

であった原告が、精神疾患を理由とする休業明けの配置転換に際し、何ら合理的配慮をされなかったために結果的に解雇された事案において、第7巡回区控訴裁判所は、合理的配慮を提供する際の「相互関与プロセス」(interactive process)が重要であることを強調し、特に労働者の障害が精神疾患である場合には、当該労働者が合理的配慮を必要とする旨を適切に伝えることが困難であるとして、使用者は障害者と話し合いをもつことにより、その内容を特定する義務を負うとした。他方で、原告が自らの障害の状況と、それに伴って必要とされる合理的配慮について、使用者に適切に伝えていなかったこと等を理由に、原告の訴えを退けた裁判例もある (Reed. V. LePage Bakeries, Inc. 事件判決 (244 F.3d 254 (1st Cir. 2001)). 躁うつ病に罹患していた原告が、セラピストから、ストレスを軽減するような合理的配慮を使用者に要請するよう助言されたものの、そのような要請を使用者に対して行わず、結果として原告が使用者に暴言を吐くなどして解雇された事案)。

⁴⁶ ADA 制定前後において、障害をもたない労働者と障害をもつ労働者の賃金水準と雇用水準の変化を検討した結果、賃金については変化がみられないものの、雇用水準については、特に21歳から39歳の範囲の労働者について、障害をもつ労働者の雇用水準が下がったことについて報告した論文として、Daron Acemoglu and Joshua D. Angrist, *Consequence of Employment Protection? The Case of Americans with Disabilities Act*, 109 J. Pol. Econ. 915 (2000)がある。また、同様の結果を示した論文として、Thomas DeLeire, *The Wage and Employment Effects of the Americans with Disabilities Act*, 35 J. Hum. Resources 693 (2000)。

⁴⁷ Melissa J. Bjelland et al., *Progress Report on the Economic Well-Being of Working-Age People with Disabilities*, Cornell University ILR School (2009). この調査を紹介した論文として、所浩代「アメリカの障害者雇用政策－障害者差別禁止法(ADA)の成果と課題－」海外社会保障

研究171号(2010年)62頁以下。

⁴⁸ ただし、アメリカでは、日本のように機能障害の種類と程度によって、身体・精神・知的に障害の種類とその重度が分類されているわけではなく、また、日本のような障害者手帳制度も存在しないため、精神障害者のみに対する効果を測ることは容易ではない。

⁴⁹ 訴訟のデータおよび分析については、前掲注28, pp231-237.

⁵⁰ ADA 改正法の施行は2009年1月であり、遡及効がないと考えられているため、同法の効果を図るには、もう少し時間を要する。

⁵¹ EEOC への申立件数等に関する情報については、EEOC の HP 参照。

<http://www.eeoc.gov/eeoc/statistics/enforcement/index.cfm>

⁵² 行政的終結 (administrative closure) には、被申立人である使用者の宛先不明や、被申立人が EEOC からの連絡に応えない場合、裁判等の他の手続きに移った場合等が含まれる。

⁵³ 障害種別ごとの件数を示した EEOC の資料には、表2にある障害以外にも、学習障害や脳の損傷等の事案が含まれている。

⁵⁴ National Council on Disability, *The Impact of the Americans with Disabilities Act: Assessing the Progress Toward Achieving the Goals of the ADA*, July 26 2007.

B. 関係領域の調査結果

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援
—産業精神健康活動の現場からの提言—

分担研究者 白波瀬 丈一郎 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室・講師

研究要旨

臨床精神医学と産業精神健康の双方で現場活動を行って来た精神医学者としての立場で、文献情報と報告者自身の現場経験等を踏まえた内省・整理を行い、今後の産業精神健康活動の望ましいあり方について一定の指針を得ることを目的として、わが国の産業精神健康活動の現状と歴史的経緯、報告者自身の現場活動等から得られた知見を整理した。その結果、次のことが明らかになった。①職域においてはストレス関連疾患が多い。②それらに対して、一次予防として効果が確認されたものはない。③二次予防および三次予防では、治療効果、再発予防という点で効果的な介入方法が認められている。

これらの結果より、産業精神健康活動においては適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効であると考えられた。この措置（介入）を有効にするためには、企業の人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力および枠組みが必要である。その上で、「育て鍛える」という視点から労働者に介入することが有用であると考えられた。「育て鍛える」介入とは、まず休養と治療によってストレス関連疾患から回復するための期間を確保することが前提条件となる。次に、生活リズムを整えつつ、活動性や作業能力の向上を支援する。そして、労働者の「働く能力」を高めるための介入を行うことから成る。

A. 研究目的

法学者が諸外国の法制度調査を実施するうえで基礎となる精神医学的な知識および視点を提供するため、臨床精神医学と産業精神健康の双方で現場活動を行って来た精神医学者としての立場で、文献情報と報告者自身の現場経験等を踏まえた内省・整理を行い、今後の産業精神健康活動の望ましいあり方について一定の指針を得ること。

B. 研究方法

第1に、準備作業として、わが国の産業精神健康活動の現状と歴史的経緯に関する文献情報、報告者自身の現場活動等から得られた知見を整理し、適応論的観点に基づく産業精神健康活動の重要性について論じた（添付資料（原著論文））。第2に、主任研究者から示された課題（総括研究報告書に記載された「関連領域の専門家の調査課題」）に即した回答を試みた（本報告書）。

C. 研究結果

1. 精神疾患における、病態およびその発症要因の科学的な解明の度合と、今後の解明の可能性について

精神病理学者クレペリン Kraepelin, E (1896)¹⁾は、同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化をもつものを「疾患単位 disease entity」と定義づけたが、精神疾患・精神障害と、その他の一般身体疾患との端的な違いは「疾患単位」であるか否かである。一般身体疾患に比べて精神疾患・精神障害は、原因不明であったり、器質的な病理組織変化を伴わない機能的

疾患であったりすることが多く、そのため疾患単位としての要件を満たしていないことが多い。ヤスパース Jaspers, K (1913)²⁾は、精神疾患は疾患概念の理念には「無限に遠い未来にあっても到達できない」と記している。

精神疾患のほとんどは、個人の準備性と環境要因との相互関係によって発症すると考えられており、それ以上の科学的解明は行われておらず、現時点では今後も解明される可能性は低いと考えられる。

2. わが国の職域において多くみられる精神疾患の類型および様相について

精神疾患は、その病因から外因性精神疾患、内因性精神疾患、心因性精神疾患に分類され、職域においてはそのいずれもが認められうる。

しかし、職域においては年齢的な意味でも労働できているという意味でも、外因性精神疾患に含まれる、身体疾患に基づいて生じる症状性精神病や器質性精神病の発生は少ない。唯一、外因性精神疾患の中毒性精神病に含まれるアルコール症は、古くから産業精神保健の3Aの一つに数えられている。因みに、あとの二つは常習欠勤 absenteeism と事故頻発 accident である。

統合失調症および躁うつ病が含まれる内因性精神疾患の発症率は、一般人口における発症率よりも低く1,000～1,500人に1人程度といわれている³⁾。

職域で多くみられる精神疾患としては、先のアルコール症に加えて、うつ病、不安障害、身体表現性障害、そしてパーソナリティ障害がある^{4), 5), 6), 7)}。うつ病は

内因性精神疾患に含まれる重症例は少なく、軽症のものが多く、神経症と呼ばれる病態（不安障害や身体表現性障害が含まれる）やパーソナリティ障害との鑑別が困難な場合が少なくない⁶⁾。最近、現代型うつ病などと呼ばれて注目されている典型的でないうつ病は、典型的なうつ病に比べて、どこまでが病気でどこまでが性格かはっきりしないことが多い。

こうした職場で多くみられる病態は、環境と個人との間の不適合により生じる精神疾患を表す心因性精神疾患としてまとめることができる。表現を変えれば、職域ではストレス関連疾患が多いということも可能である。

3. 職域における精神疾患の発症予防の効果について

現在、うつ病を中心にいくつかの一次予防の試みが行われているが、ハイリスク群に対する介入を除けば、一般人口や職員全体に対する介入でうつ病の発症を低下させる効果が確認されているものは認められない。一方、二次予防、三次予防に関しては、職域内外で治療効果、再発予防効果という点で効果的な介入法が数多く認められている。したがって、現状では二次予防および三次予防が貢献の期待できる介入方法である。

D. 考察

1. 適応論的観点に基づいた措置（介入）の可能性について

職域においてはストレス関連疾患が多いことを踏まえると、人と環境との関係性を適応という視点で捉える、適応論的観点

に基づいた措置（介入）が有効である可能性がある。職域はストレス関連疾患が生じたまさに現場であり、それはつまり、原因解決のためにさまざまなアプローチが存在する場所であるという捉え方ができる。原因によっては環境に働きかけること（職場管理監督者への指導、あるいは職場異動など）で解決を図ることが可能である。また、労働者が不適応に陥った状況を彼らとともに振り返り、そこから彼らの成長課題を見だし、彼らがその課題を達成できるような措置（介入）を行うことで、再発を防ぐことも可能である。その意味で、発症要因は労働者にとって人としてあるいは企業人としての成長を促す機会となりうるのである。

しかしながら、適応論的観点には不可避免的に価値観が含まれるために、企業としての価値基準が精神健康活動の中に入り込み混同される危険性を孕むことになる。これは、産業精神健康活動に携わる精神科医等が知らぬ間に企業利益の代理人となる危険性としてしばしば指摘されてきた点である。したがって、職域において適応論的観点に基づいた措置（介入）を実施する際には、その措置（介入）が精神保健活動としての独立性を担保できる対策を併せて講じる必要がある。ただし、こうした対策は、組織的な整備や、守秘義務とか個人情報保護といった法的な規制だけでは硬直的になりがちで不十分なことが多い。何故なら、そうした対策はともすれば、企業の人事労務管理と産業健康活動を隔絶することになるからである。つまり、それらを如何に運用するかという視点が必要になるのである。適応論的観点に基づいた措

置（介入）が有効性を発揮するためには、人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力が必要であり、そこには互いに対等であるという認識や、互いの違いを認め尊重する態度などが含まれてくる。

2. 臨床精神医学と産業精神健康との違いについて

臨床精神医学においては、精神医学的判断に基づいて患者の利益を最大限実現することを目指す。就業が精神疾患の悪化につながる可能性が低ければ就業を許可し、病状悪化につながる可能性がある場合には業務負荷を制限するよう企業に求めるといった具合である。一方、産業精神健康の場面においては、精神医学的判断の価値は相対化される。企業の利益や職場の利益も勘案されて、最大公約数的な利益、つまり「落とし処」が模索される。たとえば、精神疾患により休業した労働者が職場復帰する際には、就業が病状悪化をきたさないことだけでなく、企業が求める生産性のある程度発揮できることも求めるといった具合である。

3. 「育て鍛える」という視点の妥当性について

産業精神健康活動の一つである適応論的観点に基づいた措置が企業利益の代理人となる危険性を孕んでおり、この点の対策の重要性は既に述べたとおりである。そのため、こうした危険性を十分認識し、人事労務管理との間で互いの独立性を担保しつつ連携する関係性を構築した上で、一つずつ手続きを踏みながら労働者と成長

促進に取り組むことが重要であるし、さらにその過程を管理監督する仕組みも必要かもしれない。しかしながら、こうした対策を講じたとしてもなお、適応的観点に基づいた措置を非難する声がある。たとえば、そのやり取りの結果が、企業が配慮しうる限界と、労働者が発揮しうる生産性との間に埋めがたい解離が存在していることが明らかになった場合などである。こうした労働者にとって苦痛や苦難となる結果だったことが、労働者に対して「やさしくない」とか「保護的でない」とされるのである。確かに、この結果は退職などにつながる可能性もあり、労働者だけでなくその家族にも大きな不利益をもたらしかねない。適応論的観点に基づいた措置を実践する者は、そのことは重く受け止めなければならない。とはいえ、産業精神健康に関わる問題（精神疾患に伴う休業だけでなく、出勤していても生産性の上まらない労働者の問題など）は企業の体力を奪い、競争力の低下をもたらす要因となっている現状が存在することもまた事実である。こうした現状は少なくとも部分的には、精神疾患をもつ労働者に対応する人々が上述の非難や重い結果を回避し続けてきた結果であるといえる。この現状を改善していくには、精神疾患をもつ労働者に対応する人々すべてが適応論的観点に基づいた産業精神健康活動の必要性とその痛みを実感した上で、その整備に努めることが重要であると考えられる次第である。

4. 「育て鍛える」介入について

「育て鍛える」介入にあたっては、ストレス関連疾患により休業に至った労働者

が、休養と治療とによって健康の回復に専念できることが前提条件となる。そのために、全ての労働者が十分な休養の取得が可能となる保証やそのための法整備が必要である。医学的な側面からもどの程度の期間を保証するのが適切なのかを検討する必要がある。また、病気休養に入った後、適切な時期に病気休養できる期間やその他の条件などの説明を労働者に行うことも重要である。

その上で、目的意識をもった休養の実行を支援する必要がある。具体的には、ストレス関連疾患の治療に専念すべき時期、生活リズムの調整や活動性および作業能力の向上に努める時期、「働く能力」を高めていく時期を明確にすることである。そのために、各時期で達成すべき課題を明確にし、支援過程を可視化することが重要である。こうした可視化により、職場復帰を目指す労働者は自らが今どの時期にあり、どの課題に取り組まなくてはならないのかを認識できるようになる。こうした工夫により、心の健康問題により休業した労働者は、漫然と時間を過ごすことなく、目的意識をもった休業が実現される。

E. 結論

精神医学および産業精神健康に関する文献および現場の活動経験に基づいて、我が国における産業精神健康活動の歴史的経緯および現状について調査し、職域においてはストレス関連疾患が多いことが明らかになった。それらに対して、一次予防として効果が確認されたものはない。一方、二次予防および三次予防では、治療効果、再発予防という点で効果的な介入方法が

認められている。その中で、適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効であると考えられた。この措置（介入）を有効にするためには、企業の人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力と枠組みが必要である。その上で、労働者個人に対して、「育て鍛える」という視点に基づく介入を行うことが重要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

白波瀬丈一郎（2011）：パーソナリティ障害を持つ社員の復帰後支援～枠組みを作るアプローチ～. 産業精神保健, 19（3）：157-161.

白波瀬丈一郎（2011）：パーソナリティ障害. 日本産業精神保健学会編：ここが知りたい 職場のメンタルヘルスクエア 精神医学の知識&精神医療との連携法: 138-144. 南山堂.

白波瀬丈一郎（2011）：企業におけるうつ状態-主治医と経営者はなぜ手を結べないのか-. 治療, 93（12）：2443-2446.

白波瀬丈一郎（2012）：境界領域としての働く場-適応と不適応-. 精神科治療学, 27（4）：437-442.

2. 学会発表

白波瀬丈一郎（2011）：成長課題を「今-個々で」取り扱う方法としてのKEAP. 第18回日本産業精神保健学会シンポジウムI「職場復帰場面における成長支援を考える」.

白波瀬丈一郎（2012）：「育て鍛

える」産業精神保健の構想. 第19回日本産業精神保健学会メインシンポジウム2「日本型産業精神保健システムの姿」, 大阪.

Sado, M, Shirahase, J, Miura, Y, Ninomiya, A, Tabuchi, H, Kato, M, Mimura, M: Can the demographic variables predict the repeated sickness leaves? The 15th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Seoul, 2012.

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他

H. 引用文献

- 1) Kraepelin, E (1896): *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* (西丸四方, 遠藤みどり訳: 精神分裂病. みすず書房)
- 2) Jaspers, K (1913): *Allgemeine Psychopathologie.* (西丸四方訳: 精神病理学原論. みすず書房)
- 3) 加藤清明 (1985) : 序説. 小此木啓吾他 (編著) : 産業精神医学, 臨床産業医学全集 7 ; 1-3.
- 4) 中村裕 (1985) 障害者管理-発見からアフターケアまで-. 小此木啓吾他 (編) : 産業精神医学 臨床産業医学全集 7 : 305-316. 医歯薬出版株式会社.
- 5) 小此木啓吾 (1987) : 産業精神医

学の課題. 精神神経学雑誌, 89 (11) : 932-938.

- 6) 広瀬徹也 (1988) : 精神障害の早期発見・治療に直結する精神科産業医の毎週勤務-企業嘱託医16年の経験から-. 精神神経学雑誌, 90 (10) : 887-893.
- 7) 島悟, 荒井稔, 大西守他 (1997) : 勤労者における精神障害に関する多施設共同研究. 精神医学, 39 (10) : 1117-1122.

境界領域としての働く場

—適応と不適応—

白波瀬 丈一郎*

抄録：境界は対立する特性を切り分ける役割を果たすが、その内部には曖昧さと割り切れなさという性質を伴っている。職域のメンタルヘルス活動においてもさまざまな価値観と思惑が錯綜し、働く場そのものが境界領域としての性質を有している。曖昧さや割り切れなさに直面したとき、人はしばしば固定観念に支配され、割り切れないものを強引に切り分けようとする。本論では、この境界領域としての性質に対応する方法として、適応と不適応という観点に基づくメンタルヘルス支援について考察する。それは力動的認識と構造化という手段によって固定観念に支配されるのを回避しつつ、職域のメンタルヘルス活動に積極的に取り組むための方法である。その目的は、メンタルヘルス不調を労働者のさらなる成長のための機会として捉えて、彼らの働く能力を再生し、彼らの適応を向上させることである。

精神科治療学 27(4) : 437-442, 2012

Key words : *workplace, boundary region, mental health, psychodynamics, adaptive point of view*

I. はじめに

境界とは、正常と異常の境目とか国境などのように、対立する特性が接する場所を意味する。それは双方を切り分け、混乱や衝突の発生を防止する役割を果たしている。境界は線や面として表現されることが多いが、空間的な広がりをもつ領域として表現されることもある。その場合、空間の中で双方の特性が互いに移行し混ざり合うため、そこには曖昧とか割り切れなさといった性質が必

然的に伴うことになる。他方境界領域は、従来の分類では捉えきれないものを捉えることができたり、新たなものを生み出せたりする可能性もまた孕んでいる。

精神疾患の多くは原因不明で客観的な評価も困難である。その上職域においては、統合失調症やうつ病といったいわゆる精神疾患に加えて勤怠の乱れ、生産性の低下、あるいは職場の対人関係トラブルなどのさまざまな問題が精神医学領域に属するとみなされる。加えて、これらの問題は昇進や昇給、さらに雇用契約を継続するか否かといった、労働者の労働者人生を左右する問題にまで波及していく。精神科医が職域のメンタルヘルス活動に関わるとき、こうした問題に関わることを求められることになる。「この社員は病気ですか、それとも怠けているだけですか」とか「こんな様子で本当に働けるのですか」といった、白黒つけ

Workplace as a boundary region : adaptation and maladaptation.

*慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
〔〒160-8582 東京都新宿区信濃町35〕

Joichiro Shirahase, M.D., Ph.D. : Department of Neuro-Psychiatry, Keio University School of Medicine, 35, Shinano-machi, Shinjuku-ku, Tokyo, 160-8582 Japan.

がたい判断を迫られることも決して稀ではない。それでいて、医療場面であれば最優先される医学的判断は、職域のメンタルヘルス活動の場面ではその価値は相対化され、さまざまな価値観や思惑が錯綜する。その意味で、働く場は曖昧さとジレンマに溢れており、この場自体が境界領域としての性質を有しているといえる。

小此木²⁾は、この性質について「産業精神衛生場面における診療関係の場合、一般の治療関係に比べて企業内に共通の利害関係のある現実的な人間関係をもつことを避けることができなかつたり、あるいはその産業精神科医が同じ企業の一員としてのさまざまな組織の中での利害や圧力の中にいることもまた避けられない場合がある。また、情報連絡についても、(略)ある範囲の病状や見通しについての連絡を、職場の人事・労務関係者ととることがどうしても必要となる場合がある」と述べ、「これらの点を十分にのみ込んだところで、しかもなお、基本的な精神科医としてのアイデンティティをどのように全うしていくかが、産業精神医学の最大のジレンマであると同時に、今後の発展の上でどうしても達成しなければならない課題である」としている。

本論では、この課題を達成する方法として、適応と不適応という観点に基づくメンタルヘルス支援について述べることにする。

II. 職域のメンタルヘルスと適応・不適応

適応とは、人が環境や状況の中で、その要請に応じつつ、同時に自らの要求をも生かして、著しい葛藤や不安などのストレスを経験することなしに生活することをいう。換言すれば、人と環境との間には齟齬をきたす可能性が常に存在しており、齟齬防止のために、人は環境に働きかけたり自らを変化させたりするよう努力する必要があるという前提が存在している。

職域環境と人との間にも同様の関係性があり、適応に失敗した結果として精神疾患が生じる危険性がある。ただし、職域環境への適応の失敗が常に精神疾患という結果に至るわけではない。むしろ、精神疾患という結果となるのは不適応のごく

一部であり、多くは勤怠問題（遅刻欠勤）、生産性の低下、事故頻発、職場の対人関係問題や士気の低下などのより広い問題を呈する。また、不適応と精神疾患の関係は、不適応の結果として精神疾患が発生するという関係性だけでなく、精神疾患が要因となって種々の不適応が生じてくる場合もある。いずれの場合も、適応困難となる要因が職域環境にある場合と人の側にある場合とを両極として、その中間に環境と人との相性が位置づけられる連続体を想定することができる。すなわち、適応と不適応という観点を持つことにより、職域のメンタルヘルス活動の実践は、狭義の精神疾患だけでなく、より広範な問題をもその対象として捉えることが可能になる。と同時にこの観点は、対象が狭義の精神医学の領域に留まらないという意味で、職域のメンタルヘルス活動の実践が精神科医のみによって担えるものではなく、産業医、保健師、看護師、臨床心理士、社会福祉士、さらに人事・労務担当者や職場管理監督者など、多職種からなるチームによって担われるべきものであることをも示している。

また、この観点は単純な因果関係に留まらない。不適応は単なる結果ではなく、それは新たな適応のための出発点でもある。人には、不適応に陥った経験からさらなる成長課題を見出し、その課題達成に向けて努力する能力がある。職域のメンタルヘルス活動の実践には、不適応となった人がその体験から成長課題を見出し、その課題達成に向けて努力することへの支援もまた含まれる。すなわち、その実践は労働者の働く場、つまり彼らが不適応を起こしている現場に精神科医が赴き、不適応に陥った労働者および彼らを取り巻く関係者から情報を得るとともに、関係者と連携しながら労働者の成長を促す取り組みであるといえる。こうした成長支援を「適応と不適応という観点に基づいたメンタルヘルス支援」と呼びたい。

III. 予断、あるいは固定観念

適応と不適応という観点に基づいたメンタルヘルス支援を実践しようとしたときに、その前に立ち塞がるのが予断とか固定観念と呼ばれるもので

ある。

精神科医の仲間と職域のメンタルヘルス活動について話すと「所詮、企業の本音はメンタルヘルス不調者（以下、不調者という）の切り捨て」とか「メンタルヘルス活動に積極的に取り組んでも、結局企業に利用されるだけ」といった反応がしばしば返ってくる。また、職場の管理監督者と不調者への対応方法について相談しているときの、彼らの発言には「下手に業務負荷を増やして、もしまた社員が調子を崩したら、上司である自分の責任が問われることになる」という不安が見え隠れする。人事担当者の態度は少なからずリスク回避の視点に基づいている。産業医からは「精神科主治医の判断を覆すのは難しい」という発言が聞かれることがある。これらの発言や考えが問題だと思えるのは、これらが正しいか間違っているかではなく、そう発言したり考えたりする人々が、それが唯一無二の結論であると何の疑問もたずに頭から信じていることである。固定観念に囚われた人は、目の前で起きている事柄と虚心坦懐に向き合うという作業を怠り、未来のさまざまな可能性に心を閉ざしてしまう。

こうした予断や固定観念の影響は、少なくとも大企業においては「保護的」な対応という形で現れている。リスク回避を重視するあまり、症状悪化の防止が目的化しているのである。触らぬ神に祟りなしといわんばかりに、不調者は腫れ物扱いされる。そして、その陰で関係者は「不調者は結局治らない」という絶望感を募らせ、新たな固定観念を再生産している。

IV. 力動的認識

固定観念の再生産という悪循環を打破する方法として、力動的認識がある。固定観念が、ある原因があればその結果は自ずと決定されるという硬直化した因果関係に基づいているのとは対照的に、力動的認識においては、原因と結果との関係性は相対的であり、それらは相互に影響を及ぼし合い、原因と結果は常に変化し続けているという前提が存在している。換言すれば、力動的認識とは、世界には絶対的な存在はなく、すべては何ら

かの動きの中でしか捉えられないという認識である。

この力動的認識を治療という文脈に当てはめたとき、治療者はもはや「治療過程」という動きと独立して外側に存在することはできなくなる。治療者は「治療過程」という動きの一部となり、否応なしに当事者の1人となるのである。治療者がこの力動的認識に基づいた役割を全うしようとするとき、治療者は自らその動きに加わり、その顛末を少しでもみのあるものにしていこうと努力することになる。こうした治療者のあり方は、精神療法の副作用に関する小倉¹⁾の論述に見出すことができる。このテーマの原稿依頼を受けた小倉は、それを奇異に思う以上に、怒りを感じたという。「奇異な感じがするというのは、やはり精神療法では副作用というふうな考え方をしないものであるらしいからである。精神療法というものはもちろん技術的な面もあるが、それよりも治療者と患者との人間的なぶつかり合い全体を問題にするものであり、治療過程の過程全体を究極的にはみのあるものをもってゆこうと努力するものである」。「精神療法の過程が、何らかの意味で外傷体験になるようなものであるかということになれば、その時点において外傷体験のようにみえたとしても、全体として、全経過として、それを人間成長の上に役立つようにもってゆくというわけである」。

さらに、力動的認識は職域のメンタルヘルス活動自体を考える場合にも大変有用である。改めていうまでもなく、企業の目的とするところは生産性と収益性の向上であり、その阻害要因の除去を目指すことは企業にとってある意味道理にかなった姿勢である。精神科医がそこに関わる時、こうした企業の論理に利用される可能性は否定できない。実際、業務ができるかできないかではなく診断名だけで処遇を決めたり、採用時にパーソナリティ障害や発達障害を見分け、それらを排除するための方法を精神科専門医に求めたりする企業が今もなお存在することを耳にする。しかし、だからといって職域のメンタルヘルス活動に関わることを避けていては、現状は何も変わらない。精神科医が主体性をもって関わり、職域のメンタル

ヘルス活動自体を少しでもみのりあるものにもってこうと努力することが重要である。ただし、徒手空拳では現状を変えるのは困難であり、戦術と戦略が必要となる。

V. 構造化

構造化という語感からは固定化とか硬直化といった連想が浮かぶかもしれない。しかし、実際には構造化は「適応と不適応という観点に基づいたメンタルヘルス支援」を実行する上で欠かせない戦術であり戦略である。

筆者が現在開発中のメンタルヘルス支援プログラムは「不調者の働く能力の再生と、それを取り巻く人々の働く能力の向上」という明確な目標を掲げている。この目標を達成するために、職場復帰のプロセスを休養・治療期、職場復帰準備期、試し出勤期、復帰後支援期という4つのフェーズに分け、各フェーズにおいて本人および関係者が果たすべき役割と目指すべき目標を明確にした。クリティカルパスと、各フェーズの終了判定基準を作成して、プログラムの標準化を行った。

個々のメンタルヘルス支援プランは、職場復帰を目指す不調者が職場復帰6ヵ月後に到達すべき業務役割を具体化することから始まる。そのゴールが決まったら、遡る形で4ヵ月目に到達すべき業務役割、2ヵ月目に到達すべき業務役割、そして職場復帰時に到達しているべき状態を具体化するといった具合に可視化を進める。次に、この職場復帰プランに基づいて、不調者の精神症状の改善度合、日常生活リズムの安定性、活動性、作業能力、今回のメンタルヘルス不調の振り返りに基づく再発予防策の作成がどの程度達成されているかを、本人、職場管理監督者、人事担当者、そして精神科専門医と臨床心理士がそれぞれの立場で評価する。その結果を持ちよって職場復帰の是非を話し合うのである。

こうした構造化の目的は、不調者がそのプランに従うこと自体ではない。設定された課題を達成することも重要だが、それ以上に構造からの逸脱を重視する。なぜならば、その逸脱にこそ不調者が取り組むべき成長課題が現れてくると考えるか

らである。適応と不適応の観点に基づくメンタルヘルス支援では、逸脱がなぜ生じたのかを不調者や関係者と話し合い、どうすれば再び構造の中に戻れるかを検討する。この作業を繰り返していくことが目的である。

VI. 事例

10年前に双極性障害を発症したAさん（40代独身）には2回の長期休業歴があり、現在は3回目の休職中である。前回の職場復帰は、病状回復は不十分だったものの休職期間満了が直前に迫っているという理由から勢いで復帰した。そのため、復帰後も勤怠は安定せず、復帰後半年間は週1回ペース、その後も毎月3回ペースで欠勤がみられた。また、出勤しても机に突っ伏している状態で実質的には仕事にならないことが多かった。また、情緒不安定となって怒鳴ったり不潔な状態で出社したりすることもあり、同僚はAさんに対して強い陰性感情を抱いていた。そのため、Aさんからの3回目の職場復帰希望にあたって、職場はあからさまな抵抗を示していた。また、人事担当者が職場復帰の意思確認目的でAさんと面談した際、「復帰して、仮にまた具合が悪くなったら、どうするか何か考えがありますか」と問うたところ、Aさんはニヤーツと笑って「また、休めばいいですよ」と答えたという。

精神科専門医と臨床心理士（以下「専門チーム」という）による職場復帰支援プログラムはこうした状況下で始まった。最初の面談で精神症状と日常生活リズムの確認を行った後、これまでの経緯を踏まえて次のように問うてみた。「現在のAさんは休業して治療に専念されたことで、ある程度安定した状態にいらっしやると思いました。ただ、職場復帰をするとすると、会社は配慮するとはいっても、業務負荷をゼロにすることはできません。Aさんのこれまでの経緯を踏まえると、会社がAさんに求める業務役割自体がAさんの病気を再び悪化させる要因になる可能性があると考えます。ここまでよくした病気を再び悪化させる危険を冒してまで、職場復帰に挑戦しますか」と。これに対してAさんは「私は、会社

の求める役割を充分果たす力があります。大丈夫です」と繰り返すばかりだった。Aさんには、自らの言動が周囲にどのような影響を与えているかに配慮する様子は微塵も感じられなかった。専門チームは職場復帰6ヵ月後までの職場復帰プロセスを説明して、Aさんの職場復帰準備の程度を評価する作業を開始した。

それと並行して、職場管理監督者および人事担当者との面談をもった。専門チームが職場復帰プロセスを説明し、その目的を、会社が求める業務役割を果たせるようになるよう支援するとともにその力があるかどうかを確認することであると説明したところ、職場管理監督者は「具合が悪くなるってわかっている人に負荷をかけるとおっしゃるんですか」とあからさまな拒否反応を示した。これに対して人事担当者が、会社としてはAさんが職場復帰を希望している以上はそれが妥当なものかどうかを確認する義務があることを説明した。専門チームは、日々職場で対応することになる職場管理監督者の大変さを十分労った上で、Aさんがこの会社で働き続けられる可能性を確認する機会をもちたいと思っていること、Aさんの精神状態は逐一専門チームが確認し、病状が悪化した際には責任をもって対応する旨を説明した。その結果、職場管理監督者はしぶしぶ承認した。

約1ヵ月間、Aさんの職場復帰準備性を評価した後、4週間の試し出勤を実施した。Aさんはこの試し出勤を皆勤した。この結果に加えて、職場でのAさんの様子をみた職場管理監督者は、これでは断ることはできないとあってAさんの職場復帰を受け入れた。職場復帰にあたっては、Aさん、職場管理監督者、人事担当者、そして専門チームで面談をもち、職場復帰プロセスのゴールは会社の求める業務役割を継続的に果たせるようになること、それに向かって段階的に業務負荷を増やしていくこと、その間Aさんが病状を崩すことがないかどうか定期的に面談を行うこと、病状悪化がみられた場合は中止を提案することもあり得ることを確認共有した。

職場復帰当初は「復帰を認めてくれた会社に感謝している」といって楽しそうに仕事をしていたAさんだが、復帰2ヵ月が経過した頃、臨時の

面談を希望してきた。疲労感とともに「業務が増えて、就業時間中には収まらなくなった。業務量の調整をお願いできないだろうか」と訴えた。これに対して専門チームは、現在の業務負荷は復帰時に確認したものであることと、これを処理できないのはAさんが会社の求める働く能力に達していないことを意味しているのではないかということ伝えた。その上で、同程度の業務負荷であると1ヵ月間経過をみる提案をした。Aさんはそれに同意したものの、面談の後で馴染みの健康保健スタッフに「職場も先生たちも厳しい」と愚痴をこぼした。ただ、「でも、できるといったことができてないのは本当だけど」と現状認識が進んだと思われる発言もあった。

その後、何とか立て直したAさんも職場復帰5ヵ月目には疲労の色が濃くなり、欠勤が目立つようになった。面談でその状況を取り上げると、Aさんは「周囲に迷惑をかけて申し訳ない」といつつも、「薬を調整するのと、仕事のやり方を工夫することで何とか乗り切りたい」といってプログラムの継続を希望した。専門チームは、これまでの経過を考えるとAさんの対策には実効性が認められないことと、本当に周囲に申し訳ないと思うなら現状を受け入れることが誠意ある態度ではないかと伝えた。その上で、これ以上の継続はAさんにも職場にも負担が大きくなりすぎるとの理由で「ここが今回の職場復帰プロセスの到達点」と判断して、プログラムの終了を提案した。人事担当者はそれを受けて、プログラムの終了を決定した。ただ、終了をAさんに伝える際に、職場からはこれまでとは違ってAさんは一所懸命職場復帰に取り組んでいたというコメントが届いていることを併せて伝えた。Aさんの働く能力を踏まえて今後どのように会社が処遇するかについては、人事担当者とAさんとの間で話し合われることになった。

2ヵ月後、人事担当者から「関連会社で仕事が見つかるかもしれない。Aさんが相手先の求める働きをできるかどうかトライアルを行いたい」との連絡が入った。専門チームは改めて職場復帰支援を再開することにした。支援再開にあたって、Aさんからは会社の対応への感謝の言葉と

ともに「これでダメなら、自分はこの会社で働くのは無理なんだと思う。次の道を考えようと思う」という、現状に対する受容（納得感）がみられた。

一時軽躁状態を呈したものの何とか乗り切り、4ヵ月間のトライアルの結果、Aさんは無事転籍を果たすことができた。「自分も頑張ったけれど、周囲の人が本当にサポートしてくれた」というAさんの姿は、復帰希望を出したときにニヤッと笑って「(具合が悪くなったら)また休めばいい」と語ったときのそれとは大きく変わっていた。

Aさんが職場復帰を果たすことができた理由は、就業困難となるほどの病状悪化がなかったことと、関連会社が求める働く能力をもっていたことというまでもないが、Aさんの適応が支援プロセスの中で改善したことも大きかった。職場復帰希望を出した頃のAさんは権利主張をするばかりで、周囲に配慮する態度も働く責任を果たそうという態度もまったく認められなかった。さらに、職場管理監督者も人事担当者もAさんを排除したいという思いは明らかだった。実際、専門チームもこの職場復帰は困難だろうという予測をもった。それでも、自らの希望を叶えたいなら、

実績を示すようにという働きかけを専門チームが続けた結果、Aさんは少しずつ実績を積み上げていき、職場管理監督者や人事担当者もその実績を少しずつ認めるという動きが生まれてきた。その動きの中で、Aさんには周囲を慮る姿勢や現状を受容する姿勢がみられるようになった。そして、全体としてAさんの適応は改善した。

Ⅶ. おわりに

働く場における境界領域としての性質に注目し、それを活かす取り組みとして「適応と不適応という観点に基づくメンタルヘルス支援」について述べた。

本稿は、平成23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）を受け、実施した研究成果の一部である。

文 献

- 1) 小倉清：子ども・思春期の精神療法の副作用. 小倉清：小倉清著作集1「子どもの臨床」. 岩崎学術出版社, 東京, p.66-74, 2006.
- 2) 小此木啓吾：産業精神医学の課題. 精神経誌, 89; 932-938, 1987.

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

産業保健専門職の視点からみた
日本の職域メンタルヘルス対策

- 法令、行政規則・ガイダンス等の効果の評価指標の開発を目指して -

分担研究者 梶木繁之 産業医科大学 産業生態科学研究所
産業保健経営学研究室 講師

研究要旨

本研究班では、国内外の職域メンタルヘルスに関する法令、行政規則・ガイダンス（以下 法令等）につき、その背景・特徴・効果にわたる体系的調査を行っているが、本研究では、法制度調査グループとの連携の下、産業保健専門職として、それらの効果指標を同定し、新たな指標の開発を行うことを目的としている。

昨年度の調査の結果、国内では法令等の効果を直接測定する指標はないが、（おそらくは）法令に基づく指針やガイドライン等を参考にしつつ各企業で実施されてきた対策の内容や効果について、労使双方に質問紙により回答を求めた調査結果や、法令に基づく指針やガイドライン等の浸透のための公的支援サービスにつき、やはり質問紙による満足度調査の結果の存在が確認された。他方、海外では、企業・事業場毎の休業率や作業関連疾患罹患率、自発的な離職率、職務満足感、業務パフォーマンス等が指標として把握されていた。

これらは、いずれも法令等の制定時に意図された労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標となっはいるものの、メンタルヘルスという多義的で、多因子的（multifactorial）かつ種々の媒体（中間指標となるべきもの）を通じて初めて達成され得る複雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分とはいえない。

そこで今年度は、産業保健専門職の協力のもと、過去および将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標（案）ならびに指標（案）の策定手順について検討した。

その結果、法令等の制定から労働者個人の健康度に変化が起こるまでの有効な中間プロセス指標（案）として、①社会全体の指標：EAP（Employee Assistance Program）機関数、②企業・事業場に関する指標：メンタルヘルスに関する管理職研修の実施数、衛生委員会での議題出現数、産業医等によるメンタルヘルス

関連面談数、産業医意見書の発行枚数、産業医の関連業務時間、メンタルヘルス不調者の職場復帰者数、人事部門がこの問題に調整的に関与する機会の回数、メンタルヘルス対策担当者の役割の明確化数、メンタルヘルスに関する個人情報管理の強化数、③労働者に関する指標：メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度等が抽出された。

これらの指標案は、法令等の社会、企業、労働者への浸透度を捕捉するものとして活用が期待されるが、やや産業保健専門職の視点に偏ったものとなっている可能性がある。メンタルヘルス関連の法令等は多くの利害関係者に影響を与え、それらが複雑に関与しあい労働者の健康に影響を与えると考えられるため、様々な利害関係者の協力のもと、多様な視点から法令等の影響を測るための指標を検討する必要がある。たとえば、法令等の変更時に利害関係者の将来にわたる健康影響を予測するツールとして健康影響評価（Health Impact Assessment）があり、有効に活用することで、効果的な指標（の素材）となる可能性があることが認識された。

A. 背景と目的

本研究班では、国内外の職域メンタルヘルスに関する法令、行政規則・ガイドランス（以下 法令等）につき、その背景・特徴・効果にわたる体系的調査を行っているが、本研究では、法制度調査グループとの連携の下、またその調査結果を参照しつつ、産業保健専門職として、それらの効果指標を同定し、新たな指標の開発を行うことを目的としている。

昨年度の調査の結果、国内では法令等の効果を直接測定する指標はないが、（おそらくは）法令に基づく指針やガイドライン等を参考にしつつ各企業で実施されてきた対策の内容や効果について、労使双方に質問紙により回答を求めた調査結果や、法令に基づく指針やガイドライン等の浸透のための公的支援サービスにつき、やはり質問紙による満足度調査の結果の

存在が確認された¹⁻⁴⁾。ここでは、企業や事業場におけるメンタルヘルスケアの取組状況やその効果、取り組みに際しての留意事項、対策の必要性、産業保健専門職の配置等に加え、労働者個人の抱える不安や悩み、ストレス、行政が提供するメンタルヘルス支援活動への満足度や有益性などが指標とされていた。

他方、海外では、企業・事業場毎の休業率や作業関連疾患罹患率、自発的な離職率、職務満足感、業務パフォーマンス等が指標として把握されていた。

これらは、いずれも関係法令等が意図した労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標となっただけのもの、メンタルヘルスという多義的で、多因子的（multifactorial）かつ種々の媒体（中間指標となるべきもの）を通じて初めて達成され得る複雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分

とはいえない。

そこで今年度は、産業保健専門職の協力のもと、過去および将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標（案）ならびに指標（案）の策定手順について検討した。

B. 方法

対象：産業医科大学産業医実務研修センターおよび同大学産業保健経営学研究室に在籍する医師 20 名。

グループ討議参加者：今回の討議に参加した医師の産業医経験年数と人数を記す。

産業医経験年数

- ・1 年未満：8 名
- ・1 年以上 3 年未満：5 名
- ・3 年以上 5 年未満：1 名
- ・5 年以上 10 年未満：3 名
- ・10 年以上：3 名

経験年数は 1 年未満～25 年（平成 24 年 6 月時点）と幅広い年齢層の構成であった。

討議テーマ（法令等）：労働者のメンタルヘルス対策に寄与した過去の指針ならびに今後実施が予想されている指針の例として以下を選択した。

- ①労働者の心の健康の保持増進のための指針：平成 18 年 3 月 4)
- 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：平成 21 年 3 月 5)
- ③ストレスに関連する症状・不調とし

て確認することが適当な項目等に関する調査（2011 年 11 月 16 日の衆議院解散により廃案となった労働安全衛生法の一部を改正する法律案（閣第 16 号）関係）：平成 22 年 10 月 6)

討議方法：2012 年 6 月 25 日に上記メンバーで 90 分間の討議をおこなった。はじめに討議の進め方について簡単な説明を行い、その後 18 名の討議参加者をランダムに 3 つのグループに分けた。それぞれのグループは 1 つの討議テーマに対して以下のステップに基づきグループワークを行った（添付資料①：グループワーク時の説明用スライド）。

ステップ 1： 法令・指針の施行により影響を受ける集団や個人を特定した。

例) 企業（大企業、中小企業）、健康保険組合、企業外労働衛生機関、健診機関、外部 EAP 機関、労働基準監督署、産業保健推進センター、地域産業保健センター、産業医など。

ステップ 2： 「〇〇（だれ）が、どうなる」の記述で法令等の施行から個人の健康影響に変化が起こるまでの流れ図（パス図）を作成した。グループワークの際には、KJ 法等の活用も推奨した。また、法令等以外で労働者の健康に寄与すると思われるその他の要因も抽出した。

ステップ 3： 国が法令等の施行時に把握する必要があると思われる新たな指標（案）を各グループで検討した。

C. 結果

1) グループ討議での流れ図（パス図）と変化が予想される項目

個々のグループで作成された3つの流れ図（パス図）を示す。（図1）各討議テーマで挙げられた法令等の制定により生じると予想される変化は以下の通り。

①労働者の心の健康の保持増進のための指針：平成18年3月

- メンタルヘルス対策に取り組む企業数が増加する
- メンタルヘルスの相談体制が充実する
- 面談を希望する相談件数が増加する
- 産業医による面談件数が増加する
- うつ病などの労災認定数が増加する
- 企業における管理職研修の数が増える
- 上司と部下とのコミュニケーション機会が増加する
- 従業員間のコミュニケーション機会が増加する
- 衛生委員会でのメンタルヘルスに関する話題が増える
- 企業（事業者）のメンタルヘルス対策に対する理解度が増す
- CSR（Corporate Social Responsibility 企業の社会的責任）報告書におけるメンタルヘルス対策関連ページ数が増加する
- 産業保健スタッフの業務量が増加する
- 社内における個人情報管理がずさんになる
- 産業保健スタッフがメンタルヘルス対策以外の取組みをできなくなる
- 精神科医師（メンタル不調労働者の主治医）との連携が増える
- 精神科医の社会での需要が高まる
- 精神科への通院総回数が社会全体で増加する
- うつ病患者の数が増加する
- メンタルヘルス関連疾患にかかる医療費が増加する
- 病気休暇・病気休職者の数が増加する
- EAP(Employee Assistance Program) サービス機関数が増加する
- 社外 EAP サービス機関の業務量が増加する
- 50人未満の企業（事業場）におけるメンタルヘルス対策の実施割合数が増加する
- 地域産業保健センターの利用数が増加する
- 職場への復帰率（復職率）が増加する
- 人事部門が関与する調整業務の機会が増加する
- 報道機関等のマスコミがメンタルヘルスに関する記事などを多く掲載するようになる
- うつ病に対する偏見が減少する
- 精神科クリニックを受診する患者の心理的負担感が減少する
- 自殺者数が減少する

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：平成 21 年 3 月

- 復職に関する社内の仕組み(システム)が明確になる
- 就業規則が明確になる
- 労災等の訴訟が増える
- 事業場外支援のプログラムが多様化する
- 企業(事業場)間での復職支援システムのばらつきが減少する
- 復職支援システムの(到達)目標が明確になる
- 社内での休職率が減少する
- 企業(事業場)が病休者対応に支払う(金銭的)負担が減少する
- 労働者の QOL(生活の質)が向上する
- メンタルヘルス不調者のスムーズな復職が促進する
- 精神科の業務量が増える
- 社内のプライバシー(個人情報)管理が強化される
- 復職支援システムを悪用(目的外使用)する労働者が増える
- 社内のメンタルヘルス対策を行う担当者の役割が明確になる
- 社内のメンタルヘルス対策を行う担当者の業務量が増加する
- 社内の復職支援の仕組みに対する理解度や周知度が向上する
- 企業内での適切な復職対応が行われるようになる
- 社内の労働生産性が向上する
- 企業イメージが上昇する
- 休職者が社内で非難される機会が増加する

- 休職者が発生した職場の周囲の労働者の業務量が増加する
- 社内でのメンタルヘルス不調者の発見が早まる
- 社内でのメンタルヘルスに関する(産業医)面談数が増加する
- 産業医の業務量が増加する
- 産業医意見書の発行枚数が増加する
- 企業(事業場)内の本業以外の業務量が増加する
- 社内のプライバシー(個人情報)管理の問題が増加する

③ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査(2011年11月16日の衆議院解散により廃案となった労働安全衛生法の一部を改正する法律案(閣第16号)関係)：平成 22 年 10 月

- 医師(産業医)面談対象者が増加/減少する
- 産業医の出務、業務量が増加する
- 中小企業における産業医の面談時間が増加する
- 開業医への産業医面談の依頼が増加する
- 産業医資格の取得希望者が減少する
- 精神科医の需要が増加する
- 精神科クリニック受診者が増加する
- 医療費(特に精神科関連疾患)が増加する
- 就業制限のかかる労働者の数が増加する

- 病気休暇、病気休職者が増加する
- 企業が支払う労災保険料が上昇する
- 周囲の労働者の業務負担が増加する。
- 景気が後退する
- 新たな雇用が増加する/解雇者(失業者)が増える
- メンタルヘルス不調者の数が増加/減少する
- 中小企業から企業外労働衛生機関や健診機関への面談依頼が増加する
- 中小企業における負担が増加する
- 保健師の業務が増加する
- 労働者のプライバシー(個人情報)が侵害される可能性が高まる
- 個人情報管理の新たなシステムが必要となる
- 自殺者の数が増加/減少する
- 訴訟件数が増加する
- 労働災害の申請・認定件数が増加する
- うつ病などのメンタルヘルス関連疾患の早期発見数が増加する
- 休職を要する労働者の数が減少する
- 企業の生産性が高まる

グループ間での違いはあるものの、変化が推測される項目は「社会全体」、「企業・事業場」、「労働者」の категорияに分類可能と考えられた。またこれらは相互に時系列の前後関係を有していた。項目によっては、相反する変化が起こると予想されるものが少なからず存在した。

3)メンタルヘルス対策に関する法令等の効果・評価指標(案)

過去および今後制定が予想される法令等が労働者の健康に影響を与えるまでの過程(流れ)のうち、社会全体、企業・事業場、労働者に関する指標(案)が列挙された。これらのうち、新たな評価指標(案)として検討に値すると考えられたものを以下に記す。

社会全体の指標(案):EAP(Employee Assistance Program)機関数

企業・事業場に関する指標(案):メンタルヘルスに関する管理職研修の実施数、衛生委員会での議題出現数、産業医等によるメンタルヘルス関連面談数、産業医意見書の発行枚数、産業医の業務時間、職場復帰者数、人事部門が関与する調整機会の回数、メンタルヘルス対策担当者の役割の明確化数、個人情報管理の強化数

労働者に関する指標(案):メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度

D. 考察

今回、産業保健専門職の視点から過去のメンタルヘルス対策に寄与した2つの指針と今後実施が予想される指針等について検討を行った。過去2つの指針については、既に社会や企業、労働者に変化が起こっているため、指標(案)の多くが数値化可能で、またその変化の方向性(数値の上昇もしくは減少)についてもある程度の傾向分析が可能と思われた。ただし、今後実