

気持ちを何とかしようと努力する。ある人は、それに対する目標設定を低くしたりあるいは、気持ちを発散させようとして人に愚痴をこぼしたり、好きな物を食べることによって気を紛らわそうとする場合もある。これらも、ストレスに対する対処行動である。対処行動にはストレスの本質の問題に対して問題の原因を探して実際に問題を解決するために行動する問題解決型コーピングと、その問題に対して注意をそらそうとしたり、うさをはらそうとしたり問題から逃げることなど、問題から生じた情緒的反応を調整するための行動や努力といった情動中心型コーピングがある。どちらが望ましいコーピングであるかということとは問題ではなく、個人それぞれがストレスに対する対処行動のバリエーションを持つことが大切である。社会の中では問題そのものを簡単に解決することは困難な状況が多く、情緒的な反応をどのように処理していけるかが課題である。

3) 日常生活ストレス（日常生活混乱）

ストレスを考えるときに、ライフイベント型ストレスのように、比較的他者からもストレス要因であると評価されやすいストレスがある一方、日常的に繰り返し生ずる不愉快などちらかという小さなマイナーな煩わしさも日常生活ストレスとして問題となる。ごく日常の生活の中で、たとえば満員の通勤電車や隣人のひくピアノの音など、小さく見えてマイナーと思えるような事柄であって、その積み重ねはある人にとっては大きなストレス要因になることを理解することは重要である。ラザルスは実際の日常生活の中で、非日常的な大事件よりも日常的に経験する些細な出来事（日常生活ストレス）の積み重ねの方が健康への影響が大きいことを導き出した。

5. 職業性ストレス

職場に関与するストレスに関しては一般的に労働ストレスあるいは職業性ストレス、ワーク・ストレスなどと呼ばれている。労働ストレスの研究は 1960 年代に始まり、研究が盛んになるのは 1970 年代以降である。川上ら⁴⁾は職業性ストレスについて「仕事の心理的または社会的な特徴や環境によって起きる身体的・精神的な反応のことであり、特に健康に影響を与える可能性があるものをいう」と定義している。

米国国立職業安全研究所（NIOSH）の職業性ストレスモデル（図 3）は代表的なものであり、仕事のストレスは労働者のストレス反応に影響しやがては疾病に進展するということが基本となっている。これらに関連して性別・年齢・性格傾向などの「個人的要因」や家族などの「仕事外要因」、職場の上司・同僚・家族、友人からのソーシャル・サポートや、コーピングなどのストレスの影響を緩和する「緩衝要因」が介在するとしている⁵⁾。

NIOSH の因果関係モデルは労働場面における様々なストレス要因を対象にしているため、取り扱う変数が多く、様々な観点や要因から労働するストレスを解明していく点では便利な反面、変数間の関係も問題になってくることが考えられる。

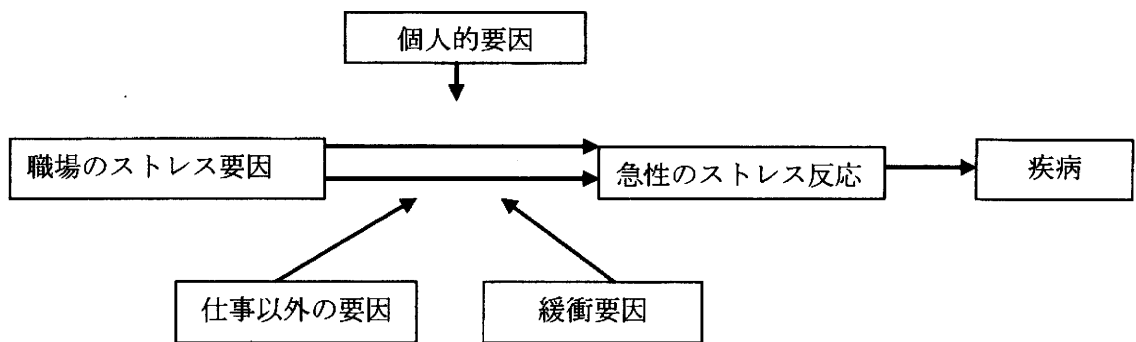


図 3 NIOSH の職業性ストレスモデル

Hurrell, J. J. Jr. & McInaney, M. A. Exposure to job stress, p28, 1988.

参考文献

- 1) ハンス・セリエ, 杉靖三郎他訳: 現代生活とストレス, 法政大学出版局, 1988
- 2) Thomas H. HOLMES, and Richard H. RAHE :The Social Readjustment Rating Scale, Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, 213-218, 1967
- 3) リチャード・S・ラザルス, スーザン・フォルクスマン, 本明寛, 青木豊, 織田正美 監訳: ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究, 実務教育出版, 1991
- 4) 川上憲人, 原谷隆史: 職業性ストレスの健康影響, 産業医学ジャーナル 22 (5), 51, 1999
- 5) Hurrell, J. J. Jr, McInaney, M. A. : Exposure to job stress—A new psychometric instrument. Scand Journal of Work Environ Health. 14, 27 - 28, 1988

表1 生活上の出来事とストレスの強度 : Holmes and Rahe stress scale

生活上の出来事	平均値	生活上の出来事	平均値
〈家族状況〉		〈個人的変化〉	
配偶者の死	100	拘置所への拘束	63
離婚	73	本人のけがや病気	53
別居	65	親友の死	37
近親者の死	63	個人の優れた業績を収めること	28
結婚	50	個人習慣をあらためること	24
夫婦の和解	45	ささいな法律違反	11
家族の病気	44	〈就労と就学〉	
妊娠	40	解雇	47
家族のメンバーが増える	39	退職	45
性生活における問題	39	仕事への再適応	39
配偶者とのけんか	35	転勤や配置換え	36
こどもが家を出る	29	昇格または降格	29
親戚関係にある人との争い	29	配偶者の就職または失業	26
生活状況の変化	25	学校が始まる、または休みに入る	26
転居、転校	20	上司とのいさかい	23
教会及びレクリエーション活動の変化	19	〈経済状態〉	
社会活動の変化	18	経済状態の変化	38
睡眠習慣の変化	16	1万ドル以上の抵当、または借金	31
家族のだんらの回数の変化	15	抵当物件の受戻権の喪失	30
食習慣の変化	15	1万ドル以下の抵当、または借金	17
長期休暇	13		
祝祭日	12		

配偶者の死を100とした場合の習慣的な数値

The Social Readjustment Rating Scale Thomas H. HOLMES and Richard H. RAHE

Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, pp. 213 -218, 1967

2 うつ病の診断とアセスメント

1. 精神科診断

精神科診断は症候論的診断で成立している。伝統的診断においては、まず状態像の把握が最初期における最も重要な事項とされる。状態とは、同時期に出現・出現しやすい症状群で構成されており、例えば幻覚妄想状態、欠陥状態、抑うつ状態、心気状態などと言われるものである。笠原は、「病理過程に対して生体のとる防御機序のあらわれに他ならず、そこには多くの場合、共通の一定の秩序ないしパターンがある。ある文化圏内においては、ある時代においては、そのパターンは大体、一定性・持続性・法則性をもつ。臨床訓練はそのパターンを覚えこむこと。」¹⁾と述べ、中安は「診断上重視されるべきは状態像診断」「知識の習得と経験の蓄積による分別可能な状態像パターンをどれだけ数多く有しているか」²⁾と述べている。状態像のパターン・定型認知の訓練の重要性を指摘している。

1つの状態に複数の病態や成因が関与するため、状態像把握後に疾患単位・類型を選択・決定していく作業となる。中安は「当該の状態像を呈しうる疾患群の中から、現病歴・生活史・病前性格・家族歴・検査所見などを考慮して、もっとも蓋然性の高いと思われる1つの疾患を選択する」と述べ、神田橋は「患者の過去から現在までの、さまざまな所見を、どれほど統一的にスッキリと説明できるか」「辻褃のあい具合」³⁾と表現している。疾患単位・類型とは、病因論・症候論・遺伝負因・経過の見通し・治療方針などがセットになったもので、治療者に疾患の全体像を提示してくれるため、臨床的有用性が高い。状態像から複数の鑑別診断をあげ、検査所見等から確定診断に至るという意味で身体疾患の診断作法と同様である。

DSM や ICD (表 1, 2) などの操作的診断は、「病因論を排して症状記述主義に徹し、そこから研究を開始しようとする立場 (暫定的で仮説である)」(野村)⁴⁾である。これらは、客観的に確実に評価できる「症状」「行動」で定義されておりわかりやすい。また評価者間の一致率が高く、疫学研究や生物学的研究の基盤整備に計り知れない功績をもたらした。しかし一方、標準化の途上で暫定的なものであるのに、確定したゴールドスタンダードと誤解される危険性がある^{5, 6)}。またうつ病の範囲が広くなりすぎて、さまざまな亜型にきめ細かく対応しきれていないという指摘もある。

表1 DSM-IV-TR 大うつ病エピソード

A.以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分、あるいは(2)興味または喜びの喪失である。

(1)その人自身の言明か、他者の観察によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。

(2)ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退。

(3)食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。

(4)ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。

(5)ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止。

(6)ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。

(7)ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感。

(8)思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる。

(9)死についての反復思考、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

B.症状は混合性エピソードの基準を満たさない。

C.症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D.症状は、物質の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患によるものではない。

E.症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2カ月を越えて続くか、または、著名な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

表2 ICD-10 F32 うつ病エピソード

患者は通常、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、および活力の減退による易疲労感の増大や活動性の減少に悩まされる。わずかに頑張ったあとでも、ひどく疲労感を感じる事がふつうである。他の一般的な症状には以下のものがある。

(a) 集中力と注意力の減退

(b) 自己評価と自信の低下

(c) 罪責感と無価値感(軽症エピソードであってもみられる)

(d) 将来に対する希望のない悲観的な見方

(e) 自傷あるいは自殺の観念や行為

(f) 睡眠障害

(g) 食欲不振

2. うつ病診断

うつ病は、気分を調節する脳機能の障害で起こると考えられている気分障害の一型である。メンタルヘルス不調者においてうつ病の占める割合は多いと言われているが、うつ病の診断においても、“抑うつ状態”と疾患単位としての“うつ病”を区別することが重要である。

抑うつ状態は広い概念であり、診断が確定出来ない段階で、暫定的に用いられることに留意しなければならない。症状の基軸となるものは、従来、内因性うつ病と呼ばれてきた気分障害の症状（表 3）であるが⁷⁾、各領域の症状は症例によりさまざまな組み合わせと強度で現れるので実際の状態像も様々である。抑うつ状態の検出には、二項目質問紙法（表 4）⁸⁾ や SDS（Self-rating Depression Scale:自己評価式抑うつ性尺度）が、補助的に使用するのに有用であると考えられる。繰り返して述べるが、これらは抑うつ状態の検出であり、うつ病の診断とはならない。

1. で述べたように抑うつ状態を示すうつ病には様々な亜型があり、病態・治療・予後には差異がある。最近のメンタルヘルス事例においても 30 代の非典型的なうつ病が急増するなど、これまでの精神医学・マニュアルの通りにはいかない事例が増え、ケースに応じた対応を考えることが迫られている。ゆえに精神科診断においても、状態像診断からさらに細かな診断類型（疾患単位亜型）を決定していくことが必要となってきた。

表 3 抑うつ状態の症状

抑うつ気分

「気がふさぐ」「さっぱりしない」「うっとうしい」「重苦しい」

興味・関心・楽しみの喪失

精神運動抑制

「おっくう」

ネガティブな認知

微小感、罪業感、絶望感など

自律神経症状

睡眠障害、食欲低下・体重減少、性欲低下、日内変動、頭重、口渇、便秘など

焦燥

表 4 二項目質問紙法

<ul style="list-style-type: none">• 以下の質問にお答え下さい(当てはまる方に○をつけてください)。 <p>(1)この1ヶ月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか。</p> <p>Aはい Bいいえ</p> <p>(2)この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。</p> <p>Aはい Bいいえ</p> <ul style="list-style-type: none">• 大うつ病の感度は2点で88%

(鈴木竜世ほか:職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討. 精神医学 45: 699-708, 2003)

3. 多様化しているうつ病

従来から「外因・内因・心因の順序で診断を考える」ことの大切さが指摘されている¹⁾。つまり、身体的基盤のある精神障害→内因性の精神障害(統合失調症、気分障害など)→環境への不適応としての精神障害(性格障害、神経症、心因精神病など)の順は、一般的に診断や治療における緊急性の順番である。内因とは、遺伝要因や環境要因などの脆弱な素質的基盤のことである。

抑うつ状態を呈するさまざまな疾患、うつ病を(表5)に示した。以下メンタルヘルス領域でみられる主要なうつ病について述べる。

1) メランコリー親和型(内因性)うつ病(表5)

いわゆる“教科書に載っている”うつ病である。下線を引いたものが、一般的にメランコリー親和型(内因性)うつ病の指標と言われるものである。薬物療法の反応が良い群である^{9, 10)}。

表5 メランコリー親和型うつ病(内因性うつ病)

<p>感情の異常:抑うつ気分(日内変動)、悲哀感、絶望感、不安・焦燥感、表情も暗い。「気が沈む」「気がめいる」「憂鬱」「うっとうしい」「つらい」</p>
<p>欲動の異常:意欲・行動の低下、食欲・性欲の低下、興味・関心の減退(選択的ではない)。「億劫」「やる気がでない」「気力がわかない」</p>
<p>思考の異常:思考抑制(思考が進まず、話すスピードも遅い)、決断不能、集中力の低下、悲観的・自責的</p>
<p>身体症状:自律神経系の不定愁訴(頭痛、便秘)、<u>体重減少</u>、易疲労性、睡眠障害(早朝覚醒)。仮面うつ病:身体症状が前景にあって、精神症状を覆い隠している。経過をみるとうつ病が診断できるもの。</p>
<p>その他:自殺念慮または自殺企図。診察時、すでにうつ状態が1年以上持続している場合は内因性うつ病ではないことが多い。</p>

2) “最近の” うつ病

比較的若年者の気分障害で、軽症ながら慢性化傾向をもっている。他罰的であるが傷つきやすく、他者配慮に乏しい。意欲低下を訴えるが選択的(平日と休日の落差、趣味は行なえる、等)で、大量服薬やリストカットなど自傷行為を繰り返すことも多く、周囲の対応や状況の変化で気分が悪化することが多いなどの特徴を持っている。精神医学領域外も含めて、逃避型抑うつ・退却神経症・スチューデントアパシー・神経症性うつ病・笠原-木村分類Ⅲ型¹¹⁾・非定型うつ病¹²⁾・未熟型うつ病¹³⁾・現代型うつ病¹⁴⁾・ディスチミア親和型うつ病¹⁵⁾・新型うつ病・擬態うつ病・職場結合性うつ病、など非常に多数の呼称が提唱されている¹⁶⁾。

一例として、“ディスチミア親和型うつ病(樽味)”と従来の“メランコリー親和型うつ病”との比較を(表6)に示す。

これらには、経済情勢の変化や価値観の変化などの社会的・文化的背景や、DSM-Ⅲによるうつ病概念の拡大化、SSRI・SNRIなどの新薬登場などさまざまな要因が影響しているのではないかとされている¹⁷⁾。メランコリー親和型うつ病と比較して治療反応性も乏しく、慢性的な経過をたどりやすい。

表 6 メランコリー親和型うつ病とディスチミア親和型うつ病との比較

(樽味伸: 現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学 34:687-694, 2005)

	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
年齢層	中高年	青年
病前性格	規範への愛着、配慮的、几帳面、真面目、仕事熱心、完璧主義	自分への愛着、規範が「ストレス」、秩序への否定的感情、万能感、仕事熱心でない
症候学的特徴	罪悪感、完遂しかねない自殺	不全感と倦怠感、回避と他罰的感情、他人の迷惑を気にしない自殺企図、どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か不分明
治療関係	初期にはうつ病の診断に抵抗する	初期からうつ病の診断に協力的
薬物への反応	多くは良好(病み終える)	多くは部分的効果(病み終えない)
予後	休養と服薬で軽快しやすい	休養と服薬のみでは慢性化。環境の変化で急速に改善することもある。

3) 双極スペクトラム

従来の、躁病相のはっきりした典型的な躁うつ病(双極性感情障害Ⅰ型)とは別に、軽微ながらも躁的な要素をもち躁うつ病として治療した方が有益な一群を Soft Bipolar Disorder と呼び、これら全体を双極スペクトラムと呼んでいる¹⁸⁾(表7)。従来であれば、単極性うつ病、気分変調性障害、境界性人格障害などと思われていたものの中に、実は未発見の Soft Bipolar Disorder がかなりあるのではと考えられ、薬物療法も含めた治療的意義が大きいと考えられる¹⁹⁾。

表 7 Bipolar spectrum (Akiskal)

双極 1/2 型 失調性双極性障害
双極Ⅰ型 躁うつ病
双極Ⅰ 1/2 型 軽躁病相が長引くⅡ型
双極Ⅱ型 軽躁病相とうつ病相を示すタイプ
双極Ⅱ 1/2 型 循環気質者のうつ病
双極Ⅲ型 うつ病相を示すが、抗うつ薬により軽躁が引き起こされたもの
双極Ⅲ 1/2 型 うつ病相を示すが、覚醒剤などによって軽躁が引き起こされたもの
双極Ⅳ型 発揚気質者のうつ病

4) 発達障害関連

未診断で青年期・成人期に適応困難（学業、職場）となり、精神や行動の不調を起こし、精神科を受診する。このような事例では、高機能自閉症・アスペルガー症候群（大学・大学院卒でも、上司や同僚とのコミュニケーション不全を呈する）が多く、多様な精神障害に類似した状態象を呈し、しかも生育歴自体が歪んだ形で診断者に伝達される場合が多く、高機能自閉症・アスペルガー症候群の診断に必要な情報の聴取が困難であり、診断は困難を極める。医療機関によって診断が異なる事例に対しては、発達障害の可能性を考慮すべきかもしれない。

さらに、精神科専門医が足りず、また現在は支援資源（job coach など）が少ないなど、今後の治療法・支援法の研究や開発が待たれる領域である²⁰⁾。

3. まとめ

精神科分野においては身体科ほどに十分な疾患単位性が確立されているとは言い難い。評価者間の一致度の問題もある。診断は容易くはないが、伝統的診断や操作的診断をそれぞれの特徴や目的、問題点を理解した上で用いることが大切であろう²¹⁾。

また、パーソナリティ特性・障害の要素がある場合、情報を操作して伝えることがあるため正確な診断に結びつかない場合もある。関係者が連携し情報を共有して（実際は困難が多いと思われるが）初めて、正確なアセスメントにつながり統一した対応をとることができる。

さまざまなうつ病（抑うつ状態）のタイプの中でも、メランコリー親和型（内因性）うつ病は重症うつ病とも呼ばれるが、逆に薬物療法も含めて治療反応性は良好であり予後は比較的良好であることから、メランコリー親和型（内因性）うつ病を見逃さないようにしたい。

文 献

- 1) 笠原嘉：精神科における予診・初診・初期治療，星和書店，東京，2007
- 2) 中安信夫：状態像診断，精神科治療学，第13巻増刊号；9-21，1998
- 3) 神田橋條治：追補 精神科診断面接のコツ，岩崎学術出版社，東京，1984
- 4) 野村総一郎：うつ病の真実，日本評論社，東京，2008
- 5) 中井久夫：医学・精神医学・精神療法は科学か，こころの科学，101，2-12，2002
- 6) 張賢徳，広瀬徹也：気分障害診断の実際，精神科治療学，第17巻増刊号，9-19，2002
- 7) 内海健：うつ状態，臨床精神医学，増刊号，39-44，1997
- 8) 鈴木竜世ほか：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討，精神医学，45，699-708，2003
- 9) 宮岡等：内科医のための精神症状の見方と対応，医学書院，東京，1995
- 10) 神庭重信：うつ病の早期発見と介入のためのマニュアル，精神科，3(5)，441-448，2003

- 11) 笠原嘉, 木村敏: うつ状態の臨床的分類に関する研究, 精神経誌 77, 715 - 735, 1975
- 12) 横山知行: 非定型うつ病, 精神療法, 32 (3), 326 - 333, 2006
- 13) 阿部隆明: いわゆる未熟型うつ病について, 精神科治療学, 23 (8), 985 - 993, 2008
- 14) 松浪克文: いわゆる「現代型」うつ病にどのように対応するか, 精神科治療学, 23 (8), 995 - 1004, 2008
- 15) 樽味伸: 現代社会が生む“ディスチミア親和型”, 臨床精神医学, 34, 687 - 694, 2005
- 16) 特集 “うつ病周辺群のアナトミー”, 臨床精神医学, 37 (9), 2008
- 17) 市橋秀夫: 1970 年から 2000 年までに我が国でどのような価値観の変動があったか, 精神科治療学, 15 (11), 1117 - 1125, 2000
- 18) 阿部隆明: Soft bipolar disorder (軽微双極性障害) 概念について, 臨床精神医学, 35 (10), 1407 - 1411, 2006
- 19) 服部晴起: Bipolar spectrum 概念とその意義, 精神科治療学, 20 (11), 1099 - 1105, 2005
- 20) 国立精神・神経センター: 発達障害精神医療研修資料, 2008
- 21) 宮岡等, 吉邨善孝, 増山浩一: 気分障害の亜型と治療に対する意義, 精神科治療学 17 (増), 21 - 29, 2002

3. メンタルヘルス不調のアセスメント

職場におけるメンタルヘルス活動をすすめる上で、職場でのストレス状態を把握し、作業環境や作業との関連を検討することは、働く人々の健康障害を予防し、適切な支援につなげるために重要である。産業看護職として、働く人々のストレス状態を的確に把握するためには、心の健康問題に関するアセスメント能力を強化することが必須であるとされている。本章では、メンタルヘルス不調のアセスメントとして、職場で実際に活用されている各種ストレス調査票の紹介とその活用方法、健康診断におけるメンタルヘルス不調者の把握、またストレス不調者への対応を考える際の事例性と疾病性の考え方を解説する。

1. ストレス調査

1) 職場におけるストレス調査

厚生労働省が出した「労働者の心の健康の保持増進のための指針(2006年)」では、メンタルヘルス不調の気づきと発見のために表1に示す対策を述べている。この指針により、事業場におけるストレス調査票の導入が大企業を中心に一気に加速した。

表1. 労働者のセルフチェックに関する記述(メンタルヘルス指針より)

ア 労働者による自発的な相談とセルフチェック

事業者は、労働者によるメンタルヘルス不調への気づきを促進するため、事業場の実態に応じて、その内部に相談に応ずる体制を整備する、事業場外の相談機関の活用を図る等、労働者が自ら相談を受けられるよう必要な環境整備を行うものとする。また、ストレスへの気づきのために、ストレスに関する調査票や情報端末機器等を活用し、随時、セルフチェックを行うことができる機会を提供することも効果的である。

(厚生労働省:労働者の心の健康の保持増進のための指針より抜粋、下線は著者によるもの)

職場で活用されているストレス調査票は多種多様なものがある。どの調査票をどのように使えばよいのか、現場の産業看護職として判断に困るという話もよく耳にする。ストレス調査票の職場での活用として、研究成果を基に調査票として公表されているものを活用している場合もあれば、職場ごとに必要な項目をピックアップしたオリジナルの調査票を健康診断受診時に回答してもらうなど、職場特性に合わせた形で実施している場合が多い。いずれにしても、ストレス調査票を活用して、職場のメンタルヘルス活動をすすめていく場合には、職場全体で合意を得ながらとりくむ必要がある。具体的には、目的にあった調査票を選択すること、結果のフィードバックや集計方法、その後のフォローアップ体制を含む事後の対応や対策をあらかじめ計画しておくことが重要である。まれにはあるが、事業場の同意を得ないで職場のストレス調査を行ったり、著作権の知識がないために自己判断で質問項目を変更したり、複写禁止のものをコピーして使用するなどのケースを聞くことがある。また、多くの種類のストレス調査を実施するのみで、その結果が個人あるい

は職場にフィードバックされないなど、実効性のないストレス調査は働く人々に負担をかけるだけであり、導入にあたっては十分な検討をすることが不可欠である。

2) 職業性ストレス簡易調査票と仕事のストレス判定図

メンタルヘルスに関する調査票で代表的なものとしては、厚生労働省が作成した「職業性ストレス簡易調査票」や「仕事のストレス判定図」があげられる。職業性ストレス簡易調査票は、職場で簡便にストレスチェックができるように開発された自己記入式のストレス調査票である。これは仕事のストレス要因、ストレス反応、修飾要因の3つの構成要素からなり、全57項目からなる(図1)。職業性ストレス簡易調査票は、自覚症状に早期に気づくこと、職場環境を含めたストレスの要因を総合的に把握することにより、メンタルヘルスの一次予防に活用することを目的として作成されている²⁾。

仕事のストレス判定図は、職業性ストレス簡易調査票の一部の項目(12項目)を利用して作成されている。仕事の量的負荷、仕事のコントロール、上司・同僚の支援などの調査結果から、職場ごとの健康リスクを判断することができる。このストレス判定図を活用することで、職場環境の改善を通じたストレス対策に役に立つことが指摘されている。

3) その他の職場のメンタルヘルス領域で活用できる質問紙

(1) CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

1977年にRadloffが一般人のうつ症状を評価するために作成³⁾した20項目の自己評価尺度である。1週間の症状の頻度を4段階(0~3点)で尋ね、20項目の合計得点がCES-D得点となる。0~60点評価で、16点以上を抑うつありとする。(株)千葉テストセンター、サクセスベル等から販売されている。

(2) JCQ (Job Content Questionnaire)

仕事の要求度-コントロールモデルの提唱者として有名なKarasekにより作成された仕事の心理社会的特性を測定する自記式質問紙である。JCQ全体では100項目以上にわたり種々のストレス要因の尺度が含まれているが、Karasekはこのうち45項目を「推奨項目」として基本的な職業性ストレス要因の測定に使用している。なお、最小版では22項目である。現在のところ、JCQセンター(マサチューセッツ大学、代表:Prof. Karasek)はJCQの使用にあたっての条件として、①ユーザー登録を行なうこと、②100名以上の調査では、調査後にJCQ部分のデータをJCQセンターに提供することを義務づけている。また1996年以降は、750名以上の対象者に対するJCQの使用に対して使用料金をJCQセンターに支払うことになった。JCQの詳細な情報については、JCQ日本語センターを参照されたい。

URL: <http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/JCQclub/jcqhome.htm>

職業性ストレス簡易調査票

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そ う だ	そ ま あ だ	ち が う や や	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

B 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	な か つ た	ほ と ん ど	あ つ た	し ほ し ほ	ほ と ん ど あ つ た
1. 活気がわいてくる	1	2	3	4	
2. 元気がいっぱいだ	1	2	3	4	
3. 生き生きする	1	2	3	4	
4. 怒りを感じる	1	2	3	4	
5. 内心腹立たしい	1	2	3	4	
6. イライラしている	1	2	3	4	
7. ひどく疲れた	1	2	3	4	
8. へとへとだ	1	2	3	4	
9. だるい	1	2	3	4	
10. 気がはりつめている	1	2	3	4	
11. 不安だ	1	2	3	4	
12. 落ち着かない	1	2	3	4	
13. ゆううつだ	1	2	3	4	
14. 何をするのも面倒だ	1	2	3	4	
15. 物事に集中できない	1	2	3	4	
16. 気分が晴れない	1	2	3	4	
17. 仕事を手につかない	1	2	3	4	
18. 悲しいと感じる	1	2	3	4	

図1. 職業性簡易ストレス調査票

	な か つ た	ほ と ん ど	と ま じ き あ つ た	し ば し ば あ つ た	ほ と ん ど い つ も あ つ た
19. めまいがする -----	1	2	3	4	
20. 体のふしぶしが痛む -----	1	2	3	4	
21. 頭が重かったり頭痛がする -----	1	2	3	4	
22. 首筋や肩がこる -----	1	2	3	4	
23. 腰が痛い -----	1	2	3	4	
24. 目が疲れる -----	1	2	3	4	
25. 動悸や息切れがする -----	1	2	3	4	
26. 胃腸の具合が悪い -----	1	2	3	4	
27. 食欲がない -----	1	2	3	4	
28. 便秘や下痢をする -----	1	2	3	4	
29. よく眠れない -----	1	2	3	4	

C あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	非 常 に	か な り	多 少	全 く な い
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司 -----	1	2	3	4
2. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
4. 上司 -----	1	2	3	4
5. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？				
7. 上司 -----	1	2	3	4
8. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4

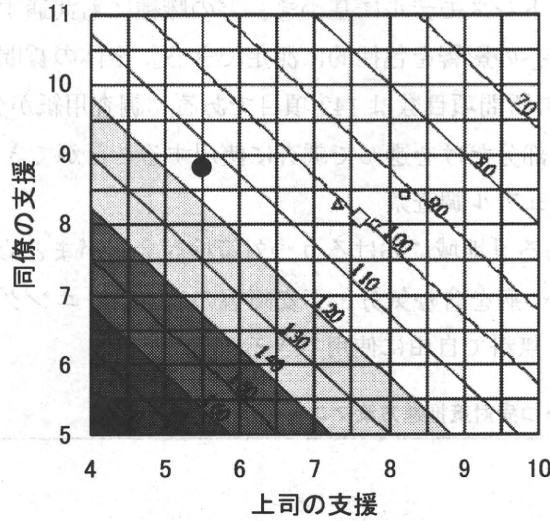
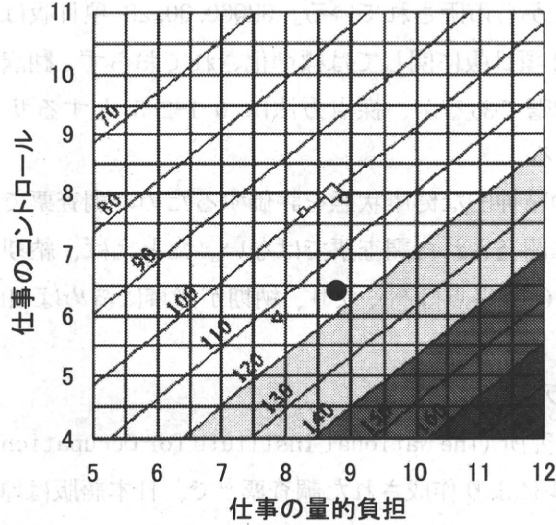
D 満足度について

	満 足	満 ま あ 足	不 や 満 足	不 満 足
1. 仕事に満足だ -----	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ -----	1	2	3	4

図1 職業性簡易ストレス調査票 (つづき)

仕事のストレス判定図(簡易版調査票用)

男性用



参考値
 ◇全国平均 □管理職 ○専門職 ◇事務職 △現業職

職場名	第三営業部	人数	56名
尺度	平均点数	健康リスク(全国平均=100とした場合)	総合健康リスク (A)x(B)/100
量的負荷	8.8	量-コントロール判定図 (A)	
コントロール	6.4	116	
上司の支援	5.5	職場の支援判定図 (B)	
同僚の支援	8.8	114	132

図2 仕事のストレス判定図(例)

(3) GHQ(General Health Questionnaire)

身体症状、不安、抑うつ、不眠、社会的活動障害等が評価でき、産業現場において活用される場面が多い。Goldbergにより作成⁴⁾され、中川、大坊らによって標準化されたものが日本文化科学社から市販されている。GHQ60, 30, 28 項目版は著作権が設定されており有償であるが、12 項目版に関しては標準化されておらず、翻訳が異なる他の版もある。選択肢は 4 段階であるが、採点方法は 0-1-2-3 とするリッカート法と 0-0-1-1 とする GHQ 法がある。

GHQ は、調査前数週間の精神的な健康状態を評価するための調査票で、不健康者をスクリーニングするために開発された調査票ではない。たとえば、納期の前で忙しくストレスフルな状態では、GHQ 得点は高くなり、納期が無事に済めば GHQ 得点は下がる傾向にある。

(4) NIOSH 職業性ストレスモデル

米国国立職業安全保健研究所(The National Institute for Occupational Safety and Health : NIOSH) のハレルにより作成された調査票⁵⁾で、日本語版は原谷らが作成⁶⁾した。NIOSH の職業性ストレスモデルに基づき、どの職種にも共通するストレスサー、ストレス反応、健康への影響を包括的に測定できる。全体の質問項目数が 253 項目で、主要な 20 尺度の質問項目数は 142 項目である。調査用紙が分かれており、調査目的に応じて必要な部分だけを選んで調査に使用することができる。

(5) うつ病対策推進方策マニュアル調査票

厚生労働省の検討班である「地域におけるうつ対策検討会」がまとめたマニュアル⁷⁾に記載されている、うつ病を含む気分・不安障害のスクリーニングで高い感度をみとめた調査票である。無料で自由に使用できる(表2)。

表2 うつ病対策推進方策マニュアル調査票

チェック項目

1. 毎日の生活に充実感がない
2. これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった
3. 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる
4. 自分が役に立つ人間だと思えない
5. わけもなく疲れたような感じがする

判定方法

上に挙げた状態のうち2項目以上が2週間以上、ほとんど毎日続いていて、そのためにつらい気持ちになったり毎日の生活に支障が出たりしている場合にはうつ病の可能性があるので、医療機関、保健所、精神保健福祉センターなどに相談してください。このほかに、眠れなくなったり食欲がなくなったりすることもよくあるので、そうした状態が続く場合にはうつ病の可能性も考えてみてください。

厚生労働省:「うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために」より抜粋

4) ストレス調査実施にあたって

ストレス調査票を活用した職場のストレス状況の把握の利点として、自記式のアンケート形式であるために、一度に多数の労働者のストレス状況を比較的短時間で実施することが可能な点が挙げられる。また、結果評価についても容易に数値化ができるものが多く、集計だけであれば専門的な知識がなくとも結果をまとめることができる。そのため、職場のストレス状況をより正確に反映するためには、可能な限りその職場で働く人々の多くにその調査に参加してもらうことが重要となる。多忙な勤務時間の中で、ストレス調査を、いつ、どのタイミングで、どのように実施するかなど、参加率をあげつつ、職場特性に合わせた実施方法を考慮する必要がある。また、参加する一人ひとりがストレス調査の目的や意義を十分に理解し、納得した上で実施することも重要である。なぜなら、ストレス調査にはアンケート形式という特性上、虚偽の回答（例：落ち込みやイライラが実際にあったとしても「ない」と回答するなど）をすることも可能であり、その回答が虚偽のものなのか否かを判別する機能はついていないからである。

実効性のあるストレス調査を実施するためには、職場全体の合意形成や、一人ひとりの労働者へのきめ細やかな説明や必要性の認識など、このストレス調査の目的やメリット、結果のフィードバック方法を周知し理解を得ることが必須となる。

2. 健康診断におけるメンタルヘルス不調者の把握

2009年、厚生労働省は「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について（2009年3月26日付け基発第0326002号）」において、メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応の実施のために、①相談体制の整備、②長時間労働者に対する面接指導の実施の徹底、③健康診断実施時におけるメンタルヘルス不調の把握、④心身両面にわたる健康保持増進対策（THP）の活用、の4点を記載した。健康診断時におけるメンタルヘルス不調の把握については、具体的な健康診断の項目が法令で定められているわけではない。しかし、職場では、一般定期健康診断においてはすべての労働者が年に1回、その他法令や行政指導で定められている健康診断を受診する場合はそれ以上の回数、健康診断を受けることになっている。そして、健康診断の間診項目には、自覚症状について問う項目があり、その中にはメンタルヘルスに関連する項目が入っていることも少なくない。産業看護職は、全労働者が受ける健康診断の機会を活用して、メンタルヘルスに関する情報収集をし、適切な支援ができるよう体制を検討することも可能である。そのために、健康診断では全労働者と必ず顔を合わせて面接ができるような体制にしておくことを推奨する。

一例として、ある事業場の健康診断での取り組みを紹介する。A事業場では、定期健康診断時にメンタルヘルスに関する現状把握を行い、今後の支援課題を見出すために、産業看護職による「よろず相談窓口」を設けた。健康相談や保健指導などの名称にすると、構えてしまう労働者もいることを配慮し、「よろず相談」にしたとのことであった。この相談窓口は、健康診断を漏れなく全て受診できているかのチェックを行うため、健康診断の最後に労働者が来るように設けられている。つまり、自覚症状に関する項目もすべて記入さ

れており、その日に計測した身長・体重、血圧、視力等の測定値も記載されている。産業看護職は、限られた時間内で、これらのデータを分析し、本人の訴えをよく聞き、言動、顔色など観察した情報を総合的に判断し、アセスメントをすすめる。その場で、ストレス対応策について話し合ったり、従業員からの相談を受けることもあり、その場で解決できない、または時間を要する対応になる可能性がある場合は、日をあらためて健康相談を設定することもある。また、すぐの受診が必要であるかの判断のために、産業医との面談につなげるなど、アセスメントにそった対応を行っている。このよろず相談窓口は、産業看護職が全労働者と個別に会うことのできる貴重な機会として、早期発見・早期対応だけでなく、両者の信頼関係を構築する上でも大きな役割を果たしている。

このように、産業看護職は、心身両面の健康に関する個別性のある対応を、生活に密着した視点から提供できる専門職として、メンタルヘルス活動において重要な役割を担う。

3. 事例性と疾病性

メンタルヘルス不調者やメンタルヘルス不調が疑われる事例が発生した場合、本人・周囲・家族を含めたアプローチとして、「事例性」を優先⁸⁾すべきことも忘れてはならない。

職場でメンタルヘルス不調者、またメンタルヘルス不調が疑われる社員がいる場合、まず対応にあたるのは上司や同僚など本人の周囲にいる人々である。本人が上司や同僚にメンタルヘルス不調を訴えてくる場合もあるし、周囲の人々が通常とは違う本人の言動に対して「違和感」を感じ、周囲の人々が対応を考える場合もある。いずれの場合、つまり、本人・周囲の人々を含め、メンタルヘルスの専門家ではない。専門家と同じ判断基準で対応することは不可能であり、メンタルヘルス不調者の言動が通常の範囲内のものであるのか否かを判断することも難しい。このような場合、つまり、何かおかしい、またはいつもと違う様子に気づいた際には「事例性」と「疾病性」との2つに分けて把握していくとよい。

事例性 (caseness) とは職場での業務を遂行するうえで困る具体的・客観的事実で、「就業規則を守らない」「仕事の能率が低下している」「同僚とのトラブルが多い」「上司の命令に従わない」など、職場関係者はその変化にすぐ気がつくことが可能である。一方、疾病性 (illness) とは症状や病名などに関することで、「被害妄想がある」「幻聴がある」「統合失調症が疑われる」「気分障害だ」など、本来専門家が判断する分野である。職場におけるメンタル不調者把握の第一歩は、その人がどのような症状で、どのような病名が考えられるかなどの病気の確定(=疾病性)ではなく、業務遂行上、職場で何が問題になって、実際に困っているか(=事例性)を優先する視点が求められる。

たとえば、職場で急激に活気がなくなり休みがちになった社員がいる場合、上司や同僚が「身体(または精神的に)に問題があるのではないか?」「悩みがあるのではないか?」といった情報収集から入るのではなく、「仕事のミスが多くなった」「よく遅刻をしてくる」「週(あるいは月)に何回当日に申し出る休みがあるか」など客観的に見える事実を具体的に把握していくことが重要である。同時に本人はそのような状況を自覚しているのかも

把握することも忘れてはならない。このような客観的な事実から、その行動が適切な業務の遂行や職場の周囲の人々に影響が出ているようであれば、これらの事実をもって産業医や産業看護職などの専門家につなげると良い。相談を受けた産業看護職ら産業保健スタッフも、すぐに症状や疾病に関してアセスメントをすすめていくのではなく、日常生活あるいは職業生活を送る上で具体的に困っていることはないか、変化はないかなど客観的に把握できる事実から把握をすすめると、問題の整理がつきやすくなる。

これは家族にアプローチする場合も同様である。「幻聴があるらしいが家庭ではどうか。」「うつ状態が続いているが何か気付いたことはあるか。」など疾病性からの把握ではなく、欠勤日数や遅刻・早退回数、パフォーマンスの低下、仕事上のミスなど、具体的に職場で把握した事実を客観的に伝えたいうえで、家庭での変化や気付いたことなどを尋ねてみるとよい。このような段階的なアプローチにより、本人が専門家への相談を拒否している場合や病識がない場合でも、家族からの適切なサポートを受けることが可能になる場合がある。職場や専門家が主導するのではなく、あくまで本人と家族の決断をサポートする上でも、事例性と疾病性の考え方の違いを身につけておくことは重要である。

文 献

- 1) 田中克俊, 田中美加, 錦戸典子: 職場のメンタルヘルス対策 予防対策のアプローチと具体的なうつ病対策のすすめ方, 保健婦雑誌, 59(5), 394 - 398, 2003
- 2) 厚生労働省労働基準局「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000q72m-img/2r9852000000q7tk.pdf>
2010年12月15日
- 3) Radloff LS. The CES-D scale. A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1 : 385 - 401, 1977
- 4) Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Maudsley Monograph No. 21. Oxford University Press, London, 1972
- 5) Hurrell, JJ. Jr, McLaney, MA. (1988). Exposure to job stress - a new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health*, 14(Suppl. 1), 27 - 28
- 6) 原谷隆史 (1998). NIOSH 職業性ストレス調査票. 産業衛生学雑誌, 40, A31 - A32.
厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のために」2004年1月. <http://www.phcd.jp/manual/kokoro/utu-shokuin.pdf> 2010年12月15日
- 7) 大西守: 職場でのメンタルヘルス活動・管理の実際. 松仁会医学誌, 45(1), 1 - 6, 2006
- 8) 加藤正明編: 社会と精神病理, 東京, 弘文堂, 134, 1976