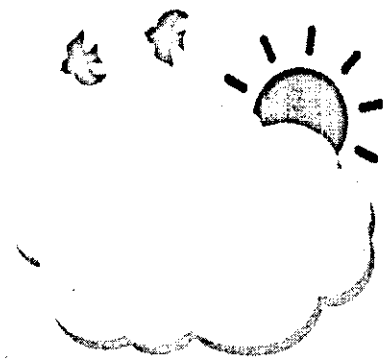


(2) 対応として大事なことー「訴えに耳を傾けること」

「どんなに苦しいのだろう?」「どんな気持ちでいるんだろう?」それをまず理解しようと心がけてみてください。

「この人なら、わかってもらえるかもしれない」、そんな思いから「ほのめかした」のかもしれませんが。

難しいかもしれませんが、本人の訴えに、じっと耳を傾けることが大切です。



「死にたい」という気持ちの背後には、「生きたい」という気持ちがあることを理解しましょう。今の苦しさを語ってもらうための質問を以下にまとめました。

自殺に関する気持ちをありのままに語ってもらうための質問

「あなたはとっても困った状態に置かれているのではないの?」

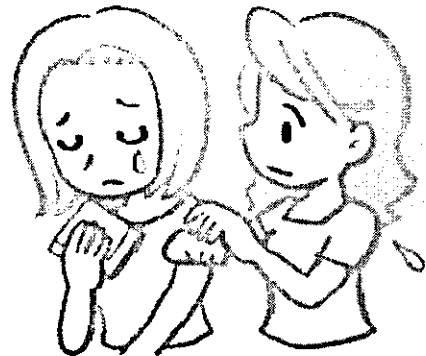
「困難な出来事が1度にやってきて、とても手に負えないと思うことがあるのではないの?」

「最近、もう疲れ果ててしまった、もう万策つきてしまったと覚えることがある?」

(3) そばにいること

「励まそう」「何かアドバイスしよう」と焦ってしまうかもしれませんが、その前に、「そっと寄り添うこと、そこに一緒にいること」が優先されると思ってください。

それは「手を握っている」こと、「肩に手をあてる」こと、「じっと抱きしめている」ことでもいいかもしれません。



(4) 正直な気持ちを伝えましょう

相手のことを大切な人と思うのなら、死んで欲しくないと思っているのなら、正直に、ストレートに相手に伝えましょう。心の底から「生きていて欲しい!」「死なないで!」「私にとってあなたは大切な人!」「死んじゃいやだ!」「私にはあなたが必要!」・・・と。それは、「あなたは一人ではない」「苦しさをわかちあう人間がいる」「共に歩む者がここにいる」ということを伝えることでもあります。そして孤独ではないんだよ、つながっているんだよという思いを伝える行為でもあるのです。



### ☆緊急性がなければ

本人の言動から、緊急性はないと思っても油断は禁物です。なるべく早い段階で医療機関につなげることが求められます。

- ・ 相談機関にパソコンなどでアクセス、あるいは電話で相談してみましょう（13ページ以降に外部の専門組織、医療機関の情報がありません）。
- ・ 家族が付き添い、医療機関を受診しましょう。
- ・ 本人に対して影響力のある人から病院受診を促してもらいましょう。

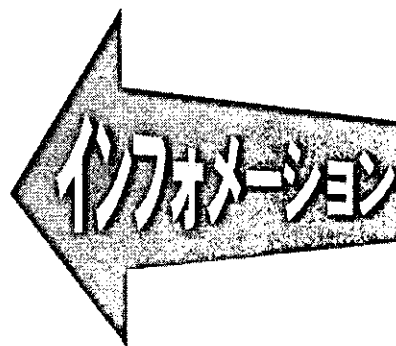
### ☆緊急事態の時

緊急事態の場合は、救命が第一の目標です。

- ・ 消防に連絡（119）
- ・ 一人にしない。常に誰かが付き添っていること。
- ・ 精神科救急情報センターの連絡先（13ページ）を控えておくこと。

## 第6章 その他、注意しておきたいこと

☆自殺未遂行為や言動が何度かある場合、家族は、「またか」、「ふりをしてるだけ」と捉えやすくなるものです。しかし、自殺未遂歴は自殺の危険因子です。決して軽視することなく、本人からの何らかのメッセージとして考えましょう。



☆うつ病治療に焦りは禁物です。かける言葉も「早く・・・」よりも「ぼちぼちやろう」、「じっくり行こう」、「一歩、一歩を大事に」という言葉を使うように心がけましょう。もちろん、その人をサポートする自分自身にも同じことがいえます。

☆医療機関で処方された薬について、家族や周囲から服薬に関する否定的な発言（例：「いつまでも薬に頼っていてはダメ」、「薬物依存になる」）をすることは慎みましょう。服薬に関する疑問、質問は必ず主治医に確認するようにしましょう。

☆うつ状態に陥ると、性欲の減退が生じることがあります。決して「愛情がなくなった」わけではありませんので、配偶者の方は相手を責めることは避けましょう。

### 緊急時のための準備—連絡先の情報など

- ・ 外部の専門組織・医療機関についての情報などは、緊急の場合にすぐ利用できるように一覧表を作成しておくことを進めます。16 ページの「資料」を参考に下の表 1 を自分の手で完成させて下さい。

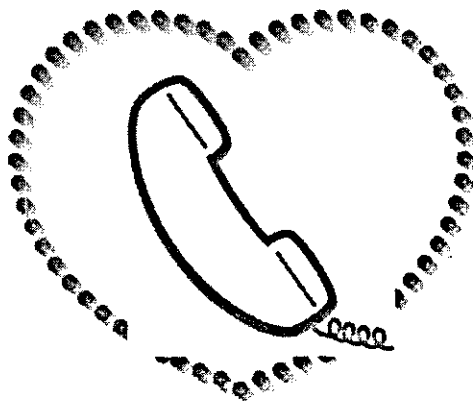
表 1 外部の専門的組織、医療機関についての情報

以下の専門的組織、医療機関の連絡先が直ぐに手元で分かるようになっていることが望ましい

---

・ いのちの電話	_____	_____
・ 医療機関		
> 精神科	[ _____ ]	_____
	[ _____ ]	_____
精神科救急情報センター [ _____ ]		_____
> 心療内科	[ _____ ]	_____
	[ _____ ]	_____
・ 精神保健福祉センター	_____	_____
・ 保健所	_____	_____
・ 産業保健推進センター	_____	_____
・ 労災病院勤労者メンタルヘルスセンター	_____	_____
・ 法律相談窓口（借金、離婚問題など）	_____	_____

---



---

### インターネットの情報

- ・ 東京いのちの電話 <http://www.inochinodenwA夫.or.jp/>
  - ・ NPO 国際ビフレンダーズ・大阪  
    自殺防止センター <http://www4.osk.3web.ne.jp/~befriend/>
  - ・ うつ病の予防・治療委員会 <http://www.jcptd.jp/>
  - ・ うつ・不安啓発委員会 <http://www.utu-net.com/>
-

## 第7章 家族の協力で回復をみた事例

職場異動をきっかけに心の不調を生じた夫に気づき対応した配偶者

A夫さんは、某大手製造業に勤務する37歳の会社員です。家族は、B恵さん（主婦）35歳、9歳と5歳の子供がいます。

職場異動に伴い、消費者相談室に配属されました。いわゆるクレーム処理の仕事です。生来真面目なA夫さんは、顧客からの度重なる問合せにも誠意を持って対応していました。仕事は忙しく、帰宅は毎晩、夜の10時、11時で、週末は土日のどちらかは必ず出勤していました。

そのような生活が半年も続いた頃、妻のB恵さんはA夫さんの様子が普段と違ってきていることに気づきました。眠りが浅いのか、夜中に何度も寝返りを打ち、深いため息をついていることが増えました。また、食事を残すようになり、沈んだ表情が多くなりました。日常生活では、ちょっとしたことでイラつくため、家族に当り散らすようになったのです。また、趣味にしていた写真撮影にも出かけることがなくなっていきました。

そんなとき、B恵さんは、たまたまテレビで、「うつ」についての番組を目にしました。今のA夫さんに当てはまる点が少なくないため、A夫さんの帰宅を待って、医療機関への受診を勧めました。しかしA夫さんは、「なんでもない、大丈夫だから」ととりあいません。

しばらく様子を見ていましたが、数日してもA夫さんの表情や食欲の回復は見られませんでした。心配になったB恵さんは、仲人であるCさんに相談し、Cさんから、医療機関に受診するよう説得してもらいました。当初A夫さんは、B恵さんに、「問題を大げさにして！」とイライラを募らせていましたが、B恵さん、Cさんの説得にしぶしぶ同意し、2人で近所の心療内科クリニックを受診しました。

診察の結果、「うつ病」と診断され、服薬と1ヶ月間の休養を勧められました。A夫さんは会社を休むことに抵抗を示しましたが、主治医、B恵さんの説得もあり、受け入れることとなりました。

B恵さんは、「処方」、「治療の見通し」、「家族の対応」などについて主治医に尋ね、A夫さんに対しては、「心配事は一時、棚上げにすること」「ゆっくり休むことを第一にして、したいことだけすること」を繰り返し伝えるようにしました。

1ヵ月後、A夫さんの表情もいくらか和らぎ、食欲も出るようになったため、A夫さんは、復帰を口にするようになりました。B恵さんとしても、なるべく早く会社に復帰することを望んでいましたが、主治医と協議した結果、2ヵ月後に復帰することとなりました。

復帰に際しては、会社の産業保健スタッフに関わってもらい、また職場では仕事量などを考慮してもらい、元の職場に復帰しました。その後仕事にも慣れ、勤務を続けています。

## 解説

この事例では、B恵さんがA夫さんの不眠、生気のない表情、食欲不振を気づかい、たまたま目にした「うつ病」についての健康番組から治療へと進むことができました。このように、うつの兆候に関しては、不眠などの身体的不調が前面に出てくるものが少なくありません。「うつ状態・うつ病」の早期発見については、5ページに参考となるものを載せていますので是非目を通してください。

医療機関への受診を勧めた場合、すんなり応じてくれればいいのですが、多くはこの事例のように、「たいしたことない」で片付けられてしまうものです。それに対してB恵さんは、仲人のCさんに説得を手伝ってもらいました。このように、受診を渋る場合には、「うつ」状態にある人が「一目置くような人」、あるいは「指導的な立場にある人」に関わってもらうことも助けになるかもしれません。また、受診の際も付き添って、家族としてできることを医師に確認したりしたことも大切なことです。このあたりのことについては、9ページに解説してあります。

A夫さんの場合には、会社に産業保健スタッフがおり、職場復帰の際に、主治医や職場の上司との連携がスムーズに行きました。このあたりのことについては、10ページの記載を参考にしてください。

A夫さんが復帰するまでの間、正直、B恵さんも肉体的にも、精神的にもきつかったと思いますが、A夫さんが、なるべくゆっくり休めるような環境作り、言葉掛けを心がけていたことも回復に役立ったと思われます。しかしA夫さんをサポートする家族（または、友人）も燃え尽きないように、他の人の支援を常に作っておくことも大切と思われます。

## 資 料

### 各種相談窓口とホームページ

#### ○誰にも相談できず困ったときは・・・

- ・一人で悩んでいる人のための24時間「眠らぬダイヤル」（電話相談のみ）  
東京いのちの電話 03-3264-4343  
\*東京以外の地域の「いのちの電話」は、次のホームページをご覧ください。  
<http://www.inochinodenwa.or.jp>

- ・精神保健福祉センター（全国一覧）  
<http://www.iph.pref.osaka.jp/kokoro/list/mhc.html>

#### ○メンタルヘルスについての相談は・・・

- ・産業保健推進センター（全国一覧）、地域産業保健センター  
<http://www.rofuku.go.jp/sanpo/index.html>
- ・労災病院（勤労者メンタルヘルスセンター）（全国一覧）  
<http://www.rofuku.go.jp/rosaibyoin/center/mentaru.html>

#### ○法律問題で相談したいときは・・・

- ・日本弁護士連合会の各地区法律相談センター  
<http://www.nichibenren.or.jp/jp/hp/houritu/soudan/houritsusoudan.html>

#### ○その他の情報

- ・労働安全衛生情報  
<http://www.health-net.or.jp/rodoanzeneisei/>
- ・特定非営利活動法人 借金苦悩者の自殺をなくすネットワーク（略称/S-NET）  
<http://www.toratac.gr.jp/sara/info.htm>
- ・NPO国際ビフレンダーズ・大阪 自殺予防センター  
<http://www.4.osk.3web.ne.jp/~befriend/>
- ・うつ病の予防・治療委員会  
<http://www.icptd.jp/>
- ・うつ・不安啓発委員会  
<http://www.utu-net.com/>

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
高橋祥友	ポストベンションとは何か フォローアップ 遺族への対応 事例	高橋祥友、福間詳	自殺のポストベンション—遺された人々への心のケア	医学書院	東京	2004	1-18 97-107 125-137 155-185
Hirokawa K	Perspectives of gender-role identity in mental health: A review focusing on Japanese cultural aspects	Janice W. Lee (Ed.)	Psychology of Gender Identity	Nova Science Pub Inc.	New York	2005	1-18

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川上憲人、堤明純、小林由佳、廣川空美、島津明人、長見まき子、岩田昇、原谷隆史	事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリストの開発	産業衛生学雑誌	47	11-32	2005
川上憲人、堤明純、小林由佳、島津明人	職場における自殺予防－事業場の自殺予防対策の立案とその評価	産業ストレス研究	11(3)	141-147	2004
川上憲人、廣尚典、高橋祥友、永田頌史	職場における心のケアと自殺予防	季刊社会保障研究	40(1)	26-35	2004



## 事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリストの開発

川上憲人<sup>1</sup>, 堤 明純<sup>1</sup>, 小林由佳<sup>1</sup>, 廣川空美<sup>1</sup>, 島津明人<sup>2</sup>,  
長見まき子<sup>3</sup>, 岩田 昇<sup>4</sup>, 原谷隆史<sup>5</sup>

<sup>1</sup>岡山大学大学院医歯学総合研究科, <sup>2</sup>広島大学大学院教育学研究科, <sup>3</sup>関西福祉科学大学健康福祉学部,  
<sup>4</sup>広島国際大学人間環境学部臨床心理学科, <sup>5</sup>産業医学総合研究所

抄録：事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリストの開発：川上憲人ほか。岡山大学大学院医歯学総合研究科—事業場における心の健康づくりの実施状況を事業場担当者が自己評価することのできる「事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト」を新たに開発し、従業員50人規模以上事業場を対象としてその信頼性、妥当性を検討するとともにその評価基準を作成した。「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」および文献レビューに基づいて事業場における心の健康づくりの実施項目を7領域合計33項目設定し、それぞれについて4段階で回答選択肢を作成した。職場のメンタルヘルスの専門家である日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人60人を対象とした質問票調査を実施してチェックリストに対する自由意見および事業場として最低限度実施すべき活動の水準を項目ごとにたずね、30人(50%)から回答を得た。専門家から事業場として最低限度実施すべきまた全国の労災保険対象事業場から無作為に抽出された1,335の事業場の人事・労務担当者に対して質問票調査を行い、412事業場の担当者から回答を得た(回収率31.5%)。うち従業員50名以上の332事業場からの回答を解析した。専門家に対する意見調査の結果に基づき1項目(THP)を削除し、最終的に項目数を32に減らし、これらを7つの領域得点によって評価することとした。事業場調査データから、これらの領域得点の内的整合性による信頼性係数は十分に高く、また領域区分は探索的因子分析の結果ともよく一致していた。専門家の意見から、本チェックリストの7領域および合計点数に対して評価基準(「問題あり」, 「最低限度」, 「良好」)を作成した。この評価基準に対して49事業場に対して意見聴取したところ、66%が「自分の認識と一致している」, 95%が「心の健康づくりに

役立つ」と回答した。本研究により本チェックリストおよびその評価基準が作成され、またチェックリストの信頼性(内的整合性による信頼性)、内容のおよび構成概念妥当性(専門家の意見、探索的因子分析との一致、評価結果に対する事業場担当者の認識との一致)が検証された。本チェックリストは事業場における心の健康づくりの推進に活用できると思われる。

(産衛誌 2005; 47: 11-32)

キーワード：Occupational mental health, Mental health action plan, Process evaluation, Suicide prevention

### I. はじめに

現在わが国における事業場における心の健康づくり(あるいはメンタルヘルスケア)は、2000年8月に公表された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(以下、心の健康づくり指針)に従って推進されている<sup>1)</sup>。心の健康づくり指針は、事業者によるメンタルヘルス体制の整備と心の健康づくり計画の下、労働者、管理監督者、産業保健スタッフ等および事業場外の専門機関等がそれぞれ担う役割をそれぞれセルフケア、ラインによるケア、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として解説している<sup>1)</sup>。これらの4つのケアの実施項目には、メンタルヘルス相談<sup>2)</sup>、職場環境等の改善を通じたストレス対策<sup>3, 4)</sup>、個人向けのストレス対策<sup>5)</sup>、教育・研修<sup>6)</sup>などその有効性に科学的根拠がある、あるいはそれが明確でない場合には少なくとも専門家のコンセンサスに基づくメンタルヘルス活動が含まれている。心の健康づくり指針に従って活動を推進することで、労働者の心の健康を保持・増進することが可能であると考えられる。1998年から増加して注目を集めているわが国の労働者の自殺についても、廣らは専門家による討議の結果、相談対応の充実、事業場外医療機関との円滑な連携、教育・研修など心の健康づくり指針に従った「メンタルヘルス対策の枠組みの中で取

2004年8月26日受付；2004年10月18日受理  
連絡先：川上憲人 〒700-8558 岡山市鹿田町2-5-1  
岡山大学大学院医歯学総合研究科 衛生学・予防医学分野 (e-mail: norito@md.okayama-u.ac.jp)

り組むのが職場でも受け入れられやすく、活動を広げやすい」と結論している<sup>7)</sup>。職場の自殺予防対策の枠組みとして、心の健康づくり指針に従った一般的なメンタルヘルス活動と、自殺発生後の対応や自殺未遂者のケアなど自殺予防に特化した活動があり、この双方を推進することが自殺予防につながると考えられている<sup>8)</sup>。心の健康づくり指針によるメンタルヘルス活動の推進は自殺予防対策の一環としても有用と考えられる。

しかしながら2002年の労働者健康状況調査<sup>9)</sup>では、心の健康づくり対策を実施している事業場の割合は1997年調査の26.5%から23.5%に微減した。これは長引く不況のために事業場が心の健康づくりを実施することを手控えたとも考えられる。しかし心の健康づくり対策が進展しないのは、心の健康づくり指針によって事業場の心の健康づくりの方針が明示されたにもかかわらず、なお多くの事業場では心の健康づくりをどの程度まで具体的にどのように推進してよいのか理解できないためである可能性もある。例えば心の健康づくり指針<sup>1)</sup>では、心の健康づくりの実施事項を4つのケアに区分してある程度具体的に解説しているが、「できるところからはじめて」よいとされており、どの活動が必須であるのか、また個々の活動をどの程度具体化する必要があるのかについては必ずしも明確ではない。

事業場の自主的な心の健康づくり活動の推進を促すためには、事業場が自らの事業場における心の健康づくりの実施状況を評価でき、これに基づいて事業場の心の健康づくりを改善することができる、より具体的なチェックリストが必要と考えられる。事業場の心の健康づくりは多面的な活動であることから、こうしたチェックリストは例えば複数領域にわたる心の健康づくり実施項目をカバーし、多面的な評価ができることが望まれる。また何らかの評価基準が準備されており、これに合わせて自らの事業場の現在の活動水準が十分であるのか、不足しているのかを判断できることが求められる。さらに、今後どのような改善・工夫や新しい活動を具体的に実施すれば必要な水準に到達できるかが評価を通じて、事業場の担当者に理解できるような工夫がチェックリストに盛り込まれることが望まれる。

こうしたチェックリストには、産業保健領域では例えば、日本産業衛生学会産業保健活動評価委員会の作成した産業保健活動評価表がある<sup>10)</sup>。この産業保健活動評価表は専門家によるワークショップにより収集された産業保健活動の評価側面を分類・整理し、いくつかのグループと個別の項目にまとめたもので、事業者や産業保健スタッフが自らの産業保健活動の水準を総合的に評価できるよう工夫されている。しかしながら、心の健康づくり活動の推進や状況評価のためのチェックリストはこれまでに見あたらない。

著者らは、文献レビューおよび専門家の意見などに基づいて心の健康づくり指針に準拠した「事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト」を作成した<sup>8)</sup>。本研究の目的は、このチェックリストの妥当性の根拠の1つとして作成過程を記述するとともに、その内的整合性による信頼性および因子分析による妥当性を検証することである。また、専門家の意見調査に基づいてこのチェックリストの評価基準を作成し、事業場担当者の意見に基づいてこの評価基準の妥当性を評価することである。

## II. 対象と方法

### 1. 「事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト」の作成

#### 1) チェックリストの概要

作成した「事業場における心の健康づくりの実施状況に関するチェックリスト」(以下チェックリスト)は、以下のような特徴を持ったツールである。(1) 事業場の担当者が自らの事業場の心の健康づくりの実施状況を自ら評価できることを目的としている。(2) 事業場が行うべき心の健康づくりの項目をリストアップしそれぞれについて実施状況を4段階程度で評価でき、さらにこれらの項目をいくつかの領域にまとめて、活動領域ごとに心の健康づくりの実施状況得点を計算することで数量的にも活動水準を把握できる。(3) 単なる現状評価だけでなく、評価することを通じて次にどのような改善や新たな活動をすればよいのかについてヒントが得られる。このために、まず心の健康づくり指針<sup>1)</sup>および文献レビュー<sup>2)</sup>に基づきチェックリストに含めるべき項目の原案を7つの領域から合計33項目抽出した。項目の一覧を付録1に示す。これらの領域および項目を抽出した根拠を以下に説明する。

#### 2) チェックリスト項目の選定

##### (1) 領域A-1. 心の健康づくりの方針表明

心の健康づくり指針<sup>1)</sup>は、事業者自らが、事業場におけるメンタルヘルスケアを積極的に実施することを表明することが効果的であるとしている。事業者の取り組み姿勢は、衛生委員会などにおける方針の明確化や、あるいは部課長会議などにおける事業所長の方針表明や部下のメンタルヘルスへの言及などによって効果的に事業場内に周知することができる。これらを考慮して項目A-1, A-2の2項目をチェックリストに加えた。

##### (2) 領域A-2. 心の健康づくりの組織

職場のメンタルヘルスは、産業医や専門家だけの手によって可能なものではない。むしろ、労働者自身や日常労働者に接することの多い管理監督者に役割を担ってもらい、産業医や産業保健スタッフと連携する組織づくり

を行い、事業場全体として取り組む必要がある<sup>2)</sup>。例えば、以下のような役割分担を定め、これを文書化しておくことがよいとされている。

- ・労働者：自らのストレスへの気づきと対処を行う。
- ・管理監督者：日常的な職場環境等の改善と部下への相談・支援。
- ・産業保健スタッフ等：職場環境等の評価・改善、相談・指導、労働者や管理監督者の教育・研修。
- ・事業場外の専門機関：事業場のストレス対策について助言、指導や情報提供（産業保健推進センター、保健所・精神保健福祉センター、民間サービス機関など）。専門的な相談や治療をしてもらう（医療機関やカウンセラーなど）。

こうした組織づくりの側面について、項目A-3, 4, 5の3項目を評価することとした。

### (3) 領域A-3. 心の健康づくり計画

心の健康づくり指針では、メンタルヘルスケアを継続的かつ計画的に行うために、事業者が基本的な計画（以下「心の健康づくり計画」という。）を策定することが重要であるとされている<sup>1)</sup>。これには短期（年間）および中長期（数年）の目標があり、またそれぞれについてプロセスの評価（計画どおりに実施できたかどうかの評価）とアウトカムの評価（ストレスの訴え率を10%減らす、ストレス性疾患による疾病休業を現在の半分にする等、結果に及ぼす対策の効果評価）がある。こうした側面について、項目A-6, A-7, A-8の3項目を評価することとした。

### (4) 領域B-1. メンタルヘルスの相談先

自分の心の健康問題を自ら専門家に相談しようとする従業員は少なく、社内では上司、先輩・同僚などへの相談が多い。職場で行動上の問題が生じた事例では管理監督者の対処が必要になる。目頃、労働者と接する管理監督者から産業保健スタッフあるいは専門家に相談する経路を確立しておくことが、こうした事例の早期把握と対応においては重要である。産業保健スタッフや社外の専門家への相談の窓口や方法が、労働者および管理監督者に対して広報されておく必要がある。一方、産業保健スタッフは紹介されたあるいは自発的に来談した事例について相談対応するが、精神・行動上の問題の評価には技術や経験が必要であり、しばしば時間をとられるため、社内あるいは社外に専門家を確保することがよいとされている<sup>2)</sup>。これらを考慮して項目B-9からB-13の5項目をチェックリストに加えた。

### (5) 領域B-2. 心の健康問題を持つ従業員の復職や職場適応の支援

心の健康問題により休業した労働者の職場復帰時にはいわゆる「復職判定」（あるいは復職前面談）を行い、再発予防のためにどのような配慮が職場でできるかを十

分に検討することが効果的であるとされる<sup>11)</sup>。復職後は定期的な面接を通じた職場復帰後の支援を提供することで心の健康問題の再発を防ぎ、円滑な職場復帰を実現できると思われる。以上の方策については十分な科学的評価は行われていないが、専門家間で十分なコンセンサスがあり<sup>2, 11)</sup>、また現場で有効に機能している。これらを考慮して、項目B-14, B-15の2項目をチェックリストに加えた。

### (6) 領域C-職場環境等の改善

これまでの研究からさまざまな職場環境のストレス要因が健康に影響を与えていることが報告されている<sup>12)</sup>。心理的ストレスの原因になりうる職場環境には、作業方法、職場の物理化学的環境、人間関係や職場組織も含まれる。ILOは1992年の報告書でストレス対策事例を比較検討し、このうち特に職場環境の改善が有効であったと結論している<sup>3)</sup>。有効であった対策は、職場レイアウトの改善、人間工学的改善、チームワークや小グループ活動の活性化、作業のローテーション化など広範囲にわたる<sup>3)</sup>。効果評価研究からも広い意味での職場環境の改善が有効なストレス対策であることが示されている<sup>4, 5, 13)</sup>。これらを考慮して、項目C-16からC-19の4項目をチェックリストに加えた。

### (7) 領域D-教育・研修および情報提供

部下の悩みや問題を聞き、これを支援する態度を育成しようとする積極的傾聴法の訓練の後に、管理監督者の部下への態度が好ましい方向に変化したとの研究がある<sup>14)</sup>。事業場を対象とした比較対照試験では、部下の考えや感情を理解する態度、部下の個人差を考慮した職場管理、部下の自主性を育成するような上司の支援のあり方についての講義を全管理監督者に実施した結果、実施しない事業所に比べて労働者の感じる上司の支援が増加し、精神的訴えが減少したとの研究もある<sup>15)</sup>。管理監督者向けの教育・研修もまた有効なストレス対策である可能性がある。また個人に向けストレス対策では、労働者のストレスへの気づきを促し、ストレス対処技術を学ぶ教育・研修が有効であるといわれる<sup>16)</sup>。また専門家によれば心の健康問題に対する偏見を減らす教育・研修や家族に対する情報提供も大切であると考えられている<sup>6)</sup>。これらを考慮して項目D-20からD-25の6項目をチェックリストに加えた。

### (8) 領域E-さまざまな機会を活用した心の健康づくり

産業保健スタッフが、定期健康診断などの機会に労働者のストレスを把握し、その解決を支援する工夫がなされるとよいとされる<sup>17)</sup>。問診票等によって評価された従業員のストレスの特徴を書面で個人に結果通知することが、労働者のストレスの軽減に効果的であったとする研究結果がある<sup>18)</sup>。専門家の意見では、ストレスや心理的困難を抱えた労働者に対して産業保健スタッフが共

感的, 支持的に話を聞くことが効果的といわれている<sup>17)</sup>。またストレスの保健指導としては, リラクゼーション法および認知行動的アプローチの効果がメタアナリシスにより確認されている<sup>5)</sup>。事業場の健康保持増進活動 (THP) では, 産業医が必要と認めた場合に心理相談担当者による相談やリラクゼーション法の指導がされることになっている。これらを考慮して, 項目 E-26 から E-29 の 4 項目をチェックリストに加えた。

#### (9) 領域 F—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る。心の健康づくり指針には含まれていないが, 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体制づくりも今後重要になると考えられる<sup>19)</sup>。さらに自殺発生後の周囲の者への心のケアの重要性が専門家により指摘されている<sup>20)</sup>。これらを考慮して, 項目 F-30 および F-31 の 2 項目をチェックリストに加えた。

#### (10) 領域 G—評価・改善

対策の実施後は必ず見直しを行い, 不具合を改善し, また不足な点を追加するなどして, ストレス対策を次第に充実したものにするために継続的に努力することが大事である<sup>1)</sup>。労働安全衛生マネジメントシステムは, 事業場内での自主的な安全衛生活動の仕組み, 特に責任分担と情報の流れを示したものである。わが国では 1999 年 4 月 30 日の労働省告示 (第 53 号)「労働安全衛生マネジメントシステムの指針」<sup>21)</sup> によって広く知られるようになり, 今後多くの事業場に導入されてゆくと予想される。心の健康づくりでも, 社内の方針を明確にし, 組織づくりと役割分担を行い, 「計画—実施—評価—改善」という一連の過程を定めて連続的かつ継続的に活動を推進することが重要であると考えられる<sup>2)</sup>。これらを考慮して, 項目 G-32, G-33 の 2 項目をチェックリストに加えた。

#### 3) 回答選択肢および評価方法の作成

以上選定された 33 の項目それぞれについて, 1 点が全く実施されていない場合, 4 点が最も望ましい実施状況になるようにそれぞれ 4 段階で選択肢を作成した。回答選択肢の作成については, チェックリストを使った事業場の担当者が次にどう自らの事業場での対策を改善すべきなのか理解できるように, 具体的な例を含んだ文章によって実施の水準を示すように工夫した。

項目ごとに 1~4 点の得点 (項目得点) を計算し, つぎにこれを領域ごとに合計して領域 A から G までの領域得点 (サブ領域 A-1, A-2, A-3, B-1, B-2 についても同様に) をもとめた。最後に全項目得点を合計して合計得点を算出した。これらの得点は点数の高い方

がより水準の高い心の健康づくりを実施していることを示している。これらの領域得点および合計得点を用いて事業場における心の健康づくりの実施状況を評価することとした。

#### 4) 研究協力者等によるレビューと修正

共同研究者の他, 産業看護職, 臨床心理士等に依頼して, このチェックリストを読んだ上で意見をもらい, これに基づいて必要な修正を加えた。いくつかの項目の追加が提案されたが, これらは 33 項目にすでに含まれていると考えられたため, これ以上の項目の追加は行わなかった。選択肢については 1~4 の段階ができるだけ明確に区別され, かつ等間隔の距離になるように修正意見があり, これに従って選択肢の文章に修正がなされた。

#### 2. チェックリストの信頼性と妥当性の検討

こうして作成されたチェックリスト案の信頼性および妥当性を検証し, 評価基準を設定するために, 以下の検討を行った。なお, 現時点で産業医の選任義務のない従業員 49 名以下の事業場でどのように心の健康づくりを推進するかについて十分なコンセンサスが得られていないことから, 今回の検討は, 従業員 50 人以上の事業場を対象とすることとした。

#### 1) 調査対象

##### (1) 職場のメンタルヘルスの専門家に対する意見調査

本研究では, 事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリストを検討するために, 3 つのデータを利用した。このうちの 1 つは職場のメンタルヘルスの専門家に対する意見調査である。この調査では日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人 60 名を対象としてチェックリスト案について自由意見を求めると同時に, チェックリストの評価基準を定めるために事業場における心の健康づくりの最低要件について意見を収集した。最終的に 30 人 (50%) から回答を得た。ただし完全回答者は 18 名と少数だったため, 今回は解析ごとに欠損値のある対象者を除くこととした。このため解析においては項目ごとに 18~29 人とデータ数が異なる。

自由意見では, チェックリスト案の項目および選択肢の内容に広く意見を求めると同時に, 先行する調査で事業場の人事・労務担当者から重要度の低い項目として指摘された「THP 心理相談の実施」, 「イントラネット・インターネットを利用した対策」について, チェックリストに含めるべきかどうかについて特に意見を求めた。この専門家の意見を踏まえて, 心の健康づくりの実施状況に関するチェックリスト最終版を作成した。

日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人を対象とした調査では, 心の健康づくりの実施状況に関するチ

チェックリストの項目ごとに、事業場において「必要最低限この程度はやっておいて欲しい」と考える実施状況を1つ選ぶよう依頼した。この回答は、事業場の規模ごとに回答するよう求めた。事業場の規模は、作業の複雑さを避け、また産業保健スタッフ、特に看護職の有無によって実施可能な対策が大きく変化する可能性のあることを考慮し、「中規模事業場（50～999人）で看護職なし」、「中規模事業場（50～999人）で看護職あり」、「千人規模以上事業場（1,000人以上）」の3つに区分した。この場合、前2者では非常勤嘱託産業医が選任されていることを、後者では専属産業医が選任されていることを前提として課題提示した。今回は50人未満事業場については意見を求めなかった。

## (2) 全国事業場調査

2002年2月～3月にかけて労災保険対象事業場リストから無作為に選出された全国の1,335事業場に対して、チェックリストを含めた無記名式の調査票を郵送した<sup>22)</sup>。調査票の回答は職場の人事・労務担当者に依頼し、チェックリスト項目について事業場の現状を回答してもらった。回答した事業場にはお礼として商品券を送付した。最終的に412事業場から回答が得られた（回収率31.5%）。調査対象事業場の従業員は平均212名（範囲1～7,300名；男性平均142名、女性平均70名）であった。事業場の従業員規模別では49名以下が62事業場、50～99名が147事業場、100名以上が185事業場であった。従業員数無記入は18事業場であった。このうち、従業員50名以上の332事業場における回答を解析した。ただし完全回答した事業場は267カ所と少数だったため、今回は解析ごとに欠損値のある事業場を除くこととした。このため解析ごとに267～332カ所とデータ数が異なることに注意されたい。

## (3) 事業場担当者に対するチェックリストの試用と意見聴取

2003年9月に開催された事業場の心の健康づくり研修会（大阪）において、その参加者（121事業場）にチェックリストへの記入を依頼した。合計49事業場から回答があった（回収率40%）。調査票の記入者は人事・労務担当者、産業医、その他の産業保健スタッフであった。回答があった事業場の従業員数は平均1,444名（範囲8～11,000名）であり、従業員99名以下規模は7事業場、同100～499名は13事業場、同500～999名は8事業場、同1,000名以上は21事業場であった。従業員数無記入が1事業場あった。調査票では、自分の事業場の状況についてチェックリストに回答し、所定の判定基準に従って判定をしてもらい、その上で評価結果が、厳しすぎるか（あるいは甘すぎるか）どうかを5段階でたずねた。また同時に、このチェックリストが心の健康づくり計画を進める上で役に立つかどうかについてもたずねた。

## 2) 解析方法

### (1) 項目の内容的妥当性の検討

専門家の意見調査および全国事業場調査の2つのデータを利用して、心の健康づくりの実施状況に関するチェックリスト案の項目および内容の妥当性を検証した。まず職場のメンタルヘルスの専門家である日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人を対象とした意見調査で得られた自由意見を踏まえて、項目の取捨選択を行い、チェックリストの最終版を作成した。

### (2) 内的整合性による信頼性の検討

全国事業場調査の回答を利用して、チェックリストの7領域ごとに合計点数を求める方法の信頼性を評価するために、各領域得点を対応する項目の合成尺度と見立てて内的整合性による信頼性係数（クロンバック $\alpha$ 係数）を計算した。一般にはこの係数が0.7以上あれば合計点数による評価の測定誤差は許容範囲であるとされる。

### (3) 探索的因子分析による構成概念妥当性の検討

同様に全国事業場調査データを利用して、現在のチェックリストで採用しているAからGまでの領域区分が適切かどうかを判断する根拠とするためにチェックリスト項目の探索的因子分析を実施した。これは現在のチェックリストで採用しているAからGまでの領域区分が、事業場における心の健康づくり活動の実際の因子構造と一致しているかどうかを確認する（構成概念妥当性）ためである。因子分析では主因子法により固有値1.0以上を基準として因子を抽出し、バリマックス回転を行った因子負荷量を算出した。

### (4) チェックリストの評価基準の作成

日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人を対象とした調査で得られた、心の健康づくりの実施状況に関するチェックリストの項目ごとの最低限度の実施要件（「必要最低限この程度はやっておいて欲しい」と考えられる実施状況）について、各専門家が最低限度とした水準に基づいて、専門家ごとに項目得点、領域得点および合計得点を計算し、ついで回答者30名の平均点および最低点を計算した。最低点は、この点数未満では専門家のいずれも不十分であると回答した活動状況を示していることから、事業場における心の健康づくり活動の許容下限値と考えられる。一方、専門家の平均点は、これ以上の点数を得た事業場では、専門家の半数以上が最低限の対策ができていていると考える状況にあり、良好な状態にあると考えられる。最低点と平均点の間にある事業場は最低限度の要件は満たしているがさらに努力が必要な状態と考えられる。ここでは、チェックリストの評価基準を決めるためにこれら2つの基準値を採用することとした。専門家による平均的な最低限度をクリアしている場合には「良好な」水準と判定し、グリーン・レベルと呼ぶこととした。

専門家による最低点に達しているが、「良好」水準である平均点に達していない場合には「最低限度」と判定し、さらに改善への努力が必要という意味でイエロー・レベルと呼ぶことにした。最低点にも達していない場合には、専門家のいずれも最低限度に達していないと判断することになるため、これを至急の改善が必要な「問題あり」と判定して、その意味でレッド・レベルと呼ぶこととした。

判定基準を作成する際のもう1つの考え方として、全国の事業場の心の健康づくり活動の平均的な状態を基準として、これ以下の事業場においてさらに活動を推進することを求める方法もある。このためにすでに述べた事業場に対する全国調査データから、回答事業場の領域点数および合計点数の平均値を計算した。以上の基準作成のための作業は、事業場規模50～999人・看護職なし、同50～999人・看護職あり、同1,000人以上の区分ごとに行った。

#### (5) 評価基準の内容的妥当性の検討

事業場担当者に対するチェックリストの試用と意見聴取において、上記で作成した評価基準について「自分の認識と一致している」と回答した事業場の割合を求めた。これが高ければ、評価基準に内容的妥当性があると判断することとした。

以上の統計解析はSPSS ver 11.0Jを使用した。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 項目に関する専門家からの自由意見

回答の得られた専門家30名からのチェックリストについての意見では、心の健康づくりにおいて必ずしもTHPの枠組みによる必要はない等の理由から、項目E-28「THPの心理相談」については大幅な修正が必要あるいは削除が適切との意見が9件寄せられた。この項目を除いた場合でもTHPの心理相談を実施している事業場は、別の項目（「ストレスの問診」「ストレスの保健指導」あるいは「ストレス対処研修」）にチェックすることも可能との意見もあった。そのため「THPの心理相談」についてはこのチェックリストから除外することにした。この結果、チェックリストは32項目構成となった。一方、項目E-29「インターネットやイントラネットの活用」については残すべきとの意見が多かったためそのままとすることとした。

選択肢についても、専門家からの意見を受けて一部修正を行った。これらは、項目1の選択肢1「すべての従業員に周知」は無理であることから「すべての」を削除する、項目13の選択肢1「心の健康問題～」のあとに「を有する」を加える、自殺について衛生委員会で話し合うというのは時と場合によると考えられることから「衛生委員会とともに」を「必要な場合には」に修正し

た、という点である。

これ以外にも、項目F-31「自殺発生時の心のケア」については、自殺発生後に関係者に何らかの働きかけを行うことの根拠について疑問を呈する意見も1名の専門家からみられた。また中規模事業場を50～999人としたことについて、範囲が広すぎる、また規模によって異なる基準を使用するのは不自然ではないかとの意見もあった。

#### 2. 領域点数の内的整合性による信頼性

項目E-28「THPの心理相談」を除いたチェックリストについて、全国事業場調査の回答事業場（50人以上規模事業場332カ所）のデータからチェックリストの領域点数の内的整合性による信頼性係数（クロンバックの $\alpha$ 係数）を計算した（表1）。領域F「緊急時の心のケア」以外の領域ではいずれも0.7以上の高い係数が得られた。

#### 3. チェックリスト項目の探索的因子分析

同じく全国事業場調査の回答事業場のデータから、チェックリストの32項目（項目E-28「THPの心理相談」を除く）の探索的因子分析を行ったところ4つの因子が抽出された（表2）。第1因子には、領域AおよびBの項目が高い因子負荷量を示しており、この因子は「心の健康づくりとメンタルヘルス相談体制」を反映した因子であると考えられた。第2因子にはストレス対処研修、ストレスへの問診、ITの活用、事故発生時のケア、自殺発生時のケア、実施状況の把握、効果の評価の質問が高い因子負荷量を示しており、「個人向けストレス対策と評価・改善」といった比較的新しい心の健康づくり活動を反映した因子であると考えられた。第3因子には領域Dの項目が高い因子負荷量を示し、「メンタルヘルス教育」の因子と考えられた。ただし、産業保健スタッフ向け研修はむしろ因子1への因子負荷量が大きかった。また「家族への情報提供」項目はいずれの因子にもあまり高い因子負荷量を示さなかった。因子4は領域Cの項目が高い因子負荷量を示しており、「職場環境等の改善」に関する因子と考えられた。

#### 4. チェックリストの評価基準の設定

回答の得られた専門家30名からの事業場の心の健康づくりについて最低限望む水準の最低点と平均点を、事業場規模・看護職の有無別に示した（表3）。項目や事業場規模区分によっては無回答の場合もあったため、解析に使用できた専門家数は20～29人と項目によって異なる。いずれの点数も、規模50～999人・看護職なし事業場よりも、規模1,000人以上の事業場で高くなっており、専門家は、大規模事業場においては最低限の実施

**Table 1.** Average scores (standard deviations, SDs) and internal consistency reliability (Cronbach's alpha coefficients) of scales for activity domains of "The Checklist for Evaluation of Mental Health Activities at the Workplace": a national sampling survey of workplaces in Japan\*

Domains of activities		No. of items	No. of worksites*	Average score	SD	Cronbach's alpha coefficient
A1	Worksite mental health policy	2	332	3.9	1.5	0.74
A2	Worksite mental health system	3	325	5.2	2.3	0.80
A3	Planning for worksite mental health	3	307	5.1	2.3	0.83
A	Policy & planning (sum of A1-A3)	8	297	14.3	5.5	0.91
B1	Advice & consultation for workers	5	318	9.2	3.9	0.81
B2	Support for return to work	2	320	3.6	1.4	0.75
B	Mental health consultation (sum of B1-B2)	7	310	12.8	5.0	0.85
C	Improving work environment	4	323	8.5	2.2	0.82
D	Education, training, & information dissemination	6	322	9.3	4.2	0.88
E	Various individual-oriented services*	3	325	4.4	2.1	0.73
F	Mental health at emergency	2	326	3.9	1.4	0.57
G	System evaluation & improvement	2	330	2.6	1.4	0.86
Total	(Sum of A-G)	32	267	56.0	18.9	0.96

\*Worksites with 50 or more employees are subjected to analysis. The number of worksites varied depending on missing responses among domains.

\*Excluding an item of psychological advice in the Total Health Promotion (THP) plan.

すべき水準が高いと考えていた。しかし規模50～999人・看護職ありの事業場に対する専門家の最低点は、1,000人以上の事業場とほぼ同等か、場合によってはむしろこれより高い場合もあった。一方、事業場全国調査の結果からの各領域点数の平均値も規模50～999人・看護職なし、規模50～999人・看護職あり事業場、規模1,000人以上の事業場の順に高くなった。また全国調査からの平均点は、ほとんどの項目で専門家調査における最低点と近い数値になっていた。

今回は事業場規模にのみ注目し、看護職の有無は判定基準に組み込まないこととした。また、専門家調査の最低点に従えば、領域F「緊急時の心のケア」、領域G「評価・改善」については50～999人規模事業場ではこれらの領域の活動が全く行われていなくても最低点に達することになるため、これらの領域の得点が全く行われていない場合（つまり2点）である場合には「問題あり」と判定することとした。表4に、最終的な事業場規模別の判定基準（案）を示した。事業場規模別の基準点数を参照し、その事業場の心の健康づくりが「良好な」水準（グリーン・レベル）であるか、努力の必要な「最低限度」（イエロー・レベル）であるか、あるいは至急に改善の必要な「問題あり」（レッド・レベル）であるかを判定できる。また判定基準表には全国の平均的な実施状況についても参考値として示し、自分の事業場を全国の水準と比較することもできるようにした。付録2に、最終的な「事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト」の調査票を示した。

#### 5. 事業場担当者に対するチェックリストの試用と意見聴取

事業場の担当者は、上記で作成された評価基準について32人（66%）が「自分の認識と一致している」と回答していた。厳しいと感じた（「やや厳しすぎる」あるいは「厳しすぎる」の合計）事業場は8人（16%）、甘いと感じる（「やや甘すぎる」と「甘すぎる」の合計）事業場は9人（18%）であった。チェックリストが心の健康づくり計画を進める上で役に立つかどうかについては、20人（41%）の事業場が「非常に役に立つ」、25人（51%）の事業場が「まあ役に立つ」と回答していた。「どちらとも言えない」と回答した事業場は4人（8%）であり、「あまり役に立たない」あるいは「まったく役に立たない」という評価はなかった。

#### IV. 考 察

本研究では、産業保健スタッフや事業者の担当者が自らの事業場における心の健康づくりの実施状況を評価するための「事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト」を作成し、その信頼性および妥当性を検証し、評価基準を作成した。

本チェックリストの項目については、専門家の意見調査に基づいて「THPの心理相談」項目を減らし、活動項目を32とした。これについては、複数の専門家が同じ意見を寄せていたこと、またTHPの保健指導は別の項目（「ストレスの問診」「ストレスの保健指導」あるいは「ストレス対処研修」）において反映することもできることから削除することには大きな問題はないと思われる。

**Table 2.** Factor structure of items of worksite mental health activity based on a national sampling survey of workplaces in Japan\*

Item no.#	Domain	Item description	Factor			
			1	2	3	4
1	A	Policy development	<b>0.56</b>	0.19	0.38	0.24
2	A	Recognition of the importance	<b>0.58</b>	0.12	0.26	0.25
3	A	Worker involvement	<b>0.67</b>	0.27	0.31	0.18
4	A	Role clarification	<b>0.54</b>	0.24	0.28	0.35
5	A	Use of resources outside workplace	<b>0.54</b>	0.18	0.29	0.28
6	A	Goal setting	<b>0.58</b>	0.32	0.31	0.27
7	A	Planning	<b>0.51</b>	0.36	0.32	0.32
8	A	Occupational physician involved in planning	<b>0.62</b>	0.33	0.13	0.24
9	B	Mental health consultation system	<b>0.68</b>	0.23	0.24	0.27
10	B	Training for the use of consultation system	<b>0.64</b>	0.22	0.38	0.19
11	B	Supervisor's advice to workers	0.23	0.24	0.18	0.32
12	B	Consideration of worker privacy	<b>0.60</b>	0.28	0.25	0.24
13	B	Use of consultant	<b>0.64</b>	0.22	0.16	0.26
14	B	Consultation for mentally ill workers before return to work	<b>0.52</b>	0.30	0.10	0.29
15	B	Support of mentally ill workers after return to work	<b>0.50</b>	0.30	0.11	0.32
16	C	Supervisor understanding work environment	0.28	0.08	0.12	<b>0.60</b>
17	C	Supervisor improving work environment	0.15	0.25	0.15	<b>0.69</b>
18	C	OHS** assessing work environment	0.32	0.33	0.15	<b>0.51</b>
19	C	OHS** improving work environment	0.25	0.22	0.20	<b>0.72</b>
20	D	Education/training of supervisors	<b>0.40</b>	0.18	<b>0.67</b>	0.27
21	D	Education/training of workers	0.29	0.32	<b>0.73</b>	0.19
22	D	Education/training for stress coping	0.30	<b>0.41</b>	<b>0.59</b>	0.16
23	D	Education/training of OHS**	<b>0.53</b>	0.20	0.38	0.21
24	D	Information dissemination for anti-stigmatization	0.39	0.34	<b>0.61</b>	0.23
25	D	Information dissemination to family of workers	0.38	0.35	0.22	0.13
26	E	Assessment of worker stress	<b>0.46</b>	<b>0.44</b>	0.21	0.12
27	E	Advice to workers for stress coping	<b>0.61</b>	0.38	0.22	0.11
28	E	Use of information technology	0.31	<b>0.41</b>	0.20	0.11
29	F	Mental health care at accident	0.16	<b>0.60</b>	0.17	0.25
30	F	Mental health care at suicide incident	0.17	<b>0.45</b>	0.17	0.25
31	G	Monitoring of system performance	<b>0.43</b>	<b>0.65</b>	0.31	0.24
32	G	Evaluation & improvement	0.39	<b>0.61</b>	0.29	0.27

\*Principal component factor analysis of data from 267 workplaces with 50 or more employees yielded four factors with eigen values of 1.0 or greater. Factor loadings after Varimax rotation are shown. Bold indicates factor loadings of 0.40 or greater.

#Excluding an item of psychological advice in the Total Health Promotion (THP) plan.

\*\* OHS=occupational health staff.

る。一方、専門家の意見調査において、自殺発生後に関係者に心のケアなどの働きかけを行うことの有用性について疑義が提起された。この点について職場の自殺発生後の対応に限定すると残念ながら現在までに明確な回答を提供するだけの科学的根拠はない。しかし自殺予防の専門家の意見によれば、職場での自殺発生後に精神的なショックを受けた管理監督者や同僚に対して、産業保健スタッフが注意を向け、必要に応じて保健指導などを行うことは有用とされている<sup>20)</sup>。現時点ではこの項目は残し、今後の職場における自殺発生後の対応に関する研究の進展を待つことにした。項目 F31「自殺発生時の心

のケア」は今後の検討によって修正される可能性がある。

全国事業場調査データの解析(信頼性係数の算出、探索的因子分析)からは、32の項目を複数の領域に区分して評価することがほぼ適切であることが示された。領域 F「緊急時の心のケア」を除いて各領域の信頼性係数は十分に高く、領域別得点の測定上のランダム誤差が比較的少ないことが示された。探索的因子分析の結果からは、32の項目の背景には4つの因子が存在することが示された。これらは「心の健康づくりとメンタルヘルス相談体制」、「個人向けストレス対策と評価・改善」、「メンタルヘルス教育」および「職場環境等の改善」であっ



**Table 3.** The lowest and average scores of worksite mental health activity domains from an expert opinion survey (n = 30) of the “minimum” requirement for worksite mental health activities and average scores based on a national sampling survey of workplaces in Japan by the size of workplace\*

Activity domain	Size of workplace											
	50-999 employees, with no nurse staff				50-999 employees, with a nurse				1,000 or more employees			
	Expert opinion on “minimum” requirement			National survey average*	Expert opinion on “minimum” requirement			National survey average*	Expert opinion on “minimum” requirement			National survey average*
	No. of experts	Low-est	Average		No. of experts	Low-est	Average		No. of experts	Low-est	Average	
A1	23	4	5.7	3.6	23	5	6.9	4.7	28	4	7.3	6.0
A2	23	4	7.8	4.7	23	7	9.6	6.7	27	6	10.9	7.7
A3	20	5	8.2	4.6	22	8	10.1	6.3	27	6	11.2	8.4
A (=A1 + A2 + A3)	20	14	21.9	12.8	22	21	26.8	17.6	25	16	29.8	22.1
B1	23	8	13.7	8.2	23	12	16.6	11.2	29	12	18.3	17.8
B2	23	2	5.3	3.2	23	6	7.0	4.5	29	4	7.2	5.1
B (=B1 + B2)	23	10	19.1	11.4	23	18	23.6	16.0	29	16	25.5	23.2
C	22	5	10.5	8.1	22	8	11.9	9.4	29	8	13.3	11.3
D	23	6	15.7	8.3	23	14	19.0	11.3	29	16	21.2	15.3
E#	21	3	7.6	3.7	22	6	9.9	4.1	28	5	10.6	5.1
F	23	2	4.8	3.9	22	2	5.9	5.4	29	3	6.3	7.3
G	22	2	5.0	2.4	23	3	6.0	3.1	29	3	7.1	4.2
Total	18	52	84.3	50.7	21	82	103.6	67.7	25	83	115.5	90.1

\*National survey average was calculated from a national sampling survey of workplaces in 2002: 193-241 workplaces with 50-999 employees but no nurse, 66-81 workplaces with 50-999 employees and a nurse; 9-10 workplaces with 1,000 or more employees (the number of worksite varies depending on missing responses among domains).

#Excluding an item of psychological advice in the Total Health Promotion (THP) plan.

た。領域E「さまざまな機会を活用した心の健康づくり」、領域F「緊急時の心のケア」および領域G「評価・改善」の3領域は同一の因子に高い因子負荷量を示した。これは個人向けのストレス対策に重点をおいている事業場では、事故発生後や自殺発生後の心のケアにも関心を持ち、また評価・改善も行っていることを反映していると思われる。しかし、内容的にはこの3つの領域を独立して評価することには意味があると考えられるため、これらの領域はこのままの3領域構成とすることとした。ただし、領域F「緊急時の心のケア」については領域得点の内的整合性による信頼性は中等度であった。これは項目数が2項目と少ないためと思われ、許容範囲であると考えた。

本研究では、事業場における心の健康づくりの専門家から評価基準について意見を求め、これに基づいて7領域（および別途5つのサブ領域）に対する評価基準（「問題あり」、「最低限度」、「良好」）を作成した。専門家による最低限度の平均をクリアしている場合には「良好」な水準（グリーン・レベル）とした。専門家の最低限度の下限に達しているが「良好」水準に達していない場合には、「最低限度」（イエロー・レベル）と判定した。これらは合理的で、比較的理解されやすいと考える。また「最低限度」にも達していない場合には、専門家のいず

れもこの状態では不十分と判断することになるため、これを「問題あり」（レッド・レベル）と判定することも妥当と考えた。全国平均の実施状況は「最低限度」を上まわっており、この「最低限度」を達成することは少なくとも現実的なゴールと考えられた。

事業場規模別に評価基準を示すことの是非や、事業場規模の区分の仕方については、専門家の中にも異論があった。しかし事業場規模が小さい場合には実施が困難な活動もあること、あまり細かい事業場規模区分では判定基準が煩さになり使用しにくいことから、今回は50～999人と1,000人以上の2区分で評価基準を作成した。将来十分なデータ収集が進めば、評価基準をさらに事業場規模を細分化して作成することも可能になると思われる。しかしながら細分化が進めば、それだけチェックリストは複雑になる。実用性を考えれば、今回作成した2区分、あるいは最大3区分程度が適切な事業場規模の区分ではないかと考える。ただし区分のやり方については再検討が必要かもしれない。一方、今回の評価基準では、看護職の有無にかかわらず一定の基準で評価することにした。専門家の意見では、看護職のいる場合には同じ50～999人規模事業場であってもより水準の高い活動が必要であるとの結果になっており、さらに事業場の実

**Table 4.** The criteria for evaluation of worksite mental health activities according to "The Checklist for Evaluation of Mental Health Activities at the Workplace"

Activity domain	No. of items	Size of workplace							
		50-999 employees				1,000 or more employees			
		RED	YELLOW	GREEN	National survey average*	RED	YELLOW	GREEN	National survey average*
	Inadequate	Minimal	Adequate		Inadequate	Minimal	Adequate		
A1 Worksite mental health policy	2	2-3	4-5	6 +	3.6 ( 4.7)	2-3	4-6	7 +	6.0
A2 Worksite mental health system	3	3	4-7	8 +	4.7 ( 6.7)	3-5	6-10	11 +	7.7
A3 Planning for worksite mental health	3	3-4	5-7	8 +	4.6 ( 6.3)	3-5	6-10	11 +	8.4
A Policy & planning (sum of A1-A3)	8	8-13	14-21	22 +	12.8 (17.6)	8-15	16-29	30 +	22.1
B1 Advice & consultation to workers	5	5-7	8-13	14 +	8.2 (11.2)	5-11	12-17	18 +	17.8
B2 Support for return-to-work	2	2-3	4	5 +	3.2 ( 4.5)	2-3	4-6	7 +	5.1
B Mental health consultation (sum of B1-B2)	7	7-9	10-18	19 +	11.4 (16.0)	7-15	16-25	26 +	23.2
C Improving work environment	4	4	5-10	11 +	8.1 ( 9.4)	4-7	8-12	13 +	11.3
D Education, training, & information dissemination	6	6	7-15	16 +	8.3 (11.3)	6-15	16-20	21 +	15.3
E Various individual-oriented services	3	3	4-7	8 +	3.7 ( 4.1)	3-4	5-10	11 +	5.1
F Mental health at emergency	2	2	3-4	5 +	3.9 ( 5.4)	2	3-5	6 +	7.3
G System evaluation & improvement	2	2	3-4	5 +	2.4 ( 3.1)	2	3-6	7 +	4.2
Total	32	32-51	52-83	84 +	50.7 (67.7)	32-82	83-115	116 +	90.1

\* Average scores for workplaces with no nurse are shown. Average scores for workplaces with a nurse are shown in the parentheses.

態としても、看護職のいる事業場とそうでない事業場では心の健康づくりの平均的な実施状況には大きな差があった。しかしこの結果を評価基準に適用すると、看護職がいる事業場では評価基準はより要求水準の高いものとなり、その事業場は厳しい評価を受けることになる。看護職というマンパワーを確保し、心の健康づくりを推進している事業場にはむしろより高い評価が与えられるべきであるとも考えられる。こうした考え方から、今回の評価基準では看護職の有無にかかわらず評価基準を作成し、参考値として看護職のいる50～999人規模事業場の全国平均得点を示すこととした。

評価基準作成後に実施した事業場担当者を対象とした評価基準に対する意見調査では、約7割の担当者が評価結果は自分の認識と一致していると回答しており、評価基準の内容的妥当性が支持された。また、厳しすぎるあるいは甘すぎるとの評価もその割合はほぼ同程度であり、この評価基準が平均としては適切な評価になってい

ることを示唆している。一方、3割の事業場担当者における評価基準に対する評価のばらつきがどうして生じているかは不明であり、今後検討が必要かもしれない。また、この意見調査の対象者が心の健康づくりセミナー参加者であり、この種の活動に関心の高い者が多く含まれていた可能性や、回答率が必ずしも高くないことなど、評価基準の妥当性についてもさらに検討を重ねる必要がある。

評価基準の作成のために意見聴取した心の健康づくりの専門家、日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の世話人であることが、評価基準に偏りを生じた可能性もある。これらの世話人はいずれも産業保健の実態に十分精通している専門家ばかりであり、その点では産業保健の実態をよくふまえた上での評価基準になっているというよい面もあるかもしれない。しかし一方で、これ以外の専門家からの意見聴取が十分でない点、世話人調査の回収率が50%とあまり高くなく、回答を寄せなかった専

門家の意見が反映されていないことなどは課題である。また回答した専門家数が限られているため、最低点の安定性には多少問題がある可能性もある。さらに調査では、最低許容限度の実施状況を回答してもらうように依頼したが、この意図がわかりにくい、記入しづらいなどの調査方法論上の問題も回答した専門家から指摘されている。本研究で作成した評価基準はなお暫定的なものであり、今後の検討を必要としている。

本チェックリストの妥当性は、今回の検討では専門家の意見や領域区分と探索的因子分析結果の一致など、なお部分的にしか検証されていない。将来、本チェックリストの評価がその後の事業場における心の健康に関するアウトカム（例えばうつ病や自殺の発生、精神疾患による休業率、円滑な職場復帰事例の割合など）と関連するかによって本チェックリストの評価基準の予測妥当性が検討されるべきである。また本チェックリストの有用性についても、今回のような事業場担当者の認識と一致しているという側面に加えて、本チェックリストによる自己評価を行うことが、将来のその事業場における心の健康づくり活動の進展につながるかどうかを検討することで一層明らかになると考えられる。本チェックリストについて、今後、こうした検討が行われることが望まれる。

以上述べた以外にも、本研究の方法論上の問題点についていくつか述べておく。専門家の意見調査と同様に、本研究の検討データとして利用した全国事業場調査も回収率が3割程度と低く、心の健康づくりに熱心な事業場がより多く回答した可能性がある。このため本研究で全国平均として使用した値は、実際の全国平均よりも高い値になっている可能性がある。また従業員1,000人規模以上の事業場数が少なく、平均値がどの程度正確に全国平均を反映しているか疑問もある。一方、回収率の低さは内的整合性による信頼性の検討や探索的因子分析の結果には一般的には大きな影響を与えない。また、本研究では専門家の意見をもとに回答選択肢の修正をいくつかおこなった。しかしながら、全国事業場調査はこの修正よりも先に実施されたため、この修正は信頼性検討、探索的因子分析、基準作成、全国平均の計算に使用されたチェックリストには反映されていない。結果中で述べたように回答選択肢の修正はごくわずかであり、これらの結果は最終版のチェックリストにもほぼ適応できると考える。しかしながら、厳密な意味では最終版チェックリストの検討が終了していない点にも注意すべきである。

本チェックリストの最大の限界は、50人未満規模の小規模事業場に対しては使用できない点である。50人未満規模の小規模事業場においては、事業場内部の産業保健スタッフ等のマンパワーが少ないこと、通常医療職がないこと、そのために事業場外の産業保健支援機関との連携がより重要であることなどいくつかの特徴があ

る<sup>23)</sup>。50人未満規模の小規模事業場における心の健康づくりの実施方法およびその支援方策を十分に検討した上で、チェックリストを作成することが適切であると考えられる。

謝辞：本研究にご協力いただいた日本産業衛生学会産業精神衛生研究会の代表世話人である永田頌史教授（産業医科大学産業生態科学研究所）および世話人の皆様に深く御礼申し上げます。本研究は、平成13年度厚生労働省委託事業（総括班長 大久保利晃）および平成14～16年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究費「労働者の自殺リスクの評価と対応に関する研究」（課題番号H14-労働-07、主任研究者 川上憲人）により実施された。「事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト」は<http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/jstress/>からもダウンロードできる。

## 文 献

- 1) 労働省労働基準局。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ついて。東京：労働省労働基準局、2000。
- 2) 川上憲人。職場におけるストレス対策の計画の作成と進め方。産衛誌 2000; 42: 221-225。
- 3) Karasek R. Stress prevention through work reorganization: a summary of 19 international case studies. ILO Conditions of work digest: preventing stress at work. 1992; 11: 23-41。
- 4) 川上憲人。産業・経済変革期の職場ストレス対策の進め方各論1。一次予防（健康障害の発生の予防）職場環境等の改善。産衛誌 2002; 44: 95-99。
- 5) van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. Am J Public Health 2001; 91: 270-276。
- 6) 川上憲人, 原谷隆史。職場のストレス対策 ストレス教育と健康管理。産業医学ジャーナル 2000; 23: 29-33。
- 7) 廣 尚典。職場における自殺予防対策の現状に関する検討。平成13年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究Ⅱ」研究成果報告書（主任研究者 大久保利晃）。北九州：産業医科大学、2002: 55-63。
- 8) 川上憲人, 堤 明純, 小林由佳, ほか。事業場における自殺予防対策の効果評価の方法の検討と「事業場における心の健康づくりの推進状況チェックリスト」（案）の開発。平成13年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究Ⅱ」研究成果報告書（主任研究者 大久保利晃）。北九州：産業医科大学、2002: 113-127。
- 9) 厚生労働省。労働者健康状況調査。東京：厚生労働省、2003。
- 10) 日本産業衛生学会産業保健活動評価委員会。産業保健活動評価表（試行版）。産衛誌 2003; 45: A92-A94。
- 11) 藤井久和。職場と精神障害。三浦豊彦, 池田正之, 小山内博, ほか編。現代労働衛生ハンドブック。川崎：労働科学研究所, 1988: 1285-1287。
- 12) Kawakami N, Haratani T. Epidemiology of job stress and

- health in Japan: review of current evidence and future direction. *Ind Health* 1999; 37: 174-186.
- 13) Reynolds S. Interventions: what works, what doesn't? *Occup Med (Lond)* 2000; 50: 315-319.
- 14) Kubota S, Mishima N, Ikemi A, Nagata S. A research in the effects of active listening on corporate mental health training. *J Occup Health* 1997; 39: 274-279.
- 15) 川上憲人, 河島美枝子, 榎本 武ほか. 職場におけるストレス対策—介入研究による効果評価. *産業医学ジャーナル* 1996; 19: 49-53.
- 16) Murphy L, Schoenborn T. *Stress management in work settings*. New York: Praeger, 1989.
- 17) 河野慶三. *メンタルヘルスケア*. 石川高明, 瀬尾 攝, 高田 昴, 野見山一生. 産業医活動マニュアル第3版. 東京: 医学書院, 1999: 408-427.
- 18) Pelletier KR, Rodenburg A, Vinther A, Chikamoto Y, King AC, Farquhar JW. Managing job strain: a randomized, controlled trial of an intervention conducted by mail and telephone. *J Occup Environ Med* 1999; 41: 216-223.
- 19) 金 吉晴 (編). *心的トラウマの理解とケア*. 東京: じほう, 2001.
- 20) 高橋祥友. *ポストベンションにおけるディブリーフィングの有効性に関する検討*. 厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書 (主任研究者 川上憲人), 2004: 119-131.
- 21) 佐々木元茂. *労働安全衛生マネジメントシステムについて*. *産業医学ジャーナル* 1999; 22: 29-33.
- 22) 川上憲人, 堤 明純, 小林由佳, 原谷隆史, 島津明人, 岩田 昇. *事業場における心の健康づくり (自殺予防対策を含む) に関する全国調査*. 平成13年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究Ⅱ」研究成果報告書 (主任研究者 大久保利見). 北九州: 産業医科大学, 2002: 128-165.
- 23) 廣 尚典, 朝枝哲也, 工藤康嗣, 日野義之, 松田 元. *中および小規模事業場におけるメンタルヘルスの現状についての検討*. *産業医学ジャーナル* 1996; 19: 57-60.

#### 付録1 事業場における心の健康づくりの実施状況のチェックリストの当初項目案

- |  |   |
|--|---|
| <p>A. 心の健康づくりの方針と計画</p> <p>A-1. 心の健康づくりの方針表明</p> <p>1. 事業場における心の健康づくり (メンタルヘルス) の方針表明</p> <p>2. 事業場としての心の健康づくりの重要性の認識</p> <p>A-2. 心の健康づくりの組織</p> <p>3. 心の健康づくりへの事業場全員での取り組み</p> <p>4. 管理監督者, 従業員, 産業保健スタッフ等の役割の明確化</p> <p>5. 事業場外資源の活用準備</p> <p>A-3. 心の健康づくり計画</p> <p>6. 健康づくりの目標と計画の設定</p> <p>7. 衛生委員会等における心の健康づくり計画に関する検討</p> <p>8. 産業医あるいは産業保健スタッフの心の健康づくり計画への関与</p> <p>B. メンタルヘルス相談体制</p> <p>B-1. メンタルヘルスの相談先</p> <p>9. 事業場におけるメンタルヘルス相談の体制を決める</p> <p>10. メンタルヘルス相談を利用するための教育・研修</p> <p>11. 管理監督者による相談対応</p> <p>12. メンタルヘルス相談におけるプライバシー保護の方針</p> <p>13. 人事・労務担当者や産業保健スタッフが相談できる専門家の確保</p> <p>B-2. 心の健康問題を持つ従業員の復職や職場適応の支援</p> <p>14. 復職判定</p> <p>15. 心の健康問題を持つ従業員への継続的支援</p> <p>C. 職場環境等の改善</p> <p>16. ストレスの原因となる職場環境等についての理解</p> | <p>17. 管理監督者による職場環境等の評価と改善</p> <p>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評価</p> <p>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</p> <p>D. 教育・研修および情報提供</p> <p>20. 管理監督者向けの心の健康についての教育・研修</p> <p>21. 一般従業員向けの心の健康についての教育・研修</p> <p>22. ストレス対処のための教育・研修</p> <p>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</p> <p>24. 心の健康に関する正しい知識の普及</p> <p>25. 家族に対する情報提供</p> <p>E. さまざまな機会を活用した心の健康づくり</p> <p>26. 心の健康やストレスに関する問診の実施</p> <p>27. ストレスに対する保健指導の実施</p> <p>28. トータルヘルスプロモーション (THP) の心理相談の実施*</p> <p>29. インターネットやイントラネットの活用</p> <p>F. 緊急時の心のケア</p> <p>30. 事故や災害発生後の従業員の心のケア</p> <p>31. 自殺発生時の心のケア</p> <p>G. 評価・改善</p> <p>32. 心の健康づくりの実施状況の評価</p> <p>33. 心の健康づくりの効果の評価</p> |
|--|---|

\*最終版ではこの項目を除外した。