

年前、平成12年に労働省（当時）から「事業場における心の健康づくりのための指針」が発表され、過労うつ自殺ならびに精神障害による労働災害の防止や労働ストレス対策として、企業のメンタルヘルス教育という名の下に急速に広がっていった。「事業場における心の健康づくりのための指針」は、その後、平成18年「労働者の心の健康の保持増進のための指針」と改正され、その第一次予防として、メンタルヘルスクエアを推進するための教育研修と情報提供が盛り込まれた。また、同年に精神障害者の雇用促進に関する法律（以下「障害者雇用促進法」という）が施行され、従来の知的障害者と身体障害者に加え、精神障害者も算定対象とすることとされた。我が国の企業は、この「労働者の心の健康の保持増進のための指針」と法整備に従って、普及啓発を実施してきたわけだが、最初の指針が公布されてから10年が経過することから、一昨年より、厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業において「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」（主任研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科教授）により、科学的根拠に基づく新たなガイドラインの作成が進められている。

そこで、本研究では、精神障害の普及啓発に関する日本企業の現状とその効果に関する国内外の文献ならびに調査報告書等のレビューを行い、普及啓発とそれによる企業の受け入れはどこまで進んでいるのかを検証し、未解決の課題について整理した。

A. 研究方法

医学中央雑誌において、（メンタルヘルスor精神障害、産業or企業、教育or研修）のkeywordで、2006年1月から2011年1月までに掲載されている文献から原著論文を抽出した。

また、民間の調査研究機関が公表している調査報告書を取り寄せた。

B. 研究結果

医学中央雑誌において、2005年1月から2010年12月までに掲載されている37の文献を抽出した。この中から、企業における普及啓発に関連すると考えられた①管理監督者研修の効果に関する研究（7文献）、②睡眠教育プログラムの効果に関する研究（1文献）③過労うつ自殺の事例研究（1文献）④精神科医療機関と企業の連携に関する研究（1文献）の原著論文10編を抽出した。（表1）

1. 管理監督者研修の効果に関する研究

（表1）

企業の精神的健康の保持増進を目的に、日本のホワイトカラー労働者に対して、Webベースのストレスプログラムのプロセス評価を行ったところ、参加者が楽しいと感じるなど、感情に働きかけた場合や、ストレスに対処するための意思と自己効力感を増加させた場合には、プログラムは有効だった。（Kawaiら、2010）。

製造事業場において、管理監督者にメンタルヘルス研修を行う際に、積極的傾聴技法のプログラムを導入した場合、事業場全従業員のストレス反応と精神疾患での休職者が有意に減少していた。（Ikegamiら、2010）。

積極的傾聴法のプログラム前後で、受講者へ積極的傾聴態度評価尺度(ALAS)と、従業員には職業性ストレス調査(BJSQ)を実施したところ、管理職は「傾聴の態度」「聴き方」に平均値の上昇を認め、「聴き方」は有意に上昇した。従業員は「仕事の量的負担」「上司の支援」「同僚の支援」が有意に上昇した。管理職監督職による相談対応の充実を図ることで「上司の支援」

が強化されたことが示唆された。(Ikegamiら, 2008)

管理監督者研修に積極的傾聴技法のプログラムを導入した際、研修時間を2時間30分とした場合の効果を、6ヶ月後にアンケート調査したところ、研修内容を覚えているとしてもものは81.4%、研修内容を実践していると答えたものは、49.7%だった。(Tatumiら,2010)

管理監督者にストレス低減を目的とした教育プログラムを実施した結果、ストレスマネジメントに関する管理監督者の知識、態度及び挙動にどのような影響を及ぼすかについて検討したところ、管理職の知識に好ましい影響が認められ、挙動は僅かに有益な効果が認められた。しかし、態度には有効な効果は認められなかった。(Nishiuchiら, 2007)

管理監督者に精神衛生教育を実施後、従業員の心理的苦悩と職務遂行能力における影響について、1/3以上の管理職が教育に参加した部署の所見と1/3以下の管理職が教育に参加した部署とを比較。

1/3以上の管理職が参加した部署の従業員は、1/3以下だった部署の従業員と比べて、幾分改善した。教育を受けた管理職では、精神衛生実践における知識、態度、行動に変化が見られた。また、企業の問題による医療関係機関への相談が減少した。(Tsutsumiら, 2005)

管理職に対して精神科医1人によるメンタルヘルス教育を目的とした個別面談を実施。実施の前後に日本版GHQ-12とアンケート実施管理職自身の精神的健康度とメンタルヘルスの重要性についての認識度を比較検討。

GHQ-12の得点により精神的健康度が低いとされた上司は、精神科医の個別面談後においてもメンタルヘルスの重要性についての認識が低かった。(Soedaら, 2006)

2. 睡眠教育プログラムの効果に関する研究

IT企業の従業員391人に対し、睡眠教育プログラムの前後で、睡眠の質、日中の眠気などに

ついて、質問票を使った調査を実施した。教育後教育後4週間目には、睡眠の質 (SPQI) が介入後、有意に改善。午後2時の眠気(KSS14)でも、介入後に有意に改善した。ただし、10時の眠気についてはむしろ悪化した。

(Kakinuma, 2005)

3. 過労うつ自殺の事例検討

1993年から2003年までに、我が国で発生した過労自殺とその経過と関連因子について、遺族の同意を得て、2名の認定精神科医が22例の過剰労働に関連した自殺例に関する保険会社および法医学報告書を検討した。その結果、女性は1例であり、男女の差が認められた。事故発生前、10例は非特異的な身体症状のため一般開業医を受診していたが、自殺防止に関しては有用な手段が取られていなかった。精神科医を訪れた症例はなく、労働ストレスに対処するためのメンタルヘルス教育を受けた症例は一例もなかった。(Amagasaら, 2005)

4. 精神科医療機関と企業の連携における課題についての研究

三重県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。医療機関対象に自記式アンケート調査を実施。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。精神障害に対する偏見が依然根深いことが明らかになった。(Usuiら, 2007)

5. 研究機関による調査報告書の要約

財団法人労務行政研究所と公益財団法人日本生産性本部は、全国証券市場の上場企業を対象に普及啓発ならびに、職場復帰に関する内容で大規模なアンケート調査を実施している。

①労働者とその家族に向けた普及啓発

財団法人労務行政研究所が、2010年4月上場企業3589社を対象に実施された調査では、管理監督者教育は全体の59.6%、管理職以

外については44.5%の企業が実施しており、半数以上の企業が、メンタルヘルス教育を実施していることが明らかになった。社内報やパンフレットによるPR活動が41.3%、家族向けの啓発は5.5%であった。また、精神疾患に対する偏見があるかとの質問には、「やや当てはまる」とした企業が30.8%、「どちらともいえない」が39.3%、「あまり当てはまらない」が24.7%、「全く当てはまらない」とした企業は4.5%であった。(有効回答247社)

②精神障害で休職した社員の復職

公益財団法人日本生産性本部が2009年に、上場企業2,237社を対象に実施した調査では、精神疾患からの復職できた社員がいると答えた企業は74.3%であり、そのうちの49.2%の企業が、復職プロセス問題が多いと回答している。また、逆に、復職プロセスに問題がないと答えた企業は、過去3年間で精神疾患に休職する社員が減少傾向にあると答えている割合が多く、復職プロセスなど制度的な枠組みが、精神疾患の増加傾向を抑えることに、なんらかの関係性をもっている可能性があることを報告書のなかで示唆している。(有効回答242社)

財団法人労務行政研究所が2010年に上場企業3,589社を対象に実施された調査では、過去に精神疾患で休職した社員がいると答えた企業は、92.7%であった。そのうち、完全復帰しているが20.3%、7～8割が22.0%、半分程度が25.1%であった。また、職場復帰のためのプログラムを設定している企業は58%であり、1,000人以上の規模では77%に上っていた。こちらの調査機関でも職場復帰プログラムと復職率をみており、半分以上復帰できたとする企業は、復職プログラム「あり」では80.0%、「なし」では67.8%。職場復帰が2割に満たない企業では、職場復帰プログラム「あり」が20.0%であったことから、やはり、復職には職場復帰プログラムが、ある程度効果あると述べている。(有効回答245社) また、今回の2機関の調査

報告では、雇用した労働者が精神疾患に罹患した場合に復職できているか、との質問はあるが、障害者雇用促進法によって、精神障害者を雇用しているかという問題やその実態については質問がなされていない。また、精神疾患の分類についても触れられてはない。

C. 考察

本研究では、精神障害の普及啓発に関する日本企業の現状とその効果に関する実態調査ならびに、文献レビューを行い、普及啓発と企業の受け入れはどこまで進んでいるのかを検証し、未解決の課題について整理することを目的とした。3年目となる22年度については、国内外の文献と2つの調査機関が実施した調査報告書を取り寄せて検討を行った。

その結果、企業における精神障害に関する普及啓発は、平成12年の労働省(当時)から示された「事業場における心の健康づくりのための指針」により、過労うつ自殺ならびに精神障害による労働災害の防止や労働ストレス対策として、メンタルヘルス教育という名の下に積極的に普及・推進されていく。「事業場における心の健康づくりのための指針」は、その後、平成18年に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」と改正され、その第一次予防として、メンタルヘルスケアの推進を目的とした教育研修と情報提供が盛り込まれたことから、さらに教育を強化する動きが広がっていったと考えられる。

企業における普及啓発の実際は、「労働者の心の健康保持増進のための指針」のなかの「ラインケアの推進」、つまりは、組織体制を活用し、組織を指揮する管理監督者への教育に重点が置かれていることがわかってきた。現在、実施されている管理監督者向け研修のカリキュラムは、精神衛生に関する基礎知識による部下の

精神的問題の早期発見と、職場のストレス軽減に管理職の精神的支援が寄与することを説明した米国国立労働安全衛生研究所 (NIOSH) 職業性ストレスモデルによる、管理職による部下への精神的支援のあり方が中心であり、それらの教育プログラムにおける有効性に関する研究がいくつか報告されている。

そのうち、管理監督者に積極傾聴法 (Active Listening) を習得させ、職場で実践することで、職場のストレスが軽減することが複数の研究から明らかになっている。(Ikegamiら, 2010) また、管理職自身の精神的健康度が低いと、メンタルヘルス教育の重要性の認識が低いという結果は、(Soedaら, 2006), 管理監督者への教育は、単に部下への対応方法を教えることに留まらず、管理監督者自身の精神的健康への洞察力を鍛える内容が重要であることが示されている。

また、1993年から2003年までに、我が国で発生した過労自殺22例の経過と関連因子についての研究で、22例のうち、労働ストレスに対処するためのメンタルヘルス教育を受けた症例は一例もなかったという報告から、企業における普及啓発の重要性が示されている。(Amagasaら, 2005)

次に、企業における精神障害の普及啓発の目的として重要な精神障害者の就労に関しては、研究機関における精神障害での休職と復職の実態によって明らかになってきている。そのなかで、精神障害の発症に特化した復職支援体制が徐々にではあるが整いつつある現状がある。財団法人労務行政研究所が2010年に上場企業3,589社を対象に実施された調査では、過去に精神疾患で休職した社員がいると答えた企業は、92.7%であり、そのうち、完全復帰しているが20.3%、7～8割が22.0%、半分程度が25.1%であったとしている。精神障害の疾患別内訳などは公表されていないが、休職者のすべてが完全復帰していると答えた企業が20.3%であるとする、企業においては、精神障害に

ついての一定の理解がされつつあることを示唆している。

ただし、この結果はあくまで、企業に正社員として就労していた労働者が、精神疾患を発症した場合の復職率であり、すでに精神障害を発症した人の就職や受け入れに関するものではない。精神障害に関する普及啓発の目的は、①精神疾患の正しい知識、②心の健康保持増進のための気づきと予防、③家族や地域、職場における正しい対応と共生社会の形成、④精神疾患における誤解とスティグマ (偏見) の解消と考えるならば、今後は、管理監督者だけでなく、一般の労働者へのメンタルヘルス教育と精神障害者の就職や医療機関との連携のあり方が課題となってくるのではないかと考えられる。

まとめ

企業における精神障害に関する普及啓発は、平成12年の「事業場における心の健康づくりのための指針」からはじまり、この10年間で多くの企業が労働ストレス対策を中心とした精神衛生教育を実施している。現在は、「ラインケア」つまりは、管理監督者に重点を置いた教育が中心となっているが、職場のストレス対策や精神疾患に罹患した労働者の復職率の向上などに、一定の効果をあげていると考えられた。

しかし、管理職自身の精神的健康度が教育効果に影響を及ぼすなど、教育方法やカリキュラムにはいくつかの課題も残されていることが明らかになった。

また、過労うつ自殺の事例からは、メンタルヘルス教育を受けた症例は、22事例の中で、1例もなかったとする報告を考えると、やはり、企業における精神障害の普及啓発は、管理監督者教育に留まらず、一般の労働者に向けて幅広く実施されることが求められる。

今後は、精神障害に関する誤解と偏見の解消のため、精神障害者の就職と医療機関との連携にも課題が残されている。

文献

- 1) 「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」厚生労働省 2004
- 2) 「精神医学研究連絡会報告 こころのバリアフリーを目指してー精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のためにー」日本学術会議 精神医学研究連絡委員会 2005
- 3) 「事業場における心の健康づくりのための指針」厚生労働省 2000
- 4) 「労働者の心の健康の保持増進のための指針」厚生労働省 2006
- 5) 川上憲人 他、厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」2010
- 6) Kawai Kaoru, Yamazaki Yoshihiko, Nakayama Kazuhiro. 職場の健康増進 日本のホワイトカラー労働者サンプルにおける心理的健康を促進するためのWebベースのストレス対策プログラムのプロセス評価 Industrial Health 2010; 48 (3): 265-274 2010
- 7) 巽あさみ,住吉健一,川口仁美,佐野雪子.短時間で進む積極的傾聴研修の効果 2時間30分で実施する管理監督者研修の検討 産業衛生学雑誌 2010;52(2):81-91
- 8) 池上和範,田原裕之,山田達治,真船浩介,廣尚典,永田頌史.製造事業場における管理監督者メンタルヘルス研修の効果 産業医科大学雑誌 2010;32(2):141-153
- 9) 池上和範,田川宜昌,真船浩介,廣尚典,永田頌史.積極的傾聴法を取り入れた管理監督者研修による効果 産業衛生学雑誌 2008;50(4):120-127
- 10) Nishiuchi Kyoko, Tsutsumi Akizumi, Takao Soshi, Mineyama Sachiko, Kawakami Norito. Journal of Occupational Health 2007;49(3): 190-198
- 11) Tsutsumi Akizumi, Takao Soshi, Mineyama Sachiko, Nishiuchi Kyoko, Komatsu Hirokazu, Kawakami Norito.職場における精神衛生向上のための管理者教育の影響 準実験的研究 Journal of Occupational Health 2005; 47(3): 226-235
- 12) 副田秀二,坂田由美,新開隆弘,中村純.管理監督者自身の精神健康度とメンタルヘルス教育に対する重要性の認識 2006:産業精神保健: 14(3):167-171
- 13) 柿沼充. 職域における睡眠教育の介入研究とその実践例 交通医学 2008;62(5-6):145-151
- 14) Amagasa Takashi, Nakayama Takeo, Takahashi Toshitomo.日本における過労自殺 労働関連自殺の22例の特徴 Journal of Occupational Health 2005;47(2):157-164
- 15) 臼井卓土,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 2007;71(2):177-181
- 16) 財団法人労務行政研究所 労政時報 別冊『新版 実践メンタルヘルス・マネジメント』
- 17) 公益財団法人日本生産性本部 メンタルヘルス研究所『産業人におけるメンタルヘルス白書』2010

表 1. 企業における精神疾患の普及啓発教育に関連する文献 (2005 年~2010 年)

著者・発表年	文献	内容	対象者	実施年	結果
Kawai et al. 2010	職場の健康増進 日本のホワイトカラー労働者サンプリングにおける心理的健康を促進するための Web ベースのストレス対策プログラムのプロセス評価	Web ベースのストレス対策プログラムのプロセス評価	168 人の従業員	2006 年	参加者が楽しみを感じ、ストレスに対処するための意思と自己効力感を増加させる場合、プログラムは有効だった。
Ikegami et al. 2010	製造事業場における管理監督者メンタルヘルス研修の効果	積極的傾聴を取り入れたメンタルヘルス研修プログラムの評価。従業員の職業性ストレス簡易調査票による調査と経年的な休職者数の変動を調査。	250 人の管理職と * * 人の従業員	2005 年~ 2007 年	全従業員のストレス反応と精神疾患での休職者が有意に減少した。
Tatumi et al. 2010	短時間で行う積極的傾聴研修の効果 2 時間 30 分で実施する管理監督者研修の検討	積極的傾聴を取り入れたメンタルヘルス研修を 2 時間 30 分で実施した場合の効果を検証	299 人の管理職	2007 年~ 2008 年	6 カ月後のアンケート(145 人)で研修内容を覚えていたものは 81.4%、研修内容を実践しているものは 49.7%だった。
Ikegami et al. 2008	積極的傾聴法を取り入れた管理監督者研修による効果	積極的傾聴を取り入れたメンタルヘルス研修プログラムの評価。研修 1 ヶ月後、受講者に積極的傾聴態度評価尺度 (ALAS)、意識行動変更に関する質問票、従業員には職業性ストレス調査 (BJSQ) を実施し、効果を検証。	124 人の管理職と 908 人の従業員	2006 年~ 2007 年	管理職は「傾聴の態度」「聴き方」に平均値の上昇を認め、「聴き方」は有意に上昇した。従業員は、「仕事の量的負担」「上司の支援」「同僚の支援」が有意に上昇した。

表1. 企業における精神疾患の普及啓発教育に関連する文献 (2005年~2010年)

著者・発表年	文献	内容	対象者	実施年	結果
Nishiuchi et al.2007	職場における管理者の知識、態度及び挙動に関するストレス低減のための教育プログラムの効果	ストレス低減のための教育プログラムは、ストレス管理に関する管理者の知識、態度及び挙動にどの程度の影響を及ぼすかを検討	46名の管理職	2002年	教育は管理者の知識に好ましい影響を与えることがわかった。挙動に関しては、治療効果は僅かに統計的に有意であった。一方、態度スコアに関しては、有益な効果は認められなかった。
Tsutsumi et al.2005	職場における精神衛生向上のための管理者教育の影響に関する実験的研究	管理監督者に精神衛生教育を実施後、従業員の心理的苦悩と職務遂行能力における影響について、1/3以上の管理職が教育に参加した部署の所見と1/3以下の管理職が教育に参加した部署とを比較	267人の管理職と864人の従業員	2003年	1/3以上の管理職が参加した部署の従業員は、1/3以下だった部署の従業員と比べて、幾分改善した。教育を受けた管理職では、精神衛生実践における知識、態度、行動に変化が見られた。また、職場の問題による医療関係機関への相談が減少した。
Soeda.et.al 2006	管理監督者自身の精神健康度とメンタルヘルス教育に対する重要性の認識	管理職に対して精神科医1人によるメンタルヘルス教育を目的とした個別面談を実施。実施の前後に日本版GHQ-12とアンケート実施 管理職自身の精神的健康度とメンタルヘルスの重要性についての認識度を比較検討。	76人の管理職	2001年~ 2005年	GHQ-12の得点により精神的健康度が低いとされた上司は、精神科医の個別面談後においてもメンタルヘルスの重要性についての認識が低かった。

表1. 企業における精神疾患の普及啓発教育に関連する文献 (2005年~2010年)

著者・発表年	文献	内容	対象者	実施年	結果
Kakinuma, 2005	職域における睡眠教育の介入研究とその実践例	睡眠教育プログラム(集団教育と質問票を2回記入)の効果	391人の従業員	不明	教育後4週間目には、睡眠の質(SPQI)が介入前6.10(SE0.17)に対して、介入後は5.72(0.18)と有意に改善。午後2時の眠気(KSS14)では、介入前4.89(SE0.16)から4.89(SE0.16)に有意に改善。ただし、10時の眠気については悪化した。
Amagasa et al.2005	日本における過労自殺 労働関連自殺の22例の特徴	過労自殺とその経過と関連因子を検討。遺族の同意を得て、2名の認定精神科医が22例の過剰労働に関連した自殺例に関する保険会社および法医学報告書を検討	労働関連自殺の22例	1993年~ 2003年	女性は1例。10例は非特異的な身体症状のため一般開業医を受診していたが、自殺防止に関しては有用な手段が取られていなかった。精神科医を訪れた症例はなく、労働ストレスに対処するためのメンタルヘルス教育を受けた症例は一例もなかった。
Usui et al 2007	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	三重県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。医療機関対象に自記式アンケート調査を実施	42の医療機関		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。精神障害に対する偏見が依然根深いことが明らかになった。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

- *保坂 隆：脳を鍛える1分間トレーニング。実業之日本社，東京，2010
- *保坂 隆：親で決まる！キレない子ども・デキる子どもの育て方。ソフトバンク親書，東京，2010
- *保坂 隆：毎日が笑顔になる「ひとり老後」の始め方。リュウブックス，東京，2010
- *保坂 隆：目の前の人の名前が思い出せない。アニモ出版，東京，2010
- *保坂 隆：老いを愉しむ言葉。朝日新書，東京，2010
- *保坂 隆：心の疲れがたまったときに読む本。大和書房，東京，2010
- *保坂 隆：ひとり老後は「友活」で決まる。KKベストセラーズ，東京，2010
- *保坂 隆：ストレスづきあいの上手な人，下手な人。角川新書，東京，2010
- *保坂 隆：打たれ強い人になる。中公新書ラクレ，東京，2010
- *保坂 隆：人間関係のストレスがゼロになる本。アニモ出版，東京，2011
- *保坂 隆：周囲の人はどう対応すればよいのか。福西勇夫（編著）「非定型うつ病」がわかる本。151-172，法研，東京，2010
- *保坂 隆：精神腫瘍学から見た乳がん患者の病態。園尾博司（監修）これからの乳癌診療2010-2011，金原出版，東京，154-158
- *保坂 隆：身体の病気にともなうところの障害。樋口輝彦，野村総一郎（編集）ところの医学事典266-273，2010
- *保坂 隆：リエゾン精神医学。日本医療・病院管理学会学術情報委員会（編集）日本医療・病院管理用語事典188，2011

- *西村伊三男，福居顯二，有機溶剤依存の基礎。脳とこころのプライマリ・ケア 依存。第8巻 福居顯二編。東京：シナジー，331-340，2011。
- *柴田敬祐，上村 宏，福居顯二，有機溶剤依存の臨床。脳とこころのプライマリ・ケア 依存。第8巻 福居顯二編。東京：シナジー，341-352，2011。

【論文】

- *保坂 隆：リエゾン精神医学。臨床リハビリテーション19(2):155-158,2010
- *保坂 隆：内科疾患における不安・抑うつ診方—悪性腫瘍性疾患。内科：105(2):235-238,2010
- *保坂 隆，後藤隆久，和田耕治，吉川 徹：勤務医の健康支援。産業医学ジャーナル33:4-8,2010
- *保坂 隆，和田耕治，吉川 徹，後藤隆久，中嶋義文，平井愛山，松島英介，赤穂理絵，木戸道子：総合病院での医師の働き方を支援する—日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動から—。総合病院精神医学22:14-19,2010
- *保坂 隆：グループ療法。がん患者ケア3:23-27,2010
- *保坂 隆：スポーツ精神医学の現状と課題。医学のあゆみ232:882-884,2010

- *保坂 隆:日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動から。医療経済研究 184: 30-32, 2010
- * Koji Wada, Toru Yoshikawa, Takahisa Goto, Aizan Hirai, Eisuke Matsushima, Yoshifumi Nakashima, Rie Akaho, Michiko Kido, Takashi Hosaka: National survey of the association of depressive symptoms with the number of off duty and oncall, and sleep hours among physicians working in Japanese hospitals: a cross sectional study. BMC Public Health 2010, 10:127
- *保坂 隆: 職場におけるがん患者。精神科17: 79-81, 2010
- *保坂 隆: 精神腫瘍学からみた乳がん患者の病態。園尾博司(監修) これからの乳癌診療, 154-158, 2010
- *保坂 隆: スポーツ精神医学への期待。スポーツ精神医学7: 8-12, 2010
- *Masashi Kato, Yasuhiro Kishi, Toru Okuyama, Paula T. Trzepacz, Takashi Hosaka: Japanese Version of the Delirium Rating Scale, Revised-98 (DRS-R98-J): Reliability and Validity. Psychosomatics 2010: 51:425-431
- *保坂 隆: 循環器病とうつ病。ドクターサロン54(12): 915-919, 2010
- *和田耕治, 吉川徹, 後藤隆久, 平井愛山, 松島英介, 中嶋義文, 赤穂理絵, 木戸道子, 保坂 隆. わが国の勤務医の喫煙、飲酒、運動、食事の習慣の現状. 日本医師会雑誌 139(9), 1894-1899.
- *保坂 隆: 保健師への期待と課題。保健師ジャーナル 67: 64-67, 2011
- *保坂 隆: こころの安全週間—普及啓発は自殺予防に有効か? 保健師ジャーナル 67: 164-167, 2011
- *保坂 隆: がん患者のうつや不安の背景にあるもの。精神科18: 67-69, 2011
- *保坂 隆: 医療従事者のストレスマネジメントの方法. 特集 医療従事者の心のケア。ペインクリニック 32(2):201-207 2011

- *西村伊三男, 福居顯二. 薬物治療. 特集 アルコール使用障害—どのようにして治療するか アルコール使用障害の病態と治療. カレントセラピー28(2): 126-131, 2010.
- *中前 貴, 福居顯二. 内科医が知っておきたいうつ病診療 <診断>症状からみたうつ病の分類と考え方(大うつ病、双極性障害、小うつ病、気分変調症、抑うつを伴う適応障害、正常の抑うつ) Mebio 27(4): 26-29, 2010.
- *Matsumoto R, Ichise M, Ito H, Ando T, Takahashi H, Ikoma Y, Kosaka J, Arakawa R, Fujimura Y, Ota M, Takano A, Fukui K, Nakayama K, Suhara T. Reduced serotonin transporter binding in the insular cortex in patients with obsessive-compulsive disorder: a [11C] DASB PET study. Neuroimage. Jan 1 49(1):121-6. 2010.
- *Choi H, Yamashita T, Wada Y, Narumoto J, Nanri H, Fujimori A, Yamamoto H, Nishizawa S, Masaki D, Fukui K. Factors associated with postpartum

- depression and abusive behavior in mothers with infants. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. April 64(2):120-127. 2010.
- * Hatano Y, Tsuda M, Maebayashi Y, Narumoto J, Fukui K. Progressive isolated amnesia: A 9-year neuropsychological study with magnetic resonance imaging and single photon emission computed tomography date. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 64(3):336-337. 2010.
 - * Matsuoka T, Narumoto J, Shibata K, Okamura A, Nakamura K, Nakamae T, Yamada K, Nishimura T, Fukui K. Neural correlates of performance on the different scoring systems of the clock drawing test . *Neuroscience Letters* 487:421-425.2011.
 - * 松岡照之, 福居顯二. アルコール・薬物関連障害の病態と診断. *医学のあゆみ* 233(12) : 1131-1135, 2010.
 - * 水原祐起, 土田英人, 福居顯二. 吸入剤. 吸入剤. II 薬物依存症の臨床各論—最新動向—. *日本臨床* 68(8) : 1494-1497, 2010.
 - * Matsuoka T, Narumoto J, Shibata K, Okamura A, Nakamura K, Okuyama C, Nishimura T, Fukui K. Insular hypoperfusion correlates with the severity of delusions in individuals with Alzheimer' s disease. *Dementia* 29:287-293, 2010.
 - * Hatano Y, Yamada M, Fukui K. Shades of Truth: Cultural and psychological Factors Affecting Communication in Pediatric Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (2):491-495,2011.
- * 松島英介 : がん患者の精神医学的問題. 今日の治療指針 (山口 徹、北原光夫、福井次矢総編集). 医学書院, 東京, pp.819-820, 2010.
 - * 織田健司、松島英介 : 緩和医療・サイコオンコロジー. *精神科* 16(2): 93-100, 2010.
 - * 松島英介 : がん患者と家族の心のケア—疼痛との関係を中心にして. 緩和医療 痛みからの理解から心のケアまで. 東京大学出版会, 東京, pp.165-190, 2010.
 - * 松島英介 : がん患者のところに目を向ける. 現代のエスプリ517 がん患者のところに (松島英介編集). ぎょうせい, 東京, pp.5-20, 2010.
 - * 木村元紀、松島英介 : がん患者における不眠. *臨床精神薬理* 13(7): 1313-1321, 2010.
 - * 小林未果、松島英介 : がん患者にみられる心理的問題と臨床経過における変化. *臨床精神医学* 39(7): 871-876, 2010.
 - * 松島英介 : 終末期. 専門医のための精神科臨床リュミエール24 サイコオンコロジー (大西秀樹編集). 中山書店, 東京, pp.86-98, 2010.
 - * 松島英介 : 低活動型せん妄. *総合病院精神医学* 22(1): 65-71, 2010.
 - * 保坂 隆、和田耕治、吉川 徹、後藤隆久、中嶋義文、平井愛山、松島英介、赤穂理絵、木戸道子 : 日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動から. *総合病院精神医学* 22(1): 14-19, 2010.

- *松島英介：過敏性腸症候群と精神疾患。新薬と臨床 59(11): 70-80, 2010.
- *太田克也、松島英介：物質（アルコール、薬物）関連障害。人体の構造と機能からみた病態生理ビジュアルマップ4（佐藤千史、井上智子編）。医学書院，東京，pp.173-179, 2010.
- *松島英介：術後に発症し、見逃されていたうつ病にミルナシプランが奏効した1例。うつ病薬物治療のエクセレンス（上島国利編）。アルタ出版，東京， pp.142-143, 2010
- *保坂 隆、和田耕治、吉川 徹、後藤隆久、中嶋義文、平井愛山、松島英介、赤穂理絵、木戸道子。日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動から。総合病院精神医学会雑誌 22:14-19,2010.
- *Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T: National survey of the association of depressive symptoms with the number of off-duties and on-call, and sleeping hours among physicians working at hospitals in Japan. BMC Public Health 10:127, 2010.
- *Terauchi M, Obayashi S, Akiyoshi M, Kato K, Matsushima E, Kubota T. Insomnia in Japanese peri- and postmenopausal women. Climacteric 13: 479-486, 2010.
- *Terauchi M, Obayashi S, Akiyoshi M, Kato K, Matsushima E, Kubota T. Effects of oral estrogen and hypnotics on Japanese peri- and postmenopausal women with sleep disturbance. J Obstet Gynaecol Res
- *金井智恵子、長堀正和、松島英介：過敏性腸症候群と心理特性、生活スタイルおよびQOLとの関係。臨床精神医学 39(6): 829-837, 2010.
- *Kanai C, Iwanami A, Ota H, Yamasue H, Matsushima E, Yokoi H, Shinohara K, Kato N. Clinical characteristics of adults with Asperger's Syndrome assessed with self-report questionnaires. Research in Autism Spectrum Disorders 5: 185-190, 2010.
- *山下 礼、金井智恵子、長堀正和、土屋輝一郎、松島英介：過敏性腸症候群を伴ううつ状態の女性患者にフルボキサミンが奏効した3症例。新薬と臨床 59(8): 1400-1405, 2010.
- *Sasai T., Inoue Y., Komada Y., Nomura T., Matsuura M., Matsushima E.: Effects of insomnia and sleep medication on health-related quality of life. Sleep Med. 11. 452-7. 2010
- *Sasai T., Inoue Y., Matsuo A., Matsuura M., Matsushima E : Changes in respiratory disorder parameters during the night in OSA. Respirology. in press
- *松下年子、松島英介、野口 海、小林未果、松田彩子：がん患者の心の支えと相談行為の実際—がん患者およびサバイバーを対象としたインターネット調査より—。総合病院精神医学 22(1): 35-43, 2010.
- *和田耕治、吉川 徹、後藤隆久、平井愛山、松島英介、中嶋義文、赤穂理絵、木戸

道子、保坂 隆：わが国の勤務医の喫煙、飲酒、運動、食事の習慣の現状。日本医師会雑誌139(9)：1894-1899, 2010.

*松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介：がん患者が受けた心のケア・サポート：インターネットによる実態調査。総合病院精神医学 22(2)：142-152, 2010.

*天保英明：精神科から見た心療内科における医療心理士の特異性。心療内科 12(3)：152-157, 2008

*天保英明、大久保百恵：ストレスと精神疾患。心療内科 13(1), 2009

*玄東亜、天保英明：うつ病診療最前線：特殊な治療法 電気痙攣療法・光療法・経頭蓋磁気刺激療法。治療 91(8) 2073-2077 2009

【その他】

*HP：<http://hosaka-liaison.jp/>

IV. 研究成果の刊行物・別刷

こころの安全パトロール隊員養成講座

聖路加国際病院精神腫瘍科，聖路加看護大学大学院臨床教授
保坂 隆

はじめに

N県O町は観光、花・果物などの物産だけでなく、市民の庭先を観光客に開放するなど、新しい視点を取り入れて観光客誘致に積極的な町の1つです。この町の町長や行政との話し合いで、「こころの安全パトロール隊員養成講座」という介入に対してご協力をいただきました。1万2000人の住民すべてに届くのが理想的なのですが、小さな町であっても現実的な話ではありません。そこで、とくに精神的な健康面について、周囲にいる100人の人に関しては届くだろう(1/100理論)と考え、120名のみなさんに参加していただき、自分だけでなく、周囲の人の心身の健康に目を配る役割とその知識や技術を習得する目的で「こころの安全パトロール隊員養成講座」を開催しました。

この講座の時間とテーマは次のとおりです。

- ①レッスン1(2時間半)：うつ病
- ②レッスン2(2時間半)：認知症
- ③レッスン3(1時間半)：統合失調症

合計6時間半で構成されています。また講座の方法は、講義とロールプレイです。参加者にはテキストを無料で配布しました。調査に関しては、まず参加者には、最初と最後に精神障害についての知識を問う質問票への記入をお願いしました。また各レッスン終了後には、各レ

ッスン内容の理解度について調べるため、VAS (Visual Analogue Scale)による評価票への記入をお願いしました。

こころの安全パトロール隊員養成講座の結果

講座の参加者は男性が39名、女性が93名の合計132名でした。精神障害に関する知識を問う質問票の平均点は、14.88点から17.64点(20点満点)に有意($p < 0.01$)に上昇していました。

また、講座前後で3ケースについての病名当て調査に関しては、正解数は3問中で、受講前は1.77問であったのが、受講後は2.50問で、有意($p < 0.01$)に増加していました。

この2つの結果から、講座を受講することによって、知識レベルでは効果があることがわかります。

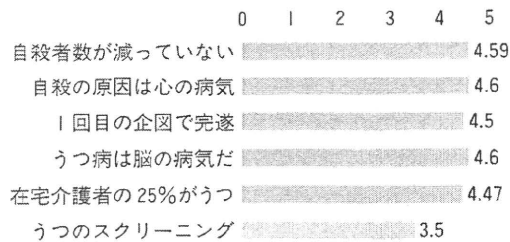
次に、それぞれのレッスン内容の理解度についてのVASによる評価票の検討をしてみます。VASで5点を満点としたときの相対的な理解度を見てみましょう。

●うつ病

まず、レッスン1のうつ病についてですが、

- ①日本では自殺者が減っていないこと
- ②自殺の原因として、心の病気が多いこと

図1 第1レッスンの評価



- ③1回目の自殺企図で亡くなることが多いこと
 ④うつ病は脳の中の病気だということ
 ⑤在宅介護者の4人に1人がうつ状態だということ

などの質問に対して、4.47~4.7点と、ほとんどが4.5点前後(満点5点)で、かなり高得点を獲得しています(図1)。しかし一方、「周囲の者を対象にして、うつ病のスクリーニングができるか?」という質問に対しては3.5点と、明らかに他の項目に比べると低値を示していました。

●認知症

次に、レッスン2の認知症については、

- ①認知症には2つのタイプがあること
 ②認知症の2つのタイプの差異
 ③せん妄と認知症は違うこと
 ④5つの品物テストについて

などの質問に対して4.3~4.7点と、ほとんどが4.5点前後とかなり高得点を獲得していました(図2)。しかし、「周囲の者を対象にして、認知症のスクリーニングができるか?」という質問に対しては、3.9点と明らかに他の項目に比べると低値を示していました。

●統合失調症

最後に、レッスン3の統合失調症その他については、

- ①不眠症は4人に1人であること
 ②寝酒よりも睡眠導入剤で眠るほうが安全だ
 ③統合失調症が以前は「精神分裂病」と言われ

図2 第2レッスンの評価

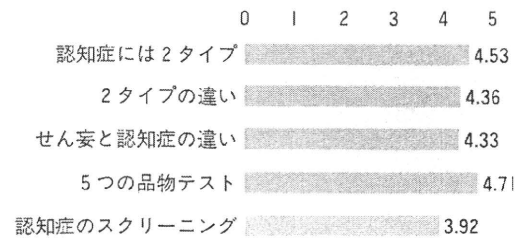
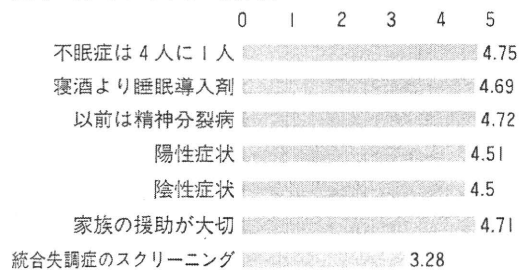


図3 第3レッスンの評価



ていたこと

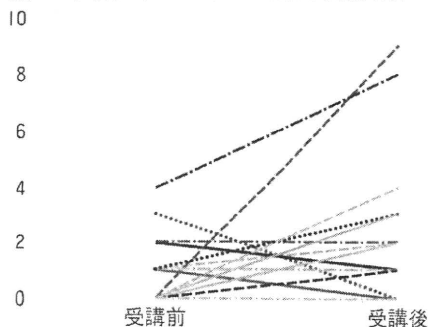
- ④統合失調症の幻覚や妄想は「陽性症状」であること
 ⑤統合失調症の「陰性症状」とは無為・自閉・引きこもりであること
 ⑥統合失調症の治療には、家族の援助が有益なこと

などの質問に対して4.5~4.7点と、ほとんどが4.5点以上とかなり高得点を獲得していました(図3)。しかし、「周囲の者を対象にして、統合失調症のスクリーニングができるか?」という質問に対しては、3.28点と明らかに他の項目に比べると低値を示しました。

●受診援助者数

さらに、講座の中長期的な評価として、周囲の人に対して、医療機関での受診を勧めた数(受診援助者数)を調べました。講座を受講してから3か月後に、郵便で3か月間の受診援助者数を記入、返送してもらい、講座受講時に記してもらった受講前3か月間の受診援助者数とを

図4 受講前後の受診援助数の変化(件)



比較してみました。前後データが揃ったものは95例であり、受講前の平均受診援助数は0.23件であったが、受講後には0.75件に有意に増加していました(図4)。

研究の考察

これら2つの結果から、講座を受講することによって短期的には効果があったことがわかりました。

さらに、講座の中長期的な評価として、受講前後の3か月間の受診援助者数を比較したところ、受講前の平均受診援助数は0.23件でしたが、受講後には0.75件に有意($p < 0.01$)に増加していました。これにより、平均件数でいえば、あるいは統計学的に言えば、「受講することには中長期的な効果がある」ということとなりますが、詳細な検討なしには楽観視はできないと思われます。これは、前後データが揃ったものは95例でしたが、講座前0件、すなわちそれまで受診援助などしたことがない者が81名とほとんどであったため、こんなところで詳細な検討が必要と考えられるからです。

この81名が受講してからどのように変わったのかを考察すると、講座後3か月間で25名は受診援助「あり」へと変わっていましたが、なんと56名(約7割)は依然として0件の

ままでした。非常におおざっぱな言い方をすれば、この「こころの安全パトロール隊員養成講座」は、約3割の受講者にしかインパクトがなかったことになるわけです。そしてそれは、受講時からすでに予測できていたことでもあります。それは、各レッスンごとにVASによる評価をしてもらってはいたが、知識については5点満点中で4.5点前後(ほぼ90%)とかなり高得点を得ているのに対して、「周囲の者を対象にして、スクリーニングができるか?」という質問に対しては、3.5~3.9点前後とほぼ70%程度に過ぎなかったことに表れています。

さらにこれは、3つのレッスン、すなわちうつ病・認知症・統合失調症のすべてで、ほぼ同程度の得点を示していました。言い換えれば、地域におけるこのような講座は、たとえばロールプレイなどを組み合わせた場合、知識の習得には効果的であったとしても、スクリーニング技術の習得には無理があったということになります。まったく精神保健について学んだことがない町民が対象だったからなのかもしれません。今後は、どのような講習会がスクリーニング技術の習得に効果的かどうかという、プログラム内容の検証が必要になってくると考えられます。

その後の経過

その後、同じような「こころの安全パトロール隊員養成講座」を和歌山県で、保健所の職員などを対象に開催しました。そして、同じように受講前後3か月間の受診援助者数をみると、長野県で行ったときには、受講前の平均受診援助数は0.23件が受講後には0.75件に有意に増加していましたが、同様に、和歌山県でも1.12件から2.11件へと有意に増加していました。やはり、対象が保健所の職員などだけにな

ると、受講前から受診援助者数が高いことがわかりますが、やはりそのような対象でも、講座後には有意に増加していることから、この講座の意義が再確認されたこととなります。

しかし、うつ病のスクリーニング技術の習得という点に関しては、保健所の職員などの場合でも、精神保健について学んだことがないN県の住民と同じように、十分な満足感は得られませんでした。具体的には、O町よりはやや高いものの、ほぼ70～80%程度に過ぎなかったのです。3つのレッスン、すなわち、うつ病・認知症・統合失調症のすべてで、ほぼ同程度の得点を示していたのです。つまり、対象が一般町民でも保健所の職員などでも、知識の向上も同程度に効果があるものの、スクリーニング技術の習得に関しては70%程度と低かったこととなります。

このことに関して、別の県で参加者と話してみると、スクリーニングではなく「うつ病の診断」ができなければいけないと思っているためであることがわかりました。しかし、このような講座で求められているのは、あくまでもスクリーニングだけ、つまり「うつ病かもしれない」とピックアップすることだけだという理解が事前に共有されていなかったことが問題だったのです。

診断はやはり専門医がするものですから、自分たちの課題や要求水準をもう少し低くしても、社会や地域における役割・意義のようなも

のは十分にあると思います。

さて、今回はまったく話題が変わって、産業メンタルヘルスについての話をします。最近になって、保健師さんの職場の大きなフィールドとして企業の保健室が加わってきました。そのなかでも、メンタルの問題がとて大きくなってきているからです。

労災申請される数や、実際に認定された精神障害は増加しつづけ、ついには大手広告会社の社員が過労自殺したケースの最高裁の判決として、会社側の安全配慮義務が問われるようになりました。企業にとっては産業メンタルヘルス対策が急務になってきたのです。次回も、また、最先端の話となります。

●文献

- 1) 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)研究報告書「精神障害の普及啓発に関する研究」(研究代表者:保坂隆)
- 2) <http://hosaka-liaison.jp/>

保坂 隆(ほさか・たかし)

1952年山梨県生まれ。1977年慶應義塾大学医学部卒業、同精神神経科学入局。1990～92年UCLA精神科留学を経て、1993年東海大学医学部精神科学講師、2000年助教授、2003年同教授。2010年退職後、同非常勤教授、京都府立医大客員教授、聖路加看護大学大学院臨床教授、聖路加国際病院精神腫瘍医として勤務。趣味はスポーツ全般(日本体育協会認定スポーツ医)とさまざまなリエゾン活動。現在は「がん患者の心のケアの均てん化を目指して」をスローガンに全国で講演活動もしている。

■聖路加国際病院精神腫瘍科

〒104-8560 東京都中央区明石町9-1

NURSING BOOK INFORMATION

医学書院

臨床の詩学

春日武彦

●四六変型 頁336 2011年
定価1,890円(本体1,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01334-5]

患者が何気なく洩らした言葉、医療者が捨て鉢につぶやいた言葉が、行き詰まった事態をざろりと動かすことがある。現場で働く者なら誰でも知っているそんな《臨床の奇跡》を、手練れの精神科医が祈りを込めて書き留める。医療者を深いところで励ます、意外で、突飛で、切実な言葉のコレクション。

