

<第二分冊>

B. 関連領域の調査結果

1. 精神医学

適応論的観点に基づく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－

白波瀬 丈一郎

503

2. 産業医学

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－

梶木 繁之

515

3. 経営学

企業経営におけるメンタルヘルス問題に関する調査研究

－人事管理の観点を中心に－

團 泰雄

529

4. 社会学

産業精神保健の歴史

－1950年代～現在まで－

荻野 達史

553

C. 社会調査の結果

1. メンタルヘルス対策従事者向け電子調査・訪問調査の結果

1) メンタルヘルス対策従事者向け調査結果の整理・分析

－質問票のドラフト作成者の立場から－

三柴 丈典

653

2) メンタルヘルス対策従事者向け調査結果の示唆に関する一考察

－社会的観点から－

荻野 達史

683

3)	メンタルヘルス対策従事者向け調査結果に関する覚書 ー経営学の観点からー	團 泰雄	701
4)	メンタルヘルス対策従事者向け調査結果に関する覚書 ー障害者雇用促進法改正との関係を焦点にー	長谷川 珠子	715
5)	資料 質問内容：今後のメンタルヘルスに関する法政策に関する企業（団体）調査 回答内容：エクセルデータ		724
2.	厚生労働省委託・労働者健康福祉機構・メンタルヘルス対策支援センター・メンタルヘルス対策促進員向け訪問調査の結果		733
	公的メンタルヘルス対策支援の効果評価指標の開発の試み ～公的アウトリーチの支援専門家に求められるコンピテンスの検討～	真船 浩介・井上 彰臣・梶木 繁之	751
III.	研究成果及び本研究プロジェクトに関連する主な刊行物に関する一覧表		803
IV.	研究成果及び本研究プロジェクトに関連する主な刊行物・別刷		807

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、二次予防、および三次予防による効果の可能性はあるが、現時点では効果的な介入法はまだ確立されていないのが実情である。

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

法学者による法制度調査に際して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）。

第3に、慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室で開発した、職場復帰支援プログラムKEAP（後述）による実践経験に基づいた考察を行った。

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）⁶⁾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）⁶⁾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。

精神疾患の病態およびその発症要因の科学的解明の研究作業は現在も続けられており、今後解明が進む可能性はある。その一方で、社会の多様化・複雑化に伴い、職域ではますます多様な病態が認められるようになって来ている。しがたって、今後精神疾患の生物学的な解明が進んだとしても、個人の準備性と環境要因との間の問題は存続すると思われる。

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、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は、その好発年齢と労働年齢との違いから、発生は少ない。唯一、外因性精神疾患の中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、3Aの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⁸⁾。統合失調症の発症年齢のピークは10代後半から20代前半にあり、発症後の就職や終了が労務能力や社会的制度の不備などの面から困難であるということも、職域における有病率の低さの理由の一つであると考えられる。

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^{5), 14), 15), 22)}。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⁵⁾。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事例もみられるようになってきている。

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社会的損失と、その発症予防の効果について

精神疾患は社会に大きな負担を強いている。The Global Burden of Disease studyによると、精神障害および行動障害は、あらゆる疾患によって生じる社会的な負担

の7.4%を占めていると報告されており[M]、特に先進国において、その影響は大きなものになっていると考えられる。たとえばイギリスでは全ての傷病休暇の40%は精神疾患によるものであると報告されている²¹⁾。日本においても精神疾患による経済的な損失は莫大であり、統合失調症、うつ病性疾患、不安障害による疾病費用はそれぞれ2.8兆円、3.1兆円、2.4兆円と推計されている^{18), 19)}。その中でも特に産業精神保健の分野で問題となることが多いうつ病性障害や不安障害では、間接費用の半分以上が、absenteeismやpresenteeismといった職場で発生する損失で占められていることが明らかになっている¹⁸⁾。

したがって、職場における生産性の損失を改善することは精神疾患による社会的な負担を軽減する最も重要な要素の一つと言える。その方法としては、新たな疾患の発生を予防する一次予防、できるだけ早期に治療を開始し早期寛解を目指す二次予防、そして職場復帰した労働者が再休養しないように支援する三次予防が考えられる。しかし、治療が主に医療機関で行われることを考えると、職場の介入として考えられるのは、一次および三次予防に限られるであろう。職場における介入として一次予防が重要なのは言うまでもなく、産業保健領域で幅広く研究も実施されてきている。一方で精神疾患が再燃・再発を起しやすいという事実を考えれば、精神疾患による長期休養後、職場復帰を果たした労働者に対する再燃・再発予防のための施策もまた重要であることは明白であろう。

そのためには、どのような労働者の再

燃・再発，再休養のリスクが高いのかを把握することや，職場におけるどのような介入が実際に再燃・再発，再休養予防に効果的なのかを理解することが必要になると思われる。また，単に，再燃・再発をアウトカムにするのではなく，生産性に直結する再休養などをアウトカムにした研究の知見を得ることが重要にもなる。しかし，これらは，そう簡単なことではない。

精神疾患の再燃・再発のリスクファクターについては数多くの研究が実施されている。具体的にはうつ既往歴，症状の残存，心理社会的な機能の低下などがそのリスクファクターとして報告されている^{1), 2), 3), 7), 9), 12), 16), 25)}。ただし，これらの研究はあくまで医療の場面で病状をアウトカムにして実施されたものである。職場における生産性に直結する再休養などをアウトカムにしたリスクファクターについては，オランダでの研究報告が若干認められる程度でほとんど報告がない¹⁰⁾。

また，介入効果に関する研究についても同様のことがいえる。再燃・再発をアウトカムにした介入の効果検証については，すでに数多くのものが実施されているが，再休養をアウトカムとした職場での介入効果に関するRCTについては，これを見つけない⁴⁾。ただし，精神疾患が理由で休職中にある患者に，早期復帰を目的とした介入の効果を検証しているRCTは，いくつか認められている^{4), 24)}。

このように，精神疾患による社会的損失が大きな問題となっているにもかかわらず，長期休養から復帰した労働者について，再休養のリスクファクターや，そのリスク

を低下させるための効果的な介入についての研究が，国際的にもあまり行われていないということは不思議であるが，その要因の一つが日本と諸外国の雇用環境の違いが影響している可能性が考えられる。日本の，特に大企業の正社員では休職期間が数年与えられていることも珍しくない。一方日本以外の諸外国では，そこまで長い休職期間が認められることは稀なようで，筆者が知る限りその期間は，数カ月程度であることも珍しくない。このように休職期間が短いと，精神疾患で長期休業した労働者が復帰する機会は相対的に少なくなると考えられる。また，無理に復帰しても，その後再び休業し，最終的には退職せざるをえないケースが多いのではないかと推測される。以上の状況にある諸外国では，三次予防より，一次予防に注力するのも自然な流れではないかと思われる。その例として，ヨーロッパを中心に展開しているPRIMA-EFモデルなどを挙げるができる¹⁷⁾。

いずれにしても，精神疾患によって長期休業した労働者が職場復帰を果たす際に，職場でどのような介入をすれば再燃・再発を防ぐことができるのかについては，効果的な介入法がまだ確立されていないのが実情である。

4. KEAPにおける実践経験

筆者をはじめ，慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（以下「慶應精神科」とする）では，後述する「育て鍛える」という考え方に基づいて，KEAP（Keio Employee Assistance Program：キープ）という職場復帰支援プログラムを開発し，

2009年度から企業と委託契約を結び、実践を行っている^{2,3)}。

KEAP開発にあたって、慶應精神科の医師によって各自の精神科専門医としての企業での勤務経験に基づいて、現在の3次予防が十分に効果を挙げられない要因について議論した。その結果、精神疾患の直接的影響としての働く能力の障害と、関係者間のコミュニケーション障害を抽出した。関係者間のコミュニケーション障害には、主治医と使用者との間のコミュニケーション障害や、精神疾患をもつ労働者と彼らを取り巻く職場の人々との間のコミュニケーション障害が含まれる。このような議論と経験を踏まえて開発したのが、KEAPである。

KEAPは、1万人規模の企業に、精神科専門医が週4コマ（1コマ3時間）勤務し、臨床心理士が3名常駐する体制で実施される。その主たる機能は、コンサルティングファンクション、メディカルファンクション、そして「育て鍛える」メンタルヘルス支援という3つである（図1.参照）。コンサルティングファンクションでは、職場復帰を目指す労働者についての精神医学的な評価に基づいて、管理監督者、人事担当者、さらに産業保健スタッフに対して、当該労働者への接し方や業務の与え方、配置などに関する相談にのる。さらに、職場環境を改善する必要がある場合はその指摘を行い、改善を促す。メディカルファンクションでは当該労働者の主治医と連携して、職場の様子を伝えることで、正確な診断がなされより適切な治療が実施されることに貢献する。加えて、職場復帰システムの情報を提供する。そうすることで、

主治医が、精神疾患の寛解を以て職場復帰可能と判断するのではなく、精神医学的な意味で労働者が仕事に戻って差し支えない状態まで回復していることを判断できるように支援する。コンサルティングファンクションとメディカルファンクションは一定の独立性を担保しつつも、労働者の職場復帰支援という共通目標に向かって協働する。さらに、このような職場領域と医療領域の理解とサポートを受けながら、KEAPは当該労働者に対して「育て鍛える」メンタルヘルス支援を行う。

さらに、KEAPでは「骨折をしたスポーツ選手がレギュラー復帰を目指す過程」という比喻を用いて、休業から通常勤務復帰までの過程を4つのフェーズに分けて、可視化と標準化を行っている（図2.参照）。休養・治療期、職場復帰準備期、試し出勤期、復帰後支援期の各フェーズにおいて、労働者、職場管理監督者、人事担当者、産業保健スタッフが担うべき役割をクリティカル・パスという形で明確化も行った。それにより、職場復帰過程に関わる人々が過程全体を俯瞰しつつ、今自分がどのような役割を果たすべきかを認識できるようにした。それによって、すべての人が不安を感じることなく主体的に職場復帰過程に関われること、ひいては自然なコミュニケーションの実現を促すことを目指している。

復帰後支援期では6ヶ月間という期間を設定している。労働者と職場管理監督者とが中心となって、6ヶ月後に達成すべき業務役割を具体化する。次に、そこから遡る形で2ヶ月毎に達成すべき業務役割を中間目標として具体化する。こうして作成

された復帰後プランを、職場復帰時に関係者で共有し、その後はそのプランに沿って、職場復帰過程を進めていく。ここで、職場管理監督者はプランに従って業務管理をする役割を担い、その間の体調管理および支援の役割はKEAPが担うという役割分担を明確にしている。そうすることで、職場管理監督者が、業務役割を増やすと労働者の体調が悪くなるのではといった不安を軽減できる体制をとっている。

KEAPでは、2009年4月1日から2013年3月31日までの期間で約250名の職場復帰支援を行った。その結果、約8割が再休業することなく一定の生産性を上げながら働き続けている。なお、休業期間については、半数の休業者がおおよそ半年以内に復職過程に入った²⁰⁾。

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

職場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。職場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重要になるのである。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。

KEAPでは、臨床心理士が企業に常駐して、職場管理監督者、人事担当者、産業保健スタッフなどの関係者と緊密な連携をとることで、こうした相互交流の促進と維持に寄与している。

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旨とする。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、患者の利益に加えて企業の利益や職場の利益も勘案される。そのため、精神医学的判断の価値は相対化されることになる。患者と企業との最大公約数的な利益、つまり「落とし処」が模索されるのである。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に加えて、企業が求める生産性を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側面も存在する。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、その体制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、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について労働者に説明することも重要である。

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。こうした取り組みが、諸外国に比べて長期間認められることの多い、わが国の休職期間を有効に活用することにつながると考える。

職場復帰後に同じことを繰り返さないために、今回のメンタルヘルス不調のエピソードを振り返り、再発予防をしっかりと行うことも重要である。KEAPでは、労働者本人からの情報に加えて、職場からの情報も得た上で、専門スタッフが労働者と一緒に振り返り作業を行うことで、質の高い再発予防を実現している。KEAPがない環境では、この役割は主治医や外部EAP業者（以下「主治医等」とする）が担うことが適切であると考えられる。その場合、質の高い再発予防を行うために、主治医等と企業との間で緊密な連携体制が構築される

必要がある。

加えて、復帰後のプランを主治医等と共有し、KEAPのように職場管理監督者は業務役割をしっかりと管理し、その間の労働者の体調管理と支援を主治医等が担当するという役割分担ができれば、労働者も職場管理監督者も不安を抱くことなく、職場復帰に取り組むことが可能になる。

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、二次予防および三次予防それぞれに治療効果の可能性はあるが、効果的な介入方法はまだ確立されていない。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を作り、「育て鍛える」支援を実行できる体制整備を行う必要がある。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ケア 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.

白波瀬丈一郎（2013）：産業精神保健活動に, 集団力動理論を具現化する取り組み-活動現場が「心理学的になる」ことを目指して-. 集団精神療法, 29（1）：38-44.

白波瀬丈一郎, 佐渡充洋, 二宮朗, 他（2013）：精神的健康の向上に加え社会的負担の軽減も目指した職場復帰支援の試み - KEAP（KEIO Employee Assistance Program）プロジェクト-. 臨床精神医学, 42（10）：1273-1280.

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.

白波瀬丈一郎（2013）：迎合ではなく, したたかな適応を. 第11回日本精神分析的な精神医学会シンポジウム「精神分析の精神医学への適応」, 東京.

白波瀬丈一郎（2013）：大企業が精神医療に期待するもの-KEAPの経験から-. 第6回リワーク研究会年次研究会企画シンポジウムI「大企業とのネットワーク」, 東京.

白波瀬丈一郎（2013）：職場復帰をチームにする-「新型うつ病」という固定観念から脱却するために-. 第109回日本精神神経学会学術総会 ワークショップ8「精神分析からみた, 『新型うつ病』の理解と治療的支援」, 福岡.

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) Conradi HJ, de Jonge P, Ormel J(2008): Prediction of the three-year course of recurrent depression in primary care patients: different risk factors for different outcomes. J Affect

Disord, 105(1-3):267-271.

2) Gonzales LR, Lewinsohn PM, Clarke GN: Longitudinal follow-up of unipolar depressives(1985): an investigation of predictors of relapse. *J Consult Clin Psychol*, 53(4):461-469.

3) Gopinath S, Katon WJ, Russo JE, Ludman EJ(2007): Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *J Affect Disord*, 101(1-3):57-63.

4) Hees HL, Koeter MW, Schene AH(2012): Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *J Clin Psychiatry*, 73(8):e1048-1055.

5) 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。

6) Jaspers, K (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. (西丸四方訳：精神病理学原論。みすず書房)

7) Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Paulus MP, Kunovac JL, Leon AC, Mueller TI et al(1998): Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord*, 50(2-3):97-108.

8) 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。

9) Keller MB, Lavori PW, Lewis CE, Klerman GL(1983): Predictors of relapse in major depressive disorder. *JAMA*, 250(24):3299-3304.

10) Koopmans PC, Bultmann U, Roelen CA, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW(2011): Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*, 84(2):193-201.

11) 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)

12) Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, Warshaw M, Maser JD(1999): Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*, 156(7):1000-1006.

13) Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S et al(2013): Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859):2197-2223.

14) 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 臨床産業医学全書7：305-316。医歯薬出版株式会社

社.

15) 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.

16) Pintor L, Torres X, Navarro V, Matrai S, Gasto C(2004): Is the type of remission after a major depressive episode an important risk factor to relapses in a 4-year follow up? *J Affect Disord*, 82(2):291-296.

17) Psychosocial Risk Management Excellence Framework. www.prima-ef.org.

18) 佐渡充洋, 稲垣中, 吉村公雄, 他: 精神疾患の社会的コストの推計 平成22年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金事業実績報告書. Edited by 厚生労働省. 東京; 2011.

19) Sado M, Inagaki A, Koreki A, Knapp M, Kissane LA, Mimura M, Yoshimura K(2013): The cost of schizophrenia in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, in press.

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

21) Shiels C, Gabbay MB, Ford FM(2004): Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *Br J Gen Pract*,

54(499):86-91.

22) 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.

23) 白波瀬丈一郎, 佐渡充洋, 二宮朗, 他(2013): 精神的健康の向上に加え社会的負担の軽減も目指した職場復帰支援の試み-KEAP (KEIO Employee Assistance Program) プロジェクト-. *臨床精神医学*, 42(10): 1273-1280.

24) Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman AT(2013): Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med*, 70(4):223-230.

25) Winokur G, Coryell W, Keller M, Endicott J, Akiskal H(1993): A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50(6):457-465.

図1. KEAPの全体イメージ

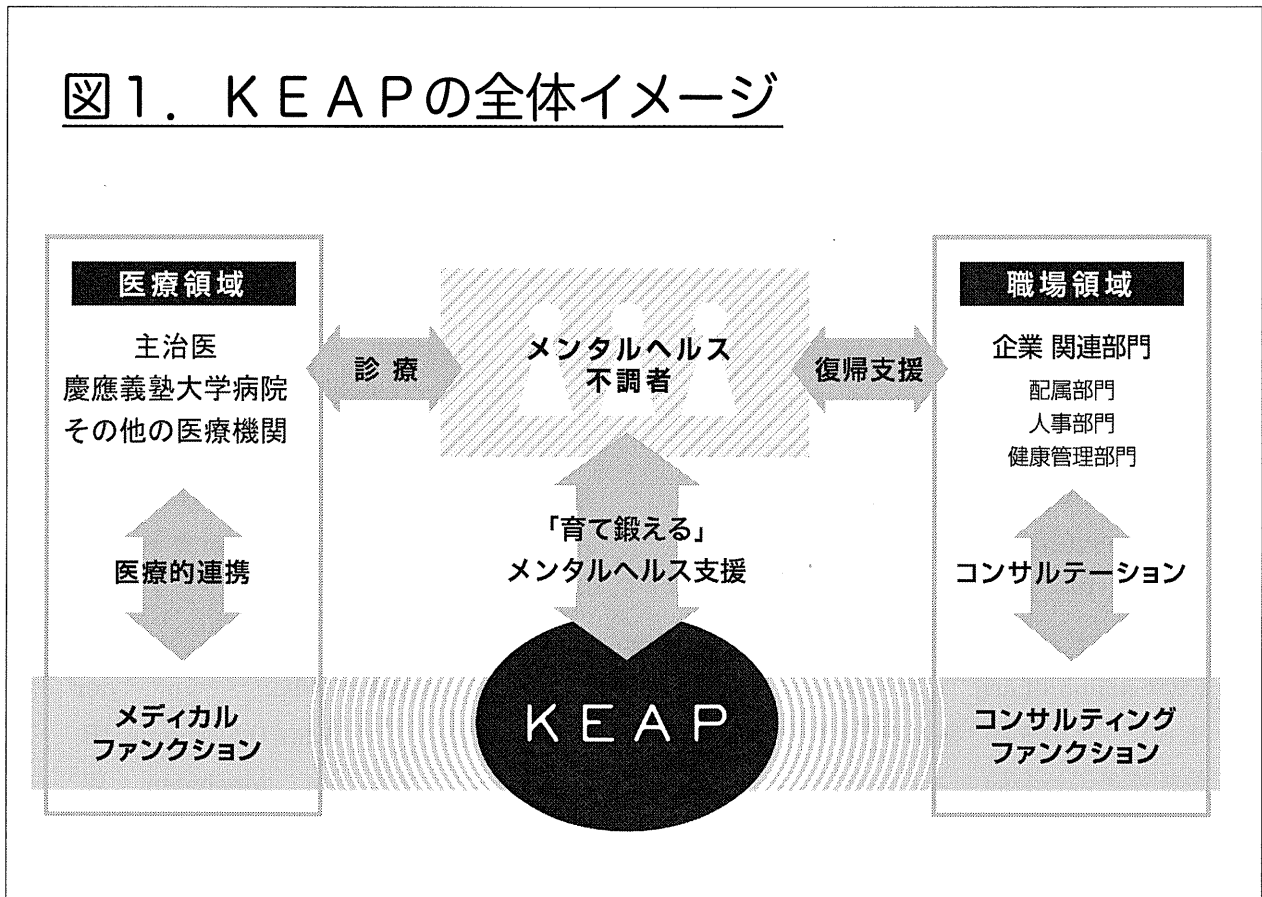


図2. 職場復帰過程の標準化と可視化



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。

初年度の調査の結果、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、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。

初年度の調査の結果、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、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： 「○○（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
- 休職者が社内では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切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