

労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と職業生活の両立におけるストレスマネジメントに関する研究

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 平井 啓

平成 31 (2019) 年 3 月

目次

I. 総括研究報告

- 治療と職業生活の両立におけるストレスマネジメントに関する研究 1
大阪大学大学院人間科学研究科
平井啓

II. 分担研究報告

1. 治療と職業生活の両立におけるストレス構造分析

- 当事者インタビュー調査— 7
産業医科大学保健センター
立石清一郎

2. 治療と職業生活の両立におけるストレス構造分析

- 医療従事者インタビュー調査— 17
埼玉医科大学総合医療センター
小林清香

3. 治療と職業生活の両立におけるストレス構造分析

- 企業支援担当者インタビュー調査— 21
大阪大学大学院人間科学研究科
平井啓

4. 働くがん患者の心と身体の変化に関する研究 25

- キャンサー・ソリューションズ株式会社
桜井なおみ

5. 労働者の内的特性と職務の適合に資する日常生活と仕事における認知行動特性尺度 の開発 27

- 株式会社クリップオン・リレーションズ
村中直人

6. 高ストレス状態の測定ツールとしての認知機能アセスメント尺度の開発 31

- 大阪大学キャンパスライフ健康支援センター
足立浩祥

1.	高ストレス状態と座位行動との関連	37
	早稲田大学スポーツ科学学術院	
	岡浩一郎	
2.	休職経験者の医療機関受診勧奨のメッセージ検討—行動経済学の視点から—	40
	大阪大学大学院経済学研究科	
	大竹文雄	
3.	労働者・職場・両立支援コーディネーター・医療機関で必要なストレスマネジメントに関する教育コンテンツ開発に関する研究	44
	独立行政法人労働者健康安全機構和歌山ろうさい病院救急部	
	中村俊介	
4.	職場でのストレスマネジメントにおけるピアサポート・ボランティアの活用に関する検討	46
	大阪大学大学院人間科学研究科	
	平井啓	
I.	研究成果の刊行に関する一覧表	49

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
総括研究報告書

治療と職業生活の両立におけるストレスマネジメントに関する研究

研究代表者 平井啓 大阪大学大学院人間科学研究科 准教授

研究要旨

治療と職業生活の両立を実現するためには、治療と職業生活の両面で生じる可能性の高いストレスを適切にマネジメントすることが必要である。そこで、本研究では行動科学に基づき、(1)労働者のストレスマネジメントのためのリテラシー向上、(2)労働者と職場へのコンサルテーション機能、(3)支援コーディネーター育成に関するツール・コンテンツ・プログラムからなるシステムを開発する。これにより、治療による心理的負担の増大によるメンタルヘルスの問題を予防し、離職者の減少を目指した医療・産業保健機関と職場の連携のモデルを構築する。

【研究分担者】

大竹文雄 大阪大学大学院経済学研究科 教授
岡浩一郎 早稲田大学スポーツ科学学術院 教授
小林清香 埼玉医科大学総合医療センター 講師
村中直人 株式会社クリップオン・リレーションズ 研究員
桜井なおみ キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長
足立浩祥 大阪大学キャンパスライフ健康支援センター保健管理部門 准教授
立石清一郎 産業医科大学保健センター 副センター長
中村俊介 独立行政法人労働者健康安全機構和歌山ろうさい病院 救急科 部長

【研究協力者】

伊藤弘人 労働者健康安全機構過労死等調査研究センター センター長
浅野健一郎 株式会社フジクラ
上木誠吾 株式会社クリップオン・リレーションズ 代表取締役
山村麻予 京都市立芸術大学音楽学部 特任講師
谷口敏淳 福山大学人間文化学部心理学科 准教授
小川朝生 国立がん研究センター先端医療開発センター・精神腫瘍学開発分野 分野長
谷向仁 京都大学大学院医学系研究科 准教授
細田悦子 産業医科大学病院入院支援室 看護師長
高倉加寿子 産業医科大学病院入院支援室
近藤貴子 産業医科大学病院医療支援課 医療ソーシャルワーカー
中藤麻紀 産業医科大学病院臨床心理士
榎田奈保子 産業医科大学保健センター 保健師
三嶋正芳 ダイハツ工業株式会社株式会社保健センター 統括産業医
春藤行敏 ダイハツ工業株式会社保健センター 臨床心理士・産業カウンセラー
林千世 ダイハツ工業株式会社保健センター 保健師
中濱慶子 日立製作所 横浜研究所健康相談室
谷島雄一郎 大阪ガス株式会社近畿圏部 ソーシャルデザイン室
原田恵理 大阪大学大学院人間科学研究科 特任研究員
藤野遼平 大阪大学大学院人間科学研究科 リサーチ・アシスタント

A. 研究目的

身体疾患の治療をしながら仕事を続ける労働者のストレスマネジメントが不十分である。そのため、疾患の治療継続に伴い、心理的負担が増大してメンタルヘルスの問題を抱え、休職を経て退職に至るものが少なくない。例えば、大うつ病エピソードの頻度は、糖尿病患者で 8.8%、慢性心不全で 14.8%との報告があり（伊藤他，2013）、身体疾患と精神疾患の合併・併存は高率で発生していることが指摘されている。労働者健康安全機構（2016）が発行するマニュアルにおいても、がんの診断を主要因としてメンタルヘルス不調に陥る場合があることを指摘している。背景として、職業生活における負荷に加えて、病気とその治療によって生じる身体的・心理的負荷が個人のキャパシティを越えてしまうことが考えられる。そこで労働者個人のストレスマネジメントと、職場と医療機関の両者における環境調整を行うことで、メンタルヘルスの問題を予防し、治療と職業生活の両立支援が可能となると考えられる。

これを踏まえて本研究では、行動科学に基づき、(1)労働者のストレスマネジメントのためのリテラシー向上、(2)労働者と職場へのコンサルテーション機能、(3)支援コーディネーター育成に関するツール・コンテンツ・プログラムからなるシステムを開発する。これにより、治療による心理的負担の増大によるメンタルヘルスの問題を予防し、離職者の減少を目指した医療・産業保健機関と職場の連携のモデルを構築する。

本研究では、労働者のキャパシティと職場・医療機関の環境要因の解析に基づき行動科学のアプローチ（認知行動論・行動経済学・ソーシャルマーケティング）を用いたプログラムを開発することで、両立支援において効果的なストレスマネジメントを実現する。特に、医療機関と職場との連携を労働者の環境調整を軸に体系的に構築することで、早期受診・相談勧奨や心理教育を含めたストレスマネジメントの予防的アプローチを確立することを目指す。そのために以下の 3 つの目的の研究を行う。

- (1) 治療と仕事の両立に係る勤労者のストレスマネジメント・リテラシーを向上させるツールの開発
- (2) 労災病院や産業保健総合支援センター、地域産業保健センターから労働者と職場への、ストレスマネジメントに関する

るコンサルテーション機能の確立

- (3) ストレスマネジメント・コーディネーションを行う両立支援コーディネーター育成のための研修プログラム構築

B. 研究方法

平成 30 年度において、以下の項目について研究を行った。

1. ストレスマネジメントに関する実態調査・行動科学的要因解析（ストレス構造に関する分析）
 - 身体疾患及びメンタルヘルス不調に対する治療を受ける医療機関において、被支援者に支援を提供する医療従事者の視点から経験を整理し、課題を整理することを目的とした医療従事者対象インタビュー調査
 - 治療後、治療中で復職した労働者の相談支援を行う職場担当者対象インタビュー調査
 - 復職途中あるいは復職後に高ストレス状態を経験した人を対象としたインタビュー調査
2. 働くがん患者の心と身体の変化に関する研究
 - 治療と仕事の両立支援に関わる患者の心と身体の変化を把握し、支援のあり方として求められていることを整理するためのインターネット調査
3. 高ストレス状態の概念化と測定ツール開発に関する研究
 - 両立支援におけるストレス状態の指標となる「脳疲労」状態、すなわち高ストレス状態の概念化とそれを測定する認知機能アセスメント尺度（脳疲労尺度）の開発
 - 労働者の内的特性と業務の適合に資する日常生活と仕事における認知行動特性尺度の開発
 - 脳疲労状態と抑うつ・職業性ストレス・プレゼンティズムの関連の検討
 - 高ストレス状態と座位定位行動との関連
4. 両立支援における高ストレス状態にある労働者の受診・受療行動に関する研究
 - 休職経験者の医療機関受診勧奨のメッセージ検討

5. 労働者・職場・両立支援コーディネーター・医療機関で必要なストレスマネジメントに関する教育コンテンツ開発に関する研究

- 労働者・職場・両立支援コーディネーター・医療機関で必要なストレスマネジメントに関する教育コンテンツの基本設計のための研究班メンバーによるフォーカスグループディスカッション
- 職場でのストレスマネジメントにおけるピアサポート・ボランティアの活用に関する検討

C. 研究結果

1. ストレスマネジメントに関する実態調査・行動科学的要因解析（ストレス構造に関する分析）

労働者・職場の健康管理センター等の産業医や他の支援スタッフ、病院の看護師や相談員ならびに企業の人事担当者など職場担当者を対象としたインタビュー調査を実施した。調査は九州から北海道を範囲とする7都道府県で4ヶ月に渡って行われ、2019年1月10日現在17機関38名の調査協力を得て、29ケースのデータを収集した。その結果、医療機関における相談支援においては、「治療と職業生活の両立に困難が生じる要因」、「両立支援のために医療機関でアセスメントされる事項」、「医療におけるコーディネーションの工夫」、職場における相談支援においても、治療と職業生活の両立に困難が生じる要因、「両立支援のために職場でアセスメントされる事項」、「職場におけるコーディネーションの工夫」の3つの大カテゴリーにまとめられることが明らかとなった。

復職途中あるいは復職後に高ストレス状態を経験した人（がん患者）8名を対象としたインタビュー調査を実施した。その結果、職場復帰に際して、自分へのいら立ちやジレンマ、無理な頑張り、周囲のできないことに関するフラストレーション（しんどいけど働きたいことにより生じる葛藤）などによりキャパシティが低下する状態が生じていることが認められた。

2. 働くがん患者の心と身体の変化に関する研究

治療と仕事の両立支援に関わる患者の心と身体の変化を把握し、支援のあり方として求

められていることを整理するために、がんの診断を受けて10年以内の方で、がん治療経験のある18歳～64歳の男女300名を対象にインターネット調査を行った。病気と治療、時系列ごとの心の状態変化、治療後の心身の状態と仕事のパフォーマンス、職場に求める支援と実際、相談対象、現在の仕事の生産性の項目について回答の分析を行った。特に、治療後の職場復帰や両立を困難にする事柄については、「体力の低下」が最も多かったことや、時系列ごとの仕事のパフォーマンスは、「最初の入院～退院までの間」が最も低くなり、「現在」ではパフォーマンスが70点以上に回復する方は約7割であることが明らかとなった。

3. 高ストレス状態の概念化と測定ツール開発に関する研究

企業や行政機関などの事業所で仕事をする18歳～64歳の男女で、過去10年以内に身体疾患による休職経験を有するもの230名、過去10年以内にメンタルヘルス不調による休職経験を有するもの230名、休職経験のない者230名の、計690名を対象としたインターネット調査を行った。また、再検査時も実施し、身体疾患による休職経験を有するもの167名、メンタルヘルス不調による休職経験を有するもの167名、休職経験のない者166名の、計500名を対象とした。

「脳疲労」状態とは、「急性・慢性の心理的、物理的な脳への負荷により、脳機能が低下し、社会機能ないし日常生活に支障を来している状態」と定義された。上述の「脳疲労」状態を定量的に測定する試みとして「認知機能アセスメント尺度（脳疲労尺度）」が作成され、役割遂行機能低下、注意機能低下、社会・日常機能低下、睡眠不全、不適応的認知・行動反応の4因子構造、合計20項目の尺度となった。信頼性係数、ならびに再検査においても十分な信頼性を有していることが明らかとなった。

同じサンプルを用いた解析により、労働者の内的特性と業務の適合に資する日常生活と仕事における認知行動特性尺度が作成された。この尺度は、遂行機能、注意機能、ソーシャルコミュニケーション、抑制機能、原因自己帰属からなる4因子、20項目の尺度となった。

認知機能アセスメント尺度（脳疲労尺度）とプレゼンティズムの測定尺度であるWFun（Work Functioning Impairment Scale）、お

よびうつ状態の測定尺度 QIDS (Quick Inventory of Depressive Symptomatology)、職業性ストレス簡易調査票の相関について検討したところいずれも中程度の相関関係が確認され、認知機能アセスメント尺度(脳疲労尺度)の構成概念妥当性が示された。

同じサンプルを用いた解析により座位定位置動時間と高ストレス状態の関連について検討したところ、座位定位置動時間は職業性ストレス尺度の下位尺度である満足度が認められた。一方で、身体疾患による休職を経験した者においては、座位時間が長さで職業生活や家庭生活における満足感とが関連することが示された。

4. 両立支援における高ストレス状態にある労働者の受診・受療行動に関する研究

企業や行政機関などの事業所で仕事をする18歳～64歳の男女で、過去10年以内に身体疾患による休職経験を有するもの230名、過去10年以内にメンタルヘルス不調による休職経験を有するもの230名、休職経験のない者230名の、計690名を対象としたインターネット調査において、メンタルヘルスクアの受診・受療を促進するために有効なメッセージを開発するため、「脳疲労」もしくは「こころの病」という表現に、行動経済学的フレームである損失フレーム、規範フレームを組み合わせたメッセージを作成し、それが受診・受療行動にどのような影響を与えるかを検証した。これらの2つの要因の組み合わせのメッセージには、大きな効果は認められなかったが、「すぐ利用する」という回答に限ると、「こころの病」と表現した場合は、規範フレームにおいてすぐに受診したいと思った人が減少する傾向にあった。

5. 労働者・職場・両立支援コーディネーター・医療機関で必要なストレスマネジメントに関する教育コンテンツ開発に関する研究

実態調査の結果を踏まえ、研究班メンバーによるソーシャルマーケティング手法に基づくフォーカスグループインタビュー、ならびにディスカッションを行い、まずは教育対象の整理と目的および方法についてWHO(対象者)-WHAT(教えるべき内容)-HOW(教える方法)を順番に従い内容検討を行った。その結果、医療機関での患者の主治医、嘱託産業医と企業の人事スタッフ・管理者、医療機関で

の患者を主なターゲットとした教育コンテンツの開発を行うことになった。まず、病院の主治医を対象とし、患者への不眠や仕事に関する簡単な質問を行うこととストレスマネジメントに関するガイドブックを渡してもらうような簡易教育プログラムの必要性が明らかとなった。産業医を対象とした教育コンテンツでは、労働者の「治療」ではなく「適応」の方法を考えるという視点が必要であることが明らかとなり、意見書に就業についての適切な対応コメントが書けるようにすることや、身体疾患の治療をする人もストレスによる不調が起ること、労働者個人の特性と職務内容のマッチングによって不適応を起こすことを理解してもらうことを目的とした教育プログラムの作成が提案された。企業の人事スタッフ・管理者を対象とした教育コンテンツでは、病気の知識を増やすのではなく、ストレスマネジメントの視点を持って働くことと、その管理の仕方を理解してもらうことを目的として、産業医向けのプログラムを改良することとなった。また、医療現場における患者へのアプローチとして、患者自身のリテラシーを向上させることを目的として、治療と職業生活の両立において生じやすい認知の歪みのチェックリストを含むガイドブックを作成することなどが提案された。

職場に対するストレスマネジメント・コンサルテーションを可能とする教育研修プログラムとして、職場内や同職種によるピア・サポートの可能性について航空業界でのCritical Incident Stress Management(Aviation CISM Japan)の仕組みを事例として検討を行った。同職種によるピア・サポートにより、インシデント後にできるだけ早期に対応する、ストレス状況を理解している人による傾聴、メンタルヘルスの専門家への橋渡し(トリアージ)を行うことがストレスマネジメントにおいて有効であることが示唆された。パイロット・客室乗務員・整備士・管制官を対象とした予備的なインタビュー調査においても職種ごとに業務内容によりストレスが大きく異なるため、同職種のピアによるストレス状況を理解した傾聴などの初期対応が必要であることが示唆された。

D. 考察

がん経験者ならびに医療機関、産業保健など支援者を対象としたインタビュー調査ならびに休職経験者を含む労働者、がん経験者を

対象としたインターネット調査を行い、治療と職業生活の両立におけるストレスマネジメントの課題の抽出と支援ツールの開発を行った。

まず、高ストレス状態を経験したがん経験者を対象としたインタビュー調査からは、復職後に治療と仕事を両立していく際に、「頑張っている」、「疲労する」、「見通しが持てない」、「寝られない」、「仕事のパフォーマンスの低下」という一連の連鎖がストレス状況におけるキャパシティの低下を生み出している可能性が示された。しかし、精神障害の診断基準を満たさないキャパシティの低下は、医療機関と職場のいずれにおいても支援の対象となっていないことが多く、その状態を本人や職場、家族などの周囲が気づき、早期の対応が可能なツールが必要であると考えられた。今後さらに離職経験など多様な経験をもつ患者へのインタビューを追加し、より詳細な不適応状態の記述を行い、各種ツールの開発につなげていく。また、働くがん患者の心と身体の変化に関するインターネット調査では、回顧的ではあるが、治療の複数の局面においてどのような支援が有効であったかや必要であるかについて訪ねており、今後、解析を進めることで、具体的な支援の内容を特定し、それを患者向け、さらには支援者向けの教育プログラムの開発に反映していく予定である。

医療機関と職場の支援者対象とインタビュー調査においては、両立支援の相談支援業務において特に困難事例に対するアセスメントとコーディネーションに関する実践知が収集された。これらは今後開発する予定の教育プログラムのコンテンツに反映していく予定である。

先のがん体験者へのインタビューで明らかとなった高ストレス状況におけるキャパシティの低下を精神医学・心理学的方法により概念化を行い、評価尺度の開発をした。これらのツールは、ストレスマネジメントのための教育プログラムを具体化するツールとして、今後より詳細な分析を加え、その使用法の体系化を行っていく予定である。また、また適切で効果的なストレスマネジメントのためには早期の受診・受療行動やメンタルヘルスケアの専門家への相談が必須である。早期の受診・受療行動に有効なメッセージの開発を試みたが、その有効性は十分でないことがあきらかとなった。より詳細な行動経済学的な検

討を加えることで有効なメッセージの開発につなげていきたい。

これらの実態調査を元にしたこれらの教育プログラムとツールは、両立支援におけるストレスマネジメントのためのコンサルティングシステムを構成することになる。それが有効なものとなるためには、両立支援の対象者支援を行う支援者のそれぞれの役割に応じたストレスマネジメントのコンテンツを個別に開発していく必要がある。そのためにソーシャルマーケティング手法を活用し、実態消化により得られた豊富なデータを活用しながら、ターゲット毎のコンテンツ開発を進めていく。また、一般的なストレスマネジメントにおいて、初期対応を行う、最低限のストレスマネジメントやメンタルヘルスに関するリテラシーを有した職場の同僚（ピアサポーター）や人事担当者やメンタルヘルスの専門家が連携したシステムを構築することが必要であると考えられた。病院でのピアサポートや、職場でのピアサポートにおいては業種や職種においてその役割が異なることが考えられるが、ピアサポーターやそれに準ずる役割の支援者を配したストレスマネジメントのモデルシステムを提案していきたい。

E. 結論

労働者のストレスマネジメントのためのリテラシー向上、労働者と職場へのコンサルテーション機能、支援コーディネーター育成に関するツール・コンテンツ・プログラムからなるシステムを開発するために、実態調査並びに教育プログラム、ツールの開発のための研究を行った。復職を経験したがん経験者を対象としたインタビュー調査からは、復職後の職業生活において「キャパシティの低下」と言える高ストレス状態を経験し、それへの十分な支援が病院・職場の双方から行われていない実態が伺えた。この実態を踏まえたストレスマネジメントのための教育プログラムとコンサルティングシステムの開発が必要であることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

【論文発表】

1. 平井 啓・谷 向仁・中村 菜々子・山村 麻予・佐々木 淳・足立 浩祥. メンタルヘルス

アに関する行動特徴とそれに対応する受療促進コンテンツ開発の試み. 心理学研究 90, 63-71, 2019.

2. Taniguchi, T., Taniguchi, H., Hirai, K., Tajime, K. (2018). A Pilot Study of Barriers to Psychiatric Treatment among Japanese Healthcare Workers. *Medical Science & Healthcare Practice*, 2018, 2(2), pp. 66-77.

3. 平井 啓 (2018). 働き方改革における行動科学の役割. *安全医学*, 2018, 15:39.

4. 立石 清一郎, 市来 嘉伸, 荻ノ沢 泰司, 榎田 奈保子, 細田 悦子, 近藤 貴子, 黒木 一雅: 「治療と仕事の両立におけるストレス」 医療職の立場から見たがん患者の就業配慮の手法に関する検討, *産業ストレス研究 (1340-7724)*, 2018, 25 巻 3 号 289-295

5. 立石 清一郎: 我が国における治療と職業生活の両立支援研究の変遷について, *産業医学レビュー*, 2018, Vol131 (1), 53-72

6. 藤野 昭宏, 立石 清一郎, 森 晃爾: 身体疾患を有する患者の就労支援における患者及び主治医と会社及び産業医との情報共有に関する倫理的検討 合理的配

慮と安全配慮義務に関する法的・倫理的検討(解説), *人間と医療*, 2018, 8 号 43-51

【学会発表】

1. 平井 啓 (2018.6). 講演「チーム医療における意思決定支援のためのコミュニケーション」第5回南大阪チーム医療懇話会(SOCCA)
 2. 平井 啓 (2018.6). 多様性のなかに個が輝く—私たちの医療を推進します—. シンポジウム「患者と家族の意思決定支援のための行動科学」第72回国立病院総合医学会
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得 該当なし。
 2. 実用新案登録 該当なし。
 3. その他 特記すべきことなし。



平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

治療と職業生活の両立におけるストレス構造分析—当事者インタビュー調査—

研究分担者 立石清一郎 産業医科大学保健センター

研究要旨
目的：復職途中あるいは復職後に高ストレス状態を経験した人を対象としてインタビュー調査を実施し、治療と職業生活の両立におけるストレス状況の実際を明らかにし、両立支援におけるストレスマネジメントを可能とする方法、支援の方策について明らかにする。
方法：事業所で雇用され仕事をしており、がんに罹患し、治療による休職および復職を経験した中で、復職後に高ストレス状態（不眠、仕事のミス、仕事に時間がかかるようになった、自責感を感じた、うつ気分を感じた、等）を経験した者 8 名（男性 3 名、女性 5 名）を対象にインタビュー調査を実施した。
結果：インタビュー内容を吟味し、「日常生活・仕事のキャパシティの縮小」と「ストレスマネジメント」の 2 つの論点の整理が行われた。職場復帰に際しては何らかのキャパシティ低下状態があることが認められた。キャパシティ低下に関連する要因として、向上させる項目として、（資材等を用いた）周囲および本人の理解、メンタルヘルスクリニックの受診、ピアサポートの活用といった項目が挙げられた。キャパシティをより低下させる要因として自分へのいら立ちやジレンマ、無理な頑張り、周囲のできないことに関するフラストレーション、などが挙げられた。しかしながら、いずれのインフォーマントもキャパシティ低下については評価されずに職場復帰し、よりキャパシティが低下する環境に陥りやすい傾向があることが示唆されている。
考察：職場復帰時にキャパシティ低下が認められる。キャパシティが低下していることを示すための尺度の開発とストレスマネジメントを行うためのナッジを用いたメンタルヘルスクリニック受診閾値の低下方法の確立、本人や職場理解に役立つ資材開発の重要性、専門職教育の在り方が示唆された。

研究代表者 平井啓 大阪大学大学院人間科学研究科
研究協力者 原田恵理 大阪大学大学院人間科学研究科
榎田奈保子 産業医科大学 保健センター

A. 研究目的

身体疾患を罹患し、職場復帰をする際には仕事と治療を両立させるために様々な小さい意思決定が必要になる。ほとんどの労働者にとって身体疾患を罹患することを予測しているわけではなく、また初めての経験で一つひとつが想定しえない状況乗り越えていかなければいけない高ストレス下にあると考えられるが、このような状況を分析しているものは国内外の文献を検索するが見当たらない。そこで、復職途中あるいは復職後に高ストレス状態を経験した人を対象としてインタビュー調査を実施し、治療と職業生活の両立におけるストレス状況の実際を明らかにし、両立支援におけるストレスマネジメントを可能とする方法、支援の方策について明らかにする。

B. 研究方法

企業や行政機関などの事業所で雇用され仕事をしており、がんに罹患し、治療による休職および復職を経験した中で、復職後に高ストレス状態（不眠、仕事のミス、仕事に時間がかかるようになった、自責感を感じた、うつ気分を感じた、等）を経験した者 8 名（男性 3 名、女性 5 名）を対象にインタビュー調査を実施した。対象者を表 1 に示す。

調査のサンプリングおよび実施は、ソーシャルマーケティング調査会社に委託し、インタビュー調査は、専門の調査員 YT による半構造化面接で行われた。

基本情報として性別、年齢、居住地域、居住形態、婚姻状況、子どもの有無、業種・職種、世帯年収を尋ね、スクリーニング項目としてがん種、ステージ（進行状態）、治療開始時期、通院の有無、再発・転移治療の有無、休職・復職経験、復職時期、ストレス状況、産業医の有無、メンタルヘルスに関する相談経験を尋ね、本調査を実施した。

本調査は①現在の仕事、②がんとその治療（休職・復職経験）、③復職後から現在の仕事、④パフォーマンスと目標設定、⑤ストレス状況とストレスマネジメント、⑥病気を経験しての価値観の変化について尋ね、1 人 70 分であった。実際に利用したインタビューガイドを Appendix として提示する。

インタビューの謝礼としてインフォーマント 1 人に対して 1 万円支払った。

（倫理面への配慮）

本研究は大阪大学人間科学研究科教育学系の研究倫理審査による承認を得て行われた

（承認番号 18052）。調査はソーシャルマーケティング調査会社に委託し、研究者は直接対象者と接触せず、対象者の個人情報について ID 化された情報を受け取り分析した。調査会社は対象者からインフォームド・コンセントを取得して調査を実施した。

C. 研究結果

インタビューは 8 件とも途中で中断することなく予定通りに実施された。インタビュー時には、4 名の研究者 ST、KH、RH、NE が別室にてビデオモニターで観察していた。感情的になったり動揺したりするなど明らかに解析に向かない行動をとるインフォーマントは存在しなかった。従って、すべてのインタビューについて解析対象とすることで研究者内での合意が得られた。それぞれの項目ごとにインタビューのまとめを作成し、インタビュー内容を吟味し、以下の 2 つの論点の整理が行われた。

I. 日常生活・仕事のキャパシティの縮小

II. ストレスマネジメント

それぞれ、項目ごとに示す。

I. 日常生活・仕事のキャパシティの縮小

復職後間もない期間においては、いずれの対象者も勤務時間や仕事量のある程度減らしていたにもかかわらず身体に感じる負担は大きく、家に帰ると「ぐったり」、「とにかく疲れた」といったコメントが多く聞かれた。また、「平日は気が張っていたので、むしろ元気だったが、週末になるととたんに人と会いたくなくなった」という対象者が存在していた。（インタビュー内容は斜字で提示）

「それまではするはずもなかった単純なミスをしたり、集中が続かずとにかく時間がかかったりした。仕事は定時上がりであったが、感じる負担は倍増。」(①)

（業務量は減ったにも関わらず）「家に帰ったらどっと疲れて、とにかく横になりたい感じ。」(②)

疾病と治療による体調不良や体力の低下も原因の一つだと考えられるが、がんと分かってから死や再発への不安感・ストレスからか“眠れなくなった”対象者（②、④、⑥、⑧）も多く、その影響も大きいと思われる。

（復職後も継続して）“がんの転移や今後の見通し（死）への不安”で頭が占められ、強いストレス状態（「不安どころではなく、心ここに在らず」）にあった。「頭が

ば一っとして、何も手につかない。常にそのことばかりが気になって、不安感がどんどん増してくる。」「夜も、そのことばかりで頭がぐるぐるしてきて眠れない。」

(2)

キャパシティが縮小した中で負荷をかけ続けてしまうケースも散見された。キャパシティが縮小した中で“無理に頑張り、さらに疲れてストレスを溜める（そしてキャパシティがさらに縮小する）”、という悪循環も認められている。また、その頑張りの最中にいるときには“頑張りすぎている”との認識も持たないため、さらに負荷をかけ続け、疲れ果ててしまう。

「自分でも100%の回復は無理だと思っていたけど、それに近づけたらって気持ちが強かった。」「もらっている給与分の仕事はしたい」との思いから、時短勤務中はより高い負荷で仕事をしていた。そのため、仕事はこなしていたが、「家に帰ったら、ぐったり。」「今思うと、週5日の復職は早すぎた。頑張りすぎた。」(5)

身体がついていかずそれ以上の負荷には耐えられない状況だったが、周囲からは回復したとみられ、「時短中にも関わらず家に電話がかかってくることも。勘弁してよ、って感じだった。」とさらなる悪循環も。「(無理をしたことで)社長には期待をさせちゃったかも…」「今思うと、なんであんなに頑張ってたんだろう？」(7)

“無理な頑張り”につながってしまう要因としては、元の自分をなかなか取り戻せない苛立ち・ジレンマや、多くの対象者が、告知時はがんとなったことに大きなショックを受けており、また、(特に化学療法を行った対象者は)治療中は身体的にも精神的にも非常に“しんどい”時期を過ごしていた。その分、治療が一段落した後はその回復への期待が強く、一方でなかなか思うように回復しない(元のままには戻らない)ことへの落胆は大きく、フラストレーションを溜めてしまう。

髪の毛が抜けた自分やドレーンをつけた自分と向き合うたびに「自分は病人なんだと思い知らされて伝気持ちに。」(4)

「(抗がん剤治療中は)とにかく副作用がしんどく、毎日をやっと生き延びていた。苦しみがいつまで続くのか希望が持たず、いっそ死ぬことしか考えられなかった。」(4)

「抗がん剤治療があまりにも(身体的に)

しんどかったため、治療を終えて楽になるとホッとした。」(5)

「何事もなかったようになりたい、がんであったことを忘れたい」、一方で「落ちたものを拾ったりなど、以前は普通にできていたことができない時や、ちょっとした時に人に“早く”などと急かされた時にストレスを感じる。」(1)

治療を終えたらどんどん良くなると思ったのに、以前のように戻らない(抗がん剤の影響が今考えれば残っていた)ことに対する絶望・怒りが自分に向かってしまう。疲れ切って以前のように生活を楽しめなくなったことにさらにストレスが募る。

「病気以前と同じ生活を自分に求めていたが、それが叶わない…」(5)

自身のキャパシティが低下している状況を受けて、周囲が同様のフラストレーションをためてしまい、本人により多くのプレッシャーを与えてしまうケースも存在した。

対象者への期待も大きくできるだけサポートをしてきた中で、なかなか元のように回復せずにうつ症状が出始めたことに対して「社長の側にも、なんでいつまでも良くならないんだ？なんであの優秀だった●●に戻らないんだ、っていう苛立ちがあったと思う。」とのことで、対象者との関係が悪化した。(5)

なかなか元のパフォーマンスに戻らないことに対して、“副作用のせい”など何らかの理由付けをすることで楽になったという対象者も存在した。

病院が作成したがん患者への冊子によって「薬(ホルモン剤)の副作用のせい」と理解。理由づけできたことで、ストレスは軽減。「私の今の症状はそのせいなんだな、私だけじゃないんだな」と許せるようになったとのこと。(1)

その冊子の記載を職場の上司にも共有することで、理解を得ることにも役立ったという情報も得られた。理解のみならず、周囲の気を楽にするとともに、「わかってもらっている」ということで本人の“申し訳ないという気持ち”も軽減する効果があったという趣旨の発言があった。

就業上の配慮を必要としつつ仕事をする中、周囲のサポートや理解がありがたい反面、心の負担とを感じる対象者も存在した。周囲の人の期待に応えたい、もしくは申し訳ないという気持ちが強く、それが焦りや自責感に繋が

り、ストレスとなるケースも散見された。

職場から家に帰ると「人に迷惑をかけながら働くのは辛いなー。」と涙が出る日々。(4)

「期待に応えないとな、という思いはあった。また、心苦しさも感じていた。」(5)

復職直後は「50%程度のパフォーマンスで、あとの50%は皆が補ってくれていたが、それがまた気持ちの負担に」(申し訳ない気持ちから、毎月「迷惑かけるね。みんなで飲んで」とビールを差し入れていた。)(8)

II. ストレスマネジメント

“無理な頑張り”から抜け出し、キャパシティの縮小・低下を受け入れた対象者は、うまくストレスをマネージできていた。自身で悩んだ末に参照点の調整に至った対象者もいたが、周囲(主治医・上司)からの促しがそのきっかけとなった対象者も存在した。

復職時は「自分、これでいいのかな？」という気持ちも強く脳疲労の症状も出ていたが、「もう、割り切るしかない。」と思えるようになってから睡眠不足などは改善した。「会社がそれでもいいっておいてくれるから、いいだろう。会社がダメならクビにするだろうし、開き直るしかない。」(6)

「今は、病気のせいにしちゃおう、甘えちゃおう」と考えるようになった。それでいいのか？との迷いもあり、周囲(主治医・上司)にも相談したところ、主治医にも上司にも「今はそういう時期」と言われ、皆が同じことをいうのであれば、と、それで良しとした。(7)

メンタルヘルスの専門家の受診による心理的負担の軽減についても語られた。4名の対象者が精神科や心療内科、メンタルヘルスクリニックを受診していた。睡眠導入剤によって“眠れるようになったこと”が大いに負担の軽減に繋がったとのコメントは多かった。一方で、医師による診察の効果に言及する対象者は少なかったが、「自分はメンタルをやられているわけではない」との抵抗感が強いことも一因と考えられた。

初めは依存性が気になり抵抗があった睡眠導入剤(プロチゾラム)を飲むことで、「眠るというより、気を失った状態に近いが、体の疲れは取れる。」「睡眠のリズムがだんだん出来てきた。」(2)

眠れるようになったことにより思考回路が落ち着き、自殺願望が格段に減少。

「夜眠れたことが何よりありがたかった。夜中、変なことを考えなくなった。」「日中ちゃんと起きて頭がしっかりとした状態が続くようになった。」(4)

「プロが自分の状態を把握してくれていることが自信につながった。」(2)

一方で、受診のバリアーも存在した。自分のメンタルに問題があると認めたくない気持ちが強い対象者もいた。ストレスの最中にいるときには、自分でそれを自覚するのが難しいこともあった。身体疾患に由来するメンタルヘルス上の問題がありそのために休職に至ったものもあった。

メンタルヘルスの受診は「私にはあまり意味がない。本当にメンタルやられている人になら意味があるのかも。診断書書いてもらうとか」(7)

死にたい願望まであったにも関わらず、明確にストレスを自覚しておらず主治医に相談することもなかった。「自分らしくないな、っでは思っていたけど、まさかうつ病だとは思わなかった。」(5)

依存症への不安から、睡眠導入剤への抵抗感も根強い。(2、8)

「一回飲むとそれにずーっと一生頼らざるをえなくなっちゃう。糖尿病や高血圧と同じ。薬は飲み始めたくない。」(8)

メンタルヘルスの専門家(特に“精神科”)への抵抗感はいずれの対象者も大きかった(「ノイローゼや精神障害の人が行くところ」、「奇声をあげる患者がいるイメージ」)が、いざ受診すると「まったく普通の病院だった」という意見も散見された。

行ってみたら普通の患者さんばかりで医師も穏やか。「ああ、普通の人が行くところなんだ。」(2)

受診のきっかけとしては、主治医・産業医の働きかけが見られた。メンタルヘルスへの抵抗感は大いなもの、医師からの勧めがあればすんなり受診に至っていた。今回のインタビューのうち、メンタルヘルスの専門家への受診に至った4名中3名は主治医からの勧めで、残りの1名は産業医の勧めであった。また、受診のバリアー(抵抗感)を乗り越えられた理由としては、(メンタルヘルスに問題があるというより)“がんのストレスのため”といった言い訳があることも大きいと思われる。対象者⑦は、休みたくて仕方がなく

会社の前まで行っても入れずウロウロするなど「私ってもしかして病気かな？」と思うも、なかなか受診できずにいた。がんになる前からメンタルヘルス不調の予兆があったが、「がんになったこと」という言い訳ができたことで産業医からの勧めを受け入れようやく受診につながった。また、受診には至っていない対象者においても、主治医の勧めなどのきっかけがあれば「再発不安への心のケアや眠れない時の対処などについて専門家に相談したかった」というケースも存在した。

辛かった当時はそこまで頭が回らなかったとのことだが、主治医から一言でもあれば「行きます、行きます。」「当時先生が一言言ってくればなあ。」(⑧)

ピアとつながることで、大きな支えを得ていた対象者も。日常生活のちょっとした辛い症状(「肩痛いー」など)を共有するだけでも安心でき、気持ちが楽になっていた。

病院で知り合った乳がん患者 23 人で LINE グループを作成しやりとり(退院直後は毎日のように、現在も週 1 回ほど):「がんについては、夫よりも話せて支えになった」、「なんでも受け止めてくれる」(①)

職場にいた乳がん患者(休職中)が「病気は違うが、辛い気持ちをわかってくれ。」と頻りに連絡を取っていた。(⑦)

一方で、同じ立場の人(がんを抱えつつ仕事を続けている人)の話が聞きたかったため病院のピアサポートを一度利用したが、働く世代のピアと繋がれなかったケースも存在した。

「年配の方ばかりで、働いてる人はいないんですよ。」「もっと重症の人が行くところという感じ。」(⑥)

家族(特に配偶者)や友人が寄り添って不安を受け止めてくれたことで、支えられたという対象者も多かった。しかし、女性対象者からは「家族だと深刻に受け止め過ぎてしまうので、他人事として受け止めてくれる友人の方がありがたかった」(④)といったコメントも聞かれるなど多様性が見られた。

D. 考察

職場復帰に際しては何らかのキャパシティ低下状態があることが認められた。キャパシティ低下に関連する要因として、向上させる項目として、(資材等を用いた)周囲および本人の理解、メンタルヘルスクリニックの受診、ピアサポートの活用といった項目が挙げられ

た。キャパシティをより低下させる要因として自分へのいら立ちやジレンマ、無理な頑張り、周囲のできないことに関するフラストレーション、などが挙げられた。しかしながら、いずれのインフォーマントもキャパシティ低下については評価されずに職場復帰し、よりキャパシティが低下する環境に陥りやすい傾向があることが示唆されている。そこで、本研究においては二つの課題が示されたと考えられる。

1. キャパシティ低下をはかる尺度の開発

キャパシティ低下をはかる尺度がないため、職場内で無理をしたり、周囲の理解が得られなかったりすることで右往左往する結果となっている。従って、キャパシティ低下をはかる尺度を開発し、測定することでこれらが回避できる可能性がある。キャパシティ低下については、作業能力が低下していることから認知機能に関連する機能が低下している可能性が高い。特に、職場復帰時には両立するために小さい意思決定を繰り返し行っているため、マルチタスク状態に陥っているため、選択的注意力などを中心とした項目を選定し量的調査につなげることの重要性が示唆された。

2. 受診を含めたストレスマネジメントの手法の開発

メンタルヘルスクリニックの有効性があるにもかかわらず、受診しない労働者が数多くいることが認められたことから、ナッジの手法を用いた受診誘導の手法を開発することが必要である。

また、産業保健専門職や主治医などにもがん罹患後のキャパシティ低下状態を教育することが必要と考えられる。本インタビューの対象者においては、主治医や産業医がストレスマネジメントのきっかけを作ったケースが多く見られている。特にがん治療の最中においては、主治医への信頼は厚く、行動変容を促し易いと考えられる。一方で、治療に関する相談(治療の不安も含む)と日常生活を送る中での不安やストレスなどの漠然としたメンタルの不調とを分けて考える対象者も多く、そうしたメンタルの不調を主治医に話すことに抵抗感を覚える(またはその発想自体がない)様子も伺えた。主治医の側から積極的に、復職後の仕事の仕方やそれに伴うストレス等にまで踏み込んだ助言やその後の精神状態の確認などの働きかけを行っているケースはほとんど見られていない。復職時に当面の間生

じうる状況（キャパの縮小）やストレスへの対処法など、もう少し踏み込んだ助言や情報提供があるだけでも、患者の心構えは大きく変わると思われるが、主治医は忙しく多くの時間を患者に割くことはできないため、簡便な介入手法を開発し主治医に啓発することが求められる。

また、資材の開発は本人の受診閾値や心理的負担を下げるのみならず、周囲の理解にもつながるので次年度以降の研究でつなげていくことが求められている。

本人に対するアプローチもまた重要である。無理な頑張りによりキャパシティ低下に結びついていることから、キャパシティ尺度（脳疲労尺度）を経時的に測定し低下しているときに適切なセルフケアができるようにするとともに、ピアサポートの活用などもできるように本人のリテラシーを挙げておくことも必要と考えられた。

なお、本調査は8例のインタビューに留まっており、理論的飽和に達していない可能性がある。次年度以降も継続してインタビューを実施していくことが必要である。

本研究の限界点は職場復帰を果たした労働者のインタビューしか実施していないことである。ストレスが高じて辞めた労働者の意見を聴取することが有効であったが、リクルーティングの段階で退職者を見出せず今回は復職者のみを対象とした。

E. 結論

職場復帰時にキャパシティ低下が認められる。キャパシティが低下していることを示すための尺度の開発とストレスマネジメントを行うためのナッジを用いたメンタルヘルスクリニック受診閾値の低下方法の確立、本人や職場理解に役立つ資材開発の重要性、および専門職教育のあり方が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

【論文発表】

1. Taniguchi, T., Taniguchi, H., Hirai, K., Tajime, K. (2018). A Pilot Study of Barriers to Psychiatric Treatment among Japanese Healthcare Workers. *Medical Science & Healthcare Practice*, 2018, 2(2), pp. 66-77.

2. 平井 啓 (2018). 働き方改革における行動科学の役割. 安全医学, (印刷中)
3. 立石 清一郎 (2018). 我が国における治療と職業生活の両立支援研究の変遷について. 産業医学レビュー, Vo131(1), 53-72, 2018年
4. 立石 清一郎 (2018). 【治療と仕事の両立におけるストレス】医療職の立場から見たがん患者の就業配慮の手法に関する検討, 産業ストレス研究 (1340-7724) 25巻3号 Page289-295 (2018. 07)
5. 立石 清一郎 (2018). さまざまな場面での就労支援 治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29 巻 1 号 Page044-045
6. 立石 清一郎 (2018). 両立支援に向けた社内環境・体制の整備、高齢者雇用と働き方改革 治療と仕事の両立支援のポイント、エルダー40(11)、p48-49
7. 立石 清一郎 (2018). 個人情報入手・整理と個人情報の取り扱い、高齢者雇用と働き方改革 治療と仕事の両立支援のポイント、エルダー40(12)、p46-47
8. 立石 清一郎 (2018). 職場復帰・両立支援プランの策定の方法、高齢者雇用と働き方改革 治療と仕事の両立支援のポイント、エルダー41(1)、p40-41
9. 立石 清一郎 (2018). 職場復帰・両立支援プランの策定の方法、高齢者雇用と働き方改革 従業員ががんに罹患した時の対応、エルダー41(2)、p40-41
10. 立石 清一郎 (2018). まとめ・その他の留意事項、高齢者雇用と働き方改革 従業員ががんに罹患した時の対応、エルダー41(4)、(印刷中)

【学会発表】

1. 平井 啓 (2018. 6). 緩和ケアとEOLケアの質を見直す. 講演「複雑ながん患者の心理を読み解き、寄り添う 行動経済学観点からみた意思決定支援」第23回緩和医療学会
2. 榎田 奈保子 (2018. 6). 中途視覚障害者に対する就業継続のための支援の検討. 第28回産業衛生学会全国協議会
3. 立石 清一郎: 病気になっても安心して働ける職場づくりー中小企業におけるがん就労支援を中心にー、産業医の立場から、第91回日本産業衛生学会(シンポジ

- ウム)、2018年、熊本
4. 立石 清一郎：脳卒中と就労の両立支援
～産業医の立場から～(シンポジウム)、
STROKE 2018、福岡

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし。
2. 実用新案登録
該当なし。
3. その他
特記すべきことなし。

表1 対象者リスト

	性別	がん種	ステージ	業種	未既婚	メンタルクリニック の受診
①	女性	乳	ステージ2	建設・役員事務	既婚	なし
②	男性	大腸	ステージ2	ソフトウェア・営業	既婚	あり
③	女性	乳	ステージ1	教師	既婚	なし
④	女性	乳	ステージ4	材木・一般事務	既婚	あり
⑤	女性	子宮体	ステージ3	商社・営業事務	未婚	あり(うつ病)
⑥	男性	肝臓	ステージ4	メーカー・営業	既婚	なし
⑦	女性	子宮体	ステージ1	銀行・営業事務	未婚	あり
⑧	男性	大腸	ステージ3	土木・土木管理技師	既婚	なし

※Appendix

治療と職業生活の両立におけるストレスマネジメントに関する研究
(インタビューガイド)

インタビューフロー：70m/1名

インタビュー内容		確認するポイント
アイスブレイク&基本情報 (5分)	<p><u>基本情報</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 名前、年齢、家族構成など（簡単に） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者の背景の理解
② 仕事について (30分)	<p><u>現在の仕事について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 業務内容、得意な仕事ややりがい、大変なことなど ● 職場の環境（企業規模、上司やチームとの関係、産業医の有無など） <p><u>がんとその治療について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● がん種や罹患時期、発見の経緯、治療など ● 休職時、会社にどのように伝えたのか、会社の反応 ● 復職時、会社とどのような話をしたのか、話をした相手、会社の反応 ● 復職する前（復職準備中）に不安に感じていたこと <p><u>復職後～現在の仕事について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 復職後の業務内容や量は、休職前と違いはあるか <ul style="list-style-type: none"> ✓ （違いがあった場合）どう違ったのか、休職前の業務内容や量を把握 ● 復職時（後）、仕事をするにあたって難しさを感じた事から、その理由（最初はオープンで確認し、最終的には両立支援10の質問にカバーされている内容についてプループしていく） ● 復職後に必要だった環境調整（それぞれどのように行ったか） <ul style="list-style-type: none"> ✓ 自分自身で調整したこと ✓ 支援・配慮が必要だったこと ✓ 支援のリソース（家族・会社・利用機関の相 	<ul style="list-style-type: none"> ● 病気やその治療による、仕事への影響 ● 治療と仕事を両立する上で難しさを感じたことがらと、必要だった環境調整 ● パフォーマンスへの影響 ● 目標の設定と調整

	<p>談支援・公的支援)：特に、産業医や産業スタッフがいる場合は、利用したか、利用した場合はその効用、利用しなかった場合はその理由</p> <p><u>パフォーマンス・目標設定</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● パフォーマンス <ul style="list-style-type: none"> ✓ 休職前のパフォーマンスを100とすると、復職直後は何点か？ ✓ 現在は？ ● パフォーマンスに差が生じたのはなぜか？ <ul style="list-style-type: none"> ✓ 後遺症？体力？ストレスなどメンタル的なこと？ ● 自身のパフォーマンスについて、どのように感じたか ● それぞれの時期の目標設定・調整 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 目標を誰とどのように設定したか(仕事について、できること・できないことの切り分け) ✓ 立てた目標を周囲(会社・上司・同僚)とどのように共有したか 	
<p>③ ストレス状況とそのマネジメントについて(20分)</p>	<p><u>ストレス状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 治療中→休職中→復職準備中→復職後→現在のそれぞれにおいて、ストレスを感じたことや状況(ストレッサー) <ul style="list-style-type: none"> ✓ 脳疲労に該当する症状があったか ✓ 日常生活への影響 ✓ 仕事への影響：難しさを感じた業務や局面 ● 休職前にもストレスを感じたことはあったか <ul style="list-style-type: none"> ✓ 休職(罹患)後との違いを把握する <p><u>ストレスマネジメント</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● それぞれのタイミングで感じたストレスをどのように乗り越えたか？乗り越えようとしているのか？ ● メンタルヘルスの専門機関を利用したか、利用した場合はその効用、利用しなかった場合はその理由 <ul style="list-style-type: none"> ✓ メンタルヘルスの専門機関に対してのイメージ、期待値 	<ul style="list-style-type: none"> ● ストレス状況とそのマネジメント ● ストレス状況による仕事への影響 ● メンタルヘルスの専門機関の利用の有無、その理由

<p>④ 病気を経験しての価値観の変化 (10分)</p>	<p>病気を経験しての価値観への影響</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病気を経験して、自身の価値観に何か変化はあったか <ul style="list-style-type: none"> ✓ (あったとすれば)どんな変化か、その変化が生じた理由、その変化を自分ではどう捉えているか ● キャリアプランや仕事に対する考え方に変化はあったか <ul style="list-style-type: none"> ✓ (あったとすれば)どんな変化か、その変化が生じた理由、その変化を自分ではどう捉えているか 	<ul style="list-style-type: none"> ● 価値観の変化 ● キャリアプランの変化
<p>⑤ (5分)</p>	<p>バッファー</p>	

治療と職業生活の両立におけるストレス構造分析—医療従事者インタビュー調査—

研究分担者 小林清香 埼玉医科大学総合医療センター

研究要旨

身体疾患に罹患した者に対して、身体疾患の治療と職業生活の両立を支援する際に障壁となる課題と、その課題への支援のポイントを整理することが、有用な支援提供のためには必要である。

本研究では、身体疾患及びメンタルヘルス不調に対する治療を受ける医療機関において、被支援者に支援を提供する医療従事者の視点から経験を整理し、課題を整理することを目的とした。

調査は対面式の半構造化面接で行われ、医療機関において、治療と仕事に関する支援を行っている医療従事者 20 名から協力を得た。インタビューガイドに沿って、「①患者の認知・行動的特性、②患者への支援方法、③患者を取り巻く環境」について尋ねた。インタビューで語られた内容は意味内容に沿って類似するものを集めて分類し、カテゴリー化して整理した。

その結果、「治療と職業生活の両立に困難が生じる要因」、「両立支援のために医療機関でアセスメントされる事項」、「医療におけるコーディネーションの工夫」の 3 つの大カテゴリーにまとめられ、医療における両立支援の課題が整理された。

今後は、被支援者の働く場で支援を提供する立場からの支援の課題や支援のポイント、被支援者自身が持つ支援ニーズとすり合わせ、実際に求められる支援の在り方について整理することが求められる。

研究代表者	平井啓	大阪大学大学院人間科学研究科
研究分担者	立石清一郎	産業医科大学保健センター
	桜井なおみ	キャンサー・ソリューションズ株式会社
	足立浩祥	大阪大学キャンパスライフ健康支援センター
研究協力者	谷口敏淳	福山大学人間文化学部心理学科
	原田恵理	大阪大学大学院人間科学研究科

A. 研究目的

身体疾患とメンタルヘルスの問題は相互に関連しており、身体疾患とその治療に伴うストレス、疾患を持ちながら職業生活を維持するストレスは、メンタルヘルス不調をもたらすこともある。

しかし、身体疾患治療と職業生活の両立支援における障壁や課題は十分に明らかになっておらず、現場での試行錯誤に任されている。

本研究では、身体疾患に罹患した者に対して、治療と職業生活の両立を支援する際に障壁となる課題と、その課題への支援のポイントについて、実践家の経験知を収集して整理することを目的とした。

調査対象は医療機関において、身体疾患患者の休職・復職支援に関わる医療従事者およ

び、メンタルヘルス不調による休職・復職支援に関わる医療従事者とし、身体疾患及びメンタルヘルス不調に対する治療を受ける医療機関で、被支援者に支援を提供する医療者から見た課題を整理する。

B. 研究方法

医療機関において、身体疾患患者の休職・復職支援に関わる支援者および、メンタルヘルス不調による休職・復職支援に関わる医療従事者を対象にインタビュー調査を行った。

調査は、調査対象者と調査担当者の対面形式で、インタビューガイドに従って半構造化面接で行われた。インタビュー項目は「①患者の認知・行動的特性、②患者への支援方法、③患者を取り巻く環境」で構成され、1 人 30

分程度で行われた。調査は医療もしくは産業領域で心理支援の経験を有する4名（男性2名、女性2名）で分担して行った。

調査対象者は縁故法で集め、医療機関での支援者として、10機関20名から協力を得た。調査対象者の職種の内訳は産業医を含む医師7名（35%）、ソーシャルワーカー7名、看護師3名（15%）、心理士3名であった（表1）。また、調査対象者が主に支援の対象としているのは、身体疾患11名（55%）、精神疾患9名（45%）であった。

表1：職種別の協力者数

職種	人数
医師（産業医経験有）	7(2)
ソーシャルワーカー （がん相談支援員）	7(3)
看護師（がん相談支援員）	3(2)
心理士	3
合計	20名

インタビューで語られた内容は録音して逐語に起こし、発言の意味内容から類似するものを集めて分類し、カテゴリー化して整理した。

【倫理面への配慮】本研究は大阪大学人間科学研究科教育学系の研究倫理審査による承認を得て行われた（承認番号18040）。インタビュー開始前に調査の目的ならびに結果の公表、データの録音ならびに記録等に関して文書を用いて説明した。さらに、医療機関名や個人名が特定できない状態での解析を実施することや、自由意志の参加で撤回可能であること、録音ならびに逐語記録の実施について説明した上で、調査協力への同意を得た。

C. 研究結果

インタビューから得られた内容は、「治療と職業生活の両立に困難が生じる要因」、「両立支援のために医療機関でアセスメントされる事項」、「医療におけるコーディネーションの工夫」の3つの大カテゴリーに分けられた。なお、以下では、カテゴリー分けの階層の上位から順に「大カテゴリー」【中カテゴリー】（小カテゴリー）と表記する。

1. 「治療と職業生活の両立に困難が生じる要因」

「治療と職業生活の両立に困難が生じる要因」の大カテゴリーには、【本人の要因】【医療者・医療システムの要因】【家族の要因】【企業の要因】の4つの中カテゴリーが含まれた。

1) 【本人の要因】

「疾患への罹患そのものが与える心理的影響」のカテゴリーには、本人が病状を十分理解できていない、病気を受け入れられていないといった〈病状の受け入れがたさ〉、〈罹患への心理的衝撃による情報把握力の低下〉、大きな病気なのでもう働けないだろうなど本人の持つ疾患イメージの影響を示す〈病気に対するスティグマ〉などの小カテゴリーが含まれた。

「働き方の変化への対応」のカテゴリーには、疾患と治療によって変化した〈今までのようにはできないことの受け入れ〉、〈働き方を変えることへの抵抗〉、身体的負荷軽減のための職場移動などに伴う〈業務内容変更に対応する力〉などの小カテゴリーが含まれた。

このほか、「罹患前からの本人の認知特性」として、〈周囲との関係が希薄〉、〈多面的に見ることの困難さ〉、〈他者批判的な姿勢〉が挙げられた。「意思決定を困難にする疾患の存在」として、〈認知症〉や〈精神疾患〉の合併が挙げられた。「経済的困難」には、〈金銭的に余裕がない〉〈不十分な福利厚生制度〉が含まれた。「罹患・治療の長期化」には、〈長期間の病状放置〉〈治療の長期化〉が含まれた。

2) 【医療者・医療システムの要因】

「就労に関する主治医の認識の不足」のカテゴリーには、被支援者の働く場における〈業務に関する認識の不足〉、業務で要求される負荷を現実的に勘案して判断されていない〈制度に対する認識の不足〉、他の支援者の意図が主治医に伝わらないという〈主治医と他の支援者との間の齟齬〉が含まれた。

「主治医と患者との関係性」のカテゴリーには、主治医を中心とするコミュニケーションや情報共有に関する〈本人と主治医のコミュニケーション不足〉、病状と社会復帰の機能に関して本人と主治医の認識に乖離が生じる〈本人と主治医の間の齟齬〉、主治医と本人が働く場の産業医や人事との間の連携不足を示す〈主治医と職場とのコミュニケーション不足〉が含まれた。

さらに、「医療施設のシステムの問題」とし

て、病棟などのブランチによる対応の差異を示す〈支援者間の支援の不一致〉、遠方に退院する患者などへの〈退院後の支援の不足〉などが挙げられた。

3) 【家族の要因】

このカテゴリーには、家族自身が〈患者の病状を受けとめきれない〉、〈家族間でのコミュニケーションの齟齬〉〈家族の経済的困難〉が含まれた。

4) 【企業の要因】

このカテゴリーには、疾患への罹患に伴う、企業側からの〈雇用継続の差し控え〉、〈待遇の低下〉が挙げられた。

2. 「両立支援のために医療機関でアセスメントされる事項」

この大カテゴリーには、【本人の要因】【企業の要因】【家族の要因】【そのほかの環境要因】の4つの中カテゴリーが含まれた。

1) 【本人の要因】

「疾患と治療が職業面に与える影響」には、手術や治療によって、職業面にどのような影響が出、その代替手段はあるのかという、〈職業への影響と代替手段〉、治療に伴う副作用や合併症を含めた〈経過を見通した支援計画〉、さらに睡眠や食事などの〈生活リズム〉が含まれた。

「本人の特性把握」には、性格傾向や対処能力、不安耐性などの〈パーソナリティ特性〉、対人関係構築や他者からのサポートを得る力、他者との会話で的確に情報を理解する力などを含む〈コミュニケーション能力〉、のほか、〈意思決定能力〉〈メタ認知力〉が含まれた。

「価値観の把握」には、疾患への罹患と治療によって影響を受ける〈経済的な価値観〉や、〈本人の希望〉などが含まれた。

また、本人がもともと職場でどのような困難を抱えてきたかを具体的に把握して問題を整理するための〈困難場面の把握〉が挙げられた。

2) 【企業の要因】

ここには、本人がどのような職場で仕事をしていくことになるのか、に関するカテゴリーがまとめられた。

通勤時間、勤務時間、勤務形態などの〈就労の状況〉、業務内容や職場の人間関係などの〈職場環境〉、さらに、職場がこれまでに休職者を受け入れた経験があるかなど〈休職者対応の経験〉が挙げられた。

3) 【家族の要因】

ここには、〈家族内サポート〉、〈家族の経済状況〉など、本人の就労に関連する家族のアセスメントが含まれた。

4) 【そのほかの環境要因】

ここでは、メンタルヘルスの不調が、就労継続困難の主な要因であった場合の、〈再発予防対策の実現度〉が含まれた。

3. 「医療におけるコーディネーションの工夫」

この大カテゴリーには、医療領域で両立支援を行う際の工夫がまとめられた。【本人への支援】【企業との連携】【医療機関での対応】の3つの中カテゴリーが含まれた。

1) 【本人への支援】

まず、支援を行ううえでの「関係性の構築」があがった。

「本人への情報提供」の中には、〈本人の疑問に答える〉〈本人のタイミングに合わせる〉〈病状固定の早期の情報提供〉が挙げられ、本人が後で会話を振り返られるように〈情報の可視化〉も行われていた。

「本人の意向を探る」には、会話を重ねながら〈本人の意向を繰り返し尋ねる〉、〈複数のニーズを探る〉〈将来の希望を探る〉が含まれた。

「労働意欲の促進」では、〈本人の希望を後押しする〉、〈働く中で回復することを後押しする〉〈失敗経験をともに振り返る〉〈続けることを支援する〉が挙げられた。

「職場とのかかわりの支援」では、〈病気を公表することの検討〉が挙げられた。

「経済的支援」には、〈辞職の防止〉〈社会制度の情報提供〉〈社会保障活用の勧奨〉が含まれた。

2. 【企業との連携】

「医療機関から企業への情報提供」として、〈安全配慮義務に関する情報提供〉〈本人とのかかわり方に対する提案〉〈両立支援・就労に関する意見書の提供〉〈疾患に関する情報の提供〉が含まれた。

3. 【医療機関での課題】

ここには、医療機関内での〈支援者間の目標の統一〉〈相談窓口の整備と連携〉、相談窓口に関する〈院内への広報活動〉が挙げられた。

D. 考察

身体疾患の治療を行う場である、医療機関で、両立支援・復職支援に関わる機会のある

支援者にインタビュー調査を行った。

この結果から、治療と職業生活の両立に困難が生じる要因として、本人の従来の特徴だけではなく、疾患への罹患や治療が本人の心理的・身体的側面に影響して従来就労の維持を困難にし、変化に対応せざるを得ないこと、医療従事者が就労に関して十分な認識を有しておらず適切な支援が行われにくいこと、患者と医療者間のコミュニケーションの齟齬が両立支援の障壁となること、医療機関内、入院・外来での統一した支援システムが不足していることが整理された。

医療における両立支援においては、疾患や治療が本人にどのように影響を及ぼすか、本人がどのような対処、能力特性を持っているか、仕事や生活にどのような価値観を持っているかがアセスメントされ、またその被支援者がどのような職場環境で働くのかなど、企業に関する情報収集も行われていた。

実際的な支援として、関係性を構築し、本人に適切なタイミングで適切な情報提供をし、本人の意向を確認しながら、復職・就労の維持を支援していくことが整理された。また、企業との連携、医療機関内での支援体制の構築も課題となった。

この研究報告を通して、医療機関における、復職支援の課題は一定程度明らかになった。

今後、産業領域での支援の実態と課題も整理される中で、医療機関と産業領域での異同、被支援者の支援ニーズとの過不足を検討し、より有用な支援体勢の構築が必要となる。

E. 結論

身体疾患及びメンタルヘルス不調に対する治療を受ける医療機関で、被支援者に支援を提供する医療者から見た、就労継続、復職の支援における課題を整理した。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

特記すべきことなし。

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

治療と職業生活の両立におけるストレス構造分析
—企業支援担当者インタビュー調査—

研究代表者 平井啓 大阪大学大学院人間科学研究科

研究要旨

企業において労働生産性は収益の向上に直結する重要な指標であり、身体疾患や精神疾患で休職・復職をする労働者のメンタルヘルスは企業にとって注目すべき点である。しかし、疾患の治療と職業生活の両立支援における障壁や課題は十分に明らかになっていない。本研究では、身体疾患およびメンタルヘルス不調によって休職・復職する労働者に対して支援をする際のポイントについて、企業で支援を担当する者の視点から経験を整理し、課題を整理することを目的としてインタビュー調査を実施した。調査は対面式の半構造化面接で行われ、企業およびピア・サポート施設において、支援に従事する者 24 名から協力を得た。インタビュー内容から意味が類似するものを集めて分類し、カテゴリー化して整理した。その結果、「治療と職業生活の両立支援が困難となる要因」「企業においてアセスメントされる事項」「労働者への支援の方法」の 3 点の要素でまとめられ、企業における両立支援の課題が整理された。

今後は、企業で支援を担当する者の視点から明らかになった支援の課題やポイントと、被支援者自身が持つ支援ニーズとすり合わせ、実際に求められる支援の在り方について整理することが求められる。

研究分担者 小林清香 埼玉医科大学総合医療センター
桜井なおみ キャンサー・ソリューションズ株式会社
研究協力者 浅野健一郎 株式会社フジクラ
上木誠吾 株式会社クリップオン・リレーションズ
原田恵理 大阪大学大学院人間科学研究科

A. 研究目的

企業において、労働生産性は収益の向上に直結する重要な指標である。労働生産性の損失は、企業のコストの中で大きな割合を占め、近年ではアブセンティズムだけでなくプレゼンティズムへの注目が高まっている。こういった背景の中で、身体疾患や精神疾患で休職・復職をする労働者のメンタルヘルスは企業にとって注目すべき点となっている。労働者は会社に求められることに応えたいという気持ちから、本人も気づかないうちに無理な働き方をすることがしばしばある。また、身体疾患や精神疾患に罹患し、治療を継続しながら職業生活を送る者は特に、心身の状態や環境が変化することによって職場環境や業務内容にストレスを抱えやすく、精神疾患を併発する者も少なくない。

しかし、心身の疾患の治療と職業生活の両

立支援における障壁や課題は十分に明らかになっておらず、現場での試行錯誤に任されている。

そこで本研究では、身体疾患およびメンタルヘルス不調によって休職・復職する労働者に対して、治療と職業生活の両立を支援する際に障壁となる課題と、その課題への支援のポイントについて、企業において支援を担当する者の経験知を収集して整理することを目的としてインタビュー調査を行う。

B. 研究方法

企業において、身体疾患労働者の休職・復職支援に関わる支援者および、メンタルヘルス不調による休職・復職支援に関わる医療従事者を対象にインタビュー調査を行った。

【調査対象者】

調査の対象者は縁故法で集め、企業におい

て休職や復職に関する支援を行う者（ピア・サポーターを含む）として、10 機関 24 名から協力を得た。調査対象者の職種の内訳は企業人事担当者 12 名（50%）、心理士 3 名（13%）、産業医、看護師、保健師、キャリア・コンサルタントがそれぞれ 2 名、ソーシャルワーカー 1 名であった（表 1）。また、調査対象者の主な支援対象は、身体疾患 15 名（63%）、精神疾患 9 名（38%）であった。

表 1：職種別の協力者数

職種	人数
企業人事担当者	12
心理士	3
産業医	2
看護師	2
保健師	2
キャリア・コンサルタント	2
ソーシャルワーカー	1
合計	24名

【調査項目】

インタビュー項目は「①労働者の認知・行動的特性、②労働者への支援方法、③労働者を取り巻く環境」で構成された。

【調査手続き】

インタビューは、インタビューガイドに従って、調査対象者と調査担当者の対面形式で、30 程度の半構造化面接の形式で行われた。調査は産業領域で心理支援の経験を有する 3 名（男性 2 名、女性 1 名）で分担して行った。

インタビューの内容は録音して逐語に起こし、発言の意味内容から類似するものを集めて分類し、カテゴリー化して整理した。

【倫理面への配慮】

本研究は大阪大学人間科学研究科教育学系の研究倫理審査による承認を得て行われた（承認番号 18040）。インタビュー開始前に調査の目的ならびに結果の公表、データの録音ならびに記録等に関して文書を用いて説明した。さらに、医療機関名や個人名が特定できない状態での解析を実施することや、自由意志の参加で撤回可能であること、録音ならびに逐語記録の実施について説明した上で、調査協力への同意を得た。

C. 研究結果

インタビュー調査の結果、1. 治療と職業生

活の両立支援が困難となる要因、2. 企業においてアセスメントされる事項、3. 労働者への支援の方法の 3 つの観点からまとめられた。以下、階層カテゴリーの上位から順に大カテゴリー：「」、中カテゴリー：【】、小カテゴリー：〈〉と表記する。

1) 治療と職業生活の両立支援が困難となる要因

両立支援が困難となる事例の特徴から、労働者「本人の要因」、「企業側の要因」、「医療現場の要因」の 3 つの大カテゴリーが抽出された。「本人の要因」としては、以下の 6 つの中カテゴリーが挙げられた。

【労働能力の低下】は、職務をこなすのに十分な認知機能が保たれない〈認知機能の低下〉、生活リズムの乱れや排泄の問題などを含む〈生活能力の低下〉、時短勤務にする必要があるなど〈長時間働けない〉、重労働や外回りができないなど〈体力の低下〉、〈治療・通院時間の確保〉が必要といった 5 つの小カテゴリーが含まれた。

【労働意欲の変化】は、罪悪感からの補償として〈無理に働こうとする〉、〈休職への罪悪感〉が強い、職場へのストレスから〈元の職場に戻りたくない〉、しんどいことは訴えるが仕事と両立する気がないなど〈働く意思が弱い〉、いつまでも際限なく配慮を求める、診断名を盾に働けないことを主張する〈配慮への依存〉の 5 つの小カテゴリーが含まれた。

【自身の理解不足】は、自身の病状や治療内容、問題状況や原因を説明できない〈状態理解・説明ができない〉、問題意識が低く社員としての意識も低いなど〈問題への自覚が薄い〉、どうしたいか言えず〈本人の意思が不明確〉の 3 つの小カテゴリーが含まれた。

【受診意欲が低い】は、〈立場と責任〉があるため病院に行けない、病気や死に対して危機感が薄く〈病識が薄い〉の 2 つの小カテゴリーが含まれた。

【心理社会的不適応要因】は、〈ストレス耐性が低い〉、考え方が幼く〈人格的な未熟さ〉がある、極端に他責的であるなど〈認知の歪み〉がある、人間関係が築けない、空気が読めないなど〈コミュニケーション能力の不足〉、考えが固い、完璧主義など〈こだわりが強い〉の 5 つの小カテゴリーが含まれた。

【精神疾患の発病】は、経過の中で診断が付き休職と復職を繰り返すことで支援が長期化する事例が報告され、〈双極性障害〉及び〈発達障害〉の 2 つの小カテゴリーが含まれた。

「企業側の要因」としては、以下の3つの小カテゴリーが挙げられた。

【企業形態等による制限】としては、企業規模による〈人材不足〉や〈一方的な辞職勧告〉、環境の融通が効かず〈配慮困難〉の3つの小カテゴリーが含まれた。

【企業側の理解不足】は、必要以上の〈過剰な配慮〉を行う、本人のキャパシティ以上の〈無理な要求〉をする、〈本人の状態の認識・理解不足〉により適切な配慮が行われない、休職や雇用継続の条件など〈本人への情報伝達不足〉、企業内の文化や上司の性質などについて〈産業医の理解不足〉の5つの小カテゴリーが含まれた。

【職場環境の変化】は、全く新しい技術を必要とする配置転換など〈大きく異なる配置や業務内容の変更〉、長年勤務した環境を離れるなど〈慣れ親しんだ環境の変更〉の2つの小カテゴリーが含まれた。

その他「医療現場の要因」として、〈会社構造の理解不足〉、〈主治医とのコミュニケーション不足〉、〈本人の状態説明が不十分〉など医療現場との連携の難しさが示された。

2) 企業においてアセスメントされる事項

企業で労働者をアセスメントする際の内容について分析を行ったところ、「事前情報」と「休職・復職時の情報」の2つの大カテゴリーが抽出された。

「事前情報」としては、【スクリーニング情報】が挙げられ、〈ストレスチェック等資料〉、〈勤怠状況と理由〉、該当労働者に関する〈上司からのききとり〉が含まれた。

「休職・復職時の情報」としては、3つの中カテゴリーが挙げられた。まず、【診断と病状】に関しては、〈診断分類名〉および〈病状と予後〉が含まれた。2つ目の【職務ストレス状況】には、職務の質・量・労働時間と残業を示す〈職務負荷〉、職場の雰囲気や空間、文化や風潮を示す〈職場環境〉、上司や同僚、部下との関係を示す〈職場の人間関係〉、また労働者本人の〈仕事の仕方や考え方〉が含まれた。3つ目の【労働能力】には、仕事をすることにあたっての〈生活リズムの安定性〉、〈体力〉および〈認知機能〉の回復の程度、また〈対人的な不安の強さ〉と〈柔軟性と対処能力〉が含まれた。その他、〈生育歴〉と〈プライベート・家庭問題〉についてもリスクを見

積もるために把握することが示された。

3) 労働者への支援の方法

支援の方法について分析を行ったところ「個別に行う支援」、「組織内での活動」、「連携」の3つの大カテゴリーが抽出された。

「個別に行う支援」は以下の4つの中カテゴリーが挙げられた。

【休職・復職の支援】は、〈定期的な面談の実施〉、自身の状態が十分に把握できていない場合には〈心身の疾患やストレス反応の説明〉、休職および復職に関する〈制度等の説明〉、問題の〈原因と対処方法のまとめ〉、復職後の〈フォロー計画の作成〉、人生設計の変更が必要と考えられる場合は〈キャリアマネジメント〉、〈通院のための欠勤認可〉の7つの小カテゴリーが含まれた。

【労働環境調整】は、〈職場環境の調整〉および〈職務の調整〉が示された。

【関係性構築】は、まずは寄り添って話を聞くなど〈本人との関係構築〉が示された。

【経済的支援】は、制度に基づいた〈休職時の金銭補助〉が含まれた。

「組織内での活動」は以下の4つの中カテゴリーが挙げられた。

【予防・管理】は、〈ストレスチェック〉の実施、および〈欠勤管理〉が含まれた。

【教育・トレーニング】は、〈ビジネスマナー教育〉、〈安全管理教育〉、〈健康教育〉、〈ラインケア研修〉、〈メンタルヘルスセルフケア研修〉の5つの小カテゴリーが含まれた。

【環境整備】は、問題に応じて対応窓口を設置するなど〈相談窓口の設置〉が示された。

【広報活動】は、〈相談窓口の案内〉および〈体験談の紹介〉が含まれた。

「連携」は以下の2つの中カテゴリーが挙げられた。

【医療機関との連携】は、〈医療機関へのリファー〉、〈主治医や病院との関係構築〉、〈診断書等書類の形式共有〉、〈専門家のアドバイスの翻訳と集約〉の4つの小カテゴリーが含まれた。

【企業内の連携】は、〈フィジカル部門とメンタル部門の連携〉および〈上司との連携〉の2つの小カテゴリーが含まれた。

D. 考察

企業で両立・復職の支援に関わる支援担当

者にインタビュー調査を行った。

この結果から、疾患への罹患や治療をきっかけに労働能力が低下し身体的な影響が現れると共に、心理面では労働意欲が低下するだけでなく、迷惑をかける罪悪感から無理に働こうとするなどの心理的状況が明らかになり、疾患への罹患および治療による影響を受けて心身両面において労働者の状況が変化することが明らかとなった。さらに自身の疾患や職場の状況について理解し、説明することが十分にできない場合に困難を生じやすく、支援の必要性が明らかとなった。

また、企業では労働者の置かれた状況や本人がどのように働いてきたかといった歴史・文脈に対する理解不足、情報伝達不十分が示された。このような要因から、適切な支援が行われず、支援が過剰になることや職場環境の変化によって不適応を起こすケースが発生すると考えられた。

企業における両立支援は、疾患に関する情報聴取に加えて職場環境や職場負荷、人間化関係、生活リズムや体力・認知機能の回復具合のアセスメントをベースとして、職場に適応するために必要な対処能力を有しているか、また対処能力を伸ばすことができるかについて面談で話し合われることが整理された。また、利用できる制度の説明、フォロー計画を策定することで見通しを持てるよう支援することが明らかになった。

会社組織内において労働者に対するメンタルヘルスに関する教育、上司へのラインケア

研修等が行われていることも整理され、一次・二次予防を目的とした取り組みが実施されていることが示された。

企業規模、職務内容は企業によってそれぞれであり、各企業にあった相談体制作りは課題として挙げられた。また、医療機関との連携も課題として挙げられ、労働者のための有益な情報交換が行われるために企業組織内の相談体制づくりおよび医療機関とのより有用な連携支援の構築が求められる。

E. 結論

身体疾患及びメンタルヘルス不調を呈する労働者に対して休職・復職の支援を提供する担当者の視点から、就労継続、復職の支援における課題を整理した。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし。
2. 実用新案登録
該当なし。
3. その他
特記すべきことなし。

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

働くがん患者の心と身体の変化に関する研究

研究分担者 桜井なおみ キャンサー・ソリューションズ株式会社

研究要旨

治療と仕事の両立支援に関わる患者の心と身体の変化を把握し、支援のあり方として求められていることを整理するために、インターネット調査を実施した。

研究代表者 平井啓 大阪大学大学院人間科学研究科
研究協力者 原田恵理 大阪大学大学院人間科学研究科

A. 研究目的

治療と仕事の両立支援に関わる患者の心と身体の変化を把握し、支援のあり方を時系列ごとに整理をし、各ステークホルダー向けの研修プログラムへ内容を反映させることを目的として、インターネット調査を実施した。

B. 研究方法

がんの診断を受けて 10 年以内の方で、がん治療経験のある 18 歳～64 歳の男女 300 名を対象にインターネット調査を行った。調査のサンプリングおよびデータ収集は、インターネット調査会社に委託し実施した。

基本情報として性別、年齢、居住都道府県、職業を尋ね、スクリーニング項目として、婚姻状況、学歴、がん罹患経験と治療経験、および再発の有無を尋ねた後、本調査を実施した。

本調査は①病気と治療、および仕事の経験、②時系列ごとの心の状態変化、③治療後の心身の状態と仕事のパフォーマンス、④職場に求める支援と実際、⑤相談対象、⑥現在の仕事の生産性について尋ね、全 25 問であった。

【倫理面への配慮】

本研究は大阪大学人間科学研究科教育学系の研究倫理審査による承認を得て行われた（承認番号 18054）。調査はインターネット調査会社に委託し、研究者は直接対象者と接触せず、研究者は対象者の個人情報について ID 化された情報を受け取り分析した。インターネット調査会社は対象者からインフォームド・コンセントを取得して調査を実施した。

C. 研究結果

インターネット調査の集計結果から、調査結果の概要を以下に示す。なお、詳細な結果については、次年度に継続して整理していく予定である。

(1) 回答者基本情報

回答者の性別は男性 39.0%、女性 61.0%で女性が多かった。年齢層は 50 代が 43.7%で最も多く、次いで 40 代と 60 代以上がいずれも 23%と全体の年齢層は高めとなった。居住地域は全国各地にわたっているが、関東、近畿中部の順で多くなった。世帯年収は、400 万未満が約 30%、400～600 万未満は約 20%でここまでで約半数となった。職業は、会社員が約 30%、パート・アルバイトが約 20%、公務員が約 6%となった。

(2) スクリーニング調査

がん罹患の経験では、「この 10 年以内に罹患し、現在は完治している」が約 56%、「この 10 年以内に罹患し、現在治療中である」という方が約 43%とで、いずれかに該当する方がほとんどだった。なお、再発経験に関しては、経験ありが約 15%、経験なしが 85%という結果であった。現在の婚姻状況については、既婚が約 70%を占め、未婚が約 20%、離婚が約 10%と続いた。最終学歴は、高校卒が最も多く、大学卒、高専・短大・専門学校卒がほぼ同等の割合となった。

(3) 本調査

① 病気と治療

回答者のがんの罹患状況は、乳房、子宮・卵巣、大腸、胃の順で多く、これらの部位で

約6割を占めた。また、診断時の病期(ステージ)はⅠ期が約40%で最も多く、次いで0期およびⅡ期(Ⅱa期、Ⅱb期まとめて)がそれぞれ約20%となった。現在の治療状況においては、経過観察中あるいは経過観察が終了しているという方が約80%であった。

② 時系列ごとの心の状態変化

がんと診断されてから現在までで、心の状態に変化があったという方は半数を超える65%であった。時系列ごとの心の状態変化については、次年度に継続して結果を分析する予定である。

③ 治療後の心身の状態と仕事のパフォーマンス

治療後の職場復帰や両立を困難にする事柄については、「体力の低下」が最も多かった。また、「がん」と診断された後の「働き方」については、約70%の方が「がん」に罹患する前と同じ働き方をしていた。一方、依願退職をした方は約1割という結果であった。

④ 職場に求める支援と実際

職場からの実際の支援と、患者が職場に望む支援にはギャップがあった。

⑤ 相談対象(治療の支え、回復の助けになったこと)

家族を挙げる方は7割以上、次いで主治医、友人という結果となった。

⑥ 現在の仕事の生産性

時系列ごとの仕事のパフォーマンスは、

「最初の入院～退院までの間」が最も低くなり、「現在」ではパフォーマンスが70点以上に回復する方は約7割との結果であった。

D. 考察

今年度実施したインターネット調査の集計結果を踏まえて、継続して分析を進める予定である。

E. 結論

今年度の調査結果に基づき、継続して分析を進める。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

特記すべきことなし。

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

労働者の内的特性と業務の適合に資する日常生活と仕事における認知行動特性尺度の開発

研究分担者 村中直人 株式会社クリップオン・リレーションズ

研究要旨

治療と職業生活の両立支援におけるストレスマネジメントのためのアセスメントツール開発の一環として、認知行動面の個人特性を測定するための尺度を開発することを目的とした調査と分析を行った。調査の結果、勤労パフォーマンスの予測に関連する 5 因子構造の尺度開発の可能性が示唆された。今後、職域におけるさらなる調査や解析を行うことにより本尺度の、妥当性、信頼性を行い、ストレスマネジメントにおける個人特性尺度として検討を重ねる必要があると考えられる。

研究代表者	平井啓	大阪大学大学院人間科学研究科
研究協力者	上木誠吾	株式会社クリップオン・リレーションズ
	山村麻予	京都市立芸術大学音楽学部
	原田恵理	大阪大学大学院人間科学研究科
	藤野遼平	大阪大学大学院人間科学研究科

A. 研究目的

産業現場における治療と職業生活の両立支援においてストレスマネジメントを効果的に行うためには、対象者の「特性把握」と「状態把握」の二つの側面からのアセスメントが必要であると考えられる。前者は、ストレス状況の背景となる個人特性を把握するためのものであり、後者はストレスによる反応を把握するためのものである。本研究ではコンテンツ・ツール開発の一環として、ストレス状況の背景要因となる個人の認知行動特性を測定する尺度を目的とする。個人特性を適切に把握することにより、その人がどんな場面でどのような理由により高ストレス状況となるのかの予測や、ストレス状況に対するコーピング手法の検討などに役立つ基礎資料となることが期待される。

B. 研究方法

職場での適応に関連する個人の認知行動特性について産業保健分野の支援経験を有する専門家で討議を行い尺度項目の作成を行った。上記の手続きで作成された認知行動特性尺度の項目分析のため、インターネット調査を実施した。調査は、調査を委託する調査会社が保有するモニターに対してインターネット上で実施し、回答結果をもとに分析を行った。調査対象者は、企業や行政機関などの事業所

で仕事をする 18 歳～64 歳の男女で、身体疾患による休職経験を有するもの 230 名、メンタルヘルス不調による休職経験を有するもの 230 名、休職経験のない者 230 名の、計 690 名であった。

(倫理面への配慮)

本研究は大阪大学人間科学研究科教育学系の研究倫理審査による承認を得て行われた(承認番号 18055)。調査はインターネット調査会社に委託し、研究者は直接対象者と接触せず、研究者は対象者の個人情報について ID 化された情報を受け取り分析した。インターネット調査会社は対象者からインフォームド・コンセントを取得して調査を実施した。

C. 研究結果

認知行動特性尺度の作成について、職場での適応に関連する個人の認知行動特性を「認知機能の偏り」、「発達の偏り」、「パーソナリティの偏り」の 3 側面によって測定。「認知機能の偏り」を測定する項目として、遂行機能、メタ認知、注意制御機能、論理的思考、統合力、記憶を評価する 11 項目、「発達の偏り」を測定する項目として、抑制機能、注意制御機能、社会的コミュニケーション、興味の限局と常同的・反復的行動を評価する 11 項目、「パーソナリティの偏り」を測定する項目として、自我機能、説明スタイル、原因帰属、

不安傾向を評価する4項目を作成し、全26項目で構成された。(表1)尺度は「全く当てはまらない:0」～「非常によく当てはまる:3」の4段階評定とした。

インターネット調査の有効回答数は690であった。項目分析の結果、全26項目中13項目において、平均値-1SDが最低項目数値を下回る床効果がみられた。しかしながら項目内容を吟味した結果、いずれの項目も認知行動特性を測定する上で必要な項目と考えられたため、全項目を因子分析の対象とした。妥当性検討の為、本尺度の総合得点と他の尺度との相関分析の結果、脳疲労尺度と高い相関(.676)、QIDSと中程度の相関(.468)が有意に見られた。

また内的整合性検討の為、因子分析を実施(最尤法、Kaiserの正規化を伴うプロマックス法)した結果、5因子で安定的な因子構造が得られた。因子に含まれる項目により、それぞれ「第1因子:遂行機能因子」「第2因子:注意機能因子」「第3因子:不安傾向、自己帰属因子」「第4因子:抑制機能因子」「第5因子:ソーシャルコミュニケーション因子」と命名した。

D. 考察

脳疲労尺度、QIDSとの相関関係の高さより、個人の勤務上のパフォーマンスに大きな影響を与える精神的健康との関連性があることがわかった。それにより、ある程度の尺度妥当性が示唆されたと言えるであろう。

しかしながら、この結果からだけでは将来的な業務パフォーマンスや業務適合性を予測

できるものであるかはまだ不明であり、さらなるデータ収集と分析が今後求められる。

また、因子構造については比較的安定的な5因子構造がみられた。それぞれ、予備調査により設定された認知機能の偏り(第1、第2、第4因子)、発達の偏り(第5因子)、パーソナリティの偏り(第3因子)の3つの属性との整合性あり、3領域5因子構造による特性尺度作成の可能性が示唆された。

5因子それぞれについての詳細の検討についてはまだ行われておらず、今後の検討課題となる。

E. 結論

治療と職業生活の両立のためのアセスメントツールとして、5因子構造による尺度構成が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

特記すべきことなし。

表 1：認知行動特性尺度項目

属性	上位概念	下位概念	No.	項目
認知機能の偏り	遂行機能	情報処理、処理速度	1	人から仕事の効率が悪いと言われることがある
	遂行機能	情報処理、処理速度	2	複雑な指示をすぐに理解することが難しい
	遂行機能	シフティング アップデーティング	3	仕事の仕方や進め方で同僚や家族から注意されることが多い
	遂行機能、記憶	情報処理、記憶	4	一度聞いたことはすぐに覚えることができる
	遂行機能、注意制御機能	WM、注意分割	5	同時に複数のことを考えて動くことが苦手だ
	遂行機能、メタ認知	セルフモニタリング アップデーティング	6	日常生活や仕事において自分の失敗やミスで困ることが多い
	遂行機能、メタ認知	セルフモニタリング	7	自分のやったことを自分自身で振り返ったり、確認する習慣がある
	論理的思考、まとめる力	プランニング	8	具体的な目標と計画を立ててから物事に取り組むことができる
	論理的思考、まとめる力	意思決定	9	選ぶことや決めることにいつも困難を感じる
	メタ認知	特性把握	10	自分の得意なことと苦手なことがあまりよくわかっていない
	メタ認知	自己情動感知	11	自分の感情の動きがその時はわからず、後になってわかることがよくある
発達の偏り	抑制機能	干渉抑制、WM	12	人と比べると忘れ物が多いほうである
	抑制機能	干渉抑制	13	やらないといけないことをよく先延ばししてしまう
	抑制機能	干渉抑制、WM	14	仕事や日常生活で、予定を立てて動いていても時間内におさまらないことが多い
	抑制機能、注意制御機能	干渉抑制 注意の選択と持続	15	複数の物事やプロジェクトがあるときでも、必要なものだけに意識を向けて集中することができる
	注意制御機能	注意転換、WM	16	複数のやるべき事柄がある時、バランス良く仕事を切り替えることができる
	SC	社会的情緒的相互性	17	人と意見が合わないときに、自分とは異なる見方や感じ方があることをすぐに理解するのが難しい
	SC	非言語的相互作用 対人関係 対人関係	18	状況や文脈から自分に求められていることを理解して行動することが難しい
	SC+RRB	常同・反復的行動	19	人に仕事を任せるよりも自分がやった方がラクだと思う
	RRB	常同・反復的行動	20	仕事や日常生活で急なやり方の変更を求められると、混乱して上手くできなくなってしまう
	RRB	常同・反復的行動	21	ルールや規則性を見つけ、それを応用していくのが好きだ
	RRB	興味の限局	22	興味の持てない仕事はなかなか手をつけられない
パリのナリテイ	自我機能	自己境界	23	職場の同僚や友人と、近づきすぎず、遠ざけすぎず距離を保つことが得意である
	説明スタイル	楽観主義	24	切羽詰まった状況であっても、なんとかするべきだし、なんとかできると思っている
	原因帰属	自己帰属	25	問題が生じたとき、自分のせいだと考えやすい
	不安傾向	特性不安	26	もともと不安になりやすい性格である

表2：認知行動特性尺度の因子分析結果

	I	II	III	IV	V
I 遂行機能					
3 仕事の仕方や進め方で同僚や家族から注意されることが多い	.891	.039	-.092	-.028	-.031
1 人から仕事の効率が悪いと言われることがある	.850	.072	-.051	-.010	-.001
2 複雑な指示をすぐに理解することが難しい	.653	-.077	.112	-.005	.037
6 日常生活や仕事において自分の失敗やミスで困ることが多い	.432	-.022	.148	.234	.076
II 注意制御					
16 複数のやるべき事柄がある時、バランス良く仕事を切り替えることができる	.023	.841	-.102	-.012	.145
15 複数の物事やプロジェクトがあるときでも、必要なものだけに意識を向けて集中することができる	.007	.769	-.022	.046	.128
24 切羽詰まった状況であっても、なんとかするべきだし、なんとかできると思っている	.088	.533	.204	-.002	-.191
21 ルールや規則性を見つけ、それを応用していくのが好きだ	-.067	.499	.364	.007	-.012
III 不安傾向、原因自己帰属意識					
26 もともと不安になりやすい性格である	-.066	-.149	.755	-.046	.033
7 自分のやったことを自分自身で振り返ったり、確認する習慣がある	.128	.175	.685	-.070	-.308
25 問題が生じたとき、自分のせいだと考えやすい	.071	.023	.520	-.019	.130
19 人に仕事を任せるよりも自分がやった方がラクだと思ふ	-.175	.236	.466	.011	.101
IV 抑制機能					
13 やらないといけないことをよく先延ばししてしまう	-.047	.026	-.055	.905	-.102
14 仕事や日常生活で、予定を立てて動いていても時間内におさまらないことが多い	.125	.023	-.121	.818	-.081
9 選ぶことや決めることにいつも困難を感じる	.097	-.039	.149	.330	.237
22 興味のない仕事はなかなか手をつけられない	-.035	-.005	.189	.326	.163
V ソーシャルコミュニケーション					
17 人と意見が合わないときに、自分とは異なる見方や感じ方があることを理解するのが難しい	-.039	.101	-.126	-.096	.859
18 状況や文脈から自分に求められていることを理解して行動することが難しい	.246	.003	-.103	-.030	.674
20 仕事や日常生活で急なやり方の変更を求められると、混乱して上手くできなくなってしまう	.150	-.095	.189	-.002	.491
11 自分の感情の動きがその時はわからず、後になってわかることがよくある	.052	-.045	.193	.114	.309
因子間相関	I	II	III	IV	V
I	—	-.330	.565	.741	.732
II		—	-.243	-.421	-.368
III			—	.629	.636
IV				—	.700
V					—

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

高ストレス状態の測定ツールとしての認知機能アセスメント尺度の開発

研究分担者 足立浩祥 大阪大学キャンパスライフ健康支援センター

研究要旨

治療と職業生活の両立支援におけるストレスマネジメントのためのコンテンツ・ツール開発の一環として、両立支援におけるストレス状態の指標となる「脳疲労」状態の概念化と「脳疲労」状態を測定する認知機能アセスメント尺度の開発を行った。開発された認知機能アセスメント尺度は、過覚醒、注意集中の困難、思考力の低下、刺激への反応遅延、脱抑制機能、過度な心配、感情制御、不活動（エネルギー低下）、食行動の変化、回避の 40 項目から構成される。労働者自身が、その時々のパフォーマンスの状態を知り、自己管理をすることは、健康に仕事を継続し、個人の生産性を維持・向上させるために重要な視点である。今後、インターネット調査の結果をさらに分析し、本尺度の信頼性および妥当性の検証を行うと共に、本尺度を職域で用いることにより、その有用性の検証が必要と考えられる。

研究代表者	平井啓	大阪大学大学院人間科学研究科
研究分担者	村中直人	株式会社クリップオン・リレーションズ
	小林清香	埼玉医科大学総合医療センター
	立石清一郎	産業医科大学保健センター
研究協力者	小川朝生	国立がん研究センター
	谷向仁	京都大学大学院医学系研究科
	谷口敏淳	福山大学人間文化学部心理学科
	原田恵理	大阪大学大学院人間科学研究科
	山村麻予	京都市立芸術大学音楽学部

A. 研究目的

産業現場において、労働生産性は収益の向上に直結する重要な指標である。労働生産性の損失は、企業のコストの中で大きな割合を占め、近年ではアブゼンティズムだけでなくプレゼンティズムへの注目が高まっている。こういった背景の中で、労働生産性に影響を与える労働者の客観的なパフォーマンスを評価することは重要と考えられる。労働者個人のパフォーマンスは、個人の持つ認知や行動の特性的な機能側面と、何らかの疾患や症状を抱える時などに変動する可能性のある状態的機能側面として測定することができる。本研究では主に後者を測定することを目的に、治療と職業生活の両立支援におけるストレスマネジメントのためのコンテンツ・ツール開発の一環として、両立支援におけるストレス状態の指標となる「脳疲労」状態の概念化と、「脳疲労」状態を測定する認知機能アセスメント尺度を開発する。

認知機能アセスメント尺度の項目分析を行い、類似する概念（プレゼンティズム・ストレス状態・うつ状態）との関連を検討し、基準関連妥当性ならびに構成概念妥当性の検証、再検査法により信頼性の検証を行う。

B. 研究方法

- 「脳疲労」状態の定義及び尺度項目作成
「脳疲労」状態について産業保健分野の支援経験を有する専門家 3 名（精神科医 1 名、心理士 2 名）で協議を行い、「脳疲労」状態の定義と認知機能アセスメント尺度の項目作成を行った。項目作成は、産業現場において「脳疲労」状態と思われる臨床例に多く見受けられる脳機能の低下症状、社会機能や日常生活上で生じる困難を書き出し作成された。
- インターネット調査
上記により作成された認知機能アセスメント尺度の信頼性と妥当性の検討のため、インターネット調査を実施した。

【調査対象】企業や行政機関などの事業所で仕事をする18歳～64歳の男女で、過去10年以内に身体疾患による休職経験を有するもの230名、過去10年以内にメンタルヘルス不調による休職経験を有するもの230名、休職経験のない者230名の、計690名であった。再検査時は、身体疾患による休職経験を有するもの167名、メンタルヘルス不調による休職経験を有するもの167名、休職経験のない者166名の、計500名であった。

【調査項目】基準関連妥当性の検討のために、認知機能アセスメント尺度に関連すると考えられる以下の尺度を同時に測定した。プレゼンティズムを測定する尺度として、プレゼンティズム測定調査票 Work Functioning Impairment Scale (WFun) を用い、7項目で構成され、回答は「全くない：1」から「ほぼ毎日あった：5」の5件法であった。ストレス状態を測定する尺度として、職業性ストレス簡易調査票を用い、A17項目、B29項目、C9項目、D2項目の全57項目で構成され、4件法であった。

うつ状態を測定する尺度として、日本語版自己記入式・簡易抑うつ症状尺度 Quick inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-J) を用い、16項目4件法であった。

【調査手続き】

調査は、調査を委託する調査会社が保有するモニターに対してインターネット上の画面を通して実施された。1回目の調査を実施したあと1ヶ月後に同様の対象者500名に対して再調査を行った。

得られたデータは、尺度作成のためにSPSS25.0を使用して、項目分析および探索的因子分析、信頼性係数の算出を行った。因子名は観測変数となる項目内容を考慮し、産業分野の支援経験を有する専門家3名で協議のうえ決定した。

【倫理面への配慮】

本研究は大阪大学人間科学研究科教育学系の研究倫理審査による承認を得て行われた(承認番号18055)。調査はインターネット調査会社に委託し、研究者は直接対象者と接触せず、研究者は対象者の個人情報についてID化された情報を受け取り分析した。インターネット調査会社は対象者からインフォームド・コンセントを取得して調査を実施した。

C. 研究結果

1. 「脳疲労」状態の定義と仮尺度作成

「脳疲労」状態とは、「急性・慢性の心理的、物理的な脳への負荷により、脳機能が低下し、社会機能ないし日常生活に支障を来している状態」であると定義する。この状態の結果、高次脳機能低下、社会機能低下、睡眠不全、不適応的認知・行動反応が現れると考えられる。上述の「脳疲労」状態を定量的に測定する試みとして認知機能アセスメント尺度を作成した。

認知機能アセスメント尺度は、過覚醒、注意集中の困難、思考力の低下、刺激への反応遅延、脱抑制機能、過度な心配、感情制御、不活動(エネルギー低下)、食行動の変化、回避の項目から成る40項目が作成された(表1)。回答は、自身の状態について普段の調子の良い時と、この1週間を比較して質問項目がどの程度当てはまるか、「全く当てはまらない：0」～「非常によく当てはまる：3」の4段階から選択する構成とした。

2. 有効回答と天井効果・フロア効果の検討

インターネット調査の結果から、欠損のあった回答を除外し、有効回答数は460であった。うち男性211名、女性249名、平均年齢45.25±10.75歳であった。全尺度の得点分布および天井・床効果を確認したところ、認知機能アセスメント尺度では40項目中27項目で床効果がみられた。QIDSでは16項目中14項目で床効果がみられた。しかしながら、床効果のみられた項目数が各尺度の全項目数の半数を上回っていたことと、項目の内容を吟味し、いずれの質問項目についても脳疲労の概念およびうつ状態を測定する上で不可欠なものであると考えられたため、項目は除外せず全ての項目を因子分析の分析対象とした。

3. 探索的因子分析

最尤法による因子分析を行った。因子の解釈可能性と固有値の減衰状況を考慮した結果、4因子構造が妥当であると考えられた。従って、4因子構造を仮定して最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った。結果より、因子負荷量が.35未満、または複数の因子に負荷量が拮抗する項目を削除し、残りの項目で再度分析を行う手続きを繰り返した。また、第1因子に関しては項目間相関が非常に高い相関を示す項目が含まれていたため、.70以上の相関を示す項目について、対象者の回答のしやすさを考慮して一方の項目を削除した。残った24項目のうち、項目間相関、因子負荷量の変化、および項目内容の回答のしやすさを考慮して、第1因子および第2因子は6項

目ずつ、第3・4因子は各4項目を採択した。

また、第1因子および第2因子は3次因子が想定されたため、因子ごとに最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、因子の解釈可能性と固有値の減衰状況を考慮すると第1・第2因子ともに2因子構造が妥当であると考えられた。従って、第1・第2因子について2因子構造を仮定して最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った。結果より、第1・第2因子ともに2下位因子が抽出された。

上記の結果、4因子構造を仮定した場合、40項目中20項目が削除され、20項目で明確な因子構造が得られた。第1因子は6項目で構成され、“複数の作業を並行して行うことが難しくなった”“業務内容や仕事量に変化がないにも関わらず、仕事が残るようになった”など、作業の効率や注意機能の低下を表しており「役割遂行機能低下」とした。3次因子として、“複数の作業を並行して行うことが難しくなった”など作業効率の低下を表す3項目で構成される因子を「作業効率性低下」、 “業務内容や仕事量に変化がないにも関わらず、仕事が残るようになった”など注意機能の低下を表す3項目で構成される因子を「注意機能低下」とした。第2因子は6項目で構成され、“休日はぐったりしていることが増えた”“人と会うのが億劫になった”など、疲労の蓄積や日常活動性の低下を表しており「社会・日常機能低下」とした。また3次因子として、“休日はぐったりしていることが増えた”など疲労の蓄積を表す3項目で構成される因子を「疲労蓄積」、 “人と会うのが億劫になった”など注日常活動性の低下を表す3項目で構成される因子を「日常活動性低下」とした。第3因子は4項目で構成され、“夜中に目が覚めることが増えた”など、自律神経機能を含む睡眠の不調を表しており「睡眠不全」とした。第4因子は4項目で構成され、“ちょっとしたことで口調がきつくなるようになった”など、不適応になりやすい認知や行動を表しており「不適応的認知・行動反応」とした。クロンバック α 係数については、第1因子が $\alpha=.92$ 、第2因子が $\alpha=.87$ 、第3因子が $\alpha=.77$ 、第4因子が $\alpha=.84$ であり、3次因子について、第1因子の第1因子が $\alpha=.89$ 、第2因子が $\alpha=.85$ 、第2因子の第1因子が $\alpha=.83$ 、第2因子が $\alpha=.78$ であった。従って、いずれも十分な内的整合性が示された(表2)。

4. 妥当性および信頼性の検討

各尺度についてスピアマンの相関係数を算出し基準関連妥当性を検討した結果、表3の通りとなった。職業性ストレス簡易調査票と各尺度間の相関は $r=-.227\sim.290$ (いずれも $p<.001$ で有意)と低い相関であったが、認知機能アセスメント尺度とQIDSおよびWFunの間には中等度相関($r=-.571\sim.685$ 、いずれも $p<.001$ で有意)が示された。よって、十分な基準関連妥当性が確認されたと考えられる。

1ヶ月の期間において実施したデータの信頼性係数を算出した。「役割遂行機能低下」は $r=.708$ 、「社会・日常機能低下」は $r=.809$ 、「睡眠不全」 $r=.589$ 、「不適応的認知・行動反応」 $r=.759$ となり、「睡眠不全」は他の因子と比べて安定性がやや低いが、合計得点間の信頼性係数は $r=.787$ となり十分な信頼性が示された。

D. 考察

産業現場において、労働生産性は収益の向上に直結する重要な指標である。労働生産性の損失は、企業のコストの中で大きな割合を占め、近年ではアブセンティズムだけでなくプレゼンティズムへの注目が高まっている。こういった背景の中で、労働生産性に影響を与える労働者の客観的なパフォーマンスを評価することは重要と考えられる。労働者個人のパフォーマンスは、個人の持つ認知や行動の特性的な機能側面と、何らかの疾患や症状を抱える時などに変動する可能性のある状態的機能側面として測定することができる。本研究では主に後者を測定することを目的に、認知機能アセスメント尺度の作成を試み、信頼性・妥当性の得られた尺度を開発した。

労働者は自覚の無いまま過度な負荷のもと就業する現状がしばしば認められる。また、身体疾患に罹患し、治療を継続しながら職業生活を送る者は特に、心身の状態が変化することによって職場環境や業務内容にストレスを抱えやすく、精神疾患を併発する者も少なくない。労働者自身が、その時々のパフォーマンスの状態を知り、パフォーマンスの自己管理をすることは、健康に仕事を継続し、個人の生産性を維持・向上させて会社の利益に貢献するための重要な手がかりとなるものと考えられる。

E. 結論

産業領域における、高ストレス状態の測定ツールとして、認知機能アセスメント尺度の

開発を行った。今後実際の職域で用いることにより、その有用性の検証が必要である。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

【論文発表】

1. 足立 浩祥 (2018). 記憶機能検査－RBMT, WMS-R VI. 心理検査と行動評価尺度, 認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第147巻・特別号, 日本医師会, 164-165.

【学会発表】

1. 三嶋 正芳、足立 浩祥、清水 政彦、垣内 紀亮、中島 淑貴、宇佐美 雅也、一森 三千男、貝森 亜紀、佐伯 紀子

(2018.5). メンタルヘルス不調者の復職から3年間の就業継続率－休業回数と仕事場要因の影響－第91回日本産業衛生学会

2. 足立 浩祥 (2018.9). 講演「睡眠と健康～意外と知らない”眠り”のこと～」平成30年度三重県県民公開講座

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし。
2. 実用新案登録
該当なし。
3. その他
特記すべきことなし。

表 1：認知機能アセスメント尺度項目

普段の調子が良ときの自分の状態と比較して、この1週間の自分の状態についてお答えください	全く当てはまらない	やや当てはまる	当てはまる	非常によく当てはまる
1 睡眠時間が短くなった	0	1	2	3
2 寝つきが悪くなった	0	1	2	3
3 夜中に目が覚めることが増えた	0	1	2	3
4 朝早く目が覚めることが増えた	0	1	2	3
5 朝起きた時に疲労がとれなくなった	0	1	2	3
6 イヤな夢を見ることが増えた	0	1	2	3
7 作業中に作業内容や注意点などを忘れてしまうことが増えた	0	1	2	3
8 誤入力などのちょっとしたミスをすることが増えた	0	1	2	3
9 複数の作業を並行して行うことが難しくなった	0	1	2	3
10 仕事や家事に集中しにくくなった	0	1	2	3
11 テレビや新聞を見ても内容が頭に入りにくくなった	0	1	2	3
12 作業効率が悪くなった	0	1	2	3
13 考えがまとまらなくなった	0	1	2	3
14 何をするにも時間がかかるようになった	0	1	2	3
15 物事の判断がつきにくくなった	0	1	2	3
16 業務内容や仕事量に変化がないにも関わらず、仕事が残るようになった	0	1	2	3
17 会話が頭に入らなくなった	0	1	2	3
18 物音や目の前の物に気づくのが遅れることが増えた	0	1	2	3
19 お金を浪費することが増えた	0	1	2	3
20 ギャンブルをすることが増えた	0	1	2	3
21 ちょっとしたことで口調がきつくなるようになった	0	1	2	3
22 休日や家に帰ってから仕事のことを頭を離れなくなった	0	1	2	3
23 休日でも気が休まらないことが増えた	0	1	2	3
24 周囲の人に嫌われているのではないかと考えることが増えた	0	1	2	3
25 イライラすることが増えた	0	1	2	3
26 自分が悪いのではないかと考えることが増えた	0	1	2	3
27 休日はぐったりしていることが増えた	0	1	2	3
28 休みの日に活動する気になれなくなった	0	1	2	3
29 身だしなみを整えるのが面倒になった	0	1	2	3
30 人と会うのが億劫になった	0	1	2	3
31 眠気を感じるものが増えた	0	1	2	3
32 睡眠時間が増えた	0	1	2	3
33 部屋の片付け、自炊等の行動ができなくなった	0	1	2	3
34 よく食べるようになった	0	1	2	3
35 あまり食べなくなった	0	1	2	3
36 食事を楽しめなくなった	0	1	2	3
37 インターネットやゲームをする時間が増えた	0	1	2	3
38 友人や家族からのメールやSNSに反応しなくなる	0	1	2	3
39 朝、仕事にいきたくない、行くのが嫌だと感じるようになった	0	1	2	3
40 帰宅するとぐったりするようになった	0	1	2	3

表 2 : 認知機能アセスメント尺度の因子分析結果

	I	II	III	IV
I 役割遂行機能低下 Disturbed social executive function				
I - I 作業効率性低下 Low Working efficiency				
9 複数の作業を並行して行うことが難しくなった	.894	-.041	.029	-.082
12 作業効率が悪くなった	.799	.175	-.045	-.102
10 仕事や家事に集中しにくくなった	.746	.168	-.047	-.019
I - II 注意機能低下 Low attention				
16 業務内容や仕事量に変化がないにも関わらず、仕事が残るようになった	.847	-.062	-.061	.050
17 会話が頭に入らなくなった	.775	-.032	.057	.052
18 物音や目の前の物に気づくのが遅れることが増えた	.711	-.124	.129	.035
II 社会・日常機能低下 Impairment of social and daily function				
II - I 疲労蓄積 Accumulated fatigue				
27 休日はぐったりしていることが増えた	.003	.917	-.121	-.025
40 帰宅するとぐったりするようになった	.010	.818	-.030	.009
5 朝起きた時に疲労がとれなくなった	-.067	.688	.185	-.038
II - II 日常活動性低下 Low daily activities				
30 人と会うのが億劫になった	.173	.487	.039	.064
29 身だしなみを整えるのが面倒になった	.292	.406	.014	.087
36 食事を楽しめなくなった	.240	.280	.064	.136
III 睡眠不全 Poor sleep				
3 夜中に目が覚めることが増えた	.032	.001	.784	-.007
4 朝早く目が覚めることが増えた	.067	-.213	.699	.067
1 睡眠時間が短くなった	-.081	.140	.570	.007
2 寝つきが悪くなった	.022	.329	.511	-.079
IV 不適応的認知・行動反応 Maladaptive cognitive and behavioral reaction				
21 ちょっとしたことで口調がきつくなるようになった	-.008	-.129	.021	.825
25 イライラすることが増えた	-.081	.164	.028	.808
24 周囲の人に嫌われているのではないかと考えることが増えた	.250	.086	-.024	.429
26 自分が悪いのではないかと考えることが増えた	.312	.121	-.039	.427
因子間相関	I	II	III	IV
I	—	.737	.534	.702
II		—	.594	.700
III			—	.458
IV				—

表 3 : 尺度間相関

	認知機能アセスメント尺度	職業性ストレス簡易調査票	QIDS	WFun
認知機能アセスメント尺度	—			
職業性ストレス簡易調査票	.271**	—		
QIDS	.685**	.290**	—	
WFun	-.571**	-.227**	-.369**	—

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

高ストレス状態と座位行動との関連

研究分担者 岡浩一朗 早稲田大学スポーツ科学学術院

研究要旨

身体疾患やメンタルヘルス不調を抱える者が治療を行いながら職業生活を継続する場合のストレス状態の把握は十分でない。そこで本研究では、高ストレス状態を把握する指標の一つとして、座位行動の有効性を検討した。その結果、身体疾患により休職した者において職業性ストレス尺度の満足度と総座位時間の間に弱い相関が見られ、職業生活や家庭生活での満足度が高いほど座位で過ごす時間が長い傾向が示された。また、休職経験がない者において、座位定時間と職業性ストレス尺度のストレス原因と考えられる因子において弱い負の相関が見られ、ストレス因となる負荷が高いほど座位時間が短く、ストレス因となる負荷が低いほど座位時間が長い傾向が示された。

研究代表者 平井啓 大阪大学大学院人間科学研究科
研究協力者 原田恵理 大阪大学大学院人間科学研究科
藤野遼平 大阪大学大学院人間科学研究科

A. 研究目的

労働者の職業生活と治療の両立支援におけるストレスマネジメントを行ううえで、高ストレス状態を捉える指標は必要不可欠である。改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度が施行（平成 27 年 12 月 1 日）され、職場における労働者のストレス状態の管理が進んでいるが、身体疾患やメンタルヘルス不調を抱える者が治療を行いながら職業生活を継続する場合のストレス状態の把握は十分でない。そこで本研究では、職業性のストレスやうつ状態、プレゼンティズムや脳疲労状態と座位時間の関連を検討し、高ストレス状態を把握する指標の一つとして、座位行動の有効性を検討する。

B. 研究方法

治療と職業生活の両立を経験した人の高ストレス状態と座位行動の関連を調べるために以下の方法でインターネット調査を実施した。

【調査対象者】

企業や行政機関などの事業所で仕事をする 18 歳から 64 歳の男女で、身体疾患による休職経験を有する者 167 名、メンタルヘルス不調による休職経験を有する者 167 名、休職経験のない者 166 名の計 500 名であった。（男性 232 名、女性 268 名、平均年齢 45.90±10.19）

【調査項目】

① 座位行動を測定する尺度

Japanese version of International Physical Activity Questionnaire (IPAQ 日本語版) の平日の座位定時間（座ったり寝転んだりして過ごす時間）について尋ねる質問 4 を抜粋して使用した。

② プレゼンティズムを測定する尺度

プレゼンティズム測定調査票 Work Functioning Impairment Scale (WFun) を用い、全 7 項目で構成され、回答は「全くない：1」から「ほぼ毎日あった：5」の 5 件法であった。

③ ストレス状態を測定する尺度

職業性ストレス簡易調査票を用い、A17 項目、B29 項目、C9 項目、D2 項目の全 57 項目で構成され、4 件法であった。

④ うつ状態を測定する尺度

日本語版自己記入式・簡易抑うつ症状尺度 Quick inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-J) を用い、16 項目 4 件法であった。

⑤ 「脳疲労」状態を測定する尺度

認知機能アセスメント尺度を用い、全 40 項目で構成され、回答は「全く当てはまらない：0」から「非常によく当てはまる：3」の 4 件法であった。

【調査手続き】

調査は平成 31 年 1 月から 3 月に、調査会社

に委託して行われ、調査会社が保有するモニターに対してインターネット上の画面を通して実施された。集められた回答結果をもとにSPSS25.0を使用して分析を行った。

【倫理面への配慮】

本研究は大阪大学人間科学研究科教育学系の研究倫理審査による承認を得て行われた(承認番号 18055)。調査はインターネット調査会社に委託し、研究者は直接対象者と接触せず、研究者は対象者の個人情報についてID化された情報を受け取り分析した。インターネット調査会社は対象者からインフォームド・コンセントを取得して調査を実施した。

C. 研究結果

座位定位時間の正規性を検定するため、Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定を行った。その結果、正規分布を仮定できなかった ($p < .001$)。

次に調査対象者全員に対して、座位定位時間と職業性ストレス尺度および認知機能アセスメント尺度との相関を明らかにするために、Spearman の順位相関係数を算出した。その結果、座位定位時間は職業性ストレス尺度の下位尺度である満足度にもみ $r=.11$ の弱い相関が見られた ($p < .05$)。つまり職業生活や家庭生活での満足度が高いほど座位で過ごす時間が長い傾向が示された。

また、調査者を身体疾患による休職経験を持つ者、メンタルヘルス不調による休職経験を持つ者、休職経験がない者に分け、座位定位時間と職業性ストレスおよび認知機能との関連を調べた。

まずそれぞれの群において座位定位時間に差があるかを調べるために一元配置分散分析を行った。その結果、有意な差は見られなかった ($p > .05$)。

次にそれぞれに対して Spearman の順位相関係数を算出した結果、身体疾患により休職した者において職業性ストレス尺度の下位尺度である満足度においてもみ $r=.21$ の弱い相関が見られた ($p < .01$)。つまり、身体疾患による休職を経験した者は、職業生活や家庭生活での満足度が高いほど座位で過ごす時間が長い傾向が示された。また、休職経験がない者において、座位定位時間と職業性ストレス尺度の下位尺度であるストレス原因と考えられる因子において $r=-.20$ の弱い負の相関が見られた ($p < .05$)。つまり、ストレス因となる負荷が高いほど座位時間が短く、ストレス因

となる負荷が低いほど座位時間が長い傾向が示された。また、メンタルヘルス不調における休職経験がある者においては職業性ストレスおよび認知機能のどちらにおいても有意な相関は見られなかった。

D. 考察

座位行動が高ストレス状態の指標として有効かどうかを検討するため、職業性のストレスやうつ状態、プレゼンティズムや脳疲労状態と座位定位時間の関連を検討した。

結果より、高ストレス状態を測定する他の尺度との相関は職業性ストレス簡易調査票との部分的な相関のみに留まり、全体として高ストレス状態と座位行動の関連性は高くはないことが明らかとなった。本調査における座位行動は、平日における仕事や勉強、おしゃべりや読書、寝転んでテレビを見ていた時間などを含み、その具体的内容は検討されていない。ストレス状態によっては、具体的な行動の内容は変化している可能性があるが、総時間の変化には影響していないと考えられる。

また、身体疾患により休職した者は職業生活や家庭生活での満足度が高いほど座位で過ごす時間が長い傾向が示され、休職経験がない者は、ストレス因となる負荷が低いほど座位時間が長い傾向が示された。このことから、身体疾患による休職者は、座位時間の減少が職業生活や家庭生活の満足度低下を示し、休職しなくても良い程度の不調や疾患を抱えて仕事を継続する者は、座位時間の減少がストレス因となる負荷量の増加の可能性を示すことが明らかとなった。

今後、座位行動のみでなく、日中の歩行や運動の時間など、他の身体活動性との関連も調べることで高ストレス状態を把握するための示唆が得られる可能性がある。

E. 結論

座位行動が治療と職業生活を両立する者にとって、高ストレス状態を把握する指標となり得るかどうかを検討した。

【参考文献】

1. 村瀬訓生、勝村俊仁、上田千穂子、井上茂、下光輝一：身体活動量の国際標準化—IPAQ 日本語版の信頼性、妥当性の評価—、厚生労働省の指標、49(11)、1-9、2002
2. Craig C.L., Marshall A.L., Sjöström M., Bauman A.E., Booth M.L., Ainsworth B.E., et al., 2003. International physical activity

questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 35, 1381-1395.

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

【論文発表】

1. Ishii K, Shibata A, Oka K. 2018. Work engagement, productivity, and self-reported work-related sedentary behavior among Japanese adults: A cross-sectional study. *J Occup Environ Med*, 60: e173-e177.
2. Liao Y, Hsu HH, Shibata A, Ishii K, Koohsari MJ, Oka K. 2018. Associations of total amount and patterns of objectively-measured sedentary behavior with performance-based physical function. *Prev Med Rep*, 12: 128-134.
3. Yasunaga A, Shibata A, Ishii K, Koohsari MJ, Oka K. 2018. Cross-sectional associations of sedentary behavior and physical activity on depression in Japanese older adults: An isotemporal substitution

approach. *BMJ Open*, 8: e022282.

4. 杉山岳巳・岡浩一郎. 2018. オフィス環境、座位行動と健康. *MERA ジャーナル*, 20: 11-15.

【学会発表】

1. 岡浩一郎 (2018.11). 高齢者の座りすぎ—その健康影響と是正対策—. 第6回日本介護予防・健康づくり学会大会アクティブシニアの造就～超高齢社会への貢献シンポジウム I 「超高齢社会におけるスポーツ医学の役割—メタボとロコモの予防—」

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし。
2. 実用新案登録
該当なし。
3. その他
特記すべきことなし。

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

休職経験者の医療機関受診勧奨のメッセージ検討—行動経済学の視点から—

研究分担者 大竹文雄 大阪大学大学院経済学研究科

研究要旨

治療と仕事の両立支援に関わる患者の受療・受診行動についてインターネット調査を実施し、“表現の違い”および“行動経済学的なフレーミング”を用いて行動経済学的アプローチにより受療・受診行動が変化するかどうかを検討した。「脳疲労」および「こころの病」という2種類の表現、規範フレームおよび損失フレームの4種類のメッセージ提示による受療意思および1ヶ月後の受療行動は、いずれも表現による違い及び行動経済学的なフレーミングの違いによる変化は認められなかった。精神疾患になる前の職業性の疲労について、どのような表現を用い受診勧奨をしていくかは今後さらなる検討の余地を残す結果となり、疾患概念構築のために非常に重要であると考えられた。

研究代表者	平井啓	大阪大学大学院人間科学研究科
研究分担者	桜井なおみ	キャンサー・ソリューションズ株式会社
	立石清一郎	産業医科大学保健センター
	小林清香	埼玉医科大学総合医療センター
	村中直人	株式会社クリップオン・リレーションズ
	足立浩祥	大阪大学キャンパスライフ健康支援センター
	中村俊介	独立行政法人労働者健康安全機構和歌山ろうさい病院
研究協力者	浅野健一郎	株式会社フジクラ
	上木誠吾	株式会社クリップオン・リレーションズ
	山村麻予	京都市立芸術大学音楽学部
	原田恵理	大阪大学大学院人間科学研究科

A. 研究目的

メンタルヘルスに対して社会の関心が急速に高まっており、「こころのケア」や「メンタルヘルス」の重要性に関する認識は非常に高まっている。しかし、メンタルヘルスに対する一般市民のニーズと現在供給されている専門的サービスの間には大きなギャップがあり、受診率の低さは大きな課題となっている。特に労働者においてメンタルヘルスの問題と受診への壁は離職・休職にも影響するため社会的問題として考えられている。

これらの問題を解決するためには重症化する前、すなわち職場などの社会的文脈におけるストレスによりもたらされた適応障害レベル（うつ病・不安障害も含む）の段階での早期受療が重要であると考えられる。

今回、我々はこれらの休職経験がある労働者において適切な施設の受診・受療行動を勧奨する目的の研修プログラムを作成することで、これらの身体疾患・メンタルヘルス不調の労働者を適切に早期治療・職業生活を両立

することができると考えた。

メンタルヘルスと職場復帰においては治療と仕事の両立支援に関わる患者の心と身体の変化を把握し、支援のあり方を時系列ごとに整理をし、各ステークホルダー向けの研修プログラムへ内容を反映させることを目的として、インターネット調査を実施した。

本研究では、まず上記受療・受診行動が重要と考え、行動経済学的アプローチにより受療・受診行動が変化するかどうかを検討した。

B. 研究方法

調査は委託する調査会社が保有するモニターに対してインターネット上で実施し、回答結果をもとに分析を行った。

【調査対象者】企業や行政機関などの事業所で仕事をする18歳～64歳の男女で、身体疾患による休職経験を有するもの230名、メンタルヘルス不調による休職経験を有するもの230名、休職経験のない者230名の、計690名であった。

【調査手続き】

今回、質問内容は、“表現の違い”および、“行動経済学的なフレーミング”により調査対象者の受療行動が変化するかに焦点を置いたものとした。まず、“表現の違い”においてはメンタルヘルス不調とされるものを「脳疲労」および「こころの病」という2種類の表現を用いた。また、行動経済学的なフレーミングにおいては、「そのままではうつ病などの病気になってしまう可能性があります」（損失フレーム、以下損失）もしくは、「多くの人が専門の相談期間を受診しています」（規範フレーム、以下規範）の2種類を用意した。（別紙参照）

上記の“表現の違い”および“行動経済学的なフレーミング”の2×2の4種類（脳疲労・損失、脳疲労・規範、こころの病・損失、こころの病・規範）をランダムに割付し、メッセージを読んで受診しようと思ったかどうかを4段階（1：すぐに利用したいと思った、2：いずれ利用したいと思ったが、少し考えてからにしようと思った、3：利用したいかどうかかわからない、4：利用したいと思わなかった）の半定量的評価で評価した。また、1回目の調査を実施したあと1ヶ月後に同様の対象者500名に対して再調査を行い、メンタルヘルスの不調で「身体の病気でかかっている医療機関に相談した」、「メンタルヘルスに関する医療機関を受診した」、「カウンセリングや会社の相談室に相談した」、「受診しなかった」の4つの選択肢で実際の受診・受療行動を測定した。

【倫理的配慮】

本研究は大阪大学人間科学研究科教育学系の研究倫理審査による承認を得て行われた（承認番号 18054、18055）。調査はインターネット調査会社に委託し、研究者は直接対象者と接触せず、研究者は対象者の個人情報についてID化された情報を受け取り分析した。インターネット調査会社は対象者からインフォームド・コンセントを取得して調査を実施した。

C. 研究結果

1回目の調査では当初の予定通り690名（身体疾患による休職経験を有するもの230名、メンタルヘルス不調による休職経験を有するもの230名、休職経験のない者230名、男性305名；44.2%、年齢44.5±10.7歳）を収集した。

脳疲労・損失、脳疲労・規範、こころの病・損失、こころの病・規範の4群はそれぞれ、163名、186名、168名、173名であった。各群へのメッセージ提示の結果、共通して「利用しない」の回答が、順に41.7%、39.2%、43.5%、41.6%となりいずれの群においても最も多く、「すぐ利用する」の答えはどの群においても最も少なく、順に8.60%、8.60%、12.50%、6.90%であった。（表1参照）

1回目の調査において、表現による違いと行動経済学的なフレーミングの違いによって受療意思に一貫した傾向が認められなかった。「すぐ利用する」という回答に焦点をおけば、「脳疲労」と表現した場合においては、行動経済学的なフレーミングの効果はほとんど認められなかったが、「こころの病」と表現した場合は、規範フレームにおいてすぐに受診したいと思った人が減少する傾向にあった。

メッセージ提示による1ヶ月後の受療行動は図1の通りとなり、表現による違い及び行動経済学的なフレーミングの違いによる受療行動の変化は認められなかった。

また、受療意思における1ヶ月後の受療行動は図2の通りとなった。「すぐに利用したいと思った」と答えた場合はメンタルヘルスに関する医療機関を受診した人が74%と最も高く、どこも受診しなかった人は19%と最も低くなった。その他、「いずれ利用したいと思ったが、少し考えてからにしようと思った」、「利用したいかどうかかわからない」、「利用したいとおもわなかった」については、1ヶ月後の受療行動においても身体の病気でかかっている医療機関に相談する、もしくはどこも受診しない人が59%～75%と大半を占める結果となった。

D. 考察

今回の研究では、二つの観点での介入効果を評価している。脳疲労とこころの病による表現の違い、および規範と損失の行動経済学的なフレーミング効果の違いである。

これらのフレーミング効果により受療行動の変化が認められるという仮説であったが、表現の違いによるもの、行動経済学的なフレーミングでは大きな効果は認められず、それぞれの効果に一貫性は認められなかった。しかし、「こころの病」と表現された場合には規範フレームより損失フレームでの受療行動の上昇傾向が明らかであるので、この点について

は考察の価値があると考えられる。

「脳疲労」と表現された場合には、身体疾患のように身体を治す必要があると認知されやすいため、比較的受診喚起しやすいと考えられる。しかし、先に述べたフレームと受療行動の関係より二つの効果があると考えられる。

一つは、上述のように「脳疲労」の表現によって既に一定の効果が認められており、天井効果により、行動経済学的フレーミングでは効果がなかった一方で、「こころの病」という精神疾患を想定させる用語では受診喚起されにくく、損失フレームという行動経済学的フレーミングが有効に働く余地があったと考えられる。

もう一つは「こころの病」というものがうつ病などの受診が必要な疾病として認識されておらず、損失フレームにより漸く疾患として認識されるという可能性である。患者へのインタビュー調査では、「こころの病」は“自分の性格に起因するため病院へ行っても治らない”と考えることが報告されており、受療行動につながらなかったと考えられる。インタビュー調査では、精神科および心療内科の受診に対してそもそもバリアがあると報告されており、加えて放置すると大変なことになる、仕事に支障をきたす、とは思っておらず、「こころの病」に対する危機感が薄いことも影響していると考えられる。よって、精神疾患になる前の職業性の疲労について、どのような表現を用い受診勧奨をしていくかは今後さらなる検討の余地を残す結果となり、疾患概念

構築のために非常に重要であると考えられた。

E. 結論

行動経済学的フレーミングは言語学的な表現の違いに規定されるため、言語学的・心理学的・社会的要素をより考慮して決定してゆく必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

【論文発表】

1. 佐々木周作・大竹文雄(2019), 医療現場の行動経済学：意思決定のバイアスとナッジ. 行動経済学, 11 巻, pp. 110-120.
2. Sun Youn Lee, Fumio Ohtake (2018). Is Being Agreeable a Key to Success or Failure in the Labor Market?, *Journal of the Japanese and International Economies*, Vol. 49, pp. 8-27.

【学会発表】

1. 大竹文雄 (2018.12) 臓器提供の意思表示に関する介入研究:プロGRESSレポート, 行動経済学会第12回大会

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし。
2. 実用新案登録
該当なし。
3. その他
特記すべきことなし。

別紙：受療勧奨メッセージ

以下のメッセージを読んで次の質問にお答えください。(4種類のどれかをランダム提示)

脳疲労×損失	「仕事のミスが増えたり、会話が頭に入らなくなったりといったことが続いているのは「脳疲労」なのかもしれません。そのままではうつ病などの病気になってしまう可能性があります。専門の相談機関（企業の相談室、カウンセリングルーム、電話相談、クリニックなど）を利用してみませんか？」
脳疲労×規範	「仕事のミスが増えたり、会話が頭に入らなくなったりといったことが続いているのは「脳疲労」なのかもしれません。多くの人が専門の相談機関を受診しています。専門の相談機関（企業の相談室、カウンセリングルーム、電話相談、クリニックなど）を利用してみませんか？」
こころの病×損失	「仕事のミスが増えたり、会話が頭に入らなくなったりといったことが続いているのは「こころの病」なのかもしれません。そのままではうつ病などの病気になってしまう可能性があります。専門の相談機関（企業の相談室、カウンセリングルーム、電話相談、クリニックなど）を利用してみませんか？」
こころの病×規範	「仕事のミスが増えたり、会話が頭に入らなくなったりといったことが続いているのは「こころの病」なのかもしれません。多くの人が専門の相談機関を受診しています。専門の相談機関（企業の相談室、カウンセリングルーム、電話相談、クリニックなど）を利用してみませんか？」

表 1：メッセージ提示による受療意思 人数 (%)

	すぐ利用, n=63	いずれ利用, n=180	わからない, n=161	利用しない, n=286
脳疲労×損失	14(8.6)	45(27.6)	36(22.1)	68(41.7)
脳疲労×規範	16(8.6)	51(27.4)	46(24.7)	73(39.2)
こころの病×損失	21(12.5)	36(21.4)	38(22.6)	73(43.5)
こころの病×規範	12(6.9)	48(27.7)	41(23.7)	72(41.6)

図 1：メッセージ提示による受療行動

あなたはメンタルヘルスの不調で以下の機関を利用しましたか。

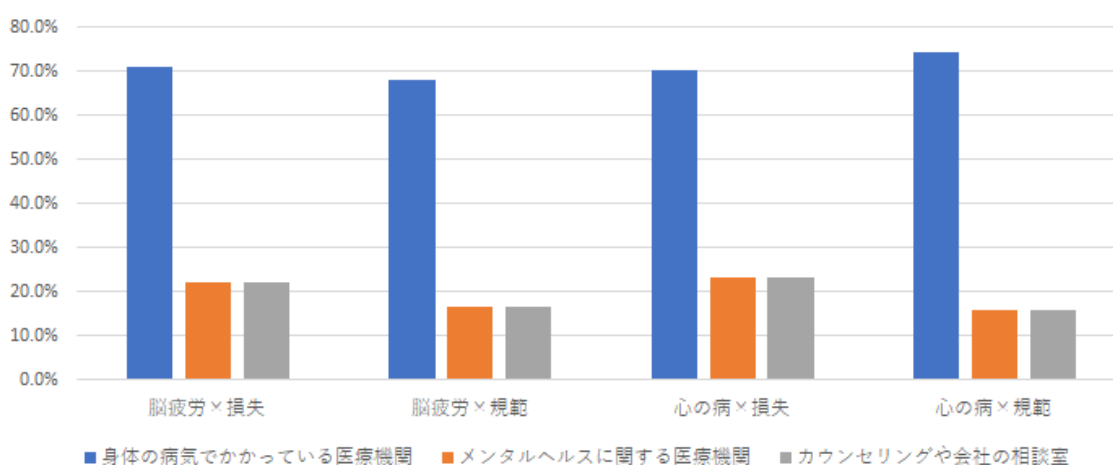
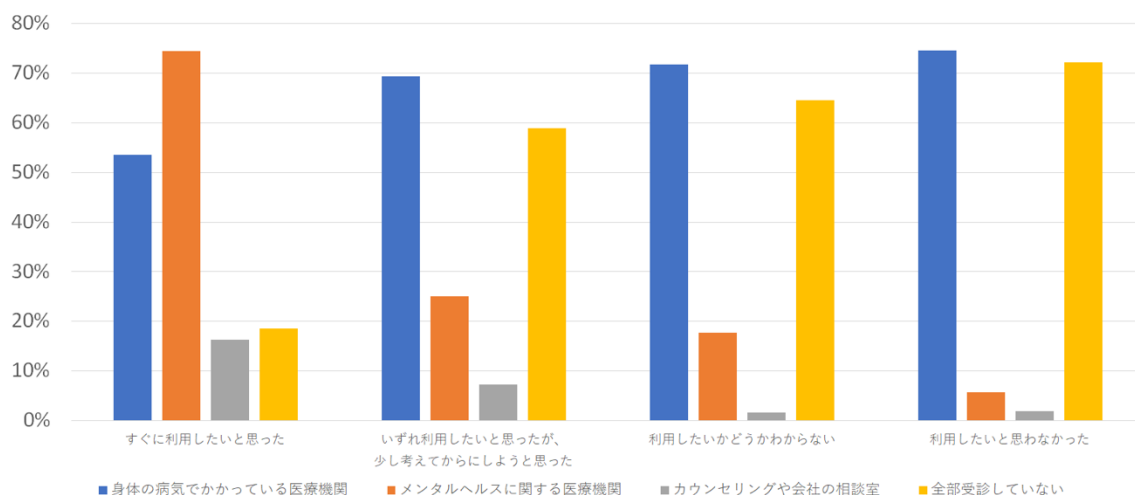


図 2：受療意思とその後の受療行動の関連

あなたはメンタルヘルスの不調で以下の機関を利用しましたか。



平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

労働者・職場・両立支援コーディネーター・医療機関で必要な
ストレスマネジメントに関する教育コンテンツ開発に関する研究

中村俊介 独立行政法人労働者健康安全機構 和歌山ろうさい病院救急部

研究要旨

本年度の実態調査の結果を踏まえ、研究班メンバーによるソーシャルマーケティング手法に基づくフォーカスグループインタビュー、ならびにディスカッションを行った。医療機関の主治医、嘱託産業医と企業の人事スタッフ・管理者、医療機関での患者を主なターゲットとした教育コンテンツの開発が必要であり、それぞれ適切なコンテンツを含む教育プログラムの望ましいあり方が提案された。

研究代表者	平井 啓	大阪大学大学院人間科学研究科
研究分担者	立石清一郎	産業医科大学保健センター
	村中直人	株式会社クリップオン・リレーションズ
	小林清香	埼玉医科大学総合医療センター
	桜井なおみ	キャンサー・ソリューションズ株式会社
研究協力者	伊藤弘人	労働者健康安全機構過労死等調査研究センター
	浅野健一郎	株式会社フジクラ
	上木誠吾	株式会社クリップオン・リレーションズ
	細田悦子	産業医科大学病院入院支援室
	高倉加寿子	産業医科大学病院入院支援室
	近藤貴子	産業医科大学病院医療支援課
	中藤麻紀	産業医科大学病院
	榎田奈保子	産業医科大学保健センター
	三嶋正芳	ダイハツ工業株式会社保健センター
	春藤行敏	ダイハツ工業株式会社保健センター
	林千世	ダイハツ工業株式会社保健センター

A. 研究目的

両立支援におけるストレスマネジメントを実現するためには、患者、労働者本人のみならず、支援を行う医療従事者、産業保健の従事者、職場の人事スタッフなどの役割ごとに必要な知識やスキルを整理し、それに基づいた教育プログラムを開発し、それに基づく教育研修を行っていく必要がある。

本研究では、効果的な教育プログラムを開発するために、実態調査の結果とエキスパートオピニオンを踏まえ、両立支援におけるストレスマネジメントのための教育プログラムの基本設計のためのコアコンテンツの開発を行った。

B. 研究方法

平成 30 年度の本研究に関する会議等にお

いて研究班メンバーによるソーシャルマーケティング手法に基づくフォーカスグループインタビュー、ならびにディスカッションを行い、まずは教育対象の整理と目的および方法について WHO（対象者）-WHAT（教えるべき内容）-HOW（教える方法）を順番に従い内容検討を行った。

C. 研究結果

医療機関での患者の主治医、嘱託産業医と企業の人事スタッフ・管理者、医療機関での患者を主なターゲットとした教育コンテンツの開発を行うことになった。

まず、病院の主治医を対象とし、患者への不眠や仕事に関する簡単な質問を行うこととストレスマネジメントに関するガイドブックを渡してもらうような簡易教育プログラムの

必要性が明らかとなった。

産業医を対象とした教育コンテンツでは、労働者の「治療」ではなく「適応」の方法を考えるという視点が必要であることが明らかとなり、意見書に就業についての適切な対応コメントが書けるようにすることや、身体疾患の治療を受ける人にもストレスによる不調が起ること、労働者個人の特性と職務内容のミス・マッチによって労働者本人が不適応を起こす可能性のあることを産業医に理解してもらうことを目的とした教育プログラムの作成が提案された。

企業の人事スタッフ・管理者を対象とした教育コンテンツでは、人事スタッフ・管理者の病気の知識を増やすのではなく、ストレスマネジメントの視点を持って働くことと、人事スタッフ・管理者がその管理の仕方を理解できるようになることを目的として、産業医向けのプログラムを改良することとなった。

最後に、医療現場における患者へのアプローチとして、患者自身のリテラシーを向上させることを目的として、治療と職業生活の両立において生じやすい認知の歪みのチェックリストを含むガイドブックを作成することが提案された。

D. 考察

WHO (対象者) -WHAT (教えるべき内容) -HOW (教える方法) のフレームワークに従い、両立支援に関わる関係者をターゲット毎に整理を行い、ターゲット毎に望ましいコンテンツの内容を提案した。

対象者毎にストレスマネジメントに関して、理解すべき内容や伝え方が異なり、今後は、それぞれについて個別に教育プログラムを開発していく必要があると考えられる。一方でターゲット毎に開発された教育プログラムはそれぞれ有機的な連携が必要であり、そのた

めの全体的なストレスマネジメント・システムの開発も必要である。また開発されたプログラムは、広く行き渡る必要があり、そのための実施可能性の検証が今後の最も大きな課題である。

E. 結論

本年度の実態調査の結果を踏まえ、研究班メンバーによるソーシャルマーケティング手法に基づくフォーカスグループインタビュー、ならびにディスカッションを行った。医療機関の主治医、嘱託産業医と企業の人事スタッフ・管理者、医療機関での患者を主なターゲットとした教育コンテンツの開発が必要であり、それぞれ適切なコンテンツを含む教育プログラムの望ましいあり方が提案された。今後は全体的な、ストレスマネジメント・システムとして各教育プログラムを位置づけ、有機的な展開につなげていく。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

【論文発表】

なし。

【学会発表】

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

特記すべきことなし。

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

職場でのストレスマネジメントにおけるピアサポート・ボランティアの活用に関する検討

研究代表者 平井啓 大阪大学大学院人間科学研究科
研究協力者 中濱慶子 日立製作所横浜研究所健康相談室

研究要旨

職場に対するストレスマネジメント・コンサルテーションを可能とする教育研修プログラムとして、職場内や同職種によるピア・サポートの可能性について航空業界での Critical Incident Stress Management (CISM) の仕組みを事例として検討を行った。同職種によるピア・サポートにより、インシデント後にできるだけ早期に対応する、ストレス状況を理解している同僚による傾聴、メンタルヘルスの専門家への橋渡し（トリアージ）を行うことがストレスマネジメントにおいて有効であることが示唆された。パイロット・客室乗務員・整備士・管制官を対象とした予備的なインタビュー調査においても職種ごとに業務内容によりストレスが大きく異なるため、同職種のピアによるストレス状況を理解した傾聴などの初期対応に必要であることが示唆された。

A. 研究目的

両立支援におけるストレスマネジメントのためのコンサルテーション・システムを構築するにあたり、医療機関のメンタルヘルスの専門家と職場内の支援者や人事担当者、さらに被支援者の同僚との有機的な連携体制の構築が必要である。そこで、同職種によるピア・サポートとメンタルヘルスの専門家が連携し、有効な仕組みが構築されている航空業界での Critical Incident Stress Management (CISM) の事例（中濱，2018）検討を行い、一般的なストレスマネジメントにおけるコンサルテーション・システム構築のための示唆を得ることを目的とする。

【引用文献】

中濱慶子 (2018). 航空業界におけるピアサポートボランティアの養成プログラムと支援活動, 心理臨床学研究 36, pp. 79-84.

B. 研究方法

航空業界での Critical Incident Stress Management (CISM) のプログラムならびに支援内容に関する先行研究の文献検討ならびに、ピア・サポートにおいて重要となる職種特異的なストレス状況とピア・サポート・ボランティアの課題について明らかにするために、Aviation CISM Japan 主催の CISM 教育を受講

の上、PSV として活動するパイロット・客室乗務員・整備士・管制官を対象に、ストレス状況やストレスマネジメントの方法、PSV としての活動事例とその効果に関するインタビュー調査を実施した。

C. 研究結果

CISM の基本理念は、1. 教育による予防、2. 事象が起きた際の介入、3. 介入後のフォローアップの 3 本柱である。また CISM は、1. インパクトを受けた同僚への傾聴、2. ストレス対処法等の情報提供、3. ノーマライゼーションの知識、4. グループ、個人でのシェアリング、5. 専門家への橋渡し、6. 守秘義務の厳守を行うことにより、インシデント発生時のインパクトの緩和や罪悪感、自責の念、孤独感の軽減を目的としている。

この中で、教育を受けた同職種によるピア・サポート・ボランティア (PSV) の主な役割は、1. インシデント発生後、できるだけ早期の対応、2. ストレス状況を理解している同僚による傾聴、3. ストレス対処法等の情報やノーマライゼーションの知識の提供、4. インシデントを経験したメンバーでのシェアリング、メンタルヘルスの専門家への橋渡し（トリアージ）を行うことであった。これらの対応によって、10 年間での 83 件の事例のうち、離職に至ったものは 0 件、メンタルヘルスの

専門家への橋渡しが可能となった事例が 21 件であった。メンタルヘルスの専門家への橋渡しにおいて、メンタルヘルス専門家は橋渡し先という立場だけではなく、PSV と共に活動するという意識が必要であり、結果としてスーパービジョンやコンサルテーションがタイムリーに実施しやすくなるということであった。

ピア・サポート・ボランティアの経験のあるパイロット・客室乗務員・整備士・管制官を対象インタビュー調査の結果、職種によって、不規則な生活リズムや安全管理の責任、事態への予測、操作判断など、ストレスが大きく異なることが明らかとなった(図)。また、実際のピア・サポートの活動において、効果的なトリアージには、同職種者の目線で受診へのメリット・デメリットを明確に伝えることや、必要であれば、長期間の寄り添いも可能であることを伝えることが挙げられた。また、インシデント時に介入をスムーズにする関係構築のためのプロアクティブな働きとしては、組織への CISM のパンフレットの送付、同僚に対しての PSV の存在周知や同職種との積極的なつながり作り、日常的な傾聴や声掛けを実施することの必要性が明らかとなった。さらに、これらの活動を行うことでピサ・サポート・ボランティア自身への心理教育やストレスコーピングの活用が行われたり、ピサ・サポート・ボランティアへ惨事以外での日常的な相談の増加につながっていることも明らかとなった。

D. 考察

職場におけるストレスマネジメントにおいて、仕事の内容によって大きくストレス状況が異なり、それに職場や職種ごとに対応することが効果的なストレスマネジメントに繋がると考えられる。CISM のメソッドでは、同職種のピア・サポートにより、インシデント発生後にできるだけ早期に対応する、ストレス状況を理解している人による傾聴、ストレス対処法等の情報やノーマライゼーションの知識の提供、インシデントを経験したメンバーでのシェアリング、メンタルヘルスの専門家への橋渡し(トリアージ)を行うことで、離職予防といった具体的なストレスマネジメントの成果を生み出していると考えられた。

これらのことから、両立支援におけるストレスマネジメントのコンサルテーション・システムを構築する際にも、①ストレス状況の

早期に介入すること、②仕事の状況をよく理解した人に傾聴してもらうこと、③同じ経験をした人のコーピングスキル・実際の行動を参考にできるようにすること、④職場の同僚や職場内の支援者とメンタルヘルスの専門家(医療機関の支援者)があらかじめ連携の体制を構築しておくことが必要であることが示唆された。また、①から④を稼働させるためには職場内での予防教育が必須であることも示唆された。今後、このような、Aviation CISM Japan が実施しているピア・サポート・ボランティアと同じ機能を提供する支援者をそれぞれの職場にあった形で提供できるように、教育プログラムを開発し、支援者の育成につなげていく必要がある。

E. 結論

職場に対するストレスマネジメント・コンサルテーションを可能とする教育研修プログラムとして、職場内や同職種によるピア・サポートの可能性について航空業界での Critical Incident Stress Management (CISM) の仕組みを事例として検討を行った。同職種によるピア・サポートにより、インシデント後にできるだけ早期に対応する、ストレス状況を理解している人による傾聴、メンタルヘルスの専門家への橋渡し(トリアージ)を行うことがストレスマネジメントにおいて有効であることが示唆された。このような仕組みは、両立支援におけるストレスマネジメントにおいても採用すべきものであると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

【論文発表】

なし。

【学会発表】

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

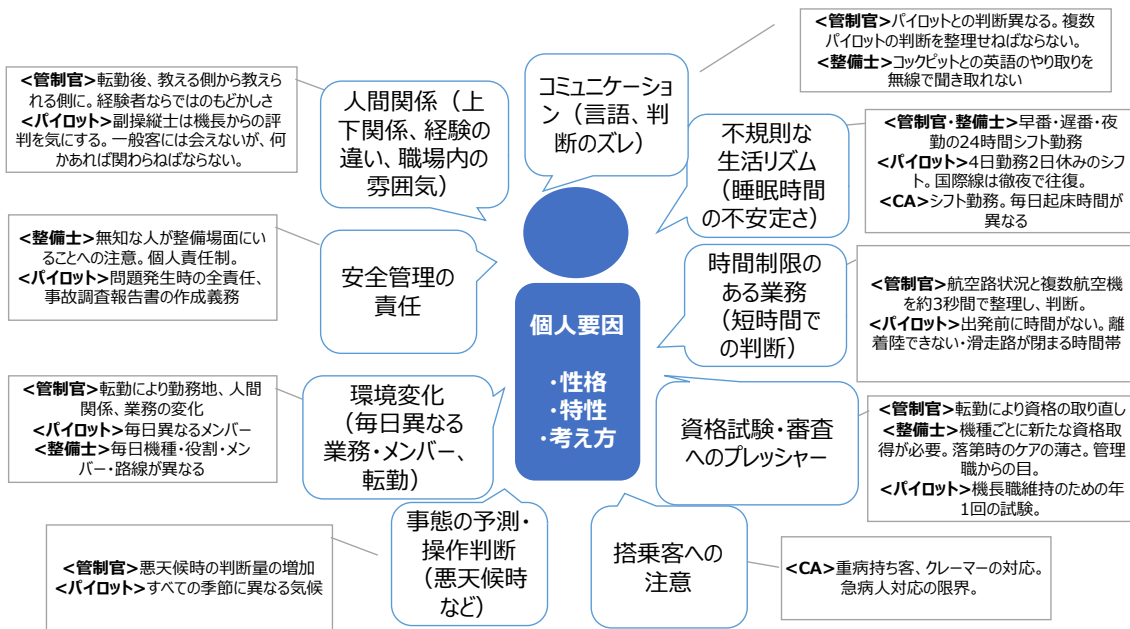


図. 航空業界の職種ごとのストレス状況の違い

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平井啓・谷向仁・中村菜々子・山村麻予・佐々木淳・足立浩祥	メンタルヘルスケアに関する行動特徴とそれに対応する受療促進コンテンツ開発の試み	心理学研究	90	63-71	2019
平井啓	働き方改革における行動科学の役割	安全医学	15	39	2018
Taniguchi, T., Tanimukai, H., Hirai, K., Tajime, K.	A Pilot Study of Barriers to Psychiatric Treatment among Japanese Healthcare Workers	<i>Medical Science & Healthcare Practice</i>	2(2)	66-77	2018
立石清一郎, 市来嘉伸, 荻ノ沢泰司, 榎田奈保子, 細田悦子, 近藤貴子, 黒木一雅	「治療と仕事の両立におけるストレス」 医療職の立場から見たがん患者の就業配慮の手法に関する検討	産業ストレス研究 (1340-7724)	25巻3号	289-295	2018
立石清一郎	我が国における治療と職業生活の両立支援研究の変遷について	産業医学レビュー	31(1)	53-72	2018
藤野 昭宏、立石 清一郎、森 晃爾	身体疾患を有する患者の就労支援における患者及び主治医と会社及び産業医との情報共有に関する倫理的検討 合理的配慮と安全配慮義務に関する法的・倫理的検討(解説)	人間と医療	8号	43-51	2018
立石清一郎	我が国における治療と職業生活の両立支援研究の変遷について	産業医学レビュー	31(1)	53-72	2018
立石清一郎	【治療と仕事の両立におけるストレス】 医療職の立場から見たがん患者の就業配慮の手法に関する検討	産業ストレス研究 (1340-7724)	25巻3号	289-295	2018

立石清一郎	さまざまな場面での就労支援 治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援	緩和ケア	29巻1号	48-49	2018
立石清一郎	両立支援に向けた社内環境・体制の整備、高齢者雇用と働き方改革 治療と仕事の両立支援のポイント	エルダー	40(11)	48-49	2018
立石清一郎	個人情報入手・整理と個人情報の取り扱い、高齢者雇用と働き方改革 治療と仕事の両立支援のポイント	エルダー	40(12)	46-47	2018
立石清一郎	職場復帰・両立支援プランの策定の方法、高齢者雇用と働き方改革 治療と仕事の両立支援のポイント	エルダー	41(1)	40-41	2018
立石清一郎	職場復帰・両立支援プランの策定の方法、高齢者雇用と働き方改革 従業員ががんに罹患した時の対応	エルダー	41(2)	40-41	2018
立石清一郎	まとめ・その他の留意事項、高齢者雇用と働き方改革 従業員ががんに罹患した時の対応	エルダー	41(4)	印刷中	2018
Ishii K, Shibata A, <u>Oka K</u>	Work engagement, productivity, and self-reported work-related sedentary behavior among Japanese adults: A cross-sectional study	<i>J Occup Environ Med,</i>	60	e173-e177	2018
Liao Y, Hsu HH, Shibata A, Ishii K, Koohsari MJ, <u>Oka K</u>	Associations of total amount and patterns of objectively-measured sedentary behavior with performance-based physical function	<i>Prev Med Rep</i>	12	128-134	2018
Yasunaga A, Shibata A, Ishii K, Koohsari MJ, <u>Oka K</u>	Cross-sectional associations of sedentary behavior and physical activity on depression in Japanese older adults: An isotemporal substitution approach	<i>BMJ Open</i>	8	e022282	2018
杉山岳巳・ <u>岡浩一朗</u>	オフィス環境、座位行動と健康	MERAジャーナル	20	11-15	2018
足立浩祥	記憶機能検査－RBMT, WMS-R	日本医師会雑誌	第147巻・特別号	164-165	2018

佐々木周作・ <u>大竹文雄</u>	医療現場の行動経済学：意思決定のバイアスとナッジ	行動経済学	11巻	110-120	2019
Sun Youn Lee, <u>Fumio Ohtake</u>	Is Being Agreeable a Key to Success or Failure in the Labor Market?	<i>Journal of the Japanese and International Economies</i>	49	8-27	2018