

C. 職場環境等の改善

心の健康づくり指針では、「労働者の心の健康には、職場環境（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の施設及び設備等、職場生活で必要となる施設及び設備等）のみならず、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が、影響を与えるため、これらの問題点の改善を図る必要がある。」とされています。労働者の心の健康に影響を与えるこうした職場の要因に対する対策についてうかがいます。

項目	事業場で「最低限この程度はやっておいてほしい」という水準はどれでしょうか。事業場の規模ごとに、1つ選んで○をつけてください。	中規模者 看護職なし	中規模者 看護職あり	千人規模以上
16. ストレスの原因となる職場環境等についての理解	<ol style="list-style-type: none"> 1. ストレスの原因となる可能性のある職場環境等について、<u>管理監督者、人事・労務担当者や産業保健スタッフが理解している。</u> 2. 上記について、<u>少なくとも人事・労務担当者や産業保健スタッフは理解している。</u> 3. 上記について事業場で理解している者は<u>ほとんどいない。</u> 4. <u>事業場の誰も、職場環境等が心の健康やストレスの原因になると考えていない。</u> 	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
17. 管理監督者による職場環境等の評価と改善	<ol style="list-style-type: none"> 1. 管理監督者が日頃の職場管理の中で、職場におけるストレス要因に気づき、改善するように積極的に指示している。 2. 管理監督者が日頃の職場管理の中で、ストレス要因に気づき、改善する雰囲気¹が事業場全体にある。 3. 管理監督者の中には、日頃から職場のストレス要因について気を配っている者もいる。 4. 管理監督者が職場のストレス要因に気づいたり、改善したりすることはほとんどない。 	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
18. 産業保健スタッフや人事・労務担当者による職場環境等のストレス要因の評価	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産業保健スタッフ等が、定期的に、ストレス調査等によって、職場のストレス要因を評価することになっている。 2. ストレス調査は実施してないが、産業保健スタッフ等が、職場巡視等で職場ごとのストレス要因を評価している。 3. 職場で心の健康問題が発生した時にだけ、関係者から事情を聞くなどして職場のストレス要因について評価するようにしている。 4. 職場環境等におけるストレス要因の評価は全く行っていない。 	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
19. 産業保健スタッフや人事・労務担当者による職場環境等の改善	<ol style="list-style-type: none"> 1. ストレス対策委員会等、組織を作って職場ごとのストレス要因の改善を進めている。 2. 管理監督者、産業保健スタッフや人事・労務担当者が相談し、職場のストレス要因の改善を進めている事例がある。 3. 上記のような事例はないが、職場環境等のストレス要因の改善について、産業保健スタッフや人事・労務担当者が助言することがある。 4. 職場環境等におけるストレス要因の改善について、産業保健スタッフや人事・労務担当者は全く関わっていない。 	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

D. 教育・研修および情報提供

指針は、管理監督者や従業員が、事業場の心の健康づくりにそれぞれの役割を果たせるように、教育・研修を行うことが大事であるとしています。ここでは、教育・研修の現状についてうかがいます。

項目	事業場で「最低限この程度はやっておいてほしい」という水準はどれでしょうか。事業場の規模ごとに、1つ選んで○をつけてください。	中規模 看護職 なし	中規模 看護職 あり	千人規 模以上
20. 管理監督者向けの心の健康についての教育・研修	1. <u>すべての</u> 管理監督者に対して、心の健康についての教育・研修を実施している。	1	1	1
	2. <u>一部の</u> 管理監督者に対して、心の健康についての教育・研修が実施している。	2	2	2
	3. 教育・研修は実施していないが、管理監督者向けに心の健康についてのパンフレットや冊子を配布している。	3	3	3
	4. 管理監督者向けの心の健康についての教育・研修は実施していない。	4	4	4
21. 一般従業員に対して、心の健康についての教育・研修	1. <u>すべての</u> 従業員に対して、心の健康についての教育・研修を実施している。	1	1	1
	2. <u>希望者等一部の</u> 従業員に対して、心の健康についての教育・研修を実施している。	2	2	2
	3. 教育・研修は実施していないが、従業員向けのパンフレットや冊子を配布している。	3	3	3
	4. これまで心の健康についての従業員向けの教育・研修は実施されていない。	4	4	4
22. ストレス対処のための教育・研修	1. ストレスに対処のための生活習慣（運動、睡眠等）や特別な技術（リラクゼーション法等）を普及するための教育・研修や情報提供を <u>すべての</u> 従業員に対して行っている。	1	1	1
	2. ストレス対処のための生活習慣や技術の教育・研修や情報提供を希望者等に、ときどき行っている。	2	2	2
	3. ストレス対処のための情報について小冊子等を配布している。	3	3	3
	4. ストレス対処のための教育・研修や情報提供は行っていない。	4	4	4
23. 産業保健スタッフや人事・労務担当者のメンタルヘルスに関する教育・研修	1. 産業保健スタッフや人事・労務担当者がメンタルヘルスに関する教育・研修を受ける機会を <u>定期的</u> に設けている。	1	1	1
	2. 産業保健スタッフや人事・労務担当者がこのような教育・研修を受ける機会を <u>ときどき</u> 設けている。	2	2	2
	3. 産業保健スタッフや人事・労務担当者は、自分で費用を負担したり、休みをとったりしてメンタルヘルスについて学んでいる。	3	3	3
	4. 産業保健スタッフや人事・労務担当者は、メンタルヘルスに関する教育・研修を受ける機会がない。	4	4	4
24. 心の健康に関する正しい知識の普及	1. 事業場の <u>すべての</u> 従業員が、心の健康についての正しい知識を学ぶための教育・研修を受ける機会がある。	1	1	1
	2. <u>管理監督者が</u> 、心の健康についての正しい知識を学ぶための教育・研修を受ける機会がある。	2	2	2
	3. 心の健康についての正しい知識について、小冊子・パンフレットの配布等を行っている。	3	3	3
	4. 心の健康について正しい知識の普及は行っていない。	4	4	4

項目	事業場で「最低限この程度はやっておいてほしい」という水準はどれでしょうか。事業場の規模ごとに、1つ選んで○をつけてください。	中規模 看護職 なし	中規模 看護職 あり	千人規 模以上
25. 家族 に対する情報提 供	1. 家族に対して、心の健康についての基礎知識や相談先について、社内報・パンフレット等で定期的に情報を提供している（健保事業で実施している場合でもかまいません）。	1	1	1
	2. 家族に対して、こうした情報を時に提供している。	2	2	2
	3. 心の健康問題を持つ従業員の家族等、一部の家族に対しては心の健康に関する情報を提供している。	3	3	3
	4. 家族に対する心の健康に関する情報の提供は行っていない。	4	4	4

E. さまざまな機会を活用した心の健康づくり

産業医や産業保健スタッフが、さまざまな機会に従業員のストレスを把握し、従業員へのストレスへの気づきを促したり、従業員が抱えるストレスや心の健康問題の解決を支援する工夫がなされるとよいと言われます。ここではこうした活動の現状についてうかがいます。

項目	事業場で「最低限この程度はやっておいてほしい」という水準はどれでしょうか。事業場の規模ごとに、1つ選んで○をつけてください。	中規模 看護職 なし	中規模 看護職 あり	千人規 模以上
26. 心の健康 やストレスに関 する問診の実施	1. 健康診断等の機会を活用して、従業員の心の健康やストレスに関する問診やアンケートを実施し、本人に結果を返却した上で保健指導に役立てている。	1	1	1
	2. 問診やアンケートは実施しているが、本人に結果を返すだけで保健指導には結びついていない。	2	2	2
	3. 問診やアンケートは実施しているが、本人に結果を返却したり、保健指導に役立てたりしていない。	3	3	3
	4. 心の健康やストレスに関する問診やアンケートは行っていない。	4	4	4
27. ストレス に対する保健指 導の実施	1. ストレスチェック対象者やストレスのある従業員に対して、産業保健スタッフが保健指導を実施する機会がある（社外の健康増進機関や健康保険組合のスタッフによる指導の機会も含めて結構です）	1	1	1
	2. 必要のある時には、産業保健スタッフがストレスについての保健指導を実施している。	2	2	2
	3. 産業保健スタッフはいるが、ストレスについての保健指導はしていない。	3	3	3
	4. 保健指導をする産業保健スタッフがいらない。	4	4	4
28. トータル ヘルスプロモー ション（THP） の心理相談の実 施	1. THPの心理相談を積極的に実施している。	1	1	1
	2. THPの心理相談を部分的に実施している。	2	2	2
	3. THPの心理相談以外の指導（保健指導、運動指導等）で、従業員のストレス等を扱うことがある。	3	3	3
	4. THPをやっていない。あるいはTHPでストレスを扱っていない。	4	4	4

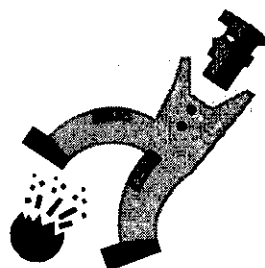
項目	事業場で「最低限この程度はやっておいてほしい」という水準はどれでしょうか。事業場の規模ごとに、1つ選んで○をつけてください。	中規模 看護職 なし	中規模 看護職 あり	千人規 模以上
29. インター ネットやイント ラネットの活用	1. 社内のイントラネットを活用して、従業員がストレスについて学んだり、自身のストレスをチェックできる。	1	1	1
	2. 社外のストレス関連サイト等についての情報を従業員に提供している。	2	2	2
	3. 社外のストレス関連サイト等について人事・労務担当者が個別に情報を提供している。	3	3	3
	4. インターネットやイントラネットを用いた対策は実施していない。	4	4	4

E. 緊急時の心のケア

大きな事故や災害等で死の脅威にさらされたり、悲惨な状況を見たりした後、従業員の心の健康に問題がおきることがあります。例えば、米国の同時多発テロの生存者、原発事故の経験者の心の傷（PTSD）等です。大きな事故や災害の後に、従業員の心のケアを行うためのシステムが事業場にあるかどうかについてうかがいます。

項目	事業場で「最低限この程度はやっておいてほしい」という水準はどれでしょうか。事業場の規模ごとに、1つ選んで○をつけてください。	中規模 看護職 なし	中規模 看護職 あり	千人規 模以上
30. 事故や災害 発生後の従業員 の心のケア	1. 大きな事故や災害の発生後の従業員の心のケアへの対応が定められ、必要があればいつでも実施可能になっている。	1	1	1
	2. 事故や災害の発生後の従業員の心のケアへの対応が定められているが、いつでも実施可能な状態にはなっていない。	2	2	2
	3. 事故や災害の発生後の従業員の心のケアへの対応について決まった方針はない（その都度、関係者で相談して対応する）。	3	3	3
	4. 事故や災害の後の従業員の心のケアについての対応は考えていない。	4	4	4
31. 自殺発生時 の心のケア*	1. 従業員の自殺がおきた後には、衛生委員会等で状況を分析、対策を検討するとともに、人事・労務担当者や産業保健スタッフが上司や同僚との話し合いの場を設ける等方針や手順が決まっている。	1	1	1
	2. 方針や手順は決まっていないが、人事・労務担当者等ごく限られた一部の者で相談を持ち対策を検討している。	2	2	2
	3. 方針や手順は作成されてないが、今後対策について協議する予定である。	3	3	3
	4. 自殺が生じた後の対応については考えていない。	4	4	4

* 事業場での自殺が万一おきたならどう対応するかについてたずねています。



F. 評価・改善

事業場の心の健康づくりの実施状況を一定期間ごとに見直し、よりよいものにするための改善をおこなうことが大事です。ここでは、評価・改善の実施状況についてうかがいます。

項目	事業場で「最低限この程度はやっておいてほしい」という水準はどれでしょうか。事業場の規模ごとに、1つ選んで○をつけてください。	中規模 看護職 なし	中規模 看護職 あり	千人規 模以上
32. 心の健康づくりの実施状況の評価	1. 心の健康づくりについて、衛生委員会等で実施状況を一定期間ごとに評価、討議して、改善案を検討し、次期の計画を作成している。	1	1	1
	2. 担当者等が評価し、改善案を検討して、次期の計画の作成に反映している。	2	2	2
	3. 心の健康づくりの実施状況についてまとめることになっているが、次の計画に反映はしていない。	3	3	3
	4. 心の健康づくりについて実施状況を評価することはしていない。	4	4	4
	5. 心の健康づくりを何も実施していない。			
33. 心の健康づくりの効果の評価	1. 疾病休業日数の減少、ストレスの訴えの減少等、 <u>数量的に心の健康づくりの効果を評価している。あるいは評価する計画がある。</u>	1	1	1
	2. <u>従業員の感想や担当者の印象等から、心の健康づくりの効果を評価している。あるいは評価する計画がある。</u>	2	2	2
	3. 効果評価の方法は決まっていないが、従業員や担当者等が集まって心の健康づくりの効果について話し合う機会がある。	3	3	3
	4. 心の健康づくりの効果を評価する予定はない。	4	4	4
	5. 心の健康づくりを何も実施していない。			

注：上記2つについては調査票としては選択肢「5」が設けられていますが、今回は評価基準の調査ですので、選択しないでください。



V. 最後に、この「事業場における心の健康づくりの実施状況評価票」あるいはこの調査自体についてご意見やご助言がありましたらぜひお寄せください。たとえば調査票のうち「28. トータルヘルスプロモーション（THP）の心理相談の実施」、「29. インターネットやイントラネットの活用」については昨年度の事業場担当者調査からも「あまり重要でないのでは」との意見が寄せられており、除外することを検討しています。このような観点を含めて、ぜひコメントをお寄せください。



返送用の封筒に入れて、投函してください。
ご協力どうもありがとうございました。

用語の定義

この調査においては、厚生労働省「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に従って、以下に掲げる用語を使用しています。用語がご不明な際はご覧ください。

(1) ライン … 日常的に労働者と接する、現場の管理監督者をいいます。なお、ラインというと製造ラインを思い浮かべる方がおられるかもしれませんが、ここにいうラインとはスタッフに対する言葉としての、「現場」を意味し、第三次産業を含む全ての業種を対象にしています。

(2) 産業医等 … 産業医その他労働者の健康管理等を行う医師をいいます。なお、産業医以外に労働者の健康管理等を行う医師としては、50人未満の事業場が労働安全衛生法第13条の2によって共同選任等で選任する医師、地域産業保健センターの医師等があります。

(3) 衛生管理者等 … 50人以上の事業場においては衛生管理者、50人未満の事業場においては衛生推進者又は安全衛生推進者をいいます。

(4) 事業場内産業保健スタッフ … 本指針における事業場内産業保健スタッフとは、産業医等、衛生管理者等及び事業場内の保健婦・士をいいます。

(5) 心の健康づくり専門スタッフ … 心理相談担当者、産業カウンセラー、臨床心理士、精神科医、心療内科医等の心の健康に関するカウンセラーや医師等の専門家をいいます。

(6) 事業場内産業保健スタッフ等 … 事業場内産業保健スタッフ及び事業場内の心の健康づくり専門スタッフ、人事労務管理スタッフ等をいいます。

(7) 地域保健機関 … 精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センター等をいいます。

(8) 事業場外資源 … 地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、健康保険組合、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター、中央労働災害防止協会、労働者健康保持増進サービス機関等、産業医学振興財団、日本医師会、都道府県医師会、産業医科大学、精神科・心療内科等の医療機関、地域保健機関、各種相談機関等の事業場外でメンタルヘルスへの支援を行う機関及び労働衛生コンサルタント、産業カウンセラー、臨床心理士、精神保健福祉士等の事業場外でメンタルヘルスへの支援を行う専門家をいいます。

厚生労働科学研究補助金（労働安全衛生総合研究事業）

分担研究報告書

産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討

分担研究者 廣 尚典 日本鋼管病院鶴見保健センター センター長

研究要旨：

事業場内産業保健スタッフが中心となって実施する自殺予防対策に寄与しうる資料およびツールの作成を目的として、2つの研究を行った。ひとつは、自殺の危険因子と自殺直前のサインの把握に関する指標を、事業場の実態、すなわち人的資源面および管理・組織面の充実度別に作成することであり、もうひとつは、うつ状態の把握のための簡便な構造化面接法の開発することである。後者については、これを活用することにより、短期間の訓練でうつ状態の有無に関する見立てが可能となる。ともに、職場内で産業保健スタッフがメンタルヘルス対策を実践していく中に取り入れていくことができる成果が得られた。

A. 研究目的

最近の自殺者の増加は、わが国の社会問題となるまでに至っている。特に40歳代、50歳代といった、いわゆる中年層の増加が目立ってきていることから、彼らに対する自殺予防対策の充実化が望まれる。自殺予防有識者懇談会の報告書においてもその点が強調され、各事業場において、自殺予防の面からも、職場のメンタルヘルス対策が推進されるべきであると述べられている。

2000年8月厚生労働省が公示した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（メンタルヘルス指針）は、具体的な活動のあり方を4つのケアに分けて論じているが、その中の「事業場内産業保健スタッフによるケア」の推進は、労働者の傍らにいる産業保健の専門職の活動として、自殺予防効果の観点でも効果が期待される場所である。

本研究は、職場における自殺防止対策の中でも、特に事業場内の産業保健スタッフが行う活動に焦点をあて、次の2つの研究を実施した。

①自殺の危険因子、直前のサインを発見するた

めの要件を人的資源面と組織管理面から吟味し、それぞれのレベルでどういった事項が発見可能かを整理した。

②比較的スタッフの充実している事業場で実施が推奨される対策として、産業医、看護職などが使用できるうつ病のアセスメントのための簡易構造化面接法を開発し、その有用性を検討した。

I. 自殺の危険因子、直前のサインを発見する機会および要件に関する検討（廣尚典）

B. 研究方法

現在産業保健の実務に従事している産業医、看護職等に対して質問紙調査を実施し、自殺の危険因子および自殺直前のサイン37項目について、人的資源面（事業場の産業医、専門医、看護職、臨床心理士などの知識、技術）と組織・管理面（専門職の数、関係部署との連携、教育・研修プログラム、健康管理に関するシステムなど）の2つの面から、健康診断、健康相談、復職判定、職場からの情報などによって、職場で把握できる可能性（すなわち、2つの面がどの

ようなレベルであれば把握が可能か)を問うた。選択肢は、人的資源面では「あまりなくても可能」「ある程度必要」「充実していないと困難」「よほどの専門家がいないと困難」の4つ、組織・管理面では「特に整備されていないでも大半の事業場で可能」「ある程度充実した一部の事業場で可能」「現状ではほとんどの事業場で不可能」の3つとし、各項目択一で回答を求めた。併せて、現在の自職場での把握可能性についても、「できる」「困難である」「まずできない」の3者択一で回答を求めた。なお、各項目を把握できうる場に関しては、質問紙調査に先がけて、5名の産業医実務に従事する医師から聞き取り調査を行い、その結果を質問紙に示しておいた。自殺の危険因子および自殺直前のサインは、「職場における自殺の予防と対応」¹⁾および高橋の報告²⁾より引用、抽出した。質問紙の内容を本文末に付した。

さらに、企業外労働衛生機関に関与し、契約事業場の産業医業務を行っている医師5名、事業場のメンタルヘルス対策に携わっている精神科医および心理職4名の2つのグループを対象として、自殺の危険因子、直前のサインの把握とその後の対応に関して、各1回ずつディスカッション形式で聞き取り調査を行った。その際には、上記質問票調査の結果を呈示し、それに関する意見も同時に聴取した。そこで得られた結果を表6にまとめた。

C. 研究結果

計40名から回答が得られた。表1に回答者の各種属性をまとめた。

質問票に一部不備があった関係で、1項目を除く36項目について、解析を実施した。

各項目について、人的資源面および組織・管理面の要件の回答分布を表2、3に示し、最も回答の多かった選択肢（同数の場合には、より多くの事業場で可能であることを意味する方）と自職場での確認可能性を表4にまとめた。

表5には、各選択肢にどの項目が該当するか

を分類、整理した。

また、2回の聞き取り調査の結果をまとめて表6に示した。

D. 考察

今回の結果からは、生育歴に関わっている、あるいは家族に問い合わせが必要であると考えられる一部の項目を除いて、自殺の危険因子および直前のサインの多くは、ある程度の人的資源および組織・管理面での整備がなされれば、確認が可能であると考えることができる。メンタルヘルス指針に沿った体制の整備、現状を踏まえた中長期的な計画の策定と4つのケアの推進によって、自殺予防対策としても有効な活動が可能となろう。

4つのケアのうち、事業場内産業保健スタッフ等によるケアは、産業医、保健師、衛生管理者等が行う活動であり、それが十分に機能するためには、彼らの知識、技術の強化が必要である。本結果は、そのための教育研修において、自殺防止対策に関する啓発を行い、具体的な取り組みの一部を示唆する資料として使用することができる。

回答者の大半は大規模事業場に関わっている産業医、保健師であり、積極的な産業保健活動を行っていると考えられるが、現時点で彼らの自社で確認できる可能性については、項目の67%が肯定されていることから、職場のメンタルヘルス対策を推進することによって、こうした把握も行いやすくなるといえよう。

II. うつ病のアセスメントのための簡便な構造化面接法の開発に関する検討（田中克俊，廣尚典）

B. 研究方法

電機製造業2事業場，造船重機製造業1事業場，光学器械製造業1事業場の計4事業場およびそれらの関連事業場に勤務する労働者及び産業保健スタッフを対象とした。

なお、本研究を開始するに当たっては、衛生委員会等の承諾の後、各人の同意を得た。

1) 簡便な構造化面接法（M.I.N.I.-D 短縮版）の作成

DSM-IV及び ICD-10 に準じた精神疾患簡易構造化面接法である M.I.N.I.（Mini-International Neuropsychiatric Interview）の日本語版³⁾（表7）の大うつ病エピソードのモジュールをもとに、これまで電機製造業A社で13,263名を対象に行われた面接結果を検討しながらその短縮版を作成する。M.I.N.I.は、Sheehan DVら⁴⁾によって作成され、欧州6カ国における大規模なうつ病の疫学研究（Depression Research in European Society: DEPRES）⁵⁾をはじめ最近多くの疫学研究で使用されている。日本語版は大坪らによって作成され信頼性や妥当性の検討も行われている⁶⁾。大うつ病エピソードの診断において、精神科疾患の代表的構造化面接法である Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) との結果との比較でも、Cohen の Kappa 係数が 0.85 と非常に高い一致度を示している。

M.I.N.I.の大うつ病エピソードモジュール（以下 M.I.N.I.-D 9 項目版）では、DSM-IV などの診断基準と同様に、最初に「A1：2週間以上持続する抑うつ気分」と「A2：2週間以上持続する興味や喜びの減退」の有無を聞き、そのどちらか一つ以上が認められた場合に、追加して A3 の 7 項目（a～g）について聞いていく。その結果、全 9 項目のうち 5 項目以上の症状が認められた場合に、大うつ病エピソードが存在すると判断される。最初の A1、A2 のいずれにも当てはまらない場合や、全 9 項目のうち認められるのが 4 項目以下であった場合には、大うつ病エピソードは存在しないと判断される。最初の A1、A2 のいずれにも当てはまらない場合は、そこで面接終了となる。

短縮版の作成においては、最初に A1、A2 を聞いてから次の質問にすすむかどうかを決定する Serial testing の仕組みはそのままとして、追加質問される A3 の a～g の 7 つの項目数を

より少ない項目数に絞り込むことが可能であるかについて検討した。まず、A3 の a～g の各項目のそれぞれの結果と、M.I.N.I.-D 9 項目版の最終的な結果との一致度を調べた。次にその結果を参考にしながら、A3 の a～g の 7 項目のうち 2～4 項目を組み合わせて適切な区分点を設定した場合の結果と M.I.N.I.-D 9 項目版の結果との一致度を Cohen の Kappa 係数を用いて比較検討し、M.I.N.I.-D 9 項目版の短縮版（以下、M.I.N.I.-D 短縮版と略す）として適切な項目の選定を行った。

2) M.I.N.I.-D 短縮版の信頼性（外的信頼性）の検討

① 評価者内信頼性

同一の従業員を同一の産業保健スタッフが間に数日おいて 2 回 M.I.N.I.-D 短縮版を用いて面接を行ない、結果の一致度を測った。

② 評価者間信頼性

同一の従業員を対象に複数の保健師（または産業医）が M.I.N.I.-D 短縮版を用いて面接を行ない、その一致度を測った。

3) M.I.N.I.-D 短縮版の内的妥当性（基準関連妥当性）の検討

M.I.N.I.-D 9 項目版を至適基準として、M.I.N.I.-D 短縮版の基準関連妥当性について検討した。対象者全員が、M.I.N.I.-D 短縮版を用いた面接者（主に保健師）による面接を受けた後、その結果を知らない他の面接者（主に産業医）による M.I.N.I.-D 9 項目版を用いた面接を受け、それぞれによる結果の一致度を求めた。精査バイアスを防ぐため M.I.N.I.-D 短縮版の結果に関わらず対象者全員が M.I.N.I.-D 9 項目版を用いた面接を受けた。

4) M.I.N.I.-D 短縮版の有用性の検討

M.I.N.I.-D の施行に要する時間の他、M.I.N.I.-D 短縮版を使用した産業保健スタッフを対象に、M.I.N.I.-D 短縮版の利用のし易さ、有用

性についてアンケート調査を行ってその有用性について検討した。

C. 研究結果

1) 簡便な構造化面接法（M.I.N.I.-D 短縮版）の作成

M.I.N.I.-D 短縮版の作成にあたって、まず電機製造業A社で 13,263 名を対象に行われた M.I.N.I.-D 9 項目版による面接結果のデータを用いて、A3 の a～g の各項目の結果と、M.I.N.I.-D 9 項目版の最終的な結果との一致度を kappa 係数を用いて調べた。その結果を表 8 に示す。ここでは、「A3.f: 集中や決断の困難」と「A3.e: 無価値感・自責感」といった項目の kappa 係数が他の項目に比べて高い数字を示した。精神科臨床の場面においては非常に重視される「A3.a: 食欲や体重の変化」や「A3.d: 易疲労感・気力のなさ」、「A3.g: 希死念慮」は、職域では敏感度や特異度のどちらかが極端に低くなる症状項目であることが示された。また「A3.b: 不眠」や「A3.c: 動作緩慢・不安焦燥感」は、A 社でのうつ病有病率では陰性的中率は高いものの陽性的中率はやや低めに出る傾向が示された。

これらの結果をもとに、A3 の項目数を 2～4 項目に減じた場合の全ての組み合わせ毎に区分点を設定し、それぞれのパターンで得られる結果と M.I.N.I.-D 9 項目版の結果との一致度を Cohen の Kappa 係数を用いて比較検討した。その結果を表 3 に示す。表 3 には、A3 の中から 3 項目を選び出して組み合わせたパターンと 4 項目を組み合わせたパターンの中から高い kappa 係数を示したものを抽出している。A3 の中から 2 項目だけ取り出して組み合わせた場合には、どのように区分点を設定しても kappa 係数が 0.5 を越えることはなかったため、ここからは除外している。表 9 に示された通り、A3 から 4 項目を選択し計 6 項目中 4 項目を認めた場合に M.I.N.I.-D 短縮版陽性と判断するパターンの方が M.I.N.I.-D 9 項目版との一致度は高くな

るが、A1,A2 の他に、A3 の「b 不眠」「e 無価値感・自責感」「f 集中や決断の困難」の 3 項目だけを組み入れたパターン 3 も、kappa 係数が 0.71 と十分な一致度を示すことが認められた。また、パターン 3 の場合には、陰性的中率も 0.97 と最も高い数字を示し、M.I.N.I.-D 短縮版を使ったアセスメントが、スクリーニングとして用いられる可能性が高いことを考えると、パターン 3 が M.I.N.I.-D 短縮版として適切であると判断した。表 10 に M.I.N.I.-D 短縮版を示す。

2) M.I.N.I.-D 短縮版の信頼性（外的信頼性）の検討結果

① 評価者内信頼性

2 事業場の計 3 名の産業保健スタッフによって、3 例について評価者内一致度を調べたが、結果は 3 例とも完全に一致していた。

② 評価者間信頼性

2 つの事業場において評価者間信頼性が検討された。一つの事業場では、2 例について各 4 名の産業保健スタッフ間で、もう一つの事業場では、1 例について 3 名のスタッフ間で評価者間一致度を調べたが、全て完全に一致していた。

3) M.I.N.I.-D 短縮版の内的妥当性（基準関連妥当性）の検討結果

4 事業場計 77 名（男性 59 名、女性 6 名、不明 12 名、平均年齢 38.0 ± 7.6 歳）の従業員を対象に、M.I.N.I.-D 9 項目版をゴールドスタンダードとして、M.I.N.I.-D 短縮版の基準関連妥当性について検討した。ここでは、効率化を図るために事前に他の方法でスクリーニングを行い陽性率が高いと予想される従業員を対象としている。結果を表 5 に示す。M.I.N.I.-D 短縮版による結果と M.I.N.I.-D 9 項目版の結果の一致度は、kappa 係数 0.60 とほぼ満足できる結果であった。

4) M.I.N.I.-D 短縮版の有用性の検討

上述の基準関連妥当性の検討をする際に、M.I.N.I.-D短縮版及びM.I.N.I.-D 9項目版の施行に要する時間を測定した。M.I.N.I.-D短縮版での所要時間の平均±標準偏差は55±44秒であり、M.I.N.I.-D 9項目版では平均84秒±43秒という結果であった。また、面接を担当した4事業場の産業保健スタッフ12名に対するアンケート結果では、M.I.N.I.-D短縮版について、非常に利用しやすい4名、ある程度利用しやすい7名、ちらでもない1名、やや利用しにくい0名、非常に利用しにくい0名という結果であった。また、M.I.N.I.-D短縮版の職場での有用性については、非常に有用である3名、ある程度有用である6名、どちらでもない3名、あまり有用ではない0名、全く有用ではない0名という結果であった。

D. 考察

うつ病が就労年齢層にみられる代表的な精神障害であり、その早期発見と早期の適切な対応が望まれることは、多くの精神医療関係者の間で意見の一致をみている。一方で、うつ病は自殺の危険因子としても知られており、職場におけるうつ病対策への取り組みは、自殺防止の観点からも重要であるといえる。

今回、うつ病のアセスメントのための簡便な構造化面接法として、精神疾患簡易構造化面接法であるM.I.N.I.の大うつ病モジュールをもとにその短縮版を作成し、信頼性・妥当性及び有用性について検討した。全体で5項目に短縮されたM.I.N.I.-D短縮版は、非常に短い時間で施行することが可能であり、その信頼性・妥当性及び有用性もほぼ満足できるものであった。M.I.N.I.は、元々確定診断のために開発された構造化面接法ではないが、スクリーニングよりも包括的でその結果はより臨床的な意味をもつと考えられている。大うつ病エピソードのモジュールも、うつ病の確定診断ではなく大うつ病エピソードの有無のアセスメントを行うためである。基本的には大うつ病エピソード

が認められた場合は、うつ病の可能性を考え、何らかの治療的な介入の必要性を考慮すべきであると認識されているため、M.I.N.I.-D短縮版によって、大うつ病エピソードに関する標準的な判断が可能になることは、職域でのうつ病のアセスメントのために有用と考えられる。多くの事業場において、健診の間診場面等で活用されることが望まれる。ただし、その際には、対象者（労働者）の合意と理解を得て行う、実施後の本人へのフィードバック方法、専門機関との連携方法などを明確に決めておく等の準備が不可欠である。

E. 結論

本研究において、職場における自殺予防対策に寄与し得るものとして、2つの成果を得ることができた。ひとつは、自殺の危険因子と自殺直前のサインの把握可能性に関する目安で、人的資源面および管理・組織面からみた各事業場の状況に合わせた指標を作成した。もうひとつは、うつ病のアセスメントのための簡便な構造化面接法の開発であり、これを活用することにより、短期間の訓練でうつ病の有無に関する見立てが可能となる。ともに、職場内で産業保健スタッフがメンタルヘルス対策を実践していく中に取り入れていくことができるものである。

ところで、今回は自殺の危険因子、自殺直前のサインを職場でどのように把握するかに重点をおき、その後の対応に関しては、議論が深められていない。

聞き取り調査において指摘されたように、職場からの対応の要請に応えられるだけの資源（相談機関、治療機関など）が地域によっては十分に確保することができないのが現状である。そうした意味では、職場の自殺予防対策、さらにはメンタルヘルス対策を実りのあるものにするためには、事業外資源の充実と整備が不可欠であるといえよう。

F. 健康危機情報

該当せず。

G. 研究発表

1.論文発表

該当せず。

2.学会発表

①荒武 優, 廣尚典, 亀田高志, 田中克俊, 鎗田圭一郎, 林剛司, 柱宗孝, 河野慶三, 莊司栄徳, 川上憲人. 職場における自殺予防対策の現状に関する検討(1). 日本産業衛生学会(神戸) 2002.4

②廣 尚典, 佐藤恵美, 田中美由紀, 牧野純, 長見まき子, 北村尚人, 森崎美奈子, 荒井稔, 中川茂昭, 黒木宣夫, 他. 職場における自殺予防対策の現状に関する検討(2). 日本産業衛生学会(神戸) 2002.4

③川上憲人, 小林章雄, 廣 尚典, 原谷隆史, 小林由佳, 島津明人. 都道府県別の社会経済指標と2000年の性・年齢別自殺率の関連: 地域相関研究. 日本衛生学会総会(大分) 2003.3

H. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

該当せず。

2.実用新案登録

該当せず。

3.その他

該当せず。

I. 参考文献

1) 厚生労働省(編): 職場における自殺の予防と対応. 中央労働災害防止協会, 東京, 2001.

2) 高橋祥友: 自殺の危険. 金剛出版, 東京, 1992.

3) Sheehan D, Lecrubier Y: MINI Mini-International Neuropsychiatric Interview. 大坪天平, 宮岡等, 上島国利(訳): 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0. 星和書店, 2003.

4) Sheehan DV, et al: The Mini International

Neuropsychiatric Interview(M. I. N. I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 59 (Suppl. 20): 22-33, 1998

5) Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A.: Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society. Int Clin Psychopharmacol. 12(1): 19-29, 1997

6) 大坪天平, 他: Mini International Neuropsychiatric Interview(M. I. N. I.) 日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討. 精神科診断学 11(1): 67-68, 2000

J. 研究協力者

田中克俊, 石崎潤子, 鎗田圭一郎, 井上幸紀, 藤寄泰利, 長見まき子, 藤代一也, 森田哲也, 古木勝也, 日野義之, 塚原照臣, 小林祐一, 武田真紀, 荒武 優, 座間聡子, 上島国利, 大坪天平

I. あなたの職種をお答えください。(該当する選択肢の番号に○を)

- ①専属産業医 ②嘱託産業医 ③衛生管理者 ④看護職 ⑤心理職 ⑥人事労務担当者
⑦その他(具体的にお書きください)

II. あなたの(関係する)事業場の従業員規模はどのくらいですか。(該当する選択肢の番号に○を)
(複数の事業場に関わっている場合には、主な1ヵ所につき以下の設問にお答えください。)

- ①50人未満 ②50～99人 ③100人～299人 ④300人～499人 ⑤500～999人 ⑥1,000人以上

III. あなたの(関係する)事業場の産業保健スタッフの数を、それぞれの職種について教えてください。いないところは0を、不明のところは×を入れてください。(常勤、非常勤は問いません。)

- 1) 産業医__名 2) 看護職__名 3) 衛生管理者__名
4) メンタルヘルスに関する専門医(精神科医、心療内科医)__名 5) 心理職__名
6) その他の心の健康づくり専門スタッフ(産業カウンセラー、心理相談担当者など)__名

IV. 下の表には、自殺の危険因子と自殺直前のサインが列挙されており、各々確認できる可能性があると考えられる場面にすでに○がついています。それぞれの項目について、人的資源および組織・管理の面がどのようなであれば、確認できる可能性が高いかを、表の空欄に記号と番号でお答えください。

○人的資源面(産業医、専門医、看護職、臨床心理士などの知識・技術)について

- 1)あまりなくても可能 2)ある程度必要 3)充実していないと困難
4)よほどの専門家がいないと極めて困難

○組織・管理面(専門職の数、関係部署との連携、教育・研修プログラム、健康管理に関するシステムなど)について

- A)特に整備されていなくても大半の事業場で可能 B)ある程度充実した一部の事業場で可能
C)現状ではほとんどの事業場で不可能

例) ある程度の知識をもった産業保健スタッフがいれば、組織・管理面は関係なく確認できる→(回答)2A
かなり高度な知識をもったスタッフがいれば、健康管理システムが整備されている一部の事業場で把握可能→(回答)3B

また、現在のあなたの職場で、確認ができるかどうかを(○:確認できる, △困難である, ×まずできない)のいずれかでお答えください。

(太線の枠内のカッコをうめてください。)

	健康 診断	健康相談 (本人か ら)	健康相 談(上司 から)	職場から の情報(左 以外)	復職判 定の場な ど	確認できる 可能性	あなたの 職場での 可能性
(危険因子)						()	()
自殺未遂の既往がある		○			○	()	()
自殺企図歴がある		○			○	()	()
精神疾患 ¹⁾ に罹患している	○	○	○	○	○	()	()
援助組織(援助者)が欠如している ²⁾	○	○	○	○	○	()	()
喪失体験 ³⁾ を持つ	○	○	○	○	○	()	()
ある種の性格傾向 ⁴⁾ をもつ		○	○	○		()	()
自殺の家族歴がある		○				()	()
事故傾性がみられる	○	○	○	○	○	()	()
児童期に虐待を受けた経験がある		○				()	()
(直前のサイン)							
感情不安定		○	○	○	○	()	()
絶望・孤独・自責・無価値		○	○	○	○	()	()
不自然な明るさ		○	○	○	○	()	()
性格変化			○	○	○	()	()
支援の拒絶	○		○	○	○	()	()
投げやりな態度	○		○	○	○	()	()
身なりに無関心	○		○	○	○	()	()
興味の消失	○	○			○	()	()
業績急落・欠勤	○		○	○	○	()	()
注意集中の低下	○		○	○	○	()	()
引きこもり			○	○		()	()
口論・けんか			○	○		()	()
過度の危険行為			○	○		()	()
食欲減退・体重低下	○	○				()	()
不眠	○	○				()	()
様々な身体的不調	○	○			○	()	()
突然の家出・失踪			○	○		()	()
周囲からのサポート消失	○	○	○	○	○	()	()
アルコール・薬物の乱用	○	○	○	○	○	()	()
大切なものの整理		○	○	○	○	()	()
死へのとらわれ		○			○	()	()
自殺のほのめかし	○	○	○	○	○	()	()
自殺を口にすること	○	○	○	○	○	()	()

表1. 回答者の属性など

(職種)		(事業場の専門医 (精神科医, 心療内科医) 数)	
専属産業医	21	0名	24
嘱託産業医	14	1名	10
看護職	3	2名	2
人事労務担当者	1	3名以上	1
精神科医	1	不明	1
(主として関係する事業場の従業員規模)		(事業場の心理職数)	
50人未満	1	0名	32
50~99人	4	1名	5
100~299人	4	2名	2
300~499人	6	不明	1
500~999人	5		
1,000人以上	20	(事業場の他の心の健康づくり専門スタッフ数)	
		0名	26
		1名	6
(事業場の産業医数)		2名	1
0名	1	3名	2
1名	23	4名	1
2名	11	5名以上	1
3名	2	不明	3
4名	1		
5名以上	2		
(事業場の看護職数)			
0名	6		
1名	11		
2名	7		
3名	4		
4名	5		
5名以上	7		

表2.「自殺の危険因子、自殺直前のサインを確認できるための人的資源面の要件」の回答分布

	①	②	③	④	⑤
(自殺の危険因子)					
自殺未遂の既往がある	2	16	12	2	8
精神疾患に罹患している	2	20	10	0	8
援助組織(援助者)が欠如している	4	14	14	0	8
喪失体験を持つ	5	9	13	5	8
ある種の性格傾向を持つ	1	8	16	7	8
自殺の家族歴がある	2	9	13	8	8
事故傾性がみられる	11	8	9	4	8
児童期に虐待を受けた経験がある	0	3	11	17	9
(自殺直前のサイン)					
感情の不安定	4	14	13	1	8
絶望・孤独・自責・無価値	2	8	20	2	8
不自然な明るさ	3	10	13	6	8
性格変化	3	11	13	5	8
支援の拒絶	3	14	12	3	8
投げやりな態度	6	14	10	2	8
身なりに無関心	9	12	9	2	8
興味の喪失	2	10	18	2	8
業績急落、欠勤	14	13	5	0	8
注意集中の低下	4	19	8	1	8
引きこもり	8	16	4	4	8
口論・けんか	8	18	4	2	8
過度の危険行為	10	17	3	2	8
食欲減退・体重減少	6	17	8	1	8
不眠	6	18	6	2	8
さまざまな身体的不調	5	17	8	2	8
突然の家出・失踪	15	11	6	0	8
周囲からのサポート消失	3	14	14	1	8
アルコール・薬物の乱用	4	19	7	2	8
大切なものの整理	2	10	13	7	8
死へのとらわれ	1	5	18	8	8
自殺のほのめかし	5	13	10	4	8
自殺を口にする	7	13	9	3	8
遺書の用意	2	3	15	12	8
自殺の計画立案	1	2	15	14	8
自殺の手段準備	1	1	15	15	8
自殺予定場所の下見	1	1	15	15	8
自傷行為	3	6	19	4	8

注:①あまりなくても可能, ②ある程度必要, ③充実していないと困難, ④よほどの専門家がいなくて困る, ⑤不明

表4. 自殺の危険因子、自殺直前のサインを職場で確認できる可能性

人的資源面		組織・管理面	自社	人的資源面		組織・管理面	自社
(自殺の危険因子)							
自殺未遂の既往がある	2	B	○	注意集中の低下	2	B	○
精神疾患に罹患している	2	B	○	引きこもり	2	A	○
援助組織(援助者)が欠如している	2	B	○	口論・けんか	2	A	○
喪失体験を持つ	3	B	○	過度の危険行為	2	A	○
ある種の性格傾向をもつ	3	B	○	食欲減退・体重減少	2	A	○
自殺の家族歴がある	3	C	×	不眠	2	B	○
事故傾性がみられる	1	B	○	さまざまな身体的不調	2	B	○
児童期に虐待を受けた経験がある	4	C	×	突然の家出・失踪	1	A	○
(自殺直前のサイン)							
感情の不安定	2	B	○	周囲からのサポート消失	2	B	△
絶望・孤独・自責・無価値	3	B	○	アルコール・薬物の乱用	2	B	○
不自然な明るさ	3	B	○	大切なものの整理	3	B	△
性格変化	3	B	△	死へのとらわれ	3	B	△
支援の拒絶	2	B	○	自殺のほめかし	2	B	○
投げやりな態度	2	B	○	自殺を口にする	2	B	○
身なりに無関心	2	B	○	遺書の用意	3	C	×
興味の喪失	3	B	△	自殺の計画立案	3	C	×
業績急落・欠勤	1	A	○	自殺の手段準備	3	C	×
				自殺予定場所の下見	3	C	×
				自傷行為	3	B	△

注 (人的資源面)1:あまりなくても可能, 2:ある程度必要, 3:充実していないと困難, 4:極めて困難
 (組織・管理面)A:大半の事業場で可能, B:一部の事業場で可能, C:ほとんどの事業場で不可能
 (自社)○:可能, △:困難, ×:まず不可能