

池田若葉 順天堂大学医学部

Wakaha Ikeda Juntendo University Faculty of Medicine

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1

2-1-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8421 Japan

北村文彦 順天堂大学医学部

Fumihiko Kitamura Juntendo University Faculty of Medicine

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1

2-1-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8421 Japan

横山和仁 順天堂大学医学部

Kazuhito Yokoyama Juntendo University Faculty of Medicine

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1

2-1-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8421 Japan

Corresponding author:

鈴木麻揚

〒350-1336 埼玉県狭山市柏原新田311-1

Tel / Fax: 04-2969-1142

E-mail: mayo-suzuki@bunri-c.ac.jp

Mayo Suzuki

311-1 Kashiwabara-Shinden, Sayama-shi, Saitama-ken, 350-1336, Japan

Phone / Fax: +81-4-2969-1142

E-mail: mayo-suzuki@bunri-c.ac.jp

原稿の種類： 研究報告

表： 2

図： 1

原稿枚数： 9 枚

要旨

本研究の目的は、労働者のメンタルヘルス不調の早期発見および早期支援について、現状を明らかにし、有効な具体策や課題を明らかにすることである。調査は質問紙調査で行った。産業保健の専門家に対し、職場のメンタルヘルス不調例について最初の徴候を尋ねた。またメンタルヘルスの不調を抱える労働者に対し、あればよかったと思う支援を尋ねた。最初の徴候は、頻度の高い順に「欠勤」、「仕事能率の低下」、「不眠」であり、気分の不調は頻度が低かった。労働者があればよかったと思う支援は、予防的段階、本人が不調に気付いていない段階、本人が不調に気付いている段階と、本人の状況によって内容が異なっており、予防には働きやすい環境作りがあげられた。そして、労働者のメンタルヘルス不調の早期発見および早期支援に、業務管理および働きやすい環境作りが重要であること、また今後の課題として気分の不調をどのように早期に発見するかが示された。

Key words: mental health problem, employee, early symptom, support need

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」²⁾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%であった。また2007年の同調査⁴⁾では、58.0%とやや低下がみられるものの、依然として過半数を超えている。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。2006年の(財)社会経済生産性本部による「メンタルヘルスの取り組み」に関するアンケート調査¹¹⁾では、「心の病」で1ヶ月以上休んでいる社員がいる企業は、7割を超えていた。

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」⁹⁾をとりまとめた。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。さらに、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⁹⁾。

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。精神障害の予防や初期対応を効果的に進める上では、①精神障害に対する理解(偏見やスティグマの排除)、②早期からの適切な支援・治療、③相談・治療へのアクセス、④初診時の治療者・治療環境、⑤エビデンスに基づく最良の治療、⑥当事者や家族の治療への主体的関与、⑦生活全般の総合的支援、および⑧入院にかわる地域訪問型サービスが重要課題とされる⁹⁾。これらは統合失調症を念頭においているが、うつなどの職域のメンタルヘルスの問題にも共通する点が多いと考えられる。

メンタルヘルスの対策に関して、予防や早期対応の必要性を感じている企業が多いにも関わらず¹⁰⁾、その具体的な対策については、企業ごとの個別性や現状を踏まえた上での検討が大事だとされ、明示されていない。そのため、具体的に何をしたらよいのか分からず、適切な対応のとれていない企業が多いのが現状である。また早期支援について、メンタルヘルスの不調を訴える労働者自身からの視点で検討された研究は少なく、労働者自身のニーズが明らかにされていない。

そこで本研究では、種々の職域を対象に、産業医・産業看護職者にメンタルヘルス不調例の早期徴候を質問し、さらにメンタルヘルス不調を抱える労働者に、どのような支援があればよかったかについてを問う質問紙調査を行った。

方法

1. 調査対象

日本産業衛生学会産業医部会および看護部会の会員1636名を対象とした。さらにこの会員の1636名に、メンタルヘルス不調を抱える労働者本人を対象とした調査協力を依頼した。最終的に産業医及び産業保健専門職者248名（15.8%）の回答が得られた。また労働者対象の調査に関しては、102名（6.5%）の回答を得た。

2. 調査期間

2009年1月に郵送し、2009年2月に回収を行った。

3. 調査項目

産業医・産業保健専門職者を対象とした調査の調査項目は、属性（所属、役職、職種、就業形態、年齢、性別、職歴）、事業所の業種、および事業所と本社の所在地と規模、メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員の経験の有無、具体的な事例である。

具体的な事例については、「あなたが関わった職場のメンタルヘルス不調ケース（事例）について、うまくいった、または、うまくいかなかった典型例を一つお教え下さい。」という設問文からはじまり、ケースの年齢、性別、病名、最初の徴候、現在の状況（転勤・休職中・退職・復職）を質問した。

労働者を対象とした調査の調査項目は、調査協力者の属性（性別、年齢、こころの不調に陥った年齢、診断名）および「あればよかったと思えるサポート」である。

「あればよかったと思えるサポート」については、まず「こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことはありますか？」と質問し、この設問に「ある」と回答した人に『特に「いつ」「誰から」「どのような」配慮やサポートがあればよかったと思えますか？』について、自由記載で回答してもらった。

4. 倫理面の配慮

調査は三重大学医学部研究倫理委員会の承認を得て行われた。また、日本産業衛生学会産業医部会および看護部会の会員名簿利用の承認を受けた。

5. 分析

産業医・産業保健専門職者への調査項目「あなたが関わった職場のメンタルヘルス不調ケース（事例）について、うまくいった、または、うまくいかなかった典型例を一つお教え下さい。」で回答されたケースの年齢、性別、病名、最初の徴候、現在の状況（転勤・休職中・退職・復職）について単純集計を行った。

また労働者対象の調査項目「こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことはありますか？」について単純集計を行った。『特に「いつ

「誰から」「どのような」配慮やサポートがあればよかったと思われませんか？』の自由記載の回答の分析は、Glaster, B. G. とStrauss, A. L.¹⁾の「絶えざる比較法」を参考に行った。具体的な手順として、自由記載の回答を抜き出し、一つの意味をなす部分をひとまとまりとした（オープンコード化）。その後「まとまり」の一つを取り挙げ、全回答を何度も読み返し、その「まとまり」と同じ要素を持つ別の「まとまり」を取り出し、比較を行った。この比較を繰り返し、「まとまり」が持つより抽象度の高い意味（カテゴリー）を検討した。

結果

1. 産業医・産業保健専門職者対象調査

回答者の属性

本研究の調査協力が得られた回答者は、産業看護職者の172名（67.7%）が最も多く、次いで産業医の65名（25.5%）が多く、産業看護職者と産業医の両方を合わせると全体の回答の93.2%を占めた。また、回答者の平均年齢は46.7歳（SD =10.0）であり、平均職歴は年11.8（SD =8.7）であった。222名（87.4%）が常勤職であり、産業医の常勤率が75.0%、産業看護職の常勤率が94.8%であった。事業所において、当該事業所の現状を十分に把握している立場のもの回答が多かったと考えられる。

回答者の勤務する事業所の業種は、製造業（47.2%）、運輸・通信業（9.1%）、サービス業（9.1%）、卸・小売業（5.5%）、電気・ガス・熱供給・水道業（4.7%）などであった。各事業所の労働者数は、50人未満が5.0%、50～500人未満が32.8%、500～1,000人未満が21.4%、1,000～5,000人未満が34.9%、5,000人以上が5.9%であった。事業所の労働者数については平均1816.2名（SD =4393.3）であった。

「あなたが関わった職場のメンタルヘルス不調ケース（事例）について、うまくいった、または、うまくいかなかった典型例を一つお教え下さい。」に回答のあったケースは198名である。性別の内訳は、男性154名と女性43名であった。ケースの平均年齢は、37.0才（SD 8.9）であった。病名は77%がうつ病（抑うつ状態、非定型うつ病を含む）であり、5%が適応障害、3%がパニック障害、2%が自律神経失調症、同じく2%が人格障害であった。また現在の状況（復職・休職・退職・転職）は、それぞれ復職56%、休職21%、退職17%、転職6%であった。

典型例とされる事例の最初の徴候

回答された事例の最初の徴候を表1に示す。回答は「うまくいった、または、うまくいかなかった典型例」について得たため、「うまくいった」典型例と「うまくいかなかった」典型例の最初の徴候を比較したが、大きな差はなかった。そのため、「うまくいった」典型例および「うまくいかなかった」典型例の両方をまとめて分析した結果を記す。最初の徴候として最も頻度の高かったものは「欠勤」であり、全198ケースのうちこの特徴のみられたケース（および、特徴がみられたケースの割合）は、62ケース（31.3%）であった。次いで「仕事能率の低下」33ケース（16.7%）、「不眠」23ケース（11.6%）であった。

表1

2. 労働者対象調査

回答者の属性

回答のあった労働者の属性を表2にまとめた。68名（69%）が男性で、64名（65%）がうつ病であった。年齢の平均は40.6歳、発症年齢の平均は35.9歳であった。

表2

あればよかったと思うサポート

「こころの不調に陥る前に、周囲からの配慮やサポートがあればよかったと思うことは

ありますか？」の質問に「はい」と回答したものは67名、「いいえ」と回答したものは30名、無回答のものが1名であった。『特に「いつ」「誰から」「どのような」配慮やサポートがあればよかったと思われませんか？』という問いに対しては、61名から回答があった。

産業医、同僚、上司、管理者それぞれの立場における早期介入を含めた支援についてまとめたところ、「予防的段階」、「本人がまだ不調に気づいていない段階」、「本人が不調に気づいた段階」の3つの時期で支援内容がちがっていた（図1）。

図1

予防的段階では、広く「働きやすい環境作り」の必要が示された。また「本人がまだ不調に気づいていない段階」では、「元気であることを求めない声かけ」や、負担が大きすぎないか、作業内容、方法が分っているかなど「業務の状態の把握」、「気づき」などが挙げられた。「本人が不調に気づいた段階」では、「声かけ」や「受容」が挙げられた。

考察

典型例として回答された事例の最初の徴候を分析したところ、最も頻度が高かったのは、欠勤である。勤務状況（遅刻、欠勤、作業能力・集中力の低下）を上司がきちんと把握し、メンタルヘルスに関するラインケアの際の指標として活用すること、さらにそれを踏まえ適切な対処をとる必要性は森崎の論文⁷⁾でも示されており、勤務状況の把握の重要性が再確認された。一方、欠勤が最初の徴候として最も頻度が高いということは、欠勤に至る前の早期発見および対処ができていないことを示している可能性もある。実際、自殺で労災認定がされた事例51例（過労自殺）に関して、全事例の82%（42例）が会社よりも家族が先に自殺の徴候に気づいていたという報告⁸⁾もあり、会社内で欠勤に至る前に気分の不調をどれだけ慎重に評価し、対処できるかということが今後のメンタルヘルス対策、特に早期発見の課題であると思われる。さらに本研究では、「うまくいった」典型例と「うまくいかなかった」典型例の最初の徴候を比較したが、大きな差はなかった。そのため「うまくいった」典型例は、早期発見をされ、それが効を奏しているのではなく、発見をされてからの対処が適切であったため、効を奏した可能性が考えられる。この可能性については

今後さらなる検討の余地があるが、早期発見がまだ十分にできていない可能性を考えると、気分の不調を慎重に評価し、早期に発見することの重要性がさらに増すと考えられる。

メンタルヘルスの不調を抱えた労働者のニーズを検討したところ、予防的対策として「働きやすい環境作り」が大切であることが示された。具体的には、声かけ、基本的な関係性（人間関係）を大事にする、業務を分担できなくても気にかけるなど、同じ職場で働く労働者としての基本的な対人配慮である。また業務量が多いとどうしても身体的、心理的に負担が大きくなる。今回の調査でも管理職者に対し、残業量の把握をして適正配置をしてほしいという意見が多く聞かれた。長時間労働は労働者のメンタルヘルス不調を生じるリスクになると考えられている。労災認定された自殺事案における長時間残業の調査では100時間以上の残業をしている労働者は精神障害発病までの期間が短く、自殺に至るまでの期間も短いことも明らかになっている⁵⁾。予防的対策として「働きやすい環境作り」、具体的には同じ職場で働く労働者としての基本的な対人配慮、および残業量の把握、適正配置の重要性が本研究で示されたといえる。

労働者自身ができる早期対処としては、「励まさない」（相手に「元気」であることを求めない）声かけ、日ごろから窓口、相談できる人を確認しておくことが、予防的段階のものとしてあげられていた。

本研究の限界としては、回収率の低さがある。調査は質問紙を郵送し、回答を返送してもらう郵送法を用いたが、産業医及び産業保健専門職者対象の回収率は15.8%、労働者対象の調査に関しては6.5%であった。郵送法は、やり方の工夫によって回収率をあげることもできると言われることもあるが、多くの場合、面接調査法や留め置き調査法に比べ、回収率が低いと言われる。実際の例では回収率が30%台に止まるものも少なくない⁶⁾。本研究で回収率が低かった原因として、産業医及び産業保健専門職者の勤務形態が関与している可能性が考えられる。日本で勤務する産業医の多くは、常勤ではなく非常勤の形態で勤務し、週に1回、2回など決まった時間に会社にいることが多い。このような形態で勤務している場合、調査依頼文書を読み、質問紙に回答する機会が大幅に減る可能性が考えられる。一方、産業保健専門職者は産業医に比べ、常勤で勤務していることが多い。このような背景が、回答者の内訳、つまり内訳が産業看護職者172名（67.7%）、産業医の65名（25.5%）であったこと、また回答者のうち87.4%（222名）が常勤職であったことに影響していると考えられる。また労働者対象の調査に関しては、回答のあった産業医及び産業

保健専門職者が自分の担当している労働者に対して調査を依頼しているため、産業医及び産業保健専門職者の回答率が大きく関与し、回収率が低くなったことが考えられる。これらのことから本研究の結果は、産業医及び産業保健専門職者が常勤で勤務していない企業の状況は反映していない可能性も考えられ、結果の一般化には注意が必要である。

結果の一般化可能性には注意が必要であるが、本研究の結果をまとめると、次のように言える。今後の早期支援としては、やはり業務状況の管理をまず徹底することが大切だと思われる。また、この業務状況の管理は把握しただけでは効を奏さず、適正配置や面談など次のアクションを起こしてはじめて有効になることを忘れてはいけない。業務状況の管理は、残業の把握、必要に応じて労働負荷の軽減を行い、メンタルヘルス不調の予防をするという側面と、欠勤、遅刻、作業能力の低下などを把握しメンタルヘルス不調例を早期に発見するという 2 つの側面をもっている。もうひとつ本研究で明らかにされた「働きやすい環境作り」の具体策である、同じ職場で働く労働者としての基本的な対人配慮も忘れてはならない。そして今後、労働者の気分の不調を早期にどのように気づいていくかについて、具体的に検討していく必要があるだろう。

結論

労働者のメンタルヘルス不調の早期発見および早期支援について、現状を把握して今後のあり方の検討を行った。労働者のメンタルヘルス不調例の最初の徴候は、頻度の高い順に「欠勤」、「仕事能率の低下」、「不眠」であり、気分の不調は最初の徴候としては頻度が低かった。また労働者があればよかったと思う支援（ニーズ）には、予防的段階の支援として「働きやすい環境作り」があげられた。これらのことから、労働者のメンタルヘルス不調の早期発見および早期支援には、業務管理および「働きやすい環境作り」が重要な因子であることが示された。また、気分の不調をどのように早期に発見していくか、今後明らかにしていく必要があることが示された。

謝辞

本研究は、平成22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不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究（H-20・労働-6, 主任研究者：横山和仁）」により行われた。調査の実施に際して、日本産業衛生学会産業

医部会ならびに産業看護部会の会員名簿を利用させていただきました。両会の幹事会ならびに会員の皆様、そしてアンケートにご回答くださった皆様のご協力に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) Glaser, B. G. & Strayss, A. L. : The Discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research. Aldine de Gruyter, New York, 1967. (後藤隆也訳 : データ対話型理論の発見－調査からいかに理論をうみだすか－. 新曜社, 東京, p.145-167, 1996.)
- 2) 厚生労働省 : 厚生労働省統計表データベースシステム 統計調査別公表データ 労働安全衛生特別調査 平成14年「労働者健康状況調査」. (online). Available from: URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anken/kenkou02/index.html>, 2002 (accessed 2010-10-21).
- 3) 厚生労働省 : 労働者の心の健康の保持増進のための指針について. 厚生労働省. 東京, 2006.
- 4) 厚生労働省 : 厚生労働省統計表データベースシステム 統計調査別公表データ 労働安全衛生特別調査 平成19年「労働者健康状況調査」. (online). Available from: URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anken/kenkou07/index.html>, 2007 (accessed 2010-10-21).
- 5) 黒木宣夫 : 労災認定された自殺事案における長時間残業の調査－精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究－. 厚生労働科学研究費補助金平成15年度災害科学に関する研究, 161-162, 2004.
- 6) 前田忠彦 : 郵送調査法の特徴に関する一研究－面接調査法との比較を中心として－. 統計数理, 53(1) ; 57-81, 2005
- 7) 森崎美奈子 : 企業のメンタルヘルス活動とうつ病対策. 医学のあゆみ, 219(13) ; 1011-1016, 2006.
- 8) 西田淳志 : 早期精神障害への支援と治療 : その根拠と目的. こころの科学, 133 ; 13-19, 2007.
- 9) 労働省 : 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針. 労働省. 東京, 2000.
- 10) 高橋祥友 : 職場のメンタルヘルスの進め方. 総合臨, 58(3) ; 491-492, 2009.
- 11) 財団法人社会経済生産性本部 : メンタルヘルスの取り組みに関するアンケート. 財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所. 東京, 2008

表1 典型例として回答された事例の最初の徴候と頻度

全198ケース 255項目

| 徴候 | 頻度 | 特徴がみられた ケースの割合 (%) |
|-----------------------------|----|--------------------------|
| 欠勤 | 62 | 31.3 |
| 仕事能率の低下 | 33 | 16.7 |
| 不眠 | 23 | 11.6 |
| 体調不良 | 16 | 8.1 |
| おちこみ | 7 | 3.5 |
| うつ症状・脱力感・不安・自律神経症状・相談・休職* | 6 | 3.0 |
| 発作・イライラ・業務上の問題（ミスなど）* | 5 | 2.5 |
| 泣く・倦怠感・遅刻・身体症状・元気がない・食欲不振* | 4 | 2.0 |
| 勤怠 | 3 | 1.5 |
| 意欲低下・カゼ症状・様子がおかしい・頭痛・情緒不安定* | 2 | 1.0 |
| 体重減少・仕事量削減希望・交通事故・自信喪失・妄想* | 1 | 0.5 |

*同じ頻度の項目は、まとめて記載した。

表2 回答者の属性 (n=99)

| | | N | % |
|------|-----------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 68 | 69% |
| | 女性 | 30 | 30% |
| | 無回答 | 1 | 1% |
| 診断名 | うつ | 64 | 65% |
| | その他 | 24 | 24% |
| | わからない | 8 | 8% |
| | 無回答 | 2 | 2% |
| | 無効回答 | 1 | 1% |
| 年齢 | 平均 (標準偏差) | 40.6 (9.1) | |
| 発症年齢 | 平均 (標準偏差) | 35.9 (8.7) | |

図1 メンタルヘルスの不調を抱える労働者が「あればよかった」と思うサポート

| | 外から見える変化 | 家族 | 産業医 | 同僚 | 上司 | 管理者 | |
|-------------------|-----------------------------------|----------------|---------------------|------------------------|----------|-------------------------------------|--|
| 予防的段階 | | 疾患の知識に基づいたサポート | | | | | |
| | | | | | | 基本的態度(人として大事にされる、責任のある立場の人が責任をとる姿勢) | |
| | | 働きやすい環境作り | | | 仕事の説明 | 適正配置(適性、業務量、マンパワー→残業、人間関係) | |
| | | | 相談窓口(第三者的立場として) | | 相談窓口 | | |
| | | | | 疾患の知識、疾患と業務量の関係 | | | |
| | | | | 業務分担する、できる体制 | | | |
| 本人がまだ不調に気付いていない段階 | 急に作業能力が落ちる、休みをとる、遅刻するなどがみられることもある | | | | 業務の状態の把握 | 調査(残業の把握～残業の多い人に体調、気分のわるい人はいないか) | |
| | | | | 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 | 適正配置 | |
| | | | | 気づき | | | |
| 本人が不調に気付いた段階 | 外に向けて「不調」として発信する | | | 声かけ | | | |
| | | | 受容 | | | 調査(適性と人間関係) | |
| | | | 必要に応じて精神科医・職場とのリエゾン | | 対応 | 適正配置 | |

産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調者に対する 早期介入・支援の実態とそのあり方

三重県 四日市看護医療大学

○萩 典子 大西信行

近藤信子 福田弘子

Summary

精神疾患への早期介入の重要性の認識は広がり、昨今のメンタルヘルス対策は発症予防に重点がおかれるようになってきている。そのためには組織的な予防活動が重要となっており、職域においても労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方を検討することが求められている。しかし、職域におけるメンタルヘルス不調者への早期介入に関する研究はほとんどみられない。このため、産業看護職の立場から、実際の事例の収集を行い職域におけるメンタルヘルスケアに対する取り組みの実際とその状況、早期介入・支援を推進していくために事業場で必要とされるものやニーズを明らかにすることを目的に研究を行った。調査結果より、現在の職域においてはメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援は実施されてはいるが、その効果や評価に関しては明らかではないことがわかった。また産業看護職は今後早期介入を促進していくうえで、産業看護職自身が専門的な知識を習得することだけでなく早期の兆候をアセスメントすることや、メンタルヘルス不調者に接近するための面接技術などの具体的スキルを習得する必要性を認識していることや、そのための学ぶ機会の確保を必要としていることが明らかとなった。管理監督者や一般従業員へのメンタルヘルスケアに関する教育に関しては、現場の実態に合わせた教育内容の検討が必要であることも示された。また産業看護職と現場や人事などの事業場内での連携を行うことで円滑な情報伝達を行い早期支援に結びつけること、メンタルヘルス不調者に対する継続的なサポートが実効可能な支援システム、メンタルヘルスに対する偏見やプライバシーの問題が検討課題であることが示された。

Key Words

早期介入・支援 産業看護職 メンタルヘルス不調

はじめに

精神疾患への早期介入の重要性への認識が広がり、昨今のメンタルヘルス対策は発症予防に重点がおかれ、そのための組織的な予防活動が重要となっている。しかし産業看護職がこれらの支援システムの中で早期支援という介入をどのような方法で、どのようなタイミングでその役割を發揮し、早期支援に寄与しているかの研究は少ない。また、早期支援を進めるにあたって産業看護職の意志・行動・連携を困難にしている要因は何かについての実態も明らかではない。しかし、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方を検討することが求められており、今回は産業看護職を対象として職域でのメンタルヘルスケアに対する取り組みの実態とニーズを明らかにすることを目的に研究を行ったので以下にまとめる。

I. 研究方法

調査期間は2008年10月から2008年12月に三重県の産業看護研究会に所属し同意のとれた産業看護職14名を対象にインタビューを実施した。

あらかじめ自記式調査票を配布し記入された内容をもとに半構成的インタビューを実施した。調査票の内容は、対象者の属性、職域におけるメンタルヘルス対策の実施状況や支援内容、産業看護職が職場のメンタルヘルス対応で実践できていること、対応上困難に思ったこと、早期介入に対するニーズなどを調査した。

分析には、SPSS Statistics17.0 for Windowsを使用した。倫理的配慮として研究の趣旨、概要、回答は自由意思であること、プライバシーの保護等を口頭と文章で説明し同意を得た。実施にあたっては、三重大学研究倫理委員会の承認を得た。

II. 結果

回答者の属性は表1に示すとおりであり、保健師13名、看護師1名、平均年齢40.8歳、職歴平均11.8年で、所属する企業の職種は製造業が最も多く11名であった。

1. メンタルヘルスに関する状況

メンタルヘルスに関する問題については85.7%が増えてきていると答えており、メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員の発生の経験については85.7%が経験があると答えている。

早期介入の実施状況については85.7%が実施していると答えている。早期支援の効果については50%がどちらかという効果がある、8.3%が効果がある、33.3%がどちらともいえない、8.3%

がどちらかという効果がないと答えている。メンタルヘルスケアはうまくいっているかについては61.5%がどちらともいえない、23.1%がどちらかといううまくいっていない、7.7%がうまくいっていないと答えている。実施している早期介入の内容は表2に示すとおり労働者が産業保健スタッフに相談できる機会の提供が91.7%ともっとも多く、次いで管理監督者、従業員への教育研修83.3%、ストレスに関する検診時の問診75%であった。

表1 回答者の属性

| | カテゴリー | N=14 |
|---------|-------------|-----------|
| 性別 | 女 | 14 |
| | 平均年齢 | 40.9 |
| 年齢 | (SD) | 7.78 |
| | 平均年数 | 11.8年 |
| 職歴 | (最小～最大) | (1年から30年) |
| | 職種 | |
| 企業の業種 | 保健師 | 13 |
| | 看護師 | 1 |
| | 製造業 | 11 |
| 企業の従業員数 | 金融・保険業 | 1 |
| | サービス業 | 2 |
| 企業の従業員数 | 1000人未満 | 2 |
| | 1000から2999人 | 4 |
| | 3000人以上 | 8 |

2. メンタルヘルス不調者への対応について

メンタルヘルス不調者への対応で困ったこととしては表3に示すとおり早期の兆候(サイン)がよくわからなかったと41.7%が答えており、インタビューからは、「問診などで自覚症状があげられていても、そのことがメンタルヘルス不調にかかわりがあるかどうか判断に迷う」「早期の兆候をどのようにとらえてよいかわからない」という声が聞かれた。また、具体的な対応の仕方がわからないも41.7%あり、「どこまで自分が抱えたらよいかわからない」「効果的な面接の仕方がわからない」「頭ではわかっているでもメンタルヘルス不調を抱えた人と面と向かうとどう接していいかわからない」などの意見があった。

3. メンタルヘルス推進で必要なことについて

事業場に必要だと思うことに関しては、85.7%がメンタルヘルスについて学ぶ機会の確保と答えており、「うつ病の従業員に対して間違った対応をしている人がいる」「メンタルヘルスに関して専門的な知識を学びたい」「産業保健スタッフのスキルアップが必要」「具体的な面接の技法を身につけたい」「気持ちを引き出すように相手に話

していただけるような技術を身につけたい」「管理監督者だけでなく一般従業員の学ぶ機会を増やす必要がある」などの声が聞かれた。また78.6%が産業医や産業保健管理スタッフによる相談の促進、相談がしやすい事業場内環境の整備の支援と答えている。

表2 実施している早期支援の内容

| | 人数 | % |
|---------------------------------------|----|------|
| 労働者が産業保健スタッフに相談できる機会の提供 | 11 | 91.7 |
| 職場の管理監督者に対する、労働者のメンタルヘルスケアに関する教育研修 | 10 | 83.3 |
| ストレスに関する検診時の問診 | 9 | 75.0 |
| ストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供 | 7 | 58.3 |
| 労働者に対するストレスやメンタルヘルスケアに関する教育研修 | 6 | 50.0 |
| 企業内の心の健康づくり専門スタッフの確保 | 6 | 50.0 |
| 労働者が上司や専門家に対して相談することができる体制の整備 | 5 | 41.7 |
| 労働者に対するメンタルヘルスケアに関する事業場の方針の明示 | 4 | 33.3 |
| 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 | 3 | 25.0 |
| 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指導 | 3 | 25.0 |
| 職場の管理監督者に対する、職場環境などの問題点に関する改善の助言 | 1 | 8.3 |
| 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 | 1 | 8.3 |
| 事業場外資源の活用 | 1 | 8.3 |

メンタルヘルス推進で困っていることとしては、自分に知識がない61.5%、取り組みの効果がはっきりしない46.2%、プライバシーの問題が絡んでいる38.5%の順に多かった。インタビューからは、「教育課程にメンタルヘルスの教育がなかった」「一人職場、看護職をサポートするシステムがない」「治療につなげるためのアセスメントができない」「面接技術に自信がない」などや、「人事や現場との連携がとれておらず、従業員が休んでいることさえ情報が伝わってこない」「復職面談になって初めて休職していたことが明らかになる場合があり、それまでに何もできない」「職場が不調の人に対してうまく対応できない」「教育が職場に繋がっていない」「管理者になったらどうしなければいけないか、教育されていない」などがあがった。メンタルヘルス不調を判断するきっかけとしては全員が上司からの報告をあげており、次いで本人からの訴え、遅刻・早退の増加、

同僚からの報告であった。

表3 メンタルヘルス不調者への対応で困ったこと

| | 人数 | % |
|---------------------------|----|-------|
| 早期の徴候（サイン）がよくわからなかった | 5 | 41.70 |
| 具体的な対応の仕方がわからなかった | 5 | 41.70 |
| その他 | 5 | 41.70 |
| 本人の家族との連絡・対応がうまくできなかった | 3 | 25.00 |
| 本人が突然、事業所を欠勤した | 3 | 25.00 |
| 対応について相談する相手がいなかった | 2 | 16.70 |
| 休業に至らしめた人間関係の調整がうまくできなかった | 1 | 8.30 |

4. メンタルヘルスに関する偏見

職場内でメンタルヘルスに関して偏見があるかどうかについては、71.4%があると答えており、28.6%がどちらとも言えないと答えている。

インタビューからは、「身体疾患とは理解のされかたが異なる」「身体疾患とは受けるイメージが違う」「うつ病の人は弱いというイメージがある」「精神科への受診を嫌がる」「誰にも言わないで欲しいとの言動がある」「メンタルヘルス不調を隠そうとする」「甘えているという見方がある」「メンタルヘルスの不調者と同じ給料をもらっているという点で不満がある」などがあがった。

5. 早期支援によって効果が得られたと感じられたケース事例についてインタビューからは、「リハビリ出勤を行って復職できたケースがある」「人間関係がうまくできていた場合には、早期に相談ができ不調の発見につながった」「メールのやりとりから受診に結びついた」「検診時の問診の結果で早くに対応した方がよいと感じたケースで早く対応しうまくいった」などのケースがあげられた。しかし、具体的にかかわった事例について語られることはほとんどなかった。

Ⅲ. 考察

1. メンタルヘルスに関する状況

メンタルヘルスに関する問題については85.7%が増えてきている。メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員の発生の経験については85.7%の人が経験があると答えていることから、産業看護職はメンタルヘルス不調者の増加傾向を認

識し、実際にも対応していることが明らかとなった。

表4 メンタルヘルスの推進において職場で困っていること

| | 人数 | % |
|-----------------------|----|-------|
| 自分に知識がない | 8 | 61.50 |
| 取り組みの効果がはっきりしない | 6 | 46.20 |
| プライバシーの問題が絡んでいる | 5 | 38.50 |
| 精神科専門医との連携がはかれない | 4 | 30.80 |
| 取り組みのための予算がとれない | 4 | 30.80 |
| 具体的な取り組み方法がわからない | 4 | 30.80 |
| 相談する人がいない | 3 | 23.10 |
| 産業医との連携がはかれない | 3 | 23.10 |
| その他 | 3 | 23.10 |
| どのように対応すればよいか方法がわからない | 2 | 15.40 |

表5 メンタル不調を判断するきっかけ

| | 人数 | % |
|----------------|----|--------|
| 上司からの報告 | 14 | 100.00 |
| 本人からの訴え | 11 | 78.60 |
| 遅刻・早退の増加 | 8 | 57.10 |
| 同僚からの報告 | 8 | 57.10 |
| 仕事のパフォーマンスの低下 | 7 | 50.00 |
| 奇異な言動 | 7 | 50.00 |
| 仕事の遅れ | 7 | 50.00 |
| 職場での人間関係のトラブル | 7 | 50.00 |
| 長時間労働にともなう面接相談 | 7 | 50.00 |
| 無断欠勤 | 6 | 42.90 |
| 周囲からの孤立 | 6 | 42.90 |
| ミスや事故の頻発 | 5 | 35.70 |
| その他 | 3 | 21.40 |
| 家庭からの連絡 | 2 | 14.30 |
| 取引先や顧客とのトラブル | 1 | 7.10 |

早期支援に関しても相談や教育研修、検診での問診などが実施されていることが明らかとなった。早期支援の効果については効果がある、どちらかといえば効果があると約60%が回答し、どちらともいえない、どちらかというとなら効果がないと約40%が回答していることから、その効果について消極的な評価をしていることがわかった。

2. メンタルヘルス不調者への対応

メンタルヘルス不調者への対応で困ったこととして、早期の兆候がよくわからなかった41.7%、

具体的な対応の仕方がわからない41.7%と答えており、今までに職域のメンタルヘルス教育の中身については検討されているが^{1・2)} 今回の調査では早期の支援の方法がはっきりわからないという看護職側の戸惑いや不安が示された。「看護職をサポートするシステムがない」「治療につなげるためのアセスメントができない」「面接技術に自信がない」などの戸惑いには、産業看護職の育成教育の問題がうかがわれた。産業看護職の教育課程は教育施設ごとにカリキュラムに違いがあり、また産業看護の専門性が系統的に構築されておらず、卒業時点での知識技術の到達点に差があるという現実がある³⁾。卒業後の継続教育により専門性の確立をめざした研修のプログラムはあるがメンタルヘルスに重点をおいた具体的な面接技法等の研修がさらに必要と考えられる。

3. メンタルヘルス推進で必要なこと

事業場に必要だと思うことは、85.7%がメンタルヘルスについて学ぶ機会の確保と答えており、インタビューからは、産業看護職自身の知識やスキルの問題と、管理監督者や一般従業員への教育の問題が明らかとなった。指針⁴⁾にもとづく管理職研修は実施しているが、現場でうまく活用できていないことが示された。管理職研修のみではなく一般従業員教育の普及の必要性が指摘され、職場の実態に合わせたメニューをどう構築し洗練させていくかの課題が示された。また、78.6%が産業医や産業保健管理スタッフによる相談の促進、相談がしやすい事業場内環境の整備の支援をあげており、早期ケアのためのアクセスを促進する環境を整えることも重要である。また人事と現場との連携や、人事や産業医と産業看護職との連携など事業所内での連携のまずさが示された。メンタルヘルス不調を判断するきっかけは全員が上司からの報告をあげており、現場との連携を円滑に取っていけるかが不調の早期発見につながる鍵といえる。産業保健スタッフは産業医と精神科主治医との連携の重要性を認識しているが円滑な連携を進めている事業所は少ないことが横山らの報告⁵⁾で示されているが、今回の調査では事業所内における連携も円滑ではなく、産業看護職は連携できているという実感をもっていないことが示された。専門職、職場の管理監督者、人事労務との間には情報の差が存在し円滑な支援活動を阻害しているといえ、連携を再検討する必要がある。また、メンタルヘルスの問題は個別性が大きく、メンタルヘルス不調者への直接的な接近が困難であるという状況が示された。どこの現場も忙しく

なり、産業看護職に情報が届くのは後手になっている状況が示された。その結果、支援を実際に行うのは相談時のみや、いきなり職場復帰の段階の支援になる。現場を把握し個人に密着した活動が困難となり早期支援、フォローなどの労働者への継続的なサポートに支障を感じており継続的なケアを提供することが困難な状況が示され、労働者のメンタルヘルスを継続的に支援していく体制を作っていくことが課題である。

4. メンタルヘルスに関するプライバシー・偏見
71.4%の人が職場内に偏見があると答えており、28.6%がどちらとも言えないと答えていることや、ほとんどの相談者は相談の際に上司には言わないで欲しいという現状などから、従業員はメンタルヘルスの不調に関して会社に知られたくないことがわかった。産業看護職はメンタルヘルスの最前線にあるこの問題の対応に難渋している。早期に医療につなげる対応が課題ではあるが、職場ではプライバシーが守られにくいことや、逆にプライバシーとって情報が伝わらないこともある。プライバシーの問題と偏見の存在を受けとめ、たうえでの教育研修の検討や事業場外での支援体制の充実が必要である。

5. 早期支援によって効果が得られたケース

早期支援による効果の評価に関しては明らかとなる数字はなく、インタビューからは、早期に相談や支援に結びつきうまくいったケースが存在していることはわかったが、具体的な事例については収集できなかった。産業看護職が継続的にかかわることが少ないことや、それが困難であることもうかがえた。今後も早期支援によって効果が得られたケースの収集を進め、今後の示唆としたい。

IV. まとめ

調査結果より、現在の職域においてはメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援は実施されているがその効果や評価は明らかではなく、これらを促進していくうえでは、産業看護職の教育、管理監督者や一般従業員への教育、事業場内での連携、メンタルヘルス不調者に対する継続的なサポート、メンタルヘルスに対する偏見やプライバシーの問題が検討課題であることが示された。

引用・参考文献

- 1) 日本産業衛生学会「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」検討ワーキンググループ：「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」に関する報告書、

日本産業衛生学会、2006.

- 2) 川上憲人：職場のメンタルヘルスの専門家が持つべき技術、産業ストレス研究、14(4)、p 157 - 163、2007.
- 3) 山勢善江、延近久子、石松直子：看護基礎教育における産業看護に関する教育の現状と課題、産業医科大学雑誌、23(2)、p 203 - 215、2001.
- 4) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課、阿部重一他：労働者の心の健康の保持増進のための指針、2006.
- 5) 横山和仁他：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、2007.