

表13 うつ病等の受診勧奨率

勧奨率	事業場数	(%)
0	8	32
1	1	4
2	1	4
10	2	8
33	1	4
40	1	4
50	1	4
70	1	4
80	5	20
90	2	8
100	2	8
合計	25	100

表14 うつ病の診断率

診断率	事業場数	(%)
0	9	36
1	2	8
20	1	4
50	1	4
80	4	16
90	3	12
100	5	20
合計	25	100

平成 19 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）
分担研究報告書

産業医による長時間労働者に対する面接指導に関する研究

—面接指導チェックリストの有用性の検討—

研究代表者	高野 知樹	神田東クリニック・副院長
主任研究者	島 悟	京都文教大学人間学部臨床心理学科・教授
研究協力者	中谷 敦	水戸健康管理センタ
	山本修一郎	東海佐和健康管理センタ
	小幡 真希	早稲田大学大学院人間科学研究科・大学院生

研究要旨

一般に有害業務に対し特殊健康診断が実施されるが、過重労働という有害業務に対しては、医師による面接指導が重要な位置づけであると考えられる。本調査は「労働者の自殺予防に関する介入研究対策」の一環として、(財)産業医学振興財団「長時間労働者への面接指導チェックリスト」を専属産業医が使用し、過重労働面接の検証を行い、うつ病等メンタルヘルス不調者のスクリーニングという観点からも有用性を検討した。某企業にて、2007年10月～2008年1月までの間で直近前月100時間を超える時間外労働を行った168名の労働者を対象とした。上記チェックリストに加え、「自覚症状の評価」「勤務状況の評価」「疲労蓄積度総合評価」については、自己チェックした結果に対し、「点数が低めと感じる」「妥当に感じる」「点数が高めにしている」の3項目から対象者が自覚的に感じたものを選択してもらった。さらに「疲労蓄積度総合評価」については、自覚的な点数を7点満点で記入してもらった。またCES-D、MINI（大うつ病エピソード）も併用した。精神科医に紹介する事例においては診断病名の確認を行った。結果として、疲労蓄積度はCES-Dとは一致しない値を示すこともあり、また対象者の45%が、疲労蓄積度は自覚的な疲労蓄積よりも低く評価されたと感じていた。過重労働面接で用いるツールにはまだ改善の余地があり、現時点では「疲労蓄積度自覚的評価」を合わせて聴取することが本人の状態を把握する上で有用な情報となり得る可能性が示唆された。また2006年4月に改正された労働安全衛生法では医師による面接指導の一部義務化がなされ、条件のひとつが100時間を超える時間外労働であるが、本研究の結果では、自覚的な疲労蓄積度が高い群は必ずしも時間外労働が100時間に近くはなく、80時間程度を平均的にやっているという結果も見られた。このことから過重労働面接をうつ病、自殺予防対策の一環として考える場合、平均的に80時間を超える労働者に対する対策も重要であると考えられた。168名のうち3名が大うつ病を満たし、効果的な面接指導の方法が構築されるまでは、CES-DやM.I.N.I.などの外的基準を併用することが重要と思われる。

A. 研究目的

過労死や過労自殺が一向に減少しない情勢の中で、過重労働・メンタルヘルス対策を強化するため、必要な労働者に対する医師による面接指導を事業者に義務づけるなどを内容とする改正労働安全衛生法が2006年4月1日から施行された。また今年2008年4月からは、経過措置により適用を猶予されていた労働者数50人未満の規模の事業場にも適用されている。一般に有害業務に関しては、特殊健康診断が職域では実施されているが、過重労働という有害業務に対しては、医師による面接指導が重要な位置づけになると考えられる。メンタルヘルスにおいては客観的所見が乏しく原則的には面接で得られた情報が当該労働者への当面の対応における判断根拠となるためである。本調査は「労働者の自殺予防に関する介入研究対策」の一環として、(財)産業医学振興財団の「長時間労働者への面接指導チェックリスト(医師用)」を専属産業医が長時間労働者面接指導にて使用し、過重労働面接の検証を行い、うつ病等メンタルヘルス不調者のスクリーニングという観点からも有用性を検討した。

B. 研究方法

1. 対象

某企業にて、2007年10月～2008年1月までの間で直近前月100時間を超える時間外労働を行った168名の労働者を対象とした。その間で再面接を行ったケースは1回目みのデータをとった。

2. 方法

①すべて某企業専属の専属産業医により、

面接を行った。

②某企業では以前から「長残健診」と題して独自に長時間残業者に対する健診を行っているが、本調査にて(財)産業医学振興財団で作成された面接指導チェックリストを用いて面接指導を行った。「自覚症状の評価」「勤務状況の評価」「疲労蓄積度総合評価」については、自己チェックした結果に対し、「点数が低めと感じる」「妥当に感じる」「点数が高めに出ている」の3項目から対象者が自覚的に感じたものを選択してもらった。さらに「疲労蓄積度総合評価」については、自覚的な点数を7点満点で記入してもらった。

③面接においてはCESD, MINI(大うつ病エピソード)も併用した。

④精神科医に紹介する事例においては診断病名の確認を行った。

C. 研究結果

1. 睡眠時間との関係(図1, 表1)

睡眠時間を①5時間未満(29.8%), ②5時間以上6時間未満(58.1%), ③6時間以上7時間未満(12.1%), ④7時間以上(0%)の群に分けてデータの取れた124例で解析した。④は0%であった(図1)。

最も特徴的な結果として、睡眠時間が最も長い③6時間以上7時間未満の群が、他の2群と比し有意にCES-Dが高値であった(表1)。

睡眠時間が最も長い③6時間以上7時間未満の群は、最も短い①5時間未満の群と比し、直近2ヶ月、6ヶ月の時間外労働月平均時間が有意に短かった。

疲労蓄積度総合評価においては、CES-D

が最も高値で睡眠時間が最も長い③6 時間以上 7 時間未満の群が、他の 2 群に比し有意に低かった。

また自覚的な疲労蓄積度総合自己評価においても、睡眠時間が最も長い③6 時間以上 7 時間未満の群が、最も短い①5 時間未満の群と比し有意に低かった。

2. 疲労蓄積度判定と CES-D との関係（表 2）

疲労蓄積度自己診断チェックリストによれば 7 点満点の疲労蓄積度総合評価の点数に基づき①低い(0~1)、②やや高い(2~3)、③高い(4~5)、④非常に高い(6~7)の 4 つの判定に分類することになっている。

この 4 群と CES-D 得点、直近 2 ヶ月の時間外労働時間、および直近 6 ヶ月の時間外労働時間との関係を解析した（表 2）。

疲労蓄積度判定で疲労度が高い群ほど有意に CES-D 得点が高いという相関がみられた。

しかしながら、直近 2 ヶ月、6 ヶ月の時間外労働月平均時間が有意に最も多かった群は、最も疲労度の高い④非常に高い群ではなく、③高い群であった。

3. 疲労蓄積度と自覚的疲労蓄積度との関係（図 2、表 3）

（図 2）に示す通り、疲労蓄積度を算定のための「自覚症状の評点」に対し「妥当」と感じたのは対象者の 79%、「勤務状況の評点」に対し「妥当」と感じたのは対象者の 80%であった。しかし「疲労蓄積度総合評価の得点」に対しては「妥当」と感じたのは対象者の 52%、「自覚より低い」は 45%も存在していた。

総合評価に対し①「自覚より低い」と感じた群、②「妥当」と感じた群、③「自覚より高い」と感じた群の 3 群間で t 検定による多重比較を行った。（表 3）

①「自覚より低い」と感じた群は、有意差は認められないが CES-D が高値である傾向がみられた。

また、①「自覚より低い」群は直近 6 ヶ月の時間外労働時間が 80.9 時間で、3 群間では最も少なく、②「妥当」群の 94.5 時間と有意差も認められた。

①「自覚より低い」群の平均総合評価は 7 点満点中 3.11 ± 2.04 に対し、自覚的評価は 4.36 ± 1.62 であり、自覚的評価は 3 群間で最も高く②「妥当」群とは有意差も認められた。

3 群とも「総合評価」と「自覚的総合評価」間での対応のある t 検定で有意差が認められた。特に③「自覚より高い」群は、総合評価 6.00 ± 0.82 に対し自覚的総合評価が 3.00 と 3 群間で最も低かった。

4. 管理者・非管理者の関係（表 4）

管理者と非管理者間で比較検討を行った。直近 2 ヶ月、6 ヶ月の時間外労働時間は管理者の方が有意に多かった。

一方、非管理者の方が CES-D や疲労蓄積度総合評価には差がなかった。

5. 過重労働の今後の見通しについて（表 5）

現在の業務の過重性がどれくらい続きそうかの見通しを①1 ヶ月以内、②1 ヶ月~3 ヶ月以内、③3 ヶ月~6 ヶ月以内、④6 ヶ月以上、⑤不明の 5 群に分けて検討した。

CES-D の差はなかったが、概ね見通しが遠い群が高い傾向があるが、②3 ヶ月以内

が最も高値であった。

疲労蓄積度総合評価では、④6ヶ月以上の群が①1ヶ月以内の群や③6ヶ月以内の群より有意に高かった。

自覚的評価では、それぞれの群間で有意な差が認められ、②3ヶ月以内が③6ヶ月以内より見通しが近いはずだが有意に高かった。

6. 時間外労働の削減に関する上司の配慮の有無について (表6)

上司から残業時間の削減に関する配慮や指導の有無の2群で検討した。

CES-Dでは差がなかった。

直近2ヶ月、直近6ヶ月の時間外労働時間では、有意に配慮のない群が多かった。

また疲労蓄積度総合評価、自覚的評価ともに配慮のない群が有意に高かった。

7. 上司からの健康面の配慮について (表7)

上司による健康に関する配慮の有無で2群に分けて比較検討した。

CES-Dや疲労蓄積度などとは有意な差がなかった。

健康面に関する上司の配慮がある群は、有意に直近6ヶ月の時間外労働時間が短かった。

8. M.I.N.I.について (表8, 表9)

M.I.N.I.を実施し、大うつ病の2項目を対象者全員に行った。2項目とも「所見あり」は1件のみでM.I.N.I.は5項目を満たし、CES-Dは37点であった。1項目の「所見あり」で大うつ病の5項目を満たしたのは他に2件で、168名中3件であった。そのうち面接時点で業務上の配慮が必要であ

ったケースは0件であった。

(表8)抑うつ気分の持続の所見がある群、(表9)興味や関心の欠如の持続がある群とも所見のある群はCES-Dも有意に高値であった。また疲労蓄積度総合評価や自覚的評価でも有意に高かった。

D. 考察

1. 睡眠時間との関係

睡眠時間で3群に分けての比較検討においては、睡眠時間が短い群ほど時間外労働が多く、疲労蓄積度が高いというもったもな結果であったが、意外な点としては、睡眠時間が一番長い群がCES-Dが有意に高かった。睡眠時間を切り口にした結果では、CES-Dの結果と疲労蓄積度総合評価の結果は一致しないものであった。疲労蓄積度に関してはまだ蓄積されたデータが多くないため、過重労働面接におけるうつ病、自殺予防の対策としてはCES-Dなどの外部基準を併用することが重要と思われる。

2. 疲労蓄積度判定とCES-D

疲労蓄積度総合評価の点数により判定を4群に分けた検討では、疲労蓄積度が高いと判定されるほどCES-Dが高値になる相関関係が認められた。

しかし疲労蓄積度が最も高値であった群より2番目の群の方が、時間外労働時間が有意に多い結果から、時間外労働だけで健康状態を把握するには限界があると考えられた。

3. 疲労蓄積度と自覚的疲労蓄積度

疲労蓄積度算出のための自覚症状の評点や勤務状況の評点に関しては、多くが妥当

だと感じているものの、算出される疲労蓄積度総合評価が「思っていたより低かった」と感じるケースが45%と感じているのは、この算出方法に問題がある可能性がある。対応のあるt検定でも有意差があり、「思っていたより低かった」群は自覚的にはより高値であり、「思っていたより高かった」群は算出される評価は3群の中で最も高かったが、自覚的には最も低かった。

また、「思っていたより低かった」と感じた群はCES-Dも最も高く、しかも直近6ヶ月の時間外労働は80時間程度と最も少ない。安衛法で義務化されている100時間を超えるだけの対応では不備が生じる可能性が示唆された。

100時間近くを直近6ヶ月続けていけるような労働者は元々ストレス耐性が高い可能性もある。

4. 管理者・非管理者の関係

管理者の時間外労働が有意に多かったが、事業場によっては管理者の労働時間管理が出来ていない場合がある。うつ病、自殺予防対策の一環として過重労働面接を重視する場合、非管理者同様に管理者の労働時間管理のシステムを構築することが必要と思われる。

5. 過重労働の今後の見通し

疲労蓄積度総合評価、自覚的評価と見通しは長い方が良くないが、3ヶ月以内が意外にCES-D、疲労蓄積度（特に自覚的）が高い。それ以上になると、先過ぎて予想できない、割り切り、こんなもの、あきらめ、慣れ、などの心性が影響している可能性がある。長期的な見通しがもてないことだけ

でなく、中期的な見通しの有無も過重労働の面接指導での重要チェック事項となりうる。

6, 7. 上司による配慮

健康面に関する配慮よりも労働時間削減という実際的問題解決の方が、負担減につながっている可能性が示唆された。

8. M.I.N.I.について

168件中3件、大うつ病の診断を満たした。業務上の配慮は面接時点では不要であったが、精神科医への紹介を行った。

疲労蓄積度総合評価は、今回の研究の結果からもまだ改善の余地がある点があり、過重労働面接時にはCES-DやM.I.N.I.などの確立された外的基準を併用することが重要と思われる。

E. 結論

過重労働の面接指導においては、まだ歴史も浅く客観的所見が乏しいため、原則として面接で得られた情報が当該労働者への当面の対応における判断根拠となり得る。

本研究により、過重労働面接の用いるツールにはまだ改善の余地があり、現時点では「疲労蓄積度自覚的評価」を合わせて聴取することが本人の状態を把握する上では有用な情報となり得る可能性が示唆された。

2006年4月の改正労働安全衛生法での医師による面接指導の一部義務化は時間外労働時間が100時間を超えることがひとつの条件であるが、本研究ではむしろ80時間程度を平均的に行っている労働者に自覚的な疲労蓄積が認められた。

また、うつ病、自殺予防対策の一環とし

て、CES-D や M.I.N.I.などの外的基準を併用することが重要と思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず

2. 学会発表

該当せず

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

図1:睡眠時間

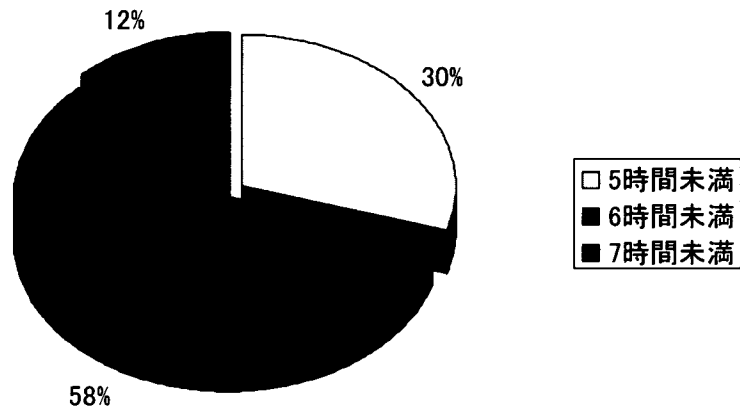


表1:睡眠時間との関係

睡眠時間		CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave	総合評価	総合自評価
5時間未満	平均値	13.81	109.2804	97.2085	4.27	4.14
	度数	37	26	26	37	35
	標準偏差	7.125	23.84604	25.25830	2.009	1.630
6時間未満	平均値	14.60	100.7343	86.2274	3.43	3.54
	度数	72	47	47	72	71
	標準偏差	7.955	26.20561	27.33048	2.244	2.170
7時間未満	平均値	24.93	90.3133	74.6300	2.07	2.80
	度数	15	9	9	15	15
	標準偏差	30.614	14.11945	12.97646	2.251	2.145
合計	平均値	15.61	102.3002	88.4363	3.52	3.62
	度数	124	82	82	124	121
	標準偏差	13.048	24.86400	26.20012	2.258	2.050

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01

表2: 疲労蓄積度の分類とCES-D

疲労分類		CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave
低い	平均値	11.03	96.7406	82.0319
	度数	38	16	16
	標準偏差	8.264	15.03919	22.10026
やや高い	平均値	14.65	99.6750	83.2220
	度数	34	20	20
	標準偏差	15.834	25.76817	22.34476
高い	平均値	17.30	114.9690	101.2570
	度数	47	20	20
	標準偏差	14.303	31.29017	32.51058
非常に高い	平均値	19.02	97.9958	86.5265
	度数	49	26	26
	標準偏差	7.137	21.10977	23.76994
合計	平均値	15.85	102.3002	88.4363
	度数	168	82	82
	標準偏差	12.033	24.86400	26.20012

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01

表2: 疲労蓄積度の分類とCES-D

疲労分類		CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave
低い	平均値	11.03	96.7406	82.0319
	度数	38	16	16
	標準偏差	8.264	15.03919	22.10026
やや高い	平均値	14.65	99.6750	83.2220
	度数	34	20	20
	標準偏差	15.834	25.76817	22.34476
高い	平均値	17.30	114.9690	101.2570
	度数	47	20	20
	標準偏差	14.303	31.29017	32.51058
非常に高い	平均値	19.02	97.9958	86.5265
	度数	49	26	26
	標準偏差	7.137	21.10977	23.76994
合計	平均値	15.85	102.3002	88.4363
	度数	168	82	82
	標準偏差	12.033	24.86400	26.20012

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01

図2: 疲労蓄積度の評点に対する印象

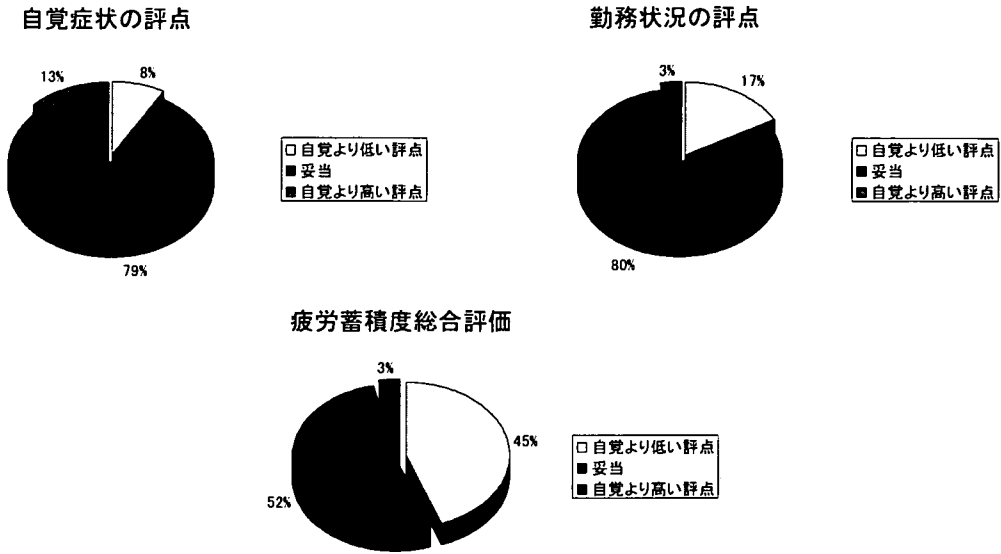


表3: 自覚的疲労蓄積度との関係 対応のあるt検定にてp<0.01

総合妥当		総合評価	総合自評価	CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave
自覚より低	平均値	3.11	4.36	17.23	100.6976	80.9038
	度数	53	53	53	37	37
	標準偏差	2.044	1.618	17.883	27.96780	24.73345
妥当	平均値	3.74	3.16	14.23	103.9441	94.5130
	度数	62	58	62	44	44
	標準偏差	2.402	2.246	7.554	22.37776	26.29301
自覚より高	平均値	6.00	3.00	12.00	89.2700	99.7700
	度数	4	4	4	1	1
	標準偏差	.816	.000	2.160	.	.
合計	平均値	3.54	3.70	15.49	102.3002	88.4363
	度数	119	115	119	82	82
	標準偏差	2.269	2.022	13.159	24.86400	26.20012

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01
 対応のあるt検定にてp<0.01

表4: 管理者・非管理者との関係

管理者非管理者	CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave	総合評価	総合自評価	
管理者	平均値	14.16	109.9328	97.7832	3.76	3.89
	度数	38	25	25	38	35
	標準偏差	8.442	26.99261	28.75681	2.353	2.139
非管理者	平均値	17.89	97.5707	80.6840	3.89	3.86
	度数	82	42	42	82	74
	標準偏差	14.966	17.79936	20.76655	2.283	1.723
合計	平均値	16.71	102.1834	87.0643	3.85	3.87
	度数	120	67	67	120	109
	標準偏差	13.329	22.31689	25.25933	2.296	1.856

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01

表5: 過重労働の今後の見通しとの関係

見通し	CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave	総合評価	総合自評価	
1ヶ月以内	平均値	13.08	89.5956	76.0244	2.25	1.83
	度数	12	9	9	12	12
	標準偏差	8.129	19.24851	24.85005	2.454	2.250
3ヶ月以内	平均値	18.19	95.2473	79.6833	3.71	3.81
	度数	21	15	15	21	21
	標準偏差	19.367	23.70982	25.80790	1.765	1.327
6ヶ月以内	平均値	16.38	104.3300	90.7550	2.88	2.43
	度数	8	4	4	8	7
	標準偏差	7.070	27.07897	37.37488	2.532	1.902
6ヶ月以上	平均値	17.17	106.5640	102.9740	4.92	4.58
	度数	12	10	10	12	12
	標準偏差	7.614	26.61387	36.27662	1.379	1.311
不明	平均値	15.03	106.1498	90.4443	3.50	3.90
	度数	62	44	44	62	61
	標準偏差	13.476	25.34315	21.81030	2.441	2.226
合計	平均値	15.72	102.3002	88.4363	3.51	3.65
	度数	115	82	82	115	113
	標準偏差	13.430	24.86400	26.20012	2.303	2.100

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01

表6: 時間外労働の削減に関する上司の配慮の有無との関係

残業配慮		CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave	総合評価	総合自評価
上司配慮あり	平均値	16.15	95.5136	81.3007	3.08	3.22
	度数	71	44	44	71	68
	標準偏差	16.107	22.02013	20.94586	2.183	2.050
上司配慮無	平均値	14.79	110.1584	96.6987	4.17	4.12
	度数	52	38	38	52	52
	標準偏差	7.280	25.91697	29.36366	2.194	1.967
合計	平均値	15.58	102.3002	88.4363	3.54	3.61
	度数	123	82	82	123	120
	標準偏差	13.095	24.86400	26.20012	2.244	2.055

t-test, } : p<0.05, { : p<0.01

表7: 上司からの健康に関する配慮の有無との関係

声かけ		CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave	総合評価	総合自評価
上司声かけあり	平均値	14.89	98.0608	82.5447	3.34	3.44
	度数	82	49	49	82	79
	標準偏差	11.907	25.12054	22.04247	2.273	2.068
上司声かけ無	平均値	17.29	108.9263	97.8153	3.95	3.84
	度数	38	32	32	38	38
	標準偏差	15.810	23.74707	29.85656	2.241	2.060
合計	平均値	15.65	102.3533	88.5775	3.53	3.57
	度数	120	81	81	120	117
	標準偏差	13.247	25.01424	26.33195	2.271	2.065

t-test, } : p<0.05, { : p<0.01

表7:上司からの健康に関する配慮の有無との関係

声かけ		CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave	総合評価	総合自評価
上司声かけあり	平均値	14.89	98.0608	82.5447	3.34	3.44
	度数	82	49	49	82	79
	標準偏差	11.907	25.12054	22.04247	2.273	2.068
上司声かけ無	平均値	17.29	108.9263	97.8153	3.95	3.84
	度数	38	32	32	38	38
	標準偏差	15.810	23.74707	29.85656	2.241	2.060
合計	平均値	15.65	102.3533	88.5775	3.53	3.57
	度数	120	81	81	120	117
	標準偏差	13.247	25.01424	26.33195	2.271	2.065

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01

表8:MINI抑うつ気分の有無との関係

MINI A1		CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave	総合評価	総合自評価
いいえ	平均値	15.35	101.0447	87.5652	3.54	3.66
	度数	153	81	81	153	141
	標準偏差	12.269	22.25005	25.13997	2.331	1.963
はい	平均値	27.43	204.0000	159.0000	6.14	4.50
	度数	7	1	1	7	6
	標準偏差	6.729			.900	1.975
合計	平均値	15.88	102.3002	88.4363	3.66	3.69
	度数	160	82	82	160	147
	標準偏差	12.318	24.86400	26.20012	2.347	1.964

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01

表9: MINI興味や関心の欠如の有無との関係

MINI A2	CESD	直近2ヶ月Ave	直近6ヶ月Ave	総合評価	総合自評価	
いいえ	平均値	15.35	101.5870	88.4779	3.49	3.59
	度数	148	76	76	148	136
	標準偏差	12.480	24.52378	25.61151	2.340	1.953
はい	平均値	22.42	111.3350	87.9100	5.67	5.00
	度数	12	6	6	12	11
	標準偏差	7.856	29.80293	35.78873	1.303	1.673
合計	平均値	15.88	102.3002	88.4363	3.66	3.69
	度数	160	82	82	160	147
	標準偏差	12.318	24.86400	26.20012	2.347	1.964

t-test, } :p<0.05, { :p<0.01

平成 19 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）
分担研究報告書

リワーク支援からみた職場復帰支援モデルの検討（第一報）

主任研究者 島 悟 京都文教大学人間学部臨床心理学科・教授
研究協力者 大庭 さよ 神田東クリニック
島袋 恵美 神田東クリニック
小原 美樹 早稲田大学大学院人間科学研究科・大学院生

研究要旨

昨今、職場のメンタルヘルス活動において、職場復帰支援は非常に重要な課題となっているが、本研究では、平成 18 年度に地域障害者職業センターでの精神障害者の職場復帰支援（以下「リワーク支援」という。）を終了した者に関して、リワーク支援担当者に質問紙での回答を依頼した。

対象者は 242 例（男性 213 例，女性 28 例，不明 1 例）であった。年代では，30 代が最も多く，次いで 40 代が多かった。対象者の勤務する企業の規模は，1,000 人以上が最も多く，次いで 500-999 人であった。診断分類では，うつ病が 173 例（71.5%）で最も多く，ついで双極性障害が 23 例（9.5%），統合失調症 19 例（7.9%），適応障害 12 例（5.0%），神経症性障害（不安障害・身体表現性障害など）11 例（4.5%）などであった。薬物療法では，抗うつ薬，抗不安薬，気分安定薬，睡眠薬，抗精神病薬を服用していた者は，それぞれ全体の 70.66%，39.26%，18.60%，52.89%，17.77%であった。心理療法を受けていた者は 46 例（19.01%）であり，認知療法が 8.68%，集団認知療法が 2.89%などであった。リワーク支援を利用した経緯は，「事業場から」が最も多く 40.90%，次いで「主治医」，「本人」となっていた。

支援期間は，3ヶ月以上6ヶ月未満（47.11%）が最も多く，次いで1ヶ月以上3ヶ月未満（30.17%）であった。対象者への支援において，特にキャリアマネジメントに関すると思われる回答は複数みられたことから，キャリアにかかわる支援が現場で重要視されていると考えられた。リワーク支援の目標達成状況については，支援を終了した者のうち，当初の支援計画により目標を達成し終了した例が最も多く 55.37%であるが，支援計画を延長した例も 23.30%にみられた。

調査時点現在の転帰に関しては，フォローアップを必要としていない者もおり，プログラム終了後の転帰に関しては全例が把握されていないが，復職し就労を継続していることが確認されている者が 198 例（81.8%）である。その中で再休職に至った者が，30 例であり，利用者全体の 12.4%，復職した者の 15.2%である。プログラム終了後のフォローに関しては，フォローを行っていたのが 38.8%であったが，対象者の状況等に応じて，方法や頻度等が設定されている状況である。

A. 研究目的

職場のメンタルヘルス活動において、三次予防であるところの職場復帰支援は、非常に重要な課題となっている。この背景として、メンタルヘルス不調にともなう疾病休業者が増えていること、職場環境の変化にともなって復職が困難になってきていることに加えて、復職前後は自殺の危険性が非常に高まることから、労働者の自殺対策からの観点からも、職場復帰支援モデルの検討は重要である。

地域障害者職業センターでは各都道府県で職場復帰支援を行っており、各地のセンターで行われてきたリワーク支援の成果について総括的に検討を行うことは、汎用性の職場復帰支援モデルを構築する上で非常に有意義と考えられる。

B. 対象と方法

平成 18 年度に地域障害者職業センターでのリワーク支援を終了した者に関して、リワーク支援担当者に質問紙での回答を依頼した。なお、リワーク支援中断者は対象から除外した。調査票の全文を資料として示した。

なお本年度は、計量的解析を主としており、次年度に自由記述を中心とした内容分析を行う予定である。

C. 結果

1. 対象者の属性

対象者は 242 例（男性 213 例，女性 28 例，不明 1 例）であった。年代では、30 代が最も多く、111 例（45.87%），次いで 40 代が多く 82 例（33.88%）であった（表 1）。家族状況は、配偶者のいる者は約 3 分の 2 の 150 例（61.98%）であり、また子どもを持つ者は 126 例（52.07%）であり、過半数の者が子どもを含めた家族をもっていることがわかった（表 2）。最終学歴は、大学卒業が最も多く 133 例（54.96%），次いで高校卒業の 55 例（22.73%）であった（表 3）。

2. 対象者の職場状況

対象者の勤務する企業の規模は、1,000 人以上が最も多く 130 例（53.72%），次いで 500-999 人の 40 例（16.53%）であり、全体的に大規模企業に集中する傾向にあることがうかがえた。事業場規模については、最も多かったのは 99 人未満で 74 例（30.58%），次いで 100-299 人の 42 例（17.36%）であった（表 4）。

業種で最も多かったのは、製造業の 81 例（33.47%）であり、次いで 28 例の情報通信業（11.57%）であった（表 5）。職種で最も多かったのは、専門・技術的職業の 84 例（34.71%）であり、次いで事務的職業の 77 例（31.82%）であった（表 6）。

採用形態は新卒採用者が 156 例（64.46%）と全体の約 3 分の 2 を占めていた（表 7）。職位では、最も多かったのは、一般職の 134 例（55.37%）であり、次いで係長・主任級の

52例(21.49%)であった(表8)。

また平均勤続年数は14.70±8.60年であった。男女別に見ると、男性の平均勤続年数は15.31年、女性は10.46年であり、男性の方が長期間勤務していたことがわかる($t=3.73$, $p<.01$)。

3. 対象者の診断・治療状況

診断分類では、うつ病が173例(71.5%)で最も多く、ついで双極性障害が23例(9.5%)、統合失調症19例(7.9%)、適応障害が12例(5.0%)、神経症性障害(不安障害・身体表現性障害など)11例(4.5%)、その他4例(1.7%)と続く(表9)。

薬物療法では、抗うつ薬、抗不安薬、気分安定薬、睡眠薬、抗精神病薬を服用していた者は、それぞれ全体の70.66%、39.26%、18.60%、52.89%、17.77%であり、抗うつ薬を服薬している者が最も多く、その割合も7割以上と高かった。次いで半数以上の者が睡眠薬を服用しており、睡眠障害の多いことが分かった(表10)。

心理療法を受けていた者は46例(19.01%)であり、認知療法が8.68%、集団認知療法が2.89%、その他が7.02%であった。その他としては、カウンセリング、森田療法、内省プログラムなどの回答がみられた(表11)。

リワーク支援を利用した経緯は、「事業場から」が最も多く40.90%、次いで「主治医」(27.27%)、「本人」(25.62%)となっていた(表12)。

4. リワーク支援概要

支援期間は、3ヶ月以上6ヶ月未満(47.11%)が最も多く、次いで1ヶ月以上3ヶ月未満(30.17%)であった(表13)。1ヶ月未満の短期の支援は、全例が支援期間中に復職可能となったケースであり、支援期間を短縮して終了したものと考えられる。

また6ヶ月以上1年未満の74.42%は延長して終了しており、本人の体調の変化、会社の都合により目標達成までの期間が当初予定した期間よりも長い期間必要になった例と考えられる。

対象者自身および事業主に対しての支援計画を、採用率の高い順に表14、15に示した。対象者への支援における「その他」としては、自らの行動や認知の癖を知るといった認知行動療法的な内容の他に、キャリアの振り返りを中心とするキャリアマネジメントや、ローン返済に関する情報提供などの回答がみられた。中でもキャリアマネジメントに関すると思われる回答は複数みられた。

リワーク支援の目標達成状況については、支援を終了した者のうち、当初の支援計画により目標を達成し終了した例が最も多く55.37%であるが、支援計画を延長した例も23.30%にみられた。一方では、計画以前に復職可能であった例や計画を短縮した例はごく少数であることから、1ヶ月から場合によっては半年を超える、ある程度長期的な支援が必要であると推測できる(表16)。

調査時点現在の転帰に関しては、フォローアップを必要としていない者もあり、プログラム終了後の転帰に関しては全例が把握されていないが、復職し就労を継続していることが確認されている者が198例（81.8%）である。この中で再休職に至った者が30例、利用者全体の12.4%、復職した者の15.2%である。

プログラム終了後のフォローに関しては、フォローを行っていたのが38.8%、行っていなかったのが15.7%、その他が31.4%であった。フォローを行った場合の頻度は、1ヶ月に1,2回が多く、毎週行っていた者も6.20%みられた。フォローの際に用いられる方法は、メールが最も多く、次いで多いのが通所であった（表17, 18）。また2つ以上の方法を併用しているケースも3割以上に見られた。

D. 考察

対象者の勤務する企業の規模は、1,000人以上が最も多く、次いで500-999人であり、全体的に大規模企業が多かったが、中小企業においてはリワーク支援が十分に認知されていない可能性と、中小企業においては職場復帰支援を含む産業保健体制が概して未整備であるために利用が少ない可能性が考えられた。

診断分類では、気分障害が多く、統合失調症や神経症性障害（パニック障害や身体表現性障害）もみられるが少数であり、当初リワーク事業が対象として想定していた気分障害が主体であるので事業運営が適切に行われていると考えられる。

リワーク支援を利用した経緯は、「事業場から」が最も多く、次いで「主治医」、「本人」からとなっていたが、事業場外資源へのリワーク支援に関する広報活動の強化が望まれるところである。

リワーク期間は、6ヶ月未満に多くの例では目標を達成して終了しているため、適切な支援期間であると考えられる。

対象者への支援において認知行動療法的な内容の他に、特にキャリアマネジメントに関すると思われる回答は複数みられたことから、支援現場で重要視されていることが伺え、今後職業カウンセラーには、キャリアカウンセリング教育の充実が望まれるところである。また対象者自身および事業主に対しての支援計画は適切に運営されていると考えられる。

プログラム終了後、復職し就労を継続している者が81.8%と高率である。そもそもリワーク支援対象者には復職困難事例が多く含まれている可能性のあることを考慮すると、かなり高い数字であると思われる。

プログラム終了後のフォローに関しては、対象者の状況等に応じて、方法や頻度等が設定されているが、効果的な方法等について今後も検証する必要があると考えられた。

E. 結論

本研究により、事業場と連携した職場復帰支援モデルにおいては、事業場内におけるメンタルヘルス体制構築に関する支援、職場復帰支援に関する広報活動の強化、支援期間および支援内容、フォローなどの検討が必要であると考えられる。

次年度における内容分析の結果を踏まえて、モデルの提示を行う予定である。

謝辞

本調査に御協力いただきました地域障害者職業センターの職員の方々に深謝いたします。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず

2. 学会発表

該当せず

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

表1 年代

		全体	男性	女性	不明
20代	人数	23	15	8	0
	%	9.50	7.04	28.57	0.00
30代	人数	111	96	15	0
	%	45.87	45.07	53.57	0.00
40代	人数	82	78	4	0
	%	33.88	36.62	14.29	0.00
50代	人数	22	21	1	0
	%	9.09	9.86	3.57	0.00
60歳以上	人数	1	1	0	0
	%	0.41	0.47	0.00	0.00
不明	人数	3	2	0	1
	%	1.24	0.94	0.00	100.00
計	人数	242	213	28	1
	%	100.00	100.00	100.00	100.00

表2 家族状況

		全体	男性	女性	不明
配偶者あり	人数	150	142	8	0
	%	61.98	66.67	28.57	0.00
配偶者なし	人数	91	71	20	0
	%	37.60	33.33	71.43	0.00
不明	人数	1	0	0	1
	%	0.41	0.00	0.00	100.00
子どもあり	人数	126	120	6	0
	%	52.07	56.34	21.43	0.00
子どもなし	人数	115	93	22	0
	%	47.52	43.66	78.57	0.00
不明	人数	1	0	0	1
	%	0.41	0.00	0.00	100.00