

「労働者のメンタルヘルス不調の把握」に関する意見

7月8日2010年

名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学分野 教授
日本うつ病学会理事・日本精神神経学会理事

尾崎紀夫

- ・「労働者のメンタルヘルス不調の把握」の実施にあたり必要と思われる事柄
- 1. うつ病等、精神疾患に関する知識理解を職域が持ち、「労働者のメンタルヘルス不調の把握」の実施が決して偏見の助長にならないよう留意する。
- 2. 情報の守秘を十分確保する体制を構築。
- 3. 「メンタルヘルス不調」の診断・評価にあたっては、信頼性と妥当性のある方法をとる。
- 4. 質問紙によるスクリーニング後に、治療導入を踏まえた支持的・共感的態度を持った診断・評価面接を実施する。
- 5. 診断・評価から治療導入への体制を構築。
- 6. 治療導入後、職域での対応（サポート体制等）を確保。
- 7. 休務に至るケースが出ることを想定して、職場復帰プログラムの体制が確立。
- ・以上の対応が各職場でとれるための、人材確保、予算的措置が必要。
- ・以上の対応に関する具体的指針を作るため、まずはパイロット的な試み（研究）を行い、その後も継続的に研究を実施し、より良いものにブラッシュアップしていくことが必要。

上記の項目に関して、若干の補足説明を加える。

1. 精神疾患に関する偏見。

うつ病は、自殺とうつ病、過労とうつ病という形で、マスコミ等で取り上げられ、職域でも偏見は軽減する傾向にある。

しかし、啓発活動に関しては地域差や企業の規模による差異があり、未だうつ病に関する理解が必ずしも十分とは言えないこともある。さらに、うつ病以外の統合失調症、双極性障害、発達障害等については、不十分、あるいは間違った認識のままで、対応も取り残されているのが現状。

2. 情報の守秘（1とも連動した問題）

血液検体等が職域の一般職員の目に触れたとしても、何の判断材料（個人情報）も提供しない。肥満者は外見的にも判明するが、健診の体重測定で客観化された数値は、一般職員に知られないような配慮が必要。

「メンタルヘルス不調の把握」に際して、質問紙を使ったスクリーニングが実施された場合、それが一般職員の目に触れれば、個人情報を提供する結果になる。したがって、質問紙を導入した場合、守秘性確保のための配慮が、一般の検体検査項目以上に必要である。また、質問紙の結果が医療上の判断に活用される以外、守秘義務が明確でない人事担当者や管理職等に漏れることがないことも、予め質問紙に記載する必要がある。

守秘性が十分に確保されていないと、質問紙や面接においても回答が意図的にゆがめられてしまう危険性がある。

一方で、精神疾患の特殊性を強調するあまり「身体疾患とは違う」という特別視を生まないことにも留意する必要がある。「メンタルヘルス不調の把握」の実施にあたって、「健診における守秘性の重視」、「身体疾患と同様、精神疾患も早期発見が重要」という基本を労使双方ならびに安全衛生委員会が再認識することが重要。

3. 質問紙だけではなく、治療導入を踏まえた面接

質問紙はスクリーニングでしかなく、まして限られた項目数の質問紙で多様な精神疾患への対応は不可能。例えば、不眠や抑うつを呈する精神疾患は多数ある点や、うつ病等の精神疾患の診断基準には、本人の主観で判断するのではない観察項目が入っている点にも留意する必要がある。

したがって、スクリーニング後に専門職による面接を実施することで、次の判断ステップ、とりわけ緊急介入の適否を実施することが必須。

実施面においては、健診とメンタルヘルス面接を同時に行うのは時間的に困難。別の日に健診後のフォローという形で、身体面での保健指導の中でメンタルヘルス面接を実施し、必要があれば治療導入に繋げていくのが望ましい。また、メンタルヘルス面接を身体面での保健指導と連動させることにより、「あの職員はメンタルヘルス面接を受けた」というレッテル貼りを避けることが可能。ただし、スクリーニングによって緊急性が示唆された場合、早期に面談指導を行うなど、きめ細やかな対応が必要。

実施にあたる産業保健師の数が不足しているのが現状。

4. 治療への導入体制

「精神科を受診したくない」という職員が未だ存在することに加え、うつ病患者には、症状として「受診しても役に立たない」といった否定的認知が生じ得ることに留意した丁寧な保健指導が必要。

また、精神疾患の発症例には介入を早急に必要とする場合があり得ることを鑑みると、緊急性の判断ができる人材確保が重要。同時に、「健診で要治療と判断されても、治療を受けるかどうかは、あくまで労働者本人の意志」という点は、身体疾患と精神疾患において同様であることに留意する。

5. 治療導入後および復帰後における職場との連携

特殊な職域と疾患（例：外食産業に勤務する職員の脂質代謝や耐糖能）を除いて、就労状況と疾患との関連は薄いが、就労状況と精神疾患の発症・発症後の経過には関連があり、治療および再発予防には職場との連携が必須。

しかし、治療導入後、主治医から本人の同意のもと、職場の上司と会い、介入（必ずしも軽減勤務だけには限らないが）を依頼しても、それが全く顧慮されない場合もある。さらには、治療後の診断書による「休務」が受け入れられない職場もある。

以上を踏まえ、

1. 健診前、健診、健診後の方法論の確立：

今後、パイロットスタディを実施。：大企業と中小企業など実施条件の違い、実施時期や回数も考えることが必要。

方法論は、就労状態や医療技術の変化により適宜改訂：長期的研究プロジェクトの必要性。

2. 実動する人員の育成（1で確立した方法論が実行できる人材）

産業精神衛生、精神医療に通曉した産業医、産業保健師の育成、確保
産業衛生に通曉した精神科医の育成、確保

が必要であり、拙速な対応に陥らないことが重要である。