

かかっているという。実際、うつ病患者の場合は、その8割以上が非精神科医にかかっているらしい(三木)。また自殺した人の6割が1カ月以内に医療機関にかかっていたという調査もあり、非精神科医がメンタルヘルス不調を的確に診断することは重要である。しかし、実際には、地域の病院や診療所の非精神科医による労働者のメンタルヘルスの把握が不十分な状態である。それゆえにメンタルヘルス不調に対する対処も十分に行われているとは言いがたい。

この研究の目的は、なぜ非精神科医が、メンタルヘルス不調をうまく診断できないのかわらかにして、その対策として効果的な方法を調査し、それに基づいて実際にその対策を取るための教材を作成することにある。

## B. 研究方法

### 1. 質的研究による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点についての調査

全国に存在している病院総合医(病院内で働く家庭医、ジェネラリスト、一般内科医など)5名、および診療所の家庭医(所謂かかりつけ医を含む)6名の2種のインタレスト・グループを非精神科医として集め、各々にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。インタレスト・グループ構成員は表1のとおりである。参加医師には、謝礼と交通費を支払った。司会者はインタビューガイドを参考に議論を進めた。すべての議論をICレコーダー2本で録音、また非言語的な同意不同意を2名の観察者によって記録した。議論内容をテープおこしの後、討論内容をコーディングし、比較法によって重要アイテム、そして重要カテゴリーを明らかにした。コーディング、そ

して重要アイテムや重要カテゴリーの抽出は、3人の研究者によって行われた。

### 2. アンケート調査による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点とその対策に関する調査

全国の非精神科医を対象に、インターネットを使用してアンケート調査を実施した。

質問項目は、前述1.の質的研究によって得られた

(1) 非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因と考えられる31項目

(2) 非精神科医師がメンタルヘルス不調に対処する対処方法26項目

である。上記(1)の項目については「そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」の5段階のリカートスケール、(2)の項目については「実行は容易である」「実行はやや容易である」「どちらともいえない」「実行はやや困難である」「実行は困難である」の5段階のリカートスケールを付して回答を依頼した。

3. 非精神科医が労働者メンタルヘルス不調に対処する能力を向上させる方法として、メンタルヘルス関連の講演を開催することが効果的方法であるか否かに関する調査  
メンタルヘルス関連の講演会の効果を調査するために、非常に多くの生涯教育事業を実行している医師会の講演会の効果を調べてみることにした。47都道府県医師会に依頼して、平成15年度と平成22年度を含める数年の各都道府県医師会主催・共催の全講習会の総数とメンタルヘルス関連の講習会の総数の情報を提供いただいた。当該の講習会がメンタルヘルス関連の講習会であるか否かに関しては、研究班または各

都道府県医師会のどちらかが調査対象となるか判断した。

一方、エンドポイントとして、各都道府県別、男女別のうつ病患者数、自殺者数、および自殺率（自殺者数／死亡者数）を調査した。これらのデータは、平成17年度、20年度の人口動態調査と静態調査から得た。

メンタルヘルス関連講習会開催の比率が多い都道府県とその講習会比率が少ない都道府県に分けて、男女別に、（1）うつ病患者の有病率、（2）人口10万人あたりの自殺者数、そして（3）自殺率、の差について、t検定を用いて解析した。

#### 4. 非精神科医が労働者メンタルヘルス不調に対処する能力を向上させるためのDVDによる能動的学習方法の開発

メンタルヘルス不調への対処能力向上の方法のうち、うつ病診断能力の向上に焦点を当てた教材を作成することとした。

非精神科医師がDVDの内容や流れの案を作成し、それを非精神科の医師4名と精神科の医師1名で議論して、このDVD教材の最終的な流れと内容を決定した。具体的には、実際の診察場面を想定させる模擬面接を行い、設問を適宜設定、それについての回答は、（1）精神科専門医、（2）病院勤務の総合診療医、（3）無床診療所勤務の家庭医による、診療上のポイントなどの議論にて行うこととした。そして、適宜、学習者が能動的に回答することで学習が進行するプログラムとした。

DVDに出演する人物は上記の5人が担当することとした。

撮影→編集→内容のチェック→再編集→作成の手順で、この教材を作成した。DVDの作成にあたり、その技術的なサポートを業者より受けた。

#### 5. 倫理面への配慮

三重大学研究倫理委員会にて承認を得た（No. 981）。

#### C. 研究結果

##### 1. 質的研究による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点についての調査

メンタルヘルス不調を見出せない原因として表2のような重要アイテムと重要カテゴリーが抽出された。この結果が示すように、非精神科医の診療能力、精神科との連携、労働者の知識不足と抵抗感、そして事業所・産業医側の理解・体制不十分が重要な大カテゴリーとして抽出された。それに対する対策は表3のようなものが明らかとなった。非精神科医の臨床能力の向上、精神科医との連携、労働者への教育・情報提供、そして事業所・産業医との連携などが重要な大カテゴリーとしてあがってきた。

##### 2. アンケート調査による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調対処の問題点とその対策に関する調査

インターネットを使用したアンケート調査によって、1,028人の非精神科医から回答が得られた。有効回答数は695人（有効率67.6%）であった。

対象の年齢、性別、勤務している医療機関、主たる診療科、および勤務している医療機関の所在地は表4のとおりである。中堅の男性医師が多く、大学病院以外の病院や診療所で勤務している医師が多い。診療科では一般内科、家庭医療、総合診療などを行っている一般・総合系の医師が圧倒的に多かった。

勤務地の分布はほぼ人口に比例した分布となっていた。

非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因と考えているのは、メンタルヘルス不調についての知

識は乏しいとの意見と同程度に、診療に時間がかかる、または時間に見合うだけの収入がないことを原因と考えていることが分かった。また、中小企業の場合は、メンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい、事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい、など事業所側の問題も理由として重要と考えているようであった。精神科医との連携に関しては、大きな問題とはなっていないようであった。

一方、メンタルヘルス不調に対する対処方法で、実施可能と考えているのが多いのは、非精神科医自身のメンタルヘルス対処能力を向上することが多くあげられていた。教育研修に対処方法を組み込むことも実行可能な意見が多かった。精神科医と知り合う機会も重視されていた。また、労働者向けのメンタルヘルスに関するパンフレットを作成するのは、最も実施可能な対処方法と考えているようであった。逆に制度を改革することや事業所との連携の仕組みづくりには悲観的であることが明らかになった。

3. 非精神科医が労働者メンタルヘルス不調に対処する能力を向上させる方法として、メンタルヘルス関連の講演を開催することが効果的方法であるか否かに関する調査

この調査には30都道府県の都道府県医師会から回答を得た。

表5に示すように、平成17年度の女性の自殺率が、メンタルヘルス関連の講習会の少ない都道府県にくらべて、それが多いう都道府県において、有意に多かった。また、自殺者数についても、メンタルヘルス関連の講習会が多い都道府県において、そうでない都道府県に比べて多い傾向があった。

平成17年度に比べて平成20年度では、(1)うつ病患者の有病率、(2)人口10万人あたりの自殺者数、そして(3)自殺率ともに減少し、平成20年度には、こ

れらのエンドポイントは、メンタルヘルス関連の講習会の多寡によって、有意な差が認められなくなった。

#### D. 考察

質的研究では重要と考えられた非精神科医と精神科医との連携は、非精神科医への量的調査によって、大きな問題とはなっていないようであった。これは、非精神科医によるフォーカスグループ構成員のメンタルヘルス不調患者への対処能力が比較的高く、自分のこととしてではなく、その他の非精神科医の状況を推測したことによって導き出されたことによるとも考えられる。

労働人口のメンタルヘルス不調患者の対処がうまくいかないことの一つの対処方法として、非精神科医自身のメンタルヘルス対処能力が不足していることが考えられたが、非精神科医の対処能力を向上させる一つの方法として、医師会をはじめとして多く実施されているメンタルヘルス関連の講習会の効果を調査した。そして、平成17年度にはメンタルヘルス関連の講演会を

(当該医師会が)多く実施している都道府県において、有意に女性の自殺率が多く、また女性の自殺者の数が多い傾向にあることが分かった。これは、ecological fallacyが起こっている、すなわち、メンタルヘルス関連の講演会を多くすることによって自殺者が増加したと考えるよりも、自殺者が多いゆえにメンタルヘルス関連の講習会が多くなったと考えるのが妥当であろう。しかし、その有意な差が、平成20年度には見られなくなっており、対象数は少なく推論の域を出ないが、限定的にはあるにしても、その効果があったとも考えられる。

非精神科医のメンタルヘルス不調に関する臨床能力が向上しない要因として、メンタルヘルス関連の書物の効果も以下の理由で疑問視した。すなわち、(1)メンタル

ヘルス不調患者への対処能力が望まれる非精神科医師は、書物を購入しない、(2) 書籍の内容と非精神科医の実臨床の問診方法などが乖離、(3) 書籍の内容が非専門医のニーズにあっていない、(3) 非精神科医が能動的に学習する意欲をもつことができない学習形態、などである。そこで我々は、DVDを用いたメンタルヘルス不調対処能力の向上を考えた。我々の開発したDVD教材では、(1) DVDを使って学習者の能動的な学習態度が導き出せる、(2) 実臨床に即した形態で問診方法なども議論されている、(3) 様々なケースで非精神科医が抱えるであろう日常臨床上の疑問を精神科医と議論している、などの点で、効果的なメンタルヘルス不調対処能力の向上が図れると考えられる。今後、その有用性を検証すべきと考える。

## E. 結 論

非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対応できない原因として、メンタルヘルス不調についての知識が乏しい、その診療に時間がかかる、または時間に見合うだけの収入がないことなどを考えていることが分かった。また、中小企業の場合は、メンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい、事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい、など事業所側の問題も理由と考えられた。非精神科医のメンタルヘルス不調対処能力の向上のために、講演会なども限定的に効果があることも示唆されたが、我々が開発したより能動的な学習方法であるDVDを使用した学習も今後、考慮される必要があると考えられた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

現時点ではないが予定されている。

### 2. 学会発表

現時点ではないが予定されている。

### G. 知的財産権の出願・登録状況

現時点ではないが今後、DVDについてはその可能性もある。

### H. 今後の予定

今回開発したようなDVD教材をさらに多くのメンタルヘルス不調の分野に広げ、その有効性を調査する必要がある。

表1 フォーカスグループインタビュー参加者

病院の病院総合医、総合内科医、ジェネラリスト			
番号	施設	場所	役職
1	私立総合病院健診科	横浜市	医師
2	公立総合病院総合診療科	静岡市	医師
3	私立病院内科	鹿児島県	副院長
4	私立病院内科	津市	医師
5	県立病院家庭医療科	津市	院長

診療所の家庭医、かかりつけ医			
番号	施設	場所	役職
1	診療所	四日市市	所長
2	診療所	津市	所長
3	診療所	広島市	所長
4	診療所	志摩市	所長
5	診療所	奈良県	所長
6	診療所	岡山県	所長

表2 非精神科医が労働者のメンタルヘルス不調を見いだせない原因

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	番号	統合した情報単位(重要アイテム)	
非精神科医の診療能力	非精神科医がメンタルヘルス不調の存在を認識できない		1	非精神科医のメンタルヘルス不調についての知識が乏しい	
			2	患者の表情や身体的訴えからメンタルヘルス不調の存在を察知できない	
			3	患者からメンタルヘルス不調の存在の聞き出しがわからない	
			4	非精神科医が、患者がメンタルヘルスについて話せる環境を作っていない	
	非精神科医がメンタルヘルス不調の存在に気付いても対応しない			5	メンタルヘルス不調への対応には時間がかかりすぎる
				6	メンタルヘルス不調への対応に要する時間に見合う収入に繋がらない
				7	メンタルヘルス不調に対する正しい診断ができない
				8	メンタルヘルス不調に対するマネジメント法を知らない
				9	総合内科医といえども専門領域を持ち、それをはずれることに不安になる
				10	コメディカルがメンタルヘルス不調を持つ患者を敬遠する
				11	メンタルヘルス不調に対するマネジメントのスキルが不足している
精神科医との連携	非精神科医がメンタルヘルス不調の存在に気付いても、精神科医との連携がうまくいかない	精神科へ紹介(リファール)しようにも、近隣に精神科医がいな	12	近隣に精神科医がない	
			13	精神科の患者数が多く、精神科医のキャパシティが不足している	
			14	非精神科医が緊急と判断しても、精神科医から見ると緊急ではないとされる	
			15	精神科医からみて興味のない疾患は非精神科医の元へかえされる	
	精神科医への相談(コンサルテーション)ができない	精神科への紹介(リファール)をためらう		16	非精神科医が精神科医に診て欲しい理由を、上手に伝えられない
				17	精神科へ紹介すべきケースかどうかかわからない
				18	非精神科医がメンタルヘルス不調をマネジメントできないと思われることが恥ずかしい
				19	非精神科医が精神科への紹介を検討するとき、近隣の個々の精神科医の特徴を知らない
労働者の知識不足と抵抗感	労働者がメンタルヘルス不調を自覚していない		20	ケースの相談をしようにも、非精神科医と精神科医がお互いの領域の理解が不十分で、話が噛み合わない	
			21	労働者がメンタルヘルス不調に気付くための知識がない	
	労働者がメンタルヘルス不調を自覚しているも、相談できない 労働者がメンタルヘルス不調の診断・治療に抵抗する			22	労働者がメンタルヘルス不調に気付いても、治療した方がよいとまでは思わない
				23	労働者がメンタルヘルス不調を自覚しても、精神科以外のどこで相談したらよいのかわからない
事業所・産業医側の理解・体制不十分	労働者のメンタルヘルス不調の治療に際して、職場とうまく連携できない	職場と連携しづらい	24	労働者がメンタルヘルス疾患に偏見を持っている	
			産業医と連携しづらい	25	労働者がメンタルヘルス不調であることを周囲に知られることに抵抗する
				26	中小の事業所ではメンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい
	27	事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい			
	事業所・産業医側から非精神科医への紹介がない			28	一部の産業医はメンタルヘルスについての認識が乏しい
				29	一部の産業医は事業所側に介入できない
				30	産業医から非精神科医への照会・相談が少ない
			31	事業所内で労働者のメンタルヘルス不調が気付かれていても、非精神科医へは情報が伝わらない	

表3 非精神科医がメンタルヘルス不調を発見できないことへの対策

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	番号	統合した情報単位(重要アイテム)
非精神科医の診療能力の向上	非精神科医がメンタルヘルス不調に気付くための教育	メンタルヘルス不調の診断に関する教育	1	非精神科医が日常から鑑別診断にメンタルヘルスも含めて考えるようにする
			2	どういときにメンタルヘルス不調を疑うかを学ぶ
			3	メンタルヘルス不調をどう聞き出すかを学ぶ
			4	メンタルヘルス不調のスクリーニング法を学ぶ
			5	患者向けセルフアセスメントシートを利用できるようにする
		良好なコミュニケーションについての教育	6	患者の話を傾聴するスキルを学ぶ
			7	患者が話しやすい医師-患者関係を構築することを学ぶ
		メンタルヘルス不調のマネジメントについての教育	8	メンタルヘルス不調のマネジメント法を学ぶ
			9	患者のメンタルヘルスについて傾聴できるコメディカルを養成する
	非精神科医がメンタルヘルスに取り組むよう促す仕組みの構築	メンタルヘルス不調に対応することへのインセンティブとペナル	10	メンタルヘルス不調のスクリーニングを保険点数化する
			11	精神科専門医でなくても精神科を連携することで「通院精神療法」を請求する
			12	メンタルヘルス不調のスクリーニングを行わない医師にペナルティを課す
		非精神科医がメンタルヘルスについて学ぶことを促進する仕組み	13	メンタルヘルスに関する講習受講の義務化や生涯教育点数化をおこなう
			14	非精神科医が自主的にメンタルヘルスに関する勉強会を行う
15	研修医教育にメンタルヘルス教育を取り入れる			
精神科医との連携	非精神科医が精神科医とうまく連携する	精神科医への紹介(リファerral)についての教育	17	非精神科医が精神科医に診て欲しい理由を上手に伝える紹介状の書き方を学ぶ
			18	軽症は非精神科医が診て重症は専門医が診るという役割分担を明確にする
		19	非精神科医と精神科医との勉強会を顔を知り合う形態で行う	
労働者への教育・情報提供	労働者がメンタルヘルス不調に気付けるようにする	精神科医への相談(コンサルテーション)を行いやすい環境を	20	精神科医に相談しながらメンタルヘルス不調のマネジメントが行えるような関係作りを行う
			21	労働者向けのメンタルヘルスに関するパンフレットを配布する
		メンタルヘルス不調に気付いた労働者が受診しやすい仕組みづくり	22	非精神科医が社会に向けてメンタルヘルスについての啓発活動を行う
			23	マスメディアを動員してメンタルヘルスについてのキャンペーンを行う
			24	メンタルヘルスについて学べるゲームソフトを開発・発売する
事業所・産業医との連携	事業所・産業医との連携を促進する		25	精神科とは別にメンタルヘルスを扱えることを連携する制度をつくる
			26	非精神科医が産業医や事業所から情報を得やすくする仕組みをつくる

表4 アンケート集計による非精神科医による労働者メンタルヘルス不調  
対処の問題点とその対策

その対策に関する調査・研究

1. 年齢

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
20歳代	0	0.0
30歳代	64	9.2
40歳代	291	41.9
50歳代	289	41.6
60歳以上	51	7.3

2. 性別

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
男性	643	92.5
女性	52	7.5

3. 勤務している医療機関

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
大学病院	27	3.9
大学病院以外の病院	295	42.4
医院・診療所・クリニック	371	53.4
その他	2	0.3

4. 主たる診療科

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
一般・総合系(一般内科、家庭医療、総合診療、地域医療など)	614	88.3
消化器内科	26	3.7
循環器内科	13	1.9
呼吸器内科	5	0.7
感染症科	2	0.3
内分泌内科	0	0.0
代謝内科	0	0.0
糖尿病科	10	1.4
血液内科	3	0.4
腫瘍内科	1	0.1
腎臓内科	3	0.4
神経内科	3	0.4
膠原病科	2	0.3
アレルギー科	0	0.0
心療内科	2	0.3
老年科	1	0.1
リハビリテーション科	1	0.1
小児科	2	0.3
その他 具体的に:	7	1.0



5. 勤務している医療機関の所在地

(度数, %)

	度数	%
TOTAL	695	100.0
北海道	45	6.5
青森県	9	1.3
岩手県	4	0.6
宮城県	10	1.4
秋田県	5	0.7
山形県	3	0.4
福島県	6	0.9
茨城県	9	1.3
栃木県	4	0.6
群馬県	15	2.2
埼玉県	24	3.5
千葉県	19	2.7
東京都	76	10.9
神奈川県	25	3.6
新潟県	18	2.6
富山県	6	0.9
石川県	8	1.2
福井県	3	0.4
山梨県	5	0.7
長野県	20	2.9
岐阜県	12	1.7
静岡県	12	1.7
愛知県	31	4.5
三重県	12	1.7
滋賀県	7	1.0
京都府	24	3.5
大阪府	71	10.2
兵庫県	34	4.9
奈良県	9	1.3
和歌山県	8	1.2
鳥取県	2	0.3
島根県	4	0.6
岡山県	24	3.5
広島県	18	2.6
山口県	7	1.0
徳島県	7	1.0
香川県	7	1.0
愛媛県	12	1.7
高知県	8	1.2
福岡県	22	3.2
佐賀県	7	1.0
長崎県	7	1.0
熊本県	13	1.9
大分県	7	1.0
宮崎県	8	1.2
鹿児島県	5	0.7
沖縄県	3	0.4

6. 非精神科医師が労働者のメンタルヘルス不調にうまく対処できない原因と考えられる項目が挙げてあります。

「そう思う」から「そう思わない」までの5つの選択肢のうち、もっとも合っていると考えられるものをお選びください。

(度数, %)

	n(TOTAL)	そう思う	ややそう思う	どちらとも いえない	あまりそう 思わない	そう思わ ない
非精神科医師のメンタルヘルス不調についての知識が乏しい	695 100.0	219 31.5	337 48.5	96 13.8	34 4.9	9 1.3
患者の表情や身体的訴えからメンタルヘルス不調の存在を察知できない	695 100.0	87 12.5	281 40.4	187 26.9	126 18.1	14 2.0
患者からメンタルヘルス不調の存在の聞き出しがわからない	695 100.0	88 12.7	316 45.5	172 24.7	101 14.5	18 2.6
非精神科医師が、患者がメンタルヘルスについて話せる環境を作っていない	695 100.0	125 18.0	350 50.4	156 22.4	50 7.2	14 2.0
メンタルヘルス不調への対応には時間がかかりすぎる	695 100.0	326 46.9	273 39.3	78 11.2	17 2.4	1 0.1
メンタルヘルス不調への対応に要する時間に見合う収入に繋がらない	695 100.0	274 39.4	263 37.8	129 18.6	25 3.6	4 0.6
メンタルヘルス不調に対する正しい診断ができない	695 100.0	156 22.4	342 49.2	144 20.7	42 6.0	11 1.6
メンタルヘルス不調に対するマネジメント法を知らない	695 100.0	168 24.2	332 47.8	140 20.1	45 6.5	10 1.4
非精神科医師は専門領域を持ち、それをはずれることに不安になる	695 100.0	93 13.4	262 37.7	207 29.8	104 15.0	29 4.2
コ・メディカルがメンタルヘルス不調を持つ患者を敬遠する	695 100.0	60 8.6	230 33.1	234 33.7	141 20.3	30 4.3
メンタルヘルス不調に対するマネジメントのスキルが不足している	695 100.0	144 20.7	377 54.2	132 19.0	35 5.0	7 1.0
近隣に精神科医がいない	695 100.0	75 10.8	179 25.8	210 30.2	145 20.9	86 12.4
精神科の患者数が多く、精神科医のキャパシティが不足している	695 100.0	112 16.1	246 35.4	215 30.9	94 13.5	28 4.0
非精神科医師が緊急と判断しても、精神科医からみると緊急ではないとされる	695 100.0	111 16.0	250 36.0	261 37.6	62 8.9	11 1.6
精神科医からみて興味のない疾患は非精神科主治医の元へかえされる	695 100.0	97 14.0	204 29.4	269 38.7	111 16.0	14 2.0
非精神科医師が精神科医に診て欲しい理由を、上手に伝えられない	695 100.0	60 8.6	224 32.2	248 35.7	133 19.1	30 4.3
精神科へ紹介すべきケースかどうかわからない	695 100.0	38 5.5	226 32.5	238 34.2	152 21.9	41 5.9
非精神科医師がメンタルヘルス不調をマネジメントできないと思われることが恥ずかしい	695 100.0	19 2.7	90 12.9	200 28.8	243 35.0	143 20.6
非精神科医師が精神科への紹介を検討するとき、近隣の個々の精神科医の特徴を知らない	695 100.0	162 23.3	280 40.3	161 23.2	77 11.1	15 2.2
ケースの相談をしようにも、非精神科医師と精神科医がお互いの領域の理解が不十分で、話が噛み合わない	695 100.0	88 12.7	259 37.3	231 33.2	99 14.2	18 2.6
労働者がメンタルヘルス不調に気付くための知識がない	695 100.0	96 13.8	337 48.5	190 27.3	64 9.2	8 1.2
労働者がメンタルヘルス不調に気付いても、治療した方がよいとまでは思わない	695 100.0	117 16.8	311 44.7	177 25.5	68 9.8	22 3.2
労働者がメンタルヘルス不調を自覚しても、精神科以外のどこで相談したらよいのか知らない	695 100.0	133 19.1	346 49.8	154 22.2	51 7.3	11 1.6
労働者がメンタルヘルス疾患に偏見を持っている	695 100.0	150 21.6	303 43.6	192 27.6	41 5.9	9 1.3
労働者がメンタルヘルス不調であることを周囲に知られることに抵抗する	695 100.0	184 26.5	331 47.6	145 20.9	33 4.7	2 0.3
中小の事業所ではメンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい	695 100.0	271 39.0	291 41.9	113 16.3	19 2.7	1 0.1
事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい	695 100.0	227 32.7	308 44.3	126 18.1	31 4.5	3 0.4

	n(TOTAL)	そう思う	ややそう思う	どちらとも いえない	あまりそう 思わない	そう思わな い
一部の産業医はメンタルヘルスについての認識が乏しい	695 100.0	82 11.8	302 43.5	236 34.0	65 9.4	10 1.4
一部の産業医は事業所側に介入できない	695 100.0	103 14.8	273 39.3	259 37.3	49 7.1	11 1.6
産業医から非精神科の主治医への照会・相談が少ない	695 100.0	83 11.9	263 37.8	310 44.6	34 4.9	5 0.7
事業所内で労働者のメンタルヘルス不調が気付かれていても、非精神科の主治医へは情報が伝わらない	695 100.0	88 12.7	288 41.4	284 40.9	31 4.5	4 0.6



7. 非精神科医師がメンタルヘルス不調にうまく対処できないことへの対策を挙げてあります。「実行は容易である」から「実行は困難である」までの5つの選択肢のうち、各々の対策の実行可能性の程度としてもっとも合っていると考えられるものをお選びください

(度数, %)

	n(TOTAL)	実行は容易である	実行はやや容易である	どちらともいえない	実行はやや困難である	実行は困難である
非精神科医師が日常から鑑別診断にメンタルヘルスも含めて考えるようにする	695 100.0	48 6.9	229 32.9	232 33.4	164 23.6	22 3.2
どういときにメンタルヘルス不調を疑うかを学ぶ	695 100.0	50 7.2	314 45.2	225 32.4	99 14.2	7 1.0
メンタルヘルス不調をどう聞き出すかを学ぶ	695 100.0	46 6.6	314 45.2	223 32.1	102 14.7	10 1.4
メンタルヘルス不調のスクリーニング法を学ぶ	695 100.0	50 7.2	328 47.2	210 30.2	96 13.8	11 1.6
患者向けセルフアセスメントシートを利用できるようにする	695 100.0	57 8.2	303 43.6	224 32.2	98 14.1	13 1.9
患者の話を傾聴するスキルを学ぶ	695 100.0	33 4.7	247 35.5	254 36.5	146 21.0	15 2.2
患者が話しやすい医師-患者関係を構築することを学ぶ	695 100.0	40 5.8	252 36.3	264 38.0	123 17.7	16 2.3
メンタルヘルス不調のマネジメント法を学ぶ	695 100.0	29 4.2	248 35.7	273 39.3	129 18.6	16 2.3
患者のメンタルヘルスについて傾聴できるコ・メディカルを養成する	695 100.0	17 2.4	128 18.4	227 32.7	232 33.4	91 13.1
メンタルヘルス不調のスクリーニングを保険点数化する	695 100.0	37 5.3	122 17.6	246 35.4	203 29.2	87 12.5
精神科専門医でなくても精神科を標榜することで「通院精神療法」を請求する	695 100.0	22 3.2	73 10.5	220 31.7	224 32.2	156 22.4
メンタルヘルス不調のスクリーニングを行わない医師にペナルティを課す	695 100.0	2 0.3	33 4.7	140 20.1	187 26.9	333 47.9
メンタルヘルスに関する講習受講の義務化や生涯教育点数化を行う	695 100.0	10 1.4	97 14.0	218 31.4	205 29.5	165 23.7
非精神科医師が自主的にメンタルヘルスに関する勉強会を行う	695 100.0	24 3.5	183 26.3	247 35.5	183 26.3	58 8.3
研修医教育にメンタルヘルス教育を取り入れる	695 100.0	53 7.6	303 43.6	242 34.8	82 11.8	15 2.2
卒前教育にメンタルヘルスやコミュニケーションの教育を取り入れる	695 100.0	53 7.6	302 43.5	262 37.7	65 9.4	13 1.9
非精神科医師が精神科医に診て欲しい理由を上手に伝える紹介状の書き方を学ぶ	695 100.0	28 4.0	221 31.8	349 50.2	79 11.4	18 2.6
軽症は非精神科医師が診て重症は精神科医が診るという役割分担を明確にする	695 100.0	23 3.3	168 24.2	331 47.6	127 18.3	46 6.6
非精神科医師と精神科医との勉強会を顔を知り合えるような形態で行う	695 100.0	17 2.4	235 33.8	316 45.5	106 15.3	21 3.0
精神科医に相談しながら非精神科医師がメンタルヘルス不調のマネジメントを行えるような関係作りを行う	695 100.0	16 2.3	214 30.8	311 44.7	126 18.1	28 4.0
労働者向けのメンタルヘルスに関するパンフレットを配布する	695 100.0	106 15.3	330 47.5	210 30.2	36 5.2	13 1.9
非精神科医師が社会に向けてメンタルヘルスについての啓発活動を行う	695 100.0	19 2.7	182 26.2	279 40.1	162 23.3	53 7.6
マスメディアを動員してメンタルヘルスについてのキャンペーンを行う	695 100.0	39 5.6	243 35.0	292 42.0	84 12.1	37 5.3
メンタルヘルスについて学べるゲームソフトを開発・発売する	695 100.0	13 1.9	118 17.0	363 52.2	135 19.4	66 9.5
精神科とは別にメンタルヘルスを扱えることを標榜する制度をつくる	695 100.0	15 2.2	130 18.7	307 44.2	172 24.7	71 10.2
非精神科主治医が産業医や事業所から情報を得やすくする仕組みをつくる	695 100.0	13 1.9	181 26.0	350 50.4	123 17.7	28 4.0

表5 都道府県別のメンタルヘルス関連の講習会の多寡による、うつ病数、自殺者数、そして自殺率の差について

	平成17年度				平成20年度				
	講習回数		t 値*	p 値	講習回数		t 値*	p 値	
	多い県	少ない県			多い県	少ない県			
うつ病数(/10万人)	全体	1.2942	0.7315	-1.75	0.0907	0.9425	1.1377	0.61	0.5477
	男性	1.0028	0.5807	-1.57	0.1271	0.6427	0.9203	0.99	0.3295
	女性	1.5534	0.8755	-1.78	0.0856	1.2192	1.343	0.34	0.7377
自殺者数(/10万人)	全体	26.047	25.072	-0.57	0.5716	23.985	24.886	0.58	0.5654
	男性	38.696	38.549	-0.05	0.9598	31.972	34.453	0.98	0.3343
	女性	14.396	12.541	-2	0.0552	13.469	13.145	-0.33	0.7456
自殺率(自殺者数/ 死亡者数)	全体	0.0274	0.0272	-0.16	0.8749	0.0251	0.0253	0.13	0.8957
	男性	0.0366	0.0381	0.64	0.5279	0.0338	0.035	0.66	0.5128
	女性	0.0169	0.0149	-2.24	0.0355	0.0375	0.0385	0.41	0.6855

\* 差の検定はt検定によった。

外部相談機関等による職場への支援の現状とあり方の研究

研究分担者 原谷 隆史

独立行政法人労働安全衛生総合研究所 作業条件適応研究グループ部長

**研究要旨**

外部相談機関の職場メンタルヘルス不調への関わり、特に予防と早期支援・介入におけるこれらの機関の職場への支援の現状を把握し、あり方を検討する。また、外部相談機関関係者を対象とした、職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための教材ならびに教育プログラムを検討する。

文献データベースでEAP等の外部相談機関の文献検索を行った結果、医中誌Webで81編、PubMedで153編の文献があった。その中で早期介入や早期発見の文献は少なかった。日本ではうつ病ケアでEAP等を活用して効果的な早期発見・早期治療に結びつけるためのシステムづくりの重要性が指摘されていた。海外ではアルコール依存症や薬物乱用等のEAPによる早期介入の有効性や経済的メリットの報告があった。

日本EAP協会の賛助会員は7機関、その他のEAP等の相談機関をインターネットで検索すると16機関があった。メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業の登録相談機関は、17都道府県の33機関であった。面接によるカウンセリングに関して時間や料金の表示半分程度の機関で行われていた。精神科医の面接を明確に表示している相談機関はわずかであった。精神科医の面接料金は20分8,500円、15分10,000円という相談機関があった。外部相談機関は、一般従業員、管理監督者、人事労務担当者、産業保健スタッフ、経営層等への相談、コンサルテーション、教育研修・情報提供、ストレスやメンタルヘルスの調査によるメンタルヘルス不調の早期発見、組織診断等の多様なサービスをネットやメールを活用して提供している状況が明らかとなった。全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関は、27都道府県の52機関である。14県では、相談促進事業の登録相談機関と全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関の両方とも存在しない。メンタルヘルス対策支援センターは、47都道府県産業保健推進センター内に設置され、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援まで職場のメンタルヘルス対策についての総合支援窓口として、サービスを無料で提供しており、公共サービスとして必要性が高い。外部専門機関は各地に存在することが期待される。また、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入という観点からは、医療や就業上の措置が必要な患者だけではなく、軽い問題や不調を抱えた労働者を対象としたサービスも望まれる。日本の外部相談機関では医療が重視されているが、対策のコストを考慮して経済的で有効な支援を幅広く提供することも考えられる。

メンタルヘルス教育のプログラムは、対象者や業務内容に応じて、適切な技法、内容を選定して提供する必要がある。外部相談機関等の関係者へのメンタルヘルス教育により、サービスの質を確保、向上することが期待される。

**A. 本研究の目的**

外部相談機関の職場メンタルヘルス不調への関わり、特に予防と早期支援・介入におけるこれらの機関の職場への支援の現状を把握し、あり方を検討する。また、外部相談機関関係者を対象とした、職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための教材ならびに教育プログラムを検討する。

**B. 方法**

文献データベースとして、医学中央雑誌WebとPubMedを使用して2009年2月5日に文献検索を実施した。

医中誌WEBでは((労働衛生/TH or (労働衛生サービス/TH or 労働衛生サービス/A L)) and (EAP/AL or EAPs/AL)) or (従業員支援プログラム/AL) or (従業員援助プ

ログラム/AL)を検索した。

PubMedではEAP [Title] OR EAPS [Title] AND "occupational health services" [MeSH Terms] OR "employee assistance program\*" を検索した。

さらにEAP等の外部相談機関の国内の状況を把握するためにインターネット等で情報を収集した。外部相談機関として、EAP、相談促進事業の登録相談機関、メンタルヘルス対策支援センター、全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関、外部専門機関等の情報を収集し、あり方、教材、教育プログラムを検討した。

## C. 結果

### 1) 医中誌Web

医中誌Webで検索した結果150編の文献があった。1頁の抄録等を除くと81編の論文であった。

この中で早期介入、早期発見をキーワードとして検索すると該当する論文は1編であった。田中(2006)は、職域におけるうつ病ケアでは精神医学に基づく臨床的視点のほかに、労働安全衛生法および企業の責務である安全(健康)配慮義務も含めた視点が必要であり、職場復帰支援のほかに、うつ病の発症予防や早期発見・早期治療に結びつけるための教育や体制づくりが重要であること、EAP(従業員支援プログラム)など家族による気づきや支援を活用しながら効果的な早期発見・早期治療に結びつけるためのシステムづくりも重要であることを指摘した。

### 2) PubMed

PubMedを検索した結果153編の文献があった。この中でEAPの早期介入、早期発見に関する文献は5編あった。

Bednarek & Featherston (1984) は、病

院でのEAPを報告した。従業員の個人的問題への早期介入と治療の機会と漸進的懲戒処分とを組み合わせた。EAPコーディネーターは治療のための適切な資源を紹介した。上司には従業員の問題を発見し、問題の診断よりも仕事のパフォーマンスに焦点を当てるように教育した。3年間の記録から、EAPに参加した92人中72人が問題を改善または解決した。離職率が36%から20%に減り、離職や配置転換の費用約40,800ドルが節約できた。

Flynn et al. (1993) は、航空会社のパイロットのアルコール依存症と治療の記録を後ろ向きに解析した。アルコール依存症の87%が薬物乱用治療の後にパイロットに復帰し、13%が再発した。パイロット、組合、経営、航空医、EAPプロフェッショナルとのチームワークを促進することで、薬物乱用パイロットの早期発見・治療が推進できる。

Kramer (1998) は、薬物乱用の発見と治療におけるEAPの役割を報告した。EAPは職場の薬物乱用のコストを抑える効果的対策である。EAPは予防、早期発見、紹介のための評価、アフターケアを提供し、薬物乱用の莫大なコストを抑制するのに役立ち、薬物検査とEAPサービスとを統合するのが最も効果的なプログラムであると指摘した。

Becker et al. (2000) は、米国の運送会社の職業規範を変えて薬物乱用を減らすための職場の予防、早期介入プログラムを評価する進行中の方法を報告した。EAP、無作為薬物検査、行動保健管理、同僚主導介入プログラムといった4プログラムを用いた。アウトカム評価では、欠勤、離職、怪我、障害等の仕事のパフォーマンスへの影響を調べてコスト分析を行う。

Merrick et al. (2007) は、職場の飲酒問題で始まったEAPが現在は包括的資源へ

と発展し、研究課題として、早期発見のための経営相談を含む薬物使用問題への対応等の研究課題を提唱した。

### 3) EAP等の外部相談機関

日本EAP協会は国際EAP協会（EAPA）の正式日本支部であり、賛助会員は7機関であった。インターネットでその他のEAP等の相談機関を検索すると16機関があった。

### 4) 相談促進事業の登録相談機関

「メンタルヘルス対策における事業場外資源との連携の促進について（基安労発第0619001号、平成20年6月19日）」により「メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業」が独立行政法人労働者健康福祉機構に委託された。独立行政法人労働者健康福祉機構のホームページには相談促進事業の登録相談機関リストが掲載されている。

2010年2月16日までに登録された相談機関は、16都道府県の28機関であった。残りの31県には登録相談機関が存在しない。

（平成22年3月29日から平成23年2月7日までに5機関が追加登録され、17都道府県の33機関となった。）

面接によるカウンセリングに関して時間や料金の表示は15機関で行われていた。

企業との契約で基本料金に含まれるため料金表示が行われていない機関もあった。精神科医の面接についての表示は少ないが、初回の面接は原則として精神科医が行い、費用は基本料金の中に含まれ、2回目以降は相談内容から専門の相談担当者を決定するという機関があった。精神科医面接への事前情報のため相談員がインテーク（予診）面接を行った後に精神科専門医が面接しアセスメント（評価）を行った上で要医療、要継続相談、要観察などを判断し、カウンセ

リング継続が適当と判断されれば希望により契約企業は3回まで無料で行うという機関があった。

相談機関では様々な職場への支援サービスが提供されていた。

カウンセリングは、予防カウンセリング、簡易カウンセリング、家族カウンセリング、ブライダルカウンセリング、心の健康相談、心理療法等が行われていた。面接以外にも電話やメール（PC、携帯）によるカウンセリングも提供されていた。

メンタルヘルスの問題を抱えた従業員に対する対応等のコンサルテーションを管理職、人事労務担当者、産業保健スタッフ、経営層等に行われていた。

ストレスやメンタルヘルスの調査が従業員や組織を対象として実施されていた。ストレスチェック、こころの健康チェック、ストレス診断、こころの健康診断、メンタルヘルス診断、パーソナリティ診断、心理テスト、適性検査、組織診断、職場ストレス分析、サーベイランス等が質問紙やWEBで提供されていた。

職場のメンタルヘルス対策の導入や運用のサポートが行われていた。EAPの導入、相談体制、健康管理、安全衛生委員会、労務管理への支援等が行われていた。

教育研修や情報提供では、労働者、管理監督者、人事労務担当者、産業保健スタッフ等を対象として各種の教育研修、情報提供が行われていた。内容としては、メンタルヘルス、リスナー、アサーション、コミュニケーションスキル、エンカウンターグループ、メンタルタフネス強化、モチベーション向上、メンタルヘルス・マネジメント試験対応研修、ハラスメント、個人情報とプライバシー等があった。ネットを使用してeラーニングによる教育研修も提供されていた。情報提供では小冊子、ハン



ドブック、広報誌、レター等の印刷物の配布やメール配信が行われていた。

#### 5) メンタルヘルス対策支援センター

メンタルヘルス対策支援センターは、厚生労働省委託事業であり、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援まで職場のメンタルヘルス対策についての総合支援窓口として、47都道府県産業保健推進センター内に設置され、相談・問い合わせ、訪問支援、説明会、事例検討会・交流会、情報提供等のサービスを無料で提供している。

相談・問い合わせでは、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援までメンタルヘルス全般の取組みについて、事業場の産業保健スタッフや人事労務担当者、事業主などから寄せられる様々な相談、問い合わせに、職場のメンタルヘルス対策に詳しい精神科医、心理職等産業保健系の専門家や労務管理に詳しい専門家が対応し、抱える課題等の解決を手伝う。

また、労働者やその家族などからも、「メンタルヘルス不調を感じるが、社内に相談できる窓口がないのでどこに相談すればよいか分からない。」「メンタルヘルス不調ではないかと思われる労働者に対して、医療機関や相談機関にかからせたいが、どのように説明すればよいか分からない。」などの相談、問い合わせに対応し、状況に応じて適当な相談機関や医療機関を紹介する。

訪問支援では、事業場からの要望に応じ、職場のメンタルヘルス対策や労務管理に詳しい専門家（「メンタルヘルス対策促進員」）が事業場に出向いて、心の健康づくり計画の策定、事業場内体制の整備、労働者等へのメンタルヘルスについての啓発など、事業場が職場のメンタルヘルス対策を進めるにあたっての助言・支援を行う。

説明会は、事業主団体等を対象としたメンタルヘルス対策・職場復帰支援プログラムについての周知を目的として各都道府県において開催する。

事例検討会・交流会は、産業医等事業場の産業保健スタッフや医療機関や相談機関等の関係団体等の理解と協力を得て開催し、関係者間のネットワークの形成を手伝う。

情報提供では、メンタルヘルス対策に係る地域で活用できる相談機関、支援機関、支援事業、メンタルヘルス関係研修などの情報を、支援センター窓口やホームページなどで総合的に提供する。

#### 6) 全衛連のメンタルヘルスサービス提供機関

社団法人全国労働衛生団体連合会（全衛連）では、全衛連独自のメンタルヘルスサービス「こころと体のトータルチェック」を提供している。メンタルヘルスサービス提供機関は、27都道府県に52機関ある。

全衛連の提唱するメンタルヘルスサービスは定期健診とセットで実施され、チェック結果は直接受診者に報告される。

ストレスチェックは、厚生労働省が研究開発した「職業性ストレス簡易調査票」をベースに、中央労働災害防止協会が独自に構築したシステム（「中災防ヘルスアドバイスサービス」）の提供を受けて実施する。チェック結果より、ストレスの原因、心身の状況等を分析し、受診者に対してストレスへの気づきを促し、セルフケアに役立つアドバイスを「あなたのストレスプロフィール」にまとめて報告する。

定期健診の結果、高血圧、高脂血等の所見が認められる場合には保健指導、栄養指導、運動指導等の事後指導が実施されるが、メンタルヘルスチェックの結果についても同様に、ストレス過多の者に対してストレ

ス対処法等の事後指導が実施される。事後指導結果は個人情報として厳格に管理され、プライバシーは確保される。事後指導に当たるのは、日本産業精神保健学会の指導により実施される研修を受け、所定のカリキュラムを修了した専門の医師、保健スタッフである。

事業場がメンタルヘルス対策を適切に実施するためには、まず、職場ストレス環境を把握することから始まる。メンタルヘルスチェック及び事後指導によって得られたデータを基に職場評価結果（「仕事のストレス判定図」他）を作成・提供する。これによって職場ストレス環境の見直し、改善へとつながる。

職場評価結果を踏まえ、個々の事業場の実態に即した具体的な管理職研修、職員研修、あるいは職場ストレス環境の改善に係るアドバイス等を要望に応じて実施する。

全衛連のメンタルヘルスチェックサービスに係る基本料金は、メンタルヘルスチェックは630円/人、職場評価は2,520円/集団と統一料金であり、事後指導は別途である。

## 7) 外部専門機関

厚生労働省労働基準局は「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」を設置し、報告書を平成22年9月7日に公表した。一般定期健康診断の機会に併せてストレスに関連する症状・不調を確認し、必要な労働者に対して医師による面接を行い、その結果により就業上の措置等が必要な場合には事業者意見に述べる新たな枠組みが提言された。新たな枠組みに対応するために今後必要となる検討項目として、ストレスに関連する症状・不調の確認項目、不利益取扱いの防止のための措置等、事業場に対する支援体制の整備、先進的事例の普及、人材

の確保、地域保健との連携が示された。事業場に対する支援体制の整備の中で、メンタルヘルスに対応できる産業医等で構成される事業場外の組織（外部専門機関）を整備・育成し、メンタルヘルス不調者への対応等に関する産業医の職務を効率的かつ適切に実施可能とすることを検討する必要性が指摘された。

厚生労働省労働基準局は「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」を設置し、報告書を平成22年11月22日に公表した。地域における今後の産業保健サービス体制の整備に関連する、事業場に対する支援体制の整備、人材の確保、地域保健との連携について、特にメンタルヘルス対策に重点をおいた検討を行った。

外部専門機関の基本的なあり方について以下の4項目を示した。

① 産業医の職務を責任を持って担当する観点から、外部専門機関に属する産業医有資格者1名を事業場に対する業務を総括する医師（以下「総括医師」という。嘱託産業医に相当）として定めたいうえで、総括医師が主担当となり他の産業医有資格者との間で事業場や個々の労働者についての情報共有などによる連携を図りながら、産業医の職務を提供すること。この場合の産業医有資格者間の調整は総括医師が行うこと。

② 産業医のチーム間の調整及び業務の監督の観点から、一定の見識を有する産業医有資格者（産業医長）がおり、機関に属する産業医有資格者を指揮し、産業医職務に関する業務全体を管理すること。

③ 外部専門機関には、メンタルヘルスの知識経験を有する医師、保健師等がおり、メンタルヘルス対応の面接、事後措置に関する意見、保健指導について、総括医師の指導・指示を受けながら対応すること。

④ 外部専門機関には、医師が協働によ

り産業医活動を行うことによって産業保健活動を充実させるため、複数の産業医有資格者がいること。また、産業医の職務を行う事業場数に応じた数の産業医有資格者がいること。

また、外部専門機関の要件等として、外部専門機関が行う産業医の職務及び面接等について適切な業務が行われるとともに、外部専門機関の人材の質が確保されるよう以下の5項目への適合が求められている。

① 受託する事業場ごとに総括医師を定め、当該事業場を担当する複数の医師等の調整を行い業務をとりまとめること。事業者に対し勧告を行う場合で、複数の医師等で意見が異なる場合は、総括医師が意見の調整を行い、機関として勧告を行うこと。

② 産業医であって、一定の知識経験を有する者（産業医長）が、機関に所属する産業医有資格者等を指揮し、業務を管理すること。

例えば次のような一定の知識経験を有する産業医有資格者が考えられる。

・産業医に選任された経験が一定年数以上であり、日本医師会認定産業医の更新回数が一定以上の者

・産業医科大学を卒業した者のうち実習を履修した者であって、産業医に選任された経験が一定年数以上の者

・保健衛生の区分で合格した労働衛生コンサルタント

・日本産業衛生学会の専門医の資格を有する医師

③ 所属する産業医有資格者の数が一定以上であり、受託する事業場数に応じた数であること。

④ 労働者のメンタルヘルスに関する一定の知識経験を有する医師がいること。

⑤ メンタルヘルスに関する一定の知識を有し一定年数以上の経験を有する保健師

等がいること。

## 8) メンタルヘルス教育の教材

中央労働災害防止協会では、厚生労働省の委託事業として「事業場内メンタルヘルス教育研修担当者養成研修」を実施し、「メンタルヘルス教育研修担当者養成研修テキスト」（平成22年9月改訂）を作成した。これは職場のメンタルヘルスに関する幅広い内容を網羅しており、外部相談機関関係者を対象とした、職域メンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のための教材としても大いに活用することができる。主な目次は以下の通りである。

### 第1章 メンタルヘルスケアの意義

#### 1 職場におけるメンタルヘルスケアの重要性

#### 2 メンタルヘルスケアの考え方

#### 3 労働安全衛生法について

#### 4 労働者の心の健康の保持増進のための指針

### 第2章 ストレスおよびメンタルヘルスケアに関する基礎知識

#### 1 ストレスについて

#### 2 事業場の心の健康づくり計画および体制づくりの方法

#### 3 4つのメンタルヘルスケアの推進

### 第3章 教育研修担当者の役割とメンタルヘルス教育の進め方

#### 1 メンタルヘルス教育研修担当者の役割

#### 2 教育研修の進め方

#### 3 教育研修の事例

### 第4章 職場環境等の把握と改善の方法および企業のリスクマネジメントとコンプライアンス

#### 1 職場のストレス要因の把握

#### 2 職場環境等の改善を通じたストレスの軽減

- 3 事業場の事例研究
- 4 メンタルヘルスと企業の社会的責任
- 5 安全配慮義務について
- 6 精神障害等の労災認定
- 第5章 メンタルヘルス不調への気づきと対応
  - 1 労働者による自発的な相談とセルフチェック
  - 2 管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等による相談対応
  - 3 労働者個人のメンタルヘルス不調を把握する際の留意点
  - 4 メンタルヘルス不調に関わる病気
  - 5 メンタルヘルス不調への対処
  - 6 自殺の実態と予防を含めた対応
- 第6章 職場復帰における支援の進め方
  - 1 職場復帰支援の流れ
  - 2 管理監督者および事業場内産業保健スタッフ等の役割
  - 3 教育研修の重要性
  - 4 プライバシーの保護
  - 5 その他の検討・留意事項
- 第7章 個人情報の保護への配慮
  - 1 個人情報保護法とメンタルヘルス対策に対する個人情報の取扱い
  - 2 労働者の同意
  - 3 事業場内産業保健スタッフによる情報の加工
  - 4 健康情報取扱いに関する事業場内における取り決め
- 第8章 メンタルヘルスケア等に関する教育技法
  - 1 セルフケアのための技法
  - 2 積極的傾聴法について
  - 3 グループ討議のための技法
- 別添資料
  - 1 労働者の心の健康の保持増進のための指針
  - 2 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

### 3 自殺対策基本法の概要

#### 9) 外部相談機関関係者の教育プログラム

外部相談機関では、様々な職種、資格、専門技能、経験の者がいるので、対象者や業務内容に応じて、適切な教育プログラムを設定する必要がある。教育の技法は、講義、実習、事例検討、グループ討議、ロールプレイング等を用いることが有効である。教育の内容は以下のようなものが考えられる。

- ・職場のメンタルヘルスの関連法規・動向
- ・精神医学、心身医学、心理学の知識・技法
- ・メンタルヘルス不調者の相談
- ・職場関係者のコンサルテーション
- ・従業員や組織を対象にした調査
- ・導入・運用サポート
- ・教育研修、情報提供
- ・メンタルヘルス対策の有効性の評価

#### D. 考察

本研究では、文献データベースでEAP等の外部相談機関の文献検索を行い、医中誌Webで81編、PubMedで153編の文献があった。英文では1978年から日本では1992年からEAP等の報告が行われている。しかし、その中で早期介入や早期発見の文献は少なかった。日本ではうつ病ケアでEAP等を活用して効果的な早期発見・早期治療に結びつけるためのシステムづくりの重要性が指摘されていた。海外では飲酒問題や薬物乱用等のEAPによる早期介入の有効性や経済的メリットの報告があった。EAPでは疾病よりもパフォーマンスの低下の焦点を当てて問題解決のための適切な専門家を紹介する。

日本の外部相談機関ではどちらかという

と医療が重視され疾病に焦点を当てられて