



「うつ病」による病休・退職者の復職をめぐる精神医学的諸問題

復職デイケアの可能性

伊藤 雅之¹⁾ 本田 知之¹⁾ 森 豊和¹⁾ 杉本 淳子¹⁾ 河津雄一郎²⁾ 岡崎 祐士^{1,3)}

Key Words day care, restoration, depression

1 はじめに

近年、常にストレスを感じながら働く人や、心身のバランスを崩し精神面の不調を訴える労働者は増える傾向にあり、職場におけるメンタルヘルスの重要性はますます増加している。職場復帰を望みながらもそれに結びつかない労働者が増加していることは、社会問題になりつつある。

職場におけるストレス性疾患はうつ病、アルコール依存症、統合失調症などがあるが、その有病者数の9割がうつ病である。

2 うつ病の病因概念と対策

うつ病を要因別に大別すると、生物学的因子、環境因子、および性格因子に分けられる。うつ病の原因は、これらのどれかに絞られるわけではなく、実際には複数の因子が関与するのが一般的である。職場復帰についても、これらのどの因子も原因となりうる。つまり、薬物療法が

不適當であるといった生物学的因子のため、職場復帰できない場合もあれば、上司とのトラブルや過度な負荷、昇進についての悩みといった環境因子のため復帰できない場合もある。また、ストレスに対する耐性が低いといった性格因子のため復帰できない場合なども考え得る。そこで、当科外来に通院中のうつ病患者で復職を望んでいるが結びつかない患者を対象に、復職できない理由についてアンケートを実施した。

3 復職できない理由

復職できない理由として、それぞれの因子に分けて考えていくこととする。

1. 生物学的要因

本アンケートの結果では、薬物療法が不適當であることを原因としてあげた患者は7%にとどまった。この理由として、本アンケートの実施者はある程度うつ状態は緩解しており、薬物療法の問題はほぼ解決しているためと考えられる。一方、睡眠リズムの乱れ、意欲、集中力の低下、体力の低下を原因としてあげた患者は32%を占めた。

2. 環境的要因

職場での環境要因とは、上司とのトラブルや

Rework program in day care

¹⁾ ITOU Masayuki, HONDA Tomoyuki, MORI Toyokazu, SUGIMOTO Junko and OKAZAKI Yuji

三重大学大学院医学系研究科生命医学専攻神経感覚医学講座精神病態学分野 [〒514-8507 津市江戸橋 2-174]

²⁾ KAWATSU Yuichiro 株式会社平和堂教育人事部健康管理室 ³⁾ 東京都立松沢病院

過度な負荷、昇進についての悩みなど多岐にわたる。本アンケートの結果では37%を占めた。従来、病院で治療をし、復職可能な程度まで回復したら、職場あるいは産業医につないで復職するという形が多く、医療機関と職場との関係が希薄なケースも少なくなかった。復職可能な状態とは、精神科医にとってはうつ症状が改善し、朝起きて職場に行くことができる程度の状態であり、職場(産業医)にとっては、始業時間までに職場に来て一人で仕事ができる程度の状態である。ここに大きな乖離があるため、不十分な回復のまま復職することとなる。その結果、職業性ストレスに関する耐性が低いため、復職に失敗し、再休職してしまう事例が多かった。

3. 性格因子

本アンケートの結果、性格因子を理由にあげた患者は全体の24%に及び、性格因子の関与も無視できないことが考えられる。職場において上司や同僚との人間関係がストレスの原因となる場合が多く、それが本人の性格因子に由来する場合、人事課が異動によって対応しても違う職場で同じような不適応を起こすケースがある。そのような性格因子に由来するケースにおいては、ストレスが一定の範囲内であればある程度安定した生活を送ることができるため、休職している期間は日常生活上、うつ状態の再燃なく過ごせるが、職場復帰の段階に入るとうつ状態が再燃することがあり、なかなか思いどおりに復職につながっていかない場合がある。

従来、職場では環境因子に対しては職場環境を整えることで対処しうるものの、生物学的因子や性格因子については対処しにくい面があった。一定以上のうつ状態に対しては生物学的因子が強く、薬物療法などにより対処すべきである。しかし、うつ状態が一定以下まで改善したケースにおいては、薬物療法だけでは頭打ちとなる。そこで、睡眠リズムの改善、体力維持など生活習慣の改善に加え、意欲、集中力の向上や性格因子にも焦点を当てストレスに対する耐性を強めることが、復職準備に有効であると考

えられる。その後、段階的な職場復帰を職場と連携しつつ行っていくことが重要であると考えられる。

4 職場復帰に求められるデイケア像

1. 内容

以上のことから、われわれは職場復帰に役立つデイケアの条件として、以下の項目を考えた。

- ①うつ病についての知識を得ること
- ②対人関係能力の向上
- ③体力や集中力の向上
- ④段階的なフォローアップ

①については、うつ病になりやすい性格傾向を把握し、うつに対する対処法を知ることが、ストレス耐性を高めると考えられる。これは、職場においても講演や研修会で実施されている。

②については、実際のコミュニケーションをとおして向上させることが有効であると考えられる。休職中である場合、人間関係が家族など限定されているため、コミュニケーションの場の提供場所としても、デイケアは有効であると考えられる。

③については、長期休暇によって体力の低下や長時間作業能力の低下が起こっているケースが少なくなく、それ自体が復帰の妨げになっていることがあるため、デイケアプログラムに取り入れた。

④については、復職デイケアは今までの病院と職場の希薄な関係を改善し、精神科医にとって復職可能な状態から、職場にとっての復職可能な状態への段階的なフォローアップを行う場所として活用できる。

2. 量的評価尺度の有用性

精神科医は、職場の状況や、作業内容などについての情報が少ないため、どうしても、復職の可否判断をするのに家庭での生活ぶりや精神症状を中心に判断しがちであり、産業医は、精

表1 職場復帰判定に有用な量的評価尺度

・ Beck うつ評価尺度(うつ, 自殺リスクの評価)
・ KAST (アルコールのスクリーニング)
・ 病休・休職中のうつ病患者の復職準備度尺度
・ CISS (ストレスに対する対処行動)

神医学診断の量的な情報に触れる機会がないため、実際の職場環境に適應できる可能性を、精神科医の診断書(しばしば質的情報しか含まれていない)と患者の面接結果のみで判断せざるを得ず、判断の精度に問題が生じるケースが多い。このため、本人の理解を得たうえで、復職デイクアの段階で精神科医と産業医がさまざまな情報を共有することができれば、復職診断の精度が増すと考えられる。

そこで労働者のうつ状態や作業能力を量的に把握したり、産業医と情報を共有することによって復職判定を効果的に行うためには精神科評価尺度が有用である。評価尺度を用いる利点は、経時的変化を点数によって把握することができることである。今回、用いる評価尺度で職場復帰に関する心理的評価尺度について、「病休・休職中のうつ病患者の復職準備度尺度」を使用した(岡崎ら, 2006別稿)。また、「ベックの抑うつ尺度」も抑うつ状態や自殺リスクを図る指標として使用した。ストレスに対する対処行動に関する尺度(Coping Inventory for Stressful Situation; CISS)も有用と考えられる(表1)。

これらの評価をデイクアプログラムの導入前後に実施することで、プログラムの効果を客観的に判定でき、それが復職にあたっての材料となりうる。

三重大学医学部附属病院精神科神経科では、労働者の心の健康の状態を客観的評価尺度を用いて点数化し、職場復帰に必要な集中力や生産性を高めたり、他者とのコミュニケーション能力を高めることで対人関係のストレス対処法

表2 復職デイクアの1カ月スケジュール

プログラムの内容	
第1週	講義(うつ病について)
第2週	グループミーティング, スポーツ
第3週	グループミーティング, ロールプレイ
第4週	グループミーティング, パソコン

を身につける復職デイクアプログラムを開始した。次にその内容について、具体的に述べることにする。

5 復職デイクアプログラムの実際

社会復帰プロセスとして入院、自宅静養に次ぐ段階として復職デイクアを行っている。対象者は休職中の患者、これから復職を希望する患者、すでに復職を果たしたが、再発の不安がある方で午前中のプログラムに耐えられる体力があり、グループワークに耐えられる精神状態にある患者とした。活動時間は毎週月曜9:00～12:00となっており間に休憩をはさむ。毎回のプログラムは、毎月1回第1週に講義を行い2週目以降は前半にミーティングを行い、後半に週変わりの内容を設定している(表2)。

毎日の課題として復職に必要な体力や生活リズムを整えるために日々の記録をつける。項目として睡眠状態や疲労度、気分、その日に行ったことを記録する。以下、プログラムの内容の具体的説明に入る。

1. 講義

前述の①「うつ病についての知識を得ること」を目的としてわれわれは3回シリーズで講義を行っている。内容は「うつ病について」、「ストレス対処について」、「職場復帰について」となっており必要に応じて薬剤師による服薬説明の講義も行う。うつ病のことをよく勉強してその実態を知り自分がうつ病になったときの状況を分析し今後そのような状況に自分を追い込まないための知識をつける。

2. グループミーティング

前述の②対人関係能力の向上を主な目的としている。

毎回のミーティングで現在の生活状況を日々の記録で確認し、それを基に睡眠、休養、運動、食事、飲酒行動、余暇の過ごし方といった生活活動全般にわたる見直しを行い1日の過ごし方や体調を崩したときの問題点を見つける。

個々人の体験や現在の不安、その対処法について具体的に話し合う。メンバーによってあげられたテーマを基にストレス場面を想定し実際の対処について具体的に話し合う。その場で話し合い指摘された問題点を吟味し次回以降に具体的なストレス状況を設定しロールプレイを行い、その対応内容についてメンバーでさらに議論する。

スタッフの指導のもと参加者がさまざまな違った考え方を提示しあい、その中で個々人が受け入れやすい考え方を選択し実践できる。同じ悩みを持った仲間の体験やアドバイスが有効に働き、自分自身では気づかなかった性格傾向を客観視でき、認知の修正を助けられると思われる。職場復帰を目指したテーマ設定として、「職場復帰への不安、焦り」「再発への不安」「職場でのストレス対処」などがあげられる。

3. スポーツ

前述の③体力の向上を目指して以下のプログラムを行っている。

スポーツはうつ病急性期には禁忌と考えるが、回復期から復職に向かう時期には、体調を整え、休息期間の筋力の衰えを回復する意味で、軽いものであれば有用と思われる。スポーツを行うことで、休職期間に低下した基礎体力について自覚を促す。長期的には復職に向けて体力向上を図る。

スポーツや後に述べるレクリエーションはメンバー間のコミュニケーションのきっかけとなるほか、職場復帰後の余暇の過ごし方や職場などでの交友を広げるきっかけにもなり生活視野を拡大させることにつながると考えられる。

具体的には毎回始業時にストレッチ体操を行う。スポーツはテニスやバレーボール、卓球などを選んだ。散歩や短時間のジョギングもふさわしいと考えられ、心身のリフレッシュにもつながる。

4. パソコン

前述の②対人関係能力の向上、③集中力の向上を目指して以下のプログラムを行っている。

パソコンによるネットでの情報検索、文書作成などの作業を行う。職場復帰までに段階的な作業負荷の増大が必要であり、休息の時期と職場での作業をつなげるために行う。

一例として、数人のチームをつくりパソコンで特定の課題(条件を決めて職探しをする)について検索し話し合い内容をまとめ発表するといった手段があげられる。これらの作業をとおして職場復帰の準備性を高めることができる。

6 問題点と将来展望

われわれは、以上で述べた復職デイケアを、本年6月より三重大学医学部附属病院精神科神経科で実施している。これまで実施経験により、われわれが気づいた点について以下に述べる。

開始当初、対象として、「職場復帰」を目標とする患者を選択していた。この場合、対象者の多くはうつ病患者であったが、強迫障害患者やアルコール依存症患者も一部含まれていたため、話題の焦点がずれ話し合いが円滑に進まなくなることが経験された。このような問題を未然に防ぐために、対象者は均一であることが望ましい。さらに、講義による効果を最大にするため、対象者を、職場復帰を望むうつ病患者に絞り込むことが重要である。一方、参加後に強迫性障害、適応障害、アルコール依存症などの問題が明らかになった場合、主治医と連携し、個別の疾患に対する対処と復職の問題を平行して進めるか、一時職場復帰プログラムへの参加を見合わせるなどといった個別対応が必要となった。

復職デイケアは、復職を目的とする以上、何らかの評価基準に基づき、定期的に効果判定し、本人、職場にフィードバックする必要がある。我々は、「ベックの抑うつ尺度」「病休・休職中のうつ病患者の復職準備度尺度」(岡崎)と合わせて、復職デイケアでの活動状況や日々の記録を材料に復職可能性を判定している。

精神科医は、患者の意向を尊重して、できるだけ早い復職を求める傾向があり、職場は与えられた仕事で生産性を上げられる状態か、せめて周囲の社(職)員への負荷がない状態まで回復してからの復職を望む傾向がある。産業医は、職場の状況と患者の意向の間に入り、中立な立場でスムーズな復職を求める傾向にある。そのため、精神科医が復職可能と判断しても、産業医が許可しない事例も少なくない。具体的な職場復帰の目安となる目標については、さらなる今後の検討を必要とする。

復職デイケアの頻度については、開始当初、週1回から始めたが、生活リズムの確立、通勤訓練のためには、1週間の通所日数を増やすことが有効であると考えられた。当施設では、従来のデイケアプログラムの一部を利用し、1週間の通所日数を増やすよう対応したが、従来の統合失調症モデルのデイケアは近時の復職が主目的にできない人も少なからずいるため足が遠のく傾向があった。そのため、今後はうつ病復職デイケアは独自のプログラムとして、より多くの日数を確保することが必要であると考えて

いる。

スタッフのサポートとしては、個々の性格因子に注意を払って行う必要がある。実際、回避傾向の強い患者では、スタッフが発言をうまく促すなど孤立せずにメンバーの輪に入れるよう誘導するほうがうまくいく場合があった。

以上、われわれの昨年からの準備し、数カ月実践してきたうつ病患者を中心とする復職デイケアの可能性について述べてきた。期せずして全国的に種々の形で復職援助の試みがなされるようになってきているが、長期の病休や休職をとってもなかなか復職につながらない労働者は多い。今回紹介したようなデイケアを利用した復職への段階的プログラムも復職支援に有用ではないかとわれわれは考えている。

文献

- 1) 岡崎祐士:「病休、休職中のうつ病患者の復職準備尺度 ver 1.0の作成」厚生労働省研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)分担研究報告書 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, pp51-55, 2006
- 2) 横山和仁:「事業所におけるメンタルヘルス事例の実態, 対応の実情, および地域精神科医との連携への意識に関する研究」厚生労働省研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)分担研究報告書 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, pp15-50, 2006

*

*

*



「うつ病」による病休・休職者の復職をめぐる精神医学的諸問題

うつ病で病休・休職中の患者の「復職可能」診断をめぐる

—うつ病患者復職準備度尺度試案—

岡崎 祐士^{1,2)} 西田 淳志²⁾ 伊藤 雅之²⁾

Key Words うつ病, 復職, 診断, 評価尺度

1 はじめに

今日、職場の精神保健における最大の問題は、うつ病患者の増大、うつ病による病休・休職者の増加、復職後の高頻度のうつ病再発・再休、職場におけるうつ病への見方の悲観化である。極端な表現ではあるが「統合失調症の場合は病前よりは仕事ができなくなるけれどもそれなりに安定して続く。しかし、うつ病の場合はあてにならない。仕事を任せられない。」とは、管理職や人事課関係者のよくする言である。ここには、「復職可能」という精神科主治医の診断についても不信が含意されている。

一方、主治医(多くは精神科医)の側には、診察室で診るだけでは復職後の職場での適応の程は予測できない。うつ病には職場の状況やストレスが関与しているのだから、そちらを改善してくれないと、いくら治療で改善しても、前と同じ職場の仕事や環境に戻るのでは、元の木阿弥も多い。医師のアドバイスも尊重して職場で

の対応の改善や復職支援を行ってほしい。医師の診断を批判するなど不本意だ、というつぶやきがある。

ここには互いの事情をよく知らない判断も含まれているが、いずれにせよお互いの不信になりかねない状況の改善は、焦眉の課題と思われる。まず復職可能あるいは不可能とする納得できる判断根拠を関係者が共有することであろう。疾患の治癒可能性自体は、医学の進歩の歴史的限界が反映して、現状では誰も変え得ない側面もあるが、現状で可能なうつ病の治療とうつ病を抱えた人の健康管理を十分に実施できる医療環境と職場・家庭環境に近づける当事者と関係者の努力が必要である。したがって、配偶者・家族、職場の上司・同僚・健康管理担当者・人事担当者、主治医・医療機関という3者が、うつ病患者に対する認識と対処のあり方を共有していることが重要である。さらに共有する際の共通基準が必須である。

ここではそのような要請に応えるために筆者が作成中の、うつ病患者復職準備度尺度 Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID) 試案¹⁾を紹介しながら、上記課題を検討したい。

Evaluation of restoration readiness in patients rested from work due to depression; Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID)

¹⁾ OKAZAKI Yuji 東京都立松沢病院 [〒156-0057 東京都世田谷区上北沢 2-1-1]

²⁾ NISHIDA Aitsushi and ITO Masayuki 三重大学大学院医学系研究科神経感覚医学講座精神病学分野

2 うつ病患者の復職可能性判断基準策定の重要性

筆者らは一昨年、三重県における2つの大きな職場における病休・休職者の実態調査を行った³⁾。2つの職場の事業の違いや健康管理システムの違いも反映していると推定されたが、何よりも顕著であったのは、2つの職場ともうつ病が病休・休職者の多数を占めており、主治医の復職可能という診断の予測性の乏しさ、復職後の再発が多いことであった。この主治医の「復職可能」診断の信頼性が揺らぐことは、ひとり精神科医のみならず、精神科における診断自体の信頼性への疑念、ひいてはうつ病患者自身への不利益、また当該職場における患者への否定的見方や偏見を助長する可能性もある。したがって、「復職可能」という判断に際して考慮されるべき事項を明らかにし、それに基づく主治医の評価と診断の作業を媒介として、患者と家族、職場の健康管理関係者および患者の職場が、その情報を共有したうえで、治療の焦点、復職までの必要な準備、復職支援医療の内容と形態、復職時期の適切な判定、職場の復職支援のあり方、復職後の就業形態などについて認識し取り組みを具体化するならば、現状の改善につながる可能性が考えられた。そのような意図でうつ病患者復職準備度尺度(:R²ID) (表)を作成することにした。

3 R²IDの構成

うつ病は新福⁴⁾が述べるように全身性、全般性の病気であり、生命性の一時的減退であり、「日向から日陰に入ったようである」とたとえられる。精神科臨床医は、個々の症状の総和としてうつ病患者の状態を評価するわけではなく、入室時のドアノックの音、靴音、入って来るときの姿勢や足取り、椅子に座るまでの時間や仕草・姿勢、あいさつ、緊張の度合い、発せられる声音、声と表情の張り、肌つやなどですでに

大分よさそうだ、あまり変わらないなどと、症状を聞く前に全般的印象を評価している。それは面接に入って、個々の症状に関した生活ぶりや体験内容を聞いて修正されることも少なくないが、診察者の感度がよければ大きくはずれることは少ない。もちろん、家庭や家族あるいは職場との接点にかかわる事柄に関しては、状態により増幅して表現されることがあるので、そのような事柄は、本人や家族からも情報を得て吟味しておくことは必須である。いずれにしても、そのような全般的な健康感にかかわる評価領域(現在の全般健康状態)を最初に設けた。

また筆者の経験上、睡眠の状態はうつ病の判断上極めて普遍的に重要であると思うので、2つ目の評価領域とした。これは患者の訴えが最も多い領域である。睡眠の如何で患者の1日の成否が決まる。「よく眠れた」「寝付いてもすぐ目が覚める」「いったん目が覚めると後は眠れない」「寝汗をかく」「悪夢をみる」「目覚めが悪い」「頭が重い、体がだるい」「起きても頭に芯が残っているよう」などなど。これらの訴えは看過できない。この訴えに真摯に対応し、薬物用法や睡眠環境や寝具などのいろいろな工夫のアドバイスを怠ると医師は信用されなくなる。大事な評価領域である。この睡眠の安定がなくては復職はおぼつかないし、うつ病の治り具合の確かな目安である。

3つ目の評価領域は、疲れやすさである。うつ病では急性期も慢性期も共通して認められる特徴である。急性期はすべての刺激に疲労を感じる。感覚刺激に過敏で(光にまぶしく、音に過敏でうるさく)、体を動かすだけで疲労する。とりわけ対人刺激には表現できないほどの緊張と寝込むほどの疲労困憊反応がみられる。この対人過敏・疲労反応は慢性期にもかなり長く認められる。この重症度・長さはうつ病の復職可能性に重要な指標となる。この領域の評価分野は、日常作業分野、職場以外の一般対人ストレス分野、職場関係のストレス分野に分けられよう。種々の要因の影響でこれらの分野への過

表 うつ病患者復職準備度尺度 Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID) v.1.1

はじめに

うつ病患者の復職まもない時期の再燃、再病休、再休職は、復職した職場の同僚・上司および会社の期待と信頼を損ない、患者にとっては病気の再燃・再発による苦悩・自信喪失にとどまらず、職場や家族など周囲の否定的見方や支持環境の退縮や喪失を惹起し、疾患の病状・経過に負の影響をもたらす。精神科主治医も患者・家族、職場や会社からの信頼の低下や最悪の場合には不信感に直面することがある。そもそも診察室における狭い意味での面接所見のみでは、就業可能性の予測や判断は難しい。

今まで、精神科医間に共通の復職可能性判定の評価尺度等がなかったので、医師間の判定の基準は多様であった。したがって、診断書の「復職可能」の意味するところは幅が広く、職場の産業医・健康管理医とも所見が不一致を示すこともあった。しかし、近年の職場におけるうつ病患者の増加、病休・休職者の増加等の状況のために、地域の精神科医への患者・家族と職場・会社からの「復職可能」判定の妥当性への要請が強まっている。

うつ病による病休・休職者の復職準備度を評価する際に、共通して評価する領域・分野・事項の評価尺度を作成することは、地域の精神科主治医間のバラツキを減らし、判定に客観性と信頼性をもたらすことに繋がるであろうと考えられる。

以下の「うつ病患者復職準備度評価尺度」試案は、筆者の職場調査と臨床経験により、試案として作成したものである。今後、検討を重ね、既存の評価手段の有無とその内容を参照して、評価尺度として洗練する予定である。

[評価領域・分野・事項]

評価領域はローマ数字、分野は数字、事項は丸数字で示す)

当面は、ⅠとⅡはその領域の該当項目数で、ⅢからⅦは評価段階(重症度)によって、復職準備度を表すことにする。大きい項目数または高い評価段階ほどよいことになる。異なる評価領域、評価分野、評価項目が同じ重みであるとはいえないので、将来は総合判断する際の重み付けの検討・設定が必要になる。

Ⅰ. 現在の全般健康状態・・・該当項目に○

1. 雰囲気明るい、存在感がある
2. 顔色・肌つやがよい、表情に張り
3. 語尾明瞭で、声に張り
4. 動きに切れ、体に充実感
5. 寝起きがよい
6. おいしく食べる
7. 満腹するとすこし眠気、居眠り
8. 微熱・風邪気味はない
9. お腹が安定(下痢・軟便はない)
10. 口はカラカラにならない
11. 自然に外出、次の予定がある

Ⅱ. 睡眠とリズム・・・該当項目に○

1. 入眠に苦勞しない、またはいつの間にか入眠する
2. 途中覚醒1回以下、目覚めてもまもなく眠れる
3. 悪夢、多夢、寝汗の眠りが無い
4. 自然な起床時間で、寝起きがよい
5. ぐっすり眠った感じが有り、日内変動(午前型/午後型)も目立たない

Ⅲ. 疲れやすさ(ストレス反応性とストレス耐性)・・・凡そ該当する評価段階に○

1. 日常作業による過敏・疲労反応
 - ①見る／読む作業
 0. 新聞・雑誌は見たくもない
 1. 新聞・雑誌は目次を見るだけ
 2. 長い記事もよむ、少なくとも1つの記事を最後まで読む

表 うつ病患者復職準備度尺度 Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID) v.1.1

-
- 4. 新聞・雑誌を全体にわたって目を通す
 - 5. 新聞記事を通して読める, 文庫本を数日で1冊読み上げる
 - 6. 単行本を複数冊つづけて読み上げる
 - ②キーボード・書く作業
 - 0. ペン・鉛筆, キーボードに触りたくない
 - 1. 転記, キーボードで文書を見ながら入力できる
 - 2. 短い文章が作れる
 - 3. 与えられたテーマの作文, 返事や便りが書ける
 - ③. テレビ
 - 0. 音がうるさく感じテレビの前に行かない・スイッチを切る
 - 1. 点いているテレビは何となく見る
 - 2. ニュース・バラエティーは見る
 - 3. ドラマや座談会を筋を追って見る
 - 4. 好きな番組を見るようになった
 - ④. 趣味
 - 0. 何もしたくない, 面白いことは何もない
 - 1. 趣味のことを考える
 - 2. 趣味を少しやってみる
 - 3. 趣味をやるために用をする(外出, 買い物)
 - 4. 趣味のため知人等に連絡したり会ったりする
 - ⑤. 家事
 - 0. 横になっていることがほとんど
 - 1. 自室の片づけ, 掃除機
 - 2. 家の掃除・食器の片づけを手伝う(主婦/夫を兼務の場合, 食事の片づけ程度)
 - 3. 浴室の掃除をする(主婦/夫を兼務の場合, 出来合を買うなど簡単な食事ならできる)
 - 4. 買い物のお使いをする(主婦/夫を兼務の場合, 朝食の準備ができる)
 - 5. 家族と買い物と一緒に出かける(主婦/夫兼務の場合, 夕食の献立, 買い物, 料理が自然にできる)
 - ⑥. 運動
 - 0. 食事やトイレ以外ほとんど横になっている
 - 1. 昼間起きている時間が多い, 入浴はおっくう
 - 2. 入浴はほぼ毎日, 外出もできる
 - 3. 昼間の外出可能, 屋内で軽い運動
 - 4. 運動のための散歩, プール・ジムに行く, 趣味の運動
 - 2. 一般対人ストレスによる過敏・疲労反応
 - ①外出
 - 0. 外出できない
 - 1. 夕方・夜間・休日(近くのコンビニ等)可能
 - 2. 昼間(勤務時間)外出可能
 - 3. 次に人と会う予定がある
 - ②近隣とのつきあい
 - 0. 近隣と会うのを避ける
 - 1. 隣人とのあいさつ可能
 - 2. 近隣との立ち話程度可能
 - 3. 近隣の会合参加可能
 - ③子どもの相手
 - 0. 子どもがうるさい
 - 1. 一緒にいられる
 - 2. 屋内で短時間なら相手できる
 - 3. 比較的長時間相手できる・外で遊べる
-

表 うつ病患者復職準備度尺度 Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID) v.1.1

-
- ④. 職場外での対人関係
0. 電話にでることができない(ベルにびくっとする)
 1. 電話では他人, 会社以外の友人, 親戚との会話可能
 2. 職場外友人の来訪, 自身の親戚来訪への対応可能
 3. 姻戚の来訪への対応可能
 4. 職場外友人と外で会う・会食可能
 5. 姻戚宅への配偶者と一緒の訪問可能
3. 職場関連ストレスによる過敏・疲労反応
- ①職場情報
0. 職場に関することは話もできない。すべてに過敏・疲労反応
 1. 家族となら会社事項も話せる
 2. 職場からの郵便・文書を処理できる
 3. 休日・夜間なら職場近くへ行ける
- ②職場関連対人関係
0. 職場からの電話にもでることができない, でたら強い過敏・疲労反応
 1. 職場からの電話にでるが, 過敏・疲労反応が軽度生じる
 2. 職場からの電話(同僚, 上司, 人事)対応可能
 3. 職場関係者訪問対応可能
 4. 職場への訪問可能
- (過敏・疲労反応は, 緊張亢進, 入眠悪化, 途中覚醒, 悪夢や多夢, 起床悪化で判断)
- IV. 自殺危険性・・・・凡そ該当する評価段階に○
0. 自殺企図の既往がある/死について具体的に考えることがある
 1. 自殺企図の既往はない。普段は考えないが頭の隅には死に関する考えが残存している
 2. 自殺企図の既往はない。自殺を考えたことを思い出すこともあるが, 家族や周囲への迷惑となるし, 死が解決の手段とは思わない
 3. 自殺企図の既往はない。死によって何も解決しない, 今後その様な考えが生じたらすぐに相談するようになりたい
- V. 復職可能診断のいきさつ・・・・凡そ該当する評価段階に○
1. 今回の「復職可能」診断のきっかけは,
 1. 患者の希望によるもの
 2. 家族の希望が働いたもの
 3. 医師の判断による
 4. 患者の希望と医師の判断の一致によるもの
 2. 患者の希望による場合, 医師は,
 0. 医師はまだ早いと感じている
 1. 復職への本人の焦り(喪失を取り返したい, 収入確保など)がある
 2. 職場の復職期待・意向による無理がある
 3. 家族の希望・意志が働いた無理
 3. 患者の復職希望の適切性
 0. 早すぎる, 病状再燃の可能性がある
 1. やや早すぎる, 準備期間が必要
 2. 復職訓練(職場または職場外)を試みてもよい
 3. 軽減勤務なら可能
 4. 今からでも復職は可能
 4. 家族の復職をめぐるサポートの適切性
 0. 無理な・患者の負担になる要求がある
 1. 後押ししすぎ
-

表 うつ病患者復職準備度尺度 Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID) v.1.1

-
- 2. サポート不足
 - 3. 適切なサポートがある
 - 5. 復職を巡る職場の対応の適切性
 - 0. 治療や回復に却って妨げになる対応がある
 - 1. 積極的対応がない
 - 2. 対応の柔軟化や改善が望まれる
 - 3. 適切な対応がある(健康管理システム, 相談体制)
- VI. 病気の理解と自己管理・・・・・・・・凡そ該当する評価段階に○
- 1. うつ病に関する理解
 - ①症状や病気
 - 0. 理解がない
 - 1. いろいろの困難を症状として理解
 - 2. 薬物療法などの治療の必要性の説明を理解している
 - 4. 自ら本などでも学んだ
 - 3. 集団の演習(SST/デイケア)でも学んだ
 - ②成因
 - 0. ストレスの関与への理解がない
 - 1. 今回のエピソードの前のストレス, 生活上の無理の自覚
 - 2. 性格的な側面の関与の自覚
 - 3. 再発注意のための具体的な対策を考えている
 - 2. 自己管理
 - ①ストレスを避ける方法
 - 0. 何も学んでいない
 - 1. 言葉に出してはいえる
 - 2. 本などで学んでいる
 - 3. デイケア場面などで観察されている
 - ②服薬の必要性自覚と実際の服薬状況
 - 0. 飲み忘れや中断あり
 - 1. 主治医や家族に言われると服用する
 - 2. 飲み忘れは月に数回以下, 本などで学んだ
 - 3. 必要性を自覚しほぼ忘れることなく服薬,
 - ③定期受診・相談ができる
 - 0. 自らは受診しない
 - 1. 家族に促されると受診する
 - 2. 自ら受診するが, 肝腎な相談はしない(家族が主治医に伝える)
 - 3. 自ら定期受診, 必要に応じて臨時にも受診し相談する
 - ④相談しサポートを得られる
 - 0. 医師以外に相談する人がいない
 - 1. 家族には何でも話せる
 - 2. 相談できる友人もいる
 - 3. 職場にも相談できる同僚・上司, 健康管理担当者がある
- VII. 自記式自記式質問紙(SDS)点数()点
-

表 うつ病患者復職準備度尺度 Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID) v.1.1

Ⅷ. 軽症うつ病診断基準(ICD-10DCR)の該当項目
現在, 存在する項目に○, 無い項目には×

ICD-10DCRの軽うつ病エピソード診断基準

F32.0 軽症うつ病エピソード Mild depressive episode

A. うつ病エピソード(F32)の全般基準を満たすこと.

- G1. うつ病エピソードは, 少なくとも2週間続くこと.
- G2. 対象者の人生のいかなる時点においても, 軽躁病や躁病エピソード(F30.-)の診断基準を満たすほどに十分な躁病性症状がないこと.
- G3. 主要な除外基準: このエピソードは, 精神作用物質の使用(F10-F19), あるいはF00-F09に挙げられたような器質性精神障害によるものでないこと.

B. 次の3項の症状のうち少なくとも2項があること.

- (1) 対象者にとって明らかに異常で, 著明な抑うつ気分が, 周囲の状況にほとんど影響されることなく, 少なくとも2週間ほとんど毎日かつ1日の大部分続く
- (2) 通常なら楽しいはずの活動における興味や喜びの喪失
- (3) 活力の減退または疲労感の増加

C. 次に示す付加的な症状を併せて, B項との合計が少なくとも4項あること.

- (1) 自信喪失, 自尊心の喪失
- (2) 自責感や, 過度で不適切な罪悪感といった不合理な感情
- (3) 死や自殺についての繰り返し起る考え, あるいは他の自殺的な行為
- (4) 思考力や集中力の低下の訴え, あるいはその証拠. 例: 優柔不断や動揺性の志向
- (5) 焦燥あるいは遅滞をともなう精神運動性的変化 (主観的なものであれ客観的なものであれ, いずれでもよい)
- (6) いろいろなタイプの睡眠障害
- (7) 相応の体重変化をともなう食欲の変化 (減退または増進)

敏・疲労反応は個人差がある。職場要因も関与する場合には、多くの場合、職場関係の対人関係への過敏・疲労反応が強い。それぞれの分野について、過敏・疲労反応の有無、どの程度のストレス耐性があるかを評価する。過敏・疲労反応は、ストレスに対応する疲労感、緊張亢進、入眠悪化、途中覚醒、悪夢や多夢、起床悪化などで判断する。これらの反応が強く生じ、2日以上持続する状態では、病状再燃に注意しなければならない。

日常作業分野の評価項目として、見る・読む、キーボード・書く作業、テレビ、趣味、家事、スポーツを取り上げた。一般対人ストレス分野では、外出、近隣とのつきあい、子どもの相手、職場外での対人関係を、職場関連ストレスとしては職場情報、職場関連対人関係を取り上げた。いずれもうつ病患者の過敏・疲労反応が観察されやすい事項であり、回復の目安になると思われる。

次に、復職を判定する時期にも注意を要する自殺念慮を評価しておくことが必要であろう。自殺企図の既往は重視すべきであろう。これについては、別に独自のリスク評価尺度などを用いて詳しく評価もすべきである。

次に、今回の復職可能性の診断をすることになった経緯について確認しておく必要がある。うつ病患者ではよく経験されるように、仕事を休んだ期間を取り返そうとするような焦りがしばしば認められる。そのためせっかくの休養を活かせず、病状からすると早すぎる復職を希望する患者がいる。精神科主治医が先に復職を促すことはうつ病の場合稀であろうと思われる。医師の判断と患者や家族の希望が一致するのが一番よいが、多くの場合にそうならない。ここは主治医の苦勞を要するところであり、上記のような項目の評価をしておけば、患者や家族への説明の根拠があり、納得が得られやすいであろう。うつ病の場合、従来からいわれているように配偶者や家族の理解、態度、雰囲気の影響は大きい。復職後のサポートにおいても役割は

大きい。

最後にうつ病の理解と自己管理を評価する。患者自ら本や資料を通じて、できればデイケアや生活技能訓練(SST)などの集団場面で演習として学ぶことが望ましいと思われる。最近の復職プログラムや復職デイケアについては別稿(伊藤ら)²⁾を参照されたい。

以上のⅢ～Ⅵまでは、段階分け(アンカーポイント)が設けられている。このアンカーポイント(重症度)の設定の適切さも今後の検討課題である。

最後に、自記式うつ病評価尺度SDS⁷⁾と、ICD-10(操作診断化されているので研究用診断基準DCR⁶⁾を用いた)の軽症うつ病診断基準を症状チェックに採用した。SDSは上記評価の漏れを防ぐ意味から、ICD-10DCR⁶⁾の軽症うつ病エピソード基準を充足する状態では復職はやはり早すぎる、あるいは復職準備に一考を要すると思われるので確認のために設けた。

以上のようにRIDは構成されている。これらを総合してどのような総合判定をするかは今後の検討課題であるが、現状の試案でも、評価領域・分野別の問題点が指摘できるので、復職判定を現状よりは具体的根拠をもって行えるのではないかと期待される。

4 おわりに—考察に変えて

最近、職場におけるメンタルヘルスの課題、特に精神疾患患者の復職支援に関心が集まっている。現場の深刻な状況を反映している。職場ではうつ病を中心に患者が増加し、その対策に企業も苦慮している。職場におけるうつ病への理解は、10年、20年前に比べると格段に進んだといえよう。今日、うつ病に対して「なまけだ」「根性がたりない」「ガンバレ」といった古典的な誤解や対応は減った。しかし、「ストレスで誰でもなる病気」「励ましてはいけない」「休んでいるとき会社は接触しない方がよい」というやや機械的な理解と対応が浸透し、腫れ物

に触るようになってしまうのかとの戸惑い、休職中には接触できず、病状や生活状況もわからないための職場関係者のいらいらが昂じている。そのような状況で、主治医からの「復職可能」という診断書のみで復職する事情が重なり、また再燃・再発によって、病休・休職を繰り返すことも多いため、職場のいらいらはいつそう昂じているというのが実情であろう。職場におけるうつ病の理解と対処をさらに一歩改善しなければならぬという課題が明らかである。職場の健康管理システム、復職支援システムも大きな企業や公務員の職場をはじめとして整備が進んでいる。うつ病のために病休・休職に至った人々の復職にかかわる産業医や健康管理・人事担当者などの職場関係者、病休・休職者が治療を受ける地域の精神科主治医と医療機関、それに生活の場である家庭と家族、これらが、復職を支援するシステムやマンパワーを形成している。今はまず、これらの復職にかかわる人々の患者の状態に関する認識を近づける必要があり、また機能回復の程度に関する目安も共有することが必要であろう。秋山¹⁾は、主にうつ病患者を対象とした精神疾患患者向けの職場復帰準備性評価ノートを提示しているが、うつ病の病態に特化していないきらいがある。復職可能という見通しの判断には、職場の健康管理システム、復職システム、物理的・人的労働環境も大いに関係するが、何よりも患者個人の側の全般健康状態、睡眠とリズム、一般ストレスと職場関連ストレスへの疲労反応と対人反応が安定していることが、精神科主治医の側の判断においては最も大きな比重を占めるであろう。この側面の情報を具体的に詳しいものにしようにとし

たのが、R²IDの作成意図である。

今後、別稿などにあるように、家庭での休養から職場復帰という従来のシステムから、おそらく職場・産業医、患者・家族、さらに精神科主治医の希望も加わり、復職前のデイケアなどの集団場面での復職準備度の評価や治療の試み²⁾が進んでいくに違いない。そのような場における評価にもR²IDは用いるものと思われる。フィールドトライアルを経て、必要な修正を加え、有用な評価尺度としていきたい。

文献

- 1) 秋山 剛：職場復帰支援の課題. 精神科臨床サービス 6: 6-11, 2006
- 2) 伊藤雅之, 本田知之, 森 豊和ほか：復職デイケアの可能性. 臨床精神医学 35: 1079-1083, 2006
- 3) 岡崎祐士, 伊藤雅之, 西田淳志：病休・休職中のうつ病患者の復職準備尺度. ver 1.0の作成. 「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 (主任研究者：横山和仁) 分担研究報告 (平成 17 年度)
- 4) 新福尚武：うつ病. 新精神医学, 医学書院, 東京, 1960
- 5) 菅原 誠, 大滝京子, 坂井俊之ほか：精神保健福祉センターにおけるうつ病復職支援デイケア. 精神科臨床サービス 6: 54-59, 2006
- 6) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research, WHO, Geneva, 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳 : ICD-10. 医学書院, 東京, 1994)
- 7) Zung WWK : A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12 : 63-70, 1967

* * *

調査報告

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

丹下智香子¹, 横山和仁²¹国立長寿医療センター研究所疫学研究部, ²三重大学大学院医学系研究科公衆衛生・産業医学分野

抄録：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：丹下智香子ほか。国立長寿医療センター研究所疫学研究部—事業所の産業保健スタッフ等を対象として、種々の職域におけるメンタルヘルス事例の実態、ならびに具体的なメンタルヘルスケアの実情やその評価などについての質問紙調査を実施した（有効回答 243 通，17.0%）。多くの事業所がストレス性疾患の労働者を抱えており，全体としてはうつ（47.2%），自律神経失調症（13.1%）などの有病者が多かった。そして長期休業者に関する集計から，特にうつは長期休業に至ることが多いことが示唆された。そのため，労働者のうつに関する対策を重点的に行うことが重要といえる。職場のメンタルヘルスケアとしては，ライン（管理・監督者）によるケアや事業所内の産業保健スタッフ等によるケア，および制度としての教育研修や検診等を実施している事業所が多かった。しかし事業者（あるいは事業所）によるメンタルヘルスケアに関する方針の明示は半数程度しか実施されていなかった。また，事業所内で実施しているメンタルヘルスケアに対する評価と事業所の患者率，長期休業者率の間には有意な関連は示されなかった。実施されているメンタルヘルスケアは必ずしも有効であるとはいえないようであった。

(産衛誌 2007; 49: 59-66)

キーワード：Mental health problems, Mental health care, Occupational health staff

I. 研究目的

労働者が抱える職業生活上のストレスが高い状態が近

年続いている。2002年度の「労働者健康状況調査」¹⁾によると、「仕事や職業生活に関する強い不安，悩み，ストレスがある」と回答した人は全体の61.5%と多い。その内容としては，職場の人間関係（35.1%），仕事の量（32.3%），仕事の質（30.4%），会社の将来性（29.1%）などの問題が挙げられている。労働者がこうしたストレスを長期にわたって感じることは，精神的な健康状態の悪化につながり，事業所にとっても生産性の低下をもたらすものと推測される。それにもかかわらず，同調査で「心の健康対策に取り組んでいる」と回答した事業所は全体の23.5%にすぎなかった。

2000年に労働省（当時）は職場における労働者の心の健康の保持増進を図ることを目的として，事業場において事業者が行うことが望ましい基本的な措置（メンタルヘルスケア）の具体的実施方法を総合的に示した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」をとりまとめた²⁾。これによると事業場におけるメンタルヘルスケアとしては，心の健康づくりに関する現状と問題点を明確にした上で，各事業場の実態と必要性に応じて「心の健康づくり計画」を策定することが求められている。そしてそれに基づき，①労働者自身による「セルフケア」，②管理監督者による「ラインによるケア」，③事業場内の健康管理担当者による「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」，および④事業場外の専門家による「事業場外資源によるケア」の4つのケアを継続的かつ計画的に行うことが重要とされている。事業場のメンタルヘルスケアの実態としては，東海地方の事業所の産業保健スタッフに対して行われた面接調査によると³⁾，全体の84.8%の事業所においてメンタルヘルス対策が実施されているようである。しかしながら，実施されているメンタルヘルスケアの具体的な内容や問題点等については未だ解明されていない。さらに，事業所内の労働者の精神的な健康状態の悪化に関する実態は一般的に公開されず⁴⁾，メンタルヘルス事例がどの程度発生しているのかに関しては，「心の病」による休業者の有無⁵⁾や，

2006年7月28日受付；2007年1月18日受理
 連絡先：丹下智香子 〒474-8522 大府市森岡町源吾36-3
 国立長寿医療センター研究所疫学研究部
 (e-mail: tange@nils.go.jp)

調査に参加可能であった人の中でのうつの割合^{6,7)}と
いった、実態を的確に把握しづらいデータが部分的に示
されているのみである。

そこで、事業所におけるメンタルヘルス事例の実態と
メンタルヘルスケアの実情について説明することを目的
として行った調査結果について報告する。

II. 対象と方法

(1) 調査方法：2005年8～10月に自記式調査票（無記
名方式）による郵送調査を行った。

(2) 調査対象者：日本産業衛生学会の産業医部会と産業
看護部会に調査への協力を要請し、両会幹事会の承認を
得たうえで、産業医部会会員616名、産業看護部会会員
854名に調査票を送付した。看護部会会員に対しては調
査説明・協力依頼書にて、同一事業所内勤務の産業医・
産業保健スタッフ等が既に調査に協力済みの場合には回
答せずにその旨を記入の上、調査票を返送するよう指示
した（産業医部会会員の回答については事後的に同一事
業所勤務者との重複がないことを確認した）。

有効回答は243通（有効回答率17.0%）であった（回
答者の内訳を表1に示す）。回答者のほとんどが産業医、
産業保健師、産業看護師のいずれかであり、約8割が常
勤職であった。ただし、産業医の常勤率は58.3%、産
業保健師、産業看護師ではそれぞれ92.0%、95.8%であ
った。

回答者の勤務する事業所の業種は、製造業（57.4%）、
運輸・通信業（8.9%）、サービス業（7.2%）、電気・ガ
ス・熱供給・水道業（4.6%）、卸・小売業（4.2%）な
どであった。各事業所の労働者数は、50人未満が5.3%、
50～500人未満が38.6%、500～1,000人未満が24.1%、
1,000～5,000人未満が28.1%、5,000人以上が3.9%であ
った。

(3) 調査内容：回答者自身、および勤務する事業所につ
いて、以下の内容を含む質問紙を実施した。

a) 回答者・事業所属性：回答者の職種、就業形態等、
および回答者の勤務する事業所の業種、労働者数等。

b) 職場のメンタルヘルス事例の実態

①ストレス関連疾患の患者数：横山（2005）³⁾を参考

に、統合失調症、躁うつ病（双極性感情障害）、う
つ（うつ状態を含む）、不安障害、パニック障害
（恐慌性障害）、強迫神経症（強迫性障害）、適応障
害、摂食障害（拒食症、過食症）、アルコール依存
症、人格障害（ボーダーライン）、自律神経失調症、
心身症、その他についての患者数の回答を求めた。

②長期休業者数：横山³⁾を参考に、休業期間を1ヶ
月未満、1～3ヶ月未満、3～6ヶ月未満、6ヶ月～
1年未満、1年以上に区分し、期間別に休業者数と
その疾患名の回答を求めた。

c) 職場のメンタルヘルスケアの実施：「事業場におけ
る労働者の心の健康づくりのための指針」²⁾を参考に、
職場におけるメンタルヘルスの「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」の4つのケアの内容を
表す19項目を作成した。そして各ケアについて「実施
している」、「実施していない」の選択肢から回答を求め
た。さらに、その他に実施しているケアについて、自由
記述形式で回答を求めた。

d) 職場のメンタルヘルスケアの現状に対する評価：横
山³⁾を参考に、職場におけるメンタルヘルスケアの現
状の評価を表す9項目を作成した。そして、それぞれに
ついて「全く当てはまらない」から「非常によく当ては
まる」の5段階で評定を求めた。さらに、職場のメンタ
ルヘルスケアの現状の評価に関する判断の理由につい
て、自由記述形式で回答を求めた。

(4) 尺度得点化：メンタルヘルスケアの実施状況、メン
タルヘルスケアの現状に対する評価について尺度化を行
った。まずメンタルヘルスケアの実施状況については、
実施している項目に1点、実施していない項目に0点を
与え、19項目の合計点をケア実施得点とした（ $\alpha = .85$ ）。
メンタルヘルスケアの現状に対する評価については、ケ
アの現状を否定的に評価する回答から肯定的に評価する
回答に順に1～5点を与え、9項目の合計点をケア評価
得点とした（ $\alpha = .80$ ）。

表1 回答者の内訳と属性

	産業医		産業保健師		産業看護師		その他	
	人数	平均年齢 (SD)	人数	平均年齢 (SD)	人数	平均年齢 (SD)	人数	平均年齢 (SD)
全体	88	50.1 (14.3)	75	42.3 (9.1)	73	47.5 (7.6)	4	43.3 (7.5)
男性	73	52.2 (14.4)	0	—	0	—	1	38.0 (—)
女性	15	39.3 (6.2)	75	42.3 (9.1)	73	47.5 (7.6)	3	45.0 (8.2)

N=239. 表の数値は産業保健師兼産業看護師（1名）の重複を含む。

Ⅲ. 結 果

1. ストレス関連疾患の実態

まず、全事業所のストレス関連疾患患者数を疾患別に集計した(表2)。事業所労働者の疾患は、うつが半数近くを占めており、自律神経失調症がそれに次いで多かった。他方、疾患別に1名以上の患者がいる事業所の割合を計算したところ、うつが88.2%と最も多く、以下パニック障害39.7%、自律神経失調症38.3%、統合失調症37.4%、適応障害27.2%、不安障害26.7%、躁うつ病26.2%、アルコール依存症26.0%、心身症25.0%

表2 全事業所のストレス関連疾患別人数集計

疾患名	人数	(%)	無回答
統合失調症	187	(4.8)	37
躁うつ病	106	(2.7)	37
うつ	1,856	(47.2)	39
不安障害	201	(5.1)	41
パニック障害	207	(5.3)	39
強迫神経症	65	(1.7)	41
適応障害	166	(4.2)	41
摂食障害	57	(1.4)	43
アルコール依存症	103	(2.6)	39
人格障害	103	(2.6)	42
自律神経失調症	514	(13.1)	42
心身症	285	(7.2)	43
その他	85	(2.2)	39
合計	3,935		

N=200~206。無回答は事業所数。

と続いた。このように、大半の事業所に何らかのストレス関連疾患を有する労働者がいるようであった。

次に、全事業所の長期休業者数を疾患・期間別に集計した(表3)。長期休業者の疾患は、うつが約7割で最も多かった。なお、患者数に占める長期休業者数の割合を算出したところ、うつが22.5%と最も高かった。

さらに各事業所について、ストレス関連疾患患者数および長期休業者数が労働者数に占める割合(%)を算出した。患者率については(表4)、同一労働者が複数の疾患を抱えるという重複も含まれるものの、17.0%の事業所で労働者の3%以上がストレス関連疾患を抱えていることが示された。長期休業者率については、0%の事業所が35.4%、~0.5%未満の事業所が42.2%、~1%未満の事業所が15.4%、1%以上の事業所が7.5%であった。

2. メンタルヘルスケアの実施状況とその評価

職場のメンタルヘルスケアの実施状況を表5に示す。ラインによるケアや事業所内の産業保健スタッフ等によ

表4 ストレス関連疾患患者率

患者率	事業所数	(%)
1%未満	65	(34.4)
1~2%未満	57	(30.2)
2~3%未満	35	(18.5)
3~5%未満	19	(10.1)
5%以上	13	(6.9)

N=189

表3 全事業所長期休業者数の疾患・期間別人数集計

疾患名	休業期間					合計	(%)
	1ヶ月未満	1ヶ月~3ヶ月未満	3ヶ月~6ヶ月未満	6ヶ月~1年未満	1年以上		
統合失調症	1	2	3	4	12	22	(3.7)
躁うつ病	2	3	1	3	5	14	(2.4)
うつ	47	104	82	66	119	418	(70.8)
不安障害	1	2	4	3	1	11	(1.9)
パニック障害	2	5	2	1	4	14	(2.4)
強迫神経症	0	1	0	1	1	3	(0.5)
適応障害	4	1	3	1	7	16	(2.7)
摂食障害	0	0	0	1	1	2	(0.3)
アルコール依存症	2	0	0	0	2	4	(0.7)
人格障害	1	0	1	4	0	6	(1.0)
自律神経失調症	8	4	12	7	10	41	(6.9)
心身症	0	2	1	0	5	8	(1.4)
その他	4	10	4	7	6	31	(5.3)
合計	72	134	113	98	173	590	
(%)	(12.2)	(22.7)	(19.2)	(16.6)	(29.3)		

N=225

表 5 職場のメンタルヘルスキュアの実施状況

	実 施 し て い る	実 施 し て い な い	無 回 答
1. 労働者に対する、ストレスやメンタルヘルスキュアに関する教育研修	187 (79.2)	49 (20.8)	7
2. 労働者に対する、メンタルヘルスキュアに関する事業場の方針の明示	130 (55.3)	105 (44.7)	8
3. 上司や専門家に対して労働者が相談することができる体制の整備	195 (84.4)	36 (15.6)	12
4. 労働者に対する、ストレスに関する調査票や問診	164 (69.5)	72 (30.5)	7
5. 労働者がストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供	160 (68.1)	75 (31.9)	8
6. 職場の管理監督者による、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	152 (66.4)	77 (33.6)	14
7. 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	126 (54.1)	107 (45.9)	10
8. 職場の管理監督者による、労働者からの相談への対応	187 (81.7)	42 (18.3)	14
9. 職場の管理監督者に対する、メンタルヘルスキュアにおける管理監督者の役割や対応方法などに関する教育研修	170 (73.0)	63 (27.0)	10
10. 事業者による、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	117 (50.7)	114 (49.4)	12
11. 事業場内産業保健スタッフ等による、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	172 (74.5)	59 (25.5)	12
12. 事業場内産業保健スタッフ等による、職場環境などの問題点に関する管理監督者への改善の助言	190 (81.9)	42 (18.1)	11
13. 事業場内産業保健スタッフ等による、労働者の健康相談	221 (94.0)	14 (6.0)	8
14. 事業場内産業保健スタッフ等による、心の健康問題を持つ労働者の職場適応、治療、退職後の職場復帰への支援	207 (88.8)	26 (11.2)	10
15. 事業者による、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	111 (47.8)	121 (52.2)	11
16. 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	142 (60.9)	91 (39.1)	10
17. 労働者のかかりつけ医との情報のやり取り	176 (75.9)	56 (24.1)	11
18. 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	130 (56.0)	102 (44.0)	11
19. 企業内の、心の健康づくり専門スタッフの確保	99 (42.9)	132 (57.1)	12

上段は事業所数 (N=229~236), 下段は%

るケア、および制度としての教育研修や検診等を実施している事業所が多いのに対して、「事業者（あるいは事業所）によるメンタルヘルスキュアに関する方針の明示」は半数程度しか実施されていなかった。質問項目以外に実施しているメンタルヘルスキュアとしては、労働者に対してはパンフレット・ポスター・社内報などによるメンタルヘルス情報の発信やサポート体制の整備（メールや

インターネットを利用した相談窓口、カウンセリングルームなどを含む）等が挙げられた。管理職や産業保健スタッフ等に対しては、メンタルヘルス事例に関する報告会・会議・研修会が挙げられた。

職場のメンタルヘルスキュアの現状に対する評価の集計を表6に示す。「メンタルヘルスキュアが効果的に実施されている」と認識している事業所は全体の約1/4にとど

表6 事業所のメンタルヘルスケアの現状に対する評価

	全く 当てはまらない	あまり 当てはまらない	どちらとも いえない	かなり 当てはまる	非常に よく当てはまる	無 回 答
1. メンタルヘルスケアが効果的に実施されている	10 (4.2)	50 (21.2)	116 (49.2)	54 (22.9)	6 (2.5)	7
2. 心の病気に対する偏見がある	11 (4.6)	67 (28.3)	85 (35.9)	69 (29.1)	5 (2.1)	6
3. メンタルヘルスに関する必要な知識がもたれている	4 (1.7)	57 (24.3)	108 (46.0)	66 (28.1)	0 (0.0)	8
4. 部課によりメンタルヘルスケアへの意識に差がある	2 (0.9)	28 (11.9)	61 (26.0)	128 (54.5)	16 (6.8)	8
5. 労働者のメンタルヘルスに十分な配慮がなされていない	12 (5.1)	81 (34.2)	89 (37.6)	49 (20.7)	6 (2.5)	6
6. メンタルヘルスケアに関するマニュアルやプランがある	37 (15.7)	69 (29.2)	43 (18.2)	60 (25.4)	27 (11.4)	7
7. 労働者自身の心の問題への気付きが足りない	3 (1.3)	53 (22.5)	101 (42.8)	69 (29.2)	10 (4.2)	7
8. 心の病気を早期に発見できている	8 (3.4)	47 (19.9)	110 (46.6)	68 (28.8)	3 (1.3)	7
9. 問題は発見できても、事業所内で実施できる対応策がない	24 (10.3)	121 (51.7)	52 (22.2)	28 (12.0)	9 (3.9)	9

上段は事業所数 (N=234～237)、下段は%

まった。また、「部課によりメンタルヘルスケアへの意識に差がある」という認識は全体の6割以上にもなった。全体的に、事業所のメンタルヘルスケアの現状を積極的に評価する回答者はあまり多くないようであった。

事業所のメンタルヘルスケアの現状に対する評価の判断理由の概要を表7に示す。消極的評価の理由としては、メンタル不全者は退職するという現状やメンタル不全者の増加という現状の指摘や、組織内でのメンタルヘルスケアの体制および評価方法の未確立、あるいは体制自体が整備されている場合でもその効果の問題や実施状況の問題などが挙げられた。また、事業者、管理職、現場、労働者自身のメンタルヘルスに関する認識の不足や、事業所内での産業保健スタッフ、人事労務担当、管理職等の連携の不十分さなども指摘された。他方、積極的評価の理由としては、メンタル不全者の減少や復職社員のパフォーマンスの向上、予防的相談や自発的相談の増加などの指摘や、組織内でのメンタルヘルスケアの体制が適切に整備・実行されていることなどが挙げられた。さらに、メンタルヘルスケア体制の中でのそれぞれの役割が明確化されていることや、産業保健スタッフ内、産業保健スタッフと管理職や人事労務担当、あるいは事業場外資源の間での連携が上手くいっていることなどが挙げら

れた。

3. ケア評価に影響する変数の分析

メンタルヘルスケアの評価に影響する変数を検討するため、非線形的関係の存在の可能性も考慮し、まずケア評価得点のパーセンタイル値より回答者を3群に群分けした(低群68名、中群90名、高群71名)。そしてケア評価群間で患者率、長期休業者率、ケア実施得点について分散分析を行った(表8)。患者率および長期休業者率については、ケア評価群間で有意差が示されなかった。すなわち、事業所のメンタルヘルスケアの現状に対する自己評価の高さが、その事業所の患者率や長期休業者率と関連するとはいえなかった。他方、ケア実施得点のみにケア評価群間で有意差が示された。下位検定の結果、全ての群間で有意差が示され、ケア評価が高い群ほど実施ケア数が多いことが示唆された。

IV. 考 察

1. 職場のメンタルヘルス事例の実態

日本各地の事業所に勤務する産業保健スタッフ等を対象に調査を行い、様々な規模の、様々な職域の事業所におけるメンタルヘルスケアに関するデータを得た。

表7 事業所のメンタルヘルスケアの現状に対する評価理由 (概要)

<p><消極的評価理由></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所・企業の方針があるが、管理職・部課により実施にばらつきがある。 ・事業所・企業内での組織的・体系的な取り組みが不足している。 ・ケアを未実施、未整備、あるいは整備中である。 ・メンタルヘルスに関する事業者、管理職、現場、労働者自身の認識が不足している。 ・問題が表面化した人への対応のみで、予防策やストレス要因への対応が行われていない。 ・ケアの効果を測定・評価する手段がない。 ・産業保健スタッフ、人事労務担当、各部課の管理職などの、内部の連携が不十分である。 ・業務優先である。 ・メンタル不全者は退職しているという現状がある。 ・安全配慮義務としてケアが実施されているが、効果があるとは思えない。 ・メンタル不全者が増加している。 		
<p><積極的評価理由></p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種ケアを実施している。 ・ケア体制ができており、早期発見・早期治療につながっている。 ・産業保健スタッフ、人事労務担当、各部課の管理職、労働者のコミュニケーションや連携が適切である。 ・上司による予防的相談や労働者の自発的相談が増加している。 ・事業所・企業内での組織的・体系的な取り組みができています。 ・メンタル不全者・長期休業者が減少している、あるいは休業日数が短縮化している。 ・産業保健スタッフと、外部の精神科医や事業場外資源との連携・協働ができています。 ・復職社員のパフォーマンスが向上している。 ・定期的な問題点の検討や対策の評価などを実施している。 ・産業保健スタッフの社内での位置づけが明確で、有効に活用されている。 		

表8 ケア評価群別でのストレス関連疾患実態、ケア実施

ケア評価	患者率			長期休業者率			ケア実施		
	n	平均	SD	n	平均	SD	n	平均	SD
低群	55	2.28	3.37	62	0.33	0.42	61	10.05	4.48
中群	69	2.06	2.63	81	0.28	0.38	81	13.59	3.46
高群	59	2.06	2.52	63	0.31	0.37	67	15.52	3.13
F値		0.12			0.27			35.91***	
下位検定								低群<中群<高群	

*** $p < .001$. 下位検定は Tukey 法を用いて行った。

ストレス関連疾患については、今回の調査ではうつ(うつ状態を含む)を抱えた労働者が多く、9割近くの事業所で1名以上のうつの労働者がいることが示された。また、長期休業者の中でもうつが占める割合が非常に高く、さらにうつの場合は休業期間が長期にわたるケースが多いことが明らかとなった。そのため、うつが「適切な対策を講じることにより、予防、早期発見、早期治療を行える、逆に適切に対処しなければ自殺に至る危険性が高い」⁸⁾ ことなども考慮すると、労働者のうつに関する対策を重点的に行うことが重要といえよう。

また疾患全体で見ると、労働者の3%以上がストレス関連疾患に罹患している事業所が全体の17.0%あり、ストレス関連疾患による長期休業者が労働者の1%以上を占める事業所が7.5%にのぼることが明らかとなった。既述の通り近年では職業生活上のストレスを抱える労働者は非常に多い¹⁾ が、本調査の結果に示されたように、そのストレスが疾患のレベルに至る場合も決して

少なくないのである。労働者の精神的健康状態の悪化による社会全体での負の経済効果の大きさなどを考慮しても、早急にこの問題に対処する必要があるといえる。

なお、本研究の結果が労働者のメンタルヘルス事例の実態を的確に反映しているか、ということについては疑問の余地があり、むしろ実際のストレス関連疾患は今回の結果以上に多いものと推測される。その理由としては、労働組合を対象とした先行研究⁵⁾ (ただしこれも回収率が22.8%と低い) では「心の病」のため1ヶ月以上休業している組合員がいるという回答が68.1%であったのに対し、事業所の産業保健スタッフ等を対象とした本研究ではストレス性疾患による1ヶ月以上の長期休業者がいる事業所は40.8%と計算され、やや低い値となっている。また、本研究の中でも「企業の方針」としてストレス関連疾患の実態に関しては部分的に回答拒否をするケースがあったことや、調査の回答率が非常に低かったこと(メンタルヘルスケアに強い関心を持っている事業