

II. 分担研究報告書

労働者のメンタルヘルス不調の予防と
早期支援・介入への取り組みとしての事業者向け教育資料の作成

研究代表者 横山 和仁 順天堂大学医学部 教授

研究要旨

本研究の目的は、昨年度までに取り組んできた労働者のメンタルヘルス不調を早期に支援・介入する有効な具体策を明らかにし、さらに教育用資料の内容、形態の検討に基づき事業者向けの資料作成に向け検討を行うことである。

今年度は、昨年度までに実施した企業におけるメンタルヘルスケアの実態とグッドプラクティスを含む具体的な事例を把握するための産業医および産業保健スタッフ、労働者を対象とした郵送法による自記式質問紙調査の分析を行った結果を基に研究班会議などで議論し事業者向け教育資料（原案）を作成し関係各者から意見を集めた。

意見収集（質問紙）の対象は、研究代表者、研究分担者および研究協力者を通じて各関係者に依頼した。本研究の協力が得られた回答者は、人事・労務担当者2名、産業看護職2名、産業医2名、管理職1名、心理看護系研究者1名、EAP機関代表1名（本人および数名の意見をまとめた回答）であった。

回答者からの資料の必要性についてのコメントは「事業者には未だメンタルヘルスに対する無理解が存在するから」、「参考になる」や「このような取り組みは非常に重要である」といった意見があった。全体として重要で大切な内容が取り上げられていた。参考になる。たいへん興味深い内容が記載されていた。ある程度メンタルヘルスに関心を抱き取り組んでいる事業者であれば大いに役立つ情報が多く提供されていた。などの肯定的な意見も多くみられたが、内容的に専門的で難しい、量的に多いのではといった意見があった。また、対象読者の会社組織の規模、体制や地域の医療状況などにまで言及する意見も認められた。

昨年度までの研究結果に基づき、研究班会議で議論を重ね「事業者向け教育資料」の原案を関係者を通じて広く意見を求めたところ、資料作成に対してはおおむね肯定的であった。しかし、同時に多くの検討すべき点が指摘された。今後これらの点と本研究班で作成する各種資料とも調整しながらさらなる改訂を行う必要性が認められた。

<研究協力者>

山崎 喜比古

東京大学大学院医学系研究科

益子 友恵

東京大学大学院医学系研究科

山崎 友丈

株式会社マインメンタルヘルス研究所

岡田元宏

三重大学大学院医学系研究科

中川雅紀

三重大学大学院医学系研究科

北村 文彦

順天堂大学医学部

池田 若葉

順天堂大学医学部

鈴木 麻揚

西武文理大学

大久保 豪

A. 本研究の目的

平成18年3月公示の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、事業者が講ずるように努めるべきメンタルヘルスケアが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。報道等で既に広く知られているように、わが国の自殺者数が1998年以降3万人を超えた状態が続いている。その内の被雇用者の数も年々増加の一途をたどり、2009年では9千人を超えている。この背景にはうつ病を初めとする精神疾患の存在が指摘されている。さらに、労働者健康状況調査によると1997年には、強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合が6割に達し、現在も6割前後で推移している。最近のOkumuraらの研究¹⁾によれば、わが国のうつ病による経済損失は年間1兆2900億円であり、その内85%は自殺や労働生産性の低下である。また、我々が本年度担当した平成22年度障害者総合福祉推進事業²⁾によれば、わが国の精神疾患の社会的コストは年間11兆円にのぼり、その半分以上は生産性の低下によると推定された。

このような状況への対策として、2006年3月公示の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、事業者が講ずるように努めるべきメンタルヘルスケアが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。また、メンタルヘルス不調により休職に至った労働者の復調後の復職に向けた事業者が行う復職支援を示した「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が2004年10月に厚

生労働省から発表されている（2009年3月改訂）。一方、国の新成長戦略（2010年6月18日閣議決定）の中では、2020年までの目標として「労働災害件数3割減」、「受動喫煙の無い職場の実現」と共に「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%」を挙げている。従って、労働者のメンタルヘルス不調を予防し、かつ早期に支援・介入するための、事業所内外の関係者が連携した包括的な枠組みを作り上げる必要がある。

一方、最近では、臨床精神医学領域において、精神障害に対する早期支援・治療の重要性が強調されている。従って、労働者のメンタルヘルス不調を予防し、かつ早期に支援・介入するための、事業所内外の関係者が連携した包括的な枠組みを作り上げる必要がある。

そこで本年度では3年計画の最終年度として、平成21年度までの研究結果を踏まえ事業者向けの教材原案を作成し、教育資料作成のための研究分担者、協力者およびその関係者の意見を集めた。

B. 方法

1. 教育資料案の作成

昨年度までの産業医・産業保健スタッフ対象の調査および労働者本人を対象とした調査結果³⁾ および研究会議での議論を基に教育用資料「事業者のためのメンタルヘルス資料 ー不調予防と早期支援・介入についてー」（原案、資料1）を作成した。

2. 意見収集

2010年12月～2011年1月に研究代表者、研究分担者と研究協力者およびその関係者に教育資料と自由記載形式のアンケートを郵送し、2011年1月に回収を行った。

3. 調査項目（資料2）

調査項目は、調査協力者の属性（職種、

業種、従業員数)と教育資料への自由記述形式の意見である。

C. 結果

回答者の内訳

本研究の協力が得られた回答者は、人事・労務担当者2名、産業看護職2名、産業医2名、管理職1名、心理看護系研究者1名、EAP機関代表1名(本人および数名の意見をまとめた回答)であった。

事業者向け教育資料の必要性

回答者からの資料の必要性についてのコメントは「事業者には未だメンタルヘルスに対する無理解が存在するから」、「参考になる」や「このような取り組みは非常に重要である」といった意見があった。

章別の意見・感想

体裁や修正以外のものを各章ごとに挙げていく。

1) 「うつ病について」

簡潔にわかりやすくする必要がある。表1は重要であるがわかりやすくする工夫が必要である。もう少し詳しくといった内容の記載もあった。また、あとの「付記」との兼ね合わせで混乱を招く可能性についての言及もされていた。

2) 「労働者への調査より」

表2に関連して、要因が単独だけでなく複合的に影響していることもあるのでそのことに留意する。調子を崩した労働者だけでなく健康な労働者を対象とした調査も行い分析した方が良かったのではないかといった意見があった。また、表3に関連してこの内容を端的に強調した方が良い。などの意見が挙げられたいた。

3) 「働きやすい、相談しやすい職場環境の整備」

全体的に長くなり、読みづらいとの指摘や標題をつけて分ける提案があった。表4に対してもわかりづらく見やすくまとめるべきとの指摘があった。「労働者の心の健康保持増進のための指針」から4つのケアについて少し触れた件について、もっと詳しく説明する方が良い、あるいはもう少し具体例や策の明示を求める意見があった。ストレス対処能力のとしてSOC (Sense of Coherence)を紹介に対しては肯定的な意見が認められた。しかし、やや難しいといったものや活用の紹介などを求める意見も出されたいた。

4) 「休職者へ対応体制構築・周知」

「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」で引用できるものは引用したり、図化するなど工夫、先の「労働者への調査より」の内容を生かしてみてはという提案などがあった。

5) 付記「現在型抑うつ症候群について」

参考になったといった感想や付記で本テーマを取り上げたことへの肯定的な意見が認められた。一方で実際の問題としてのケース化した紹介といった提案や、量が多く専門的な語彙、説明が多くわかりづらいのではといった意見が出されたいた。

6) その他全体として

重要で大切な内容が取り上げられていた。参考になる。たいへん興味深い内容が記載されていた。ある程度メンタルヘルスに関心を抱き取り組んでいる事業者であれば大いに役立つ情報が多く提供されていた。などの肯定的な意見も多くみられたが、内容的に専門的で難しい、量的に多いのではといった意見があった。また、対象読者の会社組織の規模、体制や地域の医療状況などに言及する意見もあった。

D. 考察

回答者は9名（内1名は数件の意見を集約し提出）であった。これは調査時期や期間の短さが原因の1つであろうと考えられる。さらに事業者向けということで、全体的な意見にもあったように内容的に難しかった、量が多いといったことが実際に回答をもらえるかどうか影響していた。実際に依頼した資料を読んだ産業医や保健師等のスタッフや役員からよく理解できないなどの理由でうまくコメントできないと返事があり回答をもらえなかったといった声が調査依頼者から寄せられた。今回寄せられた回答者の立場は散らばっていた。寄せられた回答は単に「参考になった」や「いい取り組みです」といった意見ではなく、感想、肯定的な意見、否定的な意見や提案など多義にわたり、回答欄にぎっしり書きこまれたり、新たに別用紙にワープロ打ちされたものであった。これらのことより、実際に回答があった例だけでなく、回答がもらえなかった例など、実際は実に多くの関心があったのではないかと推測される。

今回多く指摘されていたことに、文章部分が多く、内容が難しいことがあった。工夫として言葉や用語の使い方を平易にし、文字間隔を空ける、イラストを入れるなどがあり、改訂においても大いに参考になる意見が出されていた。

うつ病について最初の徴候をまとめた表1が重要であることが指摘されていた。その他にもこの表についてのコメントや提案が出されていた。これは早期発見・早期介入において事業者にはもちろんのこと広く知らせる必要である情報と多くが認識していた。

心の不調を経験した労働者への調査結果に基づき、事業所へのニーズ（表3）や上司や事業者と管理スタッフにあればよかったと思うサポートについて（表4）示した。

これに対しても内容を見やすく強調して示す方がよいなど改善提案が出されていた。さらにもう少し踏み込み具体的な対処を求める意見や心の不調をきたさなかった労働者の調査との比較への言及という我々の研究結果からの限界に対する提案もあった。この項目も先のうつ病の初期徴候と共に重要である認識されている項目と言える。これ以外にストレス対処能力としてのSOCをしたが、最近注目されている概念であったがおおむね良好に受け入れられたいたので、事業者にも紹介しても大きな問題にはならないのであろう。

心の不調者への早期介入の一環として、労働者への調査より、本人が不安に思っていたことを基に「休職者への対応体制構築・周知」の項目を作成し、体制の周知が早期治療につながる可能性をメッセージとして記載したが、我々の意図した程に伝わらなかったようであった。改訂においては表現に工夫が必要と考えられた。

最終項目に「現在型抑うつ症候群について」を付記として加えた。研究分担者の岡田らのまとめた成果を基に記載した。内容は必要とされている事ではあるが、概念として確立されたものではないため、研究班会議でも議論し最後まで記載決定を迷った項目であった。寄せられた意見としては記載したことには概ね肯定的であった。しかし、今後の改訂への課題として内容の難しさの平易化や誤った解釈による弊害など問題も残される結果となった。

最後に全体として、本冊子の対象者が事業者であり、多くの情報を入れたいという思いと比較的短時間で目を通してもらうことを考えたため、記載や説明の量に対して賛否両方の意見が出される結果となった。また、早期介入を目的として、1次、2次予防を中心に考え、他の研究分担者の作成す

る読者対象者の異なる資料のと澄み分けを意識して作成したことも誤解を招いたかもしれない。これらを考慮しながら改訂を進めていく必要がある。

E. 結語

昨年度までの研究結果に基づき、研究班会議で議論を重ね「事業者向け教育資料」の原案を作成した(資料1)。関係者通じて広く意見を求めたところ、資料作成に対してはおおむね肯定的であった。しかし、同時に多くの検討すべき点が指摘された。今後これらの点と本研究班で作成する各種資料とも調整しながらさらなる改訂を行う必要性が認められた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

鈴木麻揚・谷伊織・大久保豪・池田若葉・横山和仁：労働者のメンタルヘルス不調事例にみられた最初の徴候と、当事者があればよかったと思った早期支援の内容，精神科治療学（印刷中）

2. 学会発表

- 1) Yokoyama, K., Hagi, N., Takamura, M., Urakawa, K.: Factors affecting duration of untreated psychosis in Japan. The 11th

International Congress of Behavioral Medicine, Washington, D.C., August 4-7

- 2) Suzuki, M., Okubo, S., Tani, I., Ikeda, W., Yokoyama, K., Kitamura, F.: Early symptoms of mental health problems in employees and their support needs. The 11th International Congress of Behavioral Medicine, Washington, D.C., August 4-7

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

I. 文献

- 1) Okumura Y, Higuchi T: Cost of depression among adults in Japan, The Primary Care Companion for CNS Disorders, (in press).
- 2) 学校法人順天堂:平成 22 年度障害者総合福祉福祉推進事業（精神疾患の社会的コストの推計），東京，学校法人順天堂，2011 年 3 月。
- 3) 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不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究，平成 21 年度総括・分担研究報告書（研究者代表者：横山和仁）

資料1 「事業者のためのメンタルヘルス資料 ―不調予防と早期支援・介入について―」
(原案、本文のみ)

はじめに

報道各種でご存知のように、わが国の自殺者数が平成10年以降3万人を超えた状態が続いています。その内の被雇用者の数も年々増加の一途をたどり、平成21年では9千人を超えています。その背景にはうつ病を初めとする精神疾患の存在が指摘されています。さらに、労働者健康状況調査によると平成9年には、強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合が6割に達し、現在も6割前後を推移しています。このような危機的状況により国としても新成長戦略（平成22年6月18日閣議決定）の中で2010年までの目標として「労働災害件数3割減」、「受動喫煙の無い職場の実現」と共に「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%」が挙げられています。

メンタルヘルス不調は本人や家族が精神的、社会経済的につらい思いをするだけでなく、採用と教育に時間と労力をかけた社員が十分なパフォーマンスを発揮できなくなります。さらに、周囲の社員の負担の増大とストレスといったように負の連鎖を引き起こさせかねない可能性を秘めています。これらのことは事業所として大きな損失につながることは想像がつくことと思います。

そこで、我々の研究班では厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）での調査・研究結果（労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究）を踏まえ、各種教育資料を作成しました。本冊子もその一冊であり、事業者の方々に読んでいただき、大切な社員の方々の心の健康保持・増進にお役立ていただけることを願っています。

うつ病について

抑うつ状態が長く続く状態（一般的には2週間以上）といわれます。しかし、うつ病にも原因別に身体性、内因性、心因性といわれる色々な種類が存在します。身体性うつ病は甲状腺機能低下やアルツハイマー型認知症等でみられるものです。内因性うつ病は典型的なうつといわれるもので、はっきりとした原因がなく発症することが多く、抗うつ剤に反応し、また自然に軽快することもあります。しかし、自殺にまで至ることがありますので、早期に適切に治療を行う方が良いでしょう。心因性うつ病は性格あるいは環境により引き起こされるものです。現実として、身体性以外は明確に分類することができないのが現状です。

うつ病の症状には、抑うつ気分、意欲の低下、集中力低下、睡眠障害などの自覚症状と、表情が暗い・変化が乏しい、反応が遅い、気分が不安定、酒量の増加などの周囲から観察できる症状があります。また、身体症状として、めまい、動悸、頭痛・頭重感、倦怠感、食欲低下などが認められることがあります。

表1に産業医、産業保健スタッフを対象に行った我々の調査結果より、典型例として回答された事例の最初の徴候と頻度を示します。欠勤とといったはっきりと目立つ状況や仕事能率の低下、おちこみといったよく注意して接していれば発見できる状態が認められます。これらを参考に早期に保健スタッフまたは専門家につなげることが大切です。

表1 最初の徴候 全198症例

徴候	症例数	全項目のうち占める割合(%)
欠勤	62	24.3
仕事能率の低下	33	12.9
不眠	23	9.0
体調不良	16	6.3
おちこみ	7	2.7
(6項目)うつ症状・脱力感・不安・自律神経症状・相談・休職	6	2.4
(3項目)発作・イライラ・業務上の問題(ミスなど)	5	2.0
(6項目)泣く・倦怠感・遅刻・身体症状・元気がない	4	1.6
食欲不振	4	1.6
動悸	3	1.2
(5項目)意欲低下・カゼ症状・様子がおかしい・頭痛・情緒不安定	2	0.8
(5項目)体重減少・仕事量削減希望・交通事故・自信喪失・妄想	1	0.4

労働者への調査より

今回の我々の調査において、実際にメンタルヘルス不調を経験した労働者へのアンケートを行いましたので結果の一部を紹介します。表2は不調時にご本人が困った事柄を挙げてもらっています。表3は同じく不調時に事業所に対して期待している項目です。半数近くが職場内に相談相手がいなくて困り、希望にも相談しやすい環境を挙げています。業務時間の短縮、休暇の取得が行えなかった。人間関係に問題に困った。などが挙げられ、それに対応するように業務量や質の見直し、人事担当者による対人関係の問題把握を期待していました。退職することによる経済的な不安、復職への不安、復職後の扱いに対する不安があり、希望として退職中や復職後の体制が挙げられました。それ以外にまさか自分が「うつ病」になるとは思っていなかった。あるいは知識がなくて対応が取れなかった。といった経験があり、メンタルヘルスについての知識を学ぶ機会も期待されていました。

表2 こころの不調時に特に困ったこと (労働者への調査) (総数99名)

	人数	%
職場内に相談相手なし	45	45%
職場の人間関係の問題	43	43%
職場復帰時期への不安	38	38%
自分自身の不調に気付かなかった	37	37%
勤務時間を短縮できなかった	35	35%
休暇なし	30	30%
上司が目を配ってくれなかった	25	25%
同僚からの助けなし	22	22%
職場内の偏見	22	22%
復帰後に不利益を受ける恐れ	17	17%
復帰後に実際に不利益を受けた	12	12%
家族の助けなし	10	10%
配置換えをしてもらえなかった	10	10%
職場外に相談相手なし	10	10%
プライバシーの保全が悪かった	9	9%
退職後のリハビリ出勤なし	7	7%
休業中の経済的保証なし	7	7%
その他	18	18%

表3 勤務している事業所へのニーズ (総数99名) (労働者への調査)

	人数	%
相談しやすい職場環境の整備	47	47%
業務量や質の見直し	36	36%
復職後の人事考課に関する取り決めで不利益がないこと	35	35%
人事担当者による事業場内の対人関係の問題把握	30	30%
偏見をなくす取り組み	25	25%
上司や人事部との相談の機会	25	25%
メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保	21	21%
長期休業者対応マニュアルの作成と運用	21	21%
プライバシーの保全	20	20%
配置換えによる対応	19	19%
産業保健管理スタッフとの相談機会	18	18%
医療機関の指示を会社が守ること	18	18%
産業医などとの相談結果が職場環境に反映されること	17	17%
自宅療養のための配慮	17	17%
休暇中の経済的保証	16	16%
勤務時間に対する配慮	16	16%
医療機関への受診勧奨	13	13%
同僚や先輩との交流機会の増加	12	12%
医療機関の紹介	12	12%
メンタルヘルスチェック	9	9%
業務知識や技能向上のための研修	7	7%
その他	15	15%
特にない	7	7%

働きやすい、相談しやすい職場環境の整備

先の労働者への調査結果で示したように、相談しやすい職場環境の整備が一番多く求められていました。また、同じくメンタルヘルス不調を経験した労働者への調査の結果（表4）で、あればよかったと思うサポートとして、調子を崩す前の予防的段階で

は、管理者には基本的態度（人として大切にされる）、適正配置、相談窓口、疾患の知識および疾患と業務量との関係であり、上司には基本的態度、仕事の説明、相談窓口、疾患の知識および疾患と業務量との関係、業務分担するあるいはできる体制が挙げられていました。本人は気付いて

いないが既に行動として発症が出現している段階では、管理者には調査（残業の把握、残業の多い社員に体調不良者はいないか）、適正配置が、上司には業務状態の把握、あえて元気であることを求めない声かけ、業務のフォロー、相談にのる姿勢、部下の変化への気付きが挙げられていました。本人が既に不調に気付いている段階では、管理者へは調査（適正と人間関係）、適正配置が、上司には部下の状態の受け入れとそれに対する実際の対応が挙げられていました。

事業者が講ずるように努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置として原則的な実施方法として平成18年3月31日に厚生労働省より「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/101004-3.html>）が出されていますので参考にしてください。その中に記載されている4つのケア（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）は調査結果でも労働者が不調時に困っていたことや事業所に望むことにまさに当てはまっています。セルフケア、ラインによるケアの促進においては、各種教育機会や情報の提供が必要であることは言うまでもないことでしょう。

では、働きやすい、相談しやすい職場環境とはどのようなことなのでしょう。考え方、とらえ方は色々あるでしょうが、我々の研究班の調査結果からの考えの一つとして、表4の結果の予防的段階で取り上げた項目があるのでは

表4 労働者の希望する上司、管理者の各立場における早期介入・支援

	上司	管理者
予防的段階	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的態度(人として大事にされる、責任ある立場の人が責任を取る姿勢) ・仕事の説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・適正配置(適性、業務量、マンパワー、残業、人間関係) ・相談窓口 ・疾患の知識、疾患と業務量の関係
本人がまだ不調に気付いていない状態(急に作業能力が落ちる、休みをとる、遅刻をするなどがみられることがある)	<ul style="list-style-type: none"> ・業務を分担する、できる体制 	
本人が不調に気付いた状態	<ul style="list-style-type: none"> ・業務状態の把握 ・声かけ(「元気」であることを求めない声かけ) ・物理的サポート、業務のフォロー ・相談にのる姿勢 ・気付き 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査(残業の把握ー残業の多い人に体調、気分の悪い人はいないか) ・適正配置
	<ul style="list-style-type: none"> ・声かけ ・受容 ・対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査(適性と人間関係) ・適正配置

ないでしょうか。これらはメンタル不調を経験した労働者の声から抽出した項目です。これらと、先に紹介しました「労働者の心の健康の保持増進のための指針」といった枠組みと組み合わせながら社風に合わせとり組むのいかががで

しょうか。

次に最近注目されてきているメンタルヘルスに関連する概念を紹介しながら快適職場を考えてみましょう。そのひとつにソーシャル・キャピタルがあります。これは人やグループ間の信頼、規範、ネットワークといったものを指します。近年健康との関係が論じられています。もうひとつはストレス対処能力としての首尾一貫感覚 (Sense of Coherence, SOC) があります。これは①自分の内外で生じる環境刺激は秩序づけられ、予測と説明が可能なものであるという確信、②その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、③そうした要求は挑戦的であり、心身を投入しかかわるに値するという確信、からなります。職場のストレス度合いの例でよく用いられるカラセックのモデル (仕事の要求度と仕事の裁量度の指標バランス)、カラセックの拡大モデル (支援が指標として加わったもの) や努力-報酬不均等モデルを用いた研究結果で、高ストレイン (最もストレスが高い) 群においてSOCが高い人は低い人に比べて、ストレスを感じにくいため精神健康を保ちながら働けるという可能性が示されてきました。その理由として、SOCが高い人は仕事上の疲労感が少ない、バーンアウトを起こしにくい、職務満足感が高いなどの特徴が報告されており、このことによる直接的な効果が考えられます。さらに、周囲のサポートなど対処資源を動員する能力が高いということも考えられています。

それでは、SOCは職場環境によって変化しうるのでしょうか。30歳前後までは職場での経験や職場環境もSOC形成に強く影響し、その後も安定化するものの職場での経験で変化しうる可能性が残っているといわれています。職場における心理社会的要因、(本人の) 職場への影響力、職務(雇用)保障、組織風土、上司との関係性などが重要な要因と挙げられています。これらのことを言い換えると、「働きがいのある職場」とは、将来に不安を抱くことなく、安心して働けるだけでなく、「夢・目的」を共有できる組織であり、そのような組織がSOCを高めるといわれています。また、ソーシャル・キャピタルが豊かな組織といえるのかもしれませんが。このような手法を用いてハード、ソフトの両面から快適職場をとり組んで行くのが良いのかもしれませんが。

ただし、ソーシャル・キャピタルやSOCは質問紙やインタビューにより測定は可能ですが、これから様々な角度から検討が加えられるべきものです。例えばSOCを人事等の選別に用いた場合、SOC得点が高いということは、困難にやりがいを持って立ち向かっていく人である可能性と共に、興味のない事柄であればうまくかわしていくという人である可能性でもあるわけで、使用として正しい選択とは思われません。

SOC参考図書：山崎喜比古、戸ヶ里泰典、坂野純子編：ストレス対処能力SOC，
有信堂高文社，東京，2008.

休職者への対応体制構築・周知

先の労働者への調査結果で述べましたように、休職中の社員は経済的な不安、復職への不安、復職後の処遇への不安など多くの不安を抱かえて過ごしています。そこで、安心して治療に専念してもらうためにも、経済的な支援規程や労務・人事担当者および産業保健スタッフによる支援体制を整備し、広く知らせておく必要があります。さらに、復職の際の支援体制や規程も同様です。また、これらのことにより、社員が安心して働けるだけでなく、メンタル不調を感じた時に安心して医療機関に受診でき、さらに比較的早期に受診することにもつながります。

復職の支援については厚生労働省および中央労働災害防止協会から「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(http://www.jaish.gr.jp/information/mental/Return_all.pdf)が出されていますので、そちらを参考にしてください。

(付記)

現在多くの事業所において頭を悩ませているのは、古典的うつ病（メランコリー親和型うつ病）ではなく、現代型抑うつ症候群（いわゆる新型うつ病）についてではないでしょうか。現時点では全貌が明らかになっているわけでもなく、適切な対応の統一見解が存在している状態ではありません。しかし、我々の研究班のメンバーである岡田が三重県での調査を基にまとめていますので、その見解と今後の課題のまとめを抜粋し紹介します。「自殺対策から作成されたうつ病パンフレットはメランコリー親和型うつ病を想定し作成されたものであり、メランコリー親和型うつ病の啓発には大きな役割を果たしてきた。しかし、近年、増加傾向にある新しい抑うつ症候群（現代型抑うつ症候群）に対しては、むしろ悪影響を及ぼしている可能性さえ否定できない。抑うつ状態の存在を早期に発見し、適切な医療機関との連携を推進する方向性自体は重要ではある。しかし、その専門医療機関の精神科医が、現有の診断方法・治療法では、職場への適応性の再獲得が難しいと実感し苦悩している実情は、一般社会の認識とは大きな隔たりがある。

自殺対策から作成されたうつ病パンフレットの職域メンタルヘルスへの安易な導入は、うつ病が一定期間の休職・治療によって治る（治癒・完全寛解）疾病であると盲目的に信じ込ませている。一定期間の病気休職によって治ると信じている同僚と産業保健職員の労務負荷を強要する根拠となっているが、病気休職期間の延長と再休職の繰り返しは、最終的に同僚と産業保健職員疲弊を誘導し、周囲への二次的な抑うつ状態を誘発する可能性さえ否定できない。特に、非定型うつ病、発達障害では休職期間と再休職率に逆相関の関係が認められており、安易な休職の導入と休職期間の延長が、予後をさらに不良化している可能性もある。

精神医学的には、感情障害治療の大前提として、抑うつ症状の50%が改善(50%改善率)することが、主要な治療の指標となっているが、この50%改善率は日常生活能力の再獲得が可能な程度であり、職務遂行能力の再獲得には完全寛解が不可欠となる。即ち、現有の抗うつ薬は、職域メンタルヘルス分野における“現代型抑うつ症候群”に対しては、十分な治療手段となりえるか否かも十分に検証されていない治療法であることになる。現有の抗うつ薬の職域メンタルヘルスにおける有効性の再検証、そして新たな治療法開発には、かなりの時間を要する。即ち、現状の職域メンタルヘルスで最も急務な対応は、抑うつ状態を抱えるヒトと企業組織の共存を具体化する戦略ではないだろうか。」

回答用紙

お送りしました冊子『メンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入－事業者の方へ－（原案）』について、ご意見・ご感想をお聞かせ下さい。（ご意見・ご感想記入欄は裏面にあります。）

A. ご職業として該当するものに○をつけてください。

1. 経営者
2. 役員
3. 人事・労務担当者
4. 産業保健スタッフ（産業医（専属・嘱託）・産業看護職・その他（ ））
5. 精神科医（勤務医・開業医・大学勤務）
6. その他（ ）

B. 業種と従業員数

1. 業種（ ）
2. 従業員数（ ）人

C. 連絡先

（可能でしたらご記入戴ければ幸いです。後日またご意見をうかがうかもしれません。）

ご住所・ 電話番号 等	〒 TEL: e-mail:
お名前	

裏面に続く

D. 冊子『メンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入—事業者の方へ—(原案)』ついでのご意見・ご感想を自由にお書き下さい。
(冊子に直接ご記入のうえ、それを同封してご返送いただいても構いません)

ご協力ありがとうございました。

研究代表者:横山和仁(順天堂大学医学部衛生学講座)

研究協力者:北村文彦(順天堂大学医学部衛生学講座)

「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する研究」
グッドプラクティス事例（三重県教育委員会によるメンタルヘルスケアシステム）の分析
と検討

分担研究者 岡田元宏 三重大学大学院医学系研究科精神神経学 教授

研究要旨

グッドプラクティスの1事例として、三重県教育委員会のメンタルヘルスケアシステムを調査した。これまでの復職支援、メンタルヘルス対策で示されている工夫や知見の確実な実践が重要と思われた。復職のルールやプロセスの構造化と明確化、本人の主体性の確認、連携や情報の共有の重要性、組織として対応すること、将来像や生き方の見つけ直しの作業、十分な負荷をかけたところでの評価、などの必要性が確認された。

<研究協力者>

中川雅紀

三重大学大学院医学系研究科

濱口達也

三重大学大学院医学系研究科

を今後の有効なメンタルヘルス対策の一助とすることを、本研究の目的とした。

B. 研究の対象および方法

三重県教育委員会事務局より、手引き等の資料を収集し、事務局の職員からインタビューを行った。

A. 研究目的

近年、全国的にメンタルヘルス休職者が増加しており、その対策は急務である。それは教職員においても例外ではなく、時代の変化・社会情勢の変化に伴い児童・生徒はもとより保護者・地域住民との関係も変化し、ストレスは増大しているといわれている。実際、国において15年連続して教職員の精神神経系疾患による休職者が増加している。一方、全国平均同様に、三重県でも平成17年度までは教職員の精神神経系疾患による休職者は増加していたが、平成18年度からは減少傾向に転じ、明らかに全国平均とは異なる動態が示されている（表1）。三重県教育委員会によるメンタルヘルスケアシステムをグッドプラクティス事例として分析・検討し、その優れている点

（倫理面への配慮）

本研究は、三重大学大学院医学系研究科 倫理委員会の承認を受けて実施した。

C. 研究結果

資料1：職場復帰訓練申出書

資料2：審査願

資料3：同意書

資料4：復職面接について（参考様式）

資料5：職場復帰訓練計画（例）

D. 考察

基本的には、“事業場における労働者の心の健康づくりのための指針”“心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き”に沿った取り組みが行われている。具体的には職場復帰訓練

制度、復職の可否・助言等を扱う健康審査会、教職員に対する啓発事業、管理者研修会、相談事業等である。

(1) 本人の主体性

復職支援制度の利用において、制度の活用は教育委員会の指示ではなく、本人の意志や主治医・学校長の判断によるものとされている。職場復帰訓練申出書(資料1)、審査願(資料2)に象徴されるように、あくまで本人の意思と責任のもとで行われることが明確にされている。精神疾患は慢性疾患モデルであることが多く、本人の主体性が治療・リハビリテーションに求められる。また訓練期間中は労災の適用にもならない。故に本人の主体性が不十分な場合、復職に失敗した個人が他罰的となり教育委員会とのトラブルとなる可能性に対する次善策が講じられている。

(2) 復職プロセスやルールの明確化

「職場復帰訓練の期間は30日以内」などさまざまな施策が具体的に明示されている。“教職員メンタルヘルスの手引き”が作成・配布され、はっきりとしたプロセス、ルールが周知徹底されることは、将来への不安感・悲観的な認知を持ちやすいメンタルヘルス対象者にとって、今後の見通しが示されることにつながり安心感に通じると思われる。また期限を明確化することで、復職に対するモチベーションが得られる傾向が認められた。

(3) 組織的な対応

管理監督責任を有する上司との密室化を避ける対策が講じられ、上司の一方的な価値観に左右された復職支援・判断が防止できるシステムが構築されている。また対応する者を上司や同僚1人に任せず、組織的な対応を行うことにより、産業保健職や同僚・上司の孤立化を防ぎ、周囲への2次的な抑うつ状態誘発を防止する配慮ともなっていると思われる。

復職プログラム開始前段階と復職判定時には、主治医意見書に加え、管理監督者(校長)、地域調整官からの意見も添付され、復職プロセスの各段階に、疾病性だけではなく、職場対応能力、家庭環境、社会的背景因子への配慮が可能な情報提供システムにも工夫がなされている。これらの書面情報で不十分な事項に対しては、小学校・中学校・高等学校の各校長会の代表者が、各学校のマンパワー・地域特殊性、生徒の状況などを事前に調査し、客観的妥当性を保証する様に努めている。特に、主治医と患者の密室的な復職判断に対して、合理的な精神医学的判定の妥当性を確保するために、三重大学などの精神科専門医医師が、最終判定へのアドバイスが施されるシステムも導入されている。

(4) 連携

労働者・主治医・家族・管理監督者・産業保健スタッフ等の情報交換・連携の重要性は、平成21年3月改訂の“心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き”で述べられている。しかし、時間的・経済的制約等もあり十分なものはなっていないことが多いと推測される。三重県教育委員会のメンタルヘルスケアシステムでは、「主治医連絡に要した費用は、三重県教育委員会事務局福利・給与室福利健康Gが支払う」など連携をサポートする対策がとられている。また療養中や復職前の情報交換・収集も非常に大切であるが、予め本人との連絡方法(口頭、電話、手紙、メール、等)を決めておくことも示されている。休養に入ってからでは連絡方法の確認すら困難となることが多いからであろう。

最終的に、本人の書面による同意意志の明文化(同意書も完備:資料3)されてから、情報収集を開始し、情報の共有化を計ろうとしていることは、周囲の人間が振り回されないためにも重要である(B群パーソナリティー特性・障害を併存し

ている対象者の場合など)。専任の産業保健職員・事務局が連携の中心に存在し、情報の共有化と統一性を与えていることも、操作される危険性を減じるのに重要な役割を果たしている。

(5) 振り返り

復職面接 (資料 4) において、復職への思い、病気の受け止め方、家族の協力体制などを問うている。

本人が自分を振り返り、考えを整理し、再発予防に対する考えや行動の形成を求めている。誰しも案外考えることの少ないことであり、自分の将来像や生き方、キャリア戦略を休職の機会にしっかり考え明確にすることは、教職という職業に対する動機付けを高め、また成長促進的・治療的に働くものと思われる。

(6) 十分な復職訓練

病状回復 (日常生活能力回復) と就業能力回復との間には意外に大きなギャップがあり、診察室の中だけで就労可・不可を判断することは難しい。職場復帰訓練制度の中で**職場復帰訓練計画 (資料 5)** が具体的に例示され、第 4 段階ではほぼ復職後の就労状態が行われ、十分な負荷をかけた状態での評価が得られるように工夫されている。

全体として、これまでのメンタルヘルス対策、復職支援で指摘されている知見を実施しているが、三重県教育委員会の復職支援体制で特筆すべき事項として、とかく形骸化・パターンリズムに陥りがちな復職システムを、休職者個人の生活歴・病状・家庭環境・学校サポート能力も加味した個人により効果的な復職支援プログラムをテーラーメイドする姿勢が運用・維持されているところにある。いわゆるパーソナリティー特性・障害の職員は組織を揺さぶり、脆弱であったり逃げ腰であったりする、学校や管理監督者の負の部分攻撃する側面を持っているため、いかに組織、組織

の長が腹を据えて取り組むかにかかっているように思われる。

E. 結論

グッドプラクティス事例として、三重県教育委員会の取り組みの現状を調査し、今後の課題を検討した。

最後に、今回の調査にご協力をいただきました三重県教育委員会事務局の皆様には厚くお礼を申し上げます。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

濱口達也・中川雅紀・元村英史・城山隆・岡田元宏：三重県における“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態 (現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病)”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート調査、第 168 回東海精神神経学会、津市、2010 年 2 月 20 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 参考文献

- 1) 横山和仁：平成 20 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）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究, 2009
- 2) 横山和仁：平成 21 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）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究, 2010
- 3) 廣川進：職場におけるパーソナリティー障害への対応.臨床心理学, 9 (4) ; 500-504, 2009
- 4) 夏目誠：産業現場で対応に苦慮する適応障害—うつ病との鑑別や対応を含めて. 産業ストレス研究, 16 (2) ; 65-71, 2009
- 5) 中村晃士：産業メンタルヘルス (4) —職場における人格障害. 日本医事新報, No.4374; 42-45, 2008
- 6) 花谷隆志ほか：自己愛パーソナリティーによる職場不適応症. 住友病院医学雑誌, 34 ; 35-43, 2007
- 7) 厚生労働省：平成 21 年 3 月改訂 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き
- 8) 厚生労働省：平成 12 年 8 月発表 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針
- 9) 林直樹：人格障害の臨床評価と治療. 金剛出版, 東京, 2002
- 10) 高石浩一：パーソナリティー障害への支援—学生相談場面において. 臨床心理学, 9 (4) ; 505-511, 2009