

表15 対象者の特徴(男性)

	中央部長と部長			課長			副長			職長		
	(N=54)			(N=106)			(N=46)			(N=46)		
年齢(歳)**	51.4 ± 4.1 (44 - 59)	47.7 ± 6.3 (36 - 59)	52.1 ± 5.0 (39 - 59)	49.0 ± 6.8 (35 - 59)								
身長(cm)*	169.5 ± 5.3 (158 - 181)	170.0 ± 5.5 (160 - 187)	170.2 ± 5.8 (160 - 186)	171.5 ± 5.2 (162 - 183)								
体重(kg)	66.7 ± 7.5 (52 - 82)	68.0 ± 9.2 (48 - 102)	68.8 ± 7.2 (52 - 86)	68.1 ± 12.7 (50 - 126)								
BMI	23.2 ± 2.3 (18 - 27.7)	23.5 ± 2.5 (17.2 - 29.4)	23.6 ± 1.9 (19.1 - 27.3)	23.1 ± 3.8 (17.3 - 40.2)								
職歴(年)**	29.8 ± 7.3 (5.5 - 44.4)	25.8 ± 8.9 (1.2 - 47.3)	33.5 ± 9.1 (1.3 - 44.6)	29.1 ± 10.2 (3 - 43.4)								
平均労働日数(日/月)**	20.9 ± 1.2 (20 - 25)	20.9 ± 1.4 (19 - 27)	20.4 ± 1.2 (17 - 23)	20.1 ± 0.7 (19 - 22)								
平均作業時間(時間/日)**	10.5 ± 2.0 (3.5 - 15)	10.7 ± 1.7 (6 - 15)	9.4 ± 2.0 (1 - 12)	9.5 ± 1.6 (1.5 - 12)								
片道の通勤時間(時間)**	0.3 ± 0.3 (0.1 - 1.7)	0.4 ± 0.5 (0.1 - 2.5)	0.5 ± 0.4 (0.2 - 2.2)	0.5 ± 0.2 (0.2 - 1.2)								
平均睡眠時間(時間)**	6.4 ± 0.8 (4 - 9)	6.2 ± 0.8 (4 - 8)	6.5 ± 0.7 (5 - 8)	6.6 ± 0.8 (5 - 8)								
喫煙歴(年)**	17.2 ± 14.6 (0 - 38)	13.3 ± 14.1 (0 - 42)	15.8 ± 15.1 (0 - 40)	18.1 ± 14.9 (0 - 40)								
喫煙量(本/日)**	13.5 ± 12.6 (0 - 40)	10.6 ± 11.8 (0 - 40)	12.8 ± 12.4 (0 - 40)	14.6 ± 12.1 (0 - 40)								
飲酒量(合)	1.1 ± 0.8 (0 - 4.5)	0.9 ± 0.9 (0 - 5.5)	0.8 ± 0.8 (0 - 2.9)	0.7 ± 0.7 (0 - 2.3)								
飲酒量(g)	30.3 ± 22.4 (0 - 122.4)	25.1 ± 25.6 (0 - 149.4)	21.1 ± 21.5 (0 - 78.3)	19.8 ± 18.2 (0 - 61.2)								
ライスタイル得点	4.5 ± 1.3 (1 - 7)	4.4 ± 1.4 (1 - 8)	5.1 ± 1.4 (2 - 8)	4.4 ± 1.4 (2 - 7)								

	班長			一般職			全体		
	(N=79)			(N=392)			(N=723)		
年齢(歳)**	41.3 ± 8.7 (31 - 59)	36.6 ± 10.0 (21 - 59)	41.6 ± 10.5 (21 - 59)						
身長(cm)*	170.3 ± 5.1 (160 - 185)	171.7 ± 6.4 (150 - 197.8)	171.1 ± 6.0 (150 - 197.8)						
体重(kg)	68.0 ± 9.3 (53 - 103)	67.9 ± 10.3 (43 - 110)	67.9 ± 9.8 (43 - 126)						
BMI	23.4 ± 2.9 (17.9 - 32.9)	23.0 ± 3.0 (15.8 - 35.1)	23.2 ± 2.9 (15.8 - 40.2)						
職歴(年)**	23.1 ± 9.7 (13.3 - 47.8)	15.4 ± 11.2 (0.2 - 43.4)	20.9 ± 12.1 (0.2 - 47.8)						
平均労働日数(日/月)**	20.1 ± 1.2 (18 - 24)	20.3 ± 1.3 (12 - 25)	20.4 ± 1.3 (12 - 27)						
平均作業時間(時間/日)**	9.5 ± 1.7 (2 - 12)	10.1 ± 2.0 (2 - 20)	10.1 ± 1.9 (1 - 20)						
片道の通勤時間(時間)**	0.4 ± 0.3 (0 - 2)	0.4 ± 0.3 (0 - 2)	0.4 ± 0.3 (0 - 2.5)						
平均睡眠時間(時間)**	6.4 ± 0.8 (4 - 9)	6.2 ± 0.8 (2.5 - 9)	6.3 ± 0.8 (2.5 - 9)						
喫煙歴(年)**	14.8 ± 11.9 (0 - 43)	8.0 ± 11.0 (0 - 40)	11.3 ± 13.0 (0 - 43)						
喫煙量(本/日)**	14.1 ± 10.6 (0 - 40)	8.8 ± 10.7 (0 - 45)	10.6 ± 11.4 (0 - 45)						
飲酒量(合)	0.7 ± 1.2 (0 - 8.5)	1.0 ± 1.3 (0 - 14.8)	0.9 ± 1.1 (0 - 14.8)						
飲酒量(g)	19.9 ± 31.4 (0 - 230.4)	26.2 ± 34.2 (0 - 399.5)	24.9 ± 30.5 (0 - 399.5)						
ライスタイル得点	4.4 ± 1.5 (0 - 7)	4.4 ± 1.4 (1 - 8)	4.4 ± 1.4 (0 - 8)						
平均値±標準偏差(最小-最大)									

職階の差: * P<0.05, ** P<0.01

表16 対象者の職種**

	中央部長と部長		課長		副長		職長		班長		一般職		全体
事務	23 (43.4)	28 (27.2)	14 (31.1)	5 (11.9)	4 (5.3)	89 (24.3)	163 (23.8)						
製造・生産	7 (13.2)	9 (8.7)	14 (31.1)	30 (71.4)	49 (65.3)	81 (22.1)	190 (27.8)						
営業・小売	1 (1.9)	6 (5.8)	6 (13.3)	2 (4.8)	3 (4.0)	17 (4.6)	35 (5.1)						
技術開発・研究	22 (41.5)	60 (58.3)	11 (24.4)	5 (11.9)	19 (25.3)	179 (48.9)	296 (43.3)						
全体	53 (100.0)	103 (100.0)	45 (100.0)	42 (100.0)	75 (100.0)	366 (100.0)	684 (100.0)						
人数 (%)													
職階の差: ** P<0.01													

表17 職場のメンタルヘルスに対する関心度**

	中央部長と部長		課長	副長	職長	班長	一般職	全体
非常にある	9 (16.7)	14 (13.2)	5 (10.9)	7 (15.2)	4 (5.1)	28 (7.1)	67 (9.3)	
かなりある	28 (51.9)	45 (42.5)	16 (34.8)	11 (23.9)	22 (27.8)	81 (20.7)	203 (28.1)	
多少ある	17 (31.5)	45 (42.5)	23 (50.0)	28 (60.9)	50 (63.3)	217 (55.4)	380 (52.6)	
全くない	0 (0.0)	2 (1.9)	2 (4.3)	0 (0.0)	3 (3.8)	66 (16.8)	73 (10.1)	
全体	54 (100.0)	106 (100.0)	46 (100.0)	46 (100.0)	79 (100.0)	392 (100.0)	723 (100.0)	
人数 (%)								
職階の差: ** P<0.01								

表18 メンタルヘルスに関する講演会や研修会などへの参加の有無**

	中央部長と部長			課長	副長	職長	班長	一般職	全体
有り	43 (79.6)	81 (76.4)	26 (56.5)	27 (58.7)	47 (59.5)	67 (17.1)	291 (40.2)		
無し	11 (20.4)	25 (23.6)	20 (43.5)	19 (41.3)	32 (40.5)	325 (82.9)	432 (59.8)		
全体	54 (100.0)	106 (100.0)	46 (100.0)	46 (100.0)	79 (100.0)	392 (100.0)	723 (100.0)		
人数 (%)									
職階の差: ** P<0.01									

表19 地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば、気軽に利用したいか*

	中央部長と部長		課長	副長	職長	班長	一般職	全体
はい	36 (66.7)	52 (49.1)	22 (47.8)	22 (48.9)	40 (50.6)	166 (42.5)	338 (46.9)	
いいえ	18 (33.3)	54 (50.9)	24 (52.2)	23 (51.1)	39 (49.4)	225 (57.5)	383 (53.1)	
全体	54 (100.0)	106 (100.0)	46 (100.0)	45 (100.0)	79 (100.0)	391 (100.0)	721 (100.0)	
人数 (%)								
職階の差: * P<0.05								

表20 地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度

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

人数 (%)

表21 現在、地域の精神科医師・精神科医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が整っていると思うか**

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

人数 (%)

職階の差:** P<0.01

表22 職場におけるメンタルヘルスに対するイメージ*

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

人数 (%)

職階の差:* P<0.05

表23 職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考え*

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

人数 (%)

職階の差:** P<0.05

Ⅱ．研究成果の刊行に関する一覧表

報告書

発表者氏名	報告書名	巻号	出版地	出版年	ページ
横山 和仁 岡崎 祐士 崎山 忍 小林 廉毅 原谷 隆史 井奈波 良一 松田 元	労働者のメンタルヘルス対策に おける地域保健・医療との連携の あり方に関する研究 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	平成16年度	津	2005年	1-105
横山 和仁 岡崎 祐士 崎山 忍 小林 廉毅 原谷 隆史 井奈波 良一	労働者のメンタルヘルス対策に おける地域保健・医療との連携の あり方に関する研究 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	平成17年度	津	2006年	1-122
横山 和仁 岡崎 祐士 崎山 忍 小林 廉毅 原谷 隆史 井奈波 良一	労働者のメンタルヘルス対策に おける地域保健・医療との連携の あり方に関する研究 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	平成18年度	津	2007年	1-185
横山 和仁 岡崎 祐士 崎山 忍 小林 廉毅 原谷 隆史 井奈波 良一	労働者のメンタルヘルス対策に おける地域保健・医療との連携の あり方に関する研究 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（本冊子）	平成16年度 ～18年度	津	2007年	1-159

雑誌

発表者氏名	論文タイトル	発表誌名	巻号	ページ	出版年
井奈波 良一	生協職員のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に関する調査	日本職業・災害医学会会誌	53(4)	220 -227	2005
臼井卓士 ・崎山忍	産業メンタルヘルスに対する精神科医療機関の取り組みの現状と今後の課題	公衆衛生	71(2)	177-181	2007
伊藤雅之 ・本田知之 ・森 豊和 ・杉本淳子 ・河津雄一郎 ・岡崎祐士	復職デイケアの可能性	臨床精神医学	35(8)	1079 -1083	2006
岡崎祐士 ・西田淳志 ・伊藤雅之	うつ病で病休・休職中の患者の「復職可能」診断をめぐってーうつ病患者復職準備度尺度試案ー	臨床精神医学	35(8)	1059 -1067	2006
丹下 智香子 ・横山 和仁	事業所におけるメンタルヘルス事例の実態とケアの実施状況	産業衛生学雑誌	49	59-66	2007 (印刷中)

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

原 著

生協職員のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に関する調査

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

(平成17年3月9日受付)

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

【方法】A生活協同組合の男性正規職員165名(38.2±7.6歳, 23～57歳)を対象に自記式アンケート調査を行った。

【結果】85.5%の職員が地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与することに期待し、最も期待される関与形態は「職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く」(41.0%)であり、次が「電話やメールでメンタルヘルスの相談にのる」(24.6%)であった。62.6%の職員が、現在、地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が「全く整っていない」と回答していた。職場におけるメンタルヘルスに対するイメージとして、63.7%の職員が「とても重要だと思う」と回答し、課長以上の者がそれ以外の者より有意によりイメージを持っていた。職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対して、60.6%の職員が「必要だと思う」と回答していた。

【結論】労働者の地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度は高く、職場のメンタルヘルス対策において事業場と地域の精神科医師・精神科医療機関の連携に関するマニュアルを作成することに対する労働者のニーズが大きかった。

(日職災医誌, 53: 220—227, 2005)

—キーワード—

職場, メンタルヘルス, 医療機関

はじめに

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

そこで、労働者自身およびラインの職場のメンタルヘ

ルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度を明らかにする目的で、A生活協同組合正規職員を対象に自記式アンケート調査を行った。

研究方法

2004年9月～10月に、A生活協同組合に勤務する正規職員325名を対象に自記式アンケート調査を実施した。調査票の内容は、性、年齢、所属、職階、勤務状況(ここ1カ月の勤務日数、1日の平均作業時間)、日常生活習慣(森本²⁾の8項目の健康習慣)および旧労働省で開発された職業ストレス簡易調査票12項目版(「仕事の量的負荷」、「仕事のコントロール」、「上司の支援」および「同僚の支援」に関する質問各3項目)³⁾および「地域の精神科医師・精神科医療機関が職場のメンタルヘルスに関与することに対する期待」の有無をはじめとした労働者自身の地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に関する11項目等である。

調査した日常生活習慣8項目に対して、森本の基準²⁾

A survey on the workers' respect and satisfaction in relation to the regional mental clinics and hospitals concerning the measure of mental health for workers in a consumer cooperative

に従って、それぞれの項目の良い生活習慣に1、悪い生活習慣に0を得点として与え、その合計を算出した。

本事業場の職業性ストレスによる健康リスクを判定するために、職業性ストレス簡易調査票用の仕事のストレス判定図³⁾を用いた。なお、この判定図では100%を基準に割合が高いほど健康リスクが高いと判定される。

186名から回答を得た（回収率57.2%）。そのうち性別に記載のあったのは182名（男性165名、女性17名）であった。本報告では、女性の人数が少なかったことから男性職員のみを解析対象として、課長以上と課長未満（以下、その他）の職員間の比較検討を行った。無回答の項目については解析から除外した。

結果は、平均値±標準偏差（最小～最大）で示した。有意差検定は、t検定、 χ^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。

なお本調査に先立ち、岐阜大学大学院医学研究科医学研究倫理審査委員会の承認を得た。

結 果

表1に対象者の特徴を示した。課長以上の者の年齢、職歴、月平均労働日数、喫煙歴および飲酒量の値は、課

長未満（以下、その他）の者より有意に大きかった（ $P < 0.01$ または $P < 0.05$ ）。

表2に対象者の職業性ストレスを示した。課長以上の者の「仕事の量的負担」に関する得点は、その他の者より有意に高かった（ $P < 0.01$ ）。「仕事のコントロール」、「上司の支援」および「同僚の支援」に関する得点は、両者で有意差はなかった。これらの結果を用いて仕事のストレス判定図から読み取った「総合した健康リスク」は、課長以上の者では119.8%であり、その他の者では114.2%であった。

表3に職場のメンタルヘルスに対する関心度を示した。職場のメンタルヘルスに対する関心度に有意な職階差はなかった。職場のメンタルヘルスに関心が「全くない」者の割合は全体で13.0%であった。

表4にメンタルヘルスに関する講演会や研究会などへの参加の有無を示した。「参加したことがある」と回答した者の割合は、課長以上の者が45.2%とその他の者（13.5%）より有意に高率であった（ $P < 0.01$ ）。

表5に地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば気軽に利用したか否かを示した。回答に有意な職階差はなく、気軽に利用したい者の割合は全体で47.2%であった。

表1 対象者の特徴

	職階		全体 (N = 165)
	課長以上 (N = 31)	課長未満 (N = 134)	
年齢 (歳)**	44.6 ± 5.6 (33 ~ 57)	36.7 ± 7.3 (23 ~ 57)	38.2 ± 7.6 (23 ~ 57)
身長 (cm)	171.2 ± 5.7 (163 ~ 181)	171.0 ± 6.0 (158 ~ 195)	171.1 ± 5.9 (158 ~ 195)
体重 (kg)	71.0 ± 11.9 (50 ~ 98)	67.1 ± 10.4 (48 ~ 110)	67.9 ± 10.8 (48 ~ 110)
BMI	24.2 ± 3.8 (18.4 ~ 31.5)	22.9 ± 3.1 (16.7 ~ 36.3)	23.2 ± 3.3 (16.7 ~ 36.3)
職歴 (年)**	21.1 ± 4.8 (12.0 ~ 31.4)	13.5 ± 6.7 (1.0 ~ 30.2)	14.9 ± 7.0 (1.0 ~ 31.4)
平均労働日数 (日/月)**	22.5 ± 1.4 (20 ~ 26)	21.6 ± 1.0 (20 ~ 25)	21.8 ± 1.1 (20 ~ 26)
平均作業時間 (時間/日)	9.6 ± 2.0 (4 ~ 14)	9.0 ± 1.3 (7 ~ 14)	9.1 ± 1.5 (4 ~ 14)
片道の通勤時間 (時間)	0.8 ± 0.4 (0 ~ 2)	0.6 ± 0.4 (0 ~ 2)	0.7 ± 0.4 (0 ~ 2)
平均睡眠時間 (時間)	6.3 ± 0.9 (5 ~ 8)	6.5 ± 0.9 (5 ~ 9)	6.5 ± 0.9 (5 ~ 9)
喫煙歴 (年)**	15.0 ± 13.1 (0 ~ 39)	7.4 ± 9.2 (0 ~ 37)	8.8 ± 10.5 (0 ~ 39)
喫煙量 (本/日)	13.1 ± 13.6 (0 ~ 40)	9.9 ± 13.0 (0 ~ 40)	10.5 ± 13.2 (0 ~ 40)
飲酒量 (合)*	1.5 ± 1.1 (0 ~ 4.3)	1.0 ± 1.1 (0 ~ 5.1)	1.0 ± 1.1 (0 ~ 5.1)
飲酒量 (g)*	39.5 ± 28.9 (0 ~ 115)	25.7 ± 29.2 (0 ~ 137)	28.3 ± 29.6 (0 ~ 137)
ライフスタイル得点	4.4 ± 1.5 (2 ~ 8)	4.6 ± 1.5 (1 ~ 8)	4.5 ± 1.5 (1 ~ 8)

平均値±標準偏差（最小～最大）

職階の差：* $P < 0.05$ 、** $P < 0.01$

表2 職業性ストレス

	職階		全体 (N = 164)
	課長以上 (N = 31)	課長未満 (N = 133)	
仕事の量的負担*	10.2 ± 1.5 (7 ~ 12)	9.4 ± 1.8 (4 ~ 12)	9.6 ± 1.8 (4 ~ 12)
仕事のコントロール	8.0 ± 1.7 (4 ~ 12)	7.3 ± 1.8 (3 ~ 12)	7.4 ± 1.8 (3 ~ 12)
上司の支援	7.5 ± 1.7 (3 ~ 10)	7.6 ± 2.1 (3 ~ 12)	7.6 ± 2.0 (3 ~ 12)
同僚の支援	7.7 ± 1.5 (6 ~ 11)	7.9 ± 1.8 (3 ~ 12)	7.8 ± 1.7 (3 ~ 12)

平均値±標準偏差（最小～最大）

職階の差：* $P < 0.05$

表6-1に地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度を示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「多少期待する」と回答した者の割合が48.5%で最も多く、「全く期待しない」者の割合は14.5%であった。

表6-2に地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与する際、期待する内容を示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く」を期待する割合が41.0%で最も多く、次が「電話やメールでメンタルヘルスに関する相談にのる」(24.6%)であった。

表7に仕事上でメンタルヘルスの問題が生じたときの、地域の精神科医師・精神科医療機関の利用度を示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「利用なし」の割合が71.5%で最も多く、次が「今後利用したい」(21.5%)であった。

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

示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「全くない」の割合が62.6%で最も高く、次が「多少思う」(29.9%)であった。

表9に職場におけるメンタルヘルスに対するイメージを示した。回答に有意な職階差があり ($P < 0.05$)、「とても重要だと思う」と回答した者の割合は、課長以上の者が80.0%で、その他の者(59.8%)より高かった。一方、「興味が無い」と「よくわからない」と回答した者の割合は、課長以上の者がその他の者より低かった。

表10に地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場での情報を治療機関に提供することに対する考えを示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「治療に必要なことなら、患者の同意のうえなら提供してよい」の割合が73.0%で最も高く、次が「同意の如何にかかわらず、どんなことも提供してはならない」(13.2%)であった。

表11に地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場復帰等の関連で、事業場の関係者が治療情

表3 職場のメンタルヘルスに対する関心度

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
非常にある	5 (16.1)	15 (11.5)	20 (12.4)
かなりある	8 (25.8)	28 (21.5)	36 (22.4)
多少ある	17 (54.8)	67 (51.5)	84 (52.2)
全くない	1 (3.2)	20 (15.4)	21 (13.0)
全体	31 (100.0)	130 (100.0)	161 (100.0)

人数 (%)

表4 メンタルヘルスに関する講演会や研修会などに参加したことがあるか**

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
はい	14 (45.2)	18 (13.5)	32 (19.5)
いいえ	17 (54.8)	115 (86.5)	132 (80.5)
全体	31 (100.0)	133 (100.0)	164 (100.0)

人数 (%)

職階の差: ** $P < 0.01$

表5 地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば、気軽に利用したいか

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
はい	15 (48.4)	62 (47.0)	77 (47.2)
いいえ	16 (51.6)	70 (53.0)	86 (52.8)
全体	31 (100.0)	132 (100.0)	163 (100.0)

人数 (%)

表6-1 地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
非常に期待する	7 (22.6)	17 (12.7)	24 (14.5)
かなり期待する	6 (19.4)	31 (23.1)	37 (22.4)
多少期待する	14 (45.2)	66 (49.3)	80 (48.5)
全く期待しない	4 (12.9)	20 (14.9)	24 (14.5)
全体	31 (100.0)	134 (100.0)	165 (100.0)

人数 (%)

表6-2 地域の精神科医師・精神科医療機関が職場のメンタルヘルスに関与する際、期待する内容

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
職場の産業医になる。	2 (8.0)	15 (15.5)	17 (13.9)
職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く。	12 (48.0)	38 (39.2)	50 (41.0)
電話やメールでメンタルヘルスに関する相談にのる。	7 (28.0)	23 (23.7)	30 (24.6)
セカンド・オピニオンとして説明する。	0 (0.0)	13 (13.4)	13 (10.7)
職場の産業医とメンタルヘルス事例の情報を交換する。	4 (16.0)	7 (7.2)	11 (9.0)
その他	0 (0.0)	1 (1.0)	1 (0.8)
全体	25 (100.0)	97 (100.0)	122 (100.0)

人数 (%)

報を主治医から得ることに対する考えを示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「必要な治療情報は、患者の同意のうえでなら得てよい」の割合が75.0%で最も高く、次が「同意の如何にかかわらず、どんな治療情報も得てはならない」(13.1%)であった。

表12に地域の精神科医師・精神科医療機関から事業所に発行される診断書に記載される診断名があいまいで、受診者の状態がよくわからず、職場で対処しにくい場合があることに対する考えを示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「正確な診断名を記載すべきである」の割合が47.8%で最も高く、次が「よくわからない」(29.6%)であった。

表13に職場のメンタルヘルス対策における地域の精

神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考えを示した。回答に有意な職階差はなく、全体でみて「必要だと思う」の割合が60.6%で最も高く、次が「よくわからない」(35.6%)であった。

考 察

中規模事業場と精神科医療機関の職場メンタルヘルスに関する連携状況を調査した報告¹⁾では、精神科医療機関受診後の問題点として、事業場側は「本人への対応の仕方がよくわからない」、「精神科医療機関受診後の経過がわからない」、「具体的な助言がない」、「復職できない状態で復職可能の診断書が出る」といった問題点を指摘

表7 仕事上でメンタルヘルスの問題が生じたときの、地域の精神科医師・精神科医療機関の利用度

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
利用している	1 (3.2)	3 (2.4)	4 (2.5)
したことがある	1 (3.2)	6 (4.7)	7 (4.4)
今後利用したい	11 (35.5)	23 (18.1)	34 (21.5)
利用なし	18 (58.1)	95 (74.8)	113 (71.5)
全体	31 (100.0)	127 (100.0)	158 (100.0)

人数 (%)

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

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
非常に思う	1 (3.6)	0 (0.0)	1 (0.7)
かなり思う	1 (3.6)	2 (1.7)	3 (2.0)
多少思う	12 (42.9)	32 (26.9)	44 (29.9)
全くない	12 (42.9)	80 (67.2)	92 (62.6)
わからない	2 (7.1)	5 (4.2)	7 (4.8)
全体	28 (100.0)	119 (100.0)	147 (100.0)

人数 (%)

表9 職場におけるメンタルヘルスに対するイメージ*

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
とても重要だと思う。	24 (80.0)	76 (59.8)	100 (63.7)
必要がない。	0 (0.0)	1 (0.8)	1 (0.6)
興味がない。	0 (0.0)	14 (11.0)	14 (8.9)
よくわからない。	2 (6.7)	29 (22.8)	31 (19.7)
リストラの口実にされるのではないかと心配だ。	0 (0.0)	2 (1.6)	2 (1.3)
昇進や給与に悪影響を及ぼすのではないかと心配だ。	2 (6.7)	2 (1.6)	4 (2.5)
その他	2 (6.7)	3 (2.4)	5 (3.2)
全体	30 (100.0)	127 (100.0)	157 (100.0)

人数 (%)

職階の差：* P < 0.05

表10 地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場での情報を治療機関に提供することに対する考え

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
治療に必要なことなら、患者の同意なしで提供してよい。	2 (6.5)	5 (3.9)	7 (4.4)
治療に必要なことなら、患者の同意のうえでなら提供してよい。	20 (64.5)	96 (75.0)	116 (73.0)
同意の如何にかかわらず、どんなことも提供してはならない。	5 (16.1)	16 (12.5)	21 (13.2)
よくわからない。	4 (12.9)	11 (8.6)	15 (9.4)
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全体	31 (100.0)	128 (100.0)	159 (100.0)

人数 (%)

表11 地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場復帰等の関連で、事業場の関係者が治療情報を主治医から得ることに対する考え

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
必要な治療情報は、患者の同意なしで得てよい。	1 (3.2)	3 (2.3)	4 (2.5)
必要な治療情報は、患者の同意のうえで得てよい。	22 (71.0)	98 (76.0)	120 (75.0)
同意の如何にかかわらず、どんな治療情報も得てはならない。	4 (12.9)	17 (13.2)	21 (13.1)
よくわからない。	4 (12.9)	11 (8.5)	15 (9.4)
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全体	31 (100.0)	129 (100.0)	160 (100.0)

人数 (%)

表12 地域の精神科医師・精神科医療機関から事業所に発行される診断書に記載される診断名があいまいで、受診者の状態がよくわからず職場で対処しにくい場合があることに対する考え

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
正確な診断名を記載すべきである。	17 (56.7)	59 (45.7)	76 (47.8)
あいまいな診断名は患者に対する配慮であり、しかたがない。	6 (20.0)	27 (20.9)	33 (20.8)
よくわからない。	6 (20.0)	41 (31.8)	47 (29.6)
その他	1 (3.3)	2 (1.6)	3 (1.9)
全体	30 (100.0)	129 (100.0)	159 (100.0)

人数 (%)

表13 職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考え

	職階		全体
	課長以上	課長未満	
必要だと思う。	20 (64.5)	77 (59.7)	97 (60.6)
必要ない。	1 (3.2)	5 (3.9)	6 (3.8)
よくわからない。	10 (32.3)	47 (36.4)	57 (35.6)
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全体	31 (100.0)	129 (100.0)	160 (100.0)

人数 (%)

している。一方、精神科医療機関側は「会社が本人の病状を理解しない」、「プライバシー保護のため問い合わせに対応することが困難」、「会社が職場復帰に抵抗する」といった問題点を上げている。また、主治医への問い合わせに関して、患者本人の許可なく問い合わせをしてきた場合には、42%の医療機関が回答を拒否、看護師・保健師や産業医の問い合わせの場合でも24%が拒否するとしていた。一方、患者本人の了解を得て問い合わせをしてきた場合には、問い合わせ者が誰でも拒否すると回答した機関はなかったとしている。

松崎ら¹⁾は、精神科専門機関は、人事・労務担当者から復職のための診断書を求められた場合、記載内容についての相談を、患者と必ずまたはたいていする機関が86.7%であったのに対し、人事労務担当者と必ずまたはたいていする機関は30.0%にすぎなかったとしている。

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

そこで今回、労働者自身およびラインの職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に関するアンケート調査を行った。

調査集団の特徴として、課長以上の者の年齢、職歴、月平均労働日数、喫煙歴および飲酒量の値は、課長未満（以下、その他）の者より有意に大きかった。また、課長以上の者の「仕事の量的負担」に関する得点は、その他の者より有意に高く、仕事のストレス判定図から読み取った「総合した健康リスク」は、課長以上の者では119.8%と、その他の者（114.2%）より若干高かった。

職場のメンタルヘルスに関心が「全くない」者の割合は全体で13.0%にすぎず、また職場におけるメンタルヘルスに対するイメージに関しても「とても重要だと思う」の割合が63.7%で最も高かったにもかかわらず、メンタルヘルスに関する講演会や研究会などへの参加したことのある者の割合は全体で19.5%にすぎなかった。

全体の47.2%の者が、地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば気軽に利用したいと回答していた。また、地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することに対する期待度を調査したところ、「多少期待する」と回答した者の割合が48.5%で最も多く、「全く期待しない」者の割合は14.5%にすぎなかった。しかし、仕事上でメンタルヘルスの問題が生じたときの、地域の精神科医師・精神科医

療機関の利用状況を調査したところ、「過去、現在を通じて利用あり」の割合が6.9%であり、「今後利用したい」の割合も21.5%にすぎず、回答にギャップがみられた。

中規模事業場の66.0%は定期的に専門家に来てもらうことに「あまり必要ない」と回答していた⁴⁾。また本調査の労働者の62.6%は、「現在、地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が全く整っていない」と思っていた。しかし、柏木ら⁶⁾は、事業場外メンタルヘルス担当者（主として精神科医師）の過半数以上（56.6%）が事業場のメンタルヘルスに関する相談・診療に関与することを希望しているとしている。そこで地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与する際、期待する内容を調査したところ、「職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く」を期待する割合が41.0%で最も多く、次が「電話やメールでメンタルヘルスに関する相談にのる」（24.6%）であった。この点に関して、前述の事業場のメンタルヘルスに関与することを希望している精神科医師の55%が、月1～2回事業場で相談・診療可能としており⁶⁾、事業場のメンタルヘルスに対する意識が高まり財政等の事情が許せば労働者の希望を実現することは可能であろう。

前述のように、精神科医療機関が事業場に対して感じる困難のひとつにプライバシー保護が上がっている⁴⁾。そこで対象者に「地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場での情報を治療機関に提供することに対する考え」を問うたところ、「治療に必要なことなら、患者の同意のうえなら提供してよい」と回答した者の割合が73.0%で最も高く、次が「同意の如何にかかわらず、どんなことも提供してはならない」（13.2%）であった。また、「地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場復帰等の関連で、事業場の関係者が治療情報を主治医から得ることに対する考え」を問うたところ、「必要な治療情報は、患者の同意のうえでは得てよい」と回答した者の割合が75.0%で最も高く、次が「同意の如何にかかわらず、どんな治療情報も得てはならない」（13.1%）であった。このように労働者は、事業場のみならず精神科医療機関に労働者の情報を提供することに対してどちらかといえば消極的で、提供する場合には少なくとも労働者の同意が必要であると考えていることがわかった。

前述のように、事業場からみた精神科医療機関との関係で困った点については、医療機関からの具体的情報の少なさが上げられている⁴⁾。そこで対象者に「地域の精神科医師・精神科医療機関から事業所に発行される診断書に記載される診断名があいまいで、受診者の状態がよくわからず、職場で対処しにくい場合があることに対する考え」を問うたところ「正確な診断名を記載すべきである」と回答した者の割合が47.8%で最も高く、「あい

まいな診断名は患者に対する配慮であり、しかたない」（20.8%）の2倍以上であった。しかし、「よくわからない」と回答した者が29.6%もいたことに注目する必要がある。すなわち「よくわからない」と回答した者が、時と場合によっては「あいまいな診断名は患者に対する配慮であり、しかたない」に回る可能性もあり、この問題に関して精神科医療機関は、現状では慎重な処理が必要と考えられる。

最後に対象者に「職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考え」を問うたところ、「よくわからない」と回答した者が35.6%もあり、判断不能に加えて問の意味が理解できなかった者がいた可能性を否定することはできないが、「必要だと思う」と回答した者の割合は60.6%に達し、「必要ない」の3.8%より圧倒的に高かった。このように職場のメンタルヘルス対策において事業場と地域の精神科医師・精神科医療機関の連携に関するマニュアルを作成することに対する労働者のニーズが大きかったことから、今後、この課題に取り組むことの意義は大きいと考えられる。

本調査項目のうち「職場のメンタルヘルスに対する関心度」、「地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば気軽に利用したか否か」、「地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度」、「地域の精神科医師・精神科医療機関が対象者の職場のメンタルヘルスに関与する際、期待する内容」、「仕事上でメンタルヘルスの問題が生じたときの、地域の精神科医師・精神科医療機関の利用度」、「現在、地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が整っていると思うか否か」、「地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場での情報を治療機関に提供することに対する考え」、「地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場復帰等の関連で、事業場の関係者が治療情報を主治医から得ることに対する考え」、「地域の精神科医師・精神科医療機関から事業所に発行される診断書に記載される診断名があいまいで、受診者の状態がよくわからず、職場で対処しにくい場合があることに対する考え」および「職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対する考え」に対する回答には有意な職階差はなかった。このように職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に職階差がほとんどないことがわかった。

ただし、メンタルヘルスに関する講演会や研究会などへの「参加したことがある」と回答した者の割合は、課長以上の者がその他の者より有意に高率であった。この結果には、「職場のメンタルヘルスに対する関心度」に職階差がなかったことから、会への参加意欲の差よりも

しろ、この職場では、課長以上の者に限定して、職場のメンタルヘルスに関する勉強会が実施されてきたことが影響していると考えられる。これらのことや総合した健康リスクの差が影響してか、職場におけるメンタルヘルスに対するイメージには有意な職階差があった。すなわち、職場のメンタルヘルスを「とても重要だと思う」と回答した者の割合は、課長以上の者が80.0%で、その他の者(59.8%)より高く、一方、「興味がない」と「よくわからない」と回答した者の割合は、課長以上の者がその他の者より低かった。この結果は、課長以上の者はその他の者より職場におけるメンタルヘルスを肯定的にとらえていることを示している。したがって課長未満の者の職場のメンタルヘルスに対するイメージを高めるために、課長未満の者に職場のメンタルヘルスに関する講演会や研究会などへの参加を奨励するだけでなく、課長未満の者を対象としたメンタルヘルスに関する講演会を職場内で開催することが期待される。

結 論

1. 労働者の地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与することへの期待度は高く、最も期待される関与形態は「職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開く」であった。しかし、多くの労働者は、地域の精神科・医療機関が職場のメンタルヘルスに関与できる体制が全く整ってないとし、職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関との連携に関するマニュアルを作成することに対するニーズが大きかった。

2. 職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科・医療機関に対する重視度と満足度に職階差はほとんどなかった。

謝辞：本研究は、平成16年度厚生科学研究費補助金、労働安全衛生総合研究事業（研究課題名）「労働者のメンタルヘルス対策に

おける地域保健・医療との連携のあり方に関する研究」により行った。また、データの整理を手伝ってくれた奥村まゆみ氏に感謝する。

文 献

- 1) 川上憲人：「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の逐条解説。働く人の心の健康づくり一指針と解説一：中央労働災害防止協会編。東京、中央労働災害防止協会、2001, pp 45—50.
- 2) 森本兼義：ライフスタイルと健康。日衛誌 54：572—591, 2000.
- 3) 「作業関連疾患の予防に関する研究」研究班：労働省平成11年度労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書。東京、東京医科大学衛生学公衆衛生学教室、2000.
- 4) 烏澤重男、川上憲人、井奈波良一、他：中規模事業所におけるメンタルヘルスの支援方法に関する研究。平成9年度産業保健調査研究報告書。岐阜産業保健推進センター、1998.
- 5) 松崎一葉、笹原信一郎、京田真理、他：事業所・産業医・精神科専門機関の連携の状況と地域産業保健センターの機能活用に関する試案。産業医学ジャーナル 24：33—40, 2001.
- 6) 柏木雄次郎、藤井久和、夏目 誠、他：メンタルヘルス対策のための事業場外資源のあり方に関する調査研究（第1報）事業場外資源への質問紙調査。日職災医誌 52：240—249, 2004.

（原稿受付 平成17.3.9）

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

Reprint request:

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

A SURVEY ON THE WORKERS' RESPECT AND SATISFACTION IN RELATION TO
THE REGIONAL MENTAL CLINICS AND HOSPITALS CONCERNING THE MEASURE OF
MENTAL HEALTH FOR WORKERS IN A CONSUMER COOPERATIVE

Ryoichi INABA

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

This study was designed to evaluate workers' respect and satisfaction in relation to the regional mental clinics and hospitals concerning the measure of mental health for workers. A self-administered questionnaire survey on the workers' respect and satisfaction in relation to the regional mental clinics and hospitals concerning the measure of mental health for workers were performed among 165 male workers (age: 38.2 ± 7.6 , 23–57) in a consumer cooperative.

The results obtained were as follows.

1. 85.5% of the workers hoped that regional mental clinics and hospitals participate in the mental health for workers. Mostly expected measure of their participation (41.0%) was establishment of a consultation section on the mental health regularly.

2. 62.6% of the workers answered that the system for participation of regional mental clinics and hospitals in the mental health for workers was not utterly established at present.

3. 63.7% of the workers had the image that mental health for workers is very important matter. Managers had better image of the mental health for workers, compared with other workers.

4. 60.6% of the workers answered that it was necessary to make the manual for the coordination between the enterprises and the regional mental clinics and hospitals concerning the mental health for workers.

These results suggest that the degree of hope of workers, for regional mental clinics and hospitals concerning the mental health for workers, is high, and need of workers, to make the manual for the coordination between the enterprises and the regional mental clinics and hospitals concerning the mental health for workers, is great.

産業メンタルヘルスに対する精神科医療機関の取り組みの現状と今後の課題

臼井 卓士 崎山 忍

近年、労働者の心の問題の一層の増加が懸念され、心の問題の専門機関としての精神科医療機関の役割が期待されている。

平成12年に労働省が公表した「職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）¹⁾によると、事業場のメンタルヘルスケアは、①労働者自身のセルフケア、②ライン（管理監督者）によるケア、③産業医等の事業場内産業保健スタッフによるケア、および④事業場外資源（専門機関）によるケアの4つからなる。特に④においては、専門的な助言や指導を必要とする場合には、事業場外の精神科医療機関によるサービスを活用していくことが期待されていると言えよう。しかし、産業メンタルヘルスに対する精神科医療機関の取り組みや、事業場との連携の実情についての具体的な検討は少ない。

そこで、事業場と精神科医療機関の連携を進めていく上での課題を明らかにする目的で、三重県内の精神科医療機関を対象に、事業場との連携も含めた産業メンタルヘルスに対する取り組みの現状を調査したので、若干の考察を加えて報告する。

対象と方法

三重県内の精神科・心療内科を標榜するすべての医療機関（63機関）を対象に自記式アンケート調査を実施した。医療機関の内訳は精神病院が16施設、総合病院精神科が17施設、診療所が30施設であった。

調査票の内容は、診療以外の産業メンタルヘルスに対する取り組み、診察した精神疾患の種類、

事業場へのかかわり、事業場の姿勢、診断書の記載に関する項目などである。

調査対象期間は、診療の実績に関する項目は平成16年4月1日から同年9月30日、事業場へのかかわりに関する項目は平成15年度とした。回収されたアンケート調査票の集計を行った。無回答の項目については解析から除外した。

結果の有意差検定は、 χ^2 独立性の検定、またはKruskal-Wallis検定を用いて行い、 $P < 0.05$ で有意差ありと判定した。なお調査にあたっては、三重県こころの健康センターにおいて包括的な審査を受け、承認を得た。

結果

対象63医療機関のうち、42の医療機関から回答が得られた（回収率67%）。医療機関の属性別では、精神病院が11施設（69%）、総合病院精神科が12施設（71%）、精神科クリニックが19施設（63%）であった。

産業メンタルヘルスに対する、病院・クリニックでの診療以外の取り組みは、「上司との情報交換」が全体で21施設（50%）と最も多く、次いで「産業保健スタッフとの連携」が15施設（36%）であった。重複回答を排すると、64%の医療機関において何らかの取り組みが行われていた。なお、「特に行っていない」には、回答に医療機関の属性による有意な差がみられた（表1）。

診察した就労者の精神疾患の内訳は、気分（感情）障害が、全体で39施設（93%）と最も多く、統合失調症が34施設（81%）と続いた（表2）。

うすい たくじ、さきやま しのぶ：三重県こころの健康センター 連絡先：☎514-1101 三重県津市久居明神町2501-1

表1 産業メンタルヘルスに対する診療以外の
取り組み(複数回答可)

	医療機関の属性			全体 (n=42)
	精神病院 (n=11)	総合病院 精神科 (n=12)	精神科ク リニック (n=19)	
① 産業保健スタッフとの連携	5(46)	2(17)	8(42)	15(36)
② 事業所の担当者との連携	4(36)	2(17)	8(42)	14(33)
③ 患者の上司との情報交換	6(55)	4(33)	11(58)	21(50)
④ 事業場への医師の派遣	0(0)	0(0)	2(11)	2(5)
⑤ 事業場へのメンタルヘルス啓発	2(18)	0(0)	3(16)	5(12)
⑥ メンタルヘルス講演会への協力	3(27)	0(0)	5(26)	8(19)
⑦ 特になし*	3(27)	8(67)	4(21)	15(36)
⑧ その他	1(9)	0(0)	1(5)	2(5)

医療機関数(%)

医療機関の属性による差: *P<0.05

今後新たに予定している産業メンタルヘルスに対する取り組みは、「特になし」が最も多く、全体で29施設(69%)であった。なお、「メンタルヘルス講演会への協力」には、医療機関の属性による有意な差がみられた(表3)。

就労者の診療に際して行った、事業場に対する職場環境の整備や社会復帰への具体的な方法についてのアドバイスに関して、「行った」が、全体(40)で21施設(53%)であった(表4)。

事業場側の姿勢として困ったものは、復職支援システムがないなどの理由で事業場から復職のための協力が得られないという回答が、全体(36)で19施設(53%)と最も多かった。次いで、事業場が社会復帰に消極的であるという回答が16施設(44%)であった。なお、就労者の解雇のための作業に協力を求められるといった回答も6施設(17%)でみられた(表5)。

患者の復職時、診断書で「復職可」とされたにもかかわらず、現実には職場適応ができない事例に関して、「治療者は診察室における状態像で判断しており、職場の状況まで判断材料に含めていない」という回答が、全体(38)で23施設(61%)、「職場での嫌がらせなど職場環境の未整備が原因で再燃することが多い」が14施設(37%)から得られた(表6)。

表2 平成16年4月1日～9月30日の間に、
診察した精神科疾患(複数回答可)

	医療機関の属性			全体 (n=42)
	精神病院 (n=11)	総合病院 精神科 (n=12)	精神科ク リニック (n=19)	
① 症状性を含む器質性精神障害	6(55)	8(67)	11(58)	25(60)
② 精神作用物質使用による精神および行動の障害	4(36)	4(33)	7(37)	15(36)
③ 統合失調症	8(73)	10(83)	16(84)	34(81)
④ その他の精神病性障害	7(64)	2(17)	7(37)	16(38)
⑤ 気分(感情)障害	10(91)	11(92)	18(95)	39(93)
⑥ 適応障害	5(46)	5(42)	14(74)	24(57)
⑦ 摂食障害	6(55)	3(25)	10(53)	19(45)
⑧ 非器質性睡眠障害	5(46)	4(33)	10(53)	19(45)
⑨ 人格障害	8(73)	3(25)	10(53)	21(50)
⑩ 精神遅滞(知的障害)	6(55)	5(42)	5(26)	16(38)
⑪ 心理的発達の障害 (ICD-10 F80-F89)	3(27)	0(0)	3(16)	6(14)
⑫ 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(ICD-10 F90-F98)	3(27)	1(8)	4(21)	8(19)
⑬ その他	2(18)	1(8)	0(0)	3(7)

医療機関数(%)

事業場に提出する診断書に、国際分類に基づいた精神障害の病名を用いる頻度は、「時には用いる」が、全体(41)で34施設(83%)と最も多く、「常に用いる」が4施設(10%)であった(表7)。その際、主に用いるのは、世界保健機関(WHO)のICDが全体(33)で31施設(94%)、米国精神医学会(APA)のDSMが2施設(6%)であった(表8)。

病名が国際分類に基づかない場合に、臨床像と矛盾しない範囲で用いる慣用的(伝統的)診断名の採用に関して、「慣用的診断名を採用することがある」が、全体(40)で39施設(98%)であった(表9)。その際、最も頻用される診断名が「うつ状態・うつ」で、全体(38)で36施設(95%)が用いていると回答した(表10)。

慣用的診断名を採用する根拠は、「診断書を根拠とした患者の社会的不利益が生じることがないよう配慮して」が最も多く、全体(37)で33施設(89%)であった。また「患者・家族から診断名の変更を依頼され、臨床像と矛盾しない範囲で慣用

表3 今後新たに予定している取り組み(複数回答可)

	医療機関の属性			全体 (n=42)
	精神病院 (n=11)	総合病院 精神科 (n=12)	精神科ク リニック (n=19)	
① 産業医など産業保健スタッフとの連携	3(27)	1(8)	3(16)	7(17)
② 事業所の担当者(衛生管理者など)との連携	4(36)	2(17)	1(5)	7(17)
③ 患者の上司との情報交換	5(46)	1(8)	3(16)	9(21)
④ 事業場への医師の派遣	1(9)	0(0)	0(0)	1(2)
⑤ 事業場へのメンタルヘルス啓発	2(18)	0(0)	3(16)	5(12)
⑥ 労働者を対象とした各種メンタルヘルス講演会への協力*	4(36)	0(0)	1(5)	5(12)
⑦ 特になし	6(55)	9(75)	14(74)	29(69)
⑧ その他	1(9)	1(8)	0(0)	2(5)

医療機関数(%)

医療機関の属性による差: *P<0.05

表5 事業場からの姿勢で困ったもの(複数回答可)

	医療機関の属性			全体 (n=36)
	精神病院 (n=9)	総合病院 精神科 (n=10)	精神科ク リニック (n=17)	
① 企業防衛的な対応を迫られる	5(56)	2(20)	6(35)	13(36)
② 解雇のための作業に協力を求められる	2(22)	1(10)	3(18)	6(17)
③ 就労者である患者の社会復帰に消極的である	4(44)	5(50)	7(41)	16(44)
④ 復職支援システム等がない	4(44)	4(40)	11(65)	19(53)
⑤ その他	3(33)	2(20)	3(18)	8(22)

医療機関数(%)

表7 事業場に提出する診断書に記載する精神障害の病名に、国際分類に基づいた診断名を用いる頻度

	医療機関の属性			全体 (n=41)
	精神病院 (n=11)	総合病院 精神科 (n=11)	精神科ク リニック (n=19)	
① 常に用いる	2(18)	0(0)	2(11)	4(10)
② 時には用いる	9(82)	9(82)	16(84)	34(83)
③ 全く用いない	0(0)	2(18)	1(5)	3(7)

医療機関数(%)

的診断名を採用する」という回答が13施設(35%)でみられた(表11).

精神科医が患者、家族、企業への影響を配慮し

表4 事業場に対する職場環境の整備、社会復帰の方法についてのアドバイス

	医療機関の属性			全体 (n=40)
	精神病院 (n=11)	総合病院 精神科 (n=11)	精神科ク リニック (n=18)	
行った	7(64)	6(55)	8(44)	21(53)
なし	4(36)	5(45)	10(56)	19(48)

医療機関数(%)

表6 復職時、診断書では「復職可」とされたにもかかわらず、現実には職場適応ができないケースに対する意見(複数回答可)

	医療機関の属性			全体 (n=38)
	精神病院 (n=10)	総合病院 精神科 (n=11)	精神科ク リニック (n=17)	
① 診断書を根拠とした患者の不利益を避けたい	1(10)	2(18)	1(6)	4(11)
② できるだけ早期に復職させ、社会適応を進めたい	3(30)	1(9)	3(18)	7(18)
③ 復職後、職場環境の未整備により再燃することが多い	3(30)	4(36)	7(41)	14(37)
④ 診察室における状態像で判断している	7(70)	6(55)	10(59)	23(61)
⑤ 臨床医学的判断が困難であることが多い	3(30)	5(46)	2(12)	10(26)
⑥ その他	1(10)	2(18)	2(12)	5(13)

医療機関数(%)

表8 国際分類に基づいた診断名を用いる場合、主に用いる国際分類

	医療機関の属性			全体 (n=33)
	精神病院 (n=9)	総合病院 精神科 (n=9)	精神科ク リニック (n=15)	
① ICD	9(100)	7(78)	15(100)	31(94)
② DSM	0(0)	2(22)	0(0)	2(6)
③ その他	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

医療機関数(%)

て慣用的診断名を用いる場合に、念頭に置いている疾患に関して、「統合失調症」と回答した施設がもっとも多く、全体(35)で27施設(77%)、次いで気分(感情)障害が23施設(66%)であった(表12).

考察

今回の調査の結果、6割以上の精神科医療機関

表9 臨床像と矛盾しない範囲で用いる慣用的(伝統的)診断名の採用の有無

	医療機関の属性			全体 (n=40)
	精神病院 (n=11)	総合病院 精神科 (n=12)	精神科ク リニック (n=17)	
あり	11(100)	11(92)	17(100)	39(98)
なし	0(0)	1(8)	0(0)	1(3)

医療機関数(%)

表11 慣用的(伝統的)診断名を用いる理由(複数回答可)

	医療機関の属性			全体 (n=37)
	精神病院 (n=10)	総合病院 精神科 (n=11)	精神科ク リニック (n=16)	
① 作成した診断書を根拠に、患者の社会的不利が生じることに配慮して	7(70)	11(100)	15(94)	33(89)
② 診断名を与える、本人・家族への影響を考慮して	2(20)	6(55)	7(44)	15(41)
③ 診断名を与える、企業への影響を考慮して	6(60)	7(64)	8(50)	21(57)
④ 国際分類に基づいた診断を行うための情報が不十分なため	0(0)	3(27)	4(25)	7(19)
⑤ 患者・家族から診断名の変更を依頼され、臨床像と矛盾しない範囲で慣用的診断名を採用する	3(30)	6(55)	4(25)	13(35)
⑥ その他	2(20)	0(0)	0(0)	2(5)

医療機関数(%)

が産業メンタルヘルスに対し診療以外の取り組みを行っており、比較的関心が高い領域であることが窺えた。一方、今後新たな取り組みを予定している医療機関は31%にとどまり、69%は特に新たな取り組みは予定していないという結果であった。

柏木らは、事業場外資源は現在のところまだ十分に活用されておらず、また事業場外の専門家(精神科医)は、事業場関係者が相談すれば比較的容易に相談に応じていると報告している²⁾。合理的な事業場外資源の活用の方途を検討する余地があると考えられる。

医療機関が、事業場側の姿勢で困っている点も

表10 採用することのある慣用的診断名(複数回答可)

	医療機関の属性			全体 (n=38)
	精神病院 (n=11)	総合病院 精神科 (n=11)	精神科ク リニック (n=16)	
① 自律神経失調症	7(64)	10(91)	13(81)	30(79)
② 神経衰弱など	4(36)	8(73)	5(31)	17(45)
③ 精神衰弱	3(27)	6(55)	4(25)	13(34)
④ 心因反応	9(82)	7(64)	12(75)	28(74)
⑤ うつ状態、うつ	11(100)	9(82)	16(100)	36(95)
⑥ その他	1(9)	0(0)	0(0)	1(3)

医療機関数(%)

表12 本人・周囲への影響を考え慣用的診断名を採用することが多い精神疾患(複数回答可)

	医療機関の属性			全体 (n=35)
	精神病院 (n=7)	総合病院 精神科 (n=11)	精神科ク リニック (n=17)	
① 症状性を含む器質性精神障害	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
② 精神作用物質使用による精神および行動の障害	0(0)	0(0)	1(6)	1(3)
③ 統合失調症	6(86)	10(91)	11(65)	27(77)
④ 気分(感情)障害	3(43)	7(64)	13(77)	23(66)
⑤ 人格障害	2(29)	4(36)	2(12)	8(23)
⑥ 精神遅滞(知的障害)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
⑦ 心理的発達の障害 (ICD-10 F80-F89)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
⑧ 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(ICD-10 F90-F98)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
⑨ その他	1(14)	0(0)	0(0)	1(3)

医療機関数(%)

いくつか明らかになった。① 事業場が患者の復職に対して消極的である、② 復職システムがないことを根拠に事業場から復職への協力が得られない、③ 場合によっては解雇作業に協力を求められていると感じているといった回答も存在した。これらは今後、合理的、具体的な連携のあり方を見出し、医療と産業の連携を深化していく際の課題と言えよう。

さて、大西らは精神疾患の患者の復職判断に際し、産業医が精神科以外を専門とする医師である場合の問題点として、産業医が当該労働者の復職判断に迷うことが少なくなく、そのような場合、

結果的に精神科主治医の判断のみが優先される³⁾ことを挙げている。つまり、職場復帰に際しては、精神科主治医の診断書が大切な判断材料になる。

しかし、精神科主治医からは「復職可」の判断が示されても、現実的には復職困難な事例が多数存在する⁴⁾。また精神科領域での診断書の妥当性・信頼性に疑義があるとの指摘もある³⁾。

今回の調査では、復職可否の診断書作成に際して「復職可」と記す場合には、多くの精神科医師は実際に「復職可能」と考えており、患者擁護を第一義にしたものは少ないことが示された。そして、現実には職場復帰が困難なことが多いことに関して、医療側では「職場環境の未整備」、いわゆる、保護的環境が構築されないことにより、職場復帰が果たせないと考えていることがわかった。また、医療機関の立場からは職場環境などの情報を踏まえた判断が難しく、診察室における状態像のみから判断せざるを得ない現状も示された。

診断書に記載する診断病名に関して、臨床像と矛盾しない範囲で慣用的(伝統的)診断名が使用されることが明らかになった。そして「うつ状態・うつ」などの診断名が頻用され、その際に、実際に念頭に置かれている疾患としては統合失調症が最も多く、次いで気分(感情)障害であった。

また、慣用的診断名を使用する理由は「患者の社会的不利益が生じることに配慮して」など、患者の周囲の人々のもつ精神疾患に対する認識(あるいは偏見)を配慮してであることが明示された。今回の調査では、患者・家族から診断名の変更を依頼される事態も生じることが明らかになった。

慣用的診断名は国際分類に基づく診断名と異なり、状態像の記載などが可能であり、頻用される一因であると考えられる。これらはいわゆるステイグマ(その診断名をつけることで烙印を押し、偏見を助長してしまうという懸念)と関連する課題である。したがって、精神疾患全般に対する啓発活動を、職場に関わる人々(雇用者、労働者とその家族)に対して行うことの意義は大きいと考

えられる。

まとめ

今回、産業メンタルヘルスに対する、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。6割以上の医療機関で何らかの取り組みが行われ、関心の高さが窺えた。

一方、医療機関側は、労働者の復職などに関し、事業場からの協力が得にくいなど連携に困難を感じていた。これは、精神科主治医が専門性に基づいて、職場の環境も踏まえた現実的な就労能力などの判断を行っていく際の課題となると考えられた。また、精神障害に対する偏見が依然根強いことが明らかになり、精神障害への理解を深めるための啓発活動が重要であることも示された。

本研究の一部は、厚生労働省平成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)「労働者のメンタルヘルス対策における地域保健・医療との連携のあり方に関する研究」(主任研究者：横山和仁)のもとに実施されたものである。貴重なご意見をいただきました研究班の皆様、東京都立松沢病院院長・岡崎祐士先生、本研究の実施にご協力とご支援をいただきました三重県精神病院会および日本精神科病院協会三重県支部に深謝いたします。また本研究の調査にご協力いただきました三重県内の精神科病院、総合病院精神神経科、精神神経科診療所の先生方に厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) 労働省(通達)：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針、2000
- 2) 柏木雄次郎、藤井久和、夏目誠、瀬尾攝、椎原康史、竹内一夫、鈴木庄亮、山本和儀、福地孝：メンタルヘルス対策のための事業場外資源のあり方に関する調査研究(第1報)―事業場外資源への質問紙調査。日本職業・災害医学会会誌 52(4)：240-249, 2004
- 3) 大西守、黒木宣夫：職場復帰と診断書をめぐって。臨床精神医学 33(7)：895-898, 2004
- 4) 大西守：わが国における産業精神保健の現状と課題。精神療法 30(5)：477-482, 2004