効果も以下の理由で疑問視した。すなわち、(1)メンタル



ヘルス不調患者への対処能力が望まれる非精神科医師は、書物を購入しない、(2) 書籍の内容と非精神科医の実臨床の問診方法などが乖離、(3) 書籍の内容が非専門医のニーズにあっていない、(3) 非精神科医が能動的に学習する意欲をもつことができない学習形態、などである。そこで我々は、DVDを用いたメンタルヘルス不調対処能力の向上を考えた。我々の開発したDVD教材では、(1) DVDを使って学習者の能動的な学習態度が導き出せる、(2) 実臨床に即した形態で問診方法なども議論されている、(3) 様々なケースで非精神科医が抱えるであろう日常臨床上の疑問を精神科医と議論している、などの点で、効果的なメンタルヘルス不調対処能力の向上が図れると考えられる。今後、その有用性を検証すべきと考える。

## E. 結 論

非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因として、メンタルヘルス不調についての知識が乏しい、その診療に時間がかかる、または時間に見合うだけの収入がないことなどを考えていることが分かった。また、中小企業の場合は、メンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい、事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい、など事業所側の問題も理由と考えられた。非精神科医のメンタルヘルス不調対処能力の向上のために、講演会なども限定的に効果があることも示唆されたが、我々が開発したより能動的な学習方法であるDVDを使用した学習も今後、考慮される必要があると考えられた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

現時点ではないが予定されている。

### 2. 学会発表

現時点ではないが予定されている。

### G. 知的財産権の出願・登録状況

現時点ではないが今後、DVDについてはその可能性もある。

### H. 今後の予定

今回開発したようなDVD教材をさらに多くのメンタルヘルス不調の分野に広げ、その有効性を調査する必要があるだろう。

表1 フォーカスグループインタビュー参加者

病院の病院総合医、総合内科医、ジェネラリスト			
番号	施設	場所	役職
1	私立総合病院健診科	横浜市	医師
2	公立総合病院総合診療科	静岡市	医師
3	私立病院内科	鹿児島県	副院長
4	私立病院内科	津市	医師
5	県立病院家庭医療科	津市	院長

診療所の家庭医、かかりつけ医			
1	診療所	四日市市	所長
2	診療所	津市	所長
3	診療所	広島市	所長
4	診療所	志摩市	所長
5	診療所	奈良県	所長
6	診療所	岡山県	所長

表2 非精神科医が労働者のメンタルヘルス不調を見いだせない原因

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	番号	統合した情報単位(重要アイテム)
非精神科医の診療能力	非精神科医がメンタルヘルス不調の存在を認識できない		1	非精神科医のメンタルヘルス不調についての知識が乏しい
			2	患者の表情や身体的訴えからメンタルヘルス不調の存在を察知できない
			3	患者からメンタルヘルス不調の存在の聞き出しがわからない
			4	非精神科医が、患者がメンタルヘルスについて話せる環境を作っていない
	非精神科医がメンタルヘルス不調の存在に気付いても対応しない		5	メンタルヘルス不調への対応には時間がかかりすぎる
			6	メンタルヘルス不調への対応に要する時間に見合う収入に繋がらない
			7	メンタルヘルス不調に対する正しい診断ができない
			8	メンタルヘルス不調に対するマネジメント法を知らない
			9	総合内科医といえども専門領域を持ち、それをはずれることに不安になる
			10	コメディカルがメンタルヘルス不調を持つ患者を敬遠する
	非精神科医がメンタルヘルス不調の存在に気付き対応しようとするが、うまくいかない		11	メンタルヘルス不調に対するマネジメントのスキルが不足している
精神科医との連携	非精神科医がメンタルヘルス不調の存在に気付いても、精神科医との連携がうまくいかない	精神科へ紹介(リファール)しようにも、近隣に精神科医がいな	12	近隣に精神科医がいない
		精神科へ紹介(リファール)しても断られる、或いは長く待たされ	13	精神科の患者数が多く、精神科医のキャパシティが不足している
			14	非精神科医が緊急と判断しても、精神科医から見ると緊急ではないとされる
			15	精神科医からみて興味のない疾患は非精神科医の元へかえされる
			16	非精神科医が精神科医に診て欲しい理由を、上手に伝えられない
		精神科への紹介(リファール)をためらう	17	精神科へ紹介すべきケースかどうかかわからない
			18	非精神科医がメンタルヘルス不調をマネジメントできないと思われることが恥ずかしい
			19	非精神科医が精神科への紹介を検討するとき、近隣の個々の精神科医の特徴を知らない
		精神科医への相談(コンサルテーション)ができない	20	ケースの相談をしようにも、非精神科医と精神科医がお互いの領域の理解が不十分で、話が噛み合わない
			21	労働者がメンタルヘルス不調に気付くための知識がない
労働者の知識不足と抵抗感	労働者がメンタルヘルス不調を自覚していない		22	労働者がメンタルヘルス不調に気付いても、治療した方がよいとまでは思わない
	労働者がメンタルヘルス不調を自覚しているが、相談できない		23	労働者がメンタルヘルス不調を自覚しても、精神科以外のどこで相談したらよいのか知らない
	労働者がメンタルヘルス不調の診断・治療に抵抗する		24	労働者がメンタルヘルス疾患に偏見を持っている
	労働者のメンタルヘルス不調の治療に際して、職場とうまく連携できない	職場と連携しづらい	25	労働者がメンタルヘルス不調であることを周囲に知られることに抵抗する
事業所・産業医側の理解・体制不十分			26	中小の事業所ではメンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい
			27	事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい
		産業医と連携しづらい	28	一部の産業医はメンタルヘルスについての認識が乏しい
	事業所・産業医側から非精神科医への紹介がない		29	一部の産業医は事業所側に介入できない
			30	産業医から非精神科医への照会・相談が少ない
			31	事業所内で労働者のメンタルヘルス不調が気付かれていても、非精神科医へは情報が伝わらない

表3 非精神科医がメンタルヘルス不調を発見できないことへの対策

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	番号	統合した情報単位(重要アイテム)
非精神科医の診療能力の向上	非精神科医がメンタルヘルス不調に気付くための教育	メンタルヘルス不調の診断に関する教育	1	非精神科医が日常から鑑別診断にメンタルヘルスも含めて考えるようにする
			2	どうしてもメンタルヘルス不調を疑うかを学ぶ
			3	メンタルヘルス不調をどう聞き出すかを学ぶ
			4	メンタルヘルス不調のスクリーニング法を学ぶ
			5	患者向けセルフアセスメントシートを利用できるようにする
		良好なコミュニケーションについての教育	6	患者の話を傾聴するスキルを学ぶ
			7	患者が話しやすい医師-患者関係を構築することを学ぶ
		メンタルヘルス不調のマネジメントについての教育	8	メンタルヘルス不調のマネジメント法を学ぶ
			9	患者のメンタルヘルスについて傾聴できるコメディカルを養成する
	非精神科医がメンタルヘルスに取り組むよう促す仕組みの構築	メンタルヘルス不調に対応することへのインセンティブとペナル	10	メンタルヘルス不調のスクリーニングを保険点数化する
			11	精神科専門医でなくても精神科を標榜することで「通院精神療法」を請求する
			12	メンタルヘルス不調のスクリーニングを行わない医師にペナルティを課す
		非精神科医がメンタルヘルスについて学ぶことを促進する仕組み	13	メンタルヘルスに関する講習受講の義務化や生涯教育点数化をおこなう
			14	非精神科医が自主的にメンタルヘルスに関する勉強会を行う
		研修医教育にメンタルヘルス教育を取り入れる	15	研修医教育にメンタルヘルス教育を取り入れる
			16	卒前教育にメンタルヘルスやコミュニケーションの教育を取り入れる
精神科医との連携	非精神科医が精神科医とうまく連携する	精神科医への紹介(リファerral)についての教育	17	非精神科医が精神科医に診て欲しい理由を上手に伝える紹介状の書き方を学ぶ
			18	軽症は非精神科医が診て重症は専門医が診るという役割分担を明確にする
			19	非精神科医と精神科医との勉強会を顔を知り合う形態で行う
		精神科医への相談(コンサルテーション)を行いやすい環境を	20	精神科医に相談しながらメンタルヘルス不調のマネージメントが行えるような関係作りを行う
労働者への教育・情報提供	労働者がメンタルヘルス不調に気付けるようにする	労働者に対してメンタルヘルスの知識についての啓発活動を行う	21	労働者向けのメンタルヘルスに関するパンフレットを配布する
			22	非精神科医が社会に向けてメンタルヘルスについての啓発活動を行う
			23	マスメディアを動員してメンタルヘルスについてのキャンペーンを行う
			24	メンタルヘルスについて学べるゲームソフトを開発・発売する
	メンタルヘルス不調に気付いた労働者が受診しやすい仕組みづくり		25	精神科とは別にメンタルヘルスを扱えることを標榜する制度をつくる
事業所・産業医との連携	事業所・産業医との連携を促進する		26	非精神科医が産業医や事業所から情報を得やすくする仕組みをつくる

**表4 アンケート集計による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調  
対処の問題点とその対策  
その対策に関する調査・研究**

**1. 年齢**

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
20歳代	0	0.0
30歳代	64	9.2
40歳代	291	41.9
50歳代	289	41.6
60歳以上	51	7.3

**2. 性別**

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
男性	643	92.5
女性	52	7.5

**3. 勤務している医療機関**

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
大学病院	27	3.9
大学病院以外の病院	295	42.4
医院・診療所・クリニック	371	53.4
その他	2	0.3

**4. 主たる診療科**

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
一般・総合系(一般内科、家庭医療、総合診療、地域医療など)	614	88.3
消化器内科	26	3.7
循環器内科	13	1.9
呼吸器内科	5	0.7
感染症科	2	0.3
内分泌内科	0	0.0
代謝内科	0	0.0
糖尿病科	10	1.4
血液内科	3	0.4
腫瘍内科	1	0.1
腎臓内科	3	0.4
神経内科	3	0.4
膠原病科	2	0.3
アレルギー科	0	0.0
心療内科	2	0.3
老年科	1	0.1
リハビリテーション科	1	0.1
小児科	2	0.3
その他 具体的に:	7	1.0

5. 勤務している医療機関の所在地

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
北海道	45	6.5
青森県	9	1.3
岩手県	4	0.6
宮城県	10	1.4
秋田県	5	0.7
山形県	3	0.4
福島県	6	0.9
茨城県	9	1.3
栃木県	4	0.6
群馬県	15	2.2
埼玉県	24	3.5
千葉県	19	2.7
東京都	76	10.9
神奈川県	25	3.6
新潟県	18	2.6
富山県	6	0.9
石川県	8	1.2
福井県	3	0.4
山梨県	5	0.7
長野県	20	2.9
岐阜県	12	1.7
静岡県	12	1.7
愛知県	31	4.5
三重県	12	1.7
滋賀県	7	1.0
京都府	24	3.5
大阪府	71	10.2
兵庫県	34	4.9
奈良県	9	1.3
和歌山県	8	1.2
鳥取県	2	0.3
島根県	4	0.6
岡山県	24	3.5
広島県	18	2.6
山口県	7	1.0
徳島県	7	1.0
香川県	7	1.0
愛媛県	12	1.7
高知県	8	1.2
福岡県	22	3.2
佐賀県	7	1.0
長崎県	7	1.0
熊本県	13	1.9
大分県	7	1.0
宮崎県	8	1.2
鹿児島県	5	0.7
沖縄県	3	0.4

6. 非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対処できない原因と考えられる項目が挙げてあります。

「そう思う」から「そう思わない」までの5つの選択肢のうち、もっとも合っていると考えられるものをお選びください。

(度数, %)

	n(TOTAL)	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
非精神科医師のメンタルヘルス不調についての知識が乏しい	695 100.0	219 31.5	337 48.5	96 13.8	34 4.9	9 1.3
患者の表情や身体的訴えからメンタルヘルス不調の存在を察知できない	695 100.0	87 12.5	281 40.4	187 26.9	126 18.1	14 2.0
患者からメンタルヘルス不調の存在の聞き出しがわからない	695 100.0	88 12.7	316 45.5	172 24.7	101 14.5	18 2.6
非精神科医師が、患者がメンタルヘルスについて話せる環境を作っていない	695 100.0	125 18.0	350 50.4	156 22.4	50 7.2	14 2.0
メンタルヘルス不調への対応には時間がかかりすぎる	695 100.0	326 46.9	273 39.3	78 11.2	17 2.4	1 0.1
メンタルヘルス不調への対応に要する時間に見合う収入に繋がらない	695 100.0	274 39.4	263 37.8	129 18.6	25 3.6	4 0.6
メンタルヘルス不調に対する正しい診断ができない	695 100.0	156 22.4	342 49.2	144 20.7	42 6.0	11 1.6
メンタルヘルス不調に対するマネジメント法を知らない	695 100.0	168 24.2	332 47.8	140 20.1	45 6.5	10 1.4
非精神科医師は専門領域を持ち、それをはずれることに不安になる	695 100.0	93 13.4	262 37.7	207 29.8	104 15.0	29 4.2
コ・メディカルがメンタルヘルス不調を持つ患者を敬遠する	695 100.0	60 8.6	230 33.1	234 33.7	141 20.3	30 4.3
メンタルヘルス不調に対するマネジメントのスキルが不足している	695 100.0	144 20.7	377 54.2	132 19.0	35 5.0	7 1.0
近隣に精神科医がいない	695 100.0	75 10.8	179 25.8	210 30.2	145 20.9	86 12.4
精神科の患者数が多く、精神科医のキャパシティが不足している	695 100.0	112 16.1	246 35.4	215 30.9	94 13.5	28 4.0
非精神科医師が緊急と判断しても、精神科医から見ると緊急ではないとされる	695 100.0	111 16.0	250 36.0	261 37.6	62 8.9	11 1.6
精神科医からみて興味の少ない疾患は非精神科主治医の元へかえされる	695 100.0	97 14.0	204 29.4	269 38.7	111 16.0	14 2.0
非精神科医師が精神科医に診て欲しい理由を、上手に伝えられない	695 100.0	60 8.6	224 32.2	248 35.7	133 19.1	30 4.3
精神科へ紹介すべきケースかどうかわからない	695 100.0	38 5.5	226 32.5	238 34.2	152 21.9	41 5.9
非精神科医師がメンタルヘルス不調をマネジメントできないと思われることが恥ずかしい	695 100.0	19 2.7	90 12.9	200 28.8	243 35.0	143 20.6
非精神科医師が精神科への紹介を検討するとき、近隣の個々の精神科医の特徴を知らない	695 100.0	162 23.3	280 40.3	161 23.2	77 11.1	15 2.2
ケースの相談をしようにも、非精神科医師と精神科医がお互いの領域の理解が不十分で、話が噛み合わない	695 100.0	88 12.7	259 37.3	231 33.2	99 14.2	18 2.6
労働者がメンタルヘルス不調に気付くための知識がない	695 100.0	96 13.8	337 48.5	190 27.3	64 9.2	8 1.2
労働者がメンタルヘルス不調に気付いても、治療の方がよいとまでは思わない	695 100.0	117 16.8	311 44.7	177 25.5	68 9.8	22 3.2
労働者がメンタルヘルス不調を自覚しても、精神科以外のどこで相談したらよいのか知らない	695 100.0	133 19.1	346 49.8	154 22.2	51 7.3	11 1.6
労働者がメンタルヘルス疾患に偏見を持っている	695 100.0	150 21.6	303 43.6	192 27.6	41 5.9	9 1.3
労働者がメンタルヘルス不調であることを周囲に知られることに抵抗する	695 100.0	184 26.5	331 47.6	145 20.9	33 4.7	2 0.3
中小の事業所ではメンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい	695 100.0	271 39.0	291 41.9	113 16.3	19 2.7	1 0.1
事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい	695 100.0	227 32.7	308 44.3	126 18.1	31 4.5	3 0.4

	n(TOTAL)	そう思う	ややそう思う	どちらとも いえない	あまりそう 思わない	そう思わな い
一部の産業医はメンタルヘルスについての認識が乏しい	695 100.0	82 11.8	302 43.5	236 34.0	65 9.4	10 1.4
一部の産業医は事業所側に介入できない	695 100.0	103 14.8	273 39.3	259 37.3	49 7.1	11 1.6
産業医から非精神科の主治医への照会・相談が少ない	695 100.0	83 11.9	263 37.8	310 44.6	34 4.9	5 0.7
事業所内で労働者のメンタルヘルス不調が気付かれていても、非精神科の主治医へは情報が伝わらない	695 100.0	88 12.7	288 41.4	284 40.9	31 4.5	4 0.6



7. 非精神科医師がメンタルヘルス不調にうまく対処できないことへの対策を挙げてあります。「実行は容易である」から「実行は困難である」までの5つの選択肢のうち、各々の対策の実行可能性の程度としてもっとも合っていると考えられるものをお選びください

(度数, %)

	n(TOTAL)	実行は容易である	実行はやや容易である	どちらともいえない	実行はやや困難である	実行は困難である
非精神科医師が日常から鑑別診断にメンタルヘルスも含めて考えるようにする	695 100.0	48 6.9	229 32.9	232 33.4	164 23.6	22 3.2
どういときにメンタルヘルス不調を疑うかを学ぶ	695 100.0	50 7.2	314 45.2	225 32.4	99 14.2	7 1.0
メンタルヘルス不調をどう聞き出すかを学ぶ	695 100.0	46 6.6	314 45.2	223 32.1	102 14.7	10 1.4
メンタルヘルス不調のスクリーニング法を学ぶ	695 100.0	50 7.2	328 47.2	210 30.2	96 13.8	11 1.6
患者向けセルフアセスメントシートを利用できるようにする	695 100.0	57 8.2	303 43.6	224 32.2	98 14.1	13 1.9
患者の話を傾聴するスキルを学ぶ	695 100.0	33 4.7	247 35.5	254 36.5	146 21.0	15 2.2
患者が話しやすい医師-患者関係を構築することを学ぶ	695 100.0	40 5.8	252 36.3	264 38.0	123 17.7	16 2.3
メンタルヘルス不調のマネジメント法を学ぶ	695 100.0	29 4.2	248 35.7	273 39.3	129 18.6	16 2.3
患者のメンタルヘルスについて傾聴できるコ・メディカルを養成する	695 100.0	17 2.4	128 18.4	227 32.7	232 33.4	91 13.1
メンタルヘルス不調のスクリーニングを保険点数化する	695 100.0	37 5.3	122 17.6	246 35.4	203 29.2	87 12.5
精神科専門医でなくても精神科を標榜することで「通院精神療法」を請求する	695 100.0	22 3.2	73 10.5	220 31.7	224 32.2	156 22.4
メンタルヘルス不調のスクリーニングを行わない医師にペナルティを課す	695 100.0	2 0.3	33 4.7	140 20.1	187 26.9	333 47.9
メンタルヘルスに関する講習受講の義務化や生涯教育点数化を行う	695 100.0	10 1.4	97 14.0	218 31.4	205 29.5	165 23.7
非精神科医師が自主的にメンタルヘルスに関する勉強会を行う	695 100.0	24 3.5	183 26.3	247 35.5	183 26.3	58 8.3
研修医教育にメンタルヘルス教育を取り入れる	695 100.0	53 7.6	303 43.6	242 34.8	82 11.8	15 2.2
卒前教育にメンタルヘルスやコミュニケーションの教育を取り入れる	695 100.0	53 7.6	302 43.5	262 37.7	65 9.4	13 1.9
非精神科医師が精神科医に診て欲しい理由を上手に伝える紹介状の書き方を学ぶ	695 100.0	28 4.0	221 31.8	349 50.2	79 11.4	18 2.6
軽症は非精神科医師が診て重症は精神科医が診るという役割分担を明確にする	695 100.0	23 3.3	168 24.2	331 47.6	127 18.3	46 6.6
非精神科医師と精神科医との勉強会を顔を知り合えるような形態で行う	695 100.0	17 2.4	235 33.8	316 45.5	106 15.3	21 3.0
精神科医に相談しながら非精神科医師がメンタルヘルス不調のマネジメントを行えるような関係作りを行う	695 100.0	16 2.3	214 30.8	311 44.7	126 18.1	28 4.0
労働者向けのメンタルヘルスに関するパンフレットを配布する	695 100.0	106 15.3	330 47.5	210 30.2	36 5.2	13 1.9
非精神科医師が社会に向けてメンタルヘルスについての啓発活動を行う	695 100.0	19 2.7	182 26.2	279 40.1	162 23.3	53 7.6
マスメディアを動員してメンタルヘルスについてのキャンペーンを行う	695 100.0	39 5.6	243 35.0	292 42.0	84 12.1	37 5.3
メンタルヘルスについて学べるゲームソフトを開発・発売する	695 100.0	13 1.9	118 17.0	363 52.2	135 19.4	66 9.5
精神科とは別にメンタルヘルスを扱えることを標榜する制度をつくる	695 100.0	15 2.2	130 18.7	307 44.2	172 24.7	71 10.2
非精神科主治医が産業医や事業所から情報を得やすくする仕組みをつくる	695 100.0	13 1.9	181 26.0	350 50.4	123 17.7	28 4.0

表5 都道府県別のメンタルヘルス関連の講習会の多寡による、うつ病数、自殺者数、そして自殺率の差について

		平成17年度				平成20年度			
		講習回数		t 値*	p 値	講習回数		t 値*	p 値
		多い県	少ない県			多い県	少ない県		
うつ病数(/10万人)	全体	1.2942	0.7315	-1.75	0.0907	0.9425	1.1377	0.61	0.5477
	男性	1.0028	0.5807	-1.57	0.1271	0.6427	0.9203	0.99	0.3295
	女性	1.5534	0.8755	-1.78	0.0856	1.2192	1.343	0.34	0.7377
自殺者数(/10万人)	全体	26.047	25.072	-0.57	0.5716	23.985	24.886	0.58	0.5654
	男性	38.696	38.549	-0.05	0.9598	31.972	34.453	0.98	0.3343
	女性	14.396	12.541	-2	0.0552	13.469	13.145	-0.33	0.7456
自殺率(自殺者数/ 死亡者数)	全体	0.0274	0.0272	-0.16	0.8749	0.0251	0.0253	0.13	0.8957
	男性	0.0366	0.0381	0.64	0.5279	0.0338	0.035	0.66	0.5128
	女性	0.0169	0.0149	-2.24	0.0355	0.0375	0.0385	0.41	0.6855

\* 差の検定はt検定によった。

## 外部相談機関等による職場への支援の現状とあり方の研究

研究分担者 原谷 隆史

独立行政法人労働安全衛生総合研究所 作業条件適応研究グループ部長

### 研究要旨

外部相談機関の職場メンタルヘルス不調への関わり、特に予防と早期支援・介入におけるこれらの機関の職場への支援の現状を把握し、あり方を検討する。また、外部相談機関関係者を対象とした、職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための教材ならびに教育プログラムを検討する。

文献データベースでEAP等の外部相談機関の文献検索を行った結果、医中誌Webで81編、PubMedで153編の文献があった。その中で早期介入や早期発見の文献は少なかった。日本ではうつ病ケアでEAP等を活用して効果的な早期発見・早期治療に結びつけるためのシステムづくりの重要性が指摘されていた。海外ではアルコール依存症や薬物乱用等のEAPによる早期介入の有効性や経済的メリットの報告があった。

日本EAP協会の賛助会員は7機関、その他のEAP等の相談機関をインターネットで検索すると16機関があった。メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業の登録相談機関は、17都道府県の33機関であった。面接によるカウンセリングに関して時間や料金の表示半分程度の機関で行われていた。精神科医の面接を明確に表示している相談機関はわずかであった。精神科医の面接料金は20分8,500円、15分10,000円という相談機関があった。外部相談機関は、一般従業員、管理監督者、人事労務担当者、産業保健スタッフ、経営層等への相談、コンサルテーション、教育研修・情報提供、ストレスやメンタルヘルスの調査によるメンタルヘルス不調の早期発見、組織診断等の多様なサービスをネットやメールを活用して提供している状況が明らかとなった。全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関は、27都道府県の52機関である。14県では、相談促進事業の登録相談機関と全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関の両方とも存在しない。メンタルヘルス対策支援センターは、47都道府県産業保健推進センター内に設置され、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援まで職場のメンタルヘルス対策についての総合支援窓口として、サービスを無料で提供しており、公共サービスとして必要性が高い。外部専門機関は各地に存在することが期待される。また、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入という観点からは、医療や就業上の措置が必要な患者だけではなく、軽い問題や不調を抱えた労働者を対象としたサービスも望まれる。日本の外部相談機関では医療が重視されているが、対策のコストを考慮して経済的で有効な支援を幅広く提供することも考えられる。

メンタルヘルス教育のプログラムは、対象者や業務内容に応じて、適切な技法、内容を選定して提供する必要がある。外部相談機関等の関係者へのメンタルヘルス教育により、サービスの質を確保、向上することが期待される。

### A. 本研究の目的

外部相談機関の職場メンタルヘルス不調への関わり、特に予防と早期支援・介入におけるこれらの機関の職場への支援の現状を把握し、あり方を検討する。また、外部相談機関関係者を対象とした、職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための教材ならびに教育プログラムを検討する。

### B. 方法

文献データベースとして、医学中央雑誌WebとPubMedを使用して2009年2月5日に文献検索を実施した。

医中誌WEBでは((労働衛生/TH or (労働衛生サービス/TH or 労働衛生サービス/AL)) and (EAP/AL or EAPs/AL)) or (従業員支援プログラム/AL) or (従業員援助プ

ログラム/AL)を検索した。

PubMedではEAP [Title] OR EAPS [Title] AND “occupational health services” [MeSH Terms] OR “employee assistance program\*” を検索した。

さらにEAP等の外部相談機関の国内の状況を把握するためにインターネット等で情報を収集した。外部相談機関として、EAP、相談促進事業の登録相談機関、メンタルヘルス対策支援センター、全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関、外部専門機関等の情報を収集し、あり方、教材、教育プログラムを検討した。

## C. 結果

### 1) 医中誌Web

医中誌Webで検索した結果150編の文献があった。1頁の抄録等を除くと81編の論文であった。

この中で早期介入、早期発見をキーワードとして検索すると該当する論文は1編であった。田中(2006)は、職域におけるうつ病ケアでは精神医学に基づく臨床的視点のほかに、労働安全衛生法および企業の責務である安全(健康)配慮義務も含めた視点が必要であり、職場復帰支援のほかに、うつ病の発症予防や早期発見・早期治療に結びつけるための教育や体制づくりが重要であること、EAP(従業員支援プログラム)など家族による気づきや支援を活用しながら効果的な早期発見・早期治療に結びつけるためのシステムづくりも重要であることを指摘した。

### 2) PubMed

PubMedを検索した結果153編の文献があった。この中でEAPの早期介入、早期発見に関する文献は5編あった。

Bednarek & Featherston (1984) は、病

院でのEAPを報告した。従業員の個人的問題への早期介入と治療の機会と漸進的懲戒処分とを組み合わせた。EAPコーディネーターは治療のための適切な資源を紹介した。上司には従業員の問題を発見し、問題の診断よりも仕事のパフォーマンスに焦点を当てるように教育した。3年間の記録から、EAPに参加した92人中72人が問題を改善または解決した。離職率が36%から20%に減り、離職や配置転換の費用約40,800ドルが節約できた。

Flynn et al. (1993) は、航空会社のパイロットのアルコール依存症と治療の記録を後ろ向きに解析した。アルコール依存症の87%が薬物乱用治療の後にパイロットに復帰し、13%が再発した。パイロット、組合、経営、航空医、EAPプロフェッショナルとのチームワークを促進することで、薬物乱用パイロットの早期発見・治療が推進できる。

Kramer (1998) は、薬物乱用の発見と治療におけるEAPの役割を報告した。EAPは職場の薬物乱用のコストを抑える効果的対策である。EAPは予防、早期発見、紹介のための評価、アフターケアを提供し、薬物乱用の莫大なコストを抑制するのに役立ち、薬物検査とEAPサービスとを統合するのが最も効果的なプログラムであると指摘した。

Becker et al. (2000) は、米国の運送会社の職業規範を変えて薬物乱用を減らすための職場の予防、早期介入プログラムを評価する進行中の方法を報告した。EAP、無作為薬物検査、行動保健管理、同僚主導介入プログラムといった4プログラムを用いた。アウトカム評価では、欠勤、離職、怪我、障害等の仕事のパフォーマンスへの影響を調べてコスト分析を行う。

Merrick et al. (2007) は、職場の飲酒問題で始まったEAPが現在は包括的資源へ

と発展し、研究課題として、早期発見のための経営相談を含む薬物使用問題への対応等の研究課題を提唱した。

### 3) EAP等の外部相談機関

日本EAP協会は国際EAP協会（EAPA）の正式日本支部であり、賛助会員は7機関であった。インターネットでその他のEAP等の相談機関を検索すると16機関があった。

### 4) 相談促進事業の登録相談機関

「メンタルヘルス対策における事業場外資源との連携の促進について（基安労発第0619001号、平成20年6月19日）」により「メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業」が独立行政法人労働者健康福祉機構に委託された。独立行政法人労働者健康福祉機構のホームページには相談促進事業の登録相談機関リストが掲載されている。

2010年2月16日までに登録された相談機関は、16都道府県の28機関であった。残りの31県には登録相談機関が存在しない。

（平成22年3月29日から平成23年2月7日までに5機関が追加登録され、17都道府県の33機関となった。）

面接によるカウンセリングに関して時間や料金の表示は15機関で行われていた。

企業との契約で基本料金に含まれるため料金表示が行われていない機関もあった。精神科医の面接についての表示は少ないが、初回の面接は原則として精神科医が行い、費用は基本料金の中に含まれ、2回目以降は相談内容から専門の相談担当者を決定するという機関があった。精神科医面接への事前情報のため相談員がインテーク（予診）面接を行った後に精神科専門医が面接しアセスメント（評価）を行った上で要医療、要継続相談、要観察などを判断し、カウンセ

リング継続が適当と判断されれば希望により契約企業は3回まで無料で行うという機関があった。

相談機関では様々な職場への支援サービスが提供されていた。

カウンセリングは、予防カウンセリング、簡易カウンセリング、家族カウンセリング、ブライダルカウンセリング、心の健康相談、心理療法等が行われていた。面接以外にも電話やメール（PC、携帯）によるカウンセリングも提供されていた。

メンタルヘルスの問題を抱えた従業員に対する対応等のコンサルテーションを管理職、人事労務担当者、産業保健スタッフ、経営層等に行われていた。

ストレスやメンタルヘルスの調査が従業員や組織を対象として実施されていた。ストレスチェック、こころの健康チェック、ストレス診断、こころの健康診断、メンタルヘルス診断、パーソナリティ診断、心理テスト、適性検査、組織診断、職場ストレス分析、サーベイランス等が質問紙やWEBで提供されていた。

職場のメンタルヘルス対策の導入や運用のサポートが行われていた。EAPの導入、相談体制、健康管理、安全衛生委員会、労務管理への支援等が行われていた。

教育研修や情報提供では、労働者、管理監督者、人事労務担当者、産業保健スタッフ等を対象として各種の教育研修、情報提供が行われていた。内容としては、メンタルヘルス、リスナー、アサーション、コミュニケーションスキル、エンカウンターグループ、メンタルタフネス強化、モチベーション向上、メンタルヘルス・マネジメント試験対応研修、ハラスメント、個人情報とプライバシー等があった。ネットを使用してeラーニングによる教育研修も提供されていた。情報提供では小冊子、ハン

ドブック、広報誌、レター等の印刷物の配布やメール配信が行われていた。

#### 5) メンタルヘルス対策支援センター

メンタルヘルス対策支援センターは、厚生労働省委託事業であり、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援まで職場のメンタルヘルス対策についての総合支援窓口として、47都道府県産業保健推進センター内に設置され、相談・問い合わせ、訪問支援、説明会、事例検討会・交流会、情報提供等のサービスを無料で提供している。

相談・問い合わせでは、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援までメンタルヘルス全般の取組みについて、事業場の産業保健スタッフや人事労務担当者、事業主などから寄せられる様々な相談、問い合わせに、職場のメンタルヘルス対策に詳しい精神科医、心理職等産業保健系の専門家や労務管理に詳しい専門家が対応し、抱える課題等の解決を手伝う。

また、労働者やその家族などからも、「メンタルヘルス不調を感じるが、社内に相談できる窓口がないのでどこに相談すればよいか分からない。」「メンタルヘルス不調ではないかと思われる労働者に対して、医療機関や相談機関にかからせたいが、どのように説明すればよいか分からない。」などの相談、問い合わせに対応し、状況に応じて適当な相談機関や医療機関を紹介する。

訪問支援では、事業場からの要望に応じ、職場のメンタルヘルス対策や労務管理に詳しい専門家（「メンタルヘルス対策促進員」）が事業場に出向いて、心の健康づくり計画の策定、事業場内体制の整備、労働者等へのメンタルヘルスについての啓発など、事業場が職場のメンタルヘルス対策を進めるにあたっての助言・支援を行う。

説明会は、事業主団体等を対象としたメンタルヘルス対策・職場復帰支援プログラムについての周知を目的として各都道府県において開催する。

事例検討会・交流会は、産業医等事業場の産業保健スタッフや医療機関や相談機関等の関係団体等の理解と協力を得て開催し、関係者間のネットワークの形成を手伝う。

情報提供では、メンタルヘルス対策に係る地域で活用できる相談機関、支援機関、支援事業、メンタルヘルス関係研修などの情報を、支援センター窓口やホームページなどで総合的に提供する。

#### 6) 全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関

社団法人全国労働衛生団体連合会（全衛連）では、全衛連独自のメンタルヘルスサービス「こころと体のトータルチェック」を提供している。メンタルヘルスサービス提供機関は、27都道府県に52機関ある。

全衛連の提唱するメンタルヘルスサービスは定期健診とセットで実施され、チェック結果は直接受診者に報告される。

ストレスチェックは、厚生労働省が研究開発した「職業性ストレス簡易調査票」をベースに、中央労働災害防止協会が独自に構築したシステム（「中災防ヘルスアドバイスサービス」）の提供を受けて実施する。チェック結果より、ストレスの原因、心身の状況等を分析し、受診者に対してストレスへの気づきを促し、セルフケアに役立つアドバイスを「あなたのストレスプロフィール」にまとめて報告する。

定期健診の結果、高血圧、高脂血等の所見が認められる場合には保健指導、栄養指導、運動指導等の事後指導が実施されるが、メンタルヘルスチェックの結果についても同様に、ストレス過多の者に対してストレ

ス対処法等の事後指導が実施される。事後指導結果は個人情報として厳格に管理され、プライバシーは確保される。事後指導に当たるのは、日本産業精神保健学会の指導により実施される研修を受け、所定のカリキュラムを修了した専門の医師、保健スタッフである。

事業場がメンタルヘルス対策を適切に実施するためには、まず、職場ストレス環境を把握することから始まる。メンタルヘルスチェック及び事後指導によって得られたデータを基に職場評価結果（「仕事のストレス判定図」他）を作成・提供する。これによって職場ストレス環境の見直し、改善へとつながる。

職場評価結果を踏まえ、個々の事業場の実態に即した具体的な管理職研修、職員研修、あるいは職場ストレス環境の改善に係るアドバイス等を要望に応じて実施する。

全衛連のメンタルヘルスチェックサービスに係る基本料金は、メンタルヘルスチェックは630円／人、職場評価は2,520円／集団と統一料金であり、事後指導は別途である。

## 7) 外部専門機関

厚生労働省労働基準局は「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」を設置し、報告書を平成22年9月7日に公表した。一般定期健康診断の機会に併せてストレスに関連する症状・不調を確認し、必要な労働者に対して医師による面接を行い、その結果により就業上の措置等が必要な場合には事業者意見に述べる新たな枠組みが提言された。新たな枠組みに対応するために今後必要となる検討項目として、ストレスに関連する症状・不調の確認項目、不利益取扱いの防止のための措置等、事業場に対する支援体制の整備、先進的事例の普及、人材

の確保、地域保健との連携が示された。事業場に対する支援体制の整備の中で、メンタルヘルスに対応できる産業医等で構成される事業場外の組織（外部専門機関）を整備・育成し、メンタルヘルス不調者への対応等に関する産業医の職務を効率的かつ適切に実施可能とすることを検討する必要性が指摘された。

厚生労働省労働基準局は「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」を設置し、報告書を平成22年11月22日に公表した。地域における今後の産業保健サービス体制の整備に関連する、事業場に対する支援体制の整備、人材の確保、地域保健との連携について、特にメンタルヘルス対策に重点をおいた検討を行った。

外部専門機関の基本的なあり方について以下の4項目を示した。

① 産業医の職務を責任を持って担当する観点から、外部専門機関に属する産業医有資格者1名を事業場に対する業務を総括する医師（以下「総括医師」という。嘱託産業医に相当）として定めたいと、総括医師が主担当となり他の産業医有資格者との間で事業場や個々の労働者についての情報共有などによる連携を図りながら、産業医の職務を提供すること。この場合の産業医有資格者間の調整は総括医師が行うこと。

② 産業医のチーム間の調整及び業務の監督の観点から、一定の見識を有する産業医有資格者（産業医長）がおり、機関に属する産業医有資格者を指揮し、産業医職務に関する業務全体を管理すること。

③ 外部専門機関には、メンタルヘルスの知識経験を有する医師、保健師等がおり、メンタルヘルス対応の面接、事後措置に関する意見、保健指導について、総括医師の指導・指示を受けながら対応すること。

④ 外部専門機関には、医師が協働によ

り産業医活動を行うことによって産業保健活動を充実させるため、複数の産業医有資格者がいること。また、産業医の職務を行う事業場数に応じた数の産業医有資格者がいること。

また、外部専門機関の要件等として、外部専門機関が行う産業医の職務及び面接等について適切な業務が行われるとともに、外部専門機関の人材の質が確保されるよう以下の5項目への適合が求められている。

① 受託する事業場ごとに総括医師を定め、当該事業場を担当する複数の医師等の調整を行い業務をとりまとめること。事業者に対し勧告を行う場合で、複数の医師等で意見が異なる場合は、総括医師が意見の調整を行い、機関として勧告を行うこと。

② 産業医であって、一定の知識経験を有する者（産業医長）が、機関に所属する産業医有資格者等を指揮し、業務を管理すること。

例えば次のような一定の知識経験を有する産業医有資格者が考えられる。

- ・産業医に選任された経験が一定年数以上であり、日本医師会認定産業医の更新回数が一定以上の者

- ・産業医科大学を卒業した者のうち実習を履修した者であって、産業医に選任された経験が一定年数以上の者

- ・保健衛生の区分で合格した労働衛生コンサルタント

- ・日本産業衛生学会の専門医の資格を有する医師

③ 所属する産業医有資格者の数が一定以上であり、受託する事業場数に応じた数であること。

④ 労働者のメンタルヘルスに関する一定の知識経験を有する医師がいること。

⑤ メンタルヘルスに関する一定の知識を有し一定年数以上の経験を有する保健師

等がいること。

## 8) メンタルヘルス教育の教材

中央労働災害防止協会では、厚生労働省の委託事業として「事業場内メンタルヘルス教育研修担当者養成研修」を実施し、「メンタルヘルス教育研修担当者養成研修テキスト」（平成22年9月改訂）を作成した。これは職場のメンタルヘルスに関する幅広い内容を網羅しており、外部相談機関関係者を対象とした、職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための教材としても大いに活用することができる。主な目次は以下の通りである。

### 第1章 メンタルヘルスケアの意義

1 職場におけるメンタルヘルスケアの重要性

2 メンタルヘルスケアの考え方

3 労働安全衛生法について

4 労働者の心の健康の保持増進のための指針

### 第2章 ストレスおよびメンタルヘルスケアに関する基礎知識

1 ストレスについて

2 事業場の心の健康づくり計画および体制づくりの方法

3 4つのメンタルヘルスケアの推進

### 第3章 教育研修担当者の役割とメンタルヘルス教育の進め方

1 メンタルヘルス教育研修担当者の役割

2 教育研修の進め方

3 教育研修の事例

### 第4章 職場環境等の把握と改善の方法および企業のリスクマネジメントとコンプライアンス

1 職場のストレス要因の把握

2 職場環境等の改善を通じたストレスの軽減



3 事業場の事例研究	
4 メンタルヘルスと企業の社会的責任	
5 安全配慮義務について	
6 精神障害等の労災認定	
第5章 メンタルヘルス不調への気づきと対応	
1 労働者による自発的な相談とセルフチェック	
2 管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等による相談対応	
3 労働者個人のメンタルヘルス不調を把握する際の留意点	
4 メンタルヘルス不調に関わる病気	
5 メンタルヘルス不調への対処	
6 自殺の実態と予防を含めた対応	
第6章 職場復帰における支援の進め方	
1 職場復帰支援の流れ	
2 管理監督者および事業場内産業保健スタッフ等の役割	
3 教育研修の重要性	
4 プライバシーの保護	
5 その他の検討・留意事項	
第7章 個人情報保護への配慮	
1 個人情報保護法とメンタルヘルス対策に対する個人情報の取扱い	
2 労働者の同意	
3 事業場内産業保健スタッフによる情報の加工	
4 健康情報取扱いに関する事業場内における取り決め	
第8章 メンタルヘルスカケア等に関する教育技法	
1 セルフケアのための技法	
2 積極的傾聴法について	
3 グループ討議のための技法	
別添資料	
1 労働者の心の健康の保持増進のための指針	
2 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

### 3 自殺対策基本法の概要

#### 9) 外部相談機関関係者の教育プログラム

外部相談機関では、様々な職種、資格、専門技能、経験の者がいるので、対象者や業務内容に応じて、適切な教育プログラムを設定する必要がある。教育の技法は、講義、実習、事例検討、グループ討議、ロールプレイング等を用いることが有効である。教育の内容は以下のようなものが考えられる。

- ・職場のメンタルヘルスの関連法規・動向
- ・精神医学、心身医学、心理学の知識・技法
- ・メンタルヘルス不調者の相談
- ・職場関係者のコンサルテーション
- ・従業員や組織を対象にした調査
- ・導入・運用サポート
- ・教育研修、情報提供
- ・メンタルヘルス対策の有効性の評価

#### D. 考察

本研究では、文献データベースでEAP等の外部相談機関の文献検索を行い、医中誌Webで81編、PubMedで153編の文献があった。英文では1978年から日本では1992年からEAP等の報告が行われている。しかし、その中で早期介入や早期発見の文献は少なかった。日本ではうつ病ケアでEAP等を活用して効果的な早期発見・早期治療に結びつけるためのシステムづくりの重要性が指摘されていた。海外では飲酒問題や薬物乱用等のEAPによる早期介入の有効性や経済的メリットの報告があった。EAPでは疾病よりもパフォーマンスの低下の焦点を当てて問題解決のための適切な専門家を紹介する。

日本の外部相談機関ではどちらかというと医療が重視され疾病に焦点を当てられて

いるが、海外のEAPのようにパフォーマンスに焦点を当て、対策のコストを考慮して経済的で有効な支援を提供することもあると考えられる。

「メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業」の登録相談機関の登録基準には精神科医の関与が含まれ、「面接によるメンタルヘルスに関する相談を希望するすべての労働者に対して、相談対応者による面接に先立ち面接を行い、その結果を相談機関に報告する」ことが基準となっている。精神科医の要件は精神科医の臨床5年以上、産業保健に関する研修受講で満たすことができる。

精神科医の面接を明確に表示している相談機関はわずかであった。精神科医の面接料金は20分8,500円、15分10,000円という相談機関があった。EAPではパフォーマンスが低下した従業員の様々な問題に対して適切な専門家を紹介する。精神科医が事前に面接することで、精神科の治療が必要な患者を見つけることができるが、時間と費用がかかる。精神科医の面接を明示すると、軽い問題や不調、精神科への抵抗がある従業員は相談しない可能性が高まると考えられる。労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入という観点からは、精神科の治療が必要な患者ではなく、軽い問題や不調を抱えた労働者を対象としたサービスを幅広く提供することが望まれる。

相談促進事業の登録相談機関は増加し、17都道府県の33機関となった。全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関は、27都道府県の52機関である。秋田県、茨城県、栃木県、山梨県、長野県、滋賀県、奈良県、和歌山県、島根県、香川県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県の14県では、相談促進事業の登録相談機関と全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関の両方とも存在しな

い。

メンタルヘルス対策支援センターは、47都道府県産業保健推進センター内に設置され、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援まで職場のメンタルヘルス対策についての総合支援窓口として、相談・問い合わせ、訪問支援、説明会、事例検討会・交流会、情報提供等のサービスを無料で提供している。

相談促進事業の登録相談機関や全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関といった外部相談機関は一部の地域に限定されており、近くに外部相談機関がないと職場への支援は困難である。全都道府県に存在するメンタルヘルス対策支援センターは、公共サービスとして必要性が高い。

職場におけるメンタルヘルス対策検討会は、一般定期健康診断の機会にストレスに関連する症状・不調を確認し、必要な労働者に対して医師による面接を行い、その結果により就業上の措置等が必要な場合には事業者意見に意見を述べる新たな枠組みを提言した。

事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会は、新たな枠組みに対応するために、外部専門機関（メンタルヘルスに対応できる産業医等で構成される事業場外の組織）の基本的なあり方について、以下の4項目を示した。①総括医師が主担当となり他の産業医有資格者との間で事業場や個々の労働者についての情報共有などによる連携を図りながら、産業医の職務を提供する。②産業医長が産業医有資格者を指揮し、産業医職務に関する業務全体を管理する。③メンタルヘルスの知識経験を有する医師、保健師等がメンタルヘルス対応の面接、事後措置に関する意見、保健指導について、総括医師の指導・指示を受けながら対応する。④事業場数に応じた数の産業医

有資格者が協働で産業医活動を行う。

このような外部専門機関が各地に存在することが期待されるが、地域が偏る可能性が高いと思われる。また、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入という観点からは、医療や就業上の措置が必要な患者だけではなく、軽い問題や不調を抱えた労働者を対象としたサービスを幅広く提供することも望まれる。

外部の相談機関には様々なものがあり、関係者が多様なサービスを提供している。メンタルヘルス教育のプログラムは、対象者や業務内容に応じて、適切な技法、内容を選定して提供する必要がある。外部相談機関等の関係者へのメンタルヘルス教育により、サービスの質を確保、向上することが期待される。

#### E. 結論

文献データベースでEAP等の外部相談機関の文献検索を行った結果、医中誌Webで81編、PubMedで153編の文献があった。その中で早期介入や早期発見の文献は少なかった。日本ではうつ病ケアでEAP等を活用して効果的な早期発見・早期治療に結びつけるためのシステムづくりの重要性が指摘されていた。海外ではアルコール依存症や薬物乱用等のEAPによる早期介入の有効性や経済的メリットの報告があった。

日本EAP協会の賛助会員は7機関、その他のEAP等の相談機関をインターネットで検索すると16機関があった。

「メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業」の登録相談機関は、17都道府県の33機関であった。面接によるカウンセリングに関して時間や料金の表示半分程度の機関で行われていた。精神科医の面接を明確に表示している相談機関はわずかであった。精神科医の面接料

金は20分8,500円、15分10,000円という相談機関があった。外部相談機関は、一般従業員、管理監督者、人事労務担当者、産業保健スタッフ、経営層等への相談、コンサルテーション、教育研修・情報提供、ストレスやメンタルヘルスの調査によるメンタルヘルス不調の早期発見、組織診断等の多様なサービスをネットやメールを活用して提供している状況が明らかとなった。全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関は、27都道府県の52機関である。14県では、相談促進事業の登録相談機関と全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関の両方とも存在しない。メンタルヘルス対策支援センターは、47都道府県産業保健推進センター内に設置され、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援まで職場のメンタルヘルス対策についての総合支援窓口として、サービスを無料で提供しており、公共サービスとして必要性が高い。外部専門機関は各地に存在することが期待される。また、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入という観点からは、医療や就業上の措置が必要な患者だけではなく、軽い問題や不調を抱えた労働者を対象としたサービスも望まれる。日本の外部相談機関では医療が重視されているが、対策のコストを考慮して経済的で有効な支援を幅広く提供することも考えられる。

メンタルヘルス教育のプログラムは、対象者や業務内容に応じて、適切な技法、内容を選定して提供する必要がある。外部相談機関等の関係者へのメンタルヘルス教育により、サービスの質を確保、向上することが期待される。

#### F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

健、18（増刊）：59，2010.

2. 学会発表

原谷隆史：外部相談機関によるメンタルヘルス不調者に対する相談の現状と課題，第17回日本産業精神保健学会，産業精神保

H. 知的財産権の出願・登録状況なし。

職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための

産業医向け教育プログラムの開発

研究分担者 堤 明純 産業医科大学産業医実務研修センター教授

**研究要旨**

とくに早期の支援・介入に関連する労働者のメンタルヘルス不調の予防に係る文献レビューと、産業医を対象として、彼ら他経験した事例を基に、早期に行われると好ましい支援と、それを可能にする事業場の体制や産業医のスキルについての聞き取り調査と関連する課題解決を探るグループワークを行い、産業医のための精神医学に関連する項目について研修の必要性が明らかとなった。そこで、専門家を対象とした調査を行い、産業医が有すべき精神医学的な知識と技術を抽出し、以下の教材を開発し、実習内容をワークブックとしてまとめた：

1) 心の健康づくり計画を、メンタルヘルスに関する課題を有する想定事業場において策定する過程をシミュレーションすることで、産業医が、事業者が心の健康づくり計画を策定する支援をできるようになることを目標とした教材「心の健康づくり計画ワークブック」。教材内には、産業医に求められる優先順位の高い、専門医との連携を含む相談体制の確立（連携の際の留意点）を盛り込み、実行性のあるシステムとするために、管理監督者教育等を計画させる等の視点を入れるようにした。

2) 職域におけるメンタルヘルスの評価について、事後措置を含む評価の活用を念頭に置いた調査項目の選定や評価に関連する留意点に焦点をあてた「企業内でのメンタルヘルス調査の企画・実施」に係る教材。

3) コミュニケーション技術として重要な、傾聴の態度と技術およびアサーティブな対応を身につけることを目的とした教材「コミュニケーション ワークブック」

4) 職域でいち早くその疾病性を把握することが求められるものとして重要とされる、気分障害・アルコール依存・適応障害・統合失調症等の障害の気づきを助ける、産業医による管理監督者向けの研修用教材、および広汎性発達障害に関するテキスト。

5) 自殺企図者への対応等、緊急に適切な対応が求められる事項についての留意事項をまとめた、産業医向け、および管理監督者向け研修教材。

6) 職場でよくみる精神科治療薬についてのまとめ。

7) 精神科専門医との円滑な連携のための紹介状の書き方についての教材

＜研究協力者＞

林田耕治 トータルヘルス株式会社

後藤英一郎 心和堂後藤クリニック

織田 進 福岡産業保健推進センター

山本 愛 (株)リコー 人事本部ヒューマン

リレーション推進部健康安全衛生グループ

道家庚一 株式会社リコー 池田事業所

河下太志 リクルート健康保険組合

健康管理室

峰山 幸子 (財) 淳風会メンタルサポー

トセンター

廣川空美 梅花女子大学看護学部

中村 純、新開隆弘、中野雄一郎、

岡本龍也、堀 輝、林 健司、山田健治、

井上未由紀、鎌田 壇、阿竹聖和、

和氣舞子、香月あすか

以上、産業医科大学精神医学教室

永田昌子、森 晃爾、茅嶋康太郎、

立石清一郎、永田智久、丸山 崇、

松井亜樹、近藤 祥、黒石 真紀子、

玉代勢なな、長谷川久美、黒岩 望、

伊東大輔、大室正志、梶木繁之、門脇康二、

塩田拓也、竹中春美、田中 完、福田佐紀、

藤田周弥、田端 英俊、小田上公法

以上、産業医科大学産業医実務研修セン

ター

## A. 本研究の目的

平成18年3月に公示された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、事業者が講ずるように努めるべきメンタルヘルスカが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。一方、臨床精神医学領域において、精神障害に対する早期支援・治療の重要性が強調されている。労働者のメンタルヘルス不調に対する早期の支援・介入は、事業場におけるメンタルヘルスカの重要な要素であり、かつ、体制の整備を含めて産業医の関与の余地が多く残っている部分である（堤、2009）。

平成20年度の研究では、早期の支援・介入に関連する労働者のメンタルヘルス不調の予防に係る文献レビューと、早期に行われると好ましい支援、および、それを可能にする事業場の体制や産業医のスキルについて行った産業医への聞き取り調査と関連する課題解決を探るグループワークにより、労働者・家族・管理監督者向けの教育のみならず、それを行う産業医を含めた産業保健スタッフの教育能力の向上や教育に活用できる教材の必要性が伺われた。また、ストレスチェックを含むスクリーニングに関して産業医の理解を進めることは有用と考えられた。さらに、教育やストレスチェックに限らず、情報の伝達を含めた事業場内の体制の整備について検討することも、産業医の重要な役割であると考えられた。とくに、これまで十分なカリキュラムが開発されていなかった、精神医学に関連する項目について、産業医教育のためのミニマムリクワイアメントの確立が必要と考えられた。

平成21年度は、3年研究の2年目として産業医に対する精神医学教材開発のために2種類の調査を行なった。調査1では、教育

の優先度（リクワイアメント）の設定と具体的なコンテンツ（案）の抽出を試みた。また、近年、職域で産業保健スタッフが対応するメンタルヘルス不調者の中に、アスペルガー症候群を含む広汎性発達障害(DS M-IV-TR)を抱える、もしくは疑い例に遭遇するケースが報告されているが、精神科のトレーニング等の専門の教育を受けていない産業医にとって、広汎性発達障害の理解は十分とはいえず、職域での実態調査も少ないことから、調査2では、この比較的新しい課題について、職域における頻度を推定し、早期発見から障害特性に応じた有効な支援に結び付ける基礎資料とするための調査を、やはり、精神科のトレーニングを受けている医師でかつ産業医経験のある医師を対象として行った。

以上の調査により、平成22年度に、産業医を対象とした職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための教育プログラムおよび教材を開発するための基礎資料とすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 文献レビュー

労働者のメンタルヘルス不調の予防に係る、とくに早期の支援・介入に係る文献レビューを行った。

### 2. 産業医への聞き取り調査とグループワーク

産業医を対象として、経験した事例を基に、どのような支援が早期に行われるべきであったか、予防可能性とその内容についての聞き取り調査を行うとともに、事業場において必要な方策とその確立方法、及び産業医として身につけたいスキルについてのグループワークを行った。

### 3. 調査1

産業医経験のある13名の精神科医に対するインタビュー、および精神科医・産業医

(12名)によるブレインストーミングにより、予防・早期介入支援に有用な精神医学的教材に必要な項目のリストアップを行ったのち、リストの中から優先度の高い項目を抽出するための質問紙調査を産業保健に造詣の深い専門医67名を対象として行った。

#### 4.調査2

精神科臨床経験のある産業医が認識した、事業場における広汎性発達障害（DSM-IV-TR）と思われる事例の頻度、事例性がどう対応され、どのようにマネジメントされたかを質問紙調査により尋ねた。

#### 5.教材開発

上結果を基に、産業医が有すべき知識・技術を整理し教材を開発し、その教材を使用して行った研修の効果評価を試みた。

### C. 研究結果

#### 1. 文献レビュー

文献レビューから、労働者・家族・管理監督者向けの教育のみならず、それを行う産業医を含めた産業保健スタッフの教育能力の向上や教育に活用できる教材の必要性が伺われた。ストレスチェックを含むスクリーニングの有効性の報告は多く、産業医におけるスクリーニングそのものと実務上の留意点に関する理解を進め、健診機会などを活用して適切な導入を進めることは有用と考えられた。教育やストレスチェックに限らず、情報の伝達を含めた事業場内の体制の整備について検討することも、産業医の重要な役割であると考えられた。

#### 2. 産業医への聞き取り調査とグループワーク

産業医15名に聞き取り調査を行い、計12例の事例が収集された。事例から抽出された課題は、①メンタルヘルスに対する理解、②早期からの適切な支援・治療を受けるこ

とが困難、③当事者や家族の治療への主体的関与が困難、④相談・治療へのアクセスの悪さ、⑤事業場外の資源との連携の困難、⑥初診時の治療者・治療環境の悪さ、⑦エビデンスに基づく最良の治療を受けることの困難、⑧生活全般の総合的支援サービスの乏しさ、⑨そのほか、事業場としての力の入れ方、受け入れ職場での復職前の調整の順であった。

5人\*3グループによるグループワークでは、事業場におけるメンタルヘルス一次もしくは（より早期の）二次予防の方策として、一次予防関連では、①職場におけるコミュニケーションの醸成、②本人及び周囲に対する教育、③快適職場づくり。二次予防関連でも、①従業員に対する教育、②相談しやすい雰囲気、③産業医や保健師によるインタビューの活用、④スクリーニングの活用の優先順位が高かった。また、そのような体制を事業場で構築していくためには、声かけ運動や相談の場の設定などが必要で、そういった方策を組織的に進めていくために安全衛生委員会やマネジメントシステムの活用が挙げられた。産業医として身につけたい能力としては、行動レベルでは、教育や交渉を含むコミュニケーション能力、知識・技量レベルでは、疾病の見立てや面接技法、課題分析や情報収集能力が挙げられた。

#### 3. 調査1

産業医と精神科医のディスカッションを基に、作成した調査票を用いて、産業医学に造詣の深い精神科医、心療内科医計122名に郵送法の調査を行い54名の回答を得た（表1）。

産業医が修得をする優先度が高い精神的事項として、気分障害の疾病性の気づきおよび診断、うつ病のスクリーニング、専門的治療にゆだねるべき状態を理解してい

ること、うつ状態にある労働者に適切に対応できること、傾聴の態度と技術を身につけていること、自殺企図者へ適切な対応ができること、専門医と緊急に連携を要する兆候を理解していること、以下の疾患に関する疾病性の気づきアルコール依存、適応障害、統合失調症が、優先度の高い項目として挙げられた。

#### 4.調査2

広汎性発達障害については、多くの事例の疾病性が認識されずにいる可能性、疾病性に気づくためのいくつかの状態像、社会資源が十分に活用されていないこと等が明らかになった。「興味が限定的でこだわりが強い」「対人関係のトラブルを繰り返す」「共感能力の欠如」「マニュアルが無いと動けない」といった職場における観察事項は、本障害の早期発見に寄与すると思われた。

#### 5.教材開発

産業医が職場におけるメンタルヘルス不調の発現を早期に把握し介入するために必要な知識・技術を高めることを目的とした以下の教材を開発した：

1) 心の健康づくり計画を、メンタルヘルスに関する課題を有する想定事業場において策定する過程をシミュレーションすることで、産業医が、事業者が心の健康づくり計画を策定する支援をできるようになることを目標とした教材「心の健康づくり計画ワークブック」。教材内には、産業医に求められる優先順位の高い、専門医との連携を含む相談体制の確立（連携の際の留意点）を盛り込み、実行性のあるシステムとするために、管理監督者教育等を計画させる等の視点を入れるようにした。実習内容をワークブックとしてまとめた。

2) 職場におけるメンタルヘルスの評価について、事後措置を含む評価の活用を念

頭に置いた調査項目の選定や評価に関連する留意点に焦点をあてた「企業内でのメンタルヘルス調査の企画・実施」に係る教材。

3) コミュニケーション技術として重要な、傾聴の態度と技術およびアサーティブな対応を身につけることを目的とした教材「コミュニケーション ワークブック」

4) 職域でいち早くその疾病性を把握することが求められるものとして重要とされる、気分障害・アルコール依存・適応障害・統合失調症等の障害の気づきを助ける、産業医による管理監督者向けの研修用教材、および広汎性発達障害に関するテキスト。

5) 自殺企図者への対応等、緊急に適切な対応が求められる事項についての留意事項をまとめた、産業医、および管理監督者向け研修教材。

6) 職場でよくみる精神科治療薬についてのまとめ。

7) 精神科専門医との円滑な連携のための紹介状の書き方についての教材

以上の内容を盛り込んだ研修を行い、研修後3カ月して行った質問紙調査からは、こころの健康づくり等、組織的な活動に関しては際立った効果は観察されなかったが、職場におけるストレス調査の実施については参考になったとの評価が多かった。積極的傾聴に関しても、「相談に乗ってよかった」「自分は相手の立場になって話を聞いている」「話を聴いているときの自分の気持ちに気づいている」「相手が言いよんどんでいるときにきっかけを作る」「自分の考えと異なっても相手の意見を否定しない」「相手の話をじっくり聴く」などの項目で受講3カ月後では受講直後と比較し傾聴に関する意識・行動の改善が示唆され、「自分は相手の立場になって話を聞いている」については統計的に有意な差がみられた。



## D. 考察

労働者のメンタルヘルス不調に対して、産業医による有効な予防・早期介入支援策を明らかにすること、及び、そのような支援策を具体化するための教育プログラムや教材を開発することを目的として、産業医向けの教材を開発した。

教材に盛り込む項目は、産業保健に造詣の深い精神科医・心療内科医による調査により、判明した項目から選択をした。産業保健活動に必要な関連項目は、これまで系統だって教育されておらず、網羅的とまでは言えぬものの、少なくとも優先度の高い重要な項目が盛り込まれていると思われた。

産業医の行動の変化を観察するために研修後3カ月のタイミングで行った事後の調査では、顕著な変容は観察されなかったが、労働者の話を聴こうとする態度や技術が良好に変化していることが観察された。

## E. 結論

産業保健に造詣の深い精神科医・心療内科医による調査を基にして抽出した、産業医に必要な精神科的知識・技術を習得するための教材を開発した。今後、産業医が、メンタルヘルス不調を早期に発見し対応していけるよう支援ができるよう、必要な項目を追加していきながら、教材の効果を検討していく。

## F. 健康危機情報

該当なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 堤 明純. (2009) 事業場のメンタルヘルス対策の現状と将来. 産業医学レビュー 21(4) 271-291

- 2) 堤 明純. 経営者の理解を得られるメンタルヘルス対策のために研究者に求められるもの. 関西福祉科学大学 EAP 研究所紀要 2009;平成 20 年度第 3 号:3-5.

- 3) 堤 明純. 健診におけるストレス評価. 総合健診 2009;36(2):223-228.

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 引用文献リスト

- 堤 明純. (2009) 事業場のメンタルヘルス対策の現状と将来. 産業医学レビュー 21(4) 271-291

メンタルヘルス不調労働者および管理監督者が期待する労働者のメンタルヘルス問題への事業所、産業医および医療機関による早期支援に関する調査

研究分担者 井奈波良一 岐阜大学大学院医学系研究科 准教授

**研究要旨**

労働者のメンタルヘルス不調予防に対する早期支援の内容を明らかにする目的で、メンタルヘルス不調に陥ったことがある労働者および管理監督者が事業所、産業医、医療機関に対して期待する早期支援に関する自記式アンケート調査を行った。労働者については3事業所の51名、管理監督者については63社の管理監督者（各社1名）および2事業所の113名から回答を得、以下の結果を得た。

1. メンタルヘルス不調に陥ったことがある労働者では、こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことがあると回答した者は50%を超えていた。メンタルヘルス不調に陥った時、特に困ったことは、2回の調査ともに上位5項目に入っていた項目は、職場環境等の把握と改善に関する「職場の人間関係が悪かった」および、メンタル不調への気づきと対応の中の相談体制に関する項目「職場内に相談相手がいなかった」であった。事業所にして欲しかったことの第1位は、2回の調査ともに、メンタルヘルス不調への気づきと対応の中の相談体制に関する「相談しやすい職場環境の整備」であった。一方、産業医および医療機関にして欲しかった項目は、事業所のメンタルヘルス管理体制によって異なっていた。

2. 管理監督者が、メンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったことで、2回の調査ともに上位5項目に入っていた項目は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する3項目（「早期の徴候（サイン）がよくわからなかった」、「具体的な対応の仕方がわからなかった」および「本人が突然、事業所を欠勤した」）であった。労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待することで、2回の調査ともに上位5項目に入っていた項目は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する3項目（「相談しやすい職場環境の整備」、「同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進」および「産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進」）および、メンタルヘルスカを推進するための教育研修・情報提供に関する1項目（「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保」）であった。産業医に期待することで、2回の調査ともに上位5項目に入っていた項目は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する2項目（「メンタルヘルス相談」および「メンタルヘルス不調者との面談実施」）および、メンタルヘルスカを推進するための教育研修・情報提供に関する2項目（「メンタルヘルスに関する社員教育」および「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」）であった。医療機関に期待するにことで、2回の調査ともに上位5項目に入っていた項目は、職場復帰における支援に関する4項目（「休養の必要性とその根拠の説明」、「今後の見通しとその根拠の説明」、「治療内容の説明」、「復職までの過ごし方や経過の観るポイントの説明」）であった。したがって管理監督者が期待する事業所、産業医、医療機関による労働者のメンタルヘルス問題への早期支援の内容は、どの事業所でもほとんど同じと考えられる。

＜研究協力者＞

横山和仁

三重大学大学院医学系研究科 教授

黒川淳一

岐阜大学大学院医学系研究科 非常勤講師

植木啓文

岐阜大学医学部附属病院 准教授

近藤信子

四日市看護医療大学 教授

萩 典子

四日市看護医療大学 講師

大西信行

四日市看護医療大学 助教

## A. 本研究の目的

職場のメンタルヘルス対策において、平成 18 年 3 月に厚生労働省より「労働者の心の健康保持増進のための指針」<sup>1)</sup>が公示され、事業者が講ずるように努めるべきメンタルヘルスクエアが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。一方、最近では、臨床精神医学領域において、精神障害に対する早期支援・治療の重要性が強調されている<sup>2)</sup>。従って、労働者のメンタルヘルス不調を予防し、かつ早期に支援・介入するための、事業所内外の関係者が連携した包括的な枠組みを作り上げる必要がある。また、この枠組みを有効に運用するためには、労働者がメンタルヘルス不調に陥った時に、実施する早期支援の内容を明らかにする必要がある。

そこで、メンタルヘルス不調に陥ったことがある労働者および事業者の管理監督者を対象に、労働者のメンタルヘルス問題への事業所、産業医、医療機関に対してどのような早期支援を望んでいたかに関するアンケート調査を行ったので報告する。

## B. 方法

### 1. 対象

#### 1) メンタルヘルス不調に陥ったことのある労働者

調査に対する同意の得られた 3 事業所（平成 20 年度は、A 生活協同組合および B 情報関連会社、平成 21 年度は C 株式会社の D 支店）に所属するメンタルヘルス不調に陥ったことがある労働者 57 名（全員正規社員）を対象に自記式アンケート調査を実施した。

平成 20 年度の調査では、19 名（男性 18 名、女性 1 名）から回答を得た（回収率 79.2%）。平成 21 年度の調査では、32 名（男性 28 名、女性 4 名）から回答を得た

（回収率 97.0%）。

#### 2) 管理監督者

平成 21 年度は、E 市の 155 社に所属する管理監督者、各社 1 名を対象に自記式アンケート調査を郵送にて実施した。さらに、平成 22 年度には、A 生活協同組合および B 情報関連会社の管理監督者 120 名を対象に自記式アンケート調査を実施した。

平成 21 年度の調査では、63 社（事業場規模 50 人未満 44 社、同 50 人以上 19 社）から回答を得た（回収率 40.6%）。平成 22 年度の調査では、113 名（課長以上 52 名、課長より下位職 61 名）から回答を得た（回収率 94.2%）。

### 2. 調査票の内容

メンタルヘルス不調労働者に対する調査票の内容は、性、年齢、職階、メンタルヘルス不調による休職の有無、こころの不調に陥ったとき、特に困ったこと、事業所にして欲しかったこと、産業医にして欲しかったこと、医療機関にして欲しかったこと（以上 3 質問については調査票に記載した選択項目の中から最大 5 項目まで選択可能とした）、およびこころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことがあるか否かである。なお、あらかじめ調査票に載せた各質問項目に対する回答項目は、岐阜産業保健推進センターで平成 19 年度に実施された「精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援に関する研究」<sup>3)</sup>の二次調査で使用された一般職員向けの調査票を参考に作成した。

管理監督者に対する調査票の内容は、性、年齢、職務、職階、事業場規模、職場でのメンタルヘルスの状況、メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員の発生の経験の有無、メンタルヘルス不調による休業者への対応で特に困ったこと、労働者のメンタルヘルス対策推進にあたり、事業所、産

業医および医療機関に期待すること（以上4質問については調査票に記載した選択項目の中から最大5項目まで選択可能とした）、職場におけるメンタルヘルス不調者に対する早期支援実施の有無、その内容および効果である。なお、あらかじめ調査票に載せた各質問項目に対する回答項目は、岐阜産業保健推進センターで平成19年度に実施された「精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援に関する研究」<sup>3</sup>の一次調査で使用された安全衛生または労務管理の責任者もしくはこれに準ずる者向けの調査票を参考に作成した。

### 3. 解析方法

管理監督者に対する調査では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。有意差検定は、t検定、 $\chi^2$ 検定またはFisherの直接確率計算法を用いて行い、 $P<0.05$ で有意差ありと判定した。

結果は、平均値±標準偏差（最小－最大）で示した。

### 4. 倫理的配慮

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。

## C. 結果

### 1. メンタルヘルス不調労働者が欲する事業所、産業医、医療機関による早期支援

#### 1) A生活協同組合およびB情報関連会社

対象者の年齢は $43.7\pm 7.1$ 歳、職歴は $20.4\pm 7.4$ 年であった。係長以上の職位を持つ者は3名(15.8%)であった。

メンタルヘルス不調で休職したことがある者は16名(84.2%)であった。また、こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことがあると回答した者は10名(52.6%)であった。

表1-1にこころの不調に陥ったとき、特に困ったことを示した。最も高率であった項目は、「同僚から仕事の助けが得られなかった」の57.9%であり、次が「職場の人間関係が悪かった」(52.9%)であった。以下、「職場内に相談相手がいなかった」、「忙しくて休みがとれなかった」（共に47.4%）、「上司が目を配ってくれなかった」(36.8%)、「復職後の昇進や昇給、人事考課で不利益を受けると思い込んでいた」(31.6%)の順であった。

表1-2にこころの不調に陥った時、事業所にして欲しかったことを示した。最も高率であった項目は、「相談しやすい職場環境の整備」の47.4%であり、次が「上司や人事などとの相談結果が、職場の環境に反映されること」(36.8%)であった。以下、「人事担当者が、事業場内の対人関係の問題点を把握していること」(31.6%)、「医療機関の指示（自宅療養や勤務時間軽減など）を会社が守ること」、「業務量や質（業務負担）の見直し」（共に26.3%）の順であった。

表1-3にこころの不調に陥った時、産業医にしてほしかったことを示した。最も高率であった項目は、「医療機関の指示（自宅療養や勤務時間軽減など）を守るよう会社に働きかけること」の36.8%であり、次が「相談機会の提供」、「事業所の上司や人事部との仲介」（共に31.6%）であった。以下、「メンタルヘルスに関する社員教育」、「復職判定に実施と意見書の作成」（共に26.3%）の順であった。

表1-4にこころの不調に陥った時、医療機関にして欲しかったことを示した。最も高率であった項目は、「復職に向けてのリハビリ制度の確立と運用を会社に働きかけること」の47.4%であり、次が「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」

(42.1%)であった。以下、「復職判定の実施と結果の意見書の作成」、「上司や人事部などへの病状の説明」（共に 36.8%）、「診断名、診断の根拠など病気についての説明」、「今後の見通しについての説明」（共に 31.6%）の順であった。

## 2) C株式会社のD支店

対象者の平均年齢は、男性が  $39.8 \pm 6.5$  歳であり、女性 ( $46.8 \pm 4.0$  歳) より有意に低かった ( $P < 0.01$ )。職歴には有意な男女差はなく、全体で  $21.5 \pm 8.0$  年であった。男女ともに全員が課長より下位職であった。メンタルヘルス不調で休職したことがある者は 28 名 (90.3%) であった。こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことがあると回答した者は 18 名 (男性 15 名、女性 3 名) (56.3%) であった。

表 2-1 にこころの不調に陥ったとき、特に困ったことを男女別に示した。「同僚から仕事上の助けが得られなかった」と回答した割合は、女性 (50.0%) が男性 (3.6%) より有意に高率であった ( $P < 0.01$ )。対象者全体でみて最も高率であった項目は、「職場内に相談相手がいなかった」の 53.1% であり、次が「職場の人間関係が悪かった」(46.9%) であった。以下、「職場内に偏見があった」(34.4%)、「自分自身、不調に陥っていることに気づけなかった」、「いつ職場に復帰できるか、不安であった」(共に 47.4%) の順であった。

表 2-2 にこころの不調に陥った時、事業所にして欲しかったことを男女別に示した。男女で有意差のあった項目はなかった。対象者全体でみて最も高率であった項目は、「相談しやすい職場環境の整備」の 43.8% であり、次が「業務量や質（業務負担）の見直し」および「復職後の昇進や昇給、人事考課に関する取り決めで不利益がないこ

と」(共に 34.4%) であった。以下、「配置換えによる対応」(25.0%)、「休暇中の経済的保証」(18.8%) の順であった。

表 2-3 にこころの不調に陥った時、産業医にしてほしかったことを男女別に示した。男女で有意差のあった項目はなかった。対象者全体でみて最も高率であった項目は、「対人関係スキルなどの研修・講習」、「事業所宛の、業務量や質（業務負担）に関する意見書の作成」および「特にない」の 31.3% であった。以下、「相談機会の提供」(21.9%)、「家族への説明」(18.8%) の順であった。

表 2-4 にこころの不調に陥った時、医療機関にして欲しかったことを男女別に示した。男女で有意差のあった項目はなかった。対象者全体でみて最も高率であった項目は、「治療内容の説明」の 34.4% であり、次が「診断名、診断の根拠など病気についての説明」(31.3%) であった。以下、「家族への説明」、「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」（共に 21.9%）、「業務量や質（業務負担）に関する意見書の作成」(18.8%) の順であった。

## 2. 管理監督者が欲する事業所、産業医、医療機関による労働者のメンタルヘルス問題への早期支援

### 1) E市の63社

男女別内訳には事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなかった。回答者の平均年齢には事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなく、全体で  $51.1 \pm 9.3$  歳であった。回答者の職歴には事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなく、全体で  $26.2 \pm 12.4$  年であった。回答者の職務に事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなく、人事労務担当者が 53.2% で最も多く、次がその他

(22.6%)であった。回答者の職階には事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなく、課長以上が 54.1%で最も多く、次が事業主(24.6%)であった。

メンタルヘルスに関する問題が増えていると感じられるか否かについて調査したところ、回答には事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなく、「変わらない」が 47.6%で最も高率であり、次が「増えている」(36.5%)であった。

メンタルヘルス不調で、休業を必要とした従業員の発生を、実際に経験したことの有無を調査したところ、回答に事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなく、全体で 52.4%の者が経験していた。

表 3-1 にメンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったことを事業場規模別に示した。事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて最も高率であった項目は、「早期の徴候（サイン）がよくわからなかった」の 54.5%であり、次が「具体的な対応の仕方がわからなかった」(51.5%)であった。以下、「本人の家族との連絡・対応がうまくできなかった」(39.4%)、「本人が突然、事業所を欠勤した」(36.4%)、「職場の雰囲気が悪くなった」(27.3%)の順であった。

表 3-2 に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待することを事業場規模別に示した。「相談しやすい事業所内環境の整備」の期待率は、事業場規模 50 人以上では 73.7%と 50 人未満(43.2%)より有意に高率であった ( $P<0.05$ )。全体でみて最も高率であった項目は、「相談しやすい職場環境の整備」の 52.4%であり、次が「同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進」(42.9%)であった。以下、「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保」(39.7%)、「対人関係技法の向上

などのスキルの研修・講習の実施」(31.7%)、「上司や人事部による相談の促進」(27.0%)、「産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進」(27.0%)の順であった。

事業場規模 50 人以上の事業所における産業医の専任または専任率は 84.2%であり、50 人未満の事業所(36.4%)より有意に高率であった ( $P<0.01$ )。

表 3-3 に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、産業医に期待することを事業場規模別に示した。「メンタルヘルスに関する社員教育」の期待率は、事業場規模 50 人以上では 75.0%と 50 人未満(31.3%)より有意に高率であった ( $P<0.05$ )。全体でみて最も高率であった項目は、「メンタルヘルスに関する社員教育」(53.1%)であり、次が「メンタルヘルス相談」(50.0%)であった。以下、「メンタルヘルス不調者との面談実施」(31.3%)、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」(28.1%)、「上司や人事部と本人の仲介」(25.0%)の順であった。

表 3-4 に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、医療機関に期待することに事業場規模別に示した。回答に事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて最も高率であった項目は、「休養の必要性とその根拠の説明」の 63.5%であり、次が「今後の見通しとその根拠の説明」(44.4%)であった。以下、「治療内容の説明」(39.7%)、「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」(38.1%)、「復職までの過ごし方や経過の観るポイントの説明」(36.5%)の順であった。

職場で、メンタルヘルス不調者に対する早期支援実施の有無を調査したところ、回答に事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間

で有意差はなく、全体で 20 社 (31.7%) で、メンタルヘルス不調者に対する早期支援が実施されていると回答していた。

表 3-5 に職場で実施している早期支援の内容を事業場規模別に示した。「ストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供」は、事業場規模 50 人未満では 63.6%と 50 人以上 (11.1%) より有意に高率であった ( $P<0.05$ )。全体でみて最も高率であった項目は、「労働者が産業保健スタッフに相談できる機会の提供」の 45.0%であり、次が「すれすれに関するセルフチェックを行う機会の提供」および「労働者に対するストレスやメンタルヘルスケアに関する教育研修」(共に 40.0%)であった。以下、「職場の管理監督者に対する、労働者のメンタルヘルスケアに関する教育研修」(35.0%)、「ストレスに関する問診」(30.0%)の順であった。

表 3-6 に早期支援の効果を事業場規模別に示した。回答に事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなく、全体でみて最も高率あった回答は「どちらかといえば、効果がある」の 45.0%であり、次が「どちらともいえない」(40.0%)であった。

2) A生活協同組合およびB情報関連会社  
表 4-1 に対象者の年齢と職歴を示した。対象者全体で年齢は  $44.7\pm7.4$  歳、職歴は  $20.2\pm8.9$  年であった。年齢、職歴の値は、ともにA情報関連会社がB生協より大きかった ( $P<0.01$ )。男女別内訳にはA情報関連会社とB生協の間で有意差はなかった。

メンタルヘルスに関する問題が増えていると感じられるか否かについて調査したところ、回答にはA情報関連会社とB生協の間で有意差はなく、「増えてきている」が 53.5%で最も高率であり、次が「変わらない」(25.4%)であった。

メンタルヘルス不調で、休業を必要とし

た従業員の発生を、実際に経験したことの有無を調査したところ、回答にA情報関連会社がB生協の間で有意差はなく、全体で 45.2%の者が経験していた。

表 4-2 にメンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったことを事業場別に示した。A情報関連会社とB生協の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて最も高率であった項目は、「具体的な対応の仕方がわからなかった」の 71.2%であり、次が「早期の徴候(サイン)がよくわからなかった」(55.8%)であった。以下、「本人に対する人的な補充ができなかった」(32.7%)、「本人が突然、事業所を欠勤した」(30.8%)、「忙しくて本人に目を配っている余裕がなかった」(26.9%)の順であった。

表 4-3 に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待することを事業場別に示した。A情報関連会社とB生協の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて最も高率であった項目は、「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保」(52.2%)であり、次が「相談しやすい職場環境の整備」の 49.6%であり、以下、「同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進」(39.1%)、「産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進」(35.7%)、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」(30.4%)の順であった。

表 4-4 に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、産業医に期待することを事業場別に示した。「医療機関への受診を薦める、あるいは医療機関の紹介」の期待率は、A情報関連会社では 46.7%とB生協(15.7%)より有意に高率であった ( $P<0.01$ )。全体でみて最も高率であった項目は、「メンタルヘルス相談」(56.5%)であり、次が

「不調者との面接実施」(47.8%)であった。以下、「メンタルヘルスに関する社員教育」(42.6%)、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」(27.8%)、「復職に際して、労働者本人と、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接の実施」(27.8%)の順であった。

表 4-5 に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、医療機関に期待することに事業場別に示した。「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」の期待率は、A 情報関連会社では 10.0%と B 生協(34.1%)より有意に低率であった ( $P<0.05$ )。「復職判定の実施と意見書の作成」の期待率は、A 情報関連会社では 40.0%と B 生協(16.5%)より有意に高率であった ( $P<0.01$ )。全体でみて最も高率であった項目は、「今後の見通しとその根拠の説明」の 53.9%であり、次が「休養の必要性とその根拠の説明」(53.0%)であった。以下、「復職までの過ごし方や経過の観るポイントの説明」(34.8%)、「治療内容の説明」(33.9%)、「詳細な病名とその説明」(33.0%)の順であった。

職場で、メンタルヘルス不調者に対する早期支援の実施率は、A 情報関連会社では 56.7%と B 生協(24.7%)より有意に高率であった ( $P<0.01$ )。

表 4-6 に職場で実施している早期支援の内容を事業場別に示した。A 情報関連会社と B 生協の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて最も高率であった項目は、「労働者が産業保健スタッフに相談できる機会の提供」の 42.1%であり、次が「ストレスに関する問診」(31.6%)であった。以下、「ストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供」および「労働者が、上司や専門家に対して相談することができる体制の整備」(共に 23.7%)、

「職場の管理監督者に対する、労働者のメンタルヘルスケアに関する教育研修」(7.9%)の順であった。

表 4-7 に早期支援の効果を事業場別に示した。回答に A 情報関連会社と B 生協の間で有意差はなかった。全体でみて最も高率であった回答は「どちらともいえない」の 55.3%であり、次が「どちらかといえば、効果がある」(21.1%)であった。

## D. 考察

### 1. メンタルヘルス不調労働者が欲する事業所、産業医、医療機関による早期支援

本調査のメンタルヘルス不調に陥ったことがある者では、課長以上の職位を持つ者はいなかった。この結果からは、メンタルヘルス不調は、管理職以外の問題のようにみえるが、事業所における職階ごとの割合が明らかでないこと、メンタルヘルス不調による昇進の遅れや課長以上の者の退職の可能性などから、さらに検討する必要がある。

傷病による長期休職者の中で、精神疾患による休職者の占める割合が高率であることが報告されている<sup>4)</sup>。本調査の対象者でもメンタルヘルス不調で休職したことがある者の割合は 80%以上と高率であった。

平成 18 年 3 月に厚生労働省より公示された「労働者の心の健康保持増進のための指針」<sup>1)</sup>では、メンタルヘルスケアの具体的進め方として、1) メンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供、2) 職場環境等の把握と改善：労働者の心の健康には、作業環境、作業方法、労働者の心身の疲労の回復を図るためや職場生活で必要となる施設及び設備等、労働時間、仕事の量と質、職場の人間関係、職場の組織及び人事労務管理体制、職場の文化や風土等の職場環境等が影響を与えるものである。



そのため、まず職場環境等を把握し、問題点を把握する。その後、職場環境等の改善を行うものとする。具体的には、事業場内産業保健スタッフ等の助言のもと、管理監督者は、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、適正及び職務内容に合わせた配慮を行うことが重要であるとしている。3) メンタルヘルス不調への気づきと対応：万一、メンタルヘルス不調に陥る労働者が発生した場合は、その早期発見と適切な対応を図るため事業者は、個人情報の保護に十分留意しつつ、労働者、管理監督者、家族等からの相談に対して適切に対応できる体制を整備する、4) 職場復帰における支援、をするものとしている。

本調査のメンタルヘルス不調に陥ったことがある者では、こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことがあると回答した者は 50%を超えていた。

本調査で、メンタルヘルス不調に陥ったことがある者を対象に、こころの不調に陥った時、特に困ったことを調査した結果、2回の調査ともに、上位5項目に入っていた項目は、職場環境等の把握と改善に関する「職場の人間関係が悪かった」および、メンタル不調への気づきと対応の中の相談体制に関する項目「職場内に相談相手がいなかった」であった。したがって、労働者のメンタルヘルス不調予防のために、特に職場の人間関係の調整と相談のための職場内体制づくりが期待される。なお、興味深いことに「同僚から仕事上の助けが得られなかった」と回答した割合は、女性が男性より高率であった。

本調査で、対象者がこころの不調に陥っ

た時、事業所にして欲しかったことを調査した。その結果、2回の調査ともに、最も高率であった項目は、メンタルヘルス不調への気づきと対応の中の相談体制に関する「相談しやすい職場環境の整備」であった。また、職場環境等の把握と改善に関する「業務量や質（業務負担）の見直し」についても、2回の調査ともに、上位5項目に入っていた。黒川ら<sup>3)</sup>は、メンタルヘルスケア不調による休職者の職場復帰支援の観点から、メンタルヘルス不調によって長期休業に陥った場合、一般職が事業所に対して期待する事項を調査し、最も高率であった項目は、「医療機関が発行する診断書にある指示（自宅療養や勤務時間軽減など）の遵守」（40.1%）であったとしている。平成 20 年度の調査では「医療機関の指示（自宅療養や勤務時間軽減など）を会社が守ること」は第4位であったが、平成 21 年度の調査では上位5位以内には入っていなかった。本調査で、対象者がこころの不調に陥った時、産業医にしてほしかったこと調査した。平成 20 年度に調査した2事業所における結果では、上位5項目中3項目が職場復帰における支援に関する項目であった。しかし、平成 21 年度に調査した事業所では、1項目（「家族への説明」）にすぎなかった。この事業所では職場復帰支援は精神科管理医が行っており、産業医はその決済に関与しているにすぎない。このことが、産業医に対する期待の中で職場復帰に関する支援の占める割合が低かった原因と考えられる。

本調査で、対象者がこころの不調に陥った時、医療機関にして欲しかったことについて調査した。平成 20 年度に調査した2事業所の結果では、上位5項目中4項目（「復職に向けてのリハビリ制度の確立と運用を会社に働きかけること」（第1位）、

「復職判定の実施と結果の意見書の作成」、  
「上司や人事部などへの病状の説明」（共に第3位）、「診断名、診断の根拠など病気についての説明」、「今後の見通しについての説明」（共に第5位）が職場復帰における支援に関する項目であった。しかし、平成21年度に調査した事業所では、上位3位までが「治療内容の説明」、「診断名、診断の根拠など病気についての説明」、「家族への説明」と診療一般に関する項目であり、職場復帰の支援に関する項目は、「業務量や質（業務負担）に関する意見書の作成」（第5位）の1項目にすぎなかった。この結果は、前述の黒川ら<sup>3</sup>は、メンタルヘルス失調のために出社が困難な状況に陥った場合、一般職が医療機関に期待する事項の調査結果（第1位「治療内容の説明」であり、以下「診断名、診断の根拠など病気についての説明」、「今後の見通しについての説明」、「プライバシーの保全」、「診断書の発行」、「求めれば主治医が直接、上司や人事部へ病状などの説明を行うサービス」）と類似している。この事業所では、職場復帰支援に関して復職プログラムが作られており、また精神科管理医が関与している。このことが、医療機関に対する期待の中で職場復帰に関する支援の占める割合が低かった原因と考えられる。また、この事業所ではメンタルヘルスの研修を実施しているにもかかわらず、メンタルヘルスクエアを推進するための教育研修・情報提供に関する「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」は、第4位を占めていた。興味深いことに、この項目は、平成20年度に調査した事業所でも第2位と高位であった。

以上の結果から、労働者がこころの不調に陥ったとき事業所、産業医および医療機関に対して主として期待する項目は、事業

所のメンタルヘルス管理体制によって異なると推測される。

## 2. 管理監督者が欲する事業所、産業医、医療機関による労働者のメンタルヘルス問題への早期支援

著者らの調べた限りでは、管理監督者が欲する事業所、産業医、医療機関による労働者のメンタルヘルス問題への早期支援に関する報告は、黒川ら<sup>3</sup>が行った精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援に特化した調査報告があるにすぎない。

E市の63社の調査では、回答者の、性別内訳、平均年齢、職歴および職階には事業場規模50人未満と50人以上の間で有意差はなかった。一方、A情報関連会社とB生協の調査では、回答者の性別内訳には、2事業場の間で有意差はなかったが、平均年齢および職歴は、ともにA情報関連会社がB生協より大きかった。したがって、A情報関連会社とB生協の調査結果を考察する際、年齢、職歴の影響を考慮する必要がある。

メンタルヘルスに関する問題が増えていると感じられるか否かについて調査したところ、E市の63社の調査では、回答には事業場規模50人未満と50人以上の間で有意差はなく、「変わらない」が47.6%で最も高率であったが、「増えてきている」との回答も36.5%で、2番目に多かった。一方、A情報関連会社とB生協の調査でも、回答には2事業場の間で有意差はなかったが、「増えてきている」が53.5%で最も高率であり、「変わらない」(25.4%)が2番目に多かった。

管理監督者が、メンタルヘルス不調で、休業を必要とした従業員の発生を、実際に経験したことの有無を調査したところ、E市の63社の調査では、全体で約50%の者

が経験し、回答に事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなかった。また、回答に事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなかった。A 情報関連会社と B 生協の調査でも、全体で約 50% の者が経験し、回答に 2 事業場間で有意差はなかった。

以上のことから、E 市の 63 社の調査結果は、回答者による偏りは少ないと考えられる。

管理監督者が、メンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったことを調査したところ、E 市の 63 社の調査では、回答に事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなかった。また、A 情報関連会社と B 生協の調査でも、2 事業場間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて、両調査ともに、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する 3 項目（「早期の徴候（サイン）がよくわからなかった」、「具体的な対応の仕方がわからなかった」および「本人が突然、事業所を欠勤した」）が、上位 5 項目に入っていた。

管理監督者が、労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待することを調査したところ、E 市の 63 社の調査では、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する「相談しやすい事業所内環境の整備」の期待率は、事業場規模 50 人以上では 73.7% と 50 人未満 (43.2%) より有意に高率であった。一方、A 情報関連会社と B 生協の調査では、2 事業場間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて、両調査ともに、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する 3 項目（「相談しやすい職場環境の整備」、「同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進」および「産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進」）および、メンタルヘルスケア

を推進するための教育研修・情報提供に関する 1 項目（「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保」）が、上位 5 項目に入っていた。

E 市の 63 社の調査では、産業医の専任または選任率は、法律で専任または選任が義務づけられている事業場規模 50 人以上の事業所 (84.2%) が、50 人未満の事業所 (36.4%) より有意に高率であった。産業医を専任または選任していると回答した者を対象に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、産業医に期待することを調査したところ、メンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供に関する「メンタルヘルスに関する社員教育」の期待率は、事業場規模 50 人以上では 75.0% と 50 人未満 (31.3%) より有意に高率であった。この結果は、事業所規模が大きいほどメンタルヘルス不調労働者が多いことを反映していると考えられる<sup>3</sup>。一方、ともに産業医を選任している A 情報関連会社と B 生協では、「医療機関への受診を薦める、あるいは医療機関の紹介」の期待率は、A 情報関連会社では 46.7% と B 生協 (15.7%) より有意に高率であった。全体でみて、両調査ともに、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する 2 項目（「メンタルヘルス相談」および「メンタルヘルス不調者との面談実施」）および、メンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供に関する 2 項目（「メンタルヘルスに関する社員教育」および「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」）が、上位 5 項目に入っていた。

労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、医療機関に期待することを調査したところ、E 市の 63 社の調査では、回答には事業場規模 50 人未満と 50 人以上の間で有意差はなかった。一方、A 情報関連会社

社とB生協の調査では、「復職判定の実施と意見書の作成」の期待率は、A情報関連会社では40.0%とB生協(16.5%)より有意に高率であった。この結果は、B生協では精神科医である産業医が復職判定を実施しているためその必要性が低いと考えられる。また、理由はよくわからないが、「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」の期待率は、B生協(34.1%)がA情報関連会社(10.0%)より有意に高率であった。全体でみて、両調査ともに、職場復帰における支援に関する4項目（「休養の必要性和その根拠の説明」、「今後の見通しとその根拠の説明」、「治療内容の説明」、「復職までの過ごし方や経過の観るポイントの説明」）が、上位5項目に入っていた。

職場で、メンタルヘルス不調者に対する早期支援実施状況を調査したところ、E市の63社の調査では、回答に事業場規模50人未満と50人以上の間で有意差はなく、全体で約30%の事業所でしか実施されていなかった。一方、A情報関連会社の実施率(56.7%)がB生協(24.7%)より有意に高率であった。

職場で実施している早期支援の内容を調査したところ、E市の63社の調査では、「ストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供」は、事業場規模50人未満では63.6%と50人以上(11.1%)より有意に高率であった。一方、A情報関連会社とB生協の調査では、2事業場の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて、両調査ともに、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する3項目（「労働者が産業保健スタッフに相談できる機会の提供」、「すれすれに関するセルフチェックを行う機会の提供」および「ストレスに関する問診」）およびメンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供に関する1項

目（「職場の管理監督者に対する、労働者のメンタルヘルスケアに関する教育研修」）が、上位5項目に入っていた。

早期支援の効果を調査したところ、E市の63社の調査では、回答に事業場規模50人未満と50人以上の間で有意差はなく、全体でみて、「効果がある」または「どちらかといえば、効果がある」とした割合は60%に達し、一方「効果がない」または「どちらかといえば、効果がない」とした割合は0.0%であった。一方、A情報関連会社とB生協の調査でも、2事業場の間で有意差はなく、全体でみて、「効果がある」または「どちらかといえば、効果がある」とした割合は21.1%にすぎなかった。したがって、これら2事業場では、今後、これまでに実施されていない早期支援を検討する必要がある。

以上のことから、管理監督者が欲する事業所、産業医、医療機関による労働者のメンタルヘルス問題への早期支援の内容は、事業所間でほとんど差がないことがわかった。

## E. 結論

1. 労働者がこころの不調に陥ったとき事業所、産業医および医療機関に対して主として期待する項目は、平成20年度に調査した事業所の結果と21年度に調査した事業所とで異なっていたことから、事業所のメンタルヘルス管理体制によって労働者が不調に陥った時に期待する項目が異なると推測される。

2. 管理監督者が欲する事業所、産業医、医療機関による労働者のメンタルヘルス問題への早期支援の内容は、どの事業所でもほとんど同じと考えられる。

## F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
  2. 実用新案登録
  3. その他
- 1・2・3ともに該当事項なし

H. 引用文献

1) 中央労働災害防止協会編：職場における心の健康作り－労働者の心の健康の保持増進のための指針－． 東京，中央労働災害防止協会，2007.

2) 西田淳志，岡崎祐士：統合失調症の早期支援・治療． 臨床精神医学 36(1)：73-81，2007.

3) 黒川淳一，岩田弘敏，植木啓文，他：精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援に関する研究．平成19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，2008.

4) 城戸尚治，山川和夫，河津雄一郎，他：長期休職者の傷病別休職状況の検討（1）．産衛誌 43(臨時増刊)：326，2001.

表1-1 こころの不調に陥った時、特に困ったこと

	(N=19)
1. 職場内に相談相手がいなかった	9 ( 47.4 )
2. 職場外に相談相手がいなかった	2 ( 10.5 )
3. 職場内に偏見があった	2 ( 10.5 )
4. プライバシーの保全が悪かった	4 ( 21.1 )
5. 職場の人間関係が悪かった	10 ( 52.6 )
6. 忙しくて勤務時間を短縮できなかった	5 ( 26.3 )
7. 忙しくて休みがとれなかった	9 ( 47.4 )
8. 休みたくても経済的保証がなかった	0 ( 0.0 )
9. 自分自身、不調に陥っていることに気づけなかった	3 ( 15.8 )
10. 上司が目を配ってくれなかった	7 ( 36.8 )
11. 同僚から仕事上の助けが得られなかった	11 ( 57.9 )
12. 退職後のリハビリ出勤がなかった	1 ( 5.3 )
13. 復職後の昇進や昇給、人事考課で実際に不利益を受けた	0 ( 0.0 )
14. 復職後の昇進や昇給、人事考課で不利益を受けると思いこんでいた	6 ( 31.6 )
15. 配置換えをしてもらえなかった	0 ( 0.0 )
16. 家族の助けが得られなかった	1 ( 5.3 )
17. いつ職場に復帰できるか、不安であった	3 ( 15.8 )
18. その他	2 ( 10.5 )
人数 (%)	

表1-2 こころの不調に陥った時、事業所にして欲しかったこと

	(N=19)
1. メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保	4 ( 21.1 )
2. 偏見をなくす取り組み	4 ( 21.1 )
3. プライバシーの保全	4 ( 21.1 )
4. 長期休業者対応のためのマニュアルの作成と運用	3 ( 15.8 )
5. 同僚や先輩とのコミュニケーションの機会を増やすなどの配慮	3 ( 15.8 )
6. 相談しやすい職場環境の整備	9 ( 47.4 )
7. 上司や人事部との相談の機会	1 ( 5.3 )
8. 産業医など産業保健管理スタッフとの相談の機会	4 ( 21.1 )
9. 上記の相談結果が、職場の環境に反映されること	7 ( 36.8 )
10. 医療機関への受診を薦めてくれること	0 ( 0.0 )
11. 医療機関を紹介してくれること	0 ( 0.0 )
12. メンタルヘルスに関する問診やチェック	1 ( 5.3 )
13. 医療機関の指示(自宅療養や勤務時間軽減など)を会社が守ること	5 ( 26.3 )
14. 自宅療養のための配慮	1 ( 5.3 )
15. 休暇中の経済的保証	2 ( 10.5 )
16. リハビリ出勤導入など、勤務時間に対する配慮	3 ( 15.8 )
17. 業務量や質(業務負担の)の見直し	5 ( 26.3 )
18. 人事担当者が、事業場内の対人関係の問題点を把握していること	6 ( 31.6 )
19. 配置換えによる対応	2 ( 10.5 )
20. 業務の知識や技術向上のための(再)研修の機会	1 ( 5.3 )
21. 復職後の昇進や昇給、人事考課に関する取り決めで不利益がないこと	4 ( 21.1 )
22. 特にない	0 ( 0.0 )
23. その他	3 ( 15.8 )
人数(%)	

表1-3 こころの不調に陥った時、産業医にして欲しかったこと

	(N=19)
1. メンタルヘルスに関する社員教育	5 ( 26.3 )
2. 対人関係スキルなどの研修・講習	3 ( 15.8 )
3. プライバシーの保全	2 ( 10.5 )
4. 相談機会の提供	6 ( 31.6 )
5. 事業所の上司や人事部との仲介	6 ( 31.6 )
6. 医療機関への受診を薦めてくれること	2 ( 10.5 )
7. 医療機関の紹介	2 ( 10.5 )
8. 医療機関との仲介	1 ( 5.3 )
9. 家族への説明	0 ( 0.0 )
10. 医療機関の指示(自宅療養や勤務時間軽減など)を守るよう会社に働きかけること	7 ( 36.8 )
11. 復職判定の実施と意見書の作成	5 ( 26.3 )
12. 復職に際して、あなたと、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接の実施	3 ( 15.8 )
13. 事業所宛の、業務量や質(業務負担)に関する意見書の作成	4 ( 21.1 )
14. 特にない	1 ( 5.3 )
15. その他	0 ( 0.0 )
人数(%)	

表1-4 こころの不調に陥った時、医療機関にして欲しかったこと

	(N=19)	
1. メンタルヘルスについて学ぶ機会の提供	8 (	42.1 )
2. 対人関係スキルなどの研修・講習	4 (	21.1 )
3. プライバシーの保全	1 (	5.3 )
4. 診断名、診断の根拠など病気についての説明	6 (	31.6 )
5. 診断書の発行	1 (	5.3 )
6. 治療内容の説明	3 (	15.8 )
7. 今後の見通しについての説明	6 (	31.6 )
8. 家族への説明	0 (	0.0 )
9. 入院施設など、静養施設の供与	0 (	0.0 )
10. 復職に向けてのリハビリ制度の確立と運用を会社に働きかけること	9 (	47.4 )
11. リハビリ施設の紹介	0 (	0.0 )
12. 復職判定の実施と結果の意見書の作成	7 (	36.8 )
13. 業務量や質(業務負担)に関する意見書の作成	4 (	21.1 )
14. 上司や人事部への病状などの説明	7 (	36.8 )
15. 社内の産業保健管理スタッフへの病状などの説明	4 (	21.1 )
16. 復職に際して、あなたと、上司、人事部、産業保健管理スタッフ等による合同面接への参加	2 (	10.5 )
17. 上司や人事部、産業保健管理スタッフへの教育や連絡協議	0 (	0.0 )
18. 労災補償認定のための意見書の作成	2 (	10.5 )
19. 治療がうまく進まなかった場合の他院への紹介	0 (	0.0 )
20. 特にない	0 (	0.0 )
21. その他	0 (	0.0 )
人数(%)		



表2-1 こころの不調に陥ったとき、特に困ったこと

	男性 (N=28)	女性 (N=4)	全体 (N=32)
1. 職場内に相談相手がいなかった	14 ( 50.0 )	3 ( 75.0 )	17 ( 53.1 )
2. 職場外に相談相手がいなかった	6 ( 21.4 )	1 ( 25.0 )	7 ( 21.9 )
3. 職場内に偏見があった	9 ( 32.1 )	2 ( 50.0 )	11 ( 34.4 )
4. プライバシーの保全が悪かった	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
5. 職場の人間関係が悪かった	13 ( 46.4 )	2 ( 50.0 )	15 ( 46.9 )
6. 忙しくて勤務時間を短縮できなかった	10 ( 35.7 )	0 ( 0.0 )	10 ( 31.3 )
7. 忙しくて休みがとれなかった	5 ( 17.9 )	0 ( 0.0 )	5 ( 15.6 )
8. 休みたくても経済的保証がなかった	1 ( 3.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.1 )
9. 自分自身、不調に陥っていることに気づけなかった	8 ( 28.6 )	2 ( 50.0 )	10 ( 31.3 )
10. 上司が目配りしてくれなかった	6 ( 21.4 )	0 ( 0.0 )	6 ( 18.8 )
11. 同僚から仕事上の助けが得られなかった*	1 ( 3.6 )	2 ( 50.0 )	3 ( 9.4 )
12. 休職後のリハビリ出勤がなかった	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
13. 復職後の昇進や昇給、人事考課で実際に不利益を受けた	4 ( 14.3 )	0 ( 0.0 )	4 ( 12.5 )
14. 復職後の昇進や昇給、人事考課で不利益を受けると思いこんでいた	6 ( 21.4 )	0 ( 0.0 )	6 ( 18.8 )
15. 配置換えをしてもらえなかった	1 ( 3.6 )	1 ( 25.0 )	2 ( 6.3 )
16. 家族の助けが得られなかった	1 ( 3.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.1 )
17. いづ職場に復帰できるか、不安であった	9 ( 32.1 )	1 ( 25.0 )	10 ( 31.3 )
18. その他	4 ( 14.3 )	0 ( 0.0 )	4 ( 12.5 )
人数 (%)			

性別の差 : \* P&lt;0.05

表2-2 こころの不調に陥った時、事業所にして欲しかったこと

	男性 (N=28)	女性 (N=4)	全体 (N=32)
1. メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保	3 ( 10.7 )	1 ( 25.0 )	4 ( 12.5 )
2. 偏見をなくす取り組み	3 ( 10.7 )	1 ( 25.0 )	4 ( 12.5 )
3. フライバジーの保全	4 ( 14.3 )	0 ( 0.0 )	4 ( 12.5 )
4. 長期休業者対応のためのマニュアルの作成と運用	1 ( 3.6 )	1 ( 25.0 )	2 ( 6.3 )
5. 同僚や先輩とのコミュニケーションの機会を増やすなどの配慮	5 ( 17.9 )	0 ( 0.0 )	5 ( 15.6 )
6. 相談しやすい職場環境の整備	13 ( 46.4 )	1 ( 25.0 )	14 ( 43.8 )
7. 上司や人事部との相談の機会	1 ( 3.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.1 )
8. 産業医など産業保健管理スタッフとの相談の機会	4 ( 14.3 )	0 ( 0.0 )	4 ( 12.5 )
9. 上記の相談結果が、職場の環境に反映されること	5 ( 17.9 )	0 ( 0.0 )	5 ( 15.6 )
10. 医療機関への受診を薦めてくれること	3 ( 10.7 )	0 ( 0.0 )	3 ( 9.4 )
11. 医療機関を紹介してくれること	2 ( 7.1 )	1 ( 25.0 )	3 ( 9.4 )
12. メンタルヘルスに関する問診やチェック	2 ( 7.1 )	1 ( 25.0 )	3 ( 9.4 )
13. 医療機関の指示(自宅療養や勤務時間軽減など)を会社が守ること	3 ( 10.7 )	0 ( 0.0 )	3 ( 9.4 )
14. 自宅療養のための配慮	3 ( 10.7 )	1 ( 25.0 )	4 ( 12.5 )
15. 休暇中の経済的保証	6 ( 21.4 )	0 ( 0.0 )	6 ( 18.8 )
16. リハビリり出勤導入など、勤務時間に対する配慮	1 ( 3.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.1 )
17. 業務量や質(業務負担の)の見直し	10 ( 35.7 )	1 ( 25.0 )	11 ( 34.4 )
18. 人事担当者が、事業場内の対人関係の問題点を把握していること	6 ( 21.4 )	1 ( 25.0 )	7 ( 21.9 )
19. 配置換えによる対応	6 ( 21.4 )	2 ( 50.0 )	8 ( 25.0 )
20. 業務の知識や技術向上のための(再)研修の機会	1 ( 3.6 )	1 ( 25.0 )	2 ( 6.3 )
21. 復職後の昇進や昇給、人事考課に関する取り決めで不利益がないこと	10 ( 35.7 )	1 ( 25.0 )	11 ( 34.4 )
22. 特にない	0 ( 0.0 )	1 ( 25.0 )	1 ( 3.1 )
23. その他	3 ( 10.7 )	0 ( 0.0 )	3 ( 9.4 )
人数(%)			

表2-3 こころの不調に陥った時、産業医にして欲しかったこと

	男性 (N=28)		女性 (N=4)		全体 (N=32)	
1. メンタルヘルスに関する社員教育	6 (	21.4 )	3 (	75.0 )	9 (	28.1 )
2. 対人関係スキルなどの研修・講習	7 (	25.0 )	3 (	75.0 )	10 (	31.3 )
3. フライバシーの保全	2 (	7.1 )	0 (	0.0 )	2 (	6.3 )
4. 相談機会の提供	5 (	17.9 )	2 (	50.0 )	7 (	21.9 )
5. 事業所の上司や人事部との仲介	4 (	14.3 )	0 (	0.0 )	4 (	12.5 )
6. 医療機関への受診を薦めてくれること	5 (	17.9 )	0 (	0.0 )	5 (	15.6 )
7. 医療機関の紹介	5 (	17.9 )	0 (	0.0 )	5 (	15.6 )
8. 医療機関との仲介	4 (	14.3 )	1 (	25.0 )	5 (	15.6 )
9. 家族への説明	4 (	14.3 )	2 (	50.0 )	6 (	18.8 )
10. 医療機関の指示(自宅療養や勤務時間軽減など)を守るよう会社に通じかけること	2 (	7.1 )	0 (	0.0 )	2 (	6.3 )
11. 復職判定の実施と意見書の作成	1 (	3.6 )	0 (	0.0 )	1 (	3.1 )
12. 復職に際して、あなたと、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接の実施	1 (	3.6 )	0 (	0.0 )	1 (	3.1 )
13. 事業所宛の、業務量や質(業務負担)に関する意見書の作成	10 (	35.7 )	0 (	0.0 )	10 (	31.3 )
14. 特にない	9 (	32.1 )	1 (	25.0 )	10 (	31.3 )
15. その他	3 (	10.7 )	0 (	0.0 )	3 (	9.4 )
人数(%)						

表2-4 メンタルヘルス不調に陥ったとき、医療機関にしたい欲しかったこと

	男性 (N=28)		女性 (N=4)	全体 (N=32)
1. メンタルヘルスについて学ぶ機会の提供	4 ( 14.3 )	2 ( 50.0 )	6 ( 18.8 )	
2. 対人関係スキルなどの研修・講習	5 ( 17.9 )	2 ( 50.0 )	7 ( 21.9 )	
3. フライバシーの保全	3 ( 10.7 )	0 ( 0.0 )	3 ( 9.4 )	
4. 診断名、診断の根拠など病気になることについての説明	8 ( 28.6 )	2 ( 50.0 )	10 ( 31.3 )	
5. 診断書の発行	3 ( 10.7 )	0 ( 0.0 )	3 ( 9.4 )	
6. 治療内容の説明	10 ( 35.7 )	1 ( 25.0 )	11 ( 34.4 )	
7. 今後の見通しについての説明	8 ( 28.6 )	2 ( 50.0 )	10 ( 31.3 )	
8. 家族への説明	6 ( 21.4 )	1 ( 25.0 )	7 ( 21.9 )	
9. 入院施設など、静養施設の供与	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	
10. 復職に向けてのリハビリ制度の確立と運用を会社に働きかけること	1 ( 3.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.1 )	
11. リハビリ施設の紹介	1 ( 3.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.1 )	
12. 復職判定の実施と結果の意見書の作成	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	
13. 業務量や質(業務負担)に関する意見書の作成	6 ( 21.4 )	0 ( 0.0 )	6 ( 18.8 )	
14. 上司や人事部への病状などの説明	4 ( 14.3 )	0 ( 0.0 )	4 ( 12.5 )	
15. 社内の産業保健管理スタッフへの病状などの説明	2 ( 7.1 )	0 ( 0.0 )	2 ( 6.3 )	
16. 復職に際して、あなたと、上司、人事部、産業保健管理スタッフ等による合同面接への参加	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	
17. 上司や人事部、産業保健管理スタッフへの教育や連絡協議	1 ( 3.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.1 )	
18. 労災補償認定のための意見書の作成	2 ( 7.1 )	1 ( 25.0 )	3 ( 9.4 )	
19. 治療がうまく進まなかった場合の他院への紹介	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	
20. 特にない	4 ( 14.3 )	0 ( 0.0 )	4 ( 12.5 )	
21. その他	1 ( 3.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.1 )	
人数 (%)				

表3-1 メンタルヘルス不調による休業者への対応で特に困ったこと

	事業場規模		全体
	50人未満 (N=21)	50人以上 (N=12)	
1. 早期の徴候(サイン)がよくわからなかった	10 ( 47.6 )	8 ( 66.7 )	18 ( 54.5 )
2. 対応について相談する相手がいなかった	2 ( 9.5 )	3 ( 25.0 )	5 ( 15.2 )
3. 具体的な対応の仕方がわからなかった	11 ( 52.4 )	6 ( 50.0 )	17 ( 51.5 )
4. 医療機関(主治医など)が、正確な診断名を教えてくれなかった	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
5. 医療機関(主治医など)が、対応の仕方を教えてくれなかった	1 ( 4.8 )	0 ( 0.0 )	1 ( 3.0 )
6. 本人の家族との連絡・対応がうまくできなかった	7 ( 33.3 )	6 ( 50.0 )	13 ( 39.4 )
7. 忙しくて本人に目を配っている余裕がなかった	2 ( 9.5 )	3 ( 25.0 )	5 ( 15.2 )
8. 本人に対する人的な補充ができなかった	3 ( 14.3 )	5 ( 41.7 )	8 ( 24.2 )
9. 本人が突然、事業所を欠勤した	9 ( 42.9 )	3 ( 25.0 )	12 ( 36.4 )
10. 職場の雰囲気が悪くなった	8 ( 38.1 )	1 ( 8.3 )	9 ( 27.3 )
11. 休業に至らした人間関係の調整がうまくできなかった	2 ( 9.5 )	2 ( 16.7 )	4 ( 12.1 )
12. その他	5 ( 23.8 )	2 ( 16.7 )	7 ( 21.2 )
人数(%)			

表3-2 労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待すること

	事業場規模		全体
	50人未満 (N=44)	50人以上 (N=19)	
1. メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保	16 ( 36.4 )	9 ( 47.4 )	25 ( 39.7 )
2. 対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習	13 ( 29.5 )	7 ( 36.8 )	20 ( 31.7 )
3. フライバジーの保全	11 ( 25.0 )	5 ( 26.3 )	16 ( 25.4 )
4. 同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進	18 ( 40.9 )	9 ( 47.4 )	27 ( 42.9 )
5. 上司や人事部による相談の促進	11 ( 25.0 )	6 ( 31.6 )	17 ( 27.0 )
6. 産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進	11 ( 25.0 )	6 ( 31.6 )	17 ( 27.0 )
7. 相談がしやすい事業所内環境の整備*	19 ( 43.2 )	14 ( 73.7 )	33 ( 52.4 )
8. 医療機関への受診の促進	11 ( 25.0 )	4 ( 21.1 )	15 ( 23.8 )
9. 長期休業者対応のためのマニュアルの作成と運用	9 ( 20.5 )	3 ( 15.8 )	12 ( 19.0 )
10. 復職判定基準の作成	6 ( 13.6 )	2 ( 10.5 )	8 ( 12.7 )
11. 復職リハビリプログラムの導入や運用	4 ( 9.1 )	2 ( 10.5 )	6 ( 9.5 )
12. 復職リハビリを実施する際の費用の援助	2 ( 4.5 )	3 ( 15.8 )	5 ( 7.9 )
13. 復職後の昇進や昇給、人事考課の取り決めの作成	1 ( 2.3 )	1 ( 5.3 )	2 ( 3.2 )
14. 業務にまつわる知識や技能向上のための(再)研修の実施	4 ( 9.1 )	3 ( 15.8 )	7 ( 11.1 )
15. 特にない	2 ( 4.5 )	1 ( 5.3 )	3 ( 4.8 )
16. その他	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
人数(%)			
事業場規模別の差:* P<0.05			

表3-3 労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、産業医に期待すること

	事業場規模		全体
	50人未満 (N=16)	50人以上 (N=16)	
1. メンタルヘルスに関する社員教育*	5 ( 31.3 )	12 ( 75.0 )	17 ( 53.1 )
2. 対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施	3 ( 18.8 )	6 ( 37.5 )	9 ( 28.1 )
3. アラバイザーの保全	5 ( 31.3 )	2 ( 12.5 )	7 ( 21.9 )
4. メンタルヘルス相談	9 ( 56.3 )	7 ( 43.8 )	16 ( 50.0 )
5. メンタルヘルス不調者との面接実施	6 ( 37.5 )	4 ( 25.0 )	10 ( 31.3 )
6. 上司や人事部と本人との仲介	2 ( 12.5 )	6 ( 37.5 )	8 ( 25.0 )
7. 医療機関への受診を薦める、あるいは医療機関の紹介	4 ( 25.0 )	3 ( 18.8 )	7 ( 21.9 )
8. 医療機関との連絡や職場との連携のための仲介	2 ( 12.5 )	3 ( 18.8 )	5 ( 15.6 )
9. 家族への説明	3 ( 18.8 )	4 ( 25.0 )	7 ( 21.9 )
10. 医療機関の指示(自宅療養や勤務時間軽減など)の遵守	1 ( 6.3 )	2 ( 12.5 )	3 ( 9.4 )
11. 復職判定の実施と意見書の作成	1 ( 6.3 )	2 ( 12.5 )	3 ( 9.4 )
12. 復職に際して、労働者本人と、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接の実施	3 ( 18.8 )	3 ( 18.8 )	6 ( 18.8 )
13. 業務量や質(業務負担)についての意見書の作成	3 ( 18.8 )	1 ( 6.3 )	4 ( 12.5 )
14. 特になし	2 ( 12.5 )	0 ( 0.0 )	2 ( 6.3 )
15. その他	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )

人数(%)

事業場規模別の差:\* P&lt;0.05

表3-4 労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、医療機関に期待すること

	事業場規模		全体
	50人未満 (N=44)	50人以上 (N=19)	
1. メンタルヘルスについて学ぶ機会の提供	16 ( 36.4 )	8 ( 42.1 )	24 ( 38.1 )
2. 対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施	12 ( 27.3 )	3 ( 15.8 )	15 ( 23.8 )
3. フライハットの保全	10 ( 22.7 )	4 ( 21.1 )	14 ( 22.2 )
4. 詳細な病名とその説明	11 ( 25.0 )	5 ( 26.3 )	16 ( 25.4 )
5. 休養の必要性とその根拠の説明	27 ( 61.4 )	13 ( 68.4 )	40 ( 63.5 )
6. 治療内容の説明	17 ( 38.6 )	8 ( 42.1 )	25 ( 39.7 )
7. 今後の見通しとその根拠の説明	18 ( 40.9 )	10 ( 52.6 )	28 ( 44.4 )
8. 復職までの過ごし方や経過を観るポイントの説明	14 ( 31.8 )	9 ( 47.4 )	23 ( 36.5 )
9. 復職判定の実施と意見書の作成	10 ( 22.7 )	4 ( 21.1 )	14 ( 22.2 )
10. 業務量や質(業務負担)についての意見書の作成	4 ( 9.1 )	3 ( 15.8 )	7 ( 11.1 )
11. 復職に際して、労働者本人と、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接への参加	8 ( 18.2 )	7 ( 36.8 )	15 ( 23.8 )
12. 人事部、産業保健管理スタッフ等の教育や連絡協議	7 ( 15.9 )	1 ( 5.3 )	8 ( 12.7 )
13. 治療がうまく進まなかった場合の他院への紹介	5 ( 11.4 )	3 ( 15.8 )	8 ( 12.7 )
14. 特にない	1 ( 2.3 )	0 ( 0.0 )	1 ( 1.6 )
15. その他	2 ( 4.5 )	0 ( 0.0 )	2 ( 3.2 )
人数(%)			



表3-5 職場で実施している早期支援

	事業場規模		全体
	50人未満 (N=11)	50人以上 (N=9)	
1. ストレスに関する問診	3 ( 27.3 )	3 ( 33.3 )	6 ( 30.0 )
2. ストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供*	7 ( 63.6 )	1 ( 11.1 )	8 ( 40.0 )
3. 労働者に対するストレスやメンタルケアに関する教育研修	5 ( 45.5 )	3 ( 33.3 )	8 ( 40.0 )
4. 労働者に対するメンタルケアに関する事業場の方針の明示	4 ( 36.4 )	1 ( 11.1 )	5 ( 25.0 )
5. 労働者が、上司や専門家に対して相談することができる体制の整備	5 ( 45.5 )	1 ( 11.1 )	6 ( 30.0 )
6. 労働者が、産業保健スタッフに相談できる機会の提供	5 ( 45.5 )	4 ( 44.4 )	9 ( 45.0 )
7. 職場環境、仕事の質や量、職場の人間関係などに関する問題点の把握	1 ( 9.1 )	1 ( 11.1 )	2 ( 10.0 )
8. 職場環境などの問題点の改善、およびその効果の定期的な評価	2 ( 18.2 )	0 ( 0.0 )	2 ( 10.0 )
9. 職場の管理監督者に対する、労働者のメンタルケアに関する教育研修	5 ( 45.5 )	2 ( 22.2 )	7 ( 35.0 )
10. 職場の管理監督者に対する、心の健康問題を持つ労働者への対応の方針の明示	3 ( 27.3 )	0 ( 0.0 )	3 ( 15.0 )
11. 職場の管理監督者に対する、職場環境などの問題点に関する改善の助言	2 ( 18.2 )	0 ( 0.0 )	2 ( 10.0 )
12. 事業場内産業保健スタッフ等に対する、心の健康の保持・増進に関する方針の明示	1 ( 9.1 )	0 ( 0.0 )	1 ( 5.0 )
13. 企業内の、心の健康づくり専門スタッフの確保	2 ( 18.2 )	1 ( 11.1 )	3 ( 15.0 )
14. 労働者を事業場外の医療機関や地域保健機関に紹介するためのネットワークの形成	1 ( 9.1 )	0 ( 0.0 )	1 ( 5.0 )
15. 地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、 労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源の活用	1 ( 9.1 )	0 ( 0.0 )	1 ( 5.0 )
16. その他	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )

人数(%)

事業場規模別の差：\* P&lt;0.05

表3-6 早期支援の効果

	事業場規模		全体
	50人未満	50人以上	
効果がある	2 ( 18.2 )	1 ( 11.1 )	3 ( 15.0 )
どちらかといえば、効果がある	6 ( 54.5 )	3 ( 33.3 )	9 ( 45.0 )
どちらかといえば、効果がない	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
効果がない	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
どちらともいえない	3 ( 27.3 )	5 ( 55.6 )	8 ( 40.0 )
合計	11 ( 100.0 )	9 ( 100.0 )	20 ( 100.0 )

人数(%)

表4-1 対象者の年齢と職歴

	A情報関連会社 (N=30)				B生協 (N=85)				全体 (N=115)			
年齢(歳)**	51.6	±	5.2	( 40 - 59 )	42.3	±	6.5	( 30 - 57 )	44.7	±	7.4	( 30 - 59 )
職歴(年)**	28.0	±	9.3	( 0.3 - 40.3 )	17.5	±	7.0	( 1.3 - 35.8 )	20.2	±	8.9	( 0.3 - 40.3 )
平均±標準偏差(最小-最大)												
会社の差: ** P<0.01												

表4-2 メンタルヘルス不調による休業者への対応で特に困ったこと(複数回答)

	A情報関連会社 (N=18)		B生協 (N=34)		全体 (N=52)	
1. 早期の徴候(サイン)がよくわからなかった	8 ( 44.4 )	21 ( 61.8 )	29 ( 55.8 )			
2. 対応について相談する相手がいなかった	3 ( 16.7 )	10 ( 29.4 )	13 ( 25.0 )			
3. 具体的な対応の仕方がわからなかった	12 ( 66.7 )	25 ( 73.5 )	37 ( 71.2 )			
4. 医療機関(主治医など)が、正確な診断名を教えてくれなかった	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )			
5. 医療機関(主治医など)が、対応の仕方を教えてくれなかった	0 ( 0.0 )	2 ( 5.9 )	2 ( 3.8 )			
6. 本人の家族との連絡・対応がうまくできなかった	2 ( 11.1 )	5 ( 14.7 )	7 ( 13.5 )			
7. 忙しくて本人に目を配っている余裕がなかった	3 ( 16.7 )	11 ( 32.4 )	14 ( 26.9 )			
8. 本人に対する人的な補充ができなかった	8 ( 44.4 )	9 ( 26.5 )	17 ( 32.7 )			
9. 本人が突然、事業所を欠勤した	6 ( 33.3 )	10 ( 29.4 )	16 ( 30.8 )			
10. 職場の雰囲気が悪くなった	2 ( 11.1 )	7 ( 20.6 )	9 ( 17.3 )			
11. 休業に至らした人間関係の調整がうまくできなかった	3 ( 16.7 )	6 ( 17.6 )	9 ( 17.3 )			
12. その他	1 ( 5.6 )	6 ( 17.6 )	7 ( 13.5 )			
人数(%)						

表4-3 労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待すること(複数回答)

	A情報関連会社 (N=30)	B生協 (N=85)	全体 (N=115)
1. メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保	16 ( 53.3 )	44 ( 51.8 )	60 ( 52.2 )
2. 対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習	11 ( 36.7 )	24 ( 28.2 )	35 ( 30.4 )
3. フライハッチの保全	5 ( 16.7 )	13 ( 15.3 )	18 ( 15.7 )
4. 同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進	8 ( 26.7 )	37 ( 43.5 )	45 ( 39.1 )
5. 上司や人事部による相談の促進	10 ( 33.3 )	21 ( 24.7 )	31 ( 27.0 )
6. 産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進	13 ( 43.3 )	28 ( 32.9 )	41 ( 35.7 )
7. 相談がしやすい事業所内環境の整備	16 ( 53.3 )	41 ( 48.2 )	57 ( 49.6 )
8. 医療機関への受診の促進	4 ( 13.3 )	8 ( 9.4 )	12 ( 10.4 )
9. 長期休業者対応のためのマニュアルの作成と運用	8 ( 26.7 )	18 ( 21.2 )	26 ( 22.6 )
10. 復職判定基準の作成	4 ( 13.3 )	12 ( 14.1 )	16 ( 13.9 )
11. 復職ハビビリプログラムの導入や運用	8 ( 26.7 )	22 ( 25.9 )	30 ( 26.1 )
12. 復職ハビビリを実施する際の費用の援助	1 ( 3.3 )	6 ( 7.1 )	7 ( 6.1 )
13. 復職後の昇進や昇給、人事考課の取り決めの作成	4 ( 13.3 )	16 ( 18.8 )	20 ( 17.4 )
14. 業務にまつわる知識や技能向上のための(再)研修の実施	2 ( 6.7 )	12 ( 14.1 )	14 ( 12.2 )
15. 特にない	0 ( 0.0 )	6 ( 7.1 )	6 ( 5.2 )
16. その他	1 ( 3.3 )	2 ( 2.4 )	3 ( 2.6 )
人数(%)			

表4-4 労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、産業医に期待すること(複数回答)

	A情報関連会社 (N=30)	B生協 (N=85)	全体 (N=115)
1. メンタルヘルスに関する社員教育	13 ( 43.3 )	36 ( 42.4 )	49 ( 42.6 )
2. 対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施	8 ( 26.7 )	24 ( 28.2 )	32 ( 27.8 )
3. フライバジーの保全	3 ( 10.0 )	19 ( 22.4 )	22 ( 19.1 )
4. メンタルヘルス相談	17 ( 56.7 )	48 ( 56.5 )	65 ( 56.5 )
5. 不調者との面接実施	16 ( 53.3 )	39 ( 45.9 )	55 ( 47.8 )
6. 上司や人事部と本人との仲介	8 ( 26.7 )	19 ( 22.4 )	27 ( 23.5 )
7. 医療機関への受診を薦める、あるいは医療機関の紹介**	14 ( 46.7 )	13 ( 15.3 )	27 ( 23.5 )
8. 医療機関との連絡や職場との連携のための仲介	6 ( 20.0 )	18 ( 21.2 )	24 ( 20.9 )
9. 家族への説明	1 ( 3.3 )	9 ( 10.6 )	10 ( 8.7 )
10. 医療機関の指示(自宅療養や勤務時間軽減など)の遵守	3 ( 10.0 )	11 ( 12.9 )	14 ( 12.2 )
11. 復職判定の実施と意見書の作成	5 ( 16.7 )	15 ( 17.6 )	20 ( 17.4 )
12. 復職に際して、労働者本人と、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接の実施	6 ( 20.0 )	26 ( 30.6 )	32 ( 27.8 )
13. 業務量や質(業務負担)についての意見書の作成	9 ( 30.0 )	22 ( 25.9 )	31 ( 27.0 )
14. 特にない	1 ( 3.3 )	4 ( 4.7 )	5 ( 4.3 )
15. その他	1 ( 3.3 )	3 ( 3.5 )	4 ( 3.5 )

人数(%)

会社の差: \*\* P<0.01

表4-5 労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、医療機関に期待すること(複数回答)

	A情報関連会社 (N=30)	B生協 (N=85)	全体 (N=115)
1. メンタルヘルスについて学ぶ機会の提供*	3 ( 10.0 )	29 ( 34.1 )	32 ( 27.8 )
2. 対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施	4 ( 13.3 )	24 ( 28.2 )	28 ( 24.3 )
3. フライバシーの保全	4 ( 13.3 )	18 ( 21.2 )	22 ( 19.1 )
4. 詳細な病名とその説明	11 ( 36.7 )	27 ( 31.8 )	38 ( 33.0 )
5. 休養の必要性とその根拠の説明	20 ( 66.7 )	41 ( 48.2 )	61 ( 53.0 )
6. 治療内容の説明	11 ( 36.7 )	28 ( 32.9 )	39 ( 33.9 )
7. 今後の見通しとその根拠の説明	19 ( 63.3 )	43 ( 50.6 )	62 ( 53.9 )
8. 復職までの過ごし方や経過を観るポイントの説明	10 ( 33.3 )	30 ( 35.3 )	40 ( 34.8 )
9. 復職判定の実施と意見書の作成**	12 ( 40.0 )	14 ( 16.5 )	26 ( 22.6 )
10. 業務量や質(業務負担)についての意見書の作成	5 ( 16.7 )	16 ( 18.8 )	21 ( 18.3 )
11. 復職に際して、労働者本人と、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接への参加	7 ( 23.3 )	19 ( 22.4 )	26 ( 22.6 )
12. 人事部、産業保健管理スタッフ等の教育や連絡協議	7 ( 23.3 )	11 ( 12.9 )	18 ( 15.7 )
13. 治療がうまく進まなかった場合の他院への紹介	1 ( 3.3 )	8 ( 9.4 )	9 ( 7.8 )
14. 特にない	1 ( 3.3 )	3 ( 3.5 )	4 ( 3.5 )
15. その他	0 ( 0.0 )	1 ( 1.2 )	1 ( 0.9 )
人数(%)			

会社の差 : \* P&lt;0.05, \*\* P&lt;0.01

表4-6 職場で実施している早期支援(複数回答)

	A情報関連会社 (N=17)	B生協 (N=21)	全体 (N=38)
1. ストレスに関する問診	7 ( 41.2 )	5 ( 23.8 )	12 ( 31.6 )
2. ストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供	6 ( 35.3 )	3 ( 14.3 )	9 ( 23.7 )
3. 労働者に対するストレスやメンタルヘルスケアに関する教育研修	0 ( 0.0 )	1 ( 4.8 )	1 ( 2.6 )
4. 労働者に対するメンタルヘルスケアに関する事業場の方針の明示	2 ( 11.8 )	0 ( 0.0 )	2 ( 5.3 )
5. 労働者が、上司や専門家に対して相談することができる体制の整備	5 ( 29.4 )	4 ( 19.0 )	9 ( 23.7 )
6. 労働者が、産業保健スタッフに相談できる機会の提供	5 ( 29.4 )	11 ( 52.4 )	16 ( 42.1 )
7. 職場環境、仕事の質や量、職場の人間関係などに関する問題点の把握	1 ( 5.9 )	1 ( 4.8 )	2 ( 5.3 )
8. 職場環境などの問題点の改善、およびその効果の定期的な評価	1 ( 5.9 )	1 ( 4.8 )	2 ( 5.3 )
9. 職場の管理監督者に対する、労働者のメンタルヘルスケアに関する教育研修	1 ( 5.9 )	2 ( 9.5 )	3 ( 7.9 )
10. 職場の管理監督者に対する、心の健康問題を持つ労働者への対応の方針の明示	0 ( 0.0 )	2 ( 9.5 )	2 ( 5.3 )
11. 職場の管理監督者に対する、職場環境などの問題点に関する改善の助言	1 ( 5.9 )	1 ( 4.8 )	2 ( 5.3 )
12. 事業場内産業保健スタッフ等に対する、心の健康の保持・増進に関する方針の明示	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
13. 企業内の、心の健康づくり専門スタッフの確保	1 ( 5.9 )	1 ( 4.8 )	2 ( 5.3 )
14. 労働者を事業場外の医療機関や地域保健機関に紹介するためのネットワークの形成	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
15. 地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、 労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源の活用	0 ( 0.0 )	1 ( 4.8 )	1 ( 2.6 )
16. その他	2 ( 11.8 )	1 ( 4.8 )	3 ( 7.9 )
人数(%)			

表4-7 早期支援の効果

	A情報関連会社	B生協	全体
効果がある	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )
どちらかといえば、効果がある	3 ( 17.6 )	5 ( 23.8 )	8 ( 21.1 )
どちらかといえば、効果がない	5 ( 29.4 )	2 ( 9.5 )	7 ( 18.4 )
効果がない	0 ( 0.0 )	2 ( 9.5 )	2 ( 5.3 )
どちらともいえない	9 ( 52.9 )	12 ( 57.1 )	21 ( 55.3 )
合計	17 ( 100.0 )	21 ( 100.0 )	38 ( 100.0 )
人数(%)			

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と  
早期介入・支援のあり方に関する研究

研究分担者 近藤 信子 四日市看護医療大学 教授

研究要旨

本研究では、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方を産業看護職の立場から検討を行うと共に労働者のメンタルヘルスの実態とメンタルヘルスカケアに対するニーズを明らかにすることを目的に調査を行った。すなわち、1. 産業看護職が求めているメンタルヘルス不調の早期支援のための教育に関するニーズについて、2. 労働者のメンタルヘルスカケアの状況とメンタルヘルスカケアに対するニーズという2つの側面から調査を行った。調査結果からは、産業看護職は、「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」、「労働者への教育・研修などの知識やスキル」を必要としていること、また、これらを補強していくためのトレーニングやスーパービジョンなどのサポートシステムを必要としていることがわかった。また、産業看護職が管理監督者、一般労働者に必要と考えている研修の内容については、人間関係、コミュニケーション、傾聴の技術、プライバシーの保護などに関するものであった。労働者の状況とニーズに関しては、労働者の6割以上が不安や悩みをかかえていることや、メンタルヘルス不調を抱えていても精神科受診を望んでいないこと、心の健康に関して学びたい内容は、ストレス対処法、心の不調者への対応、人間関係・コミュニケーションなどであった。

これら3年間の調査・研究の結果に基づいて産業看護職が労働者のメンタルヘルス不調の早期支援に役立てることのできる教育支援プログラムを作成し、テキストの形にした。テキストの内容には、①総論として社会環境の変化とメンタルヘルス、プライバシーの問題、②心の健康の考え方として、コミュニケーション、人間関係、③メンタルヘルス不調の理解としてストレス、うつ病の診断とアセスメント、メンタルヘルス不調のアセスメント、連携の方法、④メンタルヘルス教育としてセルフケア、コミュニケーション、傾聴の技術と訓練、メンタルヘルス不調者に対する個人情報管理、⑤技術・理論として面接、リラクゼーション、認知行動療法、⑥産業看護職へのサポートとしてスーパービジョン等による課題の理解、産業保健推進センターの活用等を盛り込んだものとした。

<研究協力者>

萩 典子

四日市看護医療大学

大西 信行

四日市看護医療大学

東川 薫

四日市看護医療大学

福田 弘子

四日市看護医療大学

A. 研究目的

精神疾患への早期介入の重要性への認識が広がり、昨今のメンタルヘルス対策は発症予防に重点がおかれ、そのための組織的な予防活動が重要となっており、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支

援のあり方を検討することが求められている。

本分担研究では、産業看護職の立場から、①職域においてのメンタルヘルスカケアに対する取り組みの実際とその状況、②早期介入・支援を推進していくために、産業看護職自身が必要とする専門的知識やスキルに関する課題、③大中小規模事業場労働者のメンタルヘルスの状況とニーズ調査とメンタルヘルスの現状やニーズにあった労働者への教育研修の方策に関する課題を明らかにすることを目的に研究を行った。

そして、産業看護職自身のニーズと労働者のニーズを基に産業看護職がメンタルヘルス不調に対する早期支援を効果的に推進できることを目的として、産業看護職向けのメンタルヘルス不調への早期支援に関する教育支援として早期介入支援テキストの作成を行った。

## B. 研究方法

1. 平成 20 年度：産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する調査

三重県下の産業看護職 14 名を対象にインタビューを実施し、対象者の属性、職域におけるメンタルヘルス対策の実施状況や支援内容、産業看護職が職場のメンタルヘルス対応で実践出来ていること、対応上困難に思ったこと、早期介入に対するニーズなどを調査した。

(倫理面への配慮)

研究の趣旨、概要、回答は自由意思であること、プライバシーの保護等を口頭と文章で説明し同意を得た。実施に当たっては、三重大学研究倫理委員会の承認を得た。

2. 平成 21 年度：(1) 産業看護職のメンタルヘルス不調の予防と早期支援に関するニーズ調査

愛知県、三重県の研修会に参加した産業看護職 120 名を対象にアンケート調査を実施し、産業看護職が事業場内産業保健スタッフの一員として、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援に必要と感じている知識・スキルとこれらの知識・スキルを保証していくための方策を明らかにすることを目的として、産業看護職の教育に関するニーズを調査した。

(倫理面への配慮)

研究の趣旨、概要、回答は自由意思であること、プライバシーの保護等を口頭と文章で説明し同意を得た。実施に当たっては、三重大学研究倫理委員会の承認を得た。

(2) 中小規模事業場における労働者のメンタルヘルスカケアに関する状況とニーズ調査

中小規模事業場労働者のメンタルヘルスの状況とニーズ調査を明らかにすることを目的として調査を行った。

(倫理面への配慮)

研究の趣旨、概要、回答は自由意思であること、プライバシーの保護等を口頭と文章で説明し同意を得た。実施に当たっては、三重大学研究倫理委員会の承認を得た。

3. 平成 22 年度：(1) 大規模事業場における労働者のメンタルヘルスカケアに関する状況とニーズ調査

大規模事業場の労働者を対象に、労働者のメンタルヘルスカケアに関する状況とニーズを明らかにすることを目的として調査を行った。



(倫理面への配慮)

研究の趣旨、概要、回答は自由意思であること、プライバシーの保護等を口頭と文章で説明し同意を得た。実施に当たっては、三重大学研究倫理委員会の承認を得た。

(2) 3年間の調査・研究結果に基づき、産業看護職のための早期介入支援テキストの作成を行った。

(倫理面への配慮)

個人情報扱わないので、倫理的問題は生じない。

## C. 研究結果

平成 20 年度：産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する調査

### 1. 回答者の属性について

回答者は、保健師 13 名、看護師 1 名であり、平均年齢 40.8 歳であった。職歴平均 11.8 年で、事業場の主要事業は製造業が最も多く 11 名であった。また、所属する事業場の従業員数は、3000 人以上が 8 名 (57.1%)、1000 人以上 3000 人未満が 4 名 (28.5%)、1000 人未満が 2 名 (14.2%) となっていた。

### 2. メンタルヘルスに関する状況

メンタルヘルスに関する問題については 85.7%が増えてきていると答えており、メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員の発生の経験については 85.7%の人が経験があると答えている。

早期介入の実施状況については 85.7%が実施していると答えている。

早期支援の効果については 50%がどちらかというところ効果がある、8.3%が効果があ

る、33.3%がどちらともいえない、8.3%がどちらかというところ効果がないと答えている。

メンタルヘルスケアはうまくいっているかについては 61.5%がどちらともいえない、23.1%がどちらかというところうまくいっていない、7.7%がうまくいっていないと答えている。

### 3. メンタルヘルス不調者への対応について

メンタルヘルス不調者への対応で困ったこととしては付表に示すとおり早期の兆候(サイン)がよくわからなかったと 41.7%が答えており、インタビューからは、問診等で自覚症状が挙げられていても、それがメンタルヘルス不調に関わりがあるかどうか判断に迷う、早期の兆候をどのようにとらえて良いかわからないという声が聞かれた。また、具体的な対応の仕方がわからないも 41.7%あり、どこまで自分が抱えたら良いかわからない、効果的な面接の仕方がわからない、頭ではわかっているけどメンタルヘルス不調を抱えた人と面と向かうとどう接していいかわからないなどの意見があった。

### 4. メンタルヘルス推進で必要なことについて

事業場に必要だと思うことに関しては、85.7%がメンタルヘルスについて学ぶ機会の確保と答えており、うつ病の従業員に対して間違った対応をしている人がいる、メンタルヘルスに関して専門的な知識を学びたい、産業保健スタッフのスキルアップが必要、具体的な面接の技法を身につけたい、気持ちを引き出すように相手に話していただけるような技術を身につけたい、管理監

督者だけでなく一般従業員の学ぶ機会を増やす必要があるなどの声が聞かれた。また78.6%が産業医や産業保健管理スタッフによる相談の促進、相談がしやすい事業場内環境の整備の支援と答えている。

産業医に期待することとしては、復職判定の実施、不調者との面接の実施、上司や人事部と本人の仲介、復職に際して労働者本人と上司、人事担当者、産業保健スタッフ等による合同面接の実施が70%以上であった。インタビューからは産業医がもう関わらなくて良いと言う場合、それ以上積極的に関われない、産業医と意見の相違があると従わざるを得ないなどがあつた。

メンタルヘルス推進で困っていることとしては、自分に知識がない61.5%、取り組みの効果がはっきりしない46.2%、プライバシーの問題が絡んでいる38.5%の順に多かった。インタビューからは、人事や現場との連携がとれておらず、従業員が休んでいることさえ情報が伝わってこない、復職面談になって初めて休職していたことが明らかになる場合があり、それまでに何もできない、職場が不調の人に対してうまく対応できない、教育が職場に繋がっていない、管理者になったらどうしなければいけないか、教育されていないなどがあつた。

メンタルヘルス不調を判断するきっかけとしては全員が上司からの報告を挙げており、次いで本人からの訴え、遅刻・早退の増加、同僚からの報告であった。

## 5. メンタルヘルスに関する偏見

偏見の有無に関しては、71.4%があると答えており、28.6%がどちらとも言えないと答えている。インタビューからは、身体疾患とは理解のされかたが異なる、身体疾

患とは受けるイメージが違う、うつ病の人は弱いというイメージがある、精神科への受診を嫌がる、誰にも言わないで欲しい言動がある、メンタルヘルス不調を隠そうとする、甘えているという見方がある、メンタルヘルスの不調者と同じ給料をもらっていると点で不満があるなどがあつた。

## 6. 早期支援によって効果が得られたと感じられたケースについて

インタビューからは、リハビリ出勤を行って復職できたケースがある、人間関係がうまくできていた場合には、早期に相談ができ、不調の発見につながった、メールのやりとりから受診に結びついた、検診時の問診の結果で早くに対応した方が良いと感じたケースで早く対応しうまくいったなどのケースがあげられた。

平成21年度：(1) 産業看護職のメンタルヘルス不調の予防と早期支援に関するニーズ調査

### 1. 回答者の属性

対象とした産業看護職120名のうち、68名(56.7%)から回答が得られた。回答者は、保健師49名、看護師19名であり、平均年齢41.5歳であった。所属する事業場は、本社・本部機構が28名(42.4%)、工場等の出先機関が15名(22.7%)であり、事業場の主要事業は製造業が最も多く31名であった。また、所属する事業場の従業員数は、3000人以上が27名(40.3%)、1000人以上3000人未満では17名(25.4%)となっていた。

### 2. 一般労働者に必要なメンタルヘルス教育

産業看護職からみた一般労働者に必要なメンタルヘルス教育の内容として、「コミュニケーション」「ストレスとストレス対処法」「セルフケアに関する教育」「自己理解」「人間関係」「社内での相談システムの理解」の順となっており、「うつ病などの精神疾患の理解」や「うつ病などの人への対応の仕方」はやや低いことが示された。

### 3. 管理監督者に必要なメンタルヘルス教育

産業看護職からみた管理監督者に必要なメンタルヘルス教育の内容として、「コミュニケーション」「傾聴の技術」「うつ病などの人への対応の仕方」「社内での相談システムの理解」「人間関係」「うつ病などの精神疾患の理解」の順となっており、「ストレスとストレス対処法」や「セルフケアに関する教育」はやや低いことが示された。

### 4. 産業看護職がメンタルヘルスカを推進していく上で必要な知識やスキル

産業看護職がメンタルヘルスカを推進していく上で必要な知識やスキルについては、「傾聴の技術・訓練法」「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」「コミュニケーション」「うつ病などの精神疾患の理解」「メンタルヘルス不調者に専門医の受診を促す方法」の順となっており、「認知行動療法」「リラクゼーション法」「自律訓練法」「交流分析」はやや低いことが示された。

### 5. メンタルヘルスカを推進していくために、産業看護職が求めているサポートや資源

産業看護職がメンタルヘルスカを推進していく上で必要としている援助は、「研修等参加への会社の理解」「早期支援をすすめていくために必要な研修会」「事例検討の場」「自主勉強会」「スーパービジョン」の順となっていた。

### 6. 産業看護職が研修に参加できる頻度

産業看護職が研修に参加できる頻度として、「ほとんどいけない」32名（48.5%）が最も多く、「年に1回」23名（34.8%）、「6ヶ月に1回」8名（12.1%）の順となっていた。

### 7. メンタルヘルスに関するプライバシーの問題

産業看護職からみたメンタルヘルスに関するプライバシーの問題では、「十分に守られている」2名（3.0%）、「守られている」6名（9.1%）と少なく、「不十分だが守られている」27名（40.9%）、「守られていない」27名（40.9%）であった。

また、メンタルヘルスに関するプライバシーの保護の遵守で必要な対策として、「メンタルヘルスに関する啓発」「プライバシーに対する教育・研修」「個人情報保護法に基づく遵守についての教育・研修」「外部への相談の奨励（EAPの活用）」「外部相談員の配置」の順となっている。

平成21年度：（2）中小規模事業場における労働者のメンタルヘルスカに関する状況とニーズ調査

#### 1. 回答者の属性について

回答者の属性は、男性982名、平均年齢45.9歳、女性433名、平均年齢42.7歳であった。

所属する事業場の職種は全体では事務職が最も多く 338 名 (24.4%)、次に技術職 237 名 (17.1%)、技能職 234 名 (16.9%) の順で、男性では技術職、技能職、営業職の順に多く、女性では事務職、サービス職、技術職の順であった。

職階については、一般クラスが 852 名 (60.9%) で最も多く、管理監督者の中では主任・係長・補佐クラスが 259 名 (18.5%) と最も多く、ついで課長クラス 133 名 (9.5%)、役員クラス 86 名 (6.1%)、部長クラス 69 名 (4.9%) の順であった。

## 2. 対象者の特徴

配偶者の有無は、既婚で配偶者と同居している人が最も多く、811 名 (57.5%) で、次に独身で家族と同居している人が 259 名 (25.4%)、独身で一人暮らしが 142 名 (10.1%) であった。

交代勤務、深夜勤務の状況については、全体では交代勤務、深夜勤務共にない人が 1144 名 (81.2%) で、交代勤務をしている人が 155 名 (11.0%)、深夜勤務がある人は 110 名 (7.8%) で男女ともに、従業員 50 人未満と 50 人以上 300 人以下の間（以後事業場規模別と示す）では差が認められた ( $p<0.01$ )。

残業時間は職階別では課長クラスが 28.1 時間と最も多く、ついで部長クラス 23.2 時間、主任・係長、補佐クラス 22.3 時間で職階別の差は認められなかった。職種別の残業時間では営業職が 31.4 時間と最も多く、営業職は技術職、事務職、販売職、サービス職、技能職に比べて残業時間が長く、技術職は事務職に比べて残業時間が多いことが明らかとなった。

## 3. 悩みや不安に関する状況

悩みや不安の有無に関しては全体では 921 名 (65.4%) の人が悩みや不安があると回答しており、女性では事業場規模別で差があり、50 人以上 300 人以下の事業場に所属する人の方が 50 人未満の事業場よりも悩みや不安を抱えている人が多く、事業場規模別の差が認められ ( $p<0.01$ ) た。また、職階別でも差が認められ、主任・係長、補佐クラスの悩みや不安がある人の割合が多いことが明らかとなった ( $p<0.05$ )。職種別では差が認められなかったが、販売職、研究職、情報処理職、営業職、サービス職に就いている労働者の悩みや不安があると回答している割合が 7 割を超えている。

残業時間と悩みや不安の有無との間には関連が認められなかった。

悩みや不安がある時に相談したい人や機関に関しては、家族・親類が最も多く 602 名 (44.2%) でついで知人・友人 418 名 (30.7%)、会社の同僚 (13.9%) の順であった。

## 4. 精神科への受診行動

悩みや不安自覚時の精神科への受診行動に関しては、受診するが 436 名 (31.5%)、受診しない・わからないが 947 名 (68.5%) で受診すると回答している人が有意に少ないことが明らかとなった ( $p<0.01$ )。

職階による悩みや不安自覚時の精神科への受診行動には差が認められた ( $p<0.05$ )。不安の程度と精神科への受診行動には関連がなかった。

また、精神科を受診したくない理由としては、「自分で対処できると思うから」が 319 名 (34.0%) と最も多く、ついで「どこに行けばいいかわからないから」157 名 (16.8%)、「仕事が忙しくて行く暇がないから」109 名 (11.6%)、「身体の病気かもしれないから」

106名(11.3%)の順であった。

## 5. 心の健康に関する関心

職階別の心の健康に関する関心は差が認められた( $p<0.01$ )。また不安や悩みの有無別の心の健康に関する関心は、差があり男女ともに悩みや不安を持っている人の方が心の健康に関する関心が高いことが示された ( $p<0.01$ )。

精神科への受診行動の有無別の心の健康に関する関心にも差があり、受診行動有りの方が心の健康に関する関心が高いことが明らかとなった(男: $p<0.01$ 、女: $p<0.05$ )。

## 6. 利用したいサービス

心の健康に関して今後利用したいサービスについては、利用したい、やや利用したいという人が最も多いのは医師による心の相談で、次にカウンセリング、メール相談、電話相談の順であった。

## 7. 心の健康に関して学びたい内容

心の健康に関して学びたい内容としては学びたい、やや学びたいという人が最も多いのはストレスの対処法、ついで心の不調者への対応、人間関係・コミュニケーション、心の健康のチェック法の順であった。

平成 22 年度：(1) 大規模事業場における労働者のメンタルヘルスケアに関する状況とニーズ調査

### 1. 回答者の属性について

回答者の属性は、男性 632、女性 216 名であった。平均年齢は、男性が年齢  $42.5\pm 9.8$  歳であり、女性  $35.3\pm 9.6$  歳よりも有意に高かった( $p<0.01$ )。

所属する事業場の職種は全体では事務職が最も多く 444 名 (52.7%)、次に技術職 178 名(21.1%)、技能職 100 名(11.9%)の順で、男性では事務職、技術職、技能職の順に多く、女性では事務職、技能職の順であった。

職階については、一般労働者が 438 名 (51.8%)で最も多く、管理監督者の中では課長クラスが 156 名(18.4%)と最も多く、ついで主任・係長補佐クラス 138 名(16.3%)、部長クラス 110 名(13.0%)の順であった。

### 2. 対象者の特徴

配偶者の有無は、既婚で家族と同居が最も多く 54.2%で次に独身で家族と同居が 25.4%、独身で一人暮らし 11.2%であった。

交代勤務、深夜勤務の状況については、全体では交代勤務、深夜勤務共にない人が 821 名(97.4%)であった。

残業時間は、職階別では役員クラスが 31.0 時間と最も多く、ついで課長クラスが 28.7 時間、部長クラス 21.8 時間、主任・係長、補佐クラス 22.3 時間で職階別の差が認められた。職種別の残業時間では差は認められなかった。

### 3. 悩みや不安に関する状況

悩みや不安の有無に関しては全体では 511 名(60.8%)の人が悩みや不安があると回答していた。また、職階別では一般クラスで 285 名 (65.7%) の人が悩みや不安があると回答しており、一般クラスと管理監督者で有意な差が認められ、一般クラスで悩みや不安がある人の割合が多いことが明らかとなった( $p<0.01$ )。職種別でも有意な差が認められ( $p<0.05$ )、研究職、情報処理職、技能職に就いている労働者の悩みや不

安があると回答している割合が7割を超えていた。残業時間と悩みや不安の有無との間には関連が認められなかった。

悩みや不安がある時に相談したい人や機関に関しては、家族・親類が最も多く609名(73.2%)でついで知人・友人453名(54.4%)、会社の同僚160名(19.2%)の順であった。産業医への相談は96名(11.5%)、産業保健スタッフへは92名(11.1%)、医療機関へ相談に関しては、精神科・クリニック167名(20.1%)、一般科病院・クリニック96名(11.5%)であった。一般労働者は管理監督者よりも知人・友人に相談することが多く( $p<0.01$ )、管理監督者は一般労働者よりも、会社の上司( $p<0.05$ )、職場の産業医( $p<0.01$ )、職場の産業保健スタッフ( $p<0.01$ )、精神科病院・クリニック( $p<0.01$ )に相談することが多いことが明らかとなった。

#### 4. 精神科への通院、受診行動

心の問題に関する受診・通院状況は受診したことがない565名(66.6%)、通院中43名(5.1%)、過去に受診したことがある42名(5.0%)であった。受診・通院時の病名はうつ病・うつ状態が45名(51.1%)、自立神経失調症10名(11.4%)、適応障害7名(8.0%)、不安神経症6名(6.8%)であった。

心の健康に関する悩みや不安自覚時の精神科への受診行動に関しては、受診するが281名(34.6%)、受診しない・わからないが531名(65.4%)で、受診すると回答している人が有意に少ないことが明らかとなった( $p<0.01$ )。

一般労働者と管理監督者の悩みや不安自覚時の精神科への受診行動には差が認めら

れ管理監督者の方が受診する割合が有意に高率であった( $p<0.01$ )。

不安の程度と精神科への受診行動には関連がなかった。

また、精神科を受診したくない理由としては、「自分で対処できると思うから」が242名(46.4%)と最も多く、ついで「精神科受診に抵抗があるから」194名(37.2%)、「どこに行けばいいかわからないから」174名(33.4%)、「身体の病気かもしれないから」104名(20.0%)の順であった。また、一般労働者の方が管理監督者に比べて「治療しても治らないと思うから」という理由が有意に高率であることがわかった( $p<0.01$ )。

#### 5. 心の健康に関する関心

心の健康に関する関心は77.8%の人が関心をもっていることがわかった。一般労働者と管理監督者の心の健康に関する関心は差が認められなかった。また不安や悩みの有無別の心の健康に関する関心は、差があり男女ともに悩みや不安を持っている人の方が心の健康に関する関心ありが有意に高率であった( $p<0.01$ )。

心の健康に関する関心と心の健康に関する悩みや不安自覚時の精神科への受診行動には有意差があり、心の健康に関心がある人の方が精神科に受診するが高率であった( $p<0.01$ )。

#### 6. 利用したいサービス

心の健康に関して今後利用したいサービスについては、利用したいという人が最も多いのはメール相談で、次にカウンセリング、研修会、電話相談、医師による心の相談の順であった。

## 7. 心の健康に関して学びたい内容

心の健康に関して学びたい内容としては学びたいという人が最も多いのはストレスとその対処法、ついで人間関係やコミュニケーション、こころの健康のチェック法、こころの不調者への対応、うつ病とその予防の順であった。

## D. 考察

平成 20 年度：産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する調査

現場の看護職は、メンタルヘルス不調者の増加傾向を認識しその早期支援を意識し対応にかかわるが、実際にはその効果について消極的な評価をしていることがわかった。こうした状況にはいくつかの要因が考えられるが、アンケート及びインタビューから早期支援を推進してゆくための産業看護職の視点から見た以下の 5 点の課題が明らかになった。

### 1. 産業看護教育

本調査では早期の支援の方法がはっきり分らないという看護職側の戸惑い不安が示された。教育課程にメンタルヘルスの教育がなかった、一人職場、看護職をサポートするシステムがない、治療につなげるためのアセスメントができない、面接技術に自信がない等の戸惑いには、産業看護職の育成教育の問題がうかがわれた。産業看護職の教育課程は教育施設ごとにカリキュラムに違いがあり、また産業看護の専門性を系統的に構築されておらず、卒業時点での知識技術の到達点に差があるという現実がある。卒業後の継続教育により専門性の確立をめざした研修のプログラムがあるがメ

ンタルヘルスに重点をおいた具体的な面接技法等の研修がさらに必要と考えられる。

### 2. 管理監督者、一般社員の教育

指針に基づく管理職研修は実施しているが、現場で上手く活用できていない、効果がはっきりしないことがあげられた。管理職研修のみではなく一般社員教育の普及の必要性が指摘された。多くの職場で管理職教育はすでに実施されてはいるが職場の実態に合わせたメニューをどう構築しているか洗練させてゆくかの課題が示された。

### 3. 連携

他職種間の連携の必要性は多くの専門家が指摘しているところだが、産業看護職は連携できているという実感をもっていないことが今回のインタビューで語られた。専門職間に情報の差が存在していて円滑な支援に支障があることが指摘された。専門職、職場の管理監督者、人事労務との関係にも情報の差が存在し円滑な支援活動を阻害しているという。連携ということを再検討する必要がある。

### 4. 労働者への支援

メンタルヘルスの問題は個別性が大きいですが、労働者のメンタルヘルス不調者への直接的な接近が困難であるという状況が現場にある。どこの現場も忙しくなり不調者への関心が薄くなっており、産業看護職に情報が届くのは後手になっている。その結果、支援を実際に行うのは、相談時のみとなったり、いきなり職場復帰の段階の支援になるなど、現場を把握し個人に密着した活動が困難となり早期支援、フォロー等による労働者の支援に支障を感じていた。現場や個人を大切にするという産業看護職の本来

の活動姿勢が機能不全の状態である。職場にはメンタルヘルスに気をくばる余裕がない状況にあり、産業看護職が労働者のメンタルヘルスを支援している姿勢をどう回復してゆくかが課題として見えた。

## 5. プライバシー・偏見の存在

相談をうけても上司には言わないで欲しいというなど、ほとんどの人が会社知られたくないことを願っている。産業看護職はメンタルヘルスの最前線にあるこの問題の対応に難渋している。早期に医療につなげる対応が課題である。職場ではプライバシーが守られないことがあり、逆にプライバシーだからといって情報がこないこともある。プライバシーと偏見の裏表関係を解放してゆくための教育研修が必要である。

平成 21 年度：(1) 産業看護職のメンタルヘルス不調の予防と早期支援に関するニーズ調査

### 1. メンタルヘルスに関する労働者への教育

産業看護職からみた労働者に必要なメンタルヘルスの教育内容として、一般労働者、管理監督者ともに「コミュニケーション」が一番であった。これは産業看護職から見て一般労働者、あるいは管理監督者を含めた職場内でのコミュニケーション不足を感じていることがうかがえる。その要因として世代間のコミュニケーション不足だけでなく、近年の大規模な不況により職場では大きなリストラがなされ、少ない人数での仕事量の増加もコミュニケーション不足の一因と考えられる。錦戸は、産業看護職の精神保健活動について、個人の対応だけでなく職場全体への働きかけが必要であり、

職場としての労務管理や内部のコミュニケーションあり方を再検討する価値があると述べている<sup>1)</sup>。

産業看護職は、一般労働者については、「コミュニケーション」のほかに「ストレスとストレス対処法」や「セルフケアに関する教育」が必要と認識しており、一般労働者自身によるセルフケアの支援が必要であると認識していることがうかがえた。

また、管理監督者については、「コミュニケーション」のほかに「傾聴の技術」や「うつ病などの人への対応の仕方」など、知識・スキルを身につけることは、部下の悩みやメンタルヘルス不調者の早期発見、またはメンタルヘルス不調者の対応などで必要であると、産業看護職は認識していることがうかがえた。「傾聴の技術」については、池上らは、管理監督者が身につけることで、職場の人間関係を深め、職場環境全般の改善に有効であると報告している<sup>2)</sup>。

産業看護職は、一般労働者と管理監督者では、それぞれに必要なメンタルヘルス教育はあるが、「コミュニケーション」、「社内での相談システムの理解」、「人間関係」についての教育は両者に必要であるとあげていた。

「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」に関する報告書<sup>3)</sup>によると、一般労働者、管理監督者教育の研修内容があげられているが、本調査であげられた「コミュニケーション」、「人間関係」については該当する項目がなく、これらは事業場に応じて研修項目に加えることが求められる。このような研修項目が明確になったことは、労働者が受けるメンタルヘルス教育が充実し、共通認識が高まり、結果としてメンタルヘルスの向上に寄与すると考



えられる。

## 2. 産業看護職自身に必要なメンタルヘルスケアに関する専門的知識・スキルの習得

産業看護職は、職場のメンタルヘルス推進のために保健面接だけでなく、労働者に対するメンタルヘルス教育やメンタルヘルス不調者に対する早期支援が必要であり、そのためには産業看護職自身がメンタルヘルスケアに関する知識・スキルを身につけなければならないと認識している。

第一に、メンタルヘルスケア教育に関する知識・スキルとしては、一般労働者や管理監督者に必要としている「コミュニケーション」や「ストレスとストレス対処法」、「傾聴の技術・訓練法」、「うつ病などの精神疾患の理解」などであり、知識・スキルを身につけるだけでなく、職場の状況をよく理解している産業看護職は、その事業場に合った内容や教育方法で教育が展開できることが必要であると思われる。

第二に、メンタルヘルス不調者に介入する知識・スキルとしては、「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」や「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」など早期発見や早期支援のために必要な知識・スキルとしてとらえているのがわかる。

しかし、これらの知識やスキルの習得はトレーニングが必要であり、時間を要する。産業看護職が必要としている支援として、研修等参加への会社の理解をあげている。今回の調査でも、研修に参加できる頻度として、「ほとんどいけない」と「年に1回」を合わせると80%を超えており、産業看護職が研修、トレーニング等に参加できるようにするための時間配慮も今後の課題とな

ってくる。

産業看護職が受けたいサポートとして、「研修等参加への会社の理解」「早期支援をすすめていくために必要な研修会」「事例検討の場」「自主勉強会」「スーパービジョン」をあげている。産業現場の変化に対応して産業看護職の知識・スキルも更新されていくべきものであり、それを保証する能力向上のための研修は欠かせない。関連学会、産業保健推進センターなどその役割を担っている機関の役割は大きいといえる。

## 3. メンタルヘルスに関するプライバシーの問題

メンタルヘルスに関するプライバシーの問題では、「十分に守られている」と「守られている」を合わせても12%と少数であり、守られていても不十分であると答えた者は40.9%であった。また、「守られていない」も40.9%と多く、メンタルヘルスに関するプライバシーや偏見の問題は今後の大きな課題と思われる。その中でメンタルヘルスに関するプライバシーの保護の遵守に有効な手段として、「メンタルヘルスに関する啓発」や「プライバシーに対する教育・研修」、「個人情報保護法に基づく遵守についての教育・研修」があがっている。小林らは、従業員が特にメンタル面で問題を抱えている場合、産業医や保健師などの産業保健専門職が個別の状況を把握しながら、慎重に取り扱う必要がある<sup>4)</sup>と述べている。したがって、メンタルヘルス不調者のプライバシー保護が遵守されるように、組織や上司に対して理解を深める働きかけが必要であると思われる。

平成21年度：(2) 中小規模事業場におけ

## る労働者のメンタルヘルスケアに関する状況とニーズ調査

本調査において労働者のメンタルヘルスに関する状況としては65.4%の労働者が悩みや不安を抱えている状況が明らかとなった。平成19年労働者健康状況調査<sup>5)</sup>の結果では自分の仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスが「ある」とする労働者の割合は58.0%[前回61.5%]となっており、本調査では6割以上が悩みや不安を抱えていることから、早期支援の重要性が高いといえる状況である。

悩みや不安の有無は事業場規模や職階や業種によって有意差が認められたことより、それらの違いを考慮した教育、研修を含めた支援が重要である。また残業時間による悩みや不安の差は認められなかった。本調査では1ヶ月間の残業時間の平均は最も多い営業職でも31.4時間である。しかし、2002年2月に厚生労働省は「過重労働による健康障害防止のための総合対策」<sup>6)</sup>を策定し、この総合対策をいっそう推進するために2006年4月から労働安全衛生法の改正がなされ、事業場において長時間労働者の面接が義務化されたことや、残業時間と長時間労働、過重労働とは密接な関係性があり<sup>7)</sup>残業時間には十分に注意を払うことが必要である。

悩みや不安を自覚したときに相談したい人や機関に関しては、最も多かったのが非専門家である家族・親類(44.2%)であり、専門家では精神科病院・精神科クリニックに相談したいと回答した人は7.6%のみであり、職場内では同僚が13.9%、上司9.6%、職場の産業医1.8%、職場の産業保健スタッフ0.6%であった。労働者が身近な家族・親

類に相談しやすいということが明らかとなり、相談先である家族にも、メンタルヘルスについての正しい知識の啓発が必要である。また、本研究では職場の産業医や産業保健スタッフへ相談したい人が低率であった。この結果は平成19年労働者健康状況調査<sup>8)</sup>の不安、悩み、ストレスについて相談できる人として産業医、カウンセラー、看護師・保健師、衛生管理者または衛生推進者等との回答が0.8%~3.3%という結果と類似しており、プライバシーの問題が関係していることや産業保健スタッフが相談相手として労働者に認識されていない状況が示された。2006年の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」<sup>9)</sup>において事業場内の産業看護職は、事業場内におけるメンタルヘルスケアシステムの確立と推進において実質的な中心的役割を担うことが明示されており、相談者としての存在を労働者全体に十分にインフォメーションすることや、相談できる環境を整えることが重要である。

悩みや不安などの不調自覚時の精神科への受診行動に関しては約7割が受診しない、わからないと回答しており、労働者は不調を自覚しても、精神科に受診しないことが明らかとなった。横山らの精神疾患の早期介入のための地域資源に関する研究(横山ら、2009)<sup>10)</sup>でも、家族が問題に気づいてから医療機関を受診するまでに1年8ヶ月かかっていることが報告されており、また岡田らの研究でも労働者は不調感を自覚しても自発的に相談を希望することは少ない<sup>11)</sup>こととも一致し、不調を自覚しても、医療機関へのアクセスには簡単には結びつかないことが明らかとなった。また、不安や悩みの程度と精神科への受診行動とも関

連がなく、労働者の認識を十分に把握し、本人の意志を尊重しながらも、産業看護職としては必要時に医療へのアクセスを促すことができるだけの、十分なアセスメント能力を養う必要がある。受診行動には部長クラスで他のクラスに比べて受診すると回答した人の割合が5割以上と多いが、その他の職階では受診しない・わからないという回答の比率が高く、医療へのアクセスを勧める上でのスキルが要求される。また、受診したくないという理由では「自分で対処できるから」という理由が3割以上で最も多い。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」<sup>12)</sup>では「セルフケア」「ラインによるケア」「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」及び「事業場外資源によるケア」を推進していくことが必要とされ、心の健康づくりは、労働者自身が、ストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要とされているが、この意味することを正しく理解し、セルフケアの具体的な方法や、助けを求めることの効用についても教育を行っていくことが必要であろう。また「どこに行けばいいかわからない」「仕事が忙しくて行く暇がないから」の理由に関しては、労働者がすぐに手の届くところに、必要な情報がすぐに得られるように準備しておくことや、必要なときに受診や相談に行けるような職場の環境を整えることが重要である。労働者の認識を十分に受け止めた上での支援が必要とされる。

心の健康に関する関心として、約7割が関心があると回答しており、職階別では有意差が認められ、管理監督者が一般クラスに比べて関心が高いことは、「ラインによるケア」を推進していく上や、事業場内で

メンタルヘルス不調の早期支援を進めていく上では重要な要素である。また不安や悩みの有無と心の健康に関する関心とは関連があり、関心を高めるための研修内容や研修方法も検討する必要がある。

一方、心の健康に関する関心が高い人の方が、精神科に受診すると回答していることから、心の健康に関する関心を高めるような教育や研修、支援のあり方を工夫することが重要である。

利用したいサービスについては、医師による心の相談、カウンセリング、メール相談、電話相談、心の健康に関する研修会の順であったが、様々な利用可能な資源を準備することや、利用できる資源に関して十分な情報提供を行うことが必要であろう。

心の健康に関して学びたい内容としては、ストレスの対処法、心の不調者への対応、人間関係・コミュニケーション、心の健康のチェック法の順であり、労働者は自分自身のストレスの対処法だけでなく、現場で実際に遭遇しているであろう、不調者への対応についても学びたいと感じている。また、人間関係やコミュニケーションについては労働者が職場環境の向上や調整を望んでいることがうかがえる。したがって単なる知識だけの付与でなく、現場で活用できるような研修プログラムを立案することが必要である。

平成22年度：（1）大規模事業場における労働者のメンタルヘルスケアに関する状況とニーズ調査

#### 1. 悩みや不安に関する状況

今回の調査でA市における大規模事業場の労働者の60.8%の労働者が心の健康に関

する悩みや不安を抱えている状況が明らかとなった。平成 19 年労働者健康状況調査<sup>13)</sup>の結果では自分の仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスが「ある」とする労働者の割合は 58.0%〔前回 61.5%〕となっている。昨年度の本研究班の<sup>14)</sup>より中小規模事業場における労働者に対する調査結果と同様メンタルヘルス不調に対する早期支援の重要性は高い状況であるといえる。

悩みや不安の有無に関連する要因としては、一般労働者と管理監督者間で有意な差が認められ ( $p<0.01$ )、一般労働者の悩みや不安を抱えている割合が高いことから、一般労働者への支援がさらに必要であるといえよう。

悩みや不安を自覚したときに相談したい人や機関に関しては、平成 21 年度の本研究班の中小規模事業場労働者の結果と同様に最も多かったのが非専門家である家族・親類(73.2%)であり次いで、知人・友人(54.4%)であった。一般労働者は管理監督者に比べて家族・親類に相談する割合が有意に高く ( $p<0.01$ )、職場内の産業医、産業保健スタッフへの相談では管理監督者の方が相談する割合が高かったことより、一般労働者に対しての産業保健スタッフへの相談の促進を働きかけがさらに必要であることが示された。精神科病院・精神科クリニックに相談したいと回答した人は 20.1%であり、管理監督者の方が相談する割合が有意に高いことが明らかとなった( $p<0.01$ )。

以上の結果より、大規模事業場の労働者の心の健康に関する悩みや不安に対しては、早期支援を促進していくことが重要であり、特に一般労働者への積極的な支援が必要であるといえよう。また、心の不調時の相談

相手としては、2006 年の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」<sup>15)</sup>において事業場内の産業看護職は、事業場内におけるメンタルヘルスケアシステムの確立と推進において実質的な中心的役割を担うことが明示されているように、相談者としての存在を労働者全体に認識してもらえるような研修システムや内容の検討、相談できる環境の整備や改善が必要である。

## 2. 精神科への通院、受診行動

心の問題に関する受診・通院状況は現在通院中が約 5%、過去に受診したことがある約 5%で過去現在を含めると約 1 割の人が精神科への受診経験があることが明らかとなった。日本生産性本部の「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査の結果からは<sup>16)</sup>上場企業では最近 3 年間の「心の病」は増加傾向(44.6%)、横ばい(45.4%)で横ばいが増加傾向を上回る結果がでている。しかし労働者自身に調査したデータはほとんどなく、今後も引き続き調査を実施し、メンタルヘルスケアの効果については検討していくことが重要であるといえる。

不調自覚時の精神科への受診行動に関しては約 35%が受診すると回答しており、受診しない・わからないと回答している人よりも有意に低率であることが明らかとなった。この結果は昨年度の中小規模事業場の労働者への調査結果<sup>17)</sup>とも一致しており、労働者は不調を自覚しても、精神科へのアクセスに簡単には結びつかないことが明らかとなった。一般労働者と管理監督者では、管理監督者の方が受診すると回答している人が有意に高率であることがわかり、一般労働者へのメンタルヘルス不調の正しい理

解が得られるような教育・研修が必要である。また、不安や悩みの程度と精神科への受診行動には関連がなく、労働者の認識を十分に把握し、本人の意志を尊重しながら、必要時には専門医へつなげることが必要となる。

精神科を受診したくないという理由では「自分で対処できるから」という理由が46.4%で最も多く、次いで「精神科受診に抵抗があるから」「どこにいけばよいかわからないから」が3割を超えていた。これらの理由に対しては、産業保健スタッフはメンタルヘルス不調に対する偏見やスティグマなどの存在に関しても、十分に認識しておくことが重要であるとともに、労働者に正しい理解が得られるような支援を行うことが重要である。また、一般労働者の方が管理監督者よりも「治療しても治らない」と有意に高率に回答しており、メンタルヘルス不調に関する治療や支援方法等も管理監督者だけでなく一般労働者へも教育していくことが必要である。

以上の結果より、メンタルヘルス不調を労働者が自覚しても精神科専門医の受診には結びつかないため、周囲の気づきや支援が重要である。また、メンタルヘルス不調に対する正しい理解が得られるような教育・研修を行い、必要なときに受診や相談ができる職場の環境を整えることが重要である。さらに労働者の認識を十分に受け止めた上での支援が必要とされる。

### 3. 心の健康に関する関心

心の健康に関する関心として、約8割の人が関心があると回答しており、一般労働者と管理監督者の間には有意な差は認められなかった。また不安や悩みの有無別の心

の健康に関する関心は、悩みや不安を持っている人の方が心の健康に関する関心ありが有意に高率であった ( $p<0.01$ )。しかし、メンタルヘルス不調の問題は誰にでも生じる可能性があることから、すべての労働者にメンタルヘルスケアに対する取り組みの重要性が認識できるように職場環境を整えていくことが重要であろう。

心の健康に関する関心と心の健康に関する悩みや不安自覚時の精神科への受診行動には有意差があり、心の健康に関心がある人の方が精神科に受診するが高率であった ( $p<0.01$ )。

以上の結果より、日常的に心の健康に関する関心を高めるような教育や研修、支援のあり方を工夫することが重要である。

### 4. 利用したいサービス、心の健康に関して学びたい内容

利用したいサービスについては、利用したいという人が最も多いのはメール相談で、次にカウンセリング、研修会、電話相談、医師による心の相談の順であった。

心の健康に関して学びたい内容としては学びたいという人が最も多いのはストレスとその対処法、ついで人間関係やコミュニケーション、こころの健康のチェック法、こころの不調者への対応、うつ病とその予防の順であった。

以上の結果よりサービスとしてはそれぞれのニーズに合うように様々な利用可能な資源を準備しておくこととその利用方法に関するインフォメーションが必要であろう。

研修会の内容としては、メンタルヘルス不調に直接かかわるような、ストレスの対処法、心の不調者への対応、うつ病とその予防、心の健康のチェック法だけでなく、職場文化を創っていくような人間関係・コ

コミュニケーションなど労働者が職場環境の向上や調整を望んでいることがうかがえる。したがって単なる知識だけの付与でなく、現場で活用でき、自らがストレス対処能力を高めていけるような力<sup>18)</sup>を身につけられるような取り組みも重要である。

## E. 結論

1. 産業看護職がメンタルヘルスの早期支援に必要な知識・スキルについて、「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」や「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」などの知識・スキルを必要としていることがわかり、これらを補強していくためのトレーニング、スーパーバイズなどのサポートシステムを必要としていることが明らかとなった。また、産業看護職が一般労働者、管理監督者に対して必要であると認識している研修内容は、人間関係、コミュニケーション、傾聴の技術、メンタルヘルスに関する個人情報の保護などであった。

2. 労働者のメンタルヘルスの状況は、6割以上が不安や悩みを抱えていることが明らかとなり、メンタルヘルス不調を抱えても精神科受診を望んでいないこと、心の健康への関心は受診行動を促進することが明らかとなった。また、メンタルヘルス不調の自覚時には労働者は家族・親類、友人・知人に相談したいと考えていることが明らかとなり、産業保健スタッフが効果的な相談者として活用されるような環境を整えていくことが必要である。メンタルヘルス不調自覚時の精神科への受診行動に関しては、不調を自覚しても精神科受診に結びつかないこと明らかとなり、医療への早期アクセスを促進させるためには、周囲の気づき及

び労働者の認識を十分理解した上での支援が重要である。労働者の約8割が心の健康への関心をもっており、関心をもつことは受診行動を促進することにつながりやすい。労働者のメンタルヘルスケアに対するニーズは多様であり、医師による面接、カウンセリング、メール相談など個人のニーズに合うサービスの実施が必要である。教育、研修内容ではコミュニケーションや人間関係など職場環境の改善につながるような内容の研修も求められていることが示された。

## 平成 22 年度：(2) 産業看護職のための早期介入支援テキスト

上記の3年間の調査結果より産業看護職が、今後なメンタルヘルス不調への早期支援がより効果的で実効可能となるための研修テキストの作成を行った。テキストの内容には、①総論として社会環境の変化とメンタルヘルス、プライバシーの問題、②心の健康の考え方として、コミュニケーション、人間関係、③メンタルヘルス不調の理解としてストレス、うつ病の診断とアセスメント、メンタルヘルス不調のアセスメント、連携の方法、④メンタルヘルス教育としてセルフケア、コミュニケーション、傾聴の技術と訓練、メンタルヘルス不調者に対する個人情報管理、⑤技術・理論として面接、リラクゼーション、認知行動療法、⑥産業看護職へのサポートとしてスーパービジョン等による課題の理解、産業保健推進センターの活用等を盛り込んだものとした。

## F. 健康危機情報

該当なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 萩 典子, 近藤信子, 大西信行: 産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不

調者に対する早期介入・支援の実態とそのあり方, 日本精神科看護学会学会誌, 52 (2): 302 - 306, 2009.

2) 大西信行、萩 典子、福田弘子、近藤信子、東川 薫: 中小規模事業場のメンタルヘルス対策と求められる看護の役割, 日本精神科看護学会学会誌, 53 (3): 27 - 31, 2010.

## 2. 学会発表

1) 萩典子、大西信行、近藤信子、福田弘子: 産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援の実態とそのあり方, 日本精神科看護学会, 熊本, 2009. 11

2) 萩典子、大西信行、近藤信子、東川薫、福田弘子: 中小規模事業場における労働者のメンタルヘルスケアに対するニーズ, 日本産業精神保健学会, 石川, 2010. 7

3) 大西信行、萩典子、近藤信子、東川薫、福田弘子: メンタルヘルス不調の早期介入・支援に対する産業看護職のニーズ, 日本産業精神保健学会, 石川, 2010. 7

4) 大西信行、萩典子、近藤信子、東川薫、福田弘子: 中小規模事業場のメンタルヘルス対策と求められる看護の役割, 日本精神科看護学会, 山口, 2010. 10

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

1・2・3ともに該当事項なし

## I. 参考文献

1) 錦戸典子: 産業看護職による精神保健活動の流れ, 保健の科学 41 (9),

670 - 676, 1999.

2) 池上和範, 田川宜昌, 真船浩介, 廣 尚典, 永田頌史: 積極的傾聴を取り入れた管理監督者研修による効果, 産衛誌 50, 120 - 127, 2008.

3) 日本産業衛生学会, 「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」検討ワーキンググループ: 「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職」に関する報告書 (2006)

4) 小林敏生, 中尾久子: うつ病が疑われる従業員のプライバシーへの配慮, 看護学雑誌 69 (12), 1267 - 1271, 2005.

5) 厚生労働省: 平成 19 年労働者健康状況調査 (2008)

6) 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)

7) 島 悟: 過重労働とメンタルヘルスー特に長時間労働とメンタルヘルス、産業医学レビュー20(4), 161-173, 2008.

8) 前掲書 5)

9) 厚生労働省: 労働者の心の健康の保持増進のための指針 (2006)

10) 横山和仁、萩典子、高村光行: 思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究、厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学事業) 平成 20 年度総括・分担研究報告書、精神疾患の早期介入のための地域資源に関する研究 (2009)

11) 岡田、川上、吉川他編: メンタルヘルス問題者の早期発見と早期対策の実際, メンタルヘルス実践ガイド. 東京, 産業医学振興財団; p134-143, 2002.

12) 前掲書 9)

13) 厚生労働省: 平成 19 年労働者健康状況調査 (2008)

- 14) 近藤信子、萩典子、大西信行他：労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究、厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）平成 21 年度総括・分担研究報告書 産業看護職から見た労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する調査（2010）
- 15) 厚生労働省：労働者の心の健康の保持増進のための指針（2006）
- 16) 日本生産性本部：第5回「メンタルヘルスの取り組み」に対する企業アンケート調査（2010）
- 17) 前掲書 14)
- 18) 山崎善比古, 坂野純子, 戸ヶ里泰典編：ストレス対処能力 SOC, 有信堂高文社, 東京, 2008.



## 「勤労者のストレス対処能力としての首尾一貫感覚Sense of Coherence (SOC)と職業性ストレス、精神的健康、生活習慣との関連」

研究分担者 浦川加代子

三重大学大学院医学系研究科環境社会医学講座ストレス科学分野 教授

### 研究要旨

平成21年度は、ストレス対処能力としての首尾一貫感覚<sup>1)2)</sup>を測定するため、信頼性妥当性が確認されているSOC29項目を用い<sup>3)</sup>、職業性ストレスを測定するJCQ<sup>4)</sup>、および精神健康尺度であるGHQ12項目との関連を検討した。対象は、A県内の製造業従事者740名で、研究同意書と自記式質問紙を配布し、研究に参加の同意を得られた対象者466名（回収率62.8%）から回答を郵送で回収した。結果は、男女ともに精神的健康にはSOCの影響があり（男性<0.001、女性<0.01）、職業性ストレスの仕事負担（男性<0.01、女性<0.05）が有意であった。他に男性では管理職(<0.001)、また、女性では同僚のサポート(<0.05)が影響していた。年齢が高くなり経験を積むことでSOCは高くなり、睡眠や運動を考慮した健康な生活習慣を確立すること、仕事負担を考慮すること、家族や上司・同僚などのサポートが精神的健康の保持に影響していることが明らかになった<sup>13)</sup>。

平成22年度は、主観的健康観に着目し、首尾一貫感覚Sense of Coherence (SOC)<sup>1)2)</sup>および精神的健康(GHQ-12)、生活習慣との関連を検討した。主観的健康観は、「あなたは普段ご自分で健康だと思いますか」という質問文に対し、「非常に健康」「まあまあ健康」「あまり健康でない」「健康でない」の4段階評価で回答を求めた。

また、Breslowの7つの健康習慣(1965)は、免疫力を保持して健康破綻を遅らせ、寿命をのばすと考えられていることから、睡眠時間、喫煙、適正な体重、飲酒、運動、朝食、間食の7項目について回答を求めた。

結果は、主観的健康観には性別、年齢、生活習慣による違いはみられなかった。主観的健康観の違いと、SOC平均得点およびGHQ-12平均値には有意な差がみられた( $p < 0.001$ )。また、SOCおよびGHQ-12は生活習慣の中では、運動習慣との関連があった( $p < 0.01$ )。これらの結果から、主観的健康観が良い人は、ストレス対処能力が高く精神的に健康であることが明らかになり、運動を取り入れた健康な生活習慣を確立することは、ストレス対処能力と精神的健康を向上させる可能性が示唆された。

### A. 本研究の目的

職場におけるメンタルヘルス対策として身体的、精神的健康の保持増進のために、勤労者自身がストレスに対するセルフケアを実施できることが必要とされている。ストレス対処に関する知識や技術を知り、早期に自分のストレス反応を認識し、適切なストレス対処ができる能力を高めることが重要であることから、個人のもつストレス対処能力としてのSense of Coherence (SOC)に着目した。

アメリカの医療社会学者であるアントノ

フスキーは<sup>1)2)</sup>、第二次世界大戦中のユダヤ人強制収容所を生きのびた人々を対象に、彼らがどのような特性を持っているのかを調査し、首尾一貫感覚をもつ人はストレス負荷要因を減少させることができると報告した。

つまり、首尾一貫感覚とは、1) 将来おこるであろう出来事のある程度予測できる能力(Comprehensibility)、2) どんな困難な出来事でも自分で切り抜けられる感覚(Manageability)、3) 自分の人生に対して人生には意義があると同時に価値観を持ち合

わせている感覚(Meaningfulness)をいう。SOC得点が高いほどストレスに対応する能力(ストレス対処能力)が高く、ストレスに直面しても健康でいられる特性があるため、生活習慣、仕事ストレスとの間に密接な関連が指摘されている<sup>14)</sup>。SOCと職場ストレスとの関連では、SOCが高いと職場のストレスから守られる<sup>5)</sup>、強いSOCをもつソーシャルワーカーは弱い人よりバーンアウトしにくいと報告されている<sup>6)</sup>。

従来、主観的健康観は(Self-Rated(Rating) Health, Self-Assessed Health, Perceived Health)、高齢者を対象とした研究で用いられることが多かったが、死亡を予測する指標としてだけでなく、労働衛生上の健康指標としてもその有用性が検討されるようになってきた<sup>15)</sup>。主観的健康観とSOCとの関連では、60歳以上の高齢者を対象として全体的な健康の自己評価が高い人で、「精神的成長」「対人関係」などの健康推進ライフスタイルが身につけているほどSOCが高いと報告されていることから<sup>16)</sup>、主観的健康観が良ければSOCも高いと予測される。

Breslowの7つの健康習慣(1965)は、適正な睡眠時間(7~8時間)、喫煙をしない、適性体重の維持、過度の飲酒をしない、定期的に運動する、朝食を毎日食べる、間食をしないの7項目である。遺伝、環境的要因だけでなく、個人の生活習慣が日本人の3大死因であるがん・脳卒中、心臓病を含めさまざまな疾患の発症に深く関わる要因であることから、健康を保持増進し発病を予防する一次予防対策としては、適正な生活習慣を自分で確立することが基本となる。

以上のことから、ストレス対処能力としての首尾一貫感覚 Sense of Coherence (SOC)<sup>1)2)</sup> を測定するため、信頼性妥当性が確認されている SOC29 項目を用い<sup>3)</sup>、

職業性ストレスを測定する JCQ<sup>4)</sup>、および精神健康度尺度である GHQ12 項目との関連を検討した。また、平成 22 年度は、主観的健康観と SOC および精神的健康 (GHQ-12)、生活習慣との関連を検討した。

## B. 方法

対象は、A県内の製造業従事者740名で、研究同意書と自記式質問紙を配布し、研究に参加の同意を得られた対象者466名(回収率62.8%)から回答を郵送で回収した。日本語版SOC29項目は<sup>3)</sup>、把握可能感(Comprehensibility)、処理可能感(Manageability)、有意味感(Meaningfulness)の3つの下位概念である29項目の質問から構成されている尺度であり、1から7点までの7段階で回答を求め合計得点をSOC 得点とした。

JCQ 日本語版 22項目 (Job Content Questionnaire) は<sup>4)</sup>、職業性ストレスを仕事の量や負担、裁量度(自由度)、上司のサポート、同僚のサポートといった4要因から評価する。質問に対して、1. 全く違う、2. 違う、3. そうである、4. 全くそうである、の4つの選択肢で回答を求め、採点は1~4点を配点する。

General health questionnaire-12 (GHQ-12)は、質問に対して1. できた、2. いつもと変わらなかった、3. いつもよりできなかった、4. まったくできなかったの4つの選択肢で回答を求め、採点法は、0-0-1-1点法を用い、カットオフポイントは2/3点とした<sup>7)</sup>。

分析は、本邦におけるSOCの働きには性別による違いが認められていることから<sup>8)9)</sup>、結果は男女別にt-testをおこなった。また、全体の精神的健康への影響をみるために、GHQ得点を従属変数として、回帰分析をおこなった。

主観的健康観は、「あなたは普段ご自分で健康だと思いますか」という質問文に対し、「非常に良い」「良い」「悪い」「非常に悪い」の4段階評価で回答を求めた。また、生活習慣については、睡眠時間、喫煙、適正な体重、飲酒、運動、朝食、間食の7項目について回答を求めた。分析は、主観的健康観4段階とSOC得点、GHQ-12得点、BMI、睡眠時間との一元配置分析、生活習慣とSOC得点、GHQ-12得点との一元配置分析、さらに、主観的健康観と性別、年齢、生活習慣7項目との $\chi^2$ 検定をおこなった。

### C. 結果

男性は、GHQ-12 の2点以下を精神的健康(282名)、3点以上を不健康(105名)として、SOCの平均値を比較すると健康 $133.2 \pm 19.3$ 、不健康 $110.3 \pm 20.1$ で、精神的に健康な人の方がSOCが高い( $p < 0.001$ )。JCQでは、精神的健康な群が不健康群に比べて、仕事負担( $< 0.05$ )が低く、裁量度( $< 0.001$ )が高く、上司のサポート( $< 0.05$ )が高い。 $\chi^2$  検定では、精神的健康と職位( $< 0.05$ )、睡眠時間( $< 0.01$ )、運動( $< 0.01$ )に関連がみられた。

女性は、GHQ-12 の2点以下を精神的健康(55名)、3点以上を不健康(24名)として、SOCの平均値を比較すると健康 $131.6 \pm 19.2$ 、不健康 $108.9 \pm 21.6$ で、精神的に健康な人の方がSOCが高い( $p < 0.001$ )。JCQでは、精神的健康な群が不健康群に比べて、仕事負担 ( $< 0.01$ )が低く、上司のサポート ( $< 0.01$ )が高く、同僚のサポート ( $< 0.05$ )が高い。 $\chi^2$  検定では、精神的健康と生活形態(独居・同居)に関連がみられた( $p < 0.05$ )

回帰分析の結果は、以下の表1のとおりである。

Table 1. Effects of SOC and JCQ scores and demographic characteristics on mental illness assessed by GHQ-12 <sup>a</sup> for 387 males and 79 females: multiple logistic regression analysis (odd's ratio with 95% confidence interval) <sup>b</sup>

	男性	女性
年齢	0.971 (0.945-0.997)	-
管理職	4.722 (2.241-7.711)	-
SOC	0.927 (0.909-0.945)	0.952 (0.919-0.986)
JCQ:		
仕事負担	1.087 (1.025-1.152)	1.138 (1.031-1.255)
同僚のサポート	-	0.565 (0.370-0.864)

<sup>a</sup> Dependent variable = 0 (low GHQ group) or 1 (high GHQ group).

<sup>b</sup> Variables significantly different between high and low GHQ groups (Tables 1 and 2) as well as the interaction between SOC and each of the remaining variables were used for the analysis (stepwise method, variables were entered and removed at  $p < 0.05$ ).

- = Not included in the analysis.

図1、図2に示すように、主観的健康観と有意な関連があったのは、SOC得点、GHQ-12得点であった。主観的健康観とBMIおよび睡眠時間との関連はなかった。また、生活習慣の中でも、運動習慣によってSOC得点(図3)およびGHQ-12得点(図4)には違いがあったが( $p < 0.001$ )、他の項目との関連はなかった。表2に示すように、運動習慣と関連があったのは飲酒習慣である( $p < 0.05$ )。

表2. 運動習慣と飲酒習慣

	飲 酒 習 慣				
運動習慣	毎日	ときどき	ほとんど飲まない	まったく飲まない	合計
毎日する	15	18	20	9	62
ときどき	63	60	47	22	192
まったくしない	65	38	73	31	211
合計	143	116	140	66	465

$p < 0.05$

### D. 考察

年齢が低いよりも高い方、未婚者より既婚者、一般職より管理職の方がSOCが高い

結果が得られた。これは、年齢が高くなるほど管理職に登用される機会が増えること、管理職に昇進した人は、経験を積んでストレス耐性が強くなる<sup>10)</sup>、管理職はもともと精神的に健康でストレス対処ができる人が選ばれるなどが考えられる。年齢区分では、60歳以上の人は39歳以下の若い人よりもSOCが高く、先行研究と同様に年齢の高い人の方が若い人よりストレス対処能力が高いといえる<sup>11)</sup>。SOCは先天的、素質的なものではなく、様々な人生経験を通して後天的に獲得され、人格の一部を形成するほど深く根付いていく学習性の感覚<sup>12)</sup>であることから、年齢との相関がみられたと考えられる。

日常生活の影響では、男性の精神的健康は、職位、睡眠時間、運動に関連がみられ、女性は生活形態（独居か同居）との関連があった。男性で精神的に健康な人は、不健康な人に比べて睡眠を6時間－8時間とっている人の割合が多く、運動を全くしない人の割合が少なく、精神的な不調が睡眠障害に現れやすいことを考えると、適度な運動と十分な睡眠を確保する生活習慣が精神的健康の保持には効果的といえる。

男女ともに精神的健康にはSOCの影響があり(男性<0.001、女性<0.01)、職業性ストレスの仕事負担(男性<0.01、女性<0.05)が有意であった。他に男性では管理職(<0.001)、また、女性では同僚のサポート(<0.05)が有意であった。女性はほとんどが一般職であることから、仕事の裁量度との関連がみられなかったのではないかとと思われる。

主観的に健康度が高いと感じている人はそうでない人より、ストレス対処能力が高く、精神的にも健康であったことから、主観的健康観はひとつの質問文で個人の健康状況を簡単に把握でき、日常生活の中でも

活用しやすいスケールであると思われる。

しかし、主観的健康観には喫煙、運動、食事、睡眠などの生活習慣との関連がなく、主観的に健康を感じているからといって、意識して健康的な生活習慣を維持しているかどうかは見いだせなかった。生活習慣との関連では、ストレス対処能力および精神的健康が、運動習慣と関連していることが明らかになった。運動をしない人の特徴には、飲酒習慣で「毎日飲む」割合が高い傾向にあったが、その他の喫煙などの生活習慣や、性別、年齢、肥満度、職位、生活形態（独居か同居）などとは関連がなかった。

中村ら（2003）によると、170名の男性事務職員を対象に、喫煙者はストレス指標得点が高く、SOCが低いことが報告されている<sup>17)</sup>。本研究では、対象が男女混合であり、職種も製造業であることから、性別や職業によって喫煙習慣に違いがみられることが影響して、喫煙習慣とSOCとの関連がなかったと考えられる。

また、運動習慣がストレス対処能力と精神的健康に単独に関連があり、運動の促進がストレス対処能力と精神的健康の向上に有効である可能性が示唆された。先行研究では、高齢労働者（男性）の精神的健康に影響する要因として、低いSOC、低い運動頻度、高い喫煙頻度、高いBMIが報告されているが<sup>18)</sup>、本研究でも運動しない人は、毎日運動する人よりGHQ-12平均値が高い傾向がみられた。しかし、精神的健康と喫煙、BMIとの関連はみられず、背景には、男性の喫煙率が高いことなど性別による生活習慣の特徴があると考えられた。今後の課題としては、運動をすることでSOCおよびGHQ-12に変化があるかどうかの介入を検証する必要がある。

## E. 結論

SOCと年齢、職業性ストレス、生活習慣との関連から、年齢が高くなり経験を積むことでSOCは高くなり、睡眠や運動を考慮した健康な生活習慣を確立すること、仕事負担を考慮すること、家族や上司・同僚などのサポートなどが精神的な健康の保持に影響していることが明らかになった。

また、主観的健康観の把握は、個人のストレス対処能力と精神的健康の度合いを予測するスケールとして有効であることが示唆された。生活習慣の中で、運動習慣がストレス対処能力および精神的健康と関連していた結果から、運動を促進する健康指導が身体的効果だけでなく、ストレスに対処できる精神的な健康度を高める可能性があることが示唆された。

F. 健康危険情報  
なし。

G. 研究発表

・論文発表：Urakawa K, Yokoyama K. Sense of coherence (SOC) may reduce the effects of occupational stress on mental health status among Japanese factory workers. *Industrial Health* 2009; 47, 503-508.

・学会発表：Urakawa K, Yokoyama K. “Effects of Sense of Coherence (SOC) on psychological responses to job stressors and perceived health among Japanese factory workers” 11<sup>th</sup> International Congress of Behavioral Medicine, 4-7 August 2010, Washington, D.C. United States

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし。

I. 文献

1) Aaron Antonovsky, Health, stress, and coping: New perspective on mental and physical well-being. San Francisco CA: Jossey-Bass Publishers, 1979.

2) Aaron Antonovsky : Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco CA: Jossey-Bass Publishers, 1987.

3) Yamazaki Y. SOC, a theory on salutogenesis and health promoting ability from newly developed view points for health. [Article in Japanese]. *Quality Nursing. (Qual nurs.)* 1999; 5: 824-832.

4) Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, Haratani T, Furui H. Assessment of job stress dimensions based on the job demands-control Model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1995; 2:358-375.

5) Feldt T. The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects. *Work & Stress*, 1997; 11: 134-147.

6) Gilbar Ora. Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care*. 1998; 26(3):39-49.

7) Doi Y. & Minowa M. Factor structure of the 12-item General Health Questionnaire in the Japanese general adult population. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2003; 17: 379-383.

8) Takayama T, et al. Sense of coherence, stressful life events and psycholog

- ical health. Jpn. J Hyg.1999, 11, 965-975
- 9) Ogawa Y. et al. Structural analysis for psychosocial factors including health locus of control (HLC) and sense of coherence (SOC) associated with lifestyle-related diseases. Jpn. J Hyg. 2001; 55,: 597-606.
- 10) Haratani T. Factors affecting mental health status of KANRISHOKU. Digest of Science of Laboure. 1993; 48(6), 336-339.
- 11) Poppius E, Tenkanen L, Kalimo R, Heinsalmi P. The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. Social Science & Medicine 1999; 49, 109-120.
- 12) Stephens T, Culberg C, Joubert N. Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis. Chronic Dis Can 1999; 20(3): 118-126.
- 13) Urakawa K, Yokoyama K. Sense of coherence (SOC) may reduce the effects of occupational stress on mental health status among Japanese factory workers. Industrial Health 2009; 47: 503-508.
- 14) 中村裕之、相良多喜子、荻野景規、長瀬博文他：高齢労働者における精神的健康度の向上のためのSOCを用いた健康プログラムの開発、産業医学ジャーナル、29 (4) : 93-98 (2006)
- 15) 豊川智之、小林廉毅：産業保健における主観的健康観に関する最近の知見、産業医学ジャーナル、29 (5) : 85-87 (2006)
- 16) 本江朝美、山田牧、平吹登代子、熊倉美穂子：我が国における60歳以上の活動的高齢者のSense of Coherenceの実態と関連要因の探索、日本看護研究学会雑誌、26 (1) : 123-136 (2003)
- 17) 中村裕之、小川幸恵、長瀬博文、大下喜子他：喫煙行動に関連するストレスとSense of Coherence(SOC)生活習慣と心理的要因を用いた正準判別解析、Journal of Physical Fitness, Nutrition and Immunology,2003;13(1):23-30.
- 18) Matsuzaki I et al.: Psychological factors including Sense of Coherence and some lifestyles are related to General Health Questionnaire-12(GHQ-12) in elderly workers in Japan, Environmental Health and Preventive Medicine, 2007;12(2):71-77.

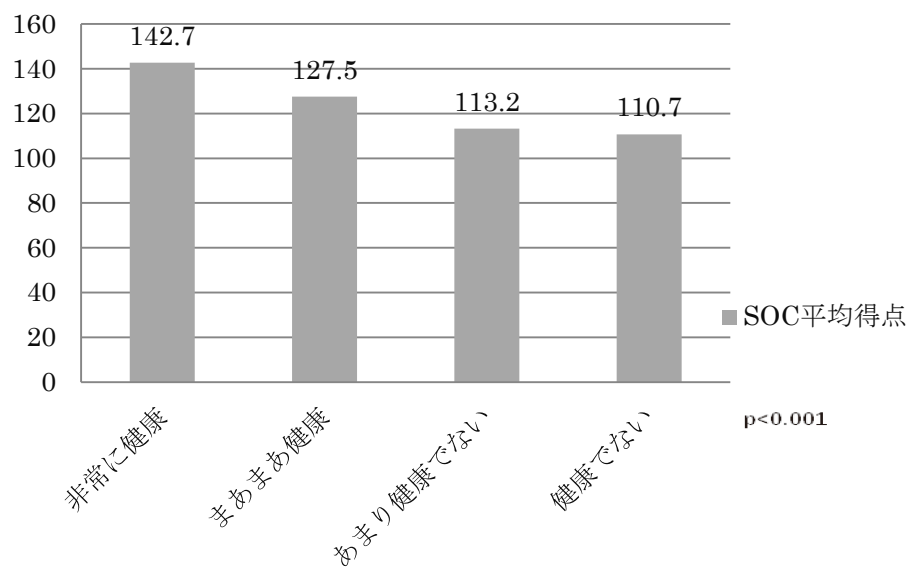


図1.主観的健康観とSOC平均得点

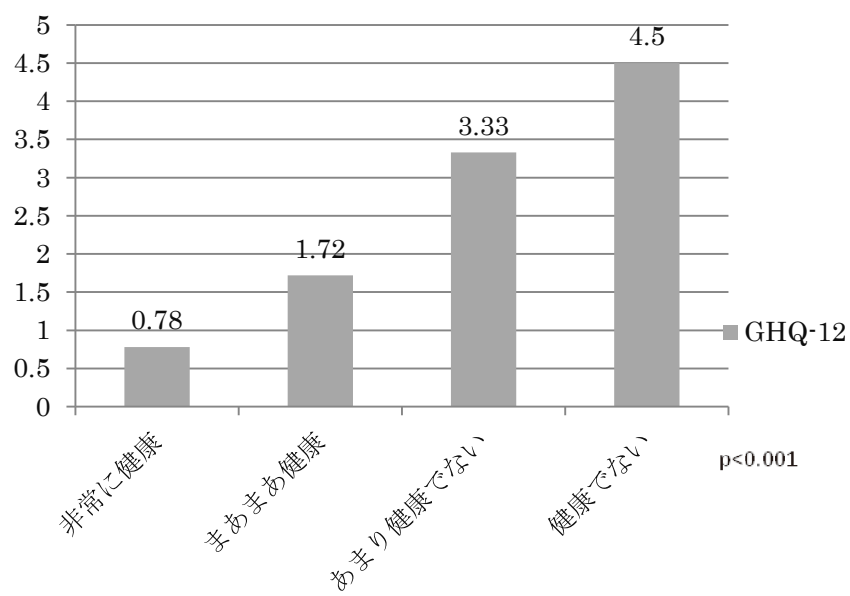


図2.主観的健康観とGHQ-12

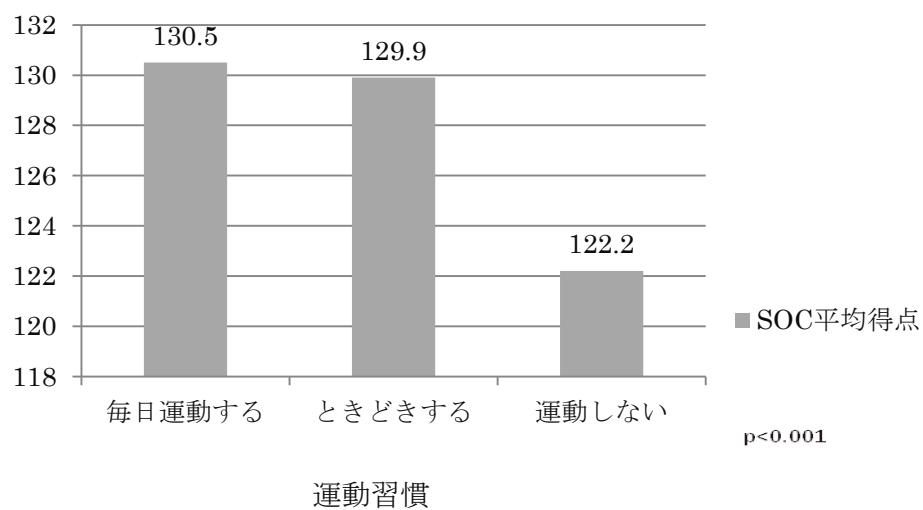


図3.運動習慣とSOC平均得点

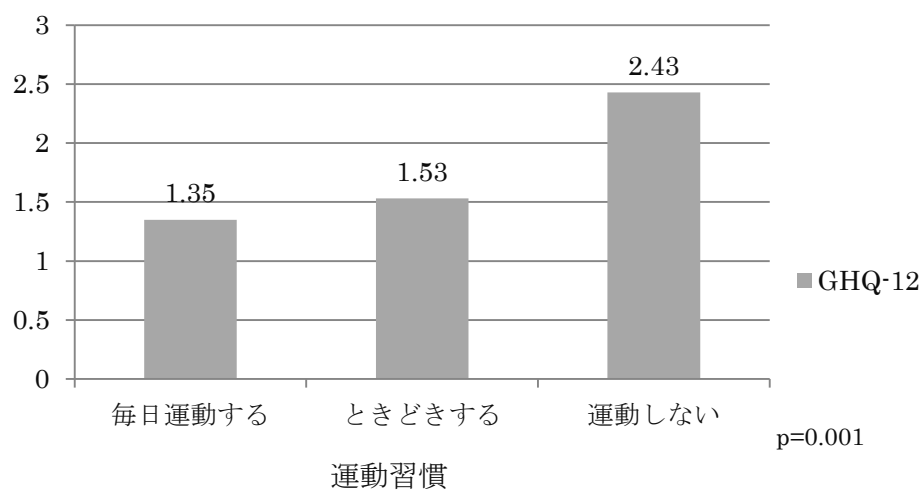


図4.運動習慣とGHQ-12



## Ⅱ．研究成果の刊行に関する一覧表

報告書・冊子等

発表者氏名	刊行物	巻号	出版地	出版年	ページ
横山 和仁 岡田 元宏 竹村 洋典 原谷 隆史 堤 明純 井奈波 良一 近藤 信子 浦川 加代子	労働者のメンタルヘルス不調の 予防と早期支援・介入のあり方 に関する研究 厚生労働科学研究 費補助金 労働安全衛生総合研 究事業 平成20年度～22年度総 合研究報告書（本冊子）	平成22年度	東京	2011年	1-476
横山 和仁 他	メンタルヘルス不調の予防と早 期・介入 ー事業者の方へー	－	東京	2011年	1-15
竹村 洋典 他	プライマリ・ケア医のための精神 疾患への医療面接 うつ病・診断 編（DVD）	－	津	2011年	－
堤 明純 他	産業医のための職域メンタルヘ ルス不調の予防と早期介入・支援 ワークブック	－	福岡	2011年	－
堤 明純 他	コミュニケーション ワークブ ック（アサーション研修）産業医 研修編	－	福岡	2011年	－
堤 明純 他	企業内でのメンタルヘルス調査 の企画・実施	－	福岡	2011年	－
堤 明純 他	広汎性発達障害	－	福岡	2011年	－
堤 明純 他	精神科専門医との円滑な連携の ための紹介状の書き方	－	福岡	2011年	－
堤 明純 他	職場でよくみる精神科治療薬	－	福岡	2011年	－
堤 明純 他	疾病性の気づき助ける管理監督 者用教材例：職場での精神症状の 出方	－	福岡	2011年	－
堤 明純 他	産業医・管理監督者向け教材例： 精神科救急に係る事項	－	福岡	2011年	－
井奈波 良一	管理監督者のためのメンタルヘ ルス不調者の早期発見・早期支援 の手引き	－	東京	2011年	1-10
近藤 信子他	産業看護職のための労働者のメ ンタルヘルス不調の予防と早期 支援研修テキスト	－	四日市	2011年	1-106
浦川 加代子 他	ストレスに強くなるメンタル・ト レーニング	－	東京	2011年	1-9


雑誌（各年度報告書に所載）

発表者氏名	論文タイトル	発表誌名	巻号	ページ	出版年
堤 明純	事業場のメンタルヘルス対策の現状と将来	産業医学レビュー	21	271-91	2009
堤 明純	経営者の理解を得られるメンタルヘルス対策のために研究者に求められるもの	関西福祉科学大学 EAP 研究所紀要	平成 20 年度 第 3 号	3-5	2009
堤 明純	健診におけるストレス評価	総合健診	36	223-8	2009
Urakawa K, Yokoyama K	Sense of coherence (SOC) may reduce the effects of occupational stress on mental health status among Japanese factory workers	Industrial Health	47	503-8	2009
萩 典子、大西 信行、 近藤 信子、東川 薫、 福田 弘子	産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調者に対する早期介入・支援の実態とそのあり方	日本精神科看護学会学会誌	52	302-6	2009
大西 信行、萩 典子、 福田 弘子、近藤 信子、 東川 薫	中小規模事業場のメンタルヘルス対策と求められる看護の役割	日本精神科看護学会学会誌	53	27 - 31	2010
鈴木 麻揚・谷 伊織・ 大久保 豪・池田 若葉・ 北村 文彦・横山 和仁	労働者のメンタルヘルス不調事例にみられた最初の徴候と、当事者があればよかったと思った早期支援の内容	精神科治療学			（印刷中）



### Ⅲ. 研究成果物





# メンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入 —事業者の方へ—

厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業  
「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究」  
研究班編(代表 横山和仁)

厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業  
「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究」  
研究班メンバー

研究代表者

横山 和仁 順天堂大学医学部衛生学講座 教授

研究分担者

岡田 元宏 三重大学大学院医学系研究科 教授  
竹村 洋典 三重大学大学院医学系研究科家庭医療学 教授  
原谷 隆史 独立行政法人労働安全衛生総合研究所作業条件適応研究グループ 部長  
堤 明純 産業医科大学産業医実務研修センター 教授  
井奈波 良一 岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野 准教授  
近藤 信子 四日市看護医療大学精神看護学 教授  
浦川 加代子 三重大学大学院医学系研究科 教授

研究協力者

山崎喜比古	東京大学大学院医学系研究科 准教授	堀 輝	産業医科大学精神医学教室
益子 友恵	東京大学大学院医学系研究科 大学院生	林 健司	産業医科大学精神医学教室
山崎 友丈	株式会社マインメンタルヘルス研究所 所長	山田 健治	産業医科大学精神医学教室
北村 文彦	順天堂大学医学部衛生学講座 准教授	井上 未由紀	産業医科大学精神医学教室
池田 若葉	順天堂大学医学部衛生学講座 助教	鎌田 壇	産業医科大学精神医学教室
鈴木 麻揚	西武文理大学看護学部 講師	阿竹 聖和	産業医科大学精神医学教室
大久保 豪	財団法人 医療科学研究所 研究員	和気 舞子	産業医科大学精神医学教室
谷 伊織	浜松医科大学 特任助教	香月 あすか	産業医科大学精神医学教室
中川 雅紀	三重大学大学院医学系研究科 助教	永田 昌子	産業医科大学産業医実務研修センター
濱口 達也	熊野病院	森 晃爾	産業医科大学産業医実務研修センター
横谷 省治	筑波大学附属病院総合診療グループ 病院講師	茅嶋 康太郎	産業医科大学産業医実務研修センター
堀端 謙	亀山市立医療センター 内科医長	立石 清一郎	産業医科大学産業医実務研修センター
北村 大	三重大学医学部附属病院総合診療科 助教	永田 智久	産業医科大学産業医実務研修センター
飛松 正樹	三重大学大学院医学系研究科家庭医療学 大学院生	丸山 崇	産業医科大学産業医実務研修センター
山本 政和	三重大学大学院医学系研究科家庭医療学 大学院生	松井 亜樹	産業医科大学産業医実務研修センター
後藤 道子	三重大学医学部附属病院 非常勤講師	近藤 祥	産業医科大学産業医実務研修センター
林田 耕治	トータルヘルス株式会社	黒石 真紀子	産業医科大学産業医実務研修センター
後藤 英一郎	心和堂後藤クリニック	玉代勢 なな	産業医科大学産業医実務研修センター
織田 進	福岡産業保健推進センター	長谷川 久美	産業医科大学産業医実務研修センター
中村 純	産業医科大学精神医学教室	黒岩 望	産業医科大学産業医実務研修センター
新開 隆弘	産業医科大学精神医学教室	黒川 淳一	岐阜大学大学院医学系研究科 非常勤講師
中野 雄一郎	産業医科大学精神医学教室	植木 啓文	岐阜大学医学部附属病院 准教授
岡本 龍也	産業医科大学精神医学教室	萩 典子	四日市看護医療大学 講師
		大西 信行	四日市看護医療大学 助教



## 1. はじめに

---

**報** 道等でご存知のように、わが国の自殺者数が平成 10 年以降 3 万人を超えた状態が続いています。その内の被雇用者の数も年々増加の一途をたどり、平成 21 年では 9 千人を超えています。その背景にはうつ病を初めとする精神疾患の存在が指摘されています。さらに、労働者健康状況調査によると平成 9 年には、強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合が 6 割に達し、現在も 6 割前後で推移しています。このような危機的状況により国としても新成長戦略（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）の中で 2020 年までの目標として「労働災害件数 3 割減」、「受動喫煙の無い職場の実現」と共に「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合 100%」を挙げています。

メンタルヘルス不調は本人や家族が精神的、社会経済的につらい思いをするだけではありません。採用と教育に時間と労力をかけた社員が十分なパフォーマンスを発揮できなくなります。さらに、周囲の社員の負担の増大とストレスといったように負の連鎖を引き起こすおそれがあります。これらのことは事業所にとって大きな損失につながりかねません。

そこで、我々は平成 20 ～ 22 年度厚生労働科学研究労働安全衛生総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究」により、各種教育資料を作成しました。本冊子はその一つであり、事業者の方々に読んでいただき、大切な社員の方々の心の健康保持・増進にお役立ていただけることを願っています。一部専門的で、新しい事項を取り入れ、内容的に難しくなっていますが、産業医など産業保健スタッフに相談し一緒に取り組んでいただけると幸いです。

## 2. うつ病の症状について

### —産業保健スタッフへの調査から—

**う**つ病とは抑うつ状態が長く続く状態（一般的には2週間以上）といわれます。しかし、うつ病にも原因別に身体性、内因性、心因性といわれる色々な種類が存在します。身体性うつ病は甲状腺機能低下やアルツハイマー型認知症等でみられるものです。内因性うつ病は典型的なうつといわれるもので、はっきりとした原因がなく発症することが多く、抗うつ剤に反応し、また自然に軽快することもあります。しかし、自殺に至ることがありますので、早期に適切に治療を行うことが大切です。心因性うつ病は性格あるいは環境により引き起こされるものです。現実として、身体性以外は明確に分類することができないのが現状です。



うつ病の症状には、抑うつ気分、意欲の低下、集中力低下、睡眠障害などの自覚症状と、表情が暗い・変化が乏しい、反応が遅い、気分が不安定、酒量の増加などの周囲から観察できる症状（他覚症状）があります。また、これらに加えめまい、動悸、頭痛・頭重感、倦怠感、食欲低下などの身体症状が認められることがあります。表1に産業医、産業保健スタッフを対象に行った我々の調査において、典型例として回答された事例の最初の徴候と頻度を示します。



産業保健スタッフを対象に行った我々の調査において、典型例として回答された事例の最初の徴候と頻度を示します。欠勤といったはっきりとわかることと、仕事能率の低下、おちこみといったように、よく注意していれば気づく項目があります。これらを参考に、早期に発見し保健スタッフまたは専門家につなげることが大切です。

表 1 最初の徴候(全 198 症例)

徴候	症例数	割合(%)
欠勤	62	31.3
仕事能率の低下	33	16.7
不眠	23	11.6
体調不良	16	8.0
おちこみ	7	3.5
(6 項目)*うつ症状・脱力感・不安・自律神経症状・相談・休職	6	3.0
(3 項目)*発作・イライラ・業務上の問題(ミスなど)	5	2.0
(6 項目)*泣く・倦怠感・遅刻・身体症状・元気がない・食欲不振	4	2.5
勤怠	3	1.5
(5 項目)*意欲低下・カゼ症状・様子がおかしい・頭痛・情緒不安定	2	1.0
(5 項目)*体重減少・仕事量削減希望・交通事故・自信喪失・妄想	1	1.0

\* 同じ頻度の項目はまとめました。

### 3. 心の不調を経験した労働者への調査より

#### (1) 不調時に困ったことと事業所への期待

**今** 回の調査において、実際にメンタルヘルス不調を経験した労働者へのアンケートを行いましたので結果の一部を紹介します。表2は不調時にご本人が困った事柄を挙げてもらったものです。表3は同じく不調時に事業所に対して期待している項目です。

半数近くが職場内に相談相手がいなくて困り、期待として相談しやすい環境を挙げています。また、「業務時間の短縮」、「休暇の取得が行えなかった」、「人間関係に問題に困った」などが挙げられ、それに呼応して「業務量や質の見直し」、「人事担当者による対人関係の問題把握」を期待しています。さらに、「休職することによる経済的な不安」、「復職への不安」、「復職後の扱いに対する不安」が挙げられており、関連する希望として「休職中や復職後の体制の整備」が挙げられていました。

それ以外に「まさか自分が“うつ病”になるとは思っていなかった」、あるいは「知識がなくて対応が取れなかった」といった経験があり、「メンタルヘルスについての知識を学ぶ機会」が期待として挙げられています。

相談してみたい。  
でも…誰に？ 何処に？



表2 こころの不調時に特に困ったこと

(労働者への調査、総数 99 人)

	人数	%
職場内に相談相手がいない / いなかった	45	45
職場の人間関係の問題	43	43
職場復帰時期への不安	38	38
自分自身の不調に気付かなかった	37	37
勤務時間を短縮できなかった	35	35
休暇がない	30	30
上司が目を配ってくれなかった	25	25
同僚からの助けがない / なかった	22	22
職場内の偏見	22	22
復帰後に不利益を受ける恐れ	17	17
復帰後に実際に不利益を受けた	12	12
家族の助けがない / なかった	10	10
配置換えをしてもらえなかった	10	10
職場外に相談相手なし	10	10
プライバシーの保全が悪かった	9	9
休職後のリハビリ出勤がない	7	7
休職中の経済的保証がない	7	7
その他	18	18

表3 勤務している事業所へのニーズ

(労働者への調査、総数 99 人)

	人数	%
相談しやすい職場環境の整備	47	47
業務量や質の見直し	36	36
復職後の人事考査に関する取り決めで不利益がないこと	35	35
人事担当者による事業所内の対人関係の問題把握	30	30
偏見をなくす取り組み	25	25
上司や人事部との相談の機会	25	25
メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保	21	21
長期休業者対応マニュアルの作成と運用	21	21
プライバシーの保全	20	20
配置換えによる対応	19	19
産業保健管理スタッフとの相談機会	18	18
医療機関の指示を会社が守ること	18	18
産業医などとの相談結果が職場環境に反映されること	17	17
自宅療養のための配慮	17	17
休暇中の経済的保証	16	16
勤務時間に対する配慮	16	16
医療機関への受診推奨	13	13
同僚や先輩との交流機会の増加	12	12
医療機関の紹介	12	12
メンタルヘルスチェック	9	9
業務知識や技術向上のための研修	7	7
その他	15	15
特にない	7	7

### 3. 心の不調を経験した労働者への調査より (1) 不調時に困ったことと事業所への期待

**先**に記したメンタルヘルス不調を経験した労働者への調査の結果、「相談しやすい職場環境の整備」が一番多く求められていました。また、同じ調査の「上司と管理スタッフの早期介入・支援についての労働者の希望」(表4)をみると、「あればよかったと思う」サポートとして次のことが挙げられました。

#### 1) 調子を崩す前の予防的段階

①事業者、管理スタッフ(人事労務)に対して「基本的態度(人として大切にされる)」、「適正配置」、「相談窓口」、「疾患および疾患と業務量との関係に関する知識」です。②上司に対しては「基本的態度」、「仕事の説明」、「相談窓口」、「疾患および疾患と業務量との関係に関する知識」、「業務分担するあるいはできる体制」が挙げられていました。

#### 2) 本人は気付いていないが既に行動中に症状が出現している段階

①事業者、管理スタッフに対して「調査(残業の把握、残業の多い社員に体調不良者はいないか)」、「適正配置」、②上司に対して「業務状態の把握」、「声かけ(あえて元気であることを求めない)」、「業務のフォロー」、「相談にのる姿勢」、「部下の変化への気付き」が挙げられていました。

#### 3) 本人が既に不調に気付いている段階

①事業者、管理スタッフに対して「調査(適正と人間関係)」、「適正配置」、②上司に対して「受容(部下の状態の受け入れ)」と「それに対する実際の対応」が挙げられていました。



表4 上司と管理スタッフへの早期介入・支援についての労働者の希望

	上司	共通	事業者、管理スタッフ
予防的段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 仕事の説明</li> <li>・ 業務を分担する、または分担できる体制をつくる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本的態度(人として大事にされる、責任ある立場の人が責任を取る態度)</li> <li>・ 相談業務</li> <li>・ 疾患および疾患と業務量の関係に関する知識</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 適性配置(適性、業務量、マンパワー、残業、人間関係)</li> </ul>
本人がまだ不調に気付いていない状態 (急に作業能力が落ちる、休みをとる、遅刻をするなどがみられることがある)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 業務状態の把握</li> <li>・ 声かけ(「元気」であることを求めない声かけ)</li> <li>・ 物理的サポート、業務のフォロー</li> <li>・ 相談にのる姿勢</li> <li>・ 気付き</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査(残業の把握ー残業の多い人に体調、気分の悪い人はいないか)</li> <li>・ 適性配置</li> </ul>
本人が不調に気付いた状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 声かけ</li> <li>・ 受容</li> <li>・ 対応</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査(適性と人間関係)</li> <li>・ 適性配置</li> </ul>

## 4. 厚生労働省の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」について

**事** 業者が講ずるように努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置として原則的な実施方法として平成 18 年 3 月 31 日に厚生労働省より「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/101004-3.html>) が出されていますので参考にしてください。その中に記載されている 4 つのケア(セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケア)は、調査結果でも労働者が不調時に困っていたことや事業所に望むことにまさに当てはまっています。セルフケア、ラインによるケアの促進においては、各種教育機会や情報の提供が必要であることは言うまでもないことでしょう。





## 5. 働きやすい、相談しやすい職場環境について

**で**は、働きやすい、相談しやすい職場環境とはどのようなことなのでしょう。考え方、とらえ方は色々あるでしょうが、我々の研究班の調査結果からの考えの一つとして、表4の結果の予防的段階で取り上げた項目が考えられるのではないのでしょうか。これらはメンタル不調を経験した労働者の声から抽出した項目です。これらと、先に紹介しました「労働者の心の健康の保持増進のための指針」とに示された枠組みと組み合わせながら社風に合わせとり組むといいでしょう。

次に最近注目されてきているメンタルヘルスに関連する概念に、ストレス対処能力としての首尾一貫感覚（Sense of Coherence, SOC）がありますので紹介します。これは①自分の内外で生じる環境刺激は秩序づけられ、予測と説明が可能なものであるという確信、②その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、③そうした要求は挑戦的であり、心身を投入しかかわるに値するという確信、からなります。職場のストレス度合いの例でよく用いられるカラセックのモデル（仕事の要求度と仕事の裁量度の指標バランス）、カラセックの拡大モデル（支援が指標として加わったもの）や努力 - 報酬不均等モデルを用いた研究結果で、高ストレイン（最もストレスが高い）群において SOC が高い人は低い人に比べて、ストレスを感じにくいとため精神健康を保ちながら働けるという可能性が示されてきました。その理由として、SOC が高い人は仕事上の疲労感が少ない、バーンアウトを起こしにくい、職務満足感が高いなどの特徴が報告されており、このことによる直接的な影響が考えられます。さらに、周囲のサポートなど対処資源を動員する能力が高いのではないかと考えられています。

それでは、SOC は職場環境によって変化しうるのでしょうか。30 歳前後までは職場での経験や職場環境も SOC 形成に強く影響し、その後も安定はするものの、職場の経験で変化しうる可能性が残っているといわれています。そして職場における心理社会的要因、（本人の）職場への影響力、職務（雇用）保障、組織風土、上司との関係性などが重要な要因と挙げられています。これらのことを言い換えると、「働きがいのある職場」とは、将来に不安を抱くことなく、安心して働けることはもちろんのこと、「夢・目的」を共有できる組織であり、そのような組織が SOC を高めるといわれています。また、ソーシャル・キャピタル（社会的資本）が豊かな組織といえるのかもしれませんが。このような手法を用いてハード、ソフトの両面から快適職場の形成にとり組んで行くのが良いのかもしれませんが。

**た** だし、SOC やソーシャル・キャピタルは質問紙やインタビューにより測定でき  
ますが、結果については様々な角度から検討が加えられるべきものです。例え  
ば SOC を人事等の選別に用いた場合、SOC 得点が高いということは、困難にやりがい  
を持って立ち向かっていく人である可能性と共に、興味のない事柄であればうまくかわ  
していくという人であるかもしれません。したがって正しい用い方とは思われません。

SOC 参考図書：山崎喜比古、戸ヶ里泰典、坂野純子編：ストレス対処能力 SOC, 有信堂高文社, 東京, 2008.

研究者協力者の山崎(喜)らが中心となって、SOC を高める職場条件の指標として  
「健康生成職場チェックリスト(仮)」を作成中です。以下に紹介します。  
(チェックリスト)

あなたの職場の雰囲気について伺います。あなたの職場には以下の項目がどの程度当てはまるかお答えくださ  
い。あなた個人だけの評価ではなく、職場全体に以下の様々な雰囲気があるかどうかお答えください。

尚、職場とは普段一緒に働いている人のことを指します。

もっともあなたの職場の雰囲気に近い番号一つに○をつけてください。

		当てはまる	やや 当てはまる	やや 当てはまら ない	まったく 当てはまら ない
1	職場でのメンバーの役割は明確である	1	2	3	4
2	メンバーは自分の仕事が重要で意味があると感じている	1	2	3	4
3	職場ではする必要のない、自分の範囲外の仕事をする必要がある	1	2	3	4
4	仕事上で自分たちに何が望まれているか明らかである	1	2	3	4
5	職場の目標は明確に提示されている	1	2	3	4
6	職場のメンバーはその目標に賛同している	1	2	3	4
7	メンバーは職場の目標はやりがいのあるものだと感じている	1	2	3	4
8	やり方は違っても、職場で働く人とは同じ目標に向かって仕事をしている	1	2	3	4
9	会社の将来の方向性は従業員に明確に知らされている	1	2	3	4
10	この職場では私の能力を評価してくれる	1	2	3	4
11	職場での評価は客観的で透明性をもっている	1	2	3	4
12	この職場では費やした時間や努力も評価される	1	2	3	4
13	この職場では仕事の質に見合った評価が受けられる	1	2	3	4
14	メンバーは自分の頑張りを認めてくれる	1	2	3	4
15	上司はメンバーの頑張りを褒めてくれる	1	2	3	4
16	困っている時は、この職場ではメンバーはお互いに助け合っている	1	2	3	4
17	職場のメンバーは皆、一生懸命に努力している	1	2	3	4
18	メンバーは皆で団結して業績をよくしようとしている	1	2	3	4
19	職場内では仕事上の情報交換が活発である	1	2	3	4
20	メンバーとの間には信頼関係が成り立っている	1	2	3	4
21	メンバーは上司を信頼している	1	2	3	4
22	自分は信頼されていると感じられる職場だ	1	2	3	4
23	職場ではメンバーとお互い悪い部分は指摘し合える	1	2	3	4
24	ここはお互いに本音が言える職場だ	1	2	3	4
25	この職場は個人の意見に聞く耳を持ってきている職場である	1	2	3	4

現在検討中のため項目数の減少の可能性があります。

作成者(問い合わせ)：益子友恵、山崎喜比古(東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野)ご興味があり、研究やチェックリスト作成に  
ご協力いただける方は、ご連絡ください。

## 6. 休職者への対応体制構築・周知

**先**の労働者への調査結果で述べましたように、休職中の社員は経済的な不安、復職への不安、復職後の処遇への不安など多くの不安を抱かえて過ごしています。そこで、安心して治療に専念してもらうためにも、経済的な支援制度や労務・人事担当者および産業保健スタッフによる支援体制を整備し、広く知らせておく必要があります。さらに、復職の際の支援制度や体制も同様です。また、これらのことにより、社員が安心して働けるだけでなく、メンタル不調を感じた時に安心して医療機関を受診できますので、これは早期発見・治療にもつながります。

復職の支援については厚生労働省および中央労働災害防止協会から「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」([http://www.jaish.gr.jp/information/mental/Return\\_all.pdf](http://www.jaish.gr.jp/information/mental/Return_all.pdf))が出されていますので、そちらを参考にするとよいでしょう。



## (付記)「現代型抑うつ症候群について」

**従** 従来のメンタルヘルス啓発活動で“うつ病”として紹介されてきたものは、“メランコリー親和型うつ病”と呼ばれる疾患群であり、周囲の保護的環境設定が復職には重要と考えられてきました。しかし、近年の職域メンタルヘルスで問題視されている“うつ病”は、“メランコリー親和型うつ病”とは明らかに異なる経過をたどることが多く、「現代型抑うつ症候群」と言われます。以下にこの問題点を記載しておきます。「現代型抑うつ症候群」は精神医学領域外も含めて、逃避型抑うつ・退却神経症・スチューデントアパシー・神経症性うつ病・笠原一木村分類Ⅲ型・非定型うつ病・未熟型うつ病・現代型うつ病・ディスチミア親和型うつ病・新型うつ病・擬態うつ病・職場結合性うつ病、など非常に多数の概念・呼称が提唱されていますが、輪郭が十分に明確になっているとは言い難い状況です。

特徴をまとめますと次のようになります。比較的若年者の気分障害で、軽症ながら慢性化傾向をもっている。他罰的であるが傷つきやすく、他者配慮に乏しい。意欲低下を訴えるが選択的(平日と休日の落差、趣味は行なえる、等)で、大量服薬やリストカットなど自傷行為を繰り返すことも多く、周囲の対応や状況の変化で気分が悪化することが多いなどの特徴を持っています。

経済情勢・価値観の変化などの社会的・文化的背景や、DSM-III 注釈1 (操作的診断基準) によるうつ病概念の拡大化、SSRI・SNRI などの新薬登場などさまざまな要因が影響しているのではないかとされています。コンセンサスの得られた治療法は確立しておらず、メランコリー親和型うつ病と比較して治療反応性も乏しく、慢性的な経過をたどりやすい特徴があります。

最近のメンタルヘルス不調事例においても 30 代のこの種のうつ病が急増し、疾患対応としてもこれまでの“うつ病”に対する復職リハビリテーションでは満足できる結果を得られない事例が増加しています。これら事例の背景には上記の“若年の抑うつ状態”の存在に加え、発達障害、双極性感情障害なども念頭におく必要があり、産業精神保健分野における新たな枠組みの構築が求められています。以下に、「現代型抑うつ症候群」への対処のために多少とも手助けとなるのではないかとと思われる、精神科的基本知識をまとめておきます。

### ●パーソナリティー特性・障害圏

パーソナリティーは、日本語では“人格”・“性格”と訳され、パーソナリティーの障害の治療は難しいと言われています。疾病 - 治療モデルよりも、成長 - 支援モデルによるアプローチの実施が予後の向上には寄与できると多くの精神科医が考えています。しかし、この場合本人の主体性が治療やリハビリテーションに不可欠とされますが、この主体性の獲得が最も困難であるというのも事実です。

環境が当事者にとって保護的な場合は比較的良好な適応が得られるが、一旦、論理的根拠が無くとも非保護的な環境と感じた場合、個人の内的な不安定感が表出し、周囲が揺さぶられてしまうと感じる場合が多々あります。特に、組織の管理監督者は組織の脆弱な点(担当者個人の逃げ腰などの個人要因も含む)を突かれたと感じてしまい、対策が後手に回り、個人と組織が互いに傷つけ合う負の悪循環に陥る場合も珍しくはありません。予防策としては、如何に組織と組織の長(事業者)が腹を据えて取り組むかにかかっています。つまり管理監督者だけではなく事業者自身が、組織の健全化の保全と、メンタルヘルス不調者への対応について愛情を持ったリーダーシップを発揮することが要求されます。就業規則や休職・復職のルール確立と周知化、予めルール(治療の義務、連絡方法、復職可能となる回復度の基準など)について予め合意しておくなどしっかりとした体制の整備が重要です。

パーソナリティー特性・障害<sup>注釈2</sup>(特にクラスターB群<sup>注釈3</sup>)をもつ当事者は、情報を操作して伝えることがあるため正確な診断に結びつかない場合があります。また情報を操作することで当事者の立場の悪化だけではなく、チームの調和が乱されるなど組織への悪影響も無視できなくなる場合もあります。そのため関係者(当事者、家族、主治医、同僚、管理監督者、人事労務スタッフ、産業保健スタッフなど)が連携し情報を共有して初めて、正確なアセスメントにつながり統一した対応をとることができます。その際情報交換の扇の要として専任の産業精神保健師の存在、および常日頃からのネットワーク構築の努力が非常に有用です。トラブル防止のため本人の同意(同意書)を得てから情報交換を行うべきなのは言うまでもありません。

そして、支援者個人の能力には限界があるので、支援継続にはチームを形成し対応すべきです。対応する者を上司や同僚 1 人に任せず組織的な対応を行うことにより、産業保健スタッフを含めて関係者や同僚・上司の疲弊や孤立化を防ぎ、周囲の者の2次的な抑うつ状態誘発を防止する必要があります。

### ●双極スペクトラム

従来の、躁病相の明らかな典型的な躁うつ病(双極性感情障害Ⅰ型)とは別に、軽微ながらも躁的な要素をもち躁うつ病として治療した方が有益な一群を軽微双極性障害と呼び、これら全体を双極スペクトラムと呼んでいます。従来であれば、単極性うつ病、気分変調性障害、境界性人格障害などと診断されていたもののの中に、未発見の軽微双極性障害があるのではないかといわれており、薬物療法も含めた治療的意義が大きいと考えられています。家族・同僚など周囲の人間からの情報や復職デイクア等は外来での診療場面だけでは見えない患者の姿を知る・見ることができるため、軽微双極性障害の適切なアセスメントを可能にします。精神科治療が抗うつ薬一辺倒の薬物療法が漫然と継続されている場合には、この情報の治療者への還元が、情動安定化薬の導入につながり、復職へ一歩近づく可能性も高まるかもしれません。

### ●発達障害

未診断のまま青年期・成人期に適応困難(学業、職場)となり、精神や行動の不調を起こし、精神科を受診するに至ります。このような事例では、高機能自閉症・アスペルガー症候群(大学・大学院卒であるが、上司や同僚とのコミュニケーション不全を呈する)が多く、多様な精神障害に類似した状態像を呈することがあります。しかも生育歴自体が歪んだ形で診断者に伝達される場合が多く、必要な情報の聴取が難しく、診断は困難を極めます。医療機関によって診断が異なる事例に対しては、発達障害の可能性を考慮すべきと思われます。

変化しない部分もありますが、学習・成長できる部分もあるため、上司や同僚の理解、配置転換を含めた職場環境の変更が重要です。また息の長い継続的な支援と本人の人生の再構築という視点が求められます。現在は、精神科専門医が不足し支援資源(job coach など)が少ないなどの課題があり、今後の治療法・支援法の研究や開発が待たれる領域です。

## ●まとめ

この領域においては、エビデンスが乏しく語れることは少ない状況です。概念も個性・多様性を推測させるものであり、定まってはいません。上記に述べたような疾患・障害の対応を参考にしながら、ケースに応じたオーダーメイドの対応策を立てる必要があります。

いずれにせよ関係者の連携（特に主治医との連携）が肝要です。個々の事例の解釈は観察者の主観が混入しがちですので、緊密な連携を取り続けることで、個人的主観の標準化が可能になります。標準化が図れるとその後は、早期の情報交換と問題の共有化をより効率的にすることができ、さらにはリハビリテーション時期も含め、きめ細やかで迅速な対応が可能になるでしょう。

面談を行い、本人が「これからどのような方向性を目指していきたいのか」キャリアについて考えることや、配置転換や職場調整をすることで嘘のように一挙に回復することもあります。本人を育て使いこなす上司のマネジメント力が問われているということかもしれません。周囲の者の陰性感情の処理も欠かせません。

今しばらくは 1 例 1 例の丁寧な対応を心がけ、経験を蓄積していくことが大切で、またそれしかないと考えられます。

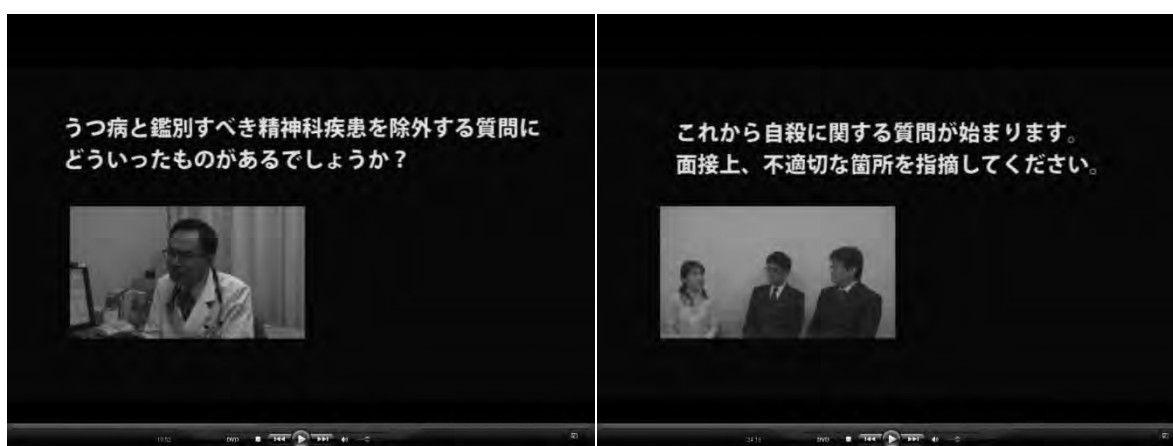
注釈 1 米国精神医学会が 1980 年に出版した精神疾患の診断と統計の手引き書です。その後 1994 年には DSM-IV が出版されています。

注釈 2、3 パーソナリティ障害とは、対人関係における認知・行動パターンをはじめとして、感情状態、ものの受け止め方、対応の仕方、行動など、一般に人格あるいは性格と規定される一個人にける継続性をもった心のありようについて定義される精神障害です。この特徴を示しながら程度が著しくない場合をパーソナリティ傾向（特性）と呼びます。DSM-IV-TR では A 群、B 群、C 群および特定不能群に分類されています。B 群は演技的、感情的、気まぐれさの様式と特徴づけられています。（上島国利、上別府佳子、平島奈津子編：知っておきたい精神医学の基礎知識，誠信書房，東京，2007.）





## 「プライマリ・ケア医のための精神疾患への医療面接 うつ病・診断編」



自殺に関する質問で、さらにどういった内容を  
尋ねたらよいでしょうか？



精神科に紹介をとりつけた今の問診で  
重要だった点を指摘してください。



精神科に紹介する前に  
想定すべき疾患・検査すべき内容には  
どういったものがあるでしょうか？



# 産業医のための職域メンタルヘルス不調 の予防と早期介入・支援ワークブック

# 心の健康づくり計画

## もくじ

1. はじめに：このワークブックを用いた学習の到達目標
  2. このワークブックの使い方
  3. 職場のメンタルヘルスに関連する指針とこころの健康づくり計画
  4. ワーク 1 基本方針と長期目標の策定
  5. ワーク 1 活動項目と体制の整備
  6. ワーク 1 相談体制
  7. ワーク 1 年次計画と評価
-

## 到達目標

産業医は、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に準拠して、事業場におけるメンタルヘルスの体制づくりについて事業者に助言しこれを支援すること、心の健康づくり計画の策定に参画することが求められています。

このワークブックは、そういった産業医のスキルを高めることを目的に構成されています。具体的にはワークを通じて、以下の事柄ができるようになることを目的としています：

- 1) 「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を活用し、事業場からの求めに応じ、事業場の実態に合った「心の健康づくり計画」を立案することができる。
- 2) 事業場における相談体制作りについて理解し（従業員への周知の方法を含む）、事業者に助言することができる

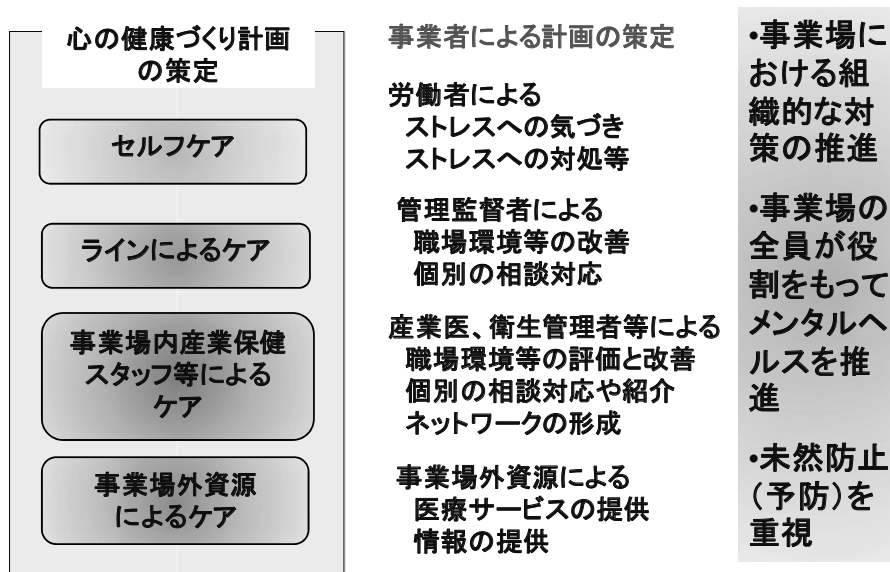
## 職場のメンタルヘルスに関連する指針類

事業場でメンタルヘルスを進めていくにあたり参考となる指針を列挙しました：

- 労働者の心の健康の保持増進のための指針
- 過重労働による健康障害防止のための総合対策
  - 過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置
- 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
- 心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針

図1：労働者のこころの健康の保持増進のための指針

## 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針 労働者の心の健康の保持増進のための指針

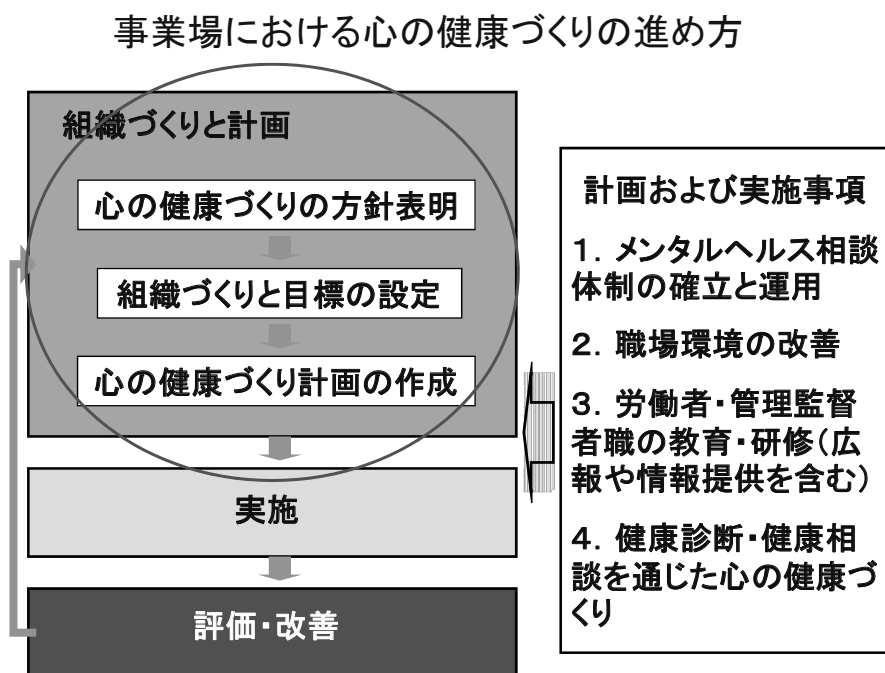


これからのメンタルヘルスケアは、以下のような枠組みが大切とされています：

- ・ ケース対応だけでなく、事業場のシステムとしての解決を重視する
- ・ 「専門家に任せる」から「事業場の全員が役割を持って取り組む」
- ・ 中長期的な目標を持って継続的に進める

そのためにも計画を立案し、できるところから開始することの重要性が指摘されています。

図2：事業場における心の健康づくりの進め方



#### 心の健康の保持増進計画

1. 事業者が、メンタルヘルスが組織として重要な課題であることを認識し積極的に取り組む姿勢を表明する
2. 衛生委員会などで事業場としての方針を表明し計画を立てる

#### 心の健康の保持増進計画で定める事項

1. 事業場における心の健康の保持増進の体制の整備に関すること
2. 事業場における問題点の把握及びメンタルヘルスケアの実施に関すること
3. メンタルヘルスケアを行うために必要な人材の確保及び事業場外資源の活用に関すること
4. 労働者のプライバシーへの配慮に関すること
5. そのほか労働者の心の健康の保持増進に必要な措置に関すること（企業や事業場に固有のルール、心の健康問題をもつ労働者の復職判定の方法や復職の方法の社内規定など）

## ワーク 1：基本方針と長期目標の策定

### 計画策定

計画を策定する際、検討を行う基本的な項目は以下の4つです：

- どのような方針を表明するか？
- どのような活動を行うか？
- どのような体制作りと資源活用を行うか？
- どのような計画を立て、評価するか？

そもそも、「何に困っていて、何が必要か」という事業場におけるニーズを考え、優先順位に反映しましょう。

### 基本方針の表明

メンタルヘルスの状況について事業場のあるべき姿を表明します。指針には、基本方針に盛り込むことが望ましい事項として、以下の4項目が挙げられています：

- 心の健康づくりの重要性の認識
- 積極的に取り組むことの意味表示
- 予防的対応、職場環境への対応への意欲
- プライバシーに配慮した情報の取扱いの約束

### 方針の表明方法

事業場の方針の表明の仕方はいくつもあります：

- 会社の経営方針の一部として年頭に表明
- 人事・福利厚生施策として表明
- 労働安全衛生方針として表明
- 部課長会議などで、トップが毎回必ずメンタルヘルスの重要性について強調する

どのような表明の仕方をするにせよ方針の文書化が大切です。

最初のワークでは、下記の事例を基に、方針を設定するワークを行いましょう。

#### 事 例      ○△社

- 労働者数約 500 名（正規社員 300 名、パート 200 名）の食品製造業
- 嘱託産業医が月に 2 回出務、人事部に所属する衛生管理者 2 名（看護職はなし）
- 競争が厳しく、コスト削減・品質管理と新製品の開発が求められる環境
- 昨年 3 名のメンタルヘルス関連疾患での長期休職者が発生し、またそのうち 1 名が自殺
- 復職支援の手順を作ったばかり
- 衛生管理者の求めに応じて、産業医の面接

### ワーク①

#### 心の健康の保持増進の方針表明：基本方針と長期目標を作る

- 事業場における心の健康の保持増進計画の最初に重要なことは、産業保健スタッフとして、**事業者が事業場としての方針を表明し、これを文書化することを支援すること**です。
- このためには、事業場としての心の健康保持増進の基本方針とこれにあった長期目標を考えることが有効です。
- 最初の課題として、提示する仮想事業場（○△社）における心の健康づくりの基本方針とこれを達成するための長期目標を作成していただきます。

次項の、「1. 心の健康の保持増進活動方針」の枠内に、どのような言葉を入れるかを考えてください。

## 1. 心の健康の保持増進活動方針

### 【指針の位置づけ】

この指針は、○△社（以下、当社）の心の健康の保持増進の基本方針を示すことにより、従業員、管理監督者及び産業保健スタッフ等が協力して、組織的、継続的に心の健康の保持増進活動に取り組むためのものである。

### 【心の健康の保持増進の目標】

当社では心の健康の保持増進を以下のように位置づけている。

#### 基本方針

具体的には以下の目標を平成26年までの5年間に達成する。

1.

2.

3.

### 【推進体制】

このために、従業員、管理監督者、産業保健スタッフ、人事・労務部門がそれぞれの役割を果たす。

### 【推進事項】

このために、以下のような方策を実施する。

#### 1. 相談体制

従業員及び管理監督者が相談しやすい相談窓口の設置など、心の健康に関する相談体制の充実を図る。

#### 2. 傷病者のケア

心の健康により養護を必要とする従業員に対して、業務により健康が悪化しないよう、また円滑に職場に復帰できるように、ケアの充実を図る。

#### 3. 教育・研修及び情報提供

従業員、管理監督者及び産業保健スタッフがそれぞれの役割を理解し、状況に応じて適切な活動を推進できるように情報提供及び教育・研修の計画的な実施を図る。

#### 4. マニュアル等

心の健康の保持増進体制及び計画、進め方を示す文書・マニュアル等を整備し、全社に周知・徹底する。

#### 5. プライバシーへの配慮

従業員が安心して活動に取り組めるよう、個人情報の秘密保持に十分配慮する。



## 1. 心の健康の保持増進活動方針（作成例）

### 【心の健康の保持増進の目標】

当社では心の健康の保持増進を以下のように位置づけている。

#### 基本方針

○△社は、従業員の心の健康が会社の発展と従業員の福利に不可欠であることを認識し、以下の事項を含む心の健康づくりを積極的に取り組むことを表明する。

1. 従業員が働きやすい職場づくりを推進し、ストレス関連の健康影響リスクを低減する。
2. 従業員のセルフケアと経営者を含むラインのケアを総合的に展開する。
3. 本取組みで得られた従業員の情報は、プライバシーに配慮して適切に取り扱う。

具体的には以下の目標を平成26年までの5年間に達成する。

1. 従業員または管理監督者によるメンタルヘルス相談利用の定着
2. 従業員のメンタルヘルス不調による長期休業日数・件数の減少
3. 自殺率の低下

### 【解説】

基本方針には、指針で示されている以下の項目を盛り込むようにします：

- ・ 心の健康づくりの重要性の認識
- ・ 積極的に取り組むことの意味表示
- ・ 予防的対応，職場環境への対応への意欲
- ・ プライバシーに配慮した情報の取扱いの約束

長期目標は、該当事業場の課題に合わせて作成します。○△社では、以下のような項目も挙げられると思います：

- ・ 従業員のメンタルヘルス不調による長期休業日数・件数の減少
- ・ 休業者新規発生率の減少
- ・ 職場復帰の円滑な実施
- ・ 従業員または管理監督者によるメンタルヘルス相談利用の定着
- ・ 社内産業保健体制の整備と周知
- ・ 自殺率の低下

【ヒント】事業場としての心の健康保持増進の大目標にあったスローガンを考えることも有効です。

## ワーク 2：目標を達成するための活動の抽出と体制整備（参照：図 1 指針を具現化する方策を考える。）

### メンタルヘルス推進体制

メンタルヘルスを効率的に進めていくには、メンタルヘルス推進に対する事業場の関係者（全員）の役割を規定することは有効です。主な関係者の役割の例としては、以下のようなものがあります：

表 メンタルヘルス推進体制の規定

従業員	管理監督者	産業保健スタッフ	人事・労務管理スタッフ
従業員自身がストレスや心の健康を理解し、ストレスに適切に対処する	職場の管理者として、メンタルヘルスに関する職場環境等の改善、部下からの相談への対応を行う	従業員及び管理監督者の活動を支援する 事業場外の専門家と連携する	管理監督者だけでは対応が困難な問題による影響を把握し、労働時間などの労働条件の改善に配慮する

さらに、マニュアルなどを整備するとシステムの運用をスムーズにします。以下の例は、関係者毎にあると便利なマニュアル類です。

表 システムとしての運用のために、どのような方針やマニュアルがあると便利か

対象	方針・マニュアル
従業員管理監督者	メンタルヘルス相談の利用法とその折のプライバシー保護の方針
主に管理監督者	職場復帰手順及び復職後フォローの方針
受療中の本人・家族 周囲の医療機関	自社のメンタルヘルス体制（担当者、復職ルールなど）についての説明パンフレット

### メンタルヘルスケアの具体的な進め方

労働者の心の健康の保持増進のための指針には、メンタルヘルスケアの具体的な進め方が記されています。とくに以下の 4 項目は重要と思われます：

- 教育研修・情報提供
- 職場環境の把握と改善
- メンタルヘルス不調への気づきと対応
- 職場復帰における支援

### メンタルヘルスケアの具体的な進め方：管理職監督者教育

事業場でメンタルヘルスケアを進めていくにあたり、管理監督者の機能はたいへん重要です。指針には 11 項目の教授事項が挙げられていますが、とくに事業場でメンタルヘルスケアを開始する当初は、以下の項目は重要かもしれません

<ul style="list-style-type: none"> <li>● メンタルヘルスについての意義・役割の理解</li> <li>● 社内制度（職場復帰等）の説明</li> <li>● リスナーとしての役割の期待 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ アクティブリスニング</li> </ul> </li> <li>● 早期対応・再適応支援機能のトレーニング <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 精神疾患の理解</li> <li>➢ 問題発生時の対処法</li> <li>➢ 再適応への役割</li> </ul> </li> </ul>
---

教育研修では、管理職の行動変容を目標とすること、管理職へのサポート体制を明確化すること、などが、教育成功のポイントとなります。

#### メンタルヘルスケアの具体的な進め方：従業員向けの教育研修

自らストレスへの気づき、ストレスへの対処、自発的な相談ができるように教育・研修を行います。労働者が学ぶべき事項としては、以下のような事項があります：

- ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識
- セルフケアの重要性及び心の健康問題に対する正しい態度
- ストレスへの気づき方
- ストレスの予防、軽減及びストレスへの対処の方法
- 自発的な相談の有用性
- 事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報
- メンタルヘルスケアに関する事業場の方針

#### メンタルヘルスケアの具体的な進め方：職場環境等の改善

管理監督者による日常的な働きやすい環境づくりも大切です。メンタルヘルスに好ましい職場の環境の例として以下のようなものが挙げられています：

- 仕事のきつさに見合った自由度や、やりがいがあること。
- 上司や先輩に相談しやすいような環境づくり（意外と職場のレイアウトが大事）。
- 十分に情報や説明が提供されること。先の見通しが与えられること。
- 人事評価などに公平感があること

#### メンタルヘルスケアの具体的な進め方：健康診断や健康増進の機会におけるストレス対策

健康診断など様々な機会を利用してストレス対策を企画します。以下のような例が考えられます：

- ストレス調査票などを活用してストレスへの気づきの機会を提供する
  - 職業性ストレス簡易調査票等の活用
- ストレスに対する保健指導
  - 保健指導などにおいて心理的ストレスを考慮した指導をおこなう
- イン트라ネットなど I T を利用してセルフチェックを提供する
  - 中央災害防止協会提供 <http://www.jisha.or.jp>

#### メンタルヘルスケアの具体的な進め方：行政の勧める職場復帰の流れ

図 3 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

### メンタルヘルスケアの具体的な進め方

#### 行政の勧める職場復帰の流れ

#### 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

＜第1ステップ＞病気休業開始及び休業中のケア

＜第2ステップ＞主治医による職場復帰可能の判断

＜第3ステップ＞

職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成

＜第4ステップ＞最終的な職場復帰の決定

職場復帰

＜第5ステップ＞職場復帰後のフォローアップ

## メンタルヘルスケアの推進に当たっての留意事項

メンタルヘルスケアの推進に当たっては、さまざまな留意事項があります：

- 心の健康問題の特性
  - 客観的な評価方法が十分確立していないこと
  - 無理解や誤解がつきまといやすいこと
- 個人のプライバシーへの配慮
- 人事・労務との協力
- 家庭・個人生活等の職場以外の問題点

とくにプライバシー保護に関することは重要です。

以下の事項に留意して、事業場・健保を含めた労働者の健康情報管理のルール作り（適正な手続きを経たルール作り）を行います（労働者の健康情報に係わるプライバシー保護に関する検討会中間取りまとめ（厚生労働省 2000））：

- 法定健康診断情報と、これ以外の健康情報管理の区別（法定外健康診断については健康診断受診者の承諾を得ることが必要）
- 収集、保管（保存、管理、破棄、開示）、使用（利用、提供）に関するプライバシーへの配慮
- 管理監督者に提供すべき情報と、提供する必要のない情報の区別

作成したルールについて、労働者に対するプライバシーの考え方を十分に周知するようにします。産業医は、個人情報保護と産業保健専門職の行動規範、判例などの動向に敏感になっておく必要があります。

心の健康に関する健康情報を取り扱う際は、以下の事項を明示したうえで、労働者への説明と同意取得を行います：

- 労働者の情報を伝えることが必要な理由
- 情報を伝える相手の範囲
- 他者に伝えるべき情報と伝える必要のない情報の区分

心の健康問題については、自傷他害の恐れなど安全配慮上の心配があるときには、労働者のプライバシーが保護されない例外規定の設定も検討されておくといよいでしょう。

以上、代表的なメンタルヘルス推進の進め方を説明してきましたが、ワーク②では、事例に挙げた事業場で必要な活動項目と体制を挙げていただきます。

### ワーク②

#### 心の健康の保持増進計画：活動項目と必要な体制のリストアップ

- ・ 設定された基本方針をもとに○△社に必要なメンタルヘルス対策に必要な具体的活動と整備すべき体制を抽出します。
- ・ どんな活動を行うべきか、どのような体制が整備されるべきか、項目を列挙してください。

## ○△社でのメンタルヘルス推進（回答例）

### 例示：活動項目

- 相談窓口の構築：内部および外部（契約）
- 職場復帰手順の徹底・リハビリ出勤制度の創設
- 管理監督者教育
  - 相談窓口の理解
  - 部下への気づき促進・積極的傾聴
  - 職場復帰手順等の制度
  - 職場のストレス改善
- 従業員の啓発
  - 窓口・制度
  - メンタルヘルスに対する理解・セルフケアについて
- マニュアルの整備・プライバシーポリシーの策定
- 現状把握と分析：職場のストレス状況の調査→次年度に向けた取り組み

### 例示：体制作りと資源活用

- 社内産業保健体制の整備
  - 衛生委員会の活用
  - 人事労務担当者の強化
  - ラインの強化
    - ◇ 専門資源
  - 事業場内産業保健スタッフ → 保健師の採用
  - 事業場外資源
    - ◇ 医療機関 → 近隣精神科医との連携
    - ◇ EAP 機関 → 相談窓口としての契約
- ツール
  - 簡易ストレス調査票等の質問紙（<http://www.tokyo-med.ac.jp/ph/ts/> などに掲載）
  - 職場改善等の改善マニュアル

### 解説

とくにラインの強化は重要と思われます。

## 解答例 2. 心の健康の保持増進に関する体制及びマニュアル

### 1) 心の健康の保持増進体制

従業員、管理監督者、産業保健スタッフ、人事・労務部門の役割を以下の通りとする。全体の概要は、図（オプション）を参照のこと。

#### ○従業員

従業員はストレスや心の健康について理解し、自分のストレスに適切に対処し、必要に応じてメンタルヘルス相談をすること。

- ① ストレスや心の健康についての正しい知識の理解
- ② ストレスへの気づきと対処
- ③ 自発的な相談

#### ○管理監督者

管理監督者は、職場の管理監督者として、職場環境等の改善を通じたストレスの軽減、部下からの相談の対応を行う。

- ① 職場のストレス状況の把握と職場環境等の改善によるストレス軽減
- ② 部下からの相談への対応と必要に応じてメンタルヘルス相談を利用すること
- ③ 心の健康問題を持つ部下の治療や職場復帰に対する配慮や援助

#### ○産業保健スタッフ

従業員及び管理監督者の活動を支援する。

##### （1）各職場産業保健スタッフ

#### ①衛生管理者

全社産業保健スタッフと協力して、心の健康の保持増進活動を推進する。

#### ②健康推進担当者

衛生管理者及び全社産業保健スタッフを補助し、実務を行う。

##### （2）全社産業保健スタッフ

産業医、産業看護職（保健師・看護師）、安全衛生担当者

- 心の健康の保持増進計画の企画・立案及び評価
- 従業員、管理監督者からの相談への対応と保健指導
- 職場環境等の評価と改善によるストレスの軽減
- 健康診断等の場におけるストレスチェックの実施と事後措置
- 従業員、管理監督者等に対する情報提供及び教育研修
- 外部医療機関等との窓口
- 職場適応、治療及び職場復帰の指導
- 就業上の配慮についての意見

#### ○人事・労務部門

人事・労務部門の担当者は、管理監督者だけでは対応が困難な問題（職場配置、人事異動等）に対応し、また労働時間等の労働条件の改善及び適正配置を行う。

#### ○健康保険組合

健康保険組合は、被保険者の健康増進の観点から事業場と協力して心の健康の保持増進活動を推進する。

## ワーク 3：相談体制

### 相談体制の整備

事業場における相談体制の整備は、メンタルヘルス不調者の早期発見・早期治療を可能にする重要なインフラです。以下の事項に留意して整備をします：

- 秘密を守って相談できる事業場内の相談担当を決めて、これを周知する
  - 事業場内の相談担当は、人事・労務に対しても「秘密を守って」相談に対応することを保証する
  - 医師、保健師・看護師は法的に守秘義務がある
- 相談できる専門家を確保する
  - 産業保健スタッフが、ケースについて気軽に相談できる専門家を確保しておく
- 管理監督者の教育・研修をする
- よい医療機関を確保する
  - 地域ごとの医療機関のリストを揃えておく。リストは都道府県の精神保健福祉センターなどからもらう
  - このほか、カウンセリング機関や自助グループ（アルコール、DV、拒食・過食症の会）なども調べておくとうい
- 受診先との連携
  - 受診先に紹介状によって情報提供する
  - 会社の職場復帰のルールや手順について、受診時に主治医に説明しておくか、パンフレットを持参させる

### ワーク③

#### 心の健康の保持増進の組織・体制づくり：相談体制

- ・ 心の健康問題を持つ従業員を、必要に応じて円滑に外部の医療機関まで受診させることができるよう事業場内でのメンタルヘルス相談体制を定め、これを従業員全員に周知します。
- ・ 各グループで仮定した事業場においてどのようなメンタルヘルス相談体制をつくるかを討議し、発表してください。最終的な成果は「メンタルヘルス相談体制」としてフロー図を作成してください。

#### 参考となるポイント

以下の点については検討してください：

- ・ メンタルヘルス相談のルール（連絡手段・対応者・利用可能時間帯など）
- ・ 関係者（管理監督者・外部資源・人事労務）との連携
- ・ プライバシーへの配慮（情報の流れ・記録の取扱）
- ・ 従業員への周知方法

## 2. 心の健康の保持増進に関する体制及びマニュアル

### 1) 心の健康の保持増進体制

従業員、管理監督者、産業保健スタッフ、人事・労務部門の役割を以下の通りとする。  
全体の概要は、図（オプション）を参照のこと。

#### ○従業員

従業員はストレスや心の健康について理解し、自分のストレスに適切に対処し、必要に応じてメンタルヘルス相談をすること。

- ④ ストレスや心の健康についての正しい知識の理解
- ⑤ ストレスへの気づきと対処
- ⑥ 自発的な相談

#### ○管理監督者

管理監督者は、職場の管理監督者として、職場環境等の改善を通じたストレスの軽減、部下からの相談の対応を行う。

- ④ 職場のストレス状況の把握と職場環境等の改善によるストレス軽減
- ⑤ 部下からの相談への対応と必要に応じてメンタルヘルス相談を利用すること
- ⑥ 心の健康問題を持つ部下の治療や職場復帰に対する配慮や援助

#### ○産業保健スタッフ

従業員及び管理監督者の活動を支援する。

##### （１）各職場産業保健スタッフ

#### ①衛生管理者

全社産業保健スタッフと協力して、心の健康の保持増進活動を推進する。

#### ②健康推進担当者

衛生管理者及び全社産業保健スタッフを補助し、実務を行う。

##### （２）全社産業保健スタッフ

産業医、産業看護職（保健師・看護師）、安全衛生担当者

- 心の健康の保持増進計画の企画・立案及び評価
- 従業員、管理監督者からの相談への対応と保健指導
- 職場環境等の評価と改善によるストレスの軽減
- 健康診断等の場におけるストレスチェックの実施と事後措置
- 従業員、管理監督者等に対する情報提供及び教育研修
- 外部医療機関等との窓口
- 職場適応、治療及び職場復帰の指導
- 就業上の配慮についての意見

#### ○人事・労務部門

人事・労務部門の担当者は、管理監督者だけでは対応が困難な問題（職場配置、人事異動等）に対応し、また労働時間等の労働条件の改善及び適正配置を行う。

#### ○健康保険組合

健康保険組合は、被保険者の健康増進の観点から事業場と協力して心の健康の保持増進活動を推進する。



## 2) メンタルヘルス相談体制

心の健康に関する相談体制は以下の通りである。

### 1. 管理監督者による対応

### 2. 産業保健スタッフによる対応

### 3. その他の相談対応

### 4. 個人のプライバシーへの配慮について

図 メンタルヘルス相談体制

## 2) メンタルヘルス相談体制（回答例）

心の健康に関する相談体制は以下の通りである。

### 1. 管理監督者による対応

相談を受ける・話を聴く  
不調への気づき（いつもと違ったら声をかける）  
産業保健スタッフにつなげる（本人の了承を得て）

### 2. 産業保健スタッフによる対応

相談対応（従業員・管理監督者）  
専門職・外部医療機関との連携  
相談窓口の周知

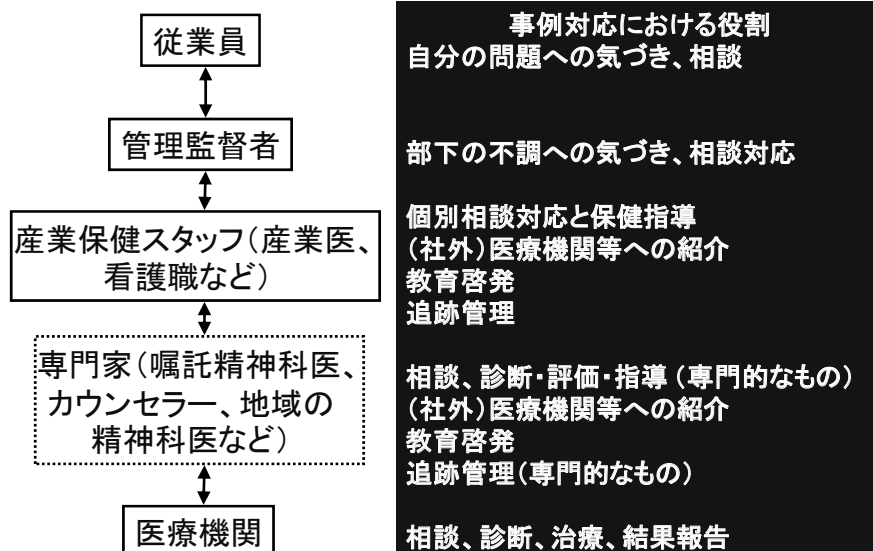
### 3. その他の相談対応

人事労務の役割：産業医からの助言を受け、就業配慮などを検討する  
就業配慮に必要な情報のみが報告される。  
緊急対応の流れ  
EAP 導入についての検討

### 4. 個人のプライバシーへの配慮について

プライバシーポリシーを別に定める。  
文書保管は施錠可能なケースで行い、管理責任者は〇〇とする。

原則と社内の事情を勘案した例外の運用：社内でのコンセンサスを経て決定していく



## 事業場におけるメンタルヘルス相談体制の例

相談時間について：原則就業時間内など

周知方法について：社内広報，掲示板，LAN，パンフレット，研修時の資料，健診利用

図 メンタルヘルス相談体制

## ワーク 4：年次計画と評価

### メンタルヘルス活動の評価

メンタルヘルスケアの実効性を高めるため、計画策定時に評価項目を定め、結果を活動の指針として活かします。活動の評価する際の考え方の軸には大きく二つがあります：

- アウトカム評価とパフォーマンス評価
  - アウトカムの評価：精神障害による疾病休業が減ったか、ストレスを訴える者の割合が改善したか、等
  - パフォーマンスの評価（プロセスの評価：システムの評価）：計画したことが計画通りに実施されたかどうか、等
- 定量的評価と定性的評価
  - 定量的評価：数値目標（ストレスの訴え率等）
  - 定性的評価：関係者の意見、好事例の報告など

メンタルヘルス活動の評価のポイントとして、以下の事項に留意します：

- 計画時に数値目標は設定されているか？また、定性的な評価についても計画されているか？
- 従業員や管理監督者の意見の聴取や評価への参加の機会はあるか？
- アウトカムの評価とパフォーマンスの評価の双方が行われているか？
- 評価は改善に活かされているか？

### ワーク④

#### 心の健康の保持増進の年次計画と評価手順

- ・ 心の健康の保持増進の基本方針と長期目標、心の健康の保持増進の体制とルールが決まったら、次は年次目標の設定です。
- ・ 心の健康づくりの年次計画をグループで討議していただきます。1年でどのような事業をどこまで実施するのかを、できるだけ具体的に、その事業場で想定される優先順位を考えて決めてください。
- ・ 1年間が修了した時点で、どのように評価を行うかについても年次計画の作成と同時に決めてください。

#### 参考ポイント

- ・ 心の健康の保持増進計画の長期目標と一致しているかどうか確認してください。
- ・ 心の健康の保持増進年次計画を具体的に、優先順位の高いものから3つまで選定してください
- ・ 心の健康の保持増進年次計画の評価手順についても計画しておきます
  - － プロセスの評価・アウトカムの評価の仕方
  - － 評価をどう改善に活かすか

### 3. 平成22年度心の健康の保持増進計画

心の健康の保持増進の長期目標
心の健康の保持増進の年次目標
1.   2.   3.
心の健康の保持増進の年次計画（具体的に、優先順位の高いものから3つ）
1.
2.
3.
心の健康の保持増進の評価計画
1.   2.   3.

回答例 3. 平成 22 年度心の健康の保持増進計画

心の健康の保持増進の長期目標
1. 従業員または管理監督者によるメンタルヘルス相談利用の定着 2. 従業員のメンタルヘルス不調による長期休業日数・件数の減少 3. 自殺率の低下
心の健康の保持増進の年次目標
1. メンタルヘルス相談体制の構築と周知 内外の相談者の確保 文書の策定（運営内規・紹介状） 2. 管理監督者研修 管理監督者の役割（とくに相談体制を機能させるための管理監督者の役割について） リスナー研修（積極的傾聴） 3. ストレス調査等による現状把握 休業日数・件数の把握方法の定義（モニタリングの指標） 抑うつ状態の有症状率の推定
心の健康の保持増進の年次計画（具体的に、優先順位の高いものから 3 つ）
1. メンタルヘルス相談体制の構築と周知 4・6 月：メンタルヘルス担当者の選任と教育 6・7 月：利用ルールと運営内規（プライバシーポリシーを含む）の策定 4・7 月：外部資源の検討（選定）
2. 管理監督者研修 7 月：研修の企画・対象者の選定 8 月：研修内容の設定と対象者への通知 9 月：第 1 回研修（管理監督者の役割）の実施 1 月：第 2 回研修（リスナー研修・積極的傾聴）の実施
3. ストレス調査等による現状把握 7～9 月：ストレス調査の企画 10 月：安全衛生委員会承認 11 月：調査の実施・集計 12 月：結果報告（従業員および部署）
心の健康の保持増進の評価計画
1. メンタルヘルス相談体制の構築と周知 利用ルール・運営規定バージョン 1 の完成 相談件数（相談体制の発足時にあたるので、その評価については留意） 健診時アンケートによる周知度の確認（目標：相談窓口の利用方法については 80%） 2. 管理監督者研修 プロセス評価：研修すること・管理監督者受講率（目標 90%） アウトカム評価：研修内容の理解度（目標：相談窓口の利用方法については 80%） アウトカム評価：傾聴態度の向上（目標：傾聴尺度得点 30%向上） 3. ストレス調査等による現状把握 プロセス評価：従業員の参加率（目標 80%） アウトカム評価：ハイリスクグループの頻度（初年度なので基準値として把握）

## 解説

年間計画に盛り込む事項としては、ルーチンで設定する事項もあります。次ページのような進捗管理表を作成し進捗を管理することも勧められます。

### 定期的実施する活動

例) 衛生委員会での審議, 長時間労働者への対応, 復職への対応-----

### 年間計画の中で実施すべき活動

例) 職場のストレス状態の把握, 管理監督者教育・セルフケア教育-----

### 仕組みの維持管理するための活動

例) 目標・計画の策定, 評価, 文書類の改訂等, 個別の改善事項

図 4 : 年間計画の例

## 解説 年間計画と進捗確認(例)

項 目	スケジュール（月）													内 容
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
衛生委員会の開催	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○		
目標の策定	●													
計画の策定	●													
職場復帰手順の徹底 リハビリ出勤制度の制定		●												
管理監督者教育				△		○							1 回目外部講師、2 回目内部	
セルフケア教育							○						全国労働衛生週間のイベント	
EAP機関との契約			◎											
EAP機関の利用状況の確認				○		○		○		○		○		
EAP機関の見直し											○			
職場のストレス評価			×	○				○	○					
職場復帰支援	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
長時間労働者に対する面接	○	□	○	□	○	○	○	○	○	○	○	○		
目標の達成状況の確認						○						○		
仕組みの見直し												○		
改善事項 1		→		→○										
改善事項 2					→		→○							

○: 予定、●実施済、△変更、□非該当、×未実施、◎終了

## まとめ

こころの健康づくり計画をはじめ、産業保健活動の計画は、事業場の事業活動と整合性が取れていることが大切で、関係の部署と了解（コンセンサス）を取りながら作成していくものです。実行可能性も考慮に入れて、有意義な計画とするようにしましょう。できるところからはじめて、評価と計画の改善を行いながら、継続的によりよい対策を目指すようにします。

## 参考図書・資料

### メンタルヘルス対策支援事業

#### メンタルヘルス対策支援センター

- 都道府県産業保健推進センター内
- 国が定める「相談機関の登録基準」（平成 20 年 6 月）に適合  
([http://www.ropfuku.go.jp/sanpo/eap/list\\_2.html](http://www.ropfuku.go.jp/sanpo/eap/list_2.html))
- 監督官による指導と連携，相談員による相談（訪問，電話）

#### 事業場の心の健康づくりアドバイス

- 中央労働災害防止協会による事業場への支援専門家の派遣  
([http://www.jisha.or.jp/mental\\_health/advice/index.html](http://www.jisha.or.jp/mental_health/advice/index.html))

### 実習教材

- 川上他監修:職場におけるメンタルヘルスのスペシャリスト BOOK. 培風館，2007





# コミュニケーション

## ワークブック

### 産業医研修編



人に言いたかったことがうまく伝わらなくて、ストレスに感じたり、言い争いになったり、または怒らせてしまったりしたことも多いのではないのでしょうか？最初うまく自分が感じていること、思っていることを相手に伝えられていたら、ストレスにはならなかったかもしれません。



アサーション（自己主張）は、不快感や当惑を感じる状況下で、自分の気持ちを素直に伝えることをいいます。

例えば・・・

職場の同僚の医師Aさんは要領のいいタイプです。Aさんは金曜日の夜に飲み会があるらしく、早々と仕事を切り上げようとしているところに上司が来て、「君たちのどちらかに、この患者さんの症例をまとめて、今日中に提出して欲しい」と資料を置いて行ってしまいました。Aさんは「ごめん、今日は飲み会があるから、やっといいてくれないか？」と押し付けてきました。しかし、あなたには他にも今日中にやってしまわなければならない仕事があり、余裕がありません。

あなたは、Aさんに対してどのように言いますか？次のうちから最も近い言い方を選んでください。

- A 「いつも無理ばかり言うな！これ以上仕事する余裕なんてある訳無い！！」
- B 「え、ああ、仕方ないなあ・・・」としぶしぶ引き受ける。
- C 「飲み会、何時から？今日は自分もやる事が多くて、大変なんだけど、君も飲み会には行きたいだろうしなあ・・・。ちょっと遅れていくことはできないかな？その間に症例報告書を途中まで作成してよ。そしたら、後はなんとか仕上げるから。頼むよ」

あなたのタイプは？ （ A ・ B ・ C ）

- A のタイプは「非難・攻撃する」アグレッシブなタイプです。この場合、自分も怒りを感じますし、相手を怒らせてしまいます。容易に問題は解決できません。
- B のタイプは、「無理をして我慢する」ノンアサーティブなタイプです。この場合、受身で自分が思っていることを表現できず、我慢してばかりいるので、自分自身を追い込みがちになってしまいます。
- C のタイプは、「自分自身を上手に表現する」アサーティブなタイプです。自分の考えを表すのと同時に、自分の要求を満足させることが最もできる方法です。アサーションというのは、決して自分の言いたいことだけを言うのではなく、相手のことも考えて歩み寄ろうとするコミュニケーション方法なのです。

### ☆アサーションの方法

アサーションは次の順序で行うといいでしょう。

- (1) 事実を述べる：自分が対応する状況や行動を具体的に述べる。
- (2) 共感し説明する：相手の行動に対する自分の気持ちを表現・説明する。
- (3) 提案する：解決策を提案する。
- (4) 選択する：賛成・反対の両方について準備し、それぞれ対応できるようにしておく。

**ケース問題** <32 歳 男性 A さん 現在休職 6 カ月目 両親・妻と同居>

A さんは勤続 12 年目ですが、3 年前にうつ病を発症して以来、欠勤や長期間の休職を繰り返しています。会社の規則としては、6 カ月休職しても復職できなかった場合、原則として退職させることができます。そこで主治医に意見を求めたところ、「復職可」との診断書が出てきました。

これまで、何度も休職を繰り返しており、本当に勤務できるのかどうか不安があります。また、職場に復帰するといっても、A さんを受け入れてくれそうな部署もなく、困った人事労務の B さんは、何度か A さんと面談をしている産業医の C 先生に、A さんの今後の対応について相談にきました。

B さん：A さんはうつ病になってから、すでに何度も休職を繰り返していて、実質労働できていないので、会社のお荷物状態なんです。できれば A さんにはこれを機会に辞めてもらいたと思っています。ところが、主治医の先生から「復職可」の診断書が出てきてしまい、困っています。ただ・・・A さんを辞めさせたとなると、地域での会社の評判も悪くなりますし、A さんが失業した後、彼の家族がどうになってしまうのか、心配ですが・・・。

C 先生、どうしたら良いでしょうか？

**① あなたが人事労務の B さんなら、こんなとき、どのような気持ちでいると思いますか？**

**② 今度は、あなたが産業医の C 先生として考えてみてください。人事労務の B さんの相談を受けて、どのような気持ちでいると思いますか？**

③ また、あなたが産業医の C 先生なら、人事労務の B さんから受けた相談に対して、どのように答えますか？

④ この後の二人の気持ちはどうなったと思いますか？

人事労務の B さん

産業医の C 先生

③のあなたの考えた産業医の C 先生の言い方は、

- A アグレッシブ
- B ノンアサーティブ
- C アサーティブ



### ケース問題（つづき1）

実際の産業医のC先生は、Aさんへの対応について次のように考えていました。

C先生の考え：確かに、Aさんは何度も休職を繰り返しているし、会社にとってはお荷物になっているなあ……。このまま休職が続けば、Aさんはきっと退職になるだろう。

Aさんにはこれまで何度か面談をしてきたけど、働きたいという意思もあったし、どうもズルをしてサボっているような感じはしなかった。けれど、私は専門医ではないから分からないなあ……。主治医の先生は、復職についてどう考えているのかなあ？

Aさんには妻と両親が同居していて、この人たちは彼の状態についてどう思っているんだろう？ 家族のサポートがあれば、Aさんは何とかなるような気もするしなあ……。

復職させるか、退職させるか、判断する材料が欲しいなあ……。

### ⑤ 産業医のC先生として、Bさんにどのように考えを伝えますか？（アサーションを心がけてみましょう）

(1) 「事実を述べる」：Bさんに上手に「事実」を伝えてみましょう。

(2) 「共感し説明する」：Bさんの気持ちや状況を推測して、説明してみましょう。

(3) 「提案する」：Bさんに今後の対策を「提案」してみましょう。

⑥ 産業医のC先生として、さらに考えてみてください。

(4) 「選択する」：賛成・反対の意見に準備しておく。

Bさんの賛成意見に対して、どのように対応しますか？

Bさんの反対意見に対して、どのように対応しますか？


⑦ ⑤での提案を聞いた人事労務のBさんの気持ちはどうなったと思いますか？

また、産業医のC先生にどのように答えますか？



## 相談しやすいコミュニケーション

職場のメンタルヘルスでは、「日常的に労働者からの自主的な相談対応に努めること」という厚生労働省からの指針が出ています。相談対応の正しい知識とスキルを習得する必要があります。

例えば、部下や同僚の「ちょっとしたサイン」に気づいた場合、

遅刻・早退・病欠・無断欠勤が多くなる  
 仕事にソワソワして落ち着きがない  
 理由もなく異動や退職を願い出る  
 仕事の効率が際立って悪い  
 月曜日に休む  
 服装が乱れる

### Aのタイプ（アグレッシブ）＝攻撃的な上司ならば

「まったくたるんでいる！何をやっているんだ！気合が足りん！！」（と怒り出す）

すると、部下はますます落ち込んだり、ミスをしたり、もしかしたらうつになっちゃうかも！？

### Bのタイプ（ノンアサーティブ）＝おっとり屋の上司ならば

「まあ、いつか元に戻るだろう・・・。」もしくは、「どうしよう、なんて声をかけたらいいんだろう??」（と放っておく）

すると、部下の欠勤が続くことになり、もしかしたら消息不明になっちゃうかも！？手遅れになったらどうしましょう??

### Cのタイプ＝アサーティブな上司ならば

声をかけてみよう！事実を述べる「元気がないみたいだね」→共感し説明する「君のことが心配なんだけど」→提案する「よかったらいつでも相談にのるよ」→選択する（自発的相談があれば、それに対応できるようにしておく）

自発的相談につながるのではないでしょう。

注：もし、相談に来ない場合は、出社・退社時の様子を気にしておくといいでしょう。

## ☆もし相談を受けて、話を聴くためには・・・

相談場所を選ぶ

- ① 安心して話せる、聴ける場所を選ぶ（小会議室など）
- ② あまり正面から見据えない（斜めに座るなど）



相談できる雰囲気をつくる（お互い無理のない場をつくる）

- ① まずは、自分が割ける時間を告げておく

例：「今日は20分くらいしか時間が作れないんだけど、いいかな？」

- ② 秘密は守ることを約束する
- ③ メモをとる場合は了承を得る
- ④ 本当に話を聞くという態度（誠意）を示す

3つの原則：腕組みしない、貧乏ゆすりしない、時計を見ない

- ⑤ 本当に話を聴く

例：うなづく、話をさえぎらない、相手の言い分を受け止める、不明確な点を確認する

そして、自分も無理をしない（必要なら産業保健スタッフや健康管理部門、専門家に紹介する）

## アサーションを職場で応用する

職場においてアサーションを活用できるような場面を考えてみてください。

### アサーションが活用できる場面

(1)

(2)

(3)

考えられる場面では、誰を対象にどのような方法で教育研修をすれば良いと思いますか？具体的に考えてみましょう。また、その教育研修をした場合に、予測される効果はあるでしょうか？教育研修を行った場合に、予測できる効果があればそれも考えてみてください。

### アサーションが活用できる場面

(1)

**対象者：**

**方法：**

**予測される効果：**



**アサーションが活用できる場面****(2)****対象者：****方法：****予測される効果：****アサーションが活用できる場面****(3)****対象者：****方法：****予測される効果：**

あなたの普段のコミュニケーションを振り返って、どの反応をより多くしていると思いますか？

- A アグレッシブ
- B ノンアサーティブ
- C アサーティブ



職場におけるコミュニケーションとして、どの反応が最も良いとおもいますか？

- A アグレッシブ
- B ノンアサーティブ
- C アサーティブ

あなたは、その言い方、対処方法がどの程度できる自信がありますか？

1. かなりできる    2. できる    3. あまりできない    4. 全くできない
- ☐                      ☐                      ☐                      ☐

あなたは、その言い方、対処方法をしてみたいと思いますか？

1. ぜひしたい    2. したい    3. あまりしたくない    4. 全くしたくない
- ☐                      ☐                      ☐                      ☐

このワークブックは、役に立つと思いますか？

1. 役立つ    2. まあ役立つ    3. あまり役立たない    4. 全く役立たない
- ☐                      ☐                      ☐                      ☐

このワークブックについて、何でも結構ですので、感想を書いてください。



# コミュニケーション

## ワークブック

### 管理監督者研修編



### 【参考資料：産業医研修】

人に言いたかったことがうまく伝わらなくて、ストレスに感じたり、言い争いになったり、または怒らせてしまったりしたことも多いのではないのでしょうか？最初にうまく自分が感じていること、思っていることを相手に伝えられていたら、ストレッサーにはならなかったかもしれません。

アサーション（自己主張）は、不快感や当惑を感じる状況下で、自分の気持ちを素直に伝えることをいいます。

例えば・・・

職場の同僚のAさんは要領のいいタイプです。Aさんは金曜日の夜に飲み会があるらしく、早々と仕事を切り上げようとしているところに上司が来て、「君たちのどちらかに、この企画の予算見積書を作成して、今日中に提出して欲しい」と資料を置いて行ってしまいました。Aさんは「ごめん、今日は飲み会があるから、やっといってくれないか？」と押し付けてきました。しかし、あなたには他にも今日中にやってしまわなければならない仕事があり、余裕がありません。

あなたは、Aさんに対してどのように言いますか？次のうちから最も近い言い方を選んでください。

A 「いつも無理ばかり言うな！これ以上仕事する余裕なんてある訳無い！！」

B 「え、ああ、仕方ないなあ・・・」としどろしどろ引き受ける。

C 「飲み会、何時から？今日は自分もやる事が多くて、大変なんだけど、君も飲み会には行きたいだろうしなあ・・・。ちょっと遅れていくことはできないかな？その間に予算見積書を途中まで作成してよ。そしたら、後はなんとか仕上げるから。頼むよ」

あなたのタイプは？ （ A ・ B ・ C ）

A のタイプは「非難・攻撃する」アグレッシブなタイプです。この場合、自分も怒りを感じますし、相手を怒らせてしまいます。容易に問題は解決できません。

B のタイプは、「無理をして我慢する」ノンアサーティブなタイプです。この場合、受身で自分が思っていることを表現できず、我慢してばかりいるので、自分自身を追い込みがちになってしまいます。

C のタイプは、「自分自身を上手に表現する」アサーティブなタイプです。自分の考えを表すのと同時に、自分の要求を満足させることが最もできる方法です。アサーションというのは、決して自分の言いたいことだけを言うのではなく、相手のことも考えて歩み寄ろうとするコミュニケーション方法なのです。

### ☆アサーションの方法

アサーションは次の順序で行うといいでしょう。

- (1) 事実を述べる：自分が対応する状況や行動を具体的に述べる。
- (2) 共感し説明する：相手の行動に対する自分の気持ちを表現・説明する。
- (3) 提案する：解決策を提案する。
- (4) 選択する：賛成・反対の両方について準備し、それぞれ対応できるようにしておく。

## 【参考資料：産業医研修】

### 相談しやすいコミュニケーション

職場のメンタルヘルスでは、「日常的に労働者からの自主的な相談対応に努めること」という厚生労働省からの指針が出ています。相談対応の正しい知識とスキルを習得する必要があります。

例えば、部下や同僚の「ちょっとしたサイン」  
に気づいた場合、



遅刻・早退・病欠・無断欠勤が多くなる  
仕事中にソワソワして落ち着きがない  
理由もなく異動や退職を願い出る  
仕事の効率が際立って悪い  
月曜日に休む  
服装が乱れる

#### Aのタイプ（アグレッシブ）＝攻撃的な上司ならば

「まったくたるんでいる！何をやっているんだ！気が足りん！！」（と怒り出す）

すると、部下はますます落ち込んだり、ミスをしたり、もしかしたらうつになっちゃうかも！？

#### Bのタイプ（ノンアサーティブ）＝おっとり屋の上司ならば

「まあ、いつか元に戻るだろう・・・。」もしくは、「どうしよう、なんて声をかけたらいいんだろう???」（と放っておく）

すると、部下の欠勤が続くことになり、もしかしたら消息不明になっちゃうかも！？手遅れになったらどうしましょう???

#### Cのタイプ＝アサーティブな上司ならば

声をかけてみよう！事実を述べる「元気がないみたいだね」→共感し説明する「君のことが心配なんだけど」→提案する「よかったらいつでも相談にのるよ」→選択する（自発的相談があれば、それに対応できるようにしておく）

自発的相談につながるのではないのでしょうか。

注：もし、相談に来ない場合は、出勤・退社時の様子を気にしておくといいでしょう。

### ☆もし相談を受けて、話を聴くためには・・・

#### 相談場所を選ぶ

- ① 安心して話せる、聴ける場所を選ぶ（小会議室など）
- ② あまり正面から見据えない（斜めに座るなど）



#### 相談できる雰囲気をつくる（お互い無理のない場をつくる）

- ① まずは、自分が割ける時間を告げておく

例：「今日は20分くらいしか時間が作れないんだけど、いいかな？」

- ② 秘密は守ることを約束する
- ③ メモをとる場合は了承を得る
- ④ 本当に話しを聞くという態度（誠意）を示す

3つの原則：腕組みしない、貧乏ゆすりしない、時計を見ない

- ⑤ 本当に話を聴く

例：うなづく、話をさえぎらない、相手の言い分を受け止める、不明確な点を確認する

そして、自分も無理をしない（必要なら産業保健スタッフや健康管理部門、専門家に紹介する）

### ケース問題

営業部の課長 A さんは、毎日、4 人の部下から業務報告を受けることになっています。ところが、部下の一人の B さん（入社 2 年目）が最近報告を怠るようになりました。

以前も一度、業務報告がなかったことがあり、「毎日報告をするように言っていたらう！きちんと報告しなさい！」と叱りました。すると、B さんは無言で帰って行き、その後数日間は出社しても暗い表情だったことから、今回はどのように対応していいか困っています。

昨日も B さんは報告をせずに帰ってしまい、A さんは対応しなければなりません。

① あなたが課長の A さんなら、こんなとき、どのような気持ちでいると思いますか？

B さんにどうして欲しいと思っていると思いますか？

あなたが A さんなら、B さんにどのように対応したいと思いますか？

② アサーションの練習（1）：「事実を述べる」

あなたが課長の A さんとして、B さんに、上手に「事実」を伝えてみましょう。

③ 今度は、Bさんとして考えてみてください。②で上司のAさんに言われた「事実」を聞いて、どのような気持ちになりますか？

あなたがBさんならどうしたいと思いますか？

また、Aさんにどうして欲しいと思っていると思いますか？

④ アサーションの練習（2）：「事実を述べる」

あなたはBさんとして、上司のAさんに、上手に「事実」を伝えてみましょう。

③ のあなたの考えた課長のAさんの言い方は、

- A アグレッシブ
- B ノンアサーティブ
- C アサーティブ

④のあなたの考えたBさんの反応、言い方は、

- A アグレッシブ
- B ノンアサーティブ
- C アサーティブ



- ⑤ もう一度課長の A さんの立場で考えてみてください。④で考えた B さんの反応に対して、あなたが A さんなら、どのような気持ちになると思いますか？

B さんについてどのようなことが分かりましたか？

- ⑥ アサーションの練習（3）：「共感し説明する」

あなたが課長の A さんとして、B さんに、「分かったこと」を説明してみましょう。

- ⑦ アサーションの練習（4）：「提案する」

さらに、あなたが課長の A さんとして、B さんに、今後の対策を「提案」をしてみましょう。



### ケース問題（つづき）

A さんからの今後の対策を聞いたBさんの実際の反応は、次のようなものでした。

B さん：はい、よく分かりました。今後は、営業先から帰社したらすぐに報告するようにします。

と、素直に返事をして帰りました。

その後、数日報告する日が続きましたが、また報告をせずに帰ることもありました。しかし、2日以上報告を怠るということは、最近1カ月の間、見られなくなりました。

### ⑧ アサーションの練習（5）：「選択する」

あなたは課長のAさんとして、Bさんの反応についてどのような気持ちになると思いますか？

また、Bさんについてどのような対応をしたら良いと思いますか？

あなたがAさんとして、今後の対策をBさんに「提案」した時に、伝えておけばもっと良かったかもしれないと思うことはないでしょうか？

### ⑨ アサーションの練習（6）：もっと上手に「提案する」

Bさんに「提案」しておけばもっと良かったと思うこと



このワークブックについて、何でも結構ですので、感想を書いてください。

グループで話し合い、最も良いと思った課長のAさんの言い方を、アサーションを用いて考えてみましょう。

**(1) 事実を述べる**

**(2) 共感し説明する**

**(3) 提案する**

Bさんへの今後の対応について・・・

「提案」したことについて、今後Bさんができなかった場合、どのような対応を準備しておいたら良いと思いますか？グループで話し合って、最も良いと思った対応策を考えてみましょう。



# 企業内でのメンタルヘルス調査の企画・実施

本教材はスライドとスライド下部の記述を読み進めながら、自習や産業医向け実習ができるように作成しています。

メンタルヘルスワークブック  
メンタルヘルス調査

## メンタルヘルス調査

ストレス反応が進み健康影響が出てきていると考えられる人を早期発見・早期対応を行うためのスクリーニング調査や、各職場のストレス状況を把握し、職場環境改善を行うためのストレス要因や職場環境の調査など、質問票によるメンタルヘルス調査は多くの企業で実施されています。調査を行うからには、調査の目的や調査結果の活用方法を明確にする必要がありますが、多くの企業で目的が曖昧なまま調査が行われ、データが有効活用されていないという状況もあるようです。

＊ストレス調査という呼ばれ方をするものも多いかもかもしれませんが、ここでは幅広い意味で「メンタルヘルス調査」と表現します。

### 研修の目標

- メンタルヘルス調査の基礎を理解する。
- 企業における調査の企画・実施手順を理解する。
- 事後措置のポイントを理解する。

このワークの目標は、①調査表によるメンタルヘルス調査の基礎を理解する。②企業内で調査を行う場合の企画実施手順を理解する。③調査を行った後の結果の分析やハイリスク者への対応などの事後措置のポイントを理解する。ということです。ここでは、それぞれのポイントについてワークを通して学んでいきたいと思います。

## 内容

- **メンタルヘルス調査の基礎**
  - 調査の基礎知識→調査票の体験【ワーク①】
- **企業内でのメンタルヘルス調査の企画**
  - ケーススタディ【ワーク②】
  - 課題【ワーク③】
- **調査の事後措置**
  - 課題【ワーク④】
  - 面接ロールプレイ【ワーク⑤】

ワークは大きく5つに分かれています。最初のワークでは、基本的な調査表の知識を整理した上で、実際に調査表に回答し体験をします。2つ目のワークでは企業内で調査を行う場合の様々な留意点や手順を考えます。3つめのワークでは実施した調査表の評価方法を学びます。4つ目のワークでは、調査結果を個人にフィードバックする際のポイントを学びます。最後のワークでは、調査表でハイリスク者として抽出された労働者に対し産業医が面談を行う場面をロールプレイで経験します。

## メンタルヘルス調査の基礎知識

調査の基礎知識  
【ワーク①】調査票の体験

メンタルヘルス調査の基本的事項を3つの軸を中心に確認していきましょう。

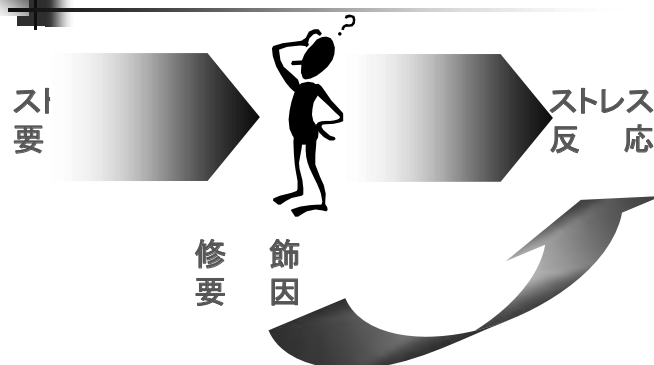


## メンタルヘルス調査：考え方の軸Ⅰ 目的の明確化

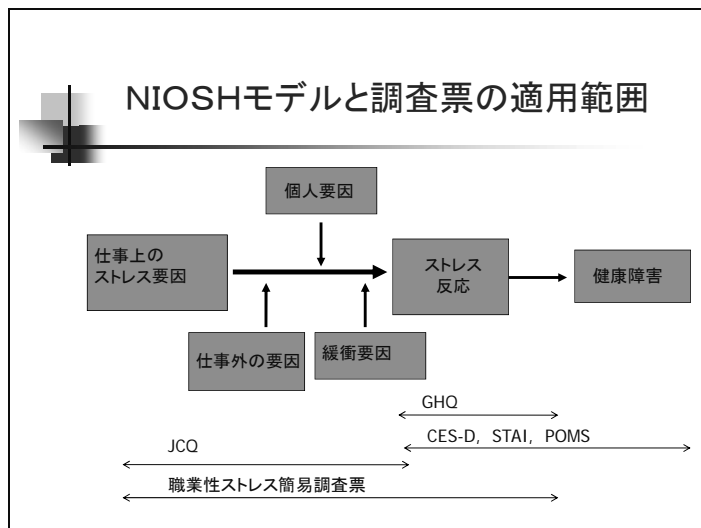
- まずはじめに、調査の目的を明確にすること!
- 調査を行う主体、利用者、被調査者が、調査目的を十分理解しておくことが必要
- 目的が明確でないままに調査されることが多い

まず、メンタルヘルス調査において大切な考え方の軸は「調査の目的を明確にする」ということです。しばしば、目的が不明確なまま、とりあえず実態調査を試みようとといった考えで調査が行われることもあります。目的が明確でないまま実施された場合、調査結果を有効に活用できないまでか、被調査者に変な疑念を持たれ正確な調査が出来なくなることもあります。・メンタル不調者の早期発見・職場環境改善・メンタルヘルス活動の評価・・・等々さまざまな目的がありますが、目的を絞り、明確にしたうえで関係者の理解を得ることが大切です。

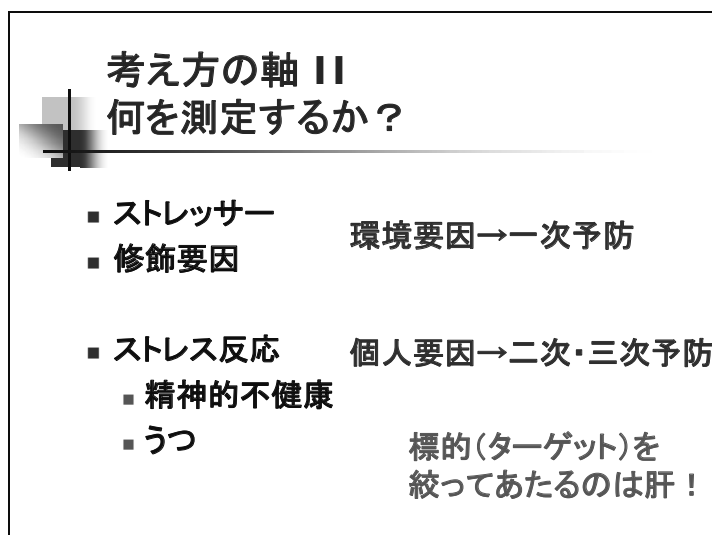
## 考え方の軸Ⅱ 何を測定するか？



これは、ストレス反応の概念図です。仕事量や仕事の質の問題、人間関係など多くのストレス要因（ストレッサー）がありますが、これらのストレス要因が個人に作用し、ストレス反応が進んでいきます。最初は様々な防御反応が働きますが、徐々に健康を及ぼし、身体症状や行動面での問題が出現し、うつ病などの疾病の発症に至ります。この、ストレス反応の進行に影響を及ぼすのが、周囲の支援などの修飾要因です。



例えば、GHQやCES-Dといった調査表はストレス反応を測定する調査票ですので、主にスクリーニングとして使用されます。一方、職業性ストレス簡易調査表はストレス反応に加え、ストレス要因や緩衝要因（周囲のサポート）なども測定できます。



ストレス要因や修飾要因などの環境要因を調査するのであれば、結果を職場環境改善に活かすための一次予防対策としての調査になります。ストレス反応を測定するのであれば、メンタル不調者を早期発見・早期対応するための2次予防や再発防止のための3次予防対策という利用法となります。

## 考え方の軸 III 活用方法

- スクリーニング vs. 診断
- 個人 vs. 集団
- 実践 vs. 研究

調査結果を基にして、何をするのか！

考え方の3つめは、スクリーニングのために実施するのか診断のために実施するのか。個人の評価に使用するのか、集団の評価のために実施するのか。実践のためにするのか、研究のために実施するのかを明確にしておく必要があります。これらを明確に決めておくことが、調査手順や結果活用において重要になります。

## 質問票の特性

		確定診断	
		+	-
検査の判定	+	A 20	C 100
	-	B 5	D 500

$$\text{感度(鋭敏度)} = A/A+B$$

$$\text{特異度} = D/C+D$$

$$\text{陽性的中度} = A/A+C$$

$$\text{陰性的中度} = D/B+D$$

\* 感度:有病者が検査陽性となる割合。

\* 特異度:病気でない者が検査陰性となる割合。

職域で使用する調査表の一覧を【資料①】に示します。

それぞれの調査表によって測定できる要因が異なりますので、目的に応じた調査表を使用するようにして下さい。

また、各調査票によって感度、特異度が異なります。感度が高ければ漏れが少なくなります。特異度が高ければ、健常者が検査で陰性と判定される割合が高くなりますので、無用な心配が減ることになります。感度、特異度共に高い調査表を用いることが推奨されます。

## 【資料①】職場で活用されるストレス調査票

ストレス要素	尺度名	開発時の目的 測定・評価の目的となる構成概念	測定期	項目数 (回答段階)	カットオフ ポイント, 基準値	信頼性	妥当性	備考 入手先・コストなど
包括*	職業性ストレス簡易調査票	ストレス要因: 身体的仕事要求度・仕事自由度 修飾要因:同僚, 上司, 配偶者・家族からの支援 ストレス反応: 活気の低下・イライラ感・疲労感・不安感・抑うつ感・身体愁訴	最近1ヶ月間	11 (4) 9 (4) 29 (4)		$\alpha : 0.74$ $\alpha : 0.83$ 心理的ストレス反応 $\alpha : 0.84$ 身体愁訴 $\alpha : 0.81$	JCQ, NIOSHなどを基準に検証  精神・神経科外来患者と健康者との比較における顕著な得点分布の差 CES-Dなどを基準に検証	仕事のストレス判定図に反映可能 簡易判定法あり ストレス反応のプロフィール作図可能  東京医科大学公衆衛生学講座 <a href="mailto:prev-med@tokyo-med.ac.jp">prev-med@tokyo-med.ac.jp</a> <a href="http://www.tokyo-med.ac.jp/ph/ts/sutoresutyousahyou.htm">http://www.tokyo-med.ac.jp/ph/ts/sutoresutyousahyou.htm</a> <a href="http://www.jstress.net">http://www.jstress.net</a>
	NIOSH 職業性ストレス調査票	想定されるストレスの要素を包括的に盛り込んだ調査票		225 (4)		信頼性高い	多くの研究で検証済み	必要に応じて調査対象のストレス要素を含む尺度を選択して使用可能
	Job Stress Scale Revised version (JSSR)	ストレス要因: 質的・量的負荷, 部下への責任 ストレス反応: 憂うつ感・イライラ感・身体不調感・緊張感・疲労感 コーピング方略(修飾要因):問題解決・問題放置・相談	ここ2, 3ヶ月	23 (5) 28 (5) 22 (4)	素点から偏差値への換算 40点未満:低得点 40-59点:中得点 60点以上:高得点	$\alpha : 0.82-0.9$ $\alpha : 0.79-0.8$ $\alpha : 0.71-0.8$	因子妥当性・因子構造の安定性(交差妥当性) ・確認的因子分析にて検討	心理学的ストレスモデルに基づき, コーピング尺度結果を用いた個人向けストレス対策に応用が可能
ストレス要因	Job Content Questionnaire (JCQ)	仕事要求度・仕事自由度・仕事上の支援		22(最小構成) (4)		信頼性高い	多くの研究で検証済み	仕事のストレス判定図に反映可能
	努力-報酬不均衡モデル調査票	仕事要求度・仕事から得られるべき報酬		17 (5)	努力/報酬得点比 $\geq 1$	努力 $\alpha : 0.81-0.87$ 報酬 $\alpha : 0.81-0.94$	多くの研究で検証済み	職場リスク判定モノグラム利用可能 <a href="http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/ERI/index.htm">http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/ERI/index.htm</a>
ストレス反応	蓄積的疲労徴候インデックス (CFSI)	不安徴候・抑うつ状態・イライラの状態・一般的疲労感・慢性疲労・身体不調・労働意欲低下	～現在	81 (1:該当のみ回答)		再テスト法: 0.43-0.88 (尺度毎:4-11日)	看護師の職場別・勤務形態別・直前勤務状況別比較での応答パタンの相違	各兆候の症状プロフィールを作成
	働く人の疲労蓄積度チェックリスト (Ver. 2-10)	時間外労働, 仕事上の負担, 睡眠・休養, 自覚症状	最近1ヶ月間	21 項目		検討中	検討中	労働者自身に蓄積疲労度を算出させ, 疲労蓄積について気づきを促す 独立行政法人日本労働安全衛生総合研究所, 岩崎健二

							<a href="mailto:iwasakik@nih.go.jp">iwasakik@nih.go.jp</a>
改訂版「自覚症しらべ」	疲労に関する5因子(ねむけ感, 不安定感, 不快感, だるさ感, ぼやけ感)	測定時	5群25項目(5)		報告なし	因子妥当性(現場調査出の勤務前後の応答の変化)・試験前後や手術前後での得点変化(旧版による)	身体疲労部位調査票(修正版疲労部位しらべ), 作業条件チェックリスト等と併用し作業改善に役立てる 時間を追っての自覚症状プロフィールの把握が可能 日本産業衛生学会産業疲労研究会 <a href="http://square.umin.ac.jp/of/">http://square.umin.ac.jp/of/</a>
Brief Structured Interview for Depression (BSID)	大うつ病エピソード	最近の2週間以上	必須2項目; どちらかの回答が陽性であれば追加3項目	必須項目のうちどちらか1つを含んで3つ以上の陽性回答を大うつ病エピソード疑い		BSIDとM.I.N.I.大うつ病エピソードモジュール9項目版との一致度は, kappa係数で0.60 産業医・保健師によるBSIDの実施では, MINIを基準としたBSIDの陽性的中率は81%(25/31)	M.I.N.I.の大うつ病エピソードモジュールを短縮して作成した簡便な構造化面接法 5問とも行った場合の平均所要時間(標準偏差):98(55)秒
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	抑うつ症状(身体症状・うつ感情・対人関係・ポジティブ感情)のスクリーニング	一週間	20(4)	15/16	折半法: 0.79. 再テスト法: 0.84(5日)	患者-健康者比較 感度: 88.2, 特異度: 84.8; HRSDとの依存的妥当性: $r=0.85$	世界的に最も汎用されている抑うつ評価尺度 千葉テストセンター 所要時間: 3~20分
自己評価抑うつ尺度 Self-rating Depression Scale (SDS)	抑うつ症状の重症度評価	一週間前~	20(4)	40点未満: 抑うつ性は乏しい 40点台: 軽度抑うつ性あり 50点以上: 中等度以上抑うつ性あり	折半法: 0.73. 再テスト法: 0.85(7日)	患者-健康者比較における有意な得点差	三京房 所要時間: 10~20分
General Health Questionnaire GHQ-28	精神的不健康状態(身体症状・不安と不眠・社会的機能不全・重いうつ症状)のスクリーニング	ここ数週間	28(4)	6/7	$\alpha: 0.86$	患者-健康者比較 感度: 85.1~90.0, 特異度: 85.8~86.0	世界中で汎用; 4つの下位尺度で評価することも可能 日本文化科学社
GHQ-12	神経症症状のスクリーニング	ここ数週間	12(4)	2/3	$\alpha: 0.76$	患者-健康者比較 感度: 80.2, 特異度: 82.4	項目数が少ないため汎用
久里浜式アルコール症スクリーニング尺度 KAST	アルコール依存症または問題飲酒行動	調査時点までの期間	13(2-3)	2点以上を「問題飲酒者」と判定			
CAGE	アルコール依存症または問題飲酒行動	同上	4(2)	2項目以上に「はい」の回答がある場合に陽性判定			

	AUDIT	アルコール依存症または問題飲酒行動	同上	10(3-5)	0～14 点以上を問題飲酒の疑い判定			WHO 共同研究によって開発された質問票
修飾要因	オーバーコミットメント	仕事への過度なめりこみやすさ		6(4)	集団全体の上位 1/3, もしくは, 16 点以上	$\alpha$ : 0.61-0.74		努力-報酬不均衡モデル調査票内 仕事にのめりこみやすい行動パタン の修正が労働者の自覚症状軽減に有効との報告あり

\*: 包括的尺度は, 複数のストレス要素を包含する尺度 (堤 明純. 職場のストレスチェック. 心療内科 2007.11 (6): 404-415. より改変)

## 【ワーク①】個人ワーク 調査票の体験

- GHQ(精神健康調査)
- CES-D
- 職業性ストレス簡易調査票

それでは、実際に3つの調査表を体験してみましょう。

## GHQ(General Health Questionnaire)

- 英国のMaudsley精神医学研究所のD. P. Goldberg博士によって開発。
- 主として神経症者の症状把握、評価および発見にきわめて有効なスクリーニング・テスト。
- 質問内容が日常的、身近なものに限られているので、人種、宗教、文化、社会が異なっても違和感をもたれず、国際比較研究も可能。
- 診療所、病院、企業等で容易に短時間で実施できる。
- 目的に合わせて60問の他に30問、28問、12問の短縮版が用意されている。

GHQは一般的な精神健康度を測定できる調査表で様々な場面で利用されています。

60問の調査表の他に、短縮版も用意されており、12問の短縮版は簡易に調査が可能のため、多くの場所で使用されています。

それでは実際に、GHQ12を体験してみましょう。【資料②】

## 【資料②】 GHQ（General Health Questionnaire） 12 項目 質問紙

この1ヶ月において、どこか調子の悪いところがありましたか。全般的な健康状態はどうでしたか。最も当てはまると思う答えを丸で囲んで全ての質問に答えて下さい。お尋ねしたいことは、最近の健康状態であり、過去のものではありません。質問にももれなくお答えください。

最近ふだんに比べて、次のようなことがありますか？

1、心配事のために睡眠時間が減ったことがありますか。	そんなことはない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い
2、いつも緊張していますか。	ない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い
3、ものごとに集中できますか。	いつもよりできる	いつもと同じ	いつもよりできない	いつもよりずっとできない
4、何か有益な役割を果たしていると思いますか。	いつもより多い	いつもと同じ	いつもより少ない	いつもよりずっと少ない
5、自分の問題に立ち向かうことができますか。	いつもよりできる	いつもと同じ	いつもよりできない	いつもよりずっとできない
6、物事について決断できると思いますか。	いつもよりできる	いつもと同じ	いつもよりできない	いつもよりずっとできない
7、いろんな問題を解決できなくて困りますか。	ない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い
8、全般的にまあ満足していますか。	いつもよりそう思う	いつもと同じ	いつもほどではない	いつもよりそう思わない
9、日常生活を楽しむことが出来ますか。	いつもよりできる	いつもと同じ	いつもより少ない	いつもよりずっと少ない
10、不幸せで憂うつと感じますか。	ない	いつもより多くはない	いつもよりかなり多い	特に多い
11、自信をなくしますか。	なくしてはいない	いつもより多くはない	いつもより自信がない	全く自信がない
12、自分は役に立たない人間だと感じるがありますか。	ない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い



【資料③】 GHQ 点数表

1、心配事のために睡眠時間が減ったことがありますか。	0	0	1	1
2、いつも緊張していますか。	0	0	1	1
3、ものごとに集中できますか。	0	0	1	1
4、何か有益な役割を果たしていると思いますか。	0	0	1	1
5、自分の問題に立ち向かうことができますか。	0	0	1	1
6、物事について決断できると思いますか。	0	0	1	1
7、いろんな問題を解決できなくて困りますか。	0	0	1	1
8、全般的にまあ満足していますか。	0	0	1	1
9、日常生活を楽しむことが出来ますか。	0	0	1	1
10、不幸せで憂うつと感じますか。	0	0	1	1
11、自信をなくしますか。	0	0	1	1
12、自分は役に立たない人間だと感じるがありますか。	0	0	1	1

合計 点

## CES-D

(center for epidemiologic studies depression scale)

### 疫学的抑うつ尺度

- NIMH 米国国立精神保健研究所
- **適用**
  - 15歳～
  - うつ病(うつ状態)のスクリーニングテスト
  - 質問数20。
  - 各質問に対して『ない』『1～2日』『3～4日』『5日以上』のいずれかで自己評価する。
  - カットオフ値 19点/60

次に、CES-Dです。これは、うつ病（うつ状態）のスクリーニングとして良く用いられます。質問への回答として、1週間にどの程度症状があったか「頻度」を自己評価する質問票となっています。それでは、実際にCES-Dに回答してみましょう。【資料④】

【資料④】 CES-D調査票

過去1週間を通じて、どの程度の頻度で以下の感覚を持ったかについて回答してください。

Aほとんど、もしくはまったく感じることはなかった(1 日未満)

Bたまには、もしくは少々は感じたことがあった(1-2 日程度)

Cしばしば、もしくは結構感じたことはあった(3-4 日程度)

Dほとんど、もしくはずっと感じていた(5-7 日程度)

		1日未満	1～2日 程度	3～4日 程度	5～7日 程度
1	普段は何でもないことが煩わしい。	A	B	C	D
2	食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3	家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D
4	他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D
5	物事に集中できない。	A	B	C	D
6	ゆううつだ	A	B	C	D
7	何をするのも面倒だ。	A	B	C	D
8	これから先のことにに対して積極的に考えることができる。	A	B	C	D
9	過去のことについてくよくよ考える。	A	B	C	D
10	なにか恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D
11	なかなか眠れない。	A	B	C	D
12	生活について不満なく過ごせる。	A	B	C	D
13	普段より口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D
14	一人ぼっちで寂しい。	A	B	C	D
15	皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16	毎日が楽しい。	A	B	C	D
17	急に泣き出すことがある。	A	B	C	D
18	悲しいと感じる。	A	B	C	D
19	皆が自分を嫌っていると感じる。	A	B	C	D
20	仕事が手につかない。	A	B	C	D

【資料⑤】 CES-D 点数表

過去 1 週間を通じて、どの程度の頻度で以下の感覚を持ったかについて回答してください。

Aほとんど、もしくはまったく感じることはなかった(1 日未満)

Bたまには、もしくは少々は感じたことがあった(1-2 日程度)

Cしばしば、もしくは結構感じたことはあった(3-4 日程度)

Dほとんど、もしくはずっと感じていた(5-7 日程度)

	1 日未満	1～2 日 程度	3～4 日 程度	5～7 日 程度
1 普段は何でもないことが煩わしい。	0	1	2	3
2 食べたくない。食欲が落ちた。	0	1	2	3
3 家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない。	0	1	2	3
4 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	3	2	1	0
5 物事に集中できない。	0	1	2	3
6 ゆううつだ	0	1	2	3
7 何をするのも面倒だ。	0	1	2	3
8 これから先のことに對して積極的に考えることが出来る。	3	2	1	0
9 過去のことについてくよくよ考える。	0	1	2	3
10 なにか恐ろしい気持ちがある。	0	1	2	3
11 なかなか眠れない。	0	1	2	3
12 生活について不満なく過ごせる。	3	2	1	0
13 普段より口数が少ない。口が重い。	0	1	2	3
14 一人ぼっちで寂しい。	0	1	2	3
15 皆がよそよそしいと思う。	0	1	2	3
16 毎日が楽しい。	3	2	1	0
17 急に泣き出すことがある。	0	1	2	3
18 悲しいと感じる。	0	1	2	3
19 皆が自分を嫌っていると感じる。	0	1	2	3
20 仕事が手につかない。	0	1	2	3

合計 \_\_\_\_\_ 点



## 職業性ストレス簡易調査票

- 平成7～11年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究班」ストレス測定研究グループ
- 計57項目
  - 量的労働負荷, 質的労働負荷, 身体的労働負荷, 仕事のコントロール, 技術の低活用, 対人問題, 職場環境, 仕事の適性, 上司, 同僚, 家族・友人の支援, 仕事に対する満足度 (心理的・身体的ストレス反応, 家族の満足度)
- 回答時間:5分程度
- 12項目を用いた仕事のストレス判定図により, 職場の「ストレス度」を健康リスクとして表現できる.

次は、職業性ストレス簡易調査表です。厚労省の研究班により作成されたもので、多くの企業で用いられています。ストレス要因や修飾要因も測定できる質問表です。  
それでは実際に回答してみましょう。

## 職業性ストレス簡易調査票

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そう だ	まあ そう だ	やや う	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事の事を考えていなければならない	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまく合わない	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

B 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	なほ とんど なかつた	あ とんど あつた	し ほ あつた	ほ とんど いつも あつた
1. 気がわいてくる	1	2	3	4
2. 元気がいっぱいだ	1	2	3	4
3. 生き生きする	1	2	3	4
4. 怒りを感じる	1	2	3	4
5. 内心腹立たしい	1	2	3	4
6. イライラしている	1	2	3	4
7. ひどく疲れた	1	2	3	4
8. へとへとだ	1	2	3	4
9. だるい	1	2	3	4
10. 気がはりつめている	1	2	3	4
11. 不安だ	1	2	3	4
12. 落着かない	1	2	3	4
13. ゆううつだ	1	2	3	4
14. 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
15. 物事に集中できない	1	2	3	4
16. 気分が晴れない	1	2	3	4
17. 仕事が手につかない	1	2	3	4
18. 悲しいと感じる	1	2	3	4

	ほとんど なかった	ときどき あった	しばしば あった	ほとんど いつもあった
19. めまいがする	1	2	3	4
20. 体のふしぶしが痛む	1	2	3	4
21. 頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4
22. 首筋や肩がこる	1	2	3	4
23. 腰が痛い	1	2	3	4
24. 目が疲れる	1	2	3	4
25. 動悸や息切れがする	1	2	3	4
26. 胃腸の具合が悪い	1	2	3	4
27. 食欲がない	1	2	3	4
28. 便秘や下痢をする	1	2	3	4
29. よく眠れない	1	2	3	4

**C あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。**

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司	1	2	3	4
2. 職場の同僚	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司	1	2	3	4
5. 職場の同僚	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

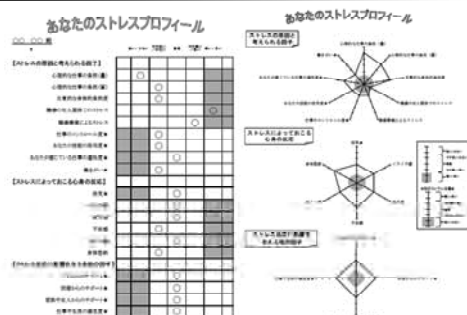
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司	1	2	3	4
8. 職場の同僚	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

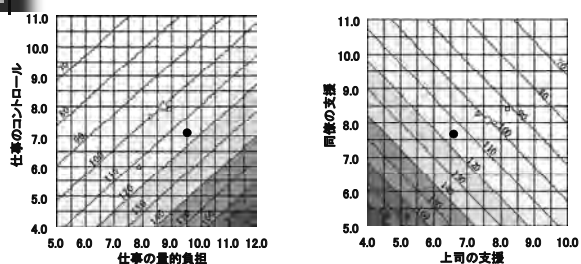
**D 満足度について**

	満足	まあ満足	やや不満	不満
1. 仕事に満足だ	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ	1	2	3	4

## ストレスプロフィール



## 仕事ストレス判定図



目に見えない仕事の特徴  
を数値化

注意！測定しているのは職場で  
す。

職業性ストレス簡易調査表の活用方法としては、個人へのフィードバックとしてストレスプロフィールが作成されます。ストレス反応の状況がレーダーチャートで示されますので、個人への結果通知を行い、今後のセルフケアに役立ててもらえることが出来ます。

また、組織分析も可能です。仕事のストレス判定図を作成して健康リスクを視覚的に表現することが出来ます。

職場環境改善への利用事例などは、マニュアルに掲載されていますので参照して下さい。

【添付資料】



## (ケーススタディ) 企業内でのメンタルヘルス調査 の進め方

【ワーク②】 調査の企画・実施

【ワーク③】 調査結果の評価

実際の企業内で調査を進めていく場合には、様々な留意点が発生してきます。

ある事業所の産業医として、実際にメンタルヘルス調査に関わる事例を元にケーススタディを行っていきましょう。

## IDAI電気(株)大阪工場 事業場の概要

- 事業内容: 電子機器製造業 (ICチップの製造)
- 従業員数 (正社員): 700人  
(製造550人、検査50人、研究開発30人、事務70人)
- ・ 製造はクリーンルーム作業
- ・ 製造の多くは4組三交代勤務
- ・ 平均年齢35歳、女性150名
- ・ 製造・検査部門の50人は派遣



あなたは、ある電子機器製造業の事業所に嘱託産業医として関わっています。

## 職場の関係者

事業所長  
(工場長)



人事総務部長

嘱託産業医

毎週木曜日  
午後出務



衛生管理者

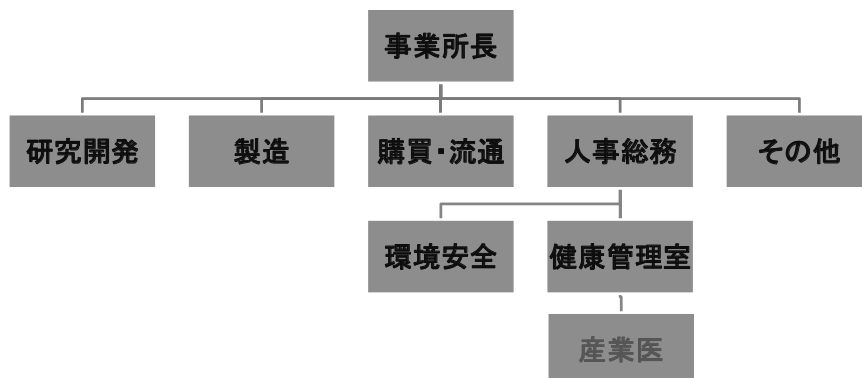


看護師1名



- \* 毎月第4木曜日に安全衛生委員会開催。
- \* 委員長は工場長。

## 組織図



## 経緯①

- IDAI電気(株)では、昨今の不況の影響や海外企業との競争の激化によって、社員にかかる業務負荷が増加し、メンタル不調者が増え、うつ病による休業者が増えていました。
- 昨年のメンタル関連疾患の休業者は8人で、平均休業日数は150日でした。
- 主要な社員が突然長期の休業に入り業務に影響が出ることもある他、メンタル不調者を抱えた管理監督者の負担が大きいことなどが経営会議でも問題となっていました。

## 経緯②

- 工場長より「メンタル不調者を早く見つけて、対応するように」という指示が出されました。
- これを受け、人事総務部長は産業医に相談してきました。2人は議論した結果、
- 全般的なメンタルヘルス対策の一環としてメンタルヘルス調査を行ってはどうかということになり、
- 「メンタル不調者の早期発見・早期対応」を目的に記名式で質問票によるスクリーニング調査を実施することになりました。

## ワーク②ワークシート

### (ケース概要)

電子機器製造業の IDAI 電機（株）では、昨今の不況の影響や海外企業との競争の激化によって、社員にかかる業務負荷が増加し、メンタル不調者が増え、うつ病による休業者が増えていました。

昨年のメンタル関連疾患の休業者は 8 人で、平均休業日数は 150 日でした。

主要な社員が突然長期の休業に入り業務に影響が出ることもある他、メンタル不調者を抱えた管理監督者の負担が大きいことなどが経営会議でも問題となっていました。工場長より「メンタル不調者を早く見つけて、対応するように」という指示が出されました。

これを受け、人事総務部長は産業医に相談してきました。2 人は議論した結果、全般的なメンタルヘルス対策の一環としてメンタルヘルス調査を行ってはどうかということになり、「メンタル不調者の早期発見・早期対応」を目的に記名式で質問票によるスクリーニング調査を実施することになりました。

**Q** 企画から実施、事後措置までに行うべきことをフローとして示して下さい。

**Q** どのような準備や実施までの手続き、注意が必要になりますか？

<回答>

# (ワーク②解説) 企業内における メンタルヘルス調査の進め方

## 調査プロセス

メンタルヘルス調査の企画



従業員等への説明



メンタルヘルス調査の実施



集計・問題点の把握



個人対策・環境改善



再調査

## 調査の企画

### メンタルヘルス調査の企画

従業員等への説明

調査の実施

集計・問題点の把握

個人対策・環境改善

再調査

#### 計画立案

- ・調査目的
- ・調査対象
- ・調査方法
- ・実施時期
- ・事後措置
- ・予算

## 調査の企画

### メンタルヘルス調査の企画

従業員等への説明

調査の実施

集計・問題点の把握

個人対策・環境改善

再調査

#### 留意事項

- ・事業者の理解
- ・安全衛生委員会の承認
- ・担当、組織作り
- ・調査実施責任者は誰か？

## 従業員等への説明

メンタルヘルス調査の企画

従業員等への説明

調査の実施

集計・問題点の把握

個人対策・環境改善

再調査

### 留意事項

- ・調査目的
  - ・調査方法
  - ・結果の取り扱い
  - ・プライバシーへの配慮
- について十分な説明を実施

## 調査の実施

メンタルヘルス調査の企画

従業員等への説明

調査の実施

集計・問題点の把握

個人対策・環境改善

再調査

### 留意事項

- ・調査用紙の配布・回収方法
  - ・回答に必要な時間確保
  - ・適切なデータ管理
- (データの保管方法・閲覧権限)

## 集計、結果報告

メンタルヘルス調査の企画

従業員等への説明

調査の実施

集計・問題点の把握

個人対策・環境改善

再調査

### 留意事項

- ・速やかに集計、分析
- ・目的とした指標について検討

どのような形で報告を行うか？

- ・個人結果通知
- ・全体報告

## 事後措置

メンタルヘルス調査の企画

従業員等への説明

調査の実施

集計・問題点の把握

個人対策・環境改善

再調査

### 個人対策

- ・重症度の把握
- ・必要に応じ個人面談
- ・医療介入の必要性
- ・管理監督者への助言



## 事後措置

メンタルヘルス調査の企画

従業員等への説明

調査の実施

集計・問題点の把握

個人対策・環境改善

再調査

### 組織対策

- ・管理監督者の認識
- ・メンタルヘルス体制の整備
- ・職場環境の改善

## 再調査

メンタルヘルス調査の企画

従業員等への説明

調査の実施

集計・問題点の把握

個人対策・環境改善

再調査

- ・再調査を行い対策の効果  
を評価する。
- ・定期的な調査実施で経時  
変化を評価
- ・対策の効果も含めた結果  
に関する報告。

### 【ワーク③】

## 調査結果の評価

- 今回、CES-Dという質問票を用いて事業所の正社員全員にメンタルヘルス調査を行い、回答率は90%でした。
- 有病率、感度、特異度を下記のように仮定して下さい。
  - うつ状態の有病率: 3%
  - 感度(うつ状態の人をスクリーニング陽性と判定する割合): 90%
  - 特異度(うつ状態でない人を陰性と判定する割合): 90%

### 【ワーク③】

## 下記の問題に答えて下さい。

- ✓ この事業所で、今回のスクリーニング調査から漏れる有症状者(うつ状態の人)は何人いるでしょう？
- ✓ スクリーニング陽性者のうち有症状者(うつ状態の人)は何%程度でしょう？

### ワーク③ワークシート

今回 CES-D という質問票を用いて事業所の正社員全員（700 人）にメンタルヘルス調査を行い回答率は 90% でした。

＊有病率、感度、特異度を下記のように仮定して下さい。

- ・うつ状態の有病率：3%
- ・感度（うつ状態の人をうつの疑いありと正しく判定する割合）：90%
- ・特異度（うつ状態でない人をうつではないと判定する割合）：90%

Q この事業所で、今回のスクリーニング調査から漏れる有病者（うつ状態の人）は何人いるでしょう？

Q スクリーニング陽性者のうち有病者（うつ状態の人）は何%程度でしょう？

<回答>

## ワーク③解説

事業所社員700人の内、90%が回答。

回答者:  $700 \times 0.9 = 630$ 人      未回答者: 70人

		(うつ状態)有病者		
		+	-	
CES-D6判定	+	17	61	78
	-	2	550	552
		19	611	630

✓ この事業所で、今回のスクリーニング調査から漏れる有病者は何人いるでしょう？

		(うつ状態)有病者		
		+	-	
CES-D6判定	+	17	61	有病者の中で検査判定から漏れる <u>2人</u> + 未回答者(70人)の中の有病者 $70 \times 0.03 \div 2$ 人 合計 <u>4人</u>
	-	2	550	

✓ スクリーニング陽性者のうち有病者は何%程度でしょう？

		(うつ状態)有病者		
		+	-	
CES-D6判定	+	17	61	78
	-	2	550	552

$\frac{17}{78} \approx 0.217$   
22%

メンタルヘルス調査を行った場合、調査によって把握できない有症状者がいることを認識しておくことが必要なことと、調査で陽性となった人全員をハイリスク者とした場合、実際の有症状者は約 2 割であることを認識しておく必要があります。

# メンタルヘルス調査の 事後措置

## 【ワーク④】結果報告の仕方

1. CES-Dの点数が20点以上で(カットオフポイントの19点を超えていて)、陽性と判定された人に結果を知らせ、産業医の面接に来るように伝える文書を作ってください。
2. CES-Dの点数が19点以下で陰性と判定された人に結果を知らせ、自己管理につとめるように伝える文書を作ってください。
3. 既にうつ病と判っている人で点数が22点であった人に結果を知らせる文書を作ってください。

## ワーク④ワークシート

CES-D の点数が 20 点以上で（カットオフポイントの 19 点を超えていて）、陽性と判定された人に結果を知らせ、産業医の面談に来るように伝える文書を作ってください。

CES-D の点数が 18 点以下で陰性と判定された人に結果を知らせ、自己管理につとめるように伝える文書を作ってください。

既にうつ病と判っている人（産業医フォロー中）で点数が 22 点であった人に結果を知らせる文書を作ってください。

## ワーク④解説

CES-D の点数が 19 点以上で（カットオフポイントの 19 点を超えていて）、陽性と判定された人に結果を知らせ、産業医の面談に来るように伝える文書を作ってください。

<例>

先日はアンケートにご回答いただき、ありがとうございました。

あなたの今回の結果は（24）点でした。19 点を超えると、メンタルヘルス面の不調をきたしている（ストレス過多となっている）可能性があると考えられます。今回の結果に関するご説明と今後の健康管理について産業医の面談を行いますので、○月○日○時に健康管理室にお越しく下さい。ご都合が悪い場合には、日程を調整しますので健康管理室（内線△△△△）にご連絡ください。

CES-D の点数が 18 点以下で陰性と判定された人に結果を知らせ、自己管理につとめるように伝える文書を作ってください。

<例>

先日はアンケートにご回答いただき、ありがとうございました。

あなたの今回の結果は（6）点でした。今回の結果からは、現在のところ、メンタルヘルス面の不調はないと考えられます。これからもストレスをためないよう、食事や睡眠などの生活リズムを安定させたり、上手に気分転換を図るなど自己管理に努めましょう。今後、不眠や気分の落ち込みなど、いつもと違うと感じることがあれば気軽に健康管理室（内線△△△△）にご相談ください。

既にうつ病と判っている人（産業医フォロー中）で点数が 22 点であった人に結果を知らせる文書を作ってください。

<例>

先日はアンケートにご回答いただき、ありがとうございました。あなたの今回の結果は 22 点でした。19 点を超えると強いストレスを感じていると考えられます。

主治医の先生の指示に従って治療を継続してください。なお業務の負担などについては次回面談時にご確認いたしますが、それまでに何か気になることがあれば早めに健康管理室にお越しく下さい。



## 【ワーク⑤】

# スクリーニング陽性者への面接

ここでは、CES-Dによるスクリーニング調査で陽性になった対象者に産業医面談を行う際のポイントを学びます。

## スクリーニング陽性者に対する 医師による面接のポイント

### ①労働者のストレス等に関する情報収集。

- 勤務の状況
- 職場環境
- 生活状況
- 就業配慮の必要性の判断

### ②うつ病の評価と専門医受診要否の判断。

- 医師面接でのうつ病評価法(うつリスクチャート)
- BSID(うつ病の簡便な構造化面接法)
- うつ病評価面接法(厚労省うつ対応マニュアル)




## 労働者のストレス等に関する 情報収集

- 勤務の状況
  - 仕事の状況について(時間外勤務・休日出勤の状況、長時間勤務があればその理由)、業務上のストレス要因、仕事のやりがい等
- 職場の状況
  - 職場内の人間関係、上司による把握
- 生活状況
  - 睡眠(時間、質)、食事の状況と食欲、休日の過ごし方、生活リズム、家庭状況等
- その他
  - 自覚症状や既往症に関する情報

まずは、面談対象者がどのような状況で仕事を行っているのか、丁寧に情報収集することが大切です。その上で、ストレス要因や職場の人間関係などの支援状況、生活状況、それらに加え、心身の自他覚症状を確認します。

また、面接においては、下記に示す留意点があります。特に情報の保護に関しては注意を払い、適切に同意を得ながら事後措置を行う必要があります。



## 面接における留意点

- 面接の目的と意義の明確化
- 情報保護の方針についての説明
- うつの評価だけでなく、就業状況全般を把握する
- 面接後の措置に関する同意

医療介入の必要性を判断するツールとして、下記のツールを紹介します。  
面接の中で、必要に応じ使用して下さい。

## 医師面接でのうつ病の評価法

最近の体調はどうですか？例えば…

1. 以前とくらべて、食欲が落ちたり、食べてもおいしいと感じなくなったりしていませんか？体重が減ったりしていませんか？	いいえ	はい
2. 毎晩のように、睡眠に問題がありませんか？たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうことなどはありますか？	いいえ	はい
3. 毎日のように、ほとんど1日中、ずっとゆううつであったり、沈んだ気持ちですか？それは2週間以上、続いていますか？	いいえ	はい、 2週間以上
4. ほとんどのことに興味がなくなったり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていますか？それは2週間以上、続いていますか？	いいえ	はい、 2週間以上

〔チェックポイント①：質問3および4がどちらかも「いいえ」の場合、現時点ではうつ病の診断はつきません。少なくともどちらかが「はい」の場合、以下をたずねます。〕

5. 2週間以上、ゆううつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていたとき、あなたは、毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？	いいえ	はい
6. 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？	いいえ	はい

〔チェックポイント②：この段階で、質問2から6までの回答のうちに、少なくとも3つ以上「はい」がある場合、「うつ病の疑いあり」と考えます。これらの症状のため、仕事や生活に支障がでている場合には、特に専門家への受診を勧めます。〕

症状数が2つ以下である場合には、現時点ではうつ病の可能性は低いと判断されます。しかし、より正確に評価をするために、再面接の約束をするなど、経過観察することは適切と思われます。〕

## (参考)

# うつ病の簡便な構造化面接法

(Brief Structured Interview for Depression, BSID)

## 2. 簡便なうつ病の構造化面接法 (BSID)

A1 この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	いいえ	はい
A2 この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	いいえ	はい

A1 または A2 のどちらかが「はい」であるである場合下記の質問にすすむ

この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あなたは：

A3 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？	いいえ	はい
A4 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？	いいえ	はい
A5 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？	いいえ	はい

A1 と A2 のどちらかが「はい」で、A1～A5 の回答のうち少なくとも3つ以上「はい」がある

うつ病の疑いあり

\* 加えて、(ア)仕事や生活上の支障がある。(イ)死についての考えまたは死にたい気持ちが持続している。→専門医療機関受診。

## (参考)

# 抑うつ症状の アセスメント

1.うつ気分(ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続)が2週間以上持続
2.興味や喜びの喪失(ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続)が2週間以上持続
3.食欲の減退または増加(下記のうちいずれか) ・[食欲低下]が2週間以上持続 ・[体重減少]が1ヶ月に3kg以上 ・[食欲増加]が2週間以上持続 ・[体重増加]が1ヶ月に3kg以上
4.睡眠障害(不眠または過眠が2週間以上持続)下記のうちいずれか ・[不眠]が2週間以上持続 ・[過眠]が2週間以上持続
5.精神運動の障害(強、無活動、過剰)下記のうちいずれか ・[動きが遅くなった]が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された ・[じっとしてられない]が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された
6.疲れやすさ・気力の減退が2週間以上持続
7.強い罪責感(自分に価値がない、無価値)が2週間以上持続
8.思考力や集中力の低下(決断困難/思考力減退/集中力減退のいずれかが2週間以上持続)
9.自殺への思い下記のうちいずれか ・[死についての反復思考]が2週間以上持続 ・[自殺念慮(自殺をしたいと思うこと)]が2週間以上持続 ・[自殺念慮]に具体的な計画が伴っている ・[自殺念慮]を実際に行動に移した(自殺企図)



平成16年 厚生労働省  
地域におけるうつ対策検討会  
「うつ対応マニュアル」より

それでは、実際に面接のロールプレイを行ってみましょう。

産業医役、労働者役を決めて下さい。

産業医役は下記情報のみ事前に把握しています。

# ■ ロールプレイ

■ 小田 清さん(39歳) 男性

【職種】IDAI電気(株)研究開発部

【残業時間】2ヶ月前/1ヶ月前/当月 70/75/75

【2010年6月15日 定期健康診断】

身長 178.2cm, 体重 70kg BMI 22

矯正視力(右1.0, 左1.2), 聴力:異常なし

胸部レントゲン:異常なし

検尿・採血:特記事項なし, 血圧 130/72mmHg

【勤務形態】日勤勤務(8:30~17:15)

【CES-D結果】 24点

		1日未満	1～2日 程度	3～4日 程度	5～7日 程度
1	普段は何でもないことが煩わしい。	0	①	2	3
2	食べたくない。食欲が落ちた。	0	1	②	3
3	家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない。	①	1	2	3
4	他の人と同じ程度には、能力があると思う。	3	2	①	0
5	物事に集中できない。	0	1	2	③
6	ゆううつだ	0	1	②	3
7	何をするのも面倒だ。	0	1	②	3
8	これから先のことに対して積極的に考えることが出来る。	3	②	1	0
9	過去のことにについてくよくよ考える。	①	1	2	3
10	なにか恐ろしい気持ちがする。	①	1	2	3
11	なかなか眠れない。	0	1	2	③
12	生活について不満なく過ごせる。	3	2	①	0
13	普段より口数が少ない。口が重い。	0	①	2	3
14	一人ぼっちで寂しい。	①	1	2	3
15	皆がよそよそしいと思う。	①	1	2	3
16	毎日が楽しい。	③	2	1	0
17	急に泣き出すことがある。	①	1	2	3
18	悲しいと感じる。	①	1	2	3
19	皆が自分を嫌っていると感じる。	①	1	2	3
20	仕事の手につかない。	0	1	2	③

労働者役は下記のシナリオをもとに産業医の面接に臨んで下さい。

## 【CES-D 陽性者面談シナリオ】

小田 清さん(39歳) 男性

【職種】研究開発

【残業時間】2ヶ月前/1ヶ月前/当月 70/75/75

【2010年6月15日 定期健康診断】

身長 178.2cm, 体重 70kg BMI 22

矯正視力(右 1.0, 左 1.2), 聴力 異常なし、胸部レントゲン 異常なし

検尿・採血：特記事項なし, 血圧 130/72mmHg

【家族構成】妻、1歳の息子と3人暮らし

【勤務形態】日勤勤務(月～金)

【通勤】60分(徒歩15分+電車で30分+徒歩15分)

【背景】

広島市出身。4年制大学卒業後、23歳から現在のイダイ電気(株)に入社し、主に研究開発を行っていた。理論的で優れた才能を持ち、これまで着実に実績をあげて来ていたので、その業績が評価され、今年の春からプロジェクトリーダーとなり部下4人を持ち、半導体開発の1部門を担当することになった。これまで、研究開発部の一部員であった時は部長が直接指揮するプロジェクトチームにいたため、的確な指示のもと成果を上げてきた。

現在はリーダーといった立場となったため、部長によるサポートがなくなりプロジェクトの進め方も全て自分で考える必要が出てきた。最近、自分たちのチームが開発している半導体は思ったような性能が出ず、開発が思うように進んでいない。社長には「我が社の命運をかけた重要なプロジェクトだから頼むよ」といつて期待されている。そんな矢先、台湾の企業が商品化の一手手前まで開発を進めているといったうわさが出回ってきた。

追加実験を重ねているため毎日9時頃までは会社にいる。家に帰っても、データを何度も見直して寝るのは1時を過ぎる。寝床に入ってもすぐには寝付けず、夜中何度も起きてしまい、朝は体がだるい。毎週月曜日はリーダー会議があり開発の進捗を報告する必要があるが、その前日は不安に駆られてほぼ一睡もできないこともある。

これまでは、なんとかかなると思っていたが、だんだん憂鬱になり涙が出てくるようになった。休日は朝から身体が重く、一日寝て過ごすこともある。日中はボーっとすることが多くなり、物事に集中できない。資料作成や発表の準備などの業務があるが、何から手をつけていいのかわからず頭の中が混乱することがある。部下に仕事を任せても自分のイメージと違う資料を作ってくるので、自分で全てやっている。

食欲は、朝は全くない(奥さんが用意はしてくれるが、食べようとすると吐き気がする。)昼は職員食堂で定食を食べる。夜は家に帰るのが10時頃でそれから夕食を食べる。これまで晩酌が楽しみだったが、最近はお酒を飲む気にもならない。

休日目が覚めたとき「このままずっと目が覚めなければいいのに。」と思うようになった。仕事から帰り、息子の寝顔を見ると「こんな自分で申し訳ない。」と思うこともあった。

最近、ボーっとしていて、いつも降りる駅を通り過ぎたことがあったため、何か変だなと感じていた。

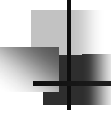
面接ロールプレイを見て、下記を考えて下さい。

Q うつ病の評価及び受診の要否は？

Q 就業措置は必要か？ 必要とすれば、職場に対しどのような助言・指導を行うか？

Q 面談で足りなかった情報は？





## 産業医意見（助言・指導） について

---

- 就業制限
- 環境調整（ストレス低減、配置転換 等）
- 事業者（管理監督者）の認識・サポートを促す
- 治療機会の提供



## ～就業制限の例～

---

- 労働時間
  - 時間外労働（制限・禁止）
  - 就業時間短縮
- 不規則な勤務
- 長い拘束時間・出張の多い業務
- 交替制勤務、深夜勤務、変形労働時間制
- 精神的緊張を伴う業務
  - 業務内容変更・業務負荷軽減



## 留意事項

- 労働現場の実態を熟知する
- 労働者および管理監督者・人事労務担当者との共通認識
  - 就業状況や業務内容を確認した上で、もっとも高負荷の業務は何か、改善できる点は何か検討

面接結果をもとに、事業者への助言指導を行う際には、過重労働対策での助言指導のコメントが参考になりますので、下記を参考にして下さい。

## 過重労働対策における産業医意見の例

### － 事業主への助言・指導 コメント －

#### 1. 産業医意見(助言・指導勧奨する対策)の種類

- 労働時間を短くする対策
- 労働時間以外の過重性を改善する対策
- 過重労働者の健康障害を治療する対策
- 過重労働者の有害要因への曝露を改善する対策
- 職場以外における対策
- その他の組織的な対策

- 休暇取得促進：疲労の蓄積が認められるため、休暇の取得を検討ください。
- 労務管理：適切な労働時間の管理が行えるような体制を整える必要があると思われます。
- 休養：慢性的な疲労の回復のためにも、休養が必要と思われます。
- 適正配置：業務内容の変更もしくは、配置転換を検討ください。
- 休職：精神的な疾患の可能性が高く、休職が必要と思われます。
- 職制フィードバック：本人の健康状態および職場の状況確認のため、上司との面談が必要と思われます。
- 業務体制改善：現在の業務体制に問題があると思われるため、交替性の導入も検討ください。
- 増員：現状では絶対的な人員不足であるため、業務内容の調整もしくは増員を検討ください。
- 治療導入：個人の病態悪化にも影響しているため、治療の導入、病院受診のサポートを行ってください。
- 業務内容調整：現在の業務内容の、他者への移管を検討ください。
- 就業制限：月間残業時間を45時間未満にしてください。
- 生活指導：生活指導を行いました。職場においても規則正しい生活がおくれるよう、配慮ください。
- 業務負担軽減：現在の業務負担の軽減を検討ください。
- 上司支援：業務負荷および業務内容に応じて、上司によるサポートを実施ください。
- 福利厚生：通勤の問題が大きいため、住居の移動・一時的な仮住居の適応を検討ください。
- 残業禁止：現在の状況では、残業を行えないものと判断します。
- 上司との調整：同部署内の業務バランスを再検討し、必要に応じたサポートを行ってください。
- 作業環境改善：現状の業務には不向きなデスク・椅子であり、変更・交換を検討ください。
- 出張禁止：現在の病状は管理不十分のため、出張を控える必要があるものと思われます。
- 職場支援：今後しばらくは、業務内容の注視と継続的な上司からの声かけを励行ください。

# 職業性ストレス簡易調査票を用いた ストレスの現状把握のためのマニュアル —より効果的な職場環境等の改善対策のために—



平成 14 年～16 年度

厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究

【職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究】

主任研究者：東京医科大学衛生学公衆衛生学 下光輝一

本マニュアル作成：平成 17 年 6 月 15 日（上記の研究報告書を一部、公開用に改変しています）

修正履歴：平成 21 年 2 月 9 日 簡易判定法に関する誤記載を修正いたしました

平成 21 年 5 月 25 日 11-ページ男性素点換算表のイライラ感の素点の範囲と％を現行プログラムにあわせ修正いたしました

## 目次

1. 職業性ストレス簡易調査票の概要 .....	1
2. メンタルヘルスケアにおける用途 .....	2
3. 評価の方法 .....	3
① 簡易判定法	
② 標準化得点を用いた評価法	
③ 仕事のストレス判定図	
4. 調査票の実施や評価にあたっての留意点 .....	8
資料 .....	10
職業性ストレス簡易調査票の活用事例編 .....	18

## 1. 職業性ストレス簡易調査票の概要

職業性ストレス簡易調査票は、職場で比較的簡便に使用できる自己記入式のストレス調査票です。本調査票は、平成7～11年度労働省委託研究「作業関連疾患の予防に関する研究」のストレス測定グループの研究の成果です。

従来の標準化された調査票とは異なった、以下のような特徴があります。

- 1) ストレスの反応だけではなく、仕事上のストレス要因、ストレス反応、および修飾要因が同時に測定できる、多軸的な調査票です。
- 2) ストレス反応では、心理的反応ばかりでなく身体的反応（身体愁訴）も測定できます。
- 3) 心理的ストレス反応では、ネガティブな反応ばかりでなく、ポジティブな反応も評価できます。
- 4) あらゆる業種の職場で使用できます
- 5) 項目数が57項目と少なく、約10分で回答できるため、労働の現場で簡便に使用できます

職業性ストレス簡易調査票は57項目からなり、仕事のストレス要因、ストレス反応、修飾要因の大きく3つから構成されています（表1）。

各項目に対する回答は4件法（例：1＝そうだ、2＝まあそうだ、3＝ややちがう、4＝ちがう）で、全項目の回答に要する時間は約10分です。

仕事のストレス要因に関する尺度は9つで、心理的な仕事の量的負担（A項目No.1～3）と心理的な仕事の質的負担（A項目No.4～6）、身体的負担（A項目No.7）、コントロール（A項目No.8～10）、技術の活用（A項目No.11）、対人関係（A項目No.12～14）、職場環境（A項目No.15）、仕事の適性度（A項目No.16）、働きがい（A項目No.17）からなっています。

ストレス反応については、心理的ストレス反応と身体的ストレス反応について測定できます。心理的ストレス反応の尺度は5つで、ポジティブな心理的反応の尺度として活気（B項目No.1～3）（3項目）、ネガティブな心理的反応の尺度としてイライラ感（B項目No.4～6）、疲労感（B項目No.7～9）、不安感（B項目No.10～12）、抑うつ感（B項目No.13～18）があります。身体的ストレス反応は身体愁訴について、で11項目（B項目No.19～29）からなっています。

修飾要因としては、上司、同僚、および配偶者・家族・友人からのサポート9項目（各々C項目No.1,4,7（上司）、No.2,5,8（同僚）、No.3,6,9（配偶者・家族・友人））および仕事あるいは家庭生活に対する満足度の2項目（D項目No.1,2）があります。

**表 1. 職業性ストレス簡易調査票の構成**

仕事のストレス要因	ストレス反応	修飾要因
仕事の負担（量） 仕事の負担（質） 身体的負担 対人関係 職場環境 コントロール 技能の活用 適性度 働きがい （17 項目）	活気 イライラ感 疲労感 不安感 抑うつ感 身体愁訴 （29 項目）	上司からのサポート 同僚からのサポート 家族や友人からのサポート 仕事や生活の満足度 （11 項目）

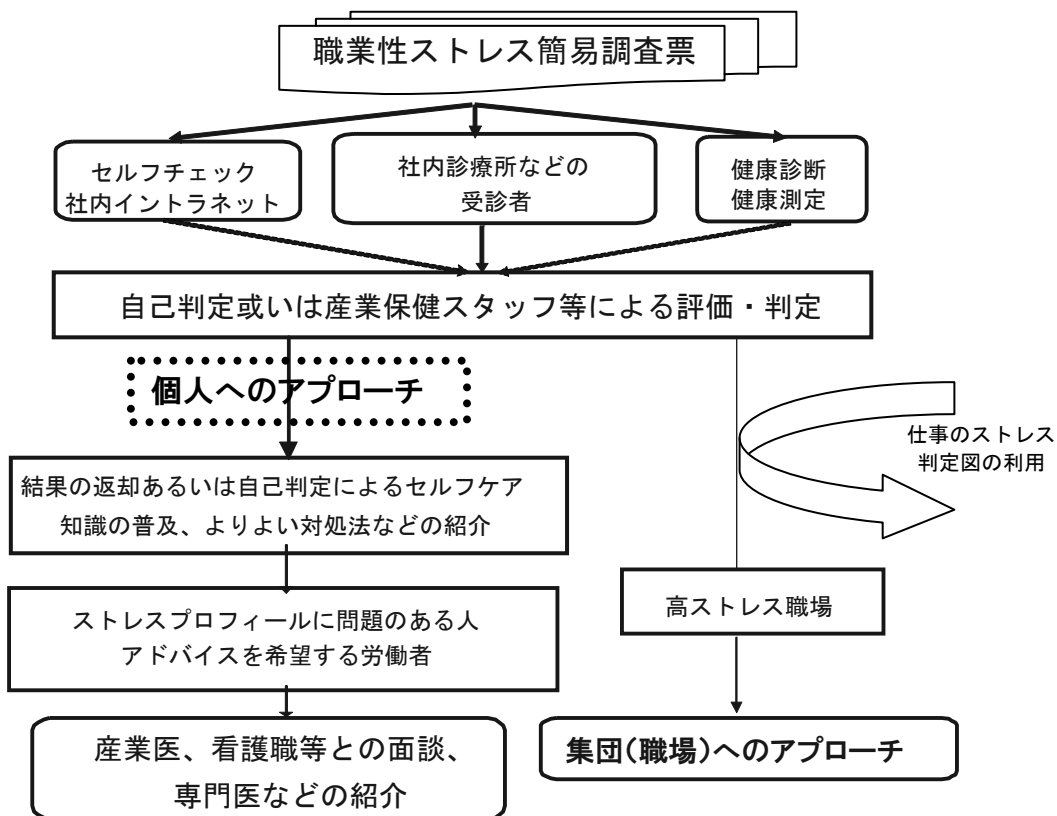
## 2. メンタルヘルスケアにおける用途

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 日基発第 522 号）では、メンタルヘルスケアの具体的な進め方について、①セルフケア、②ラインによるケア、③事業場内産業保健スタッフ等によるケア、④事業場外資源によるケアの 4 つのケアをあげています。調査票の実施の方法や扱い方により、この 4 つのケアのいずれにおいても、職業性ストレス簡易調査票は有用なツールとして活用できます。

①**セルフケア**では、労働者個人が調査票に回答して、紙やコンピュータを用いて結果やその評価を見ることにより、ストレスへの気づきのための資料とする、という方法があります。②**ラインによるケア**では、管理監督者が、いつもと違う労働者に早めに気づき対処することも重要ですが、これに加えて産業保健スタッフや職場のメンバーと協力して、ストレスの要因となる職場環境等を改善していくことが重要です。調査票を用いて、どのようなストレス要因が問題となっているのか、の情報を収集して、効率よく対策を考えていくことが可能になります。③**事業場内産業保健スタッフ等によるケア**では、労働者からの自発的な相談時、あるいは、健康診断やメンタルヘルスに関する知識の付与等を目的とした健康教育等の機会を利用して、調査票を実施し、その結果を産業医等が判断することにより、ストレス問題を抱えた労働者を早期に発見し早期に対応することが可能となります。④**事業場外資源によるケア**では、事業場外の専門機関が、相談対応時や EAP の中で調査票を使用する方法が考えられます。

職業性ストレス簡易調査票には、労働者個人のストレス状態を評価する方法と、事業場全体や部、課、作業グループなどの集団のストレス状態を評価する方法があり、事業場のおかれた状況等に応じて、この 2 つの方法のどちらか、あるいは適宜組み合わせ実施していくのがよいでしょう。

図 1. 職業性ストレス簡易調査票の活用の流れ



### 3. 評価の方法

職業性ストレス簡易調査票の評価や判定には、主に労働者個人レベルのストレス評価をおこなうための、①簡易採点法 と ②標準化得点を用いた採点法、および、事業場や部署、作業グループなど、集団を単位としてストレス評価をおこなうための仕事のストレス判定図があります。



### 3-1. 簡易判定法

簡易採点法（資料1）は、主に個人レベルのストレスを、簡便に評価することを目的としています。

#### 方法

①調査票に対する各項目の回答を、4段階のより好ましくないほうの2つ（例：A1 非常にたくさんの仕事をしなければならない に対して1：そうだ、2：まあそうだ）と好ましいほうの2つ（例：A1 非常にたくさんの仕事をしなければならない に対して 3：ややちがう、4：ちがう）に2分割します。

②好ましくない回答をした項目（資料1では、グレーになっている部分）の数を枠で囲まれた尺度ごとに数え、その数が指定の数以上であればストレス状態にあることが疑われると判断されます。

この方法では、まずストレス反応（B）について枠の中に入る回答の数を調べ、心理的ストレス反応、身体的ストレス反応が要チェックか否か調べます。要チェックの場合は、仕事のストレス要因（A）や修飾要因（C）についても要チェックか否か調べ、高ストレス状態が仕事のストレス要因と関連があるのか、等について探っていきます。

注1：簡易採点法のため、尺度は簡略化してあります。また、A項目 No. 11, 15、C項目 No. 3, 6, 9、Dは採点に用いません。

注2：仕事のストレス要因である（A）において、「仕事の負担度」、「仕事のコントロール度」、「仕事での対人関係」、「仕事の適合性」のいずれか2つに要チェックとなっている場合は、要チェックのない場合と比較して、心理的ストレス反応が要チェックのリスクが男性では2.4倍、女性では2.5倍、要チェックが3つの場合は、男性では4.6倍、女性では5.6倍、4つの場合は男性では6.6倍、女性では7.6倍になると報告されています。また、同様に、身体的ストレス反応が要チェックとなる確率もストレス要因に要チェックがついた数が多くなるに応じて高まることが明らかになっています。

注3：仕事のストレス要因である（A）の「仕事の負担度」、「コントロール度」と（C）「職場の支援」の3つが要チェックになった場合の、心理的ストレス反応が要チェックの確率は男性で18.5倍、女性では12.5倍、身体的ストレス反応が要チェックとなる確率は男性で5.5倍、女性で6.1倍となることが報告されています。

## 活用法：

①セルフケアで：記入した労働者が、自分のストレス度をチェックするために用いることができます。

②産業保健スタッフ等によるケアで：この方法は、コンピュータ等の機器を用いる必要がないため、短時間での評価が可能です。したがって、比較的時間の余裕が少ない健康診断や健康相談の際に、この方法を用いて、産業医や保健師が面談の補助資料として活用できます。特に、この簡易採点法で、仕事のストレス要因（A）に3つ以上要チェックがついた場合や、「仕事の負担度」、「仕事のコントロール度」と（C）「職場の支援」の3つが要チェックになっている場合は、ストレス問題が高い確率で疑われますので、注意が必要です。

## **3-2. 標準化得点を用いた方法**

標準化得点を用いた方法は、調査票全57項目に対する回答から、各尺度に該当する項目の点数を算出し、その点数を5段階に換算して評価をおこなう方法です。（資料2を使用）標準値は、約2.5万人（男性15,933人、女性8,447人）の種々の業種、職種の労働者のデータベースが基準となって作成されています（2004年12月現在）。

この方法についてはWindows版のプログラムが事務局より提供されており、全57項目に対するそれぞれの回答を1～4の数値で入力し、プログラムを用いてデータファイルを取り込み、各尺度の5段階の評価をレーダーチャート形式および表形式で出力することができるようになっています（図2）。レーダーチャート形式ではレーダーが小さく中心を向いているほど、表形式では端の影のかかった枠に○があるほど、ストレス状況は良くないことを示しています。プログラムでは、レーダーチャートと表形式で出力した結果に対する簡単な説明とアドバイスを付した文書（資料3）も同時に出力が可能です。

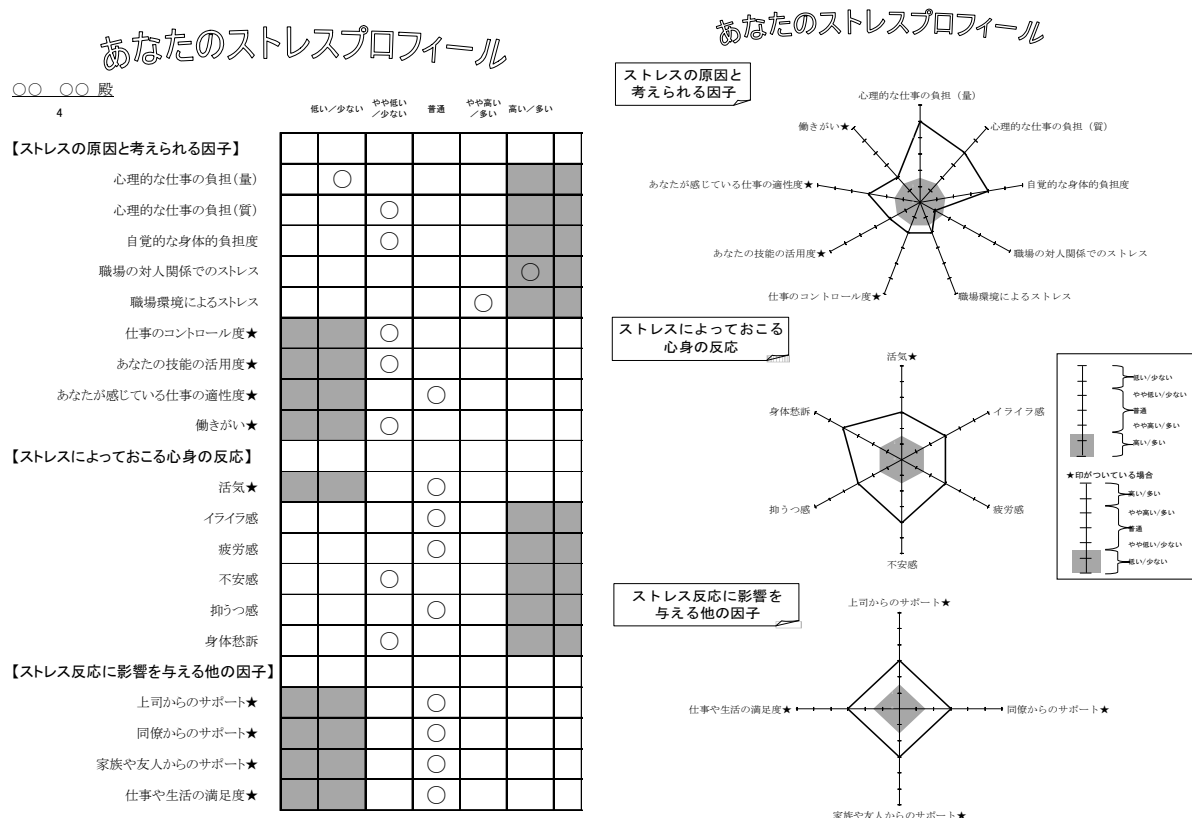
結果の解釈にあたって：調査票の尺度のうち、仕事のストレス要因や修飾要因も大切ですが、ストレス反応に問題が多い場合には特に早めに対応することが重要となります。6つのストレス反応の尺度の中では、「活気の低下」は比較的低いストレスレベルでも認められ、次に「身体愁訴」や「イライラ感」や「疲労感」、ついで「不安感」が続き、「抑うつ感」が最も高いストレスレベルでみられる症状であることが、調査票の開発時に労働省委託研究班により報告されています。したがって、労働者のより深刻なストレス問題を観察する場合には「抑うつ感」に着目し、該当する労働者に注意していく必要があるでしょう。

## 活用法：

- ① セルフケアで：この方法では、特にプログラムを用いて結果を出力することにより個人のストレス状況を視覚的に示すことができます。結果を回答者にフィードバックすることにより、労働者自身のストレスへの気づきを促すのに有用です。
- ② 産業保健スタッフ等によるケアで（個人レベルのケア）：結果を産業保健スタッフ等が評価を行うことにより、ストレスの問題を抱えた労働者を早期に発見して対応することが可能となります。出力した結果は、ストレス反応では特にどのような尺度が問題なのか（どのようなストレス状態にあるのか）、また、どのような事柄について仕事のストレス要因と感じているのか、周囲からの支援はあるのか、等について情報を提供してくれるので、産業保健スタッフによる面談の際には、これらの出力結果の情報を労働者と共有しながら、具体的な対策を一緒に考えていきやすくなります。（資料4）

産業保健スタッフ等によるケアで（集団レベルのケア）：各尺度について、最も高い、あるいは次に高いストレスレベルとなった人数が、各部署においてどの程度を占めるのか、を集計することにより、各部署で問題となっているストレスの内容を把握しやすくなります。このような情報を管理監督者に提供することにより、ラインによるケアをすすめることにも活用できます。

図2. 職業性ストレス簡易調査票の結果出力例



### 3-3. 仕事のストレス判定図

仕事のストレス判定図は、事業場全体、部や課、作業グループなどの集団を対象として仕事の心理的なストレス要因を評価し、それが従業員のストレスや健康リスクにどの程度影響を与えているかを判定できます。（資料5）

(<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/hanteizu/index.htm>)

仕事のストレス判定図は、2つの図からなります。

ひとつは、仕事の量的負担と仕事のコントロールをストレス要因として、それらから算出されたストレス度を健康リスクとしてプロットして表現した「量—コントロール判定図」、もうひとつは、同僚の支援と上司の支援から作成する「職場の支援判定図」です。

判定図上の斜めの線は、仕事のストレス要因から予想される疾病休業などの健康問題のリスクを標準集団の平均を 100 として表しているものです。従って、部署ごとに、仕事の量的負担、コントロール、上司からの支援、同僚からの支援の各々の平均点を求めれば、それぞれの部署の健康リスクが算出できます。例えば、ある部署の健康リスクが 120 の場合は、その部署において健康問題が起きるリスクが全国一般と比較して 20%大きいと判断します。

#### 方法

##### A) 仕事のストレス判定図のみ実施する場合

(<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/hanteizu/index.htm> からダウンロードしたプログラムを単独で用いる場合)

- ① 職業性ストレス簡易調査票の A1～3、A8～10、C1, 2, 4, 5, 7, 8 の 12 項目に対する回答に対して、A1～3、A8～10 は、そうだ=4 点、まあそうだ=3 点、ややちがう=2 点、ちがう=1 点を、C1, 2, 4, 5, 7, 8 には、非常に=4 点、かなり=3 点、多少=2 点、全くない=1 点を与え、判定図を作成した部署ごとに「仕事の量的負担」「コントロール」「上司支援」「同僚支援」の 4 つの尺度の計算をおこないます。（点数の付与の方法は、本マニュアル 1 ページの場合とは逆になりますのでご注意ください）
- ② 4 つの尺度の平均点を、仕事のストレス判定図のファイルの該当箇所に入力します。

##### B) 職業性ストレス簡易調査票の個人のプロフィールを評価し、あわせて部署ごとの仕事の判定図を作成する場合

- ① 職業性ストレス簡易調査票の回答を、職業性ストレス簡易調査票結果出力プログラムを用いて処理を行い、個人結果を処理した後、部署ごとの仕事のストレス判定図を出力します。

仕事のストレス判定図の作成に当たって：

- ①仕事のストレス判定図は、職場の健康リスクを判断するためのものです。したがって、調査を無記名で実施して判定図を作成することも可能です。
- ②判定図を作成する部署は、できれば20人以上、少なくとも10人以上の集団として判定図を作成するようにしてください。人数が少ない場合は、個人差の影響が大きくなり職場のストレスを正しく評価できないことがあります。また、個人が推定されてしまう可能性もありますので配慮してください。

注：仕事のストレス判定図は、平成7～11年度労働省委託研究「作業関連疾患の予防に関する研究」の健康影響評価グループの研究の成果です。

#### 4. 調査票の実施や評価にあたっての留意点

職業性ストレス簡易調査票は、自記式の調査票であり、使用にあたっては以下のよう  
な点を理解し、注意したうえで活用していく必要があります。

- ①職業性のストレス調査票であり、仕事外のストレス要因等、たとえば家庭生活におけるストレス要因などについては測定していません。
- ②回答者のパーソナリティについて考慮されていません。評価にあたっては、自記式の調査票にみられる個人の回答の傾向について、考慮する必要がある場合があります。
- ③調査時点のストレス状況しか把握できません。
- ④結果が、必ずしもいつも正確な情報をもたらすとは限りません。

以上のような理由のため、調査票のみで、個人のストレス状況を判断することのないようにしましょう。

セルフチェックにおいては、心配な点がある場合に事業場内で相談できるスタッフを確保しておいたり、専門家への紹介の道筋などをあらかじめ用意しておくことが望まれます。また、産業保健スタッフが調査票の評価を行う場合には、適宜、個人面談を行い、労働者の声を聞きながら問題点の把握に努める必要があります。なお、より正確な情報を早く得るため、調査の実施から結果評価まで、時間をおかずになるべく迅速に行うことも重要な事柄といえるでしょう。

また、職業性ストレス簡易調査票に限りませんが、ストレス調査を行う場合には、①実施責任者および実施者と実施目的をあきらかにし、②プライバシーの保護について十分配慮される必要があります。調査票とその結果は慎重に取り扱い、回答や結果が

実施者と回答者以外の人目に触れることの無いよう厳封式の封筒などを用いたり、産業保健スタッフが直接回収するなどの工夫も必要です。また、調査の結果が人事考課に用いられたり個人に不利益をもたらすことの無いよう、周知徹底される必要があります。ストレス調査の実施に当たっては、回答は自由意志で行われる必要があります、強制があってはなりません。また強制力が働いて実施された調査票の結果は、不正確な情報をもたらしやすいので解釈にあたり注意が必要です。

なお、個人が識別される形で実施されたストレス調査票の内容については、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に則って、注意深く扱われる必要があります。

#### 参考文献

1. 下光輝一，原谷隆史，他，2000，職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定，労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書，126-138
2. 中村賢，鈴木牧彦，2000，職業性ストレス簡易調査票によるストレス簡易判定法の検討，労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書，153-164
3. 川上憲人他，2000，「仕事のストレス判定図」マニュアル，労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書 成果物，11-16

お断り：

＊ 本マニュアルに掲載されている情報は、上記参考文献の出版後、改定された内容が含まれており、内容が一部異なることがございますのでご了承下さい。

＊ 本マニュアルは、職業性ストレス簡易調査票結果出力プログラム取り扱い説明書 2004 年 12 月版に準じて記載されています。

#### 職業性ストレス簡易調査票事務局

東京医科大学衛生学公衆衛生学教室

〒160-8402 東京都新宿区新宿 6-1-1

電話 03-3351-6141 (237)

F A X 03-3353-0162

e-mail: prev-med@tokyo-med.ac.jp

## 資料1. 簡易採点法

氏名 性別 年齢 社員コード番号 受診番号

仕事の負担度 要チェック ← 男 6 個以上あり 女 5 個以上あり

仕事のコントロール度 要チェック ← 2 個以上あり

仕事での対人関係 要チェック ← 2 個以上あり

仕事の適合性 要チェック ← 2 個あり

心理的ストレス反応 要チェック ← 男 14 個以上あり 女 13 個以上あり

身体的ストレス反応 要チェック ← 男 5 個以上あり 女 6 個以上あり

職場の支援 要チェック ← 5 個以上あり

問 1~7 の 数 問 8~10 の 数 問 12~14 の 数 問 16, 17 の 数 問 1~18 の 数

あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

1. 非常にたくさん仕事しなければならぬ 2. 時間内に仕事処理しなければならない 3. 一生懸命働かなければならぬ 4. かなり注意を集中する必要がある 5. 高度の知識や技術が必要なもの仕事 6. 勤務時間内はいつも仕事のことを考えていない 7. からだが大変よく使う仕事 8. 自分のペースで仕事ができる 9. 自分で仕事の順番・やり方を決められる 10. 新進の仕事の方針に自分の意見も反映できる 11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない 12. 私の部署内で意見のくい違いがある 13. 私の部署と他の部署とはうまく合わない 14. 私の部署の雰囲気は好意的である 15. 私の部署の作業環境（明る、静寂、温度、湿度など）はよくない 16. 仕事の内容は自分にあっている 17. 働きがいのある仕事だ

最近 1 か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

1. 活気がわいてくる 2. 元気がいっぱい 3. 生き生きする 4. 怒りを感じる 5. 内臓立派な 6. イライラしている 7. ひどく疲れた 8. へどへど 9. だるい 10. 気がはりつめている 11. 不安だ 12. 落着かない 13. ゆうつだ

あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

1. 上司 2. 職場の同僚 3. 配偶者、家族、友人等 4. 上司 5. 職場の同僚 6. 配偶者、家族、友人等 7. 上司 8. 職場の同僚 9. 配偶者、家族、友人等

あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

1. 上司 2. 職場の同僚 3. 配偶者、家族、友人等 4. 上司 5. 職場の同僚 6. 配偶者、家族、友人等 7. 上司 8. 職場の同僚 9. 配偶者、家族、友人等

満足度について

1. 仕事に満足だ 2. 家庭生活に満足だ

平成 11 年度作業関連疾患の予防に関  
p.153-164 をもとに作成

## 資料2.

# あなたのストレスプロフィール

## 男性素点換算表

お 名 前

ID 番 号

素点計算法		低い／ 少い	やや低い ／少い	普通	やや高い ／多い	高い／ 多い	
質問項目		質問項目合計得点					

### 【ストレスの原因と考えられる因子】

心理的な仕事の負担(量)	No.1+No.2+No.3	12-10	9-8	7-6	5-4	3	
		7.2%	18.9%	40.8%	22.7%	10.4%	
心理的な仕事の負担(質)	No.4+No.5+No.6	12-10	9-8	7-6	5-4	3	
		4.5%	20.6%	43.4%	25.7%	5.7%	
自覚的な身体的負担度	No.7		4	3	2	1	
			33.8%	39.3%	18.7%	8.2%	
職場の対人関係でのストレス	No.12+No.13+(5-No.14)	12	11-10	9-8	7-6	5-3	
		5.7%	24.8%	47.5%	17.6%	4.5%	
職場環境によるストレス	No.15		4	3	2	1	
			25.1%	38.0%	23.1%	13.8%	
仕事のコントロール度 ★	No.8+No.9+No.10	12-11	10-9	8-7	6-5	4-3	
		5.4%	16.6%	37.1%	32.4%	8.5%	
あなたの技能の活用度 ★	No.11	1	2	3	4		
		4.5%	18.2%	49.4%	27.9%		
あなたが感じている仕事の適性度 ★	No.16	4	3	2		1	
		6.4%	23.3%	54.9%		15.4%	
働きがい ★	No.17	4	3	2		1	
		7.3%	24.2%	51.4%		17.0%	

### 【ストレスによっておこる心身の反応】

活気 ★	No.1+No.2+No.3	3	4-5	6-7	8-9	10-12	
		10.9%	14.3%	41.6%	24.5%	8.7%	
イライラ感	No.4+No.5+No.6	3	4-5	6-7	8-9	10-12	
		10.3%	20.9%	38.2%	22.7%	7.8%	
疲労感	No.7+No.8+No.9	3	4	5-7	8-10	11-12	
		9.7%	12.2%	47.4%	23.3%	7.4%	
不安感	No.10+No.11+No.12	3	4	5-7	8-9	10-12	
		8.3%	14.9%	51.9%	17.8%	7.1%	
抑うつ感	No.13～No.18の合計	6	7-8	9-12	13-16	17-24	
		15.1	21.6%	40.6%	16.2%	6.5%	
身体愁訴	No.19～No.29の合計	11	12-15	16-21	22-26	27-44	
		5.3%	31.0%	40.5%	15.9%	7.4%	

### 【ストレス反応に影響を与える他の因子】

上司からのサポート ★	No.1+No.4+No.7	12-11	10-9	8-7	6-5	4-3	
		6.9%	27.0%	32.8%	24.7%	8.7%	
同僚からのサポート ★	No.2+No.5+No.8	12-10	9-8	7-6	5-4	3	
		6.1%	32.4%	39.9%	16.3%	5.3%	
家族や友人からのサポート ★	No.3+No.6+No.9	12-9	8-7	6	5-4	3	
		6.9%	13.9%	20.3%	28.4%	30.6%	
仕事や生活の満足度 ★	No.1+No.2	8-7	6	5-4	3	2	
		5.0%	12.3%	57.2%	17.4%	8.1%	



# あなたのストレスプロフィール

## 女性素点換算表

お 名 前

ID 番 号

素点計算法		低い／ 少い	やや低い ／少い	普通	やや高い ／多い	高い／ 多い	
質問項目		質問項目合計得点					
【ストレスの原因と考えられる因子】							
心理的な仕事の負担(量)	No.1+No.2+No.3	12-11	10-9	8-6	5-4	3	
		6.6%	20.4%	51.7%	15.6%	5.8%	
心理的な仕事の負担(質)	No.4+No.5+No.6	12-11	10-9	8-7	6-5	4-3	
		4.9%	17.5%	38.2%	29.1%	10.3%	
自覚的な身体的負担度	No.7		4	3	2	1	
			37.0%	33.7%	19.7%	9.6%	
職場の対人関係でのストレス	No.12+No.13+(5-No.14)	12	11-10	9-8	7-6	5-3	
		7.3%	26.8%	41.0%	18.4%	6.4%	
職場環境によるストレス	No.15	4		3	2	1	
		17.7%		31.7%	28.8%	21.7%	
仕事のコントロール度 ★	No.8+No.9+No.10	12	11-10	9-7	6-5	4-3	
		5.5%	16.0%	48.8%	23.3%	6.3%	
あなたの技能の活用度★	No.11	1	2	3	4		
		9.1%	26.7%	45.6%	18.6%		
あなたが感じている仕事の適性度★	No.16	4	3	2		1	
		9.3%	25.9%	49.7%		15.1%	
働きがい★	No.17	4	3	2		1	
		13.1%	29.3%	44.5%		13.1%	
【ストレスによっておこる心身の反応】							
活気★	No.1+No.2+No.3	3	4-5	6-7	8-9	10-12	
		13.4%	19.2%	37.3%	21.3%	8.8%	
イライラ感	No.4+No.5+No.6	3	4-5	6-8	9-10	11-12	
		7.6%	18.2%	45.1%	20.3%	8.8%	
疲労感	No.7+No.8+No.9	3	4-5	6-8	9-11	12	
		6.2%	23.2%	40.1%	23.1%	7.4%	
不安感	No.10+No.11+No.12	3	4	5-7	8-10	11-12	
		12.3%	15.6%	44.7%	21.6%	5.8%	
抑うつ感	No.13～No.18の合計	6	7-8	9-12	13-17	18-24	
		12.40%	18.9%	39.3%	22.3%	7.2%	
身体愁訴	No.19～No.29の合計	11-13	14-17	18-23	24-29	30-44	
		8.3%	23.6%	38.6%	21.7%	7.8%	
【ストレス反応に影響を与える他の因子】							
上司からのサポート★	No.1+No.4+No.7	12	11-10	9-8	7-5	4-3	
		7.5%	22.0%	38.9%	26.7%	4.9%	
同僚からのサポート★	No.2+No.5+No.8	12-10	9-8	7-6	5-4	3	
		8.1%	31.3%	35.3%	17.9%	7.4%	
家族や友人からのサポート ★	No.3+No.6+No.9	12-9	8-7	6	5-4	3	
		4.4%	10.6%	16.0%	28.6%	40.4%	
仕事や生活の満足度 ★	No.1+No.2	8-7	6	5-4	3	2	
		6.4%	15.4%	57.8%	15.4%	5.0%	

### 資料3. 結果の説明文書例

# あなたのストレスプロフィールについて

●● 殿

社員番号 ×××

ご回答いただいたストレス調査票の結果から、“あなたのストレスプロフィール”を作成しました。このプロフィールから、あなたのストレスの状態をおおよそ把握していただくことが出来ると思います。結果をごらんいただき、ご自分の心の健康管理にお役立てください。

詳しいストレス度や、それに伴うところの問題については、この結果のみで判断することはできません。ご心配な方は専門家にご相談下さい。

あなたのストレス状況はやや高めの状態にあることが窺われます。

ストレスの状態が続くと、心や身体がストレスの原因に対して反応し、その結果として、気分が落ち込む、イライラ感がつる、疲れる、元気がないといった症状が現れます。このような症状は気分だけでなく、体の不調として現れてくる事もあります。ストレスは、急に仕事が忙しくなったり、ストレスの原因となる要素（仕事に関連したものや、ご家庭での問題）が重なると、急にあなたに重くのしかかってくる可能性もあります。あなたの場合、イライラ感、疲労感、不安感、抑うつ感が高く、活気が低い状態であることが、別紙2枚のグラフから分かります。

あなたの仕事でのストレスの原因となりうる因子では、仕事の量的負担、対人関係上のストレスが高いようでした。

仕事の量が多い、仕事がキビシイと考えている人は、もう一度自分の仕事量を見直し、上司、同僚と仕事内容について相談することをお勧めします。周囲の人に協力を仰ぐ事により、事態が解決するかもしれません。仕事のコントロール度は、自分で仕事の予定や手順を決めることができない時、「仕事のコントロール度」が低くなります。例えば、周囲のスピードや上司の予定に合わせて仕事をするとか、急な仕事の変更がよく起こるために予定が立てられない状況などです。仕事のやり方をうまくして負担量を軽減することができないか、仕事の進め方を自分で決定できる部分がもっとないか、を考えてみて下さい。それが無理な場合は、仕事からストレスを多く受けていることを自覚して、勤務時間外や休日はなるべく仕事を持ち帰らず、リフレッシュに努めましょう。

また、一人で悩みを抱え込まずに、周囲に悩みを相談することもよいでしょう。また、産業医や専門家に相談する事も一つの方法です。専門的な助言を受けることによって、自分では気がつかなかった解決法が見つかることもあるでしょう。

## 資料4. 標準化得点を用いた評価法によるストレス調査票出力結果を見ていく手順の例

①労働者に調査票を配布し、記入してもらいます。



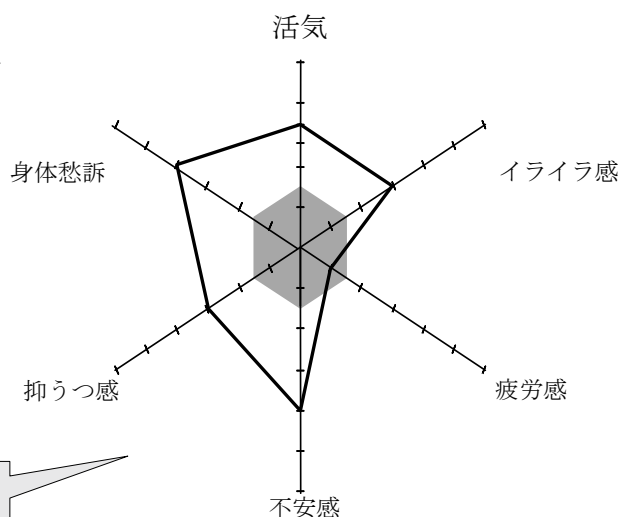
②コンピュータで結果を出力します。



③レーダーチャート中段の、**ストレスによっておこる心身の反応**が高い状態であるかを調べます

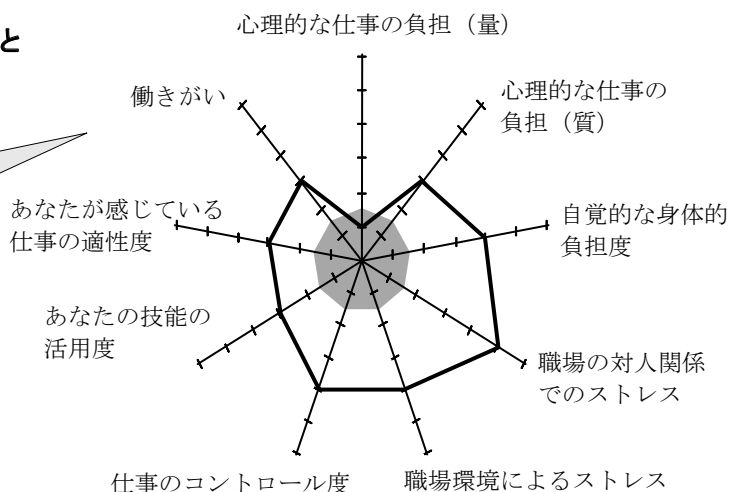
全体的にチャートが大きいほど心理的・身体的ストレス反応が低く、良好な状態であることを示します。チャートが小さくなり、特にグレーゾーンに入っている場合には、ストレス反応が高くなっている状態が疑われます。

例：グレーの部分に入っている疲労感が高いことがわかります。



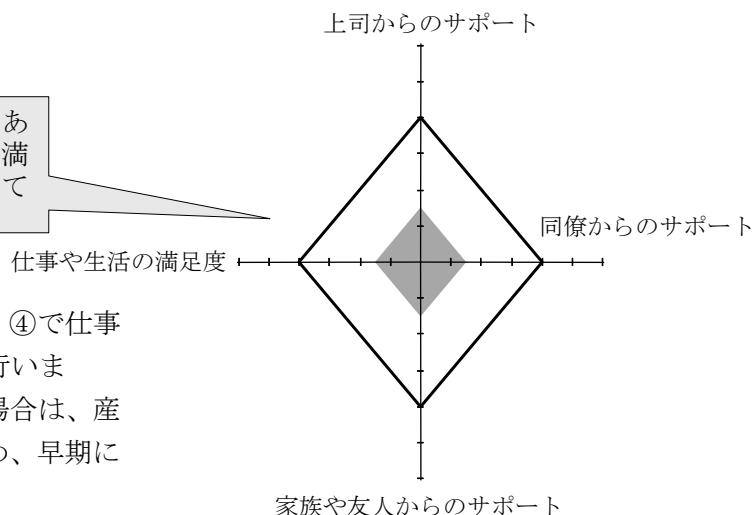
① 回答者の仕事に関連した**ストレスの原因と**  
**考えられる因子**が高いかを調べます。

例：グレーの部分に入っている心理的な仕事の負担(量)が大きいと考えられます



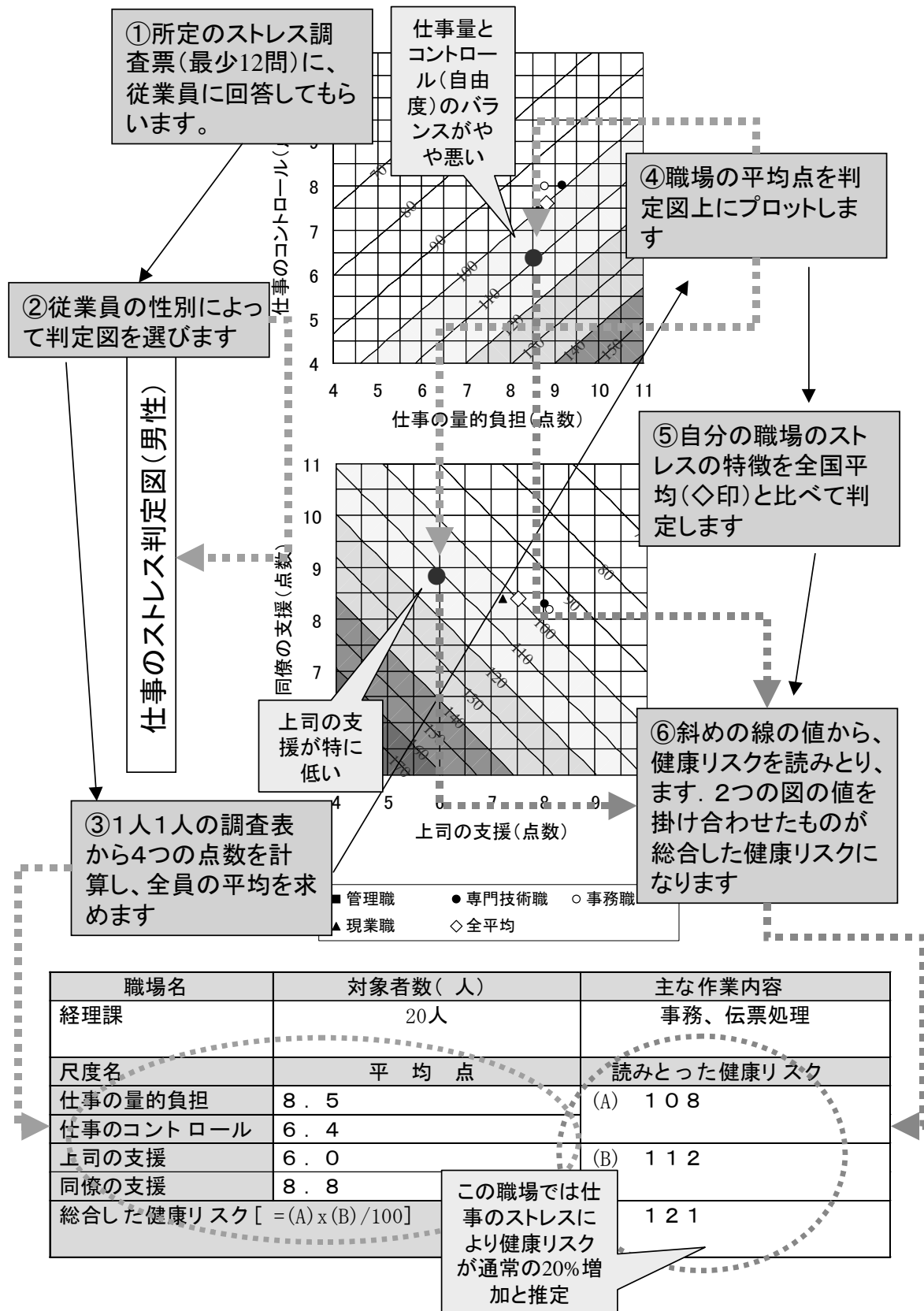
② **ストレス反応に影響を与える他の因子**  
の程度を調べます。

例：周囲からのサポートがあり、また仕事や生活の満足度も高いことを示しています



⑥ストレス反応が高い状況にある場合は、④で仕事の原因と考えられる因子のチェックを行いましょう。グレーゾーンに入る軸が多い場合は、産業医、産業看護職等による面談をすすめ、早期に対策をたてましょう。

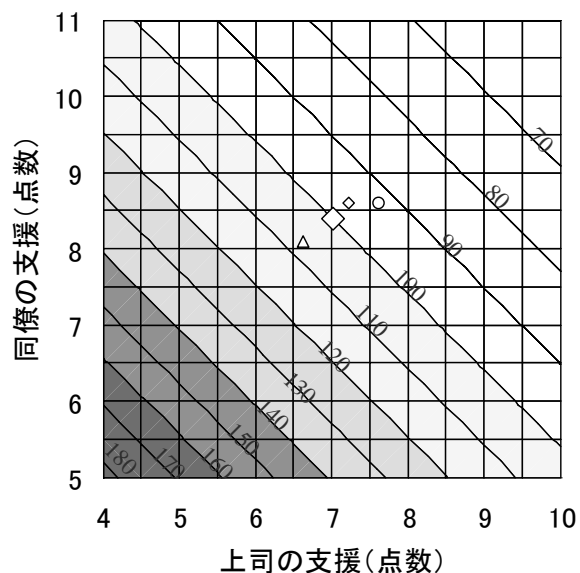
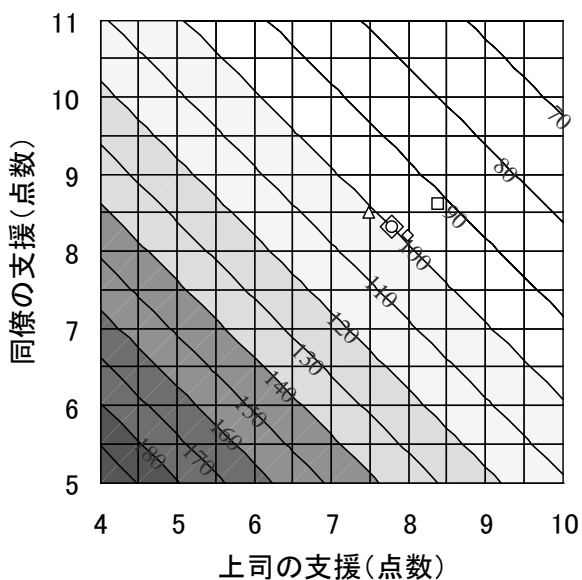
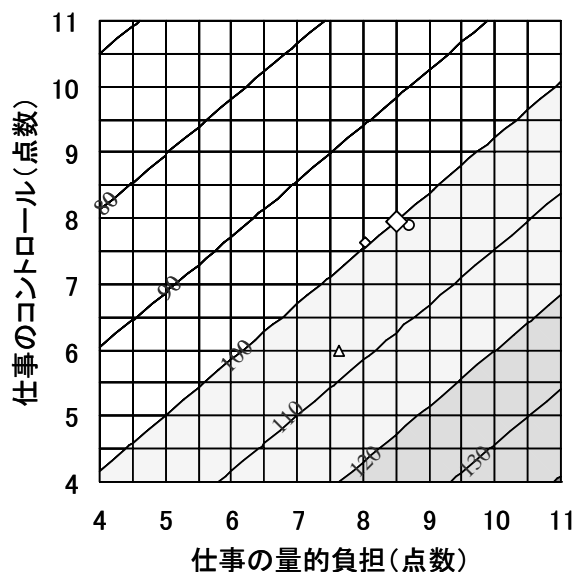
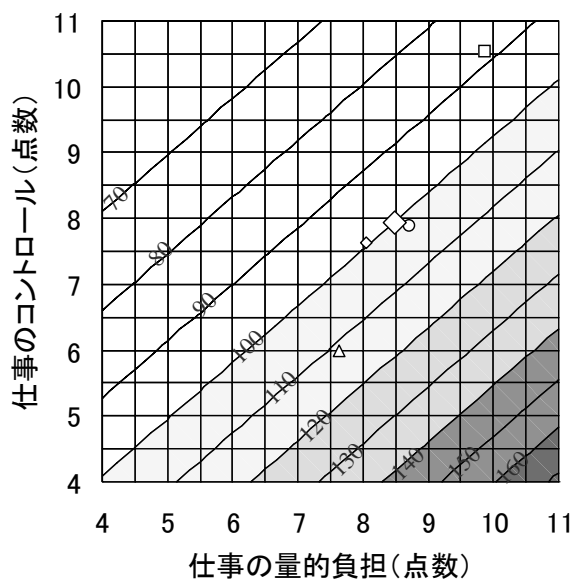
## 資料5 「仕事のストレス判定図」の使用方法



# 仕事のストレス判定図(簡易版ストレス調査票用)

男性

女性



□ 管理職      ○ 専門技術職      ◇ 事務職  
△ 現業職      ◇ 全平均

■ 管理職      ○ 専門技術職      ◇ 事務職  
△ 現業職      ◇ 全平均

職場名	対象者数(人)	主な作業内容
尺度名	平均点	読みとった健康リスク
仕事の量的負担		(A)
仕事のコントロール		
上司の支援		(B)
同僚の支援		
総合した健康リスク[=(A) x (B) / 100]		

## 仕事のストレス判定図のための職業性ストレス簡易調査票（一部抜粋）

あなたの性別は（いずれかに○）	<input type="checkbox"/> 1 男性	<input type="checkbox"/> 2 女性
-----------------	-------------------------------	-------------------------------

あなたのお仕事についてうかがいます。最もあてはまる回答の欄に○を記入して下さい。				
	そうだ	まあ そうだ	やや ちがう	ちがう
(1) 一生懸命働かなければならない				
(2) 非常にたくさんの仕事をしなければならない				
(3) 時間内に仕事が処理しきれない				
(4) 自分のペースで仕事ができる				
(5) 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる				
(6) 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる				

あなたの周りの方々にについてうかがいます。最もあてはまる回答の欄に○記入して下さい。					
		非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちとはどのくらい気軽に話せますか？	(7) 上司				
	(8) 職場の同僚				
あなたが困ったとき、次の人達はどのくらい頼りになりますか？	(9) 上司				
	(10) 職場の同僚				
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人達はどのくらい聞いてくれますか？	(11) 上司				
	(12) 職場の同僚				

○得点の計算方法：問1～6は、そうだ=4点、まあそうだ=3点、ややちがう=2点、ちがう=1点を与える。問7～12は、非常に=4点、かなり=3点、多少=2点、全くない=1点を与える。（プログラムを用いて結果を出力する場合と採点方法が異なりますのでご注意ください。）

以下の式に従って各得点を計算する：仕事の量的負担＝問1＋問2＋問3、仕事のコントロール＝問4＋問5＋問6、上司の支援＝問7＋問9＋問11、同僚の支援＝問8＋問10＋問12。

\*職業性ストレス簡易調査票の結果出力プログラムと採点方法が異なりますので、注意して下さい。

# 職業性ストレス簡易調査票の活用事例編

## 【事例1】1次予防を目的に調査票を実施し、3年間、個人へのアプローチ、部署へのアプローチを同時に実施している事業場の例

1. 業種：機械製造業。（営業、設計、生産、設置工事、研究業務）
2. 事業場の規模：正社員約 1000 名（うち女性約 50 名）。  
パートタイム労働者約 100 名（うち女性約 50 名）  
その他の労働者約 200 名（派遣、協力会社社員など）
3. 産業保健スタッフ：常勤の専属産業医 1 名、保健師 2 名、心理相談員（週 1 日）、  
衛生管理者は 5 名（兼任）。
4. ストレス調査の実施までの経緯

うつ病を初めとするストレス関連疾患による傷病休業件数率、日数率の増加傾向をうけ、すでに管理職や新入社員へのメンタルヘルス教育、健診にからめたうつ病などのスクリーニング、復職支援など、各種対策を実施済みであったがその効果は十分とは言えず、1 次予防（疾病発症予防）対策のための手段として簡易調査票を用いたストレス調査を実施。

5. ストレス対策の実施の主体 健康管理室（産業医、保健師）
6. 実施の方法等：

調査の目的：①職場単位(課・部等)でのストレス評価を行い、その結果に基づき対策を実施し、職場のストレスに起因するストレス関連疾患の発症を予防すること、及び職場の活性化を図ること。②個人の職場におけるストレス評価を行い個人のストレスへの気づきを促すこと。

対象：全正社員およびパート社員。

方法：安全衛生委員会の同意を得て実施。記名式で実施。事前に調査の 2 週間前に全管理職へ調査の実施概要について通知し、配下社員への周知を求めた。パソコンが利用できない者へは、課長レベルを通して調査用紙を配布し、回答後、健康管理室へ送付させ、結果は産業医と保健師が入力した。パソコンが利用できる者へは、データベース管理ができるシステムを構築して実施。現在まで、3 年間にわたりストレス調査を実施してきている。

### 7. 結果のフィードバック方法

#### 7-1) 個人へのアプローチ

標準化得点を用いた方法にて、プログラムを利用して結果を出力。紙で実施のものには出力して返却、パソコン上で回答した者へは回答終了とともに画面上で図表形式で自身のストレス状況を認識させた。また、ストレスプロフィールの合計得点、ストレス反応のみの合計得点、前年度からの変化率、それぞれ上位 5%を要注意者として、産業医、保健師、心理相談員によって個人面接を実施した。

結果の概要・評価：3 年継続してストレス調査を実施しているが、過去 2 回の調査での反省を考慮して、ストレスプロフィールについて前年度との変化率が大きい者を面接対象に加えた。面談の結果を考慮して、一部、上司へ状況を報告することで、個人ではどうしようもなかった状況





### (3) 検討会後の対応事例

#### ①例1：話し合いの場を設けてストレス度が軽減した B 職場

資材調達担当である B 職場。製品担当制であり互いに支援がしにくいこと、また適性に欠ける者が多い、という問題があげられた。

そこで、毎週 1 時間、同僚のみでの愚痴の言い合いを含む、話し合いの場を設けた。また、毎週 1 時間、課長との何でも言える話し合いの場も設けた。

その翌年、ストレスプロフィールの中の、「技能の活用度」「仕事の適性度」「働きがい」「上司の支援」「同僚の支援」の平均得点が改善した。

ストレス判定図では、量コントロールリスクは 109 で変化がなかったものの、職場の支援リスクは 102 から 89 に、総合リスクは 112 から 97 に減少した。

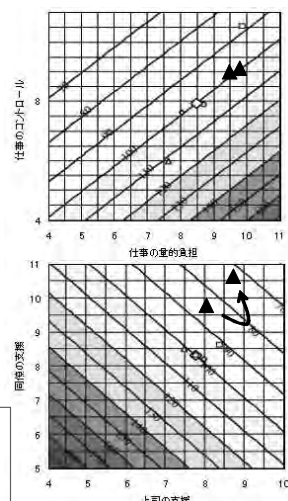
- ・業種: 資材調達
- ・人員: 男性9名 女性2名
- ・問題点:  
個別的な業務で支援少  
適正に欠ける者が複数いる

→対策:

毎週1時間課長との話し合いを実施  
毎週1時間同僚のみの話し合いを実施

	量-コントロール	職場支援	総合
前年	109	102	112
本年	109	89	97

例1(資材調達)



#### ②事例2：所属長の仕事への取り組みの変化によってストレス度が軽減した C 職場

システム研究開発担当の C 職場。専門性が高く周囲が支援しにくいこと、また他事業場からの依頼が多く、仕事の幅が増大傾向であることなどの問題があげられた。

そこで、所属長自ら能力以上の仕事は削除する、またできない仕事は取らない、などの方針を立てた。また困ったら時間をおかずにすぐにミーティングを開くことも心がけた。

翌年、「仕事の量的な負担」「仕事の自由度」「同僚の支援」の改善が認められた。ストレス判定図では、量コントロールリスクは 105 から 96 に、職場の支援リスクでは 114 から 105 に、総合リスクは 119 から

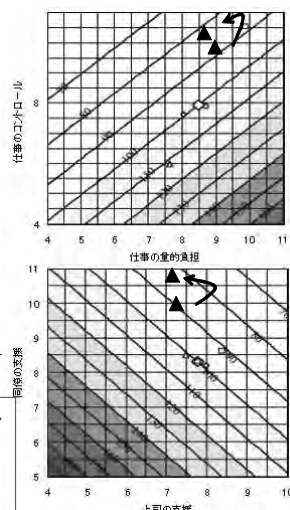
- ・業種: 研究開発
- ・人員: 男性13名 女性1名
- ・問題点:  
専門性が高く、周囲が支援しにくい。  
仕事の幅が増大。

→対策:

能力以上の仕事は削除する。  
できない仕事はとらない。  
困ったらすぐミーティング開催、皆で議論。

	量-コントロール	職場支援	総合
前年	105	114	119
本年	96	105	100

例2(研究開発)



100 に減少した。

③事例 3：壁の新設、空調設備の更新等により職場環境によるストレスが軽減した製品組み立て現場の例

製品の組立を担当する D 職場。製品の組立現場であるにもかかわらず、同一敷地内に機械加工現場があり、そこから発生する粉じんにより製品が汚れてしまうため、その掃除などもしなければならぬ状況で、かつ夏場は猛暑であった。

対策として、組立職場と機械加工職場を完全に壁でしきり、また同時に休憩室の設置、空調設備の更新もしたところ、それらは改善した。その結果、ストレスプロフィールの「職場環境によるストレス」「仕事の適性度」のストレス度が軽減された

## 【事例2】事業場外資源が加わって個人へのアプローチを中心にストレス対策を実施している事業場の例

1. 業種：電気・ガス・水道業
2. 事業場の規模：正社員約 700 名
3. 産業保健スタッフ：産業医 1 名（嘱託）、看護師 2 名。
4. ストレス調査の実施までの経緯

すでに、生活習慣病対策、交替制勤務による健康障害の防止のための講演会等、産業保健活動が活発な事業場であった。健康管理室の事業の中で、メンタルヘルス対策を重点領域に掲げ、全社的にストレス調査を行うことになった。

**5. ストレス対策の実施の主体** 事業場外資源（大学在籍の社員の健康づくり活動をサポートする医師）ならびに健康管理室（産業医、看護師）

### 6. 調査票の実施方法

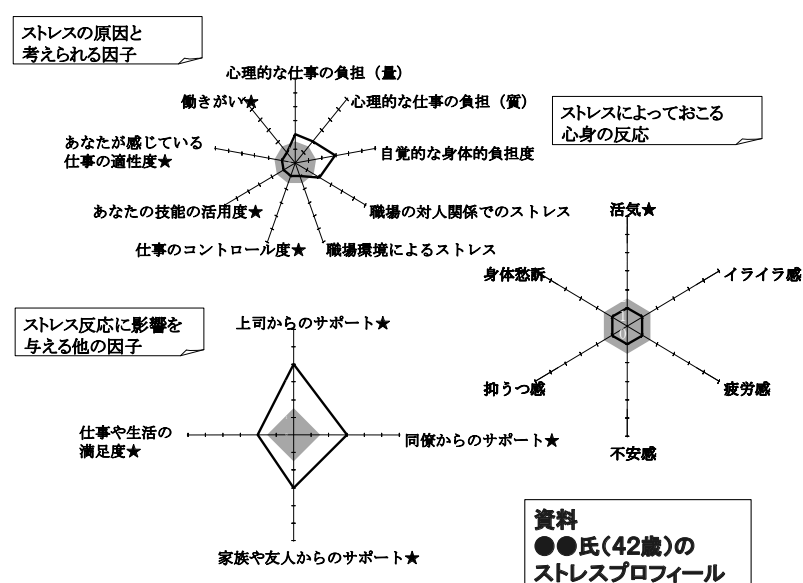
健康管理室より、健康診断時期にあわせて、事業場において個人のストレスの気づきを目的としたストレス対策を推進することを書面で伝え、調査票を配布した。調査票は、健康管理室より部署を經由し、個人宛てに密封可能なシール付き封筒とともに配布され、各人が記入後、厳封の上部署ごとに回収。調査票は記名式。データ集計は事業場外資源において実施。

### 7. 結果のフィードバック、調査結果概要とその後の対応

#### 7-1) 個人へのアプローチ

ストレス調査の実施から約 2 週間以内に、表形式とレーダーチャート形式のストレスプロフィールおよび、結果内容をストレス要因、ストレス反応をパターン化して個人毎に総合的に解説した文書を、厳封のうえ返却した。また、全員の結果を担当医師が目視により観察した後、心理的ストレス反応の高い従業員を回答者の 5 % の人数リストアップし、健康管理室より連絡をとり、一人当たり 20～30 分の面談をおこなった。

面談をおこなった社員の中には、仕事上のミスで生じた多大な損失により、部署全体がほとんど休暇を取れないような状態にあり、仕事の量が著しく多く、それをコントロールできないことに対して、自分が仕事ができないからだ、能力がないからだ、と訴え、涙ぐむ様子が見られ、寝付くことがなかなかできない、寝付いても熟眠感がない、ひどい頭痛がおこる、などを訴える労働者があった（ストレスプロフィール



ルは図)。この事例に対しては、事業場外資源の面談担当者から健康管理室への相談をすすめ、睡眠導入剤の処方や、精神神経科担当の産業医との面談を進めるという対策がおこなわれた。

## 7-2) 職場へのアプローチ

組織図を参考に、各部署について、仕事のストレス判定図を事業場外資源において作成し、看護師の判断で必要と考えられる部署のマネージャーを対象に面談を実施した。

上記のプロフィールを示した社員の部署の仕事のストレス判定図は、量一コントロール判定図による健康リスクが 141%、総合健康リスクが 151%と高値を示していた。マネージャーが、具合の悪くなる者は弱い者だという考え方を持っている、という印象を産業看護職が受けていたことから、事業場外資源のスタッフによるマネージャーとの面談の機会の設定を試みたが、先方の多忙を理由に実施できなかった。その後、産業医および産業看護師を通じて、面談対象者の担当マネージャーへの対応を、心のケアの重要性について面談を通して理解をすすめる方法で対策が実施された。

## 【事例3】全社実施の定期健康診断問診票のメンタルヘルス問診結果が不良の事業場を焦点に調査票を実施した例

1. 業種：製造業（研究所）

2. 事業場の規模：従業員約600名

3. 産業保健スタッフ：産業医は常勤1名、非常勤2名、産業看護職常勤2名、衛生管理者10名前後（有資格者はこれ以上）

4. ストレス対策を実施することになった経緯

研究所という事業所の性質から、非常勤の精神神経科医・臨床心理士を雇うなどメンタルヘルス対策には力を入れる風土が以前より存在していた。全社の標準として、定期健康診断時には共通書式の問診票を使用してメンタルヘルスの問診（GHQ12項目）が実施されており、事後措置としても、身体データだけでなく、GHQスコア等も含めた上での面談指導が産業保健職により全従業員を対象に実施されてきた。この定期健康診断問診票のGHQスコアが他事業所と比較して高めであったことから、より一層のメンタルヘルス対策が求められ、面談指導時、個人へのより判り易いフィードバックと職場環境の評価を目的として職業性ストレス簡易調査票の活用が開始された。

5. ストレス対策の実施の主体： 産業医（管理部 健康支援センター所属）

6. 実施の具体的方法

安全衛生委員会に報告・承認を得て実施。記名方式で健康診断時に問診票を配布し、その場で記入して頂いた後回収。記入結果は保健スタッフがエクセルファイルにまとめ、各人毎にフィードバック用の書式（『あなたのストレスプロフィール』）を打ち出し返却した。

7. 結果のフィードバックの方法

個人に対して：健康診断事後措置の面談時に各人に結果をフィードバック

職場単位：14の職場単位（1部署約50名）で仕事のストレス判定図を作成したほか、各尺度の平均点を事業場全体と部署ごとに算出し比較した。この結果を、管理監督者と産業保健職とで結果を踏まえて約1時間のディスカッションを実施した

8. 調査結果の概要

各部署の尺度得点の平均点“ストレスによる心身の反応”の項目で、全体的に『活気』が低い傾向がある印象があった。

個人単位で見ると、フィードバック（事後措置の面談）の際の印象では、各個人に対する評価は問診票を記入した際の状況を良く表しており有用であった。

9. 結果をうけての対応

結果フィードバック時に職場の上司とディスカッションを行い、意見交換を実施。対応が必要な個別の事例が持ち上がった場合は別途対応しているが、ストレス調査票の結果に基づく対策・展開等、具体的なものは無かった。経年的な調査は実施していない。

## 【事例４】メンタルヘルス指針の発表を機に、管理監督者に職場環境等の具体的問題点を把握してもらうことを目的に３年間継続して調査を実施している例

1. 業種：製造業
2. 事業場の規模：約１０００人
3. 産業保健スタッフ：常勤産業医１名、産業看護職２名、衛生工学衛生管理者；１名
4. ストレス調査実施までの経緯

「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に示された「管理監督者は、事業場内産業保健スタッフ等によるストレスに関する調査票等を用いた職場環境等の評価結果等を活用して、職場環境等の具体的問題点を把握すること」の内容に基づき対策を検討することとなり、簡易調査票を実施することとなった。

5. ストレス対策の実施の主体：事業場内健康管理室

### 6. 実施方法

定期健康診断の問診票と併せて記名で実施。事前に職場のライン長より各職場の労働者にストレス調査の実施について周知してもらうようにした。用紙の配布は、2001年度・2002年度は調査票を各職場に配布（2002年度は中災防のウェルネスチェックシートを活用）、2003年度は質問紙を社内ネットワーク上に添付し各人で印刷、いずれも事前に各自に記入してもらい健康診断時に持参してもらい回収した。

### 7. 結果のフィードバックの方法

個人に対して結果を返却したほか、ストレス判定図を用いて健康リスクを算出し、ストレス度の評価を行い、事業場全体の傾向や経年変化について安全衛生委員会にて産業医より報告した（下図）。職場毎の健康リスクを算出し、事業場全体の中で各職場のストレス度がどの位置にあるのかを示し返却するとともに、希望職場には個別にストレス判定図を作成し、説明を実施した。

### 8. 結果の概要

＜職場単位のストレス度の評価結果から＞

・2001、2002年は職場環境（暑熱・騒音等）に問題のある職場で最も健康リスクが高かったことが明らかになった。

・上記職場の環境が若干改善された後、高ストレス職場として挙がってきたのは、所属長が職場のストレスの軽減に関心を示さない職場であった。

ストレス値が高い職場の経年比較								
01			02			03		
職場名		総合健康リスク	職場名		総合健康リスク	所属名	人数	総合健康リスク
職場A		104	職場A		114	職場A		129
			職場B		109	職場B		109
職場C		93	職場C		72	職場C		126
職場D		81	職場D		98	職場D		111
職場E		114	職場E		77	職場E		111
			職場F		108	職場F		109
職場G		111	職場G		91	職場G		103
職場H		142	職場H		135	職場H		95
職場I		105	職場I		98	職場I		101
職場J		110	職場J		121	職場J		102
			職場K		83	職場K		98
						職場L		99
全体	844	91	全体	957	98	全体	1041	94

上昇傾向  
注意

経年的に低下し  
ている職場も認  
められる。

<個人のストレスプロフィールを中心とした検討から>

- ・個人のストレスプロフィールで上司のストレスが高い職場は、全体的に職場の健康リスクが高くなる傾向がみられた。
- ・単身赴任者の健康リスクや個人のストレスについては、非単身赴任者に比べてわずかにスコアが高く、また、仕事以外の要素が大きいいためか、仕事のストレス要因とストレス反応との関係性が低めであった。

## 9. 調査後に実施した対応

総合健康リスクが 120 を超えていた職場のライン長、及び、個人のストレスプロフィールで特に抑うつ感・不安感・活気のなさが問題であった個人を対象に産業医による面談を実施した。産業保健スタッフがストレス調査実施の前から捕らえていた問題を再認識することにつながった。職場環境や勤務体系など、ストレス要因がはっきりしているものに対して、まずはその要因を解決しストレス軽減を図った。また、健康リスクの高かった職場を高ストレス職場として対応することとし、コーチングの視点から、上司と部下の考えの相違に着目するなどして、職場で抱えている現状の問題点などを分析するようにしたが、職場の改善にまでは着手できなかった。このほか、疲労感の強いと思われる職場に対しては、厚生労働省の疲労蓄積度自己診断チェックリストを実施した。

## 【事例5】健康診断時の調査票結果を材料に、職場対策会議を実施して問題点の洗い出しと改善に取り組んでいる事例

1. 業種：製造業

2. 事業場規模：——

3. 産業保健スタッフ：産業医 1人、産業看護職 2人、臨床心理士（非常勤）1人

4. ストレス調査実施までの経緯

以前よりメンタルヘルスに対する関心がある事業場であるが、産業医の赴任を機に全社的なストレス対策を開始した。最初はセルフケア教育、管理監督者教育を行うと共に、健康診断の際に既存の調査票を用いたスクリーニングチェックを行い、ハイスコア者に対し産業医、産業看護職、臨床心理士による面談を行い、必要に応じて医療機関紹介を行うなど個別対応を中心に行ってきた。2000年より職業性ストレス調査票を実施して、事業場全体及び職場へのフィードバックを行うようになった。

5. ストレス対策の実施の主体：事業場内産業保健スタッフ

6. 実施方法

実施前に安全衛生委員会で説明し、事業場側と社員代表の了解を得て、定期健康診断時に健康診断の問診表とともに調査票を配布した。調査票は記名式で健診票とともに回収した。

7. 結果のフィードバックの方法

調査票は健康診断機関に inputs 及び個人票の出力を委託し、レーダーチャートなどが印刷された個人票と説明文を健康診断の結果とともに個人に返却した。精神的、身体的自覚症状が高い社員に対し、産業保健スタッフが直接面談を行った。

仕事のストレス判定図は部単位で作成し、10人以上の部署に関して部長へ返却した。総合健康リスクが120点を超える部署に対しては、社員への個別面談を終えた後、職場と産業保健スタッフで会議を行い、調査結果、個人面談の結果などを個人が同定出来ない形で職場に情報提供し、ともに問題点を検討し、職場に改善策を考案、実施してもらった。

8. 結果の概要

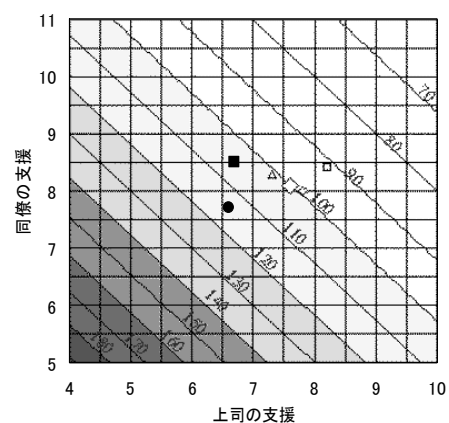
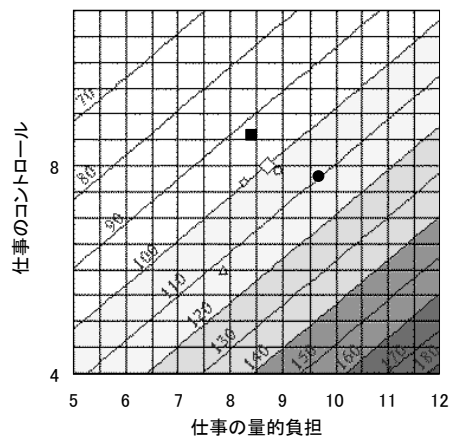
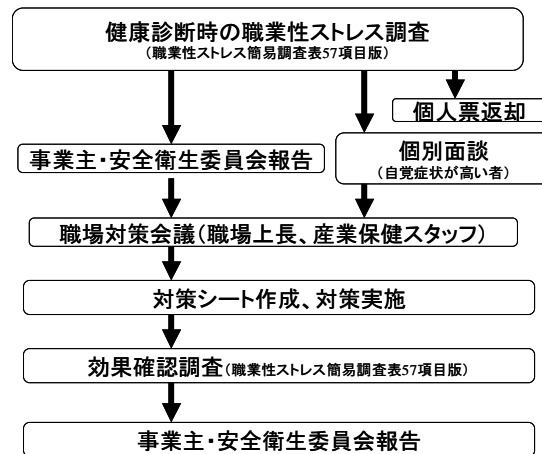
事業場全体としては全国平均とほぼ同じ得点であったが、いくつかの職場では総合健康リスクが120点以上であった。調査結果は概ね職場の傾向を表わしていたが、具体的に問題点を明確にするためには個別面談、時間外労働状況、職場のヒアリングが必要であった。いくつかの職場で共通なものとして、特定の個人への業務の集中やコミュニケーション不足が問題点として挙がって来た。

9. 調査後に実施した対応

職場対策会議後、職場より対策シートを作成してもらい、それに従って対策を実施した。効果判定として一定期間経過した後に、該当職場のメンバーに対し同じ調査票を用いてアンケート調査を行った。その結果を職場にフィードバックし、対策の評価を行った。また、全体の総括報告を事業場の運営会議に報告した。

このようなストレス調査の実施から対策までの流れを図に示した。





● 2003.07 ■ 2004.03

職場名	人数	量的負担 (点)	コントロール (点)	上司の支援 (点)	同僚の支援 (点)	健康リスク		
						量-コント ロール	職場の 支援	総合
2003.07	17	9.7	7.8	6.6	7.7	109	114	124
2004.03	22	8.4	8.6	6.7	8.5	92	104	95

## 職場のストレス対策シート



このシートには「仕事のストレス判定図」や添付の「ストレス対策ヒント集」を参考に、貴方の職場での「仕事ストレス」や「職場の支援」の問題点とその対応策・改善策などを記載して下さい。「仕事のストレス判定図」では、仕事の量的負担とコントロールとのバランス、職場の支援のバランスなども参考になるかと思ひます。お気づきの点や問題点を整理し、職場でのストレス対策に取り組んで下さい。

項目	問題点	対応策・改善策	結果
「仕事の量的負担」が多い場合	正規社員において、仕事の量・質ともに負担が多いとの調査結果です。この間、特に事業計画、中期計画、年度計画など、業務の増加に伴って、特定の個人への業務集中が問題と考へます。	・仕事量のバランスをはかるために、正社員間のみならず、派遣社員を含めた仕事量を更に最適化する。 ・仕事の時間的集中を避けるために、事前に準備を行い、時間的に余裕を持たせた業務遂行をおこなう。 ・特定個人への業務集中を避けるため、業務分担を見直す。	・仕事量の最適化を進め、効果は出てきたが、更に最適化を進める。 ・仕事の事前準備を進めているが、まだカルチャーになるまでにはなっていないため、更に浸透を図る。
「仕事のコントロール(裁量権)」が低い場合	特に大きな問題点は出ていないと判断します。	部、課、係MTGや、委員会等で、情報の共有化や問題解決などの機会を与え、各メンバーのモチベーションがUpできるように推進します。	量コントロールとして、03.7月110→04.3月92まで低減されており、各自のモチベーションは上がってきている。04年度も事業計画で業務の優先順位を決めて推進します。
「上司の支援」が低い場合	定期的な課内ミーティングや個別ミーティングで情報伝達や意見交換を行っていますが、まだ不十分であるようです。	課内ミーティングの内容を見直し、一般的な報告・連絡等と、その時々大きな問題点を解決するための場を分けることにより、十分な支援が出来る環境にします。	課内ミーティングの見直しで、時間設定は行っているが、実行が不十分である。4月中旬より実行する予定で計画している。
「同僚の支援」が低い場合	上の項と同じく、現状の定期的な課内ミーティングや個別ミーティングなどでは不十分であるようです。	業務グループ別の情報交換の場を設け、十分にコミュニケーションが行える環境をつくる。	業務グループ別の情報交換がまだ不十分のようです(一度実行したが、その後定期的な開催までに至っていない)。問題点を検討して、再度実行する。

## 職業性ストレス簡易調査票

### A. あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そう だ	そう あ だ	ちや が う	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない-----	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない-----	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない-----	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある-----	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ-----	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない-----	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ-----	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる-----	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる-----	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる-----	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない-----	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある-----	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない-----	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である-----	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない-----	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている-----	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ-----	1	2	3	4

### B. 最近 1 か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	なほ かど ん ど た	と き ど き あ つ た	し ば あ つ た	ほ い つ も あ つ た ど
1. 活気がわいてくる -----	1	2	3	4
2. 元気がいっぱいだ -----	1	2	3	4
3. 生き生きする -----	1	2	3	4
4. 怒りを感じる -----	1	2	3	4
5. 内心腹立たしい -----	1	2	3	4
6. イライラしている -----	1	2	3	4
7. ひどく疲れた -----	1	2	3	4
8. へとへとだ -----	1	2	3	4
9. だるい -----	1	2	3	4
10. 気がはりつめている -----	1	2	3	4
11. 不安だ -----	1	2	3	4
12. 落ち着かない -----	1	2	3	4
13. ゆううつだ -----	1	2	3	4
14. 何をするのも面倒だ -----	1	2	3	4
15. 物事に集中できない -----	1	2	3	4
16. 気分が晴れない -----	1	2	3	4
17. 仕事が手につかない -----	1	2	3	4
18. 悲しいと感じる -----	1	2	3	4

	な か つ た	ほ と ん ど	と き ど き あ つ た	し ば し ば あ つ た	ほ と ん ど い つ も あ つ た
19. めまいがする -----	1	2	3	4	
20. 体のふしぶしが痛む -----	1	2	3	4	
21. 頭が重かったり頭痛がする -----	1	2	3	4	
22. 首筋や肩がこる -----	1	2	3	4	
23. 腰が痛い -----	1	2	3	4	
24. 目が疲れる -----	1	2	3	4	
25. 動悸や息切れがする -----	1	2	3	4	
26. 胃腸の具合が悪い -----	1	2	3	4	
27. 食欲がない -----	1	2	3	4	
28. 便秘や下痢をする -----	1	2	3	4	
29. よく眠れない -----	1	2	3	4	

**C. あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。**

	非 常 に	か な り	多 少	全 く な い
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司 -----	1	2	3	4
2. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司 -----	1	2	3	4
5. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司 -----	1	2	3	4
8. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4

**D. 満足度について**

	満 足	満 ま あ 足	不 や ま や 満 足	不 満 足
1. 仕事に満足だ -----	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ -----	1	2	3	4



# 広汎性発達障害

## 広汎性発達障害

### 1) 広汎性発達障害とは

現行の米国精神医学会（DSM-IV-TR）の定義によれば，広汎性発達障害とは，「発達のいくつかの面における重症で広汎な障害によって特徴づけられる。相互的な対人関係技能，コミュニケーション能力，または常動的な行動，興味，活動の存在。このような状態を定義する質的障害はその者の，発達水準および精神年齢に比して，明らかに偏っている」で5つの単位障害からなり，自閉性障害とレット障害，小児崩壊性障害，アスペルガー障害，特定不能の広汎性発達障害がある。

従来は，精神発達遅滞（知的障害）を伴うものが多いとされていたが，近年高機能（IQ70以上）の有病率（0.5～1%）が高いことなどより注目され<sup>1</sup>広汎性発達障害の診断が未診断である成人例も相当数いること，他の疾患の診断として治療を受けている症例も少なくないとの指摘<sup>2-4</sup>がある。

### 2) 広汎性発達障害のメンタルヘルス

広汎性発達障害は，気分障害，不安障害等の合併症を高率に引き起こすことが知られており<sup>5</sup>，未診断のまま就職し，職場での不適応を契機に広汎性発達障害の診断につながった症例報告が精神医学分野で報告されている<sup>3</sup>。

同様に産業保健領域においても，産業保健スタッフが対応するメンタルヘルス不調者の中に広汎性発達障害をかかえる労働者，もしくは疑い例に遭遇するケースが報告されている<sup>6-8</sup>。我々がH21年度に行った「精神科のトレーニングを有した産業医を対象に行った質問紙調査」では，約51%が産業医経験の中で広汎性発達障害（確定診断例，疑い例含む）として対応した経験があると答えた。広汎性発達障害をかかえる労働者の事例対応が稀ではないことがわかった。

### 3) 広汎性発達障害の職務上の問題

広汎性発達障害のある人は、その障害特性により社会生活上の困難に直面する。同じ診断名であっても、障害特性や作業能力には個人差があるが、一般的に指摘されていることを紹介する。

発達障害者の職務遂行能力にかかわる問題、コミュニケーション上の問題について小川がまとめたものが表1、表2である。このような問題は、本人の性格、甘えととらえられる場合があり、職場でのトラブルにつながる。

また、広汎性発達障害の人は、しばしば、音、味、臭い、視覚にといて感覚過敏があり、職場の環境によっては、本人に耐えがたいものとなり、集中力に影響を及ぼす場合がある。

表1 職務遂行能力に関わる問題

- ・作業が雑で「きれいさ」や「ていねいさ」等、作業の質を意識することが苦手
- ・状況に応じて、作業の質やスピードを判断して変えることができない
- ・金槌で釘を打つ、ドライバーでねじを回す等、協応動作が苦手である。
- ・不良品の検査（汚れや小さな傷）等、判断の基準が曖昧な作業は苦手。
- ・1つの仕事をしながら、同時に別のことをこなすことが難しい。
- ・早く、かつ丁寧に、正確に等、同時に2つの質を求められることが苦手。
- ・自が丁寧すぎる、少しでも汚れていると気が済まない等、些細なこだわりがある。
- ・仕事の手順や段取りを自分で考えることが苦手

表2 コミュニケーション上の問題

- ・一度に複数のことを指示されると混乱する。
- ・暗黙のルールなど、明文化されていないことがわからない。
- ・同僚、上司など、立場の違いに応じて敬語の使い分けが出来ない。
- ・言われるがままに引き受け NO と言えずにストレスをため込むことが多い。
- ・「適当に」「うまくやっておいて」などの抽象的な指示が理解できない。

- ・ストレートに自己主張しすぎて、同僚や上司と衝突することが多い。
- ・人から注意された時、謝罪する、言い訳をするなどの適切な対応が出来ない。
- ・わからない時、困っている時などにみずから助けを求められず、動作が止まってしまう。

#### 4) 職場での対応

ここでは一般雇用の場合について述べる。

##### (ア) 診断がある場合

就業上の配慮の必要性を検討する必要があるだろう。本人の障害特性（認知や行動の特性）について、主治医や地域の障害者職業センター等を利用し評価した結果を踏まえて、適正配置をすることが望ましい。また、適正配置が成功するためには、本人の障害認知が重要であることから、障害認知の程度も適宜確認する必要がある。

##### (イ) 未診断例の場合

広汎性発達障害の就業上の配慮を行うに当たっては、本人の障害認知と障害特性に応じた支援が適当であるとされている。そのためには広汎性発達障害の診断が必要である。そのため未診断である成人例に対しては、産業保健スタッフは障害の存在を疑い、適切な診断に結びつける役割も期待される。しかし、成人例は本人・家族にとって障害受容は容易ではないために、診断につなげる場合に産業保健スタッフが苦慮することが予想される。 前述の調査において、診断につながった経緯として報告されたものを表 3 にまとめた。産業保健スタッフが広汎性発達障害の存在を疑った場合にまず出来ることは、「職場での本人の状況の詳細を主治医に情報提供すること」だろう。

表 3 診断につながった経緯

- ・主治医に職場での様子について情報提供を行った。同 3 票
- ・広汎性発達障害を疑い、受診をすすめた。
  - ・ケースの兄がアスペルガー症候群との診断を受け、本人も同時に診断を受けた。



#### (ウ) 疑う場合

どのような場合に広汎性発達障害の存在を疑えばよいのか。前述の調査での疑った経緯を表にまとめた。職場でのトラブルを繰り返す場合、疑う契機となりうる。

表 4 疑う契機	
面接時の所見	<ul style="list-style-type: none"><li>・面接時の所見 同 2 票</li><li>・空気をよめない発言が目立つ 同 2 票</li><li>・興味が限定的でこだわりが強い。同 2 票</li><li>・特異な認知の偏り。</li><li>・会話能力の低さ、疎通性の低さ、かたさ。</li><li>・共感能力の欠如</li><li>・自身の言動が、相手にどう解釈されるのか、（悪気なく）理解できていない</li></ul>
職場でのコミュニケーション能力	<ul style="list-style-type: none"><li>・職場での対人関係でトラブルを起こすというエピソード 同 4 票</li><li>・自分の業務だけはなんとかできるが、同僚、上司、他部署との連携ができない。同 2 票</li><li>・他者に出された指示と、自分に出された指示の区別がつかない。</li></ul>
業務遂行能力	<ul style="list-style-type: none"><li>・知識はあるが、業務能力は著しく低い。同 2 票</li><li>・優先順位がつけられない。</li><li>・マニュアルがないと動けない。</li></ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"><li>・EAP カウンセラーの意見</li><li>・被害念慮にもとづき問題行動を起こした</li><li>・明らかに嘘と分かるような励ましに、本気で喜ぶ。</li></ul>

#### (エ) 具体的な配慮

アスペルガー症候群の人を雇用するための英国自閉症協会による実践ガイドより、前述の職務上の問題に対応するために職場で行う具体的な配慮について紹介する。

表5 コミュニケーションのチェックリスト
<ul style="list-style-type: none"> <li>・仮定を避けて</li> <li>・直接的に</li> <li>・正確に</li> <li>・比喩的な言葉は避け、簡単な単語で</li> <li>・詳細に</li> <li>・尊重しつつ</li> <li>・文書で補強し</li> <li>・理解されるように</li> </ul>

表6 作業設定のためのチェックリスト
<p>作業設定の際には、管理者は次のことを心がけるべきです</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・作業の目的を理解する</li> <li>・作業工程の各ステップを説明する</li> <li>・求められている成果または最終製品を示す</li> <li>・求められている結果の質を伝達する</li> <li>・完了までの時間枠を設定する</li> <li>・指示が理解されたかどうかを確認する</li> </ul>

#### (オ) 上司（同僚）への情報提供

広汎性発達障害のある人に対して適切な就業上の配慮を行っていくためには、上司の理解は不可欠である。また、トラブルや誤解を防ぐためにも同僚にも理解をしてもらうことが望ましいと考えられるが、「障害」という大変デリケートな個人情報であるので、情報の開示については、誰に、何を知ってもらうかについて本人、家族の合意が必要であることは言うまでもない。

#### 5) 地域の社会資源

- ・発達障害者支援センターは、発達障害児（者）への支援を総合的に行うことを目的とした

専門的機関です。都道府県・指定都市自ら，または，都道府県知事等が指定した社会福祉法人，特定非営利活動法人等が運営している。全国に 80 箇所（平成 23 年 1 月現在）ある。

(<http://www.rehab.go.jp/ddis/>)

・地域障害者職業センターは，障害者に対して，ハローワーク（公共職業安定所）と協力して，就職に向けての相談，職業能力等の評価，就職前の支援から，就職後の職場適応のための援助まで，個々の障害者の状況に応じた継続的なサービスを提供している。

(<http://www.jeed.or.jp/jeed/location/loc01.html#03>)

#### 6) 参考文献

1. 栗田広. 【職場における高機能広汎性発達障害および注意欠陥・多動障害】 高機能広汎性発達障害の診断，治療，予後と職場での対応. 産業ストレス研究 2007;14:59-64.
2. 杉山登志郎，河邊眞千子. 【アスペルガー症候群 思春期以降の対応】 高機能広汎性発達障害青年の適応を決める要因. 精神科治療学 2004;19:1093-100.
3. 中村晃士，小野和哉，山内美和子，高橋道子，中山和彦. 【アスペルガー症候群をめぐって 症例を中心に】 職場不適応にて明らかとなった成人高機能広汎性発達障害症例 アスペルガー障害の社会適応をめぐって. 臨床精神医学 2005;34:1279-86.
4. 杉山登志郎. 【成人期のアスペルガー症候群・I】 成人期のアスペルガー症候群. 精神医学 2008;50:653-9.
5. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. BMC Psychiatry 2009;9:35.
6. 長見まき子. 【職場における高機能広汎性発達障害および注意欠陥・多動障害】 職場における高機能発達障害 職場での対応の経験から(1). 産業ストレス研究 2007;14:73-8.

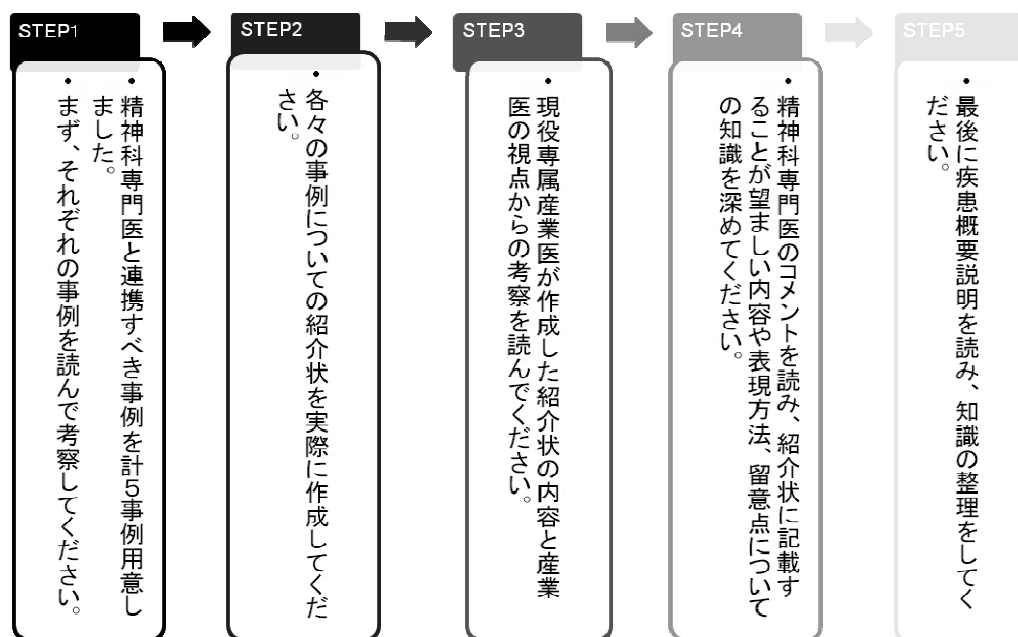
7. 峰山幸子.【職場における高機能広汎性発達障害および注意欠陥・多動障害】 職場における高機能発達障害 職場での対応の経験から(2). 産業ストレス研究 2007;14:79-83.
8. 池田美樹, 山崎友子. 発達障害を伴う職場不適応事例への支援. 産業精神保健 2007;15:73.
9. 小川浩.発達障害と就職の現実.そだちの科学 2009;13:111-115.
10. アスペルガー症候群の人を雇用するために～英国自閉症協会による実践ガイド～

# 精神科専門医との円滑な連携のため の紹介状の書き方

## 精神科専門医との円滑な連携のための紹介状の書き方

職場の事例に関する紹介状は、産業医－精神科専門医の連携手段として非常に重要です。よって、メンタルヘルス（精神科・心療内科）を専門としていない産業医が紹介状を作成する際、精神科専門医へ必要十分な情報を効率的に伝えることを目的としてワークブックを作成しました。

これから5種類の事例を提示しますので、実際に各々の事例についての紹介状を作成してもらい、その後産業医および精神科専門医の視点からみた各事例の着眼ポイント、そして紹介状作成の際の留意点や解説を読み、紹介状に記載すべき内容や表現法についての知識を習得してください。



## 事例 1

A さんの実家はクリーニング業を営んでいます。50 人以上の従業員を雇用しており、1 ヶ月に 1 回 1 時間の嘱託産業医契約をしています。

ある日いつものように、産業医活動のためにクリーニング屋を訪問したところ、A さんの家族で、上司でもある、A さんの父親と兄が、産業医の元へやってきました。

「最近の A の様子が異常なんです。落ち込んでいると思ったらテンションが高くて……。以前にいろいろ大変なことがあったので余計に心配で……。部下でもあるが、家族なのでとても気になります。アドバイスをくれませんか？」とのことでした。

産業医は A さん、上司と急きょ面談することにしました。

### <A さんとの面談の様子>

「自分はおかしくないですよ。自分は正義の味方でみんなのためを思って、働いています。真面目に自分の会社の事を考えているんです。これまで以上に有名になりますよ、そのうち。先生もみててくださいね！」

### <上司との面談の様子>

(上司である、A の兄・父親の話の内容)

「ここ数ヶ月、明らかに様子がおかしいんです。うちには何人かの従業員がいるのですが、従業員に「1 ヶ月 100 億円の利益を上げられる」とか「半年で 2 軒別荘を建てる」といった内容の話を大声でしゃべり続けていて、従業員が反論すると、ひどく興奮して喧嘩腰になってきて怖かったと、従業員から相談を受けたことが多々ありました。この前も私達が作業している目の前で、A が客ともめており、大声で「出ていけ、もう二度と来るな！」と客を追い返すこともありました。私達はびっくりして、すぐにお客さんに謝り、その後本人へ事情を聞いたのですが、「このクリーニングは世界一のクリーニングだからクリーニング代を 10 倍にしてやった」と大声で話して、私達の意見を聞こうとしませんでした。そういえば、A の趣味はテニスなのですが、ある時、最新ラケットを何十本もネット注文し、大量のラケットが自宅に届いて驚いたこともありました。また、「来年テニスのプロになってウィンブルドンに行く」、「最新のラケットを俺が作ったらたくさんのスポンサーがつく」といった内容を私達へ興奮気味に話してきたこともありました。そして時々、1 人でスポーツショップを回り、テニスボールを 1000 個買い、公園で朝までサーブを打ってきたと興奮して話すこともありました。やけにテンションが高いと思う日もあれば、元気がなくて、特に朝、起きられずに午前中の仕事を無断で休んで横になっていることも多々ありました。

そう、以前に大変なことがいろいろあったんです。ちょうど、A が 30 歳頃だったと思います。

元気がなく、何も話そうとしない日が続き、食事もとらずに見る見る痩せてしまい、私達はとても心配になって精神科を受診するように勧めたのですが、A は受診しようとはしませんでした。ある日の夜、風呂場で大きな音がしたので、私達が風呂場に行ってみると、A が首を吊って自殺しようとしていたんです。私達は非常に驚き、A を何とか説得して夜間の救急病院へ連れて行きました。すると、精神科の先生が対応してくれ、これまでのことをお話したところ、「うつ病」と言われました。そしてそのまま、一時入院しました。A はその後、体調が回復してきたので退院しましたが、しばらくは定期的に病院を受診して薬を飲んでいました。薬は A が自分で管理していたので、きちんと飲んでいるのかよく分かりません。ちょうど退院してから1年後あたりに、A に薬をきちんと飲んでいるか聞きましたが、「適当に飲んでいる、飲んだり飲まなかったり・・・」と言っていましたね。また、本人が仕事したいと言ったので、退院して半年くらい経ってから徐々に仕事をしてもらいました。そして、ちょうど5年くらい前、A が35歳くらいだったと思います。私（父親）が脳梗塞をおこして右半身が麻痺してしまったんです。今も後遺症で生活がなかなか大変です。それがきっかけで私（父親）は社長を降りて、彼（兄）が社長となって経営に携わるようになりました。その半年後あたりから、A の体調がまた悪くなったような気がします。「父親が脳梗塞になったのは自分のせいだ」や「お金がなくて何も買えない」等と私達に漏らすことが多くなりました。否定しても、いや違うんだと訂正しようとしません。また朝起きられず、午前中に無断欠勤することもありました。また、仕事中に誤った洗剤を投入するといったミスが増えたこともありましたが、今まで1時間で終わらせていた作業を夕方になっても終わらなかったり、私達が見ているテレビをうるさいと言って消したりしました。そのころは、私達や従業員とほとんど会話していなかったと思います。ある日には、夜中に、部屋を真っ暗にして、リビングのソファに座っていることもありましたが、また、以前の「うつ病」の症状かなと思い、きちんと病院を受診しろと伝えていたんですが、先ほどお話したような、異常にテンションが高い日もあるんです。A は明らかにおかしくて、何かの病気ですよ？」

#### <生育歴>

A は、3人息子の末っ子で幼い時から明るくて、はきはきとした性格でした。運動が大好きでしたね。幼い時からテニススクールに通い、熱心にながらっていましたよ。中学生、高校生の時も部活はテニス部でした。夏休みも合宿に参加して、真黒に日焼けしていました。確か高校生の時、素振りを朝までやっていたことがありました。朝起きると、庭で汗だくになって、必死に素振りをしていたので、家族がびっくりしたのを覚えています。大丈夫かと尋ねても、全然疲れていないと言い、そのまま学校へ行っていました。そういえば、A は環境が変わると体調を崩すことがよくありました。たとえば、担任の先生が変わったり、クラス替えの時とかです。うちの実家は代々クリーニング業を営んでいます。だから私たちは、A は専務としてサポートすることをかなり前から期待していました。本人も納得していて、A が高校卒業して頃から



本格的に私達と一緒に家業を手伝うようになりました。

<生活歴（父親，兄よりの情報）>

36 歳独身。3 人兄弟の末っ子。実家は代々クリーニング業を営んでいる。社長は長男，A は専務である。

母親は A が 3 歳時に自殺しているが，A は詳細についてよく知らない。

30 歳まで，実家にて 2 人の兄と父親と暮らしていたが，2 人の兄が結婚して以来，父親と A は実家にて

2 人暮らし。

30 歳時に，自殺未遂をして「うつ病」の診断で 3 ヶ月入院歴あり。

#### 産業医の視点より考察

##### ～紹介状作成時のポイント～

紹介にあたり，最も注意した点は，「本人に病識がなく，ほとんどの情報は，家族である父・兄によるものである」ことである。

本ケースでは，会社上司と家族が同一人物であったため，個人情報や治療に際しての協力という点から，上司＜家族という表記を行った。

症状としては，躁状態とうつ状態が疑われ，最も疑わしい病名として「双極性障害」をあげたが，診断はあくまで専門医に委ねるものであるため，「双極性障害疑い」とした。また，一晩で相の逆転が認められていることも特記事項として付け加えた。

<紹介・診療情報提供書>（産業医作成）

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関  
の所在地  
及び名称  
電話番号  
F A X

産業医 ○○ ○○ 印

患者	氏 名			職 業	会 社 員	
	生年月日	年	月	日（ ）歳	性 別	男 ・ 女

	双極性障害疑い
紹介目的 症状経過	<p>いつもお世話になります。弊社社員○○○○をご紹介いたします。</p> <p>【家族歴】母（自殺，○○○○氏 3歳時）</p> <p>【既往歴】うつ病（30歳 入院歴あり）</p> <p>【現 症】本人は一切の病識はありません。</p> <p>父・兄からの情報により，以下のような事項がありました。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「半年で2軒別荘を建てる」などの自尊心の肥大した発言</li> <li>・ 大量のラケット注文などの非現実的な買い物</li> <li>・ 攻撃的言動</li> </ul> <p>などの躁状態と考えられる症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 起床できず，無断欠勤</li> <li>・ 自殺未遂（□月□日 自宅）</li> <li>・ 自責的言動</li> </ul> <p>などのうつ状態と考えられる症状</p> <p>また，上記の症状は，一晩で変わることもあるということです。</p> <p>父・兄は協力的で，精査・加療の必要性を強く感じています。しかし，本人は上記通り，病識に乏しく通院や加療には抵抗を示すことが予測されます。</p> <p>お忙しいところ，申し訳ございませんが，御高診のほどよろしくお願いいたします。</p>
備 考	

## 精神科専門医の視点からのコメント

紹介状作成トレーニングの趣旨からすればやや的外れになるかも知れませんが、端的に言うと、紹介状を「カバーレター」とし、事例の状況説明文をそのまま（あるいは文面を読みやすく整理して）添付資料として付ければ、それでいいという気もします。仮に紹介状本文だけだと、情報があまりにも断片的で、時系列もはっきりしません。また、家族経営のクリーニング自営業であること、よって上司＝家族であるといった基本情報も書かれていません。これでは、初診で受けた主治医は、ほとんど一から病歴聴取をし直すことになります。

①「カバーレター」紹介状、②状況説明文（添付資料）の二部構成にすれば、メリハリもつきます。①紹介状「カバーレター」では特に紹介目的を明記します。例えば本症例では、「躁状態が激しいので、入院加療も含め対応をお願いします。ご家族もこれ以上自宅対応は無理で入院が必要と感じておられるようです」という風に単刀直入でいいでしょう。パート②部分の状況説明文（添付資料）は、産業医が上司（＝家族）から聴取した情報の生データがこれに相当します。実は、この生データは全て紹介状に盛り込んでいいものばかりです。②は、出生時からの病歴とも生活史ともとれる、正常と病的部分が混在するストーリー仕立てみたいになりますが、精神科医はこの手の「総合情報」から鑑別診断を構成していくことには比較的精通しています。よって、たとえ長文大作になったとしても、素人判断で下手に取捨選択はしない方がむしろ無難なのです。良かれと思って割愛した情報のなかに診断のヒントが含まれている場合もあるからです。また、無理に専門用語を使って、精神医学的評価を盛り込む必要もありません。家族や職場から得られた素の情報をありのまま綴ってもらえればそれで OK です。

さて、本症例は 30 歳時に「うつ病」としての入院歴があります。これは今後の治療戦略を考える上で有益な情報です。そもそも、このケースをどこに紹介するか、という紹介先の選定にも直結する話です。物理的に遠方、あるいは本人および家族が再診を嫌うなど特段の理由がなければ、いわゆる前医に繋ぐのがセオリーと言えるでしょう。まして入院歴ともなれば、前医のもつ情報は、外来診療より飛躍的に豊富と考えていいでしょう。治療歴のある病院では、当時の情報が残っており、それを基に治療戦略を組み立てることが可能で、なんと言っても無駄がありません。

もう一点は、投与薬履歴や退院後の通院状況、およびコンプライアンス（服薬遵守性）についての情報です。通院はいつ頃まで続いたのか、どういう薬をいつ頃まで処方され、内服コンプライアンスの状況はどうだったのか等も、治療戦略を立てる上で重要な情報となります。これに関して有益な情報源のひとつは、薬局などが発行する処方薬のリストファイル（お薬手帳）です。これが本人・家族から入手できれば、コピーを添付すると良いでしょう。実際の内服コンプライアンスの把握は臨床医でも悩ましい問題ですが、家族から PTP 包装の殻を提供してもらい残薬カウントすることも一法です。

ところで、本症例は「うつ病」の既往のある 30 代男性に、躁状態ないし混合状態（躁とう

つの両方の症状を混合して呈する）が起こったと思われるケースです。今回のエピソードをもって、主病名がうつ病→双極性障害（躁うつ病）に変更になり得るケースと言えます。躁状態では、破壊的・攻撃的症狀が、比較的急激（場合によっては数時間単位で）に悪化することもあり、対応が遅れれば、本人の社会的損失が致命的になる場合（例：上司や取引先に罵声を浴びせる）もあり注意が必要です。また、病識（自分が病気であるとの認識）を欠く事もしばしばであり、より緊急かつ介入的な対応が必要になる場合も少なくありません。激しい躁状態では、インテンシブな治療および本人の社会的損失を防止する目的で、一時的な入院が必要となる場合もあります。本人の病識の欠如のため、受診拒否もあり得ますので、家族との連携が不可欠となります（実際、強制入院である医療保護入院には、保護者の同意が必須）。よって、激しい躁状態のケースを紹介する場合は（即日）入院も視野に、入院施設のある病院にあらかじめ受け入れ（ベッド空き）状況を電話確認した上で、家族と共に受診させることもポイントと言えます。

※※※※※※コラム—こんな質問に何と答えますか？※※※※※※

ほとんどの市販薬やサプリメントの飲み合わせは問題ありません。ただしある種のサプリメントは使用しない方が良いでしょう。また、過去に依存症や乱用などの合併症を持つ人は市販薬の依存性分にも注意が必要です。

うつ病の薬と、市販薬、サプリメントを一緒に飲んでもいいですか？



### 【抗うつ薬と市販薬・サプリメントの飲み合わせ】

- **下剤と感冒薬**についての問い合わせが多い。
  - ・**下剤**⇒乱用すると腸管の吸収が低下し抗うつ薬の効果が減弱する場合があるが、規定量を使用している場合は問題ない。
  - ・**感冒薬**⇒鎮痛作用(カフェイン、ブロムワレリル尿素、アリルイソプロピルアセチル尿素)鎮咳作用(コデイン)鼻粘膜充血改善作用・気管支拡張作用(エフェドリン、麻黄)くしゃみや鼻水を抑える(ジフェンヒドラミン、クロルフェニラミン:抗ヒスタミン薬)カフェイン、エフェドリン、麻黄⇒不安、神経過敏、不眠の悪化ブロムワレリル尿素、アリルイソプロピルアセチル尿素、抗ヒスタミン薬⇒強い眠気⇒ **風邪薬を飲むために精神科の薬をやめる必要はない！**
- カフェイン、ブロムワレリル尿素、アリルイソプロピルアセチル尿素、コデイン、エフェドリンは長期連用で薬物依存を形成しやすい。  
⇒うつ病にアルコールや睡眠薬依存症を合併している患者さんは市販感冒薬を避けて医師に処方してもらうほうが良い。
- サプリメント⇒特に併用は問題ないが**2種類のハーブだけは注意！**
  - ・**セントジョーンズワート**:MAO阻害作用をもつ物質が含まれ、抗うつ薬と併用し内服すると**セロトニン症候群**などの副作用を引き起こすため併用禁忌。
  - ・**バレリアン**:不眠に対して用いられるハーブ。**向精神薬の作用を増強**させ、眠気や鎮静等の副作用が出現する可能性あり。

うつ病心療Q&Aより一部改変

※※※※※コラム—こんな質問に何と答えますか？抗うつ薬とサプリメント：解説※※※※※

下剤については、乱用すると腸管の吸収が低下し抗うつ薬の効果が減弱する場合がありますが、**規定量を使用している場合には、飲み合わせについては問題がないと思われます。**

また、感冒薬については、鎮痛作用増強、鎮咳作用、鼻粘膜充血改善作用や気管支拡張作用を有する物質が含まれている場合があります、それらの相互作用で一過性の不安、不眠の憎悪や眠気の増悪がみられることがあります。通常は抗うつ薬を含めた向精神薬との飲み合わせとしては問題ありません。時に、「風邪薬を飲んでいたので精神科のお薬はやめてしまいました」という患者さんがいらっしゃいますが、風邪薬を飲むために精神科の薬をやめる必要はなく、かえってうつ症状を悪化させてしまうことが多いため、**服用中も基本的に向精神薬は必ず服用することが大切です。**

サプリメントとしては、ほとんどのものが抗うつ薬を含む向精神薬と併用しても問題ありませんが、以下の2種類のハーブについては注意が必要です。

①**セントジョーンズワート（セイヨウトグリスウ）**：ヨーロッパで古くから抗うつ効果・鎮静効果を持つ薬草として用いられてきました。この薬草には、モノアミン酸化酵素阻害作用を持つ物質が含まれ、抗うつ薬と併用し内服するとセロトニン症候群などの重大な副作用を引き起こす恐れがあり、**併用は禁忌です。**

②**バレリアン（セイヨウカノコソウ）**：不眠に対して用いられるハーブ。内服により向精神薬の作用を増強させ、眠気や鎮静等の副作用が出現する可能性があるため併用は避けたほうがよいと思われます。

## 疾患概要説明 ～双極性障害～

双極性障害とは、かつて躁うつ病と呼ばれた、経過中に気分の高揚と活動性の増加を認める躁病エピソードと、気分の落ち込みと活動性の低下を認める、うつ病エピソードが存在するタイプの気分障害です。双極性障害は、双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害に大きく分類されます。双極Ⅰ型障害は入院加療を必要とする躁状態が特徴、双極Ⅱ型障害は、軽躁状態が特徴であり、近年、特に双極Ⅱ型障害の増加が注目されています。双極性Ⅱ型障害は、Ⅰ型障害よりも自殺率が高く、リスク管理の点からも重要と思われます。

疫学としては、双極性障害の生涯有病率は1%です。なかでも双極Ⅰ型障害は0.8%、双極Ⅱ型障害は0.5%です。発症年齢は平均30歳であり、遺伝の関与はあるといわれています。

また、双極Ⅰ型障害の発症に性差はありませんが、双極Ⅱ型障害は、女性に多く発症しています。

病前の性格傾向としては、周囲の人から元気者と見られることが多く、陽気で快活、凝り性で物事に熱中しやすい高揚気質の人に多いといわれています。

躁病エピソードでは、職場において攻撃性や競争心が増したり、上司や同僚に挑発的な態度をとることもあり、職場として問題になることが多くあります。そして、症状がさらに悪化すれば、周囲の人とのトラブル、金銭の過剰な浪費による破産、性的な脱抑制行動といったことが起こる為、早期な治療介入が必要です。しかし、患者本人には、本事例のように病識がないため、対応が困難なケースも多くあります。よって、家族等も巻き込み治療を行うことが重要となります。

また、大部分はうつ病相から始まり、うつ病の経過中に躁状態、軽躁状態を呈することも多いです。そして、大うつ病性障害と診断された人のうち、12.5%が将来双極性生涯と再診断されたという報告もあります。また、うつ病のうち半数は双極性障害になる可能性があるという報告もあります。

双極性障害のうち、特に双極Ⅱ型障害は、多弁で態度が尊大となったり、浪費したり睡眠時間が短縮したりするものの、軽躁であるため、本来その人のことをよく知らないと病的とみなされず、性格上の問題と誤解されて放置されてしまうことも少なくありません。また、軽躁状態の時は本人に病識がないため、面談に応じたり病院を受診することはまれです。結局、面談や病院へ受診するのはうつ病相の時であるため、軽躁状態の既往が見逃され、単極性うつ病と誤診されがちです。よって、産業保健スタッフは職場での少しの変化も見逃さないように、定期的に職場の上司等に情報収集すること、また、面談時、詳細に問診し、過去の軽躁状態の存在がないかをチェックすることが重要と思われます。

職場で見られる躁状態のサインとして以下のようなものがあります。

- ・ 同僚や上司との口論やトラブルを起こす、どなることが多い
- ・ 上司の指示もなく長時間労働をして、帰宅しようとししない

- ・ 取引先とトラブルを起こす
- ・ 費用や会社規模から考えられないような契約をする

これら等について特に注意していく必要があります。

## 事例2

ある部署のEさんについて、Eさんの上司から産業医へ突然電話がかかってきました。話の内容は「ある部下が以前より、独り言をいったり、奇妙な行動をとったりしていて心配であり、先生に相談したい」とのことでした。産業医は、状況の確認の必要があると思い、Eさんと、Eさんの上司と面談することにしました。

### <上司との面談の内容>

「最近、Eさんの様子が特に変なんです。以前の状況からお話しますと、私の部下になったのは、たしか5年前でした。彼女は非常にまじめであり、責任感が強かった印象があります。ミスもあまりなく、信頼できましたので、徐々に責任のある仕事を与えていきました。ただ、当時のEさんは、物静かで同僚ともほとんど会話はなかったと思います。昼休みも食堂で見かけたことはありません。昼休みはどこかで過ごしていたと思いますが、詳しくは把握していません。飲み会に多々誘っていますが、来たことはありません。

1年前に、Eさんの能力を評価して、部署のリーダー的な立場を任したんです。彼女にも初めて部下ができました。後輩を指導する中で、社交的になってくれればという思いもありました。そして、たしか半年前くらいに、一度私のところに相談へ来たことがありました。確か、よく眠れないとか朝にめまいで起きられないといった内容だったと思います。仕事量も大きくは変わっていませんでしたし、あの頃は真夏でしたので、一種の夏バテなのかなとも思い、重く受け止めていませんでした。あの時、もっと深刻に受け止めておけばよかったと、私自身、上司として責任を感じています……。その後、ある日の朝にEさんから「遅刻します」との電話がかかり、昼前に「午後から出社します」との内容の連絡がきて、お昼に「今日は休みます」との連絡が来るようになりました。一度、面談したこともありましたが、「後輩の〇さんが私の悪口を言っています。なんとかしてください。」と言っていました。そして確か、「近所の人が、私が家を出るのをじっと見ているから家から出られない」とか。私は、事実確認はしていないので、真相は分かりませんが、本人には気にしすぎるなと伝えました。さらに、最近は無断で遅刻することも増えてきて、出社しても業務中にパソコンに向かってぶつぶつ独り言を言っているのをよく見かけます。気持ち悪いなと正直感じていました。また、昨日は、どうしたことか、Eさんはパジャマで出勤してきたんです。私はさすがに尋常ではないと思い、先生に相談した次第です。」

### <Eさんとの面談の内容>



「・・・・・・・・・・・・・・・・」

私は監視されています。アパートの隣人も夜中まで話しているので、うるさくて眠れないんです。・・・・・・・・・・そこにもいたのか！もうだまされないから！・・・・・・・・・・。」  
上司も信用できませんよ。だって、仕事から帰宅した時も、私の家の外から上司が「お前は怠け者で、いつも休んでいる、罰を与えなくては駄目だ」と言っているのを聞いたんです。自宅にも来たのかと思い、私は外に出て上司の姿を探しましたが、どこにも見当たらなかったです。すごいスピードですね。きっと、上司は私に会いたくないのだと考えて、自宅の窓から外に向かって、「あなたと話をしたい。誤解している！」と呼びかけておきました。上司にはきっと聞こえたと思います。

（産業医：誰が監視しているのですか？）

「隣の部屋の人と FBI の人と私の上司の多分 3 人です。水・木・金曜日になると、アパートの隣の部屋に数人の仲間が集まって「お前、見たよ、昨日。お前、ホント、マジかよー」と言っているんです。夜中の 2 時くらいまで続くんです。・・・・・・・・・・・・・・・・。」

（誰かに相談しましたか？）

「両親は知っています。あと、両親にも伝えておきましたが、T さんという俳優さんが私の追っかけをしています。これにはとても参っています。電話に盗聴器がつけられているからすぐに外すよう言うておきました。」

産業医は早急に家族にも連絡を取り、職場へ来てもらいました。

<両親との面談の様子>

「お騒がせして申し訳ありません。最近、彼女の様子が変わって、私たちもとても心配していました。以前に、疲れやすくなったとか、眠れないんだとか、ストレスが多いと言っていたことはありましたが、明らかに様子が変わり始めたのは、ちょうど 1 ヶ月前に E から自宅へ電話があったことです。俳優が自分の追っかけをしているから、危険だとかなんだか……。すぐに盗聴器を探して外してと言っていました。私達は意味がわからなかったのですが、E がひどく興奮していましたので、大丈夫かなと心配になり、数日後に、E の住むアパートへ様子を見に行きました。すると部屋は散乱していて、以前の E からは想像できなかったほどでした。その時、「体調が悪いようなら病院に一緒に行こう。」と E と一緒に病院へ行こうとしましたが、「私は元気で、どこも悪くない！」と強く抵抗しました。仕方ないので、私達は諦めて、しばらく様子を見ることにしました。」

その後、E からの連絡はなくなり、現在に至ります。仕事を休んでいるなんて全く知らなかつ

たですし、職場で大変なことになっているなんて・・・。」

<Eさんの生育歴（両親より）>

「Eは幼い頃より無口で物静かな子でした。とてもまじめで勉強はよくしていました。でも、中学校に入学したころ、いじめにあってしまったんです。原因はよく分かりませんでした。周りから無視されて、私の悪口をみんなが言っていると言ひ、よく家で泣いていました。学校にも相談して、先生方がいろいろと調べたようですが、明らかないじめは確認できないとの回答でした。しかし、その時にできてしまった心の傷で、自ら殻に閉じこもるようになってしまいました。学校の先生から、学校ではほとんど話さないという話も聞きました。確か、親しい友人もいなかったと思います。休日は遊びに行くこともなく、自室にこもっていました。ただし、学校は登校拒否もなく、何とか休まず通ひ、成績も上位のほうでした。」

<Eさんの生活歴（人事情報より）>

26歳独身。アパートにて独り暮らし。

短期大学卒業後に20歳でコンピュータ関連の会社に入社。

入社後は、情報管理課に配属され、現在まで異動なし。

産業医の視点からの考察

～紹介状作成時のポイント～

本ケースは、本人は病識がない状態であるが、職場はかなり困っている状態であり、家族は心配しているものの治療までには至っていないケースである。

最も留意した点は、上記から、通院や治療の際に、まず、家族に治療の必要性の重要性を理解してもらうことから始まると考えた。紹介時、母には「まずは専門医療機関受診が必要である」旨を伝えており、精査・加療のきっかけとなることを願い、紹介状を作成した。

尚、長期の休養を要することが予測され、取得可能な休養期間については、現時点では社内では把握するのみとし、家族や主治医へは、受診が確実なものとなってから伝えることとした。

<紹介・診療情報提供書>（産業医作成）

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介します。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関  
の所在地  
及び名称  
電話番号  
F A X

産業医 ○○ ○○ 印

患者	氏 名			職 業	会 社 員	
	生年月日	年	月	日（ ）歳	性 別	男 ・ 女

	妄想，統合失調症疑い
紹介目的 症状経過	<p>いつもお世話になります。弊社社員○○○○をご紹介します。</p> <p>【既往歴】【家族歴】ともに特記事項ありません</p> <p>【生育歴】短大卒。卒後，弊社入社情報管理課所属（異動なし）</p> <p>【現 症】本人に病識はありません。以下，上司・母親からの情報です。</p> <p>中学時，いじめにあったとの本人の主張（しかし，事実関係は不明）。以降，学校等では話をしなくなったということです。</p> <p>入社後5年間，社交性には乏しいものの，業務遂行性には問題はなかったということです。しかし，1年前リーダー職となった後，めまいや睡眠障害を訴えていましたが，放置し，1か月前からは，「悪口を言われる」「監視されている」「追いかけられる」などの妄想を認めるようになりました。</p> <p>同時期より，日常／社会生活にも支障を認めはじめ，居室内の散乱や欠勤などの生活レベルの低下を認めています。</p> <p>本人は，病識に乏しく，治療や通院に抵抗を示しています。家族（母）は協力的であり，精査・加療が必要であると認識しております。</p> <p>お忙しいところ，恐縮ですが，御高診いただければ幸いです。</p>
備 考	

### 精神科専門医の視点からのコメント

本症例についての紹介状作成にあたり、①「カバーレター」紹介状、②状況説明文（添付資料）の二部構成にするとよいと思われます。

①紹介状「カバーレター」では特に紹介目的を明記します。本症例では、「産業医との面談で、『FBI、隣人、上司が常に監視している』『盗聴器が仕掛けてある』など言い、職場での独言、パジャマで出勤する等の異常行動・異常言動を認め、時に抵抗、興奮状態となる。ここ1カ月、症状は日に日に悪化している。本人は病識を欠き受診に抵抗性を示す。両親は本人の迫力に押され気味で、コントロール感に欠ける」という風に現状を端的にまとめ、さらに依頼目的を明記します。すなわち、「産業医の目から見ても、症状は悪化の一途をたどっており、少なくとも通常勤務は無理な状態です。さらに、両親に対しても抵抗や興奮を呈しており、自宅でも対応は困難と思われます。よって、入院加療も含め対応のご検討をお願いします。」

②状況説明文（添付資料）は、両親から聴取した成育歴、生活歴、また職場から聴取したこれまでの病歴を、専門用語や評価にこだわらず、平易な文章で、ありのままを綴ります。この際、時系列でまとめると、話がまとめやすいでしょう。また、事例紹介にある様に、上司の話、両親の話、本人との面談、と情報ソース別にまとめるのも一法です。つまり、誰からの情報かが分かるようにします。さらに、現症の欄では、本人の言動をそのままカッコ書きで綴るのは適切です。精神科領域では、現症とは、本人の様子をまるでビデオに撮ったかのように描写するのが良い記述とされており、そこに（ヘタな）「評価」はむしろ無用である、と教えられているくらいです。つまり、紹介状で「幻聴や被害妄想を認めます」と書くより、例えば、下記のように、

本人：「隣の部屋の人と FBI の人と私の上司の多分3人です。水・木・金曜日になると、アパートの隣の部屋に数人の仲間が集まって「お前、見たよ、昨日。お前、ホント、マジかよー」と言っているんです。夜中の2時くらいまで続くんです。・・・・・・・・・・・・・・・・・・。」  
（誰かに相談しましたか？）

本人：「両親は知っています。あと、両親にも伝えておきましたが、Tさんという俳優さんが私の追っかけをしています。これにはとても参っています。電話に盗聴器がつけられているからすぐに外すよう言っておきました。」

という具合に、まるで脚本のように綴る方が、受け手の精神科医としては、ベターな情報ということになるのです。

さて、先ほど、「（ヘタな）評価は無用」と言いました。この訳は、その評価が妥当かどうか不明だからです。つまり、紹介を受ける精神科医としては、紹介元の産業医がどれ程の精神科的な知識・経験があつてそう評価しているのか分からないということです。逆に言えば、精神科の知識・経験が豊富な産業医なら、精神症状の評価付きで紹介状を書いて一向に差し支えない訳です（ただし、その場合は、産業医は自分の精神科的バックグラウンドについて、受け手の精神科医に伝える必要があります）。しかし産業医が精神科出身であることはむしろまれで

しょうから、一般的には、やはり精神症状についての「(ヘタな) 評価は無用」ということになります。

※※※※※※コラム—こんな質問に何と答えますか？※※※※※※

抗うつ薬に比べてうつ病に対しての効果は十分に実証されているとは言えませんが、うつ病の症状を緩和させる可能性がある漢方薬があります。  
抗うつ薬や認知行動療法に併用してみるのには有効かもしれません。  
ただし、漢方薬にも副作用はあり、注意が必要です。

あのう・・・、漢方が好きなんですけど、うつ病に効く漢方薬はありますか？



### 【うつ病の症状に効果がある漢方薬】

#### (1) うつ症状に伴う不安、イライラ感、不眠、自律神経症状などの緩和

- ・半夏厚朴湯、茯苓飲合半夏厚朴湯：抑うつ、イライラ感、動悸、めまい、嘔気の効果
- ・柴胡加竜骨牡蠣湯、桂枝加竜骨牡蠣湯：不安、神経質、心気症、不眠、動悸の効果
- ・抑肝散、抑肝散加陳皮半夏：イライラ、焦燥感、攻撃性、振戦の効果
- ・帰脾湯、加味帰脾湯：不安、緊張、不眠、虚弱体質に効果
- ・酸棗仁湯、四逆散：神経質、不眠、倦怠感に効果

#### (2) うつ病による身体衰弱の緩和

補中益気湯、十全大補湯：倦怠感、体力低下、食欲不振に効果

#### (3) うつ病による身体症状や抗うつ薬による副作用の緩和

- ・加味逍遙散：月経周期に関連した女性の精神症状や不定愁訴に効果
- ・釣藤散：頭痛に効果
- ・苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯：めまいに効果
- ・大建中湯、麻子仁丸、大黄甘草湯、潤腸湯、調胃承気湯：便秘に効果
- ・白虎加人參湯：口渇に効果

うつ病心療Q&Aより一部改変

※※※※※※コラム—こんな質問に何と答えますか？抗うつ作用のある漢方：解説※※※※※※

世の中には、どこに行っても漢方薬を好む人というのが必ずいらっしゃいます。

産業医の面談においても、それは例外ではなく、「漢方でうつ病を治せないか？」と聞かれることも稀ですが経験します。

現在、うつ病の治療で明らかな抗うつ効果が実証されているのは、抗うつ病による薬物療法と認知行動療法ですが、このように漢方治療を求めている人も少なからず存在しています。

このような質問をされた際には、抗うつ薬や認知行動療法の必要性を十分に説明し理解して頂いたうえで、これらの治療に加えて漢方治療を併用すると有効であることがあります。漢方治療の効果は、以下の3つの面で有効です。

- (1) うつ病に伴う不安、イライラ感、不眠、自律神経症状などの緩和
- (2) うつ病による身体衰弱の緩和
- (3) うつ病による身体症状や抗うつ薬による副作用の緩和

それぞれに役立つ漢方薬を列挙します。

また、漢方薬には副作用がないと誤解している人も多くいるため、漢方薬の副作用に関してはあらかじめ説明しておく必要があります。

## 疾患概要説明 ～統合失調症について～

統合失調症は思考、気分、行動の障害を特徴とする、原因不明の精神病性精神疾患です。

統合失調症は、「妄想型」・「破瓜型」・「残遺型」・「緊張型」の大きく4つに分類されます。

疫学については、米国での生涯有病率は約1%です。男女比は1:1で、発症年齢のピークは15歳～35歳です。また、原因として脆弱性やストレス要因等も指摘されていますが、現在のところ、原因不明です。

診断については、DSM-IV-TRの診断基準を用います。

本症例は「妄想型統合失調症」の可能性が高いといえます。

統合失調症は、就職直後や仕事を始めてから数年した頃が最も発症しやすいため、職場や社会、家族に大きな影響が出る可能性があり、職場の問題行動として産業医に紹介されることもあります。しかし、本人に病識がない場合が大半なので、周囲が気づいたら早期に病院へつなげることが、予後に影響してきます。

典型的な症状としては、

- ① 陽性症状・・・妄想・幻覚・解体した行動
- ② 陰性症状・・・感情の平板化・会話の貧困・意欲の欠乏・快感消失

経過としては、一般に不安や困惑、恐怖感、抑うつ等の前駆症状が先行します。ストレス症状から発症することもポイントです。発症は急性のことも潜行性のこともあります。多くは、慢性に経過します。また、再発率については、投薬例で2年間に約40%、無投薬例では2年間に約80%です。さらに自殺企図は患者の約50%にみられ、10%が既遂するといわれます。統合失調症の死因の第一位は自殺で、自殺者の原因となった精神疾患の第3位に入っています。よって、労災・自殺・訴訟等に対するリスク管理の面での対策も非常に重要と思われます。また、40%を越える統合失調症患者が薬物・アルコールを乱用するといわれ、職場においても注意が必要です。

予後としては、患者の約1/4は改善、約1/4はかなり改善、約1/4はある程度改善、約1/4はほとんど改善しないといわれています。よって、統合失調症に罹患しても必ずしも復職できないとは限らず、事例によっては、社会生活は可能であり、仕事を継続することが可能といえます。

最後に、産業医による面談等の際の対応ポイントです。

第一に、傾聴し、感じていること、思っていることを十分に理解することは当然ながら重要です。また、統合失調症はしばしば認知に障害を生じますので、抽象的な質問では意思疎通を図りにくいといえます。よって、より具体的に、単純な質問をする等によって、意思疎通を図ることが重要です。また、面接の際、事前に再発のパターンや前兆サインをあらかじめ把握しておくことも必要です。

なお、実際に発症当初は、病識がない場合が多いため、本人と面接することが困難であり、また面接ができていても実施に精神科へつなげられない場合もありますので、状況によっては、家族

等とも連携をとって対応することも有益です。

また、就業措置については、薬物の副作用まで考慮して検討していくことが重要です。



### 事例3

ある企業のマーケティング部門に所属する Y さんの上司からヘルスケアセンターへ電話がありました。内容は「部下の一人についての相談です。最近の勤怠不良が目立ち、職場としてどう対応したらいいのかアドバイスをください。」との内容でした。産業医はさっそく、上司・Y さんと面談をすることにしました。

#### <上司との面談の内容>

「部下の Y さんの件でご相談があります。正直、Y さんの対応に参っているんです。Y さんが私の部下になったのは、まだ日が浅く、3 ヶ月前です。彼はシステム課から私の部署に異動してきたのです。本人は異動を希望していなかったのは聞いていますが……。ただ、もともと Y さんは能力が高く、前の上司からの評価も高い人物でした。よって、私も彼に大きな期待を持っていました。しかし、数ヶ月前から、Y さんが、気分が沈むんで食欲がないとか、眠れないといったことを私に訴えてきました。最近よくテレビや雑誌で特集している“うつ”なのではと思い、少し心配になりましたが、職場でのパフォーマンスは大きな変化はなく、話しかけるとつらい表情はしておらず、同僚と楽しそうに話す姿を見かけていたので、しばらく様子を見ていました。しかし、徐々に欠勤が多くなってきたんです。そして、ある月曜日の朝には職場に突然電話があり、「職場の最寄駅まで来ているのですが、会社が見えた瞬間に気分がすぐれなくなったので帰ります。」とあって、2 日間欠勤することもありました。そして、Y さんはしばらく休んで体の調子を整えたいと私に言ってきました。私は、Y さんにいろんな症状があるのを知っていましたが、欠勤が多かったので、この際しっかり体調を回復させてほしいとの思いもあり、しばらく有給休暇を取り、休養することに同意しました。その後、Y さんは休みに入りましたが、その数日後に、私に電話があり、今後のために、傷病手当金の請求の仕方を教えてほしいとの内容でした。体調が悪いのにそのあたりの準備は抜け目なく、私自身は少し驚きました。1 週間経過したある日、やはり Y さんの事が気になり電話をしてみました。驚いたことに北海道に家族旅行に行っていたんです。体調が悪いので自宅で療養しているかとばかり思っていたので正直、私はショックでした。しかし、彼は北海道へ旅行に行っていることに悪びれることもなく、ゆっくり休んで会社に貢献したいとあっけらかんと話していました。今後、彼の行動がどんどんエスカレートすれのではないかと心配になり、私自身、正直なところ、今後 Y さんをどう扱っていいのかわかりません。病気なのか、性格の問題なのかそれによって、対応が違ってきますし、今後のために、先生にご相談させていただきました。」

#### <本人との面談の様子>

Y さんの話の内容（上司との面談の数日後）

「あの上司は正直なところ、表裏があって信用できないです。今の職場は自分には合っていないので仕事をするのは無理です。元の部門に戻りたいです。私はもともとシステム課へ配属されて、プログラム作成を担当していました。そのときの上司はとてもいい方でした。話を聞いてくれて、私はとても信頼していました。仕事内容も得意分野で、大学院時代に研究していた分野でもあったため、仕事が楽しかったです。同期の仲間も私を信頼してくれて、困ったときにはよく相談に乗っていました。しかし、私の部署が国内にはなくなるとのことで、私は、経験も知識もないマーケティング部門に強制的に異動させられました。「異動しない」をかなり前から上司に希望を出していたのに……。納得がいかないため、上司に何度も説明を求めましたが、結果は変わらず……。今まで信頼していたのに裏切られたような気がして不信感が積もりました。仕方ないので新しい部署で仕事を始めましたが、業務量が以前よりも多いんです。なのに、経験がないので、仕事がなかなか思うように進みません。仲のよい人もいないし、誰にも聞けません。新しい上司もなんだか気が合いません。次第に、上司を見たら心臓がバクバクして苦しくなるようなこともあります。すると、体もだるくなり、朝が特にきつくて起きられず、遅刻することもありました。仕方ないですよ。だって、体がしんどいんですもん。朝、きついのに乗って電車に乗って職場に行こうとしたのに、会社が見えた途端、気分が悪くなって倒れそうになったこともあります。そのような状況だったので、食欲もなく、仕事のことを考えると寝付けないうこともよくありました。こんな状態だとだめだと思い、上司に休みたいとお願いしました。休みをとって、何日かは自宅でゆっくりしていましたが。体力をつけなければと思い、北海道へゴルフに行ってきました。北海道に滞在中に、上司から電話があり、しばらく休んで体調を回復させると、今の思いを伝えたのに、なぜか上司は不機嫌でした。本当に感じが悪い人ですね。」

#### <Yさんの生育歴（本人より）>

「私は、自分で言うのも変ですが、学生の際は成績がとてもよかったです。学級委員を何度もやりました。また、母親も教育熱心であり、幼少時から塾へ通ったり、いろんな習い事をしていました。しかし、自宅が交通の不便なところにあったので、母親が習い事の送迎をしてくれていました。また、中学生のころは野球部に所属しており、練習には休まず参加していました。塾にも通っていたので、毎日忙しかったです。野球の練習は特に大変でしたが、楽しかったです。ピッチャーとして活躍し、試合には両親が応援に駆けつけてくれました。そして、高校卒業後は運良く旧帝国大学へ現役で合格して将来はエンジニアになろうと夢みてました。大学生活もとても楽しかったですよ。仲のよい友人たちと深夜まで飲んだり、デートしたり……。しかし、卒業が近づいたので就職活動を始めましたが、自分に合う、ピンとくる就職先がなかなか見つかりませんでした。両親とも相談し、就職は諦めて大学院へ進学することにしました。そして、大好きなシステム関連の研究をして毎日過ごし、楽しかったですね。一生、こんな生

活がいいなと思うこともよくありました。今の会社は、大学にたまたま就職案内が来ていて、一流企業だし、雰囲気もいいなと思い、試験を受けました。そして、就職が決まって今に至ります。」

<Yさんの生活歴（人事情報より）>

36歳男性，妻と子供1人（4歳女の子）でマンション暮らし。

旧帝国大学 大学院修士卒業。

25歳で大手IT企業へ入社。入社後はシステム課配属でプログラム作成を担当。

35歳時マーケティング部門に異動。

既往歴は，健康診断で高尿酸血症を指摘されており，食事指導が必要といわれている。

#### 産業医の視点からの考察 ～紹介状作成時のポイント～

- ・ 明らかな気分障害や不安障害とは印象が異なる。職場のストレス因子に反応した急性適応障害を思わせる。
- ・ 睡眠障害はありそう。持続した抑うつ症状ははっきりしない。出社時の電車中での気分不良については，繰り返し生じているようなら不安障害併存と考えてもよいかもしれない。
- ・ 身体疾患については高尿酸血症の指摘があるのみ，その他は不明。
- ・ 心理社会・環境的な要因については，職場の望まざる異動，上司との関係の悪さ，などというストレス因子があった。
- ・ GAF 尺度は 55 くらいではないかと推測。本人と職場上司との捉え方にギャップがあるかもしれない。

<紹介・診療情報提供書>（産業医作成）

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関  
の所在地  
及び名称  
電話番号  
F A X

産業医 ○○ ○○ 印

患者	氏 名	Y さん	職 業	会 社 員
	生年月日	年 月 日（36）歳	性 別	男性

紹介目的	症状の訴えがあり仕事の休みが多くなっているため、病気の診断および治療についてご高診いただきたく存じます。
症状経過	<p>主訴：心悸亢進（上司を見た時）、倦怠感（起床時に強い）、気分不良（電車での出社時）、食欲減退、入眠困難など</p> <p>経過：入社10年目の社員、3ヶ月前にシステム課からマーケティング部門へ異動されました。希望しない異動だったこと、業務量が多くなったこと、経験も知識もないため仕事が進まないこと、仲のよい人がおらず聞けないこと、上司とも気が合わず新しい職場は合っていないと感じていること、などの本人訴えがあります。（元の部門に戻りたいとのことですが、国内部署はなくなってしまいました）</p> <p>次第に、上記主訴等を感じるようになり、徐々に有給休暇や欠勤が増加し、今回は自らの意思で一定期間会社を休みたい旨の申し出をしています。</p> <p>職場上司の方は、この数ヶ月間本人からもいろいろな訴えを聞いている様子で、” うつ “なのでは、と心配しています。また、徐々に仕事の休みが多くなる一方で休み期間中に北海道旅行に行ったりするなど、病気の問題なのかそれとも別の問題があるのか、職場内での対応に苦慮されているようです。</p> <p>以上、貴科的にご高診ご加療のほどよろしくお願い致します。</p>
備 考	既往歴：健康診断で高尿酸血症指摘あり、精神科疾患の既往は不明、内服なし

## 精神科専門医の視点からのコメント

本症例の様な職場で判断や対処に苦慮する事例が増えていると言われています。一体これはうつ病なのか、本人の性格の問題なのか、はたまた環境要因が悪いのか、職場は判断・対応に苦慮します。メンタルヘルス事例は①生物学的な「病気」の部分（他の臓器と同様、脳が機能変調を起こした）、②個体側の要因（性格の問題や価値観、「認知」と呼ばれるものの考え方・受け取り方）、さらに③外部状況（環境要因やストレス因）の大きく三要素から構成されていると考えると、問題の整理に役立つでしょう。この三要素はそれぞれ「生物学的」、「心理学的」、「社会的」要因とも呼ばれます（図）。メンタル事例の対応を考える際、この三要因の構成割合に見当をつけて対応していくことになります。逆に言えば、これを計り損なうと治療や介入の力の入れどころを見誤ることとなり、良い結果（たとえば復職の安定）は得られにくくなります。これについては、拙論「安全と環境」（中災防）2011 年 1 月号「事例で学ぶメンタルヘルス対策 第 13 回」でも詳述しているのでご参照ください。

紹介状も、この三要素を意識して問題を整理しつつ作成するといいいしょう。以下、この三要素を意識して本紹介状を分析してみましょう。

まず、主訴（症状）のところでは、『症状心悸亢進（上司を見た時）、倦怠感（起床時に強い）、気分不良（電車での出勤時）、食欲減退、入眠困難』と、①生物学的な「病気」としての、「うつ病」の症状が並んでいます。しかし、同時に括弧書きで②や③の要素も示唆されています。「上司を見た時」という限定条件は、②本人の認知（ものの捉え方）の問題を示唆します。仮に、その上司が、本人の捉え方というレベルを超えて、もう誰もが恐れる鬼上司というならむしろ③環境要因に分類してもいいかも知れません。ちなみに、「起床時に強い」は日内変動で、むしろ①を示唆する所見です。

『入社10年目の社員、3ヶ月前にシステム課からマーケティング部門へ異動されました。希望しない異動だったこと、業務量が多くなったこと、経験も知識もないため仕事が入りうまく進まないこと、仲のよい人がおらず聞けないこと、上司とも気が合わず新しい職場は合っていないと感じていること、などの本人訴えがあります。（元の部門に戻りたいとのことですが、国内部署はなくなってしまいました）』

これも、②および③が混在する情報です。「希望しない異動」の“希望しない”は本人の主観であり、本人の捉え方・価値判断を含みます。よって、②認知・性格の問題に該当します。

「上司とも気が合わず」「仲のよい人がおらず聞けない」も同様です。一方、「異動（そのもの）」「業務量の増加」、「経験も知識もない新たな職場で仕事が困難」は、純粋に②とは言えず、むしろ③環境要因とも捉えられます。

『職場上司の方は、この数ヶ月間本人からいろいろな訴えを聞いている様子で、“うつ”なのでは、と心配しています。また、徐々に仕事の休みが多くなる一方で休み期間中に北海道旅行に行ったりするなど、病気の問題なのかそれとも別の問題があるのか、職場内での対応に

苦慮されているようです。』

上司は①を心配しつつも、「休み期間中に北海道旅行に行く」という本人の②認知・性格の問題も大きいのでは？と、素人ながら純粋な①と捉えてよいかに疑問を呈しています。その職場の苦慮が良く伝えられている文面になっています。

これまで見てきた様に、メンタル事例では、①②③のいずれか一つだけで構成されていることはなく、三者が混在し、相互作用し合って、問題を複雑化していることも少なくありません。さらに問題なのは、個々のケースにおける①②③の構成割合の見極めが専門家でも困難であったり、そこに行きつくまでに時間がかかったりすることです。

うつ病の診断は、血圧や血糖値といった、検査データで診断する手法が通じないので、紹介を受けた精神科医は、本人の話を聞きながら、場合によっては職場とも連携し情報を集めながら、この見極めを地道に行っていく作業が必要となります。そして、主治医はどうしても患者である本人から一番よく話を聴きますので、実際に現場で何が起きているのか、バランスよく見極めるのは構造上困難な点があるのも事実です。

産業医は、主治医に問題の本質をしっかりと見極めてもらうためにも、本人の同意を得た上で、主治医と連絡・連携をとっていくことが大切です。初回紹介状は、その橋渡しの第一歩です。そして、2回、3回とやり取りを継続し、情報を共有し、問題の本質を見極めていく共同作業を続けながら、職場とも連携をとり、対応を協議・修正していきます。その際、今回お話した①②③の構成割合について主治医がどのように考えているか、という視点でやり取りすると、混沌としたうつ病治療の全体図が少しは見えやすくなると思います。



図 メンタルヘルス事例の主な構成三要素

メンタルヘルスの各事例では、①生物学的な「病気」の部分（他の臓器と同様、脳が機能変調を起こした）、②個体側の要因（性格の問題や「認知」と呼ばれるものの見方・とらえ方）、さらに③外部状況（仕事のストレス等の環境要因）の三要素の構成割合が異なる。これを見極めながら、治療戦略・対応法を調整していくという視点が肝要である。

## 疾患概要説明 ～逃避型うつ病～

「逃避型うつ病」は、最近職域でしばしばみられる、若年層中心とした、自責感に乏しく他責傾向が目立ち、抑制症状よりも回避症状を主体とする病態を呈する「新型うつ病」のひとつです。自宅では難なく家事をこなせるのに、いざ職場へ行くと体の不調が出てしまい、出社できなくなります。従来のうつ病のイメージを持つ管理職は「本当にうつ病なのか」と疑問を持つことも多いようです。

「逃避型うつ病」は、1977年に初めて報告され、現代型うつ病の走りといわれます。特徴としては、20歳～30歳代の高学歴のエリート男性に多く、ある程度過保護な環境に育ち、大学卒業までは目立った葛藤を経験したことがないため、社会に出て初めて現実の厳しさに直面したときにそれに立ち向かう努力をせず、すぐに白旗を上げて出社できなくなるというのが特徴です。具体的な臨床的特徴としては

- ・ 入社後または配置転換後、数ヶ月から1年という短時間で困難に直面し、それに立ち向かう努力を容易に拒否する
- ・ 病像の主体は選択的抑制（週末には遊びに没頭等）や寝込み、出社拒否
- ・ 入院すると軽快し、他の患者との交流が活発だが、退院や職場復帰が近づくと再び増悪する（状況特異性）
- ・ 抗うつ薬には一応反応するが、素直に救いを求める姿に乏しく、精神療法的対応に苦慮することが少なくない

現代型うつ病が増加する背景として、価値観の変化、職場環境の変化等の他、診断基準の変化も考えられます。

産業保健の現場における対応の注意点は、従来のメランコリー型うつ病と「新型うつ病」は対応が異なることです。従来型のうつ病治療の2本柱は、「休養」と「薬物治療」でしたが、現代型うつ病の人に休養と服薬で治ると説明すると、仕事はしなくていい、旅行等好きなことをしていいと勘違いさせてしまう可能性があります。よって、従来型のように、休職を安易にすすめるのではなく、時短勤務等で仕事を軽減し、多少つらくても休まずに出社するようにすすめることが良い場合もあります。つまり、できるだけ日常生活を変えず、生活リズムを保つことがポイントとなります。さらに、このタイプのうつ病は一般に薬物療法の反応は乏しいため、職場不適應の状態が慢性化することもあります。よって、慢性化を防ぐためのひとつの方法として、本人に安易に「うつ病」の診断を告げず、カウンセリング等を活用することも有用です。また、従来型うつ病に対する対応と異なり、保護的な対応が常に適当であるとは限らず、病状や職場の状況によっては、基本的な社会的スキルや規範・秩序についての教育的指導等を行うことも必要となります。つまり、人事異動や上司の叱責等といった職場環境の改善が病状に好ましい影響を与えることも少なくありません。よって、産業医を中心に職場改善等を行うことが一つのポイントになることもあります。また、現代型うつ病の人は、周囲から単なる怠けと判断

されがちです。病気なので批判は禁物ですが，言動に振り回されず，言うべきことは言うという姿勢も大切です。



#### 事例 4

ある旅行会社の企画部門に所属している T さんが、健康支援室に連絡がありました。「産業医の先生に相談があるんです。最近、会社によようとすると体調が悪くなってしまって、困っています。」との内容でした。産業医はさっそく T さん、上司と面談することにしました。

##### < T さんとの面談の内容 >

「すみません。迷惑をかけてしまって。上司に、産業医の先生と話したほうがいいといわれまして。最近、特に体調がよくありません。会社に行こうとおもって電車に乗ると、冬なので寒いはずなのにに関わらず汗がたくさん出て、頭痛がしてきます。我慢していますが、どんどんつらくなり、そのうちに吐きそうになって、立っていられなくなって、途中の駅で降りて、ベンチに座って休むと少しよくなるので、会社には何とか来ています。何か悪い病気なのかなとか、このまま死んでしまったらどうしようと不安に思っています。昨日も今日も通勤電車に乗り込み、がんばって会社に来ようと思いましたが、駅で電車を見ると、動悸と吐き気が止まらなくて、電車のホームに行けず、一旦家に帰りました。そして、妻に会社まで送ってもらいましたが、気分は今もまだすぐれません。体調が悪くてなんか怖いんです……」

「ここ数ヶ月、特に不安が強いです。そのためか仕事が思うように進みません。集中力も明らかに落ちていると思います。先日も提出した書類に重大なミスをしてしまいました。そのことで上司に呼び出されました。「こんな単純なミスをするなんて、相手の取引先にどう説明するんだ。今までの努力が台無しじゃないか」と、いつもは温厚な人なのですが、ひどく怒鳴られ、書類を再提出するように命じられました。私は、申し訳ないと思い、急いで書類を訂正しましたが、書類を上司のところへ持って行こうとすると、この書類にまたミスがあったらもうクビになって生きていけなくなると思ってしまい、手足が震えて、おまけに心臓もバクバクして動けませんでした。その後、何とか提出しましたが、その後から、上司の姿や声を聞くと急に冷や汗が出てきて、動悸がとまりません。職場のコピー機の音や話し声も気になってしまって、イライラします……」

「私は 7 年前にこの会社に入りました。入社時に企画部門に配属されましたが、正直、企画は得意ではなかったんです。だから入社時は仕事がうまくできるか不安で仕方ありませんでした。ただ、私の上司はとても面倒見がよく、私のことをよく気にかけてくれていて、とても大きな支えになりました。そして会社での仕事にも慣れて、順調に仕事をこなしていましたが、ちょうど 2 年前に、うちの会社で大きなプロジェクトが始まったんです。私は、運がいいことにそのプロジェクトメンバーに選ばれたんですね。そのときはうれしかったですね。自分の業績が認められたんだなと思いました。でもその反面、メンバーの足を引っ張らないようにしなければとプレッシャーも感じていましたね。そして、プロジェクトが動き始めてどんどん業務量も増えてきました。やはり、この書類にミスがあったら大変なことになるとプレッシャーを感

じていて、何時間もかけて何度も書類を確認することもありました……。私自身、企画は得意ではなかったですが、入社してからたくさん経験を積んできたので、苦手意識は少し薄まってきたと思います。提案したいなと思う企画案はいくつかありましたが、自分が提案することで周りが迷惑するのではないかと思い、企画案を提案できずに終わることもよくありました。皆に嫌われたらどうしよう、そうなると会社も辞めなければならない。そうすると妻と子供が路頭に迷ってしまうと時に考えこむこともありましたね。仕事で失敗してしまったらどうしようと思い、いつも気を張り詰めて、肩こりや頭痛が徐々にひどくなってきたので、時々薬局で市販薬を買って、服用していました。でも、大した効果はなかったです。気楽な同僚は「そんなに心配していたら疲れちゃうでしょ。もっとリラックスすればいいのに」と私に言ったこともありましたが、私は多分リラックスできない性格なんです……。

そんな日が続いていたので私は疲れてきたんでしょうね、仕事のスピードが落ちていくのが自分でもよく分かりました。以前は残業はほとんどなかったんですが、業務時間内に仕事が終わらなくなってきて、仕方なく残業をすることも多くなりました。当然帰日も遅くなり、次第に疲労とストレスがたまっていきました。たしか妻に、「過労で死んでしまうかもしれない」と漏らしたこともありましたが……。「自分が死んでしまったら、子供たちを育てるお金がなくて迷惑をかけてしまうから本当に申し訳ない」とも言った気がします。そして、疲れているはずなのに、今日提出した書類のあの箇所に誤字があったのではないかと気になってしまい、寝つけなくなってきました。結果的には睡眠不足になって、翌朝会社に行こうとするも起きられない日もあり、自分は重い病気なのではと感じることもありましたが……。

#### <上司と面談との内容>

「彼はとても真面目で周りに気を遣いすぎるくらいの性格ですね。そしていつも不安そうなんです。特に最近。私も、何か心配でちょくちょく声はかけていましたが。

彼が私の部下になったのは、彼が入社したころなので、もうかれこれ5、6年近くの付き合いです。入社当時は、仕事をがんばっていて、私は高い評価をつけていたと思います。そして、2年前に大きなプロジェクトが始まったんです。そこでTをプロジェクトメンバーに選んで、どう成長するか楽しみでした。しかし、その後から、彼の業務の能力が下がってきてしまいました。理由はよく分からないんですが、とにかく遅いんです、処理が。以前はそんなことはなかったのに……。会議でもあまり発言せず、居眠りしていることもありましたがね。疲れているのかなと声をかけても、ただ大丈夫というばかりで、仕方なく様子を見ていました。その後も、さらに仕事の能率が悪くなり、仕事が終わらず、よく夜遅くまで残業していました。私も心配になって彼に与える業務量は減らしていたのですが……。このころ、何度か遅刻をして、ひどく落ち込んでいました。しばらくして、大切な書類処理を彼に頼んだのですが、提出してきた書類に重大なミスがあったんです。プロジェクトの進行を止めなければならないくらいのミスでした。普段、彼に気を遣って、大目に見ていましたが、さすがに私もかっとなってしまい、

怒鳴ったんです。それが悪かったのかな、さらに仕事のスピードは落ちてしまい、T は私と距離を置いている様子でした。ここ最近も、彼が作成した書類に複数のミスがあり、私も段々イライラしてきて、よく怒鳴っています。

T は以前と明らかに違っていて、何かの病気なのではと心配になりまして。最近も落ち込んでいるようですし、彼に、産業医の先生に相談してこいと言いました。」

<T さんの生活歴（人事情報より）>

30 歳男性 妻子あり、2 児（2 歳の双子）の父親。賃貸マンションで 4 人暮らし。

地元の大学卒業後。

23 歳時、旅行会社へ入社し、企画部門に配属。

28 歳時に企画部門のプロジェクトメンバーに選抜されている。

#### 産業医の視点からの考察 ～紹介状作成時のポイント～

- ・ 広場恐怖を伴うパニック障害を思わせるさまざまな症状、予期不安，などを思わせる。
- ・ 上記に加えて抑うつ症状がみられ、二次障害による気分障害を思わせるが、混合性不安－抑うつ障害と考えてもよいかもしれない。
- ・ 身体疾患については不明。
- ・ 心理社会・環境的な要因についてはプロジェクトメンバー選抜という大きな変化があった。
- ・ GAF 尺度は 55 くらいではないかと推測。

<紹介・診療情報提供書>（産業医作成）

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関  
の所在地  
及び名称  
電話番号  
F A X

産業医 ○○ ○○ 印

患者	氏 名	T さん	職 業	会 社 員
	生年月日	年 月 日（30）歳	性 別	男性

紹介目的	<p>症状の訴えがあり、仕事ぶりも能率低下、集中力低下、ミス多発など以前と比べて明らかに様子が変わっています。病気の診断および治療についてご高診いただきたく存じます。</p>
症状経過	<p>主訴：発汗・頭痛・嘔気・動悸（電車での出社時）、手足の震え（上司とのやりとり時）、不安（仕事に対する不安が特に大きい）、死んでしまうかもという恐怖、入眠困難など 経過：入社7年目の社員、2年前に企画部門内のプロジェクトメンバーに選抜されました。元来企画の仕事に苦手意識があったこと、プロジェクト参加で業務量が多くなったこと、周りの足を引っ張らないようプレッシャーを感じながらの仕事だったこと、などの本人の訴えがあります。</p> <p>次第に、上記主訴等を感じるようになっていきます。また、プロジェクト参加以降徐々に仕事の能率が低下し、残業が多くなり疲労やストレス・睡眠不足を感じているようです。過労で死んでしまうかもという不安や、仕事でミスを起こしていないかと不安にかられることも多いとのことでした。特にこの2日間は症状が強くなって電車での通勤が困難となり、妻に送ってもらって出社しています。本人も特に困っており、職場上司の勧めもあって産業医面談の運びとなりました。</p> <p>職場上司の方からは、もともととても真面目で周りに気を遣う性格で、以前は仕事での評価も高かったそうです。しかしプロジェクト選抜以降、仕事の能力が悪くなっている一方で、とても心配しています。また、何度か遅刻もあり、先日は仕事上での重大ミスを生じさせてしまい、上司の方も強く怒鳴ってしまい、その後さらに落ち込んでいる様子だそうです。</p> <p>以上、貴科的にご高診ご加療のほどよろしくお願い致します。</p>
備 考	<p>既往歴：健康診断で特に指摘事項なし、精神科疾患の既往は不明、内服なし</p>

## 精神科専門医の視点からのコメント

本紹介状は、初回紹介状としては、十分に情報を伝えており、へたな評価も付けていませんので、ひとまず合格と言えるでしょう。ここでは、受け手側の精神科医がどの様に診断をつけていくのかを見てみましょう。

精神科医が初診患者を診る際、鑑別診断で疑う優先順位には大原則があります。それは、①器質性精神障害→②内因性精神障害→③心因性精神障害の順で疑うべしということです。産業医としても紹介状作成や紹介先の科目選定にも参考になる概念であり、ここでおさらいしておきましょう。

- ① 器質性精神障害：脳あるいは身体に病気や障害があり、それが原因となって精神症状を引き起こすもの。例：アルツハイマー病、脳梗塞、髄膜脳炎、全身性エリテマトーデス（SLE）、甲状腺機能異常など。薬剤性（外因性）精神障害（ステロイド、アルコール、覚せい剤 etc）もこのグループに含める
- ② 内因性精神障害：原因は脳内にあると思われるものの、未解明（＝現在の医学検査で検出不可）な、神経伝達物質レベルの微細な脳の機能異常によるもの。代表例：統合失調症、躁うつ病
- ③ 心因性精神障害：原因となるストレス因（心因）との因果関係が規定できる精神障害。例：適応障害、急性ストレス性障害、PTSD。慣用診断では、心因反応、神経症、心身症と呼ばれるものが含まれます。いわゆる人格障害も含むことがあります。

さて、本症例のような事例を紹介されると、精神科医は、セオリー通り、上記①→②→③の順で鑑別診断をつけていく訳ですが、まずは①器質性精神障害の除外です。よって、健診データの添付、既往歴や内服薬の有無は参考になります。これについて、本紹介状では、備考欄ですが、一応記載があります。実はこれは大事な情報ということです。しかし、本症例では、心疾患を始めとする身体的問題の除外が不十分な感否めません（果たして精神科に直送りでいいのかを一度よく考える）。本症例の症状からすると、精神科紹介前に、一度循環器内科でホルター心電図くらいやった方がいいかも知れません。少なくとも、内科的除外診断について、これまで、いつどこでどんな検査・診断を受けたのか（受けていないのか）を明記することは結構大事です。紹介先がクリニックの場合、そこでオーダー出来る内科的検査は知れています。そういうこともあり、主治医にすれば、ウチ（精神科）に紹介されて来るくらいだから、①の除外診断は既に済んでいるんだろう、くらいに思う可能性があるということです。これが、①を見落とす落とし穴にならないとも限りません。いつどこでどんな検査・診断を受けたのか（受けていないのか）を明記することが大事という理由はそこにあります。

一方、②以降、つまり②と③の見極めについては、精神科医のフィールドですから、まずは紹介先の主治医に任せてもいいでしょう。ただし、事例3でもお話した様に、この見極めも、専門家でも困難であったり、時間がかかったりします。その際は、職場側との連携がより不可

欠となってきますので、有機的かつ継続的な職場―産業医―主治医の連携が非常に大事になってきます。

#### 疾患概要説明      ～不安障害～

「不安障害」の主なものには、「パニック障害」、「恐怖症」、「強迫性障害」、「全般性不安障害」、「外傷後ストレス障害」があります。不安障害は、最も頻度の高い精神疾患のひとつであり、4人に1人が不安障害の少なくともひとつを発症したことがあり、年間有病率は17%という報告もあります。また、女性が男性よりも不安障害を発症しやすいです。

不安障害の中で、「パニック障害」とは、突然一過性に呼吸が苦しくなり、苦しくて死んでしまうかもしれないといった内容を訴え、発汗や震え、めまいといった身体症状を伴います。パニック発作を起こすと、次にまた発作が起こるかもしれないという、予期不安がおこります。また、経過は慢性で、寛解と増悪を繰り返し、パニック発作は週に2、3回繰り返すことが多いです。また、薬物療法と精神療法の併用で予後は良好といわれます。

「全般性不安障害」とは、現実の状況や出来事等について、過剰な不安、心配を過剰にし続けるのが特徴です。不眠や筋肉の緊張等の身体的症状を伴うことも多いです。また、アルコール依存症、パニック障害と合併することもあります。経過は慢性に経過し、時が経つにつれて二次的にうつ病を発症することもあります。しかし治療により予後は良好であり、70%の患者が薬物療法で改善し、精神療法の併用でよりよい効果を発揮します。

産業保健の現場においては、自覚的症状の大きさに動揺せず、客観的に冷静に経過を見ていくことが重要です。

## 事例5

ある部署のAさんの上司から産業医のもとへ電話がありました。

内容としては

「部下が屋上で自殺をほのめかしています。先生に緊急に対応をお願いします。」

とのことでした。

産業医が上司とともに屋上へ行くと、Aさんが屋上で座り込んでいました。

Aさんは上司と産業医に気づくと、「来てくれてうれしいです。」と話しました。

産業医と上司は、Aさんに自殺をしないことを必死に説得して、Aさんを健康管理室へ連れて行きました。産業医はAさん、上司と面談することにしました。

### <Aさんとの面談の内容>

Aさんは、部屋に入ると泣き出してしまいました。

「職場の皆が私のことを悪く言って、いじめるのです。私のことをみんなが批判します。私は今の仕事が好きで、自分なりに一生懸命努力しています。なのに、例えば少し疲れた時にインターネットをしていると、隣の席の先輩に、まじめに仕事をしろと怒鳴られたのです。それだけではないんです。いつもお昼休みには皆にランチに誘われていたのに、最近は私を誘ってくれず、皆きっと私のことが嫌いなんです。このことを上司にも相談しました。しかし、上司は私の話を聞いてくれず、私のことを理解してくれません。こんなにつらいと訴えているのに……。上司もきっと私のことが嫌いなんだと思います。私は、つらくてつらくて、もう死んでしまおうかと思い、さっき屋上に行きました。上司と先生が私の事を心配して、来てくれて私は本当にうれしかったです。」

### <Aさんの生育歴（本人より）>

「私は共学の中学校、高校に通っていました。友人はよく替わり、時期によって一緒に行動する人は違いました。成績はまあまあだったと思います。今は、特に仲良い友人はいません。私は、男性からもてていました。過去に数人ほど交際した男性もいました。皆、交際当初は優しくて私のことを大切にしてくれましたが、時間がたつと、私の事を大切にしてくれなくなり、交際は長く続きませんでした。

家族のことについてたずねた際の内容

「父親は私が子供のころに亡くなりました。母が一人で私と姉を育ててくれました。姉も母も仲良く、何かあるときは必ず相談しています。しかし、ここ1年くらい前に、ちょっとしたトラブルがあり、それをきっかけにあまり連絡しなくなりました。」

### <上司との面談の内容>

「A さんには大変手を焼いています。初めて相談を受けたのは一ヶ月くらい前だったと思います。確か私の部屋に突然現れ、私に相談に乗るように言ってきました。そもそも A さんの上司になったのは約半年前ですので、A さんについてあまり知らなかったのは事実です。よって A さんが自ら相談に来たということに、私自身は非常にびっくりしました。

話を聞いてみると、職場の皆が A さんのことを悪く言って、いじめられているとの内容でした。A さんの職場は雰囲気のととてもいい部署であり、人間関係も悪くないと私は認識していました。また、A さんは勤怠も明らかな問題はありませんでしたので、まあ様子を見てみようと思っていました。しかし、その後次第に A さんからの相談回数は増えていき、相談内容も、職場でいじめられていて、皆に馬鹿にされているとの同様の内容でした。次第に、メールも送ってくるようになり、私が会議等でメールを返信しないと、A さんが私の所へ怒鳴り込んできて、なぜメールの返事をしないのかといてくともありました。そのときは、非常に興奮しており、会話にならなかったです。A さんが本当にいじめられているのか、職場の者に聞いたこともありましたが、そのようなことはまずないとの意見が大半で、さらに A さんは厄介ですとの意見も何人かからありました。私も A さんの対応に正直疲れてきていまして、どうしたらいいのか悩んでいました。

昨日も A さんから面談希望のメールがきましたが、重要な社内会議の準備がありましたので、また来週にしてくれとの連絡をしました。A さんは納得していましたが、会議が終わって部屋に戻ると、A さんが部屋の前に立っており、ずっと待っているのに、なぜ連絡をくれないのか、馬鹿にしていると、すごい剣幕で私に怒鳴り、走り去っていきました。私は追いかけていきましたが、なぜか足が動きませんでした。よって、A さんが少し落ち着いてから面談をして話を聞こうと考えていました。すると、A さんからメールが届き、もう死にたいので午後 2 時に屋上から飛び降りるとの内容でした。私はさすがにびっくりして、もう自分だけではもう対応できないと思い、先生に連絡したのです。」

#### <A さんの生活歴、家族歴（人事情報より）>

A さんは入社 15 年の 35 歳独身女性である。A さんは 2 人姉妹の次女であり、電子機器関連会社の事務職を担当している。何度か部署変更しているが理由は不明である。

#### 産業医の視点からの考察～紹介状作成時のポイント～

以前より A さんに対応してきた上司を巻き込んでいる可能性があり、また同僚も同様に巻き込まれていることが推察される。よって精神科医に相談すべき状況と考えられる。

面談所見として、A さんの上司への相談内容は主に“同僚からのいじめ”ですが、信憑性については未調査であること、また A さんは、“ランチに誘われなかった”ことをいじめとしてとらえていること、さらに“上司が相談にのる時間がとれない”ことを自分へのいじめととらえていることより“見捨てられ不安”の可能性はある。また、“自殺のそぶり”について、実際には



行為に及んでいないことや自殺をほのめかす言動をし、自分へ意識を向けるようなしぐさが考えられた。

以上から「境界性人格障害」が疑われると推測した。

<紹介・診療情報提供書（産業医作成）>

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関  
の所在地  
及び名称  
電話番号  
F A X

産業医 ○○ ○○ 印

患者	氏 名	△△	職 業	会 社 員	
	生年月日	年 月 日（35）歳	性 別	男 ・ <input type="checkbox"/> 女	

	境界性人格障害の疑い
紹介目的 症状経過	<p>弊社社員の健康管理につき、いつもお世話になっております。 上記が疑われますため、ご紹介申し上げる次第です。 弊社で入社後 15 年にわたり、事務職に従事しています。 数ヶ月前から、「職場でいじめられている」と上司に相談しています。いじめの信憑性については未調査のようですが、上司は被害妄想ではないかを感じているようです。相談以降、頻繁に上司の下を訪れ、「同僚からこんな仕打ちをされた、もう耐えられない」と訴えています。上司が会議を理由に相談の時間が取れないことを説明すると、上司に対して「あなたも私をいじめるのか？」と訴えるようになりました。そして昨日、『もう死にたい。午後 2 時に屋上から飛び降ります』というメールを上司宛に送っています。上司から相談をうけ、小職も一緒に屋上に行き、保護した次第です。 【いじめ】と本人が訴えている内容は、【ランチに誘われなかった】というものであったり、【上司が相談にのる時間が取れないこと】への嫌悪感は、見捨てられ不安が懸念され、また自殺のそぶりもあることから上記を疑った次第です。 ご多忙の折、大変恐縮ですが、御高診のほど、よろしくお願いいたします。</p>
備 考	

<紹介・診療情報提供書>（精神科医のコメント）

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関  
の所在地  
及び名称  
電話番号  
F A X

産業医 ○○ ○○ 印

患者	氏 名	△△	職 業	会 社 員
	生年月日	年 月 日（35）歳	性 別	男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女

	境界性人格障害の疑い
紹介目的 症状経過	<p>弊社社員の健康管理につき、いつもお世話になっております。 上記が疑われますため、ご紹介申し上げる次第です。</p> <p>弊社で入社後 15 年にわたり、事務職に従事しています。 これまで、あまり親しい友人はおらず、交際相手とのトラブルも続いていたようです。 <u>また、理由は不明ですが入社後数回部署変更をしています。（←対人関係、異性関係の情報があれば入れる。また、これまでの情報が重要になる。境界性人格障害であれば 20 歳頃から発症することが多い。今回が初発であれば、躁も鑑別診断になる。）</u></p> <p>数ヶ月前から、「職場でいじめられている」と上司に相談しています。いじめの信憑性については未調査のようですが、上司は被害妄想ではないかと感じているようです。相談以降、頻繁に上司の下を訪れ、「同僚からこんな仕打ちをされた、もう耐えられない」と訴えています。上司が会議を理由に相談の時間が取れないことを説明すると、上司に対</p>

	<p>して「あなたも私をいじめるのか？」と訴えるようになりました。そして昨日、『もう死にたい。午後 2 時に屋上から飛び降ります』というメールを上司宛に送っています。上司から相談を受け、小職も一緒に屋上に行き、保護しましたが、その際「来てくれてうれしいです」といった言葉が聞かれた次第です。(←本人が言った特徴的な言葉はそのまま記述する。)</p> <p>【いじめ】と本人が訴えている内容は、【ランチに誘われなかった】というものであったり、【上司が相談にのる時間が取れないこと】への嫌悪感は、<u>見捨てられ不安</u>が懸念され、また<u>自殺のそぶり</u>もあることから上記を疑った次第です。(←こういった言葉を入れるとわかりやすい◎。)</p> <p>ご多忙の折、大変恐縮ですが、御高診のほど、よろしくお願いいたします。</p> <p><u>また、今後上司への相談があった場合、どのように対応すべきか御教示頂けますと幸いです。(←具体的に困っていることを専門医に伝え対応方法のアドバイスをもらうことも必要。)</u></p>
備 考	

注：下線部は精神科医による添削またはコメントを示す。

## 精神科専門医の視点からのコメント

紹介状（初回）としては、これくらい書かれていれば、受けた精神科医に基本情報は伝わると思えます。パーソナリティ障害では、経過や周辺状況をより詳しく伝えた方がいいので、＜事例＞に書かれたこれまでの経緯詳細を別紙で添付してもよいでしょう。その際、精神医学的な評価は無理にする必要はなく、ありのままのエピソードを日常用語で綴ればよいでしょう。パーソナリティ障害（近年は人格障害をパーソナリティ障害と呼ぶ）の治療戦略としては、薬物療法はむしろ補助的で、治療の中心は、カウンセリング（最も核心的には精神分析だが、専門医は少なく、保険診療報酬では釣り合わないこともあり、普及はしていない）および対応法の工夫ということになります。

前者のカウンセリングは、紹介先の精神科医にお願いすればいいのですが、後者の対応法の工夫については、主治医―職場との連携プレーという性格が強く、且つその実践はむしろ職場ないし産業医が主体、ということになります。その点で言えば、「また今後上司への相談があった場合、どのように対応すべきか御教示ください」と主治医にオープンクエスションの様な形で聞くのではなく（これでは緊急性も伝わらない）、むしろ「職場としては、『ランチに誘われなかった』『上司が相談にのる時間が取れない』といったレベルの話で自殺騒ぎになるのは尋常の状態とは言えず、少なくとも自殺傾向が治まるまでは就業させられません。これが身体疾患なら、病気休業ということで休ませるところですが、上記の様に職場に対して被害的に捉えているので、誰がどういう理由・タイミングで、本人に休職・療養を言い渡すのが妥当か悩んでおります。先生のアドバイスを頂けると幸いです。そぶりとは言え自殺リスクを抱える話で、安全配慮義務の観点からも、職場としてこれ以上様子見は出来ない状況です。休業になった場合の本人のフォローも併せてお願いできますか」と、これくらいある意味で主体性をもった「提案型」の問いかけをした方がベターでしょう。

恐らくこのケースでは、職場での自殺企図を理由に休業・受診勧告を管理職または産業医が通告するのが妥当という話になります。また、自宅療養（本人の管理）の引き受け手として、家族への連絡も必要になってくると思われます（基本的に本人の同意が必要）。これは、“自殺騒ぎを起こすなら、これ以上仕事はさせられませんよ”という職場から本人への明確なメッセージともなります。次ページにもあるように、産業保健スタッフは本人の訴えに耳を傾けつつも、治療的に妥当な一定の線引きをすべきです。本ケースで言えば、職場がその様な勧告を出し、実行するというのが、「一定の線引きをする」ということになります。ただし、その「線引き」が医学的判断を伴う以上、それが妥当なラインか専門医のいわばお墨付きをもらっておいた方が適切です。さらに、本人の精神症状の悪化も伴いかねない判断・対応となりますので、事前に対応する主治医を確保しておく。これも紹介状の要点となります。

## 疾患概要説明 ～境界性人格障害～

境界性人格障害は DSM-IVB 群に分類されます。  
B 群は演技的，感情的でうつろいやすい群です。

一般的な有病率は約 2%といわれ，人格障害の患者のうち 30～60%を占めています。  
また，境界性人格障害の 75%は女性であり，患者の親族の有病率は 5 倍高くなります。  
そして，患者の 90%に何らかの精神科診断がひとつ合併しています。

注目すべき臨床的症状は，

- ① 見捨てられ不安・・・自分にとって重要な人から見捨てられるのではないかという不安が常にあります。そのため，見捨てられないように，過剰な食事制限や終日相手の居場所を確認するために電話する，自殺すると脅したり，リストカット等をして，自分を振り向かせるために大変な努力をします。
- ② 不安定で激しい対人関係・・・他者を自分のことを好きな人と嫌いな人に分け，また善の人と，悪の人を選び分け，人の評価が短期間で大きく変化します。よって，対人関係が非常に不安定です。
- ③ 衝動性・・・些細なことがきっかけで，リストカットや過剰な飲酒や過食，無謀運転，薬物依存等，自己破壊的な行動を起こします。
- ④ 慢性的な自己不全感・・・大半を憂鬱で不快な気分で過ごし，満足感が得られない空虚な気分になっています。

産業保健の現場での対応ポイントとしては，まずは産業医として患者と信頼関係を築くことが大切です。その際，患者は「感情の嵐」を示すことがあるため，彼らから批判されることもあるかもしれませんが，自分への攻撃と受け取ったり，または自責感に駆られたりしないように，ある程度の距離を保つことは必要です。そして，患者を客観的に理解して，彼らの行動に著しく自分の感情が揺れ動かないように，自分で意識することも重要です。例えば「死にたい」と訴えた時には，話は真剣に聞くがさりとて動かないという姿勢を保つことがポイントとなります。つまり患者の言うとおりに動くのではなく，ある程度のゆとりが求められます。

また，職場での周囲への配慮も必要です。境界性人格障害の患者は，周囲の人（家族や友人，職場）を巻き込むことが多いため，上司等を中心に定期的な面談を行い，感情的にならないこと，ある程度の距離を保つこと等といった具体的なアドバイスをすることが必要です。

## \* テンプレートの活用法

＜状況説明文＞（産業医作成）

年 月 日

産業医    〇〇   〇〇   印

患者	氏 名		職 業	会社員（定期入社・中途採用）	
	生年月日	年      月      日（）歳	性 別	男性・女性（独身・既婚）	

[illegible]

	<p>精神疾患の既往歴；</p> <p>通院歴；</p> <p>入退院歴； 「 」 病院 病名「 」</p> <p>期間「 」</p> <p>退院後の通院状況；</p> <p>投薬履歴； お薬手帳コピー （あり・なし）</p> <p>薬剤名・量「 」</p> <p>内服コンプライアンス（良・悪）」</p>
備 考	



## 職場でよく見る精神科治療薬

## 職場でよくみる精神科治療薬

## 目次

- はじめに
- 代表的な向精神薬の特徴と使い方
  - ・抗うつ薬 ～SSRIとSNRIの微妙な違い～
  - ・気分安定薬～双極Ⅱ型障害の増加に向けて～
  - ・睡眠薬～不眠症のタイプによる睡眠薬の選び方～
- こんな質問に何と答えますか？
  - ・「抗うつ薬を、市販薬、サプリメントと一緒に飲んでいい？」
  - ・「うつ病に効く漢方薬はありますか？」

2

## はじめに

一般的な呼称	同意語
抗精神病薬	神経遮断薬 強力精神安定薬 メジャーtranキライザー
抗うつ病	感情調節剤
抗不安薬	緩和精神安定薬 マイナーtranキライザー
気分安定薬	抗躁薬 双極性感情障害治療薬

よくわかる精神科薬物ハンドブック、風祭 元著より一部改変

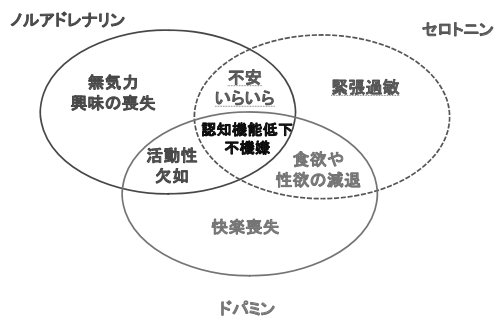
3

## 抗うつ薬

- 一般的には・・・
  - SSRI } のどちらか一方を4週間程度、十分量服薬。
  - SNRI }
- SSRIかSNRIを選択する判断基準は？
- ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA)とは？
- 三環系、四環系抗うつ薬について

4

## モノアミンとうつ病の症状との関連 (中村純, 2008 一部改変)



5

## SSRIとSNRIの使い分け①

### うつ病を2つに分類

- ①焦燥型うつ病  
(不安や焦燥、心気症状が前景) ⇒SSRIが効果的
- ②制止型うつ病  
(意欲低下や思考制止が前景) ⇒SNRIが効果的

中村純 よくわかる精神科薬物ハンドブックより

6

## 抗うつ薬一覧

分類	一般名	商品名
選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)	フルボキサミン	デプロメール
	ルボックス	
	パロキセチン	パキシル
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)	セルトラリン	ジェイノロフト
	ミルナシプラン	トレドミン
	デュロキセチン	サインバルタ
ノルアドレナリン作動性/特異的セロトニン作動性抗うつ薬	ミタザピン	レメロン
		リフレックス
三環系抗うつ薬	イミプラミン	トフラニール
	クロミプラミン	アナグラニール
	アミトリプチリン	トリプタノール
	アモキシセピン	アモキサン
	ナルリプチリン	グロテン
四環系抗うつ薬	マプロチリン	ルジオメール
	ミアンセリン	セトラジド
その他	スルピリド	ドグマチール
	デジレル	
	トラゾドン	レスリン

焦燥型うつ病

意欲減退や食欲低下にも効果あり

抑制型うつ病

## SSRIとSNRIの使い分け②

- 抑うつ気分の症状が全面に出ている  
⇒SSRIが効果的
- 気力減退の症状が前面に出ている  
⇒SNRIが効果的



抑うつ気分と気力減退が同じぐらいならば、**不安の症状**について考慮する。

- 強迫的で被害的な内容を伴う不安がある  
⇒SSRIが効果的
- 衝動性を伴わない漠然とした不安がある  
⇒SNRIが効果的

姫井昭男 精神科の薬が分かる本より

## SSRIとSNRIの使い分け

### 軽度うつ病で症状が顕著でない場合

- 不安や余裕のなさが見られるとき  
⇒SSRIが効果的
- やる気のなさや億劫感が認められるとき  
⇒SNRIが効果的

姫井昭男 精神科の薬が分かる本より

## SSRI

### 1)フルボキサミン(デプロメール®、ルボックス®)

- わが国で最も早く使用できるようになったSSRI
- 心気的な不安や焦燥が強いうつ病の人に効果が高い
- 強迫性障害、社交不安障害にも有効
- 用量  
50～150mg/日(うつ病)  
150mg/日以上(強迫性障害、社交不安障害)
- 半減期:8～11時間 ⇒1日2回の分割投与
- 副作用:嘔気、嘔吐、食欲不振  
(投与初期1週間程度←制吐薬、初期用量の減量)

## 《処方例:デプロメール®、ルボックス®》

### 強迫性障害に対して

21歳、女性。大学進学後、独居生活を始めた頃より、水道、火の始末、戸締りなどの確認行為が次第に増加し、日常生活に支障をきたすようになった。不安が強く、強迫行為を自己制御できなくなり、自ラ来院となる。行動療法についての説明を受けるが、抵抗感が強く、薬物療法のみを希望したため、本剤50mg/日より開始し、25～50mg/週の割合で、徐々に150mgまで増量。強迫行為の頻度は不変であったが、それらに費やす時間は減少し、以前と比べて不安やこたわりが少なくなってきたことを自覚する。このため、以前提示していた行動療法を再度勧めたところ、今後は抵抗感もなく、自ら自主的に取り組むようになり、強迫行為の頻度は大幅に減少し、発症前に近い状態の適応が可能となった。

こころの治療薬ハンドブック第6版より

## SSRI

### 2)パロキセチン(パキシル®)

- 不安や焦燥が強いうつ病の人に効果が高い
- パニック障害、強迫性障害にも適応あり
- 用量  
初期投与量10～20mg/日⇒<40mg/日(うつ病)  
10mg/日から開始⇒<30mg/日(パニック障害)  
20mg/日から開始⇒<50mg/日(強迫性障害)
- 半減期:14時間 ⇒1日1回投与で十分
- 副作用:投与初期の嘔気、嘔吐、便秘、口渇

## 《処方例：パキシル®》

### うつ状態に対して

37歳、男性。

半年前から不眠。数か月前より気力低下やうつ気分が続いていた。

本剤10mgより開始、1週間ごとに10mgずつ増量し、3週目に30mgまで増量した。4週目より症状の改善を認め、継続により6週目には症状の大半が改善した。

こころの治療薬ハンドブック第6版より

13

## SSRI

### 3) セルトラリン(ジェイゾロフト®)



- わが国で最も遅く使用できるようになったSSRI
- 他のSSRIに比べて弱いドパミン再取り込み阻害作用  
⇒意欲減退や食欲低下を有するうつ病にも効果あり
- 心血管系への影響が少なく高齢者にも安全性が高い
- 用量  
25mg/日から開始⇒<100mg/日で増減  
150mg/日以上(強迫性障害、社交不安障害)
- 半減期: 22~24時間 ⇒1日1回
- 副作用: 嘔気、嘔吐、下痢(高用量投与にて)

14

## 《処方例：ジェイゾロフト®》

### うつ病に対して

32歳、女性。

事務職として6年間就労している。2か月ほど前から、集中力が低下して、不安感が強くなり、気持ちが沈む。不眠、食欲不振もみられた。うつ病の診断で、本剤25mgを就寝前に投与した。1週間後、症状は特に変化なく副作用も認めなかったため50mgまで増量した。増量後約2週間で抑うつ感などの症状も軽快したとのことであった。

軽度の吐き気を認めたが、服薬に支障が出るほどではなかった。外来加療開始後、約3カ月で集中力も回復し、仕事も普通にこなせるようになった。

こころの治療薬ハンドブック第6版より

15

## SNRI

### ミルナシプラン(トレドミン®)



- 抑制、意欲低下の強いうつ病の人に効果が高い
- 抗アドレナリン作用を有することから、うつ病の人が訴える様々な痛みに効果があるという報告もある
- 肝臓のチトクロームP450 (CYP) の代謝を受けない  
⇒CYPで代謝される他の薬物の血中濃度に影響なし
- 用量  
25mg/日から開始⇒<100mg/日で増減
- 半減期: 8時間 ⇒1日2~3回
- 副作用: 抗コリン作用(便秘、性機能障害)、頭痛、排尿障害(NA刺激による)⇒前立腺疾患による尿閉では禁忌

16

## SNRI

### デュロキセチン(サインバルタ®)



- 2010年4月より販売開始となった。
- 日本で2番目に承認されたSNRI
- 他のSNRIと比べるとセロトニン・ノルアドレナリンの再取り込み阻害の力価が高いことが特徴。
- プラセボに対する優越性が臨床試験で認められている。
- 疼痛に対する効果も認められている。
- 用量  
20mg/日から開始⇒一週間以上の間隔を開けて20mgずつ増量する。

17

## 《処方例：トレドミン®》

### うつ状態に対して

65歳、男性。

自営業を営んでいる。友人の病死をきっかけに、抑うつ感、食欲不振、不眠が出現し、精神科を受診した。本剤25mgを夕食後に投与したところ1週間後の外来受診時には不眠が軽快した。副作用は認められなかったため朝食後にも25mgを投与し、1日50mgに漸増した。4週間後には抑うつ感、不安感が軽快し、6週間後には仕事に関する書類にも目を通すことができるようになった。

こころの治療薬ハンドブック第6版より

18

## NASSA

### ミルタザピン(レメロン®、リフレックス®)

- 我が国では2009年から使用されるようになった
- 日本で初めてプラセボに対して抗うつ効果における優越性が検証された。
- 投与1週目から優位な改善効果が示され、長期投与試験においても、52週まで抗うつ効果が維持された  
⇒効果の早期発現と長期維持を持ち合わせた薬といわれる
- 用量  
15mg/日から開始⇒<45mg/日で増減
- 半減期:20~40時間 ⇒1日1回
- 副作用:吐き気や便秘、性機能障害は少なく、眠気、倦怠感、体重増加がみられる。

19

## 三環系抗うつ薬

セロトントランスポーターとノルアドレナリントランスポーターに作用する以外に、 $\alpha 1$ アドレナリン受容体、H1ヒスタミン受容体、ムスカリン性アセチルコリン受容体遮断作用がある。

⇒起立性低血圧、体重増加、沈静、口渇、便秘、尿閉、霧視、記憶障害、心伝導障害(QT延長)、せん妄  
⇒高齢者や前立腺肥大症、不整脈や緑内障などを合併している場合は使いにくい。

## 四環系抗うつ薬

- ・三環系抗うつ薬と比較して抗コリン作用が少ない。
- ・その鎮静作用を利用して睡眠薬として用いられる場合もある。

20

## 三環系抗うつ薬の特徴・使用方法・副作用

一般名	商品名	特徴・使用方法・副作用
イミプラミン	トフラニール®	・最も早く開発された三環系抗うつ薬で、気分高揚作用が強い。 ・うつ病以外に遺尿症に対しても有効性あり。 ・うつ病に対しては30~70mg/日を初期投与量とし、200mg/日まで漸増し分割投与する。 ・遺尿症に対しては30~50mg/日を症状及び年齢に応じて適宜調整を行う。
クロミプラミン	アナフラニール®	・点滴静注投与が可能であるため、希死念慮が切迫しており急速な抑うつ状態の改善が望まれる症例や経口摂取が困難な場合に使用可能。 ・点滴静注をする場合には、せん妄を惹起する場合もあるのでゆっくり行う。
アミトリプチリン	トリプタノール®	・焦燥感の強いうつ病に対してよく用いられる。 ・本薬剤は三環系抗うつ薬の中では最も抗コリン作用が強い。
アモキシピピン	アモキシサン®	・ドパミン受容体遮断作用があるため精神病的うつ病に有効であるとの報告や、効果発現も比較的早いという報告もある。 ・D2受容体阻害作用を有するために難体外路症状が出現する場合があり、パーキンソン病の患者にはその使用を控える。
ノルトリプチリン	ノリトレン®	・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用が強い薬物である。 ・比較的抗コリン作用も少なく、三環系抗うつ薬の中では高齢者などにも比較的使用しやすい

## 四環系抗うつ薬の特徴・使用方法・副作用

一般名	商品名	特徴・使用方法・副作用
マプロチリン	ルジオミール®	・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用が強い。 ・抗コリン作用は少ないが、高用量使用時の痙攣惹起作用や薬疹の発現頻度が高いとの報告がある。
ミアンセリン	テトラミド®	・シナプス間隙へのノルアドレナリンの放出を抑制しているシナプス前 $\alpha 2$ 受容体を遮断してノルアドレナリンの放出を促進する。 ・高齢者に対しても使用しやすい。 ・本薬剤は抗ヒスタミン作用があるため鎮静作用に優れ、せん妄にたいしても有効であるという報告もある。

22

## 気分安定薬

- 双極性障害(躁うつ病)に対して双方向性(抗躁、抗うつ)の作用をもち、また気分変動を抑制し、躁・うつ両病相の予防効果をもつ薬物の総称。
- 薬理学的な作用機序は未だ明らかではない。
- 現在、日本で承認されている気分安定薬は、  
①炭酸リチウム(リーマス®)  
②カルバマゼピン(テグレート®)  
③バルプロ酸ナトリウム(デバケン®)
- いずれも、双極性障害のうつ状態や病相予防効果についての承認は得られていない。

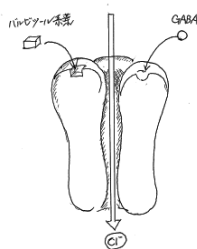
23

## 気分安定薬

- 有効性はそれほど高くない。  
・リチウムの躁病相に対する治療効果⇒約50%  
・リチウムの病巣予防効果⇒2年間で約40~50%
- それぞれ気分安定薬の違いは？(エビデンスはないが...)  
①リチウム...多幸感、爽快気分を伴う古典的な躁病相  
②カルバマゼピン...精神病症状や錯乱が混在している場合  
③バルプロ酸...不機嫌、相うつ混合状態、急速交代型
- 自殺関連行動への影響について  
双極性障害患者における自殺率は高い。  
・リチウム⇒自殺関連行動の防止効果がある  
・カルバマゼピン、バルプロ酸⇒自殺企図の既往および自殺念慮のある躁病および躁うつ病の躁状態の患者への投与に対して注意喚起がなされている。

24

## 睡眠薬



・睡眠薬はその化学構造によって、

- ①バルビツール酸系薬物
- ②非バルビツール酸系薬物
- ③ベンゾジアゼピン系薬物
- ④非ベンゾジアゼピン系薬物

に分けられる。

・抑制性神経伝達物質であるγ-アミノ酪酸 (GABA) 受容体機能の増強。

・バルビツール酸誘導体が単独でGABA<sub>A</sub>受容体のCl<sup>-</sup>イオンチャネルを開口させるのに対し、ベンゾジアゼピンは内因性のGABA存在下でのみ効果を発揮する。  
⇒生体にもともと備わる内因性物質に効果が依存することが、高い安全性の理由。

25

## ベンゾジアゼピン系睡眠薬

作用機序	商品名	薬名	半減期(時間)	血中濃度(ng/ml)
短時間作用型	アモバン	ゾピクロン	2~4	0.525~0.5
	マイスリー	ゾルピデム	3	5~10
短時間作用型	デュリス	ゾルピデム	3	5~10
	デュリス	ゾルピデム	3	5~10
中時間作用型	デュリス	ゾルピデム	3	5~10
	デュリス	ゾルピデム	3	5~10
長時間作用型	デュリス	ゾルピデム	3	5~10
	デュリス	ゾルピデム	3	5~10

非ベンゾジアゼピン系(New!)

・ほとんどの睡眠薬は覚醒段階の時間を減らし軽睡眠期を増やす一方、深睡眠は減らす。

・これらは、深睡眠を増やす。

・筋弛緩作用に伴う副作用も少ない

26

結局、どう使い分けるのか？

	入眠障害 (超短時間型、短時間型)	睡眠維持障害 (中間作用型、長時間型)
神経症的傾向(不眠の不安)が弱い場合 (抗不安作用、筋弛緩作用が弱い薬物)	ゾルピデム(マイスリー) ゾピクロン(アモバン)	クアゼパム(ドラル)
神経症的傾向(不眠への恐怖)が強い場合 (抗不安作用、筋弛緩作用を持つ薬物)	トリアゾラム(ハルシオン) プロクロラム(レンドルミン) エチゾラム(デパス)	フルニトラゼパム(サイレース、ロヒプノール) ニトラゼパム(ネルボン) エスタゾラム(ユーロジン)
腎機能障害・肝機能障害がある場合 (代謝産物が活性をもたない薬物)	ロルメタゼパム(エバミール、ロラメット)	ロラゼパム(ワイバックス)

本多 真 よくわかる精神科薬物ハンドブックより一部改変

27

## 新しい睡眠薬(メラトニン受容体アゴニスト)

ラメルテオン(ロゼレム®)



- GABA受容体機能増強とは違う機序で働く。
- ヒトの視交叉上核に多数存在しているメラトニン受容体に選択的に結合して、薬理作用を発揮する。  
⇒体内時計機構に働きかけ、睡眠・覚醒のリズムを整える。
- 反跳性不眠や退薬症候がなく、自然に近い生理的睡眠を誘導する。
- SSRIのフルボキサミン(ルボックス、デプロメール)との併用は禁忌！

28

## 参考図書・参考文献

- 富田真幸:内科医が知っておくべき向精神薬の知識. 診断と治療 vol 95-No.12; 2083-2089. 2007
- よくわかる精神科薬物ハンドブック. 風祭元著
- うつ病心療Q&A. 桶口輝彦著
- こころの治療薬ハンドブック第6版

29

職場でよくみる精神科治療薬：学習のポイント  
(スライドは管理監督者研修にも活用できます)

スライド番号 2

産業医業務を行う上で、従業員との個別面談は労働衛生の 3 管理の中で健康管理に当たり、産業医としての主要な職務の一つである。

具体的には、健診後の事後措置としての面接指導、長時間労働者に対する面接指導、健康相談などがある。これらの面談の中で、従業員が内服している薬物について確認することがあるが、精神科治療薬についてはその効果や薬理学的な機序についてピンと来ないことが良くある。その一因として精神科の治療薬を実際に処方した経験が乏しいこと、精神科領域では複数の薬剤を併用されていることが良くあること、副作用が比較的少ない新薬の登場で治療薬選択のボラレス化（抗うつ薬を不安障害治療に用いたり、抗てんかん薬を双極性障害に用いたり当初の適応症以外の用途に使用すること）が進んでいることなどが挙げられる。

そうした中でも、産業医は面談相手の内服薬全般についてより深い知識を得ている必要があり、また、内服薬の種類から面談相手の病状や経過、主治医が処方した意図などを組み取れば、より良い対応ができるものと思われる。

今回は、「職場でよくみられる精神科治療薬」について、薬理学的な機序やそれぞれの特徴、使い分け方等についてその概要を述べる。

スライド番号 3

人間の精神に作用して、普通はその異常を治療する目的で用いられる薬を向精神薬という。

広義の向精神薬には、

- ①抗精神病薬
- ②抗うつ薬
- ③気分安定薬
- ④抗不安薬
- ⑤睡眠薬
- ⑥抗てんかん薬
- ⑦抗パーキンソン薬

などがあるが、これは治療の対象となる精神症状別に分類名がつけられている。

しかし、実地臨床では、以前から用いられていたさまざまな名称が今も使われておりこれらを一覧表にしたのが上図である。

また、実際には「抗精神病薬＝統合失調症の治療薬」、「抗うつ薬＝うつ病の治療薬」といった単純な図式は必ずしも成り立たず、病名ではなく精神的な状態像によって薬剤選択がされている。

更に、それぞれの薬による治療の経験が重なるにつれて、ある薬が最初の適応症と違う病気に効くことが分かる場合がある。

たとえば、はじめ抗てんかん薬として使われたバルプロ酸が、躁状態に有効であることが分かったり、抗うつ薬が抗不安薬に代わって不安障害治療のファーストラインになったりするなど、いわゆる治療薬選択のボーダレス化が進んできた。

以上のような背景から、精神科患者に対する処方はいよいよ一層複雑なものとなり、精神科専門医以外の医師にとってより理解しにくいものとなってきた。

しかし、このような現状においても、我々産業医は向精神薬の概要については理解しておく必要があり、これより産業医面談でよく目にする抗うつ薬、気分安定薬、睡眠薬について概説する。

#### スライド番号 4

我が国のうつ病治療アルゴリズムでは、軽症から中等症のうつ病に対しては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 serotonin noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI) のどちらか一方を 2~4 週間程度、十分量服薬することとなっている。

しかし、SSRI、SNRI のどちらを使用するか判断基準は示されていない。抗うつ薬の薬理作用機序については、モノアミン仮説、モノアミン受容体のダウンレギュレーション作用、海馬神経新生促進作用など、様々な仮説があり未だ解明には至っていないのが現状である。

今回は、モノアミンの薬理学的観点から選択の根拠の指標を紹介する。

また、わが国では 2009 年から使用されるようになった、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA) についても、その特徴を紹介する。

最後に、古くから使われていて従来薬と称される、三環系、四環系抗うつ薬についても、その概要を述べる。

#### スライド番号 5

セロトニンやノルアドレナリン、ドパミン等の各種モノアミンは、それぞれにうつ病の症状と関連しているとされる。

セロトニンは不安、イライラ感（焦燥）、緊張感などと特に関連しており、ノルアドレナリンは意欲低下、興味の喪失と関連している。

また、ドパミンの低下は快楽喪失、食欲、性欲低下などと関連しているとされており、全てのモノアミンは、認知機能低下、不機嫌等の精神症状との関連があるとされている。

#### スライド番号 6



【SSRI と SNRI の使い分けについて①】

中村によると、うつ病はその症状から、不安や焦燥、心気症状が前景の焦燥型うつ病と、意欲低下や思考制止が前景の制止型うつ病に分類出来るという。

中村らは SSRI と SNRI のカテコラミン神経系への影響と治療反応性に関する検討を行い、フルボキサミン（デプロメール®）とパロキセチン（パキシル®）は焦燥型うつ病に、ミルナシプラン（トレドミン®）は制止型うつ病に効果があることを明らかにした。

また、ノルアドレナリンの主要代謝産物である血中 MHPG 濃度の基礎値から、SSRI と SNRI の使い分けが可能であることも示している。

つまり、フルボキサミンやパロキセチンといった SSRI では治療前の血中 MHPG が高く、不安や心気症状が前景の症状が前景の症例に対して有効性が高いこと、またミルナシプランでは、治療前の血中 MHPG 濃度が低く、精神運動制止症状が前景のうつ病患者に対して有効性が高かった。

スライド番号 8

【SSRI と SNRI の使い分けについて②】

また、類似点も多いが姫井によりセロトニンとノルアドレナリンが司る生理機能を考慮した使い分けが示されている。

姫井によると、“**抑うつ気分**”の症状が前面に出ている場合には SSRI を、“**気力減退**”の症状が前面に出ている場合には SNRI を選択しているという。

この“抑うつ気分”と“気分減退”が同じぐらいであるときは、**不安の症状について考慮し、強迫的で被害的な内容を伴う不安**がある場合には SSRI を、**衝動性を伴わない漠然とした不安**のある場合には SNRI を選択しているようである。

スライド番号 9

【SSRI と SNRI の使い分けについて②】

また、軽度なうつ病で症状が顕著でない場合には、更に大きな捉え方をし、

**不安や余裕のなさ**が見られるときには SSRI を、**やる気のなさや億劫感**が認められるときには SNRI を選択している。

スライド番号 27

睡眠薬の治療薬選択は、まずは作用持続時間を参考にして行われる。

入眠が出来れば睡眠の維持と内容はほぼ良好という入眠障害型不眠症の治療には、入眠のみを改善させ、持ち越し効果を避けるため超短時間～短時間作用型の睡眠薬が用いられる。超短時間～短時間作用型薬物は急激な血中濃度低下により、中途覚醒と目覚めたときの不安を増強させる可能性もある。

そこで、中途覚醒型や熟眠障害型の不眠には短時間～中間作用型の睡眠薬、更に早朝覚醒型の不眠には長時間作用型の睡眠薬も選択肢に入る。

また、臨床的な薬剤選択法として、神経症的傾向の有無と、肝機能や腎機能障害の合併による使い分けが提案されている。

不眠症の中核をなす精神生理性不眠症は不眠への恐怖（神経症的傾向）と、緊張・過覚醒が病態の基礎となっており、抗不安作用・筋弛緩作用を併せ持つ睡眠薬の有効性が高い。

一方、高齢者などで転倒の危険がある場合は、 $\omega 1$  受容体選択性が高く筋弛緩作用が少ない非 BZ 系睡眠薬が適切である。

肝機能障害合併時には、肝臓の薬物代謝酵素チトクロームを介さず、1 回のグルクロン酸抱合で排泄され、活性代謝産物をもたないロルメタゼパム（エバミール®）が選択となる。

疾病性の気づき助ける管理監督者用  
教材例  
：職場での精神症状の出方

## 疾病性の気づき助ける管理監督者用教例 ：職場での精神症状の出方

1

## 疾病性の気づき

- ・気分障害の疾病性の気づきおよび診断
- ・アルコール依存
- ・適応障害
- ・統合失調症

▶ 2

## 気分障害の疾病性の気づきおよび診断

### ▶ 大うつ病(主にメランコリー型うつ病)

- ◆ 残業が増え、遅刻や無断欠席が目立ってくる
- ◆ 作業能率が低下し、ミスが目立ってくる
- ◆ 朝方に気分が悪く、朝刊が読めないといった傾向がみられる
- ◆ 身だしなみが悪くなる
- ◆ 人と視線を合わせなくなり、会話も少なくなる
- ◆ 仕事への自信をなくし、周囲への迷惑を心配し、突然「やめたい」という。

▶ 3

## もしもドラえもんが大うつ病になったら

- ▶ 四次元ポケットから取り出す道具に迷う。
- ▶ 四次元ポケットから取り出す道具を何度も間違える。
- ▶ 朝、元気がなくのび太の相手ができないが、下校後はそこそ対応ができるようになっている。
- ▶ ひげが汚い
- ▶ のび太と目を合わせず、言葉数も少ない。  
『ドラえもん！！』『……』『ジャイアンがいじめるんだ、なんとかしてよ！』『……』どこでもドア……』『それじゃあ意味ないよね』『ご……ごめん……』
- ▶ 最近道具のチョイスに自信がないと言い始め、突然『未来へ帰る』と言い始める。

▶ 4

## 気分障害の疾病性の気づきおよび診断

### ▶ 双極性障害(躁病期)

- ◆ 同僚や上司のと口論やトラブルを起こす
- ◆ 上司の指示もなく、また心配もないのに長時間残業をし、なかなか帰らない
- ◆ 取引先とのトラブルを起こす
- ◆ 費用や会社の規模からは考えられないような契約を行う
- ◆ 気分が異様に高揚したり、怒りっぽくなったり、攻撃的になったりして、他人から明らかに「普段とは違う」と思われてしまう

▶ 5

## もしものび太が双極性障害(躁病期)になったら

- ▶ 坂本先生と口論をしたり、ジャイアントケンカしたりする。  
『ぼくは、ジャイアンなんか一瞬で勝てるぞお！』
- ▶ 先生が指示したわけでもないのに、学校に長時間残って勉強し、なかなか帰らない。  
『寝なくたって、ずっと勉強できるよ、ドラえもん！』
- ▶ スネ夫しか買えないようなヘリコプターのラジコンを買ってくる。
- ▶ いつもよりよく喋り、気分が高揚して「しずかは僕の女だ」と言ったり、ドラえもんを怒鳴ったり、ジャイアンに不必要に歯向かったりと、明らかに「普段とは違う」と思われてしまう。

▶ 6

## アルコール依存症

アルコールを飲んでもなかなか酔った感じにならない・・・  
アルコールが切れると禁断症状が出る・・・  
飲むことを調節できない・・・

- ◆突然の遅刻や欠勤が目立つ
- ◆連休や休み明けに休みが多い
- ◆仕事中にアルコール臭をさせる。朝から臭う場合もある
- ◆職場や飲み会でよく喧嘩をする
- ◆飲み会のあとに事故にあったり、ケガをしたりする
- ◆取引先でトラブルを起こす

▶ 7

## もしも、アンパンマンがアルコール依存症になったら

- ▶ 助けを呼んだものの、バイキンマンをやたらと待たせたり、結局助けに来なかったりする。
- ▶ 月曜日や連休明けは助けに来ないことが多くなった。
- ▶ 「僕の頭を食べなよ」と言うが、アルコール臭がキツくて子供には食べにくい。
- ▶ ジャムおじさんやバタコさんとしょっちゅう喧嘩をする。
- ▶ みんなで楽しくピクニックをした後に、帰宅する途中に飛べなくなったり、墜落してけがをしたりする。
- ▶ 協力するはずの食パンマンとトラブルを起こす。

▶ 8

## 適応障害

《適応障害が現れるケース》

- ◆新入社員などが新しい職場環境に適応できない
  - ◆専門家が期待される職務を果たせず、その後に不調を訴える
  - ◆昇進にともない責任が大きくなったものの、その職務を果たすことができず不調を訴える
- ⇒こうしたことが原因で以下のような症状が3カ月以内に現れる
- ・不安、抑うつ、イライラして過度に焦る
  - ・何らかの事柄に過度に敏感になる
  - ・無断欠勤、物を壊す、無謀運転、ケンカなどの行動異常

▶ 9

## もしも孫悟空が適応障害になったら

- ▶ ナメック星に移動後、毎日不安や、イライラを訴える。
- ▶ 「地球の未来はお前にかかっている！」と言われ続け、数々の敵と戦ってきたが、最近は憂鬱になることが多く、テレビのニュースに過度に敏感になっている。
- ▶ ついにスーパーサイヤ人になれたが、思ったように敵を倒すことができず、最近は敵前逃亡したり、舞空術で蛇行飛行を繰り返したり、物を破壊したりするようになってきた。
- ▶ ベジータが戦闘に対する解説を始めても、イライラして過度に焦り、早く喋るようにせかすようになった。

▶ 10

## 統合失調症

- ◆職場で理由もなくひとりで笑ったり、ボソボソと独り言を言う
  - ◆突発的な暴力、暴言、奇異な行為などの予期せぬ行動をとる
  - ◆長時間、表情が乏しくてボーッとしている
  - ◆周囲が理解できないような、上司・同僚からの被害を訴える
- 例) Aさんが生霊になって襲ってくるんです・・・。
- ◆上に挙げられたこれらのことから、作業能率が低下し、集中できず、離席が目立つ

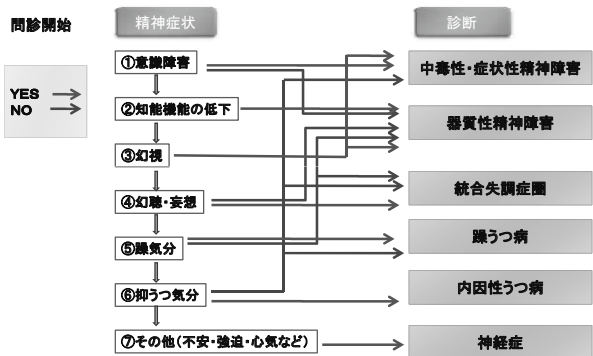
▶ 11

## もしも、サザエさんが統合失調症になったら

- ▶ 理由もなく、庭で笑ったり、キッチンでボソボソと独り言を言う。
- ▶ 突然、ほうきを振り上げ、タマに襲いかかったり、『コラ！タラオ！』とタラちゃんに暴言を吐いたりする。
- ▶ 居間集まっている時も、表情が乏しくボーッとしている。
- ▶ 「タイ子が生き霊になって襲ってくる・・・」といった、周囲から理解できないような被害を訴える。
- ▶ 上にあげたこれらのことから、作業能率が低下し、家事に集中できず、家の中をうろろろしている。

▶ 12

## 症状から見た鑑別診断の考え方



▶ 13 宮岡 等: 精神障害の臨床. 日本医師会雑誌, 131 (12): 548~50, 2004. より

疾病性の気づき助ける管理監督者用教材例：職場での精神症状の出方：学習のポイント  
(スライドは管理監督者研修にも活用できます)

#### スライド13 症状から見た鑑別診断の考え方

面接中に ICD-10 や DSM-IV-TR などを参考にしながら面接をすることは困難であるが、宮岡により、精神症状からどのような精神疾患を考えるかの概要がフローチャートになっているので、明確に割り切れるわけではないが、面談時には利用できる。



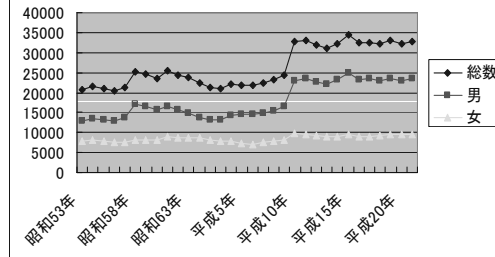


産業医・管理監督者向け教材例：  
精神科救急に係る事項  
自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応

## 精神科救急

産業医・管理監督者向け教材例：  
自殺の予防と自殺の可能性がある  
労働者への対応

## 年次別自殺者数



出典：平成21年中における自殺の概要資料 警察庁、2010年 2

## 年齢別・職業別自殺者数

	少年		成人						
総数	～19 歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 69歳	70～ 79歳	80歳 ～	不詳
32845	565	3470	4794	5261	6491	5968	3671	2405	230

総数	自営業・ 家族従事者	被雇用者 ・勤め人	無職		不詳
			学生・生徒等	無職者	
32845	3202	9159	945	18722	817

出典：平成21年中における自殺の概要資料 警察庁、2010年 3

## 自殺の危険因子

- ①自殺未遂歴 自殺未遂はもっとも重要な危険因子  
(自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討)
- ②精神障害の既往、気分障害(うつ病)、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
- ③サポートの不足 未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
- ④性別 自殺既遂者：男＞女 自殺未遂者：女＞男
- ⑤年齢 年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
- ⑥喪失体験 経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
- ⑦性格 未熟・依存的、衝動的、極端な完全主義、孤立・抑うつ、反社会的
- ⑧他者の死の影響 精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
- ⑨事故傾性 事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患への予防や医学的助言を無視
- ⑩児童虐待 小児期の心理的・身体的・性的虐待

出典：高橋祥友「新訂増補 自殺の危険：臨床的評価と危機介入」(金剛出版、2006) 4

## 自殺予防の十箇条

(次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。早い段階で専門家に受診させてください。)

1. うつ病の症状に気をつける
2. 原因不明の身体の不調が長引く
3. 酒量が増す
4. 安全や健康が保てない
5. 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
6. 職場や家庭でサポートが得られない
7. 本人にとって価値あるものを失う
8. 重症の身体の病気にかかる
9. 自殺を口にする
10. 自殺未遂に及ぶ

5

## うつ病の症状

### 【自分で感じる症状】

憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、イライラする、元気がない、眠れない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、大事なことを先送りにする、物事を悪いほうへ考える、決断が下せない、悪いことをしたように感じて自分を責める、死にたくなる

### 【周りから見てわかる症状】

表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着きがない、飲酒量が増える

### 【身体に出る症状】

食欲がない、便秘がち、身体がだるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、動悸、胃の不快感、めまい、喉が渇く

6

## 自殺の直前のサイン

- 感情が不安定になる。突然、涙ぐみ、落ち着かなくなり、不機嫌で、怒りやイライラを爆発させる。
- 深刻な絶望感、孤独感、自責感、無価値感に襲われる。
- これまでの抑うつ的な態度とは打って変わって、不自然なほど明るく振る舞う。
- 性格が急に変わったように見える。
- 周囲から差し伸べられた救いの手を拒絶するような態度に出る。
- 投げやりな態度が目立つ。
- 身なりに構わなくなる。

7

## 自殺の直前のサイン

- これまでに関心のあったことに対して興味を失う。
- 仕事の業績が急に落ちる。職場を休みがちになる。
- 注意が集中できなくなる。
- 交際が減り、引きこもりがちになる。
- 激しい口論やけんかをする。
- 過度に危険な行為に及ぶ。(例: 重大な事故につながりかねない行動を短期間に繰り返す。)
- 極端に食欲がなくなり、体重が減少する。

8

## 自殺の直前のサイン

- 不眠がちになる。
- さまざまな身体的な不調を訴える。
- 突然の家出、放浪、失踪を認める。
- 周囲からのサポートを失う。強い絆のあった人から見捨てられる。近親者や知人の死亡を経験する。
- 多量の飲酒や薬物を乱用する。
- 大切にしていたものを整理したり、誰かにあげたりする。
- 死にとらわれる。

9

## 自殺の直前のサイン

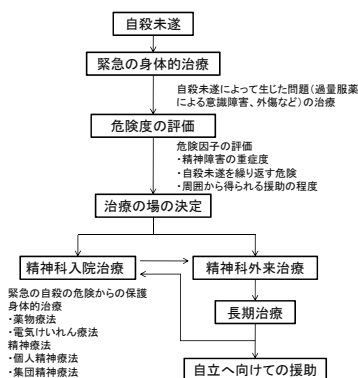
- 自殺をほのめかす。(例: 「知っている人がいない所に行きたい」、「夜眠ったら、もう二度と目が覚めなければいい」などと言う。長いこと会っていなかった知人に会いに行く。)
- 自殺についてはっきりと話す。
- 遺書を用意する。
- 自殺の計画を立てる。
- 自殺の手段を用意する。
- 自殺する予定の場所を下見に行く。
- 自傷行為に及ぶ。

10

## 自殺の予兆が見られる人への対応

- ① 真剣に話を聴く
- ② 言葉の真意を聞く
- ③ できる限りの傾聴をする
- ④ 話題をそらさない
- ⑤ キーパーソンとの連携
- ⑥ 専門医への受診を促す
- ⑦ 「自殺しない」約束をする

11



出典: 高橋祥友「医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント(第2版)」(医学書院, 2006)

12

### 自殺未遂が発生したら

- 産業医が把握しておいた方がよいこと
  - バックグラウンドとして
    - ストレス
    - 動機(身体疾患、経済問題、職場問題、生活問題、人間関係など)
    - 自殺企図歴
    - 喪失体験
    - 自殺念慮
    - 精神疾患の既往
    - 家族歴
    - など

13

### 自殺未遂が発生したら

- 産業医が把握しておいた方がよいこと
  - 今回の自殺(未遂)に関して
    - 手段
    - 重症度(バイタルサインなど)
    - 本当に自殺企図なのか
    - 発見状況
    - 遺書の有無
    - 周囲から見た直前の本人の状態
    - 計画性の有無
    - など

14

### 遺された人々の心理的反応

- |              |           |
|--------------|-----------|
| • 茫然自失、驚愕、疑問 | • 正当化、合理化 |
| • 否認、歪曲      | • 原因の追及   |
| • 離人感        | • 救済感     |
| • 怒り         | • 記憶の加工   |
| • 自責、抑うつ     | • 不安      |
| • 周囲からの非難    | • 二次的トラウマ |
| • 他罰         |           |

出典：高橋祥友「医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント(第2版)」(医学書院、2006) 15

### ポストベンションの原則

- 関係者の反応が把握できる人数で集まる
- 自殺について事実を中立的な立場で伝える
- 率直な感情を表現する機会を与える
- 知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する
- 個別に専門家による相談を希望する人には、その機会を与える
- 自殺に特に影響を受ける可能性のある人に対して積極的に働きかける
- その他

出典：厚生労働省「職場における自殺の予防と対応」(中央労働災害防止協会、2007) 16

## 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応：教育のポイント

### タイトルスライド

職場におけるメンタルヘルス対策の中でも、自殺を中心とした精神科救急への対応について学習する。

### スライド2

我が国の自殺者数の年次推移はグラフのようになっている。平成10年に32863人となつてからは、年間自殺者数は3万人台が続いている。

### スライド3

平成21年の年間自殺者数を年齢別に見ると、50歳代が全体の19.8%を占め、次いで60歳代(18.1%)、40歳代(16.0%)、30歳代(14.6%)となっている。

また、職業別では無職者が全体の57.0%を占め最多、次いで被雇用者・勤め人(27.9%)、自営業・家族従事者(9.7%)となっている。

退職した高齢者の自殺が多いのは事実だが、就労者の自殺も多く、職場環境の様々な負荷が労働者の心の健康に重大な影響を及ぼしていることは明らかである。このような背景の中、職場におけるメンタルヘルス対策へのニーズは高まっている。

### スライド4

自殺が起きる背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、人格障害等の精神科的疾患があることが圧倒的に多い。ところが、自殺行為に及ぶ前に精神科を受診していた人はごくわずかである。特に上記のような危険因子を持つ労働者に対しては、産業保健スタッフ等が積極的に精神科受診を勧めるべきであると考ええる。

### スライド6

うつ病は自殺の背景にある精神疾患として多くを占める。うつ病の症状を認める場合も、精神科受診等の適切な対応が必要とされる。

### スライド7

自殺の直前に現れる発現・行動の変化として、スライドのようなもの等が挙げられる。

こういったサインは、人生のある一時点で考えれば誰でも経験しうることもかもしれない。また、これらを認めればただちに自殺が起きると予測ができるというものではないため、総合的に判断する必要がある。先に述べたような危険因子をもっている労働者や、うつ病等の精神疾患で精神科・心療内科にかかっている労働者にこのようなサインを認めた際には、注意が必要

である。

#### スライド11

自殺をほのめかすような発言があった場合や、先に述べたような自殺の予兆がみられた場合、まずはなぜそのような気持ちになったのか等、積極的な傾聴が必要となる。その際にはできる限り聞き役に徹するようにし、すぐに自殺以外の事柄に話題をそらすようなことは避ける。

また、家族、上司、同僚、友人等、キーパーソンとの連携が必要となることも多い。日頃から本人との付き合いが深く、本人の置かれている状況や心情を理解している人を把握しておく、緊急時の対応もしやすくなると思われる。

専門医への受診を促す際には、本人にその必要性を丁寧に説明し、必要に応じてキーパーソンにも協力を要請する。職場のメンタルヘルス対策に理解のある専門医療機関を確保しておくことも必要である。

#### スライド12

自殺未遂者が救急病院へ搬送された場合、原則として図のような流れで治療が進められる。

##### 1) 緊急の身体的治療

薬物の多量摂取による意識障害、刃物による切創など、まずは身体的治療が行われる。

##### 2) 危険度の評価

自殺の手段によっては（普段より多めに薬を飲んだ、リストカットをしたなど）、医療者も含めた周囲の人々は「本気で死のうとしていないのでは」といった感情を抱く可能性もある。手段そのものよりも、自殺の危険因子の評価、自殺行動の背景に存在する可能性のある精神障害の重症度の判定、自殺行動を繰り返す危険の評価、周囲の人々からどの程度の援助が得られるのかなどから総合的に危険度の評価を行う。

##### 3) 治療の場の決定

上記のような危険度の評価から、入院治療か外来治療か、治療の場を決定する。自殺行動を繰り返す可能性が非常に高い場合には、緊急の危険から保護するために入院治療が選択され、さほど高くない場合には外来での治療が選択される。

#### スライド13

自殺未遂が発生した場合には、その後の治療方針を決定するため様々な情報が必要とされる。しかし、実際に自殺未遂者が救急搬送された場合、本人は意識がなかったり「死にたかったのに」「余計なことをした」などと、治療に対し非協力的なことも多い。そういった場合には、家族や周囲の人々からの情報が非常に重要となる。

労働者において自殺未遂が発生した場合には、産業医がそれらの情報をできる限りあらかじめ収集しておくとその後の治療がスムーズに進むと考えられる。その際の情報として、具体的

にどのような情報が必要とされるかの例を表に示す。

このような情報を適切に救急医や精神科医に提供することができれば、その後の自殺の予防に産業医が大きな役割を果たすことができると言えるだろう。

#### スライド14

様々な自殺予防の対策を講じて、不幸にして自殺が起こってしまった場合、自殺は遺された家族・同僚など周囲の人々に心理的影響を及ぼす。その程度は、自殺した人との関わりの深さ・期間などによって異なる。

自殺の後に生じる心理的反応を表に示す。

場合によっては、遺された人がうつ病、不安障害、ASD（急性ストレス障害）やPTSD（外傷後ストレス障害）などの精神疾患に罹ってしまい、専門的な治療が必要になることもある。そのため、そういった心理的影響を極力少なくするための対策（ポストベンション）が必要となる。

#### スライド16

職場におけるポストベンションの原則を示す。万が一そのような事態が起こった時の対応の参考にしていきたい。

自殺に対するタブー感が強い我が国では、自殺が生じた際、その事実を隠そうとしてしまいがちであるが、そのことが遺された人々が受け入れることを妨げ傷口を広げてしまう可能性すらある。自殺が起きたという事実を淡々と伝え、それに動揺している人に対し個別に対応する方が賢明である。その際には、故人を非難したり、逆に美化しすぎたりせず、事実のみを淡々と伝える方がよいとされる。

前述のように、遺された人々は様々な心理的反応を示し、様々な感情を抱く。そういった感情をありのままに表現する機会を与えることもポストベンションの重要な目的である。複雑な感情を分かち合い、共有することで負担が軽くなる人も多いだろう。グループの枠組みを使ったポストベンションには、ある程度の経験が必要ともいわれる。状況によってはリスクが高いと目される同僚や上司との個別の面接を持つこともある。リスクグループの把握と、その後のフォローを重視するようにする。

自分になんらかの関わりのある人が自殺した場合、様々な精神症状・疾患が生じうるが、それらに関して説明し、そのような症状を自覚した時に気軽に相談できるようにしておくことも群発自殺の予防の観点からも必要である。その場合、専門家による相談体制があれば必要に応じて当然利用すべきである。また、特にハイリスクの人（例えば、故人と強い絆があった人、精神疾患にかかっている人、自殺未遂歴のある人など）に対しては、面談を行うなど、積極的な働きかけも必要となるだろう。

さらに、その他として、職場で自殺が起こってしまった状況はもちろん悲劇的な状況であるが、同時に職場の人々の自殺予防に対する関心が高まっている状況であると言える。自殺予防教育を行う機会としては非常に有効な教育が行える機会とも考えられる。



管理監督者のための

# メンタルヘルス不調者の 早期発見・早期支援の手引き



厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業  
「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究」研究班（代表 横山和仁）  
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



## なぜ、早期発見・早期支援が必要か？

心の病気も、身体の病気と同じように、症状が軽いうちに治療を受けたほうが早くよくなると言われています。また、重症化した場合には、長期にわたって休業することが余儀なくされ、労働者本人や家族にとっても、さらには職場の同僚にとっても、負担が重くなります。

心の病気は、仕事の上でのストレス（長時間勤務、過重な心理的負荷のかかる勤務、上司・同僚・部下との対立、昇進・異動・組織改編、パワー・ハラスメント、セクシャル・ハラスメントなど）のみならず、仕事外の悩みや、ストレスをため込んでしまう性格傾向などの影響が強い例も多くみられます。しかし、心の不調を早く見つけて、仕事のストレスを軽減することによって、心の病気の発症を未然に食い止めたり、あるいは長期間にわたる治療が必要ないようしたりすることができるのも事実です。

管理監督者には、職場のメンタルヘルスの要となり、職場の有害なストレス要因を取り除き、明るい職場づくりを進めることと、気軽に相談できる雰囲気づくり、職場への不適応状態を早期に発見し、適切な対応をとるという役割が期待されます。早期支援の「支援」とは、専門医の受診を促すことばかりをさすではありません。職場のストレスを軽減することも大変重要です。

心の病気の多くは、本人の仕事ぶり、仕事の効率に悪影響を及ぼします。したがって、部下が、休業に至らなくてもメンタルヘルス不調を

かかえている場合には、その改善に向けた働きかけは、職場運営の面でも大切だと言えます。また、周囲の同僚がわかっていた部下の不調に気づかなかった、あるいは部下の不調に気づいていながら、何ら対応をしなかったというのは、管理者としての責任を追及される可能性があります。しかし、管理監督者のへのアンケート調査結果（平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究」）では、管理監督者の半数が「早期のサインがわからなかった」と回答していました。

ただし、管理監督者といっても、一人の人間であることには変わりありません。ライフイベント上の変化（両親の介護や死別、子供の教育問題など）、職場での大きな責任（昇進後、3～6カ月後に発症しやすい）、周囲に相談できないあるいは周囲が気づいても指摘しにくいといった原因から、メンタルヘルス不調の発生リスクが高まっているかも知れません。管理監督者自身も心の病気に罹る危険があります。自らの心の健康づくりにも留意してください。

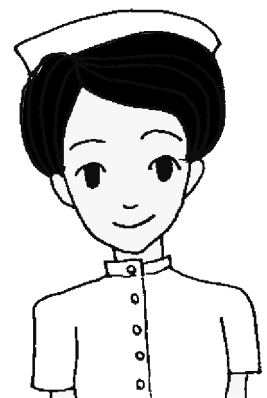
## 職場でみられるメンタルヘルス不調のサイン

管理監督者に「メンタルヘルス不調による休業者への対応で特に困ったこと」を尋ねたところ、「メンタルヘルス不調の早期のサインがよくわからなかった」が最も多い回答でした。

心の病気あるいはストレス過剰状態に陥ると、通常、体調や態度、物事の処仕方などにいつもと異なる変化が現れます。その中には、早期に自分で気づけるものと、周囲のほうに気づきやすいものがあります。

比較的職場でみられやすい、次のような変化には、要注意です。

- ☐ 顔色・表情がさえない、あるいは陰しい
- ☐ 出勤がいつもより遅い
- ☐ 早退が多くなっている
- ☐ 寝不足の様子である（工作中、上の空の様子である）
- ☐ 報告や会話が少ない、あるいは多すぎる
- ☐ 被害的なことを口にする
- ☐ 食欲がなさそうである（昼食がおいしくなさそうである）
- ☐ 話題に乗ってこない（乗ってきても無理している様子である）
- ☐ 話の脈絡がない、あるいは飛躍が多い
- ☐ 気分にムラが目立つ
- ☐ 落ち着きがなくなってきた
- ☐ 仕事でミスが増えた（それをまた気にする）
- ☐ 残業が増加している（ルーチンの仕事に時間がかかる）
- ☐ 行動が機敏でない（どうしてよいかわからない様子がみられる）
- ☐ 身だしなみが乱れてきた
- ☐ 出勤時に酒の臭いがすることが多い



すべての部下に、常時目を配るのは、困難であることには間違いありませんが、少なくとも以下のような状況にある労働者はメンタルヘルス不調に陥りやすいので、特に注意を払う必要があるでしょう。

- (1) 長時間労働が続いている
- (2) 多くの、あるいは困難な仕事を抱えている一方で、仕事の裁量権があまりない
- (3) 非常に仕事にのめり込んでいるが、なかなか仕事の成果が上がらない、あるいは仕事ぶりを認めてもらえていない
- (4) 周囲に相談相手があまりいない
- (5) 仕事を抱え込みがちで、周囲にまかせられない
- (6) 融通が利かない
- (7) 最近、仕事上で大きな失敗をしてしまった
- (8) 最近、仕事の内容や職場での役割が大きく変わった
- (9) 私生活で大きなストレスがかかっている
- (10) 職場あるいは私生活でショッキングな出来事を体験した
- (11) 私生活で住環境や家族構成が大きく変わった

## 部下への声のかけ方、話の聴き方

メンタルヘルスに不調を来した人に「特に困ったこと」を尋ねたところ、「職場内に相談相手がいなかった」という回答が最も多く、また、「上司が目を配ってくれなかった」も多くの人から挙げていました。

メンタルヘルス不調のサインと思われる変化が部下にみられたら、速やかにまずは体調の確認のために「疲れているように見えるけど」、「最近、睡眠は十分とれているかい」、「集中できないように見えるけど、何か心配事でもあるのかい」などと声をかけて、話を聴く時間を持つようにしましょう。

この際、忙しいからといって先送りにすると、病状が悪化してしまい、結果的にその後の対応にずっと多くの時間を要することになってしまう恐れがあります。

上手に話を聴いてあげると、それだけで相手はかなりストレスが軽減されるものです。

話の聴き方としては、何よりもまず「君の話を聴きたい」という思いを伝えることが大切です。

本人の言うことが、事実と異なっていたり、誤った判断に基づいていると感じられたりしても、話をさえぎってそれを指摘したり、修正を求めたりすることは適切ではありません。心の不調では、その人らしさが失われたり、普通では考えられない思い込みをしていたりすることがあり、その中には説得では解決困難なものもあります。そうした例では、否定を繰り返すこと

が無効なばかりか、感情のしこりを残してしまうことさえおきてしまいます。まずはじっくりと話に耳を傾けることが大切です。

気分転換に、旅行に行ったり、新しい趣味を始めてみたりすることを勧めるのも、余りいいとは言えません。本人にとっては、そうしたことをしなければならないという負担感ばかりが増す恐れがあります。

最近では、うつ症状が多様化しており、少し厳しく対応したほうがうまくいく例もあることが指摘されるようになっていますが、その場合でも、まず本人の話にじっくり耳を傾けることが不可欠です。

話を聴く場所としては、職場関係者の出入りが激しいところは避け、できれば小さな会議室のような、静かで落ち着いて会話のできる場所がよいでしょう。お酒の好きな人の場合、一杯やりながら気楽に話し合おうということになりがちですが、メンタルヘルス不調では、そうした場に顔を出すのが苦痛になったり、話しづらかったりすることが多いため、あまりお勧めできません。

## 不調者への対応のポイント

メンタルヘルス不調が疑われる方と話をする時に気をつけたいポイントは、以下のとおりです。  
\*○は「正しい対応」、×は「誤った対応」

(1) 相手の言うことを頭から否定しない。

× 「とにかく、君の考えは間違っている」  
「そんな考えではやっていけない」

○ 「どうしてそんな風に考えるのか、教えてくれないかな？」

(2) 相手の苦しみやつらさに対して、気持ちや気分の問題としたり、一般化した話・他者との比較をしたりしない。

× 「そんなことを考えて悩んでいるよりも、楽しいことを考えよう」  
「普通は、そこまで気にしない。要は気持ちの持ちようだ」  
「他の人はこうしている」

○ 「君は〇〇について、そんなに悩んでいたんだね」

(3) 相手の言うことを先回りしない。話を途中でさえぎらない。

× (話の途中で)  
「早い話が、君は〇〇と言おうとしているのでしょ？」  
「それはもうわかっているよ!」

○ (聴いた後で)  
「君が伝えたかったのは、こういうことで間違いないかな？」

(4) 無理な励ましをしない。

× 「弱音を吐かず、頑張らないとだめだ。」

○ 「みんなも協力するから一緒にどうするか考えていこう。」

(5) 無理に行動を促さない。

× 「気分転換やレジャーに行ってみたらどう？」

○ 「今はどんな風に過ごしているの？」  
「何か力になれることはある？」

「正しい対応」に共通しているのは、「どうすれば相手が話をしやすいか？」という点に気を使っているところです。いずれも、健康な人との会話を円滑にするためにも注意したいポイントです。

大切なのは、表面的な言葉の選び方ではなく、「じっくり話を聴くこと」や「相手の事を理解しようとする事」であり、そのような雰囲気をつくるかということです。

## 専門機関へのつながり方

メンタルヘルス不調のサインのある部下から、以下に示すような話を聞いたら、メンタルヘルス不調が強く疑われます。

- ☐ 考えがまとまらず、決断ができない
- ☐ 何事も以前のように楽しめない
- ☐ 気分がゆううつで、沈みがちである
- ☐ 落ち着いて仕事ができない
- ☐ 自分に能力や価値がないと感じる
- ☐ 疲れがひどい
- ☐ どこかに消えてしまいたいと思う
- ☐ ずっと体調がすぐれない
- ☐ 熟睡できない、またはいくら寝ても眠い
- ☐ 何を食べてもおいしくない
- ☐ 周りの誰かが、自分に危害を加えてくる気がする
- ☐ いつも周りから観察されている
- ☐ 周囲の人と自分との間に見えない隔たり（壁）がある感じがする
- ☐ ときどき動悸がしたり、息苦しくなったりする
- ☐ 身だしなみが乱れてきた

このような変化は、身体の病気でも生じることがあるため、その確認の意味でも専門医に受診することは重要になります。

日常業務ができており、本人が（焦りからでなく）仕事に前向きの姿勢をみせているのであれば、よく相談した上で、職場環境の調整（仕事量の軽減、役割の調整など）を試みて、少し経過をみてもよいでしょう。しかし、そのいずれ

かが損なわれている場合、すなわち、仕事の効率が目に見えて落ちていたり、そうでなくても本人が仕事の負担感を強く感じていたりするようであれば、専門医に相談してみるべきでしょう。

事業場内に産業医または保健師や看護師といった産業保健スタッフがいる場合には、産業保健スタッフに相談して指示を仰ぐのがよいでしょう。法的に産業医を選任する義務のない 50



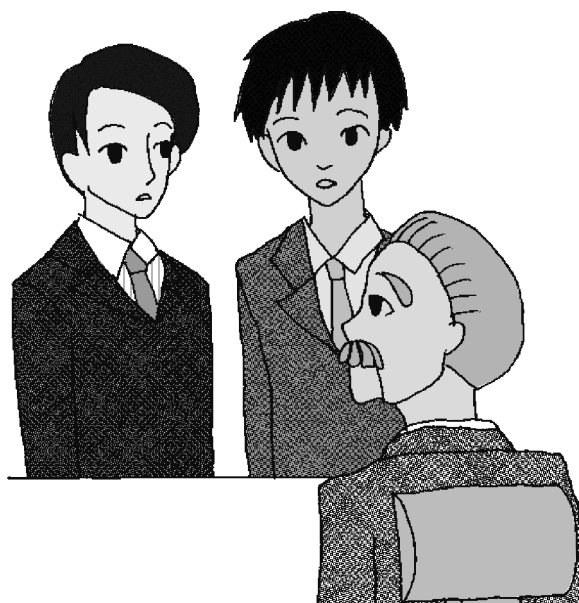
人未達の小規模事業場の場合は、地域産業保健センターなどを活用しながら、専門医を受診するようにしましょう。

心の病気の場合、本人が、（１）自分が病気であるとは思えない、（２）この苦しさが他人にわかってもらえるとは思えない、（３）治療で良くなるとは思えない、周囲に迷惑をかける、（４）もとの仕事には就けない、といった理由で専門医の受診を躊躇することが少なくありません。

本人の躊躇をたしなめるのではなく、こうした心情を思いやりながら、話を進めるようにしてください。

実際、メンタルヘルス不調者に「心の不調に陥ったとき、特に困ったこと」を尋ねたところ、約３分の１の人が「自分自身、不調に陥っていると気づけなかった」と回答していました。

まずは、職場の仲間として、本人の変化が心配であり、それが健康面の不調に由来するもの



であれば、早く治して元に戻ってもらいたいという気持ちを伝えることです。

それをはっきりと伝えて説得しても、拒否の姿勢が強い場合には、仕事に関する心配はする必要がないことを明言し、さらに職場の管理者（上司）としてこのまま看過するわけにはいかない旨を述べ、職務命令として受診させるという形をとらざるをえないかも知れません。

しかし、受診は強制の形をとるのではなく、できる限り本人に治療への意思をもたせるような対応を心がけたいものです。

本人がどうしても専門医の受診を拒否した場合でも、上述したような変化が顕著で、仕事にも大きく支障が生じてきているのであれば、本人を保護する意味で、家族や親しい友人から勧めてもらおうといった対応も考慮すべきです。

なお、心の病気を専門とするのは、精神科、精神神経科、神経科、心療内科あるいはメンタルクリニックを標榜している医療機関です。

もし、本人がその場で退職や配置転換の希望を口にしても、その話を進めることには慎重になってください。心に不調を来たしている場合、判断力や思考力が損なわれますから、重要な判断はそれがよくなってから決めたほうがよいのです。

以上のような対応が円滑に行われるためには、日頃から部下との信頼関係を十分に保っておくことが重要になります。

本人が専門医を受診して、その結果休養が必

要だと判断されて、休業に関する意見が出された場合には、速やかにそれに従う必要があります。疑問点などがあれば、本人の承諾を得た上で、主治医に問い合わせるのがよいでしょう。産業医や看護職などが職場にいれば、まずそちらに相談することをお勧めします。

専門治療に結びついたり、あるいは仕事を一部軽減したりした後、本人の様子をよく観察し、こまめに声をかけることを忘れないでください。



## 死にたい気持ちを打ち明けられたら

部下が上司に「死にたい気持ち」を打ち明けた場合には、次の対応を忘れないでください。

- (1) まず、そのような思いを自分に知らせてくれたことにお礼を言う。  
▶「よく打ち明けてくれたね。」
- (2) もう少し、詳しく話を聴きたい旨を伝える。  
▶「一体どうしたの？」
- (3) 頭からその気持ちを否定しない。死にたい気持ちの背景にある苦しさを理解しようと努める。  
▶「なるほど。それほど辛い状態だったんだね。」
- (4) その苦しみの解決方法を一緒に考えていきたい旨伝える。  
▶「君の力になりたい。どうするのがいいか私も考えたい。」
- (5) 時間をかけて一通り話を聴いた上で、産業医や看護職、あるいは家族と連絡をとる。  
本人がいやがっても、説得の上連絡を図る。
- (6) ひとりにしない。

生命の危険が迫っている場合には、それを回避するための対応がプライバシー保護よりも優先されることを忘れないでください。一番重要な点は、一人で抱え込まず、産業保健スタッフ・家族・主治医などを含めたチームで対応することです。

この一連の対応は難しいと感じられるかも知れません。しかし、たとえあまり話の聴き方が上手でなくても、いわゆる時間稼ぎをすることで、本人の衝動的な気持ちが落ち着き、自殺を遂行してしまうリスクの軽減につながることも多いのです。何か気の利いた助言をしなればと、焦る必要はありません。沈黙を共有することも大切なのです。

## 部下のストレス管理

上司の言動のひとつひとつが、部下にとって大きなストレスになったり、逆にストレスをやわらげるのに役立ったりします。

下記のチェックリストを参考に、みなさんの職場の日常を確認してみてください。

- ☐ 職場環境（室温、湿度、騒音、臭気、作業空間、喫煙など）が良好になるように気を配っていますか？
- ☐ 仕事の負荷が、一部の人に偏らないようにしていますか？
- ☐ 指示した仕事の優先順位をはっきりさせていますか？
- ☐ 指示した内容が明確ですか？
- ☐ 指示を出すタイミングを考慮していますか？
- ☐ 部下を評価するメッセージを言葉や態度ではっきり示していますか？
- ☐ 困ったときに頼りになる、あるいは小さなことでも相談に乗るなど、部下にとって「良き支援者」になっていますか？
- ☐ 部下の言動をよく観察していますか？
- ☐ 部下にとって、良き相談相手になっていますか？
- ☐ 自分の仕事が終わったら気がねなく帰れる雰囲気をつくっていますか？
- ☐ 部下が突然、休業した場合のリスク管理ができていますか？

十分に対応できてない項目のうち、すぐに改善できるものは実行に移すようにしましょう。

### 参考文献

1. 産業医学新興財団：メンタルヘルス不調者の早期発見・早期対応の手引きー管理監督者のために、  
B-1 ストレス管理をチェックしよう， 中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の進め方に関する研究。  
平成 21 年度研究報告書 2010, PP205-216, 224.  
[http://www.zsisz.or.jp/images/pdf/fh22\\_04.pdf](http://www.zsisz.or.jp/images/pdf/fh22_04.pdf)  
[http://www.zsisz.or.jp/images/pdf/fh22\\_05.pdf](http://www.zsisz.or.jp/images/pdf/fh22_05.pdf)
2. 人事院：国家公務員とメンタルヘルスー管理監督者のためのガイドブック（平成 21 年 7 月版）  
[http://www.jinji.go.jp/kenkou\\_anzen/guidebook/kanri.pdf](http://www.jinji.go.jp/kenkou_anzen/guidebook/kanri.pdf)





厚生労働科学研究費補助金  
労働安全衛生総合研究事業

労働者のメンタルヘルス不調の予防と  
早期支援・介入のあり方に関する研究

産業看護職のための労働者のメンタルヘルス不調の予防と  
早期支援研修テキスト

平成 23 年 3 月

目 次                    産業看護職のための労働者のメンタルヘルス不調の予防と  
                              早期支援研修プログラムテキスト

---

**第Ⅰ章 総論**

1 はじめに	1
2 社会環境の変化とメンタルヘルス	2
3 早期介入と早期支援の考え方	6

**第Ⅱ章 心の健康の考え方**

1 コミュニケーション	9
2 心のあらわれ、心のなりたち	17
3 人間関係	20

**第Ⅲ章 メンタルヘルス不調の理解**

1 ストレス	24
2 うつ病のアセスメント (DSM-4 をふまえ専門医に結びつける判断基準)	31
3 メンタルヘルス不調のアセスメント ー事例性と疾病性・ツールの紹介ー	39
4 連携の方法・専門医へのつなげ方	48

**第Ⅳ章 メンタルヘルス教育**

1 セルフケア	51
2 コミュニケーション	54
3 傾聴の技術と訓練	58
4 メンタルヘルス不調者への早期支援事例	66
5 メンタルヘルス不調者に対する個人情報管理	71

**第Ⅴ章 技術、理論**

1 面接(アセスメントを含めながら)	76
2 リラクゼーション・自律訓練法	83
3 認知行動療法	88

**第Ⅵ章 産業看護職へのサポート**

1 スーパービジョン等による課題の理解	96
2 産業保健推進センターの活用	102



## I 総論

### 1 はじめに

精神疾患への早期介入の重要性への認識が広がり、昨今のメンタルヘルス対策は発症予防に重点がおかれ、そのための組織的な予防活動が重要となっている。その中で労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方を検討することが求められており、メンタルヘルス不調への支援は早急の課題となっている。産業看護職による労働者のメンタルヘルス不調への支援はなされてきたが、これらの背景を考えれば効果的支援の方策を再考し、実践する必要があると考える。私たちは平成 20 年度から平成 22 年度までの 3 年間の「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する研究」における調査研究のうち、「産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する研究」を進めてきた。これは、順天堂大学医学部衛生学講座、横山和仁教授が、厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）を受け進めている研究のうち、産業看護職の立場から参加したものである。

調査結果からは、産業看護職は、「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」、「労働者への教育・研修などの知識やスキル」を必要としていること、またこれらを補強していくためのトレーニングやスーパービジョンなどのサポートシステムを必要としていることがわかった。また、産業看護職が管理監督者、一般労働者に必要と考えている研修の内容については、人間関係、コミュニケーション、傾聴の技術、プライバシーの保護などに関するものであった。

調査結果の産業看護職自身のニーズと労働者のニーズを基に産業看護職がメンタルヘルス不調に対する早期支援を効果的に推進できることを目的として、産業看護職向けのメンタルヘルス不調への早期支援に関する教育支援としてこの「産業看護職のための労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援研修テキスト」の作成を行った。

テキストの全体は調査結果を反映し、内容を 6 章で構成した。各章別に、これら早期支援を支える知識・技術について研究者が執筆し、また、日頃現場で活動している産業看護職、教育者、精神科の専門医にも分担執筆をお願いした。

労働者のメンタルヘルスケアの早期支援の質を高めていくためには産業看護職自身が知識・スキルを共有化し、実践活動に活用していけることが重要である。まず、産業看護職が知識・スキルを身につけることが労働者の教育研修につながり、労働者のメンタルヘルスケアの推進、充実、向上という流れを形成すると考える。

平成 23 年 3 月

## 2 社会環境の変化とメンタルヘルス

本節においては、働く人々のメンタルヘルスに影響を与える、わが国の社会環境の変化と、働く人々のメンタルヘルスにも密接に関係する、国際的な新しい労働観について概観する。

### 1. わが国の社会環境の変化

#### 1) 働き方の変化

厚生労働省調査によれば、労働者の58.0%が、自分の仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスを自覚し(注1)、「職場の人間関係」「仕事の質・量」、また特に契約社員では「雇用の安定性」に関する強い不安・悩み・ストレスを訴えるものが多くみられる(図1)。また、独立行政法人 労働政策研究・研修機構による調査では、職場でメンタルヘルス不全となった者のここ5年間の増減を、企業に対して尋ねたところ、「やや増えた」が55.8%と最も多く、「増えた」の22.1%と合わせ、約8割で不全者が増えたと認識しており、逆に「メンタルヘルス不全者はいない」は6.3%と僅かであった。そして今後の見通しについては、過半数の企業(53.7%)が「やや深刻になる」と感じており、「深刻になる」とする22.1%と合わせ、状況の深刻化を予測している企業は8割近い。そしてメンタルヘルスの問題と、生産性の低下や重大事故の発生などとの関係では、「関係がある」とする企業が48.4%と約半数を占め、これに「密接に関係がある」との答え(16.8%)を合わせると、65.2%の企業が、メンタルヘルス問題と企業の生産性との関連性を認識している(注2)。

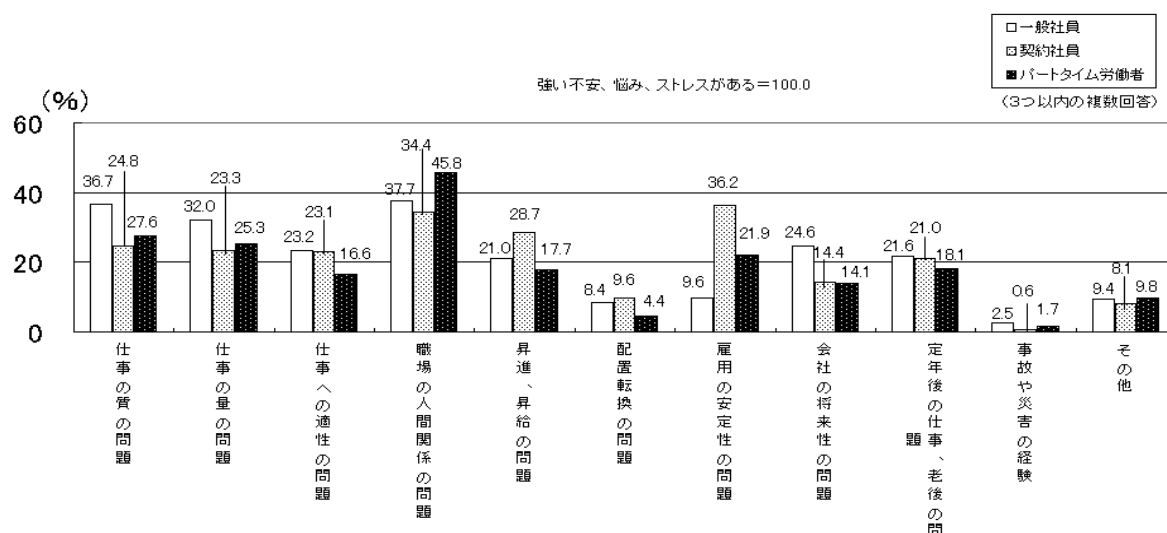


図1 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスの内容別労働者割合

出典：厚生労働省 平成19年労働者健康状況調査

働く人々のメンタルヘルスの近年の悪化の背景として、近年の世界経済の状況の激しい変化による、働き方の急激な変化が挙げられる。

いわゆるバブル経済の1990年代前半における破綻による、中高年層を中心とする多くの働く人々の解雇を経て、経済活性化のための社会全般の規制緩和を背景とした、コスト削減のための男女を問わない派遣労働者の大量導入、そして2008年のいわゆる「リーマン・ショック」と呼ばれる、100年来とも言われる急激な世界的不況による派遣社員の大量契約打ち切りという、働き方と雇用環境の大きな変化が起きている。このような雇用形態の多様化とともに、正社員に対する人事・賃金体系では、従前みられた、わが国特有の終身雇用、年功序列人事・賃金体系が見直され、能力主義が強調されるとともに、成果主義型賃金体系が導入されるようになった。また、コスト削減のため、外国人労働者が積極的に採用されるようにもなった。そして、女性の社会進出も着実に進み、また、業務の内容においては、IT(Information and Communication Technology)、FA(factory Automation)、OA(Office Automation)の進展等の、業務の著しい高度情報化など、働く人々のメンタルヘルスの状態に直接影響を及ぼすような職場環境の種々の大きな変化が相まって生じてきている。

## 2) 家族の変化

働き方および働く人々のメンタルヘルスに影響を与えるものとして、家族形態の変化の影響も大きい。

高齢化と同時に進行している少子化による兄弟数の減少により、働き手が仕事と同時に、公的介護サービスの水準の低さも相まって、自分もしくは配偶者の親の介護に当たらなければならないという状況が増えている。この、親の介護と仕事の両立という課題は既婚者のみならず、わが国の少子化の原因のほとんどを占める、急増している未婚者でも事情は同じである。また未婚者では、親が健康であって、親から独立して生活する場合、既婚者と比較して仕事上のストレス等が家族により癒されることがない。

また少子化を緩和すべく、社会的には仕事と子育ての両立も働き手に対して求められている反面、企業内では依然として育児休暇の取得率は決して高くなく、特に男性の取得はほとんどみられないという企業風土が残っている。つまり、仕事と子育ての両立に関して、社会と企業内でのいわばダブル・スタンダードの間に働き手は置かれている。そして、子育ての問題は夫婦にとって継続的に続く状況にある。1)で述べた社会・経済的事情等により、夫婦とも働くことが一般的になってきている上、夫婦の親との別居が多くなってきていることと、保育環境整備に関する行政サービス水準の低さにより、子育てと仕事の両立の問題は、男女を問わず、多くの働き手にとって大きな課題となっている。

このような、親の介護や子育てと仕事の両立の困難さは、働く人々のメンタルヘルスに影響を与えていると考えられる。

## 3) 少子・高齢化

わが国の社会は現在、世界で最も速い速度で、人口の少子・高齢化が進行しつつあり、

その水準も今後、世界で最も高い水準にまで高まると予測されている。また少子・高齢化により、わが国の総人口は頭打ちとなっており、いよいよその明らかな減少が始まろうとしている。その中でも特に、働く人々のメンタルヘルスに関係すると考えられる課題は、企業における「2007年問題」と呼ばれているもので、2007年より多数退職していく団塊の世代の持っている業務上の技術、経験が企業内の次世代に円滑に受け継がれるか否かにより、企業の継続性が危ぶまれることとなる。そのため、職場では日常の業務に加え、団塊の世代から次世代への企業内研修の強化、業務の引継ぎ等を実施しなければならず、過重労働の原因ともなる。

また、今後50年間に約3割の人口の減少が予測されていることにより、職場においては、今までのようにトップダウンの指揮命令系統による大量生産方式のみでは限界をきたし、今後はより一層、働く人々各々に創意工夫、ボトムアップの企画・発想力等が求められるという厳しい状況をもたらす。その理由は、人口の継続的な減少により、製品市場が縮小するため、大量生産は必要がなくなる中で企業を存続し続けていくには、常に新たな付加価値を創出し続けることにより、消費者の価値観の多様化を図り、それに対応する多品種少量生産が求められるためである。

## 2. 新しい労働観

働く人々のメンタルヘルスにも密接に関係する、国際的な新しい労働観がILO等によって近年、提唱されてきている。

### 1) ワークライフバランス

アメリカを除く先進諸国共通の少子・高齢化、失業率の高さ、またわが国における過重労働の問題も背景として、ワークライフバランス（仕事と生活の調和）という考え方が国際的に提唱され、その実現に向けて国ごとで差はあるものの、さまざまな政策が実施されている。ワークライフバランスを実現するためには、ワークシェアリング（労働の分かち合い）が重要である。ワークシェアリングを進めることにより、誰もが働きたいだけ働くことができ、同時に失業や過重労働の問題が改善され、働く人々のメンタルヘルスの改善につながる。具体的には女性、高齢者、若年層、障がい者等の就労希望の実現のために、フルタイムとパート労働者の権利の差、つまり事業主負担の基準を延べ雇用時間制にして、両者の質の差をなくすことにより、より多人数を雇用し、同時に時間外労働をなくすことが期待される。また、子育てと仕事の両立もワークライフバランスの考え方に立っている。男女とも同様に働き、家事・子育てを分担することが重要である。

### 2) ディーセント・ワーク

ILOは1999年の総会において21世紀のILOの目標として「すべての人へのディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現」を掲げた。それを踏まえ、厚生労働省では、以下のように整理している（注3）。つまり、ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）とは、人々が働きながら生活している間に抱く願望、すなわち、①働く機会があり、持続可能な生計に足る収入が得られること、②労働三権などの働く上での権

利が確保され、職場で発言が行いやすく、それが認められること、③家庭生活と職業生活が両立でき、安全な職場環境や雇用保険、医療・年金制度などのセーフティーネットが確保され、自己の鍛錬もできること、④公正な扱い、男女平等な扱いを受けること、といった願望が集大成されたものである。そして、ディーセント・ワークの実現を図るためには、①ILOで制定された労働に関する国際的な基準（条約等）の適用状況、②雇用と収入の確保の状況、③社会的保護や社会保障の適用状況、④関係者による対話促進の状況について、それぞれに達成可能な目標を立てることが重要とされる。このように、ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現は、働く人々のメンタルヘルスの改善に資するものと期待される。

## 文 献

- 1) 厚生労働省 平成 19 年労働者健康状況調査
- 2) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構「メンタルヘルスケアに関する調査」平成 17 年
- 3) 厚生労働省ホームページ
- 4) 熊沢誠：リストラとワークシェアリング, 岩波書店, 2003
- 5) 長坂寿久：オランダモデル 制度疲労なき成熟社会, 日本経済新聞社, 2000.

### 3 早期介入と早期支援の考え方

近年、メンタルヘルスの重要性が盛んに唱えられているが、メンタルヘルス不全による病気休職者の増加・復職率の低下が、個々の不調者と家族だけの問題ではなく、社会的生産性からも無視できない状況に陥っている。疾患対応としても、これまでの“うつ病”に対する復職リハビリテーションでは満足できる結果を得られない事例が増加しており、これら事例の背景には“ディスチミア親和型うつ病”に代表される“若年の抑うつ状態”の存在に加え、発達障害、双極性感情障害なども念頭におく必要があり<sup>1-3)</sup>、労働者の産業精神保健分野における新たなパラダイムの構築が求められている。

これまでメンタルヘルス領域でさまざまな知見や工夫が蓄積されており、その中には早期介入・早期支援に関する対策も散見される。早期に対応することで自殺に至る可能性を減少させ、また長期不調者（病欠者）の減少は、最近問題になっている同僚への負荷の増加から生じる、二次的不調者の予防にも貢献できると考えられる<sup>4)</sup>。

#### 1. 就業規則や休職・復職のルール の確立・明確化<sup>5) 6)</sup>

目に見える形で“就業規則や休職・復職のルール”示すことにより、悲観的な志向性を呈しやすい“うつ病患者”にとって将来の見通しが立ち、より建設的な休職・復職への心構えが得られる。逆説的ではあるが、“就業規則や休職・復職のルール”の明確化は、メンタルヘルスケア利用に対する閾値を下げ、早期の対応につながる可能性もある。また、ルール作りは多くの企業では経験蓄積が乏しいことから、策定されたルールが不完全な場合が多く二次的な弊害が生じている事例も多々あることから、事例個々の集積から現実に対応できる柔軟なルールの運用と適宜ルールの修正を心掛けることが望ましい。

#### 2. 産業看護職の存在、よい連携<sup>7)</sup>

個々の事例の解釈は観察者の主観が混入することから、熟達した専任の産業看護職が主治医や管理監督者と緊密な連絡を取り続けることで、個人的主観の標準化を可能とする。この標準化は、早期の情報交換と問題の共有化をより効率的にすることができ、その後のリハビリテーション時期も含め、きめ細やかで迅速な対応が可能となる。

いわゆるメランコリー親和型うつ病とは異なる場合、例えばクラスターB群パーソナリティ障害をもつ当事者は、情報を操作することは珍しくなく、当事者の立場の悪化だけではなく、組織への悪影響も無視できなくなる場合もある。このため、情報の共有化と標準化による、情報交換の扇の要としての産業看護職の存在は非常に重要となる<sup>8)</sup>。

#### 3. 連絡方法の決定<sup>9)</sup>

予め連絡方法（電話、メール、面接、手紙、家人を通じて、等）を決めておくことにより、療養中の状態を把握でき、スムーズな復職支援につながる。特に、クラスターB群パーソナリティ障害・双極性障害・発達障害に対しては、ルール化（構造化）という意味

でも、事前決定は重要である。

#### 4. 同意書<sup>10)</sup>

治療やリハビリテーションにあたって、本人・主治医・家族・管理監督者・産業保健スタッフ間の連携・情報交換は欠かせない。個人情報保護と安全配慮義務の観点から、本人から同意を文書で得て、情報交換を行うことが望ましい。

#### 5. 復職デイクア、就業前リハビリテーションの利用<sup>11、12)</sup>

外来での診療場面だけでは見えない患者の姿を見ることができる（双極性Ⅱ型障害、アルコール依存症、不安障害の併存等）ため、適切なアセスメントが可能になる。復職を予測する数少ない方法（病状回復と就業能力回復の間にはギャップがあり、診察室のみでは正確な判断は難しい）であり、しっかり確認した上で復職することで再休職を防ぐ意義がある。

#### 6. 管理者教育、上司・同僚への研修<sup>13)</sup>

職場のストレス状況を正確に把握、早期発見するために行なう。予防・再発を防ぐための言動を身につける（積極的傾聴法等）。また、不調者に対する受容的姿勢は不可欠ではあるが、うつ状態＝うつ病と決めつけて行動する前に、観察を継続的に行う姿勢を忘れてはならない。

“改訂・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”で述べられているように、またグッドプラクティス事例から読みとれることは、組織的な対応や準備（構造化）・個々のスキル・腹を据えた取り組みの3拍子が重要となる。いわゆるパーソナリティ特性・障害の当事者は、環境が当事者にとって保護的な場合は比較的良好な適応が得られるが、一旦、論理的根拠が無くとも非保護的な環境と感じた場合、一転して組織を揺さぶり、組織の脆弱な点（担当者個人の逃げ腰などの個人要因も含む）を突くという側面を持っているため、後手にならないためには、いかに組織と組織の長（管理監督者）が腹を据えて取り組むかにかかっている<sup>14、15)</sup>。つまり管理監督者だけではなく事業主自体が、組織の健全化の保全と、メンタルヘルス不調者への愛情を持ったリーダーシップを発揮することが要求される。早期介入・早期支援を行う前提として、しっかりとした準備・体制作りが重要であろう。

#### 文 献

- 1) 特集“うつ病周辺群のアナトミー”，臨床精神医学，37（9），2008
- 2) 横山和仁：平成20年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括・分担研究報告書，労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究，2009

- 3) 横山和仁：平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括・分担研究報告書，労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究，2010
- 4) 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学教室 編：職場のメンタルヘルス対策－最新アプローチとすぐに役立つ実践事例－，中央労働災害防止協会，東京，2009
- 5) 渡部まゆみ，田中克俊：職場復帰支援プログラムの考え方，精神科臨床サービス，6，19 - 24，2006
- 6) 北島潤一郎：うつ病患者への休業から復職までの多面的支援．精神科臨床サービス，8，48-54，2008
- 7) 秋山剛：職場復帰支援の課題，精神科臨床サービス，6，12-18，2006
- 8) 林直樹：人格障害の臨床評価と治療，金剛出版，東京，2002
- 9) 三重県教育委員会：教職員メンタルヘルスの手引き～心の健康の保持増進のために～，平成 22 年 4 月 1 日
- 10) 厚生労働省：平成 21 年 3 月改訂，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
- 11) 菅原誠ほか：精神保健福祉センターにおけるうつ病復職支援デイクア，精神科臨床サービス，6，54 - 59，2006
- 12) 五十嵐良雄：うつ病のリハビリテーション現場からみえる現代のうつ病，臨床精神医学，37（9），1121 - 1123，2008
- 13) 尾久征三，永田頌史：二次予防～早期発見、早期対応～，安全と健康，8（10），73 - 75，2007
- 14) 高石浩一：パーソナリティー障害への支援－学生相談場面において，臨床心理学，9（4），505 - 511，2009
- 15) 廣川進：職場におけるパーソナリティー障害への対応．臨床心理学，9（4），500 - 504，2009



## Ⅱ 心の健康の考え方

### 1 コミュニケーション

社会生活を送る中で、私たちは常に他者と交流し、理解、共感、励まし合い、対立しながら他者と自分はどのように違うのか、どのように同じなのかを自己の心に照合しながら外界の情報をフィルターにかけている。社会生活はこうした交流のプロセスの連続であり、滑らかに進行したり滞ったりする。滞った時、私たちは何とかしようと苦しむが滞りを解くことの困難さに往生してしまう。コミュニケーション不足が招く問題が、日常的に発生していて、時には大きな事故に繋がるということも我々は経験している。しかしコミュニケーションがなければ社会生活は成り立たなくなり、それこそ生活全般の質を左右する問題でもある。コミュニケーションは単に情報のやり取りだけでなく、一人の人間が自分自身を内省するのも一つのコミュニケーションの形式である。コミュニケーションを通じて他者を知り、自己を高め、目的を遂行し、共同体感覚を高め私たちの自己の存在感を確かなものにしてくれる。また、コミュニケーションからは新しい何かが生まれるという過程でもある。このように私たちの生活を豊かにしてくれるコミュニケーションについて、産業看護の視点からコミュニケーションの主体である「自己」について、自己がかかわる「他者」とその関係、それらの相互関係形成を、言語がどのように使用されているかについて、コミュニケーションの構造・レベルと交流分析理論からコミュニケーションのパターンについて考えてみる。

#### 1. 自己とは

「自己」についての探求は、哲学の歴史の中で思索されてきた。従って簡単に定義したり、解説することは困難である。心理学やその隣接領域において無数の定義が作りだされているが、ここでは簡単に「私は私であるという感覚」「アイデンティティの感覚」と捉えてみる。それは Carl Rogers カール・ロジャーズ (1902～1987) の「自分の体験についての全知覚、また、これらの知覚とほかの知覚との関係の仕方、全外界との関係の仕方、についての全知覚」より要約<sup>1)</sup>を試みた結果である。そして、この自己の内容は、幼児が成長過程で重要な他者との相互関係から、自己と他者からの見られ方に関する全体的なゲシュタルトを形成していくということ、その結果、「I」ないし「me」あるいは自己ないし自己概念となること、そして適応行動にみられるように行為することを象徴化したものとしての執行者あるいは行為者としての自己の3つの側面があることから要約したものである<sup>1)</sup>と説明されている。とはいうものの「自己」という用語は多くの場合、異なる仕方使われているので、厳密な概念規定とは言えない。

#### 2. 他者とは

人は個人的に精神内界にのみに生きていることは不可能で、毎日の生活自体が社会環境すなわち他者との相互関係の中で行われているのである。他者の存在が自分自身何者であ

るかを発見する手がかりとなり、新しい何かを創造する上で重要な役割を果たしている。会話においては、自分の中にすでにある情報が伝わることだけでなく、他者の言葉に触発されて自らのの中に新しい認知が生み出される。言葉の生成を伴って新しい自分さえ生まれる。人と人との相互作用が何かを生成する時空間となり、人の育ちの豊かな広野ともなるのである。人は他者に出会うことで自己の存在を確かなものとし自己理解を深め、それがまた他者理解へと発展していくプロセスを通じて、人は自らの仮説の修正(学び)を続けている。この様な意味で他者の存在は不可欠なのである。

### 3. 人はなぜコミュニケーションするのか

心理学の領域では、人には「心の理論」が存在していると言われているが、それは他者のところを推定する認知能力を指している。他者のところをあれこれ推察し、また自分自身のところの内側に気づき、自他を照合しながら最適化をはかりながら生きるということは社会化過程における重要な能力である。

ひとりひとりの思い、好み、考え、感情、育ち、価値観が違う人間がなぜ同じ空間、時間を共有できるのか？なぜ一緒に住めるのか？なぜ一緒に学べるのか？なぜ一緒に働けるのか？それは他者の気持ちの理解、感情の察知、関係という文脈に応じた瞬時の判断から行動を選び取っているからである。すなわち「心の理論」と言語による「表象化の能力」が働いているからである。Abraham.H. Maslow アブラハム・マズロー(1908～1970)の欲求階層説<sup>2)</sup>は、コミュニケーションの分野やその他の隣接領域で応用されているが、彼の臨床経験によれば、人間には他者との関係を結びたいという自然の欲求があるとされ、欲求は関係を結ばなければ達成出来ないものであり、他者を通じてしか満たされないとされている。

また脳科学の領域からは、私たちのところを生み出すのは、脳の中の神経細胞の活動の結果であるという研究が報告<sup>3) 4)</sup>されている。野球やサッカーの試合では選手と観客が一体となって感情の高揚を体験、また演劇でも演ずる人とその物語に吸い込まれるような一体感を観客は体験する。他者が体験する情動を推察・共有できる能力は社会生活を送るためにも不可欠な能力であり、労働、学習、コミュニケーションを考える上で情動を無視することはできない。

以上のようなことを考えると、また、他のさまざまな日常生活の体験を考えても、人間にとって、自分が何者であるかという認識は、他者が存在するという前提は欠かせない。自分は個を確立し誰からも影響されないくらいしっかりしていると思っても、他者との関係によって新しい自分が生み出されるのである。生活習慣を変える、行動を変えることは行動変容した新しい自分の誕生でもある。

### 4. 建設的なコミュニケーションとは自分を知ることから始まる

『自己像、自己受容、自己認識』は、コミュニケーションをはかるうえで中心的な役割をはたす能力である。

健康的な人は、以下のような『自己像、自己受容、自己認識』を持っている。

- ・ 自己像 自分自身にいだく心象で優越感とか劣等感に左右されにくく、柔軟に自己を作り直している
- ・ 自己受容 自分自身について持つ肯定的な感情の核になるもの
- ・ 自己認識 進んで内省し内部の感情や考えを調整する能力

私たちは自分自身を尊重する自尊の気持ちや、他者を尊敬する気持ちを素直に表せない時がある。そんな時の私たちは、以下のような『自己像、自己受容、自己認識』を持っている。

- ・ 自己像 無意識的に、自分の失敗や欠点をごまかすために身代わりを求める。他人に責任を押し付け非難する
- ・ 自己受容 他人と一緒に仕事をするのをさけ、意見の衝突をさけるか、あるいは、他者との対立関係になる 自分自身にも肯定的になれない
- ・ 自己認識 過度の一般化をしてしまう 曲解、偏見、誤解

コミュニケーションは自己・他者がひとつのユニットとして進行していくわけで、他者とのコミュニケーションをする自分自身の特徴、傾向がプロセス全般に影響し、また他者のありようも影響しあうという共同的关系である。したがって、産業看護職が自己に関心をむけることは重要である。

## 5. コミュニケーションの構造・レベル（論理階型）

コミュニケーションは、その過程の何かに注目することによりいろいろな分類ができる。

### 1) 内的コミュニケーション（一人の人間の頭の中でなされるときに思考過程。自分の中でもコミュニケーションがある。私とその私を見ているもう一人の私がいる）

普通の意味での「人と人とのやりとり」だけを意味するのではなく、一人の人間が自分自身を内省するのも一つのコミュニケーションの形式である。反省したり（後悔する）振り返ったりする行為がある。

### 2) 外的コミュニケーション（他者との対話形式・対人関係におけるコミュニケーション）

コミュニケーションにおいて、知覚は他者や出来事に気づくようになる過程であるが、人間は情報を主体的に選別して受け取るので、過程を通じて自分自身のフィルターが影響するという<sup>5)</sup>。フィルターとは個々の人間の内的状態で、具体的には、態度、信念、動機、気力等が含まれる。

しかもコミュニケーションには伝えあうこと、それによって何かを判断するという目的がある。何がどの様になっているかという判断、また思いや感情も伝えなければならない。したがって3) のようなレベルをもっているといわれている。

### 3) コミュニケーションのレベル

- ①事実： 客観的・具体的（何をするか 何を言うのか 何を知るかなど）

②感情： 主観的・心情的（情感 態度 場など）

③関係： 関係性・文脈（周囲の環境に対する見解、解釈など）

事実と感情のレベルに、さらに関係のレベルがあることを示唆した人にグレゴリー・ベイトソンがいる。関係が成立しているときの情報のやり取りはうまくいくが、関係が崩壊に向かっていくときの情報のやり取りは混線が生じて人は混乱するという<sup>6)</sup>。

保健指導の現場から、コミュニケーションのレベルについて考えてみるとどうということになるのだろうか。健診時に、産業看護職が行う問診は①のレベルのアセスメントである。健康に影響する因子があるかどうか、日頃の生活習慣（食事、嗜好品、睡眠、運動、労働時間、メンタルヘルスなど）について、アンケートや数分の面接から何かを知ることができる。もう少し詳しく検討しなければいけないと考えられる因子がみつかり、産業医または産業看護職等が健診後の詳しい面接をおこなうということになる。健診後の面接は、①のレベルないし①②のくつついたレベル（気づき）ということになる。ある人は保健指導の結果、健診結果の数値から生活習慣、考え方をどう変えればよいかを知り、素直に行動を変えるかもしれない。こう変えるとうくなるというルールが成り立つレベルである。別の人は健診結果に納得がいかない状態にあるかもしれない。「健康だけが自慢だったのに、この健診結果は何ということだ、間違いではないか、なぜ自分は保健指導を受けなければいけないのか」または「確かに自分は体調がよくない、憂うつだ、不眠だ、何もしたくない、イライラする、やる気がでない、考えがまとまらない、そうだとしてもどうして専門医にかからなければいけないのか、病名がつくのが怖い、職場に知られたくない」といった心理状態（②と③がくつついた状態）かもしれない。ということは保健指導がワンパターンですまないということである。健診結果をどんな気持ちで受け止めたか、健康が損なわれたときの残念な気持ちをまず受け止めることから保健指導が始まるのである。特にメンタルヘルスにおける早期支援においては、このような心理状態（②と③がくつついた状態）がよく見受けられる。産業看護職としては、相手の感情を理解しながら①に向かって産業医・専門医につなげるかどうかを見定め、判断（DSM-IV、ICD-10のエピソードに注目して）していかなければならない。状態・症状に合わせてアセスメントをすることが重要である。③のレベルとは信頼、不信、依存、甘えといった現象をさすものであるが、保健指導では信頼関係をいかにつくるかが大きな課題である。お互いが理解できないとき、通じ合えないときには、それぞれがレベルの違うところから表現している可能性があり、相手のレベル、自分のレベルの再検討が必要なのである。

## 6. コミュニケーションによる援助技術

看護職がよく使うコミュニケーションによる援助技術として質問がある。

### 1) 閉ざされた質問

「はい」「いいえ」で答えられるような質問、事実の確認するときに有効

自分が知りたい情報を収集するときに使う。

反面冷たい感じがして相手を緊張させることがある。

## 2) 開かれた質問

カウンセリングでよく使われる技術であるが、「どんな風に思っているのでしょうか」「どうしたいですか」など相手の主観を尊重することができる。

反面情報が集めにくい、時間がかかりすぎる。

したがって現実には、開かれた質問、閉ざされた質問の組み合わせによる面接が行われることが多い。

技術的には以下の内容がある。

傾聴 明確化 要約 繰り返し 感情の反映（共感） 沈黙 焦点化 現実提示 ユーモアなど。

## 7. 交流分析<sup>7)</sup> とコミュニケーション

交流分析論は、看護の領域ではかなりいきわたった理論である。コミュニケーションの停滞を分析し、他者との係わりを発展的に展開していくための理論として有用であるとされている。

人間同士の間に起きるすべてのコミュニケーションは、やり取りをする人の自我状態「親⑤」、「成人④」、「子ども③」、がかかわっているという考え方が交流分析理論のなかの「やり取り分析」の考え方である。この理論によれば、産業看護職と他者の間に取り交わされるコミュニケーションが、それぞれの特定の自我状態の間のいくつかのやり取りが、鎖のように繋がりながら進行していく過程とみることができる。「やり取り分析」では、コミュニケーションのプロセスで、何が起きているのかを説明するために自我状態モデルを使用する。

そしてこの自我状態というものは、時間という側面をもっていること、行動、思考、感情が一連のセットとなっており、ある時点でのパーソナリティーの一部の表現であるとされている。

もっとも基本となる自我状態モデル

「親⑤」の自我状態……………親や親的役割を模倣した行動、思考、感情

「成人④」の自我状態……………＜今、ここ＞での直接の反応としての行動、思考、感情

「子ども③」の自我状態……………子供時代の反復としての行動、思考、感情

「親⑤」と「子ども③」が過去の反復と模倣であり、「成人④」は大人になってからの資源を利用した＜今、ここ＞の反応として表現される行動、思考、感情であり、年齢にふさわしい状態である。

このモデルでコミュニケーションを検討してみると、

### 1) 相補的交流（コミュニケーションの第一原則）

相補交流とは交流のベクトルが平行（図1）で、その反応が期待した通りであればコミュニケーションの流れはスムーズでお互いにより感じを受ける。

① 健診時のアンケートに書いたとおり、今、私は調子がわるいのです④。（社員）

② あなたがチェックした項目について、詳しくお聞きしたのですが④。（産業看護職）

- ③ 私は専門医に行ったほうがいいでしょうか、どうすればいいですか㊟。(社員)  
 ④ 専門医に診ていただいてどうすればいいか相談してください㊟。(産業看護職)

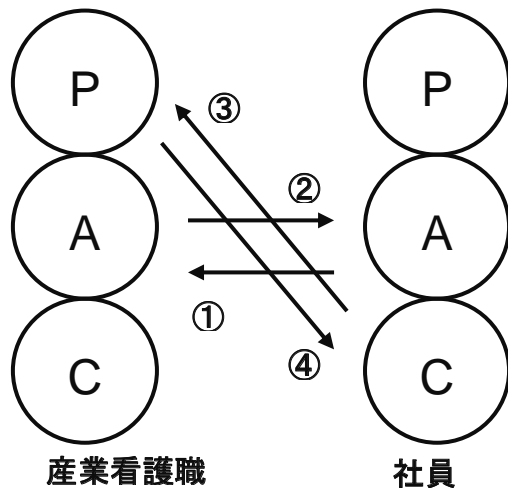


図 1

## 2) 交叉的交流 (コミュニケーションの第二原則)

コミュニケーションの流れはいつも相補的交流とはかぎらない。こちら側の意図に反する反応 (図2) が返ってくることがある。

- ① ○○さんのアンケート結果には多くの項目にチェックがはいっています。その点についてもう少し詳しくお聞きしたいのです㊟。(産業看護職)  
 ② 体調が悪いんですよ。どうしようもないんです。でも精神科だけは行きたくありません。ほんとうの病気になってしまいます㊟。(社員 ①と②が交叉する)  
 ③ 早いうちに専門医に診てもらったほうが早くよくなると思いますが㊟。(産業看護職)  
 ④ 職場に知られたくありません。自分で何とか頑張りますから大丈夫ですよ㊟。(社員 ③と④が交叉する)

と言いながら専門医受診にためらっているのは、関係のレベルが問題になっていてこのようにやり取りが交叉して決められなくなる。したがって看護職は養育的㊟で、受診がいやだというその感情を否定しないで気持ちを共感的に受け止めながら、㊟による相補的交流に戻そうと努力することになる。

人は日常生活や仕事に支障を感じていても、それ故に自分で決断して受診することはかなり困難である。そういう時、産業看護職のサポートで受診行動が促される。心身の変調で思うようにならない状態に怒りやイライラなど、精神的に不安定な感情を体験していることが多い。こうした感情に気づき、産業保健スタッフ、管理監督者と共にサポートしていくというメッセージを伝えることが重要である。

それにはこの場面を一旦中止して、「職場でのプライバシーをどう守るか、産業医、上司 (管理監督者) を交えて相談しましょう」といって、産業医と相談・指示をあおぎ、

対応について関係者間のコーディネートに向かうことになる。

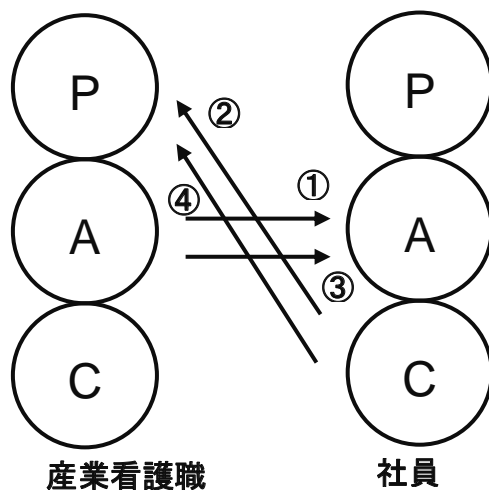


図 2

### 3) 裏面交流（コミュニケーションの第三原則）

保健指導のような伝える内容が明確である場合には裏面交流は少ない。しかし、面接日時を無視し連絡もないという時は(図3)のような交流が存在しているかもしれない。

①面接日時を本人に連絡する。都合の悪い時は日時を変更できることを伝える㊤。(産業看護職)

② 本人から日時の変更の希望はない㊤。(社員 了解)

②' 面接日に何の連絡もない㊤。(ほっておいて下さい、聞きたくありません、面倒です……)。(社員)

そのような時

③ 都合の悪い時は連絡してくれるとありがたいです㊤。あなたの都合をお聞かせ下さい㊤。(看護職は㊤で自分の気持ちを伝えつつ、日時の約束をする㊤)

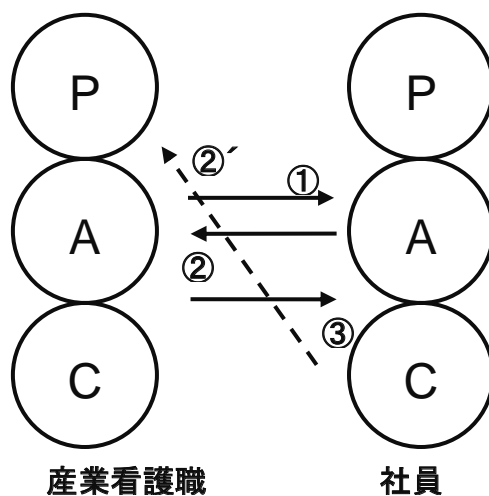


図 3

## 8. おわりに

科学は、無意識に批判的であるけれど、コミュニケーションはほとんど無意識的にこなわれているといわれている。

言語的・非言語的コミュニケーション（外見 声の調子 身振り 行動・態度 タッチ 距離・位置）を通じて、私たちは思考、感情、事実を伝え、関係を生成することで新しい何かを創造している。一般的に人は事実、感情、関係の区別をすることなく瞬時無意識的にコミュニケーションをしている。コミュニケーションにおいて、法則が成立しない現象を私たちは経験するが、それでもある種の秩序は存在する。私たちはこの秩序を利用して混線した相互関係を明らかにし、自己・他者の心を把握しコミュニケーションすることの価値を共有したいと考える。

## 文 献

- 1) Keith Tudor, Tony Merry : Dictionary of Person-Centred Psychology, 岡村達也監訳 : ロジャーズ辞典, 71, 金剛出版, 2008
- 2) A. H. Maslow : 人間性の心理学ーモチベーションとパーソナリティー, 55-72, 小口忠彦訳 : 産業能率大学出版部, 2004
- 3) Gallese, V. Fadiga, L. Fogassi, L Rizzolatti, G. Action recognition in the premotor cortex. Brain119(1996): 593-609
- 4) ジャコモ・リゾラッティ&コラド・シニガリア, 茂木健一郎監訳 : ミラーニューロン, 紀伊国屋書店, 2009
- 5) B. A. Fisher : Perspective on human communication. New York, NY: Macmillan. 1978
- 6) G. Bateson, 佐藤良明訳 : 精神の生態学 (改訂第2版), 新思索社, 2000
- 7) イアン・スチュアート ヴァン・ジョインズ, 深沢道子監訳 : TA TODAY 最新・交流分析入門, 実務教育出版, 1991



## 2 心のあらわれ、心のなりたち

### 1. 心のありよう<sup>1)</sup>

#### 1) ひとりの人のありよう (図1)

人間存在は、模式的に表現すると「身体 (からだ)」「心 (こころ)」「関係 (かかわり)」「生活 (くらし)」「価値 (いきがい)」の5層から成り立っていると考えると理解しやすい。

メンタルヘルスという複雑な現象をとりあげるとき、この模式図を土台において、どの部分が欠落したり、不足しているのかの見当づけをしてみると、全体的にその人間を捉える場合に誤りや見落としを防ぐことができる。

「身体 (からだ)」がいきいきと活動するのには、そのエネルギー源である「心 (こころ)」の働きがあつてこそなのである。そしてそのエネルギーは「関係 (かかわり)」を通して、人々の間に行き来しており、かかわりのエネルギーはプラスになって増加したり、マイナスになって減少したりしている。また、時によって歪みを生じることもある。このような関係の中で人間はさまざまに「生活 (くらし)」しており、心身共に自他を養い、活動し、何かを創造して、社会の中に生存している。そして社会の中で人々と共にあることで自己の存在の意義を感じ、何らかの「価値 (いきがい)」を持って生きていることが可能になっている。

人間存在は、原則的にいえばこういうことになるが、その具体像は千差万別の個性的な形をとっており、ひとりとして同じ人はいないし、同じ状態は存在しないのである。その点が人間存在の興味深く、かつ面白いところなのである。

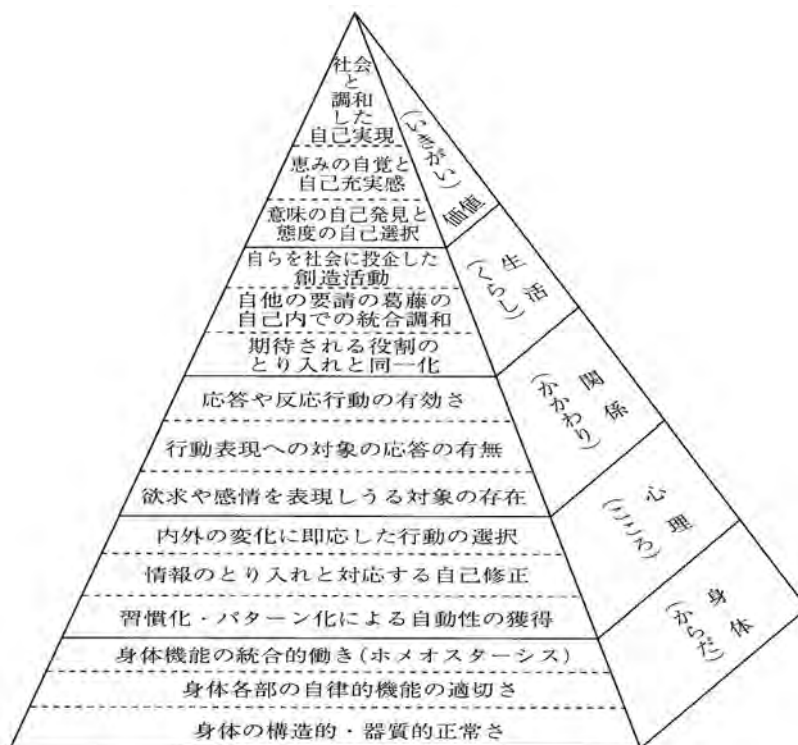


図1 1人の人のあり方 (横田 碧: 産業精神保健学会 第1回研修セミナー 資料, 1995)

## 2. 「心」のあらわれ

心は目に見えない。しかし、存在はすることは誰にも認識されている。

「心」そのものは直接にはその存在が眼には見えないが、「行動」や「言葉」となって関係の中にあらわれてくる。それゆえに、我々は人々の「言動」から、心のありようを推察しているのである。つまり、心の理解というのは「推察」したり、されたりの中で行われているのだということを忘れてはならない<sup>2)</sup>。

したがって、「言動」のあらわれからの「推察」は、確実な情報であるとはいえないのである。我々人間は、あらわれとしての、言語的・非言語的なコミュニケーションである「言動」を手がかりとして、多くの「知識」や「経験」を総動員してそのつながりや絡み合いを理解しようと試みている存在なのである。そのため、曲解・誤解や、思いこみ・思い違い・思い過ごしなどのズレが生じるのは当然のことなのである。このことは人間のことを考え、関わりをもつときに、絶対に忘れてはならないことなのである。

さてそこで、あらわれとしての言動は共通であっても、その個人の内面は一人ひとり異なっているということも当然の摂理である。したがって、現象に振り回されるだけでなく、そのなりたちを探究することが肝要となる。つまりあらわれが共通だからといって、同じ対処がなされれば良いと短絡的に考えることは、誤りに陥る危険性をはらんでいるといえる。

## 3. なりたち

真の人間理解には、「言動」として現れている現象はたとえ類似のものであっても、その現象が起こってきている根元には相違がある場合があることをわきまえて、より詳細に内部的な検討・吟味をすることが必要になる。反面、現象的には異なっても、それらの状態は一つの根元から生じてきている場合も存在する。この点が人間の問題の理解を複雑にし、多くの知識を必要とすることにもつながる。つまり、表面上の対処の仕方は、さしあたり対症的には共通だとしても、なりたちが違えば根本的には自ら異なる対処方法・原因療法が必要になる。

このことにより、物事の把握には深い診断的なまなざしが必要となる。例えば、欠勤しがちという現象が存在する場合であっても、そのなりたちを考えると、疾患的というと「統合失調症」「そううつ病」「神経症」「人格障害」「身体疾患」など、あらゆる疾患の可能性が考えられる。また心理的にいえば「やる気の喪失」「人間関係の変化」「承認の不足」「他のやりたいことへの集中」など、多くの要因が関与している。さらに環境的にみれば、「職場背景・環境の急変」「職務の転換」「家族成員の変動」「経済的困難」など、複雑多様な変化が関わっている。その上、人間の生活の中では、これらの要因が同時に複雑多様に絡み合っているのが通常のことである。

そこで、いずれ段階を追って、それらの区別をつけていくことは必要ではあるが、現実的には、まずは現象的に表れていることに対応していくことから始める。そうしながら、並行的に少しずつなりたちの探究にも向かって焦点を絞っていくことになる。これが、相

談面接の過程を学ぶ必要につながっている<sup>3)</sup>。

精神保健を考える基本に、「事例性」と「疾病性」という概念が用いられているが、産業看護職はまず「事例性」への対処から関わりを開始し、対象者との相談過程を通して、徐々に課題の焦点に接近していく段取りが重要になる。この中で、「あらわれ」と「なりたち」の区別をつけ、対象者との関係の中で少しずつ焦点を絞りながら援助をしていく。

## 文 献

- 1) 横田碧：「保健面接技術」日本産業衛生学会産業看護講座基礎コーステキスト，99-114  
ヒューマンリサーチ，2010
- 2) 園田漢：「天と地と人の間で～ある＜精神病者＞の記録～」批評社，1986
- 3) 横田碧：「事例対応検討（チームアプローチ）」日本産業カウンセラー協会編，初級産業カウンセラーテキスト，160-172，1999

### 3 人間関係

平成 19 年「労働者健康状況調査」において、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスが「ある」と答えた労働者は 58.0%「前回 61.5%」であった。「仕事でのストレス」がある労働者が挙げた具体的なストレスの内容（3 つ以内の複数回答）としては、一般社員においては「職場の人間関係の問題」（38.4%）が高く、次いで「仕事の質の問題」（34.8%）「仕事の量の問題」（30.6%）の順になっている。この様に「職場の人間関係の問題」が労働者のメンタルヘルス問題となっていることが伺える。よりよい人間関係はよりよい人生を生きるということに繋がる前提であり、継続的に作り上げていくプロセスである。しかしながら人間関係について「こうすればうまくできる」といったルールがあったとしても、それを使いこなすプロセスには人それぞれの人間観がかかわっており、ルールを活かすことは難しい。人は「人間関係の問題」の一方の当事者として、自他問題と向き合わざるを得ない状況を体験する。

人間における世界の認識の仕方、人間の成長発達成熟に関与している人間関係、人間を人との関係に生き成長する存在として捉え、対人関係の持ち方、人間関係を円滑に保つ技法（ストローク）を知り、自己と他者関係の建設的な関係形成について考えてみる。

#### 1. 私たちの世界の把握の仕方

私たちはうすうすと自分を取り巻く世界の存在を感じている。しかし、日常生活に直接関係のない世界として意識に具体的にのぼることは少ないが、自覚無くその影響をうけており、その世界の把握の仕方とは、「われわれは＜私＞に中心化にして（すべては私から始まる）、いくつかの同心円の世界をもって生きている。この同心円の一つ一つがコンテキスト（文脈）である」と外山（図 1）は述べている<sup>1)</sup>。

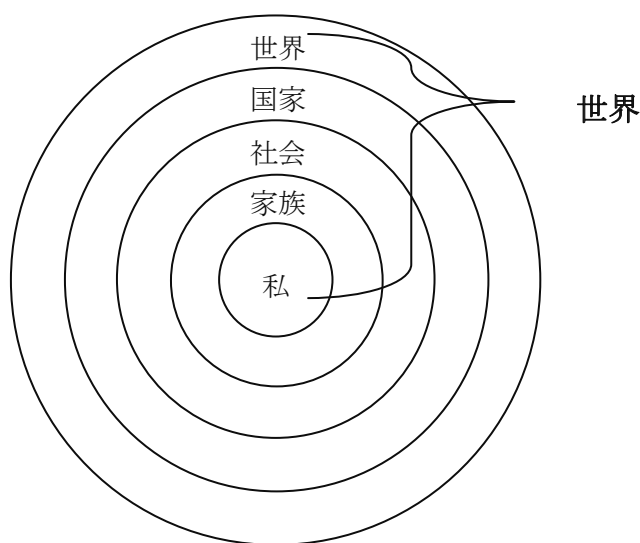


図 1 人の世界の把握の仕方

このように多重に重なった＜私＞も初めから在るものではなく、他者とのコミュニケーションを通じてつくられるという見方がされており、世界の解釈に誤解やズレを含むと言われている。

われわれがコンテキスト（文脈）に支配され世界を解釈していれば当然各自の世界解釈は違っているわけで、そこに人間関係の困難さがある。しかし、産業看護職としては、その人そのものの世界を人間理解の出発点として認識しておく必要がある。

## 2. 人間存在から人間を考える

メンタルヘルスケアを考えるに当たって、まず、対象者を一人の人として包括的、全体に機能している存在として捉えるところから看護が始まる。

人間の存在を全体的、総合的に把握することの重要さが、産業看護の定義にも述べられている。まとまりのある一人の人間としてイメージするとすればどのようなものであろうか。生物・心理・社会的な存在としての人の有り様をよく表現していると思われるモデル（p17 図1 参照）にあり、身体（生物）・心理、関係（心理）・生活、価値（社会）と読むことができる。不調になるということは、この5層のどこかに歪みが生じ、それぞれの層に波及し、全体として歪みが現われるということである。

産業看護の現場から見てみると、うつ病に至るプロセスとして、人間関係（関係）が悪く、ストレスから緊張が続き抑うつ感情に悩まれメンタルヘルスの不調（心理）に陥り、身体症状として不眠、食欲不振に悩み（身体）、その結果仕事をこなすことが困難になり（生活）、仕事をしている意味もないので仕事を辞めたい（価値）、となると理解されよう。原因はこの5層のどこからも始まるのである。

## 3. 人間の成長発達成熟に関与している人間関係

「職場」とは多くの人が働いていて、何かが生成される空間であり、物が生産され利益を生み出しているだけではなく、人は他者との関係の中で、生きがい、充実感、共感の喜びなどを体験し心の成長のための栄養としている。しかし、他者との関係は、必ずしも正の関係として経験するとは限らない。場合によっては、他者からの否定的な評価が自分の存在を脅かす脅威になることもある。それでも人は自分が自分で在ることの確信へ向けて肯定的な自己を形成しようとする。

人間の心の発達を誕生から老年に至るまでのライフサイクル（一生とか生涯）からみていこうとしたのは、アメリカの社会・心理学者の M, H, Erikson (1902~1994)<sup>3)</sup> である。発達を個人の生物学的に与えられた先天的素質により、促進されたり遅滞されたりするというとらえ方ではなく、人間とは、身体、心理、社会的存在として社会、歴史といった環境を包含して発達するものとし、かつその発達を生涯にわたって漸成的に形成されるものとした。Erikson はライフサイクルを 8 つの段階に分け、各段階には味わうべき経験があり、経験にはプラスとマイナスがあって葛藤や混乱の経験の両者をほどよいバランスで体験することが、人間の強さとなって次のステージに新たな意味合いを付与することに

なるというのである。青年期、成人期、あるいは老年期まで、働くことを通じて人は成長する存在であるとされる。労働を通じて生じる協働感覚、葛藤がほどよく調和する関係育成の支援は重要である。

#### 4. ストローク（存在認知の一単位）<sup>2)</sup>

私たちは知人、隣人に出会ったとき、挨拶を交わす。しかしこちらの声かけに応じてもらえなかったとき、返事をして欲しいのに得られなかったときどんな感じがするだろうか。欠乏感を感じるであろう。エリック・バーンは微笑みやしかめっ面さえ私たちの存在が認知されたことを示していると考えた。つまり否定的なストロークさえ人間にとって存在を認めるという意味では必要なものであると言っている。人間にはお互いの存在を認知し、承認されることへのニーズがあり、それを説明するために認められることへの飢えという言葉を使った。

ストロークの種類 以下のように分類されている。

- ・ ポジティブ（肯定的）またはネガティブ（否定的）なもの
- ・ 条件付または無条件なもの
- ・ 言語的または非言語的なもの

対人関係の持ち方、人間関係を円滑に保つ技法（ストローク）を知り、自己と他者関係の建設的な関係形成について考える。

職場ではどのようなストロークの交換をしているだろうか。種類、性質について表にまとめてみた。

表1 ストロークの種類と性質

種類 性質	肯定的 (+) ストローク	否定的 (-) のストローク
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受けた人がうれしい気持ちになる</li> <li>・ 人間の成長に必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受けた人が痛みとして感じる</li> <li>・ 不快になる</li> </ul>
無条件のストローク	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 信頼しているよ</li> <li>・ いてくれてうれしい</li> <li>・ 一緒にいいよ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 顔を見るのもいやだ</li> <li>・ 生理的に嫌いだ</li> <li>・ 消えてくれ</li> </ul>
条件付のストローク	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ よく仕事をするので気に入った</li> <li>・ 覚えが早いので好きだ</li> <li>・ 業績が上がったので呑みにゆこう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ミスが多くて困ったね</li> <li>・ ハキハキしないでだめだ</li> <li>・ 覚えの悪い奴はきらいだ</li> <li>・ 言われたことだけしろ</li> </ul>
言語的・非言語的 (行動を伴う、伴わないがある)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名前を覚える</li> <li>・ よく話を聞く</li> <li>・ 挨拶を交わす</li> <li>・ 微笑む</li> <li>・ 抱きしめる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 無視</li> <li>・ 疑う</li> <li>・ 睨む</li> <li>・ 仲間はずれにする</li> <li>・ たたくなどの暴力</li> </ul>

ストロークについての考えは、他者の存在そのものに働きかけることで、ひいては自分の存在にも気付かされるとい相互関係が生成される。

## 5. ストロークの使い方<sup>2)</sup>

様々な人間関係の中で発生する心と心のふれあい（肯定的、否定的）、すなわちストロークには、人それぞれの与え方受け取り方のパターンがあると言われている。従って人が上手なストロークの使い方について知ることは自他の成長発達を促進し、人間関係の改善に役立つはずである。

しかし、人は必ずしも上手なストロークの使い方をしているわけではない。

例えば、制約がかかったストロークの使い方。

- ・ ストロークをもっている人に与えない（褒め言葉が言いにくい人）
- ・ ストロークが欲しくても人に求めない（その一言が欲しいのに欲しいと言えない）
- ・ ストロークが欲しくてもそれを受け取らない（褒められても 素直に受け取れない）
- ・ 欲しくないストロークを受け取ってしまう（あなたの考えとわたしの考えは違いますと言えない）
- ・ 自分自身にストロークを与えない（頑張ったときには自分自身を褒めてもよい）

社員研修等で、職場で取り交わされる言葉（非言語）や態度について、参加者同士の体験を集めて参加者同士で分析、評価し、お互いに高めあえる関係づくりに向けてストロークの使い方を変えていくワークなどに活用できる。

## 6. 職場の今

生産性向上のためには職場の人間関係が大切であるということは、大規模な疫学研究で示され、その流れは高度経済成長時代まで続いていた。しかし、今の職場には人の存在そのものに関心が向くよりは、成果が求められる。成果主義のもとでの競争関係から生ずる緊張が働く人々の労働意欲にマイナスに作用し、メンタルヘルス上の問題を減らすことができない。人間関係とは NIOSH の職業性ストレスモデルで言えば職場のストレッサーであるが、緩衝要因（上司、同僚、家族の支援）でもある。職場で人が育つためには、人の存在そのものを認め合うストロークを積極的に交換すること、教育研修（一次予防）などを通じてお互いを高めあう職場風土の醸成に産業看護が関与していくことが求められている。

## 文献

- 1) 外山 滋比古：「誤解の意味」，江藤文夫，鶴見俊輔，山本明（編）：コミュニケーションの典型，講座コミュニケーション6：34-54，東京，研究社，1973
- 2) イアン・スチュアート ヴァン・ジョインズ；深沢道子／監訳：TA TODAY 最新・交流分析入門，実務教育出版，1991
- 3) E・H・エリクソン；岩瀬康理訳：アイデンティティ 青年と危機，金沢文庫，1998

### Ⅲ メンタルヘルス不調の理解

#### 1 ストレス

##### 1. ストレスとは

「ストレス (stress)」という言葉は、日常の中で頻繁に使われている。語源ははっきりしておらず明確な定義はないが、もともと材料力学などの工学の分野で使用されていた用語で、材料の内部に生じる力という意味があった。現代社会では、ストレスという言葉はささいな刺激や出来事から戦争や災害などによって引き起こされるものまで、広い意味を含んで使用されている。一般的にはストレスは好ましくないものとして受け取られる場合が多く、その結果、心の不調や疾病の発症にかかわることが少なくない。ストレス (stress) とは環境 (外界) からの刺激によって引き起こされる人間の生理的・心理的反応を意味している。

##### 2. 生物学的ストレスの概念と定義

###### 1) ストレス学説の先駆者

ストレスという言葉は生物学的には何らかの刺激によって生じた歪みの状態を示している。欧米におけるストレス学説の先駆者としては、フランスの生理学者クロード・ベルナール (1813～1878 年) と米国のウォルター・B・キャノン (1871～1945 年) があげられる。

クロード・ベルナールは生体の内部環境に着目し「生体の最大の特徴は、外部の環境の変化に逆らって、体内の環境 (内部環境) を一定に維持しようとすることである」と主張した。キャノンはこのような内部環境の定常性について研究をすすめ、人間が絶え間なく変化する環境の中で、備えている機能を発揮し安定した状態を保つ生体の働きを「ホメオスタシス」と命名した。キャノンは、生体のホメオスタシスの維持に大きく関係のある自律神経系の研究に大きく貢献した。しかし、当時このホメオスタシスの概念は生体の本質を捉えていたものの、仕組みに関する具体的な説明はなされていなかった。

###### 2) 生物学的ストレスの概念と定義

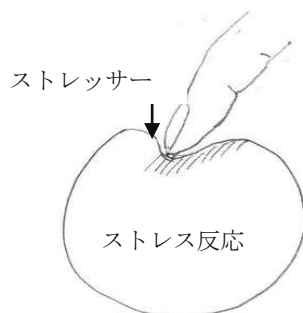


図1 ストレッサーとストレス反応





### （１）警告反応期

警告反応期にはショック相と反ショック相の２つの相がある。第一の相はショック相と呼ばれ、突然のストレッサーにさらされた時に、生体は外界に対して全く無防備の状態、体温の下降、血圧低下、アシドーシス、胃腸粘膜の萎縮などのショックの徴候を示す。その後、生体は積極的な防衛の反応を示す反ショック相へ移行する。体温や血圧、血糖値の上昇などが起こる。

### （２）抵抗期

警告反応期の反ショック相で、刺激をもたらしたストレッサーが消滅しない場合は、反ショック相の徴候は強化される。防御反応として副腎皮質の肥大や胸腺、リンパ器官の萎縮が起こり、ストレッサーに対して、抵抗期は一定の安定（適応状態）状態といえる。

### （３）疲憊期（ひはい期）

抵抗期を過ぎてもストレッサーが強すぎたり長期にわたって持続すると、生体は適応力を失い疲労困憊の状態である疲憊期に入る。その結果、体温や血圧が再び下降し、胸腺リンパ器官は萎縮し、すべてのストレッサーに対する抵抗力を失い、病気や死に至る。

## ３．ライフイベント型ストレス<sup>2)</sup>

疾患発症を環境との関係から明らかにしようとする試みは、社会医学・精神医学の観点からも行われていた。アメリカのホームズ（Holmes,T.H）とレイ（Rahe,R.H）はライフイベント研究から 1967 年に「社会的再適応評価尺度・Social Readjustment Rating Scale/SRRS」を発表した。この研究はアメリカの一般市民を対象として、生活上の出来事に関して、もしこのようなことが起こったとしたら元の生活に戻るにはどのくらいの時間あるいは努力が必要か？という設問に対して調査した結果をまとめた。刺激としてのストレッサーをみると、「配偶者の死」「離婚」「自分のケガや病気」などライフイベント型ストレスは客観的にみても理解しやすいものであり、確かに有害なストレスと成り得るだろうと予想でき、注目することができる。（表 1）

## ４．心理学的ストレス<sup>3)</sup>

セリエの研究は、生理的・生物学的有害環境と疾患発症の関係を汎適応症候群によって説明した点でストレスの定義が「生理学的ストレス」と呼ばれるのに対して、「心理学的ストレス」と呼ばれるストレスの定義がある。アメリカの認知心理学者のラザルス（Lazarus,R.S）は、1960 年代から心理学的ストレスの系統的研究を続けており、ストレスを「ある個人のもつ資源（resources）に負担をかけたり、能力を超えたり、ウェル・ビーイング（well-being）を脅かしたりすると評価する場合の、個人と環境の特定の関係」（1984）と定義している。

ラザルスがストレスを有害な刺激といった特定の形でどこかに存在するものではなく、

環境とそれを評価する人との関係によって生じるものとしてとらえたことは、ストレスの概念において画期的なものであった。

## 1) ストレスコーピング理論

セリエの生理学的立場からのストレス適応理論を基盤に、人間の心理・社会的側面に焦点を当て、ラザルスはストレスコーピング理論を発展させた。ラザルスの心理学的ストレスの定義からは、そのストレスを人間と環境との関係に起因するものとして捉え、ストレス因子となるであろう出来事も、その人が自分の対処能力や得られる社会資源との関係の中でどのように受けとめるか、評価するかによって、ストレスになるかどうかが決まってくる。ラザルスはこのストレスに対する対処（コーピング：coping）を、「対処とは、その人のもつ資源に重い負担をかけるものとして評価された特定の内的・外的要求を処理しようとする絶え間なく変化する認知的、行動的努力である」と定義づけた（1984）。

ストレスを測定する場合、ストレスの入力（インプット）または刺激に基礎を置くものと、出力（アウトプット）または反応に基礎を置くものがある。従来はホームズとレイの考え方のようにライフイベントなどの入力の数値が測定法として一般的であった。しかしこの尺度は、ストレスを生活の変化として、変化指向型であると捉え、生きていく上で最も重要である慢性的な圧力などのストレスが見落とされることにもなる。また、このライフイベントの測定では、その出来事に対する個人の意味合いやコミットメントが無視されてしまうことや、ライフイベントに対する対処が含まれないことにも問題がある。

ストレスから身を隠し生活することはできない。ストレスは避けられないものであり、ストレスにどのように対処するかによって行動や生活に違いをもたらす。一方、ストレスに対処し乗り越えていくことは成長をもたらすものともなる。

メンタルヘルス不調を抱える働く人びとの健康問題への効果的な支援を行う上では、人間がもつストレスへの適応の仕方や対処行動の理解を深めることが重要である。

## 2) ストレス対処行動

ラザルスは対処を、刺激と反応の中間に位置させており、対処は結果ではなく、反応にいたる内的な事実であるとしている。つまり、対処に考えることや、模索すること、決意すること、放棄することなどの内的活動と、その結果生じる反応や行動を含めている。

ラザルスはある出来事の価値を規定するのは人間各個人の主観的事実であるとし、ストレス過程の中に認知的評価を取り入れている。評価とはある出来事が、個人にとってどのような意味があるのかを解釈する仕方を指している。評価にはある出来事が自分にとって関係があるのか無関係なのか、快適なものなのか、有害なのか、強迫的なのか、挑戦的なものなのかなどを評価する意味である一次評価、そしてその一次評価から、その状況に対処するために何ができるだろうか、どのような対処行動が選択できるかという二次評価がある。

たとえば人がある出会い（encounter）の中でそれを脅威とか怖れと感じた時に、その

気持ちを何とかしようと努力する。ある人は、それに対する目標設定を低くしたりあるいは、気持ちを発散させようとして人に愚痴をこぼしたり、好きな物を食べることによって気を紛らわそうとする場合もある。これらも、ストレスに対する対処行動である。対処行動にはストレスの本質の問題に対して問題の原因を探して実際に問題を解決するために行動する問題解決型コーピングと、その問題に対して注意をそらそうとしたり、うさをはらそうとしたり問題から逃げることなど、問題から生じた情緒的反応を調整するための行動や努力といった情動中心型コーピングがある。どちらが望ましいコーピングであるかということは問題ではなく、個人それぞれがストレスに対する対処行動のバリエーションを持つことが大切である。社会の中では問題そのものを簡単に解決することは困難な状況が多く、情緒的な反応をどのように処理していけるかが課題である。

### 3) 日常生活ストレス（日常生活混乱）

ストレスを考えるときに、ライフイベント型ストレスのように、比較的他者からもストレス要因であると評価されやすいストレスがある一方、日常的に繰り返し生ずる不愉快などちらかという小さなマイナーな煩わしさも日常生活ストレスとして問題となる。ごく日常の生活の中で、たとえば満員の通勤電車や隣人のひくピアノの音など、小さく見えてマイナーと思えるような事柄であって、その積み重ねはある人にとっては大きなストレス要因になることを理解することは重要である。ラザルスは実際の日常生活の中で、非日常的大事件よりも日常的に経験する些細な出来事（日常生活ストレス）の積み重ねの方が健康への影響が大きいことを導き出した。

## 5. 職業性ストレス

職場に関与するストレスに関しては一般的に労働ストレスあるいは職業性ストレス、ワーク・ストレスなどと呼ばれている。労働ストレスの研究は 1960 年代に始まり、研究が盛んになるのは 1970 年代以降である。川上ら<sup>4)</sup>は職業性ストレスについて「仕事の心理的または社会的な特徴や環境によって起きる身体的・精神的な反応のことであり、特に健康に影響を与える可能性があるものをいう」と定義している。

米国国立職業安全研究所（NIOSH）の職業性ストレスモデル（図 3）は代表的なものであり、仕事のストレッサーは労働者のストレス反応に影響しやがては疾病に進展するということが基本となっている。これらに関連して性別・年齢・性格傾向などの「個人的要因」や家族などの「仕事外要因」、職場の上司・同僚・家族、友人からのソーシャル・サポートや、コーピングなどのストレッサーの影響を緩和する「緩衝要因」が介在するとしている<sup>5)</sup>。

NIOSH の因果関係モデルは労働場面における様々なストレス要因を対象にしているため、取り扱う変数が多く、様々な観点や要因から労働するストレスを解明していく点では便利な反面、変数間の関係も問題になってくることが考えられる。

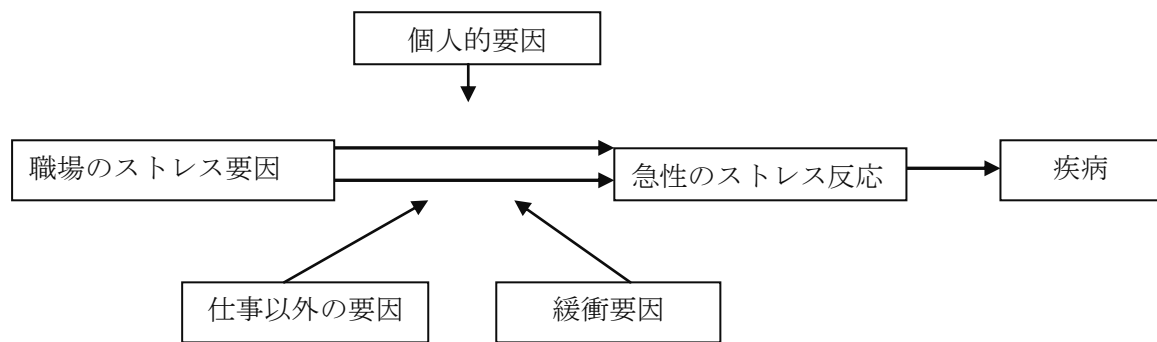


図 3 NIOSH の職業性ストレスモデル

Hurrell,J.J.Jr.&McLaney,M.A.Exposure to job stress,p28,1988.

#### 参考文献

- 1) ハンス・セリエ, 杉靖三郎他訳: 現代生活とストレス, 法政大学出版局, 1988
- 2) Thomas H. HOLMES, and Richard H. RAHE :The Social Readjustment Rating Scale, Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, 213-218, 1967
- 3) リチャード・S・ラザルス, スーザン・フォルクスマン, 本明寛, 青木豊, 織田正美 監訳: ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究, 実務教育出版, 1991
- 4) 川上憲人, 原谷隆史: 職業性ストレスの健康影響, 産業医学ジャーナル 22 (5), 51, 1999
- 5) Hurrell, J. J. Jr, McLaney, M. A. : Exposure to job stress—A new psychometric instrument. Scand Journal of Work Environ Health. 14, 27 - 28, 1988

表 1 生活上の出来事とストレスの強度 : Holmes and Rahe stress scale

生活上の出来事	平均値	生活上の出来事	平均値
〈家族状況〉		〈個人的変化〉	
配偶者の死	100	拘置所への拘束	63
離婚	73	本人のけがや病気	53
別居	65	親友の死	37
近親者の死	63	個人の優れた業績を収めること	28
結婚	50	個人習慣をあらためること	24
夫婦の和解	45	ささいな法律違反	11
家族の病気	44	〈就労と就学〉	
妊娠	40	解雇	47
家族のメンバーが増える	39	退職	45
性生活における問題	39	仕事への再適応	39
配偶者とのけんか	35	転勤や配置換え	36
こどもが家を出る	29	昇格または降格	29
親戚関係にある人との争い	29	配偶者の就職または失業	26
生活状況の変化	25	学校が始まる、または休みに入る	26
転居、転校	20	上司とのいさかい	23
教会及びレクリエーション活動の変化	19	〈経済状態〉	
社会活動の変化	18	経済状態の変化	38
睡眠習慣の変化	16	1 万ドル以上の抵当、または借金	31
家族のだんらんの回数の変化	15	抵当物件の受戻権の喪失	30
食習慣の変化	15	1 万ドル以下の抵当、または借金	17
長期休暇	13		
祝祭日	12		

配偶者の死を 100 とした場合の習慣的な数値

The Social Readjustment Rating Scale Thomas H. HOLMES and Richard H. RAHE

Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, pp. 213 -218, 1967

## 2 うつ病の診断とアセスメント

### 1. 精神科診断

精神科診断は症候論的診断で成立している。伝統的診断においては、まず状態像の把握が最初期における最も重要な事項とされる。状態とは、同時期に出現・出現しやすい症状群で構成されており、例えば幻覚妄想状態、欠陥状態、抑うつ状態、心気状態などと言われるものである。笠原は、「病理過程に対して生体のとり防御機序のあらわれに他ならず、そこには多くの場合、共通の一定の秩序ないしパターンがある。ある文化圏内においては、ある時代においては、そのパターンは大体、一定性・持続性・法則性をもつ。臨床訓練とはそのパターンを覚えこむこと。」<sup>1)</sup>と述べ、中安は「診断上重視されるべきは状態像診断」「知識の習得と経験の蓄積による分別可能な状態像パターンをどれだけ数多く有しているか」<sup>2)</sup>と述べている。状態像のパターン・定型認知の訓練の重要性を指摘している。

1つの状態に複数の病態や成因が関与するため、状態像把握後に疾患単位・類型を選択・決定していく作業となる。中安は「当該の状態像を呈しうる疾患群の中から、現病歴・生活史・病前性格・家族歴・検査所見などを考慮して、もっとも蓋然性の高いと思われる1つの疾患を選択する」と述べ、神田橋は「患者の過去から現在までの、さまざまな所見を、どれほど統一的にスッキリと説明できるか」「辻褄のあい具合」<sup>3)</sup>と表現している。疾患単位・類型とは、病因論・症候論・遺伝負因・経過の見通し・治療方針などがセットになったもので、治療者に疾患の全体像を提示してくれるため、臨床的有用性が高い。状態像から複数の鑑別診断をあげ、検査所見等から確定診断に至るという意味で身体疾患の診断作法と同様である。

DSM や ICD (表 1, 2) などの操作的診断は、「病因論を排して症状記述主義に徹し、そこから研究を開始しようとする立場 (暫定的で仮説である)」(野村)<sup>4)</sup>である。これらは、客観的に確実に評価できる「症状」「行動」で定義されておりわかりやすい。また評価者間の一致率が高く、疫学研究や生物学的研究の基盤整備に計り知れない功績をもたらした。しかし一方、標準化の途上で暫定的なものであるのに、確定したゴールデンスタンダードと誤解される危険性がある<sup>5, 6)</sup>。またうつ病の範囲が広くなりすぎて、さまざまな亜型にきめ細かく対応しきれていないという指摘もある。

表1 DSM-IV-TR 大うつ病エピソード

<p>A.以下の症状のうち 5 つ(またはそれ以上)が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも 1 つは、(1)抑うつ気分、あるいは(2)興味または喜びの喪失である。</p> <p>(1)その人自身の言明か、他者の観察によって示される、ほとんど 1 日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。</p> <p>(2)ほとんど 1 日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退。</p> <p>(3)食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。</p> <p>(4)ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。</p> <p>(5)ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止。</p> <p>(6)ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。</p> <p>(7)ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感。</p> <p>(8)思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる。</p> <p>(9)死についての反復思考、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。</p> <p>B.症状は混合性エピソードの基準を満たさない。</p> <p>C.症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。</p> <p>D.症状は、物質の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患によるものではない。</p> <p>E.症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が 2 カ月を越えて続くか、または、著名な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。</p>
---

表2 ICD-10 F32 うつ病エピソード

<p>患者は通常、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、および活力の減退による易疲労感の増大や活動性の減少に悩まされる。わずかに頑張ったあとでも、ひどく疲労感を感じる事がふつうである。他の一般的な症状には以下のものがある。</p> <p>(a) 集中力と注意力の減退</p> <p>(b) 自己評価と自信の低下</p> <p>(c) 罪責感と無価値感(軽症エピソードであってもみられる)</p> <p>(d) 将来に対する希望のない悲観的な見方</p> <p>(e) 自傷あるいは自殺の観念や行為</p> <p>(f) 睡眠障害</p> <p>(g) 食欲不振</p>
--



## 2. うつ病診断

うつ病は、気分を調節する脳機能の障害で起こると考えられている気分障害の一型である。メンタルヘルス不調者においてうつ病の占める割合は多いと言われているが、うつ病の診断においても、“抑うつ状態”と疾患単位としての“うつ病”を区別することが重要である。

抑うつ状態は広い概念であり、診断が確定出来ない段階で、暫定的に用いられることに留意しなければならない。症状の基軸となるものは、従来、内因性うつ病と呼ばれてきた気分障害の症状（表 3）であるが<sup>7)</sup>、各領域の症状は症例によりさまざまな組み合わせと強度で現れるので実際の状態像も様々である。抑うつ状態の検出には、二項目質問紙法（表 4）<sup>8)</sup> や SDS（Self-rating Depression Scale:自己評価式抑うつ性尺度）が、補助的に使用するのに有用であると考えられる。繰り返し述べるが、これらは抑うつ状態の検出であり、うつ病の診断とはならない。

1. で述べたように抑うつ状態を示すうつ病には様々な亜型があり、病態・治療・予後には差異がある。最近のメンタルヘルス事例においても 30 代の非典型的なうつ病が急増するなど、これまでの精神医学・マニュアルの通りにはいかない事例が増え、ケースに応じた対応を考えることが迫られている。ゆえに精神科診断においても、状態像診断からさらに細かな診断類型（疾患単位亜型）を決定していくことが必要となってきた。

表 3 抑うつ状態の症状

### **抑うつ気分**

「気がふさぐ」「さっぱりしない」「うっとうしい」「重苦しい」

### **興味・関心・楽しみの喪失**

### **精神運動抑制**

「おっくう」

### **ネガティブな認知**

微小感、罪業感、絶望感など

### **自律神経症状**

睡眠障害、食欲低下・体重減少、性欲低下、日内変動、頭重、口渇、便秘など

### **焦燥**

表 4 二項目質問紙法

<ul style="list-style-type: none"> <li>以下の質問にお答え下さい(当てはまる方に○をつけてください)。</li> </ul> <p>(1)この 1 ヶ月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか。</p> <p>Aはい      Bいいえ</p> <p>(2)この 1 ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。</p> <p>Aはい      Bいいえ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>大うつ病の感度は 2 点で 88%</li> </ul>
---

(鈴木竜世ほか:職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討. 精神医学 45; 699-708, 2003)

### 3. 多様化しているうつ病

従来から「外因・内因・心因の順序で診断を考える」ことの大切さが指摘されている<sup>1)</sup>。つまり、身体的基盤のある精神障害→内因性の精神障害（統合失調症、気分障害など）→環境への不適応としての精神障害（性格障害、神経症、心因精神病など）の順は、一般的に診断や治療における緊急性の順番である。内因とは、遺伝要因や環境要因などの脆弱な素質的基盤のことである。

抑うつ状態を呈するさまざまな疾患、うつ病を（表 5）に示した。以下メンタルヘルス領域でみられる主要なうつ病について述べる。

#### 1) メランコリー親和型（内因性）うつ病（表 5）

いわゆる“教科書に載っている”うつ病である。下線を引いたものが、一般的にメランコリー親和型（内因性）うつ病の指標と言われるものである。薬物療法の反応が良い群である<sup>9, 10)</sup>。

表 5 メランコリー親和型うつ病(内因性うつ病)

**感情の異常:**抑うつ気分(日内変動)、悲哀感、絶望感、不安・焦燥感、表情も暗い。「気が沈む」「気がめいる」「憂鬱」「うっとうしい」「つらい」

**欲動の異常:**意欲・行動の低下、食欲・性欲の低下、興味・関心の減退(選択的ではない)。「億劫」「やる気がでない」「気力がわからない」

**思考の異常:**思考抑制(思考が進まず、話すスピードも遅い)、決断不能、集中力の低下、悲観的・自責的

**身体症状:**自律神経系の不定愁訴(頭痛、便秘)、体重減少、易疲労性、睡眠障害(早朝覚醒)。仮面うつ病:身体症状が前景にあって、精神症状を覆い隠している。経過をみるとうつ病が診断できるもの。

**その他:**自殺念慮または自殺企図。診察時、すでにうつ状態が 1 年以上持続している場合は内因性うつ病ではないことが多い。

## 2) “最近の” うつ病

比較的若年者の気分障害で、軽症ながら慢性化傾向をもっている。他罰的であるが傷つきやすく、他者配慮に乏しい。意欲低下を訴えるが選択的(平日と休日の落差、趣味は行なえる、等)で、大量服薬やリストカットなど自傷行為を繰り返すことも多く、周囲の対応や状況の変化で気分が悪化することが多いなどの特徴を持っている。精神医学領域外も含めて、逃避型抑うつ・退却神経症・スチューデントアパシー・神経症性うつ病・笠原・木村分類Ⅲ型<sup>11)</sup>・非定型うつ病<sup>12)</sup>・未熟型うつ病<sup>13)</sup>・現代型うつ病<sup>14)</sup>・ディスチミア親和型うつ病<sup>15)</sup>・新型うつ病・擬態うつ病・職場結合性うつ病、など非常に多数の呼称が提唱されている<sup>16)</sup>。

一例として、“ディスチミア親和型うつ病(樽味)”と従来の“メランコリー親和型うつ病”との比較を(表 6)に示す。

これらには、経済情勢の変化や価値観の変化などの社会的・文化的背景や、DSM-Ⅲによるうつ病概念の拡大化、SSRI・SNRI などの新薬登場などさまざまな要因が影響しているのではないかとされている<sup>17)</sup>。メランコリー親和型うつ病と比較して治療反応性も乏しく、慢性的な経過をたどりやすい。

表 6 メランコリー親和型うつ病とディスチミア親和型うつ病との比較

(樽味伸:現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学 34: 687-694, 2005)

	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
年齢層	中高年	青年
病前性格	規範への愛着、配慮的、几帳面、真面目、仕事熱心、完璧主義	自分への愛着、規範が「ストレス」、秩序への否定的感情、万能感、仕事熱心でない
症候学的特徴	罪悪感、完遂しかねない自殺	不全感と倦怠感、回避と他罰的感情、他人の迷惑を気にしない自殺企図、どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か不分明
治療関係	初期にはうつ病の診断に抵抗する	初期からうつ病の診断に協力的
薬物への反応	多くは良好(病み終える)	多くは部分的効果(病み終えない)
予後	休養と服薬で軽快しやすい	休養と服薬のみでは慢性化。環境の変化で急速に改善することもある。

### 3) 双極スペクトラム

従来の、躁病相のはっきりした典型的な躁うつ病（双極性感情障害Ⅰ型）とは別に、軽微ながらも躁的な要素をもち躁うつ病として治療した方が有益な一群を Soft Bipolar Disorder と呼び、これら全体を双極スペクトラムと呼んでいる<sup>18)</sup> (表 7)。従来であれば、単極性うつ病、気分変調性障害、境界性人格障害などと思われていたものの中に、実は未発見の Soft Bipolar Disorder がかなりあるのではと考えられ、薬物療法も含めた治療的意義が大きいと考えられる<sup>19)</sup>。

表 7 Bipolar spectrum (Akiskal)

双極 1/2 型 失調性双極性障害
双極Ⅰ型 躁うつ病
双極Ⅰ 1/2 型 軽躁病相が長引くⅡ型
双極Ⅱ型 軽躁病相とうつ病相を示すタイプ
双極Ⅱ 1/2 型 循環気質者のうつ病
双極Ⅲ型 うつ病相を示すが、抗うつ薬により軽躁が引き起こされたもの
双極Ⅲ 1/2 型 うつ病相を示すが、覚醒剤などによって軽躁が引き起こされたもの
双極Ⅳ型 発揚気質者のうつ病

#### 4) 発達障害関連

未診断で青年期・成人期に適応困難（学業、職場）となり、精神や行動の不調を起こし、精神科を受診する。このような事例では、高機能自閉症・アスペルガー症候群（大学・大学院卒でも、上司や同僚とのコミュニケーション不全を呈する）が多く、多様な精神障害に類似した状態象を呈し、しかも生育歴自体が歪んだ形で診断者に伝達される場合が多く、高機能自閉症・アスペルガー症候群の診断に必要な情報の聴取が困難であり、診断は困難を極める。医療機関によって診断が異なる事例に対しては、発達障害の可能性を考慮すべきかもしれない。

さらに、精神科専門医が足りず、また現在は支援資源（job coach など）が少ないなど、今後の治療法・支援法の研究や開発が待たれる領域である<sup>20)</sup>。

#### 3. まとめ

精神科分野においては身体科ほどに十分な疾患単位性が確立されているとは言い難い。評価者間の一致度の問題もある。診断は容易くはないが、伝統的診断や操作的診断をそれぞれの特徴や目的、問題点を理解した上で用いることが大切であろう<sup>21)</sup>。

また、パーソナリティ特性・障害の要素がある場合、情報を操作して伝えることがあるため正確な診断に結びつかない場合もある。関係者が連携し情報を共有して（実際は困難が多いと思われるが）初めて、正確なアセスメントにつながり統一した対応をとることができる。

さまざまなうつ病（抑うつ状態）のタイプの中でも、メランコリー親和型（内因性）うつ病は重症うつ病とも呼ばれるが、逆に薬物療法も含めて治療反応性は良好であり予後は比較的良好であることから、メランコリー親和型（内因性）うつ病を見逃さないようにしたい。

#### 文 献

- 1) 笠原嘉：精神科における予診・初診・初期治療，星和書店，東京，2007
- 2) 中安信夫：状態像診断，精神科治療学，第13巻増刊号；9-21，1998
- 3) 神田橋條治：追補 精神科診断面接のコツ，岩崎学術出版社，東京，1984
- 4) 野村総一郎：うつ病の真実，日本評論社，東京，2008
- 5) 中井久夫：医学・精神医学・精神療法は科学か，こころの科学，101，2-12，2002
- 6) 張賢徳，広瀬徹也：気分障害診断の実際，精神科治療学，第17巻増刊号，9-19，2002
- 7) 内海健：うつ状態，臨床精神医学，増刊号，39-44，1997
- 8) 鈴木竜世ほか：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討，精神医学，45，699-708，2003
- 9) 宮岡等：内科医のための精神症状の見方と対応，医学書院，東京，1995
- 10) 神庭重信：うつ病の早期発見と介入のためのマニュアル，精神科，3（5），441-448，2003

- 11) 笠原嘉, 木村敏: うつ状態の臨床的分類に関する研究, 精神経誌 77, 715 - 735, 1975
- 12) 横山知行: 非定型うつ病, 精神療法, 32 (3), 326 - 333, 2006
- 13) 阿部隆明: いわゆる未熟型うつ病について, 精神科治療学, 23 (8), 985 - 993, 2008
- 14) 松浪克文: いわゆる「現代型」うつ病にどのように対応するか, 精神科治療学, 23 (8), 995 - 1004, 2008
- 15) 樽味伸: 現代社会が生む“ディスチミア親和型”, 臨床精神医学, 34, 687 - 694, 2005
- 16) 特集 “うつ病周辺群のアナトミー”, 臨床精神医学, 37 (9), 2008
- 17) 市橋秀夫: 1970 年から 2000 年までに我が国でどのような価値観の変動があったか, 精神科治療学, 15 (11), 1117 - 1125, 2000
- 18) 阿部隆明: Soft bipolar disorder (軽微双極性障害) 概念について, 臨床精神医学, 35 (10), 1407 - 1411, 2006
- 19) 服部晴起: Bipolar spectrum 概念とその意義, 精神科治療学, 20 (11), 1099 - 1105, 2005
- 20) 国立精神・神経センター: 発達障害精神医療研修資料, 2008
- 21) 宮岡等, 吉邨善孝, 増山浩一: 気分障害の亜型と治療に対する意義, 精神科治療学 17 (増), 21 - 29, 2002

### 3. メンタルヘルス不調のアセスメント

職場におけるメンタルヘルス活動をすすめる上で、職場でのストレス状態を把握し、作業環境や作業との関連を検討することは、働く人々の健康障害を予防し、適切な支援につなげるために重要である。産業看護職として、働く人々のストレス状態を的確に把握するためには、心の健康問題に関するアセスメント能力を強化することが必須である<sup>1)</sup>とされている。本章では、メンタルヘルス不調のアセスメントとして、職場で実際に活用されている各種ストレス調査票の紹介とその活用方法、健康診断におけるメンタルヘルス不調者の把握、またストレス不調者への対応を考える際の事例性と疾病性の考え方を解説する。

#### 1. ストレス調査

##### 1) 職場におけるストレス調査

厚生労働省が出した「労働者の心の健康の保持増進のための指針(2006年)」では、メンタルヘルス不調の気づきと発見のために表1に示す対策を述べている。この指針により、事業場におけるストレス調査票の導入が大企業を中心に一気に加速した。

表1. 労働者のセルフチェックに関する記述（メンタルヘルス指針より）

#### ア 労働者による自発的な相談とセルフチェック

事業者は、労働者によるメンタルヘルス不調への気づきを促進するため、事業場の実態に応じて、その内部に相談に応ずる体制を整備する、事業場外の相談機関の活用を図る等、労働者が自ら相談を受けられるよう必要な環境整備を行うものとする。また、ストレスへの気づきのために、ストレスに関する調査票や情報端末機器等を活用し、随時、セルフチェックを行うことができる機会を提供することも効果的である。

（厚生労働省：労働者の心の健康の保持増進のための指針より抜粋、下線は著者によるもの）

職場で活用されているストレス調査票は多種多様なものがある。どの調査票をどのように使えばよいのか、現場の産業看護職として判断に困るという話もよく耳にする。ストレス調査票の職場での活用として、研究成果を基に調査票として公表されているものを活用している場合もあれば、職場ごとに必要な項目をピックアップしたオリジナルの調査票を健康診断受診時に回答してもらうなど、職場特性に合わせた形で実施している場合が多い。いずれにしても、ストレス調査票を活用して、職場のメンタルヘルス活動をすすめていく場合には、職場全体で合意を得ながらとりくむ必要がある。具体的には、目的にあった調査票を選択すること、結果のフィードバックや集計方法、その後のフォローアップ体制を含む事後の対応や対策をあらかじめ計画しておくことが重要である。まれにはあるが、事業場の同意を得ないで職場のストレス調査を行ったり、著作権の知識がないために自己判断で質問項目を変更したり、複写禁止のものをコピーして使用するなどのケースを聞くことがある。また、多くの種類のストレス調査を実施するのみで、その結果が個人あるい

は職場にフィードバックされないなど、実効性のないストレス調査は働く人々に負担をかけるだけであり、導入にあたっては十分な検討をすることが不可欠である。

## 2) 職業性ストレス簡易調査票と仕事のストレス判定図

メンタルヘルスに関する調査票で代表的なものとしては、厚生労働省が作成した「職業性ストレス簡易調査票」や「仕事のストレス判定図」があげられる。職業性ストレス簡易調査票は、職場で簡便にストレスチェックができるように開発された自己記入式のストレス調査票である。これは仕事のストレス要因、ストレス反応、修飾要因の3つの構成要素からなり、全57項目からなる(図1)。職業性ストレス簡易調査票は、自覚症状に早期に気づくこと、職場環境を含めたストレスの要因を総合的に把握することにより、メンタルヘルスの一次予防に活用することを目的として作成されている<sup>2)</sup>。

仕事のストレス判定図は、職業性ストレス簡易調査票の一部の項目(12項目)を利用して作成されている。仕事の量的負荷、仕事のコントロール、上司・同僚の支援などの調査結果から、職場ごとの健康リスクを判断することができる。このストレス判定図を活用することで、職場環境の改善を通じたストレス対策に役に立つことが指摘されている。

## 3) その他の職場のメンタルヘルス領域で活用できる質問紙

### (1) CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

1977年にRadloffが一般人のうつ症状を評価するために作成<sup>3)</sup>した20項目の自己評価尺度である。1週間の症状の頻度を4段階(0~3点)で尋ね、20項目の合計得点がCES-D得点となる。0~60点評価で、16点以上を抑うつありとする。(株)千葉テストセンター、サクセスベル等から販売されている。

### (2) JCQ (Job Content Questionnaire)

仕事の要求度-コントロールモデルの提唱者として有名なKarasekにより作成された仕事の心理社会的特性を測定する自記式質問紙である。JCQ全体では100項目以上にわたり種々のストレス要因の尺度が含まれているが、Karasekはこのうち45項目を「推奨項目」として基本的な職業性ストレス要因の測定に使用している。なお、最小版では22項目である。現在のところ、JCQセンター(マサチューセッツ大学、代表:Prof. Karasek)はJCQの使用にあたっての条件として、①ユーザー登録を行なうこと、②100名以上の調査では、調査後にJCQ部分のデータをJCQセンターに提供することを義務づけている。また1996年以降は、750名以上の対象者に対するJCQの使用に対して使用料金をJCQセンターに支払うことになった。JCQの詳細な情報については、JCQ日本語センターを参照されたい。

URL: <http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/JCQclub/jcqhome.htm>



## 職業性ストレス簡易調査票

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そう だ	まあ そう だ	やや あ う	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

B 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	なほ かつ た	ほと んど あ つ た	とき ど き あ つ た	しば しば あ つ た	ほと んど い つ も あ つ た
1. 活気がわいてくる	1	2	3	4	
2. 元気がいっぱいだ	1	2	3	4	
3. 生き生きする	1	2	3	4	
4. 怒りを感じる	1	2	3	4	
5. 内心腹立たしい	1	2	3	4	
6. イライラしている	1	2	3	4	
7. ひどく疲れた	1	2	3	4	
8. へとへとだ	1	2	3	4	
9. だるい	1	2	3	4	
10. 気がはりつめている	1	2	3	4	
11. 不安だ	1	2	3	4	
12. 落ち着かない	1	2	3	4	
13. ゆううつだ	1	2	3	4	
14. 何をするのも面倒だ	1	2	3	4	
15. 物事に集中できない	1	2	3	4	
16. 気分が晴れない	1	2	3	4	
17. 仕事を手につかない	1	2	3	4	
18. 悲しいと感じる	1	2	3	4	

図1. 職業性簡易ストレス調査票

	ほとんど なかった	ほとんど あった	ときどき あった	しばしば あった	ほとんど いつも あった
19. めまいがする	1	2	3	4	5
20. 体のふしづしが痛む	1	2	3	4	5
21. 頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4	5
22. 首筋や肩がこる	1	2	3	4	5
23. 腰が痛い	1	2	3	4	5
24. 目が疲れる	1	2	3	4	5
25. 動悸や息切れがする	1	2	3	4	5
26. 胃腸の具合が悪い	1	2	3	4	5
27. 食欲がない	1	2	3	4	5
28. 便秘や下痢をする	1	2	3	4	5
29. よく眠れない	1	2	3	4	5

**C あなたの周りの方々にについてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。**

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司	1	2	3	4
2. 職場の同僚	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
4. 上司	1	2	3	4
5. 職場の同僚	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？				
7. 上司	1	2	3	4
8. 職場の同僚	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

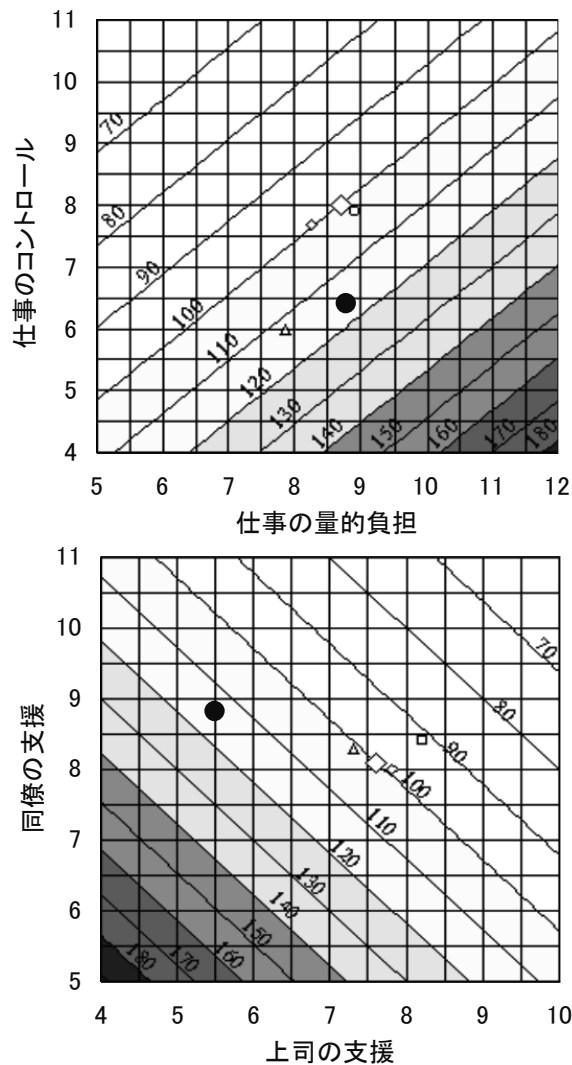
**D 満足度について**

	満足	まあ満足	やや不満	不満
1. 仕事に満足だ	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ	1	2	3	4

図1 職業性簡易ストレス調査票（つづき）

仕事のストレス判定図(簡易版調査票用)

男性用



参考値	
◇全国平均	□管理職 ○専門職 ◇事務職 △現業職

職場名	第三営業部	人数	56名
尺度	平均点数	健康リスク(全国平均=100とした場合)	
量的負担	8.8	量-コントロール判定図	総合健康リスク
コントロール	6.4	(A)	116
上司の支援	5.5	職場の支援判定図	
同僚の支援	8.8	(B)	114
			132

図2 仕事のストレス判定図(例)

### (3) GHQ(General Health Questionnaire)

身体症状、不安、抑うつ、不眠、社会的活動障害等が評価でき、産業現場において活用される場面が多い。Goldberg により作成<sup>4)</sup>され、中川、大坊らによって標準化されたものが日本文化科学社から市販されている。GHQ60, 30, 28 項目版は著作権が設定されており有償であるが、12 項目版に関しては標準化されておらず、翻訳が異なる他の版もある。選択肢は 4 段階であるが、採点方法は 0-1-2-3 とするリッカート法と 0-0-1-1 とする GHQ 法がある。

GHQ は、調査前数週間の精神的な健康状態を評価するための調査票で、不健康者をスクリーニングするために開発された調査票ではない。たとえば、納期の前で忙しくストレスフルな状態では、GHQ 得点は高くなり、納期が無事に済めば GHQ 得点は下がる傾向にある。

### (4) NIOSH 職業性ストレスモデル

米国国立職業安全保健研究所 (The National Institute for Occupational Safety and Health : NIOSH) のハレルにより作成された調査票<sup>5)</sup>で、日本語版は原谷らが作成<sup>6)</sup>した。NIOSH の職業性ストレスモデルに基づき、どの職種にも共通するストレッサー、ストレス反応、健康への影響を包括的に測定できる。全体の質問項目数が 253 項目で、主要な 20 尺度の質問項目数は 142 項目である。調査用紙が分かれており、調査目的に応じて必要な部分だけを選んで調査に使用することができる。

### (5) うつ病対策推進方策マニュアル調査票

厚生労働省の検討班である「地域におけるうつ対策検討会」がまとめたマニュアル<sup>7)</sup>に記載されている、うつ病を含む気分・不安障害のスクリーニングで高い感度をもとめた調査票である。無料で自由に使用できる (表 2)。

表 2 うつ病対策推進方策マニュアル調査票

<p><b>チェック項目</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 毎日の生活に充実感がない</li><li>2. これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった</li><li>3. 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる</li><li>4. 自分が役に立つ人間だと思えない</li><li>5. わけもなく疲れたような感じがする</li></ol> <p><b>判定方法</b></p> <p>上に挙げた状態のうち2項目以上が2週間以上、ほとんど毎日続いていて、そのためにつらい気持ちになったり毎日の生活に支障が出たりしている場合にはうつ病の可能性がありますので、医療機関、保健所、精神保健福祉センターなどに相談してください。このほかに、眠れなくなったり食欲がなくなったりすることもよくあるので、そうした状態が続く場合にはうつ病の可能性も考えてみてください。</p>
--

厚生労働省:「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のために」より抜粋

#### 4) ストレス調査実施にあたって

ストレス調査票を活用した職場のストレス状況の把握の利点として、自記式のアンケート形式であるために、一度に多数の労働者のストレス状況を比較的短時間で実施することが可能な点が挙げられる。また、結果評価についても容易に数値化ができるものが多く、集計だけであれば専門的な知識がなくとも結果をまとめることができる。そのため、職場のストレス状況をより正確に反映するためには、可能な限りその職場で働く人々の多くにその調査に参加してもらうことが重要となる。多忙な勤務時間の中で、ストレス調査を、いつ、どのタイミングで、どのように実施するかなど、参加率をあげつつ、職場特性に合わせた実施方法を考慮する必要がある。また、参加する一人ひとりがストレス調査の目的や意義を十分に理解し、納得した上で実施することも重要である。なぜなら、ストレス調査にはアンケート形式という特性上、虚偽の回答（例：落ち込みやイライラが実際にあったとしても「ない」と回答するなど）をすることも可能であり、その回答が虚偽のものなのか否かを判別する機能はついていないからである。

実効性のあるストレス調査を実施するためには、職場全体の合意形成や、一人ひとりの労働者へのきめ細やかな説明や必要性の認識など、このストレス調査の目的やメリット、結果のフィードバック方法を周知し理解を得ることが必須となる。

## 2. 健康診断におけるメンタルヘルス不調者の把握

2009 年、厚生労働省は「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について（2009 年 3 月 26 日付け基発第 0326002 号）」において、メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応の実施のために、①相談体制の整備、②長時間労働者に対する面接指導の実施の徹底、③健康診断実施時におけるメンタルヘルス不調の把握、④心身両面にわたる健康保持増進対策（THP）の活用、の 4 点を記載した。健康診断時におけるメンタルヘルス不調の把握については、具体的な健康診断の項目が法令で定められているわけではない。しかし、職場では、一般定期健康診断においてはすべての労働者が年に 1 回、その他法令や行政指導で定められている健康診断を受診する場合はそれ以上の回数、健康診断を受けることになっている。そして、健康診断の問診項目には、自覚症状について問う項目があり、その中にはメンタルヘルスに関連する項目が入っていることも少なくない。産業看護職は、全労働者が受ける健康診断の機会を活用して、メンタルヘルスに関する情報収集をし、適切な支援ができるよう体制を検討することも可能である。そのために、健康診断では全労働者と必ず顔を合わせて面接ができるような体制にしておくことを推奨する。

一例として、ある事業場の健康診断での取り組みを紹介する。A 事業場では、定期健康診断時にメンタルヘルスに関する現状把握を行い、今後の支援課題を見出すために、産業看護職による「よろず相談窓口」を設けた。健康相談や保健指導などの名称にすると、構えてしまう労働者もいることを配慮し、「よろず相談」にしたとのことであった。この相談窓口は、健康診断を漏れなく全て受診できているかのチェックを行うため、健康診断の最後に労働者が来るように設けられている。つまり、自覚症状に関する項目もすべて記入さ

れており、その日に計測した身長・体重、血圧、視力等の測定値も記載されている。産業看護職は、限られた時間内で、これらのデータを分析し、本人の訴えをよく聞き、言動、顔色など観察した情報を総合的に判断し、アセスメントをすすめる。その場で、ストレス対応策について話し合ったり、従業員からの相談を受けることもあり、その場で解決できない、または時間を要する対応になる可能性がある場合は、日をあらためて健康相談を設定することもある。また、すぐの受診が必要であるかの判断のために、産業医との面談につなげるなど、アセスメントにそった対応を行っている。このよろず相談窓口は、産業看護職が全労働者と個別に会うことのできる貴重な機会として、早期発見・早期対応だけでなく、両者の信頼関係を構築する上でも大きな役割を果たしている。

このように、産業看護職は、心身両面の健康に関する個別性のある対応を、生活に密着した視点から提供できる専門職として、メンタルヘルス活動において重要な役割を担う。

### 3. 事例性と疾病性

メンタルヘルス不調者やメンタルヘルス不調が疑われる事例が発生した場合、本人・周囲・家族を含めたアプローチとして、「事例性」を優先<sup>8)</sup>すべきことも忘れてはならない。

職場でメンタルヘルス不調者、またメンタルヘルス不調が疑われる社員がいる場合、まず対応にあたるのは上司や同僚など本人の周囲にいる人々である。本人が上司や同僚にメンタルヘルス不調を訴えてくる場合もあるし、周囲の人々が通常とは違う本人の言動に対して「違和感」を感じ、周囲の人々が対応を考える場合もある。いずれの場合、つまり、本人・周囲の人々を含め、メンタルヘルスの専門家ではない。専門家と同じ判断基準で対応することは不可能であり、メンタルヘルス不調者の言動が通常の範囲内のものであるのか否かを判断することも難しい。このような場合、つまり、何かおかしい、またはいつもと違う様子に気づいた際には「事例性」と「疾病性」との2つに分けて把握していくとよい。

事例性 (caseness) とは職場での業務を遂行するうえで困る具体的・客観的事実で、「就業規則を守らない」「仕事の能率が低下している」「同僚とのトラブルが多い」「上司の命令に従わない」など、職場関係者はその変化にすぐに気がつくことが可能である。一方、疾病性 (illness) とは症状や病名などに関することで、「被害妄想がある」「幻聴がある」「統合失調症が疑われる」「気分障害だ」など、本来専門家が判断する分野である。職場におけるメンタル不調者把握の第一歩は、その人がどのような症状で、どのような病名が考えられるかなどの病気の確定(=疾病性)ではなく、業務遂行上、職場で何が問題になって、実際に困っているか(=事例性)を優先する視点が求められる。

たとえば、職場で急激に活気がなくなり休みがちになった社員がいる場合、上司や同僚が「身体(または精神的に)に問題があるのではないか?」「悩みがあるのではないか?」といった情報収集から入るのではなく、「仕事のミスが多くなった」「よく遅刻をしってくる」「週(あるいは月)に何回当日に申し出る休みがあるか」など客観的に見える事実を具体的に把握していくことが重要である。同時に本人はそのような状況を自覚しているのかも

把握することも忘れてはならない。このような客観的な事実から、その行動が適切な業務の遂行や職場の周囲の人々に影響が出ているようであれば、これらの事実をもって産業医や産業看護職などの専門家につなげると良い。相談を受けた産業看護職ら産業保健スタッフも、すぐに症状や疾病に関してアセスメントをすすめていくのではなく、日常生活あるいは職業生活を送る上で具体的に困っていることはないか、変化はないかなど客観的に把握できる事実から把握をすすめると、問題の整理が付きやすくなる。

これは家族にアプローチする場合も同様である。「幻聴があるらしいが家庭ではどうか。」「うつ状態が続いているが何か気付いたことはあるか。」など疾病性からの把握ではなく、欠勤日数や遅刻・早退回数、パフォーマンスの低下、仕事上のミスなど、具体的に職場で把握した事実を客観的に伝えたとえ、家庭での変化や気付いたことなどを尋ねてみるとよい。このような段階的なアプローチにより、本人が専門家への相談を拒否している場合や病識がない場合でも、家族からの適切なサポートを受けることが可能になる場合がある。職場や専門家が主導するのではなく、あくまで本人と家族の決断をサポートする上でも、事例性と疾病性の考え方の違いを身につけておくことは重要である。

## 文 献

- 1) 田中克俊, 田中美加, 錦戸典子: 職場のメンタルヘルス対策 予防対策のアプローチと具体的なうつ病対策のすすめ方, 保健婦雑誌, 59(5), 394 - 398, 2003
- 2) 厚生労働省労働基準局「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000q72m-img/2r9852000000q7tk.pdf>.  
2010年12月15日
- 3) Radloff LS. The CES-D scale. A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1 : 385 - 401, 1977
- 4) Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Maudsley Monograph No. 21. Oxford University Press, London, 1972
- 5) Hurrell, JJ. Jr, McLaney, MA. (1988). Exposure to job stress - a new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health*, 14(Suppl. 1), 27 - 28
- 6) 原谷隆史 (1998). NIOSH 職業性ストレス調査票. 産業衛生学雑誌, 40, A31 - A32.  
厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のために」2004年1月. <http://www.phcd.jp/manual/kokoro/utu-shokuin.pdf>. 2010年12月15日
- 7) 大西守: 職場でのメンタルヘルス活動・管理の実際. 松仁会医学誌, 45(1), 1 - 6, 2006
- 8) 加藤正明編: 社会と精神病理, 東京, 弘文堂, 134, 1976

## 4 連携の方法・専門医へのつなげ方

はじめに

メンタルヘルス不調になった労働者の生活の場は職場であり家庭である。看護職はその場を整えることで、その人が疾患を持ちながらも生活していけるように支援する役割がある。特に産業看護職はその人が労働と健康の調和を図れるように職場を調整しなければならない。そのためには、病状を正しく理解すること、必要に応じ主治医と連携して病状的確に把握すること、必要な治療を受けられるようにすること、職場の状況を把握すること、その人が順調に回復しながら働けるように管理監督者等の関係者と連携することが必要である。

メンタルヘルス不調者の支援には関係者が効果的に連携することが重要であり、そのためには、まずお互いの役割を理解しておく必要がある。例えば、主治医は診断・治療を行い、患者つまりメンタルヘルス不調者の側に立って病気を治す役割がある。そのため本人に不利になる情報は提供しなかったり（診断名と診断書の病名が異なる等）、本人に強く頼まれて「出社可能」の診断書を書いたりすることもある。一方、産業医や産業看護職は不調者が疾患をもちながらも病状の悪化や再燃・再発を予防しながら働くことができるように支援する役割がある。お互いに不調者が病状を回復して社会生活（職場再適応）できるようになるという目標は同じであるはずなので、それぞれの役割を理解していれば、主治医と産業医や産業看護職が多角的に支援していくために連携することが可能となる。

### 1. 精神科専門医との連携

専門医と連携する場面には、メンタルヘルス不調者を専門医に紹介したり、病状等の照会のために主治医に連絡をとる場合がある。

メンタルヘルス不調者を専門医につなげる場合は、本人が納得して受診できるように支援する。受診には、本人が病状を的確に伝えられなかったり、希死念慮がある場合は産業保健スタッフ（産業医や産業看護職等）や家族が同行することが望ましい。それ以外の場合は、本人に紹介状を持たせるとよい。紹介状の内容は主治医への情報提供にもなり、職場状況や産業医等の存在を知らせることができ、主治医との連携のきっかけとなる。往々にして主治医が医師（産業医）からの紹介状を望むことがあるが、事前に連携できる医療機関を確保し、産業看護職の役割を理解してもらっておくと主治医とも連携しやすくなる。

紹介できる医療機関の情報（所在地、担当医の専門、専門職種、評判、リワークプログラム等）は日頃から収集し、いつでも活用できる準備を整えておくといよい。尚、紹介状には受診までの経緯や症状、職場での本人の状態や職場状況等を記すと、休業の必要性の有無を含めた判断や診断に生かしてもらうことができる。

治療継続中に行う主治医との連携は、産業保健スタッフが本人の病状を把握して職場復帰の予測を立てたり職場調整を行うために必要となる。また職場状況や本人の状態に関する情報を主治医に提供することで職場復帰可能の判断や治療に活用してもらえる。主治医



は病状が回復すると「出社可能」と判断することが多いが、病状回復と業務能力回復の時期は異なるため、主治医に職場状況や業務内容を理解してもらい、業務遂行できるまでに回復してから復帰するように連携していくことが重要である。

その際、健康情報は機微な個人情報であり、また主治医や産業保健スタッフには守秘義務があるため、情報交換は本人の同意を得てから行わなければならない。また、主治医との情報交換は互いに齟齬が生じないように原則として文書で行うことが望ましい。主治医のもとに出向いて情報交換する場合は、本人および職場関係者も同行するとよい。職場関係者から直接職場情報を得られることは主治医にとっても有益であるし、職場関係者も疾患や治療状況を理解するのに役立ち、今後の本人への対応に生かされやすい。そして、何より本人と職場関係者、主治医、産業医や産業看護職が同じ情報を共有することで、本人への支援の方向性や方法を合わせていくことができる。

## 2. 社内関係者との連携

### 1) 産業医

産業看護職は産業医とチームを組み、支援の方向性を合わせながらメンタルヘルス不調者および職場関係者を支援していく。産業看護職は職場や労働者のファーストラインプロフェッショナルとして保健活動を実践しており、日ごろから多くの情報を収集しているという特徴があり、それを活かして連携していく。産業医と支援の方向性を合わせる場合は、収集した情報を産業看護職としてアセスメントを行い、産業医と意見交換することで多角的な検討ができる。また、産業医が就業措置等の判断を行う場合には、産業看護職が必要な情報を産業医に提供することで、産業医が的確な判断を行えることに役立つ。

### 2) 職場関係者

事業場の人事労務担当者や管理監督者は、職場改善やメンタルヘルス不調者の早期発見・対応、職場復帰時には業務上のマネジメントを行う等、ラインケアを実践する。つまり、産業保健スタッフは健康面から、職場関係者は業務面から不調者を支援するという役割分担がある。それを踏まえて、産業保健スタッフは職場関係者が病状を正しく理解して、適切な業務上の配慮ができるように支援する。支援の目的は労働者が健康と労働の調和を図り、もてる能力を最大限に発揮できるようになることであり、職場関係者が業務上の配慮を行うことで、メンタルヘルス不調者が順調に回復できるように連携していく。

ときには管理監督者が不調者への対応に不安を感じたり、メンタルヘルス不調になった責任を感じていることもあるので、管理監督者自身への支援が必要なこともある。また、同僚が業務上の負荷が増加する等の不満をもつこともあるので、管理監督者が職場全体のマネジメントが行えるように連携していくことも大切である。

また、メンタルヘルス不調者が療養したり職場再適応するときには家族の協力が重要となる。家族は不調者が安心して療養できる生活環境の提供や治療継続への援助を行える。必要に応じて家族と連携し、不調者の状況を的確に把握して支援の方向性を合わせていくとよい。

産業看護職はメンタルヘルス支援活動の中で労働者や管理監督者、人事労務担当者、さらには家族や事業場外資源に働きかけて、それぞれ異なる立場の間に入り、関係者が納得し、支援の方向性を合わせられるように適切に調整する役割がある。それが行えるのは、産業看護職が日常の保健活動の中で、職場や労働者とよいコミュニケーションをとりながら関係性を築いているからであり、それぞれの立場を理解して、関係者が連携をとれるように支援できるのである。

## 文 献

- 1)河野啓子:「職場におけるメンタルヘルスケアでの産業看護職の役割」に関する報告書, 日本産業衛生学会「職場におけるメンタルヘルスケアでの産業看護職の役割」検討ワーキンググループ, 2006
- 2) 錦戸典子: 各職種の役割と連携／産業看護職, 日本産業精神保健学会編: 産業精神保健マニュアル, 中山書店, 東京, 144-151, 2007
- 3) 鈴木満: 各職種の役割と連携／主治医の立場, 日本産業精神保健学会編: 産業精神保健マニュアル, 中山書店, 東京, 119-124, 2007

## IV メンタルヘルス教育

### 1 セルフケア

#### 1. セルフケアの意義と法的位置づけ

平成18年3月31日に厚生労働省より「労働者の心の健康の保持増進のための指針」として、事業者はメンタルヘルスケア推進に努めること、およびその原則的な実施方法が示された。セルフケアは、4つのケア（セルフケア、ラインによるケア、事業場スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケア）のうちの1つとして位置づけられ、心の健康づくりのためには、労働者自身が、ストレスに気づき、これに対処することの必要性を認識することの重要性が強調されている。職場に存在するストレス要因は、労働者自身の力だけでは取り除くことができないものもあるので、労働者の心の健康づくりを推進していくためには、事業者がメンタルヘルスケアを積極的に進めていくことが重要であり、職場における組織的かつ計画的な対策のひとつとしてセルフケアが位置づけられている点に留意が必要である。

働く人々にとって、職場は一日の多くの時間を過ごす生活の場となるので、セルフケアをはじめとした心の健康づくり対策に積極的に取り組んでいくことは、産業保健活動の喫緊の課題である。

#### 2. セルフケアの考え方

「セルフケア」とは、心の健康づくりを推進するためには、労働者自身がストレスや心の健康について理解し、自らのストレスを予防、軽減するあるいはこれに対処することである。

表1 セルフケアの具体的内容

ア 労働者への教育研修・情報提供	
①メンタルヘルスケアに関する事業場の方針	
②ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識	
③セルフケアの重要性及び心の健康問題に対する正しい態度	
④ストレスへの気づき方	
⑤ストレスの予防、軽減及びストレスへの対処の方法	
⑥自発的な相談の有用性	
⑦事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報	
イ 労働者による自発的な相談のための体制	
①事業場内部の相談体制の整備	
②事業場外の相談機関の活用	
ウ ストレスチェック	
①ストレスに関する調査票	
②情報端末機器等の活用によるセルフチェックの機会の提供	

指針では、「セルフケア」の項で、“心の健康づくりを推進するためには、労働者自身がストレスに気づき、これに対処するための知識、方法を身につけ、それを実施することが

重要である。ストレスに気づくためには、労働者がストレス要因に対するストレス反応や心の健康について理解するとともに、自らのストレスや心の健康状態について正しく認識できるようにする必要がある。このため、事業者は、労働者に対して、セルフケアに関する教育研修、情報提供を行い、心の健康に関する理解の普及を図るものとする。また相談体制の整備を図り、労働者自身が管理監督者や事業場内産業保健スタッフ等に自発的に相談しやすい環境を設けるものとする。”とされている。表1に具体的な教育研修、相談体制、ストレスチェックについて示した。

### 3. セルフケアの具体的方法

労働者のセルフケア力を高めるためには、1次予防的観点から、対象者の健康保持増進を目的とした対策、2次予防である早期発見・治療を目的とした対策が欠かせない。

心の健康保持増進のために、労働者個々人のストレス対処法の獲得は重要である。運動・スポーツ、睡眠・休養、食事の注意、趣味を持つ、信頼できる友人を持つ、家族とのコミュニケーションを増やす、自律訓練法、アサーション、コーピング、アロマセラピー、音楽療法など様々なリラクセーション方法を活用し、ストレス対処技術を身につけ、ストレスに強いライフスタイルを獲得する機会を労働者の健康研修や情報提供の枠組みの中で展開する。また健康づくり活動の推進、職場巡視などから働きやすい職場環境を整えていく支援、QC活動などを通じた心の体力づくりを目指したプログラムなど、産業保健スタッフとして組織力にアプローチした活動を同時展開することが効果的だと考えられる。

早期発見・早期治療のためには、自分自身の心身の状態や人間関係についての「気づき」への支援が重要である。気づきへの支援としては、職業性ストレス簡易調査票、GHQ やエゴグラムなどセルフチェックによるストレス状況の把握、模擬事例の検討会などを通じた自分自身のストレスへの気づき、バイオフィードバックや肩こりチェックなどの方法紹介など様々なアプローチがある。また事業場内の相談窓口や、契約医療機関、精神保健福祉センター、労災病院の「勤労者心の電話相談」、いのちの電話、EAP(従業員支援プログラム)などの事業場外資源を包含したサポートシステムを整備し、情報提供していくことが必要となる。

この様に、確固たるセルフケアの推進のためには、個人・組織を対象として、1次予防、2次予防の観点から支援体制を構築していくことが重要である。また、メンタルヘルスケアだけを切り離すのではなく、職場巡視、健康診断、健康づくり活動などのそれぞれの業務と連携を持ちながら、事業展開していくことも忘れてはならない。

### 4. 労働者を支えるための産業看護職の心得

労働者一人ひとりの価値観や考え方は様々である。仕事の捉え方、職場での人間関係、ストレス対処法、気づきへのアンテナの高さや範囲なども労働者個々で異なってくる。労働者のセルフケア能力を高めるための産業保健スタッフに有用な理論やコミュニケーションスキル、傾聴・共感等の技術は、別の項に譲るが、労働者一人ひとり、そして集団や組

織をアセスメントしてアプローチしていく能力を常にブラッシュアップしていくため、専門職としての情報収集・自己研鑽は欠かせないであろう。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省中央労働災害防止協会：職場における心の健康づくり「労働者の心の健康の保持増進のための指針」  
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-3.pdf>
- 2) 河野啓子：産業保健・産業看護論, 日本看護協会出版会, 2008
- 3) 日本産業精神保健学会：産業精神保健マニュアル, 中山書店, 2007

## 2 コミュニケーション

### 1. 職場内でのコミュニケーション

コミュニケーションにおける構造は、同僚間、管理監督者と一般従業員などコミュニケーションを構成している人によって様々である。しかし、管理監督者は一般従業員とのたわいもない会話からも、その人の不調を感じるときがあり、コミュニケーションから従業員の健康状態を知ることができる。

身体面においては発熱や疼痛など、症状から分かることが多いが、メンタルヘルスに関しては、従業員との会話から聞き出すことが重要となる。ここでは管理監督者と一般従業員とのコミュニケーションについて解説する。

### 2. 管理監督者による「双方向」のコミュニケーション

コミュニケーションによく引き合いに出されるのはファーストフード店のスタッフである。これらの産業には、接客マニュアルがあり、新人も経験者も同じ対応をすることができる。しかし、これらはお客様への「一方向」のコミュニケーションであり、相手の反応をみながらコミュニケーションをとる職場内では使うことができない。

管理監督者に必要とされているコミュニケーションは、良好な人間関係を構築し、共感、傾聴しながら相手の思いやニーズを引き出し、管理監督者として、そのニーズに合った必要な情報やアドバイスを伝えることである。それは「双方向」のコミュニケーションから成り立つものであり、「双方向」のコミュニケーションは、管理監督者がとる理想的なコミュニケーションと考えられる。

### 3. 管理監督者に必要なコミュニケーションの要素「聴くこと」「質問すること」「伝えること」

管理監督者のコミュニケーションとして、コーチングの理論が参考になる。コーチング理論では、コアスキルとして「聴く」「質問する」「伝える」をあげている。

#### 1) 相手の話を聴く。

職場において、まず一般従業員の「相手の話を聴く」という作業は不可欠である。従業員の思いや望んでいることを、管理監督者が話を聴くという姿勢が大切になってくる。

「聴くこと」で重要なスキルとして、「うなずきと相づち」、「オウム返し」がある。

#### (1) 「うなずきと相づち」

話を聴く際に、「うなずきと相づち」をすることで、一般従業員は聴いてもらっていることを実感できる。

① 「うなずきと相づち」は、できるだけ温かい声で、「ふんふん」「なるほど」など、聴き手の一番得意な相づちを何パターンか感情を込めて繰り返す。

② 「うなずき」も、一般従業員の話のペースに合わせてたくさん入れ、アイコンタクトをとりながら、しっかりとうなずく。

③「うなずきと相づち」を、普段よりも多くする。いつもの倍ぐらい試みるのも、1つの目安である。

「うなずきと相づち」することで、一般従業員に対し「きちんと話を聴いています」というメッセージを伝えることができ、このメッセージを感じた一般従業員は、自分の心を開いてくれる。

## (2)「オウム返し」

相手の言葉の語尾を繰り返すことである。一般従業員が「〇〇を失くしてとても悲しくなりました」というと、「悲しいことがあったのですね」など、語尾を繰り返す。

## 2) 質問する。

一般従業員が気づいていない思いや整理できていない考えなどを引き出していくため、「質問する」ことが不可欠である。十分に相手の話を聴き、質問することでさらに引き出していくと、相手の思いや望んでいることが理解できるようになる。

質問の目的には、管理監督者の疑問と一般従業員の理解の確認が一般的であるが、さらに相手の思いや考えを引き出すために行うと有効である。一般従業員自身が、気づいていないこと、はっきりしていないことなどに対して、管理監督者が質問を投げかけることで、相手の心のなかで混沌としたことがまとまり、何らかの気づきを促すことができる。

### (1)「オープン型・クローズ型の質問」

オープン型質問は、「はい」「いいえ」で答えられない質問であり、クローズ型質問は、「はい」「いいえ」で答えが終了してしまうものである。クローズ型の例を挙げると、「仕事はうまくいっていますか？」

「困っていることはありませんか？」

などがある。これらはよく使われる質問であるが、すべて「はい」「いいえ」で答えが終了してしまうために、会話がそこから広がらない。これをオープン型質問に言い換えると、

「仕事の状態はどうですか？」

「困っているところは、どんなところですか？」

などとなる。しかし、従業員の状態によっては、あまり話をしたくないときもあると思われるので、状態に合わせて、オープン型・クローズ型の質問を使い分けるとよい。

### (2) 肯定型、否定型

肯定型というのは、文章に「～ない」「～しない」といった否定語句を入れない質問のことであり、否定型というのは、この逆である。

否定型の例を挙げると、

「どうしてうまくいかないのですか？」

「なぜ、そのようにしないのですか？」

などがある。これを肯定型に言い換えると、

「どうしたらうまくいくと思いますか？」

「そのようにするのは、どうしたらよいと思いますか？」

となる。肯定型質問をされると、否定された感情が少なく、相手も喋りやすくなる。しかし、否定型質問をさせると否定させた感情が強くなり、責められている、プレッシャーをかけられているという感情が生じやすくなる。

「聴くこと」だけでも、話し手は心地よく思うが、さらに「質問する」ことで、話し手が自分の思いや考えを出すことができる。

### 3) 伝える。

「聴く」、「質問」することで、一般従業員の思いやニーズを引き出していくことができる。そして、管理監督者が一般従業員の変化や必要としている情報を伝えることで、話し手自身の気付きや学びにつなげることができる。しかし、この伝え方にも有効なスキルが存在し、同じことを伝えても方法によってはかなり違う受けとめ方になってしまう。ちょっとした心がけと意識化が、コミュニケーションの効果的な潤滑油になる。

#### (1) 「I (私は) メッセージ」

一般に YOU メッセージは、「あなたは、〇〇だ」という言い方になるため、かなり断定する、決めつけるといった感じが強くなる。「あなたはセンスがいいですね」「あなたは頭がいいですね」「あなたは元気ですね」と、一見褒めている内容だと、問題ないように感じるが、相手にしてみると、自分が評価されている、決めつけられているといった印象を感じてしまう可能性がある。そうすると、せっかくのメッセージも悪く受け取られてしまい、聴き手の思いが十分に伝わっていかない。

I メッセージは、「私はあなたの元気をみて、自分もがんばりたいと思った」という言い方であり、この言い方だと、「私が、そう感じる、そうなった」のですから、相手は、否定しようがない。評価されていると、感じる余地が少なくなる。YOU メッセージも普段の会話では使ってもよいが、大事な場面では、I メッセージを使うほうが、誤解が生まれにくいと思われる。自分のメッセージを意識して、「私は～」で始めるようにしていくと、自然に I メッセージが使えるようになる。

#### (2) 「許可をとる言葉を使う」

「許可をとる言葉」とは、何かを伝える際、あらかじめ前置きして、相手に言ってもいいかどうか、許可をとってから伝えるという言葉である。言いにくいことを伝える際にも機能する。例えば、

「これは、私の意見なのですが」

「参考までに聞いてもらいたいののですが」

「間違っているかも知れないのですが」

「多分ご存知のことだと思いますが」

「あくまでも一般的な話ですが」

「ちょっと言いにくいことですが」

「耳が痛い話かもしれませんが」

など、相手の了解をとってから話し出すというスキルである。



このように話し手に許可を得るという一拍を入れることで、相手には伝えられることを受けとめる準備をしてもらうことができ、こちらの話を聴こうという姿勢ができる。特に相手にとって嫌なことを伝えるとき、ショックを緩和する効果がある。

#### 文献

- 1) 奥田弘美：メディカル・サポート・コーチング入門，日本医療情報センター，2003

### 3 傾聴の技術と訓練

#### 1. 傾聴を学習するにあたって

傾聴は、産業保健スタッフにとって、従業員あるいはメンタル不調者から相談や悩みを聴くとき、もっとも基本的な態度であるといえる。したがって産業保健スタッフは、傾聴の重要性を理解し、傾聴の基本的態度・姿勢・技法を身につけなければいけない。しかし、産業保健スタッフが学生時代あるいは研修などで、「共感」「傾聴」の重要性を学んでいても、実際にうまく傾聴ができているのか実感がつかめない人も多くいると思われる。

産業保健スタッフ、とりわけ看護師、保健師、助産師等は、問題解決型思考で教育を受けている場合が多く、傾聴の重要性は理解していても、ついつい原因探しや助言・アドバイスを行なっていることがある。

傾聴に限らず全ての技術は、理論や方法論を学んだあと実践を積み重ねていくことで上達するのであり、傾聴についても、ただ話を聞くだけでは上達することはできず、傾聴を目的とした研修や実際の相談などを積み重ねていく必要がある。

#### 2. 自己理解の重要性

傾聴を行うにあたって重要となるのが、話を聴く側の自己理解にあるといえる。傾聴の基本的態度・姿勢・技法と同じように、あるいはそれ以上にこの部分が重要となる。

傾聴は、聴く側の主観や価値観などの、自身のフィルターを通さず聴くことが必要となる。しかし、実際にこのフィルターを通さずに聴くことは、かなりの訓練が必要であり、また、できない場合でも、自身の傾向に気付くことができれば、より相談者に添った傾聴が可能となる。したがって、自分自身がどういう傾向にあるのか理解することが傾聴の第一歩でもあるといえる。

1つは話を聴いたときの捉え方である。先にも述べたように、医療従事者には問題解決型思考が多くみられ、その他にも本人の生育歴、性格、文化の影響なども考えられる。自分が話を聴いたとき、どのように捉えるのか分析する必要がある。

もう1つは、聴く側の感情の問題である。傾聴するにあたり、話し手から感じとった感情なのか、それとも聴き手自身の問題で生じている感情なのか、みきわめることが必要である。聴き手自身の問題で生じる感情は、相手をみる目をゆがめてしまう恐れがあるので、自身に起きた感情を認識しつつ傾聴を行っていく必要がある。

#### 3. ロジャーズの積極的傾聴

ロジャーズが提唱した積極的傾聴（active listening）は、カウンセリングの基本的態度として取り入れられており、現在ではカウンセリングに限らず、悩みを抱えた人との関係にも多く取り入れられている。その3つの条件とは、「共感」、「無条件の肯定的関心」、「自己一致」であり、ロジャーズの提唱した三つの基本的条件は、あらゆる人間関係において重要であるといえる。これらは、クライアントや患者を治療する心理療法においてのみ重

要なわけではなく、一般の人々においても、このような人間関係を形成することは重要な意味を持っている。

## 1) 共感

共感 (empathy) または共感的理解 (empathic understanding) とは、一言で言えば、その人の心の在りように添うことである。相手の内的世界をあたかも自分自身のものであるかのように感じとりながら<sup>1)</sup>、相手の身になって理解しようとするものである。しかし、相手の悩んでいる内容によっては、共感できないものと感じることがある。それは相手にとって重大なことでも、自分にとってはさほど重大ではないときに起こりやすい。この場合、共感とはいえず第三者的な理解であるといえる。

例えば、仕事や人間関係で悩んでいる従業員がいるとする。悩んでいる内容が自分にとって過去に何度も経験したことや解決した人からみれば、「なんでこんなことで悩んでいるのだろう」と思い、話を聴くことよりアドバイスをすることが多くなる。悩んでいる本人にとっては重大なことであるのに、アドバイスばかりでは話を聴いてもらえたとはいえず、悩みが解決していないにもかかわらず、2～3回の相談で終了してしまう。

共感的理解とは、まず相談者の悩みや苦しみなどの感情の理解が重要である。100%相手のことを理解することは困難であるが、傾聴の訓練をすることで共感的理解が徐々にできるようになる。また、理解しようとする態度も重要である。この態度があれば、二人の間でコミュニケーションは続いていく<sup>2)</sup>。

## 2) 無条件の肯定的関心

無条件の肯定的関心 (unconditional positive regard) とは、相談者や相談内容にかかわらず、無条件で肯定的な関心を持って話を聴くことである。この無条件の肯定的関心も共感的理解と同じように訓練が必要となる。

医療従事者は問題解決型思考で教育を受けているので、会話の中で無意識のうちに原因と思われる部分に集中してしまい、そのほかのことは聞き流していることがある。しかし、会話の中で重要でないと思われる部分に相談者の思いが入っている場合がある。

例えば、足の痛みで相談にきた人がいるとする。医療従事者はなぜ足が痛いのか原因が知りたいが、その相談者は10年前から今まで診てくれた医者たちの話をしだす。途中で話を止めて原因を探りたいところだが、よくよく聴いてみると、相談者は痛みよりも親身に診てくれる医者がいなかったことが、不安であるということがわかる。医療従事者としては既往歴や現病歴、生活スタイルなどの情報がほしいため、相談者の話を止めて質問したりするが、相談者は話を聴いてもらえないと感じ、黙ってしまうかもしれない。

相談内容によっては全て肯定的にとらえて聴くことは難しいかもしれないが、相談者にとっては重要な話であるとの思いで聴く必要がある。

### 3) 自己一致

自己一致 (congruence) とは、ありのままの自分を感じ、明確にすることである<sup>3)</sup>。話を聴いている自分自身に関することであり、自分の中に生じている感じや感覚をできるだけ明確にし、それにできるだけ一致した行動、行為、思考するようにしていくことである。

相談を受けている時、相手に対し共感や無条件の肯定的関心ができない場合がある。人である以上、相談者をどうしても受け入れられない場合もある。この時、自分自身はどのような感情でいたのでしょうか。相談や会話の後で「あの時、あのようなことを言わなければよかった。あのような対応をしなければよかった」など後悔する場合がある。これは振り返りであって自身の感情にふれていない。「話を聴いていて、なんてわがままな人なんだと怒りがこみ上げてきた。そう思うと話が聴けなくなった」と自分の感情に気づき、そういう自分自身を受け入れることで自己一致が可能となる。

自己一致では、聴いている人が自分の心の動きを見つめる必要がある。相手の話を聴きながら、聴いている自分の心の動きにも気づいている、そのような聴き方が求められる<sup>4)</sup>。それによって相手の対しても理解が進み、聴き手と話し手の関係も深まっていく。

## 4. 傾聴の技法

傾聴は、聴き手と話し手の双方向のやり取りであるので、単なる形として、あるいは技術として身につけることはできない。したがって、これから述べる技術だけを覚えても傾聴はできず、グループ学習などを通じて振り返り、傾聴の基本的態度を培っていく必要がある。

### 1) うなずきや相づち

うなずきや相づちは、話し手の話の流れを変えず、注意深く話を聴いている受容的態度を相手に示すことになる。

- ①うなずき：通常はゆっくり小さく行い、話の内容によっては、速くしたり大きく行う。
- ②相づち：「はい」「そうですか」「なるほど」「えー」など様々なバリエーションがあり、話を促進する。多用しすぎると機械的になり会話を阻害するので注意が必要である。

### 2) 内容を伝え返す

話し手が話した内容（事実、出来事、状況など）を伝え返すことである。内容を伝え返すことにより、聴き手が理解したことを話し手に確認することができる。

例1 「私はいままで一生懸命にやってきました」

「一生懸命に」

例2 「それ以来ずっと、頭が割れるように痛いのです」

「頭が割れるように痛い」

- ①なるべく話し手の言った言葉で短く伝え返す。
- ②聴き手の枠組みで、評価したり否定したりしない。
- ③単にオウム返しをするのではなく、話し手が言いたいことを返していく。

### 3) 感情を伝える

ここでの感情を伝えるということは、聴き手が現在の話し手の気持ちを捉えて伝えることをさす。聴き手は話し手の非言語的表現（声の調子、話し方、表情など）にも注目しフィードバックする。

①話し手の重要な感情（不安、心配、喜びなど）をとらえ、その言葉を伝え返す。

例「みんなが私を避けてきました。とても辛いです」

「とても辛い」

②話し手の非言語的表現（声の調子、話し方、表情など）つかみ、伝え返す。

例 とても不安そうな表情をしている話し手に対し、

「そのことが不安なのですね」

③話し手が言語化できていない感情を伝える。

例「その上司は、家族のことや休みの過ごし方など、いろいろ聞いてきます」

「プライベートなことを聞かれるのが、嫌なのですね」

### 4) 要点を返す

相談時、話が長くなると、話が重複していたり方向が変わることもある。この場合、聴き手が話の要点をまとめて伝えることで、相談内容を正確に把握できたかどうか確認することができる<sup>5)</sup>。また、要点をまとめて伝えることで、話し手も自分の考えや感情に気付くことができ、自分を見つめ直すきっかけとなる。

①要点を返すときは、

- ・話が一段落したとき。
- ・相談が終わるとき、始めるとき（前回の続きの場合）。
- ・話がわかりにくいとき、脱線しているとき。
- ・話し手が混乱したとき。

②話し手の話の要点をおさえ、順序だてて簡潔にまとめる。

③話し手の気持ちにそった要点を返す。

### 5) 質問

質問は、聴き手が話し手の理解に必要な情報を得るだけでなく、話し手の中から思いや考えを引き出すために行う<sup>6)</sup>。まだ、話し手が不安や心配など気づいていないことなどを聴き手が質問することで、話し手は自分の感情に焦点をあてることができる。しかし、質問攻めや無関係な質問は、話し手の気分を不快にするので注意が必要である。

①クローズ型の質問

「はい」「いいえ」で答えられる質問で、話し手は簡単に明確な答えが得られる。会話が進んでいない導入時や話し手が緊張している場合などに使用する。クローズ型の質問ばかりすると、会話が聴き手中心に誘導されることもあるので注意が必要である。

②オープン型の質問

話し手の考えや感情などを引き出すことができ、話し手は自分の言葉で説明する必要がでてくる。話し手の話のなかの曖昧な点や不明な点を質問することで、話し手の感情に焦点をあてることができる。

例「その後、いかがですか」

「どういうやり方がいいと思いますか」

「どのようなお気持ちでいますか」

#### 6) 沈黙に対する対応

話し手が沈黙すると、聴き手は、気まずさや緊張などを感じるが、沈黙も話し手からのメッセージであると捉え、話し手の沈黙がどのような意味をもっているのか、理解することが重要である。

- ①感情が整理できない。考えがまとまらない。
- ②言いたいことを話したので、自然に沈黙になった。
- ③考えをまとめるために、黙っている。
- ④聴き手の返答を待っている。

聴き手は、沈黙の気まずさを変えたいために、沈黙を破るような対応をしたくなるが、沈黙の時間も苦にせず過ごせるようにすることが必要である。そして、話し手の沈黙の意味を理解し、柔軟に対応することが重要である。

#### 4. 傾聴になっていない場合

以下にあげたことは、傾聴していると思われていても、実際には傾聴はされていない。この場合、聴いているようで聴いていないことを、産業保健スタッフ自身が自覚することが必要である。そして、傾聴できない自分を脇において、話に耳を傾けてみる。それでも頭から離れないとらわれは、自分自身の課題として自己の成長への探求に努めることが望まれる<sup>7)</sup>。

- 1) 問題を解決できる有能者であろうとして、相手からの質問や問いかけに対する解答やアドバイスを常に考えながら話を聴いている。
- 2) 相手の話の中に、同じような自分の体験をみだし、本当は同じではないのに同じであることを確認しようとしたり、自分の体験に浸ってしまう。
- 3) 急に話題を変えてしまう。話題や状況の具合が悪いと感じられたり、あきたりすると、相手が十分に話し終えないうちに話題を変える。
- 4) 楽しいと感じられることや、何かを学んでいる時には、自然と傾聴がなされている。  
しかし、不得意な人と話す時や忙しい時、自分にとって都合の悪いことを言われそうな時には、なるべく話を早く済ませようと、話に耳を傾けようとさえしない。

#### 5. 傾聴の訓練

これから解説する傾聴の訓練は、初めて傾聴を学ぶ人を対象とする。産業保健スタッフはリーダーやファシリテーターなどとして参加する。

先に述べたように傾聴は、基本的態度・姿勢・技法を学んだ後、実践を積み重ねなければならぬ。また、ある程度、傾聴ができるようになった人もスーパーバイズを受けるなど、継続した研鑽が必要になる。リーダーやファシリテーターとして参加する産業保健スタッフは参加者に対し、今回の訓練はあくまでも傾聴の第一歩であることを伝え、訓練を開始する。

## 1) 訓練の目的

- (1) 人の話を聴くことができる
- (2) 自身の傾向に気付くことができる。

## セッション1

### ◆「聴いてもらうことの体験」

ここでは聴き手がどのような対応すると、話し手が聴いてもらいやすいか体験する。

### ①グループ構成

4～10名程度のグループを作る。

### ②配置

下記の図を参考にペアを作る。

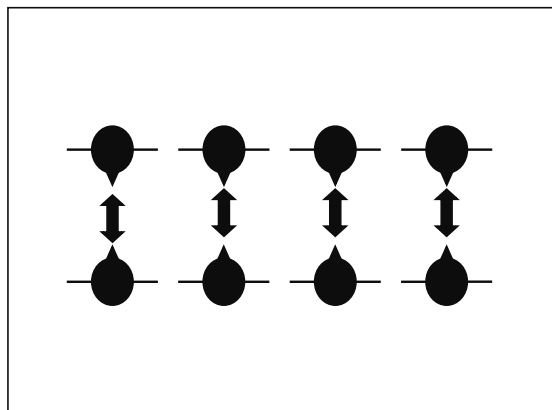


図1 配置

### ③進行

- a. ファシリテーターの合図で開始、終了する。
- b. 話し手は、最近、印象に残った出来事を話す。

#### 1回目

聞き手は、話し手に対し90°で側面を向けて座り、話し手が話している間、うなずいたり声を出すなどの返事は、一切しないで無表情のままにいる。

## 2回目

話し手は、正面から話しかけてください。聞き手は、「はい」「ええ」「うん」の返事や自然に出る「うなずき」をしてあげ、「そうだったのですか」「大変でしたね」「心配ですね」などの返事もしてあげてください。質問をしてもかまいません。

※ 一回の演習は3分間。

※ 合図があったら、左側の列の方、横に一つずれる。

※ 演習が終了したら、円になって振り返りを行う。

## セッション2

### ◆「傾聴の訓練」

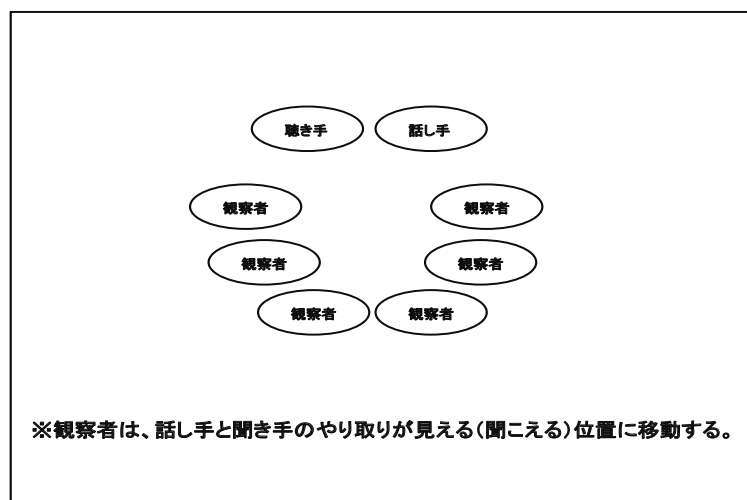
傾聴の初級段階としてのトレーニング方法である。実際のセッションだけでなく、終了後の振り返りが大きな学びとなる。

#### ①グループ構成

4～10名程度のグループを作る。

#### ②配置

下記の図を参考にグループの配置を決める。



#### ③進行（5分間）

- ファシリテーターの合図で開始、終了する。
- 観察者は双方の非言語的メッセージなどを観察する
- 面接が途中で止まった場合、終了して静かに待つ。やり直しはしない。

#### ④振り返り

- 聞き手



- ・聴き手として面接の進め方はどうであったか。
- ・話し手の様子はどうであったか。
- ・話し手の感情をどのように感じたか。

b. 観察者

- ・聴き手として面接の進め方はどうであったか。
- ・聴き手にどのような特徴があったか。
- ・話し手の様子はどうであったか。
- ・話し手の感情をどのように感じたか。

c. 話し手

- ・話を聴いてもらえたと思うか。
- ・話している最中はどのような思いであったか。
- ・話を聴いてもらってどうであったか。
- ・話し手としてどのように感じていたのか。

⑤注意事項

練習時に得られた情報については、守秘義務を守ることが必要である。気をつけていても、ちょっとした不注意が話し手のプライバシーを侵害してしまうことがあるので、十分、気をつける必要がある。

文 献

- 1) 広瀬寛子：看護カウンセリング，医学書院，1994
- 2) 三島徳雄，新小田春美 編：看護に活かす積極的傾聴法，メディカ出版，1999
- 3) 河野友信，青沼忠子，金子美恵：よく聴きよくみる癒しの法則，三輪書店，2000
- 4) 飯田澄美子，見藤隆子 編：看護カウンセリング，医歯薬出版，1997
- 5) 小宮 昇：傾聴術，誠信書房，2008
- 6) 奥田弘美：メディカル・サポート・コーチング入門，日本医療情報センター，2003
- 7) 前掲書3)

#### 4 メンタルヘルス不調者への早期支援事例

早期支援の実際について事例を用いて紹介する。

##### 【事例 1】

##### 1. 事例紹介

製造業 男性 Aさん 37歳 グループ長

早期支援の経路：上司からの相談

以前から仕事による負荷がかかっている様子で、最近は表情も暗いので気にしていた。「先週、グループ長を降ろしてほしいと申告があったのでメンタルが原因ではないかと思い、相談にのってほしい。」と保健師に申し出があった。

Aさんは高校を卒業し入社。入社以来、ラインの作業に従事していた。性格は非常に真面目で2年前にグループ長に昇格した。

Aさんは健診で胃精査の指示が出ていたので、近医（総合病院）を受診し、内視鏡を受け、結果判定を待っている状態であった。仕事のことが原因で体調を悪くしたと思っている。半年前から不調を感じ始めたが、最近特にきつと感じている。先週、上司に話をしてから少し楽になった気がすると言う。Aさんは2年前にグループ長になってから、仕事をうまくこなしていくことができないと感じており、何をどうすればいいのかわからなくなり、相談しても解決できないと感じている。

「新しいプロジェクトが5ヵ月後にできる予定で、それまでに準備しないといけない事がある。」「何から手をつけていいか考えて、時々パニックになったり胃のあたりが痛くなる。」「グループ長の役割を果たしていない。」と話す。

食欲はあり、睡眠は時々、眠れない日もあったが、先週上司に話してから眠れるようになったと話す。役職を降りて早く楽になりたいと思っているが、2年も作業をしていないので降りたら本当に楽になれるかというのもわからず不安だと話す。気分転換にパチンコをするが、勝てば1日、負ければ直に帰る。今は行きたいと思わないと話す。

##### 2. アセスメント

抑うつ気分がある。職責を果たしていないと感じている。思考力に欠けており、パニックを起こすこともある。職場が新しくなるが何をしたらよいか考える気力がない。役職を降りたいと伝えたが、元に戻ることも不安に思っている。睡眠は上司に話したことで少し改善したが、不眠は続いていた。

役職に不適応をおこしており、抑うつ状態が強く、身体症状として不眠の訴えもあったので専門医の受診が必要と判断した。直に産業医へ報告し、産業医は専門医を紹介した。

##### 3. 専門医受診

面接2日後専門医受診。適応障害の診断を受ける。

前日に役職を降りる事が決まり、本人に伝えられ安心した事と本人希望もあり服薬なし

で経過観察となった。

#### 4. フォローアップ

専門医へ定期的に受診しており、しばらく様子を観察し、時々様子を聞かせてもらうように約束した。その後の様子は時々上司より報告を受けており、4 ヶ月後に本人の希望で面接を行うことになった。4 ヶ月後の面接では「専門医を受診して、自分の状態がわかって良かった。」「以前の作業に戻って本当に良かった。」「同じ仕事を続けるのが合っている。」と話す。このまま経過観察し、何か不調があれば相談するように伝えた。

### 【事例 2】

#### 1. 事例紹介

営業職 男性 B さん 33 歳

早期支援の経路：本人が上司に相談 上司から相談があった例

B さんは入社 7 年目で家族構成は夫婦 2 人、まじめで頑張り屋の性格であり、最近地方勤務からとても忙しい本社への異動となった。

本人が考課面談後に、自ら上司への相談、上司からの健康管理センターに相談があった。その日の夕方少し時間をとってもらい、本人に来室していただき面接をした。

#### 2. 面談結果

面接時には、一生懸命に仕事をして過重労働傾向がみられたが、「その部署からしてみれば、あたりまえの勤務体制」と話しており、土日の休みも思うようには取れない状態だった。

異動して間もないこともあり、勤務年数からしても下の方であり、どうしても慣れるまでに長時間勤務が続いていることがあった。地方から本社への異動であり、ある意味では猛烈社員が集まっている部署であり、本人も頑張らなければという強い気持ち、期待に添うようにしなければというプレッシャーが非常に大きかった。

地方での仕事は十分こなしてきた B さんであったが、その部署でのキャリアが少ない、仕事の仕方の変化がありエネルギーの消耗が大きかった。本人は体力的に自信があり大丈夫だと思っていた。

B さんとの面接では疲れてはいるようだが話す言葉に高ぶっている様子がみられた。今は休めないという一点ばり、結構頑固でその意思を通した。上司も勧めるが、まだ仕事をしながら様子をみたいということの気持ちがとても強かった。

#### 3. アセスメント

身体症状として長時間労働による疲労感があり、眠れない、不眠状態が続いていた。

精神症状として頑張ろうとするが疲労感が強く、仕事に集中できず、思うように進まなくなってきた、気分がどんどん沈んでゆくばかりだった。焦燥感、イライラ、ましてや、

この忙しい時に休むとことの気兼ね、迷惑かける、仕事から離れる不安、そのこだわりも強かった。同僚に対しては、申し訳ないと思う気持ちと、どんな風にみられているのかと、自分への評価をととても気にして、あせりばかり募る状態だった。

初め、行動面ではなんとか表面上働けている状況には見えていた。営業ということで相手に合わせる状況もあり、やれそうに思っていたが、人と会うことでの緊張感や疲れがひどく、そんなに体を使っていないのに動けない体力の続かなさも感じられていた。

これ以上の仕事を続けられる状態でないと判断、本人のこだわり、早期支援が必要と考え、専門医からの指示を仰ぎましょうという話をもって受診をすすめる。

#### 4. 産業医（精神科医）の面接

##### 診断 抑うつ状態

本人の希望を取り入れた仕事場の近くにある精神科医クリニックの受診となった。本人の同意を得て同行受診、社内の事情、仕事内容など詳しく説明して主治医の話を伺った。休むことへのこだわりが強く、本人の意向に添うことで少し様子みてもという柔和な意見だった。処方薬を受けてまず服用しながら様子を見ることになった。

上司とも相談、仕事を続けるための条件を出した。勤務時間を早めに切り上げて帰ること。午後5時になったら帰宅する、土・日は休むように提案し、決して夜8時以降の勤務は絶対にしないこと。本人がようやくこの条件を受け入れることになり、本人の意向を尊重して2週間後にまた相談することにした。

本人の了解を得た範囲で、現場には事情を話して配慮をお願いした。上司に、一人の現場責任・担当者を決めていただき、時に自分の状態を伝えるようにお願いした。もちろん本人の了解を得て、希望もあり、上司・担当者との連携をとりながら状態を見守った。

同僚の目が気になることに対して、体調の好ましくないことを伝えればいい、詳細に伝える必要はない。ある意味、自然とわかることにはなるだろうが、自分がちゃんと仕事ができる状態になることが先決。この治療の必要性、休業の意味をよく話し合った。上司への信頼度が高かったこと、上司も本人の気持ちを察し受けて入れて快く運んでくれたことも順調な診察につながった。

勤務を軽減したが、かなり消耗して、「日中にぼんやりする」と訴えもあり、薬を飲んで仕事に行くこと、定量の服用は難しいとの思いもでてきた。2週間後の診察時には、妻も同伴し、診察終了後には話合うことができた。

主治医からも病状等を改善するためには、いま休業すること、仕事を離れることが最良の方法であることを伝えられた。仕事へのこだわりはあるが、また体力を回復して元に戻るためにも、いまがとても大事な時、休養が必要な時だということを、ようやく自分で受け入れられるようになり、休業に入ることになった。3週間後の休業開始だった。

妻は仕事をしていた。妻にも迷惑かけるなどの気遣いもあり、一人でいることは大丈夫ということで、妻はそのまま仕事を続けて見守ることになった。

本人にはもちろん、妻にも休むことへの不安に対して、じっくり聴き、社内の休業のル

ール等を十分説明した。休むことへのこだわりの強さに対して、有休休暇の活用で、経済面の変化もなく欠勤にはならない形での治療期間となることを説明した。

休むことで、昼にぶらぶらしていることは近所の人の目を引くことを気にされていた。いまは外出することなく体を休めることで家に居ていい、まずは薬を服用して十分休養をとること、ひたすらごろ寝でいいんだよと勧めた。今は仕事から離れる、休養する、薬を飲む、これにつきるということを理解してもらった。

## 5. フォローアップ

休業中のケアとして、定期的な連絡を受けながら、傾聴、あるがままの思いを大事にした支援、産業医との面談を必要に応じて実施しながら6ヶ月の休業後、試し出勤制度の軽減勤務を経て復職した。

### 【事例3】

#### 1. 事例紹介

製造業 男性 Cさん 56歳 係長

早期支援の経路：一般検診の問診から有所見者面接

会社の輸送部門で、主にトラックで製品を集積する倉庫まで輸送する仕事をしていた。製品の積み下ろし作業があり、6か月前に椎間板ヘルニアになり、手術を行い回復していた。医師からは荷物の積み下ろしは腰に負担がかかるために止めた方がよいと言われていた。会社の配慮でその後デスクワークとなり、現在は主にトラックの配車担当をしている。

#### 2. 面談結果

Cさんは慣れない仕事でプレッシャーを感じていたと言う。3か月ほど経っても仕事に慣れず辛いと言う。夜中に目覚めてしまいその後、眠れず、朝眠くて起きられず辛いと話す。やっと出勤し、日中も眠くなることがあると言う。1日中憂うつで何もしたくない気持ちである。しかし、決まった仕事をしないわけにもいかず、何とか続けているがミスも多いと言う。その都度迷惑をかけており、食欲もなく、妻には仕事を辞めたいと話しているとのこと。

#### 3. アセスメント

一般検診にて、事前に社員に問診票を配布しチェックしてもらっており、その中に

- ・最近2週間、ほとんど1日中、ほとんど毎日憂うつでしかたがない。
- ・最近2週間、ほとんど1日中、ほとんど毎日何をやってもつまらないし、喜びを感じない。

という2項目がある。上記2項目のいずれかにチェックを入れた人を対象にして、一般検診後に保健師が面接を行っている。

面接の結果より2項目の精神症状について、面接時も続いていることを確認した。身体

症状については、食欲の減退、不眠、疲労感が強いことが認められた。仕事がうまく出来ないことを気にしており、仕事を辞めたいと考えていることなどもあり、うつ傾向にあると判断し、すぐに産業医との面接を設定した。

#### 4. 産業医との面接

産業医との面接後、専門医への受診を勧められ、その結果、「うつ病」と診断された。その後は、勤務を休むことなく服薬しながら平常勤務を続けている。

### 【事例 4】

#### 1. 事例紹介

製造業 男性 D さん 38 歳 係長 交代勤務

早期支援の経路：定期健診時調査票・問診の有所見者面接

3 年前、係長になったことを機会にうつ病なり、1 ヶ月間服薬治療したが、係長を降ろさせてもらおうとよくなり、その後、受診していない。

昨年、健診時の問診で、抑うつ感・睡眠の乱れなどの訴えあり、面接を行った。

#### 2. 面談結果

仕事でグループのリーダーになり、プレッシャーを感じてきているが、上司には言い出せないと言う。薬は効かないので飲みたくない。自分で治したいと思っている。と話す。

#### 3. アセスメント

本人は自分で治したいと話しているが、現在は抑うつ症状が認められないが、うつ病の既往もあり、このままでは症状悪化につながる可能性があるかと判断し、産業医との面接を設定した。

#### 4. 産業医との面接

産業医が紹介状を書き、本人へ手渡し、専門医への受診をすすめるが、なかなか受診せず、3 ヶ月後ようやく受診した。「適応障害・うつ状態」と診断され投薬をうけた。

#### 5. フォローアップ

専門医への受診につながったが、「2 ヶ月間通院しても変わらない」という理由で、治療を中断した。服薬も不定期であった。その後も定期的に面接を実施している。本年度の定期健診でも、抑うつ感を訴えており、様子を見守っている。

## 5 メンタルヘルス不調者に対する個人情報管理

### 1. 産業看護職における個人情報保護の考え方

平成 17 年 4 月から、個人情報保護法が全面施行され、企業・団体・公務の職場では事業者としての取り組みがはじまって 6 年目をむかえ、個人情報保護に対する方針が大分定着してきたと思われる。しかし、保健医療従事者は他の職種以上に機微な個人情報を扱うので、一般の事業者を対象とする「個人情報保護法」に従うのは当然であるが、厚労省による「医療・介護従事関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」の対象にもなるため、これらの内容をよく理解したうえで、対象者や保健医療職、さらには職場の関係者と接する必要がある。

保健医療職が個人の健康情報を扱う時、まず守るべきは守秘義務である。個人の健康に関わる情報は特に機微な個人情報であり、「職務上知り得た情報を第 3 者に漏らしてはならない」ことである。これは紀元前 4 世紀にギリシャで医学の父と言われたヒポクラテスらが神々に誓った「ヒポクラテスの誓い」以来医療従事者が守ってきた基本である。

しかし、近代社会においては、個人の尊厳を重視するという考えのもと、個人情報はその主体者である本人のコントロール（制御）権を最重視する方向に変わってきた。この結果、現在では、産業看護職は、保健医療者としては守秘義務を、そして職場で働く職業人としては、個人を尊重し個人情報に関する本人のコントロール権を重視することが求められている。

特に産業看護職がメンタルヘルス不調者に対応するためには、本人はもちろん、産業医・本人の主治医などはもちろん、本人の職場の上司や関係者、あるいは家族など医療関係者以外の人々と情報を共有すべき場面が多い。医療関係者については、個人情報の取り扱いについて十分な理解を持っていることが期待できるが、職場の関係者や家族に関しては、個人情報保護に関する知識が十分でなかったり、不慣れであったりする場合も多い。

産業看護職は、個人情報の取り扱いに十分な知識を持ったうえで、本人や家族の意思を尊重しながら、チームとして必要な情報を共有し連携をとりつつ、よりよい看護を心がけることが大切である。

### 2. 個人情報保護法と関連法規など

#### 1) 個人情報のコントロール権に関する OECD の 8 原則

個人の尊厳を尊重するための、個人情報のコントロール権については、1980 年に OECD（経済協力開発機構）によるプライバシーガイドライン（Guideline on the Protection of Privacy and Transborder Flows of Personal Data）が制定された。ここには以下の 8 つの原則が示され、その後各国におけるプライバシー保護関連法の基礎となっている。

（1）収集制限の原則：個人データの収集は公正な手段により、情報主体の個人に通知または同意を得て収集されるべきである。

(2) データ完全性の原則：個人データは、その利用目的に沿ったものであり、正確・完全・最新であるべきである。

(3) 目的明確化の原則：個人データは収集目的を明確にし、データ利用は収集目的に合致する範囲に限定すべきである。

(4) 利用制限の原則：個人データの利用は、データ主体者の同意がある場合や法律の規定による場合をのぞき (3) で明示された目的以外に使用してはならない。

(5) 安全保護の原則：個人データは、合理的な安全措置により、紛失、破壊、不正な使用、修正等から守られるべきである。

(6) 公開の原則：データの管理運用方針等を公開し、データの存在、主要な利用目的、管理者等を明示するべきである。

(7) 個人参加の原則：自分に関するデータの所在を確認することができ、その内容に関しては確認できるか、できない場合には異議申し立てを保証するべきである。

(8) 責任の原則：データ管理者は①から⑦を実施する責任を負う。

## 2) 個人情報保護法と厚生労働省の医療・介護職へのガイドライン

わが国の個人情報保護法は、上記 OECD の 8 原則に則り「個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護する」ことを目的とし、一般の事業者が行うべき個人情報の保護を罰則付きで規定している。この法律では、6 ヶ月以内に 5000 件以上の個人情報を取り扱う一般の事業者を対象としている。これをもとに、事業所では、①個人情報保護の責任者を決め、管理体制が作られる、②個人情報が適正に収集され、③明示した目的に沿ってデータの完全性が保持されて利用され、④漏洩や目的外の利用、外部への提供から保護され、⑤自己の情報は本人の求めに応じて開示される、ことなどが公開された手続きに従い保証される。

ただし、法律は小規模な事業場を対象としていないし、医療関係者への特別の規定もない。これを補完するものとして、厚生労働省は 1985 年に「医療・介護職のためのガイドライン」を定めた。この中では、特に機微な個人情報を取り扱うとの理由から、医療・介護職に関わるものは事業所の規模にかかわらず、個人情報保護法を遵守すべきことを定めているが、一方では「本人の生命の保護や診療の連携のために積極的に利用しなければならない場合で本人の同意を得るのが困難な場合には目的外使用の禁止に関する義務の適用を除外する」とも定めている。

以上をまとめて考えると、たとえ個人情報保護法の対象外とされる小規模事業場であっても、保健医療に携わるものは個人情報保護法にしっかり対応することと同時に、一方では、生命の保護や診療の連携のためには個人情報を積極的に活用することも求められているといえる。

## 3) 事業場におけるメンタルヘルス関連情報の取り扱い<sup>4)</sup>

具体的な場面におけるメンタルヘルスに関わる特に機微な健康情報の取り扱いに関して



は文献4)に詳しいが、以下に事業場内の取り扱いに関して概要を述べる。

事業場内の産業保健スタッフがメンタルヘルスの相談を受ける場合、相談の場で取得した個人情報とは同一事業場内で取り扱う限り個人情報保護法の第三者提供には当たらない。むしろ、医療職等に課せられた守秘義務に従うことと同時に就業上の措置が必要な場合、それが適切に行なえることが重要である。取得した個人情報は人事担当者や職場の上司に対して秘密にしておけばよいのではなく、事業者が適切な措置を実施できるよう健康情報を加工して通知することが重要である。本人が事業者には通知しないよう希望する場合であっても、特に生命や健康の保護、あるいは労働安全衛生に関する措置が必要な場合には情報を提供すべき場合もある。

複数の産業保健スタッフが相談を受ける場合にはチームとして対応し、相談記録など情報を共有するとともに、チームとして本人や事業者に対して助言や指導を行い判断し対応することも重要である。そして、産業保健スタッフが責任者となって保管記録などを閲覧できる職種や担当者の範囲を決めておくことが望まれる。ただし、相談内容などで産業保健の推進に不必要と思われる個人情報は記録に残さない配慮も必要である。

#### 4) メンタルヘルス不調者への対応における個人情報保護

メンタルヘルスの不調を、早期に発見し適切な対応を取ることが何より大事ではあるが、それとともに、問題が分かった時点で、本人と職場がどう対応するかが重要である。早期に適切な対応がとれれば、その後の経過も良く、休職による治療などが必要であっても職場への復帰もスムーズに行われる場合が多くなるが、対応が遅れば症状が改善されなかったり、改善されても職場への復帰が困難な場合も多くなる。

そこで重要になるのが、特に機微な健康情報に対する取り扱いである。メンタルヘルス不調者は、不調を抱えながらも、医療機関にも職場の上司にも訴えて行かない場合も多い。本人や職場の上司や同僚から、あるいは定期健診などでメンタルヘルス不調の訴えがある場合には、産業医はじめ産業保健職の判断で適切な措置を考えることになるが、できるだけ早期に職場の上司などが関わるのが重要である。

個人情報保護の観点からは、産業保健スタッフが職場の関係者に対して医療情報を開示することは、本人の不利益になる場合もあり、本人の同意が必要である。特に、本人が現在の職場での仕事への評価や人間関係に問題がある場合には、本人が産業医、主治医、産業看護職などの保健医療職にどこまで心を開くことができるかがカギを握る場合が多く、不調者本人が産業医・主治医・産業看護職などに対してどれだけ信頼感を持っているかが何より重要である。不調者本人の訴えを本人の身になり親身になって聴き、一緒に問題解決に当たるという姿勢を示すことで、本人が安心して冷静な判断ができ、はじめて前向きな対応がとれるようになる事例は多い。

また、職場を巻き込むに当たっては、上司（リーダー）に健康情報の取り扱いの基本を十分に理解してもらった上で取り組む必要がある。健康増進のための研修会などの中でリーダー層に浸透させていくことも、職場のメンタルヘルス向上のために有効である。

## 5) メンタルヘルス不調者に対する対応例 ( Q & A )

Q 1 : 職場内に、最近、同僚とのコミュニケーションがとりづらく、突然の欠勤が目立つなどメンタルヘルスに問題がありそうな部下がいて、仕事上も支障が出ている。一度医療機関の受診を勧めてみたいが、いきなり本人に勧めるのはプライバシーの侵害にならないか? (職場の上司)

A 1 : 仕事上支障がでているので、率直に話しを聞いた上で必要なら診察を受けるよう勧めるのに問題はない。しかし、本人との関係で、職場の上下関係が強く出て率直な話ができないような場合は、直接の利害関係の少ない産業医や産業看護職など産業保健スタッフに相談し、カウンセリングを行ってもらうのも方法かと思う。普段から何でも相談できる風通しのよい職場作りが大事である。

Q 2 : 気分がすぐれないとして、相談を受けにきた従業員が、職場の上司や同僚には相談にきたことを言わないでほしいという。しかし、職場の人間関係に問題があるようで、職場の改善を図ってもらう必要があると考えた。職場の上司にどのように伝えるべきか

A 2 : 個人情報保護法の趣旨からいっても、さらに産業看護職が最も大切にすべき本人との信頼関係を築くためにも、本人の了解がないまま (個人が分かる形で) 職場の上司に伝えてはいけない。(もちろん生命や安全衛生上、問題が予想されればこの限りではないが)

産業看護職としては、本人への対応を続けるのはもちろんであるが (産業看護職が考える) 職場の問題を適切な形で職場に投げかけ解決を図ることも重要になる。個人が特定できない形で職場運営上の問題を直接上司に伝えられるかもしれないが、一般には、産業看護職と職場との間で連携をはかることが不可欠であり、職場の健康を守り増進するための取り決めや仕組みが必要であるとともに、普段から職場巡視など行う中で職場の状況を把握することも重要である。

Q 3 : 職場の人間関係からうつ状態が続き、産業医・主治医・産業看護職のチームによる治療の結果改善され、職場への復帰を考えているが、前の職場の上司が復職の受け入れに難色を示し、本人も別の部署への配置転換を望んでいるため、希望部署への配置転換を考えている。このため、相手部署に本人のスキルとともに、これまでの診療経過などを伝える必要がある。相手部署にこれらの情報を提供しても問題はないか?

A 3 : 情報提供に関しては、本人が了承すれば個人情報保護の観点からの問題はない。この場合の問題は、むしろ、産業医・主治医・産業看護師などが治療の経過などを丁寧に説明し、新しい職場への復職の計画に関与し、経過を見守りながら無理のない形ですすめることが重要である。

## 文 献

- 1) 「産業保険版個人情報保護と活用の手引き」：産業医科大学産業生態科学研究所編，法研，平成 19 年
- 2) 情報管理基礎編第 1 回：産業看護，58-60，vol. 1 no. 1，2009
- 3) 情報管理基礎編第 2 回：産業看護，61-64，vol. 1 no. 2，2009
- 4) 働く人の心の健康の保持増進，新しい指針と解説，中央労働災害防止協会，115-118，2006

## V 技術、理論

### 1 面接

産業看護職が行う面接技術は身体的問題であっても精神的問題であっても基本的には同じである。しかし、メンタルヘルス不調者には「精神疾患であることを否定したい」「自分の不調を知られたくない」「相談することへの不安」などの思いがあるため、対象者の問題を理解するのに時間がかかることがある。看護職は対象者との関係性を作りながら、問題が明らかになり解決できるように、その過程をともに歩くことが求められる。

#### 1. 面接の進め方

面接は対象者との会話で成り立つ。そこでは対象者と看護者のかかわり、つまり対象者と看護者の相互関係により会話が発展し、問題の解決に向けて看護職が目標をもって意図的に進める。

対象者への支援が情報収集、アセスメント、問題の明確化、計画、実施、評価という看護過程により行われるように、面接の中でもそのプロセスを繰り返す。相手の話の内容をアセスメントし、問題を推測しながら更に情報収集を行い、問題を明確化して、計画、実施、評価していく。

面接では、対象者とのラポールを形成することが基本であり、かかわりの始め方がその第一歩となる。面接は、かかわりの始めとなる初回面接とラポールを活用してかかわる継続面接に大別できる。

#### 2. 初回面接

メンタルヘルス不調者と初回面接する場面は、健康診断時間診、健康診断後保健指導、ストレスチェック後ハイリスク者面接、健康相談、上司からの紹介による面接などさまざまである。どの場面でもそこは対象者と看護職の出会いの場であり、ここから関係づくりが始まる。対象者は「この人に相談しても大丈夫だろうか」「こんなことを話してもよいのだろうか」と抵抗を感じているかもしれないので、看護職は相手が何でも話せるような心理的・物理的な場づくりを心がけることが大切である。

##### 1) 健康診断時間診・健康診断後保健指導

あらゆる健康ステージの人びとが対象となる健康診断時間診や身体的な健康課題のある人びとを対象とすることの多い健康診断後保健指導では、一見では分からないメンタルヘルス不調にも気づくことができる。また、看護職に相談できる機会であるため相手から訴えて来ることもある。メンタルヘルス不調者との初回面接では、今後の対応を判断するための必要最低限の情報を収集しなければならない。

問診では身体のみならず精神面の情報収集を行い、多面的に対象者の健康課題をアセスメントする。しかし、問診の場は十分にプライバシーが守られた環境ではない限られた時

間の中で行われるため、相手は安心して本心を語りにくい。したがって、看護職は相手の表情や態度、話す内容から対応の必要性や受診勧奨などの方向性と対応の緊急性を適切に判断しなければならない。問診の場面のみで対応できないならば「もう少し時間をとってお話を伺いたと思います」などと伝え、次の面接の約束をして、的確に対応できる場を準備する必要がある。

保健指導では既に分かっている健康課題のみに話題を集中するのではなく、全人的に対象者を把握することが大切である。保健指導はプライバシーの守られた環境で時間をかけに行えるため、看護職はメンタルヘルス不調にも気づきやすい。また、最初は身体の話をしていても、「実は…」とメンタルヘルス不調について相談されることもある。看護職は時間をかけて対象者の話を聴きながら情報を収集してアセスメントし、受診や経過観察の必要性の有無を判断することができる。受診が必要な場合は、対象者と十分に話し合い、相手が納得して受診できるように働きかける。相手が受診を強く拒否する場合は無理に受診させずに次回につなげることが望ましいが、病状による判断力の低下や希死念慮がある場合は、職場や家族と連携して受診させなければならない。

## 2) ハイリスク者面接・健康相談

ハイリスク者面接や健康相談の場合は、対象者が不調を自覚していることが多い。そのため対象者に自由に話してもらい、相手の困っていることに焦点を当てて解決策を考えていく。専門職としての必要な情報収集に走ると、相手は「話を聞いてもらえない」「自分のことを分かってもらえない」と感じて話を中断してしまい、相手の本当に困っている問題にまで行き着かないことがある。メンタルヘルス不調者との初回面接では、相手の話を聴きながら、アセスメントに必要な情報を聞き、相手の困っていることを共有して、その解決方法をともに考えていく。看護職は相手の病状の訴えに気をとられてしまうと相手の困っていることに気づかないこともあるので、相手が発言している内面に目を向けることが大切である。

受診が必要な場合は、受診に対する相手の気持ちを聴きながら相手が納得して受診できるようにする。受診の必要性を感じていても受診する決断がつかずにいることもあるので、その気持ちを受容、共感しながら決断できるようにかかわる必要がある。受診を必要としない場合でも、継続した面接を要するならば、次の面接までの課題を互いに確認して、面接日時を約束する。

## 3) 他者からの紹介による面接

上司などからの紹介による面接では、対象者は相談の必要性を感じておらず、不本意ながら来室することも少なくない。看護職はその思いを理解しながら、話を聴く。面接に来たことを本人がどのように思い理解しているのか、どのようなことがあったのか、本人は上司が問題だと思っている事柄をどのように捉えているのかなどの情報を集める。上司からの情報は一側面からのものであり、それを鵜呑みにせずに、本人からの情報を得てアセスメントしなければならない。本人から話を聴くと上司からの情報とは違うアセスメントになったり、対象者の状況や病状などを理解できたりする。

面接では本人が困っていないならば、本人と上司の捉え方の違いに焦点を当てそれを埋める方法を考えたり、本人が病状に気づいてそれに対処できるように働きかける。

### 3. 継続面接

看護職が継続面接する場面には、療養中や治療中の対象者との定期面接や経過観察のための面接がある。継続面接を必要とする場合は、対象者のもつ問題が大きかったり複雑だったりすることが多く、より一層のきめ細やかな関わりが必要であるため、ラポールを形成することがより重要となる。また、継続面接では対象者ひとりでは解決できない問題を看護職が解決に向けてその過程を同行するのであり、看護職は問題解決の方向性をわかっている専門職として、面接目標を立てながら一回一回意味ある面接を行わなければならない。

面接は面接時間を設定し、限られた時間を有効に使う。1 時間を超える長時間の面接は対象者が疲労したり、目標が不明確になったり、効果が出にくくなることもあるので避けたい。面接終了時には面接で話し合ったことを確認し、次回までの課題を示して面接の目標を共有しておくといよい。

対象者の抱える問題によっては看護職のみでは対応できないこともある。対象者の問題を抱え込まずに、自分で対応できるのかを見極め、産業保健スタッフのチームとして対応していくことが大切である。働く人びとのメンタルヘルスの問題解決には職場調整が必要なことも多いので、対象者をサポートする体制づくりも必要である。

#### 1) 定期面接

対象者が療養中や治療中の場合は、就業措置を伴うことが多い。面接では表情・動作・会話の内容・コミュニケーションの取り方などを観察し、病状・治療状況・生活状況・労働状況の確認を行う。対象者は焦り・不安・恐れなどを感じていることが多いので、看護職は相手の内面に目を向けながら面接を行う。

療養中の場合は、早く復帰したいという焦燥や仕事が無くなってしまうのではないかと不安などから早期に復帰を望むことがあるが、早すぎる復帰は病状の再燃につながりやすいので、相手の焦りや不安を軽減して適切な時期に復帰できるようにする。職場復帰後の場合は、周囲への気兼ねや仕事をやり遂げなければならないという焦りから無理することもあるので、病状に合わせて業務遂行できるようにする。

#### 2) 経過観察

経過観察のための面接には、就業措置解除後や就業措置を伴わない対象者との面接がある。

精神疾患には再発しやすい疾患もあるので、就業措置解除後でも再発予防を目的に経過観察することが望ましい。就業措置を伴わない場合でも対象者が困っていることの解決や状況確認のために面接を行うことがある。

経過観察中に症状が悪化して職場調整や就業措置が必要になることもあるので、看護職はその判断ができるようにしておく。また、経過観察を終了する適切な時期を決定するこ

とも必要である。そのためには、対象者の課題解決の **GOAL** を設定しておくといよい。終了時には双方が課題解決したと感じ合え、一連の面接の意味づけを行い、対象者の今後に活かせるようにしたい。

#### 4. 具体的な面接の進め方

産業看護職はファーストラインプロフェッショナルであるため、働く人びとから最初に相談されることの多い職種である。つまり、そのときに適切な判断を行うことを求められる専門職であるといえる。

ここでは、健康診断時間でメンタルヘルス不調を訴えている社員への対応を例に具体的な面接の進め方を示す。

##### 1) 専門医につなげた例

A さん、男性、35 歳、事務職、一般社員

A さんは問診を待っている間も、少し背を丸めてうつむき加減だった。順番になって着席しても表情が乏しく話し声も小さく覇気がなかった。問診票の自覚症状には「眠れない」「朝起きるのが辛い」「体がだるい」「相談できる人がいない」にチェックがあった。

看護職は問診票にそって話しながら A さんとの関係づくりに努めた。そして自覚症状に精神症状があることに触れ、A さんの反応を観察しながら状況を尋ねた。A さんは言葉を選ぶように「異動して 6 ヶ月になりますが、なかなか慣れなくて…」と言った。看護職の「6 ヶ月間努力されてきたのですね」という言葉掛けに A さんは「最近は朝早く目覚めてしまい、仕事のことが気になって、そのあと眠れません。この職場ではちょっと無理かなって思うこともあるのです」と返し、寝不足のためか朝が辛いこと、休日もしめずに家でゴロゴロしていること、気分も落ち込みがちであること、食欲はあまりないが無理して食べていること、職場も忙しいので自分ばかりが大変ではないと思っていること、それらの症状は 1 カ月くらい前から出現したことなどが語られた。看護職は受診が必要であると判断し、専門医へ受診する希望があるか聞いたところ、A さんは迷っている様子であった。看護職は問診の場での受診勧奨は難しいと判断し、「もう少し詳しくお話を伺わせて頂き、どうすればよいのかをご相談させていただきたいのですが、いかがでしょうか」と問いかけ、A さんから承諾を得た。看護職は時間を空けずに面接した方がよいと判断し、A さんの都合と合わせて 2 日後に面接を予定した。

看護職は問診の経過を産業医に報告し、面接により受診が必要な場合は産業医につなげることにして、約束した日に A さんと面接を行った。

面接では A さんから「そろそろ係長になれる時期でもあるので、異動してステップアップしたいと思ひ希望していた。しかし、この職場は前職とは職場の雰囲気も全く異なり、業務内容も違うため戸惑うことが多かった。ひとり作業で周りも忙しそうで訊くことも遠慮してしまう。6 ヶ月も経つのに、まだ仕事覚えられないのかと思われているようで、ますます訊くことができない。異動 3 か月後くらいから仕事に行きたくなくて遅刻するよ

うになった。夜も仕事のことが気になって、朝早く目覚めるとそれから眠れない。食欲も落ちてきたため妻も心配するようになった。妻にも心配かけて申し訳ない。課長に相談しようかとも思うが、皆が忙しくしているのに、こんなことで相談できない」という話が聞かれた。受診については「妻も心配しているので受診した方がよいのかとも思う。だが、本当にそんなに悪いのかとも思う」と踏み切れない様子であった。看護職は受診を無理に進めずに、産業医に判断してもらってはどうかと提案した。Aさんが同意したので、翌日の産業医面接を約束した。

産業医面接でも症状から判断すると受診が必要であると言われ、Aさんは病院紹介状をもらい受診することになった。

## 2) 経過を観察した例

Bさん、26歳、男性、技術職、一般社員

Bさんは静かに問診を待っており、順番になると小さな声で「よろしくお願いします」と言って着席した。問診票の自覚症状には「頭痛がする」「ときどき下痢をする」「眠れない」「朝起きるのが辛い」「体がだるい」「相談できる人がいない」にチェックがあった。

看護職はBさんの反応を観察しながら問診票にそって話を進めた。そして自覚症状に精神症状があることに触れ、状況を尋ねた。Bさんは周りを気にしている様子で言い淀んでいたため、「別のところでもう少しお話を伺わせていただけますか」と尋ねるとBさんが同意したので、1週間後に面接を予定した。

看護職は問診の経過を産業医に報告し、面接により受診が必要な場合は産業医につなげることにして、約束した日にBさんと面接を行った。面接ではBさんから「初めての異動で4か月が経った。前職は職場の仲間の仲がよく、何でも話せたし、今回の異動も頑張ってきて来いと送り出してもらった。今の職場は縦の関係が厳しく、質問できる雰囲気もない。分からない仕事も自分で調べながら行うため時間がかかり残業が増えている。仕事は少しずつ覚えて来たが、出社するのが辛い。仕事のことを考えると憂うつになり、食欲も落ちる。よく眠れないためか、朝もすっきり起きられないし、腹痛を起こすこともある。出社しても職場の臭いが嫌で吐き気がするため職場に入りたくない。金曜日は翌日休みだと思うとよく眠れる。日曜日の夕方になると翌日のことが浮かんできて憂うつになる」という話が聞かれた。看護職が「4か月頑張ってきて来られたんですね。最初に比べるとお仕事も覚えて、緊張が少し解けてきたのでしょうか」と尋ねると「そうかも知れません。最初は仕事を覚えるまでは仕方ないと思っていましたから。でも前職場はすごくよい雰囲気でも聞くことができた」と言う。前職場と比べるとBさんに現職場の先輩について問うと、「飲み会もあり、聞くことのできる先輩もいるが、忙しそうで遠慮してしまう」との返事があったので、看護職はその先輩を活用して職場適応を進められるのではないかと考えた。「その人は職場の雰囲気のことをどう思っているのでしょうか」と看護職。「何とも思っていないのではないかな」とBさん。「異動して来た最初から?」「どうだろう。僕より長いから、もう慣れてしまったのかな」「そうかもしれませんね。Bさんだけがそう思うとはあまり考



えられないけれど…」との言葉に B さんが笑顔になり「今度聞いてみます」と言った。睡眠状況の改善のために受診を進めたが、「ん～もう少し様子みてみます」との返事だったため、次の面接の約束をして終了した。

問診では問診票に記入された項目のみならず、目の前にいる対象者を全人的に捉えて、短時間であっても相手の健康課題を的確に把握しなければならない。特にメンタルヘルス不調は直接会うことで気づくことができるので、意識的に情報収集する必要がある。

(1) 問診を待っている時から観察は始まる

A さんや B さんの問診を待つ様子から看護職はメンタルヘルス不調があるのかもしれないと推測して問診に臨んでいる。対象者の話す内容のみならず、観察からもメンタルヘルス不調に気づくことができる。それにより看護職は問診開始前に対象者との話の進め方を組み立てられるので、メンタルヘルス不調を見逃さずにすむ。

(2) 関係づくりをしながら対象者の状態を推察する

A さんと B さんの問診票の自覚症状にはメンタルヘルス不調を疑わせる項目がチェックされていたので、メンタルヘルス不調が疑われた。しかし、相手がメンタルヘルス不調をどのように捉えているのか分からないまま、いきなり心の問題について触れたときの相手の反応を予測できないため、看護職はまず相手とのラポール形成をしている。そして、問診票に沿って話を進めながら全体的な健康状態を把握して、メンタルヘルス不調の程度を確認している。それにより、対象者の反応を予測しながら、話題をメンタルヘルス不調に進めることができる。

(3) 対象者の思いを推察しながら話を進める

看護職は話の内容から A さんや B さんがメンタルヘルス不調をどのように感じていて、どのように受け止めているのかを推察しながら話を聴いている。慣れない職場で努力してきた A さんの気持ちを察しつつ、自分の体調を自覚して対処しなければならないと思いかけている A さんの気持ちを後押しできるように話を進めている。無理に話を進めないことで、A さんは反発をせずに自分の気持ちを確かめ一歩踏み出せている。一方、B さんからはこの場では話したくない様子がうかがえるため、看護職は場所を変えることを提案している。

(4) 対象者の話を聴きながら必要な情報を収集する

うつ病を疑った看護職は A さんの話の流れに沿いながら、受診の必要性の有無を判断するための情報収集を行っている。今後の対応を考えるためには疾患に関する情報収集が必要不可欠であるが、その際も尋問調にならないように A さんの反応を受け止めながら進めている。B さんはあまり話したくない様子のため、看護職は抑うつ感、食欲、睡眠状況、仕事以外の過ごし方について聞き、緊急性は高くないと判断している。看護職は問診の場で対応の緊急度と症状の重症度が判断できるように精神疾患や疾患の診断基準を理解しておく必要がある。

(5) その場で解決できないならば次につなげる

Aさんはメンタルヘルス不調があると理解しているものの、受診することを受け入れているか分からないため、看護職は受診という言葉を出して反応をみている。Aさんが受診することを迷っているため、看護職は問診という限られた時間とプライバシーの十分守られていない場所での受診勧奨は難しいと判断して次回につなげている。その際、看護職は病状から対応する時期をアセスメントしなければならない。その後の面接によりAさんは納得して受診しているが、納得できるまで時間をかけることも必要である。

(6) 受診させずに経過観察する

1週間後に面接したBさんは、症状はあるものの職場適応できていないことが問題のようだった。看護職は睡眠障害については治療した方がよいが、職場適応できるようにBさんが認知や行動を変えられるよう支援することで症状の改善を期待できると考えて働きかけを開始している。

健康診断時間診のように短時間で受診の判断を行う必要がある面接では、対象者の話を聴きながらも病状をアセスメントしなければならない。Aさんのように疾患の判定項目を満たし明らかに受診が必要な場合は、どのように受診につなげるのかを考えればよい。しかし、Bさんのように受診が必要か判断に迷う場合は、対象者が困っていることを解決するには受診が必要かどうかを考えるとよい。例えばBさんの困っていることは職場に馴染めないことであり、現時点での困りごとの解決法は受診ではない。

面接では、病状とともに生活をアセスメントすることが大切である。労働生活や日常生活に支障をきたしていることは何か、どうしてそうなったのかをアセスメントし、現在の状態の成り立ちを見立てることで支援の方向性を決定できる。

## 文 献

- 1) 横田碧, 保健相談面接技術, 河野啓子監修, 産業看護実践マニュアル. メディカ出版, 153-188. 2008.
- 2) 畑中純子. 保健面接のABC. 産業看護1(1)~2(6). メディカ出版
- 3) David V. Sheehan Yves Lecrubier 等, 大坪天平 宮崎等 上島国利 訳. 精神疾患簡易構造化面接法. 星和書店. 2000

## 2 リラクゼーションと自律訓練法

### 1. リラクゼーションとは

ストレスによって心身に生じた緊張を緩和させ、リラックスすることで心身の回復を図ろうとすることをリラクゼーションという。リラックスした状態では、交感神経活動が低下し、副交感神経活動が優位な状態にある。そのため、心拍数や呼吸数の減少、筋緊張の減少、末梢循環の増加といった変化が身体に生じる。そのような状態に導く様々なリラクゼーション技法の中から、従業員が自ら行うストレス対策として呼吸法、筋弛緩法、自律訓練法について紹介する。

### 2. 呼吸法

呼吸法は簡便に行えるリラクゼーション技法である。ストレスによる不安や緊張が生じると、自律神経のうち交感神経活動が優位な状態となる。そのため、血管収縮による脈拍・血圧の上昇といった身体の不調がもたらされる他、呼吸は速く浅くなる。しかし、身体に緊張がなくリラックスした状態にあるとき、呼吸はゆっくりと穏やかである。ゆっくりとした呼吸を繰り返し、意識的に副交感神経を働かせることで自律神経のバランスをとり、ストレスによる身体の緊張を緩和させ、リラックスした状態に導く方法である。

#### 1) 腹式呼吸

- ①仰向けに寝て、膝を曲げ、両手を腹部に当て、腹部の温かさを意識する。
- ②2、3回自然な呼吸を行う。
- ③ゆっくりと息を吐き、同時に腹筋を使い腹部を凹ませる。息を吐ききったところで十分に腹部が凹んでいることを意識する。
- ④腹部をゆるめ、ゆっくりと息を吸い自然と腹部が持ち上がってくることを意識する。  
呼吸の際に腹部が上下することを手で感じながら、約1分間続ける。

#### 2) 立位深呼吸

- ①背筋を伸ばし、両脚をそろえて立つ。
- ②胸の前で両手のひらを合わせる。
- ③息をゆっくりと吸いながら両手を上方に伸ばしていく。息を吸いきったときに、両手がまっすぐに上方に伸ばしきるようにする。
- ④ゆっくりと息を吐きながら、両手を離し、両脇に分け広げながら降ろしていく。  
③～④を2～3回繰り返す。

### 3. 筋弛緩法

ストレスや疲労の蓄積から筋肉が緊張し収縮すると、血液循環が悪くなるなど身体に不調が生じる。このような状態が続くと、頭痛や不眠といった深刻な状態をもたらすことにもなる。筋弛緩法は、身体の筋肉の緊張と弛緩を繰り返すことで、身体の緊張を緩和させ、心身のリラックスをもたらすリラクゼーション法である。

- ① 手、腕、肩などの筋肉に思いっきり力を入れる（緊張）。両手を握りしめたり、腕を胸の前で交差させたり、つま先に力を入れるとよい。
- ② 5秒～8秒間①の状態を保つ。
- ③ 続いて一気に力を抜く（弛緩）。
- ④ ③の状態を10秒間保ち、筋肉がほぐれ、体の緊張が緩和し、リラックスした状態を十分に感じる。

#### 4. 自律訓練法

##### 1) 自律訓練法とは

自律訓練法（Autogenic Training:AT）とは、19世紀末にヨーロッパで流行した催眠療法から発展した療法で、ドイツの精神医学者、ヨハネス・ハインリッヒ・シュルツによって体系化された。心身の緊張緩和と自律神経機能をセルフコントロールできるようになることを目標として行う訓練法である。心身がリラックスしている状態を言葉に表した「言語公式」（表1）を心の中で繰り返し唱えることで、「落ち着いている」ことをイメージする。これらを練習することで自律神経系の調整を図り、心身をリラックスした状態に導く一種の自己催眠療法である。

表1 自律訓練法の言語公式

背景公式：「気持がとても落ち着いている」（安静練習）
第一公式：「両腕・両脚が重たい」（四肢重感練習）
第二公式：「両腕・両脚が温かい」（四肢温感練習）
第三公式：「心臓が静かに規則正しく打っている」（心臓調整練習）
第四公式：「楽に呼吸をしている」（呼吸調整練習）
第五公式：「胃のあたりがあたたかい」（腹部温感練習）
第六公式：「額が涼しい」（額部涼感練習）

自律訓練法による心身の緊張の緩和により、表2に示すような効果が得られるといわれている。健康な人が行った場合、集中力を高めることができる他、熟睡感が得られるなど心身の健康増進につながるといわれ、産業現場で導入されている代表的なリラクゼーション技法である<sup>1)</sup>。しかし、導入するに当たってはその適応と禁忌について注意を要する場合がある。自律神経機能の変化が生じやすいことから急性期の心筋梗塞や血圧変動が著明な場合は用いないほうがよい。糖尿病では低血糖発作が生じるといった報告や、統合失調症では幻覚・妄想が悪化する場合がある。

表 2 自律訓練法の効果

- ・蓄積された疲労の回復が得られる。
- ・イライラせずおだやかになる。
- ・自己統制力が増し、衝動的行動が少なくなる
- ・仕事や勉強の能率が上がるようになる
- ・身体的な痛みや精神的な苦痛が緩和される。
- ・内省力がつき、自己向上性が増す。

## 2) 自律訓練法の作法と進め方

### (1) 環境

なるべく静かなくつろげる部屋で、電話やパソコンがないような練習に集中できる場所で行うことが必要である。暑すぎず寒すぎず、適温となるよう調整する。

### (2) 服装

身体を圧迫するようなベルトやネクタイなどをゆるめた状態であることや、ゆったりとした服装であることが適当である。外からの刺激を減らすことで、意識をより身体の内部に向けることが可能となるため、めがねやアクセサリ類など身につけている物は外す。

### (3) 姿勢

仰臥姿勢、単純椅子姿勢（背もたれのない椅子に腰掛ける姿勢）、安楽椅子姿勢（ソファなど背中だけでなく頭も支えられるものに腰掛ける姿勢）がある。

仰臥姿勢は、ベッドや布団に仰向けとなり、両腕を身体から少し離し、肘を軽く曲げて両脇におく。両脚は少し開き気味にし、つま先を少し開く。頸部と頭部は薄い枕で支える。羞恥心や余分な緊張をとるために身体の上にバスタオルをかけるといった配慮を行う。

単純椅子姿勢では、椅子に深めに腰をかけ、脚はやや開き、足を膝より先に出し、余裕を持って床に届くようにする。いったん背筋を伸ばし、首も背骨も垂直に伸ばし、手を膝の上か両脇にたらず。深く息を吸い、ゆっくり息を吐きながら全身の力を抜く。

安楽椅子姿勢は、単純椅子姿勢と同様足が余裕をもって床につくようにする。両腕は肘掛におき、手首のところから少し外して内側に垂れ下げるようにするか、小柄な人であれば肘掛は用いずに腕を大腿部に沿っておくようにする<sup>2)</sup>。

基本的には、身体全体の筋肉が弛緩しやすく、自然で安定した姿勢であればどの姿勢で練習してもよい。

### (4) 受動的注意集中

本来、注意を集中するということは能動的な行為であるが、それを受動的に行うことを受動的注意集中という。例えば、第1公式「手足が重たい」では、能動的に手足を重くしようとするのではなく、「何となく手足が重たい感じを受容する」ということである。達成努力を伴わずにさりげない態度で注意を集中させる<sup>3)</sup>。このような態度で練習をおこなうことで、「四肢が重たい」、「四肢が温かい」といった生理的な変化が生じ、その感覚を自然に感じることができる。

### （５）消去動作

公式を繰り返す中で、副交感神経が優位となり、皮膚表面の温度の上昇、心拍数・呼吸数の減少といった生理的な変化が認められ、リラックスした状態となることを自律性変容状態という。この状態のまますぐに動いたりすると、脱力感や、めまい、ふらつきなど不快な反応が生じることがある。これらの不快な反応を避け、意識を覚醒させ、活動できる状態に切り替えるために消去動作を行う。公式を繰り返した後は必ず最後に行う。

手順は、両手を握り、肘を 5～6 回強く曲げ、背伸びをするように 2～3 度大きく深呼吸を行い、力を抜く。

### （６）自律訓練法の進め方

1 回の練習時間は、最初は 1～2 分以内で行い、練習が進むにしたがい、1 回の練習時間を 3～5 分程度に延長する。できれば 1 日 4 回（一般的には朝、昼、晩、寝る前）行うことが望ましいが、4 回できない場合でも 1 日 2 回は練習するよう指導する。

まずは環境と姿勢を整え、軽く目を閉じ、深呼吸を 2～3 回行い、背景公式「気持ちが落ち着いている」を心の中で繰り返し、消去動作をする。この流れを 3 回くりかえす。落ち着いた感覚がわかった上で次の第一公式にすすむ。

気持ちが落ち着いている感覚が馴染むまで、個人差があるものの約 1 週間～1 か月くらいかかる。背景公式の感覚に馴染んだら、次の第一公式に進み、両腕と両脚が重たい感覚に馴染んだら第二公式にすすむ、といったように順々に公式を重ねていく。第二公式までの感覚をつかむことができれば、自律訓練法の 80%は習得できるといわれている。事業場で行う場合は第 2 公式までで十分であると考えられる。数か月かけて自律訓練法を身体に馴染ませることで、呼吸を整えるだけでリラックスできるようになり、不安な時や緊張している時など必要に応じて用いることができるようになる。それまで根気よく続けることが必要である。

### 3) 自律訓練法の指導

自律訓練法の習得には継続した練習が必要であり、自律訓練法の習得を従業員に指導していく場合、自律訓練を習得したいというモチベーション（動機づけ）が重要である<sup>4)</sup>。そのため、自律訓練法の効果を十分に説明した上で、従業員のモチベーションを確認した上で導入することが必要である。

自律訓練法を全く知らない人に自律訓練法をわかりやすく説明するには図 1 のような分解図を用いると理解しやすい。

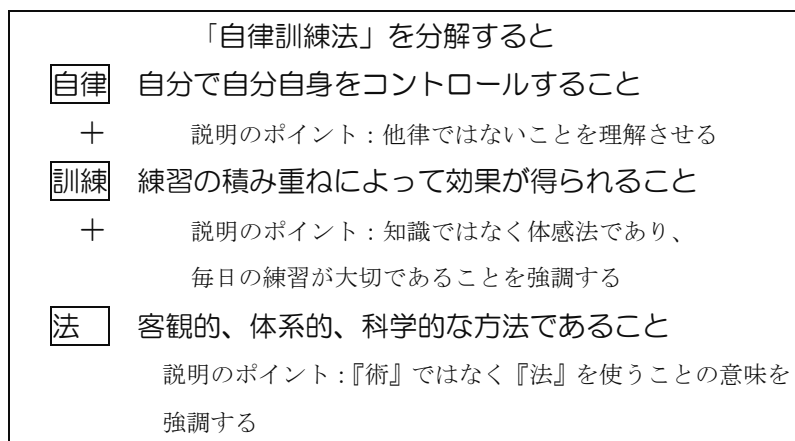


図 1 自律訓練法説明のための分解図 出典 松岡洋一・松岡素子『自律訓練法』日本法論社 2003

「自律訓練法」という言葉を、「自律」＋「訓練」＋「法」の3つに分解し、それぞれの言葉について①自分で自分自身をコントロールすること（自律）、②練習の積み重ねによって効果が得られること（訓練）、③再現性があり、客観的、体系的、科学的な方法であること（法）、といったことを従業員が理解できるように補足を付け加えながら説明する。

「自律訓練法は難しい」といった先入観や「忙しくて練習する時間がない」と消極的な従業員に対しては、1回の練習時間は3～5分であることや、電車などどこでも練習ができることなど、わかりやすく説明を行う。

従業員一人一人が自律訓練法の習得について、「イライラする気持ちをコントロールしたい」「緊張感を緩和させたい」「目の疲れをなくしたい」といった目標を設定すると効果が把握しやすく、練習の継続につながるであろう。

自律訓練法の指導法についてスタッフが学ぶには、中央労働災害防止協会と日本自律訓練学会が共同で開催している自律訓練法講座といったセミナーに参加するのがよいだろう。

以上、リラクゼーション技法として、呼吸法、筋弛緩法、自律訓練法について紹介した。産業保健スタッフがこれらリラクゼーション法について指導する場合、スタッフ自身が技法を習得しておくことが必要である。スタッフ自らが習得し体験することで、練習上の問題点や工夫する点を知り、より効果的な指導へと活かしていくことが望まれる。

## 文 献

- 1) 芦原 陸：実践！ここから始めるメンタルヘルス予防から復職まで－，中災防新書，東京，2008
- 2) 佐々木雄二：自律訓練法の実践 心身の健康のために，創元社，大阪，1995
- 3) 松岡洋一・松岡素子：自律訓練法，日本法論社，2003
- 4) 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－，中央労働災害防止協会，2006

### 3 認知行動療法

#### 1. 認知行動療法

##### 1) 認知行動療法の定義と背景

認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy) は、うつ病の治療法として出発した認知療法と行動療法から発展した心理療法であり、その定義は研究者によって様々であるが、本稿では、予防と早期支援に活用することを目的としているため、「認知行動療法とは、当事者の自助力（セルフヘルプ）の回復や促進を目的とする教育的な心理療法である。」<sup>1,2)</sup>と定義づける。

認知行動療法は、うつ病はもちろんのこと、不安障害やストレス関連障害、パーソナリティ障害、摂食障害（神経性大食症）、統合失調症などの精神疾患に対する治療効果と再発予防効果に広く使用されるだけでなく、日常のストレス対処、夫婦問題、司法や教育場面の問題、などその適用範囲は広がっている<sup>3)</sup>。

##### 2) 認知行動療法の理論

私たちは、自分が置かれている状況を絶えず主観的に判断し行動しているが、この判断は自動的に行われている（自動思考）。この自動思考は、その人の認知（もののとらえ方や考え方）の仕方によって行われるため、認知に歪みが生じている場合は、非適応的な行動をとったり、不安感や抑うつ感が高まり、不眠などの身体症状が生じることがある。

このように人間の気分・感情や行動が認知の影響を受けることから、認知行動療法は認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることを目的としている心理療法である。

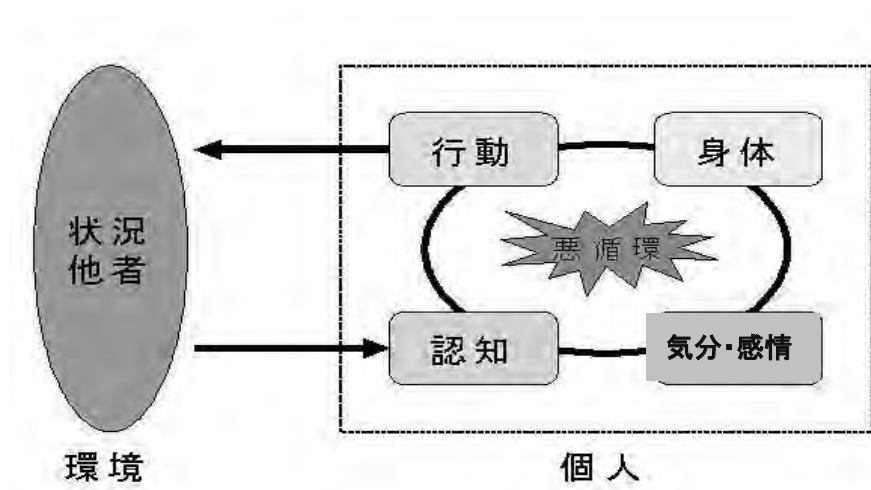


図1 認知行動療法の基本モデル<sup>4)</sup>



このような認知行動療法は、図1の基本モデルのように、個人と環境との相互作用と、個人のなかの認知と行動、身体と気分・感情の4つの相互作用を考えて支援する必要がある。また、支援する本人にも、様々な技法によってこの相互作用に気付いてもらうことで、自己洞察によるセルフヘルプが継続できるようになることが望ましい。

例えば、環境（状況・他者）として、仕事の失敗があった場合、認知として「とても重要な仕事なのに失敗してしまった」「上司や同僚に迷惑をかけてしまう」「自分は何をやってもダメだ」と認知して、気分・感情としては「抑うつ状態」「何もやる気がしない」「気が重い」と感じる。身体症状として「不眠」「頭が重い」が生じて、このような個人の状態であれば、一層仕事がかまうまいかずに、また失敗を繰り返し、行動としては「仕事の能率が落ちる」「ミスが多発する」ので、また仕事に失敗するという悪循環が起こる。

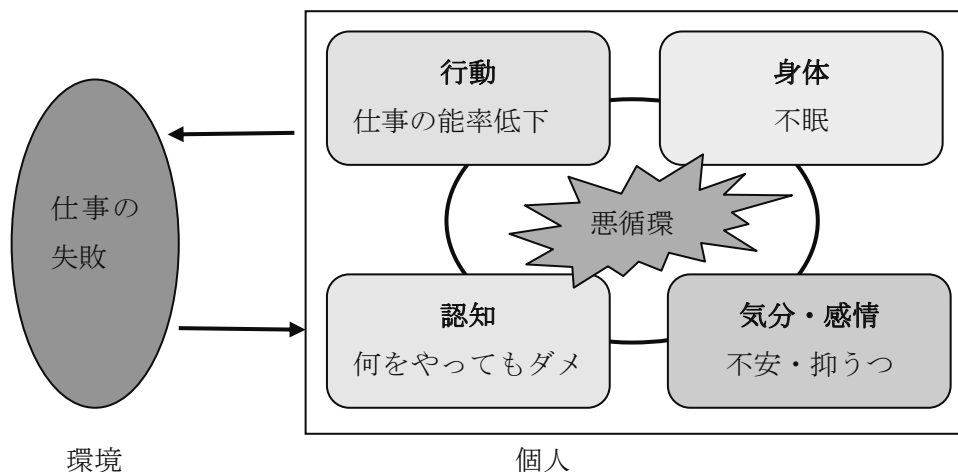


図2 悪循環のサイクル

しかし、例え仕事に失敗をしても、「今回は顧客のニーズをしっかりと把握できなかったから、今度はしっかりニーズ把握をしよう」「次回の仕事で挽回しよう」と認知できれば、気分・感情としては「やる気アップ」「成功イメージ」が起こる。身体的には過剰なストレスを蓄えることなく、健康が維持でき、それによって一層仕事に励み、仕事がかまうまいかというように、問題が発生しても悪い循環に陥ることがない。

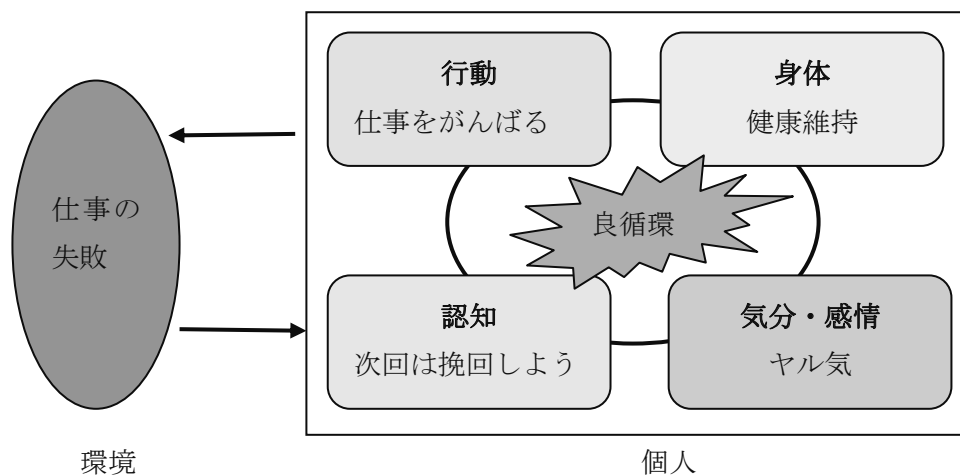


図3 良い循環のサイクル

このように、環境と個人の相互作用の中で、個人の考え方(認知)を変えることで、個人の行動が変化することが解っている。つまり、認知行動療法は、対象者の認知と行動の変容を期待するものである<sup>5)</sup>。また、行動が変わることで認知も変化する事も解っているので、対象者の状況によって、認知または行動の修正のどちらでも可能である。そのため、対象者の変えやすい方から支援する。

### 3) 自動思考に影響を与えるもの

前述した「自動思考」という思考パターンは、ある状況である種の感情と同時に瞬間的に頭に浮かんでくる考えやイメージのことであり、自分の意志とは無関係に自動的に頭に浮かんでくる。この自動思考を具体的、現実的に検証していくことで、図表4のような認知の歪みや不適切な思い込みのクセに気づくことができる。このような認知に影響を与える思考パターンを知っておくことも重要であり、対象者に認知の歪みについて理解を促すことで、自己洞察の際に参考にしてもらうこともできる。

表1 認知の歪み（不適切な思い込み）

全か無か思考	ものごとを白か黒かのどちらかで考える
過度の一般化	たった1つ良くないことがあると世の中すべてそうだと考える
心のフィルター	たった1つの良くないことばかり考える
マイナス化思考	良い出来事を無視してしまう
結論の飛躍	根拠もないのに悲観的な結論を出してしまう
拡大解釈と過小評価	自分の失敗を過大に考え、長所を過小評価する
感情的決めつけ	理性的ではなく感情で評価してしまう
すべき思考	「～すべき」とか「～すべきでない」と考え、そうしないと罰でも受けるかのように感じる
レッテル貼り	「自分はだめ人間だ」のように極端な形で一般化してレッテルを貼ってしまう
個人化	良くないことが起きると何でも自分のせいにしてしまう

## 2. メンタルヘルス不調の予防と早期支援に認知行動療法を取り入れる方法

産業看護職としての支援の実際は、面接を通して問題となっている認知や行動をアセスメントし、悪循環から抜け出すための対策を、対象者に考えてもらったり、対象者とともに検討し行動に移して、その結果を面談などにより検証していくことが重要である。

### 1) 認知行動療法の技法

認知行動療法は様々な技法から成り立っているため、産業看護職は保健指導やカウンセリングにこの技法を取り入れることで、効果的な面接ができる。技法には、行動的な技法と認知的技法があり、対象者の性格特性や状況により、行動を修正した方がよいのか、認知を修正した方がよいのか異なるため、対象者に合わせて、2方向からのアプローチを選択する。

対象者は、これらの技法を習得することにより、ストレスマネジメントやセルフケアの能力が増強されることが期待される。

表2 典型的な認知療法の技法<sup>3)</sup>

行動的技法	認知的技法
1. 活動記録表／スケジュール	1. 認知再構成
2. “ポジティブに言い換える”方法	2. スキーマを同定する・修正する
3. 行動実験	3. 「認知の偏り」を教育する
4. 段階づけ	4. 認知的（想像上の）リハーサル
5. 注意そらし法	5. 自己教示法
6. リラクセーション	6. 思考停止法
7. 社会技能（ソーシャルスキル）訓練	7. コーピング・カード
8. アサーション・トレーニング	8. 過去の経験から証拠を探す
9. 有意義な時間の使い方習得	9. ロールプレイ
10. 運動	10. 不安な出来事の結果を考える
11. 飲酒、薬物、カフェインを減らす	11. 問題解決技法
12. 不眠の介入	12. 利点・欠点を考える
13. 「他の人に聞いてみる」	13. 理知的／気分・感情的ロールプレイ
14. 読書療法	14. 認知的連続表

メンタルヘルス不調の早期支援や保健指導に認知行動療法を取り入れる場合に留意することは、産業看護職自身が学習やトレーニングをして習得するとともに、精神科医や臨床心理士などの専門家の指導のスーパーバイズを受けながら実施した方が、効果的である。また、治療目的で行う場合であれば、薬物療法との併用など、主治医の指示のもとに進める。

### 3. 事例紹介

本稿では、メンタルヘルス不調者の早期支援と保健指導の一例として禁煙指導の事例を紹介する

#### 1) うつ傾向者の早期支援

Aさんは35歳男性 設計部門の技術者。一流大学を卒業した後、大手建築会社B社に入社後は、真面目にコツコツと働くタイプであった。きちんと仕事をしないと気が済まない完璧主義な部分があるため、同僚よりも多少時間がかかるものの、仕事のアウトプットは完璧で上司の評価は高かった。しかし、B社は近年の経営効率化により人員削減を行い、Aさんの業務量も増えたので、毎日夜遅くまでの残業や休日出勤などの長時間労働が続いていた。

上司は「細かな資料まで作成しなくてよいので、勤務時間を短くするように」指導したり、派遣の設計技術者を雇用し、Aさんの業務負担を減らそうと思ったが、Aさんは仕事には手を抜きたくない「派遣社員に設計を頼むと、仕事の質が落ちる」と、ひとりで仕事

を抱え込んでしまった。そのうえ、以前から付き合っていた女性との結婚というライフイベントも重なり、疲労困憊状態で、産業看護職に相談に来た。

相談の中では、仕事に関しては、「上司からは仕事を適当にするように言われるが、そんなにいい加減なことにはできない」「上司は自分の仕事の大変さを分かってくれない」「派遣の設計者は、仕事が雑で使えない」と訴えた。また過程のことに関しては、「妻からは、結婚したのに結婚前より一緒にいる時間がない。結婚した意味がない」と言われると訴えた。それだけでなく、「就職活動の際に、B社以外にも内定をもらっていた、他社で働いていたらこんな苦労はしなくてもすんだのではないか。就職企業を選ぶ際の自分の判断が間違っていたのではないか」とか、「私は、元々読書が好きだったので、文系に進んだ方が良かったのではないか」と、今までの生き方に対してもネガティブな意見が目立った。

産業看護職は、Aさんの話を聞き、Aさんの気持ちが落ち着いてから、Aさんの訴えをもとに、現時点の問題を整理した結果、以下のような問題（課題）がリストアップされた。

- ・このままの状態で働き続けたら、健康が維持できないし、離婚されそうだ
- ・家庭生活はとても大切である
- ・上司はAさんの業務負荷を認識しており、ある程度の対処はしている
- ・今後は仕事が増えることはあっても減ることはないであろう
- ・社畜にはなりたくない（人生を楽しみたい）

産業看護職は、Aさんの問題解決のために何ができるかをAさん自身に考えてもらった。その結果、「なかなかできないことばかりであるが」という前提で、以下の方法がAさんからの提言であった。

- ①休日は出勤しない
- ②仕事の切れ目で退社するのではなく、退社時間を20時と決めておき、その時間に仕事が終わっていても退社する
- ③顧客によっては、多少手を抜いてもよい資料があるかもしれない
- ④多少手を抜いてもよい資料は、派遣社員に作成してもらえそう
- ⑤自分自身も上司も時間がないが、上司に、きちんと相談にのってもらい、一度仕事を整理して見直してみたい

産業看護職は、上記の、①②⑤に関しては、実行に移してもらうことを約束し、2週間後に面談の予定を決め、その間に手帳に出勤・退社時間の記録と、上司との話し合いの結果を報告してもらうことを約束した。

2週間後に面談した際には、手帳を見ながら2週間を振り返ってもらい話を聞いた。休日は土曜日に数時間出勤したが、日曜日は完全に休んだ。その結果、妻の機嫌がよくなっ

たし、体のことをいろいろと心配してくれるようになったし、自分自身ももっとプライベートの時間を増やして、食事や運動に気をつけようと思った。また、上司に仕事のことを相談したところ、上司もAさんの体のことをとても心配しており、サポートできることはするので、なるべく派遣社員を活用するなど、Aさんの負担を減らして欲しいと熱心に勧められたので、長時間仕事をがんばることよりも、短時間で仕事をこなして、健康に働き続けることが大事だと分かったと話した。

その後は、2週間ごとに20分程度、3ヶ月間面談を行ったが、Aさん自身が手抜きだと思った資料を顧客に持参して説明しても、特に指摘を受けることなく、契約が成立したり、派遣社員にきちんと説明すれば、予想以上の資料を作成してくれるようになった等、完璧主義をAさんなりに修正している様子であった。それに伴い、上司や派遣社員との人間関係も改善した様子であった。

また、プライベートにおいても、妻と休日に出かけたり週に1回は平日にも一緒に食事をするようになるなど、妻との関係も改善した。

Aさんの場合は、「休日は出勤しない」等の行動を通して、「今まで通りの働き方をしなくても、仕事は進む」と認知が変化したケースである。Aさんの場合は、従来通りの働き方を続け、身体的にも精神的にも疲労困憊状態に陥りうつ状態になる前に、認知行動療法的なアプローチにより歪んだ認知が修正され行動が変容した。産業看護職は、「傾聴・受容・共感・尊重」の基本的な態度でAさんに接することで、Aさんの生活を振り返ってもらい、その問題と解決策を一緒に考えることにより、Aさんのできることから、無理のないようなかたちで、「休日は休んでみる」など、面接の度に、小さな目標を立ててもらった（ステップ・バイ・ステップ法）。その結果、自分自身の自動思考に気づき、それを少しずつ修正することにより、徐々に現在の環境に適応していくことができた。

#### 4. まとめ

本稿では、認知行動療法を活用した産業看護職による労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援の方法を、考え方と事例を交えて述べた。一般的に活用されている精神疾患の治療の一環として行われる認知行動療法とは異なり、産業看護職が中心となっていく早期支援や保健指導は、カウンセリングの基本的態度である、「傾聴・共感・受容・尊重」を通して、労働者の気づきを促すことが重要である。

労働者自身が、自らが問題を明確化して問題解決策を検討し、そして行動に移したあとに評価するという実践的なサイクルを形成することができれば、産業看護職として労働者の人間的な成長を支援できるという、やりがいがある活動の一つとなる。

しかし、このような効果的な支援を行うためには、産業看護職自身が学習・トレーニングを行い、必要に応じて、精神科医や心理専門家などの指導を受けながら実施することが望ましい。

## 文 献

- 1) 町沢静夫：認知行動療法の展開，精神療法30巻6号，2004
- 2) 伊藤絵美：禁煙指導：生活習慣病の認知行動療法的介入，*medicina*, 44-11, 2056-2060. 2007
- 3) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」：うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル. 2009  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>
- 4) 伊藤絵美：認知療法・認知行動療法カウンセリング 初級ワークショップ. 8. 星和書店. 2006
- 5) 杉溪一言 他：産業カウンセリング入門. 日本文化科学社. 1997
- 6) 井上幸紀：労働者への認知行動療法の実際 主治医の行う認知行動療法とそれをふまえた職場対応の重要性. 産業精神保健. 18(2). 101-103. 2010
- 7) 河野友信 他：ストレス診療ハンドブック第2版. メディカルサイエンス・インターナショナル. 2006
- 8) 井上和臣：認知療法の世界へようこそ うつ・不安をめぐるドクトルKの冒険. 岩波書店. 2007
- 9) 春木豊 他：行動療法入門. 川島書店. 1984
- 10) 栗岡住子：保健師のための経営学 シゴトの進め方の技術を学ぼう 第15回 幸せなキャリア. 保健師ジャーナル 65(3). 248-252. 2009
- 11) キャリアマーティン・セリグマン，小林裕子訳：世界でひとつだけの幸せ ポジティブ心理学が教えてくれる満ち足りた人生. アスペクト，25, 2004
- 12) マーティン・セリグマン，山村 宜子訳：オプティミストはなぜ成功するか，講談社. 1994

## VI 産業看護職へのサポート

### 1 スーパービジョン等による課題の理解

#### 1) 相談援助職の迷い・揺らぎ・困惑・困難

産業看護職といえども人間である。新しいことに会うときには緊張したり、不安になったり、どのようにしたら良いかを考えたりするものである。それが行動に移らないままに、いつまでも続いたり、繰り返されたり、ぐるぐると悪循環に陥ったりして抜け出せないことになってしまうことがままある。このような場合には、つい、今までのやり慣れた仕方に流れてしまい、マンネリズムに陥りやすくなっていることが多い。

しかし見方を変えれば、迷い、悩むということは、何か新しいことに向かおうとする前に感じる緊張感であることが多い。換言すれば自己を拡大する契機であるとも言える<sup>1)</sup>。この契機を建設的に活かすことができれば、人間的にも、専門職としても、成長のチャンスが訪れているのだとも言える。それゆえに、この機会を見逃すというのはもったいないことなのである。

そこで、このような主観的なピンチの機会を客観的にチャンスとして活かす方法の一つとして、スーパービジョン<sup>2)</sup>がある。一人前の専門職業人としての成長・向上を図るために、スーパービジョンは欠かせないものなのである。

#### 2) スーパービジョンとは

スーパービジョン (Supervision : SV と略記) とは、専門職業人が日々の職業経験を通して、知識・理解・方法・技術などを高めていく方法の1つである。それは、自分1人だけで考えているのでは非効率的であり、幾多の経験を積んで経験から多くの学びを体系化している先達の智慧を活用するのが効果的であるからである。そのことを認識している対人援助専門職は、それらの活動をスーパービジョンとして体系化し専門職の成長のためには必須のこととしている。では、スーパービジョンの機能としてはどのようなものがあるのだろうか。

##### (1) 相談・理解機能

SVの最初の過程では、思案したり悩んだりして相談を必要としている人＝スーパーバイジー (Supervisee : SVe と略記) がどのようなことに逢着しているかを理解することから始まる。それにはまず、その人の困っている心情と、直面している課題を理解するために全ての基本である相談機能を活用する。スーパーバイザー (Supervisor : SVor と略記) にはSVeとの相談関係が巧みに形成できる能力が必要である。

この関係づくりがSVの土台となり、その後の成果につながってくる重要な鍵をにぎっている。



## （２）教育・勇気づけ機能

困難に出会っているＳＶeのモヤモヤ感やそれに伴う不安感をＳＶorが理解し、把握・明確化することで、ＳＶeが安心感を抱き課題がはっきりしてきた段階に至ると、ではどのようにしたら良いのか、という方法を求める気持ちになってくる。そのような状況が生まれてくると初めて、新しい見方や対処法を提案しても受け入れられる準備が整ってくる。このような時期には新知識や新方法の提案が取り入れやすくなっているため、教育機能を活用することができる。しかし、それらを聞いて“あー、そうなんだ”と感じたとしてもそれだけでは本人からの言動として出ていくものにはならない。ＳＶeが自分でそれらを活用できるようになるためには「勇気づけ（エンパワー）」<sup>3)</sup>が必要となる。ここが知識提供に中心を置いた、いわゆる教育指導とＳＶとの違いである。

## （３）管理・指導機能

ＳＶは、クライアントに対して援助専門職としての役割が果たせるようになり、それがひいては相談者を助けることにつながるような結果をもたらすことを期待して行われる。つまり、ＳＶeを支援することによって、効果的な援助がクライアントに提供されることにつながる状況づくりの基となるのである。言い換えれば、ＳＶの機能は直接的にクライアントに役立つことが主目的ではなく、援助専門職の成長変化によって、それに伴う結果として効果が間接的に生じてくるものなのである。

これはひいては、援助専門職が存在している機関や施設の人的能力を高め、より効果的な支援活動をもたらすことにつながる。

## ３）スーパービジョンの形態

ＳＶの形態にはさまざまなものがあり、その時、その場の状況によって臨機応変に変化したり、させたりする場合がある。

### （１）個人

ＳＶeとＳＶorとの１対１の個人的なかかわりの中で行われる形である。

この方法は周りに見たり聞いたりしている他者がいないので、ＳＶorとの間に信頼感ができさえすれば、安心感を感じ、自由に話しやすくなる。一方では、ＳＶorとの間に緊張感が生じている場合には、それが全て自己に向いてくるので、気のそれる場がないという窮屈さがある。

### （２）グループ

対象や職場や課題に共通点が多い複数の援助者が、合同でＳＶを受ける形である。グループとしては同一職場や同一職種など様々な場合がある。時には他の職種が混ざる場合も生じる。この方法は一度に多くの人々がＳＶの経験をすることができる効率の良さがあるが、他の人の存在が気になったりして緊張が増して不自由になり、思うように相談できないという状況が起こる人や場合もある。

### (3) チーム

共通の仕事仲間や、同一の事例に関わっている者などが合同でSVの場を持つ場合である。このようなときには共通性のある課題の焦点がはっきりしているので、説明や質問などの時間が少なく済み、効率的に行われるという特徴がある。しかし、チーム内にヒエラルキーが存在したり、声の大きい人がリードしてしまうなど、成員の自主的な発言が妨げられる場合がある。

## 4) スーパービジョンへの段取り

### (1) SVorの選定・依頼（相性選び）

SVorにどのような人を選ぶかはかなり重要なことになる。できればあまり緊張しないで安心して話ができるような関係が望ましい。それには、講義を聞いたり研修に参加して、信頼感をもてるような人を選ぶのがよい。しかしそのような機会がなかったりする場合には、誰かの感想や意見を参考にするほかない場合もある。また、関係する団体（学会・協会など）や研修会などで推薦したり紹介したりしている情報を活用することもできる。いずれにしても、何回か関わってみて相性の良い感じがするSVorを自ら選ぶことが肝要である。

（例として）

＊日本産業カウンセラー協会「保健看護職の集い」「ライブスーパービジョン」（年1～2回）

＊産業衛生学会 産業看護部会 産業看護講座 「基礎コース」＆「アドバンスコース」（年1～2回）

### (2) SVorへの謝礼

謝礼は関係団体などの定めがあればほぼそれに準じれば良い。人数と時間、1人の支払い能力などの条件もあるだろう。また、SVorの立場や経歴などに関連した相場などや希望がある場合もある。いずれにしても、基本的には前もって話し合い契約を結んでおくのが望ましい。

### (3) スーパービジョンの場所とその設定

一般的に言えば、通常の相談の場と共通するような環境条件がのぞましい。グループやチームの場合には狭すぎず広すぎず、特にロールプレイなどを行う場合には自由に動き回れるような環境が適切である。いずれにしても、机にかじりついて安全を確保するような堅苦しい雰囲気ではなく、リラックスできるような設定が望ましい。実際的には、詳細は関係者の条件や希望を配慮して設定する。

## 5) スーパービジョンのための準備

### (1) 資料・記録の整理

SVは、事例検討のようにケースそのものの検討をするものではないが、ケースの概要

がわからないとSVorが事態をのみこめない。それゆえに、ケースのフェイスシートが必要となる。

SVを受ける準備のために、自分のケースを見直したり、まとめ直すことによって、自ら課題や方法を再発見できることも多々ある。

SVは援助の過程を吟味するのであるから、対象者の説明だけでなく、相談援助の過程がよくわかるものが良い。例えば逐語記録が一部分であれば関係性が見えやすくなり、SVの過程に即した相談指導が受けやすくなる。

#### (2) ケースの提出動機、援助の必要性と入手したいもの

SVはSVeの困難の解消のための活動であるので、まず何に困っているのかという「提出動機」と、どのようになりたいくて何を必要としているのか、「求めているものは何か」などを明確に記述しておく。SVはそれに応じて行われていくので、この点が明確でないと焦点が拡散してしまい收拾がつきにくくなり、満足した結果をもたらしにくい。

一方では、SVeが最初に出した課題ではなく、その奥に潜む課題が明らかになってくることがある。このような場合には真の納得に至ることが多い。

#### (3) 経過と見立ての説明

SVは相談援助過程における関係性の変容過程を検討吟味して、その中で生じたものを明確にすると共に、課題の焦点をよりはっきりさせながら、援助の方法と方向性を定めていくプロセスのありようを見出していくものである。それには、相談援助過程の具体と共に援助者がそれから何をどのように捉えて、これからどのようにしていこうかという見立て・見通し・プランなどを仮にでもよいから記述してあることが望ましい。

SVでは、それらを手がかりにしながら様々な把握や理解をくりかえし、種々の可能性を検討して方向を見出し、方法を定めていくことになる。

### 6) スーパービジョン過程で生じてくる変化・変容<sup>4)</sup>

#### (1) 自己への気づきと異なる見方の提示

一人職場の場合などには、自分の理解や捉え方のみで援助方針をたてざるを得ないことが多い。このような場合には、いくら勉強したとはいっても“これでいいのだろうか？”という疑問が生じてなかなか自信が持てなかったり、反対に狭い一人合点の理解のままに突き進んだりしがちである。このようなときに、今、自分が見ていること、感じていること、考えていることなどを話し、それに対しての確かめや明確化を受けることで、その特徴にハッと気づくことがある。つまり、今までは存在していても目に入らなかった異なる見方や見え方に気がつくのである。

#### (2) 新しい見方や接し方の取り入れと確認

SVの過程において、自己の気づきの上に立って、そこに新しい見方や関わりの方法の提示・提案があることで、それらの中から自己の置かれた状況の中でも可能な範囲での選択・決定がなされてくる。そうして、援助者自身なりの当面の方針が明確になり、それを

自らの言葉で語り、S Vor のサポートの存在のもとで安心してその方向に進むことができる気持ちになるのである。

### （３）疑問が解け、やる気の回復

S V 開始時のモヤモヤした気持ちが解け、安心と自己信頼感が生まれてくると、顔色もいきいきしてきて、言葉もはっきりと大きくなる。このような様子が見えてくるとほぼ終了しても良い時期にさしかかってくるといえる。しかし、この状態だけで終わってしまうと、S V の場を離れると元気がしぼんでしまうことが多い。１人になっても S Vor との間でエンパワーされたエネルギーが継続するように「勇気づけ（エンカレッジメント）」<sup>③</sup>をするのである。

### （４）S V 後の記録と報告

終了後は、忘れてしまわないうちに記録に書きとめ、S V で入手したものを明確に記述する。もしも不明確な部分が残っていたり、気づいたことがあったならばそれも記録化して、S Vor に報告する。継続してS V を受ける予定ならば次回に相談するか、書物などで補うようにする。

## 7) スーパービジョンが目指し実現するもの<sup>⑤</sup>

### （１）自己理解

相談援助活動は援助者の自己を通して、自己を道具として用いながら実践されるものである。それゆえに、まず自己の機能を知ることが基盤となる。それには、人間一般の理解と共に自己のなりたち・特徴・認識過程・反応・行動特性・コミュニケーションなど、多くのことを知る必要がある。“自分のことは自分がよく知っている”と思う場合が多いが、実は内面はよく感じていても外面に表れた言動は他人の方がよくわかっている場合が多い。そこで自己を知るのには他人の存在が必要不可欠なのである。S V はそのような機会ともなるのである。

### （２）他者理解

自己と他人はそもそも異なる人間なので、そっくり同じにはなり得ない。そこで、相談の対象者である「相手」を理解しようとする場合、人間一般の知識や、自己の物事の捉え方などを手がかりにして、“こうではなかろうか？”という推察から開始する。ここで注意することは、「推察」はあくまで自己の推察したことであるので、“私はこのように思ったのですが、あなたにとってはどうなのでしょう？”という「確認」をすることを忘れてはならない。「自己の推察」を「相手に確認」するプロセスを省くと、思い違い・思いこみ・思い過ごしなどの誤解を生じやすくなり、その上で立てられた援助計画は不十分で不適切なものになってしまう。S V はこれらを予防し、両者の協働のもとで認識と援助を形成することができる。

### （３）関係理解

相談関係は異なる２人が共に歩む過程であるので、「関係」の構造や内包を承知している

必要がある。多くの知識を持てた上に立って、双方の誤解を避けて「共感」や「共有」に到るまでの段取りを認識しておき、現実の関係がどのように進行しているのかを時々刻々に見直していき、相談援助過程の流れを把握していくことができるようになるのに、SVは貢献していくものである。

#### （４）援助の焦点理解

複雑多様な現象を理解し、再整理し、見通していくことを通じて、次第に“今、ここで”必要なこと、つまり、現時点での援助の焦点がはっきりしてくる。相談援助は何でも全てを一気に解決するのではなく、優先順位を定めて実現可能なことから手をつけて、一つずつ解いていく過程の積み重ねである。それをクライアントと共に実現していきながら、その過程で気づいたことや生じたことを共に喜びながら進んでいくのである。SVの中でSVorとS Veの間で味わったこの経験は、実際のクライアントとの関係に中にも援用されていく。

#### （５）援助方法技術理解

誰でもが全ての援助方法を学んでいるとは限らない。また、多様な援助方法や技術を書物などで入手するにしても、今すぐ役に立つものを選定したり、クライアントの焦点にマッチした知識に早めに到達したりする道筋が欲しくなる。そのあたりの智慧もSVの中から取り入れることをしてゆくことができる。

### ８）スーパービジョンと似てはいるが、その焦点が異なるもの

#### （１）同僚・先輩など仲間内での相談（ピア・スーパービジョン）

相談援助をしていく過程で迷ったり思案したりするときにはたいていは近間にいる関係者に話してみる。それで自分の考えと共通していたりすると不安感が少なくなって先に進める場合が多く、ひとまずはそれで落ちついてしまう。実際にはこんなふうに行われているのがほとんどである。しかしこれだけでは「どんぐりの背比べ」のレベルで不十分であり、分かり合えた感の体験と共に、今までの知識・方法にさらに的確な新しいものを加えることが必要になるのである。

#### （２）事例検討（ケースカンファレンス）

実際には最も多くの場合に行われているものである。つまり、事例の理解と対応の仕方について関係者間で協議する方法であり、検討の焦点はあくまでケースのありようの理解とそれへの対応にある。そこで、事例のことには理解が進みやすいが、どのように関わっていけば良いのかと迷っている援助者の困惑にまでは焦点が届かず、不十分な点が明らかになっただけで、事例提供者のひっかかりは解けないままに、自分はそのまでの理解ができなかったという無力感を抱いたり、自信を失ったりすることが起こりやすい。

#### （３）コンサルテーション

同一職種ではなく、関係する他職種がそれぞれの立場からケースの理解や対応方法に関する見解を述べ合うことによって、幅広く対象理解や援助方法を聞くことができる。しか

し、関係職種全てが学んでいる知識や方法に通暁することは不可能であるので、それぞれの見解を述べるときに往々にして他職種に不足している点を指摘したり批判したりしがちになる。適切なコンサルタントが不在の場合には総合にまではいたらず、相互に不安や不満を残すことになりがちである。

#### <付記>

スーパービジョンは、個別的であり、かつ、流動的な時間の流れの中で動いており、S Vor と S Ve との両者の関係性も千差万別である。かつ、対象となっているクライアントも複雑多様である。それらのかかわりのプロセスを文字という手段で表現することは至難の業である。しかし、何とかして伝えたいという思いの一端として、参考文献<sup>6)</sup> <sup>7)</sup> をあげた。

これは月1回のグループスーパービジョンを長年継続してきて、その間にさまざまな変化成長をたどってきた人の記述である。その中ににじみ出ている自己の内面の考察と、他者の観察を通しての読み取りとその確かめによる、その時点での見立てとかわりを試み、その結果のあらわれから次のはたらきかけを選んでいるという、一連のプロセスを追ってみることで、S V の理解の参考になったら幸いである。

#### 文 献

- 1) 日本精神科看護技術協会監修：「対人関係 グループアプローチ」精神看護出版、2007
- 2) 氏原寛：「ロールプレイとスーパーヴィジョン」ミネルヴァ書房、1997
- 3) 野田俊作：「続アドラー心理学トーキングセミナー」アニマ 2001（星雲社発売）1993
- 4) 田中亮子・横田碧：「参加者主体の研修方法の検討～相談指導の裏・表～」生活指導研究 第19号、128-144、エイデル研究所、2002
- 5) E・スタウファー／国谷誠朗・平松園枝訳「無条件の愛とゆるし」誠信書房、1990
- 6) 横田碧：「保健相談面接」、河野啓子監修「産業看護実践マニュアル～明日に生かせる活動のヒント」メディカ出版、154-188、2008
- 7) 松島尚子、横田碧：「相談者自身が気づいてく過程を援助していった事例」産業看護 4 314-321、メディカ出版、2010

## 2 産業保健推進センターの活用

### 1. 産業保健推進センターにおけるメンタルヘルス支援の概要

産業保健推進センターは平成 22 年現在、全国 47 カ所に設置されており、働く人々の健康を確保するため、事業場で産業保健活動に携わる産業医、産業看護職、衛生管理者をはじめ事業主、人事労務担当者などを対象として、専門的相談や産業保健研修、情報提供などの支援を行っている。メンタルヘルスに関しては、平成 21 年度より厚生労働省からの委託をうけ、産業保健推進センター内に「メンタルヘルス対策支援センター」が設置され、対面、電話、ファクシミリ、メールによりメンタルヘルス不調の予防から職場復帰までのメンタルヘルス対策全般について相談、問い合わせに応じている。

その事業内容としては、①メンタルヘルス対策全般について対応する相談窓口の設置、②各事業場への訪問による支援、③職場のメンタルヘルス対策の周知および情報提供、④円滑な職場復帰支援に向けた関係者間のネットワークの形成、⑤相談機関の登録および公表、が挙げられている。従来の産業保健推進センターの相談員である精神科医、心理士などと、産業カウンセラーや社会保険労務士、キャリアコンサルタントなどを背景に持つ促進員が業務を分担し、活動を行っている。利用できる具体的な支援については、各産業保健推進センターのホームページ内の「メンタルヘルス対策支援センター」のウェブページを参照されたい。

ここでは、以前より行われているメンタルヘルスに関して寄せられた相談の実態について述べる。平成 21 年度は全国で約 14,000 件の相談等に応じており、その項目内訳は図の通りである。相談件数で多かったものは、個別事案への対応(33%)、職場復帰支援(14%)、従業員・管理監督者への教育研修(11%)の順となっている。

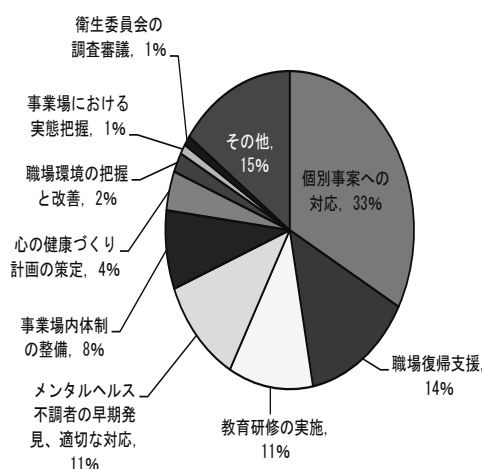


図 1 平成21年度 相談項目内訳

## 2. コンサルテーションとは

キャプラン（Caplan,G.）によると、「コンサルテーションは、二人の専門家（一方をコンサルタントと呼び、他方をコンサルティと呼ぶ）、の間の相互作用の一つの過程である。そして、コンサルタントがコンサルティに対して、コンサルティの抱えているクライアントの精神衛生に関係した特定の問題をコンサルティの仕事の中でより効果的に解決できるよう援助する関係をいう。」

コンサルテーション関係の基本特性は、①コンサルテーション関係はお互いの自由意思にもとづいていること、②コンサルタントは部外者であること、③コンサルテーション関係には時間制限があること、④コンサルテーション関係は課題中心で成り立ち、コンサルティが現在取り組んでいる問題や対象にどのようにかかわるかに焦点が向けられること、である。これらのことから、コンサルテーションは前述のスーパービジョン、教育や管理、カウンセリングのいずれとも異なる。

産業保健推進センターにてコンサルテーションを受ける場合、コンサルタントは“産業保健推進センターの相談員および促進員”であり、コンサルティは“現場の産業看護職”にあたる。現場の産業看護職（コンサルティ）が精神保健や精神医学、心理学などの知識や情報を増やしていくことに中心がおかれているというよりは、現場の産業看護職がすでにもっている知識や情報を当面の課題解決のためにいかに有効に活用するかということに、コンサルテーションの目的があると言える。

## 3. 産業保健推進センターの具体的活用方法

以上のことから、産業保健推進センターの活用方法として、大きく分けて2つの方向性が考えられる。

一つは知識や情報の習得である。研修などを通して、メンタルヘルスに関わる労働衛生関係法令や産業精神保健、精神医学、カウンセリングなどの新しい知識や情報を得ることができる他、電話やメール等で日々の業務を行う上での簡単な問い合わせや確認が可能である。特に、産業看護職として活動を始めて間もない方やひとり職場の産業看護職にとっては有用といえる。最近、研修ではグループワークなどを用いて、知識として入ったものを自らの気づきとして体験し、飲み込んでいく学習の機会も増えてきている。殊に、知的学習のみでは身につかない相談・面接技術などに関して、これらの体験学習は必要であるといえる。

もう一つは、産業保健活動を進めていく上での困難についての相談（コンサルテーション）である。まず、相談の連絡をとる前に、①どのようなことで困っているのか、②相談によってどのようなことを期待し、何を手に入れたと思っているのか？を、いま一度考えてみたい。実際は、何がどのように困っているのかわからないので悩む場合が多いのだが、整理して考えてみることで困りどころがある程度ははっきりして来れば、その専門家に直接相談が可能となる。

メールやファクシミリによる相談は、やりとりが一方通行という特徴があり、例えば「こ



のような場合、どうすればいいのでしょうか」というように相談内容が抽象的な場合、その回答も一般的なものに止まりがちになってしまう。すると、求めていた回答がどこか得られなかったという想いが残ってしまうというようなことが起こる。このようなことを防ぐためには、困難に感じている事柄は簡潔にまとめた上で、それらをどのように思案し、行動してみたのかを具体的に記すようにするとよい。

一方、対面や電話による相談は双方向のやりとりが可能なため、求めている回答にたどり着くよう確かめ合いながら進むことができる。しかし、時間にある程度の制限があることを考えると、メールなどでの相談ほど整理されたものでなくとも、話したいことや質問事項を箇条書きにメモしておきたい。

このような事前準備があつて、課題解決のための有益なコンサルテーションを受けることができると考えられる。

## 執筆者一覧 (五十音順)

伊藤その子	富士電機リテイルシステムズ株式会社 三重工場 健康管理センター
大西信行	四日市看護医療大学
岡田元宏	三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻 神経感覚医学講座 精神神経科学分野
河南文子	富士電機リテイルシステムズ株式会社 三重工場 健康管理センター
菅野由喜子	日本労働者協同組合（ワーカーズコープ）連合会センター事業団 健康管理室
栗岡住子	産業医科大学大学院医学研究科 産業保健管理学教室
後藤由紀	四日市看護医療大学
近藤信子	四日市看護医療大学
高橋悦子	四日市看護医療大学
中川雅紀	三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻 神経感覚医学講座 精神神経科学分野
萩 典子	四日市看護医療大学
濱口達也	三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻 神経感覚医学講座 精神神経科学分野
畑中純子	NTT 東日本首都圏健康管理センター保健支援課
東川 薫	四日市看護医療大学
福田弘子	四日市看護医療大学
松島尚子	労働者健康福祉機構 東京産業保健推進センター
山崎正人	四日市看護医療大学
横田 碧	岩手県立大学

# ストレスに強くなる メンタル・トレーニング



平成 22 年度労働安全衛生総合研究事業  
労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究班作成

研究代表者  
横山和仁（順天堂大学医学部教授）



## 「ストレスに強くなるメンタル・トレーニング」の使い方

このリーフレットは、「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究班」（研究代表者：横山和仁順天堂大学医学部教授）によって作成された心理教育用のリーフレットです。

ストレスを感じている人の多くは、「疲れやすい」、「夜よく眠れない」、「食欲がない」などの身体症状や、「考えがまとまらない」、「気持ちが落ち込む」、「やる気がでない」などの精神面への影響があらわれやすくなります。このようなストレスによる身体やこころの反応があらわれる前に、自分でなるべく早くストレスに気づき、対処する力を養うために考案されました。

パート1「一緒に考えましょう」では、職場や家庭など日常生活の中で、あなたがストレスに感じていること、人、状況などを書き出します。いくつでも、どんなことでも書き出してみましょう。自分でもたいして気にしていなかったことが思い浮かんだり、意外な人との関係でストレスに感じることが出てくるかもしれません。

次に、質問2「どのように対処していますか？」では、自分のストレス対処の方法を書き出してみます。問題解決のために情報を集める、人の意見をきくこともあれば、情緒的解決のために音楽を聴く、お風呂に入る、食べる、歩くなどの身体の緊張をほぐし、リラクゼーションを図る方法があげられます。ひとつの方法だけで対処するより、いろいろな方法を使って、柔軟に対処できると良いでしょう。

パート2「確認しましょう」では、精神的健康を支えるのは、①規則正しい生活習慣、②ストレス対処能力、③人からのサポートの3つが基本であることをピラミッドに積み重ねて表しています。生活習慣は、自分で改善できます。また、生まれつきストレス対処能力が低いと感じている人でも、性格は変えられなくても、考え方は「修正できる」ので、その結果、ストレス対処能力を高めることができます。人からのサポートを受けるには、情報を集め、人とコミュニケーションすることが必要です。ひとりで引きこもり、くよくよ悩んで思いつめていたら、いつまでたっても発想の転換ができません。おもいきって周囲の人、例えば、同僚、上司、友人、家族、親戚、知人などに相談してみると、自分では考えつかなかった解決の糸口をつかめます。

「2. 精神的健康が脅かされる：危険な時期」とは、さまざまな環境の変化に頑張って適応しようとして、無理を重ねた結果、心身ともに疲れ、休養が必要なのにさらに無理をして、うつ病を発症しやすくなるプロセスを説明しています。頑張っている人には、自分が無理をしているかどうかわからなくなることがあります。知識として、どのようなときに精神の

## 「ストレスに強くなるメンタル・トレーニング」の使い方

「3. 変化に適応する力：ストレス対処能力」では、1～13の質問項目に回答して合計点を算出します。最高得点は91点ですが、何点以上が良いという適正な基準はありません。これらの質問項目を読むと、ストレス対処能力が高い人の考え方、感じ方を知ることができます。自分のストレス対処能力は高いのか？低いのか？を知る目安になります。

パート3「ストレス対処能力を高めるために」では、パート2で回答した質問項目を振り返って、特に、得点の低かった項目をとりあげて、その理由を考えます。大事なことは、その理由が適正なものか？もっと別の考え方がないか？を調べることです。ですから、このパートは、誰かと一緒に話し合いながら進めるとより効果的です。

最後に、このリーフレットの活用方法を述べます。

### ①集団で活用する

職場の新人研修や、ストレスマネジメント研修でグループワークの資料として活用すると、一方的に講義を受けるより自分で考えながら記入できるので、ゲーム感覚で集中できるでしょう。グループでは、それぞれのパートを進めながら、適宜、他の参加者と意見交換をしてみましょう。人の意見を参考にしたり、一緒に学ぶ体験の中で自分の振り返りができるので、新しい考え方を知り、励まされたりします。また、グループ学習は印象に残るので、学んだ内容をしっかりと記憶できる利点もあります。

### ②個別の面談に活用する

職場の産業医・保健師・相談員による面談で、個別にストレス対処について話し合いながら記入していくと、より理解を深めることができます。特に、職場の人間関係で悩んでいたりと、精神的に不調を感じる人を対象とした面談に活用できます。対象者がどのようなストレスを感じているのか、どのように対処しているのかを知ることができます。また、ストレス対処能力の高低を推測することもできます。最後のパートでは、対象者の認知の特徴を把握できるので、適正な認知へと修正する指導ができるでしょう。

作成者： 浦川加代子

三重大学大学院医学系研究科ストレス科学分野教授

# 一緒に考えましょう！

## 質問 1

あなたが、現在ストレスに感じていることは何ですか？

答え

職場で・・・、家庭で・・・、いろいろ・・・



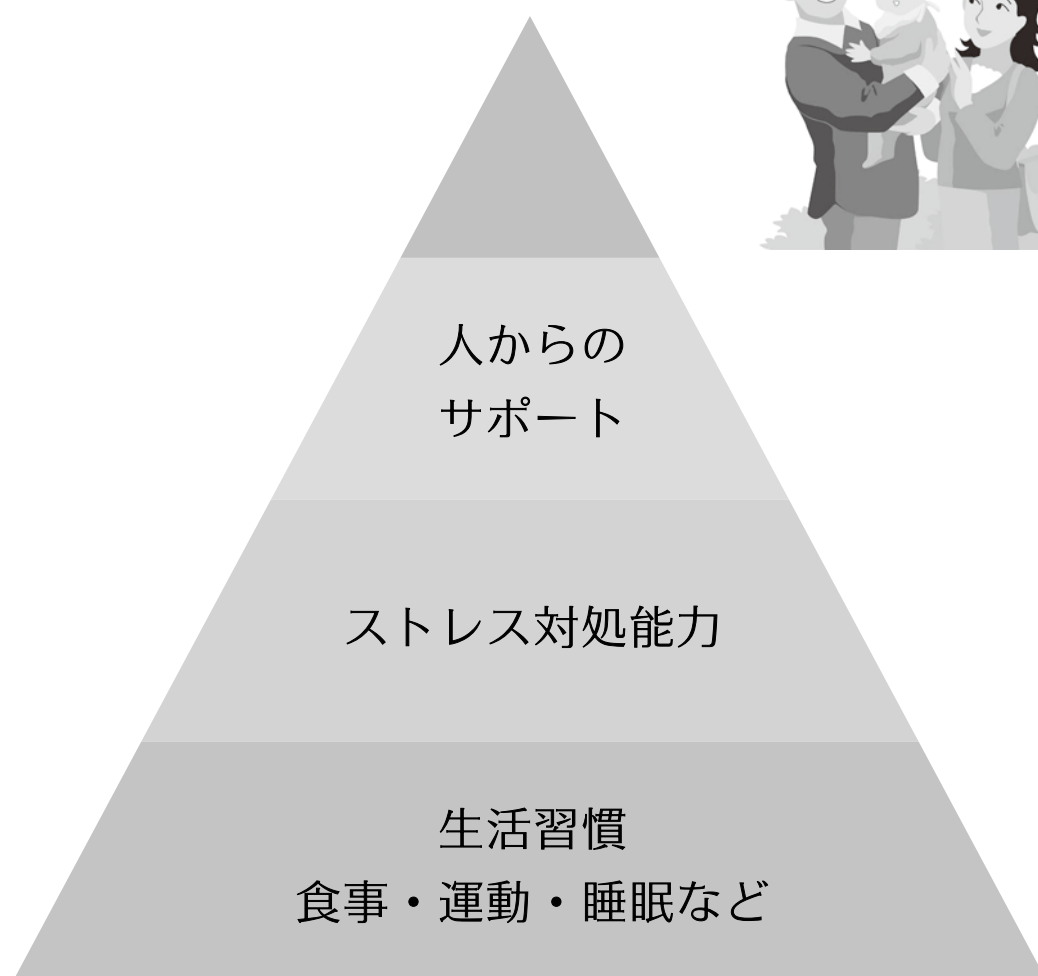
## 質問 2

ストレスを感じたとき、自分でどのように対処していますか？

答え

# 確認しましょう！

## 1. 精神的健康を支える仕組み

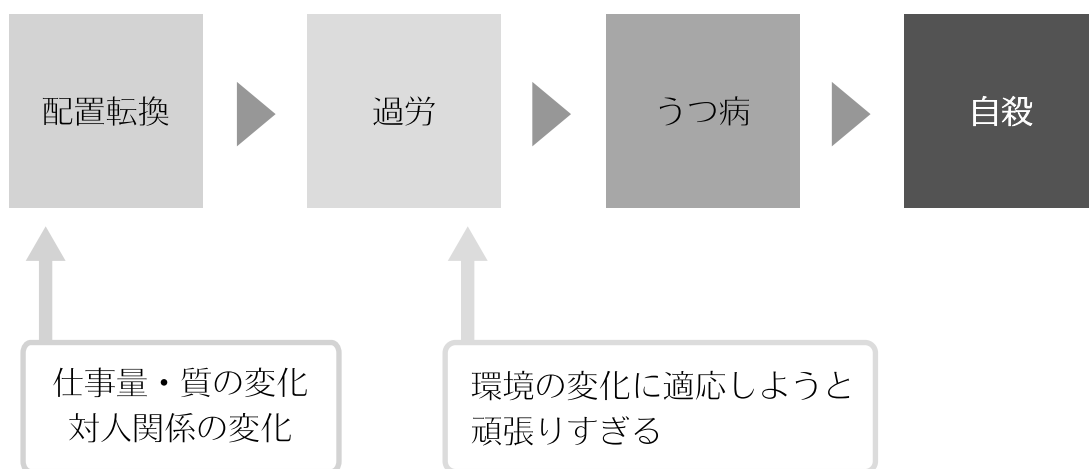


- 1) 精神的健康には、規則正しい生活リズム、暴飲・暴食をしない、ストレッチ、ウォーキング、筋トレなどで体を動かす、日常生活が基本です。
- 2) 個人のもつストレス対処能力を高めることで、精神的な健康を維持できます。
- 3) 周囲の人たちからのサポートは、こころのバランスを維持するために大切です。



## 2. 精神的健康が脅かされる：危険な時期

例えば、職場で・・・



他のうつ病の危険因子

### 適応

家族、友人の死  
昇進・昇格  
転勤・引越  
更年期  
結婚、出産  
災害など・・・



人生に生じるいろいろな  
変化にうまく適応できないとき、  
精神的健康が脅かされます。

### 変化



⑦ あなたが、毎日していることは、

1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7

喜びと満足を  
与えてくれる

つらく退屈である

⑧ あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？

1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7

とてもよくある

全くない

⑨ あなたは、本当なら感じたくないような感情を抱いてしまうことがありますか？

1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7

とてもよくある

全くない

⑩ どんなに強い人でさえ、時には「自分は駄目な人間だ」と感じることもあるものです。  
あなたは、これまでに「自分は駄目な人間だ」と感じたことはありますか？

1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7

全くなかった

とてもよくあった

⑪ 何かが起きたときに、ふつう、あなたは、

1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7

そのことを過大評価したり、  
過小評価してきた

適切な見方をしてきた

⑫ あなたは、日々の生活で行っていることにはほとんど意味がない、  
と感じることがありますか？

1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7

とてもよくある

全くない

⑬ あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？

1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7

とてもよくある

全くない

質問項目①, ②, ③, ⑦, ⑩は逆転項目なので、回答の数字を  
逆転させて全部の数字を合計してください。

あなたのストレス対処能力：合計得点（ ）点

# ストレス対処能力を高めるために

振り返りの方法を使って、自分の経験を書いてみましょう。

前ページの13の質問項目で、特に得点が低かった項目をひとつ選んでください。

例えば・・・

質問8「あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？」

回答1「とてもよくある」

その時の状況を振り返って、どのような経験をしたのかを書いてみましょう。

例えば・・・

「上司に呼ばれて、いろいろ言われたり、仕事について確認されるとき特に混乱する・・・」

なぜ、そのような経験（感じ）をしたのでしょうか？理由を考えてみましょう。

例えば・・・

「上司が嫌いだし・・・不安になる、怖い・・・うまく答えようと焦るのかも」



6～7ページのストレス対処能力 SOC13 項目の中で、特に、得点の低かった質問項目をひとつ選んでください。

その時の状況を振り返って、どのような経験をしたか書いてみましょう。

---

---

---

---

---

---

---

---

なぜ、そのような経験（感じ）をしたのでしょうか？理由を考えてみましょう。

---

---

---

---

---

---

---

---

